

入退院支援モニタリングシート 活用マニュアル Ver.1



*** 入退院支援事業 ***



今回、入退院支援事業において本学で作成しました、『地域・病院・多職種協働型入退院支援システムモニタリングシート』（以下、モニタリングシート）活用方法を紹介します、『地域・病院・多職種協働型入退院支援システムモニタリングシート活用マニュアル Ver.1』を発行することとなりました。

モニタリングシートは、入退院支援事業で展開する「【STEP4】各施設における入退院支援システムをモニタリングし継続的に発展的に取り組む」ためのツールとして、令和元年に作成し、現在まで洗練化を重ねてまいりました。

本マニュアルは、入退院支援事業においてモデル基幹病院として参加くださいました病院にてモニタリングシートを活用していただき、活用方法、モニタリングシートの分析結果等について情報収集を行い、その結果をもとに、「モニタリングシートの活用マニュアル」を作成したものです。

本マニュアルをご覧ください、ぜひ各施設において入退院支援システムをモニタリングし継続的に発展的に取り組む際の参考にしていただければ幸いです。

令和5年3月31日

高知県立大学健康長寿センター 入退院支援事業責任者 森下 安子

1. 配布対象者、配布時期

1) 配布対象者については、以下の3つのパターンが考えられる。

- ① 各職種部の長、ならびに主任やリーダースタッフに配布
- ② 全職員配布
- ③ 看護師は全職員配布、その他の部署は職種の長に配布

2) 配布者3パターンごとのメリットについて

- ① 部署全体を把握している責任者など一部の方を対象とすると、配布後の集計、分析などの作業の効率化が図れる。また、責任者が各部署の課題の明確化や改善に活かすことができる。部署の長の判断で、スタッフに配布し、意見を集約することもできる。
- ② 全職員に配布すると個人面談時のフィードバックに活用できる。特にモニタリングシートは新人への業務指導にも活用できる。経験年数毎の評価にも活用可能で、新人だからできていないのか、経験があってもできないのかなどわかると、指導方法の検討に活かせる。
- ③ 看護部全員に配布することは、病棟別の課題を明確にし、病棟ごとの次の改善に活用できる。

3) 配布時期について

配布時期は、毎年月を決めて配布を行うことで、経年経過をみていく。

2. モニタリングシート集計結果の分析結果の検討、改善へのプロセス

今回のモニタリングシート活用状況のインタビュー結果から、モニタリングシート集計結果を分析し、各部署の年間目標に反映させたり、各医療機関の経営会議に報告していくことの重要性が明らかになった。活用した医療機関によっては、集計結果を分析し、改善方法等を検討する委員会がないため、集計はしているものの、改善につながりにくい状況もあった。改善に取り組んでいる医療機関では新たな委員会を立ち上げたり、既存の委員会を活用して、モニタリングシート集計結果を分析、経年変化を追い、評価していくなど、PDCA サイクルを回し、自施設の入退院支援システムをモニタリングし継続的に発展的に取り組んでいた。さらに、これらの結果を各部署の年間目標に位置付けたり、病院全体の会議等に報告し、組織全体の取り組みにしていくプロセスも重要であると言える。

3. モニタリングシートを活用することの効果

可視化シートのみならず、モニタリングシートも活用することでの効果として以下がある。以下の

効果を意識して、モニタリングシートの配布対象者、配布後の意図した働きかけが重要となる。

1) 地域・病院・多職種協働型入退院支援システムの定着化

- ・多職種で入退院支援に関わることで、退院後の生活まで気にかけることが病院全体に定着する。
- ・入院時、入院中、退院後で各職種のやるべきことが明確になる。
- ・各部署の強み、弱みが把握できるため入退院支援部門が担当部署に関わる時に状況が把握しやすくなる。
- ・以前は転院、治ったら帰るありきの退院支援が多くあったが各部署の強み弱みを看護部全体で評価するようになりスタッフに在宅移行の可能性を検討する意識が高まる。
- ・可視化シートの定着化を判断する材料となる。
- ・チームで協力しないとモニタリングシートの内容を実施できないのでおのずと病棟、外来、入退院支援部門の協力体制が高まる。

2) モチベーションの向上

- ・出来ている項目が多いと、モチベーションがあがる。

3) 各部署の入退院支援の取り組みの評価を通じた課題の明確化や共有の促進

- ・入院時、入院中、退院後で分けられているシートは、時期ごとで取組んでいない部分や課題が明確になる。
- ・各部署や、それぞれの役割でできていない部分が明確になるので、取組まなければならないという意識づけができる。
- ・部署でできているところ、できていないところが明確になる。部署ごとに時期を決めて振り返りに使用できる。
- ・部署で意見をまとめることが、できていることの評価、共有につながる。

4) 部署および病院における入退院支援システムへの年間目標への反映

- ・各部署の課題の明確化を通してその解決に向け、年間目標に反映できる。
- ・病院の経営会議に報告することで、院内全体の継続的な取組へと発展させていくことができる。

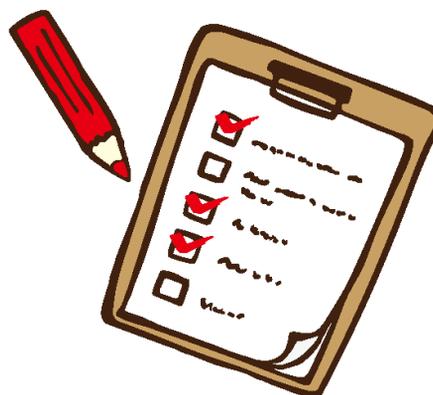
5) 院内の教育体制への活用

- ・新入職者や部署移動者が、入退院支援で何をすべきかの教育に活用できる。
- ・スタッフ個人の入退院支援技術の把握と指導に活用できる。

6) ケアマネジャー等との連携のさらなる強化

- ・ケアマネジャーとの連携が取りやすくなり、患者さんの状態を把握するために積極的に来院することにつながる。

モニタリングシート一覧



*** 目次 ***

- ◆ NO.1 事務
- ◆ NO.2 外来
- ◆ NO.3 コーディネーター
CD能力修得研修受講者用
- ◆ NO.4 セラピスト
- ◆ NO.5 病棟
- ◆ NO.6 地域連携室
- ◆ NO.7 栄養部
- ◆ NO.8 薬剤部
- ◆ NO.9 ケアマネジャー

*活用目的に応じて、配属年数等を追記してご活用ください。

入退院支援モニタリングシート(事務部門用)

施設名：

評価日 R 年 月 日 記入者：

職種：

4…常に出来ている
 3…ほぼ出来ている
 2…ときどき出来ている
 1…出来ていない

評価が2・1の場合は、仕組みを再検討

入退院支援 における 体制	1	入退院支援や地域連携を担う部門を設置し事務部門との円滑な連携が出来ていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
	2	1において専従職員と専任職員を配置し、役割を明確化出来ていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
	3	入退院支援加算の対象患者様の抽出方法について多職種・多部門で合意形成出来ていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
	4	円滑な在宅復帰に向けて、訪問看護ステーションや居宅支援事業所との円滑な連携に向け定期的に意見交換の場を設けていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
取得加算 要件に ついて	5	現在取得してる入退院支援加算(1・2)について算定要件を満たしてるか定期的に確認する仕組みが出来ていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
	6	現在連携してる地域の事業所(20か所以上)を把握する仕組みが出来ていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
	7	各病棟における地域連携(入退院時カンファレンス・退院時共同指導加算の算定等)を集約する仕組みが出来ていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
	8	入院時支援加算を取得の場合、入院前(外来)の説明内容や収集した情報を切れ目なく病棟につなぐ仕組みが出来ていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
仕組みの 洗練化に 向けて	9	入退院支援の仕組み(可視化シートの動きなど)において現場から課題が抽出された場合は適時、検討の場を設け、組織全体で洗練化に努めていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
	10	退院困難な要因を抽出し支援していたが、最終的に加算が算定できなかった事例について振り返り検証が出来ていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
	11	退院後の生活状況を地域からフィードバックし院内または在宅チームと振り返る仕組み作りをサポートしていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
	12	患者満足度・在宅復帰率・在院日数のデータなどの推移を組織内で共有していますか	4 3 2 1 □ □ □ □

入退院支援モニタリングシート(外来用)

施設名：

評価日 R 年 月 日 記入者：

職種：

- 4…常に出来ている
 3…ほぼ出来ている
 2…ときどき出来ている
 1…出来ていない

評価が2・1の場合は、仕組みを再検討

外来通院	1	最新の患者情報を外来カルテのどこに誰が、記載する(入力)するかが決まっていますか	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1					□	□	□	□
	4	3	2	1											
□	□	□	□												
2	外来において、病状経過、検査結果、薬の変更など本人・家族に説明した内容とそれに対する質問や反応を、外来カルテに記載し、情報共有していますか	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1					□	□	□	□	
4	3	2	1												
□	□	□	□												
3	外来通院中の患者の家族・ケアマネジャー・訪問看護などからの問い合わせ窓口を明確にしていますか	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1					□	□	□	□	
4	3	2	1												
□	□	□	□												
外来 ↓ 入院	4	《緊急入院》 外来患者が緊急入院となった場合、通院中の経過や課題を切れ目なく入院病棟に繋いでいますか	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1					□	□	□	□
	4	3	2	1											
□	□	□	□												
5	《予定入院》 ※入院時支援加算対象 外来患者が予定入院となった場合、家族やケアマネジャーと情報交換しながら支援項目(ア～ク)の情報を病棟に繋いでいますか	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1					□	□	□	□	
4	3	2	1												
□	□	□	□												
退院 ↓ 外来	6	退院後も継続看護が必要な患者に対して入院中から連携(治療経過の共有やカンファレンス参加)を取っていますか	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1					□	□	□	□
	4	3	2	1											
□	□	□	□												
7	自院を退院した患者が、外来受診する場合、入院中の経過・継続支援の内容を入院していた病棟から引き継ぐ仕組みがありますか	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1					□	□	□	□	
4	3	2	1												
□	□	□	□												

入退院支援モニタリングシート(コーディネーター用:CD能力修得研修受講者用) 施設名 :

評価日 R 年 月 日 記入者 : 職種 :

4・・・常に出来ている
 3・・・ほぼ出来ている
 2・・・ときどき出来ている
 1・・・出来ていない

評価が2・1の場合は、仕組みを再検討

1	地域連携や入退院支援の推進に向けて、地域と共に定期的に協議の場を作り、取り組みの効果と課題を検証していますか	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1					—	—	—	—	□	□	□	□
4	3	2	1															
—	—	—	—															
□	□	□	□															
2	1.で抽出した課題を組織のマネージャーと共有していますか	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1					—	—	—	—	□	□	□	□
4	3	2	1															
—	—	—	—															
□	□	□	□															
3	1.で抽出した課題の改善に向け、検討していますか	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1					—	—	—	—	□	□	□	□
4	3	2	1															
—	—	—	—															
□	□	□	□															
4	入退院支援可視化シートについて定期的(1回/)に意見交換が来ていますか	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1					—	—	—	—	□	□	□	□
4	3	2	1															
—	—	—	—															
□	□	□	□															
5	入退院支援可視化シートを改善する場合、地域との合意形成が得られていますか	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1					—	—	—	—	□	□	□	□
4	3	2	1															
—	—	—	—															
□	□	□	□															
6	モニタリングシートを活用して各部署・各職種の課題を抽出していますか	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1					—	—	—	—	□	□	□	□
4	3	2	1															
—	—	—	—															
□	□	□	□															
7	6.で抽出した課題について協議し支援体制の洗練化に取り組んでいますか	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1					—	—	—	—	□	□	□	□
4	3	2	1															
—	—	—	—															
□	□	□	□															

入退院支援モニタリングシート(セラピスト用)

施設名：

評価日 R 年 月 日 記入者：

職種：

- 4…常に出来ている
 3…ほぼ出来ている
 2…ときどき出来ている
 1…出来ていない

評価が2・1の場合は、仕組みを再検討

入院時	院内連携	1	入院時スクリーニングで抽出された課題を担当セラピストにて共有していますか	4 3 2 1 □ □ □ □
	情報収集	2	入院時に患者・家族から入院前の生活環境や活動・参加状況についての情報を収集していますか。	4 3 2 1 □ □ □ □
入院中	早期からの介入	1	早期から、在宅を見据えた目標設定と具体的アプローチを提示していますか(リハビリテーション総合実施計画書)	4 3 2 1 □ □ □ □
		2	上記を患者に情報提供していますか。	4 3 2 1 □ □ □ □
		3	入院早期(7日以内)に多職種カンファレンスにて患者の状態(医療的課題・生活介護上の課題)を評価し、治療方針や退院時の患者の目指す姿を共有・検討していますか。	4 3 2 1 □ □ □ □
	入院時自宅訪問	4	入院中の自宅訪問についての必要性を多職種の視点で検討し実施していますか。	4 3 2 1 □ □ □ □
		5	3. で抽出された患者の自宅訪問について地域の参加がありますか	4 3 2 1 □ □ □ □
	院内連携	6	入院中のリハビリの進捗や方向性を院内多職種と共有していますか。方法()	4 3 2 1 □ □ □ □
	地域連携	7	入院中のリハビリの進捗や方向性を地域に情報提供していますか。方法()	4 3 2 1 □ □ □ □
		8	退院前カンファレンスへ参加しセラピストの視点をもとに多職種と具体的な在宅生活について検討していますか。	4 3 2 1 □ □ □ □
		9	退院後も継続する課題について在宅生活を見据え訓練方法への移行を検討ができていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
	地域連携	10	入院中のリハビリ経過をふまえ、9. で検討したことや退院後の見通しを在宅支援者に繋いでいますか(他部門を通じてでも可)	4 3 2 1 □ □ □ □
退院後	退院支援振り返り	1	退院後の生活状況について、振り返る機会がありますか(情報提供は、他部署経由でも可)方法()	4 3 2 1 □ □ □ □
		2	退院後も医療上・生活介護上の課題がある患者の自宅訪問を実施していますか	4 3 2 1 □ □ □ □

入退院支援モニタリングシート(病棟用)

施設名：

評価日 R 年 月 日 記入者：

職種：

4…常に出来ている
 3…ほぼ出来ている
 2…ときどき出来ている
 1…出来ていない

評価が2・1の場合は、仕組みを再検討

入院時	院内連携	1	入院時スクリーニングで抽出された課題を病棟内で共有していますか	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1	□	□	□	□
	4	3	2	1								
□	□	□	□									
情報収集	2	入院前の患者の状態を、院内の多職種と情報共有していますか。方法()	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1	□	□	□	□	
4	3	2	1									
□	□	□	□									
入院中	看護支援	1	入院時スクリーニングで抽出された課題が看護計画の立案に反映されていますか	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1	□	□	□	□
		4	3	2	1							
		□	□	□	□							
		2	看護計画の評価・修正と看護援助が連動されていますか	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1	□	□	□	□
	4	3	2	1								
	□	□	□	□								
	3	日々の看護の中で、患者・家族の退院に向けての意向を積極的に確認していますか	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1	□	□	□	□	
	4	3	2	1								
	□	□	□	□								
	4	日々の看護において知り得た患者・家族の退院に向けての意向の変化を地域・多職種と共有し支援策に反映していますか	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1	□	□	□	□	
4	3	2	1									
□	□	□	□									
院内連携	5	入院早期(7日以内)に多職種カンファレンスにて患者の状態(医療的課題・生活介護上の課題)を評価し、治療方針や退院時の患者の目指す姿を共有・検討していますか。	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1	□	□	□	□	
	4	3	2	1								
	□	□	□	□								
	6	2. の検討事項を、病棟スタッフと共有できていますか。方法()	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1	□	□	□	□	
4	3	2	1									
□	□	□	□									
7	入院中の病状の変化・治療や方向性、患者・家族の気持ちの変化などを、多職種と共有していますか。方法()	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1	□	□	□	□		
4	3	2	1									
□	□	□	□									
8	退院前カンファレンスへの参加し看護の視点をもとに多職種と具体的な在宅生活について検討していますか。	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1	□	□	□	□		
4	3	2	1									
□	□	□	□									
継続看護	9	退院後も継続する課題について在宅生活を見据えたシンプルケア移行への検討ができていますか	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1	□	□	□	□	
	4	3	2	1								
□	□	□	□									
10	9. で検討したことを在宅支援者に繋いでいますか	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1	□	□	□	□		
4	3	2	1									
□	□	□	□									
退院後	退院支援振り返り	1	退院後の生活状況について、振り返る機会がありますか(情報提供は、他部署経由でも可)方法()	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1	□	□	□	□
		4	3	2	1							
□	□	□	□									
2	退院後も医療上・生活介護上の課題がある患者の自宅訪問を実施していますか	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1	□	□	□	□		
4	3	2	1									
□	□	□	□									

入退院支援モニタリングシート(地域連携室用)

施設名：

評価日 R 年 月 日 記入者：

職種：

4・・・常に出来ている
3・・・ほぼ出来ている
2・・・ときどき出来ている
1・・・出来ていない

評価が2・1の場合は、仕組みを再検討

入院時	スクリーニング	1	入院時スクリーニングを実施し、課題を抽出していますか（3日以内）	4 3 2 1 □ □ □ □
	院内連携	2	1.で抽出した課題の解決にかかわる職種と入院早期から課題を共有していますか	4 3 2 1 □ □ □ □
	情報収集	3	患者・家族から、入院前の健康状態や生活状況についての情報を収集していますか。	4 3 2 1 □ □ □ □
		4	患者・家族から今後の意向を確認していますか。	4 3 2 1 □ □ □ □
		5	ケアマネジャー(CM)の有無・かかりつけ医・在宅サービスの利用は確認していますか。	4 3 2 1 □ □ □ □
	地域連携	6	CMがいる場合:入院早期から連携し在宅生活における情報収集を行っていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
		7	CMがない場合:地域包括支援センター(包括)と連携し地域の社会資源や患者情報を収集していますか	4 3 2 1 □ □ □ □
		8	入院時の状況(病状や見通しなど)を、積極的にCMや包括に情報提供していますか。 方法()	4 3 2 1 □ □ □ □
入院中		1	患者・家族への面談（7日以内）を行い退院に向けた課題や目標を共有し、支援をしていますか。	4 3 2 1 □ □ □ □
	多職種連携	2	入院早期(7日以内)に多職種カンファレンスにて患者の状態(医療的課題・生活介護上の課題)を評価し、治療方針や退院時の患者の目指す姿を共有・検討していますか。	4 3 2 1 □ □ □ □
		3	院内の多職種と定期的に患者の状況、患者支援状況、支援方針を共有していますか。 方法()	4 3 2 1 □ □ □ □
	地域連携	4	入院中のカンファレンスにおいて包括やCMの参加が必要な場合、依頼をしていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
		5	退院後の医療上の課題と生活介護上の課題について、CM・包括等に情報提供をしながら、退院に向けた準備を協働して進めていますか。	4 3 2 1 □ □ □ □
		6	入院中の治療・リハビリの進行状況や方向性をCM・包括と共有していますか。	4 3 2 1 □ □ □ □
		7	退院許可後、退院日について患者・家族の意向も踏まえて決定していますか	4 3 2 1 □ □ □ □
		8	退院許可後、退院日について地域・多職種の意向も踏まえて決定していますか	4 3 2 1 □ □ □ □
		9	退院日の見通しが立てば、CM・包括等地域の関係機関に、退院することを事前(在宅サービスの調整を考慮して)に連絡していますか。	4 3 2 1 □ □ □ □
		10	退院前カンファレンス実施に向けコーディネート(日時・場所・参加職種・議題など)はできていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
		11	退院前カンファレンスに参加できなかったメンバーに検討事項を情報提供できていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
退院後	地域連携	1	退院後の地域からの相談窓口は明示されていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
	退院支援 振り返り	2	退院後も医療上・生活介護上の課題がある患者の状況について、CM・包括などから情報収集していますか	4 3 2 1 □ □ □ □
		3	退院後も医療上・生活介護上の課題がある患者の自宅訪問を実施していますか	4 3 2 1 □ □ □ □
		4	1.2.で得た情報を、主治医、院内スタッフと情報共有していますか	4 3 2 1 □ □ □ □

入退院支援モニタリングシート(栄養部用)

施設名：

評価日 R 年 月 日 記入者：

職種：

4…常に出来ている
 3…ほぼ出来ている
 2…ときどき出来ている
 1…出来ていない

評価が2・1の場合は、仕組みを再検討

入院時	院内連携	1	入院前の食事や栄養状態において課題がある患者様に対して早期から関わっていますか	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1	□	□	□	□
	4	3	2	1								
	□	□	□	□								
情報収集	2	入院前の栄養状態について、情報提供や検査データを用いて確認していますか(食事形態・調理など)	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1	□	□	□	□	
	4	3	2	1								
□	□	□	□									
3	入院前の食事や栄養状態について不明な点があれば、情報収集していますか(家族、ケアマネジャー、かかりつけ医等より)	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1	□	□	□	□		
4	3	2	1									
□	□	□	□									
入院中	院内連携	1	食事や栄養状態についての課題を院内多職種で共有していますか方法()	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1	□	□	□	□
		4	3	2	1							
		□	□	□	□							
	2	食事や栄養状態に関する指導の経過を、院内多職種と共有していますか。	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1	□	□	□	□	
4	3	2	1									
□	□	□	□									
3	食事や栄養状態に課題のある患者のカンファレンスに参加していますか。	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1	□	□	□	□		
4	3	2	1									
□	□	□	□									
院内・地域連携	4	退院後の生活を見据えた食事方法や調理について多職種(看護師・リハ、ケアマネ等)と本人・家族で最終確認していますか	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1	□	□	□	□	
4	3	2	1									
□	□	□	□									
退院時	院内連携	1	退院前カンファレンスへの参加し栄養士・管理栄養士の視点をもとに多職種と具体的な在宅生活について検討していますか。	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1	□	□	□	□
	4	3	2	1								
□	□	□	□									
地域連携	2	入院中の栄養管理や、退院後に残された課題を在宅生活の支援者につないでいますか	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr> </table>	4	3	2	1	□	□	□	□	
4	3	2	1									
□	□	□	□									

入退院支援モニタリングシート(薬剤部用)

施設名：

評価日 R 年 月 日 記入者：

職種：

4・・・常に出来ている
 3・・・ほぼ出来ている
 2・・・ときどき出来ている
 1・・・出来ていない

評価が2・1の場合は、仕組みを再検討

入院時	スクリーニング	1	入院前の薬剤管理において課題がある患者様に対して早期から関わっていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
	情報収集	2	入院前の薬剤について、情報提供やお薬手帳等を用いて確認していますか(管理方法、残薬の有無など)	4 3 2 1 □ □ □ □
		3	入院前の薬剤について不明な点があれば、情報収集していますか(家族、ケアマネジャー、かかりつけ医等より)	4 3 2 1 □ □ □ □
入院中	院内連携	1	薬剤についての課題を院内多職種で共有していますか方法()	4 3 2 1 □ □ □ □
		2	服薬に関する情報・服薬指導の経過を、院内多職種と共有していますか。	4 3 2 1 □ □ □ □
		3	薬剤に課題のある患者のカンファレンスに参加していますか。	4 3 2 1 □ □ □ □
	院内・地域連携	4	退院後の生活を見据えた薬剤管理について多職種(看護師・リハ、ケアマネ等)と本人・家族で最終確認していますか	4 3 2 1 □ □ □ □
退院時	院内連携	1	退院前カンファレンスへの参加し薬剤師の視点をもとに多職種と具体的な在宅生活について検討していますか。	4 3 2 1 □ □ □ □
	地域連携 薬薬連携	2	入院中の薬剤管理や、退院後に残された課題を在宅生活の支援者や地域の薬剤師につないでいますか	4 3 2 1 □ □ □ □

入退院支援モニタリングシート(ケアマネジャー)

施設名：

評価日 R 年 月 日 記入者：

職種：

- 4・・・常に出来ている
- 3・・・ほぼ出来ている
- 2・・・ときどき出来ている
- 1・・・出来ていない

評価が2・1の場合は、仕組みを再検討

在宅療養中	1	利用者・家族には、平時より、外来受診や入院時に担当ケアマネジャーと事業所名を問われることや、必要に応じて病院との情報共有が必要であることを伝えている	4 3 2 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	2	利用者・家族は、お薬手帳、介護保険等と一緒に、担当ケアマネジャー(地域包括支援センター担当者)の名刺を常備出来ている	4 3 2 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	3	在宅療養を支援するなかで、利用者が望む医療やケア、最期の時に受けたくない医療等を確認・記録している	4 3 2 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
入院時 〜 早期	情報収集	1	患者・家族から、入院前の健康状態や生活状況についての情報を収集していますか。	4 3 2 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		2	患者・家族から今後の意向を確認していますか。	4 3 2 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		3	ケアマネジャー(CM)の有無・かかりつけ医・在宅サービスの利用は確認していますか。	4 3 2 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	地域連携	4	CMがいる場合:入院早期から連携し在宅生活における情報収集を行っていますか	4 3 2 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		5	CMがない場合:地域包括支援センター(包括)と連携し地域の社会資源や患者情報を収集していますか	4 3 2 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		6	入院時の状況(病状や見通しなど)を、積極的にCMや包括に情報提供していますか。 方法()	4 3 2 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
入院中	多職種連携	1	患者・家族への面談(7日以内)を行い退院に向けた課題や目標を共有し、支援をしていますか。	4 3 2 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		2	入院早期(7日以内)に多職種カンファレンスにて患者の状態(医療的課題・生活介護上の課題)を評価し、治療方針や退院時の患者の目指す姿を共有・検討していますか。	4 3 2 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		3	院内の多職種と定期的に患者の状況、患者支援状況、支援方針を共有していますか。 方法()	4 3 2 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	地域連携	4	入院中のカンファレンスにおいて包括やCMの参加が必要な場合、依頼をしていますか	4 3 2 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		5	退院後の医療上の課題と生活介護上の課題について、CM・包括等に情報提供をしながら、退院に向けた準備を協働して進めていますか。	4 3 2 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		6	入院中の治療・リハビリの進行状況や方向性をCM・包括と共有していますか。	4 3 2 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	7	退院許可後、退院日について患者・家族の意向も踏まえて決定していますか	4 3 2 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	8	退院許可後、退院日について地域・多職種の意向も踏まえて決定していますか	4 3 2 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	9	退院日の見通しが立てば、CM・包括等地域の関係機関に、退院することを事前(在宅サービスの調整を考慮して)に連絡していますか。	4 3 2 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	10	退院前カンファレンス実施に向けコーディネート(日時・場所・参加職種・議題など)はできていますか	4 3 2 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	11	退院前カンファレンスに参加できなかったメンバーに検討事項を情報提供できていますか	4 3 2 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
退院後	地域連携	1	退院後の地域からの相談窓口は明示されていますか	4 3 2 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	退院支援 振り返り	2	退院後も医療上・生活介護上の課題がある患者の状況について、CM・包括などから情報収集していますか	4 3 2 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		3	退院後も医療上・生活介護上の課題がある患者の自宅訪問を実施していますか	4 3 2 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		4	1.2.で得た情報を、主治医、院内スタッフと情報共有していますか	4 3 2 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

発行元：高知県立大学健康長寿センター

2023年3月

