

## 仮) 入退院時情報共有・連携の手引き (案)

### 【目次】

背景	・・・・・・・・・・	P.1
入退院時の多職種の動き	・・・・	P.2
多職種連携のエチケット	・・・・	P.3
連絡先一覧	・・・・・・・・	P.4
用語集	・・・・・・・・	P.5

### (検討)

様式集	・・・・・・・・	P.〇
退院前カンファレンスについて	・・・・	P.〇
退院前カンファレンス議題	・・・・	P.〇
サルビー見守りネット活用方法	・・・・	P.〇
利用者・ご家族の方へ	・・・・	P.〇
作業部会名簿・終わりに	・・・・	P.〇



幸せつながる健幸都市

安城

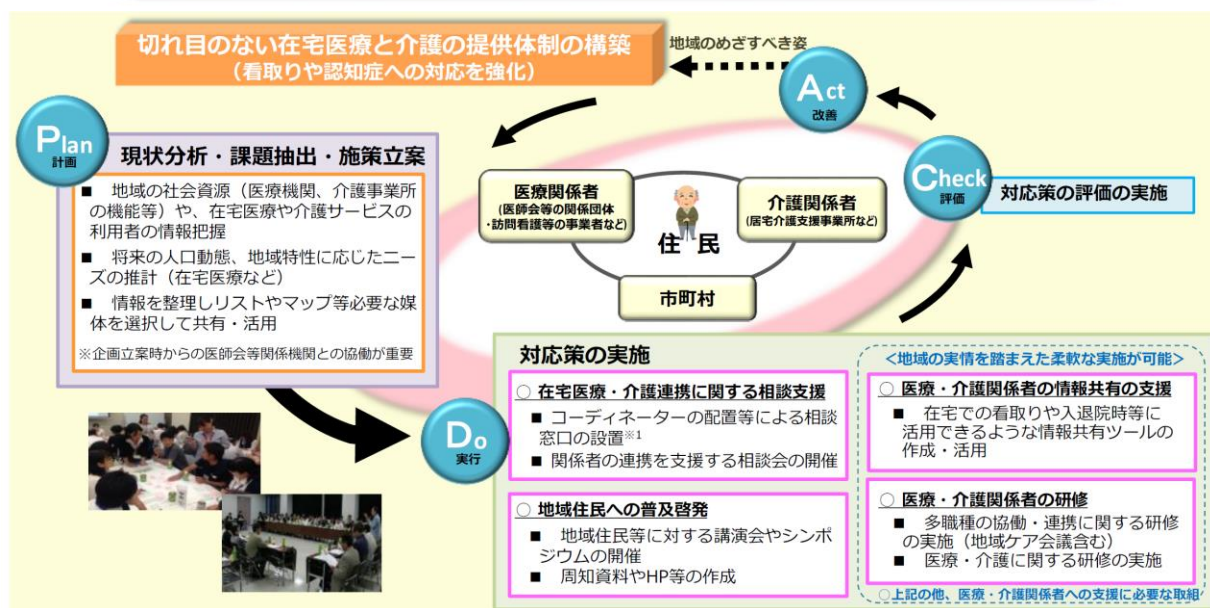
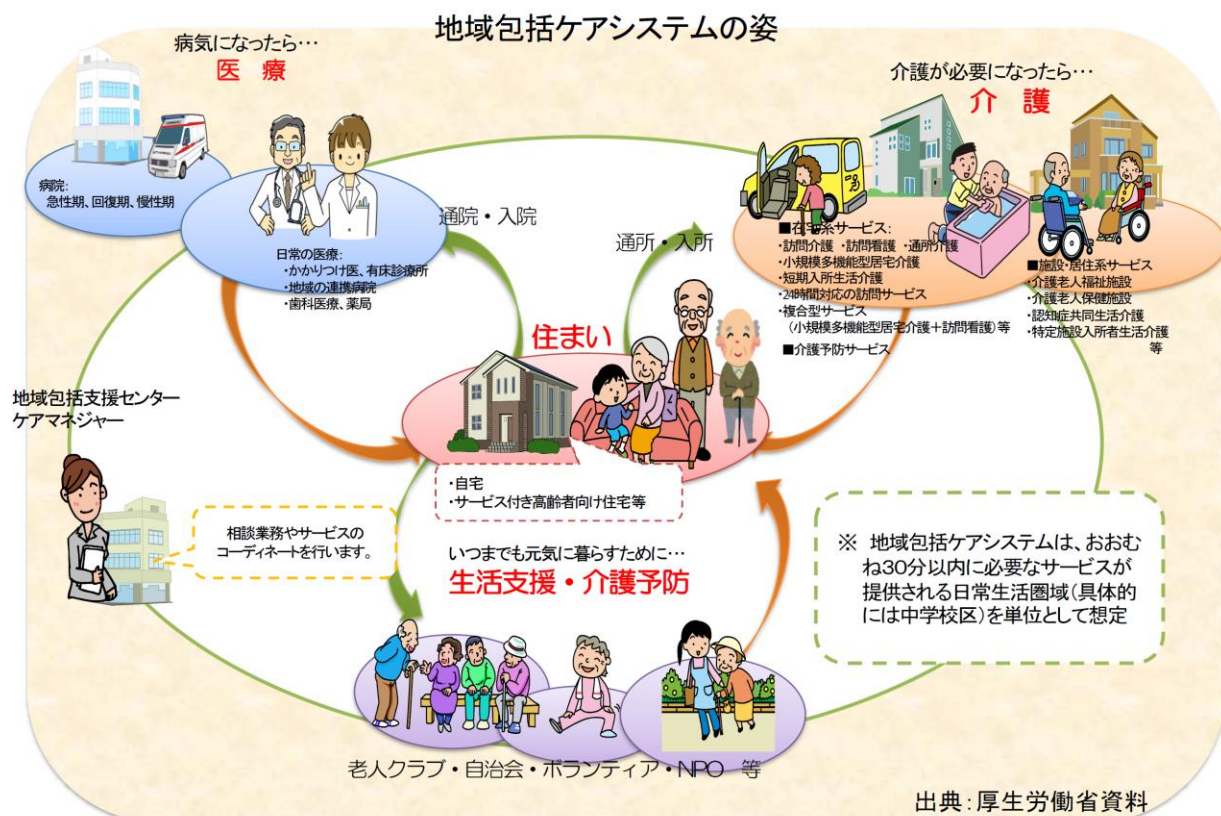
令和5年 〇月

## ●背景

団塊の世代が後期高齢者となる2025年問題を受け、地域の実情に応じた「地域包括ケアシステム」の構築を国は推進しています。超高齢・多死社会の到来に向け、高齢者医療においては医療モデルから生活モデルへの転換が求められ、疾病と共に生きること、本人の価値観に基づいた医療介護提供体制が必要とされています。

切れ目ない在宅医療と介護連携体制を構築するため、安城市では看取り体制の目指す姿を「本人が望む場所で、自分らしく最期まで今を生きる」と掲げ、医療、介護、福祉の専門職が連携を図りながら取り組んでいます。

また、地域の実情に応じ、取り組む内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を更に進められるよう、住民や地域の医療、介護、福祉の関係者と連携を図りながら取り組んでいます。



## ●本手引書について

令和2年度に実施した「安城市における看取り・多職種連携に関するアンケート調査」の結果より「病院側と在宅側で、入退院時の連携について認識の相違がある」という問題点が上がりました。入退院時に多職種が情報を適時・適切に共有し、本人・家族の意思決定支援を継続的に行える環境を整える必要があるため、令和4年度より多職種協働で入退院時の手引書の作成に取り組みました。

本手引書が、入退院に際しての多職種連携について、関係する専門職が活用できれば幸いです。

# 入院前から退院後の多職種の動き

	かかりつけ医	薬局	訪問リハ・通所リハ	訪問看護	地域包括支援センター	ケアマネジャー	病院	本人・家族	施設	役割
<b>入院前</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院リスクの把握</li> <li>在宅サービスの内容確認</li> <li>紹介入院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院前の患者の服薬状況等に情報提供書の作成</li> <li>常時、お薬手帳に副作用など重要な情報の記載漏れがないか確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院リスクの把握（転倒、骨折、誤嚥性肺炎等）</li> <li>主治医・ケアマネへの報告</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>受診時の情報提供（外来に付き添う、メモを渡すなど）</li> <li>入院リスクの把握</li> <li>主治医、ケアマネへの報告</li> <li>必要時緊急搬送の調整</li> <li>薬剤情報の確認（薬局）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院リスクの把握</li> <li>必要時、入院前情報提供の準備</li> <li>連絡窓口の把握</li> <li>入院時各事象所へ連絡</li> <li>困難事例はMSWに連絡</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院リスクの把握</li> <li>入院前情報提供の準備</li> <li>連絡窓口の把握</li> <li>入院時各事象所へ連絡</li> <li>受診付き添い、情報提供、介護タクシー手配</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>受付、患者支援センター、入退院支援センターにFAXが届く（入院時情報提供書等）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>定期通院、治療継続</li> <li>介護サービス・医療サービス利用による在宅生活の継続</li> <li>入院に備えた準備</li> <li>入院時の連絡先の確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアマネに搬送の連絡</li> <li>どのような状況であれば、受け入れが可能かどうか病院に伝える</li> </ul>	<p><b>【かかりつけ医】</b> なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。</p> <p><b>【薬局】</b> お薬手帳と入院前・退院時の患者の服薬状況等に係る情報提供書などを用い服薬状況が確認できるようにする。在宅では、お薬手帳、退院前に患者の服薬状況等に係る情報提供書等からの情報を元にシームレスな服薬指導を行う。新たに医療材料などが必要になった場合は供給を行う。</p> <p><b>【訪問リハビリ・通所リハビリ】</b> 具体的な生活目標を立て、訪問リハビリでは利用者宅にて、通所リハビリでは通所施設にて、生活機能の向上（自宅内での基本的な日常生活動作や家事動作、買い物やバスなどの公共交通機関への乗車などに必要な機能の獲得、疾病の再発予防など）を目指し、支援するサービス。</p> <p><b>【訪問看護】</b> 健康観察、主治医の指示による医療処置と管理、服薬管理、療養上の世話、リハビリテーション、メンタルケア、意思決定支援、家族支援、緊急時対応。</p> <p><b>【地域包括支援センター】</b> 高齢者の生活に関する総合的な相談窓口として各中学校区に設置。ひとり暮らし高齢者等の困りごとや虐待などの困難事例の支援、また地域ケア会議の開催等関係機関や地域と連携・協働し対応する。更に介護予防の啓発と、介護保険の要支援認定を受けた方も担当する。</p> <p><b>【ケアマネジャー】</b> 介護サービスを利用するためのケアプランを作成し、事業所や病院との連携・調整を行う。自宅に訪問し、日頃の様子や困りごとを確認し、生活の改善に向けた提案を行う。</p> <p><b>【病院】</b> ○急性期病院 24時間体制で急患や重症な病状に対する治療・手術等を行う。 安城更生病院（3次救急）・八千代病院（2次救急） ○回復期病院 急性期を経過した患者へ在宅復帰に向け、医療とリハビリテーションを行う。 八千代病院（回復期リハビリ病棟・地域包括ケア病棟）※対象疾患や入院期間が定められている。 ○慢性期病院 病状が安定していても医療が必要で、家庭復帰に不安がある方に看護と介護を提供する。 八千代病院（療養病棟）※療養病棟には医療区分がある。</p>
<b>入院（急性期）</b>										
<b>入院時</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>病院より薬剤管理サマリーが送られてくるので記入して返信</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>病院へ入院期間など状況の確認</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>必要時、薬剤管理サマリーを用いて薬剤情報の照会を行う</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアマネ等へ入院日、入院病棟を連絡</li> <li>病院スタッフに居宅及び包括担当名を伝える</li> </ul>		<p style="text-align: center;">入院診療計画書</p>
<b>入院3日まで</b>	<p style="text-align: center;">診療情報提供書</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>必要時口頭にて連絡</li> <li>入院前ADL</li> <li>入院前のリハビリ状況</li> </ul>	<p style="text-align: center;">訪問看護サマリー（事業所毎の書式）</p> <p>ACPに関する内容を記入望む医療、在宅復帰条件等記入</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>困難事例はMSWに連絡</li> </ul>	<p style="text-align: center;">入院時情報提供書</p>	<p style="text-align: center;">退院支援スクリーニング</p> <p>退院困難要因のスクリーニング</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>緊急入院時は後日連絡</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>サマリー作成、病院へ送付</li> </ul>	<p><b>【地域包括支援センター】</b> 高齢者の生活に関する総合的な相談窓口として各中学校区に設置。ひとり暮らし高齢者等の困りごとや虐待などの困難事例の支援、また地域ケア会議の開催等関係機関や地域と連携・協働し対応する。更に介護予防の啓発と、介護保険の要支援認定を受けた方も担当する。</p> <p><b>【ケアマネジャー】</b> 介護サービスを利用するためのケアプランを作成し、事業所や病院との連携・調整を行う。自宅に訪問し、日頃の様子や困りごとを確認し、生活の改善に向けた提案を行う。</p> <p><b>【病院】</b> ○急性期病院 24時間体制で急患や重症な病状に対する治療・手術等を行う。 安城更生病院（3次救急）・八千代病院（2次救急） ○回復期病院 急性期を経過した患者へ在宅復帰に向け、医療とリハビリテーションを行う。 八千代病院（回復期リハビリ病棟・地域包括ケア病棟）※対象疾患や入院期間が定められている。 ○慢性期病院 病状が安定していても医療が必要で、家庭復帰に不安がある方に看護と介護を提供する。 八千代病院（療養病棟）※療養病棟には医療区分がある。</p>
<b>入院4日目～7日まで</b>					<ul style="list-style-type: none"> <li>病状説明、カンファレンスへの参加</li> </ul>		<p style="text-align: center;">退院支援カンファレンス</p> <p style="text-align: center;">退院支援計画書</p> <p style="text-align: center;">介護支援等連携指導料（1回目）</p> <p style="text-align: center;">総合リハビリ計画書（入院中1回）</p>			<p><b>【病院】</b> ○急性期病院 24時間体制で急患や重症な病状に対する治療・手術等を行う。 安城更生病院（3次救急）・八千代病院（2次救急） ○回復期病院 急性期を経過した患者へ在宅復帰に向け、医療とリハビリテーションを行う。 八千代病院（回復期リハビリ病棟・地域包括ケア病棟）※対象疾患や入院期間が定められている。 ○慢性期病院 病状が安定していても医療が必要で、家庭復帰に不安がある方に看護と介護を提供する。 八千代病院（療養病棟）※療養病棟には医療区分がある。</p>
<b>退院前</b>	<p style="text-align: center;">退院時共同指導料 1</p>			<p style="text-align: center;">介護保険初回申請の場合代行申請</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリスタッフと自宅訪問</li> <li>家屋評価</li> <li>区分変更の代行申請</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス事業所へのカンファレンスの連絡</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアマネ、包括へのカンファレンスの連絡</li> </ul>			<p style="text-align: center;">退院時共同指導料 2</p> <p style="text-align: center;">介護支援等連携指導料（2回目）</p> <p>※どちらかひとつ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>どのようなケアが必要か確認し退院に備える</li> </ul>
<b>退院前カンファレンス</b>										
			院内訪問・情報共有・退院後のサービス調整							
<b>退院時</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書</li> <li>注意事項などの依頼あり</li> </ul>					<p style="text-align: center;">退院時情報シート</p>	<p style="text-align: center;">診療情報提供書</p> <p style="text-align: center;">薬剤情報提供書（必要時）</p> <p style="text-align: center;">退院サマリー（看護・リハ・ケアマネ等）</p> <p style="text-align: center;">訪問看護指示書</p> <p style="text-align: center;">退院前訪問指導料（看護、リハ）</p> <p style="text-align: center;">福祉用具要否意見書</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>管理栄養士、看護師よりサマリーをもらい計画作成する</li> </ul> <p><b>【特別養護老人ホーム（特養）】</b> 常時介護が必要で、在宅での介護が困難な方が長期的に生活でき終身利用できる施設。要介護3～5の認定を受けた方を対象とし、健康管理や生活援助・身体介助などを提供。医療対応が可能な部分もあるので、各施設へ確認が必要。</p> <p><b>【介護老人保健施設（老健）】</b> リハビリに重点を置いて、入所・短期入所・通所などのサービスを提供する施設。リハビリ・介護・看護を必要とする、要介護認定を受けた方を対象とする。医師による管理の下、生活機能の維持向上をサポートし在宅復帰を支援する。</p> <p><b>【グループホーム】</b> 認知症の方が支援を受けながら9人以下の共同生活をする施設。自宅での生活に近いアットホームな環境が用意されている。医療対応が必要な方の受け入れは困難な事が多いが、施設や本人の症状によって対応の可否が変わるため施設に相談が必要。</p> <p><b>【小規模多機能施設（小多機、看多機）】</b> 利用者の方が、住みながら地域で在宅での生活を続けられるよう支援するのが目的の施設。デイサービスやショートステイ・訪問介護といった複数のサービスを組み合わせて生活をサポートする。医療対応は基本的に在宅で可能な範囲。担当のケアマネジャーが在籍しているので確認を。</p>
<b>退院</b>										
<b>自宅訪問・サービス担当者会議</b>										
<b>退院後</b>	<p style="text-align: center;">診療情報提供書</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>指示（薬局・訪問看護）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書の内容を参考に服薬指導</li> <li>病院薬局へフィードバック ※特に心不全など経過観察が重要な疾患においては、来局時毎に状況を報告する。</li> </ul>	<p style="text-align: center;">リハマネ加算</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院当日の訪問（医療・介護）</li> <li>医療保険</li> <li>退院支援指導加算</li> <li>退院時共同指導加算</li> </ul>		<p style="text-align: center;">ケアプラン・予防プラン（必要時事業所で共有）</p>		<p style="text-align: center;">退院後訪問指導料（看護）</p>		<p><b>【本人・家族】</b> 疾病予防、生活管理。フレイル予防。生活や医療の意向を専門職に伝える。</p>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>他科の主治医、ケアマネ、地域包括支援センターへ連絡</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問リハビリ計画書、報告書</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問看護計画書、報告書</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>困難事例等医療機関へフィードバック</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院のMSW・退院調整看護師へ在宅の様子をフィードバック</li> <li>困ったことをMSW・退院調整看護師へ報告</li> </ul>				

## 多職種連携のエチケット

# 連絡先一覧（案）

## 「安城市内病院、有床診療所を掲載」

病院名・住所	入院時連絡窓口		退院時連絡窓口		在宅療養者連絡窓口	
	担当部署 (担当者)	医療福祉相談室 (ソーシャルワーカー)	担当部署	医療福祉相談室 (ソーシャルワーカー)	担当部署	医療福祉相談室 (ソーシャルワーカー)
安城更生病院 〒446-8602 安城市安城町 東広畔28	電話	0566-75-2111 (代表)	電話	0566-75-2111 (代表)	電話	0566-75-2111 (代表)
	FAX	0566-75-2523	FAX	0566-75-2523	FAX	0566-75-2523
	連絡可能 時間・曜日	月～金 8:30～17:00	連絡可能 時間・曜日	月～金 8:30～17:00	連絡可能 時間・曜日	月～金 8:30～17:00
	備考	担当者は入院後に決まることが多いので、まずは相談室にご連絡ください。				
	担当部署	医療福祉相談室	担当部署	医療福祉相談室	担当部署	医療福祉相談室
矢作川病院 〒444-1164 安城市藤井町 南山141	電話	0566-99-3171 (代表)	電話	0566-99-3171 (代表)	電話	0566-99-3171 (代表)
	FAX	0566-99-5287	FAX	0566-99-5287	FAX	0566-99-5287
	連絡可能 時間・曜日	月～土 (祝日除く) 9:00～17:00	連絡可能 時間・曜日	月～土 (祝日除く) 9:00～17:00	連絡可能 時間・曜日	月～土 (祝日除く) 9:00～17:00
	担当部署	医療相談室	担当部署	医療相談室	担当部署	医療相談室
八千代病院 〒446-0072 安城市住吉町 2-2-7	電話	0566-33-9064	電話	0566-33-9064	電話	0566-33-9064
	FAX	0120-811-814	FAX	0120-811-814	FAX	0120-811-814
	連絡可能 時間・曜日	月～金 8:25～17:00 第2,4,5土 8:25～13:00	連絡可能 時間・曜日	月～金 8:25～17:00 第2,4,5土 8:25～13:00	連絡可能 時間・曜日	月～金 8:25～17:00 第2,4,5土 8:25～13:00
	担当部署	患者支援 センター	担当部署	患者支援 センター	担当部署	患者支援 センター
松井整形外科 〒446-0021 安城市法蓮町 8-11	電話	0566-75-1177	電話	0566-75-1177	電話	0566-75-1177
	FAX	0566-55-5503	FAX	0566-55-5503	FAX	0566-55-5503
	連絡可能 時間・曜日	月～金 9:00～17:00	連絡可能 時間・曜日	月～金 9:00～17:00	連絡可能 時間・曜日	月～金 9:00～17:00
	担当部署	看護師長	担当部署	看護師長	担当部署	看護師長

用語の説明  
(検討)

## 様式集

### 1. 入院時に必要な書類

- 入院時情報シート（1枚）
- 訪問看護サマリー（1枚）
- 薬剤情報提供書（1枚）

### 2. 退院時に必要な書類

- 退院時情報シート（1枚）
- 診療情報提供書（1枚）
- 薬剤情報提供書（1枚）
- 看護サマリー（1枚）
- リハサマリー（1枚）
- 服薬管理シート（1枚）

### 3. 病院との連携に必要な書類

- ・ 医療介護連絡票
- ・ 連絡票（ケアマネ⇔医師・歯科医師・薬剤師）
- ・ 連絡票（医療系サービスについて）
- ・ 軽度者に係る福祉用具貸与費の例外給付について（主治医照会表）

ポイントを欄外に記載し1枚にまとめる  
（13枚？）

# 退院前カンファレンスについて

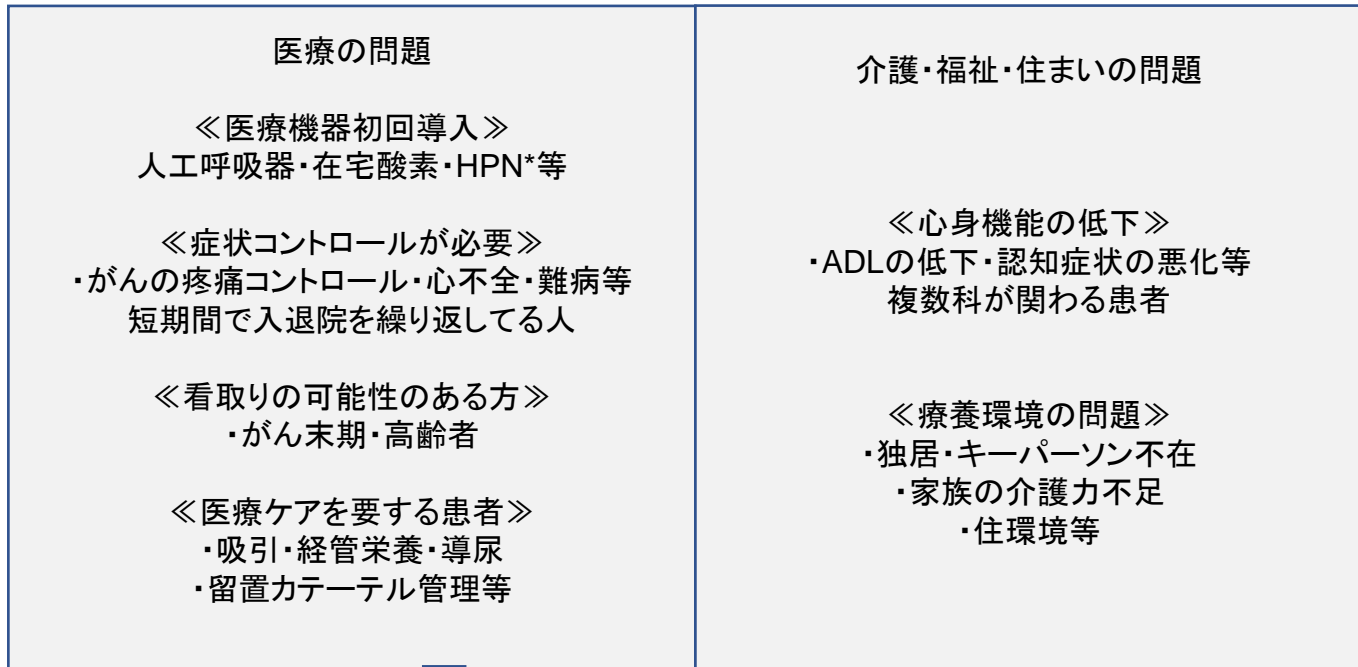
## 退院前カンファレンスの目的

退院後に安心・安全な療養生活が送れるよう、退院前に病院・在宅の関係職種が集まり、利用者の状況等を共有し退院後の医療・ケアに生かすための会議

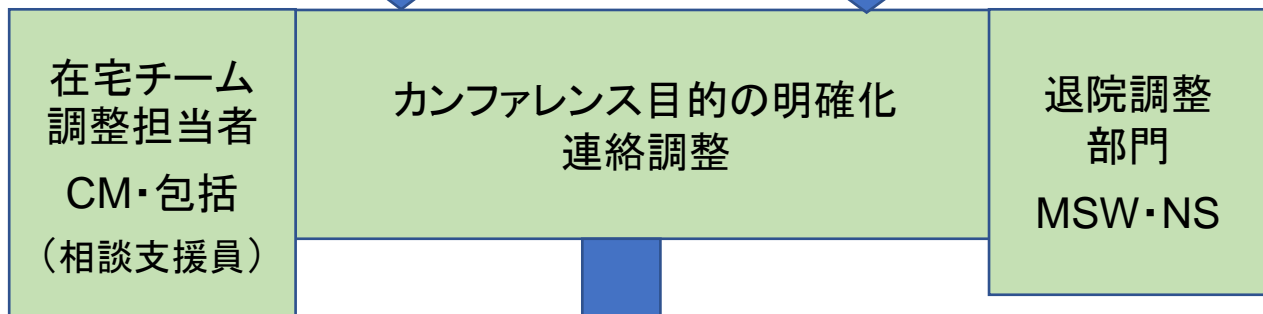
## 開催基準

医療・介護・福祉上の各種問題がある人を対象とする

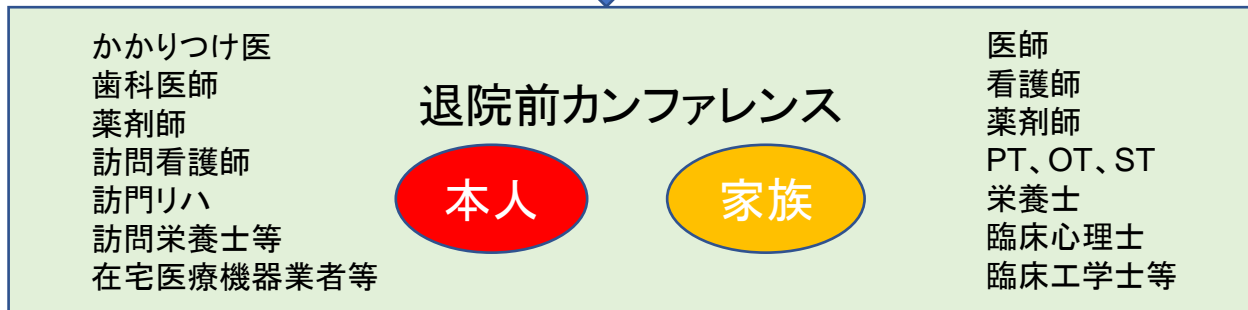
(下記に該当していても、入院前と状態や状況に変化がなければ、必ず退院前カンファレンスを開催するということではない)



\*HPN: Home Parenteral Nutrition (在宅中心静脈栄養法)の略



**\* 患者の状態に応じて必要な職種に参加要請**



退院前カンファレンスに参加するにあたって

- ①開催場所・時間の確認
  - ②所要時間を決めておく
  - ③参加メンバーへの連絡(病院・ケアマネジャーどちらが行うか調整する)
  - ④カンファレンスの議題を整理しておく
  - ⑤ケアプランの案や住宅の見取り図・写真等必要に応じて用意する
- \* 病院によっては、病棟に上がる前に手続きが必要な場合がある。(要確認)



## 退院前カンファレンス議題

退院前カンファレンスで話し合う内容が項目として挙げられるよう参考項目を掲載した。限られた時間の中で漏れなく、必要な内容が議論できるよう活用いただきたい。  
退院し、在宅で生活する際に本人・家族にとって必要な情報を提供し、在宅での環境を整えることで、本人・家族が安心して自宅で生活するための準備を共有することが重要である。  
カンファレンスに参加するメンバーがメモとして使用しても差し支えない。  
退院時共同指導料・介護支援等連携指導料等算定時、各病院の書式で患者に文書を提出する場合もある

- ○○様退院前カンファレンス

### 議題

1. 参加者自己紹介
2. 現在までの経過と治療・服薬状況について
3. 入院中のADLやリハビリの状況について
4. 入院中のケアや医療処置について
5. 病院スタッフへの質疑
6. 退院後のケアプランについて
7. 退院日の決定
8. 終了

\* 所要時間：○○分以内を目指す

# サルビー見守りネットの活用

- ・在宅医療・介護の現場においては、サービス事業所間の、タイムリーな情報共有が困難。
- ・サルビー見守りネットでは、セキュリティの確保された安心・安全なシステム環境のもと、在宅療養者に関わる多職種の支援チームが、記事投稿や画像添付等の情報共有を図り、迅速な対応や質の高いサービスを提供することが可能。

## ★★サルビー見守りネットによる情報共有例★★

### ケース1

#### － ヘルパーが「床ずれ」を発見 －

ヘルパーが褥瘡の写真を撮り、画像を投稿

支援チーム内で、床ずれの状態を画像により共有

医師の指示により、訪問看護師が対応

### ケース2

#### － ケアマネジャーが「薬の飲み残し」を発見 －

ケアマネジャーが薬の飲み残し状況を、記事に投稿

支援チーム内で、飲み残し・服薬状況を共有

医師の指示により、薬剤師が対応

## サルビー見守りネット ☆患者機能画面☆

情報も掲載。

サルビー見守りネットの概要や関連情報は、サルビー見守りネットポータルサイトを参照。

URL <https://ptl.iiij-renrakucho.jp/anjo/>

## 利用者・ご家族の方へ

利用者の方に、切れ目ないケアサービスを提供し、安心した療養生活を送っていただくために、以下の点についてお願い致します。

### ①もしも利用者が入院された場合

- 1) 病院へは「保険証・お薬手帳・介護保険証」をご持参ください。また現在、飲んでいるお薬がありましたら、ご持参ください。
- 2) 急な入院の場合、出来るだけ早く担当ケアマネジャー（または担当の地域包括支援センター）にご連絡ください。
- 3) 病院へは「担当ケアマネジャー（または担当の地域包括支援センター）」がいらっしゃることをお知らせください。また名刺など連絡先が記載されたものがあれば、ご持参ください。

### ②病院から何か説明があった場合

利用者が退院後、すみやかに自宅での療養生活が始められるよう準備を進めるために、「今、どんな状況か」を早めに知りたいので、病院からの説明内容は担当ケアマネジャー（または担当の地域包括支援センター）にも教えてください。（特に病状や退院の目処）

### ③家に帰る準備をするために病院にお願いしてほしいこと

退院の目処がたちましたら、担当ケアマネジャー（または担当の地域包括支援センター）を病院へ呼ぶよう、ご家族からも病院にお願いしてください。

## 個人情報の使用について

### <使用する目的>

介護サービス（または介護予防サービス）等の調整のために、医療機関や入所施設等から必要な医療情報を取得及び提供する。

### <個人情報を提供する、または受ける事業所等>

- 1) 病院、診療所、救急隊
- 2) 居宅介護支援事業所、地域包括支援センター
- 3) 介護サービス（または介護予防サービス）  
支援計画表に掲載されているサービス事業所、施設等
- 4) 援助を行う業者、支援者、公的機関等

### <利用条件>

- 1) 個人情報の利用は必要最小限の範囲とする
- 2) 個人情報を使用した会議、提供先等を記録する

# 入退院時情報共有・連携ルール作業部会名簿

	所属	氏名	職種
会長	愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院	前田 美都里	社会福祉士
副会長	社会福祉法人愛生館在宅介護センター ケアプランセンターひまわり・安城	渡邊 祐己	主任介護支援専門員
	あおい薬局	服部 宏明	薬剤師
	愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院	永井 知直実	保健師
	社会医療法人財団新和会 八千代病院	牧野 希	社会福祉士
	社会医療法人財団新和会 八千代病院	坂田 徳一	看護師
	社会医療法人財団新和会 八千代病院	小笠原 巧	理学療法士
	医療法人安祥会 松井整形外科	松波 恵美子	看護師
	日だまり訪問看護ステーション	山田 万理	看護師
	医療法人仁泉会 池浦ケアプラン	中根 まゆみ	主任介護支援専門員
	安城市地域包括支援センター更生	青木 秀二	社会福祉士
	地域密着型特別養護老人ホーム こころくばり	杉浦 光亮	生活相談員
オブ ザーバー	鳥居医院	鳥居 正芳	医師
	愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院	小口 武	医師
事務局	安城市高齢福祉課		
	安城市在宅医療サポートセンター		

\* 順不同、敬称略

終わりに(鳥居先生にコメントもらう)

あああ

# 裏表紙

## 仮) 入退院時情報共有・連携の手引き

---

令和5年〇月

**制作** 入退院時情報共有・連携ルール作業部会  
安城市高齢福祉課  
安城市在宅医療サポートセンター

**協力機関** 安城市地域ケア推進会議

安城市地域ケア推進会議を構成する部会

病院部会 医師会部会 歯科医師会部会 薬剤師部会

訪問看護ネットワーク部会 リハビリネット部会

ケアマネット部会 デイネット部会 施設部会

ヘルパーネット部会 グループホーム部会

小規模多機能部会 住まい部会 地域支援部会

保健福祉部会

**安城更生病院**

**八千代病院**



安城市は持続可能な開発目標(SDGs)を支援しています。