入退院支援フローチャート

明治国際医療大学附属病院

2025年　7 月　改定

【病院機能】
・一般急性期
・地域包括ケア病床
・障害者等施設一般病棟

【連絡先等】
・地域との連携や入退院支援のご相談は、地域医療連携室へ
TEL　0771-72-1221（代表）　　FAX　0771-72-0505（地域連携室直通）

目的

生活時 → 入院決定時 → 入院時 → 入院中 → 退院時 → 退院後

現状の生活の維持・改善・入院にならない支援

これまでの暮らしを知り、退院後の生活を見据えた適切な退院支援を提供する　～在宅チームと協働してその人らしい暮らしを支える～

退院後もその人らしい暮らしを継続できるようチームが協働する

・退院支援の状態や、退院後の生活のイメージを患者さん・ご家族・院内多職種・在宅チームと共有する
・退院支援（情報提供と意思決定支援・医療ケアに必要な指導など）を継続する

安心して在宅生活に戻れるよう、病院・地域が情報共有し協働する

退院後
不安定な時期を
サポートする

情報は電子カルテで共有

病院内

【外来各診療科】
・暮らしの変化や在宅療養時において支援が必要と思われる患者さんの把握
・生活や医療ケア指導

・必要な在宅サービスなど社会資源について確認し、調整

・入退院支援の一環として
患者の病気や生活背景をアセスメントし、看護計画を立案して実践

情報共有

【地域連携室】
・療養支援が必要と思われる患者さんへの関わり
・レスパイト、転院時の調整
・病棟からの要請による退院調整
・ケアマネジャー、地域包括支援センターとの連携

【入院決定時】
外来 →地域連携室
↓
病棟・ケアマネジャーへ

入院が決まったら

入院

【退院支援カンファレンス】※週1回
・週1回病棟Nsと地域連携室とのミーティング
・退院支援の目標や方向性を検討、確認、評価
・リハビリスタッフ、薬剤師、栄養士も参加

【合同カンファレンス】※必要時
・治療の方向性確認
医師、Ns、リハビリスタッフ、薬剤師、栄養士等が参加

【中間カンファレンス】※必時時
・退院に向けての相談や検討が必要な場合
本人、家族、在宅チーム等と面談

病棟看護師が実施
【看護プロファイル聴取】
・現状確認
・生活状況、ADLの確認
・患者、家族の思いを把握
【スクリーニングシート】
・病棟看護師が聞き取り
・退院支援必要性の把握
【入院紹介】
・病棟内での情報共有
地域連携室担当者が作成
【退院支援計画書】
・退院に向けての確認

《必要時》
地域包括ケア病床または障害者病棟で入院加療を継続し在宅復帰を目指しましょう

治療
療養

退院の目途が立ったら

【各病棟】
・在宅療養に向けて必要な指導
食事・服薬・医療的ケア
・介護者への指導・アドバイス
・必要時次回受診の調整

退院

【退院前カンファレンス】※必要時
・本人、家族、多職種及び在宅チームを交えて情報共有
・退院後に必要なサービスの調整

【退院前訪問（家屋調査）】※必要時
リハビリ担当者（PT、OT）が実施
・患者、家族、ケアマネージャーと共に家屋や生活環境の確認
・在宅生活移行への準備・調整

【退院時】
・看護サマリー、看護情報提供書、薬剤サマリーなどで情報共有
・在宅での注意事項やケア・処置等について
・思いや不安について

【外来各診療科】
・退院後、初回受診時に看護サマリーを確認し、継続看護を行う
・在宅療養が継続できるよう、外来受診時に変化がないか確認し指導する
・確認・指導した内容を電カルに記載し、情報共有する

《必要時》
外来看護師・病棟看護師による退院後訪問の実施

自宅での状況を確認
在宅療養について指導を行う

入院前と比べて状態に変化あれば、介護保険申請あるいは区分変更手続きの必要性を地域連携室から家族に助言する

本人・家族

普段から
・健康の維持増進に努めましょう
・かかりつけ医をもちましょう
・これからの過ごし方について考え、家族やケアマネジャーに相談しておきましょう

【入院したら】
・ケアマネジャーに連絡を！
・病院に担当ケアマネジャーの名前を伝えてください！

入院中は
・わからないことや不安なことは、病棟看護師や地域医療連携相談員に何でも聞いて、相談確認しましょう
・医療やケアについて自分の思いをしっかり医療者に伝えましょう
・退院後の生活をイメージし、退院に向けて準備していきましょう
・病院より介護保険申請あるいは区分変更の助言があれば役所で手続きをしましょう

退院が決まったら
・退院後の生活について不安がないか、最終確認しましょう

在宅での生活サポート

地域

本人・家族を支えるチーム
《かかりつけ医》
《ケアマネジャー》
《地域包括支援センター》
《訪問看護師》など

病院と在宅チーム連携開始

【情報提供】
・在宅チームから病院へ情報提供
・在宅での様子
・本人、家族の意思等

・退院後訪問開始または再開
《ケアマネジャー》
《地域包括支援センター》
《訪問看護師》
《その他多職種》

2021年3月作成