

県南地域退院支援ルール ガイドライン



令和 8 年 7 月 改訂版

目 次

1. 退院支援ルールの基本・・・ p1
2. 退院支援の流れ・・・p2
 - ① 入院前にケアマネジャーが決まっている場合
 - ② 入院前にケアマネジャーがいない場合（新規認定・サービス未利用）
3. 退院支援が必要な患者の基準・・・p7
4. 関係機関の役割・・・p8
 - I 病院編
 - II ケアマネジャー編
 - III 地域包括支援センター編
 - IV 市町村編
5. 参考様式（記入例）・・・ p11
 - ① 入院時情報提供書
 - ② 退院情報記録書
6. 「医療・介護あんしんセット」・・・p13
7. 居宅介護支援事業所の空き状況把握・・・ p14
8. 病院窓口・相談窓口（市町村、県）・・・p15
9. 関係機関連絡先・・・p16
 - (1) 地域包括支援センター
 - (2) 白河地域在宅医療拠点センター
 - (3) 医師会
 - (4) 歯科医師会
 - (5) 薬剤師会
 - (6) 居宅介護支援事業所
10. 県外との連携・・・p20
11. 県南地域における退院支援ルール運用に係るQ & A・・・p21

1. 退院支援ルールの基本

■退院支援とは

退院後の高齢者が円滑に在宅生活へ戻れるように、医療(病院)と介護(ケアマネジャー、地域包括支援センター)及び市町村が連携して、退院に向けた調整を行うことです。

■退院支援ルールとは

県南地域の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、市町村が連携し、高齢者の入院から退院までの情報を共有しながら、退院に向け、介護サービスの調整等を行う仕組みです。

■退院支援担当者

介護部門・・・居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、市町村

医療機関・・・退院支援部門(地域連携室、医療相談室等)の退院支援看護師、
メディカルソーシャルワーカー、病棟看護師

■退院支援ルールの運用について

対 象 者・・・県南地域の居宅介護支援事業所または地域包括支援センターを利用する高齢者(要支援・要介護認定を受ける見込の者を含む)

実施医療機関・・・白河厚生総合病院、白河病院、会田病院、塙厚生病院
車田病院、西白河病院、福島県立ふくしま医療センター
こころの杜

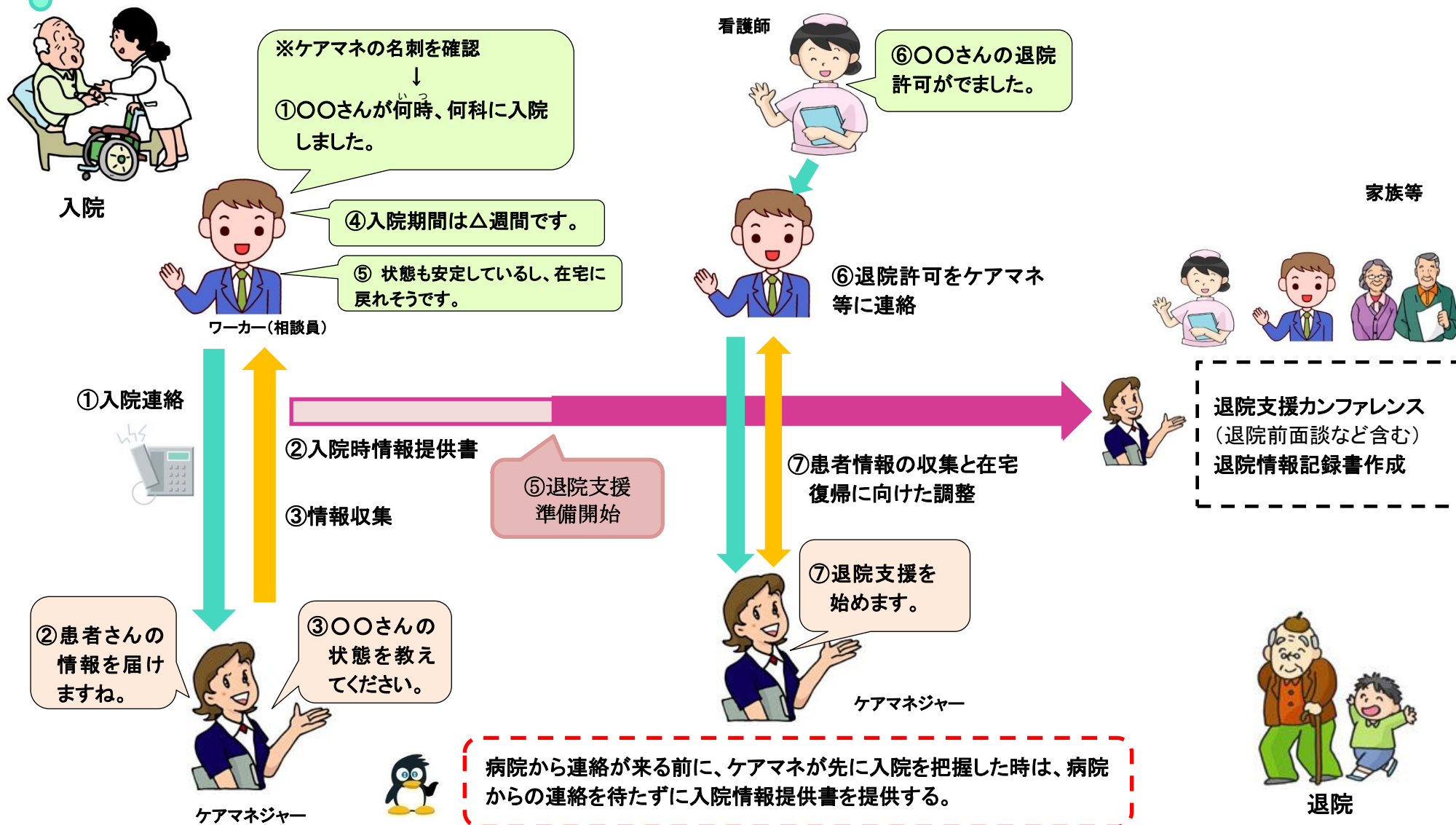
※退院支援部門を持たない病院、有床診療所にも参加を呼びかけていきます。

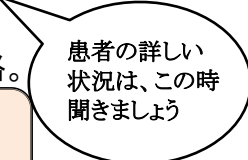
そ の 他・・・退院支援ルールは、標準ルールを定めた「ツール」。

個別に対応が必要な場合については、病院とケアマネジャー等で調整するものとします。

また、困難事例については、地域包括支援センター又は市町村に相談するものとします。

2. 退院支援の流れ ①入院前にケアマネジャーが決まっている場合

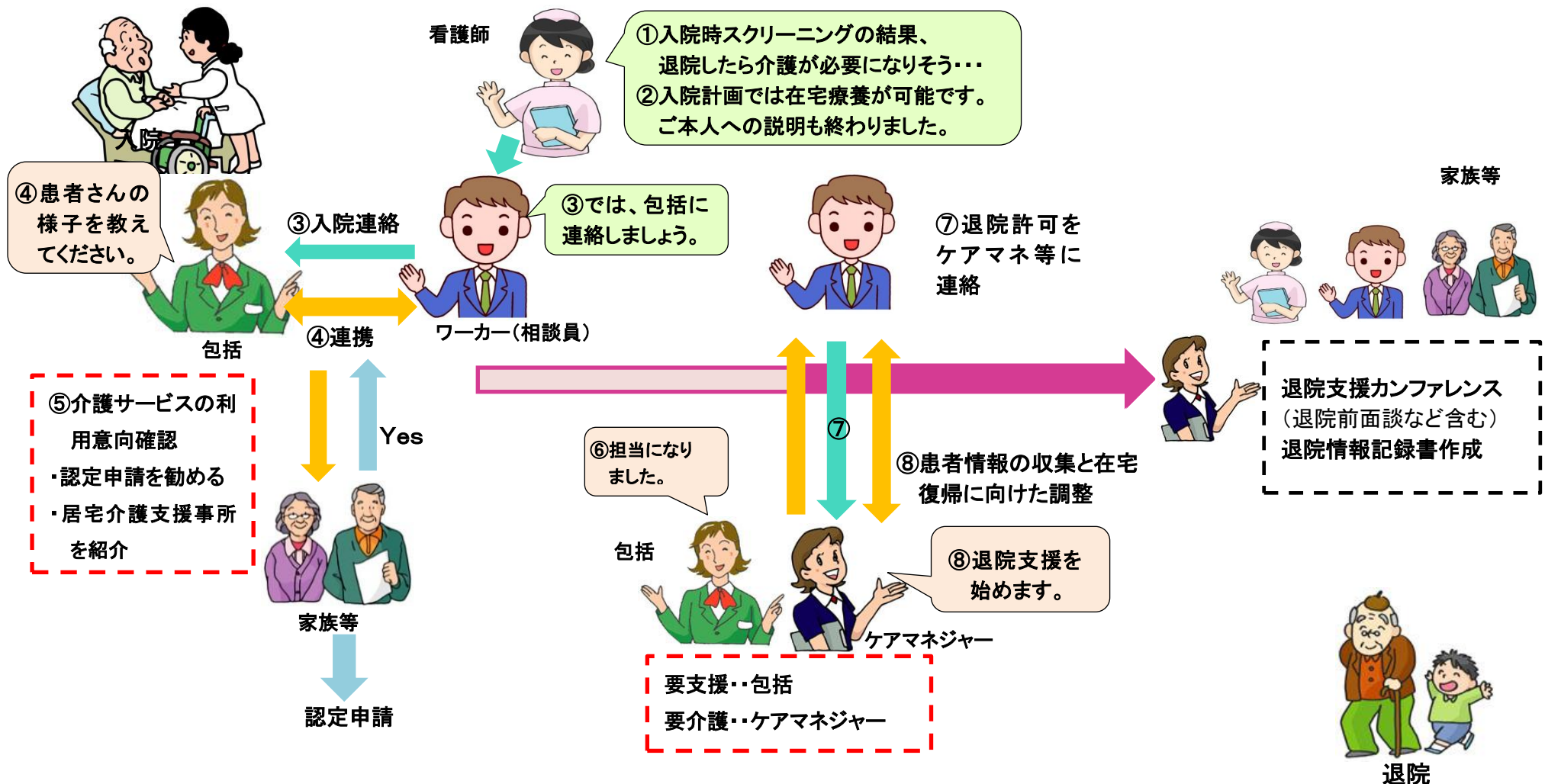


	病院	ケアマネジャー(ケアマネ)
在 宅 時		◆利用者の入院を早期に把握するため、協力をお願いします。 ○<u>ケアマネの名刺を介護保険証・医療保険証、お薬手帳と一緒に保管(医療・介護あんしんセット)し、入院の際に持参すること。</u> ○入院したらケアマネに連絡すること。
入 院	①入院時連絡 ○聞き取りや介護保険証等(ケアマネ名刺)により、担当ケアマネを把握したら、入院したこと(何時、何科に)をおおむね3日以内に連絡。  「病院が担当ケアマネを把握」又は「担当ケアマネが入院を把握」、どちらか早い方が相手に連絡してね。	②入院時情報提供書の提供 ○入院を把握したら入院時情報提供書を作成し、3日以内に病院へ提供。(原則持参、又はFAX等) ○往診医がいる場合は入院したことを連絡。  患者の詳しい状況は、この時聞きましょう
	★ただし次に該当する場合は、入退院の連絡及び入院時情報提供書、退院情報提供書の提出はしなくてよい。 ・ 3日以内の入退院 ・ 検査入院(あらかじめ入院期間が決まっている場合)	
退院の見込	④患者の退院見込を連絡 ○入院計画に基づく退院見込を説明。 ⑤「在宅への退院が可能かどうか」を判断。 ○「<u>症状がある程度安定」「在宅介護が可能そう</u>」な場合には、<u>ケアマネへ連絡する。</u> ※「退院支援が必要な患者の基準」参照	③患者情報の収集 ○入院計画(診療計画)書の情報を提供してもらい、<u>おおよその退院時期を把握し、準備をしておく。</u> ⑤在宅への退院に向けた準備開始 ○退院支援のための利用者情報共有について、いつ、どこで、どんな方法で行うのか、病院と調整する。 ※「退院支援が必要な患者の基準」参照
退 院 許 可	⑥退院許可の連絡 <u>主治医から退院許可が出たら速やかにケアマネに連絡。</u>	 退院支援には時間が必要！できるだけ早く連絡してね。

退 院 支 援 5 日程度確保	⑦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支援を実施 ○病院担当者(看護師・ワーカー)とケアマネによる退院支援開始面談(患者や家族の意向確認) ○退院支援カンファレンスの開催 ○退院情報記録書の作成 など  看護サマリーは特段の理由がない限りいらないね。	
退 院		ケアプランの作成

2. 退院支援の流れ ②入院前にケアマネジャーがいない場合

※聞き取り等により担当ケアマネがいないことを確認。



	病院	地域包括支援センター(包括) ケアマネジャー(ケアマネ)
入 院	※患者・家族等への聞き取り、介護保険証等により、担当ケアマネがない(未認定、介護保険サービス未利用)ことを確認	
退院の見込	①退院支援の必要性を判断 ○入院時スクリーニングにより「退院支援が必要な患者の基準」に該当するかチェック ②「在宅への退院が可能そう」 ○入院計画の説明、本人(家族)の同意 ↓ ①②の両方に該当する場合 ③地域包括支援センターに連絡 ※ただし、対象者が「明らかに要介護者」の場合は、本人・家族の希望居宅事業所があればそこを優先し紹介する。本人・家族の希望居宅事業所がない場合は、病院等が調整することもできる。いずれにしても、必ず地域包括支援センターに報告をすること。	④【包括】患者情報の収集 ⑤【包括】患者・家族との面談により介護保険サービスの利用意向を確認 ◆担当ケアマネへの引き継ぎ ⑥【担当ケアマネ】 病院と退院支援の準備
退 院 許 可	⑦退院許可の連絡 主治医から退院許可が出たら速やかに担当ケアマネに連絡	 退院支援には時間が必要！できるだけ早く連絡してね。
退 院 支 援 5 日 程 度 確 保	⑧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支援を実施 ○病院担当者(看護師・ワーカー)とケアマネによる退院支援開始面談(患者や家族の意向確認) ○退院支援カンファレンスの開催 ○退院情報記録書の作成 など  看護サマリーは特段の理由がない限りいらないね。	
退 院		ケアプランの作成

3. 退院支援が必要な患者の基準

①入院前からケアマネジャーが決まっている場合

◆入院前からケアマネと契約している患者は、すべて退院支援対象とする。

→ケアマネと契約している患者が入院した場合、病院は担当ケアマネに連絡する。
(必須)

★ただし、次に該当する場合は、入退院の連絡及び入院時情報提供書、退院情報提供書の提出は必要ないものとする。

・3日以内の入退院

・検査入院(あらかじめ入院期間が決まっている場合)

★ただし、以下の場合については、病院とケアマネで調整の上、退院支援カンファレンスが必要かどうか決めるものとする。

・2週間以内の入院で、ADLに変化が見られない時

・施設に入所(戻る)、転院する場合(退院支援ルールでは在宅に戻るを前提)

②入院前にケアマネジャーが決まっていない場合

(要介護認定を受けているが、介護サービスを利用していない場合を含む)

◆必ず退院支援が必要な患者

入院時スクリーニングにおいて、以下のいずれかについて日常生活に支障を来すような症状(状況)がある場合(生活リハ含む)

・歩行 ・移動 ・入浴 ・食事 ・排泄 ・通院 ・服薬 ・認知症
・医療的ケア ・介護力 ※病棟専門職の目から見て支障があると判断すればチェック

◆上記以外で見逃してはいけない患者

・ターミナル
・ガン末期

③在宅への退院が可能かどうかの判断基準

◆症状がある程度安定している。

◆在宅介護が可能そうな場合。

※病棟専門職の目から見て判断。

4. 関係機関の役割

I. 病院編

Case1 入院した患者にケアマネジャーがいる場合

①入院の連絡	入院からおおむね3日以内に、「いつ、何科に入院した」か担当ケアマネに連絡(担当ケアマネは、介護保険証、名刺(医療・介護あんしんセット)で確認) →担当ケアマネから患者の入院時情報提供書提出。 (入院連絡から3日以内) ★ただし次に該当する場合は、入退院の連絡及び入院時情報提供書、退院情報提供書の提出はしなくてよい。 ・3日以内の入退院 ・検査入院(あらかじめ入院期間が決まっている場合)
②退院見込	入院計画書等を基に患者の退院見込と在宅への退院が可能そうかを担当ケアマネと情報共有。 →「退院支援が必要な患者の基準」に基づき、担当ケアマネと退院支援の準備を始める。
③退院許可の連絡	退院許可が出たら 速やかに 担当ケアマネに連絡する。
④退院支援開始	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支援を実施。 ・病院担当者(主治医、看護師、ワーカー)と担当ケアマネによる退院支援面談開始 →患者や家族の意向確認等 ・退院支援カンファレンスの開催 →病院担当者、担当ケアマネ、患者・家族によるもの →病院担当者、担当ケアマネによるもの など ・退院情報記録書の作成

Case2 入院した患者にケアマネジャーがいない場合

①患者入院	要介護認定を受けていない又は担当ケアマネがいないことを確認。 (患者・家族等への聞き取り、介護保険証により)
②入院時スクリーニング	「退院支援が必要な患者の基準」に該当するかチェック。
③在宅への退院可能性の判断	入院計画等により、在宅への退院が可能かどうか判断。 →入院計画等に基づく、患者への説明。情報提供の同意。

④地域包括支援センターに連絡	地域包括支援センターへ連絡する。(退院支援に向け連携) →包括は患者・家族と面談し、介護サービスの利用意向を確認、認定申請、ケアマネの紹介をする。 →担当ケアマネへ情報を引き継ぐ。(要介護・居宅、要支援・包括) →担当ケアマネが病院に連絡し、退院支援の準備に入る。
⑤退院許可の連絡	Case1③に同じ
⑥退院支援開始	Case1④に同じ

Ⅱ. ケアマネジャー編

- (1)日ごろから、利用者・家族に対し、「退院支援ルール」について説明し、以下の協力をお願いする。
- 入院したら、速やかに担当ケアマネに連絡すること。
 - 入院時には『医療・介護あんしんセット p13』を病院に持参すること。
- (2)困難事例の相談等について、地域包括支援センターで対応する。

Case1 入院した患者にケアマネジャーがいる場合

①利用者の入院	利用者が入院した場合、病院から連絡が入る。 ※病院の連絡より先に入院を把握した場合は、ケアマネから病院に連絡。 利用者[※]に往診医がいる場合には、往診医にも入院した旨を連絡する。
②入院時情報提供書	病院から入院連絡を受けたら、3日以内に入院時情報提供書を届ける。 (原則持参、又はFAX等)
③患者情報の収集	本人面談や、入院計画及び「在宅への退院が可能かどうか」など、病院担当者から情報収集。 →退院許可に向けて準備開始。
④退院許可の連絡	病院から退院許可の連絡
⑤退院支援開始	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支援を実施。 ・病院担当者(主治医、看護師、ワーカー)と担当ケアマネによる退院支援面談開始 →患者や家族の意向確認等 ・退院支援カンファレンスの開催 →病院担当者、担当ケアマネ、患者・家族によるもの →病院担当者、担当ケアマネによるもの など ・退院情報記録書の作成

Case2 入院した患者にケアマネジャーがない場合

①地域包括支援センターから退院支援の連絡	包括から、退院支援を必要とする患者について引き継ぎの連絡が入る。 担当となったケアマネは、病院へ連絡する。 ※認定見込が要介護か要支援か明らかでない場合は、包括と連携の上、対応。
----------------------	--

②患者情報の収集	退院支援の準備開始 →病院と連携し、患者情報の収集等を行う。
③退院許可の連絡	Case1④に同じ
④退院支援開始	Case1⑤に同じ

Ⅲ. 地域包括支援センター編

- (1)日ごろから、利用者・家族に対し、「退院支援ルール」について説明し、以下の協力をお願いする。
○入院したら、速やかにケアマネに連絡すること。
○入院時には『医療・介護あんしんセット p13』を病院に持参すること。
- (2)困難事例の相談等について、地域包括支援センターで対応する。

Case1 入院した患者にケアマネジャーがいる場合

Ⅱ. ケアマネジャー編に同じ →入院患者が「要支援」の場合は、地域包括支援センターが対応する。

Case2 入院した患者にケアマネジャーがいない場合

①病院からの入院連絡	病院による入院時スクリーニングで、「要退院支援」に該当し、かつ「在宅への退院が可能そう」と判断された患者について、包括へ連絡が入る。
②患者情報の収集	本人・家族と面談し、介護保険サービスの利用意向を確認。 →未認定者の場合：介護保険の説明及び申請を勧める。 →認定を受けているがケアマネと契約していない場合、その理由の確認と併せて介護保険制度の説明を改めて行う。 ※とりあえずの認定申請、不要な認定申請を防止する。
③担当ケアマネへ引き継ぎ	利用者に居宅介護支援事業所(包括)を紹介し、担当ケアマネへ引き継ぐ。担当となったケアマネは、病院へ連絡する。
④患者情報の収集	退院支援の準備開始 →病院と連携し、患者情報の収集等を行う。
⑤退院許可の連絡	Ⅱ. ケアマネジャー編に同じ(要支援の場合は、包括が対応)
⑥退院支援開始	Ⅱ. ケアマネジャー編に同じ(要支援の場合は、包括が対応)

Ⅳ. 市町村編

- (1)日ごろから、住民に対し、「退院支援ルール」についての周知を図る。
○入院時には『医療・介護あんしんセット p13』の持参を普及啓発。
- (2)退院支援ルール制度の相談窓口となる。
- (3)困難事例について対応する。
- (4)居宅介護支援事業所の空き状況について把握する。
- (5)管内事業所の退院支援状況の把握に努める。

5. 参考様式(記入例)

①入院時情報提供書

※様式は、白河医師会ホームページからダウンロード出来ます。

入院時情報提供書				〇〇病院地域連携室 △△ 様			
作成日	令和 年 月 日	事業所名					
入院日	令和 年 月 日	担当者名					
情報提供日	令和 年 月 日	電話番号					
		FAX番号					
以下の情報は、利用者本人及び家族の同意に基づき提供しています。退院の見込が出ましたら速やかにご連絡ください。							
基本情報							
ふりがな			性別	生年月日			
氏名			男性 ☐ 女性 ☒	M・T・S	年 月 日 (歳)		
住所			電話番号				
ふりがな			続柄	同居 ☐ 別居 ☒			
家族氏名			緊急連絡先	(続柄:)			
世帯状況	家族同居 高齢者世帯 ☒ 独居		第2連絡先	(続柄:)			
住環境等	一戸建て ☐ 借家 ☒		家族構成				
家族の介護状況、介護サービス利用状況	訪問介護 週2回 独居であるが、近くの長女が介護している。		決定権を持った人、すぐに 来てくれる人を優先に記入				
介護保険情報等							
要介護度				有効期間		被保険者番号	
要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5		申請中	令和2年4月1日～令和2年3月31日			
障害等認定	難病(疾患名 -)		身障(-)級	療育(有 ☒ 無 ☐)			
生活保護受給	有 ☐ 無 ☒		誤嚥の既往歴があれば記入してください。				
入院前の疾患及びADL情報(令和 年 月 日現在)							
現病歴・既往症 高血圧症、誤嚥性肺炎							
かかりつけ医	① 主治医意見書記入医		② 〇〇整形外科				
※主治医意見書記入医は必ず記載してください。	内容 高血圧症		内容 往診 腰痛				
優先記入順位 ・主治医意見書記入医 ・往診医 ・歯科医 ・通院の頻度が高い							
身体状況	麻痺	無 ☒ 有 ☐ 不明 ☐	(症状等)				
	筋力低下	無 ☐ 有 ☒ 不明 ☐	(症状等 立ち上がりがやや困難)				
	褥瘡	無 ☒ 有 ☐ 不明 ☐	(症状等)				
	皮膚疾患	無 ☐ 有 ☒ 不明 ☐	(症状等)				
生活機能	歩行	可 ☒ 不可 ☐ 一部介助 ☐ (状態等)	形態、摂取量など特記事項				
	食事	可 ☒ 不可 ☐ 一部介助 ☐ (状態等)					
	入浴	可 ☐ 不可 ☒ 一部介助 ☐ (状態等)	一部介助の場合は、必ず状態等を記入する。その他、特記事項等あれば記入する。日中・夜間で違いがあれば記入する。				
	衣類の着脱	可 ☐ 不可 ☐ 一部介助 ☐ (状態等)					
	排泄	可 ☐ 不可 ☐ 一部介助 ☒ (状態等 見守りが必要)					
	服薬状況	可 ☐ 不可 ☐ 一部介助 ☒ (状態等 用意すれば自分で飲める)					
認知症 日常生活自立度	I: ほぼ自立 II: 困難さが多少あるが誰かが注意していれば自立 III: 以上: 日常生活支障有り、要介護						
精神的症状	有 ☒ ・無 ☐ (症状等 夜になると大声を出す。)						
ACPの情報	有 ☐ ・無 ☒ (有の場合は、内容 本人・家族で延命はしないと決めている)						

5. 参考様式(記入例)

②退院情報記録書

※様式は、白河医師会ホームページからダウンロード出来ます。

看護サマリーで代替するかについては、病院とケアマネジャーで個々に協議してください。

退院情報記録書				(面談日) 令和 年 月 日
情報提供元医療機関	(主治医名:)		電話番号	
ふりがな			性別	男性 ・ 女性
利用者氏名			生年月日	(明・大・昭) 年 月 日 (歳)
入院期間	入院日	令和 年 月 日	～令和 年 月 日	
要介護度	要介護・要支援 (3)	申請中		
入院中の状況		特記事項		
疾病の状態	主病名: 骨折		(感染症・服薬の注意事項等)	
	主症状:		該当するところ、必要なところのみの記入でもOK。患者の状態に応じて、必要な情報を適宜記入してください。 ※記録書をすべて埋めることが目的ではありません。	
	主な既往歴: 高血圧症			
食事	自立・一部介助・介助 (ペースト・刻み・ソフト食・とろみ・普通)		(食事制限の有)	
服薬状況	自立・一部介助・介助		口腔ケア等を希望している場合は、その理由、かかりつけ歯科医、義歯の有無、歯の有無、誤嚥の有無などを記入	
口腔ケア	自立・一部介助・介助			
移動	自立・一部介助・介助 (見守り・手引き・杖・補装具())		(独自の方法・転倒危険等) 立ち上がり時に転倒の危険性あり。	
入浴	自立・一部介助・介助・不可(シャワー・清拭) 浴槽(一般浴・機械浴・その他) 最終入浴日 令和 年 月 日			
排泄	自立・見守り・介助 / オムツ(常時・夜間のみ) リハビリ(常時・夜間のみ) 最終排便日 令和 年 月 日 時			
夜間の状態	良眠・不眠(状態:)			
認知・精神面	状態: 特になし			
リハビリ等	実施(有 無) リハビリ評価表(有 無)			
身体状況	良好・麻痺・筋力低下・褥瘡の有 無(有の場合: 右足の筋力低下が著しい。) 皮膚疾患の有 無			
医療的ケアの有無	1. ストーマ 2. 褥瘡 3. 在宅酸素 4. 透析 5. 点滴/注射() 6. カテーテル() 7. 経管栄養() 8. 訪問看護利用中 9. その他()			
療養上の留意事項	※今後の通院予定(通院先)はこちらに記入してください。 ○今後の通院予定、主治医意見、その他留意事項等を記入する。 着脱行為の可否など、その他必要な情報を記入してください。			
情報提供者 職・氏名(サイン)			担当介護支援 専門員 氏名	

6. 医療・介護あんしんセット

- 病院では、患者の担当ケアマネジャーが誰なのか、すぐには分からないことがよくあります。
- 病院から担当ケアマネジャーへの連絡が速やかに行えるよう、日ごろから「医療・介護あんしんセット」の準備をゆめましょう。
- 患者の担当ケアマネジャーが誰か分からない時は、市町村介護保険担当へ問い合わせると教えてくれます。
- お薬手帳は、自分の薬の情報を正確に伝える大切なものです。
入院の時だけでなく、病院にかかる時は持参しましょう。

医療・介護あんしんセット

- ①医療保険証
- ②介護保険証
- ③お薬手帳
- ④ケアマネジャーの名刺



「医療・介護あんしんセット」は、入院の時だけでなく、病院に行くとき一緒に持っていくと、とても便利です。

市町村では、便利なケースをお配りしています。
医療・介護あんしんセットの保管にご利用ください。

7. 居宅介護支援事業所の空き状況把握

各市町村では、居宅介護支援事業所の空き状況について把握し、情報提供を行います。

居宅介護支援事業所は、それぞれの市町村の実施方法に従い状況を報告してください。

市町村名	報告方法	報告先
白河市	利用者受け入れが出来なくなる前に随時報告	地域包括支援センター
西郷村	受け入れの許容がいっぱいになる2,3人前で報告	地域包括支援センター
泉崎村	利用者受け入れが出来なくなった時に連絡	泉崎村保健福祉課
中島村	利用者受け入れが出来なくなった時に連絡	地域包括支援センター
矢吹町	利用者受け入れが出来なくなった時に連絡	地域包括支援センター
棚倉町	毎月のケアマネジャー会議で空き状況について報告	棚倉町健康福祉課
矢祭町	利用者受け入れが出来なくなった時に連絡	矢祭町町民福祉課
塙町	利用者受け入れが出来なくなった時に連絡	塙町健康福祉課
鮫川村	利用者受け入れが出来なくなった時に連絡	鮫川村住民福祉課

8. 病院窓口（入院時情報提供書の提出、連絡調整の窓口）

病院名	部署名	事前連絡	電話番号	FAX番号
白河厚生総合病院	医 療 相 談 室	必要	0248-22-2211	0248-22-2322
白 河 病 院	地域医療連携課	必要	0248-23-2857	0248-23-8686
会 田 病 院	医 療 相 談 室	必要	0248-42-2121	0248-42-2348
塙 厚 生 病 院	地域医療連携室	必要	0247-43-1362	0247-43-4450
車 田 病 院	病 棟	必要	0247-43-1019	0247-43-3380
西 白 河 病 院	相 談 室	必要	0248-42-3711	0248-42-5000
福島県立ふくしま医療 センターこころの杜	相 談 室	必要	0248-42-3111	0248-41-1646

9. 相談窓口（退院支援ルールの制度説明、相談はこちら）

市町村名	担当課名	電話番号	FAX番号
白 河 市	高齢福祉課高齢者支援係	0248-28-5519	0248-23-1255
西 郷 村	社会福祉課高齢者支援・介護 保険グループ	0248-25-3910	0248-25-4517
泉 崎 村	保健福祉課（介護保健担当）	0248-54-1333	0248-54-1353
中 島 村	保健福祉課（介護保険担当）	0248-52-2174	0248-52-2170
矢 吹 町	保健福祉課介護保険係	0248-44-2300	0248-42-2138
棚 倉 町	健康福祉課高齢者係	0247-33-7801	0247-33-7820
矢 祭 町	町民福祉課（介護保険担当）	0247-46-4581	0247-46-3474
塙 町	健康福祉課高齢者支援係	0247-43-2227	0247-44-1231
鮫 川 村	住民福祉課福祉係	0247-49-3112	0247-49-2651

	担当課	電話番号	FAX番号
県南保健福祉事務所	高齢者支援チーム	0248-22-5478	0248-22-5451

10. 関係機関連絡先

(1) 地域包括支援センター

センター名	電話番号	FAX番号
白河市地域包括支援センター	0248-21-0332	0248-21-0336
白河市東部地域包括支援センター	0248-31-8889	0248-31-8833
白河市西部地域包括支援センター	0248-21-6032	0248-21-6072
西郷村地域包括支援センター	0248-25-5121	0248-48-0435
泉崎村地域包括支援センター	0248-54-1600	0248-53-2181
中島村地域包括支援センター	0248-51-1773	0248-51-1772
矢吹町地域包括支援センター	0248-44-5233	0248-44-5827
棚倉町地域包括支援センター	0247-33-7811	0247-23-1525
矢祭町地域包括支援センター	0247-46-3770	0247-46-3523
塙町地域包括支援センター	0247-43-2224	0247-57-8870
鮫川村地域包括支援センター	0247-29-1233	0247-49-3700

(2) 在宅医療拠点センター

	電話番号	FAX番号	
白河地方在宅医療介護連携支援センター	0248-21-8923	0248-21-9267	(白河医師会管内)

(3) 医師会

	電話番号	FAX番号	HP
白河医師会	0248-23-3701	0248-27-3825	http://sma.or.jp/cms/

(4) 歯科医師会

	電話番号	FAX番号
白河歯科医師会(大栄歯科クリニック)	0248-22-2833	0248-22-2833
東石歯科医師会(緑川歯科医院)	0247-43-4182	

(5) 薬剤師会

	電話番号	FAX番号
白河薬剤師会(こちのどうやつきょく 東風乃堂薬局)	0248-21-6412	0248-21-6416

(6) 居宅介護支援事業所

令和 8 年 4 月 1 日現在

※最新の情報は、福島県ホームページでご確認ください。

<http://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21025d/jigyousyo-ichiran.html>

No.	事業所名称	郵便番号	事業所等の所在地	電話番号	FAX 番号
1	白河厚生総合病院居宅介護支援事業所	961-0005	福島県白河市豊地上弥次郎 2-1	0248-22-2281	0248-22-2327
2	居宅介護支援事業所小峰苑	961-0024	福島県白河市新夏梨 1 番地 2	0248-31-2288	0248-31-2227
3	ひもろぎの園居宅介護支援事業所	961-0021	福島県白河市関辺字川前 88	0248-31-8877	0248-31-8833
4	天神町介護保険センター	961-0956	福島県白河市勘定町 22	0248-31-2520	0248-31-2545
5	白河市社会福祉協議会居宅介護支援事業所	961-0054	福島県白河市北中川原 313 番地	0248-22-1159	0248-21-0225
6	白河市社会福祉協議会表郷居宅介護支援事業所	961-0408	福島県白河市表郷堀之内字堀ノ内 1-5	0248-32-3503	0248-32-1588
7	居宅介護支援事業所ひもろぎ	961-0021	福島県白河市関辺引目橋 3 3	0248-21-6808	0248-21-6806
8	居宅介護支援事業所いこいの里	961-0062	福島県白河市外薄葉 17-4	0248-21-1770	0248-21-1780
9	居宅介護支援事業所ハートフル	961-0005	福島県白河市豊地大谷地 76 番地	0248-27-4330	0248-27-4330
10	居宅介護支援事業所城南	961-0957	福島県白河市道場小路 91 番地 8	0248-22-3541	0248-22-3591
11	ひまわり茶屋居宅介護支援事業所	961-0921	福島県白河市円明寺 24-1	0248-27-3866	0248-27-2221
12	ひより居宅介護支援事業所	961-0856	福島県白河市新白河 1-104 丸昌ビル 2F	0248-21-5755	0248-21-7180
13	J A 夢みなみ福祉センターしらかわ居宅介護支援事業所	961-8585	福島県白河市弥次郎窪 29 番地 1	0248-27-4334	0248-24-5769
14	居宅介護支援事業所緑希望	961-0901	福島県白河市明戸 15 番地の 3	0248-21-8099	0248-21-8099

No.	事業所名称	郵便番号	事業所等の所在地	電話番号	FAX 番号
15	居宅支援だいふく	961-0835	福島県白河市白坂陣場 310-1	0248-21-9200	0248-21-9234
16	株式会社 島ケアサポートセンター	961-0931	福島県白河市馬町 8 番 1	0248-29-8982	0248-29-8983
17	居宅介護支援事業所すぎやま	961-0801	福島県白河市豊年 25 番地 7 石野方	090-2605-1489	0248-24-0849
18	表郷「聖・オリーブの郷」居宅介護支援センター	961-0408	福島県白河市表郷堀之内字堀之内 1 - 1	0248-33-1500	0248-33-1112
19	中島村社会福祉協議会居宅介護支援事業所	961-0102	福島県西白河郡中島村滑津字二ツ山 6 5 番地の 3	0248-51-1773	0248-51-1772
20	泉崎村社会福祉協議会指定居宅介護支援事業所	969-0101	福島県西白河郡泉崎村泉崎字山ヶ入 101	0248-54-1777	0248-53-2181
21	社会福祉法人 西郷村社会福祉協議会指定居宅介護支援事業所	961-8061	福島県西白河郡西郷村小田倉字上川向 76 番地 1	0248-48-0180	0248-48-0855
22	すみれ介護相談センター	969-0213	福島県西白河郡矢吹町本町 198	0248-42-3755	0248-42-3781
23	南東北矢吹居宅介護支援事業所	969-0223	福島県西白河郡矢吹町文京町 2 2 6 番地	0248-41-2234	0248-41-2234
24	丸光居宅介護支援事業所	961-8011	福島県西白河郡西郷村柏野字鞍石 15-1	0248-48-0703	0248-48-1704
25	ニコニコ居宅介護支援事業所	961-8051	福島県西白河郡西郷村下前田東 5-1	0248-21-2850	0248-21-2851
26	居宅介護支援事業所きたむら	969-0222	福島県西白河郡矢吹町八幡町 2 5 6 - 1	0248-42-5535	0248-42-5535
27	ワンランド西郷居宅支援事業所	961-8061	福島県西白河郡西郷村小田倉字大平 1-181	0248-48-0688	0248-48-0330
28	寿光園居宅介護支援事業所	969-0284	福島県西白河郡矢吹町滝八幡 159 番地 2	0248-44-3220	0248-29-8325
29	泉崎南東北居宅介護支援事業所	969-0101	福島県西白河郡泉崎村泉崎字山ヶ入 101	0248-54-1888	0248-54-1890
30	サンスマイル居宅介護支援事業所	969-0227	福島県西白河郡矢吹町田町 86 番地 3	0248-21-5871	0248-21-5872

No.	事業所名称	郵便番号	事業所等の所在地	電話番号	FAX 番号
31	はるかぜ居宅介護支援事業所	961-8091	福島県西白河郡西郷村熊倉字道場久保51-10	0248-25-6001	0248-21-6099
32	居宅介護支援事業所ひかりの里	961-0102	福島県西白河郡中島村滑津字宿裏10番地1	0248-21-5972	0248-21-5989
33	居宅介護支援事業所サポート	969-0222	福島県西白河郡矢吹町八幡町27	0248-21-6100	0248-41-2356
34	さくらさくら介護支援センター	961-8001	福島県西白河郡西郷村羽太字清水窪1-104	0248-48-0797	0248-21-9688
35	寿恵園居宅介護支援事業所	963-6131	福島県東白川郡棚倉町棚倉字舘ヶ丘79番地・80番地	0247-33-8654	0247-33-6062
36	塙厚生病院居宅介護支援事業所	963-5405	福島県東白川郡塙町塙字大町1丁目5番地	0247-43-1105	0247-43-3394
37	鮫川村介護支援事業所「ひだまり荘」	963-8401	福島県東白川郡鮫川村赤坂中野字宿ノ入35	0247-49-3600	0247-49-3700
38	しあわせ指定居宅介護支援事業所	963-6131	福島県東白川郡棚倉町棚倉字中居野68番地1	0247-33-2623	0247-23-1525
39	塙町指定居宅介護支援事業所	963-5405	福島県東白川郡塙町塙字材木町32番地	0247-43-2154	0247-44-1002
40	社会福祉法人 矢祭町社会福祉協議会	963-5119	福島県東白川郡矢祭町小田川字春田16-1	0247-34-1122	0247-46-3480
41	藤井ハイム居宅介護支援事業所	963-5342	福島県東白川郡塙町伊香字中妻241番地1	0247-44-0052	0247-44-0054
42	東西しらかわ農業協同組合 居宅介護支援事業所	963-5663	福島県東白川郡棚倉町流字中豊88番地	0247-33-2520	0247-33-7295
43	居宅介護支援事業所なごみ	963-6131	福島県東白川郡棚倉町棚倉字南町195-1	0247-57-6457	0247-57-6458

11. 県外との連携

県南地域は他県との県境であるため、双方の住民が双方の医療機関・介護保険施設と交流がありますので、都道府県を越えた連携が必要です。

他にさきがけて、栃木県那須町より協力の申し出をいただきました。

那須町の住民が県南地域の医療機関・介護保険施設を利用した場合、那須町のケアマネジャー等が県南地域の退院支援ルールに沿って連携していきます。

市町村名	担当課名	電話番号	FAX番号
栃木県那須町	保健福祉課福祉係	0287-72-6917	0287-72-0904
栃木県那須町	那須町地域包括支援センター	0287-71-1138	0287-72-0416

県南地域における退院支援ルール運用に係るQ & A		
入院の場合		2017/2/21
通番	Q	A
1	同じ病院に何度も入退院を繰り返している利用者の入院情報提供について、どのように対処するか。(同じ疾患の場合＝入院する科が同じ場合)	病院は、毎回、「入院した」という連絡を担当ケアマネにする。 原則、ケアマネは入院時情報提供書を作成し病院に提出する。 ただし、その都度病院と協議し、対処方法を定めることができる。(書面提出、電話報告 など) ※入院患者カルテは、入院毎に整理されファイリングされるため、入院毎に情報提供が必要である
2	同じ病院に何度も入退院を繰り返している利用者の入院情報提供について、どのように対処するか。(違う疾患の場合＝入院する科が違う場合 特に、心療内科、整形外科)	病院は、毎回、「入院した」という連絡を担当ケアマネにする。 原則、ケアマネは入院時情報提供書を作成し病院に提出する。 ただし、その都度病院と協議し、対処方法を定めることができる。(書面提出、電話報告 など) ※入院患者カルテは、入院毎に整理されファイリングされるため、入院毎に情報提供が必要である
3	短期間の入院の場合、病院は「入院した」という連絡をする必要があるか。 ケアマネは入院時情報提供書を提出する必要があるか。	基本的には、退院支援ルールに則り、病院は「入院した」と担当ケアマネに連絡を入れ、ケアマネは入院時情報提供書を病院に提出する。 ただし、次に該当する場合は、病院からの連絡及びケアマネからの入院時情報提供書の提出は、必要ないこととする。 ○3日以内の入院 ○検査入院(あらかじめ入院期間が決まっている場合)
4	救急搬送時に付き添った場合、口頭で、必要情報を病院スタッフに提供した。 改めて書面で入院時情報提供書を提出する必要があるか。	ケアマネは、入院後速やかに書面で入院時情報提供書を提出する。 ※救急対応担当と入院科は違うため、改めて提出する必要がある
5	軽度でADLに変化がないと思われる場合でも、契約している利用者は、すべて退院支援ルールに則った退院支援対象にしなければいけないのか。	入院前からケアマネと契約している患者は、退院支援対象とする。 ただし、次に該当する場合は、病院からの連絡及びケアマネからの入院時情報提供書の提出は、必要ないこととする。 ○3日以内の入院 ○検査入院(あらかじめ入院期間が決まっている場合)

入院の場合		2017/2/21
通番	Q	A
6	連絡する相手(担当者)が誰なのか、わからない場合はどこに連絡すればよいか。	退院支援ルールに則り対応する。 ※県南地域退院支援ルールガイドラインの病院窓口・相談窓口に記載のあるとおり
7	病院から入院したと連絡を受けた日が休日前日の場合や連休前、連休中等の場合には、入院時情報提供書の提出に時間を要する(遅れる)が、いいのか。どのように対応すればよいか。	遅れてもいいので病院に連絡すること。 ただし、入院時情報提供方法については、その都度病院と協議し、対処方法を定めることができる。(書面提出、電話報告 など)
8	病院より先に家族などから入院連絡が入った場合、ケアマネから病院に連絡すべきか。	情報が入った場合は、速やかに連絡(病院との情報共有)をお願いしたい。 ※退院支援ルールの真の目的は、双方の連携がスムーズに図られ退院支援漏れを防ぐことであるため

退院の場合		2017/2/21
通番	Q	A
1	同じ病院に何度も入退院を繰り返している利用者の退院情報提供について、どのように対処するか。(同じ疾患の場合＝入院する科が同じ場合)	病院は、毎回、「退院する(退院許可)」という連絡を担当ケアマネにする。 ケアマネは、地域連携室又は相談室に連絡を入れてから病院を訪問し、退院情報を入手する。 (原則訪問であるが、困難な場合は病院と協議のうえ柔軟に対応する。) ※ケアマネから直接入院科への連絡はしないこと。必ず地域連携室又は相談室を通すこと。
2	同じ病院に何度も入退院を繰り返している利用者の退院情報提供について、どのように対処するか。(違う疾患の場合＝入院する科が違う場合 特に、心療内科、整形外科)	病院は、毎回、「退院する(退院許可)」という連絡を担当ケアマネにする。 ケアマネは、地域連携室又は相談室に連絡を入れてから病院を訪問し、退院情報を入手する。 (原則訪問であるが、困難な場合は病院と協議のうえ柔軟に対応する。) ※ケアマネから直接入院科への連絡はしないこと。必ず地域連携室又は相談室を通すこと。
3	短期間の入院の場合、病院は、「退院する」という連絡をする必要があるか。	基本的には、退院支援ルールに則り、病院は「退院する」と担当ケアマネに連絡を入れ、地域連携室又は相談室に連絡を入れてから病院を訪問し、退院情報を入手する。 ただし、次に該当する場合は、病院からの連絡及びケアマネの訪問は、必要ないこととする。 ○3日以内の入院 ○検査入院(あらかじめ入院期間が決まっている場合)
4	ワーカーさんから家族に説明があった内容と実際が違っていた、病棟看護師から聞き取った内容と実際が違っていた、ということがあり、退院後に改めて確認しなければならないことがあった。 このようなすれ違いをなくすための良い方法はないか。	病院は、毎回、「退院する(退院許可)」という連絡を担当ケアマネにする。 ケアマネは、地域連携室又は相談室に連絡を入れてから病院を訪問し、退院情報を入手する。 (原則訪問であるが、困難な場合は病院と協議のうえ柔軟に対応する。) ※ケアマネから直接入院科への連絡はしないこと。必ず地域連携室又は相談室を通すこと。

その他		2017/2/21
通番	Q	A
1	県中、県南の圏域を越えた入退院の場合、どの圏域ルールを適用すればよいか。	【ケアマネ】 ・圏域を越えても越えなくても、入院先の病院に対し、書面で入院情報を提供をする。 ・基本的に書面様式は、ケアマネの事業所所在地がある圏域のものを使用する。 【病院】 ・病院の所在地がある圏域の退院支援ルールに従って退院支援を行う。
		想定パターン① 県南住民→県中病院 ケアマネ: 県南様式使用 病 院: 県中ルール適用
		想定パターン② 県中住民→県南病院 ケアマネ: 県中様式使用 病 院: 県南ルール適用

県南地域における退院支援ルール運用に係るQ & A		
その他		2018/2/7
通番	Q	A
2	転院、死亡、施設に入所の連絡が欲しい。	☆退院支援ルールは、病院から退院後、在宅に戻る人を対象にしている。 ・次に該当する者の場合は、病院からケアマネに対し、転院、死亡の連絡をする。 ○独居 ○高齢者夫婦のみの世帯 ※上記以外の場合も、できる場合は転院、死亡の連絡をする。 ・ケアマネは、日頃から家族と連携を密にし、何かあれば(入院、退院、転院、死亡等)ケアマネに連絡するよう依頼する等努める。
3	病院から、当日や前日に退院の連絡が入り、対応できない場合がある。	・ケアマネは、日頃から家族と連携を密にし、何かあれば(入院、退院、転院、死亡等)ケアマネに連絡するよう依頼する等、急な退院にも対応できるよう努める。 ・病院はケアマネに対し、退院見込み又は退院決定について、できるだけ早く連絡するよう努める。 ☆ケアマネには、状況や家族の要望等によっては、当日や前日退院連絡ということもありえること、やむを得ない場合もあることを、ご承知いただきたい。
4	家族の要望等により、休日(日曜日等)に突然退院しており、どこからも連絡がなく後日知ることがある。	・ケアマネは、日頃から家族と連携を密にし、何かあれば(入院、退院、転院、死亡等)ケアマネに連絡するよう依頼する等、急な退院にも対応できるよう努める。 ・病院はケアマネに対し、退院見込み又は退院決定について、できるだけ早く連絡するよう努める。 ☆ケアマネには、状況や家族の要望等によっては、当日や前日退院連絡ということもありえること、やむを得ない場合もあることを、ご承知いただきたい。
5	病院から入院の情報がなく、家族からの連絡で知ることが多い。	☆退院支援ルールで一番重要なのは、「退院する場合」病院からケアマネにできるだけ早い時期に連絡をすることにより、退院後に在宅で暮らすための各種手配をする時間を確保し、スムーズに移行できるようにすることである。 ・入院の連絡は、病院から先にすることを原則にしているが、そこにこだわらず、病院から入院の連絡がなくとも、ケアマネが入院の事実を知った段階で速やかに病院と連絡を取り、退院支援に向けて連携体制を整える。
6	「あんしんセット」が普及していないようだ。	☆「あんしんセット」には担当ケアマネの名刺を入れてもらい、利用者(患者)の担当ケアマネが誰であるかを、入院先の病院に知らせるための重要な手段である。 ・ケアマネは、担当する利用者に対して「あんしんセット」の活用方法を説明し、病院に持参するように指導する。 ・市町村は「あんしんセット」について住民へ広く周知する。

その他		2018/2/7
通番	Q	A
7	入院中に、退院後の要介護度が明らかに変化するような状態になった場合は、連絡が欲しい。	・次に該当する者の場合は、病院からケアマネに連絡をする。 ○独居 ○高齢者夫婦のみの世帯 ※上記以外の場合も、できる場合は連絡をする。 ・ケアマネは、病院から連絡をもらった場合は、必ず病院を訪問（利用者の状態を自分で確認）し、病院と情報共有し連携すること。 ・ケアマネは、日頃から家族と連携を密にし、何かあればケアマネに連絡するよう依頼する等努める。 ☆介護サービスを受けるために行う介護申請は、容態が落ち着いてから申請するよう利用者（患者）に説明すること。（介護認定のための調査は、容態が落ち着いてから行う決まりとなっているため）

県南地域退院支援ルール運用評価会議

白河市、西郷村、泉崎村、中島村、矢吹町、棚倉町、矢祭町、塙町、鮫川村、
白河厚生総合病院、白河病院、会田病院、塙厚生病院、西白河病院、
福島県立ふくしま医療センターこころの杜
白河厚生総合病院居宅介護支援事業所、ワンランド西郷居宅支援事業所、
寿恵園居宅介護支援事業所、藤井ハイム居宅介護支援事業所、
各地域包括支援センター、
白河医師会、東白川郡医師会、白河歯科医師会、東石歯科医師会、白河薬剤師会、
白河在宅支援診療所、県南地域介護支援専門員協会、白河地方在宅医療介護連携セン
ター、県南保健福祉事務所