入退院時情報共有ルール　チェックフロー図　～宇佐市版～

R7.9改良

患者・利用者	病　院	ケアマネジャー
入院前		□利用者の入院を早期に把握するためにケアマネジャーが行う工夫 ※CMの名刺を介護保険証・医療保険証・お薬手帳と一緒に保管するように伝える ※「入院した時は、〇〇に伝えてください」と伝える
入 院	□ケアマネジャーが関わっているか介護保険証等を確認	□利用者が入院したことを把握
退院に向けて準備開始	□ケアマネジャーあり □本人の意向を確認の上、速やかに担当ケアマネジャーへ入院を伝える（原則入院翌日までに） 退院に向けて準備開始！ □必要に応じて、退院前カンファレンス等を開催し、ケアマネジャーが参加できるよう調整 □下記の場合、ケアマネジャーへ連絡する ・退院の日が決まった時 ・診療計画書の予定される診療期間の半分の日数を超えた時 ・在宅が可能と判断された時 □退院後、施設入所する患者についても、ケアマネジャー等へ連絡する □ケアマネジャーなし （※介護保険未認定 ※認定はあるが、サービスの利用なし） □新たに介護保険サービスを利用する必要があると判断される場合、家族へ申請や連絡先等の説明をする 介護サービスは必要かな？ ※必要に応じ ・市役所介護保険課へ連絡 ・居宅介護支援事業所へ連絡 ・地域包括支援センターへ連絡 （判断に迷った場合、市役所介護保険課に連絡）	□速やかに病院へ連絡（入院を知った時） ※自分が担当ケアマネジャーであることを伝える □既存のシート等を利用して、医療機関の求めに応じた必要な情報共有を行う （原則入院後１週間以内） できるだけ早期に情報提供しましょう □（必要時）面談等にて、病院の担当者と情報交換 □（必要時）退院時カンファレンスに参加 □ケアプランの見直し・変更 関係機関との連絡調整
退　院	□既存のシート等を利用して、ケアマネジャーや施設等へ情報提供する ※（間に合わない場合は、取り急ぎ、退院見込みの連絡をする） 患者・利用者が退院後に安心して生活をスタートできるよう、お互い連絡をとりあい、確実な情報共有を行いましょう！	