

# 東部圏域版入退院に伴う病院とケアマネジャーの情報共有ルール(イメージ)

## ～入院前から担当ケアマネがいる場合～

病院



- ①保険証、お薬手帳等から居宅支援事業所(ケアマネ氏名)を確認し、ケアマネに患者入院の連絡
- ②入院時連携シート(※1)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、必要な支援などについて、支援者全員で共有

- ⑤退院時連携シート(※2)を担当ケアマネに提供

ケアマネ等に理解しやすい表現で



## 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であることを病院連絡窓口に連絡
- ②入院時連携シート(※1)を速やかに病院連携窓口に持参

提出の仕方は連携窓口一覧表で確認!



- 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の調整

- 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



※1、※2)入院時連携シート及び退院時連携シートは、各所属にある既存の様式を用いる。  
各所属に様式が無い場合は、(様式1)入院時情報連絡票、(様式2)退院時情報連絡票を活用する。  
なお、様式1及び2は、東部保健所ホームページからエクセル形式でダウンロード(適宜、追加・修正可能)できる。

## ～退院後に介護保険を利用することになった場合～

退院後に新たに介護保険サービスを利用する場合(ケアマネが決まっていない場合)、病院は患者・家族の了解を得て、別紙2の基準に従い対応する。ケアマネが決定した後は、病院もケアマネジャーも上記③以降の手順で進む。