

在宅移行支援実践プログラム

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

独立行政法人福祉医療機構助成事業社会福祉振興助成事業

- 具体的な在宅移行支援の流れにもとづく「実践内容」について
- 医療機関とケアマネジャー等が行う協働のケアマネジメントについて示したものです。

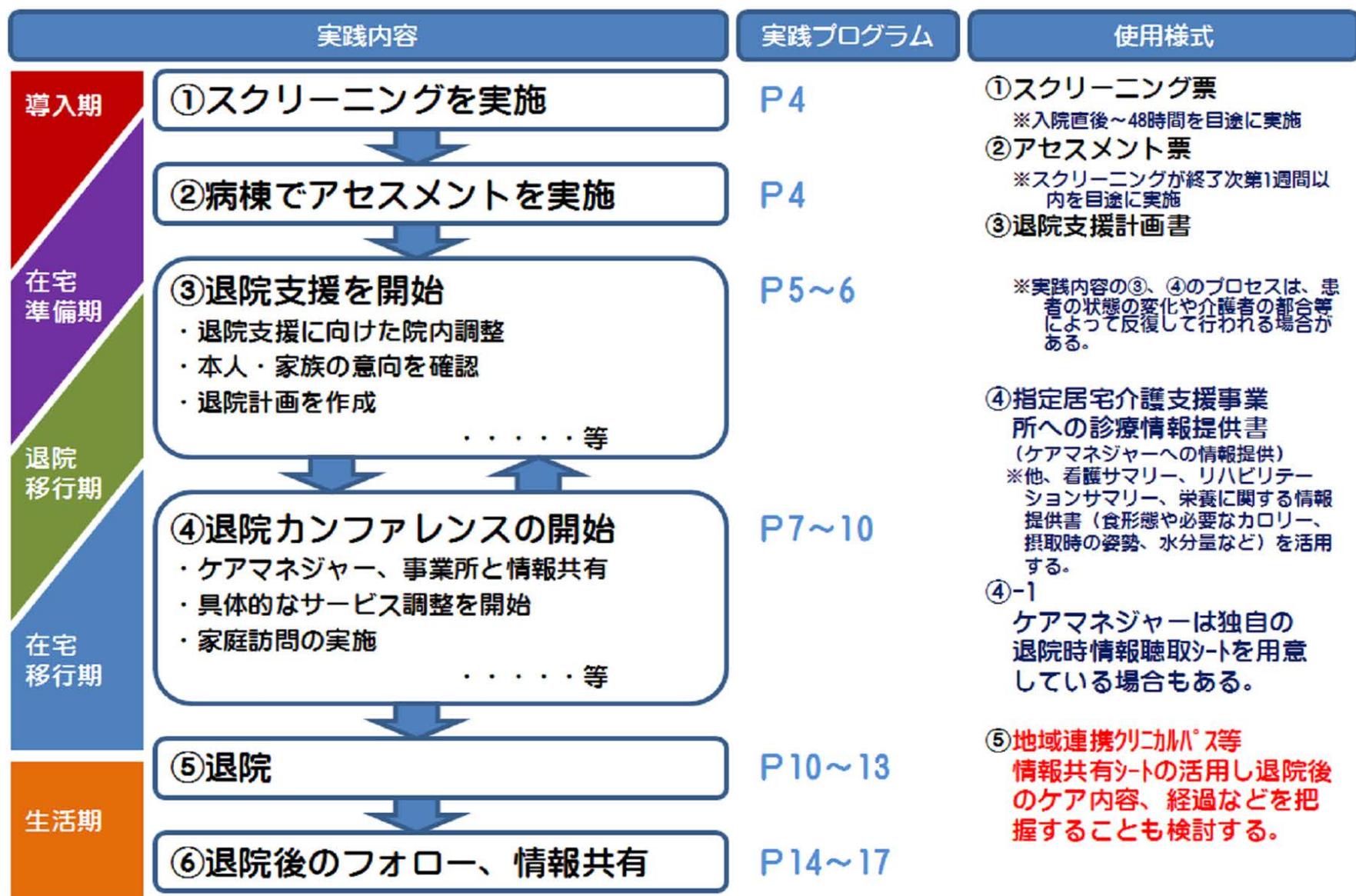
☆「実践内容」には、病院（受け持ち）看護師、訪問看護師、ケアマネジャー等の役割を「〇〇は××をする」と明確に表現してありますが、その職種がやらねばならないと言うわけではありません。従来その役割を担ってきた職種があれば適性に応じて行ってください。同様に「連携機関・活用できるサービス」も職種や機関を限定したものではありません。施設や地域によって役割も可能な活動も異なるので、ケースバイケースで考えてください。

☆しかしながら、それぞれの職種でこの役割をとるということが決定した場合は、それを遂行してください。

在宅移行支援実践を参考にしながら、在宅生活へ移行する事例を重ねることで、各施設、地域での役割分担がシステムとして構築されていくことを期待しています。

☆連携機関・活用できるサービスの項目で、介護・福祉機関の利用がありますが、各区市町村で窓口となる名称が異なります。各区市町村の該当する機関を確認の上で、活用してください。

具体的な支援の流れ



在宅移行支援 導入期（在宅生活・療養への意思決定）	利用者の目標（ニーズ）	実践内容	連携機関・活用できるサービス（社会資源）	備考（留意する項目）
	1. 在宅へ移行するための医療チームの編成により支援を受ける	1) 看護師と医師との調整 ・本人がどのような状態になったら在宅生活へ移行できるかのゴールの設定をする 2) 院内の医療チームの編成をする ・チーム内で上記のゴールの共有をする 3) 医療チーム内で、院内の調整役を決め 4) 連携が必要な地域の機関の査定を行う 5) 医療チームで情報交換して、以下2、3をアセスメントする。その結果を基に、介護力の把握、社会資源の活用を検討する 6) 本人・家族の相談窓口や精神的フォローをする役割を誰がとるか決める	院内の医療チームの編成 主治医（医科・歯科）、受け持ち看護師、師長、外来看護師、MSW、医事課、在宅療養支援部門スタッフ、作業療法士、理学療法士、臨床心理士など （施設ごとに構成員は異なるが、調整役を明確にしておく） * 地域の連携機関 居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、地域の往診医・歯科医など	#在宅移行の決定を担当医師、看護師のみでなく、医療チームで決定し、以下のプログラムをチームで検討していく #在宅療養支援を実施する病院内の担当者・部署を医療チームに入れて退院後の連絡窓口の一本化のための、体制を作っておく #院内での調整のためのカンファレンスは随時行う #ケアマネジャーとの連絡をどの時点で取るかの調整を行う（居住地の近隣にある居宅介護支援事業所へ退院予定の連絡と訪問依頼など） #地域によっては居宅介護支援事業所の他、地域包括支援センター、保健師からの連絡体制が確立しているところもあるため確認しておく。
	2. 本人・家族の意思決定ができる	1) 主治医が本人の疾患について本人・家族への説明を行う ①今後の予後予測について ②疾患について今後予測される障害と対応 ③医療的処置について今後の予測と在宅での留意点 2) 外来通院している同様の病状の患者に、経験談を話してもらったり、会ったりする機会を作る 本人と同様な状況で前向きに生活している在宅療養者の介護者を紹介する	* 患者会の紹介や活用	#本人、家族の意思決定に影響を及ぼす要因 ①外来通院病院、救急対応病院（含交通手段）がどこであるか。現入院病院と異なる場合は今後の入院病院と外来通院、救急対応、病院の連携体制の有無 ②在院期間 ③医療者から本人・家族に行われた初回の在宅療養に関する説明内容・医療者の姿勢・在宅療養に移行時期の提示の仕方 ④経済状態：自己負担金を含めた経済的な見通し ⑤健康状態 ・介護者：身体的な面、ケアを習得する理解力 ・本人が自身で身体の変化がある時にサインを出すことができる状態か ⑥食支援：食事の準備と栄養指導 ⑦本人と同じような病状の者が在宅療養している経験談を聞いたことがあるか ⑧地域でのサポート資源の活用がどの程度可能か。実現しないケア計画を提示しない。後での修正が効かないばかりでなく、信用を失う。 ※本人・家族の意思決定、受け入れ体制の整備は退院までに平行して行うことが必要
	3. 本人・家族の受け入れ体制が整う	1) 本人を直接ケアする機会を作る 2) 面会の頻度の確認と、面会時間を利用して家族にケア技術等を指導できる体制を作る 3) 本人と家族との関係（愛着形成等）を面会時に情報収集する 4) キーパーソンは誰か、主介護者の背景、親戚との関係、生活様式、考え方について情報収集する 5) 家族が本人の疾患を理解できているか、疾患の受け止め方はどうかについての情報収集する 6) 協力者がいる場合は生活支援の確保を行う	* 医療チーム内で情報交換を行う 交換された情報は個人情報保護の観点から守秘義務が生じる。チーム内で情報が守られて、共有できなければ、有為なチームが形成できない また、共有される情報は、尊重されるものであり審判を受けるものではない。公表される情報の中には家族等の信念や価値を含むものがある。チームを形成する職種個人の批判によって、利用者・家族を責める言動等は絶対にしてはならない * 本人、家族への各種アプローチ方法はチームの意思統一のもと選任された者が行う	※本人・家族の意思決定、受け入れ体制の整備は退院までに平行して行うことが必要

在宅準備期（院中で在宅療養に向けて準備する）	利用者の目標（ニード）	実践内容	連携機関・活用できるサービス（社会資源）	備考（留意する項目）
	1. 日常生活ケア・医療処置の技術の獲得ができる	1) 受け持ち看護師は本人の入院中の1日の生活パターンを主たる介護者に説明する 2) 受け持ち看護師は主介護者へ日常の介護技術指導・確認を行う 3) 受け持ち看護師は主介護者へ医療的処置の技術習得の指導をする ①技術指導の開始時期の決定 ②入院初期から在宅療養を考慮した医療処置の物品・方法の選択 ③技術習得の評価（在宅で技術が発揮できるのか） ④家族の技術習得に伴う精神的負担感の観察 4) 医療機器の取り扱いと管理について指導する ①機器の取り扱いと管理方法の指導 ②家で使用する機器・器材の選択の援助	*MSW等から医療機器の準備方法を聞く *MSW等が分からないのであれば、必要なスキルであるので病院出入りの業者と関係を持たせ、知識を習得する	#技術指導の方法は受け持ち看護師が中心となり計画立案する。技術指導の実施状況は、チームに報告され、必要に応じ指導者側を教育することが望まれる。 #医療者側は技術習得に抵抗を示す人、習得困難な人もいることを理解して、ケア指導を行っていく。抵抗を示す人や習得困難な人である場合は、生活背景に何らかの原因が想定されるので、MSWの関わりを求めることも必要。 #指導を行う中で習得状況（知的能力に問題がない方に指導を実施しても）技術の習得の問題があれば指導方法の変更が必要である #家族の誰がどのような指導を受けて習得しているか確認できるようにする （チェックリストなどを作成して使用するとよい）
	2. 居宅の環境を整える	1) 受け持ち看護師は以下の項目を家族と相談して準備する ①本人の居室、医療機器を置く台、処置台、衛生材料及び薬品の保管場所 ②本人と家族の部屋、入浴方法、食事の準備など生活状況 ③その他在宅療養に必要な物品	*医療保険：退院前訪問指導料（1カ月以上の入院で居宅を訪問し状況の把握が出来る） *地域包括支援センター *指定居宅介護支援事業所 *訪問看護ステーション	#在宅療養で改善が必要になる項目は何か？分からなければ、実際に家を見てきた上で評価を行う必要がある #退院後の環境を評価することに専門的知識が不足している場合には、左記、機関との連携を図り、同行訪問を実施する *訪問看護ステーションの看護師等と退院後の居宅における療養上の指導を行った場合には退院時共同指導料が算定できる。（ただし、特別な関係にあるステーションと共同で指導を行った場合は算定できない）
	3. 衛生材料の入手および使用方法が理解できる	1) 入院中から病棟スタッフが在宅移行後の方法を考慮して、在宅療養にあった衛生材料の使用法を実践する 2) 病院から提供できる物品を明確にする 3) 自己負担の物品の購入方法（物品によってはバラ売りが可能な業者）を家族に紹介する	*外来の衛生材料を扱っている部門（医事課、用度課）	#退院後の生活環境を早期に把握することは、生活を想定したりハビリや、療養指導が可能となる。退院前訪問指導料、退院時共同指導料を活用する。 *退院前訪問指導料：入院期間が1ヶ月を超えると見込まれる患者の退院に先立って、患家を訪問し患者又は家族に対して退院後の療養上の指導を行った場合に当該入院中に1回（入院後14日以内に患家を訪問し、退院に向けた指導を行った場合は2回）算定できる。

利用者の目標（ニード）	実践内容	連携機関・活用できるサービス（社会資源）	備考（留意する項目）
4. 外来受診・緊急時の医療体制が確立する	1) 外来受診・緊急時の医療機関の協力体制の確立を行う 主診療科の外来受診、専門科別の外来受診先の決定緊急時の対応先の決定 2) 退院後の連携確立のための準備をする ・特に入院病院以外の施設で外来フォローする場合 ・複数の病院や外来と連携する場合 3) 入院病院の窓口の一本化のための院内の調整 4) 自宅のある地域包括支援センター等へ退院予定の連絡と訪問依頼 5) 訪問看護指示書の発行先の確認 6) 主治医、受け持ち看護師は家族へ急変時の対応の指導	* 地域の医療機関 * 地域包括支援センター * 保健所・市町村保健センターの保健師 * 指定居宅介護支援事業所のケアマネジャー	# 早期より本人・家族に外来受診方法を伝えていかないと、不安につながり、在宅移行支援への阻害要因ともなる # 入院病院の窓口（訪問看護ステーションからの問い合わせ窓口）：各科外来、リハビリテーション科、相談室、在宅支援部門を確認する # 施設により一定期間は入院していた病棟が窓口になり、その後外来が窓口になる場合がある ※退院後の窓口はいつまでが病棟で、いつからが外来であるかを、院内のシステムとして確立していることが望ましい # 外来看護師は入院中から在宅療養予定の利用者の把握につとめると、外来でのフォローがしやすい
5. 本人の予後への援助が継続される	1) 病院スタッフは入院中の訓練の継続が必要かどうかの判断を行う。家族・介護者に訓練方法の指導を行う他、継続が必要な場合は保健師、ケアマネジャーと連携を図り継続のための手段を検討する 2) 病院スタッフは外来通院、通所施設、訪問による訓練の確保について検討し、助言を行う 3) 病院スタッフは退院後の食事準備と栄養管理について検討し、助言を行う	* 作業療法士（OT） * 理学療法士（PT） * 言語聴覚士（ST） * 保健師（PHN） * 退院調整看護師（Ns） * 医療ソーシャルワーカー（MSW） * ケアマネジャー * 管理栄養士	# 具体的な訓練方法を図、写真等を活用に訓練を継続できるようにする # 通所施設、訪問リハビリなどを利用する場合、現在の機能「できる活動」と、今後の機能向上の予測「している活動」、課題「するようになる活動」を伝える準備を行う
6. 経済面の支援が受けられる	1) 受け持ち看護師は医療費補助、助成金、障がい者手帳の申請手続き等、情報提供して、MSWから福祉事務所等につなげられるようにする 2) 受け持ち看護師はMSWの協力を得て退院後の自己負担額を明らかにする（衛生材料の自己負担額も含む） 3) 医療機器の購入・借用についてのアドバイス（特殊寝台、車いす、その他）を行う 4) 介護保険制度、身体障がい者日常生活用具給付制度、補装具交付制度、総合支援法等の利用についてMSWの協力をもとに利用の手続きをすすめる	* MSW * 助成・手当・医療保険医療費補助、重度心身障がい者医療費助成制度、特別障がい者手当、身体障がい者認定による優遇措置、在宅指導管理料、特定疾患治療研究事業 * 各種制度利用促進パンフレットの利用	# 助成・手当・医療保険等には年齢要件に該当しないと受けられないものがある、重複できないものや所得制限、在宅の期間によるものがある # 介護保険の被保険者であっても利用するサービスによっては、障がい者制度を利用するほうが、経済的負担が軽減される場合がある。よって、制度によっては利用者に不利益を発生させることも予測されるため、制度を熟知している者からの指導助言が求められる。
7. 退院後の調整担当者が決まる	1) 介護保険制度を利用する場合（概ね65歳以上）は指定居宅介護事業者を決定し、契約を結ぶことが必要となる 2) 障がい者総合支援法等市町村制度を利用する場合（概ね64歳以下）は市町村担当者（保健師や地域包括支援センター等）との協議が必要となる 3) 特定疾患治療研究事業対象疾患は保健所（県）も関わってくる	* MSW、退院調整看護師等を仲介者として指定居宅介護支援事業所のケアマネジャーへの情報提供と居宅ケアマネジメントの依頼 * MSW、退院調整看護師等を仲介者として市町村窓口及び担当者との協議	# 平成18年4月からは要介護認定者は従来どおり指定居宅介護支援事業所にてケアプランを作成するが、要支援認定者は指定介護予防支援事業者（地域包括支援センター）にて契約を結び介護予防プランを作成する。

	利用者の目標（ニーズ）	実践内容	連携機関・活用できるサービス（社会資源）	備考（留意する項目）
退院移行期（退院前に外泊を繰り返し、入院生活から在宅生活への準備をしていく期間）	1. 本人・家族が退院後の生活のイメージができる	<p>1) 本人が試験外泊（居宅へ）を繰り返しながら、以下の項目の調整を行っていく 〈評価項目〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人の生活時間と家族・介護者の生活時間の調整はどうか ・夜間のケア内容、大変だったこと ・介護者は睡眠をとれたか？ ・食事は摂れたか？ ・排泄はどうだったか？ ・仕事などへの影響はなかったか？ ・他の家族のための時間は確保できたか？ ・予測しなかった事態はおきなかったか？ ・家族の役割を捉えて、介護を分担できたか？ ・夫婦関係の変化はあったか <p>2) 評価を踏まえて在宅移行への準備を行う：居宅での生活に向けた日常生活の工夫について家族と検討する</p> <p>3) 退院後の調整者（ケアマネジャー、地域包括支援センター等）の役割を本人・家族に説明する</p> <p>4) 訪問看護師の紹介・活動の説明をする（含：訪問看護ステーションの利用料金の説明）</p> <p>5) 病棟から、本人が外泊時に地域連携室や訪問看護ステーションに対して訪問を受けられるように依頼する</p> <p>6) 地域連携室と訪問看護ステーションは相互に連絡を取り、外泊中に可能な範囲で訪問を実施する</p> <p>7) 上記1) 評価の結果を病棟看護師は地域連携室、訪問看護ステーション、退院後の調整者と共有する</p>	<p>受け持ち看護師、外泊の場合その日の受け持ち看護師</p> <p>居宅へ外泊の場合は地域連携室、訪問看護ステーション</p> <ul style="list-style-type: none"> * MSW、退院調整看護師 * 地域連携室 * 訪問看護ステーション * 指定居宅介護支援事業所等（退院後の調整担当者）退院時医療介護連携を実施 	<p>#外泊中の訪問（地域連携室か訪問看護師のどちらかが訪問できるようにする）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院からの外泊中の訪問看護は算定が可能であるが訪問看護指示書算定はできない。（退院時に1回のみ算定） ・外泊でない場合の退院前の訪問看護は算定されないので、訪問看護ステーションはサービス訪問となる <p>#地域連携室、訪問看護ステーションの役割としては医療処置の実施のほか、利用者や家族の観察や医療チームの調整（医療処置の実施のために看護師は必要時で研修をする）も目的とする</p> <p>#本人・家族が退院後の生活をイメージできるためには医療チームの構成員が利用者の生活をイメージすることが出来なければならない。</p> <p>#病院からの退院を促すことは、本人及び家族においてはいままでの生活様式を変えることとなる場合が多い。生活様式を変えることは短時間では難しいことであり、葛藤や混乱、逃避など介護者への心身機能に与える影響も大きい</p> <p>#生活面の支援をおろそかにすると、療養・介護のために必要な食事、服薬、休息、ストレスからの開放を図ることができない。結果、再入院となることもある。</p> <p>#生活の安定を図ることは、医療機関が行う治療、指導、支援の成功に不可欠なものである。</p>
	2. 本人・家族が訪問看護師と信頼関係が形成される	<p>1) 訪問看護師は入院中に病棟を訪問する（退院前カンファレンスをもつ）</p> <ul style="list-style-type: none"> ①本人・家族、主治医、受け持ち看護師、MSW、ケアマネジャー、訪問看護師の顔あわせ ②主治医から本人のこれまでの経過と現在の状況の説明と退院後の予想される状況、問題点等の説明 ③受け持ち看護師から入院中の本人の看護の内容、退院指導の内容、面会の状況等の情報提供（家族が同席することで問題となるような情報については、個別で提供する） ④家族から、現在の家族の状況や利用者が退院するにあたっての準備、家族の思い等の説明 	<ul style="list-style-type: none"> * 主治医（医科・歯科）、受け持ち看護師、ケアマネジャー、MSW、退院調整看護師、訪問看護ステーション看護師、管理栄養士 * リハビリテーションスタッフの参加を得る 	<p>#訪問看護師は、本人に必要な医療行為や訓練、看護を獲得できていることが前提である。これらに自信をもつためにも積極的に病棟で行われていることを学ぶ姿勢をもつ（但し、本人が入院中の訪問は、病院側、ステーション側とも＜退院時共同指導加算＞として請求できる（但し設置主体が同一である場合を除く）</p>

	利用者の目標（ニーズ）	実践内容	連携機関・活用できるサービス（社会資源）	備考（留意する項目）
退院移行期（退院前に外泊を繰り返す、入院生活から在宅生活への準備をしていく期間）		⑤訪問看護師から訪問看護ステーションや訪問看護の内容、利用料金等の説明と家族からのそれに対する質疑応答 ⑥家族が訪問看護師に要望する内容の確認と検討 ⑦ケアマネジャーの支援内容の説明とそれに対する家族の要望 ⑧MSWからの意見、要望 ⑨本人と面会し現状の確認		#ケアマネジャーは、在宅での生活の質の向上を目指し、在宅でのリハビリテーションの導入を検討する ①作業療法士、理学療法士、言語聴覚士より機能の評価を聞いた上で、在宅での必要性の判断を行う。 例： ・「歩行が可能」との評価であれば、家のこういった環境で、どのようにして行えば歩行が可能なのか。歩行を行うためにこういった支援が必要であるのかなど支援方法について検討する。 ・「歩行が不可」との評価であれば、家のこういった環境で、どんな状態であったら歩行ができないのかの評価をもとに、どのように支援すれば、歩行や移動が可能となるのかについて検討する。 ②言語聴覚士の評価は、在宅での摂食嚥下訓練、評価の継続を示す場合もあるため、管理栄養士、歯科衛生士等の協力を得ておくことも必要である。
		2) 訪問看護師は本人の疾患の現状について主治医からどのような話がされているかについて確認する ・疾患、予測される障害と対応 ・栄養摂取方法と指導内容の確認 ・その他在宅療養中の留意点) 3) 訪問看護師は本人が受けている医療処置、日常的なケア技術の指導内容を確認する。 病棟訪問時に可能であればケアを実践して、必要時指導を受ける	* 主治医（医科、歯科） * 病棟受け持ち看護師、管理栄養士	
		4) 訪問看護師は本人に必要な訓練の内容を作業療法士、理学療法士、言語聴覚士から指導を受ける 5) 訪問看護師は本人に適した食形態と栄養管理について管理栄養士から指導を受ける 6) 訪問看護師は家族の思いを受容、尊重した姿勢で関わる	* 作業療法士、理学療法士、言語聴覚士 * 管理栄養士	#訪問看護師が作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、管理栄養士に直接会う #入院中の家族の状況、退院に向けての家族の思い等を受けとめることが必要である。そのためには、聞く姿勢を持ち、生命に危険が及ばない範囲であれば注意や指導は控える。
	3. 日常生活ケア・医療処置の技術の獲得ができる	1) 本人・家族のケア技術の確認をする 2) 訪問看護師は病院で実施されている内容が実際に家庭で実施可能かを確認する 3) 訪問看護師は、衛生物品が整っているか確認する		#医療処置が必要な場合、機器の理解の確認も行う（たとえば在宅酸素を必要とする場合は酸素についての理解も確認が必要）
	4. 家族が受け入れ体制を整えられる	1) 訪問看護師は居宅の状況が整っているか確認、評価する 2) 訪問看護師は家族についての情報を得る ①家族のキーパーソンは誰か ②本人の介護に協力できる人がいるか ③家族の健康状態はどうか ④家族が本人を受け入れられるように援助する ⑤食事の準備は誰が行うか	* ケアマネジャー * MSW	#リハビリテーション職、退院支援を実施する看護師、MSWとケアマネジャーによる家庭訪問が実施された場合、在宅支援に必要な情報が得られやすい。【退院前訪問指導が算定可能】

	利用者の目標（ニード）	実践内容	連携機関・活用できるサービス（社会資源）	備考（留意する項目）
退院移行期（退院前に外泊を繰り返し、入院生活から在宅生活への準備をしていく期間）	5. 社会資源の活用ができる	1) 受け持ち看護師、退院調整看護師と訪問看護師で福祉サービス、手帳等の申請や手続きなどができているか確認し、情報を共有する ①医療費の助成は受けられるか？ ②医療機器（ネブライザーや電気式たん吸引器等）の貸し出しや購入費助成は受けられるか？ ③福祉サービス、介護のために使えるサービスの確保はできているか？（医療機関への送迎支援など） ④福祉機関との連携は地域包括支援センターに連絡してそこから紹介してもらうなど 2) 入院中に社会福祉資源の活用の手続きをなるべくしておく 3) 対象となったらすぐに利用できるようにする 4) 近隣の医療機関との協力体制をとる	*MSW *指定居宅介護支援事業所 *福祉制度利用の窓口となる市町村の担当窓口 *ボランティア	#社会資源の利用については、支援者が必要に応じ提案し、家族が利用するか否かを決められるようにする #必要時、制度の内容や申請に関しては市町村の担当窓口にお問い合わせ #年齢、所得に合わせて適宜、確認、紹介する #「社会資源を単に知っていること」と、「効果的運用の仕方を知っている」ことの違いを見極める。利用者及び家族が社会資源を上手に利用することができるように手続きや利用にかかる条件を判りやすく説明する。支援者がいなくても本人、家族が自身で解決しようとする、解決できる力を身につけることを目的に相談に応じる必要がある。
	6. 在宅療養での疑問点、不安な点が明確にできる	1) 以下の項目について家族が病棟看護師に具体的に不安、疑問を出せる体制を作る ①日常生活のケア ②医療処置の技術習得 ③利用者・家族の生活時間 ④栄養摂取方法 ⑤緊急時の対応 2) 1)を明確にするための話し合いを持ち、その際に本人・家族、医療者で総合的に退院前の評価する ①退院後の医療機関との協力体制 ②地域・行政の支援内容の確認 ③利用者の病状急変時対応の確認 ④在宅に必要な医療機器、衛生材料等の物品とその入手方法 ⑤外来受診の方法と連絡体制 3) 在宅支援関係者間の調整会議を開催する。退院後の調整者（ケアマネジャー、地域包括支援センター等）と連絡調整を行っておく	*主治医、受け持ち看護師、外来主治医、外来看護師、保健師、MSW、訪問看護ステーション	#担当看護師は毎日変わるので、医療者側の統一した家族への対応が必要である #在宅支援関係者間の調整会議は、＜退院時共同指導＞として請求できる #入院病院内（病棟、外来、医師、看護師、MSW）の意思統一を行っておく #退院後の調整役（ケアマネジャー等）は、予後予測が可能な者を選ぶことが望ましい。 #在宅介護支援関係者の調整会議（サービス担当者会議）は、主治医の出席が必要である場合は、病院で行うことが望ましい。しかし、会議の性格は、病院（チーム）の意向を押し付けるものでなく、病院（チーム）の意向が実現可能なものであるのかを確認することが主たる目的である。 この観点から、必ずしも1回で済ませるものではなく、繰り返しの調整会議が必要となることが予測される。

	利用者の目標（ニーズ）	実践内容	連携機関・活用できるサービス（社会資源）	備考（留意する項目）
	7. 安全に在宅療養に移行できる	<p>1) 病院→訪問看護ステーション、訪問診療をする医療機関、外来受診する医療機関、救急対応する医療機関、指定居宅介護支援事業所への連絡票（文書での申し送りや連絡票は診療情報提供書）</p> <ul style="list-style-type: none"> これらの連絡票には退院後に地域医療機関からの問い合わせを受けられる窓口となる病院内の部署と連絡先を明記する <p>2) 連絡票は本人及び家族の同意を得て指定居宅介護支援事業所に送る。ケアマネジャーは、ケアプランに反映し介護サービスが提供されるようにする。</p>	<p>#医療機関の管理栄養士、言語聴覚士等 #介護サービス事業所の管理栄養士等</p>	<p>#退院時のサマリーは診療情報の扱いとなり、取り扱いには注意が必要。この場合、病院看護師は看護サマリーや連絡票の形式で、経過や処置について訪問看護ステーションが情報収集できるようにする。</p> <p>#病院から指定居宅介護支援事業所や市町村等に「保健福祉サービスに必要な情報」、「診療情報提供書」を提供すると診療情報提供料を算定できる。（但し設置主体が同一である場合を除く）</p> <p>#訪問看護師が退院時同行訪問を行い生活状況の確認や見通しを立てていくことが望ましい。</p> <p>#食事内容の連絡について（食事連絡票を用いる）</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護サービスを利用する際には食事を提供する事業所に、必要なカロリー（単位）数、食形態、水分量、とろみ具合、摂取時の姿勢などについて情報を提供する。 医療機関と介護サービス事業所で提供される食事には、それぞれに呼称と形態に違いがあり、確認をしないままに提供を受けると誤嚥性肺炎、腸閉塞等を再発するリスクがある。 食事形態、とろみ具合は、医療機関、介護サービス事業所ごとに必ず確認する。
在宅移行期（退院後から家族・利用者が安定する時期）	1. 家族が獲得したケア技術を実施できる	<p>1) 訪問看護師は本人の症状の観察、状態変化の有無を判断する</p> <p>2) 訪問看護師は家族の実践する医療的処置の確認と必要時は指導、医療機器が使用できることの確認</p> <p>3) 訪問看護師は日常のケア技術の確認、指導</p> <p>4) 訪問看護師は医療行為に必要な物品の調整をする</p> <ul style="list-style-type: none"> ①安価で確実な在宅での消毒方法の確認、指導 ②医療処置に必要な衛生材料の調整、調達（より本人にあった物、在宅で使用しやすい物）をする 	* 訪問看護ステーションの24時間連絡体制の利用	<p>#初回訪問は退院後できるだけ早い時期にする</p> <p>#訪問看護師の的確な観察と判断が必要</p> <p>#医療行為の指導基準は病院での退院指導に準ずる</p> <p>#家族が行いやすい物品、手技を考慮する</p> <p>#訪問看護ステーションの24時間体制は実施していないところもあるので注意が必要</p> <p>※在宅療養初期の本人・家族の心配や、不安をどこまで解消できるかが在宅移行期の要となる（このために24時間体制のサポートが必要となる）</p>
	2. 本人・家族が在宅療養に移行した後の疑問や不安を解消できる	<p>1) 外来：外来の待ち時間を利用して外来看護師等が相談窓口となる</p> <p>2) 居宅：訪問看護師やケアマネジャーの訪問時に家族の思いが伝える機会を作る</p> <p>3) 病院：家族からの問い合わせがあった場合、病棟でも、外来でも応じていき、その内容を訪問看護ステーションに伝達していく</p> <p>4) 外来受診病院と訪問看護ステーションが連携をとれる</p> <ul style="list-style-type: none"> 訪問看護ステーションからは訪問看護報告書と看護計画書により情報の伝達を行う ケアマネジャーは家庭訪問の後、病院（主治医）、訪問看護ステーションへの伝達を行う <p>5) 患者会等の活用紹介</p>	<p>* 外来看護師（地域連携室：看護師等、MSWの活用）</p> <p>* 受け持ち看護師</p> <p>* ケアマネジャー、地域包括支援センター</p> <p>* 訪問看護ステーション</p>	#病院、指定居宅介護支援事業所ケアマネジャー、訪問看護師等の機関が連絡を取れる体制を確立する。特に病院側の窓口を一本化して、明確にする

	利用者の目標（ニード）	実践内容	連携機関・活用できるサービス（社会資源）	備考（留意する項目）
在宅移行期（退院後から家族・利用者が安全する時期）	3. 家の環境が整えられる	1. 介護用品、生活補助用具の調整をする 2. 居室の状況観察、調整	* 福祉用具介護用品取扱い業者を利用 * 身障者手帳の支援制度（日常生活用具）等の利用、介護保険制度利用	#障がい者制度のサービスは県、市により異なるので確認が必要 #老人福祉施策においても県、市町村により異なる場合があるので確認が必要
	4. 本人と家族が在宅療養に慣れる	1) 訪問看護師は本人、家族の状況を観察し評価をして、家族の日常生活のリズムができ、本人へのケアが日常的に行われるまで訪問時に介護の援助と調整を行う <観察項目> ・本人の表情や活動性 ・本人の経管栄養、水分摂取、排泄状況等の介護指導 ・本人の睡眠状況等日常生活の状況 ・本人・家族からの不安や心配事の相談内容と相談回数 ・家族の睡眠状況を含む日常生活パターン ・本人と家族の関わりの状況 ・家族の日常生活パターン ・不定期外来受診の回数の確認、情報収集 ・24時間連絡体制サービスの利用回数、相談内容 2) 本人のこと以外で介護者から訪問看護師に相談があれば相談に応じる		#調整や指導の介入は家族側を中心とし強制はせず家族、特に本人のペースにあわせ少しずつゆっくりと行う #家族以外の他人が自宅に訪問することで本人や家族にストレスを与えないよう注意する #本人の特徴（性格や価値観）を理解しておくことが必要 #訪問看護師はケアマネジャーと連絡を取り合う（電話・報告書などを活用することが望ましい）。 #ケアマネジャーは居宅を訪問し、外来や介護・福祉機関との調整を行う
	5. 家族が本人の予後への援助を理解できる	1) 訪問看護師が本人の心身の状況を観察する 2) 本人が作業療法士、理学療法士、言語聴覚士等の訓練を継続する必要があるかどうか確認する 3) 適した食形態を準備できるか確認する 4) 療法士が行う訪問看護（訪問看護ステーション）や訪問リハビリテーションが必要かどうか判断する	* リハビリを受けている機関の作業療法士、理学療法、言語聴覚士	#訪問看護師は、本人の予後に関する知識が必要であり、個々の状況に見合った予後の評価ができることも必要
	6. 主介護者の身体的精神的負担を軽減する	1) 訪問看護師は主介護者の話を聞き相談相手になる 2) 訪問看護師は本人のケアについて家族内の役割分担を確認し可能な範囲で調整、援助する		#ケアマネジャー、訪問看護師はこの時期、主介護者の話を聞くことに専念し、介護者の介護意欲を低下させるような意見はなるべく控えるほうがよい。例；困難や課題を伝える際には、解決策を必ず提示する。
	7. 緊急時の対応ができる	1) 訪問看護師は症状の変化及び緊急時の家族の対応方法を確認する 2) 外来受診時に外来看護師は、家族が病院の相談窓口を利用できるように連絡方法の確認を行う 3) 訪問看護ステーションの24時間電話サービスの利用方法を確認する	* 医療機関	※家族の心配や、不安、葛藤をどこまで解消できるかが要であり、安心を感じていただくことが必要な時期である。この時期は介護者の不安等から依存していると感じる時もあるが、この現象は、後のパートナーシップを形成するために必要であることから、できる限り家族の支援を行うことが求められる

	患者の目標（ニーズ）	実践内容	連携機関・活用できるサービス（社会資源）	備考（留意する項目）
生活期（在宅）戻ってからの指導や援助の展開・維持期	1. 家族が習得したケア技術が確実に実施でき、状況に応じて応用できるようになる	1) 訪問看護師は本人の身体的安定の維持ができるよう観察、及び家族に助言・指導を行う。 ①本人の状態を観察し変化を判断する ②適切に医療処置が行われていることを確認し必要時指導、援助する ③本人の体調に応じて、医療処置（栄養摂取法）の方法を変更して家族に指導する ④薬の使用法の確認と利用者の体調に応じた使用方法を指導する 2) 訪問看護師は衛生物品の使用状況や使用方法の確認と、医療機関との連携で物品の準備の指導をして、安定した供給ができるようにする	* 自費購入分の医療機器や衛生材料を扱っているメーカー	#この時期には定期受診以外は訪問による状態判断が主体である。よって訪問看護師の適切な判断が必要になる #ケアマネジャーは主治医、訪問看護師の連絡を密にして、状況に応じた指導ができる連携体制をとっておく（例：訪問看護師が状況に応じて栄養量等の指示を変更できるように約束処方をとっておくなどの工夫） ※連携を密にすることが苦手なケアマネジャーである場合には、地域包括支援センターの主任ケアマネジャーに同席していただくなどのスーパーバイズを依頼する。 #新しい物品の導入等は各メーカーの紹介を利用する
	2. 家族の社会生活が安全にかつ安定して維持できる	1) 訪問看護師とケアマネジャーが情報交換をして継続した介入を行う 2) 訪問看護師は外来受診の状況を確認、必要時受診時同行を行う 3) 訪問看護師と外来受診病院との情報交換や、訪問看護師が中心となりケアマネジャーを含めたケアカンファレンスを行う 4) 訪問看護師は主介護者のケア技術の評価を継続して行い、手抜きや慣れによる事故の発生を防ぐ 5) 訪問看護師は本人のストレスが適切な範囲内であるように観察、援助する ①本人と家族、特に主介護者との関係を観察する ②移動方法の確保や外出を勧める 6) 訪問看護師は家族の心身の安定が継続されるように援助する ①主介護者の役割を観察する ②本人と親戚・家族の関係把握する ③必要時、訪問看護師は本人の状態や処置について家族にわかりやすく説明し理解を求める ④本人のケアのこと以外の相談にも応じる	* ケアマネジャー * 場合によっては地域包括支援センター	#ケアマネジャーは家庭訪問により訪問看護ステーションの訪問時以外の状況を把握する #日常的な症状のコントロールは大病院ではなく、地域の病院でできるように、サポート体制の再編を行う #主介護者の慣れや手抜きから事故につながる危険があるので注意する #医療行為を必要とする本人が参加しやすい地域交流の情報収集が必要である #家族の都合により訪問日に柔軟性を持たせる（家族の希望を訪問スケジュールに取り入れる） #遊び、散歩などもとり入れ、介護者を解放する時間を作る #訪問看護ステーションの受け持ちをグループですることがのぞましい

	利用者の目標（ニーズ）	実践内容	連携機関・活用できるサービス（社会資源）	備考（留意する項目）
生活期（在宅に戻ってからの指導や援助の展開・維持期）		7) 訪問看護師は生活の変化や突発的な出来事に対する対応について体制を整える援助をする ①本人の状態の変化や予後によって、予測しうる事態を明確にして、養育者に相談、指導を行い、緊急時の対応方法を明らかにしておく ②家族の意思にあわせて利用できる社会資源を紹介する ③在宅での歯科疾患に対応してくれる歯科医師を検討しておく 8) ケアマネジャー等による社会資源、地域のサークル活動、サポートの紹介し、参加を促す 9) 外出時の移動方法が確立する 10) 本人の予後にあわせ福祉用具の導入を検討する	* 24時間連絡サービス * 地域のサポートシステムの活用（ボランティア、介護支援） * 歯科医師 * 福祉タクシー、移送サービス * 作業療法士、理学療法士、言語聴覚士 * 歯科衛生士	#本人は衰えの時期であり、退院時に予測できなかった事が生じる危険があるため注意していく
	3. 本人なりの生活が促される	1) 訪問看護師は本人の予後を観察、判断して、ケアマネジャーと情報を共有する 2) 訪問看護師は主介護者に本人の予後を考慮した生活の継続についての関わりや助言をする 3) 訪問看護師は本人が健康維持、増進できるよう専門科受診の受診状況の確認し、必要時、主治医、外来看護師と連絡を取る	* 市町村の福祉担当窓口 * 指定居宅介護支援事業所 * 受診病院	#本人の予後に関する知識が必要であるため、本人に今後起こりえる症状の変化を、主治医や訪問看護から情報を得る。予め、起こりえる症状、状態への対策を検討する。 #外来受診病院窓口の明確化
	4. 主介護者の慢性的疲労や負担の軽減	1) 訪問看護師、ケアマネジャーは主介護者の要望や必要な状況ならケアや生活の援助者（ホームヘルパーの利用）を検討する 2) 訪問看護師は主介護者の不満や不安等、日常生活全般も含め積極的に傾聴し、受容的態度で接していく 3) 訪問看護師は家族内の役割分担の確認、調整を可能な範囲で行う 4) 訪問看護師は主介護者の健康問題へのアドバイスをする	* 指定居宅介護支援事業所	#ケアマネジャーは短期入所療養介護等の短期入所サービスの利用について主治医、訪問看護師等と検討し利用できる施設の情報収集を行っておく。 #自治体により独自のレスパイト入所や入院の制度を設けている場合があり、確認が必要
	5. 必要なサポート体制の活用ができる	1) ケアマネジャー、訪問看護師は経済面の維持、負担軽減がなされているかを確認する ①自己負担や医療控除 ②公費医療や医療費補助制度の活用 2) ケアマネジャー、訪問看護師は社会資源の各々の特徴、申請等を家族が理解しているか確認し必要時利用できるように援助する	* MSWの活用 * 市町村窓口	#医療費控除やサービスは所得制限や年齢制限があって利用できないこともある

	ニーズ	実践内容	課題	備考
生活期（在宅に戻ってからの指導や援助の展開・維持期）	1. 緊急時の対応	1) 病状変化時の対応の確認・緊急時対応の確認 ①救急外来を受診する手順 ②訪問看護師を呼ぶ手順	* 本人・家族が自己決定するための援助が必要	# ケアマネジャーをはじめとして支援を担当する者は本人・家族の選択・決定に寄与する情報を提供する。その情報をもとに本人・家族は選択・決定を行うため、情報提供をした者にも「最良の援助や支援ができるよう絶えざる質の向上を図っていく」責任がある。
	2. 家での生活が安定すること	1) 家での介護用品の援助 ①介護用品の調整（特殊寝台の利用について等） ②入手しやすい物品の調整 ③機器・物品の置き場の調整 2) ケア時間の調整 ①吸引の時間のアドバイス・調整 ②栄養注入の時間のアドバイス・調整 ③必要物品の作成（消毒液他）時期へのアドバイス・調整 3) 日常生活の調整 ①ヘルパーの利用の検討 ②施設入浴を検討（例：1回_____円で週2回など） ③日常生活用具の申請限度額内で購入 ④訪問看護師の1日における複数回利用を検討する	* 限られた時間内では限界が生じる * 訪問看護、リハサービスの併用により本人に見合った環境整備が必要（例：麻痺によりベッドからの立ち上がりを行う位置が異なるため配置位置に違いが生じる。）	常に新しく適正な情報を収集し、社会資源マップを作成しておくことが求められる。
	3. 食支援と口腔ケア	1) 食事の準備は誰がしているか 2) 適した食形態・摂取量が維持できているか 3) 食事環境はどうか（孤食になっていないか） 4) 食事中に頻回なムセがみられないか 5) 食事中に義歯は装着しているのか 6) 口腔環境はきれいか	* かかりつけ歯科医が必要	# 在宅歯科診療に協力してくれる歯科医師を地域で把握しておく。
	4. 家族の技術や判断の確実性	1) 手技の確認 2) 手技の指導 ①訪問看護師が訪問時のみ次の段階へ進める ②吸引等処置のタイミングの指導 ③訪問時間外にも電話相談受けること	* 1日のケアの流れを把握する必要がある 本人及び家族の社会生活の継続を前提に負担がかからない方法を見出すことが必要である。	# 病棟でどのような指導がなされたのか評価する 例：おむつ交換の時間は何時間毎に行うように指導をうけたか。 概ね3～4時間ごとにするように指導がなされ、深夜は1～2回行うように指導がなされている場合が多い。
	5. 医療機器使用の確立	1) 機器使用の確認と指導 2) 機器の定期的チェック（業者による）の確立の確認		医療機関では吸収量の多いおむつを使用することで深夜のおむつ交換の回数を減らすといった介護者の社会生活を継続する視点を持ち、実際に生活に見合った介護指導を実施するよう努める。
	6. 本人の状態が落ち着く	1) 家での生活が安定するまでの訪問回数の調整 2) 呼吸状態の観察と情報収集とそれに伴う助言		
	7. 他の家族も含めた生活の調整（急に介護の人数が増える）	1) 介護協力者への介護に関する相談		# 介護手技について、各サービス事業所管理者に、周知を行う。若しくは、介護指導講習など手技の標準化に共通認識を得る。
	8. 主たる介護者の介護負担の軽減	1) 他の家族が主たる介護者とともに介護ができるように調整	* 主たる介護者の体調不良時にケアが変わってくれる人がいない	# 退院前に介護者他、サービス事業所を交えた手技の確認講習会を実施することが望ましい。

ニーズ	実践内容	課題	備考
生活期（在宅に戻ってからの指導や援助の展開・維持期）	①主たる介護者が嫁である場合はその夫への技術の指導 ②主たる介護者が配偶者である場合はその子供への指導 2) 短時間でも主たる介護者が休養を取れるように配慮 3) ショートステイの利用 4) ホームヘルパーの利用	* 訪問看護師がいる間はいいが、その他の時間の介護の負担感がぬぐえない場合などは ・ホームヘルパーの有効利用 ・ショートステイの利用	
9. 主たる介護者の精神的ストレスの軽減	1) 精神的支援 ①見守り ②相談を受ける 2) 家族の援助を受けられるように調整	* 他の家族の協力がうまく得られないと、主たる介護者が孤立してしまうことがある。	# 介護者がいない場合や高齢者による介護の場合、1日の中で介護者の関わる介護機会を時系列で示し、時間帯毎に家族、サービス事業所など何処が関わるのか明確にする。
10. 移動時の負担の軽減	1) 通院等で使用する移動手段の手配 ①外来受診時は外出支援サービス等行政側の施策を活用する。重度障がい者及び要介護3以上の方が対象となる。 ②介護保険での訪問介護（通院における身体介護）も利用可能であるが要介護4・5の方が対象となる。 ③運転ボランティア（社会福祉協議会で相談を受け付けている）や、近隣・知人の協力を依頼する 2) 人手の調整 ①酸素ボンベ等医療器材を運ぶための人手や手段の調整 ②中心静脈栄養を行っている場合は点滴台や、輸液ポンプが車の振動に耐えられるものであるかなど	* 外来受診時などは携帯酸素を持参して移動にかかる負担が大きい	# 外出支援サービスは市町村により制度が異なるため適切に把握しておく。 # 電気式たん吸引器が必要な場合は車載することも想定されるため、3way（直流、交流、車ソケット）対応の機器の導入を検討する。
11. 社会資源の利用のための援助 12. 経済面への支援	1) 各種サービスや制度を利用するための援助（アドバイス） ①介護保険 ②医療保険 ③身体障がい者福祉、精神保健福祉、知的障がい者制度 2) 各論的サービス利用について援助（アドバイス） ①摂食嚥下訓練を受けたい→医療保険による訪問リハビリ、言語聴覚士が配置されている通所リハビリテーション、言語聴覚士が配置されている短期入所療養介護（医療） ②最近意欲の低下から家に閉じこもっている→心療内科、精神科受診、臨床心理士が配置されている病院、保健師、精神保健福祉士が配置されている保健福祉センター 3) 費用負担の軽減の方策は手当てのみではなく、毎年確定申告をすることで利用料の上限が低く抑えることが可能となる場合がある。 4) 家庭の経済状態に合わせた社会資源の利用への援助 5) 必要物品の購入に関して調整・アドバイス	* 世帯の収入が安定していない場合、一部負担金や居住費、食費により介護の継続に支障をきたす場合 ・介護保険負担限度額の申請 ・高額介護サービス費の申請 などを活用する * 社会資源の活用を利用者および家族が望まず家族若しくは親族で何とかしたいと申し出があった場合 ・介護保険の利用に抵抗が生じている場合は医療保険での提供が可能なサービスもある ・利用したくない背景の因子が存在する可能性が高いので、その因子の発見と解決の方法を分析する ・解決には時間がかかると想定されるので、あせることなく根気強く対応する * 社会資源は一つの方法・手段に固執することなくさまざまな方法で代替となるサービスの導入が可能である。できないからといって簡単にあきらめるのではなく、サービス担当者会議等で、意見を伺って柔軟に対応することが必要である。	# 精神科疾患が疑われる場合には保健所及び市町村保健師に連絡のうえ共同で処遇にあたることも可能である。 # 精神科疾患にかかる往診制度がないため、保健所による訪問指導（精神科医）により状態を把握することも可能 # 精神科疾患にて通院を行う場合では精神保健福祉手帳とともに公費負担医療制度による一部負担金の補助制度がある。 # 地域・医療機関によって、物品の入手限度に差がある。

	ニーズ	実践内容	課題	備考
生活期（在宅に戻ってからの指導や援助の展開・維持期）	13. 死への配慮	<p>1) 本人・家族が望んでいること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅緩和ケアを阻害している生活障害原因の関連性の分析どの部分を改善すれば生活がよくなるかを見極めて、解決するためのイメージを持つ ・もしも、このまま放置をすれば（ケアやサービスを導入しなければ）どうなるか。という予測を行う ・身体的側面（医療ケア）のアセスメントの重要性（脱水、発熱、便秘、血圧、血糖値等々） 	<ul style="list-style-type: none"> * 看取することは、医師、看護師にとっても大きなストレスを感じる体験である。しかも、在宅での看取りとなれば、それを受け入れられる人ばかりではない。本人が在宅死を望んでもそれを受け入れられる家族もいれば、受け入れることができない家族もいる。 * 家族が「最後を自宅で看取ってあげたい」と希望していた場合は、介護者の満足度は高い。また、家族が望んでいない場合には入院して亡くなっているほうの満足度が高い。 	<ul style="list-style-type: none"> # 緩和ケアの場合は心理的介入（複数回訪問）が中心となるわりに保険上は評価されない（点数化されない）場合がある。 # 家族に対する支援活動も報酬には反映されない。緩和ケアの主となる対象は、本人だけでなく、それ以上に残される家族であることを理解する。
		<p>2) 在宅療養を支える価値、介護力やサポート体制があること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活歴（ライフヒストリー）から、本人がどのような生き方をしている、今後どのような生き方を望むか。意思表示ができない場合は、どのような生き方を選択するであろうか。をイメージする。 ・家族にあっては、本人とどのように生きてきたのか。今後、本人とどのように生きていきたいかを明確にする 	<ul style="list-style-type: none"> * 家族介護力を支える社会的な介護サービスが充実しないかぎり、緩和ケアはもちろん在宅療養すら成り立たない。 * 「希望は在宅」でも「それができると思うか」と問われると「現実には無理」とする声は珍しくない。 * 介護保険導入時に在宅よりも施設を希望する者が増えたこともそのことを裏付けていると考える。 * 質の高いケアの結果としての在宅死であるためには、家族の介護力が高いこと、あるいはそれを補う社会的な在宅介護サービス水準が高いことが必要であると考ええる。 	<ul style="list-style-type: none"> # セルフヘルプ活動は地域によって差がある。殆どの地域で未発達であることが想定される。親しい家族を失った遺族の心理的支えや情報源となるのは、同じ道をたどった者たちである。親しい者を失った者同士の会などの登場に期待する。
		<p>3) 苦痛を和らげる医学医療ケアが提供されていること</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 在宅療養を送っていた方であっても、「痛みが強くなった」「呼吸苦がでた」「急変した」などで入院し亡くなられる。「入院させれば治療可能かもしれない」場合で入院していただいたにもかかわらず予期に反し治療が奏功せず、死に至る場合もある。 * 在宅で状態が悪化した場合、「最後かもしれない」と説明をうけていても主治医から「死んでから連絡をよこさない」「明朝いくから、そのままにしておきなさい」といわれた場合、ご家族は家で看取ってよかったと思えないといった現状もある。 	

	ニーズ	実践内容	課題	備考
生活期（在宅に戻ってから）の指導や援助の展開・維持期		<p>4) 適切なケアマネジメントが提供されていること <ICFモデルを念頭に検討する></p> <p>①ターゲット（目標の絞込み） 実現可能な支援（援助の展開）</p> <p>②優先順位の決定</p> <p>③緊急性の判断</p>	<p>* 本人・家族が在宅死を望んでいることを確認し、家族介護力を社会的な介護サービスで補い、その他周りの人々のサポートを引き出し、医療サービスとつなげるマネジメントがなされていることが必要である</p>	<p>* 具体的対応に向けての諸条件の吟味（本人・家族の意向、自己決定、社会資源、サポートネットワークの現況等） 望みの実現が可能かどうか、可能でなければ代わりとなるサービスがあるかどうか。</p> <p>* 今必要なことはなにであるか。また、今解決できなくても後で解決できるものもある。</p> <p>* 希望、強さ（ストレングス）の視点の確認 利用者自身、家族の問題解決をしようとする姿勢（エンパワメント）や、それを促すケアマネジャーの能力が問われる</p>
		<p>5) スピリチュアルペインを捉える コミュニケーションスキルをベースに利用者家族の思いを聞く</p>	<p>* ケアの質の向上を期待するのであれば、結果について評価する習慣やシステムが必要。 振り返りの評価がほとんどないことで経験が次に発展しにくい</p>	
	14. 終了	<p>1) グリーフケア 遺族が死別の悲しみを乗り越え明日へ生きる力を支援していく</p> <p>家族の悲しみを癒すとともに私たち自身の心の整理、癒し、次のケースへと向かう力を湧かせるものである</p>		
<p>この在宅移行支援実践プログラムを通じて、各職種、機関の協働につながれば幸いです。足りないものは、追加、補足をしてください。また、適切でないと判断されるものは適宜修正してください。地域包括ケアシステムの構築が図られることを望みます。</p>				