

市内病院・有床診療所における入退院時の流れ

病院機能	高度急性期／急性期	回復期	回復期／慢性期
名称	JA広島総合病院	アマノリハビリテーション病院	廿日市記念病院
住所	廿日市市地御前1丁目3番3号	廿日市市陽光台5丁目9番地	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（0829-37-0829） FAX番号（0829-30-3051）	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	回復期病棟〔回復期リハビリテーション病棟〕91床 回復期病棟〔地域包括ケア病棟〕29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〔療養病棟〕42床 慢性期〔緩和ケア病棟〕24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。	情報提供をお願いする場合は、ケアマネジャー等へご連絡します。	—
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。	家族に確認をお願いします。	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場合、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。	可能であればサマリー等について、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。	必要に応じて外部からの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、患者の状況をみ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。	必要時には連絡いたします。	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。	必要時にはこちらから連絡します。	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。	—	担当医、家族の希望日で調整します。参加をお願いいたします。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。	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。	必要時にはこちらより連絡します。	—
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3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。

市内病院・有床診療所における入退院時の流れ

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〔障害者病棟〕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、ご本人・ご家族同意の上、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いる場合は、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。	ご本人・ご家族の了承の上、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。	ご本人・ご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クリニック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次第、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：社会福祉士・精神保健福祉士1人、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

市内病院・有床診療所における入退院時の流れ

病院機能	慢性期	慢性期／その他	その他
名称	阿品土谷病院	敬愛病院	友和病院
住所	廿日市市阿品4丁目5番1号	廿日市市大野7番地	廿日市市峠字下ヶ原500番地
連携窓口	地域医療連携室 電話番号 (0829-36-5050) FAX番号 (0829-36-5059)	医療福祉相談窓口 電話番号 (0829-56-3333) FAX番号 (0829-56-2333)	地域連携室 電話番号 (0829-74-0688) FAX番号 (0829-74-3385)
病院機能	慢性期〔療養病棟〕214床	慢性期〔療養病棟〕51床 その他〔精神病棟〕60床 その他〔介護医療院〕51床	その他〔精神科療養病棟〕120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。	入院相談時に診療情報提供書(紹介状)と看護サマリーの提出をお願いします。	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。
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いる場合は、名前と連絡先を入院時にお知らせください。	患者さんに関係する機関、事業所の担当者を教えてください。	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へ連絡します。	相談員から家族やケアマネジャーに連絡します。
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。)	事前に個人情報の取り扱いに十分配慮してFAXで情報提供をお願いします。訪問看護等を利用されている場合、看護サマリー等の情報提供もお願いします。	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。
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。	在宅への退院見込みとなった場合、病棟看護師または相談員から連絡します。	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。
入院中の歯科治療	必要に応じて外部のクリニックより訪問歯科診療を受けています(家族が直接依頼)。	訪問歯科診療(週1回)に対応しています。	必要に応じて院内の歯科を受診できます。
介護支援連携指導	—	—	—
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。
退院前の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。	必要に応じて、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。
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。	ケアマネジャーと日程調整をさせていただきます。	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。
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はありません。参加した人が、各自、情報共有しています。	ケアマネジャーへ提供します。ケアマネジャーから在宅スタッフへ情報共有をお願いします。	参加者各自が記録をとります。
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。
その他	—	—	—
病棟への入退院支援担当者の配置	配置なし	配置なし	各病棟に精神保健福祉士1人ずつ

市内病院・有床診療所における入退院時の流れ

病院機能	その他
名称	双樹クリニック
住所	廿日市市新宮2丁目1番15号
連携窓口	電話番号 (0829-34-3555) FAX番号 (0829-34-3556)
病院機能	その他〔有床診療所〕14床
連携上の留意点	地域連携室はないため、看護部長が担当しています。
入院前	—
入院連絡	病棟課長より連絡します。
入院時の情報提供	情報提供は看護部長宛てにFAXしてもらいます。
病状説明・退院時期の連絡	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	本人、家族の希望により外部より訪問歯科診療を利用させていただきます。
介護支援連携指導	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	リハビリ目的の入院の場合は、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。
退院前のカンファレンス調整	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
退院前カンファレンス	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	病棟の担当看護師が作成し、会議で共有します。
転院時	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