

# わかやま市 退院支援ルールの手引き



令和2年10月（改訂版）

和歌山市

～ はじめに ～

高齢者の多くは、たとえ支援や介護が必要となっても、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けたいと望んでいます。そのような中、住まい、医療、介護、予防及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）を構築することが重要となります。医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、自宅等の住み慣れた地域で、安心して自分らしい生活を人生の最期まで続けることが実現できる社会を目指し、地域の医療及び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。

そこで、和歌山市内の病院関係者、ケアマネジャー等関係者で検討を重ね、医療（病院）と介護（ケアマネジャー）が連携を図りやすくするため平成 29 年 3 月に「わかやま市退院支援ルールの手引き」を策定しました。

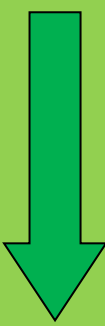
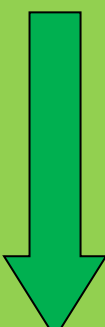

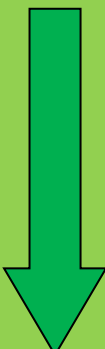

今回の改定により内容をさらに充実したこのマニュアルが、高度急性期病院、急性期病院、回復期病院、慢性期病院などすべての病院において患者・家族を支援するために活用され、在宅療養を推進する一助となることを期待します。

#### 退院支援ルールの手引き

- 資料 1 退院支援に用いる基準
- 資料 2 入院時情報提供書
- 資料 3 退院支援情報提供書
- 資料 4 病院退院支援窓口一覧

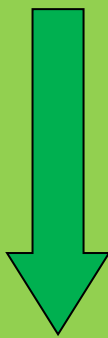

# 退院支援ルールの手引き

## 1 介護保険を利用していた（担当ケアマネジャーがいる）場合


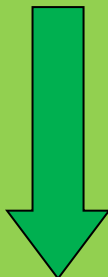
	病 院	ケアマネジャー(ケアマネ)
在宅時 		<p>利用者の入院を早期に気付くため次のことをしておく。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○健康保険証、お薬手帳にケアマネの名刺を付けておく。</li> <li>○介護サービス事業者を利用者の入院に気付いた時はケアマネに連絡することを求めている。</li> <li>○本人や家族に入院すればケアマネに連絡することを依頼しておく。</li> </ul>
入 院 	<p><b>1 入院時連絡</b></p> <p>①聞き取りの際、患者・家族に対して入院したことをケアマネに連絡したかどうか確認。</p> <p>②連絡していない場合は、患者・家族に担当ケアマネに連絡するよう依頼。</p> <p>③患者・家族が担当ケアマネがわからない場合は、患者・家族の同意の上で、介護保険課給付班（435-1190）に確認。</p>	<p><b>2 病院に連絡し、入院時情報提供書を病院が指定する方法で提供</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 検査入院の患者は原則として情報提供や入院連絡の対象としないが、必要に応じて病院担当者とケアマネで相談して決める。</li> <li>* ケアマネは、要支援・要介護・事業対象者に関わらず、また入院後何日かに関わらず情報提供する。</li> </ul> <p><b>参照資料</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>資料2 入院時情報提供書</li> <li>資料4 病院退院支援窓口一覧の項目①</li> </ul>
退 院 見込み 	<p><b>4 ケアマネから見込み期間の問い合わせがあった場合、病院は概ねの見込みをケアマネに伝える。</b></p> <p>* 診療計画等を参考にした概ねの見込み期間であり、実際の退院が見込みより早く（遅く）なる可能性があることを踏まえた上での情報共有とする。</p>	<p><b>3 入院期間の見込みを確認したい場合、病院に問い合わせる。</b></p> <p><b>参照資料</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>資料4 病院退院支援窓口一覧の項目②、③</li> </ul>
退 院 支 援 	<p><b>5 退院支援開始の連絡</b></p> <p>①ケアマネに退院支援の開始を電話連絡し、面談（カンファレンス）の実施について相談して決める。</p> <p>②ケアマネに提供する情報を準備しておく。</p> <p>* 退院時カンファレンス等ではわかりやすい用語を用いて説明する。</p> <p><b>参照資料</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>資料1 退院支援に用いる基準</li> <li>資料3 退院支援情報提供書</li> <li>資料4 病院退院支援窓口一覧の項目③、④</li> </ul>	<p>①面談（カンファレンス）時に病院を訪問して必要な情報を聞きとる。</p> <p>* 追加の面談（カンファレンス）については病院担当者と相談して決める。</p> <p><b>参照資料</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>資料4 病院退院支援窓口一覧の項目④</li> </ul>
退院日 決 定 	<p><b>6 退院日を連絡</b></p> <p>主治医の許可した退院日をケアマネに連絡</p> <p><b>参照資料</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>資料4 病院退院支援窓口一覧の項目⑤</li> </ul>	
退院後		病院から求められた場合、ケアプランを提供

# 退院支援ルールの手引き

## 2 自宅以外に退院する場合

	病 院	ケアマネジャー(ケアマネ)
入 院 	<b>1 入院時連絡</b> ①聞き取りの際、患者・家族に対して入院したことをケアマネに連絡したかどうか確認。 ②連絡していない場合は、患者・家族に担当ケアマネに連絡するよう依頼。 ③患者・家族が担当ケアマネがわからない場合は、患者・家族の同意の上で、介護保険課給付班（435-1190）に確認。	<b>2 病院に連絡し、入院時情報提供書を病院が指定する方法で提供</b> ＊検査入院の患者は原則として情報提供や入院連絡の対象としないが、必要に応じて病院担当者とケアマネで相談して決める。 ＊ケアマネは、要支援・要介護に関わらず、また入院後何日かに関わらず情報提供する。 <b>参照資料</b> 資料2 入院時情報提供書 資料4 病院退院支援窓口一覧の項目①
退 院 支 援 	<b>3 退院支援開始の連絡</b> ①転院先の病院もしくは、施設担当者に引継ぎを行う。 ②ケアマネに情報提供等の協力依頼を行う。	①病院から連絡があれば、転院先の病院、施設等に情報提供を行う。
転院・入所の決定	<b>4 転院や施設入所が決定</b> 転院や施設入所する旨をケアマネに連絡する。	

## 3 新たに介護保険を利用する（担当ケアマネジャーがいない）場合

	病 院	ケアマネジャー(ケアマネ)
入 院 	①聞き取りの際、担当ケアマネが決まっていないことを確認。 ②要介護認定を受けているかどうかわからない場合は、患者・家族の同意の上で介護保険課給付班（435-1190）に確認。	
退 院 見 込 み 	<b>1 退院支援の必要性の検討</b> ①退院支援に用いる基準の基準2を用いて退院支援の必要性を検討。 ②必要と判断された場合、家族等に患者の居住地の地域包括支援センターに介護保険申請等の相談に行くよう勧める。 ③担当ケアマネが決まれば、患者の退院の見込みを連絡。 <b>参照資料</b> 資料4病院退院支援窓口一覧の項目⑥、⑦、⑧	④患者情報の収集と在宅への退院に向けた支援開始。
退 院 支 援	以降の流れは、介護保険を利用していた（担当ケアマネジャーがいる）場合と同じ	
退院日決定		
退院後		

## 基準1 入院前に担当ケアマネジャーがいる場合

下記の判断ができれば、担当ケアマネジャーに退院支援の開始を連絡してください。

### 在宅への退院が可能と判断する基準（看護師等による判断）

- 1 病状がある程度安定した状態である場合
- 2 在宅での生活が可能そうである場合

※判断する前に医師から退院指示が出た場合は、すみやかにケアマネジャーに連絡してください。

## 基準2 入院前に担当ケアマネジャーがいない場合

（介護保険の認定を受けていない、またはケアマネジャーが決まっていない患者）

下記のいずれかにあてはまれば、患者の居住地の地域包括支援センターに介護保険申請等の相談に行くことを勧めてください。

### 退院支援が必要な患者の基準

- 1 立ち上がりや歩行に介助が必要
- 2 食事に介助が必要
- 3 排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中
- 4 日常生活に支障をきたすような症状がある認知症がある
- 5 在宅では独居に近い状況で、調理やそうじなど身の回りのことに介助が必要
- 6 ADLは自立でもがん末期である
- 7 新たに医療処置が追加された（膀胱バルーンカテーテル留置、経管栄養、吸引など）

※40歳～64歳(第2号被保険者)の場合は、下記の疾病（確定診断）が介護保険申請の条件となります。

- |                                    |                              |
|------------------------------------|------------------------------|
| ① がん末期                             | ⑨ 脊柱管狭窄症                     |
| ② 関節リウマチ                           | ⑩ 早老症                        |
| ③ 筋萎縮性側索硬化症                        | ⑪ 多系統萎縮症                     |
| ④ 後縦靭帯骨化症                          | ⑫ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症   |
| ⑤ 骨折を伴う骨粗しょう症                      | ⑬ 脳血管疾患                      |
| ⑥ 初老期における認知症                       | ⑭ 閉塞性動脈硬化症                   |
| ⑦ 進行性核上性麻痺、<br>大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 | ⑮ 慢性閉塞性肺疾患                   |
| ⑧ 脊髄小脳変性症                          | ⑯ 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 |









# 退院支援情報提供書 (和歌山市)

資料 3

記載日 令和 年 月 日

1 面談日: 令和 年 月 日 (面談者: 職氏名)

) 記載者:

2 面談日: 令和 年 月 日 (面談者: 職氏名)

) 記載者:

(改訂版)

ふりがな		入院年月日	年 月 日
氏名	様 男・女	退院年月日	年 月 日
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 ( 歳)	要介護度等	要介護( )・要支援( )・事業対象者・申請中
住所		認定期間等	
医療機関情報	医療機関名:	主治医:	看護師:
日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	認知症 自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
入院原因疾患		既往歴	
入院期間			
手術			
入院中の経過		病状等の説明に対する反応・受け止め告知(有・無)	本人 家族
特別な医療 (退院後も必要な医療行為等)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマ(尿路・消化管) <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引( 回/日) <input type="checkbox"/> 酸素療法( %/h) <input type="checkbox"/> 家族への指導 <input type="checkbox"/> その他( )	リハビリ等	リハビリ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 運動制限( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 関節可動域練習 <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> ADL 練習: 歩行・入浴・トイレ動作・移乗・( ) <input type="checkbox"/> IADL 練習: 買い物・調理・掃除・( ) <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> その他( )
排泄	自立・見守り・一部介助・全介助	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> ストーマ	最終排便日: /
移動	自立・見守り・一部介助・全介助	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
食事	自立・見守り・一部介助・全介助	摂取( <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養) 嚥下障害( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 義歯( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 形態( <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト) 食事制限( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: ) 栄養指導( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) その他( )	
入浴等	自立・見守り・一部介助・全介助	<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 未実施	最終入浴日: /
更衣	自立・見守り・一部介助・全介助	整容	自立・見守り・一部介助・全介助 <input type="checkbox"/> 口腔清潔 自立・見守り・一部介助・全介助
睡眠	良好・不良 眠剤( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)		
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 眼鏡( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 補聴器( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		意思疎通 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難
認知機能上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 治療への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他( ) )		
退院後の医療機関			
薬剤情報	退院時処方 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 服薬指導 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 投薬の管理情報 ( <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理) 特記事項 { }		
キーパーソン	氏名:	様 続柄:	電話:
《その他特記事項・療養上の留意点、退院後に必要と思われるサービスなど》			



病院退院支援窓口一覧

令和2年9月現在

資料 4

	介護保険を利用していた(ケアマネジャーが付いている)場合					新たに介護保険を利用する場合			
	①ケアマネジャーからの入院時情報はどこに？		②退院何日前くらいに退院調整を開始できますか？	③誰がケアマネジャーに電話をしますか？	④ケアマネジャーとの面談の主体はどこですか？	⑤誰がケアマネジャーに退院日を連絡しますか？	⑥誰が介護保険を説明しますか？	⑦誰がケアマネジャー契約の支援をしますか？	⑧誰が契約後のケアマネジャーと連絡をとりましますか？
	(電話をしてから)手渡しの場合	FAXの場合							
稲田病院	当該病棟 472-1135	当該病棟 474-1261	1週間～10日前	病棟看護師(担当看護師)	当該病棟	病棟看護師	病棟師長	病棟師長	病棟看護師(担当看護師)
今村病院	地域連携室 425-3271	地域連携室 425-3435	2週間前	地域連携室	地域連携室	地域連携室	関連会社の居宅介護支援事業所	関連会社の居宅介護支援事業所	地域連携室
宇都宮病院	地域連携室・相談室 471-3148	地域連携室・相談室 471-6399	何日前でも可能	地域連携室・相談室	地域連携室・相談室	地域連携室・相談室	地域連携室・相談室	地域連携室・相談室	地域連携室・相談室
上山病院	地域連携室 446-1200	地域連携室 445-0115	入院当日からでも可能	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
河西田村病院	地域連携室 455-1015	地域連携室 453-2359	調整できればいつでも可能	地域連携室	地域連携室 病状は病棟	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室
向陽病院	病院受付 474-2000	病院受付 474-1880	病態による	病棟看護師	病棟看護師	病棟看護師	地域連携室	地域連携室	病棟看護師
琴の浦リハビリテーションセンター 附属病院	地域連携室 444-3141(代)、 444-9792(直通)	地域連携室 444-1122(直通)	ケースに応じ随時対応	患者家族または地域連携室	病棟または地域連携室	患者家族または地域連携室	病棟または地域連携室	地域連携室	地域連携室
児玉病院	地域連携室 436-0111(直通)	地域連携室 436-6561(直通)	入院当日からでも可能	地域連携室または病棟看護師	地域連携室	地域連携室または病棟看護師	地域連携室または当院居宅のケアマネ	地域連携室	担当部署(病棟・透析室・医事課など)または地域連携室
古梅記念病院	地域連携室 431-0351	地域連携室 431-8715	1～2週間前	家族または地域連携室	地域連携室	地域連携室または家族	地域連携室	地域連携室	地域連携室または家族
済生会 和歌山病院	地域医療連携室 424-5186	地域医療連携室 424-5187	2日～1週間前	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
嶋病院	地域連携室 431-1339(直通)	地域連携室 431-3911(直通)	入院当日からでも可能	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室または当院居宅のケアマネ	地域連携室	地域連携室
須佐病院	地域連携室 427-1111	地域連携室 427-1235	2週間～10日前(入院後のカンファレンス後の調整)	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
角谷整形外科病院	地域連携室 488-8432	地域連携室 488-8432	入院当日からでも可能	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
角谷リハビリテーション病院	地域医療連携室 475-1230	地域医療連携室 475-1231	入院当日からでも可能	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
誠佑記念病院	地域連携室 病棟にも声かけを 462-6211	病院 462-6633 不明な時は地域連携室 464-2670	困難事例は入院約7日目からそれ以外は1週間前等退院の目途が立ってから	病棟または地域連携室 ただし一度も情報提供がない場合は連絡しない	病棟または地域連携室	病棟または地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室
瀬藤病院	地域連携室 424-3181(代)	地域連携室 436-4471(代)	1～2週間前	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
高山病院	ナースセンター(3F) 426-2151内線16	病院 426-2653	5～7日前	看護師長	看護師長	看護師長またはリーダー	看護師長	看護師長	看護師長
田村病院	地域医療連携室 477-1268	地域医療連携室 477-3324	応相談	病棟看護師 または地域医療連携室	病棟看護師	病棟看護師 または地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	病棟看護師または地域医療連携室
中江病院	各病棟 451-0222	地域連携室 455-9788	1～2週間前	医療ソーシャルワーカー または病棟看護師	病棟看護師長または医療ソーシャルワーカー	病棟看護師長または医療ソーシャルワーカー	医療ソーシャルワーカー	医療ソーシャルワーカー または病棟看護師	医療ソーシャルワーカー

病院退院支援窓口一覧

令和2年9月現在

資料 4

	介護保険を利用していた(ケアマネジャーが付いている)場合					新たに介護保険を利用する場合			
	①ケアマネジャーからの入院時情報はどこに？		②退院何日前くらいに退院調整を開始できますか？	③誰がケアマネジャーに電話をしますか？	④ケアマネジャーとの面談の主体はどこですか？	⑤誰がケアマネジャーに退院日を連絡しますか？	⑥誰が介護保険を説明しますか？	⑦誰がケアマネジャー契約の支援をしますか？	⑧誰が契約後のケアマネジャーと連絡をとりますか？
	(電話をしてから)手渡しの場合	FAXの場合							
中谷病院	地域医療福祉連携室 471-3111	受付(地域医療福祉連携室宛て) 473-0864	病棟種別により異なる	地域医療福祉連携室 (病棟看護師からの場合もあり)	地域医療福祉連携室	地域医療福祉連携室(病棟看護師からの場合もあり)	地域医療福祉連携室	地域医療福祉連携室	地域医療福祉連携室
西和歌山病院	地域医療連携室 452-1233	地域医療連携室 452-8885	遅くとも2週間前には	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
日本赤十字社和歌山医療センター	患者総合支援センター・病棟 421-8190(直通) 421-8192(直通) 422-4171(代表)	患者総合支援センター 400-7383(直通)	入院時から退院直前まで様々	患者総合支援センターまたは各病棟看護師	患者総合支援センターまたは各病棟看護師	患者総合支援センター	患者総合支援センターまたは各病棟看護師	患者総合支援センター	患者総合支援センター
橋本病院	地域連携室 426-3388(代)	地域連携室 426-3389	2週間前	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
浜病院	病棟看護師または病院受付 436-2141	病院事務局 436-2146	主治医の退院許可がでた時点から	病棟看護師または病院事務局	病棟看護師長	患者家族	病院事務局	病院事務局	患者家族
半羽胃腸病院	地域連携室 436-3933	病院代表 436-5711	入院後7日以内にカンファレンス	病棟看護師長	病棟看護師長	病棟看護師長	病棟看護師長	病棟看護師長	病棟看護師長
福外科病院	病棟ナースステーション 445-3101	地域連携室 445-4660	入院後治療計画書を説明してから	病棟看護師または事務員	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
藤民病院	地域連携部 445-9881	地域連携部 441-6360	ケースに応じ適宜対応	地域連携部	地域連携部または病棟看護師	地域連携部	地域連携部	地域連携部	地域連携部
伏虎リハビリテーション病院	入退院支援室 422-8400	病院 代表番号 422-8411	1か月程度	入退院支援室	入退院支援室	入退院支援室	入退院支援室または当院居宅のケアマネ	入退院支援室	入退院支援室
堀口記念病院	地域連携室 435-0129	地域連携室 435-0130	3週間前	地域連携室 各担当者	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
宮本病院	医療福祉相談室 444-0576	医療福祉相談室 447-0294	数週間～1か月	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
向井病院	医事課窓口 461-1156	医事課窓口 462-2521	2～3週間前	医事課	医事課	医事課	医事課	医事課	医事課
和歌浦中央病院	地域連携室 444-1600	地域連携室 444-1602	ケアマネと都合をつけて対応	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
和歌浦病院	地域連携室 444-0861(代)	地域連携室 446-2655(代)	1週間程度(ケースにもよる)	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
和歌山生協病院	サポートセンター(地域連携室) 473-2088	サポートセンター(地域連携室) 473-2088	退院支援看護師が必要に応じ入院した次の日から	サポートセンターまたは病棟看護師	病棟看護師	病棟看護師	サポートセンターまたは当院居宅のケアマネ	サポートセンターまたは当院居宅のケアマネ	サポートセンターまたは病棟看護師
和歌山県立医科大学附属病院	患者支援センター 441-0778	患者支援センター 441-0862	1週間から数日前	患者家族または病棟看護師または患者支援センター	患者支援センター	患者家族または患者支援センター	患者支援センターまたは病棟看護師	患者支援センター	患者支援センター
和歌山労災病院	窓口は原則利用者、キーパーソン経由でお願いしたい。個人情報取扱了承が必要なため。		入院後7日以内にスクリーニングして支援要否判断。入院経過中に状態変化で介入必要時は病棟から依頼されてから	①出来れば患者家族 ②支援担当となれば患者サポートセンター担当者	①出来れば患者家族 ②支援担当となれば患者サポートセンター担当者	①出来れば患者家族 ②支援担当となれば患者サポートセンター担当者	病棟看護師または患者サポートセンター医療ソーシャルワーカーまたは看護師	支援内容により提案することもあるが契約にはあえて口を出さない。あっせんになるとダメなので	
	予約入院の場合は本人持参で入院時病棟看護師に手渡し 451-3181	緊急入院で急ぐ場合はキーパーソンに同意得てから患者サポートセンターに連絡 451-6226							