

## 〈 意見交換 〉



### お互いを知ってつながろう

～退院支援がかなったために困った事例を1例でもなくすために～

#### ◇その①

「お互いの業務内容を知ろう」

- ・入院前，入院時，入院中，退院前，退院後，在宅といったそれぞれの場面における業務内容を共有する。

#### ◇その②

「支援に必要な情報を共有しよう」

- ・支援に必要な情報や，連絡が付きやすいタイミング等について，共有する。
- \* 医療と介護で支援に必要な情報は異なる。共有することでお互いを知り，今後の連携につなげよう。

### ①お互いの業務内容を知ろう

# 1G

介護支援  
専門員

入院時

- ・入院時の連絡受けたらなるべく当日に連携シートを連携室にFAXする
- ・入院時の情報提供を行う
- ・家族，ソーシャルワーカー，各関係事業所に連絡
- ・入院時の状態伺い
- ・病名，入院期間の確認

入院中

- ・回復状態の確認
- ・状態に応じてサービスの見立てを行い，介護度の見直しについて検討・相談
- ・退院までにここまではできる状態でない自宅生活ができないことを伝える

退院前

- ・退院前のカンファレンスは必ず出席して本人・家族の意思をなるべく尊重する
- ・家屋調査
- ・家族への連絡

退院時

在宅

- ・関係事業所で集まって担当者会議を開催
- ・サービス量の確認・評価
- ・日頃から本人・家族との連携

看護師

- ・病状，入院までの経過，部屋の調整
- ・家屋調査等ケアマネからの情報

- ・病状の観察
- ・広域以外の医療機関を退院する際の支援をする（特に訪看が入らないが医療的な知識が必要な場合など）

- ・退院時カンファレンスの準備・参加

- ・訪問診療，訪問看護
- ・緩和ケア病棟の方の看取り目的の退院支援（今月帰りたい，今しかない！）
- ・退院カンファレンスの参加（介護側と医療側の代弁）

相談員

- ・これまでの生活状況の確認（家族やCMと）
- ・介護保健情報等教えてもらう
- ・病状安定したあとの支援について情報共有
- ・本人・家族の思い確認

- ・入院の経過情報共有
- ・予測される退院時期を伝える
- ・カンファ必要かCMと連携
- ・退院後のサービス利用など確認

- ・サマリー等の情報確認し共有
- ・照会コメント等の受け渡し

## ①お互いの業務内容を知ろう

	入院前	入院時	入院中	退院前	退院時	在宅
<b>2G</b> 介護支援 専門員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体状況、基本情報、注意事項</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・相談員と連絡</li> <li>・今までの情報提供、事業所の確認</li> <li>・入院時→受診時の付添、HPへ情報提供、家族と情報共有</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病状等の状態、本人・家族の気持ち確認(どこまでだったら自宅で可能な)</li> <li>・相談員と連携、状態確認後事業所と共有</li> <li>・連携室へ連絡、入院期間確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カンファレンス、サービス調整(受け入れ前の調整・検討)ロング利用の有無等</li> <li>・サービス担当者会議、必要なサービス検討</li> <li>・リハビリ状態確認、</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院時の送迎、内服や次回受診日の確認、福祉用具の準備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院後の通院が必要か(受診日)、本人・家族・事業所等の状態観察、環境の確認</li> </ul>
社会福祉士		<ul style="list-style-type: none"> <li>・翌日、介護認定の所持確認(市)、CMがいたら入院連絡</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・問い合わせがあれば状況お伝えする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院近いと分かればCMへ連絡、必要に応じてカンファ組むことも(できないこともある...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護サマリー等や訪問看護指示書を持たせるようにする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・CMから外来の様子、受診問い合わせ対応</li> <li>・訪問看護からの相談対応</li> </ul>
看護師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院説明、本人の意向(ACP)、入院に際して不安等ないか確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院中のキーパーソン、世話してくれる人の有無</li> <li>・在宅での状況確認</li> <li>・退院時に必要な支援検討</li> <li>・支援が必要な場合MSWと情報共有</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・治療経過で必要な支援内容検討し、具体的支援の必要性があれば多職種・家族・MSWと連携</li> <li>・本人の意向確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援内容を院内外担当スタッフでカンファ、退院指導、状態確認の対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院サマリー作成</li> </ul>	
包括			<ul style="list-style-type: none"> <li>・相談(住所、介護サービス、金銭等)→適切な機関へつなぐ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・フォーマルサービス・インフォーマルサービスの届かない部分の支援</li> </ul>		

## ①お互いの業務内容を知ろう

	入院前	入院時	入院中	退院前	退院時	在宅
<b>3G</b> 介護支援専 門員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅生活の支援(介護保険サービスの調整・モニタ等)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・情報提供、面接持参し説明伝えている</li> <li>・医療機関への情報提供(入院前の本人・家族意向等の情報、在宅時の情報)</li> <li>・なぜ入院に至ったか把握、情報提供書作成し送る、家族連系と受け入れ方の確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・担当にTELし状況等確認、宿泊からデイ利用から訪問からを検討していく</li> <li>・入院期間、ADL等の変化の情報の聞き取り(モニタリング)</li> <li>・タイミングで病院へ現在の状態や見通しなど尋ねてみる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カンファ開催以来氏、リハビリの希望されても生活リハの説明</li> <li>・退院後の生活を支援するための情報共有</li> <li>・退院前カンファお声かけ頂ければ参加、在宅サービスの調整</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護サマリー、医師の助言等確認</li> <li>・身体状況の再確認、在宅にて再アセスメント、サービス調整、退院に合わせてサービス変更や必要があれば担会～サービス開始へ様子を見ていく</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医の受診、情報提供(必要時)、再受診経過の確認</li> <li>・入院前在宅→プラン作成、自宅での困り事相談、各関連事業所との連絡調整</li> </ul>
看護師		<ul style="list-style-type: none"> <li>・意思決定のための支援(本人・家族が何を望んでいるか、どのような生活をイメージしているか)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院前と比較しADL状況が変化(低下)していないか確認、リハビリ依頼</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・(入院前→退院前)退院後も継続すべき医療的なケアがないか確認、本人・家族で対応が可能か判断</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・具合が悪くなったときの連絡先の確認(受診すべき目安)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネから外来までの様子、受診問い合わせに対応</li> <li>・訪問看護からの相談対応</li> </ul>
医療ソーシャルワーカー			<ul style="list-style-type: none"> <li>・インテーク面談、患者状態評価、療養先選定・調整、退院前カンファ開催調整</li> <li>・関係職種へ患者状態について情報共有</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・(行政)介護認定申請の受付、結果の送付、負担割合証保険証、給付費の支払い</li> </ul>	

## ①お互いの業務内容を知ろう

	入院前	入院時	入院中	退院前	退院時	在宅
介護支援 専門員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・インテーク面接をしアセスメント(課題分析, 生活歴)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院の原因, 病状, 入院期間確認, 情報提供</li> <li>・入院時情報連携シートを作成し病院へ</li> <li>・TELや面談でソーシャルワーカーへ連絡</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・長くなる時は病院へ状態確認と各事業所の様子伝える</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カンファやリハビリ見学が必要か病院に確認, 福祉用具等の準備</li> <li>・退院前カンファ参加(在宅受入の準備), 本人の状態確認, 利用サービスの調整, 本人・家族と面談</li> <li>・家屋調査, 環境整備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス調整, 担当者会議, サービス開始にむけ病状を確認</li> <li>・在宅サービスの支援にて安心して自宅の生活が送れるよう支援(ケアプラン)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問(普段の健康状態や家での過ごし方, 様子), 本人・家族の状況確認, サービスの適宜調整</li> <li>・モニタリング</li> <li>・入院前と生活の様子どう変わったか確認</li> </ul>
看護師		<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院決定時に患者・家族へデータベース, 入院案内, 入院時書類説明</li> <li>・入院したら, ケアマネ・訪問看護への入院連絡, 情報共有</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・情報収集を行い初期カンファ参加</li> <li>・患者または家族への面談, 入退院支援計画書の説明と同意・退院希望を知る</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問診療, 訪問看護調整</li> <li>・退院前カンファ参加, ケアマネ・訪看事前情報提供</li> <li>・家族指導(吸引, 栄養など)</li> </ul>		
医療ソーシャルワーカー		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネと情報共有(入院前の状態)</li> <li>・初期カンファの開催</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族面談(入院前生活状況, 方針意向の確認)</li> <li>・介護保険の見直し</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カンファ, リハビリ見学の開催</li> </ul>		

## ①お互いの業務内容を知ろう

	入院前	入院時	入院中	退院前	退院時	在宅
介護支援 専門員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者さんが体調不良をおこし家族から相談が入った場合に対応</li> <li>・入院した時の想像</li> <li>・家族等へ連絡・相談</li> <li>・医療機関との情報共有</li> <li>・(入院前在宅)高齢者の権利擁護に関する対応(高齢者虐待対応) 養護者支援等</li> <li>・(包括)高齢者の実態把握, 情報収集, 情報提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・情報提供</li> <li>・普段の生活状況(こだわり等), 支援者との関係性, 支援内容伝える</li> <li>・情報連携シート(その日から何日か後に必ず渡す), 算定(加算のため)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ソーシャルワーカーへ連絡</li> <li>・身体状況, 精神状況を踏まえ在宅に帰れる状態か確認</li> <li>・家族へ意向確認, 在宅受入れが可能か支援の追加不足</li> <li>・入院中のMSWとの情報共有</li> <li>・退院カンファ, カンファ前にサービスを考える</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院へ面会</li> <li>・MSWから退院前カンファの依頼+リハビリ見学があれば参加</li> <li>・サービス調整</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・状況に応じてカンファ依頼し参加</li> <li>・各事業所へ連絡, 共有し必要時担会</li> <li>・ADL低下, サービス調整が必要な人のカンファレンス</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活状況に支援がないか確認, 必要に応じてMSWにフィードバック</li> <li>・退院後自宅担会にてサービス内容をチームで共有</li> <li>・(退院直後)困難事例等の対応(支援につながらなかったケースなどの訪問)</li> </ul>
医療ソーシャルワーカー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外来でも様子報告(必要な人)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院報告(病状・入院期間等)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族面談(入院前の生活, 家族, ADL状況の確認)</li> <li>・状態変化があった時TELする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護認定後(前)ケアマネ, サービス検討</li> <li>・介護新規申請, 変更申請</li> <li>・リハビリ状況等の確認</li> </ul>		

## ①お互いの業務内容を知ろう

# 6G

	入院前	入院時	入院中	退院前	退院時
介護支援専門員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・もし入院した時に医療機関へ担当CMが誰か伝えていただくように説明する</li> <li>・アセスメント聴取, 本人・家族サービス利用状況</li> <li>・いつからどこに入院, 期間はどれ位か聞く</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時連携シートを送付</li> <li>・病院へ(から)TEL</li> <li>・家族の理解, 今後どうしたいか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・情報入手</li> <li>・経過聴きとり(病院・家族・本人・術前術後等)</li> <li>・入院中サービスの休止, 事業所へ連絡</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・課題分析, 本人の希望の聞き取り</li> <li>・退院前カンファ(本人・家族の意向), 必要性のあるサービス調整</li> <li>・退院前サービス内容の確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアプラン作成, 家族の又周りのサポートの把握(退院後)</li> <li>・退院後在宅状況確認訪問</li> </ul>
看護師		<ul style="list-style-type: none"> <li>・情報収集</li> <li>・状態確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人・家族に疾病についてどう理解思っているか確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・処置等があれば家族指導</li> <li>・訪問看護, 訪問診療へ情報提供</li> </ul>	
医療ソーシャルワーカー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・CMへ自宅での生活の様子やADL, 認知症状などを電話で聞き取る</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人・家族へ自宅退院の意向確認</li> <li>・CMへ入院時の様子や本人・家族の意向, 入院期間を報告</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・カンファ参加のお願い, 日程調整</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護サマリー, リハサマリー等の提供</li> </ul>

## ①お互いの業務内容を知ろう

# 7G

	入院前	入院時	入院中	退院前	退院時	在宅
介護支援専門員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院になりそうと感じたら入院グッズ準備促し, 限度額証申請促し</li> <li>・本人の病歴や主治医, 服薬など本人・家族等から確認している</li> <li>・アセスメントして情報共有ができるように整理しておく</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時情報シート(基本情報提供書)の作成</li> <li>・関係者と最新の情報共有(生活状況, サービス, 家族, 家屋や交通情報), サービス中止の連絡</li> <li>・病院のスタッフに情報を伝える, なぜ入院になったかなど確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・治療の経過確認, カンファ</li> <li>・体調確認, 入院の見通し伺い(本人と面談(できるなら)家族も意向伺いカンファ参加)</li> <li>・家族との連絡, 入院状況や本人の意向確認</li> <li>・MSW等との情報共有</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カンファ参加, サービス調整, 環境調整</li> <li>・退院後本人・家族はどのように生活して生きたいのか確認</li> <li>・退院後の支援検討, 調整, 関係者との連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各サービス(各事業所)との情報共有</li> <li>・担い調整</li> <li>・在宅に必要な支援者と支援について話し合う</li> <li>・用具等の準備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活状況確認</li> <li>・病状確認, 健康管理</li> <li>・自宅に十分なサービスか?</li> <li>・家族の意向も他のサービスの必要はないか?</li> <li>・退院後の身体状況や生活の様子を確認し困っていることがないか聞く</li> </ul>
看護師		<ul style="list-style-type: none"> <li>・サマリーでの入院前の情報の確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援が必要な方の抽出</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院支援カンファの開催時の情報提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要な情報提供, 他職種との調整</li> <li>・必要な支援, 本人・家族等への介入</li> <li>・サマリーの記載</li> </ul>	

# ①お互いの業務内容を知ろう

## 8G

介護支援  
専門員

**入院前**

- 生活状況の把握、意向確認(どう生活したいか)
- 入院を予測した時何が困るか、自宅で生活?
- 初回訪問などでもし入院などしたらCMの名前を病院に伝えてほしいことをお願いする
- 普段の利用の把握
- 数日前からの健康状態の経過、サービス提供している事業所に問い合わせるなどして受診時の状態を把握し、家族(いる人は)と連携する

**入院時**

- 状況把握(どのような病気、症状か、入院時の状況)
- 基本情報、介護予防計画書、ケアプランを地域連携室へ持参(現状~未来予測)又は郵送
- 介護保健情報、サービス利用状況、家族関係など情報提供する

**入院中**

- 経過確認、今後の見通しを立てる(介護者の意見を確認など)
- ADL他、現状から退院時の必要なサービスやインフォーマル(家族・地域)支援を考える
- 必要時区分変更申請
- 定期的に情報聞く
- リハビリ計画、達成度確認

**退院前**

- 退院前カンファ参加、サービス調整
- 退院後の生活、どう送りたいか、どんな支援が必要か確認(本人・家族の意向、思い)
- どの程度の回復か、居住環境(住宅改修)、福祉用具必要性を把握、病棟で確認
- 家族で介護する上で支障はないか、ショートステイの必要性、スムーズに家に帰れるか確認

**退院時**

- サービスの調整、現状確認(最終)
- 担当者会議の開催
- 家族と送迎をどうするか、関係者の協力体制の確認

**在宅**

- 訪問・モニタリング
- 各事業所への聞きとり(利用状況)
- 退院後の生活状況の確認、再調整(必要があれば)

社会福祉士

患者宅へ家庭訪問・電話

- 入院が必要となる状況、退院など治療に期待することを確認

スクリーニング、介護保険の確認、CMとの連携

- 患者・家族との面談

退院支援カンファの企画、開催

- 必要時家屋調査の調整

情報提供

- 看護サマリーやリハビリサマリーの提供

患者宅へ家庭訪問・電話

- 家族・ご本人の困り事をきかせていただく、関係機関へつなぐ
- 情報提供
- 訪看指示書・サービス照会票・主治医意見書の依頼

# ①お互いの業務内容を知ろう

## 9G

介護支援  
専門員

**入院前**

- 本人の状態や状況希望に沿ったプラン作成、多職種・家族との連携
- 介護保険関連の説明と相談、つなぎ
- 過度のサービス支援とならないように気をつけている
- 本人の意向を伺い意欲を引き出す支援を検討、ケアプラン作成
- 生活上の困り事把握、困り事の解決・軽減方法を一緒に考える

**入院時**

- 情報連携シート作成、MSWへ連絡、状態、疾患名、期間
- 入院された医療機関への情報提供、面会
- 入院の経緯確認、情報収集
- 医療機関との連携、まずTEL、情報収集

**入院中**

- 家族に入院した時の状況を聞きとる
- 入院中の病状をMSWに聞きとる
- 状態確認(入院前との違いがあるか)
- 退院支援、医療機関からの相談

**退院前**

- カンファ参加希望、アセスメント

**退院時**

- 退院カンファ参加、プラン作成、担会

**在宅**

- モニタリング

医療ソーシャルワーカー

電子カルテで患者様の受診歴や他院からの紹介状がないか確認

リハビリでの回復状況を確認し退院後の生活に向けて課題を抽出

医師

入院治療計画作成

- 患者さまの状態の確認と把握
- 訪問看護ステーションの確認

本人の状態や状況

在宅訪問看護指示書作成

- 往診の必要性の確認
- 往診開始

## ①お互いの業務内容を知ろう

# 10G

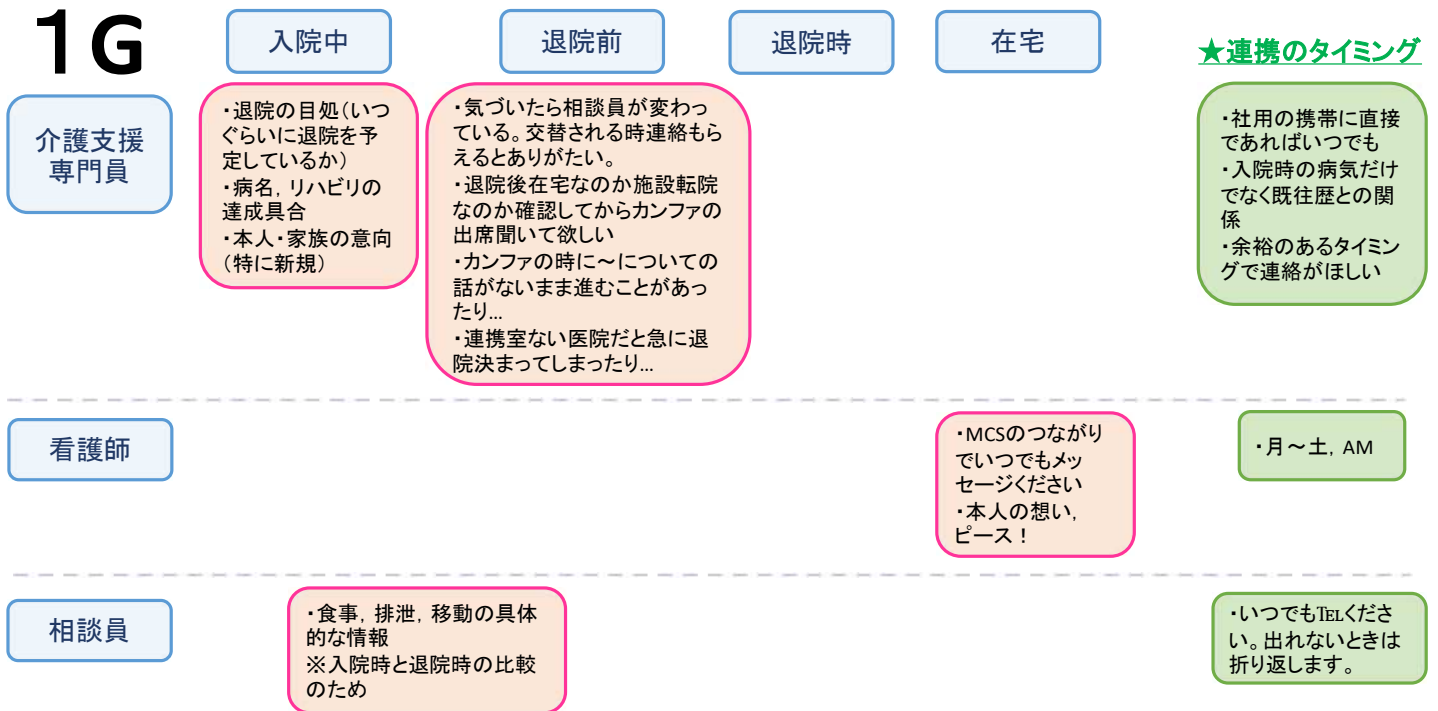
	入院前	入院時	入院中	退院前	退院時	在宅
介護支援専門員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ADL, 認知, メンタル, 性格など多面的に情報収集, 真の課題や意向確認し支援(訪問や定期モニタリングで体調や生活状況確認)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・相談員に本人の状況確認, 必要時情報提供(入院前の生活状況, 家族, キーパーソン, 入院に際し気になる, 伝えるべき事)</li> <li>・情報連携シート作成, 入院経過確認, 見通し</li> <li>・家族等から入院時の状況を聞いている</li> <li>・家族・本人の受け止め方確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族へ連絡, 不安等聞き取り</li> <li>・病状変化, リハ進捗をMSWに聞く</li> <li>・本人の状況, 退院目処, 本人・サービスに変化あるか, 自宅に帰る際に調整必要なことがあるか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院に向け調整(サービス検討, 住環境整備)</li> <li>・入院中の経過等情報収集, 予後予測や病状, 服薬, 通院を医療と共有, 各事業所へ共有</li> <li>・自宅に帰った際の生活レベル確認</li> <li>・必要時, 退院前カンファやリハ見学, 家屋調査</li> <li>・福祉用具の準備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・状況に応じてプラン見直し</li> <li>・担当者会議</li> <li>・入院前・中の様子をアセスメントし課題を明確にし, 家族・サービス事業者と共有</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院後の状態確認, 随時アセスメント, サービス調整</li> </ul>
精神保健福祉士	<p>【入院前】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・Dr, 病棟Ns等と最短でいつ入院可能か調整, 待つ場合CM相談しサービスで繋いでもらうことがある</li> <li>・CMから情報シートをもらい院内共有</li> </ul>			<p>【退院前】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院見込みが出たらCM連絡, 早めに面会し現状確認してもらい, サービス調整に入ってもらう</li> <li>・CMIない場合, 本人や家族の意向を聞いて事業所紹介</li> </ul>		
医療ソーシャルワーカー		<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人, 家族面談</li> <li>・アセスメント</li> <li>・入院支援計画書提示</li> <li>・関係機関から情報収集</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護認定申請代行</li> <li>・CM(居宅)選定支援</li> <li>・家屋調査日程調整</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カンファ日程調整</li> <li>・関連機関へ情報提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診調整</li> </ul>	
行政			<p>【入院中】認定申請や認定調査時期の調整, スムーズな介護認定決定</p>	<p>【退院時】退院にあたる環境調整, スピーディーな住改支給決定, 暫定利用にあたる助言</p>		<p>【在宅】介護保険制度, サービス助言, 区分変更の相談</p>

## ①お互いの業務内容を知ろう

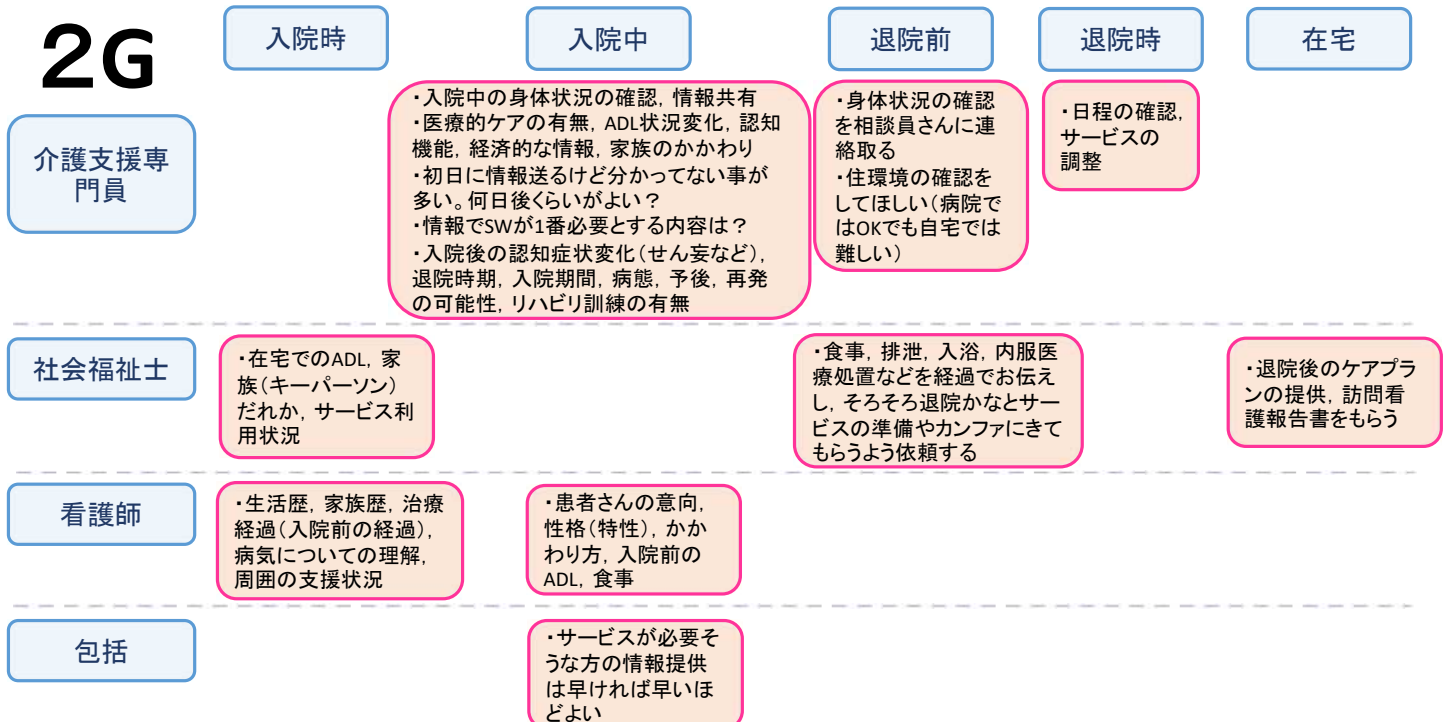
# 11G

	入院前	入院時	入院中	退院前	退院時	在宅
介護支援専門員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・定期訪問, 在宅で本人の思いを聞きケアプラン作成</li> <li>・サービス調整, モニタリング</li> <li>・状態確認</li> <li>・事業所からの利用状況報告の確認, 体調不良があれば各事業所に情報もらう</li> <li>・受診うながす(家族)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・連携シート作成</li> <li>・病院, 各自事業所へ連絡</li> <li>・担当MSW入院確認</li> <li>・状態確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・情報聞き取り, 状態確認(退院目処, 体調, ADL等)</li> <li>・相談員からの情報によりサービス検討</li> <li>・必要時区分変更申請代行</li> <li>・中途カンファ参加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人が在宅へ帰ってほしいか</li> <li>・サービス調整・準備, カンファ参加, ケアプラン作成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の様子確認</li> <li>・ケアプランを連携室へ</li> <li>・退院時訪問</li> <li>・必要に応じ早期担当者会議</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院時訪問</li> <li>・在宅生活への必要なサービスアセスメント</li> <li>・担当者会議, サービス開始</li> </ul>
医療ソーシャルワーカー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外来相談</li> <li>・介護保険, 障害者手帳, 医療費など</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・担当CM確認</li> <li>・院内初期カンファ開催</li> <li>・計画書作成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族・患者面談</li> <li>・今後の方針相談</li> <li>・介護保険申請</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カンファ開催</li> <li>・主治医に病状説明依頼</li> <li>・かかりつけ医へTEL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サマリー確認</li> <li>・退院時の状態確認</li> </ul>	
看護師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族の有無(運転する?)</li> <li>・薬は自己管理?</li> <li>・排泄, 介護保険, かかりつけ医(サマリー見る)の有無</li> <li>・どれだけ動けるか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院するにはどこまでADLあげる?</li> <li>・薬, 排泄, 退院予定日, DPCの期日</li> <li>・運転する?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族の協力の程度</li> <li>・必要なサービスは? 介護認定は?</li> <li>・自宅の場合改修は? 補助具いるか</li> <li>・薬, 排泄どのくらいできる?</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医へつなぐ</li> <li>・サマリー作成</li> <li>・退院指導(本人・家族)</li> </ul>	

## ②支援に必要な情報を共有しよう



## ②支援に必要な情報を共有しよう



## ②支援に必要な情報を共有しよう

# 3G

介護支援  
専門員

入院時

- ・家族の支援力、介護力、ADL(入院直前、通常時)
- ・在宅時の患者・家族の思い(何を大切にしているのか、どうなったら自宅は難しいのか)

入院中

- ・認知状態、在宅での好きなこと(趣味とか)

退院前

- ・入院治療を経て変化している事を教えてもらえるありがたい(今も情報いただけます)、ADL、認知面など
- ・排泄、歩行、移動ききたい
- ・医療的フォローが必要などき細かく教えてもらえるとう個人的にとてもうれしい(注意点など)、Dr.の見立てなども知れると

退院時

- ・リハビリのゴールの目処・程度
- ・薬を再確認したい
- ・入院前と大きく変化したこと、変化なく同じでも情報あればと思う
- ・早めに担会開催したため、退院日・時間
- ・治療に対する本人の理解、退院後考えられるリスク
- ・本当に介護サービスを使う必要(気持ち)があるか?

看護師

- ・ご家族の支援、家族関係(キーパーソンと生活支援者が異なる)、真のキーパーソン
- ・訪問看護、訪問リハビリどこをどのくらい利用しているか、看護内容
- ・食事面、自分・家族、宅食

相談員

## ★連携のタイミング

- ・MCS使うタイミングはありますか?
- ・TELいただいた時に直に話すことができない。昼前から16時前だと事業所にいる。折り返しでは不在の時があり伝言になる
- ・携帯かけて折り返さないときもう一回、連絡がつかないときは伝言、急ぎですと伝える
- ・業務時間内はいつでも(タイミングですが...)携帯直で全然OK
- ・月～金8:30～17:15(休日の緊急時は代表電話へ)
- ・8:30～9:30、17:00～17:30基本携帯がよい

・(看護師)  
午後ですがいつでも...

## ②支援に必要な情報を共有しよう

# 4G

介護支援  
専門員

入院時

入院中

- ・ADL
- ・移動の手段や状態、リハだけでなく病棟での様子
- ・薬が自己管理できるか、回数調整(1回に)できるか

退院前

- ・本人の希望、家族の意向
- ・病状から生活に必要な具体的な支援を教えてください
- ・退院時に受け取る予定のリハビリサマリーを早めに頂き用具の準備に活用

退院時

- ・疾病の状況、身体機能の状況 介護者への指導状況
- ・在宅医・訪看・訪リハの必要性、福祉用具等受け入れ
- ・病気や怪我後(退院後)どこに気をつけて見ていけばいいか
- ・受診のタイミング、急変時の対応
- ・薬、排泄状況(日中・夜間帯)
- ・本人(と家族)の意向、家族の入院中の介入のあり方
- ・リハビリ病棟での生活の様子
- ・移動含めた在宅生活での想定

## ★連携のタイミング

- ・会社携帯へ連絡を
- ・基本携帯ならいつでも(朝一、昼前後、夕方特に連絡つきやすい)
- ・時間外の連絡は転送TELでOK
- ・朝一、昼、夕方(16:30以降)
- ・(包括)組織は24時間、CMIは朝一や夕方

・携帯はあります、午後の遅い時間(16時すぎとか)その日によってちがう

看護師

- ・家族の支援状況、仕事内容、ACP

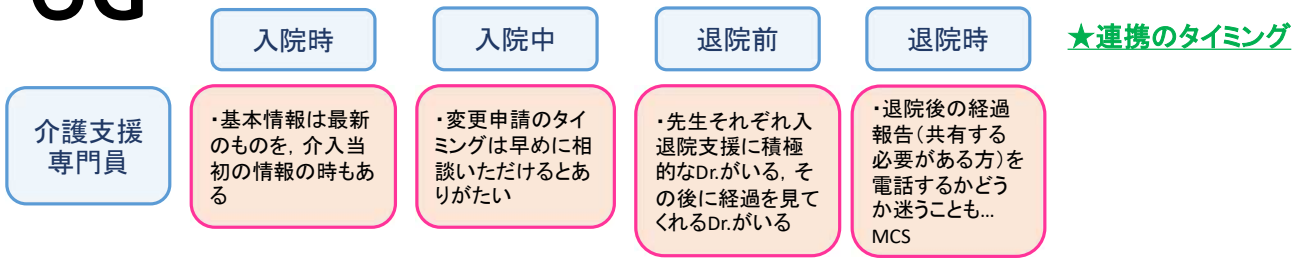
相談員

- ・入院前ADL、家屋状況、利用中のサービス内容

・朝一、16:00以降  
ケイタイ

## ②支援に必要な情報を共有しよう

# 5G



医療ソーシャルワーカー

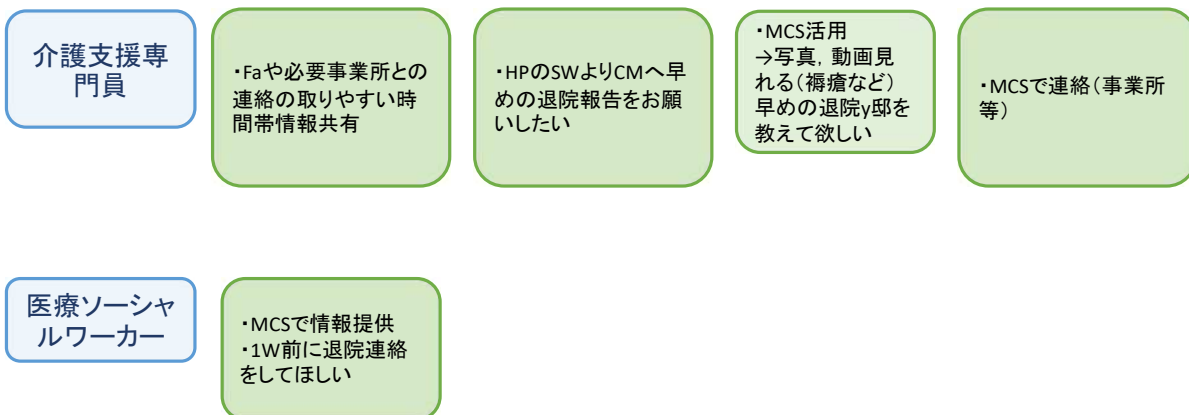
・連携シートの様式(字が大きい方がみやすい)

・院内用ケイタイに頻回にTELがくる(面接中だと出れない...)  
・電話をしても折り返しの電話が来ないことがある

## ②支援に必要な情報を共有しよう

# 6G

### ★連携のタイミング



## ②支援に必要な情報を共有しよう

# 8G

入院前

入院時

入院中

退院前

退院時

在宅

★連携のタイミング

介護支援  
専門員

・支援者がいるかどうか、どの程度協力が得られるか、CMの介入が必要か、民生委員らが知る情報があるといい  
・入院すると想定した時、支援者、どこまで支援できる？(カンファ含め)面会・オムツ・水・衣類他、HPへこれる？  
・経済面考慮、関係係へ(入院費、治療費申請)福祉課へ(身体手帳申請・保持)

・病状の説明を受け医療的処置の判断ができる方がいるのかどんな判断をされたのか教えてほしい  
・現状からの予測し、つなぐ事業所・訪看・他、想定し、退院日をゴールとしてその間で意見交換(HP,CM,事業所,訪看)  
・入院期間  
・入院したという情報がいち早くほしい、家族がいてもすぐわからないことがある

・退院後の生活の場を聞きとる(本人・家族の思い、入院中にお気持ちかわっているかも...)  
・治療経過、入院計画等どのくらいの期間になるのか予定を知りたい  
・介護度、サービス内容、入院前の1日の生活状況(関係性)、本人のADL、施設申込有無、使用している歩行器の種類、かかりつけ医の情報

・退院にあたり、状況の確認やサービス協力をして下さるか  
・家屋状況について知っていた(リハ職との家屋調査)  
・正しい病状の把握(食事、排泄の状況、ADL)  
・退院して全く在宅できる状態ではないことがあると困る

・話し合いの参加をしていただきたい→担会への参加(小多機・居宅・施設も含め)  
・区変のタイミング  
・退院後の本人・家族の意向、退院を想定し望む生活のすり合わせ(本人・家族どうなったら良いか)

・(介護支援専門員)  
→回診やリハの時間帯がわかればそれ以降に電話をかけたりにできるかもしれません

・(社会福祉士)  
→平日、午前中、午後は14:00以降～17:00

社会  
福祉士

・退院前のADL、入院初めと大きく変わったところ

・これからの見立て(治療・リハビリどんな説明したのか)  
・入院中に発生した困り事  
・こんなサービス(支援)が入ると本人の状態が改善するよ(例えば口腔)

・カンファを受けてのケアプランの提供

## ②支援に必要な情報を共有しよう

# 9G

入院中

退院前

退院時

在宅

介護支援  
専門員

・求めている内容において介護保険でできることを正確に伝えて  
・在宅に帰る方の環境調整。特に住改時は早めに相談、情報が欲しい  
・入院期間の見込みを教えてください、住宅の準備ができた。おおまかで良いので知りたい。

・服薬状況、自己管理できるのか  
・リハビリ  
・家族の意向、声

・退院後必要な福祉用具について、退院前、できれば早めに抽出してほしい  
・64才、あと1か月で65才、介護保険に該当しなかったため、医療での訪看から介護の訪看に移行するタイミングを一緒にすり合わせる事ができた  
・患者様の介護把握  
・訪問看護ステーションと連携方法の確保  
・在宅で看取るのか本人、家族の意向をMSWと共有する

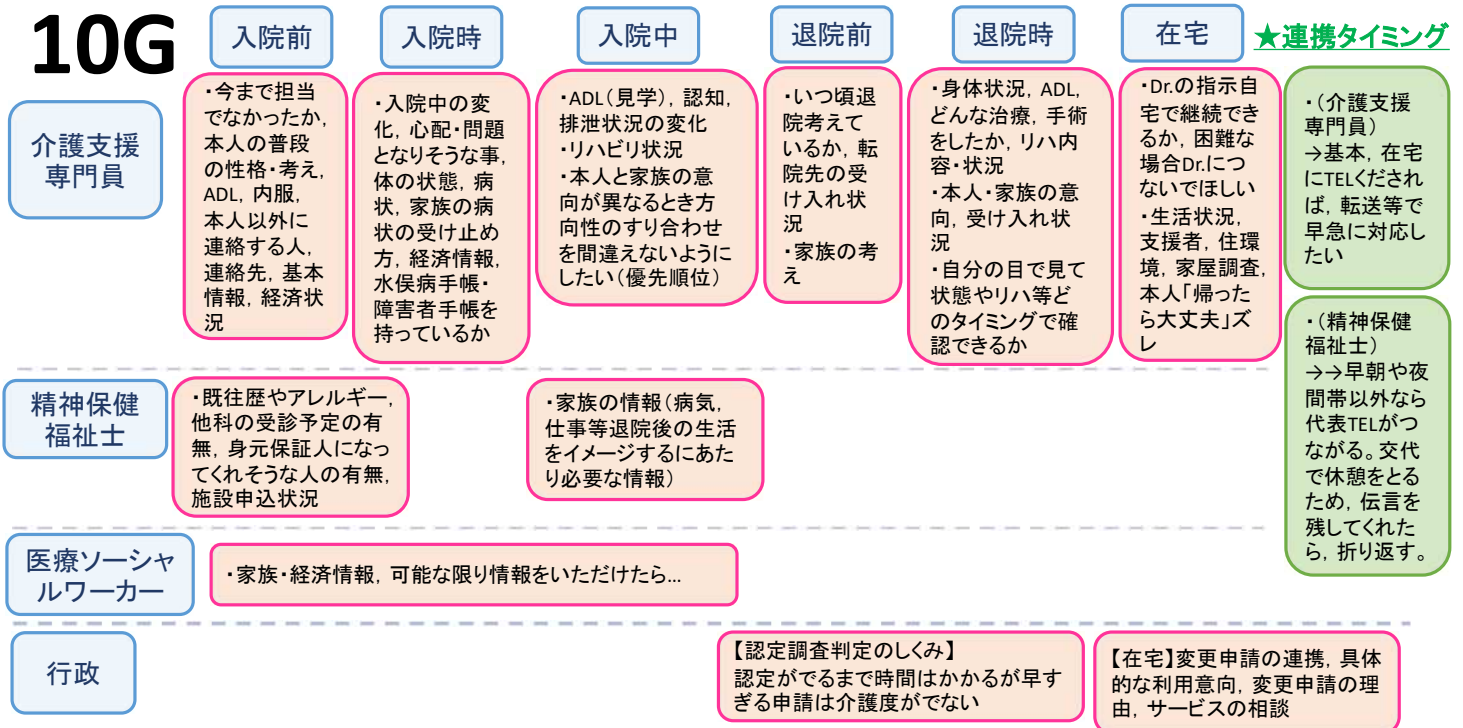
・入院中に新たな治療が開始されたときなど在宅に戻ってから治療継続が必要になったとき  
・治療食を提供されていた場合に在宅での工夫を教えてください(本人、家族)  
・退院後、必要なサービスを確認する

医療ソーシャ  
ルワーカー

・家族の関係性や主支援者の有無  
・患者さんの楽しみや大切にしていること

## ②支援に必要な情報を共有しよう

# 10G



## ②支援に必要な情報を共有しよう

# 11G

