

工程表

病院から住み慣れた暮らしの場へ～地域みんなで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、家族)

情報共有

ケアマネジャー・地域包括支援センター

希望する暮らし方や状況になった際にはどのような治療、薬物を中心とした在宅生活、薬物を中心とした在宅生活を、本人・家族と話し合い、在宅チームで共有する

在宅チーム

情報提供

生活支援状況や療養状況等、退院支援計画立案に役立つ情報を提供
訪問看護師がサービス提供している場合は、看護情報提供書(看護サマリー)を提供

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
必要に応じてケアマネジャー/ケアプランナー/ケアプランナー3名「住環境」に関する写真、「興味関心」に関する写真、「かかりつけ医や病院の外装、訪問等から居住歴の再考・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
ケアマネジャーの意向をこの期に伝える

①本人・家族への現状説明(IC:オンフォーワード)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退院予定の連絡
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

現状の把握と今後の見直しについて
(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・退院後の有無、退院後に必要な事柄(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

ケアプラン第2表(原案)作成

ケアプラン調整

サービス調整

ケアプラン完成

ケアプラン調整はケアプラン原案を基に、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な意見を交差する

ケアプラン完成

在宅チームもカンファレンスに参加(必要に応じてサービス担当者会議を兼ねる)

ケアマネジャーはケアプラン原案を基に、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な意見を交差する

ケアプラン完成

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

在宅チームと日ごろから情報共有し、外来診療中の患者の在宅療養状況把握しておく
入院に備え日ごろから準備

退院調整(入退院支援)部門

在宅チームとの連携窓口を地域に周知
地域の資源を把握しておく
情報共有

病棟部門

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、入院後の生活課題、退院後の生活課題を把握する
本人・家族・医師・看護師等の意向を把握する
医師と連携し、退院後の生活課題を把握する
退院後の生活課題(継続ケア)の意向を把握する
退院支援が必要な人を抽出する(スクリーニング)

病棟部門

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

院内多職種チーム

必要に応じて医師からの病状説明(IC)を確定する
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)

①医療的状況判断や本人の現在の状況を把握する、在宅療養移行に向けて
②生活・ケア上の観点から
③退院後の生活課題、退院後の生活課題を把握する
④退院後の生活課題(継続ケア)の意向を把握する
⑤退院後の生活課題(継続ケア)の意向を把握する

退院支援が必要な人を抽出する(スクリーニング)

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、PT、OT、作業療法士等)
●在宅チーム(かかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護師)

退院支援

退院に向けた院内多職種カンファレンス

在宅に退院する患者を安全に在宅で生活させるためのカンファレンス
在宅に退院する患者を安全に在宅で生活させるためのカンファレンス
在宅に退院する患者を安全に在宅で生活させるためのカンファレンス

退院支援
●退院支援計画立案
●退院後の生活課題(継続ケア)の意向を把握する
●退院後の生活課題(継続ケア)の意向を把握する
●退院後の生活課題(継続ケア)の意向を把握する

退院支援
●退院支援計画立案
●退院後の生活課題(継続ケア)の意向を把握する
●退院後の生活課題(継続ケア)の意向を把握する
●退院後の生活課題(継続ケア)の意向を把握する

退院前カンファレンス

退院後の生活のイメージを共有し、生活課題を後継
介護サービスや療養環境の準備、調整
入退院を繰り返しやすい疾患は、医療・看護サービスにつなぐ

必要書類を渡す

外来部門

退院調整(入退院支援)部門

在宅での生活状況を共有
退院後訪問指導
情報提供

退院前カンファレンス(在宅チームへのパトタッチ)

在宅チームもカンファレンスに参加(必要に応じてサービス担当者会議を兼ねる)

ケアマネジャーはケアプラン原案を基に、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な意見を交差する

ケアプラン完成

3期(1)退院前カンファレンス

在宅チームもカンファレンスに参加(必要に応じてサービス担当者会議を兼ねる)

ケアマネジャーはケアプラン原案を基に、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な意見を交差する

ケアプラン完成

3期(2)退院時

在宅チームもカンファレンスに参加(必要に応じてサービス担当者会議を兼ねる)

ケアマネジャーはケアプラン原案を基に、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な意見を交差する

ケアプラン完成

4期 退院後→0期 在宅療養期

在宅チームもカンファレンスに参加(必要に応じてサービス担当者会議を兼ねる)

ケアマネジャーはケアプラン原案を基に、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な意見を交差する

ケアプラン完成