

2 入退院支援における病院とケアマネジャーの連携 ～②新たに介護保険を利用する(担当CM*がない場合)～

*CM:ケアマネジャー

目的	病院の役割	時期	ケアマネジャーの役割
<p>支援対象の選定および連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●入退院支援対象者を把握 自宅に退院予定で「連携の基準」(*)に該当する方 ●本人・家族に介護認定について説明 ●地域の相談機関と今後の支援方針を協議 ・明らかに要介護と予測される場合 ⇒居宅介護支援事業所へ ・要支援、または家族関係に課題・虐待・生活困窮者等、退院後の生活に不安を感じる等の場合 ⇒地域包括支援センターへ <p>-----</p> <p>(※)「連携の基準」は以下のとおり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○立ち上がりや歩行に介助・補助具(手すりを含む)が必要 ○食事に介助が必要 ○排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中 ○認知症の周辺症状や全体的な理解の低下 ○在宅では、独居かそれに近い状況で、買い物、調理や掃除など身の回りのことに介助が必要 ○(ADLは自立でも)がん末期の方、新たに医療処置(経管栄養、吸引、透析、インスリンなど)が追加された方 ○退院後続けて受診が必要であり、受診に介助や往診が必要 ○肺炎や、病状の悪化による入退院の繰り返し ○その他、家族関係に課題・虐待・生活困窮者等、退院後の生活に不安を感じる時 	<p>入院</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●病院からの相談を受ける 介護保険の契約、介護認定、サービス決定の手続きを行う。 <p>-----</p> <p>手続きに必要な期間等は以下のとおり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○契約(仮契約)からサービス決定まで1～2週間(サービスの種類、量により変わる) ○介護認定の結果が出るまで約1か月 なお、介護認定決定までは利用できるサービス量が確定しない。 ○早期にCMを決定できれば、外泊・外出時の訪問から調整が可能 <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> ●介護保険以外の対応の可否を検討し、病院へ返答する 病院から連絡を受けた「地域包括支援センター」または「居宅介護支援事業所」は、患者・家族の概要を確認して、病院訪問等対応を検討して、病院へ返答する。
<p>基本情報の共有 (<u>処遇困難ケースの支援</u>)</p> <p>(<u>転院を見越した情報共有</u>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●CMとの面談、情報提供 「これまでの経過と、入院の理由」 「在宅療養に向けてどのようなことが課題と考えられるか」 「家族や支援者の状況」等 について ●必要時今後の支援方針を検討 独居、ターミナル期など処遇困難ケースは早期から情報共有(方法は問わない)し、必要時カンファレンス等を開催して、今後の支援方針を検討する。 	<p>CM病院訪問</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●本人・家族の面談、病院担当者との面談 ・病状、本人・家族の在宅療養に対する思い等聞き取る ・介護保険制度やサービスの利用に関する説明をする ●必要時今後の支援方針を検討 処遇困難ケースは早期から情報共有(方法は問わない)し、必要時カンファレンス等に参加して、今後の支援方針を検討する <p>※病院担当者との面談においては【ケアマネジャーの役割と退院支援のための情報共有のお願い】(様式2)を活用して、その必要性を説明する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●サービス利用の合意が出来れば契約(申請中の場合は仮契約、介護認定決定後に本契約)
<p>退院に向けた情報共有 (リハビリ関連情報の収集) (在宅療養支援の見立て) (支援計画の立案)</p>		<p>治療中から 退院決定まで</p>	
<p>退院前カンファレンスの調整</p>			
<p>退院前カンファレンスの開催 (在宅療養支援方針決定のための情報共有)</p>	<p>①介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合を参照</p>	<p>退院決定～退院</p>	<p>①介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合を参照</p>
<p>退院時の情報共有 (転院先への情報提供)</p>		<p>(転院)</p>	
<p>在宅療養支援の情報共有</p>			
<p>入退院支援の振り返り</p>		<p>在宅療養</p>	

新たに追加修正したところに下線を引いています。