

# 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）

○ <b>様式1</b> 入院時／退院時情報提供書 .....	14
○ <b>様式2</b> 緊急時連絡先カード .....	15
○ <b>様式3</b> 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](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](http://ir.twmu.ac.jp/dspace/bitstream/10470/18424/4/taiin_H21.pdf)



### 参考

○ <b>参考1</b> 医療処置別必要な物品リスト（例） .....	17
○ <b>参考2</b> 在宅カルテ .....	19
○ <b>参考3</b> 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 目安(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  
・退院調整看護師  
・リハビリスタッフ  
・病棟の看護師  
・MSW  
・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  
・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  
・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  
・ケアマネジャー  
・かかりつけ薬局薬剤師

\* 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	備考	自立	見守り	一部介助	全介助	備考・特記事項
移動	<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"/>	手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子 (独自の方法・転倒危険・住宅改修の必要性等)
排泄	<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"/>	オムツ使用:常時・夜間のみ・無 (留置カテーテル等)
食事	<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"/>	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 制限:無・有(塩分・水分・その他( )) (制限の内容等)
入浴	<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"/>	入浴の制限 無・有(シャワー・清拭・その他)
口腔ケア	<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"/>	義歯(有・無)
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

緊急時連絡先カード	
フリガナ 氏名：	<input type="text"/>
本人連絡先：( )	
<b>緊急連絡先</b>	
フリガナ ①氏名：	<input type="text"/> 続柄 ( )
自宅Tel：( )	
携帯Tel：( )	
フリガナ ②氏名：	<input type="text"/> 続柄 ( )
自宅Tel：( )	
携帯Tel：( )	
<b>かかりつけ医</b>	
<input type="text"/>	
Tel：( )	
<b>その他</b>	
( )いきいきセンター	
Tel：( )	
<b>担当ケアマネジャー</b>	
<input type="text"/>	
Tel：( )	

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 <sup>1)</sup>	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）

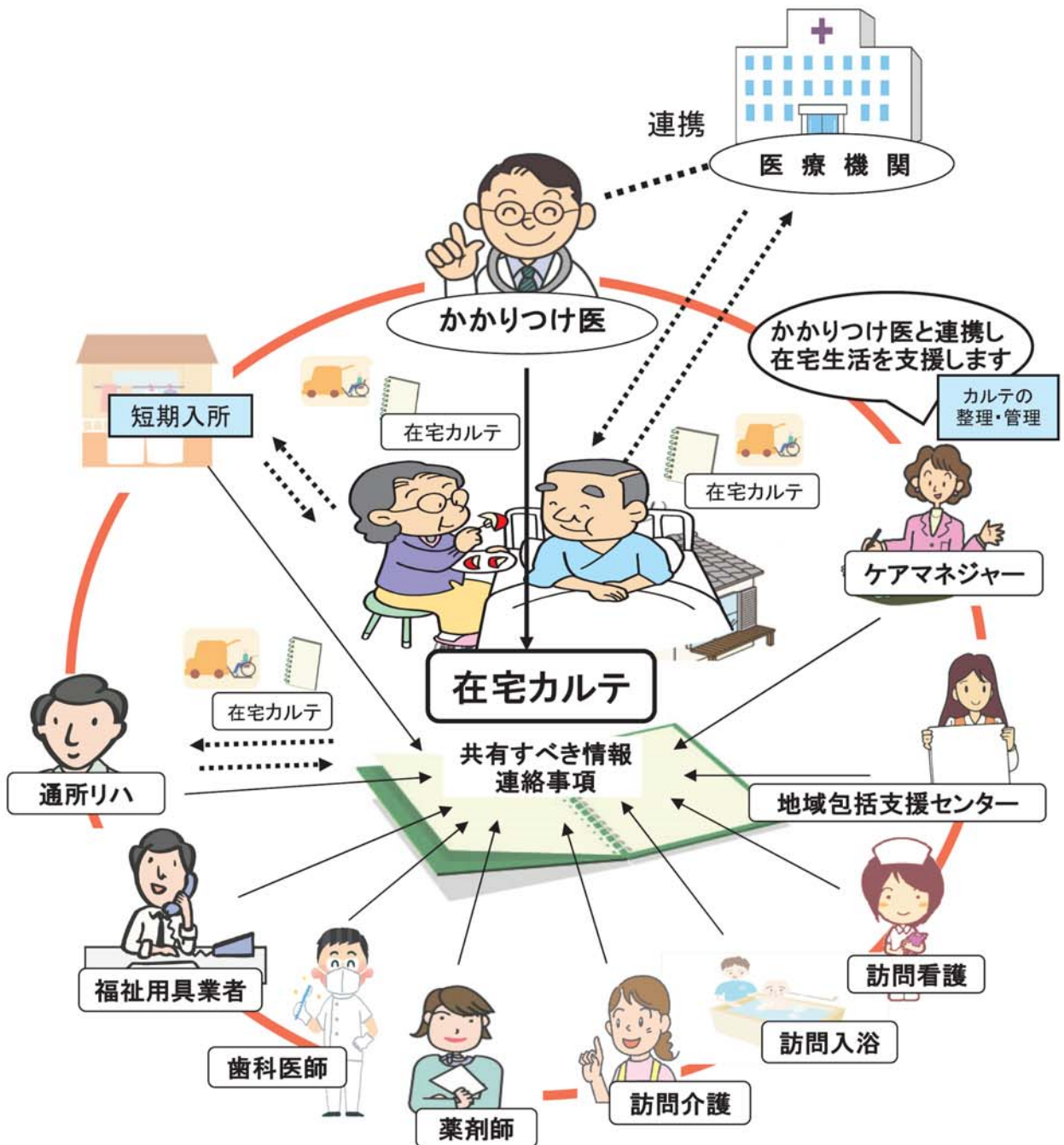
医療的なニーズの高い支援対象者については、特に、ケアマネジャーとかかりつけ医（在宅医）、訪問看護師、かかりつけ薬剤師などとの緊密な情報共有・連携が、支援対象者の在宅支援に有用です。

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



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	770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、参加して頂くかはお検討下さい。

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. 記載時の留意点はありますか。

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。

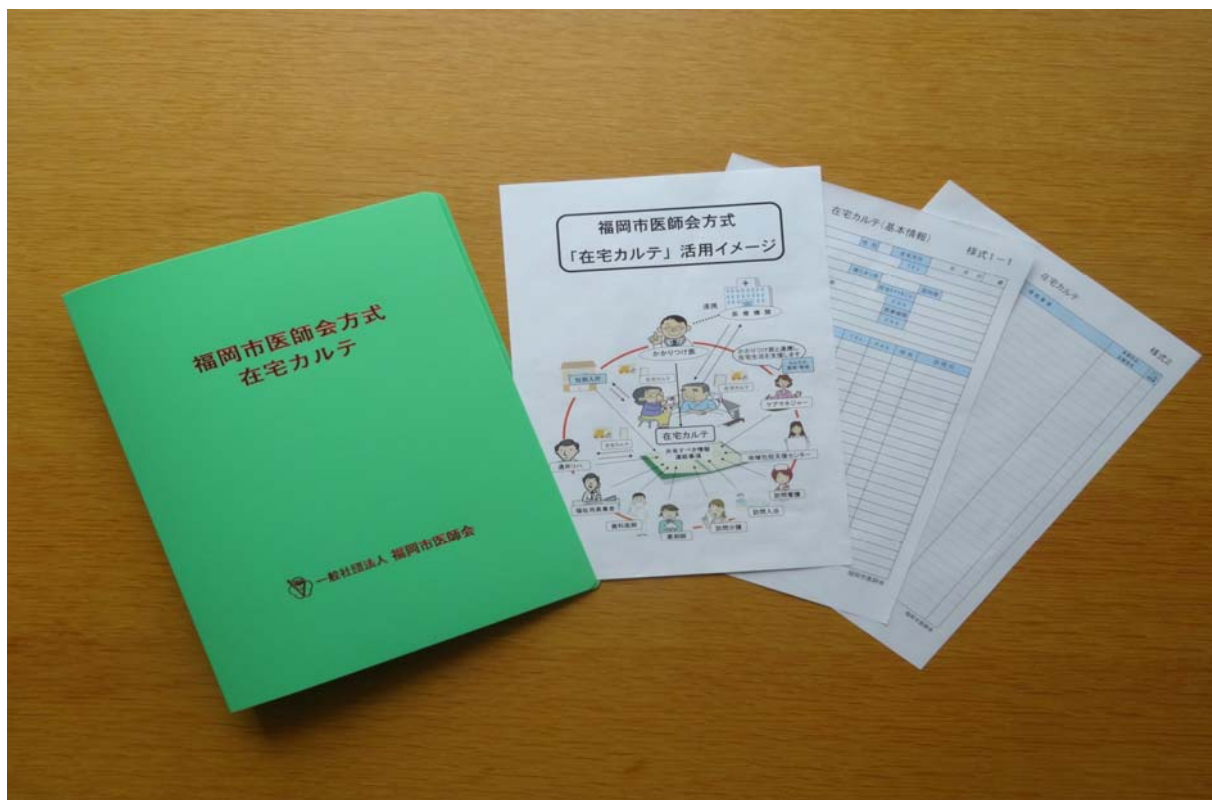
A. 原則持ち出し禁止です。患者自身が医療機関を受診する時やデイケア・ショートステイ等を利用する時以外は患者宅に保管します。

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。

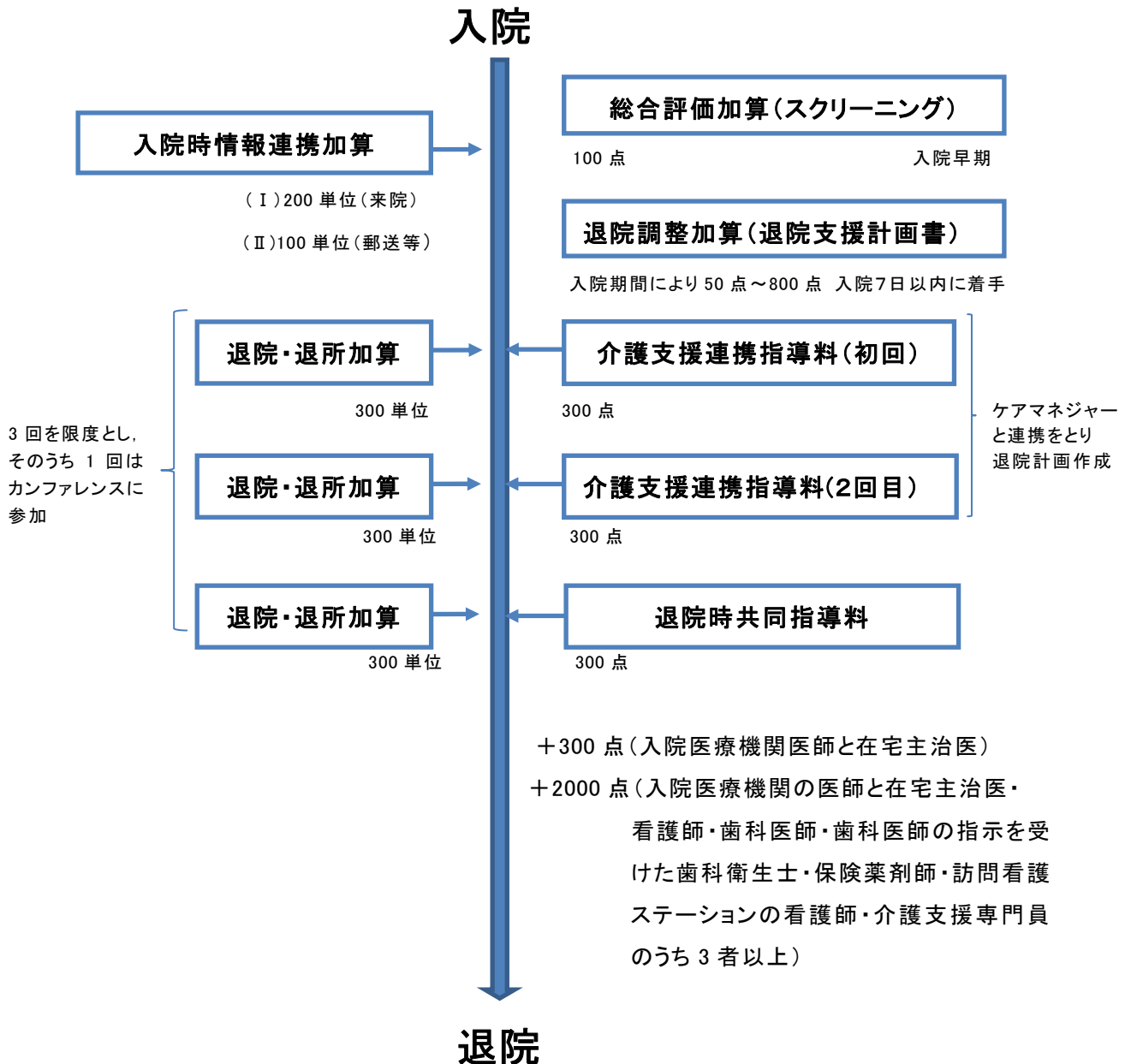


## 医療介護連携にかかる主な介護報酬・診療報酬加算

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 <b>総合評価加算（入院中 1 回）</b> 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 <b>退院調整加算（退院時 1 回）</b> 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 <b>退院時共同指導料</b> 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 <b>退院時共同指導料1</b> 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きましょう。
- 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ったり、問い合わせ先も病院ごとに違っ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】

急性期病院の中であって、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

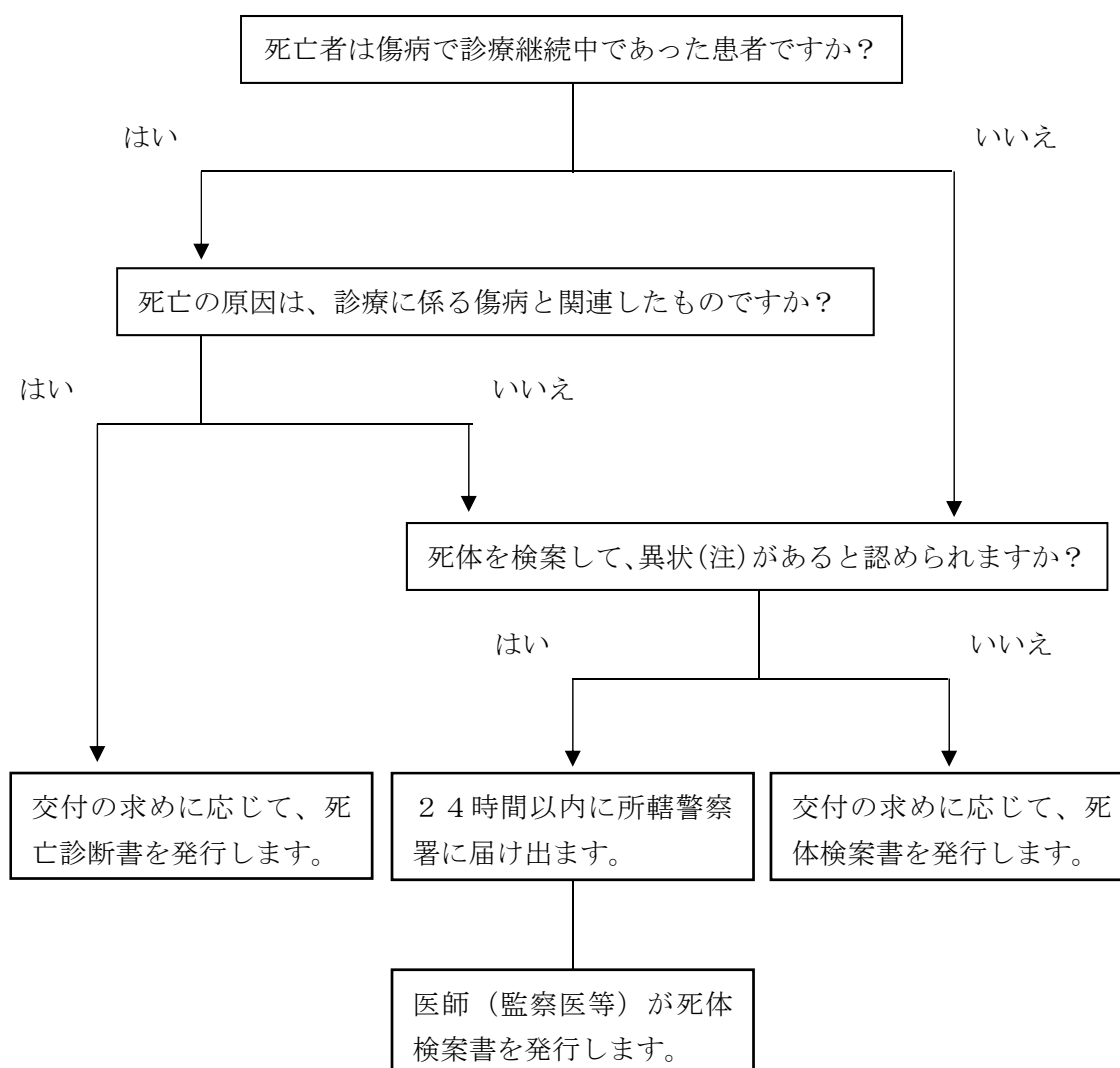
ウ 介護老人保健施設別紙様式 1 3

(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/](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
	同意者氏名	(3)入院日 (退院日)	平成 年 月 日

(4)利用者氏名 <small>(ふりがな)</small>	(5)生年・性別等 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	(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 <input type="checkbox"/> 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 <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: _____	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 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"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 抑うつ・不安 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <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"/> 立ち上がれる <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 介助が必要 <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 ( <input type="checkbox"/> /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 ( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻: チューブサイズ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日に1回交換) <input type="checkbox"/> 8.留置カテーテル (サイズ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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"/> ) <input type="checkbox"/> 9.人工呼吸器 ( <input type="checkbox"/> 陽圧式 <input type="checkbox"/> 陰圧式: 設定 <input type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> 10.気管カニューレ (サイズ <input type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> 12.人工肛門 <input type="checkbox"/> 13.人工膀胱 <input type="checkbox"/> 14.その他 ( <input type="checkbox"/> )			
(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するようにしてください。