

釧路地域における入退院調整ルール の運用に向けて

※令和 2 年 11 月より「退院調整ルール」から「入退院調整ルール」に変更

1. 目 的

高齢者等が可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築が求められていますが、その最初のステップとして、病院から希望する生活の場へ退院する際に、医療・介護関係者の間で、退院時の連絡方法や今後共有すべき情報などについて課題を抱えていることから、大まかなルールが必要とされていました。

このため、医療・介護が切れ目のない支援体制を確保し、地域包括ケアシステムの構築につなげていくことを目的に本ルールを作成することとしました。

2. 基本的な考え方

- このルールは、医療・介護の共通理解により運用できるよう、研修会や意見交換を重ねて作成したもので、退院調整にあたってのルールについて「介護サービスを利用している場合」と「利用していない場合」に分けてフロー化し、連絡方法等を示すとともに、担当窓口や入院時も含め情報共有すべき内容をリスト化しました。
- すでに個別に運用されているものを統合するという厳格なものではなく、普段の業務の中でルールを意識することにより課題解決を図り、円滑な退院調整を行うために運用するものでありますので、ケースによってはルールどおりに行かない場合もあるということを理解した上で、取り組む必要があります。

3. 支援の対象者（65 歳以上又は 40～64 歳の方）

- 入退院を繰り返す患者
- 退院後も医療依存度が高い患者（末期がんや医療処置が必要）
- A D L が低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者
（福祉用具貸与や住宅改修などが必要）
- 独居、高齢者世帯 など

4. ルール運用機関(者)

(1) 釧路市内急性期医療機関（4カ所）

市立釧路総合病院、釧路労災病院、釧路赤十字病院、釧路孝仁会記念病院

※まずは上記4病院から運用し、将来的には、他の急性期医療機関等への拡大を図ります。

(2) 管内8市町村地域包括支援センター（介護保険担当部署含）

(3) 管内の居宅介護支援事業所の介護支援専門員（以下ケアマネ）

退院調整看護師からケアマネへのメッセージ

- ・入院時の連絡は早めに取り合しましょう。
- ・担当のケアマネさんと直接連絡が取りたいです。
- ・連絡先が分かるような工夫をお願いします。
- ・患者様の情報を紙面でいただくとありがたいです。
- ・加算も念頭に置いて取り組みましょう。
- ・医師の判断によっては急な退院もありえますので、ご了解願います。

ケアマネから退院調整看護師へのメッセージ

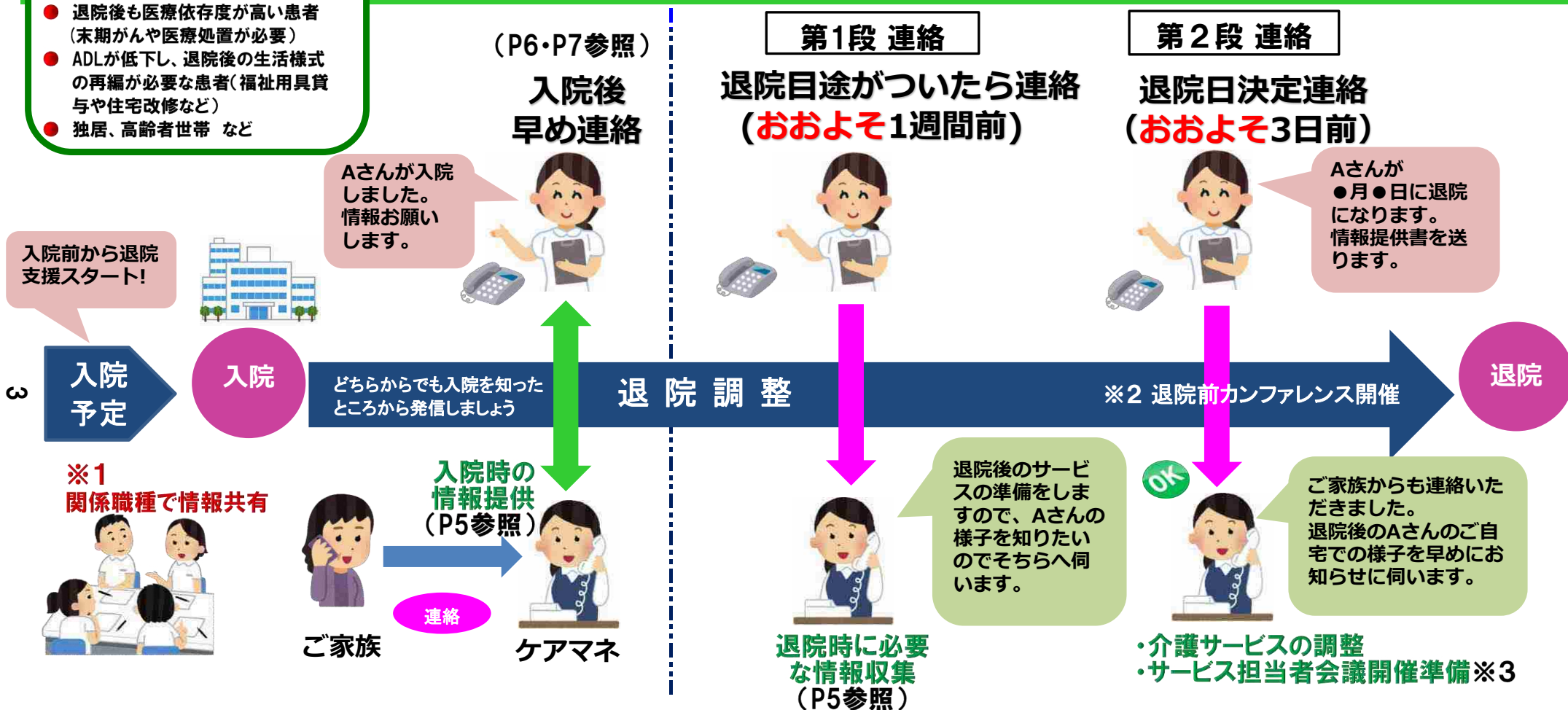
- ・患者様が入院した場合、早めにケアマネに連絡をしてもらうよう、日頃から家族様に伝えておきます。
- ・介護認定を受けている患者様の場合は、ケアマネに連絡をお願いします。
- ・連絡をいただければ、なるべく病院へ伺います。
- ・ケアマネによっては写真付きの名刺を活用したり、患者様の保険証やつながり手帳に名刺を保管してもらっている場合もありますのでご確認ください。
- ・病状や治療方針などの説明はわかりやすくお願いします。
- ・ターミナルの方は特に早めに連絡をお願いします。



退院支援が必要な患者の目安
(65歳以上又は40～64歳の方)

- 入退院を繰り返す患者
- 退院後も医療依存度が高い患者
(末期がんや医療処置が必要)
- ADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者(福祉用具貸与や住宅改修など)
- 独居、高齢者世帯 など

入退院調整ルールの流れ① (介護保険サービスを利用している方の場合)



※1 医療機関によっては、予定入院の場合に外来時点で「入院前支援」を行います。

入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前からケアマネ等地域の関係者と情報共有し必要な支援を行いながら、療養支援の計画を立てます。
(対象:生活困窮者、退院後に医療処置が必要者、必要な介護や養育の提供が不十分等の退院困難な要因を抱えている方)

※2 「退院前カンファレンス」とは、退院後の安心安全な療養生活を目的として、主に病院が主催し医師・看護師・ソーシャルワーカー・ケアマネジャー・介護福祉士等複数の支援主体と当事者が集まり、会議では、利用者の状況等に関する情報共有と退院後のケアにおける方法と役割が確認されます。

※3 「サービス担当者会議」とは、介護保険制度特有の名称であり、ケアプラン作成・変更時等にケアマネジャーが主催し開催することが法令で義務付けられた会議です。利用者のサービスを担当するサービス事業者が参加し、基本的に利用者(患者)や家族も出席します。会議では利用者の状況等に関する情報共有と利用者(患者)・家族の意向の確認や目標の決定、提供サービスなどが協議されます。

介護認定申請の目安 (65歳以上又は40～64歳の方)

- 歩行ができない・介助を要する
- 食事に介助が必要
- 排泄に介助が必要
- 入浴に介助が必要
- 意思の疎通がやや困難

入退院調整ルールの流れ② (介護保険サービスを利用していない場合)

① 入院中から介護保険の申請を行わなくてはならない場合

病 院

●病院担当者は

- ・患者家族へ介護保険の説明、情報提供の了解をとる
- ・対応可能な家族には、申請を勧める
- ・要介護度の判定があきらかな場合は、直接居宅介護支援事業所へ連絡

市町村介護保険担当又は 地域包括支援センター

Aさんは
介護サ
ービスが
必要です！



相談・情報提供



OK

役所内で
連携対応

窓口へ電話で連絡！(連絡できない場合は院内担当者がわかるよう工夫する)

(P7・P8参照)

入院前から退院
支援スタート！



入院
予定

入院

介護保険の申請が必要かアセスメント

退院

※1 関係職種で情報共有



※1
医療機関によっては、予定入院の場
合に外来時点で「入院前支援」を行
います。
入院中の治療や入院生活に係る計
画に備え、入院前から関係者と情報
共有し必要な支援を行いながら、療
養支援の計画を立てます。(対象: 生
活困窮者、退院後に医療処置が必要
者、必要な介護や養育の提供が不
十分等の退院困難な要因を抱えて
いる方)

② 介護保険の申請は必要ないが、退院後の生活が心配な場合

病 院

在宅介護の相談窓口は
●●包括支援センター
になります！

家族(本人)

地域包括支援センター

家族(本人) 地
域包括支援セ
ンターへの相
談を勧める



病院から家族へ

情報提供



家族又は包括から

相談・連絡



(P9・P10参照)

地域包括支
援センター
は必要に応
じて病院へ
報告

窓口へ電話で連絡！(連絡できない場合は家族へ必ず電話するよう助言)



情報提供

入院時及び退院時の情報共有・情報提供内容



ケアマネ



退院調整看護師

どちらからでも、
入院を知ったところから
発信しましょう～

入院時に主に必要な情報提供内容

病院への情報提供は次の内容が含まれるよう努めましょう

- ◆ 患者様の基本情報
- ◆ 入院時の介護認定情報と介護サービス利用状況
- ◆ 本人・家族の意向（退院の生活の場など）
- ◆ ADL（移動・移乗、更衣、整容、入浴、食事等）
- ◆ IADL（服薬管理、金銭管理、家事能力等）
- ◆ 経済状況・年金の種類
- ◆ 住環境・療養環境
- ◆ コミュニケーション能力、精神面の状況、認知機能
- ◆ 家族状況
（世帯構成、主介護者、キーパーソン、連絡先）
- ◆ 家族の介護力、協力体制
- ◆ 介護保険以外のサービスの利用状況
- ◆ 緊急連絡先 等



退院調整看護師



ケアマネ

退院時に主に必要な情報提供内容

ケアマネへの情報提供は次の内容が含まれるよう努めましょう

- ◆ 退院日（予定）、退院先（予定）
- ◆ 疾患と入院中の状況、退院後の通院指示
- ◆ 本人・家族の病気の受け止め、理解度
- ◆ 本人・家族の意向
- ◆ 退院後に必要な事柄
（医療処置、看護の視点、リハビリの視点、禁忌事項）
- ◆ 介護保険サービスの変更や必要性
- ◆ ADL の状況、食事の形態
- ◆ 福祉用具の必要性、住環境の整備
- ◆ 退院後の家族の介護力、協力体制 等

※どちらも各機関で使用している連絡様式がありましたらご活用ください。