

退院支援・退院調整プロセス

入院

外来看護師: 通院中・入院申し込み時

- 入院目的・入院前のADL・生活状況・在宅サービス利用
 - 自宅・その他の施設からの入院かどうか
- ※ 外来でわかる範囲で退院支援に関わる情報をつなぐ
(施設入所者、すでに在宅医療を受けている等)

NS.

Dr.

初期情報収集

入院診療計画

第1段階: 入院時アセスメント
ENT支援必要者の早期把握
病棟チーム・患者・家族共有

**第2段階: 医療・ケア継続のための看護介入と
チームアプローチ**

退院支援カンファレンス(1回/w)

病棟看護師が、中心に企画・運営
退院支援看護師・MSWがサポート

第3段階: 退院調整
退院調整部門・病棟医療
チーム・在宅チーム協働

第3段階: 病棟看護師が調整可能

- ケアマネジャーとの情報共有
- 訪問看護との情報共有・相談
- 院内多職種との協働
- 看護チーム協働(外来も含む)

Dr. 病棟NS. 担当 MSW・退院支援NS.
⇒ 院内チームで方向性検討・共有

- ・包括的アセスメント
- ・ENT後の方向性確認

患者・家族との面談
地域事業所との連携

- 退院支援担当者を決める
- ・在宅での情報確認
 - ・再アセスメントとプラン立案
 - 退院支援看護師は必要時
IC・退院前カンファ等に入る

退院調整(代表的パターン)
重なる事例もあり

介護保険を利用

在宅医療調整

転院調整

- ① 新規申請手続き・地域包括支援センター相談・居宅介護支援事業所選択
・担当ケアマネへの連絡・調整依頼
- ② ENT支援に向けた依頼(電話・文書)
(退院支援担当者)
- ③ ケアマネジャー来院(本人・家人同席)
・事前に電話等での調整
・退院前カンファレンス
(主治医、NS.、家人、患者)
* 遠方の場合→外泊して自宅で調査
申請手続きのみをする
- ④ 「かかりつけ医意見書」
早めに記載し担当事務へ

- ① 訪問看護・地域医療(通院・訪問)選択
- ② 在宅医療調整のサマリー作成・依頼
(退院支援担当者)
- ③ Dr. へ病院主治医の診療情報提供書送付
* 必要に応じて事前に家人のみ受診調整
- ④ 医療器具・医療処置がある場合は
訪問看護来院し、「退院時共同指導」を実施
* 管理料請求・必要物品の調整
- ⑤ ENT日付の「訪問看護指示書」300点
...主治医
・ENT時に家人に看護サマリー渡す
もしくは直接郵送する ...NS.

- ① 転院の目的を明確にする
- ② 医療機関の選択
- ③ 診療情報提供書(Dr.)、ADL表(NS.)を
各医療機関にFAX
(退院支援担当者)
- ④ 受け入れ状況により最終決定をする
- ⑤ 転院時の移送手段は病状により判断
(主治医・病棟師長)
- ⑥ 転院時看護サマリー
(最終医療情報・データ類・ENT時処方)
家人持参