

# 【入院時支援における病院 & ケアマネジャーの連携・協働ゆるいルール】

## 病院の役割

## ケアマネジャーの役割

(ケアマネジャー:「CM」と表記する)

1. 入院～退院支援のプロセスを構築
2. CMからの情報が意味深いことを院内で周知

医療被保険者証と併せて介護保険被保険者証を確認する

○入院事務 もしくは、病棟看護師が情報収集時確認

### 【入院時情報収集～退院支援の必要性をアセスメント】

- 退院調整部門
  - ・CMと病棟看護師と三者で情報共有 (CM来院予定も事前確認)
  - ・病棟看護師へ、現状から先を予測するための問いかけをする (例: 内服管理、排泄ケアの状況など)
- 病棟看護師
  - ・入院時情報収集: 入院前の暮らしぶりを知る
  - ・CMと情報共有
  - ・医療情報から退院時の状態像を予測する
  - 医師へのアプローチ、退院調整部門との協働

1. **多職種カンファレンス (病棟で定期開催)**  
チームで議論する必要性を検討  
**必要時、CMにも参加を打診**
2. 利用者・家族の病状理解や生活上のイメージを共有 利用者・家族が選択・心構えが出来るよう支援
3. 退院前カンファレンスの必要性を検討

※「退院支援・在宅医療移行のフローチャート改変版」参考

出典: 松下正明監、財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構編『チームで行う退院支援—入院時から在宅までに医療・ケア連携ガイド—』

在宅療養

入院

「病院がCMを把握」または「CMが入院を把握」のどちらか早いほうが相手にアプローチ

7日以内

退院決定まで

退院決定～退院

在宅療養

契約時から、利用者・家族へ説明

1. 病院との連携の重要性…「入院したら連絡下さい」
2. かかりつけ医・病院に必要な情報を提供する
3. 医療被保険者証と介護保険被保険者証は一緒に携帯する

### 【入院時情報共有】

- 緊急入院の場合は必ず実施
- 予定短期入院(検査等)の場合は、必要か否か事前に確認
- 事前アポイントメントの上で訪問…「退院調整部門」を窓口  
→入院時情報提供用紙+ケアプラン3表を持参

### 【入院時連携の機会を有効活用】

- 入院時情報提供は早い時期でも良いが、「病状経過の見通し」は入院後早期には予測出来ない可能性が高い。一定の経過観察の意味でも、「7日以内」に「退院に向けた見通しと方向性共有」をなるべく訪問で行う。

→必要時「病状説明」「多職種カンファレンス」に同席・参加

- 利用者・家族の暮らしや思いを共有
- 入院中の看護・医療にポイントになる部分(コミュニケーション方法、利用者の「ありたい姿」)を重点的に共有
- 退院前カンファレンスの必要性を検討