#### 退院支援チェックシート

	病院側	在宅側
入院~72時間	□入院後、患者・家族の意向を確認したか。 □心身の状態をスクリーニングしたか。 □診療、看護計画等作成したか。 □計画作成に当たっては、在宅専門職の情報が活かされているか	□入院したことをかかりつけ医等関係機関に連絡したか。 □面談、連絡等により心身の状況を確認したか。 □在宅生活の状況を病院へ情報提供したか。 □病院の専門職(担当医、連携室、看護師等)と面談、連絡して情報の共有を行ったか。
4日目~退院調整まで	□患者・家族の意向に変化はないか。 □作成した診療、看護計画は変更の必要はないか。 □計画には、在宅の生活や環境の視点が盛り込まれているか。 □退院支援カンファレンスを開催したか。 □退院支援カンファレンスで患者・家族、在宅専門職と退院に向けた目標が共有できているか。 □退院支援カンファレンスが単なる情報提供に終わっていないか。	□患者の治療状況、心身状況を確認しているか。 □病院へ在宅生活の状況について情報共有できているか。 □退院に向けた見立てが行え、課題の整理が行えているか。 □退院支援カンファレンスを開催したか。 □退院支援カンファレンスで患者・家族、在宅専門職と退院に向けた目標が共有できているか。 □退院支援カンファレンスが単なる情報提供に終わっていないか。 □退院支援カンファレンスの内容が在宅チームの専門職へ情報提供されているか。
〜 退院 まで	□患者・家族の意向に変化はないか。 □退院支援カンファレンスの目標設定 に基づいた支援が行えているか。 □退院前カンファレンスを開催したか。 □退院前カンファレンスの協議内容は 退院までに実行可能となっているか。	□退院支援カンファレンスで協議した退院に向けた支援が準備できているか。 □退院前カンファレンスの実施には、在宅チームの専門職の参加をよびかけているか。 □退院前カンファレンスの協議内容は患者・家族の意向が反映されているか。
退院後~2週間	□退院時、紹介状やサマリー等作成し、 情報提供が行えているか。 □退院後も必要に応じて患者・家族、在 宅専門職との連携体制があるか。 □再入院等の相談に応じているか。	□退院後のサマリー等が在宅チーム間で 共有されているか。 □退院後の生活状況について把握し、課 題やリスクへの対応ができているか。

発行曰:平成30年3月26日

蝙 著;きづがわねっと事務局架け擂チーム

発 行:一般社団法人相楽医師会 在宅医療委員会

T619-0233 京都府相楽郡精華町乾谷金堀3-2 JA京都やましろ山田荘事業所2F TEL:0774-73-8222 FAX:0774-73-3919 http://www.souraku.kyoto.med.or.jp/

## 病院~在宅架け橋事業

# 山城南圏域 退院支援運用ガイドライン



入院生活から在宅療養への復帰は患者さん御本人にとって不安 の気持ちが大きいものです。診察は?訪問看護は?ケアマネは? リハは?ヘルパーは?そして、家族の受入れは?など心配事は尽 きません。

在宅療養が始まってもこれらのサービス、仕事が途切れること なく繋がるように多職種が協働して架け橋となって、安心を届け ます。

> 一般社団法人相楽医師会 **ᄝ職種連携ネットワークきづがわねっと**



#### 入院~おおむね72時間

#### 入院時情報シェアリング

入院直後は病気を治すことが優先です。しかし、病院側・ 在宅側が相互に情報を共有して患者理解を行うこと、早い 時期から自宅に帰ろうという退院への意識付けが行えるよ う支援することが重要です。

> 在宅での生活はどうだったか?病気をど うとらえているのか?本人・家族の意向に 耳を傾ける。









治療 中心

入院直後から退院をテーマに話し合い (スクリーニング)、一日でも早く自宅に 帰ろうという目的意識を共有。



面談して情報共有







かかりつけ医、ケアマネジャー、在宅セラピスト が在宅の療養や生活状況を在宅サマリー等に記載し 情報提供を行う。

退院後在宅が困難な場合、自宅以外の選択肢



#### 4日目~退院調整まで

### 退院支援カンファレンス

病態をきちんと理解して、退院後の具体的な生活イメージにつなげていき ます。単なる機能回復ではなく、生活の場において自立できる状態像をイ メージして体制を整備していくことが重要です。



病院

患者・家族の「こうした い」という気持ちを聞き取り。



事前に双方の情報を

カンファレンス

かポイント

する。

族の介護方法の習得等)



具体的な生活をイメー ジして、リハビリや療養 を見立てる。



在宅

自宅の見取図(玄関、居 室等)の情報を提供する。

持寄りカンファレンス





生活面の情報提供を行い、 在宅で生活できる条件を提示 する.



## 第3段階

### ~退院まで 退院前カンファレンス

病院・在宅側双方が、退院後の生活について最終的に確認し合う 場です。第1~第2段階でのかかわりが適切に行えたかが評価の別れ 目です。退院支援カンファレンスが十分行えているか否かで内容は大 きく異なります。



病院





退院支援カンファレンスの内容が履行されているか、達 成できていない部分は何が原因か事前に確認の上、カン ファレンスを実施。



カンファレンス かポイント

- ◇患者・家族が「どのように生活していきたいか」意向を改 めて確認する。
- ◇退院後の医学管理上、生活・介護上の課題を確認し合う。
- ◇退院までにできること、退院後にすることを最終確認する。

⇒退院後主治医紹介状、看護サマリーなどの内容を確認。

◇患者・家族の気持ち、意向を病院・在宅側で共有する。

◇病院より入院中の治療、療養、リハビリ状況について具体的に説明

◇退院に向けた到達目標の確認。(患者の身体状況、環境の整備、家

⇒内容をかかりつけ医など在宅チームに情報提供する。

#### 退院後~在宅生活2週間



☆介護保険等施設への入所

☆医療・介護療養病床への移行

☆サービス付高齢者住宅への入居





状態悪化時の再入院等バックアップ体制。

専門的な検査等受診のフォローアップ体制





退院前カンファレンス時の検討内容と在宅生活の実際と の比較、検討。

退院後であっても必要に応じて、病棟の看護師やセラピ ストへの状態の相談や照会。