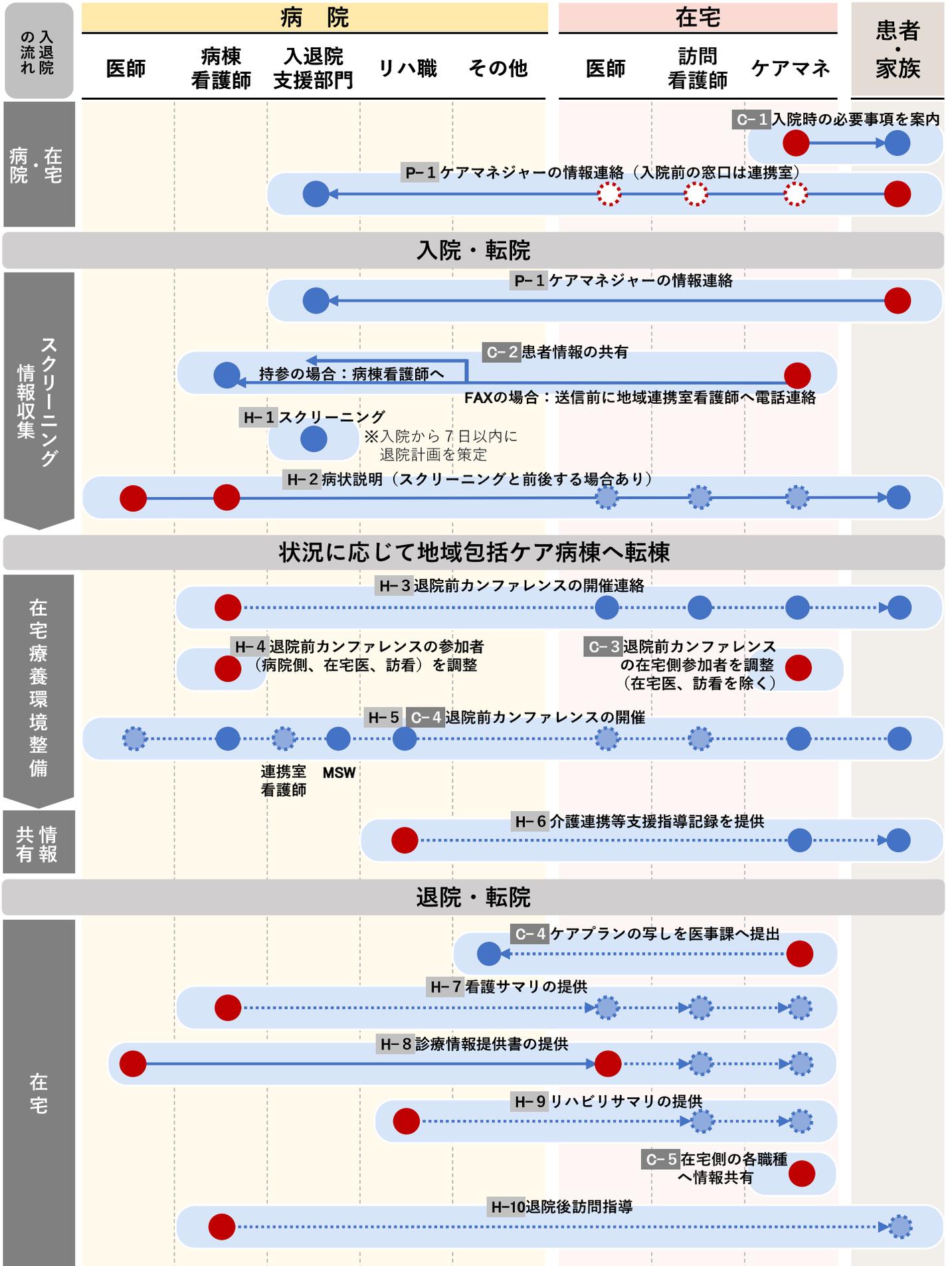


— 原則実施
 ⋯⋯ 必要に応じて実施
 ● 原則参加
 ⊗ 必要に応じて参加
 ● 発信者
 ⊗ 必要に応じて発信



- ・ 内科を中心とした急性医療とリハビリ、栄養管理を包括的に提供し、在宅復帰を目標とします。

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 | 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

- ・ 居宅介護支援を開始する際、入院時にケアマネジャーの名前・居宅介護支援事業所名を入院先に伝えるよう患者・家族にその方法とともに案内します。
(例：医療・介護連携シートや介護保険証の提示など)

入院 | 情報収集～スクリーニング

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（P.55）等の書式での提供の場合、病棟看護師へ直接提供、または地域連携室看護師へ電話連絡のうえ、本人氏名欄を黒塗りし、FAXで送信します。
※ 電話・口頭での情報提供も可能です。

H-1 スクリーニング

H-2 病状説明（スクリーニングと前後する場合あり）

- ・ 医師は、患者・家族に病状説明を行います。
- ・ 病棟看護師は、ケアマネジャーに日程を連絡します。

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

- ・ 退院前カンファレンスが開催される場合、各職種に連絡をします。

H-4 C-3 退院前カンファレンスの参加者を調整

H-5 C-4 退院前カンファレンスの開催

- ・ ケアマネジャーは、看護サマリ、診療情報提供書、リハビリサマリが必要な場合、病院へ申請します。
- ・ 病院は、退院後に退院後訪問指導を行う場合、日程調整を行います。

H-6 介護連携等支援指導記録を提供

- ・ 退院前カンファレンスの内容を記録した介護連携等支援指導記録を提供します。

退院・転院

[参考] 転院の際、病院からの連絡はないため、ケアマネジャーは利用者・家族から転院情報を取得します。

在宅

C-4 ケアプランの写しを医事課へ提出

※ 病院の介護支援等連携指導料算定に必要です。

H-7 看護サマリの提供

- ・ 退院前カンファレンスで申請があった場合、郵送（到着目安は退院翌日）または患者・家族経由で提供します。

H-8 診療情報提供書の提供

- ・ 病院は、退院前カンファレンスで申請があった場合、在宅医を経由して提供します。

H-9 リハビリサマリの提供

- ・ 退院前カンファレンスで申請があった場合、提供します。

C-5 在宅側の各職種へ情報共有

- ・ 病院から提供された情報（退院前カンファレンスの記録、介護連携等支援指導記録、MSWとの面談で得た情報、看護サマリの内容など）を在宅側の各職種へ共有します。

H-10 退院後訪問指導

※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