# 京都中部総合医療センター

【病院機能】・一般急性期
・回復期リハビリテーション
・地域包括ケア

【連絡先等】
地域との連携の窓口　地域医療連携室
（TEL：0771-42-3130/FAX：0771-42-5071）
退院支援の責任者　地域医療連携室 副室長（看護師）

| 生活時 | 入院決定時 | 入院時 | 入院中 | 退院時 | 退院後 |
|---|---|---|---|---|---|

**目的**

- 生活時：・現状の生活の維持・改善をし、入院にならないように支援する
- 入院決定時～入院中：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
  - ・退院時の状態や、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・医療やケアに必要な指導など）を継続する
- 退院時：・安心して在宅生活にもどれるよう病院・地域が情報共有し協働する
- 退院後：・退院後不安定な時期をサポートする

## 病院内

**【外来各診療科】**
暮らしの変化や在宅療養継続において支援が必要と思われる患者さんを把握する

**【入院患者サポートセンター】**
（予定入院の場合）
○入院前の患者さんの暮らし、入院までの経緯、入院となった背景、在宅での支援状況などの情報を収集する
○退院支援が必要な人を抽出する
○必要時、薬剤師、栄養士も情報収集を行う
○入院前に必要な検査を計画的に実施する

**【病棟】**
（緊急入院の場合）
○入院前の患者さんの暮らし、入院までの経緯、入院となった背景、在宅での支援状況などの情報を収集する
○在宅チームからの情報も活用して、退院支援が必要な人を抽出する
○患者さん、ご家族の思いを把握する

**○「退院支援計画書」を作成**
医師、病棟看護師、退院調整担当者で作成する

**○退院支援ラウンド（多職種カンファレンス）**
患者さんの入院前、入院後の状況を共有し、患者さん・ご家族の思いも踏まえて、退院支援の目標や方向性を検討する
（入院後7日以内）

再評価で不要となった場合

**○退院支援カンファレンス**
（病棟看護師中心）
週に1回のペースで定期的に実施
必要時、薬剤師やリハビリスタッフ、退院調整担当者も参加し情報共有、支援の状況を確認したり、支援の評価を行う

必要時・・・
地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟で入院加療継続

患者さん・ご家族の思いを聞きながら、必要な情報を提供し、意思決定の支援を行う

「退院支援記録」
退院支援に関するカンファレンスや調整内容を記録し院内で共有

皮膚排泄ケア認定看護師
がん化学療法看護認定看護師
緩和ケア認定看護師
認知症看護特定認定看護師

退院支援が必要、あるいは状況によっては必要と考えられる場合

**【地域医療連携室・退院調整担当者】**
患者さんの退院支援の必要性について確認し、　退院支援が必要もしくは必要かもしれない患者を抽出する

情報は電子カルテで共有

**【地域医療連携室・退院調整担当者】**
（必要時）
患者さんの状態を確認しながら退院に向けての相談や検討が必要な場合、家族やケアマネ等と面談の場を持つ

退院の目処がたったら

**○退院前カンファレンス**
患者さん・ご家族も一緒に、入院から地域へ移行するための情報共有、支援の最終調整、確認を行う

（対象となる場合）
**○退院後訪問**
看護師が自宅を訪問し、在宅療養について指導を行う

**○情報提供**
看護サマリー、リハビリサマリーなどで申し送りを行う

**【地域医療連携室】**
外来での情報より院内多職種、関係機関と情報共有し、必要な支援を行う

ケアマネジャーがいる場合

退院支援不要の場合

ケアマネジャーがいない場合

参加

（必要時、状況によって）
**○退院前訪問**　（家屋調査）
患者さんと共にリハビリスタッフが自宅を訪問し、住宅改修、福祉用具の検討ADLの確認などを行う

参加

訪問

訪問

## 本人

・健康の維持増進に努めましょう
・かかりつけ医を持ちましょう
・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、伝えておきましょう

入院

・入院したことをケアマネジャーに連絡しましょう

・わからないことや不安なことは何でも聞いて、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

・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

退院

## 地域

**【ケアマネジャー】**
**【地域包括支援センター】**
**【訪問看護ステーション】**
**など**

入院時情報提供書で情報提供

**【ケアマネジャー】**
連携を開始

**【地域包括支援センター】**
今後の支援について協力を依頼し、連携開始

**【ケアマネジャー】**

参加

**【ケアマネジャー】**
**【地域包括支援センター】**
**【訪問看護ステーション】**
**など**