

入退院時に共有したい情報

医療と介護が連携することで、在宅から入院へ、入院から在宅へ、切れ目のない支援を提供し、入院時から退院後の在宅療養までのスムーズな移行をめざします。この共通認識をもとに連絡を取り合い、情報共有をしましょう。

入院時に共有したい情報

1) 本人の状況

- ADL
- 認知機能の程度
- 生活状況
- 在宅での支援状況、介護保険サービスの利用状況
- 要介護認定の申請状況
- 担当ケアマネジャー（事業所名）
- 主治医（かかりつけ医）



2) 家族の状況

- 家族構成とキーパーソン
- 緊急時の連絡先
- 介護力、主たる介護者
- 住宅環境、生活環境（写真があると良い）
- 家族が伝えにくく思っていること
- 生活的・経済的な課題の有無
- 家族が抱えている課題

3) 退院支援の方向性

- 本人と家族、それぞれの退院に向けての意向や退院後の生活の意向
- 施設の申し込み状況
- 住宅の状況（段差・手すりの状況）
- 在宅生活のための社会資源（介護サービス・インフォーマルサービス含む）
- リハビリのゴール（どこまで回復すれば家で過ごせるのか、等）

転院時

入院時の情報は、転院先に伝わらないこともあります。転院先にも在宅サマリーを送りましょう。

退院時に共有したい情報

1) 退院日の事前連絡

退院が決まったら、担当ケアマネージャーへの連絡をお願いします。

2) 病状・症状について

- 病名、入院中の治療内容
- 今後の治療方針や治療日程、予後予測
- 主治医からの説明を聞いた本人や家族の反応（理解状況）
- 退院後の危機予測、急変時の対応・連絡先
- 退院後の薬（退院処方はいつまでか、その後の処方先や受診予定）



3) 今の本人の状況について

- 身体状況、ADL や認知機能の変化
- 入院中に行っていた支援（今はどのような支援が必要か）
例：食事形態や内容、排泄の情報
- リハビリの内容・強度や進み具合

4) 退院後の支援について

- 新たに必要になった医療行為・処置等
- 退院後の在宅生活での医療・介護の注意点、禁忌事項
例：O₂指示(増減)、麻薬を使うタイミング
- 退院後の介護サービスに関する主治医の意見
- 退院後の医療行為、処置等の情報、家族への指導内容
- 住宅改修や福祉用具等の選定についての意見、リハビリに関する指示
- 水分・食事制限や栄養指導内容

5) 本人と家族 それぞれの意向（ACP）

病気の進行によっても、刻々と思いは変わっていきます。繰り返し確認していきましょう。

がん患者の場合 は次のような情報も必要です

- ・告知内容（誰に、どのように告知されているか）・本人や家族はどのように受け止めているか
- ・外来での化学療法等の情報
- ・疼痛コントロール（薬）の情報
- ・主治医の見立て（治療を続けていくのか、緩和ケアに移行していくのか）
- ・最期の時をどこで迎えたいか
- ・どんな治療を望むか
- ・家族にどこまでの覚悟があるか（どこまで介護できるのか）