

運用フロー【1】 退院支援計画書

* スクリーニングは入院患者全員かける。

No.	日時	場所	対応者	対応者の動き	Medi-Aibis機能	備考
1	入院後 48時間以内	病棟	病棟看護師	医療相談オーダの入力。 ①退院支援スクリーニングシートの作成。 ②相談内容・コメントの入力。(入れても入れなくても良い) ③「完成」→「一括発行」。	医療相談オーダ	
2	入院後 1週間以内	医療相談室 病棟	看護師 看護師・MSW 担当者 担当者	医療相談一覧画面より、医療相談依頼がある患者を検索。 文書作成の指示歴より退院支援スクリーニングシートを確認し、印刷。 室内カンファにて、担当者を決定。 「医療相談」画面の「対応依頼・コメント」欄に誰が担当するか入力する。 退院支援計画書にスクリーニングシートから情報を入力し、印刷。 患者プロフィールや看護プロフィール、病棟看護師から情報収集(アセスメント)。退院支援・退院調整の方針を病棟看護師等と協議、退院支援計画書を記入。説明を担当者が行うか、病棟看護師が行うか、決める。話し合った内容を退院支援計画書に入力。「完成」に変更し、「一括発行」。病棟看護師あてに退院支援計画書作成済みの付箋を貼る。	文書検索 文書作成オーダ 文書作成オーダ 文書作成オーダ 文書作成オーダ 文書作成オーダ 付箋機能	始業時と昼休み後に確認。 (看護師)
3	計画書作成後 1週間以内	医療相談室 病棟	担当者または 病棟看護師 担当者または 病棟看護師	退院支援計画書を印刷し、患者・家族と面談、退院支援計画書の説明を行い署名をもらう。 *必要に応じ、情報提供同意書の署名をもらう。署名を取った退院支援計画書・情報提供同意書をスキャンし、原本はスキャンセンター、1部は患者・家族へ、1部は相談室へ。 院外関係者との情報共有や、カンファ開催等の同意を得る。 説明を行った事やそこで得た情報は、病棟看護師、担当者で共有する。(口頭と電子カルテ) 署名を取り、スキャンした後、医事課退院担当者宛てに退院調整加算算定者である事を付箋機能で報告。	文書作成オーダ 付箋機能	署名を得た後、退院支援計画書の内容に変更が生じた際は病棟看護師、担当者と共に修正入力を行う。患者や家族と面談し退院支援計画書の説明を行い、署名をいただく。署名を取った退院支援計画書をスキャンし原本はスキャンセンター、1部は患者・家族、1部は相談室。 ＊同じ四音ノリにてハタレヒタメトキ 西
3	退院日		医事課	処置オーダにて、退院調整加算の算定可能な項目にチェックを付け、オーダ発行。	処置オーダ	コストの算定。

運用フロー【2】 合同カンファレンス開催(退院時共同指導料の場合)

*介護支援連携指導用紙、退院時共同指導用紙を用いた一連の退院支援の流れは、看護部と詰めていく。

No.	日時	場所	対応者	対応者の動き	Medi-Aibis機能	備考
1	前日まで	地域連携室	担当者	退院カンファ開催について、医師、病棟看護師等と打ち合わせ。 患者・家族、関係機関担当者と連絡を取り、カンファレンスの日程を調整する 医師、担当看護師、PT、OT、ST、薬剤師、栄養士、退院調整看護師、MSW等にカンファレンスの日時の連絡と「合同カンファレンス・退院時共同指導用紙」の入力を、ToDo機能にて依頼する。	ToDo機能	回診や、病棟カンファ等院内カンファ等も活用 患者、家族の意向を確認する。
				文書作成オーダにて「退院チェックシート」を作成し、参加人数分印刷。		
				文書作成オーダにて「合同カンファレンス・退院時共同指導用紙」を作成。 ・患者氏名、生年月日、性別、年齢 ・参加者(本人、家族、親類の欄) ・参加者職種、氏名 参加者人数分を印刷。 カンファレンスを開催。		
2	当日	病棟 地域連携室	出席者 退院調整看護師 医療相談員	カンファレンス終了後、決定事項を記入。 患者(家族)署名。 1部コピーし、患者・家族に渡す。 原本はスキャンセンターへおろす。 指導料オーダの入力。 ・算定可能な指導料の項目にチェックを付け、オーダ発行。	文書作成オーダ 指導料オーダ	退院時共同指導料2 300点 *300点加算 退院後の担当保険医が参加 *2000点加算 入院中医師と下記いずれか3者 入院中の保険医+ 退院後保険医or看護師等 + 休院医or看護師等 + 居宅ケアマネ + 休院医同業別専門医 + 休院医同業別専門医

運用フロー【3】介護支援連携指導作成

*介護支援連携指導用紙、退院時共同指導用紙を用いた一連の退院支援の流れは、別に看護部と詰めていく。

No.	日時	場所	対応者	対応者の動き	Medi-Aibis機能	備考
1	前日まで	病棟	担当者 医師 担当者	医師、担当看護師等と介護支援連携指導の実施について確認。 患者・家族に介護支援専門員と退院後の話し合いを行なうことを説明し、患者・家族、介護支援専門員等関係者間の日程調整等を行う。 文書作成オーダにて 介護支援連携指導用紙 を作成し、印刷。 介護支援連携指導用紙にサインする。 病棟看護師等と共同し、今後必要とされる在宅サービスを検討し、 介護支援連携指導用紙 に記載。	文書作成オーダ 文書作成オーダ	回診や、病棟カンファ等院内カンファ等も活用 患者、家族の意向を確認する。
2	当日	病棟	出席者	カンファレンス(面談)を開催 決定した内容、連携日(相談日)・退院予定日を 介護支援連携指導用紙 に記載する。 患者・家族の同意が得られたらサインを貰う。 スキャンし、1部コピーし、患者・家族へ渡す。 原本はスキャンセンターへおろす。 指導料オーダの入力。 ・算定可能な指導料の項目にチェックを付け、オーダ発行。	指導料オーダ	