入退院時の

医療・介護

連携指針



平成 30 年4月

金沢市

公益財団法人 金沢総合健康センター (金沢市在宅医療・介護連携支援センター)

目 次

1 はじ	めに	•	•	•	1
2 より	良い連携のためのマナー	•	•	•	2
3 入退	院時の連携	•	•	•	3
資料 1	ケアマネジャーの役割	•	•	•	23
資料 2	病院の機能と役割	•	•	•	25
参考		•	•	•	27



はじめに

医療や介護を必要とする高齢者等が、住み慣れた地域で安心して暮らしていくために は、医療と介護が連携した切れ目のないサービスを受けられることが重要です。

そうした切れ目のないサービスを提供するためには、医療と介護関係者間の連携が必要ですが、必ずしも連携が進んでいない状況にあるのも事実です。平成27年に金沢市が関係機関に対して行った医療介護連携に関するアンケート結果では、他の職種との連携の困難さがあげられていました。特に、病院に対しては、『主治医との連絡がとりづらい』『病院の連携窓口がわかりにくい』『病院関係者の在宅医療に対する理解が不足している』などの意見がありました。また、関係機関ごとに行った意見交換会では、介護側からは医療側との連携はハードルが高く進めにくいといった意見や、病院側からは退院にあたり在宅療養を勧めていいのか判断が難しいといった意見が出されました。

関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するためには、まず関係機関がお互いの業務に対する理解を深め、在宅療養に関する情報や認識を共有する必要があります。

今回は、連携の第一歩として、「入退院時の病院担当者と担当の介護支援専門員(以下ケアマネジャー)」に焦点をあてた「2018年 入退院時の医療・介護連携指針」を作成しました。

医療と介護の連携は、今回取り上げた場面・職種に限らず、様々な場面や多くの関係者間で必要となってきます。今後、多職種の皆さんのご協力をいただきながら改訂を重ね、より多くの関係者の皆さんに利用される「連携指針」を作っていきたいと思っています。



より良い連携のためのマナー

医療と介護に関わる多職種が、お互いに気持ち良く仕事をするための基本マナーを 以下にあげてあります。ついつい自分の職種の目線だけで仕事を進めていませんか?



- *患者、利用者のことを第一に考え行動しましょう
- *お互いの役割、立場、できること・できないことを理解し尊重しましょう
- *それぞれの得意分野を活かし、積極的に協力し合いましょう
- *早期の連絡調整、きめ細かな対応を行いましょう
- *個人情報の適切な管理に心掛けましょう
- *お互いに日頃から情報交換を行いましょう
- *訪問に際しては、事前に連絡し予定を確認しましょう



介護保険の認定があり担当のケアマネジャー(この表中ケアマネと表記)がいる場合のイメージ

	病院の役割	ケアマネの役割
在宅中		利用者の入院を早期に把握 ・健康保険証、介護保険証、お薬手帳等に名刺を 挟む ・普段から患者・家族に入院したら連絡するよう に依頼 ・介護サービス事業者に利用者の予定外の入院に 気付いたときは連絡するように依頼
入院時	入院時の基本情報の把握 ・担当ケアマネの氏名・事業所の確認 ・患者・家族にケアマネへ連絡することを依頼 ・患者・家族が連絡不可能な場合は、病院から直接 ケアマネに連絡 退院支援スクリーニング 注1	入院時情報提供書を病院へ提供 注8·注9 ⇒できる限り早急に
	ケアマネとの面談 ・ケアマネから連絡があれば日時を調整 ・入院時情報提供書により、「病気に対する患者や家族の思い」「入院前の状況」「家族や支援者の状況」「在宅サービスの状況」等について情報収集 ・退院調整部門と病棟で情報共有 退院支援力ンファレンスの開催 注2 退院支援計画書の作成 注3	病院訪問 ・入院中の問合せ時の担当者の確認 ・病棟担当者との情報共有 ・介護保険変更申請の必要性の確認 ・退院の見込みが決まれば連絡するように依頼
入院	外泊・外出 (予定があれば)・予定が決まれば患者・家族あるいは病院からケアマネに連絡 ⇒病院スタッフの退院前訪問指導	外泊・外出 (予定があれば) ・病院からの連絡により家屋訪問の調整 注6・注9 ⇒住宅改修・福祉用具等の必要性、医療処置が 必要な場合の環境調整など検討
中	退院予定の連絡 ・ 退院の予定が決まればできるだけ早急に 退院前カンファレンスの日程調整 注4・注6	病院訪問 ・病院担当者から情報収集 ・今後予想される課題を検討しケアプラン原案作成
	退院前カンファレンス ・退院前カンファレンス開催 注4~6	退院前カンファレンス注4・病院から連絡があれば出席注9・退院後関わる在宅医・介護サービス事業者等の同席の調整・ケアプラン原案を持参し、退院後の方針について決定
退院時	・サマリー等で情報提供 注6	・次回受診日の確認 ・情報提供依頼
退院後	・継続受診の場合、状態の変化・受診中断が あった場合等はケアマネに連絡 注7	・ケアプランの写しを提出 注7 ・日頃の情報共有・連携 注7

注 は、P5 ~ P22を参照

新たに介護保険サービスを受ける場合のイメージ

	病院の役割	ケアマネの役割
入院時	入院時の基本情報の把握 ・「病気に対する患者や家族の思い」「入院前の状況」 「家族や支援者の状況」「在宅サービスの状況」等 について情報収集 退院支援スクリーニング	
	 退院支援の必要性の検討 ・退院支援カンファレンスの開催 ・退院支援計画書の作成 ・介護保険申請が必要な場合は、家族等に対し居住地の地域包括支援センター等に相談するよう勧める ・担当ケアマネが決まれば患者の退院の見込み等を連絡 ケアマネとの面談 ・退院調整部門と病棟で情報共有 	病院訪問 ・病院から連絡を受け、概要を確認 注9 ・入院中の問合せ時の担当者の確認 注9 ・病院訪問の日程調整 注9 ・介護保険の申請手続き開始 ・患者・家族との面談(在宅療養の思い) ⇒サービス利用の合意ができれば契約 ・病院スタッフとの面談(病状・退院時期)
入院中	外泊・外出 (予定があれば)・予定が決まれば患者・家族あるいは病院からケアマネに連絡 注6⇒病院スタッフの退院前訪問指導	 外泊・外出 (予定があれば) ・病院からの連絡により家屋訪問の調整 注6・注9 ⇒住宅改修・福祉用具等の必要性、医療処置が必要な場合の環境調整など検討
	退院予定の連絡 ・退院の予定が決まればできるだけ早急に 退院前カンファレンスの日程調整 注4・注6	病院訪問 ・病院担当者から情報収集 ・今後予想される課題を検討しケアプラン原案作成
	退院前カンファレンス ・退院前カンファレンス開催 注4~6	退院前カンファレンス注4・病院から連絡があれば出席注9・退院後関わる在宅医・介護サービス事業者等の同席の調整・ケアプラン原案を持参し、退院後の方針について決定
退院時	・サマリー等で情報提供 注6	・次回受診日の確認・情報提供依頼
退院後	・継続受診の場合、状態の変化・受診中断があった場合等はケアマネに連絡 注7	・ケアプランの写しを提出 注7 ・日頃の情報共有・連携 注7

注1 退院支援スクリーニング

退院困難な要因を有する患者を抽出すること

注2 退院支援カンファレンス

スクリーニングで《リスクあり》と判断された患者に対し開催するカンファレンス

注3 退院支援計画書の作成

退院支援が必要になった場合は、多職種で話し合い、患者・家族の意向も踏まえて、 【退院支援計画書】を作成し患者・家族に説明する。

米イン

退院支援計画書】の主な記載内容

- ○退院困難な要因
- ○退院にかかる問題点、課題等
- ○退院へ向けた目標設定、支援機関、支援概要
- 〇予測される退院先
- 〇退院後に利用が予測される社会資源 など

注4 退院前カンファレンスの開催

《留意点》

- O出席者が理解しやすいように専門用語を使用しないように心掛ける
- ○他の職種の意見を非難しない
- Oなごやかな雰囲気作り
- 〇時間厳守
- 〇共通認識を持つ(総合的な目標や重要な課題)



- ○患者・家族
- ○病院担当者(担当医・病棟看護師・外来看護師・退院支援看護師・ 医療ソーシャルワーカー・リハビリ療法士・薬剤師・

管理栄養士 など)

- ○在宅担当者(在宅医・ケアマネジャー・地域包括支援センター職員・
 - 訪問看護師・リハビリ療法士・介護サービス事業者・
 - 歯科医師・訪問薬剤師・訪問管理栄養士・保健師・
 - 福祉用具事業者・施設関係者・民生委員 など)

進め方の例

	内 容	発言者	発言内容
1	出席者の紹介	司会者 (病院側)	・自己紹介・開催目的についての説明・出席者の紹介(自己紹介も可)
2	入院後の疾患の経過	担当医 (看護師)	・疾患の経過と治療内容、今後の大まかな予後 ・医師からみた療養生活の注意点
3	現在のADLと 援助内容	看護師	・入院中のADLと援助内容
4	専門職からみた現状と今後の目標	薬剤師 リハビリ療法士 管理栄養士	・服薬管理・ADLやIADL・嚥下機能・栄養状態や食事形態
5	患者・家族の意向や 希望	患者家族等	・退院後の希望や心配事について
6	在宅での課題	看護師	・5 を踏まえ課題の整理
7	在宅でのケアプラン	担当 ケアマネジャー	・2~6 を踏まえ総合的な援助の方針・介護サービスの内容(概略)
8	退院後担当医師の 確認	在宅医 (外来担当医)	・退院後の在宅医療の方針 (病院スタッフに質問をしながら)・退院の日取りの調整
9	まとめ	司会者	・ 開催目的の達成内容の確認

《 確認すべき医療・生活課題 》

- 〇疾患 〇治療方針 〇医療処置の有無 〇服薬状況
- 〇食事内容、食事形態、食事摂取量
- 〇入院前、入院時、退院時(退院前カンファレンス前)のADLの変化
- 〇患者・家族の疾患や予後に対する受け止め方、理解
- 〇生命予後、病状、ADLの予後予測 〇退院後の外来予定
- 〇退院後の生活における注意点
- (移動・転倒、入浴、皮膚、口腔、誤嚥、活動量、リハビリへの指示内容等)
- 〇退院後の急変の可能性と対応方法(夜間、土日祝日の緊急連絡先・連絡方法等)

注5 在宅医療(訪問診療・訪問歯科・訪問看護・訪問薬局)を利用

《留意点》

- 〇入院前に利用していた場合は、連絡し相談
- ○あらたに利用する場合は、患者・家族、担当ケアマネジャーと相談

依頼時に必要な情報の例》

- ○住所 ○年齢 ○性別 ○病名 ○今回の入院目的と経過
- ○今後の病状と予後 ○医療処置の有無 ○訪問依頼の内容 ○退院の時期
- ○退院先 ○患者・家族の意向 ○家族の介護力 ○介護認定の有無
- ○担当ケアマネジャーの有無 ○他の在宅医療利用の有無
- OADL OIADL O嚥下機能・食事形態 O排泄機能
- ○認知機能・理解力 など

在宅療養環境の整備

《住宅改修、福祉用具の利用など》

- ○家屋訪問は、在宅担当者と病院側が一緒に検討
- ○患者自身も動作確認のために可能であれば外出・外泊をする

《衛生材料などの支給》

- ○【在宅療養指導管理料】に該当する場合は、病棟と外来が連携
- ○訪問看護に対し必要な物品は、退院前に準備
- ○退院時の処方薬剤の確認
- 〇調剤薬局との連携(高カロリー輸液や経腸栄養剤など配達できる調剤薬局)

注7 外来通院中の連携

《留意点》

〇外来担当看護師は、必要に応じて訪問看護師・担当ケアマネジャー等と連携 ○セルフケアの継続は、病状悪化を軽減

注8	入院時情報提供書

記入日: 年 月 日 入院日: 情報提供日: 年

入院時情報提供書

医療機関 居宅介護支援事業所

医療機関名: 事業者名:

ケアマネジャー氏名: ご担当者名:

TEL: FAX:

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)	本情報について						
患者氏名	(フリカ゛ナ)	年齢	才	性別	口男	□女	
心石以口		生年月日	□明□	大口昭口	平	年 月	日 生
住所	₸			電話番号			
住環境	住居の種類(口 戸建て [] 集合住宅)	階建て	居室	_階 エレベ-	-ター(□ 有	□無)
*可能ならば、	特記事項()
「子典」なこを旅り	□ 要支援()□ 要	· 介護 (間: 年	月 日	~ 年	月 日
入院時の要介護度	□申請中(申請日	/)			/) □ 未申請	
障害高齢者の 日常生活自立度	□ 自立 □ J1 □ J2 I	□ A1 □ A2	2 🗆 B1 🗆	B2 □ C1	□ C2	□ 医師の判	断
認知症高齢者の 日常生活自立度	□ 自立 □ Ⅱ □ Ⅱa	□ пр □	Ша □ Шb		M	□ ケアマネ	ジャーの判断
介護保険の 自己負担割合	□割 □ 不明		障害な	ど認定	ロなし口	あり(身体・	精神・知的)
年金などの種類	□ 国民年金 □ 厚生年金	□ 障害年	金 🗆 生活份	保護 □ その	他()
2. 家族構成/連絡	先について						
家族構成	□ 独居 □ 高齢者世帯 □	子と同居 [] その他(*□ 日中独	<u></u> k居)
 主介護者氏名	(続柄 •	才)	□同居□	別居	TEL	
キーパーソン	(続柄 •	才)	連絡先 TEL:	:	FAX	
3. 本人/家族の意	向について			<u> </u>			
本人の趣味・興味・関心領域等							
本人の生活歴							
入院前の本人の 生活に対する意向	□ 同封の居宅サービ	ス計画(1)参照	ł				
入院前の家族の 生活に対する意向	□ 同封の居宅サービ	ス計画(1)参照	ł				
4 入院前の介護・	! サービスの利用状況についっ	-					
入院前の介護	同封の書類をご確認くださ						
サービスの利用状況	□ 居宅サービス計画	書1.2.3表 □	その他()
5. 今後の在宅生活	・ 舌の展望について(ケアマ۶	ドジャーとし	ての意見)				
在宅生活に 必要な要件							
	 □ 独居 □ 高齢世帯 □	子と同居(家族構成員数		名) *□	日中独居	
退院後の世帯状況	□ その他()
世帯に対する配慮	□ 不要 □ 必要()
	□ 本シート 2 に同じ □:	左記以外(氏:	 名		続柄	年齢)
	□ 介護力が見込める(□	十分 口 一	部) 口 介護	力は見込めな	い 口 家族や	 b支援者はいな	il v
家族や同居者等に	ロなし						
よる虐待の疑い*	□ あり()
特記事項							
6. カンファレン	、 ス等について(ケアマネジ・	ァーからの希望	2)				
	ンファレンス」への参加	□ 希望あり					
「退院前カンファ	レンス」への参加	□ 希望あり		具体的な要望	<u> </u>)
	」を実施する場合の同行	□ 希望あり					-
	援加算1.2「退院困難な患]連				

7 . 身体	・生活機能の	の状況/療養生	活上の課	腫について										
麻	痺の状況	□なし□	軽度	□ 中度		〕重度	褥瘡 <i>0</i>)有無	□な	l 🗆	あり()
	移動	口 自立 口	見守り	□ 一部介助		〕全介助	-移動(室内)	口杖	口 歩行	帯 口車	いす ロ	その他	
	移乗	口 自立 口	見守り	□ 一部介助] 全介助	_移動(屋外)	口杖	口歩行	器 口車	いす口	その他	
A D	更衣	口 自立 口	見守り	□ 一部介助		全介助	起居	動作	口自立	と口 見	守り口 -	一部介助	□ 全介!	功
L	整容	□ 自立 □	見守り	□ 一部介助] 全介助								
	入浴	口 自立 口	見守り	□ 一部介助		全介助								
	食事	口 自立 口	見守り	□ 一部介助		全介助								
食	食事回数			頃・昼:	•)口なし	口 不明	1
事内	食事形態	□ 普通 [□ きざみ	□ 嚥下障 	害負	キミロ・多	サー	UDF等	の食形	態区分				
容	摂取方法	□ 経口 [□ 経管栄	養水分とろ	み	ロなし口	あり	水分	制限	□あり	J ()口なし	口 不明	}
	嚥下機能	□ むせない	□時	々むせる [À	常にむせる	義	歯	□な	l I	□ あり(部分•	総)	
腔	口腔清潔	口良 口	不良	□ 著しく不良	良				□な	し I	□ あり			
排	排尿	□ 自立 □	見守り	□ 一部介助] 全介助	ポータ トイ		□な	L I	□ 夜間	口常	時	
泄 *	排便	□ 自立 □	見守り	□ 一部介助		全介助	オム パッ	イル	□な	l I	□ 夜間	口常	時	
睡	眠の状態	口良 口	不良()		眠剤の使用	□なし		あり					
	喫煙	□無 □	有	_本くらい/日		飲酒	口無		有 _		こくらい/	日		
	視力	□ 問題なし	□ や	や難あり [] [日難	眼	鏡	□な	し I	□ あり()	
コミュ ニケー	聴力	□ 問題なし	□ や	や難あり [] [日難	補职	* 器	□な	し I	□ あり (()	
ション	言語	□ 問題なし	□ や·	や難あり [] [日難	コミュ	ニケー	ションに	に関する	特記事項	:		
能力	意思疎通	□ 問題なし	□ や·	や難あり [] [財								
	面における			〕興奮 □ 焦 徘徊 □ 危険						E 🗆 :	介護への	抵抗 口)
		□ なし □ 悪性服 □ そのf		認知症 🗆 急	性呼	乎吸器感染症	□脳	血管障	害 []骨折)
入 * 院	最近半年間 での入院	ロなし口	あり(理日	由:		期間:H	年	月	日~	Н	年 月	日)	口不	明
歴	入院頻度	□ 頻度は高し	, v/繰り返	している [] 步	預度は低いが、	これま	までに:	もある		今回が初	りめて		
	に実施して 医療処置*		テーテル	法 □ 喀痰吸□ 尿路ストー	-マ		トーマ							
8. お	薬について	※必要	に応じて、	「お薬手帳	(=	ピー)」を添	付							
I	内服薬	□なし□	あり()	居宅療養	管理指:	導	□な	l 🗆	あり(鵈	找種 :)
導	薬剤管理	□ 自己管理	□ 他者	による管理(管	9理	者:			管理方	法:)
ЯE	聚 状況	口 処方通り月	限用 □ □	時々飲み忘れ		飲み忘れが	多い、気	処方が5	守られ	ていなり	い口朋	聚拒否		
ŧ	3薬に関する特別では	寺記事項												
9. か	かりつけ医に	ついて												
7	かかりつけ医	機関名					電話	番号						
I	医師名	(フリカ゛ナ)					診察: • 頻		□ 通l 頻度=		□ 訪問診		/ 月	

^{*=} 診療報酬 退院支援加算 1. 2 「退院困難な患者の要因」に関連

(平成29年10月1日時点)

12

										(ナルルム	9年10月1日時只
				入院前に担当ケア	マネジャー (CM)	が決まっている場	易合	1	旦当ケアマネジャ 快まっていない場 _行		
医療機関	所在地	退院調整を担当する 部署	CM からの「入 院前の情報提 供書」の持参 先	CM からの「入 院前の情報提 供書」の送付先	CM に電話連絡 する人	CM との面談の 主体となる人 (部署)	CM に退院日を 連絡する人 (部署)	患者や家族に介 護保険について 説明をする人部 署)	CM との契約に ついて支援をす る人 (部署)		その他
金沢大学附属病院	〒920-8641 宝町13番1号 TEL 265-2000 FAX 234-4320	地域医療連携室 TEL 265-2040 FAX 234-4307	病棟(入院時 持参できれば 良い)	病棟	MSW 看護師 (地域医療連携室)	MSW 看護師 (地域医療連携室)	MSW 看護師 (地域医療連携室)	MSW 看護師 (地域医療連携室)	MSW 看護師 (地域医療連携室)	MSW 看護師 (地域医療連携室)	
石川県立中央病院	〒920-8530 鞍月東2丁目1番地 TEL 237-8211 FAX 238-5366	患者総合支援センター TEL 238-7852 FAX 238-0505	患者総合支援センター	患者総合支援センター	患者総合支援センター	患者総合支援センター	患者総合支援センター	患者総合支援センター	患者総合支援センター	患者総合支援センター	
独立行政法人 国立病院機構 金沢医療センター	〒920-8650 下石引町1番1号 TEL 262-4161 FAX 222-2758	地域医療連携室 TEL 262-4187 FAX 262-4188	入院先の病棟 病棟名が分から ない場合は 地域医療連携室	地域医療連携室	1 入院先の病棟 看護師 2 担当退院支援 看 護 師 又 は MSW	担当退院支援 看護師又は MSW	1 入院先の病 棟看護師 2 担当退院支 援看護師又は MSW	MSW 又は 担当退院支援 看護師 (地域医療連携室)	MSW 又は 担当退院支援 看護師 (地域医療連携室)	MSW 又は 担当退院支援 看護師 (地域医療連携室)	
金沢市立病院	〒921-8105 平和町3丁目 7番3号 TEL 245-2600 FAX 245-2690	退院支援室 TEL 245-2600(代) 入院患者内線 250 外来患者内線 175 FAX 245-2693	入院している病棟	地域連携室	病棟看護師又は 退院支援担当者	病棟看護師・ 退院支援担当者	病棟看護師・ 退院支援担当者	退院支援担当者	退院支援担当者	病棟看護師・ 退院支援担当者	
国家公務員共済組合 連合会 北陸病院	〒921-8035 泉が丘2丁目 13番43号 TEL 243-1191 FAX 242-3577	医療福祉相談室 TEL 243-1191(代) FAX 243-1292	ソーシャルワーカー	地域医療連携室 ソーシャルワーカー	ソーシャルワーカー (医療福祉相談室)	ソーシャルワーカー (医療福祉相談室)	ソーシャルワーカー (医療福祉相談室)	ソーシャルワーカー (医療福祉相談室)	ソーシャルワーカー (医療福祉相談室)	ソーシャルワーカー (医療福祉相談室)	
石川県済生会 金沢病院	〒920-0353 赤土町二13番地6 TEL 266-1060 FAX 266-1070	医療福祉相談室 入退院支援室 TEL 266-1489 FAX 266-2990	地域連携室	地域連携室	医療福祉相談室 入退院支援室	医療福祉相談室 入退院支援室	医療福祉相談室入退院支援室	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室 入退院支援室	
金沢赤十字病院	〒921-8162 三馬2丁目 251番地 TEL 242-8131 FAX 243-7552	入退院支援課 TEL 242-8131(代) FAX 242-9827	入退院支援課	入退院支援課	入退院支援課	入退院支援課 (病棟看護師と 共に)	入退院支援課 (主にソーシャルワーカー)	ソーシャルワーカー	ソーシャルワーカー	入退院支援課 担当者	

					マネジャー (CM)	が決まっている場	易合	1	 旦当ケアマネジャ やまっていない場合		
医療機関	所在地		CM からの「入 院前の情報提 供書」の持参 先	CMからの「入院前の情報提供書」の送付先	CM に電話連絡 する人	CM との面談の 主体となる人 (部署)	CM に退院日を 連絡する人 (部署)	患者や家族に介 護保険について 説明をする人(部 署)		契 約 後 の CM と連絡を取る人 (部署)	その他
独立行政法人 地域医療機能推進 機構 金沢病院	〒920-8610 沖町八15番地 TEL 252-2200 FAX 253-5074	地域医療建携センターTEL 253-5069EAV 252-2260	地域医療連携 センターもしく は入院している 病棟	地域医療連携	主に病棟看護師 又は地域医療 連携センター スタッフ	主に病棟看護師 又は地域医療 連携センター スタッフ	病棟看護師又は 地域医療連携 センタースタッフ		地域医療連携センタースタッフ	地域医療連携センタースタッフ	
独立行政法人 国立病院機構 医王病院	〒920-0192 岩出町二73番地1 TEL 258-1180 FAX 258-6719	医療福祉部 地域医療連携室 TEL 258-1180(代) FAX 258-6719(代)	医療福祉部地域医療連携室	医療福祉部地域医療連携室	地域医療連携室ソーシャルワーカー	地域医療連携室 ソーシャルワーカー	地域医療連携室 ソーシャルワーカー	l	地域医療連携室ソーシャルワーカー	地域医療連携室ソーシャルワーカー	
石田病院	〒921-8033 寺町3丁目 10番15号 TEL 242-3121 FAX 242-8191	地域医療連携室 TEL 242-3121 (代) FAX 242-8191 (代)	院長	院長	師長	師長	師長	事務主任	事務長	事務主任	
岡部病院	〒921-8114 長坂町チ15番地 TEL 243-1222 FAX 243-1522	医療福祉相談課 TEL 243-1222(代) FAX 243-9099	地域連携室	地域連携室	入院前は 地域連携室 入院後は 医療福祉相談課	医療福祉相談課 PSW	医療福祉相談課 PSW		医療福祉相談課 PSW	医療福祉相談課 PSW	
結城病院	〒921-8173 円光寺3丁目 21番7号 TEL 241-8228 FAX 241-8229	相談室 TEL 241-8228 (代) FAX 241-8229 (代)	相談室	相談室	相談室	相談室	相談室	相談室	相談室	相談室	
石野病院	〒921-8023 千日町7番15号 TEL 242-0111 FAX 242-0169	病棟 TEL 242-0111 (代) FAX 242-0169 (代)	病棟	病棟	病棟	病棟	病棟	病棟	病棟	病棟	
川北病院	〒921-8031 野町1丁目 3番55号 TEL 241-8351 FAX 241-8398	病棟 TEL 247-1122 FAX 241-8398(代)	外来	外来	外来	外来	外来	外来	外来	外来	

			7	入院前に担当ケア	マネジャー (CM)	が決まっている場	易合	l	当 当 当 と まっていない場合		
医療機関	所在地	退院調整を担当する 部署	CM からの「入 院前の情報提 供書」の持参 先	CM からの「入 院前の情報提 供書」の送付先	CM に電話連絡 する人	CM との面談の 主体となる人 (部署)	CM に退院日を 連絡する人 (部署)	患者や家族に介 護保険について 説明をする人(部 署)	CM との契約に ついて支援をす る人 (部署)	契 約 後 の CM と連絡を取る人 (部署)	その他
藤井脳神経外科病院	〒920-0362 古府1丁目 150番地 TEL 240-3555 FAX 240-3437	地域連携室 TEL 240-3562 (内線 270、271) FAX 240-3437(代)	地域連携室	地域連携室	地域連携室 SW	地域連携室 SW	地域連携室 SW	ı	地域連携室 SW	地域連携室 SW	
安田内科病院	〒921-8047 大豆田本町 八62番地 TEL 291-2911 FAX 291-6787	相談室 TEL 291-2911 (代) FAX 291-6787 (代)	相談室 SW	相談室	SW	$\sim 1/1$	SW 又は 病棟看護師	険相談センター ・金沢やすだ」	法人内「介護保 険相談センター ・金沢やすだ」 又は SW		法人内「介護保 険相談センタ ー・金沢やすだ」 又は SW
金沢有松病院	〒921-8161 有松5丁目1番7号 TEL 242-2111 FAX 242-2578	看護部長 TEL 242-2111(代) FAX 242-2578(代)		入院先の病棟	外来又は 入院先の病棟	入院先の管理者 (師長・主任)	病棟管理者 およびリーダー	病棟管理者から 当院の居宅・ 地域包括へ行く	当院の居宅の職員		ケ-スワーカーが いないので 病棟管理者が 担当
南ケ丘病院	〒921-8141 馬替2丁目 125番地 TEL 298-3366 FAX 298-9276	地域医療連携室 TEL 298-3366(代) FAX 298-9276(代)					地域医療連携室 退院調整看護師 MSW			地域医療連携室 退院調整看護師 MSW	
伊藤病院	〒920-0976 十三間町98番地 TEL 263-6351 FAX 263-2526	地域連携室 TEL 263-6351 (代) FAX 263-2526 (代)	看護部 地域連携室	地域連携室	看護部 地域連携室	看護部	看護部	地域連携室	地域連携室	地域連携室	
医王ヶ丘病院	〒920-1185 田上本町 ヨ24番地5 TEL 262-6565 FAX 232-2380	医療福祉相談室 TEL 262-6565(代) FAX 232-2380(代)	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室	
十全病院	〒920-1185 田上本町 力45番地1 TEL 231-5477 FAX 231-6806	医療福祉相談室 TEL 231-5477(代) FAX 231-3446	医療福祉相談室	医療福祉相談室	PSW (医療福祉 相談室)	PSW	PSW	PSW	PSW	PSW	

			,	入院前に担当ケア	マネジャー (CM)	が決まっている場	易合	l	 旦当ケアマネジャ・ やまっていない場合		
医療機関	所在地		CMからの「入 院前の情報提 供書」の持参 先	CMからの「入院前の情報提供書」の送付先	CM に電話連絡 する人	CM との面談の 主体となる人 (部署)	CM に退院日を 連絡する人 (部署)	患者や家族に介 護保険について 説明をする人(部 署)	CM との契約に ついて支援をす る人 (部署)	契 約 後 の CM と連絡を取る人 (部署)	その他
松原病院	〒920-8654 石引4丁目3番5号 TEL 231-4138 FAX 221-8889	地域医療部相談課 TEL 231-4595 FAX 231-4382 (連携室兼用)	相談課又は地域連携室(同じ部屋にあり)	相談課又は 地域連携室	主に相談課又は 地域連携室	相談課	相談課	相談課	相談課	主に相談課又は 地域連携室	
大手町病院	〒920-0912 大手町5番32号 TEL 221-1863 FAX 221-6591	地域連携室 TEL 221-6581 FAX 221-6581	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	地域連携室	地域連携室	
敬愛病院	〒920-0931 兼六元町14番21号 TEL 222-1301 FAX 222-1880	地域医療連携室 TEL 222-1301(代) FAX 222-1880(代)	地域医療連携室	地域医療連携室	病棟看護師 ソーシャルワーカー	病棟看護師 ソーシャルワーカー	1	l	連携室ソーシャルワーカー	連携室 ソーシャルワーカー	
恵寿金沢病院	〒920-0910 下新町6番26号 TEL 220-9192 FAX 223-7378	l .	地域連携・医療 福祉相談課	地域連携・医療 福祉相談課	地域連携・医療 福祉相談課	地域連携・医療 福祉相談課	地域連携・医療 福祉相談課	地域連携・医療 福祉相談課		地域連携・医療 福祉相談課	
小池病院	〒920-0912 大手町8番20号 TEL 263-5521 FAX 263-5523	看護部地域連携室 TEL 263-5521(代) FAX 263-5523(代)	看護部 地域連携室	看護部 地域連携室	看護部 地域連携室	看護部 地域連携室	看護部 地域連携室	当院クアマネジャー	当院クアマネジャー	当院ケアマネジャー	
すずみが丘病院	76番地	地域医療連携室 TEL 260-7700 (代) FAX 260-7780 (代)	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	地域医療連携室	地域医療連携室	
宗広病院	〒920-0923 桜町24番30号 TEL 224-0101 FAX 224-2850	看護部 入退院調整 担当部門 TEL 224-0101(代) FAX 224-2850(代)	看護部	看護部	看護部	看護部	看護部	看護部	看護部	看護部	
金沢聖霊総合病院	〒920-8551 長町1丁目5番30号 TEL 231-1295 FAX 224-3011	地域医療連携室 TEL 231-1296 FAX 231-1298	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	地域医療連携室	地域医療連携室	

			,	入院前に担当ケア	マネジャー (CM)	が決まっている場	景 合				
医療機関	所在地	部署	CM からの「入 院前の情報提 供書」の持参 先	CM からの「入 院前の情報提 供書」の送付先	CM に電話連絡 する人	CM との面談の 主体となる人 (部署)	CM に退院日を 連絡する人 (部署)	患者や家族に介 護保険について 説明をする人(部 署)	CM との契約に ついて支援をす る人 (部署)	契 約 後 の CM と連絡を取る人 (部署)	その他
木島病院	〒920-0011 松寺町子41番地1 TEL 237-9200 FAX 237-9202	医療福祉相談室 TEL 237-9265 FAX 237-9202(代)	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室 MSW	医療福祉相談室 MSW	医療福祉相談室 MSW		医療福祉相談室 MSW	医療福祉相談室 MSW	
青和病院	〒920-0205 大浦町木22番地1 TEL 238-3636 FAX 238-9562	医療連携支援室 TEL 238-3636(代) FAX 238-9562(代)	医療連携支援室		リーシャルワーカー (PSW) 医療連携支援室	リ− シャルワ− カ − (PSW) 医療連携支援室	リーシャルワーカー (PSW) 医療連携支援室	(PSW)	(PSW)	リーシャルワーカー (PSW) 医療連携支援室	
林病院	〒920-0853 本町1-2-27 TEL 261-8181 FAX 263-6000	事務部 TEL 261-8181 (代) FAX 263-6000 (代)	事務部	事務部	事務部	事務部	事務部	事務部	事務部	事務部	
心臓血管センター 金沢循環器病院	〒920-0007 田中町は16番地 TEL 253-8000 FAX 253-0008	地域医療相談室 TEL 253-8000(代) FAX 253-0521	地域医療相談室	地域医療相談室	地域医療相談室 MSW	地域医療相談室 MSW	地域医療相談室 MSW		地域医療相談室 MSW	地域医療相談室 MSW	
城北病院	〒920-8616 京町20番3号 TEL 251-6111 FAX 252-5881	医療福祉連携相談課 TEL 251-6111 (代) FAX 208-5231	医療福祉連携 相談課	医療福祉連携 相談課	病棟師長 退院支援看護師 ソーシャルワーカー	病棟師長 退院支援看護師 ソーシャルワーカー	病棟師長退院支援看護師 ソーシャルワーカー	ソーンヤルソールー	退院支援看護師	病棟師長 退院支援看護師 ソーシャルワーカー	
整形外科米澤病院	〒920-0848 京町1番30号 TEL 252-3281 FAX 252-8316	地域医療連携室 TEL 252-3281 (代) FAX 252-8316 (代)	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室ナースセンター	地域医療連携室 ナースセンター		地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	
浅ノ川総合病院	〒920-8621 小坂町中83番地 TEL 252-2101 FAX 252-2102	医療福祉相談室 TEL 252-2101(代) FAX 290-2907	医療福祉相談室 又は病棟	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室	
桜ヶ丘病院	〒920-3112 観法寺町へ174番地 TEL 258-1454 FAX 258-5695	地域医療連携室 TEL 258-1454(代) FAX 258-5695(代)	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	地域医療連携室	地域医療連携室	

医療機関	所在地	退院調整を担当する 部署	入院前に担当ケアマネジャー (CM) が決まっている場合			入院時に担当ケアマネジャー (CM) が 決まっていない場合					
			で 対かは おり		し に电站建裕	CM との面談の 主体となる人 (部署)	CM に退院日を 連絡する人 (部署)	患者や家族に介 護保険について 説明をする人(部 署)	CM との契約に ついて支援をす る人 (部署)	契 約 後 の CM と連絡を取る人 (部署)	その他
千木病院	〒920-0001 千木町へ33番地1 TEL 257-8600 FAX 257-5466	地域連携室 TEL 257-8600(代) FAX 257-5466(代)	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	地域連携室	地域連携室	
みらい病院	〒920-8201 鞍月東1丁目9番地 TEL 237-8000 FAX 238-7624		医療福祉相談室 又は入院となっ た病棟のどちら でも可	医療福祉相談室	ソーシャルワーカー (医療福祉相談室)	ソーシャルワーカー (医療福祉相談室)	ソーシャルワーカー (医療福祉相談室)	ソーシャルワーカー (医療福祉相談室)	ソ−シャルワーカー (医療福祉相談室)	ソーシャルワーカー (医療福祉相談室)	
かないわ病院	〒920-0351 普正寺町9の6 TEL 267-0601 FAX 267-0962	地域連携室 TEL 267-0262 FAX 267-0962(代)	地域連携室	地域連携室	精神保健福祉士 (地域連携室)	精神保健福祉士 (地域連携室)	精神保健福祉士 (地域連携室)	精神保健福祉士 (地域連携室)	精神保健福祉士(地域連携室)	精神保健福祉士 (地域連携室)	
金沢西病院	〒920-0025 駅西本町6丁目 15番41号 TEL 233-1811 FAX 221-8603	地域連携センター TEL 233-2090 FAX 233-2091	地域連携 センター	地域連携 センター	各病棟退院支援看護師又は MSW		各病棟退院支 援看護師又は MSW	援看護師及び			

資料 1 ケアマネジャーの役割

介護・福祉等の知識・技術を有する専門家として、<u>契約を結んだ在宅等の介護保険認定者(要支援1~2、要介護1~5)、介護予防・生活支援サービス事業対象者に対するケアマネジメン</u>ト業務を担います。

具体的には、認定者に適した介護サービスが利用できるよう、介護保険者(市町村)やサービス事業所等との連絡調整を行うとともに、利用者・家族の意向を踏まえて専門的見地から介護サービスを利用するための計画書(ケアプラン)を作成します。

介護サービスは、このケアプランに基づき、サービス事業所から提供されます。

1. 居宅介護支援事業所のケアマネジャーの担当業務

要介護1~5の認定者に対するケアマネジメント業務を担当します。利用者が居宅介護支援事業所を選択し契約を結ぶことで、当該居宅介護支援事業所のケアマネジャーがその担当者になります。

2. 地域包括支援センター職員の担当業務

要支援1~2の認定者、介護予防・生活支援サービス事業対象者に対するケアマネジメント業務を担当します。利用者が居住している地区を担当する地域包括支援センターと契約を結ぶことで、地域包括支援センター職員がその担当になります。地域包括支援センターの責任主体は市町村であり、運営は市町村の直営、あるいは市町村から委託を受けた医療法人や社会福祉法人等が行っています。(金沢市の場合は、法人等に委託。)

そのほか、担当地区に居住している<u>全高齢者の総合相談窓口</u>の機能も兼ね備え、介護予防、 高齢者の実態把握、権利擁護、困難事例への対応、地域のネットワーク構築などを担います。

居宅介護支援事業所と地域包括支援センターの主な違い

	区分	居宅介護支援事業所	地域包括支援センター
		営利法人、NPO 法人、医療法人、社会	市町村の直営、あるいは市町村の委託を
	運営	福祉法人等	受けた医療法人や社会福祉法人等(責任
			主体は市町村)
	職種	主任ケアマネジャー、ケアマネジャー	保健師、主任ケアマネジャー、社会福祉士等
ケア	担当とな	利用者が事業所を選択し契約	利用者が居住している地区を担当する地域
	る手続き		包括支援センターと契約
マネジメ	対象者	要介護 1~5の認定者(地域包括支援	要支援1~2の認定者、介護予防・日常生活
ーン		センターから委託を受け、要支援 1~2	支援事業対象者
ト 業 務		の認定者を担当する場合あり)	
粉			
その他の業務			担当地区に居住している全高齢者の総合
			相談窓口

3. 介護サービスの決定・調整について

《 サービスの決定 》

○介護サービスは、利用者と契約を結んだ事業所の担当ケアマネジャー等がアセスメントを経て、利用者・家族の意向、関係機関の専門的見地による意見等を踏まえてケアプランを作成し利用者が同意することで、その内容が決定されます。

〇利用する介護サービスが決まると、<u>利用者がサービス事業所を選択し、当該サービス事業所と契約を結びます</u>。利用者の同意なく、介護のサービスの決定や、サービス事業所を選択することはできません。

《サービスの調整》

〇新規のサービス利用と継続利用では、サービス調整に要する時間が異なります。新規 利用の場合、サービス事業所によっては、診断書の提出、面談、利用の判定会議等までの 時間がかかる場合があります。

○デイサービスなどの通所系サービスの再開は概ね問題がないと思われますが、ヘルパーなど訪問系サービスは一旦サービスを中止すると再開の調整が難しくなる場合があります。また、土・日・祝日が休業のサービス事業所が多いため、週末をはさむ場合は調整に時間がかかります。

ケアマネジメント業務の月間スケジュール

時期		内 容	備考
上旬	介護報酬請求事務	1~2日 ・サービス事業所から先月分の介護サービス 提供の実績報告を受ける 3~10日 ・実績報告を取りまとめ、給付管理票を作成する ・国保連合会に介護報酬請求書類を送付する	・報酬請求業務は10日までのため 多忙・事業所内で業務を行うことが多い ため、ケアマネジャー等への連絡 が取りやすい時期
	介護	報酬請求締切日(毎月10日)	
中旬	翌月サービス提供準備	・電話等で利用者・家族に翌月の介護サービス利用意向を確認する ・ケアプランの見直し、サービスの追加等を検討する ・翌月分サービス利用票の案等の書類を作成する ・新たに介護保険の認定を受けた利用者、更新認定を受けた利用者などに対するサービス担当者会議を開催する	 10日を過ぎると、<u>外出している</u> 時間が多くなるため、連絡は伝言や FAX が有効 会議、研修等に参加しやすい時期
下旬	・利用者宅を訪問し、モニタリングする・利用者にサービス利用票、サービス事業所にサービス提供票を配付する		・20日を過ぎると、利用者宅への 訪問が多くなる

資料 2 病院の機能と役割

入退院支援をスムーズに行うためには、病院をよく知る必要性があります。

厚生労働省では、医療施設を「病院」「一般診療所」「歯科診療所」の3つに分類しています。 また、入院できるベッドを20床以上もつ施設は「病院」20床未満は「診療所」とよんでいます。

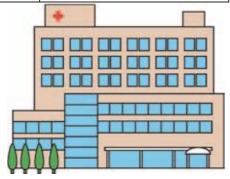
「病院」の病床は、①一般病床、②療養病床、③結核病床、④感染症病床、⑤精神病床に 分類されています。

さらに、「病院」は、医療機能により「特定機能病院」「地域医療支援病院」「その他の一般病院」に分類されています。ほとんどの病院は「その他の一般病院」に分類されているため、通常「その他の一般病院」のことを「一般病院」とよんでいます。

一定の機能を有する病院

病院の分類	特徴・役割	病院名(石川県内)
	先進的な医療と高度な設備が整って	*金沢大学附属病院
	おり、専門職も一定数(医師は通常の病	*金沢医科大学病院
	院の 2 倍が最低基準)が配置されてい	
特定機能病院	る。病床数は 400 床以上で 16 診療	
	科以上。多くは大学病院。一般病院や	
	地域医療支援病院からの紹介患者を受	
	け入れる。	
	地域の人のいろいろな病気に対応す	*独立行政法人国立病院
	る病院で、診療所の医師とも連携を取	機構 金沢医療センター
	って地域の中核となる役割を担ってい	*石川県立中央病院
	る。都道府県知事の承認を受けている。	*公立松任石川中央病院
	医療者はその地域の特徴を把握し、患	
地域医療支援病院	者の生活が見える状況の中で医療を提	
	供する。救急医療も条件となっており、	
	高度な医療も提供できる。診察の結果、	
	より高度な医療が必要と判断した場合	
	は、特定機能病院に紹介するなど連携	
	をとっている。	

25



病院の分類	特徴・役割	病院名(金沢市内)	
	在宅患者への 24 時間対応体制や在	8病院	
	宅患者のための緊急入院病床などを備	*国家公務員共済組合	
	えている。 200 床未満の病院で届け出	連合会 北陸病院	
	が必要。	*みらい病院	
		*安田内科病院	
在宅療養支援病院		*南ヶ丘病院	
		*金沢西病院	
		*金沢有松病院	
		*伊藤病院	
		*すずみが丘病院	
	在宅患者の緊急対応や、入院受け入	5病院	
	れを行う。 200 床以上の病院で在宅医	*金沢市立病院	
 在宅療養後方支援	療を提供する医療機関との連携体制な	*金沢赤十字病院	
病院	どが要件。	*城北病院	
) ग्राध ्य		*石川県済生会金沢病院	
		*地域医療機能推進機構	
		金沢病院	

病床機能の分化

分類	病棟名称	特。徵			
	地域包括ケア病棟(病床)	・急性期を脱した患者の受け入れや在宅・施設入所者の			
		急性増悪の受け入れ			
		・在宅患者のレスパイト入院受け入れ			
		・60日を限度とした入院治療やリハビリテーション			
復期		によって在宅復帰を行う			
期	回復期リハビリテーション	・急性期の治療が一段落し、早い段階から集中的なリハ			
	病棟	ビリテーションをおこない、家庭復帰を積極的にはか			
		ることを目的とする			
		•病名と発症してから入院するまでの期間が決められて			
		いる			
	療養病棟	・症状が比較的安定し、長期の入院療養が必要な患者の			
	介護医療院	ための病棟			
慢性期		・医療保険適用と介護保険適用に分かれる			
崩	緩和ケア病棟	・がんと AIDS の患者を対象とした病棟			
		•痛みをはじめとするさまざまな苦痛を緩和することを			
		目的とする			

参考

*パンフレット

みんないきいき介護保険 介護予防・日常生活支援総合事業のご案内 在宅医療がささえます

- *金沢市在宅医療等推進計画
- *よこすかエチケット集(横須賀市)
- *福井県「退院支援ルール」
- *東京都退院支援マニュアル
- *はこだて入退院支援連携ガイド(函館市)
- *わかやま市退院支援ルールの手引き
- *刈谷豊田総合病院と介護支援専門員との連携マニュアル
- * 平成 28 年度 厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 入退院時におけるケアマネジャーの医療機関等との連携・情報収集の手引き (株式会社 日本能率協会総合研究所)
- *福祉・介護職のための病院・医療のしくみまるわかりブック 利根川恵子著
- *ケアマネジャー 第19巻第8号 特集入退院支援の流れとポイント
- *厚生労働省保険局医療介護連携政策課委託事業

平成 28 年度地域における医療・介護の連携強化に関する調査研究 (効率的かつ効果的な退院支援を行うための連携の在り方)報告書 (三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社)



金沢市在宅医療・介護連携支援センターについて

医療と介護の連携を推進するため関係機関の相談窓口として、金沢市からの事業委託により、平成29年10月に公益財団法人金沢総合健康センター内に「金沢市在宅医療・介護連携支援センター」(いいがいネット)を開設しました。

- O 医療・介護の関係機関が連携し、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行う ことができる仕組み作りを支えていきます。
- 0 地域の医療機関や介護サービス事業所などに関する情報をわかりやすく提供し、 多職種間の関係構築につながるよう働きかけていきます。
 - *こんな「困った」にお答えします。

在宅医療を行っている医療機関を紹介してもらいたい(ケアマネジャー) 認知症の患者さんを見てくれる歯科医院を紹介してほしい(在宅医)

O 地域包括ケアシステムの重要な構成要素である、切れ目のない在宅医療の提供体制の 充実と、在宅医療を支える病病連携、病診連携の推進に取り組んでいきます。

石川中央医療圏の在宅医療・介護の連携に関する相談窓口

市町名	名	称	住	所	電話番号	FAX
金沢市	金沢市在宅医療•介	護連携支援センター	920-0912 金沢市大手町3番2	23 号	222-0172	222-0182
かほく市	かほく市高齢者	支援センター	929-1195 かほく市宇野気二8	1番地	283-7150	283-3761
白山市	在宅医療•介護連携	支援センター	920-2134 白山市鶴来水戸町ノ1番地 (公立つるぎ病院内)		272-1250	272-4199
野々市市	野々市在宅医療・介	護連携支援センター	921-8804 野々市市野代1丁目 クリエースト102 (野々市訪問看護ス		248-8707	248-8750
津幡町	津幡町地域包括支援センター		929-0393	『爪二3番地	288-7952	288-4354
内灘町	内灘町地域包括支援センター		920-0271 河北郡内灘町字鶴ケ丘2丁目 161番地1 (内灘町保健センター内)		286-6750	286-6103



愛称の『いいがいネット』には 在宅療養する方々が、金沢弁で「いいがいね〜」と 笑顔になれるような「良い医療と介護」を提供できるよう 地域のネットワークを広げ、おつなぎします との意味が込められています

入退院時の医療・介護の連携指針 - 2018年-

平成 30 年 4 月発行

発行/金沢市

編集/公益財団法人 金沢総合健康センター (金沢市在宅医療・介護連携支援センター)

〒920-0912 金沢市大手町 3 番 23 号
TEL 222-0172 FAX 222-0182
E-mail e-gai-net@kanazawa-kenko-plaza.or.jp