

## 徳之島地区 退院調整ルール

退院調整(支援)がなかったために、患者さんやご家族が困っている状況があります。そのような事例を1例でもなくすために、それぞれができることに取り組みましょう。

### 1 徳之島地区退院調整ルールとは

患者が退院する際に、必要な介護サービスをタイムリーに受けられるよう、医療機関とケアマネジャーが、患者の入院時から情報を共有し、退院に向けて、カンファレンスやサービス調整などを行うための、徳之島における医療・介護の連携の仕組みです。

患者の退院に向けて、医療機関とケアマネジャーが連携をとるためのそれぞれの役割や退院調整の流れ、使用する様式などについて、医療機関とケアマネジャーと行政が協議して策定しました。

このルールの運用は、平成31年4月から開始します。

なお、ルール運用後は、関係者により、運用状況を定期的に(年に1回程度)検証し、必要な見直しを行っていきます。

### 2 ルールの対象者・連絡先

#### (1) 入院前に担当ケアマネジャーが決まっている方

【連絡先】担当ケアマネジャー

#### (2) 入院前に担当ケアマネジャーが決まっていない方(退院後、新たに介護保険サービスを利用する方)

【対象者】「退院調整が必要な患者の基準」により、医療機関が退院調整が必要と判断した方

【連絡先】地域包括支援センター

#### 「退院調整が必要な患者の基準」

##### ①必ず退院調整が必要な患者(要介護レベル)：以下1項目でも当てはまる場合

- ・立ち上がりや歩行に介助が必要
- ・食事に介助が必要
- ・排泄に介助が必要・あるいはポータブルトイレを使用中
- ・日常生活に支障を来すような症状がある認知症

##### ②上記以外で見逃してはいけない患者(要支援レベルの一部)

- ・独居又は家族介護力が低い状態で、調理・掃除など身の回りのことや服薬管理に介助が必要な方
- ・(ADLは自立でも)がん末期の方・新たに医療処置(膀胱バルーンカテーテル留置など)が追加された方

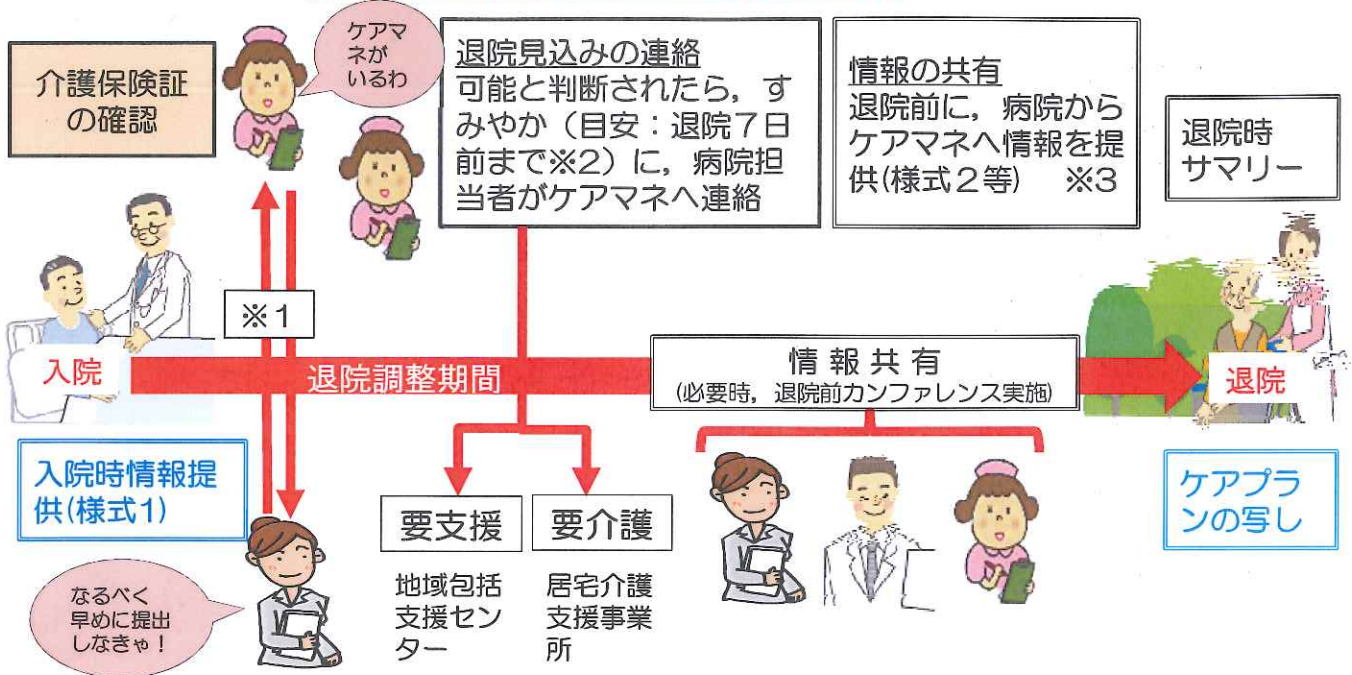
### 3 ルールの位置付け

徳之島地区退院調整ルールは、医療機関とケアマネジャーの連携をとりやすくするための標準を定めた「ツール」であり、強制的な効力を持つものではありません。

ルールで定めた日数などは「目安」として考えていただき、個別の事情に応じた対応が必要な場合は、関係者間で適宜調整してください。

## 2. 退院調整の流れ

### A 入院前にケアマネジャー等がいる患者の場合

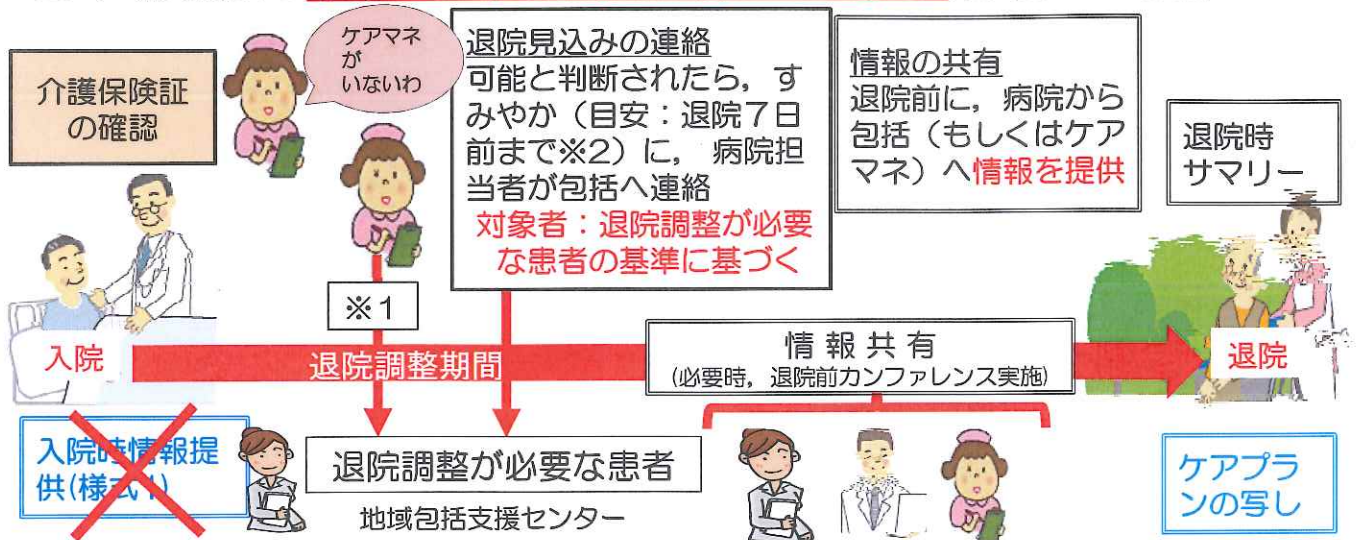


- ※1：入院時の連絡・入院時情報提供は、早い方が相手にアプローチする。  
 ※2：病因・病状等によって在院日数は異なるので、あくまで目安。退院の見込みがたったら、すみやかに連絡する。  
 ※3：入院時情報提供シート（様式1）の提出があった者は、退院支援情報共有シート（様式2）等を作成してケアマネへ提供

	医療機関	ケアマネジャー
在宅時 ↓		◇利用者の入院に早く気付くための工夫 入院したらケアマネに連絡するよう、利用者や家族へ伝えておく
入院 ↓	○介護保険証を確認 ○入院時の連絡 ・担当ケアマネを確認し、入院したことを、すみやか（2日以内）に連絡する	○入院時情報の提供 ・入院を把握したら、医療機関担当者に連絡する。 ・入院を把握したら入院時情報提供シートを作成し、すみやか（3～7日以内）に提供する
退院調整 ↓	○退院の見込みを連絡 ・在宅への退院が可能と判断されたら、すみやか（目安：退院予定日の7日前まで）に、担当ケアマネへ連絡する。	○情報収集と退院に向けた調整開始 ・情報収集を行い、アセスメントを開始する。 ・退院が決まったらケアマネへ連絡するよう、利用者や家族へ伝えておく。
	退院調整のための情報共有や退院前カンファレンス： 医療機関担当者が、いつ、どのように行うか等を、ケアマネと検討しながら調整する。	
	○情報共有（必要時、退院前カンファレンスを実施） ・医療機関担当者は、退院支援に必要な情報を院内の関係者から収集する ・医療機関担当者とケアマネは、カンファレンス等で退院支援に必要な情報等について、「退院支援情報共有シート」等を活用し、情報共有する。 ・医療機関担当者：入院時情報提供シートの提出があった者については退院支援共有シート等を作成し提供。 ・ケアマネ：入院時情報提供シートを提出しなかった者については、退院支援共有シートによる聴取。 ・ケアマネは、介護サービスの調整等を行う	
退院日決定 ↓	○退院時の情報提供 ・主治医が許可した退院日をケアマネに連絡する ・必要に応じて、各種サマリーを提供する	
	各種サマリイの提供：ケアマネと相談のうえ、決定する。	
退院後		○退院後の情報提供 ・退院前カンファレンスを行った利用者のケアプラン（写）を医療機関へ提供する

## 2. 退院調整の流れ

### B 入院前にケアマネジャー等がない患者の場合



※1：患者等の状況によっては、地域包括支援センターへ連絡する。  
 ※2：病因・病状等によって在院日数は異なるので、あくまで目安。退院の見込みがたったら、すみやかに連絡する。

#### 【対象者：退院調整が必要な患者の基準】

①必ず退院調整が必要な患者：以下1項目でも当てはまる場合

- ・立ち上がりや歩行に介助が必要
- ・食事に介助が必要
- ・排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中
- ・日常生活に支障を来すような症状がある認知症

②上記以外で見逃してはいけない患者

- ・独居または家族介護力が低い状態で、調理や掃除など身の回りのことや服薬管理に介助が必要な方
- ・(ADLは自立でも)がん末期の方、新たに医療処置(膀胱バルーンカテーテル留置など)が追加された方

	医療機関	地域包括支援センター	ケアマネジャー
入院 ↓	○介護保険証を確認 ○担当ケアマネがないことを確認 ・要介護認定を受けているか不明な場合は、各町地域包括支援センターへ問い合わせる。		
退院調整 ↓	○退院調整の必要性を判断 ・「退院調整が必要な患者の基準」に基づき、退院調整が必要かどうかを判断する。 ○地域包括支援センターとの連携 ・患者や家族等に介護保険制度の説明を行い、地域包括支援センターへの相談を促す。 ・患者や家族の状況によっては、地域包括支援センターへ連絡する。 ○退院の見込みを連絡 ・在宅への退院が可能と判断されたら、すみやか(目安：退院予定日の7日前まで)に、地域包括支援センターもしくは担当ケアマネへ連絡する。	○情報収集と相談対応 ・本人の状況に応じて、本人や家族等との面接を行い、対応を検討する。 ○ケアマネとの連携 ○情報収集と退院に向けた調整開始 ・情報収集を行い、アセスメントを開始する。 ・退院が決まったら包括へ連絡するよう、利用者や家族へ伝えておく。	○担当ケアマネの連絡 ・入院患者の担当になることが決まったら、すみやかに医療機関担当者に連絡する。 ○情報収集と退院に向けた調整開始 ・情報収集を行い、アセスメントを開始する。 ・退院が決まったらケアマネへ連絡するよう、利用者や家族へ伝えておく。
	退院調整のための情報共有や退院前カンファレンス： 医療機関担当者が、いつ、どのように行うか等を、包括・ケアマネと検討しながら調整する。		
	以降の流れは、A【入院前にケアマネ等がいる場合】と同じ ○情報共有(必要時、退院前カンファレンスを実施)		
退院日決定 ↓	○退院時の情報提供		
退院後		○退院後の情報提供	