ケアマネジャー（居宅／施設）・地域包括支援センターのみなさまへ

退院（入院中）連携についてのお知らせ（お願い）

いつもお世話になりありがとうございます。よりよい連携のために次の点をお知らせ（お願い）をさせていただきます。今後とも当院の退院調整・地域連携へのいっそうのご協力・ご理解をよろしくお願いいたします。

■入院時の医療連携情報提供の窓口は地域連携室です

入院時情報連携加算に関する来院・シート送付（入院時情報提供）については、①地域連携室・ソーシャルワーカーまたは②各病棟の退院調整担当看護主任へご連絡（送付）下さい。特に、ご家庭の事情や心理的・社会的な課題など、調整の必要が考えられる場合は、直接、地域連携室へご連絡下さい。

■入院中の情報収集（来院）については、前もってご連絡ください

○入院中に、退院調整、連絡やカンファレンス、主治医からの情報提供（相談）等の必要性があると考えられる場合は、直接、上記の担当者（地域連携室・ソーシャルワーカーおよび各病棟の退院調整担当看護主任）へ、まず、その旨をお知ら下さい。病院での対応を検討させていただきます。あわせて、状況に応じて、その後の連携のとりかたについても協議させていただきます。

○入院中に患者様の状況把握等に来院（病棟訪問、リハビリ見学など）をされる場合は、上記の担当者（地域連携室・ソーシャルワーカーおよび各病棟の退院調整担当看護主任）へ前もってご連絡下さい。（当日等では十分な対応が出来ない場合があります。また、医師等に事前確認が必要な時もあります。）

■退院時の連絡、情報提供について、ご理解をお願いします

○継続した看護等が必要と考えられるケースについては、退院時（退院後）に看護情報提供書（サマリー）を作成し、後から送付させていただいております。もし、事前に必要な場合などがあれば前もって上記の担当者にご連絡ください。

○退院時期（日）の連絡については、基本的には、主治医の許可のもとで、病棟からご家族等に連絡をして、そこからケアマネジャー等にも連絡してもらう流れとなります。（すべてのケースについて病院から直接ケアマネジャー等へ連絡するのは難しい。）※病棟では、ご家族等に話をする際には、ケアマネジャー等にも連絡してもらう旨をできるだけ伝えています。なお、ご家族等との連絡が難しい事情がある場合などは、直接、上記の担当者（地域連携室・ソーシャルワーカーおよび各病棟の退院調整担当看護主任）にお知らせいただくと助かります。

○必要に応じて、退院直後の介護（予防）サービス計画書などの送付をお願いする場合があります。ご協力をお願いします。

■ ■

入院中でも、患者様・ご家族様がケアマネジャーや支援センター等にご相談にいかれる場合があります。その際にも、病院内に退院調整の担当者（ソーシャルワーカー、看護師）がいる旨の情報提供をしていただき、また、支援の歩調をあわせるために、入院中に取り組んでいる退院調整の関わりの有無や内容について、まず確認のご一報をいただくなど、ご理解をいただきますようお願いします。

「退院のしかた（退院のカタチ）」はさまざま→ケースバイケースの連絡調整を

【例】	急な退院 短期間入院	退院調整のもれや中断での退院	入院前と大きな変化なく退院	情報提供・退院の連絡	入院中からの支援・連携による退院

※患者様の病状・介護の状態（入院前との変化の有無など）、患者・家族の希望やご家庭の事情、あるいは、治療方針や入院期間、退院支援・調整の必要度などによって、「退院のしかた（退院のカタチ）」はさまざまです。それによって、病院側および地域側の関係者の対応の度合い（役割分担の調整、関わり方の濃淡、連絡調整の密度、連携のタイミング・時期など）はケースバイケースで異なります。