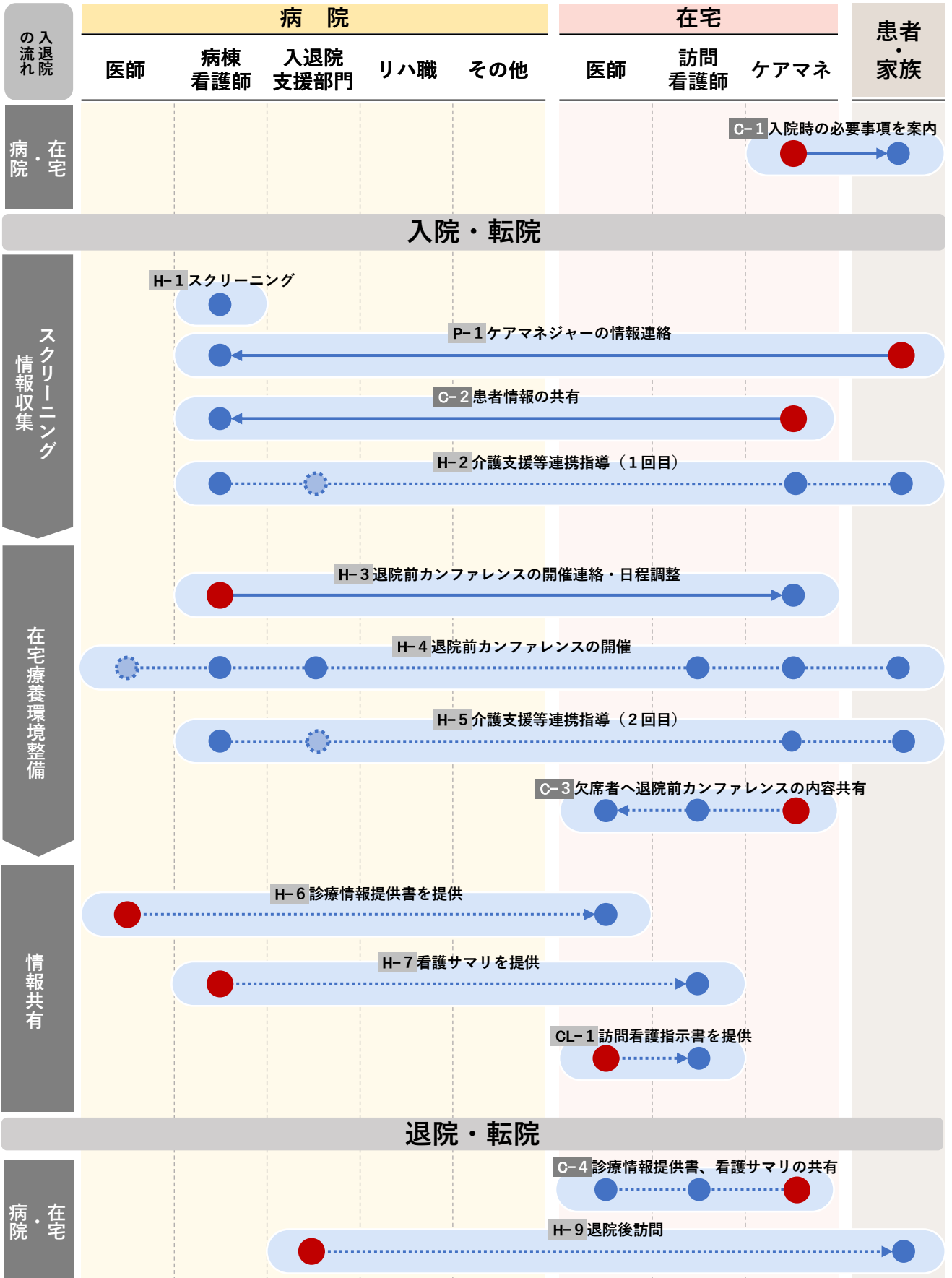


— 原則実施
 ⋯⋯ 必要に応じて実施
 ● 原則参加
 ⊗ 必要に応じて参加
 ● 発信者
 ⊗ 必要に応じて発信



- 入院患者さんのみならず、外来通院患者さんの連絡事項がありましたら、入退院支援室へ電話連絡をお願いします。

C-● ケアマネジャーが実施 **H-● 病院が実施** **CL-● 在宅医師が実施** **P-● 患者・家族が実施**

入退院の流れ

在宅 | 居宅介護支援開始～日常の療養時

C-1 入院時の必要事項を案内

入院 | 情報収集～スクリーニング

H-1 スクリーニング

- 入院から48時間以内にスクリーニングを実施し、3日以内に退院計画書を作成します。

P-1 ケアマネジャーの情報連絡

- ケアマネジャーの名前・居宅介護支援事業所名を伝えます。
(例：医療・介護連携シートや介護保険証の提示など)

C-2 患者情報の共有

- 患者情報（身体・生活機能の状況、療養上の課題等）を共有します。
- 入院時連携シートもしくは口頭でも可能です。
- 病棟看護師へ連絡がつかない場合、入退院支援室へ郵送/FAXで提供します。

H-2 介護支援等連携指導（1回目）

- 病棟看護師への情報提供時に、必要に応じて実施します。

入院 | 在宅療養環境整備～情報共有

H-3 退院前カンファレンスの開催連絡・日程調整

- ※ 日程調整の担当者はケースによります。

H-4 退院前カンファレンスの開催

H-5 介護支援等連携指導（2回目）

- 退院前カンファレンスもしくは介護支援等連携指導を実施します。

C-3 欠席者へ退院前カンファレンスの内容共有

- 病院から送付された退院前カンファレンス（介護支援等連携指導）の議事録を必要に応じて、不参加の関係事業所に共有します。

H-6 診療情報提供書を提供

H-7 看護サマリを提供

CL-1 訪問看護指示書を提供

退院・転院

C-4 診療情報提供書、看護サマリの共有

- 必要に応じて、在宅医・訪問看護から診療情報提供書・看護サマリを共有してもらい、在宅側の多職種へ共有します。

H-9 退院後訪問

- 病院医師および退院支援看護師に訪問の必要性を認められた際は、退院支援看護師が患者宅を訪問します。

- ◆ 転院時は病院からケアマネジャーへ連絡があります。
- ◆ 病棟看護師宛てのお電話は、入退院支援室におかけいただきますようお願いいたします。入退院支援室から病棟看護師にお繋ぎいたします。

※情報共有には本人/家族の同意が必要

※FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り