

船橋市における 在宅医療・介護連携の心得

高齢者等がいつまでも住み慣れた地域で安心して暮らしていくためには、地域包括ケアシステムを構築することが急務であり、在宅医療の推進が重要となります。医療・介護がこれまで以上に連携し、情報の共有を図り的確で迅速な対応を行うことこそ近道と考えます。

そこで、船橋在宅医療ひまわりネットワークでは、医療・介護連携を円滑に行うべく、医療・介護関係者の皆様から入退院における困りごとを聞き、これを解決するために必要な約束事を「心得」と位置付け、基本的な行動等を明示することといたしました。

そして、この「心得」作成の主たる目的は、本人が希望する生活が送れるよう、できる限り在宅に戻ることを叶えることにあります。

私たちは、看取りも含め本人が望む暮らしができるように、『生きるため』の生を見つめ、尊厳を持って生きられるよう支援や環境づくりを行うことを目指します。

この心得が皆様の連携のあり方を考える一助となれば幸いです。

平成28年3月

船橋在宅医療ひまわりネットワーク

代表 玉元 弘次

副代表 杉田 勝 (顔の見える連携づくり委員会リーダー)

※・この心得では「本人はすでに介護認定を受けており、ケアマネジャーがついていること」が前提となっております。

・本文①～④⑥までの数字は、別添の心得フローと連動しており、数字の色は在宅側（医療…青色、介護…桃色、本人・家族…緑色）、病院側…紫色、共通項目…橙色の5色で示しています。

この心得で言う

- ・在宅側とは…かかりつけ医(歯科医含む)、薬剤師、訪問看護師、ケアマネジャー、ヘルパー、リハ職、介護サービス事業者など、在宅療養や施設入所等で本人と直接関わる職種の方々を指します。
- ・かかりつけ医とは…通院や訪問診療を含め、普段本人が主にかかるクリニック等の医師を指します。
- ・病院側とは…病院勤務の様々な職種の方々を指します。問合せ先など各病院によって様々であるため、この心得の中ではあえて限定しておりません。
- ・本人とは…介護サービス利用者本人や患者本人を指します。

この心得についてご意見等ございましたら下記のお問合せ先までご連絡下さい。

お問合せ先

船橋在宅医療ひまわりネットワーク事務局（船橋市役所 地域包括ケア推進課内）

〒273-8501 千葉県船橋市湊町2丁目10番25号

電話：047(436)2354 FAX：047(436)2409

事前準備

- ① 病院側・在宅側は、ICT（例：船橋市在宅医療・介護連携支援用患者情報共有システム）等を常日頃から活用し、情報共有を心がけましょう。
- ②② 本人・家族は、在宅医療についてどのようにしていきたいのか話し合っておきましょう。また、かかりつけ医は在宅医療について本人・家族に意思確認をしておきましょう。
- ③ 病院側は、在宅医療・介護連携における連絡窓口を決めておき、円滑な連携となるよう心がけましょう。
- ④ 本人・家族は、かかりつけ医やケアマネジャーと常日頃から連絡を取るなど、困りごとや不測の事態に備えられるようにしましょう。
- ⑤ ケアマネジャーは、本人・家族に自分の所属と名前を覚えてもらい、入院した場合は、病院にケアマネジャーが誰であるかを伝えてもらうように話しておきましょう。
- ⑥ ケアマネジャーは、本人の在宅での生活状況等をしっかりと把握し、入院した場合は出来る限り迅速に病院へ情報提供できるように、準備しておきましょう。また、個人情報各関係者へ提供することについて本人・家族に説明し了承を得ておきましょう。
- ⑦⑦ かかりつけ医・訪問看護師は、個人情報を各関係者へ提供することについて本人・家族に説明し了承を得ておきましょう。また、治療に対する本人・家族の意思を確認しておきましょう。
- ⑧ 本人・家族は、治療や介護サービスに関する個人情報について、医療・介護関係者で共有することに同意とご理解をお願いします。
- ⑨⑨ 在宅側は、本人・家族がどのように病状を受けとめているのか、今後どのような思いを描き、過ごしていきたいのかを確認しましょう。
- ⑩⑩ 在宅側は、本人の家屋（療養場所）の状況を確認しましょう。
- ⑪⑪ 在宅側は、本人が入院した場合の速やかな連携のため、情報ツール（例：ひまわりシート・救急医療情報キット※）の利用を推奨するなど、常日頃から準備を働きかけ、入院時に持参するよう協力を呼びかけましょう。
〔※重要な医療情報をコンパクトに収納し、病院側に確実に伝える救急医療情報キットです。緊急事態に本人・家族に代わり医療情報を病院側に確実に伝えることができ、適切な処置が速やかに受けられます。〕
- ⑫ 本人・家族は、病状が急変した時などに急遽病院にかかる際、現在の状況等慌てず正確に伝えることの出来る情報ツール（例：ひまわりシート・救急医療情報キット）に必要事項を記載しておきましょう。書き方が分からないときはケアマネジャーやかかりつけ医などに相談しましょう。

入院直後

- ⑬ 病院側・在宅側は、本人が在宅に戻ることを前提とした対応を心がけましょう。
- ⑭ 病院側は、本人が入院した場合は、ケアマネジャーやかかりつけ医が誰なのかを本人・家族に確認しましょう。そして、入院したことを家族からケアマネジャーに伝えてもらいましょう。また、家族が連絡することが出来ない場合は、病院側から連絡しましょう。
- ⑮⑮ ケアマネジャーや家族は、本人が入院した場合は必要に応じてかかりつけ医や薬剤師・訪問看護師に連絡しましょう。

- 16 かかりつけ医・薬剤師・訪問看護師は、必要な本人の情報を病院に伝えましょう。
- 17 ケアマネジャーは薬剤師と連携し、本人に処方されている薬の情報を把握し、連携シート等に記載して病院に情報を伝えましょう。
- 18 ケアマネジャーは、連携シート等を用いて本人の既往歴・ADL・家族情報等の情報を、病院の連携窓口に速やかに伝えましょう。
- 19 病院側は、本人・家族から情報を得たときは、必要に応じて在宅側の職種に情報を提供する旨の説明を行い、承諾を得るよう心がけましょう。
- 20 病院側は、本人が入院した場合、可能な限り退院支援スクリーニングを行いましょ。早期に必要な性を判断することで円滑な支援や連携に繋がります。
- 21 病院側・在宅側双方は、退院後の生活を送るにあたり、何が問題となるのか、課題を抽出し検討を行いましょ。
- 22 病院側・在宅側双方で連携を密にし、本人の退院支援を円滑に行えるようにしましょ。

入 院 中

- 23 病院側・在宅側は、本人が在宅に戻ることを前提とした対応を心がけましょ。
- 24 全ての関係者は、退院後の生活について目標を設定し、情報共有をするための合同カンファレンスに参加しましょ。
- 25 病院側・在宅側双方は、入退院時の医療・介護の連携を密に行うようにし、本人が安心して生活できるようにしましょ。
- 26 26 連絡等の窓口については、在宅側はケアマネジャー、病院側は地域連携室等であることをお互いに認識し、連絡を取り合いながら連携を深めましょ。
- 27 病院側は、本人・家族の思いの変化は常にあると考え、状況とともに確認・把握しておきましょ。思いに変化が生じた場合は意思を確認し、今後どのようにしていきたいか希望をしっかりと聞いたうえで、話し合いの場を持ち情報の共有を図りましょ。
- 28 本人・家族は、在宅療養やそれに伴う治療方針について、自分自身の気持ちや疑問等、病院医師や看護師、ケアマネジャー等に話してください。解決に向けどのようにしたら良いか一緒に検討することが出来ます。
- 29 ケアマネジャーは、在宅に帰る準備として調整が必要と考えられる場合は、病院側に退院時カンファレンスの開催を要望しましょ。
- 30 病院側は、本人の希望を家族へ正確に伝え、家族に協力を依頼しましょ。
- 31 病院側は、本人の病状や日常のケアや、在宅時に起こり得る異常・緊急時の対応等を本人・家族に対してしっかりと説明し、在宅での療養生活の理解を得られるようにしましょ。
- 32 病院側は、在宅移行の検討等を行うため、速やかにかかりつけ医やケアマネジャーに連絡を取り、必要に応じて可能な限り退院時カンファレンスを開催しましょ。また、開催困難な場合でも、在宅側への情報提供を行い、病院と在宅側で情報を共有し、本人のケアや支援が円滑に行えるよう心がけましょ。

- 33 33 病院側は、本人の退院時カンファレンスを行うこととなった場合には、本人やその家族に、可能な限り同席してもらうようにしましょう。
- 34 病院側は、本人・家族に丁寧な説明を心がけましょう。医療に関する用語は難しく、聴きなれない言葉は分からないものです。詳しく説明を行い、十分な理解を得られるようにしましょう。また、説明した内容がいつでも確認できるように明文化し、本人・家族にも渡しておきましょう。

退 院 に 際 し て

- 35 35 病院側は、本人の退院日を家族に伝えましょう。そして、退院することを家族からケアマネジャー等に伝えてもらいましょう。また、家族がケアマネジャーに連絡することが出来ない場合は、病院側からケアマネジャー等に連絡しましょう。
- 36 病院側は、本人・家族が病状等をどの程度理解し、受け止めているのかを確認しましょう。また、抱えている課題があれば解決に向け検討を行いましょう。
- 37 病院側は、本人・家族に、退院後の生活における注意事項について説明を行うとともに、在宅側とそのことを共有しましょう。
- 38 本人・家族は、疑問に思うことや説明が分からないときは、遠慮なく聞いて退院後の生活に備えましょう。分からないままにしておく、不測の事態が発生したときに円滑な対応が出来なくなります。
- 39 病院側は、入院中及び退院時の処方箋等について、お薬手帳への記載を行うようにしましょう。そして、薬剤の二重処方を避けるためにも必要に応じて処方した旨を在宅側に連絡しましょう。
- 40 病院側は継続した看護等が必要だと考えられる場合、情報共有の架け橋であるサマリー（看護情報提供書）を活用し、在宅側へ情報を提供するよう心がけましょう。
- 41 ケアマネジャーは、カンファレンスから得た情報や病院側からのサマリー等の情報を活用し、ケアプランを作成しましょう。また、作成したケアプランは必要に応じて病院に提供しましょう。

退 院 後

- 42 ケアマネジャーは、必要に応じて退院後の本人の経過を病院に連絡し、在宅側と病院側双方で情報を共有しましょう。
- 43 43 在宅側は、本人が在宅に戻った際に、再度今後の療養方針について本人・家族の意思を確認しましょう。
- 44 44 44 在宅側は、本人・家族に対して、情報ツール（例：ひまわりシート・救急医療情報キット）を再度現在の状況に合わせて、本人・家族と一緒に記載内容を見直し、いざというときに備えてもらいましょう。
- 45 病院側は、緊急時の受入対応や問合せ窓口等明確にしておき、緊急入院が必要となったときに迅速に対応できるよう心がけましょう。
- 46 本人は、最後まで自分らしく生活できるよう、出来ることは自分自身で行うようにしましょう。また、家族や在宅側はそれをサポートしましょう。