

病院

在宅

☆地域の資源を把握しておく

- 長久手市内介護保険サービス事業所一覧の活用
(長久手市ホームページにあり)

日頃からの備え

☆担当利用者・家族に、入院したら担当ケアマネに連絡するよう伝えておく

- 受診・入院時セットの準備 (クリアケース等に入れ、ひとまとめにしておく)
医療保険証・介護保険証・お薬手帳・かかりつけ医の診察券
家族の連絡先・ケアマネや訪看の連絡先(名刺など)
※薬の置き場所も把握しておく

☆どのような生活を送りたいのか、病気になった際にはどのような治療、最期を望むのか等について、本人・家族の意思を確認し、在宅チームで共有 (『わたしの思いをつなぐシート』・エンディングノート)
☆入院のリスクを考慮し、入院時情報提供書(案)を作成しておく

☆予定入院の場合は、入院前支援を行う

☆予定入院の場合には、連絡相談窓口を把握しておく

- 医療機関における連携窓口一覧の活用

(1) 「病院がケアマネを把握」または「ケアマネが入院を把握」どちらか早い方が3日以内に相手に連絡する (転院時も同じ)

☆介護保険証の確認

(ケアプランを作成している居宅介護支援事業所名等が記入されている)

- ケアマネに入院したことを連絡する
・入院期間の見込み、治療方針や予後等を連絡

☆情報収集

- ケアマネ・訪問看護より入院時情報の受け入れ
※ 入院時情報提供シートに受取日時・サインを記入し写しを返却

☆スクリーニング

退院支援の必要な患者の抽出

☆入院時カンファレンス (退院支援計画立案のための)

- 入院診療計画、退院支援計画の立案・作成
- 看護計画の立案 □介護保険申請の支援
- 本人や家族へ病状説明 (入院診療計画書の提示と説明)
- 退院に向けた本人や家族の思いや意向(ACP)、病状認識を確認
・退院 or 転院 or 施設

入院から概ね3日以内

(2) ケアマネ：入院時情報の提供

←入院時情報提供シート
『わたしの思いをつなぐシート』の活用

☆病院へ入院前の在宅生活の状態を伝える

- ・生活状況、介護力、本人や家族の意向 (ACP)
- 病院への要望事項があれば伝える
- 本人・家族へのICや入院時カンファへの同席
退院予定の連絡 退院前カンファの開催
退院前訪問指導実施の際の連絡 等
- 持参の場合は、病院に事前に連絡する

☆在宅のかかりつけ医・訪問看護・介護サービス事業所等に入院の連絡

- 訪問看護： 訪問看護サマリーの提供 (看護情報提供書)
- 訪問リハビリ： 訪問リハビリサマリーの提供 (リハビリ情報提供書)

☆カンファレンスの場を通じて

- 意思決定支援や退院支援計画立案に役立つ情報の提供 (生活状況・介護力・本人家族の意向 (ACP))
- 早期に退院支援の情報を共有する
治療方針、病状の変化、入院期間、退院日の目安
病気や症状による生活への影響の有無
退院後に必要となる医療処置・看護・リハビリ等
区分変更やケアプランの変更の必要性についての病院の見立て
- 訪問看護： 必要時、在宅主治医や連携室Nsと連絡を取る

(3) 入院中の患者情報を双方で共有し、相互に協力して退院に向けた調整を開始

◎転院時・施設入所時

- ケアマネに転院先 (入所先) を連絡
- 転院先(入所先) に、担当ケアマネについて情報提供
在宅での情報を引継ぐ (入院時情報提供シート・『わたしの思いをつなぐシート』)

◎転院時

- 入院時情報提供書は転院先に引き継がれないことが多いため
改めて情報提供書が必要か転院先と話し合う

◎施設入所時

- ケアマネが変わる場合は、新ケアマネに引き継ぐとともに
病院側にも伝える

☆退院支援

- 退院見込み「いつ、どこに退院 (転院) 予定か」について
決まり次第早めにケアマネ等に連絡する
- 退院カンファレンス・退院前訪問指導の必要性を判断
- 退院カンファレンスの開催(必要時)
- 退院前訪問指導の実施(必要時)
- 環境整備を行う専門職(訪問看護・リハ・栄養・介護)につなぐ

退院調整

☆収集した情報から在宅生活の見立てを行い、調整する

- 退院カンファレンスに参加
本人・家族の意向を確認し、介護サービスを調整
サービス事業者にも参加してもらう
- 退院に向けてのケアプランの作成
- サービス担当者会議の開催
- かかりつけ医に退院カンファの内容や新しいケアプランの報告
- 退院前訪問指導にできるだけ同行する
- 訪問看護： 退院カンファレンスに参加 □主治医の確認

(4) 退院時情報の提供

- 看護サマリー (病院で聞き取ったACP情報含む)
- リハビリサマリー □診療情報提供書 □訪問看護指示書
- 在宅サービスについての意見書等
- ケアマネへケアプランの提出を求める

退院

☆サービス提供開始

- 退院時の見立てと現状の相違を見極め、変化や見立てとの不一致を
早期把握できるように在宅チームに依頼、必要時ケアプランの見直し
- 病院へケアプランを提出
- ・モニタリング結果 (退院後の様子) をフィードバック