

東区コンセンサス 連携から協調へ

vor1.5

～入退院時のシームレスな連携・協調を目指して～

1. 入院後早期から連携をとろう

医療機関側は、入院前の様子を知るため、早期に、ケアマネジャーからの情報を必要としています

2. わかった側から、連絡をいれよう

＜ケアマネジャーの皆様へ＞

- ・普段から、本人・家族に以下の点を お話しておいてください
「入院した場合、ケアマネジャーにも連絡してください」
入院時に、「誰がケアマネジャーなのかを、病院側に伝えてください」
(保険証、介護保険証、かかりつけ医の診察カード、ケアマネジャーの名刺、おくすり手帳などを一緒にしておく、等の工夫を伝える)
- ・「入院前の様子」、「ケアプラン」、「自宅環境」、「退院調整に向けてのお願い」などを、できるだけ書面¹⁾で医療機関の窓口²⁾に伝えましょう
 - 1) 入院時情報提供書東区版
 - 2) 病院入院時窓口一覧表東区版参照
- ・入院時の病状を知り、再度、適切な時期に患者さんを訪問し状態確認をしましょう

＜かかりつけ医の皆様へ＞

- ・要支援、要介護の患者さんを紹介入院した場合、病院にケアマネジャーと居宅介護支援事業所名を伝えましょう
- ・ケアマネジャーにも、紹介入院をした、医療機関名を伝えましょう

＜入院先医療機関の皆様へ＞

- ・担当ケアマネジャーが誰かを把握し、ケアマネジャーに連絡しましょう

3. 退院の目途がたったら、すぐにケアマネジャーに連絡しよう

ケアマネジャーは、退院後の在宅サービス調整には2-7日間は必要としています
遅くとも退院前にはケアマネジャーに連絡をしてください

＜入院先医療機関の皆様へ＞

- ・入院前と退院時で、ADLの悪化など介護度が增加する場合は、退院前カンファレンスを開催しましょう