

A 入院前にケアマネージャー（居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター）が決まっている場合

（注）下線の項目は特別な理由がない限り行う、大切な役割を表記しています。それ以外の項目は関係者間で相談し、必要に応じて行ってください。

時系列	病院・有床診療所の役割	ケアマネージャー等の役割	かかりつけ医・歯科 薬局の役割	本人・家族の役割
在宅時		・日頃から本人・家族に入院時に「<u>入院時あんしんセット</u>」の持参及び電話連絡を依頼 ・居宅サービス事業所に入院した事実を把握した場合は連絡を依頼	・本人・家族にお薬手帳と内服薬と一緒に保管することを説明（薬局） ・定期通院、訪問診療等、健康指導等（かかりつけ医・歯科）	・「<u>（注）入院時あんしんセット</u>」を準備 ・キーパーソン（主に本人に関わってくれる家族）を決定 （注） ・ケアマネの名刺 ・健康（介護）保険証 ・診察券 ・お薬手帳
入院時 （検査入院、短期入院は除く）	・概ね3日以内に「<u>入院時あんしんセット</u>」等により介護保険の認定状況、ケアマネの有無を確認。不明の場合は家族に市町村（保険者）に確認するよう依頼 ・かかりつけ医・薬局・歯科の有無を確認 ・概ね3日以内にケアマネに連絡（家族へ依頼も可） ＊連絡が困難な患者の場合は病院担当者から電話連絡	・居宅サービス事業所はケアマネに入院の電話連絡 ・ケアマネ及び訪問看護（利用がある場合は）は連絡を受けてから概ね3日以内に利用者情報提供書（別紙1）等を郵送又は電話連絡の上持参 ＊FAXの場合は個人情報保護に留意	・在宅時の服薬等の情報提供（薬局） ・入院先の歯科口腔外科、該当診療科に必要な応じて引継（かかりつけ医・歯科）	・ケアマネ、居宅サービス事業所、かかりつけ医、かかりつけ歯科医に連絡

入院中	・ケアマネに入院中の様子を情報提供 ・外泊の場合はケアマネに電話連絡	・病院を訪問し、患者・家族等と面接	・訪問歯科診療	・退院後の生活意向を家族内で意思統一 ・外泊の場合はケアマネに連絡
退院見込	・<u>退院見込日が決まり次第（できれば1週間前までに）ケアマネに電話連絡</u> ＊後日、退院見込日に変更がある場合はすみやかに電話連絡	・居宅サービス事業所に退院見込日等の情報を電話連絡		・ケアマネに連絡
退院調整	・<u>入院前と状況の変化（新たなサービス利用等）がある場合は退院調整会議開催</u> （退院予定日、福祉用具や住宅改修・義歯等の調整・服薬管理・医療系サービスの必要性の検討等） ・必要に応じて、かかりつけ医・歯科・薬局に対して会議への参加を依頼 ・<u>ケアプラン原案を作成し、退院後の支援方針を決定</u>			
退院時	・<u>看護情報提供書（別紙2）等をケアマネに提供（患者・家族へ依頼も可）</u> ・医療系サービス指示書を居宅サービス事業所に提供	・次回受診日等を確認	・配薬カレンダーの提案や内服のアドバイス（薬局）	・<u>看護情報提供書等をケアマネに提供</u>
（転院時）	・ケアマネに連絡（家族へ依頼も可） ・転院先に（別紙2）等により情報提供			・ケアマネに連絡
退院後	（継続受診者の場合） ・状態の変化や受診中断等があった場合は、ケアマネに情報提供	・<u>ケアプランを患者・家族、居宅サービス事業所、病院、歯科、薬局等に提供</u> ・退院後の生活状況を病院・歯科・薬局等へ情報提供	・薬局は内服の状況を確認し、問題があればケアマネに連絡 ・定期通院、訪問診療、口腔ケア、健康指導等（かかりつけ医・歯科） ＜かかりつけ歯科ない場合＞ ・歯科医師会が窓口となり、歯科医を紹介	

B 入院前にケアマネジャー（居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター）が決まっていない場合

時系列	病院・有床診療所の役割	ケアマネジャー等の役割	かかりつけ医・歯科 薬局の役割	本人・家族の役割
入院時 (検査入院、 短期入院は 除く)	概ね3日以内に、患者・家族への聞き取りや介護保険証等により、ケアマネの有無を確認。不明の場合は家族に市町村（保険者）に確認するよう依頼		- 在宅時の服薬等の情報提供（薬局） - 入院先の歯科口腔外科、該当診療科に必要な応じて引継（かかりつけ医・歯科）	キーパーソン（主に本人に関わってくれる家族）を決定
入院 ↓ 退院 見込	- 退院調整が必要な患者の目安（別添）に該当するか確認 - 患者・家族に介護保険制度について説明 - 保険者と相談し、本人・家族によるケアマネの選定と要介護認定申請を支援 - 患者・家族の了解を得て、下記に電話連絡（別添） - アに該当→居宅介護支援事業所へ - イに該当→地域包括支援センターへ - 理学療法士等が家屋調査実施	- 病院を訪問し、患者・家族と面接 - 病院担当者と連携し、介護保険制度の説明及び要介護認定申請の支援 - 医療依存度の高い患者の場合は訪問看護等の医療系サービスの利用を検討 - 家屋調査に同行	- 訪問診療 - 訪問歯科診療	- 退院後の生活意向を家族内で意思統一 - 担当ケアマネ決定 - 要介護認定申請（かかりつけ医等がない場合） - 在宅時に健康相談のできるかかりつけ医、歯科、薬局について相談
*以降は「A 入院前にケアマネジャーが決まっている場合」と同じ手順				

【退院調整が必要な患者の目安】

ア 退院調整が必要な患者（要介護相当）

- ①立ち上がりや歩行に介助が必要
- ②食事及び口腔ケアに介助が必要
- 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
- ④日常生活に支障を来すような症状がある認知症
- ⑤医療処置が必要な患者（がん末期、感染症、褥そう、在宅酸素等）
- ⑥入浴・更衣に介助が必要
- ⑦内服管理に介助が必要
- ⑧入退院を繰り返している
- ⑨入院前より日常生活に支障を来している

1項目でも当てはまれば⇒居宅介護支援事業所に連絡

イ 左記以外で地域の見守り等が必要な患者（要支援相当）

- ①独居で調理や掃除などの身の回りのことに介助が必要
- ②家族はいるが、高齢や疾患等により介護力が乏しく、援助が必要
- ③（日常生活は自立であるが）がん末期、新たに医療処置が追加
- ④（日常生活は自立であるが）認知症
- ⑤ 65歳以上で精神・知的障害がある
- ⑥ 5種類以上の薬を内服していて自己管理が難しい
- ⑦買い物や通院の支援が必要

⇒地域包括支援センターに連絡（アカイで判断に迷う場合も含む）