医療と介護の連携を支援する

# はこだて入退院支援連携ガイド

（ほくと・ななえ ver）

# はじめに

医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者が増加している中で，ますます医療・介護関係者の連携推進が求められております。

今後，高齢者が療養から看取りまで，地域で暮らし続けていくためには，様々な場面に適したサービス提供を，その場面に関わる医療と介護のそれぞれの専門職が連携して行い，取り囲むように温かく支援していくことが望まれます。

そのためには，専門職がそれぞれの垣根を越えて，他の専門職と手をつなぎ，協力し，入院から在宅への移行支援をスムーズに進める切れ目のない連携体制が不可欠です。

これまでの連携は一部の関係者・グループという局所的なもので，ローカルルールが地域のあちこちで展開され，連携がスムーズにできた時，できない時があったのではないかと思います。このような不安定な連携の環境の下では，関係者それぞれが持つ専門性を発揮しながら，適切で満足度の高いサービス提供を必ずしも十分にできていなかったのではないかとも感じています。

医療と介護が必要な高齢者の増加，ニーズの増大に適切に対応していくため，望ましい連携の形を可視化させ，また，必要な仕組みやルールを全市的な視点で作り上げ，まとめて，標準化をめざす検討に取り組んできました。

その検討の場が，函館市が設置した医療・介護連携推進協議会であり，そのもとに置いた専門部会・分科会です。

この地域に暮らす人々，家族の意思決定支援を常に念頭に置き，協議会・部会の委員・メンバーが頭を突き合わせて，意見を出し合い，その成果はこの「はこだて入退院支援連携ガイド」として結実しました。

ガイドブック作成にご協力をいただきました皆様に，この場をお借りし，御礼申し上げます。

まだ，内容的には不足する場面や記述などもあり，発展途上のものです。今後，このガイドブックの利用拡大を函館市医療・介護連携支援センターが担っていく中で，さらに内容を充実させ，多くの関係者に利用されて，広く行き渡るものにしていきます。

是非ともご利用いただく中で，追記・見直しなど，たくさんのご意見を寄せていただき，多くの関係者の連携を確かに支え，また，評価をいただけるものに育てていきたいと思いますので，ご協力のほどお願いします。

# ● もくじ ●

１　このガイドブックにかかわる方々・・・・・・・・・１

２　医療と介護の連携推進のための基本マナー・・・・２

３　退院支援フローチャート・・・・・・・・・・・・・４

４　退院支援における連携のあり方

（１）入院前・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６
（２）入院直後・・・・・・・・・・・・・・・・・・７
（３）入院中・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１０
（４）退院前カンファレンス・・・・・・・・・・・１３
（５）退院時・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１７
（６）退院後・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１９

５　関係職種の紹介・・・・・・・・・・・・・・・・２２

６　はこだて医療・介護連携サマリー・・・・・・・２４

７　はこだて療養支援のしおり・・・・・・・・・・２５

８　医療・介護連携マップ・・・・・・・・・・・・・２６

【参考文献】・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２７

# 1　このガイドブックにかかわる方々

本ガイドブックは，本市の介護保険事業計画の医療・介護連携推進事業の一環として作成しております。支援対象者と支援する関係者は次のような方を想定しています。

〇支援対象者

・入退院支援が必要と判断され，次に該当する方

65 歳以上の方

第２号被保険者で介護保険サービスを利用している方，これから利用を希望する方

〇支援する関係者

【医療機関】

・医師　・看護師　・退院支援看護師　・医療ソーシャルワーカー

・リハビリスタッフ　・薬剤師　・栄養士　など

【在宅生活を支える担当者】

・かかりつけ医，看護師　・ケアマネジャー　・地域包括支援センター職員

・訪問看護師　・リハビリスタッフ　・介護職員　・歯科医師

・かかりつけ薬局薬剤師　・保健師

・その他（住宅改修や医療機器レンタルの事業者など）

【施設生活を支える担当者】

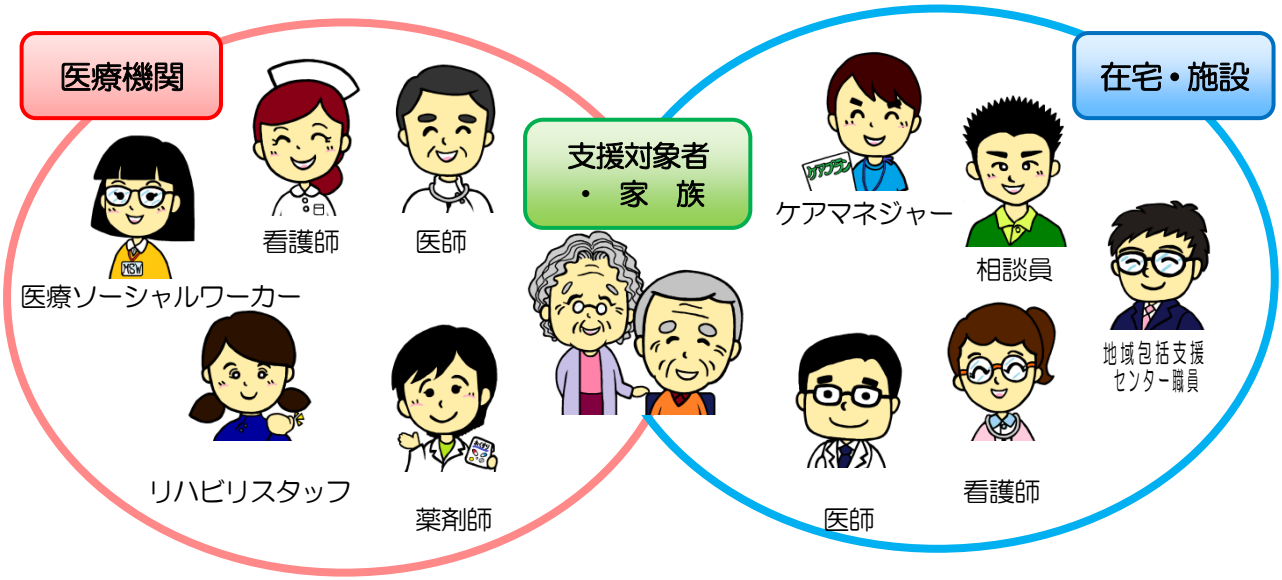
・医師　・看護師　・施設ケアマネジャー　・相談員　・介護職員

・リハビリスタッフ　など

【その他】

・支援対象者にかかわる民生委員，近隣者など

〇このガイドブックのおもな登場人物



## ２　医療と介護の連携推進のための基本マナー

医療と介護にかかわる多職種が，お互いに気持ち良く仕事をするための基本マナーです。
ついつい自分の職種の目線だけで仕事を進めていませんか？
以下の７項目を参考に，日々の仕事を改めて振り返って見てください。他の職種を気遣うことで，よりスムーズな連携と切れ目のない支援につながります。

### ◆ 第一印象を大切に

「出会って数秒の第一印象で，全ての印象が決まる」と言われており，一度相手に与えてしまった悪い印象はなかなか消えず，払拭するためには，長い時間と労力が必要となります。

また，相手にどのように見られているか，どのような印象を与えているかを意識することは，相手の立場を考えるきっかけにもなります。相手への気配り，心配りをあらわす「身だしなみ」や「言葉遣い」を意識してみましょう。

### ◆ 相手の立場に立つ

専門職として高度な専門知識を有する他の職種と連携していくためには，それぞれの職種の立場を良く理解する必要があります。

職種によって，また医療機関や介護事業所によって，さまざまな立場や役割があり，できることとできないことがあります。自分の立場だけを考えずに，それぞれの背景にある制度や法律なども含め理解するよう心がけましょう。

### ◆ きちんと名乗りあう

急いでいるときなどは，特に早口になりがちです。

情報のやり取りを始める前に，自分の勤務箇所，名前，職種などをはっきり正確に伝えたうえで，相手方の名前，職種などもしっかり確認しましょう。

また，支援対象者の情報が誤って伝わらないように，「はこだて医療・介護連携サマリー（情報共有ツール）」（Ｐ２４参照）などを活用し，事前に正確な情報を用意すると便利です。

特に，支援対象者の名前は必ずフルネームで伝え，生年月日などもあわせて伝えられるように準備しておきましょう。

## ◆ 自分の用件と相手方の受入状況を見極める

日頃から，関係する医療機関や介護事業所などの情報を収集し，相手方が落ち着いて十分に対応できる時間帯，曜日などを確認しておきましょう。

また，自分の用件が，どのくらい重要で，どのくらい急ぐものなのかを見極めることも大切です。緊急性が低いときは，事前に確認した時間帯等に連絡することで，緊急な場面での対応をスムーズに進めることができます。

特に，医療機関などに訪問して情報交換する場合は，事前に対応可能なケアマネタイム等の時間帯を確認し，アポイントメントを取ってから訪問しましょう。（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）

## ◆ 医療機関や介護事業所ごとの体制を確認する

連絡を取っている担当者が不在の場合でも困らないように，医療機関や介護事業所ごとの担当者の連絡先や代わりに対応する方を確認しましょう。

また，時間外，休日などの対応が可能なのか，代わりに対応できる医療機関や介護事業所があるのかなど，さまざまな場面を想定して行動できるよう心がけましょう。

## ◆ わかりやすい言葉で，見やすい文字で

自分の職種の中ではあたりまえの言葉でも，他の職種と話すときには，共通に理解できているかを十分に確認しながら，わかりやすく説明するよう意識しましょう。

また，支援対象者の情報を記載する場合は，誰が見てもわかるように，見やすい文字で正確に書くよう心がけましょう。

特に，かかりつけ医は，支援対象者が各サービスを利用するうえで重要な役割である「主治医意見書」「訪問看護指示書」「訪問薬剤管理指導指示書」などを書くことになり，正確で具体的な記載と迅速な提出が必要とされています。病歴や服薬の状況，生活のことなども含めきめ細かな情報が記載されていることで，支援対象者が必要なサービスが何かわかり，スムーズな支援につながります。

## ◆ 顔の見える関係づくり

日々の仕事に追われる環境では，他の職種とのやり取りがどうしても事務的になってしまいがちです。

多職種対象の研修（函館市医療・介護連携支援センターHP http://hakodate-ikr.jp 参照）などに積極的に参加し交流することで，多職種の「顔」や「人となり，背景」を知ることができます。そこで得た人脈を職場に持ち帰って生かすことで，お互いに手応えのある連携の可能性が高まります。

## ３　退院支援フローチャート

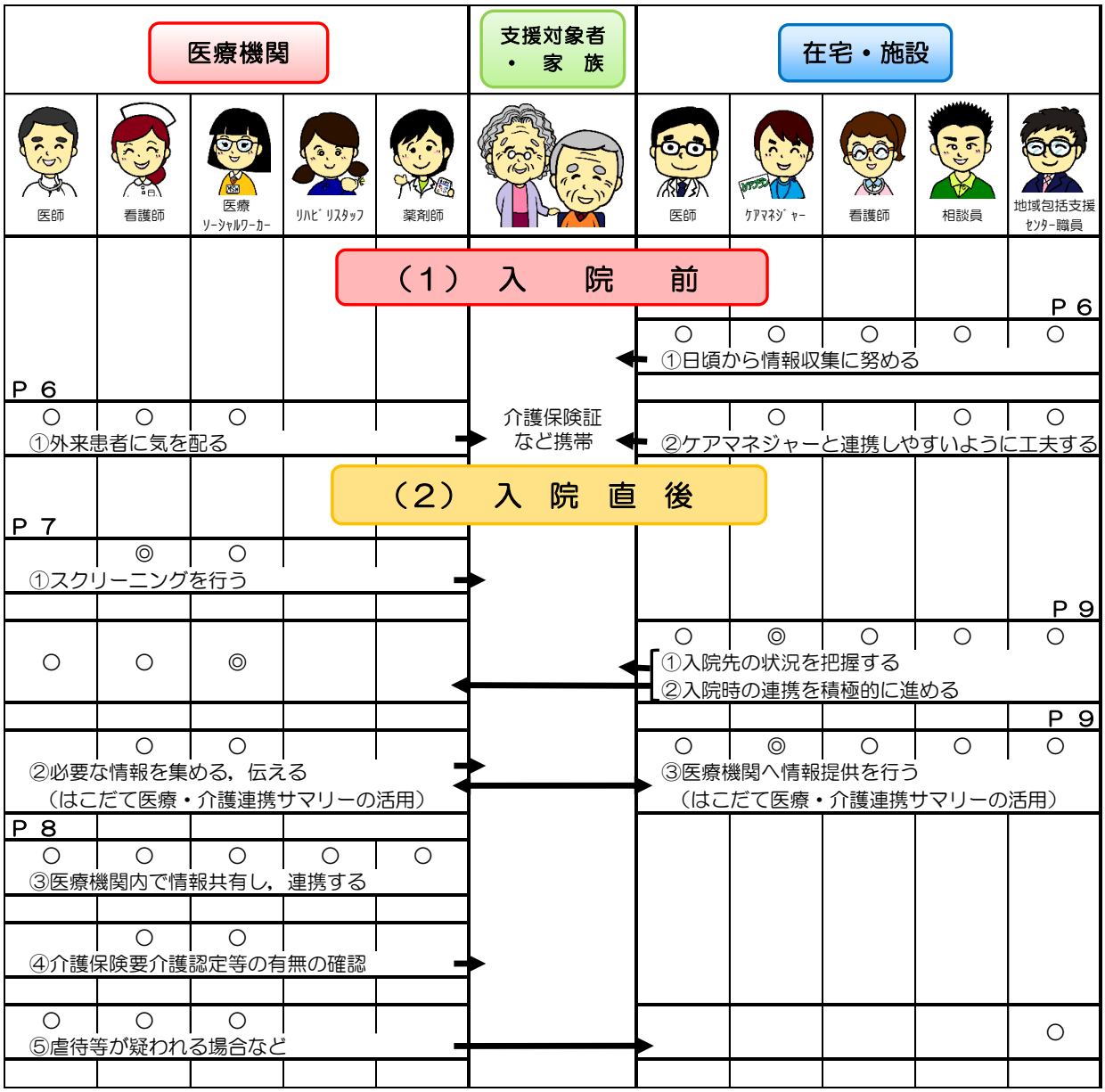
退院支援は，医師から退院の指示があったときからではなく，入院時あるいは外来で入院が必要となったときから退院に向けた支援が必要となります。入院前のＡＤＬ（日常生活動作）や生活状況を把握し，退院した後も可能な限り入院前の状況に戻れるようＱＯＬ（生活の質）に配慮するなど，支援対象者に寄り添う視点と心構えが重要です。

【退院支援フローチャート】

各項目の詳細については，６ページからの「４　退院支援における連携のあり方」をご覧ください。

○…各項目で対応する職種

◎…各項目で主となって対応する職種



| 医療機関 | | | | | 支援対象者・家族 | 在宅・施設 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 医師 | 看護師 | 医療ソーシャルワーカー | リハビリスタッフ | 薬剤師 | | 医師 | ケアマネジャー | 看護師 | 相談員 | 地域包括支援センター職員 |
| **（3）入院中** | | | | | | | | | | |
| P10 | | | | | | | | | | |
| | ○ | ○ | | | | | | | | |
| ①主になる退院支援担当者の決定 | | | | | | | | | | |
| P10 | | | | | | | | | | |
| | ○ | ○ | | | | | | | | |
| ②退院へ向けた計画づくり<br>③支援対象者や家族への配慮 | | | | | → | | | | | |
| P11 | | | | | | | | | | P12 |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ◎ | ○ | ○ | ○ |
| ④在宅・施設担当者との協力 | | | | | ← | ①入院中の支援対象者の情報収集<br>②医療機関担当者との協力<br>③情報収集の際の留意事項 | | | | |
| P11 | | | | | | | | | | |
| ○ | ◎ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ◎ | ◎ | ○ | ○ |
| ⑤医療機器の操作や医療処置の実技指導 | | | | | → | | | | | |
| **（4）退院前カンファレンス** | | | | | | | | | | |
| P13～15 | | | | | | | | | | P15～16 |
| ○ | ◎ | ◎ | ○ | ○ | | ○ | ◎ | ○ | ◎ | ○ |
| ①退院前カンファレンスの目的と日程調整<br>②退院前カンファレンスの時期と回数<br>③退院前カンファレンスの進め方<br>④退院前カンファレンスの内容の共有 | | | | | → | ①退院前カンファレンスの開催の判断<br>②退院前カンファレンス参加者への連絡・調整<br>③退院前カンファレンスの心構え<br>④サービス担当者会議の内容の共有 | | | | |
| **（5）退院時** | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | P17 |
| | ○ | ○ | | | | | ○ | | | ○ |
| | | | | | ← | ①ケアプランの作成と情報提供 | | | | |
| P17 | | | | | | | | | | |
| ○ | ◎ | ◎ | ○ | ○ | | ○ | ◎ | ○ | ◎ | ○ |
| ①退院に向けての最終調整 | | | | | → | | | | | |
| P17 | | | | | | | | | | |
| | ○ | ○ | | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ②退院時の情報提供<br>（はこだて医療・介護連携サマリーの活用） | | | | | → | | | | | |
| | | | | | | | | | | P17 |
| | | | | | | ○ | ◎ | ○ | ◎ | ○ |
| | | | | | | ②介護事業所間での情報提供 | | | | |
| | | | | | | | | | | P18 |
| ○ | ◎ | ◎ | ○ | ○ | | ○ | ◎ | ○ | ◎ | ○ |
| | | | | | ← | ③その他必要な準備 | | | | |
| **（6）退院後** | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | P19 |
| | ○ | ○ | | | | | ○ | | ○ | |
| | | | | | ← | ①退院後の情報提供 | | | | |
| P19 | | | | | | | | | | |
| ○ | ○ | ○ | | | | ◎ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ①急変時の対応 | | | | | ↔ | ②急変時のかかりつけ医または施設協力医の役割 | | | | |
| ○ | ○ | ○ | | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ②外来時の対応 | | | | | → | | | | | |

# ４　退院支援における連携のあり方

## （１）入院前

医療機関

### ①　外来患者に気を配る

日頃から，支援対象者については，外来で関わる中で，できるだけ把握しておくと，入院時の対応がスムーズに進みます。

在宅・施設

### ①　日頃から情報収集に努める

かかりつけ医やケアマネジャーは，日頃から支援対象者，家族のニーズを把握することが可能です。

入院が必要な状態になる前から，支援対象者の病歴や服薬の状況，キーパーソンなどの情報を把握し，仮に入院した場合にどのように退院に向けて調整すべきかを意識することも大切です。

### ②　ケアマネジャーと連携しやすいよう工夫する

支援対象者には，「介護保険証」のほか，ケアマネジャーの氏名・連絡先などを記入したメモなどを，「医療保険証」とともに携帯するよう勧めておくと，入院の際に，医療機関がケアマネジャーを把握しやすく，入院時のスムーズな連携に役立ちます。

## （2）入院直後

医療機関

### ① スクリーニングを行う

医療機関では患者が入院した際，退院支援が必要（※）かどうかスクリーニング票を使用するなどして判断します。スクリーニングは，外来で入院が必要と判断した時に実施する場合もありますが，入院直後のできるだけ早い段階で対応することが多いです。

**※　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
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　　・・・など

### ②　必要な情報を集める，伝える

在宅生活時の状況を支援対象者や家族から十分に聞き取るとともに，支援対象者または家族の同意を得たうえで，かかりつけ医やケアマネジャー等の在宅・施設担当者からも情報収集を行います。基本的な情報を網羅できるよう作成している「はこだて医療・介護連携サマリー（情報共有ツール）」（※）の活用を推奨します。

また，情報収集に際しては，情報収集の窓口や希望する提供方法（FAX，電話，面談など）を明確にしておくことで，よりスムーズな情報収集が可能となります。

**※　はこだて医療・介護連携サマリー（情報共有ツール）**

医療・介護関係者の連携のための情報共有ツール（P２４参照）です。
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」**で構成されており，どの職種の方にも「分かりやすく」「見やすく」「連携しやすく」なるよう作成されたものです。

●多職種連携推進のために，医療・介護連携推進協議会ではこの様式を推奨していますが，各機関において現在活用されている独自様式の利用を妨げるものではありません。

## 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ない場合は，支援対象者や家族の意向を確認し，函館市地域包括支援センター（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，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。

●地域包括支援センター

| 名　　称 | 所在地 | 電話番号 |
|---|---|---|
| 北斗市地域包括支援センターかけはし | 北斗市中野通２丁目１８－１ | ７４－２５３０ |
| 介護総合支援センター安心ななえ | 七飯町本町６丁目１－１ | ６６－２４８８ |

●関係窓口

| 名　　称 | 所在地 | 電話番号 |
|---|---|---|
| 北斗市民生部保健福祉課　地域包括ケア推進係 | 北斗市中央１丁目３－１０ | ７３－３１１１ |
| 七飯町福祉課　地域包括支援係 | 七飯町本町６丁目１－１ | ６６－２４８８ |

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がスムーズに進められるよう，家族などから病名，入院している診療科，病棟入院日を確認します。

## 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。積極的かつ適切に対応していくことが重要です。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。 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，退院へ向けて協働で進めていけるように努めます。

## ③ 医療機関へ情報提供を行う

入院医療機関に対しては，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す。支援対象者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。「はこだて医療・介護連携サマリー（基本ツール）」は，入院後，７日以内を目安に医療機関に提供しましょう。また，医療機関から求めがあった場合は，迅速に提供できるよう作成に努めましょう。

そのほか医療機関への訪問・電話等のやりとりの中で，より詳細な在宅での情報を提供する場合は，「応用ツール」を活用してください。応用ツール等の記載・提供に関しては，各専門職（訪問看護師等）と相談するなど，より詳細な情報提供ができるよう心がけましょう。

**※ 医療機関への情報提供で注意する点**

① 医療機関へ訪問し，面談での情報提供を心がける
② やむを得ずFAXなどを使用する場合は，
- 相手方にその旨連絡し了承を得て，専用の提出先を再確認
- 送信票をつけ，送信元がわかるようにする
- 個人情報が特定できないよう氏名，生年月日は記入しない
（FAXの後，電話で知らせる）

･･･など，個人情報の取り扱いに十分注意が必要です。

## （3）入院中

医療機関

### ①　主になる退院支援担当者の決定

医療機関の退院支援部門には，看護師や医療ソーシャルワーカーなどが配置されていますが，支援対象者や家族，在宅・施設担当者がわかりやすいように，主に対応する退院支援担当者を決めるなど，相談窓口を明確にしましょう。

### ②　退院へ向けた計画づくり

退院支援担当者は，ケアマネジャーなどから得た情報をもとに，入院後早期に，支援対象者が必要とする支援，利用できる社会資源を確認し，退院に向けてどのような準備をすべきかを記載した「退院支援計画書」（※）の作成を行います。

作成した計画は，支援対象者・家族に説明し同意を得て，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。

入院期間が長期となる場合や支援対象者・家族の状況に変化があった場合，予想される退院先に変更があった場合等には「退院支援計画書」の見直しが必要です。

**※　退院支援計画書の主な記載内容**

- 退院困難な要因
- 退院にかかる問題点，課題等
- 退院へ向けた目標設定，支援期間，支援概要
- 予想される退院先
- 退院先として利用が予想される社会資源　など

### ③　支援対象者や家族への配慮

支援対象者が，入院後すぐに退院の話をされることに対して「早く出そうと思っているのでは？」と不信感を抱くことなく，納得して退院に踏み出せるように，十分なコミュニケーションをとる必要があります。支援対象者や家族の意向を確認しながら，できるかぎりいくつかの選択肢を提案し，退院後の生活について具体的なイメージを持てるよう支援することを心がけましょう。支援対象者が遠慮して本心を言えずに，１つの提案をそのまま受け入れてしまうことがないようにしましょう。

また，退院支援の方向性や内容を決めるうえで，家族関係や介護力なども重要な要素となります。入院中にできるだけ，支援対象者に関わる家族の状況などを把握し，退院後の生活を支える在宅・施設担当者と情報共有するなど，いかに家族の負担や不安を軽減できるかという視点でも，積極的に支援するよう心がけましょう。

## ④　在宅・施設担当者との協力

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，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）

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。

**※　連携での注意点**

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。

## 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れば，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。

施設入居者の場合は，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。（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）

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。

在宅・施設

## ①　入院中の支援対象者の情報収集

在宅・施設担当者は，支援対象者が利用する在宅サービスによって，退院時の調整に時間を要する場合もあることを考慮し，医療機関に対し，支援対象者の病状や経過などについて，早い段階から積極的に情報収集するように心がけましょう。

## 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。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。

## 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。

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。

**<u>※退院への移行準備において重要なポイント</u>**

① 支援対象者の状況を的確に把握しているかどうか
② 支援対象者や家族が希望する場所で安定した生活を送れるかどうか
③ 支援対象者や家族が納得しているかどうか

## （4）退院前カンファレンス

医療機関

### ①　退院前カンファレンスの目的と日程調整

退院前カンファレンスは，病状が落ち着いた段階で，退院後の療養や生活面の課題等について関係する多職種間で情報共有し，支援内容や方法を確認するために行うとともに，支援対象者や家族の希望を確認し，より安定した療養生活に向けて準備を進めるために行います。

医療機関の退院支援担当者から関係者（※）に連絡をし，日程調整しますが，介護事業所などに対しては，ケアマネジャーから連絡してもらうよう依頼するとスムーズです。参加者の日程調整や準備に要する時間を考慮し，開催日程はできるだけ早く伝えましょう。

医療依存度が高い支援対象者の場合や，支援対象者に訪問診療の必要性がある場合などは，かかりつけ医や訪問看護師，施設の看護師等が参加できるように調整しましょう。

このカンファレンスを踏まえ，在宅・施設担当者による受け入れ準備が行われます。医療機関側でも，カンファレンスの情報をもとに退院後の生活を見据え，必要に応じ重ねて，支援対象者や家族へ医療処置等の説明や実技指導・調整を行います。

**※　想定される関係者**

①　支援対象者・家族など
　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　医療機関
　・医師　・看護師　・退院支援看護師　・医療ソーシャルワーカー
　・リハビリスタッフ　・薬剤師　・栄養士　など

③　在宅生活を支える担当者
　・かかりつけ医，看護師　・ケアマネジャー　・地域包括支援センター職員
　・訪問看護師　・リハビリスタッフ　・介護職員　・歯科医師
　・かかりつけ薬局薬剤師　・保健師
　・その他（住宅改修や医療機器レンタルの事業者など）

④　施設生活を支える担当者
　・医師　・看護師　・施設ケアマネジャー　・相談員　・介護職員
　・リハビリスタッフ　など

⑤　その他
　・支援対象者にかかわる民生委員，近隣者　など

## ②　退院前カンファレンスの時期と回数

支援対象者の治療状況や，入院前の生活状況，医療機関の体制などにより，カンファレンスの開催時期や回数は異なります。退院後に予想される課題解決のためにも，在宅・施設担当者が支援対象者の退院に向けて受け入れ準備を行うことを考慮し，できるだけ早い段階での開催が望ましいでしょう。遅くても退院予定日の１週間前までに１回以上は行いましょう。

## ③　退院前カンファレンスの進め方

支援対象者や家族が気軽に発言できるように，参加者の情報を事前に伝えておきます。また，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，できるだけ個室で行うなどし，個人情報保護に配慮しましょう。

支援対象者の状況に応じて所要時間に長短の差がでますが，関係者の負担を軽減し，効果的な話し合いの場とするために，「３０分程度」を目標にタイムテーブル（※１）をつくるほか，事前にできる準備など（※２）を整えて臨みましょう。

**※１　退院前カンファレンスのタイムテーブル（例）**

| | 内容 | おもな発言者 | 所要時間 |
|---|---|---|---|
| 1 | 司会者あいさつ | 退院支援担当者 | 1分 |
| 2 | 参加者の紹介 | 退院支援担当者 | 1分 |
| 3 | 開催の趣旨説明 | 退院支援担当者 | 1分 |
| 4 | 病状の経過と治療内容，予後について | 担当医 | 2分 |
| 5 | 入院中の ADL や，必要な支援内容 | 担当看護師など | 2分 |
| 6 | 支援対象者・家族の意向，心配なこと | 支援対象者・家族 | 5分 |
| 7 | 退院後の担当医の確認，療養の方針 | かかりつけ医など | 2分 |
| 8 | 薬剤管理，服薬支援 | 薬剤師 | 2分 |
| 9 | 医療処置，介護方法の習得状況等 | 担当看護師など | 1分 |
| 10 | 今後の課題と対策 | 担当看護師など | 3分 |
| 11 | 緊急時の体制の確認 | 退院支援担当者 | 1分 |
| 12 | 在宅生活の目標と必要なサービス | ケアマネジャー | 2分 |
| 13 | 医療機関への質問・要望 | ケアマネジャー | 3分 |
| 14 | 在宅・施設担当者への質問・要望 | 退院支援担当者 | 3分 |
| 15 | まとめ | 退院支援担当者 | 1分 |

**※2　事前に準備できること**

①在宅・施設担当者から質問を確認し，事前に回答を準備しておく
②伝えたい情報の要約や尋ねたい内容を箇条書きしておく
（情報の整理には「はこだて医療・介護連携サマリー」を活用するとより効率的です。）
③効率的に行うために時間配分を確認する
④退院支援担当者とケアマネジャーの間で，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
⑤参加者全員が理解できるように略語や専門用語は，極力使わない
⑥緊急連絡先・連絡方法・移送方法などをまとめておく

## ④　退院前カンファレンスの内容の共有

カンファレンスで話し合われた内容については，文書として記録を残し，退院支援にかかわる多職種，支援対象者・家族に配付し，共有します。カンファレンスの中で改めて出た課題などについて整理し，解決策などを目に見える形で示すことで，支援対象者や家族が退院後の療養生活を安心して迎えることができます。

## ①　退院前カンファレンスの開催の判断

退院前カンファレンスは，医療機関が主体的に進めていくものです。一方で，ケアマネジャーなど在宅・施設担当者が，支援対象者の退院後の療養生活を整えていくうえで，医療機関側との情報共有はとても重要なものです。ケアマネジャーが退院前カンファレンスの必要性を感じた場合は，医療機関の退院支援担当者（医療ソーシャルワーカーや看護師等）とよく相談し，検討してもらうようにしましょう。

## ②　退院前カンファレンスの参加者への連絡・調整

医療機関から開催の連絡があった場合，ケアマネジャーは，ほかの在宅・施設担当者に対して連絡し，日程調整しましょう。

また，地域の民生委員，近隣者などが支援対象者の在宅支援に携わるため，病状等の情報共有や関係者間の顔合わせが必要と思われる場合は，医療機関に必要な手続き（支援対象者・家族の同意を得るなど）を確認し，同席可能か調整すると良いでしょう。

## ③　退院前カンファレンスの心構え

カンファレンスに確実に参加できるように，退院支援担当者などにカンファレンスの開催時期を事前に確認するようにしましょう。

カンファレンス前には，確認したい点や質問事項など要点を整理し，医療機関へ伝えておくと，より効率的にカンファレンスが進みます。想定される退院後のケア内容に関しての中止基準や禁忌事項についても，担当医から指示をもらえるよう準備をしておきましょう。

カンファレンス時，医療機関の担当医やかかりつけ医は，急患への対応などで退席することもありますので，前段で情報収集するなど工夫すると良いでしょう。

また，カンファレンスを踏まえ，引き続きサービスの調整や契約などを行う場合は，事前に医療機関の退院支援担当者等に了承を得て行いましょう。

## ④　サービス担当者会議の内容の共有

カンファレンスと同時に，もしくは引き続き，サービス担当者会議を開催する場合もあります。話し合われた内容については，文書として記録を残し，在宅・施設生活を支える担当者や，支援対象者・家族に配付し，共有します。話し合いの中で改めて出た課題などについて整理し，解決策などを目に見える形で示すことで，支援対象者や家族が在宅や施設での生活を安心して送ることができます。

## （5）退院時

医療機関

### ①　退院に向けての最終調整

在宅での医療処置や介護方法の具体的な指導，必要な医療機器や物品の準備，服薬指導，移送手段の確保など，退院後の療養生活に支障が出ないように，最終調整を行います。ケアマネジャーと情報共有し，退院後に利用する制度やサービスなども確認しましょう。

### ②　退院時の情報提供

退院支援担当者は，退院時の支援対象者の情報（「はこだて医療・介護連携サマリー（基本ツール）」など基本情報のほか，必要に応じて「応用ツール」や看護サマリーなど）を，できるだけ正確に在宅・施設担当者に引き継ぎます。特に，入院期間が短く十分なカンファレンスができなかった場合は，できるだけ詳細な情報を引き継ぐようにしましょう。

在宅・施設

### ①　ケアプランの作成と情報提供

ケアマネジャーは，退院にあわせて，ケアプランの作成，各介護事業所等との調整を行います。ケアプランの作成後は，必要に応じてその写しを退院支援担当者に渡しましょう。

### ②　介護事業所間での情報共有

医療機関から「はこだて医療・介護連携サマリー（基本ツール）」および「応用ツール」などの提供を受けた場合には，ケアマネジャー，訪問看護ステーションやその他の介護事業所間（施設入所者の場合は施設職員間）で情報共有できると，支援対象者の状態が把握しやすくなります。

### ③　その他必要な準備

在宅サービスの調整および必要な福祉用具の搬入など，退院後の療養生活に支障が出ないように，最終調整を行います。退院支援担当者と情報共有し，在宅での医療処置や介護方法の具体的な指導，必要な医療機器や物品の準備，服薬指導，移送手段の確保なども確認しておきましょう。

## （6）退院後

医療機関

### ①　急変時の対応

退院後，症状が悪化して再入院となる場合などの際に迅速な対応をするためにも，医療機関担当者と在宅・施設担当者との継続的な連携は大変重要です。カンファレンスの際に，緊急時の体制について確認した内容を，医療機関担当者間で常に確認しておきましょう。

### ②　外来時の対応

支援対象者の外来来院時には，在宅での療養において困っていることがないか，家族の介護状況に問題がないかなどを確認し，在宅・施設担当者と連携しながら療養の調整などを行いましょう。

在宅・施設

### ①　退院後の情報提供

在宅・施設担当者は，退院後の療養生活について，医療機関担当者に情報提供を行うことを心がけましょう。医療機関担当者へ積極的に情報提供を行うことで，医療機関職員の医療ケアの向上等にも繋がります。支援対象者や家族が安心して療養生活を送れるように支援しましょう。

### ②　急変時のかかりつけ医または施設協力医の役割

かかりつけ医または施設協力医は，支援対象者が急変した際の対応について，緊急を要する症状や状態がどのようなものか，どこに連絡し，どのように対応すれば良いかなど，具体的に整理し，在宅で介護する家族や介護事業所へ伝えましょう。

## 急変時の対応に関する体制について（※１）（H29.7.1 から運用開始）

搬送される高齢者の方で，診察により軽症または中等症の状態であるが，何らかの理由により帰宅が困難で経過観察が必要だと判断された方をオーバーナイトすることとしています。

１　対象者（軽症・中等症で二次救急医療機関に救急受診される以下の方）
- ６５歳以上の方
- 介護保険の第２号被保険者で介護保険サービスを利用している方

２　急変時対応の仕組み

（１）通常の体制（重症の方）
- 救急医療体制により，初期（夜間急病センターなど）・二次・三次救急医療機関で受診（※２）
- 入院した場合，経過を見て各医療機関の連携室機能により，在宅復帰・介護施設への受け渡しや，継続して治療が必要な場合の転院・転棟・転床を行う

（２）医療・介護連携を視点に，拡充となった受入体制
（軽症・中等症で経過観察が必要な方）
- かかりつけ医（主治医）へ連絡し，指示を仰ぐ
- かかりつけ医（主治医）の判断・指示のもとに，現行の救急医療体制を適用し初期（夜間急病センターなど）・二次・三次救急医療機関で受診（何らかの理由により帰宅が困難で経過観察が必要だと判断された，上記１の対象者をオーバーナイト）
- 基本的には各医療機関の連携室機能により，在宅復帰・介護施設への受け渡しや転院，転棟，転床を行う
- 各医療機関において転院等の調整を行う際に函館市医療・介護連携支援センターホームページ上の「急変時対応協力機関空床情報システム」を活用
- 函館市医療・介護連携支援センターは転院・転出先となる協力機関の「急変時対応協力機関空床情報システム」を管理し，各医療機関の連携室機能をサポートする
- 対応困難な場合は，翌営業日以降，函館市医療・介護連携支援センターに連絡・相談を行う

※１　医療・介護連携推進協議会の連携ルール作業部会の急変時対応分科会において，医療・介護連携における「急変時対応の仕組み」を協議し，上記の体制により対応することで合意を得ています。

※２　初期救急医療機関とは
在宅当番医や夜間急病センターなど，休日および夜間において，比較的軽症の救急患者を受け入れる医療機関

二次救急医療機関とは
詳しい検査や入院治療を必要とするなど，重症の救急患者を受け入れる医療機関（市内の病院が当番制で対応）

三次救急医療機関とは
高度な医療が必要となるなど，生命に危険が及ぶ患者を受け入れる医療機関

## 日常の療養支援と多職種の連携

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ときがあります。

支援対象者の状況に応じて，必要な連携をとるよう心がけましょう。
（様々な職種については，次ページ「５　関係職種の紹介」参照）

## ５　関係職種の紹介

| 職　　種 | 働いている場所・機関 | 仕事内容・役割 |
|---|---|---|
| 医師 | 病院・診療所<br>施設（入所・通所） | 診察・治療・薬の処方などを行い，病気や健康状態の管理をします。かかりつけ医として，定期的な訪問診療や急な往診にも対応し，本人や家族主体の医療を提供します。 |
| 看護師 | 病院・診療所<br>施設（入所・通所）<br>訪問看護ステーション | 医師の診察・治療を行う際の補助や，病気や怪我のケアをします。また，ご自宅に伺い健康状態の確認，必要な医療処置，入浴・排せつなどの日常生活の介助，栄養指導，リハビリ等もします。 |
| 保健師 | 市役所・保健所 | 地域住民に対して，健康増進や病気の予防・早期発見を目的に健康相談や保健指導などを行います。 |
| 歯科医師 | 病院・歯科診療所 | 歯の治療・保健指導・健康管理などをします。かかりつけ歯科医として，寝たきりや施設に入所し歯科診療所に通えない方のために，訪問して虫歯の治療だけではなく，入れ歯や口の中の状態をチェックする検診や口腔ケアをします。 |
| 歯科衛生士 | 病院・歯科診療所<br>施設（入所・通所） | 歯科医師の診察・治療を行う際の補助や，口の中の清掃・機能低下予防の指導など，口の中の健康を支え『食べる楽しみ』のお手伝いをします。 |
| 薬剤師 | 病院<br>調剤薬局 | 処方箋による調剤の他，処方された薬の説明や，残薬管理，飲み合わせ・副作用等の相談にのり助言します。また，医師の指示に基づき，ご自宅に薬を届けるだけではなく，服薬カレンダーのセットや，薬が飲みにくい場合の工夫・提案もします。 |
| 管理栄養士・栄養士 | 病院・診療所<br>施設（入所・通所） | 医師の指示に基づき，本人の状態に合わせて栄養・食事に関する必要な情報や，食事療法に関する相談・指導をします。施設においては，食事計画等を作成し，栄養状態や身体機能の維持・向上を図ります。 |
| リハビリスタッフ | 病院・診療所<br>施設（入所・通所）<br>訪問リハビリ事業所<br>訪問看護ステーション | 【理学療法士】<br>病気や怪我などで身体に障がいのある方や，障がいの発生が予測される方に対して，様々な運動等により日常生活に必要な体力をつけたり，動作能力の改善を図ります。<br>【作業療法士】<br>身体や精神に障がいのある方や，障がいの発生が予測される方に対して，様々な作業活動等により諸機能の回復・維持・開発を目指し，心と身体の機能改善を図ります。<br>【言語聴覚士】<br>言語や音声・発音，聴覚，認知などの機能が損なわれて起こるコミュニケーション障がいの方，食べたり飲み込んだりすることなどに困難がある摂食・嚥下障がいの方や，障がいの発生が予測される方に対して，テストや検査を実施し評価を行った上で，必要に応じ訓練・指導・助言等をします。 |

| 職　　種 | 働いている場所・機関 | 仕事内容・役割 |
|---|---|---|
| 柔道整復師 | 病院・整骨院<br>施設（入所・通所） | 骨折および脱臼（医師の同意が必要），捻挫・打撲・肉ばなれなど，各種損傷に対して手術などの外科的方法ではなく，人間の持つ自然治癒力を最大限に発揮させて施術します。また，怪我などにより歩行が困難になった高齢者の自宅や施設に訪問し施術したり，在宅・施設・整骨院内の機能訓練指導員として，日常生活を営むために必要な機能改善や，現状能力の維持・減退防止のために訓練します。 |
| 鍼灸師・マッサージ師 | 病院・整骨院<br>鍼灸マッサージ院<br>施設（入所・通所） | はり師・きゅう師・あん摩マッサージ指圧師の３つの国家資格を合わせ持つ専門家で，現代医学的や伝統医学的な視点から鍼灸・マッサージ施術を行い，様々な疾病の治療や健康増進を促します。また、歩行が困難になった高齢者の自宅や施設に訪問し，医師の同意書により治療やリハビリを行います。 |
| 相談員 | 病院・診療所<br>施設（入所・通所） | 【医療相談員（医療ソーシャルワーカー）】<br>医療機関の中で，本人や家族の抱える経済的・心理的・社会的問題に関する相談にのり，安心して退院後の在宅生活が送れるようケアマネジャーや，他の専門職と連携して問題を解決・調整し，社会復帰の促進を図ります。<br><br>【施設（生活）相談員】<br>施設の中で，本人や家族の抱える経済的・心理的・社会的問題に関する相談にのり，ケアマネジャーや，他の専門職と連携して問題を解決・調整し，生活の質の向上に務めます。 |
| 地域包括支援センター職員 | 地域包括支援センター | 主な設置主体は市町村等各自治体で，高齢者が住み慣れた地域で安心して生活が出来るよう，介護予防や日々の暮らしを様々な側面からサポートします。<br><br>【社会福祉士】<br>消費者被害や高齢者虐待の防止など高齢者の権利を守るために関係機関との連携を図りながら相談・支援をします。<br><br>【保健師】<br>高齢者が健康な生活を送れるようサポートし，介護予防のための助言・指導をします。<br><br>【主任ケアマネジャー】<br>地域のケアマネジャーからの相談を受け，助言・指導を行うなどの後方支援を行う他，地域の社会資源の発掘や医療機関などを含めた様々な関係機関とネットワークを構築します。 |
| ケアマネジャー | 居宅介護支援事業所<br>施設（入所） | 介護保険利用者の方がその人らしく暮らすことが出来るよう，本人や家族の相談にのり，ケアプランを作成し，医療機関・介護事業所や施設内の多職種との調整をします。 |
| 介護職員 | 介護事業所<br>施設（入所） | 高齢者などがその人らしく暮らすことが出来るよう，介護計画等に沿って，食事・着替え・入浴など日常生活上の介護を行います。 |
| 福祉用具専門相談員 | 福祉用具貸与・販売事業所 | 介護保険を適用して福祉用具を利用する際に，選定や使い方などの相談・調整を行います。 |

# 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）

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】

情報提供先 施設名称　御中　　情報提供先 担当者名　様

● 基本情報等

（フリガナ）氏名　生年・性別等　年　生　歳　性別　□男　□女（満　歳）　生活保護　□無　□有　障害者認定　□無　□有　□身体（　級）　□療育（　級）　□精神（　級）　□特定疾患（　）

現住所　電話番号

居住　□戸建（　階）　□集合住宅（　階）※エレベータ　□有　□無　□施設（　）　医療保険関係　□健康保険　□国民健康保険　□後期高齢者　□その他（　）

要介護度　認定有効期間　～　年　月　日　～　年　月　日　障害高齢者日常生活自立度（寝たきり度）　認知症高齢者日常生活自立度

同居家族　□無　□配偶者　□子　□子の配偶者　□兄弟姉妹　□その他（　）

連絡先①　続柄　□同居　□別居　電話　関係　□主介護者　□キーパーソン　□その他（　）

連絡先②　続柄　□同居　□別居　電話　関係　□主介護者　□キーパーソン　□その他（　）

● 医療情報等　*資料医師等が携食や口腔ケアに介入されている場合は，応用ツール④を作成下さい。

| 主病名 | 医療機関等名称 | 診療科名等 | 投薬表 | 受診状況等 | *特記 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | □ |
| | | | | | □ |
| | | | | | □ |

*特記欄の付く場合は応用ツール③を作成して下さい。

● 身体・生活機能等　評価日　令和　年　月　日　□入院時　□入院中　□退院時　□地域生活期　□その他（　）

| | | | |
|---|---|---|---|
| *食事 | □自立　□一部介助　□全介助 | *食事・水分制限 | □無　□有 |
| *起き上がり・ベッド間の移乗 | □自立　□一部介助（監視下）　□全介助（座れるが移れない）（座れない） | 移動 | □自立　□介助　□杖　□歩行器　□車いす　□その他（　） |
| 整容 | □自立　□一部介助　□全介助 | オムツ使用（パッド含む） | □無　□夜間　□常時 |
| トイレ動作 | □自立　□一部介助　□全介助 | PTトイレ使用 | □無　□夜間　□常時 |
| 入浴 | □自立　□一部介助　□全介助 | *認知症状状 | □無　□記憶障害　□幻覚・妄想　□意識・暴力　□妄想徘徊　□不潔行為　□介護への抵抗　□徘徊　□抑うつ・不安　□その他（　） |
| 平地歩行 | □自立　□一部介助（歩行器等）（歩行可能）　□車椅子操作が可　□全介助 | | |
| 階段昇降 | □自立　□一部介助　□全介助 | | |
| 更衣 | □自立　□一部介助　□全介助 | 意思の伝達 | □可　□時々可　☑ほとんど不可　□不可 |
| 排便コントロール | □自立　□一部介助　□全介助 | 失禁症 | □無　□有　□不明 |
| 排尿コントロール | □自立　□一部介助　□全介助 | *服薬管理 | □自立　□見守り　□一部介助　□全介助 |

| 口腔・栄養 | 身長 | 体重 | 歯の汚れ | 義歯 | 義歯の出し・置き | 義歯使用 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | cm | kg　□無　□有 | □無　□有 | □無　□有 | □無　□有 | □無　□有 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 麻痺の状況 | □無　□軽度　□中度　□重度 | 麻痺の部位 | □左上肢　□右上肢　□その他　□左下肢　□右下肢（　） |
| 視力［日常生活に支障］ | □無　□有⇒（　） | ・眼鏡 | □無　□有 |
| 聴力［日常生活に支障］ | □無　□有⇒（　） | ・補聴器 | □無　□有 |

*特別な医療等（応用ツールを作成）

□酸素（応用ツール②）作成　□皮膚疾患（応用ツール⑤）作成　□認知症（応用ツール③）作成　□食事摂取困難（応用ツール②）作成　□自己導尿清潔装置（応用ツール②）作成　□透析液供給装置　□酸素療法（応用ツール②）作成　□吸引器　□輸液ポンプ　□中心静脈栄養（応用ツール②）作成　□在宅自己注射（インスリン）（応用ツール③）作成　□経管栄養（応用ツール②）作成　□留置カテーテル（応用ツール②）作成　□自己導尿（応用ツール②）作成　□腎臓・尿管疾患等（応用ツール②）作成　□ドレーン（部位：　）　□人工呼吸器（応用ツール②）作成　□気管カニューレ（応用ツール②）作成　□人工肛門・人工膀胱（応用ツール②）作成　□感染症（応用ツール②）作成　□リハビリテーション（リハビリテーションサマリー）作成　□慢性期疼痛管理（応用ツール②）作成　□本人の意向を尊重した意思決定支援のための情報（応用ツール④作成）　□その他（応用ツール②）作成

在宅介護サービス等　□訪問診療　□訪問歯科診療　□訪問看護　□訪問介護　□訪問入浴　□訪問リハビリ　□通所リハビリ　□通所介護　□ショートステイ　□住宅改修　□福祉用具　□定期巡回　□小多機　□看多機　□その他（　）　□在宅介護支援　□包括支援センター　□無し

*介護上，特に注意すべき点等（応用ツール③）作成　□無　□有

*医療・ケアに関する本人・家族の意向等（応用ツール③）作成　□無　□有

*食事の項目で[自立]以外，食事・水分制限の項目で[有]，口腔・栄養機のむせと水分トロミの項目で[有]を選択した場合は応用ツール④を作成下さい。
*起き上がり・ベッド間の移乗の項目で[自立]以外は応用ツール②を，認知症状状[無]以外は応用ツール③を，服薬管理[自立]以外は応用ツール⑤を作成下さい。

本サマリーの記入者　所属名

電話　FAX　記入者　作成日

*応用ツール以外の書式を活用する場合は応用ツール①をのぞく作成下さい。

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。

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。

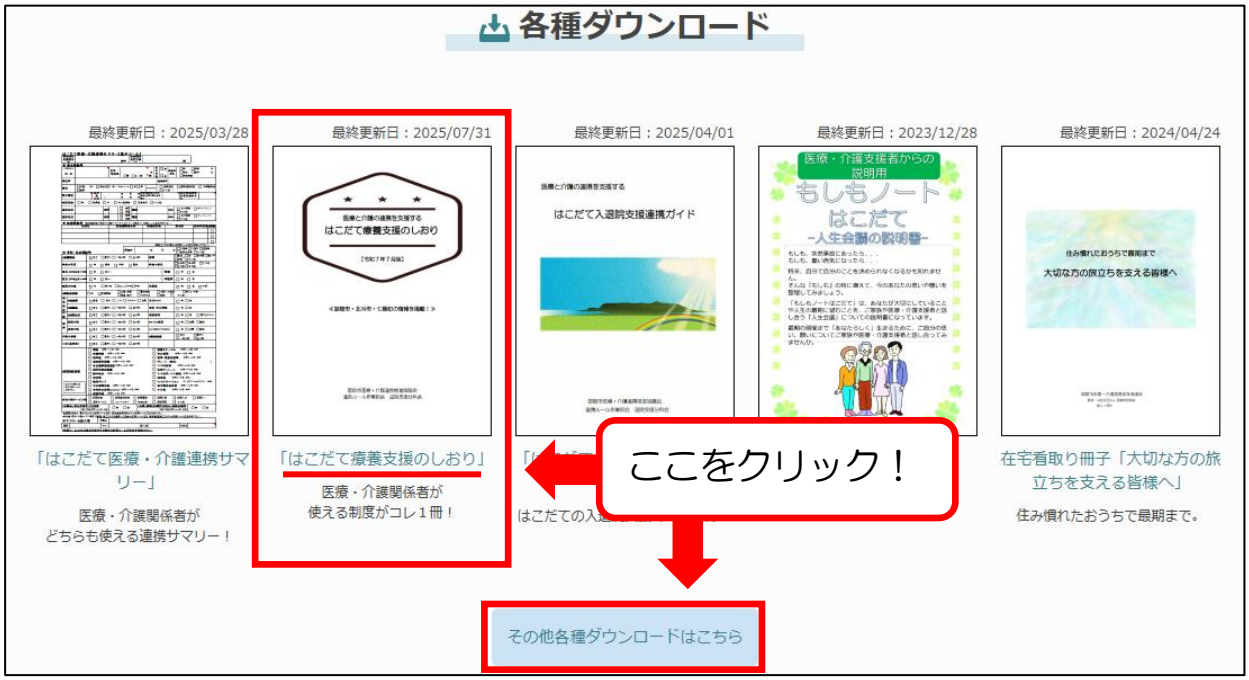
各職種，各施設においては「診療情報提供書」や「看護添書」，「フェイスシート」など様々な様式が存在し活用されておりますが，必要に応じてこのサマリーと併用していただければ幸いです。

**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。**

## ７　はこだて療養支援のしおり

「はこだて療養支援のしおり」は，地域の医療・介護関係者の皆様から寄せられた療養に関する，ご意見・ご相談をもとに知っていたら便利な情報を一冊にまとめております。

※ 函館市医療・介護連携支援センターHP より抜粋




「はこだて療養支援のしおり」は
函館市医療・介護連携支援センターHP から閲覧，
ダウンロード出来ます！
また，印刷して手元においてご活用ください！

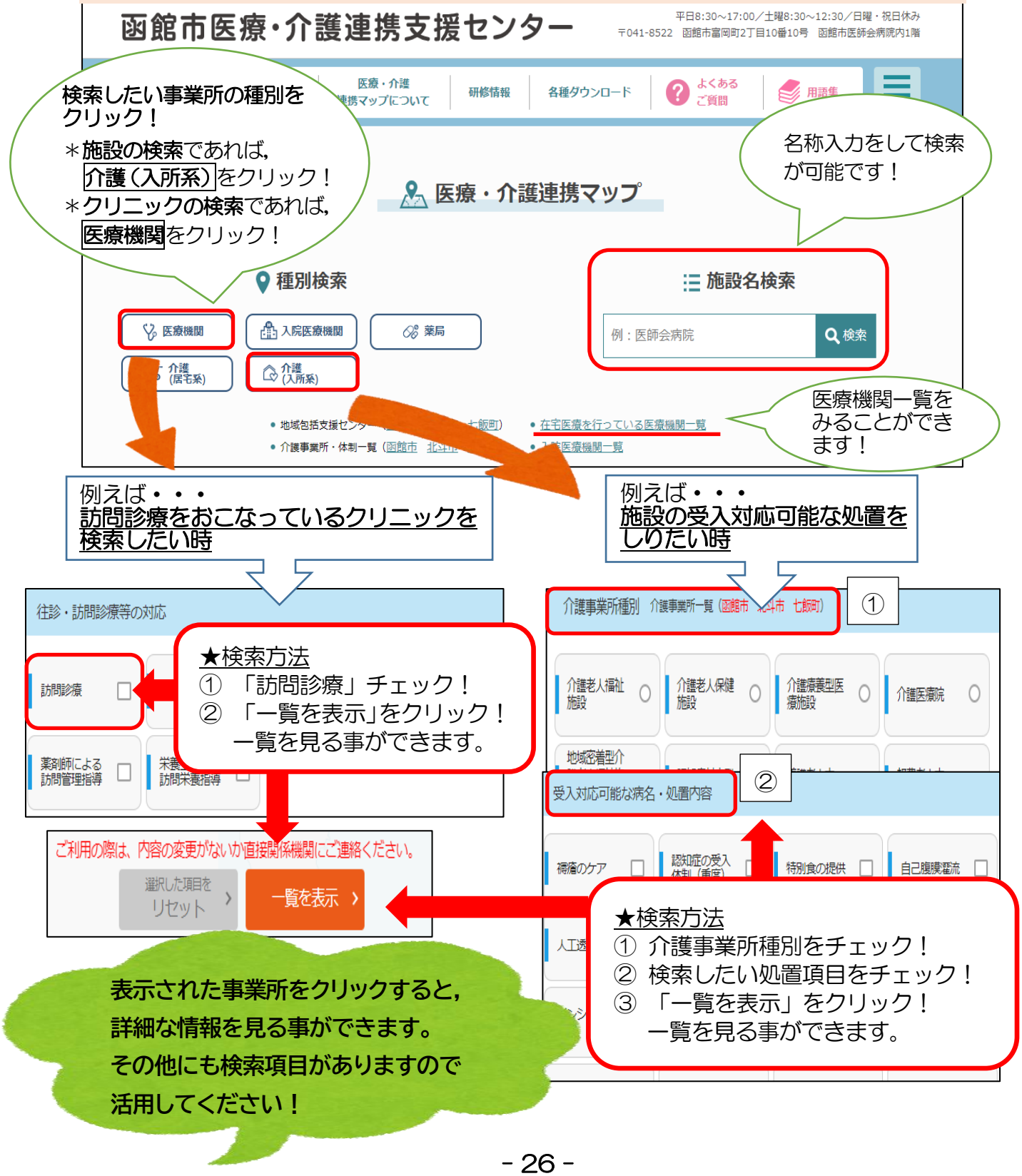
連絡先

| 名　　称 | 所在地 | 電話番号 |
|---|---|---|
| ほくと・ななえ　医療・介護連携支援センター | 函館市富岡町３丁目１－１４ | ４２－１２３２ |

## ８　医療・介護連携マップ

当センターでは，皆様（各医療介護機関）から頂いた情報をもとに，医療・介護連携マップを作成し，函館市医療・介護連携支援センターHP に掲載しております。
（※公表可の回答を頂いた機関のみ掲載しております。）

マップの使い方として，様々な条件に沿って検索ができ
一覧または個々の情報をみることができます！



## 【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（横須賀市）
●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

医療と介護の連携を支援する

はこだて入退院支援連携ガイド（ほくと・ななえ ver）

令和3年（２０２１年）7月　発行

令和8年（２０２６年）4月　更新

作　成　　函館市医療・介護連携推進協議会

連携ルール作業部会　退院支援分科会

編　集　　ほくと・ななえ　医療・介護連携支援センター

住　所　　〒０４１－０８１１

函館市富岡町３丁目１番１４号

函館市医師会病院正面玄関向かい

電　話　　０１３８-４２-１２３２