

茨城県入退院支援連携ガイドライン（本編、ダイジェスト版）
は、茨城県地域包括ケア推進センターホームページから
ダウンロードできます。どうぞご利用下さい。



茨城県入退院支援連携ガイドラインダイジェスト版（高齢者編）

- 発行 令和6年3月
- 監修 伊藤金一
- 編集 茨城県入退院支援連携ガイドラインワーキンググループ
茨城県地域包括ケア推進センター
茨城県医師会

〒310-0852
茨城県水戸市笠原町489（茨城県医師会内）
TEL：029-243-7720、FAX：029-243-7722

茨城県地域包括ケア推進センター



<https://ibaraki-jigyo.jp/care/>

茨城県入退院支援連携
ガイドライン

ダイジェスト版 （高齢者編）



病院と地域で

切れ目のない

連携をめざしてワン🐾

令和6年3月
茨城県地域包括ケア推進センター
茨城県医師会

在宅での暮らしを見据えた入退院支援

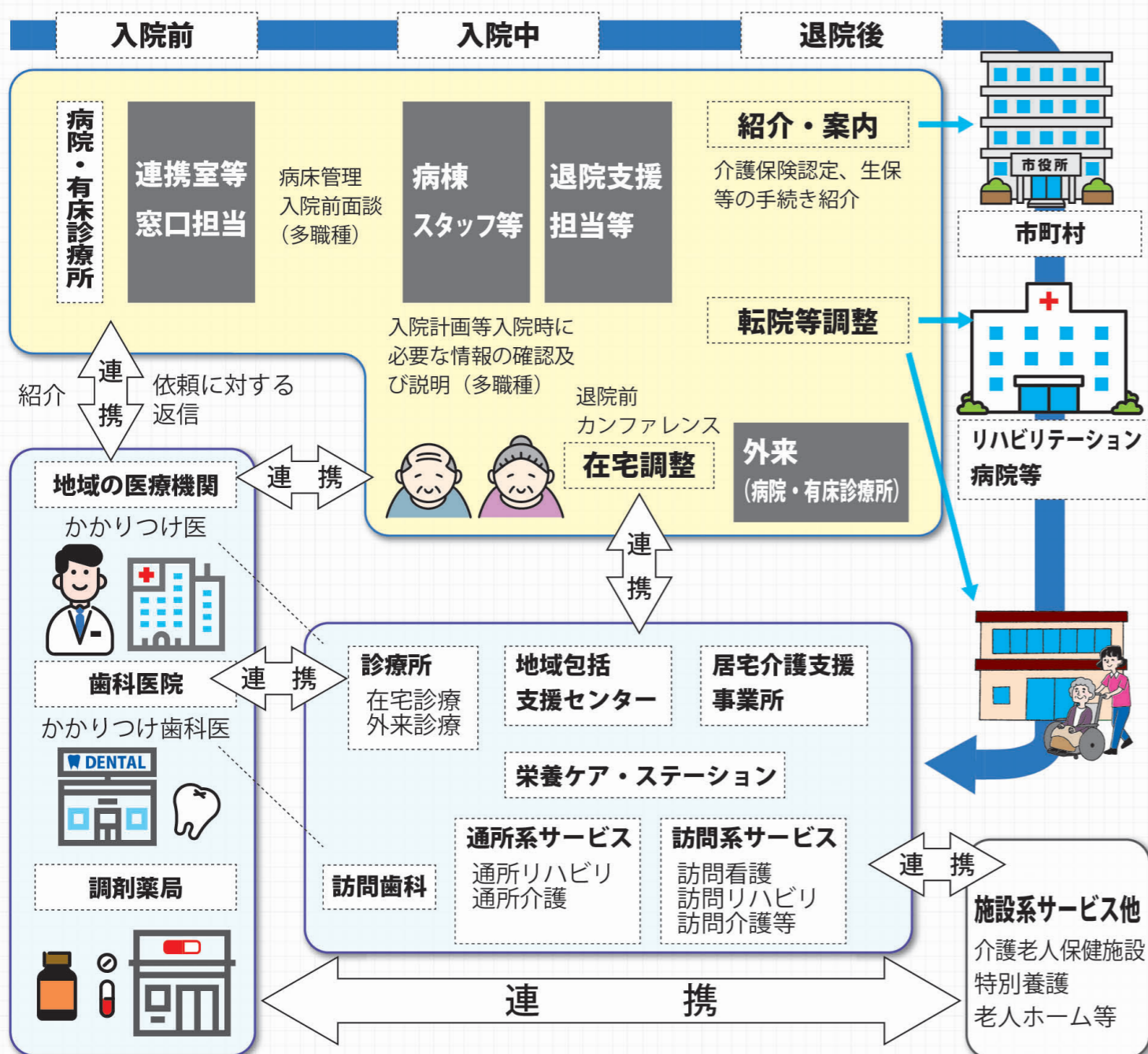
在宅

- ・日ごろから希望する暮らし方を聞いてチーム内で情報を共有し、状況に応じて更新する。
- ・入退院後も、その人らしい暮らしが不安なくできるよう、本人とチームが協議する。

病院・有床診療所

- ・入院までの暮らしを知り、退院に向けて適切な支援を提供する。
- ・在宅チームと協議して、在宅療養の選択肢等、その人らしい、暮らしを支える。

入退院支援における関係機関ごとの連携とその全体像



入退院支援の流れ

