

# 4期(退院後)→0期(在宅療養期) **そなえる**

## 目的

- 再発・重度化を予防し、再入院しない為の支援を行う。
- 退院支援のあり方について振り返る。

## 協働して行うこと

- 本人の状態に応じた支援がされているか、健康状態を維持するための療養環境が整備されているかについて確認する。
- 病院は、在宅チームが伝える本人の退院後の暮らしの状況を院内で共有し、退院支援について振り返る。

### 在宅

- 在宅チームは、本人の退院時の状態にあったサービス提供により、健康状態を整え、暮らしの安定を本人・家族とも協働して図りましょう。
  - 本人や家族の潜在能力を引き出し高める(エンパワメント)ことを意識し、十分協議の上、本人や家族ができそうな部分は見守るとどめ、徐々に自立できるように支援しましょう。
- 退院時の見立てと現状の相違を見極め、変化や見立てとの不一致を早期に把握できるよう、サービス担当者会議等で在宅チームに依頼しましょう。変化や見立てとの不一致がある場合は、安定的に在宅療養が送れるよう、必要に応じてケアプランを見直しましょう。
- 病院へケアプランを提出するとともに、モニタリング結果をフィードバックしましょう。
  - 患者の状態像や自宅以外の施設や自宅に代わる住まいへ退院した場合の療養状況を伝えましょう。
  - 本人の退院後の状況をフィードバックすることで、病院も退院支援の振り返り等が可能となり、今後の退院支援の改善にもつながります。
  - フィードバックして欲しい情報は病院によって異なりますので、事前に確認しておきましょう。また、フィードバックを行う際の窓口も確認しておきましょう。

### 病院

- 退院後訪問指導が実施される場合、退院指導が適切であったか、準備した医療材料等の不備はなかったか確認しましょう。

加算

【P. 37 : 退院後訪問指導料】

- 外来受診や訪問診療、退院後訪問指導時、在宅チームから退院後の生活の様子についてフィードバックを受けた情報を院内で共有し、退院支援のあり方を振り返りましょう。

- ケアマネジャーへ、ケアプランの提出を求めましょう。

加算

【P. 35 : 介護支援等連携指導料】

### 理学療法士・栄養士の声

理学療法士等が日常生活動作での目標等についての情報を在宅チーム内で共有することで、各職種がADLや本人の思いに合わせた支援が提供できます。

住宅改修や福祉用具を導入された場合は、実際に在宅で有効に使用されているかを確認する必要があります。適切に使用されていなければ転倒等の問題も起こってきますので、正しく使用することで安心して在宅生活を送ることができます。うまく使用できていない場合は、短期間の訪問リハビリテーション導入で練習をすることで問題が解決します。

栄養士が食事摂取状況や目標、体重・栄養状態の変化等を在宅チーム内で共有することで、食事形態等、本人の状態に合った支援の提供につながります。



# 4期(退院後)→0期(在宅療養期) **そなえる**

## 在宅チームの声

病態や予後予測、医療管理の方法等、病院からの情報を在宅チーム内で共有することで、それに配慮した支援ができると共に、変化にも気づきやすくなります。

また、今後予測される症状に備えることができると共に、家族の不安等を正確に把握し、支援することができます。



## コラム：再発・重度化を予防するために

再発・重度化を予防するためには、本人の自覚も必要です。日常的に関わる多職種が、病気や老いと向き合い、折り合いをつけながら暮らすために新たな価値を見出す支援、疾患の特性を知り、本人・家族と共に長年の暮らしを否定することなく暮らし方を整え、できている行動を伸ばしながら、自分の意思で重度化を防ぐ行動ができるようになるための支援をすることが必要です。

本人・家族に寄り添い、情報提供や意思決定支援をすると共に、疾患の特性や予後予測を踏まえ、多職種が互いの強みを活かし、協働して支援しましょう。