

北埼玉在宅医療・介護連携のマナー



目次

- | | |
|-------------------------|---------|
| 1 はじめに | … 1ページ |
| 2 在宅医療・介護連携マナー | |
| (1) 基本的な多職種連携のマナー | … 2ページ |
| (2) 北彩あんしんリングでの多職種連携マナー | … 12ページ |

1 はじめに

<背景>

超高齢社会・多死社会では医療に求められる役割が変化しています。

《これまでの医療》

急性期(救命)医療
長寿
治療(Cure)
病院完結
専門医
根治治療
データの改善



《これから求められる医療》

終末期(看取り)医療
天寿
ケア(Care)
地域完結
かかりつけ医
緩和ケア
QOLの向上

従来のように病院や施設に依存した医療・介護サービスは、提供し続けられなくなる可能性が高く、治せない病気・障がいとともに暮らす人や医療依存度が高い状態のまま退院し、在宅療養を選択する人が多くなっていくことが想定されます。

改編/私たちの街で最期まで(編集・発行 日本在宅ケアアライアンス)

<本マナー集について>

2015年に在宅医療・介護連携推進事業が介護保険法の地域支援事業に位置付けられる以前から、加須市/羽生市においては、医療・介護関係者が参画する「在宅医療・介護連携推進委員会/推進検討会」において、医療・介護関係者間の効率的な情報共有について検討が行われてきました。

また、2015年9月には、医療・介護の連携の拠点として「北埼玉在宅医療連携室」が設置され、北埼玉在宅医療連携室において、医師、病院連携担当者、介護支援専門員、訪問看護師などから在宅医療・介護連携における「現場の声」を直接伺ってまいりました。

そうした中、2018年の医療・介護報酬の同時改定により、医療・介護関係者の情報共有の一層の推進が求められることとなりました。そこで、北埼玉在宅医療連携室では、管内の在宅医療・介護関係者を対象に「連携に関するアンケート調査」を実施し、**多くの医療・介護関係者のご協力を得て、このたび、本マナー集を作成した次第です。**

本マナー集を、在宅医療・介護に携わる方々の連携の深化・推進に役立てていただければ幸いです。

2 在宅医療・介護連携マナー

(1) 基本的な多職種連携のマナー



すべての職種のみなさまへ

より良い連携は、心配り(思いやり・歩み寄り・対話)から

…介護支援専門員は対象者の日常を、

医療機関は非日常を支えています…

普段から顔の見える関係を大切にして、必要な時には積極的に連携しましょう！

*それぞれの職種によって立場、制度、関連する法律、必要な情報が異なります。
お互いの専門性や各職種の立場を思いやりを持って理解し、丁寧な対応を心がけましょう！

1 時間を意識しましょう

その用事は急がなければならないことですか？

どの程度急ぐ必要があるのか判断して連絡を取りましょう。

2 あなたの名前をきちんと伝えましょう

所属の事業所名と名前（フルネーム）を相手方に伝えましょう。

連携先へ訪問するときは、服装、身だしなみに注意し、名札を着用するなどして、相手方があなたの名前を確認しやすいように配慮しましょう。

3 お互いの視点を大切に、わかりやすく伝えましょう

相手に何を伝えるべきか、相手はどんな情報が欲しいのかを考えて伝えるようにしましょう。

なるべく専門用語は使わずに、短く簡潔に伝えられるようにしましょう。

4 担当者が不在でも対応できる体制を整えておきましょう

職場の担当者が不在の場合でも、適切に対応できるように体制を整えておきましょう。

そのためにも、職場内のコミュニケーションを大切にしましょう。

かかりつけ医の先生へ

1 患者さんの担当の介護支援専門員を把握しておきましょう

介護支援専門員との連携が必要になるときに備えて、介護保険の主治医意見書を作成した患者さんを担当する介護支援専門員を把握しておきましょう。

なお、介護支援専門員から次ページの「医療と介護の連絡票」で情報提供される場合もあります。

2 介護サービスに必要な書類は、できるだけ早く作成するよう心がけましょう

かかりつけ医の先生は、限られた時間で多くの書類を作成しなければならないと思いますが、

- ① 特に、患者さんの介護サービスの利用に必要な書類は、「早めに」「きれいに」作成しましょう。
- ② 書類に、患者さんの病歴、服薬、生活上の必要な制限などの指示事項も含めて記載していただけると、介護サービス事業所の参考になりスムーズな支援に繋がります。
- ③ 患者さんにとって医学的に必要な介護サービスについては、担当の介護支援専門員に積極的に導入を働きかけてください。

3 介護支援専門員は医師を頼りにしています

- ① 介護支援専門員からサービス担当者会議への参加要請がありましたら、できるだけ参加しましょう。自身が参加可能な時間帯や曜日などを介護支援専門員に伝えて日時調整をしてもらってください。
- ② 個人情報の保護を理由に、むやみに介護支援専門員の申し出を断らないようにしましょう。介護支援専門員をはじめとする介護サービス担当者は「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス（厚生労働省）」に則って個人情報を取り扱っています。

4 MCS(北彩あんしんリング)を活用して、多職種連携の充実を！

思い立った時にメッセージを送ることができます。送られてきたメッセージも都合の良い時間に確認することができます。

MCS(北彩あんしんリング)を上手に活用することがスムーズな連携の第一歩になります。

「あの事業所と効率的に情報共有して連携できれば…」という介護サービス事業所などがありましたら、北埼玉在宅医療連携室から参加を要請しますのでお声掛けください。

参照：北彩あんしんリングでの多職種連携マナー (13ページ)



* 普段の連携に使える「医療と介護の連携 連絡票」

加須市と羽生市の医療・介護関係者による「在宅医療・介護連携推進検討合同会議」での検討を経て作成した医療・介護関係者の情報共有ツールです。医師・介護支援専門員どうしの情報共有に活用できます。連携手法の一つとしてご利用ください。

(この様式は北埼玉地域での標準様式ですが、他の様式の使用を妨げるものではありません)

※様式をお求めの方は、北埼玉在宅医療連携室へご連絡ください。

2016年11月改訂版

年 月 日

医療と介護の連携 連絡票

居宅介護支援事業所名 担当介護支援専門員名 TEL FAX	⇔	医療機関名 担当医師名 TEL FAX
--	---	--

◆利用者の情報

	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 男・女 (歳)
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
「とねっと」加入の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (かかりつけ医カードID :)	

◆医師記載欄

<本票送付の目的>	<input type="checkbox"/> 返信 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談
<返信希望の有無>	<input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です ⇒ <input type="checkbox"/> 電話して下さい。月 火 水 木 金 土 午前・午後()時頃 ⇒ <input type="checkbox"/> 下記の通り回答します
<内容>	

◆介護支援専門員記載欄

<本票送付の目的>	<input type="checkbox"/> 返信 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談
<返信希望の有無>	<input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です
<内容>	

【個人情報の取り扱いについて】居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員が、ご本人またはご家族の同意を得ております。この連絡票は居宅介護サービスの作成等に活用するためのものです。

北埼玉医師会・北埼玉在宅医療連携室
ケアマネの会“とね”・羽生市介護支援専門員連絡協議会

医療と介護の連携 連絡票

居宅介護支援事業所名 担当介護支援専門員名 TEL FAX	⇔	医療機関名 担当医師名 TEL FAX
--	---	--------------------------------------

介護支援専門員の
記入例

◆利用者の情報

利根● ●郎	生年月日	明・大・昭 ○○年 ○○月 ○○日 生 男・女 (○○歳)
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
他科受診の有無	無 有 ()	
「とねっと」加入の有無	無 有 (かかりつけ医カードID :)	

◆医師記載欄

<本票送付の目的>	<input type="checkbox"/> 返信 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談
<返信希望の有無>	<input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です ⇒ <input type="checkbox"/> 電話して下さい。月 火 水 木 金 土 午前・午後()時頃 ⇒ <input type="checkbox"/> 下記の通り回答します
<内容>	

◆介護支援専門員記載欄

<本票送付の目的>	<input type="checkbox"/> 返信 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談
<返信希望の有無>	<input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です
<内容>	例1. ○○様担当のケアマネージャーの△△です。現在のサービス利用状況をお知らせします。 例2. ご本人が通所リハビリの利用を希望されています。利用の是非と利用した場合の注意点についてのご意見をいただきたいと思ひます。 例3. ○月○日～××施設のショートステイを利用します。施設から1日の水分摂取量の制限の指示を受けるようにと話がありましたのでご回答をお願いします。 【個人情報の取り扱いについて】居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員が、ご本人またはご家族の同意を得ております。この連絡票は居宅介護サービスの作成等に活用するためのものです。

北埼玉医師会・北埼玉在宅医療連携室
ケアマネの会“とね”・羽生市介護支援専門員連絡協議会

医師の記入例

医療と介護の連携 連絡票

居宅介護支援事業所名 担当介護支援専門員名 TEL FAX	⇔	医療機関名 担当医師名 TEL FAX
--	---	--------------------------------------

◆利用者の情報

利根● ●郎	生年月日	明・大・昭 ○○年 ○○月 ○○日生 男・女 (○○歳)
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
他科受診の有無	無 有 ()	
「とねっと」加入の有無	無 有 (かかりつけ医カードID :)	

◆医師記載欄

<本票送付の目的>	<input type="checkbox"/> 返信 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談
<返信希望の有無>	<input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です ⇒ <input type="checkbox"/> 電話して下さい。月 火 水 木 金 土 午前・午後()時頃 ⇒ <input type="checkbox"/> 下記の通り回答します
<内容>	ご本人の状態は落ち着いており、通所リハビリの利用は特段問題ありません。 週1回程度の通所サービスの利用によって外出の機会が確保され、本人・家族の気分転換が図れることを望みます。

◆介護支援専門員記載欄

<本票送付の目的>	<input type="checkbox"/> 返信 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談
<返信希望の有無>	<input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です
<内容>	ご本人が通所リハビリの利用を希望されています。利用の是非と利用した場合の注意点についてのご意見をいただきたいと思ひます。

【個人情報の取り扱いについて】居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員が、ご本人またはご家族の同意を得ております。この連絡票は居宅介護サービスの作成等に活用するためのものです。

北埼玉医師会・北埼玉在宅医療連携室
ケアマネの会“とね”・羽生市介護支援専門員連絡協議会

介護支援専門員のみなさまへ



1 担当することが決まったら、介護保険の主治医意見書を作成したかかりつけ医に知らせましょう

- ① あなたが担当の介護支援専門員であることを、利用者（患者さん）のかかりつけ医に伝えましょう。
- ② 連絡するときは、かかりつけ医の負担にならないような連絡方法を心がけましょう。
※「医療と介護の連携 連絡票」（5ページ）をファックスで送信する方法がおすすめです。
- ③ かかりつけ医は、患者さんの病歴や経過に加えて、過去1・2年における変化、担当の介護支援専門員、利用している介護サービス、ケアプランの内容などの情報を求めています。

2 かかりつけ医や医療機関を訪ねるときは、事前にアポイントメントをとりましょう

医療機関では、アポイントメントのない訪問には、対応できない場合があります。あらかじめ、利用者（患者さん）の名前・訪問時間・訪問目的などを伝えるようにしましょう。

3 医療機関へ情報提供を求めるときは、事前に利用者・家族に相談しましょう

医療機関では、本人又はその家族の了解がなければ、第三者に患者さんに関する情報を提供することが困難です。介護支援専門員として、利用者（患者さん）の受診に同行する場合やインフォームド・コンセントに立ち合う場合などには、利用者（患者さん）や家族を通して医療機関や医師に確認するようにしましょう。

4 利用者が入院したときは、本人の在宅での生活状況や生活の意向などを入院先の医療機関に知らせましょう

患者さんの入院先の病院と在宅チームでは、患者さんの入院後、速やかに退院に向けた検討を開始し、本人及び家族を支える協働体制を作ります。そこでは、介護支援専門員の皆さんが本人や家族から聞いている「思い」や連携に必要な情報が必要ですので、きちんと情報を伝えるようにしましょう。

また、その際介護支援専門員としての希望（インフォームド・コンセントへの立会い、カンファレンスへの参加のお願いなど）を伝えましょう。

【参考】入院時情報提供書（8～9ページ）

5 サービス担当者会議や退院時カンファレンス行うときは、介護サービス事業所やかかりつけ医にも声をかけましょう

医療依存度の高い利用者の場合には、訪問看護ステーションの参加が得られるように調整しましょう。

* 注2 厚生労働省標準様式

記入日: 年 月 日

入院日: 年 月 日

情報提供日: 年 月 日

入院時情報提供書

医療機関 居宅介護支援事業所

医療機関名: 事業所名:

ご担当者名: ケアマネジャー氏名:

TEL: FAX:

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名 <small>(フリガナ)</small>	年齢	才	性別	男 女
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 生		
住所	〒 電話番号			
住環境 <small>※可能な限り、「写真」などを添付</small>	住居の種類(戸建て・集合住宅)、__階建て、 居室__間、 エレベーター(有・無)			
	特記事項()			
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請			
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			<input type="checkbox"/> 医師の判断
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> __割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(身体・精神・知的)	
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()			

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他() <small>* <input type="checkbox"/> 日中独居</small>			
主介護者氏名	(続柄・才)	(同居・別居)	TEL	
キーパーソン	(続柄・才)	連絡先	TEL	

3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照
入院前の家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1,2,3表 <input type="checkbox"/> その他()
-----------------	--

5. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居(家族構成員数 名) * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他()
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要()
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外(氏名 続柄・年齢)
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める(<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない
家族や同居者等による虐待の疑い*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
特記事項	

6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望()
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

7. 身体・生活機能の状況/療養生活上の問題について

麻痺の状況		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()			
ADL	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起立動作	自立	見守り	一部介助	全介助
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助					
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助					
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助					
食事内容	食事回数	()回/日 (朝 時頃・昼 時頃・夜 時頃)				食事制限	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> さざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー				UDF等の食形態区分				
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分制限		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる		義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)			
	口腔清潔	良	不良	著しく不良		口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
睡眠の状態		良	不良()		眠剤の使用		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
喫煙		無	有 本くらい/日		飲酒		無	有 含くらい/日あたり		
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難		眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()			
	聴力	問題なし	やや難あり	困難		補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	言語	問題なし	やや難あり	困難		コミュニケーションに関する特記事項:				
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難						
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他()								
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他()								
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(理由: 期間: H 年 月 日 ~ H 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明								
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて								
入院前に実施している医療処置*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射() <input type="checkbox"/> その他()								

8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種:)	
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (*管理者: *管理方法:)				
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方を守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否				
お薬に関する、特記事項					

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(フリガナ)	診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度=()回 / 月

* = 診療報酬 退院支援加算1, 2「退院困難な患者の要因」に関連

入退院時連携に係る診療・介護報酬

平成30年度
改定内容

介護報酬

《居宅介護支援基準》

・居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネージャーの氏名を入院先医療機関に提供するよう依頼することを義務付け。

入院時情報連携加算 (居宅介護支援費)

入院医療機関へ、利用者の情報を提供(提供方法は問わない)

- (Ⅰ)入院後3日以内 200単位/月
- (Ⅲ)入院後7日以内 100単位/月

退院・退所加算(居宅介護支援費) (入院・入所中1回)

入院医療機関から情報を得て、ケアプラン作成

	カンファレンス 参加無	カンファレンス 参加有
連携1回	450単位	600単位
連携2回	600単位	750単位
連携3回	×	900単位

カンファレンスとは、診療報酬の「退院時共同指導料2」の※に該当するもの

退院時共同指導加算

((介護予防)訪問看護、定期巡回、看多機)
600単位(退院時1回)

退院時共同指導を行った後に、初回の指定訪問看護を行った場合

緊急時等居宅カンファレンス加算 (居宅介護支援費) 200単位(月2回)

病院又は診療所の求めにより、医師又は看護師等とともに利用者宅でカンファレンスを行い、必要に応じ介護サービスの調整

診療報酬

入退院支援加算

- 1:600点 または1200点(退院時1回)
- 2:190点 または635点(退院時1回)

入院早期より退院困難者を抽出し、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画の立案及び退院した場合に算定

+入院支援加算(入退院支援加算) 200点(退院時1回)

入院予定の患者に対し、入院中に行われる治療の説明等を入院前の外来において実施

- +地域連携診療計画加算 300点(入退院支援加算)
- +地域連携診療計画加算 50点(診療情報提供料Ⅰ)

介護支援等連携指導料 400点(入院中2回)

退院後に介護サービスを導入することが適当であると考えられる場合、患者に対して介護支援専門員と連携し退院後の介護サービス等について指導

退院時共同指導料2 400点 ※2000点(入院中1回)

病院の医師と在宅医療を担う医師等が共同して、退院後の在宅療養上必要な説明・指導
※医師等の職種の3者以上と協働して指導を行う場合

退院前在宅療養指導管理料 120点(1回の入院につき1回)

退院前訪問指導料 580点(1回の入院につき1回)

退院時共同指導加算 (訪問看護管理療養費) 800点(退院時1回)

退院時リハビリテーション指導料 300点(1回の入院につき1回)

退院時薬剤情報管理指導料 90点(1回の入院につき1回)

退院後訪問指導料 580点

- +訪問看護同行加算20点

(注) 実際の算定に当たっては、各病院、事業所等で最新の算定要件・施設基準を確認してください。

病院のスタッフのみなさまへ

1 相談窓口や担当者を明示し、関係者にわかりやすくしましょう

介護支援専門員の中には、病院への相談を「ハードルが高い」と感じている人が少なくないようです。相談の際、病院の担当相談員にたどり着くまでに大変な思いをしたという人もいます。介護支援専門員がより気軽に相談できるよう、病院の相談窓口もわかりやすくしましょう。

2 退院支援の必要な患者さんを決定し、退院に向けた情報共有や退院時カンファレンスの準備を進めましょう

- ① 退院の目処を早めに担当の介護支援専門員に知らせましょう。そうすることで、退院時カンファレンスや在宅サービス再開の調整など、スムーズに行いやすくなります。
合わせて、入院後の検査結果（特に感染症の情報）など介護サービスの利用再開に参考となる情報を提供しましょう。
- ② 退院後に訪問診療が必要な場合は、まず、かかりつけ医に訪問診療について確認しましょう。
※ 地域の医療情報を把握している、北埼玉在宅医療連携室にご相談ください。普段は訪問診療を行っていないくても、かかりつけの患者さんを対象に訪問診療を行っている医師もいます。



参考:退院時カンファレンスを必要とする例

高度な医療機器の使用	人工呼吸器・在宅酸素・栄養注入ポンプ・鎮痛剤注入ポンプなど
症状のコントロールが困難	がん・心臓病、腎臓病、糖尿病などの慢性疾患群・難病
医療ケアが必要	吸引・経管栄養管理・ストマ管理・カテーテル管理・導尿・自己注射・腹膜透析
生活環境の問題	独居・重要他者の不在・家族の介護力に不安・住環境(段差・不潔)
経済的問題	療養費用の負担困難
心理・精神面	認知症・精神症状・後見人などの必要あり

参考:退院時カンファレンスの参加メンバー例

- ①患者・家族
- ②主治医
- ③訪問医
- ④病棟看護師長・担当看護師
- ⑤外来看護師
- ⑥理学療法士/作業療法士/言語聴覚士
- ⑦医療ソーシャルワーカー(MSW)
- ⑧退院調整看護師
- ⑨訪問看護師
- ⑩介護支援専門員
- ⑪地域包括支援センター担当者
- ⑫地域各サービス担当者
- ⑬行政・福祉担当者
- ⑭法廷後見人
- ⑮介護施設管理者
- ⑯その他

参考:加須市・羽生市 病院・有床診療所連携窓口

名称	担当部署	住所	TEL	FAX
新井整形外科	看護師長	羽生市藤井上組1009	048-563-2326	048-560-1398
池沢神経科病院	ケースワーカー 又は外来	羽生市下新郷551	048-561-2721	048-561-4856
大久保病院	医療相談室	加須市砂原286-1	0480-72-2125	0480-72-6110
騎西クリニック病院	病院連携担当	加須市日出安1313-1	0480-73-3311	0480-73-3313
栗原眼科病院	看護部長	羽生市下岩瀬289	048-562-0070	048-563-1163
十善病院	地域連携室 担当:松岡	加須市愛宕1-9-16	0480-61-2595 080-6891-6504	0480-62-8801
中田病院	地域医療連携室	加須市元町6-8	0480-61-3122	0480-61-4467
西山救急クリニック	事務	加須市北小浜408	0480-63-3111	0480-63-3101
羽生総合病院	相談室 (入退院に関する相談)	羽生市下岩瀬446	048-562-3000	048-562-7000
不動ヶ丘病院	相談室又は外来	加須市岡古井107	0480-62-3005	0480-62-7583
本町福島クリニック	病棟看護主任	加須市本町6-33	0480-61-0146	0480-61-1427

訪問看護ステーションのみなさまへ

1 医療保険で訪問看護を利用している人でも、要介護認定を受けてる場合には介護支援専門員との情報共有が重要です

介護支援専門員は、利用者（患者さん）の体調の変化やお薬の変更など、他の介護サービスの利用に必要な情報を提供し、安全に介護サービスが提供されるようにしています。

本人や家族の「思い」を共有することで、その人の望む生活を実現できます。日頃の会話やケアの中で得た内容を関係者で共有できると、その人のACPの自己決定の支援に繋がります。



ACP(Advance Care Planning)とは？

将来の変化に備え、**将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのこと**です。患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目的としています。(日本医師会)

(2) 北彩あんしんリングでの多職種連携マナー



① 北彩あんしんリングユーザーグループでは

◆ **皆さんが共有できる情報の提供をお待ちしています。**

医療・介護の専門職や行政の担当課が参加されていますので、それぞれのお持ちの情報で必要と思われることがありましたら、ぜひ情報提供してください。

◆ **仕事上で普段、感じていることや疑問に思っていることも遠慮なくコメントしてください。**

コメントしていろいろな方とのやりとりから解決の糸口が見つかることもあります。また、自分だけの悩みでなかったことがわかると気持ちが楽になることもあります。

◆ **他の人が発信したコメントを見たときには親指マーク(了解ボタン )をクリックしてください。**

コメントを「見ました」という意思表示になります。コメントした人にとっては、たくさんの人が了解ボタンを押してくれることが励みになります。

※ 親指マークの隣の数字をクリックすると、誰が見てくれたか(了解ボタンを押してくれたか)を確認することができます。

◆ **事業所の管理者の方へ**

北彩あんしんリングに利用登録しているメンバーの異動や退職があった場合は、必ず、北埼玉在宅医療連携室にその旨を報告してくださるようお願いいたします。

② 患者情報グループでは

◆ **「患者情報グループ」に招待された専門職には、患者さんの日々の変化や家族も含めた気持ちの変化などをコメントしていただきます。**

緊急性のある内容については、北彩あんしんリングでのコメントと合わせて、電話での連絡が必要な場合もあります。北彩あんしんリングでやり取りする情報は、基本的に、数日内に相手に伝われば済む内容とお考えてください。

◆ **サービス担当者会議の日程調整や会議に必要な専門職の意見を求めるなどに有効に活用しましょう。**

◆ **専門用語を使用する場合は、解説を入れるなど読み手への配慮をお願いします。**

<患者情報グループとは・・・>

在宅医療を受けている患者さんへ医療や介護などに携わる複数の人たちが、その患者さんの情報を共有するためのグループのことで、往診・訪問診療医が中心となってグループを作成します。

現在は医療・介護関係者の限られた範囲でグループを運用していますが、今後は、介護系の専門職(ホームヘルプサービス、デイサービス・ショートステイ、訪問入浴、介護保険施設など)へと活用範囲を広げていく予定です。

*介護保険の認定状況や担当の介護支援専門員については、対象者のお住まいの地域を担当する地域包括支援センター、高齢者相談センターまたは市役所担当課にお問い合わせください。

名 称（担当地区）	連 絡 先
加須市加須・大桑・水深高齢者相談センター 愛泉苑（加須・大桑・水深）	加須市水深869-2 TEL 0480-65-6936 FAX 0480-65-7886
加須市不動岡・礼羽・志多見高齢者相談センター みずほの里（不動岡・礼羽・志多見）	加須市平永142 TEL 0480-63-0011 FAX 0480-61-1600
加須市三俣・樋遣川・大越高齢者相談センター 利根いこいの里（三俣・樋遣川・大越）	加須市大越1933 TEL 0480-53-6557 FAX 0480-53-7110
加須市騎西高齢者相談センター 多賀谷寿光園（騎西地区）	加須市上崎2037-1 TEL 0480-70-0035 FAX 0480-73-3983
加須市北川辺高齢者相談センター 加須清輝苑（北川辺地区）	加須市陽光台2-883-78 TEL 0280-23-1133 FAX 0280-23-1113
加須市大利根高齢者相談センター ふれ愛の郷（大利根地区）	加須市新川通181-3 TEL 0480-78-1652 FAX 0480-72-1592
羽生市東部地域包括支援センター 清輝苑（東・北・井泉・三田ヶ谷・村君）	羽生市大字下村君1169 TEL 048-580-5710 FAX 048-565-3949
羽生市南部地域包括支援センター 薫藤園(中央・南・須影・手小林・南羽生・上羽生400番台)	羽生市大字秀安352-3 TEL 048-560-3337 FAX 048-560-3338
羽生市西部地域包括支援センター ふれあいの森（西・大字羽生・新郷・岩瀬・川俣・上羽生1000番台・2000番台）	羽生市大字下岩瀬446 TEL 048-561-2688 FAX 048-561-2688
加須市福祉部高齢者福祉課	加須市三俣2丁目1番地1 TEL 0480-62-1111(代表)
羽生市市民福祉部高齢介護課	羽生市東6丁目15番地 TEL 048-561-1121(代表)
北埼玉在宅医療連携室	加須市馬内441番地 TEL 0480-31-6199

在宅医療・介護連携推進事業

北埼玉在宅医療・介護連携のマナー

2019年10月発行

企画・発行

一般社団法人 北埼玉医師会
(北埼玉在宅医療連携室)

協力

北埼玉医療・介護連携検討会
加須市福祉部高齢者福祉課
羽生市市民福祉部高齢介護課