

# 入退院連携ガイドライン フローシート

2019.11.30

入院時

入院中

退院準備

退院時

在宅

病状確認・状況確認・入院期間見直し確認

方向性の確認・今後の生活イメージの共有

情報提供・共有

## 1. 入院前からの関わり

**【病院】**  
・地域担当者を調べる  
・ケアマネに連絡するよう家族に依頼  
・入院前に要受診・退院後の要支援は情報提供する

**【ケアマネ】**  
・入院に備えての準備  
・予定入院:「基本情報提供書」送付

**【施設ケアマネ】**  
・入院に備えての準備  
・予定入院の場合:「基本情報提供書」送付

**【訪問看護】**  
・入院に備えての準備  
・予定入院:「訪問看護情報提供書」送付

## 2. 入院の連絡

**【病院】**  
・ケアマネへの連絡確認

**【ケアマネ】**  
・病院への情報提供の許可を本人・家族に得ておく  
・在宅での介護サービスの停止  
・病院担当者の確認

**【施設ケアマネ】**  
・病院への情報提供の許可を本人・家族に得ておく  
・在宅での介護サービスの停止  
・病院担当者の確認

**【訪問看護】**  
・入院に備えての準備

## 【フローシート】

入退院連携に関する流れ図です。概略を示しています。詳細は、入退院時における連携プロセスとチェックポイントをご覧ください

## 3. 入院時の情報提供

**【病院】**  
・3日以内 退院支援困難の患者抽出  
・7日以内 要退院支援の本人、家族との面談。入院時カンファレンスの実施

**【ケアマネ】**  
・「基本情報提供書」にて情報提供  
・必要に応じて、入院時カンファレンスへの参加

**【施設ケアマネ】**  
・「基本情報提供書」にて情報提供  
・必要に応じて、入院時カンファレンスへの参加

**【訪問看護】**  
・「訪問看護情報提供書」の送付

## 4. 入院中の情報共有

**【病院】**  
・退院に向けた医療・看護上の課題、在宅復帰に向けての課題の検討  
・介護保険サービス利用が新規の場合:担当者を決める

**【ケアマネ】**  
・入院の見込み期間の確認

**【施設ケアマネ】**  
・入院の見込み期間の確認  
・必要となる医療処置の確認

**【包括】**  
・介護保険サービス利用が新規の場合:担当者を決める

## 5. 退院(転院)調整

**【病院】**  
・退院決定(転院)連絡をする(ケアマネ・訪問看護等)  
・医療依存度の高いケースは、早めに訪問看護検討、連絡

**【ケアマネ】**  
・退院(転院)連絡をもらうよう依頼しておく  
・医療依存度の高いケースは、早めに訪問看護検討、連絡

**【施設ケアマネ】**  
・退院(転院)連絡をもらうよう依頼しておく

**【訪問看護】**  
・医療依存度の高いケースは、早めに情報収集  
・リハビリの適応についても検討

## 6. サービス調整

**【病院】**  
・訪問看護導入は、かかりつけ医・ケアマネに相談

**【ケアマネ】**  
・療養環境整備の早めの準備  
・退院前カンファレンスに向けてのケアプラン作成

**【施設ケアマネ】**  
・退院前カンファレンスに向けてのケアプラン作成

**【訪問看護】**  
・かかりつけ医・病院との情報共有と相談  
・リハビリの適応についても検討

## 7. 退院カンファレンス(目的を明確に)

**【病院】**  
・事前準備

**【ケアマネ】**  
・事前準備  
・ケアプラン(3表)の提示

**【施設ケアマネ】**  
・事前準備(施設内での確認事項の確認等)

**【訪問看護】**  
・事前準備  
・継続看護ケアについて提示及び提案

**\* 松江市退院前カンファレンスシート(案)を使用してみてください。**

## 8. 退院時(転院時)の連絡、情報提供

**【病院】**  
・情報提供  
退院カンファレンス後の状況の変化など

**【ケアマネ】**  
・転院の場合転院先への基本情報提供書提示の許可を本人、家族に得る

**【施設ケアマネ】**  
・施設受け入れの準備

**【訪問看護】**  
・退院後初回訪問の準備

## 9. 医療機関へ退院後の様子のフィードバック

**【病院】**  
・フィードバック受付窓口での受け入れ  
・フィードバックされた内容の情報共有

**【ケアマネ】**  
・訪問、モニタリングの結果を報告

**【施設ケアマネ】**  
・モニタリングの結果を報告

**【訪問看護】**  
・訪問、モニタリングの結果を報告

## 【地域包括支援センターへ紹介するケース】

退院後、サービス利用予定がない場合でも  
・介護保険の利用は了承されないが、退院後が心配  
・一人暮らしの認知症の方の見守り等、ケアマネ支援が必要  
\*情報提供が、退院直前にならないよう配慮する。