

**函館市医療・介護連携推進協議会
情報共有ツール作業部会 第1回会議**

日時：平成28年7月12日（火）18：30～

場所：総合保健センター 2階 健康教育室

【次 第】

1 開 会

- (1) メンバー紹介

2 議 事

- (1) 取組の概要（国，市）
- (2) 医療・介護連携に関わる課題整理
- (3) 協議への臨み方・スタンスについて（お願い）
- (4) 情報共有ツール作業部会の取組の到達目標および成果品のイメージ
- (5) 函館市内の情報共有ツールの現状について
- (6) 優先課題について（退院支援に関する事項）
- (7) 取組工程について
- (8) 全体スケジュールについて
- (9) 次回に向けた作業について

3 その他

- (1) 次回の部会日程について

4 閉 会

【配付資料】

- 1 議事項目
- 2 取組の概要
- 3 アンケート調査結果の概要（医療・介護連携推進に関するアンケート調査結果報告書）
- 4 ○情報共有ツール作業部会で今後協議いただきたい事項（第5回協議会資料抜粋），
情報共有ツール取りまとめ，情報共有ツールの状況（マトリクス）
- 5-1 在宅療養連携推進 よこすかエチケット集
- 5-2 福岡市 退院時連携の基本的な進め方の手引き
- 5-3 名古屋市における在宅医療・介護連携ガイドライン
- 6 年間スケジュール
- 7 次回スケジュールの確認票

函館市医療・介護連携推進協議会 情報共有ツール作業部会 出席者名簿

※★…部会長および副部会長 ○…幹事

(敬称略)

分野	所属団体	氏名	勤務先
医療	函館市医師会 (医師会病院事務部等)	○高柳 靖	公益社団法人函館市医師会 函館市医師会病院 地域医療連携センター クローバー 医療連携課 医療福祉相談係
	一般社団法人 函館歯科医師会	四條 伸之	よじょう歯科医院
	一般社団法人 函館薬剤師会	星野 志津代	(有)みすず調剤薬局
	公益社団法人 北海道看護協会 道南南支部	加藤 由美子	日本赤十字社 函館赤十字病院
	道南在宅ケア研究会	岡田 晋吾	医療法人社団 守一会 北美原クリニック
	函館地域医療連携実務者協議会	★部会長 亀谷 博志	社会福祉法人函館厚生院 函館中央病院 総合医療支援センター 地域医療連携課
	一般社団法人 北海道医療ソーシャルワーカー協会 南支部	石井 義人	社会医療法人 高橋病院
介護	函館市居宅介護支援事業所連絡協議会	横山 文昭	指定居宅介護支援事業所 ハーモニー
	函館市地域包括支援センター連絡協議会	★副部会長 松野 陽	函館市地域包括支援センター たかおか
	函館市訪問リハビリテーション連絡協議会	吉荒 龍哉	介護老人保健施設 ケンゆのかわ
	道南訪問看護ステーション連絡協議会	保坂 明美	訪問看護ステーション フレンズ

議事項目

- (1) 取組の概要（国，市） 資料 2 参照
- (2) 医療・介護連携に関わる課題整理 資料 3 参照
- (3) 協議への臨み方・スタンスについて（お願い）
- ア 「函館市全体」の医療・介護連携に係る，望ましいルール，仕組みのあり方やツール作りを意識して頂きたい。
- イ 専門職・職能団体としての立場で，大きな視点での発言や意見をお願いしたい。（個別の法人や事業所のルールにとらわれず。）
- ウ ただし，できるだけ実現可能なレベルの協議を意識して頂きたい。（実現不可能な「絵に描いた餅」では意味がない。）
- エ 発言の際は，できるだけ専門用語を使用せず，各参加者の共通理解ができるよう努めて頂きたい。
- オ 協議のスタンスは，建設的な協議になるようご協力いただきたい。（「対立」や「批判」ではなく，「協力」を意識して頂きたい。）
- (4) 情報共有ツール作業部会の取組の到達目標および成果品のイメージ
- ア 情報共有ツールの作成
- イ 情報共有ツールの導入支援や，導入後の検証方法の策定
- ウ 情報共有ツールの更新方法の策定
- エ ICTの検討
- (5) 函館市内の情報共有ツールの現状について
- ア 協議会で収集したツール 資料 4 のとおり
- ・ 誰が誰とどのような場面で情報共有するツールか，マトリクスについて
 - ・ 作成する情報共有ツールの取組の順番について
 - ・ 優先して取り組むべき情報共有ツールについて（退院支援）
- (6) 優先課題について（退院支援に関する事項） 資料 5 - 1， 2， 3 参照
- ア 横須賀市「在宅療養連携推進 よこすかエチケット集」

- イ 福岡市 「福岡市 退院時連携の基本的な進め方の手引き」
- ウ 名古屋市「名古屋市における在宅医療・介護連携ガイドライン」

(7) 取組工程について

- ① 課題の認識 ～ アンケート調査結果等の詳読
- ② 協議会で収集したツールの内容確認とマトリクスの作成および検討着手の優先順位付け
- ③ 退院支援にかかる情報共有ツールの選別, 抽出
- ④ 先進地事例の退院支援に係る情報共有ツールと, 函館市の同様の情報共有ツールの比較検証 (函館市バージョンの作成の視点)
- ⑤ その他の模範となる事例の提供について
- ⑥ 退院支援に係る情報共有ツールの作成 (基本ツールと応用ツール)
- ⑦ 退院支援に係る情報共有ツール以外のツールの優先順位付けの確認
- ⑧ 他部会・分科会との協議の要否の確認
- ⑨ ICTについて (ICTツールは何ができるのか)
- ⑩ 作成した情報共有ツールをどのように導入支援, 伝播させるかという方法論の構築
- ⑪ 作成した情報共有ツールの更新方法の構築

(8) 全体スケジュールについて 資料6参照

(9) 次回に向けた作業について

ア 次回までをお願いしたい作業

- ① 課題の認識 ～ アンケート調査結果等の詳読
- ② 協議会で収集したツールの内容確認とマトリクスの作成および検討着手の優先順位付け
- ③ 退院支援にかかる情報共有ツールの選別, 抽出
- ④ 先進地事例の退院支援に係る情報共有ツールと, 函館市の同様の情報共有ツールの比較検証 (函館市バージョンの作成の視点)
- ⑤ その他の模範となる事例の提供について

イ 次回の協議内容イメージ

- ・ 各資料の詳読による意見の発表, 集約
- ・ 優先して検討するツールの決定
- ・ 検討項目の分類, 検討作業の役割分担
- ・ メーリングリストの作成・活用

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーデイネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

函館市医療・介護連携推進協議会の取組の進捗状況

1 これまでの取り組みの概略

(1) 医療・介護連携に関わる課題整理

地域の介護事業所に対して、医療・介護連携に関わるアンケート調査を実施し、今後の協議検討に向けた課題整理を行った。

(2) 地域の医療・介護の資源把握

地域の在宅医療・介護資源を把握し、市のホームページ上でそのリストを公表した。なお、リスト化した在宅医療・介護資源のマップ化に取り組む予定。

(3) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

市民や地域の医療・介護関係者の相談対応や調整を行う相談支援窓口（医療・介護連携支援センター）の設置に向けた協議を行った。その運営については、函館市医師会に担っていただくことで協議会の賛同を得たところであり、平成29年度の開設に向け、平成28年度から準備行為を開始する予定。

(4) 医療・介護関係者の情報共有の支援

医療・介護の関係者間において、速やかに情報共有し、市民の在宅療養生活を円滑に進めることができるよう、情報共有シート等の書式の標準化に向けた調査検討に着手した。

(5) 医療・介護関係者の研修

医療・介護連携に関わる多職種を対象とした研修を実施（平成28年2月20日に開催）した。

(6) 部会の設置

関係者の意見や実態を踏まえ検討する必要があるものについては、部会を設置し検討することとし、3部会（連携ルール、情報共有ツール、多職種連携研修）を設置し、連携ルール作業部会については2分科会（退院支援、急変時対応）を設置した。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能

①退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

②日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

④看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

急変

③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における緊急往診体制及び入院病床の確保

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・病院、診療所(歯科含む) ・薬局
- ・訪問看護事業所 ・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・短期入所サービス提供施設 等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
- ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
- ・他医療機関の支援
- ・医療、介護の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等



在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
- ・地域の関係者による協議の場の開催
- ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
- ・関係機関の連携体制の構築 等

- ・医師会等関係団体
- ・保健所 ・市町村 等



アンケート調査結果の概要

1 退院支援・調整について

- (1) 退院支援・調整のルールの統一化などのあり方
- (2) 退院前カンファレンスの参加拡充
- (3) 患者、利用者および家族への丁寧な病状説明
- (4) 主治医等との連携強化
- (5) 医療・介護双方向の情報提供のあり方

2 日常の療養支援について

- (1) 医療・介護関係者の仕事の内容理解を深める機会づくり（主治医意見書等の文書の作成意義の理解など）
- (2) 多職種連携を進める情報共有システム、関係者間の共通書式等の統一などのあり方
- (3) 多職種との研修機会の拡大や顔の見える関係構築のための機会づくり

3 急変時の対応について

- (1) 急変時対応に係る連携体制のあり方
- (2) 各サービス事業所における急変時対応のルール作り
- (3) 入院医療機関の急変時の受入対応のあり方
- (4) 認知症への救急対応強化

4 看取りについて

- (1) 各サービス事業所における看取りの体制強化
- (2) 看取りに関し、在宅医療に関わる医療関係者の数の拡大、関係者間の連携強化

医療・介護連携推進に関する アンケート調査結果報告書

平成 27 年 7 月

函館市医療・介護連携推進協議会

目 次

アンケート調査の概要	1
「調査結果」	
I 居宅介護支援事業所	3
介護を必要とされる方が、自宅で適切にサービスを利用できるように、ケアマネジャー（介護支援専門員）が心身の状況や生活環境、本人・家族の希望等にそってケアプランを作成したり、さまざまな介護サービスの連絡・調整などを行う事業所	
II 介護予防支援事業所（地域包括支援センター）	17
要支援1または要支援2の認定を受けた方が、介護予防サービスを適切に利用できるように、介護予防プランの作成や、サービス事業所との連絡・調整などを行う事業所	
III 訪問看護ステーション	27
医師の指示に基づき、看護師等が利用者の居宅を訪問し、健康チェック、療養上の世話または必要な診療の補助を行う事業所	
IV 訪問リハビリテーション事業所	39
医師の指示に基づき理学療法士や作業療法士等が利用者の居宅を訪問し、利用者の心身機能の維持回復および日常生活の自立を助けるために理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行う事業所	
V 介護老人福祉施設	
寝たきりや認知症などで、常に介護が必要で自宅での生活が難しい方のための施設。老人福祉法では、特別養護老人ホームと呼ばれる。	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	
定員29人以下の小規模で運営される介護老人福祉施設	
..... 49	
VI 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	
認知症の高齢者が共同で生活する住居	
特定施設入居者生活介護	
介護保険の指定を受けた有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホームなど	
地域密着型特定施設入居者生活介護	
介護保険の指定を受けた入居定員が29人以下の有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホームなど	
..... 59	

アンケート調査の概要

1 調査の趣旨

本年4月に設置した「函館市医療・介護連携推進協議会」において、医療・介護連携にかかる課題の抽出、解決に向けた協議を順次進めていくため、アンケート調査を実施することとした。

調査結果は、「切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築」に向けた協議を行っていく際の基礎資料として活用する。

2 調査の内容

退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の様々な局面に関する設問

3 調査の方法

EメールまたはFAXにより照会し、回答を求めた。

(1) 調査対象・回収状況

区 分		調査対象数 (H27.5.1現在)	回答数	回収率
居宅介護支援事業所		93	89	95.7%
介護予防支援事業所(地域包括支援センター)		6	6	100.0%
訪問看護ステーション		21	17	81.0%
訪問リハビリテーション事業所		14	11	78.6%
施 設 ・ 居住系	介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	18	17	94.4%
	認知症対応型共同生活介護(グループホーム)、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護	70	66	94.3%
合 計		222	206	92.8%

(2) 調査期間

平成27年5月14日(木)から平成27年5月29日(金)まで

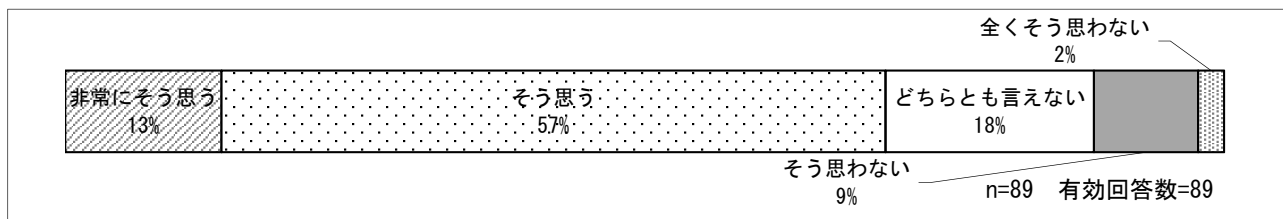
4 調査結果の留意点

- ・ グラフの各数値の比率は四捨五入しているため、比率の合計値は100%にならない場合がある。
- ・ 自由記述の回答内容で、特定の機関を指す表現を修正したほか、回答の趣旨を分かりやすく伝えるため原文に変更を加えた。

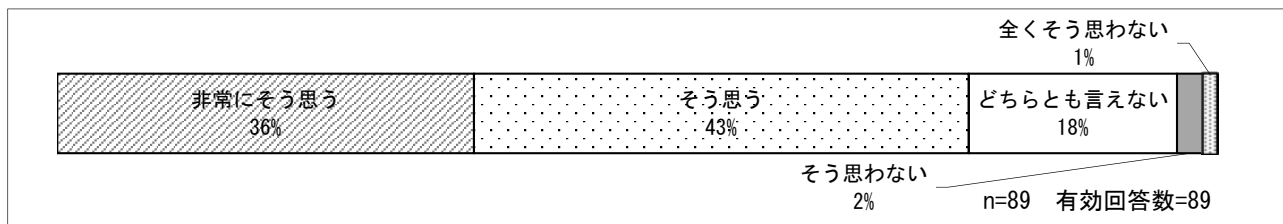
I 居宅介護支援事業所

設問1：退院支援・調整について

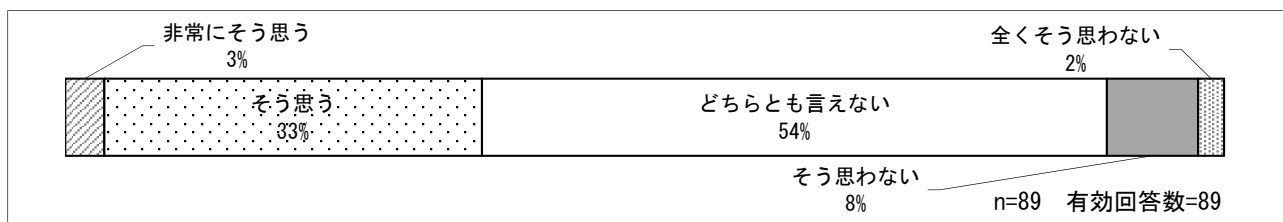
(1) 医療機関によって退院支援・調整の対応が異なり困ることがある。



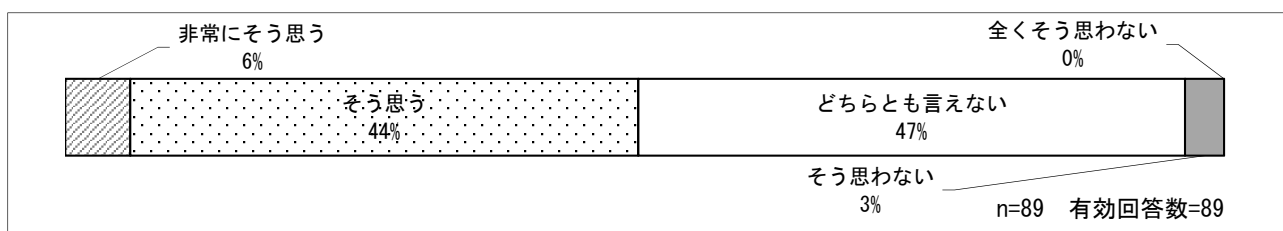
(2) 病院における退院前カンファレンスが開催される時には、必ず参加できている。



(3) 退院時に、利用者・家族は病状について病院の主治医・看護師等から十分説明を受けて理解している。

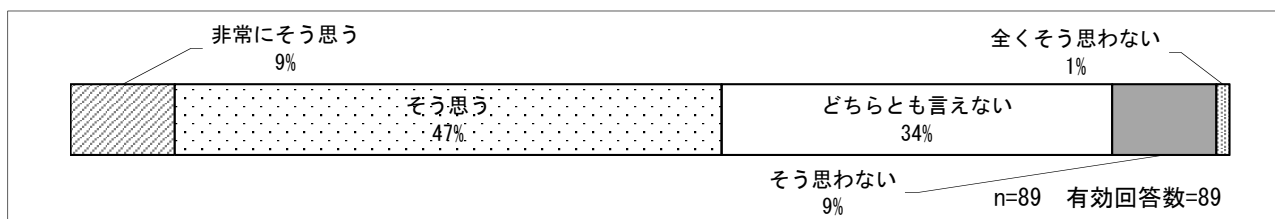


(4) 退院時に、病院の主治医または連携担当者（地域連携室など）と円滑な連携がとれている。

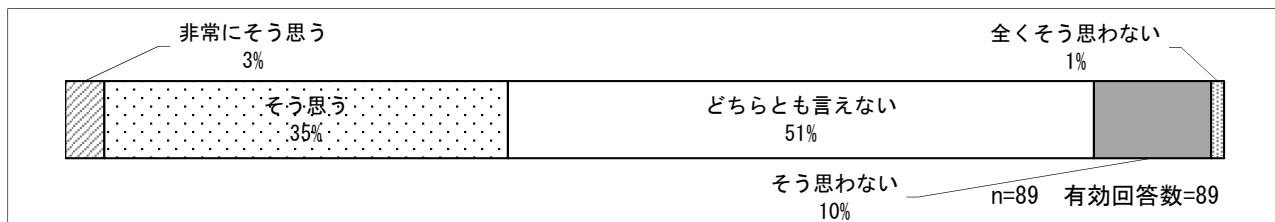


- 設問1 (1) 医療機関によって退院支援・調整の対応が異なると感じている事業所は約70%
- 設問1 (2) 退院前カンファレンスに必ず参加できている事業所は約79%
- 設問1 (3) 利用者・家族が十分説明を受けて理解していると回答した事業所は約36%
- 設問1 (4) 病院の主治医、連携担当者と円滑な連携がとれていると回答した事業所は約50%

(5) 入院時に、病院に対して在宅時の状況について情報提供するなど適切な連携がとれている。



(6) 病院から事業所職員への適切な情報提供が行われている。

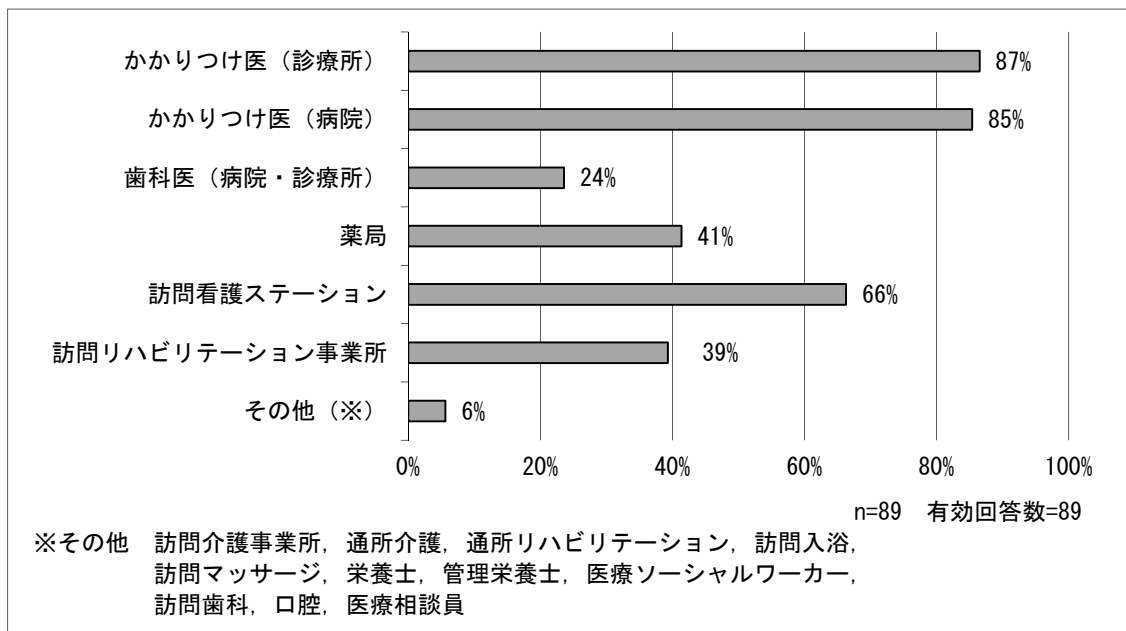


設問 1 (5) 入院時に、病院へ在宅時の状況を情報提供できている事業所は約 56%

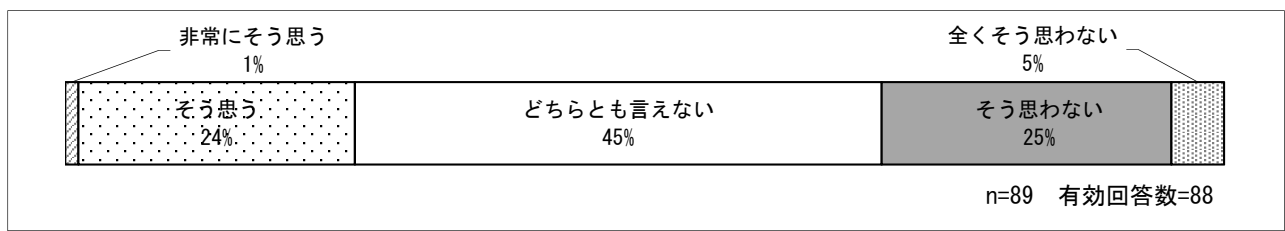
設問 1 (6) 病院から適切な情報提供が行われていると回答した事業所は約 38%

設問2：日常の療養支援について

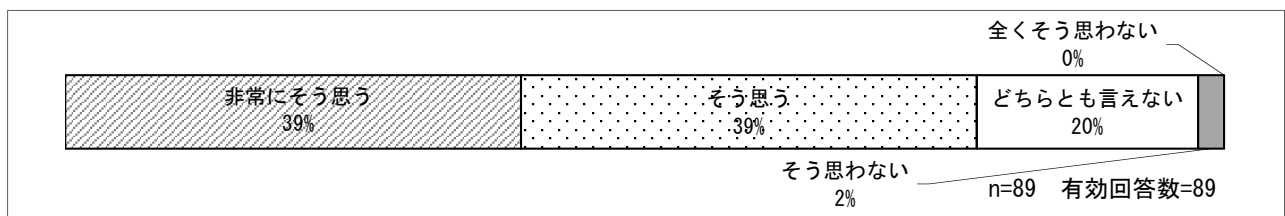
(1) 日常の療養支援において、連携を強化したい関係者を選んでください。(複数回答可)



(2) 主治医意見書が期限内に提出されている。

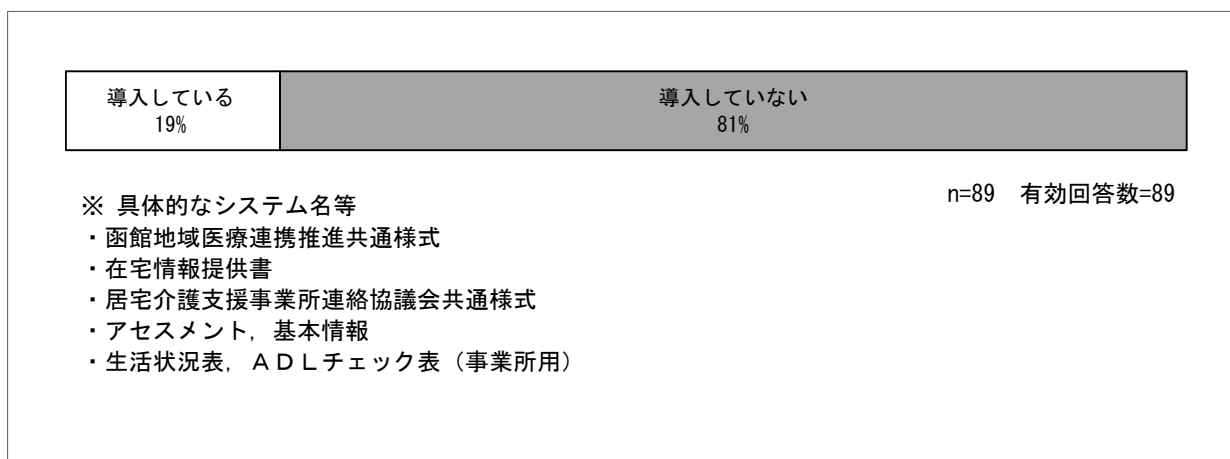


(3) 多職種連携を円滑に進めるため、情報共有するシステムや書式 (連絡票など) を作成し、運用すべきである。

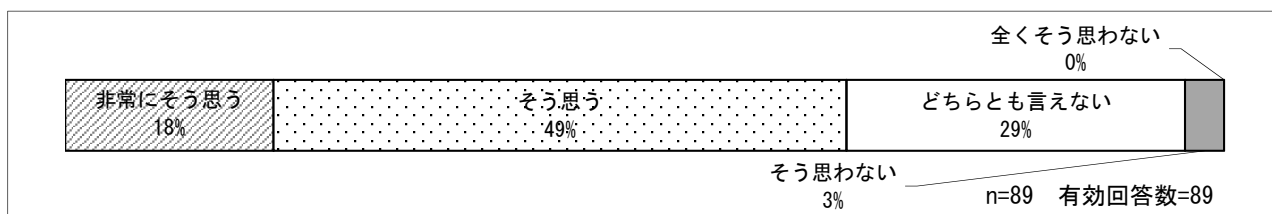


- 設問2 (1) 診療所・病院のかかりつけ医との連携強化を8割以上が希望している。
 設問2 (2) 主治医意見書が期限内に提出されていると答えた事業所は約25%
 設問2 (3) 多職種連携を進めるために情報共有システム等を運用すべきと回答した事業所は約78%

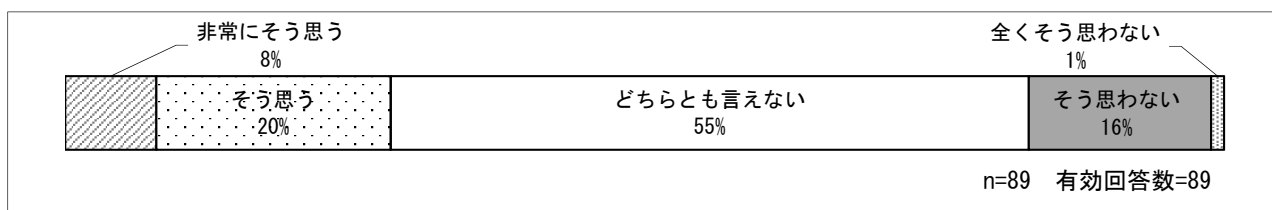
(4) すでに、そういったシステムや仕組みを導入している。



(5) 多職種との連携強化のためには、連携する関係者との研修機会は、もっとあった方が良いと思う。



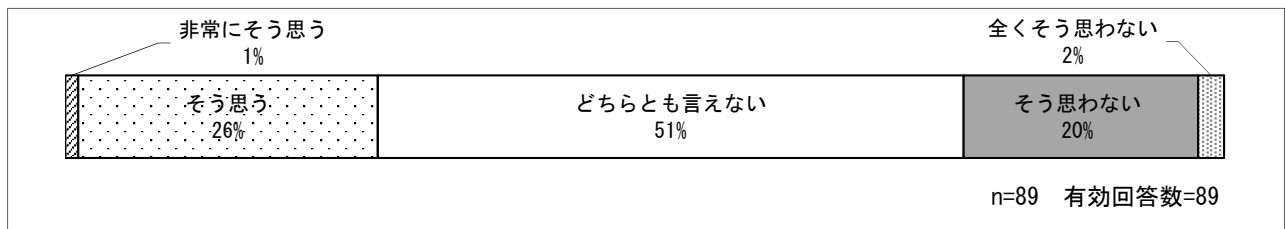
(6) 多職種との「顔が見える連携（日常的に気軽に交流できる関係）」ができています。



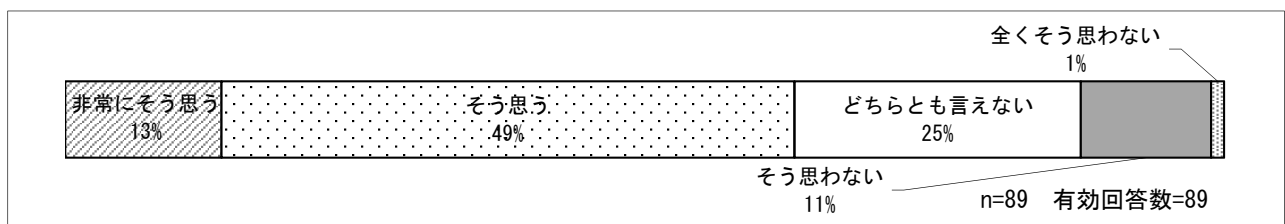
- 設問 2 (4) 既にそういったシステム等の導入をしている事業所は約 19%
- 設問 2 (5) 連携する関係者との研修機会が増えることを希望している事業所は約 67%
- 設問 2 (6) 多職種との顔が見える連携ができていると回答した事業所は約 28%

設問3：急変時の対応について

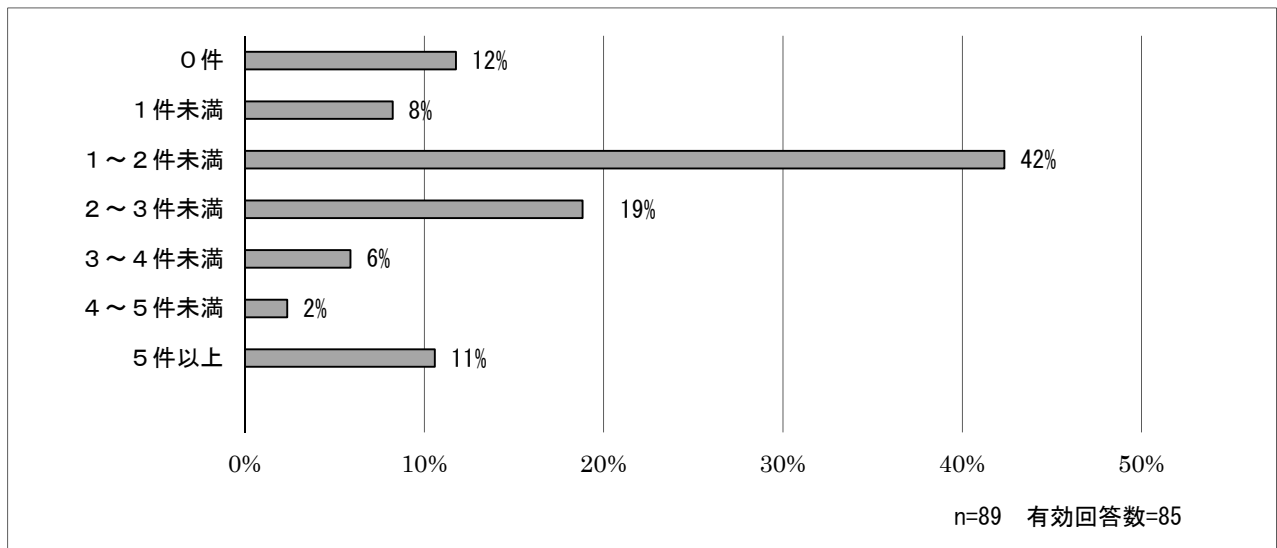
(1) 急変時の対応について、かかりつけ医と情報共有・連携ができています。



(2) 休日や夜間に対応可能な地域の医療資源（訪問診療，訪問看護など）が不足していると感じることがある。

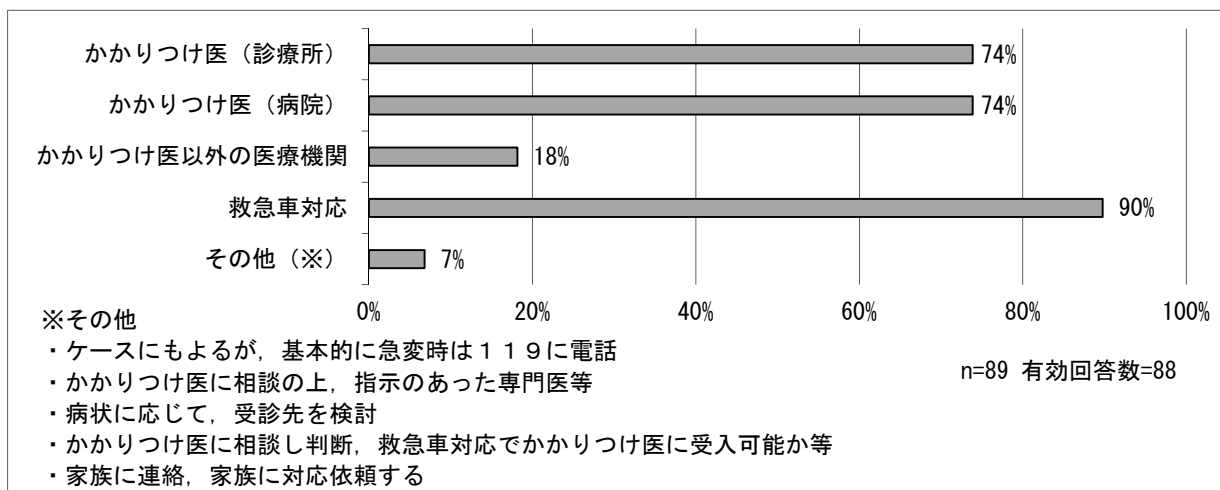


(3) 貴事業所において、利用者の容態が急変し病院受診が必要となるケースは月にどれくらいありますか。件数を記載願います。

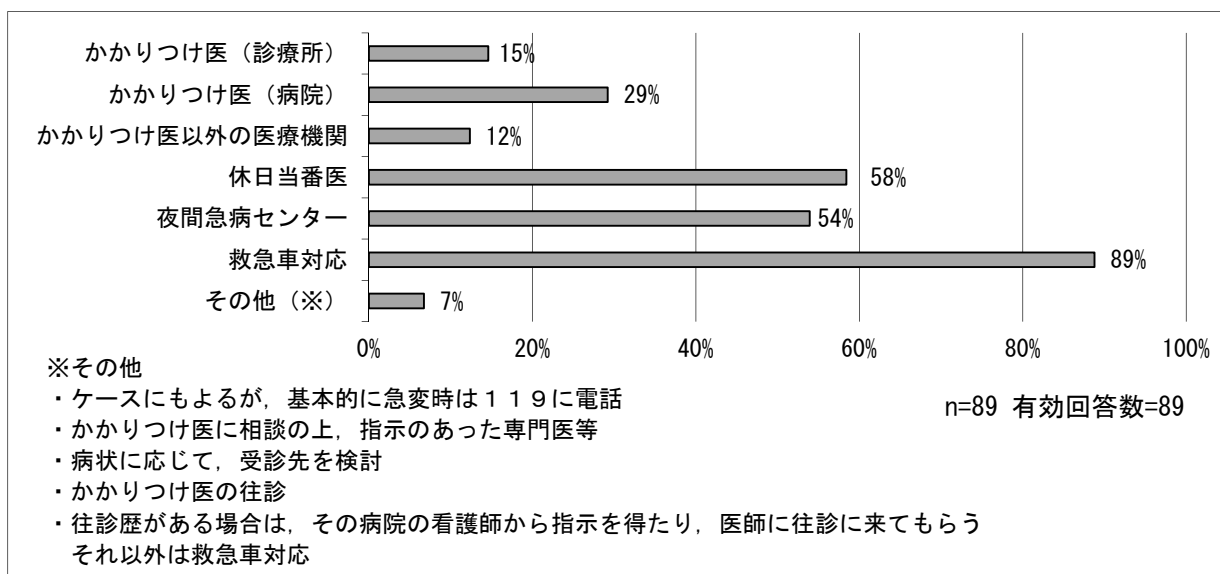


設問3 (1) 急変時にかかりつけ医と連携ができていていると感じている事業所は約27%
 設問3 (2) 休日や夜間の医療資源が不足していると感じている事業所は約62%
 設問3 (3) 利用者の容態の急変により病院受診が必要なケースは平均2件 (177.9/85)

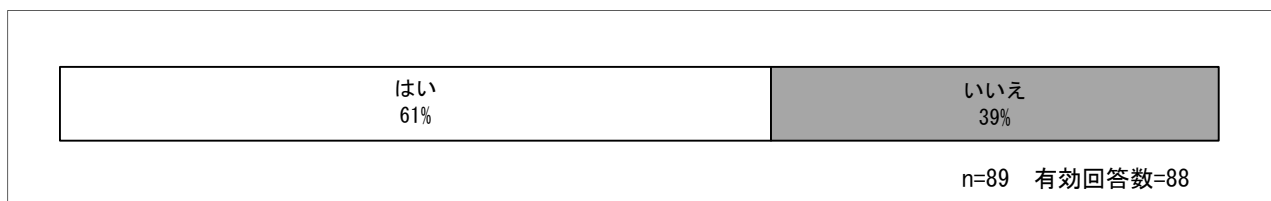
(4) ア 日中に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



(4) イ 夜間休日に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



(5) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがありますか。



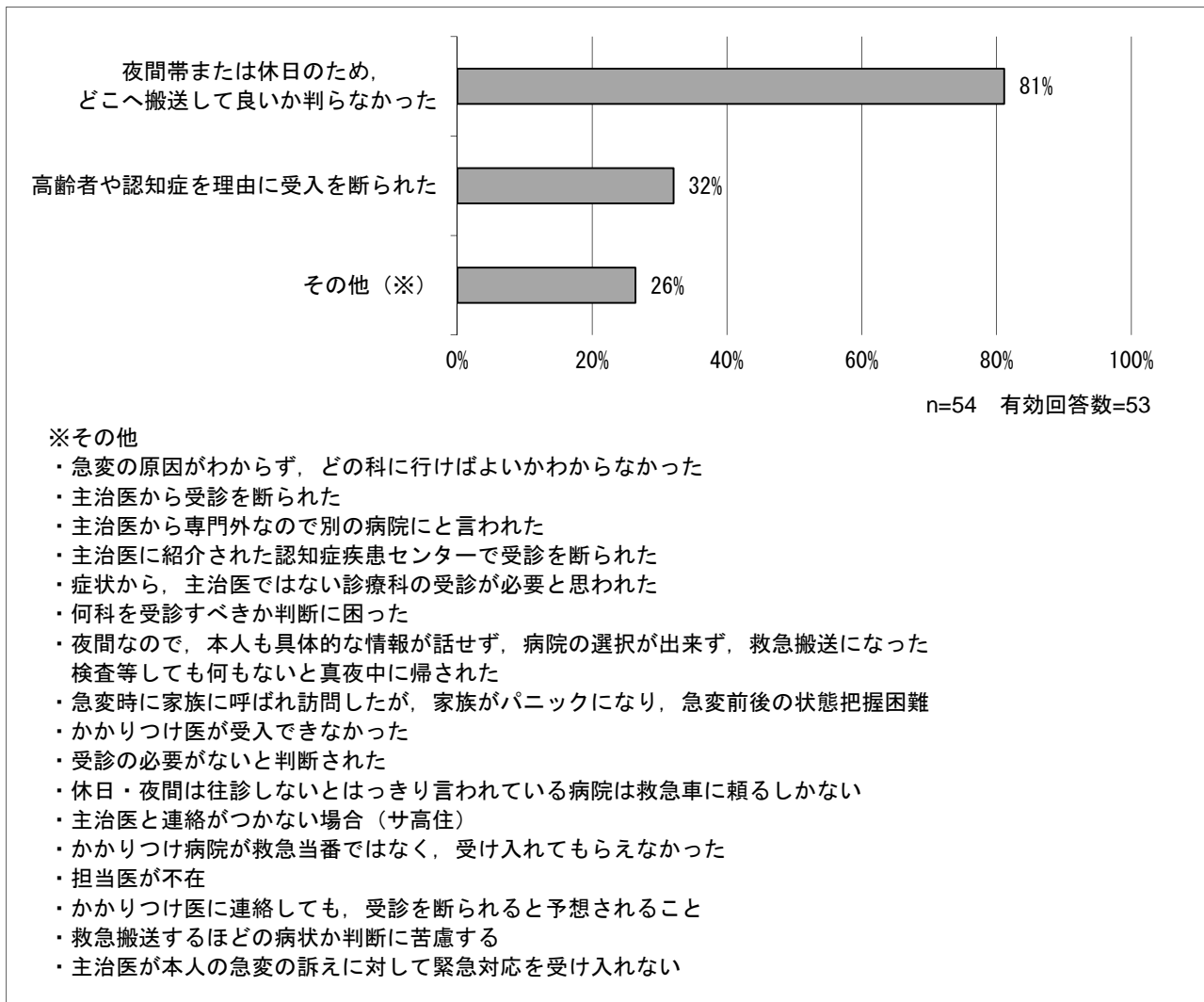
設問3 (4) ア 日中の容態急変時に約90%が救急車対応をとっている。

設問3 (4) イ 夜間・休日の容態急変時に約89%が救急車対応をとっている。

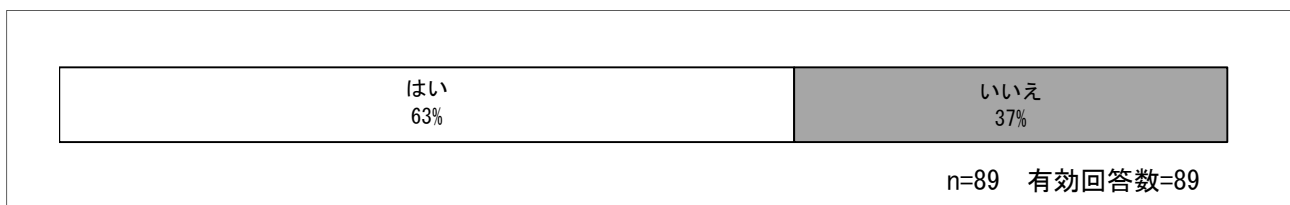
設問3 (5) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがある事業所は約61%

(6) 上記(5)で「はい」と答えた方にお聞きします。

具体的にどのようなことで苦慮されましたか。(複数選択可)



(7) 貴事業所では容態急変時のマニュアルが定められていますか。



設問3(6) 夜間帯または休日でも搬送先が判らず苦慮した事業所は約81%

設問3(7) 容態急変時のマニュアルが定められている事業所は約63%

(8) 現状の救急医療体制に何か不満があればお書きください。

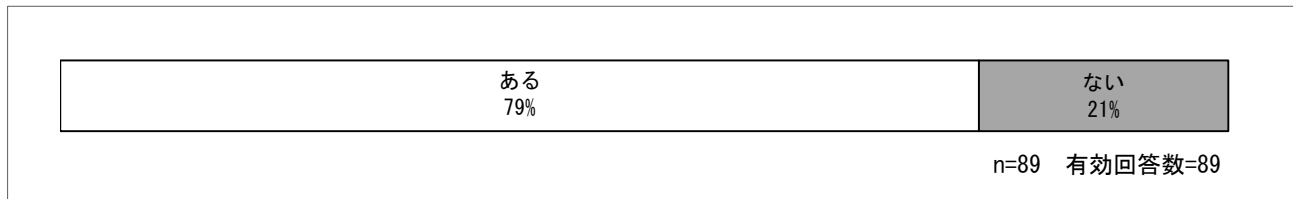
- ・ 希望する病院へはいけない。
- ・ 何科を受診すべきか判断がすぐつかない。
- ・ 明らかに二次救急の必要性があるのに、一次救急に搬送される。その結果、一次では対応できず結局二次救急に回されるということがある。
- ・ 認知症を理解している救急隊員や看護師を増やしてほしい。
- ・ 急変の原因がわからず、何科を受診すべきかわからない。
- ・ 認知症のために本人の拒否が強く、入院は難しいと断られる。
- ・ 身寄りの無い方の救急搬送、入院、検査等に付き添った場合、医師から同意書類等の記入を半ば強制される。同意がなくとも、病院の責任で行ってほしい。
- ・ 介護困難で緊急避難のため救急搬送したが、病状は問題ないと入院を断られた。介護状況を考慮した対応をしてほしい。
- ・ 救急車を依頼し搬送準備ができて受け入れ先が決まらない。
肺炎で入院した際、熱が下がるとすぐに退院と言われ、自宅に戻りすぐにまた体調不良で入院を繰り返したことがあり、救急体制で長期入院が無理な事は理解できるが、本人の置かれた状態を把握し、退院調整をしてほしい。
- ・ 病院から連絡が来て、対応を求められる。搬送から、入院等の結論までの時間が非常に長い。
- ・ 難病や特殊な病気でも緊急時かかりつけ医を受診ができないこと。
- ・ 搬送後の診察に長い時間を要することが有る。
- ・ 利用者に関する情報提供を1つの院内で係が変わるごとに求められること。
- ・ かかっている病院へなるべく搬送してほしい。
- ・ 救急車が到着してから受け入れ先の病院を探すのに時間がかかる場合がある。主治医となっている病院でも受け入れられない場合がある。
- ・ 救急車対応時、受け入れ病院が確定するまで時間を要することがある。
- ・ 安心して受け入れ、相談できる救急医療体制のある病院が増えて欲しい。
- ・ 救急搬送しても対応が遅い病院がある。
また搬送時に認知症と報告しても聞いてもらえず、点滴を自分で外していても気が付かず、その後検査もままならず、帰された。
- ・ 搬送受け入れ先決定までの時間がかかることがある。
- ・ 当番医への搬送ではなく、多疾病の場合はかかりつけ病院へ搬送してほしい。
- ・ 医師の家族への説明をもっと丁寧にしてほしい。
- ・ 医師が対応できない場合は、看護師やMSWからでも良いので、もっと患者、家族のフォローをしてほしい。
- ・ 救急要請時の救急度の見きわめ。
- ・ 数人の先生以外は、かかりつけ医は夜間、休日は診察してもらえないものと思っている。
- ・ 救急搬送で受診した際、検査中に意識消失してしまい、治療・検査できないと帰された。

(9) 救急体制を強化してもらいたい診療科があればお書きください。

- ・ 精神科 5 件，脳神経外科 5 件，内科 3 件，整形外科，神経内科，循環器科，泌尿器科
産婦人科，総合診療科
- ・ 全体的に強化していただければと思います。
- ・ メンタル面，特に認知症の方の状態把握のためのものが必要。精神疾患ではない，認知症
特有の者への対応ができていない。

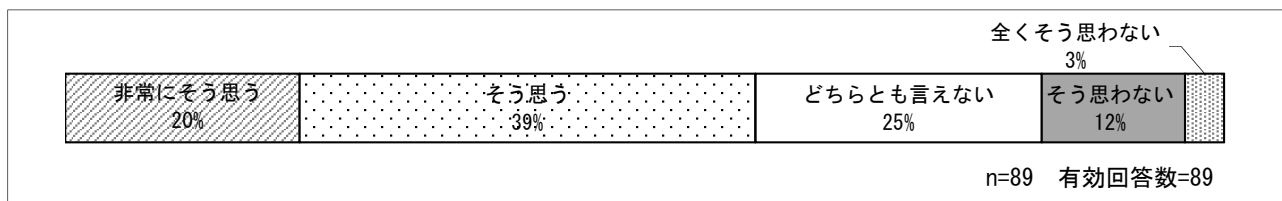
設問4：在宅での看取りについて

(1) 在宅での看取りに関わった経験がある。

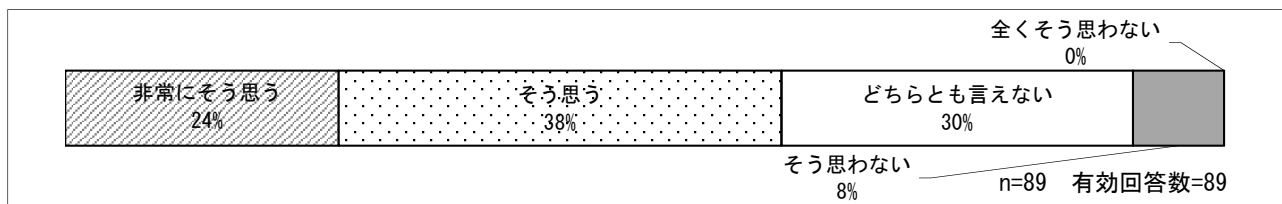


(2) 在宅で看取りをすることは、事業所職員にとって負担が大きい。

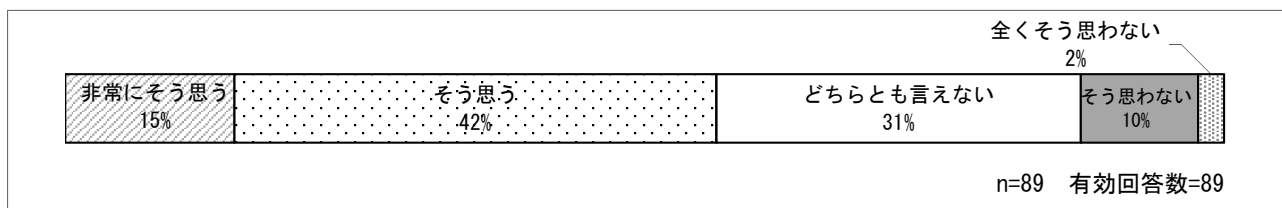
※看取りに関わった経験の有無に拘らずお答えください。



(3) 今後、在宅で看取るケースは増えていくと感じている。



(4) 在宅で看取りをするために連携できる医師がいる。



- 問4 (1) 在宅での看取りに関わった経験がある事業所は約79%
- 問4 (2) 在宅での看取りは負担が大きいと感じている事業所は約59%
- 問4 (3) 今後、在宅で看取るケースが増えていくと感じている事業所は約62%
- 問4 (4) 在宅で看取りをするために連携できる医師がいる事業所は約57%

設問5：設問1～4までに關し、問題と思うことと、その解決策をお書きください。

- ・ 高齢者は複数の病院、診療科を掛け持ちし、複数の薬を多量に服用しており、特に独居で認知症の方の場合は、たとえ介護サービスを導入したとしても管理は困難である。市内の病院や薬局のネットワーク等を強化して、在宅での高齢者の医療に関する管理システムの構築が望ましい。
また、緊急通報システムの設置についても、高齢者の多い地域では協力員への依頼が難しいことも考慮し、緊急時の体制を強化するために、地域での協力体制を十分検討すべきである。
- ・ 病院により連携が取りづらい場合もあるが、おおむね良好に連携が取れている。
- ・ 退院調整時に医療ソーシャルワーカーから患者へ、間違った介護保険サービスの説明がされ困ったことがある。最終的に利用がなくても構わないので、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所に早い時点から関わらせてもらいたい。
- ・ 設問2（5）：既にそのような研修会は行われている。
設問3（7）：急変時の連絡先を担当者会議で確認している。
退院時の連絡・調整がスムーズに行くか行かないかは、医療機関によって違う。在宅支援について、あまり知識のない医療機関とはうまく連携できていない。「多職種連携」というより、医療機関と在宅関連事業所の連携が必要である。
- ・ 緊急の状態でも運ばれても、認知症のために本人の入院や手術への拒否が強く、病院から退院するよう言われ、結果、家族は不安から早急にショートステイを利用することがある。
- ・ ケアマネージャーと訪問診療の医師、訪問看護師との連携が重要と思われる。
- ・ 当事業所は病院との連携がとりやすい。ケアマネージャー業務の範囲が広すぎる（やりすぎ）のではないかと最近感じる。本来は家族が主体となり、ケアマネージャーはサポートの立場なのだが、全ておまかせの無責任な家族が増えている。制度がそうした傾向を作ってしまったのかもと考えており、深くかわりすぎるのもどうなのかと感じる。
- ・ 緊急時の受け入れ病院の対応が悪く、すんなり受け入れてくれない場合がある。特に認知症の場合は受け入れてくれないことがある。
- ・ 問題は、かかりつけ医を含めた各関係機関との連携の仕組みが統一されていないことである。
解決策は、国も推進している医療クラウドを用いたICTの高度な利活用により函館市内全ての関係機関が連携の仕組みを統一できるようにすることである。
医療情報連携基盤（EHR）を構築し、利用者にとってより良い支援が行えるよう各関係機関がそれらのシステムを用いて情報共有し、また必要な相談や助言、指示や依頼等が行え、統一した支援が迅速に行える仕組みを目指していく必要がある。
そのためには市が主導し、各関係機関に呼びかけるべきである。先進的な自治体では既に取り組んでおり、より安心安全な生活が送れるよう、医療や介護を必要とする者とそれに従事する支援者の力が最大限に発揮できるような地域になってほしい。
- ・ 設問1（1）：方法が異なって困るのではなく、退院支援をしとくれなかつたり、窓口がなかつたりする医療機関もあり困ることがある。
設問1（4）：非常に連携の取りやすい病院とそうではない病院との差が激しい。担当者や病院の意識の違いなのだと思う。
その他：退院に向けての病院側の支援の中で、在宅での生活を想定しての支援ではない時に困ることがある。退院支援の中で医療側の役割と介護側の役割の明確化。時々、医療側で行うべきことを求められることがある。
- ・ 定期巡回・随時対応訪問介護看護は、函館においては12事業所あるが、訪問診療を行う医師との信頼関係や連携に疑問がある。

絶対的な職員不足により、満足したサービスが受けられない。(単に訪問して欲しい時間に対応できない等、最低限のことができない状況であった。)

- ・ 設問すべてに病院、医師、相談員、看護師に温度差がある。

事業所・就業者も様々で、連携がうまくできないこともあり、事業所間の調整が大変である。主治医と温度差があり、あなたたちに何がわかるの?という態度の先生もいるので、連携を図ることが難しい。

介護保険制度で訪問看護を導入する場合、主治医が自分に都合の良い訪問看護ステーションを勝手に決め、家族が看護師と相談したい場合も、まだ必要ないと言い、必要なサービスを導入できないことがある。

介護保険制度を理解していない医療関係者が多く、なかにはケアマネージャーとヘルパーを同じ職種と思っている医師がいたり、医療系のケアマネージャーしか難病や末期がんの在宅ケアができないと福祉系ケアマネージャーを下に見る医師もいる。

もちろん、ケアマネージャーが悪いこともあり、組織内でのスキルアップが必要である。

福祉系でも、医療系サービス事業者との連携により、在宅支援は可能。

上記を解決するには、医師会、看護師会、相談員の会等、医療と介護に係る職種すべてが、医療制度と福祉制度の連携の必要性を学び、連携することの重要性を理解できる環境や勉強会、研修会を開催したり、保険者が主体となり、連携を図るとよいと思う。ケアマネージャーの自己研鑽も必要。

- ・ 退院時の連携については、要請のある病院とない病院がある。

また、あっても退院の日程が直前に迫ってからの連絡がほとんどで、開催日時はすべて医師の都合で決められるケースが多い。

そのため、他の予定を変更したり取りやめなければならないことがあるので、せめて一週間くらいの余裕がほしい。

- ・ 地域包括病棟の設立により、家族が転院リハビリを希望しても、連携室は在宅を進め、しまいには75%の枠に入れたいため、ショートを使ったらどうかと提案する。

入院すると医療保険に変わることによってケアマネージャーの対応は離れるが、連携室は家族と面談せずに、すぐケアマネージャーに連絡し、家族の希望を伝えても、家族との対応をしていない状態である。

以前、入院中の独居の方の施設入所の際、連携室は全く動かず、施設探し、引っ越し、入所等全てを対応しなければならず、その間、無償サービスであった。

- ・ その事業所により、細目に情報提供いただけるところと、そうでないところがある。医師も意見等を頂いても、プラン等に参考にできない意見もかなりある。

- ・ 医療との連携が必要な方の場合、オムツ交換や身体保清、食事の摂取等家族の負担も大きい。

負担軽減のためには、ヘルパーや福祉用具の利用も当然必要となってくるが、医療系の単価は高いので、支給限度額を超えてしまう場合が多い。

経済的に余裕がない、年金ではそばそと生活している方たちは、使いたくても使えない部分がある。解決策は分からない。

- ・ 利用者は内科と整形外科等、複数の科にかかっている、薬が何種類も処方されていて、飲み忘れや間違った服用がある。主治医の指示のもと、薬剤師が訪問し、管理・指導していくことが望ましいと思う。

- ・ 在宅での生活は医療と介護の連携が必要と常に感じているが、医師との連携を図る場合に面談の申し入れなど各病院ごとに対応が違ったり主治医の対応等のため困惑することがある。

情報共有するシステムや書式が明確になる事により連携が図りやすくなると思う。

- ・ 医療・介護の専門職それぞれが、役割や立場を相互理解することが必要だと思う。
- ・ 安心して看取りに向かえる環境が整っていない。
病院や事業所とも、日中の対応は何とかできることが多いが、夜間休日などが苦慮する。
時間外になるとそれぞれ、急な対応が難しくなってしまう。
ケアマネージャー一人で判断しなくてはいけない場面があると、知識も薄く苦慮する。
関われる家族がいない、少ない、サポートできないなど多くなっている。
立場や職種に関わらず、相談・交流しやすい輪が作れる様に取り組みたい。
- ・ 病院によっては対応が悪い連携室がある。
- ・ 設問4（4）：在宅で看取るため、必要に応じて往診可能な病院へ変更していく方向です。
看取るケースで、急変して病院に連絡を取ったり、バイタルはノートに記入（病状等も）して呼吸停止になり、医師も来ていただき、警察に連絡をとった時、刑事さんが何人かきて「事件性はないと思いますが・・・」とちゃんと薬飲んだか証拠として、ゴミ箱まで探され、犯人扱い(?)さて、該当ヘルパーは慣れていなかったもので、気持的に辛かったと思う。
- ・ 特にないが、救急車を要請した際に、搬送先の病院を決めるまでの時間がかかると思う。
- ・ 独居の方が多くなっている。家族が地方にいる方は、本人の在宅状況の把握が出来ておらず、ヘルパーに対する要望が多いような気がする。医療的なことを介護従事者に頼りすぎていないかと思う。早く退院してもらいたいとかではなく、他の病院を紹介する等もっと行っていただけると助かる。
- ・ 医師や事業所（主に訪問看護）によって体制がまちまちなことがある。解決策としては体制のしっかりした医療機関や事業所の情報を必要に応じて提供することで、看取りを行う体制を早期に構築することが大切だと思う。
- ・ 情報共有が不可欠。函館市消防局と医療機関の情報開示、データ連携がどの程度進んでいるかは不明であるが、医療だけでなく、介護側にも情報開示、共有は不可欠と考える。特に救急搬送になると、介護側には情報が入ってこず、何が起きているのかを近所の方から聞いてやっと理解するということも少なくない。個人情報保護の障壁はあるにせよ、個人のADL、IADLの維持のみならず、生命に関わる事柄と個人情報保護のバランスに配慮し、円滑に個人の生活が維持でき、公共の福祉に資するような方策に期待したい。
- ・ 医療関係者（医師、看護師、相談員等）がもう少し介護保険制度を理解してくればスムーズに事がすすむケースが何度かあったので、介護保険制度をもう少し広い分野に広報していく必要があると思う。
- ・ 設問4について、在宅での看取りは事業所の職員にとって確かに負担になる部分はあると思うが、利用者や家族の希望、意向が大事だと考えるので、負担とは考えたくない。積極的に連携できる医師もいれば、そうじゃない医師もいる。解決策は特にない。連携できている医師や機関との関係性を継続することと考えている。
- ・ 今後、在宅での看取りが増えていくと感じており、医療機関との連携は強化していく課題と思っている。
- ・ 家族の介護力、考え方によって、看取り可能かどうかは変わってくる。「最後は病院で」という考えが根強く、家族以外の親戚の介入等で介護者にストレスがかかる場合も多いように思われる。
- ・ 設問4について、病院、医師によって対応は全く違う。本当に在宅支援を理解している医師もいれば、理解のない医師もいる。ご本人が食べたいと言っている、家族もそうさせてほしいと言っている、それでもしものことがあっても、人として生きることを選びたいと訴えた本人、家族

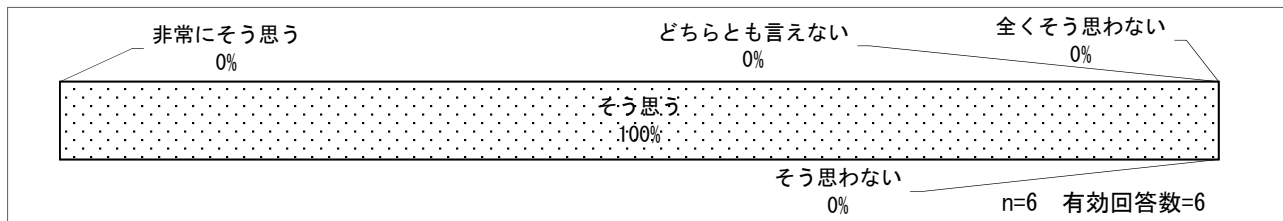
に対して、医師から「食べれないって言ってるでしょ。IVH ったら1週間もたないよ」と言われたことがある。それでも、在宅に戻り、それから1年半以上、経口摂取され、最期を迎えた方がいた。医者判断とは一体何なのか？家族は医師から言われれば、そうなのかな、と思い「仕方ない」とあきらめる方が多いと思います。在宅支援をするには、医療関係者の理解、協力がなければ不可能。在宅支援を行っている医師の輪を広げてほしい。

- ・ 在宅酸素を利用中であるが、呼吸器専門の往診や緊急対応をとってくれる病院が少ないために苦慮することが多い。解決策は何だろうか？
- ・ 医師が担当者会議に参加するなど、情報共有し連携できる体制を希望する。
- ・ 看取りは方針を決め、大々的に研修を推し進めていかなければ出来ないと思われる。
- ・ それぞれが他の職種の知識に乏しく連携が上手くいかない。各職種が勉強会や研修会に参加し、知識を高めていくことも必要と思われる。
- ・ 連携しやすい病院へは入院時の情報提供を積極的に行い、そうすることで退院時の情報を貰えて、より良い関係が築けている。ケアマネージャーが何のために情報を持って来ているのか理解していない病院の場合、入退院時の連携をしにくく、入院しても足が遠のいている。治療・リハビリなど、それぞれの病院の役割があることはわかっているが、なおのこと、入院直後から転院や退院の話を早くから共有し一緒に考えていける場が、ケアマネージャー、家族、病院関係者で持てると思う。
- ・ 医療機関（主に医師）へのケアマネージャーからの働きかけには、限界を感じる人が多い。
（例）：主治医意見書が提出されていないという理由で認定結果が遅れていることを伝えても、まともな回答が得られない。医療系サービスを位置付けるにあたり、医師からの意見の聴取を求めても、回答がない、或は主治医意見書で役所に提出しているのに何故またケアマネージャーに伝えなければいけないのか？など、趣旨や制度に沿って説明しても、このような医師はそもそもケアマネージャーの話を聞く姿勢がないと感じる。
また、主治医意見書を取り寄せて見ても、簡素というよりは適当としか思えない内容も多い。
（状態が変化しているのにも関わらず、前回と記載が一緒。疾患・既往歴が増えているにも関わらず記載がない。記述式のところはおろか、チェック式のところも未記載が多いなど。）
医療機関への介護保険制度の理解、周知を促すのは、ケアマネージャーからの働きかけによるウェイトが大きいですが、行政からも書面などで理解・周知を促して欲しい。ケアマネージャーがバーンアウトしていく背景の要因として、医師および医療機関とのこのような関係によるところが大きいと思う。
- ・ 介護保険制度について、病院側にも理解してほしい。在宅医療に関われる医師がもっと増えてくれると良い。（設問4は特に医師の関わりが重要である。）
- ・ 今後、スムーズに在宅生活を続けていけるよう医療機関との連携を図るため、支援に対する協議の場を作りたいと感じる。
- ・ 退院の連絡がなく（または退院当日）で、在宅でのケア指示や医療的な注意点等の連携が取れない病院が多い。転院の時も同じ。サマリー等の後日出しをお願いしたりと、介護側ばかりが走り回ることが多い。

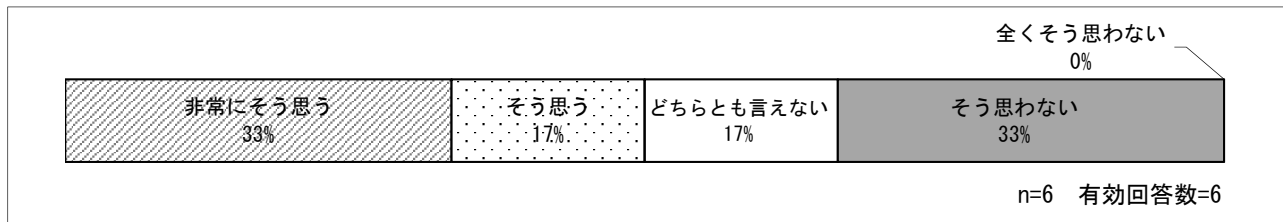
Ⅱ 介護予防支援事業所 (地域包括支援センター)

設問1：退院支援・調整について

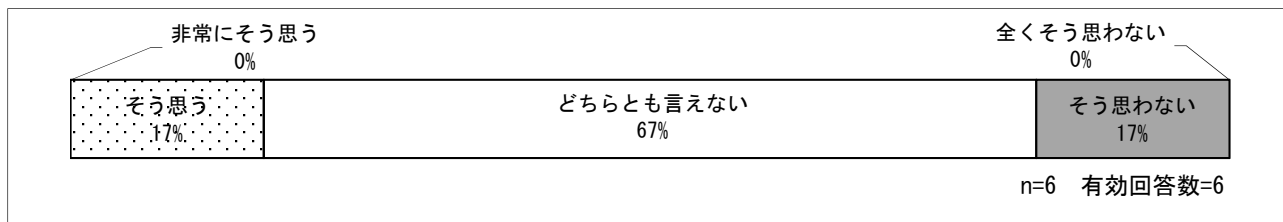
(1) 医療機関によって退院支援・調整の対応が異なり困ることがある。



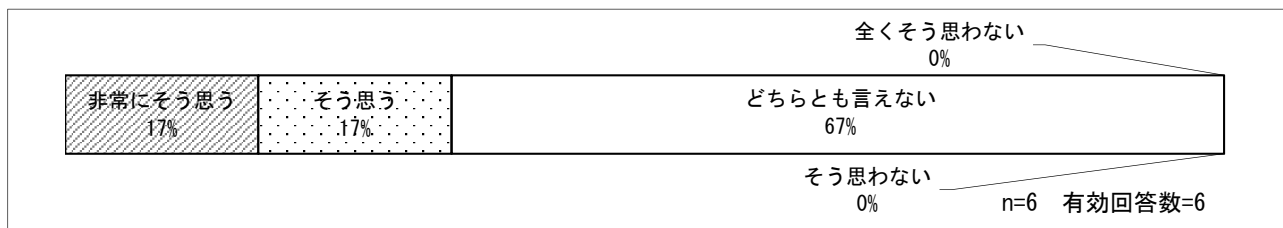
(2) 病院における退院前カンファレンスが開催される時には、必ず参加できている。



(3) 退院時に、利用者・家族は病状について病院の主治医・看護師等から十分説明を受けて理解している。

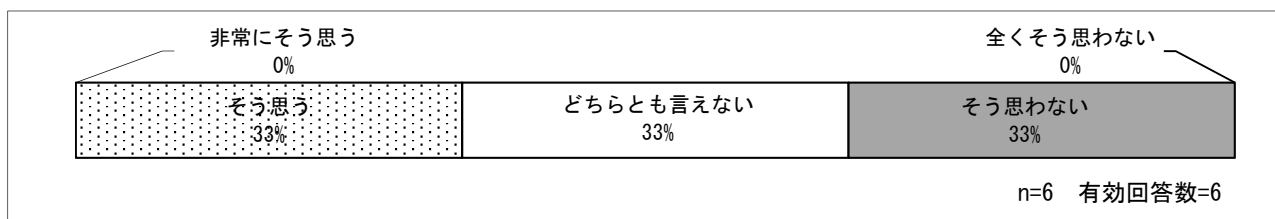


(4) 退院時に、病院の主治医または連携担当者（地域連携室など）と円滑な連携がとれている。

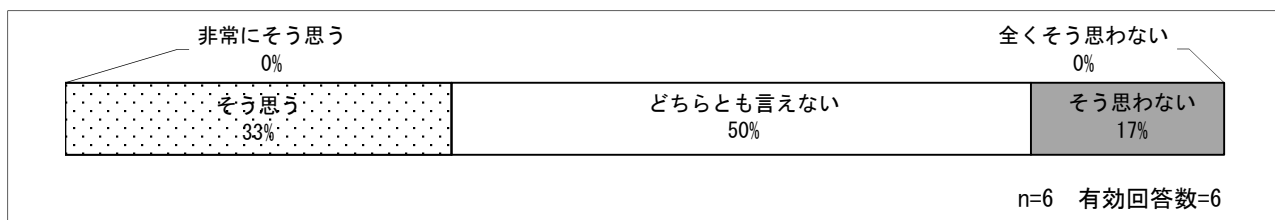


- 設問1 (1) 医療機関によって退院支援・調整の対応が異なると感じている事業所は100%
- 設問1 (2) 退院前カンファレンスに必ず参加できている事業所は約50%
- 設問1 (3) 患者・家族が十分説明を受けて理解していると回答した事業所は約17%
- 設問1 (4) 病院の主治医、連携担当者と連携がとれていると回答した事業所は約34%

(5) 入院時に、病院に対して在宅時の状況について情報提供するなど適切な連携がとれている。



(6) 病院から事業所職員への適切な情報提供が行われている。

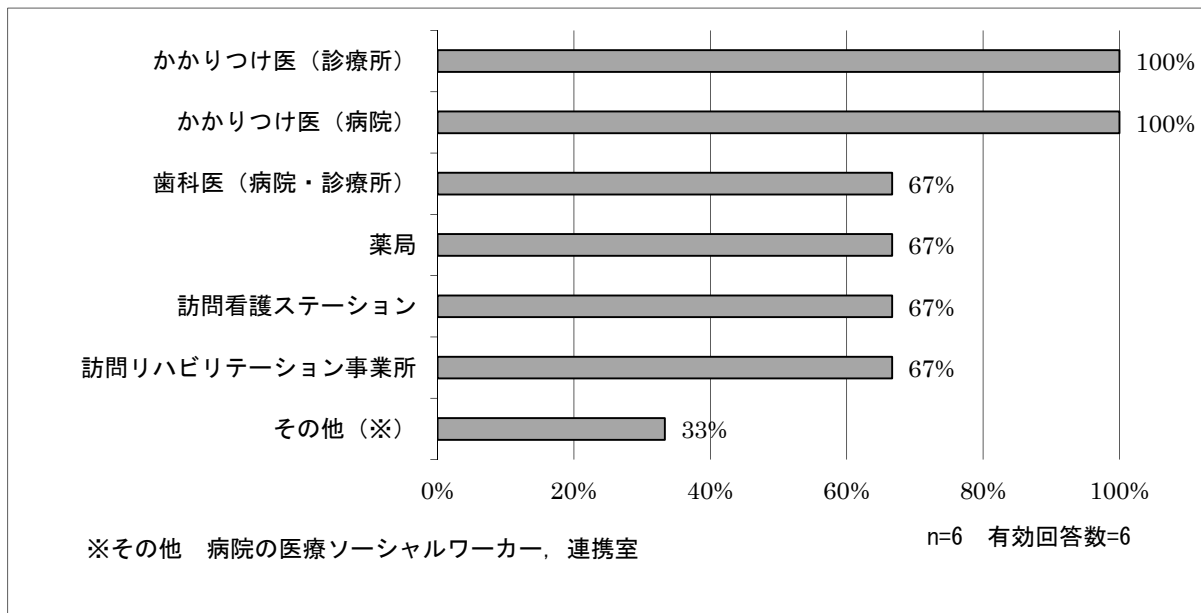


設問 1 (5) 入院時に、病院へ在宅時の状況を情報提供できている事業所は約 33%

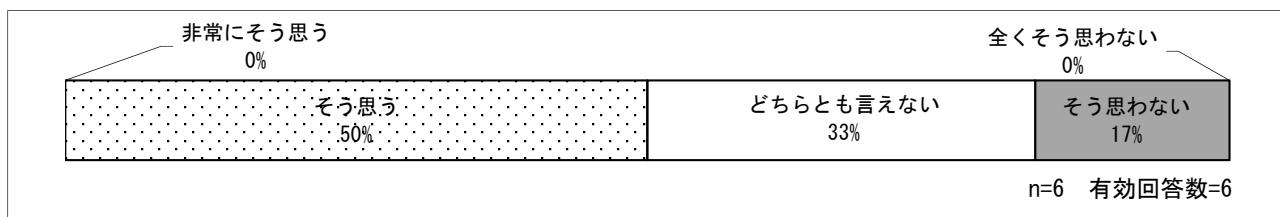
設問 1 (6) 病院から適切な情報提供が行われていると回答した事業所は約 33%

設問2：日常の療養支援について

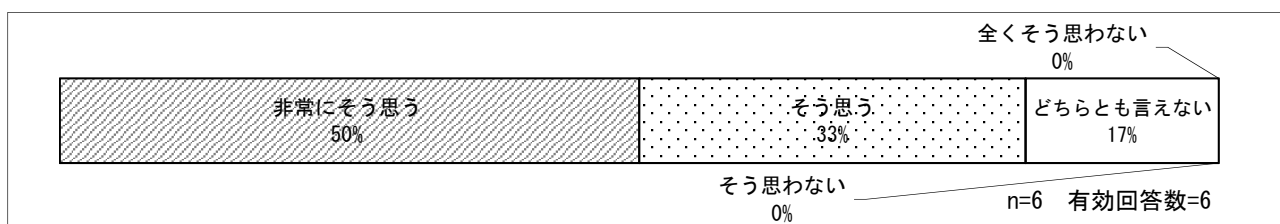
(1) 日常の療養支援において、連携を強化したい関係者を選んでください。(複数回答可)



(2) 主治医意見書が期限内に提出されている。

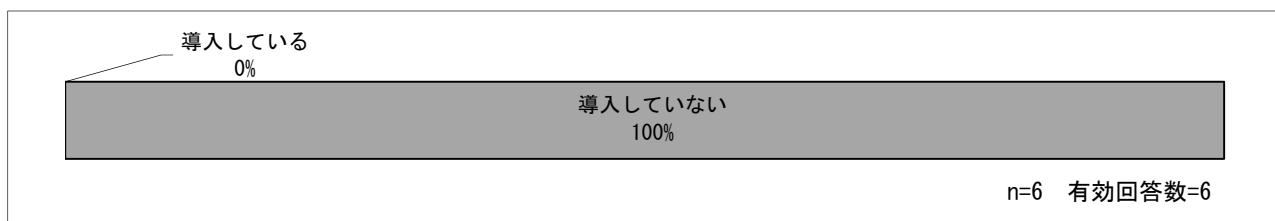


(3) 多職種連携を円滑に進めるため、情報共有するシステムや書式 (連絡票など) を作成し、運用すべきである。

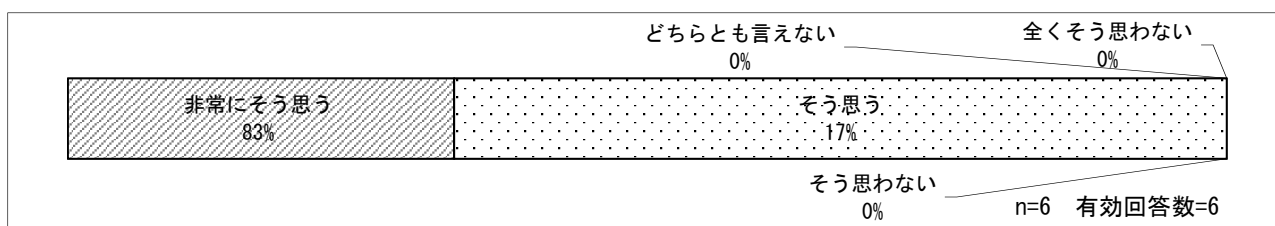


- 設問2 (1) 診療所・病院のかかりつけ医との連携強化を100%の事業所が希望している。
 設問2 (2) 主治医意見書が期限内に提出されていると答えた事業所は約50%
 設問2 (3) 多職種連携を進めるために情報共有システム等を運用すべきと回答した事業所は約88%

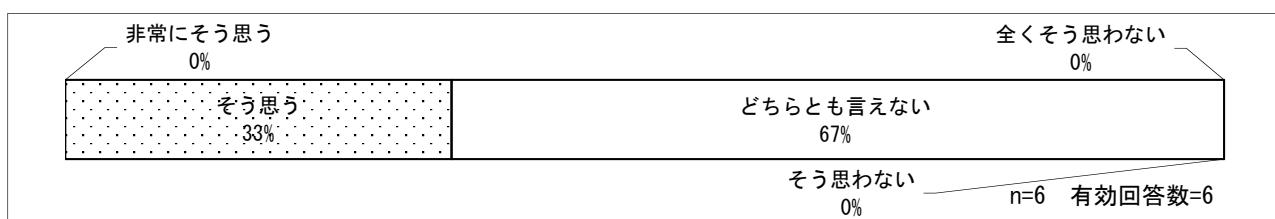
(4) すでに、そういったシステムや仕組みを導入している。



(5) 多職種との連携強化のためには、連携する関係者との研修機会は、もっとあった方が良いでしょう。



(6) 多職種との「顔が見える連携（日常的に気軽に交流できる関係）」ができています。



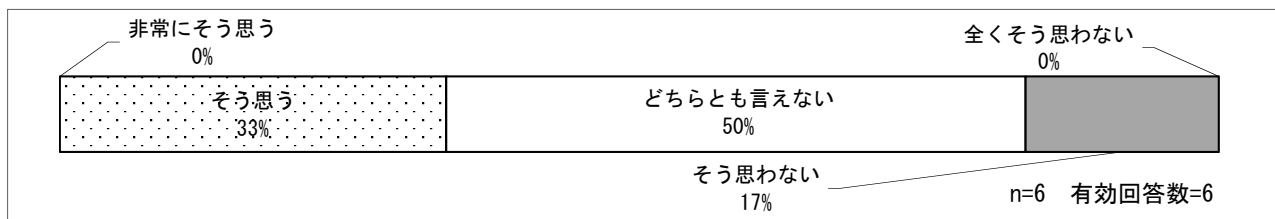
設問 2 (4) 既にそういったシステムの導入をしている事業所は0%

設問 2 (5) 連携する関係者との研修機会が増えることを希望している事業所は100%

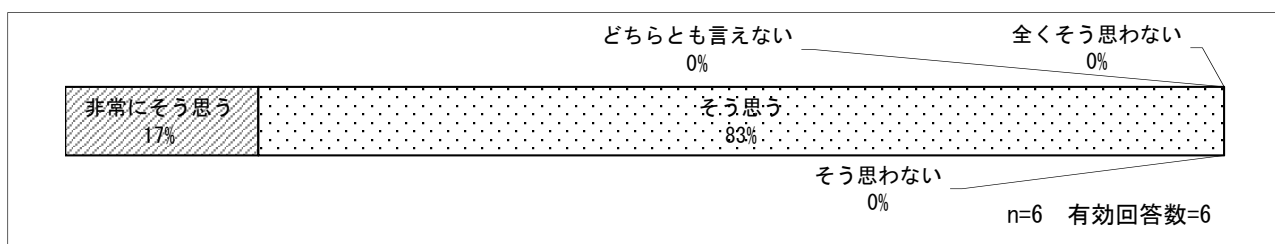
設問 2 (6) 多職種との顔が見える連携ができていると回答した事業所は約33%

設問3：急変時の対応について

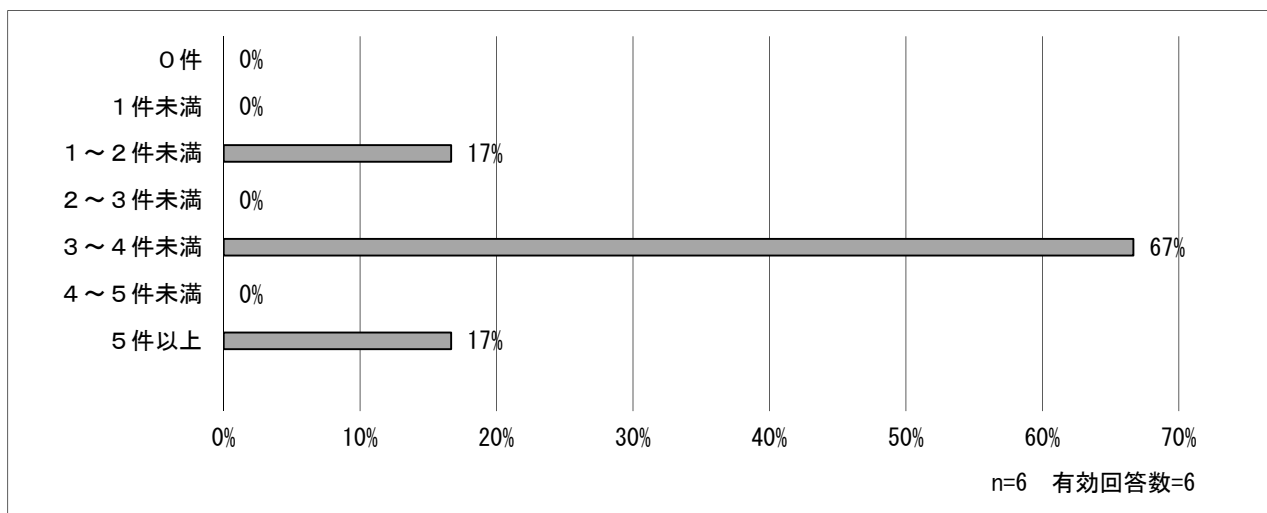
(1) 急変時の対応について、かかりつけ医と情報共有・連携ができています。



(2) 休日や夜間に対応可能な地域の医療資源（訪問診療，訪問看護など）が不足していると感じることがある。

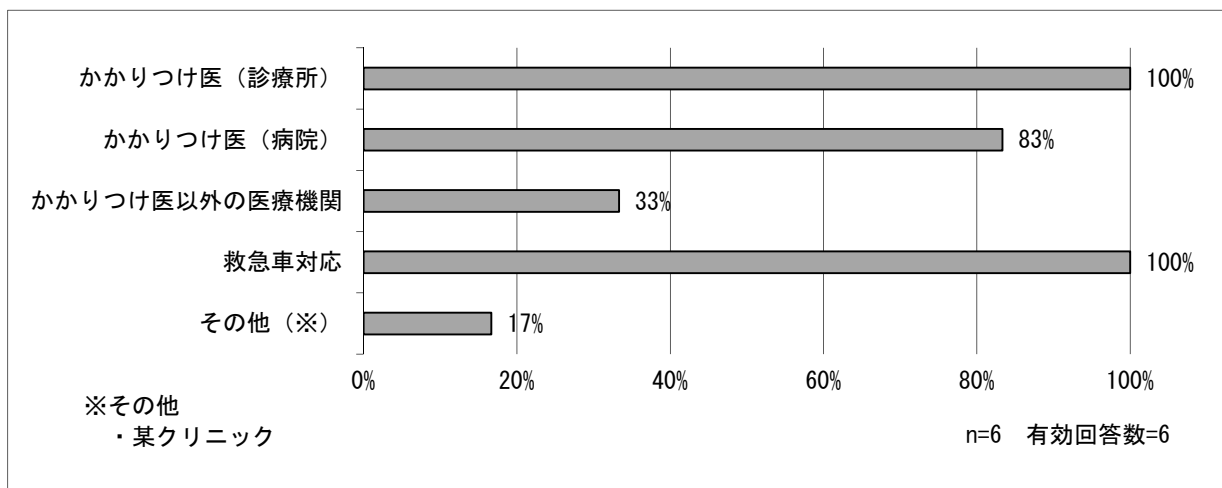


(3) 貴事業所において、利用者の容態が急変し病院受診が必要となるケースは月にどれくらいありますか。件数を記載願います。

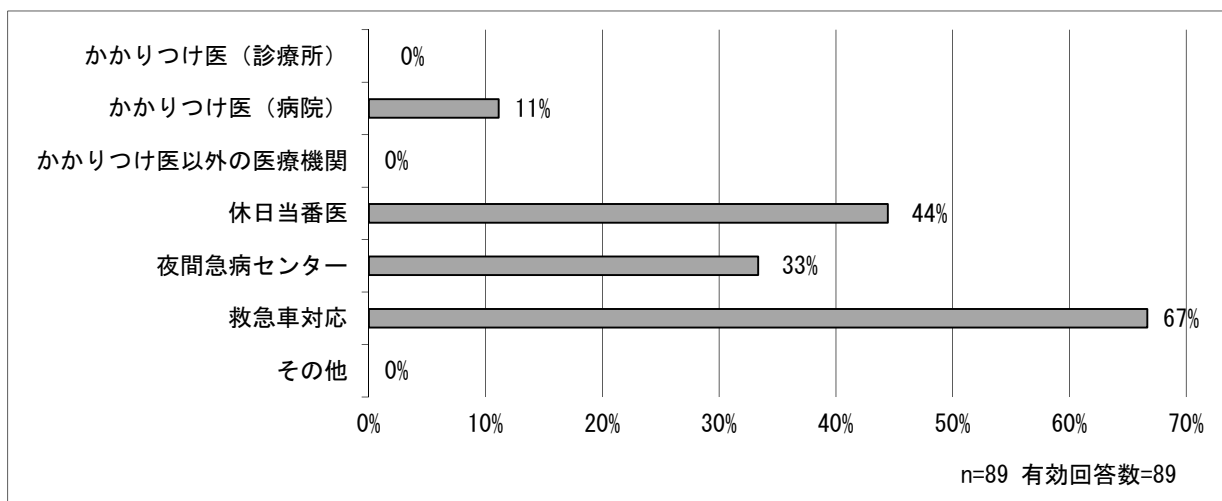


設問3 (1) 急変時にかかりつけ医と連携ができていていると感じている事業所は約33%
 設問3 (2) 休日や夜間の医療資源が不足していると感じている事業所は100%
 設問3 (3) 利用者の容態の急変により病院受診が必要なケースは平均3件 (19/6)

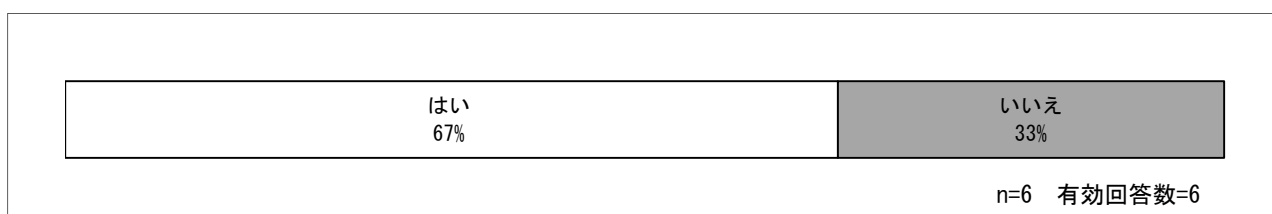
(4) ア 日中に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



(4) イ 夜間休日に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



(5) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがありますか。

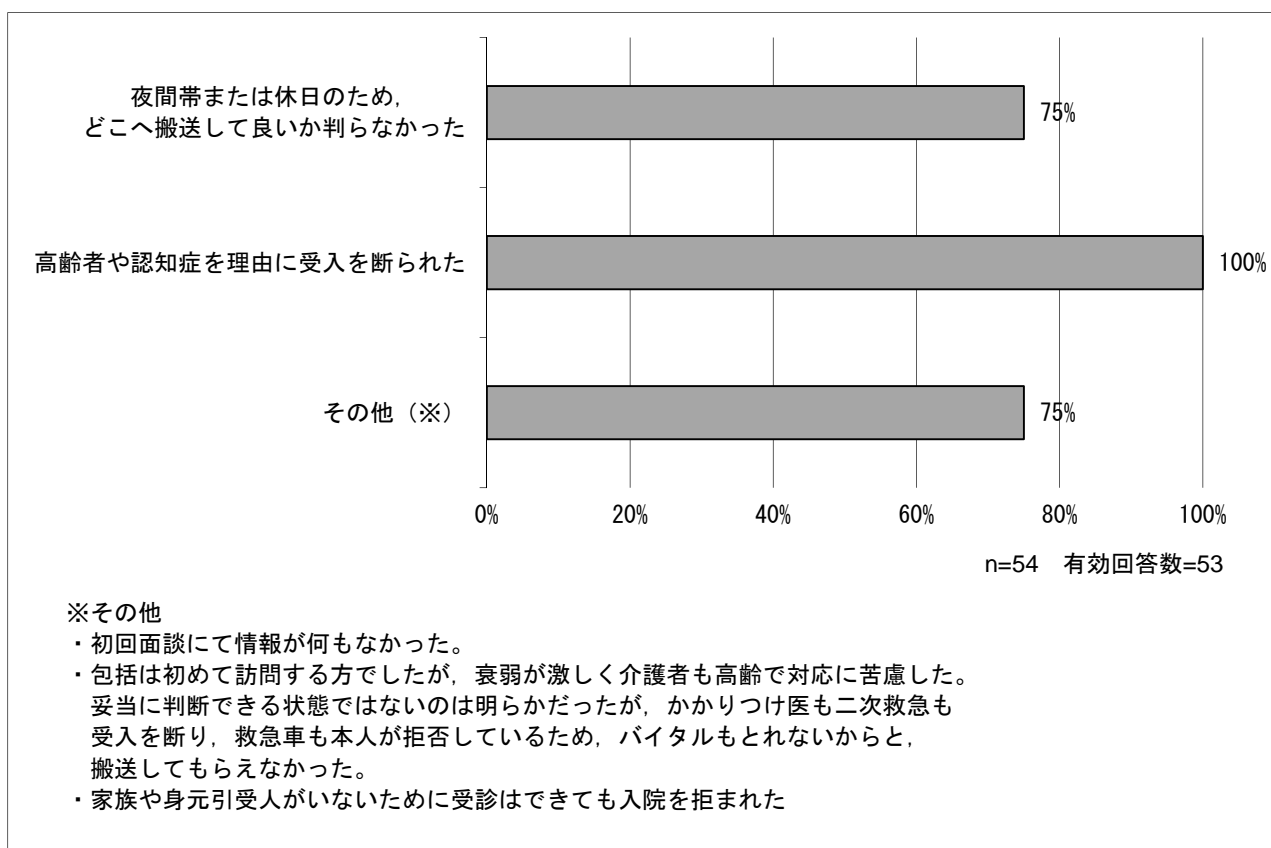


設問3 (4) ア 日中の容態急変時に100%がかかりつけ医 (診療所)、救急車対応をとっている。

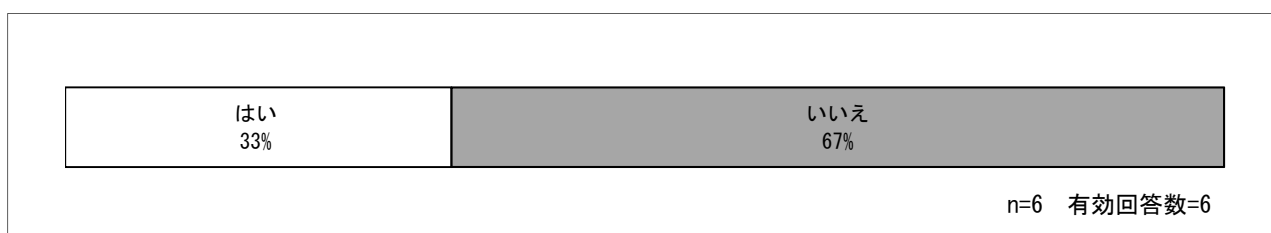
設問3 (4) イ 夜間・休日の容態急変時に約67%が救急車対応をとっている。

設問3 (5) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがある事業所は約67%

(6) 上記(5)で「はい」と答えた方にお聞きします。具体的にどのようなことで苦慮されましたか。(複数選択可)



(7) 貴事業所では容態急変時のマニュアルが定められていますか。



設問3(6) 高齢者や認知症を理由に受入を断られた事業所は100%
設問3(7) 容体急変時のマニュアルが定められている事業所は約33%

(8) 現状の救急医療体制に何か不満があればお書きください。

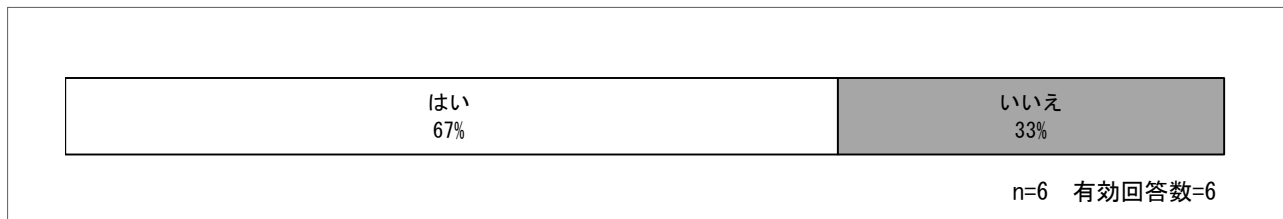
- ・ 認知症悪化で受診拒否がある場合に、病院側では受診してもらわなければ診療等ができないと言われること。
- ・ 判断能力の低下した方の搬送について、条例なども必要になってくるのではないか。
- ・ 判断能力の低下している方が救急車を拒否し、救急搬送できなかった際、家族が受け入れ先を頼み込んで探して搬送できたが、現状の体制全体に不満が残る。
- ・ 受入医療機関が少ない。
- ・ 独居や身寄りのない方への対応で、好意で付き添った民生委員や近隣住民、ケアマネやヘルパー等に対し、書面による同意等を強いる場合が多々あること。

(9) 救急体制を強化してもらいたい診療科があればお書きください。

- ・ 精神科，精神科（特に午後の時間帯），認知症専門医療機関
- ・ 法的な困難さは承知した上で，精神科疾患（認知症含む）の方への精神科や，総合診療科の救急体制を強化してほしい。精神科がアウトリーチして，救急対応してもらえ各科に繋げる仕組みがあるとありがたい。

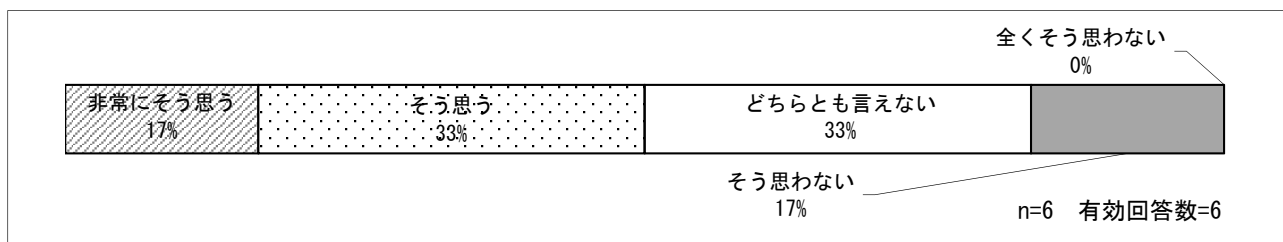
設問4：在宅での看取りについて

(1) 在宅での看取りに関わった経験がある。

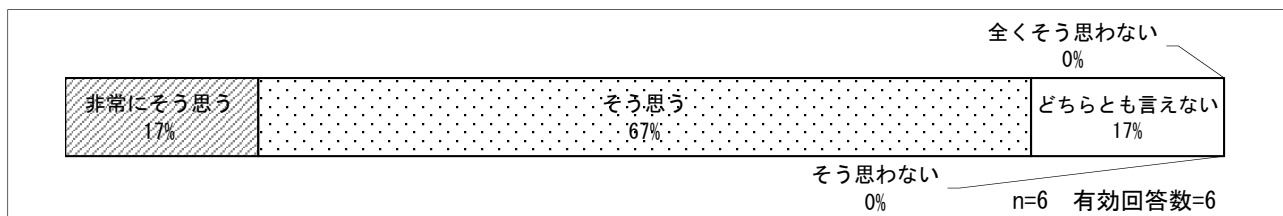


(2) 在宅で看取りをすることは、事業所職員にとって負担が大きい。

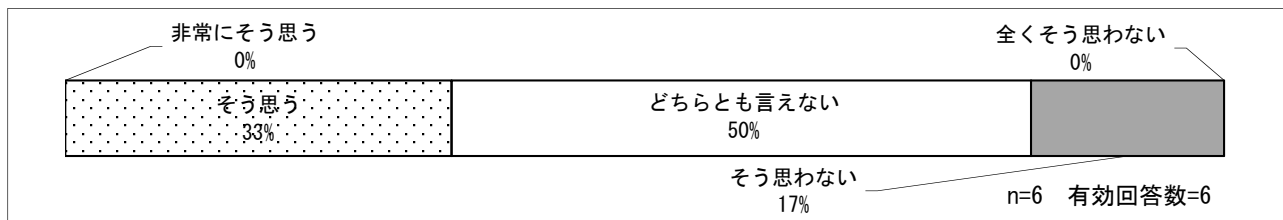
※看取りに関わった経験の有無に拘らずお答えください。



(3) 今後、在宅で看取るケースは増えていくと感じる。



(4) 在宅で看取りをするために連携できる医師がいる。



- 設問4 (1) 在宅での看取りに関わった経験がある事業所は約67%
- 設問4 (2) 在宅での看取りは負担が大きいと感じている事業所は約50%
- 設問4 (3) 今後、在宅で看取るケースが増えていくと感じている事業所は約84%
- 設問4 (4) 在宅で看取りをするために連携できる医師がいる事業所は約33%

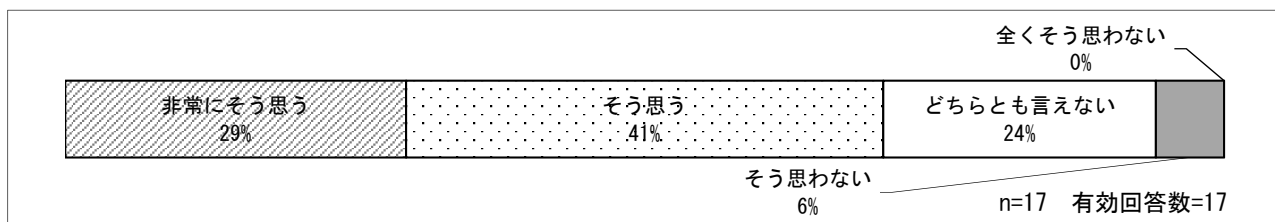
設問5：設問1～4までに關し、問題と思うことと、その解決策をお書きください。

- ・ 認知症患者が増え続ける中、独居生活を送っている方も多い。
そのような方々に緊急対応が必要となった場合、受入してもらう医療機関が少なく、また入院にならずに在宅に戻った場合、地域住民同士で見えていくシステムもなく、更に状況が悪化する恐れがある。
- ・ 設問1：医療機関によって体制や考え方が違うので、一概に統一してほしいというのは、難しいと思う。とても、細かく連携できるところもあるが、包括や居宅ケアマネに丸投げになっている所もある。市立病院は最低でも介護保険の申請代行は、市の一環でもあり行うべきだと思う。
設問2：主治医意見書について、3ヶ月以上来ないところがあり、利用者がサービスを継続できるかと、不安で眠れないなどあり本当に困っている。解決策は記載してもらう以外にないが、ケアマネジャーからだと、強く言えないので、市から言ってほしい。(3)以前書式がありましたが、使いにくく活用に至らなかった。統一した書式があるといいと思うので、作り直したらどうか。
設問3：記載した内容のとおり。こういったケースは複数ある。緊急搬送の判断は、妥当な判断力の低下した認知症の方はもとより、ご家族も適切に情報提供できる訳ではないのは、理解されていると思うが、介護職も報告の仕方は未熟。緊急性のトリアージも、もう少し訓練してほしい。また、介護関係者や福祉職も、医療機関が必要な情報についての知識として学ぶ機会が必要と思いますので、合同での研修会など、一度ではなく定期的に開催してほしい。
- ・ 個々にかかりつけ医はいるが夜間・休日の対応が出来ない医療機関が多数を占めているため、状態により救急車要請までの状態で無いときに医療機関を探すのに困難を感じる時がある。24時間対応病院があると助かる。
- ・ リスクを理由に医療機関が全く権限のない第三者に対し、書類の取り交わしや日常の支援を強いる場合があること。逆に医療機関がリスクを重視しなければならない現状の法体制に課題を感じる。医師の権限や支援者の立場が十分に守られていないため、条例等で権利や権限を保障する等の手立てが必要と考える。
在宅の支援者は、特に夜間の救急搬送等では、入院がかなわなかった場合に次の手立てがないため、夜間の付き添いや緊急ショートステイ等、受入体制を整える必要を感じる。
入院中の日常生活を支援するための何らかの手立てが必要と感じる。医療保険、介護保険の隙間を埋めるための施策を考慮すべきと考える。
よく、病院の立場、福祉の立場という言葉が使われるが、そこに相入れないものがあるのであれば、是正すべき。入院や退院、在宅治療の継続等その時の状況が、医療側、介護側双方にとって十分な補完機能があり、対象者の自立支援に最大限寄与できる体制の構築を考慮すべきと考える。
- ・ 医療の視点と在宅介護の視点、それぞれで関わる事は重要だと考えるが、お互いの理解不足が招くトラブルも多いと思う。相互理解と協働について、前向きに検討していく協議会や研修等が必要だと考える。
- ・ 救急搬送されても、治療必要なしとの事で帰され、その後すぐに再搬送となるケースもある。独居高齢者にとってはリスクが高いと思う。

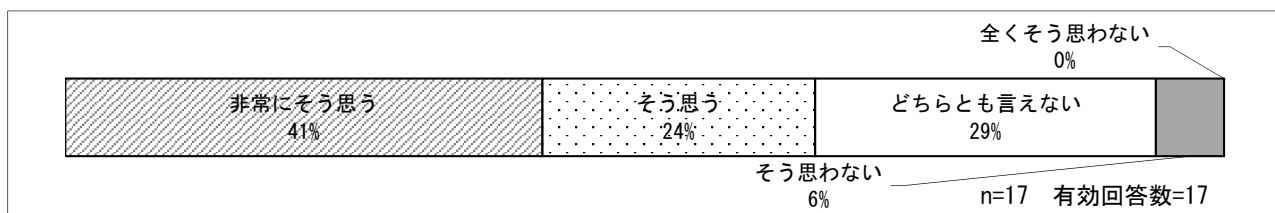
Ⅲ 訪問看護ステーション

設問1：退院支援・調整について

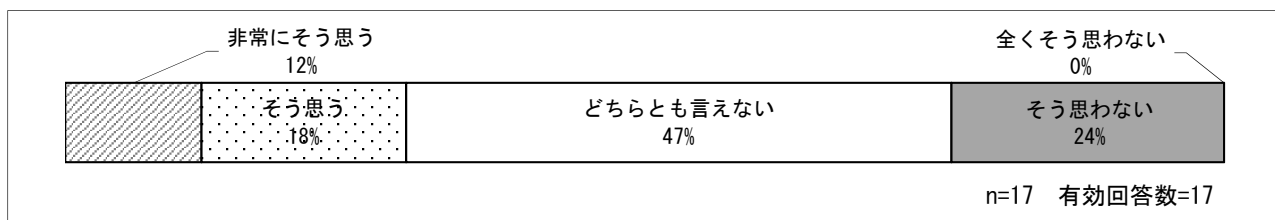
(1) 医療機関によって退院支援・調整の対応が異なり困ることがある。



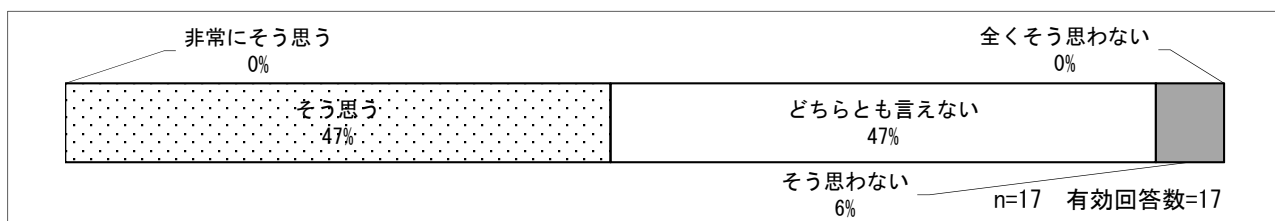
(2) 病院における退院前カンファレンスが開催される時には、必ず参加できている。



(3) 退院時に、利用者・家族は病状について病院の主治医・看護師等から十分説明を受けて理解している。

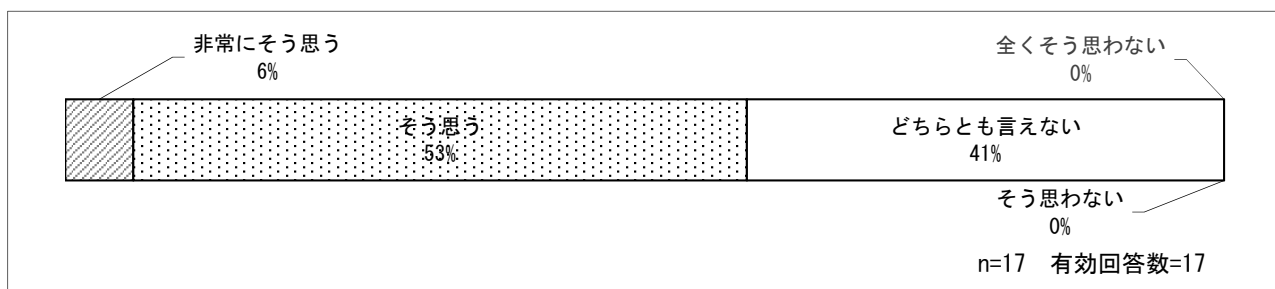


(4) 退院時に、病院の主治医または連携担当者（地域連携室など）と円滑な連携がとれている。

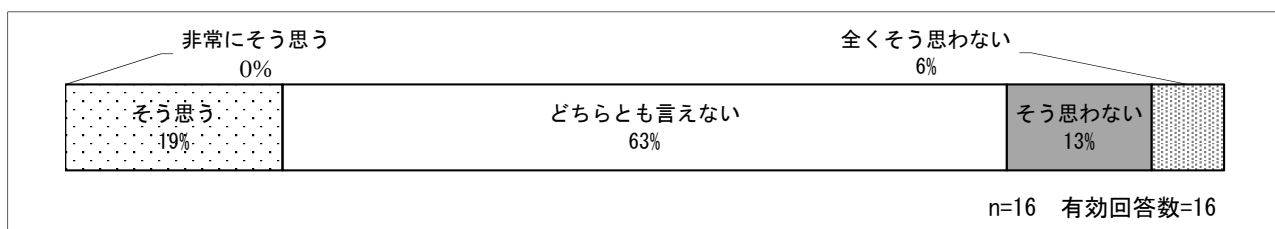


- 設問1 (1) 医療機関によって退院支援・調整の対応が異なると感じている事業所は約70%
- 設問1 (2) 退院前カンファレンスに必ず参加できている事業所は約65%
- 設問1 (3) 利用者・家族が十分説明を受けて理解していると回答した事業所は約30%
- 設問1 (4) 病院の主治医、連携担当者と連携がとれていると回答した事業所は約47%

(5) 入院時に、病院に対して在宅時の状況について情報提供するなど適切な連携がとれている。



(6) 病院から事業所職員への適切な情報提供が行われている。

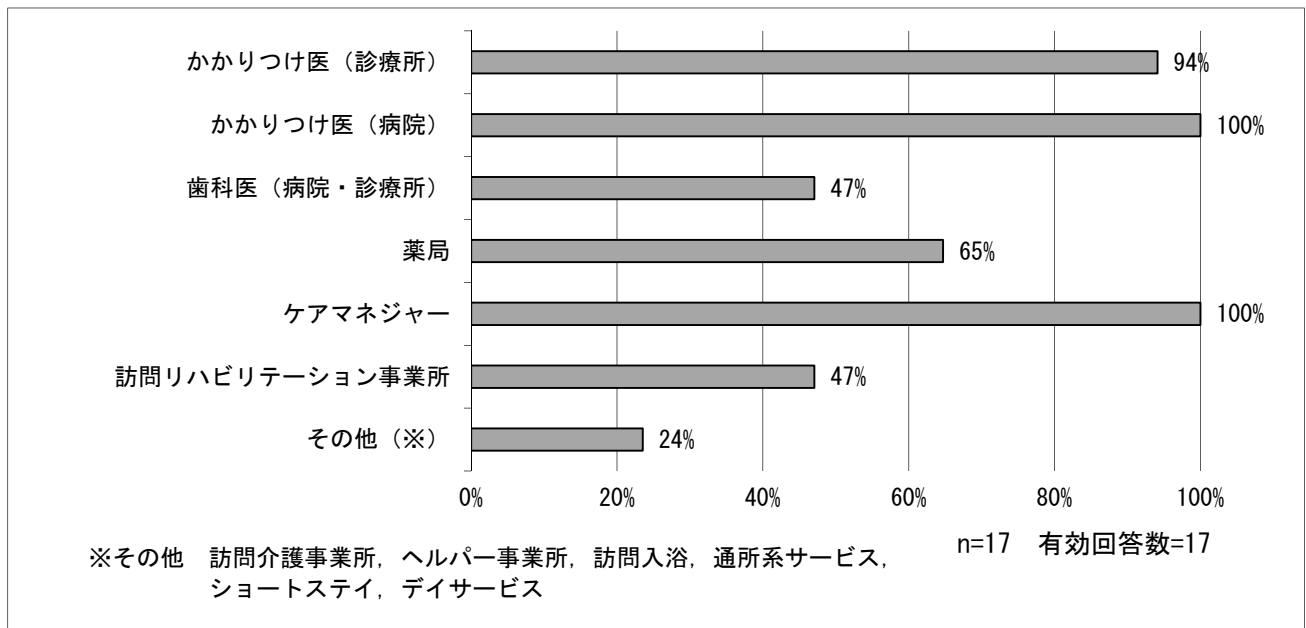


設問 1 (5) 入院時に、病院へ在宅時の状況を情報提供できている事業所は約 59%

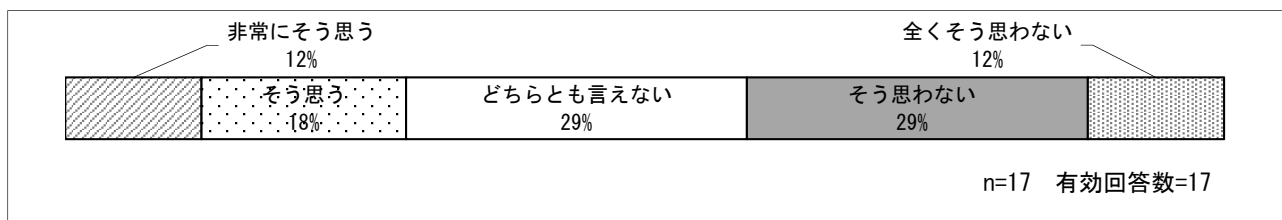
設問 1 (6) 病院から適切な情報提供が行われていると回答した事業所は約 19%

設問2：日常の療養支援について

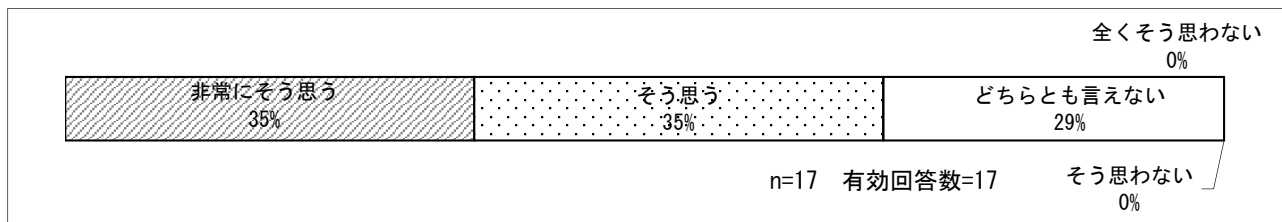
(1) 日常の療養支援において、連携を強化したい関係者を選んでください。(複数回答可)



(2) 医師からの訪問看護指示書は遅延なく提出されている。

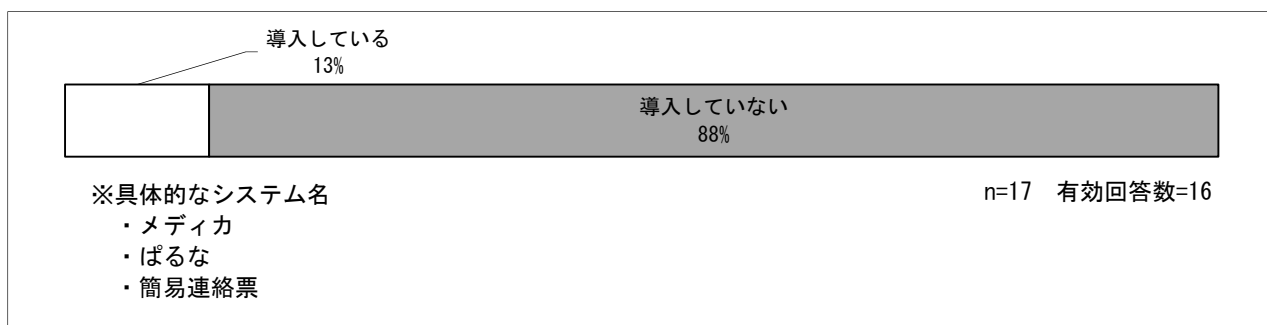


(3) 多職種連携を円滑に進めるため、情報共有するシステムや書式 (連絡票など) を作成し、運用すべきである。

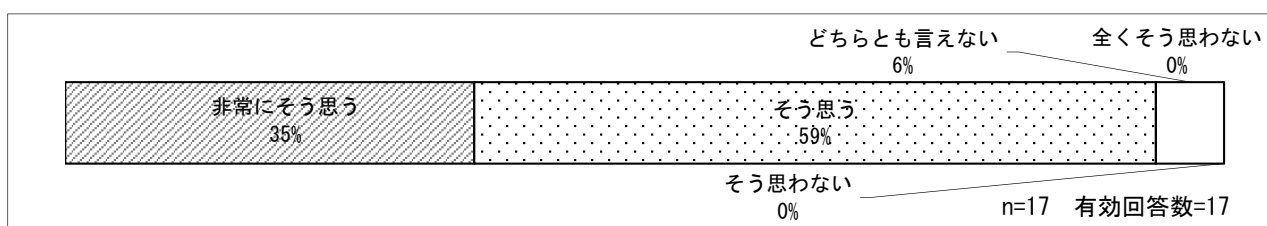


- 設問2 (1) 診療所・病院のかかりつけ医, ケアマネジャーとの連携強化を9割以上が希望している。
- 設問2 (2) 訪問看護指示書が期限内に提出されていると答えた事業所は約30%
- 設問2 (3) 多職種連携を進めるために情報共有システム等を運用すべきと回答した事業所は約70%

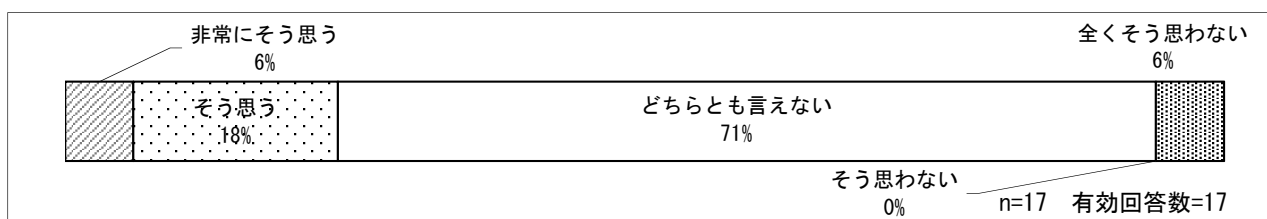
(4) すでに、そういったシステムや仕組みを導入している。



(5) 多職種との連携強化のためには、連携する関係者との研修機会は、もっとあった方が良いと思う。



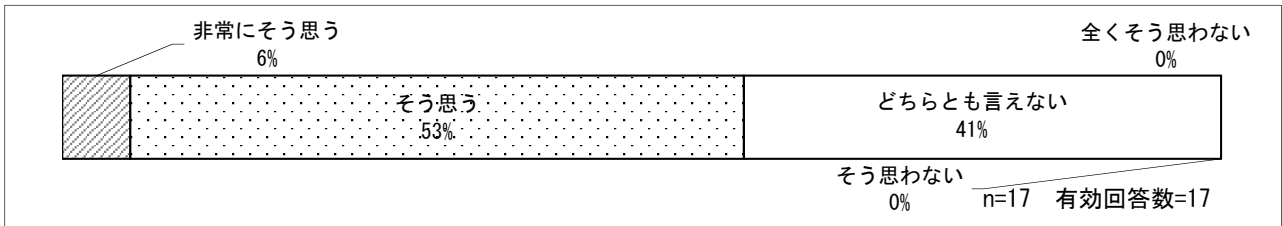
(6) 多職種との「顔が見える連携（日常的に気軽に交流できる関係）」ができています。



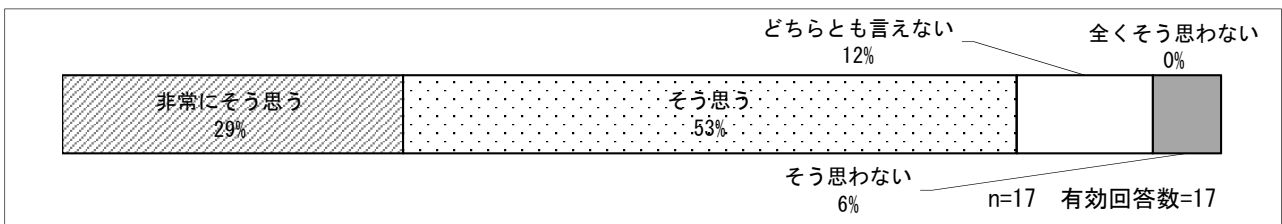
- 設問 2 (4) 既にそういったシステム等の導入をしている事業所は約 13%
- 設問 2 (5) 連携する関係者との研修機会が増えることを希望している事業所は約 94%
- 設問 2 (6) 多職種との顔が見える連携ができていると回答した事業所は約 24%

設問3：急変時の対応について

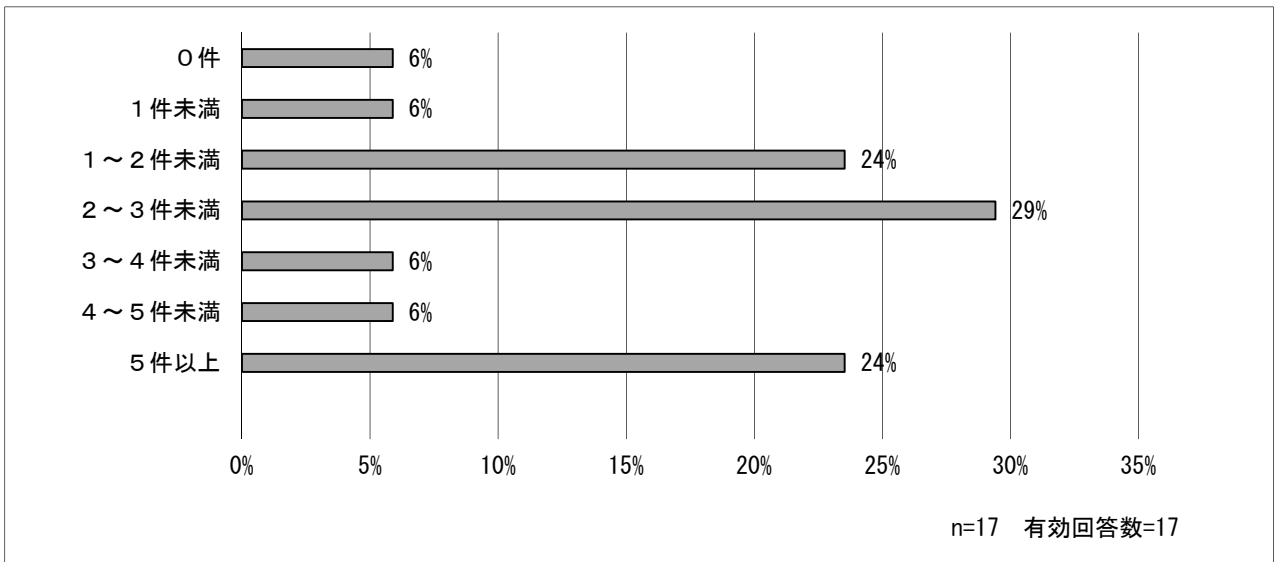
(1) 急変時の対応について、かかりつけ医と情報共有・連携ができています。



(2) 休日や夜間に対応可能な地域の医療資源（訪問診療，訪問看護など）が不足していると感じることがある。



(3) 貴事業所において、利用者の容態が急変し病院受診が必要となるケースは月にどれくらいありますか。件数を記載願います。

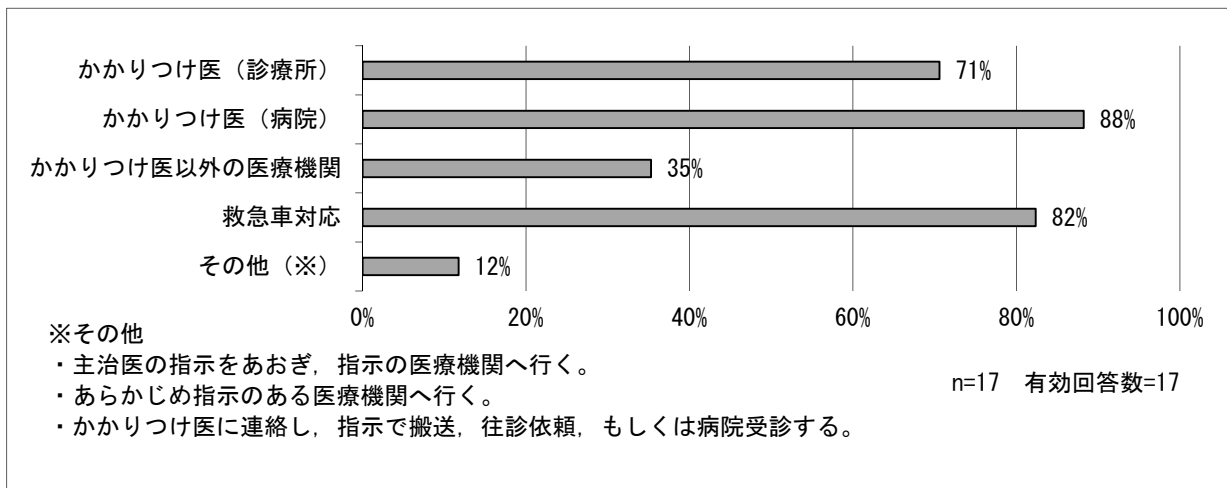


設問3 (1) 急変時にかかりつけ医と連携ができていていると感じている事業所は約59%

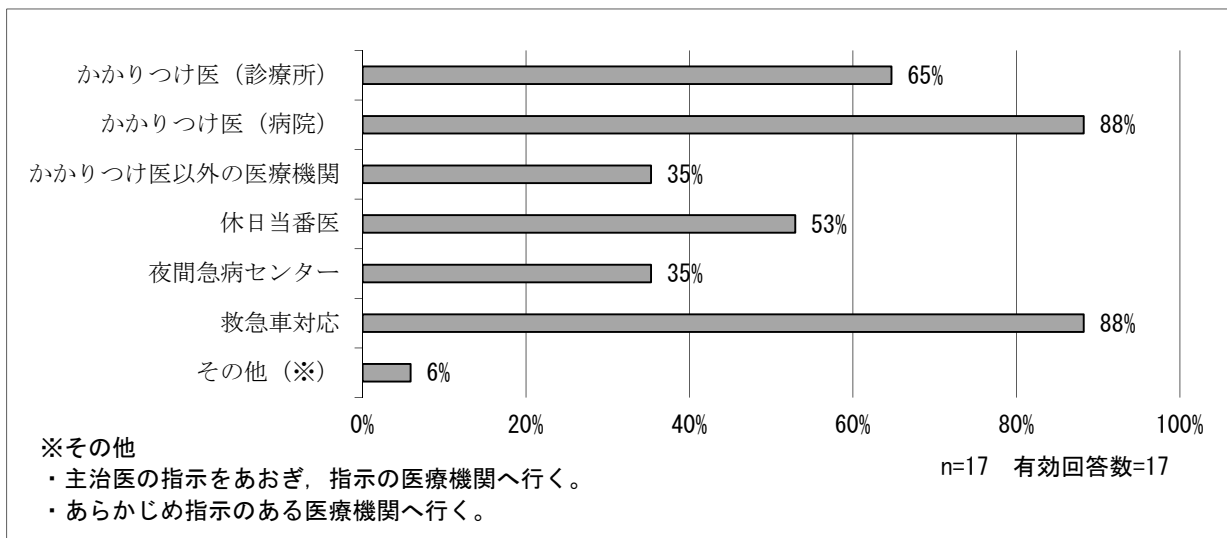
設問3 (2) 休日や夜間の医療資源が不足していると感じている事業所は約82%

設問3 (3) 利用者の容態の急変により病院受診が必要なケースは平均3件 (45/17)

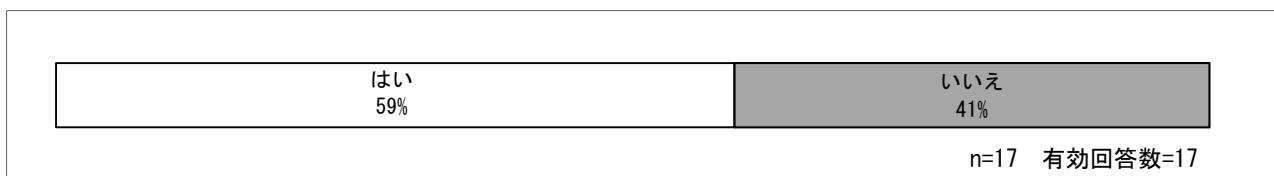
(4) ア 日中に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



(4) イ 夜間休日に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



(5) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがありますか。

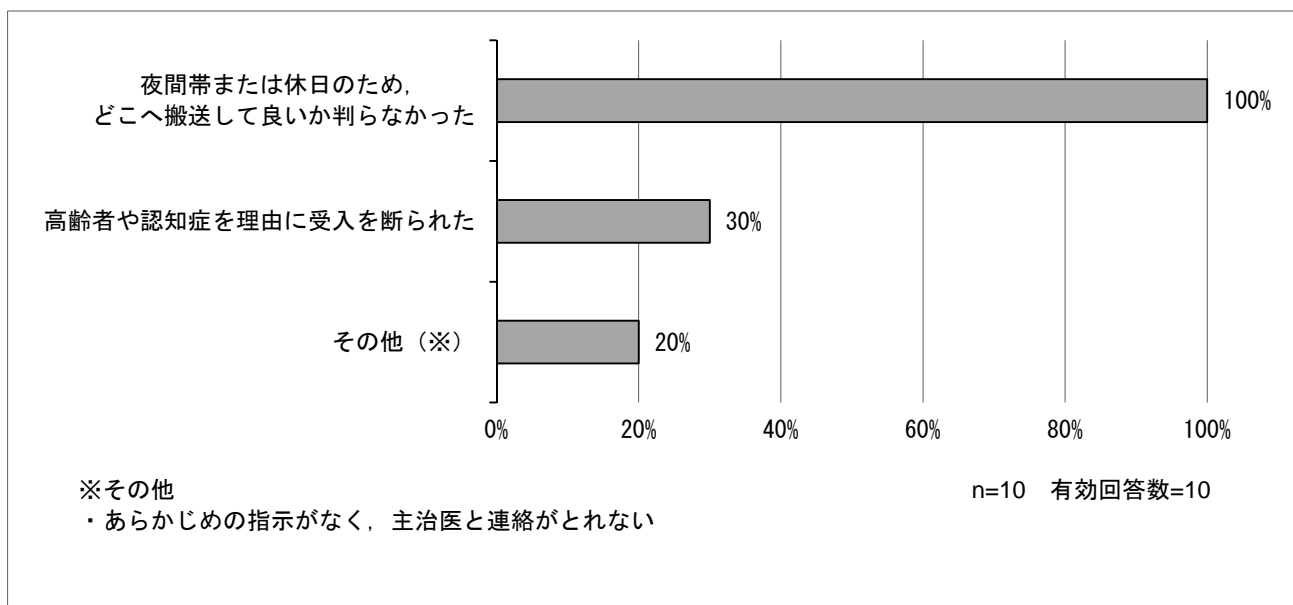


設問3 (4) ア 日中の容態急変時に約8割以上が、かかりつけ医 (病院) または、救急車対応をとっている。

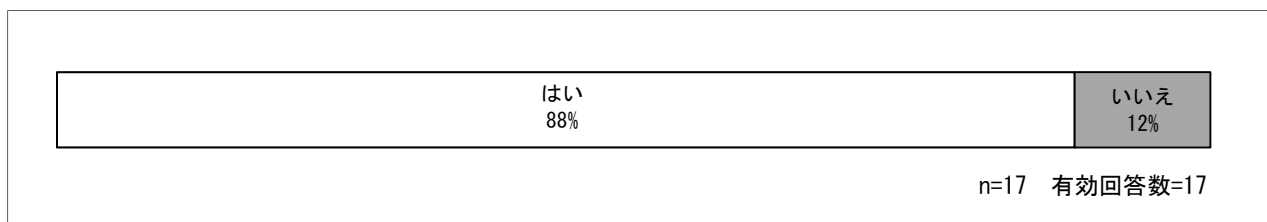
設問3 (4) イ 夜間・休日の容態急変時に約88%がかかりつけ医 (病院) または、救急車対応をとっている。

設問3 (5) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがある事業所は約59%

(6) 上記(5)で「はい」と答えた方にお聞きします。具体的にどのようなことで苦慮されましたか。(複数選択可)



(7) 貴事業所では容態急変時のマニュアルが定められていますか。



設問3(6) 夜間帯または休日でも搬送先が判らず苦慮した事業所は100%

設問3(7) 容体急変時のマニュアルが定められている事業所は約88%

(8) 現状の救急医療体制に何か不満があればお書きください。

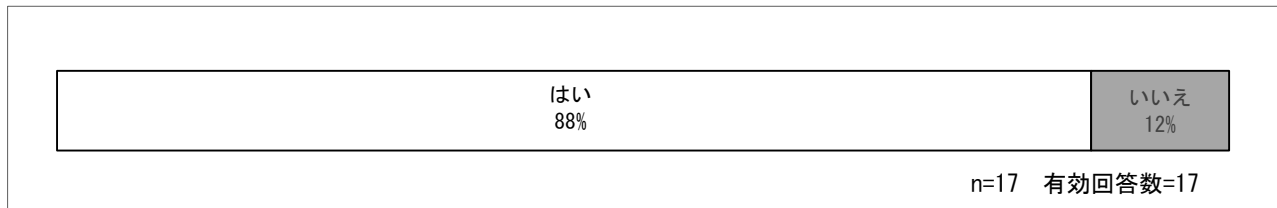
- ・ かかりつけの病院があっても、みれないと断られることがあり、受診したことのない病院へまわされ、患者や家族が不安になることがある。
- ・ 家庭医と日常的に連携をとってほしいと思う。
- ・ 夜間等かかりつけの病院でも、診察してもらえないことがある。
- ・ 夜間急病センターの対応できるパワーが不足している。
- ・ 訪問看護において急変時やむをえず救急車依頼をすることもある。受け入れ病院が決定している場合（多くは主治医の所属病院）はスムーズだがそれ以外救急隊が受け入れ病院をさがす際ずいぶん時間がかかって出発することがあった。（主治医がクリニック等の場合二次救急へと言われることが多い。）
- ・ 函館市の病院、全く救急を受けてもらえない。
- ・ かかりつけ医が急変時の対応をしてくれることが少なく、二次救急へという指示になる。また、かかりつけ医からの指示で二次救急へ搬送する時、二次救急側ですぐ受け入れてもらえないことがある。
- ・ 急変で救急者を呼んだ際、行き先が決まらず、なかなか出発しなかった。

(9) 救急体制を強化してもらいたい診療科があればお書きください。

- ・ 精神科（認知症があってもみてほしい）
- ・ 高齢者の状態変化に対応できる診療科、
- ・ 全て、24時間対応の救急病院があれば。
- ・ 内科3件、整形外科2件、脳神経外科2件、循環器科、呼吸器科

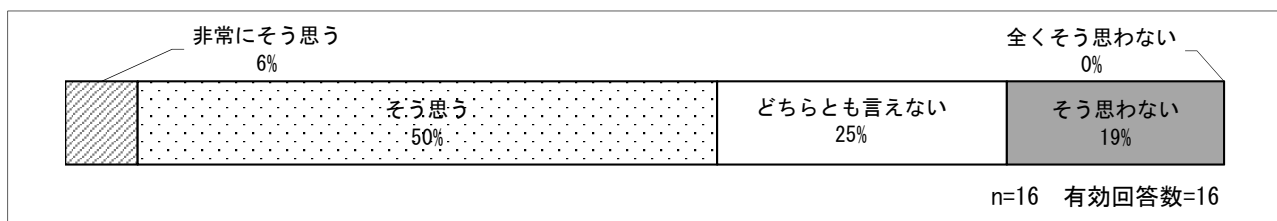
設問4：在宅での看取りについて

(1) 在宅での看取りに関わった経験がある。

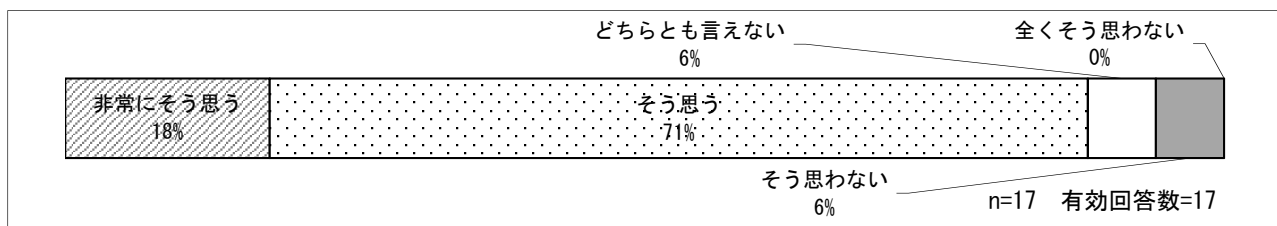


(2) 在宅で看取りをすることは、事業所職員にとって負担が大きい。

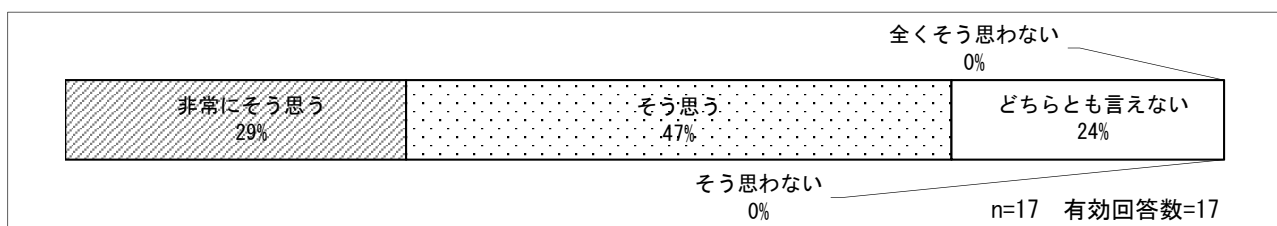
※看取りに関わった経験の有無に拘らずお答えください。



(3) 今後、在宅で看取るケースは増えていくと感じている。



(4) 在宅で看取りをするために連携できる医師がいる。



- 設問4 (1) 在宅での看取りに関わった経験がある事業所は約88%
- 設問4 (2) 在宅での看取りは負担が大きいと感じている事業所は約56%
- 設問4 (3) 今後、在宅で看取るケースが増えていくと感じている事業所は約89%
- 設問4 (4) 在宅で看取りをするために連携できる医師がいる事業所は約76%

設問5：設問1～4までに關し、問題と思うことと、その解決策をお書きください。

- ・ 病院によって対応に差がある。指示書をなかなか書いてくれない医師がいる。大半は書いてくれるが。
- ・ かかりつけの科に病状変化があり、受診を希望しても、担当者不在や時間外を理由に断られることがある。病院の医師にもう少し在宅を知ってもらいたい。興味をもっていただきたい。在宅療養を知ってもらえれば、医療機関としての対応がかわってくるのではないか。
- ・ 医療機関によって、連携のとりやすさが違う。大きい病院ほど難しさを感じる。入退院だけにかかわらず、在宅部門との連携の窓口がわかりやすくなると思う。“地域連携室”一本化など。
- ・ 地域的に往診してくださる医師がいない。受診困難になった時点で往診医導入できずに、望まない入院となるケースもある。

また、往診しない医師が在宅困難と判断した時点で他の病院にまわしてしまい、病状の進行したところから新たな主治医との連携が難しかったケースがある。解決策があったら教えていただきたい。

- ・ 今から10年前より、連携に関して、訪問看護振興財団は年1回全国規模の研修をしている。その頃より、現状での問題を解決するため、退院時カンファレンス、医師との連絡、ケアマネジャーの介入を含めて嫌がられたが、私は動いてきた。報酬単価がつくと、医師会も動くようになったが、もう少し医師会全体が目線を下げることが重要と考える。他の連絡は結構スムーズでも、医師がダメだと上手くいかない。医師会が問題である。
- ・ 包括ケアシステムが導入され訪問看護師の役割が大きくなっているが、訪問看護師の役割を認識している病院が少なく急な依頼や、在宅に退院できない患者が増えている。今、地域連携とイカリングの会で連携を図っているが、現場の看護師が理解していないと難しく、病院から訪問看護ステーションに研修(1～2年)などのシステムが構築されると良いと思う。急変時など往診医では対応できない場合、バックアップ病院が地域にないと搬送できる病院がなく問題として挙げられる。地域ごとの救急当番の他、連携をとれる医療の連携が取れるシステム、協力が必要と思う。
- ・ 在宅での看取りは家族にとってかなりの重荷で、高齢者の場合、介護力は子・孫になる。家族がチームとなり、介護できるケースはまれでほとんどが対応しきれず、病院へ搬送となる。家で突然亡くなった場合の対応はできているが、呼吸がある状態ではやはり救急搬送となる。解決策は医師の協力体制だが、ハードルは高い。
- ・ ケアマネジャーの医療に対する知識が低いため、全て悪化してから訪看を依頼して来ることが多い。その間にも患者は苦しみ、家族は不安を感じながらも、そのケアマネジャーに言えないことが多い。また、癌の患者さん等はいつどのように急変するかもしれないというリスクを持っているが、特に包括で対応している人は「まだ受診できているから」と区分変更を行わず、結局状態悪化までギリギリになって急いで区分変更をかける。連携も必要であるが、きちんとした知識のうえで、利用者をフォローし早め早めに対応が必要と感じる。また、病院では緊急で救急車で搬送したくても、受付のところで救急車は困ると言われる。しかたなく吐血していても、自分の車で運び、見て貰った時には、その医師から「なんでこんな状態で救急車で来ないんだ」と怒られる。病院内での事務の人の病識の薄さから、きちんとドクターに伝わっていないことも多く、どこをどのように改善すると一番いいのか？問題が大きすぎてわからない。でも、一番困るのは、在宅ではケアマネジャーの知識

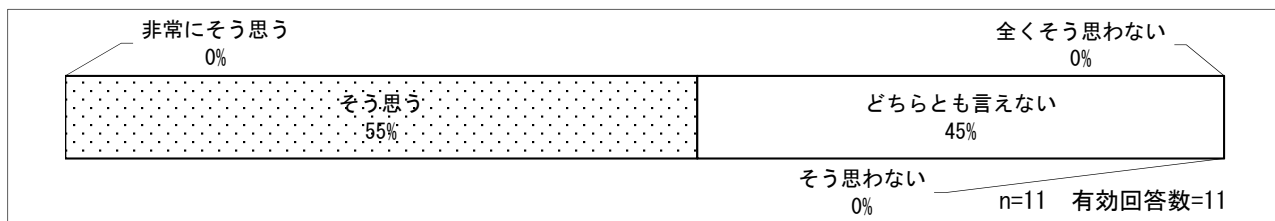
の低さが利用者の命を左右してしまうことである。

- 当施設では、看護師が在中しているので、急変時、どこの病院、科に受診すれば良いかわからないことはないが、グループホーム（看護師がいない施設）の職員から急変した時に、どうすれば良いのかわからない時に、対応に困るような様子であった。医療、病気の知識のない人間が判断するのは難しく、受診した病院に「なんで来たの？」と言われたようで、病院側もう少し施設側の気持ちをくみ取り、対応してくれれば良いのにと思ったことがある。
- 症状がそれほど重くない時でも、かかりつけ医から、二次救急受診を指示された場合、たいてい二次救急病院側で受入をスムーズに行っていただけないことが多い。患者側としては、かかりつけ医の指示なので、救急要請をしますが、かかりつけ医から二次救急病院へ直接受入要請をしてもらえれば、もう少しスムーズになるのではと思う。
- 在宅での看取りを希望されていても、最終的に病院でとなる場合があり、連携の難しさを感じている。職種間での方向性の捉え方が食い違う場合があり、ニーズがかなえられないことがあるので、互いの職種を尊重しつつ、意見していける関係作りを心掛けていきたいと考えている。

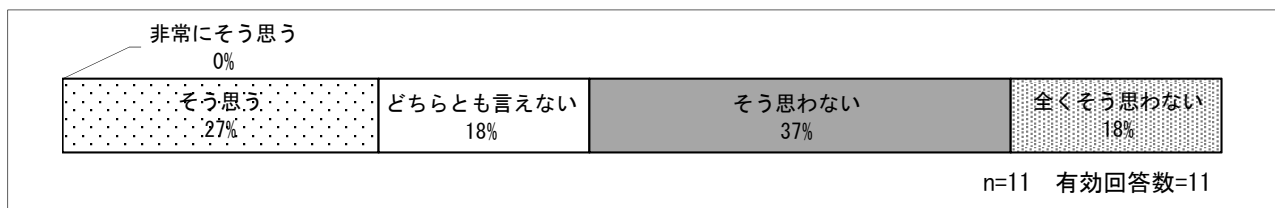
IV 訪問リハビリテーション 事業所

設問1：退院支援・調整について

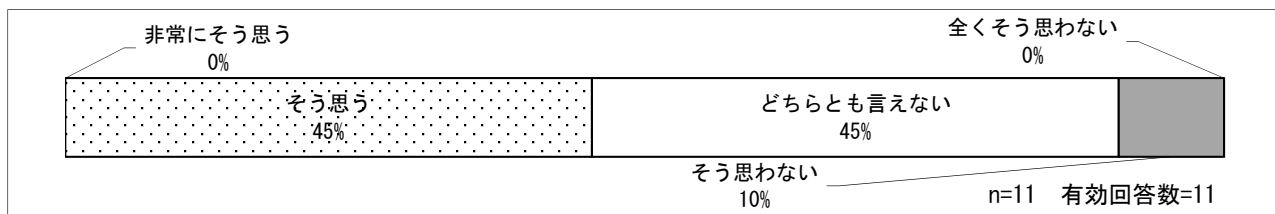
(1) 医療機関によって退院支援・調整の対応が異なり困ることがある。



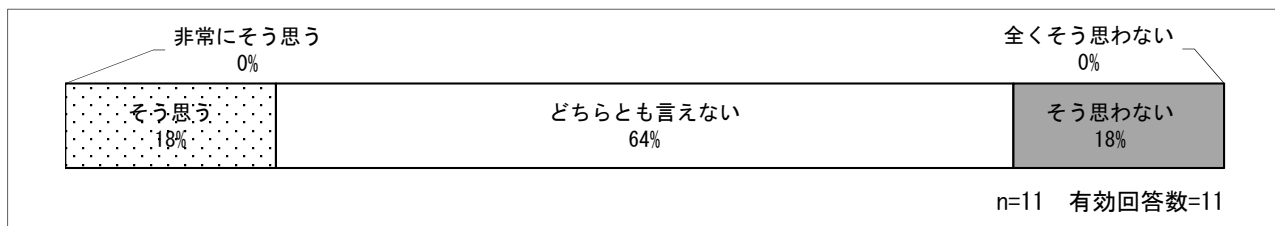
(2) 病院における退院前カンファレンスが開催される時には、必ず参加できている。



(3) 退院時に、利用者・家族は病状について病院の主治医・看護師等から十分説明を受けて理解している。

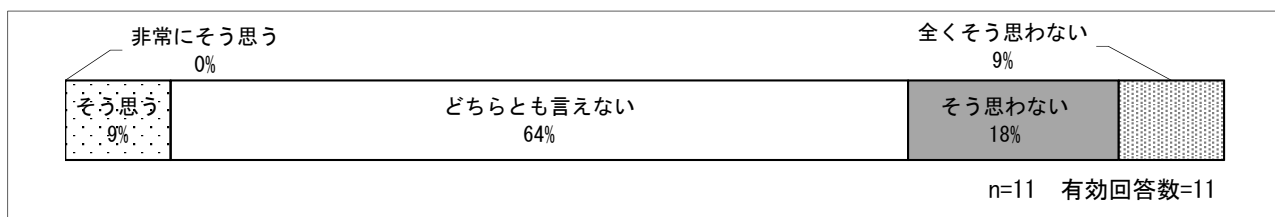


(4) 退院時に、病院の主治医または連携担当者（地域連携室など）と円滑な連携がとれている。

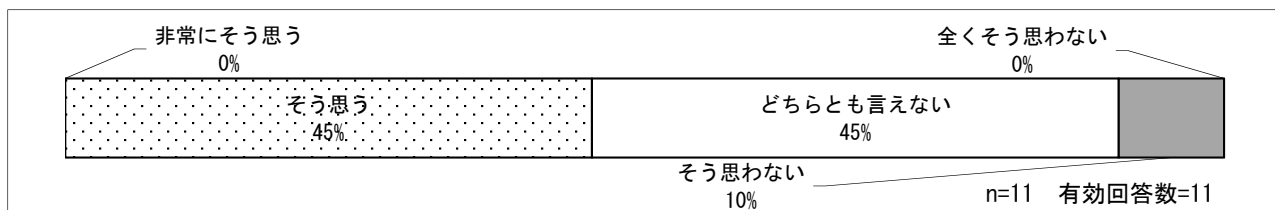


- 設問1 (1) 医療機関によって退院支援・調整の対応が異なると感じている事業所は約55%
- 設問1 (2) 退院前カンファレンスに必ず参加できている事業所は約27%
- 設問1 (3) 利用者・家族が十分説明を受けて理解していると回答した事業所は約45%
- 設問1 (4) 病院の主治医、連携担当者と連携がとれていると回答した事業所は約18%

(5) 入院時に、病院に対して在宅時の状況について情報提供するなど適切な連携がとれている。



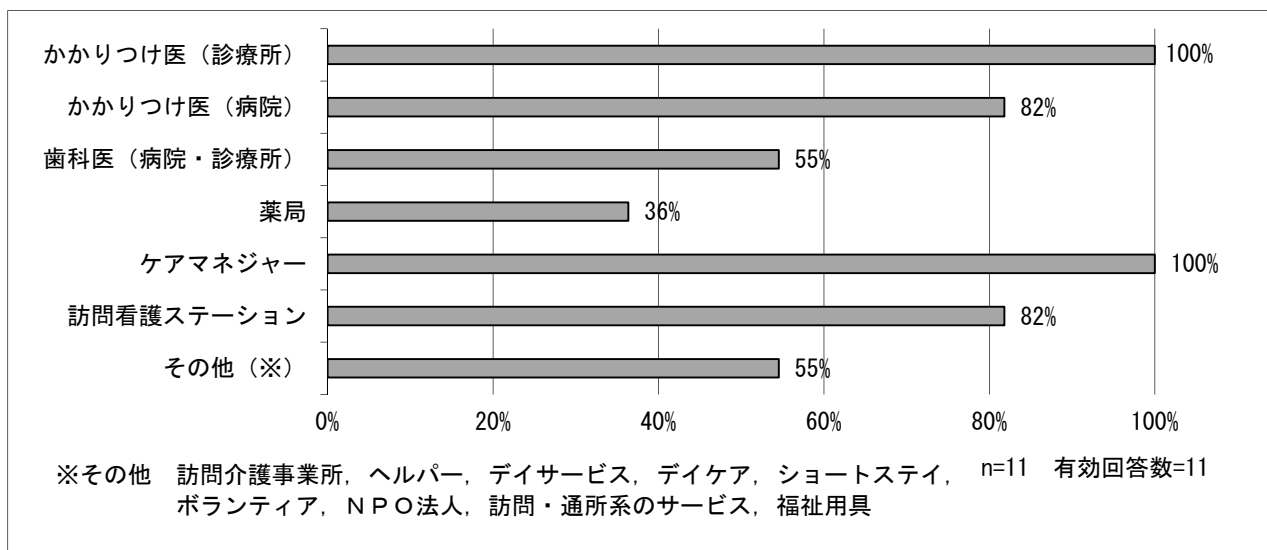
(6) 病院から事業所職員への適切な情報提供が行われている。



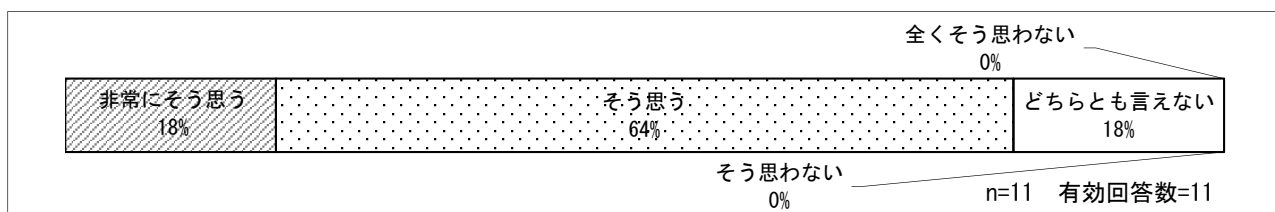
設問 1 (5) 入院時に、病院へ在宅時の状況を情報提供できている事業所は約 9 %
設問 1 (6) 病院から適切な情報提供が行われていると回答した事業所は約 4 5 %

設問2：日常の療養支援について

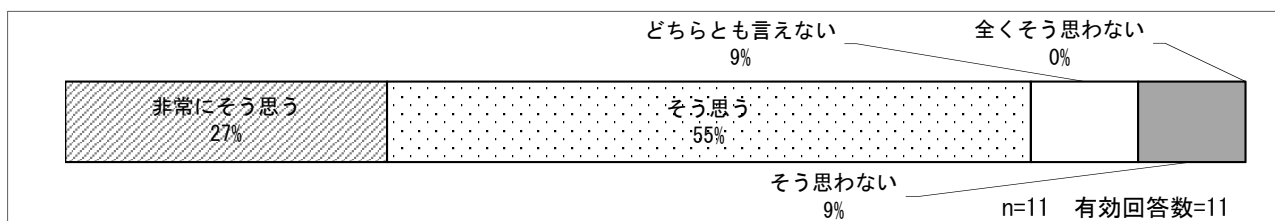
(1) 日常の療養支援において、連携を強化したい関係者を選んでください。(複数回答可)



(2) 医師からの指示書は遅延なく提出されている。

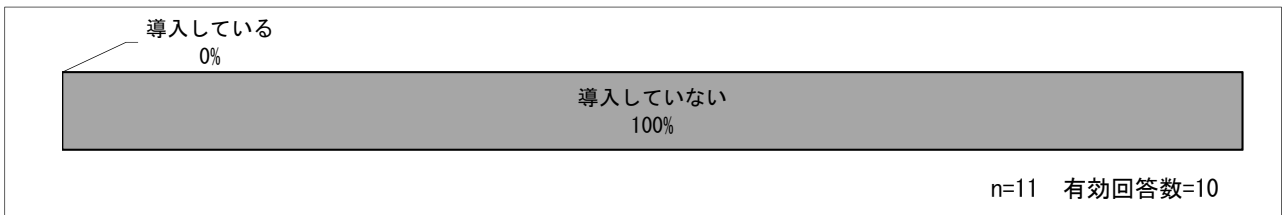


(3) 多職種連携を円滑に進めるため、情報共有するシステムや書式 (連絡票など) を作成し、運用すべきである。

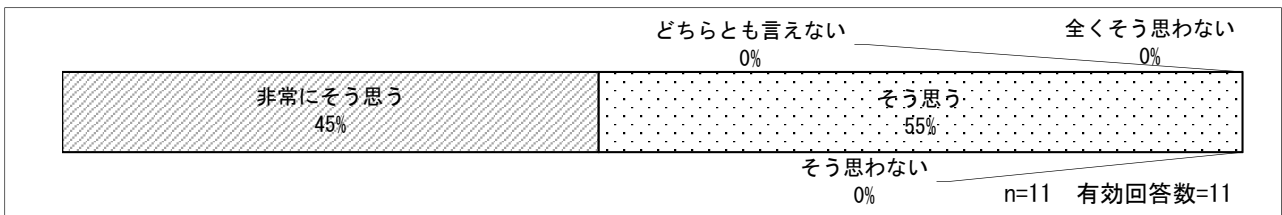


- 設問2 (1) 診療所, 病院のかかりつけ医, ケアマネジャー, 訪問看護ステーションとの連携強化を8割以上が希望している。**
- 設問2 (2) 医師からの指示書は遅延なく提出されていると答えた事業所は約82%**
- 設問2 (3) 多職種連携を進めるために情報共有システム等を運用すべきと回答した事業所は約82%**

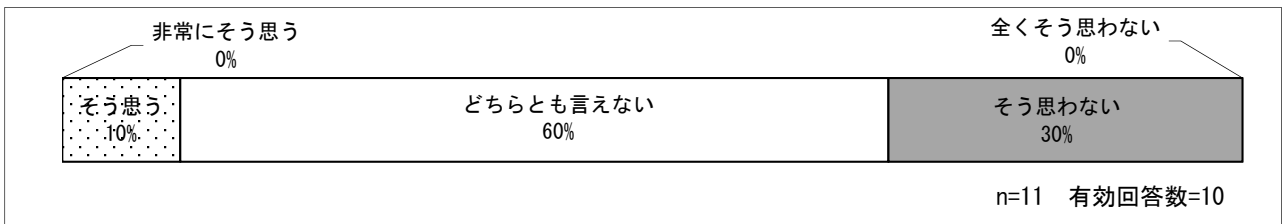
(4) すでに、そういったシステムや仕組みを導入している。



(5) 多職種との連携強化のためには、連携する関係者との研修機会は、もっとあった方が良くと思う。



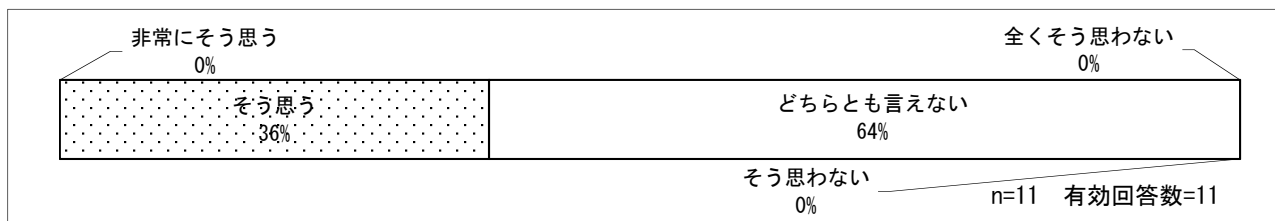
(6) 多職種との「顔が見える連携（日常的に気軽に交流できる関係）」ができています。



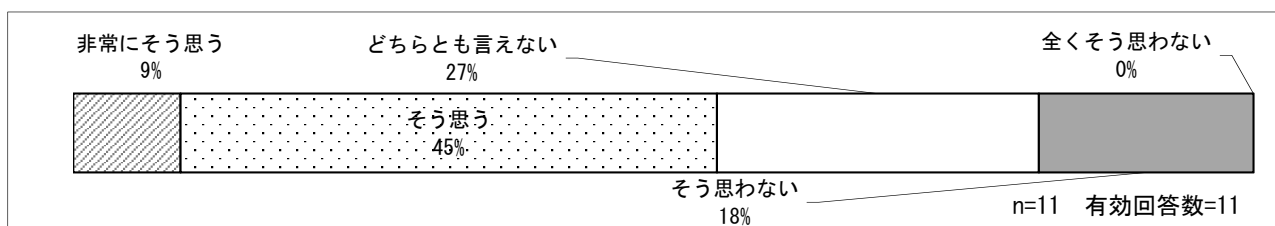
- 設問 2 (4) 既にそういったシステム等の導入をしている事業所は 0%
- 設問 2 (5) 連携する関係者との研修機会が増えることを希望している事業所は 100%
- 設問 2 (6) 多職種との顔が見える連携ができていると回答した事業所は約 10%

設問3：急変時の対応について

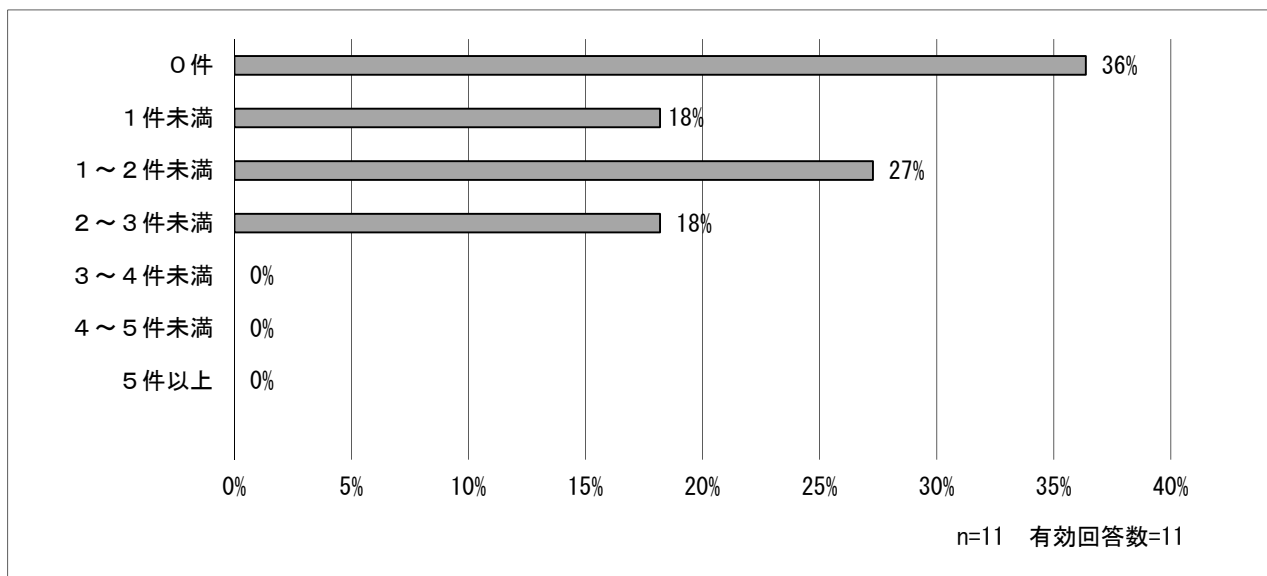
(1) 急変時の対応について、かかりつけ医と情報共有・連携ができています。



(2) 休日や夜間に対応可能な地域の医療資源（訪問診療，訪問看護など）が不足していると感じることがある。

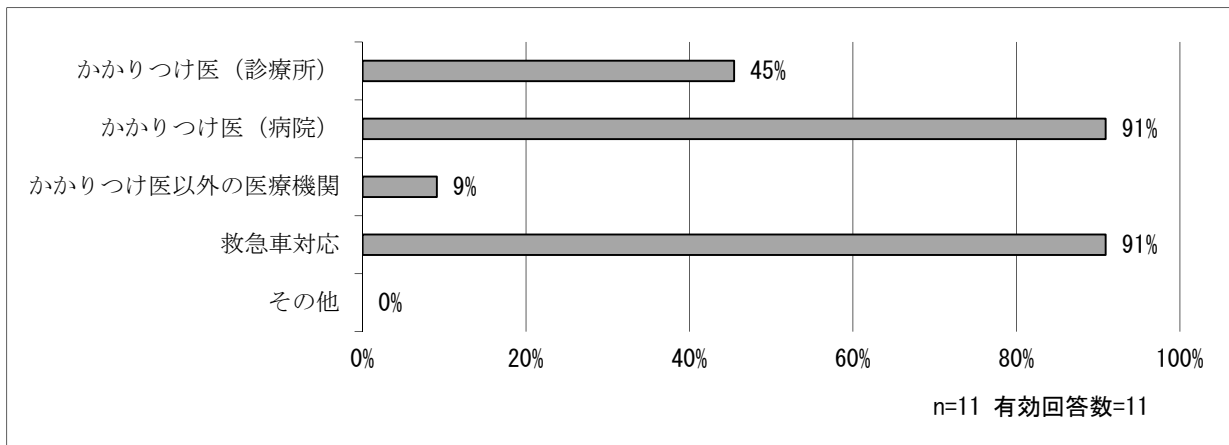


(3) 貴事業所において、利用者の容態が急変し病院受診が必要となるケースは月にどれくらいありますか。件数を記載願います。

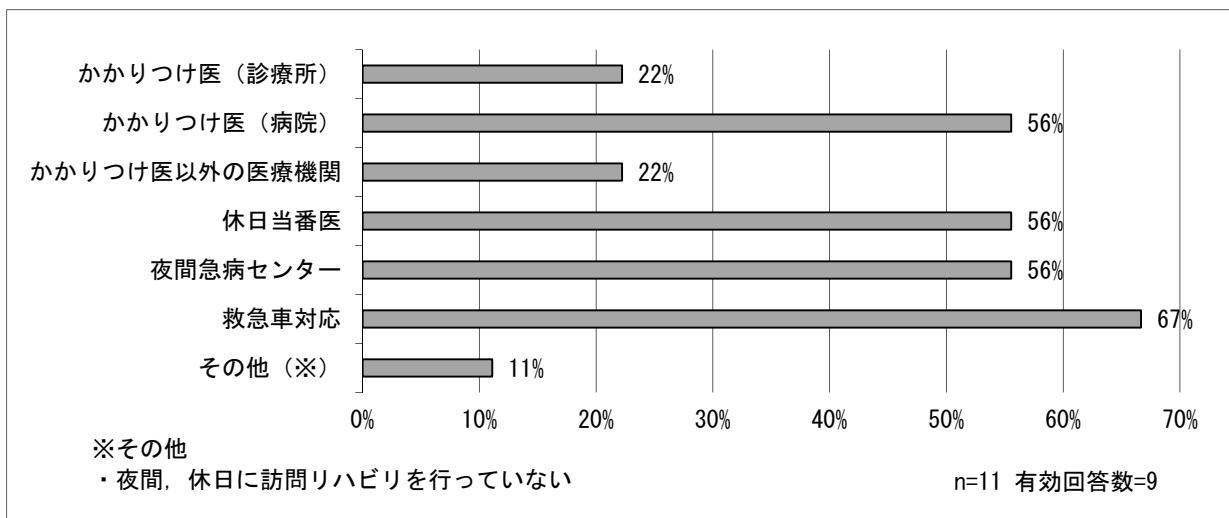


設問3 (1) 急変時にかかりつけ医と連携ができていていると感じている事業所は約36%
 設問3 (2) 休日や夜間の医療資源が不足していると感じている事業所は約54%
 設問3 (3) 利用者の容態の急変により病院受診が必要なケースは平均1件 (7.6/11)

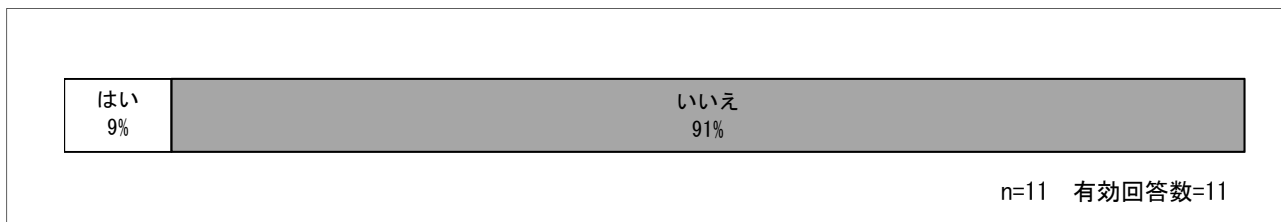
(4) ア 日中に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



(4) イ 夜間休日に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



(5) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことはありますか。



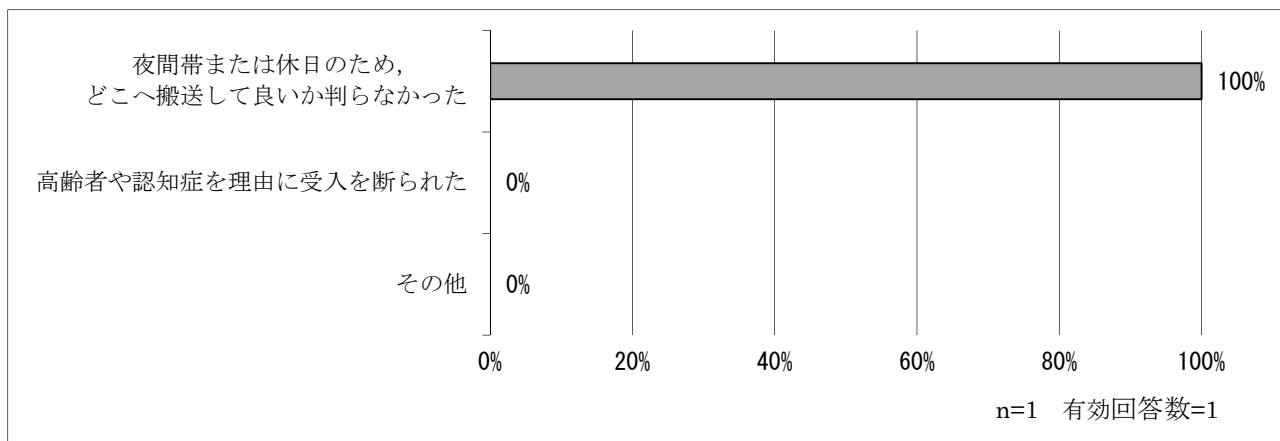
設問3 (4) ア 日中の容態急変時に約91%が、かかりつけ医(病院)の受診と救急車対応をとっている。

設問3 (4) イ 夜間・休日の容態急変時に約67%が救急車対応をとっている。

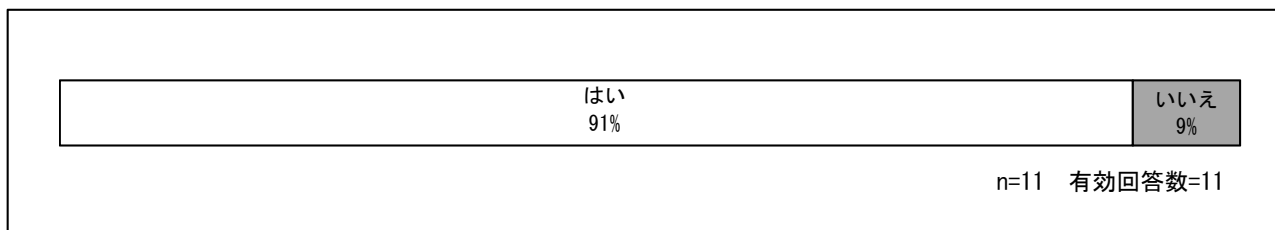
設問3 (5) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがある事業所は約9%

(6) 上記(5)で「はい」と答えた方にお聞きします。

具体的にどのようなことで苦慮されましたか。(複数選択可)



(7) 貴事業所では容態急変時のマニュアルが定められていますか。



(8) 現在の救急医療体制に何か不満があればお書きください。

記載事業所無し

(9) 救急体制を強化してもらいたい診療科があればお書きください。

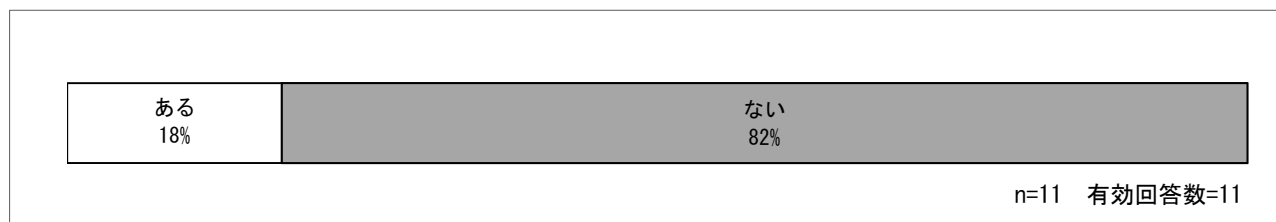
記載事業所無し

設問3(6) 夜間帯または休日で搬送先が判らず苦慮した事業所は100%

設問3(7) 容体急変時のマニュアルが定められている事業所は約91%

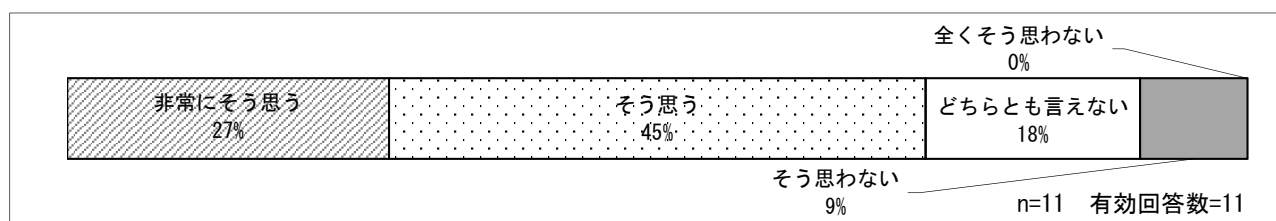
設問4：在宅での看取りについて

(1) 在宅での看取りに関わった経験がある。

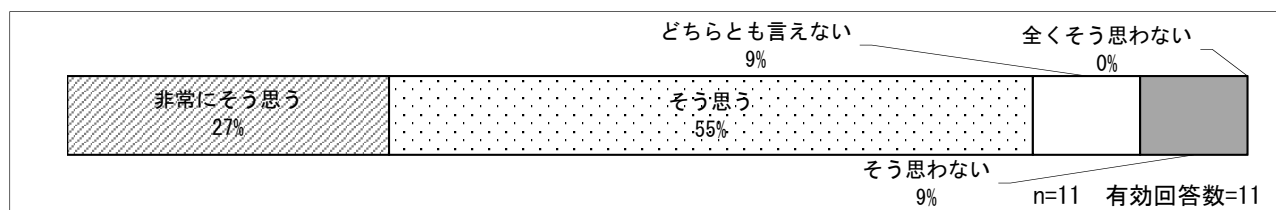


(2) 在宅で看取りをすることは、事業所職員にとって負担が大きい。

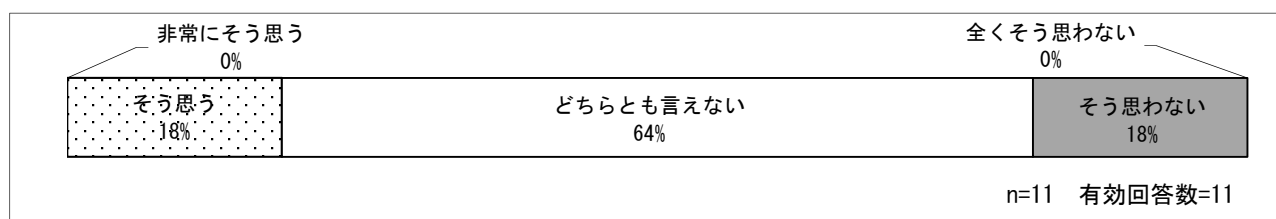
※看取りに関わった経験の有無に拘らずお答えください。



(3) 今後、在宅で看取るケースは増えていくと感じている。



(4) 在宅で看取りをするために連携できる医師がいる。



- 設問4 (1) 在宅での看取りに関わった経験がある事業所は約18%
- 設問4 (2) 在宅での看取りは負担が大きいと感じている事業所は約72%
- 設問4 (3) 今後、在宅で看取るケースが増えていくと感じている事業所は約82%
- 設問4 (4) 在宅で看取りをするために連携できる医師がいる事業所は約18%

設問5：設問1～4までに、問題と思うことと、その解決策をお書きください。

- ・ 医療機関、在宅介護サービスそれぞれ個々の利用者様の経時的な変化や状況がわからず、その都度利用者様、あるいはその家族が説明を必要としている。私たちはその負担を減らし、かつスムーズな展開ができなければならないと思う。

お薬手帳のようにそれぞれが共通に記録できるツールがあれば、便利ではないか？

- ・ ケアマネージャーの資格を持った人が増えている分、質の低下を感じますので、質の向上が必要と思われる。
- ・ それぞれの事業所の対応方法となっていることが多いと思う。基本マニュアルなどがあると良いと思う。そのためにも多職種との研修会などを行い、情報交換などして顔の見える関係を作ること大切だと思う。事業所のレベルを上げて、地域が良い環境へとなることが望ましいと思う。
- ・ 設問1に対して、病院によって退院前から担当者会議を開催していただけるところ、そうでないところがあり、後者の場合は入院時の状況を担当者に直接伺うことができず、情報の伝達が円滑でないと思う。

解決策として、退院時には必ず担当者会議を開催するか、または入院中の経過などを紹介文書として作成することが必要だと思う。

- ・ 訪問リハビリにおいて、看取りの時期にどのようなリハビリを行うことが正解なのか。またリハビリ自体可能なのかということを考える。痛みに対してもストレッチ・マッサージや関節可動域訓練を行っても軽減できる痛みではないと思われる。せめて、関節の拘縮ができないようには思うが。
- ・ ご家族の介護負担、利用サービスの選択・優先順位の選択、ドクターとの連携とセラピストの介入・対応・アプローチ、ご家族との距離感とドクター・ナースからの説明。
- ・ 退院前に訪問リハの導入が決まる事は、ほぼない。そのため、退院前カンファレンスに呼ばれることがない。

入院した際は、リハビリの有無によって添書を書くようにしているが、入院すると一切情報が入らないためその辺りで苦慮する。

書式に関しては、様々なものが出ているが結局統一されていない。脳血管パスは良いかどうかは別として、医療機関全体で動く事で浸透した経緯はあるかと思う。手段は見習うべきかと思う。

先生方はいつも書類を素早く書いていただき、頭が下がる。(まれに)遅い先生はそれを見越して早めの依頼・医療相談室に催促をお願いして対応ができています。

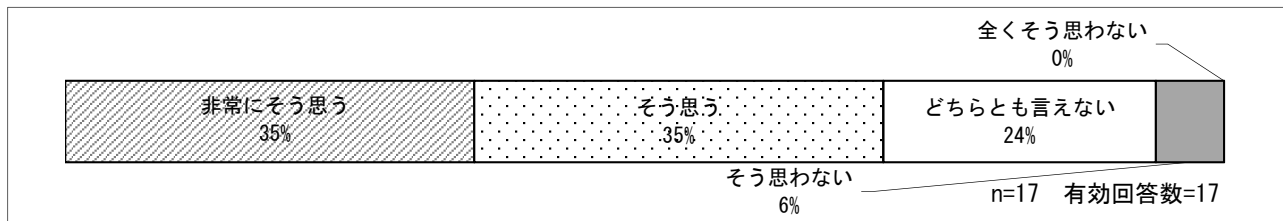
リハにおいて、医療のリハイメージをもって介護でのリハを求められても困る事が多い。これは全職種に共通するが、「機能訓練＝リハ」となっている。(そうさせた私達が一番悪い)生活能力(→出来る事を増やす)を高めるためのリハビリにするため、啓蒙活動を医療と介護側で行っていく必要がある。

- ・ 設問1のカンファレンスへの参加について、現場に出ているためにセラピストの時間調整が難しい。

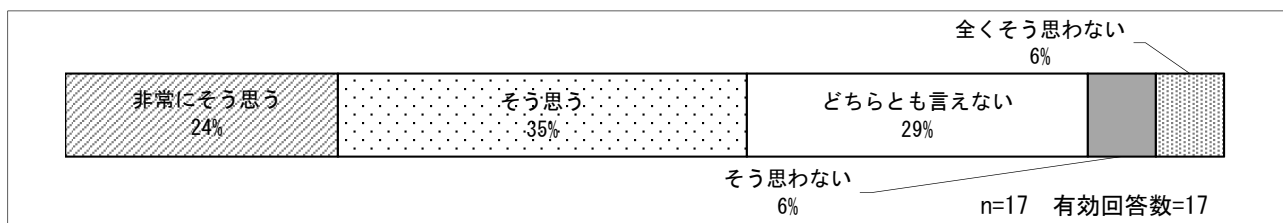
V 介護老人福祉施設,
地域密着型介護老人福祉施設
入所者生活介護

設問1：退院支援・調整について

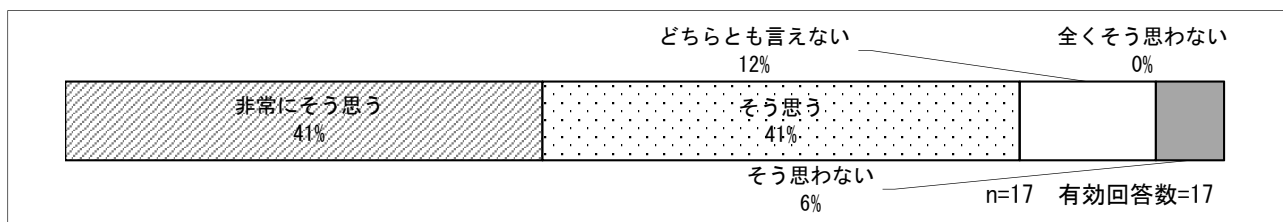
(1) 病院における退院前カンファレンスが開催される時には、必ず参加できている。



(2) 退院時に、利用者・家族は病状について病院の主治医・看護師等から十分説明を受けて理解している。



(3) 退院時に、病院の主治医または連携担当者（地域連携室など）と円滑な連携がとれている。

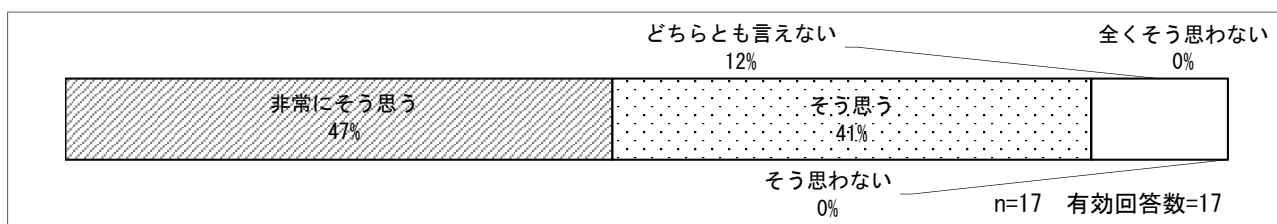


設問1 (1) 退院前カンファレンスに必ず参加できている事業所は約70%

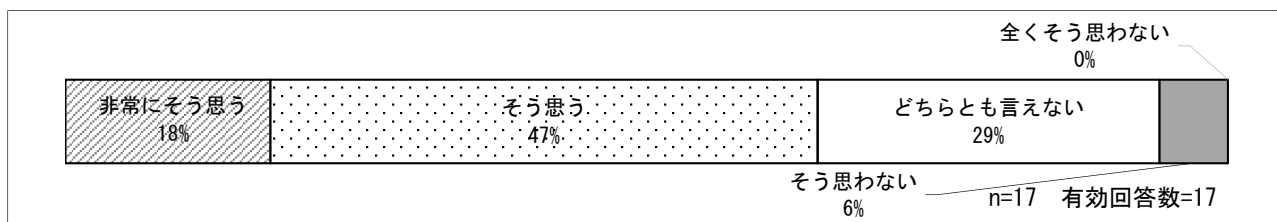
設問1 (2) 利用者・家族が十分説明を受けて理解していると回答した事業所は約59%

設問1 (3) 病院の主治医、連携担当者と連携できていると回答した事業所は約82%

(4) 入院時に、病院に対して在宅時の状況について情報提供するなど適切な連携がとれている。



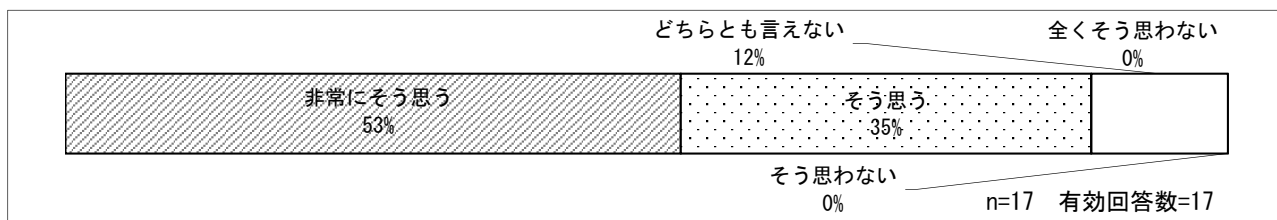
(5) 病院から事業所職員への適切な情報提供が行われている。



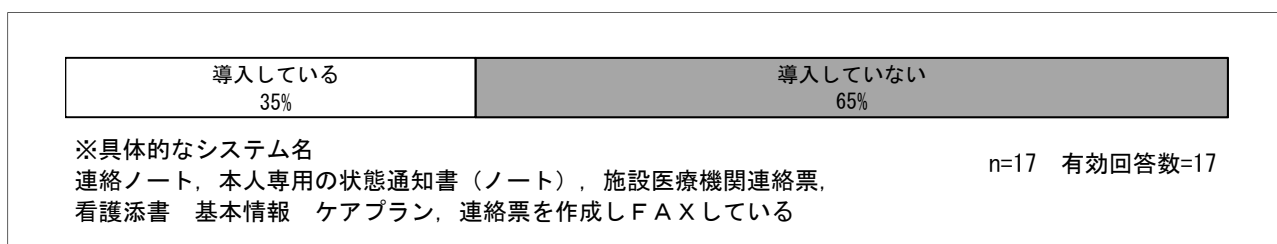
設問 1 (4) 入院時に、病院へ在宅時の状況を情報提供できている事業所は約 88%
設問 1 (5) 病院から適切な情報提供が行われていると回答した事業所は約 65%

設問2：日常の療養支援について

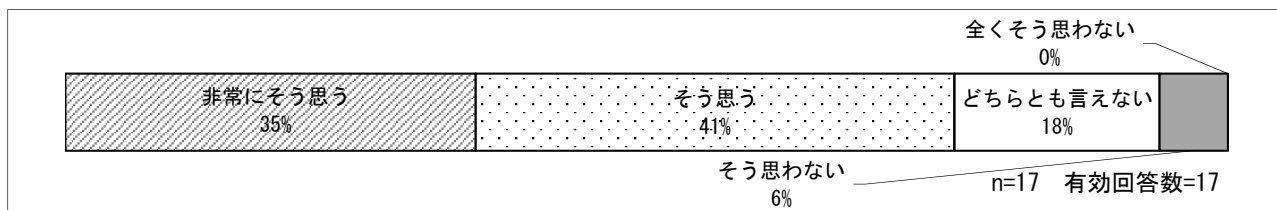
(1) 協力医療機関との連携を円滑に進めるため、情報共有するシステムや書式（連絡票など）を作成運用すべきである。



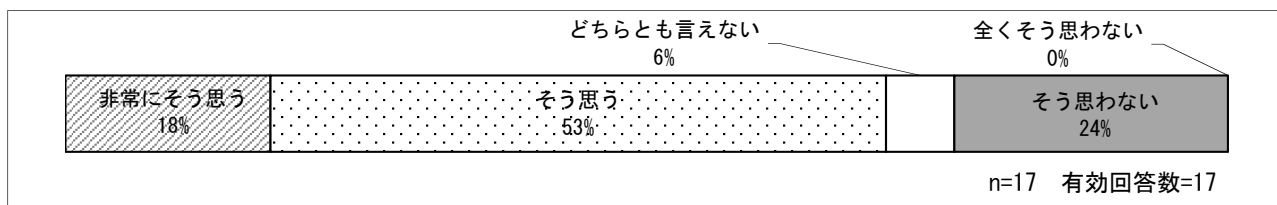
(2) すでに、そういったシステムや仕組みを導入している。



(3) 協力医療機関との連携強化のためには、連携する関係者との研修機会は、もっとあった方が良いと思う。



(4) 協力医療機関との「顔が見える連携（日常的に気軽に交流できる関係）」ができています。



設問2 (1) 協力医療機関との連携を進めるために情報共有システム等を運用すべきと回答した事業所は約88%

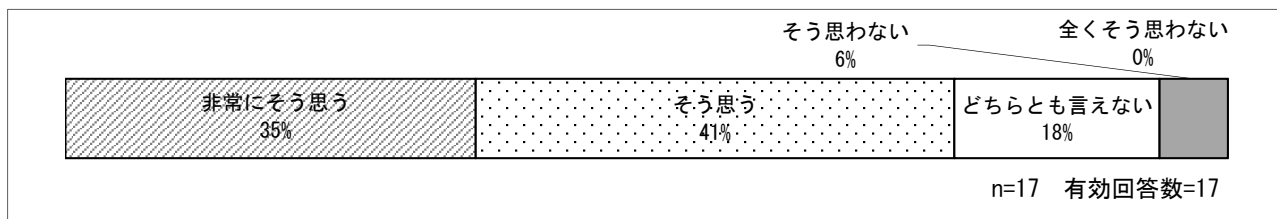
設問2 (2) 既にそういったシステム等の導入をしている事業所は約35%

設問2 (3) 連携する関係者との研修機会が増えることを希望している事業所は約76%

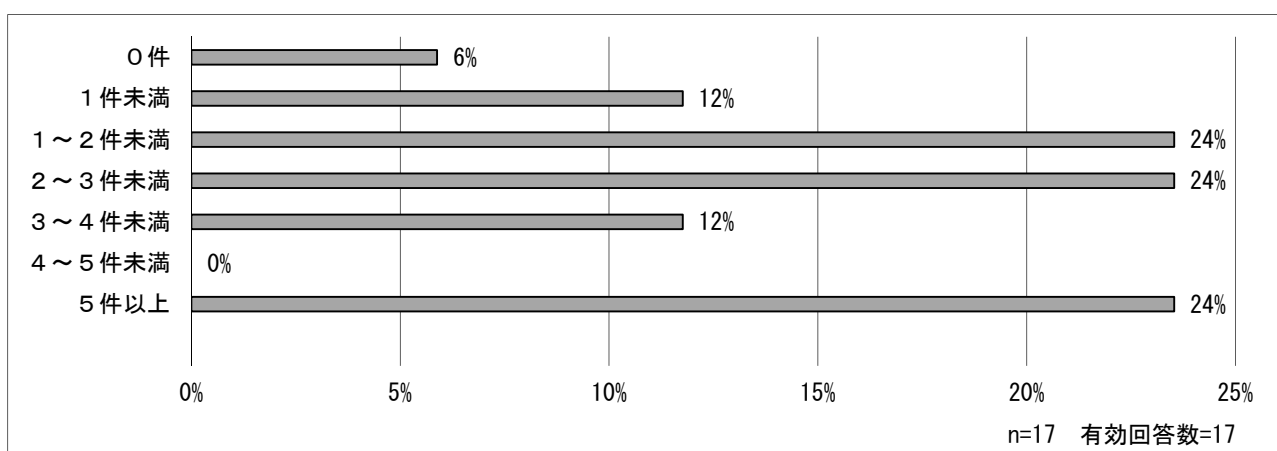
設問2 (4) 協力医療機関との顔が見える連携ができていると回答した事業所は約71%

設問3：急変時の対応について

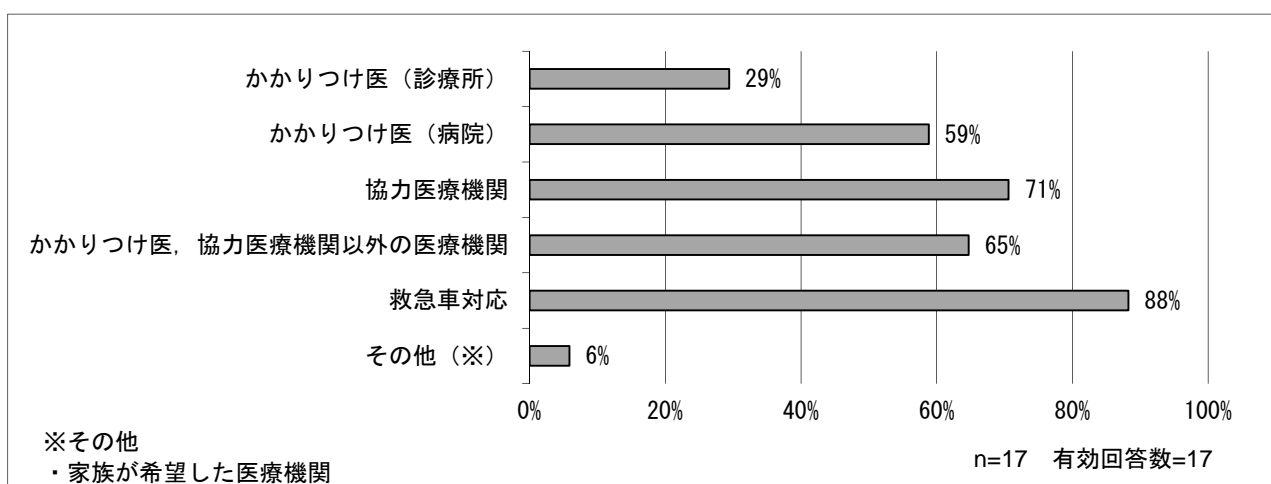
(1) 急変時の対応について、特養勤務医師や協力医療機関と情報共有・連携ができています。



(2) 貴事業所において、利用者の容態が急変し病院受診が必要となるケースは月にどれくらいありますか。件数を記載願います。



(3) ア 日中に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)

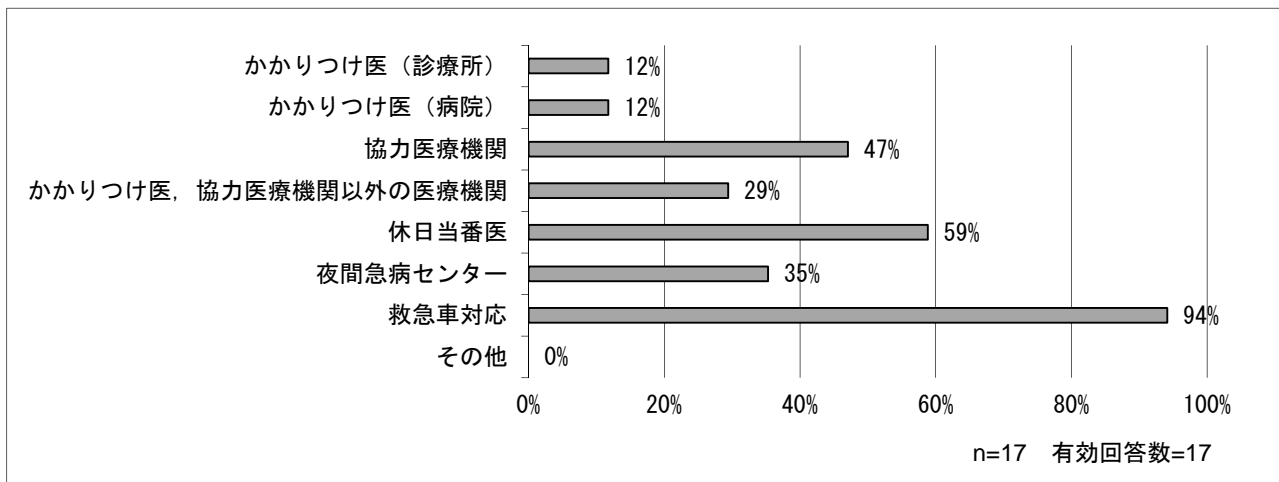


設問3 (1) 急変時に特養勤務医師や協力医療機関と連携ができていていると感じている事業所は約76%

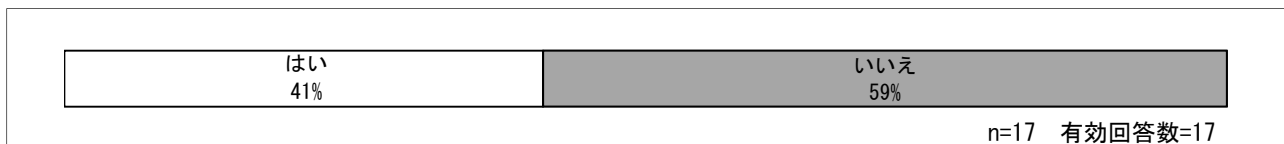
設問3 (2) 利用者の容態の急変により病院受診が必要なケースは平均3件 (47/17)

設問3 (3) ア 日中の容態急変時に約88%が救急車対応をとっている。

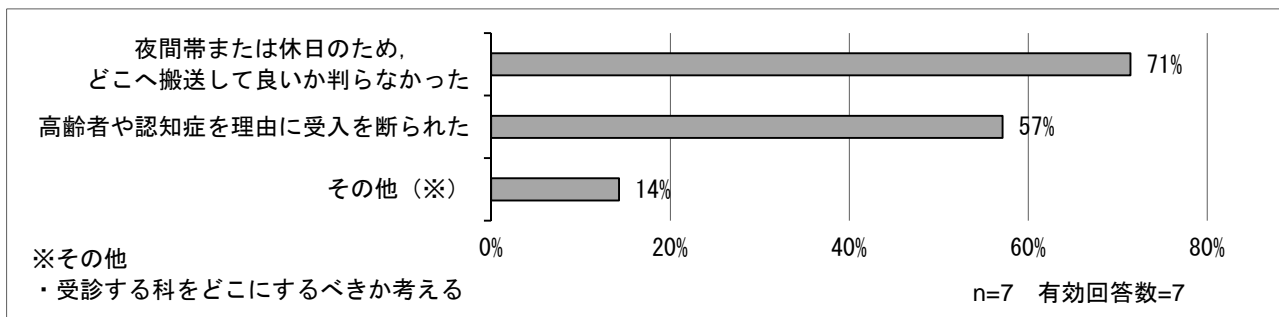
(3) イ 夜間休日に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



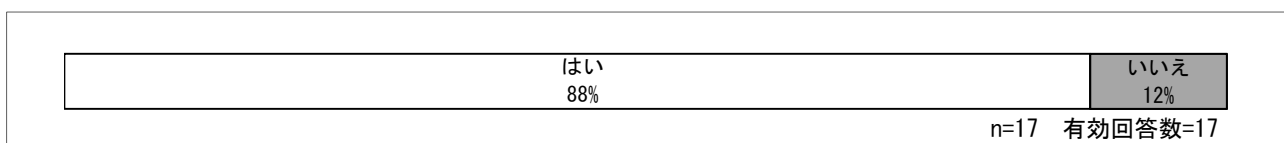
(4) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがありますか。



(5) 上記(4)で「はい」と答えた方にお聞きします。具体的にどのようなことで苦慮されましたか。(複数選択可)



(6) 貴事業所では容態急変時のマニュアルが定められていますか。



- 設問3 (3) イ 夜間・休日の容態急変時に約94%が救急車対応をとっている。
 設問3 (4) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがある事業所は約41%
 設問3 (5) 夜間帯または休日でも搬送先が判らず苦慮した事業所は約71%
 設問3 (6) 容体急変時のマニュアルが定められている事業所は約88%

(7) 現在の救急医療体制に何か不満があればお書きください。

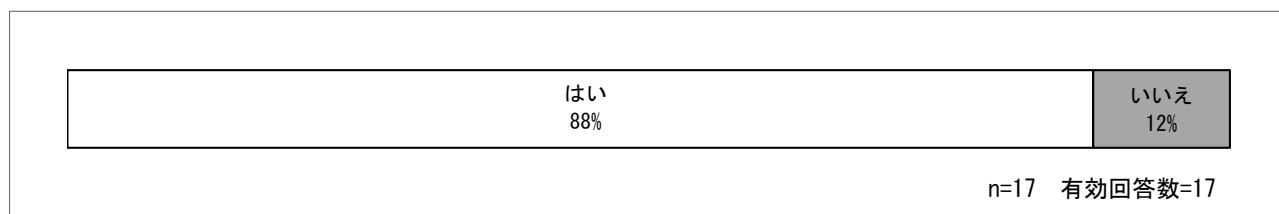
- ・ 「看護師がいるのにこの程度で救急要請をされたら困る」というような言動があり、看護師が救急車を要請する事に躊躇してしまう時が見られる。結果的に様態安定しただけであって、万が一の事態を想定し、連絡の遅れで致命になった場合などを考えると、看護師にかかる精神的負担が大きい状況が見られる。
- ・ 救急搬送後の待ち時間が長く、入院なのか、帰園しても良いのかの回答を受けるまでの時間が2～3時間、それ以上になる事もある。次から次へと救急車で患者さんが運ばれている状況は理解するが、入居者の方の状態を思えば何か良い案はないのかと思う。
- ・ かかりつけ医に連絡しても断られる。
- ・ 嘱託医より当該日の2次救急がどこか知りたいと依頼を頂くものの、当施設では教えていただくことができず答えられない。嘱託医と救急医療機関の医師が直接やり取りするためにも施設にも情報提供はしてもらいたい。

(8) 救急体制を強化してもらいたい診療科があればお書きください。

- ・ 整形外科2件、脳神経外科2件、循環器科、形成外科、皮膚科

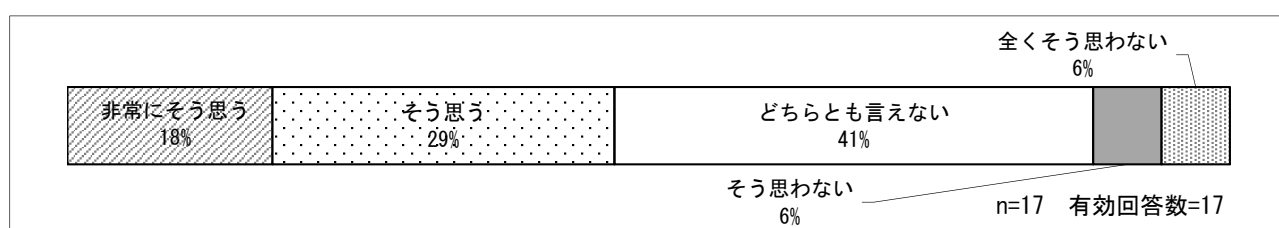
設問4：看取りについて

(1) 看取りに関わった経験がある。

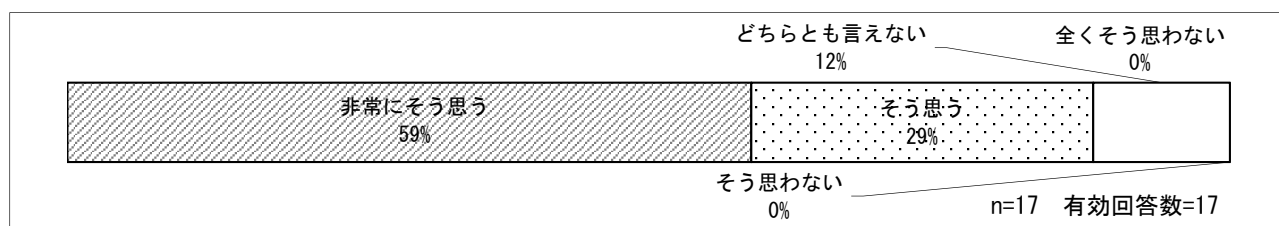


(2) 看取りをすることは、事業所職員にとって負担が大きい。

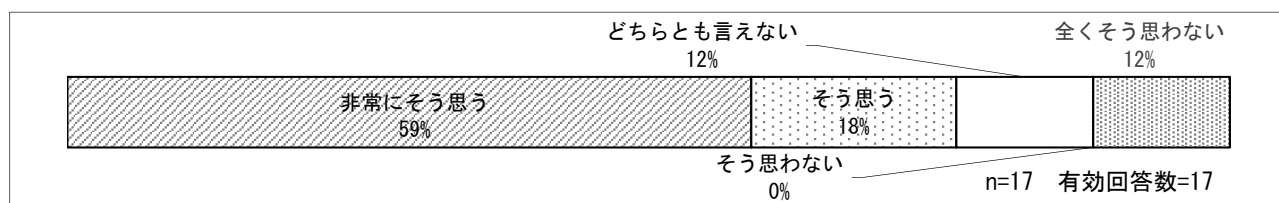
※看取りに関わった経験の有無に拘らずお答えください。



(3) 今後、看取るケースは増えていくと感じている。



(4) 看取りをするために連携できる医師がいる。



- 設問4 (1) 看取りに関わった経験がある事業所は約88%
- 設問4 (2) 看取りは負担が大きいと感じている事業所は約47%
- 設問4 (3) 今後、看取るケースが増えていくと感じている事業所は約88%
- 設問4 (4) 看取りをするために連携できる医師がいる事業所は約77%

設問5：設問1～4までに關し、問題と思うことと、その解決策をお書きください。

- ・ 医師が常駐していない介護施設では、急変時の医療不安がある。総合病院などは個別で夜間休日に電話相談できる窓口があると良いと思う。
- ・ ご家族は、大切な人に少しでも長生きをしてもらうために最善を尽くしたいという思いから、治療という選択肢を諦めたくないという気持ちがある。その一方で、看取られる入居者自身が、人生の最期をどこでどのように迎えたいかという希望を、必ずしも明確には持ち合わせていない状況もある。

生活の場である特養は、どこまでの治療や処置が可能となり、どのような看取りの形があるのかを明確に示していくことは今後も大切な事だと思う。ご本人やご家族が看取りに対する考え方や希望が多様化した時、施設においても入居者のニーズに対応した看取りを実施していけるよう日々研鑽していかなければならないと思う。

- ・ ①協力機関と施設との連携がうまく行われていない。②病状説明時、医師からの説明が不十分なため、施設利用者（患者）のご家族がきちんと病状等を理解できないままである。後日、施設側に病状の説明を求める事も多い。（その場合、施設から病院へ病状等を伺い、施設より家族へ説明している。）協力医療機関と施設の情報を共有するシステムが必要。
- ・ 退院時のカンファレンスは病院によって、Dr.が出席し説明し質問しやすい病院もあれば、カンファレンスが形だけのものになり情報が曖昧で不信感を持つところがあった。病院側の体制によるものなのかもしれないが、連携・協力と言うものとは程遠く感じられた。入居者の生活の継続（安心・安全・自立した生きがいをもった生活）が出来る情報提供という意識が必要と思われる。
- ・ 当施設の短い経験からだが、特養の入居者については、医療との連携（日常診療、入退院、救急搬送）はおかげさまで順調と感じている。

以下2つの問題を挙げる。

- (1) ショートステイで、医療との連携に歯がゆい感想を持つことがある。

【解決策】 ケアマネジャーとの連携、看看連携の促進、介護職員の力量向上

【補足】 体験パターン①医療につながらない状態で重篤化していたケースの受け入れ、②病院では治療終了とされたが、不安定な状態で退院となり自宅には戻れず利用したケース、において介護・看護職員の心身の負担が大きかった。

パターン①は、本人の受診拒否や認知症による判断力低下も背景にあり、ショートステイはADLの回復に注力しながら、支援体制づくりをケアマネと連携する。②は退院段階での本人や家族の意思決定の支援が十分だったのか疑問を感じるが多かった。

- (2) 施設内看取りをするための人材の育成が追いついていない。全市集合研修では解決できないと思う（職員受講自体が無理な現状）。

【解決策】 ①自施設：事業所内職種の徹底教育、施設内連携を磨く

②研修等を行うとしたら、「病院で死ねない」「でも施設も体制が不十分」「在宅（自宅・自宅でない在宅）も不安」ということを明示した上で、住民と、医療（病院・診療所）、介護（介護保険事業所、職能団体）、行政とで継続的に問題解決に取り組む場をもつのはどうか。住民（高齢者だけでなく、次世代、若年世代も）もパートナーにしないと、住民の期待値の高まりの一方で、介護現場は疲弊していく。

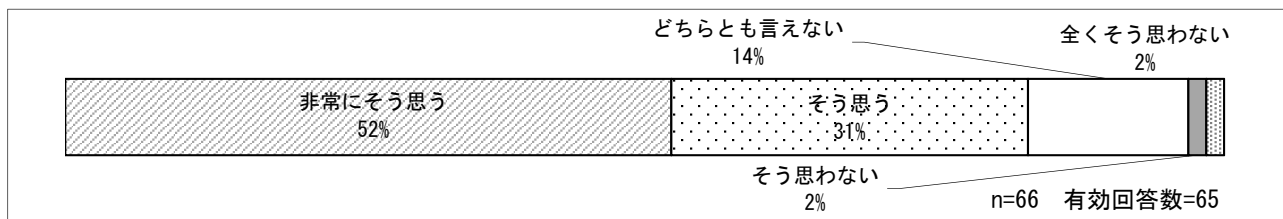
連携促進は全市一斉規模では無理と思う。旧四町村は地域性を生かした密な連携が行われていると聞く。

せっかくの日常生活圏域設定を生かして，市内に10の「地域包括ケアシステム・ワーキンググループ」を置くなどすると，介護従事者も出やすい。また地域包括ケアシステムの概念だと，その介護従事者たちがその圏域の住民に関わる確率が高いから，介護従事者は適度なプレッシャーを意欲に変え，よき協働関係を目指せると思う。グループでは事例分析を通じて，学びを深めるなどのあり方が考えられる。医科・歯科と行政は，所在立地を問わず機能で10の分担チームとして圏域に貼りつくか巡回するなどして，総合する役割を担っていただけるとは思えない。

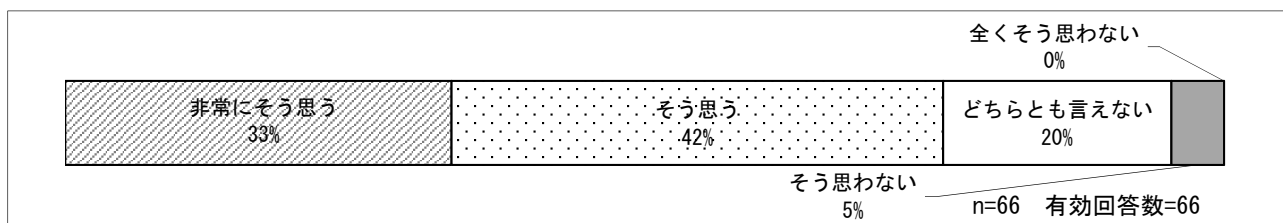
VI 認知症対応型共同生活介護
(グループホーム),
特定施設入居者生活介護,
地域密着型特定施設入居者生活介護

設問1：退院支援・調整について

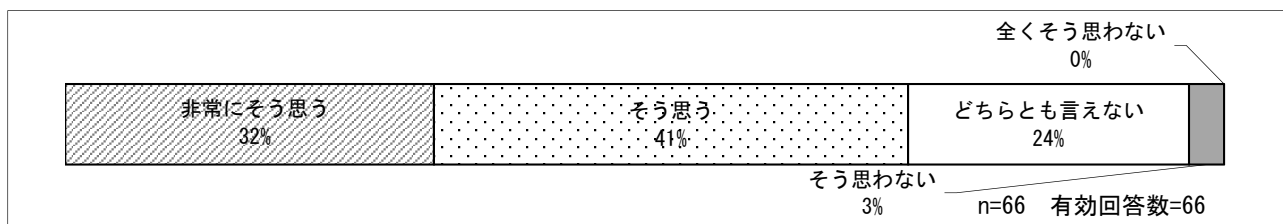
(1) 病院における退院前カンファレンスが開催される時には、必ず参加できている。



(2) 退院時に、利用者・家族は病状について病院の主治医・看護師等から十分説明を受けて理解している。



(3) 退院時に、病院の主治医または連携担当者（地域連携室など）と円滑な連携がとれている。

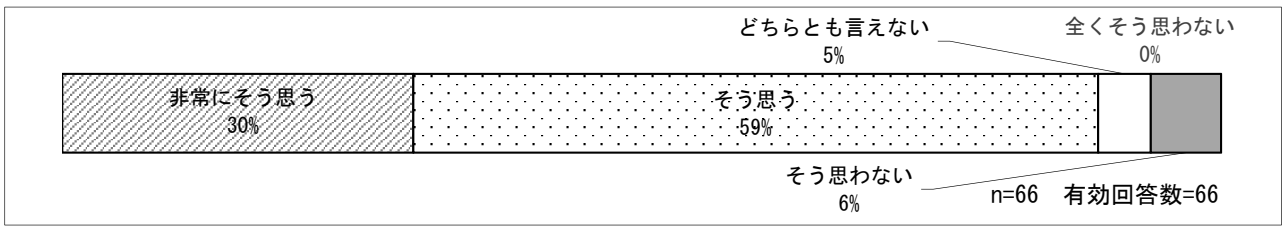


設問1 (1) 退院前カンファレンスに必ず参加できている事業所は約83%

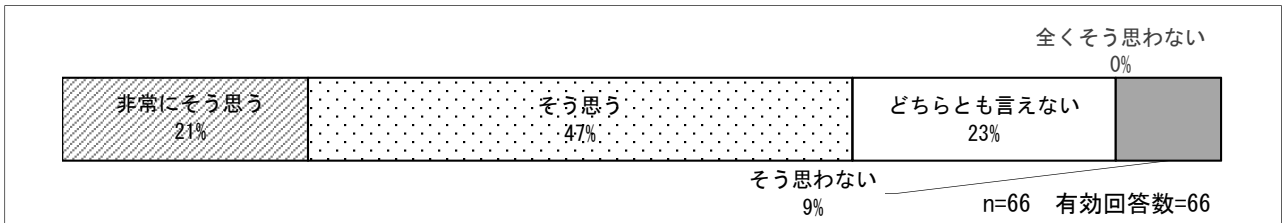
設問1 (2) 利用者・家族が病状について十分説明を受けて理解していると回答した事業所は約75%

設問1 (3) 病院の主治医、連携担当者と連携できていると回答した事業所は約73%

(4) 入院時に、病院に対して在宅時の状況について情報提供するなど適切な連携がとれている。



(5) 病院から事業所職員への適切な情報提供が行われている。

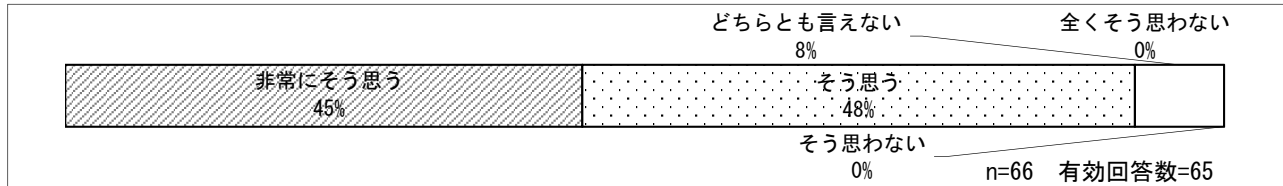


設問 1 (4) 入院時に、病院へ在宅時の状況を情報提供できている事業所は約 89%

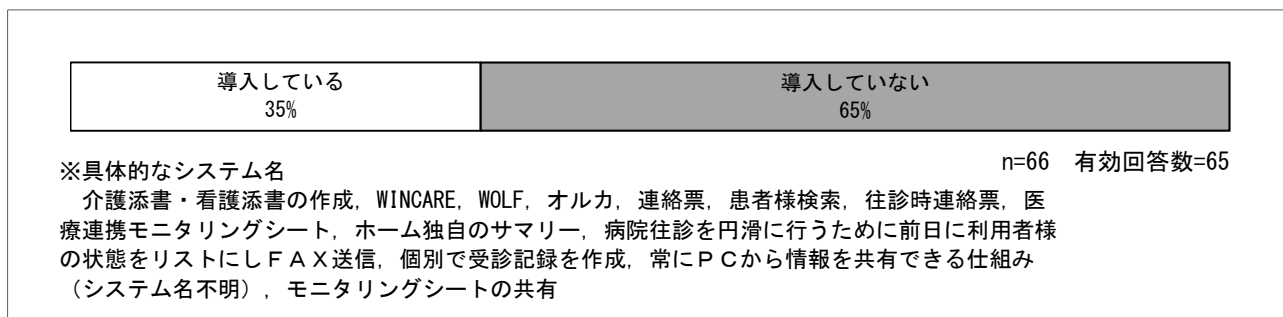
設問 1 (5) 病院から適切な情報提供が行われていると回答した事業所は約 68%

設問2：日常の療養支援について

- (1) 協力医療機関との連携を円滑に進めるため、情報共有するシステムや書式（連絡票など）を作成し、運用すべきである。



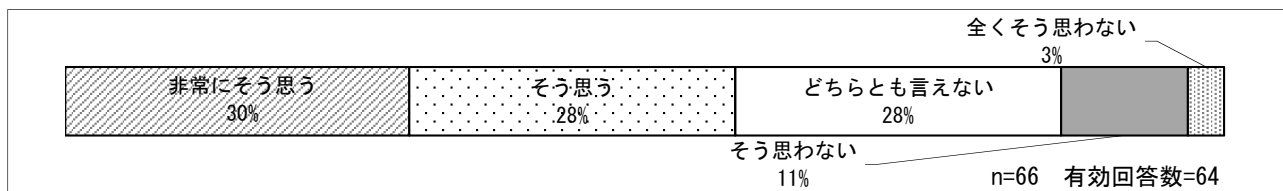
- (2) すでに、そういったシステムや仕組みを導入している。



- (3) 協力医療機関との連携強化のためには、連携する関係者との研修機会は、もっとあった方が良くと思う。



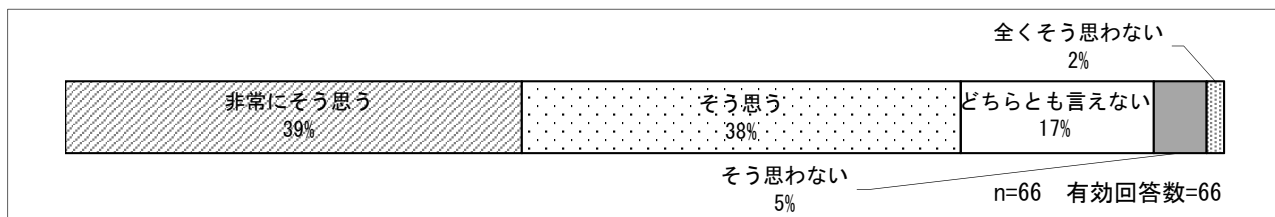
- (4) 協力医療機関との「顔が見える連携（日常的に気軽に交流できる関係）」ができている。



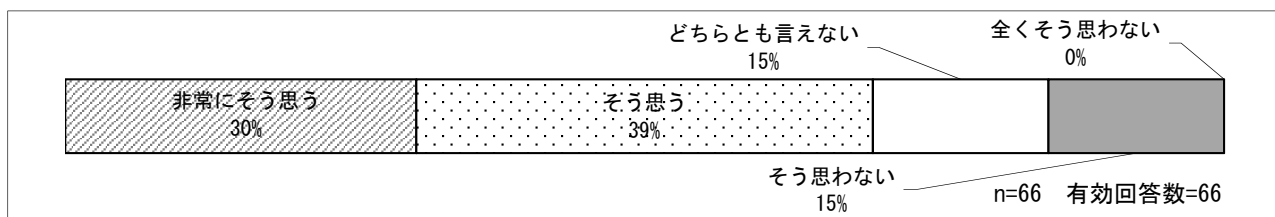
- 設問2(1) 協力医療機関との連携を進めるために情報共有システム等を運用すべきと回答した事業所は約93%
- 設問2(2) 既にそういったシステム等の導入をしている事業所は約35%
- 設問2(3) 連携する関係者との研修機会が増えることを希望している事業所は約76%
- 設問2(4) 協力医療機関との顔が見える連携ができていると回答した事業所は約58%

設問3：急変時の対応について

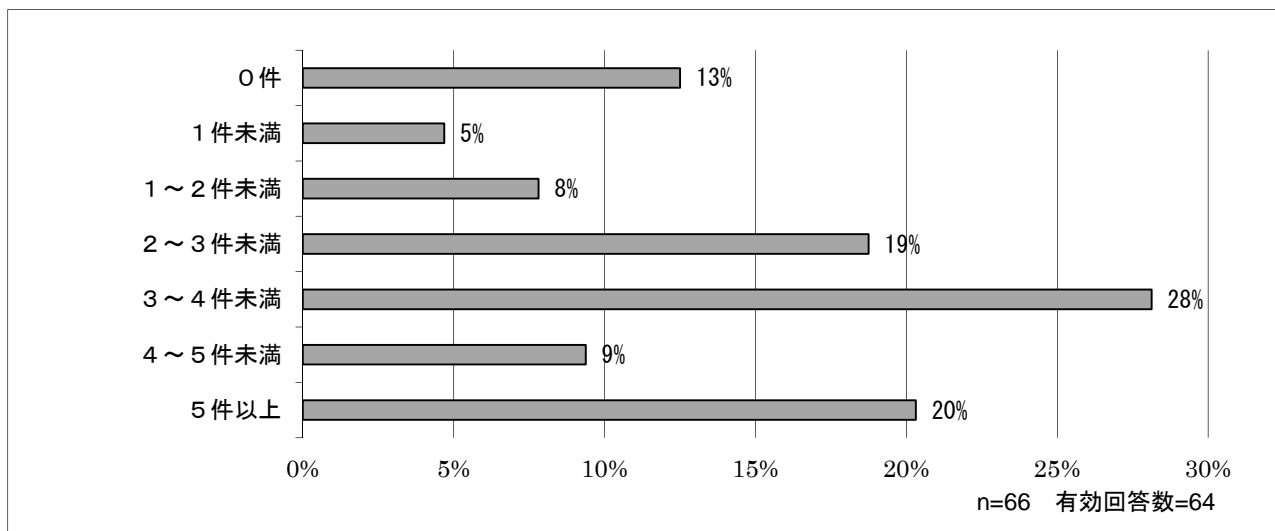
(1) 急変時の対応について、かかりつけ医や協力医療機関と情報共有・連携ができています。



(2) 休日や夜間に対応可能な地域の医療資源（訪問診療，訪問看護など）が不足していると感じることがある。



(3) 貴事業所において、利用者の容態が急変し病院受診が必要となるケースは月にどれくらいありますか。件数を記載願います。

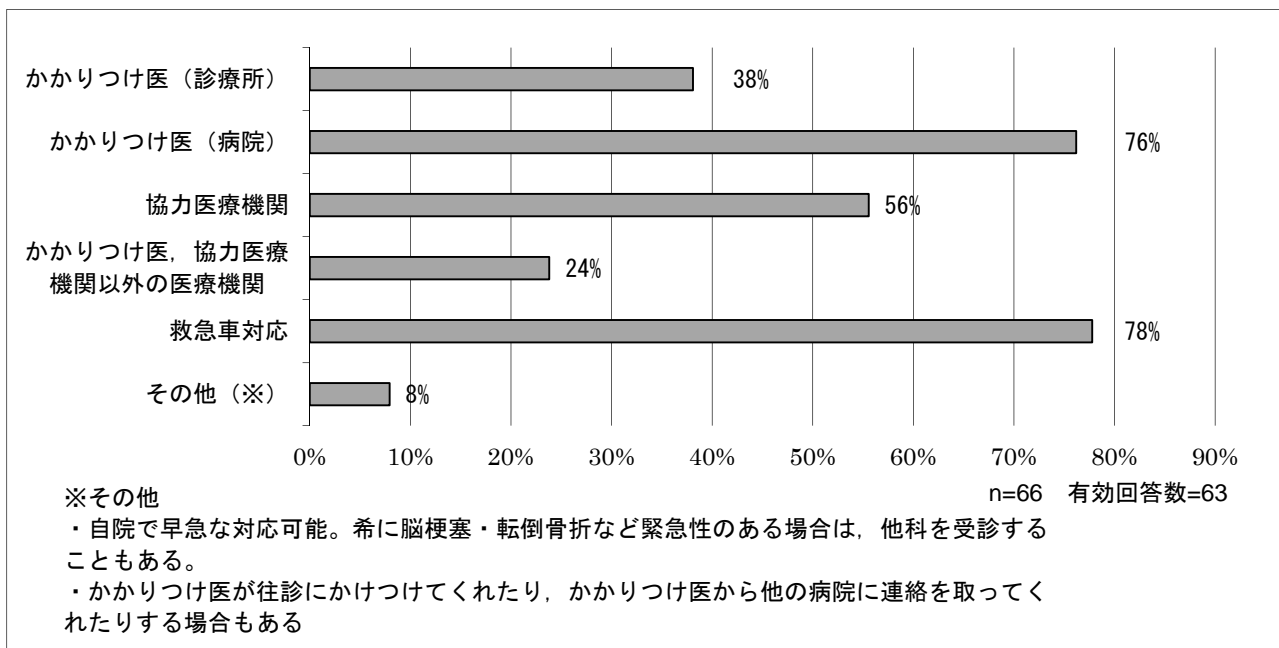


設問3 (1) 急変時にかかりつけ医や協力医療機関と連携ができていていると感じている事業所は約77%

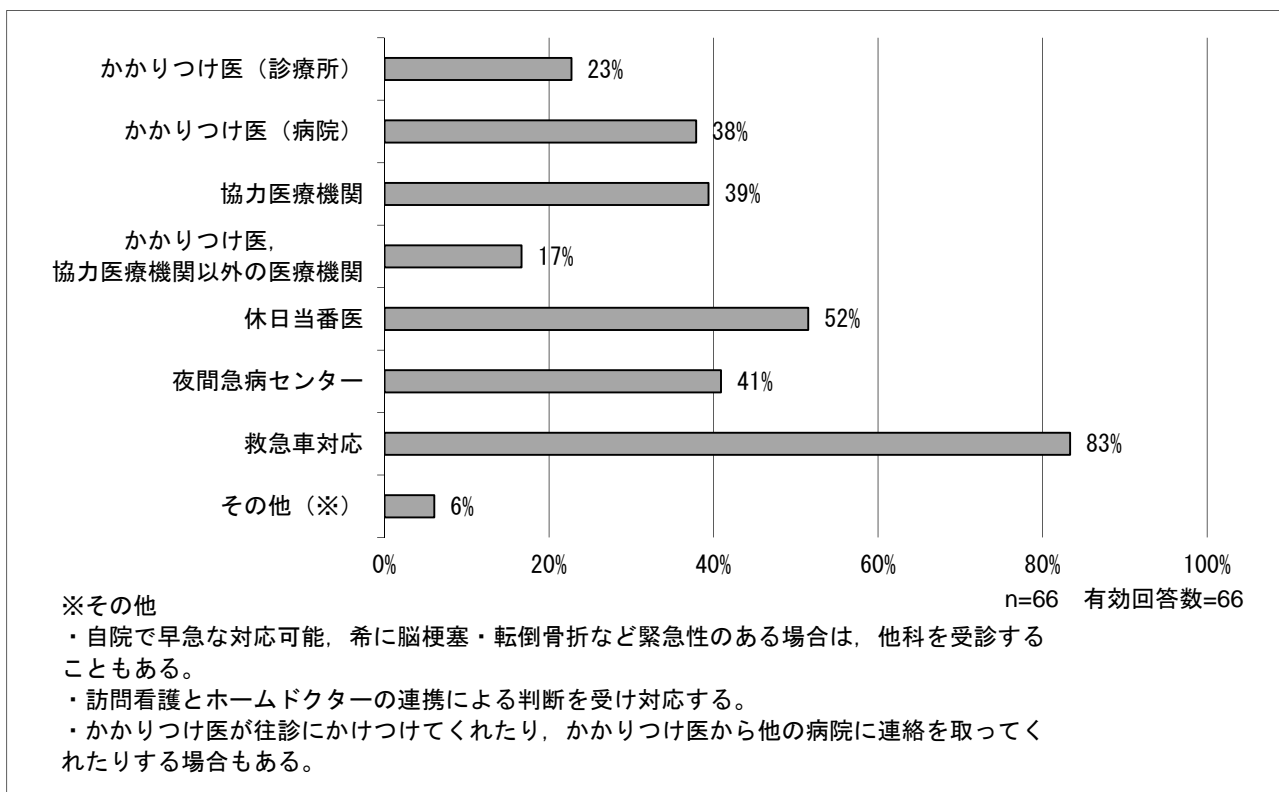
設問3 (2) 休日や夜間の医療機関が不足していると感じている事業所は約69%

設問3 (3) 利用者の容態の急変により病院受診が必要なケースは平均2件 (150/64)

(4) ア 日中に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



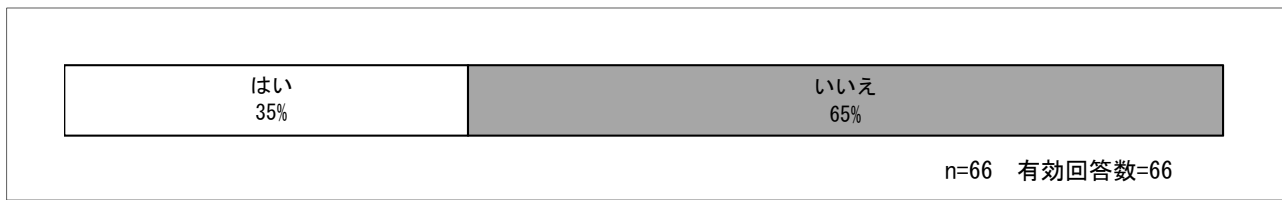
(4) イ 夜間休日に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



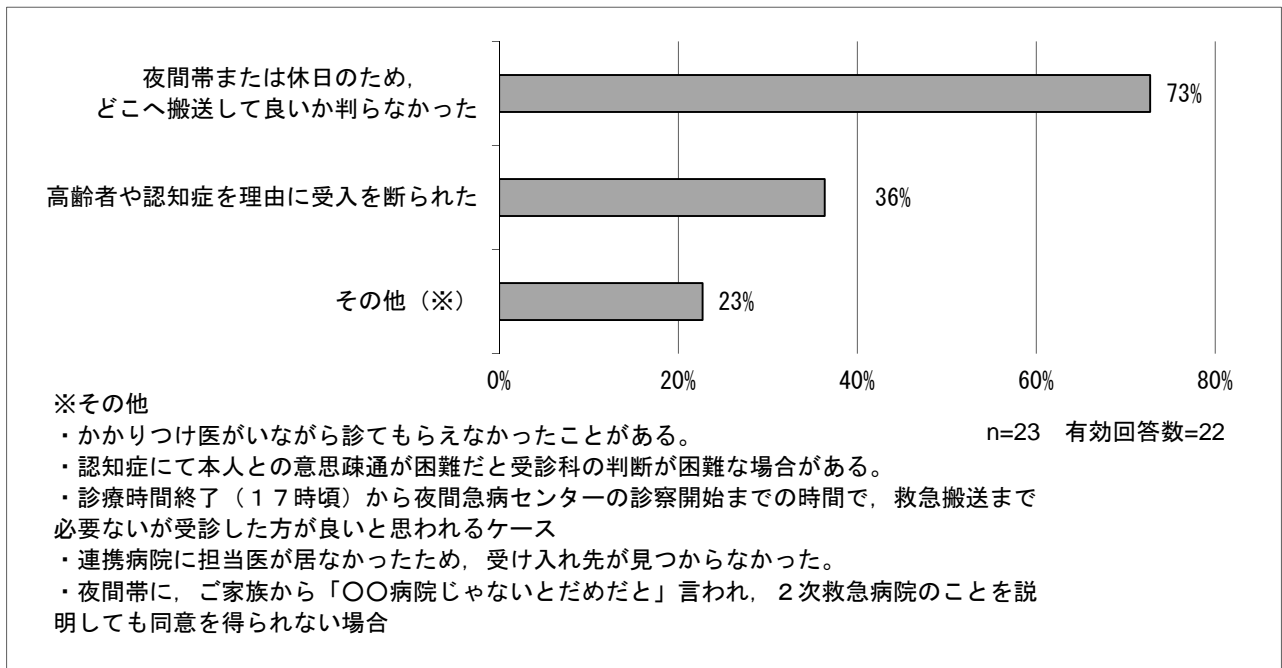
設問3 (4) ア 日中の容態急変時に約7割以上が、かかりつけ医(病院)での受診、または救急車対応をとっている。

設問3 (4) イ 夜間・休日の容態急変時に約83%が救急車対応をとっている。

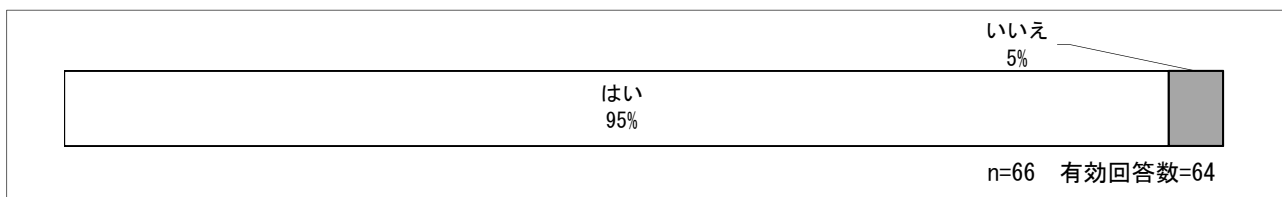
(5) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがありますか。



(6) 上記(5)で「はい」と答えた方にお聞きします。具体的にどのようなことで苦慮されましたか。(複数選択可)



(7) 貴事業所では容態急変時のマニュアルが定められていますか。



設問3(5) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがある事業所は約35%
設問3(6) 夜間帯または休日でも搬送先が判らず苦慮した事業所は約73%
設問3(7) 容体急変時のマニュアルが定められている事業所は約95%

(8) 現在の救急医療体制に何か不満があればお書きください。

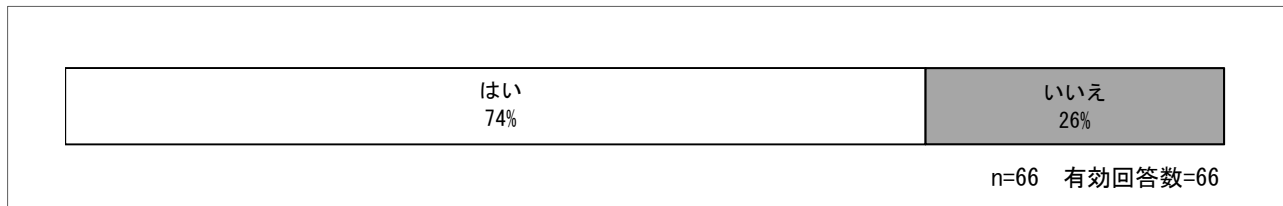
- ・ 認知症の方で周辺症状のある方は、受入を拒否されることが多々ある。
- ・ 受診時の様態が病院としては、さほど心配ではないという考えで帰されてしまうケースがある。一旦施設に戻ると再度様態が悪くなるケースがあるので、その面も考慮し診察して欲しい。
- ・ 認知症疾患センターの救急医療体制の受け入れが限界となっているため、受診が必要な状態の時に速やかに受診が出来ない現状があるのではないか。
- ・ かかりつけの病院に診察時間ギリギリに連絡すると時間外だと言われ断られた。
- ・ かかりつけ医や協力医療機関が休日や夜間の受け入れが出来ない場合が多い。救急搬送した場合、訪問看護ステーション・主治医と受入れ機関と直接連携を図って医療情報を共有することが出来ないか。
- ・ 認知症が理由で入院治療ができない、入院できても早期退院を余儀なくされることが多い。
- ・ 連携病院から違う病院にかかった方がいいと言われたこと。
- ・ 「脳梗塞の診断において、画像に現れてこない患者は2～3日であれ入院させられない」という鉄の掟があるため、症状が早期発見され日中のうちに専門病院に受診案内したが、追い返されてしまった。脳梗塞はその“疑い”によって入院措置の判断を取らなければ、早期発見は意味を成さない。患者を救うことができないばかりか、家族（仕事持ち）や施設職員（夜間1人体制）で、症状が現れる度に“疑い（確信に近い）”により救急搬送を繰り返さなければならない負担を考えていただきたい。
- ・ 容態が悪いが年末年始の為、どこの病院からも様子を見てと言われた。
- ・ 消防職員から「こんな状態で救急車呼ぶの？忙しいんだけど。」と言われた。
- ・ 夜間の救急搬送時、初めかかりつけ医（総合病院）へ救急隊が受け入れ要請をしたが断られ、その後、二次・三次病院ともに断られる。結局2度目に要請した二次病院に行くことになった。その間（40分以上）救急車内で状態が悪い中待つことになったケースがあった。
- ・ やはり休日の救急搬送時に救急車に乗ることもあったが、状況によって受け入れられないとの回答された病院が多く、結果的に搬送するまで30分以上かかったこともあった。
- ・ 夜中の救急対応で症状がやや治まっても、様子見で一泊入院可能な病院が少なく、帰ってくださいと言われる。施設に医療体制は無く病状によっては、介護員だけでは、夜間の心配が大きい。次の日まででも入院させてほしいと思う。

(9) 救急体制を強化してもらいたい診療科があればお書きください。

- ・ 脳神経外科 3件、整形外科 3件、内科 5件、外科、総合病院系、認知症専門診療、認知症で興奮状態になった方の受け皿

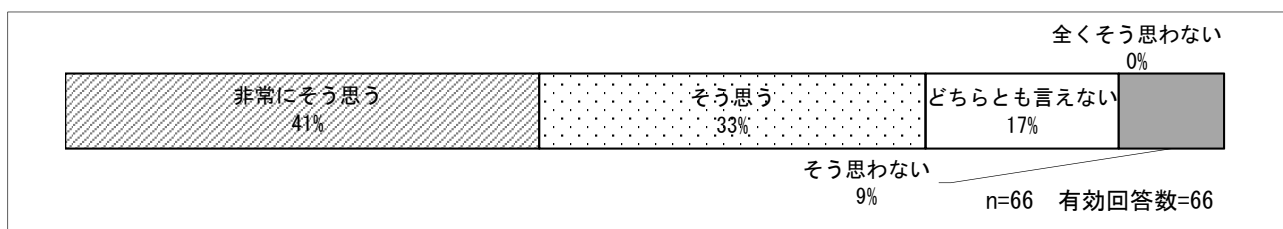
設問4：看取りについて

(1) 看取りに関わった経験がある。

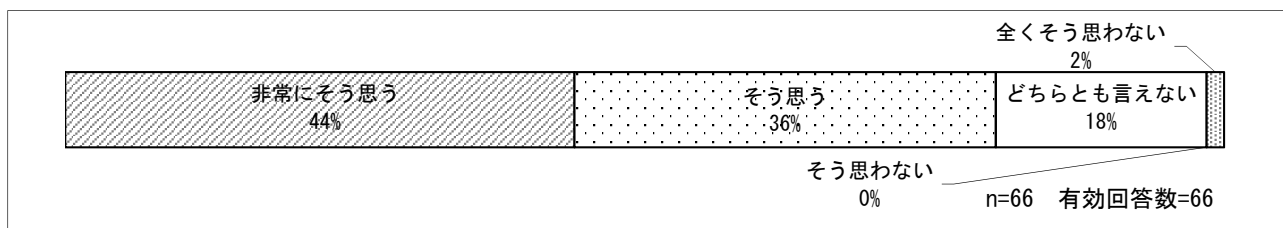


(2) 看取りをすることは、事業所職員にとって負担が大きい。

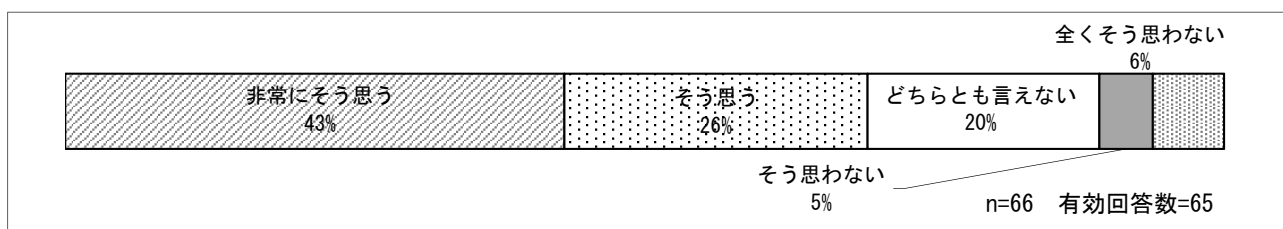
※看取りに関わった経験の有無に拘らずお答えください。



(3) 今後、看取るケースは増えていくと感じている。



(4) 看取りをするために連携できる医師がいる。



設問4 (1) 看取りに関わった経験がある事業所は約74%
 設問4 (2) 看取りは負担が大きいと感じている事業所は約74%
 設問4 (3) 今後、看取るケースが増えていくと感じている事業所は約80%
 設問4 (4) 看取りをするために連携できる医師がいると思っている事業所は約69%

設問5：設問1～4までに關し、問題と思うことと、その解決策をお書きください。

- ・ 認知症の方の受入体制の強化、認知症患者受入加算（案）などの創設。
- ・ 土日祝日、夜間時にご利用者様の体調が崩れ、身体状況の変化が見られた際には、かかりつけ医にも相談などできないことが多いため、急変症状、状況や既往歴などの報告で、当日の当番病院や受診先を照会できる電話相談室のようなところがあると助かる。
- ・ 福祉施設として、入居されている方の健康管理面が不安としてある部分なので、病院関係者と施設関係者のワーキング研修を実施する。
- ・ 介護スキルのアップ、知識習得が重要
- ・ その人がその人らしく生活することが大事であるが、例えば食事を経口摂取できなくなっても、その家族の意向で経管栄養・胃ろう造設等で寝たきり状態となり、生かされてる感が強いが、果たしてその人はそれを望んでいるのであろうか。それが医療費・介護費の増大を生み、高齢者が増える事と比例して日本経済も圧迫する事となっている。本来、経口摂取ができなくなった時がその人の寿命と考え、住み慣れた自宅で最期を迎える事が幸せでないかと思う。その為にも在宅医療・在宅介護の充実が必要と考える。
- ・ 協力病院がある事は安心だが、緊急を要する際の急変時の優先順位（救急車が先か？病院が先か？）の判断が難しい。また夜間の急変時、担当以外のDrだった際、利用者についての情報がどこまで伝わっているか、共有できているか不安である。
- ・ グループホームへの入院中や退院時の病状説明がない医療機関がある。ご家族へ病状説明をされて、グループホームがご家族より聞き取りをする場合があるが、適切な情報を得ることが出来ないことが非常に多い。ご家族も医療機関の説明を適切に理解できていない事や日常生活を送るために必要な情報を医療機関から聞き取ることが出来ないのが現状。

入院中に医療機関側が困ったことだけは連絡をするが、患者本人の日頃の状態確認が少ない中で判断をされてしまうため、著しくADL・IADLのレベルが低下してしまう事や、頻繁に面会にいかなければ入院中の状態を把握出来ないことも多い。

また、情報提供を十分に行っても、入院までの案内された先で同じ質問を繰り返し受け、医療機関内での情報提供がスムーズでないことがうかがえる。介護事業所によっては、医療機関がどんな情報を知りたいと思っているのかを存じていない場合もあると思うので、両機関が同時に参加出来るグループワーク研修等が開催されても良いのではないだろうか。また、介護事業所の医療面の知識不足も浮き彫りだと思うので、強化することで医療機関との意思疎通がしやすくなると思う。

- ・ 今後ホームや在宅で看取るケースが増えてくると思うが、利用者様や患者様が望む場所で看取れる環境を整備することが難しい。
- ・ 平日日中は、かかりつけ医に気軽に相談する事ができており、夜間祝日は医療連携Nsに相談している為、ホーム職員だけで判断して対応する事が少ないので、その点では負担が少ない。
ただ、平日の日中は変わりなかったのに、祝日になると体調不良になる方や、尿路感染の場合などは夜間に急な高熱が出る場合が多く、その際はかかりつけ医に診ていただくのが困難なため、当番医や夜間急病センターで受診している。
- ・ 医療連携している医療機関は、24時間いつでもちょっとしたことでも何でも相談に乗ってくれるので本当に助かっている。そういう地域医療に携わってくれている医療機関なしにグループホームでの健康管理、特に看取りは困難だと思う。
- ・ 症状により入院と説明された後で長時間待たされ、入院後は病棟でホームでの生活状況を時間をかけて聞かれるが、待っている間に必要事項の記入ができれば時間短縮できると思う。

- ・ 状態変化し救急搬送し入院が必要であるときも認知症状があるとすぐに施設へ戻され治療ができないことがあり、また高齢なため治療を行っていただけなかったケースもあった。そのため往診ができ看取りも行っていただける病院を探すのに苦労した。
- ・ 休日等の当番医について、バリアフリー対応ではない病院の場合、車椅子の入居者様に、とても負担をかけてしまう。また、転倒などのリスクも増えてしまうのではないかと思う。あまり普段は利用する事がないが、以前、休日当番医に受診した際、そう感じた。
- ・ 各施設、医療機関でフェースシート、基本情報等が存在するがその内容が様々である。お薬手帳のように自分史手帳のようなものを普及できないか。

看取りは主治医や医療の24時間365日の協力や連携がないと困難だと感じている。また、職員配置によって介護職員の心身の負担が大きく離職に繋がることもあり、看取りを行うことには消極的にならざるを得ない。

- ・ 病院は介護施設の役割や現状を理解していない部分が多い。入院期間が過ぎると退院ばかりを要求し、施設での生活において医療面からの指導等が不十分な場合が多い。(協力医療機関以外の)施設との協力体制の研修などあれば良いと思う。
- ・ 地域包括ケアシステムの方向性から見ても、今後、看取りを行わなければ適切な運営ができなくなってくると思われるが、看取り、看取りと思いや言葉だけが先行し、各事業所で看取りが掲げられていても、きちんとした医療との協力体制が整っていないところも多いのではないかと感じる。

医療処置が高く、急変する可能性が高い看取りは、医師や看護師の配置がある施設と比べ、一時的なものであっても介護職員による対応や判断が必要な状態が余儀なくされ、医療連携がきちんと確立されていないままでは、介護職員の不安、負担が大きく、利用者にとっても事業所にとってもリスクが大きいと思われる。

利用者の主治医がそれぞれ違う当ホームでは、実際に看取りの状態となった時、各主治医が24時間体制で協力してもらえるか?となると疑問が残る。グループホームの看取りは、普段から定期的に往診できるような医師などがしっかり配置されたうえで、日ごろの連携が図れていて、且つきちんとした看取り研修を行われていることで、初めて実現可能なものであると考える。

- ・ 医師が消極的であり、こちらの職員の話をおあまり理解できていない様子である。検査し薬を出すだけで、これといった指示を出してくれず、病院側のミスまでこちらに押し付けてよこす。(薬の処方について)ナースも認知症ということを理解していない接し方である。

看取りはスタッフの負担が大きく、医師やナースの協力も不可欠であるが、今の体制では無理だと思う。利益を考える前に本人にとって一番良い方法は何かを優先に考えるべきだ。

- ・ 医療連携を推進していくうえで、介護員の観察や気づきが重要だと思う。普段から救急時、急変時の対応の学習会をしていくこと、また医師や看護師が介護員の気づきの声を偏見なく聴くことが大切だと思う。
- ・ グループホームでは特に看護職員の配置基準はないが、看取り体制のために看護師を配置しているが、やはりなかなか人員は集まらない。他施設への移動も含め検討して必要があるが、ホームとしてはなるべく施設での看取り体制をこれからも整えていきたい。そのためにも医療との関わりは重要であると認識している。
- ・ 看取りを行うには、24時間体制の訪問看護ステーションの存在が不可欠。
- ・ 医療との連携はとれている方だと思うが、看取りへの協力体制等については課題もある。

- ・ 設問1：カンファレンスの開催や連携担当者からの情報提供は病院によって格差がある。特に退院前の情報提供をしっかり行ってもらえるとありがたい。

設問2：かかりつけ協力医療機関（総合病院循環器内科）に、血便や発熱があることを相談したら、診療科が違うので消化器内科に受診するよう言われたが、消化器内科は新患は受け付けていないと言われた。仕方なく他の病院を受診したが、循環器も関係あるかもしれないからと、結局かかりつけ総合病院の消化器内科に紹介状をもらい受診する事となった。何のための総合病院なのか。

設問4：今後、施設で看取りを行う事は重要になると思うが、往診へ来てくれる医師がもっと増えなければ現実的には難しいと思う。

- ・ 医療連携を組んでいる医療機関との連携がスムーズであるか否かで実現可能であると思う。職員の入れ替わりもあり勤務体制や職員の経験やスキルなど不安はある。医療機関スタッフ、施設スタッフ、家族のチームで看取るという姿勢が大切だと思う。
- ・ 医療側の介護や施設の理解が薄い。まだ介護施設において「暮らし」というものを理解されていない関係者もいるのではないか？また、施設側としては看取り介護を含めた介護の考え方が成熟していない。つまり職員の人材不足や離職率も相まってなかなか教育をしても浸透しない施設が多いのではないか？
- ・ 看取りに関して夜間医師が対応できないため救急車で運ぶしかない。

※ 第 5 回協議会資料抜粋

○情報共有ツール作業部会で今後協議いただきたい事項

1 第 4 回協議会で提供された情報共有ツールの種類

- (1) 独自作成様式
- (2) 国が示している診療報酬や介護報酬の請求事務関係書類と全部または一部が同様の様式
- (3) 各団体の上部団体が示しているひな形の様式
- (4) 連絡票様式

2 検討の視点

- (1) 情報共有ツールとしての検討が必要な様式と、必要が無い様式の抽出
 - ・ 請求事務関係書類様式や既存の様式で問題が無い
 - ・ 各機関の機能が違うので、様式が多様化するの仕方が無い など
- (2) 情報共有ツールとして利用されている請求事務関係書類の様式のアレンジの必要性の検討
 - ・ 多職種連携に必要な記載項目の追加 など
- (3) 請求事務関係書類とは別個に、独自に作成した方が有効な様式の検討
 - ・ 2 度手間の書類作成負担の問題 など
- (4) どの機関・事業所・施設の間の連携を支援するための情報共有ツールか
 - ・ 全ての医療機関・介護サービス事業所が共通に必要な情報を網羅した万能な情報共有ツールの作成は、現実的に困難 など
- (5) 情報共有ツールの利活用方法、手順の検討
 - ・ 手引き等の作成 など
- (6) デジタル化された情報共有ツールと、アナログのペーパーベースの情報共有ツールの関係や整合性
 - ・ 情報共有ツールの利用は、推奨か義務か など

3 協議の進め方について

- (1) 既存のツールの使用方法や使用場面などの更なる分析
- (2) 検討する情報共有ツールの優先順位 ～ 2 分科会 (退院支援, 急変時の対応)
- (3) 基本ツールと応用ツール
- (4) I C T について

情報共有ツール取りまとめ

団体名	No.	情報共有ツール	備考
函館市医師会 函館地域医療連携実務者協議会 北海道医療ソーシャルワーカー協 会南支部	(函館中央病院)		
	1	基本情報	
	2	退院時情報提供書	
	3	転院時看護要約	
	4	入院前・入院時基本情報	
	5	ご紹介患者様情報	
	(市立函館病院)		
	6	看護連絡書	
	(国立函館病院)		
	7	患者情報	
	(函館五稜郭病院)		
	8	相談・連絡票	
9	看護要約		
10	看護要約Ⅱ		
(函館市医師会病院)			
11	紹介患者様情報		
12	看護要約		
函館薬剤師会	13	診療情報提供書	北海道薬剤師会がひな形と して提供しているもの
	14	在宅患者訪問薬剤管理指示書	
	15	服薬情報提供書	
	16	居宅介護支援専門員への報告書	
函館市居宅介護支援事業所連絡協 議会	17	地域医療連携推進カード	
	18	診療情報提供書	
	19	退院・退所情報提供書	
	20	在宅情報提供書	
函館市訪問リハビリテーション連 絡協議会	21	リハビリテーション計画書（アセ スメント）（様式2）	厚生労働省書式
	22	リハビリテーション計画書（様式 3）	
	23	リハビリテーション会議録	
道南訪問看護ステーション連絡協 議会	24	訪問看護の情報提供書	H17頃に、全国の訪問看 護ステーション向け情報共 有様式集が作成され、各地 でアレンジして使用してい る
	25	看護サマリー	
道南地区老人福祉施設協議会	26	協力医療機関へのFAX用紙	介護老人福祉施設シンフォ ニーにて利用している様式

団体名	No.	情報共有ツール	備考
函館市地域包括支援センター連絡協議会	27	利用者基本情報	標準様式
	28	基本チェックリスト	
	29	週間サービス計画表	
	30	サービス担当者会議の要点	
	31	サービス担当者に対する照会（依頼）内容	
	32	介護予防支援経過記録	
	33	サービス利用票	
	34	サービス提供票	
	35	介護予防サービス-支援計画表	
	36	情報共有連絡票	連絡票様式
	37	「サービス担当者会議資料」としての主治医からのご意見について	独自様式
	38	担当者会議開催における主治医からのご意見について	
	39	介護保険での短期入所療養介護利用における医師の指示書	
	40	介護保険での通所リハビリ利用における医師の指示書	
	41	介護保険での訪問リハビリ利用における医師の指示書	
	42	介護保険での訪問看護利用における医師の指示書	
	43	介護保険での訪問入浴利用における医師の指示書	
	44	軽度者に対する福祉用具貸与に関する医師意見書	
	45	患者〇〇〇〇様の介護保険による訪問看護利用にあたっての指示書発行についてのご依頼	
	46	サービス担当者に対する照会（サービス担当者会議資料）	
47	サービス利用の指示について		
48	医療系サービス利用の指示について		
(17)	地域医療連携推進カード	(函館市居宅介護支援事業所連絡協議会と重複)	
(18)	診療情報提供書	(函館市居宅介護支援事業所連絡協議会と重複)	
(19)	退院・退所情報提供書	(函館市居宅介護支援事業所連絡協議会と重複)	
(20)	在宅情報提供書	(函館市居宅介護支援事業所連絡協議会と重複)	

情報共有ツール対応図（回答添付用）

貴団体名	種別	情報共有ツール名称	
<p>貴団体の傘下の関係機関に調査・照会して頂き、各関係機関の情報共有ツールを情報収集し、各団体において、今後の医療・介護連携推進に有用な、代表的な情報共有ツールを選定して頂き、当協議会に報告・提案して頂きたい主旨の調査です。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・アポイントシート ・退院支援 ・日常の療養支援 ・急変時対応 ・看取り ・その他 		在宅医療機関
	<ul style="list-style-type: none"> ・アポイントシート ・退院支援 ・日常の療養支援 ・急変時対応 ・看取り ・その他 		入院医療機関
	<ul style="list-style-type: none"> ・アポイントシート ・退院支援 ・日常の療養支援 ・急変時対応 ・看取り ・その他 		歯科
	<ul style="list-style-type: none"> ・アポイントシート ・退院支援 ・日常の療養支援 ・急変時対応 ・看取り ・その他 		薬局
	<ul style="list-style-type: none"> ・アポイントシート ・退院支援 ・日常の療養支援 ・急変時対応 ・看取り ・その他 		訪問看護 ステーション
	<ul style="list-style-type: none"> ・アポイントシート ・退院支援 ・日常の療養支援 ・急変時対応 ・看取り ・その他 		訪問リハビリ テーション 事業所
	<ul style="list-style-type: none"> ・アポイントシート ・退院支援 ・日常の療養支援 ・急変時対応 ・看取り ・その他 		居宅介護 支援事業所
	<ul style="list-style-type: none"> ・アポイントシート ・退院支援 ・日常の療養支援 ・急変時対応 ・看取り ・その他 		地域包括支援 センター
	<ul style="list-style-type: none"> ・アポイントシート ・退院支援 ・日常の療養支援 ・急変時対応 ・看取り ・その他 		協力医療機関 (施設・ 居住系)
	<ul style="list-style-type: none"> ・アポイントシート ・退院支援 ・日常の療養支援 ・急変時対応 ・看取り ・その他 		介護老人 福祉施設等 (施設・居住 系)

函館市医師会
函館地域医療連携実務者協議会
北海道医療ソーシャルワーカー協会南支部

基本情報

函館中央病院 総合医療支援センター
 〒040-8585 函館市本町33番2号
 Tel 52-1231(代) (内4600) Fax 51-2069(直)
 退院支援看護師

氏名		性別	年齢	生年月日	T・S	年	月	日
住所		電話	自宅 携帯					入院日 退院日
連絡先①	氏名 住所 電話 携帯	【家族構成】				【介護保険認定状況等】		
連絡先②	氏名 住所 電話 携帯							
【診断名】		【既往歴】						
【治療経過】								
【病気・治療の説明と理解】								
【医療処置等】				【左記に対する対応】				
【日常生活自立度】								
食事								
排尿								
排便								
移乗								
移動								
障害等								
認知度								
【その他】								

退院時情報提供書

函館中央病院 入退院支援室
 看護師
 電話番号 52-1231(4600)

利用者氏名		様			
生年月日 (明・大・昭)		年	月	日	歳
入院期間		年	月	日 ~	年 月 日
疾病の状況	主病名				その他
	主症状				
	既往歴				
服薬状況	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他				
食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他				
排泄	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他				
入浴	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他				
移動	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他				
口腔ケア	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他				
	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他				
入院中の経過					

転院時看護要約①

2015/11/20 11:47:11

3

氏名			生年月日			年齢	才	性別	
住所			職業						
診療科			連絡先						
主治医	受持看護師								
入院日	退院日								
血液型	型 ()		アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
感染症	HBs抗原(-)抗体()HCV抗体(+)RPR(-)TPHA(-)		輸血歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明					
			処方	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 一覧表添付あり					
病名			手術日	術式名					
既往歴									

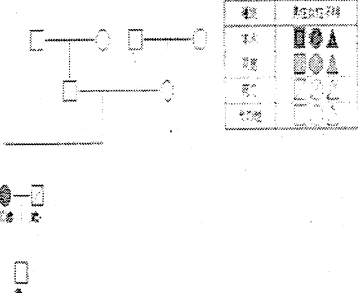
看護要約及び入院中の問題点と看護実践（解決状況）、終了・継続の有無、退院指導

転院時看護要約②

2015/11/20 11:47:11

治療経過

項目	自立度	具体的状況
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> ベッド上	
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> セツインク要 <input type="checkbox"/> 絶食 <input type="checkbox"/> 経管食	
排泄	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
排泄方法	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ホータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> テル? <input type="checkbox"/> ハルシナチーブル	
入浴・保清	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
睡眠	睡眠剤服用 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
内服	<input checked="" type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 一回配薬 <input type="checkbox"/> 一日配薬	
障害	<input type="checkbox"/> 聴覚 <input checked="" type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> その他	

家族の支援体制	病気・治療の説明と受け止め方
 <p>キーパーソン 本人との関係</p>	<p>家族 ()</p>

その他

入院前・入院時基本情報

患者ID

記載日 平成 年 月 日

	氏名	様 (男・女)	<生年月日> M・T・S・H <住所>			
	<家族構成>		<既往歴>			
入院前	<キーパーソン> 様		病名	病院・治療内容		
	<家族連絡先>					
	氏名(関係)	Tel				
	()					
	()					
	<介護保険: <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済(要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5) 担当CM 利用サービス 連絡先					
	<入院前の身体状況>			<メモ>		
	・移動					
	・食事					
	・排泄					
・入浴						
・意志疎通						
・認知症						
・医療行為						
・その他						
入院中	病名			入院日		
				OP日		
	<医療行為>			<治療の経過>		
	インシュリン					
	経管栄養					
	IVH	ポート有 <input type="checkbox"/>				
	酸素					
	バルン					
	ドレーン					
	装具					
	その他	点滴・吸引・注射・ストマ・内服(特に抗がん剤)確認!		<今後の方向性>		
	<認知症> 有 ・ 無					
	不穏			<食事内容> (
	夜間不眠			<他科・他院受診>		
	独語			科・病院	最終受診	経過
危険行動						
抑制・拘束	<input type="checkbox"/> センサー <input type="checkbox"/> ミトン() <input type="checkbox"/> 抑制帯(
その他						

ご紹介患者様情報

当院担当SW

氏名 テスト様 (男)

生年月日

住所 函館市マルマル町0-0

Tel.

<キーパーソン>

氏名

連絡先

<入退院情報>

入院日

退院日

<既往歴等>

<保険情報>

医療保険			
保険者番号			
続柄			
記号		番号	
負担割合			
限度額認定・減額認定証			

公費①	
受給者番号①	
負担区分①	

公費②	
受給者番号②	
負担区分②	

看護連絡書

Ver.4



記載日:

御中				
フリガナ	テスト カンじや	性別	生年月日	入院期間
氏名	テスト かんじや 様	男性		(入院日) (退院日)
病名				
住所	0410822 函館市亀田港町			電話番号
連絡先	(氏名)	(続柄)	(住所)	
	函館 花子	妻		
	電話番号(自宅) (携帯) 0138-22-3333			
	(氏名)	(続柄)	(住所)	
	函館 一郎	長男		
電話番号(自宅) (携帯) 0138-11-2222				
◆患者情報				
・介護保険制度 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 更新手続き中 <input type="checkbox"/> 該当なし ・ケアマネージャー名 () 事業所名 () ・身体障害者手帳 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(級) 障害名: ・特定疾患医療給付 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
感染症	HBs (不明) HBc () HIV () TPHA (陰性) MRSA (未検査) その他 ()			
入院中の経過				
既往歴 糖尿病				

◆継続医療行為		
<input type="checkbox"/> 経管栄養 :	物品名 :	サイズ :
交換時期 : 次回		
<input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル (サイズ :		交換時期 :)
<input type="checkbox"/> 気管カニューレ (物品名 :	サイズ :	交換時期 :)
<input type="checkbox"/> 酸素吸入 :	0	
<input type="checkbox"/> 透析 :		
<input type="checkbox"/> 気管内吸引	<input type="checkbox"/> 点滴(末梢)	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養
		<input type="checkbox"/> リザーバー
		<input type="checkbox"/> 自己注射
<input type="checkbox"/> 褥創処置	<input type="checkbox"/> 創傷処置	<input type="checkbox"/> ストーマ
		<input type="checkbox"/> ドレーン
		<input type="checkbox"/> 疼痛管理
<input type="checkbox"/> 内服管理	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> その他 ()
MRI <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 体内人工物 ()		
◆看護の継続事項		
・食事 食事内容 :		
総カロリー :	kcal	食事制限及び禁止事項 ()
主食 :		
副食形態 :		
・排便習慣 :	回/ 日	最終排便日 :
・最終入浴日 :		
・徘徊の危険性 :	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
・転倒・転落 :	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
・身体抑制 :	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
・離床センサー :	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
・センサーマット :	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
◆身体的特徴 身長 : cm 体重 : kg		
視力障害		聴力障害 ()
嗅覚障害		味覚障害
認知症状		
その他		
病棟	部長	記載者

ID:

氏名: テスト かんじゃ

◆ADL・身体状況		
活動レベルと具体的内容	入院時	
◆ 基本動作	4. 両足で立ってられないが、座りながら乗り移りしている	4. 両足で立ってられないが、座りながら乗り移りしている
◆ 移動方法	4. 手すりを使わずに階段の上り下りができる	2. 手すりや車椅子などを使い平らな場所を移動している
◆ 認知機能 オリエンテーション	3. どんな場所かわからないが、いる人が誰かわかる	3. どんな場所かわからないが、いる人が誰かわかる
◆ 認知機能 コミュニケーション	4. 複雑な人間関係を保っていないが書き言葉は理解している	4. 複雑な人間関係を保っていないが書き言葉は理解している
◆ 精神活動	2. 以前の事は思い出せないが、普段ぼーっとしていることはない	4. 時間管理はできないが、1ケタのたし算はできる
◆ 食べる・飲み込む力 (嚥下)	3. ストローで飲めないが柔らかいものは飲み込んでいる	4. 普通の食事は食べてないがストローなどでむせずに飲んでいる
◆ 食事動作	5. 食べこぼしをせずに自分で上手に食べている	2. 直接的な介助により食べている
◆ 排泄動作	2. トイレへの乗り移りが出来ず介助が必要。またはベッド上で排泄をしている	4. 後始末はしていないが、ズボンパンツの上げ下ろしはしている
◆ 入浴動作	2. 坐位が保てず機械浴やリフト浴を利用している	4. 一人で入浴しているが浴槽は利用せずシャワーのみ
◆ 口腔ケア	2. 自分では歯磨きをしていないが、「うがい」は行っている	2. 自分では歯磨きをしていないが、「うがい」は行っている
◆ 整容動作	2. 洗顔は行っていないが、手洗いは自分でしている	4. 爪切りはしていないが、髭剃りや整髪は自分でしている
◆ 着替え動作(衣服)	5. 着替えた衣服の整理を自分で行っている	4. 衣服の整理はしていないが、ズボン等の着脱は行っている
◆ 社会生活参加～社会交流	1. 会話などの社会交流はしていない。または出来ない	4. 電話やメールは使用しないが、親族や知人に会いに外出している
◆ 社会生活参加～余暇	3. 個人的な趣味活動は行っていないが、屋内で集団でのレクリエーションは自ら参加している	3. 個人的な趣味活動は行っていないが、屋内で集団でのレクリエーションは自ら参加している
評価の合計点	42 点	48 点

(R4) 老健ケアマネジメント方式システム、ICFに準拠したADLアセスメント方式 (A3) です。医療・介護など多職種間のADL共通指標として利用しています。

	1点	2点	3点	4点	5点
基本動作 歩行	歩行が困難	歩行が困難でないが、杖や歩行補助具が必要	杖や歩行補助具を必要としない	杖や歩行補助具を必要としない	杖や歩行補助具を必要としない
移動方法 移動	移動が困難	移動が困難でないが、杖や歩行補助具が必要	杖や歩行補助具を必要としない	杖や歩行補助具を必要としない	杖や歩行補助具を必要としない
認知機能 記憶力	記憶力が低下	記憶力が低下している	記憶力が低下している	記憶力が低下している	記憶力が低下している
コミュニケーション	コミュニケーションが困難	コミュニケーションが困難でないが、支援が必要	コミュニケーションが困難でない	コミュニケーションが困難でない	コミュニケーションが困難でない
時間管理	時間管理が困難	時間管理が困難でないが、支援が必要	時間管理が困難でない	時間管理が困難でない	時間管理が困難でない
食生活 食事の摂り方	食生活が困難	食生活が困難でないが、支援が必要	食生活が困難でない	食生活が困難でない	食生活が困難でない
生活動作 着脱	生活動作が困難	生活動作が困難でないが、支援が必要	生活動作が困難でない	生活動作が困難でない	生活動作が困難でない
移動動作 移動	移動が困難	移動が困難でないが、支援が必要	移動が困難でない	移動が困難でない	移動が困難でない
入浴動作 入浴	入浴が困難	入浴が困難でないが、支援が必要	入浴が困難でない	入浴が困難でない	入浴が困難でない
口腔ケア 口腔ケア	口腔ケアが困難	口腔ケアが困難でないが、支援が必要	口腔ケアが困難でない	口腔ケアが困難でない	口腔ケアが困難でない
整容動作 整容	整容が困難	整容が困難でないが、支援が必要	整容が困難でない	整容が困難でない	整容が困難でない
着替え動作 着替え	着替えが困難	着替えが困難でないが、支援が必要	着替えが困難でない	着替えが困難でない	着替えが困難でない
社会参加 社会参加	社会参加が困難	社会参加が困難でないが、支援が必要	社会参加が困難でない	社会参加が困難でない	社会参加が困難でない
社会参加 社会参加	社会参加が困難	社会参加が困難でないが、支援が必要	社会参加が困難でない	社会参加が困難でない	社会参加が困難でない

患者情報

【基本情報】

ふりがな 氏名		性別		生年月日		115		歳	
住所				TEL					
連絡先	1	氏名	○	住所	TEL				
	2	氏名	○	住所	TEL				
	3	氏名	○	住所	TEL				

家族構成	保険種別		記号番号		保険者番号	
	身障手帳				重度身障番号	
	介護保険				有効期限	
	担当ケアマネジャー					

【ADL状況】

移動	()	食事	()
起居動作	()	食事形態	()
立位	()	更衣	()
座位	()	排泄	()
入浴	()	その他	()
失禁	認知症	問題行動	()

【特記事項】

担当者 _____

患者情報

【基本情報】

ふりがな 氏名		性別		生年月日		115	歳
住所				Tel			
連絡先	1 氏名	()	住所			Tel	
	2 氏名	()	住所			Tel	
	3 氏名	()	住所			Tel	

家族構成	保険種別		記号番号		保険者番号	
	後期高齢者1割					
	身障手帳	無			重度身障番号	
	介護保険	申請中		有効期限		
	担当ケアマネジャー					

【ADL状況】

移動	一部介助 (車椅子対応)	食事	自立 ()
起居動作	一部介助 ()	食事形態	粥 (副食きざみ)
立位	一部介助 (支えが必要)	更衣	見守り ()
座位	一部介助 ()	排泄	一部介助 ()
入浴	一部介助 ()	その他	()
失禁	無	認知症	無
	問題行動	無	()

【特記事項】

病名：肺がん、脳転移
 既往歴（当院確認分）：
 73歳 狭心症 中央病院 スtent留置、内服治療
 歳 高血圧、ASO、頭部脳血管狭窄および閉塞 中央病院 内服治療

平成24年に胸部異常陰影があり中央病院から紹介、検査の結果上記病名となり、イレッサによる治療を行って
 ございました。今回は治療薬の変更と全身精査目的で5月22日に入院しました。当面は治療は行わない方針とな
 り、緩和ケアチームも介入の上、今後の療養生活について相談いたしました。

かねてから、本人は在宅療養を希望されておりましたが、内縁の妻から不安の声が聞かれ、実現せずに経過し
 ておりました。ここ最近体調も良くなり、担当医から今が自宅で過ごすことができるチャンスと内縁の妻も説明
 を受け、今回自宅退院に踏み切る方針となりました。当面は、介護保険サービスを必要としないかもしれませんが
 が、状況が変化することも十分考えられるため、介護保険申請と同時に今回ご相談させていただくこととなり
 ました。訪問看護につきましては、医療保険対応という形で本人とも確認、了解をいただいております。退院後
 は、当院へ外来通院する形となっております。

お手数をおかけいたしますが、今後の在宅療養の支援の程、よろしく願いいたします。

担当者

相談・連絡票

ID			
氏名		生年月日 (歳)	
現住所			
保険		(担当者: TEL)	
記号・番号		(続柄)	被保険者
公費 ()		()	()
身障手帳 (種 級)		障害名	交付年月日
介護保険		認定年月日	
認定期間 ~		番号	
居宅支援事業所		ケアマネ	
病名	病名	既往歴	
病院	病院		
医師	医師		
病棟	病棟		
入院 ~			
入院 ~			
同居者	氏 名	続柄	年齢 家族状況 他
相談者kp		(続柄: 住所: TEL:	
他連絡先		(続柄: 住所: TEL:	
経済状況			
備考			
			担当者

看 護 要 約

フリガナ			患者番号	
氏名	様		生年月日	()
現住所				TEL1
				TEL2
連絡先	①			TEL1
				TEL2
	②			TEL1
				TEL2
病名・術式				担当医:
		入院日 :		
		退院日 :		
既往歴		感染情報		
		HBs抗原 ()	HBs抗体 ()	
		HCV抗体 ()	ワ氏 ()	
		血液型 () 型		
		アレルギー		
		食物		
		薬剤		
		その他		
現病歴と入院中の経過		処方・注射	※別紙参照	
		家族構成	*キーパーソン	
看護上の問題点と継続事項		病気に対する認識 患者さま:		
		ご家族 :		
		携行品	返却	
次回受診日				
		要介護度		
		身体障害者手帳		

患者番号		氏名	()		性別		
床上安静の指示				排泄	便	回 / 日	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる					尿	回 / 1 日	
寝返り		<ベッド上動作>			排泄行為		
		体位変換介助					
起き上がり		起き上がり介助			オムツ使用	尿意・便意	
		端座位介助			尿とりパット	尿・便失禁	
		端座位保持			バルーンカテーテル	(Fr カフ cc)	
座位保持					最終交換日 ()		
移乗		見守り			入浴・シャワー浴	入浴する上での注意点	
		立ち上がり介助				～ 介助の場合 ～	
移動方法 (主要なもの1つ)		～ 歩行器歩行 ～		移動			
		歩行中の腰支え		更衣			
		見守り		洗浄			
		～ 杖歩行 ～		入浴・シャワー浴		最終日	
		～ 車椅子介助 ～		清拭		最終日	
		自力操作					
口腔清潔				装具の着脱			
食事	介助内容	食欲		洗濯			
	食種			靴の着脱			
衣服の着脱				障害の有無と程度	麻痺・運動障害の有無と程度		
他者への意思の伝達					視力		
診療・療養上の指示が通じる					聴力		
危険行動への対応					言語		
					コミュニケーション		
危険行動の内容					その他		
睡眠		睡眠薬の使用		不明な点がございましたら、下記までご連絡下さい。 どうぞよろしくお願い致します。			
内服				〒040-8611 函館市五稜郭町38番3号 函館厚生院 函館五稜郭病院 TEL(0138)-51-2295 内線 ()			
				病棟師長:		印	
				記載者:			

看護要約 II

入院日:	主治医:	
退院日:		
病名		
連絡先		
記録者:	師長印 :	印

主訴・入院までの経過:	看護上の問題点・申し送り事項
入院中の経過	患者さま (家族) の認識
看護要約	処方
看護上の問題点・継続事項	次回外来日

紹介患者様情報

平成 年 月 日

フリガナ
氏名 様 (M ・ F) 年 月 日生 歳

住所 TEL - -

入院 年 月 日 退院 年 月 日

病名:

医療保険 身体障害者手帳 種 級 重度医療 (有 ・ 無)
特定疾患 介護保険

〈病歴・経過〉

〈家族構成〉

《キーパーソン》

フリガナ

名前

続柄

住所

TEL

携帯

《その他の連絡先》

フリガナ

名前

続柄

住所

TEL

携帯

〈本人・家族の希望〉

〈ADL状況〉

食事 [自立 時間はかかるが自分で食べる 一部介助 全介助]

排泄 [自立 一部介助 オムツ(昼・夜) 全介助 バルンカテーテル]

移動 [独歩(杖・装具) 歩行器 車椅子 立上がり(可・不可) 座位保持(可・不可)
寝返り(可・不可) 寝たきり] ※介助[要・否]

入浴 [普通浴 介助浴 特別浴 清拭]

会話 ・言語 [話せる 単語のみ 不明瞭 不可]
・理解 [理解できる だいたい理解 簡単なことのみ 不可]

認知症 [無し 軽度 中度 重度]

〈備考〉

紹介患者様情報

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

フリガナ 氏名 〇〇〇〇 様 (M・F) 昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日生 〇〇 歳

住所 〇〇〇〇 TEL 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

入院 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 退院 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

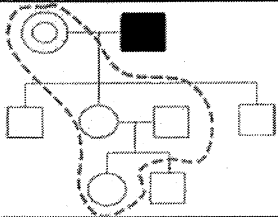
病名: 脊髄梗塞 高血圧症

医療保険 後期高齢者医療 身体障害者手帳 なし
 特定疾患 なし 介護保険 要介護3

〈病歴・経過〉

10年程前より高血圧症あり。H27.8.10AM自転車で近医診療所へ行って腰部と両膝に痛み止めの注射をし、帰宅。月に1度定期的 〇〇〇〇 診療所で腰・両膝にブロック注射を行っていた。
 13:00頃より急に右下肢優位に麻痺が出現。H27.8.11 〇〇〇〇 へ紹介入院。脊髄MRI検査にて脊髄異常信号あり、脊髄梗塞の診断。ワーファリン+バイアスピリン内服で治療し、症状は徐々に改善。同時に、リハビリ開始。
 H27.9.14リハビリ目的に当院転院。
 神経因性膀胱あり尿意感じられずバルーン留置中。

〈家族構成〉



《キーパーソン》

フリガナ 〇〇〇〇
 名前 〇〇〇〇 続柄 長女 住所 〇〇〇〇
 Tel 〇〇〇〇 携帯 〇〇〇〇
 仕事 以前は介護職をしていたが、母親の介護に専念するため退職

*入院前は 〇〇〇〇 で独居。
 今回の入院を機に同居するため、長女一家は一軒家を購入して引越し済。

〈本人・家族の希望〉

【本人】

- 〇〇〇〇 自宅に帰って再び暮らすのを目標にリハビリを頑張る。
- 子供たちに迷惑を掛けたくないの、自分で出来るうちは一人で頑張ろうと思っている。
- 自宅に帰って仏さんを守りたい。
- どうにかこうにかでも歩けるようになって自宅へ退院する。
- 長女から「心配だから冬の間だけでも一緒に暮らそう」と言われ、迷惑にならないなら世話になろうかな…考え中。

【長女】

- 母親を迎えるためマンションから一軒家に引越し、母親の荷物も全部運んできた(仏壇も)。
- 母親には冬だけと言っているが、実際に暮らし始めれば生活に慣れてくれると思う、はっきり伝えていない病気のことも徐々に伝えていって…そうすればずっと一緒に暮らすと言ってくれると思う。
- 〇〇〇〇 に友達がいないのでデイサービス等を利用すればいいのでは?と思っている。
- お風呂は大勢で入れるのは可哀想だから自分で家のお風呂に入れるつもり。仕事でやっていたので大丈夫だと思う。

〈ADL状況〉

- 食事 自立 時間はかかるが自分で食べる 一部介助 全介助
- 排泄 [自立 一部介助 オムツ(昼・夜) 全介助 バルンカテーテル]
- 移動 [独歩(杖)・装具 歩行器 車椅子 立上がり 可・不可 座位保持 可・不可
 寝返り(可)・不可 寝たきり] ※介助[要・否]
- 入浴 [普通浴 介助浴 特別浴 清拭]
- 会話
 ・言語 話せる 単語のみ 不明瞭 不可]
 ・理解 理解できる だいたい理解 簡単なことのみ 不可]
- 認知症 [無し 軽度 中度 重度]

〈備考〉

元々は独居でしたが、退院後は長女さん宅で同居予定です。
 ただしご本人の心情を考え、しばらくは 〇〇〇〇 家も住所もそのままにしてあげたいというのが長女さんの希望です。

ID: 氏名: 年齢: ?歳 性別: 入院期間: ~	
<<入院までの経過>>	<<既往歴>>
<<入院中の看護経過(看護計画)>>	<<看護の継続事項と情報>>
	<<褥瘡>> 褥瘡の有無: 部位: 最終DESIGN: 処置:
	<<認知状況>> 認知症患者の生活自立度:
	<<介護認定>> 介護認定: 介護度: 支援事業所: 担当ケアマネジャー: 現在受けている介護サービス内容:
公益社団法人函館市医師会 函館市医師会病院 病棟 TEL: 0138-43-6000 FAX: 0138-43-2030	記載 Ns () 受け持ちNs () 病棟管理者 ()

ID:	氏名:	年齢:	歳	性別:	入院期間:	~
<p>《入院までの経過》</p> <p>2年ほど前から自宅療養中。1~2ヶ月前より痰が増加し、嘔吐していた。本日20時夕食後嘔吐し、喘鳴出現。23時10分、多量に嘔吐し、救急車にて当院即入となる。</p>				<p>《既往歴》</p> <p>平成19年 HT 脳梗塞 脳外科 2~3ヶ月/1回 平成22年 膀胱癌 平成24年 腰椎圧迫骨折 リハビリ</p>		
<p>《入院中の看護経過(看護計画)》</p> <p>【長期目標】安全安楽な入院生活を送る事が出来る。 【短期目標】肺炎再発を防ぐことができる。</p> <p>5/15の入院時、肺炎のため発熱あり、CRP6.16にて抗生剤の点滴施行。6/4にCRP0.2まで下降され抗生剤も終了となる。一時、肺炎は落ち着いていたが、サクシオンや口脛ケアによる刺激で嘔吐、肺炎の再発で再び発熱、CRP5.49にて6/26から再度抗生剤開始された。痰がらみが多く1~2時間おきにサクシオン施行し透明~白色痰吸引。抗生剤を変更しながら8/10にはCRP0.2へ下降し肺炎は改善された。現在は時々サクシオンを行っているが痰はそれほど多くはなく、ケアによる嘔気もなく肺炎は落ち着いている。</p> <p>【短期目標】転倒、転落がない</p> <p>入院前からADLは全介助であり、現在も自力体動はありません。意思相通はできますが、自ら訴える事はなく、問いかけにうなづく程度です。気分次第で短い言葉で話すことはあります。</p>				<p>《看護の継続事項と情報》</p> <p>両鼠径部と両腋窩が真菌様のためワイドクリームを清拭時に塗布しています。また肛門周囲がただれているため亜鉛華軟膏塗布しています。</p> <p>7/24、IVH挿入されエルネオバ2号1500mlを24時間キープしています。その後、10/7に入れ替えのため左内頸静脈より20cm挿入、3針で固定しています。</p> <p>2時間毎の体位変換とエアーマット使用にて褥瘡予防していました。入院前は訪問看護、介護を利用していましたが、主に妻が身の回りの世話をしていました。しかし、妻自身の体調も万全ではなく、介護疲れによるストレスのため、向精神薬内服中です。PEGの次回交換はH28年1月頃です。</p>		
<p>肺炎は落ち着きましたが、時々発熱があります。抗生剤や解熱剤は使用せず、クーリングのみの対応で解熱しています。腹部エコーにて胆嚢炎が見つかりましたが、高熱が出るほどのものではなく、現在も熱の原因は特定されていません。</p> <p>入院後より絶食であり、6/19嚥下造影施行していますが一口目で気管へ入り、経口摂取は困難と判断され7/2PEG造設しています。しかし、栄養を注入すると発熱や下痢が見られるため経管栄養は行わず、IVHから栄養を補っています。PEGからのエアと緑色の排泄が見られるため、内服の注入以外は開放しています。排泄は約50ml/日です。</p>				<p>《褥瘡》</p> <p>褥瘡の有無: 無 部位:</p> <p>最終DESIGN:</p> <p>処置:</p>		
				<p>《認知状況》 認知症患者の生活自立度: IV</p> <p>《介護認定》</p> <p>介護認定: 有 介護度: 要介護 5 支援事業所: 担当ケアマネジャー: 現在受けている介護サービス内容: ・通所介護 : 週2回 ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 ・福祉用具貸与</p>		
<p>公益社団法人函館市医師会 函館市医師会病院 3階東病棟 TEL: 0138-43-6000 FAX: 0138-43-2030</p>				<p>記載Ns () 受け持ちNs () 病棟管理者 ()</p>		

処方内容

神経内科

- ①トリノシン腸溶錠20mg 3T 3×食後
- ③ソピクロン錠7.5mg「トーワ」 1T 1×就寝前
- ④ムコソルバン内用液0.75% 6ml 3×食後
- ⑤ロキソニン錠60mg 3T 3×食後
- ⑥ミカルディス錠40mg 2T 2×朝夕食後
- ⑦プレタールOD錠100mg 2T 2×朝夕食後
- ⑨エピナスチン塩酸塩錠20mg「トーワ」 1T 1×朝食後
- ⑩センノシド錠12mg「サワイ」 2T 1×就寝前
- Aモーラステープ20mg 7cm×10cm 140MI
- Bマイコスポールクリーム1% 20g
- Cユベラ軟膏 100g (患部に塗布)

函館市医師会病院

函館薬剤師会

診療情報提供書

平成 年 月 日

薬局 _____

担当薬剤師 _____ 様

(事業所名)

(事業所所在地)

(事業所 TEL)

(事業所 FAX)

医師

印

患者氏名	殿	性別
生年月日	年 月 日 (歳)	
住 所	電話番号	

傷病名
紹介目的
処 方

在宅患者訪問薬剤管理指示書

指示期間（平成 年 月 日）	
患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
症状・主訴： 訪問薬剤管理が頻回に必要な理由：	
留意事項及び指示事項（注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載してください。）	
薬剤管理指示内容（投与薬剤・投与量・投与方法等）	
緊急時の連絡先等	

上記のとおり、指示します。

平成 年 月 日

医療機関名

電 話

(FAX)

医師氏名

印

薬局名

薬剤師名

殿

服薬情報提供書

御中

先生御侍史

氏名	様(男・女)	生年月日	M・T・S 年 月 日生(才)
----	--------	------	-----------------

- | | |
|----------------------|---------------------------|
| ①副作用に関する注意事項 | ④コンプライアンスに関する注意事項 |
| ②服用方法・使用方法に関する注意事項 | ⑤介護サービス提供上の留意事項 |
| ③相互作用(飲み合わせ)に関する注意事項 | ⑥その他(体調の変化・ケアプラン全体への留意事項) |

居宅療養管理指導 算定 あり なし

平成 年 月 日

住所:

薬局名:

薬剤師名:

㊞

居宅介護支援専門員への報告書

訪問日 年 月 日 ()

患者氏名		訪問者	
生年月日	(明・大・昭) 年 月 日	薬剤師氏名	

主治医	氏名	電話	介護度	自立/介護予防サービス有/要支援1・2/要介護1・2・3・4・5
	所属	FAX		
ケアマネージャー	氏名	電話	目標達成のためにやるべきこと	
	所属	FAX		

処方薬の服用状況	前回の服薬開始時の残薬数	本日付残薬数	日間の服用数	服用状況判断	今回処方数	本日最終残薬数	次回必要処方数
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			

調剤方法:

調剤対象者	本人・家族 () ・その他 (ヘルパー・施設職員・)		
薬効説明	全・重点	他科受診	無・有
理解度	良・不良	併用薬品	無・有
管理/保管状況	良・不良	副・相互作用	無・疑有
効果	良・不良	健食・嗜好	無・有
患者主訴		考察・薬学的管理指導・説明のポイント	

食 事	排 泄
食欲(有・無)、量(少・中・多)、回数(回/日)	尿回数(昼: 回、夜: 回)
味覚(良好・悪い)	便通 (快便・便秘・下痢)
嚥下障害(むせこみ) (有・無)	発汗 (多・少・普通)
薬SE影響(無・疑有)	薬SE影響(無・疑有)

睡 眠	運 動
日中の睡眠 有(時間)・無	夜間睡眠 (時間) 良・不眠傾向あり
眠剤(就寝前の安定剤)がある場合	脱力感、ふらつき、転倒 (無・有・強)
【不眠の種類】 ・A入眠困難・B中途覚醒 ・C早朝覚醒・D熟眠障害・混合型(A・B・C・D)	不随意運動 (無・有・強)
眠剤服用: 時、入床 時	薬SE影響(無・疑有)
服用後の環境(TVや電気)	ADL、QOL
薬SE影響(無・疑有)	認知症、うつ、閉じこもり
	薬によるADL、QOLへの影響
	上記項目に関連する特記事項

次回訪問予定日	次回への申し送り事項および計画
---------	-----------------

函館市居宅介護支援事業所連絡協議会

様式1 地域医療連携推進カード

キリトリ線

このカードは医療保険証と一緒に保管してください。

地域医療連携推進カード

氏名 様 M・T・S 年 月 日生

担当している支援事業所等の情報	名称
	連絡先
	担当者
介護保険情報	
平成 年 月 日	要支援1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護1・2・3・4・5
(<input type="checkbox"/> 独居・単身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他)	
備考	

※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。
※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。
函館地域医療連携推進会議

キリトリ線

このカードは医療保険証と一緒に保管してください。

地域医療連携推進カード

氏名 様 M・T・S 年 月 日生

担当している支援事業所等の情報	名称
	連絡先
	担当者
介護保険情報	
平成 年 月 日	要支援1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護1・2・3・4・5
(<input type="checkbox"/> 独居・単身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他)	
備考	

※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。
※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。
函館地域医療連携推進会議

キリトリ線

このカードは医療保険証と一緒に保管してください。

地域医療連携推進カード

氏名 様 M・T・S 年 月 日生

担当している支援事業所等の情報	名称
	連絡先
	担当者
介護保険情報	
平成 年 月 日	要支援1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護1・2・3・4・5
(<input type="checkbox"/> 独居・単身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他)	
備考	

※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。
※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。
函館地域医療連携推進会議

キリトリ線

このカードは医療保険証と一緒に保管してください。

地域医療連携推進カード

氏名 様 M・T・S 年 月 日生

担当している支援事業所等の情報	名称
	連絡先
	担当者
介護保険情報	
平成 年 月 日	要支援1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護1・2・3・4・5
(<input type="checkbox"/> 独居・単身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他)	
備考	

※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。
※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。
函館地域医療連携推進会議

キリトリ線

キリトリ線

様式1 地域医療連携推進カード
(拡大図)

記入例

キリトリ線

キリトリ線

キリトリ線

このカードは医療保険証と一緒に保管してください。

地域医療連携推進カード

氏名 ○○ ○○ 様 M・T・⑤ 7年 7月 7日生

担当している支援事業所等の情報	名称 居宅介護支援事業所 ○○○○
	連絡先 0138-××-1234
	担当者 ○○ ○○
介護保険情報	
平成 22 年 4 月 1 日	要支援 1・2 (申請中)
平成 23 年 3 月 31 日	要介護 1・②・3・4・5
平成 年 月 日	要支援 1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護 1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援 1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護 1・2・3・4・5
(<input type="checkbox"/> 独居・单身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input checked="" type="checkbox"/> その他)	
備考	

キリトリ線

※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。

※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。

函館地域医療連携推進会議

診療情報提供書

平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名 御侍史

いつも大変お世話になっております。

下記の患者様について情報提供を賜りますようお願い申し上げます。

指定居宅介護支援事業所

電話 FAX

介護支援専門員 拝

患者様氏名	様	性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
電話番号		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治年 <input type="checkbox"/> 大正月 <input type="checkbox"/> 昭和日生 (歳)
患者様住所			
情報提供及び照会の目的			

上記患者様については次のとおりです。

傷病名	生活機能低下の原因になっているもの 発症日：昭和・平成 年 月 日 発症日：昭和・平成 年 月 日
その他の病名	
傷病の経過及び治療状況	
指示事項	禁忌及び注意事項 1. リハビリ：血圧 () 体温 (°C) 以上禁 2. 食事、水分量： _____ 3. 入浴：血圧 () 体温 (°C) 以上禁 4. その他、感染症等：
	医療系サービス利用回数指示 1. 通所リハビリテーション (1週間あたりの利用回数： _____ ~ _____ /週回程度) 2. 訪問リハビリテーション (1週間あたりの利用回数： _____ ~ _____ /週回程度) 3. 訪問看護サービス (1週間あたりの利用回数： _____ ~ _____ /週回程度) 4. 短期入所療養介護 (ひと月あたりの利用日数： _____ ~ _____ /月回程度) 5. その他 ()

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
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"/> V

医療機関名

所在地

連絡先

医師氏名

※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。
※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。
函館地域医療連携推進会議



診療情報提供書

平成 年 月 日

医療機関名 ○○病院

医師氏名 ○○ ○○ 御侍史

いつも大変お世話になっております。

下記の患者様について情報提供を賜りますようお願い申し上げます。

指定居宅介護支援事業所 ○○○○

電話 ○○○-××× FAX ×××-○○○

介護支援専門員 ○○ ○○ 様

患者様氏名	○○ ○○ 様	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
電話番号	0138-43-1111	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 7年 7月 7日生 (78歳)
患者様住所	函館市富岡町1丁目1番1号		
情報提供及び照会の目的	このところ、身体状況(ADL)の低下が見られ転倒等も増えてきている状況にあり、通所リハビリの利用をお勧めしたところご利用を希望されています。そのため、利用に関してのご指示を頂きたいと照会させていただきます。		

上記患者様については次のとおりです。

傷病名	生活機能低下の原因になっているもの		
	発症日：昭和・平成 年 月 日		
	発症日：昭和・平成 年 月 日		
その他の病名			
傷病の経過及び治療状況			
指示事項	禁忌及び注意事項	1.リハビリ：血圧() 体温()℃以上禁 2.食 事、水分量： _____ 3.入 浴：血圧() 体温()℃以上禁 4.その他、感染症等：	
	医療系サービス利用回数指示	1.通所リハビリテーション(1週間あたりの利用回数： _____ /週回程度) 2.訪問リハビリテーション(1週間あたりの利用回数： _____ /週回程度) 3.訪問看護サービス(1週間あたりの利用回数： _____ /週回程度) 4.短期入所療養介護(ひと月あたりの利用日数： _____ /月回程度) 5.その他()	

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
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"/> V

医療機関名

所在地

連絡先

医師氏名

※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。
※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。
函館地域医療連携推進会議



退院・退所情報提供書

(面談日) 平成 年 月 日

情報提供元の医療機関・施設名

所属

電話番号

フリガナ 利用者氏名						(男・女)
生年月日	(明・大・昭)	年	月	日	(歳)
入院期間	入院日	平成	年	月	日	～ 退院(予定)日 平成 年 月 日

	入院・入所中の状況	(特記事項)
疾患の状態	主病名 主症状 既往歴 服薬状況	(感染症等)
食事		
口腔ケア		
移動		(独自の方法・転倒危険)
入浴		
排泄		(留置カテーテル等)
夜間の状態	(良眠) (状態:	
療養上の留意事項及び必要な介護サービスなど		

※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。

※連携の必要が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。

退院・退所情報提供書

記入

(面談日) 平成 22 年 月 日

情報提供元の医療機関・施設名 ○○病院
 所 属 医療連携室 ○○ ○○
 電 話 番 号 ○○○-××××

フリガナ	○○ ○○
利用者氏名	○○ ○○ (男 <input checked="" type="radio"/> 女)
生年月日	(明・大 <input checked="" type="radio"/> 昭) 15 年 月 日 (70 歳)
入院期間	入院日 平成 22 年 10 月 10 日 ~ 退院(予定)日 平成 22 年 11 月 15 日

	入院・入所中の状況	(特記事項)
疾患の状態	主病名 アルツハイマー型認知症、脱水 主症状 せん妄、発熱 既往歴 服薬状況 (一部介助) 食事ごとに本人に渡している。	(感染症等) 脱水は点滴によって改善し、せん妄や発熱の症状もなくなっている。再度脱水を起こさないように水分摂取量に注意が必要。軽度の認知症があり、入院中も見守りや声かけを要することが多かった。
食事	(自立) (普通)	脱水で入院している。先生より水分は1500mlは摂取するように本人に話している。
口腔ケア	(一部介助)	洗面所まで誘導し、必要な物品を手渡す。動作の声かけをすると自力で行うことができる
移動	(見守り) (杖) 多少ふらつき見られるが、杖を使用し歩行できる。	(独自の方法・転倒危険) 病院では点滴のため臥床期間も長かったため、転倒しないように見守りしている。先生は動くようになれば歩行は良くなると話している。
入浴	(一部介助) 背部洗身に介助、移動の介助している。	一般浴での入浴は可能だが、歩行にふらつきがあるため浴槽の出入りや浴室内の移動は介助する
排泄	(見守り) (トイレ夜間のみ) トイレまで誘導が必要	(留置カテーテル等) 排泄後、しっかり拭き取りできているか確認が必要
夜間の状態	(良眠) (状態: 夜に数回トイレに起きるがすぐに眠る)	21時頃に消灯で、22時の巡回時には眠っている。朝は6時頃に起床する
療養上の留意事項及び必要な介護サービスなど	<ul style="list-style-type: none"> 十分に水分を摂れるように、時間を決めて水分補給するように(1500ml/日) 歩行時のふらつきがあるため、リハビリを行った方が良い(通所系サービスの利用) 	

記載日

TEL (0138) -
FAX (0138) -

記載者

【基本情報】

フリガナ			性別			生年月日			歳
氏名	様		男						
住所	〒 -					電話			
家族構成 <input type="checkbox"/> =男性 <input type="checkbox"/> =女性 <input checked="" type="checkbox"/> =本人 KP=キーパーソン <input type="checkbox"/> =同居枠	緊急時連絡先	1	氏名			続柄			
			住所			TEL			
						携帯			
		2	氏名			続柄			
			住所			TEL			
						携帯			
		3	氏名			続柄			
			住所			TEL			
						携帯			
かかりつけ医療機関					医師名	先生			
年月日	医療機関・医師名	病名	症状等						
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他						
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他						
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他						

【保険情報等】

介護保険	()	被保険者番号	0	0	0	0	0	1	保険者名	函館市
年金の種類	()									
障害等認定	(<input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 難病 (種 級)									
	障害名 :									

【在宅サービスの利用状況】

介護保険サービス利用の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
サービス内容	

0 様

記載日 明治33年1月0日

【心身・ADLの状況】

障害高齢者の日常生活自立度		身長		cm	/	体重	kg	
認知症高齢者の日常生活自立度		周辺症状		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()		
視力状態	日常生活に支障	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有		()		
聴力状態	日常生活に支障	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有		()		
意思の伝達	日常生活に支障	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有		()		
1	寝 返 り	()		6	食 事	()		
2	起き上がり	()		7	更 衣	()		
3	立ち上がり	()		8	排 泄	()		
4	座 位	()		9	入 浴	()		
5	歩 行	()		10	そ の 他	()		
便秘		3日以上便秘の有無		<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 ()		
尿失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	便失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	頻度	便	1 / 日	尿	7 / 日
口腔衛生	問題の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		歯磨き	()			
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()							
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 経管 ()		<input type="checkbox"/> その他 ()					
食事制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()							
栄養状態	問題の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 栄養不良 <input type="checkbox"/> 栄養過多)						
特記事項								

【家屋状況】(※わかっている範囲で結構です)

住 居	自宅・借家 / 戸建・集合住宅 / 専用居室 無・有 (階)						
住宅改修の 必要性の有 無	無 (改修済・未改修) / 有 ()						
	<input type="checkbox"/> トイレ	<input checked="" type="checkbox"/> 浴室	<input type="checkbox"/> 自室	<input type="checkbox"/> 玄関	<input type="checkbox"/> 屋外	<input type="checkbox"/> その他 ()	
危険箇所	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()						
整理整頓 の状況	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 ()						
トイレ	<input type="checkbox"/> 洋式	<input type="checkbox"/> 和式 / 手すり	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	浴室	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 / 手すり	無	有
就寝状況	<input type="checkbox"/> 固定ベッド <input type="checkbox"/> 手動ギャッチ <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> その他 ()						
特記事項							

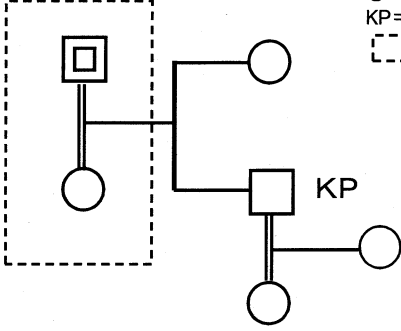
在宅情報提供書

記載日 平成22年7月1日

函館市港町99丁目99番99号
指定介護予防支援事業所
函館市地域包括支援センター ○○ ○○
TEL (0138) 99 - 9999
FAX (0138) 99 - 9999

記載者 ○○ ○○

【基本情報】

フリガナ	○○ ○○	性別	男	生年月日	昭和7年7月7日	83 歳	
氏名	○○ ○○	様					
住所	〒 041 - 0801 函館市富岡町1丁目1番1号			電話	0138-43-		
家族構成 	緊急時連絡先	1	氏名 ○○ ○○	続柄	長男		
		住所	函館市富岡町99-99-99		TEL	46-	
		携帯	999-9999-9999				
		2	氏名 ○○ ○○	続柄	長女		
住所	函館市富岡町99-99-99		TEL	46-			
携帯	999-9999-9999						
3	氏名 ○○ ○○	続柄	弟				
住所	函館市富岡町99-99-99		TEL	46-			
携帯	999-9999-9999						
かかりつけ医療機関	○○診療所			医師名	○○ 先生		
年月日	医療機関・医師名	病名	症状等				
平成22年12月12日	○○診療所	脳梗塞	<input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 点滴中 <input type="checkbox"/> その他				
平成22年12月13日	○○診療所	心筋梗塞	<input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 投薬中 <input type="checkbox"/> その他				
平成22年12月14日	○○診療所	高血圧	<input type="checkbox"/> 治療中 <input checked="" type="checkbox"/> 経観中 観察中 <input type="checkbox"/> その他				

【保険情報等】

介護保険	要支援2 (~H22.5.31)	被保険者番号	0 0 0 0 9 9 9 9 9 9	保険者名	函館市
年金の種類	国民年金 (約6万/2ヵ月)				
障害等認定	有 (<input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 <input checked="" type="checkbox"/> 難病 (2 種 4 級)				
	障害名 : 人工肛門				

【在宅サービスの利用状況】

介護保険サービス利用の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有
サービス内容	デイサービス週に2回利用(月・木)
	配食サービス週に2回(水・土曜日の夕食)、緊急通報システム設置

〇〇 〇〇 様

記載日 平成22年7月1日

【心身・ADLの状況】

障害高齢者の日常生活自立度	B1	身長		cm	/	体重	kg
認知症高齢者の日常生活自立度	I	周辺症状	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(徘徊)			
視力状態	日常生活に支障	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(全盲)				
聴力状態	日常生活に支障	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(高度難聴)				
意思の伝達	日常生活に支障	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(構音障害)				
1	寝 返 り	見守り (柵あれば)	6	食 事	見守り (全盲のため)		
2	起き上がり	見守り (柵あれば)	7	更 衣	見守り (麻痺側のため)		
3	立ち上がり	見守り (手すりあれば)	8	排 泄	見守り (オムツ)		
4	座 位	見守り (要支え)	9	入 浴	(シャワーのみ)		
5	歩 行	見守り (車椅子)	10	そ の 他	(特に無し)		
便秘	3日以上便秘の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(下剤使用している)				
尿失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	便失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	頻度	便 1 / 日	尿 7 / 日	
口腔衛生	問題の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(食塊の残多い)		歯磨き	自立 (うがいのみ可)	
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(むせこみ有)					
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input checked="" type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 経管 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()					
食事制限	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(減塩食)					
栄養状態	問題の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(<input type="checkbox"/> 体重減少 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養不良 <input type="checkbox"/> 栄養過多)				
特記事項							

【家屋状況】(※わかっている範囲で結構です)

住 居	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅・ <input checked="" type="checkbox"/> 借家 / 戸建・集合住宅 / 専用居室 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1 階)					
住宅改修の必要性の有無	無 (<input checked="" type="checkbox"/> 改修済・未改修) / 有 ()					
	<input type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 自室 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> その他 ()					
危険箇所	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (浴室入り口 段差有)					
整理整頓の状況	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良 (自力では行えない為、煩雑になっている。)					
トイレ	<input type="checkbox"/> 洋式 <input checked="" type="checkbox"/> 和式 / 手すり <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有		浴室	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 / 手すり 無 有		
就寝状況	<input type="checkbox"/> 固定ベッド <input type="checkbox"/> 手動ギャッチ <input type="checkbox"/> 電動 <input checked="" type="checkbox"/> 布団 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (板の間)					
特記事項						

函館市訪問リハビリテーション連絡協議会

(別紙様式2)

リハビリテーション計画書(アセスメント) 訪問 通所

計画作成日: 平成 年 月 日

氏名: 様 性別: 男・女 生年月日: 年 月 日 要介護

■居宅サービス計画の総合的課題の方針

■居宅サービス計画の解決すべき具体的な課題

■利用者の希望

■医師の指示

■ご家族の希望

■健康状態(介護・支援を要す原因となる疾患)

■合併症・コントロール状況(高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等)

原疾患名・発症日 発症日: 年 月 日 直近の入院日: 年 月 日 直近の退院日: 年 月 日

■廃用症候群: あり なし

■リハビリテーションを実施する際の医学的管理(医師等によるリスク管理・処置・対応の必要性を含む)

■参加(過去実施していたものと現状について記載する)

参加(過去実施していたものと現状について記載する)
家庭内の夜勤の内容
余暇活動(内容および頻度)
社会・地域活動(内容および頻度)
リハビリテーション終了後に行いたい社会参加等の取組

■心身機能

運動機能障害	状況	活動へ支障	状況	活動へ支障
運動機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
感覚機能障害(聴覚、視覚等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
関節拘縮	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
疼痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
口腔機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他の高次機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
摂食嚥下障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	栄養障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

■活動(※課題重要性は、「現状」と「改善の可能性」から取り上げる課題の優先順位をつける。)

アセスメント項目	現状	改善の可能性	課題重要性	モニタリング	【評価の内容の記載方法】
基本動作					3 自立 2 見守り 1 一部介助 0 全介助 9 把握していない
移動能力(TUG、6分間歩行)					※時間を記載 3 自立 2 見守り 1 一部介助 0 全介助
服薬管理					※点数を記載
HDS-R					10 自立 5 部分介助 0 全介助
食事					15 自立 10 最低限の介助 5 部分介助 0 全介助
整容					5 自立 0 部分・全介助
トイレ動作					10 自立 5 部分介助 0 全介助
入浴					5 部分介助 0 全介助
平地歩行					10 自立 5 部分介助 0 全介助
階段昇降					10 自立 5 部分介助 0 全介助
更衣					10 自立 5 部分介助 0 全介助
排便コントロール					10 自立 5 部分介助 0 全介助
排尿コントロール					10 自立 5 部分介助 0 全介助
ADL合計					

※ADLは上記の状況について記載する。IADLも同様。

■特記事項

■活動に参加に影響を及ぼす課題の要因分析

.....

■他の利用サービス

□通所介護(週 回) □訪問介護(週 回) □訪問リハ・通所リハ(週 回) □訪問看護(週 回) □訪問看護(週 回) □その他()

■社会参加支援評価

□訪問日(年 月 日) □居宅サービス計画(訪問)しない理由: ()

■現在の生活状況

□サービス等利用あり □通所介護(週 回) □通所リハ(週 回) □市町村事業(週 回) □地域活動へ参加() □家族で役割あり

■課題因子(※課題ありの場合に)

アセスメント項目	現状	改善の可能性	課題重要性	モニタリング	【評価の内容の記載方法】
食事の用意					※IADL評価点 0 していない 1 まれに 2 時々 3 週3回
食事の片付け					
洗濯					
掃除や整頓					
力仕事					
買物					
外出					
屋外歩行					
趣味					
交通手段の利用					
旅行					0 していない 1 時々 2 定期的 3 継続等
庭仕事					0 していない 1 定期的 2 ベンキ等 3 修理・整備
家や車の手入れ					0 していない 1 まれに 2 月一回程 3 月二回程
読書					0 していない 1 週一回の時間 2 週10~25時間 3 週30時間以上
仕事					
IADL合計					

.....

.....

.....

(別紙様式3)

利用者氏名 _____ 殿
 リハビリテーションマネージメントI リハビリテーションマネージメントII 訪問 通所 (No. _____)
 作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 月 _____ 頃
 訪問・通所頻度(_____) 利用時間(_____) 送迎なし
 ~ 見直し予定時期 _____)

No.	目標(解決すべき課題)	期間	具体的支援内容 (何を目的に(へのために)~をする)	頻度	時間	訪問の必要性 いつ頃
			<input type="checkbox"/> 短期集中(個別)リハ <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハ I・II <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他(_____)			いつ頃
			<input type="checkbox"/> 短期集中(個別)リハ <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハ I・II <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他(_____)			いつ頃
			<input type="checkbox"/> 短期集中(個別)リハ <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハ I・II <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他(_____)			いつ頃
			<input type="checkbox"/> 短期集中(個別)リハ <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハ I・II <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他(_____)			いつ頃
			<input type="checkbox"/> 短期集中(個別)リハ <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハ I・II <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他(_____)			いつ頃
適合計時間						

■サービス提供中の具体的対応 ※訪問リハビリテーションで活用する場合は下記の記載は不要。

	開始	1時間	2時間	3時間	4時間	5時間	6時間	7時間	8時間
	～1時間	～2時間	～3時間	～4時間	～5時間	～6時間	～7時間	～8時間	～
利用者									
看護職									
介護職									
PT									
OT									
ST									
その他 ()									
必要なケアと その方法									

訪問介護の担当者と共有すべき事項

訪問看護の担当者と共有すべき事項

その他、共有すべき事項()

※下記の☑の支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援をしていきます。

【情報提供先】 介護支援専門員 医師 通所介護 () ()

利用者・ご家族への説明:

平成 年 月 日

利用者サイン:

ご家族サイン:

医師サイン:

※なお当該計画の様式をもってリハビリテーション計画とすることは利用者の同意を得るよう留意すること

道南訪問看護ステーション連絡協議会

訪問看護の情報提供書

年 月 日

訪問看護ステーション フレンズ
 管理者 保坂明美

TEL0138-26-3388 Fax0138-26-3377

利用者氏名	
性別	生年月日
男・女	明・大・昭・平 年 月 日 年齢 歳
住所	
電話番号 () -	

主治医氏名
住所

日常生活活動(ADL)の状況……該当するものに○

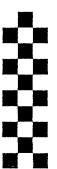
移動	自立・一部介助・全面介助
排泄	自立・一部介助・全面介助
着替	自立・一部介助・全面介助
食事	自立・一部介助・全面介助
入浴	自立・一部介助・全面介助
整容	自立・一部介助・全面介助

病状・障害等の状態	
看護の内容	
その他特記すべき事項	

看護サマリー

訪問看護ステーションフレンズ

事前訪問日	H. 年 月 日	記入者	
ご利用者	性別	要介護度	身障手帳
生年月日	年 月 日	主病名	
住所		既往歴	
電話1		障害	
電話2			
介護者	続柄	麻痺	言語障害
関係機関		その他	
医療機関		治療状況	
主治医			
住所			
電話1			
電話2			
ADLの状況			
	自立	一部介助	全部介助
移動			
食事			
排泄			
入浴			
着替			
整容			
正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M 判定不可			



道南地区老人福祉施設協議会

外来NS様

平成 年 月 日()

名前	前日朝食	前日昼食	前日夕食	当日朝食	水分	尿量	BD	P	KT	SPO2	最終排便
<p>この欄には、透析HPのDrやNSに伝えたいことも記入し可。(前日の様子や特変etc)</p> <p style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block;">この用紙を毎朝透析HPへFAXして可。</p>											

函館市地域包括支援センター連絡協議会

利用者基本情報

《基本情報》

作成担当者：

相談日	年 月 日 ()	来所・電話・訪問 その他 ()	初回 再来 (前)	
把握経路	1. 介護予防検診 2. 本人からの相談 3. 家族からの相談 4. 非該当 5. 新予防からの移行 6. 関係者 7. その他 ()			
本人の状況	在宅・入院 又は 入所中 ()			
フリガナ 本人氏名		男・女	M・T・S 年 月 日生 () 歳	
住所		TEL FAX		
日常生活 立度	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		
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： ~ (前回の介護度)			
障害等認定	身障 ()・療育 ()・精神 ()・難病 ()・その他 ()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室 (有 階・無)・住宅改修 (有・無) 浴室：有・無 便所：洋式・和式 段差の問題：有・無 床材、じゅうたんの状況 () 照明の状況 () 履物の状況 ()			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・ ()			
来所者 (相談者)		続柄	家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーンツ 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
来所		家族構成		
緊急 連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			日中独居 (有・無) 家族関係等の状況 ()	

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活					
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族		
	友人・地域との関係				

《現病歴・既往歴と経過》 (新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
			Tel		
			Tel	治療中 経過観察中 その他	
			Tel	治療中 経過観察中 その他	
			Tel	治療中 経過観察中 その他	
			Tel	治療中 経過観察中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

_____年 月 日 氏名

印

基本チェックリスト

包括厚生院

記入日：平成 年 月 日

生年月日：平成 年 月 日

氏名

様 男・女

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

平成 年 月 分

週間サービス計画表

包括厚生院

作成年月日
作成者

年 月 日

様

利用者名

利用者名	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
4:00								
深夜								
6:00								
早朝								
8:00								
午前								
12:00								
午後								
14:00								
16:00								
18:00								
夜間								
20:00								
22:00								
深夜								
24:00								
2:00								
4:00								

週単位以外のサービス

サービス担当者会議の要点

氏名： _____ 様

開催日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 作成担当者氏名： _____

開催場所 _____

開催時間 _____ 開催回数 _____

会議出席者	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名

検討した項目	
検討した内容	
結論	
残された課題	

サービス担当者に対する照会 (依頼) 内容

利用者名 _____ 様

計画作成者 (担当者) 氏名 _____

作成年月日 _____ 年 月 日

サービス担当者会議を開催しない理由 ないし会議に出席できない理由	
-------------------------------------	--

照会 (依頼) 年月日	照会 (依頼) 内容	回答年月日	回答内容
照会 (依頼) 先		回答者氏名	

※サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合などに使用すること。

認定済

平成 年 月 分 サービス利用票(兼居宅(介護予防)サービス計画)

居宅介護支援事業者⇒利用者

保険者番号	被保険者番号	生年月日	性別	要介護状態区分 変更後 要介護状態区分 変更日	保険者名	居宅介護支援 事業者事業所名 担当者名	TEL	作成年月日	利用者確認																											
		(年号) 年 月 日			フリガナ 被保険者氏名	-----様	-----	年 月 日	年 月 日																											
						区分支給 限度基準額	単位 / 月	平成 年 月 日	前月まで の短期 の 入所 利用日数																											
							限度額 適用期間	平成 年 月 日	平成 年 月 日																											
月間サービス計画及び実績の記録																																				
提供時間帯	サービス内容	サービス 事業者 事業所名	日付	曜日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計
～				曜日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	
～				予定																																
～				実績																																
～				予定																																
～				実績																																
～				予定																																
～				実績																																
～				予定																																
～				実績																																
～				予定																																
～				実績																																
～				予定																																
～				実績																																
～				予定																																
～				実績																																

作成年月日 平成 年 月 日
 () () ()

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

被保険者番号:

利用者氏名:

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引後		回数	サービス単位/金額	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数 単価	費用総額 (保険対象分)	給付率 (%)	保険給付額	利用者負担 (保険対象分)	利用者負担 (全額負担分)		
					率%	単位数														
合計																				
													0	0	0	0	0	0	0	0

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準額(単位)	種類支給限度基準額を超える単位数	サービス種類	種類支給限度基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準額を超える単位数
訪問介護					福祉用具貸与			
訪問入浴介護					短期入所生活介護			
訪問看護					短期入所療養介護			
訪問リハビリテーション					夜間対応型訪問介護			
通所介護					小規模多機能型居宅介護			
認知症対応型通所介護					定期巡回・随時対応型訪問介護看護			
認知症対応型共同生活介護					複合型サービス			
通所リハビリテーション					合計			

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数
-----------	-----------	--------

作成年月日 平成 年 (月 分) 日

サービス提供票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

被保険者番号:

利用者氏名:

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引後		サービス回数	サービス単位/金額	種類支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	費用総額(保険対象分)	給付率(%)	保険給付額	利用者負担(保険対象分)	利用者負担(金額負担分)
					率%	単位数										
合計																
										0	0	0	0	0	0	0

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準額(単位)	種類支給限度基準額を超える単位数	種類支給限度基準額(単位)	種類支給限度基準額を超える単位数
訪問介護						
訪問入浴介護						
訪問看護						
訪問リハビリテーション						
通所介護						
認知症対応型通所介護						
認知症対応型共同生活介護						
通所リハビリテーション						
合計						

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数

介護予防サービス-支援計画表

NO. _____ 利用者名 _____ 様 認定年月日 _____ 初回・A・継続・再支援1・要支援2 地域支援事業

計画作成者氏名 _____ 認定の有効期間 _____ 要支援1・申請中

計画作成(変更)日 _____ (初回作成日) _____ 委託の場合: 計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) _____

目標とする生活 _____ 担当地域包括支援センター: _____

1日		1年										
アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	目標についての支援のポイント	本人等のセカンドや家族の支援 インフォメーション	介護保険サービス または地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
運動・移動について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1										
日常生活(家庭生活)について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	2										
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	3										
健康管理について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											

【本を行うべき支援が実施できない場合】
 要となる支援の実施に向けた方針

総合的な方針: 生活不活発病の改善・予防のポイント

【意見】

地域包括支援センター

【確認印】

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。

_____年 ____月 ____日 氏名 _____ 印

基本チェックリストの(該当した質問項目数) / (質問項目数)をお書き下さい。
 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい。

運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

予防給付または地域支援事業

「サービス担当者会議資料」としての主治医からのご意見について

対象者： _____ 様 明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生まれ

○サービス担当者会議への参加について (必須)

開催日時 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 : _____ ~ 自宅

参加ができる 今回は参加できない

○この書類をご記入頂いた方 (必須)

主治医本人

主治医の代理人 所属： _____ 氏名： _____

○主治医の所属する病医院名と医師名 (必須)

病院名： _____

医師名： _____

○この書類の記入日 (必須) 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

○ 在宅で生活する際の疾患管理上の留意点や現状の介護保険サービスに関する利用に関するご意見
(担当者会議を欠席の場合は必ず記入をお願いします)

返信・問合わせ先 函館市地域包括支援センターあさひ 担当者 ○○ ○○

住所 函館市 旭町 4番 12号

電話 27-8880 ファックス 27-8900

平成 25 年 5 月 10 日

〇〇病院 〇〇科

〇〇 〇〇 先生 御机下

函館市地域包括支援センターあさひ
主任介護支援専門員 〇〇 〇〇

様のサービス担当者会議開催時の主治医からのご意見について

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

このたび先生が診療されている上記患者様の介護保険サービス担当者会議を行う事となりました。つきましては、ご多忙中誠に恐れ入りますが会議の開催にあたり先生からの御指導・ご意見を頂戴したく存じます。なお会議の開催日時は診察時間内と察します。事前の相談なしの調整となりました事をご了承下さい。

現在介護保険サービスを利用中であり、サービス担当者開催時には主治医を含む利用中の全ての介護保険サービス事業者からからの意見を伺う事が必須とされております。今迄は介護保険更新時に主治医が記載した「主治医意見書」を参考とさせて頂いておりましたが、函館市からの集団指導にて「主治医意見書ではなく改めて主治医から意見を伺う様に」と通達がありましたので、このような形式で意見を伺う事となりました。

在宅で生活する際の留意点や現状の介護保険サービスに関する利用に関するご意見があれば別紙へご記入をお願い致します。頂戴したご意見は予防計画作成時の参考とさせて頂きます。なお、先生にご意見を伺う事は事前に本人様・家族様より承諾を頂いております。

サービス担当者会議開催時期は、介護保険更新時以外にも必要時に行う事が義務付けられております。原則患者（利用者）様のご自宅で行う様に指導されており、会議開催日時は診察時間内が多いためか、今までも御出席頂ける医師は殆どいない状況です。医師の参加が難しい場合には、医師の代理人（看護師や医療相談員等）による会議への参加や代理人による包括担当者への会議開催前の事前の情報提供（電話を含む口頭説明・ファックス・郵送等）でも可能です。

疾病があり生活への支障を抱える方が、住み慣れた地域で生活を続けていくためには医療と福祉の連携強化が更に必要となります。気軽に連携をしていけるような関係を構築していきたいと考えておりますので 今後とも宜しくお願い致します。

書類の記入日 平成 年 月 日

担当者会議開催における主治医からのご意見について

- 担当者会議対象者及び利用中（予定）の介護保険サービス

様 明・大・昭 年 月 日 生まれ

- 担当者会議の出欠について （何れかにチェックをお願い致します）

参加したいので担当者会議開催時には案内を送って欲しい。

()

参加出来そうにないので、この用紙の意見を参考にして欲しい。

- 在宅で生活する際の疾患管理上の留意点や現状の介護保険サービスに関する利用に関するご意見など

主治医の所属する病医院名と医師名

病医院名 : _____

医師名 : _____

書類の記入者 職種 : _____ 氏名 : _____

返信・問合せ先 函館市地域包括支援センターあさひ 担当者 ○○ ○○
 住所 函館市 旭町 4番 12号
 電話 27-8880 ファックス 27-8900

平成 年 月 日

〇〇病院 〇〇科

〇〇 〇〇 先生 御机下

函館市地域包括支援センターあさひ
主任介護支援専門員 〇〇 〇〇

(利用者名) 様の担当者会議開催時における主治医からのご意見について

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

このたび先生が診療されている上記患者様の担当者会議の開催を予定しております。現在介護保険サービスを利用中であり、会議開催時には主治医からの意見を伺う事が必須とされております。今迄は主に介護保険更新時に主治医が記載した「主治医意見書」を参考とさせて頂いておりましたが、函館市からの集団指導にて「主治医意見書ではなく改めて主治医から意見を伺う様に」と通達がありましたので、このような形式で意見を伺う事となりました。

在宅で生活する際の留意点や現状の介護保険サービスに関する利用に関するご意見があれば別紙へご記入をお願い致します。頂戴したご意見は予防計画作成時の参考とさせていただきます。なお、先生にご意見を伺う事は事前に本人様・家族様より承諾を頂いております。

担当者会議については、更新時期だけではなく必要時に行う事が義務付けられております。原則患者(利用者)様のご自宅で行う様に指導されており、介護保険サービス利用時間中は開催できない状況です。会議開催日時の大半は診療時間内であり、開催数日前に日時が決まる事も珍しい事ではありません。今までも中々御出席頂ける医師は殆どいない状況です。主治医の意見が聞けるのであれば代理の方(看護師や医療相談員等)の出席でも構いません。病院職員による担当者会議への出席が困難な場合には、医師または代理人による包括担当者への会議開催前の事前の情報提供(電話を含む口頭説明・ファックス・郵送等)や「別紙」の返送でも可能です。いずれかの方法で返答が確認出来た内容は「主治医からの意見」として会議の場で紹介させていただきます。参加をご希望の場合には会議の日時調整後改めて担当者会議の御案内をさせていただきます。

別紙は「医師からの意見」を反映している内容であれば、記入するのは医師本人ではなくても構いません。看護師や事務職などの代筆でも差支えございません。

疾病があり生活への支障を抱える方が、住み慣れた地域で生活を続けていくためには医療と福祉の連携強化が更に必要となります。気軽に連携をしていけるような関係を構築していきたいと考えておりますので 今後とも宜しくお願い致します。

介護保険での短期入所療養介護利用における医師の指示書

氏名 ○○ ○○ 様
住所 函館市○○町 番 号
生年月日 昭和 年 月 日
介護認定結果 要支援○
希望事業所 ○○病院短期入所療養介護

<希望サービスの必要性>

- 短期入所療養介護の必要性がある
 短期入所療養介護利用の必要性は無い

上記サービスの必要性について、医学的所見からご意見・留意事項等があればご記入をお願いいたします。

平成 年 月 日

医療機関名

担当医

平成 年 月 日

〇〇病院 〇〇科
〇〇先生 御 机 下

函館市地域包括支援センターあさひ
社会福祉士 〇〇 〇〇

〇〇 〇〇 様 の短期入所療養介護利用についての件

時下ますますご清祥の段、お喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、この度函館市地域包括支援センターあさひが介護保険サービス利用の計画作成を担当しております、〇〇〇〇様の短期入所療養介護(ショートステイ)利用につきまして、主治医の〇〇先生よりご意見を伺いたく、別紙指示書にご記入下さいますようお願い申し上げます。

尚、介護保険制度の医療系サービスを利用する際には、必ず主治医のご指示をいただくこととなっておりますので、職務ご多用の折恐縮とは存じますが、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

記

氏 名 〇〇 〇〇 様
住 所 函館市〇〇町 番 号
生年月日 昭和 年 月 日
介護認定結果 要支援〇
希望事業所 〇〇病院短期入所療養介護

<現在の生活状況>

記入する

介護保険での通所リハビリ利用における医師の指示書

氏名 ○○ ○○ 様
住所 函館市○○町 番 号
生年月日 昭和 年 月 日
介護認定結果 要支援○
希望事業所 ○○通所リハビリセンター

<希望サービスの必要性>

- 通所リハビリ利用の必要性がある
 通所リハビリ利用の必要性は無い

上記サービスの必要性について、医学的所見からご意見・留意事項等があればご記入をお願いいたします。

平成 年 月 日
医療機関名
担当医

平成 年 月 日

〇〇病院 〇〇科
〇〇先生 御 机 下

函館市地域包括支援センターあさひ
社会福祉士 〇〇 〇〇

〇〇 〇〇 様 の通所リハビリテーション利用についての件

時下ますますご清祥の段、お喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、この度函館市地域包括支援センターあさひが介護保険サービス利用の計画作成を担当しております、〇〇〇〇様の通所リハビリテーションの利用につきまして、主治医の〇〇先生よりご意見を伺いたく、別紙指示書にご記入下さいますようお願い申し上げます。

尚、介護保険制度の医療系サービスを利用する際には、必ず主治医のご指示をいただくこととなっておりますので、職務ご多用の折恐縮とは存じますが、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

記

氏 名 〇〇 〇〇 様
住 所 函館市〇〇町 番 号
生年月日 昭和 年 月 日
介護認定結果 要支援〇
希望事業所 〇〇通所リハビリセンター

<現在の生活状況>

例・・・

妻と同居。七飯町に住んでいたが、平成21年8月朝に起き上がることが出来なくなり、救急搬送にて新都市病院へ。左脳梗塞との診断で、そのまま入院。同年11月に退院する。

右上下肢に麻痺が残り、身障4級を受ける。

退院後も新都市病院にリハビリ通院していたが、東川町の道営住宅に引っ越したため頻繁に通院することが難しくなり、殆どリハビリをすることが無くなってしまった。

そのため、今回通所リハビリのご利用を希望される。

介護保険での訪問リハビリ利用における医師の指示書

氏名 ○○ ○○ 様
住所 函館市○○町 番 号
生年月日 昭和 年 月 日
介護認定結果 要支援○
希望事業所 ○○訪問リハビリ事業所

<希望サービスの必要性>

- 訪問リハビリ利用の必要性がある
 訪問リハビリ利用の必要性は無い

上記サービスの必要性について、医学的所見からご意見・留意事項等があればご記入をお願いいたします。

平成 年 月 日
医療機関名
担当医

平成 年 月 日

〇〇病院 〇〇科
〇〇先生 御 机 下

函館市地域包括支援センターあさひ
社会福祉士 〇〇 〇〇

〇〇 〇〇 様 の訪問リハビリテーション利用についての件

時下ますますご清祥の段、お喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、この度函館市地域包括支援センターあさひが介護保険サービス利用の計画作成を担当しております、〇〇〇〇様の訪問リハビリテーションの利用につきまして、主治医の〇〇先生よりご意見を伺いたく、別紙指示書にご記入下さいますようお願い申し上げます。

尚、介護保険制度の医療系サービスを利用する際には、必ず主治医のご指示をいただくこととなっておりますので、職務ご多用の折恐縮とは存じますが、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

記

氏 名 〇〇 〇〇 様
住 所 函館市〇〇町 番 号
生年月日 昭和 年 月 日
介護認定結果 要支援〇
希望事業所 〇〇訪問リハビリ事業所

<現在の生活状況>

例・・・

妻と同居。七飯町に住んでいたが、平成21年8月朝に起き上がることが出来なくなり、救急搬送にて新都市病院へ。左脳梗塞との診断で、そのまま入院。同年11月に退院する。

右上下肢に麻痺が残り、身障4級を受ける。

退院後も新都市病院にリハビリ通院していたが、東川町の道営住宅に引っ越したため頻繁に通院することが難しくなり、殆どリハビリをすることが無くなってしまった。

そのため、今回訪問リハビリのご利用を希望される。

介護保険での訪問看護利用における医師の指示書

氏名 ○○ ○○ 様
住所 函館市○○町 番 号
生年月日 昭和 年 月 日
介護認定結果 要支援○
希望事業所 ○○訪問看護ステーション

<希望サービスの必要性>

- 訪問看護の必要性がある
 訪問看護利用の必要性は無い

上記サービスの必要性について、医学的所見からご意見・留意事項等があればご記入をお願いいたします。

平成 年 月 日

医療機関名

担当医

平成 年 月 日

〇〇病院 〇〇科
〇〇先生 御 机 下

函館市地域包括支援センターあさひ
社会福祉士 〇〇 〇〇

〇〇 〇〇 様 の訪問看護利用についての件

時下ますますご清祥の段、お喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、この度函館市地域包括支援センターあさひが介護保険サービス利用の計画作成を担当しております、〇〇〇〇様の介護保険での訪問看護利用につきまして、主治医の〇〇先生よりご意見を伺いたく、別紙指示書にご記入下さいますようお願い申し上げます。

尚、介護保険制度の医療系サービスを利用する際には、必ず主治医のご指示をいただくこととなっておりますので、職務ご多用の折恐縮とは存じますが、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

記

氏 名 〇〇 〇〇 様
住 所 函館市〇〇町 番 号
生年月日 昭和 年 月 日
介護認定結果 要支援〇
希望事業所 〇〇訪問看護ステーション

<現在の生活状況>

例・・・

函館協会病院入院中より下肢の浮腫み及び下肢筋力低下による歩行状態の低下があり、退院後も転倒防止を図るためにもリハビリテーションが必要な状態にあります。胃癌・直腸癌の術後であり一般状態の観察も必要です。

また、平成21年5月退院後に抗癌剤の副作用で腹痛や下痢症状が強く出たことにより介護の負担が大きかったため、今回の退院後も同じようになるのではないかという強い不安感を介護者であった妻が持っており、今後、在宅で妻が介護を担ううえでも不安の軽減を図ることが重要と思われれます。以上のことから訪問看護ステーションの利用開始を予定しております。

介護保険での訪問入浴利用における医師の指示書

氏名 ○○ ○○ 様
住所 函館市○○町 番 号
生年月日 昭和 年 月 日
介護認定結果 要支援○
希望事業所 ○○訪問入浴事業所

<希望サービスの必要性>

- 訪問入浴の必要性がある
 訪問入浴利用の必要性は無い

上記サービスの必要性について、医学的所見からご意見・留意事項等があればご記入をお願いいたします。

平成 年 月 日

医療機関名

担当医

平成 年 月 日

〇〇病院 〇〇科
〇〇先生 御 机 下

函館市地域包括支援センターあさひ
社会福祉士 〇〇 〇〇

〇〇 〇〇 様 の訪問入浴利用についての件

時下ますますご清祥の段、お喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、この度函館市地域包括支援センターあさひが介護保険サービス利用の計画作成を担当しております、〇〇〇〇様の訪問入浴利用につきまして、主治医の〇〇先生よりご意見を伺いたく、別紙指示書にご記入下さいますようお願い申し上げます。

尚、訪問入浴は介護保険上医療系サービスに位置付けられ、医療系サービスを利用する際には、必ず主治医のご指示をいただくこととなっておりますので、職務ご多用の折恐縮とは存じますが、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

記

氏 名 〇〇 〇〇 様
住 所 函館市〇〇町 番 号
生年月日 昭和 年 月 日
介護認定結果 要支援〇
希望事業所 〇〇訪問入浴事業所

<現在の生活状況>

現在、ご本人様は日中もベッド上で横になっている状態が多く ADL の低下が懸念されますが、そのような中でもご本人は入浴だけは楽しみにされているようです。

これまではご家族が自宅の浴室にて介助を行いながらシャワー浴対応していましたが、現在は立位を保つ事も困難な状態になってきているため、家族と話あった結果、今後は本人が安心して入浴できるように訪問入浴サービスの利用を行っていきたいと考えています。

軽度者に対する福祉用具貸与に関する医師意見書

利用者氏名 様

住 所 函館市 町 番 号

生年月日 昭和年 月 日

認定結果

希望福祉用具：特殊寝台 ベッド付属品（床ずれ防止マット・介助バー）

<希望福祉用具サービスの必要性について>

- 必要
- 不必要

<上記サービス必要とする理由>

- 疾病その他の原因により状態が変動しやすく日によって又は時間帯によって頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する。
- 疾病その他の原因により状態が急速に悪化し短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる。
- 疾病その他の原因により身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる。

記載事項

平成 年 月 日

医療機関名

担当医師名

平成 27 年 月 日

病院整形外科

御机下

函館市地域包括支援センターあさひ

軽度者に対する福祉用具貸与(電動ベット)に係る医師意見書について(ご依頼)

いつも大変お世話になっております。

介護保険サービスにおいて軽度者に係る福祉用具貸与の取り扱いが一部見直され、平成 19 年 4 月 1 日から例外給付が認められることとなりましたが、その際の手続きとして医師の福祉用具貸与に関する意見書が必要とされています。

つきましては、貴医院より受診中の下記の患者様について先生のご意見を拝聴したく、大変お手数をお掛けいたしますが別紙にご記載いただけますようよろしくお願い申し上げます。

記

利用者氏名 様

住 所 函館市 町 番 号

生年月日 昭和年 月 日 歳

介護認定結果

希望福祉用具 特殊寝台 ベッド付属品 (床ずれ防止マット・介助バーなど)

【相談経過】

平成 23 年より悪性リンパ腫のため抗癌剤治療、放射線治療など行い再発ありながらも定期的に精査しながら在宅で生活しています。平成 26 年 3 月に突然腰背部痛出現し市立函館病院整形外科にて骨粗鬆症の治療も開始しております。その後は痛みもおさまり歩行状態も改善しておりましたが、平成 27 年 3 月 17 日自宅内で転倒。両肘、腰部、肩を軽く打ち湿布をはって経過を見ていたが徐々に腰背部痛強くなり、ベッドからの起き上がりや椅子からの立ち上がりが痛みで困難になっている。咳き込むと腰背部に痛みが響くとのこと。以前はベッドサイドに紐を付けて両手で掴まって起き上がっていたが、抗癌剤の後遺症による両手の痺れと握力の低下、肘をつくと痛みもあるためベッドからの自力でも起き上がりが困難で困っている。特に夜間にトイレへ行く時に起き上がれず大変との相談があります。入院時に使っていた電動ベッドを借りたいと希望されています。

<問い合わせ・連絡先>

函館市地域包括支援センターセンターあさひ

函館市旭町 4 番 12 号

電話：0138-27-8880

担当：

平成 年 月 日

〇〇先生御侍史患者 〇〇〇〇様の介護保険による訪問看護利用にあたっての指示書発行についてのご依頼

平素は格別の御高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

この度介護支援専門員として担当させていただいております〇藤〇子様が、在宅復帰するにあたり、介護保険による訪問看護の利用を提案致しました。ケアマネジャーとして、訪問看護の利用を提案させて頂いた理由としましては、内服管理が主な理由です。過去の在宅生活時に、内服薬を適切に分類することができず、自身の判断で服用を止め、体調悪化を引き起こすことがありました。7月からの在宅復帰にあたり、本人・家族共に内服管理を一番の課題と考えております。訪問看護師による内服薬のセット・服用状況の観察を行うことで、適切な服薬ができ、安定した体調で在宅生活を送ることを希望しています。

訪問看護を利用するにあたり、主治医の発行する指示書が必要となっております。ご多忙中とは存じますが、よろしくお取り計らいくださいますよう、お願い申し上げます。内容等にご不明な点がございましたら、お手数でも下記までお問い合わせいただければ幸いと存じます。

今後ともご指導ご鞭撻を賜ります様、何卒よろしくお願い申し上げます。

住所	函館市高丘町3番1号
電話	0138-55-7740
事業所	社会福祉法人 函館厚生院 函館市地域包括支援センター厚生院

担当介護支援専門員

〇〇〇病院 〇〇医師 御机下

利用者氏名：〇〇 〇〇様 生年月日：昭和〇年〇月〇日

居宅サービス計画作成者： 函館市地域包括支援センター西堀 〇〇 〇〇

※ 今後の介護保険サービス利用についてご意見を参考にさせていただきたい為、ご多忙なところ申し訳ございませんが、ご返答宜しくお願い致します。

照会年月日 平成〇年〇月〇日

照会内容

--

ご返答（主治医様ご記入欄）

リハビリの必要性 <input type="checkbox"/> 必要（可） <input type="checkbox"/> 不要（不可）
リハビリの際の禁忌・注意事項等
その他
医師氏名 印

サービス担当者に対する照会（サービス担当者会議資料）

利用者氏名： 〇〇 様 生年月日 〇〇/〇〇/〇〇

居宅サービス計画作成者： 函館市地域包括支援センター西堀

照会年月日： 平成27年7月28日

照会内容

いつもお世話になっております。

この度、〇〇様から、介護予防通所リハビリテーション利用のご相談をお受けいたしました。つきましては、運動機能訓練等を行なうにあたっての注意点など、主治医先生からご意見をいただきたく、ご照会致します。ご多忙なところ、お手数をおかけ致しますが宜しくお願ひ致します。

ご返答（主治医様ご記入欄）使い慣れた書式等がある場合は別紙でも構いません。

リハビリの実施、必要性について

可（必要） 不可（不要）

リハビリの際の禁忌・注意事項等

入浴介助や移動介助に関する注意すべき点

その他

ご返答年月日：

医師名：

医療機関名：

所在地：

サービス利用の指示について

函館市地域包括支援センター西堀

函館市中道2丁目6番11号

電話 52 - 0123 FAX52 - 3399

〇〇〇様（生年月日:大正〇年〇月〇日）が、通所リハビリの利用を希望されております。つきましては、介護サービス利用に関して注意点やご意見を頂きたいようお願い申し上げます。お忙しい所申し訳ありませんがよろしくお願い致します。

ご本人の希望：

主治医の判断でサービス利用の可否についてチェック願います

・通所リハビリ （ 可 ・ 不可 ）

（ご記入欄）※ご記入欄を設けておりますが、使い慣れた書式等がある場合は別紙でも構いません。

①入浴、リハビリに関する注意事項

（サービス中止すべき血圧値 BP= / mmHg 以上 ・ 以下 ）

②日常生活に関する注意事項

返答年月日

平成 年 月 日

返答者様氏名

函館市地域包括支援センター西堀

介護支援専門員 〇〇〇〇

医療系サービス利用の指示について

先生

函館市地域包括支援センター 西堀

介護予防サービス計画作成者： _____

いつもお世話になっております。

様の介護予防サービス計画作成を行い、サービス担当者会議を開催いたします。

つきましては日常生活やリハビリに関して注意点やご意見を頂きたいお願い申し上げます。大変、お手数をお掛け致しますが、何卒宜しくお願いいたします。

主治医の判断で必要と思われるサービスについてチェック願います

[医療系サービス]

訪問看護 訪問リハビリテーション 通所リハビリ 短期入所療養介護

その他 (_____)

[その他のサービス]

訪問介護 訪問入浴 通所介護 短期入所生活介護

福祉用具貸与 (内容： _____)

(ご記入欄)

返答年月日	平成 年 月 日	返答者様氏名	
-------	----------	--------	--

福岡市 退院時連携の 基本的な進め方の手引き

平成 27 年 3 月

福岡市保健福祉局高齢社会部地域包括ケア推進課



● 目 次 ●

I	はじめに	1
1.	目的	1
2.	使い方	2
	(1) 本手引きを利用していただきたい方	2
	(2) 支援対象者	2
	(3) 対象とする期間	2
II	入院時より退院支援に向けてのフロー	3
III	具体的な進め方	4
1.	入院直後～48時間位	4
	(1) 入院時の情報提供	4
	(2) 入院時の情報収集	4
	(3) 退院調整が必要な支援対象者の選定	5
2.	入院1週間まで	6
	(1) 病院内の退院調整担当者の決定	6
	(2) 退院支援計画書の作成	6
	(3) 在宅への移行準備	6
3.	入院中	8
	(1) 家族に対する支援	8
	(2) 家屋調査への同行依頼	8
	(3) いきいきセンターふくおかへの支援依頼	8
	(4) 支援対象者や家族への教育・指導	8
4.	退院前	9
	(1) 退院前カンファレンスの日程調整	9
	(2) 退院前カンファレンスの基本的な進め方	10
	(3) 退院前カンファレンスの開催時期・開催回数について	11
	(4) カンファレンスの記録作成	11
	(5) 退院に向けての支援	11
	(6) 多職種連携について	11

5. 退院.....	13
(1) 退院時・退院後の情報共有	13
(2) 在宅サービスの開始	13

各種様式（例）

○ 様式1 入院時／退院時情報提供書	14
○ 様式2 緊急時連絡先カード	15
○ 様式3 退院支援スクリーニング票	16

ほかにも、以下のようなスクリーニング票が活用されています

- 1) 全国国民健康保険診療施設協議会：「在宅移行の手引き」
スクリーニング票・アセスメント票
http://www.kokushinkyo.or.jp/Portals/O/HP_掲載用（在宅移行の手引き）.pdf
- 2) 新宿区：「退院調整マニュアル」（委託先：東京女子医科大学病院）
スクリーニングシート
http://ir.twmu.ac.jp/dspace/bitstream/10470/18424/4/taiin_H21.pdf



参考

○ 参考1 医療処置別必要な物品リスト（例）	17
○ 参考2 在宅カルテ	19
○ 参考3 医療介護連携にかかる主な介護報酬・診療報酬加算	31

I はじめに

1. 目的

急速な少子高齢化，特に後期高齢者の著しい増加を背景とし，国による病院の機能分化や診療報酬の改定が図られるなど，「病院完結型の医療」から「地域完結型の医療」への移行推進がなされています。

今後，在宅医療・在宅介護を必要とする高齢者を地域で支える体制を整えるための第一歩としては，病院スタッフや在宅生活を支えるスタッフによる適切で円滑な退院支援が重要と考えます。

そこで，退院調整を行う医療ソーシャルワーカー・看護師等をはじめとする病院スタッフと，ケアマネジャー等在宅生活を支えるスタッフの連携強化と適切かつ円滑な退院支援を目指して「福岡市 退院時連携の基本的な進め方の手引き」を作成しました。

この手引きが，入院から在宅までの切れ目のない支援の提供ならびに，在宅医療・在宅介護を必要とする高齢者とその家族が，入院から退院後の在宅生活へ安心して移行できるための一助となることを期待します。

2. 使い方

(1) 本手引きを利用していただきたい方

福岡市内で高齢者の退院調整に関わる専門職の方全員。特に新人の職員の方。

例えば、

病院スタッフ※の方

- 医師
- 薬剤師
- 看護師
- 医療ソーシャルワーカー（以下、「MSW」という）
- リハビリスタッフ（作業療法士，理学療法士，言語聴覚士）
- 栄養士 など

在宅生活を支えるスタッフの方

- 介護支援専門員（ケアマネジャー）
- いきいきセンターふくおか（地域包括支援センター）の職員
- かかりつけ医（在宅医），看護師
- 訪問看護師
- 歯科医師
- かかりつけ薬局薬剤師
- その他介護サービス事業者の方 など



※ 本手引きにおいては、病院や有床診療所など退院調整を行う可能性のある医療機関を「病院」とし、その医療機関のスタッフを「病院スタッフ」として表記します。

(2) 支援対象者

本手引きで想定している支援対象者は次のような方です。

- 65歳以上
- 介護保険2号被保険者
- 在宅復帰される方（自宅，住宅型有料老人ホーム，サービス付き高齢者向け住宅など）
- 病院が退院支援を必要と考える場合 など



(3) 対象とする期間

本手引きは、支援対象者が入院（あるいは入院予約）してから、退院し在宅生活を開始するまでの期間を対象としています。

II 入院時より退院支援に向けてのフロー

氏名 () 担当者 ()

いつ	誰が	誰に	実施すること	活用するツール ★は参考様式あり	実施日
入院直後 ～48時間 位	ケアマネジャー	退院調整担当者	<input type="checkbox"/> 在宅での様子等について情報提供	★入院時/退院時情報提供書 (P14 様式1 左側)	
	病棟看護師 退院調整担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証の確認 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーの有無の確認 <input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション等で院内退院調整部門(相談窓口)を紹介	★緊急時連絡先カードなど (P15 様式2)	/
		ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 必要な情報提供・収集(TELなど)		/
			<input type="checkbox"/> 退院支援スクリーニング票にて退院支援対象者の選定 <input type="checkbox"/> 退院支援スクリーニング票を基に課題抽出	★退院支援スクリーニング票 (P16 様式3)	/
		主治医	<input type="checkbox"/> 退院支援スクリーニング票を使用して情報共有 <input type="checkbox"/> 退院予定日確認		/
入院1週間 まで	病棟看護師 退院調整担当者		<input type="checkbox"/> 退院支援に向けた院内調整(退院調整の担当者の決定) <input type="checkbox"/> 退院支援計画書の作成	退院支援計画書	/
		本人・家族	<input type="checkbox"/> 退院先の意向確認 <input type="checkbox"/> 必要時は介護保険認定申請の説明 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーの決定支援		/
		いきいきセンターふくおか	<input type="checkbox"/> (必要時)担当ケアマネジャー決定のための支援を依頼		/
入院中	病棟看護師 退院調整担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 在宅復帰であれば、家族の介護負担や不安を軽減する視点での支援		/
		ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 病院の理学療法士などが行う家屋調査への同行を依頼		/
		いきいきセンターふくおか	<input type="checkbox"/> サービス導入できない場合など、必要時は支援を依頼		/
	病棟看護師	本人・家族	<input type="checkbox"/> 支援対象者や家族への教育・指導(医療処置の手技や介護方法など)		/
退院前 1週間前を 目指し(病状 が落ち着き 退院の方向 性が決定し たら)	退院調整担当者	本人・家族 ケアマネジャー 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> 退院前カンファレンス日程調整 <input type="checkbox"/> 退院先の意向を再確認		/
	ケアマネジャー	本人・家族 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> 面談・居宅サービス計画書・サービスの調整	★入院時/退院時情報提供書 (P14 様式1 右側)	/
		在宅生活を支えるスタッフ(かかりつけ医・訪問看護師等のサービス事業所・いきいきセンターふくおかなど)	<input type="checkbox"/> 退院前カンファレンス日程調整		/
退院調整担当者	本人・家族 ケアマネジャー 退院支援に関わるスタッフ(病院医師、看護師PT、OTなど 在宅医、訪問看護師 薬剤師、歯科医師 いきいきセンターふくおか サービス事業所など)	<input type="checkbox"/> 退院前カンファレンスの開催および開催記録の共有		/	
退院	退院調整担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 退院時の書類の確認	看護サマリー他	/
		ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> ケアプランの写しの提供依頼		/
	ケアマネジャー	本人・家族 介護サービス事業者	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの開始	介護支援専門員手引書 在宅カルテ	/
		退院調整担当者など	<input type="checkbox"/> 退院後の情報を報告		/

III 具体的な進め方

1. 入院直後～48時間位

(1) 入院時の情報提供

支援対象者へのより適切な治療計画や退院支援のために、入院前の情報（在宅生活の状況など）は大変重要です。

ケアマネジャーは、支援対象者が入院した際には、支援対象者・家族の同意を得たうえで在宅での状況について、速やかに情報提供しましょう。（入院時情報連携加算が算定できます。P.31 [参考3](#)参照）

また、支援対象者や家族に対して、病院の退院調整部門など相談窓口を知らせておくとい良いでしょう。支援対象者や家族が安心します。

情報提供時は「入院時／退院時情報提供書」（P.14 [様式1](#)参照）をご参照下さい。[様式1](#)は病院スタッフとケアマネジャーが情報共有し連携するための参考様式です。左右に入院前と退院時の状況を並べて比較できるようにしました。入院直後に、最低限の必要項目を迅速に提供することを目的としています。不足部分は、病院訪問・電話等のやりとりの中で補足しましょう。

入院時情報提供の注意点

- ・病院に出向いて面談することが望ましいでしょう。訪問前に病院スタッフと時間調整しましょう。
- ・出向くのが難しくFAXを利用する場合などは、FAX送信先に連絡をとったうえで、個人情報が入らないよう工夫してから送信しましょう。
- ・ケアマネジャーからの入院時情報提供がない場合は、支援対象者・家族の同意を得て、病院からケアマネジャーに情報提供を依頼しましょう。

病院が担当ケアマネジャーを把握しやすい工夫を

ケアマネジャーは、支援対象者に「緊急時連絡先カード」（P.15 [様式2](#)参照）を、医療保険証と共に携帯するよう勧めておくことで、入院の際、病院スタッフが担当ケアマネジャーを把握しやすくなります。

(2) 入院時の情報収集

病院スタッフは、入院後の早い段階で支援対象者の担当ケアマネジャーを把握し、情報収集及び退院に向けた体制整備について相談を進めることが重要です。

(3) 退院調整が必要な支援対象者の選定

入院の段階で、退院支援が必要な患者であるかどうか、退院支援スクリーニング票（P.16 **様式3**参照）を用いるなどして判断します。スクリーニングは、入院後48時間以内などのできるだけ早期に実施することが望ましいとされています。

退院調整の必要が高いと判断される場合は、主治医と必要性について共有し、退院予定日の確認をしましょう。

退院調整が必要と考えられる例

- 1) 再入院を繰り返す場合
 - 2) がんや難病のように、進行する疾患を抱えながら在宅療養する場合
 - 3) 医療管理・医療処置等が継続する場合
 - 4) 入院前と比べてADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要な場合
 - 5) 独居、または家族と同居であっても、必要な介護を十分に受けられる状況にない場合
- など

支援対象者選定のタイミング

- ・入院後48時間以内などできるだけ早期に
- ・病院によっては入院予約の段階でチェックする場合も
- ・退院調整加算の算定要件は「入院後7日以内」



*ただし、スクリーニングは入院時の1回のみでなく、手術後など治療による症状安定が図られた時期や治療方針変更時など状況変化に応じて適時実施することが大切です。

2. 入院1週間まで

(1) 病院内の退院調整担当者の決定

病院によって、退院調整部門に「看護師」、「MSW」の職種が配置されている場合があります。退院後に必要な医療処置への対応調整や支援対象者・家族への教育等は「看護師」が担当し、生活支援に重点がある場合には主に「MSW」が担当するなど、必要な支援内容によって役割分担する場合がありますが、いずれにしても、支援対象者や地域からわかりやすい相談窓口が求められます。

病院におけるわかりやすい退院調整窓口（担当者決め）が重要

(2) 退院支援計画書の作成

病棟看護師、退院調整担当者は、入院から1週間を目途に、退院までの課題、目標設定、予想される退院先、退院後に利用が予想されるサービス等について記載した「退院支援計画書」の作成に着手します。

作成した計画は、支援対象者・家族と共有し、退院に向けたスケジュールについて共通理解を図ります。（退院調整加算が算定できます。P.31 [参考3](#)参照）

また、入院が長期になった場合や支援対象者・家族の状況に変化があった場合には、「退院支援計画書」の見直しが必要です。

(3) 在宅への移行準備

在宅への移行準備において重要なポイント

- ・ 支援対象者や家族が納得して在宅生活へ移行できるよう支援すること
- ・ 支援対象者の希望する場で生活が送れるよう、多職種が連携すること

病院スタッフは、支援対象者の退院にあたり、支援対象者や家族の意向を確認し、希望する場で、必要な医療や介護サービス等が適切に受けられるよう体制を整える必要があります。

その際、支援対象者や家族が「お世話になった」という思いなどから病院担当者の提案等をそのまま受け入れてしまい、本心による決断ができていない場合があることに留意し、本心を汲み取るよう心がけることも重要です。

また介護保険の認定の有無を確認するとともに、必要に応じて介護認定申請やケア

マネジャー決定のための支援（いきいきセンターふくおかへの連絡や居宅介護支援事業所の紹介など）を行います。

とくに、ケアマネジャーが新たに決まる場合や、入院によって状態変化がある場合には、まず支援対象者・家族、病院の主担当者、ケアマネジャーの三者によって今後の方針を決めるための打ち合わせを持ち（可能であれば退院3週間前を目途に）、次の段階で、支援対象者を担当する複数の病院スタッフ・在宅生活を支えるスタッフによるカンファレンスを開催すると、より円滑に支援が進みます。

3. 入院中

支援のポイント

退院後の在宅生活について具体的なイメージがもてるよう支援することが重要

(1) 家族に対する支援

支援対象者の情報のみでなく、家族関係や家族介護力、家族の意向等に関する情報は、支援の方向性や内容を決めるうえで重要な情報です。さらに、支援対象者の在宅生活を支援するためには、家族を含めて支援する視点が重要となります。

また、家族の介護負担や不安を軽減する視点での支援も積極的に行う必要があります。そのため入院中に把握できた家族情報などは、最大限在宅生活を支えるスタッフと共有することが大切です。

(2) 家屋調査への同行依頼

在宅復帰に際して、快適な生活が送れるように、家屋内の段差解消や手すりの設置などの住宅改修や福祉用具の活用を検討する場合があります。病院の理学療法士等が家屋調査を行う場合に、担当ケアマネジャーが同行することで、スムーズに情報共有ができるでしょう。

(3) いきいきセンターふくおかへの支援依頼

介護保険非該当で気になる方、要支援の認定を受けられた方、適切なサービス利用につながらないなどの状況にある場合は、いきいきセンターふくおかへ支援依頼しましょう。

なお、支援困難な方の場合、ケアマネジャーからいきいきセンターふくおかへ相談することもあります。

(4) 支援対象者や家族への教育・指導

退院にあたり、支援対象者や家族が在宅で利用する医療機器の操作等を習得することが必要な場合があります。なかには、在宅で使用予定の機器を病院で練習することもあります。その際、訪問看護師も立ち会えば、退院後の医療処置がよりスムーズになるのはもちろん、支援対象者や家族の大きな安心にもつながります。(医療処置別必要な物品リスト P.17 [参考1](#)参照) 在宅での介護方法やリハビリについても、入院期間中に指導を実施しておくことで、支援対象者が安心して退院することができます。

退院日について

日曜日は、サービス提供できる事業所が少なく、退院当日からのサービス利用の調整がつかない、また緊急時に連絡が取りづらいなどの状況が考えられます。一方で、退院に付き添う家族等の都合もあり、支援対象者に応じて退院日を調整することが好ましいといえます。



4. 退院前

1週間前を目途（病状が落ち着き退院の方向性が決定したら）に、退院前カンファレンスを実施しましょう。

退院前カンファレンスとは、支援対象者の入院中に病院スタッフと在宅生活を支えるスタッフが情報共有を行い、支援対象者の退院に向けて、また在宅生活開始に向けての方針等を検討・共有する場です。病院側が場の設定を行います。

退院前カンファレンスを踏まえて、在宅生活を支えるスタッフによる受け入れ準備が行われ、また、病院側でも必要な支援対象者への教育や指導・調整を行うことになります。

（1）退院前カンファレンスの日程調整

退院前カンファレンスは病院の退院調整担当者から関係者に連絡をします。在宅サービス事業者などに対しては、支援対象者の担当ケアマネジャーを通じて連絡してもらうのも効果的です。

想定される参加者は…

- ・支援対象者・家族など

病院スタッフ

- ・医師
- ・病棟の看護師
- ・退院調整看護師
- ・MSW
- ・リハビリスタッフ
- ・薬剤師
- ・栄養士
- など

在宅生活を支えるスタッフ

- ・かかりつけ医（在宅医）、看護師
- ・訪問看護師
- ・ケアマネジャー
- ・いきいきセンターふくおか（地域包括支援センター）の職員
- ・歯科医師
- ・かかりつけ薬局薬剤師
- ・介護サービス事業者
- ・その他の専門職（栄養士、住宅改修・福祉用具レンタル・医療機器レンタルの事業者等、支援対象者の状況に応じて調整） など

* 家族は、事情によっては参加しないケースもありますが、家族がキーパーソンになることが一般的です。

（２）退院前カンファレンスの基本的な進め方

退院前カンファレンスでは、基本的には以下のような点について報告、確認していきます。「１時間程度」の時間がかかることもあるようですが、「１５～２０分程度」を目標に設定するという方法をとっている病院もあるようです。

関係者の負担を軽減し、効果的な話し合いの場とするには、「３０分程度」での実施が望ましく、事前準備等を整えて臨みましょう。

退院前カンファレンスの流れ

- １）出席者の紹介
- ２）入院時の主な病状の経過
- ３）現在の日常生活の自立度と必要な支援内容
- ４）病状・予後についての説明と支援対象者・家族の理解
- ５）在宅生活に対する支援対象者・家族の意向
- ６）退院後の受診先（または訪問診療医）
- ７）在宅療養の方針やリハビリテーションの方針
- ８）在宅での薬剤管理・服薬支援
- ９）家族への医療処置、介護方法の指導状況及び家族の習得状況
- １０）今後の課題
 - １１）在宅療養におけるリスクと予防策、対応策
 - １２）緊急時の体制（＊）
 - １３）在宅生活の目標と必要なサービス
 - １４）（必要に応じて）在宅の限界点（再入院または施設入所を検討する状況）
 - １５）病院スタッフへの質問
 - １６）在宅生活を支えるスタッフへの質問



＊退院前に、緊急連絡先・連絡方法・移送方法などを、支援対象者・家族・在宅生活を支えるスタッフ間で確認し、連絡先一覧を共有しておくことも重要です。（緊急時として、容体の急変、家族の健康上の問題、医療機器のトラブル、災害時などが考えられます。）

効率的効果的な退院前カンファレンス

- ・退院調整の担当者は、伝えたい情報の要約や尋ねたい内容の箇条書きなどの準備を行う。
- ・支援対象者や家族も含め、参加者全員が理解できる共通言語（略語や専門用語は、使わない）で話す。

（３）退院前カンファレンスの開催時期・開催回数について

退院前カンファレンスの開催時期は、原則的には在宅生活を支えるスタッフが支援対象者の退院に向けて受け入れ準備・在宅環境整備を行う都合上、退院日から逆算して約１週間前が理想的です。

ただし、治療状況などにより在院期間が短い場合や認知症の症状などで退院意向が強くなり急に退院が決まる可能性もあります。比較的在院期間が長い場合は、複数回開催することもあります。一律に時期を決めることはできませんが、支援対象者の状況に応じて、早めに関催できるように努めましょう。また、出席者の日程調整や準備を円滑に行えるよう、早めに関催日程を関係者に伝えるようにしましょう。

（４）カンファレンスの記録作成

カンファレンス終了後には、話し合われた内容について記録を作成し、参加者および参加できなかった人、支援対象者・家族にも配付し、共有することはより望ましいことです。カンファレンス時と同様に、略語や専門用語の使用は控え、平易な言葉を使うように留意しましょう。

また、特に在宅療養におけるリスクとその対応策については、整理して支援対象者・家族に伝えましょう。文書を準備するとよりよいでしょう。この点が明確になると、支援対象者・家族は安心感を得ることができます。

（５）退院に向けての支援

担当ケアマネジャーは、病院を訪問し、カンファレンスや病院スタッフとの面談を通して情報を収集します。（退院・退所加算が算定できます。P.31 [参考3](#)参照）

情報収集時は「入院時／退院時情報提供書」（P.14 [様式1](#)参照）をご参照下さい。収集した情報は在宅でのサービス計画作成やかかりつけ医・介護サービス事業者等との情報共有のために活用します。

（６）多職種連携について

支援対象者が住み慣れた地域で、安心して自分らしく生活していくためには、医療・介護に携わる多職種が綿密な連携体制をとり、支援していくことが重要です。多職種間で共通認識を持つと同時に役割の確認が必要となります。退院前カンファレンスは多職種連携の一例です。

また、在宅支援が困難なケースについては、管轄のいきいきセンターふくおかが、ケアカンファレンス等を開催し、支援対象者・家族、多職種に、地域の支援者も加えたチームケアを編成することもあります。退院調整の際に築いた多職種連携のネットワークを退院後も活かし、退院後の状況を確認して、退院前カンファレンスでの方向性が正しかったかどうか検証しましょう。

退院前カンファレンスの参加や他機関との連携を図った場合には、診療報酬や介護報酬の加算が得られる場合もあります。（P.31 [参考3](#)参照）

■ ■ コラム：市内での退院前カンファレンス参考事例 ■ ■

◎退院前カンファレンスに参加する「在宅生活を支えるスタッフ」の職種に応じて、「病院スタッフ」の出席者をあわせる工夫をしている場合があります。

たとえば、在宅生活を支えるスタッフとして「かかりつけ医（在宅医）」「訪問看護師」「訪問リハビリ職員」「かかりつけ薬局薬剤師」が参加する場合、病院スタッフも「医師」「看護師」「リハビリ職」「薬剤師」が参加するとしています。同じ職種同士で話すことにより、引き継ぎがスムーズになっているようです。

◎病院の医師とかかりつけ医（在宅医）が出席のもと、医師同士または出席者全員で情報を共有することで、退院後の支援対象者の生活の質が向上する場合があります。必要に応じて積極的にカンファレンスを活用しましょう。

◎ケアマネジャーがいない場合、介護保険以外のサービス調整に重点がある場合など「いきいきセンターふくおか（地域包括支援センター）」に関わってもらうことも重要です。

◎地域の民生委員、近隣者などインフォーマルな支援者が在宅支援に携わる予定があり、支援対象者の病状等の情報を踏まえていただくことや関係者間の顔合わせなどが今後の支援において有効と考えられる場合などは、支援対象者・家族の同意を得るなど退院元病院に必要な手続きを確認し、退院前カンファレンスに同席していただくことを検討するとより良いと考えられます。

◎退院前カンファレンスに引き続き、より具体的にケアプランやサービス提供について検討を行う「サービス担当者会議」を実施する場合もあり、効率的な進め方といえます。

◎退院前カンファレンスまでの間に、退院調整担当者とケアマネジャー（またはいきいきセンターふくおかの職員等）の間で、支援対象者の意向と家族の意向に相違がないかなどの確認をしておくことも重要です。



5. 退院

(1) 退院時・退院後の情報共有

病院スタッフは、必要に応じて看護サマリーなどの書類をケアマネジャー等に渡しましょう。(急な退院の場合や1回のカンファレンスでは十分に情報収集できない場合があります。)

ケアマネジャーは、病院の退院調整部門とかかわった場合や、退院前カンファレンスを行った場合は、必要に応じてケアプランの写しを病院スタッフに渡しましょう。

また、病院スタッフにとっても退院後の支援対象者の状況は気になるものです。ケアマネジャーは必要に応じて、退院後の状況について病院スタッフに情報提供を行いましょう。

必要な際の再入院や緊急時対応、レスパイト機能の面からも、病院スタッフと在宅生活を支えるスタッフの継続的な連携は重要です。退院後に病状が急変し入院が必要な場合に、どのように対応するかをかかりつけ医(在宅医)と病院の医師が打ち合わせておくことは、支援対象者や家族の安心感につながります。

(2) 在宅サービスの開始

福岡市では、「介護支援専門員手引書(在宅版)」を作成しています。在宅でのケアマネジメント業務で是非ご活用ください。

<http://www.city.fukuoka.lg.jp/hofuku/sesakusuishin/00/05/5-010108.html>

関係者間の連携には、ケアマネジャーなどが主導して、連絡ノートを準備することがあります。急ぐ内容であれば、電話などによる連絡が必要ですが、急を要さない内容については、連絡ノートを活用し、情報共有に努めましょう。(福岡市医師会方式「在宅カルテ」もご活用ください。P.19 参考2参照)

入院時/退院時情報提供書

様式1

～退院に向けてのお願い～

- 1)退院が決まり次第、ご連絡を頂ければ幸いです。
- 2)必要に応じて退院時の情報提供をお願いします。

御中

以下の情報は本人及びご家族の同意に基づいて提供しています。

ふりがな		性別	生年月日	
氏名		男・女	明・大・昭	年 月 日(歳)
住所	TEL	家族構成 (同居家族は○で囲む ★キーパーソン)		
緊急連絡先	続柄()TEL 自宅携帯			
	続柄()TEL 自宅携帯			
住宅環境	一戸建て・集合住宅(階)・エレベーター(有・無)			
経済状況	年金有()・無 その他() 生活保護(担当CW)			
要介護度	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 申請中(新規・更新・区分変更)			
障害等認定	身障()級・精神()級・療育(有・無)・原爆・特定疾患()			

▼入院時情報提供欄

(別添資料 無・有→ 枚)

▼退院時情報欄

(ケアマネジャーが面談やカンファレンスで収集した情報をまとめる欄です)

情報提供事業所名					情報提供機関名				
担当ケアマネジャー					所属・職種・氏名				
TEL		FAX			TEL				
入院日 年 月 日					入院期間: 年 月 日～ 年 月 日(予定)				
かかりつけ医① (<input type="checkbox"/> 外来通院 / <input type="checkbox"/> 訪問診療) 医療機関・主治医名					手術 : 有 (手術名)・無				
連絡先					疾病の 状態	主病名 副病名 主症状 既往歴 服薬状況: 無・有 (内服:自立・一部介助・全介助)			
かかりつけ医② (<input type="checkbox"/> 外来通院 / <input type="checkbox"/> 訪問診療) 医療機関・主治医名						(感染症, 投薬の注意事項(薬剤名, 薬剤の剤形, 投薬経路等)等)			
連絡先					<特記事項>				
介護サービス利用状況					特別な 医療	点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマ(人工肛門)の処置 酸素療法 気管切開の処置 疼痛管理 経管栄養 褥瘡の処置 カテーテル 喀痰吸引 その他() (導入予定の医療系サービス)			
訪問介護(/週) 訪問看護(/週) 通所サービス(/週) 福祉用具() その他()					<特記事項>				
	自立	見守り	一部介助	全介助		自立	見守り	一部介助	全介助
					備考				
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	手引き・杖・歩行器・シルバーカー 車椅子	移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	オムツ使用:常時・夜間のみ・無	排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚥下状態(良・不良) 咀嚼状況(良・不良) 普通・軟菜・刻み・ペースト・経管栄養	食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴不可(シャワー・清拭)	入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯(有・無)	口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
視力	普通・視力低下あり・眼鏡(有・無)・全盲				認知・ 精神面	徘徊 介護への抵抗 焦燥・不穏 攻撃性 幻視・幻聴 昼夜逆転 大声を出す			
聴力	普通・やや難聴・難聴・補聴器(有・無)				夜間の状況	良眠・不眠(状態)			
認知・ 精神面	徘徊 介護への抵抗 焦燥・不穏 攻撃性 幻視・幻聴 昼夜逆転 大声を出す				リハビリ等	リハビリテーション 無・有(頻度) 運動制限 無・有 (リハビリ・運動制限の内容, 導入予定のサービス等)			
その他(ご本人の望む暮らし・心身状況・生活環境・介護の様子・医療上の注意 点等)					療養上の注意する事項				
提供年月日	年	月	日		面談年月日	年	月	日	年 月 日

【注】入院時情報連携加算, 退院・退所加算の算定には, 国の通知等に拠る算定条件を満たす必要があります

退院支援スクリーニング票

様式3

入院日(/) 氏名() (男・女) (歳)

各項目内で当てはまるものを1つ選択し、各得点を小計に計算し、合計する。

項目	選択肢		小計
退院後の医療処置 ¹⁾	あり(5)	なし(0)	
退院先希望	病院・施設(5)	自宅(0)	
移動の自立度	要介助(3)	見守り(2) 自立(0)	
排泄の自立度	要介助(3)	見守り(2) 自立(0)	
認知障害	診断あり(2)	疑いあり(1) なし(0)	
家族介護	<家族構成> 独居(2)	2人世帯(1) 3人以上世帯(0)	
	<介護状況> 介護者：見守りや介護が必要なのになし 介護意思：なし 介護困難：介護者が健康問題、高齢、不安がある、トラブルあり 介護協力者：日常的な代替者(サービス利用を含む)なし 介護者就労：あり.....上記該当せずに左記に該当した場合、「2点」		
介護保険	必要な状態だが未認定(2)	申請中(0) 介護保険認定あり(0)	
スコア判定 (0~26点)	10点以上：退院支援の必要性が高い		合計

1) 通常、医療者が行う処置

(褥瘡処置, 気管吸引, 膀胱留置カテーテル交換, 人工呼吸器管理, 中心静脈栄養, 在宅酸素など)

判定状況

月日	スコア	特記事項・今後の予定(退院支援計画)
/		
/		
/		

【出典】 鷲見尚己, 村嶋幸代: 高齢患者に対する退院支援スクリーニング票の開発(第一報). 日本病院管理学会誌 42 (3): 37-48, 2005

在宅で各種医療処置を維持継続していく場合に必要となる可能性のある物品等をリスト化しておく、退院時の準備、情報共有が円滑になります。以下は、医療処置別必要な物品リストの例です。

医療処置別必要な物品リスト(例)

◇人工呼吸器を装着している方の場合

チェック欄	物品リスト
	人工呼吸器
	人工呼吸器回路
	発電機(外部バッテリー)
	人工鼻(必要時)
	パルスオキシメーター
	アンビューバック
	蒸留水

◇人工肛門を造設している方の場合

チェック欄	物品リスト
	ストーマ袋(パウチ)
	ワンピースタイプ
	ツーピースタイプ
	皮膚保護材(必要時)
	潤滑剤(必要時)
	微温湯
	石鹸

◇気管切開をしている方の場合

チェック欄	物品リスト
	ガーゼ綿棒
	吸入器
	カニューレ(サイズ)
	手袋
	蒸留水
	アルコール綿
	吸入時の薬剤
	カフ用注射器
	消毒液

◇人工膀胱の方の場合

チェック欄	物品リスト
	集尿袋(レッグバック)
	集尿袋(ウロガード)
	テープ(医療用)
	フィルムドレッシング剤
	消毒液
	滅菌ガーゼ
	アルコール綿
	剥離剤洗浄クリーム

◇在宅酸素(HOT)を利用している方の場合

チェック欄	物品リスト
	酸素濃縮装置
	酸素ポンプ
	携帯用酸素ポンプ
	パルスオキシメーター
	トラキマスク
	延長チューブ
	カニューラ

◇胃ろうを造設している方の場合

チェック欄	物品リスト
	イリゲーター
	チューブ
	注射器
	とろみ剤
	カフ確認用注射器 (ボタン式は注入用チューブ必要)
	蒸留水
	綿棒
	ガーゼ
	薬剤溶解ボトル
	消毒液
	栄養剤
	白湯等

◇膀胱カテーテルを留置している方の場合

チェック欄	物品リスト
	尿道カテーテル 号数
	蓄尿バッグ
	固定液
	注射器
	滅菌綿棒
	消毒液
	潤滑油(キシロカインゼリー)
	鑷子(セッシ)

◇インスリン注射を実施している方の場合

チェック欄	物品リスト
	インスリン液
	廃棄ボックス
	注射用針
	ペンフィル等
	カット綿
	清拭綿
	消毒液

◇

チェック欄	物品リスト

◇

チェック欄	物品リスト

◇

チェック欄	物品リスト

福祉用具レンタル、購入のチェックリスト(例)

◇福祉用具のレンタルの必要性の検討

チェック欄	物品リスト
	ベッド(2モーター、3モーター)
	ベッド付属品(マット、手すり、介助バー)
	車椅子(自走用、介助用)
	リクライニング式車椅子
	車椅子付属品
	移動用リフト
	スロープ
	歩行器
	徘徊感知器
	手すり
	その他

◇福祉用具購入の必要性の検討

チェック欄	物品リスト
	ポータブルトイレ
	シャワーチェアー
	浴槽台
	その他

参考2

福岡市医師会では、かかりつけ医（在宅医）と多職種の情報共有に用いる様式として「在宅カルテ」を作成しています。在宅生活を支える多職種の連携にぜひ活用してください。

(<http://www.city.fukuoka.med.or.jp/zaitakukarute/zaitakukarute.html>)

参考：在宅カルテの概要 ～福岡市医師会ホームページより～

- ・「在宅カルテ」は、福岡市医師会が、在宅医療においてより質の高い包括的な医療を提供するために、訪問診療を実施しているかかりつけ医を中心に在宅医療に関わる多職種が、支援対象者の医療・介護情報等を共有し、スムーズな連携を図るための連携ツールとして考案したものです。
- ・訪問診療を実施しているかかりつけ医が必要と判断した場合に活用します。
- ・「在宅カルテ」は、支援対象者宅に保管し、在宅療養を支援する上で、他の職種と共有したい情報、連絡事項を記載します。
- ・受診時やデイケア等を利用する時など、支援対象者が持参する時以外は、支援対象者宅に保管します。（原則持ち出し禁止）

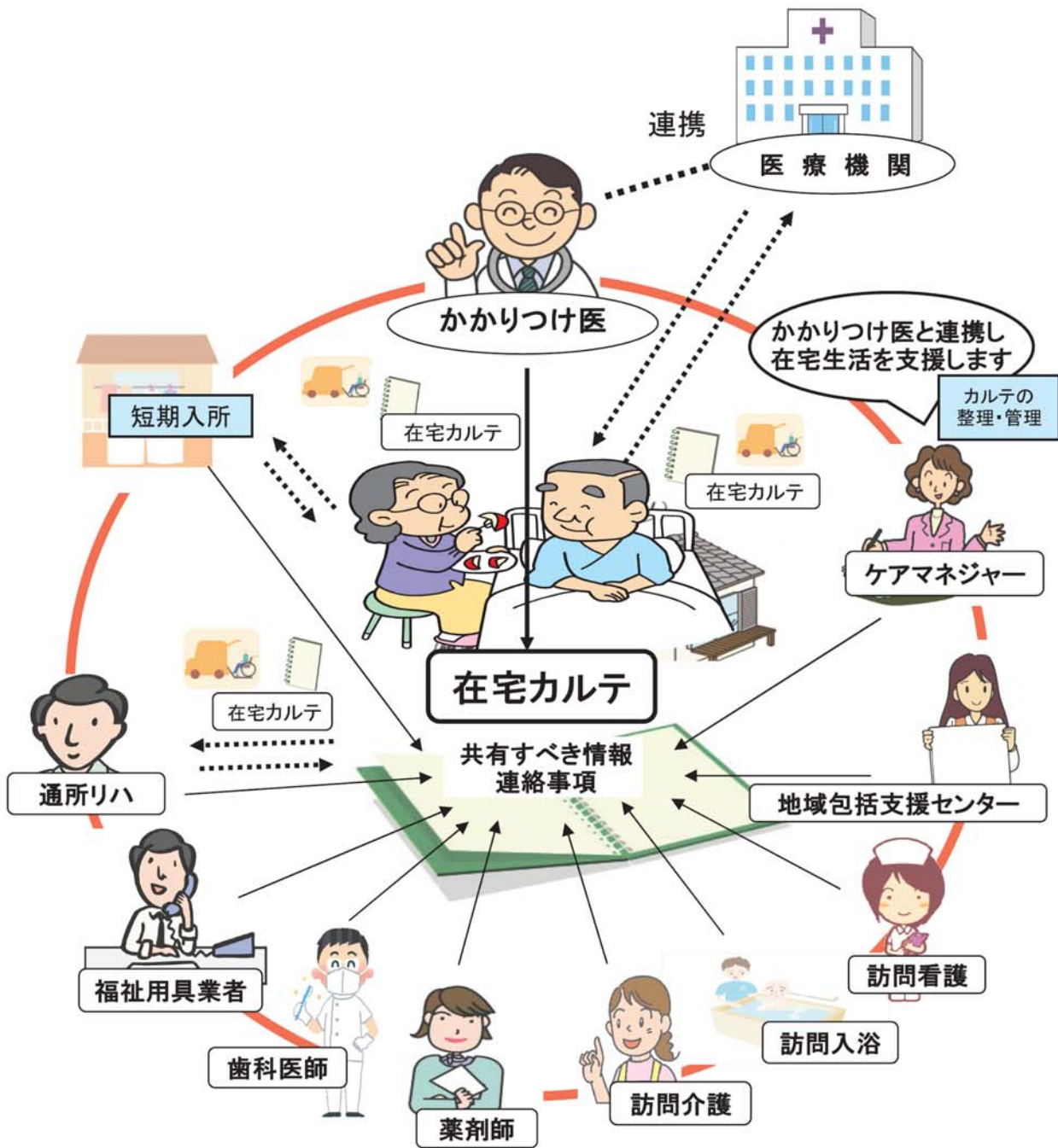
医療的なニーズの高い支援対象者については、特に、ケアマネジャーとかかりつけ医（在宅医）、訪問看護師、かかりつけ薬剤師などとの緊密な情報共有・連携が、支援対象者の在宅支援に有用です。

また、医療機関を受診する時や、入院、デイケア、ショートステイ等を利用する時などに、支援対象者・家族が「在宅カルテ」を持参することで在宅生活の様子を情報共有することができます。

■■ コラム：在宅カルテ利用者の声 ■■

- ◎ ご本人の情報共有が出来て、方針が統一できるので良いと思った。
(通所介護事業所, 福祉用具事業所)
- ◎ ご本人の身体状況の変化がよくわかるようになり、良かった。(ケアマネジャー)
- ◎ ご本人の疾患や性格等により、ご本人自身が言葉で伝達することが難しい場合などは特に効果的と感じた。
(ケアマネジャー)

福岡市医師会方式 「在宅カルテ」活用イメージ



在宅カルテ

様式1-1

氏名		性別		生年月日		歳
住所				TEL		
緊急連絡先						
介護度		寝たきり度		認知度		

事業所				担当ケアマネジャー		
TEL	(携帯:)			FAX		

かかりつけ医	氏名				医療機関		
	TEL				FAX		

備考						
----	--	--	--	--	--	--

	開始日	施設名	TEL	FAX	担当	訪問日
訪問診療						
訪問看護						
訪問介護						
デイケア						

福岡市医師会

在宅カルテ

様式1-2

	開始日	施設名	TEL	FAX	担当	訪問日
デイサービス						
訪問リハ						
福祉用具						
訪問入浴						
ショートステイ						
訪問歯科						
訪問薬局						

福岡市医師会

在宅カルテ

様式 2

月	日	時間	連絡事項	事業所名 記載者	かかりつけ医 確認署名欄

福岡市医師会

事業所の皆さまへ

福岡市医師会方式「在宅カルテ」について

福岡市医師会方式「在宅カルテ」は、在宅医療においてより質の高い包括的な医療を提供するために、訪問診療を実施しているかかりつけ医を中心に在宅医療に関わる多職種が、患者の医療・介護情報等を共有し、スムーズな連携を図るための連携ツールとして考案しました。

在宅カルテの適応

訪問診療を実施されているかかりつけ医が必要と判断した場合に活用します。主な適応例は下記が想定されます。

【 適応例 】

1. 介護度が高い利用者(患者)
2. 医療依存度が高い利用者(患者)
3. 複数のサービス事業所等が関わっている利用者(患者)
4. 独居や高齢者世帯で、的確な情報が入手しにくい場合
5. キーパーソンが、別世帯または日中就業のため、情報交換が困難な場合
6. その他、かかりつけ医が必要と判断した場合

※ ケアマネジャーが必要と感じた場合は、かかりつけ医にご相談下さい

様式1は担当ケア
マネジャーが全て
記入する

在宅カルテ(記入例)

様式1-1

性別	女	生年月日	110年〇月〇日	91歳	
住所	福岡市〇〇〇〇〇〇		TEL	092-〇〇〇-〇〇〇〇	
緊急連絡先					
介護度	要支援2 H24/5/〇	寝たきり度	J2	認知度	自立
事業所	〇第〇〇いきい	マネジャー	〇〇〇〇		
TEL			FAX	092-000-0000	
かかりつけ医	氏名	医療機関			
	TEL				
備考	難治性下腿潰瘍の処置 患者の状態等に関し、特に留意すべき点を記入する				

	開始日	施設名	TEL	FAX	担当	訪問日
訪問診療	24/5/	〇〇クリニック	000-0000	000-0000	●、▲▲	隔週(木)16:00~
	訪問診療やサービスを開始した年月日を記入する		訪問診療やサービスを提供している担当者名を記入する			
訪問看護	24/5/24~	〇〇訪着	000-0000	000-0000	●●、▲▲	(月)12:30~30分 (水)12:00~30分 (金)12:30~1H
	訪問診療やサービスを提供する予定の曜日や時間を記入する					
訪問介護	24/5/25~	〇〇ケアセンター	000-0000	000-0000	●●、▲▲	毎金14:00~15:00
デイケア						

福岡市医師会

在宅カルテ

様式1-2

	開始日	施設名	TEL	FAX	担当	訪問日
デイサービス						
訪問リハ						
福祉用具		〇〇事業所	000-0000	000-0000	●●	
訪問入浴						
ショートステイ						
訪問歯科						
訪問薬局						

福岡市医師会

在宅カルテ(記入例)

様式 2

様式2は、かかりつけ医
やサービス提供者等が
記入する

連絡事項			事業所名 記入者名	かかりつけ医 確認署名欄
2	20	12:00	創は縮小しましたが、前脛部の治癒進行が遅いです。全体にA軟膏を塗布しています。右足の第3指は1週間程前に新たな水泡が出来ましたが治癒傾向にあります。Div実施中に比べると、全体に治癒の進行は停滞気味です。処置変更等ありましたら、ステーションに連絡を頂ければと思います。	ステーションA Bクリニック 〇〇 〇〇
2	21		確かに右下腿の潰瘍は治癒の速度が滞っている印象です。浸出液はないです。本日A軟膏塗布しました。近所の買物等、無理にならない程度であれば外出可と話しています。(十分足を温かくして)	Bクリニック 〇〇
2	26	16:15	靴は今取り寄せてもらっています(デモ用)。3/1のことに ことになっています。当方も伺わせていただきます。	
3	1		靴のお試しを納品させて頂きました。靴のサイズが合わな 後日商品をお持ちします。	
3	1	11:00	(ステーション〇〇看護師へ) B先生からお話頂いた後、一度だけコンビニに行かれたとの事。 「随分、時間はかかったけど、足はそう痛くなかった」との事ですが、靴 が来るまでは待っておられるようにお話ししました。 (ヘルパー事業所〇〇さんへ) おやつ類など依頼するのがお恥ずかしいかもしれませんので、お声かけ を(して下さいている事と思いますが)どうぞ宜しくお願いします。	C包括センター 〇〇
3	1	14:00	何でもお買物おっしゃって下さいと声かけをしています。今日は治療用 のテープとバブを頼まれました。	E訪問介護
3	5		靴を納品させて頂きました。ご本人も大変満足されている	
3	6	12:00	やはり、創の前脛部付近の治癒進行だけが遅いです。その 軟膏を使っていてもよいでしょうか。前回の創の時のようにB軟膏 膏を使い分けていくような感じで。指示の変更があれば、在宅カルテにご <u>記入</u> お願いします。	ステーションA 〇〇

確認後にサイン
をお願いします。

利用者の心身の状態等に関し、特筆すべき事をご記入下さい。緊急性の高い場合は、直接電話等で連絡を取り合ってください。

特に重要な伝達事項は赤字で記入する、赤でアンダーラインを引くなど工夫して下さい。

福岡市医師会

福岡市医師会方式「在宅カルテ」Q & A

平成25年6月21日作成

Q1. 福岡市医師会方式「在宅カルテ」とは何でしょう。どのような目的で作られたのでしょうか。

A. 福岡市医師会が独自に作成した連携ツールです。在宅医療において、より質の高い包括的な医療を提供するために、訪問診療を実施しているかかりつけ医と在宅医療に関わる多職種が、患者の医療・介護情報等を共有しスムーズな連携が図れるよう考案しました。今後、全市において活用をすすめていきます。

Q2. なぜ、かかりつけ医との連携が必要なのでしょう。

A. 在宅において療養中、要介護・要支援状態の方は、心身に何らかの支障をきたし医療が必要となった状況の方です。その方たちが安心・安全にいつまでも住み慣れた場所で生活できるよう、かかりつけ医主導のもと、患者に関係する多職種が連携を図りながら在宅療養を支援することが重要です。

Q3. 在宅において、すでに患者・家族、介護サービス事業所間で連絡ノートを使用していますが、違いはあるのでしょうか。

A. 連絡ノートが、サービスの提供状況を伝え合うことを目的に作成するのに対し、「在宅カルテ」は、かかりつけ医と介護サービス事業所、関係者が互いに在宅医療に関わる上で情報として知っておいて欲しい情報のみをやりとりする「情報共有」「連携」を目指したツールです。

Q4. どういった患者（利用者）に「在宅カルテ」を活用すると効果的なのでしょう。

A. 下記の患者（利用者）が効果的だと思われます。

- ・介護度が高い、もしくは医療依存度が高く、複数のサービス事業所が関わっている患者（利用者）
- ・独居や高齢者世帯で、的確な情報が入手しにくい患者（利用者）
- ・キーパーソンが別世帯または日昼就業のため、情報交換が困難な患者（利用者）

Q5 患者(利用者)・家族は参加するのでしょうか。

A. 患者(利用者)・家族の状況に合わせ、参加して頂くかをご検討下さい。

Q5. どんな時に記載するのでしょうか。

A. 緊急時を除き、関係者間で共有すべき情報、連絡事項が発生した時に記載します。(記入例参照) 特別記載することがない場合は、記載の必要はありません。

Q6. 記載時の留意点がありますか。

A. ①緊急時は使用しないで下さい。※ 緊急時は直接かかりつけ医へ連絡して下さい。
②情報を共有したい事項、連絡事項を記載して下さい。
③特記することだけを、できるだけ専門用語を使わず記載して下さい。
④一部職種宛にメッセージを残したい場合は、「様式1」のかかりつけ医の訪問診療日時や、介護等サービスの日時等を確認し記載して下さい。(記入例参照)

Q7. 緊急時はタイムラグが生じると思いますが、その時も記入するのですか。

A. 緊急時は、「在宅カルテ」には記入せず、通常とられている緊急連絡手段(電話等)で直接連絡をとって下さい。

Q8. 検査結果、その他の情報についても在宅カルテに添付してもよいのでしょうか。

A. 本人・ご家族の了解の上、情報共有に必要な範囲で、かかりつけ医が判断し添付するかをご検討下さい。

Q9. 様式2の「かかりつけ医確認署名欄」は毎回の訪問診療時に医師名を記入すればよいのですか。医師としての特記がなければ「連絡事項」欄の記載の必要はないのでしょうか。

A. 内容を確認して頂いたことがわかるよう署名して下さい。特別記載することがない場合は、記載は必要ありません。

Q10. 在宅カルテの持ち出しは可能ですか。

A. 原則持ち出し禁止です。患者自身が医療機関を受診する時やデイケア・ショートステイ等を利用する時以外は患者宅に保管します。

Q11. 記録用紙が不足した場合は、どこから入手すればよいのでしょうか。

A. 福岡市医師会のホームページからダウンロードして下さい。

Q12. 在宅カルテの内容を変更・アレンジしてもよいのでしょうか。

A. 内容の変更・アレンジは控えて下さい。

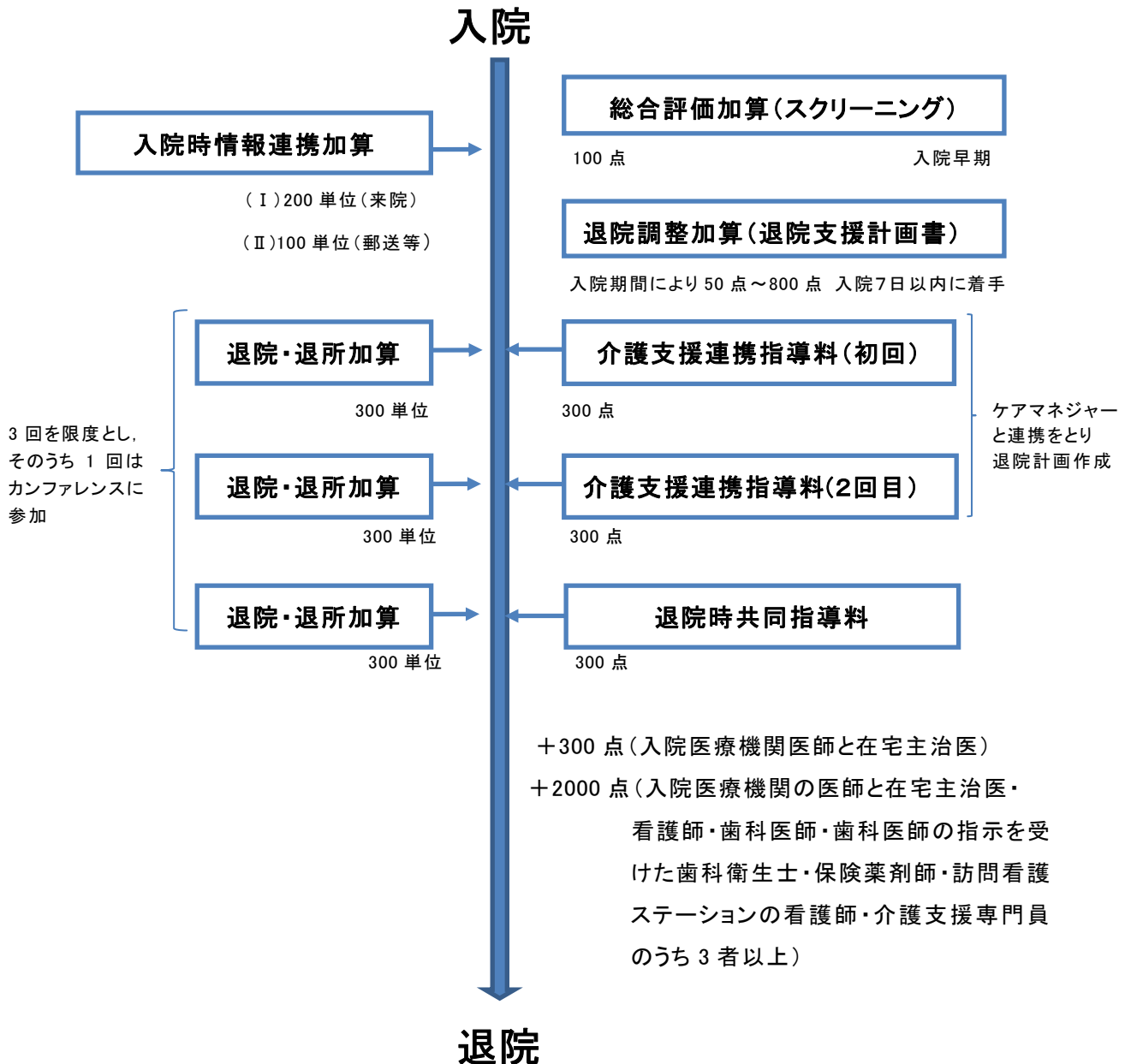


医療介護連携にかかる主な介護報酬・診療報酬加算

平成 27 年 4 月現在

<介護報酬加算(ケアマネ側)>

<診療報酬加算(病院側)>



【出典】 公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会：在宅移行の手引き 2, 17, 平成 26 年 3 月,

【診療・介護報酬の加算の例】

平成 27 年 4 月現在

主 体	項 目	要 件
居宅介護 支援事業 所	<p>介護報酬 入院時情報連携加算</p> <p>1 介護支援専門員が病院又は診療所に訪問し、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合 200 単位/月</p> <p>2 1の訪問する以外の方法により、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合 100 単位/月</p>	<p>注 利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して、当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報を提供した場合、別に厚生労働大臣が定める基準に掲げる区分に従い、利用者1人につき1月に1回を限度として所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p>イ 入院時情報連携加算（Ⅰ） 200 単位</p> <p>ロ 入院時情報連携加算（Ⅱ） 100 単位</p>
	<p>介護報酬 退院・退所加算 300 単位（1回あたり）</p>	<p>注 病院若しくは診療所に入院していた者又は地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護保険施設に入所していた者が退院又は退所（指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第126号）別表指定地域密着型サービス介護給付費単位数票の地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護のヨ又は指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表指定施設サービス等介護給付費単位数表の介護福祉施設サービスのワの在宅・入所相互利用加算を算定する場合は除く。）し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の退院又は退所に当たって、当該病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員と面談を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合（同一の利用者について、当該居宅サービス及び地域密着型サービスの利用開始月に調整を行う場合に限る。）には、入院又は入所期間中につき3回を限度として所定単位数を加算する。ただし、初回加算を算定する場合は、当該加算は算定しない。</p>

主 体	項 目	要 件
病院等	診療報酬 A 2 4 0 総合評価加算（入院中 1 回） 1 0 0 点	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、入院中の患者であって、介護保険法施行令（平成 10 年政令第 412 号）第 2 条各号に規定する疾病を有する 40 歳以上 65 歳未満のもの又は 65 歳以上のもの（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、総合評価加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中 1 回に限り、所定点数に加算する。
	診療報酬 A 2 3 8 退院調整加算（退院時 1 回） 1 一般病棟入院基本料，特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。），専門病院入院基本料，有床診療所入院基本料又は特定一般病棟入院料を算定している患者が退院した場合 イ 1 4 日以内 3 4 0 点 ロ 1 5 日以上 3 0 日以内 1 5 0 点 ハ 3 1 日以上 5 0 点 2 療養病棟入院基本料，結核病棟入院基本料，特定機能病院入院基本料（結核病棟に限る。），有床診療所療養病床入院基本料，障害者施設等入院基本料，特定入院基本料，特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合 イ 3 0 日以内 8 0 0 点 ロ 3 1 日以上 9 0 日以内 6 0 0 点 ハ 9 1 日以上 1 2 0 日以内 4 0 0 点 ニ 1 2 1 日以上 2 0 0 点	注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、入院患者の入院期間に応じ、退院時 1 回に限り、所定点数に加算する。 2 保険医療機関が、患者の同意を得て、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合には、地域連携計画加算として 300 点をさらに所定点数に加算する。 3 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注 1 に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、退院調整加算（特定地域）として、1 については、それぞれ 170 点、75 点、又は 25 点、2 については、それぞれ 400 点、300 点、200 点又は 100 点を所定点数に加算することができる。

	項 目	要 件
病院等	診療報酬B005-1-2 介護支援連携指導料 300点	注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算（居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。
	診療報酬B005 退院時共同指導料2 300点	<p>注1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。</p> <p>2 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医及び地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が共同して指導を行った場合に、300点を所定点数に加算する。ただし、注3の加算を算定する場合は、算定できない。</p> <p>3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業所の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、2000点を所定点数に加算する。</p> <p>4 注1の規定にかかわらず、区分番号A238Ⅱ掲げる退院調整加算を算定する患者にあつては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画書を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。</p> <p>5 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）は別に算定できない。</p>

主 体	項 目	要 件
保険薬局	調剤報酬 15 の 4 退院時共同指導料 600点	注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。
歯科	歯科診療報酬B014 退院時共同指導料1 1 在宅療養支援歯科診療所 (在宅等における療養を歯科医療面から支援する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう(以下この表において同じ。)) の場合 600点 2 1以外の場合 300点	注1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関と連携する別の保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後、在宅での療養を行う患者に対して、療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定する。 2 注1の場合において、当該患者が別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にあるときは、特別管理指導加算として、所定点数に200点を加算する。

名古屋市における
在宅医療・介護連携ガイドライン

平成 27 年 3 月

目 次

- 第 1 章 ガイドライン作成の趣旨と位置づけ
- 第 2 章 連携のための基本事項
- 第 3 章 在宅療養時の連携
- 第 4 章 入院時の連携（在宅から病院へ）
- 第 5 章 退院時の連携（病院から在宅へ）
- 第 6 章 知っておくと役立つ関連用語
- 第 7 章 医療・介護の連携に係る主な法令等

名古屋市における在宅医療・介護連携ガイドラインは、平成27年3月15日現在の状況に基づき作成しています。その後の制度改正等により、介護報酬、診療報酬等の内容に変更が生じている場合がありますので、最新の法令等も確認の上、業務にあたっていただくようお願いします。

第 1 章

名古屋市における在宅医療・介護連携

ガイドライン作成の趣旨と位置づけ

これからの地域包括ケアシステムを構築し推進するには、医療と介護の関係者は、それぞれの枠を超えた連携が欠かせません。これまでも利用者（患者）が入院した時や病院から退院する際の連携は、在宅医や訪問看護師、ケアマネジャーなど在宅介護の関係者とそれぞれの病院で行われています。しかしながら、各病院の窓口や担当者、業務内容が明確でなかったり、情報提供や共有する書式が無かったり、退院に当たって十分な連携ができていないなど、多くの課題があります。

また、在宅療養時には訪問診療や訪問看護など医療サービスとケアマネジャーや介護サービス事業所などの介護サービスと連携が求められています。さらに在宅での看取りにおいては、より一層スムーズな連携が求められます。

これらのことを改善するために、医療と介護との連携のポイントをまとめガイドラインとしました。これまで経験的に行われていたり、特定の人しか分からなかったりしたことを整理し、医療と介護の関係者が相互に理解ができるように必要なことを“可視化”しました。

普段使用している関連機関や職種、病院の関連部署、関連する書類等についても主だったものを掲載しました。内容も、より良い連携が実現できるように具体的に分かりやすい項目で構成しました。このガイドラインを確認することで、特に新任のケアマネジャーや病院の担当者が日常の業務に生かしていただければと思います。

既に医療と介護の連携に先駆的に取り組んでいる医療機関や地域がありますが、名古屋市全体の取り組みとして理解していただき、これからのより充実した連携の参考になれば幸いです。

第 2 章

連携のための基本事項

名古屋市における在宅医療・介護連携 3 箇条

【(1) 療養者のための連携であることを心がけましょう。】

医療や介護サービスを受ける主体は誰であるかを常に考えることが必要です。

「忙しい」「大変」「わからない」などを理由に関係機関に丸投げすることなく、相互に協力し合える関係を作ることが重要です。療養者本位の連携には、医療や介護の専門職がまず個々の役割を認識し、役割を果たした上で、関係機関と協同する姿勢が重要です。

スムーズな連携には「療養者はどうしたいと言っているのか」「課題の解決のために自分は何ができて、何ができないのか」「課題の解決のためにどのような支援が必要か」「関係機関には何を求めるのか」等を明らかにすることも大切です。

【(2) 主体的かつ積極的に連携をはかりましょう。】

ケアマネジャーは、療養者の在宅生活を支えるために、医療と介護の関係者同士を繋ぐ連携の調整役です。関係者同士の連携を密にしておくことはよりよいケアマネジメントを行うための必須事項であり、特に主治医との連携は必要不可欠です。

また、療養者が入院した場合、ケアマネジャーの通常業務は一時的に休止となりますが、多くの患者は治療が終了すれば、退院し、自宅での生活を送ることになります。ケアマネジャーは、退院後の支援に備え、入院中の状況を出来る限り把握しておくことが重要です。ケアマネジャーは、家族や病院からの退院の連絡を待つだけでなく、療養者が入院した時点から退院に備えた情報収集と退院に向けた準備を積極的に行う姿勢が大切です。

連携の中心となる職種は療養者の置かれている状況などで変わります。それぞれの職種が療養者の置かれている状況などに応じて連携の中心となり、主体的かつ積極的に調整していく姿勢が重要です。

【(3) 療養者の個人情報の取り扱いには気をつけましょう。】

医療機関には患者の病気と治療に関する情報があり、介護サービス事業所には療養者の生活に関する情報があります。

病状や予後などの医療情報や生活に関するプライベートな情報は、非常にデリケートな情報であることを十分に理解した上で、細心の注意を払って取り扱うことが必要です。

そのため、個人情報は情報を提供する時だけでなく取得する必要がある場合にも、あらかじめ療養者及び家族等に同意を得るようにしましょう。取得した個人情報はそれぞれの機関で責任を持って管理することが必要です。

第 3 章

在宅療養時の連携

(1) 在宅療養時の連携ポイント

主治医のポイント

【窓口の明確化】

- ① ケアマネジャーや介護サービス事業者など関係者から問い合わせなどの連絡が取れる担当者を決めるなど、窓口を明確にしましょう。

【ケアマネジメントへの協力】

- ① サービス担当者会議への出席要請があった際は、可能な限り出席しましょう。
- ② サービス担当者会議への出席が困難な場合、必要な情報を情報連絡票や診療情報提供書などの文書や在宅医療・介護情報共有システム（ICT）を活用して情報提供しましょう。
- ③ サービス担当者会議へ出席できない場合の意見照会に対する回答を診療報酬（診療情報提供料）として取り扱う場合は、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)」の様式又はこれに準じた様式の文書により情報提供を行いましょう。
- ④ 診療情報の提供や意見照会に対する回答を行う際、保険診療の自己負担や文書料などの費用負担が発生する場合は、療養者又はその家族に同意を得るようにしましょう。
- ⑤ 医療依存度の高い療養者、独居高齢者（昼間独居など一時的な独居状態も含む）や認知症の療養者など療養上注意を必要とする場合は、緊急時や急変時の連絡体制や対応をあらかじめ訪問看護師やケアマネジャー等と協議しましょう。

【療養者の入院時の対応】

- ① 療養者が入院する場合又は入院した場合は、速やかに診療情報提供書を入院先の医療機関へ送付しましょう。
- ※ 診療情報提供書には診療情報に加え、療養者を担当する居宅介護支援事業所の名称、及び訪問看護を利用している場合は訪問看護事業所の名称を記載しましょう。

ケアマネジャーのポイント

【主治医との関係構築】

- ① 新たに療養者を担当することになった場合、担当することを主治医へ知らせましょう。
- ② 訪問看護等の医療系サービスを利用していない療養者や医療依存度の低い療養者であっても連絡を取るようにしましょう。

【手 段】

- 1 面会することが望ましいです。
 - 2 面会することが困難な場合は主治医連絡票等を送付しましょう。
- ※ 介護支援専門員証等の身分証明を携帯の上、医療機関へ直接持参することが望ましいです。
- ※ ファックスで送付する際は、送付後に送付先へ電話等で届いているかどうか確認しましょう。

【主治医への相談、情報の照会】

- ① 電話での相談や情報照会は出来るだけ避けるようにしましょう。

【手 段】

- 1 主治医と面会することが望ましいです。
 - 2 面会することが困難な場合は主治医連絡票等を送付しましょう。
- ※ 介護支援専門員証等の身分証明を携帯の上、医療機関へ直接持参することが望ましいです。
- ※ ファックスで送付する際は、送付後に送付先へ電話等で届いているかどうかを確認しましょう。
- 3 在宅医療・介護情報共有システム（ICT）を活用しましょう。

【サービス担当者会議】

- ① 医療依存度の高い療養者については、主治医の予定を優先して開催しましょう。
- ② 開催する際は、医療系サービスを利用する予定がない又は利用していない療養者であっても主治医へ開催の案内をしましょう。
- ③ 主治医へ案内をする際は、主治医の所属する医療機関の診療時間をあらかじめ確認するなど、調整を行った上で案内しましょう。
- ④ 開催後は、議事録等を作成し関係者間で議事内容を共有することが望ましいでしょう。

【訪問診療・往診の導入】

- ① 療養者に訪問診療・往診（以下「在宅医療」）が必要と考えたら、原則として療養者又は家族から主治医に相談してもらいましょう。
ただし、療養者又は家族が相談できない場合は、療養者又は家族の代わりに訪問看護師、ケアマネジャー等が相談しましょう。
- ② 主治医が在宅医療を行っていない場合に、在宅医療の対応可能な医師を探す方法としては以下の方法が考えられます。

- ・ 主治医から対応できる医師を紹介してもらう。
- ・ 在宅医療・介護連携支援センターへ相談する。
- ・ 訪問看護等、医療系サービスを利用している場合は利用する医療系サービス事業所に相談する。
- ・ 「あいち在宅医療ネット」(<http://www.aichi.med.or.jp/zaitaku-net/>)などのウェブサイトを参考にする。

- ③ ケアマネジャーが療養者に在宅医療を提供する医師(以下「在宅医」)を紹介する場合は、紹介する前に主治医に該当する在宅医を紹介することを連絡した上で紹介先の在宅医宛ての診療情報提供書を作成してもらいましょう。

【歯科医療機関との連携】

- ① 療養者に訪問歯科診療が必要と考えたら、原則として療養者又は家族から、かかりつけの歯科医に相談してもらいましょう。
ただし、療養者又は家族が相談できない場合は、療養者又は家族の代わりに訪問看護師、ケアマネジャー等が相談しましょう。
- ② かかりつけの歯科医が訪問歯科診療を行っていない場合に、訪問歯科診療の対応可能な歯科医師を探す方法としては以下の方法が考えられます。

- ・ かかりつけの歯科医から対応できる歯科医を紹介してもらう。
- ・ 地区歯科医師会へ相談する。
- ・ 保健所へ相談する。(在宅ねたきり者訪問歯科審査を利用する。)

【薬局との連携】

- ① 薬剤師による居宅療養管理指導（在宅訪問薬剤指導）は処方医の指示により行われることに留意しましょう。

- ② 薬剤師による居宅療養管理指導（在宅訪問薬剤指導）が必要と考えた場合は、処方医及びかかりつけ薬局の薬剤師に相談しましょう。（利用者等の意向、居宅療養管理指導（在宅訪問薬剤指導）が必要と考えた理由など）
- ③ かかりつけ薬局が居宅療養管理指導（在宅訪問薬剤指導）を行っていない場合に、対応可能な薬局を探す方法としては以下の方法が考えられます。

- ・ 愛知県薬剤師会ホームページ（<http://www.apha.jp>）の「在宅医療受入薬局リスト」を参考にする。

【訪問看護事業者との連携】

- ① 訪問看護は主治医の指示により行われることに留意しましょう。
- ② 訪問看護が必要と考えた場合は、主治医に相談しましょう。（療養者の意向、訪問看護を必要と考えた理由、どこの事業所に依頼するかなど）
- ③ サービス担当者会議などによりサービス導入前に処置など看護の内容やリハビリテーションの内容、注意事項、緊急時の対応などについて関係職種間で情報共有を行いましょう。サービス担当者会議の開催が困難な場合は、訪問看護師等が主治医に内容の確認及び打ち合わせが出来るよう調整しましょう。
その際、訪問看護師が事前に打ち合わせた内容はケアマネジャーに情報提供することが大切です。
- ④ 主治医への訪問看護指示書の作成依頼は、訪問看護師等から依頼してもらうようにしましょう。
- ⑤ 療養者の状態によりサービス導入後にケアプランの修正が必要な場合がありますので、主治医との連携が特に重要です。

【訪問・通所リハビリテーション事業者との連携】

- ① リハビリテーションは医療保険や介護保険など制度を問わず、リハビリテーションを行う療法士の所属する医療機関又は事業所の医師の指示に基づいて行われることに留意しましょう。
- ② リハビリテーションが必要と考えた場合は、主治医に相談しましょう。（療養者の意向、リハビリテーションが必要と考えた理由、どこの事業所に依頼するかなど）
- ③ 医療機関又は事業所によっては診療情報提供書が必要となる場合がありますので、療養者へそれに係る費用の発生などについてあらかじめ説明しておきましょう。

- ④ 医療保険における疾患別リハビリテーションと介護保険のリハビリテーションは併用できません。
そのため、介護保険のリハビリテーションを計画する際には、医療保険における疾患別リハビリテーションを受けていないかどうかを確認しましょう。
- ⑤ 医療保険における疾患別リハビリテーションから介護保険のリハビリテーションへの移行を計画する場合には、主治医だけでなく、疾患別リハビリテーションを提供する医療機関の合意を得るようにしましょう。

【緊急連絡網の整備】

- ① 療養者の身体状況や病状に変化があった際や緊急時の緊急連絡網をあらかじめ整備しましょう。
主治医だけでなく療養者が利用するサービス事業所の連絡先も併せて把握し、緊急時には直接主治医や他のサービス事業所が連絡を取り合うことの可否についてあらかじめ確認しましょう。

【よりよい連携のために】

- ① 担当する療養者の要介護認定・要支援認定の更新認定の際には有効期限の切れる2ヶ月～1ヶ月以上前に、主治医へ主治医意見書の作成に際して参考になる情報を必要に応じて提供しましょう。
 - ② 「介護保険主治医意見書用問診票」を必要に応じて療養者の受診時に持参してもらうかケアマネジャーが主治医へ送付しましょう。
 - ③ 初回認定時、更新認定時、区分変更時に作成した居宅サービス計画（ケアプラン）は原則主治医へ提供しましょう。
 - ④ 個人情報の取り扱いに注意し、情報共有しましょう。
 - ⑤ 地域での支援チームを編成する際には、フォーマルな医療や介護の関係者だけでなく、いきいき支援センターとも連携を図りながら、地域住民等インフォーマルな関係者との連携も考慮しましょう。
 - ⑥ 療養者について主治医へ意見照会を行う場合又は診療情報の提供を求める場合は、あらかじめ本人又はその家族の同意を得るようにしましょう。
- ※ 費用が発生することがあることもあらかじめ説明しましょう。

サービス事業者のポイント

【緊急連絡網の整備】

- ① 療養者の身体状況や病状に変化があった際や緊急時の緊急連絡網をあらかじめ整備しましょう。
主治医だけでなく療養者が利用するサービス事業所の連絡先も併せて把握し、緊急時には直接主治医や他のサービス事業所と連絡を取り合うことの可否についてあらかじめ確認しましょう。

【サービス担当者会議】

- ① サービス担当者会議への出席要請があった際は、可能な限り出席しましょう。

【主治医との連携及びサービス事業者間の連携】

- ① 緊急時以外の主治医や他のサービス事業所への相談事項に関しては、原則としてケアマネジャーを通じて連絡を取りましょう。
ケアマネジャーを介さずに主治医や他のサービス事業所へ連絡を取った場合は、その内容をケアマネジャーへ情報提供しましょう。

【情報の収集】

- ① 既往の疾患等の把握に努め、サービスの提供中に想定されるリスクを十分に考慮した上でサービスを提供しましょう。
特に、療養者の身体に係るサービスを提供する事業者は、サービス中止の基準や禁忌事項等の把握に努めましょう。
- ② 診察の付き添いをする場合は、療養者が自分の状態を正確に医師に伝えられない場合があるため、自宅での様子やサービス利用中の様子などを出来る限り主治医に伝えられるようあらかじめ情報収集しましょう。

(2) 看取りにおける連携

終末期におけるサポートや看取りに関しては特に医療と介護の連携が重要とされる場面の一つです。終末期における療養者の希望やご家族の希望を叶え、不安に応えるサポートがどれだけできるのかが我々多職種の重要な役割になると考えられます。

ただ、名古屋市における在宅医療・介護連携ガイドラインにおいては、よりよい看取りの連携のための議論が不十分であり、今後の検討課題として捉えております。現状、お示しできるものとして、下記の参考資料を提示します。

平成19年5月に厚生労働省が作成した「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」1)を参考に看取りにおける連携体制を構築しましょう。

—終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン—

1 終末期医療及びケアの在り方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めることが最も重要な原則である。
- ② 終末期医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

2 終末期医療及びケアの方針の決定手続

終末期医療及びケアの方針決定は次によるものとする。

(1) 患者の意思の確認ができる場合

- ① 専門的な医学的検討を踏まえたうえでインフォームド・コンセントに基づく患者の意思決定を基本とし、多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームとして行う。
- ② 治療方針の決定に際し、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その合意内容を文書にまとめておくものとする。
上記の場合は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて、また患者の意思が変化するものであることに留意して、その都度説明し患者の意思の再確認を行うことが必要である。
- ③ このプロセスにおいて、患者が拒まない限り、決定内容を家族にも知らせることが望ましい。

(2) 患者の意思の確認ができない場合

患者の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ② 家族が患者の意思を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるかについて家族と十分に話し合い、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ③ 家族がいない場合及び家族が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

(3) 複数の専門家からなる委員会の設置

上記(1)及び(2)の場合において、治療方針の決定に際し、

- ・ 医療・ケアチームの中で病態等により医療内容の決定が困難な場合
- ・ 患者と医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合
- ・ 家族の中で意見がまとまらない場合や、医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合等については、複数の専門家からなる委員会を別途設置し、治療方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

第 4 章

入院時の連携（在宅から病院へ）

(1) 療養者が入院した場合 ～入院直後～

療養者が入院した場合、特にその療養者にとって入院した病院が初めての場合には、病院は入院前の生活状況や家族構成、介護サービス利用状況などの様々な情報が、療養者の診療や退院支援の参考になります。退院時のスムーズな連携は入院時の連携から始まります。積極的かつ適切に対応していきましょう。

ケアマネジャーのポイント

- ① 療養者が入院した場合、可能であれば家族等から病名、入院している診療科、病棟、入院日を確認しましょう。これらの情報を把握しておくことで病院に問い合わせたときにスムーズな対応が期待できます。
 - ② 「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」を提出する対象は原則すべての入院患者です。「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」を入院後できるだけ速やかに病院に提供することで、治療等の参考にすることができます。「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」は、療養者が入院してから7日以内を目安に病院へ提供しましょう。また、入院直後に病院から求めがあった場合など、状況に応じて提供するよう努めましょう。
 - ③ 「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」の項目は必要最低限です。療養者やケースの状況に応じて不足部分は、「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」に補足し、病院訪問、電話連絡などで情報提供しましょう。
 - ④ ケアマネジメントを行う上で療養者の病状や状況、ケースの内容に応じて必要な情報は異なります。情報共有の基本は面談であり、「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」は情報共有の補助ツールです。適宜、必要に応じて情報収集するように努めましょう。
 - ⑤ 「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」は文書での提供を前提とするものです。そのため、「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」を記載するにあたっては、本人や家族に開示が難しい情報は会話による伝達を行うなど配慮が必要です。
- ※ 「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」は名古屋市における在宅医療・介護連携のための参考様式として、他に独自の様式を妨げるものではありませんが、入院先医療機関での文書取扱い処理が円滑に行えるよう、タイトルに「在宅医療・介護連携サマリー」と入れてください。
- ※ 入院時情報連携加算の算定の有無に関わらず、療養者の利益を考えて情報提供することが望ましいでしょう。
- ※ 情報提供を行うことや、医療機関に情報提供を求めることを療養者から了解を得ている旨を申し添えましょう。

病院のポイント

- ① 「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」の提出先となる窓口や希望する提供方法を明確にしておくといでしょう。
- ② ケアマネジャーから提供された情報はカルテへ一元管理できるように院内で調整し、担当医師や病棟スタッフ等院内で共有されるようにしましょう。
- ③ 「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」の提出が無くても、介護保険サービスの利用について把握した場合、患者・家族に担当ケアマネジャーの確認を行い、情報提供を求めましょう。
- ④ 「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」の項目は必要最低限です。療養者やケースの状況に応じて、不足している情報は電話連絡などで補いましょう。

(2) 療養者が入院した場合 ～入院中～

療養者が入院した場合、病状はどうか、経過はどうか状況を知りたいケアマネジャーもいるでしょう。また利用していた在宅サービスによっては退院時の調整に時間を要する場合もあり、入院中の情報を求めたい場合があります。

ところが、病院は個人情報保護を順守するため、連携に必要な情報提供に慎重となり、要領よく情報が把握できなかつたり、問い合わせ先も病院ごとに違つたりと情報収集に苦慮するという意見があります。しかし情報収集は行わなければなりませんので、下記のポイントに気をつけて情報収集をしましょう。

ケアマネジャーのポイント

- ① 入院中の療養者の情報を病院から情報収集する場合は、その病院の窓口を確認しましょう。窓口が設けられている場合にはその窓口、「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」を提出している旨を伝え問い合わせましょう。
- ② 面会の約束をせずに直接病棟へ出向き医療スタッフから情報収集することは控えましょう。
- ③ どのような目的で入院中の療養者のどのような情報を聞きたいのかを明確にしましょう。ただ情報が欲しいだけでは病院は情報提供がしづらいことがあります。
- ④ 病院から情報収集をする場合は、担当者に担当ケアマネジャーであることを証し、療養者から情報提供を受けることについて了解を得ていることを説明しましょう。

- ⑤ 療養者の入退院の情報を把握するのはケアマネジャーの務めです。ケアマネジャーは病院からの情報を待つだけでなく、療養者の入院中の情報は自らすすんで情報収集するようにしましょう。
- ※ 病院は、電話等での問い合わせ等相手が特定できない場合、個人情報を提供することができません。
- ※ 病院では全ての療養者に医療ソーシャルワーカーや看護師等退院支援担当者がついているとは限りません。

病院のポイント

- ① ケアマネジャーからの問い合わせの窓口やその方法を明確にしておくといでしょう。
- ② 退院支援部門が関わっている療養者やケアマネジャーから情報提供があった療養者は、ケアマネジャーに情報提供を行い連携の促進に努めましょう。

(3) ケアマネジャーが算定できる介護報酬(入院時)

【入院時情報連携加算Ⅰ・Ⅱ】

- ① 入院するにあたって、当該病院・診療所の職員に療養者の心身の状況や生活環境等の情報を提供した場合、算定できます。
- ② 入院時情報連携加算Ⅰ⇒200単位/回
入院時情報連携加算Ⅱ⇒100単位/回
- ③ ⅠとⅡの違い
- ・ 当該病院や診療所へ出向いて、当該病院・診療所の職員と面談し、必要な情報を提供した場合に「Ⅰ」の所定単位数を算定できます。
 - ・ 上記以外の方法（FAX等）により必要な情報を提供した場合には「Ⅱ」の所定単位数を算定できます。
- ④ 以下の内容を居宅サービス計画等に記録が必要です。
- ・ 情報提供を行った日時
 - ・ 場所（病院、診療所へ出向いた場合）
 - ・ 情報提供した内容
 - ・ 情報提供手段（面談、FAX等）

第 5 章

退院時の連携について（病院から在宅へ）

(1) 退院前カンファレンスについて

退院前カンファレンスは、退院後の療養生活の課題等について関係者で情報共有を行い、支援内容や方法を確認するために行います。また病気により不安を抱えた療養者が退院する前に医療や介護の関係者が顔を合わせ、お互いに問題点を共有する場面を直接見てもらうことで、退院時に安心感を持ってもらうことができます。

ケアマネジャーのポイント

- ① 退院前カンファレンスはその必要性を病院が判断し、病院主導で進めていくものです。サービス担当者会議とは異なりますので注意しましょう。
- ② 病院が退院前カンファレンスを開催するときには、必ず担当ケアマネジャーが呼ばれるので参加するようにしましょう。
- ③ 退院前カンファレンスの前に事前に確認したい点や質問事項など要点を整理しておくとういでしょう。可能であれば質問事項は事前に病院に伝えておくことが望ましいでしょう。
- ④ 療養者の退院に備え、入院中から情報収集に努めましょう。
- ⑤ 診療所や病院の医師、看護師は通常の診療・看護業務を中断して退院前カンファレンスに参加しますので、必要以上に拘束しないよう配慮が必要です。退院前カンファレンスは、概ね30分を目安に実施されることが多いです。
- ⑥ ケアマネジャーが退院前カンファレンスを希望する場合、病院の医療ソーシャルワーカーや看護師等とよく相談しましょう。
- ⑦ 退院前カンファレンス前に、病院の医療ソーシャルワーカーや看護師等を通して十分に病状や今後予測されるリスクを把握した上で、退院後に開始・再開を想定するサービス事業者に対し、想定されるケア内容等の情報収集を実施し、入浴や機能訓練、リハビリテーション等の中止基準や禁忌事項について、主治医より聴取しておきましょう。

■退院前カンファレンスの開催基準の目安

- ① 新規で在宅ケアチームを編成する場合
- ② 既存の在宅ケアチームは編成されているが入院治療により医療依存度が重度化したり、ADLが変化したりした場合
- ③ 独居・老夫婦・認知症世帯など当事者から適切な情報収集が困難な場合
- ④ 退院前カンファレンスを行わずに退院した場合、医療・看護・介護の継続性に問題がある など

病院のポイント

- ① 事前にケアマネジャー等から問い合わせ事項があった場合は、院内スタッフ等に確認して回答を準備しておきましょう。
- ② 退院前カンファレンスの参加者の人数に応じ、病棟のカンファレンスルームや面談室等の場所を用意しましょう。スタッフステーション内で行う場合にはスクリーン等を用い個人情報に配慮する必要があります。
- ③ 入院期間や退院日など病棟管理上の問題がある場合には、退院前カンファレンスに病棟師長など病棟責任者に参加してもらいましょう。
- ④ 退院前カンファレンスの参加者を本人又は家族へ事前に伝えながら、気軽に発言できるよう配慮をしましょう。
- ⑤ 病院は介護支援連携指導料を入院中2回算定することができますので、この機会を利用してケアマネジャーと積極的に連携をとりましょう。(ただし、医師対三者加算との同時算定はできません)

(2) ケアマネジャーが算定できる介護報酬(退院時)

【退院・退所加算】

- ① 退院、退所時に病院、診療所等の職員と面談を行い療養者に関する必要な情報を得た上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定できます。
- ② 退院・退所加算⇒300単位/回
 - ※ 初回加算を算定する場合は算定しません。
 - ※ 3回まで算定できますが、そのうち一回は入院中の担当医等とのカンファレンスへの参加が必要です。

(3) 病院が算定できる診療報酬

【介護支援連携指導料】

- ① 入院中の療養者に対して、療養者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師・医療ソーシャルワーカー等がケアマネジャーと共同して、療養者の心身の状態を踏まえ導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について、説明および指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定できます。

行った説明や指導の内容等について、要点を診療録に記載し、本人又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付します。また、説明や指導の内容を踏まえ作成されたケアプランは、療養者の同意を得た上で、ケアマネジャーに情報提供を求め、ケアプランの写しを診療録に添付します。

- 介護支援連携指導料⇒300点/回

【退院時共同指導料2】

- 入院中の療養者に対して、療養者の同意を得て、在宅療養を担う医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師が入院している医療機関に赴き、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の医療機関の医師、看護師と協同して行った場合に算定できます。
- 退院時共同指導料2⇒300点/回
- ※ 医師対三者加算： 入院中の医療機関の医師と在宅療養を担う医療機関の医師もしくは看護師、歯科医師もしくは歯科衛生士、薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等またはケアマネジャーのいずれか三者以上と共同して指導を行った場合は2,000点加算となります。

第 6 章

知っておくと役立つ関連用語

(1) 関連機関と専門職、病院の関連部署

【かかりつけ医】

「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」のことで。

【訪問診療】

医師が計画的に訪問し、診療、治療、処方、療養上の相談や指導等を行うことです。

【往診】

突発的な病状変化などがあった場合、通院困難な療養者の要請を受けて医師が訪問し、診療、治療、処方、療養上の相談や指導等を行うことです。

【在宅ケアチーム】

療養者とその家族の在宅療養及び在宅介護を支える医療と介護と福祉の専門職で構成するチームです。

【いきいき支援センター】

地域包括支援センターのことであり、「いきいき支援センター」は名古屋市独自の名称です。各区に複数のセンターや分室があり、住所地により担当センターが決まります。地域の高齢者の総合相談や地域のネットワークづくり、介護予防に関する支援などを行っています。その他、要支援になるか要介護認定になるか判断のつかない療養者の対応や、要介護・要支援の認定申請の代行などを行うほか、認知症総合相談窓口及び高齢者虐待ケースの通報機関でもあります。

【介護支援専門員】

ケアマネジャーのことで。要介護・要支援の認定申請の代行などを行うほか、療養者が有する能力に応じて自立して生活するための支援やケアプランの作成を行います。

【訪問看護師】

自宅で療養相談や処置、指導をしてくれる看護師のことです。医師の指示が必要となるので、訪問看護の利用には事前に主治医とよく相談することが必要です。退院後に在宅酸素や吸引が必要など在宅での医療が継続するケースだけではなく、癌のターミナルケアや在宅での看取りについても対応や相談することができます。

【医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker : MSW）】

主に病院の医療福祉相談室などで、医師や看護師からの依頼があって本人又は家族の相談にのることが多いです。ケースワーカーや相談員と呼ばれる病院もあります。ほとんどの病院で高齢者の退院援助に関わることは多いですが、それぞれの病院での役割として医療費や癌の相談、社会保障制度の活用や家族の悩み、心理的な援助、児童虐待への対応など幅広い相談に応じています。急性期の病院に必置義務はなく、また介護や支援が必要な高齢者の入院ごとに担当医療ソーシャルワーカーが決まる仕組みにはなっていません。

【退院調整看護師】

退院支援を専門に行う看護師のことです。病院によって配置されているところがあります。主に療養者が在宅へ退院する際に、特に医療依存度が高いケースを中心に病院と在宅とをつなぐ役割があります。在宅で訪問看護師の導入が予定されている場合は、看護師同士の連携がスムーズに行く場合が多いです。

【病診連携室】

急性期病院の中にあって、病＝病院と診＝診療所との連携を行う部署です。医療連携室など病院によって名称が異なります。主に診療所からの外来受診や入院、検査の予約受付などの連携業務や、診療情報提供書等を一元管理しています。居宅サービス計画書や訪問看護指示書等の窓口と管理を行っている病院もあります。

【医事課】

医療機関で、主に健康保険証の確認と診療費の計算と請求を行う部署です。介護との関連では、介護保険主治医意見書の管理や請求も行っていることが多いです。訪問看護指示書等もそうですが、基本的に費用が発生する書類に関してはこの部署が窓口となる場合が多いです。ちなみに、何らかのサービスを利用する等の目的で医師が作成する診療情報提供書の費用は本人への支払いが生じるので、ケアマネジャー等からの作成の依頼に即応じられるものではありません。

【急性期病院】

急性疾患や慢性疾患の急性増悪などで緊急・重症な状態にある療養者に対して入院・手術・検査など高度で専門的な医療を提供する病院です。大きな病気や怪我をすると多くは「急性期病院」と呼ばれる病院で治療を受けることになります。しかし、この急性期病院は、「命を助ける」ことが大きな目的となっているので生命の危機を脱すると、退院を勧められます。急性期病院は、命の危機に瀕した療養者を次々と受け入れ、命を救うことを使命としているためです。

【DPC】

入院医療費の定額払い制度で診断群分類包括評価とも言います。病気の種類や手術、処置、合併症の有無等の組合せで病気を分類、1日当たりの医療費が決定する仕組みです。平成26年4月現在、2,309種類に分類されています。診断群分類は在院日数に応じて3段階に分類し、1日当たりの包括点数を設定しています。1回の入院では1つの病名での治療が原則となるので、「せっかく入院したので、ついでにいろいろ診てもらいたい」などのご希望に対応することは困難です。

【回復期リハビリテーション病棟】

多くの療養者は、急性期医療を過ぎた時期はまだ心身へのダメージが大きく残り、元の生活にすぐ戻ることは困難です。回復期リハビリテーション病棟は、命の危機を脱してもまだ医学的・心理的サポートが必要な時期の療養者を対象に受け入れ、自然回復を促す環境をつくり、多くの医療専門職がチームを組んで集中的なリハビリテーションを実施し、心身ともに回復した状態で自宅や社会へ戻っていただくことを目的とした病棟です。ここでは、病名と、病気・怪我を発症又は手術してから入院するまでの期間が決められています。

回復期リハビリテーションを要する状態	発症又は手術から転入院に至るまでの期間	算定上限日数
脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態 (高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の発症又は手術後)	2ヶ月以内	150日 (180日)
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態	2ヶ月以内	90日以内

外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態	2ヶ月以内	90日以内
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態	1ヶ月以内	60日以内
股関節又は膝関節の置換術後の状態	1ヶ月以内	90日以内

【地域包括ケア病棟・病床】

高度急性期・急性期医療から在宅療養までを結ぶ要として期待されている病棟です。高度急性期病院等からの療養者の受け入れ、在宅療養あるいは居住系介護施設等に入所されている高齢者の急性疾患の療養者の受け入れ、在宅復帰支援の3つの重要な機能を委ねられています。ここでは主に、急性期の治療が終了した療養者が対象となり、在宅復帰等へ向けて経過観察やリハビリ・在宅復帰支援等が必要な方が対象となります。該当病床での入院期間は最長 60 日以内となります。

【療養病床】

主として長期にわたり療養を必要とする療養者を入院させるための病床です。療養病床には保険制度上の取扱いから、医療保険適用と介護保険適用のものに分かれています。

【重症度・看護必要度】

入院患者へ提供する看護業務を測る一つの物差しです。平成26年度の診療報酬改定では以下の項目となっており、特に7対1看護配置の病院では基準を超えた患者が常に15%以上入院していることが必要です。

A モニタリングおよび処置等	B 患者の状況等
1 創傷処置 (①創傷の処置 (褥瘡の処置を除く)、②創傷の処置)	8 寝返り
2 呼吸ケア (喀痰吸引の場合を除く)	9 起き上がり
3 点滴ライン同時3本以上	10 座位保持
4 心電図モニター管理	11 移乗
5 シリンジポンプの管理	12 口腔清潔
6 輸血や血液製剤の管理	13 食事摂取
7 専門的な治療・処置	14 衣服の着脱

※ 一般病棟用のものです

※ A項目の合計が2点以上、かつB項目の合計が3点以上のみ該当します。

(2) 文書関係

【名古屋市在宅医療・介護連携サマリー】

療養者が入院した時にケアマネジャーから病院に向けて利用者の入院前の生活状況や介護サービスなどの利用状況などをお知らせするツールです。病院は退院を検討するにあたって、本人又は家族に対してどのような支援が必要になるかを検討するための情報になります。

また療養者が退院時にケアマネジャーが情報収集する項目の目安にもなります。入院前と退院時と比較してケアプラン作成の参考にしましょう。

【診療情報提供書】

保険医療機関が関係機関に情報提供又は紹介することを目的として、診療に基づき療養者の同意を得て、当該患者に係る診療状況や保健福祉サービスに必要な情報等を示した書類です。

保険医療機関が診療情報提供料を算定するには、事前に紹介先の機関と調整の上、下記の紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要な事項を記載し、療養者又は紹介先の機関に交付します。また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、診療情報の提供先からの当該療養者に係る問い合わせに対しては、懇切丁寧に対応するものとされています。

ア イ及びウ以外の場合別紙様式 1 1

イ 市町村又は指定居宅介護支援事業者等別紙様式 1 2 から別紙様式 1 2 の 4

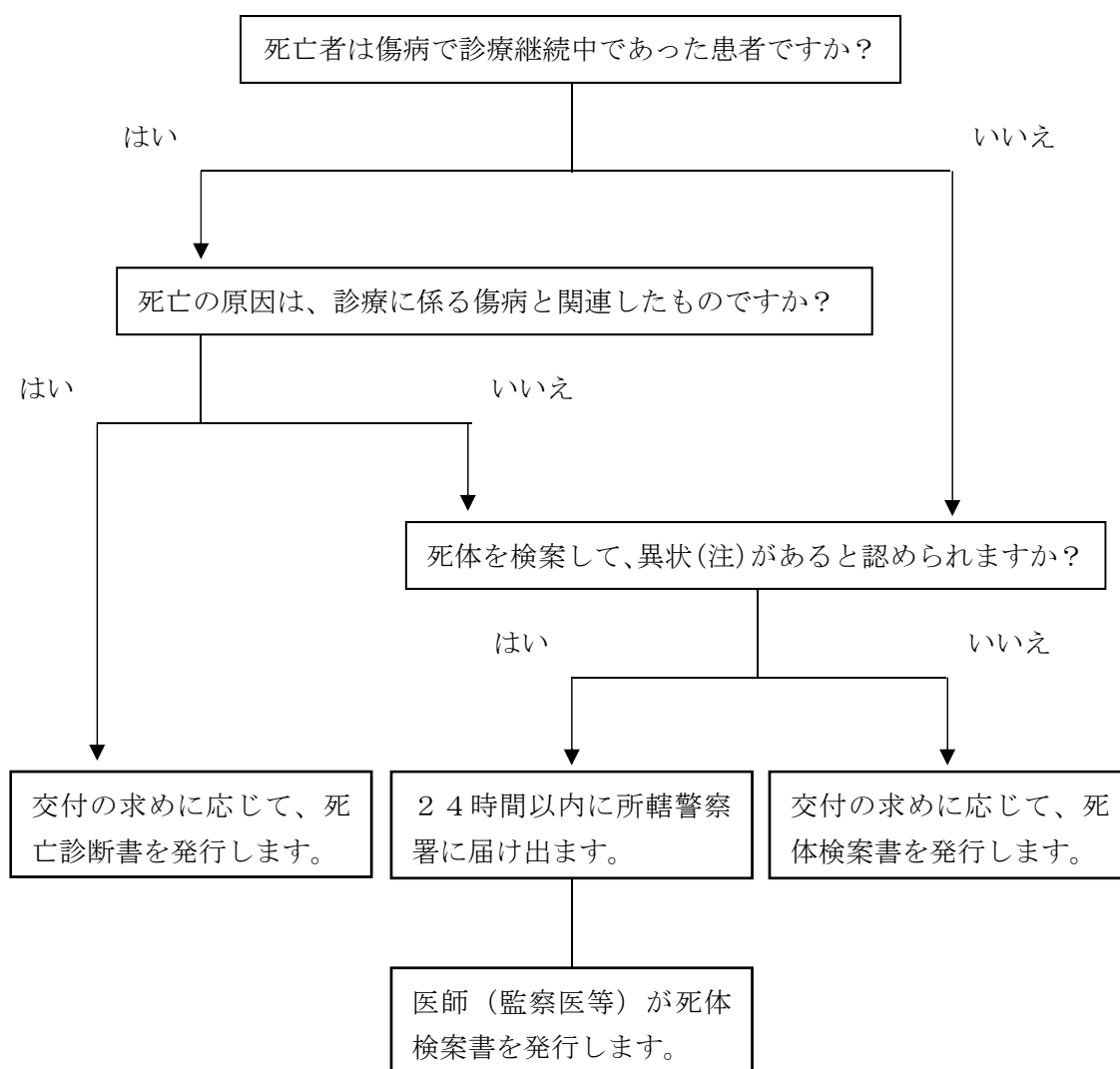
ウ 介護老人保健施設別紙様式 1 3

(診療報酬の算定に当たっては、厚生労働省が発出する省令・告示・通知をご確認ください。)

【死亡診断書（死体検案書）】

死亡診断書（死体検案書）は、人の死亡に関する厳粛な医学的・法律的証明であり、死亡者本人の死亡に至るまでの過程を可能な限り詳細に論理的に表すものです。また、診療継続中の患者以外の者が死亡した場合や診療継続中の患者が診療に係る傷病と関連しない原因により死亡した場合は死亡診断書ではなく死体検案書を交付することになっています。

<死亡診断書と死体検案書の使い分け>



(注)「異状」とは「病理学的異状」ではなく、「法医学的異状」を指します。「法医学的異状」については、日本法医学会が定めている「異状死ガイドライン」等も参考にしてください。

【看護サマリー】

看護サマリーとは療養者の入院時、または退院や転院、施設入所をする際に、病院の看護師が作成し、受け入れ先の病院や施設等に提供されるもので、療養者の基本情報、病名、入院から退院までの経過、ADL状況、投薬内容、看護上や今後の療養上の注意事項などが記載されています。基本は看護師から看護師への医療情報提供となります。医療と介護の連携が必要な利用者にとってはケアの継続性の観点からケアマネジャーにとっても有益な情報となり得る可能性がありますので、可能であれば病院から提供してもらいましょう。ただし、病院によって看護サマリーの提供基準が異なりますので、医療ソーシャルワーカー等に相談してみましよう。

(3) その他

【病院の機能分化】

できる限り住み慣れた地域で、人生の最期まで尊厳をもって自分らしい生活を送ることができる社会の実現に向けて、介護・医療・住まい・生活支援・介護予防が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を実現することが求められています。

また、疾病構造の変化を踏まえた、「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への改革の中で、在宅医療・介護の一体的なサービス提供体制の見直しが求められています。

このため、病院（病床）はその機能を「高度急性期機能」※1、「急性期機能」※2、「回復期機能」※3及び「慢性期機能」※4に分け、医療の連携が求められています。療養者が退院される際は、必ずしもご自宅から入院された医療機関から退院するとは限りません。それぞれの医療機関に役割があることを理解し、連携を図りましょう。

- ※1： 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
- ※2： 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
- ※3： 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
- ※4： 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能
長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者 又は難病患者等を入院させる機能

【退院前カンファレンス】

入院中の療養者の病状や在宅療養上の問題等の情報共有と支援内容や方法の検討や確認を行います。

(参加者及び内容の例)

病院医師	主治医：入院中の病状経過及び継続の必要な医療について
病院看護師	入院中の看護の実際、指導内容及び継続の必要な看護ケア等
医療ソーシャルワーカー	心理的・社会的問題についての支援や退院後の療養の場の選択や調整に必要な支援等
薬剤師	使用薬剤、経管栄養剤等の管理について

在宅医師	在宅療養に向けた診療内容や診療方針及び緊急時の対応の確認等
訪問看護師	初回訪問日、看護内容の確認等
ケアマネジャー	利用するサービスの種類及び内容等
患者・家族	在宅療養への思い
その他	緊急時の対応の確認等

【サービス担当者会議】

「居宅サービス計画の策定に当たってケアマネジャーが開催する会議。要介護者・要支援者とその家族、主治医、ケアマネジャー、利用者のサービス提供に関連する指定居宅サービス事業所の担当者から構成される。ケアマネジャーによって課題分析された結果をもとに、要介護者と家族に提供されるサービス計画を協議し、本人の了承を経てサービス提供につなげる。また、認定期間中であってもサービス担当者が介護サービス計画の見直しが必要と考えた場合には、担当者会議が要請され適宜開かれる」5) ということです。

第 7 章

医療・介護の連携に係る主な法令等

【医療法】

第1条の2第2項 医療は、国民自らの健康の保持増進のための努力を基礎として、医療を受ける者の意向を十分に尊重し、病院、診療所、介護老人保健施設、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設(以下「医療提供施設」という。)、医療を受ける者の居宅等(居宅その他厚生労働省令で定める場所をいう。以下同じ。)において、医療提供施設の機能に応じ効率的に、かつ、福祉サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図りつつ提供されなければならない。

第1条の4第4項 病院又は診療所の管理者は、当該病院又は診療所を退院する患者が引き続き療養を必要とする場合には、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携を図り、当該患者が適切な環境の下で療養を継続することができるよう配慮しなければならない。

第6条の4第3項 病院又は診療所の管理者は、患者を退院させるときは、退院後の療養に必要な保健医療サービス又は福祉サービスに関する事項を記載した書面の作成、交付及び適切な説明が行われるよう努めなければならない。

第6条の4第5項 病院又は診療所の管理者は、第三項の書面の作成に当たっては、当該患者の退院後の療養に必要な保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携を図られるよう努めなければならない。

第13条 患者を入院させるための施設を有する診療所の管理者は、入院患者の病状が急変した場合においても適切な治療を提供することができるよう、当該診療所の医師が速やかに診療を行う体制を確保するよう努めるとともに、他の病院又は診療所との緊密な連携を確保しておかななければならない。

【指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準】

第1条第2項 指定居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。

第12条 指定居宅介護支援は、要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行われなければならない。

第13条第13号 介護支援専門員は、前号に規定する実施状況の把握(以下「モニタリング」という。)に当たっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行われなければならない。

第13条第17号 介護支援専門員は、介護保険施設等から退院又は退所しようとする要介護者から依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、居宅サービス計画の作成等の援助を行うものとする。

第13条第18号 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）の意見を求めなければならない。

第13条第19号 介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあつては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあつては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行うものとする。

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

第9条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供に当たっては、指定訪問看護を受ける者（以下「利用者」という。）の心身の状況、病歴、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければならない。

第10条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護を提供するに当たっては、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

2 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、主治の医師に対する情報の提供並びに保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

第16条 指定訪問看護ステーションの管理者は、主治の医師の指示に基づき適切な指定訪問看護が行われるよう必要な管理をしなければならない。

2 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供の開始に際し、主治の医師による指示を文書で受けなければならない。

3 指定訪問看護事業者は、利用者の病状及び心身の状態について、定期的に主治の医師に指定訪問看護の提供の継続の要否を相談しなければならない。

4 指定訪問看護事業者は、主治の医師に次条第一項に規定する訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出し、指定訪問看護の提供に当たって主治の医師との密接な連携を図らなければならない。

【医療ソーシャルワーカー業務指針】

厚生労働省保健局長通知 平成14年11月29日健康発第1129001号

業務範囲 医療ソーシャルワーカーは、病院等において管理者の監督の下に次のような業務を行う。

(1) 療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助

入院、入院外を問わず、生活と傷病の状況から生ずる心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行うため、社会福祉の専門的知識及び技術に基づき、これらの諸問題を予測し、患者やその家族からの相談に応じ、次のような解決、調整に必要な援助を行う。

- ① 高齢者等の在宅療養環境を整備するため、在宅ケア諸サービス、介護保険給付等についての情報を整備し、関係機関、関係職種等との連携の下に患者の生活と傷病の状況に応じたサービス活用を援助すること。

(2) 退院援助

生活と傷病や障害の状況から退院・退所に伴い生ずる心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行うため、社会福祉の専門的知識及び技術に基づき、これらの諸問題を予測し、退院・退所後の選択肢を説明し、相談に応じ、次のような解決、調整に必要な援助を行う。

- ① 地域における在宅ケア諸サービス等についての情報を整備し、関係機関、関係職種等との連携の下に、退院・退所する患者の生活及び療養の場の確保について話し合いを行うとともに、傷病や障害の状況に応じたサービスの利用の方向性を検討し、これに基づいた援助を行うこと。
- ② 介護保険制度の利用が予想される場合、制度の説明を行い、その利用の支援を行うこと。また、この場合、介護支援専門員等と連携を図り、患者、家族の了解を得た上で入院中に訪問調査を依頼するなど、退院準備について関係者に相談・協議すること。
- ③ 退院・退所後においても引き続き必要な医療を受け、地域の中で生活をするができるよう、患者の多様なニーズを把握し、転院のための医療機関、退院・退所後の介護保険施設、社会福祉施設等利用可能な地域の社会資源の選定を援助すること。なお、その際には、患者の傷病・障害の状況に十分留意すること。
- ④ 転院、在宅医療等に伴う患者、家族の不安等の問題の解決を援助すること。
- ⑤ 住居の確保、傷病や障害に適した改修等住居問題の解決を援助すること。

(3) 地域活動

患者のニーズに合致したサービスが地域において提供されるよう、関係機関、関係職種等と連携し、地域の保健医療福祉システムづくりに次のような参画を行う。

- ① 地域ケア会議等を通じて保健医療の場から患者の在宅ケアを支援し、地域ケアシステムづくりへ参画するなど、地域におけるネットワークづくりに貢献すること。

【引用文献】

- 1) 厚生労働省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」について
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/s0521-11.html> (2015年1月6日アクセス)
- 2) 公益社団法人 日本医師会「かかりつけ医の在宅医療 超高齢社会 私たちのミッション」2013年
- 3) 厚生労働省 大臣官房統計情報部 医政局「死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル 平成26年度版」2014年
- 4) 国立長寿医療センター 「関連用語」
<http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/zaitakusien/byoto/keyword.html> (2015年1月6日アクセス)
- 5) 独立行政法人福祉医療機構「WAM NET 用語集」
<http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/kaigo/handbook/dictionary/> (2015年1月6日アクセス)

【参考文献】

- ・ 一般社団法人 回復期リハビリテーション病棟協会
<http://www.rehabili.jp/visitor.html> (2015年1月19日)
- ・ 地域包括ケア病棟協会
<http://chiiki-hp.jp/gaiyou/> (2015年1月19日)
- ・ 厚生労働省「地域包括ケアシステム」
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (2015年1月19日)
- ・ 厚生労働省「病床機能報告」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html> (2015年1月19日)

名古屋市在宅医療・介護連携サマリー

【介護支援専門員 → 医療機関】

(1)入院先の医療機関等名称 様	当該利用者についての情報の提供及び取得は、下記同意者の同意の上行っています。	(2)発行日 (面談日)	平成	年	月	日
		(3)入院日 (退院日)	平成	年	月	日

(4)利用者氏名 (ふりがな)	(5)生年・性別等 明治 大正 昭和 年 月 日 男 女 (満 歳)	(6)生活保護 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	(7)障害等認定 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 身障() <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神() <input type="checkbox"/> 特定疾患()
(8)要介護度	認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日	(9)障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度)	(10)認知症高齢者日常生活自立度
(0)医療保険種類 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 その他 ()	(0)公費の有無 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し ()		
(12)同居家族 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 ()	(13)住居 <input type="checkbox"/> 戸建(階) <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション(階) <input type="checkbox"/> 施設(エレベータ: <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し)		
(14)主介護者 続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	就労状況 <input type="checkbox"/> 健康状態
(15)キーパーソン 続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	(16)緊急連絡先

(17)かかりつけ情報等(医師・歯科医師・訪問看護ステーション・薬局等)

主病名	医療機関等名称	診療科名等	受診状況等	電話番号	特記事項(既往歴等)
1					
2					
3					

身体・生活機能等

(18)評価日 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院時 <input type="checkbox"/> 地域生活期 <input type="checkbox"/> その他()	
(19)麻痺の状況 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	麻痺の部位 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 ()	(50)具体的内容	
(20)褥瘡の有無 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り(部位:)	(21)皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り()		
(22)視力 <input type="checkbox"/> 新聞等の字が見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない	目の前の物が見える 判断不能	(23)眼鏡 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
(24)聴力 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない	大声なら何とか聞こえる 判断不能	(25)補聴器 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
(26)意思の伝達 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	(27)失語症 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明		
(28)認知症症状 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 抑うつ・不安 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他()		
(29)睡眠の状態 <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 睡眠障害()	(30)眠剤 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 毎晩		
(31)起居動作 <input type="checkbox"/> 起き上がれる <input type="checkbox"/> 介助が必要	<input type="checkbox"/> 立ち上がれる <input type="checkbox"/> 介助が必要	(32)移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖無し <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子	
(34)食形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー	(35)水分トロミ <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り		
(36)食動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(37)食事制限 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り		
(40)口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(39)義歯使用 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 義歯不要		
(42)排尿介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(45)トイレ使用 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時		
(44)排便介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(46)オムツ使用 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時		
(47)衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(48)服薬管理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
(48)特別な医療 <input type="checkbox"/> 1.自動腹膜透析装置 <input type="checkbox"/> 2.透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 3.酸素療法(/min) <input type="checkbox"/> 4.吸引器 <input type="checkbox"/> 5.中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 6.輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 7.経管栄養(経鼻 経胃: チューブサイズ 日に1回交換) <input type="checkbox"/> 8.留置カテーテル(サイズ 日に1回交換) <input type="checkbox"/> 8-1.間欠導尿 <input type="checkbox"/> 11.ドレーン(部位) <input type="checkbox"/> 9.人工呼吸器(陽圧式 陰圧式: 設定) <input type="checkbox"/> 10.気管カニューレ(サイズ) <input type="checkbox"/> 12.人工肛門 <input type="checkbox"/> 13.人工膀胱 <input type="checkbox"/> 14.その他()			
(51)介護上、特に注意すべき点等	(52)介護・看取りに関する本人・家族の意向等		

(53)本サマリーの記入者

所属	担当	住所
電話	FAX	Eメール
		(54)ケアプラン <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未

※ケアプランの第3表(週間サービス計画表)を添付してください。

名古屋市在宅医療・介護連携サマリー使用上の留意点

1 名古屋市在宅医療・介護連携サマリ－の使用方法（入院時）

本サマリーは、居宅介護支援事業所等の担当介護支援専門員が、記入対象者である介護サービス利用者本人または家族の同意を得たうえで、利用者の身体機能等の情報について記入し、入院先の医療機関に送付するものです。

2 名古屋市在宅医療・介護連携サマリ－の使用方法（退院・退所時）

本サマリーは、居宅介護支援事業所等の担当介護支援専門員が、利用者の退院・退所の際、入院先の医療機関または入所先の施設の職員と面談し提供された利用者情報を記入しておき、居宅サービス計画の作成等に活用するためのものです。

3 個人情報の取り扱いについて

本サマリーには、利用者等の身体機能等、数多くの個人情報が含まれておりますので、取り扱いには最大限の注意を払ってください。

本サマリ－の記入及び送付に当たっては、必ず利用者（患者）または家族の同意を得てください。また、情報の取得についても、必ず利用者（患者）または家族の同意を得てください。

特に、本サマリーをFAX等で医療機関に送付する際は、一旦、利用者及び主介護者等の氏名の欄を空欄にして医療機関に送付した後、医療機関に電話連絡し、医療機関のほうで氏名を記入してもらう等の配慮に努めることが望ましいでしょう。

また、本サマリーは、利用者（患者）及び家族等が見ることを前提に作成してください。そのため、記入する内容（特に認知症症状や既往歴等）については十分に注意してください。

4 名古屋市在宅医療・介護連携サマリ－の記入頻度等について

利用者の入院時に迅速に対応できるという点から、概ね半年に一度、利用者の在宅安定時の状況を本サマリーに記入し、保管しておくことが望ましいでしょう。

また、月一回のモニタリングの際、本サマリーをモニタリングシートとして使用することもできます。

ただし、利用者の身体機能等に变化があった場合には、その都度、本サマリーに直近の情報を記入してください。

なお、認定調査結果や主治医意見書等を参考に本サマリーを記入する場合には、認定調査結果や主治医意見書等に記載されている利用者の身体機能等の情報と、直近の情報が異なる場合には、直近の情報を優先して記入してください。

5 家族等との連絡体制

利用者（患者）が入院した際、居宅介護支援事業所等の担当介護支援専門員に対し、家族等から即時その旨の連絡がなされるよう連絡体制を整備しておくことが望ましいでしょう。

また、利用者（患者）及び家族等には、日頃から本サマリ－の趣旨を説明し、利用者（患者）が入院した際には医療機関に対し情報提供を行うことや医療機関等から情報収集を行うことについて同意を得ておくことが望ましいでしょう。

6 入院先の医療機関への送付について

利用者（患者）が入院した際、利用者（患者）が入院してから7日以内を目安に本サマリーを医療機関に持参または郵送、FAX等により送付してください。

また、サマリーを送付した際は、居宅介護支援経過に、入院日、送付日及び送付先の医療機関等名称を必ず記録してください。

（記入例）

「平成27年4月1日△△病院に入院。平成27年4月2日△△病院に名古屋市在宅医療・介護連携サマリーを送付し情報提供した」

なお、サマリーを送付する際の手段（郵送、FAX等）や、医療機関がサマリーを受領したか否かを確認する際の手段（電話、FAX等）については、あらかじめ医療機関へ確認しておくことが望ましいでしょう。

7 名古屋市在宅医療・介護連携サマリ－の取り扱い留意事項

医療情報については、主治医の医療機関等に直接確認したり、診療情報提供書等で確認したりして内容の確認をできるようにしてください。

年間スケジュール

2016年（平成28年）

2017年（平成29年）

6月		7月		8月		9月		10月		11月		12月		1月		2月		3月				
1	水		1	金		1	木		1	土		1	火		1	日		1	水		1	水
2	木		2	土		2	火		2	日		2	水		2	月		2	木		2	木
3	金		3	日		3	水		3	月	センター準備室	3	木		3	火		3	金		3	金
4	土		4	月		4	木		4	火		4	金		4	水		4	土		4	土
5	日		5	火		5	金		5	水		5	土		5	木		5	日		5	日
6	月		6	水		6	土		6	木		6	日		6	火		6	月		6	月
7	火	2次病院打ち合わせ (第2回)	7	木		7	水		7	金		7	月		7	土		7	火		7	火
8	水		8	金		8	月		8	土		8	火		8	日		8	水		8	水
9	木		9	土		9	火		9	日		9	水		9	月		9	木		9	木
10	金		10	日	参議院議員選挙	10	水		10	月		10	木		10	火		10	金		10	金
11	土		11	月		11	木		11	火		11	金		11	水		11	土		11	土
12	日		12	火		12	金		12	水		12	土		12	月		12	日		12	日
13	月		13	水		13	土		13	火		13	木		13	金		13	月		13	月
14	火		14	木		14	水		14	金		14	月		14	土		14	火		14	火
15	水		15	金		15	月	急病センター運営委 員会	15	土		15	火		15	日		15	水		15	水
16	木		16	土		16	火		16	日		16	水		16	月		16	木		16	木
17	金		17	日		17	水		17	月	急病センター運営委 員会	17	木		17	土		17	金		17	金
18	土		18	月		18	木		18	火		18	金		18	日		18	土		18	土
19	日		19	火		19	金		19	月		19	水		19	土		19	日		19	日
20	月		20	水		20	土		20	木		20	火		20	日		20	月		20	月
21	火		21	木		21	水		21	金		21	月		21	土		21	火		21	火
22	水		22	金		22	月		22	土		22	火		22	日		22	水		22	水
23	木		23	土		23	火		23	日		23	水		23	月		23	木		23	木
24	金		24	日		24	水		24	土		24	木		24	火		24	金		24	金
25	土		25	月		25	木		25	火		25	金		25	日		25	土		25	土
26	日		26	火		26	金		26	月		26	水		26	土		26	日		26	日
27	月		27	水		27	土		27	木		27	火		27	日		27	月		27	月
28	火		28	木		28	水		28	金		28	月		28	土		28	火		28	火
29	水		29	金		29	月		29	土		29	火		29	日		29	水		29	水
30	木		30	土		30	火		30	日		30	水		30	月		30	木		30	木
			31	日		31	水		31	月		31	土		31	火					31	金

退院支援
情報共有
研修

退院支援
情報共有
研修

退院支援
情報共有
研修

退院支援
情報共有
研修

協議会
兼
部会連絡
会議

退院支援
情報共有
研修

協議会
兼
部会連絡
会議

急変時

急変時

急変時

急変時

部会連絡
会議

次回スケジュールの確認票

貴所属団体名 _____

お名前 _____

1 次回部会（分科会）開催スケジュールについて

(1) 次回部会（分科会）開催希望日

ご都合が取れない日程に、×をつけてご回答願います。

※開始時刻は18：30を予定しております。

平成28年9月						
5日	6日	7日	8日	9日		
(月)	(火)	(水)	(木)	(金)		

(2) 回答連絡先（いずれでも結構です。）

FAX：0138-32-1505

郵送：〒040-0001 函館市五稜郭町23番1号 市立函館保健所地域保健課
函館市医療・介護連携推進協議会事務局 行き

E-mail： iryo-kaigo@city.hakodate.hokkaido.jp