

入退院に伴う情報共有手順

～目的～

医療・介護の必要な患者様が、円滑でより良い支援を受けられるように、情報共有手順を作成しました。

1. 入院時の情報共有手順

<病院>

- ① 入院時、当院から患者ご本人またはご家族へ、入院した旨をケアマネジャーへ連絡していただくようお話しします。連絡が難しい時、地域医療連携室からケアマネジャーへ連絡します。
- ② 入院時、病棟看護師等が退院先の希望・ADL 低下時の施設利用の有無等を患者ご本人またはご家族へ聞き取りいたします。

<ケアマネジャー>

- ① 地域医療連携室へ「入院時情報提供書」の提出をお願いします。
 - ② ご家族に「入院診療計画書」が渡されております。病名や予測される入院期間等の記載がありますので、必要に応じてご家族へ病状等をご確認ください。
- ※ 要配慮個人情報情報は病院からお伝えすることはできません。ご了承ください。
- ※ 日頃から利用者・ご家族へ、入院した際はケアマネジャーに連絡するようにお伝えいただくようお願いします。
- ※ 訪問看護サービス利用中の場合は、看護サマリーの提出をお願いします。
(入院時、ケアマネジャーより、訪問看護サービス事業所へ連絡をお願いします)

<短期入所施設>

- ① ケアマネジャーと情報共有をしてください。
- ② 入院時、入院病棟へ看護サマリーをお願いします。

<入所施設>老人保健施設、特別養護老人ホーム、グループホーム等

入院時、入院病棟へ看護サマリーの提出をお願いします。

～サービス利用中の患者について入院時の情報共有を確実にを行うために～

早期に内服薬とサマリーをお届けくださいますようお願いいたします。内服は入院後、継続の可能性あり、入院直後をお願いします。サマリーはFAXでもお受け取りいたします。(FAX 番号 018-878-7234 医事課対応となります)

2. 退院に向けた情報提供の手順

<病院>

- ① 退院の目途や退院の許可が出た際は、担当医師・病棟看護師から患者ご本人またはご家族へお伝えします。
- ② 退院の許可が出た旨を患者ご本人またはご家族からケアマネジャーにお知らせいただくようにお伝えいたします。
- ③ 退院調整に必要な ADL 情報等は、地域医療連携室から情報提供させていただきます。お問い合わせください。

<ケアマネジャー>

- ① 退院支援開始時、ご家族と退院後のサービス利用について調整をお願いします。患者ご本人との面談については地域医療連携室へお問い合わせください。(感染症の流行などで面談を控えさせていただく場合もございます)
- ② 介護認定調査の際、ケアマネジャーにも同席いただけますので、市役所提出用紙「介護保険認定申請書」調査日の同席欄へご記入いただくか、地域医療連携室へご連絡ください。
- ③ 退院先が施設やショートステイなどの場合

施設利用のために事前面談をご希望の場合は日程調整いたしますので、地域医療連携室へご連絡ください。(平日 14:00 以降～30 分以内)

- ④ 退院先が自宅の場合

在宅で訪問診療、訪問看護など医療サービスを必要とする場合、退院支援カンファレンスを実施いたします。日程調整をいたしますので、地域医療連携室へご連絡ください。(家族の同席可→キーパーソンのみ。平日 14:00 以降～30 分以内)

※退院前のリハビリ見学も可能です。家族の同席も可能ですので、地域医療連携室へご連絡ください。

3. 介護保険未申請の場合

退院前に新たにサービス調整が必要と考えられるケースにつきまして、地域医療連携室からケアマネジャーに支援依頼を行わせていただきます。

例)

- 在宅にて独居かそれに近い状態で、身の回りの事に介助が必要な状態
- 終末期で今後近いうちに介助が必要となることが予想される状態
- 日常生活に支障を来すような症状を伴う認知症の状態 など

関係各所の方々のご協力が必要となりますので、よろしくお願いいたします。