

県北圏域退院調整ルール

入院前にケアマネが決まっている場合 (入院前に介護保険を利用していった場合)



※介護保険証、医療保険証等で
ケアマネを確認する。
患者さんが入院しました。

④近いうちに退院がで
きそうです。

- * 日数は概ねの目安です。
- * 長期入院・新規申請・症状が大きく変
化している場合は、なるべく早く連絡し
あう。

①入院時連絡
おおむね3日以内に担当
ケアマネに連絡する。



- ・担当者を決める。
- ・病状説明の日程を決める

③入院後の経過を家族
に説明する日程が決ま
りました。

④退院見込みを退院予定の
7日以内ケアマネに連絡す
る。

⑤患者情報の収集と在宅に向けた調整（退院準備）

- * 例えば、
 - ・介護者に介護手順等指導
 - ・退院前の家屋調査
 - ・カンファレンス等の開催
- 予定が決まった時点で連絡
する。

⑥退院日が決まった
ら連絡する。

本人・家族
健康保険証
介護保険証
お薬手帳と
ケアマネの
名刺を一緒
にしておく

②入院時情報提供書

②入院情報提供
書をお届けしま
すね。

③私も同席させ
てください。

①入院時連絡
入院先がわかっ
たら連絡する。



- ・入院中には病院と連絡 を
取る。

退院調整期間

⑤退院調整を始
めます。

家屋調査同行します。

カンファレンスには
ケアマネも事業者も
参加します。



⑤情報収集と在宅に向けた調整
(ケアプラン作成・サービス調整)

退院

県北圏域退院調整ルール

入院前にケアマネが決まっている場合（入院前に介護保険を利用していた場合）

	病 院	ケアマネジャー（CM）
在宅時		<ul style="list-style-type: none"> ◇利用者の入院を早期に把握するための普段からの工夫 ○担当する利用者、CMの名刺を、介護保険証・医療保険証・お薬手帳と一緒に保管し、入院の際には「入院時セット」として持参するよう伝えておく。 ○利用者・家族に対し、入院したらCMに連絡するよう伝えておく。
入 院	「病院がCMを把握」又は「CMが入院を把握」、どちらか早いほうが相手に連絡する。	
	①入院時連絡 ○聞き取りや介護保険証、医療保険証等により担当CMを把握した時点で、入院したことを、おおむね <u>3日以内</u> に連絡する。 ○担当者を決める。 ○家族の同意を確認する。	②入院時情報提供書の送付 ○入院を把握したら提供書を作成し、おおむね <u>3日以内</u> に病院に提供（持参、又はFAX）
	入院中の経過（状況・入院期間・治療方針）についてお互いに情報共有する。	
退院の見込 (入院7～10日程度)	③患者の入院中の状況を連絡 ④退院見込を連絡 ○入院して7～10日程度を目途に、「在宅への退院が可能かどうか」を判断する。 ◇病状がある程度安定した状態である。 ◇在宅での介護が可能そうである。 ◇本人、家族の在宅への退院意向がある。等 ○可能な限り退院日の7日前までに、CMに連絡。	⑤患者情報の収集と、在宅への退院に向けた調整開始 ○病院から退院見込の連絡があったら、退院調整のための利用者情報の共有について、いつ、どこで、どんな方法で行うのか、病院と調整する。
退院調整	⑤入院中の患者情報を共有し、相互に協力して退院に向けた調整を実施 例えば○病院担当者（看護師・MSW）とCMの退院調整開始面談 ○在宅に向けた家屋調査（ケアマネも同行） ○介護者に介護手順等指導 ○患者や家族の意向を確認し、サービス事業者へ連絡調整 ○在宅でのリハビリ計画 ○サービス事業者へも連絡する。 ○退院前カンファレンスの開催（目安として10日前までに） ○退院時情報の提供（サマリーまたは、入退院情報提供シートの提供）など	
退院日決定	⑥退院日を連絡 ○主治医の許可した退院日をすぐにCMに連絡する。	○今後の治療方針を把握する。
退院時	退院時サマリーの提供	必要に応じてケアプランの提供

県北圏域退院調整ルール

入院前にケアマネが決まっていない場合(入院後、新たに介護保険を利用する場合)

※聞き取り等により担当ケアマネがないことを確認。



①入院して1週間。在宅では介護が必要になりそう…

- ・在宅への退院ができそうか判断する。
- ・「**退院調整が必要な患者の基準**」により判断し連絡調整のための準備を始める。
- ・介護認定は、結果がでるまで30日程度かかるので、早めに申請について説明する。

②介護保険の申請を勧めよう。

- ・病状の安定や退院の見込みがわかったら本人や家族に勧める。

③退院の見込みを連絡する
地域包括支援センターまたは、
居宅介護支援事業所に連絡する。

*迷ったら、地域包括支援センターに連絡する。

入院

家族
介護認定申請

ケアマネとの
契約

連絡先担当ケアマネ

中重介護 ⇒ 居宅介護
支援事業所
軽介護 ⇒ 地域包括支援
センター

市町村または
地域包括支援
センター

退院調整期間

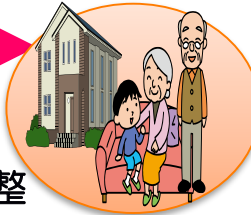
④患者情報の収集と在宅に向けた調整



④わかりました。
患者さんの様子を
教えてください。

- ・必要に応じて、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所とで同行で調整する。

退院



県北圏域退院調整ルール

入院前にケアマネが決まっていない場合(入院後、新たに介護保険を利用する場合)

	病 院	ケアマネジャー(CM)【居宅・包括】
入 院	※患者・家族等への聞き取りや介護保険証等により、担当CMが決まっていなことを確認。 ※介護認定申請を家族に勧める際には、病状の安定や退院見込みを考慮。 ※介護認定には30日程度かかるので、介護認定申請が必要な状態と判断したら、申請を支援。	
退院の見込 (入院7~10 日程度)	<p>①退院調整の必要性の判断</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇病状がある程度安定した状態である。 ◇在宅での介護が可能そうである。 ◇本人、家族の在宅への退院意向がある。等の状況で、退院調整が必要かどうかを判断。 <p>②患者・家族への介護保険についての説明、申請の支援</p> <p>○①により、退院調整(介護保険の利用)が必要と判断された患者や家族に介護保険の説明をし、申請、ケアマネとの契約等を支援。</p> <p>③患者の退院見込を連絡</p> <p>○①により、退院調整が必要と判断された患者について、退院見込を、できるだけ早く連絡</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇要介護と思われる者(中重介護) ⇒居宅介護支援事業所 ◇要支援と思われる者(軽介護) ⇒地域包括支援センター 判断に迷う者 	<p>④患者情報の収集と、在宅への退院に向けた調整開始</p> <p>○病院から退院見込の連絡があったら、退院調整のための利用者情報の共有について、いつ、どこで、どんな方法で行うのか、病院と調整する。</p>
退院調整	以降の流れは、「入院前にケアマネが決まっている場合」の⑤以降と同じ。	
退院日決定		
退院時		

