

宇土市入退院連携ガイドブック 概要版

※本紙は、宇土市入退院連携ガイドブックの主なポイントをまとめたものです。詳細はガイドブックをご確認ください。

【退院調整が必要な患者の目安】

◆「在宅への退院ができそう」と判断する基準◆

- ・症状がある程度安定した状態
- ・在宅での介護が可能である（介護をする環境が整っている）

1）既に要介護認定等を受けている患者

入院前から包括又は居宅と契約している患者は、要支援・要介護に関係なく引き継ぐ

2）要介護認定の有無が不明な場合

宇土市高齢者支援課へ問合せ：0964-22-1111
（詳細は P8 参照）

3）要介護認定等を受けていない患者

1 必ず退院調整が必要と思われる患者

- ・立ち上がり、歩行に介助が必要な患者
- ・食事に介助が必要な患者
- ・衣類の着脱や更衣、入浴時の介助が必要な患者
- ・排泄に介助が必要な患者
- ・日常生活に支障を来すような症状がある認知症がある患者
- ・温度調整や適切な飲水など生命維持に関わるセルフケアが困難な患者
- ・高次脳機能障害の後遺症がある患者

1 項目以上該当する場合は「要介護レベル」である可能性が高いと考えられます

（本人家族が希望する）
居宅介護支援事業所へ連絡
（⇒P11 参照）

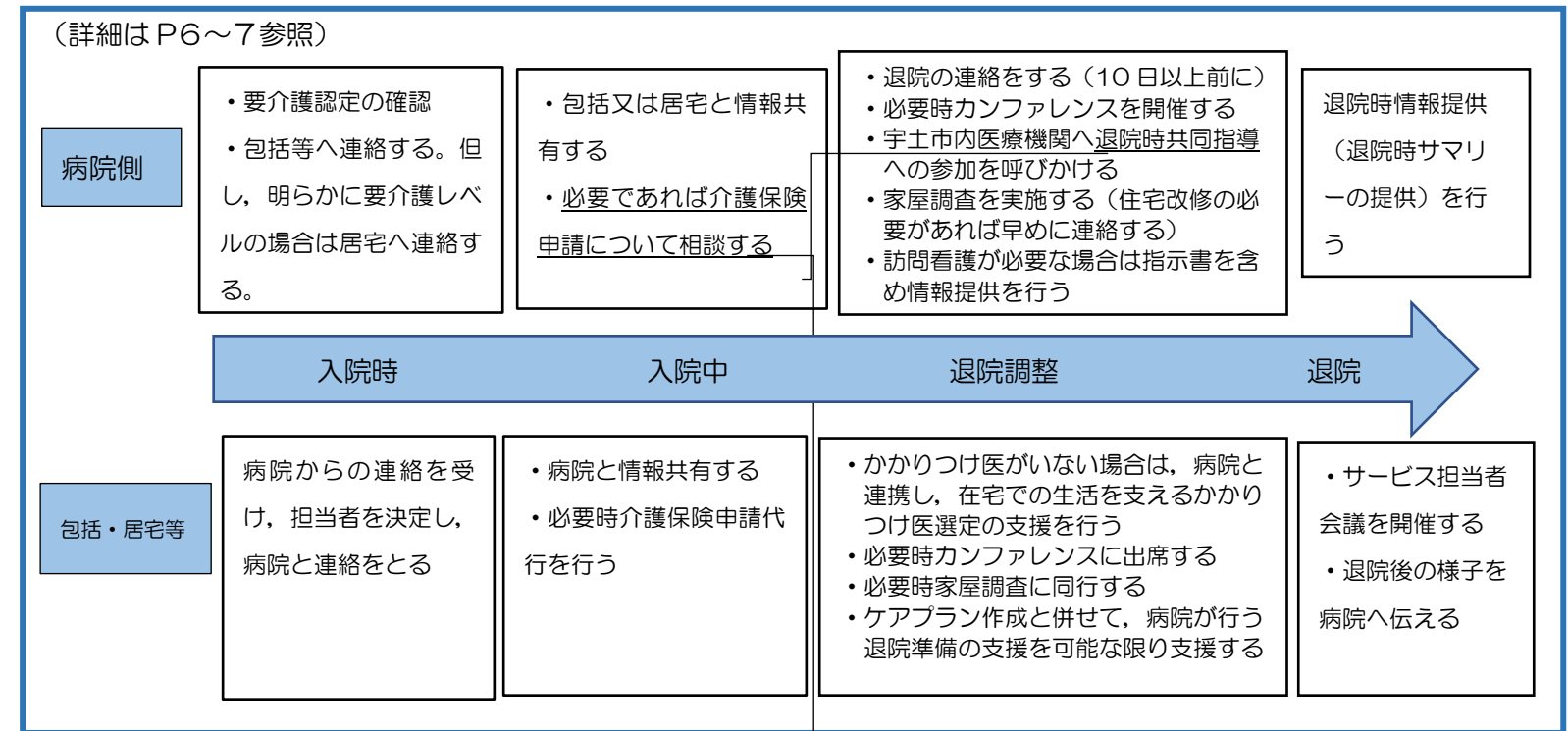
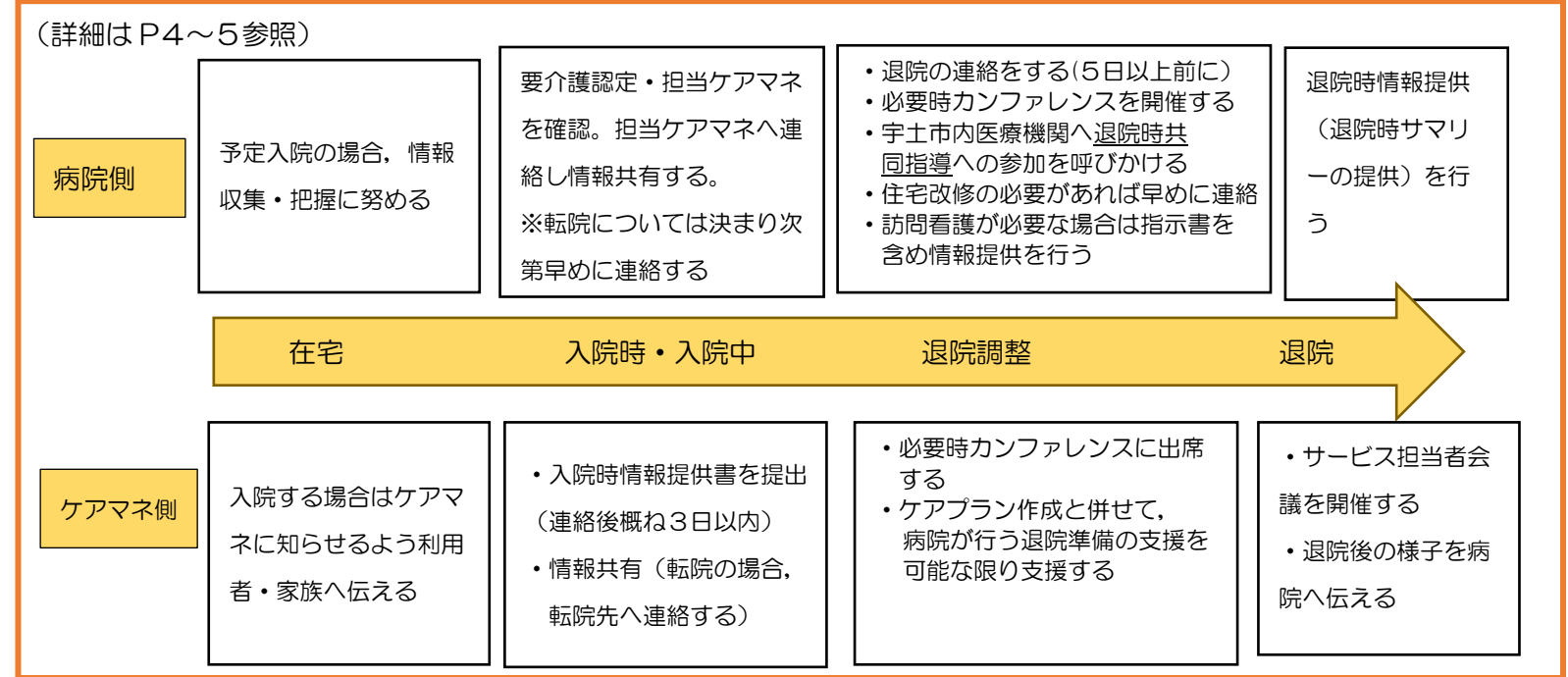
判断に迷う場合

2 退院調整の検討が必要と思われる患者

- ・独居、もしくは高齢世帯などで家族介護力が低いなど、調理や掃除など身の回りのことに支援が必要な患者
- ・入院前と退院時で ADL が悪化している患者。または一日の中でも ADL の変動がある患者
- ・軽度の認知症があり、独居もしくはそれに近い状態（老老介護、介護力が低い等）。
- ・ADL は自立しているががん末期の患者、入院後新たな医療処置が追加され、継続が必要な患者（膀胱バルーンカテーテル留置、経管栄養、吸引、在宅酸素、ストーマなど）。
- ・入退院を繰り返している患者、入退院の間隔が短くなっている患者
- ・親族や友人などとの接触頻度が低く、不活発な状態の患者
- ・軽度認知障害があり、生活に多少なりとも支障をきたしている患者
- ・金銭管理や服薬管理が苦手、家族管理に抵抗を感じている患者

在宅医療介護連携支援センター又は患者の居住地の地域包括支援センターへ連絡
（⇒P10～11 参照）

【入退院調整の流れ】



- ・要介護認定申請に関すること：P12～13 参照
- ・認定調査に関すること：P13～14 参照
- ・医療介護連携に係る診療介護報酬：P9 参照
- ・在宅医療介護に関する相談窓口：P10 参照

宇土市入退院連携ガイドブック 概要版

※本紙は、宇土市入退院連携ガイドブックの主なポイントを
まとめたものです。詳細はガイドブックをご確認ください。