

坂鶴毛呂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 お薬手帳、内服薬 保管方法説明
入院時 （検査入院・短期入院の場合を除く）	○ケアマネジャーに連絡 ○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 ○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 ○概ね3日以内に、ケアマネジャーに連絡（家族依頼も可） ※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 ○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） ○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 ※入院中は、必要に応じて連絡し、情報収集	
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）ケアマネジャー電話に連絡 ※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 ※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