

埼玉県比企地区版 入退院時連携シート活用の流れ

『埼玉県比企地区版 入退院時連携シート』は、医療と介護が必要な状態になっても住み慣れた地域でいつまでも自分らしく暮らしたいと望む住民の皆さんが、安心して退院後の生活を送るための一つの手段として作成されました。入退院時に、医療機関とケアマネジャー等が、患者(利用者)情報を円滑に伝達・共有し、適切な支援を継続するために本シートをご活用ください。

入院前から担当ケアマネジャーがいる場合

看護師・S・W・相談員等
(病院)



- ①担当ケアマネジャーに患者入院の連絡
- ②担当ケアマネジャーに入退院時連携シートの提出を依頼

- ③退院の見込みがわかったら、速やかに担当ケアマネジャーに連絡し、必要に応じてカンファレンスの開催を検討

- ④退院に向けカンファレンスを開催し、入院中の患者の経過、退院後の在宅生活での留意点、必要な支援等について、支援者全員で共有

- ⑤入退院時連携シートを担当ケアマネジャーに提供

入院

退院の見込みがわかった

退院

ケアマネジャー

- ①利用者本人・家族または病院から利用者入院の連絡を受け、自分が担当ケアマネジャーであることを病院連携窓口に連絡
- ②入退院時連携シート及び添付資料等(※注)を速やか(原則3日以内)に病院連携窓口に持参

- ③病院からの連絡を受け、退院前カンファレンスへの参加調整

- ④退院に向けたカンファレンスの内容等から、ケアプランを作成

- ⑤サービス事業所等と連絡調整



(※注 ケアプラン・処方箋・お薬手帳・退院時ナースサマリー・医師の退院時サマリー・診療情報提供書 等写し)

退院後に初めて介護保険サービスを利用する場合

退院の見込みがわかったら、病院は患者・家族に要介護認定の申請手続きを進めるよう提案する。担当ケアマネジャーが決定した後、患者・家族の了解を得て、病院と担当ケアマネジャーが連携しながら、上記③以降の手順を進める。