

退院支援・退院調整の3段階プロセス



STEP1 第1段階 外来(入院決定)～入院後3日以内

退院支援が必要になる患者の把握 病気の理解・受けとめ、どうあいたい？

- 入院(発症)前の生活状況を把握 → すでに在宅支援チームがいれば連携
- 入院理由・目的・治療計画などから退院時の状態像(見通し)を予測
- 退院支援の必要性を医療者間・患者・家族と共有

STEP2 第2段階 入院3日目～退院まで → 第2・3段階は重なる時期もある

受容支援・自立支援 暮らしの場に帰るためのチームアプローチ

- 継続的にアセスメントし、チーム(在宅&病院)で支援
- 患者・家族の疾患理解・受容への支援 医療選択の場面
- 「退院後の生活のイメージ」を患者・家族とともに相談・構築 未来の姿
 - ① 病状・病態から考える医療・看護上の視点
 - ② ADL・IADLから考える生活・ケア上の視点
- 経済的・社会的な課題がある場合、MSW・行政などによる支援を検討・実施
→ 在宅支援チームとの相談・協働

STEP3 第3段階 必要になった時点～退院まで

サービス調整(退院調整) → 在宅支援チームとの協働!

- 退院を可能にする制度・社会資源との連携調整 インフォーマルな繋がりも大事に
- 必要時、「退院前カンファレンス」「退院前自宅訪問」を実施
- 看護の継続が必要 → 訪問看護導入or自院から訪問 安定在宅着地!