

4. 入退院支援連携のポイント

いつ	誰が	誰と	実施すること	ポイント	活用するツール・様式	実施日
入院前	本人・家族	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの名刺と保険証の携帯 <input type="checkbox"/> <b>入退院・入退所の場合、CMへ連絡</b>		CM名刺 緊急時連絡先カード等	
	かかりつけ医	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 診察日時以外に面談枠を設ける等の配慮	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 予め連絡の取り易い時間帯を確認</li> <li>● 事前に電話等で面談の日時調整</li> </ul>		
入院直後〜3日以内	ケアマネジャー	本人・家族	<input type="checkbox"/> 情報収集や提供を受けることについての同意 <input type="checkbox"/> (可能なら) 家族から病名、診療科、病棟、入院日の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 情報共有の基本は面談</li> <li>● 本人や家族に開示が難しい情報や、文書では伝わりにくい情報</li> </ul>	入院時情報連携シート(参考様式1)	
		退院支援者	<input type="checkbox"/> 情報連携シートの提出先窓口や提出方法(持参・FAX・郵送)の確認 <input type="checkbox"/> <b>「入院時情報連携シート」を病院へ提供</b>			
	退院支援者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 介護支援連携指導日時等を調整	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 退院困難な社会的要因の解決には時間を要するので早期介入:                      ・ 単身者、高齢者のみ世帯                      ・ 家族の介護力                      ・ 家屋環境                      ・ 家計や収入等経済状況                      ・ 家族、友人等身近な支援者</li> </ul>	退院支援スクリーニングシート	
		本人・家族	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証の確認 <input type="checkbox"/> 担当CMの有無の確認 <input type="checkbox"/> 情報収集や提供を受けることについての同意			
		病院スタッフ	<input type="checkbox"/> <b>入院3日以内に退院支援の必要性をスクリーニング</b> <input type="checkbox"/> CMから提供されたシートは、カルテへ一元管理し共有			
主治医	<input type="checkbox"/> 退院予定日の確認					
入院7日以内	退院支援者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 退院先の意向確認 <input type="checkbox"/> CMがない場合は、介護保険制度等の説明 <input type="checkbox"/> 要介護認定申請・地域包括支援センターの紹介	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 住宅改修や医療依存度が高い場合の退院調整には時間を要するので、短期目標・長期目標を設定</li> <li>● 新規に介護保険サービス利用は、認定まで約1ヶ月を要するので、申請時期・調査場所の調整</li> </ul>	介護支援連携指導書(参考様式4)	
		病院スタッフ	<input type="checkbox"/> <b>入院7日以内に共同カンファレンス</b> <input type="checkbox"/> 退院支援担当者の決定 <input type="checkbox"/> 退院支援計画書の作成			退院支援計画書
	市町村・地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> 必要時担当CMの決定や地域総合支援事業利用調整				
入院中	退院支援者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 本人・家族の思いの変化の有無を確認 <input type="checkbox"/> 退院困難要因を再度アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 在宅への不安がある場合は、外泊時訪問看護を利用する等し不安軽減や療養環境を評価</li> </ul>	介護支援連携指導書(参考様式4)	
		病院スタッフ	<input type="checkbox"/> 多職種カンファレンスで予後予測と退院支援 <input type="checkbox"/> 医療処置の手技や介護方法を教育・指導			
	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 退院前カンファレンスの必要性や時期を調整 <input type="checkbox"/> 介護支援連携指導日時等を調整 <input type="checkbox"/> <b>介護予防・日常生活支援総合事業が利用できるか評価</b> <input type="checkbox"/> 退院前訪問(家屋調査等)への同行を依頼	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 担当医との面談やカンファレンス開催希望の場合は、病院の退院支援部門窓口等へ連絡し調整を依頼</li> <li>● 目的や、どのような情報を聞きたいのかを明確化</li> </ul>			
		施設	<input type="checkbox"/> 施設の受け入れ基準、医療管理上の課題を確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護認定や区分変更申請に行く家族等には、窓口で職員に説明する内容のメモ(病院名・主治医名・疾患名・利用希望サービス等)を書いて持参するようアドバイス</li> </ul>		
	主治医	本人・家族	<input type="checkbox"/> 他科担当医と治療方針共有 <input type="checkbox"/> 病状説明・今後の治療方針・退院予定日の説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 退院前カンファレンスは、本人・家族の同席が原則</li> <li>● 各職種ともに本人・家族の意向・生活目標を共有</li> </ul>		
退院7日以上前	退院支援者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 退院前カンファレンス日程調整	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 訪問診療医・看護師に退院前カンファレンスに参加を依頼、直接本人・家族と面談して、不安軽減や理解を促進することも有効</li> </ul>	各職種アセスメント・サマリーシート カンファレンスシート(参考様式3)	
		病院スタッフ	<input type="checkbox"/> 退院先の意向を再確認 <input type="checkbox"/> 各職種サマリー・アセスメントシートの作成、生活目標等を確認			
	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 病状の安定や退院見込み・退院許可が出たら速やかに連絡 <input type="checkbox"/> <b>退院7日以上前を目安に退院前カンファレンスの開催</b> <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画の作成等に資する情報の共有と記録 <input type="checkbox"/> 通院先や初回外来日の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 特に新規に訪問サービス利用の場合は、各職種サマリーを作成し、同職種間連携を充実させる</li> </ul>			
		本人・家族		<input type="checkbox"/> 面談・ケアプラン原案作成修正・サービス担当者会議の日時調整		
		病院スタッフ		<input type="checkbox"/> 導入サービスの種類や期間、留意事項について協議	退院時情報連携シート(参考様式2)	
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 退院先について報告、主治医意見書作成の調整 <input type="checkbox"/> 退院前カンファレンス日時調整・サービスの調整	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 主治医意見書提出が遅れると審査判定が遅れるため、速やかな記載を医師へ依頼</li> </ul>				
退院時・退院後	退院支援者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 退院時の書類の確認		診療情報提供書・各職種サマリー等	
		ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> ケアプランの写しの提供依頼	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 新規に訪問サービス利用の場合は、各職種サマリー作成</li> </ul>		
	ケアマネジャー	本人・家族	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議の開催	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療依存度が高い方は、退院後訪問指導を検討し、CMと退院支援者間で日時を設定し、モニタリングを行う。担当医・かかりつけ医へはフィードバックシート等でフィードバックを行う。</li> </ul>		
		病院スタッフ	<input type="checkbox"/> 退院後訪問の日時調整			
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> フィードバックシート等でモニタリング内容を報告					

\*『福岡市 退院時連携の基本的な進め方の手引き』、福岡市保健福祉局高齢社会部地域包括ケア推進課、平成27年3月、P3を改編