# ケアマネジャーと看護師の協働による退院支援

2021年
4月改訂

地域での生活

| ケアマネジャー（CM）がすること | | 医療機関（退院支援Ns.又は担当者）がすること |
|---|---|---|
| □入院の連絡を受け、「入院時情報提供書」を作成 | 入院 | □要介護認定の有無を確認<br>無しの場合は、認定に必要な情報を提供<br>□CMの有無を確認<br>有り：CMへの入院連絡をご本人・ご家族に依頼<br>医療機関からもCMに連絡<br>無し：今後、介護サービスが必要と予測される場合、ご本人・ご家族・医師と相談の上、MSWに連絡（MSWがいない場合は住所地の地域包括支援センターへ連絡）<br>□CMから訪問日時の連絡を受け調整 |
| □病棟を訪問、「入院時情報提供書」をNs.に渡す（FAX・郵送可）<br>・入院前の生活がイメージできるように情報提供<br>・予測できる入院期間を確認 | 入院時<br>CMとの<br>連携<br>1回目 | □CMから「入院時情報提供書」を受け取り、入院前の生活状況を確認 |
| □病棟を訪問、病状・ADLを確認し情報を共有 | 入院中<br>CMとの<br>連携<br>2回目<br>※必要時 | □看護サマリー（中間）を作成<br>※入院期間が長い、状態の大きな変化等、必要時 |
| □病棟から退院見込みの連絡を受ける<br>□退院前カンファレンスの日程・参加者をNs.と調整 | 退院<br>見込み時 | □CMに退院が近いことを連絡<br>□退院前カンファレンスの日程・参加者をCMと調整<br>※医療処置が必要、ADL低下、ターミナル、環境整備、要介護認定の区分変更が必要等の場合に開催<br>□看護サマリー（中間）を作成・提供<br>※環境整備には1週間程度必要 |
| □再アセスメントのために医療機関を訪問<br>□再カンファレンスの結果から、新たな課題等があれば、入院前のケアプランに追加、修正<br>□ご本人・ご家族、サービス提供者、病棟が情報共有し、今後のケアの方向性やサービス内容の検討<br>□看護サマリー（退院時）を依頼 | 退院前<br>カンファレンス<br>CMとの<br>連携<br>3回目 | □ご本人・ご家族の意向を確認しつつ、意見交換<br>□ご本人・ご家族・サービス提供者、病棟が情報を共有し、今後のケアの方向性やサービス内容の検討<br>□看護サマリー（退院時）を作成 |
| | 退院 | □看護サマリー（退院時）を渡し情報を共有<br>※介護保険の在宅サービス<br>通所リハビリテーション（デイケア）<br>通所介護（デイサービス）<br>短期入所（特養・老健版<br>居宅療養管理指導（医師・.歯科医・薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士）<br>訪問看護<br>訪問介護（ヘルパー）<br>訪問入浴<br>福祉用具（レンタル／購入）<br>住宅改修 |

※退院後ケアプランを医療機関に提出

※カンファレンス参加の場合、「退院・退所加算」は3回まで算定可

※新型コロナウイルス感染防止を踏まえ
カンファレンスは、電話、メール等で対面を伴わなくても可

地域での生活