



地域包括ケア病棟のご案内

チーム医療で、
在宅療養の生活を**継続**できるよう支援します

院内
多職種協働の力

連携

地域内
多職種協働の力

長期入院ではなく、
「時々入院、ほぼ在宅」
実現しましょう！！

お申込み・お問合せ先

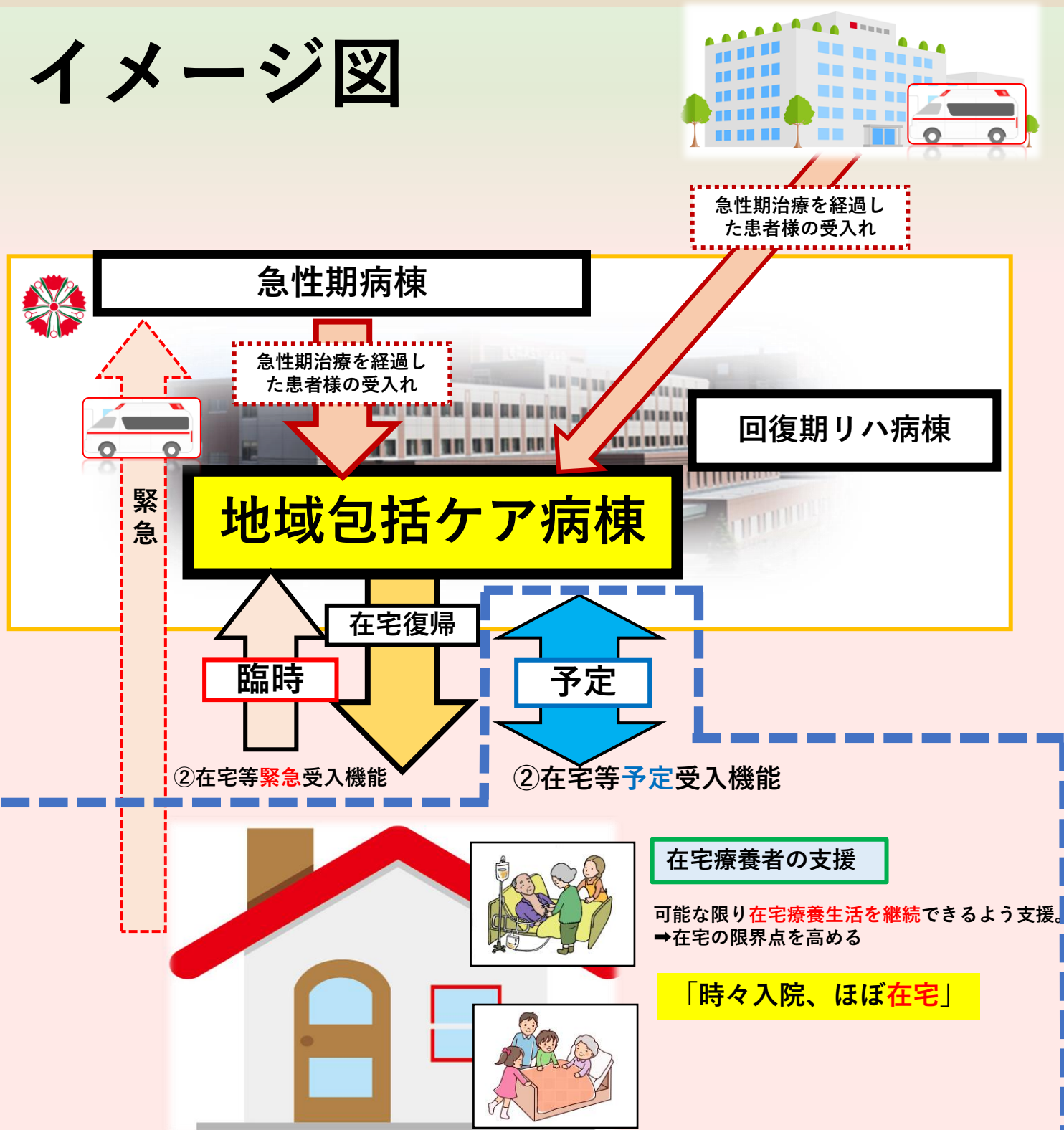
済生会小樽病院 地域連携課

対応時間：月曜日～金曜日(平日のみ) 9：00～16：00

電話：0134-21-3019

FAX：0134-21-3016

イメージ図



具体例

- ・ **重症化対策** (急性期治療・緊急入院予防の対処)
- ・ **在宅療養生活継続**のための**医療的支援**が必要な方
- ・ **在宅療養生活**の継続・**見直し**が必要な方
- ・ 介護保険利用での受入れ施設がない方(理由：**医学的管理**・その他)
- ・ 短期集中的な**リハビリ**が必要な方
- ・ 教育入院が必要な方
- ・ 在宅での在宅療養生活が一時的に困難な方
- ・ 介護度や医療依存度が高く在宅生活困難、次の療養先を探したい方

ご利用について

お申し込みの前に必ずお読みください

- ・主治医・訪問看護ステーション・ケアマネジャーを通して、事前の相談・申し込みが必要です。
- ・入院継続が難しいと判断される場合には、予定より短期間となる場合があります。
- ・原則、入院日・退院日は平日となります。
- ・内服薬・胃ろうの栄養剤を入院期間分ご持参ください。
- ・入院中の他院受診はできません。

入院の費用について

- ・入院費用は、医療保険での対応となります。
 - ・食事代は自己負担となります。個室をご希望される場合はご相談下さい
- ※お薬（内服・インスリン・栄養剤など）や医療材料（ストマなど）はご持参いただいたものを使用します

入院病棟

- ・地域包括ケア病棟入院と同じ扱いとなります。

入院期間

- ・1回の入院期間は、原則として14日以内ですが、介護者の事情によりご相談に応じます。（※繰り返しの入院により、利用日数の合計が60日を超えるような場合には、3ヶ月の間隔をあけたのちご利用いただけます。）

リハビリ関連

- ・医師が必要と判断した患者さまには、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士によるリハビリを行います。在宅での動作方法、介助方法、運動などリハビリスタッフへご相談ください。

ご利用の流れ

【患者さん・ご家族の方】

かかりつけ医・訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所にご相談ください。

【医療機関・訪問看護ステーション・ケアマネジャーの方】

次項を参照ください

入院のお申し込み方法【新規】

済生会小樽病院 かかりつけの患者様

患者様・ご家族



相談・提案

ケアマネージャー

入院申込み

- ①地域包括ケア病棟 入院申込書
- ②フェイスシート

FAX

済生会小樽病院
地域連携課

電話：0134-21-3019
FAX：0134-21-3016

確認

かかりつけ
担当医師
(済生会小樽)

お返事

回答

2日以内に回答(平日のみ)

かかりつけ以外 【当院に受診歴のない方】

患者様・ご家族



相談・提案

ケアマネージャー

依頼

診療所
(クリニック)
かかりつけ医

診療情報提供

入院申込み

FAX

- ①地域包括ケア病棟 入院申込書
- ②フェイスシート
- ③診療情報提供書

済生会小樽病院
地域連携課

電話：0134-21-3019
FAX：0134-21-3016

確認

医師
(済生会小樽)

回答

お返事

確認

地域包括ケア病棟
管理者

回答

2日以内に回答(平日のみ)

済生会小樽病院 かかりつけの患者様

- 1.患者様・ご家族と相談の上、地域連携課まで電話にて紹介依頼
- 2.入院申し込み時に
 - ①地域包括ケア病棟 入院申込書
 - ②フェイスシート をFAX送信して下さい。
(入院申込書はホームページでダウンロードして頂くか、当院からFAX致します。)
- 3.院内協議後、「2日以内(平日)」に受入れ可否のご連絡をします。

かかりつけ**以外** 【当院に受診歴のない方】

- 1.患者様・ご家族と相談の上、地域連携課まで電話にて紹介依頼
- 2.診療所(クリニック)の「かかりつけ医」に「**診療情報提供書**」依頼
- 3.入院申し込み時に
 - ①地域包括ケア病棟 入院申込書
 - ②フェイスシート
 - ③**診療情報提供書** をFAX送信して下さい。
(入院申込書はホームページでダウンロードして頂くか、当院からFAX致します。)
- 4.院内協議後、「2日以内(平日)」に受入れ可否のご連絡をします。

地域包括ケア病棟 入院申込書

ふりがな		男・女	生年月日	明・大・昭・平
氏名				
患者住所		電話番号		
キーパーソン氏名		関係		
かかりつけ 医療機関	当院・当院以外	医師名	当院に受診歴のない場合 必ず記載下さい	
		電話番号		
診断名				
入院希望期間 ※原則2週間	①2週間の場合〔 月 上旬・中旬・下旬 〕			
	②2週間以上の場合 ※60日以内 (目安：) (理由：)			
入院希望理由	☐ 在宅療養生活の医療的支援 ☐ 在宅生活の継続・見直しのため ☐ 介護保険利用での受け入れ施設がない ☐ リハビリ目的 ☐ 教育入院 ☐ 施設待機等 ☐ その他() ※病状によっては、急性期病棟での受入れとなります			
退院先	☐ 自宅 ☐ 施設等 () ☐ 未定 (理由)			
医療行為	☐ 褥瘡処置 ☐ たん吸引 ☐ 麻薬管理 ☐ 胃ろう・経鼻栄養 ☐ 気管切開 ☐ 点滴 ☐ 在宅酸素・気管切開 ☐ 透析 ☐ 人工肛門 ☐ 麻薬管理 ☐ その他()			
食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	食事形状() ☐ 経管栄養			
	☐ 嚥下障害あり ☐ 嚥下障害なし			
排泄	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ おむつ ☐ 尿カテーテル (交換日) ☐ その他 ()			
移動	☐ 寝たきり(特殊マットレス ☐) ☐ 車いす乗車可 ☐ 車いす自走自立 ☐ 歩行可(☐ 自立 ☐ 介助)			
精神状態	認知症 ☐ あり ☐ なし 問題行動 ☐ あり ☐ なし			
感染症	☐ あり () ☐ なし ☐ 不明			
部屋の希望	☐ 個室 ☐ 4人部屋			
居宅介護支援事業所	事業所名		電話番号	
	担当者名		FAX番号	
訪問看護ステーション	事業所名		電話番号	
	担当者名		FAX番号	

フェイスシートを添付される場合、記載の必要はありません。