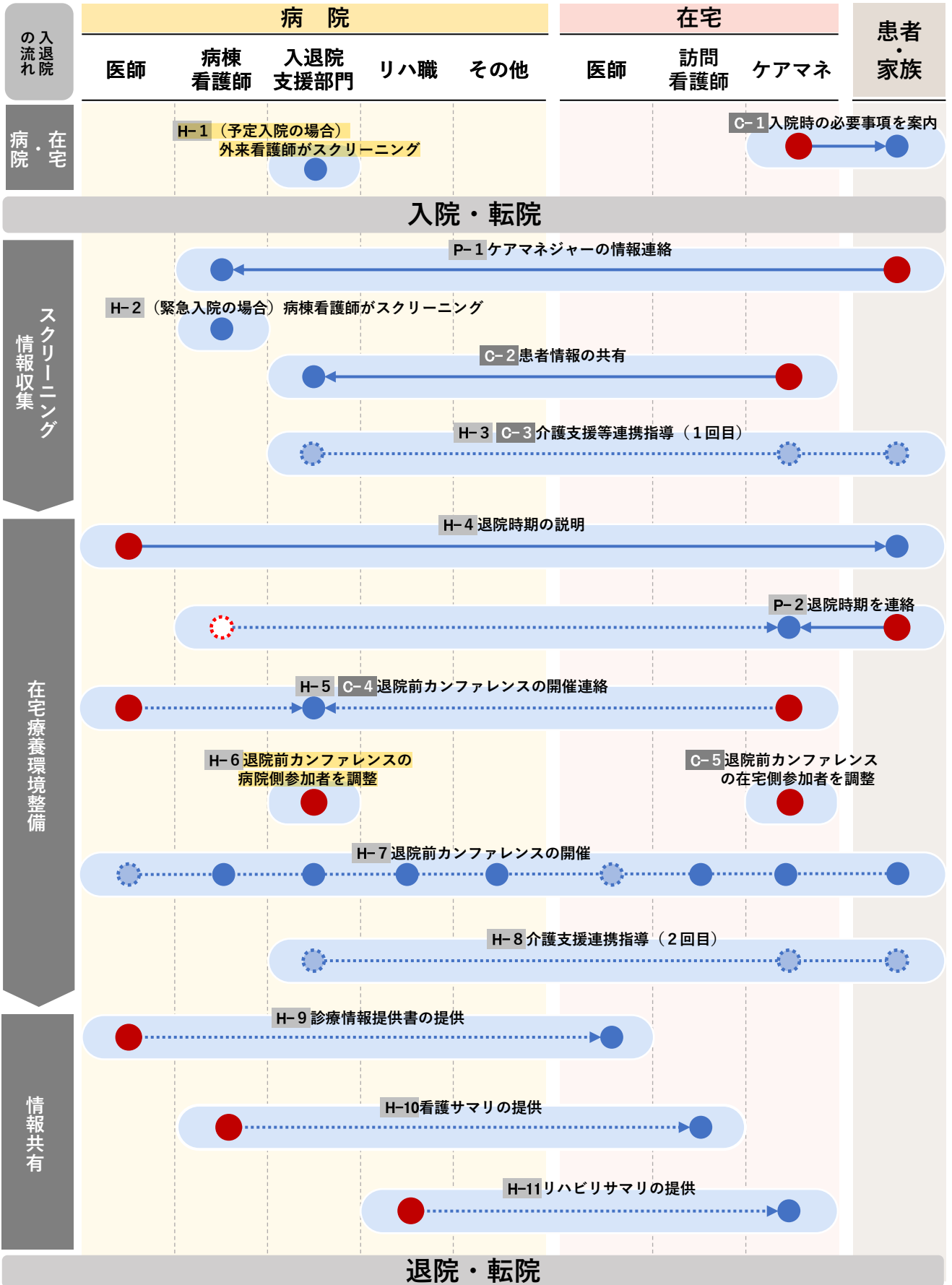


— 原則実施   
 ⋯⋯ 必要に応じて実施   
 ● 原則参加   
 ⊗ 必要に応じて参加   
 ● 発信者   
 ⊗ 必要に応じて発信



- ・ 急性期病床のみの地域に根差した病院です。
- ・ 高齢患者を多く受け入れ、病院全体でACPに取り組んでいます。
- ・ 特殊疾患外来あり（詳細はお問い合わせください）。

**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**
- H-1 (予定入院の場合) 入退院支援部門看護師がスクリーニング**

### 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)
- H-2 (緊急入院の場合) 病棟看護師がスクリーニング**
- 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。
  - ・ 病棟看護師に手渡し、または地域連携室へ持参もしくはFAXします。
- H-3 C-3 介護支援等連携指導（1回目）**
  - ・ ケアマネジャーは、患者・家族が特に必要だと判断した場合、参加します。

### 入院 | 在宅療養環境整備～情報共有

- H-4 退院時期の説明**
  - ・ おおよその退院時期を説明します。
- P-2 退院時期を連絡**
  - ・ 患者・家族は、退院後に在宅療養サービスが必要な場合、ケアマネジャーに連絡します。
  - ・ 病棟看護師は、患者・家族からの連絡が難しい場合、ケアマネジャーに退院時期を連絡します。
- H-5 C-4 退院前カンファレンスの開催連絡**
  - ・ 病院は、医療依存度が高い、初めて在宅医療を受ける、患者・家族を含む関係者間で方向性のずれがあるなどの場合、カンファレンスを開催します。
  - ・ 病院は、入院時や退院調整期間に、ケアマネジャーや訪問看護師から開催要請を受けた際もカンファレンスを開催します。
- H-6 C-5 退院前カンファレンスの参加者を調整**
  - ・ 病院は、新しく訪問診療・訪問看護を始める場合、調整します。
  - ・ ケアマネジャーは、すでに訪問診療・訪問看護を利用している場合、調整します。
- H-7 退院前カンファレンスの開催**
  - ・ 病院薬剤師は、カンファレンス時に（在宅医は必要に応じ）、訪問看護、ケアマネジャー、患者・家族に薬剤管理情報提供書を提供します。
- H-8 介護支援連携指導（2回目）**
- H-9 診療情報提供書の提供**
- H-10 看護サマリの提供**
- H-11 リハビリサマリの提供**
  - ・ **H-9** ～ **H-11** は、必要に応じて提供します。

- ◆ 転院の場合：病院からケアマネジャーへ転院の連絡はないので、患者（利用者）・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