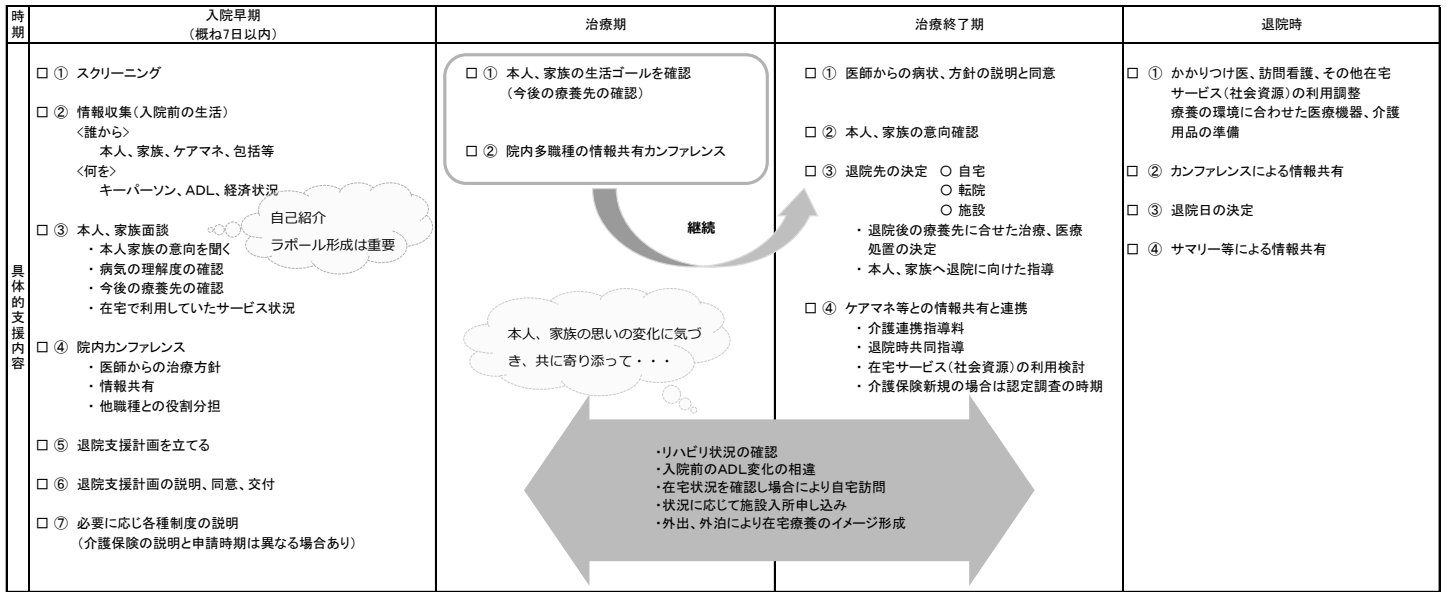


時期	入院時	治療開始から安定期	退院に向けての調整期間	退院時	退院直後から移行期
方向性の共有	<p>入院先の連絡窓口を確認しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 退院調整部門が病棟かの確認(担当者も確認)</li> <li>★「やまがた・かみのやま・てんどう 医療福祉相談室等パンフレット」の活用</li> </ul> <p>在宅生活における現状と課題を情報伝達しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ ★入院時情報提供書の提供 ※7日以内(加算等別紙)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院訪問</li> <li>・電話、ファックス、メール (個人情報取扱い厳重注意)</li> </ul> </li> </ul> <p>※訪問看護：訪問看護サマリーの提出 ※地域包括支援センター：必要に応じて情報提供</p>	<p>本人の状況の確認をしましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 病状の確認                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族から情報を得る</li> <li>・状況により病状説明への同席</li> <li>・入院診療計画書内容の確認(治療方針・今後の方向性など本人・家族から聞き取り)</li> </ul> </li> <li>■ 本人、家族の思い、病状の受止方、希望の確認                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・キーパーソンの確認</li> <li>・意思決定支援</li> </ul> </li> <li>■ 今後の予測                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院前と状態像が変化する可能性</li> <li>・退院に向けた予測 (時期等)</li> <li>・区分変更の必要性の検討</li> </ul> </li> <li>■ 退院に向け一時帰宅(外泊・外出)の検討</li> </ul>	<p>入院先医療機関及び家族との連携に基づき退院支援の進捗状況の確認・在宅移行時の居宅サービス計画案を作成しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 本人、家族の思い、希望の確認                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院に向けて不安の確認と、軽減の為の情報提供</li> <li>・病状説明への同席、情報提供などを通し意思決定を支援</li> </ul> </li> <li>■ 退院時共同カンファレンス依頼と参加                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・参加する地域の職種をケアマネジャーが調整</li> <li>・在宅生活へのスムーズなシフトに向け、医療・生活両面からの検討</li> </ul> </li> <li>・本人・家族・多職種で目標を検討、共有</li> <li>・退院時サマリーの依頼</li> <li>★退院時情報収集シートを活用して情報収集する</li> </ul> <p>■ 必要に応じて、病院でサービス担当者会議を開催</p>	<p>退院時の準備、自宅への移送手段等を本人、家族、入院先病院、チーム等と確認、調整しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 本人・家族の望む生活の継続性、新たな課題の確認</li> <li>■ 在宅かかりつけ医との連携・情報共有</li> <li>★「ポピーねっとやまがた(医療・介護連携SNS)」の活用</li> </ul> <p>退院後の状況を連絡窓口担当者(運搬室等)を通じて病棟や病院主治医・外来へ報告しましょう</p> <p>※訪問看護：訪問看護報告書の提出</p>	<p>居宅サービス計画に基づき在宅生活支援を行います</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ サービス担当者会議開催</li> </ul> <p>在宅チーム内において、本人状況・家族状況を確認し、情報を共有しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 本人・家族の望む生活の継続性、新たな課題の確認</li> <li>■ 在宅かかりつけ医との連携・情報共有</li> <li>★「ポピーねっとやまがた(医療・介護連携SNS)」の活用</li> </ul> <p>退院後の状況を連絡窓口担当者(運搬室等)を通じて病棟や病院主治医・外来へ報告しましょう</p> <p>※訪問看護：訪問看護報告書の提出</p>
	<p>医療上の課題</p> <p>■ 訪問看護・リハビリの必要性、訪問診療医の必要性、歯科医・調剤薬局調整の必要性</p> <p>★在宅医療サービス情報検索システムの活用</p> <p>ADL・認知機能低下による生活・ケア上のマネジメントが必要な場合、下記事項を検討しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 訪問看護・リハビリの必要性、訪問診療医の必要性、歯科医・調剤薬局調整の必要性</li> </ul> <p>■ 新たな医療リスクが生じマネジメントが必要な場合、下記事項を検討しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 訪問看護・リハビリの必要性、訪問診療医の必要性、歯科医・調剤薬局調整の必要性</li> </ul> <p>■ 緊急性・急変時の支援体制の確認</p>	<p>本人のADL・認知機能の低下による生活・ケア上のマネジメントが必要な場合、下記事項を検討しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 本人、家族の望む生活の継続性を検討</li> <li>■ 本人のADL・認知機能の確認と現存能力評価</li> <li>■ 住環境⇒病棟看護師、リハビリチームへ家庭状況を情報提供し、準備調整について相談・検討</li> <li>■ ケア体制の検討(排泄・食事・清潔・移動等)</li> <li>■ 介護力の検討</li> </ul> <p>※入院中・退院後の調整期間も同様</p>	<p>医療リスクの変化に伴う、生活への影響を予測しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 医療的管理方法の検討、通院(又は訪問診療)の確認</li> <li>■ 在宅療養後方支援病院の確認と連絡先</li> <li>■ 退院直後(退院当日も含む)の訪問看護の必要性検討</li> </ul> <p>※医療保険の適応(特別訪問看護指示書)もあり</p> <p>医療処置や介護方法について、本人・家族の理解状況や手技の習得状況とサービス担当者の役割分担を確認しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 独居状況や介護状況を考慮</li> <li>■ 入院前と変化したADL・認知機能に応じたプラン変更の必要性を検討(医療介護サービスや在宅改修・福祉用具の導入等)</li> <li>■ 各種福祉制度・インフォーマル資源活用の検討</li> </ul>	<p>緊急性・急変時の支援体制の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 入院前状態との変化に伴う生活・ケア上のマネジメントをモニタリングしましょう</li> <li>■ 病院へケアプランを提出しましょう</li> <li>■ 本人・家族の望む生活の継続性</li> <li>■ ADL・認知機能・IADLの状況</li> <li>■ 住環境整備の状況(住宅改修・福祉用具等の適合性)</li> <li>■ ケア体制の状況(排泄・食事・清潔・移動等)</li> <li>■ 介護負担状況</li> <li>■ 各種福祉制度・インフォーマル資源の活用状況</li> </ul>	
<p>療養環境の準備・調整</p> <p>■ 認知症の在宅独居等で地域の見守り支援が必要な場合や権利擁護(高齢者虐待・成年後見等)の対応の必要性</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域包括支援センターや市窓口、成年後見センター等に相談</li> <li>・ すでに支援を受けている利用者については担当者に連絡し入院中の支援(金銭管理含む)を調整</li> </ul> <p>※入院中・退院後の調整期間も同様</p>	<p>権利擁護等の支援が必要か検討しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 認知症の在宅独居等で地域の見守り支援が必要な場合や権利擁護(高齢者虐待・成年後見等)の対応の必要性</li> <li>・ 地域包括支援センターや市窓口、成年後見センター等に相談</li> <li>・ すでに支援を受けている利用者については担当者に連絡し入院中の支援(金銭管理含む)を調整</li> </ul> <p>※入院中・退院後の調整期間も同様</p>	<p>地域包括支援センターや訪問看護の支援プロセスはこのプロセスに順ずる</p>			

● 全プロセスを通して、専門職及び支援者間の情報共有に関して本人・家族から同意を得る。  
● 在宅チームは常に入院先病院と共同して取り組む ● 介護保険の新規及び区分変更申請の時期の判断は在宅チームと入院先病院と共同で行なう。

村山地域退院支援フロー ～時間軸を可視化しよう～



★退院支援部署としての着眼点

<b>自宅退院(在宅療養)の場合</b> ・本人、家族の望む生活の確認 ・本人、家族の意思の尊重 ・生活モデルに基づいた総合的視点 (病状、経済的、住環境、家族関係性、介護力) ・環境に合わせた療養方法の検討 (内服管理、医療処置)	<b>転院の場合</b> ・転院の目的、期間、転院先の説明と理解 ・転院先へ正確な情報提供支援内容の申し送り ・医療行為、薬価の確認	<b>施設入所の場合</b> ・施設の種類、特徴を把握 ・介護必要度、入所基準の確認 ・医療行為、薬価の確認	<b>退院支援の総合評価</b> ・本人、家族の意思決定支援 ・地域の相談窓口、担当者へのつなぎ ・経済的配慮 ・生活の視点からの関わり
--	---	---	--

村山管内医療機関退院支援部署連携会 2017.3

ケアマネージャー等の地域関係機関との連携

時期	入院早期 (概ね7日以内)	治療期	治療終了期	退院時
お聞きたいこと	<input type="checkbox"/> ①担当利用者が入院となった連絡 <input type="checkbox"/> ②家族に情報提供の同意 <input type="checkbox"/> ③カンファレンス前までに在宅の状況について情報提供(入院から1～2日以内)	<input type="checkbox"/> ①退院支援チームの一員としての関わり <input type="checkbox"/> ②家族のフォロー	<input type="checkbox"/> ①本人の状況把握と理解 場合によりリハビリ、食事見学 <input type="checkbox"/> ②本人、家族の意向に沿ったサービス提案 <input type="checkbox"/> ③不明な点は遠慮なく質問 <input type="checkbox"/> ④カンファへの参加	<input type="checkbox"/> ①退院に向けた本人、家族に対する心理的サポート <input type="checkbox"/> ②サービス担当者会議の開催 <input type="checkbox"/> ③効率的な情報収集、共有の工夫

# 在宅での状況

# 〇〇病院 担当者様

(患者氏名) 様

## 在宅での状況(ご報告)

入院日 年 月 日  
報告日 年 月 日

当方でケアマネジメントを担当させていただいております利用者様が入院されましたので、在宅での状況を下記のご報告させていただきます。退院がきまりましたら早目にご連絡いただくと幸いです。

### 基本情報・保険情報等

氏名			性別		家族構成	
生年月日						
住所						
TEL						
連絡先	氏名		続柄			
	住所					
	TEL					
介護保険	介護度		認定日			
	認定の有効期間			被保番		
	負担割合		日常生活自立度		認知度	
医療保険	国保・社保・後期高齢者					介護者の状況 (※介護力の有無、介護に対する考え方等)
身体障害者手帳	有 ( 種 級 ) ・ 無					
年金			生活保護	有 ・ 無		
現在利用されているサービス及び利用予定のサービス (※…利用予定)	サービス種別	事業所名・利用頻度		サービス種別	事業所名・利用頻度	
介護保険外サービス						
居住環境					住宅改修の有無	有 ・ 無

### 病歴・健康状態等

傷病名・既往歴	発症年月日	病院(医師)名	口腔衛生、麻痺・関節の拘縮、皮膚疾患など
服薬の有無	有 ・ 無	褥瘡の有無	有 ・ 無
かかりつけ医(主治医は☆印)			

### ADL・IADL・コミュニケーション等

ADL	食事:	IADL	(例)服薬管理・金銭管理・家事など
	排泄:		
	入浴:		
	移動・移乗:	コミュニケーション	
	着衣:	認知・BPSD	

### 生活歴、最近の主な経過、地域との交流、連絡事項等

--	--	--	--

事業所	担当	TEL(fax)
-----	----	----------

主治医への報告・  
連絡・相談は  
随時必要！

【ポイント】

- ◎『意思決定支援』の認識が重要（意思決定支援とは、文字通り「意思」を「決定」することを「助ける」という意味）
- ◎可能な限り本人の生活に合った方法に切り替えて予防的な支援をする。
- ◎本人の意思を尊重し、著しくQOLが障がいされたり、生命リスクが高まったりした場合には、必要時速やかに医療に繋ぐ支援をする。

STEP1 医療ニーズが高い利用者像をチェックしましょう	対応する医療サービス（優先順）	根拠
<b>1 医療機器等を装着している状態である</b>	◆医療の状況やリスクを共有することで、チーム全体で安全なケア計画を立て、QOLの向上や自立を支援	
<input type="checkbox"/> カテーテルの留置（膀胱、腎、胆管も含む） <input type="checkbox"/> 人工呼吸器の使用 <input type="checkbox"/> たん、唾液の吸引 <input type="checkbox"/> がん性疼痛のコントロール（注射・内服液） <input type="checkbox"/> 気管切開カニューレ装着 <input type="checkbox"/> ストマの装着（大腸・尿路） <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 経管栄養チューブ（胃ろう含む）の使用 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養、持続点滴 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> インスリンの自己注射	訪問看護 訪問看護・リハビリ 訪問看護・リハビリ 訪問看護・薬剤師 訪問看護 訪問看護 リハビリ・訪問看護 訪問看護・栄養士・薬剤師・歯科 訪問看護・栄養士・薬剤師 訪問看護・栄養士 訪問看護・栄養士・薬剤師	感染予防 排泄機能のアセスメント 医療機器の管理 各種合併症の予防 有効的な排痰援助と肺炎の予防 薬の正しい理解と痛みアセスメント 感染予防とカニューレトラブルへの予防と対応 排泄管理とストマ周辺の皮膚トラブルの予防・管理 呼吸機能の評価・正しい呼吸方法の獲得 挿入部の皮膚・粘膜トラブルの予防 栄養状態のモニタリング 簡易懸濁法等適切な薬の注入方法の検討 口腔機能の評価、改善 安全管理 摂食嚥下・栄養の改善 ルート・針の選定の際の助言 感染の予防 食生活の支援 インスリン管理 食生活の支援 本人にあった薬剤の形態の評価
<b>2 皮膚・爪のケアが必要である</b>	◆長い間の生活や動作の結果であることを理解し、生活様式全体を評価し再構築	
<input type="checkbox"/> 爪に問題がある（陥入爪、感染など） <input type="checkbox"/> 褥瘡がある <input type="checkbox"/> 皮膚に傷があり（潰瘍、熱傷、白癬、など）治りにくい	訪問看護・リハビリ 訪問看護・リハビリ・栄養士・薬剤師 訪問看護・薬剤師	感染の予防 歩行障がいの予防 傷の処置 栄養、介護方法、動作の改善 寝具やマットレスなどの評価と選定 薬剤や創傷被覆材の選定・使用方法の助言 糖尿病などの基礎疾患との関連性やケアの評価 医療材料の選定の際の助言
<b>3 医療的な視点でのリスク管理（入院を予防）が必要</b>	◆治療が生活の弊害にならず、健康を取り戻すための支援	
<input type="checkbox"/> 治療食をたべている <input type="checkbox"/> 薬を飲んでいる <input type="checkbox"/> がん治療中（薬・放射線）	栄養士・訪問看護・薬剤師 薬剤師・訪問看護 薬剤師・訪問看護・栄養士	本人の生活にあった食事の改善や工夫 服薬アドヒアランス向上サポート 残業調整、ポリファーマシー対策の検討 副作用や栄養の評価・改善
<b>4 慢性疾患がある</b>	◆生活の中に潜在する病状悪化の要因を排除し、生活の質低下を防ぐための支援	
<input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 <input type="checkbox"/> 腎不全・心不全 <input type="checkbox"/> 尿路感染を繰り返している <input type="checkbox"/> 肺炎を繰り返している <input type="checkbox"/> 認知症・精神疾患がある	リハビリ・訪問看護・栄養士 栄養士・訪問看護・薬剤師 訪問看護・薬剤師 歯科・リハビリ・訪問看護 訪問看護・リハビリ・薬剤師・P・S・W	廃用性のADL低下の予防 尿量を確認しながら、安全に服薬してもらうサポート 栄養状態のモニタリング 食生活の支援 排泄状況と繰り返す原因の評価 適切な薬の選択・副作用の評価 口腔・嚥下機能の評価とケア 潜在している心身の状態の評価
<b>5 口の中・食べること・栄養に問題がある</b>	◆生きることや活力の基本である「食べること」を見直すための支援	
<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下に問題がある <input type="checkbox"/> 痩せている。BMI（体重÷身長m÷身長m）が18.5未満 <input type="checkbox"/> 過去3か月で体重が減少した <input type="checkbox"/> 噛めない、または、噛むことに問題がある <input type="checkbox"/> 口臭・口腔内食物残渣がある	歯科・リハビリ・栄養士・訪問看護・薬剤師 栄養士・歯科 栄養士 歯科・リハビリ・訪問看護・栄養士 歯科・訪問看護	摂食機能の評価・回復 食事形態・ボジショニングの工夫 補助栄養食の活用検討 低栄養の原因を評価し、改善 体重減少の原因を評価し、改善 咀嚼機能の評価・改善 虫歯、歯周病、義歯の問題改善 食事形態の工夫・ボジショニングの工夫 口腔内疾患の予防 誤嚥性肺炎の予防
<b>6 排泄</b>	◆自立した排泄ができ精神的苦痛や自尊心低下がないよう支援	
<input type="checkbox"/> 対処できていない便秘や下痢がある <input type="checkbox"/> 尿失禁や頻尿、排尿困難がある	訪問看護・薬剤師・リハビリ・栄養士 訪問看護・リハビリ・薬剤師	原因を評価し、排泄の状態を改善 薬の副作用の可能性を評価
<b>7 睡眠</b>	◆生活の中に潜在する睡眠障害の要因を排除し、本来の生活機能を取り戻すための支援	
<input type="checkbox"/> 昼夜逆転している <input type="checkbox"/> 不眠である	訪問看護・薬剤師・リハビリ 訪問看護・薬剤師	原因を評価し、睡眠状態を改善
<b>8 活動性の低下</b>	◆身体機能の改善及び環境の整備を行うことで、住み慣れた場所で安全に暮らし続けられるための支援	
<input type="checkbox"/> 以前に比べADLが低下し、生活の再編が必要 <input type="checkbox"/> IADLに問題がある。 <input type="checkbox"/> 進行性の神経難病である。 <input type="checkbox"/> 転倒歴がある。	リハビリ・訪問看護 リハビリ・訪問看護・歯科・栄養士 リハビリ・訪問看護 リハビリ・薬剤師・訪問看護	ADLの評価、改善の可能性、生活環境の評価・環境（人的・物的）の再編 今後ADLの低下の可能性も含めた評価 廃用性のADL低下を予防 転倒リスクの評価 生活環境の評価・環境（人的・物的）の再編
<b>9 状態の変化により、在宅療養生活に不安がある</b>	◆自分らしい生活や限り有る「生」を充実させるための支援「人生の最終段階における医療の決定に関するガイドライン」を踏まえる	
<input type="checkbox"/> 急な病状変化に対する不安がある <input type="checkbox"/> 終末期であるが本人の意思が不明瞭・不安が強い	訪問看護（24時間対応型） 訪問看護・薬剤師	不安の原因を究明し解消 死への不安や苦痛を緩和できるような支援

※栄養士やリハビリなど地域の資源が不足の場合は、訪問看護に相談・検討

⇒ チェックが入った項目に対応する専門職等と連携しながら、生活の質を維持・向上できる“在宅ケアチーム”をつくりましょう。

通院が可能か、通院を継続することで生活の質の低下が予測される場合は、早めに在宅医療への移行を検討しましょう。

ケアプランの作成に当たっては相談先をあらかじめ決め、すぐに対応できるよう備えておきましょう！

窓口⇒主治医・在宅医療・介護連携相談支援窓口・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

STEP2 さらに利用者の背景をチェックしましょう	さらに介護・福祉と包括的に関わる必要があると予測されるもの
<input type="checkbox"/> 独居である <input type="checkbox"/> 介護者の理解が不良である <input type="checkbox"/> 介護者の疲弊が予測される <input type="checkbox"/> 虐待等を含めた介護状況に問題がある可能性がある <input type="checkbox"/> 家族背景・経済背景などに何らかの事情がある <input type="checkbox"/> 24時間365日対応を要するような状態である <input type="checkbox"/> 入退院を繰り返している <input type="checkbox"/> サービス拒否がある <input type="checkbox"/> 不衛生な室内環境	<p>【補足説明】</p> <p>【アドヒアランス】 患者が治療方針の決定に賛同し積極的に治療を受ける</p> <p>【ポリファーマシー】 多剤併用・多剤処方 →必要以上に多くの薬を併用している状態</p>