

日頃からの準備

通院・入院時あんしんセットの準備
(関係者全員で準備を依頼する)

【ケアマネ】

○本人・家族に

入院の際はケアマネに連絡を依頼

- ・ケアマネの名刺
- ・健康（介護）保険証
- ・診察券
- ・お薬手帳
- ・事前意思表明書



在宅



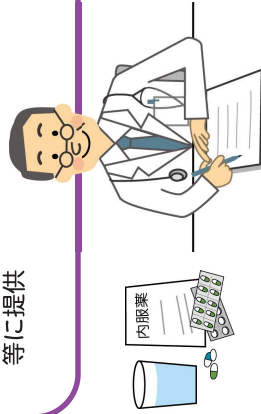
退院時の
情報提供

【病院担当者】

○看護情報提供書等をケアマネ、訪問看護師に提供

【ケアマネ】

○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、病院、歯科、薬局等に提供



退院

退院前調整

退院一週間前程度

【病院担当者】

○入院前と状況の変化（新たなサービスの利用等）がある場合は退院調整会議開催

【ケアマネ】

○ケアプラン原案を作成し、退院後の支援方針を決定



入院の連絡・
情報提供

概ね 3 日以内

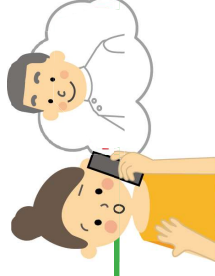
入院



【本人・家族の役割】

○ケアマネに連絡

○病院へ担当ケアマネを連絡



【病院担当者】

○介護保険の認定状況、ケアマネの有無を確認。不明の場合は家族へ市町村（保険者）に確認するように依頼
○概ね 3 日以内にケアマネに連絡

【ケアマネ及び訪問看護師】

○利用者情報提供書等を郵送又は電話連絡の上、持参
退院支援を行うために入院前の生活の状況など必要な情報を積極的に伝えましょう

入院中

【病院担当者】

○ケアマネに入院中の様子を情報提供

【ケアマネ】

○病院を訪問し、患者・家族、病院スタッフ等と面接



入院中の連携

退院見込み

退院見込み

【病院担当者】

○退院見込みが決まり次第
(できれば 1 週間前までに)
ケアマネに電話連絡

※ケアマネがない場合
○退院調整が必要な患者の目安に該当するか確認

○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、下記に電話連絡
ア：退院調整が必要な患者（要介護相当）
…居宅介護支援事業所へ

イ：地域で見守り等が必要な患者（要支援相当）
…地域包括支援センターへ