

山陽小野田市版

入退院時の 多職種連携ルール



医療と介護の切れ目のない連携をめざして

山陽小野田市在宅医療・介護連携推進協議会連携システム部会

2018/10/01 作成

1 入退院時の多職種連携ルールの作成にあたって

医療と介護の両方が必要になっても安心して在宅生活が継続できる山陽小野田市を目指して、平成28年度から「在宅医療・介護連携推進協議会」を立ち上げ、協議を行ってきました。協議会の中では「研修広報部会」「連携システム部会」の2つの作業部会を設け、具体的な取り組みを行ってきました。

連携システム部会では、在宅で医療と介護の両方を必要とする人の「入退院時の多職種連携ルール」の検討をしてきました。この「入退院時の多職種連携ルール」とは、在宅で生活している中で医療機関に入院し、退院されるときに切れ目なく介護サービスを受けられるようにするため、医療機関と多職種が連携し、入院時から情報を共有し退院に向けた連絡・調整を行うための仕組みです。

2 入退院時の多職種連携ルールとは

連携システム部会では、

- ①入院する前の日ごろから市民や多職種（主にケアマネジャー）がこころがけておくこと
- ②入退院時の医療機関と多職種（主にケアマネジャー）の連絡調整
- ③患者の情報共有支援について各職種でできること

の3つに分けて作成しました。医療と介護に関するさまざまな職種が市民の在宅生活を支えるためにお互いに連携していきたいと思い、手作りで作成したものです。

3 入退院時の多職種連携ルールの参加機関

- ① 山陽小野田市内の医療機関
- ② 山陽小野田市内の薬局
- ③ 山陽小野田市内の居宅介護支援事業所
- ④ 山陽小野田市内の介護事業所
- ⑤ 山陽小野田市地域包括支援センター



4 入退院時の多職種連携ルールの対象者

- ①入院時に担当ケアマネジャーが決まっている方
(入院前に介護サービスを利用していた方)
⇒要介護・要支援に関わらずすべて対象
- ②入院前に担当ケアマネジャーが決まっていない方
(退院後、新たに介護保険サービスを利用する方)
⇒「退院調整が必要となる患者の基準」(各病院基準等)
により、病院で退院調整が必要と判断された方



5 想定する基本的なケース

山陽小野田市内に在住の入退院時の多職種連携ルールの対象者が、山陽小野田市内の医療機関に入院し、退院後、在宅に戻るケースを想定しています。

これ以外のケースについても、適宜、ルールを活用しても差し支えありません。

6 入退院時の多職種連携ルールの位置づけ

入退院時の多職種連携ルールは、医療機関とケアマネジャーの連携をとりやすくするための標準を定めた「ルール」であり、強制的な効力をもつものではありません。

ルールに定めた日数などは、「目安」として考えていただき、個別の事情に応じた対応が必要な場合は、関係者間で適宜調整して下さい。

7 入退院時の多職種連携ルールの見直し

ルール自体の見直しは、「連携システム部会」で定期的に行いますが、各病院・事業所でルールを円滑に実践するために補足事項等を追加することは可能です。

(1) 平時の備え～日頃から心掛けておくこと

「入退院の多職種連携ルール」を考えると、入院する前の日ごろから準備すべきことを「平時の備え」として書き出してみました。また、多職種が連携する際のツールとして、お薬手帳を活用したいと考えています。

平時の備え

※お薬手帳の活用

- お薬手帳にて薬の内容、処方した医師名、薬局名、処方した日にちなど把握する
- 本人、家族、多職種が共有したい情報について、気付いた人が、記入、貼りつける。(栄養状態・体格など)



本人・家族の心がけ

- 入院したら、ケアマネジャーへ連絡すること
- お薬手帳へ緊急連絡先や既往歴、アレルギーなどの健康情報を記入しておく
- お薬手帳を受診時に持参する
- 入院セットの準備をしておく



ケアマネジャー

の役割

- 契約時に介護保険証に居宅事業所の名前を書き込む、名刺を挟む
- ★お薬手帳に事業所、ケアマネジャーの名前を書く
- ★月1回はお薬手帳を確認する
- ケアマネジャーはフェイスシートの更新をして渡せるようにしておく



サービス事業所

の役割

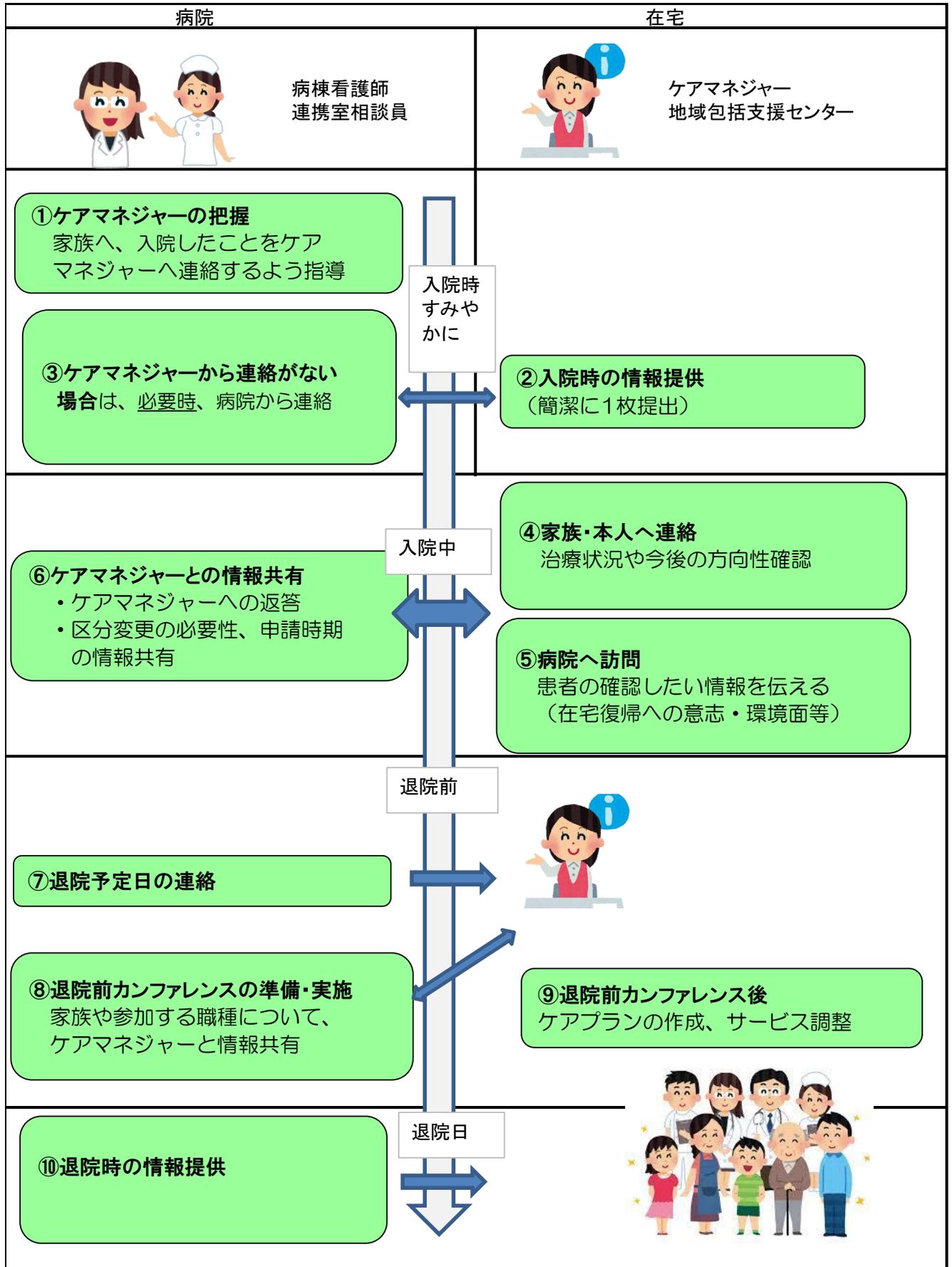
- 入院したことを聞いた時はケアマネジャーへ連絡する



※お薬手帳は、本人、家族、支援者が意識して確認、記入をしましょう。
各職種で把握したい情報、多職種へ伝えたい情報について、記入したり、データの貼り付けをしましょう。
お薬手帳がいっぱいになったときは、薬局で更新しましょう。

(2) 入退院時の多職種連携ルール

《入院前にケアマネジャーが決まっている場合》



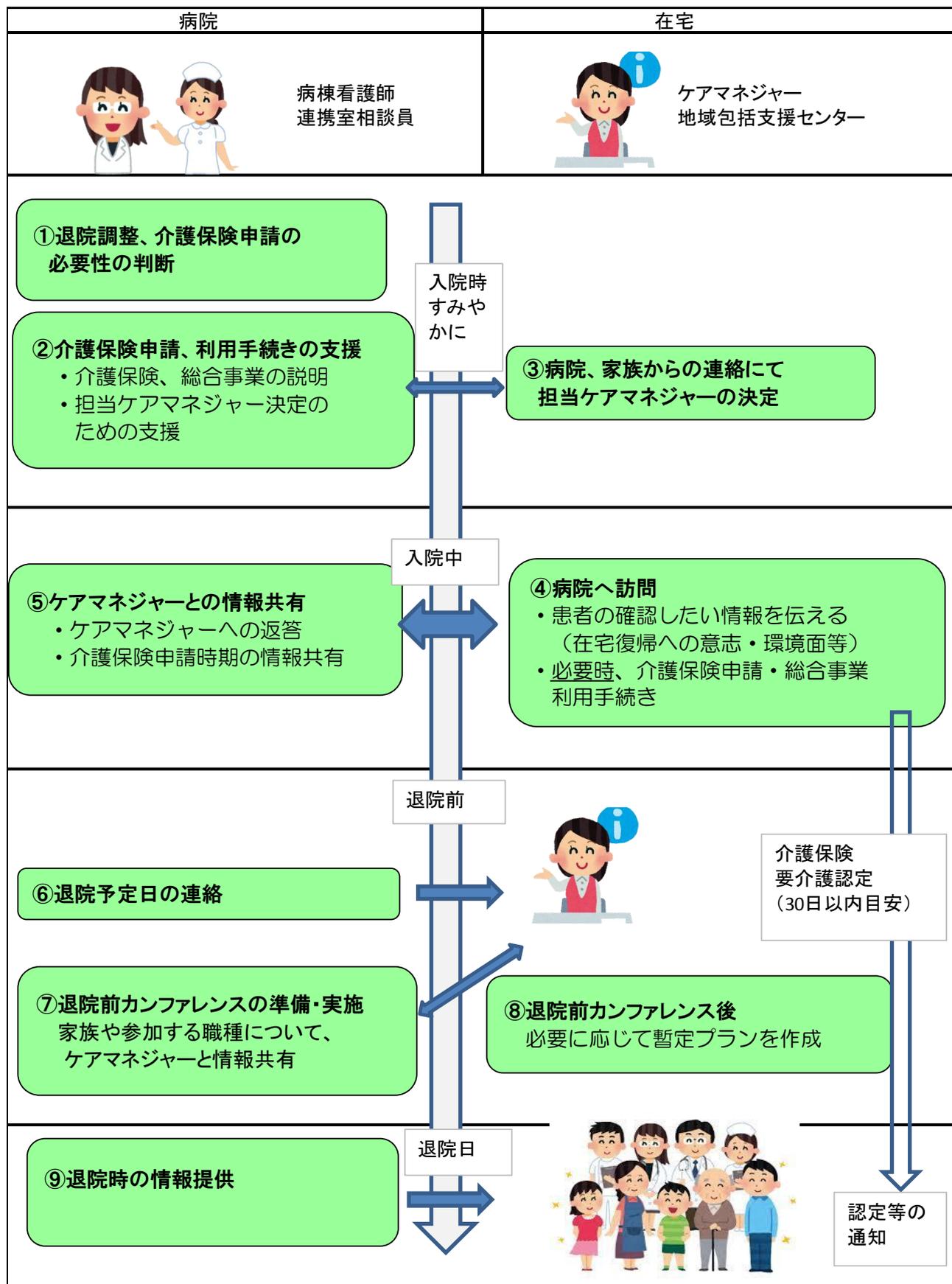
退院支援の流れ、進め方



いつ	誰が	誰に	実施すること	チェック	連携ポイント	
入院時	入院時 すみやかに ①～③	病棟看護師 連携室相談員	本人・家族	<ul style="list-style-type: none"> ■お薬手帳の確認 ■担当ケアマネジャーの把握 ■必要時※ケアマネジャーへの入院連絡 	<input type="checkbox"/>	※独居や家族の理解が難しいと判断した場合は早めに連絡しましょう
		ケアマネジャー	病棟看護師 連携室相談員	■自宅等での様子の情報提供	<input type="checkbox"/>	・情報提供書は簡潔に1枚提出
		訪問看護師 (訪問看護利用時)		■入院時連絡票を提出	<input type="checkbox"/>	
入院中	入院中 ④～⑥	ケアマネジャー	本人・家族	■治療状況、今後の方向性を確認	<input type="checkbox"/>	
			病棟看護師 連携室相談員	■病院へ訪問し、在宅復帰への意思、環境面等、退院支援に向けて確認したい情報を伝えておく。	<input type="checkbox"/>	
		病棟看護師	本人・家族	<ul style="list-style-type: none"> ■患者の意向にそって、家族の介護負担や不安も軽減する視点での支援 ■医療処置の手技や介護方法等の指導 	<input type="checkbox"/>	
		病棟看護師 連携室相談員	ケアマネジャー	■(必要に応じて)経過や見通しについて情報提供、区分変更申請時期の情報共有	<input type="checkbox"/>	・区分変更申請は、状態が安定した時点で行いましょう
退院前	退院 ⑦～⑨	病棟看護師 連携室相談員	ケアマネジャー	■退院日予定の連絡	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・カンファレンスに参加する職種についてリスクの予後予測を行い、ケアマネジャーと相談して判断する ・家族が参加できるように調整
		リハ職※ (※PT・OT・ST)	本人・家族	<ul style="list-style-type: none"> ■退院前訪問(必要に応じて) ■自立支援のための介助指導 	<input type="checkbox"/>	
		病棟看護師 連携室相談員	本人・家族 ケアマネジャー 病院スタッフ	<ul style="list-style-type: none"> ■退院前カンファレンス日程調整・準備 ■退院時指導 	<input type="checkbox"/>	
		ケアマネジャー	在宅生活を支えるスタッフ	■退院前カンファレンス日程調整	<input type="checkbox"/>	
		病棟看護師 連携室相談員	本人・家族 ケアマネジャー 病院スタッフ	<ul style="list-style-type: none"> ■退院前カンファレンスの開催 ■必要時、カンファレンスがない場合の情報共有 	<input type="checkbox"/>	
退院日	退院日⑩	病棟看護師 連携室相談員	ケアマネジャー 訪問看護師 (訪問看護利用時)	■退院情報を提供	<input type="checkbox"/>	・退院情報は簡潔に必要な情報のみ

(3) 入退院時の多職種連携ルール

《入院前にケアマネジャーが決まっていない場合》



退院支援の流れ、進め方



	いつ	誰が	誰に	実施すること	チェック	連携ポイント
入院時	入院時すみやかに ①～③	病棟看護師 連携室相談員	本人・家族	<ul style="list-style-type: none"> ■お薬手帳の確認 ■退院先の意向確認 	<input type="checkbox"/>	※独居や家族の理解が難しいと判断した場合は早めに連絡しましょう
			本人・家族	<ul style="list-style-type: none"> ■退院調整、介護保険申請の※必要性判断 ■介護保険・総合事業の説明 	<input type="checkbox"/>	
			居宅介護支援事業所	<ul style="list-style-type: none"> ■担当ケアマネジャー依頼 主な対象: 要介護者 		
			地域包括支援センター	<ul style="list-style-type: none"> 主な対象: 要支援・事業対象者 	<input type="checkbox"/>	
入院中	入院中 ④、⑤	ケアマネジャー	病棟看護師 連携室相談員	<ul style="list-style-type: none"> ■ケアマネジャーになったことの連絡 ■病院へ訪問し、在宅復帰への意思、環境面等、退院支援に向けて確認したい情報を伝えておく。 		・介護保険の申請は、状態が安定した時点で行いましょう
		病棟看護師 連携室相談員	ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> ■(必要に応じて)経過や見通しについて情報提供、介護保険申請時期の情報共有 	<input type="checkbox"/>	
		病棟看護師	本人・家族	<ul style="list-style-type: none"> ■患者の意向にそって、家族の介護負担や不安も軽減する視点での支援 ■医療処置の手技や介護方法等の指導 	<input type="checkbox"/>	
退院前	退院 ⑥～⑧	病棟看護師 連携室相談員	ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> ■退院日の連絡 	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・カンファレンスに参加する職種についてリスクの予後予測を行い、ケアマネジャーと相談して判断する ・家族が参加できるように調整
		リハ職※ (※PT・OT・ST)	本人・家族	<ul style="list-style-type: none"> ■退院前訪問(必要に応じて) ■自立支援のための介助指導 	<input type="checkbox"/>	
		病棟看護師 連携室相談員	本人・家族 ケアマネジャー 病院スタッフ	<ul style="list-style-type: none"> ■退院前カンファレンス日程調整・準備 ■退院時指導 	<input type="checkbox"/>	
		ケアマネジャー	在宅生活を支えるスタッフ	<ul style="list-style-type: none"> ■退院前カンファレンス日程調整 	<input type="checkbox"/>	
		病棟看護師 連携室相談員	本人・家族 ケアマネジャー 病院スタッフ	<ul style="list-style-type: none"> ■退院前カンファレンスの開催 ■必要時、カンファレンスがない場合の情報共有 	<input type="checkbox"/>	
退院日	退院日 ⑨	病棟看護師 連携室相談員	ケアマネジャー 訪問看護師 (訪問看護利用時)	<ul style="list-style-type: none"> ■退院情報を提供 	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・退院情報は簡潔に必要な情報のみ

(4) 『退院調整が必要な患者の視点』

1 必ず退院調整が必要な患者（要介護）	
<input type="checkbox"/> 立ち上がりや歩行に介助が必要	
<input type="checkbox"/> 食事に介助が必要	
<input type="checkbox"/> 排泄に介助が必要またはポータブルトイレを使用中	
<input type="checkbox"/> 日常生活に支障をきたすような症状がある認知症	
<input type="checkbox"/> （ADLは自立でも）がん末期の方	
<input type="checkbox"/> 入退院を繰り返している	
2 上記以外で見逃してはいけない患者（要支援の一部）	
<input type="checkbox"/> 独居かそれに近い状況で、調理や掃除など身の回りのことに介助が必要	◎ <u>地域包括支援センター</u> へ連絡（1か2で判断に迷う場合も）
<input type="checkbox"/> （ADLは自立でも）新たに医療処置（膀胱バルーンカテーテル留置、経管栄養、吸引など）が追加された方	

9 患者の情報共有支援について各職種ができること

	退院時に必要な情報 (ニーズ)	できること	連携のポイント
医師	<ul style="list-style-type: none"> 本人の状態 (ADL、IADL、認知機能の状況等) 家族情報(家族間の関係、介護力、経済面等) 検査データ(感染症等) アレルギーの有無 内服薬、禁忌薬 既往歴 	<ul style="list-style-type: none"> 医師の紹介状で情報交換 入退院カンファレンスへの参加 ケアマネタイムの活用・医師会での周知 ITを活用(サンサンネット) 今後の医療、介護の予測 退院サマリーの提供 	<ul style="list-style-type: none"> 多職種からの情報提供書について出来ればパソコンで出力し読みやすくしてほしい。様式は各施設のものが良い 情報提供の依頼があれば嫌な顔をせずに受ける
病棟看護師	<ul style="list-style-type: none"> 在宅での窓口確認 体調における自己管理能力 家族の介護力 在宅での支援状況 認知機能の程度 家の構造などの環境面 	<p>○入院時</p> <ul style="list-style-type: none"> 担当ケアマネジャーを本人・家族へ確認後、担当ケアマネジャーへ入院したことを伝えるよう指導する お薬手帳の確認 <p>○入院中</p> <ul style="list-style-type: none"> 院内各部への情報提供 本人へ体調管理指導・家族への介護指導 退院に向けて、本人・家族の希望を確認し、医師やその他の職種と連携を図る <p>○退院時</p> <ul style="list-style-type: none"> 連携室・在宅担当者(ケアマネジャー等)・関係職種への情報提供 退院サマリーの作成(医療者向け、家の状況等も含む) 退院カンファレンスの参加、実施 <p>○その他</p> <ul style="list-style-type: none"> 看護協会の教育講演会で「在宅医療・介護連携」等の勉強会の開催 <p>(※要相談)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 問診等の記入欄にケアマネジャー、事業所記入欄を設ける

	退院時に必要な情報 (ニーズ)	できること	備考
連携室	<ul style="list-style-type: none"> 入院時の本人の状態 (ADL、IADL、家族状況、認知機能等) 在宅での担当者 緊急時の連絡先 各専門職からの情報 インフォーマルサービスの情報、活用法 	<ul style="list-style-type: none"> ○入院時 <ul style="list-style-type: none"> 家族との連絡調整 (家族に入院したことをケアマネジャーが知っているかどうか確認) ○入院中 <ul style="list-style-type: none"> 施設希望の場合、施設紹介 ○退院時 <ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャー、在宅医師、施設、その他在宅関係者との調整・連携 ケアマネジャー、訪問看護師に入院経過の報告 在宅向けのサマリー作成 看護要約で不足している内容があれば補足する 退院カンファレンスの調整 退院日程を知らせる (関係機関へ) ※全ての患者は把握していない。必要時、連絡をもらえば病棟へつなく 多職種と退院前訪問 在宅スタッフへの当院での処置方法指導 ○その他 <ul style="list-style-type: none"> 在宅に向けての研修会の実施 	<ul style="list-style-type: none"> 退院前カンファレンスの呼びかけの有無について、各職種のリストが必要か検討 病院、施設で連携室の機能が異なる できることについては、病棟看護師が担当することもある
ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> 本人の状況 (ADL、IADL 認知機能の変化など) 試験帰宅の日程 退院日 (サービス調整のため早めに) 関係機関の窓口確認 本人・家族の在宅での意向 介護指導、習得状況 退院後、在宅での医療、介護の注意点 	<ul style="list-style-type: none"> ○入院時 <ul style="list-style-type: none"> 入院時情報提供書を渡す (入院前の生活、介護力、家族関係、キーパーソン、老々、認認介護の状況、住居環境、サービス利用情報を病院) 様式は事業所により異なる。持参、もしくは FAX で送付。サ高住や施設は服薬内容や排便状況も伝えている 病棟、連携室へ挨拶。名刺を渡す 窓口担当者の確認 主治医へ入院の報告 ○入院中 (多職種との情報共有) <ul style="list-style-type: none"> 入院中の ADL、認知面、病状の把握。退院が決まったら連絡をお願いする。 リハビリの実施状況の確認 (見学) 医療系サービス (訪問リハビリ、通所リハビリなど) と同行し連携 介護度の見直しの確認 ○退院時 <ul style="list-style-type: none"> 退院カンファレンスの参加依頼を、関係者へ依頼する 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後、かかりつけ医がない人は退院後のかかりつけ医の相談にのる 急な退院ではなく、在宅で生活する環境をつくる為の時間が欲しい 入院先には退院後も必要時、相談にのって欲しい ケアマネジャーの情報を院内で共有して欲しい 入院中から薬カレンダーや福祉用具の練習を希望。試験帰宅の活用

	退院時に必要な情報 (ニーズ)	できること	備考
		<ul style="list-style-type: none"> 退院後の在宅情報を病院・施設へ報告する（持参・FAX） 退院カンファレンスにて本人、家族の意向のすり合わせを行う 	<ul style="list-style-type: none"> 入退院後の変化について、可能な限り、顔を見て（カンファレンス等）情報共有したい 入院中も情報収集、連絡を密にとりたい
施設相談員	<ul style="list-style-type: none"> 本人の状態（ADL、IADL 認知機能の変化など） 医師の指示、治療方針 家族の支援状況 入院先での窓口、担当者 	<ul style="list-style-type: none"> ○入院時 <ul style="list-style-type: none"> 情報提供票書（家族の意向、施設の方針等含む）を渡す、（病棟訪問も可能）・窓口担当者の確認 ○退院時 <ul style="list-style-type: none"> 病棟訪問可能・退院前カンファレンスに参加する（本人・家族の意向確認、医療の継続希望の有無など） ケアマネジャー・在宅医師・施設との調整 各専門職から家族に支援内容の提案・居宅の訪問 介護指導や助言をする ○その他 <ul style="list-style-type: none"> 施設に働く職員への意識づけ 	<ul style="list-style-type: none"> 空床の調整（ショートステイの利用にあてる）
訪問看護師	<ul style="list-style-type: none"> 退院後、臨時受診が必要な状態像、それを判断できる人（家族やケアマネジャー）の有無 家族への指導内容 家族の受入れ状況 危険予測（病棟看護師、セラピストの判断） 医療依存度の変化 本人から SOS を出せるか 栄養指導内容（退院時同席希望） 病棟看護師からの情報提供書（次回受診日、その日までの内服処方） 	<ul style="list-style-type: none"> 入院時、情報提供書の作成（ADL、排泄、食事、認知面、入院を判断した状態、医療、介護面を含めて記載）し、病院、在宅医（いる場合）へ提出 医師との連絡調整 退院カンファレンスに出席（アドバンスケアプランニング等、終末期意志を確認する話し合い） 病棟へ訪問、医療処置の確認 多職種や家族へ病状観察ポイントの指導 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護、訪問介護、ケアマネジャー連絡ノートの活用 退院直後は変化が大きいいため、頻回のカンファレンスが必要。ケアマネジャーから声かけをお願いしたい

	退院時に必要な情報 (ニーズ)	できること	備考
訪問 通所 介護	<ul style="list-style-type: none"> 本人の状態 (ADL、IADL、認知機能等 特に退院時の変化) 在宅環境 服薬状況 通所・訪問サービス利用開始日 (早めに) 	<ul style="list-style-type: none"> ○入院時 <ul style="list-style-type: none"> 利用者にいちばん近い存在として、ケアマネジャー等に情報提供ができる ○入院中 <ul style="list-style-type: none"> 家族に様子を聞いたり、訪問する。ケアマネジャーとの連携 ○退院時 <ul style="list-style-type: none"> 退院カンファレンスへの参加。在宅状況の報告 	
リハ ビ リ 専 門 職	<ul style="list-style-type: none"> 本人の状態 (ADL、IADL 認知機能等) 医師の指示 (心疾患、呼吸器疾患のある方の具体的な状態、治療方針) 	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅側 <ul style="list-style-type: none"> 退院カンファレンスに出席 (※要相談) 欠席の場合は、聞きたいことをケアマネジャーに伝えておく ○医療機関側 <ul style="list-style-type: none"> カンファレンス等に参加できない時は、必要事項を担当者から聴取し申し送り表の提供などが出来る 自宅へ訪問することも出来る ○共通 <ul style="list-style-type: none"> リハビリ内容について、リハビリ専門職同士の情報交換 ケアマネジャーへ支援内容の提案 (福祉用具や介助方法等) 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅側から病院への情報提供に努めたい 平成 30 年度から、系列外の訪問、通所リハビリテーションへの情報提供点数がある (書式は統一のもの) 受け手も計画書として活用 勤務場所で価値観が異なる、在宅と病院の差を縮める
歯 科 医 師	<ul style="list-style-type: none"> 治療時に必要な情報 義歯の状態 歯数の変化 口腔内清掃状態 	<ul style="list-style-type: none"> ○入院時 <ul style="list-style-type: none"> 治療時に得た情報、既往歴や処方薬に対して発症したアレルギー等の情報提供 (実際には提供する機会がないことが課題) かかりつけ歯科医で状態を把握し、入院先に伝える ○入院中 <ul style="list-style-type: none"> 歯科がない病院は必要性に応じて病院の了解を得て訪問 食べれるように指導 (治療・口腔ケア)・口腔内、清掃指導 ○退院時 <ul style="list-style-type: none"> 退院後、かかりつけ歯科医がいない場合は訪問歯科医の紹介 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の口腔内の変化が著しい (義歯の不適合、歯数の変化、口腔内清掃状態、虫歯の増加)

	退院時に必要な情報 (ニーズ)	できること	備考
管理栄養士・栄養士	<ul style="list-style-type: none"> 本人の状態 (摂食動作、咀嚼力、嚥下能力、歯の状態) 食事に関する情報 (食事形態、エネルギー量、食事摂取量、使用している補食) 栄養状態に関する情報 (身長、体重、アルブミン値) 	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅側 <ul style="list-style-type: none"> 入院先の栄養士から状況確認する 栄養問題がある患者の栄養サマリーを作成し、連携室またはケアマネジャーに提供できる ○医療側 <ul style="list-style-type: none"> 入院中の食事形態や摂取能力の情報提供が多職種へできる 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅、病院、施設で共通の情報提供書がある 施設、病院におけるソフト食、嚥下食の共有が必要 食事内容を写真で掲示
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> 本人の状態 (ADL、IADL 認知機能等) 禁忌事項 服薬状況(服用薬、服薬方法、薬の管理能力、家族の支援状況等) 入院中に有効だった治療 薬や食事が飲み込めるかどうか 入退院の連絡(退院カンファレンスの日程、薬の変更等) 	<ul style="list-style-type: none"> ○入院時 <ul style="list-style-type: none"> かかりつけ薬局は医療情報を把握しやすく、ケアマネジャー等に情報提供できる。他病院での併用薬などの情報提供。 ○退院時 <ul style="list-style-type: none"> 退院時カンファへの参加(要相談) 参加出来ない場合は病院に直接情報を確認し、自宅や施設でどのように再現できているか確認、フィードバックができる 服薬指導(服薬による日常生活への影響、相互作用のあるもの、服用の工夫) ○その他 <ul style="list-style-type: none"> 居宅療養管理指導 入院前から関わられる。健康手帳などを薬局でダウンロード、印刷して活用につなげることができる 	<ul style="list-style-type: none"> 居宅療養管理指導で関わる場合、退院時カンファレンスなどに参加できることがベスト 院内処方の内容は把握しにくい
福祉用具・相談員	<ul style="list-style-type: none"> 本人の状態 (ADL、IADL 認知機能等) 住環境 	<ul style="list-style-type: none"> 住環境改善の提案 入院中からセブリストと連携して退院後に使用する福祉用具の導入、使用方法の指導(車椅子シーティング、ベット上でのポジショニング) 福祉用具の試行、選定、評価 	
地域包括支援センター	※ケアマネジャーと同じ	<ul style="list-style-type: none"> ※ケアマネジャーと同じ ケアマネジャーが分からない場合の調整(居宅介護支援事業所の確認、担当依頼) 要支援者または介護認定結果が出ていない方の支援 ケアマネジャー、関係機関への支援、連携(困難ケース、権利擁護、高齢者虐待等) 	個人情報保護が障害にならないよう関係者間で意志統一が必要

10 入退院時の多職種連携ルール医療機関の担当相談窓口

医療機関名	小野田赤十字病院	森田病院
郵便番号・住所	〒756-0817 山陽小野田市大字小野田 3700	〒756-0841 山陽小野田市赤崎 2-10-1
電話番号・FAX	TEL 0836-88-0221 (代表) FAX 0836-88-0405 (直通)	TEL 0836-88-0137 FAX 0836-88-1727
入退院時の窓口	地域医療連携室	看護師長
医療機関名	長沢病院	山口労災病院
郵便番号・住所	〒756-0824 山陽小野田市中央 1-5-26	〒756-0095 山陽小野田市大字小野田 1315-4
電話番号・FAX	TEL 0836-83-3000 FAX 0836-84-0417	TEL 0836-84-0755 (直通) FAX 0836-81-5007 (紹介専用)
入退院時の窓口	受付	地域医療連携室
医療機関名	瀬戸病院	山陽小野田市民病院
郵便番号・住所	〒756-0811 山陽小野田市稲荷町 11-20	〒756-0094 山陽小野田市大字東高泊 1863-1
電話番号・FAX	TEL 0836-83-2292 FAX 0836-83-7038	TEL 0836-83-2355 (代表) FAX 0836-83-8666 (直通)
入退院時の窓口	看護師長	地域連携室
医療機関名	紫苑リハビリ内科クリニック	
郵便番号・住所	〒757-0001 山陽小野田市大字厚狭字埴生田 503-1	
電話番号・FAX	TEL 0836-71-1300 FAX 0836-71-1301 (1302)	
入退院時の窓口	相談員	

