

3 入退院支援連携のフロー（数字は連携の流れを、●は具体的な内容を示しています）

	医療機関	ケアマネ
在宅 ↓	<ul style="list-style-type: none"> ● 日頃の外来で関わる中で、できる範囲で支援対象者を把握しておく、入院時の対応がスムーズに進みます 	<p>1) 担当している利用者・家族に、入院したら担当ケアマネに連絡するよう伝えておく</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 担当の名刺を渡す（介護保険被保険者証と一緒に保管） ● 『こんにちは、ケアマネです！』の活用 <p>● 入院先医療機関がケアマネを把握しやすい工夫を、普段からしておきましょう</p>
入院 (又は転院) ↓	<p>2) 「医療機関がケアマネを把握」または「ケアマネが入院を把握」どちらか早いほうが、3日以内に相手に電話連絡する</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 電話連絡の中で情報提供書のやり取りが必要か、不要かを話し合う <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関が必要と判断した場合は原則、情報提供書のやり取りを行うこととする ・ 検査入院や繰り返す入退院等のため、不要となる場合もある <p>● 介護保険被保険者証には、ケアプランを作成した居宅介護支援事業所名称等が明記されていることを覚えておきましょう</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 各医療機関への連絡方法は「協力医療機関窓口一覧」参照
		<p>3) 必要に応じて、入院時情報提供書を提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 持参の場合は、医療機関に事前に連絡する
	<p>4) 入院中の患者情報を双方で共有し、相互に協力して退院に向けた調整を開始</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 患者の退院見込（いつ、どこに退(転)院予定か）について、決まり次第早めに連絡する <ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅等へ退院の場合→5)へ ・ 転院の場合→2)に戻る（転院先医療機関とケアマネとがやり取りを行う） 	<ul style="list-style-type: none"> ● 退院調整のための利用者の情報収集について、いつ、どこで、誰が、どのような方法で行うのか医療機関と調整 ● 患者・家族の意向を確認し、介護サービスを調整 <p>● 転院の場合、入院時情報提供書は転院先の医療機関に引き継がれないため、改めて情報提供書のやり取りが必要か不要かを、転院先医療機関と話し合しましょう</p> <p>● 特養や老健入所等の理由でケアマネが変わる場合は、新しいケアマネへ十分に引き継ぐとともに、医療機関へもその旨伝えましょう</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ● 必要に応じて、退院カンファレンスの開催 	<ul style="list-style-type: none"> ● 必要に応じて、退院カンファレンスへの出席 ● 開催希望がある場合は、事前に医療機関に伝えておきましょう！
退院調整 ↓	<p>5) 必要に応じて、退院時情報提供書の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 情報の追加がある場合は適宜連絡する 	<ul style="list-style-type: none"> ● 不足情報等については随時医療機関に問い合わせる
退院		