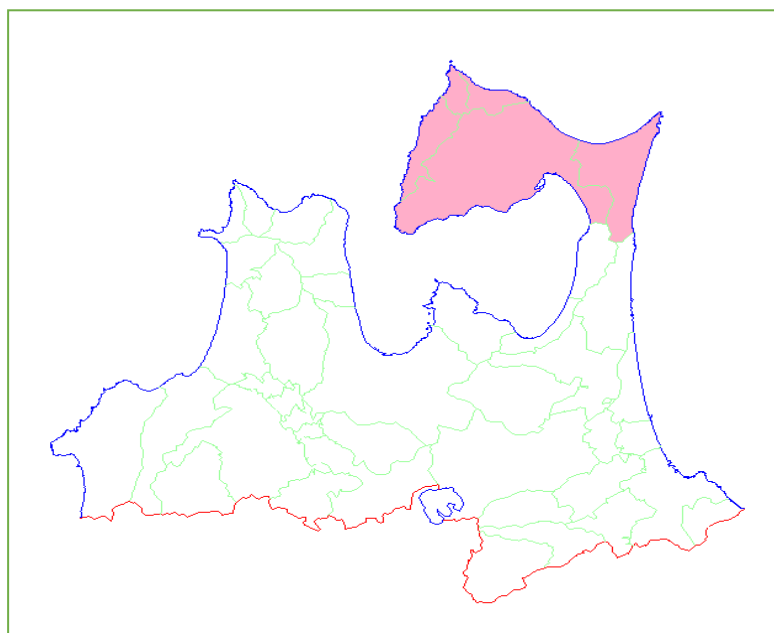


下北圏域の入退院調整の流れ

むつ市 大間町 東通村 風間浦村 佐井村



下北地域県民局地域健康福祉部保健総室（むつ保健所）

令和6年3月

目次

1. 退院調整が必要な患者の基準	1
2. 入退院調整の流れ	2
1) 介護認定がされていて担当ケアマネージャーがいる場合	2
2) 新たに介護保険サービスを受ける場合	3
3. 看護情報提供書	4

1. 退院調整が必要な患者の基準

1) すでに介護認定を受けていて担当ケアマネのいる場合

要介護・要支援に関係なく引継ぎ

2) 新たに介護保険サービスを受ける場合

①明らかに要介護と思われる患者（以下の項目が1つでもあてはまる場合）

ア 立ち上がりや歩行に介助が必要な患者

- ・日常生活動作に介助が必要な患者
- ・入院後 ADL が低下している患者

イ 食事に介助が必要な患者

- ・食事に注意が必要な患者

ウ 排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中の患者

- ・バルンカテーテル交換の必要な患者

エ 日常生活に支障をきたすような症状の認知症の患者

- ・精神的な面での問題行動のあった患者
- ・認知機能の低下のみられる患者
- ・認知面で生活能力に不安のある患者

オ 医療処置が必要な患者

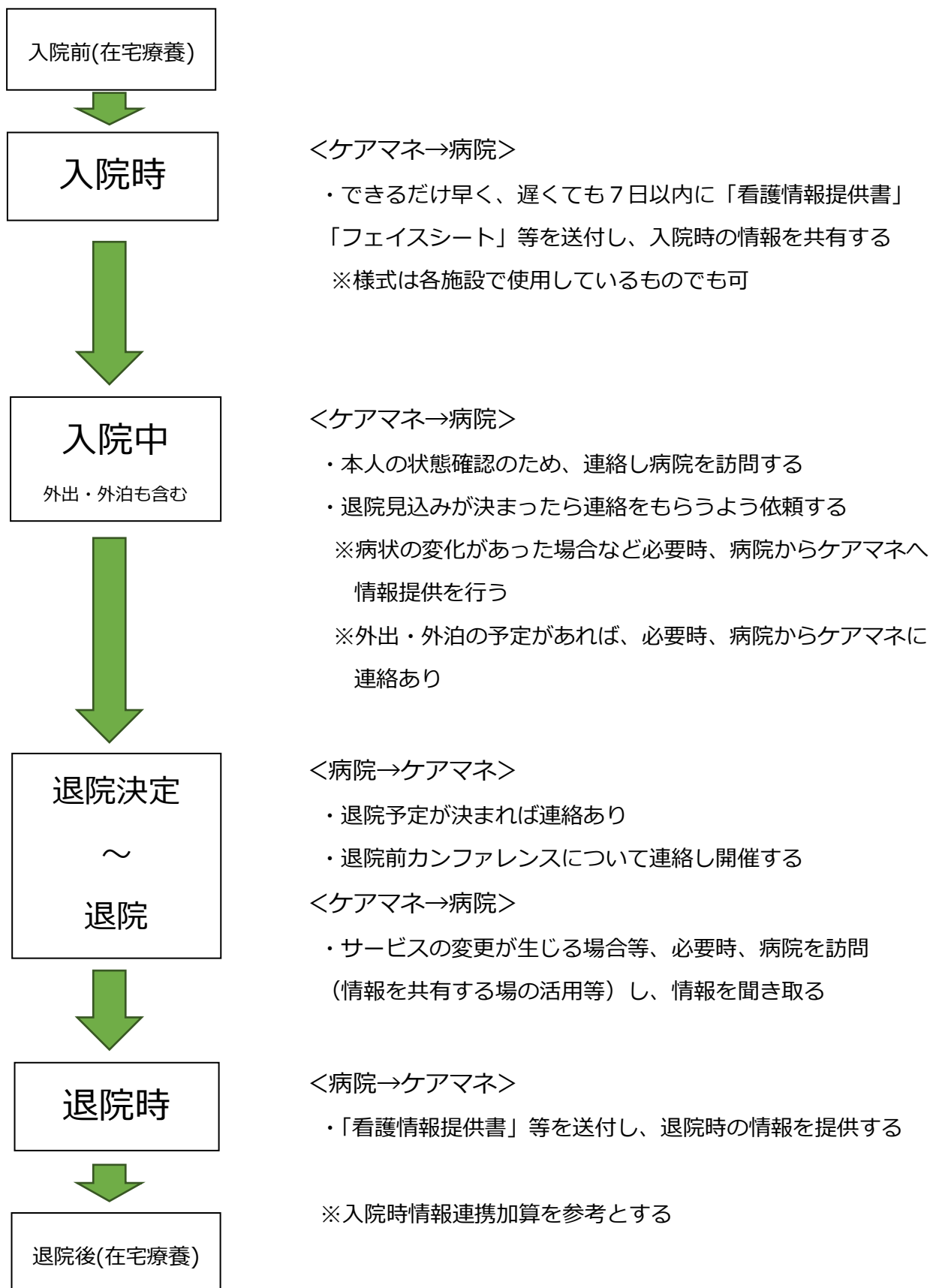
- ・感染症のある患者
- ・医療処置や療養上の注意の必要な患者（インスリンや床ずれ、在宅酸素など）
- ・褥瘡等皮膚疾患のある患者

②要支援と思われる場合又は、総合事業を利用している場合で、独居又は家族に問題（以下の項目）のある患者

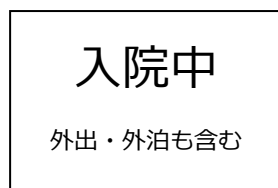
- ・独居もしくは協力者がいないため援助が必要な患者
- ・キーパーソンに問題がある患者
- ・家族が介護困難、介護協力のない患者
- ・独居や高齢世帯の患者
- ・家族の理解力が低い患者

2. 入退院調整の流れ

1) 介護認定がされていて担当ケアマネージャーがいる場合



2) 新たに介護保険サービスを受ける場合



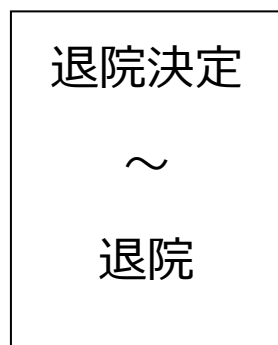
<病院→ケアマネ>

自宅に退院予定で「*退院調整が必要な患者の基準」
該当の方 * p.1 参照

- ・本人・家族に介護認定について説明し、申請を勧める
 - 明らかに要介護だと思われる場合、希望する事業所がある場合
 - 居宅介護支援事業所
 - 要支援またはどちらか判断に悩む場合
 - 地域包括支援センター
 - ・病院から、地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所へ連絡し、今後の対応について協議
- 「看護情報提供書」等を送付し、入院中の情報を共有する

<ケアマネ→病院>

- ・病院訪問等により、本人・家族、病院担当者と面談
- ・サービス調整等を行う
 - ※外出・外泊の予定があれば、必要時、病院からケアマネに連絡あり

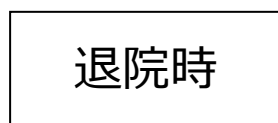


<病院→ケアマネ>

- ・退院予定が決まれば連絡あり
- ・退院前カンファレンスについて連絡し開催する

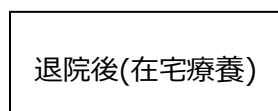
<ケアマネ→病院>

- ・サービスの変更が生じる場合等、必要時、病院を訪問（情報を共有する場の活用等）し、情報を聞き取る



<病院→ケアマネ>

- ・「看護情報提供書」等を送付し、退院時の情報を提供する



※入院時情報連携加算を参考とする

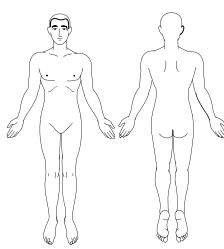
3. 看護情報提供書

看護情報提供書

施設名 _____

_____ 様

お世話になります。下記の患者様について看護の情報を提供いたします。

フリガナ 氏名	性別	生年月日 年 月 日	住所
入院年月日	H 年 月 日	~H 年 月 日	Tel - - - -
医師よりの説明(病状、今後について)			家族構成
本人・家族の意向			
既往歴			本人との関係 キーパーソン: () 連 ① Tel () 絡 ② Tel () 先 ③ Tel ()
看護の経過			感染症: HBsAg () HCV () TPHA () MRSA () (検出部) (最終検査日) アレルギー: () () その他:
			リハビリ状況
			ドレーン挿入部・処置部・装具など  褥瘡 () 部位 各チューブ・カテーテル
処方内容			
申し送り事項			かかりつけ医 () 有の場合 () ID: 受診予定日: H 年 月 日 予約 () ()
介護保険			障害手帳 () 身体 種 級 知的 種 級 精神 種 級
居宅介護支援事業所名			介護支援専門員 _____ 様

むつ・下北看護と介護の連携作り委員会

氏名

様

注：痴呆スケールは痴呆性老人の日常生活自立度判定基準を使用する。
寝たきり度は障害者老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準を使用する。

	現状	看護及び介護の状況	今後の介護者・社会資源
食事	摂取状態： 食種： 形態：		
薬	自己管理：		
移動	寝たきり度：		
排泄	便 回/ 日 尿 回/ 日 最終排便： 月 日	緩下剤使用：	
清潔	最終入浴日： 洗面： 義歯：		
更衣			
コミュニケーション	痴呆の状態 聴覚：問題 視覚：問題 意思の疎通：問題 認知： 問題行動： 認知スケール：		
睡眠		睡眠剤使用：	
その他			

情報提供同意 提供先：

退院にあたり、私の看護に関する情報を提供することを同意します。

平成 年 月 日 氏名 代理()

緊急時口頭で同意

平成 年 月 日 同意者氏名

記載者氏名

以上、よろしく願いいたします。尚、ご不明な点があればご連絡をお願いいたします。

施設名： 一部事務組合下北医療センター むつ総合病院(階病棟)

発信元住所： 〒035-8601 青森県むつ市小川町1丁目2番8号

Tel: 0175-22-2111(内線2611)

記入年月日： 平成 年 月 日 記載者：

責任者：

入院中の主治医：