入退院支援・調整システム

ステップ0
入院時支援

ステップ1
退院支援が必要な患者の早期把握
スクリーニング
（入院～2日目）

ステップ2
医療・ケア継続のための
看護介入とチームアプローチ
カンファレンス
（急性期～症状安定～退院まで）

ステップ3
制度・社会資源との
連携・調整（退院調整）
サービス調整
（必要となった時点～退院まで）

【入院時支援ナース】

対象者は
・入院時支援でスクリーニング
・退院支援担当者・病棟に引継ぎ

【病棟】

患者が入院してきたら
◆スクリーニング票チェック

スクリーニング票
（退院支援・退院調整の必要性）
☑・・・・・
□・・・・・
□・・・・・

１つでも　B項目に
チェックで対象に。
【例外(必須ではない）】
・生検目的、眼科、小児、妊婦など

【病棟・地域医療連携室】

◆病棟にてカンファレンス

〈メンバー〉
・病棟Ns
・地域医療連携室
・他職種
〈内容〉
治療経過・方向性
退院支援・調整が必要かどうか
患者・家族の意向

退院支援計画書
スクリーニング票で「該当」になった方全員に作成を基本としています。

スクリーニング票**対象者全員**に地域医療連携室が発行

重要：患者・家族の意思確認

【地域医療連携室】

◆退院調整開始
地域医療連携室Ns・MSWが、
患者・家族と面談

地域サービスの橋渡
退院前訪問
退院時カンファレンス