

茅ヶ崎市寒川町 在宅医療介護連携推進事業

茅ヶ崎市寒川町 入退院支援ガイドブック

—病院と地域のシームレスな連携を目指して—

茅ヶ崎市寒川町 病院間情報交換会

(一社) 茅ヶ崎介護サービス事業者連絡協議会 介護支援専門員部会

寒川町介護サービス事業所連絡会 介護支援専門員部会

2024

目次

I	ガイドブックの目的.....	1
II	作成までの経緯.....	1
III	共通事項.....	2
	1. 入退院支援.....	2
	2. 入退院支援ルール.....	2
IV	入退院支援イメージ.....	3
	1. 入退院支援における急性期病院の流れ.....	3
	2. 入退院支援における病院とケアマネジャーの連携.....	4
V	入院前から退院までの流れ.....	5
	1. ケアマネジャーがいない場合.....	5
	2. ケアマネジャーが決まっている場合.....	7
VI	情報共有に対する心構え.....	9
	1. ケアマネジャー.....	9
	2. 病院.....	9
VII	医療連携のための基本的なエチケット.....	10
	1. ケアマネジャー.....	10
	2. 病院スタッフ.....	12
VIII	介護保険制度について.....	13
	1. 介護保険加入者.....	13
	2. 特定疾病（16種類）.....	13
	3. 介護保険の運営主体（保険者）と財政.....	14
	4. 介護サービスの利用のしかた.....	15
	5. 介護保険申請の目安.....	16
IX	地域包括支援センター.....	17
X	その他.....	18
	☆資料 様式1 入院時情報提供書☆.....	18

☆資料 様式2 退院・退所情報記録書☆	20
XI 病院相談窓口.....	21
☆病院書類窓口☆ ー令和5年11月作成ー.....	22
茅ヶ崎市立病院	22
湘南東部総合病院	23
茅ヶ崎新北陵病院	24
長岡病院.....	25
湘南さくら病院	26
茅ヶ崎徳洲会病院	27
茅ヶ崎中央病院	28
けやきの森病院	29
寒川病院.....	30

茅ヶ崎市寒川町 入退院支援ガイドブック

I ガイドブックの目的

このガイドブックは、茅ヶ崎市・寒川町における「在宅医療介護連携推進事業」の一翼を担い、その中でも特に在宅療養患者に対する入院から退院時における病院と地域（ケアマネジャー）との連携の在り方について検討し、それぞれの専門職が共通の方向性を持ちながらシームレスな連携を効率的に行うためのツールとしてまとめたものです。

II 作成までの経緯

これまで、茅ヶ崎寒川地域における医療と介護の連携推進に関する取り組みは、3 師会（医師会・歯科医師会・薬剤師会）が、茅ヶ崎市と寒川町を一つの活動区域としていたこともあり、他の職種においても市町が協同する形で連携への取り組みを行ってきました。平成 27 年度には、茅ヶ崎市と寒川町において協定を取り交わし、在宅医療介護連携推進事業を協同事業としてさらに強化してきたという経過があります。

その中で、医療と介護の連携については継続的に検討が行われ、平成 28 年度の検討委員会において「茅ヶ崎寒川 医療・介護の連携用紙」（以下「連携用紙」とする）の運用が決まり、主に診療所医師と看護師やケアマネジャーとの連携ツールとして活用され、診療所医師との連携がしやすくなったという感想が聞かれるようになってきました。

このような現状の中、「連携用紙」を病院との連携に使用するケースがあり、電子カルテを使用している病院から、運用に関する問題点を指摘されました。

病院側から①「連携用紙」の患者氏名がイニシャルで運用されているため、電子カルテに取り込むことができない、②不特定多数のスタッフがかかわるため、イニシャルの運用は患者間違いなどのリスクが伴う、といったことが問題点として出されました。これらの状況を踏まえ、今年度は病院内の医療連携に関わるスタッフとケアマネジャーとが意見交換できる場を作り、ケアマネジャーと病院との医療介護連携についての課題について検討しました。

茅ヶ崎市では、以前からケアマネジャーの働き方を支援する目的で業務の内容をまとめた「虎の巻」が作成されており、今後は寒川町も協同し、ケアマネジャーの主導で見直すことになっていました。

さらに、平成 30 年度の診療報酬改定において、さらなる地域包括ケアシステム推進が打ち出されたことを受け、在宅で療養中の住民が入院する場合の連携をスムーズに行うことを目指して、新たにケアマネジャーと病院との連携をスムーズに運用することを目的とした「茅ヶ崎市寒川町 入退院支援ガイドブック 一病院と地域のシームレスな連携を目指して」を作成することとなりました。

初版は、新規に参入するケアマネジャーや病院スタッフが共有できる指南書として、記載する内容を最低限必要なものに絞りました。さらに、入院時に使用するケアマネジャーからの情報提供用紙について検討し、できるだけ統一したフォーマットを使用していくことにしました。（現時点では、既存の用紙使用を否定するものではありません）

この「入退院支援ガイドブック」は今後も検討・修正を重ね、より内容を充実させていくことを目指していくものです。

Ⅲ 共通事項

1. 入退院支援

入退院支援は、主治医が退院の指示を出した時に始まるものではありません。入院時あるいは外来で入院が必要となったときから、患者によっては退院に向けた生活を整えていく支援が開始されます。

外 来 通 院 時：患者の情報を取りながら、患者や家族の意向を確認する。

*付き添いしてくれている人がキーパーソンとは限らない

入 院 時：退院後の調整が必要となるかをスクリーニングする。

退院準備調整期：患者や家族の想いを中心とした多職種カンファレンスを実施する。

退 院 時：退院後の生活がイメージできるように丁寧な関わりを行う。

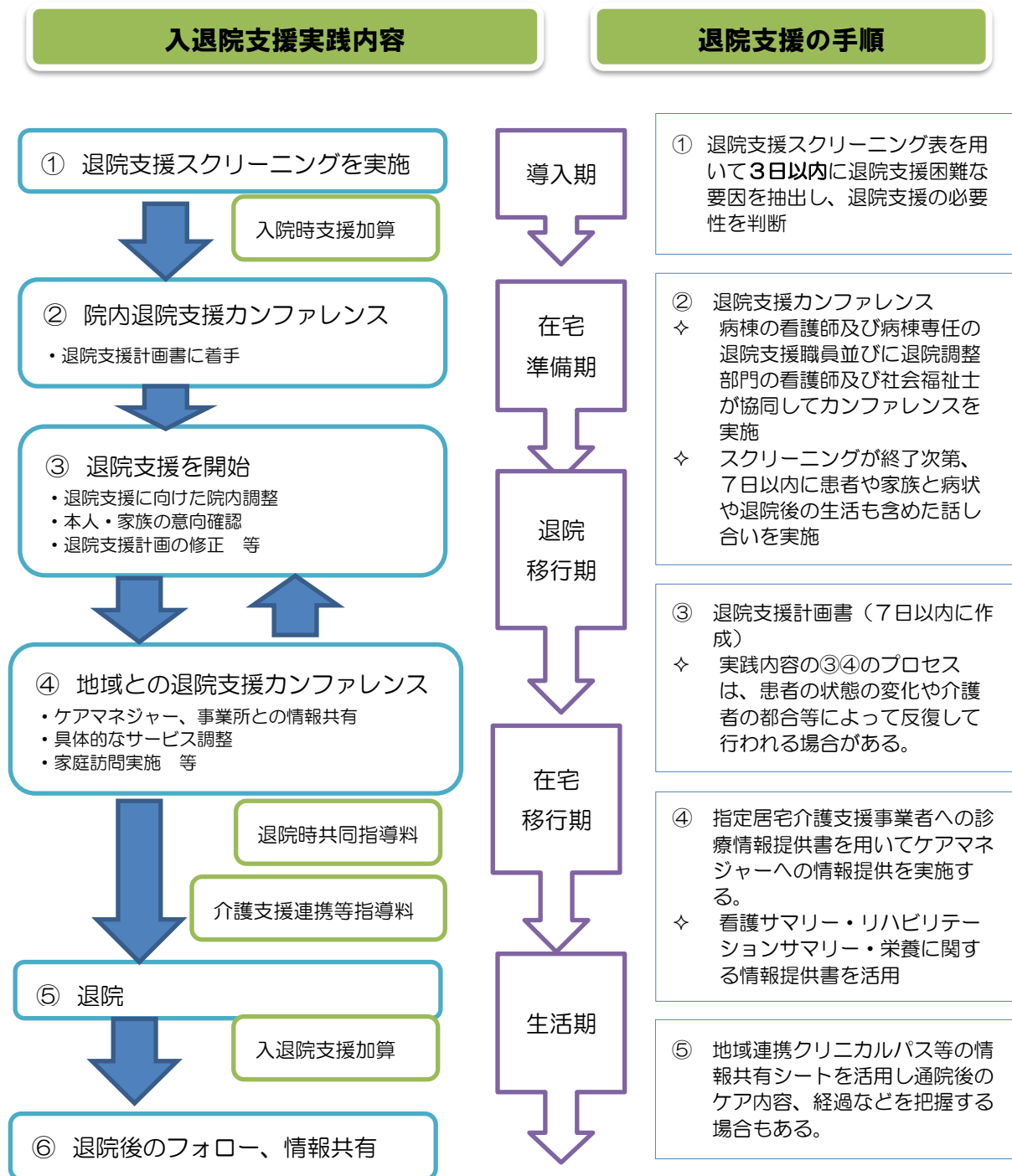
*退院準備調整期において、ケアマネジャーは退院後の生活を具体的に病院担当者にイメージしてもらえるように情報提供と、退院後の生活にかかわる課題の共有をする。

2. 入退院支援ルール

茅ヶ崎市と寒川町における病院と居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）、地域包括支援センター、市町などが連携し、高齢者などの入院から退院までの情報交換を行いながら、入院から退院（転院）までの連携をスムーズに行うための調整等の仕組みをさします。

IV 入退院支援イメージ

1. 入退院支援における急性期病院の流れ



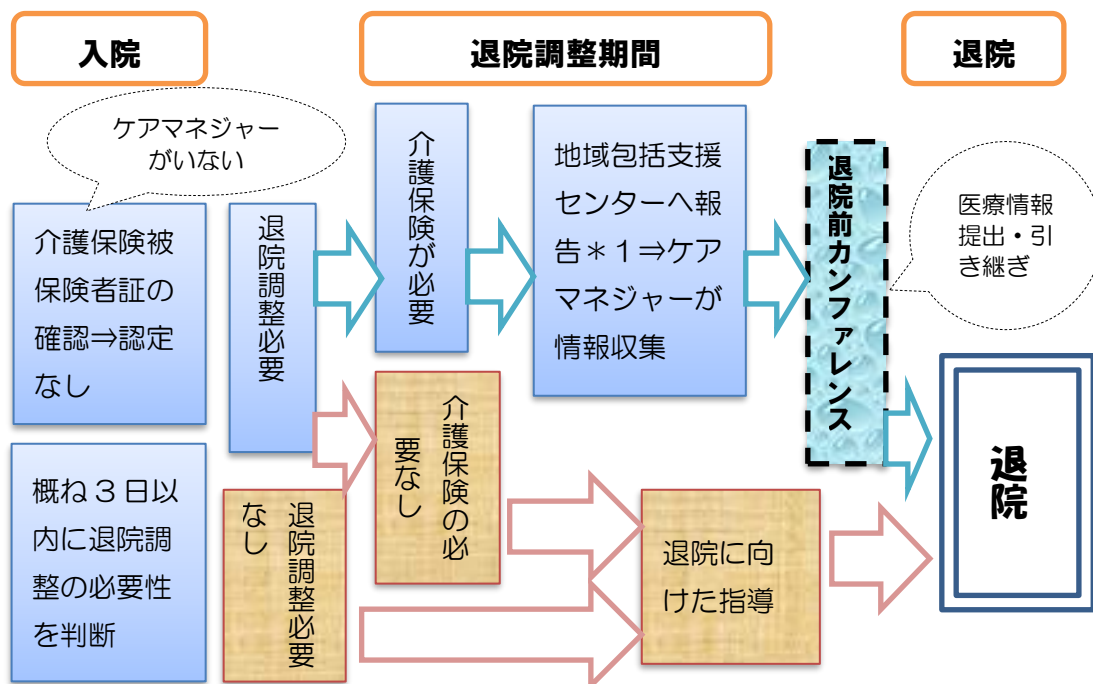
- 退院に向けてケアマネジャーを交えて調整必要な課題がある患者の場合には、入院早期から退院に向けてケアマネジャーと連携、情報共有を行いましょう

2. 入退院支援における病院とケアマネジャーの連携

	在宅 ケアマネジャー	病院
在宅時	<p>▶ 利用者の入院を早期に把握するために協力を をお願いしておく</p> <p>○ケアマネジャーの名刺を介護保険証・医 療保険証・お薬手帳といっしょに保管し、 入院時に持参する</p> <p>○入院時はケアマネジャーに連絡する事</p>	
入院時	<p>②入院時情報提供書の提出</p> <p>○入院した日のうち（入院時情報連携加算 Ⅰ：250 単位/月）</p> <p>入院した日の翌日又は翌々日（入院時情報連 携加算Ⅱ：200 単位/月）</p> <p>○原則持参又は FAX（後日正式な書類提出）</p> <p>○入院計画等の情報を提供してもらい、およ よその退院時期を把握しておく</p> <p>○主治医（往診医）への連絡</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>● 連絡・情報提供の不要な場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 3日以内の再入院 ・ 予定されていた検査入院 </div>	<p>① 入院時の連絡</p> <p>○介護保険認定の有無を確認し、ケア マネジャーがいる場合には速やかに 連絡</p> <p>（本人・家族に依頼するか、直接連絡）</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>● 入院時にケアマネジャーがいない場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 退院支援の必要性を判断 ・ 患者や家族が今後の事をどのように 考えているかを把握する </div>
治療中・退院調整	<p>③患者情報の収集</p> <p>⑥在宅への退院に向けた準備</p> <p>○病状の変化があれば、新たなケアプラン立 案</p>	<p>④患者の退院見込みを連絡</p> <p>⑤在宅への退院が可能かどうかの判断</p> <p>○在宅への退院の場合→退院支援</p> <p>○転院・施設入所の場合→相談支援担当 者へ</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>● 支援が必要→ケアマネジャーがいない場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険の申請を行うため、地域包括 支援センターを紹介する </div> <p>⑦退院許可の連絡</p> <p>退院の許可が出たら、速やかにケアマネ ジャーに連絡</p> <p>（本人・家族に依頼するか、直接連絡）</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>▶ 退院前カンファレンスが必要となる場合には、本人・家族に了解を得た 上で、関係者と早めに日程調整を行う。</p> </div>
退院時	<p>退院時の受け入れ環境確認</p> <p>病院からの連絡事項確認</p> <p>在宅医につなぐ場合は、元々のかかりつけ医 に連絡して相談する</p>	<p>退院時情報提供書作成</p> <p>退院時の移送手段確認</p> <p>退院後の医療計画確認</p> <p>急変時の対応確認</p>

V 入院前から退院までの流れ

1. ケアマネジャーがいない場合



*1 患者や家族の意向を確認し、介護保険の申請をする場合には承諾を得た上で、地域包括支援センターに相談する。

☆介護保険の申請手続き☆

介護保険の申請を希望する場合

- 患者が65歳以上の場合⇒家族等が「介護保険被保険者証」を持って市町村の担当課へ手続きに行く。
- 患者が40歳以上65歳未満の場合⇒家族等が「医療保険の被保険者証」を持って市町村の担当課へ手続きに行く。

* 申請は地域包括支援センター、居宅介護支援事業者等が代行することもできる

1) 入院時

- ① 病院担当者は、退院調整の必要性について早期にアセスメントします。
- ② 退院調整が必要と判断した場合、主治医の方針を確認し、調整に必要な期間を考慮しながら、本人・家族とともに退院調整に着手します。

2) 退院調整時（支援が必要な場合）

在宅療養が可能と判断したら、下記の基準により在宅担当者に連絡します。

退院調整が必要な患者の基準

(ア) 退院調整が必要な患者（要介護相当）

- ① 立ち上がりや歩行などに支援が必要
- ② 食事に介助が必要
- ③ 排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中
- 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

(イ) (ア) 以外で注意しなければならない患者（要支援相当）

- ① 住宅では独居かそれに近い状態で、調理や掃除などの身の回りの周辺動作に介助が必要な方
- ② (ADLは自立していても) がん末期の方、新たに医療処置が追加された方

① 患者が65歳以上の場合⇒地域包括支援センターへ（介護保険申請を検討）

② 患者が40歳以上65歳未満の場合

介護保険対象者（16特定疾病*13ページ参照）に該当するかを検討

□該当する場合⇒地域包括支援センターへ（介護保険申請を検討）

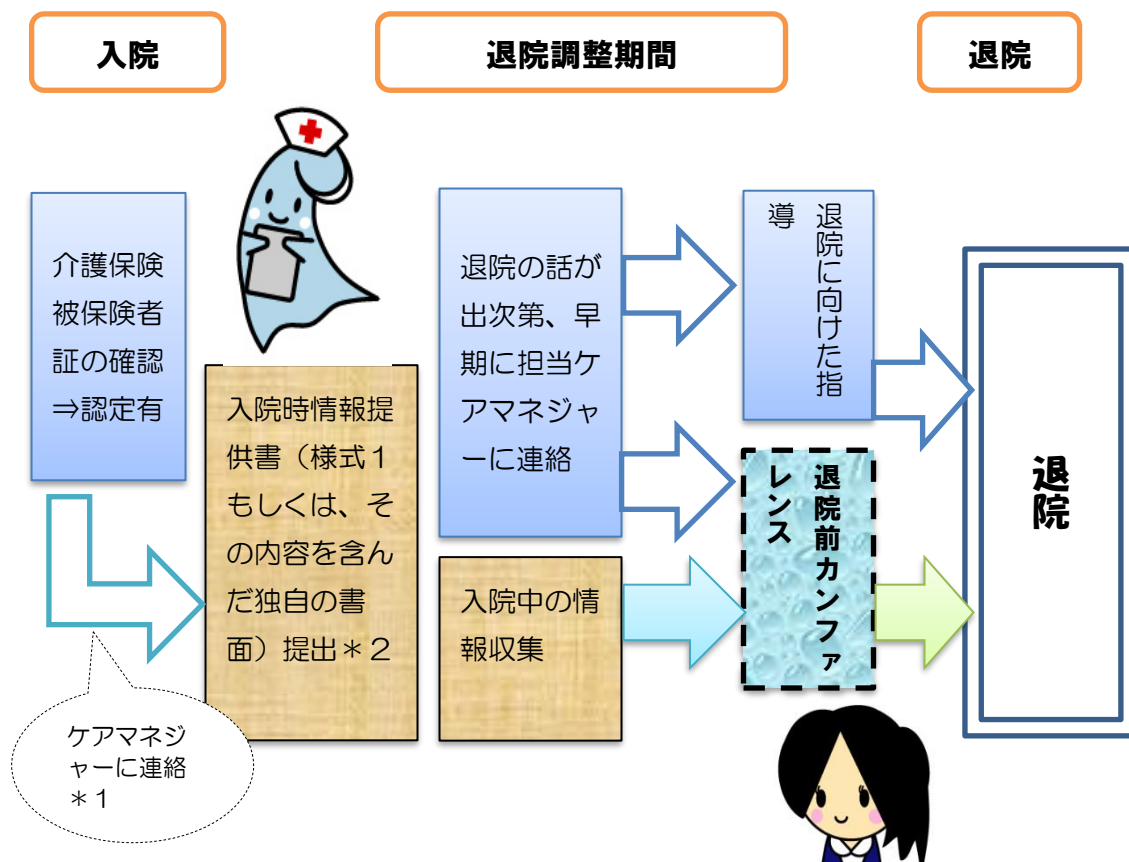
□該当しない場合⇒在宅医療・訪問看護の必要性を確認

3) 退院時

◇退院前の情報提供

- ① 病院担当者は、在宅担当者がケアプラン作成に必要な情報を収集します。
- ② 在宅担当者は、家族と連絡を取り、早急に病院担当者との面談の機会を作ります。
- ③ 介護保険制度やサービスの利用に関する説明を行い、退院後の生活に向けての調整を始めます。
- ④ 病院担当者と在宅担当者は、退院前に追加の退院前面談や、多職種での退院前カンファレンスの必要性などを確認します。

2. ケアマネジャーが決まっている場合



- *1 ケアマネジャーへの連絡は、家族から行うこともある。家族からの連絡が難しい場合には、本人または家族の了解を得た上で担当看護師または退院調整部門から連絡する。
- *2 FAX を使って病院へ連絡する場合には、事前に電話で連絡を入れた上で氏名をイニシャルで送付し、原本は氏名を明記して郵送するか持参する。

1) 入院時

- ① 在宅担当者は、日頃から家族に入院時の連絡をするように依頼をし、入院時情報共有の了承を取っておきます。
- ② 病院担当者は、入院時に介護保険を利用しているかを確認し、ケアマネジャーが決まっている場合は、本人・家族から在宅担当者に連絡を入れてもらいます。(本人・家族からの連絡ができない場合は、病院担当者から連絡を入れます。)
- ③ 在宅担当者は、入院の連絡を受けたら、入院時情報提供書(様式 1, P19)(各事業所で同様の書式を使用している場合は、独自の様式を使用することも可)を記入し、**(居宅サービス計画書の週間サービス計画書等を添付して)**病院に提出します。FAX を利用する場合には、個人情報保護のため氏名をイニシャルで表記し、後日正式な書類(氏名が明記されているもの)を提出します。

2) 退院調整の開始

病院担当者は、できるだけタイムリーに在宅担当のケアマネジャーに連絡を入れます。

3) 退院前情報提供

- ① 病棟担当者は、退院・退所情報記録書(様式 2, P21)を記入し、在宅担当者に提供します。
- ② 病院担当者は、在宅担当者が病院訪問時に患者情報を説明します。
- ③ 病院担当者と在宅担当者は、退院前に必要な情報交換や多職種でのカンファレンスの必要性などを確認します。

4) 退院前カンファレンス

病院担当者と在宅担当者は、本人・家族を交えて、在宅に必要なサービスの引継として実施します。

5) 退院前共同指導

実施の要否は病院担当者が必要性を判断し、本人・家族の了承を得た上で開催します。

本人・家族に対して、入院中の病院の医師又は看護師等が、在宅を担う医師もしくは看護師、歯科医師もしくはその指示を受けた歯科衛生士、薬剤師、訪問看護ステーションの看護師または居宅介護支援事業所のケアマネジャーのうち、いずれか 3 名以上と共同して指導を行います。

6) 退院前引継情報

- ① 病院担当者は、看護・介護の引継情報を在宅担当者にできるだけ提供します。
- ② 在宅担当者は、上記情報を把握するように努めます。

7) 退院後

在宅担当者は、退院後にケアプランの写しを病院に提供します。

VI 情報共有に対する心構え

1. ケアマネジャー

- 1) 入院の情報を得たら、早期の退院に向けた準備を視野に入れて行動します。
- 2) 退院前カンファレンスの要望は、早めに病院に伝えます。
- 3) 退院時に知りたい情報を事前に病院に伝えておきます。
- 4) 本人や家族と、病院からの説明内容を共有しておく。(本人や家族の承諾を得て、病状説明の場に同席することも可能です。)
- 5) 関係職種との情報交換に関する承諾を得ておきます。
- 6) 急な入院に備えて、既往症や内服状況が把握できるものを準備しておき、定期的に内容を確認しておきます。
- 7) 本人や家族に対して、ケアマネジャーの名刺を、医療保険被保険者証・介護保険被保険者証などとともに保管しておくことや、入院時早めに知らせていただくことをお願いしておきます。

2. 病院

- 1) 病院の情報受け取り窓口を一本化しておきます。
- 2) 研修などを通して、在宅療養についての理解を深めておきます。
- 3) 入院時には、障害者手帳の有無・介護保険認定の有無・ケアマネジャーは誰か等を確認します。
- 4) 情報共有の承諾を得ます。(どこまで伝えるか等確認が必要となる場合もあります)
- 5) ケアマネジャーがいる場合は、入院時、早期に連絡します。(家人に伝えてもらうか、了承を得た上で、病院から伝えます。)

Ⅶ 医療連携のための基本的なエチケット

1. ケアマネジャー

1) 第一印象を大切にしましょう

「出会って数秒の第一印象で、全ての印象が決まる」と言われており、一度相手に与えてしまった悪い印象はなかなか消えず、払拭するためには、長い時間と労力が必要となります。また、相手にどのように見られているか、どのような印象を与えているかを意識することは、相手の立場を考えるきっかけにもなります。相手への気配り、心配りをあらわす「身だしなみ」や「言葉遣い」を意識して対応しましょう。

2) お互いに思いやりをもち、丁寧な対応を心がけましょう

職種により立場、制度、関連する法律、必要な情報が異なります。お互いの専門性や各職種の立場を、思いやりをもって理解し、丁寧な対応を心がけましょう。

3) 時間を守りましょう

相手の都合を考慮し、約束の時間を守り時間前に到着することを心がけましょう。遅れる時には必ず事前に連絡しましょう。

4) 名前はフルネームで伝えましょう

急いでいるときなどは、特に早口になりがちです。情報のやり取りをはじめの前に、自分の勤務場所、名前、職種などをはっきり正確に伝えたいうえで、相手方の名前、職種などもしっかり確認しましょう。事前に正確な情報を用意すると便利です。

特に、名前は必ずフルネームで伝え、生年月日などもあわせて伝えられるように準備しておきましょう。事業所の担当者についても同性の方もいますのでフルネームで連絡をとりあいましょう。

5) 日常的な情報交換を忘れずにしましょう

顔の見える関係から、顔が見えなくても通じる関係に繋がります。電話では、一般的なマナーを守り、内容をあらかじめまとめ、連絡を取りましょう。

6) 医療機関への訪問の前にアポイントをとりましょう

病院などの医療機関ではアポイントのない訪問には、対応しにくい場合があります。必ず事前に連絡をしてから訪問するようにしましょう。

7) 連携をとるときにはどの程度急ぐ用件か判断して連絡しましょう

それぞれ時間が限られた中で仕事をしています。急ぐ用件でなければ、ゆっくり対応できるとゆとりができます。どの程度急ぐ用件か判断して連絡しましょう。緊急の内容でなければ電話の際は「今お話しできますか？」等相手の状況を確認してから用件を伝えるようにしましょう。

8) 担当者不在時の体制を整備しておきましょう

緊急時も含め担当者不在の連絡体制は事業所ごとに整理しておきましょう。

代理に職員が決定できる体制や、担当者に連絡がつく体制を整えておきましょう。

- 9) 病院へ情報提供をするときや求めるときは、まず利用者・家族の同意を得ましょう
利用者や家族の了解なしに、情報提供することはできません。受診の際の同行やインフォ
ームドコンセント時の立会いは、利用者や家族を通して病院や医師に確認するようにしま
しょう。(個人情報は大切に取り扱しましょう。)
入院時には入院情報提供書を活用し、在宅での生活状況を伝えましょう。
利用者へは入院時に担当ケアマネ名を病院へ伝えてもらうようにしましょう。(契約書又
は重要事項説明書で説明が必要です)
- 10) 関わっている医療機関には、必ずケアプランを交付しましょう
連携用紙を活用し、医師・訪問歯科医・訪問薬剤師へ新規・変更・更新時にはケアプラン
を交付しましょう。
- 11) 医療系サービスを位置付ける場合には主治医の指示を仰ぎましょう
ケアプランに、訪問看護・訪問リハビリ・通所リハビリ・短期入所療養介護の医療系サー
ビスを位置付ける場合には、主治医の意見を確認し、指示のもとで開始しましょう。事前
の連絡もなくいきなり「指示書を書いてください」と主治医のもとに行くことはやめま
しょう。
- 12) サービス担当者会議には主治医に声をかけましょう
都合がつかず出られない事もありますが、連絡はするようにしましょう。緊急でない場合
の担当者会議はあらかじめ十分な日程調整を行い、家族や介護サービス事業者を含めてな
るべく出席できるようにしましょう。なお出席できなかった方への情報提供も忘れずに行
いましょう。

2. 病院スタッフ

- 1) 退院支援では、患者さん本人や家族の意向が重要です。
- 2) 入院生活は、患者さんの生活（人生）の一部であることを忘れない。
- 3) 関係職種とのシームレスな連携は、患者さんや家族の安心に繋がることを忘れずに、積極的に連携を取りましょう。
- 4) 医療者側の価値観と、患者さんや家族の価値観は一致しないこともあるということを忘れず、まず当事者の「想い」を聞くという姿勢が大事です。
- 5) 患者さん本人ができることに注目し、できるだけ機能を伸ばすという視点で関わりましょう。
- 6) 在宅で関係するさまざまな専門職種との情報交換は、本人（家族）の了承のもとに行い、必要な内容の精査に努めます。
- 7) 情報収集時、答えたくないこともあるということに配慮します。（答えなくても良いことをあらかじめ伝え、答えを強要しない。）

* このエチケットを育てていくために「こう表現したほうが良い」「こんなエチケットも共有したい」等、ご意見、ご提案、アイデアを随時募集します。頂いたご意見ご提案等は、関係者間で検討し、内容を修正したり、新規に加えたりしながら、少しずつ育てていきたいと思っております。

Ⅷ 介護保険制度について

- ◆ 介護保険制度は、各自治体が保険者となって運用されています。
- ◆ 40歳以上の方が加入し、高齢者の暮らしを支える制度です。
- ◆ 加入者（被保険者）は、年齢によって「第1号被保険者」と「第2号被保険者」の2つに分かれます。

1. 介護保険加入者

被保険者	第1号被保険者	第2号被保険者
対象	65歳以上	40～64歳の医療保険加入者
介護保険料	特別徴収または普通徴収	医療保険者が医療保険料と一括徴収（給与からの源泉徴収）
利用条件	病気や障害の種類にかかわらず介護認定を受けたもの 要支援1・2 要介護1～5	特定疾病（16種類）の場合に限定

2. 特定疾病（16種類）

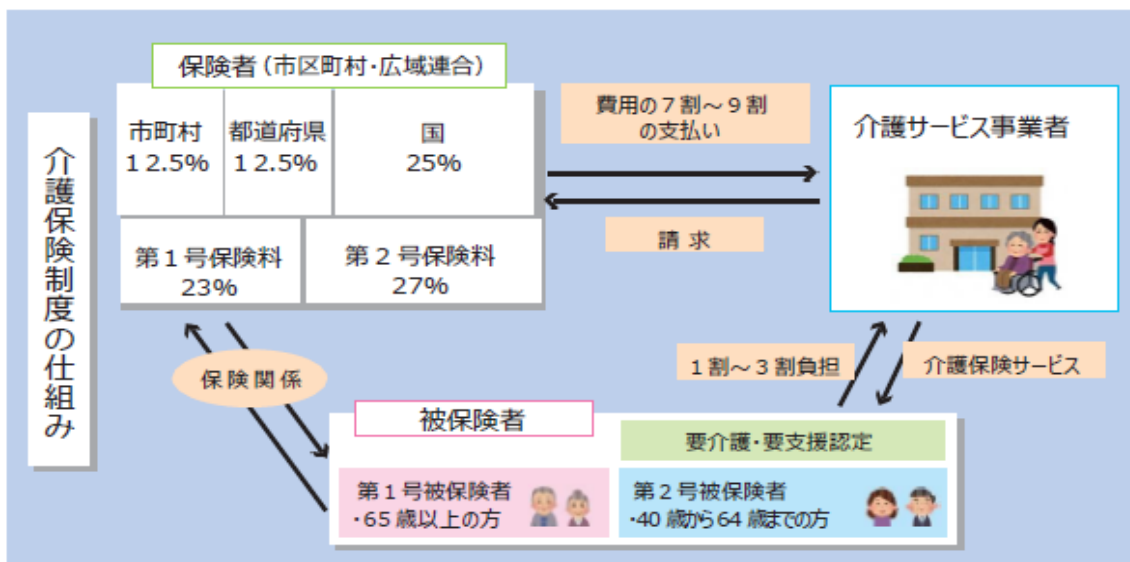
疾病名	
1	がん（末期）（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る）
2	関節リウマチ
3	筋萎縮性側索硬化症
4	後縦靭帯骨化症
5	骨折を伴う骨粗しょう症
6	初老期における認知症
7	進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症およびパーキンソン病
8	脊髄小脳変性症
9	脊柱管狭窄症
10	早老症
11	多系統萎縮症
12	糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症
13	脳血管疾患
14	閉塞性動脈硬化症
15	慢性閉塞性肺疾患
16	両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

3. 介護保険の運営主体（保険者）と財政

厚生労働省 介護保険制度について(40歳になられた方(第2号被保険者)向け 令和2年11月版)

介護保険の運営主体（保険者）と財政

介護保険の保険者とは、市町村と特別区（広域連合を設置している場合は広域連合）になります。介護保険者は、介護サービス費用の7割～9割を給付するとともに、第1号被保険者の保険料を徴収し、介護保険財政を運営しています。財源は公費5割、保険料5割（現在、第1号保険料23%、第2号保険料27%）とされています。



ご利用できる主な介護サービスについて

自宅で利用するサービス	訪問介護	訪問介護員（ホームヘルパー）が、入浴、排せつ、食事などの介護や調理、洗濯、掃除等の家事を行うサービスです。	宿泊するサービス	短期入所生活介護（ショートステイ）	施設などに短期間宿泊して、食事や入浴などの支援や、心身の機能を維持・向上するための機能訓練の支援などを行うサービスです。家族の介護負担軽減を図ることができます。
	訪問看護	自宅で療養生活が送れるよう、看護師等が清潔ケアや排せつケアなどの日常生活の援助や、医師の指示のもと必要な医療の提供を行うサービスです。		居住系サービス	特定施設入居者生活介護
	福祉用具貸与	日常生活や介護に役立つ福祉用具（車いす、ベッドなど）のレンタルができるサービスです。	施設系サービス	特別養護老人ホーム	常に介護が必要で、自宅では介護が困難な方が入所します。食事、入浴、排せつなどの介護を一体的に提供します。（※原則要介護3以上の方が対象）
日帰りで施設等を利用するサービス	通所介護（デイサービス）	食事や入浴などの支援や、心身の機能を維持・向上するための機能訓練、口腔機能向上サービスなどを日帰りで提供します。		介護老人保健施設	自宅で生活を営むことができるようにするための支援が必要な方が入所します。看護・介護・リハビリテーションなどの必要な医療や日常生活上の世話を提供します。
	通所リハビリテーション（デイケア）	施設や病院などにおいて、日常生活の自立を助けるために理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などがリハビリテーションを行い、利用者の心身機能の維持回復を図るサービスです。	小規模多機能型居宅介護	利用者の選択に応じて、施設への「通い」を中心に、短期間の「宿泊」や利用者の住宅への「訪問」を組み合わせる日常生活上の支援や機能訓練を行うサービスです。	
			定期集団・随時対応型訪問介護看護	定期的な巡回や随時通報への対応など利用者の心身の状況に応じて、24時間365日必要なサービスを必要なタイミングで柔軟に提供するサービスです。訪問介護員だけでなく看護師なども連携しているため、介護と看護の一体的なサービス提供を受けることもできます。	

4. 介護サービスの利用のしかた

ご自身やご家族に介護が必要になった場合、介護サービスを利用するには要介護（要支援）認定を受ける必要があります。具体的な手続きの流れは以下のようになります。

① 申請する

介護サービスの利用を希望する方は、市区町村の窓口で「要介護（要支援）認定」の申請をします（地域包括支援センター）などで手続きを代行している場合があります。また、申請の際、第1号被保険者は「介護保険の被保険者証」、第2号被保険者は、「医療保険の被保険者証」が必要です。

② 要介護認定の調査、判定などが行われます

■認定調査・主治医意見書

市区町村の職員などの認定調査員がご自宅を訪問し、心身の状況について本人やご家族から聞き取りなどの調査を行います。調査の内容は全国共通です。また、市区町村から直接、主治医（かかりつけ医）に医学的見地から、心身の状況について意見書を作成してもらいます（市区町村から直接依頼）。

■審査・判定

認定調査の結果と主治医の意見書をもとに、保険・福祉・医学の学識経験者による「介護認定審査会」で審査し、どのくらいの介護が必要か判定します。要介護度は要介護1～5または要支援1・2のいずれかとなります。また、第2号被保険者は、要介護（要支援）状態に該当し、その状態が「特定疾病」によって生じた場合に認定されます。

③ 認定結果が通知されます

原則として申請から30日以内に、市区町村から認定結果が通知されます。

④ ケアプランを作成します

要介護1～5と認定された方は、在宅で介護サービスを利用する場合、居宅介護支援事業者と契約し、その事業者のケアマネジャーに依頼して、利用するサービスを決め、介護サービス計画（ケアプラン）を作成してもらいます。施設へ入所を希望される場合は、希望することができます。

⑤ サービスを利用します

サービス事業者に「介護保険被保険者証」と「介護保険負担割合証」を提示して、ケアプランに基づいた居宅サービスや施設サービスを利用します。ケアプランに基づいた利用負担は、費用の1割～3割です。

5. 介護保険申請の目安

- ① 立ち上がりや歩行などに介助が必要
- ② 食事に介助が必要
- ③ 排せつに介助が必要、またはポータブルトイレを使用中
- ④ 認知症の周辺症状や全般的な理解の低下がある
- ⑤ 在宅では独居かそれに近い状況で、調理や掃除など身の回りの事に介助が必要
- ⑥ ADLは自立でもがん末期で介護保険サービスが必要
- ⑦ ADLは自立でも新たに医療処置が追加された

地域包括支援センターとは

1. 地域の人々の健康、安心、暮らしを支援します

地域の高齢者が健康で安心して暮らせるように、保健・医療・福祉の面から総合的に支援するための機関です。市区町村や、市区町村が委託する組織により公的に運営されており、市区町村に1つ以上設置されています。

介護についての不安や悩みについて、安心して相談することができ、相談・支援は無料です。市区町村のホームページなどで、お住まいの地域の地域包括支援センターをご確認ください。(地域によっては、地域包括支援センターの名称が異なる場合があります)

2. 高齢の家族の生活に関することや介護のこと、仕事との両立の悩みなど幅広く対応しています。

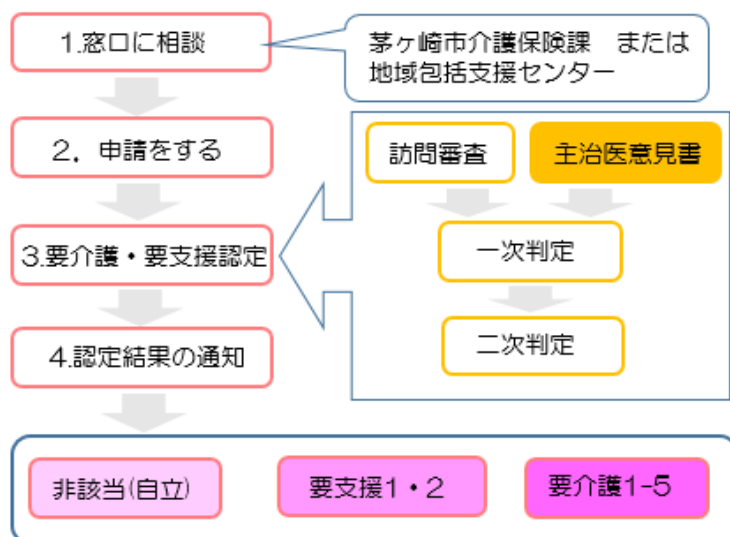
地域包括支援センターには、医療、福祉、介護の専門家である保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャーなどのスタッフがいます。得意分野を生かして連携を取りながら、相談の内容に応じて、制度の概要の説明や相談窓口の紹介など、具体的な解決策の提案をします。また、必要であれば介護サービスや、さまざまな支援が受けられるよう、手続きを手伝ってくれます。

地域の高齢者の健康づくりや高齢者の権利を守ること、暮らしやすい地域づくりなども地域包括支援センターの役割です。

- * ご自身やご家族の介護のことで不安なことがあれば、迷わずお住まいの市区町村の地域包括支援センターにご相談ください。



介護保険サービスの利用手順



Ⅸ 地域包括支援センター

茅ヶ崎市

担当地区	センター名	住所(茅ヶ崎市)	電話番号
茅ヶ崎地区	茅ヶ崎地区 地域包括支援センターゆず	新栄町13-48 ワラシナビル1階	84-5830
茅ヶ崎南地区	茅ヶ崎南地区 地域包括支援センターつむぎ	幸町5-8 茅ヶ崎メディカルケアセンター2階	55-5291
海岸地区	海岸地区 地域包括支援センターあい	東海岸南2-6-14 長尾ビル3階	88-1716
南湖地区	南湖地区 地域包括支援センターれんげ	南湖5-10-6	88-1380
鶴嶺東地区	鶴嶺東地区 地域包括支援センターさくら	矢畑1427-1	81-4082
鶴嶺西地区	鶴嶺西地区 地域包括支援センターみどり	萩園2360-1 鶴嶺西コミュニティセンター内	84-0775
湘南地区	湘南地区 地域包括支援センターすみれ	浜見平11-1 ハマミーナ内	84-6321
松林地区	松林地区 地域包括支援センターくるみ	高田4-2-18 アート茅ヶ崎	50-0341
湘北地区	湘北地区 地域包括支援センターあかね	香川3-21-26	55-1535
小和田地区	小和田地区 地域包括支援センター青空	小和田3-2-44 市営小和田住宅外複合施設内	55-2360
松浪地区	松浪地区 地域包括支援センターさざなみ	常磐町2-2 松浪コミュニティセンター内	39-5901
浜須賀地区	浜須賀地区 地域包括支援センターあさひ	旭が丘6-11	84-6383
小出地区	小出地区 地域包括支援センターわかば	芹沢846-3	33-5410

寒川町

センター名	住所(寒川町)	電話番号
寒川町地域包括支援センター	宮山165 寒川町役場1階	72-1294
寒川町地域包括支援 センター 南部相談室	一之宮8-5-20 南部文化福祉会館1階	38-8258

X その他

☆資料 様式1 入院時情報提供書☆

記入日： 年 月 日 入院日： 年 月 日 情報提供日： 年 月 日																																																						
<h3 style="margin: 0;">入院時情報提供書</h3> <p style="margin: 0; font-size: small;">医療機関 ← 居宅介護支援事業所</p>																																																						
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																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">患者氏名</td> <td style="width: 30%;">(フリガナ) _____</td> <td style="width: 10%;">年齢</td> <td style="width: 10%;">才</td> <td style="width: 10%;">性別</td> <td style="width: 10%;">男 女</td> </tr> <tr> <td></td> <td>生年月日</td> <td colspan="4">明・大・昭 年 月 日生</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="5">〒 _____ 電話番号 _____</td> </tr> <tr> <td>住環境 <small>※可能ならば、「写真」などを添付</small></td> <td colspan="5">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() _____</td> </tr> <tr> <td>入院時の要介護度</td> <td colspan="5"> <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 </td> </tr> <tr> <td>障害高齢者の日常生活自立度</td> <td colspan="4"> <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 </td> <td><input type="checkbox"/> 医師の判断</td> </tr> <tr> <td>認知症高齢者の日常生活自立度</td> <td colspan="4"> <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 </td> <td><input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断</td> </tr> <tr> <td>介護保険の自己負担割合</td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> ____割 <input type="checkbox"/> 不明 </td> <td>障害など認定</td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(身体・精神・知的) </td> </tr> <tr> <td>年金などの種類</td> <td colspan="5"> <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() </td> </tr> </table>	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 <small>※可能ならば、「写真」などを添付</small>	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()				
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 <small>※可能ならば、「写真」などを添付</small>	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																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">世帯構成</td> <td colspan="5"> <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 </td> </tr> <tr> <td>主介護者氏名</td> <td>(続柄・才)</td> <td>(同居・別居)</td> <td>TEL</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>キーパーソン</td> <td>(続柄・才)</td> <td>連絡先</td> <td>TEL</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	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																																						
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																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">本人の趣味・興味・関心領域等</td> <td></td> </tr> <tr> <td>本人の生活歴</td> <td></td> </tr> <tr> <td>入院前の本人の生活に対する意向</td> <td><input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照</td> </tr> <tr> <td>入院前の家族の生活に対する意向</td> <td><input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照</td> </tr> </table>	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																																														
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																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">入院前の介護サービスの利用状況</td> <td> 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() </td> </tr> </table>	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()																																																				
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)																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">在宅生活に必要な要件</td> <td></td> </tr> <tr> <td>退院後の世帯状況</td> <td> <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <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() </td> </tr> <tr> <td>世帯に対する配慮</td> <td> <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要() </td> </tr> <tr> <td>退院後の主介護者</td> <td> <input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外(氏名 _____ 続柄 _____ ・年齢 _____) </td> </tr> <tr> <td>介護力*</td> <td> <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 </td> </tr> <tr> <td>家族や同居者等による虐待の疑い*</td> <td> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() </td> </tr> <tr> <td>特記事項</td> <td></td> </tr> </table>	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"/> 高齢者世帯 <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																																									
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"/> 高齢者世帯 <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)																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">「院内の多職種カンファレンス」への参加</td> <td><input type="checkbox"/> 希望あり</td> </tr> <tr> <td>「退院前カンファレンス」への参加</td> <td> <input type="checkbox"/> 希望あり ・具体的な要望() </td> </tr> <tr> <td>「退院前訪問指導」を実施する場合の同行</td> <td><input type="checkbox"/> 希望あり</td> </tr> </table>	「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 ・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																																																
「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 ・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	□ 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		<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: _____年 月 日 ~ _____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	□ 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										

☆資料 様式2 退院・退所情報記録書☆

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： 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	<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				
	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。

XI 病院相談窓口

施設名	窓口	電話
茅ヶ崎市立病院	患者支援センター	0467-52-1111（代表）
湘南東部総合病院	医療社会サービス部	0467-83-9111（代表） 0467-83-9091（直通）
茅ヶ崎新北陵病院	医療社会サービス室	0467-53-4111（代表） 0467-53-4001（直通）
長岡病院	医療福祉相談室	0467-53-1811
湘南さくら病院	医療社会サービス部	0467-54-2255（代表） 0467-54-9600（直通）
茅ヶ崎徳洲会病院	地域医療支援室	0467-58-1311（代表） 0467-58-1392（直通）
茅ヶ崎中央病院	医療社会サービス部	0467-86-6530（代表） 0467-83-8278（直通）
けやきの森病院	医療福祉相談室	0467-74-5331
寒川病院	地域連携室	0467-75-6680（代表） 0467-75-0648（直通）

☆病院書類窓口☆ — 令和5年11月作成 —

茅ヶ崎市立病院

		申し込み窓口	受取窓口	受付～交付の流れ	料金
訪問看護指示書	入院	3番窓口	3番窓口	所定書式を持参し申し込み (新規の場合医師に相談が必要な場 合有り) (新規・更新の際、郵送での申込は不可)	1割 300円 2割 600円 3割 900円 定額 円 □無料
	外来	3番窓口	3番窓口		
診療情報提供書	入院	病棟主治医	病棟クラーク	受診時直接医師に依頼 当日記入分は各ブロックで引渡し 後日記入分は各診療科→各ブロック →3番窓口	1割 250円 2割 500円 3割 750円 定額 円 □無料
	外来	受診時主治医	3番窓口		
看護情報提供書	入院	病棟看護師	病棟看護師	入院の場合は入院中に申し出る 入院歴の無い方、前回入院から日が 経っている場合は、不可 退院日に家族に手渡す	1割 円 3割 円 定額 円 ■無料
	外来				
健康診断書	入院	主治医に書式提出	病棟クラーク	所定書式を持参し受診時直接医師に依頼 (内容により検査必要な場合有り) ☆その場合、別途費用が加算されます。	1割 円 3割 円 定額 1650円 □無料
	外来	内科又は予約診療科を受診し依頼	3番窓口		
リハビリ指示書	入院	主治医に書式提出	3番窓口	訪問リハ指示書は無料 (徳洲会の書式のリハ診療情報提供書 有料) その他については書式の内容による 医事課で判断	1割 円 3割 円 定額 円 □無料
	外来	3番窓口	3番窓口		
訪問マッサージ同意書	入院	3番窓口	3番窓口	整形外科は書かない方針。それ以外の 科は、受診時、直接、主治医に依頼する 当日医師が記入不可の場合は3番窓口 で申し込み	1割 100円 2割 200円 3割 300円 定額 円 □無料
	外来	3番窓口	3番窓口		
主治医連絡表 (ケアマネ連絡表)	入院	3番窓口	3番窓口	委任状・同意書不要	1割 円 3割 円 定額 円 ■無料
	外来	3番窓口	3番窓口		
面談申し込み	入院	病棟主治医 病棟看護師		本人又は家族が申し出る 本人又は家族との同席が原則 事前の日程申し込みが必要	1割 円 3割 円 定額 円 ■無料
	外来	患者支援 センター			
担当者会議問合せ	入院	病棟看護師又は 患者支援センター 病棟主治医		事前の申し込み必要 本人又は家族の同席が原則	1割 円 3割 円 定額 円 ■無料
	外来	原則不可			
主治医意見書問合せ	入院	医事課		医事課の担当者に問い合わせる	
	外来	医事課			
入院時情報提供書		患者支援 センター			

* 本人、家族が取る事が基本です。本人、家族以外の受付は同意書・委任状・身分証明書が必要になります。
 * 文書作成までの期間は、14日程かかります。
 * 3番窓口で申込書記入(引換券お渡し)→医師記載→完成後希望者には完成後TEL(☆ 但し本人・家族以外には渡しません。)
 (☆ TELにて確認下さい。)→受取時支払い
 郵送希望の場合は返信用封筒持参で料金先払い 県内は郵送申し込み不可(但し例外も有り)
 * 3番窓口が書類受付

湘南東部総合病院

		申し込み窓口	受取窓口	受付～交付の流れ	料金
訪問看護指示書	入院	診療支援科 または 医事課総合受付	病棟ナース ステーション	<p>所定様式持参。 郵送希望の場合は受付時に返信用封筒 (切手貼付)が必要。</p>	<p>1割300円 3割900円</p>
	外来 家族 申込み	医事課 総合受付	医事課 総合受付		
	事業所 申込み	医事課 総合受付	医事課 総合受付 または 郵送		
診療情報提供書	入院	病棟受付	病棟受付	<p>申込み時、宛先が必要。</p>	<p>1割250円 3割750円</p>
	外来	医事課 総合受付	医事課 総合受付		
看護サマリー	入院	病棟看護師	病棟ナース ステーション	<p>入院中に申し出る。 退院日家族に手渡す。</p>	<p>無料</p>
	外来				
健康診断書	入院	病棟受付	病棟ナース ステーション	<p>所定書式持参。 (内容により費用加算あり)</p>	<p>診断書の種類により 異なります。 医事課へお問い合 わせください。</p>
	外来	医事課 総合受付	医事課 総合受付		
リハビリ指示書	入院	医事課 総合受付	医事課 総合受付		<p>1割300円 2割600円 3割900円</p>
	外来	医事課 総合受付	医事課 総合受付		
訪問マッサージ同意書	入院	医事課 総合受付	医事課 総合受付		<p>1割100円 3割300円</p>
	外来	医事課 総合受付	医事課 総合受付		
主治医連絡表	入院	医事課 総合受付	医事課 総合受付	<p>郵送希望の場合は、受付時に返信用封筒 (切手貼付)が必要。</p>	<p>無料</p>
	外来	医事課 総合受付	医事課 総合受付		
面談申し込み	入院	病棟看護師		<p>本人または家族が事前申込み。 本人または家族の同席が原則。 予約センター ☎0467-83-9192</p>	<p>入院時は無料 外来受診時同席は 外来費用発生</p>
	外来	予約センター			
担当者会議問合せ	入院	病棟看護師		<p>入院病棟へ申し出る。</p>	<p>無料</p>
	外来				
主治医意見書問合せ	東 部 病 院	診療支援科 (郵送)	郵送	<p>医事課担当者に問い合わせる。</p>	
	ク リ ニ 部 ッ	診療支援科 (郵送)	郵送		
入院時情報提供書	入院	病棟看護師		<p>FAX:0467-89-3630</p>	
<p>* 本人、家族以外の受付は同意書または委任状・身分証明書・診察券・文書お預かり書が必要。 * 文書作成までの期間は、14日程かかる。 * お問合せ電話番号は、特に指定が無い場合、(代表)0467-83-9111(受付時間8:30~16:30)</p>					

茅ヶ崎新北陵病院

		申し込み窓口	受取窓口	受付～交付の流れ	料金
訪問看護指示書	入院	医療社会サービス室	病棟または医療社会サービス室	入院の場合：退院後に必要なサービスの準備と会わせて行いますので、担当ソーシャルワーカーへご相談ください。	1割 300 円 3割 900 円 定額 円 <input type="checkbox"/> 無料
	外来	医事課文書係	医事課文書係		
診療情報提供書	入院	医療社会サービス室	病棟または医療社会サービス室	入院の場合：退院後に必要なサービスの準備とあわせて行いますので、担当ソーシャルワーカーへご相談ください。	1割 450 円 3割 1,350 円 定額 円 <input type="checkbox"/> 無料
	外来	医事課文書係	医事課文書係		
看護サマリー	入院	医療社会サービス室	病棟	入院の場合：退院後に必要なサービスの準備とあわせて行いますので、担当ソーシャルワーカーへご相談ください。	1割 円 3割 円 定額 円 <input checked="" type="checkbox"/> 無料
	外来				
健康診断書	入院	医事課文書係	医事課文書係		1割 円 3割 円 定額 2200 円 <input type="checkbox"/> 無料
	外来	医事課文書係	医事課文書係		
リハビリ指示書	入院	医療社会サービス室	病棟または医療社会サービス室	入院の場合：退院後に必要なサービスの準備とあわせて行いますので、担当ソーシャルワーカーへご相談ください。	1割 300 円 3割 900 円 定額 円 <input type="checkbox"/> 無料
	外来	医事課文書係	医事課文書係		
訪問マッサージ同意書	入院	医療社会サービス室	病棟または医療社会サービス室	入院の場合：退院後に必要なサービスの準備とあわせて行いますので、担当ソーシャルワーカーへご相談ください。	1割 100 円 3割 300 円 定額 円 <input type="checkbox"/> 無料
	外来	医事課文書係	医事課文書係		
主治医連絡表	入院		医事課文書係		1割 円 3割 円 定額 円 <input checked="" type="checkbox"/> 無料
	外来		医事課文書係		
面談申し込み	入院	医療社会サービス室			1割 円 3割 円 定額 円 <input checked="" type="checkbox"/> 無料
	外来	利用者外来日 同行			
担当者会議問合せ	入院	医療社会サービス室			1割 円 3割 円 定額 円 <input checked="" type="checkbox"/> 無料
	外来	利用者外来日 同行			
主治医意見書問合せ	入院	医事課文書係			
	外来	医事課文書係			
入院時情報提供書			医療社会サービス室		

* 本人、家族が受け取る事が基本です。受け取りの際は同意書・委任状・身分証明書が必要になります。
* 文書作成までの期間は、7～10日程かかります。

長岡病院

長岡病院		申し込み窓口	受取窓口	受付～交付の流れ	料金
訪問看護指示書	入院	医事課	医事課	所定書式を郵送または持参してください。 ※新規は事前に医師にご相談ください。	1割 300円 3割 900円 定額 円 <input type="checkbox"/> 無料
	外来	医事課	医事課		
診療情報提供書	入院	医事課	医事課		1割 250円 3割 750円 定額 円 <input type="checkbox"/> 無料
	外来	医事課	医事課		
看護サマリー	入院	医療福祉相談室	病棟師長	退院時に病棟からご家族へお渡しします。	1割 円 3割 円 定額 円 <input checked="" type="checkbox"/> 無料
	外来				
健康診断書	入院	医事課	医事課	所定書式を持参し医事課で申し込んでください。 ※内容により別途検査が必要であれば、 検査費用がかかります。	1割 円 3割 円 定額 円 <input type="checkbox"/> 無料 <input checked="" type="checkbox"/> 自費
	外来	医事課	医事課		
リハビリ指示書	入院	医事課	医事課		1割 円 3割 円 定額 円 <input checked="" type="checkbox"/> 無料
	外来	医事課	医事課		
訪問マッサージ同意書	入院	医事課	医事課	所定書式を郵送または持参してください。	1割 100円 3割 300円 定額 円 <input type="checkbox"/> 無料
	外来	医事課	医事課		
主治医連絡表	入院	医事課	医事課		1割 円 3割 円 定額 円 <input type="checkbox"/> 無料
	外来	医事課	医事課		
面談申し込み	入院	病棟師長		本人または家族からの申し込みのみ受け付けます。	1割 円 3割 円 定額 円 <input checked="" type="checkbox"/> 無料
	外来	医事課			
担当者会議問合せ	入院	医療福祉相談室			1割 円 3割 円 定額 円 <input checked="" type="checkbox"/> 無料
	外来	医事課			
主治医意見書問合せ	入院	医事課			
	外来	医事課			
入院時情報提供書		医療福祉相談室			

* 本人、家族が取る事が基本です。本人、家族以外の受付はできません。

* 文書作成までの期間は、14日程かかります。

湘南さくら病院

	申し込み窓口	受取窓口	受付～交付の流れ	料金	
訪問看護指示書	入院	相談室	相談室 病棟	【入院】 相談室→医師→相談室・病棟 【外来】 医事課・外来看護師→医師→医事課	1割 300 円 3割 900 円 定額 円 <input type="checkbox"/> 無料
	外来	医事課 外来看護師	医事課		
診療情報提供書	入院	相談室	相談室 病棟	【入院】 相談室→医師→相談室・病棟 【外来】 医事課・外来看護師→医師→医事課	1割 250 円 3割 750 円 定額 円 <input type="checkbox"/> 無料
	外来	医事課 外来看護師	医事課		
看護サマリー	入院	相談室 病棟	病棟	転院時に作成	1割 円 3割 円 定額 円 ■無料
	外来				
健康診断書	入院	相談室	医事課	医事課・相談室・外来看護師 →医師→医事課 ※項目によっては別途料金が発生	1割 円 3割 円 定額 円 <input type="checkbox"/> 無料 ■自費 2,200円 3,300円
	外来	医事課 外来看護師	医事課		
訪問リハビリ指示書	入院	相談室	病棟	相談室→医師→病棟	1割 300 円 3割 900 円 定額 円 <input type="checkbox"/> 無料
	外来				
訪問マッサージ同意書	入院				1割 円 3割 円 定額 円 <input type="checkbox"/> 無料
	外来				
主治医連絡表	入院				1割 円 3割 円 定額 円 <input type="checkbox"/> 無料
	外来				
面談申し込み	入院	相談室 病棟		相談室・病棟→医師	1割 円 3割 円 定額 円 ■無料
	外来				
担当者会議問合せ	入院	相談室			1割 円 3割 円 定額 円 ■無料
	外来	外来看護師			
主治医意見書問合せ	入院	医事課			
	外来	医事課			
入院時情報提供書		相談室			

* 本人、家族が取る事が基本です。本人、家族以外の受付はできません。
* 文書作成までの期間は、14日程かかります。

茅ヶ崎徳洲会病院

		申し込み窓口	受取窓口	受付～交付の流れ	料金
訪問看護指示書	入院	病棟	病棟	新規は書類持参し、家族が主治医に訪問看護導入の希望を伝え、指示書作成を依頼。 継続は主治医あてに訪問看護指示書を郵送又は、持参。	1割 300円 3割 900円
	外来	医事課	医事課		
診療情報提供書	入院	病棟	病棟	入院・外来ともに、文書申し込みを記入。 外来医事課に提出	1割 250円 3割 750円
	外来	医事課	医事課		
看護サマリー	入院	病棟	病棟	ケアマネジャーの名前がわかっている場合は、事前の申し込みなく提供する	無料
	外来	なし	なし		
健康診断書	入院	病棟	病棟	入院・外来ともに、医事課に文書申し込みを記入。	内容によって値段が違います ご確認ください
	外来	医事課	医事課		
リハビリ指示書	入院	病棟	病棟	新規は書類持参し、家族が主治医にサービス導入希望を伝え指示書作成を依頼。 継続は文書申込書を記入し、必要書類を添付し、医事課で申し込み。	無料
	外来	医事課	医事課		
訪問マッサージ同意書	入院	医事課	医事課	新規は書類持参し、家族が主治医にサービス導入希望を伝え指示書作成を依頼。 継続は文書申込書を記入し、必要書類を添付し、医事課で申し込み。	1割 100円 3割 300円
	外来	医事課	医事課		
主治医連絡表	入院	なし	なし	主治医あてに郵送またはFAX	無料
	外来	郵送またはFAX	郵送またはFAX		
面談申し込み	入院	病棟	病棟	病棟看護師に相談	無料
	外来	なし	なし		
担当者会議問合せ	入院	なし	なし	ケアマネから地域医療支援室あてに電話連絡	無料
	外来	医療相談室	郵送		
主治医意見書問合せ	入院	医事課		外来クラークで対応。	
	外来	医事課			
入院時情報提供書	外来	医療相談室			

* 本人、家族が取る事が基本です。本人、家族以外の受付は委任状が必要になります。

* 文書作成までの期間は、14日程かかります。

茅ヶ崎中央病院

		申し込み窓口	受取窓口	受付～交付の流れ	料金
訪問看護指示書	入院	病棟	病棟	受付、受け取りは基本的に本人(家族) 上記以外は委任状・同意書が必要 発行時、患者本人の診察必要な場合有 り 当日発行又は後日	1割 300円 3割 900円 定額 円 <input type="checkbox"/> 無料
	外来	受付/診察時	受付		
診療情報提供書	入院	病棟	病棟	受付、受け取りは基本的に本人(家族) 上記以外は委任状・同意書が必要 発行時、患者本人の診察必要な場合有 り 当日発行又は後日	1割 250円 3割 750円 定額 円 <input type="checkbox"/> 無料
	外来	診察時	受付		
看護サマリー	入院	病棟	病棟	受付、受け取りは基本的に本人(家族) 上記以外は委任状・同意書が必要 発行時、患者本人の診察必要な場合有 り 当日発行又は後日	1割 円 3割 円 定額 円 <input checked="" type="checkbox"/> 無料
	外来				
健康診断書	入院	病棟	病棟	受付、受け取りは基本的に本人(家族) 上記以外は委任状・同意書が必要 発行時、患者本人の診察必要な場合有 り 当日発行又は後日	1割 円 3割 円 定額 3300円 <input type="checkbox"/> 無料 検査代は別途自費
	外来	外来/診察時	受付		
リハビリ指示書	入院	病棟	病棟	受付、受け取りは基本的に本人(家族) 上記以外は委任状・同意書が必要 発行時、患者本人の診察必要な場合有 り 当日発行又は後日	1割 300円 3割 900円 定額 円 <input type="checkbox"/> 無料
	外来	受付/診察時	受付		
訪問マッサージ同意書	入院	病棟	病棟	受付、受け取りは基本的に本人(家族) 上記以外は委任状・同意書が必要 発行時、患者本人の診察必要な場合有 り 当日発行又は後日	1割 100円 3割 300円 定額 円 <input type="checkbox"/> 無料
	外来	受付/診察時	受付		
主治医連絡表	入院	(主治医)		郵送の場合は、主治医宛に送る	1割 円 3割 円 定額 円 <input checked="" type="checkbox"/> 無料
	外来	(主治医)			
面談申し込み	入院	病棟			1割 円 3割 円 定額 円 <input type="checkbox"/> 無料
	外来	外来			
担当者会議問合せ	入院	相談室			1割 円 3割 円 定額 円 <input type="checkbox"/> 無料
	外来				
主治医意見書問合せ	入院	医事課			
	外来	医事課			
入院時情報提供書		相談室			

* 本人、家族が取る事が基本です。本人、家族以外の受付は同意書・委任状・身分証明書・診察券が必要になります。
* 文書作成までの期間は、1～2週間程かかります。

けやきの森病院

		申し込み窓口	受取窓口	受付～交付の流れ	料金
訪問看護指示書	入院	PSW	事務課	主治医⇒PSW・外来NS⇒事務課	1割 300 円 3割 900 円 定額 円 <input type="checkbox"/> 無料
	外来	外来	事務課		
診療情報提供書	入院	PSW	事務課	主治医⇒PSW・外来NS⇒事務課	1割 250 円 3割 750 円 定額 円 <input type="checkbox"/> 無料
	外来	外来	事務課		
看護サマリー	入院				1割 円 3割 円 定額 円 <input type="checkbox"/> 無料
	外来				
健康診断書	入院				1割 円 3割 円 定額 円 <input type="checkbox"/> 無料 <input type="checkbox"/> 自費
	外来				
リハビリ指示書	入院				1割 円 3割 円 定額 円 <input type="checkbox"/> 無料
	外来				
訪問マッサージ同意書	入院			自費 4,950円	1割 円 3割 円 定額 円 <input type="checkbox"/> 無料
	外来	外来	事務課		
主治医連絡表	入院				1割 円 3割 円 定額 円 <input type="checkbox"/> 無料
	外来				
面談申し込み	入院	PSW	事務課	家族からの依頼のみ受け付けます。	1割 円 3割 円 定額 円 <input type="checkbox"/> 無料
	外来	外来	事務課		
担当者会議問合せ	入院				1割 円 3割 円 定額 円 <input type="checkbox"/> 無料
	外来				
主治医意見書問合せ	入院				
	外来				
入院時情報提供書		医療福祉相談室			
<p>* 本人、家族が取る事が基本です。本人、家族以外の受付はできません。 * 文書作成までの期間は、14日程かかります。</p>					

寒川病院

	申し込み窓口	受取窓口	受付～交付の流れ	料金
訪問看護指示書	入院 医事課担当者		①本人・家族了解のもと、訪問看護St.→ 医事課担当者へ直接依頼 ②医事課担当者より訪問看護St.へ郵送 同時に文書料を本人・家族へ連絡	1割 300円 3割 900円 ※別途加算つく 場合あり
	外来 医事課担当者			
診療情報提供書	入院 地域連携室	病棟クラーク等	①本人・家族より宛先、目的等を総合受付 へ連絡 ②入院中は病棟クラークより、外来なら総 合受付でお渡し	1割 250円 3割 750円 ※別途加算つく 場合あり
	外来 総合受付	総合受付		
看護サマリー	入院 病棟看護師	病棟クラーク等	①本人・家族より各病棟の看護師へ依 頼。 ②退院時に病棟クラークよりお渡りする。	無料
	外来			
健康診断書	入院 病棟クラーク	病棟クラーク	要予約 ケースにより異なるため、詳細はお問合せ ください。	内容による
	外来 健診センター 受付A・総合受付	健診センター総合 受付		
リハビリ指示書	入院 総合受付	総合受付	病状によっては書けない場合あり。まず、 診察時に担当医に確認の上、総合受付に 提出した方がよりスムーズです。	内容による
	外来 総合受付	総合受付		
訪問マッサージ同意書	入院 総合受付	総合受付	病状によっては書けない場合あり。まず、 診察時に担当医に確認の上、総合受付に 提出した方がよりスムーズです。	1割 100円 3割 300円 ※保険適用外の 場合は1,000円
	外来 総合受付	総合受付		
主治医連絡表	入院 地域連携室	地域連携室	①本人・家族へ了解を得た上で地域連携 室へ連絡 ②連携室より担当医へ確認しお返事 ※緊急時を除きFAXはご遠慮ください。	無料
	外来 地域連携室	地域連携室		
面談申し込み	入院 病棟看護師		原則本人・家族を通して依頼。 特別な事情等ある時はMSWへ一報くださ い。	無料
	外来 外来診察時同席等			
担当者会議問合せ	入院 地域連携室		本人・家族に了解を得た上で地域連携室 へ連絡。	無料
	外来 地域連携室			
主治医意見書問合せ	入院 医事課担当者		医事課 介護保険担当者へ直接連絡	
	外来 医事課担当者			
入院時情報提供書	病棟看護師			

* 本人、家族が取る事が基本です。本人、家族以外の受付は同意書・委任状・身分証明書が必要になります。
* 文書作成までの期間は、10日前後かかりますが内容によってはそれ以上かかるものもあります。

茅ヶ崎市寒川町 入退院支援ガイドブック

編 集：在宅医療介護連携推進事業 病院間情報交換会
（一社）茅ヶ崎介護サービス事業者連絡協議会 介護支援専門員部会
寒川町介護サービス事業所連絡会 介護支援専門員部会

担 当：茅ヶ崎市役所 高齢福祉課 在宅ケア相談窓口

所 在 地：〒253-8660

神奈川県茅ヶ崎市茅ヶ崎一丁目1番1号

電 話：0467-38-3319（直通）

0467-82-1111（代表）

2019年 初版

2024年 第2版