

1 期(2)—入院から概ね 7 日以内—あわせる

【入院～入院時カンファレンス】

目 的

- 退院後の療養場所・療養方法を決定し、暮らしの場に帰るために在宅チーム・病院で行う支援を明らかにする。

協働して行うこと

- 退院後の療養場所・療養方法について、本人にとって最善の選択ができるよう意思決定支援を行う。
- 退院に向けた課題を明らかにし、協働して「退院支援計画」を立案する。

在 宅

- 入院時カンファレンス（退院支援計画立案のためのカンファレンス）等の予定を確認しましょう。

- 急性期病院では、「入院診療計画」「退院支援計画」の立案・作成、入院時カンファレンス、患者・家族へ病状説明(IC：インフォームド・コンセント)は入院から 7 日以内を目安に行われます。

- カンファレンス等の場を通じて、意思決定支援や退院支援計画立案に役立つ情報を提供するとともに、早期に退院支援の情報*1を共有しましょう。

- *1:治療方針、病状の変化、入院期間、退院日の目安、病気や症状による生活への影響の有無、退院後に新たに必要となる事柄(医療処置、看護、リハビリ、ADL/IADL)、介護区分変更やケアプランの変更の必要性についての病院の見立て等
- ケアマネジャーが病院の多職種とのディスカッションに加わることで、病院が必要としている情報や「入院時情報提供」で伝え切れていない情報をその場で提供することができます。
- また、病院の多職種から必要な情報を直接一度に得ることができ、在宅での療養生活における課題解決に向けた検討がしやすくなり、退院に向けたスケジュールがイメージしやすくなります。

加算

【P. 30：入院時情報連携加算】

病 院

- 本人・家族が医師からの説明を理解し、受け止めながら、今後のことを考えることができるように、必要時、医師からの病状説明場面（IC：インフォームド・コンセント）を設定し、本人・家族が希望すれば、在宅チームにも同席を依頼しましょう。

- 退院に向けた本人・家族の思いや意向、病状認識を確認しましょう。

- 今までできていたことができなくなったり、病状が思わしくない状況に置かれると、これまでの生活に自信を失い、意思決定能力が弱くなります。病状説明や退院に向けた本人・家族の思いや意向を確認する場面に、これまでの暮らしぶりや価値観を知っている在宅チームが同席することで、本人は「思い」が伝えやすくなります。

- 在宅チームから得た情報をもとに、より具体的な生活場面をイメージし、退院後の生活の再構築が必要か、退院に向けた医療・看護上の課題*1、生活・ケア上の課題*2をアセスメントしましょう。

- *1:・病状・治療方針・今後の予測
 - ・進行・重症化を予防するための支援
 - ・新たに必要となる医療処置・管理(服薬管理・栄養管理・排泄ケア・リハビリなど)
 - ・本人・家族の病状理解、受け止めの状況
 - ・本人・家族の自己管理能力・サポート体制
- *2:・病状の変化に伴い、ADL/IADL にどのような影響がある
 - ・ADL/IADL を評価し、本人の「していること」「できること」「したいこと」を明らかにし、目指すゴールを決める
 - ・食事・排泄・移動・入浴・睡眠・自宅環境の評価、家族・在宅サポート体制の評価

1 期(2)—入院から概ね 7 日以内—あわせる

【入院～入院時カンファレンス】

在 宅

訪問看護師の声

病院で行われる医療は、在宅で安全にできないこともあります。本人・家族、かかりつけ医、ケアマネジャーとも相談し、治療方針を決める時に、退院後も継続される医療処置等を、暮らしの場で安心して継続できるようにシンプルにすること（暮らしの場でも続けやすい方法への変更）を病院と在宅チームで検討しましょう。入院時カンファレンスの場面等を活用しても良いでしょう。



○カンファレンス等に参加できない場合には、どのような内容であったか情報収集を行いましょう。

- 担当医や病棟看護師等にアポイントをとるか、連絡相談窓口の担当者から話を聞くようにします（病院ごとにカンファレンスの運営の仕方は異なりますので、具体的には連絡相談窓口の担当者に相談すると良いでしょう）。
- 退院支援計画立案のためのカンファレンスに訪問看護師や在宅医療・介護連携推進事業の相談窓口担当者等が参加した場合は、ケアマネジャー等に必要に応じて情報提供しましょう。

病 院

○療養場所・療養方法の選択においては、考える選択肢についてのメリット・デメリットを検討し、具体的な生活のイメージについて十分に説明し、意思決定を支援しましょう。これまで関わってきた在宅チームとも相談しましょう。

○入院時カンファレンスを開催し、退院支援計画を立案しましょう。本人・家族の意向や状況、医学的状況判断等を踏まえ、退院時の目標や時期を設定し、退院に向けて医療・看護上の課題、生活・ケア上の課題を整理し、「自立に向けた支援」、「療養環境の準備・調整」を検討しましょう。

加算

【P. 32：入院退院支援加算】

様式

【P. 50 参照】

○入院時カンファレンスにケアマネジャーに参加してもらい、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、在宅チームで共有しましょう。ケアマネジャーが参加できない場合は、カンファレンスの内容を情報提供しましょう。

加算

【P. 35：介護支援等連携指導料】

病院栄養士の声

入退院を繰り返す人は食生活に問題があるかもしれません。特に糖尿病・腎臓病などの慢性疾患、嚥下障がいがある人はこの機会に見直してみましょう。課題分析には食事内容・食事時間・調理担当者の情報が必要ですが、デイサービス等利用中の食事・間食については、療養者・介護家族ともに把握されていないことが多いようです。栄養量を示したものやメニュー表などがあれば参考になります。



理学療法士の声

急性発症した肺炎等で5日間程度安静臥床した場合、元の身体機能に戻るには臥床期間の数倍かかると言われています。そのため、退院すると自宅での活動性が低下し IADL に支障が起こり誰かの手を借りなければならない状態になられることが多くみられます。その状態のままでいると ADL にも支障が出てきます。そうならないためには、退院前に身体機能の状態を把握してリハビリサービス等の検討をすることが重要です。



1 期(2)—入院から概ね 7 日以内—あわせる

【入院～入院時カンファレンス】

コラム：退院支援のスタート

本人や家族が大切にしていることを知り、本人が望んでいる生活を送るために、何を整えれば良いのかを考えるのが退院支援です。

「本人家族ができること」と「サポートが必要なこと」を整理しながら、本人や家族ができるようになるであろうことも、在宅での支援経験を持つ専門職との情報の中からイメージできるようにしておくことが大切です。

専門職の思いこみで、本人の望んでいる生活を「無理」とするのではなく、可能性からスタートできるよう、チームで意識しながら取り組みましょう。

