

### Ⅲ 共通事項

#### 1. 入退院支援

入退院支援は、主治医が退院の指示を出した時に始まるものではありません。入院時あるいは外来で入院が必要となったときから、患者によっては退院に向けた生活を整えていく支援が開始されます。

外 来 通 院 時：患者の情報を取りながら、患者や家族の意向を確認する。

\*付き添いしてくれている人がキーパーソンとは限らない

入 院 時：退院後の調整が必要となるかをスクリーニングする。

退院準備調整期：患者や家族の想いを中心とした多職種カンファレンスを実施する。

退 院 時：退院後の生活がイメージできるように丁寧な関わりを行う。

\*退院準備調整期において、ケアマネジャーは退院後の生活を具体的に病院担当者にイメージしてもらえるように情報提供と、退院後の生活にかかわる課題の共有をする。

#### 2. 入退院支援ルール

茅ヶ崎市と寒川町における病院と居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）、地域包括支援センター、市町などが連携し、高齢者などの入院から退院までの情報交換を行いながら、入院から退院（転院）までの連携をスムーズに行うための調整等の仕組みをさします。