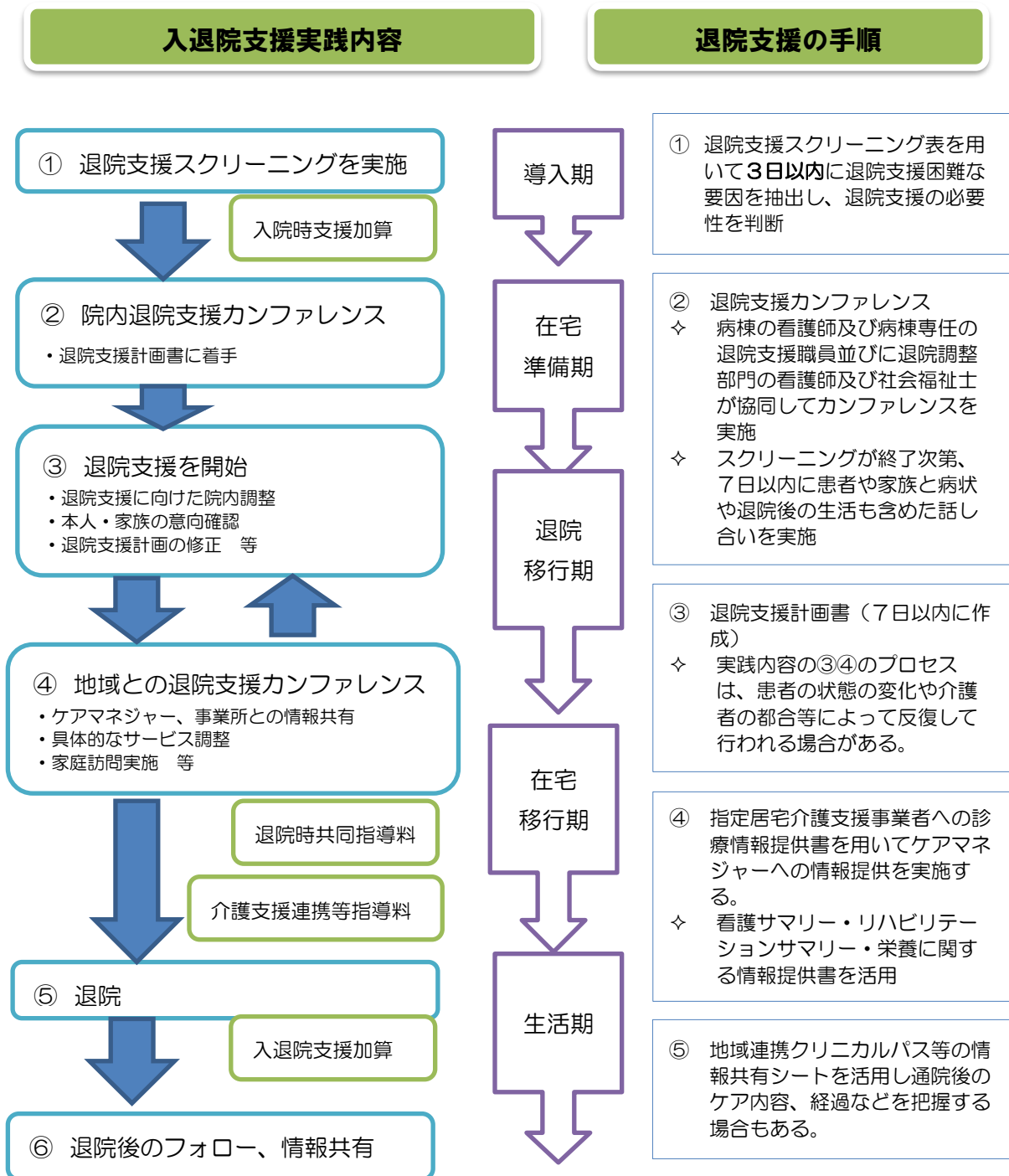


IV 入退院支援イメージ

1. 入退院支援における急性期病院の流れ



- 退院に向けてケアマネジャーを交えて調整必要な課題がある患者の場合には、入院早期から退院に向けてケアマネジャーと連携、情報共有を行いましょう

2. 入退院支援における病院とケアマネジャーの連携

	在宅 ケアマネジャー	病院
在宅時	<p>▶ 利用者の入院を早期に把握するために協力を をお願いしておく</p> <p>○ケアマネジャーの名刺を介護保険証・医 療保険証・お薬手帳といっしょに保管し、 入院時に持参する</p> <p>○入院時はケアマネジャーに連絡する事</p>	
入院時	<p>②入院時情報提供書の提出</p> <p>○入院した日のうち（入院時情報連携加算 Ⅰ：250 単位/月）</p> <p>入院した日の翌日又は翌々日（入院時情報連 携加算Ⅱ：200 単位/月）</p> <p>○原則持参又は FAX（後日正式な書類提出）</p> <p>○入院計画等の情報を提供してもらい、およ よその退院時期を把握しておく</p> <p>○主治医（往診医）への連絡</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>● 連絡・情報提供の不要な場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 3日以内の再入院 ・ 予定されていた検査入院 </div>	<p>① 入院時の連絡</p> <p>○介護保険認定の有無を確認し、ケア マネジャーがいる場合には速やかに 連絡</p> <p>（本人・家族に依頼するか、直接連絡）</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>● 入院時にケアマネジャーがいな い場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 退院支援の必要性を判断 ・ 患者や家族が今後の事をどのよう に考えているかを把握する </div>
治療中・退院調整	<p>③患者情報の収集</p> <p>⑥在宅への退院に向けた準備</p> <p>○病状の変化があれば、新たなケアプラン立 案</p>	<p>④患者の退院見込みを連絡</p> <p>⑤在宅への退院が可能かどうかの判断</p> <p>○在宅への退院の場合→退院支援</p> <p>○転院・施設入所の場合→相談支援担当 者へ</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>● 支援が必要→ケアマネジャーがい ない場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険の申請を行うため、地域包括 支援センターを紹介する </div> <p>⑦退院許可の連絡</p> <p>退院の許可が出たら、速やかにケアマネ ジャーに連絡</p> <p>（本人・家族に依頼するか、直接連絡）</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>▶ 退院前カンファレンスが必要となる場合には、本人・家族に了解を得た 上で、関係者と早めに日程調整を行う。</p> </div>
退院時	<p>退院時の受け入れ環境確認</p> <p>病院からの連絡事項確認</p> <p>在宅医につなぐ場合は、元々のかかりつけ医 に連絡して相談する</p>	<p>退院時情報提供書作成</p> <p>退院時の移送手段確認</p> <p>退院後の医療計画確認</p> <p>急変時の対応確認</p>