

## 坂鶴毛呂山越生退院支援ルール

### ①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)が決まっている場合

| 時系列                      | 本人・家族の役割                        | 医療機関の役割  | ケアマネジャー等の役割   | その他(薬局等)                        |
|--------------------------|---------------------------------|--|---|---------------------------------|
| 在宅時                      | ○ケアマネジャーと事業所を確認しておきましょう         |  | ○日頃から本人・家族に入院の際は、ケアマネジャーに連絡を依頼  | ○本人、家族<br>お薬手帳、内服薬<br>保管方法説明    |
| 入院時<br>(検査入院・短期入院の場合を除く) | ○ケアマネジャーに連絡<br>○病院へ担当ケアマネジャーを連絡 | ○概ね3日以内に、介護保険の認定状況、ケアマネジャーの有無を確認<br>○不明の場合は、家族に市町村(保険者)に確認するように依頼<br>○概ね3日以内に、ケアマネジャーに連絡(家族依頼も可)<br>※患者の状況で病院担当者からの電話連絡もあり   | ○ケアマネジャーは、関連する居宅サービス事業所へ連絡<br>○関連する居宅サービス事業所へ先に連絡が入った場合、担当ケアマネジャーに連絡する(相互に関連事業所間で情報共有)<br>○ケアマネジャーは、連絡を受けてから概ね3日以内に、利用者報提供書等を郵送又は電話連絡の上持参<br>※入院中は、必要に応じて連絡し、情報収集 |                                 |
| 退院調整                     |                                 | <b>【在宅への退院の場合】</b><br>○入院前と状況の変化がある場合は、退院調整会議を開催する<1ヵ月程度前><br>退院予定時期に合わせた、家屋調査の必要性の有無→福祉用具や住宅改修<br>ケアマネジャー、訪問診療医、訪問看護師、居宅サービス事業者(歯科、薬局)<br>等関連事業者に対して、会議参加を依頼<br>○退院後の支援方針を検討(ケアプランの原案を協議)<br>→退院時に必要な在宅サービス関連指示書の確認 | <b>【転院の場合】</b><br>○ケアマネジャーに連絡(家族依頼も可)<br>○転院先に情報提供  |                                 |
| 退院見込                     | ○ケアマネジャーに連絡                     | ○退院カンファレンスを開催<br>○退院見込日が決まり次第(できれば1週間前まで)ケアマネジャー電話に連絡<br>※後日、退院見込日に変更がある場合は、速やかに連絡する   | ○ケアマネジャー及び居宅サービス事業所は、退院見込日等の情報を共有する<br>※退院見込日に合わせてサービス開始に向けた調整実施  |                                 |
| 退院時                      | ○看護情報提供書等をケアマネジャー、訪問看護師に提供      | ○看護情報提供書等をケアマネジャー、訪問看護師に提供<br>○退院後に必要な在宅サービス関連指示書の提供(患者・家族依頼も可)  | ○次回受診日の確認   | ○配薬カレンダー<br>内服アドバイス             |
| 退院後                      | ○看護情報提供書等をケアマネジャー訪問看護師に提供       | ○継続受診者で状態変化や受診中断等があった場合<br>ケアマネジャーに情報提供  | ○ケアプランを患者、家族、かかりつけ医、居宅サービス事業者、病院、歯科、薬局等関連事業者へ提供<br>※必要に応じて退院後の生活状況について情報提供  | ○薬局<br>必要に応じて<br>ケアマネジャーに<br>連絡 |