

■大植病院

〒679-3423 朝来市多々良木 1514
TEL：(代) 079-678-1231
FAX：(代) 079-678-0881
Mail: ohue_psw@shunjin-kai.or.jp

地域医療連携室があります。
精神保健福祉士 (PSW) 5 名が、交替で月～土曜に勤務しています。

(I) 入退院支援の流れ (介護保険申請者の場合)

I 患者が入院したら

①入院時連絡

入院を受けた病院は、原則として入院の翌日から数えて平日3日以内に、患者が入院したことを担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★PSW が電話で担当ケアマネジャーに連絡します。
- ★病名・病状と治療見込み期間がわかっている場合は、入院の連絡の際に口頭でお知らせします
- ★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、原則として、連絡の翌日から数えて平日3日以内に患者情報を病院に提供する。

- ★持参するときは、電話で事前連絡を入れてください。担当の PSW が不在のこともあります。
- ★入院時情報提供書は、担当 PSW あてで持参してください。
- ★FAX の場合は 079-678-0881 へ。宛先の担当 PSW 名を記入してください。
- ★郵送する場合も、担当 PSW あてで結構です。
- ★メールでも可。(PSW 共通のアドレスです)

ohue_psw@shunjin-kai.or.jp

※メール送付の際は、確認漏れ防止のため事前に電話連絡をお願いします。



II 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

主治医の指示により自宅への退院見込みの判断がいたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

- ★PSW が、電話で担当ケアマネジャーに連絡します。

④かかりつけ医へ連絡のうえ、患者情報の収集と自宅への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、ケアマネジャーはかかりつけ医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。

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。

★退院前には必要に応じケースカンファレンス(医療保護入院者の場合は、退院支援委員会といいます)を行いますので、出席してください。



Ⅲ 患者の退院日が決まったら

⑥退院日を連絡

主治医の許可した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。

- ★PSW 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、ケアマネジャーに連絡します。
- ★「死亡退院」の連絡は、義務づけてはいません。

Ⅳ 患者の退院後

- ★退院後の様子は、外来受診時に PSW が本人や家族から情報収集し、把握するように努めています。
- ★療養状況報告が欲しい場合は、PSW から連絡しますので、その時は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)

I 患者が入院し、退院の見通しが出てきたら

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どうか？」を判断する。

②介護保険申請について患者・家族に情報提供する。

患者に退院支援が必要と判断した場合は、介護保険制度について患者・家族に簡単に説明する。居住地の地域包括支援センター等を紹介し、相談に行くよう勧める。

- ★PSW が介護保険について説明します。



③地域包括支援センターへ連絡する

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、患者居住地の地域包括支援センター等へ連絡する。

- ★PSW が電話で連絡します。

④かかりつけ医へ連絡のうえ、患者情報の収集と自宅への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、ケアマネジャーはかかりつけ医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。