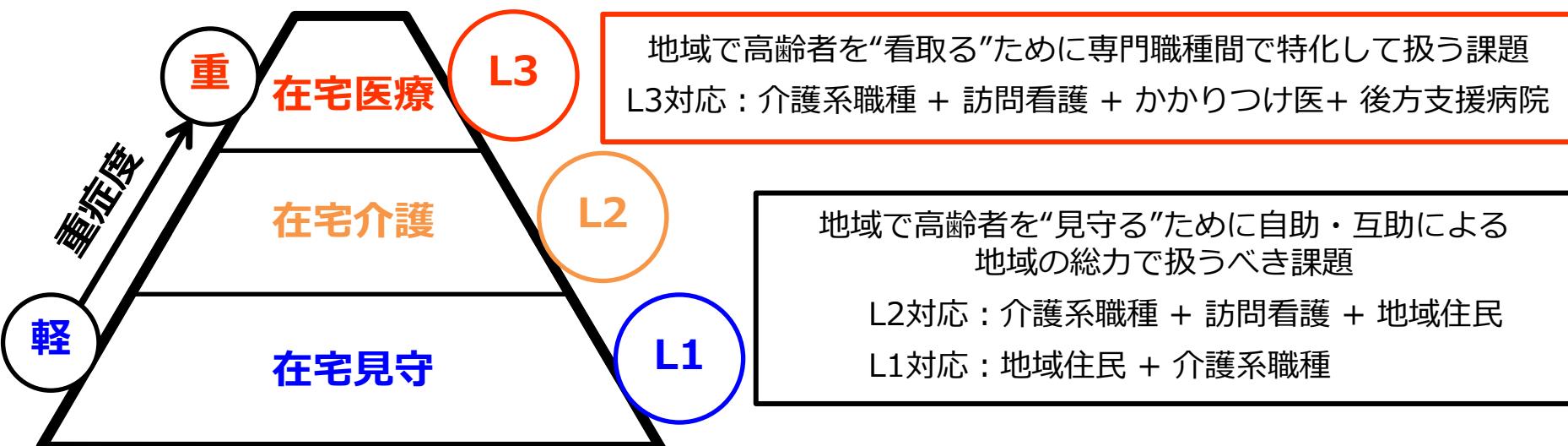


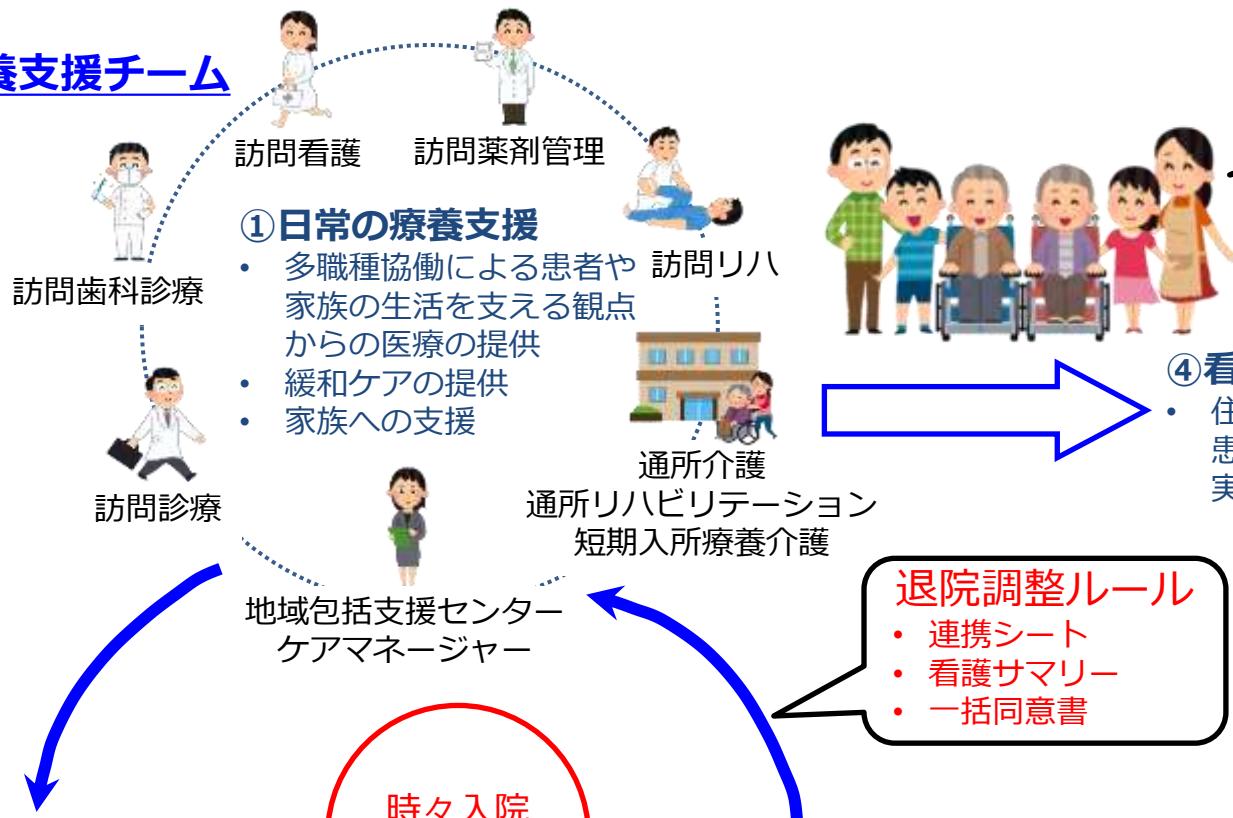
○ 南信州「退院調整ルール」の概要

多様な介護レベル⇒多様な支援（自助・互助）と介護サービスが必要

介護レベル		主なケア		住まい場所	急性期医療
重度 ↑	レベル3 要介護5 要介護4	施設ケアが中心	看取り 介護	ほぼ施設	時々入院 ほぼ在宅
レベル2	要介護3 要介護2	在宅ケアが中心	介護 介助	自宅↔施設	
軽度 ↓	レベル1 要介護1 要支援	予防的ケアが中心	虚弱予防 生活支援	ほぼ自宅	



在宅療養支援チーム



退院調整ルール

- 連携シート
- 看護サマリー
- 一括同意書

②急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における緊急往診体制及び入院病床の確保



在宅療養のセーフティネット
= 後方支援病院群

時々入院
ほぼ在宅

③在宅復帰を実現するための退院支援から退院調整

- 入院医療機関による退院支援の実施
- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院調整の実施



退院支援看護師
MSW

退院支援チーム

在宅療養に対する
安心感と信頼感

在宅受入システムとして
「看取りも含めて対応できる
地域包括ケアシステム」
のイメージ

南信州「退院調整ルール」

	病院（退院支援チーム）	ケアマネ（在宅療養支援チームの窓口）
①平時の備え	<p>①平時の備え</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ 利用者の介護保険証・健康保険証にケアマネの名刺を挟んでおく（かかりつけ医の診察券、お薬手帳と一緒にして「入院時セット」として保管してもらう） ◇ 入院が決まつたらケアマネに伝えるよう本人・家族に説明しておく 	
②入院時の連携	<p>②-1. ケアマネの有無、介護保険サービスの確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 患者・家族からの聞き取りや、介護保険証、担当ケアマネの名刺の有無等により、ケアマネの有無や介護保険サービスの内容を確認 ○ 担当ケアマネがいる場合は、速やかに入院を連絡 <p>※要介護認定を受けているか分からない場合は、市町村介護保険担当課に問い合わせる</p> <p>②-3. 要介護認定を受けていない（担当ケアマネがいない）場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 退院調整が必要と判断されたら、家族等の介護保険申請を支援 ○ 必要に応じ市町村介護保険担当課と相談し、ケアマネの選定を行い、担当ケアマネが決まり次第連携 	<p>②-2. 入院時の情報提供</p> <p>病院や家族等からの連絡により、利用者（要介護・要支援とも）の入院を把握した場合は速やかに、在宅での患者の状態等について情報の提供を行い、入院時からの連携・情報共有に努める</p> <p>※極力、「在宅患者基本情報共有書（連携シート）」を活用する</p> <p>「病院がケアマネを把握」又は「ケアマネが入院を把握」、どちらか早いほうが相手に連絡</p>
③退院前の連携・カンファレンスの実施	<p>③-1. サービス調整に必要な日数を考慮して、ケアマネへ退院見込日を連絡</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 患者が退院できると判断した場合、ケアマネが退院調整に必要な期間（ケアプラン作成、介護事業所との調整等）を考慮して、退院支援開始の連絡を速やかに行う <p>③-3. ケアプラン作成に必要な情報を収集</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ケアマネがケアプラン作成等に必要な情報を、カンファレンス等の面談日までに院内関係者から収集 <p>※極力、「在宅患者基本情報共有書（連携シート）」を活用する</p> <p>③-4. 退院前カンファレンスの実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 退院調整に必要な情報を共有する <p style="color: red;">※極力、「在宅患者基本情報共有書（連携シート）」を活用する。（ケースにより「看護サマリ+連携シート」のように看護サマリの補完として連携シートを活用する場合もある。）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 多職種間で情報を共有する同意書「一括同意書」を患者から取得する ○ 追加のカンファレンスや退院時共同指導の実施の要否については、病院担当者とケアマネで調整する 	<p>③-2. ケアプラン作成準備</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 退院の時期並びに必要となりそうな支援を確認し、サービス調整を行って、ケアプランの素案を作成
④退院後の連携	<p>④-1. 退院時の情報連携</p> <p>看護サマリー（情報量は当圏域内である程度標準化した）をケアマネに提供する</p>	<p>④-2. ケアプランの写しを病院に提供する</p>

南信州「退院調整ルール」のフロー

①平時の備え

- ・入院時セットの準備
- ・ケアマネの連絡先

②入院時の連携



ケアマネの有無、
介護保険証の確認

③退院前の連携・ カンファレンスの実施



ケアプラン作成に
必要な情報を収集

④退院後の連携



看護サマリーを
ケアマネに提供

入院

連携シートの活用

入院時の情報提供



連携シートの活用
一括同意書の取得

ケアプランの素案
を作成



退院

ケアプランの写しを
病院に提供



介護支援専門員
(ケアマネ)

退院支援看護師
MSW

南信州「退院調整ルール」の補足

要介護状態の患者の在宅復帰を実現するために、**退院支援チーム（退院支援看護師、MSWなど）の約束事項**
(退院調整漏れを起こさない!)

○退院調整を要する患者の基準

1 必ず退院支援が必要な患者（要介護）

- 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
 - 日常生活に支障をきたすような症状がある認知症
- ⇒1項目でも当てはまれば、ケアマネジャーへ連絡する

2 それ以外（要支援の一部）

- 独居かそれに近い生活状況で、調理や掃除など身の回りのことに介助が必要
 - （ADLは自立でも）がん末期の方
 - 新たに医療処置（経管栄養、吸引など）が追加された方
- ⇒地域包括支援センターへ連絡（迷ったときは地域包括へ）

- ・既にケアマネ・地域包括支援センターと契約している患者は当該ケアマネに引き継ぐ
- ・入院中に要介護・要支援となり、退院後に介護保険利用が見込まれる場合は、介護保険申請やケアマネ決定を支援する

○「在宅復帰ができる」と判断する基準

- ① 病状がある程度安定した状態で退院できそうである
- ② 在宅での介護が可能そうである

⇒退院前カンファの実施（ケアマネの負担軽減に配慮し、開催日程を決める）