

宇城市内の医療機関とケアマネジャーの「入退院連携ルール」

| | | 連携のタイミング | 入退院時の連携 | 入院中の連携 | 退院に向けての連携 | 退院後の連携 |
|---|--------|----------|---|---|--|--|
| 病院・有床診療所 H30年11月に行った連携マニュアルのGWの意見を+αにまとめています。 | ★連携ルール | | 1. 医療機関連携担当者は情報収集、アセスメントを行い病状や入院期間などをケアマネジャーに早めに連絡しましょう。 | 2. 医療機関連携担当者は退院前カンファレンスや訪問を実施する際は早めにケアマネジャーに連絡して日程の調整をしましょう。 | 3. 退院日の連絡は早めに余裕をもって行いましょう。 | 4. 退院後も必要に応じてケアマネジャーと連携をはかり患者・家族の生活を整えていきましょう。 |
| | ★連携の+α | | ★押さえてたい情報 TOP3（介護保険の有無・ケアマネ有無・内服情報（お薬手帳の確認）） ★家族（キーパーソン）より得られない情報をケアマネジャーより情報収集する事はとても有効です。普段からの関係作りが重要です。 | ★入院中に状態の変化があった場合、担当ケアマネジャーへ連絡があると助かります。退院後を考えていく情報となります。 ★カンファレンス内容のわかる書面があるとケアマネジャーは助かります | ★退院日はケアマネジャーとも相談しながら決定していきましょう。 ★在宅生活に必要な医療物品等があれば早めにケアマネジャー、かかりつけ医と連携していきましょう。時に内服や医療物品の手配は時間を要する事があります。 | ★かかりつけ医療機関で診療情報提供書以外の情報提供を希望される場合はできるだけ送付しましょう。 |
| | | | ◆入院 | ◆治療・リハビリ | ◆カンファレンス | ◆在宅退院 転院・入所 |
| | | | ◆アセスメント | 入退院支援の中で相談がありましたら宇城市地域包括支援センターへ連絡下さい ☎ (0964) 25-2015 | | ◆退院支援 |
| | | 連携のタイミング | 入院時の連携 | | 退院に向けての連携 | 退院後の連携 |
| ケアマネジャー | 連携ルール | | 1. 担当している利用者が入院した時に医療機関連携担当者と早い時期に情報共有をはかりましょう。 | | 3. ケアマネジャーは情報収集、連携につとめ退院までにサービス調整・ケアプラン作成をしましょう。 | 4. 必要に応じて退院後の様子を医療機関（かかりつけ医療機関も含む）へ報告しましょう。 |
| | ★連携の+α | | ★普段より本人やご家族へ入院した際に病院に伝えるべき事を明確にしておくことで医療機関が情報収集しやすくなり、早い連絡、連携に繋がります。例）ケアマネの名刺を保険証類と一緒にしておくなど一工夫！！ | ★カンファレンス等に出席できない場合は電話や書面を活用して医療機関へ尋ねてもOKです。 | ★退院後に利用する事業所等との連携も重要です。必要な連絡や準備がないか再度確認しましょう。 | ★退院後にかかりつけ医と連携をとる事は在宅での利用者の生活を支援していくうえでとても重要です。ケアプランを持参し、生活の情報や課題をかかりつけ医へ報告し、相談しやすい関係を作っていきます。 |

