

市内・近隣市の病院・有床診療所における入退院時の流れ（抜粋）

エリア	廿日市市		
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 （計561床）	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いため、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。	必要に応じて外部の歯科診療所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。