

魚沼圏域 入退院連携ガイド

切れ目のない
医療と介護の連携を目指して



～魚沼地域全体でひとつの病院～

2024年4月

魚沼圏域入退院連携ガイド作成ワーキング

目次

I.	魚沼圏域入退院連携ガイドの作成にあたって	1
II.	魚沼圏域入退院連携ガイドの目的	2
III.	入退院連携体制づくりの情報共有イメージ図	3
IV.	入退院連携のプロセス	
	(1)ケアマネジャーがいる場合	4
	(2)ケアマネジャーがいない場合	5
V.	病院とケアマネジャー間で情報共有したい項目	6
VI.	参考様式	
	・入院時情報提供書（厚生労働省書式）	7
	・退院・退所情報記録書（厚生労働省様式）	9
VII.	入退院連携のための連絡窓口一覧	10
VIII.	参考文献	14
IX.	魚沼圏域入退院連携ガイドに関する取組み経過	14
X.	魚沼圏域入退院連携ガイドワーキングメンバー	16

I. 魚沼圏域入退院連携ガイドの作成にあたって

人口構造の変化により医療と介護のニーズや暮らし方が大きく変化していく中で、病気になった人も、介護が必要になった人も、“住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続ける”ことができるよう、切れ目のない医療と介護を提供する体制を構築することが、これまで以上に必要になっています。国の医療計画および新潟県地域保健医療計画では、在宅医療等の提供体制を具体的な4つの場面（①日常の療養支援、②入退院支援、③急変時の対応、④看取り）の視点で充実させていくことを求めています。

魚沼圏域の十日町市、津南町、魚沼市、南魚沼市、湯沢町では、それぞれが独自に入退院連携等の取組を行ってきましたが、新潟県内の在宅医療推進センターの情報交換において、県央地域では共通の「けんおう入退院連携ガイド」を作成していること、また、魚沼圏域のそれぞれの市町が入退院連携ガイドの作成や更新を計画していることがわかりました。

魚沼圏域では、地域医療構想のもと、魚沼基幹病院を中心とした「魚沼地域全体でひとつの病院」の実現をめざして地域医療再編が行われました。機能別の医療提供体制が進んだことで、市や町をまたぐ入退院連携の場面は増え、病院と地域との連携はさらに重要になっています。魚沼圏域においても、共通の入退院連携ガイドを作成することで、入退院支援を円滑に行い、連携から取り残される人がいないよう、より良い連携が構築できるようにと考え、魚沼圏域の在宅医療推進センターが中心となり、「魚沼圏域入退院連携ガイド」を作成する運びとなりました。

この取組は、魚沼圏域でも課題が大きくなっていく医療と介護等の人材不足に対して今からできる対策でもあります。これまで行ってきた入退院連携の経験値をガイドとして見える化し活用することにより、連携の質の標準化と効率化が期待できます。

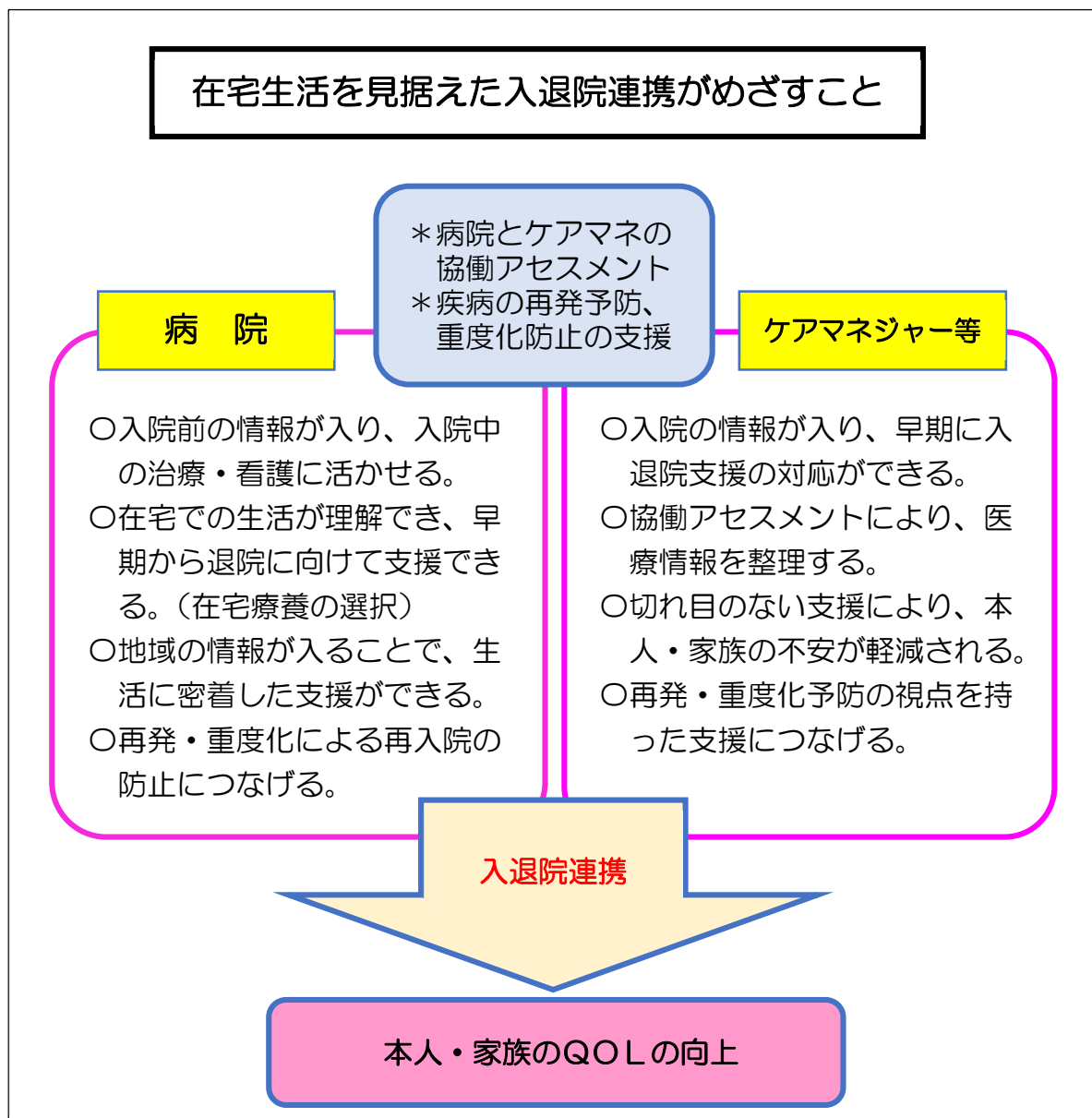
ガイドの作成にあたって、魚沼圏域内の病院の入退院支援の担当者、および、ケアマネジャー等の支援者で構成する「魚沼圏域入退院連携ガイド作成ワーキング」を立ち上げました。ワーキングと事務局会議を行い、入退院支援の場面における連携の実際と課題を病院とケアマネジャー等の支援者で共有し、どのように連携していくのか検討を重ね、「魚沼圏域入退院連携ガイド」の作成をすすめました。

本ガイドは、本人・家族の意向に沿った円滑な入退院支援や在宅療養の安定に向けた一歩となるように活用し、必要に応じて見直しを行う必要があります。そして、入退院連携の体制がさらに充実していく取組を継続して行く必要があります。

Ⅱ. 魚沼圏域入退院連携ガイドの目的

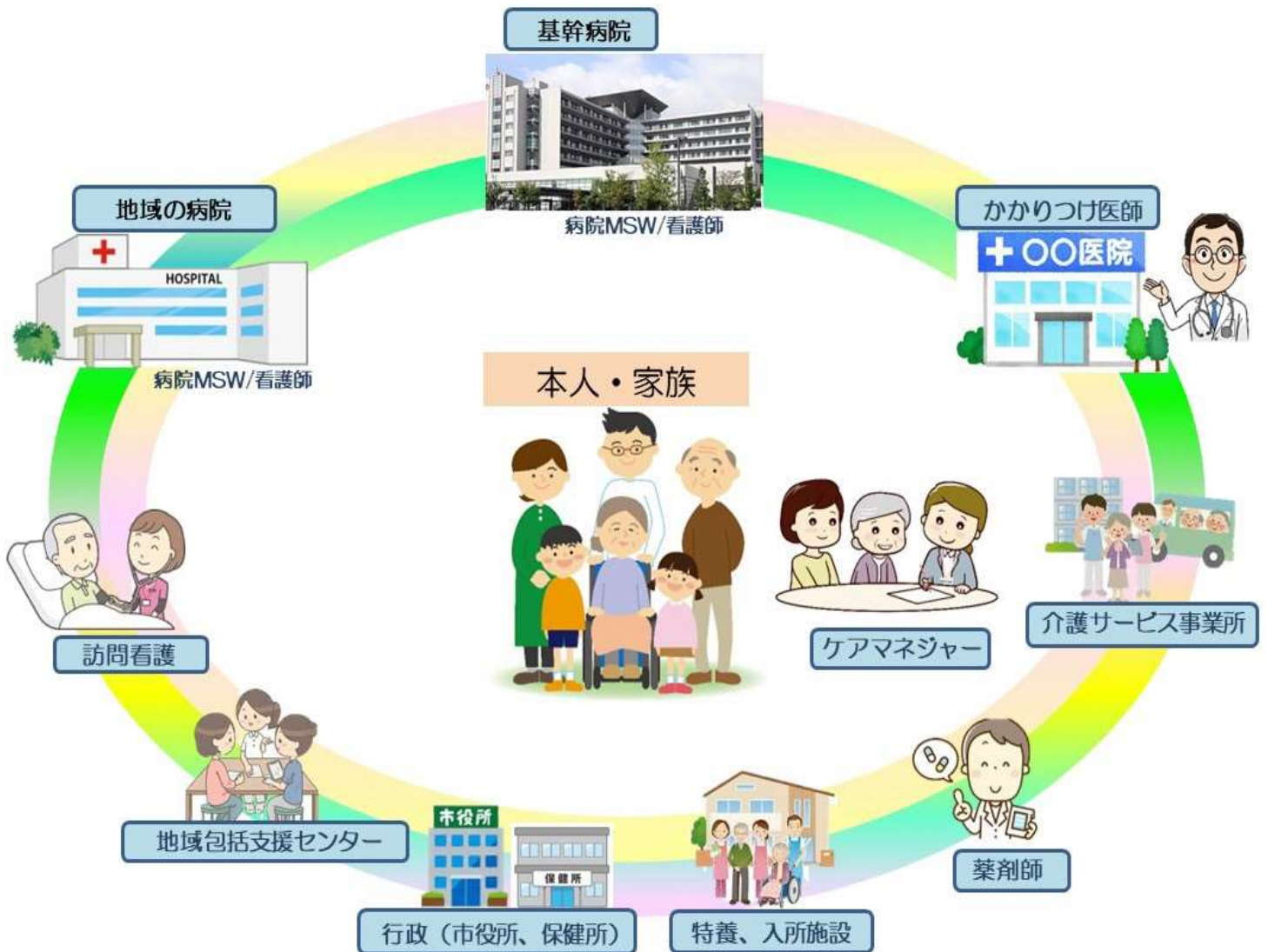
「魚沼圏域入退院連携ガイド」は、魚沼圏域内の病院を入退院する本人が、安定した在宅療養を送ることができるように、病院とケアマネジャー等がどのような情報を収集・共有し、どのような流れでケアプランに反映していくかなどについてのポイントを、入退院のプロセスに沿ってまとめたものです。

切れ目のない医療と介護の連携により、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、入退院の場面において支援が必要な人が取り残されず、本人・家族の QOL の向上が図られることを目的としています。入退院連携のプロセスに沿った目的は 4 ページⅣ.入退院連携プロセスの図に記載しています。



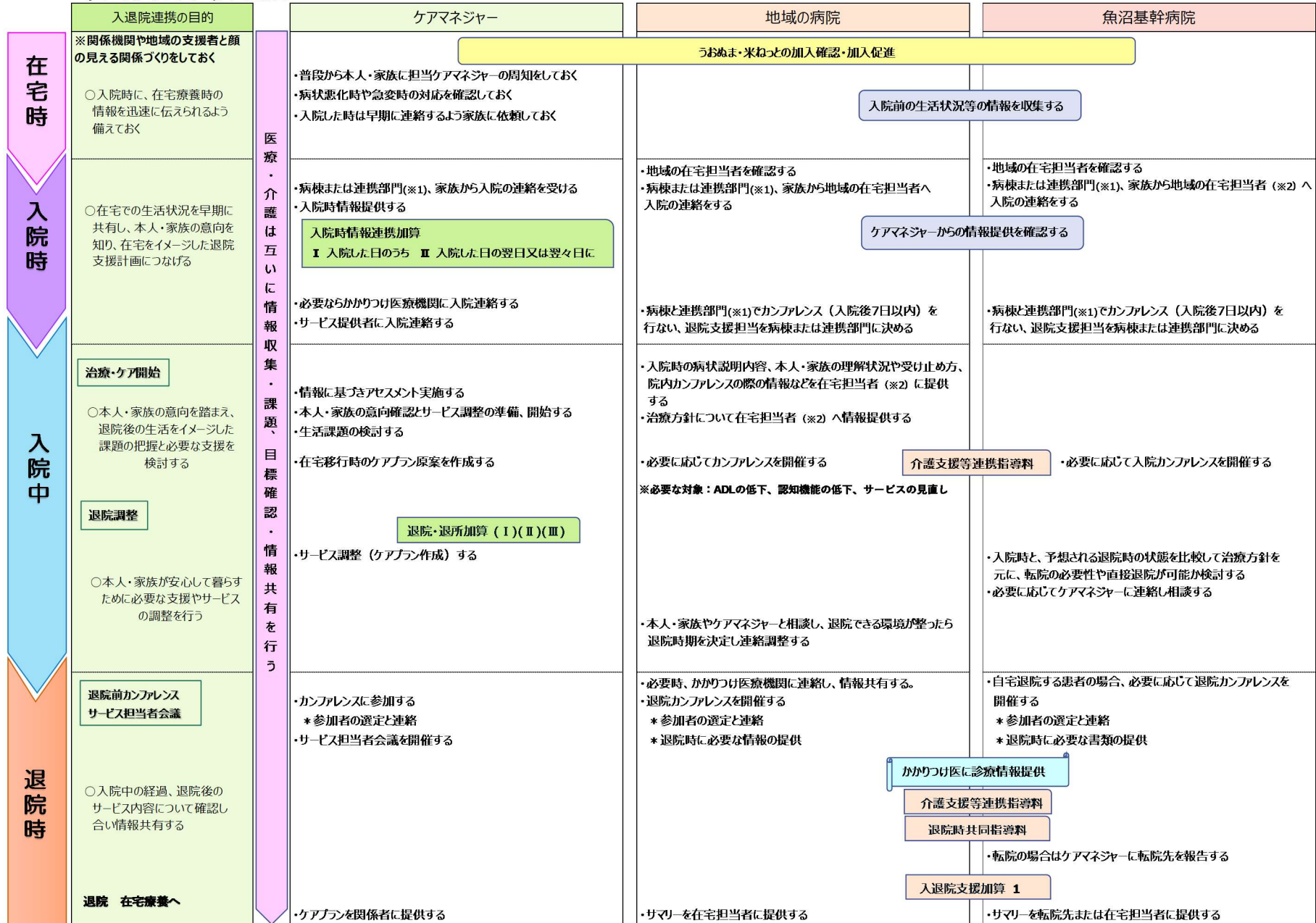
Ⅲ. 入退院支援体制づくりの情報共有イメージ図

各職種間で共有する情報の流れのイメージ図にし、情報共有のポイントを4ページⅣ.入退院連携プロセスの図に記載しています。



～切れ目のない医療と介護の連携を目指して～

(1) ケアマネジャーがいる場合

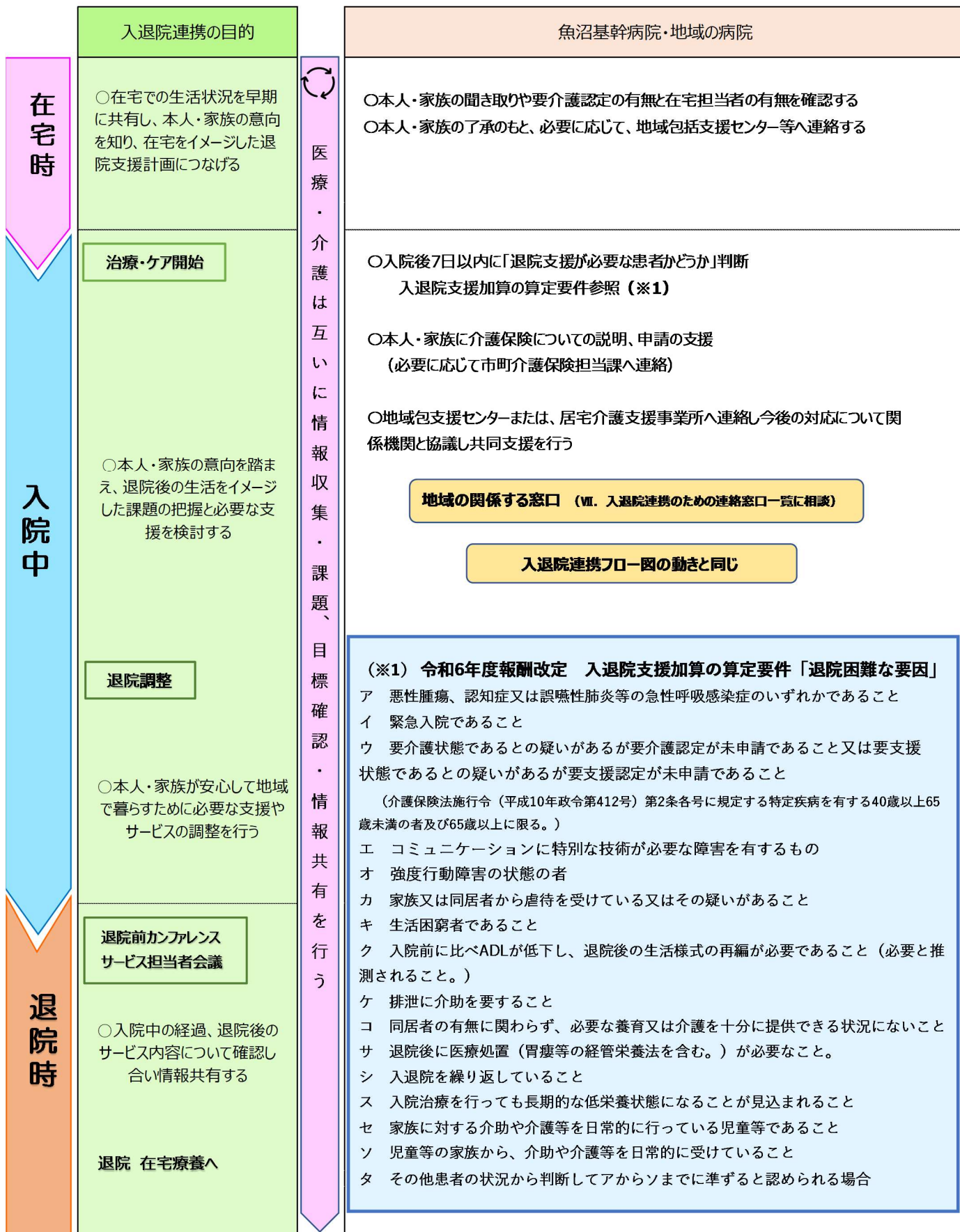


(※1) 連携部門：地域連携室・患者サポートセンター

(※2) 在宅担当者：地域包括支援センター・ケアマネジャー・障がい者等相談窓口

IV. 入退院連携プロセス

(2) ケアマネジャーがいない場合



※7～9ページ VI.参考様式 入院時情報提供書、退院・退所情報記録書のほかに、追加して情報共有したい項目を掲載しています。

V. 病院とケアマネジャー間で情報共有をしたい項目

		病院から	ケアマネジャーから
の	入院時	<ul style="list-style-type: none"> ・入院の理由と現在の状況（本人・家族への説明内容） ・入院診療計画書の内容（入院期間の見込等） ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・生活歴や本人の意向：<u>どんな暮らしを続けたいと考えていたか</u> ・入院前のIADL関連：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 ・その他、在宅生活に必要な条件など今後の生活展望
	入院中	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>▷情報共有のタイミング 主治医から本人・家族への病状説明時 (必要に応じてケアマネジャーも同席する)</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・在宅復帰の際に課題になること（日常生活の阻害要因） ・住環境：本人の生活動線 = <u>どうなれば在宅に戻れるか</u> 例) 道路～玄関～トイレ～食事場所～浴室～自室など確認 ・服薬管理 ・ADL/IADL 	
	退院前	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅生活に復帰するための療養上の課題、目標 ・急変時の対応 (※) 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人・家族の意向の再確認 ・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 ・症状や病気の経過に合わせた医療上管理（疾病の再発予防・重度化防止）
	退院時	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>本人・家族への病状の説明内容、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) 	

(※)急変時の対応とは、在宅療養者の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である。(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)

VI.参考様式_入院時情報提供書（厚生労働省書式）

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：
 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、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（有・無） 特記事項（ ）				
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請				
障害高齢者の日常生活自立度	<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				<input type="checkbox"/> 医師の判断
認知症高齢者の日常生活自立度	<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				<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> __割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（身体・精神・知的）		
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()				

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他（ ） * <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居（家族構成員数 名） * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他（ ）
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要（ ）
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外（氏名 続柄・年齢）
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める（ <input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部） <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 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*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 具体的な要望（ ）
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー				UDF等の食形態区分				
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)				
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
睡眠の状態		良	不良 ()		眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
	聴力	問題なし	やや難あり	困難		補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <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 ()								
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()								
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由： _____ 期間： H ____年 ____月 ____日 ~ H ____年 ____月 ____日) <input type="checkbox"/> 不明								
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低い、これまでにもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて								
入院前に実施している医療処置*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種： _____)	
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者： _____ ・管理方法： _____)				
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 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

VI. 参考様式_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 (<input type="checkbox"/> 要区分変更)			
	氏名	様	男・女	歳	<input type="checkbox"/> 要支援 ()・要介護()	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他()						
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ()						
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず						
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他()					UDF等の食形態区分	
	嚥下機能(むせ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時々・常に)				義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)	
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良					入院(所)中の使用: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良()					眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射() <input type="checkbox"/> その他()					
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他()					
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> 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障害要因(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。

1.病院

	病院名	担当部門	郵便番号	住 所	電話番号	FAX 番号	E-mail
十日町地域	新潟県立十日町病院	患者サポートセンター	948-0065	十日町市高田町 3 丁目南 32 番地 9	025-757-5566	025-757-5699	
	新潟県立松代病院	地域医療連携室	942-1526	十日町市松代 3592 番地 2	025-597-2100	025-597-3909	
	津南町立津南病院	地域連携室	949-8201	中魚沼郡津南町大字下船渡丁 2683 番地	025-765-3161	025-765-3304	
魚沼地域	ほんだ病院	相談課	946-0031	魚沼市原虫野 433 番地 3	025-792-9550	025-792-8637	
	魚沼市立小出病医院	地域医療連携室	946-0001	魚沼市日渡新田 34 番地	025-792-2111	025-793-7069	
南魚沼地域	五日町病院	福祉医療相談室	949-7101	南魚沼市五日町 2375	025-766-3113	(代)025-776-3114	itukamachi-psw@bird.ocn.ne.jp
	齋藤記念病院	地域連携室	949-6602	南魚沼市欠之上 478 番地 2	025-773-5111	025-773-3024	
	南魚沼市立ゆきぐに大和病院	地域医療連携室	949-7302	南魚沼市浦佐 4115 番地	025-777-2111	025-777-2879	
	新潟県地域医療推進機構 魚沼基幹病院	患者サポートセンター	949-7302	南魚沼市浦佐 4132 番地	025-777-3200	025-777-5030	
	南魚沼市民病院	地域医療連携室	949-6680	南魚沼市六日町 2643 番地 1	025-788-1222	025-772-2603	
	湯沢町保健医療センター	地域連携室	949-6101	南魚沼郡湯沢町大字湯沢 2877-1	025-780-6543	025-788-1181	

2.居宅介護支援事業所

	事業所名	郵便番号	住 所	電話番号	FAX 番号	E-mail
十日町地域	ケアプランローレル	949-8614	十日町市中条丙 643-1	025-757-2124	025-757-2126	
	居宅介護支援事業所三好園しんご	948-0003	十日町市新座甲 609-2	025-752-7671	025-752-7672	
	十日町市社会福祉協議会十日町居宅介護支援事業所	948-0082	十日町市本町 2 丁目 226-2	025-750-5012	025-752-7020	
	(株)グリーンセキュリティー	948-0082	十日町市本町 2 丁目 4-1 アップルとおかまち	025-750-1288	025-750-1289	
	居宅介護支援センターやまびこ	948-0051	十日町市寿町 2 丁目 1-1	025-750-1516	025-755-5120	
	ケアセンター まほろばの里川治	948-0036	十日町市川治 4525	025-761-7333	025-752-7811	
	シルバーサポート十日町	949-8521	十日町市大黒沢 179	025-750-2520	025-750-2521	
	老人介護支援センターつまりの里	949-8526	十日町市新宮乙 195-3	025-758-2243	025-758-2861	
	ケアセンターまちなかや十日町	948-0056	十日町市高田町 6 丁目 757-1 ポートインビル 2.5 階	025-755-5877	025-755-5878	
	居宅介護支援事業所あかね園	948-0136	十日町市高原田 278-1	025-761-1006	025-768-4865	
	健康倶楽部たちばな居宅介護支援事業所	948-0302	十日町市仁田 2311-4	025-768-4877	025-768-4878	
	中里在宅介護支援センター	949-8401	十日町市上山己 2739	025-763-2226	025-763-3180	
	ケアプランかみむら	949-8407	十日町市田中口 468-1	025-763-4151	025-763-2870	
	ほのぼの園居宅介護支援事業所	942-1526	十日町市松代 3559-6	025-597-2390	025-595-6017	
	十日町市社会福祉協議会松之山居宅介護支援事業所	942-1406	十日町市松之山 1596-1	025-596-3705	025-596-3735	
	津南町在宅介護支援センター	949-8201	津南町大字下船渡丁 2682-3	025-765-4858	025-765-3703	
	みさと苑居宅介護支援事業所	949-8202	津南町大字芦ヶ崎乙 317-1	025-765-3400	025-765-2521	

2. 居宅介護支援事業所

	事業所名	郵便番号	住 所	電話番号	FAX 番号	E-mail
魚沼地域	在宅介護支援センター小出	946-0033	魚沼市原虫野 4 3 3 番地 3	025-792-8922	025-792-9323	
	うおぬまケアセンター	946-0061	魚沼市新保 3 5 2 番地	025-793-1020	025-793-1117	
	魚沼社協居宅介護支援事業所	946-0062	魚沼市一日市 3 2 0 番地	025-792-8184	025-792-8060	
	守門居宅介護支援事業所	946-0216	魚沼市須原 1 2 3 7 番地 1	025-797-2603	025-798-3055	
	ケアセンター雲雀ヶ丘	946-0011	魚沼市小出島 2 6 0 番地 1	025-793-1227	025-793-1218	
	まちなかや居宅介護支援事業所	946-0011	魚沼市小出島 1 1 7 7 番地	025-793-3015	025-792-0415	
	うらまち居宅介護支援事業所	946-0011	魚沼市小出島 3 5 9 番地	025-793-7275	025-793-7276	
	ケアプランセンターうおぬま北	946-0305	魚沼市大板山 6 2 8 番地 1	025-796-3006	025-796-3008	
南魚沼地域	まいに園介護支援センター	949-6418	南魚沼市仙石 1 番地 18	025-782-6500	025-782-4686	maikoenkyotaku@minamiuonuma.or.jp
	居宅介護支援事業所ゆきつばき	949-6408	南魚沼市塩沢 1329-12	025-782-9875	025-788-0691	kyo-yuki@kinjou.ac.jp
	南魚沼市民病院居宅介護支援事業所	949-6680	南魚沼市六日町 2643-1	025-788-1222	025-772-2603	kyotakushien@yukigunihp.jp
	みなみ園居宅介護支援事業所	949-6680	南魚沼市六日町 712-4	025-770-2200	025-773-6356	minamienkyotaku@minamiuonuma.or.jp
	こころの杜居宅介護支援事業所	949-6680	南魚沼市六日町 1148 番地 1	025-770-1123	025-770-1124	kokoro.kyotaku@naebafukushikai.com
	ケアセンターまちなかや南魚沼	949-6680	南魚沼市六日町 801-9	025-775-7676	025-775-7472	tatsuya.sato-1@jp.alps.com
	ケアプランセンターうららか	949-6609	南魚沼市八幡 123-1	025-778-1177	025-778-1178	info@sakoujyu-urarak.com
	萌気園居宅介護支援事業所	949-6772	南魚沼市二日町 205 番地	025-778-0322	025-778-0320	kyotaku@moegien.jp
	居宅介護支援事業所つむぐ	949-6602	南魚沼市欠之上 478-2	025--773-5111	025-773-3024	y.kawanaga@shuneikai.jp
	南魚沼市社会福祉協議会居宅介護支援事業所	949-7114	南魚沼市泉甲 154	025-788-1136	025-788-1041	k-hiraiwa@mu-shakyo.or.jp
	JA みなみ魚沼居宅介護支援事業所	949-7137	南魚沼市上原 53-1	025-780-2022	025-780-2123	kyotak@ja-m-uonuma.or.jp
	越南苑居宅介護支援事業所	949-7101	南魚沼市五日町 2405 番地	025-776-3677	025-776-2776	etunan-kyotaku@clear.ocn.ne.jp
	雪橋の里居宅介護支援事業所	949-7245	南魚沼市穴地 14 番地 1	025-780-1160	025-780-1150	hakkai.f@ak.wakwak.com
	桐鈴会居宅介護支援事業所	949-7302	南魚沼市浦佐 366-4	025-788-0704	025-788-0774	kyotaku@toureikai.com
	八色園居宅介護支援事業所	949-7302	南魚沼市浦佐 4059-1	025-777-5062	025-777-5072	yairoen@yairoen.jp
	ホームケアステーション	949-7302	南魚沼市浦佐 4115 番地	025-777-2111	025-777-5445	homecare4@yukigunihp.jp
	湯沢町社会福祉協議会居宅介護支援事業所	949-6101	南魚沼郡湯沢町大字湯沢 2877 番地 1	025-784-4111	025-785-6661	yuzawa@wish.ocn.ne.jp
ゆのさと園居宅ケアセンター	949-6102	南魚沼郡湯沢町大字神立 1647 番地 275	025-784-3803	025-784-3863	yunosatoenkyotaku@minamiuonuma.or.jp	

3.地域包括支援センター

	センター名	担当地域	郵便番号	住 所	電話番号	FAX 番号	E-mail
十日町地域	十日町北地域包括支援センター	下条・中条・川西	949-8603	十日町市下条 3 丁目 485 番地 1	025-761-7406	025-756-2107	
	十日町東地域包括支援センター	十日町・新座・大井田	948-0065	十日町市高田町 3 丁目南 442 番地	025-757-3551	025-757-3414	
	十日町中地域包括支援センター	川治・六箇・吉田	948-0067	十日町市寿町 2 丁目 1 番地 1	025-755-5115	025-755-5120	
	十日町南地域包括支援センター	水沢・中里	949-8525	十日町市新宮乙 195 番地 3	025-758-2324	025-758-2861	
	十日町西地域包括支援センター	松代・松之山	942-1526	十日町市松代 3983 番地 1	025-597-3805	025-597-3818	
	津南町地域包括支援センター	津南町	949-8292	中魚沼郡津南町大字下船渡戊 585 番地	025-765-5455	025-765-4625	
魚沼地域	魚沼市南部地域包括支援センター	小出・湯之谷地域	946-0031	魚沼市原虫野 433 番地 3	025-793-7337	025-793-2050	
	魚沼市北部地域包括支援センター	広神（広瀬）・守門・入広瀬地域	949-7418	魚沼市須原 1237 番地 1	025-793-7075	025-798-3055	
	魚沼市西部地域包括支援センター	堀之内・広神（藪神）地域	946-0216	魚沼市徳田 112 番地 1	025-794-6001	025-794-6002	
南魚沼地域	南魚沼地域包括支援センター	六日町地域（城内・大巻・六日町・五十沢）	949-6696	南魚沼市六日町 180 番地 1	025-773-6675	025-773-6723	
	大和地域包括支援センター	大和地域（浦佐・藪神・大崎・東）	949-7392	南魚沼市浦佐 1188 番地 2	025-788-0106	025-777-3191	
	塩沢地域包括支援センター	塩沢地域（塩沢・上田・中之島・石打）	949-6492	南魚沼市塩沢 1370 番地 1	025-782-0252	025-782-4753	
	湯沢町地域包括支援センター	湯沢町	949-6101	南魚沼郡湯沢町大字湯沢 2877 番地 1	025-784-3000	025-784-4536	

4.障がい者相談支援センター

	センター名	担当地域	郵便番号	住 所	電話番号	FAX 番号	E-mail
十日町地域	障がい者地域生活支援センターあおぞら	十日町市	948-0082	十日町市本町 2 丁目 333 番地 1	025-752-4444	025-755-5039	
	障がい者地域生活支援センターエンゼル妻有	十日町市	948-0082	十日町市本町 2 丁目 333 番地 1	025-750-7180	025-750-7188	
	障がい者相談支援センターすみれ	津南町	949-8201	津南町大字下船渡戊 116 番地 3	025-761-7280	025-761-7281	
魚沼地域	うおぬま相談支援センター	魚沼市	946-0075	魚沼市吉田 1142 番地	025-793-4011	025-793-4017	
	なないろ	魚沼市	946-0036	魚沼市岡新田 300 番地 2	025-792-8116	025-792-8119	
南魚沼地域	相談支援センターみなみうおぬま	南魚沼市・湯沢町	949-6611	南魚沼市坂戸 339 番地 1	025-770-1331	025-770-0980	

5. 市・町（高齢・介護分野）

	機関名	担当地域	郵便番号	住 所	電話番号	FAX 番号	E-mail
十日町地域	十日町市市民福祉部地域ケア推進課 （十日町市医療福祉総合センター内）	十日町市	948-0065	十日町市高田町 3 丁目南 442 番地	025-757-3511	025-757-3414	
	津南町福祉保健課	津南町	949-8292	中魚沼郡津南町大字下船渡戊 585 番地	025-765-3114	025-765-4625	
魚沼地域	魚沼市市民福祉部介護福祉課	魚沼市	946-8601	魚沼市小出島 910 番地	025-792-9755	025-792-5600	
南魚沼地域	南魚沼市福祉保健部介護保険課	南魚沼市	949-6696	南魚沼市六日町 180 番地 1	025-773-6675	025-773-6723	
	湯沢町健康福祉部福祉介護課 （湯沢町総合福祉センター内）	湯沢町	949-6101	南魚沼郡湯沢町 2877 番地 1	025-784-4560	025-784-4536	

6. 市・町（障がい分野）

	機関名	担当地域	郵便番号	住 所	電話番号	FAX 番号	E-mail
十日町地域	十日町市障がい者基幹相談支援センター （十日町市医療福祉総合センター内）	十日町市	948-0065	十日町市高田町 3 丁目南 442 番地	025-757-3351	025-757-3414	
	津南町福祉保健課	津南町	949-8292	中魚沼郡津南町大字下船渡戊 585 番地	025-765-3114	025-765-4625	
魚沼地域	魚沼市市民福祉部福祉支援課	魚沼市	946-8601	魚沼市小出島 910 番地	025-792-9767	025-792-5600	
南魚沼地域	南魚沼市福祉保健部福祉課 障がい福祉係	南魚沼市	949-6696	南魚沼市六日町 180 番地 1	025-773-6667	025-773-6723	
	湯沢町健康福祉部福祉介護課 （湯沢町総合福祉センター内）	湯沢町	949-6101	南魚沼郡湯沢町 2877 番地 1	025-784-4560	025-784-4536	

7. 新潟県地域振興局（保健所）

	機関名	担当地域	郵便番号	住 所	電話番号	FAX 番号	E-mail
十日町地域	十日町地域振興局健康福祉部地域保健課 （十日町保健所）	十日町市 津南町	948-0055	十日町市高山 857 番地	025-757-2402	025-757-2474	
魚沼地域	魚沼地域振興局健康福祉部地域保健課 （魚沼保健所）	魚沼市	946-0044	魚沼市大塚新田 116 番地 3	025-792-8614	025-792-6381	
南魚沼地域	南魚沼地域振興局健康福祉部環境部地域保健課 （南魚沼保健所）	南魚沼市 湯沢町	949-6680	南魚沼市六日町 620 番地 2	025-772-8137	025-772-2190	

※メールアドレスの記載が無い機関に関しては必要に応じて直接お問い合わせください。

Ⅷ.参考文献

- 1 けんおう入退院連携ガイド
(発行：三条市医師会 加茂市医師会 燕市医師会 三条市 加茂市 燕市 弥彦村 田上町 編集者：加茂市介護・看護支援センター 田上町保健福祉課 三条市地域包括ケア総合推進センター 加茂・田上在宅医療推進センター 燕・弥彦医療介護センター)
- 2 つばめ・やひこ 入退院連携ガイド（発行者：燕市 弥彦村 燕市医師会 編集者：燕・弥彦医療介護センター）
- 3 越谷市 入退院支援ルール
(編集発行：越谷市保健医療部地域医療課 越谷市医療と介護の連携窓口)
- 4 多職種連携のための入退院支援ルールブック 東広島医療センター編
(問合せ：東広島市地域包括ケア推進課)
- 5 はじめよう在宅医療・介護 ～多職種の役割と連携の仕方～
(つまり医療介護連携センター 在宅マニュアル検討部会)
- 6 魚沼市立病院と在宅関係者のための入退院支援連携ガイド
(企画：魚沼市入退院支援検討会・入退院支援連携ガイド改定委員会 発行：魚沼市在宅医療推進センター)
- 7 介護報酬の解釈1 単位数表編 (令和3年4月版 社会保障研究所)
- 8 令和4年度診療報酬改定の概要(在宅医療・訪問看護) (厚生労働省保険局医療課)
- 9 在宅医療・介護連携推進事業の手引き (厚生労働省老健局老人保健課)

Ⅸ.魚沼圏域入退院連携ガイドに関する取り組み経過

年	月	内 容
令和4年	3月	10日 魚沼圏域入退院支援ガイド（仮称）キックオフミーティング
	4月	魚沼圏域入退院支援ガイド 第1回事務局会議（Zoom）
	5月	魚沼圏域入退院支援ガイド 第2回事務局会議（Zoom） 24日 入退院支援検討会 ケアマネによる現状検討会（Zoom） 魚沼圏域入退院支援ガイド 第3回事務局会議（Zoom）
	6月	魚沼圏域入退院支援ガイド 第4回事務局会議（Zoom） 22日 第1回 魚沼圏域入退院支援ガイドワーキング会議（Zoom）
	7月	魚沼圏域入退院支援ガイド 第5回事務局会議（Zoom） 20日 第2回 魚沼圏域入退院支援ガイドワーキング会議（Zoom）
	8月	魚沼圏域入退院支援ガイド 第6回事務局会議（Zoom） 24日 第3回 魚沼圏域入退院支援ガイドワーキング会議（Zoom） 魚沼圏域入退院支援ガイド 第7回事務局会議（Zoom）
	9月	21日 第4回 魚沼圏域入退院連携ガイドワーキング会議・参集型（会場：南魚沼市） 魚沼圏域入退院連携ガイド 第8回事務局会議（Zoom） 魚沼圏域入退院連携ガイド 第9回事務局会議 魚沼圏域入退院連携ガイド 第10回事務局会議

年	月	内 容
令和 4 年	10月	10日 第5回 魚沼圏域入退院連携ガイドワーキング会議 (Zoom) 魚沼圏域入退院連携ガイド 第11回事務局会議 (Zoom) 魚沼圏域入退院連携ガイド 第12回事務局会議 (Zoom) 25日 地域医療構想～医療と介護を考える～講演会 (Zoom)
	11月	魚沼圏域入退院連携ガイド 第13回事務局会議 (Zoom) 魚沼圏域入退院連携ガイド 第14回事務局会議 18日 第6回 魚沼圏域入退院連携ガイドワーキング会議 (Zoom) 魚沼圏域入退院連携ガイド 第15回事務局会議 魚沼圏域入退院連携ガイド 第16回事務局会議
	12月	魚沼圏域入退院連携ガイド 第17回事務局会議 (Zoom) 10日 第13回東北7県医療連携実務者会議 (Zoom) 21日 第7回 魚沼圏域入退院連携ガイドワーキング会議 (Zoom) 魚沼圏域入退院連携ガイド 第18回事務局会議 (Zoom)
令和 5 年	1月	魚沼圏域入退院連携ガイド 第19回事務局会議 (Zoom) 魚沼圏域入退院連携ガイド 第20回事務局会議 (Zoom) 18日 第8回 魚沼圏域入退院連携ガイドワーキング会議 (Zoom) 魚沼圏域入退院連携ガイド 第21回事務局会議 (Zoom)
	2月	3日 宇都宮宏子氏との打ち合わせ (Zoom) 魚沼圏域入退院連携ガイド 第22回事務局会議 (会場：南魚沼市)
	3月	9日 魚沼圏域入退院連携ガイド説明会 「切れ目のない医療と介護の連携をめざして」特別講話 (Zoom) 宇都宮 宏子氏 魚沼圏域入退院連携ガイド 第23回事務局会議 (Zoom)
	4月	魚沼圏域入退院連携ガイド 運用開始

X. 魚沼圏域入退院連携ガイド ワーキングメンバー

順不同 敬称略

	氏名	所属	職名
十日町地域	根津 直子	新潟県立十日町病院	入退院支援看護師
	長野 和明	新潟県立松代病院	相談員
	富澤 一実	津南町立津南病院	退院支援看護師
	池田 さやか	津南町立津南病院	相談員
	角屋 宗敬	十日町南地域包括支援センター	主任介護支援専門員
	中村 基	十日町地域介護支援専門員連絡協議会 会長	ほのぼの園居宅介護支援事業所 主任介護支援専門員
	金澤 修子	十日町地域介護支援専門員連絡協議会 副会長	中里在宅介護支援センター 主任介護支援専門員
	森山 尚子	十日町地域介護支援専門員連絡協議会 副会長	特別養護老人ホームみさと苑 介護支援専門員
	岩崎 美奈	十日町市地域ケア推進課	主査保健師
	福原 卓也	津南町福祉保健課	保険班長
魚沼地域	乾 香	魚沼市立小出病院	病棟看護師
	高野 佑樹	ほんだ病院	相談員
	小岩 まゆみ	魚沼市居宅区分会議代表	ケアシスタ居宅介護支援 介護支援専門員
	渡部 道子	魚沼市居宅区分会議主任介護支援専門員代表	うおぬまケアセンター管理者 主任介護支援専門員
	小林 孝子	魚沼市市民福祉部介護福祉課	副参事
	森山 元	魚沼市地域包括支援センター代表	魚沼市西部地域包括支援センター 主任介護専門員
南魚沼地域	佐藤 芳伸	魚沼基幹病院	患者サポートセンター長代理
	高橋 初美	魚沼基幹病院	病棟師長
	樋口 恵美子	齋藤記念病院	地域連携室 相談員
	古澤 圭	五日町病院	福祉医療相談室長
	梅澤 愛	南魚沼市民病院	地域連携室 相談員
	桑原 満奈美	ゆきぐに大和病院	地域連携室 相談員
	高橋 万里子	湯沢町保健医療センター	入退院支援室・地域連携室・患者相談室・ 看護師
	樋口 文子	湯沢町保健医療センター	入退院支援室・地域連携室・患者相談室・ 社会福祉士
	須藤 京子	大和地域包括支援センター	センター長
	南雲 裕子	塩沢地域包括支援センター	センター長
	岡村 美和子	八色園居宅介護支援事業所	管理者 主任介護支援専門員
	高村 恵	越南苑居宅介護支援事業所	管理者 主任介護支援専門員
	高橋 美輪子	居宅介護支援事業所 ゆきつばき	管理者 主任介護支援専門員
	森下 美紀	湯沢町介護支援専門員協議会	健康倶楽部ゆざわ介護支援専門員
	鈴木 里美	湯沢町健康福祉部健康増進課	介護支援専門員
	平賀 千夏	湯沢町健康福祉部健康増進課	保健師
	青木 真由美	南魚沼地域振興局健康福祉環境部地域保健課	地域保健課長
	相田 唯	南魚沼地域振興局健康福祉環境部地域保健課	保健師

事務局	氏名	所属	職名
	高橋 林市	十日町市中魚沼郡医師会	事務局長
	庭野 敦子	つまり医療介護連携センター	事務員
	村越 洋子	つまり医療介護連携センター	コーディネーター
	小野塚カツエ	つまり医療介護連携センター	コーディネーター
	貝沢 真由美	つまり医療介護連携センター	コーディネーター
	北島 正子	魚沼市在宅医療推進センター	コーディネーター
	中村 由美子	魚沼市在宅医療推進センター	コーディネーター
	大塚 雪乃	南魚沼地域在宅医療推進センター	コーディネーター
	山口 みどり	南魚沼市福祉保健部介護保険課	参事兼南魚沼地域包括支援センター長
	北村 浩美	南魚沼市福祉保健部介護保険課	専門員
	服部 美加	新潟県医師会在宅医療推進センター	コーディネーター
	山田 雄也	新潟県福祉保健部地域医療政策課	地域医療整備室 主任

ワーキングメンバー及び事務局は令和5年3月現在

魚沼圏域入退院連携ガイド

発行▶ 令和5年3月

改正▶ 令和6年4月

編集者▶

つまり医療介護連携センター

〒948-0082 新潟県十日町市本町2丁目226番地1
(一社)十日町市中魚沼郡医師会内
TEL025(752)3606 FAX025(750)1422

魚沼市在宅医療推進センター

〒946-0001 新潟県魚沼市日渡新田34番地
魚沼市立小出病院内
TEL025(793)7305 FAX025(793)7069

南魚沼地域在宅医療推進センター

〒949-6680 新潟県南魚沼市六日町2643番地1
南魚沼市民病院内
TEL025(788)1222 FAX025(772)2603