

退院連携シートについて

1 目的

- ・患者の退院時には、ケアマネジャーが在宅生活で課題となる事柄を整理したうえで、ケアプランを検討し、退院後に必要な医療・介護体制を整える必要がある。
- ・退院連携シートは、ケアマネジャーがそのために必要な情報を病院から聞き取って、ケアプランの作成等に活用するものである。
- ・さらに、在宅療養生活を支える多職種間で、退院連携シートの情報を共有し、医療・介護連携を円滑に行うことで、各職種の専門的見地から、在宅生活への円滑な移行、病気の再発予防、重症化・機能低下予防を図ることを目的とする。

2 作成者（記入者）

ケアマネジャー

3 第2回の会議でいただいた主な意見（要約）

- ・病院では退院時に、看護師が看護サマリーを書き、紹介状とともに患者に渡している。今回検討中の退院連携シートは、看護サマリーと内容が重複している部分がある。より良いケアプランを作成するために看護サマリーの中にケアマネジャーが必要とする情報を追加することはできないか。
- ・「本人・家族の受け止め」はケアプランの参考となるので、看護サマリーに記載するよう、病院内で共有してほしい。
- ・入院によるケアプランの変更・見直しを行うにあたり、今回検討中の退院連携シートに記載された項目の聞き取りは、ケアマネジャーとして行わなければならない業務である。
- ・今回検討中の退院連携シートに、ケアプラン作成に必要な項目をさらに追加できないか。

4 ご意見をいただきたい内容

- ・退院連携シートの必須項目（案）は、より良いケアプランを作成し、多職種間で情報共有するために必要不可欠な項目となっているか。
- ・現在、全てのケアマネジャーが看護サマリーを入手できているわけではないため、ケアマネジャーが病院に依頼した場合、病院は必ず看護サマリーを提供することをルール化してはどうか。
- ・ケアマネジャーが必要とする情報（病院から聞き取りたい情報）を整理し、可能な限り看護サマリーに反映していただくよう、各病院に依頼してはどうか。