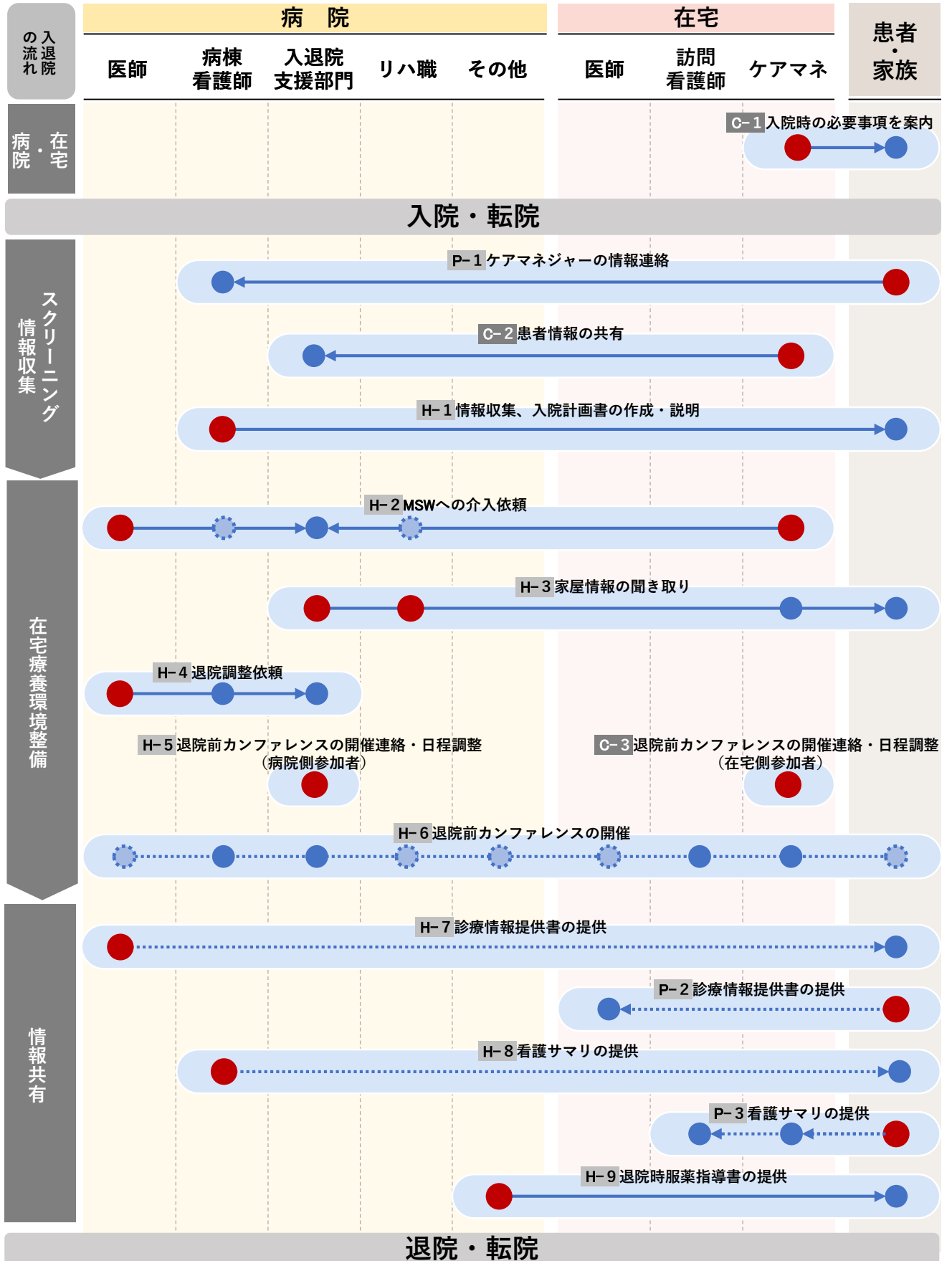


— 原則実施   
 ⋯⋯ 必要に応じて実施   
 ● 原則参加   
 ⊗ 必要に応じて参加   
 ● 発信者   
 ⊗ 必要に応じて発信



- ・ 脳神経外科と整形外科を中心とした急性期病院です。

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

### 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。
- ・ 入院時連携シートを使用します。
- ・ 持ち込みの場合、医療連携室のMSWへ、郵送またはFAXの場合、医療連携室宛に送付します。

#### H-1 情報収集、入院計画書の作成・説明

- ・ 患者・家族から情報を収集します。
- ・ 必要に応じて、介護保険申請等を依頼します。

### 入院 | 在宅療養環境整備～情報共有

#### H-2 MSWへの介入依頼

#### H-3 家屋情報の聞き取り

※ 自宅への訪問は実施していません。

#### H-4 退院調整依頼

- ・ 退院調整は、在宅の場合、病棟看護師、転院等の場合、MSWに医師が依頼します。

#### H-5 退院前カンファレンスの開催連絡・日程調整

- ・ 医療処置が必要な際や想定外の事態が発生した際は、医師の判断で退院前カンファレンスを実施します。
- ・ 連携室もしくは病棟看護師は、退院前カンファレンスを実施しない場合、直接ケアマネジャーに連絡します。

#### H-6 退院前カンファレンスの開催

#### H-7 P-2 診療情報提供書の提供

- ・ 病院は必要に応じて、患者経由で在宅医師に提供します。

#### H-8 P-3 看護サマリの提供

- ・ 病院は必要に応じて、患者経由でケアマネジャー、訪問看護師に提供します。

#### H-9 退院時服薬指導書の提供

- ◆ 転院の場合：原則として病院からケアマネジャーへ、転院の連絡はないので、患者・家族からケアマネジャーへ情報を共有してもらいます。

※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