

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"> ■ 退院調整部門か病棟かの確認(担当者も確認) ★「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 <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"> ■ ★入院時情報提供書の提供 ※7日以内(加算等別紙) ・病院訪問 ・電話、ファックス、メール (個人情報取扱い厳重注意) <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"> ■ 病状の確認 ・ 家族から情報を得る ・ 状況により病状説明への同席 ・ 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) ■ 本人、家族の思い、病状の受止方、希望の確認 ・ キーパーソンの確認 ・ 意思決定支援 ■ 今後の予測 ・ 入院前と状態像が変化する可能性 ・ 退院に向けた予測 (時期等) ・ 区分変更の必要性の検討 ■ 退院に向け一時帰宅(外泊・外出)の検討 <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"> ■ 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 ★在宅医療サービス情報検索システムの活用 	<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"> ■ 本人・家族の思い、希望の確認 ・ 退院に向けて不安の確認と、軽減の為の情報提供 ・ 病状説明への同席、情報提供などを通し意思決定を支援 ■ 退院時共同カンファレンス依頼と参加 ・ 参加する地域の職種をケアマネジャーが調整 ・ 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 ・ 本人・家族・多職種で目標を検討、共有 ・ 退院時サマリーの依頼 ★退院時情報収集シートを活用して情報収集する ■ 必要に応じて、病院でサービス担当者会議を開催 	<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>	<p>居宅サービス計画に基づき在宅生活支援を行いましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ サービス担当者会議開催 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 ■ 本人・家族の望む生活の継続性、新たな課題の確認 ■ 在宅かかりつけ医との連携・情報共有 ★「ポピーねっとやまがた(医療・介護連携SNS)」の活用 <p>退院後の状況を連絡窓口担当者(連携室等)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>
	医療上の課題	<p>入院したことを在宅ケアチームへ連絡し、情報を共有しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ かかりつけ医との連絡調整 	<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"> ■ 本人・家族の望む生活の継続性を検討 ■ 本人の ADL・認知機能の確認と現存能力評価 ■ 住環境⇒病棟看護師、リハビリチームへ家屋状況を情報提供し、準備調整について相談・検討 ■ ケア体制の検討(排泄・食事・清潔・移動等) ■ 介護力の検討 	<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"> ■ 医療的管理方法の検討、通院(又は訪問診療)の確認 ■ 在宅療養後方支援病院の確認と連絡先 ■ 退院直後(退院当日も含む)の訪問看護の必要性検討 ※医療保険の適応(特別訪問看護指示書)もあり <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"> ■ 独居状況や介護状況を考慮 ■ 入院前と変化したADL・認知機能に応じプラン変更の必要性を検討(医療介護サービスや住宅改修・福祉用具の導入等) ■ 各種福祉制度・インフォーマル資源活用の検討 	
療養環境の準備・調整	<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"> ■ 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 ・ 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 ・ 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 <p>※入院中・退院後の調整期間も同様</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にて行なう。

- 地域包括支援センターや訪問看護の支援プロセスもこのプロセスに順ずる