

●ケアマネジャーがすること

入院前にケアマネジャーがいる場合

- ・お薬ノート等にケアマネジャーの名刺を添付する。
- ・介護サービス事業所に、利用者の入院に気付いた時は、ケアマネジャーに連絡する事を依頼しておく。

- ・要支援、要介護にかかわらず、全ての利用者について、入院（転院も含む）を知れば速やかに病院へ1週間以内を目処に可能な限り書面で情報提供する。（情報提供は電話、FAXも可）
- ・検査入院の患者については、原則として、情報提供や入院連絡の対象としないが、必要に応じて病院担当者とケアマネジャーで相談し、情報提供について決める。**※参考資料(1)**
- ・病院側の要請によりケアプランの提供に努める。

入院前にケアマネジャーがいない場合

- ・病院担当者から支援依頼があれば、病院で、患者、家族と面談し、介護保険の詳細の説明や手続きの代行を行う。
- ・患者、家族に今後の意向を聞き取りした上で、退院支援を開始する。

共通

- ・入院期間の見込みを確認したい場合は、病院に問い合わせる。（本人、家族に問い合わせてわからない場合）

※入院期間は、診療計画等を参考にした概ねの見込み期間であり、実際の退院が見込みより早く（遅く）なる可能性があることを踏まえた上で、情報共有を行う。

●病院担当者がすること

入院時の情報提供・ケアマネジャーの確認・連絡

- ・入院時の聴き取りでケアマネジャーを確認する。
- ・お薬ノート等に添付されているケアマネジャーの名刺を確認する。
- ・介護保険証に記載している事業所を確認する。
- ・本人や家族から介護サービスの利用について確認する。
- ・患者が契約しているケアマネジャーの事業所に、可能な限り入院を連絡する。
- ・ケアマネジャーから書面等で情報提供を受ける。

退院支援の必要性の検討・準備

- ・退院支援基準に基づき、退院支援の必要性を検討する。基準にあてはまれば、患者の居住地の市町の介護保険の相談窓口介護保険申請等の相談に行くことを勧める。**※参考資料(2)**

退院前調整

- ・患者、家族に介護保険の概略を説明し、居宅介護支援事業所の選択について、助言する。
- ・患者、家族が居宅介護支援事業所の選択に戸惑いがある場合には、市町の介護保険の相談窓口を紹介する。
- ・患者、家族が居宅介護支援事業所を選択した場合は、居宅介護支援事業所へ連絡する。

入院期間の見込みの共有※

- ・概ねの入院期間の見込みをケアマネジャーに伝える。

退院支援開始の連絡

- ・退院支援基準に基づき、退院準備の日数をできる限り、多く残すことを考慮した上で、担当ケアマネジャーに退院支援の開始を連絡する。（実際の退院が早く（遅く）なることや転院、施設入所となる可能性があることを踏まえた上での連絡とする。）

退院前調整（退院支援情報共有、退院前カンファレンス、看護サマリー受取）

- ・看護サマリーは病院担当者へ事前に相談し受け取りに行く。
- ・病院へ受け取りに行けない場合は、提供方法について、病院担当者とケアマネジャー間で相談して決める。
- ・必要な情報は、カンファレンス時に収集する。
- ・カンファレンスがない場合、必要に応じて病院へ連絡・出向いて情報収集する。**※参考資料(4)**
- ・退院時、病院からかかりつけ医への情報提供について確認に努める。

- ・カンファレンスについて、ケアマネジャーへ日程等の連絡を行う。
- ・ケアマネジャーの求めに応じて看護サマリー等をケアマネジャーへ提供する。