

令和 8 年 3 月版（鹿児島県南薩地域振興局）

## 南薩保健医療圏域入退院調整ルール

## 1 南薩保健医療圏域入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、南薩保健医療圏域の連携の仕組みです。

患者の入退院に向けて、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使用する様式などを定めています。

このルールの運用は、平成 30 年 4 月から開始しました。

なお、ルール運用後は、運用状況を関係者により定期的に検証し、必要な見直しを行っています。

## 2 ルールの対象者

(1) 入院前に担当ケアマネジャーが決まっている方

⇒要介護・要支援に関わらず、全て対象

\*全ての対象者について「①入院時の連絡(P2 参照)」を取り合うこととし、検査入院や短期間の入院で入院前後の変化が少ない方等については「②入院時情報の提供」等を省略するかどうか医療機関担当者と担当ケアマネジャーの双方で協議する。

※追加

※担当ケアマネジャー等を把握できない場合

救急搬送された患者等で、退院後円滑に在宅へ移行するためにケアマネ等による支援が必要と判断され、要介護認定等に係る情報を得ることができない場合（例：患者が要介護認定等についての認識がなく、併せて単身者で家族等への確認もできない場合）に、病院担当者は以下に沿って市に要介護認定情報を照会する。

## 『照会の仕方』

## 1 照会方法

①病院担当者は、4 各市の相談窓口「要介護認定情報の照会先」(P2)を確認の上、市介護保険担当課へ電話または文書で問い合わせる。問い合わせの際は、「南薩保健医療圏域入退院調整ルールに基づく照会である」ことを伝える。

②市介護保険担当課等は、当該問い合わせがあった場合は、個人情報保護の観点から、一旦電話を切る。その後「参加医療機関窓口一覧」(P12,13)の「TEL」欄に記載のある電話番号に架電し、照会してきた者が病院担当者であることを確認し、必要な情報を提供する。文書の場合は、文書または電話で情報を提供する。

## 2 提供できる内容

- ・要介護認定の有無
- ・要介護認定を受けている場合、契約している居宅介護支援事業所等の事業所名

- (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)  
 ⇒『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

『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）

- ◇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

1項目でも当てはまれば ⇒ 居宅介護支援事業所へ連絡

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）

- ◇独居また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

⇒ 地域包括支援センターへ連絡  
 （1か2で判断に迷う場合も）

3 ルールの位置付け

南薩圏域入退院調整ルールは、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。

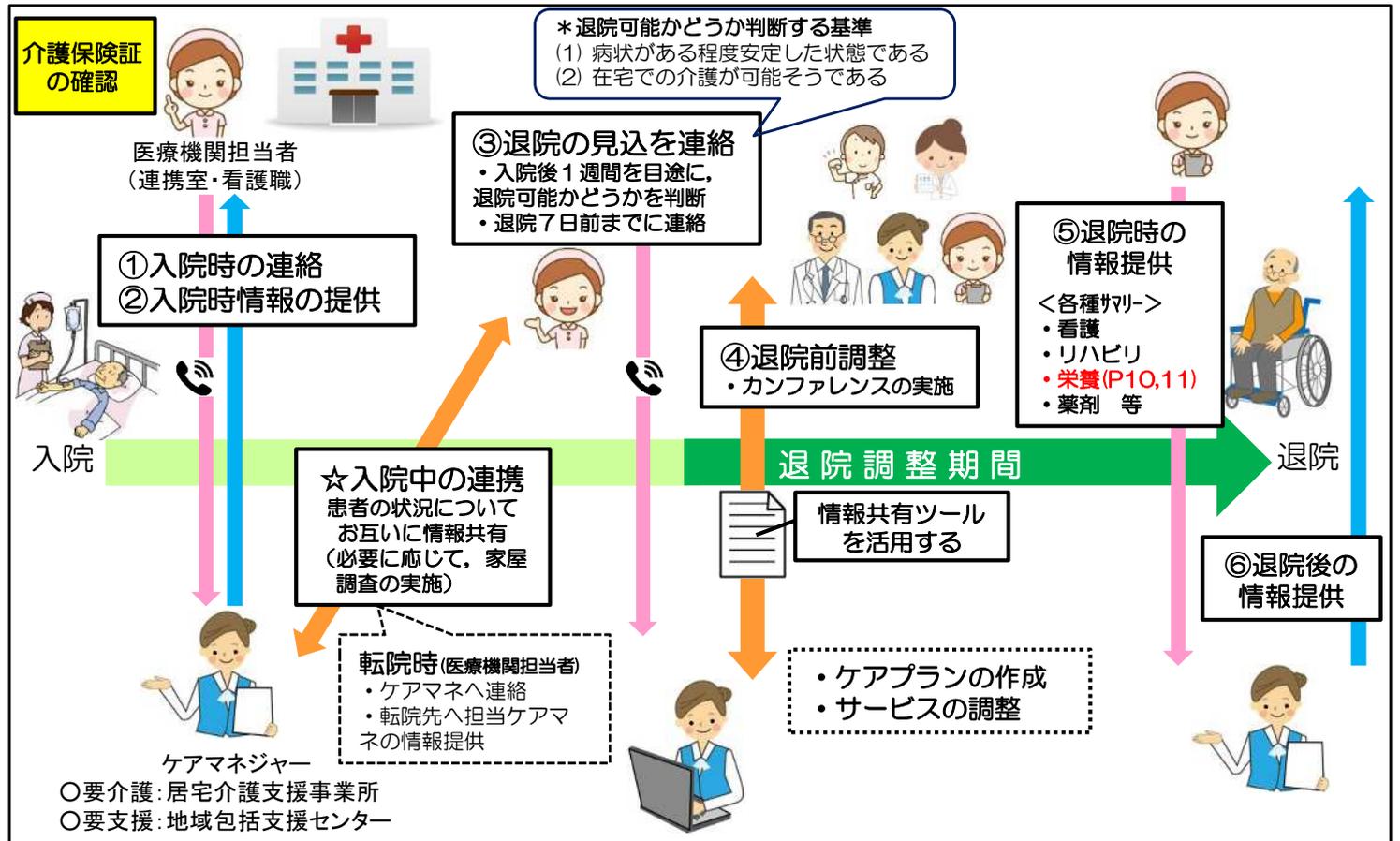
ルールの定めた日数などは「目安」として考えていただき、個別の事情に応じた対応が必要な場合は、関係者間で適宜調整してください。

※追加

4 各市の相談窓口

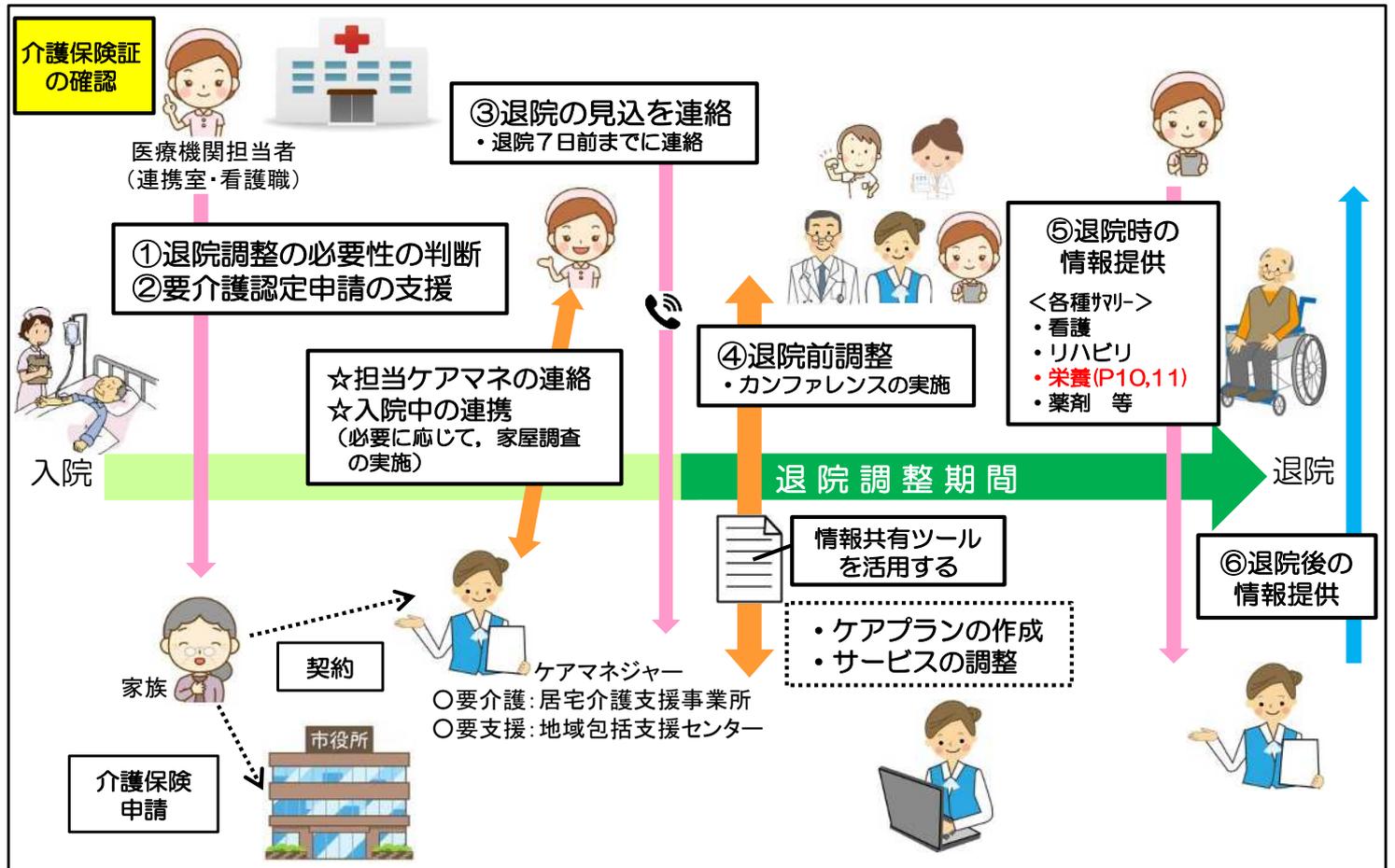
	入退院調整ルールについて	要介護認定情報の照会先
枕崎市	○枕崎市地域包括支援センター 電話：0993-72-1111	○枕崎市長寿介護課介護保険係 電話：0993-72-1111
指宿市	○指宿市地域包括支援センター 電話：0993-22-2111	○指宿市長寿支援課 電話：0993-22-2111
南さつま市	○南さつま市地域包括支援センター 電話：0993-58-2662	○南さつま市介護支援課介護給付係 電話：0993-53-2111（代表） 0993-76-1527（直通）
南九州市	○南九州市地域包括支援センター 電話：0993-56-1111	○南九州市長寿介護課介護保険係 電話：0993-56-1111

## A 入院前にケアマネジャーが決まっている（介護保険サービスを利用していた）場合



	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 ・担当する利用者に、ケアマネの名刺を『医療保険証、介護保険証、診察券、お薬手帳等』と一緒に保管するよう勧める ・入院したらケアマネに連絡するよう、利用者、家族に伝えておく
入院	①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（3日以内）に連絡する <b>※追加参照</b> <b>※担当ケアマネを把握できない場合は（P1, 2）参照</b>	②入院時情報の提供 ・入院を把握したら提供書を作成し、 <b>すみやか（3日以内）</b> に提供する（原則として、電話連絡の上、持参またはFAX）
退院の見込	③退院の見込を連絡 ・入院後1週間程度を目途に「在宅への退院が可能かどうか」を判断する ・可能と判断されたら、 <b>すみやか（退院予定日の7日前まで）</b> 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 ・医療機関から退院見込の連絡を受けたら、退院調整のための情報共有について、いつ、どこで、どんな方法で行うのか医療機関と調整し、アセスメントを開始する
退院調整	④退院前調整 ・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や患者・家族の意向等を共有する（「退院支援情報共有シート（P9）」等の情報共有ツールを活用） ・ケアマネは、介護サービスの調整等を行う	
退院日決定	⑤退院時の情報提供 ・主治医の許可した退院日をケアマネに連絡する ・必要に応じて、各種サリを提供する	情報共有ツール提供時点と状態の変化がなければ「看護サリ」の省略について双方で協議する
退院後		⑥退院後の情報提供 ・必要に応じて、ケアプランの写しを提供する

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



	医療機関	ケアマネジャー
入院 ↓	◇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どうか分からない場合は、各市の地域包括支援センターに問い合わせる	
退院の見込 ↓	①退院調整の必要性の判断 ・「退院調整が必要な患者の基準(P2)」に基づき、退院調整が必要かどうかを判断する ②要介護認定申請の支援 ・患者や家族等に介護保険制度の説明を行い、申請を支援する ◇ケアマネの選定を支援 ・必要に応じて、各市の地域包括支援センターと相談、調整し、ケアマネの選定を支援する(P～参照) ③退院の見込を連絡 ・在宅への退院が可能と判断されたら、 <u>すみやか</u> （退院予定日の7日前まで）に、担当ケアマネへ連絡する 要介護と思われる者⇒居宅介護支援事業所 要支援と思われる者・判断に迷う者⇒地域包括支援センター	◇担当ケアマネの連絡 ・ケアマネは、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へ連絡を入れる ◇入院中の連携 ・医療機関担当者とケアマネは、入院期間の見込みや患者の状態等について、連携して情報共有に努める ◇情報収集と退院に向けた調整開始 ・医療機関から退院見込の連絡を受けたら、退院調整のための情報共有について、いつ、どこで、どんな方法で行うのか医療機関と調整し、アセスメントを開始する
退院調整		
退院日決定	以降の流れは「A 入院前にケアマネジャーが決まっている場合」と同じ	
退院後		