

0 期 —在宅療養期— そなえる

目 的

- 入院時に速やかに対応できるよう、日ごろからそなえる。

日ごろから備えておくこと

- 地域資源を把握し、在宅チーム・病院の連携体制を整えておく。
- 日ごろから入院のリスクを意識し、状況を把握、本人・家族を含む在宅チーム内で共有しておく。
- 病気や加齢に伴う変化により暮らしづらさが出てくるため、普段から在宅療養が安定するよう、予防的に環境を整える。

在 宅

- 病院の体制、機能、連絡相談窓口や地域の資源を把握しておきましょう。
 - 急性期病院の平均在院日数は 10 日前後であること等、病院の機能に応じて入院期間に違いがあります。
 - 病院によって、ケアマネジャーの連絡相談窓口は異なります。
- どのような生活を送りたいのか、病気になった際にはどのような治療、最期を望むのか等について、本人・家族と話し合うなど、意思を確認し、在宅チームで共有しておきましょう。
 - 本人らしい暮らし方の延長に本人らしい最期はあります。普段から関わっている人が、本人らしさやどう暮らしたいかなど、何気ない会話の中で聞いておき、チームで共有しましょう。本人らしさを理解した上で意思決定を支援できるようにしましょう。
- 本人が病院に通院している場合は、生活情報を外来部門に伝えましょう。
- 入院を繰り返す疾患（心不全・糖尿病等の生活習慣病や誤嚥性肺炎・尿路感染症等）については、どういう変化が起こりうるかをかかりつけ医や訪問看護師等に聞き、在宅チームで共有しておきましょう。
 - 直接ケアに携わるヘルパー等は特に変化に気づきやすいので、どういった変化が起こり得るか、悪化のサイン等について伝えと共に、ヘルパー等は、少しでも変だな、いつもと違うな、と変化に気づいたらケアマネジャーに連絡をするよう、在宅チーム内で話し合っておきましょう。

病 院

- 在宅チームとの連携窓口や病院機能を地域に周知するとともに、地域の資源を把握しておきましょう。
- 在宅療養支援および退院支援において、院内多職種・在宅チームが協働する体制を構築しましょう。
 - 入院決定から退院までの院内の仕組み（退院支援のシステム）を構築すると共に、在宅チームからの情報が意味深いことを院内で共有しておきましょう。
 - 在宅チームと日ごろからやり取りをしましょう。研修会（勉強会）を開き、視点の違いや互いの機能・役割等に気づく機会を持つことも良いでしょう。
- 外来部門は、在宅療養で気を付けるべきこと等をケアマネジャーに情報提供したり、在宅での療養状況を本人・家族や在宅チームから把握する等、在宅チームと日ごろから情報を共有しましょう。
 - 介護保険証の確認、ケアマネジャーの確認、サービス利用状況、ADL、IADL 等について把握しておきましょう。
- 治療経過や本人・家族の思いを院内で共有しましょう。

0 期 —在宅療養期— そなえる

在 宅

○かかりつけ医や病院の外来、訪問看護師等から既往歴の再発・入院の可能性等のリスクを把握しておきましょう。

○入院のリスクを考慮し、「入院時情報提供書（案）」を作成しておきましょう。

様式

【P. 42 参照】

○本人・家族、病院等から入院情報が入るよう工夫しておきましょう。

- 居宅介護支援の開始にあたり、ケアマネジャーは、本人や家族に入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を病院に提供できるよう依頼することが義務付けられました。

【P. 31：指定居宅介護支援基準】

- 入院になっても、その人らしい暮らしの場に帰るためにケアマネジャーが病院と連携して退院支援を行うこと、病院と情報共有することを、本人・家族に予め了解を取っておきましょう。



訪問看護師の声

訪問看護師は、最期の時間に関わる経験を多く持っています。意思決定支援においては、是非、訪問看護師と連携して下さい。

歯科医師・歯科衛生士の声

口腔状態の把握は、全身疾患の把握と共に重要です。むし歯や歯周病等の歯科口腔疾患を放置しておくとし、しっかり食えることができず、栄養状態が悪くなり、免疫力が落ちることもあります。

在宅チームへ口腔管理の必要性や義歯の作成・調整等の治療方針について情報を提供することで、食事形態の工夫や嚥下状態の確認をチーム内で行うことができます。



薬剤師の声

本人・家族の生活状況についての情報提供があると、服薬方法や管理方法について、助言することができます。在宅チーム内で薬の効果や副作用を共有し、状態の変化をかかりつけ医等へ情報提供することで、治療方針やケア方針が検討され、結果として本人の症状緩和につながるがあります。

他科診察の薬剤についてもかかりつけ薬局で情報を集約できれば、ポリファーマシーについて提案していくことができます。



在宅チームの声

疾患の特性や予後予測、医療・介護に関する資源、在宅で安定的に生活を継続するための予防的な関わり等について、各市町村に設置されている在宅医療・介護連携推進事業の相談支援窓口や訪問看護ステーション（教育ステーション）に相談して下さい。



0 期 —在宅療養期— そなえる

コラム：今の暮らしを継続させるために

入院という環境は、高齢者にとって非日常です。特に、慢性疾患を抱え、適応力が低下したり、認知症のある高齢者にとって、急性期医療のシステムや病院の環境は、馴染みにくいものであり、場合によっては、安静による ADL の低下や認知症の進行などを招きます。

入院が本人や家族にどのような影響を及ぼすのかを考慮し、可能な限り自宅で本人らしく健康的に暮らし続けられるように、「何か変だな」と些細な気づきでも、かかりつけ医や訪問看護師等に相談し、多職種で連携しましょう。そして、再発等入院につながるリスクを生活の中から取り除き、療養環境、排泄、呼吸、動作、食事、睡眠を整え、健康状態を維持することに重点をおきましょう。

- 自覚症状のないままに進行するのが生活習慣病の特徴であり、症状を自覚した時にはかなり重症化していることが予測されます。生活習慣病は、生活習慣を整えることで不必要な入院を防ぐことができます。病状悪化の予兆や症状を知っておくことで、早めに予防に向けてのケアが開始でき、暮らしが途切れることなく、生活の質を早めに回復することができます。

特に不活発な状態に対しては、動作や呼吸、栄養など不活発の原因を見つけ、環境を整えることが重要です。これが高じると介護負担の増大等で介護者は疲弊し、結果的に入院しか解決策がない状態になります。

そうならないために原因を予測し、予防に向けた具体的な支援ができる専門職（訪問看護師、リハ職、栄養士等）にいつでも相談できる関係ができていることが重要です。

