

南埼玉郡市入退院支援ルール

(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

(注) 下欄の項目は、大切な役割を表記しています。また、表中のケアマネジャーの表記は、「ケアマネ」と略しています。

時系列	医療機関の役割	ケアマネジャー等の役割	かかりつけ薬局・歯科の役割	本人・家族の役割
	通院・入院時あんしんセットの準備を本人や家族へ依頼 ケアマネの名刺・健康（介護）保険証・診察券・お薬手帳・事前同意表明書			
在宅時	・かかりつけ医（在宅医）の役割 ①受診中や状態の変化があった場合は、ケアマネへ情報提供 ②入院時に診療情報提供書の作成	・日頃から本人・家族に入院の際は、ケアマネに連絡を依頼 ・日頃から本人・家族に居宅サービス事業所に入院した事実を把握した場合連絡を依頼	・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 ・成人歯科検診を奨励（往診時に状態把握しやすいため）	・キーパーソン（主に本人）に聞わってくれる家族）を決定
入院時 （検査入院、短期入院は除く）	・概ね3日以内に「通院・入院時あんしんセット」案により介護保険の認定状況、ケアマネの有無を確認し、市町村（保険者）に確認するよう依頼 ・かかりつけ医・薬局・歯科の無有を確認 ・概ね3日以内にケアマネに連絡（家族へ依頼も可） ＊連絡が困難な患者の場合は病院担当者から電話連絡	・居宅サービス事業所はケアマネに入院の電話連絡。ケアマネは訪問看護師へ電話連絡（利用がある場合） ・ケアマネ及び訪問看護師は連絡を受けてから概ね3日以内に利用者情報提供書を郵送又は電話連絡の上、持参保護に留意 ケアマネは、退院支援を行うために入院前の生活の状態など必要な情報を積極的に伝えましょう	・在宅時の服薬等の情報提供 ・入院先の歯科口腔外科に電話連絡（利用がある場合） ・ケアマネ及び訪問看護師は連絡を受けてから概ね3日以内に利用者情報提供書を郵送又は電話連絡の上、持参保護に留意	・ケアマネに連絡 ・病院へ担当ケアマネを連絡 ・可能であれば、居宅サービス事業所、主治医、かかりつけ歯科医に連絡（ケアマネと調整）
入院中	・ケアマネに入院中の様子を情報提供 ・ケアマネの場合はケアマネに電話連絡	・病院を訪問し、患者・家族、病院スタッフ等と面談（訪問時は、事前に病院スタッフと日程調整）	（・入院先へ口腔内状況評価（病院アセスメント）） （・入院先へ訪問歯科診療）	・退院後の生活意向を家族内で意思統一 ・外泊の場合はケアマネに連絡
退院見込	・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 ＊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	・居宅サービス事業所等に退院見込日等の情報を電共有。		・ケアマネに連絡
退院調整	・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（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） ・ケアマネ、訪問診療医・訪問看護師・歯科・薬局等に対して会議への参加を依頼 ・ケアプラン原案を作成し、退院後の支援方針を決定			
退院時	・看護情報提供書等をケアマネ、訪問看護師に提供（患者・家族へ依頼も可） ・医療系サービス指示書を居宅サービス事業所に提供	・次回受診日等を確認 ・配薬カレンダーの提示や内服のアドバイス	・看護情報提供書等をケアマネに提供	・看護情報提供書等をケアマネに提供
（転院時）	・ケアマネに連絡（家族へ依頼も可） ・転院先に情報提供			・ケアマネに連絡
退院後	・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	・ケアプランを患者・家族、かかりつけ医、居宅サービス事業所に提供 ・退院後の生活状況を病院（※）、歯科、薬局等へ情報提供 ※医療機関へモニタリング結果をフィードバック（1か月後）（医療機関のニーズがある場合）	・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 ・家族又はケアマネからの依頼により口腔ケア実施 ・在宅歯科医連携窓口が窓口となり、歯科医を紹介	

(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	医療機関の役割	ケアマネジャー等の役割	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）	・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し、市町村（保険者）に確認するよう依頼	・退院調整が必要な患者の目安 （下表）に該当するか確認 ・患者・家族に介護保険料について説明 ・保険者（市町村）の介護保険担当窓口）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 ・患者・家族の了解を得て、上記に電話連絡 【退院調整が必要な患者の目安】 →該当 →居宅介護支援事業所へ →地域包括支援センターへ ・必要に応じて理学療法士等が家屋調査実施	・在宅時の服薬等の情報提供 ・入院先の歯科口腔外科に電話連絡（利用がある場合） ・ケアマネ及び訪問看護師は連絡を受けてから概ね3日以内に利用者情報提供書を郵送又は電話連絡の上、持参保護に留意	・キーパーソン（主に本人）に聞わってくれる家族）を決定 ・入院後の生活意向を家族内で意思統一 ・担当ケアマネ決定 ・要介護認定申請 ・かかりつけ薬局決定
入院		・病院を訪問し、患者・家族、病院スタッフ等と面談（訪問時は、事前に病院スタッフと日程調整） ・病院担当者や連携した介護保険制度の説明及び要介護認定申請の支援 ・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 ・家屋調査に同行	（・入院先へ口腔内評価（病院アセスメント）） （・入院先へ訪問歯科診療）	
以降は「入院前にケアマネ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）

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入退院を繰り返し返している ⑨入院前より日常生活に支障を来している ⑩福祉用具・住宅改修等環境整備が必要	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、ほぼ自立しているがん患者などで、新たに医療処置が必要又は見込まれる ④日常生活は、ほぼ自立している認知症 ⑤65歳以上で精神・知的障害がある ⑥5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
【共通項目】 ○栄養指導、食事療法（食事形態、塩分・水分・摂取カロリー等）、体重管理が必要 ○虐待の疑いがある ○生活困窮者 1項目でも当てはまれば 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）	