

2 期 ―入院時カンファレンス後― ととのえる

【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】

目 的

- 病院・在宅チームが協働し、暮らしの場への移行に向けて、本人・家族の身体や心の状態を整え、必要な医療・介護体制を整える。

協働して行うこと

- 医療上の課題を共有するために「在宅療養を安全にスタートするためのチェックシート」等を用いて点検する。
- 退院前訪問指導の必要性をアセスメントし、実施する。

在 宅

- 退院までの大まかな日程を共有しましょう。
 - 退院前訪問指導の予定や退院に向けた院内多職種カンファレンスの開催、退院の見込みなどを把握しましょう。

- 参加が可能であれば、退院に向けた院内多職種カンファレンスに参加し、情報収集しましょう。
 - 参考：「退院・退所加算」の標準様式例の「退院・退所情報記録書」

加算

【P. 30：退院・退所加算】

様式

【P. 44 参照】

- 「在宅療養を安全にスタートするためのチェックシート」にチェックが入ったら（医療管理上、医療系サービスが必要であると考えられるため）、かかりつけ医等との連携を強化し、在宅医療への移行を相談しましょう。また、地域の相談窓口*1と、必要なサービスについて相談し、対応するサービスを調整しましょう。

様式

【P. 41 参照】

病 院

- 院内で退院までの大まかな日程を共有するとともに、在宅チームへも情報提供しましょう。

- 必要に応じて、退院に向けた院内多職種カンファレンスを開催し、在宅チームと情報を共有し、円滑に療養場所の移行ができるよう支援しましょう。

- 院内多職種により退院支援を行い、退院後も継続が必要な医療管理やケアについては、在宅チームと相談しながら、本人・家族の生活パターンや介護力を考慮し、実施可能か評価しましょう。また、可能な範囲で本人・家族に合わせたセルフケアの確立を目指し、入院中から在宅での方法に切り替えて再評価を行い、在宅チームと共有しましょう。
 - 通院継続が可能か、在宅医療に移行するかも検討しましょう。

- 退院後も継続して医療管理・サポートが必要と判断したら、本人に退院後も医療管理が必要であることを説明し、かかりつけ医・ケアマネジャーと相談の上、該当する医療系事業所を早めに選定し、専門職同士でも情報共有ができるよう調整しましょう。また、病院側から積極的に退院後の留意事項等について伝えましょう。

加算

【P. 35：介護支援等連携指導料 又は、退院時共同指導料 2】

- 参考：「在宅療養を安全にスタートさせるためのチェックシート」

様式

【P. 41 参照】

2期 ―入院時カンファレンス後― ととのえる

【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】

在宅

*1: 地域支援事業「在宅医療・介護連携推進事業」で各市町村に置かれている相談支援窓口

訪問看護ステーション(教育ステーション)

地区歯科医師会(在宅歯科ケアステーション)

(公社)大阪府栄養士会(栄養ケア・ステーション)等

- 「在宅療養を安全にスタートするためのチェックシート」とは、医療・看護・リハ・栄養等の観点で、在宅療養を安全にスタートするために確認すべき指標一覧です。ケアマネジャーが退院後のケアプラン作成にあたり、新たなサービス導入や対応が必要かどうか判断する助けとなるものです。
- 病院から情報収集する際に、このシートにチェックがつく要素があるかどうかを確認し、チェックがつく場合には、そこから予想される課題を分析しましょう。
- 課題を検討する段階から、退院前カンファレンスで、どのような職種に、何について意見を求めるべきかイメージしておくことが重要です。

○本人・家族の意思を確認して、「課題整理総括表(案)」や「ケアプラン原案」を作成しましょう。課題分析やケアプラン原案作成にあたっては、かかりつけ医や調整したサービスに応じて訪問看護師、リハ職、薬剤師、栄養士等、関係職種の意見を聞いてみましょう。

様式

【P. 49 参照】

○退院前訪問指導が決まったら、できるだけ同行しましょう。

- 在宅生活の現場を病院側に知ってもらう絶好の機会です。在宅チームは、コーディネーターとして在宅での生活の実際を病院スタッフへ紹介しましょう。

病院

○退院に向け、再発・重度化の予防、症状緩和ケアの提供、自立支援、尊厳の保持の視点で準備を進めましょう。

○退院前カンファレンス・退院前訪問指導の必要性を判断しましょう。

➤ 退院前カンファレンスが必要な事例

- ・医療機器を使用(人工呼吸器、在宅酸素、栄養注入ポンプ、鎮痛剤注入ポンプ、腹膜透析器)
- ・症状コントロールが必要(心・腎・肝不全、糖尿病、がん、難病)
- ・看取りの可能性がある(がん末期、高齢者)
- ・医療ケアを要する(吸引、経管栄養、ストマ、バルン留置・導尿、自己注射、腹膜透析)
- ・心身機能の低下(ADL の低下、認知症状)
- ・療養環境の問題(独居、キーパーソン不明、家族の介護力不安、住環境)
- ・経済的問題 等

出典: 東京都退院支援マニュアル

➤ 退院前訪問指導

例えば、在宅酸素が必要となる場合に、本人と共に在宅でケアマネジャー、訪問看護師、医療機器業者とで、どこに濃縮酸素の機械を置くか、お風呂やトイレはどうするか、どんな生活になるかを確認します。

○退院前訪問指導を行う場合は、ケアマネジャーへ声をかけ、共に自宅の様子を確認し、在宅での環境を想定したリハビリ等の自立支援や療養環境の調整を検討しましょう。

加算

【P. 34 : 退院前訪問指導料】

○中・長期的な病状や ADL の変化を予測し、必要な支援を検討しましょう。特に、再発・重度化予防の視点で、訪問看護等に適切につなぐことが必要です。

- 在宅療養を安全に継続するためには、生活環境と身体の関係全体をアセスメントし、必要なケアを組み立て、環境整備を行うことが必要です。環境整備を行う専門職(訪問看護、リハ、栄養、介護)につなぎましょう。