

# 国保京丹波町病院

病院機能  
・急性期一般病棟・地域包括ケア病床

【連絡先等】  
地域との連携の窓口 地域連携室  
(TEL:0771-86-0220/FAX:0771-86-0863)

2025年4月改定

生活時 → 入院決定時 → 入院時 → 入院中 → 退院時 → 退院後

目的

現状の生活を維持・改善し入院にならないように支援する

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ま・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戻れるよう病院・地域が情報共有し協働する

退院後の不安定な時期をサポートする

病院

【地域連携室】  
◎入院予約時には入院生活に必要な情報の収集を実施(入院時スクリーニングシートの活用)  
◎介護保険申請の有無等の確認

【病棟部門】  
◎生活状況の確認  
◎入院診療計画書の作成  
◎在宅復帰支援チームからの情報の活用

退院支援が必要な患者さまの把握

【入院時カンファレンス】  
(入院から7日以内)  
主治医からは病状説明をする  
また、退院後の生活について在宅復帰か、施設希望かおおまかに明らかにし、病院とご家族の間で退院に向けた方向性を共有する

【入院中カンファレンス】  
退院後の生活についての、各課題について具体的な支援の方向性を検討する(医療上の課題、生活上の課題、地域包括ケア病床への移動、適切なサポート内容など)

【退院前カンファレンス】  
患者さま・ご家族と一緒に退院後の生活に必要な具体的なケアサービスについて調整する

【病棟部門】  
(情報提供)  
看護サマリーによる情報提供  
(通院調整)  
退院後の通院予定等について、外来部門と調整する

【訪問看護師】  
患者さまの状況を外来部門や地域連携室と共有する

【病棟・外来部門】  
患者さまが入院したことを病棟・外来看護師が地域連携室と伝えて共有する

支援が必要

支援は不要

退院の目処がたったら

退院

(地域連携室)

【患者から】  
受診について相談を受ける

【ケアマネジャーに連絡】  
ご家族に情報共有の許可を取り、ケアマネジャーに連絡する

担当ケアマネジャーがいない場合

【地域包括支援センターに連絡】  
今後の生活について協力を依頼  
介護保険の申請が必要な場合は申請を勧める

【面談の設定】  
患者さまの状況に応じてご家族やケアマネジャー等と面談の場を設定する

【退院の準備】  
退院に向け患者さま、ご家族の希望を聞き、急変予測や、退院後の生活への対応の準備を行う

【情報共有】  
退院情報をケアマネジャーや介護サービス事業所と共有する

健康の維持増進に努めましょう

入院が決まったら

医療やケアについて自分の思いをしっかりと医療スタッフに伝えましょう

退院後の生活について考えましょう

地域



【ケアマネジャー】  
◎病院への情報提供  
◎入院時情報提供シートの作成  
入院前の生活情報、家族の支援状況在宅サービスの提供状況等



【ケアマネジャー】  
◎入院カンファレンスへの参加

【ケアマネジャー】  
◎今後予測されるサービス変更の有無等の課題の検討

【ケアマネジャー】  
◎退院後のケアプラン(サービス計画書)の提出

【介護サービス事業所】 ◎退院後のケアプラン  
【訪問看護ステーション】 (サービス計画書)の提出

