

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 | | <ul style="list-style-type: none"> ・日頃から本人・家族に入院時に「入院時あんしんセット」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實を把握した場合は連絡を依頼 | <ul style="list-style-type: none"> ・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、健康指導等(かかりつけ医・歯科) | <p>・「(注)入院時あんしんセット」を準備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・キーパーソン(主に本人に関わってくれる家族)を決定 <p>(注) ・ケアマネの名刺 ・健康(介護)保険証 ・診察券 ・お薬手帳</p> |
| 入院時 (検査入院、 短期入院は 除く) | <ul style="list-style-type: none"> ・概ね3日以内に「入院時あんしんセット」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) <p>* 連絡が困難な患者の場合は病院担当者から電話連絡</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>* FAXの場合は個人情報保護に留意</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・在宅時の服薬等の情報提供(薬局) ・入院先の歯科口腔外科、該当診療科に必要に応じて引継(かかりつけ医・歯科) | <ul style="list-style-type: none"> ・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 | <ul style="list-style-type: none"> 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 | <ul style="list-style-type: none"> 病院を訪問し、患者・家族等と面接 | <ul style="list-style-type: none"> 訪問歯科診療 | <ul style="list-style-type: none"> 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 | <p>・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</p> <p>* 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</p> | <ul style="list-style-type: none"> 居宅サービス事業所に退院見込日等の情報を電話連絡 | | <ul style="list-style-type: none"> ケアマネに連絡 |
| 退院調整 | <p>・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</p> <p>(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)</p> <p>・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</p> <p>・ケアプラン原案を作成し、退院後の支援方針を決定</p> | | | |
| 退院時 | <p>・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)</p> <p>・医療系サービス指示書を居宅サービス事業所に提供</p> | <ul style="list-style-type: none"> 次回受診日等を確認 | <ul style="list-style-type: none"> 配薬カレンダーの提案や内服のアドバイス(薬局) | <p>・看護情報提供書等をケアマネに提供</p> |
| (転院時) | <ul style="list-style-type: none"> 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 | | | <ul style="list-style-type: none"> ケアマネに連絡 |
| 退院後 | <p>(継続受診者の場合)</p> <p>・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</p> | <p>・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</p> <p>・退院後の生活状況を病院・歯科・薬局等へ情報提供</p> | <ul style="list-style-type: none"> 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）が決まっていない場合

| 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 |
|--|---|--|--|--|
| 入院時 (検査入院、 短期入院は 除く) | <ul style="list-style-type: none"> ・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 | | <ul style="list-style-type: none"> ・在宅時の服薬等の情報提供（薬局） ・入院先の歯科口腔外科、該当診療科に必要に応じて引継（かかりつけ医・歯科） | <ul style="list-style-type: none"> ・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 | <ul style="list-style-type: none"> ・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 | <ul style="list-style-type: none"> ・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 | <ul style="list-style-type: none"> ・訪問診療 ・訪問歯科診療 | <ul style="list-style-type: none"> ・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 入院前にケアマネー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
- ⑥5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）