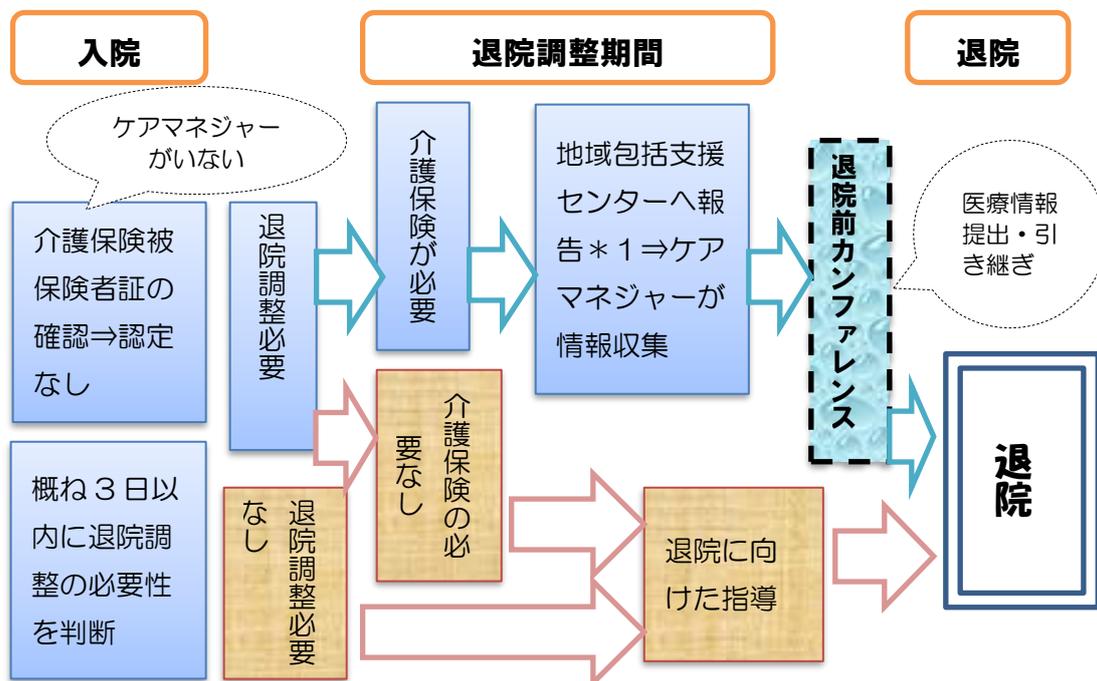


V 入院前から退院までの流れ

1. ケアマネジャーがいない場合



*1 患者や家族の意向を確認し、介護保険の申請をする場合には承諾を得た上で、地域包括支援センターに相談する。

☆介護保険の申請手続き☆

介護保険の申請を希望する場合

- 患者が65歳以上の場合⇒家族等が「介護保険被保険者証」を持って市町村の担当課へ手続きに行く。
- 患者が40歳以上65歳未満の場合⇒家族等が「医療保険の被保険者証」を持って市町村の担当課へ手続きに行く。

* 申請は地域包括支援センター、居宅介護支援事業者等が代行することもできる

1) 入院時

- ① 病院担当者は、退院調整の必要性について早期にアセスメントします。
- ② 退院調整が必要と判断した場合、主治医の方針を確認し、調整に必要な期間を考慮しながら、本人・家族とともに退院調整に着手します。

2) 退院調整時（支援が必要な場合）

在宅療養が可能と判断したら、下記の基準により在宅担当者に連絡します。

退院調整が必要な患者の基準

(ア) 退院調整が必要な患者（要介護相当）

- ① 立ち上がりや歩行などに支援が必要
- ② 食事に介助が必要
- 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 日常生活に支障をきたすような精神症状または認知症状のある方

(イ) (ア) 以外で注意しなければならない患者（要支援相当）

- ① 住宅では独居かそれに近い状態で、調理や掃除などの身の回りの周辺動作に介助が必要な方
- ② (ADLは自立していても) がん末期の方、新たに医療処置が追加された方

① 患者が65歳以上の場合⇒地域包括支援センターへ（介護保険申請を検討）

② 患者が40歳以上65歳未満の場合

介護保険対象者（16特定疾病*13ページ参照）に該当するかを検討

□該当する場合⇒地域包括支援センターへ（介護保険申請を検討）

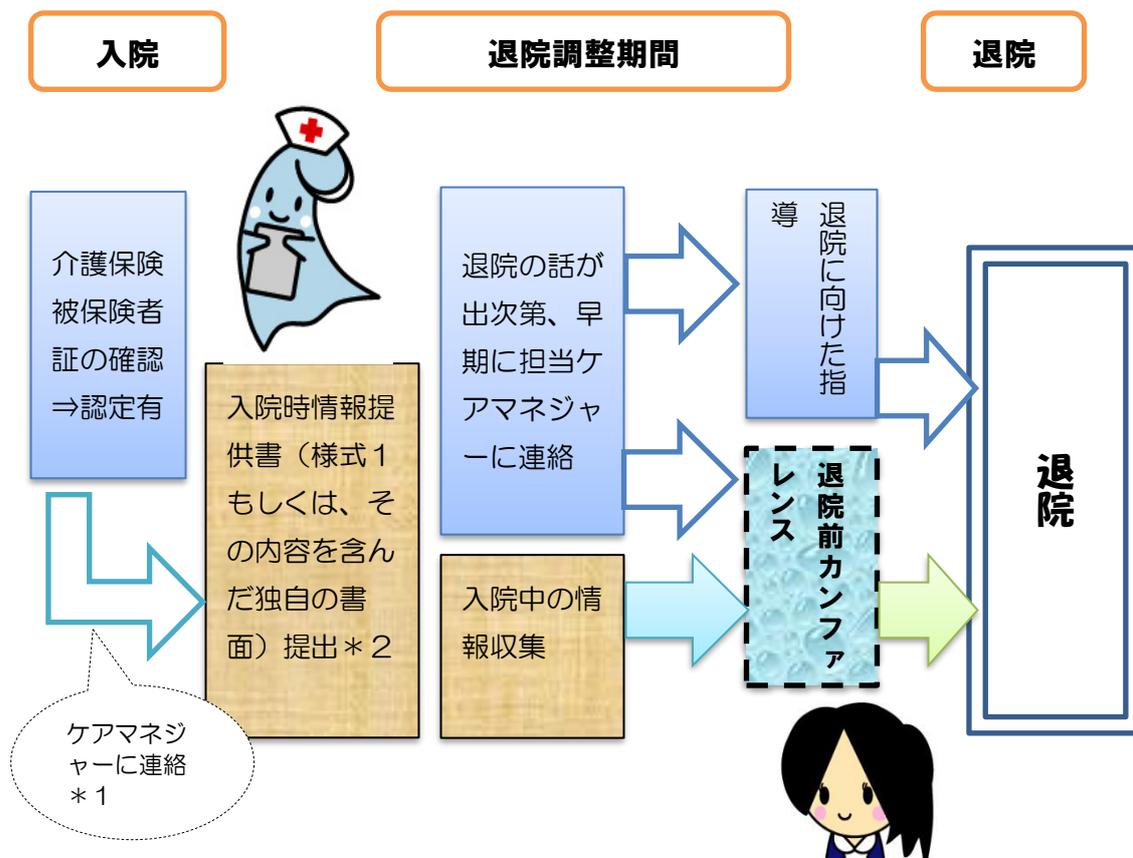
□該当しない場合⇒在宅医療・訪問看護の必要性を確認

3) 退院時

◇退院前の情報提供

- ① 病院担当者は、在宅担当者がケアプラン作成に必要な情報を収集します。
- ② 在宅担当者は、家族と連絡を取り、早急に病院担当者との面談の機会を作ります。
- ③ 介護保険制度やサービスの利用に関する説明を行い、退院後の生活に向けての調整を始めます。
- ④ 病院担当者と在宅担当者は、退院前に追加の退院前面談や、多職種での退院前カンファレンスの必要性などを確認します。

2. ケアマネジャーが決まっている場合



- *1 ケアマネジャーへの連絡は、家族から行うこともある。家族からの連絡が難しい場合には、本人または家族の了解を得た上で担当看護師または退院調整部門から連絡する。
- *2 FAX を使って病院へ連絡する場合には、事前に電話で連絡を入れた上で氏名をイニシャルで送付し、原本は氏名を明記して郵送するか持参する。

1) 入院時

- ① 在宅担当者は、日頃から家族に入院時の連絡をするように依頼をし、入院時情報共有の了承を取っておきます。
- ② 病院担当者は、入院時に介護保険を利用しているかを確認し、ケアマネジャーが決まっている場合は、本人・家族から在宅担当者に連絡を入れてもらいます。(本人・家族からの連絡ができない場合は、病院担当者から連絡を入れます。)
- ③ 在宅担当者は、入院の連絡を受けたら、入院時情報提供書(様式 1, P19)(各事業所で同様の書式を使用している場合は、独自の様式を使用することも可)を記入し、**(居宅サービス計画書の週間サービス計画書等を添付して)**病院に提出します。FAX を利用する場合には、個人情報保護のため氏名をイニシャルで表記し、後日正式な書類(氏名が明記されているもの)を提出します。

2) 退院調整の開始

病院担当者は、できるだけタイムリーに在宅担当のケアマネジャーに連絡を入れます。

3) 退院前情報提供

- ① 病棟担当者は、退院・退所情報記録書(様式 2, P21)を記入し、在宅担当者に提供します。
- ② 病院担当者は、在宅担当者が病院訪問時に患者情報を説明します。
- ③ 病院担当者と在宅担当者は、退院前に必要な情報交換や多職種でのカンファレンスの必要性などを確認します。

4) 退院前カンファレンス

病院担当者と在宅担当者は、本人・家族を交えて、在宅に必要なサービスの引継として実施します。

5) 退院前共同指導

実施の要否は病院担当者が必要性を判断し、本人・家族の了承を得た上で開催します。

本人・家族に対して、入院中の病院の医師又は看護師等が、在宅を担う医師もしくは看護師、歯科医師もしくはその指示を受けた歯科衛生士、薬剤師、訪問看護ステーションの看護師または居宅介護支援事業所のケアマネジャーのうち、いずれか 3 名以上と共同して指導を行います。

6) 退院前引継情報

- ① 病院担当者は、看護・介護の引継情報を在宅担当者にできるだけ提供します。
- ② 在宅担当者は、上記情報を把握するように努めます。

7) 退院後

在宅担当者は、退院後にケアプランの写しを病院に提供します。