

諏訪地域の介護保険利用者等の入退院に関する医療・介護の情報共有例（実施主体別一覧）

A 入院前から介護サービスを利用している方の場合

時系列	病院の担当者の役割	ケアマネジャー又は入所施設担当者、訪問看護ステーション担当者の役割	本人・家族の役割
在宅時		○(ケアマネは) 本人・家族に入院セットの準備と、入院時の入院セットの持参及び電話連絡を依頼	○ 入院セット(医療保険被保険者証、介護保険被保険者証、担当ケアマネの名刺、かかりつけ医の診察券、お薬手帳)を準備
入院時	<p>【入院後速やかに（出来れば3日以内）】</p> <p>○本人・家族から(入院セット)の提示を受け、介護保険の利用の有無を確認した上で、本人・家族に担当のケアマネへ連絡(※)をするよう依頼</p> <p>※連絡が困難な場合は病院担当者</p> <p>○入院前のかかりつけ医に入院したことを伝え、診療情報提供書の提供(※)を依頼(電話等)</p> <p>※かかりつけ医の指示(紹介)による入院の場合は省略</p>	<p>【入院の連絡を受けたら速やかに（出来れば3日以内）】</p> <p>○病院担当者に入院前の医療・介護情報(別紙3-1「利用者情報共有シート」)を提供(持参、郵送、FAX等)</p> <p>※訪問看護ステーションは利用がある場合</p>	<p>【入院後速やかに】</p> <p>○ケアマネ又は入所施設の担当者に入院をしたこと、病院・病棟、入院理由等を連絡(電話)</p>
入院中	○ケアマネ又は入所施設の担当者に本人の入院中の容体や不安に感じていること、退院後の生活意向を情報提供(電話等)	○本人・家族・病院担当者から入院中の容体や不安に感じていること、退院後の生活意向、病状等について聞き取り(面談又は電話等)	
転院時	<p>【転院後速やかに】</p> <p>○本人・家族にケアマネ又は入所施設の担当者へ転院したこと、病院名・病棟、転院理由等を連絡(※)するよう依頼</p> <p>※連絡が困難な場合は病院担当者</p> <p>○(転院先病院は)かかりつけ医に連絡し情報共有に努める</p> <p>○転移元の病院は、転院までの間にケアマネ等から得た情報を、転院先の病院に引継ぐ(転棟の場合も同様)</p>		<p>【転院後速やかに】</p> <p>○ケアマネ又は入所施設の担当者に転院したこと、病院名・病棟、転院理由等を連絡(電話等)</p>

時系列	病院の担当者の役割	ケアマネジャー又は入所施設担当者、訪問看護ステーション担当者の役割	本人・家族の役割
退院見込時	<p>【退院見込みが決まったら速やかに（出来れば1週間前まで）】 ○(本人・家族、又は病院担当者は) <u>かかりつけ医、ケアマネ又は入所施設の担当者に退院予定日、病状・治療状況、ADL等を連絡</u>(電話)</p>		<p>【退院見込みが決まったら速やかに】 ○(本人・家族、又は病院担当者は) <u>かかりつけ医、ケアマネ又は入所施設の担当者に退院予定日、病状・治療状況、ADL等を連絡</u>(電話)</p>
	<p>【退院見込みが決まったら速やかに】 ○病院担当者、ケアマネ、介護サービス事業者、かかりつけ医(※)による <u>退院調整会議等を開催して、ケアプランの見直し、退院後の支援方針を決定</u> (入院前と状況の変化がある場合等 (利用者情報共有シート)の入院前のADLに変化「移動、食事、排泄、入浴、理解」等) ※かかりつけ医が出席できない場合は、かかりつけ医から指示書等により意見を聴取するほか、退院前からかかりつけ医に支援方針を連絡する等、情報共有を図る</p>		
退院時	<p>【受診時又は退院後速やかに】 ○<u>本人・家族にかかりつけ医へ診療情報提供書を提出するよう依頼</u>(※1) ○<u>本人・家族にケアマネ又は入所施設の担当者へ入院中の看護情報(別紙3-2「退院情報提供シート」(※2))を提出するよう依頼</u>(※1) ○かかりつけ医から看護情報(※2)の提供依頼があった場合は直接情報提供 ※1 連絡が困難な場合は病院担当者が提供(持参、郵送・FAX等) ※2 既存の看護サマリーによる提供も可、短期入院や入院前と容体に変化が見られない場合は省略可</p>		<p>【受診時又は退院後速やかに】 ○<u>かかりつけ医に診療情報提供書を提出</u>(持参) ○<u>ケアマネ又は入所施設の担当者へ入院中の看護情報(別紙3-2「退院情報提供シート」(※))を提出</u>(持参、郵送、FAX等) ※既存の看護サマリーによる提供も可</p>
退院後		<p>【退院後速やかに】 ○(ケアマネは) <u>居宅サービス事業所、病院、かかりつけ医にケアプラン(確定版)を提供</u>、及び退院後の生活情報を伝達(持参、郵送)</p>	
療養期	<p>○ケアマネ、入所施設の担当者、病院、かかりつけ医は、本人の容体の変化等について相互に情報共有(電話、訪問等)</p>		

B 入院前は介護サービスを利用していないが、退院後は介護サービスの利用が見込まれる方の場合

時系列	病院の担当者の役割	ケアマネジャー(予定者)又は地域包括支援センター等担当者の役割	本人・家族の役割
入院時	<p>【入院後速やかに】</p> <p>○<u>本人・家族への聞き取りや地域包括センター等に問い合わせ、介護サービスを受けていない方であること、及び主な支援者(キーパーソン)を確認</u>(面談)</p>		
入院中	<p>【介護が必要と認められた段階で】</p> <p>○<u>本人・家族に介護保険制度の概要説明</u>と、介護サービスの利用希望(在宅か、施設入所か等)や、退院後の生活意向を聞き取り(面談)</p> <p>※B・Cケースに該当する患者の基準(別紙4)に基づき、退院調整が必要かどうかを判断</p>		
退院見込時	<p>【退院見込みが立ち次第速やかに(出来れば1週間前まで)】</p> <p>○<u>本人・家族に居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター等へ退院予定日、病状、治療状況、ADL等を連絡(※)するよう依頼</u></p> <p>※連絡が困難な場合は病院担当者</p>	<p>【連絡を受けて速やかに】</p> <p>○<u>本人・家族に介護保険制度を説明し、介護サービスの利用希望(在宅か、施設入所か等)を聞き取り、併せて要介護認定申請の手続きを支援</u>(面談)</p>	<p>【退院見込みが立ち次第速やかに】</p> <p>○<u>居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター等に退院予定日、病状、治療状況、ADL等を連絡</u>(電話)</p>
以降は「A 入院前から介護サービスを利用している方の場合」と同じ手順			

C 退院後に介護サービスの利用は見込まれないものの、地域による見守りや相談等が必要と見込まれる方の場合

時系列	病院の担当者の役割	地域包括支援センター等担当者の役割	本人・家族の役割
入院時	<p>【入院後速やかに】</p> <p>○本人・家族への聞き取りや地域包括センター等に問い合わせ、介護サービスを受けていない方であること、及び主な支援者(キーパーソン)を確認(面談)</p>		
入院中	<p>【地域による見守りや相談等が必要と認められた段階で】</p> <p>○本人・家族に地域による見守りや相談等の支援策について説明のうえ、地域包括支援センター等へ連絡(※)するよう依頼</p> <p>※連絡が困難な方は病院担当者</p> <p>※B・Cケースに該当する患者の基準(別紙4)に基づき、退院調整が必要かどうかを判断</p>		<p>【地域による見守りや相談等が必要と認められた段階で】</p> <p>○地域包括支援センター等の担当者に退院予定日、病状、ADL等と地域による見守りや相談等について連絡(電話)</p>
退院後		<p>○本人・家族に見守り・相談等の支援(面談、電話等)</p> <p>○必要に応じて本人の様子、相談内容等を病院やかかりつけ医に伝える</p>	