

①患者基礎情報をお聞きする時に、ケアマネの有無を確認する(入院日)

何か、介護サービスを使っておられますか？



デイケアとヘルパーさんです



Aさん75歳
脳梗塞で入院
妻と二人暮らし

サービス利用中ということは、担当のケアマネがおられる、ということだから...

担当のケアマネさんはどなたですか？



ケアマネージャー...？
月1回来てくれるあの人のことかな？

〇〇事業所のBさんだと思います



介護サービスとか使ってたんや...知らなかったケアマネって何だろう

そうですね。その方です。〇〇事業所のBケアマネさんですね。

ご家族さん、入院したこと、Bさんへ連絡していただけますか？



うちのおばあちゃんからの連絡は難しいだろうな...かと言って自分は入院でしんどいし...

母は少し認知症で、自分も別居でよくわからないんです



ご家族では、難しそうかも...ご本人も脳梗塞だし...

もしよろしければNsからケアマネさんへ連絡しましょうか？



助かります
よろしくお願
いします

ポイント

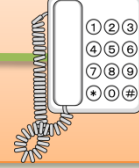
- ①「介護保険、入っている」(?) : 「介護保険を使っていますか？」とお聞きすると、患者さんによっては、「(介護保険料を払っているの)はい、入っています」というお返事の場合もある。保険料を払っていること、要介護認定を受けて介護サービスを使っていることは、また違う話のため、留意してご質問する。この場合は、例のように「何か介護サービスを使っておられますか？」に加えて「ヘルパーさんとかデイサービスとか、訪問看護とか...ベッドレンタル、車いすレンタルとか...」等々、介護保険サービスを例示させていただくことでお話が繋がりがやすくなる。
- ②「ケアマネって誰？」 : 担当ケアマネージャーがついていても、ご本人・ご家族がその存在をご存知でない場合もあり、日常訪問されているヘルパーをケアマネと思って申告なさる場合がある。一番確実な方法は介護保険証にケアマネ事業所の記載があるのでそれを確認すること、またほとんどのケアマネがご本人やご家族に名刺を渡しているの、それで確認すること。ケアマネに繋がるキーワードは、「介護の相談係」、「介護の計画を考える人」、「介護サービスの調整係」、「月1回、訪問で相談にきてくれる人」などである。
- ③入院連絡は基本はご本人・ご家族だがNsが手伝うこともある : ケアマネへの入院連絡は、重要。利用サービスの一時停止や、入院前の生活状況を教えてもらって治療やケアの計画に活かすこと、そして退院後の生活を一緒に考えてもらうこと、などケアマネとは共有しなければいけないものが多い。入院時の病状やご家族の状況により必要に応じて例のようにNsよりケアマネに連絡することもあり得る。

②入院の連絡を受け、介護と看護との連携サマリーを作成、病棟へ連絡し、訪問日を調整する

府中病院 ○館
○病棟の看護師
のCです

Aさんが、脳梗塞
で△月△日に入
院されました

入院連絡



ご主人が脳梗塞で入院!?
わかりました。今後のこと
もありますし、サマリーを
作って伺います。

サマリーを
持って行く日は
また電話します

介護と看護との連携サマリーを持って
きていただいてもよろしいでしょうか

まずはご本人とご家族に
連絡をとって情報をやり取り
する許可をいただきます

奥さんが認知症で
Aさん自身がキー
パーソンだったから、
連絡するとすれば
長男さんか...

病院から連絡が
ありました
Aさんの具合は
いかがですか

情報収集とその許可受諾



そうなんです、自分は全くわからなくて...
母も1人で実家で過ごすのは心配で
実家に泊まりに行っています

これまでの生活のことや
退院後のことなど情報を
やりとりさせてもらっても
よろしいでしょうか

情報のやり取りは了解しました

介護と看護との連携サマリー
作成中...

前も脳梗塞がきっかけで
介護保険利用しはじめた
けど、再発してしまったと
いうことか...

認知症の奥さんも長男
さんがみているけれど、
一時的な対応だし、
今後の対応がいる...

今までAさんが家事を
やっていたし、奥さんの
今後のことも含めて、
Aさんの病状や入院期
間によるかも...

他の家族さんほど
これまでお手伝い可
能なのかな...

デイケアでは当初リハビリ
目的だったけど、今は将棋を
楽しみにしておられる
今後どうなるか...

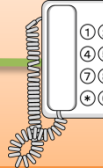
脳梗塞となると、
ADLはどの程度な
のだろう...

サービス増量が必要
になるかもしれない...

でもAさんは自営
業だったこともあって
自分のことは自分
でしたいお気持ち
が強いし...

先日お電話を頂いた、○○
事業所のケアマネのBです
Aさんの担当ケアマネです

訪問日の調整



明後日の午後でし
たら、○館○病棟の
詰所の看護師Dまで
お声かけください

明後日午後、介護と看護
との連携サマリーを持って行
きたいのですが、どなたを訪
ねていけばいいですか

ポイント

- ①(CM・Ns)お互いきちんと名乗る : 今後、退院に向けて数回連絡を取り合い協働する者同士として名乗る。Nsの担当はその日によって変わるため、「次に誰に連絡をしたらいいのか？」を確認しておく。もしNsより担当は不明と返答がある場合、「どのように呼び出したら、話が通じている人と繋がるのか？」を確認しておくことと次回の連絡がしやすい。
- ②(CM)病院に聞きたい情報を事前にまとめる : 介護と看護との連携サマリーを作成しながら、入院前の生活やご家族状況などを踏まえ、退院後の状況を想定する。その際に病院へ聞きたいことを事前にまとめる。
- ③(Ns)CMに聞きたい情報を事前にまとめる : CM来院までに、退院後の生活を想定しながら、入院前の生活状況をどのポイントで聞きたいか、整理しておく。(この事例の場合は、例えば、「ご本人と認知症の奥さんのお二人暮らしで、家事などはどのように担われていたのか？(家庭内の役割によって退院後の生活設計は変わるかも?)」、「デイサービスやヘルパーはどのような目的で使っていたのか？(今後、利用目的や内容、量を変更することになるかも?)」などの質問が想定される)

③ケアマネージャーが介護と看護との連携サマリーを持って府中病院へ(その1)

はじめまして〇〇
事業所のBです
Aさんの担当ケア
マネです

今日は介護と看護との連携
サマリーを持ってきました
NsのDさんはおられますか



挨拶



はじめまして〇病棟のDです
お電話をお受けした者です
よろしくお願いします。

Aさんは脳梗塞でご
入院と聞きましたが、
重い症状が出ている
のでしょうか

入院は長
引いたり
するので
しょうか



情報共有



いえ、ごく軽い脳
梗塞でほとんど
麻痺もありません

医師が書いた計画書によ
ると、手術せず点滴で2週
間の入院予定です

認知症の奥さんと二人暮らしと聞
いています。もともと家事などの役
目はどなただったのでしょうか？

認知症の奥さんのキー
パーソンがAさんだったのでケアマネとしても退
院後が心配です

買い物はヘルパー対
応で、他の家事は全て
Aさんがしていました



情報共有



じゃあ、ご自宅での
役割は大きかった
のですね...

奥さんは今、ど
うされています
か

奥さんは一時的に
長男さんが泊まり
込んでいます
排泄もお風呂も1人
で出来ますので、
常時見守りが必要
でもないのですが
ご心配のようで

入院前は杖歩行が
安定して自立だっ
たのですが今はど
うでしょうか



情報共有



奥さんのこと、家事のことが
全て元通りできるようになる
かはわかりませんが、

今は、念のためNs見守りのもと、
安定した杖歩行でトイレへ、トイレ
動作も自分でできていて大幅な
ADL低下はないように思われます

ポイント

- ①(CM・Ns)お互いきちんと名乗る : 今後、退院に向けて数回連絡を取り合い協働する者同士として名乗る。名刺があれば渡しておく。
- ②(CM)担当Nsがないこともある : 約束していたNsがない場合は、「Aさんの入院前の生活のことについてご報告させてもらいたいのですが、対応してもらえるNsはいますか」と聞く。
- ③(CM)質問は具体的に : 「病状はどうでしょうか」という広い質問だと会話の継続が難しいことがある。「入院期間はどのくらい?」「前はこんな生活だったけど、今はどうですか」など、具体的質問を。
- ④(Ns)わかる範囲で具体的な返答を : 一律「病状のことは医師でないのわかりません」というお返事ではなかなかコミュニケーションが進まないことが多い。入院療養計画書等に書かれた情報等や、普段Nsでケアしている内容等、具体的返答を。

③ケアマネが介護と看護との連携サマリーを持って府中病院へ(その2)

Aさん、奥さん、
ケアマネさんが
面会にお見え
です。



こんにちは
ご入院されたと
お聞きしてびっく
りました
今回は大変でし
たね



CMとご本人・ご家
族をつなぐ



ああ、やっぱり
Bさんでしたか。
ケアマネさんと聞
かれて自信がな
くなって

そうなんです
急なことで
家のことがいろ
いろ心配です



ご自宅のい
ろいろなこ
とが心配なの
ですね



ご本人・ご家族の
お気持ちの確認
情報収集



今は妻のことは
息子が緊急事態
として泊まりに來
てくれていますが
そう長く任せきり
も気になります

やはり家のことは自
分たちでなんとかし
ていかないと...
介護サービス任せと
いうのも気になる

自分としては、早く帰って家の
ことをしたいと思っています

会話もしっかりして
おられて、Nsが言われ
た通り、極端なADL低
下ということはなさそ
うですね...

ですが、退院後の生活、特に迷惑を
かけないように家のことをしたいお気持
ちが強いようです
今後の病状にもよりますが、そうしたこ
とを退院前にお話しできればと思ひ
ます



情報共有



そうですね、自分
のことよりもお家の
ことが心配という
感じです

治療が終われば早
めの退院のご希望
ですね

ADLが完全に入
院前に戻れば問
題ないのかもしれ
ませんが...あとは
経過にもよるので
今はなんとも...

退院のめどが立ちました
ら、ご連絡いただければま
た来院してお話しした
いです

例えば、退院の説明が
ありそうならその時に同
席できれば助かります



次の約束



わかりました
では退院の説明が
ありそうならその時に
ご連絡します

ポイント

- ①(CM・Ns)ご本人・ご家族のご希望を聞く： 今後退院後の生活のあり方について検討するには重要なため、必ずご本人・ご家族のご希望は確認する。
- ②(CM・Ns)次の約束をかわしておく： 次の約束は具体的に。特に「退院のめどがたったら...」というタイミングは、双方に差があることを認識し、具体的に擦り合わせる。(医療側は基本的に退院日が決まったら、という認識。介護側は、退院日決定前のもうすぐ治療終了目途が見えてきたころ。介護サービスの調整には数日~1週間かかるため退院日が決まる前の早めのアナウンスが必要。マニュアルの「退院見込みのヒント!」参照。)

④退院の目途がたった時

あと2~3日で点滴が終わりそう
治療が終了するなら退院が近いかも
ADLももう見守りもいらぬし

あ！先生、Aさんの点滴は
切れ止めですか？退院は
どんな予定でしょう



退院目途の確認



点滴が終わって問題
なければいつでも退院
してもOK。今週末かな

経過と退院に向けての説明をしよう
明日か明後日で日程調整を

先生から経過と退院に向けての
説明があります
明日か明後日でなのですが...

ケアマネさんからも退院につ
いてのお話の際は連絡するよ
う承っていますが、連絡しても
よろしいでしょうか



日程調整



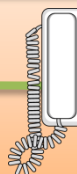
わかりました
明後日の14時
なら行けます

ケアマネさん
の件も了解し
ました

明後日の14時に医師から
治療経過と退院に向け
ての説明がありますがご
都合いかがでしょうか



日程調整



わかりました
明後日の14時、
大丈夫です

すぐに退院に
なりそうでしょ
うか？

本来なら医師からの説
明に同席して情報収集
後、ケアプランを作って、
再度カンファレンスした
いのですが...

退院は今週末
かも...再度カ
ンファレンスよ
りは明後日ま
とめて話合い
できたら(Ns)

では大きく変化はなさそう
なので、先に簡単に情報
収集だけさせていただきます

入院前と比べてADLの変化
はありましたか
先日は見守りのもと杖歩行
と聞いていましたが...



現在は杖歩行自立です
ADLはほぼ入院前と変
わりないと思います

もう少し詳しく
OTさんに
聞いてみよう

奥さんのヘルパーさんは増やして対
応しているし、聞か限りではAさん自身
のケアプランの大幅変更は不要そう...
後はAさんの希望によるな...

ただ、退院していきなり
家事全般の役割を担う
のは心配するところです

ポイント

- ①(Ns)常に退院支援を念頭に退院見込みを気にしておく：※マニュアルの「退院見込みのヒント！」参照。ご本人ご家族の退院後の生活状況を想像しつつ、退院見込みの連絡のタイミングを模索する。
- ②(CM・Ns)退院前カンファレンスの必要性を考える：本来であれば、ケアマネは2回目の来院で情報収集し、一旦持ち帰り、ケアプランを作成する。そしてそのケアプランをもとに3回目の来院にて退院前カンファレンスを行うのが理想的な流れである。が、急性期病院の退院は急な決定が多いため、2回目の来院時に3回目のカンファレンスを兼ねざるをえないことがある。ご本人ご家族の希望の確認やADL低下や生活変化の大きさ、や時間的制限(退院日までの日数)により、3回目のカンファレンスの要否を判断することになる。この場合、CMは電話等で事前に情報収集してから2回目の来院に臨むことになる。

⑤ケアマネ来院2回目・退院前カンファレンス

点滴治療は明日で終わりです。ADLもほぼ入院前と同じ。今週末あたり退院して大丈夫です。



OTからも家事動作はお墨付きですが、退院して急に全て担うというよりは、デイケアでリハビリしつつ、復帰されたほうが良さそうです。

介護と看護との連携サマリー返信分をお渡しします。生活上では大きな変化はないと思います。



Aさん、何か心配ごとはありますか？



早く帰られるなら嬉しいけど、家族はまだしも全てを他人任せにするのは嫌なんです。



家族としては今回話し合っただけで、週末は実家を訪ねたりするつもりです。



全て任せしてしまうことはお気持ちとして抵抗がお有りなのですね。



自分はこれまで何でも自分で計画してやってきました...これからもできると思います。



ただ、今回の入院で不安があります。リハビリしたい気持ちもあるが、その間、少し妻のことを手伝ってもらえたら助かります。



ひとつ気になることが。以前の脳梗塞後お薬が飲めていなかったようで、今回はきちんと飲んで頂きたいです。



入院中はきちんとご自身で管理できておられます。おうちではできそうですか？



そうなんです...家事やなんやで忙しくて。自分のことはつい後回しに...



ただ、今回再発して懲りたので今後は飲んでいきたい。しかしもう少し自分に余裕があれば...



リハビリは続けたいし、お薬も飲みたいけれど、家事や奥さんのことあって余裕がない...けれど今回は何とかしたいというお気持ちなのですね。



デイケアでリハビリする機会を増やすことができます。薬も確認させてもらうこともできますが、いかがですか？



助かります。少し気持ちに余裕が出れば薬もきちんとできると思うので薬を確認してもらうまでは今はいいです。



週末は顔を出すつもりなので家事の手伝いや薬の確認は父の意向に合わせてできます。

母にも聞いてみますが、父のデイケアが増える分、母のデイサービスの利用を増やすというのも考えてみたいと思います。

もともと自営業のAさん。仕事では何でもご自身で計画して実行してこられた。妻が認知症になってからは家事はAさんが主担当となっていた。昨年脳梗塞するも、麻痺等はなくデイケアでリハビリしつつ将棋を楽しむことが息抜きだった。一方で余裕なくご自身の薬の管理は曖昧になっていた。今回の再発により、大きなADL低下はなかったものの、Aさんのリハビリや服薬への意識は高まった。が、それができるかどうか不安は大きいご様子。ただ、全てをサービス任せということにはご抵抗あり、自分でできることはしたいという気持ちも同時にある。Aさんの希望であるデイケアでリハビリ機会を増やすことを土台に、妻のサービス調整や、今回から協力してくれることになったご家族とも相談しながら、Aさんのこれまでの生活のしかたにあったケアプランを検討。Aさんは「無理なくこれまでの役割を果たせたら嬉しい」とのことでご退院へ。

ポイント

- ①ご本人を中心に退院後の生活に必要な情報を交換、協議する：※マニュアルの「情報伝達、情報収集のヒント」を参考に情報交換する。
- ②介護と看護との連携サマリーを返信する：※裏面の返信部分は記入してから返信する。