

市内・近隣市の病院・有床診療所における入退院時の流れ（R8年3月更新）

病院と有床診療所における入退院時の流れ

エリア	廿日市市		
病院機能	高度急性期／急性期	回復期/地域包括	回復期／慢性期
名称	JA広島総合病院	アミノ病院	廿日市記念病院
住所	廿日市市地御前1丁目3番3号	廿日市市串戸5丁目1-35	廿日市市陽光台5丁目12番
連携窓口	総合医療相談室 電話番号（0829-36-3111〔代表〕） 「総合医療相談室」宛へ繋いでください。 FAX番号（0829-36-3160【直通】）	地域連携部 電話番号（0829-30-0125） FAX番号（0829-30-0126）	地域医療連携室・医療相談室 電話番号（0829-20-2300〔代表〕） FAX番号（0829-20-2777〔直通〕）
病院機能	高度急性期 急性期 （計460床）	回復期リハビリテーション病棟 88床 地域包括ケア病棟 32床	回復期病棟〔回復期リハビリテーション病棟〕60床 慢性期〔緩和ケア病棟〕38床
連携上の留意点	ケアマネジャーがいる場合、入院早期の来院をお願いします。施設入所等の今後の方向性について、患者ご家族とどのように意思決定されているかの情報提供をお願いします。	入院が決定したら、情報提供をお願いします。入院後、状態を評価させていただき、なるべく早目にケアマネジャーへ連絡します。	入退院には制度上の基準や病状、状態、家族、在宅事業所等の希望を考慮して調整いたします。
入院前	予定入院の場合、患者・家族に入院前にケアマネジャーの連絡先や利用しているサービスを伺うことがあります。在宅療養期で当院外来通院中の方で、気になることがあれば総合医療相談室 外来担当相談員へ連絡をお願いします。	ケアマネジャーや利用している事業所へお問い合わせをさせていただきます。	
入院連絡	家族もしくはMSW、退院調整看護師からケアマネジャーに連絡します。	紹介元、家族、地域連携室のいずれかより連絡します。	紹介元や家族、当院から可能な限り入院時に連絡しますが、退院調整時の連絡になる場合があります。
入院時の情報提供	予定以外の入院の場合には特に患者・家族からの情報が得られにくいので、ケアマネジャーからの情報提供や面談などをお願いします。	個人情報の取り扱いに十分配慮してFAX等で情報提供をお願いします。	個人情報の取り扱いに十分配慮してFAX等で情報提供をお願いします。
病状説明・退院時期の連絡	本人・家族の同意のもと、病状や入院中の様子、退院時期などを情報提供が可能です。問い合わせの場合には、事前に本人や家族に病院からの情報提供の了承をとってから当院への連絡をお願いします。	一定期間、状態を評価した後に連絡します。	定期的に情報共有できるように心がけています。
入院中の歯科治療	必要に応じて院内の歯科を受診できます。（義歯の作成は不可）	必要に応じて外部の歯科診療所から訪問歯科診療を利用できます。	必要に応じて外部の歯科診療所から訪問歯科診療を利用できます。
介護支援連携指導	可能であれば、入院早期にケアマネジャーに来院いただき、患者の状況を見て直接連携をとります。また、退院前カンファレンスを積極的に開催します。	必要時に実施します。	ケアマネジャー来院時か、退院前カンファレンス時に連携指導を実施いたします。
家屋調査	必要に応じて相談をお受けします。	実施時にはケアマネジャーに連絡します。	すべての患者に実施ではなく、必要時、家族の協力が得られる場合、担当療法士が実施します。
退院前カンファレンス調整	ケアマネジャーに在宅スタッフ等の人選と日程調整をお願いします。医師が参加する場合には時間が限られることが多いです。	必要に応じて開催します。	自宅へ退院される患者は退院前にカンファレンスを開催する方針です。施設入所の場合でも、必要に応じて開催いたします。
退院前カンファレンス	退院予定患者に対して、家族来院のもと、早期に開催します。議事録を作成し担当ケアマネジャーに渡しています。カンファレンスの記録は各自でメモを取っても構いません。ケアマネジャーは在宅サービス側のスタッフと情報を共有してください。作成されたケアプランの提供をお願いします。	必要に応じて開催します。可能でしたら参加をお願いします。	担当医、家族の希望日で調整します。参加をお願いします。サマリー等は退院時に提供いたします。
退院前カンファレンスの内容共有	看護サマリーによる情報提供が可能です。各コメディカル（栄養士、リハビリ職種等）が参加した時には、それぞれの情報提供が可能です。	カンファレンスは口頭での情報共有になります。参加時は各自記録をお願いします。看護サマリーは、病棟からケアマネジャー宛てに1部渡します。ケアマネジャーから各事業所へ情報を提供してください。	カンファレンス時は基本的に口頭での情報共有となります。各自で把握してください。環境調査報告書は書面で提供します。サマリー等は退院時に提供いたします。
転院時	家族が報告できないときは、総合医療相談室の担当者がケアマネジャーに連絡します。ケアマネジャーから在宅サービス側のスタッフへの連絡をお願いします。	必要に応じて地域連携室より連絡します。	
その他	退院後の訪問が必要と判断した場合は、退院後訪問を検討します。		回復期病棟からの退院患者のみですが、退院して1ヶ月後の状況についてアンケートをお願いしています。アンケートはサマリーに同封しています。ご回答のご協力をお願いいたします。
病棟への入退院支援担当者の配置	MSWと退院調整看護師を配置し、各病棟等担当制で支援をしています。	回復期病棟：社会福祉士4人 包括ケア病棟：社会福祉士1人、看護師1人	回復期リハビリ病棟：MSW・看護師 ※専従以外は他病棟も兼務している。

市内・近隣市の病院・有床診療所における入退院時の流れ（R8年3月更新）

病院と有床診療

エリア	廿日市市		
病院機能	回復期／慢性期	回復期／その他	慢性期
名称	大野浦病院	佐伯中央病院	廿日市野村病院
住所	廿日市市丸石2丁目3-35	廿日市市津田4180	廿日市市宮内字佐原田4209-2
連携窓口	地域連携室 電話番号（0829-54-2986） FAX番号（0829-54-1861）	地域連携課 電話番号（0829-72-1100） FAX番号（0829-72-1134）	地域連携相談室 電話番号（0829-38-2111） FAX番号（0829-38-2171）
病院機能	回復期病棟〔回復期リハビリテーション病棟〕34床 慢性期〔療養病棟〕86床	回復期病棟〔地域包括ケア病棟〕38床 その他〔介護医療院〕60床	慢性期〔療養病棟〕68床 慢性期〔特殊疾患病棟〕34床
連携上の留意点	自宅や施設での生活上で、入院前からあった課題について情報提供をお願いします。	ケアマネジャーがいる場合、本人・家族同意の上、入院時に入院前の状況の確認や退院の支援について相談します。また、退院後に施設入所を検討されている場合は早めに地域連携課にご相談ください。	患者の基本情報等を教えてください。施設入所等の今後の方向性について、ご存じのことがあれば教えてください。 医療区分1の方は入院までお時間をいただくかもしれません。
入院前	ケアマネジャーや地域包括支援センターの担当者がある場合は、名前と連絡先を入院時にお知らせください。	ケアマネジャーや地域包括支援センターの担当者がある場合は、名前と連絡先を入院時にお知らせください。	ケアマネジャーの名前と連絡先をお知らせください。引き上げが必要な福祉用具（車椅子や歩行器など）があればケアマネジャーの方で調整をお願いします。
入院連絡	地域連携室より連絡します。	本人・家族の了承の上、地域連携課からケアマネジャーや地域包括支援センター担当者に連絡します。	家族が報告できない時は相談員より連絡します。情報提供の依頼などの連絡事項があれば、必要に応じて相談員から連絡します。
入院時の情報提供	地域連携室の看護師または社会福祉士まで電話にてご連絡ください。個人情報の取り扱いに配慮してFAXで診療情報、検査データ、薬剤情報、ADL等の情報をいただき入院判定を行います。	地域連携課へご持参いただくか、もしくは個人情報の取り扱いに十分配慮してFAXで情報提供してください。訪問看護を利用されている場合は看護サマリー等があれば情報提供してください。	地域連携相談室へのご持参、もしくは個人情報の取り扱いに十分配慮してFAXで情報提供してください。訪問看護を利用されている場合は看護サマリー等があれば情報提供をお願いします。
病状説明・退院時期の連絡	治療やリハビリの経過を見ながら地域連携室から退院時期についてご連絡をしますので、介護サービスを利用する準備をお願いします。	本人・家族の希望や必要に応じて、主治医から病状説明を行い、場合によっては退院に向けた今後の方向性を決めます。	お気軽に相談員までご連絡ください。退院時期については相談員から連絡します。また、今後の方向性について病院で面談を行うときは必要に応じてケアマネジャーに同席をお願いします。
入院中の歯科治療	必要に応じて外部の歯科診療所から訪問歯科診療を利用できます。常勤の歯科衛生士（1人）が受診の必要性について判断し、歯科診療所と受診調整をしています。	必要に応じて外部の歯科診療所から訪問歯科診療を利用できます。介護医療院は協力歯科医療機関があります。	主治医の判断のもと、必要に応じて外部の歯科診療所より訪問歯科診療を受けています。患者、家族より希望があればその都度主治医と受診可能かを相談します。
介護支援連携指導	家族面談への同席や家屋調査の同行をお願いします。日程調整については地域連携室が行います。気になる点などあれば地域連携室までご連絡ください。	本人・家族が必要と判断した場合にケアマネジャーもご参加ください。	主治医、本人、家族の相談のもと、必要と判断した場合にケアマネジャーへ同席を依頼することがあります。また、退院後に作成されたケアプランの控えを提出していただくようお願いします。
家屋調査	自宅退院を目標とする患者については家屋調査を実施します。日程調整は地域連携室からケアマネジャーに連絡します。必要時福祉用具の業者にも声をかけます。		必要に応じて、退院前訪問として家屋調査を実施します。実施の際は事前にケアマネジャーへ連絡しますので、同席をお願いします。必要に応じて在宅スタッフ等の人選、調整をお願いします。
退院前のカンファレンス調整	地域連携室から日程調整の連絡をします。ケアマネジャーに在宅スタッフ等の人選と日程調整をお願いします。	必要に応じて開催します。退院前カンファレンスをご希望の場合は地域連携課にご相談ください。	主治医から退院の許可が出た後に本人、家族、ケアマネジャーと相談のうえ、退院後のサービス調整ができれば、退院日の調整を行います。地域連携相談室からケアマネジャーに退院日を連絡しますので、在宅スタッフ等の人選と調整をお願いします。
退院前カンファレンス	退院1～2週間前に開催します。記録は各自でお願いします。		主治医の判断のもと、原則としてケアマネジャーが参加できる日に開催します。 （ADLや病状等に大きな変化がなければ家族へのICのみの場合もあります）
退院前カンファレンスの内容共有	看護サマリー、リハビリサマリーを出席者に提供します。欠席の事業所についてはケアマネジャーから共有をお願いします。	入院中の様子について記載した情報提供書（看護サマリー等）を使用し、情報提供・情報共有を行います。	記録は各自でメモを取り、ケアマネジャーが在宅スタッフへ情報を共有します。看護サマリーは病棟看護師が作成し、退院日に家族からケアマネジャーに渡してもらいます。（退院時に同伴されている場合はケアマネジャーにお渡しします）。
転院時	地域連携室から担当ケアマネジャーへ連絡します。	入院中の様子について記載した情報提供書（看護サマリー等）で情報提供しています。	家族が報告できないときは、相談員からケアマネジャーへ連絡します。
その他			病院医師が退院後の訪問が必要と判断した場合は、退院後訪問を実施します。
病棟への入退院支援担当者の配置	回復期リハビリ病棟：社会福祉士1人、看護師1人 医療療養病棟：看護師1人	配置なし（ただし、入退院支援は社会福祉士が対応しています）	障害者病棟（特殊疾患病棟）：社会福祉士・精神保健福祉士1人 医療療養病棟：社会福祉士・精神保健福祉士1人ずつ

市内・近隣市の病院・有床診療所における入退院時の流れ（R8年3月更新）

病院と有床診療

エリア	廿日市市		
病院機能	慢性期	その他	その他
名称	阿品土谷病院	友和病院	双樹クリニック
住所	廿日市市阿品4丁目5番1号	廿日市市峠字下ヶ原500番地	廿日市市新宮2丁目1番15号
連携窓口	地域医療連携室 電話番号（0829-36-5050） FAX番号（0829-36-5059）	地域連携室 電話番号（0829-74-0688） FAX番号（0829-74-3385）	電話番号（0829-34-3555） FAX番号（0829-34-3556）
病院機能	慢性期〔療養病棟〕214床	その他〔精神科療養病床〕120床	その他〔有床診療所〕14床
連携上の留意点	医療区分1の方は入院まで少しお時間いただくかもしれません。（24時間持続点滴や中心静脈栄養の方は医療区分3が取れないことがあり、医療区分1となることが多い） 患者の基本情報を教えてください。透析患者は基本的にはお受けいたします。その他の患者は医療区分1の方は入院まで少しお時間頂くかもしれません。相談時点では24時間持続点滴や中心静脈栄養の方でもその状から脱すると基本料が取れない場合がある為、院内で協議いたします。	入院相談時に患者の基本情報の提出をお願いします。介護支援専門員・相談支援専門員がいる場合、入院前に教えてください。	地域連携室はないため、病棟課長が担当しています。
入院前	ケアマネジャーや地域包括支援センターの担当者がある場合は、名前と連絡先を入院時にお知らせください。	関係者の情報を教えてください。	
入院連絡	地域医療連携室から連絡していません。家族からケアマネジャーに連絡して頂きます。	相談員から家族やケアマネジャーに連絡します。	病棟課長より連絡します。
入院時の情報提供	個人情報の取り扱いに十分配慮してFAXと原本で情報提供してください。（持参される方が多いです。）	個人情報の取り扱いに十分配慮してFAXと原本で情報提供してください。入院後に郵送またはFAX、直接持ち込みで、情報提供していただくこともあります。	情報提供は病棟課長宛てにFAXしてもらいます。
病状説明・退院時期の連絡	地域医療連携室が対応しますのでご連絡ください。	入院中に主治医から病状説明を行い、退院に向けた方針を決めます。	入院時や病状に変化があった場合は、医師から説明します。
入院中の歯科治療	必要に応じて外部の歯科診療所より訪問歯科診療を受けています（家族が直接依頼）。	必要に応じて院内の歯科を受診できます。	本人、家族の希望により外部より訪問歯科診療を利用していただきます。
介護支援連携指導	ケアマネジャー来院時か、退院前カンファレンス時に連携指導を実施いたします。		介護申請が必要な場合は病棟課長より説明し、申請してもらいます。
家屋調査	在宅退院時、必要に応じて家屋確認のため理学・作業療法士が同行します。	必要に応じて看護スタッフ・リハビリスタッフ、在宅復帰時の関係者と一緒に自宅に伺い家屋調査を行います。	在宅復帰時必要に応じて、理学療法士とケアマネジャーが家屋調査を実施し、自宅での生活環境が整ってから退院するように調整しています。
退院前カンファレンス調整	退院前カンファレンスが必要となった場合、地域医療連携室からケアマネジャーに連絡します。ケアマネジャーに在宅スタッフ等の人選と調整をお願いします。	在宅復帰時にカンファレンスを実施するので、ケアマネジャーに在宅スタッフ等の人選と調整をお願いします。	日時の調整は病棟課長が行ない、各関係部署へ連絡します。医師からの説明が必要な場合は同席あります。
退院前カンファレンス	退院前カンファレンスが必要な場合、開催します。	主治医・家族・地域の関係者が参加できる日に開催します。家屋調査時に関係者が集まって行うこともあります。	入院時、必要に応じてカンファレンスを行なっています。ゴール目標が変わった場合、その都度、関係スタッフで医師を含めてカンファレンスを行い、家族への説明を行います。
退院前カンファレンスの内容共有	特に作成しているものではありません。参加した人が、各自、情報共有しています。	参加者各自が記録をとります。	病棟の担当看護師が作成し、会議で共有します。
転院時	特に報告等していません。	地域連携室同士のやり取りで転院日が決まります。地域連携室から各所へ情報提供を行います。	転院日が決まれば、1週間前を目途に情報提供書・サマリー（透析条件、情報）をFAXしています。
その他			
病棟への入退院支援担当者の配置	配置なし	各病棟に精神保健福祉士1人ずつ	配置なし

市内・近隣市の病院・有床診療所における入退院時の流れ（R8年3月更新）

病院と有床診療

エリア	大竹市		広島市佐伯区
病院機能	急性期／慢性期	慢性期	急性期／地域包括／回復期
名称	広島西医療センター	医療法人社団親和会 やまと病院	五日市記念病院
住所	大竹市玖波4-1-1	大竹市元町1-1-5	広島市佐伯区倉重1-95
連携窓口	地域医療連携室 電話番号 0827-57-7183 (内線2140) FAX番号 0827-57-7701	地域連携室 電話番号 0827-52-8010 FAX番号 0827-52-8802	地域医療連携室・医療相談室 電話番号 082-924-2343 FAX番号 082-924-2215
病院機能	急性期病棟 150床 慢性期〔障害者病棟〕290床	慢性期〔療養病棟〕50床	一般病床 180床 急性期一般病床 107床 地域包括ケア 33床 回復期リハビリテーション病棟 40床
連携上の留意点	ケアマネジャーが担当されている場合、入院時に退院に向けた相談をさせていただきます。 施設入所を検討している場合は、早めにお知らせください。	担当ケアマネジャーがおられる場合、入院前から連携をとり、情報共有や調整を行っていきます。	早い段階で連携をとらせていただき、生活再編に向けた調整を図ります。
入院前	区分変更中、訪問調査の予定有、退院までにサービス調整が必要などの情報があればご連絡ください。	入院が決定したら、情報提供をお願いします。	情報提供をお願いする場合は、連絡させていただきます。
入院連絡	入院前支援の看護師が関わった時(予定入院)にはケアマネジャーに入院の連絡をします。	必要に応じて地域連携室より連絡します。	家族もしくは、連携室より連絡します。
入院時の情報提供	地域医療連携室へ持参、連絡またはFAXをお願いします。	地域連携室へ直接持ち込み、もしくはFAXで情報提供してください。	緊急入院の場合は、患者・家族からの情報が得られにくい場合、情報提供書を持参またはFAXしてください。
病状説明・退院時期の連絡	担当のMSWまたは看護師から連絡します。	病状説明は医師が行います。 退院についての連絡は地域連携室から行います。	本人・家族の同意の元、病状や入院中の様子、退院時期などの情報提供が可能です。
入院中の歯科治療		希望者、あるいは必要に応じて、外部の歯科診療所から訪問歯科診療を受けています。	外部の歯科クリニックの訪問があり、希望あれば治療可能です。 かかりつけ医からの往診も可能です。
介護支援連携指導	必要な場合は、適宜相談させていただきます。	必要時にケアマネジャーに連絡し実施します。 後日ケアプランをお願いします。	可能であれば、入院の早い段階で来院していただき、直接連携をとりたいと思います。
家屋調査			必要に応じて担当療法士が訪問しています。実施の際には連絡しますので、可能であれば同行をお願いします。また必要な在宅スタッフの同行調整をお願いします。
退院前のカンファレンス調整	退院に向けた相談、調整のため退院前カンファレンスを実施する時には、地域医療連携室からケアマネジャーに連絡をします。	医師より退院の許可が出たら、地域連携室からケアマネジャーに連絡をします。 在宅側の退院前カンファレンス参加者は、ケアマネジャーに人選、調整をお願いします。	必要に応じて開催させていただきます。 カンファレンスをご希望の場合は連携室へご相談ください。
退院前カンファレンス	ケアマネジャー、サービス事業所の都合を確認し日時調整を行います。	退院の2～3週間前に開催します。	連携室で日程調整をしますので、事前に予定を確認させていただきます。
退院前カンファレンスの内容共有	カンファレンス時または退院時に看護サマリーを提供します。	カンファレンスの記録は参加者各自で行います。 在宅側の情報共有はケアマネジャーをお願いします。	看護師、必要なコメディカルが参加し情報提供します。 退院日に看護サマリー（必要であればリハビリサマリー）を提供します。
転院時	地域医療連携室から担当ケアマネジャーへ連絡します。	地域連携室が各所へ転院先と転院日が決定しだい連絡します。	転院日に担当相談員が転院先を報告します。
その他		在宅へ退院された方は、本人、ご家族の許可をいただき退院後訪問を行う場合があります。	ケアマネジャーにも相談の上、訪問診療医師が訪問診療を実施することもあります。
病棟への入退院支援担当者の配置	2病棟に1人、退院支援の看護師を配置しています。	医療療養病棟：看護師1人	地域包括ケア病棟：社会福祉士1人、看護師1人 回復期リハビリテーション病棟：社会福祉士1人、看護師1人 急性期一般病棟：社会福祉士1人、看護師2人

市内・近隣市の病院・有床診療所における入退院時の流れ（R8年3月更新）

病院と有床診療

エリア	広島市佐伯区		
病院機能	急性期／地域包括ケア	回復期	回復期／慢性期
名称	医療法人一陽会 原田病院	西広島リハビリテーション病院	広島中央保健生活協同組合 生協さえき病院
住所	広島市佐伯区海老山町7-10	広島市佐伯区三宅6-265	広島市佐伯区八幡東3丁目11-29
連携窓口	地域連携室 電話番号 082-923-8818 FAX番号 082-921-8034	地域連携室 電話番号 082-921-3230 FAX番号 082-921-9250	地域医療連携室 電話番号 082-926-1187 FAX番号 082-926-4522 ※病院代表と同じ
病院機能	急性期病棟 80床 地域包括ケア病棟 40床	回復期病棟〔回復期リハビリテーション病棟〕139床	回復期病棟〔地域包括ケア病棟〕54床 慢性期〔療養病棟〕60床
連携上の留意点	入院時は、早期に連絡を取り合い、患者の状態、基本情報など情報共有したいと思っています。 在宅での課題や留意事項などありましたら教えていただくと助かります。	ケアマネジャーが担当されている場合、在宅での様子を教えていただくと助かります。	入院時から連絡を取り合い、基本情報など共有できれば助かります。
入院前	入院前でも何かありましたらお気軽に地域連携室へお問い合わせください。	ケアマネジャーが担当されている場合、在宅での様子を教えていただくと助かります。	入院時、患者・家族又は、前院情報で確認させていただいています。
入院連絡	必要に応じて地域連携室より連絡いたします。	当院は100%急性期からの紹介転院ですが、元々ケアマネジャーが担当されている場合はMSWから連絡します。	地域医療連携室／家族より、ケアマネジャーへ連絡させていただきます。
入院時の情報提供	地域連携室へ直接持ち込み、もしくはFAXで情報提供してください。	急性期からの情報提供(FAX)が主な状況です。	地域医療連携室へ入院時情報シート(必要に応じて、サービス提供内容)などの情報をお願いします。(FAXでも可)
病状説明・退院時期の連絡	お気軽に地域連携室にお問い合わせください。こちらからも、状態に応じて連絡を取らせていただきます。大きく状態変化が見られる場合には、インフォームドコンセントの同意なども調整させていただくことがありますので、その際は相談させていただきます。	退院に向けてケアマネジャーと連携を図ります。	病状説明については、本人・家族の同意があれば同席可能です。また、必要に応じてこちらから声をかけさせていただきますことでもあります。 退院時期については、地域医療連携室から連絡させていただきます。
入院中の歯科治療	必要に応じて、外部の歯科診療所から訪問歯科診療を受けています。	週2回外部の歯科診療所から訪問歯科診療を受けています。	建物2Fに歯科がありますので、診療は可能です。病室まで往診もできます。
介護支援連携指導	必要と判断した場合に実施しております。	ケアマネジャーへ連絡し連携を図らせていただきます。	「入院時情報シート」の共有で対応させていただいています。
家屋調査	必要に応じて実施します。実施の際は、担当ケアマネジャーと日程など調整させていただきます。	必要に応じて、家屋調査を実施します。実施するときにはケアマネジャーに連絡するので、同行をお願いします。	必要に応じて、家屋調査を実施します。実施するときにはケアマネジャーに連絡し、日程調整させていただきます。
退院前のカンファレンス調整	患者の状態に応じて退院前カンファレンスの実施を検討しています。カンファレンス実施の際は、ケアマネジャーと調整をさせていただきます。必要に応じて、在宅のかかりつけ医、訪問看護ステーション等在宅事業所の参加もお願いすることがあります。	退院日が決定次第、MSWからケアマネジャーに連絡をします。在宅側の退院前カンファレンス参加者は、ケアマネジャーに人選、調整をお願いします。	患者の状態に応じて行います。地域医療連携室からケアマネジャーに連絡し、日程調整をさせていただきます。在宅側の退院前カンファレンス参加者は、ケアマネジャーに調整をお願いしています。
退院前カンファレンス	開催時期は、患者の状態によって個別に検討しています。ADLの低下や状態が大きく変化している患者においては早めに実施できるように心がけています。カンファレンスの記録は各自でメモを取って頂いております。作成されたケアプランの提出をお願いします。	極力、退院前カンファレンスを行います。なるべく介護保険リハ事業所の方にも来てもらえたらと考えています。	在宅スタッフ、家族、病棟スタッフで必要と思われる患者の場合行います。それぞれ在宅スタッフの参加可能日に合わせていますが、退院日に開催することもあります。
退院前カンファレンスの内容共有	看護サマリーは、ケアマネジャー宛のものを退院時に患者・家族にお渡ししています。その他、看護サマリーが必要な事業所がありましたらご依頼ください。	なるべく多職種に来てもらい、「リハビリテーション実施計画書」「目標設定支援シート」等を渡します。	退院時、 ・各サマリーをケアマネ宛に1通 ・診療情報提供書は担当医師に1通 ご家族へ渡しています。 その他必要があればその都度お渡しします。
転院時	必要時にはこちらからケアマネジャーに連絡させていただきます。	家族が報告できないときは、地域連携室が各所へ転院先と転院日が決定次第報告します。	家族から連絡、地域医療連携室から、ケアマネジャーへ連絡します。
その他			病院医師が退院後の訪問が必要と判断した場合は、退院後訪問を実施します。
病棟への入退院支援担当者の配置	急性期病棟・地域包括ケア病棟：合わせて社会福祉士4人	社会福祉士(3病棟で7人)、入退院支援看護師	地域医療連携室に社会福祉士2人、退院支援看護師1人

市内・近隣市の病院・有床診療所における入退院時の流れ（R8年3月更新）

病院と有床診療

エリア	広島市佐伯区		
病院機能	慢性期／その他	慢性期／その他	慢性期／その他
名称	医療法人ピーアイエー ナカムラ病院	広島グリーンヒル病院	桧田病院
住所	広島市佐伯区坪井3-818-1	広島市佐伯区五日市町下河内188-6	広島市佐伯区五日市中央1-1-32
連携窓口	地域連携センター 電話番号 082-943-9960 FAX番号 082-923-7179	地域連携室 電話番号 082-929-1110(代表) FAX番号 082-927-2222	地域連携室 電話番号 082-923-1116 FAX番号 082-921-5599
病院機能	慢性期〔療養病棟〕50床 その他〔精神科病棟〕210床※認知症患者治療病棟 その他〔介護医療院〕150床	慢性期〔療養病棟〕150床 その他〔介護医療院〕150床	慢性期〔療養病棟〕114床 その他〔介護医療院〕60床
連携上の留意点	入院前に、担当者の名前と連絡先をお教えいただきたいです。本人の基本情報をいただければ有難いです。	入院前に、担当ケアマネジャーの名前と連絡先を教えてください。いただけたら助かります。	ケアマネジャーが、患者の様子など情報を伝えてくださると有り難いです。 本人・家族の意向などあれば教えてください。
入院前	入院前に担当者(ケアマネジャー)の名前と連絡先を教えてください。	現在の状態については、前院で確認させていただきます。	相談患者様の名前・性別・ADLと保険情報を事前に教えてもらえると入院の手続き・用意が早く進められます。 ADLが分かるADL表があればありがたいです。
入院連絡	家族、もしくは病院相談員から連絡を入れるようにします。	必要時、ご連絡します。	当院地域連携室相談員からケアマネジャーに連絡します。
入院時の情報提供	今までの生活歴や現在のADLを含めた状態を、把握している限りで結構なので、情報をFAX等でいただきたいです。	基本は前院から情報をいただいておりますが、必要時は当院のADL確認票の記載と情報シートのFAXを依頼させていただきます。	当院へFAXか直接、もしくは郵送で情報提供してください。
病状説明・退院時期の連絡	在宅復帰の目処が立てば、連絡をさせていただき、サービス利用を含め相談させていただきます。	在宅復帰の目途が立てば、連絡させていただきます。また必要時には退院前のカンファレンスへのご参加をお願いします。	入院後に退院目途、時期が分かれば、その後連絡させていただきます。
入院中の歯科治療	建物内に歯科がありますので、診療可能です。	必要に応じて、外部の歯科診療所から訪問歯科診療を受けています。	当院の往診医に診察していただけますが、元々利用されている(受けている)歯科医に引き続き診ていただくことは可能です。
介護支援連携指導	必要な場合は、適宜相談させていただきます。	必要時、情報共有させていただきます。	退院前にカンファレンスをさせていただきたいと思っておりますので、ご参加いただきたいです。 カンファレンス時か、後日ケアプランをいただきたいです。
家屋調査	必要な際には、自宅同行を含めて相談させていただきます。	必要に応じて看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士が実施します。	退院前に必要に応じて社会福祉士と理学療法士または作業療法士が家屋調査を実施します。
退院前のカンファレンス調整	退院前カンファレンスには、連絡をさせていただくので参加をお願い致します。 在宅側のカンファレンスには、入院時の状態の説明をさせて頂くために希望されれば当方からも参加させていただきます。	退院日が決定次第、地域連携室からケアマネジャーに連絡をします。在宅側の退院前カンファレンス参加者は、ケアマネジャーに入選、調整をお願いします。	退院日が決定したら当院からケアマネジャーに連絡をします。 参加者はサービスに入る事業所様への調整をお願いできれば有り難いです。
退院前カンファレンス	退院の2～3週間前に開催します。 原則としてケアマネジャーが参加できる日に開催します。カンファレンスの記録は各自でメモを取り、在宅サービス側はケアマネジャーが情報を共有します。	原則としてケアマネジャーが参加できる日に開催します。カンファレンスの記録は各自でメモを取り、在宅サービス側はケアマネジャーが情報を共有をお願いします。	退院日までに、家族とケアマネジャーが参加できる日に開催します。 後日、カンファレンスの内容をふまえたケアプランをいただきたいです。
退院前カンファレンスの内容共有	関係職種に、サマリーを提供させていただきます。	病棟看護師からケアマネジャーへ1通ずつ提供します。ケアマネジャーが中心となり、診療情報提供書、各サマリーを多職種で共有してください。	当院で作成した患者の情報をお渡しします。 各職種の方へサマリーを提供させていただきます。
転院時	必要に応じて連絡致します。	転院時は必要に応じて連絡します。	転院された時には、地域連携室が各所へ連絡します。
その他			
病棟への入退院支援担当者の配置	精神科病棟には、各階に1人精神保健福祉士が配置されています。	社会福祉士3人、退院支援看護師1人	配置なし