

変化を
チェック!

“おかしいな、いつもと違うな”と思った時には、一人で抱えず、相談を。
毎月の訪問の際にも利用者の変化をチェックし、早めに気づきましょう。



STEP 1 医療ニーズが高いと思われる利用者像をチェックしましょう

1 医療機器等を装着している状態である

医療的処置が必要な人

- カテーテルの留置(膀胱、腎、胆管も含む)
- 経管栄養チューブの使用 胃ろうの使用
- 気管カニューレの装着 人工呼吸器の使用
- 在宅酸素療法の使用 たん、唾液の吸引
- ストマの装着(大腸・尿路) 中心静脈栄養、持続点滴
- インスリンの自己注射
- がん性疼痛のコントロール(注射・内服等) 腹膜透析

皮膚・爪のケアが必要な人

- 皮膚に問題がある(褥瘡、潰瘍、熱傷など)
- 足の状態に問題がある(不潔、著明なむくみ、皮膚の色が悪い)
- 足の傷が治らない
(傷がじくじくしている、白癬が化膿している、熱感がある)
- 爪に問題がある(陥入爪、感染など)

2 感染症がある

- 疥癬 MRSA感染 尿路感染を繰り返している
- 結核治療中である 肺炎を繰り返している
- AIDS その他の感染症



3 認知症がある

- 認知症の症状コントロールが困難
- 家族が疲弊し支援が必要
- 病状変化がつかみにくく日頃の観察が必要
- 排泄コントロールが必要



4 指定難病・慢性疾患がある

- 病状悪化に伴い、入退院を繰り返している 糖尿病
- 指定難病(神経難病、膠原病など) 腎臓 心臓
- 肝臓 肺(慢性閉塞性肺疾患、結核など) 精神疾患

5 退院後の療養生活に不安がある

- リハビリを必要としている 日常生活に障害がある
- 再発、進行のリスクが考えられる
- 本人の理解力が不十分
(服薬、生活リズム、生活の仕方など生活全般)

6 ターミナルステージにある

- 本人がターミナルステージにあることを理解していない
- 家族がターミナルステージにあることを理解していない
- 状況を理解しているがケアに不安を感じている
- 本人の「穏やかな最期を迎えたい」意思が不明確
- 家族の「穏やかな最期を迎えたい」意思が不明確

7 口の中・食べることに課題がある

- 食事が低下した 食べるものの好みが変わってきた
- 食べ方が遅くなった 口の中に食べ物が残る
- お茶や汁物でむせる

8 状態が変化し、在宅療養生活に支障がある

- 転倒し、打撲、骨折で臥床状態にある
- 急な病状変化で不安がある
- 急に閉じこもり、うつ状態にある 排泄コントロールが必要
- セルフケアの支援が必要

STEP1で、チェックが増えてくる場合は、要注意!

相談先をあらかじめ決め、すぐ対応できるよう備えておきましょう!

※主治医・在宅医療連携拠点・訪問看護ステーションなど

STEP 2 さらに利用者の背景をチェックしましょう

- 独居である 介護者の理解が不良である 介護者の疲弊が予測される
- 24時間365日対応するような状態である 家族背景・経済背景などに何かしらの事情がある
- 服薬状態の確認や残薬確認が必要である 虐待などを含め介護状態に問題のある可能性がある

令和3年3月 改訂版発行

発行:横浜市医療局地域医療課 横浜市中区本町6丁目50番地の10市庁舎17階

TEL045-671-2444 FAX 045-664-3851



ケアマネジャーのための

入院・退院サポートマップ



目的 疾患がありながらも住み慣れた在宅でその人らしく暮らしていくために、
病院からの移行期において、患者に関わる医療・介護関係者が連携し、情報
共有を円滑にすすめるための入院・退院サポートマップを作成しました。

入院・退院サポートマップをケアマネジャーが使うことで、必要な医療情報につ
いて病院等と共有し、患者・家族への適切な支援や退院後の在宅生活に向けた準備などの
対応がスムーズになります。

使い方 入院・退院サポートマップと
入院時・退院時情報共有シートとセットで使います。

<p>1</p> <p>入院・退院 サポートマップの 流れを確認</p> 	<p>2</p> <p>入院が決まった 時から病院との 連携を開始</p> 	<p>3</p> <p>入院時・退院時 情報共有シートの 活用</p> 	<p>4</p> <p>項目に チェックしながら、 もしなく退院調整</p> 	<p>5</p> <p>退院後の生活も 定期的にCheck</p> 
---	--	--	---	--

ケアマネジャーのみなさんへ

- ♥ 日々の気づきを発信しましょう
「どうしたのだろう、いつもと違う、あれ、おかしいな」
そう感じたら遠慮せずに専門職に伝えましょう
- ♥ 判断に困ったら気軽に相談できる人(専門職)を持ちましょう
- ♥ 退院調整を一緒にサポートできる人を持ちましょう



入院・退院サポートマップ、入院時・退院時情報共有シートのダウンロードはこちらから
横浜市医療局 在宅医療
<https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/kenko-iryo/iryo/zaitaku/taiinchouseitool.html>



様のサポートマップ

- 入院セットを準備しておきましょう
 - 緊急時連絡先をメモしておきましょう
 - 家族等に「入院したら、すぐにケアマネジャーに連絡を」と伝えましょう
 - ※脳血管疾患ケアサポートガイド～医療・介護連携ケアパス～も参考にしましょう
- ダウンロードはこちら <https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/fukushi-kaigo/koreisha-kaigo/care-system/keasapo-togaido.html>

チェック
しましょう

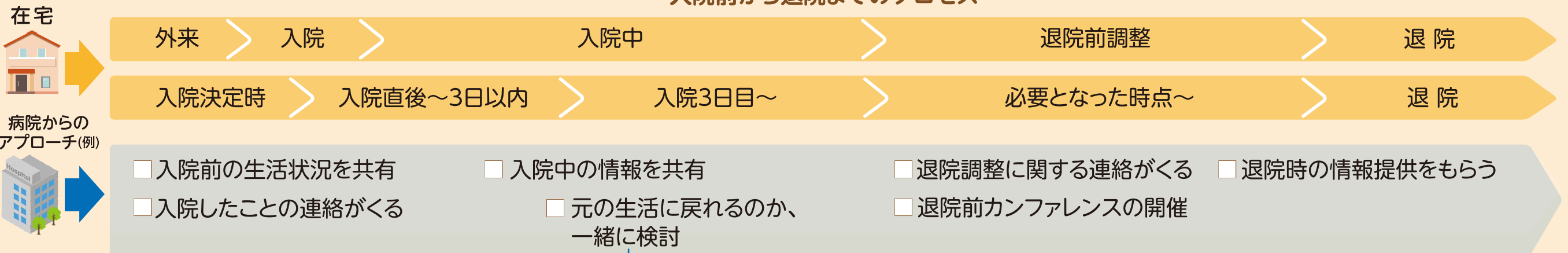


ケアマネジャーの動き

実施 内容	<input type="checkbox"/> 在宅での様子等を 情報提供しよう	<input type="checkbox"/> 患者・家族の状況を 把握しよう	<input type="checkbox"/> 本人・家族と面談 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書・サービスの調整 <input type="checkbox"/> 退院前カンファレンスの日程確認	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議を実施 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの開始手続き <input type="checkbox"/> 退院後の情報提供
	連絡先 TEL: _____ 担当	TEL: _____ 病棟 担当	TEL: _____ 担当	退院後の 相談先 主治医 _____ 在宅医療連携拠点 _____ 地域包括支援センター _____
	必要 書類	<input type="checkbox"/> 入院時情報共有シート	シートは すみやかに 提出して ください	<input type="checkbox"/> 退院時情報共有シート <input type="checkbox"/> その他、多職種間連携で共有が必要な書類の確認

在宅

入院前から退院までのプロセス



すぐには在宅に戻れない場合は…

上記の※脳血管疾患ケアサポートガイドも参考にしましょう

病院は
こんな風に
思っ
て
いるみたい

退院前の病状説明時に
ケアマネジャーと情報の共有をしたい

➡ 退院前の病状説明の日程・
退院日を確認しましょう

患者の日常生活の様子を病院は知りたい
(本人・家族の同意あり)

➡ 患者が今までどんな生活をしてきたか等、
病院はわからないので、患者の生活をみる
視点を病院スタッフに伝えましょう

病院に何か聞きたいことがあるときは、
要点を整理してから、連絡をもらえるとわかりやすい

➡ 事前に予約を入れてから、
明確に用件を伝えましょう

聞きたいことを病院にわかりやすく
伝えるためには

- ➡ (1) 相談したい点がいくつあるか
- ➡ (2) 結論・まとめを先に言う
- ➡ (3) 曖昧な表現をしない

具体例

△さんの担当の●●事業所の
ケアマネジャー××です。
△さんの※※の件で■分程度
お時間ありますか？



△さんの件で伺いたい
ことが◎点あります。
何時頃ご連絡したら
宜しいでしょうか。