

在宅退院患者フロー図(退院前カンファレンス=サービス担当者会議)

患者	病棟	メディカルサポートセンター退院支援係	メディカルサポートセンター地域連携係	ケアマネ	往診医
入院				入院時情報提供書(在宅連携患者情報提供書Ⅰ)提出	
			入院時情報提供書電子カルテ登録		
	スクリーニング・問題点の確認	退院調整係 患者把握			
	スクリーニングで問題点ありの場合 →退院調整部門への依頼検討				
		退院支援計画作成着手 担当ケアマネへ連絡・情報確認等		東海中央病院来院(1回目)	
		ケアマネとの連絡調整・患者面談			
		退院支援計画書作成 患者・家族へ説明・同意を得る			
医師から退院許可の説明	退院指示・退院調整係へ連絡				
		患者面談・方向性確認(転院or在宅退院)			
		在宅連携患者情報提供書Ⅱ作成		在宅連携患者情報提供書Ⅱ内容確認	
				在宅連携患者情報提供書Ⅱにて往診医と連絡調整 サービス担当者会議の有無確認	往診医より、実施の有無指示
				東海中央病院退院調整係・介護事業者へサービス担当者会議実施日時調整	
	看護サマリ作成	サービス担当者会議実施に向けて院内調整 (患者・家族・主治医・病棟等)		東海中央病院(2回目)で サービス担当者会議の実施	
				ケアプラン原案作成	
				ケアプラン作成原案を主治医へ報告	ケアプラン確認
		ケアプラン確認		ケアプラン完成	
		ケアプランを電子カルテへ登録			
退院					