

甲賀圏域

入退院支援ルール

(ケアマネタイム)

リーフレット

甲賀圏域地域連携検討会

R6.4月作成

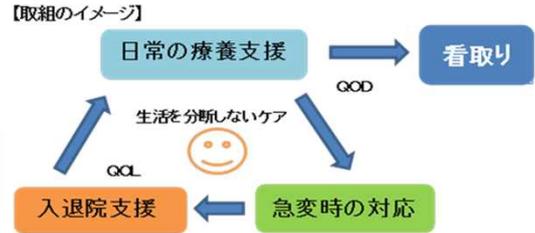
# 甲賀地域入退院支援ルールについて (概要版)

## (ケアマネタイム)

にんにん連携  
(関係者向け)

令和6年4月 地域連携検討会

- めざす姿**
  - ・住民が病気になっても住み慣れた家庭や地域で生活を送ることができる
- 目標**
  - ・入退院と在宅療養との切れ目のない円滑な連携の促進



### 甲賀地域での取組の経緯

- 平成19年4月～主治医と介護支援専門員との円滑な連絡・連携をもとに確かな医療情報をふまえたケアプランを目指し、「ケアマネタイム(介護支援専門員が主治医と連絡する時間)」と設けるとともに「甲賀圏域医療と介護支援専門員との連携」冊子を作成。
- 平成21年～「医療機関と介護支援専門員間の情報提供様式」の作成、「主治医と介護支援専門員との連絡票」の様式を作成。
- 平成29年3月～病院と介護支援専門員のより良い連携として協議し、入退院支援ルールとして改訂。
- 平成31年3月～各種連携補助ツール等をWGで協議し作成し、円滑な入退院支援の基盤作成。
- 令和3年～令和元年後半からのコロナ禍の影響を受けるも、「あってよかった」「コロナ禍で役立った」、「独自加工して活用している」等の意見もふまえ、入退院支援ルールと各種連携補助ツールの整理、今後の活用を協議検討。
- 令和6年4月～今後の入退院支援ルール等の活用について、個人や事業所としての自己点検(振り返りと精度管理)、人材育成(新人教育等)、多職種と連携を推進する際のガイドラインとし、定着化を促進することでの顔の見える関係づくりと強化を目指す目的での活用推進にシフトし深化へ。

### 目標

- ①入院時の連携 100% (現状 R5:87.8%)
- ②退院時の連携 100% (現状 R5:78.2%)
- ③フィードバックカンファレンスの定着
- ④入退院支援ルールの周知徹底、活用

### 「入退院支援」で連携が必要な対象基準

	(※)「連携の基準」 甲賀圏域入退院支援ルール評価事業 (ケアマネタイム)H28作成	甲賀圏域要配慮者 (R3作成)	(参考) 病院入退院支援加算 ～退院困難な要因～
<input type="checkbox"/>	立ち上がりや歩行に介助・補助具(手すりを含む)が必要	<input type="checkbox"/> ADLが大きく変わる方	ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
<input type="checkbox"/>	食事に介助が必要		イ 緊急入院であること
<input type="checkbox"/>	排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中		ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが、要介護認定が未申請であること又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること(介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者)
<input type="checkbox"/>	認知症の周辺症状や全体的な理解の低下	<input type="checkbox"/> 認知症のある方	エ コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者
<input type="checkbox"/>	在宅では、独居かそれに近い状況で、買い物、調理や掃除など身の回りのことに介助が必要	<input type="checkbox"/> 独居の方 (身寄りのない方)	オ 強度行動障害の状態の者
<input type="checkbox"/>	(ADLは自立でも)がん末期の方、新たに医療処置(経管栄養、吸引、透析、インスリンなど)が追加された方	<input type="checkbox"/> 医療処置のある方 (増えた方)	カ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
<input type="checkbox"/>	退院後続けて受診が必要であり、受診に介助や往診が必要		キ 生活困難者であること
<input type="checkbox"/>	肺炎や、病状の悪化による入退院の繰り返し		ク 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること。)
<input type="checkbox"/>	その他 家族関係に課題 虐待 生活困窮者等 退院後の生活に不安を感じる時	<input type="checkbox"/> 新規の方	ケ 排泄に介助を要すること
		<input type="checkbox"/> 高齢者同士の夫婦	コ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
		<input type="checkbox"/> 知的障害のある方	カ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む。)が必要なこと
		<input type="checkbox"/> 困難事例	シ 入退院を繰り返していること
		<input type="checkbox"/> 経済的問題のある方	ス 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること
		<input type="checkbox"/> 介護力が弱い家族	セ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること
			ソ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること
	タ その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合		

# 入退院支援ルール（ケアマネタイム）の今後の活用について

地域連携検討会 令和6年4月

## ■より良い連携のために、入退院支援ルールを定着しましょう

◎定期的に周知や振りかえる機会をもつ  
例（このような時に活用してください）

スキルアップ  
精度管理  
脱・自己流

①新規採用職員、新規配属者等の教育媒体として紹介（毎年4月、必要時）  
（病院・居宅支援事業所・訪問看護事業所・地域包括支援センター、入所施設、職種団体において、毎年、周知徹底をお願いします）

②対応の自主点検（個人・職員間等）

職場での共有  
（年1回以上）

③各関係機関への情報提供として

「入院時情報提供書」「退院時ききとりシート」等

④職種・職場・多職種で実施する事例共有や事例検討の様式として

⑤入退院支援を振りかえるとき

（フィードバックカンファレンスや看取り事例等）

⑥引継ぎ時の資料として（ケアマネ間、担当事業所変更時等）

\* 入退院支援の連携については、圏域の会議（地域連携検討会・全体会）や「病院と介護支援専門員の連携に関する調査」等で今後も状況把握と課題を共有していきます。

## フィードバックカンファレンスを実施しよう



目的：①病院職員が退院後の患者家族の様子を知り、実施した退院支援・調整を振り返ることで退院支援・調整力を向上させる。  
②患者が住み慣れた場所で安心して暮らしている様子を知ること、在宅医療・看護・介護に関する理解と知識を深める

1

依頼

病院→訪問看護  
ケアマネ  
地域→病院  
（方法：電話）

2

開催調整

日程調整：病院  
場所：病院  
時間：30分

3

開催

司会：依頼元  
書記：病院等  
資料：口頭可

対象例  
・退院調整が不十分のまま退院した事例  
・退院後の生活が気になる方（看取り・独居・困難事例など）  
・病院での退院指導が在宅でいかされなかったケース  
・退院後、活き活きと生活されているケース



### 【自宅写真の撮り方冊子】

- ・退院後の生活をふまえたリハビリや在宅介護の調整強化
- ・家族の参画による在宅介護のイメージの促進



### 【療養情報共有ノート】

- ・家族との共有
- ・医療機関との共有
- ・関係者との情報連携



### 【私の介護・医療安心カード】

対象：病院やケアマネジャーが必要と思う方  
（独居、認知症、高齢者世帯家族等）

- ・介護保険証、お薬手帳と一緒にもらう
- ・確認：入退院時（病院）
- ・介護保険受給時（ケアマネ）

# 甲賀圏域 入退院支援ルール

## 1 入退院支援における病院とケアマネジャーの連携 ～①介護認定があり担当CM\*がいる場合～

\*CM:ケアマネジャー

目的	病院の役割	時期	ケアマネジャーの役割
入院把握の準備 (予定入院の情報共有)	●予定入院の場合、CMへ連絡 必要に応じ、「入院時情報提供書」(様式1)の提供を依頼する(FAX可)	在宅療養	●患者・家族へ入院時にCMへ連絡するよう周知 普段から家族に「入院したら電話をください」と依頼しておく ●患者・家族へ支援関係者を周知しておく 担当CM等、支援者の情報が病院にスムーズに伝わるよう「私の介護・医療安心カード」をお薬手帳に貼り、入院時に持参するよう伝えておく。
基本情報の共有 (転院を見越した情報共有)	●CMへ連絡 本人・家族から入院した旨連絡するよう伝える。 または、病院から直接連絡する。 ※在宅生活が困難な場合は、家族等と相談して、MSWへ相談 →必要時、面談日の調整	入院	●入院時情報提供書の作成 「入院時情報提供書」(様式1)を作成し、入院3日以内(方法は問わない)に提供する。 ●転院先への情報提供についても本人又は家族から同意を得ておく。 ●家族への病状説明に同席できるか確認する ●「退院の見込み」が決まったら連絡してもらうよう依頼する
	●CMとの面談、院内の調整 CMが持参した「入院時情報提供書」(様式1)を元に「入院前の生活状況」「家族や支援者の状況」「在宅サービスの状況」等聞き取る	CM病院訪問	●病院訪問 「入院時情報提供書」(様式1)を渡し、口頭で補足する ※「ケアマネジャーの役割と退院支援のための情報共有のお願い」(様式2)を用いて協力依頼
退院に向けた情報共有 (リハビリ関連情報の収集)	●リハビリのための情報収集 訪問による、自宅環境の情報収集をする。 または「自宅写真の撮り方冊子」を活用して、家族等へ協力を求める。 →住宅改修・福祉用具等の必要性を検討、退院までのリハビリの目標設定に活用する	治療中	●リハビリのための情報提供 ●住宅改修・福祉用具等の必要性を検討するための情報収集
(在宅療養支援の見立て)	●退院支援(中間)カンファレンスの開催、 またはCMとの面談、支援検討 「退院支援のために共有したい情報一覧」(様式2裏面)を参考に情報提供(退院時情報提供票を活用)し、在宅療養に必要な支援を検討する ●外泊・外出の予定をCMへ連絡	退院決定まで	●退院支援(中間)カンファレンス出席、 または病院訪問、支援検討 「退院に向けてのききとりシート」(様式3)等で情報収集し、今後予測される課題(サービスの変更の有無等)を検討しケアプラン原案を作成する ●外泊・外出時の訪問調整 病院から連絡を受け、訪問日を調整する
(支援計画の立案)	●外泊・外出時のADLの情報収集 住宅改修・福祉用具等の必要性、退院までのリハビリの目標設定を行う		●外泊・外出時のADLの情報収集 住宅改修・福祉用具の必要性、医療処置等を要す場合の物品調達や手順等に関する課題の有無、介護保険認定区分変更の必要性を確認
退院前カンファレンスの調整	●退院予定と治療状況についてCMへ報告 退院の目的が立ったら、すみやかに連絡。(原則退院前カンファレンス7日前までが望ましい) 訪問看護の要否を伝える。		●退院前カンファレンス出席者の調整 病院から入院中の状況を聞き取り、出席するサービス事業所等を選定し、連絡する。 ●ケアプラン原案を立案
退院前カンファレンスの開催 在宅療養支援方針決定のための情報共有	●退院前カンファレンス開催 (フィードバックカンファレンスの要否を出席者と検討し、日程調整する) ●サービス担当者会議へ出席	退院決定～退院	●退院前カンファレンス出席 ケアプラン原案を提示し、必要な情報を収集する。 フィードバックカンファレンスの要否を検討する。 ●サービス担当者会議を開催 退院後の支援方針を決定する。
退院時の情報共有 (転院先への情報提供)	●必要に応じてサマリー等文書で情報提供  ●転院時は、本人・家族へ転院先への情報提供することについて了承を得る 「入院時情報提供書」(様式1)を転院先に送付することについて、本人又は家族へ口頭で説明して了承を得る。	退院  (転院)	●次回受診日の確認 ●文書での情報提供を依頼 看護・リハサマリー・紹介状等
在宅療養支援の情報共有	●通院患者の支援が必要な場合、CMに連絡 継続受診者で、独居等の場合、状態の変化・受診中断があった場合、CMに連絡する。	在宅療養	●ケアプランの提出 ●日ごろの情報共有・連携
入退院支援の振り返り	●必要時「フィードバックカンファレンス」をCM等支援者へ依頼し、開催する		●必要時「フィードバックカンファレンス」を病院の地域連携室へ依頼(退院後1～2ヶ月以内を目安に)

2 入退院支援における病院とケアマネジャーの連携 ～②新たに介護保険を利用する(担当CM\*がない場合)～

\*CM:ケアマネジャー

目的	病院の役割	時期	ケアマネジャーの役割
<p>支援対象の選定 および連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●入退院支援対象者を把握</li> <li>○自宅に退院予定で「連携の基準」(*)に該当する方</li> <li>●本人・家族に介護認定について説明</li> <li>●地域の相談機関と今後の支援方針を協議</li> <li>・明らかに要介護と予測される場合 ⇒居宅介護支援事業所へ</li> <li>・要支援、または家族関係に課題・虐待・生活困窮者等、退院後の生活に不安を感じる等の場合 ⇒地域包括支援センターへ</li> </ul> <p>(※)「連携の基準」は以下のとおり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○立ち上がりや歩行に介助・補助具(手すりを含む)が必要</li> <li>○食事に介助が必要</li> <li>○排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中</li> <li>○認知症の周辺症状や全体的な理解の低下</li> <li>○在宅では、独居かそれに近い状況で、買い物、調理や掃除など身の回りのことに介助が必要</li> <li>○(ADLは自立でも)がん末期の方、新たに医療処置(経管栄養、吸引、透析、インスリンなど)が追加された方</li> <li>○退院後続けて受診が必要であり、受診に介助や往診が必要</li> <li>○肺炎や、病状の悪化による入退院の繰り返し</li> <li>○その他、家族関係に課題・虐待・生活困窮者等、退院後の生活に不安を感じる時</li> </ul>	<p>入院</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●病院からの相談を受ける 介護保険の契約、介護認定、サービス決定の手続きを行う。</li> </ul> <p>手続きに必要な期間等は以下のとおり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○契約(仮契約)からサービス決定まで1～2週間(サービスの種類、量により変わる)</li> <li>○介護認定の結果が出るまで約1か月 なお、介護認定決定までは利用できるサービス量が確定しない。</li> <li>○早期にCMを決定できれば、外泊・外出時</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>●介護保険以外の対応の要否を検討し、病院へ返答する 病院から連絡を受けた「地域包括支援センター」または「居宅介護支援事業所」は、患者・家族の概要を確認して、病院訪問等対応を検討して、病院へ返答する。</li> </ul>
<p>基本情報の共有 (<u>処遇困難ケースの支援</u>)</p> <p>(転院を見越した情報共有)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●CMとの面談、情報提供 「これまでの経過と、入院の理由」 「在宅療養に向けてどのようなことが課題と考えられるか」 「家族や支援者の状況」等 について</li> <li>●必要時今後の支援方針を検討 独居、ターミナル期など処遇困難ケースは早期から情報共有(方法は問わない)し、必要時カンファレンス等を開催して、今後の支援方針を検討する。</li> </ul>	<p>CM病院 訪問</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●本人・家族の面談、病院担当者との面談 ・病状、本人・家族の在宅療養に対する思い等聞き取る ・介護保険制度やサービスの利用に関する説明をする</li> <li>●必要時今後の支援方針を検討 処遇困難ケースは早期から情報共有(方法は問わない)し、必要時カンファレンス等に参加して、今後の支援方針を検討する</li> </ul> <p>※病院担当者との面談においては【ケアマネジャーの役割と退院支援のための情報共有のお願い】(様式2)を活用して、その必要性を説明する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●サービス利用の合意が出来れば契約 (申請中の場合は仮契約、介護認定決定後に本契約)</li> </ul>
<p>退院に向けた情報共有 (リハビリ関連情報の収集) (在宅療養支援の見立て) (支援計画の立案)</p>		<p>治療中 から 退院決定 まで</p>	
<p>退院前カンファレンスの調整</p>			
<p>退院前カンファレンスの開催 (在宅療養支援方針決定 のための情報共有)</p>	<p>①介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合を参照</p>	<p>退院決定 ～退院</p>	<p>①介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合を参照</p>
<p>退院時の情報共有 (転院先への情報提供)</p>		<p>(転院)</p>	
<p>在宅療養支援の 情報共有</p>		<p>在宅療養</p>	
<p>入退院支援の振り返り</p>			

### 3. 「入退院支援で必要な情報とは」

～コロナ禍の経験から～

甲賀地域連携検討会（令和3年度）

	必要な情報の内容	<input checked="" type="checkbox"/>
1	病気、健康面	
2	ADL、IADL（変化と見込み） 食事・移乗・排泄・入浴	
3	リハビリの状況	
4	ゴール／目標設定	
5	本人の性格	
6	本人の意向（在宅やサービス）	
7	家族の意向（在宅やサービス）	
8	患者家族の背景	
9	できる事とできない事	
10	予後や退院の目途	
11	家で生活ができるのか	
12	医療的サービスの必要性	
13	病院スタッフから見た必要なサービスの見立て	
14	介護度と家族の介護力	
15	入院前情報提供書の活用と具体的記載 具体例：一部介助の内容（手すりがあれば、脇で支える歩行器があればよい）と時期（いつの時点か）など	
16	介護指導内容と家族の手技の取得状況	
17	退院後の方向性（自宅・施設）	
18	現在受けている社会資源	
19	ACP（意思決定へのプロセス支援）	
20	自宅写真（自宅の段差や動線の確認、必要なリハなど）	
21	経済面	

## 4.入退院支援ルール（ケアマネタイム） 各種様式や連携補助ツール

各種様式	掲載先
甲賀圏域医療と介護支援専門員との連携 ～甲賀圏域ケアマネタイム手引き～（予定2024/3/ 改訂版）	滋賀県 甲賀健康福祉事務所 電話：0748-63-6111(代) FAX：0748-63-6142  
新：甲賀圏域ケアマネタイム（概要版）	
1.入退院支援ルール（担当ケアマネがいる場合）	
2.入退院支援ルール（新たに介護保険サービスを受ける場合）	
【様式1】入院時情報提供用紙（様式1-1.1-2）	
【様式2】ケアマネージャーの役割と退院支援情報共有のお願い（利用者むけ）	
【様式3】退院に向けての聞き取りシート	
【様式4】甲賀圏域における主治医と介護支援専門員連絡票（診療所用・病院用）	
【様式5】介護サービス利用にかかる健康診断書（甲賀圏域）	
【様式6】甲賀圏域フィードバックカンファレンスフロー図と記録用紙（案）	
【様式7】私の介護・医療安心カード	
【様式8】療養情報共有ノート(*1)	
【冊子】入退院支援のための窓口一覧	

滋賀県甲賀健康福祉事務所（甲賀保健所）ホームページに「甲賀圏域医療と介護支援専門員との連携～甲賀圏域ケアマネタイム手引き～（改訂版）」を掲載しています。  
 <甲賀保健所HP： <https://www.pref.shiga.lg.jp/ippan/kenkouiryohukushi/chiiki/311021.html>>

### ■お役立ちツール

	関連リスト	入手先
1	訪問看護ステーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>●滋賀県看護協会 訪問看護ステーション連絡協議会HP (会員事業所のみ掲載)</li> <li>●甲賀保健所HP 介護保険事業者リスト</li> </ul>
2	薬局リスト 在宅医療支援薬局 地域在宅医療支援薬局に関する窓口 無菌製剤処理加算届出薬局 薬剤師在宅訪問のご案内	<ul style="list-style-type: none"> <li>●滋賀県薬剤師会HP 県民のみなさんへ 薬剤師の在宅訪問・在宅ホスピス薬剤師サイト</li> <li>●滋賀県救急医療情報ネット 麻薬管理で検索可</li> </ul>
3	介護保険事業者リスト（6月/11月頃更新）	<ul style="list-style-type: none"> <li>●甲賀健康福祉事務所 (保健所) HP</li> </ul>
4	滋賀県排尿障害 診療にかかる診療所リスト	
5	滋賀県排尿支援 訪問看護ステーションリスト	
6	甲賀圏域高齢者訪問歯科診療機関一覧	
7	甲賀圏域障害児歯科診療機関一覧	
8	甲賀圏域認知症サポート医・相談医名簿	
9	甲賀圏域糖尿病連携医一覧	●甲賀湖南医師会HP

自宅写真の撮り方冊子	QRコード
必要となる方には、ご家族の方に自宅写真の撮影と印刷をお願いし、病院職員に渡してもらいましょう。（可能なご家族に）	

### ■介護保険や介護などのご相談

介護保険や認知症についてのご相談	ホームページQR
<b>甲賀市長寿福祉課 地域包括支援室</b> 住所：甲賀市水口町水口 6 0 5 3 電話：0748-69-2175 FAX：0748-63-4085	
<b>湖南市高齢福祉課</b> 住所：湖南市夏見 5 8 8 番地 電話：0748-71-4652 FAX：0748-72-1481	

□ フィードバックカンファレンスをしよう！（より良い支援のために）

実施推奨例

- ・退院調整が不十分なままの退院
- ・退院後の生活が気になる方
- ・在宅に戻れて患者が生き生き生活されている方
- ・独居や看取りなど



- 開催依頼の発信：誰でも  
☞各病院の地域連携室へ連絡！
- 開催方法：対面やアンケートなど
- 会議時間：30分
- 参考：甲南病院カンファレンスシート

【参考例】

- ① 患者氏名・入院期間・病名
- ② 入院中の経過
- ③ 入院中の支援
- ④ 入院中の本人家族の思い
- ⑤ 退院時指導
- ⑥ 退院後サービス
- ⑦ 退院後の経過・支援者の思い
- ⑧ 家族の思い
- ⑨ まとめ

□ 活用例「療養情報共有ノート」 公立甲賀病院訪問看護ステーション

～多職種連携が必要な方に必要な情報を、その方にあった方法でこまめな情報共有を心がける～

<活用しての感想>

- ご家族：1度に情報が得られる（様子がわかりありがたい）
- 看護師：家族との情報共有のため、当ステーションでは全利用者にて自宅記録を残している。その方によって必要な情報共有項目が違う（全利用者と同じ記録用紙を使うことは難しい）
- 介護士：連絡先の記載があり安心。ファイルが同じで連携とりやすい
- デイサービス：情報共有だけでなく、質疑応答のやりとりができるといい

●Aさんの情報共有の方法



例

<今後の活用について>

- ・その人にあった内容にカスタマイズすることが必要です（全員には使えるものでない）。
- ・大学ノートやデイサービスが作成したファイルに沿った用紙を使うなど、その方と関係者にとって良い方法で実施したらいいと思います。

□ 活用例「私の介護と医療の安心カード」



- ・介護支援専門員
- ・かかりつけ医
- ・かかりつけ歯科医
- ・かかりつけ薬局
- ・訪問看護事業所

★服薬や生活状況が気になる方への支援

→担当ケアマネがわかれば、連携により見守り強化に！

- 例：
- ・介護保険証（健康保険証）とのセットにする。
  - ・ポケット付お薬手帳カバーにケアマネ名刺を入れる。（事業所独自のものを作成しての活用例もあります）

□ 訪問看護ステーション 第3地区支部

- ・退院後、病院から引き続き必要な患者、家族様指導を行います！
- ・急な退院により、情報不足の中での対応もあります。ケアマネさんから基本情報などの情報提供を頂けると助かっています。
- ・プラン作成にかかる訪問看護からの情報提供や相談も連携しています。

□ 「薬局でできることと」 甲賀湖南薬剤師会

- ・薬を取りに行くことができない
- ・薬剤の保管状況や飲み忘れ
- ・服用薬剤の理解不足
- ・薬剤の飲み合わせや重複
- ・薬剤が飲みにくいなど・・・



まずはかかりつけ薬局へ  
ご相談ください

- 参照：滋賀県薬剤師会HP 県民のみなさんへ「薬剤師在宅訪問のご案内」パンフレット

# 甲賀圏域 入退院支援窓口一覧（病院）

【入退院支援のための相談窓口等一覧】(令和6年5月1日現在)

病院名	すでに介護保険を利用していた(ケアマネが付いている)場合				新たに介護保険を利用する(ケアマネがない)場合				
	①ケアマネからの入院時情報を受け取る方法や担当 (電話をしてから) 手渡しの場合	FAXの場合	②病院とケアマネが退院支援をする期間を残し、退院日を決定することは可能ですか？	③入院された際にケアマネに連絡を入れる担当	④退院支援に関してケアマネとの面談をする担当	⑤退院日をケアマネに連絡する担当	⑥本人・家族に介護保険を説明する担当	⑦ケアマネの調整の支援をする担当	⑧ケアマネ決定後のケアマネとの調整担当
一般社団法人水口病院	地域連携室 TEL:0748-63-5430(直) TEL:0748-62-1212(代)	地域連携室 FAX:0748-62-1215	基本的には可能であるが、家族の希望や3か月の入院期限内では困難な場合がある。	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室
公立甲賀病院	地域医療連携部 TEL : 0748-65-1614(直)	地域医療連携部 FAX: 0748-62-0366	主治医の判断が優先される。退院調整の状態によっては退院日の相談は可能である。	地域医療連携部	病棟看護師・地域医療連携部	地域医療連携部 翌日、急に退院になる場合は、病棟看護師	病棟看護師・地域医療連携部	地域医療連携部	地域医療連携部
甲南病院	地域医療連携室 TEL:0748-86-3210(直)	地域医療連携室 FAX:0748-86-3257	部屋の空き状況をみながら相談に応じることは可能	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室
国立病院機構紫香楽病院	地域医療連携室 TEL: 0748-83-0101(代) 不在時は、外来窓口(医事)に預けてください。	地域医療連携室 FAX: 0748-83-1262(代) ※なるべくFAXは控えてください	主治医判断。 応相談。感染予防のため、面会、リハビリ見学、退院前CF等について制限あり。	地域医療連携室、家族	地域医療連携室 内容により病棟Ns	地域医療連携室、家族	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室
甲賀市立信楽中央病院	地域連携室、病棟 TEL:0748-82-0249(代)	FAX:0748-82-3060(代) →地域連携室、病棟	退院許可は主治医の判断。相談に応じることは可能。	地域連携室・師長	地域連携室	地域連携室・病棟師長	地域連携室・師長 →市役所・担当Ns	地域連携室	地域連携室
生田病院	地域連携室 TEL:0748-74-8580(直)	地域連携室 FAX: 0748-74-3311(代)	可能な場合もあるが、主治医の判断や本人・家族の希望により不可能な場合もある。	地域連携室・家族	地域連携室	地域連携室 →不在時病棟家族	地域連携室	地域連携室	地域連携室
甲西リハビリ病院	入院病棟MSW TEL:0748-72-2881(代)	入院病棟MSW FAX: 0748-72-4923(代)	基本的には可能。但し主治医の判断や家族希望によって難しい場合もある。	入院病棟MSW	病棟看護師・担当セラピスト・入院病棟MSW	病棟看護師・担当セラピスト・入院病棟MSW	入院病棟MSW	入院病棟MSW	入院病棟MSW

## ご本人とご家族の方へ

このチラシのQRコードは  
こちら→  
(保存してご活用ください)



- 甲賀圏域では、入退院の際、ご本人とご家族が安心しておうちで在宅医療と介護を受けられるよう、病院職員とケアマネージャー、訪問看護師等との円滑な連携体制をとり、サポートをしています。
- 通院や入退院、在宅での医療や介護のことなど、お聞きになりたいことがありましたら、病院の地域連携室の相談員や看護師、担当のケアマネージャー、お近くの地域包括支援センターにお尋ねください。

### ★日頃から準備しておくもの★



介護保険被保険者証

住所	
氏名	
年 月 日	

印



お持ちの方

★病気や介護が必要になった時のことを家族や主治医、ケアマネと話をしておこう



★家族や主治医等の連絡先を書いて持ち歩こう

例

私の介護 安心カード

私 \_\_\_\_\_ の担当者は、

○介護支援専門員(ケアマネージャー)

氏名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

○かかりつけ医

氏名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

例

療養情報共有ノート



★ご入院される(た)時は

自宅写真の撮り方冊子

退院後の生活と介護、必要なリハビリテーションを考える上で、自宅写真の情報は重要です。  
病院職員と相談した上で、冊子等を参考に自宅写真を撮影して情報提供(印刷して)をお願いします。

QRコード



わたしと家族のための  
エンディング  
ノート

日頃から通院や急な入院などに備えて家族の連絡先や必要なモノを準備しておきましょう。(地域連携検討会 令和6年4月)

