

退院支援の流れ

入院時

- 病棟の看護師が、患者さん・ご家族からこれまでの生活（暮らし）について聴き取りを実施します。
- 入院から3日以内に入退院支援職員（医療福祉相談員）が「退院支援」の可否について判断します。
- 担当ケアマネジャーがいる場合は、患者さん・ご家族を通じて入院されたことを連絡して頂きます。
- 担当ケアマネジャーから「入院時情報提供書」が届いた場合は、患者総合支援センターを通じて入院病棟で保管し情報共有します。

担当ケアマネジャーの皆様へ

- 担当されている利用者の入院後の状況等の問い合わせについて、当院では初回の場合は専用の「FAX 問い合わせ票」のご利用をお願いしています。
- 「FAX 問い合わせ票」がお手元にない場合は、ホームページからダウンロードしてご利用下さい
- 「入院時情報提供書」を当院宛に郵送される場合は、「患者総合支援センター地域医療室 医療福祉相談員」宛でお願いします。

入院中

- 患者さん・ご家族に診療の内容や予想される入院期間等を記載した「入院診療計画書」をお渡しします。
- 入院から7日以内に退院支援カンファレンスを実施します。病棟看護師・入退院支援職員（医療福祉相談員）・患者総合支援センター退院支援看護師・医療福祉相談員が、医療上・生活介護上の課題について協議し、適切なサポートを開始します。
- 主として、病棟看護師が退院支援する場合と入退院支援職員（医療福祉相談員）が退院支援する場合があります。

自宅退院方針

退院前
（退院準備期間）

【担当ケアマネジャーがいる場合】

- 入院前と比べてADL等に大きな変化がない場合は、病棟看護師あるいは患者さん・ご家族から、退院時期等について担当ケアマネジャーへ連絡します。
- サービスの再調整が必要な場合は、入退院支援職員（医療福祉相談員）等が担当ケアマネジャーへ連絡します。
- 退院前に関係者も参加した話し合いの場を設けるなど退院支援を行います。

【担当ケアマネジャーがいない場合】

- 退院後の生活にサービスが必要となる場合は、入退院支援職員（医療福祉相談員）等がケアマネジャー選定の支援をはじめ、退院前に関係者も参加した話し合いの場を設けるなど退院支援を行います。

転院方針

- 当院からリハビリ等の理由により転院して頂く場合があります。その際は、入退院支援職員（医療福祉相談員）等が患者さん・ご家族と相談の上、適切な転院先をご紹介します。

退院

- 地域の関係機関や転院先での支援担当者へ引き続きの支援を依頼し、安心・安全な自宅退院や転院に繋がります。