

**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	かかりつけ薬局・ 歯科の役割	本人・家族の役割
在宅時		<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>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</u></li> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人・家族にお薬手帳と内服薬を一緒に保管することを説明</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>「(注)入院時あんしんセット」を準備</u></li> <li>・キーパーソン(主に本人に関わってくれる家族)を決定</li> </ul> <p>(注)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネの名刺</li> <li>・健康(介護)保険証</li> <li>・診察券</li> <li>・お薬手帳</li> </ul>
入院時 (検査入院、 短期入院は 除く)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>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</u></li> <li>・かかりつけ医・薬局・歯科の有無を確認</li> <li>・<u>概ね3日以内にケアマネに連絡</u> (家族へ依頼も可)</li> </ul> <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"> <li>・居宅サービス事業所はケアマネに入院の電話連絡</li> <li>・<u>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</u></li> </ul> <p>*FAXの場合は個人情報保護に留意</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅時の服薬等の情報提供</li> <li>・入院先の歯科口腔外科に引継</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネ、居宅サービス事業所、主治医、かかりつけ歯科医に連絡</li> </ul>

入院中	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネに入院中の様子を情報提供</li> <li>・外泊の場合はケアマネに電話連絡</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院を訪問し、患者・家族等と面接</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問歯科診療</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院後の生活意向を家族内で意思統一</li> <li>・外泊の場合はケアマネに連絡</li> </ul>
退院見込	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<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></li> <li>＊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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅サービス事業所に退院見込日等の情報を電話連絡</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネに連絡</li> </ul>
退院調整	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<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）</li> <li>・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</li> <li>・<u>ケアプラン原案を作成し、退院後の支援方針を決定</u></li> </ul>			
退院時	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<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></li> <li>・医療系サービス指示書を居宅サービス事業所に提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・次回受診日等を確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・配薬カレンダーの提案や内服のアドバイス</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>看護情報提供書等をケアマネに提供</u></li> </ul>
(転院時)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネに連絡(家族へ依頼も可)</li> <li>・転院先に(別紙2)等により情報提供</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネに連絡</li> </ul>
退院後	<ul style="list-style-type: none"> <li>・継続受診者で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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<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></li> <li>・退院後の生活状況を病院・歯科・薬局等へ情報提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>＜かかりつけ歯科あり＞</li> <li>・家族又はケアマネからの依頼により口腔ケア実施</li> <li>＜かかりつけ歯科なし＞</li> <li>・歯科医師会が窓口となり、歯科医を紹介</li> </ul>	

**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	かかりつけ薬局・ 歯科の役割	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"> <li>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</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅時の服薬等の情報提供</li> <li>入院先の歯科口腔外科に引継</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>キーパーソン(主に本人に関わってくれる家族)を決定</li> </ul>
入院  ↓ 退院 見込	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院調整が必要な患者の目安(別添)に該当するか確認</li> <li>患者・家族に介護保険制度について説明</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>理学療法士等が家屋調査実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院を訪問し、患者・家族と面接</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>家屋調査に同行</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問歯科診療</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院後の生活意向を家族内で意思統一</li> <li>担当ケアマネ決定</li> <li>要介護認定申請</li> <li>かかりつけ薬局決定</li> </ul>

\*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
- 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）