

工程表

病院から住み慣れた暮らしの場へ

地域みんなを取り組む入退院支援

在宅

希望する暮らし方を日ごろから聞いて、チーム内で共有、最新情報に更新する
入退院後もその人らしい暮らしを継続できるようにチームが協働する

在宅チーム (介護、かかりつけ医、看護、リハ支援等)

情報共有

ケアマネジャー・地域包括支援センター

- 病院の連絡相談窓口、地域の資源を把握して共有
- 入退院後のケアや病院の外来、訪問看護等から入院情報の共有・入院の可能性等のリスクを把握しておく
- 本人・家族、病院等から入院情報が入るよう工夫しておく
- 希望する暮らし方や病状になった際にはどのような治療、早期を望むのか等について、本人・家族と話し合い、在宅チームで共有する

在宅チーム

情報共有

ケアマネジャー・地域包括支援センター

入院前の在宅での様子・本人の意向等を情報提供

入院時情報提供書を用いて速やかに情報提供
必要に応じてフェイスシート「ケアプラン(第1～3表)」住環境に関する写真・興味関心チャート等も提供
ケアマネジャーの要請に応じて伝える

①本人・家族への病状説明(IC:インフォームド・コンセント)への同意
②入院前カンファレンスへの出席(内容の情報提供、退院支援の情報提供)
③退院前カンファレンスへの出席
④退院予定の連絡 ⑤退院前訪問指導実施の際の連絡

在宅に向けた課題把握のための情報収集

現状の病状と今後の見直しについて
(今後の治療、看護、リハ計画、今後の病状の変化の見直し、おおよその入院期間)
退院後の生活課題、退院後に必要な医療処置や看護について
病状や症状による生活への影響の有無、退院後に必要な手術(医療処置、看護、リハビリ、ADL/IADL)等
介護区分変更やケアプランの変更が必要か早期に病院の見立てを把握する

課題分析

情報共有・相談

サービス調整

ケアプラン第2表(原案)作成

チェックシート

☐ ☐ ☐

在宅チームもカンファレンスに参加(必要に応じてサピ担当者を兼ねる)

ケアマネジャーはケアプラン原案を持参し、生活課題(ニーズ)と課題解決のイメージを病院と共有し、安全に在宅生活をスタートするために、最終調整をする

サービス担当者会議

ケアプラン原案に対する各職種からの専門的意見を交換する

ケアプラン完成

在宅チーム

ケアマネジャー・地域包括支援センター

退院後の暮らしの状況をフィードバック

病院

これまでの暮らしを知り、退院後の生活を見据えた適切な退院支援を提供する
在宅チームと協働してその人らしい暮らしを支える

外来部門

退院調整(入退院支援)部門

情報共有

病棟部門

- 在宅チームとの情報共有、外來連携中の患者の在宅療養状況を把握しておく
- 地域の資源を把握しておく
- 入院にならないためのリスク管理

退院調整(入退院支援)部門

退院後の生活の再構築の必要性を考える

在宅チームからの情報も活用し、入院前の本人の暮らし(医療管理、生活状況等)、入院までの経緯、入院となった背景、在宅での支援状況等について情報収集する

- 本人・家族の意向・思いや希望を把握する
- 医師と目的・治療方針、現時点での退院時の見通しを確認し、退院支援の必要性について考える
- 退院後の状態(病状やADL)の変化、後支援する

退院支援が必要なる人抽出(スクリーニング)

退院時の状態、退院後の生活のイメージを本人・家族・院内多職種・在宅チームと共有

必要に応じて医師からの病状説明(IC)を徹底する
入院前カンファレンス(退院支援計画立案のためのカンファレンス)

- 医学的状況判断や本人の現在の状況を踏まえ、在宅療養移行に向けて
- ①医療・看護上の見直し、②生活・ケア上の見直し
- 「意思決定支援」、自立支援の準備・調整1の必要性・内容を検討する
- 退院時の目標、時期の設定
- 療養場所・療養方法の選択においては、これまで関わってきた在宅チームと相談する

参加者

- 本人・家族
- 医師・多職種(医師、看護師、薬剤師、退院支援看護師、ケアマネジャー、ケアマネジャー、訪問看護師等)
- 在宅チーム(かかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護師等)

退院支援

院内多職種による退院支援

- 療養場所・方法についての情報提供と意思決定支援
- 自立支援
- 症状マネジメント
- 在宅に向けた医療・ケアのアレンジ
- 在宅医療体制(サービス、住居環境)の調整
- 医療材料、医療機器、衛生材料の調達方法の調整
- 医療的ケアの家族指導
- 各種書類の準備 等

退院前カンファレンス

院内多職種、これまで在宅チーム・家族を支えてきた在宅チームで情報を共有し、円滑に療養場所の移行ができるよう支援する

退院前カンファレンス、退院前訪問指導の必要性の判断

(必要に応じて)退院前訪問指導

★医師的な課題がある場合は、「在宅療養を安全にスタートするためのチェックシート」に基づき、病院からも積極的に医療系サービスとの必要性や退院後の留意事項等について情報提供

★必要に応じて地域の相談窓口へ相談

退院前カンファレンス(在宅チームへのバトンタッチ)

参加者

- 在宅チーム(医師、看護師、薬剤師、退院支援看護師、MSK、PT、OT、ケアマネジャー、訪問看護師、関係者)
- 在宅チーム(かかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護師、関係者)

多職種で退院後の生活のイメージを共有し、生活課題を検討

介護サービスや療養環境の準備、調整

入院を繰り返しやすい疾患は、医師・看護サービスにつなぐ

必要書類を速す

外来通院時や在宅チームから在宅移行後の状況確認

情報提供

在宅での生活状況を共有

退院後訪問指導

情報提供