

# 病院と在宅チームが協働した入退院支援のステージ

## 【入退院支援の目指すべき姿】

複数疾患を抱える高齢者が入院した場合、その人らしい暮らしの場に帰れるようにするためには、病院と在宅チームとの協働が不可欠です。

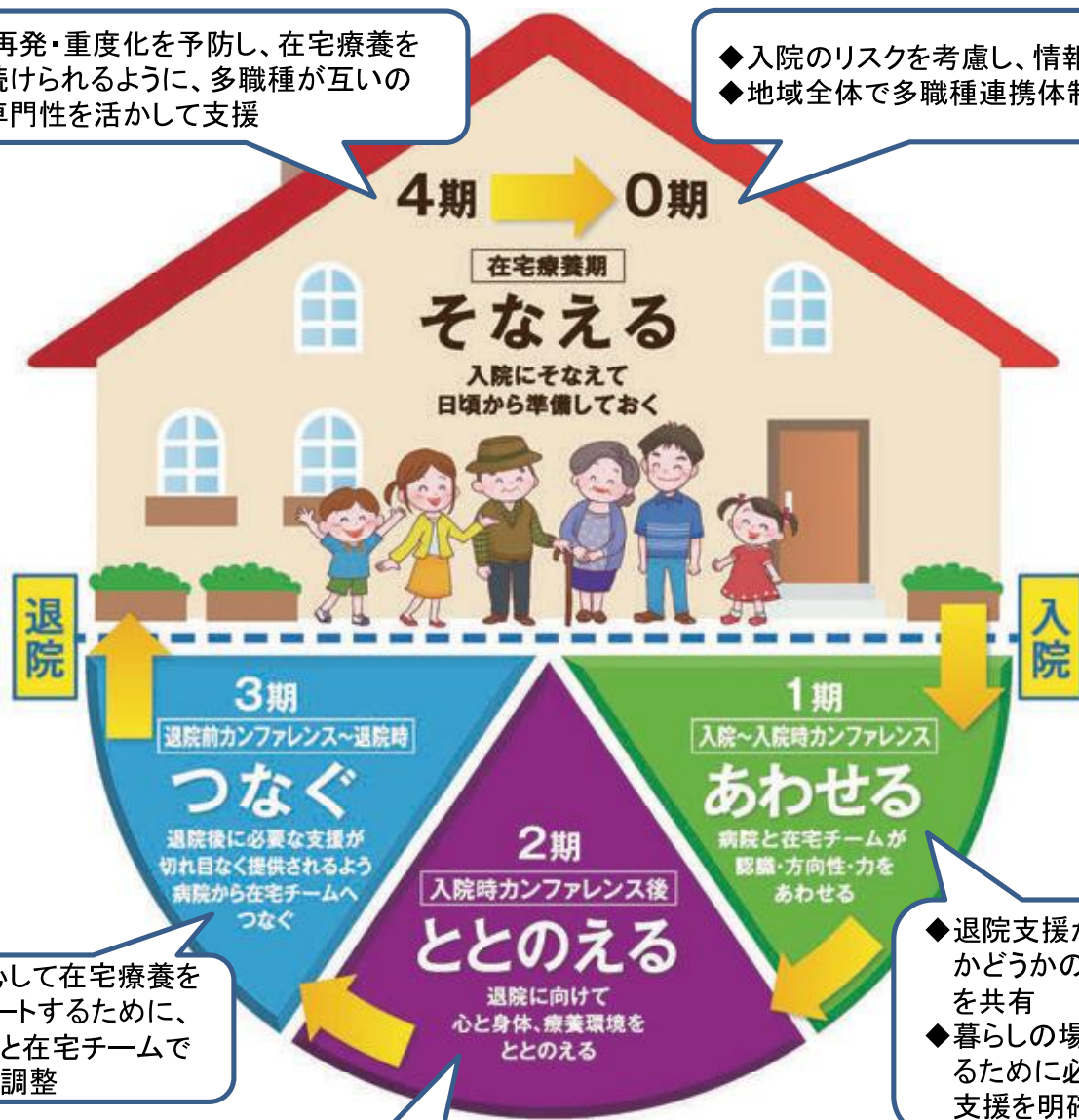
また、退院後、再発・重度化を予防し、安定的に在宅での生活を継続するためには、病院と在宅チームが、互いの強みを活かしながら、連携して支援を行うことが大切です。

## 【入院を経てまた暮らしの場へ帰る間、各期ごとに大切にしたい視点】

円滑な入退院支援を行うためには、ステージ(0~4期)に応じて適切に協働していく必要があります。

◆再発・重度化を予防し、在宅療養を続けられるように、多職種が互いの専門性を活かして支援

◆入院のリスクを考慮し、情報共有  
◆地域全体で多職種連携体制を構築



◆安心して在宅療養をスタートするために、病院と在宅チームで最終調整

◆退院支援が必要かどうかの認識を共有  
◆暮らしの場へ帰るために必要な支援を明確化

◆病状や予想される生活の変化の受け止めに支援  
◆在宅に向けた情報収集・課題分析  
特に医療リスクが高い場合、入院前と状態像が変わる場合の対応を検討  
◆退院後に必要な医療・介護体制の構築



