

本庄市児玉郡地域 入退院調整ルールの手引き

令和 6 年 7 月改訂

は じ め に

今後、2040年にかけて医療と介護の両方を必要とする高齢者が増加していく中、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、「切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築」「医療・介護関係者の情報共有」が必要とされています。

入退院時に医療・介護関係者等が協働し情報共有を行うことで、高齢者が望むところに退院し、在宅で支援を受けながら病気の再発や病状の悪化を予防し生活ができるよう、本庄市児玉郡では、地域の病院関係者、ケアマネジャー、地域包括支援センター等と協議を重ね、「本庄市児玉郡地域入退院調整ルール」を策定し、平成31年4月より運用しています。

このツールの主旨をご理解いただき、関係者の立場をお互いに尊重しあいながら「本庄市児玉郡地域入退院調整ルール」をご活用くださいますようお願いいたします。

目 次

1	入退院調整ルールの方 考 え 方	1
	(1) 本庄市児玉郡地域入退院調整ルールとは	
	(2) ルールの性格	
	(3) ルールを利用する主な関係機関	
	(4) ルールの対象となる患者	
	(5) ルールで想定される基本的なケース・位置づけ	
	(6) ルールの見直し	
	(7) 個人情報の取扱いについて	
2	ルールの内容	2
	(1) 入院前にケアマネジャーがいる患者の場合	
	(2) 入院前にケアマネジャーがいない患者の場合	
	(3) 退院前にケアマネジャーがいる患者の場合	
	(4) 退院前にケアマネジャーがいない患者の場合	
3	情報共有	10
	(1) 入院時情報提供書 (様式1)	
	(2) 退院・退所情報記録書 (様式2)	
	(3) MC S の取扱い	
4	介護保険制度のあらまし	14
	(1) サービス利用までの流れ	
	(2) 地域包括支援センターの業務	
	(3) ケアマネジャーの業務	
5	地域包括支援センター・居宅介護支援事業所連絡先一覧	17
	(1) 地域包括支援センター	
	(2) 居宅介護支援事業所	
6	入退院調整のための病院相談窓口等一覧	20
7	参考資料	22
	◇退院調整に関して算定可能な診療報酬・介護報酬の例 (令和6年6月)	
	◇在宅医療介護連携拠点	
	◇入退院調整ルール策定経過	

1 入退院調整ルールのかえ方

(1) 本庄市児玉郡地域入退院調整ルールとは

患者が入退院する際に、必要な介護サービスを切れ目なく受けられるよう、本庄市児玉郡地域内の病院とケアマネジャーが、入院時から退院時まで情報を共有し、退院に向けて、カンファレンスやサービス調整などを行うための本庄市児玉郡地域内の仕組みです。

患者の在宅への退院に向けて、病院とケアマネジャーが連携するために、それぞれの役割や手順などを定めるものです。

このルールは、平成31年4月から運用しています。

(2) ルールの性格

本庄市児玉郡地域入退院調整ルールは、病院とケアマネジャーが連携するために期待される標準的な行動を定めたものであり、強制力を持つものではありません。

ルールに定めた手順や日数などは、あくまで「目安」と考え、個別の事情に応じ対応が必要な場合は、その都度、関係者の間で調整してください。

(3) ルールを利用する主な関係機関

- ①本庄市児玉郡地域内の病院
- ②居宅介護支援事業所
- ③地域包括支援センター
- ④本庄市・美里町・神川町・上里町
- ⑤在宅医療連携拠点

(4) ルールの対象となる患者

次のような内容に該当する方が、入退院調整の対象者です。

①入院前に担当ケアマネジャーがいる方

(入院前に介護保険サービスを利用していた方)

⇒要介護・要支援に関わらず、すべての方が対象となります。

②入院前に担当ケアマネジャーがいない方

(退院後、新たに介護保険サービスを利用する方)

⇒『退院調整が必要な患者の基準』(P. 6)により、病院が、退院調整が必要と判断した方が対象となります。

(5) ルールで想定される基本的なケース・位置づけ

基本的に、本庄市児玉郡地域にお住まいの入退院調整ルール対象者が、当該地域の病院に入院し、退院後、在宅に戻るケースを想定しています。

(6) ルールの見直し

ルール運用後、定期的に運用状況の確認や評価を行い、必要に応じて関係者間で協議の上、適宜見直しを行っていきます。

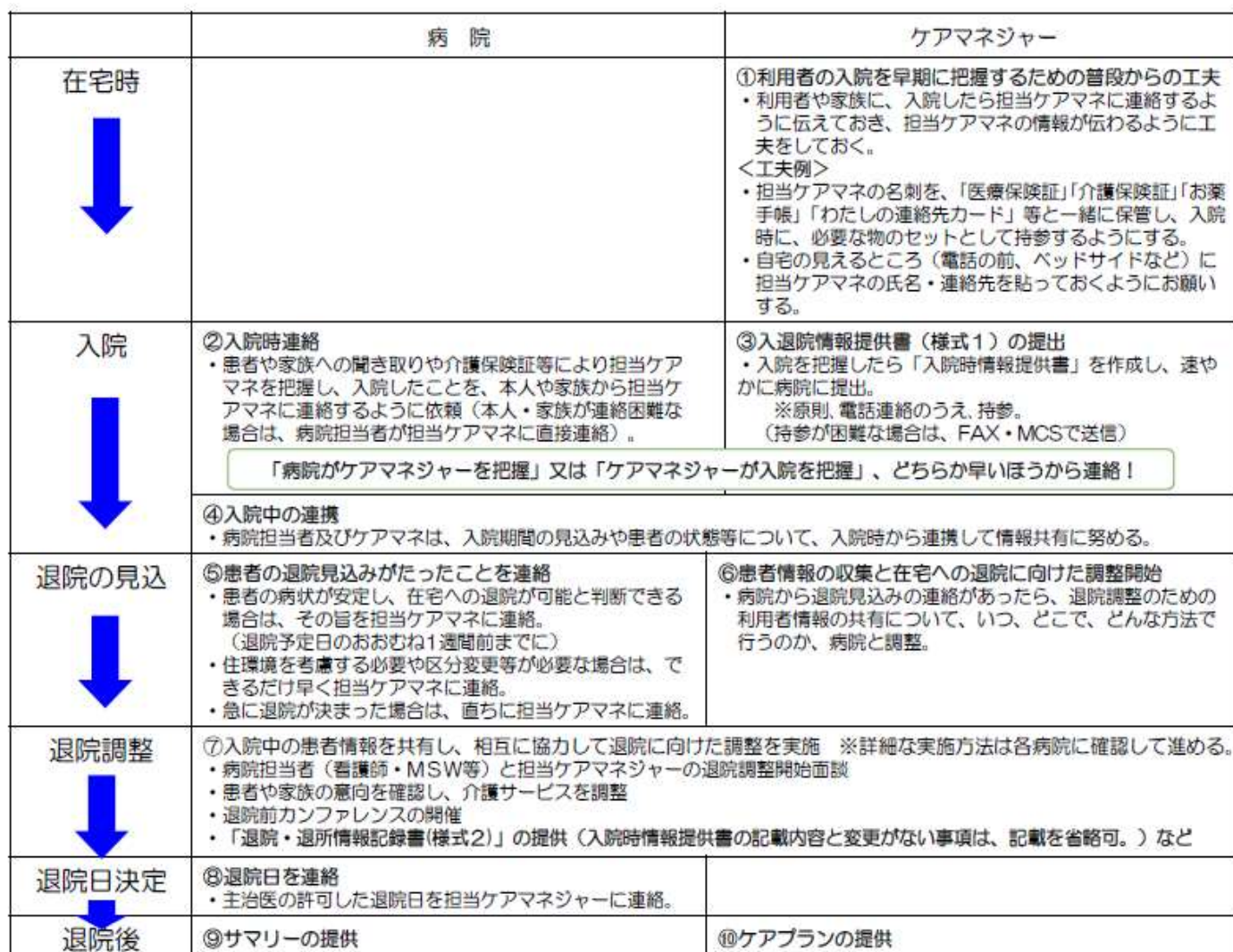
(7) 個人情報の取扱いについて

医療・介護の連携のためには、関係者間の情報共有が不可欠ですが、個人情報の取扱いには細心の注意が必要です。個人情報の取扱いについては、厚生労働省から「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」が示されていますので、参考にしてください。

(厚生労働省ホームページ)

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html>

(1) 入院前にケアマネジャーがいる患者の場合



– 2 –

<在宅時>

- ① ケアマネジャー・地域包括支援センター担当者及び、サービス提供事業所担当者等（以下「在宅担当者」）は、普段から利用者や家族に「入院したら電話をください。」と伝えておき、在宅担当者の情報が病院に伝わるように工夫をしておきます。

工夫例

- ・担当ケアマネジャーの名刺を「医療保険証」「介護保険証」「お薬手帳」「わたしの連絡先カード」などと一緒に保管し、入院の際には、必要な物のセットとして持参するように願います。
- ・自宅の見えるところに担当ケアマネの氏名・連絡先を貼っておくように願います。 など

<入院>

- ② 病棟や地域連携室の退院調整担当者（以下「病院担当者」）は、家族又は介護保険証から在宅担当者を確認し、本人・家族から在宅担当者に病院へ連絡するよう依頼します。本人・家族が連絡困難な場合、病院担当者は、患者が入院した旨を在宅担当者に直接連絡します。
- ③ 在宅担当者は、本人の入院を把握したら、病院に連絡して「入院時情報提供書」（様式1）を作成し、速やかに病院に提出します。原則、電話連絡のうえ、持参としますが、病院の指定するFAXや病院担当者のMC Sへ送信することも可能とします。FAXの場合、個人情報情報の取扱いに注意してください。
- ④ 病院担当者及び在宅担当者は、入院期間の見込みや患者の状態等について、入院時から連携して情報共有に努めてください。

<退院の見込み>

- ⑤ 病院担当者は、患者の状態が安定し、在宅への退院が可能と判断できる場合は、退院予定日のおおむね1週間前までに、その旨を在宅担当者に連絡をします。
- ※患者の状態や要望を反映した介護保険サービスの調整には、1週間は必要です。
- また、住環境を考慮する必要や区分変更等が必要な場合は、できるだけ早く連絡をします。
- 急に退院が決まった場合は、直ちに在宅担当者に連絡をします。
- ⑥ 在宅担当者は、病院から退院の見込みの連絡があったら、利用者情報の共有について、いつ、どこで、どのような方法で実施するかを病院と調整を始めます。

<退院調整>

- ⑦ 病院担当者と在宅担当者は、入院中の患者情報を共有し、相互に協力して退院に向けた調整を実施します。
- 【情報共有方法】※詳細な実施方法は各病院に確認して進めます。
- ・病院担当者は、在宅担当者がケアプランを修正する際に必要な情報（退院・退所情報記録書（様式2））を、院内の関係者から収集します。可能な範囲でシートに記入し、退院調整の開始時（連絡時）に在宅担当者に提供します。
 - ・病院担当者は、面談時に在宅担当者に患者情報を説明します。在宅担当者は、ケアプラン修正をするのに、不足する情報がある場合は、面談時に病院担当者から聞き取ります。
 - ・病院担当者と在宅担当者は、退院の目途がたったら多職種での退院前カンファレンス等の必要性などを確認します。
 - ・退院前カンファレンスでは、病院担当者から入院中の様子や、退院時の留意事項について引継ぎを受け、本人・家族を交えて在宅に必要な支援等について検討します。

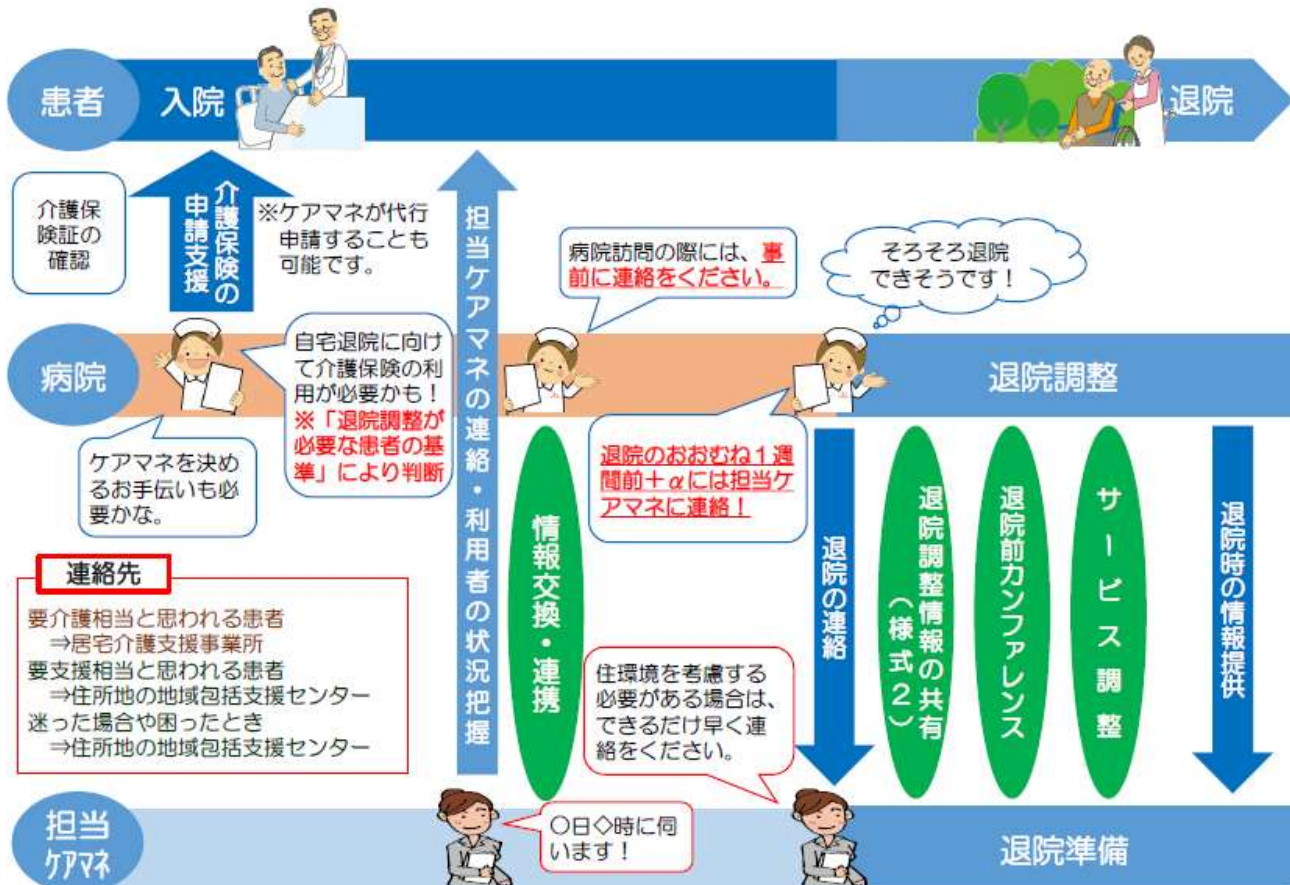
<退院日決定>

- ⑧ 病院担当者は、主治医の許可した退院日を在宅担当者に連絡します。

<退院後>

- ⑨ 病院担当者は、サマリーを在宅担当者に提供します。
- ⑩ 在宅担当者は、必要に応じて、ケアプランの写しを病院担当者に提供します。

(2) 入院前にケアマネジャーがいない患者の場合



	病 院	ケアマネジャー
入院 ↓	①患者・家族への聞き取り ・介護保険証、担当ケアマネの名刺の有無等により、担当ケアマネが決まっていないことを確認。	
退院の見込 ↓	②退院調整の必要性の判断 ・患者の病状が安定したら、「退院調整が必要な患者の基準」に基づき、退院調整が必要か判断。 ③患者・家族への介護保険についての説明、申請の支援 ・②により、退院調整（介護保険の利用）が必要とされた患者や家族に介護保険の説明をし、申請等を支援（ケアマネが代行申請することも可能）。 ④ケアマネ選定を支援 ・必要に応じて、ケアマネ（居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター）の選定を支援。 A. 要介護相当と思われる患者 → 居宅介護支援事業所 B. 要支援相当と思われる患者 → 患者の住所地の地域包括支援センター C. 判断に迷う場合や、前記A・Bに該当するが、本人や家族が希望しない等困ったとき → 患者の住所地の地域包括支援センター	⑤担当ケアマネの連絡 ・入院患者の担当となることが決まれば、速やかに病院担当者に連絡を入れる。
	⑥入院中の連携 ・入院期間の見込みや患者の状態等について、連携して情報共有に努める。	
	⑦患者の退院見込みがたったことを連絡 ・退院の見込みを、原則として退院予定日のおおむね1週間前±αまでに、担当ケアマネに連絡。 ・住環境を考慮する必要がある場合は、できるだけ早く担当ケアマネに連絡。 ・急に退院が決まった場合は、直ちに担当ケアマネに連絡。	⑧患者情報の収集と在宅への退院に向けた調整開始 ・病院から退院見込みの連絡があったら、退院調整のための利用者情報の共有について、いつ、どこで、どんな方法で行うのか、病院と調整。
退院調整	以降の流れは、前掲『入院前にケアマネジャーがいる患者の場合』の⑦以降と同じ	
退院日決定		
退院後		

<入院>

- ① 病院担当者は、本人や家族への聞き取りにより、介護保険の認定や、在宅担当者の有無等を確認します。

<退院の見込み>

- ① 病院担当者は、医師の指示により「在宅への退院が可能かどうか」を判断します。
 - ・「退院調整が必要な患者の基準」(P. 6)に基づき、退院調整が必要かどうかを判断します。
 - ・退院調整が必要と判断した場合、調整に必要な期間(おおむね1週間前+ α)を考慮して患者や家族への支援、在宅担当者の選定のため早めに調整を始めます。
- ② 病院担当者は、退院調整(介護保険の利用)が必要と判断された患者や家族に介護保険の説明を行い、申請等を支援します。(ケアマネジャーが代行申請することも可能です。)
- ③ 病院担当者は、必要に応じて、地域包括支援センター・居宅介護支援事業所連絡先一覧(P. 17~19)を活用して、在宅担当者の選定を支援します。
【要介護】は、居宅介護支援事業所連絡先一覧(P. 18~19)から選定した事業所へ
【要支援・判断に迷う場合や困ったとき】は、患者の住所地の地域包括支援センター(P. 17)へ
- ④ 在宅担当者は、退院患者の担当となることが決まったら、速やかに病院担当者に連絡をします。
- ⑤ 病院担当者及び在宅担当者は、退院時期の見込みや患者の状態等について、連携して情報共有に努めます。
- ⑥ 病院担当者は、患者の退院見込みが決まったら、在宅担当者の退院調整に必要な期間(おおむね1週間前+ α)を考慮して連絡をします。
※患者の状態や要望を反映した介護保険サービスの調整には1週間は必要です。新たに介護保険サービスを利用する場合は、初回の訪問(契約、家族への説明など)やサービス事業者を新たに探す時間などが、さらに必要なため、『+ α 』としてあります。
また、住環境を考慮する必要や区分変更等が必要な場合は、できるだけ早く連絡をします。急に退院が決まった場合は、直ちに在宅担当者に連絡をします。
- ⑦ 在宅担当者は、病院から退院の見込みがたった旨の連絡があった場合、利用者情報の共有について、いつ、どこで、どのような方法で実施するかを病院と調整を始めます。

以降の流れは、『入院前にケアマネジャーがいる患者の場合』(P. 2)の退院調整以降と同じです。

<ケアプラン作成の流れ>

- ① 契約・面談・・・・・・・・退院後の住居や生活の課題・ニーズの把握。契約の手続き
- ② 病院からの情報収集・・・・・・・・身体機能の状況、生活機能の今後の見込み等の情報を収集
- ③ ケアプラン原案作成・・・・・・・・自立支援、課題解決に向け必要なサービスを想定
- ④ サービス事業所との調整・・・・・・・・事業所の選定、事業所へ利用者情報提供
- ⑤ 退院前カンファレンス・・・・・・・・サービス事業所を交えた病院との引き継ぎ
- ⑥ サービス担当者会議・・・・・・・・事業所間で目標・課題共有。事業所間の役割分担を確認
- ⑦ サービス提供開始

※詳細については、「退院調整におけるケアマネジャーの業務」(P. 8)をご覧ください。

（３）退院時にケアマネジャーがいる患者の場合

入院前から居宅介護支援事業所・地域包括支援センターと契約している患者については、要介護・要支援には関係なく担当者へ引継ぎをしてもらいます。

（４）退院時にケアマネジャーがいない患者の場合

①退院調整が必要な患者の基準

入院前や退院時に担当ケアマネジャーが決まっていない患者については、次の基準により退院調整（介護保険の利用）が必要かどうかを判断します。

《 65 歳以上の患者の場合 》

1 退院調整が必要な患者（患者の状態が「要介護相当」）

- ①立ち上がりや歩行などに介助が必要な方
- ②食事に介助が必要な方
- ③排泄に介助が必要な方
- ④日常生活に支障をきたすような精神症状または認知症状のある方

※ 1 項目でも当てはまれば（さらに重度も含めて）

⇒ 居宅介護支援事業所（注 1）へ連絡

2 それ以外で見逃してはいけない患者（患者の状態が「要支援相当」の一部）

- ⑤在宅では、独居かそれに近い状態で、調理や掃除など身の回りの周辺動作に介助が必要な方
- ⑥（ＡＤＬは自立でも）がん末期の方、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

⇒ 患者の住所地の地域包括支援センター（注 1）へ連絡

3 迷った場合や、上記 1・2 に該当するが本人や家族が希望しない等、困ったとき

⇒ 患者の住所地の地域包括支援センター（注 1）へ連絡

（注 1）地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所の連絡先一覧は P. 17～19

《 40歳以上65歳未満の患者の場合》

患者が介護保険の対象となる特定の疾病（下記の介護保険の対象となる疾病）で、かつ、前ページの1～3の「退院調整が必要な患者の基準」に当てはまる場合

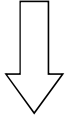
【介護保険の対象となる疾病】（40歳以上65歳未満）

- ①がん末期
- ②関節リウマチ
- ③筋萎縮性側索硬化症
- ④後縦靱帯骨化症
- ⑤骨折を伴う骨粗しょう症
- ⑥初老期における認知症
- ⑦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
- ⑧脊髄小脳変性症
- ⑨脊柱管狭窄症
- ⑩早老症
- ⑪多系統萎縮症
- ⑫糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- ⑬脳血管疾患
- ⑭閉塞性動脈硬化症
- ⑮慢性閉塞性肺疾患
- 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

②退院調整におけるケアマネジャーの業務

☆病院から退院するケース（認定申請の場合）：新規受付～在宅受け入れ可能になるまで☆

居宅新規受付



- 1 病院又は家族から電話で依頼を受ける
- 2 事業所内で担当者を決定
- 3 病院から『退院・退所情報記録書』（様式2）・看護サマリー等の提供を受ける
- 4 初回訪問の日程調整

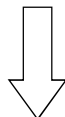
病院から『退院・退所情報記録書』（様式2）・看護サマリー等の提供を受ける。

⇒未申請であれば、代行申請から必要。

- ・ケアマネジャーの担当できる件数が決まっているため、担当者を決めるのにも時間が必要。
- ・家族が就労などで連絡がとれないことが多く、初回訪問まで時間が掛かることも多い。

Check!
👉

病棟に初回訪問 (インテーク・ アセスメント)



- 1 介護保険証の確認
- 2 本人又はその家族に対し、居宅介護支援についての契約及び重要事項の説明、個人情報の使用について説明し、同意を得たのち、署名押印をいただき一部交付
- 3 『居宅サービス計画作成依頼届』の記載依頼
- 4 病棟から、本人の状態説明や退院後の生活についての助言など、情報提供を受ける
- 5 基本情報聴取・アセスメント(課題分析)を実施
- 6 サービス事業者の情報提供を行い、サービス選択を求める（検討する時間・見学等も含む）
- 7 居宅へ訪問(家屋状況の確認)

・アセスメントは、利用者の居宅を訪問し、利用者及び家族に面接しなければならない。

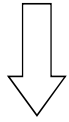
しかし、利用者が入院中であることなど物理的な理由がある場合は病院での実施も可能。

⇒入院中は、病院と居宅の訪問が必要になる。

- ・本人の状態像に変化があり、住宅改修などの可能性があれば、本人の動きを自宅で確認する必要がある。また、事務手続きには1か月位かかる場合も。

Check!
👉

事務処理

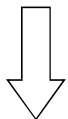


- 1 市役所又は町役場へ書類提出代行申請
『居宅サービス計画作成依頼届』
『主治医意見書・認定調査票の資料開示申請』
- 2 利用者台帳・基本情報の作成（パソコン入力）
- 3 アセスメントをもとに、ケアプラン原案を作成
- 4 必要と思われるサービス事業者の調整
- 5 主治医との連携
- 6 サービス担当者会議の開催調整と書類準備
(ケアプラン・利用票・提供票、介護保険証の写しなど)

- ・事業所の営業日や役所の開庁時間など、曜日や時間に制限がある。
- ・医療系サービスを計画に位置づける場合は、主治医より助言をもらうことが必須。
⇒主治医との連絡調整にも時間を要する。

Check!
☺

ケアプランの確定 (ケアプランの交付)



- 1 サービス担当者会議の開催で情報共有
- 2 ケアプランの修正・確定
- 3 ケアプラン・利用票について、利用者又は家族に説明し、同意を得たのち、署名押印を頂き一部を交付
- 4 提供票の交付
- 5 サービス担当者会議録の作成

- ・サービス担当者会議では、サービス担当者から専門的な見地からの意見を聴取しなければならない。欠席する事業所には事前に照会での意見聴取が必要。
⇒事業所が多くなればなるほど、調整に時間が掛かる。
- ・提供票を事業所に交付した証拠として、受領のサインが必要なので原則手渡ししている。

Check!
☺

(サービス事業者 の契約同行)

サービス利用を開始するには
ここまでが必要

3 情報共有

入退院時において、病院とケアマネジャーが情報共有していくため、次の様式を作成しましたので活用してください。

なお、様式の項目については、患者さんの様子がわかる内容を掲載していますが、聞き取り時などにおいて、追加で必要な項目が生じる場合もありますので、その際には適宜対応をお願いします。

(1) **入院時情報提供書**…ケアマネジャーから病院へ連絡（様式1）

- ・ケアマネジャーが有する情報を病院に提供する場合に使用します。
- ・項目で不足する情報は、病院訪問時に病院担当者がケアマネジャーに口頭で確認するか、必要に応じてフェイスシート、ケアプラン第1～3表等を渡して対応します。

(2) **退院・退所情報記録書**…病院からケアマネジャーへ連絡（様式2）

- ・退院調整開始時に病院が有する情報をケアマネジャーに提供する場合に使用します。
- ・病院担当者は、可能な範囲で「退院・退所情報記録書」（様式2）に記入の上、退院調整開始前にケアマネジャーに提供します。
- ・項目で不足する情報は、カンファレンスや面接時にケアマネジャーが病院担当者に聞き取ります。
- ＊「退院・退所情報記録書（様式2）」を用いない場合においても、看護サマリー等の様式を利用して情報を共有しましょう。
ただし、様式2の内容を網羅していない場合には、加算には該当しません。

(3) **MCSの取扱い**

- ・本庄市児玉郡医師会メディカルケアステーション（MCS）運用ポリシーに基づき、効果的に利用しましょう。新規ご利用等についてのご相談は、在宅医療連携拠点へお問い合わせください。

【様式 1】

別紙 1

入院時情報提供書＜在宅版＞

記入日： 年 月 日
入院日： 年 月 日
情報提供日： 年 月 日

医療機関名：
ご担当者名：



事業所名：
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、____年____月____日時点の在宅生活における利用者情報（身体・生活機能など）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				
氏名	(フリガナ)	生年月日	西暦	年 月 日生
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	認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M	
介護保険の自己負担割合	☐ ____割 ☐ 不明	障害手帳の有無	☐ 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 ☐ 日中独居 ☐ その他 ()			
主介護者氏名	(続柄 ・ 才)	(同居・別居)	電話番号	
意思決定支援者(代諾者)	(続柄 ・ 才)	(同居・別居)	電話番号	
3. 意思疎通について				
視力	☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難	意思疎通	☐ 会話に支障がない ☐ 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる ☐ 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる ☐ 会話が成り立たないが、発語はある ☐ 発語がなく、無言である	
聴力	☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難			
眼鏡	☐ なし ☐ あり			
補聴器	☐ なし ☐ あり			
4. 口腔・栄養について				
摂食方法	☐ 経口 ☐ 経管栄養 ☐ 静脈栄養	食物アレルギー	☐ なし ☐ あり ()	
摂食嚥下機能障害	☐ なし ☐ あり	水分(とろみ)	☐ なし ☐ あり (☐ 薄い ・ ☐ 中間 ・ ☐ 濃い)	
食形態(主食)	☐ 米飯 ☐ 軟飯 ☐ 全粥 ☐ その他 ()	食形態(副食)	☐ 普通 ☐ 軟菜 ☐ その他 ()	
義歯使用	☐ なし ☐ あり (☐ 部分 ・ ☐ 総)	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	☐ できる ☐ できない	
歯の汚れ	☐ なし ☐ あり	歯肉の腫れ、出血	☐ なし ☐ あり ()	
特記事項				
5. 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：		
服薬介助	☐ 自立 ☐ 一部介助 (介助内容：)	☐ 全介助		
服薬状況	☐ 処方通り服用 ☐ 時々飲み忘れ ☐ 飲み忘れが多い、処方を守られていない ☐ 服薬拒否			
薬剤アレルギー	☐ なし ☐ あり ()	特記事項	☐ なし ☐ あり ()	
6. かかりつけ医について				
かかりつけ医療機関 1		かかりつけ医療機関 2		
医師名		医師名		
かかりつけ医療機関 3		かかりつけ歯科医療機関		
医師名		歯科医師名		
かかりつけ薬局		訪問看護ステーション		
7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報				
※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること				
意向の話し合い	☐ 本人・家族等との話し合いを実施している (最終実施日： 年 月 日) ☐ 話し合いを実施していない (☐ 本人からの話し合いの希望がない ☐ それ以外)			
※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載				
本人・家族の意向	☐ 下記をご参照ください ☐ 別紙参照 (書類名：)			
話し合いへの参加者	☐ 本人 ☐ 家族 (氏名：) (続柄：) (氏名：) (続柄：) ☐ 医療・ケアチーム ☐ その他 ()			
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容※				
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容			

【様式 1】

8. 入院前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について									
麻痺の状況	☐ 右 upper 肢	☐ 左 upper 肢	☐ 右 lower 肢	☐ 左 lower 肢	褥瘡等の有無	☐ なし ☐ あり（部位・深度・大きさ等）			
褥瘡等への対応	☐ エアーマット		☐ クッション		☐ 体位変換（時間毎）	☐ その他（）			☐ なし
移乗	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	移動	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
移動（屋外）	☐ 杖	☐ 歩行器	☐ 車椅子	☐ その他	移動（屋内）	☐ 杖	☐ 歩行器	☐ 車椅子	☐ その他
食事	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	排泄	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
入院前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。 ☐ アセスメントシート（フェイスシート） ☐ その他（）								
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	☐ なし ☐ あり 								
認知機能の状況	みまもりの必要性：日常生活で安全に過ごすためにどの程度ほかの人によるみまもりが必要か ☐ 見守ってもらうことなく過ごすことができる ☐ 1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる ☐ 半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる ☐ 30分程度ならみまもってもらうことなく一人で過ごすことができる ☐ 常にみまもりが必要である								
	見当識：現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか ☐ 年月日はわかる ☐ 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる ☐ 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる ☐ その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前はわかる ☐ 自分の名前がわからない								
	近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか ☐ 常に覚えている ☐ たまに（週1回程度）忘れることがあるが、考えることで思い出せる ☐ 思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある ☐ きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない ☐ 忘れたこと自体を認識していない								
	遂行能力：テレビ、エアコン、電動ベッド等の電化製品を操作できるか ☐ 自由に操作できる ☐ チャンネルの順送りなど普段している操作はできる ☐ 操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえれば使える ☐ リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない ☐ リモコンが何をするものかわからない								
	過去半年間における入院 ☐ なし ☐ 不明 ☐ あり（頻度： ☐ 0回 ☐ 1回 ☐ 2回以上）（直近の入院理由： 期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日）								
9. 入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等									
介護/医療の状況・本人の関心等	介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等 同封の書類をご確認ください。 ☐ 居宅サービス計画(1)～(3) ☐ アセスメントシート（フェイスシート） ☐ その他（） ペット飼育の有無： ☐ あり ☐ なし 特記事項：								
10. 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）									
住環境 ※可能ならば「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（ ☐ あり ☐ なし） 特記事項：								
在宅生活に必要な要件									
世帯に対する配慮	☐ 不要 ☐ 必要（）								
退院後の支援者	☐ 家族の支援が見込める（ ☐ 十分・ ☐ 一部） ☐ 家族以外の支援が見込める（ ☐ 十分・ ☐ 一部） ☐ 支援は見込めない ☐ 家族や家族以外の支援者はいない								
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：）								
家族や同居者等による虐待の疑い	☐ なし ☐ あり（）								
特記事項									
11. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）									
「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 具体的な要望（）								

【様式 2】

退院退所情報記録書【退院前情報共有シート】

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	歳	□要支援（ ） □要介護（ ） □申請中 □なし	
入院（所）概要	・入院（所）日： 年 月 日		・退院（所）予定日： 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	安定（ ） 不安定（ ）
	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等の食事形態区分			
	嚥下機能（むせ）	□なし □あり（ ）	義歯	□なし □あり（ ）	
	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 □焦躁・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	本人への病名告知： □あり □なし			
	<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 ☐ 一包化 ☐ 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） ☐ 更正装具・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） ☐ なし ☐ あり		
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着い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				
2				
3				

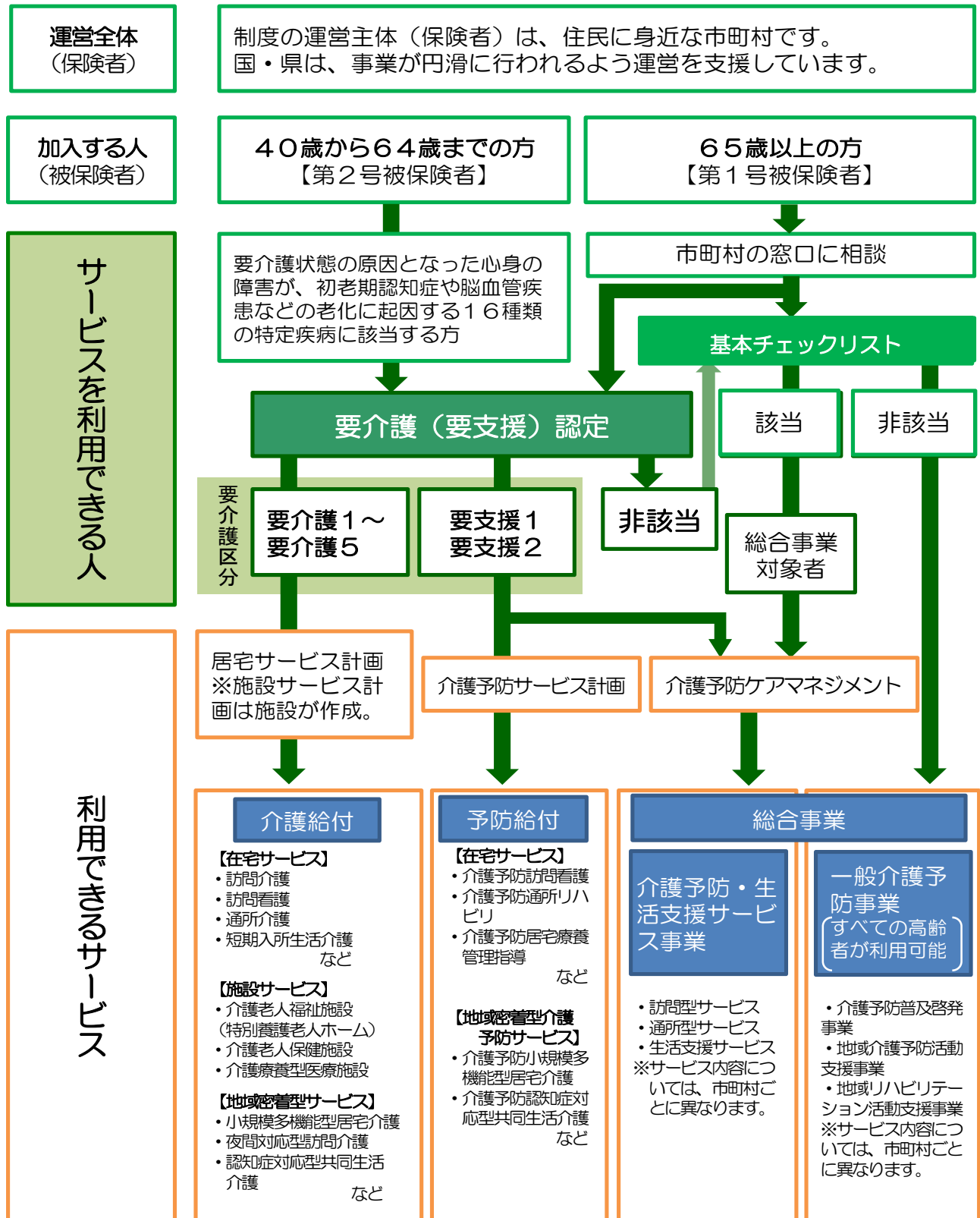
※課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括票の活用も考えられる。

※加算がとれる体制が整いましたら、「様式 2」をご活用ください。

4 介護保険制度のあらまし

(1) サービス利用までの流れ

介護保険のサービスを利用する場合は、お住まいの市町村に要介護（要支援）認定を申請し、認定を受けます。認定を受けた後、介護支援専門員（ケアマネジャー）等が作成したケアプランに基づき、サービスを利用します。



(2) 地域包括支援センターの業務

高齢者のみなさんが、住み慣れた地域で安心して暮らしていくために、様々な面から総合的に支援するための相談機関です。本庄市には委託4か所、美里町・神川町・上里町には直営で各1か所、設置されています。

① 総合相談

高齢者やその家族の相談を受け、適切なサービスにつなげます。相談の内容によってサービスや制度に関する情報提供や、関係機関への紹介を行います。また、介護や健康に関することだけでなく、生活全般についての相談にも応じています。

② 介護予防ケアマネジメント

介護保険で「要支援1、2」と判定された方や総合事業の対象となる方（介護予防・生活支援サービス事業対象者）一人ひとりに合わせた介護予防プランを作成し、自立した日常生活が送れるように支援します。また、介護予防サービス等が利用できるよう連絡調整を行います。

③ 包括的・継続的マネジメント

高齢者が、住み慣れた地域で暮らし続けられるように、地域の様々な機関・専門家などと連携・協力できる体制づくりに取り組みます。

また、地域のケアマネジャーが円滑に仕事ができるよう支援し、より暮らしやすい地域にするため関係機関と協力していきます。

④ 権利擁護

高齢者が安心して日常生活を送れるよう、高齢者の権利を守ります。

また、成年後見制度の紹介や虐待の早期発見、消費者被害の未然防止などに対応します。

⑤ 在宅医療・介護連携

在宅医療と介護サービスを一体的に提供するために、医療機関と介護保険サービス事業所等関係者の連携を推進します。

⑥ 認知症施策

認知症初期集中支援チームの関与による認知症の早期診断・早期対応や、認知症地域支援推進員による相談対応などを行い、認知症になっても本人の意思が尊重され、出来る限り住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができるような取り組みを行っていきます。

⑦ 生活支援体制整備

生活支援コーディネーターの配置や協議体を設置し、ボランティア団体・社会福祉協議会・地区組織などの生活支援サービスを担う事業主体と連携し、生活上の支援体制を強化します。

⑧ 地域ケア会議

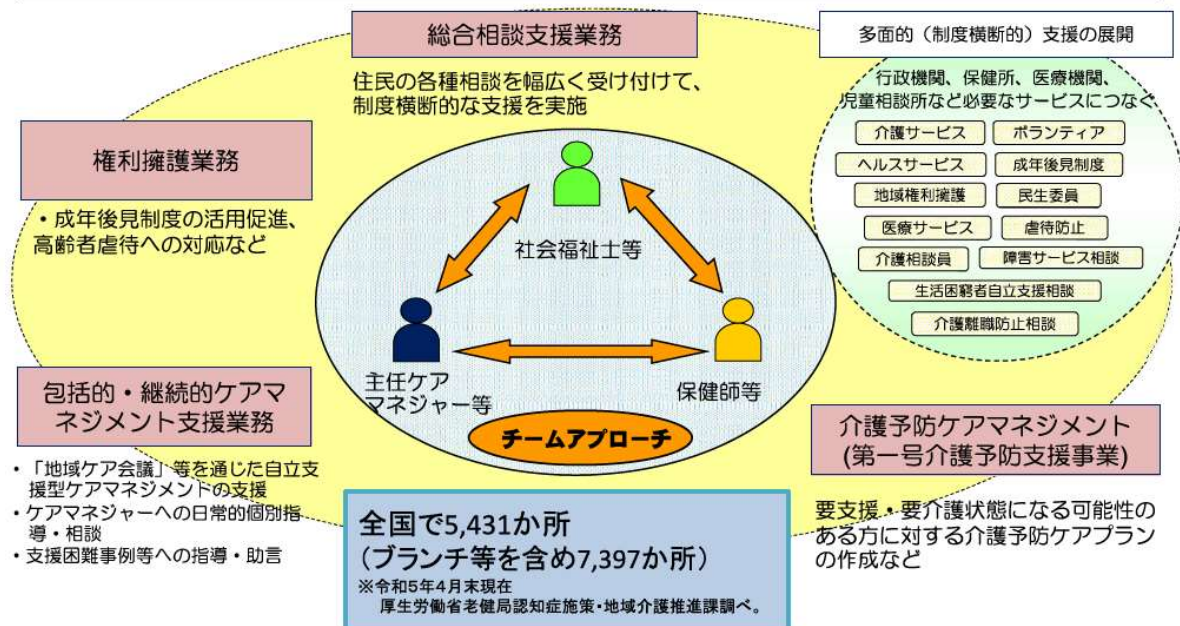
多職種協働による個別事例の検討などを行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握などを推進します。

⑨ 一般介護予防事業

民間サービスとの役割分担を踏まえつつ、住民の通いの場を充実させ、つながりを通じて通いの場が継続的に展開していく自立支援の取組を推進し、介護予防を強化します。

地域包括支援センターについて

地域包括支援センターは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域の住民を包括的に支援することを目的とする施設。（介護保険法第115条の46第1項）



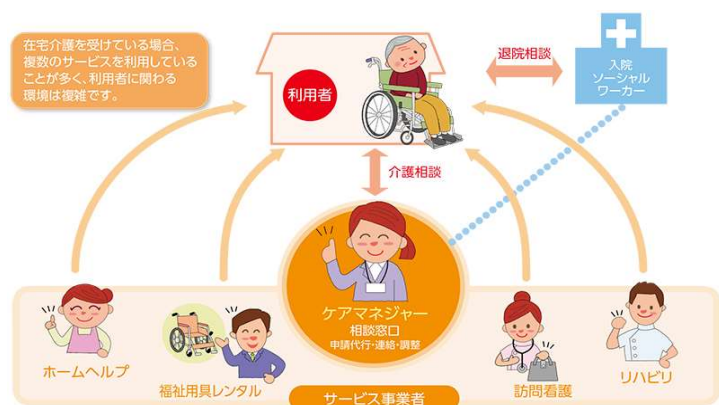
（３）ケアマネジャーの業務

要介護又は要支援と認定された人の自立支援を目的とし、介護者の相談に応じながら、要介護者の生活状況や身体状況をアセスメントし、適切な介護サービス計画を立案し、各サービス事業者との調整を行う専門職をケアマネジャー（介護支援専門員）と言います。

自立支援（改善又は重度化防止）に向けて、必要なサービスや支援を早期に対応できるように多職種間の連携を図ります。

【主な業務】

- ・要介護認定に関する業務
- ・介護支援サービスに関する業務
- ・給付管理に関する業務



5 地域包括支援センター・居宅介護支援事業所 連絡先一覧

(1) 地域包括支援センター

市町	No.	地域包括支援センター名	所在地	TEL	FAX
本 庄 市	1	本庄西 地域包括支援センター 本庄市社会福祉協議会	本庄市銀座 1-1-1 (はにぼんプラザ内)	0495-22-7088	0495-21-5516
		【担当地区】 本庄西地域：千代田・若泉・中央・銀座・小島南・小島・万年寺・下野堂・照若町・都島・山王堂・沼和田・杉山・新井			
	2	本庄東 地域包括支援センター 安誠園	本庄市本庄 3-1-21	0495-22-6262	0495-22-4949
		【担当地区】 本庄東地域：本庄・東台・日の出・寿・朝日町・台町・諏訪町・本町・鶴森・傍示堂・牧西・小和瀬・宮戸・堀田・滝瀬・仁手・下仁手・久々宇・田中・上仁手			
	3	本庄南 地域包括支援センター シャローム	本庄市今井 1251-1	0495-23-9580	0495-23-4466
		【担当地区】 本庄南地域：南・前原・柏・栄・駅南・けや木・見福・緑・五十子・四季の里・早稲田の杜・北堀・栗崎・西五十子・東五十子・東富田・西富田・四方田・今井・共栄・いまい台			
	4	児玉地域包括支援センター	本庄市児玉町金屋 1302-1	0495-73-1545	0495-72-5777
		【担当地区】児玉地域全域			
美 里 町	5	美里町 介護福祉課 包括支援係 (地域包括支援センター)	美里町木部 323-1	0495-76-1325	0495-76-0909
神 川 町	6	神川町 地域包括支援センター	神川町関口 90	0495-74-1155	0495-74-1156
上 里 町	7	上里町役場 高齢者いきいき課 地域包括支援係 (地域包括支援センター)	上里町七本木 5518	0495-35-1243	0495-33-2429

(2) 居宅介護支援事業所

令和6年5月1日現在

市町	No.	事業所名	所在地	TEL
本庄市	1	本庄南介護支援センター	本庄市日の出3-7-26	0495-23-0025
	2	在宅介護支援センター 安誠園	本庄市本庄3-1-21	0495-22-7833
	3	シャローム居宅介護支援センター	本庄市今井1251-1	0495-23-4488
	4	本庄居宅介護支援センター	本庄市小島5-6-1	0495-21-7878
	5	あずみ苑本庄	本庄市西富田739-1	0495-25-4165
	6	ケアプランセンター ジャム	本庄市西五十子446-15	0495-23-0441
	7	居宅介護支援事業所ふくしまライフサポート	本庄市寿2-4-10	0495-37-1112
	8	ことりケアプラン	本庄市下野堂1-21-12 SフィールドⅡ104号	0495-23-3517
	9	本庄ケアプラザ	本庄市けや木2-4-5	0495-71-9127
	10	居宅介護支援事業所 青い風	本庄市日の出3-6-50 11号棟	0495-23-3065
	11	居宅介護支援事業所翔	本庄市前原1-3-7 CoMoDo B102	0495-71-6501
	12	居宅介護支援事業所 ゆたか本庄	本庄市前原1-12-15	0495-25-5560
	13	しゃくなげケアプランセンター	本庄市前原2-2-3	0495-71-7703
	14	トマト村	本庄市早稲田の杜5-14-8	0495-25-3405
	15	居宅介護支援センター 彩	本庄市西五十子634-4	0495-71-5487
	16	ケアプラン四季	本庄市四季の里2-15-9	0495-37-4271
	17	老人保健施設 彩の苑	本庄市千代田1-1-21	0495-23-3988
	18	まごころケアプラン	本庄市栄2-8-1 リオネルガーデン101号室	0495-22-2205
	19	はなわ居宅介護支援事業所	本庄市若泉1-1-39	0495-71-6818
	20	吉沢病院指定介護支援センター	本庄市1216-1	0495-22-7700
	21	居宅介護支援事業所 のんびり森	本庄市日の出3-4-35	0495-71-6424
	22	居宅介護支援 ちとせ	本庄市日の出3-3-6	0495-71-5996
	23	ライフプランシナモン	本庄市北堀705-1 2階	0495-27-0001
	24	児玉居宅介護支援センター	本庄市児玉町金屋1302-1	0495-72-5828
	25	むさしの居宅介護支援サービス	本庄市児玉町飯倉170-3	0495-72-6655
	26	ケアセンター はじめ	本庄市児玉町児玉南4-11-32	0495-72-7226
	27	ひまわり児玉	本庄市児玉町入浅見838-3	0495-71-5283

市町	No.	事業所名	所在地	TEL
本庄市	28	ベル居宅介護支援事業所	本庄市児玉町八幡山 2 7 4 - 1	0495-71-6043
	29	ケアプラン 楓	本庄市都島 884-3	0495-24-0291
	30	あゆみ居宅介護支援事業所	本庄市児玉町金屋 1465-15	048-580-6201
美里町	31	居宅介護支援センター 「けいあい」	美里町小茂田 7 4 9	0495-75-2080
	32	居宅介護支援事業所 ももよの丘	美里町白石 2 3 2 3 - 1	0495-76-5700
	33	居宅介護支援センター チューリップ	美里町阿那志 7 7 5	0495-76-1238
	34	居宅介護支援事業所 陽寄りの丘	美里町甘粕 1 3 9 - 7	0495-71-8568
	35	居宅支援サービス くどう	美里町大字木部 8 0 - 1	0495 - 71-5288
神川町	36	老人保健施設 かみかわ	神川町新里 2 7 8 3 - 5	0495-77-2060
	37	在宅介護支援センター いずみ	神川町上阿久原 5 6 7	0274-52-6038
	38	神川町社会福祉協議会ケアプランセンター	神川町関口 9 0	0495-74-1188
	39	居宅介護支援事業所 こだま	神川町植竹 2 5 6 - 8	0495-77-4510
	40	ケアプラン結い	神川町関口 1 3 3 - 1	0495-71-8531
上里町	41	ケアプラン たちばな	上里町大御堂 8 0 6 - 1	0495-35-1531
	42	かみさと居宅介護支援事業所	上里町堤 4 8 7 - 1	0495-34-1481
	43	かみさとナーシングホーム居宅介護支援事業所	上里町金久保 1 3 3 6	0495-33-7070
	44	上里町社会福祉協議会居宅介護支援センター	上里町七本木 5 5 9 1	0495-71-6703
	45	居宅介護支援センター りんどう	上里町金久保 7 7 7	0495-34-3043
	46	生協介護センター こだま	上里町七本木 3 5 5 6 - 4 アバンティーマゾン 1 0 2	0495-35-3271
	47	ケアプランさわやか	上里町七本木 2 1 6 9 - 9	0495-33-8545
	48	ハピネスケアセンター	上里町大字神保原町 3 5 4 - 2 神保原ビル 1F	0495-71-9995
	49	ヨコタ居宅介護事業所	上里町勅使河原 1 2 8 1 - 5	0495-71-9558
	50	ケアプラン心の里	上里町七本木 4 2 0	0495-33-3346
	51	居宅介護支援事業所ゆたか	上里町七本木 2 9 5 5 - 2	0495-35-1556

6 入退院調整のための病院相談窓口等一覧

令和6年5月1日現在

	病院名	郵便番号	所在地	TEL	FAX	相談受付時間	入院時情報提供書送付先 【宛先】	MCS の対応
1	青木病院	367-0063	本庄市下野堂 1-13-27	0495-24-3005 (代表) 0495-25-5534 (直通)	0495-24-3007	8:30～17:30 月曜日～土曜日 (日・祝日を除く)	【地域医療連携室宛て】 持参の際は受付にて地域医療連携 室にお願いする旨伝えて渡す。	可 (緊急時を除く)
2	飯塚内科 小児科	367-0046	本庄市栄 1-1 -33	0495-24-6311	0495-22-3125	9:00～12:00、15:00～18:00 月曜日～土曜日 (木午後・土午後・日・祝日を除く)	【飯塚明男院長宛て】 持参の際は受付にて「入院時情報提 供書です」と伝えて渡す。	不可
3	岡病院	367-0031	本庄市北堀 810	0495-24-8821 (代表) 0495-27-8008 (直通)	0495-21-7640 (代表) 0495-21-6895 (直通)	9:00～12:00、13:30～16:30 月曜日～土曜日 (日・祝日を除く)	【地域連携室宛て】 持参の際は、まずは医療連携室に 届け、不在であれば受付に渡す。	不可
4	彩北病院	367-0061	本庄市小島 5- 6-1	0495-21-0111	0495-21-7725	9:00～17:00 月曜日～金曜日 (土・日・祝日を除く)	【地域連携室宛て】 持参の際は、受付にて「地域連携室 にお願いします」と伝えて渡す。	不可
5	そのべ病院	367-0054	本庄市千代田 3-4-2	070-9160-3760 (1st) 0495-21-2171 (2st)	0495-21-2172	9:00～12:00、14:00～17:30 月曜日～土曜日 (日・祝日を除く)	【下浦さん宛て】 持参する際は、直接病棟看護師へ 渡す。	可
6	中村外科医院	367-0022	本庄市日の出 3-7-26	0495-21-6211	0495-22-3135	9:00～18:00 月曜日～土曜日 (緊急の場合は日・祝日も受付可)	【中村哲哉院長宛て】 持参の際は、受付にて「入院時情報 提供書です」と伝えて渡す。	中村哲哉院長宛て 事前に病院事務へ 連絡必要
7	本庄駅前病院	367-0041	本庄市駅南 1- 2-32	0495-22-2163	0495-24-4127	9:00～16:00 月曜日～金曜日 (土・日・祝日を除く)	【地域連携室宛て】 持参の際は、受付にて「地域医療連 携室にお願いします」と伝えて渡す。	不可

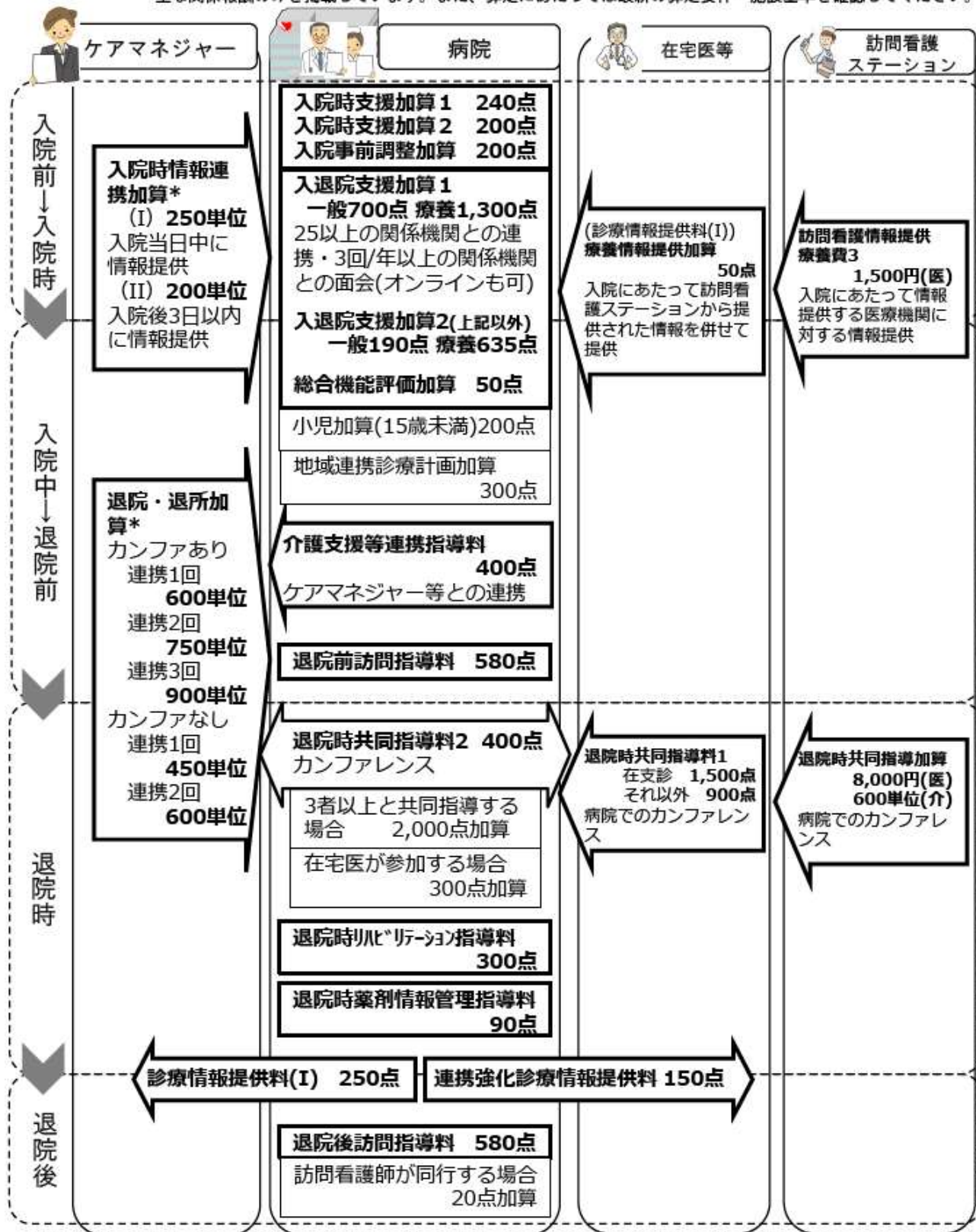
	病院名	郵便番号	所在地	TEL	FAX	相談受付時間	入院時情報提供書送付先 【宛先】	MCS の対応
8	本庄総合病院	367-0031	本庄市北堀 1780	0495-22-6111	0495-24-5765 (代表) 0495-24-5728 (直通)	9:00～17:00 月曜日～金曜日 (土・日・祝日を除く)	【地域連携室宛て】 持参の際は、受付にて「地域医療連 携室にお願いします」と伝えて渡す。	不可
9	本庄脳神経外科・ 脊椎外科	367-0030	本庄市早稲田 の杜 5-10-8	0495-23-9156	0495-23-9159	9:00～17:00 月曜日～金曜日 (土・日・祝日を除く)	【地域医療連携室宛て】 持参の際は事前連絡の上、受付に お声がけをお願いします。不在の場合 は受付にお渡しをお願いします。	不可
10	本庄福島病院	367-0054	本庄市千代田 1-1-18	0495-22-5211	0495-24-8880	8:30～17:30 月曜日～金曜日 (土・日・祝日を除く)	【勝間田相談員宛て】 持参の際は、受付にて相談員にお願 いしますと伝えて渡す。	不可
11	吉沢病院	367-0000	本庄市 1216-1	0495-21-7781	0495-21-8560	9:00～17:00 月曜日～金曜日 (土・日・祝日を除く)	【地域連携室松崎相談員宛て】 持参する際は、受付で「松崎相談員 へお願いします」と伝えて渡す。	松崎相談員宛て 事前に要連絡
12	児玉中央病院	367-0218	本庄市児玉町 児玉南 3-3-1	0495-72-0030	0495-72-7293	9:00～11:30、13:30～16:00 月曜日～土曜日 (日・祝日を除く)	【入院担当看護師宛て】 持参の際は、1階の受付へ持って行 く。	不可
13	鈴木外科病院	367-0217	本庄市児玉町 八幡山 293	0495-72-1235	0495-72-1236	8:30～12:00、15:00～17:00 月曜日～金曜日、土曜日午前のみ (土午後・日・祝日を除く)	【鈴木和喜院長宛て】 持参の際は、受付にて「入院時情報 提供書です」と伝えて渡す。	不可
14	本庄児玉病院	367-0212	本庄市児玉町 児玉 720	0495-73-1611 (代表) 0495-73-1610 (直通)	0495-73-1616	9:00～16:00 月曜日～金曜日 (土・日・祝日を除く)	【医療相談室宛て】 持参の際は、受付で「相談員へお願 いします」と伝えて渡す。	不可 (今後対応できるよ う準備をしたい)

7 参考資料

＜[参考]入退院支援にかかる診療報酬および介護報酬＞

(令和6年6月時点)

主な関係報酬のみを掲載しています。また、算定にあたっては最新の算定要件・施設基準を確認してください。



*介護予防支援、小多機、看多機においては「入院時情報連携加算」「退院・退所加算」なし

◇在宅医療連携拠点

在宅医療連携の推進を図るため、平成27年9月に本庄市児玉郡医師会が設置しました。

この機関は、地域の保健・医療・介護及び福祉に関する関係者が地域包括ケアを行う上での課題解決や相互理解を支援し、円滑な医療・介護連携体制整備を推進します。

～役割と機能～

- 在宅医療に関する相談窓口
- 医療・介護連携関係者への情報共有の支援
- 医療・介護連携関係者への研修の実施
- 住民への普及活動

〈相談窓口のご案内〉

- ・月曜日～金曜日 午前9時～午後5時(祝日、年末年始は除く)
- ・電話：0495-24-0350 ・FAX：0495-23-2373
〒367-0061 本庄市小島6-8-8 (本庄市児玉郡医師会内)

◇入退院調整ルール策定経過

開催日	内容	会場等	参加者					
			ソーシャル ワーカー等	ケアマネ ジャー	介護関係者	埼玉県関係	連携拠点	市町代表
H30.7.18	本庄市児玉郡における入退院調整ルールの試行などに関する打合せ①	岡病院	○		○	○	○	○
H30.7.31	第1回本庄市児玉郡在宅医療・介護連携推進協議会	本庄市役所		○	○	○	○	○
H30.8~	各市町のケアマネジャーにルールの試行説明と実施の協力			○			○	○
H30.9.6	本庄市児玉郡在宅医療・介護連携担当者会議	本庄市役所				○	○	○
H30.9.26	伊勢崎市佐波地域 医療介護連携調整「第1回メンテナンス会議」	伊勢崎市清掃リサイクルセンター				○		○
H30.12~ 31.1	管内ケアマネジャーとソーシャルワーカーへのアンケート実施		○	○			○	○
H31.1.30	本庄市児玉郡における入退院調整ルールの試行などに関する打合せ②	岡病院	○		○	○	○	○
H31.2.7	第2回本庄市児玉郡在宅医療・介護連携推進協議会	本庄市役所		○	○	○	○	○
H31.4.24	管内居宅介護支援事業所、病院関係者、地域包括支援センターに入退院調整ルール説明会実施	早稲田リサーチパーク	○	○	○	○	○	○
R元.6.7	入退院調整ルール一部修正						○	○
R元.9.19	メンテナンス会議。病院相談員と意見交換会	本庄市役所	○				○	○
R3.3.11	入退院調整ルールについての活用状況について病院関係者、居宅介護支援事業所等に対してアンケート調査実施		○	○	○		○	○
R3.11.2、 11.24	入退院調整ルールについてのアンケート結果により、「在宅を支える医療・介護者研修会」を開催	本庄市役所 上里町役場	○	○	○	○		○
R5.1.13	入退院調整ルールの活用における現状と意見交換会	神川町役場	○	○	○	○	○	○
R5.1.31	入退院調整ルールについての活用状況について病院関係者、居宅介護支援事業所等に対してアンケート調査実施		○	○	○	○	○	○

○参加者

- ・医療関係者：本庄市児玉郡地域の病院担当者
- ・介護関係者：児玉圏域介護サービス事業者連絡協議会
- ・連携拠点：本庄市児玉郡医師会在宅医療連携拠点の担当者
- ・市町等：本庄市、美里町、神川町、上里町の担当者
- ・県関係：本庄保健所

「本庄市児玉郡地域入退院調整ルールの手引き」は、各市町のホームページからダウンロードすることができます。

【編集発行】

本庄市役所 高齢者福祉課 高齢者包括支援係

本庄市本庄 3-5-3 TEL 0495-25-1722

美里町役場 介護福祉課 包括支援係（地域包括支援センター）

美里町木部 323-1 TEL 0495-76-1325

神川町役場 保険健康課 地域包括支援センター

神川町関口 90 TEL 0495-74-1155

上里町役場 高齢者いきいき課 地域包括支援係（地域包括支援センター）

上里町七本木 5518 TEL 0495-35-1243

本庄市児玉郡医師会在宅医療連携拠点（本庄市児玉郡医師会内）

本庄市小島 6-8-8 TEL 0495-24-0350