

坂鶴毛呂越生退院支援ルール

②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	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)
入院時 (検査入院・短期入院の場合を除く)	○キーパーソンの決定 (主に、本人に関わってくれる家族)	○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、ケアマネジャーの有無を確認 ○不明の場合は、家族に市町村(保険者)に確認を依頼		
入院	○介護保険制度利用申請 →要介護又は、要支援により担当ケアマネジャーの決定 ※状態により転院後申請可	○退院支援が、必要な患者の目安(別表1)の該当の有無確認 ○患者、家族に介護保険制度について説明 ○患者、家族の了解を得て、別表1を参考に電話連絡	○病院を訪問し、患者、家族、病院スタッフ等と面接 →訪問時は、事前に病院スタッフと日程調整 ○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	
退院調整		【在宅への退院の場合】 ○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> 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 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) 等関連事業者に対して会議参加を依頼 ○退院後の支援方針を検討(ケアプランの原案を協議) →退院時に必要な在宅サービス関連指示書の確認	【転院の場合】 ○ケアマネジャーに連絡(家族依頼も可) ○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 ○退院見込日が決まり次第(できれば1週間前まで)ケアマネジャーに電話連絡 ※後日、退院見込日に変更がある場合は、速やかに連絡	○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 ※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 ○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 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 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 ※必要に応じて退院後の生活状況について情報提供	○薬局 必要に応じて ケアマネジャーに 連絡