

入退院時における「埼玉県比企地区版 連携シート」活用の流れ

比企地区9市町村では、医療・介護関係の専門職13職種18名で構成された「比企地区在宅医療・介護連携推進協議会」で協議を重ね、医療機関と介護関係者の円滑な情報共有・伝達ツールとして『埼玉県比企地区版 連携シート』を作成いたしました。入退院時のほか日頃から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、適切な支援を継続できるよう下図を参照し、本シートをぜひご活用ください。

入院前から担当ケアマネジャーがいる場合

看護師・S・W・相談員等
(病院)



- ①担当ケアマネジャーに患者入院（転院）の連絡
- ②担当ケアマネジャーに連携シートの提出を依頼

- ③退院（転院）の見込みがわかったら速やかに担当ケアマネジャーに連絡し、必要に応じてカンファレンスの開催等を検討

- ④退院（転院）に向けカンファレンスを開催し、入院中の患者の経過、退院後の在宅生活での留意点、必要な支援等について支援者全員で共有

- ⑤連携シートを担当ケアマネジャーに提供

入院

退院（転院）の見込みがわかった

退院

ケアマネジャー

- ①利用者本人・家族または病院から利用者入院の連絡を受け、自分が担当ケアマネジャーであることを病院連携窓口等に連絡
- ②連携シートまたは添付資料※による情報提供、関係機関との情報共有

- ③病院からの連絡を受け、退院前カンファレンス等への参加調整

- ④退院に向けたカンファレンスの内容等から、ケアプラン（原案）を作成

- ⑤サービス事業所等と連絡調整



（※注：ケアプラン、処方箋、お薬手帳、服用薬（退院薬）、栄養サマリー、ナースサマリー、診療情報提供書、リハビリサマリー 等写し）

退院後に初めて介護保険サービスを利用する場合

退院の見込みがわかったら、病院は患者・家族に要介護認定の申請手続きを進めるよう提案する。担当ケアマネジャーが決定した後、患者・家族の了解を得て、病院と担当ケアマネジャーが連携しながら、上記③以降の手順を進める。