３期(２) ―退院時― つなぐ

目　的

○病院から在宅チームへつなぎ、安心して在宅療養がスタートできるよう支援する。

協働して行うこと

○病院は、退院支援計画に基づいて行われた本人・家族の生活に合わせた医療処置内容や、本人・家族に対する生活・介護指導の進捗状況を在宅チームへ伝える。

○ケアマネジャーは、退院前カンファレンス、サービス担当者会議における意見を踏まえ、ケアプランを完成させ、関係者と合意する。

在　宅	病　院
○退院前カンファレンスでの情報を共有した上で、本人に必要なサービスについてサービス担当者会議で合意しましょう。	
○かかりつけ医に、退院前カンファレンスの内容や新しいケアプランについて報告しましょう。	
○必要に応じて、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局の薬剤師（居宅療養管理指導）等にも、退院前カンファレンスの内容や新しいケアプランについて報告しましょう。	
○退院時には、本人の状態にあった適切なサービスがサービス提供事業所から提供されるよう調整しましょう。	○退院後、切れ目なく必要な医療・介護サービスが受けられるよう、退院直前までの全身状態や処置内容、指導状況等を在宅チームへ伝えるとともに、必要書類＊1を渡しましょう。 ＊1：看護サマリー、診療情報提供書、訪問看護指示書、在宅サービスについての意見書等 ➢ ケアマネジャーが分かりやすい表現を心がけ、情報提供するようにしましょう。

かかりつけ医の声

医療管理等が継続したり、入院前と状態像が変化する場合は特に、新たに生じる生活課題(ニーズ)に対して、必要な医療・看護・介護が提供されるかについて、伝えてください。

歯科医師・歯科衛生士の声

口腔内の状態や口腔ケア等に課題がある場合は、本人に通院や訪問歯科診療を促す等、歯科診療所へつなげてください。

もし、口腔の課題があるのに、かかりつけ歯科医がいない場合は、地区歯科医師会（在宅歯科ケアステーション）へ相談してください。

3期(2) ―退院時― つなぐ

栄養士の声

嚥下障がいとは食べ物や飲み物を上手に飲み込めない状態のことで、低栄養や脱水、誤嚥性肺炎などの原因になります。入院中の食事は調理方法などを工夫して飲み込みやすいように調整していますが、形態やとろみ具合は嚥下機能に応じて個々に違います。

退院後、安全な食生活を送るために適正な食形態を把握することはとても大切です。しかし食事の形態や名称は病院や施設、嚥下に配慮した市販食品の表示等において統一されておらず、多くの分類や名称が混在し、わかりにくいのが現状です。困った時は栄養士に相談して下さい。

コラム：安定的在宅着地を目指すために

慢性疾患を抱える高齢者は、退院＝治療の終了ではなく、退院後も医療処置や管理が継続することが少なくありません。

退院直後等で一時的に頻繁な訪問看護を要する状況にある場合、主治医が訪問看護指示書と併せて特別訪問看護指示書を交付することで、14 日間は医療保険で訪問看護サービスを利用することができます。

特別訪問看護指示書の発行は、月に 1 回、14 日以内が原則ですが、気管カニューレの装着、真皮を越える褥瘡のある人へは、月 2 回の交付が認められています。

訪問看護師が退院後も続く医療処置や医療管理を本人・家族、介護職が不安なく対応できるよう支援することで、以降の介護サービスが安定的に提供できるようになりますので、特別訪問看護指示書の活用も検討しましょう。

【P. 38「医療保険・介護保険の訪問看護の対象者」参照】