

『富士圏域医療と介護の情報連携の手引き』の改訂

1 要旨

富士圏域において、「退院支援ルール作成ワーキンググループ」(※)で退院支援に関する各機関の取組と課題、対応策等について意見交換を行った結果をもとに、富士圏域地域包括ケア推進ネットワーク会議において検討し、令和2年1月に作成した『富士圏域医療と介護の情報連携の手引き』について、作成から3年が経過しており、医療と介護の連携に関する状況は変化していることから、関係機関との検討結果に基づき改訂を行う。

※ ワーキンググループ構成機関

各市医師会、公立3病院、居宅介護関係者、訪問看護関係者、各市担当課

2 手引きの内容

(1) 入退院支援の流れ

①担当ケアマネジャーがいる場合 ②担当ケアマネジャーがいない場合

(2) 各種様式例(情報提供書、退院前カンファレンスシート、連絡票など)

(3) 関係機関窓口一覧

①病院各種窓口 ②地域包括支援センター ③介護認定申請窓口

④在宅医療・介護連携支援窓口

3 改訂の概要

(1) 手引き本文(関係機関から改善の要望、意見があった部分)

入院時に病院に患者の生活環境情報の提供を行うほか、入退院に係るサービス等の調整や関係機関同士の連絡調整について具体的に明記した。

(2) 記載様式で市等において改正又は改正予定のあるもの

(3) 関係機関窓口一覧の時点修正

4 今後の予定

時 期	内 容
令和5年7月	第1回富士圏域地域包括ネットワーク会議で改訂方針案報告
7～9月	改訂案について関係者から意見聴取
10月	第2回富士圏域地域包括ネットワーク会議で改訂案決定
11～1月	改訂手引き作成
令和6年2月	第3回富士圏域地域包括ネットワーク会議で作成報告
3月	HPに掲載
5月以降	冊子の作成、関係機関への配布

頁	旧	新
2	<p>(1)入院前 【ケアマネジャー】 ○利用者の入院を早期に把握するための工夫 ・担当者・利用者・家族等に、「ケアマネジャーの名刺」を「医療保険証」「介護保険証」「かかりつけ医の診察券」「お薬手帳」と一緒に保管し、入院の際は入院セットとして持参すること、担当のケアマネジャーの氏名・連絡先を必ず当該病院又は診療所に伝えるように説明する。 ・利用者・家族等に、入院したらケアマネジャーに連絡するよう伝えておく。</p>	<p>(1)入院前 【ケアマネジャー】 ○利用者の入院を早期に把握するための工夫 ・利用者が入院する必要性が生じた場合には、ケアマネジャーの氏名及び連絡先を入院先に伝えられるように事前の準備を依頼する。 ・入院の際は入院セットとして、「ケアマネジャーの名刺」「医療保険証」「介護保険証」「かかりつけ医の診察券」「お薬手帳」等)持参すること、担当のケアマネジャーの氏名・連絡先を必ず当該病院又は診療所に伝えるように説明する。</p>
2	<p>(2)入院時 【病院】 ・各病院で決められたスクリーニング方法により、退院支援が必要とされる患者を抽出する。 ・担当ケアマネジャーは誰か？ を患者・家族に確認する。 ・退院支援カンファレンスにより、退院支援の必要性を詳細に検討する。</p>	<p>(2)入院時 【病院】 ・各病院で決められたスクリーニング方法により、退院支援が必要とされる患者を抽出する。 ・担当ケアマネジャーは誰か？ を患者・家族に確認する。 ・これまで出来ていた自宅での生活動作や生活環境、介護保険の認定の有無を確認する。 ・退院支援カンファレンスにより、退院支援の必要性を詳細に検討する。</p>
3	<p>【ケアマネジャー】 ・利用者の入院を把握したら、速やかに病院に情報提供書(参考：様式1-1(p10~11)、様式1-2(p12~13)のどちらか1つ)を提出する。 ・情報提供時、退院見込み時期の連絡も併せて依頼する。</p>	<p>【ケアマネジャー】 ・利用者の入院を把握したら、速やかに病院に情報提供書等(参考：様式1-1(p10~11)、様式1-2(p12~13)のどちらか1つ)を用いて、利用者の心身状況や生活環境等の必要な情報を提供する。 ・情報提供時、退院見込み時期の連絡も併せて依頼する。</p>
3	<p>確実な情報連携を行うためのポイント ○ケアマネジャーは、できるだけ病院に足を運び、入院中の患者さんの様子を確認することも大切です。その時は病院スタッフとも情報共有しましょう。</p> <p>ここが大事 患者の「生活」をイメージ 「治療」の場から「生活」の場へと患者が移ることの意味合いを共通理解し、「生活を支える」という視点に立つて考えましょう。 →p4下に記載の「こんなこと・・・ない？」を参照ください。</p>	<p>確実な情報連携を行うためのポイント ○ケアマネジャーは、できるだけ病院と連絡を取り合い、入院中の患者さんの様子を確認することも大切です。その時は病院スタッフとも情報共有しましょう。</p> <p>ここが大事 患者の「生活」をイメージ 「治療」の場から「生活」の場へと患者が移ることの意味合いを共通理解し、「生活を支える」という視点に立つて考えましょう。 →p5下に記載の「こんなこと・・・ない？」を参照ください。</p>

4	<p>(4)退院調整 (退院前カンファレンス) 【ケアマネジャー】 ・退院前カンファレンスについて連絡を受けたら必要に応じて介護サービス事業所等へ声をかける。 ・退院後に福祉用具の貸与が見込まれる場合は、必要に応じて、福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等からも情報を収集し、居宅サービス計画書を作成する。 ・利用者に関する必要な情報を得た上で、居宅サービス計画書を作成する。</p>	<p>(5)退院調整 (退院前カンファレンス) 【ケアマネジャー】 ・退院前カンファレンスについて連絡を受けたら必要に応じて介護サービス事業所等へ声をかける。 ・退院後に福祉用具の貸与が見込まれる場合は、必要に応じて、福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等からも情報を収集し、居宅サービス計画書を作成する。 ・利用者に関する必要な情報を得た上で、居宅サービス計画書を作成する。</p>
5	<p>(6)退院時 【ケアマネジャー】 ・病院からの情報を集約し、関係者と情報共有するよう努める。</p>	<p>(6)退院時 【ケアマネジャー】 ・病院からの情報を退院時情報記録書等で集約し、関係者と情報共有するよう努める。 ※退院・退院についてカンファレンス等必要な要件を満たすと、介護報酬加算あり。</p>
5	<p>(7)退院後 【在宅医、訪問看護師、ケアマネジャー】 ・入院中に退院支援を受けていない利用者については、必要に応じて入院中の経過等の情報提供を病院に求める。 ・在宅療養中に困ったことなどは病院に情報提供する。</p>	<p>(7)退院後 【在宅医、訪問看護師、ケアマネジャー】 ・入院中に退院支援を受けていない利用者については、必要に応じて入院中の経過等の情報提供を病院に求める。 ・在宅療養中に困ったことなどは病院に情報提供する。 ・病院の求めに応じて、居宅サービス計画書の写しを提供する。</p>
6	<p>入院時 在宅 【方法】書類持参 (又は郵送など)</p>	<p>入院時 在宅 【方法】書類持参又は郵送・FAX・メールなど</p>
6	<p>退院後 在宅 (在宅医、訪問看護師、ケアマネジャー) <input type="checkbox"/>入院中に退院支援を受けていない患者について必要に応じて入院中の経過等の情報を求める。 <input type="checkbox"/>在宅療養での困りごとは病院に情報提供する。</p>	<p>退院後 在宅 (在宅医、訪問看護師、ケアマネジャー等) <input type="checkbox"/>入院中に退院支援を受けていない患者について必要に応じて入院中の経過等の情報を求める。 <input type="checkbox"/>在宅療養での困りごとは病院に情報提供する。 <input type="checkbox"/>サービス担当者会議等によるサービス利用に関する調整を行う。</p>
7	<p>担当ケアマネジャーが決定しない者については、その後の支援を地域包括支援センターに引き継ぐ</p>	<p>担当ケアマネジャーが決定しない者については、その後の支援を地域包括支援センター・居宅介護支援事業所等に引き継ぐ</p>
8	<p>担当ケアマネジャー決定後 ①担当ケアマネジャーがいる場合と同様 ※担当ケアマネジャーが決定しない者については、その後の支援を地域包括支援センターに引き継ぐ。</p>	<p>担当ケアマネジャー決定後 ①担当ケアマネジャーがいる場合と同様 ※担当ケアマネジャーが決定しない者については、その後の支援を地域包括支援センター・居宅介護支援事業所等に引き継ぐ。</p>

1 入退院支援の流れ

① 担当ケアマネジャーがいる場合

(1) 入院前 【ケアマネジャー】

○利用者の入院を早期に把握するための工夫

- ・利用者が入院する必要性が生じた場合には、ケアマネジャーの氏名及び連絡先を入院先に伝えられるように事前の準備を依頼する。
- ・入院の際は入院セットとして（「ケアマネジャーの名刺」「医療保険証」「介護保険証」「かかりつけ医の診察券」「お薬手帳」等）持参すること、担当のケアマネジャーの氏名・連絡先を必ず当該病院又は診療所に伝えるように説明する。

(2) 入院時 【病院】

- ・各病院で決められたスクリーニング方法により、退院支援が必要とされる患者を抽出する。
- ・「担当ケアマネジャーは誰か？」を患者・家族に確認する。
- ・これまで出来ていた自宅での生活動作や生活環境、介護保険の認定の有無を確認する。
- ・退院支援カンファレンスにより、退院支援の必要性を詳細に検討する。

【ケアマネジャー】

- ・利用者の入院を把握したら、速やかに病院に情報提供書等（参考：様式1-1（p10～11）、様式1-2（p12～13）のどちらか1つ）を用いて、利用者の心身状況や生活環境等の必要な情報を提供する。
- ・情報提供時、退院見込み時期の連絡も併せて依頼する。

※入院後3日もしくは7日以内に情報提供すると介護報酬加算あり。

※病院へ情報提供するときや病院からの情報提供に当たっては、利用者・家族の同意を得ておくようにする。

●各病院書類提出先：p24～27 参照

確実な情報連携を行うためのポイント

- ケアマネジャーは、速やかに書面での情報提供をするほか、**依頼事項を直接病院担当者に伝える**など、その後の連携がスムーズにできるよう心がけましょう。
- 病院は、ケアマネジャーからの依頼事項を記録に残してスタッフ間で共有するなど、依頼事項を漏らさないよう工夫しましょう。

患者さんの状態に変化がなくても、退院後のサービス再開やケアプランの調整等のため、ケアマネジャーは入院後の様子や退院の見込み時期の情報が重要です。



(3)入院中【病院】

- ・入院期間の見込みや患者の状態等について、入院中からケアマネジャーとの情報共有に努める。

【ケアマネジャー】

- ・入院中の利用者の状態について、積極的に情報収集を行う。
- ・退院後の生活をしっかりイメージすることができるよう、利用者・家族等と話し合いに努める。

確実な情報連携を行うためのポイント

- 病院は、今後の見通しがはっきりしない患者さんについても、その状況を退院支援部門と共有し、ケアマネジャーに現状を伝えるなど退院支援から漏れないように注意しましょう。

明らかにADLが低下するなど、目に見えて大きな変化のある患者さんに比べ、変化が少ない患者さんは退院支援から漏れてしまう場合があります。生活を支える視点に立って、必要な支援ができるよう心掛けましょう。



- ケアマネジャーは、できるだけ病院と連絡を取り合い、入院中の患者さんの様子を確認することも大切です。その時は病院スタッフとも情報共有しましょう。



ここが大事！

患者の「生活」をイメージ

「治療」の場から「生活」の場へと患者が移ることの意味合いを共通理解し、『生活を支える』という視点に立って考えましょう。

→p.5下に記載の「こんなこと・・・ない？」を参照ください。

患者の意思決定を継続的に支援

患者本人と家族への適切な情報提供により、病院側の都合ではなく、患者側の立場からその主体的な意思決定を支援していきましょう。

→患者・家族は、医師から病状や治療方針についての説明を「はい」と返事をして聞いていても、その内容を理解しているとは限りません。理解できていなくても、医師に「分かりません」と言えず、質問もできない方もいます。患者・家族が病状や治療方針についてきちんと理解できないことで、在宅に戻ったあと、「病院から見放された…」などと感じてしまう患者・家族もいるようです。医師の説明時にはできるだけ看護師も同席し、説明を十分に理解できているか確認をしましょう。

(4)退院準備 【病院】

- ・退院予定日が分かり次第、ケアマネジャーへ連絡する。在宅移行期間を考慮し、退院の予定が立ったらなるべく早く連絡する(退院予定日のケアマネジャーへの連絡については、患者・家族等に依頼をしても良い)。
- ・患者・家族から退院後の生活について確認し、退院後予測される問題等の対応について検討する。
- ・家族指導を行う場合は、内容により訪問看護師、ケアマネジャー等の同席を依頼する。

【ケアマネジャー】

- ・病院又は患者・家族から退院予定日の連絡を受けたら、退院準備を始める。

【ケアマネジャー・訪問看護師】

- ・家族指導等の実施の連絡があった場合は積極的に同席する。
- ・利用者・家族が指導内容を十分に理解できているかに留意する。

(5)退院調整 【病院】

(退院前

カンファレンス)

- ・院内調整後、日程をケアマネジャーに連絡する。
- ・退院前カンファレンスシート(様式2(p14))に沿って参加者に情報提供し共有するため、必要な情報収集を行い準備する。

【ケアマネジャー】

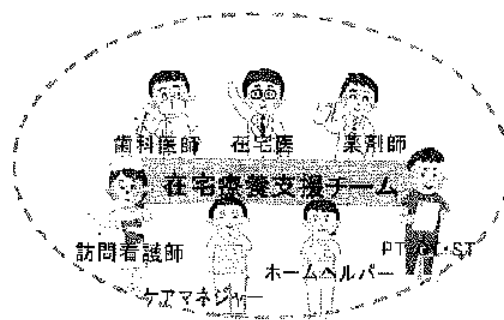
- ・退院前カンファレンスについて連絡を受けたら必要に応じて介護サービス事業所等へ声をかける。
- ・退院後に福祉用具の貸与が見込まれる場合にあっては、必要に応じ、福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等からも情報を収集し、居宅サービス計画書を作成する。
- ・利用者に関する必要な情報を得た上で、居宅サービス計画書を作成する。

【共通】

- ・退院前カンファレンスシート(様式2(p14))を参考に情報を確認する。

確実な情報連携を行うためのポイント

- カンファレンスシートを使用することで、確認すべき情報の漏れを防ぎ、効率的にカンファレンスが実施できます。



▶▶▶退院前カンファレンスには、

- ・入院中の医療機関の医師又は看護師等、
 - ・在宅療養担当医療機関の医師もしくは看護師等、
 - ・歯科医師もしくはその指示を受けた歯科衛生士、
 - ・保険薬局の薬剤師、
 - ・訪問看護ステーションの看護師等、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、
 - ・介護支援専門員又は相談支援専門員
- のうち必要とされる者等が参加する。

(6)退院時 【病院】

- ・必要に応じて情報提供書(診療情報提供書、看護サマリー、栄養情報提供書(栄養サマリー)、リハビリ関係連絡票、薬剤情報提供書など(様式3、4(p16~19))を活用し、関係者に情報提供する。

【ケアマネジャー】

- ・病院からの情報を退院時情報記録書等で集約し、関係者と情報共有するよう努める。
- ※退院・退所についてカンファレンス等必要な要件を満たすと、介護報酬加算あり。

(7)退院後 【在宅医、訪問看護師、ケアマネジャー】

- ・入院中に退院支援を受けていない利用者については、必要に応じ入院中の経過等の情報提供を病院に求める。
- ・在宅療養中に困ったことなどは病院に情報提供する。
- ・病院の求めに応じて、居宅サービス計画書の写しを提供する。

【病院】

- ・地域からフィードバックされた情報は院内で共有・検討し、今後の支援に役立てる。

各病院問合せ先：p24~27 参照

こんなこと・・・ない？

①病院と自宅の環境の違いに対する調整がされずに退院した事例

病院では車いす移動、排泄は自立していたが、自宅ではベッドがなく布団で寝ることになった。しかし、床からの立ち上がりができないので、トイレに行けず失禁状態になった。家族がおむつ交換を続け疲弊していたのを民生委員が把握した・・・



生活を支える視点でアセスメントはできていたかな・・・
退院前に関係者で調整できていれば・・・

①担当ケアマネジャーがいる場合-フロー図

	病院	在宅
入院時	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> スクリーニングにより退院支援が必要とされる患者を抽出。 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーを確認。 <input type="checkbox"/> 退院支援カンファレンスにより、退院支援の必要性を詳細に検討する。 <input type="checkbox"/> ケアマネジャーから退院見込み時期の連絡等について依頼があった場合は、記録に残しスタッフ間で共有する。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>MEMO 退院後のサービス再開やケアプランの調整等のため、ケアマネジャーは入院後の経過や退院の見込みの情報が重要です。</p> </div>	<p>〈ケアマネジャー〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 入院を把握したら速やかに病院へ情報提供 【方法】書類持参又は郵送・FAX・メールなど 【様式】高上宮市：在宅介護情報提供書(共同編様式) 富士市：事業所毎の様式 【提出先】各病院窓口 (p24～27) <input type="checkbox"/> 情報提供時、退院見込み時期の連絡も併せて依頼する。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>MEMO 依頼事項は直接病院担当者に伝え、その後の連携がスムーズにできるよう心がけましょう。</p> </div>
入院中 退院準備	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 入院期間の見込みや患者の状態等について、ケアマネジャーとの情報共有に努める。 <input type="checkbox"/> 退院予定日がわかり次第、ケアマネジャーへ連絡(退院の予定が立ったらなるべく早く！連絡は、患者・家族等に依頼しても良い。) <input type="checkbox"/> 今後の見通しが見つからない場合もその状況を退院支援部門と共有、ケアマネジャーへ連絡し退院支援から漏れないよう注意する。 <input type="checkbox"/> 患者・家族と退院後の生活について確認し、退院後予測される問題の対応について検討する。 <input type="checkbox"/> 家族指導等を行う場合、内容により訪問看護師、ケアマネジャー等に声をかける。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>MEMO 変化が少ない患者さんは退院支援から漏れてしまう場合があります。生活を支える視点に立って、必要な支援ができるよう心掛けましょう。</p> </div>	<p>〈ケアマネジャー〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 入院中の利用者の状態について、できるだけ病院と連絡を取り合うなど、積極的に情報収集を行う。 <input type="checkbox"/> 退院後の生活を具体的にイメージすることができるよう、利用者・家族等との十分な話し合いに努める。 <input type="checkbox"/> 病院又は利用者・家族等から退院予定日の連絡を受けたら、退院準備を始める。 <p>〈訪問看護師・ケアマネジャー〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 家族指導等の実施の連絡があった場合は積極的に同席する。 <input type="checkbox"/> 利用者・家族等が指導内容を十分に理解できているかに留意する。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>MEMO 入院中の利用者や病院担当者と直接会うことで退院時の調整を円滑に行うことができます。</p> </div>
退院前 カンファレンス	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 退院前カンファレンスシート(p14)に基づき、情報共有を行う。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>MEMO カンファレンスシートを使用することで、確認すべき情報の漏れを防ぎ、効率的にカンファレンスを実施できます！</p> </div>	
退院後	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 在宅療養支援者から入院中の経過等について問合せがあった場合は情報提供する。 <input type="checkbox"/> 地域からフィードバックされた情報は院内で共有・検討し、今後の支援に役立てる。 	<p>〈在宅医、訪問看護師、ケアマネジャー等〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 入院中に退院支援を受けていない患者について必要に応じ入院中の経過等の情報を求める。 <input type="checkbox"/> 在宅療養での困りごとは病院に情報提供する。 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議等によるサービス利用に関する調整を行う。

② 担当ケアマネジャーがいない場合

(1) 入院時

【病院】

- ・介護認定を受けているかを患者・家族等に確認する。
- ・各病院で決められたスクリーニング方法により、退院支援が必要とされる患者を抽出する。
- ・退院支援カンファレンスにより、退院支援や介護保険サービス等の利用の必要性について詳細に検討する。

(2) 介護保険申請と

サービス利用の支援

【病院】

- ・患者が退院後に介護サービスを希望する場合、又は病院担当者が介護保険サービスの利用が必要と判断した場合、患者・家族に介護保険の説明をする。
- ・居住地を管轄する地域包括支援センター(p28)に相談に行くよう指導する。
- ・家族が相談に行けない場合等、介護保険の代行申請の必要な場合は、その後の支援も含めて、地域包括支援センター(p28)に連絡を入れ、今後の支援についても依頼する。

【家族】

- ・地域包括支援センター(p28)に相談に行く。

【地域包括支援センター】

- ・相談に訪れた家族に対し、制度の説明や家族の状況に合わせたサービス利用について説明する。

(3) 担当ケアマネジャー 決定後

① 担当ケアマネジャーがいる場合 と同様

⚠ 担当ケアマネジャーが決定しない者については、その後の支援を地域包括支援センター・居宅介護支援事業所等に引き継ぐ



こんなこと…ない？

② 退院後、生活機能の低下を近隣住民が発見した事例



- ・高齢者2人世帯。老老介護。
- ・退院時に病院から療養指導を受けたらしいが、理解できないまま退院。日常生活に支障をきたす状態になってから近隣住民が気づき、地域包括支援センターに相談が入った・・・

②担当ケアマネジャーがない場合フロー図

	病院	在宅
入院時	<input type="checkbox"/> 介護認定の有無を確認する。 <input type="checkbox"/> スクリーニングにより退院支援が必要とされる患者を抽出。 <input type="checkbox"/> 退院支援カンファレンスにより退院支援や介護保険サービス等の利用の必要性について詳細に検討する。	
介護保険申請支援	<input type="checkbox"/> 患者・家族に介護保険の説明をする。 <input type="checkbox"/> 居住地を管轄する地域包括支援センターに相談に行くよう指導する。 *家族がない場合など、代行申請が必要な場合は、地域包括支援センターに連絡を入れ、今後の支援についても依頼する。  地域包括支援センター—警表 p28	<家族> <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターに相談に行く。 <ケアマネジャー> <input type="checkbox"/> 担当者が決まったら病院へ連絡。 <地域包括支援センター> <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーが決まらない者についてはその後の支援を引き継ぐ。
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p> MEMO 家族がいる場合は、家族が主体的に動けるよう、しっかりと説明し十分に理解できているか確認しながら丁寧に対応しましょう！</p> </div>		
担当ケアマネ決定後	<div style="background-color: #cccccc; padding: 2px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;"> 担当ケアマネジャーがいる場合 </div> と同様 ※担当ケアマネジャーが決定しない者については、その後の支援を地域包括支援センター・居宅介護支援事業所等に引き継ぐ。	