

# はこだて入退院支援連携ガイド 改善箇所 \*令和8年4月変更\*

## P21：日常の療養支援と多職種の連携

1行目に文章を追加

退院後、日常の療養支援の場面では、歯科医師、薬剤師、リハビリスタッフ、栄養士など様々な職種とのかかわりが必要となることがあります。

## P25：はこだて療養支援のしおり

- ・しおりの表紙変更につきセンターHPレイアウト変更。  
それに伴い図の差し替え

**各種ダウンロード**

最終更新日：2025/03/28	最終更新日：2025/07/31	最終更新日：2025/04/01	最終更新日：2023/12/28	最終更新日：2024/04/24
「はこだて医療・介護連携サマリー」 医療・介護関係者が どちらも使える連携サマリー！	「はこだて療養支援のしおり」 医療・介護関係者が 使える制度がコレ1冊！	「はこだて入退院支援連携ガイド」 はこだての入退院支援マニュアル！	もしもノートはこだて 人生会議の説明書！	在宅看取り冊子「大切な方の旅立ちを支える皆様へ」 住み慣れたおうちで最期まで。

[その他各種ダウンロードはこちら](#)

P24：はこだて医療・介護連携サマリー

- ・サマリーのマイナーチェンジにとともない、ページ掲載図をマイナーチェンジ様式に変更  
マイナーチェンジ等の文章追加

2024年12月に、サマリーのマイナーチェンジを行いました。基本ツールの身体・生活機能等の項目を国際的なADL評価のバーセルインデックス（Barthel Index）に変更，口腔と栄養の項目を追加しています。  
今後の連携強化や負担軽減を目指し，サマリーの活用とともにID-Link 連携を推奨いたします。

6 はこだて医療・介護連携サマリー

☆ はこだて医療・介護連携サマリー【情報共有ツール】とは

医療・介護連携推進協議会において、医療・介護関係者の連携にかかる課題を把握するために、アンケート調査を実施したところ、情報にバラつきの無い、地域で統一された“情報共有ツール”の整備を強く望む、多くの意見がありました。

このことから、医療・介護サービスを必要としている高齢者等の情報を一元的に把握するためのツールとして、どの職種の方にも「分かりやすく」、「見やすく」、「連携しやすく」という点を重視した『はこだて医療・介護連携サマリー』を作成しました。

このサマリーは、支援対象者の病状や生活・環境等の変化により調整支援が必要となった場合の、『「医療側」・「介護側」の双方向連携』の場面において活用するツールであり、基本的な情報を網羅する「基本ツール」と、詳細な医療情報等を記入する「応用ツール」等で構成しております。

このサマリーにより、関係職種（機関）間の連携が充実し、より良い医療や介護サービスが提供されることを願い、**活用を推奨**いたします。

・はこだて医療・介護連携サマリー（基本ツール）

図の変更

2024年12月に、サマリーのマイナーチェンジを行いました。基本ツールの身体・生活機能等の項目を国際的なADL評価のバーセルインデックス（Barthel Index）に変更，口腔と栄養の項目を追加しています。  
今後の連携強化や負担軽減を目指し，サマリーの活用とともにID-Link 連携を推奨いたします。

文章追加

このサマリーは、医療と介護の円滑な連携を推進するために構成されています。各職種、各施設においては「診療情報提供書」や「看護添書」、「フェイスシート」など様々な様式が存在し活用されておりますが、必要に応じてこのサマリーと併用していただければ幸いです。  
このサマリーは、既存の様々な様式の利用を制限するものではありません。

# はこだて入退院支援連携ガイド 改善箇所 \*令和6年4月変更\*

\* 1, 2, 3における参考意見

- ・介護施設の種類（特養、老健、介護医療院、グループホーム、有料老人ホーム）の紹介もあるといい。

## 1, P11:(3)入院中〔医療機関〕④在宅・施設担当者との協力 9行目の文章を変更

退院後、訪問診療が必要な場合、対応が可能か、かかりつけ医に相談しましょう。かかりつけの患者の場合のみ対応する医師もいます。(在宅医療・介護連携マップ>函館市医療・介護連携支援センターHP <http://hakodate-ikr.jp> 参照)



(変更)

退院後、訪問診療が必要な場合、対応が可能か、かかりつけ医に相談しましょう。かかりつけの患者の場合のみ対応する医師もいます。(施設の体制や訪問診療の情報など、函館市医療・介護連携支援センターHP：医療・介護連携マップにおいて検索が可能です。P26：8医療・介護連携マップ参照)

## 2, P11:(3)入院中〔医療機関〕⑤医療機器の操作や医療処置の実技指導 8行目に文章を追加

(変更)

(施設の医療処置の対応については、函館市医療・介護連携支援センターHP 医療・介護連携マップにおいて検索が可能です。P26：8医療・介護連携マップ参照)

## 3, 26ページに、函館市医療・介護連携支援センターHP 医療・介護連携マップの情報を掲載する

## はこだて入退院支援連携ガイド 改善箇所 \*令和5年4月変更\*

\* 1, 2における参考意見

8050 世帯等の支援も必要となった場合のために、福祉拠点についてふれていただく事も有りかと思う。

### 1, P7: 入院直後（医療機関）①スクリーニングを行う

#### ※ 退院支援が必要な場合

- ① 再入院を繰り返している場合
- ② がんや難病のように、進行する疾患を抱えながら退院する場合
- ③ 退院後も医療管理や医療処置等が継続する場合
- ④ 入院前に比べ ADL（日常生活動作）が低下し、退院後の生活様式の再編が必要な場合
- ⑤ 独居あるいは家族と同居であっても、介護を十分に提供できない場合
- ⑥ 理解力や認知能力の低下が見受けられる場合
- ⑦ 虐待が疑われる場合 ……など



#### （変更）

「\*退院支援が必要な場合」の項目に、⑧～⑫を追加掲載する

- ⑧要介護状態であると疑いがあるが要介護認定が未申請である場合
- ⑨生活困窮者である場合
- ⑩排泄に介助を要する場合
- ⑪入院治療を行っても長期的な低栄養状態になると見込まれる場合
- ⑫児童等の家族から、介護等を日常的に受けている場合

### 2, P8: 入院直後（医療機関）⑤虐待等が疑われる場合の対応

支援の経過の中で、虐待が疑われる場合には、早急に、函館市保健福祉部高齢福祉課もしくは担当地域の包括支援センターへ報告しましょう。また、虐待の他にもスムーズなサービス利用につながらない状況にある場合は、包括支援センターへ支援依頼しましょう。



#### （変更）

文章内の、包括支援センターの後に（福祉拠点）を追加

また、虐待の他にもスムーズなサービス利用につながらない状況にある場合は、包括支援センター（福祉拠点）へ支援依頼しましょう。

\* 3における参考意見

コロナ禍での連携のポイントなどが記されていると助かります。

### 3, P9：入院直後（在宅・施設）②入院時の連携を積極的に進める

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くことが重要です。

入院先の退院支援部門の把握、担当医、担当看護師、医療ソーシャルワーカーとの情報共有は積極的に行い、また、入院中、支援対象者や家族には、安心して過ごせるように、入院医療機関の退院支援相談窓口を知らせ、橋渡しするなど、退院へ向けて協働を進めていけるように努めます。



#### （変更）

文章の変更

入院先を把握したら、入院先の退院支援部門へ連絡し、支援対象者の在宅・施設の担当者である事を伝え、情報共有を行いましょう。その際に、主となる退院支援担当者が誰になるのかを確認し、今後の連絡先、連絡方法や時間、面会をする際の入院先の取り決め等を確認しましょう。・・・（以下の文章は変更なし）

\* 4, 5, 6における参考意見

介護施設の違いをフローチャートの中に「サービスについての理解」等として自身でも学ぶ必要性の提示

### 4, P11：入院中（医療機関）④在宅・施設担当者との協力

退院後、訪問診療が必要な場合、対応が可能か、かかりつけ医に相談しましょう。かかりつけの患者の場合のみ対する医師もいます。（在宅医療・介護連携マップ>函館市医療・介護連携支援センターHP <http://hakodate-ikr.jp> 参照）

退院支援担当者は、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、ケアマネジャーが支援対象者・家族に行うアセスメントの際に、今後の方針を決めるための打合せを行うと円滑に支援が進みます。

次の段階で、支援対象者を担当する複数の医療機関担当者・退院後の生活を支える在宅・施設担当者による打合せを行うと、より円滑に支援が進みます。また、ケアマネジャーなど在宅・施設担当者は、退院へ向けた準備に一定程度の時間を要します。退院予定日は早い段階で知らせ、退院に向けて協働しやすいように考慮しましょう。

医療機関のリハビリスタッフ等が家屋調査を行う場合は、ケアマネジャーへ同行を依頼し、住環境の整備調整（住宅改修や福祉用具の活用）がスムーズにできるよう、情報共有しましょう。



## (変更)

文章の並び替え、施設の体制として対応が可能かどうかを確認する等の文章を追加

退院支援担当者は、ケアマネジャーが新たに決まる場合や、ケアマネジャーが支援対象者・家族に行うアセスメントの際、入院によって状態変化がある場合などに、今後の方針を決めるための打合せを行うと円滑に支援が進みます。次の段階で、支援対象者を担当する複数の医療機関担当者・退院後の生活を支える在宅・施設担当者による打合せを行うと、より円滑に支援が進みます。

施設入居者の場合は、施設の体制として支援対象者の状態変化に対応できるかの確認が必要になります。

退院後、訪問診療が必要な場合は、対応が可能かをかかりつけ医に相談しましょう。かかりつけの患者の場合のみ対応する医師もいます。（在宅医療・介護連携マップ＞函館市医療・介護連携支援センターHP <http://hakodate-ikr.jp> 参照）

医療機関のリハビリスタッフ等が家屋調査を行う場合は、ケアマネジャーへ同行を依頼し、住環境の整備調整（住宅改修や福祉用具の活用）がスムーズにできるよう情報共有をしましょう。

### ※連携での注意点

ケアマネジャーなどの在宅・施設担当者は、退院へ向けた準備に一定程度の時間を要します。退院予定日は早い段階で知らせ、退院に向けて協働しやすいように考慮しましょう。

## 5, P11：入院中（医療機関）⑤医療機器の操作や医療処置の実技指導

支援対象者や家族が、退院後も利用する医療機器の操作や医療処置の手技等を入院中に習得することが必要な場合があります。その際、ケアマネジャーや訪問看護師等の在宅担当者、もしくは看護師等の施設担当者も立ち会えば、退院後の医療処置等がよりスムーズになるのはもちろんのこと、支援対象者や家族の大きな安心にもつながります。

また、介助の方法やリハビリについても、入院期間中に指導しておくことで、支援対象者が安心して退院することができます。退院までに時間がなく、指導が十分ではない場合には医療機関でどの程度まで指導ができているか在宅・施設担当者へ情報提供しましょう。



## (変更)

施設体制で医療処置は可能かどうかを相談する旨の文章追加

支援対象者や家族が、退院後も利用する医療機器の操作や医療処置の手技等を入院中に習得することが必要な場合があります。その際、ケアマネジャーや訪問看護師等の在宅担当者、もしくは看護師等の施設担当者も立ち会えば、退院後の医療処置等がよりスムーズになるのはもちろんのこと、支援対象者や家族の大きな安心にもつながります。

施設入居者の場合、施設の体制として医療処置の対応が可能かどうか変わってくるため、施設の種別や体制の確認、対応の可否について施設担当者と相談しましょう。

（以下の文章は変更なし）

## 6, P12: 入院中（在宅・施設）②医療機関担当者との協力

新たにケアマネジャーとなった場合や、入院によって状態変化がある場合、ケアマネジャーは支援対象者・家族と面談し、アセスメントを行います。その時に合わせて、今後の方針を決めるための打合せを行うと円滑に支援が進みます。



### （変更）

文章の変更、支援対象者の状況と自施設での対応が可能かどうかについての文章の追加

新たにケアマネジャーとなった場合や入院によって状態変化がある場合、ケアマネジャーは支援対象者・家族と面談しアセスメントを行います。アセスメントをした結果の生活環境や介護体制などを考慮した在宅生活のイメージについて、医療機関担当者と共有しておきましょう。その上で今後の方針を決めるための打合せを行うと、円滑に支援が進みます。

施設担当者は、情報共有の際に自施設での体制状況（医師や看護師の配置体制、夜勤状況など）や自施設の体制で対応可能な支援対象者の状態像についてもお伝えしましょう。それをふまえて、今後の方針を支援対象者や家族、医療機関担当者と共に考えていきましょう。

## 7, P12: 入院中（在宅・施設）③情報収集の際の留意事項

医療機関の体制によって、支援対象者に退院支援担当者が必ずいるとは限りません。医療機関に対し、支援対象者や家族と相談しながら退院支援に向けて動いていることを伝え、対応してくれるスタッフ、窓口を把握するように努めましょう。

また、個人情報保護の視点からも、ただ情報が欲しいというだけでは情報提供できません。支援対象者を担当しているケアマネジャーであることを証し、支援対象者や家族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。どのような目的で、どのような情報を聞きたいのかを明確にすることも大切です。

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、付き添いやインフォームド・コンセント時に立ち会う場合は、支援対象者や家族を通して病院や医師にその旨を伝え、了解を得ましょう。



### （変更）

文章の並び替え

医療機関の体制によって、支援対象者に退院支援担当者が必ずいるとは限りません。医療機関に対し、支援対象者や家族と相談しながら退院支援に向けて動いていることを伝え、対応してくれるスタッフ、窓口を把握するように努めましょう。

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、付き添いやインフォームド・コンセント時に立ち会う場合は、支援対象者や家族を通して病院や医師にその旨を伝え、了解を得ましょう。

また、個人情報保護の視点からも、ただ情報が欲しいというだけでは情報提供はできません。支援対象者を担当しているケアマネジャーであることを証し、支援対象者や家族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。どのような目的で、どのような情報を聞きたいのかを明確にすることも大切です。

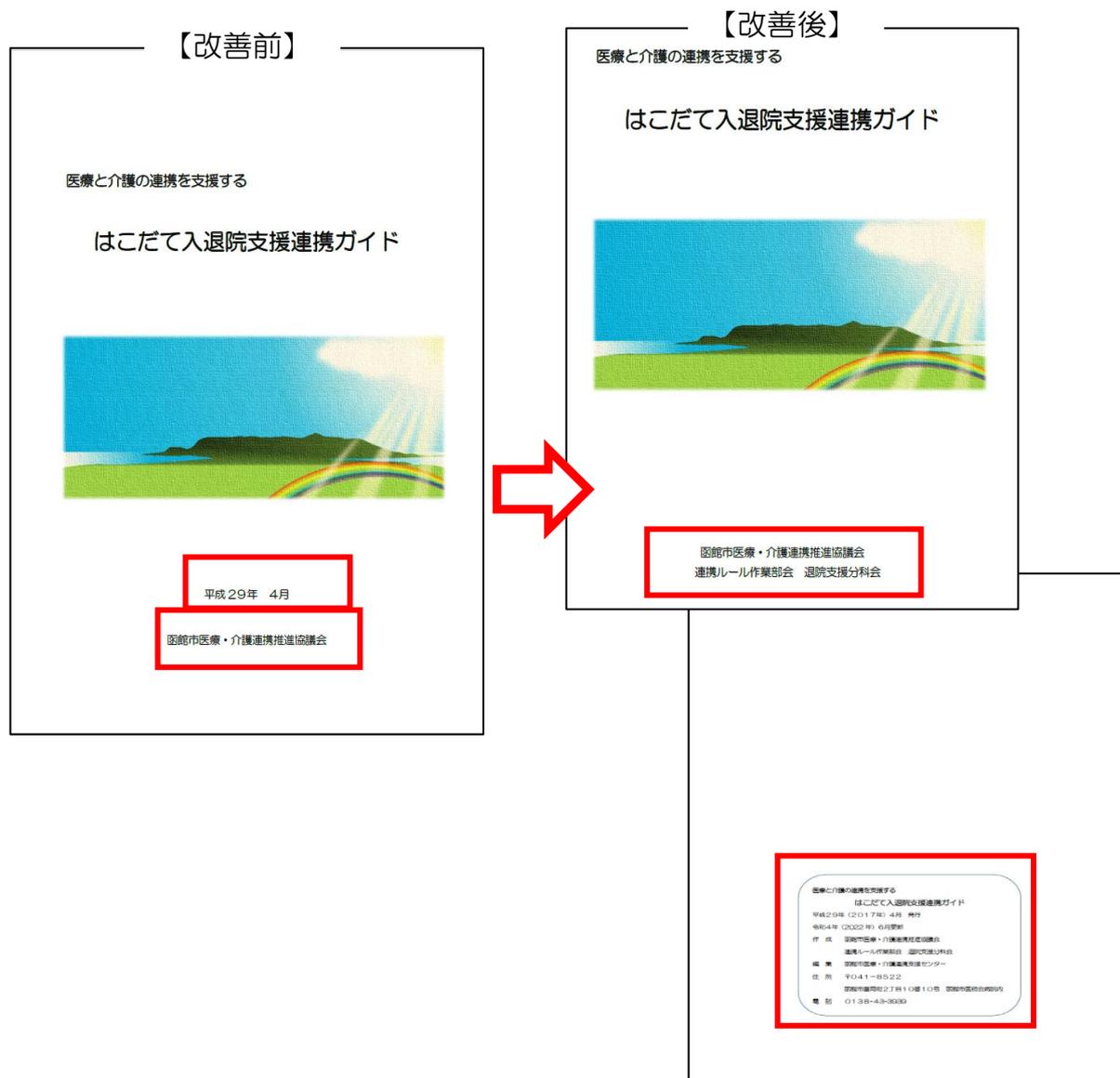
## はこだて入退院支援連携ガイド 改善箇所 \*令和4年3月変更\*

### 1, (参考意見)

「令和2年6月修正（センターHP上）とあるが、表紙は平成29年のままだったので細かく直してけると助かります」

#### (改善内容) \*表紙・裏表紙について\*

表紙の発行日を削除し、裏表紙に発行日と更新日を掲載。表紙に「連携ルール作業部会 退院支援分科会」名称追加。



## 2. (参考意見)

「各病院の相談窓口の電話番号が記載されていれば使いやすいと思います」

(改善内容) \*P25 について\*

- 「はこだて療養支援のしおり」に相談窓口一覧が掲載されているため、本文の最終ページにしおりの紹介ページを追加。



## 3. その他の修正

(改善内容) \*P8 について\*

- ⑤虐待等が疑われる場合の対応の本文中に、相談先窓口を掲載  
 (【関係先機関一覧】から移動)
- 移設する包括支援センターの所在地、電話番号の修正。
- 「高齢者あんしん相談窓口」名称を削除。

### 【改善前】

③ 医療機関内で情報共有し、連携する

知り得た情報は医療機関内で適切に管理し、医師や病棟スタッフ等に共有します。

また、退院予定日を医師へ確認し、全体で把握して退院支援を進めます。

④ 介護保険要介護認定等の有無の確認

介護保険要介護認定等の有無を確認し、各種申請など、担当しているケアマネジャーがいらない場合は、支援対象者や居宅介護支援センター（以下「包括支援センター」）を紹介を行います。

⑤ 虐待等が疑われる場合の対応

支援の経過の中で、虐待が疑われる場合には、早急に、社福課もしくは担当地域の包括支援センターへ報告し、スムーズなサービス利用につながらない状況にある場合は、包括支援センターへ支援依頼をお願いします。

**（関係機関連絡先P23参照）**

**在宅・施設**

① 入院先の状況を把握する

支援対象者が入院した際には、医療機関へ問い合わせ、家族などから病名、入院している診療科、病棟入院歴などを把握します。

② 入院時の連携を積極的に進める

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。入院時の連携が重要です。

入院先の退院支援部門の把握、担当医、担当看護師、病棟スタッフとの情報共有は積極的に進め、また、入院中、支援対象者

**【関係先機関一覧】**

名称	所在地	電話番号
居宅介護支援センター	居宅介護支援センター	43-3939

●居宅介護支援センター（高齢者あんしん相談窓口）

名称	所在地	電話番号
居宅介護支援センターあさひ	居宅介護支援センターあさひ	27-8880
居宅介護支援センターこん中央	居宅介護支援センターこん中央	27-0777
居宅介護支援センターときとう	居宅介護支援センターときとう	33-0555
居宅介護支援センターゆのがわ	居宅介護支援センターゆのがわ	36-4300
居宅介護支援センターたかおか	居宅介護支援センターたかおか	57-7740
居宅介護支援センター西郷	居宅介護支援センター西郷	52-0016
居宅介護支援センター龜田	居宅介護支援センター龜田	40-7755
居宅介護支援センター神山	居宅介護支援センター神山	76-0820
居宅介護支援センターよろこび	居宅介護支援センターよろこび	34-6868
居宅介護支援センター社福	居宅介護支援センター社福	82-4700

●市関係窓口

名称	所在地	電話番号
居宅介護支援センター高齢者・介護相談窓口	居宅介護支援センター高齢者・介護相談窓口	21-3025
居宅介護支援センターケア連携 居宅介護支援センター	居宅介護支援センターケア連携 居宅介護支援センター	21-3042

**【参考文献】**

- 福岡市 退院時連携の基本的な進め方の手引き
- 名古屋市における在宅医療・介護連携ガイドライン
- よこすかエチケット集（横浜資研）
- 福井県「退院支援ルール」
- 在宅移行の手引き（公社）全国国民健康保険診療施設協議会
- 東京都退院支援マニュアル

(2) 入院直後つづき

③ 医療機関内で情報共有し、連携する

知り得た情報は医療機関内で適切に管理し、医師や病棟スタッフ等で共有できるようにします。

また、退院予定日を医師へ確認し、全体で把握して退院支援を進めます。

④ 介護保険要介護認定等の有無の確認

介護保険要介護認定等の有無を確認し、各種申請など必要な支援を行うほか、担当しているケアマネジャーがいらない場合は、支援対象者や家族の意向を確認し、居宅介護支援センター（以下「包括支援センター」）や居宅介護支援事業所の紹介を行います。

⑤ 虐待等が疑われる場合の対応

支援の経過の中で、虐待が疑われる場合には、早急に、居宅介護支援センター高年齢福祉課もしくは担当地域の包括支援センターへ報告し、また、虐待の他にもスムーズなサービス利用につながらない状況にある場合は、包括支援センターへ支援依頼をお願いします。

●居宅介護支援センター

名称	所在地	電話番号
居宅介護支援センターあさひ	居宅介護支援センターあさひ	27-8880
居宅介護支援センターこん中央	居宅介護支援センターこん中央	27-0777
居宅介護支援センターときとう	居宅介護支援センターときとう	33-0555
居宅介護支援センターゆのがわ	居宅介護支援センターゆのがわ	36-4300
居宅介護支援センターたかおか	居宅介護支援センターたかおか	57-7740
居宅介護支援センター西郷	居宅介護支援センター西郷	78-0123
居宅介護支援センター龜田	居宅介護支援センター龜田	40-7755
居宅介護支援センター神山	居宅介護支援センター神山	76-0820
居宅介護支援センターよろこび	居宅介護支援センターよろこび	34-6868
居宅介護支援センター社福	居宅介護支援センター社福	82-4700

●市関係窓口

名称	所在地	電話番号
居宅介護支援センター高年齢福祉課 高齢者・介護相談窓口	居宅介護支援センター高年齢福祉課 高齢者・介護相談窓口	21-3025