

渋川圏域における医療介護連携調整実証事業



渋川医療センター
患者相談支援センター長
棚橋美文

渋川地区医療介護連携調整病院・ケアマネ会議
2019.3.7

いいルールを作ったら



ケアマネさんが退院準備を手伝ってくれるから、退院調整が**簡単**、**楽**になった。

退院調整なし退院がなくなって**楽**。

退院直前の引き継ぎがなくなって**楽**。

看護師が笑顔で迎えてくれるので、病院の敷居が**低**くなった。



安心



よい退院調整を行うには

- 入院に際しケアマネと病院が連絡を取り、ケアマネから入院前の生活について連絡がある
(入院時情報提供書の提出)
- 退院にあたり病院からケアマネに連絡し、退院準備を開始する
(退院時のケアマネへの引継ぎ)

ケアマネジャーがいない場合



介護保険は
未申請だわ



介護保険証
確認

「退院調整が必要」
基準の確認

遅くとも

退院まで約1週間



入院



退院

「退院調整が必要」基準

- ①立ち上がりや歩行に介助が必要な方
- ②食事に介助が必要な方
- ③排泄に介助が必要あるいはポータブルトイレを使用中的の方
- ④日常生活に支障を来すような精神症状または
認知症状のある方

ケアマネジャーがいない場合



入院中の患者・家族の
詳しい情報は**必須**
退院調整共有情報シート
(様式2)

「退院調整
が必要」

介護保険証
確認

遅くとも

退院調整期間



退院まで約
1週間

要介護・要支援
居宅介護支援所へ

迷う時・家族が了解しない
地域包括支援センターへ

入院

退院

ケアマネジャーがいない場合



入院中の患者・家族の
詳しい情報は**必須**
退院調整共有情報シート
(様式2)



退院時引継ぎ情報
(退院サマリー等)

介護保険証
確認

遅くとも

「退院調整
が必要」

退院調整期間



退院

退院前カンファレンス



ケアプラン

退院まで約
1週間

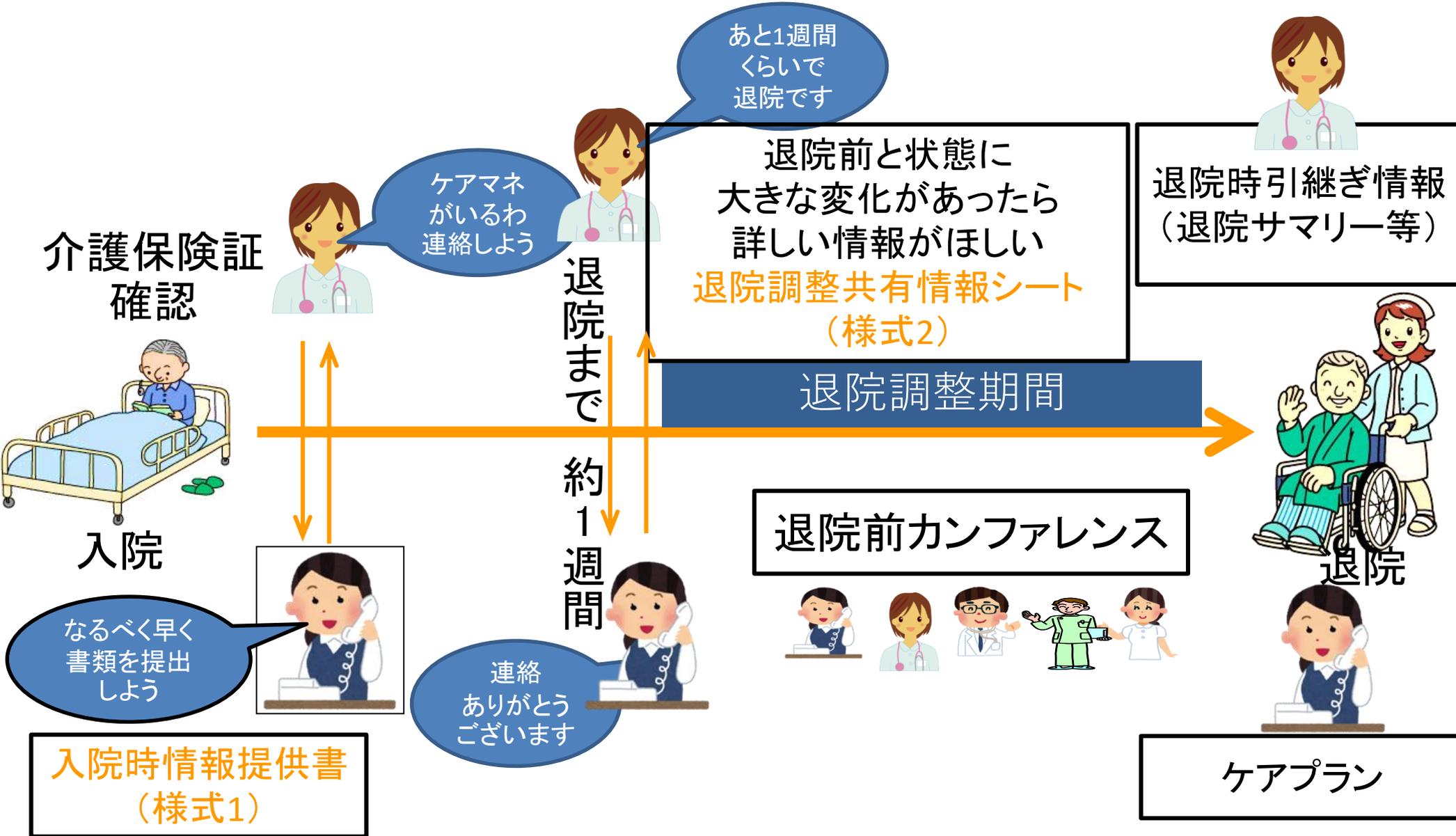
要介護・要支援
居宅介護支援所へ

迷う時・家族が了解しない
地域包括支援センターへ

入院



ケアマネジャーがいる場合



退院調整共有情報シート

様式2-1

【 病院 → 居宅支援事業所 担当()様】

退院調整共有情報シート

連絡窓口・担当者		電話/FAX	
ふりがな	生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢
氏名	性別	男・女	
病院主治医	在宅主治医	記入日	平成 年 月 日
入院の原因となった病名	入院日	平成 年 月 日	身長
氏名(ふりがな)	住所	続柄	電話番号
緊急時連絡先	本人	本人	
<input type="checkbox"/> :キーパーソン <input checked="" type="checkbox"/> :おもな介護者 家族構成 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 (本人を含め 人)			
介護認定	無	未申請	申請中(平成 年 月 日申請)
既往歴(医療処置は詳しく)	<input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
希望する福祉サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問診療(かかりつけ医) <input type="checkbox"/> 宅配食 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 移送車 <input type="checkbox"/> その他の介護用品() <input type="checkbox"/> その他()		
現在の治療状況	患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望		
ADL	自立	見守り	一部介助
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生活上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(口幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他()		
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他()		
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA: 保菌(部位: <input type="checkbox"/> 鼻腔、咽頭 <input type="checkbox"/> 褥瘡) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		
備考			

様式2-1

【 病院 → 居宅支援事業所 担当()様】

退院調整共有情報シート

連絡窓口・担当者		電話/FAX	
ふりがな	生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢
氏名	性別	男・女	
病院主治医	在宅主治医	記入日	平成 年 月 日
入院の原因となった病名	入院日	平成 年 月 日	身長
氏名(ふりがな)	住所	続柄	電話番号
緊急時連絡先	本人	本人	
<input type="checkbox"/> :キーパーソン <input checked="" type="checkbox"/> :おもな介護者 家族構成 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 (本人を含め 人)			
介護認定	無	未申請	申請中(平成 年 月 日申請)
既往歴(医療処置は詳しく)	<input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
希望する福祉サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問診療(かかりつけ医) <input type="checkbox"/> 宅配食 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 移送車 <input type="checkbox"/> その他の介護用品() <input type="checkbox"/> その他()		
現在の治療状況	新規患者でない場合は変更等がない部分は省略可 患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望		
ADL	自立	見守り	一部介助
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生活上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(口幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他()		
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他()		
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA: 保菌(部位: <input type="checkbox"/> 鼻腔、咽頭 <input type="checkbox"/> 褥瘡) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		
備考	継続患者についてはケアマネジャーと相談し省略あるいは看護サマリーで対応可		

新規患者でない場合の記載は簡略化されています