4　入院から在宅移行までの流れと成人移行（トランジション）期支援

入院医療機関 → 退院支援 → 自宅

（１）入院初期 → （２）急性期～回復期 → （３）安定期～退院前 → （４）退院～在宅開始 → （５）在宅維持期 → （６）成人移行期 12歳頃～

退院準備

- 退院支援要否スクリーニング
- 育児環境リスクの確認
- 情報収集、情報提供
- 保護者への意向確認
- 必要なケアの手技の習得
- 退院支援計画の作成

カンファレンス

- 入院医療機関の多職種が参加
- 院内多職種チームの形成
- 情報共有
- チーム内の役割分担の明確化
- 退院前の地域支援者を含むケアカンファレンス
- 在宅多職種チームの形成、情報共有、役割分担

在宅フォローアップ

- 退院直後に、病院スタッフと診療所・訪問看護ステーション等が自宅へ同伴訪問
- または、入院中のお試し外泊時に、訪問看護ステーション等が自宅へ同伴訪問
- 緊急時の入院受入れ
- アドバイザー医師等への相談
- 退院後、必要に応じケアカンファレンスに病院スタッフも参加

成人移行期支援

- 認知発達レベル、情緒、親子関係等の評価
- 本人の自律（自立）を目指し、意思決定を反映する
- 多職種カンファレンス