『埼玉県比企地区版　入退院時連携シート』 運用ルール

（平成30年9月／初版）

【 入退院時連携シート策定及び運用の目的 】

平成28年11月に、比企地区9市町村の医療・介護関係者13職種18名の方が委員となり、「比企地区在宅医療・介護連携推進協議会」が発足しました。

この協議会において、医療と介護が必要な状態になっても住み慣れた地域でいつまでも自分らしく暮らしたいと望む住民の皆さんが、安心して退院後の生活を送るための一つの手段として『埼玉県比企地区版 入退院時連携シート』を作成しました。入退院時に、医療機関とケアマネジャー等が、患者（利用者）情報を円滑に伝達・共有し、適切な支援を継続するために本シートを是非ご活用ください。

【 入退院時の情報伝達・共有を適切に行うための運用ルール 】

	入 院 時		退 院 時
	医療機関	介護事業所等	医療機関
誰が	連絡担当（MSW、看護師（部）長、病棟看護師、外来看護師長、相談員等）	担当ケアマネジャー（地域包括支援センター職員や行政職員等）	連絡担当（MSW、看護師（部）長、病棟看護師、退院調整看護師、相談員等）
いつ	介護保険サービス利用者が入院した時	担当利用者の入院を知った時	退院の目途がついた時 ・退院日が決定した時 ・診療計画書に予定された治療期間の1／2日数を迎えた時 ・在宅が可能と判断された時（カンファレンスの結果等）
何をする	担当居宅介護支援事業所（地域包括支援センター等）を把握できた場合は、本人・家族等の意向を確認し、ケアマネジャー等へ連絡する。	①担当ケアマネジャー（事業所・連絡先）であることを医療機関等へ連絡する。 ②医療機関等へ本シート及び添付資料（**※注**）による情報提供を行う。（目安：3日以内）	①担当ケアマネジャー（新たに介護保険サービス利用の必要があると判断される場合は、本人・家族等の意向を確認し、居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター）に、退院時期を連絡する。 ②適宜、カンファレンスを開催する。 ③退院時には、本シート等を担当ケアマネジャー等へ渡す。

※注：添付資料（「ケアプラン」「処方箋」「お薬手帳」「退院時ナースサマリー」「医師の退院時サマリー」「診療情報提供書」等の情報書類写し）

※記入できる箇所を記入し、早めに連絡するためのシートです。

【 参考資料 】

埼玉県比企地区版　入退院時連携シート活用の流れ

【 作成 】

比企地区在宅医療・介護連携推進協議会

（事務局） 東松山市社会福祉協議会（埼玉県比企地区9市町村より事業受託）