

大和郡山市在宅医療・介護連携推進事業

在宅医療・介護関係者と
病院関係者の連携マニュアル



令和 5 年(2023 年)3 月

目次

1.	在宅医療・介護関係者と病院関係者の連携マニュアルについて	2
2.	マニュアルの活用にあたり注意すること	2
3.	時期に応じた連携のルール	2
	(1) 平時の調整	2
	① ケアマネジャー	3
	② 病院	3
	(2) 入院時の調整	4
	① ケアマネジャーが本人・家族から入院を把握した場合	5
	② 病院がケアマネジャーを把握している場合	5
	③ 病院がケアマネジャーを把握できない場合	6
	(3) 退院に向けての調整	7
	① 退院調整の必要性を判断	8
	② 在宅医療支援体制の調整	9
	③ 在宅介護支援体制の調整	9
	④ 退院カンファレンス	10
	(4) 居宅サービス計画書(ケアプラン)の作成	10
4.	個人情報の取り扱いについて	11
5.	大和郡山市在宅医療介護支援センター	11
6.	参考資料	12
	● 時期に応じた連携調整ルール	13
	● 大和郡山市在宅医療・介護連携シート	14
	● 入院時情報提供書	15
	● 退院時情報収集書	16
	● 在宅主治決定についての市医師会の方針(大和郡山市医師会)	17
	● 居宅介護支援計画における個人情報使用同意書	23

1. 在宅医療・介護関係者と病院関係者の連携マニュアルについて

高齢者は慢性疾患により、医療サービスを受けやすく、複数の疾病にもかかりやすくなっている。そのため、病院での療養を必要とすることも多く、入退院を繰り返すなど医療と介護の両方のサービスが必要な状態にしばしば陥る。

そうした高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けられるよう、在宅医療・介護の関係団体と病院関係者が連携して、包括的かつ継続的な支援を行える体制を構築することを目的に、連携に必要な様式 2017 年「大和郡山市在宅医療・介護連携シート(以下、連携シート)」やルールを 2018 年「在宅医療・介護関係者と病院関係者の連携マニュアル(以下、マニュアル)」に定め、関係者が活用している。

各種様式やルールの活用については在宅医療・介護連携推進会議等で検討し、必要に応じて改訂を行っている。

2. マニュアルの活用にあたり注意すること

- 患者や利用者(以下、対象者)、家族の同意を原則とする。
- 在宅医療・介護の関係者と病院関係者が連携して、包括的かつ継続的な支援を切れ目なく行うために定めた3つの時期(平時、入院時、退院時)に応じた連携のルール、様式を用いる。
- マニュアルのルールや様式は新任のケアマネジャーや地域包括支援センター職員(以下、ケアマネジャー)、病院職員でも活用できるように作成しており、居宅介護事業所や病院の既存のルール、様式等の活用を妨げるものではない。
- マニュアルは大和郡山市内の関係者が市内で活用することを目的に策定している。近隣市町との連携に際しては、連携のルールや様式に違いがあることに配慮する。

3. 時期に応じた連携のルール

連携にあたっては『時期に応じた連携のルール』(p.13)を活用する。

(1) 平時の調整

平時より病院をかかりつけの医療機関として利用している対象者について、病院関係者とケアマネジャーは必要に応じて、情報共有の機会をつくることができるよう心がける。

時期	内容	病院	ケアマネジャー	地域包括支援センター	その他
平時	在宅 ⇔ 病院(外来) 情報共有	入退院調整等担当窓口などで情報共有(電話、面接、FAX、名刺の受け取りなど)の対応	利用者が受診時や、連携シート(p.14)を活用し自己紹介を行う		入院する時には病院名、入院日などをケアマネジャーに伝達するよう予め本人・家族に依頼する。

①ケアマネジャー

- ・ケアマネジャーは名刺など所属がわかる物を対象者に渡し、健康保険証や介護保険証などと一緒に保管するよう対象者に伝える。また、受診の際には介護保険サービスを利用中であること、ケアマネジャーの所属や氏名などを担当医等へ伝えるよう依頼しておく。
- ・ケアマネジャーは連携シートなどを用いて対象者が受診している病院の担当医に担当ケアマネジャーであることを伝える。その際、病院には多くの部署があることから、あて先間違いや紛失などを防ぐために『病院の入退院調整等担当窓口一覧』（別紙）などを活用し、適切な方法を選択する。
- ・ケアマネジャーは対象者の受診に同行するなど工夫して医療状況の把握に努めると共に、担当医等に伝えておく必要がある事象が生じた時は連携シートなどを活用して情報提供する。
- ・ケアマネジャーは対象者に入院した時にはケアマネジャーに連絡をするよう依頼しておくと共に、緊急時に備えて『入院時情報提供書』（p.15）の準備しておく。

《大和郡山市在宅医療・介護連携シートの活用にあたっての注意事項》

ア.個人情報の第三者提供にあたっては、人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき等を除き、原則として本人の同意を得ることが必要です。

参考「医療・介護関係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 平成29年4月14日 個人情報保護委員会 厚生労働省」

イ.FAX を送信する時は必ず届いたかどうかを送信先に確認してください。また、夜間、休日などに FAX を送信する時は、送信先が日中と異なる場合がありますのでご注意ください。

ウ.本様式は簡易な情報交換を目的としているので、市内の医療機関には情報連携シートを利用して情報交換をする場合は診療情報提供料が発生しないよう協力をいただいています。しかし、市外の医療機関等では記載する内容によって費用負担が発生する場合がありますので、利用者にはあらかじめ了承を得てください。

②病院

- ・病院は対象者の担当ケアマネジャーを把握するために、病院が指定する部署で連携シートや名刺などを受け取り担当医に伝える。
- ・病院はケアマネジャーが担当医等に対象者についての情報提供等を連携シートを用いて行ったときは、担当医等に適切に情報を伝達すると共に、必要に応じて病院の指定する方法でケアマネジャーに回答を行うなど情報連携の機会をつくる。

『奈良あんしんネット』（医療・介護連携 ICT ツール）について
 多職種同士（医師、看護師、薬剤師、介護支援専門員等）が、情報共有を緊密・円滑にするために、ICT ツールを活用する方法もあります。積極的に活用していきましょう！

奈良あんしんネットのお申込み・お問い合わせ

大和郡山市医師会（奈良あんしんネット受付事務局）

奈良あんしんネット 検索

TEL：0743-57-8743 FAX：0743-57-8763

(2)入院時の調整

入院が決まったら病院担当者と担当ケアマネジャーは対象者の在宅生活の様子等、治療・看護に必要な情報を共有する。また、ケアマネジャーは対象者の平時の様子や家族の介護力、住環境等について適時・適切に病院に伝えるよう努める。

時期	内容	病院	ケアマネジャー	地域包括支援センター	その他
入院時	①ケアマネジャーが本人・家族から入院を把握した場合	入院時情報提供書を指定の部署で受け取る	← 入院を把握した日から3日以内に入院時情報提供書を提出	←	本人・家族
	②本人・家族が入院をケアマネジャーに知らせていない場合で、病院が担当ケアマネジャーを把握している場合	入院を担当CMに知らせて、入院時情報提供書を指定の部署で受け取る	→ 入院を知った日から3日以内に入院時情報提供書を提出	←	介護福祉課から居宅介護支援事業所へ伝達 未認定、CMがない場合は担当エリアの地域包括支援センターへ伝達。
	③病院が担当ケアマネジャーを把握していない場合	介護福祉課 電話 53-1151 (内線 515・514)へ連絡	→ 入院日や今後の連携部署について伝達を依頼		

①ケアマネジャーが本人・家族から入院を把握した場合

- ・ケアマネジャーが対象者の入院を把握したら、対象者や家族(以下、対象者等)に情報提供について承諾を得たうえで速やかに(入院を確認してから3日以内)『入院時情報提供書』を病院の指定の部署に提出する。
- ・病院に情報提供をする際には必要に応じて別途資料を添付する。

ケアマネジャーから病院に情報提供する資料の例

- ◆居宅サービス計画書(第1表～第3表)
- ◆サービス利用票



②病院が担当ケアマネジャーを把握している場合

- ・病院担当者は介護保険サービスを利用している対象者の入院が決まったら、入院について対象者等からケアマネジャーに知らせるよう伝える。
- ・緊急入院など担当ケアマネジャーが対象者の入院を把握していないと予測される場合は、対象者等の承諾を得た上で、担当ケアマネジャーへ入院を知らせる。

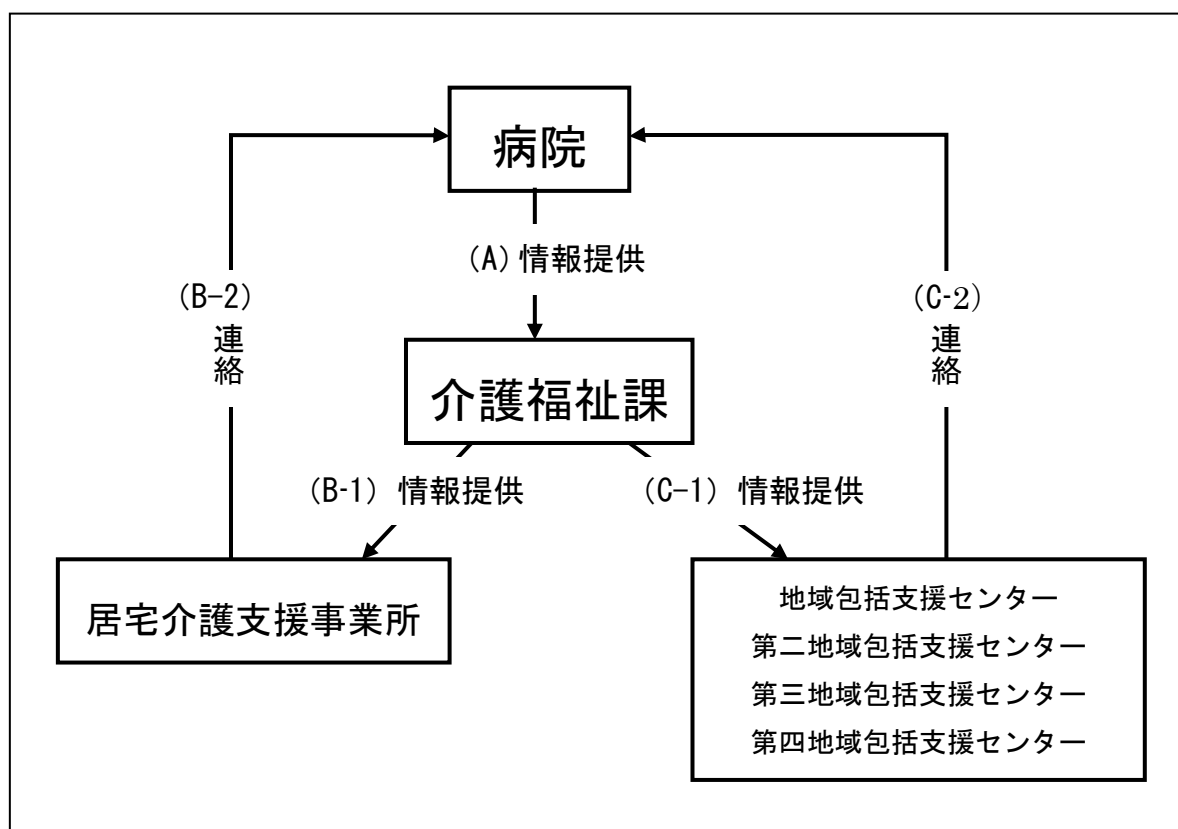
入院中の連携について

- ◆担当ケアマネジャーは病院担当者と連携を図りながら、入院中の対象者の状況把握を行いましょう。病院訪問により情報共有をする際は訪問日の調整等を忘れずに!
- ◆病院担当者は退院後に住環境を考慮する必要や介護保険の区分変更等が必要な場合、できるだけ早く担当ケアマネジャーに連絡しまししょう。



③病院が担当ケアマネジャーを把握できない場合

図 病院が担当ケアマネジャーを把握できない場合の確認ルート







(A) 病院が対象者等から入院時に介護保険サービスの利用について情報を得たが、担当ケアマネジャーが把握できない場合は大和郡山市役所介護福祉課介護給付係（以下、介護福祉課）に、当該居宅介護支援事業所に対象者の入院日や今後の連携担当部署について情報提供を依頼する。

(B-1,2) 介護福祉課の担当者は、病院から介護保険サービス利用者の入院について情報提供を受けた時は、速やかに該当する居宅介護支援事業所に伝達する。連絡を受けた居宅介護支援事業所は担当ケアマネジャーを通じて、病院の指定する連携担当部署に連絡し、入院時の調整を開始する。

(C-1,2) 該当する居宅介護支援事業所がなかった場合、介護福祉課は、対象者の住所地を担当とする地域包括支援センターに伝達する。連絡を受けた地域包括支援センターは、介護保険サービス以外の利用（地域支援事業など）について確認した後、病院の指定する連携担当部署に連絡する。

(2) 退院に向けての調整

時期	内容	病院	ケアマネジャー	地域包括支援センター	その他
退院に向けて	①退院調整の必要性を判断	退院調整が必要な患者の基準に沿って確認			
	②在宅医療支援体制の調整	本人、家族の意向を確認した上で、在宅主治医が決まらなければ在宅医療介護支援センターへ相談			在宅医療介護支援センター
	③在宅介護支援体制の調整	(A)入院時に調整を行ったケアマネジャーへ退院 5 日前までに連絡	退院調整の開始 		
	<退院調整が必要で>	(B)対象者等の希望があれば、居宅介護支援事業所の情報提供を行い決定まで支援	本人、家族等の意向を確認しながら要介護認定申請等の支援と退院調整の開始 		必要に応じて 在宅医療 介護支援 センター
	介護認定有り、ケアマネジャーなし又は介護保険の申請が必要	(C)要介護認定申請等の支援を行ったが居宅介護支援事業所が決まらない	本人、家族等の意向を確認しながら要介護認定申請等の支援と退院調整の開始 		
④退院カンファレンス	必要に応じて院内、地域の医療・介護関係者を招集し、開催する		<ul style="list-style-type: none"> ・退院カンファレンスに参加 ・退院時情報収集書(p.16)を活用して情報収集 ・ケアプラン作成にあたっては主治医の意向を確認 		

① 退院調整の必要性を判断

病院は退院に向けて調整の必要性を『退院調整が必要な患者の基準』に照らし合わせ、調整が必要と判断した場合は以下の支援の調整を行う。

退院調整が必要な患者の基準

	立ち上がりや歩行に介助が必要
	食事に介助が必要
	着脱、入浴、口腔ケアに介助が必要
	排泄に介助が必要
	日常生活に支障をきたすような症状がある認知症(高次脳機能障害含む)
	在宅では、独居かそれに近い状態で、調理や掃除など身の回りのことに介助が必要
	認知症(軽度)等で判断能力が低下しており、かつ独居かそれに近い状態の方 (家族がいない又は遠方・疎遠の場合、老老介護、認認介護又は疾患等で家族介護力が低い場合、その他家族による支援が困難な場合)
	入院時に比べて退院時に ADL が悪化している方
	1日の中でも ADL が変化する方
	ADL は自立でも、がん末期の方、新たに医療処置(膀胱バルーンカテーテル留置、経管栄養、吸引、在宅酸素、ストーマ等)が追加された方
	服薬管理ができていない方
	再入院を繰り返している方

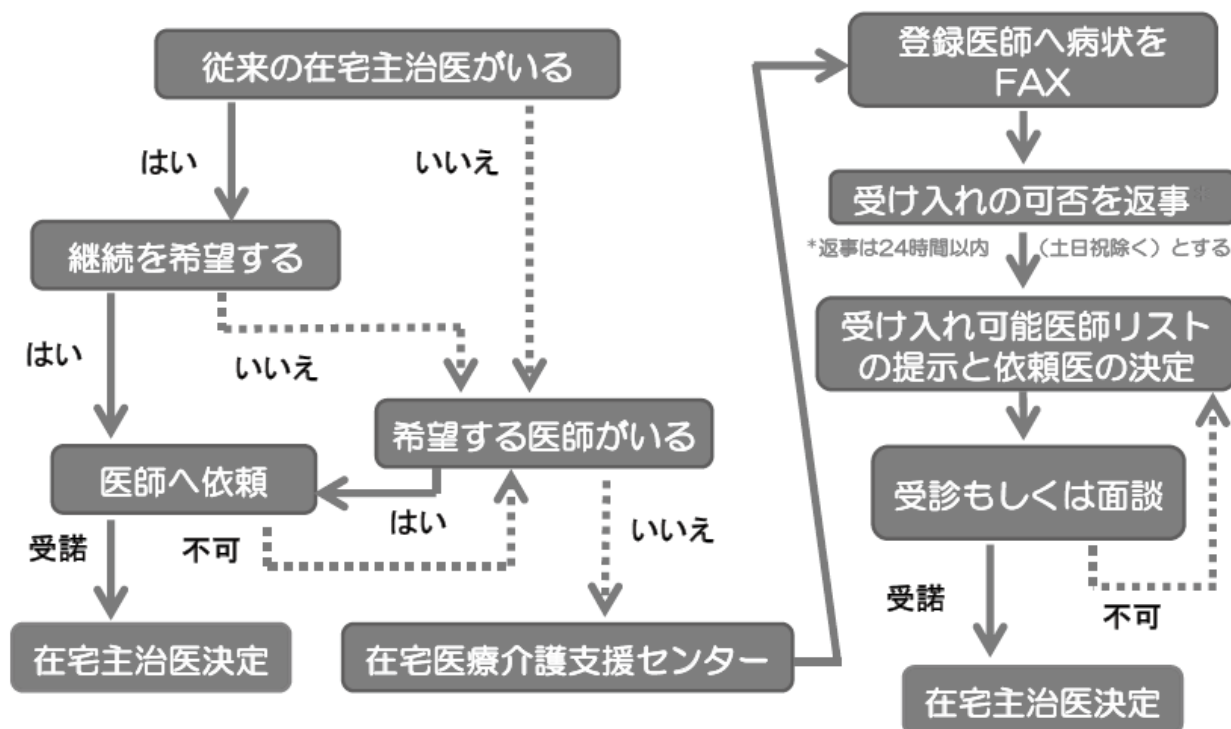
※白内障等の短期入院や検査入院等(概ね1週間以内)で、状態が変化しない場合はこの対象から除外。

②在宅医療支援体制の調整

- ・病院は退院後に訪問診療等による在宅医療が必要な場合の支援体制について対象者等に確認し調整を行う。
- ・訪問診療医を決めるにあたっては『在宅主治医決定についての市医師会の方針』(p.17)により、在宅医療介護支援センターと連携を図る。



在宅主治医の決定手順



③在宅介護支援体制の調整

(A)入院時に担当ケアマネジャーと調整を行っている場合は、退院後の介護サービスの利用再開などの調整が必要なため退院調整の必要度に関わらず、病院はできる限り退院5日前までに担当ケアマネジャーに退院を知らせる。

(B)入院前に要介護認定を受けていない(ケアマネジャーが決まっていない)場合、要介護認定申請等の支援を行う。対象者等の希望があれば、居宅介護支援事業所の情報提供を行い、決定した居宅介護支援事業所に退院カンファレンスへの参加要請を行う。居宅介護支援事業所は対象者等の意向を確認しながら退院調整を開始する。



(C)対象者等が居宅介護支援事業所を決定できない場合、病院は対象者の居住地を担当する地域包括支援センターに退院カンファレンスへの参加要請を行う。地域包括支援センターは対象者等の意向を確認しながら退院調整を開始する。

④退院カンファレンス

- ・対象者が退院後の生活で切れ目なく必要な支援を受けることができるよう、病院は必要に応じて退院カンファレンスを開催する。開催にあたっては病院関係者の他、在宅医、担当ケアマネジャー、訪問看護師、訪問リハビリテーション関係者、薬剤師など医療と介護の関係者となるべく多く集まれるよう配慮する。
- ・在宅医療を受けるために、高度な手技や特別な医療材料が必要になる場合は必ず在宅医や訪問看護師、かかりつけ薬局との調整を行うよう配慮する。

退院カンファレンスについて

- ◆関係者は退院カンファレンスの参加要請があれば、対象者の在宅生活に必要な事柄について意見交換ができるようなるべく参加しましょう。
- ◆参加できない場合は病院担当者を通じて必要な情報を退院カンファレンスの参加者に伝達するよう依頼し、カンファレンス結果を後日確認するなど各々工夫を！



(4)居宅サービス計画書(ケアプラン)の作成

居宅サービス計画書(ケアプラン)の作成にあたってケアマネジャーは対象者等の意見を十分確認し尊重する。また、退院カンファレンスなどを通じて、対象者の在宅生活を支援する医療介護関係者から『退院時情報収集書』を用いて情報を聴き取り、主治医の意向を確認した上でケアプランを作成する。

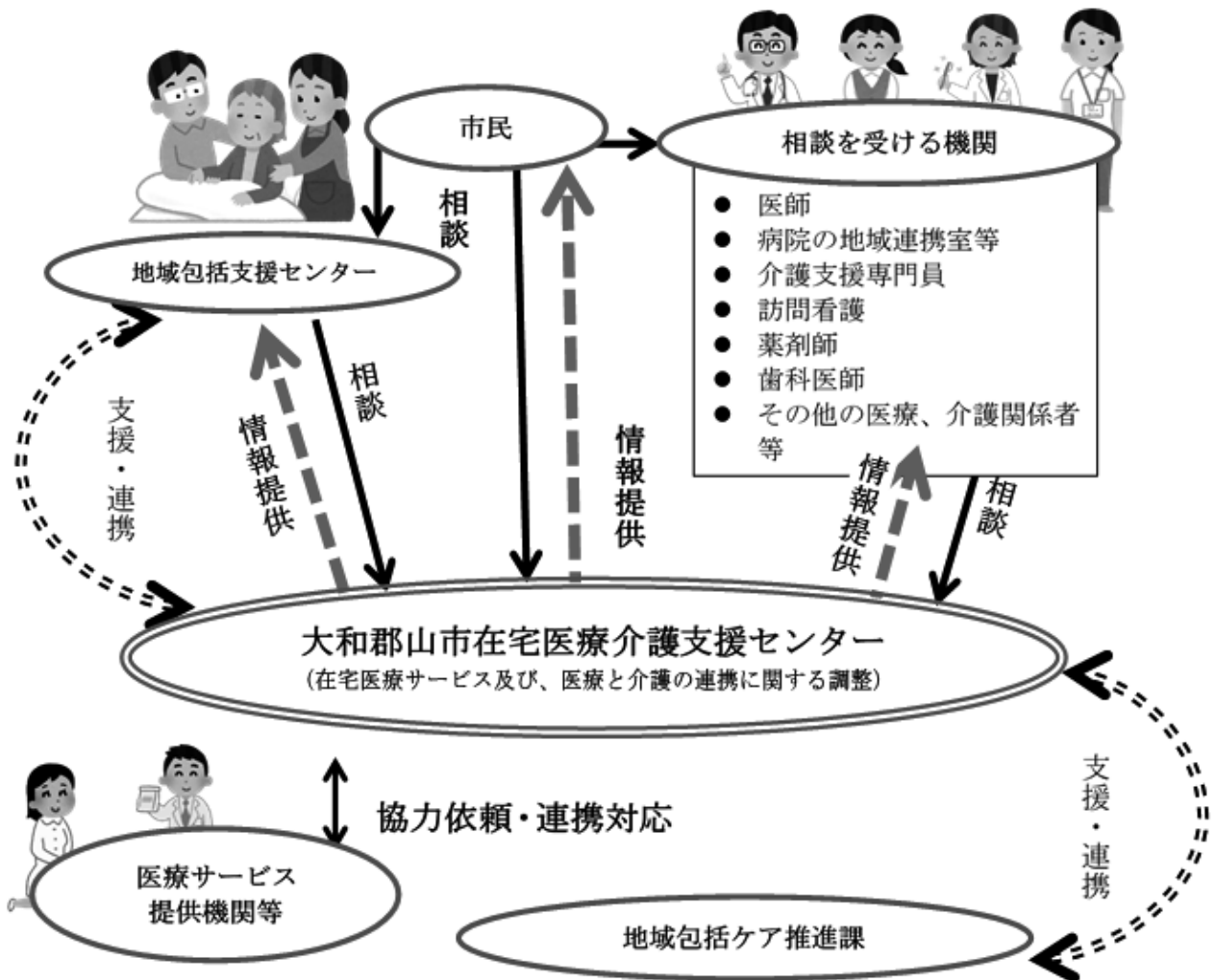
4. 個人情報の取り扱いについて

医療介護の連携で必要な情報提供について、病院は患者に対して院内掲示等で利用目的の周知を図る。また居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等は利用者との契約時に個人情報の使用について包括同意をとるなど、適切な取り扱いを行う。

例:『居宅介護支援計画における個人情報同意書』(p.23)

5. 大和郡山市在宅医療介護支援センター

大和郡山市在宅医療介護支援センターは地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療・介護連携に関する事項の相談、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携の調整や、患者・利用者又は家族の要望を踏まえた、地域の医療機関等・介護事業者相互の紹介を行う。



大和郡山市在宅医療介護支援センター	一般社団法人大和郡山市医師会内
(相談日)月～金(祝日、年末年始除く)	(時間)10:00-16:00
(電話)0743-57-0589	(FAX)0743-85-6631

6.参考資料

- 時期に応じた連携調整ルール
- 大和郡山市在宅医療・介護連携シート
- 入院時情報提供書
- 退院時情報収集書
- 在宅主治決定についての市医師会の方針(大和郡山市医師会)
- 居宅介護支援計画における個人情報使用同意書

時期に応じた連携のルール

2023.3

時期	内容	病院	ケアマネジャー	地域包括支援センター	本人・家族、その他の機関	
平時	在宅 ⇄ 病院(外来) 情報共有	入退院調整等担当窓口などで情報共有(電話、面接、FAX、名刺の受け取りなど)の対応	利用者が受診する時に同行したり、連携シートを活用 ・ケアマネジャーから主治医への連絡票 ・大和郡山市在宅医療・介護連携シート		入院する時には病院名、入院日などをケアマネジャーに連絡するよう予め本人・家族に依頼する	
入院時	①ケアマネジャーが本人・家族から入院を把握した場合	入院時情報提供書を指定の部署で受け取る	入院を把握した日から3日以内に 入院時情報提供書を提出	↓ 連絡 ↑	本人・家族	
	②本人・家族が入院をケアマネジャーに知らせない場合で、病院が担当ケアマネジャーを把握している場合	入院を担当ケアマネジャーに知らせ、入院時情報提供書を指定の部署で受け取る	入院を知った日から3日以内に 入院時情報提供書を提出	↓ 伝達 ↑	介護福祉課から居宅介護支援事業所へ伝達 未認定、ケアマネジャーがいない場合は担当エリアの地域包括支援センターへ伝達	
	③病院が担当ケアマネジャーを把握していない場合	介護福祉課に連絡し、入院日や今後の連携部署について担当ケアマネジャーへの伝達を依頼		↑		
退院に向けて	①退院調整の必要性を判断	退院調整が必要な患者の基準に沿って確認				
	②在宅医療支援体制の調整	本人・家族の意向を確認した上で、在宅主治医が決まらなければ在宅医療介護支援センターへ相談	↑		在宅医療介護支援センター	
	③在宅介護支援体制の調整	ケアマネジャーあり	(A)入院時に調整を行ったケアマネジャーへできる限り退院5日前までに連絡	↑	退院調整を開始	
		ケアマネジャーなし 又は 要介護認定を受けていない	(B)退院調整が必要な場合、本人・家族の希望があれば、居宅介護支援事業所の情報提供を行いケアマネジャーの決定まで支援 (C)退院調整が必要だが、ケアマネジャーが決まらない	↑	本人・家族の意向を確認しながら要介護認定申請等の支援と退院調整を開始	必要に応じて在宅医療介護支援センター
④退院カンファレンス		必要に応じて病院、地域の医療・介護関係者を招集し開催 ケアマネジャーは退院時情報収集書を活用して情報収集し、ケアプラン作成にあたっては主治医の意向を確認				

大和郡山市在宅医療・介護連携シート

年 月 日

宛先		発信元	医療機関 事業所名	
			電 話	
			F A X	
			発 信 者	

平素より大変お世話になっております。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、下記の件につきまして FAX させていただきます。

この情報提供については本人から同意を頂いています。

要 介 護 度	
---------	--

フリガナ		性別	生年月日	電話番号
氏 名		男 ・ 女	年 月 日	

本票送付目的	<input type="checkbox"/> () について 報告・連絡・相談 <input type="checkbox"/> 担当者自己紹介
--------	--

内容

上記内容について、 返信は不要です ・ 返信をお願いします

回答方法	<input type="checkbox"/> 直接会って話します 日時： 月 日 時頃にお越しく下さい
	<input type="checkbox"/> 電話で話します 日時： 月 日 時頃に連絡をください
	<input type="checkbox"/> 連絡事項等について了承しました <input type="checkbox"/> 下記のとおりです

伝達事項など

年 月 日 回答者氏名：

入院時情報提供書

* FAXで情報提供する場合は、氏名、生年月日等を消し、個人が特定されないように配慮すること。

御中

作成日： 年 月 日

入院日： 年 月 日

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。

★添付資料(有()・無())

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 ☆:主な介護者 ○:女性 □:男性】																
緊急連絡先	① 続柄() TEL 自宅 携帯																				
	② 続柄() TEL 自宅 携帯																				
成年後見人	無・有 氏名: TEL																				
住宅環境	一戸建て・集合住宅(階)・エレベーター(有・無) 段差(有・無) 寝具(布団・ベッド) トイレ(和式・洋式)																				
経済状況	年金有()・無() その他() 生活保護				備考欄(家族状況)																
要介護度	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 総合事業対象者 申請中(新規・更新・区分変更) 有効期間: 年 月 日～ 年 月 日 [被保険者番号:]																				
障害等認定	身障(種別: /)級・精神()級・療育(有(A・B)・無)・原爆・指定難病()																				
かかりつけ医	(<input type="checkbox"/> 外来通院 / <input type="checkbox"/> 訪問診療) 医療機関・主治医名 連絡先					(<input type="checkbox"/> 外来通院 / <input type="checkbox"/> 訪問診療) 医療機関・主治医名 連絡先															
かかりつけ薬局	薬局名 連絡先					服薬管理: 自立 見守り 一部介助 全介助 お薬手帳: 有 無															
病歴・疾病	既往歴・治療状況・医療上の注意点・服薬状況・感染症・アレルギー等																				
サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハ(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(内容:) <input type="checkbox"/> その他(内容:) <input type="checkbox"/> その他福祉・障害・医療サービス等(内容:)																				
	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							
食形態	<input type="checkbox"/>	<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・トリス ムース・ゼリー・経管栄養 箸・スプーン・自働具					外出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
										調理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯(無・有: 上・下・全部)					買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	杖 歩行器 車椅子 シルバーカー					洗濯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						掃除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
起居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						金銭管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴不可(シャワー・清拭) 自宅(浴室)・訪問入浴・通所系サービス					視力	普通・視力低下あり・眼鏡(無・有) 視野狭窄・視力欠損・全盲										
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						聴力	普通・やや難聴・難聴・補聴器(無・有)										
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	トイレ・ポータルトイレ・尿器・カテーテル オムツ(常時・夜間のみ) 失禁(無・時々有・常時有) 下剤使用(無・有) 洗腸(無・有)					言語	支障なし・はっきりしない・話せない										
										理解	支障なし・やや困難・できない										
医療処置	酸素・吸引・気管切開・胃ろう・膀胱留置カテーテル ストマ・褥瘡(部位:)・その他()										睡眠	良眠・時に不眠・不眠(時間) 睡眠剤使用(無・有)									
運動機能	麻痺: なし・右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・その他 拘縮: なし・肩関節・肘関節・股関節・膝関節・その他										認知・精神面	徘徊 介護への抵抗 焦燥・不穏 攻撃性 意思疎通困難 幻視・幻聴 昼夜逆転 大声を出す 妄想 暴力									
その他(ご本人の性格、望む暮らし、心身状況、生活環境、習慣、家族の支援状況、家族の介護力等)																					
情報提供事業所名					担当ケアマネジャー																
TEL					FAX																

【注】入院時情報連携加算の算定には、国の通知等に拠る算定条件を満たす必要があります。

【2023 大和郡山市在宅医療介護連携推進会議】

退院時情報収集書

★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シートです

ふりがな				性別	生年月日			
氏名				男・女	明・大・昭	年 月 日	(歳)	
住所	TEL			入院期間(予定)				
				年 月 日 ~		年 月 日(予定)		
要介護度	(未申請・区分変更中・新規申請中・非該当) 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 総合事業対象者 認定日: 年 月 日 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日							
病院主治医	(科)			在宅主治医	医療機関・主治医名			
疾病の状態	主病名				手術	無・有(手術名:)		
	副病名				既往歴			
	主症状	感染症: 無・有() アレルギー: 無・有()						
	合併症				服薬内容、退院時処方、退院後処方(薬剤名、薬剤の剤形・投与経路等)			
	服薬状況	今後の病状、治療の見通し(進行する疾患であれば期間の予測等)、次回受診予定、通院頻度等						
	今後の見通し				退院時の移手段			
疾患についての説明内容	病院から患者・家族への説明内容/患者・家族の受け止め方/患者・家族の希望/家族の誰に説明をしたか							
リハビリ等	リハビリテーション(無・有)頻度: 回/週 / 運動制限(無・有)			リハビリ・運動制限の内容:				
	担当:	PT	OT	ST				
特別な医療	酸素・吸引・気管切開・経管栄養・胃瘻・カテーテル(膀胱留置・導尿)・ストマ 褥瘡・点滴・中心静脈栄養・透析・疼痛管理・その他()							
退院指導の状況	無 有 <内容>(誰に指導したか)			本人:	十分	不十分(問題点:)	
				理解度	十分	不十分(問題点:)	
				家族:	十分	不十分(問題点:)	
				病棟での様子/在宅での留意点				
食形態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚥下状態(良・不良) 咀嚼状況(良・不良) 箸・スプーン・自助具 普通・軟菜・刻み・ペースト・トロミ・ムース・ゼリー・経管栄養 摂取量() 制限(無・有) 制限内容(塩分・水分・その他())			
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯(無・有: 上・下・全部)			
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車いす・ストレッチャー・装具・補装具・その他()			
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
起居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	起き上がり(可・不可) 座位保持(可・不可) 立ち上がり(可・不可) 立位保持(可・不可) 寝返り(可・不可)			
入浴(洗身)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	洗身(不可・行っていない) 入浴制限(無・有) (シャワー・清拭・その他()) 最終入浴日() 入浴時の留意点: (血圧: mmHg・脈: 回/分)			
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	上着(可・不可) ズボン(可・不可)			
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・膀胱留置カテーテル・オムツ(常時・夜間のみ)・リハビリパンツ(常時・夜間のみ) 尿意・便意(無・有) 下剤使用(無・有) 浣腸・摘便(無・有) 最終排便日()			
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1回分配薬	1日分配薬	睡眠 良眠・時に不眠・不眠(時間) 睡眠剤使用(無・有)	
視力	普通・視力低下あり・眼鏡(無・有) 視野狭窄・視野欠損・全盲			聴力	普通・やや難聴・難聴・補聴器(無・有)			
言語	支障なし・はっきりしない・話せない			理解	支障なし・やや困難・できない			
認知・精神面	認知症高齢者の日常生活自立度(自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M) 認知症の原因疾患: 精神状態(疾患)(無・有()) 徘徊 介護への抵抗 焦燥・不穏 攻撃性 意思疎通困難 幻視・幻聴 昼夜逆転 大声を出す 妄想 暴力							
運動機能	麻痺: なし・右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・その他 / 拘縮: なし・肩関節・肘関節・股関節・膝関節・その他							
その他(ご本人の性格、望む暮らし、心身状況、生活環境、習慣、家族の支援状況、家族の介護力等)								
情報提供機関名				TEL				
面談日時	年 月 日 / 午前・午後 時 分 ~ 時 分			面談者(所属・氏名)				

[注]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。

[2023 大和郡山市在宅医療・介護連携推進会議]

在宅主治医決定についての市医師会の方針

1. 退院時の主治医決定について

(ア) 入院時にかかりつけ医がいる場合

- ・患者・家族が前医に戻ることを希望した場合
 - ⇒ 前医が応需すれば決定
 - ⇒ 前医が応需しなければ（イ）又は（エ）へ
- ・患者・家族が前医に戻ることを希望しなかった場合
 - ⇒ 病院は前医に連絡し（イ）又は（エ）へ

(イ) 入院前にかかりつけ医がいたが、患者・家族が他の医師を希望した場合又は前医が応需せず、患者・家族が他の医師を希望した場合

- ⇒希望した医師が応需すれば決定
- ⇒希望した医師が応需しなければ（エ）へ

(ウ) 入院前にかかりつけ医がいない場合

- ・患者・家族が希望する医師がいる場合
 - ⇒希望した医師が応需すれば決定
 - ⇒希望した医師が応需しなければ（エ）へ

(エ) 患者・家族が特定の医師を希望しなかった場合又は希望した医師が応需しなかった場合

- ①退院暫定時に病院は市在宅医療介護支援センター（以下センターと略す）へ連絡（様式 1-1）
- ②センターは医師へ FAX（様式 1-2）
- ③医師は、応需の可否をセンターへ返信 FAX
- ④主治医応需医師のリストを病院へ FAX（様式 2）
- ⑤患者・家族は紹介リストから希望主治医に順番をつけて複数選択し、病院がセンターへ FAX（様式 3）
- ⑥センターは選択された応需医師へ FAX（様式 4）

2. 退院時以外の場合（かかりつけ医がいない場合）の主治医決定について

(オ) 患者・家族が希望する医師がいる場合

- ⇒希望した医師が応需すれば決定
- ⇒希望した医師が応需しなければ、前項の（エ）と同じ方法により決定する

(カ) 患者・家族が特定の医師を希望しなかった場合又は希望した医師が応需しなかった場合

- 患者・家族に参与した機関（訪問看護ステーション・ケアマネジャー・介護事業者・地域包括支援センター等、以下関与機関と略す）がセンターに連絡する
- ⇒前項の（エ）と同じ方法により決定する

様式

（様式 1-1）在宅主治医依頼書 医療情報提供書又は類似情報書を添付

（様式 1-2）在宅主治医依頼書

（様式 2）在宅主治医紹介書 センターから病院・関与機関へ紹介（応需医師リスト）

（様式 3）在宅主治医決定（回答書） 病院・関与機関から希望主治医名回答

（様式 4）在宅主治医決定連絡書 センターから希望主治医へ連絡

在宅主治医依頼書

受付番号		←センターで記入しますので記入しないで下さい	
フリガナ			生年月日
氏名		男	M T 年 月 日 歳
		女	S H
住所	電話 ()		家族構成、介護者のマンパワー等
病院主治医			
疾病の状態	現病名		
	服薬		
	状況		
既往歴			
☆今後の治療方針について在宅主治医に希望する事柄			
特別な医療	<input type="checkbox"/> 人工呼吸療法 <input type="checkbox"/> 人工肛門(ストマ) <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 在宅中心静脈栄養法(IVH) <input type="checkbox"/> 在宅自己腹膜灌流(CAPD) <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法(HOT) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ交換 <input type="checkbox"/> 経管栄養法(胃瘻を含む) <input type="checkbox"/> 腎瘻・膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 麻薬を用いた疼痛管理 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 皮下埋め込み型CVポート <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他()		

病院または事業所名:

担当者:

医療機関各位

年 月 日

在宅主治医依頼書

受付番号		男 女	歳	家族構成、介護者のマンパワー等
住所				
病院主治医				
疾病の状態	現病名			
	服薬			
	状況			
既往歴				
☆今後の治療方針について在宅主治医に希望する事柄				
特別な医療	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器療法 <input type="checkbox"/> 人工肛門(ストマ) <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 在宅中心静脈栄養法(IVH) <input type="checkbox"/> 在宅自己腹膜灌流(CAPD) <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法(HOT) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ交換 <input type="checkbox"/> 経管栄養法(胃瘻を含む) <input type="checkbox"/> 腎瘻・膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 麻薬を用いた疼痛管理 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 皮下埋め込み型CVポート <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他()			

在宅主治医	事前面談を希望	・	可	・	否	○をつけてください。
医院および医師名						

回答締切日 年 月 日 時 迄にFAXでお返事ください。

送信元: 大和郡山市在宅医療介護支援センター

〒639-1136 大和郡山市本庄町317-2

一般社団法人大和郡山市医師会内

FAX 0743-85-6631

☎ 0743-57-0589

様式2

年 月 日

受付番号

地域連携室
事業所

様

在宅主治医紹介書

いつもお世話になっております。

下記の在宅往診医の医師を紹介いたします。

患者・家族が希望する医師を FAX（様式3）で回答してください。

医療機関名	医師名	医師の意向（○を記入）
		訪問診療・事前面談
		訪問診療・事前面談
		訪問診療・事前面談
		訪問診療・事前面談
		訪問診療・事前面談
		訪問診療・事前面談

大和郡山市在宅医療介護支援センター

大和郡山市医師会内

電話 0743-57-0589

FAX 0743-85-6631

様式3

年 月 日

受付番号

大和郡山市在宅医療介護支援センター 宛

在宅主治医決定（回答書）

患者・家族様と相談の結果、下記の医師にお願い致します。

希望順	医療機関名	医師名
①		
②		
③		
④		
その他希望事項があれば記入ください。		

病院地域連携室

事業所名

様式 4

年 月 日

受付番号

在宅主治医決定連絡書

医師名 _____ 先生

患者 _____様が主治医を先生に

お願いすること

面談していただくこと

を希望されましたのでよろしくお願ひ申し上げます。

後日、患者・家族又はケアマネジャーから連絡がありますので、
面談日時などについてはご相談下さい。

大和郡山市在宅医療介護支援センター

大和郡山市医師会内 ☎ 0743-57-0589

Fax 0743-85-6631

居宅介護支援計画における個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用する目的

事業者が、介護保険法及び関連の法令に従い、私の居宅サービス計画に基づき、指定居宅サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合。

また、在宅の介護サービス調整のために、必要な医療情報を医療機関や入所施設等から取得及び提供する必要がある場合。

2. 使用にあたっての条件

- ・個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ・事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。

3. 個人情報の内容

- ・氏名、住所、健康状態、家族状況その他一切の利用者や家族個人に関する情報
- ・在宅で療養するあるいは在宅で療養する予定がある場合に、在宅医療・介護サービスを提供する事業所として、生命や身体の安全や健康維持のために知っておくべき医療情報
- ・その他の情報

4. 使用する期間 契約日～契約満了日

年 月 日

居宅介護支援事業者 ●●● 様

利用者	住所	
	氏名	印
代筆者	氏名	印 続柄 ()
家族の代表	住所	
	氏名	印 続柄 ()

在宅医療・介護関係者と病院関係者の連携マニュアル
策定協力機関

一般社団法人大和郡山市医師会
一般社団法人大和郡山市歯科医師会
一般社団法人大和郡山市薬剤師会
大和郡山市在宅医療介護支援センター
大和郡山市訪問看護事業者連絡会
大和郡山市リハビリテーション連絡協議会
大和郡山市居宅介護支援事業所連絡会
大和郡山市地域医療連携担当者連絡会
大和郡山市地域包括支援センター
大和郡山市保健センター
大和郡山市介護福祉課

【編集・発行】

奈良県大和郡山市福祉部地域包括ケア推進課
住 所 奈良県大和郡山市北郡山町 248 番地 4
電 話 0743-53-1151(内線 585)
F A X 0743-55-6831

