

入退院支援の流れとポイント 円滑な入退院支援のため、医療機関・ケアマネジャーが相互に適切な情報共有に取り組みましょう

入院前にケアマネジャーが決まっている場合（入院前に介護保険サービスを利用していた場合）

流れ	在宅時	入院時	入院中（退院に向けて）	退院
医療機関		入院時連絡・情報共有 <ul style="list-style-type: none"> ・担当ケアマネジャーを確認する ・患者や家族に、担当ケアマネジャーに入院したことを連絡しているかどうか確認し、していない場合は連絡するよう依頼する ※患者や家族から担当ケアマネジャーへの連絡が難しい場合は、医療機関から早めに連絡する ・病名（入院理由）、治療方針、予想される入院期間などがわかる場合は併せて伝える ・入院時情報提供書により、入院前の患者や家族等の情報を把握する 	退院に向けた支援 <ul style="list-style-type: none"> ・退院の見込みや、退院後に必要と思われるサービス等は早めに担当ケアマネジャーへ連絡する ・患者や家族と退院後の生活について話し合い、意向を確認する ・土日に退院する場合は、サービス提供できる事業所数が少なく、また連絡が取りづらいため、担当ケアマネジャーと事前に情報共有しておく ※転棟や転院の際は、早めに担当ケアマネジャーへ連絡する 退院前カンファレンスの開催 <ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じて、退院日までに余裕をもって退院前カンファレンスの日程調整を行う ・患者に関わる全ての医療スタッフで情報共有する ・退院前カンファレンス後に、患者の状態が変化した場合は、担当ケアマネジャーへ連絡する 	退院時の情報提供 <ul style="list-style-type: none"> ・診療情報提供書、看護サマリー、リハビリサマリー等により、情報提供する
ケアマネジャー	日頃からの備え <ul style="list-style-type: none"> ・利用者や家族に、担当ケアマネジャーの名刺を保険証やお薬手帳等と一緒に保管してもらう ・利用者や家族に、入院予定・入院が決まったら、担当ケアマネジャーへ連絡するよう依頼する ・サービス事業所に、入院に気づいた時点で連絡をもらえるよう依頼する ・利用者や家族、医療・介護専門職と今後の治療や療養生活について話し合い、意向を確認する 	入院時連絡・情報共有 <ul style="list-style-type: none"> ・利用者や家族から入院の連絡があった場合は、医療機関に連絡する ・入院時情報提供書を作成し、早めに医療機関へ情報提供する ・利用者や家族に、在宅のかかりつけ医に入院したことを連絡しているかどうか確認し、していない場合は連絡するよう依頼する ※利用者や家族から在宅のかかりつけ医への連絡が難しい場合は、担当ケアマネジャーから早めに連絡する 	退院に向けたヒアリング <ul style="list-style-type: none"> ・退院後の生活を見据えて、医療機関、利用者や家族から情報収集する 退院後の生活に向けた調整 <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療の関係機関、担当ケアマネジャーが相互に協力して退院支援が行えるよう情報共有する ・把握した情報を踏まえてアセスメントし、必要なサービスの確認や調整を行い、ケアプランを作成する 退院前カンファレンスへの参加 <ul style="list-style-type: none"> ・退院前カンファレンスでの確認事項を整理する ・医療機関から退院前カンファレンスの連絡を受けたら、サービス事業所に連絡し、退院前カンファレンスの参加を調整する 	退院後の連携 <ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議を開催する ・必要に応じて、退院後の状態を医療機関へ伝える（ケアプランの情報共有）

入退院支援の流れとポイント 円滑な入退院支援のため、医療機関・ケアマネジャーが相互に適切な情報共有に取り組みましょう

入院前にケアマネジャーが決まっていない場合（退院後新たに介護保険サービスを利用する場合）

流れ	入院時	入院中	入院中（退院に向けて）	退院
医療機関	<p>入院時の確認事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・担当ケアマネジャーの有無、介護保険申請の状況（申請未・申請中・申請済）を確認する <p>入院時スクリーニング</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入退院支援加算1,2の算定要件である「退院困難な要因」を元に、医療スタッフ間で情報共有し、入院早期より退院困難な要因を有している患者を抽出する 	<p>介護保険申請等の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院支援が必要な患者や家族へ、退院後に必要な支援を考慮して、介護保険制度等を説明し、相談窓口の案内及び申請等を支援する ・必要に応じて、地域包括支援センター等に連絡し、今後の対応について相談する <p>情報共有</p> <ul style="list-style-type: none"> ・担当ケアマネジャーの決定後、入院経過や病状、退院支援に向けた課題などを情報共有する 	<p>退院に向けた支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院の見込みや、退院後に必要と思われるサービス等は早めに担当ケアマネジャーへ連絡する ・患者や家族と退院後の生活について話し合い、意向を確認する ・土日に退院する場合は、サービス提供できる事業所数が少なく、また連絡が取りづらいため、担当ケアマネジャーと事前に情報共有しておく <p>※転棟や転院の際は、早めに担当ケアマネジャーへ連絡する</p> <p>退院前カンファレンスの開催</p> <ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じて、退院日までに余裕をもって退院前カンファレンスの日程調整を行う ・患者に関わる全ての医療スタッフで情報共有する ・退院前カンファレンス後に、患者の状態が変化した場合は、ケアマネジャーへ連絡する 	<p>退院時の情報提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療情報提供書、看護サマリー、リハビリサマリー等により、情報提供する
ケアマネジャー		<p>介護保険申請、ケアマネジャー選定支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関から連絡を受けたら、状況に応じて、利用者や家族、医療機関担当者と面談し、介護保険申請や担当ケアマネジャー選定を支援する <p>担当ケアマネジャーの決定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・担当ケアマネジャーを決定する <p>情報収集</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者や家族、医療機関から、入院経過や病状、退院後の生活について利用者や家族の思いや課題と思われることなどを情報収集する 	<p>退院に向けたヒアリング</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院後の生活を見据えて、医療機関、利用者や家族から情報収集する <p>退院後の生活に向けた調整</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療の関係機関、担当ケアマネジャーが相互に協力して退院支援を行うよう連携を図る ・収集した情報を踏まえてアセスメントし、必要なサービスの確認や調整を行い、ケアプランを作成する <p>退院前カンファレンスへの参加</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院前カンファレンスでの確認事項を整理する ・医療機関から退院前カンファレンスの連絡を受けたら、退院に向けてサービス事業所と連携し、退院前カンファレンスの参加を調整する 	<p>退院後の連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議を開催する ・必要に応じて、退院後の状態を医療機関へ伝える（ケアプランの情報共有）