



6)「入院中の調整・連携」に関する留意事項

(1) ケアマネジャーから提供された情報の活用について

ケアマネジャーから提供された情報は、病院内スタッフで共有し、退院支援調整に役立てましょう。

(2) 本人や家族の退院後の生活の希望等の把握と共有について

<病院スタッフ>

- ・本人がどう暮らしたいかを話せるよう支援しましょう。
- ・本人や家族の生活の希望や、どこに帰りたいかなど退院後の生活への思いを話せるよう支援しましょう。
- ・本人の希望を叶えるために、家族や病院スタッフがと今後の支援の方向性や内容について共有しましょう。
- ・本人や家族の思いは、病状や心境の変化などにより変わることがあります。状況に応じて、本人や家族の思い、退院後の生活について確認しましょう。
- ・本人や家族の思いの変化を把握した場合は、意思・希望を確認した上で話し合いの場を設定し、情報と今後の支援の方向性や内容について共有しましょう。

<ケアマネジャー>

- ・必要に応じて、本人や家族から「入院治療計画書」の内容を把握しましょう。
- ・必要に応じて、入院中に訪問し、本人や家族の意向を確認しましょう。

(3) 病状が大きく変化した場合のケアマネジャーへの情報提供について

- ・転院や死亡、病状が大きく変化した場合は、病院スタッフからケアマネジャーへ連絡しましょう。
- ・ケアマネジャーは、病院スタッフと今後の情報共有の方法等について協議しましょう。

(4) 家屋調査について

- ・病院スタッフは必要に応じて家屋調査を行い、家屋調査を行う場合は退院前カンファレンスの前に行いましょう。
- ・病院スタッフが家屋調査を行う場合は、予めケアマネジャーに連絡しましょう。
- ・ケアマネジャーは、必要に応じて家屋調査を依頼したり、参加したりしましょう。また、家屋調査の際は町の担当者・福祉用具等の関係者に声をかけましょう。
- ・ケアマネジャーは、必要に応じてリハビリを見学しましょう。