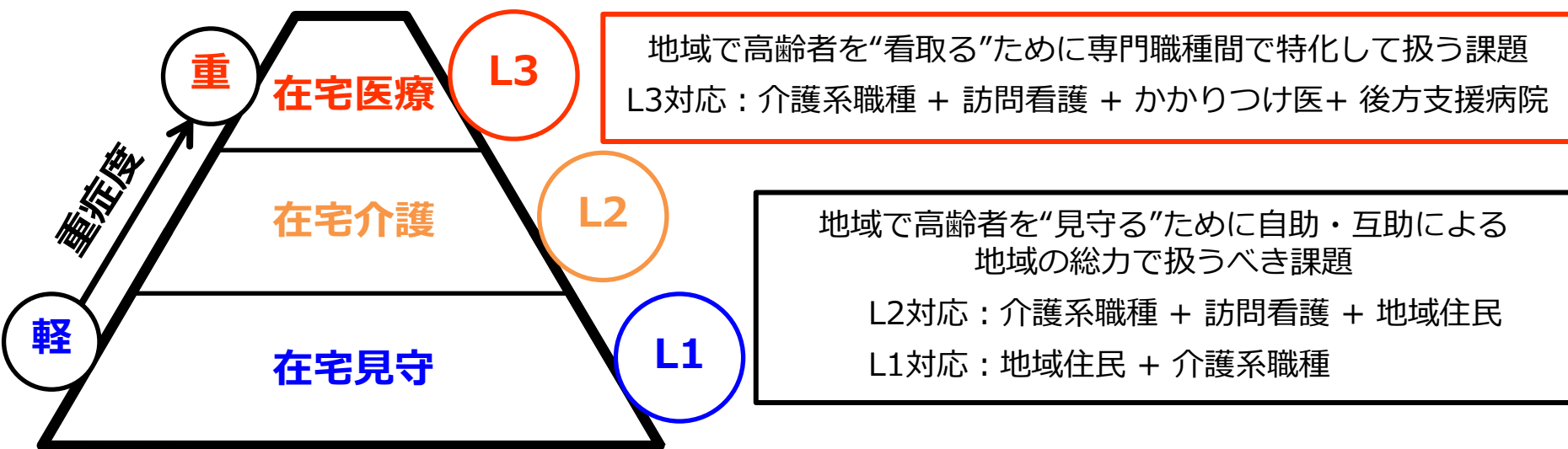


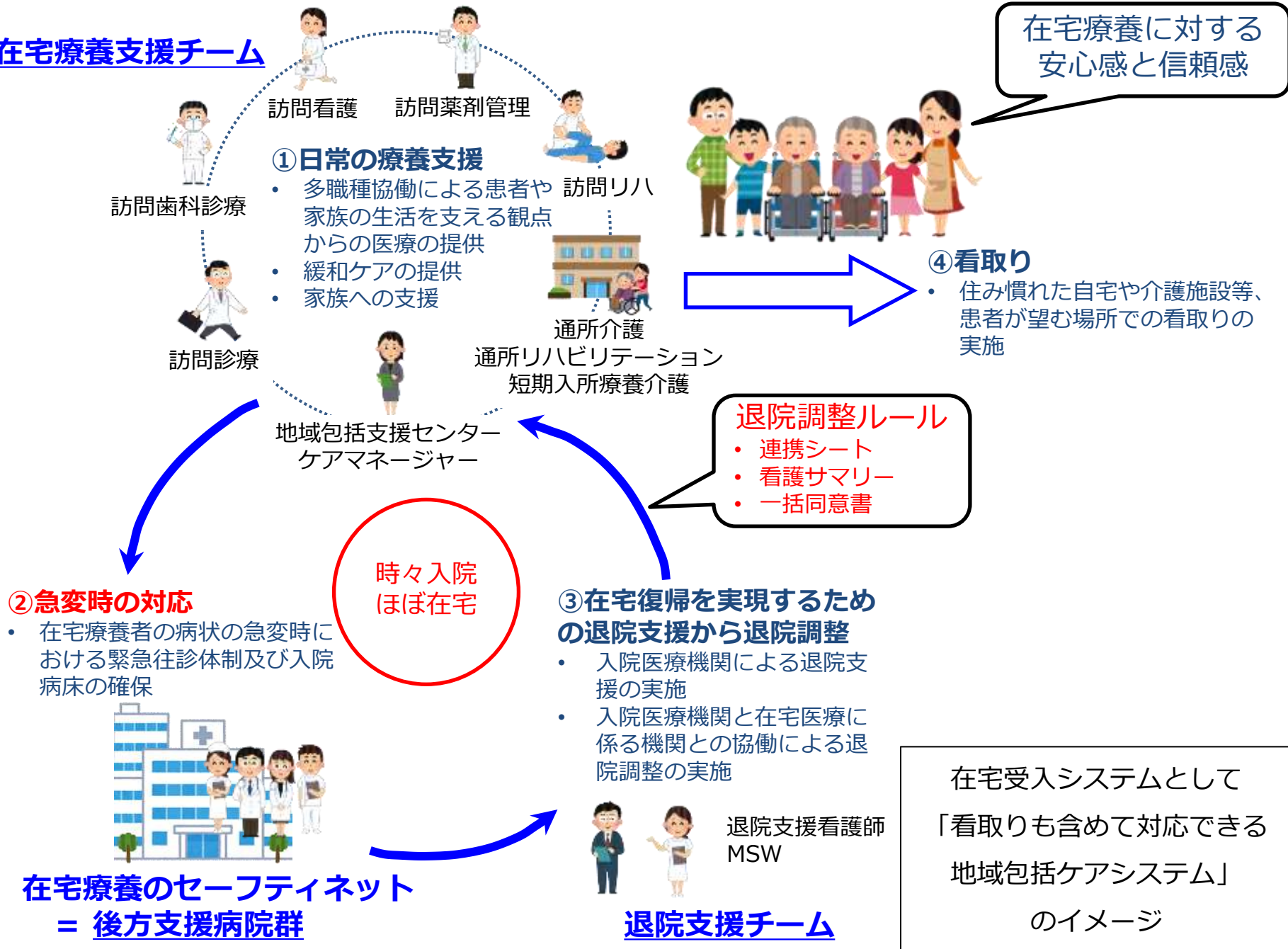
# ○ 南信州「退院調整ルール」の概要

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	
<div>重度</div> <div>↑↓</div> <div>軽度</div>	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	
	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	時々入院 ほぼ在宅
	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



# 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	① 平時の備え ◇ 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） ◇ 入院が決まっ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	②-1. ケアマネの有無、介護保険サービスの確認 ○ 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 ※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 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 ○ 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	②-2. 入院時の情報提供 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 ※極力、「在宅患者基本情報共有書（連携シート）」を活用する <div>「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</div>
③ 退院前の連携・カンファレンスの実施	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 ○ 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	③-2. ケアプラン作成準備 ○ 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
	③-3. ケアプラン作成に必要な情報を収集 ○ 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 ※極力、「在宅患者基本情報共有書（連携シート）」を活用する	
	③-4. 退院前カンファレンスの実施 ○ 退院調整に必要な情報を共有する ※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。） ○ 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	
④ 退院後の連携	④-1. 退院時の情報連携 看護サマリ（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	④-2. ケアプランの写しを病院に提供する

# 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

連携シートの活用  
一括同意書の取得

退院

入院時の情報提供

ケアプランの素案  
を作成

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)



# 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）