

# 医療と介護の連携 「すぎなみガイドライン」

平成31年3月 改訂版

(初版 平成26年3月)



## 目 次

1. ガイドラインの位置づけ .....	1
2. よりよい連携のために	
(1) 在宅で療養 .....	2
「杉並区ケアマネタイム」の活用 .....	4
(2) 在宅から病院 .....	4
(3) 病院から在宅 .....	6
(4) 入退院支援の主な報酬等算定関連図 .....	8
3. 杉並区共通様式の活用方法 .....	9

別紙 ○「医療⇔介護 連絡（照会）票」

○「入院時情報提供書」「退院・退所時情報提供書」

○病院種別一覧

○杉並区内病院・杉並区内老人保健施設の連携窓口

# 1. ガイドラインの位置づけ

平成26年3月、杉並区在宅医療推進連絡協議会及びその下部組織である「連携作業部会」において議論を重ね、区民が住み慣れた地域で安心して在宅療養生活を送れることを目的に、医療・介護・福祉に携わる関係者、関係機関が相互の役割を理解し協力して、効果的に連携し、一体的に支援できることを目指し、医療と介護の連携「すぎなみガイドライン」を作成した。

医療と介護の連携「すぎなみガイドライン」制定時からこの間、診療・介護報酬の改定においては入退院支援に対する加算制度が見直され、連携の推進に対し報酬面からの充実も行われてきた。平成30年度の介護報酬の改定では、入院時情報提供書や退院・退所時情報記録書の標準様式が初めて示された。

また、平成27年度から始まった「在宅医療地域ケア会議」や多職種研修、病院主催の医療・介護連携の会等により「顔の見える関係づくり」は大きく前進している。

以上を踏まえて、今まで活用してきた「連携シート（入退院・入退所）」を「入院時情報提供書」「退院退所時情報提供書」へ変更する等、介護報酬の退院・退所加算、入院時情報連携加算に対応する様式に変更し、また診療報酬の介護支援等連携指導料の算定に対応する内容とする等、医療と介護の連携「すぎなみガイドライン」を現状に合わせ改訂する。

## 2. よりよい連携のために

### (1)在宅で療養

#### ケアマネジャーの役割

##### ①まず、かかりつけ医と関係づくり

- 担当ケアマネジャーとして、かかりつけ医への自己紹介はできる限り対面で行う。
- 顔が見える関係づくりに努め、医療面のことにかかりつけ医に相談できるようにする。  
相談は面談、電話、「医療⇄介護 連絡（照会）票」等により、状況に合わせて行う。
- 医療依存度が高いケースは、かかりつけ医にサービス担当者会議への参加を依頼する。
- 担当する在宅療養者の介護保険認定の更新・区分変更時には、かかりつけ医に意見書の作成に必要な情報を提供する。
- 原則、作成したケアプランをかかりつけ医に提供する（初回時、更新時、区分変更時）。

##### ②情報の把握・提供・共有

- 多職種・他機関のコーディネート役を担う。
- 把握した情報を、適切にケアプランに反映させる。
- 必要に応じて、随時各関係専門職へ情報提供し、共有する。
- 本人・家族の理解力や社会的な要因等により、情報伝達に支障があるケースの連携の際は、先にその事情について各機関に伝えた上で連携を図る。
- かかりつけ医以外の医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、訪問リハビリなどが関わっている場合は、医療保険・介護保険どちらのサービスであっても、チームの一員としてサービス担当者会議への出席を依頼する。

##### ③緊急時対応の体制構築

- 独居高齢者や認知症など注意を要するケースは、緊急非常時の体制を協議する。
- 入・退院時、救急搬送時などでの対応を協議し、チーム内で共有する。
- サービス担当者会議で、急変時等の連絡体制を協議し、チーム内で共有する。

#### かかりつけ医の役割(病院内来を担当医を含む)

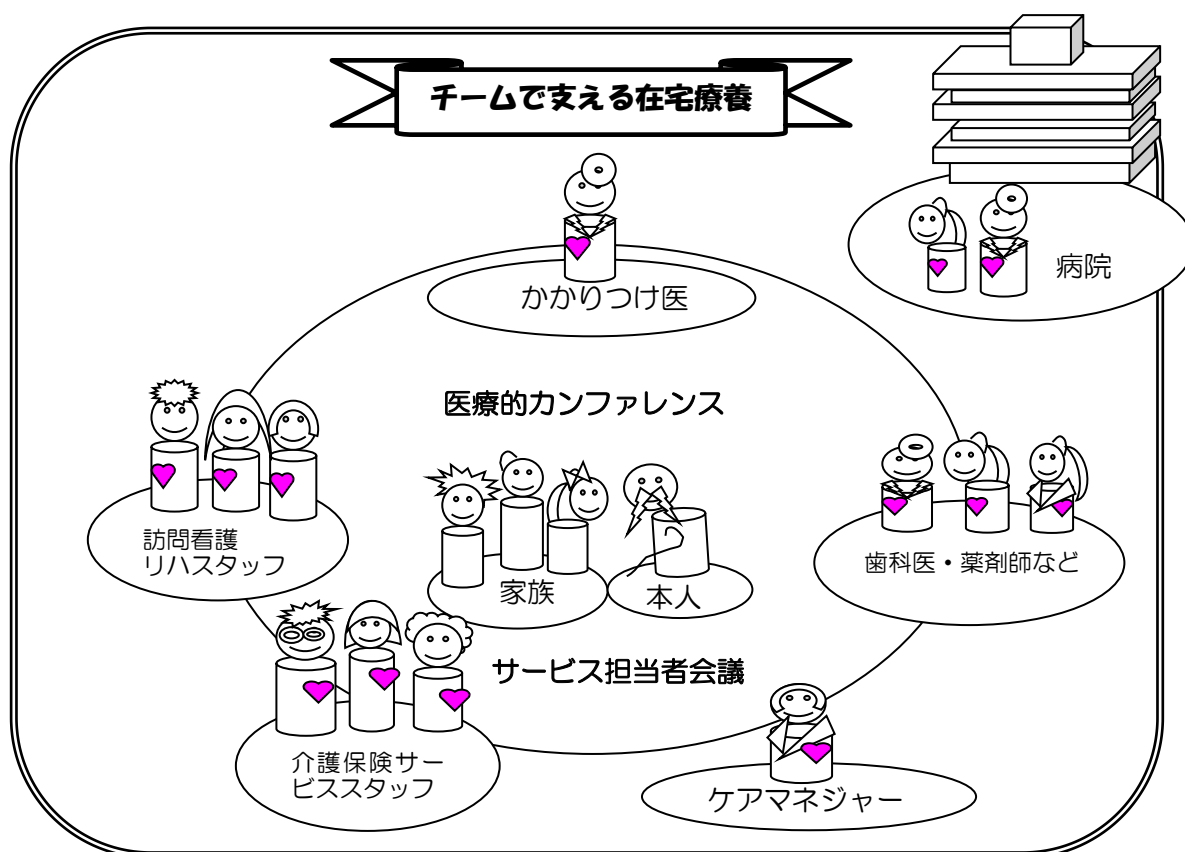
- かかりつけ医は医療の司令塔として、サービス担当者会議に可能な限り出席する。
- サービス担当者会議に出席できない場合は、かかりつけ医としての意見や指示をケアマネジャーに伝える。
- サービス担当者会議欠席時の意見照会に対して、「医療⇄介護 連絡（照会）票」を使用して回答する場合は、原則として無料とする。
- 診療情報提供書の算定要件を備えた回答となる場合は、医療保険制度に則った運用とする（介護保険の居宅療養管理指導を算定している場合を除く。）。
- 文書料や診療情報提供料が発生する場合は、当該情報を求めた者にその旨を事前に必ず通知する。

- 介護保険サービス利用に係わる様々な指示や意見照会について対応困難な場合、
  - ①地域診療所のかかりつけ医は、対応可能な別の医師を患者に紹介する。
  - ②病院外来の担当医は、地域診療所の医師もかかりつけ医にすること（2人主治医制）を積極的に勧める。
- 入浴やリハビリなど運動時や食事などの介護保険サービス利用に係わる留意事項について、具体的に示した主治医意見書を作成する。
- 在宅療養者の病状変化によるケアプランの変更を、ケアマネジャーに依頼する。
- かかりつけ医が必要と判断した場合は、かかりつけ医が「在宅患者緊急時等カンファレンス」などを開催し、チームを主導する。
- 急変時や緊急時は、チーム内で共有した非常時対応の連絡体制に基づき対応する。

### 医師・ケアマネジャー以外の専門職の役割

- サービス担当者会議に出来る限り出席する。
- かかりつけ医の出席する退院時カンファレンスやサービス担当者会議で、対応方法をチーム内で共有する。
- 急変時には、直接かかりつけ医とやり取りできるかどうか、事前に確認する。
- 在宅療養者の日常生活上の変化があった場合には、速やかにケアマネジャーに連絡する。
- 急変時や緊急時は、チーム内で共有した非常時対応の連絡体制に基づき対応する。

### 在宅療養時の連携イメージ



## 「杉並区ケアマネタイム」の活用

### 【ケアマネタイムの目的】

○書類のやり取りや訪問など診療所との連携が必要な時に、診療所側が対応しやすい時間などを明確にすることで、診療所側と問い合わせ側同士の円滑な連携に結びつける。

### 【ケアマネタイムの協力機関】

○杉並区医師会のホームページ（\*）に情報が掲載されている。

\*URL <http://www.sgn.tokyo.med.or.jp/>

[検索手順] トップページ→介護・福祉職の方へ→杉並区医師会ケアマネタイム一覧表

### 【留意事項】

○ケアマネタイム一覧にない医療機関とのやり取りの際は、初回の自己紹介時に、情報のやり取りの手段と窓口の確認をする。

○協力機関は、記載の内容に変更があった場合は、杉並区医師会まで連絡する。

○医師会がケアマネタイムを導入する診療所を増やすことにより、医療機関に広く介護保険制度について周知できるように努める。

## ホームページ、ひまわり（東京都医療機関・薬局案内サービス）等ウェブサイトの活用

○ケアマネタイムに記載のない医療機関については、ホームページ、ひまわり（東京都医療機関・薬局案内サービス）等ウェブサイトから診療時間を確認し、連絡の取りやすい時間（診療時間終了間際等）に連絡する。

○ひまわり（東京都医療機関・薬局案内サービス）ホームページ

<https://www.himawari.metro.tokyo.jp/qq13/qqport/tomintop/>

上記ひまわりにおいては、在宅医療（訪問診療）を行う医療機関の検索も可能

## (2)在宅から病院

### ケアマネジャーの役割

○日頃から、病院の体制、機能、連絡相談窓口を把握しておく。

○「入院時情報提供書」については、日頃から作成し、ケアプラン改定時には、特に本人・家族の意向についても再度確認し、作成する。

○入院した場合は、速やかに情報を医療機関に伝え、入院時情報提供書を提出する。

○入院したことをかかりつけ医等在宅チームへ連絡し、情報を共有する。

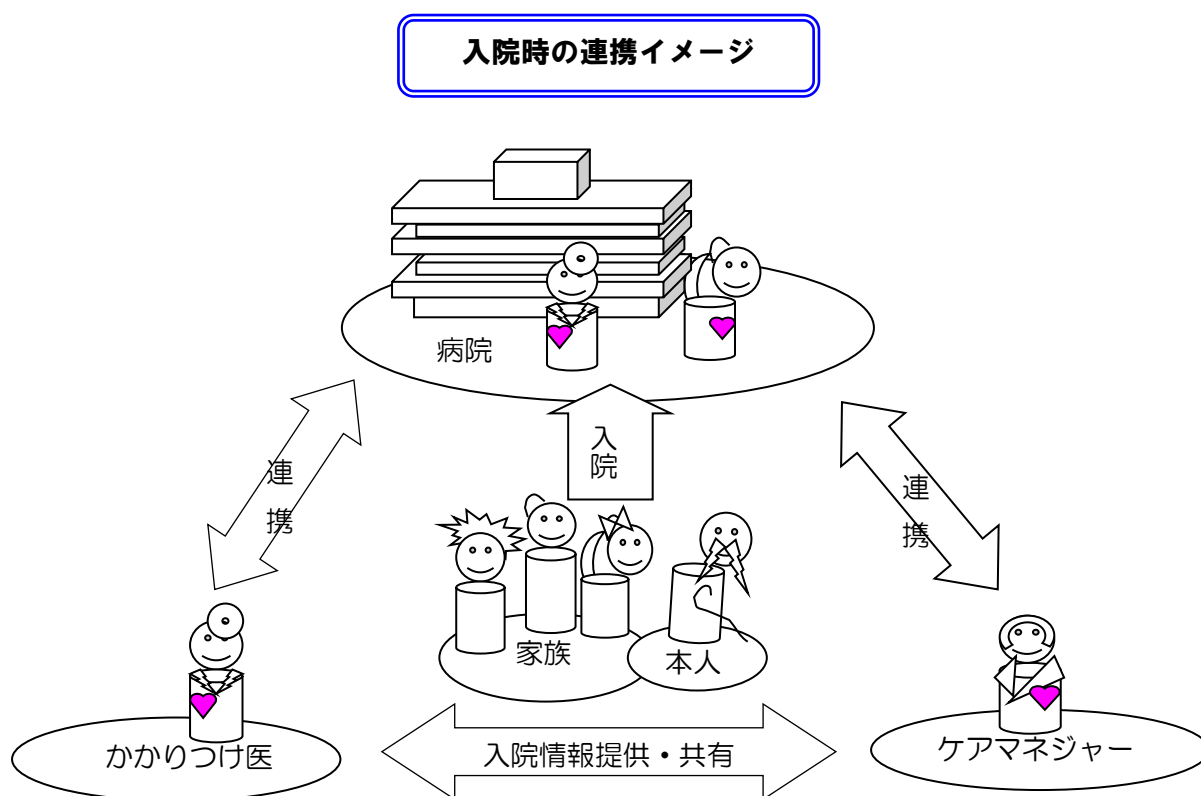
○入院中の本人の状況を確認出来る体制を確保し、カンファレンス等の予定を確認する。

## **病院の役割**

- 介護保険サービスの利用状況を確認し、ケアマネジャーに入院する（した）ことを連絡する。
- ケアマネジャーの作成した入院情報提供書等を活用し、これまでの暮らし、入院までの経緯、在宅での支援状況等について情報収集する。
- 退院に向けた本人・家族の思いや意向、病状認識を確認する。
- 入院時カンファレンスにはケアマネジャーに参加してもらい、退院時の状況、退院後のイメージを本人・家族、院内多職種、在宅チームで共有する。

## **かかりつけ医の役割**

- 診療所主導で入院した場合、ケアマネジャーに入院した情報を提供する。



## **(3)病院から在宅**

### **病院の役割**

- 院内で退院までの大まかな日程（治療方針・退院時に想定される状況）を共有するとともに、ケアマネジャー等在宅チームへも情報提供を行う。
- 本人・家族の理解力や社会的な要因等により、介護保険申請や退院後の支援が必要と予測されるケースについては、病院からケア24やケアマネジャーへ一報を入れる。
- 病院スタッフと必要に応じケアマネジャーやケア24が協働しながら、本人・家族が退院後の生活・療養方針の検討・決定ができるよう意思決定支援を行う。
- 必要に応じて、退院に向けた院内多職種カンファレンスを開催し、ケアマネジャー等在宅チームと情報を共有し、円滑な療養場所へ移行できるよう支援する。
- 退院前訪問指導を行う場合は、ケアマネジャーへ声をかけ、共に自宅の様子を確認し、在宅での環境を想定したりハビリ等の自立支援や療養環境の調整の検討を行う。
- 退院前カンファレンスを実施する場合は、院内多職種のほかケアマネジャー等在宅チームへ出席を依頼し、退院後の生活のイメージを共有し、生活課題の検討、療養環境の準備・調整を行う。
- 退院に向け、「退院・退所時情報提供書」若しくはその内容について、ケアマネジャーへ伝える。
- 転院や施設入所となる場合も、かかりつけ医・ケアマネジャー等在宅チームにその旨連絡を入れる。

### **ケアマネジャーの役割**

- 病院と連携を取り、退院までの大まかな日程を共有する。
- 参加が可能であれば、退院に向けた院内多職種カンファレンスに参加し、情報収集を行う。
- 退院前訪問指導が決まったら、出来るだけ同行する。
- 退院前カンファレンスに参加して欲しい関係職種とその内容を病院に伝え、事前に調整したサービス担当者等と退院前カンファレンスと一緒に出席を依頼する。
- 退院前カンファレンスに必要な応じてケアプラン原案を持参し、病院の協力のもと「退院・退所時情報提供書」を作成して、安全に在宅生活をスタートするために、最終調整を行う。
- 退院前カンファレンスでの情報を共有した上で、本人に必要なサービスについてサービス担当者会議で確認する。
- かかりつけ医（介護保険主治医意見書記載医師を含む）に、退院前カンファレンスの内容や新しいケアプランについて報告する。
- 必要に応じて、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局の薬剤師等にも、退院前カンファレンスの内容や新しいケアプランについて報告する。
- 転院、施設入所となる場合もあるので、病院と連絡を取り情報を収集し、かかりつけ医等在宅チームで共有する。



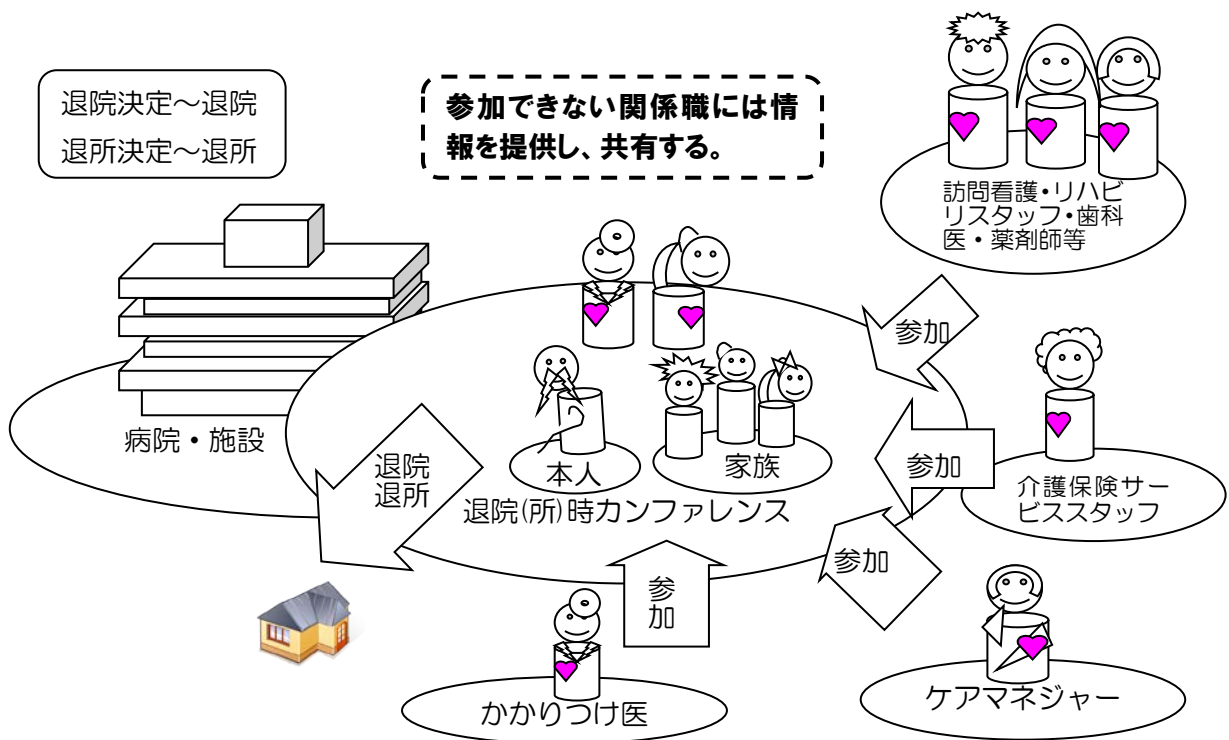
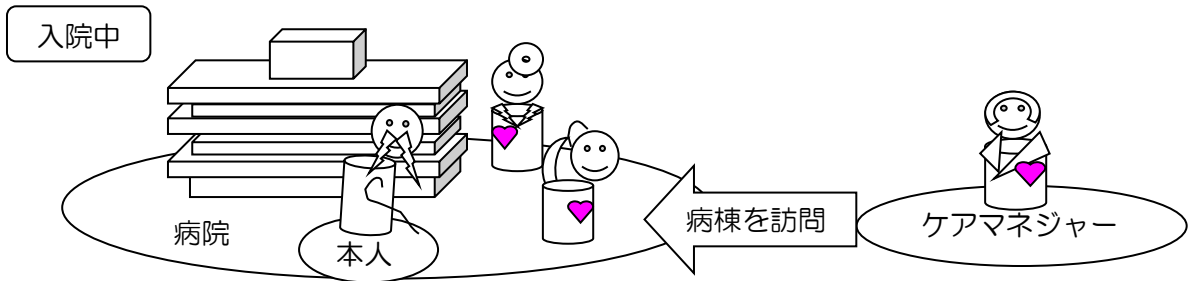
## かかりつけ医の役割

- 退院時カンファレンスの出席依頼には、原則として応じる。
- チームの一員として、ケアプラン作成に必要な医療情報等を提供する。
- 必要時は、病院と診療所の医師同士で連携を図る。

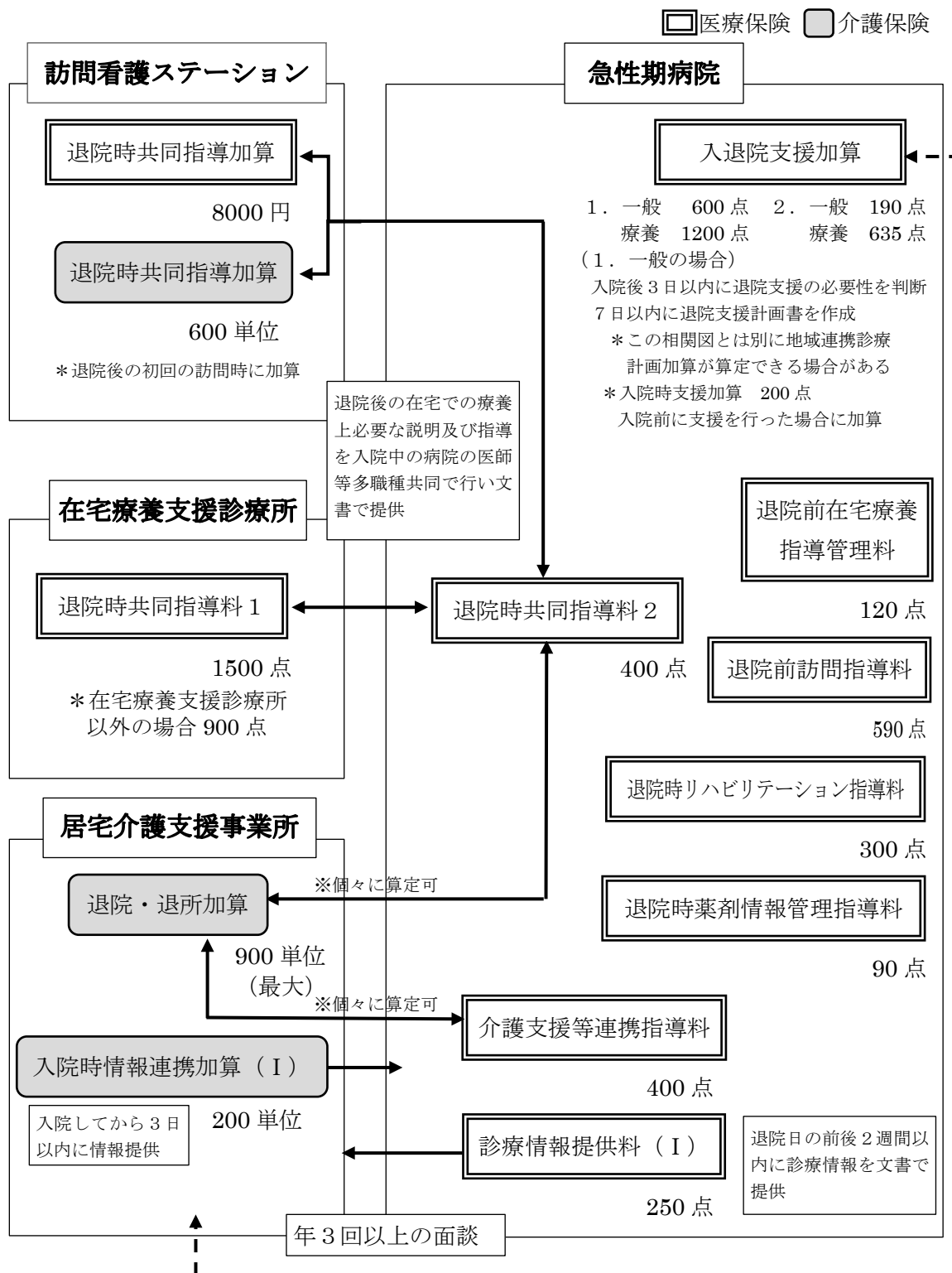
## 医師・ケアマネジャー以外の専門職の役割

- 退院時カンファレンスの出席依頼には、原則として応じる。
- 退院時カンファレンスでの確認事項を、他機関の役割も含め共有する。
- 訪問看護やリハビリテーション提供に必要な病院側からの情報を聞き取る。
- ケアマネジャーとも情報共有する。

### 退院(所)時の連携イメージ



#### (4) 入退院支援の主な報酬等算定相関図



在宅医療・介護連携における診療報酬と介護報酬 平成 30 年 10 月  
 関東信越厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課 より

### 3. 杉並区共通様式の活用方法

杉並区共通様式は、他の独自の様式の使用を妨げるものではありませんが、この機会にぜひご活用いただくよう、ご協力をお願いするものです。

#### (1) 活用目的

よりよい連携を実践するツールとして作成した**杉並区共通様式**を活用することで、多職種・多機関の一層の連携強化と効率的な情報共有を目指し、よりよい在宅療養支援の実現を図る。

#### (2) 杉並区共通様式の名称・主な用途

##### ①「医療⇄介護 連絡（照会）票」

- ・ケアマネジャーが担当になったことの自己紹介
- ・介護保険認定の更新時期が近づいたことのお知らせ
- ・サービス担当者会議開催のお知らせや欠席時の意見の聴取
- ・軽度者への福祉用具貸与の意見書を求める際の送り状
- ・普段のかかりつけ医以外の専門科等を受診する際の情報提供
- ・在宅療養者の状態や環境の変化などについてケアマネジャーへの随時の報告など

##### ②「入院時情報提供書」「退院・退所時情報提供書」\*〔 〕内は〔記入者〕 平成26年3月作成の「連携シート」を介護報酬の改定を受け、標記へ変更する。

##### 「入院時情報提供書」

入院時情報連携として入院先の病院への情報提供〔ケアマネ〕

居宅サービスや施設サービス利用時の情報提供〔ケアマネ〕

入院時情報連携加算の確認書類として使用〔ケアマネ〕

##### 「退院・退所時情報提供書」

退院時カンファレンス参加時や病院訪問時の聞き取り〔ケアマネ〕

退院時の医療側からケアマネジャーへの情報提供〔病院関係者〕

転院・入所時、医療側から転院先・施設への情報提供〔病院関係者〕

退院・退所加算の確認書類として使用〔ケアマネ〕

介護支援等連携指導料の確認資料として使用〔病院関係者〕

#### (3) 留意事項

- チーム内での情報のやり取りは、状況により適切な手段で対応する。杉並区共通様式は、その中のひとつの手段として活用する。
- 診療所や病院との間で杉並区共通様式を活用して連携する際は、「杉並区ケアマネタイム」及び「杉並区内病院の連携窓口」を参照する。
- 病院・かかりつけ医とのやり取りには、場合により文書料や診療情報提供料などがかかることを、事前に家族・本人に説明する。

## 【個人情報に記載された杉並区共通様式の扱いについて】

①持参、本人・家族に託す、又は郵送でのやり取りを基本とする。  
(郵送の場合返信用封筒を同封する。)

②氏名の一部を伏字にする等個人情報特定回避の方策をとれば、FAX・メールなどでも可能。電話連絡をした上で送信する。

※その他、個人情報の保護及びその適正な取り扱いについては、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」(個人情報保護委員会・厚生労働省平成29年4月14日通知、平成29年5月30日適用)に基づく。

### ガイドライン作成協力団体・機関

(「杉並区在宅医療推進協議会 連携作業部会」平成26年3月)

杉並区医師会・区内病院(医師・看護師・相談員など)、杉並区歯科医師会、杉並区薬剤師会、杉並区訪問看護ステーション連絡会、通所リハビリテーション対応機関、訪問リハビリテーション対応機関、杉並区ケアマネ協議会、杉並区訪問介護事業者協議会、杉並区通所介護事業者連絡会、訪問入浴事業所、杉並区福祉用具貸与連絡会、地域包括支援センター(ケア24)、介護老人保健施設、ショートステイ対応施設、杉並区保健福祉部

杉並区保健福祉部

在宅医療・生活支援センター

〒167-0032 杉並区天沼3-19-16

ウェルファーム杉並複合施設棟3階

TEL: 03-5335-7317(直通)

FAX: 03-5335-7318