

「在宅医療と介護連携シート」の運用方法について

1 目的

患者・利用者の在宅療養生活を支えるために、患者・利用者の状態の変化等に応じて、医療・介護関係者間で速やかな情報共有が行われること。

2 使用のタイミング

(1) 退院する場合

- ① 医療機関側からの医療情報提供書、退院時共同指導・介護支援連携指導記録及び看護サマリーの様式を優先する
- ② ADL等状況書の添付やケアプラン（第4表サービス担当者会議、第5表居宅介護支援経過）への記載を優先する
- ③ ①②が無い場合に6項目を補完するシートとして誰もが利用できる
- ④ 訪問看護などが導入されておらず、医療情報等が不足している場合に活用
- ⑤ 訪問看護ステーションの方からの問い合わせや調整の要望時に活用
- ⑥ 東海大学病院では、ケアマネジャーから要望に応じて服薬状況を記載するため、確認不足が生じた場合に活用

(2) 在宅療養する方で、身体状態や医療情報に変化があり、居宅サービス計画だけでは不足する情報がある場合

- ① 主治医との連携には主治医・ケアマネジャー連絡票を使用する
- ② 東海大学病院として、ケアマネジャーの問い合わせには、本人の同意書や診察券が必要であり、必要な事は患者自身が外来で口頭確認をとるか、ケアマネジャーの同席が望ましい

3 対象者

- (1) 入院中の方
- (2) 在宅療養中の方

4 作成者

ケアマネジャー、訪問看護、サービス事業者、病院関係者

5 運用開始

平成30年3月