

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)

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
- 入退院前後のケアや病院の外來、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「興味関心チェックシート」等も提供
ケアマネジャーの要請も参照する

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(内容の情報提供)、退院支援の情報提供
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通しについて
(退院日の目安) 等
退院後の生活課題、退院後に必要となる医療処置や看護(医療処置、看護、リハビリ、ADL/IADL) 等
病状や症状による生活への影響の有無、退院後に必要な事柄(病院の見立てを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

「退院・退院前情報収集(P.44)」等を参考に情報収集
特に医療的な課題については、「在宅継続安全にスタートするためのチェックシート(P.41)」等を用いて点検

課題共有・相談

サービス調整

ケアプラン第2表(原案)作成

ケアプラン完成

在宅チームもカンファレンスに参加(必要に応じてサード担当者を兼ねる)

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な意見を交える

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

病棟部門

- 在宅チームとご一緒に情報共有し、外来退院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
- 情報共有

退院調整(入退院支援)部門

病棟部門

院内多職種チーム

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活用、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・関心や希望を把握する

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)を決定する

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・看護上の見通し、②生活・ケア上の見通しから
「意思決定支援」、自立支援、「療養準備の準備」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
●院内多職種(医師、看護師、薬剤師、退院支援看護師、ケアマネジャー、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士、社会福祉士、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

退院に向けた院内多職種カンファレンス

院内多職種、これまで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

医療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)

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患者は、医療・看護サービスにつなぐ

必要書類を速す

外来部門

退院調整(入退院支援)部門

病棟部門

退院調整(入退院支援)部門

在宅チーム

在宅チームからの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
情報提供

参加者
●在宅チーム(かかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護師、関係者等)
●院内多職種(医師、看護師、薬剤師、退院支援看護師、MSK、PT、OT、作業療法士等)
●ケアマネジャー

1期(1)入院時

入院から概ね3日以内

退院支援に必要な情報の共有

1期(2)入院時～入院前カンファレンス

入院から概ね7日以内

意思決定支援や退院支援計画立案に役立つ情報の共有

2期 入院時カンファレンス後

病院は退院支援
ケアマネジャーは収集した情報から課題を分析

3期(1)退院前カンファレンス

3期(2)退院時

4期 退院後～0期在宅療養期