

- 入院医療機関の多職種から指摘事項を受けてケアプランの第2表を修正し、ケアプラン原案を作成する
- サービス担当者会議を開催し、関係者と退院カンファレンスでの関係職種の助言を共有化する
- ケアプランを完成させ（本人の）同意を得たら関係機関に配布する
- 入院医療機関の連絡相談窓口の担当者に、情報提供書類の提供を依頼する（看護サマリー/リハサマリー/退院・退所情報提供書など）
- 退院日時、退院方法の確認をする
- かかりつけ医との連携
- 必要に応じて退院後初回受診に同行しケアプランを提供する
- 利用者宅で行われるサービス担当者会議や緊急時カンファレンス参加について依頼し情報交換に努める

退院時、

- ・ 介護タクシー手配の必要性（車椅子かストレッチャーか）
  - ・ 車から家まで移動方法の確認
  - ・ （本人、家族の同意を得て）ご近所や民生委員への連絡を行う
  - ・ 場合によっては、地域の見守りネットワークの登録を行う
- ※見守りネットワーク登録は行っていない方に対しても、見守りの視点を持って支援を行うことが重要です



ケアプラン原案は、医療機関のカルテ診療録に保存記録しなければならないため提供するようにしましょう。  
「ほとんど在宅・ときどき入院」

- 退院前カンファレンス後
    - 退院時必要な物品、処方内容、次回受診日、急変時の対応方法等について確認する
    - 各サマリーの準備をする  
(看護サマリー/リハサマリー/栄養に関する情報提供書など)
- ※栄養に関するものは、食形態や必要なカロリー摂取時の姿勢や水分量など
- 外来担当者との情報共有及び引継ぎを行う
- 退院後
    - 特に退院後初めて外来にいらした際は、退院後の療養生活の様子や不安に感じていることなど、患者や家族からお話を伺うように努める
    - 必要に応じて、担当ケアマネジャーへの情報提供を行う  
(外来通院の頻度、内服管理状況、療養指導内容など)

退院は医療者にとって一つの支援の終了ですが、本人・家族にとっては新たな生活の始まりとなる、環境面、人間関係、社会面でも、とても不安定な要素を含んだ時期です

退院について本人・家族がどのように捉えているかを把握することがとても重要です。不安や心配をくみとり、介護側のスタッフと共有することも大切です。

「病院の退院日は在宅の入院日」

