

※手引きと合わせて、「沖縄県における入退院支援連携に関する基本的な心得」を参照ください。

北部版

在宅医療・介護連携推進事業

入退院支援の手引き

第2版

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の医療・介護の関係団体が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療と介護を一体的に提供するために必要な支援を行うことが求められています。

この手引きでは、入退院支援の過程、情報共有シート（参考様式）、連携の窓口など、円滑な入退院連携を図るために必要な情報を整理しています。

手引きを活用することで、本人・ご家族等が、入院・退院する時に切れ目なく必要な支援が受けられ、安心して療養生活を送ることができることを目的としています。



North Area

対象者

入院が必要になった方で、病院で退院支援が必要と判断した方。

※検査入院、短期入院で状態が変化する可能性が低い方は除きます。

※小児は在宅長期療養児退院支援体制がありますので、市町村・北部保健所へお問い合わせください。
ケアマネ等の担当者がある方は、疾患・介護度に関わらず、速やかに担当者と連携を図りましょう。

以下に該当する場合、病院が関係者を集め、必要に応じて話し合いの場（カンファレンス）をもつことがあります。参加者は病院とケアマネもしくは施設の担当者と相談の上で選定します。

- ① 新たな医療的ケアの導入など、治療方針を選択する場合
- ② 再入院を繰り返している場合
- ③ 入院前に比べ ADL が低下し、生活環境の調整が必要な場合
- ④ 理解力や認知機能の低下がみられる場合
- ⑤ 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に受けられる状況にない場合
- ⑥ 家族や介護関係者の不安が強い場合

名護市、本部町、今帰仁村、大宜味村、東村、国頭村

発行・（公社）北部地区医師会 やんばる在宅医療・介護連携支援センター
問い合わせ 〒905-0009 名護市宇茂佐の森 5-2-7 北部会館 4F

TEL / FAX : 0980-43-6770 HP : <http://yzaitakushien.com>

北部地域 医療機関の病棟機能

医療機能・名称・病棟説明			ポイント キーワード	病院名（病床数）
急性期	一般病棟	急性期（手術や、発作などの生命危機に深く関わる状態）の患者に対し、状態の早期安定化に向けて医療を提供する病棟。	・ 治療が終了したら退院や医療施設への転院が必要。 ・ 概ねの入院期間は 14 日～18 日。 DPC、看護配置、重症度、平均在院日数、在宅復帰・病床機能連携率	県立北部病院（239 床） 北部地区医師会病院（175 床）
回復期	地域包括ケア病棟	急性期治療を経過した患者や在宅で療養を行っている患者等を受け入れたり、患者の在宅復帰支援等を行う病棟。	・ 入院日数は 40～60 日。ただし、入院期間内であっても、症状が回復・安定し次第、退院となる。 ・ 在宅への退院が原則（★の施設含む）。 在宅復帰率	県立北部病院（25 床） 北部地区医師会病院（25 床）
回復期	回復期リハビリテーション病棟	急性期を経過した患者に対し、在宅復帰を目的としたリハビリを集中的に提供する病棟。	・ 対象疾患・入院期間が決められている（※）。ただし、入院期間内であっても、症状が回復・安定し次第、退院となる。 ・ 在宅への退院が原則（☆の施設含む）。 在宅復帰率	勝山病院（82 床） 宮里病院（44 床） 北部地区医師会病院（30 床）
慢性期	医療療養病棟	長期にわたり療養が必要な患者を受け入れる病棟。	・ 医療区分（※）と ADL 区分による入院基準がある。 （概ね医療区分 2、3 が対象）	もとぶ野毛病院（150 床） 勝山病院（72 床） 北山病院（60 床） 宮里病院（28 床）
精神病棟	急性期治療病棟	急性期の精神症状に対し集中的な治療を行う病棟。	・ 精神保健福祉法によって入院形態が決められている。 ・ 主な入院形態として、任意入院、医療保護入院、措置入院がある。	宮里病院（24 床）
	療養病棟	長期にわたり療養が必要な精神障害患者が入院する病棟。		宮里病院（33 床） もとぶ記念病院（60 床）
	特殊疾患病棟（精神科）	精神疾患があり、日常生活自立度 B ランク以上の患者を受け入れる病棟。		もとぶ記念病院（60 床）
	認知症治療病棟	精神症状や行動異常が特に著しい重度の認知症患者に対し、集中的な治療を行う病棟。		宮里病院（50 床） もとぶ記念病院（50 床）

※ 回復期リハビリテーション病棟 対象疾患と入院期間 名護療育医療センター・愛楽園は除いています。

※ 回復期リハビリテーション病棟 対象疾患と入院期間
入院期間内であっても、症状が回復・安定し次第退院となります。

疾患	入院期間
① 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後もしくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態	150 日以内
高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷	180 日以内
② 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は 2 肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態	90 日以内
③ 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態	90 日以内
④ 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後の状態	60 日以内
⑤ 股関節又は膝関節の置換術後の状態	90 日以内
⑥ 急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態	90 日以内

※ 療養病棟の対象基準となる医療区分

区分 3	区分 2	区分 1
【疾患・状態】 スモン、医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分 2 又は 3 に該当する項目がある場合） 【医療処置】 24 時間持続点滴、中心静脈栄養、人工呼吸器使用、ドレーン法、胸腔腔洗浄、発熱を伴う場合の気管切開・気管内挿管、感染隔離室における管理、酸素療法（常時流量 3L/分以上を必要とする状態等）	【疾患・状態】 筋ジストロフィー、多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患、その他神経難病（スモンを除く）、脊髄損傷（頸椎損傷）、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍、肺炎、尿路感染症、リハビリテーションが必要な疾患が発症してから 30 日以内、脱水かつ発熱を伴う状態、体内出血、頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態、褥瘡、末梢循環障害による下肢末端開放創、せん妄、うつ状態、暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討）医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分 2 又は 3 に該当する項目がない場合） 【医療処置】 透析、発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養、喀痰吸引（1 日 8 回以上）、気管切開・気管内挿管のケア、頻回の血糖検査、創傷（皮膚腫瘍、手術創、創傷処置）酸素療法（医療区分 3 に該当するもの以外のもの）	医療区分 2・3 に該当しない者

北部地域 入所施設の機能

	名称・施設説明	基本性格	ポイント	施設名（定員）
介護保険適用	★★ 介護医療院	入所施設	・医療提供施設。 ・対象：要介護1以上。	北山病院（60床）
	老人保健施設	入所施設	・医療提供施設。 ・対象：要介護1以上。 ・在宅復帰率などの条件あり。	和光園（100床） もとぶくぎの里（70床） あけみおの里（100床） 桃源の郷（80床）
	★★ 特別養護老人ホーム	入所施設	・対象：要介護3以上。 ・医師、看護師の配置基準あり（医師は常駐とは限らない）。	北斗園（90床） やんばるの家（54床） 乙羽園（70床） 本部園（70床） かりゆしぬ村（100床） 名護厚生園（90床） 瑞穂の郷（29床） …地域密着型 久辺の里（29床） …地域密着 いえしま（30床） チヂン園（30床）
	★★ グループホーム	共同生活 住居	・対象：要支援2以上の認知症症状がある方。 ・医療職の配置基準はなく、事業所によって、医療連携体制をとっている。	詳しくは 「医療・介護おたすけマップ」 「やんばる医療・介護資源リスト」 を参照ください。
介護保険適用外	★★ 住宅型 有料老人ホーム （特定施設は除く）	住居	・医療職の配置基準はない。 ・必要に応じて、外部の居宅サービスを利用する。	
	★★ サービス付き 高齢者向け住宅	住居		
介護保険適用	★ ショートステイ （短期入所生活介護） （短期入所療養介護）	居宅 サービス	・医師、看護師の配置基準あり（医師は常駐とは限らない）。	特養、老健等で実施。 詳しくは 「在宅・医療おたすけマップ」 「やんばる医療・介護資源リスト」 を参照ください。

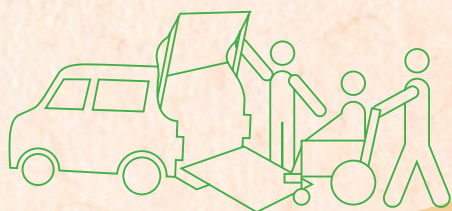
★地域包括ケア病棟の在宅復帰率の対象となる施設。

☆回復期リハビリテーション病棟の在宅復帰率の対象となる施設。

「相談連絡票」「参考様式」「手引き作成にあたり参考とした資料」等は、ホームページに掲載しています。
医療・介護資源に関するマップやリスト、食形態マップも掲載しておりますので、併せてご使用ください。



やんばる在宅医療・介護連携支援センター <http://yzaitakushien.com>



疾患の特徴を踏まえた評価・連携のポイント

本人・家族の病気についての捉え方を確認し、意思決定支援を行うことを前提としています。

骨折・脳梗塞・脳出血の場合

- ☐ 生活様式、環境（トイレ、お風呂、移動）の把握はできていますか。
- ☐ 住宅改修の際には、将来的な見通しも踏まえ、ケアマネやプランナーと相談をしながら調整しましょう。
- ☐ 転院の際には、入院時に得た多職種からの情報や入院中のリハビリ情報も転院先へ送りましょう。

悪性腫瘍の場合

- ☐ 「おきなわ がんサポート ハンドブック」を活用しましょう。
- ☐ つらい症状（痛みだけでない苦痛）が生活に影響していませんか。緩和ケアができていますか。
- ☐ 外来との連携も重要です。また、在宅医療へ移行する際は、本人・家族と在宅チームとの関係構築ができる期間についても配慮しましょう。
- ☐ ケアプラン作成の際は、主治医の助言を得ましょう。心身状況の変化を把握し、サービス事業所とも共有しましょう。

臓器不全の場合

- ☐ つらい症状（痛みだけでない苦痛）が生活に影響していませんか。緩和ケアができていますか。
- ☐ 急性増悪時の対応について話し合えていますか。

循環器（心不全、腎不全など）

- ☐ 内服、食事、活動量、計測について確認できていますか。
（！内服については、必須薬が確実に服用できる方法を検討しましょう。）

呼吸器（誤嚥性肺炎など）

- ☐ 入院前の食事の状況（食形態、姿勢、用具、水分摂取方法）を把握できていますか。
 - ☐ 口腔ケア、セルフケア能力、介護力の視点から「食べたい」をどう支援していくかを検討できていますか。
- ※北部地域の医療機関・施設が提供している食形態がわかる「やんばる食形態マップ」も参照ください。

精神科領域の場合

- ☐ 気になることがある場合は、早めに専門科からの助言を得ましょう。
- ☐ 精神科↔内科の治療について情報共有できていますか。
- ☐ 精神科領域で活用できる制度やサービスを確認しましょう。高齢者の場合は、介護保険サービスへの移行や調整に留意しましょう。
- ☐ 市町村・保健所との連携も図りましょう。

<認知症>

- ☐ 各市町村での取り組みも進んでいます。「認知症ケアパスパンフレット」を活用しましょう。また、認知症疾患医療センター（北部圏域では「宮里病院」）も活用しましょう。

難病・小児の場合

- ☐ 医療費助成、障害年金・手帳など利用できる社会保障・社会資源について確認しましょう。
- ☐ 市町村・保健所とも協力しながら調整しましょう。

期間		日頃から	入院に備えて
連携の目標		協働して ACP に取り組む。	入院に備え、日頃から準備しておく。
連携のポイント		◆入院にならないよう予防する。 ◆本人・家族が適切な選択ができるよう、必要な情報提供や説明を行いながら、チームでも共有しておく。 もしものときのために、本人が望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取り組みを「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）」と呼びます。	◆安易な夜間診療を控える等、適正な受診を心がける。 ◆緊急受診に備え、医療や介護の情報が伝えられる準備をしておく。
コメント		ACP について「命しるべいのちの道標パンフレット」(※1)を参照の上、取り組みましょう。 ・状況によって気持ちは揺れ動くものです。結論を急がず、何度でも繰り返し考え、話し合いましょう。 ・悩みや迷いも含め、本人の価値観を共有する過程を大切にしましょう。 ・知りたくない、考えたくない方へも十分配慮しましょう。	
本人		☐ かかりつけ医をもつ。 ☐ 希望する暮らし方を家族などの身近な人へ伝えておく (※1)。 ☐ よくわからない時はかかりつけ医に相談する。	☐ ケアマネの名刺・保険証・介護保険証・おくすり手帳を携帯する。 ☐ 過去の病気や手術の内容、受けている介護の内容、今後の治療の希望などをまとめた情報がある場合は、持参する (※1)。
家族		☐ 家族間で情報共有する (※1)。 ☐ 医療、介護に関する相談機関を知っておく。	ポーチなどにひとまとめにしておくことをおすすめしています。
地域	ケアマネジャー 地域包括 支援センター	☐ 地域資源の把握 (※2) (※3)。 ☐ 加齢や病気に伴う変化に備え、予防的に環境を整える。 ☐ 状況に応じた暮らし方について、選択肢を情報提供する (※1)。	☐ 医療関係者と病気のリスク（再発・入院）を把握しておく。 ☐ 家族へ、入院時には、担当ケアマネを病院へ伝えるよう説明しておく。 ☐ 急な受診に備え、医療や介護の情報をまとめておく (※4)。
	在宅 チーム 施設	【かかりつけ医→ケアマネへ】 ☐ 診察日以外に面談枠を設ける等の配慮。	【施設→病院へ】 ☐ 最近の状態の変化（血圧や体温の変動など）を報告できるようにしておく。
病院	外来部門	☐ 通院患者の在宅状況（ケアマネの有無、サービスの利用）を把握しておく (※1)。 ☐ 地域資源を把握し、必要に応じて相談窓口を紹介する (※2) (※3)。	☐ 院内の多職種（外来部門も）、在宅チームが協働できる体制を整えておく。
	病棟 退院 チーム 支援者	在宅でのサービス利用を検討する場合 ◆介護保険以外にも利用できるサービスが充実してきています。介護保険に限定せず、「在宅サービスの利用相談」という形で紹介していただくと紹介の幅が広がります。 ◆本人・家族への配慮として、相談先で、本人・家族等だけでは十分な説明が難しいことが多くあります。 紹介の際には、電話で一報いただくか、「相談連絡票」（HP に掲載）を活用していただきますよう、よろしくお願いいたします。	
行政		・地域住民が正しく医療・介護にかかれるよう情報提供し、在宅医療・介護サービスに関する理解を促す。 ・支援が必要となりそうな住民・家庭が早期に把握できるよう自治会、民生委員などと協力体制を整える。	
使用のツール・様式 ※ HP に掲載しています。		・ (※1) 命しるべ ・ (※2) 医療・介護おたすけマップ ・ (※3) やんばる医療・介護資源リスト	・ (※4) 入院時情報連携シート

入院時～3日以内	
速やかに連携し、入院前の生活や意向を病院へ引き、退院のゴールを設定する。	
◆本人・家族の思いに耳を傾け、入院前の生活状況・利用状況、今後の生活に対する意向など。 ◆入院前から不安や問題がなかったか、本人含めチーム ◆「本人・家族ができること」「サポートが必要なこと ◆早期退院を意識してケアの方針検討を行い、リハビリ	
・他の業務もあるため、入院手続き等で付き添いの ・生活課題は入院中で解決できるものではありません。 ・専門職の思い込みで判断せず、意思決定支援を行 ・入院中は意思決定能力が弱くなることに十分配慮 ・できる限り、本人ができていた療養スタイルを継	
情報提供	☐ 入院したことを、ケアマネへ伝える。 ☐ 病院へ担当のケアマネを伝える。
	☐ 病院へ入院時情報連携シート(※4)を提出する。 (FAX の場合は、送付の連絡を入れる) 要望がある場合はこの時に伝えましょう。 例) ・病状説明の同席 ・退院前訪問の連絡 等
	☐ 病院へ医療や介護の情報 (※5) (※6) を提供する。 (FAX の場合は、送付の連絡を入れる)
情報の共有	生活保護について 治療や処方内容によっては、生活保護との調整が必要な場合があります。忘れないように確認しましょう。
	☐ キーパーソンの確認 ☐ 介護保険証、担当ケアマネ、生活保護の有無を確認する。 ☐ ケアマネへ入院の連絡をし、情報提供シートの提供依頼をする。 →提供された情報は、病棟チームで共有する。 ☐ 3日以内にスクリーニングし、退院困難な要因をアセスメントする。
	ケアマネがいなくて、退院後に在宅サービス 下記の窓口で在宅サービスを紹介してもらい、必要 ◆65才以上の方（介護保険2号被保険者含む）：「は ◆65才未満の方：「市町村の保健・障害担当部署」
・ (※4) 入院時情報連携シート ・ (※5) 訪問看護の情報提供書 ・ (※6) 各職種サマリー	

入院 7 日以内

続く。

を把握する（生活・家族状況、医療・介護サービス
チームで共有し、退院に向けた課題を明らかにする。
こと」を整理し、退院後のイメージを共有する。
どりを開始する。

職員を長時間引き止めないようにしましょう。
ん。生活課題と退院のゴールを整理しましょう。
いましょう。
しましょう。
続しましょう（食事方法、服薬管理など）。

☐ 病院へ、治療の希望や入院に対する心配ごと・不安を伝える。

☐ 病院と退院支援の情報を共有する。

入院時カンファレンス

治療方針の選択によっては、自宅や施設での生活が困難になる場合もあります。
病状説明の際には、必要に応じて、ケアマネや施設の担当者も呼ぶようにしてください。
また、ケアマネ・施設の担当者も積極的に話し合いに参加するようにしてください。

- ☐ 本人・家族へ病状説明、今後の治療方針、退院予定日の説明をする。
- ☐ 本人・家族が病状をどのように捉えているか、また、思いや希望の把握をする。
- ☐ 退院支援計画書の作成

ス利用を希望もしくは利用が必要と判断した方
に応じて認定申請を行いましょう。
地域包括支援センター」

入院中

退院後の療養を想定し、必要な医療・介護体制を整える。

- ◆ 病気による生活への影響を共有する。
- ◆ 退院後も継続する医療・ケアについて、生活背景を考慮し、できる限り暮らしの場でも続けやすい方法を検討する。（在宅チームと相談しながら行う。通院医療が可能か、在宅医療に移行するかも検討）。
- ◆ 退院前訪問指導を行う場合は、ケアマネへ連絡し、在宅での環境を想定した調整を行う。
- ◆ おおよその入院期間（退院日の目安）を共有する。

- ・ 施設の場合、入院期間によりベッドの確保が難しくなります。施設より問い合わせがあった際には入院期間の見通しを教えてください。
- ・ 地域により、利用できるサービス等が限られる場合があります。地域資源を把握しながら退院支援を行いましょう。

- ☐ わからないことや相談したいことなどは、医師に説明を求める。
- ☐ 身近な人にも相談しながら自分らしい生き方に沿った治療が受けられるよう努める。

- ☐ 治療方針を決める話し合い（カンファレンス）には積極的に参加するなどして、本人の気持ちが伝わるよう支援する（※1）。

- ☐ 病院へ今後の病状の見通しを確認し、区分変更やケアプランの変更の必要性を検討する。
- ☐ 必要に応じて、退院前訪問の同行。

- ☐ 必要に応じて、直接、職種同士の情報共有ができるよう調整。

- ☐ 本人・家族の思いを再確認し（※1）、退院困難な要因を再度アセスメント→情報共有する。
 - ☐ ケアマネ等と介護サービスや総合事業の利用について評価する。
- または
- ☐ 施設の受け入れ基準、医療管理上の課題を確認する。
 - ☐ 退院予定日を確認し、退院前カンファレンスの必要性や時期を検討する。
 - ☐ （必要に応じ、ケアマネ等へ退院前訪問（家屋調査等）の同行を依頼する）
 - ☐ 医療処置の手技や介護方法を教育・指導する。
 - ☐ 主治医は他科担当医と治療方針を共有する。

転院を調整する場合

- 入院時に在宅チームから得た情報も、転院先へ送りましょう。
- ケアマネや元の施設への連絡を忘れないようにしましょう。

- ・ 行政担当者、生活保護担当ケースワーカー等は、病院やケアマネ等からの協力依頼がある場合は、積極的に協働する。

- ・（※1）命しるべ

退院予定の7日以上前

退院の準備・調整を行う。

◆退院後の生活課題・ニーズを検討し、在宅療養の環境準備・調整を行う。

◆入院を繰り返しやすい疾患は、医療・看護サービスにつなぐ。

退院前カンファレンスで確認すること

☐治療内容と経過

☐入院中のADLとケアの方法

☐行っている医療処置

☐服薬（定時薬・頓服薬）

☐介護の習得ができているか

☐在宅療養の留意点

(退院後訪問の必要性)

☐ACPの確認

☐本人・家族の希望と心配ごと

☐介護度の確認

☐退院日の確認

☐通院先、初回外来日の確認

☐体調不良時の緊急連絡先

☐退院前カンファレンスへの参加

☐退院後の療養についての希望や心配ごとを伝える。

☐本人・家族とケアプランの調整・確認をする。

☐退院前カンファレンスへの参加、サービスの調整を行う。
(必要に応じてサービス担当者会議とする)

☐病院から提供されたサマリーをサービス事業所と共有する。

☐退院前カンファレンスへの参加

☐退院前カンファレンスの日程調整（退院予定日の7日以上前を目安）を行う。

☐各職種サマリー（※6）を作成し、本人もしくは家族とケアマネへ提供。

行政担当者、生活保護担当ケースワーカー等は、病院やケアマネ等からの協力依頼がある場合は、積極的に協働する。

(※6) 各職種サマリー

退院時		日頃から	
安心して在宅療養がスタートできる。 再入院しないための支援を行う。		協働して ACP に取り組む。	
◆ 病院で行った治療内容や、生活・介護指導を在宅チームへ引き継ぐ。 ◆ 再入院にならないよう、再発予防や早期発見・治療に取り組む。			
		◆ もしもの時に備え、繰り返し話し合う。 ◆ 安易な夜間診療を控える等、適正な受診を心がける。 ◆ 緊急受診に備え、医療や介護の情報が伝えられる準備をしておく。	
ACP について「命しるべいのちの道標パンフレット」(※1)を参照の上、取り組みましょう。 - 状況によって気持ちは揺れ動くものです。結論を急がず、何度でも繰り返し考え、話し合しましょう。 - 悩みや迷いも含め、本人の価値観を共有する過程を大切にしましょう。 - 知りたくない、考えたくない方へも十分配慮しましょう。			
情報の共有		☐ 希望する暮らし方を家族などの身近な人へ伝えておく (※1)。 ☐ よくわからない時はかかりつけ医に相談する。	
		☐ 家族間で情報共有する (※1)。 ☐ 医療、介護に関する相談機関を知っておく (※2)。	
	☐ サービス担当者会議を開催する。 ☐ 必要に応じて、退院後訪問の日時調整、同行。	☐ 地域資源の把握 (※2) (※3)。 ☐ 加齢や病気に伴う変化に備え、予防的に環境を整える。 ☐ 状況に応じた暮らし方について、選択肢を情報提供する (※1)。	
	☐ 必要に応じて、退院後訪問の同行。		
情報の提供		☐ 通院患者の在宅状況を把握しておく。 ☐ 地域資源を把握し、必要に応じて相談窓口を紹介する (※2) (※3)。	
	☐ 家族へ退院時の書類の確認 (※6)。 ☐ 必要に応じて、ケアマネへケアプラン写しの提供依頼をする。 ☐ 必要に応じて、関係者と退院後訪問指導を実施する。 ☐ 退院支援の振り返りを行う。	☐ 院内の多職種（外来部門も）、在宅チームが協働できる体制を整えておく。	
- 地域住民が正しく医療・介護にかかるよう情報提供し、在宅医療・介護サービスに関する理解を促す。 - 支援が必要となりそうな住民・家庭が早期に把握できるよう自治会、民生委員などと協力体制を整える。			
(※6) 各職種サマリー		(※1) 命しるべ (※2) 医療・介護おたすけマップ (※3) やんばる医療・介護資源リスト	

相談・問い合わせ窓口

【病院への問い合わせ】

◆病院へ問い合わせる場合の留意点

適切な電話の取り次ぎができるよう、事業所・職種、氏名を伝えた上で、はじめに用件（「**入院調整に関すること**」「**退院調整に関すること**」「**外来に関すること**」「**意見書・指示書に関すること**」など）を伝えましょう。

◆ケアマネ・介護事業所のみなさまへ

病院に訪問し情報を収集する場合は、事前に病院連携室へ連絡をお願いいたします。

所在地	連携窓口部署名・TEL・FAX	入院時情報の提出先	問い合わせの留意点
名 護	県立北部病院 地域医療連携室 (代表) 52-2719 / FAX: 54-2298 (直通) 内線 1164 / (直通 F) 52-4298	地域医療連携室	◆対応時間 (月～金) 8:30～17:00 までです。
	北部地区医師会病院 連携課・患者支援室 (代表) 54-1111 / FAX(連携課直通) 53-7541 (時間外FAX・医事課) 53-5636	連携課	◆対応時間は (月～金) 8:30～17:30
	宮里病院 地域連携部 (代表) 53-7771 / FAX: 53-6976 (直通 F) 53-7783	医事課	◆初診の方は、予約制となりますので、事前にご連絡ください。 ◆外来、入院患者様に関するお問い合わせは、ソーシャルワーカー室までお願いいたします。 ◆はじめにご用件、患者様氏名をお伝えください。担当部署へ取り次ぎます。 ◆対応可能な時間は (月～金) 8:30～17:30 までとなります。
	勝山病院 地域連携室 (代表) 53-7777 / FAX: 52-7130 (直通) 43-0226 / (直通 F) 53-7735	地域連携室	◆対応可能な時間 (月～金) 8:30～17:30 (土) 8:30～12:30 までです。
本 部	もとぶ記念病院 地域連携相談室 (代表) 51-7007 / FAX: 51-7077	地域連携相談室	◆入院患者に関する問い合わせについては、地域連携相談室までお願いします。 ◆電話は代表電話になりますので、はじめに用件をお伝えください。
	もとぶ野毛病院 相談室 (代表) 47-3001 / FAX: 47-3003	相談室	◆入院相談、入院患者、意見書、に関する問い合わせは「相談室」まで、外来に関する問い合わせは「医事課」までお願いします。 ◆対応可能な時間は (月～金) 8:30～17:30 までです。
今帰仁	北山病院 地域連携課 (代表) 56-2339 / FAX: 56-2340	地域連携課	◆入院相談、入院患者、意見書、に関する問い合わせは「連携課」まで、外来に関する問い合わせは「外来担当」までお願いします。 ◆対応可能な時間は 8:30～17:30 までです。

【生活保護への問い合わせ】

◆本人・家族への配慮として

相談先で、本人・家族等だけでは十分な説明が難しいことが多くあります。

紹介の際には、電話で一報いただくか、「**相談連絡票**」(HPに掲載)を活用していただきますよう、よろしくお願いいたします。

所在地	名称・TEL・FAX	管轄地域	問い合わせの留意点
名 護	生活支援課 保護係(名護市役所内) (代表) 53-1212 / FAX: 54-6322 内線番号(103, 199)	名護市	◆居住地により相談窓口が異なります。 ◆介護保険などのサービス利用には、予め担当者との調整が必要です。関係機関へ紹介する前に、生活保護担当者へ連絡するようにしてください。
	北部福祉事務所 生活保護班(北部保健所 1F) (代表) 52-2549 / FAX: 52-7544	本部町、今帰仁村 大宜味村、東村、 国頭村	

上記以外の、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、その他の介護事業所などは、「医療・介護おたすけマップ」「やんばる医療・介護資源リスト」に掲載しています。