

# 群馬県医療介護連携調整実証事業 利根沼田圏域退院調整ルールのポイント

## 本人・家族

## 入院

- 【アクション1】 利用者の入院を把握したら連絡
- 【アクション2】 ケアマネから医療機関へ『入院時情報提供シート』を提出
- 【アクション3】 医療機関からケアマネへ「退院見込み」の連絡
- 【アクション4】 退院前カンファレンスの実施
- 【アクション5】 医療機関からケアマネへ退院日決定の連絡
- 【アクション6】 退院時情報とケアプランを相互に提供

## 退院

共通して行うこと

【アクション6】（医療機関）  
ケアマネに退院時情報を提供

共通して行うこと

【アクション6】（ケアマネ）  
主治医にケアプランを提供

共通して行うこと

【アクション5】（医療機関）  
ケアマネに退院日を連絡

- ◆カンファレンスの内容を反映させ「ケアプラン」を作成。
- ◆病院からの情報を共有してサービス開始

## ケアマネジャーの動き

介護サービスを利用中

【アクション2】（ケアマネ）  
入院時情報提供シートを提出  
◆持参、もしくはFAX・メールで送信

- ◆利用中の他のサービス事業所に入院の連絡をする（訪問看護・訪問介護等）

介護サービスを利用中

【アクション2】（医療機関）  
患者の状態や入院期間の見込みを伝える  
◆患者の退院支援に必要な情報を共有

連絡

新たに介護保険サービスを利用

【アクション2】（ケアマネ）  
ケアマネ決定の連絡  
◆担当が決まったら、病院に連絡  
◆患者の状態や入院期間の見込みなど確認する

新たに介護保険サービスを利用

【アクション1】（医療機関）  
退院調整の必要性を判断  
◆必要時は地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所に相談。

新たに介護保険サービスを利用

【アクション2】（医療機関）  
介護保険申請・ケアマネの選定を支援  
◆本人の意向を確認し、介護保険申請やケアマネの選定を支援する

## 病院チームと在宅チームが参加

共通して行うこと

【アクション4】（医療機関・ケアマネ）  
退院前カンファレンスを実施  
◆病院担当者からケアマネに連絡し、日程調整を行う

- ◆「ケアプラン原案」を作成。
- ◆カンファレンスの参加者を提案。
- ◆アドバイスを受けた内容を確認。
- ◆カンファレンスまでに必要な情報を収集しておく。

共通して行うこと

【アクション3】（医療機関）  
ケアマネに退院の見込みを連絡  
◆退院予定日のおおむね10日前までに連絡

## 退院見込み

## 入院中

