

# 令和6年度 「川薩地域入退院調整ルール」 アンケート結果について

令和6年11月7日（木）  
北薩地域振興局健康企画課（川薩保健所）

1

## 入退院調整ルールに取り組むのは？

重度な要介護状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**市町村が中心となり**、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（**地域包括ケアシステム**）を地域の特性に応じて構築していくことが必要。

病院と居宅介護支援事業所・地域包括支援センターが連携し入退院調整ルールに取り組むことで**在宅医療・介護連携を推進**していく。

2

# 入退院調整ルール目的

川薩地域入退院調整ルール  
(令和6年9月版) P1

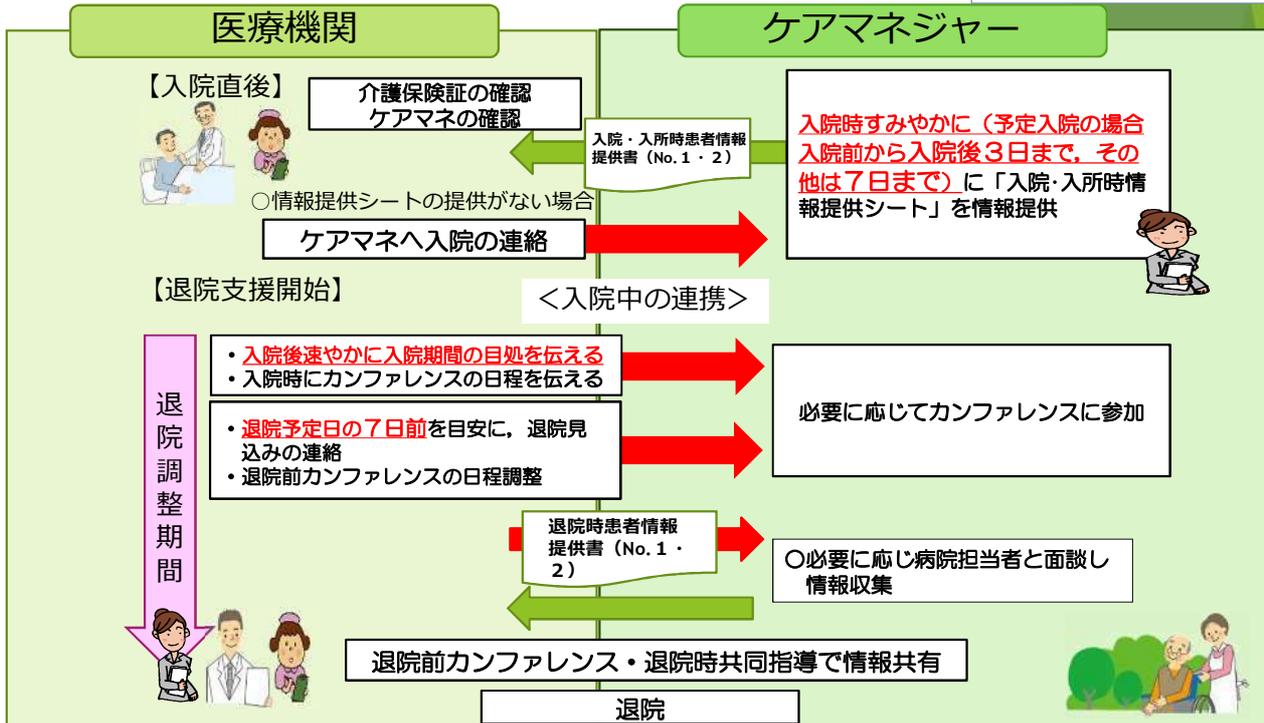
患者さんが、「住み慣れた地域でその人らしい生活を最後まで」送ることができるよう、入院時から退院後の生活や療養まで円滑な支援をするために、医療と介護の連携を図ります。



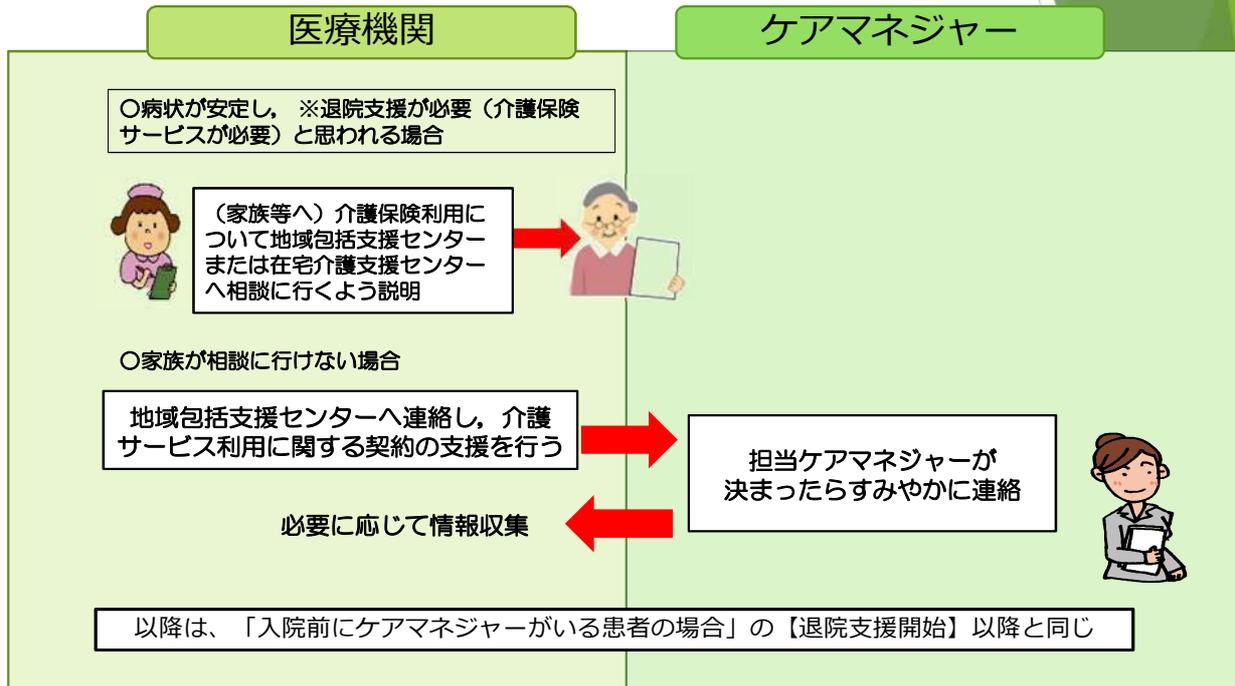
**入退院支援がなかったために困ったことになった患者さんや家族を1例でもなくすために！**

## 入院前にケアマネジャーがいる患者の場合

川薩地域入退院調整ルール  
(令和6年9月版) P2



## 入院前にケアマネジャーがいない患者の場合



## 平成31年3月に運用開始した「川薩地域入退院調整ルール」

【調査対象期間】 令和6年7月の1か月間

【対象】 (1) ケアマネジャー（以下CM）川薩圏域各市町の居宅介護支援事業所及び地域包括支援センターCM  
(2) 医療機関（15 医療機関）川薩地域入退院調整ルール参加機関

【アンケート項目】

### ①ケアマネジャーアンケート

- ・ 病院からの引き継ぎ連絡（退院調整）有無
- ・ 連携シートの活用状況等
- ・ 退院時支援を行う上で情報提供して欲しい項目や内容

### ②医療機関アンケート

- ・ 連携シートの活用状況等
- ・ 介護保険受給者の入退院数及び情報連携の件数
- ・ 入院時に情報提供して欲しい項目や内容

#### \*「退院調整」とは

要支援・要介護状態の患者（申請中の者を含む）が退院する際の病院から介護支援専門員への引継ぎの連絡（退院前の多職種カンファレンス、医療ソーシャルワーカーとの個別面談、電話やファックス、メールでの連絡等）

## アンケート回答者の状況 (R6.7月分調査)

### ①医療機関アンケート

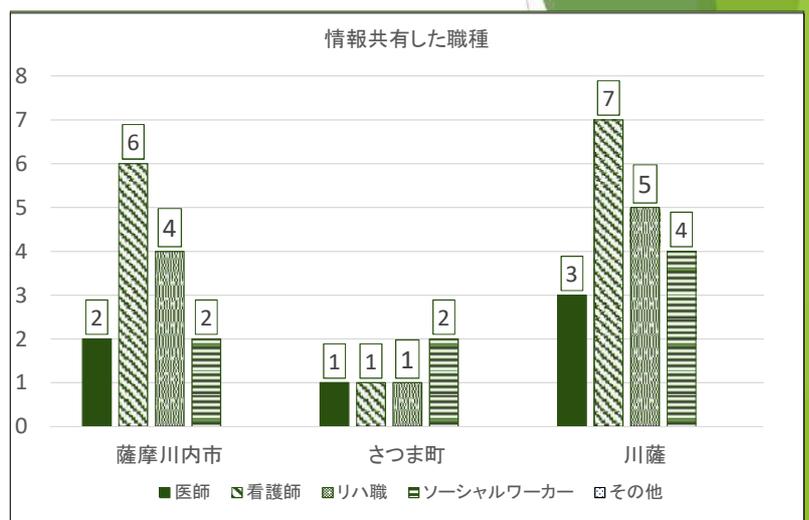
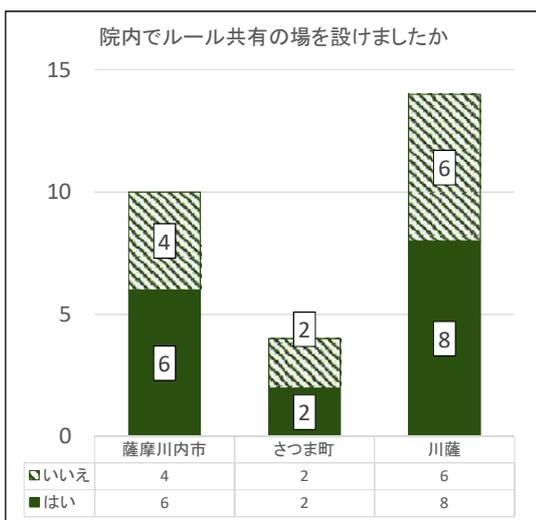
|      | 薩摩川内市 |     |       | さつま町 |     |      | 計   |     |       |
|------|-------|-----|-------|------|-----|------|-----|-----|-------|
|      | 全体数   | 回答数 | 回収率   | 全体数  | 回答数 | 回収率  | 全体数 | 回答数 | 回収率   |
| 医療機関 | 11    | 10  | 90.9% | 4    | 4   | 100% | 15  | 14  | 93.3% |

### ②ケアマネジャーアンケート

|                       | 薩摩川内市 |     |      | さつま町 |     |      | 計   |     |      |
|-----------------------|-------|-----|------|------|-----|------|-----|-----|------|
|                       | 全体数   | 回答数 | 回収率  | 全体数  | 回答数 | 回収率  | 全体数 | 回答数 | 回収率  |
| 居宅介護支援事業所<br>ケアマネジャー  | 80    | 80  | 100% | 18   | 18  | 100% | 98  | 98  | 100% |
| 地域包括支援セン<br>ターケアマネジャー | 18    | 18  | 100% | 7    | 7   | 100% | 25  | 25  | 100% |

7

## 医療機関アンケート結果

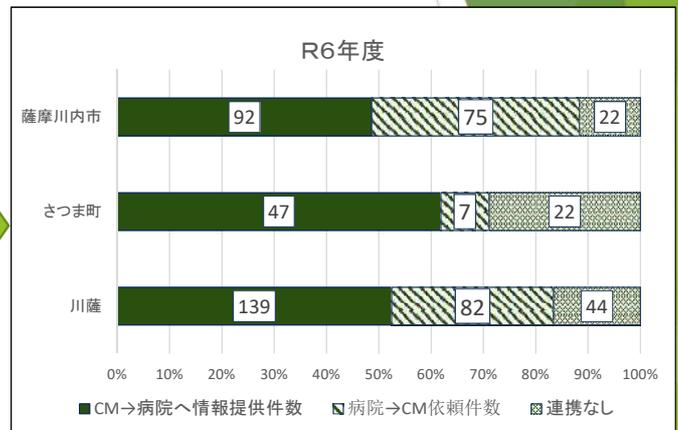
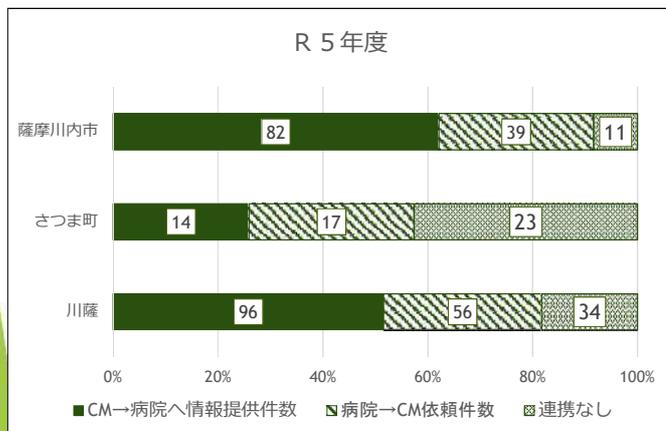


- ・院内でルールの共有の場を設けていた医療機関は**57.1%で昨年度より割合が増えた。**
- ・情報共有した医療機関は、医師、看護師、リハ職、ソーシャルワーカーなど多職種で共有していた。

8

## 医療機関アンケート結果

### 入院してきた介護保険受給者の情報共有

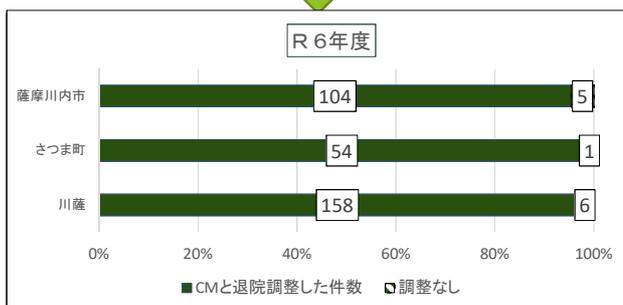
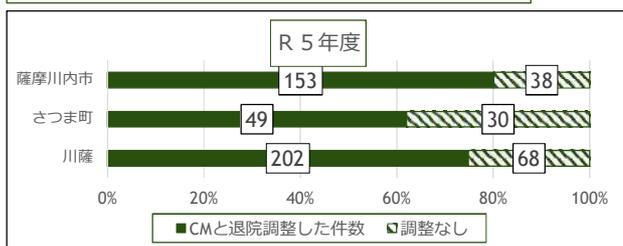


- 川薩地区の入院した介護保険受給者でケアマネジャーから病院情報提供があった件数は139件（52.5%）、病院からケアマネジャーに情報提供を依頼した件数は82件（30.9%）だった。
- 入院時に情報共有がされなかった件数は44件（16.6%）だった。

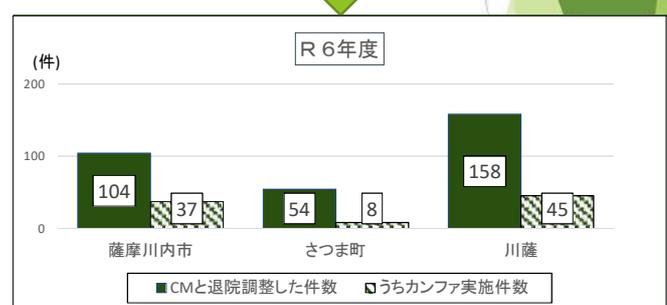
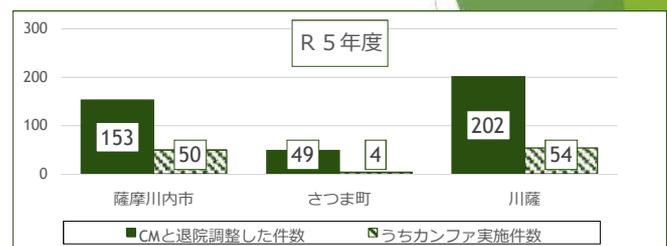
9

## 医療機関アンケート結果

### 退院時のケアマネとの調整状況



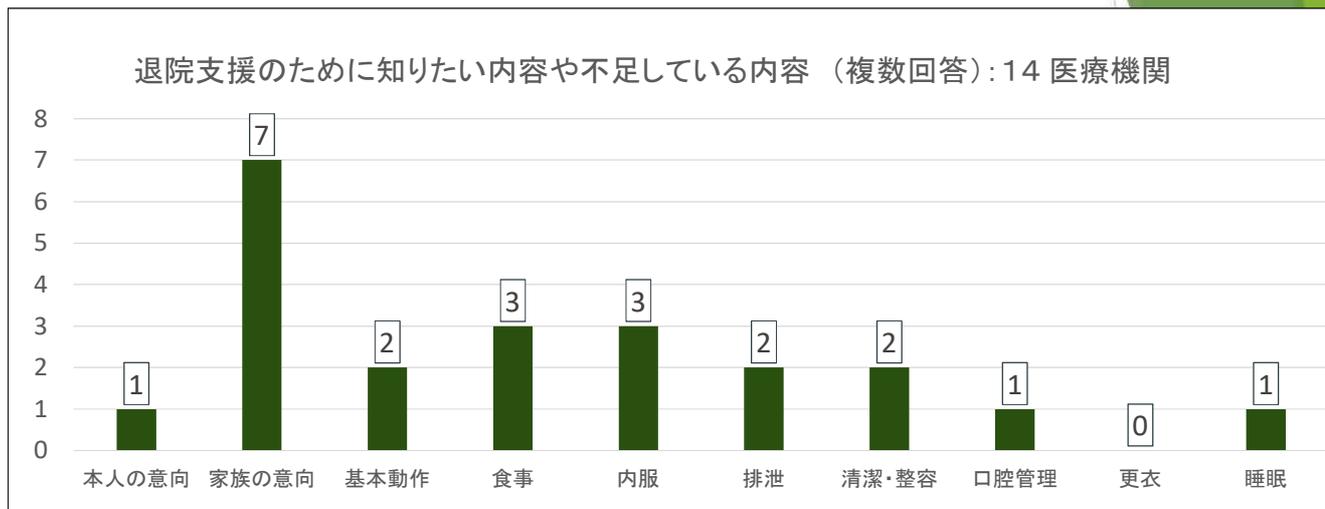
### 退院調整実施件数及びカンファレンス実施件数



- 退院時、CMと退院調整した件数は令和6年度が158件（96.3%）で退院調整した158件のうちカンファレンス実施件数は45件（28.5%）で令和5年度より増加した。

10

## 医療機関アンケート結果



- ・退院支援のために知りたい内容、不足している内容と回答したのは「家族の意向」が7医療機関（50.0%）と最も多かった。
- ・内容としては、退院先（在宅か施設か）、家族の協力体制（介護力や金銭面）などで、家族間の意見が異なることで、退院支援に苦慮しているとの意見が聞かれた。
- ・その他の意見として住宅環境（手すりや段差）、利用していたサービスや事業所があげられた。

11

## 医療機関アンケート結果

### 日頃から心がけていること・工夫していること

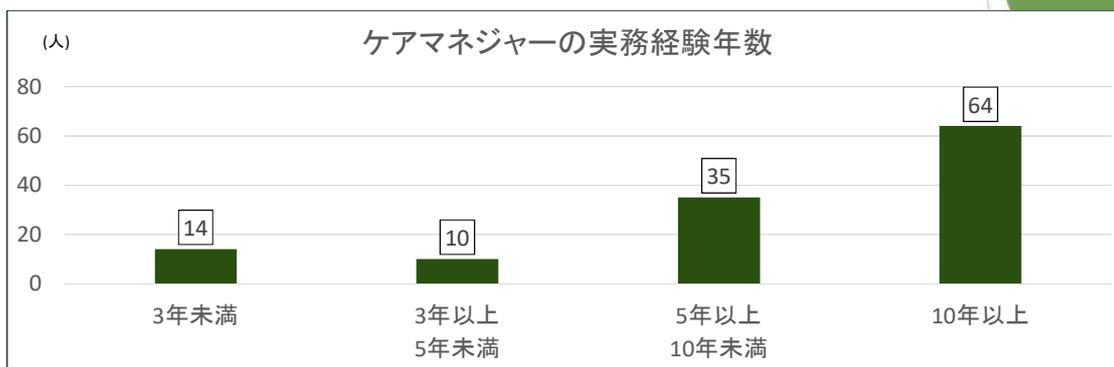
- ・ケアマネからの情報は診療録に残し、各職種が共有するなど、入院時支援看護師及び退院調整部門が院内連携をしている。
- ・退院後もケアマネや訪問看護との連携を図り、在宅での生活がスムーズに行えているか、困っていることはないか連携を取っている。
- ・カンファレンスで話し合った内容を担当ケアマネに情報提供している。
- ・入院・退院日が分かった際にはできるだけケアマネに早めに伝えるようにしている。
- ・住み慣れた地域でいつまでも暮らし続けることができる喜びを支援したいと思っている。地域づくりのために当院での受け入れの在り方を見直したり、情報を収集しながら行政へも働きかけられたらと取り組んでいる。

### 困っていること

- ・入院時情報提供書を使用していない事業所もあり、必要な情報（入院前の様子、背景、サービスの利用状況）が得られない。
- ・身寄りのない方々、経済的理由から医療を受けられない方々の入院受け入れはハードルが高く、行政の協力なしには成り立たない。

12

## ケアマネジャーアンケート結果

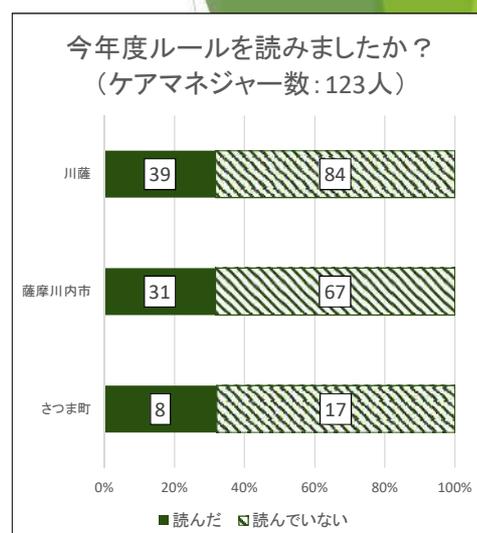
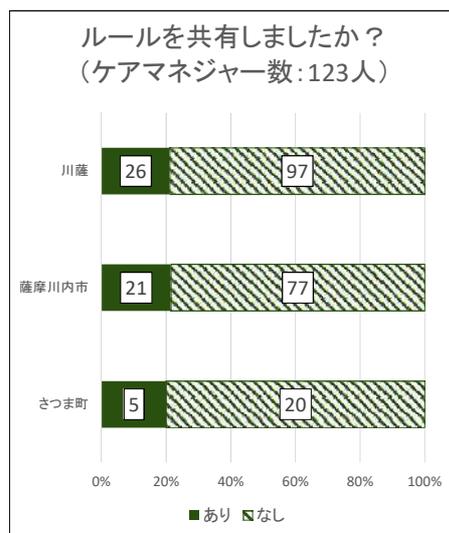
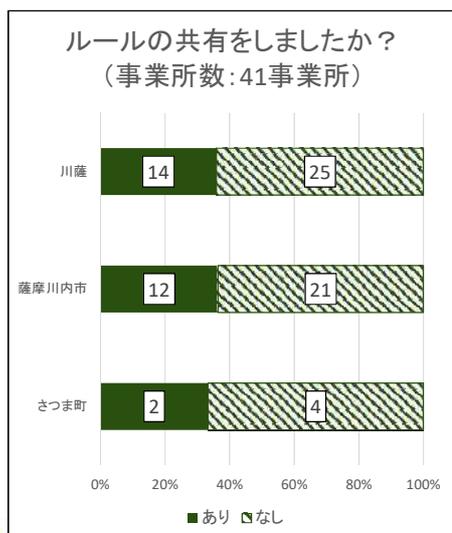


|       | 3年未満 | 3年以上5年未満 | 5年以上10年未満 | 10年以上 |
|-------|------|----------|-----------|-------|
| 薩摩川内市 | 12   | 7        | 25        | 54    |
| さつま町  | 2    | 3        | 10        | 10    |
| 川 薩   | 14   | 10       | 35        | 64    |

- ・ケアマネジャーの実務経験年数は10年以上が64人（52.0%）と半数以上を占めていた。

13

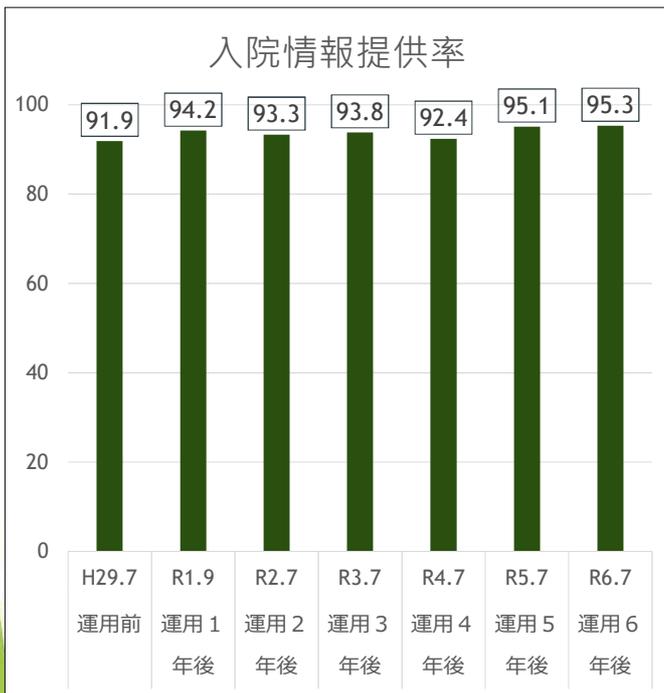
## ケアマネジャーアンケート結果



- ・職場内でルールの共有する機会を設けた居宅支援事業所等は39事業所中14事業所 (35.9%) だった。
- ・今年度ルールを読んだと回答したケアマネジャーは123人中39人 (31.7%) だった。

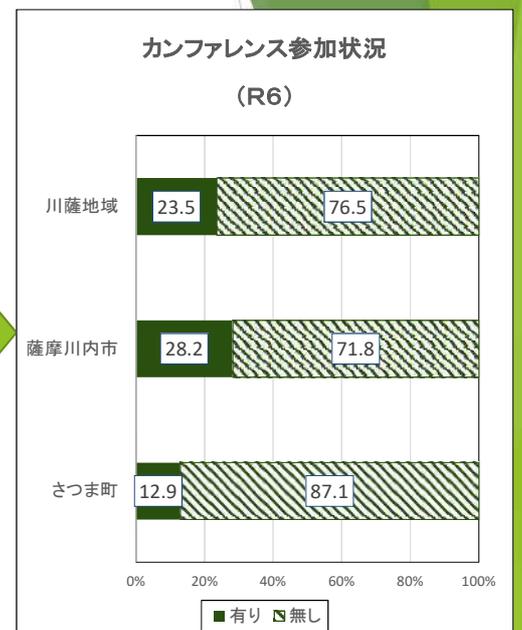
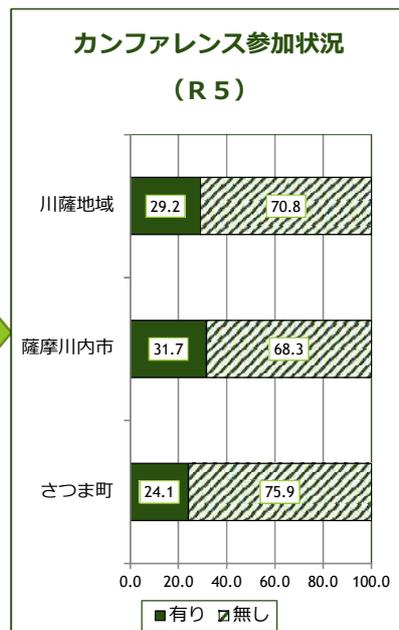
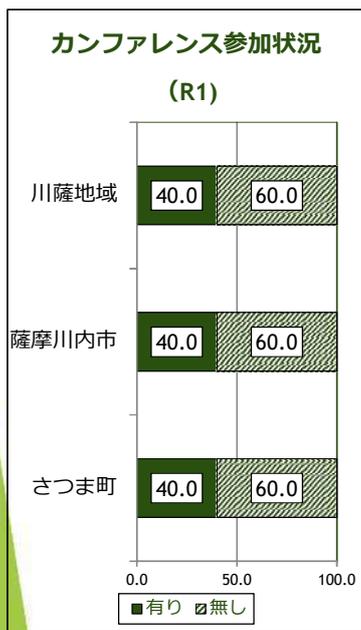
14

## ケアマネジャーアンケート結果



15

## ケアマネジャーアンケート結果

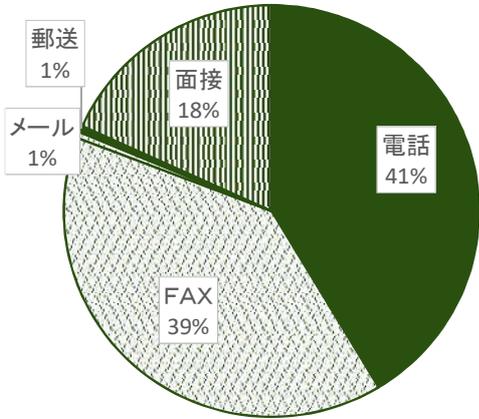


・カンファレンスの参加状況は、R5年度より減少した。

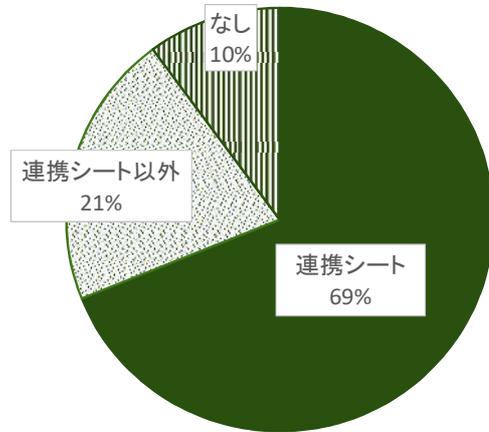
16

## ケアマネジャーアンケート結果

### 入院時情報提供の方法



### 書面による情報提供の有無

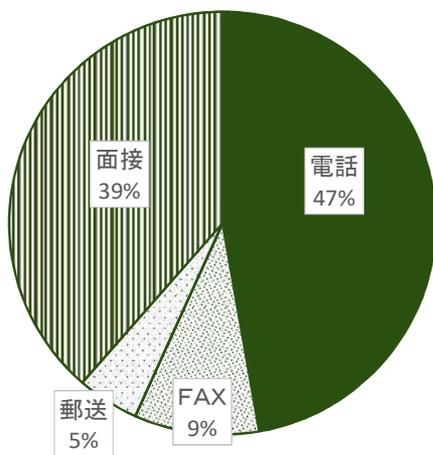


- ・医療機関への入院時情報提供の方法は電話が一番多かった。
- ・ほとんどが書面により情報提供されていたが、10%が書面を活用されていなかった。

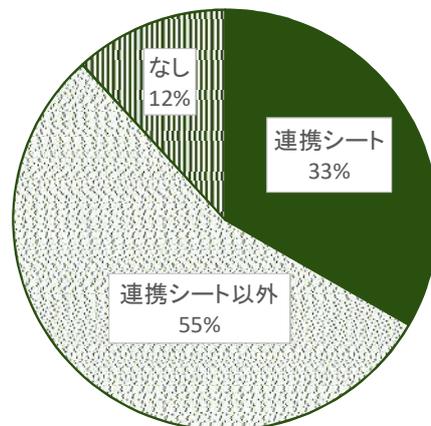
17

## ケアマネジャーアンケート結果

### 退院時情報提供の方法



### 書面による情報提供の有無

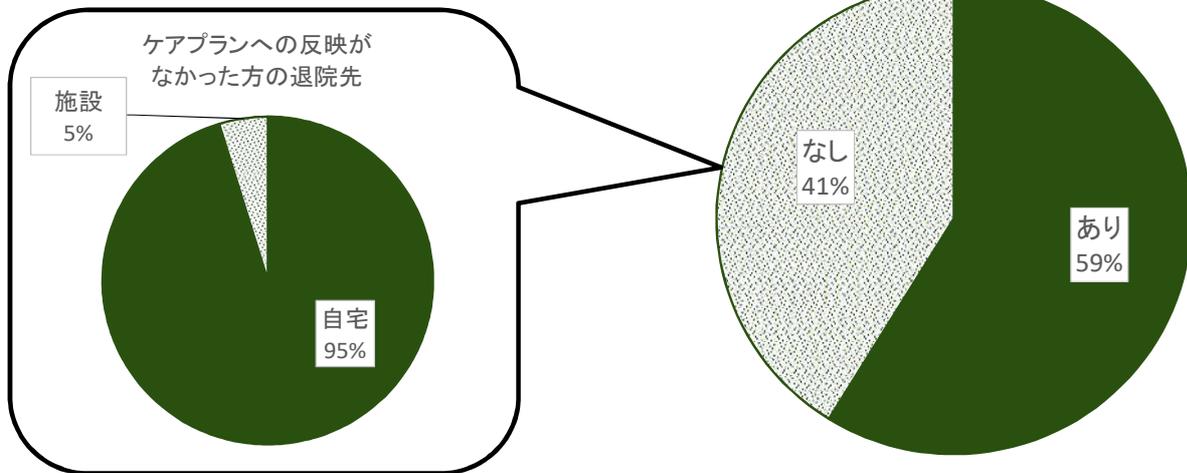


- ・医療機関からの退院時情報提供の方法は電話が一番多かった。
- ・ほとんどが書面による情報提供されていたが、12%が書面を活用されていなかった。

18

## ケアマネジャーアンケート結果

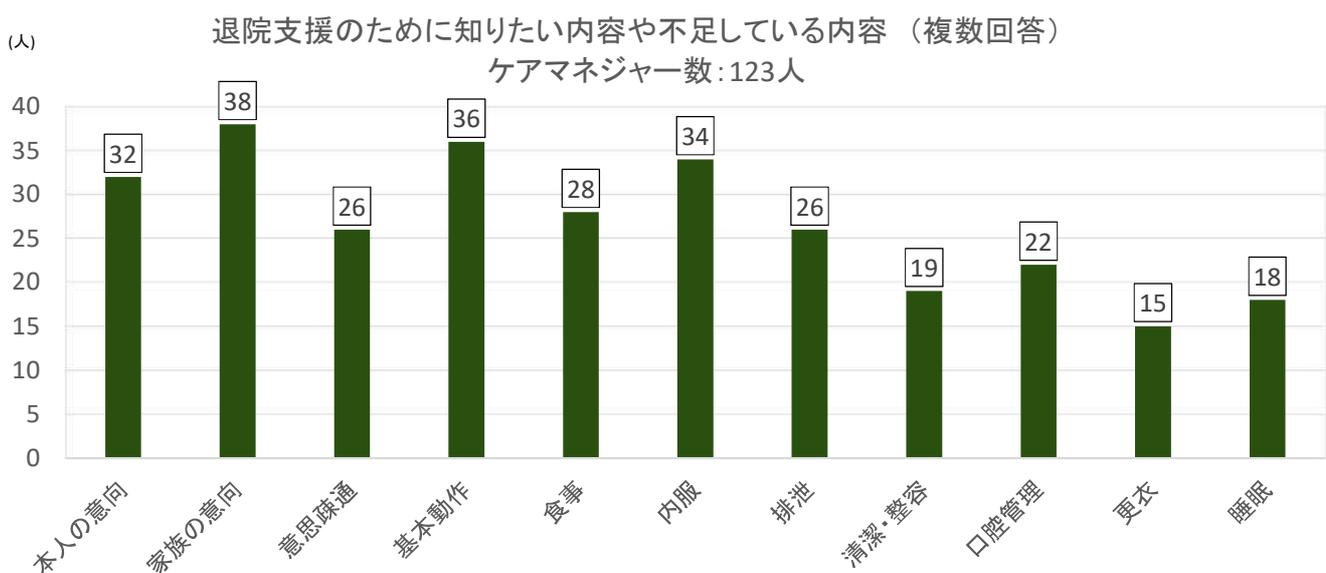
### ケアプランへの反映



- ・医療機関からの退院情報をケアプランに反映した割合は、59%だった。
- ・反映されていない患者41%の退院先は95%が自宅だった。

19

## ケアマネジャーアンケート結果



- ・退院支援のために知りたい内容や不足している内容は家族の意向が35人（28.5%）、基本動作が36人（29.3%）、内服が34人（27.6%）、本人の意向が32人（26.0%）の順が多かった。

20

## ケアマネジャーアンケート結果

### 日頃から心がけていること・工夫していること

- ・入院時は早急に情報提供を行い、また状態変化が著明な方方に対しては、退院後の生活に支障が出ないように、カンファレンスの際にサービス事業所へも声をかけ、情報共有と顔の見える関係づくり、適切なサービス利用については一緒に考えられるようにしている。
- ・連携シートにない項目でも必要な情報は提供するようにしている。
- ・入院後、早めに病院のソーシャルワーカーと連絡をとり退院後の方向性について相談、また在宅時の状態や介護、家族関係について報告する。
- ・入院中の状態把握し、福祉用具の選定を早めに行い、入院中から在宅の状況そつた練習（歩行器など）できるように調整している。

### 困っている点

- ・病院より退院後連絡があり、サービス調整ができないまま退院され、転倒や体調悪化で再入院となった方がいた。病院からの事前連絡や、ケアマネジャーが定期的に情報収集を行っていただければ防げたのではないかと悔やまれる事例があった。
- ・院内でルールのお知らせがされていないのか、職員によって対応が違う。

21

## 医療機関へのお願い

- ・入退院調整ルールについて、院内で情報共有する機会を設ける など、多職種で取り組んでいただくようお願いいたします。
- ・ケアマネジャーが持参した入院時情報提供書は、患者の在宅での様子など退院支援のための貴重な情報が記載されています。医師、看護師、リハ職、ソーシャルワーカー等で情報共有してください。
- ・入院中から在宅をイメージし、退院後、患者・家族が困らないように支援をお願いします。
- ・入院中、患者の状況は変化すると思います。入院時と状況が異なると退院後のサービスも変更する必要があります。退院後の支援がスムーズにできるように、担当ケアマネジャーに情報提供をお願いします。
- ・退院予定日が決まりましたら、ケアマネジャーへの連絡をお願いします。

22

## ケアマネジャーへのお願い

- ・入退院調整ルールについて、事業所内で情報共有する機会を設けるなど、職員全員で取り組んでいただくようお願いいたします。
- ・入院時情報提供書は患者が在宅でどのような生活をされていたか、本人・家族がどのような思いを持っているかを医療機関に伝えるための大切なものです。医療機関のスタッフが入院中から在宅をイメージした支援をするためにも必要な情報を記載するようお願いいたします。
- ・退院後の支援がスムーズにできるように、入院中も医療機関から情報収集をしてください。
- ・医療機関からの退院時情報は退院後の支援に必要な情報が盛り込まれています。患者・家族が困らないためにケアプランに反映させるよう努めてください。

23

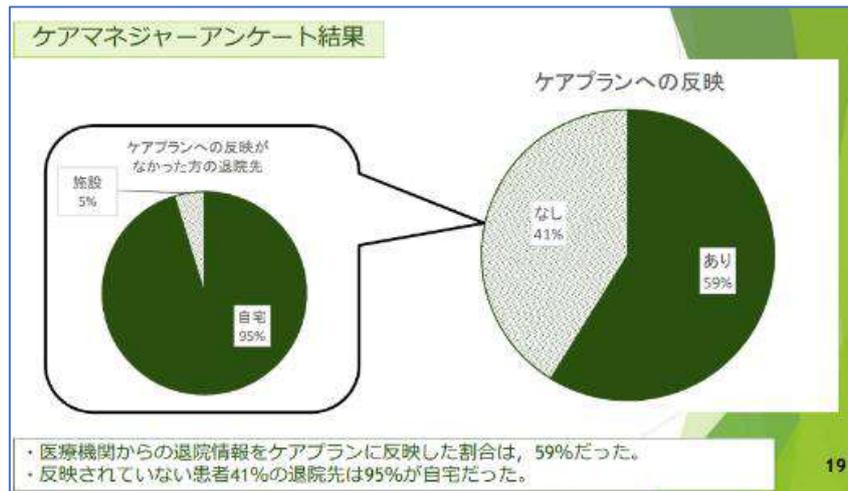
退院支援がなかったために困ったことになった患者さんや家族を1例でもなくすために！

“ 私たちができることをみんなで考えていきましょう!! ”

24

①スライド 19 (P10) において、ケアマネジャーによるケアプランへの反映なしという回答が41%を占め、そのうち95%が「その患者さんの退院先は自宅」と回答しています。反映なしと回答された理由としてどんなことが考えられますか。

ちなみに質問票には【病院からの引き継ぎを参考にケアプランの見直しを行った結果、ケアプランの変更がなかった場合もケアプランへの反映は「有」としてください】と注意書きをしていました。



②スライド 11 (P6) で医療機関側, スライド 20 (P10) でケアマネジャーが、それぞれ退院支援のために知りたい内容や不足している内容を挙げていますが、共通点は「家族の意向」という回答が一番多くあったことです。家族の意向やその他の「知りたい内容・不足している内容を踏まえ、内容を選んで「これについてはこんな動きができる・こんな連携ができる、情報共有のためにできる工夫」について話し合ってください。

例) 医療機関側 6 「施設入所希望の場合にどのような施設を希望するか」

⇒患者さんの入院中の状態について病院から情報収集し、それを踏まえて家族と協議した内容を病院に報告する。



「退院支援のために知りたい内容や不足している内容」は資料 P15 以降をご参照ください

退院支援のために知りたい内容や不足している内容（医療機関の意見）

|        |  |
|--------|--|
| ①本人の意向 | <b>延命治療</b> について、 <b>本人の性格</b>   |
| ②家族の意向 | <b>家族背景</b> （家族間の関係性、介護協力や金銭面等どのくらいの協力が得られるか、動作レベルはどの程度まで回復があれば在宅での生活が可能と考えているか） |
|        | <b>退院後の方向性</b> （自宅なのか、ショートステイなどを利用するか）   |
|        | 入院時は在宅を希望されても退院時は施設入所を希望され、調整に難渋する<br>施設入所希望の場合にどのような <b>施設を希望</b> するか           |
| ③基本動作  | <b>歩行器</b> の種類、在宅で生活するにあたり獲得が必要な <b>移動距離</b>                                     |
| ④食事    | <b>食事にかかる時間</b> 、 <b>摂取量</b> 、 <b>自分で作っていたか</b> 、 <b>配食サービス</b> 利用時の事業所名         |
| ⑤内服    | <b>管理方法や状況</b> 、 <b>服薬方法</b> 、どれくらい服用できていたか                                      |
| ⑥排泄    | <b>おむつ</b> の使用、 <b>トイレまでの移動距離</b> 、必要な介助量  |
| ⑦清潔・整容 | 自宅での <b>入浴方法や回数</b> 、 <b>入浴時の自立度や見守り</b> （介助状況・介助者）                              |
| ⑧口腔管理  | <b>歯科フォロー</b> の有無  |
| ⑨更衣    | 記載なし   |
| ⑩睡眠    | <b>入眠時間</b> 、 <b>起床時間</b> 、 <b>安定剤服用</b> の有無                                     |
| その他    | <b>住宅環境</b> （手すりの有無や自宅内の段差等）   |
|        | 入院前の <b>日頃のバイタル</b> 記載があると助かる  |
|        | <b>入院時情報提供書</b> を使用しない事業所もあり、必要な情報（入院前の様子、背景、サービスの利用状況）が得られない                    |
|        | 利用している <b>サービスの種類・事業所名</b>   |

日頃から心がけていること・工夫していること（医療機関の意見）

|             |   |
|-------------|---|
| 介入          | 早期介入（入院時の家族面談）  |
| 院内の<br>情報共有 | ケアマネからの情報は診療録に残し、各職種が共有している   |
|             | 入院時支援看護師及び退院調整部門との院内連携  |
| CMへ<br>情報提供 | 週1回各診療科毎にカンファレンスを行っているので、話し合った内容を担当ケアマネに情報提供  |
|             | 退院が決まりそうな話が出ている段階より担当ケアマネへ連絡し状態報告を行い、退院を決める日と実際の退院日が近くなり過ぎないように調整している   |
|             | 入院前と内服の変更があった際、詳細に分かるように記載  |
|             | ケアマネ・本人・家族との会話、本人のADLの状況把握  |
|             | 入院・退院日が分かった際にはできるだけケアマネに早めに伝えるようにしている<br>本人の状態をこまめに報告   |
| 関係構築        | 関係機関との顔の見える関係構築   |
| 入院受け入れ      | 身寄りのない方や経済的理由から医療を受けられない方の入院受入はハードルが高く、できる限りそういった方々が安心して医療を受け、住み慣れた地域で生活が続けられるよう受入の在り方を見直したり、情報収集しながら行政へも働きかけられたらと取り組んでいる |
| 退院後の連携      | 退院後もケアマネや訪問看護との連携を図り、在宅での生活がスムーズに行えているか、困っていることはないか連携を取っている   |

退院支援のために知りたい内容や不足している内容（介護支援専門員の意見）

|        |   |
|--------|---|
| ①本人の意向 | 本人が家に帰りたいという意向のみではなく、何がしたいか、どのようにして過ごしたいか、心身の状態が以前に近い状態になったらどんな暮らしをしたいか知りたい     |
|        | 退院後何が一番不安に思っているか、入院前の意向からどんな変化があったか   |
|        | 誰に頼れるのか、誰に関わってほしいか  |
|        | 真意を聞けていない事があり、病院→在宅の流れがスムーズにいかない時がある  |
| ②家族の意向 | 本人の病気の受け止め方、人生観、価値観や大切にしていること、人生の最期をどこで過ごしたいか、元気なうちに何をしたいか、何を食べたいか              |
|        | 介護の役割分担、介護力、協体制、緊急時の対応、金銭面、どこまで支援ができるか  |
|        | 本人とどのように関わっていききたいか、家族が本当に本人の退院を希望したのか   |
|        | 家族にどんな説明をしたか、退院後の家族の意向、患者様の状態に入院時と変化がある場合は介護状況を家族へ説明された上で支援や協力が可能かどうかの確認までしてほしい |
|        | 退院後に家族が望む生活（在宅希望かどうか、施設入所を考えているのか）  |
|        | 家族の勤務や生活リズム、支援可能な曜日や時間帯、家族の理解や特性  |
| ③意思疎通  | 家族の中でも支援者と決定者が異なる場合、病院と決定者で意向確認することがあるが、実際に関わる支援者の意向確認をしてほしい（CMや支援者も一緒に話したい）    |
|        | 帰ってから具合が悪くなったら（予約制のため）どういう状況の時はこの病院へ相談すればいいのか、病院のどの職種の方に相談するのか                  |
|        | 意向と実情（可能性）に差がある時は、そのことや調整した内容、経過が欲しい  |
| ④基本動作  | 意思疎通の可否や方法、発語の有無、好きなワード、返答できるか、聴力（補聴器の有無）                                       |
|        | 認知面での進行や変化・周辺症状の有無、判断能力、話の理解度   |
| ⑤食事    | セラピストによる退院前カンファでの状況確認、家屋調査をしてもらいたい  |
|        | 入院前と後のADLの変化や注意点、院内での動き、自力動作の意欲   |
|        | 室内外での歩行・段差昇降・立ち座りの程度、転倒のリスク、危険な動作   |
|        | 移動手段、介助が必要か、ベッドからの起居動作が可能か、安静の程度  |
|        | 機能訓練の必要性、リハビリのゴール設定と根拠（リハからの情報がほしい）   |
| ⑥内服    | 入院時に情報提供した在宅での環境等を踏まえた情報  |
|        | 食事摂取量、食事内容、使用している食器、食事や水分制限の有無、好き嫌い   |
|        | 食形態やとろみの有無、むせこみの有無、家族対応可能なこと（市販品を買うしかないのか）                                      |
| ⑦排泄    | 咀嚼や嚥下の状態、栄養学的な留意点（対応が必要か）、食事時の適切な姿勢   |
|        | 内服の有無や変更・追加、サマリーに薬情がない場合は最終的な服薬情報がほしい   |
|        | 自己管理の程度（飲み忘れや飲み残し）、退院後処方回数、服薬支援の役割の確認   |
| ⑧清潔・整容 | 内服に対する必要性の理解、服薬上の注意点、自宅を想定した管理をしていたか  |
|        | 最終排便確認、バルン最終交換日、排泄パターン（夜間回数や頻尿の有無）、尿意便意の有無                                      |
|        | 介助がどの程度必要か（できる部分できない部分）、介助用具、汚染の頻度  |
| ⑨口腔管理  | 排泄方法やコントロール方法、使用していたオムツやパッドの種類、PWC必要か、定時誘導必要か                                   |
|        | 入浴方法（湯船に浸かれるかシャワー浴のみか）、入浴頻度   |
|        | 自立度や介助の必要性（レベル）、皮膚剥離や仙骨部の発赤等の観察点、清潔整容の方法  |
| ⑩更衣    | 義歯の有無と使用状況、口腔内の状態（噛み合わせ、咀嚼力、むせや誤嚥の有無）   |
|        | 残存歯数、ケア方法・用具・回数、汚れの状態（舌苔・口臭・乾燥・歯肉の状態）、滑舌  |
|        | 歯科受診の必要性、かかりつけ歯科の有無、歯科治療やケアを退院後に希望するか   |
| ⑪睡眠    | 上衣と下衣の更衣方法、介助の程度（自立度、ボタンや袖通し、靴下やズボンをはけるか）                                       |
|        | 更衣に要する時間、失禁時の更衣方法、汚染時の処理ができるか、一連の動作手順や姿勢  |
| その他    | 睡眠時間や状況、いびきの有無、連続で夜間何時間眠れるか、起床・就寝時間   |
|        | 夜間排泄等で起きる回数、昼間の眠気の原因、センサーの有無、眠剤使用について   |
|        | 退院時の病状や自宅で生活するのにどこに注意が必要か、何が難しいか  |
| その他    | 医師からの意見（担当医からの意向）を知りたい  |
|        | 家族から情報をいただく以外に、医療機関からも情報がほしい  |

日頃から心がけていること・工夫していること（介護支援専門員の意見）

|  |   |
|--|---|
| 日頃からの準備  | 本人や家族へ、入院したり入院が決まったらケアマネに連絡してほしいと伝えている  |
|  | 詳細に情報提供できるように日頃から本人の状況を把握するように心がけている  |
|  | 入院前の生活状況やADL、家族の支援状況を理解・把握しておく  |
|  | 早めの受診の促し、検査結果等の確認、事業所間の情報共有   |
|  | 本人や家族へ入院時にケアマネが誰か伝えていただくよう説明し名刺を渡しておく   |
|  | 元職が医療でなく疾病に対する知識が浅いため、医療介護連携を行う際はその利用者様の疾病に対する知識を学んでから接するように心がけ、不明な点は専門職に教えていただいている   |
|  | モニタリング時に、受診時に在宅生活で注意することなどを家族が聞いて理解できているか確認する   |
| 入院時情報提供  | チェックだけでは伝わらないので、情報提供の際できるだけ詳細に記載する  |
|  | 入院と同時に在宅での状況を伝え、入院後の心身の状況と退院の日程、介護保険の見直しの必要があるのか、本人や家族は退院後今後どうしたいか、医療専門職の意見はどうか確認している |
|  | 在宅での生活状況、家族との関係性など伝えている   |
|  | 個人情報の取扱いについて、再度本人や家族に確認してから提供するようにしている  |
|  | シートに記載しない情報でも必要があれば電話連絡等で対応している   |
|  | 入院時スムーズに情報が流せるよう速やかに書類を作成している   |
|  | MSW等に利用者の顔がわかったうえで連絡できるようフェースシートに本人の顔写真をつけている   |
| 入院時にすぐに情報提供するためにアセスメントや基本情報を出せるよう、自事業所の他ケアマネでも分かるようにファイルに入れている |   |
| MSWとの連携  | 可能な限り担当者と面談する（医療相談室や家族と連携し情報収集に努めている）   |
|  | 聞き漏れがないように事前に聞きたいことをまとめている  |
|  | MSWと連絡を早いうちから取り合い、HPでの様子など面会制限がある中でほしい情報を確認して、家族と病院とのやりとりについて確認することもある                |
|  | 医療に関しては教えていただくことを前提にして協力してもらう   |
|  | 病院の相談員との関係を良好に保って協力し合えるようにと思っている  |
|  | 状態変化が著明な方に対しては退院後の生活に支障が出ないように、カンファレンスの際にサービス事業所へも声をかけ情報共有と顔を見える関係づくりをしている            |
| 医師からの説明に同行させてもらう等、退院へに向けて自宅環境把握をしてもらえるようアピールする                 |   |
| 入院中の連携<br>退院支援   | 入院中の様子等情報をもらえないこともあるので、隔週で連携室の方と連絡をとるようにしている  |
|  | 医療機関により対応は様々なので連携室からの情報を待つことなく自らたびたび連絡する  |
|  | 入院が分かった時点でも病院へ連絡をとるが、その後退院直前まで病院から何も連絡がないことも多く、急な退院やそれに伴うサービス調整で困るため定期的にMSWへアプローチしている |
|  | 退院前に状態確認のため訪問し、SWだけでなくPTかNS、CWから直接情報を得たり、退院後の生活が想像できるよう家族へ具体的に予後予測も話している              |
|  | できるだけ病院訪問して本人の状態確認を実施し、相談員さんとの面接にて直接情報収集を行いプラン反映、事業所への情報共有を実施して在宅サービスがスムーズにいこう気をつけている |
|  | 情報共有の必要性が高い方はバイタルリンク導入検討し、入院時の情報で市民病院・済生会川内病院へバイタルリンク利用者間メールを使用したり連携室へ電話で伝えたりする       |
|  | 退院までに本人の状態確認や入院前との違いを把握した上で在宅サービスの変更が必要か気を付け、利用事業所など関係各所へできるだけ早く正確に本人の情報を共有する         |
|  | 状態変化が著明な方に対しては退院後の生活に支障が出ないように、カンファレンスの際にサービス事業所へも声をかけ情報共有と顔を見える関係づくりをしている            |
|  | 医師からの説明に同行させてもらう等、退院へに向けて2～3週間には自宅環境把握をしてもらえるようア                                      |
|  | 双方で情報交換（情報提供）行うよう努め、カンファレンスには必ず参加している   |
|  | 退院後の在宅生活ができるだけ不自由や負担なく行えるよう病院相談員との連携を図るよう心がけ、必要に応じてセラピストや福祉用具専門員とも連携している              |
|  | 自宅へ退院と決まると必要な情報を先に確認して準備し、対応できるようにしている  |
| 退院後も残存機能を使えるか予め見極め、小さなことでも変化を拾い上げてサービスにつなげる                    |   |