

あなたを支える医療と介護の専門職

病院の専門職



病院医師

退院後の治療などは、かかりつけ医や訪問診療医と連携します。介護保険申請や要介護認定区分の主治医意見書等の対応をします。



看護師・相談員

入院中や退院後の療養生活で不安なことは、病院の医療連携室（相談室）に早目にご相談ください。



リハビリテーション専門職

退院後も転倒予防や食べる機能の改善、再入院予防のための運動を継続して行いましょう。



管理栄養士

治療やからだの状況、退院後の食生活に合わせて適切な食事量や食事の提案をします。地域のかかりつけ薬局にいる場合、管理栄養士と連携できます。



薬剤師

かかりつけ薬局の薬剤師と処方薬について、情報共有できます。

在宅療養を支える専門職



かかりつけ医

病院の担当医や地域の専門職と連携し訪問診療や外来治療を行います。



訪問看護師

定期的に訪問し退院指導の内容を維持していけるよう援助します。



薬剤師

病院薬剤師と在宅療養時の服薬管理について情報交換し、患者さんをサポートします。



訪問リハビリテーション専門職

生活の中でできていること、できないことからリハビリ目標を決め一緒に取り組みます。



ヘルパー

生活援助・身体介護のサービス提供により生活を支えます。



歯科医

訪問歯科診療で口腔ケアや嚥下について相談に応じます。



管理栄養士

医師の指示のもと病院の管理栄養士と連携し患者さんの食事をサポートします。

福祉・介護・医療等の相談および情報サイト

- 最寄りの在宅介護支援センターや介護保険・認知症・在宅医療・障害福祉情報・医療機関検索などは、QRコードまたは品川区ホームページから「介護・在宅医療・障害福祉情報」サイトをご覧ください。

<https://shinagawa.kaigoweb.jp/>



主な連絡先などを記載しましょう

ケアマネジャー

事業所名：

担当者名：

TEL：

FAX：

かかりつけ医

診療所名：

担当者名：

TEL：

FAX：

入院先の担当者

病院名：

担当者名：

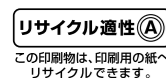
所属名：

TEL：

FAX：

※在宅療養生活について詳しくは『よくわかる在宅医療&介護』ガイドブックをご覧ください。

発行 品川区福祉部福祉計画課 ☎03-5742-9125 FAX03-5742-6797 令和5年11月 協力 品川区医療と介護連携地域ケアブロック会議



退院後の安心な暮らしのために

緊急入院・予定入院となった、療養中のご本人・ご家族の方へ

入院はご本人・ご家族にとって不安が多いものです。退院後、からだの状況によっては、これまでどおりの生活を送ることができない場合があります。退院後も安心して生活ができるように、入院後の早い時期から、医療や介護の支援スタッフに退院後の生活のことを相談しておきましょう。

あなたの担当ケアマネジャーがいると安心です

高齢者の方が在宅で介護を受けながら生活する場合、ご本人やご家族と相談しながらケアプランを作成したり、介護サービス事業者との調整を行うのが、ケアマネジャーです。

担当のケアマネジャーはいますか



いる

いない

入院することを **担当ケアマネジャー** に **連絡** しましょう。
落ち着いたら、退院後の生活についても相談しましょう。
担当ケアマネジャーに入院したことを連絡すると、利用していた介護サービスの一時中止の手続きや病院と退院後の生活について調整などを行います。

かかりつけ医が決まっている方や訪問診療・訪問看護を受けていた方は、入院したことを **医師** に **連絡** しましょう。
 退院後、医療や介護の支援が必要になる場合があります。退院後の生活に向けて、入院中にお近くの **在宅介護支援センター** に **連絡** し、相談しましょう。

連絡 のときに伝えること

- 入院した病院名・病棟名・病院の連絡窓口の名前など
- 緊急入院の場合は、症状の様子など

入院から退院については、**中面**をご覧ください

〈入院にあたって〉

- 病院にはお薬手帳と、ふだん使っている入れ歯や補聴器を専用の容器に入れて持っていきましょう。
- 入院後は、身体機能や認知機能が低下する可能性があります。それをふまえて、入院当初から、退院後はどこで療養生活を過ごすのか考えておく必要があります。相談が必要なときは、担当ケアマネジャーや入院先の医療連携室（相談室）、在宅介護支援センターに相談します。

入院から退院までのながれ

入院早期・治療開始

治療の安定期から退院に向けての準備

退院時から退院後約2週間

ご本人・ご家族が行うこと

入院したら…

- 診断名・治療方針や入院期間の予定・入院中の生活の説明を医師や看護師から受けます。
- 急変時に備えて、延命治療や心肺蘇生等について、どのような治療を希望するか、家族や病院スタッフ、地域のスタッフ等と相談しましょう。
- 退院後のことを相談する人(家族・後見人など)を決めておきましょう。
- 退院後の生活や介護の心配ごとは、ケアマネジャーや病院の相談員にも相談することができます。



退院後の生活や医療について、本人や家族の意思を(病院スタッフ・ケアマネジャーに)伝えます。

退院後は自宅で医療や介護を受ける場合



医療

- かかりつけ医や訪問診療医に退院後の相談をします。



- 退院後に必要な方は、吸引・経管栄養・インシュリン注射等の取り扱いを教えてください。

- Point 1** 自宅で必要となる衛生材料があるかどうか、看護師に確認しましょう。
- Point 2** 薬や衛生材料等の相談ができる、かかりつけ薬局を決めましょう。

介護

- ケアマネジャーと介護保険の相談をします。

ケアマネジャーがいない場合は、かかりつけ医や地域の在宅介護支援センターに相談します。

- 退院後の介護サービスを決めます。

- Point 1** 入院前とはからだの状態などが変わる場合があります。
- Point 2** 退院日の予定は、病院のスタッフがケアマネジャーへ連絡します。担当のケアマネジャーを病院スタッフに伝えましょう。ご家族からケアマネジャーへ連絡する場合があります。

他の病院へ転院希望の場合

- 病院スタッフと退院後の相談をします。



医療

高齢者施設等へ入所希望の場合

- 要介護認定を受けていない方は介護保険の申請をします。かかりつけ医や在宅介護支援センターに相談します。
- 担当ケアマネジャーがいる方は、ご家族から退院後のことを伝えましょう。

介護

- 退院後の入所先を決めます。

- Point 1** 入院前とはからだの状態などが変わる場合があります。
- Point 2** 退院日の予定は、入院している病院の相談員が、次の入院・入所先の相談員に連絡します。ご家族から次の入院・入所先の相談員に連絡する場合があります。

自宅で療養

- 入院先の担当医に、急変時の緊急連絡先、自宅で生活するうえでの注意点等を聞いておきます。
- 病院から、かかりつけ医あての紹介状や訪問看護師あての看護サマリーなどを渡された場合は、退院後、忘れずに渡しましょう。

自宅で療養

- 体調の変化、不安なこと、困っていることをケアマネジャーに伝えましょう。
- ご本人が望む生活や家族の希望等をケアマネジャーや訪問看護師等と相談しましょう。



転院

- 病院から転院先への紹介状や診療情報提供書を受け取り、退院後、忘れずに転院先のスタッフに渡しましょう。
- 不安なこと、困っていることは転院先の病院相談員に伝えましょう。

施設へ入所

- 体調の変化、不安なこと、困っていることを、施設のスタッフに伝えましょう。
- ご本人がやりたいこと、療養生活に望むこと等について、ご家族と施設のスタッフに相談しましょう。

ACP

ACPとは「アドバンス・ケア・プランニング」の略です。

●病気がなった、介護が必要となったときに、どのように過ごしたいか、どのような治療や介護を受けたいかなどをあらかじめ考えましょう。そして家族や大切な人、医療や介護の専門家と一緒に話し合い、考えを共有しましょう。

●答えを出すこと、決定することが目的ではなく、話し合いの過程そのものが大切です。一度決めたことでも、年齢や体調、環境の変化などにより考えが変わることもあります。

定期的に見直して、繰り返し話し合います。

病院・地域の専門職が行うこと

医療や療養生活の意思決定を支援
ご本人・ご家族が退院後の治療やケア、療養先の意思決定について相談できるよう支援します。ご家族や経済的問題で区役所との連携が必要な場合、区の担当者に連絡します。



退院前カンファレンス
ご本人・ご家族・地域の専門職が集まり退院後の療養生活に向けて話し合います。



家屋調査
退院後、在宅で安心して生活ができるよう、リハビリの専門職がご自宅を訪問し、生活環境や生活動作の調査やアドバイスを行います。

サービス担当者会議
支援が必要な方について、退院後の医療と介護のサービスについて専門職が打ち合わせをします。ご本人やご家族も参加しましょう。

医療と介護のスタッフが連携し、在宅療養生活を支えています。