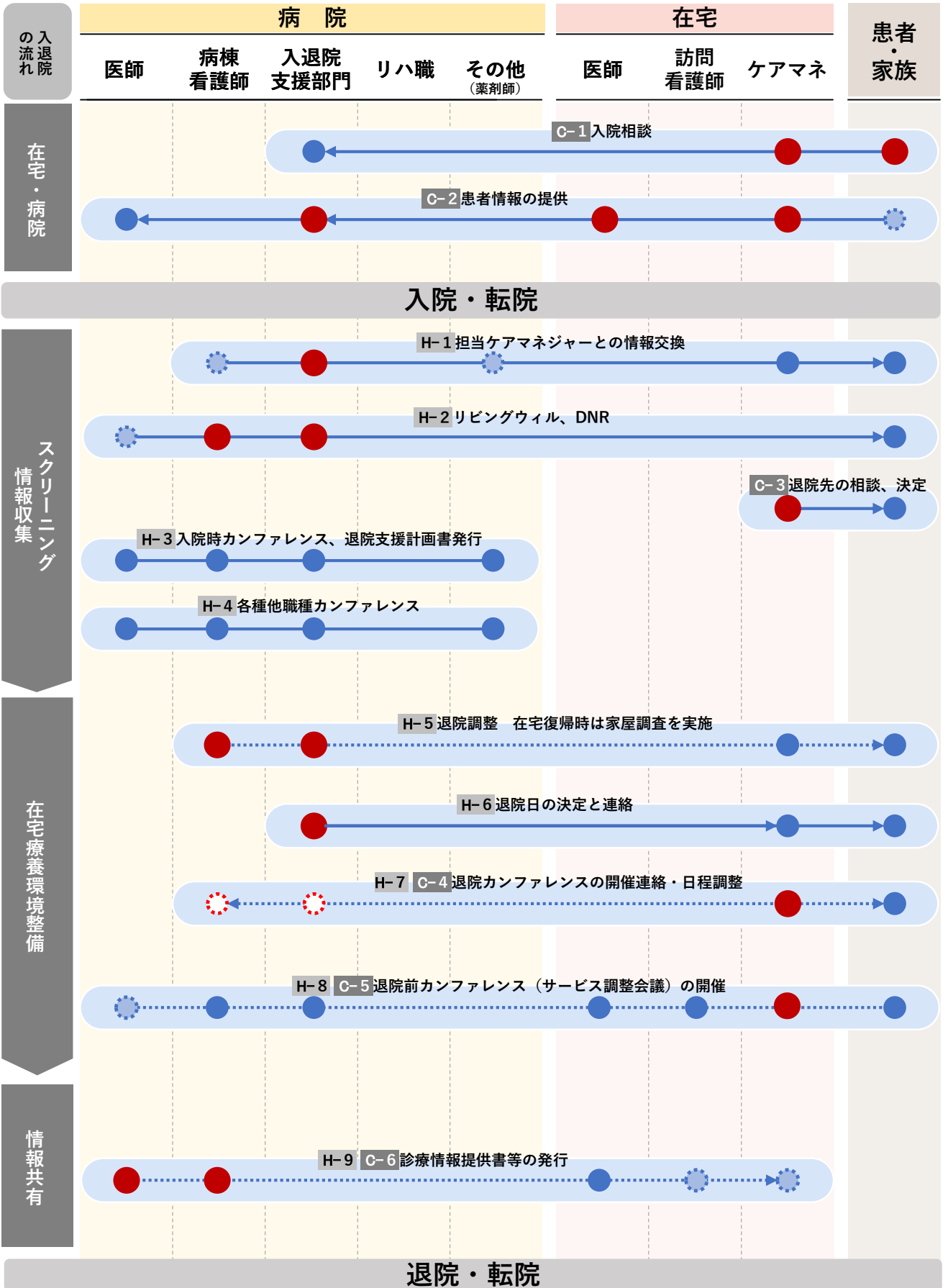


— 原則実施
 ⋯⋯ 必要に応じて実施
 ● 原則参加
 ⊗ 必要に応じて参加
 ● 発信者
 ⊗ 必要に応じて発信



- ・ 当院、およびさくらライフグループでは訪問診療を積極的に行っております。
- ・ 24時間365日体制で緊急往診、看取りが可能です。
- ・ 緊急入院は、状況に応じて当方で受け入れを行います。
- ・ メールアドレス：info@t-sakurahosp.com

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

入退院の流れ

在宅・病院 | 居宅介護支援開始～日常の療養時

C-1 入院相談

- ・ 患者・家族は、問い合わせ時に、担当ケアマネジャーの氏名と連絡先を伝えます。
- ※ ケアマネジャーへの連絡は、病院が行います。

C-2 患者情報の提供

- ・ 医療機関・ケアマネジャーは、診療情報提供書と薬剤情報などの患者情報（入院時連携シート等）を連携室宛てに提供します。
- ※ 緊急の場合、口頭での情報提供も可能です。
- ※ 病院のインテーク用紙、施設やケアマネジャーがお持ちのフェイスシートなどの提供可能な情報も送付します。
- ※ 送付はFAX、メール等も可能ですが、電話で到着確認をします。
- ※ かかりつけ医がいなくても、相談可能です。
- ※ ベッドの空床状況により、入院予定日は病院から連絡します。

入院 | 情報収集～スクリーニング

H-1 担当ケアマネジャーとの情報交換

- ・ 入院時に患者・家族、ケアマネジャーに治療方針について説明します。
- ※ ケアマネジャーがいない場合、地域包括支援センターへ入院を連絡します。

H-2 リビングウィル、DNR

- ・ 原則DNRですが、患者の希望を聞き取り、入院当日に説明のうえ方向性を決めます。

C-3 退院先の相談、決定

H-3 入院時カンファレンス、退院支援計画書発行

H-4 各種他職種カンファレンス

- ・ 栄養サポートチーム、認知症ケアチーム等の他職種カンファレンスを行います。
- ・ 病状変化、治療方針変更時等、適宜中間カンファレンスを行います。

入院 | 在宅療養環境整備

H-5 退院調整 在宅復帰時は家屋調査を実施

- ・ 病棟看護師またはMSWは、退院時期の見込みが立ったら退院日や退院場所の調整を行います。
- ・ 退院先は、原則、自宅または施設となります。
- ・ 医療連携室スタッフおよび在宅医療チームは、在宅に戻る際、家屋調査・介護サービスの準備などを行います。
- ※ 退院後、当院で継続して訪問診療を行う場合、入院から在宅までシームレスな医療・介護プランを提供します。

H-6 退院日の決定と連絡

- ・ MSWは、退院日が決定次第、ケアマネジャーに連絡します。

H-7 C-4 退院カンファレンスの開催連絡・日程調整

- ・ 医療連携室または看護師長は、病院側の参加者、ケアマネジャーは在宅側の参加者を選し、退院前カンファレンスの調整を行います。
- ※ 他院での継続治療が望ましいと判断された場合、転院となります。
- ※ 適時、病院からケアマネジャーへ連絡します。

H-8 C-5 退院前カンファレンス（サービス調整会議）の開催

- ・ ケアマネジャーは、必要に応じて各事業所に情報を提供します。
- ※ 原則、議事録を発行しません。

入院 | 情報共有

H-9 C-6 診療情報提供書等の発行

- ・ 病院は、診療情報提供書、看護サマリ、訪問看護師指示書等を必要に応じ発行します。
- ※ ケアマネジャーは、在宅サービスを利用する場合、各事業所へ情報を共有します。

※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