

# ◆ 退院支援計画モデル

病 名 疾患・症状・入院目的も記入

治療方針

患者・家族・介護者の思い

患者:

家族:

介護力評価:

## Step.1

第1段階

退院支援の必要性の  
アセスメントや  
チーム間での共有

下記の□にチェックし、適宜内容を右欄( )に記入

- 再入院の恐れがある・病状不安定(がん末期・難病等)
- 退院後も医療処置が必要(医療処置名: )
- 入院前に比べADL・IADLが低下( )
- 独居・家族がいても介護が十分提供できない( )
- 通常の制度利用が困難( )

## Step.2

第2段階

生活の場に帰すための  
医療・看護のアプローチ

- 退院にかかわる問題点・課題など
- 退院へ向けた目標支援期間・支援概要

〈医療上の検討課題〉

\*①～④の課題を列挙し、①～⑤の視点で解決策、とその担当者を考える

- ①病状確認・治療方針・今後の予測／②退院時も継続する医療管理・処置内容
- ③患者・家族への説明内容・理解・受け止め／④②の自己管理能力・家族のサポート体制
- ①患者・家族への教育・指導～服薬・療養生活・医療処置など(担当者: )
- ②生活の場で実施可能なシンプルケア～投薬の簡素化など(担当者: )
- ③症状緩和ができていくか(担当者: )
- ④在宅医・訪問看護の必要性判断(担当者: )
- ⑤現実と希望のすり合わせ(合意形成)(担当者: )

〈ADL・IADLから生活介護上の課題〉

\* i～vの観点で退院時にめざす状態像を患者・家族と共有する。

そのとき、「入院前の状態⇒現在の状態⇒退院時にめざせる状態」と時系列に整理し、そのために必要な支援も考えること

i 食事 / ii 排泄・排尿・排便 / iii 移動に介助要 / iv 保清 / v 家屋評価

## Step.3

第3段階

退院を可能にするための  
制度・社会資源への調整

- 予測される退院先や退院後に利用が予測される社会福祉サービスなど

\*ここは退院調整部署の役割だが、病棟ナースも知識として知っておきたい。

●利用する必要性のあるサポート

医療: 訪問看護 在宅医 リハビリ 薬局 地域医療機関  
介護: 在宅環境調整 介護サポート 生活支援サポート

●入院前からの地域資源

介護認定/ケアマネ/訪問看護/在宅医/かかりつけ医  
自立支援(担当CW: / 利用サービス: )  
難病施策(担当保健師: / 利用サービス: )  
生保(担当CW: )

●地域の窓口: / 依頼する在宅サービス調整:

退院前カンファレンスと  
退院時期

●退院前カンファレンス(退院時共同指導)開催時期: 月 日

〈参加者チェック〉ケアマネ/在宅医/訪問看護/患者/家族/その他:

〈病院側チェック〉医師/看護師/リハビリスタッフ/退院調整部門/その他:

●退院時期: 月 日

退院までに準備すること  
在宅への準備

●病院側が準備すること ※医療依存度の高い事例・末期がんは必要性を判断!

入院中: / 退院日当日・翌日:

●患者・家族がすること: ●在宅スタッフが用意すること:

●準備する医療材料・衛生材料・手配・退院後の入手方法:

●退院までに必要な療養環境の整備(電動ベッド・車椅子・歩行器等・工事要):

退院後の治療計画

受診頻度や初回受診日/訪問日など

療養上の留意点

例)「○○のような症状があれば、早めに受診しましょう」

「内服を忘れないよう注意しましょう」

利用する医療・福祉サービス

実際に利用するサービス(訪問看護/訪問介護/デイサービスなど)を記載