# 宗像・福津エリア入退院支援の流れ

# 目 次

	宗像・福津エリア入退院支援の流れ(概要)・・・・・・・P 1 1. 宗像・福津エリア入退院支援の流れとは 2. 利用する関係機関 3. 対象者 4. 留意事項
	宗像・福津エリア入退院支援の流れ・・・・・・・・・P 3 1. 介護保険サービス利用者の場合 2. 介護保険未申請者、介護保険サービス未利用の場合
	各医療機関の入退院支援シート ■宗像市
	北九州宗像中央病院・・・・・・・・・・・・・・・・ P 9 森都病院・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 1 1 蜂須賀病院・・・・・・・・・・・・・・・・ P 1 3
	摩利支病院・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P15 宗像医師会病院・・・・・・・・・・・・・・ P17 宗像久能病院・・・・・・・・・・・・・ P19
	<ul><li>宗像病院・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・</li></ul>
	■福津市 津屋崎中央病院・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
	東福間病院・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
	<ul><li>宗像水光会総合病院・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・</li></ul>
π <i>τ</i>	桑原整形外科医院・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
	入退院支援ルール作成検討会委員名簿・・・・・・・・P48
VI	参考文献・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P49

# Ⅰ 宗像・福津エリア入退院支援の流れ(概要)

# 1. 「宗像・福津エリア入退院支援の流れ」とは

この「入退院支援の流れ」は、入院前から介護保険サービスを利用している方、退院後に介護保険サービスの利用を希望する方、医療機関担当者により退院支援が必要と判断された方が、退院する際に切れ目なく必要な支援を受けられるよう、医療機関とケアマネジャー等との間で入院する時から情報を共有し、着実に情報を引き継ぐための仕組みです。

宗像市・福津市のどの医療機関から退院しても、患者さんが安心して住みなれた地域で 療養生活が送れるように、この「入退院支援の流れ」を是非ご活用ください。

なお、定期的に運用状況の確認を行い、必要に応じて、関係者間で協議の上、適宜見直 しを行っていきたいと思います。

#### ~取り組み経緯~

・平成29年度:福津市地域包括支援センターが主体となって「宗像・福津エリア退院支援の流れ」を作成

• 令和元年度~:宗像地区看護部長会にご協力いただき「むなかた地域入退院支援ルール 作成検討会」を立ち上げる。

平成29年度の流れを引き継ぎ、ケアマネジャーとの入退院支援時の情報のやりとりを具体的に決めるため、医療機関ごとの「入退院支援シート」を作成。

#### 2. 利用する関係機関

この「入退院支援の流れ」は宗像市・福津市内の医療機関・ケアマネジャー等が連携して利用します。

- 病院、有床診療所(地域医療連携室等職員、病棟看護師、事務職員等)
- 居宅介護支援事業所
- ・ 地域包括支援センター

# 3. 対象者

以下のような対象者の入退院支援を想定しています。

- (1) 介護保険サービス利用している患者さん
  - → I具体的な流れ1 に該当(P3)
- (2) 退院後に介護保険サービスの利用を希望する患者さん
  - → I 具体的な流れ2 に該当(P4)
- (3) 医療機関担当者により退院支援が必要と判断される患者さん
  - → I 具体的な流れ2 に該当(P4)



●入退院を繰り返している 患者さん



●注射や褥瘡処置など、 退院後も医療処置が 必要な患者さん



●入院によりADLが低下 退院後の生活に支援が 必要な患者さん

- ●独居あるいは家族と 同居であっても、必要な 介護が十分にできない 状況にある患者さん
- ●ガン末期の患者さん●認知症の症状がある
- 患者さん
- ●その他

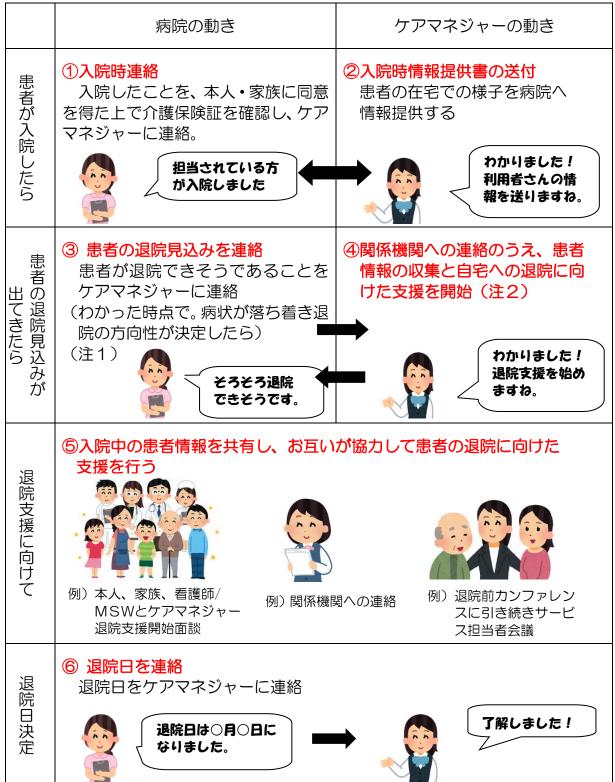
# 4. 留意事項

- (1) 基本的には、宗像市・福津市内に居住する患者さんが、宗像市・福津市内の医療機関 に入院し、退院後は自宅等に戻るケースを想定しています。
- (2) この「入退院支援の流れ」は、医療機関とケアマネジャー等との連携をとりやすくするためのものです。
- (3)「入退院支援シート」の赤枠内が、各医療機関での基本の対応となります。 医療機関ごとの「入退院支援シート」を参考に、個別の事情に応じた対応を、関係者 間で適宜調整してください。

#### Ⅱ 具体的な流れ

#### 1. 介護保険サービス利用者の場合

ここでは、介護保険サービス利用者の入退院支援について大まかな流れを示します。 (実際この順番通りにいかないこともあります。)



- (注1) 在宅で介護保険サービスを利用するためにはサービス担当者会議が必要です。
- (注2)・状態の把握
  - サービス事業者への連絡(ヘルパー、デイサービス、福祉用具、訪問看護等)
  - 在宅主治医への連絡

#### 2. 介護保険未申請者、または介護保険サービス未利用者の場合

ここでは、介護保険未申請者の入退院支援について大まかな流れを示します。

地域包括支援センターの動き 病院の動き ① 退院支援の要否を判断 病院は、患者の状態を見て退院支援 が必要かどうかを判断する。 患者の退院見込みが この患者さんは 自宅に退院できそ うだけど、少し支 援が必要そう。 ②地域包括支援センターへの連絡 ③本人の状態に応じサービスの紹介 (退院後に支援が必要と • 介護保険 出てきたら 予測される場合:★下段参照) • 総合事業 退院支援が必要な場合は、患者の居住 • 地域資源 地の地域包括支援センターへ連絡。 わかりました! 支援を開始しま 退院支援が必要な 患者がいます。

# ★医療機関担当者により退院支援が必要と判断される患者の状態像(めやす)

疾患•心身機能	●ガン末期 ●新たな医療処置が追加、もしくは管理に課題あり(服薬、注射等) ●新たな機能・構造障害(下肢筋力の著しい低下等)がある ●認知症(BPSD)、高次脳機能障害がある
活動 (ADL• IADL)	<ul><li>●基本動作(寝返り、立ち上がり、歩行等)に介助が必要</li><li>●入浴、食事、排泄、更衣、整容に介助が必要</li><li>●運動に制限がある</li></ul>
人的環境	●独居もしくはそれに準ずる世帯(高齢者のみ、キーパーソン不在等) ●家族関係性に課題がある
物理的環境	<ul><li>●経済面に課題がある</li><li>●住宅改修、福祉用具の導入が必要</li></ul>

これらの状態に当てはまるようであれば、「退院支援が必要」「介護保険の申請が必要かもしれない」と判断してください。(必ずしもこの限りではありません。)

なお、<u>要介護認定をお持ちの方については、直接担当の居宅介護支援事業所にお問い合わせ</u>いただいてもかまいません。

#### Ⅲ 各病院の入退院支援シート

#### ■宗像市

赤	月日	库	70
<i>U</i> JN		加	$DT_{i}$

〒811-4147 宗像市石丸1丁目6-7

TEL 0940-32-2206 (連携室直通 TEL 32-2304)

FAX 0940-33-5957

- 1. 入退院支援の流れ(介護保険サービス利用者の場合)
  - (1) 患者が入院したら

# 1入院時連絡

入院を受けた病院は、患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★地域連携室職員が担当ケアマネジャーに電話で、翌日までに(日祝日除く)連絡 します。
- ★転院による入院の場合は連絡しません。
- ★圏域外へ転院する場合は担当ケアマネジャーへ連絡します。

#### ②入院時情報提供書の送付

病院から連絡を受けたケアマネジャーは、患者情報を病院に提供する。

- ★情報は地域連携室へ持参してください。
- ★郵送の場合は地域連携室宛てに送って下さい。
- ★FAX可、メール不可です。

#### (2) 患者の退院見込みが出てきたら

#### ③患者の退院見込みを連絡

退院見込みの判断がついたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

★地域医療連携室より、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。

#### ④関係機関への連絡のうえ、患者情報の収集と退院に向けた支援を開始

退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーは関係機関に退院予定日について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

- (3) 退院支援に向けての連携
  - ⑤入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた支援を 行う。

退院支援に向けた情報共有については、患者の状態や各病院の状況に応じた方法で、効率よく実施する。

- ★必要な場合は、退院前カンファレンスを開催します。
- ★電話での情報交換は可能です。

#### ⑥退院日を連絡

患者の退院日が決まったら、速やかにその日程を病院から担当ケアマネジャー に連絡する。

- ★地域医療連携室より、担当ケアマネジャーに連絡します。
- ★施設へ退院の場合、死亡退院の場合も担当ケアマネジャー、施設職員に連絡します。

#### (5)患者の退院後

★医療療養病床から退院された方については、退院後状態確認のため、自宅や施設 に伺わせていただきます。また、その後の療養状況を伺うこともあると思います ので対応をよろしくお願い致します。

# 2. 入退院支援の流れ(介護保険未申請者の場合)

(1) 患者の退院見込みが出てきたら

# ①退院支援の要否を判断

病院は、「この人には退院支援が必要か」「介護保険の申請が必要か」を判断する。

# ②地域包括支援センターへの連絡

患者に退院支援が必要と判断した場合は、患者の居住地の地域包括支援センターを紹介し、家族に相談に行くよう勧める。

★地域医療連携室より、地域包括支援センターの紹介を行います。 申請代行も行います。

# ③地域包括支援センターは、患者本人の状態に応じたサービスを紹介

# 回生病院

〒811-4161 宗像市朝町 200-1

TEL 0940-33-3554

FAX 0940-32-1430

- 1. 入退院支援の流れ(介護保険利用者の場合)
  - (1)患者が入院したら
    - 1入院時連絡

入院を受けた病院は、患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

★地域連携室職員よりケアマネジャーが分かり次第連絡します。

# ②入院時情報提供書の送付

病院から連絡を受けたケアマネジャーは、患者情報を病院に提供する。

- ★事前に情報提供書等の情報が必要です。
- ★郵送またはFAXでお送りいただきます。
- ★郵送の場合は医療相談室宛てに送ってください。
- (2)患者の退院見込みが出てきたら
  - ③患者の退院見込みを連絡

退院見込みの判断がついたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

★医療相談室の職員が担当ケアマネジャーに電話連絡を致します。

#### 4 関係機関への連絡のうえ、患者情報の収集と退院に向けた支援を開始

退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーは関係機関に退院予定日について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

- (3) 退院支援に向けての連携
  - ⑤入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた支援を 行う。

退院支援に向けた情報共有については、患者の状態や各病院の状況に応じた方法で、効率よく実施する。

- ★定期的に、または担当医の求めに応じてカンファレンスを開催します。 関係各所にできるだけお声かけし、出席をお願いしています。
- ★電話での情報交換も可能です。

# ⑥退院日を連絡

患者の退院日が決まったら、速やかにその日程を病院から担当ケアマネジャー に連絡する。

★医療相談室職員が電話で担当ケアマネジャーに連絡します。 退院先がどこになろうと担当ケースワーカーと担当ケアマネジャーに連絡します。 死亡退院も同様です。

# (5) 患者の退院後

★退院の患者様には、通院と訪問看護を受けるようお願いをしております。 その場合、医療相談室より担当ケアマネジャーに連絡、相談いたします。 入院時状況については病棟看護師が説明します。

# 2. 入退院支援の流れ(介護保険未申請者の場合)

- (1)患者の退院見込みが出てきたら
  - ①退院支援の要否を判断

病院は、「この人には退院支援が必要か」「介護保険の申請が必要か」を判断する。

# ②地域包括支援センターへの連絡

患者に退院支援が必要と判断した場合は、患者の居住地の地域包括支援センターを紹介し、家族に相談に行くよう勧める。

- ★患者ご本人、ご家族の求めに応じて、居住地の地域包括支援センターを ご紹介します。
- ★患者様情報については、患者本人、ご家族の許可を得てご連絡いたします。

# ③地域包括支援センターは、患者本人の状態に応じたサービスを紹介

# 北九州宗像中央病院

〒811-3405 宗像市稲元2丁目2-5

TEL 0940-35-7788

FAX 0940-35-7733

- 1. 入退院支援の流れ(介護保険利用者の場合)
  - (1)患者が入院したら

#### 1)入院時連絡

入院を受けた病院は、患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★必要に応じて、担当ケアマネジャーへ連絡します。(主に在宅復帰予定、リハビリ目的の入院の場合など)
- ★転院の場合、事前に紹介元医療機関やご家族から連絡をされている場合は、入院 時の連絡は省略させていただくことがあります。

# ②入院時情報提供書の送付

病院から連絡を受けたケアマネジャーは、患者情報を病院に提供する。

★入院時の情報提供書は、地域医療連携室宛てお願いします。 持参・FAX・郵送いずれも可です。

#### (2) 患者の退院見込みが出てきたら

# ③患者の退院見込みを連絡

退院見込みの判断がついたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

★地域医療連携室より、電話で担当ケアマネジャーに連絡をします。

# 4関係機関への連絡のうえ、患者情報の収集と退院に向けた支援を開始

退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーは関係機関に退院予定日について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

#### (3) 退院支援に向けての連携

⑤入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた支援を 行う。

退院支援に向けた情報共有については、患者の状態や各病院の状況に応じた方法で、効率よく実施する。

★入院前の状態と変化がある場合や新たに介護サービスの利用を開始する必要がある場合など、必要に応じて、家屋調査(退院前訪問)やカンファレンスを実施します。

# ⑥退院日を連絡

患者の退院日が決まったら、速やかにその日程を病院から担当ケアマネジャー に連絡する。

★地域医療連携室より、電話で担当ケアマネジャーに連絡をします。

#### (5) 患者の退院後

- ★自宅退院後、状態確認のため看護師が自宅訪問を行う場合があります。
- ★必要に応じて、担当ケアマネジャーヘケアプランの情報提供をお願いする場合が あります。
- ★レスパイト入院に関しては、入退院時にケアマネジャーと情報提供シートを使用 (FAX)し、情報共有を行っています。

# 2. 入退院支援の流れ(介護保険未申請者の場合)

(1)患者の退院見込みが出てきたら

#### ①退院支援の要否を判断

病院は、「この人には退院支援が必要か」「介護保険の申請が必要か」を判断する。

#### ②地域包括支援センターへの連絡

患者に退院支援が必要と判断した場合は、患者の居住地の地域包括支援センターを紹介し、家族に相談に行くよう勧める。

- ★要支援の認定となる可能性がある場合の介護保険申請の際や困難事例に関して、 地域包括支援センターへ連絡をします。
- ★介護保険利用しない場合なども、必要に応じて、患者様、ご家族へ居住地の地域 包括支援センターをご紹介します。

#### ③地域包括支援センターは、患者本人の状態に応じたサービスを紹介

# 森都病院

〒811-4175 宗像市田久3丁目3-1

TEL 0940-32-0111 FAX 0940-32-2255

- 1. 入退院支援の流れ(介護保険利用者の場合)
  - (1)患者が入院したら
    - 1入院時連絡

入院を受けた病院は、患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★事務職員が担当ケアマネジャーに当日もしくは翌日に電話にて連絡します。
- ★病名・病状・期間などは、問い合わせが有り次第返答します。

#### ②入院時情報提供書の送付

病院から連絡を受けたケアマネジャーは、患者情報を病院に提供する。

- ★入院時情報提供書は、患者さんの入院時に受付窓口へ提示してください。事務職 員が対応します。
- ★追加情報がありましたらFAX送付お願いします。
- ★郵送の場合は、当院宛てに送付してください。
- (2)患者の退院見込みが出てきたら
  - ③患者の退院見込みを連絡

退院見込みの判断がついたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

★事務職員が、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。

4関係機関への連絡のうえ、患者情報の収集と退院に向けた支援を開始 退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーは関係機関に退院予定日 について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

- (3) 退院支援に向けての連携
  - ⑤入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた支援を 行う。

退院支援に向けた情報共有については、患者の状態や各病院の状況に応じた方法で、効率よく実施する。

★患者さんの入院中の情報は電話でも可能ですが、なるべく当院へ来て頂き、必要 な情報を提供します。

# ⑥退院日を連絡

患者の退院日が決まったら、速やかにその日程を病院から担当ケアマネジャー に連絡する。

- ★事務職員が担当ケアマネジャーに電話にて連絡します。
- ★退院先が施設もしくは死亡の場合でも同様です。

# (5)患者の退院後

★当院が必要な場合は、担当ケアマネジャーに電話で連絡をし、情報提供のお願い をしますので、対応をお願いします。

# 2. 入退院支援の流れ(介護保険未申請者の場合)

(1) 患者の退院見込みが出てきたら

#### ①退院支援の要否を判断

病院は、「この人には退院支援が必要か」「介護保険の申請が必要か」を判断する。

#### ②地域包括支援センターへの連絡

患者に退院支援が必要と判断した場合は、患者の居住地の地域包括支援センターを紹介し、家族に相談に行くよう勧める。

★事務職員が御本人、御家族に居住地の地域包括支援センター、もしくは役所の介護保険課に相談する様勧めます。

# ③地域包括支援センターは、患者本人の状態に応じたサービスを紹介

# 蜂須賀病院

〒811-3423 宗像市野坂 2650

TEL 0940-36-3636 (地域連携室直通 TEL 36-3669) FAX 0940-36-3672 (地域連携室直通 FAX 36-2669)

- 1. 入退院支援の流れ(介護保険利用者の場合)
  - (1)患者が入院したら
    - 1入院時連絡

入院を受けた病院は、患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★地域医療連携室職員が、担当ケアマネジャーに電話で平日3日以内に連絡します。
- ★病名、病状、治療期間は、分かり次第電話でお知らせします。
- ★転院による入院や他院へ転院する場合も担当ケアマネジャーへ連絡します。

#### ②入院時情報提供書の送付

病院から連絡を受けたケアマネジャーは、患者情報を病院に提供する。

- ★入院時情報提供書を持参する際は、事前連絡をお願いします。
- ★入院時情報提供書は連携室へ持参してください。
- ★FAX・郵送の場合は連携室宛てに送ってください。

#### (2) 患者の退院見込みが出てきたら

③患者の退院見込みを連絡

退院見込みの判断がついたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

★連携室職員が電話で担当ケアマネジャーに連絡します。

# ④関係機関への連絡のうえ、患者情報の収集と退院に向けた支援を開始 退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーは関係機関に退院予定日 について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

# (3) 退院支援に向けての連携

⑤入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた支援を 行う。

退院支援に向けた情報共有については、患者の状態や各病院の状況に応じた方法で、効率よく実施する。

- ★入院前の状態と変化がある場合や、新たに介護サービスの利用を開始する必要が ある場合はカンファレンスを開催しますので、出席をお願いします。
- ★電話での情報交換は可能です。

# ⑥退院日を連絡

患者の退院日が決まったら、速やかにその日程を病院から担当ケアマネジャー に連絡する。

- ★連携室職員が電話で担当ケアマネジャーに連絡します。
- ★退院先が施設の場合も担当ケアマネジャーに連絡します。

#### (5) 患者の退院後

★退院後の状況確認の為、リハビリスタッフが自宅を訪問する場合があります。そ の場合は、連携室より担当ケアマネジャーへ事前に連絡をしますので同行をお願 いします。

# 2. 入退院支援の流れ(介護保険未申請者の場合)

(1)患者の退院見込みが出てきたら

# ①退院支援の要否を判断

病院は、「この人には退院支援が必要か」「介護保険の申請が必要か」を判断する。

# ②地域包括支援センターへの連絡

患者に退院支援が必要と判断した場合は、患者の居住地の地域包括支援センターを紹介し、家族に相談に行くよう勧める。

★連携室職員が、患者本人・ご家族へ患者の居住地の地域包括支援センターを紹介 します。また、地域包括支援センターへ電話で退院支援が必要な患者がいること、 退院時期の目安を連絡します。

# ③地域包括支援センターは、患者本人の状態に応じたサービスを紹介

# 摩利支病院

〒811-3436 宗像市東郷6丁目 2-10

TEL 0940-36-4150

FAX 0940-36-4152

- 1. 入退院支援の流れ(介護保険利用者の場合)
  - (1)患者が入院したら
    - 1入院時連絡

入院を受けた病院は、患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★連携室より担当ケアマネジャーにご連絡致します。
- ★施設入所者様やご本人、ご家族が連絡される場合は省略させていただく場合がございます。

#### ②入院時情報提供書の送付

病院から連絡を受けたケアマネジャーは、患者情報を病院に提供する。

- ★事前連絡は不要です。
- ★連携室宛てに郵送、FAXまたは持参されてください。
- (2)患者の退院見込みが出てきたら
  - ③患者の退院見込みを連絡

退院見込みの判断がついたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

★連携室より担当ケアマネジャーにご連絡致します。
患者様やご家族様の希望にて、退院の許可と退院日が同日または翌日となる場合がございます。ご了承下さい。

# ④関係機関への連絡のうえ、患者情報の収集と退院に向けた支援を開始 退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーは関係機関に退院予定日

について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

- (3) 退院支援に向けての連携
  - ⑤入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた支援を 行う。

退院支援に向けた情報共有については、患者の状態や各病院の状況に応じた方法で、効率よく実施する。

★必要に応じて退院前カンファレンスを実施します。 ご希望の際は連携室までご連絡下さい。

# ⑥退院日を連絡

患者の退院日が決まったら、速やかにその日程を病院から担当ケアマネジャー に連絡する。

- ★病棟より担当ケアマネジャーにご連絡致します。
- ★退院前カンファレンス等で既にケアマネジャーが退院日を把握している場合は 省略させて頂く場合がございます。

#### (5) 患者の退院後

★何かございましたら連携室までご連絡下さい。

# 2. 入退院支援の流れ(介護保険未申請者の場合)

(1)患者の退院見込みが出てきたら

# ①退院支援の要否を判断

病院は、「この人には退院支援が必要か」「介護保険の申請が必要か」を判断する。

#### ②地域包括支援センターへの連絡

患者に退院支援が必要と判断した場合は、患者の居住地の地域包括支援センターを紹介し、家族に相談に行くよう勧める。

★連携室より地域包括支援センターをご紹介致します。

# ③地域包括支援センターは、患者本人の状態に応じたサービスを紹介

# 宗像医師会病院

〒811-3431 宗像市田熊5丁目5-3

TEL 0940-37-1188 (地域医療連携課直通 TEL 37-1530) FAX 0940-37-1807 (地域医療連携課直通 FAX 36-8611)

- 1. 入退院支援の流れ(介護保険利用者の場合)
  - (1)患者が入院したら

#### ①入院時連絡

入院を受けた病院は、患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★地域医療連携課の病棟担当退院支援職員(社会福祉士・退院調整看護師)若しくは病棟看護師が、平日3日以内にお電話にて担当ケアマネジャーに連絡します。 (注意)平日3日以内とは「土日祝日を除く3日以内」とする
- ★入院の連絡の際に、病名・病状・治療計画・推定される入院期間等を伝えます。
- ★転院による入院の場合は担当ケアマネジャーに連絡します。
- ★ケアマネジャーが、先に当院入院について把握されました時には、地域医療連携課ま でご連絡ください。

#### ②入院時情報提供書の送付

病院から連絡を受けたケアマネジャーは、患者情報を病院に提供する。

- ★入院時情報提供書を持参する際の事前連絡は不要です。
- ★入院時情報提供書は、地域医療連携課、もしくは入院病棟にご持参下さい。 スタッフが対応いたします。
- ★情報提供の際に、入退院支援の課題・対策について共有させて下さい。
- ★郵送やFAXの場合は地域医療連携課宛てに送付下さい。★メール不可です。

# (2) 患者の退院見込みが出てきたら

#### ③患者の退院見込みを連絡

退院見込みの判断がついたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

★地域医療連携課の病棟担当退院支援職員もしくは病棟看護師が、電話で担当ケアマネ ジャーに連絡します。

# ④関係機関への連絡のうえ、患者情報の収集と退院に向けた支援を開始

退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーは関係機関に退院予定日について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

# (3) 退院支援に向けての連携

⑤入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた支援を 行う。

退院支援に向けた情報共有については、患者の状態や各病院の状況に応じた方法で、効率よく実施する。

- ★病棟の受け持ち看護師が中心となり、担当の退院支援職員や医師、セラピスト、管理 栄養士、薬剤師等の多職種で退院支援カンファレンスを実施しています。必要に応じ て、ご参加をお願いする場合がありますのでご協力をお願いします。
- ★患者情報に関しては、可能な範囲で共有したいと思います。患者・家族の同意があれば、医師からの病状説明に同席可能です。ADLの確認やリハビリテーションの見学も可能ですので、担当の退院支援職員にご相談下さい。
- ★必要に応じて、専門職種(医師、社会福祉士、看護師、セラピスト、管理栄養士、薬剤師等)が直接説明・指導をいたします。
- ★必要に応じて、退院前合同カンファレンス、退院前自宅訪問を開催いたします。ご協力をお願いいたします。
- ★お電話での情報交換も可能です。

#### ⑥退院日を連絡

患者の退院日が決まったら、速やかにその日程を病院から担当ケアマネジャー に連絡する。

- ★地域医療連携課の病棟担当退院支援職員もしくは病棟看護師が、お電話で担当ケアマネジャーに電話にてご連絡いたします。
- ★退院先が施設の場合は施設担当者に電話にてご連絡いたします。
- ★転院や死亡退院の場合もご連絡いたします。

#### (5) 患者の退院後

- ★退院後の療養状況について教えていただきたい時は、事前にご連絡いたします。
- ★退院後も当院外来に通院されている方については、地域医療連携課が窓口となり情報 共有しています。患者さんの同意があれば外来受診時の同席等も可能です。

#### 2. 入退院支援の流れ(介護保険未申請者の場合)

(1)患者の退院見込みが出てきたら

# ①退院支援の要否を判断

病院は、「この人には退院支援が必要か」「介護保険の申請が必要か」を判断する。

#### ②地域包括支援センターへの連絡

患者に退院支援が必要と判断した場合は、患者の居住地の地域包括支援センターを紹介し、家族に相談に行くよう勧める。

- ★担当の退院支援職員が、本人・ご家族に介護保険、総合事業、地域資源等について簡単に説明し、居住地の地域包括支援センターをご紹介いたします。
- ★地域包括支援センター担当者に、お電話にて継続する医療・介護や課題などについて 相談及び情報提供をいたしますのでご協力をお願いいたします。

#### ③地域包括支援センターは、患者本人の状態に応じたサービスを紹介

# 宗像久能病院

〒811-4143 宗像市三郎丸5丁目 1-15

TEL 0940-32-0315

FAX 0940-32-0316

- 1. 入退院支援の流れ(介護保険利用者の場合)
  - (1)患者が入院したら

#### 1入院時連絡

入院を受けた病院は、患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

★病院相談員(不在時は看護師)が担当ケアマネジャーに電話で平日3日以内に連絡します。

病名、症状、おおよその入院期間等の情報もあわせて伝えます。

★転院による入院、圏域外へ転院する場合も担当ケアマネジャーに連絡します。

#### ②入院時情報提供書の送付

病院から連絡を受けたケアマネジャーは、患者情報を病院に提供する。

★事前にFAXでの送信可。

その後、病院に持参、もしくは病院宛てに郵送して下さい。持参した場合は入院時に対応した看護師に渡してください。

- (2) 患者の退院見込みが出てきたら
  - ③患者の退院見込みを連絡

退院見込みの判断がついたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

★病院相談員が電話で担当ケアマネジャーに連絡します。

# ④関係機関への連絡のうえ、患者情報の収集と退院に向けた支援を開始

退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーは関係機関に退院予定日について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

- (3) 退院支援に向けての連携
  - ⑤入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた支援を 行う。

退院支援に向けた情報共有については、患者の状態や各病院の状況に応じた方法で、効率よく実施する。

- ★電話での情報交換は可能です。
- ★必要な場合はカンファレンスを開催します。
- ★介護保険外の医療療養型病院なので、必要と判断された時は担当ケアマネジャーより、依頼があれば調整します。

# ⑥退院日を連絡

患者の退院日が決まったら、速やかにその日程を病院から担当ケアマネジャー に連絡する。

- ★病院相談員が電話で担当ケアマネジャーに連絡します。
- ★退院先が施設の場合でも担当ケアマネジャーに連絡します。
- ★死亡退院の場合も担当ケアマネジャーに連絡します。

# (5) 患者の退院後

★病院へ転院された方には、退院後に面会に行き状況確認をさせていただく こともあります。

# 2. 入退院支援の流れ(介護保険未申請者の場合)

(1)患者の退院見込みが出てきたら

#### ①退院支援の要否を判断

病院は、「この人には退院支援が必要か」「介護保険の申請が必要か」を判断する。

#### ②地域包括支援センターへの連絡

患者に退院支援が必要と判断した場合は、患者の居住地の地域包括支援センターを紹介し、家族に相談に行くよう勧める。

★病院相談員が患者ご本人、ご家族へ患者の居住地の地域包括支援センターを紹介 します。また、地域包括支援センターへ電話で患者がいること等の情報を連絡し ます。

# ③地域包括支援センターは、患者本人の状態に応じたサービスを紹介

# 宗像病院

〒811-3414 宗像市光岡130

TEL 0940-36-2734

FAX 0940-37-0692

- 1. 入退院支援の流れ(介護保険利用者の場合)
  - (1)患者が入院したら

#### 1入院時連絡

入院を受けた病院は、患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★地域連携室職員が、必要に応じて担当ケアマネジャーに電話で連絡します。
- ★病名・病状、治療期間が分かっていれば、入院連絡の際に電話でお知らせします。

# ②入院時情報提供書の送付

病院から連絡を受けたケアマネジャーは、患者情報を病院に提供する。

- ★入院時情報提供書を持参される際の事前連絡は不要です。 地域連携室職員(PSW・NS・事務)へお渡しください。
- ★郵送の場合は、「宗像病院 地域連携室」宛てでお願いします。
- ★FAXでも構いません。

#### (2)患者の退院見込みが出てきたら

# ③患者の退院見込みを連絡

退院見込みの判断がついたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

★地域連携室職員が、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。

# ④関係機関への連絡のうえ、患者情報の収集と退院に向けた支援を開始

退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーは関係機関に退院予定日について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

#### (3) 退院支援に向けての連携

⑤入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた支援を 行う。

退院支援に向けた情報共有については、患者の状態や各病院の状況に応じた方法で、効率よく実施する。

- ★密な情報共有や事前打ち合わせが必要な場合は、患者さん・ご家族交えての面談 設定をさせて頂きます。
- ★電話での情報交換は可能です。

#### ⑥退院日を連絡

患者の退院日が決まったら、速やかにその日程を病院から担当ケアマネジャー に連絡する。

- ★地域連携室職員が、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。
- ★退院先が施設の場合も、担当ケアマネジャーに連絡します。
- ★「死亡退院」の場合も、必要に応じて担当ケアマネジャーに連絡します。

#### (5) 患者の退院後

★今後の支援に活かすために、生活環境や介護サービス利用状況を教えて頂きたい ことがあります。

その場合は、地域連携室から、担当ケアマネジャーに電話で連絡しますので、ご 対応をよろしくお願いします。

# 2. 入退院支援の流れ(介護保険未申請者の場合)

(1)患者の退院見込みが出てきたら

#### ①退院支援の要否を判断

病院は、「この人には退院支援が必要か」「介護保険の申請が必要か」を判断する。

#### ②地域包括支援センターへの連絡

患者に退院支援が必要と判断した場合は、患者の居住地の地域包括支援センターを紹介し、家族に相談に行くよう勧める。

★病棟看護師や地域連携室担当者が、患者さんご本人・ご家族へ患者さんの居住地 の地域包括支援センターを紹介します。

また、地域包括支援センターへ電話で退院支援が必要な患者さんがいることと、 退院見込みがあることを連絡します。

# ③地域包括支援センターは、患者本人の状態に応じたサービスを紹介

• 介護保険 • 総合事業 • 地域資源

# 東郷外科医院

〒811-3431 宗像市田熊4丁目 2-5

TEL 0940-36-4146 (病棟直通 TEL 36-5163)

FAX 0940-36-4128 (病棟直通 FAX 36-5184)

- 1. 入退院支援の流れ(介護保険利用者の場合)
  - (1)患者が入院したら
    - 1入院時連絡

入院を受けた病院は、患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★入院時の状況を病棟看護師より担当ケアマネジャーにFAXします。
- ★病名、症状、治療期間を入院診療計画書に添ってお知らせします。

# ②入院時情報提供書の送付

病院から連絡を受けたケアマネジャーは、患者情報を病院に提供する。

- ★持参するときの事前連絡は不要です。
- ★FAX、郵送の場合は病棟宛てに送付ください。

#### (2) 患者の退院見込みが出てきたら

③患者の退院見込みを連絡

退院見込みの判断がついたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

★病棟看護師が、担当ケアマネジャーに連絡します。

#### ④関係機関への連絡のうえ、患者情報の収集と退院に向けた支援を開始

退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーは関係機関に退院予定日について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

- (3) 退院支援に向けての連携
  - ⑤入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた支援を 行う。

退院支援に向けた情報共有については、患者の状態や各病院の状況に応じた方法で、効率よく実施する。

★現在の情報を病棟看護師が、お伝えします。

担当ケアマネジャーがいる場合は、できるだけ退院前カンファレンスを実施します。

# ⑥退院日を連絡

患者の退院日が決まったら、速やかにその日程を病院から担当ケアマネジャー に連絡する。

★退院先が施設の場合も、病棟看護師が担当ケアマネジャーに連絡します。

# (5) 患者の退院後

★退院後、支援等が必要な場合は担当ケアマネジャーに連絡します。

# 2. 入退院支援の流れ(介護保険未申請者の場合)

(1)患者の退院見込みが出てきたら

# ①退院支援の要否を判断

病院は、「この人には退院支援が必要か」「介護保険の申請が必要か」を判断する。

# ②地域包括支援センターへの連絡

患者に退院支援が必要と判断した場合は、患者の居住地の地域包括支援センターを紹介し、家族に相談に行くよう勧める。

★当院居宅介護支援事業所に相談→介護相談実施→当院ケアマネジャーより患者居 住地の地域包括支援センターへ連絡します。

# ③地域包括支援センターは、患者本人の状態に応じたサービスを紹介

# 林外科医院

〒811-4175 宗像市田久4丁目 15-12

TEL 0940-33-5577

FAX 0940-33-7753

- 1. 入退院支援の流れ(介護保険利用者の場合)
  - (1)患者が入院したら
    - 1入院時連絡

入院を受けた病院は、患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

★当院に入院した時は、患者様の家族の方に直接ケアマネジャーに連絡していただくか、当院より連絡しています。

#### ②入院時情報提供書の送付

病院から連絡を受けたケアマネジャーは、患者情報を病院に提供する。

- ★入院時情報提供書を持参する場合は、事前連絡して頂き、病棟に持参して頂けたら助かります。
- (2) 患者の退院見込みが出てきたら
  - ③患者の退院見込みを連絡

退院見込みの判断がついたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

★退院見込みが出たら、担当ケアマネジャーに連絡します。

# ④関係機関への連絡のうえ、患者情報の収集と退院に向けた支援を開始

退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーは関係機関に退院予定日について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

- (3) 退院支援に向けての連携
  - ⑤入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた支援を 行う。退院支援に向けた情報共有については、患者の状態や各病院の状況に 応じた方法で、効率よく実施する。
  - ★退院に向けての情報共有や事前打ち合わせが必要な場合は、カンファレンスをします。

# ⑥退院日を連絡

患者の退院日が決まったら、速やかにその日程を病院から担当ケアマネジャー に連絡する。

★退院日が決まったら、担当ケアマネジャーに連絡します。

# (5) 患者の退院後

★退院後、支援等が必要な場合は、担当ケアマネジャーに連絡します。 (退院前に事前連絡します)

# 2. 入退院支援の流れ(介護保険未申請者の場合)

(1)患者の退院見込みが出てきたら

#### ①退院支援の要否を判断

病院は、「この人には退院支援が必要か」「介護保険の申請が必要か」を判断する。

# ②地域包括支援センターへの連絡

患者に退院支援が必要と判断した場合は、患者の居住地の地域包括支援センターを紹介し、家族に相談に行くよう勧める。

★退院前に連絡します。(入院中に話をしています)

# ③地域包括支援センターは、患者本人の状態に応じたサービスを紹介

# 日の里クリニック

〒811-3425 宗像市日の里1丁目30-13

TEL 0940-36-5511

FAX 0940-36-8202

- 1. 入退院支援の流れ(介護保険利用者の場合)
  - (1)患者が入院したら
    - 1入院時連絡

入院を受けた病院は、患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★看護師が、担当ケアマネジャーに電話で平日3日以内に連絡します。
- ★病名、病状、治療期間がわかっていれば、入院連絡の際に電話でお知らせします。

# ②入院時情報提供書の送付

病院から連絡を受けたケアマネジャーは、患者情報を病院に提供する。

- ★入院時情報提供書を持参する際は、事前連絡をお願いします。
- (2) 患者の退院見込みが出てきたら
  - ③患者の退院見込みを連絡

退院見込みの判断がついたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

★看護師が、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。

④関係機関への連絡のうえ、患者情報の収集と退院に向けた支援を開始 退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーは関係機関に退院予定日に

ついて連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

- (3) 退院支援に向けての連携
  - ⑤入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた支援を 行う。退院支援に向けた情報共有については、患者の状態や各病院の状況に 応じた方法で、効率よく実施する。
  - ★密な情報共有や事前打ち合わせが必要な場合は、カンファレンスを開催しますので、出席して下さい。
  - ★電話での情報交換は可能です。

# ⑥退院日を連絡

患者の退院日が決まったら、速やかにその日程を病院から担当ケアマネジャー に連絡する。

- ★電話で担当ケアマネジャーに連絡します。
- ★退院先が施設の場合や、死亡退院の場合も連絡します。

#### (5) 患者の退院後

★入退院を繰り返している方については、今後の支援に活かすために、療養状況を 教えて欲しいことがあります。

看護師から担当ケアマネジャーに電話で連絡いたしますので、対応をよろしくお 願いします。

#### 2. 入退院支援の流れ(介護保険未申請者の場合)

(1)患者の退院見込みが出てきたら

#### ①退院支援の要否を判断

病院は、「この人には退院支援が必要か」「介護保険の申請が必要か」を判断する。

# ②地域包括支援センターへの連絡

患者に退院支援が必要と判断した場合は、患者の居住地の地域包括支援センターを紹介し、家族に相談に行くよう勧める。

★看護師が、患者ご本人・ご家族へ患者の居住地の地域包括支援センターを紹介します。また、地域包括支援センターへ電話で退院支援が必要な患者がいることと、 退院見込みがあることを連絡します。

# ③地域包括支援センターは、患者本人の状態に応じたサービスを紹介

#### ■福津市

# 津屋崎中央病院

〒811-3307 福津市渡 1564

TEL 0940-52-0120

FAX 0940-52-0574

- 1. 入退院支援の流れ(介護保険利用者の場合)
  - (1)患者が入院したら
    - 1入院時連絡

入院を受けた病院は、患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★地域医療連携室職員が担当ケアマネジャーへ連絡します。
- ★病名やおおよその治療期間、その他入院時の担当医から家族への病状説明等についてもお伝えします。

#### ②入院時情報提供書の送付

病院から連絡を受けたケアマネジャーは、患者情報を病院に提供する。

- ★郵送の場合は地域医療連携室宛てに送ってください。
- **★**FAX可
- (2)患者の退院見込みが出てきたら
  - ③患者の退院見込みを連絡

退院見込みの判断がついたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★地域医療連携室職員が電話にて担当ケアマネジャーへ連絡します。
- ★入院中に病状の変化や本人・家族の意向がかわった際にも報告します。

# ④関係機関への連絡のうえ、患者情報の収集と退院に向けた支援を開始 退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーは関係機関に退院予定日 について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

#### (3) 退院支援に向けての連携

⑤入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた支援を 行う。退院支援に向けた情報共有については、患者の状態や各病院の状況に 応じた方法で、効率よく実施する。

- ★状況に応じて、退院前カンファレンスを実施します。(30分程度) (担当医の出席が困難な場合もあります)
- ★電話やFAXでの情報交換は可能です。
- ★必要に応じて、家屋調査を行います。

#### ⑥退院日を連絡

患者の退院日が決まったら、速やかにその日程を病院から担当ケアマネジャー に連絡する。

- ★MSWが電話にて担当ケアマネジャーへ連絡します。
- ★死亡退院の場合も担当ケアマネジャーへ連絡します。

#### (5) 患者の退院後

- ★状況に応じて、在宅確認のため退院先を訪問します。
- ★状況に応じて、担当ケアマネジャーへケアプランの情報提供を依頼することがあります。

# 2. 入退院支援の流れ(介護保険未申請者の場合)

(1) 患者の退院見込みが出てきたら

# ①退院支援の要否を判断

病院は、「この人には退院支援が必要か」「介護保険の申請が必要か」を判断する。

#### ②地域包括支援センターへの連絡

患者に退院支援が必要と判断した場合は、患者の居住地の地域包括支援センターを紹介し、家族に相談に行くよう勧める。

- ★MSWより本人・家族へ地域包括支援センターを紹介します。
- ★退院支援や退院後にサービス利用見込みのある方については、事前に連絡をします。

# ③地域包括支援センターは、患者本人の状態に応じたサービスを紹介

• 介護保険 • 総合事業 • 地域資源

# 東福間病院

〒811-3222 福津市津丸 1164-3

TEL 0940-43-1311 FAX 0940-43-0773

- 1. 入退院支援の流れ(介護保険利用者の場合)
  - (1)患者が入院したら
    - ①入院時連絡

入院を受けた病院は、患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★相談室の職員が、担当ケアマネジャーに電話で平日3日以内に連絡します。 (注意)平日3日以内とは「土日祝日を除く3日以内」
- ★病名・病状、治療期間がわかっていれば、入院連絡の際に電話でお知らせします。
- ★転院による入院や、圏域外へ転院する場合も担当ケアマネジャーへ連絡します。

#### ②入院時情報提供書の送付

病院から連絡を受けたケアマネジャーは、患者情報を病院に提供する。

- ★入院時情報提供書を持参する際の事前連絡は不要です。
- ★入院時情報提供書は、病院1階外来受付職員へ、「相談員に渡してください」と伝えてください。
- ★郵送の場合は「相談室宛て」に送ってください。
- ★FAX(0940-43-0773)で送る際は、「相談室宛て」で送ってください。
- (2)患者の退院見込みが出てきたら
  - ③患者の退院見込みを連絡

退院見込みの判断がついたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

★相談員より、電話で担当ケアマネジャーへ連絡します。

#### ④関係機関への連絡のうえ、患者情報の収集と退院に向けた支援を開始

退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーは関係機関に退院予定日について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

#### (3) 退院支援に向けての連携

⑤入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた支援を 行う。退院支援に向けた情報共有については、患者の状態や各病院の状況に 応じた方法で、効率よく実施する。

- ★密な情報共有や事前打ち合わせが必要な場合はカンファレンスを開催しますので、出席してください。
- ★電話での情報交換は可能です。

#### ⑥退院日を連絡

患者の退院日が決まったら、速やかにその日程を病院から担当ケアマネジャー に連絡する。

- ★相談員より、電話で担当ケアマネジャーへ連絡します。
- ★退院先が施設の場合も、担当ケアマネジャーへ連絡します。
- ★死亡退院の場合も、担当ケアマネジャーへ連絡します。

#### (5) 患者の退院後

★医療療養病棟から退院された方については、退院後の状態確認のため、自宅や施設に伺わせていただくこともあります。また、その後の療養状況を伺うこともあると思いますので、対応をよろしくお願いします。

# 2. 入退院支援の流れ(介護保険未申請者の場合)

(1)患者の退院見込みが出てきたら

# ①退院支援の要否を判断

病院は、「この人には退院支援が必要か」「介護保険の申請が必要か」を判断する。

#### ②地域包括支援センターへの連絡

患者に退院支援が必要と判断した場合は、患者の居住地の地域包括支援センターを紹介し、家族に相談に行くよう勧める。

★相談員より、患者ご本人・ご家族へ患者の居住地の地域包括支援センターを紹介します。また、地域包括支援センターへ電話で退院支援が必要な患者がいることと、退院見込みがあることを連絡します。

# ③地域包括支援センターは、患者本人の状態に応じたサービスを紹介

# 福間病院

〒811-3216 福津市花見が浜1丁目5-1

TEL 0940-42-0154

FAX 0940-42-7174 (地域連携室直通 FAX 0940-42-0103)

- 1. 入退院支援の流れ(介護保険利用者の場合)
  - (1)患者が入院したら
    - 1入院時連絡

入院を受けた病院は、患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★地域医療連携室職員が、担当ケアマネジャーに電話で連絡します。
- ★病名・病状、治療期間がわかっていれば、入院連絡の際に電話でお知らせします。
- ★転院による入院や、圏域外へ転院する場合も担当ケアマネジャーへ連絡します。

# ②入院時情報提供書の送付

病院から連絡を受けたケアマネジャーは、患者情報を病院に提供する。

- ★入院時情報提供書はFAX・メール・持参のいずれかで提供する。
- ★いずれの場合も事前連絡が必要です。
- ★郵送の場合は地域医療連携室宛てに送ってください。
- (2) 患者の退院見込みが出てきたら
  - ③患者の退院見込みを連絡

退院見込みの判断がついたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

★地域医療連携室職員が、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。

# 4関係機関への連絡のうえ、患者情報の収集と退院に向けた支援を開始

退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーは関係機関に退院予定日について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

- (3) 退院支援に向けての連携
  - ⑤入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた支援を 行う。

退院支援に向けた情報共有については、患者の状態や各病院の状況に応じた方法で、効率よく実施する。

- ★基本的にはカンファレンスを開催しますので、出席してください。
- ★電話での情報交換は可能です。

# ⑥退院日を連絡

患者の退院日が決まったら、速やかにその日程を病院から担当ケアマネジャー に連絡する。

- ★地域医療連携室職員が、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。
- ★退院先が施設の場合も、担当ケアマネジャーに連絡します。
- ★「死亡退院」の場合も、担当ケアマネジャーに連絡します。

#### (5) 患者の退院後

★退院支援に向けての連携の中で確認された事を、地域医療連携室から、担当ケアマネジャーに電話で連絡・確認いたしますので、対応をよろしくお願いします。

# 2. 入退院支援の流れ(介護保険未申請者の場合)

(1)患者の退院見込みが出てきたら

#### ①退院支援の要否を判断

病院は、「この人には退院支援が必要か」「介護保険の申請が必要か」を判断する。

#### ②地域包括支援センターへの連絡

患者に退院支援が必要と判断した場合は、患者の居住地の地域包括支援センターを紹介し、家族に相談に行くよう勧める。

★担当SWが、患者ご本人・ご家族へ患者の居住地の介護保険申請窓口を紹介します。また、必要に応じ居住地の介護保険課へ電話で退院支援が必要な患者がいることと、介護保険の申請に行かれる事を連絡します。

#### ③地域包括支援センターは、患者本人の状態に応じたサービスを紹介

## 宮城病院

〒811-3209 福津市日蒔野5丁目 12-2

TEL 0940-43-7373

FAX 0940-43-7376

- 1. 入退院支援の流れ(介護保険利用者の場合)
  - (1)患者が入院したら

## ①入院時連絡

入院を受けた病院は、患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★自宅からの入院時のみ、地域連携室職員が担当ケアマネジャーに電話で 3日以内に連絡します。
- ★病名・病状・治療期間がわかっていれば、入院連絡の際に電話でお知らせします。
- ★転院の際、担当ケアマネジャーへ連絡します。

#### ②入院時情報提供書の送付

病院から連絡を受けたケアマネジャーは、患者情報を病院に提供する。

- ★入院時情報提供書は地域連携室、または患者の入院している病棟へ持参して下さ い。病棟では担当スタッフが対応します。
- ★郵送の場合は地域連携室宛てに送って下さい。
- ★FAXは可能ですが、必ず原本を郵送または持参して下さい。

### (2) 患者の退院見込みが出てきたら

#### ③患者の退院見込みを連絡

退院見込みの判断がついたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

★地域連携室職員が、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。

### 4関係機関への連絡のうえ、患者情報の収集と退院に向けた支援を開始

退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーは関係機関に退院予定日について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

#### (3) 退院支援に向けての連携

⑤入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた支援を 行う。

- ★現在、当院では退院前カンファレンスを実施していません。必要時、情報提供を 行います。電話での情報交換は可能です。
- ★転院時・施設入所時は、必ず退院時、診療情報提供書、看護サマリー、リハサマリーをお渡しします。
- ★自宅退院時、他院への受診がある場合、診療情報提供書をお渡しします。
- ★その他、希望によって対応します。

#### ⑥退院日を連絡

患者の退院日が決まったら、速やかにその日程を病院から担当ケアマネジャー に連絡する。

- ★地域連携室職員が、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。
- ★退院先が施設の場合も、担当ケアマネジャーに連絡します。
- ★死亡退院の場合も、担当ケアマネジャーに連絡します。

### (5) 患者の退院後

★必要時、地域連携室から担当ケアマネジャーに連絡いたしますので、対応宜しく お願いします。

## 2. 入退院支援の流れ(介護保険未申請者の場合)

(1) 患者の退院見込みが出てきたら

## ①退院支援の要否を判断

病院は、「この人には退院支援が必要か」「介護保険の申請が必要か」を判断する。

### ②地域包括支援センターへの連絡

患者に退院支援が必要と判断した場合は、患者の居住地の地域包括支援センターを紹介し、家族に相談に行くよう勧める。

★病棟看護師または地域連携室職員が、患者ご本人・ご家族へ患者の居住地の地域 包括支援センターを紹介します。

また、地域包括支援センターへ電話で退院支援が必要な患者がいること、退院の 見込みがあることを連絡します。

#### ③地域包括支援センターは、患者本人の状態に応じたサービスを紹介

## 宗像水光会総合病院

〒811-3209 福津市日蒔野5丁目 7-1

TEL 0940-34-3111 (地域医療連携室直通TEL 34-3147) (地域医療連携室直通FAX 34-3148)

- 1. 入退院支援の流れ(介護保険利用者の場合)
  - (1)患者が入院したら
    - 1入院時連絡

入院を受けた病院は、患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

★転院による入院や、圏域外へ転院する場合も担当ケアマネジャーへ連絡します。

### ②入院時情報提供書の送付

病院から連絡を受けたケアマネジャーは、患者情報を病院に提供する。

- ★入院時情報提供書を持参する際の事前連絡は不要です。
- ★入院時情報提供書は、地域医療連携室へ持参して下さい。
- ★郵送の場合は、地域医療連携室宛てに送って下さい。
- ★FAX可、メール不可です。

### (2)患者の退院見込みが出てきたら

### ③患者の退院見込みを連絡

退院見込みの判断がついたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

★MSWが電話で担当ケアマネジャーに連絡します。 退院日が決定している場合は、あわせてお伝えします。

#### 4 関係機関への連絡のうえ、患者情報の収集と退院に向けた支援を開始

退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーは関係機関に退院予定日について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

#### (3) 退院支援に向けての連携

⑤入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた支援を 行う。

- ★ケースによって患者情報の共有の仕方(文書、電話、カンファレンス)はご相談 させて頂きます。
- ★MSWと病棟の退院支援看護師が中心になって、必要に応じて退院前カンファレンスを開催します。

### ⑥退院日を連絡

患者の退院日が決まったら、速やかにその日程を病院から担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★MSWが電話で担当ケアマネジャーに連絡します。
- ★退院後が施設や死亡退院の場合も、担当ケアマネジャーへ連絡します。

### (5) 患者の退院後

★生活状況について教えて頂きたい時は、電話で連絡いたします。

### 2. 入退院支援の流れ(介護保険未申請者の場合)

- (1) 患者の退院見込みが出てきたら
  - ①退院支援の要否を判断

病院は、「この人には退院支援が必要か」「介護保険の申請が必要か」を判断する。

## ②地域包括支援センターへの連絡

患者に退院支援が必要と判断した場合は、患者の居住地の地域包括支援センターを紹介し、家族に相談に行くよう勧める。

★MSWが、患者ご本人・ご家族へ患者の居住地の地域包括支援センターを紹介します。また、地域包括支援センターへ電話で退院支援が必要な患者がいることと、 退院見込みがあることを連絡します。

### ③地域包括支援センターは、患者本人の状態に応じたサービスを紹介

## 荒牧整形外科医院

〒811-3217 福津市中央4丁目 21-5

TEL 0940-34-3355 FAX 0940-34-3313

- 1. 入退院支援の流れ(介護保険利用者の場合)
  - (1)患者が入院したら
    - 1入院時連絡

入院を受けた病院は、患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

★入院した患者の家族が担当ケアマネジャーへ連絡します。 担当ケアマネジャーより病院に電話があった場合、病名、病状、治療期間がわかっていれば、お知らせします。

## ②入院時情報提供書の送付

病院から連絡を受けたケアマネジャーは、患者情報を病院に提供する。

- ★入院時情報提供書は病棟へ持参して下さい。病棟でスタッフが対応します。
- ★郵送の場合は、病棟詰所宛てに送って下さい。
- (2) 患者の退院見込みが出てきたら
  - ③患者の退院見込みを連絡

退院見込みの判断がついたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

★病棟看護師が、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。

④関係機関への連絡のうえ、患者情報の収集と退院に向けた支援を開始 退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーは関係機関に退院予定日 について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

#### (3) 退院支援に向けての連携

⑤入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた支援を 行う。

- ★密な情報共有や事前打ち合わせが必要な場合は、カンファレンスは可能ですので、 都合の良い日時をお知らせ下さい。
- ★電話での情報交換は可能です。

### ⑥退院日を連絡

患者の退院日が決まったら、速やかにその日程を病院から担当ケアマネジャー に連絡する。

- ★病棟看護師が電話で担当ケアマネジャーに連絡します。
- ★退院先が施設の場合も担当ケアマネジャーに連絡します。

## (5) 患者の退院後

★入退院を繰り返している方については、今後の支援に活かすために療養状況を教 えて欲しいことがあります。

その場合は、病棟看護師から担当ケアマネジャーに連絡いたしますので、対応を よろしくお願いします。

- 2. 入退院支援の流れ(介護保険未申請者の場合)
  - (1)患者の退院見込みが出てきたら
    - ①退院支援の要否を判断

病院は、「この人には退院支援が必要か」「介護保険の申請が必要か」を判断する。

## ②地域包括支援センターへの連絡

患者に退院支援が必要と判断した場合は、患者の居住地の地域包括支援センターを紹介し、家族に相談に行くよう勧める。

★病棟看護師が、患者ご本人、ご家族へ居住地の地域包括支援センター、または 役所の福祉課への問い合わせを促します。

### ③地域包括支援センターは、患者本人の状態に応じたサービスを紹介

## 上田医院

〒811-3305 福津市宮司6丁目10-1

TEL 0940-52-2823

FAX 0940-52-2997

- 1. 入退院支援の流れ(介護保険利用者の場合)
  - (1) 患者が入院したら
    - 1入院時連絡

入院を受けた病院は、患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★当院ケアマネジャーが担当ケアマネジャーへすみやかに連絡する。
- ★病名・病状・治療期間が分かっていれば伝える。
- ★転院の場合も担当ケアマネジャーに連絡する。

## ②入院時情報提供書の送付

病院から連絡を受けたケアマネジャーは、患者情報を病院に提供する。

- ★入院時情報提供書は当院へ持参してください。
- ★郵送の場合は、院長宛てに送ってください。
- (2)患者の退院見込みが出てきたら
  - ③患者の退院見込みを連絡

退院見込みの判断がついたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

★当院ケアマネジャーが担当ケアマネジャーへ連絡する。

### 4 関係機関への連絡のうえ、患者情報の収集と退院に向けた支援を開始

退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーは関係機関に退院予定日について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

- (3) 退院支援に向けての連携
  - ⑤入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた支援を 行う。

退院支援に向けた情報共有については、患者の状態や各病院の状況に応じた方法で、効率よく実施する。

★電話での情報交換は可能です。

### ⑥退院日を連絡

患者の退院日が決まったら、速やかにその日程を病院から担当ケアマネジャー に連絡する。

★当院ケアマネジャーが担当ケアマネジャーへ連絡する。

(5)	患者の退院後
( )	ᇓᆸᅛᄊᄣᄞᆈᇫ

- 2. 入退院支援の流れ(介護保険未申請者の場合)
  - (1)患者の退院見込みが出てきたら
    - ①退院支援の要否を判断

病院は、「この人には退院支援が必要か」「介護保険の申請が必要か」を判断する。

### ②地域包括支援センターへの連絡

患者に退院支援が必要と判断した場合は、患者の居住地の地域包括支援センターを紹介し、家族に相談に行くよう勧める。

- ★地域包括支援センターを紹介した時は、退院支援が必要な患者がいることを当院 ケアマネジャーが連絡する。
- ③地域包括支援センターは、患者本人の状態に応じたサービスを紹介
  - 介護保険総合事業地域資源

## 桑原整形外科医院

〒811-3217 福津市中央6丁目 10-5

TEL 0940-42-0020

FAX 0940-42-0196

- 1. 入退院支援の流れ(介護保険利用者の場合)
  - (1)患者が入院したら
    - 1)入院時連絡

入院を受けた病院は、患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★病棟看護師より、電話にてケアマネジャーに連絡する。
- ★病名、病状、治療見込み期間がわかれば入院の際、口頭にてお知らせします。
- ★転院の場合(転院による入院)もケアマネジャーに連絡します。

### ②入院時情報提供書の送付

病院から連絡を受けたケアマネジャーは、患者情報を病院に提供する。

★持参される時の事前連絡は不要です。

FAX 0940-42-0196

- (2)患者の退院見込みが出てきたら
  - ③患者の退院見込みを連絡

退院見込みの判断がついたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

★病棟看護師がケアマネジャーに連絡します。

### 4関係機関への連絡のうえ、患者情報の収集と退院に向けた支援を開始

退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーは関係機関に退院予定日について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

- (3) 退院支援に向けての連携
  - ⑤入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた支援を 行う。

- ★病棟看護師とケアマネジャーの情報交換
- ①入院中にケアマネジャー面談日がわかれば、PT、Ns、Drのいずれかが一緒に退院前カンファレンスを開催することが可能。
- ②やむを得ない場合は電話にて対応。(長時間の対応は不可能)

### ⑥退院日を連絡

患者の退院日が決まったら、速やかにその日程を病院から担当ケアマネジャー に連絡する。

- ★病棟看護師が、電話で担当ケアマネジャーへ連絡します。
- ★退院先が施設であってもケアマネジャーに連絡します。

(E)	患者の退院後
しひり	出台の返所復

- 2. 入退院支援の流れ(介護保険未申請者の場合)
  - (1) 患者の退院見込みが出てきたら
    - ①退院支援の要否を判断

病院は、「この人には退院支援が必要か」「介護保険の申請が必要か」を判断する。

## ②地域包括支援センターへの連絡

患者に退院支援が必要と判断した場合は、患者の居住地の地域包括支援センターを紹介し、家族に相談に行くよう勧める。

★病棟看護師が電話で連絡します。

### ③地域包括支援センターは、患者本人の状態に応じたサービスを紹介

# 上妻整形外科医院

〒811-3217 福津市中央5丁目 24-7

TEL 0940-42-0089

FAX 0940-42-0098

- 1. 入退院支援の流れ(介護保険利用者の場合)
  - (1)患者が入院したら
    - ①入院時連絡

入院を受けた病院は、患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★地域医療連携室はありません。病棟看護師が対応します。
- ★当院からケアマネジャーに入院したことをお伝えすることはありません。
- ★介護認定を受けているかどうかを病棟において入院時に確認することはありません。必要な状況になった時に確認しています。

## ②入院時情報提供書の送付

病院から連絡を受けたケアマネジャーは、患者情報を病院に提供する。

- ★ケアマネジャーから情報をもらうことはありません。
- ★ケアマネジャーが入院していることを知り、来院対応や電話での対応をしています。
- (2) 患者の退院見込みが出てきたら
  - ③患者の退院見込みを連絡

退院見込みの判断がついたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

★受け持ち看護師が担当ケアマネジャーに連絡します。 (ケアマネジャーより連絡依頼されている時のみ)

### 4 関係機関への連絡のうえ、患者情報の収集と退院に向けた支援を開始

退院支援を開始するにあたっては、ケアマネジャーは関係機関に退院予定日 について連絡のうえ、病院から患者の情報を収集する。

- (3) 退院支援に向けての連携
  - ⑤入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた支援を 行う。

退院支援に向けた情報共有については、患者の状態や各病院の状況に応じた方法で、効率よく実施する。

★電話での情報交換をしています。

### ⑥退院日を連絡

患者の退院日が決まったら、速やかにその日程を病院から担当ケアマネジャー に連絡する。

★受け持ち看護師が担当ケアマネジャーに連絡します。 (ケアマネジャーより連絡依頼されている時のみ)

## (5) 患者の退院後

★ケアマネジャーにお願いしています。

### 2. 入退院支援の流れ(介護保険未申請者の場合)

(1)患者の退院見込みが出てきたら

#### ①退院支援の要否を判断

病院は、「この人には退院支援が必要か」「介護保険の申請が必要か」を判断する。

#### ②地域包括支援センターへの連絡

患者に退院支援が必要と判断した場合は、患者の居住地の地域包括支援センターを介し、家族に相談に行くよう勧める。

- ★主治医と病棟看護師が、患者ご本人・ご家族に対し市役所へ相談するようお話を しています。
- ★直接、地域包括支援センターへ連絡することは有りません。 (個人情報があるのでしていません)

## ③地域包括支援センターは、患者本人の状態に応じたサービスを紹介

# Ⅳ 地域包括支援センター一覧

## ■宗像市

地域包括支援センター名	TEL	FAX
宗像市 地域包括支援センター	0940-36-1285	0940-36-2410
吉武・赤間・赤間西 地域包括支援センター	0940-32-2235	0940-32-2276
自由ヶ丘 地域包括支援センター	0940-72-6707	0940-72-6708
河東 地域包括支援センター	0940-33-2755	0940-33-2756
南郷・東郷 地域包括支援センター	0940-62-6514	0940-62-6515
日の里 地域包括支援センター	0940-62-5030	0940-62-5031
玄海・池野・岬・大島 地域包括支援センター	0940-36-9001	0940-62-4405

## ■福津市

地域包括支援センター名	TEL	FAX
福津市 地域包括支援センター	0940-43-0787	0940-43-3481

# Ⅴ 入退院支援ルール作成検討会委員名簿

所属	氏 名
赤間病院	奥村 枝梨香
回生病院	遠矢 秀貴
北九州宗像中央病院	松尾の徹哉
蜂須賀病院	宮崎 早織
摩利支病院	中村 晃美
宗像医師会病院	井ノ畑 伸子
宗像久能病院	諌山 尚子
東郷外科医院	小島 ひさえ
東郷外科医院	山下 敦二
東福間病院	佐藤 美也
福間病院	溝部正信
宗像水光会総合病院	渋田 奈美
上田医院	野口 久美子
上田医院	藤川 有未子
桑原整形外科医院	神谷 照美

【事務局】宗像医師会在宅医療連携拠点事業室

## Ⅵ 参考文献

- ○但馬圏域入退院支援運用ガイドライン
- ○宗像・福津エリア退院支援の流れ

宗像・福津エリア入退院支援の流れ

発行 令和3年1月

宗像医師会在宅医療連携拠点事業室