

しばた地域入退院連携ガイド



しばた地域入退院連携検討委員会

入退院連携に関する協議

しばた地域入退院連携検討委員会

〈構成員〉

四柳 裕子	(有田病院)
土肥 ひろえ	(新発田リハビリテーション病院)
岸 陽子	(竹内病院)
船見 恵美子	(新潟県立新発田病院)
林 玲奈	(北越病院)
遠藤 明日香	(あがの市民病院)
佐藤 祐美	(脳神経センター阿賀野病院)
高橋 恵利	(黒川病院)
齋藤 舞	(中条中央病院)
青木 太	(新潟聖籠病院)
亀井 陵子	(新潟手の外科研究所病院)
渡邊 紗矢香	(訪問看護ステーション新発田)
川上 規宏	(ニチイケアセンター新発田)
中村 真治	(ソーシャルサポート真)
南 加代子	(マチュアハウス中条)
大谷 由美子	(せいろうケアプランセンター)
竹内 康裕	(新発田東地域包括支援センター)
根田 沙衣	(地域包括支援センター阿賀野)
佐藤 裕美子	(地域包括支援センター胎内市社協)
大沼 けい子	(聖籠町地域包括支援センター)
齋藤 純	(新潟県立坂町病院)
平塚 雅英	(新発田北蒲原医師会)

〈事務局〉

斎藤 豊子	(新発田市高齢福祉課)
関口 麻子	(阿賀野市民生部高齢福祉課)
佐久間 直子	(胎内市福祉介護課)
阿部 洋子	(聖籠町長寿支援課)
平野 真弓	(しばた地域医療介護連携センター)
辻 賢治	(しばた地域医療介護連携センター)
田中 智美	(しばた地域医療介護連携センター)

〈オブザーバー〉

高橋 裕子	(新発田地域振興局健康福祉環境部)
服部 美加	(新潟県医師会在宅医療推進センター)

はじめに

このたび、病院と在宅医療・介護関係者がよりスムーズに連携を図るための「入退院連携ガイド」を作成いたしました。

本ガイドは、患者様やご利用者様が入院から退院、そして在宅や施設での生活へと移行する過程で、より適切なケアを提供できるよう、関係機関の役割や連携手順を明確化することを目的としています。多職種が協力し合い、情報を共有することで、患者様やご利用者様の安心と安全を支える仕組みが実現できると確信しています。

本ガイドが現場での具体的な支援に役立ち、地域全体でのケアの質向上に寄与することを願っております。

皆様の現場での積極的なご活用をお願い申し上げます。

令和6年12月

一般社団法人新発田北蒲原医師会
しばた地域医療介護連携センター
センター長 平塚 雅英

目次

1. ガイドの目的	P1
2. ガイドの位置づけ	P1
3. ガイドを活用する職種	P2
4. 連携にあたっての心構え	P3
病院スタッフが心がけるポイント	
ケアマネジャー等、地域包括支援センター職員が心がけるポイント	
5. 入退院時における連携のプロセスとチェックポイント	P6
ケアマネジャー等がいる場合	
6. 入退院時における連携のプロセスとチェックポイント	P8
ケアマネジャー等がない場合	
7. 病院と在宅チームで情報共有したい項目	P10
8. 資料	P12
入退院時の医療・介護連携に係る報酬の一部	
入院時情報提供書	
退院・退所情報記録書	
ACP（アドバンス・ケア・プランニング）	
介護保険申請から認定までの流れ	
基本チェックリスト	
訪問看護を利用する際の保険決定の流れ	
9. 用語集	P22
10. 地域包括支援センター	P23
11. 入退院連携窓口	P24
12. 医療機関、介護施設の検索	P26
13. 参考資料	P27

1. ガイドの目的

「しばた地域入退院連携ガイド」は、高齢者等が入院した時に入退院の連絡調整がされることで、円滑な在宅への移行を図り、高齢者等が在宅で安心して暮らせることを目的として作成しました。

ポイント！

- ・退院支援がなかったために、困った高齢者や家族がいる。
- ・そのような事例を1例でも少なくするために、みんなで連携しよう！

2. ガイドの位置づけ

本ガイドにおいては、担当ケアマネジャーがいる場合も、ケアマネジャーがいない場合であっても高齢者等が入院し、在宅へ戻るまでのプロセスを想定して作成しています。

疾病や生活課題により、収集する情報や留意する項目が異なることは考えられますが、どのような人であっても共通して把握しておくべき事項や、その考え方などをまとめています。

ただし、連携する医療機関によって対応が異なることも想定されますので、それぞれの医療機関に合わせて柔軟に応じてください。

「ケアマネジャー」とは・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

介護サービスを利用する方の相談窓口役です。要介護認定の申請代行、ケアプランの作成、介護サービス事業者との連絡調整、サービスの再評価とサービス計画の練り直しなどが役割です。

ケアマネジャーは正式には「介護支援専門員」といい「居宅介護支援事業者」等に所属しています。

3. ガイドを活用する職種

病院スタッフ	在宅チーム
○病棟看護師 ○地域連携業務の従事者 ○外来看護師 ○医師 ○理学療法士 ○作業療法士 ○言語聴覚士 ○管理栄養士 ○薬剤師 	○ケアマネジャー等 ・居宅介護支援専門員 ・小規模多機能型居宅介護計画作成担当者 ○地域包括支援センター職員 ○訪問看護師 ○介護サービス事業所の職員 ○医師 ○歯科医師 ○歯科衛生士 ○管理栄養士 ○薬剤師

「地域包括支援センター」とは・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

高齢者の身近な相談窓口です。地域で暮らす方が住み慣れた地域で生活ができるよう、介護・福祉・健康・医療など様々な面から総合的に支援します（地域包括支援センターの一覧 P.23）。

4. 連携にあたっての心構え

ポイント！

- ・本人が住み慣れた場所で自分らしい生活を継続するために、本人の思いを医療介護の多職種で繋いでいこう！

連携は、心配り（思いやり・歩み寄り・対話）から

入退院支援は入院時（前）から始まっています。そして退院後の連携も大切です。「緊急時の信頼関係」は、日頃のコミュニケーション、顔の見える関係づくりから築かれるものです。

なお、連携にあたっては、本人・家族から承諾を得た上で進めていくことを前提としています。

各関係機関の役割や事情を補い合える連携を心がけていきましょう。



思いやりを持ち、丁寧な対応を心がける・・・・・・・・・・・・・・・・

職種により、立場、制度、関連する法律、必要な情報は異なります。

本人のために何を伝えるべきか、相手はどのような情報が欲しいのかを考えて伝えます。

お互いの視点を大切に、わかりやすく簡潔に伝える・・・・・・・・

なるべく専門用語は使わず、わかりやすく伝えます。

話すときにはゆっくり、はっきりと。

文章は、箇条書きで記載するなど工夫しましょう。

時間を意識する・・・・・・・・・・・・・・・・

皆さん多忙です。電話でも、面接でも、会議でも時間は限られている事を意識しましょう。どの程度急がなければならない要件か、判断して連絡を取りましょう。

不在時の対応方法を考えておく・・・・・・・・・・・・・・・・

担当者が不在でも対応できるように、どのような体制を取るか、それぞれで考えておきましょう。

本人・家族の状況に応じて対応しましょう・・・・・・・・

説明や退院前カンファレンスに同席が必要な場合は、本人・家族と病院スタッフと在宅チームで相談をして日程を決めましょう。

病院スタッフが心がけるポイント

1.入院した時点で、なるべく早めに連絡・・・・・・・・・・・・・・・・

まずは、担当ケアマネジャーがいる場合は、ケアマネジャー（居宅介護支援専門員、小規模多機能型居宅介護計画作成担当者）に一報を。

ケアマネジャーが不明の場合は、地域包括支援センターに相談を。

退院時期が不確定でも、目途が分かると、その後の予定が組みやすくなります。

2.退院前カンファレンスについて・・・・・・・・・・・・・・・・

入院中の治療や変化について情報を在宅チームに繋ぎ、退院後の生活課題を共有していく事は、本人・家族の退院後の生活を守ることにつながります。

退院前カンファレンスの開催が難しい場合でも、可能な限りお互いに連絡を取り合いましょう。在宅チームへの引継ぎが円滑に進むと、本人・家族のサービス利用時の利便性や安心感が高まります。

3.地域包括支援センターに相談・・・・・・・・・・・・・・・・

介護認定の申請に悩む時は、本人の居住地区を担当する地域包括支援センター（P.23）に相談し、皆で一緒に考えていきましょう。



要介護認定について

入院直後や手術直後、急性期のリハビリ中など病状が不安定で、心身の状態が今後大きく変わる可能性がある時期は、介護認定の申請をしても主治医意見書の作成や認定調査までに時間がかかることがあります。

一方、終末期医療（特にがん末期）での在宅療養移行の場合は早めに手続きを進める必要があります（がん末期の介護申請は、認定の結果が早く出る場合があります）。

まず入院前の介護認定の有無とケアマネジャーの有無を確認しましょう。要介護認定を受けていても介護サービスを利用していなかった場合は、ケアマネジャーの選定、契約が必要になります。

介護認定を受けていない場合は必要に応じて要介護認定の申請をします。申請後、認定調査員が本人を訪問し、主治医には医学的な視点から意見書の依頼がきます。認定調査の結果と主治医意見書をもとに、介護認定審査会で判定されます。

申請から結果通知までは1ヶ月から1ヶ月半ほどかかります（P.18 介護保険申請から認定までの流れ）。

退院してすぐに介護サービスが利用できるわけではなく、サービスの調整には時間がかかります（特に人の手配）。

ケアマネジャー等（居宅介護支援専門員、小規模多機能型居宅介護計画作成担当者）、地域包括支援センター職員が心がけるポイント

1.日頃の準備

【医療内容の確認】かかりつけ医療機関（診療所、病院、歯科医院、薬局）や、処方薬の内容は常に確認しておきます。

【入院の連絡】急な入院の場合は、担当のケアマネジャー等や地域包括支援センターに必ず連絡するよう本人・家族に事前に説明しておきます。

入院先の医療機関が担当ケアマネジャー等を把握できるよう、おくすり手帳や介護保険証等と一緒に名刺を保管してもらうのもお勧めです。

【医療機関の機能の把握】地域の医療機関の機能（急性期・慢性期等）、病床の種類（一般病床・療養病床等）について知識を得ておきましょう。

2.入院から退院を見据えた支援を

【入院の情報共有】本人・家族の同意のもと、かかりつけ医療機関（診療所、病院、歯科医院、薬局）、介護サービス事業者等の支援者と情報共有しましょう。情報共有を行うことで、専門職同士の連携につなげることができます。急な入院の場合は、通院、訪問診療を問わず、かかりつけ医に連絡をしましょう。

【病院へ情報提供】入院時情報提供書、ケアプランを活用し、入院先へ日頃の生活状況の情報提供（退院の際に課題になりそうな家族の介護力や経済状況、施設入所の希望、生活展望など）を行います。

また、連携をスムーズに行うために退院前カンファレンス開催の希望、ケアマネジャー等に連絡のつきやすい時間帯や手段も併せて伝えておきます。

【入院状況の把握】病状は家族に確認するか、同意を得た上で病状説明への同席や、退院前カンファレンス等において確認しましょう。入院予定期間は大幅に変化することがあります。「気づいたら退院していた」ということがないように、入院先と随時連絡を取って状況把握を行います。

また、必要以上に入院が長引くとADLが低下し、適切なタイミングを逸する可能性があります。入院日から退院を意識して連携していきましょう。



5. 入退院時における連携のプロセスとチェックポイント

目標 「本人が住み慣れた場所で自分らしい生活を継続する」	
〈 病 院 〉	支援の流れ
高度急性期病院 ～ 地域密着型病院 主に病棟看護師と地域連携業務の従事者が行うこと	
外来及び地域連携業務の従事者 ●支援が必要な患者の確認	在宅 情報共有
担当ケアマネジャー等の確認と連絡 ●聞き取り、介護保険証等で担当ケアマネジャーを確認 ●ケアマネジャーへ直接、入院の連絡をする （本人・家族にもケアマネジャーへの連絡を依頼） 退院支援が必要な患者の確認（P.8参照）、院内カンファレンス、情報提供 ●ケアマネジャーにカンファレンスの参加を依頼、又は結果を伝える ●入院治療計画、病状説明時の本人・家族の理解状況や受け止めなどを情報提供	入院時 入院連絡 （概ね 3 日以内） （入院治療計画、
●退院後の生活イメージをケアマネジャー等と共有した上で、必要なケアや支援を考える（入院中の食事や排泄、リハビリ等の様子を伝える） ●病状予後、退院後の生活環境や本人の意向を踏まえ、必要な支援について話し合う ●退院前、退院後訪問指導の必要性検討 ●院内で各職種の役割を明確にする	入院中 情報共有、
訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理	
転院時には、在宅の情報を確実に引き継ぐ 高度急性期～地域密着型	
退院予定日の連絡と調整 ●退院予定日概ね7日前までに、ケアマネジャーに連絡 ●退院予定日の変更がある場合はケアマネジャーに連絡	退院予定連絡
退院前カンファレンス開催 ●参加者をケアマネジャーと相談 ●病状予後、退院後の生活環境や本人の意向を踏まえ、必要な支援について話し合う	退院前カンファ 本人の思いを
●サマリーの提供（必要に応じて） ●退院後訪問（必要に応じて） ●診療情報提供書の提供 ●訪問看護指示書の提供	退院 退院後の暮らしの状
退院後も支援が必要な患者は外来へ繋ぐ	

ケアマネジャー等がいる場合

るために、本人の思いを医療介護の多職種で繋いでいく」

	〈在宅チーム〉	
れ	ケアマネジャー等、地域包括支援センター職員	かかりつけ医、訪問看護師
有	●名刺を介護保険証及び負担割合証やお薬手帳等に入れるなどし、入院した際に病院から連絡が入るよう工夫をする	●ケアプラン等の把握
情報提供 病状説明時	情報提供 ●院内支援担当者を確認 ●かかりつけ医、介護サービス事業所に入院したことを連絡 ●在宅での生活状況(家屋状況含む)、本人の意向を伝える (入院時情報提供書や必要に応じてケアプランを病院に提供) ●入院治療計画の確認 ※高度急性期病院等は在院日数が短い可能性を意識	●退院前カンファレンス開催の希望や連絡のつきやすい時間帯や手段を伝える ・診療情報提供書(主治医) ・訪問看護の情報提供書(訪問看護ステーション)
相談	病棟訪問等により、在宅に向けた情報収集、アセスメントを行なう 本人のADL等の確認、本人・家族の意向の再確認	病院からの問い合わせに対応 退院後の生活イメージ 共有、相談
指導、訪問栄養食事指導、導入必要性の検討		
サービス調整 カンファレンス繋ぐ	サービス調整 ●ケアプラン原案作成 退院前カンファレンス参加 ●ケアプラン原案の持参 ●介護サービス事業所等の参加調整 ●退院時のサマリーを病院に依頼する場合は必要性を伝える サービス担当者会議	退院前カンファレンスに参加
状況を情報提供	介護サービス事業所等へ病院のサマリー、ケアプラン提供 退院後の状況を情報提供することで、病院も退院支援の振り返り等が可能となり今後の退院支援の改善にも繋がる。情報提供の内容について、事前に病院に確認。	

6. 入退院時における連携のプロセスとチェックポイント

目標 「本人が住み慣れた場所で自分らしい生活を継続する」

〈 病 院 〉	支援の
高度急性期病院 ～ 地域密着型病院 主に病棟看護師と地域連携の関係者が行うこと	
●本人家族の聞き取りや介護保険証等により、担当ケアマネジャーが決まっていないことを確認 ●一人暮らしの場合は、居住地区から担当の地域包括支援センター(P.23)へ連絡	入院
●入院後 7 日以内に「退院支援が必要な状態かどうか」を判断 ⇒退院支援が必要な患者の基準※ ●入院治療計画、病状説明時の本人家族の理解状況や受け止めなどを情報提供	入院
退院支援が必要な患者の基準※ （参考：入退院支援加算 退院困難な要因） ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること イ 緊急入院であること ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること (介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾病を有する 40 歳以上 65 歳未満の者及び 65 歳以上の者に限る) エ コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者 オ 強度行動障害の状態の者 カ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること キ 生活困窮者であること ク 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること) ケ 排泄に介助を要すること コ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと サ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む)が必要なこと シ 入退院を繰り返していること ス 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること セ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること ソ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること タ その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合	

1 項目でも該

以後はケアマネジャー

ケアマネジャー等がない場合

るために、本人の思いを医療介護の多職種で繋いでいく」		
流れ	〈 在 宅 チ ー ム 〉	
	ケアマネジャー等、地域包括支援センター職員	かかりつけ医、 訪問看護師
時		
中	●病院からの依頼に関して、ケースの概要、退院の見込みを確認	
→ 当すれば	●明らかに要介護と予測される場合は、居宅介護支援事業所 ●悩む場合や明らかに要支援と予測される場合は、地域包括支援センター ●障がい支援サービスが必要な場合は、市町の担当窓口	
<u>等がいる場合と同じ</u>		

7. 病院と在宅チームで情報共有したい項目

病院が準備し、在宅チームに伝える項目		
・入院の理由と現在の状況(本人・家族への説明内容) ・入院治療計画書の内容(入院期間の見込み等) ・現在の本人・家族の理解状況や受け止め ➡ 退院調整に向けケアマネジャーに連絡するタイミングを確認	入院時 	
情報共有のタイミングは、主治医から本人・家族への病状説明後に行なう 内容は在宅チームの入院中に記載されている※と同じ 転院や施設入所の方針になった場合は、速やかに在宅チームに連絡(転院時等には在宅の情報を引き継ぐ)	入院中 	
・在宅生活に復帰するための療養上の課題、目標 本人の意向、看護の視点、リハビリの視点 ・急変時の対応(*) (*急変時の対応とは、病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確認、患者の急変時における救急との情報共有等の在宅医療と介護連携のこと) 厚生労働省:在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3 より ・<u>本人・家族への症状や病気の説明内容、理解状況、どう受け止めたか</u>(経時的な変化があれば合わせて)	退院前～退院時 	

在宅チーム(特にケアマネジャー)が準備し、病院に伝える項目

- ・介護保険認定の有効期間
- ・ケアプラン:特に1表(本人の意向)と3表(週間予定)
- ・既往歴、受診状況、服薬状況
- ・義歯の有無、口腔内の情報
- ・生活歴や本人の意向:どんな暮らしを続けたいと考えていたか
- ・入院前の IADL:買い物、調理、掃除等の状況
- ・家族のこと:就労状況、経済状況、介護力等
- ・在宅生活に必要な条件など今後の生活展望

- ※
- ・在宅復帰の際に課題になること⇒どうなれば在宅に戻れるか
(医療上の管理や日常生活の阻害要因、住環境など)
 - ・病状、病気の予後に関する本人・家族の受け止め方の確認
 - ・在宅復帰の意向
 - ・服薬管理
 - ・ADL/IADL

- ・在宅生活に復帰するための療養上の課題、目標とケアプランとの整合性の確認
- ・本人の意向、家族の意向の再確認
- ・症状や病気の経過に合わせた医療上の管理、再発予防、重度化防止
- ・急変時の対応を確認

8. 資料

入退院時の医療・介護連携に係る報酬の一部

診療報酬

介護報酬



入院前

入院

退院前カンファレンス

退院

入院時支援加算 1 退院時 1 回 240 点

入院時支援加算 2 退院時 1 回 200 点

入院予定患者に対し、入院前にアセスメントを実施、入院中の療養支援計画を立案、患者及び病棟等スタッフと共有した場合
入院支援加算算定が前提

入退院支援加算 1

一般病棟 700 点、療養病棟 1300 点
入院から 3 日以内に退院困難な患者を抽出、7 日以内に本人・家族と面談、カンファレンスを実施、退院支援計画を立案、退院支援を実施した場合（退院困難な患者 P10 参照）

入院時支援加算 2

一般病棟 190 点、療養病棟 635 点
入院から 7 日以内に退院困難な患者を抽出、以後入退院支援加算 1 と同様

介護支援等連携指導料

入院中 2 回 400 点

入院している病院の医師等とケアマネジャーが共同し退院後に利用が望ましいサービス等について説明及び指導をした場合

退院時共同指導料 2

入院中 1 回 400 点

入院している病院の医師等が退院後の在宅療養を担当する医師等と共同で在宅療養上必要な説明や指導をした場合

入院している病院の医師及び退院後の療養を担当する医師が共同で在宅療養上必要な説明や指導をした場合、所定の点数に 30 点加算する。

医師等のうち三者以上と共同で在宅療養上必要な説明や指導をした場合、所定の点数に 2000 点加算する

退院前訪問指導料 580 点

医師、看護師、理学療養士等が入院中または退院日に患家を訪問し、家屋評価を実施し生活指導を行った場合

入院時情報連携加算

入院時情報連携加算 I 月 1 回 250 単位

入院時情報連携加算 II 月 1 回 200 単位

入院時情報提供書の提供

退院退所加算

退院退所加算 I 入院中 1 回

(イ)450 単位(ロ)600 単位

退院退所加算 II 入院中 1 回

(イ)600 単位(ロ)750 単位

情報収集の方法や回数等に算定要件あり

緊急時等居宅カンファレンス加算

月 2 回 200 単位/回

病院や診療所の医師または看護師等と共に利用者宅を訪問し、カンファレンスを実施し、サービス利用に関する調整を行った場合

令和 6 年 12 月

診療報酬改定・介護報酬改定より



最新の診療報酬・介護報酬はこちらの QR コード・URL をチェック

URL: <https://x.gd/Gt1vf>

入院時情報提供書（厚生労働省 様式）

記入日： 年 月 日
 入院日： 年 月 日
 情報提供日： 年 月 日

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：

事業所名：

ご担当者名：

ケアマネジャー氏名：

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)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	男 女
		生年月日	明・大・昭 年 月 日生		
住所	〒	電話番号			
住環境 ※可能な場合は、「写真」などを添付	住居の種類（戸建て・集合住宅）、 階建て、 居室 階、 エレベーター（有・無） 特記事項（ ）				
入院時の要介護度	☐ 要支援（ ） ☐ 要介護（ ） 有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 ☐ 申請中(申請日 /) ☐ 区分変更(申請日 /) ☐ 未申請				
障害高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ 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 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ 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	☐ なし ☐ 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 ☐ 生活保護 ☐ その他()				

2. 家族構成／連絡先について

世帯構成	☐ 独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ 子と同居 ☐ その他（ ） * ☐ 日中独居				
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		

3. 本人／家族の意向について

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
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

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 ☐ 居宅サービス計画書1.2.3表 ☐ その他（ ）
-----------------	--

5. 今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	☐ 独居 ☐ 高齢世帯 ☐ 子と同居（家族構成員数 名） * ☐ 日中独居 ☐ その他（ ）
世帯に対する配慮	☐ 不要 ☐ 必要（ ）
退院後の主介護者	☐ 本シート2に同じ ☐ 左記以外（氏名 続柄 ・ 年齢 ）
介護力*	☐ 介護力が見込める（ ☐ 十分 ・ ☐ 一部 ） ☐ 介護力は見込めない ☐ 家族や支援者はいない
家族や同居者等による虐待の疑い*	☐ なし ☐ あり（ ）
特記事項	

6. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）

「院内の多職種カンファレンス」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（ ）
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	☐ 希望あり

* = 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

7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	☐ なし ☐ あり ()			
A D L	移 動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他			
	移 乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他			
	更 衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	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					
	入 浴	自立	見守り	一部介助	全介助					
	食 事	自立	見守り	一部介助	全介助					
食事 内容	食事回数	() 回/日 (朝 時頃 ・ 昼 時頃 ・ 夜 時頃)				食事制限	☐ あり () ☐ なし ☐ 不明			
	食事形態	☐ 普通 ☐ きざみ ☐ 嚥下障害食 ☐ ミキサー				UDF等の食形態区分				
	摂取方法	☐ 経口 ☐ 経管栄養		水分とろみ	☐ なし ☐ あり	水分制限	☐ あり () ☐ なし ☐ 不明			
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる		義歯	☐ なし ☐ あり(部分 ・ 総)			
	口腔清潔	良	不良	著しく不良		口臭	☐ なし ☐ あり			
排泄 *	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	☐ なし ☐ 夜間 ☐ 常時			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	☐ なし ☐ 夜間 ☐ 常時			
睡眠の状態		良	不良 ()		眠剤の使用	☐ なし ☐ あり				
喫煙		無	有 本くらい/日		飲酒	無	有 合くらい/日あたり			
コミュニケー ション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難		眼鏡	☐ なし ☐ あり ()			
	聴力	問題なし	やや難あり	困難		補聴器	☐ なし ☐ あり			
	言語	問題なし	やや難あり	困難		コミュニケーションに関する特記事項：				
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難						
精神面における療養上の問題		☐ なし ☐ 幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 焦燥・不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力/攻撃性 ☐ 介護への抵抗 ☐ 不眠 ☐ 昼夜逆転 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ その他 ()								
疾患歴*		☐ なし ☐ 悪性腫瘍 ☐ 認知症 ☐ 急性呼吸器感染症 ☐ 脳血管障害 ☐ 骨折 ☐ その他 ()								
入院 歴 *	最近半年間での入院	☐ なし ☐ あり (理由： 期間： H 年 月 日 ～ H 年 月 日) ☐ 不明								
	入院頻度	☐ 頻度は高い/繰り返している ☐ 頻度は低いが、これまでにもある ☐ 今回が初めて								
入院前に実施している医療処置*		☐ なし ☐ 点滴 ☐ 酸素療法 ☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻栄養 ☐ 経腸栄養 ☐ 褥瘡 ☐ 尿道カテーテル ☐ 尿路ストーマ ☐ 消化管ストーマ ☐ 痛みコントロール ☐ 排便コントロール ☐ 自己注射 () ☐ その他 ()								

8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳（コピー）」を添付

内服薬	☐ なし ☐ あり ()	居宅療養管理指導	☐ なし ☐ あり (職種：)
薬剤管理	☐ 自己管理 ☐ 他者による管理 (・管理者： ・管理方法：)		
服薬状況	☐ 処方通り服用 ☐ 時々飲み忘れ ☐ 飲み忘れが多い、処方が守られていない ☐ 服薬拒否		
お薬に関する、特記事項			

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(フリガナ)	診察方法・頻度	☐ 通院 ☐ 訪問診療 ・頻度 = () 回 / 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

退院・退所情報記録書（厚生労働省 様式）

退院・退所情報記録書

1. 基本情報・現在の状態 等

記入日： 年 月 日

属性	フリガナ		性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (□ 要区分変更)		
	氏名	様	男・女	歳	□要支援 ()・要介護() □申請中 □なし		
入院(所)概要	・入院(所)日：H 年 月 日 ・退院(所)予定日：H 年 月 日						
	入院原因疾患(入所目的等)						
	入院・入所先	施設名		棟	室		
	今後の医学管理	医療機関名：		方法	□通院 □訪問診療		
① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	①	②	③	疾患の状況	*番号記入	
	移動手段	□自立 □杖 □歩行器 □車いす □その他 ()					
	排泄方法	□トイレ □ポータブル □おむつ カテーテル・パウチ ()					
	入浴方法	□自立 □シャワー浴 □一般浴 □機械浴 □行わず					
	食事形態	□普通 □経管栄養 □その他 ()				UDF等の食形態区分	
	嚥下機能(むせ)	□なし □あり(時々・常に)			義歯	□なし □あり(部分・総)	
	口腔清潔	□良 □不良 □著しく不良			入院(所)中の使用： □なし □あり		
	口腔ケア	□自立 □一部介助 □全介助					
	睡眠	□良好 □不良 ()				眠剤使用 □なし □あり	
	認知・精神	□認知機能低下 □せん妄 □徘徊 □焦燥・不穏 □攻撃性 □その他 ()					
	② 受け止め/意向	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方					
		<本人> 退院後の生活に関する意向					
<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方							
<家族> 退院後の生活に関する意向							

2. 課題認識のための情報

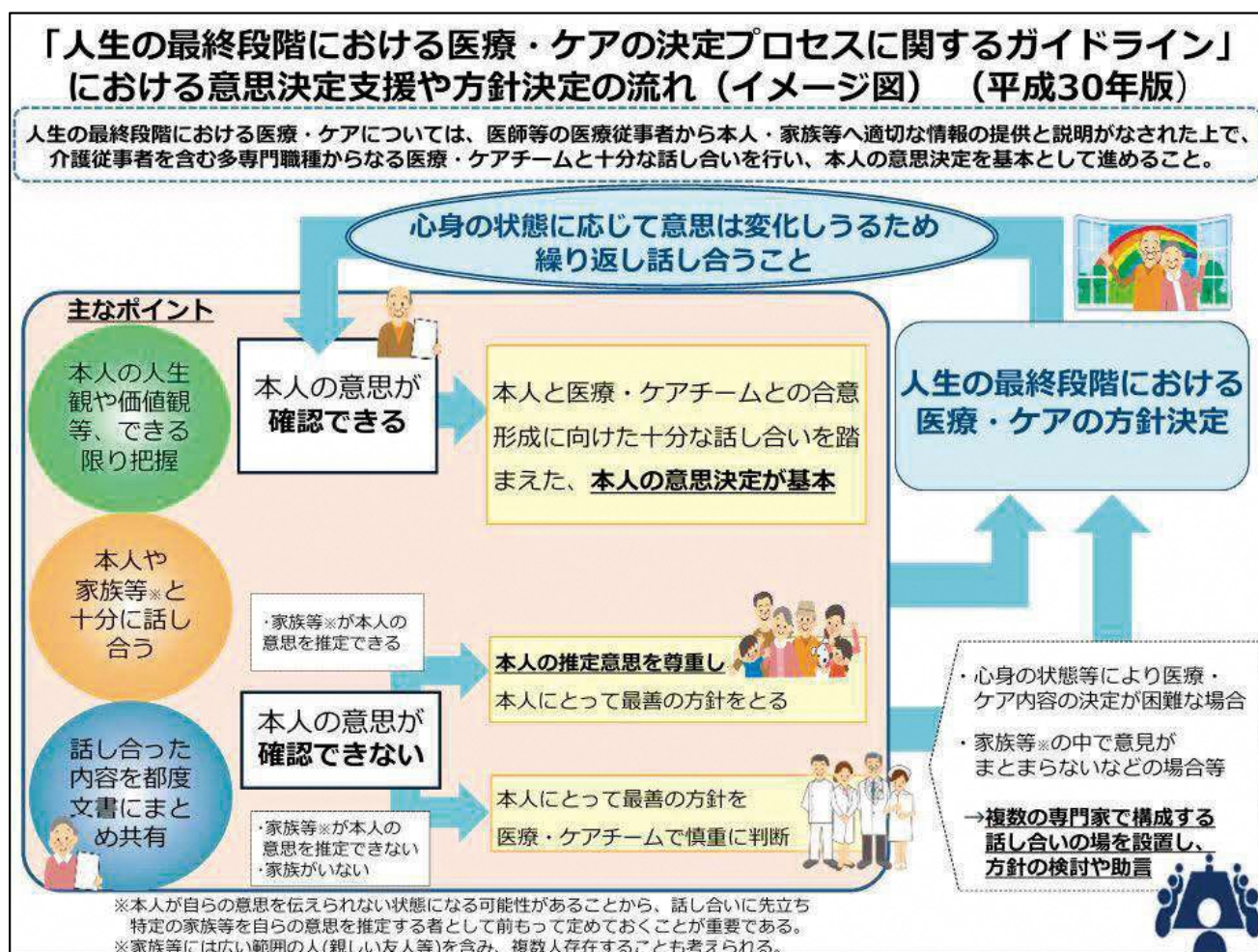
③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	☐ なし ☐ 点滴 ☐ 酸素療法 ☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻栄養 ☐ 経腸栄養 ☐ 褥瘡 ☐ 尿道カテーテル ☐ 尿路ストーマ ☐ 消化管ストーマ ☐ 痛みコントロール ☐ 排便コントロール ☐ 自己注射 () ☐ その他 ()	
	看護の視点	☐ なし ☐ 血圧 ☐ 水分制限 ☐ 食事制限 ☐ 食形態 ☐ 嚥下 ☐ 口腔ケア ☐ 清潔ケア ☐ 血糖コントロール ☐ 排泄 ☐ 皮膚状態 ☐ 睡眠 ☐ 認知機能・精神面 ☐ 服薬指導 ☐ 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) ☐ ターミナル ☐ その他 ()	
	リハビリの視点	☐ なし ☐ 本人指導 ☐ 家族指導 ☐ 関節可動域練習(ストレッチ含む) ☐ 筋力増強練習 ☐ バランス練習 ☐ 麻痺・筋緊張改善練習 ☐ 起居/立位等基本動作練習 ☐ 摂食・嚥下訓練 ☐ 言語訓練 ☐ ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) ☐ IADL練習(買い物、調理等) ☐ 疼痛管理(痛みコントロール) ☐ 更生装具・福祉用具等管理 ☐ 運動耐容能練習 ☐ 地域活動支援 ☐ 社会参加支援 ☐ 就労支援 ☐ その他 ()	
	禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)
症状・病状の予後・予測			
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)		例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか 等)について、 ①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。	
在宅復帰のために整えなければならない要件			
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)	会議出席
1	年 月 日		無・有
2	年 月 日		無・有
3	年 月 日		無・有

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）

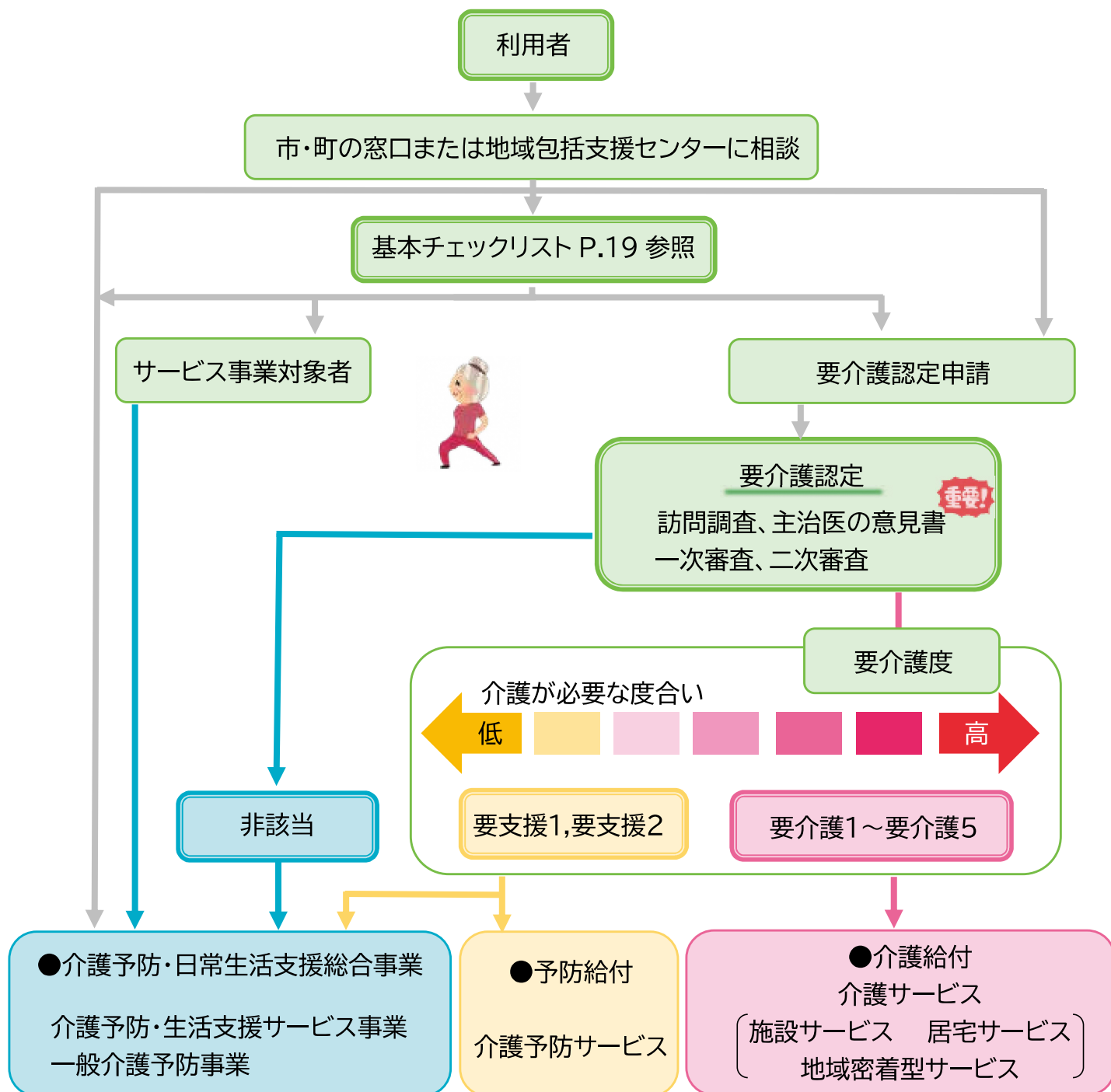
～本人の思いをつなぐために知っておきたいこと～

ACP とは「アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning）」の頭文字で、将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、本人を主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援する取り組みのことです。



出典：厚生労働省委託事業「人生の最終段階における医療体制整備事業」患者の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会資料（E-Field 資料）

介護保険申請から認定までの流れ



●介護保険の加入者(被保険者)

65 歳以上(第1号被保険者)

40歳～64歳の方(第2号被保険者)が介護保険を利用するときに対象となる病気(特定疾病)

- がん(医師が一般に認められる医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る)
- 関節リウマチ●筋萎縮性側索硬化症●後縦靱帯骨化症●骨折を伴う骨粗鬆症●初老期における認知症
- 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病●脊髄小脳変性症●脊柱管狭窄症●早老症
- 多系統萎縮症●糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症●脳血管疾患●閉塞性動脈硬化症
- 慢性閉塞性肺疾患●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

「基本チェックリスト」とは・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
 65歳以上の高齢者が自分の生活や健康状態を振り返り、日常生活に必要な機能が低下していないかを確認するための25項目からなる質問票です。生活機能の低下のおそれがある高齢者を早期に把握し、どのような介護予防に取り組めばよいか分かり、状態悪化を防ぎます。

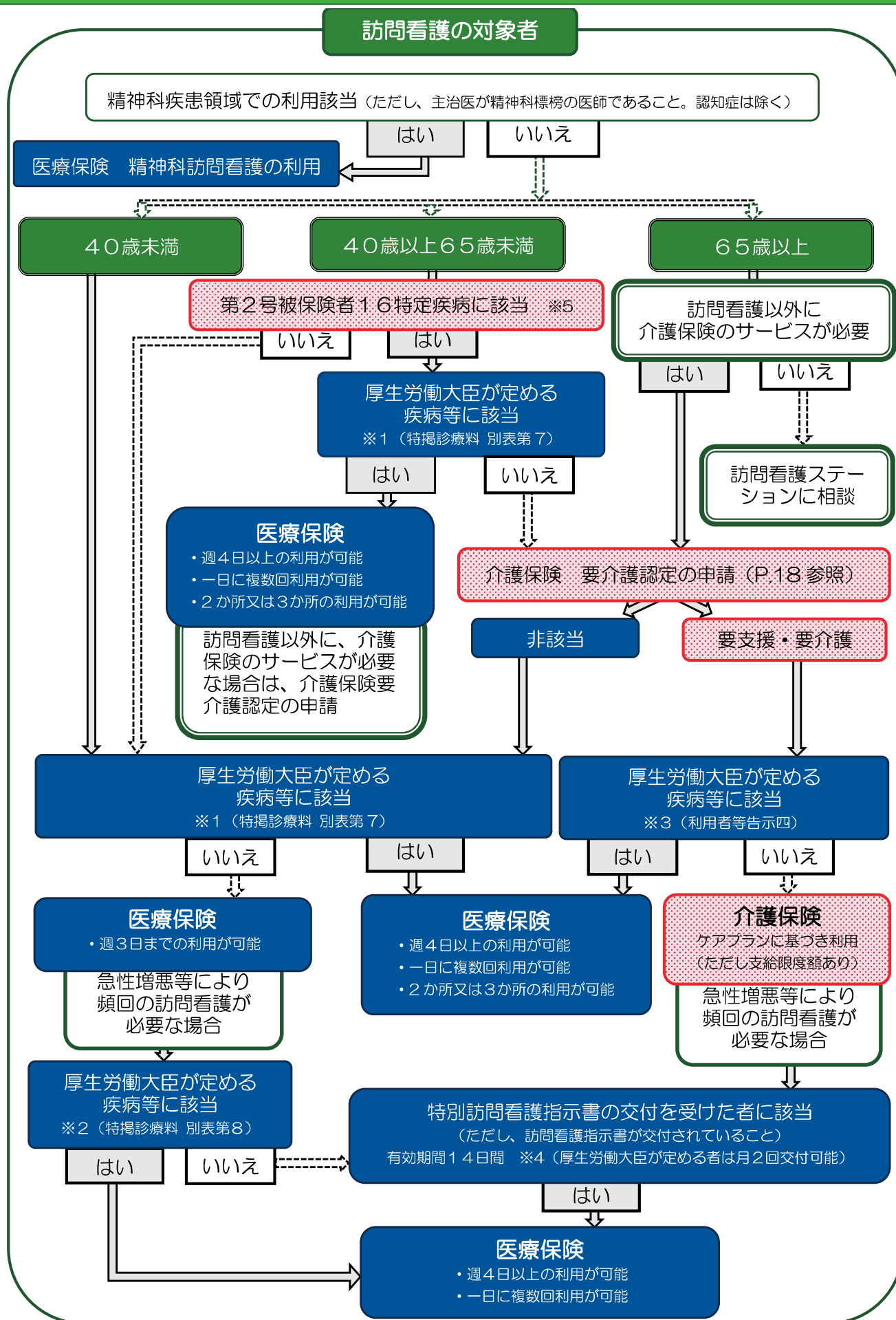
表4 基本チェックリスト

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を お付け下さい)		
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ	
2	日用品の買い物をしていますか	0.はい	1.いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ	
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ	運動
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ちあがっていますか	0.はい	1.いいえ	
8	15分くらい続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ	
11	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ	栄養
12	身長 cm 体重 kg(BMI =)(注)			
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ	口腔
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ	
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ	
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ	閉じこもり
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ	
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるといわれますか	1.はい	0.いいえ	認知
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ	
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ	うつ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ	
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ	

(注)BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))が18.5未満の場合に該当とする。

参考:厚生労働省 表4基本チェックリスト https://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1f_0005.pdf
 様式は市・町によって異なります。

訪問看護を利用する際の保険決定の流れ



☆訪問看護の利用は、原則介護保険が優先されますが、制度により保険の適応が変わります。

※ 厚生労働大臣が定める疾病等の利用者

○医療保険で週3日を超える訪問看護を行うことができる利用者

※1) 特掲診療料の施設基準等・第7に掲げる疾病等の者

- ・末期の悪性腫瘍
- ・多発性硬化症
- ・重症筋無力症
- ・スモン
- ・筋萎縮性側索硬化症
- ・脊髄小脳変性症
- ・ハンチントン病
- ・進行性筋ジストロフィー症
- ・パーキンソン病関連疾患
進行性核上性麻痺
大脳皮質基底核変性症
パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージⅢ以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の者に限る）
- ・多系統萎縮症
線条体黒質変性症
オリブ橋小脳萎縮症
シャイ・ドレーガー症候群
- ・プリオン病
- ・亜急性硬化性全脳炎
- ・ライソゾーム病
- ・副腎白質ジストロフィー
- ・脊髄性筋萎縮症
- ・球脊髄性筋萎縮症
- ・慢性炎症性脱髄性多発神経炎
- ・後天性免疫不全症候群
- ・脊髄損傷
- ・人工呼吸器を使用している状態

※2) 特掲診療料の施設基準・別表第8

- 1.在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理又は在宅強心剤持続投与指導管理、若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2.以下のいずれかを受けている状態にある者
 - ・在宅自己腹膜透析指導管理
 - ・在宅血液透析指導管理
 - ・在宅酸素療法指導管理
 - ・在宅中心静脈栄養法指導管理
 - ・在宅成分栄養経管栄養法指導管理
 - ・在宅自己導尿指導管理
 - ・在宅人工呼吸指導管理
 - ・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
 - ・在宅自己疼痛管理指導管理
 - ・在宅肺高血圧症患者指導管理
- 3.人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 4.真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5.在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

○要介護者・要支援者であっても、医療保険で訪問看護が行われる

※3) 利用者等告示の四

特掲診療料の施設基準等・第7に掲げる疾病等の者と同様・・・ ※1)を参照

○1か月に2回まで特別訪問看護指示書に基づく医療保険の訪問看護を行うことができる利用者

※4) 気管カニューレを使用している状態にある者 真皮を超える褥瘡の状態にある者

○介護保険の第2号被保険者（40歳以上65歳未満）が要介護・要支援認定を受ける疾病

※5) 16 特定疾病

- ・がん（医師が一般に認められる医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る）
- ・関節リウマチ
- ・筋萎縮性側索硬化症
- ・後縦靱帯骨化症
- ・骨折を伴う骨粗鬆症
- ・初老期における認知症
- ・進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- ・脊髄小脳変性症
- ・脊柱管狭窄症
- ・早老症
- ・多系統萎縮症
- ・糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- ・脳血管疾患
- ・閉塞性動脈硬化症
- ・慢性閉塞性肺疾患
- ・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

9. 用語集

【退院前カンファレンス】・・・・・・・・・・・・・・・・

退院前カンファレンスの目的は、本人が在宅で過ごすための情報共有です。また、関係者同士の顔合わせの目的もあります。

参集者は、入院医療機関から、担当医、担当看護師など、入院期間中に患者に関わっている関係者です。在宅チームからは、ケアマネジャーをはじめ、在宅で利用する医療・介護サービスの関係者、時にはサービスの必要性を見極めるために当該サービスの担当者を参集することもあります。本人・家族も参加しますが、本人が参加できない場合は、カンファレンス後に面会することもあります。

カンファレンスの内容は、退院後の生活に向けて、入院中の治療、経過と状況（ADL とケア）、今後の治療方針（外来通院・訪問診療等を含む）、予想される課題の解決方法や今後の見通し、療養生活上の留意点、本人の希望（どのような生活をしたいか等）、家族の意向（不安や希望等）、退院後の目標と必要なサービス、サービス利用を踏まえた情報提供、発行書類（例えば訪問看護指示書等）の確認、急変の対応等が検討されます。

【サービス担当者会議】・・・・・・・・・・・・・・・・

居宅サービス計画作成にあたり、介護保険上位置づけられている会議です。

本人の状況等に関する情報をサービス担当者と共有するとともに、居宅サービス計画原案について専門的な見地からの意見を聴取します。

主に、在宅チームと本人・家族による在宅ケアについて、本人の意向・家族の意向を踏まえた、サービス提供に関する検討です。医療の方針の確認等も行われます。時には、神経難病疾患の方等は、病院のスタッフも参加することがあります。

会議の内容は、本人・家族の意向の確認と共有、目標（長期・短期）、プランの共有、提供サービスの決定、役割分担の明確化、チーム形成・連携、モニタリングのポイント、緊急対応を含めたリスク管理などを検討します。

10. 地域包括支援センター

新発田市			
センター名	所在地	電話番号	担当地域
新発田中央 地域包括支援センター	新発田市中央町3丁目 13番3号 新発田市健康長寿 アクティブ交流センター内	0254- 26-2400	外ヶ輪小学校区 猿橋小学校区
新発田東 地域包括支援センター	新発田市菅谷3345-1 特別養護老人ホーム ヒルトップくしがた内	0254- 31-2001	川東中学校区、七葉中学校区、二葉小 学校区、東中学校区(五十公野地区)
新発田西 地域包括支援センター	新発田市荒町甲1611-8 新発田リハビリテーション病院内	0254- 28-7447	佐々木中学校区、豊浦中学校区、東中 学校(松浦地区、米倉地区、赤谷地区)
新発田南 地域包括支援センター	新発田市諏訪町1丁目 10番38号 「コンフィ陽だまり苑」内	0254- 28-0112	東豊小学校区、御免町小学校区、 住吉小学校区
新発田北 地域包括支援センター	新発田市真野原外3331番地2 特別養護老人ホームしうんじ内	0254- 41-4646	紫雲寺中学校区 加治川中学校区
阿賀野市			
センター名	所在地	電話番号	担当地域
地域包括支援センター 阿賀野	阿賀野市岡山町10-15 阿賀野市役所	0250- 62-2510	水原地区、京ヶ瀬地区
地域包括支援センター 笹神	阿賀野市山崎77 阿賀野市笹神支所	0250- 62-4143	安田地区、笹神地区
胎内市			
センター名	所在地	電話番号	担当地域
地域包括支援センター 胎内市社協	胎内市西本町11-11 「ほっとHOT・中条」内	0254- 44-8687	中条小学校区(西本町、若松町、二葉 町、仁谷野、追分、羽黒、野中、並槻を 除く)、旧柴橋小学校区
地域包括支援センター 中条愛広苑	胎内市十二天91 介護老人保健施設中条愛広苑内	0254- 46-5601	乙地区、旧本条小学校区、若松町、二 葉町、高畑、鴻ノ巣、宮瀬、笹口浜
地域包括支援センター やまぼうし	胎内市下館字大開1522 介護老人保健施設やまぼうし内	0254- 47-2115	黒川地区、仁谷野、追分、羽黒、野中、 並槻
地域包括支援センター ちゅーりっぷ苑	胎内市協和町837-1 デイホームちゅーりっぷ苑さくら内	0254- 28-0022	築地地区(高畑、鴻ノ巣、宮瀬、笹口浜 を除く)、西本町
聖籠町			
センター名	所在地	電話番号	担当地域
聖籠町 地域包括支援センター	聖籠町大字諏訪山 825番地 聖籠町保健福祉センター内	0254- 27-6521	町内全域

11. 入退院連携窓口

〈新発田市内の病院〉



病院名	有田病院	新発田病院
所在地	〒957-0014 新発田市金谷 197	〒957-8588 新発田市本町 1-2-8
電話	0254-22-4009	0254-22-3121
(直通)	なし	なし
FAX	0254-22-4003	0254-22-5374
email	なし	
担当部門	地域生活支援科	患者サポートセンター
入退院連絡相談に留意する事項	問い合わせは、電話にてお願いします。	

病院名	新発田リハビリテーション病院	竹内病院
所在地	〒959-2311 新発田市荒町甲 1611-8	957-0053 新発田市中心町 4-6-6
電話	0254-21-0066	0254-22-2612
(直通)	0254-21-0076	
FAX	0254-21-0062	0254-22-2638
email		hospital@cronos.ocn.ne.jp
担当部門	地域連携部	看護部
入退院連絡相談に留意する事項		まずは電話でご連絡ください。

病院名	北越病院
所在地	〒957-0018 新発田市緑町 2-20-19
電話	0254-26-1010
(直通)	
FAX	0254-26-5231
email	hokuetu@mbc.or.jp
担当部門	地域医療連携室
入退院連絡相談に留意する事項	入院病床は変更する場合がありますので、連携室にお問い合わせ下さい。



〈阿賀野市内の病院〉



病院名	あがの市民病院	脳神経センター阿賀野病院
所在地	〒959-2093 阿賀野市岡山町 13-23	〒959-2221 阿賀野市保田 6317-15
電話	0250-62-2780	0250-68-3500
(直通)	0250-25-7630	なし
FAX	0250-63-1471	0250-68-3690
email	b-renkei@aganocitiy-hp.com	msw@agano.or.jp
担当部門	地域医療・連携センター	地域医療連携室
入退院連絡相談に留意する事項	メールでご連絡の場合は、電話も一報お願い致します。	MSW 宛てにご連絡ください。

〈胎内市内の病院〉



病院名	黒川病院	中条中央病院
所在地	〒959-2805 胎内市下館字大開 1522	〒959-2656 胎内市西本町 12-1
電話	0254-47-2422	0254-44-8800
(直通)		0254-20-8805
FAX	0254-47-3181	0254-44-8696
email		renkei@kyouseikai-hosp.com
担当部門	地域連携室	地域連携室
入退院連絡相談に留意する事項		

〈聖籠町内の病院〉



病院名	新潟聖籠病院	新潟手の外科研究所病院
所在地	〒957-0124 聖籠町蓮野 5968-2	〒957-0117 聖籠町諏訪山 997
電話	025-256-1010	0254-27-0003
(直通)	025-256-1013	なし
FAX	025-256-1267(直通)	0254-27-0012
email	なし	なし
担当部門	地域医療連携相談室	地域連携室
入退院連絡相談に留意する事項	お問い合わせは、電話にてお願いします。	メールはありませんので、電話でお問い合わせください。

1 2. 医療機関、介護施設の検索

一般社団法人 新発田北蒲原医師会
しばた地域医療介護連携センター

一般社団法人 新発田北蒲原医師会
しばた地域
医療介護連携センター

パソコン・スマホから！！
新発田地域の医療・介護情報を検索！

医療・介護施設情報をチェック！

しばた地域医療介護 検索

<https://shibatachiiki-renkei.com/>

QRコード

ホームページ
QRコード

医療・介護関係者ページには、病院・診療所の地域連携情報や薬局の在宅訪問の有無、介護施設の対応可能な処置等を掲載しています。

お問い合わせ

一般社団法人 新発田北蒲原医師会 しばた地域医療介護連携センター
〒957-8577 新発田市本町 4-16-83
電話 0254-20-8577 FAX : 0254-20-8570
e-mail : zaitaku@pop.shibata.ne.jp

医療介護関係者ページへのアクセスはログインが必要です。

ログインに必要なユーザー名またはメールアドレスとパスワードは、しばた地域医療介護連携センターにお問い合わせください。

【厚生労働省の医療情報、介護情報の検索システム】

- 医療情報ネット(ナビイ) <https://www.iryuu.teikyouseido.mhlw.go.jp/znk-web/juminkanja/S2300/initialize>
- 介護サービス情報公表システム <https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/15/index.php>

13. 参考資料

- あなたの笑顔を支える介護保険 聖籠町
- 糸魚川市入退院連携ガイド
- 魚沼圏域入退院連携ガイド
- 大阪府入退院支援の手引き
- 小千谷市入退院連携ガイド
- 介護予防・日常生活支援総合事業のサービス利用の流れ 厚生労働省
- 北見市 入退院連絡の手引き
- 居宅介護支援専門員の手引き 東京都福祉局
- けんおう入退院連携ガイド
- 厚生労働省委託事業「人生の最終段階における医療体制整備事業」
患者の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会資料（E-Field 資料）
- 佐渡市入退院調整ルールガイドライン
- 在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3 厚生労働省
- 高齢者福祉 介護予防 介護保険 サービス便利手帳 胎内市
- 調布市医療介護関係者のための入退院連携ガイドブック
- ともにはぐくむ介護保険 新発田市
- 新潟市医療と介護の連携ハンドブック
- 入退院連携ガイドを活用した入退院支援の手引き
新潟県在宅医療推進センター入退院連携検討委員会
- 病院とケアマネの連携ガイドライン（上越市・妙高市）
- 訪問看護業務の手引き令和6年6月 社会保険研究所
- みんなのあんしん介護保険わかりやすい利用の手引き 阿賀野市

しばた地域入退院連携ガイド

発 行：令和7年1月

発行者：一般社団法人新発田北蒲原医師会しばた地域医療介護連携センター

新発田市、阿賀野市、胎内市、聖籠町

作 成：しばた地域入退院連携検討委員会