

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

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

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