

# 退院支援・在宅医療移行のフローチャート

**入院** (予定入院・緊急入院)

## 第一段階アセスメント

対象：入院患者全員  
 時期：入院予約～入院3日以内  
 実施者：病棟看護師

### ■第一段階アセスメント

支援必要なし 自立  
 ⇒経過フォロー

既に在宅支援を受けている

- ケアマネ連絡 入院時連携
- 訪問看護・在宅医 方向性共有

**退院困難 退院支援必要**

- 入院前に比べADL低下
- 独居・家族と同居でも介護が不十分
- 複雑な医療の継続、●再入院を繰り返す
- 現行制度では困難・対象外など

## 第二段階アセスメント

対象：第一段階「要支援者」+ α  
 時期：入院1週間以降継続  
 実施者：看護師、医師、各職種、退院支援部門、在宅関係者

### ■第二段階アセスメント 病棟・専従者 カンファレンス

退院困難 退院支援部門の支援必

退院支援部門での支援は必要なし

支援必要なし・自立

病棟で対応

### 7日目：支援チームによるサポート

#### ■カンファレンス開催 面談(IC)

本人・主たる介護者・家族  
 (院内)主治医、病棟看護師、病棟退院支援者、調整部門専従者 等

(院外)地域主治医、訪問看護師、ケアマネジャー

#### ■適切なサポート

自己決定への傾聴・相談、  
 病状と変化予測のインフォームドコンセント、  
 在宅に向けたシンプルケア調整、  
 急変の予測と対応準備、  
 看取りの場とケア準備 等

#### ■計画の立案 退院日の検討

#### ■サービスコーディネート

制度申請、申込手続き、必要な機器・物品・薬品の継続的な手配、療養環境整備

#### ■退院日の決定

## 支援の実施

対象：第二段階「要支援者」

時期：入院～退院まで

実施者：病棟チーム、関係部門、退院支援部門、在宅チーム  
 地域主治医、訪問看護事業者、ケアマネジャー

## 退院時・後の支援継続

対象：患者・主たる介護者

時期：退院前後～退院後

実施者：病棟チーム、外来・救急部門、退院支援部門、在宅チーム  
 地域主治医、訪問看護事業者、ケアマネジャー

**退院**

- 退院直後訪問指導料 or 特別指示書
- 支援チームによるサポート ケア&リハビリ

### ■継続的な在宅医療支援

患者・家族の相談・支援、  
 急変時の対応・状況変化時の支援  
 在宅ケア導入や再入院時の支援  
 ターミナルケアの見通しと対応の準備

出典：松下正明監、財団法人医療経済研究・社会保険福祉協  
 『チームで行う退院支援—入院時から在宅までに医療  
 中央法規、P61、2008 を一部改変