

1 期(1) —入院時— あわせる

【入院から概ね 3 日以内】

目 的

○在宅チームと病院で退院支援を速やかに開始し、本人・家族を支える協働体制を作る。

協働して行うこと

- 入院時にケアマネジャーや訪問看護師が病院へ情報提供する場合（本人の生活歴や住環境等）を踏まえ、病院では、本人が入院前にどんな生活をしていたのかをまず知り、医学的情報から入院前との変化を予測してサポートの必要性を判断する。
- 入院前の暮らしから、入院し、治療を受けたことで、何か変化は起きるかや、入院前から何か不安や問題はなかったかを、本人・家族、病院・在宅チームで考え、退院支援が必要かどうかの認識を共有する。

在 宅

○予定入院の場合には、入院前に連絡相談窓口（担当窓口、担当者名等）を把握しておきましょう。

○入院したという情報を得たら、病院へ連絡し、病院の連絡相談窓口、訪問のタイミング等について確認しましょう。

➤ 病院の体制や本人の入院時の状態や疾患により、その後の連携のあり方が異なります。どのようなタイミングで訪問すべきか等を病院の連絡相談窓口にご相談すると、次の連携ステップにスムーズに移行できます。

○予め用意していた「入院時情報提供書（案）」を微修正し、退院支援計画立案に役立つ情報*1を速やか（入院後 3 日以内）に情報提供しましょう。訪問看護師は「看護情報提供書（訪問看護サマリー）」を提供しましょう。

*1：退院後も本人らしい暮らしを継続するため、治療方針決定にも役立つ情報。生活歴、思い、療養環境、経済状況等

➤ 急性期病院では、入院直後から退院支援に着手します。そのため、病院が、本人の家族の状況、同居の有無や支援者の有無、入院前の ADL や IADL、生活状況、またどんな生活を送りたいかといった本人の意向等を早期に得られることは、退院後の生活をイメージする上で有用です。

加算 【P. 30：入院時情報連携加算】

病 院

○予定入院の場合は、入院決定した外来時点で入院前支援を行いましょう。

➤ 入院前支援とは、入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に支援を行い、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び関係者と共有することです。

加算 【P. 32：入退院支援加算】

○介護保険サービスの利用状況を確認し、ケアマネジャーに入院する（した）ことを連絡しましょう。

○本人・家族への聞き取りや、在宅チームから提供される「入院時情報提供書」「看護情報提供書」等も活用し、これまでの暮らし（医療管理、生活状況等）、入院までの経緯、入院となった背景、本人・家族の思いや希望、病状認識、在宅での支援状況等について情報収集しましょう。

1 期(1) —入院時— あわせる

【入院から概ね 3 日以内】

在 宅

- 必要に応じて、入院時情報提供書だけでなく、「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」等も添付しましょう。

様式

【P. 45～48 参照】

○本人・家族が在宅生活を送る上での“思い”や、入院前の生活の状態を、病院にしっかり伝えられるようサポートしましょう。

- 病院が退院支援に取り組むに当たって、入院前の在宅生活の状態を病院も理解することは重要です。
- 本人・家族が伝えることが困難な場合は、ケアマネジャーは代弁者として本人・家族の思いや連携に必要な情報を病院に伝えましょう。

○入院時情報提供の際に、ケアマネジャーとしての要望事項*1 を伝えましょう。

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

○入院について、かかりつけ医等在宅チームで共有しましょう。

- 必要に応じて、かかりつけ歯科医や、居宅療養管理指導をしている薬剤師等へも入院を知らせましょう。
- 薬剤師は、必要に応じて薬剤情報や服薬方法等の情報を提供しましょう。
- 高齢者にとって、入院が与える影響は大きいので、再発を防止し、住み慣れた場所での暮らしが継続できるように、入院につながる病状管理や生活支援上の課題がなかったか、多職種で振り返ることが大切です。

病 院

○医師と、入院目的・治療方針、現時点での退院時の見通しを確認・共有し、退院支援の必要性*1 について考えましょう。

*1: 退院支援が必要な人

【医療情報から】

- ・入院を繰り返す(誤嚥性肺炎・心不全等)
- ・退院後、医療処置・医療管理が継続する可能性がある
- ・末期がん、終末期にある、もしくは近い状況にある
- ・入院前と比べ ADL が低下し、退院後の生活様式の再編が必要(脳血管障害、骨折等)
- ・病状や加齢に伴う生活しづらさがある

【入院前の生活状況・患者背景から】

- ・独居、同居家族がいても必要なサポートが提供できない
- ・既に在宅サービスを利用している
- ・入院前から生活しづらさや経済的な問題があったが支援を受けていない

出典: 宇都宮宏子オフィス提供資料

加算

【P. 32 : 入退院支援加算】

○入院の目的や病状・病態等から退院時の状態(病状や ADL) を予測し、退院後の暮らしについて本人・家族・在宅チームと共有しましょう。

○在宅チームと退院支援が必要かどうかの共通認識を持ちましょう。

理学療法士の声

住環境に関する写真が病院に提供されると、日常生活動作練習を実施する際に、より詳細に在宅の環境を設定したリハビリテーションを病院で実施することができます。

具体的には、

- 玄関までのアプローチや上がり框での段差の有無や高さを知ることによって必要な能力が分かります。
- トイレでは便器の種類(和 or 洋)や便座の高さが低い場合は便座から立ち上がる際により下肢の筋力が必要となります。また、前方のスペースの有無によってはさらに下肢の筋力が必要となります。
- 浴室では浴槽の深さや、浴槽の縁の高さ(浴槽をまたぐ)次第では、浴槽をまたぐ動作の指導方法も変わりますし、股関節を曲げる角度もより必要となります。
- 居室の環境(手すりの有無、家具の配置、距離の把握)では、居室からの移動動線を想定する際に、ベッドの有無や家具の配置を考慮し、より安全な動作方法の提案が可能となります。

