

# 鳥取県西部圏域における入退院調整ルール

〈入院前にケアマネが決まっている場合〉

対象者：介護保険・介護予防サービス  
利用者及び利用が必要な者

## ①入院時

- 医療機関・ケアマネは、早期に連絡を取り合う
- ケアマネは、担当ケースの入院時情報提供書を連携室等へ情報提供する

## ②入院中

- 医療機関とケアマネは、相互に連絡を取り合う
- ケアマネは、連絡を取り合う中で、患者状況や退院目安の把握に努める
- 医療機関は、ケアマネに退院予定を早期に連絡する

## ③退院時

- 医療機関は、ケアマネに退院時情報提供書で情報提供する
- 転院時は、医療機関から転院先へ、ケアマネ情報を連絡する  
■転院時、入院プロセスの最初に戻り、転院先医療機関とケアマネが相互に連絡を取り合う

〈入院前にケアマネが決まっていない場合〉

## ④入院中

- 介護保険や介護予防サービスの新規申請が必要な場合は、医療機関から患者・家族に申請を勧める(別添3)

目的：事業対象者が、入院時から退院後まで切れ目ない支援を受けられる

目標：関係者は、事業対象者が在宅生活で困らないよう、入院時から退院時までに必要な情報を相互に取り合うことができる

鳥取県西部圏域医療・介護情報の連携体制構築事業  
「西部総合事務所福祉保健局」

＜入院時情報提供書記載内容（入院中必要な在宅生活の情報）＞（別添1）

※名称、様式は問いません

- ① 基本情報（氏名・性別・生年月日・住所・電話番号・家族構成（キーパーソン）・住環境（一戸建て・集合住宅か）・身長・体重・緊急連絡先・かかりつけ医名（往診か通院か）要介護認定（有無・要介護・要支援状態区分）
- ② 日常生活（ADL（歩行・入浴・排泄（おむつやポータブルトイレ使用の有無）・更衣・移動方法・睡眠・食事（治療食の有無）等）・嚥下（食事形態）・歯科（義歯の有無）に関する情報・喫煙・飲酒・認知症の状況・生活能力（家事・書類手続き・金銭管理・内服管理等）・家族の介護力・理解力・判断力
- ③ サービスの利用状況（サービス利用に至った理由・サービス項目と利用回数・事業所名等）
- ④ 居宅介護事業所名、担当ケアマネ名
- ⑤ 退院調整・退院指導等で考慮してほしい点

＜退院時情報提供書記載内容（退院後の生活に必要な入院中の情報）＞（別添2）

※名称、様式は問いません

- ① ADL・IADLの状況
- ② 歩行・排泄の状況
- ③ 内服の状況
- ④ 精神状態
- ⑤ 福祉用具の必要性、住宅改修の必要性
- ⑥ 退院後の生活上の注意点
- ⑦ 医療上（病状）の配慮事項（制限・禁止等）
- ⑧ 医療処置の有無と内容
- ⑨ 家族への介護指導有無と内容、理解状況
- ⑩ 退院後の治療方針（通院予定等）
- ⑪ 夜間の看護・介護状況

※記載上留意すること

- ① 横文字や略語は、できるだけ使用しない
- ② 生活を送ることをイメージした内容とする
- ③ 情報は、直近の様子を記載する

＜介護保険や介護予防サービス等の新規申請が必要な人を選ぶための目安＞（別添3）

※介護保険等が未申請だが新規申請が必要な方

- ① ADLの状況から生活支援が必要な方
- ② 入浴・排泄において支援が必要な方
- ③ 独居または昼間独居になる方
- ④ 調理等の家事が困難な方
- ⑤ がんや特定疾病のある方
- ⑥ 医療ケアが必要な方
- ⑦ 内服の自己管理に支援が必要な方
- ⑧ ターミナルの方
- ⑨ 家族が遠方である等家族の介護力確保が難しい方
- ⑩ その他特に支援が必要な方



**入退院調整ルールにおける留意事項**  
**入院前にケアマネが決まっている場合**

|      | 医療機関   | ケアマネ  | 市町村・地域包括支援センター  |
|------|--|---|---|
|      |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>●ケアマネは、担当ケース入院時に、サービス事業者・本人・家族から連絡がくるよう日頃から周知をする</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>●市町村は、介護保険証の居宅介護事業所名を早期に表記する</li> </ul>                                |
| ①入院時 | <ul style="list-style-type: none"> <li>●患者の介護保険証で担当の居宅介護事業所を確認し、ケアマネへ連絡をする（入院予定期間も伝える）</li> </ul>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>●担当ケースの入院を把握した際は、入院先医療機関へ連絡をする</li> <li>●担当ケース（要支援・要介護）の入院時情報提供書を入院先医療機関へ送付する</li> <li>●入院時情報提供書は、「入院時情報提供書記載内容」を参考にする（別添1）</li> </ul> |   |
|      | <ul style="list-style-type: none"> <li>●患者の介護保険証で居宅介護事業所が確認できない場合、本人・家族の了解を得て、各市町村介護保険担当課へ連絡をする</li> </ul> |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>●市町村・地域包括支援センターは、医療機関から住民の担当居宅介護事業所照会があった場合は、折り返しの連絡として対応する</li> </ul> |
| ②入院中 | <ul style="list-style-type: none"> <li>●必要時、病状説明、入退院時カンファレンス、家屋訪問等の日時をケアマネへ連絡する</li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>●ケースの状況により、可能であれば、病院訪問、病状説明、入退院時カンファレンス、家屋訪問等へ参加する</li> <li>●退院時カンファレンス時は、ケアプラン等（在宅ケアの方針）を示す</li> </ul>                                |   |
|      |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>●直接病棟から退院調整する患者のいる医療機関において、サービス・退院調整に困る場合は、連携室等へ相談する</li> </ul>  |   |

|             |   |   |  |
|-------------|---|---|--|
| <b>③退院時</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>●退院時情報提供書を記載する際は、『退院時情報提供書（別添2）』に留意する</li> </ul>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>●退院時情報提供書を医療機関から受け取る（その際に詳しく知りたい情報があれば、医療機関へ問い合わせをする）</li> </ul> |  |
|             | <ul style="list-style-type: none"> <li>●転院時は、医療機関から転院先へケアマネ情報を伝える</li> <li>●可能な場合は、転院先医療機関名をケアマネへ伝える</li> </ul> |   |  |

**入院前にケアマネが決まっていない場合**

|               | 医療機関  | ケアマネ         | 市町村・地域包括支援センター  |
|---------------|---|--------------|---|
| <b>④入院中</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>●家族へ介護保険や介護予防サービスの申請を勧めるにあたり判断に困る場合は、患者居住地の地域包括支援センターへ連絡をする</li> </ul> |              | <ul style="list-style-type: none"> <li>●医療機関や住民からの相談に応じる</li> <li>●必要に応じて、介護保険申請の手続きを緊急で実施する（できるだけ退院に間に合うように実施）</li> <li>※新規介護保険や介護予防サービス申請の際は、退院時情報提供書を受け取り、担当ケアマネが決まれば転送する</li> </ul> |
| <b>共通認識事項</b> | ●病院・市町村・地域包括支援センター・ケアマネは、連絡を取り合い、お互いの専門性を尊重する   |              |   |
|               | ※介護保険制度の理解に努める  | ※医療制度の理解に努める |   |



長期入院精神障がい者の地域移行・地域定着の流れと主な方策(西部圏域)

精神科病院

地域

ア-1 退院に向けた意欲の喚起

<主な方策>

①病院スタッフからの働きかけの促進  
・各病院にて実施(例:家族への病状報告、退院に向けた宿泊体験等)

②外部の支援者等との関わりの確保  
・平成27年度は、患者を対象とした「地域移行支援の説明会」を西部障害者自立支援協議会と福祉保健局が共催し開催予定(平成24・26年度も医療と福祉の連携強化を目的とした意見交換会を開催)  
・ピアサポーター等の活用

③その他  
・病院主催で地域の人も参加可能なイベントや講演会等を毎年実施。

ア-2

本人の意向に沿った意向支援

<主な方策>

①地域移行後の生活準備に向けた支援  
・退院に向けた方針が決まった際には病院と地域の必要な関係機関がケア会議等で地域移行に向けての検討と準備を進めている。

②地域移行に向けたステップとしての支援

・退院意欲が喚起されない等の地域移行阻害要因により退院の見通しが立たない患者に対して、西部圏域の関係機関が集まり事例検討会(地域移行連絡会を兼ねる)を開催(案)

<主な方策>

①居住の場の確保  
・鳥取県居住支援協議会にて検討

②地域生活を支えるサービス等の確保  
・西部障害者自立支援協議会にて検討  
・福祉保健局主催でアウトリーチ推進のための事例検討会及び先進地の講師による研修会を開催。  
・障がい福祉サービスの提供及び相談、訪問支援  
・訪問看護の活用

③その他

・病院、市町村主催でデイケアを実施。(日中活動の場の確保)  
・市町村主催で精神福祉ボランティア養成講座を開催。  
・市町村主催で普及啓発等を目的としたイベントや講演会等開催。  
・福祉保健局主催で普及啓発等を目的とした「こころの健康まつり」を開催。

ア 退院にむけた支援

ウ 関係行政機関の役割

- ・鳥取県精神保健福祉センター主催で精神障害者地域移行支援強化事業研修会を開催。
- ・鳥取県精神保健福祉医療協議会(県附属機関)の部会として地域移行支援プロジェクト会議を設置。
- ・西部圏域においては、福祉保健局主催で地域移行推進会議及び地域移行連絡会を開催。

入院医療の必要性の判断

必要性が急性期等と比べて低い

イ 地域生活の支援

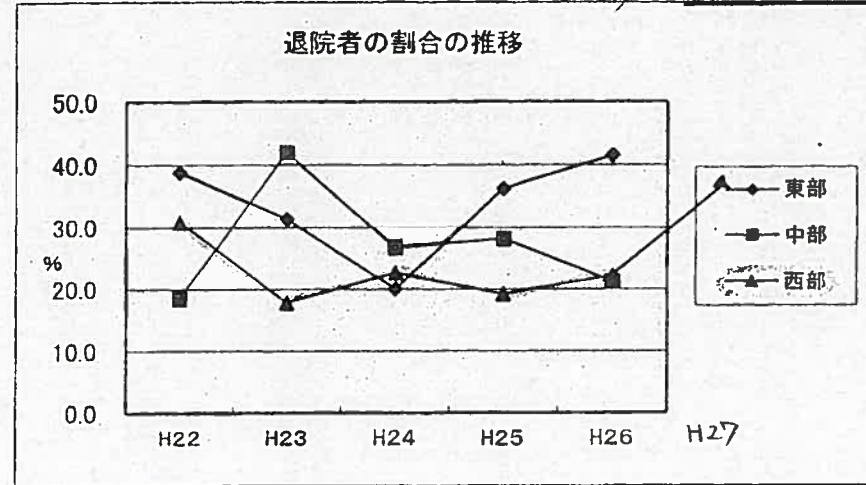
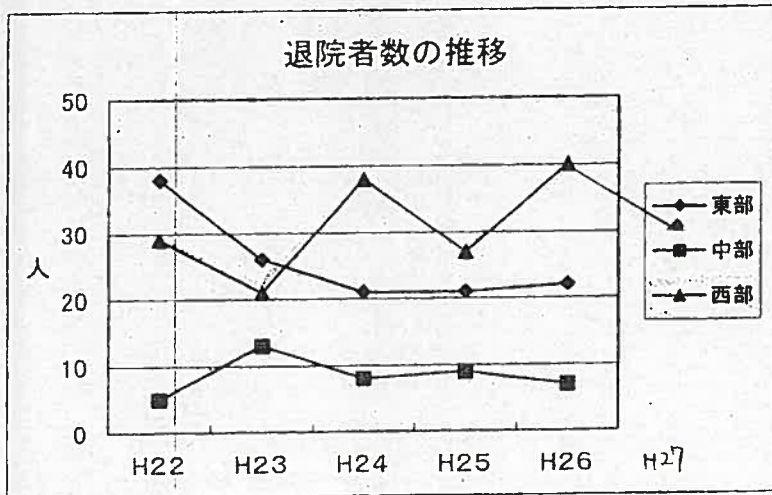
# 精神科病院長期入院患者実態調査結果(630調査)

## 1 退院者数について

◆退院者:平成25年6月30日時点で退院可能入院者で挙がった者のうち、平成26年6月30日までの1年間に退院した者

### ①退院可能入院者数に対する退院者数の推移

|    | H22.6.30     |      |       | H23.6.30     |      |       | H24.6.30     |      |       | H25.6.30     |      |       | H26.6.30     |      |       |
|----|--------------|------|-------|--------------|------|-------|--------------|------|-------|--------------|------|-------|--------------|------|-------|
|    | 退院可能<br>入院者数 | 退院者数 | 割合(%) | 退院可能<br>入院者数 | 退院者数 | 割合(%) | 退院可能<br>入院者数 | 退院者数 | 割合(%) | 退院可能<br>入院者数 | 退院者数 | 割合(%) | 退院可能<br>入院者数 | 退院者数 | 割合(%) |
| 東部 | 98           | 38   | 38.8  | 83           | 26   | 31.3  | 105          | 21   | 20.0  | 58           | 21   | 36.2  | 53           | 22   | 41.5  |
| 中部 | 27           | 5    | 18.5  | 31           | 13   | 41.9  | 30           | 8    | 26.7  | 32           | 9    | 28.1  | 33           | 7    | 21.2  |
| 西部 | 94           | 29   | 30.9  | 118          | 21   | 17.8  | 168          | 38   | 22.6  | 141          | 27   | 19.1  | 181          | 40   | 22.1  |
| 全県 | 219          | 72   | 32.9  | 232          | 60   | 26.9  | 303          | 67   | 22.1  | 281          | 57   | 24.7  | 267          | 69   | 25.8  |





## 2 退院可能入院者数について

◆退院可能入院者：基準日に入院期間が1年以上の患者で、何らかの支援があれば退院可能な者（認知症患者は除く）

### ①在院患者数に対する退院可能入院者数の推移

|    | 平成22年 |          |       | 平成23年 |          |       | 平成24年 |          |       | 平成25年 |          |       | 平成26年 |          |       |
|----|-------|----------|-------|-------|----------|-------|-------|----------|-------|-------|----------|-------|-------|----------|-------|
|    | 在院患者数 | 退院可能入院者数 | 割合(%) | 在院患者数 | 退院可能入院者数 | 割合(%) | 在院患者数 | 退院可能入院者数 | 割合(%) | 在院患者数 | 退院可能入院者数 | 割合(%) | 在院患者数 | 退院可能入院者数 | 割合(%) |
| 東部 | 741   | 83       | 11.2  | 721   | 105      | 14.6  | 716   | 58       | 8.1   | 693   | 53       | 7.6   | 682   | 72       | 10.6  |
| 中部 | 267   | 31       | 11.6  | 266   | 30       | 11.3  | 255   | 32       | 12.5  | 240   | 33       | 13.8  | 264   | 32       | 12.1  |
| 西部 | 772   | 118      | 15.3  | 756   | 168      | 22.2  | 747   | 141      | 18.9  | 718   | 181      | 25.2  | 702   | 143      | 20.4  |
| 全県 | 1780  | 232      | 13.0  | 1743  | 303      | 17.4  | 1718  | 231      | 13.4  | 1651  | 267      | 16.2  | 1648  | 247      | 15.0  |

### ②退院可能入院者数の経年変化

|    | 平成21年 | 平成22年 | 平成23年 | 平成24年 | 平成25年 | 平成26年 |
|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 東部 | 98    | 83    | 105   | 58    | 53    | 72    |
| 中部 | 27    | 31    | 30    | 32    | 33    | 32    |
| 西部 | 94    | 118   | 168   | 141   | 181   | 143   |
| 全県 | 219   | 232   | 303   | 231   | 267   | 247   |

平成27年

平成27年  
(西部) 668 79 11.8

79

退院可能入院者数の経年変化

