亀岡市立病院

病院機能
・一般急性期病床
・地域包括ケア病床

地域との連絡窓口：患者支援センター
(TEL:0771-25-7313　/ FAX:0771-25-7312)
退院支援専従者・相談員
(MSW)

	生活時	入院決定時	入院時	入院中	退院時	退院後
目的	・現状の生活の維持・改善し、入院にならないように支援する	・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	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	・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	・退院後不安定な時期をサポートする

病院

通常外来時
・重症化予防指導
・生活指導
・がん患者相談
・自己決定支援
・日常生活の困りごと相談（外来支援）
・外来カンファレンス
・外来⇔地域との情報交換

皮膚排泄ケア認定看護師
がん化学療法看護認定看護師
認知症看護認定看護師
訪問看護認定看護師

病棟
・生活状況の確認
・入院療養生活の説明
・お薬情報の確認
・栄養状態の確認

在宅療養支援が必要な方の抽出

患者支援センタ
≪入退院支援部門≫
・生活状況の確認
・入院療養生活の説明
・お薬情報の確認
・栄養状態の確認

担当ケアマネジャー
いない場合

初期カンファレンス
・治療の方向性を確認共有
・退院後の生活をイメージし入院前の生活状況、支援内容を共有（多職種・患者・家族・在宅チーム）

退院支援計画書の作成
病棟看護師・退院支援専従者

ケアカンファレンス（目的別）
・緩和ケア・認知症ケア・薬剤ケア
・排泄ケア・リハビリ
・化学療法ケア
・その他カンファレンス
環境ラウンド
・認知症ケアの視点
・転倒予防ケアの視点

地域包括ケアカンファレンス
地域包括ケア病床利用時
在宅復帰に向けて多職種協働

退院前カンファレンス
・地域へ移行するための、情報共有、最終調整、確認（多職種・患者・家族・在宅チーム）

退院前訪問（家屋調査）
患者と共に看護師・リハビリスタッフ・退院調整担当者等が自宅を訪問し在宅生活への移行を調整する

病院・在宅チーム合同カンファレンス（情報共有・調整）

退院時訪問
訪問看護と同時訪問

退院後訪問
看護師・退院調整担当者等が自宅を訪問し在宅生活継続のための指導を行う

情報提供
看護サマリー・褥瘡サマリー・思いを繋ぐシート　など

在宅の様子・本人の意向等を情報提供

本人

患者支援センター
（生活時から退院後における地域との窓口）

・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

入院が決まったら

・入院したことをケア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

退院の目途がたったら

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

家族

地域

【訪問看護・ケアマネジャー】
生活状況の把握
生活の質維持・向上
意思決定支援

【ケアマネジャー】
入院したことを、訪問看護・サービス事業所等へ連絡する

入院時情報提供書
入院時情報提供用紙等で入院先と情報共有

【ケアマネジャー・訪問看護】
必要時　ＩＣ同席カンファレンス参加

【ケアマネジャー・訪問看護】
在宅環境及びサービスの準備

お帰りなさい！
お待ちしています