



入退院時の医療・介護連携とACP

–病院と地域が切れ目なく“情報を共有する”ために–



石川県立中央病院 緩和ケア内科
脇田重徳

本日の目的

病院と地域で患者さんを切れ目なく支えていくために、
以下の2点について一緒に考えていきたいと思います

- 入退院時に病院と地域の多職種がどう連携しているのか
- ACPを地域でつなぐために、どのように情報を共有すればよいか

本日の内容

＜前半＞

入退院時の病院と地域の多職種連携

（医療・介護連携指針／当院の入退院支援をもとに）

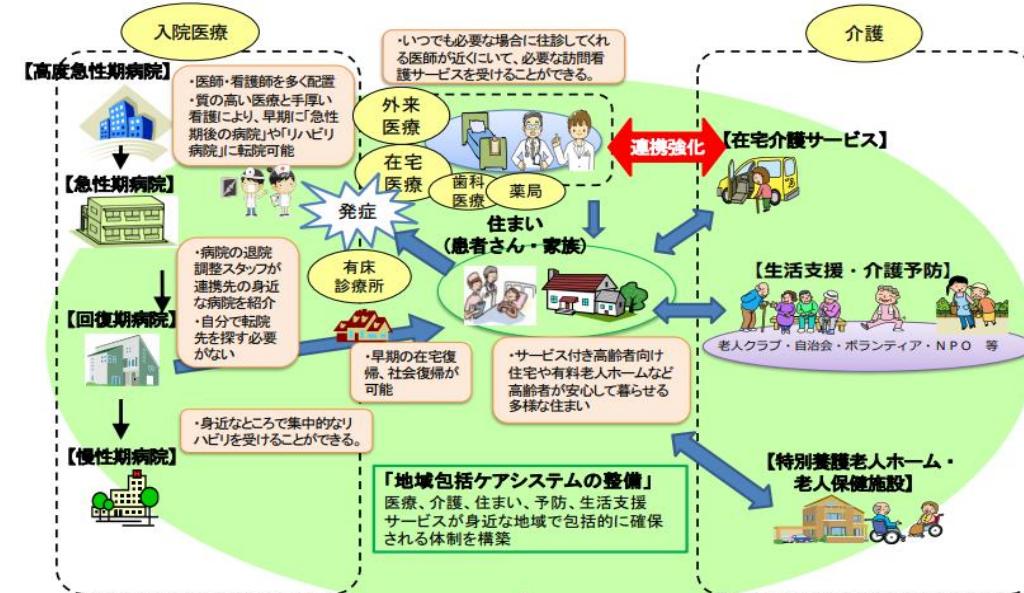
＜後半＞

ACPを地域でつなぐ情報共有のあり方

（ACPメモ／ID-Link）

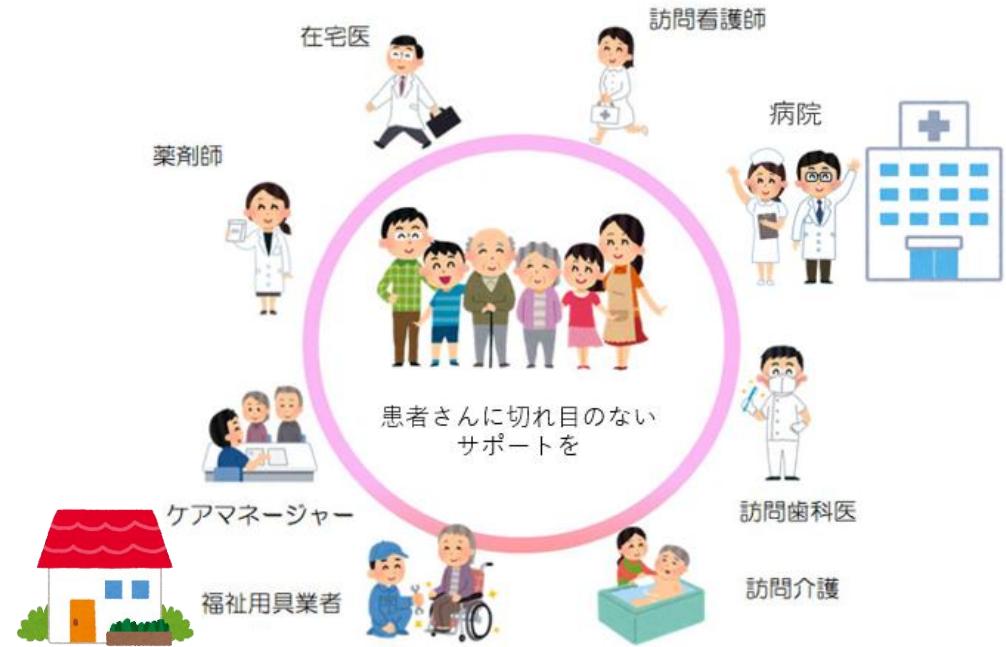
なぜ今、“病院と地域の連携”が重要なのか

- 患者さんは、退院後、地域で生活する
- 病院と自宅を行き来しながら療養する時代
- 病院と地域が切れ目なく関わることが重要



入退院時は「切れ目」が生じやすい場面

- 多くの職種が関わるタイミング
- 療養場所・担当者・役割が切り替わる
- 情報が途切れやすい



⇒お互いの業務への理解を深め、情報や認識を共有することが大切！

1. 入退院時の病院と地域の多職種連携

1. 入退院時の病院と地域の多職種連携

- A) 入院時の多職種連携
- B) 入院中・退院時の多職種連携
- C) 各職種の連携の現状とこれからの課題



A) 入院時の多職種連携

A) 入院時の多職種連携（連携指針より）

	病院（医師・看護師）	加算等	ACP	ケアマネジャー	加算等	ACP	かかりつけ医	加算等	ACP	訪問看護師	加算等	ACP	
急変時	多職種による入退院時の連携イメージ②（急変時）参照（P5）			多職種による入退院時の連携イメージ②（急変時）参照（P5）			急変時	多職種による入退院時の連携イメージ②（急変時）参照（P5）		多職種による入退院時の連携イメージ②（急変時）参照（P5）			
在宅中	＜緊急の入院で、患者さんが介護保険サービスを受けていない場合＞ ・家族等に対して居住地の地域包括支援センター等に相談するよう勧める		随時確認 ↓ □	利用者の入院を早期に把握 ・健康保険証、介護保険証、お薬手帳等に名刺を挟む。 ・普段から患者・家族に入院したら連絡するよう依頼 ・介護サービス事業者に利用者の予定外の入院に気付いたときは連絡するよう依頼		随時確認 ↓ □	在宅中	利用者の入院を早期に把握 ・ACP情報の確認 ⇒令和6年度診療報酬改定によりICTを活用した情報や診療体制の連携の推進、介護との連携強化を図るために、「在宅医療情報連携加算」（月1回）が新設された。（金沢市医師会のハートネットホスピタルをご利用下さい。） ・ケアマネジャーへの連絡		在宅医療情報連携加算 □	利用者の入院を早期に把握		随時確認 ↓ □
入院時	かかりつけ医・ケアマネジャーと連携 入院時の基本情報の把握 ・「入退院におけるかかりつけ医の情報に関する病診連携の取り扱い」（金沢市医師会）を確認して下さい。（P7） ・「病院・地域包括・ケアマネジャーとの連携ルール」（金沢市在宅医療連携グループ）を確認して下さい。（P8） 退院支援スクリーニング	（入院時支援加算） □	（入院時支援加算） □	病院との連携 入院時情報提供書を病院へ提供 ・心身の状況・生活環境・サービス利用状況確認 ・「病院・地域包括・ケアマネジャーとの連携ルール」（金沢市在宅医療連携グループ）を確認して下さい。（P8）	（入院時情報連携加算） □	（入院時情報連携加算） □	入院時	病院との連携 診療情報提供書を病院へ提供（診療情報提供料1） ・患者の同意を得て提供 ・入院後は診療情報提供料の対象外 ・病院へ診療情報提供書内にACP情報を記載するか、「居宅療養管理指導書（医師）」を添付し、ACP情報を共有 ・「入退院におけるかかりつけ医の情報に関する病診連携の取り扱い」（金沢市医師会）を確認して下さい。（P7）	（入院時情報連携加算） □	診療情報提供料□※	かかりつけ医との連携 ・利用者の同意を得て訪問看護にかかる情報を「訪問看護の情報提供書（主治医宛）」により主治医へ提供 病院との連携 ・病院へ在宅看護サマリーを提出し、情報を共有する。		療費問 3 （医療情報提供） □
	病院（医療ソーシャルワーカー） (各病院により機能・体制が異なるため随時確認)	加算等	ACP	在宅管理栄養士	加算等	ACP		薬剤師	加算等	ACP	ホームヘルパー	加算等	ACP
急変時	多職種による入退院時の連携イメージ②（急変時）参照（P5）		随時確認 ↓ □	多職種による入退院時の連携イメージ②（急変時）参照（P5）			急変時	多職種による入退院時の連携イメージ②（急変時）参照（P5）		多職種による入退院時の連携イメージ②（急変時）参照（P5）			
在宅中	・入退院センターからの情報提供を受ける ・ケアマネジャーからの情報提供を受ける		随時確認 ↓ □	利用者の入院を早期に把握 ・多職種へ情報共有依頼			在宅中	利用者の入院を早期に把握		利用者の入院を早期に把握			随時確認 ↓ □
入院時	ケアマネジャーとの連携 入院時の基本情報の把握 退院支援スクリーニングの実施 ・退院困難な要因を分析する際に他機関からの情報を収集 ・院内の退院支援部門の担当者の決定		□	多職種連携 ・病院管理栄養士、多職種と情報共有（依頼）			入院時	病院との連携 ・薬局薬剤師から病院薬剤部へ服薬情報等提供書を提出 ・「入退院における薬局への情報提供に関する薬業連携の依頼について」（石川県薬剤師会）を確認して下さい。（P11）	（服薬情報等） □	ケアマネジャーとの連携 訪問看護師との連携 ・利用者の状態等について多職種と情報共有			□

A) 入院時の多職種連携（連携指針より）

病院↔かかりつけ医

1. 急性期病院への入院時

急性期病院は患者に以下3点確認

- ①かかりつけ医の有無
- ②退院後もかかりつけ医での診療を希望しているか
- ③かかりつけ医から急性期病院への診療情報提供に対する同意

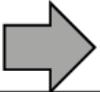
(1) ①かかりつけ医あり + ②診療希望あり + ③同意あり

入院先の診療科が異なっても、急性期病院からかかりつけ医へ連絡する

その際に必要に応じて診療情報提供の依頼を行う

<病院側のポイント>

- ・かかりつけ医に対して患者が入院したことを積極的に伝える
- ・かかりつけ医に診療情報の提供を求める^{※1}



退院時は2の対応を参照

(2) 左記以外

従来通り急性期病院にて対応

病院↔ケアマネ

入院されたとき

★病院 → ★患者または家族

- ①担当ケアマネジャーがいるかどうか確認する
- ②地域包括支援センター（以下、包括）やケアマネに連絡を取っていいか同意をとる

担当ケアマネジャーが分かるとき

3日以内（目安）

★病院

- ・入院日時
- ・病名
- ・入院期間の見込の連絡

7日以内（目安）

★ケアマネジャー

- 1当該利用者の入院日
- 2心身の状況
(疾患・病歴、認知症の有無や併存等の行動の有無など)
- 3生活環境
(家族構成、介護者の介護方法や家族介護者の状況など)
- 4サービスの利用状況

担当ケアマネジャーが分からぬとき (※決まっていないとき、連絡先が分からぬ)

3日以内（目安）

★病院

- ・入院日時
- ・病名
- ・入院期間の見込の連絡

★包括

- ・担当ケアマネジャーの有無（連絡先）
 - ・要介護認定の有無
 - ・相談履歴の有無、家族の連絡先等
- ※相談履歴がないと返答できない場合あり

※1) 病院の求めで提供する診療情報は従来通り算定できません。ただし、R2年度の診療報酬改定により、かかりつけ医が患者の求めに応じて、病院受診の日に電話等再診などで病院への受診を促し、かつ同日のうちに病院にFAXや電子メール等を含め、診療情報提供を行った場合には診療情報提供料(1)を算定できるようになりました（医科点数解釈表 A-001（7）電話等による再診 オより）。

A) 入院時の多職種連携 (連携指針より)

病院 ⇄ ケアマネ

入院時に取得が可能な加算

入院した日※1

イ) 入院時情報連携加算 (I)
250単位

※1 入院した日とは、①入院日以前の情報
提供②営業時間終了後又は営業日以外
の日に入院した場合は、入院日の翌日
を含む。

入院後3日以内※2

ロ) 入院時情報連携加算 (II)
200単位

※2 営業時間終了後に入院した場合で
あって、入院日から起算して3日が
営業日でない場合は、その翌日を含む。

● 提供方法 ●

書面
面談
電話
FAX

加算については、居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）のみ取得可能

（参考）運営基準 第4条

指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、利用者について、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合には、当該利用者に係る介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求めなければならない。

別紙1

入院時情報提供書 <在宅版>

医療機関名： ご担当者名：	記入日： 年 月 日 入院日： 年 月 日 情報提供日： 年 月 日
◀	
事 業 所 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、年 月 日 時点の在宅生活における利用者情報(身体・生活機能など)を送付します。是非ご活用下さい。

1. 判定者(担当者)について

氏名	(性別)	生年月日	西暦 年 月 日	年 月 日	月 月 日	日生
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"/> 未申請 <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"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	認知機能高齢者の日常生活自立度 I: <input type="checkbox"/> Ea <input type="checkbox"/> Ib <input type="checkbox"/> Ea <input type="checkbox"/> Eb <input type="checkbox"/> IV: <input type="checkbox"/> M				
介護実績の主な経緯	<input type="checkbox"/> 初 <input type="checkbox"/> 再 <input type="checkbox"/> 不明	障害手帳の有無 なし <input type="checkbox"/> もの (身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 知的)				
年会員の年齢	<input type="checkbox"/> 著逐年金 <input type="checkbox"/> 生逐年金 <input type="checkbox"/> 著青年年金 <input type="checkbox"/> 生青年年金	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"/> 子ども居 <input type="checkbox"/> 日中他居 <input type="checkbox"/> その他 ()
主介護者氏名	(続柄 - 才) (同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/>) 電話番号
連絡担当者氏名(別欄)	(続柄 - 才) (同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/>) 電話番号

3. 病院連携について

视力	<input type="checkbox"/> 明瞭なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思疎通	<input type="checkbox"/> 会話に支障がない		
聴力	<input type="checkbox"/> 明瞭なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		<input type="checkbox"/> 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる		
咀嚼	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> 食事に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる		
嚥嚥器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> 会話が成り立たないが、発話はある		
その他	<input type="checkbox"/> 発話がなく、無言である				

4. 口頭・栄養について

摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 () <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 飲嗽栄養	水分摂取	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
摂食下嚥経路	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		<input type="checkbox"/> 食事摂取		
食分類	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		
食形態(主食)	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 飲食 <input type="checkbox"/> 全男 <input type="checkbox"/> その他の ()		<input type="checkbox"/> 食事使用		
食形態(副食)	<input type="checkbox"/> 未進 <input type="checkbox"/> 飲食 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他の ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総)			
水分(とろみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 流 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 粘 <input type="checkbox"/> ゼリー状)	<input type="checkbox"/> ぬのれ			
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 左右両方の歯までできる <input type="checkbox"/> できない			

特記事項

5. お問い合わせについて

※必要に応じて、「お問い合わせ(コピー)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	管理方法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
服用管理	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
自己管理	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
患者による管理	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
服薬介助	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
服薬状況	<input type="checkbox"/> 丸方通り薬剤 <input type="checkbox"/> 各々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 吐き忘れが多い、吐かせられていらない	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 特記事項			

6. かかりつけ医について

かかりつけ医療機関1	かかりつけ医療機関2	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
医師名		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
かかりつけ医療機関3		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
医師名		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
かかりつけ薬局	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			

7. 人院の最終段階における医療・ケアに関する情報

※本人の意思は変わらうものであり、本記載が最終の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

意向の話し合い

本人・家族等との話し合いを実施している (最終実施日： 年 月 日) 本人から話し合いの希望がない それ以外 ()

※本人・家族等との話し合いを実施していない場合のみ記載

本人・家族等との話し合いを実施していない場合のみ記載

本人ご参拝ください 別紙参照 (書類名：)

話し合いの参加者

本人 家族 (氏名： 統柄：) (氏名： 統柄：)

医療・ケアチーム その他 ()

ACP実施画面

A C P を行うことになった理由 (専門医から人生の最終段階である等の重要な説明があった場合には、その内容や状況について具体的に記載してください)

医療・ケアに関する人生の最終段階 本人・家族等との話し合い その他

その他

上記の、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容

A) 入院時の多職種連携（連携指針より）

病院↔かかりつけ薬局

I. 入院時

以下3点をご確認ください。

- ① かかりつけ薬局、かかりつけ薬剤師の有無
- ② 退院後も同じ薬局の利用を希望しているか
- ③ かかりつけ薬局から入院病院への情報提供に対する同意

(1) 上記①-③をすべて満たす場合

病院から薬局へ連絡し、情報提供書の提出を
依頼してください。

(2) 左記以外

従来通りの対応をお願いします。

A) 入院時の多職種連携（当院の入院支援）

職種	内容
入院支援看護師	<ul style="list-style-type: none">・患者情報収集(身体・社会・精神的背景を含む)・入院前に利用していた介護、福祉サービスの確認・入院中の治療や検査の説明、クリニカルパス説明・療養支援スクリーニング：退院困難要因の有無評価・褥瘡に関する危険因子の評価・転倒転落リスク評価
薬剤師	<ul style="list-style-type: none">・服薬中の薬剤確認・中止薬の説明
栄養士	<ul style="list-style-type: none">・アレルギー確認・栄養状態の評価
MSW がん相談員	<ul style="list-style-type: none">・医療福祉相談・がん相談
その他	<ul style="list-style-type: none">・緩和ケア、認知症、せん妄チーム等との連携



A) 入院時の多職種連携（当院の入院支援）

退院困難要因の把握

ア、悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症
イ、緊急入院
ウ、要介護・要支援認定が未申請、申請が必要
エ、コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者
オ、強度の行動障害の状態の者
カ、家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある
キ、生活困窮者である
ク、入院前に比べADLが低下し、退院後の生活再編が必要
ケ、排泄に介助を要する
コ、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
サ、退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む)が必要
シ、入退院を繰り返している
ス、長期的な低栄養状態となることが見込まれる
セ、家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童
ソ、児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けている
タ、その他(ア～ソまでに準ずると認められる場合)

栄養状態スクリーニング



MUST x

評価日 2025/05/31

氏名 テスト I F O O 3 性別 男性 年齢 35歳3ヶ月

身長 165.0 cm 測定日 2024/10/02 CC cm 測定日 過去の体重 60 kg

体重 50.0 kg 測定日 2024/10/02 BMI 18.37 %体重計算 -16.7 %

スコア

BMI

身長と体重からBMIを計算する

0 : > 20
1 : 18.5 ~ 20
2 : < 18.5

体重減少率

過去3～6ヶ月の意図しない体重減少率

0 : < 5%
1 : 5 ~ 10%
2 : > 10%

急性疾患の影響

急性疾患に加え、5日以上栄養摂取ができない/できない恐れがある

0 : 無し
2 : 有り

合計

スコア計算 合計スコア 点 リスク 高リスク

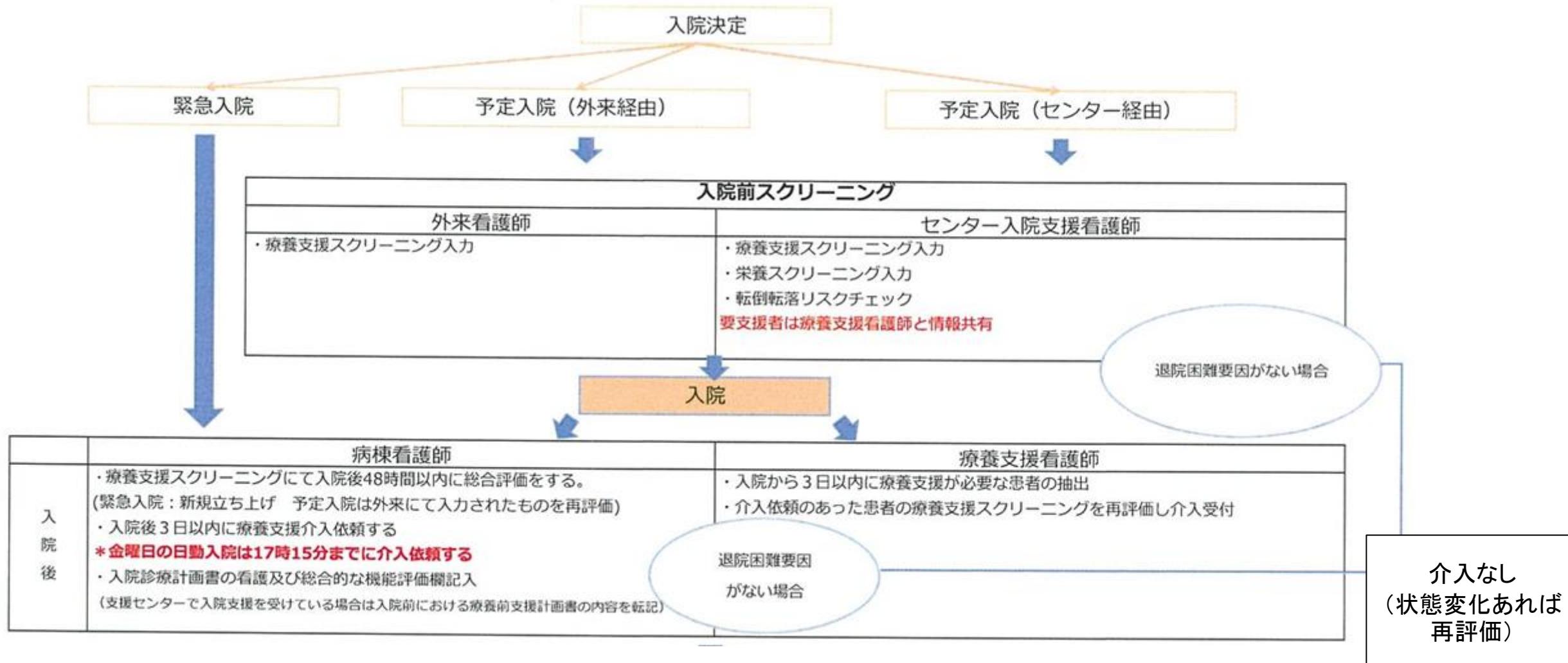
【合計スコア】 0点: 低リスク 1点: 中リスク 2点以上: 高リスク

緑字: プロファイル連携項目 (修正起動時に無効となります)

→1つでも該当した場合は療養支援介入を依頼

→高リスクの場合は病棟管理栄養士に情報提供

A) 入院時の多職種連携（当院の入院支援）



B) 入院中・退院時の多職種連携

B) 入院中・退院時の多職種連携 (連携指針より)

	病院（医師・看護師）	加算等	ACP	ケアマネジャー	加算等	ACP	かかりつけ医	加算等	ACP	訪問看護師	加算等	ACP
入院中	ケアマネジャーとの面談 <ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャーから連絡があれば日時を調整 入院時情報提供書により、「病気に対する患者や家族の思い」「入院前の状況」「家族や支援者の状況」「在宅サービスの状況」「ACP」等について情報収集 介護保険変更申請の検討（必要時） 退院調整部門と病棟で情報共有 		指導料 介護支援等連携 2回 □	病院訪問 <ul style="list-style-type: none"> 入院中の状態（現状）を確認 入院中の問合せ時の担当者の確認 病棟担当者との情報共有 介護保険変更申請の必要性の確認 退院の見込みが決まれば連絡するように依頼 		入院中	※【診療情報提供料】 <ul style="list-style-type: none"> ①診療情報提供料1→患者の同意を得て（訪問看護ステーションから得た情報を提供した場合の追加加算あり） ②診療情報提供料2→患者の要望（セカンドオピニオン） ③連携強化診療情報提供料→かかりつけ医からの求めに応じて病院が情報提供を行った場合、病院側で算定 		病院との連携・情報交換	・在宅医療へ移行予定の患者について、病院・ケアマネジャーからの連絡を受けて、情報交換（インフォームドコンセントの内容、本人・家族の理解、治療方針、今後の療養先、DNR）、訪問看護計画書を立案・見直し（※訪問看護計画書を作成するため、訪問看護師への早期の連絡が望ましい。）		□
	退院支援院内カンファレンス 注5			病院との連携 <ul style="list-style-type: none"> 転院等があれば連絡を受ける。 			中間報告等 <ul style="list-style-type: none"> 看護サマリーに準拠した内容で中間報告を病院から受領 在宅医療計画書の立案・見直し 			病院訪問 <ul style="list-style-type: none"> 医療処置、医療ケアの内容により、事前に利用者の状態等を確認 		
	退院支援計画書の作成 注6			外泊・外出（予定があれば） <ul style="list-style-type: none"> 予定が決まれば患者・家族あるいは病院からケアマネジャーに連絡 ⇒病院スタッフの退院前訪問指導 			外泊時訪問の調整（医療保険対象） <ul style="list-style-type: none"> 外泊日数に応じて、訪問回数に制限があり、訪問計画の調整が必要なため、病院と情報交換 			外泊時訪問の調整（医療保険対象） <ul style="list-style-type: none"> 外泊日数に応じて、訪問回数に制限があり、訪問計画の調整が必要なため、病院と情報交換 	訪問看護費 Ⅲ 基本	
	外泊・外出（予定があれば） <ul style="list-style-type: none"> 予定が決まれば患者・家族あるいは病院からケアマネジャーに連絡 ⇒病院スタッフの退院前訪問指導 			病院訪問 <ul style="list-style-type: none"> 病院担当者から情報収集 今後予想される課題を検討しケアプラン原案作成 			退院予定の連絡 注1 <ul style="list-style-type: none"> 病院から退院・転院先等の連絡を受ける。 			退院予定の連絡 <ul style="list-style-type: none"> 退院予定及び退院前カンファレンスの連絡を受ける。 		
退院時	サマリー等で情報提供 <ul style="list-style-type: none"> 看護サマリー等（ACP、リハビリ、栄養指導情報）を関係機関（かかりつけ医等）へ送付 		連携費 料情 □報	サマリー等で情報受領 <ul style="list-style-type: none"> 次回受診日の確認 情報提供依頼 		退院時	サマリー等で情報受領 <ul style="list-style-type: none"> 看護サマリーもしくは看護サマリーに準拠した資料を病院から受領 		サマリー等で情報受領	・看護サマリー等の情報共有、ケアプランの方向性をケアマネジャーに確認		□
	退院前カンファレンス 注1 注7 <ul style="list-style-type: none"> 関係職種の確認（ケアマネジャーと調整） 退院前カンファレンス開催 診療情報提供書をかかりつけ医へ提供 「入退院時における薬局への情報提供に関する薬葉連携の依頼について」（石川県薬剤師会）を確認して下さい。（P11） 注3 			退院前カンファレンス 注7 <ul style="list-style-type: none"> 病院から連絡があれば出席 退院後関わる在宅医・介護サービス事業者等の同席の調整 ケアプラン原案を持参し、退院後の方針について決定 	退院・退所加算 □		退院前カンファレンス 注1 注7 <ul style="list-style-type: none"> 訪問診療の必要性確認 診療情報提供書等を病院から受領 在宅医療計画書の作成・変更 在宅療養指導管理料と医療物品支給元確認 退院日以降の訪問看護指示書の作成元を確認 			退院前カンファレンス 注7 <ul style="list-style-type: none"> 公費負担等の保険情報の確認・訪問看護指示書の依頼（病院またはかかりつけ医）・退院当日に訪問看護が必要かアセスメントを行う（特別管理加算の対象でなければ指示書に記載必要） 訪問看護計画書を作成・変更 リハビリ職の必要性について確認 	退院時 共同 □	

B) 入院中・退院時の多職種連携（連携指針より）

	病院（医療ソーシャルワーカー） (各病院により機能・体制が異なるため随時確認要)	加算等	ACP	在宅管理栄養士	加算等	ACP	薬剤師	加算等	ACP	ホームヘルパー	加算等	ACP			
入院中	<p>多職種連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 定期的に多職種カンファレンスを実施 <p>ケアマネジャーとの連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 回復期病床等へ転院の場合は情報提供 病状の変化があり入院期間の変更がある場合は連絡 病状説明時等同席の有無について確認 退院予定の連絡、退院前カンファレンス開催の調整 	<input checked="" type="checkbox"/> 指導料 <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援等連携 <input type="checkbox"/> 2回	□	<p>病院管理栄養士との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 退院前栄養指導への同席 <p>【栄養情報連携料】 患者さんの栄養管理に関する情報を他の保健医療機関や施設と情報共有した場合、病院にて算定</p>		□	<p>入院中 病院との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 退院後の利用薬局の確認 		□	<p>入院中 退院前カンファレンス 注3 注7</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院中の処方変更内容等の確認と在庫の準備 退院後の対応内容、定期訪問予定、必要物品などの供給体制について確認 	<input checked="" type="checkbox"/> 指導料 <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援等連携 <input type="checkbox"/> 2回	□	<p>ホームヘルパー</p> <p>退院予定の連絡</p> <ul style="list-style-type: none"> 退院予定及び退院前カンファレンスの連絡を受ける。（※早期の連絡が望ましい） 	□	□
退院時	<p>退院前カンファレンスの調整 注1 注7</p> <ul style="list-style-type: none"> カンファレンス実施にあたり、参加者等について、本人・家族と相談 院内多職種・他機関の参加を調整 診療情報提供書、退院時の処方、受診日、準備物品を関係職種と調整・確認 <p>退院前訪問（必要時）</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 指導料 <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援等連携 <input type="checkbox"/> 2回	□	<p>サマリー等の情報受領</p> <ul style="list-style-type: none"> 看護・栄養サマリー等を多職種から受領 情報提供依頼 <p>退院前カンファレンス 注7</p> <ul style="list-style-type: none"> 退院前カンファレンスへの参加 多職種との情報共有（看護・栄養サマリー・リハ情報等） <p>かかりつけ医との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医からの指示を確認 		□	<p>退院時 共同</p>	<p>退院時 退院前カンファレンス 注7</p> <ul style="list-style-type: none"> 退院前カンファレンスへの参加 多職種との情報共有（看護・栄養サマリー・リハ情報等） 	<input checked="" type="checkbox"/> 指導料 <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援等連携 <input type="checkbox"/> 2回	□		□	□		

B) 入院中・退院時の多職種連携（連携指針より）

2. 急性期病院からの退院時

(1) 在宅で治療する場合

急性期病院からかかりつけ医へ連絡し、退院後の対応を相談
かかりつけ医は以下3点から選択

① 従来のかかりつけ医で診療を継続する場合

急性期病院はかかりつけ医へ診療情報提供書、看護サマリー、その他のリハ・栄養についてのサマリー等があれば併せて提供

② 他の新しいかかりつけ医に紹介して繋ぐ場合

- 急性期病院は新かかりつけ医へ診療情報提供書、看護サマリー、その他のリハ・栄養等のサマリーを提供
- 新かかりつけ医は旧かかりつけ医に対して必要に応じて診療情報提供所や主治医意見書の写し等の提供を求める
- ③ 病院または施設に一任する場合

(2) 回復期病院へ転院する場合

急性期病院は、従来のかかりつけ医に回復期病院の転院先について連絡。

急性期病院は回復期病院へかかりつけ医の情報について、左記（1）の①～③のどの状態にあるか現状の状況を伝える

回復期病院から退院する際は、下記の3の対応を参照

退院されるとき

★病院

- ①退院調整を誰（MSW？退院調整Ns？病棟？）が行うか決める
- ②退院後の目標設定を、院内チームに包括やケアマネジャーを交えて行う
※転棟・転院時は、包括やケアマネジャーから受けた情報の伝達を必ず行う

担当ケアマネジャーがいる場合

適宜連携

★包括・ケアマネジャー
入院中の状態（現状）を確認

※サービス調整に1週間は要するため
退院10日前（目安）

退院日

★病院
包括もしくはケアマネジャーに退院の期日を連絡

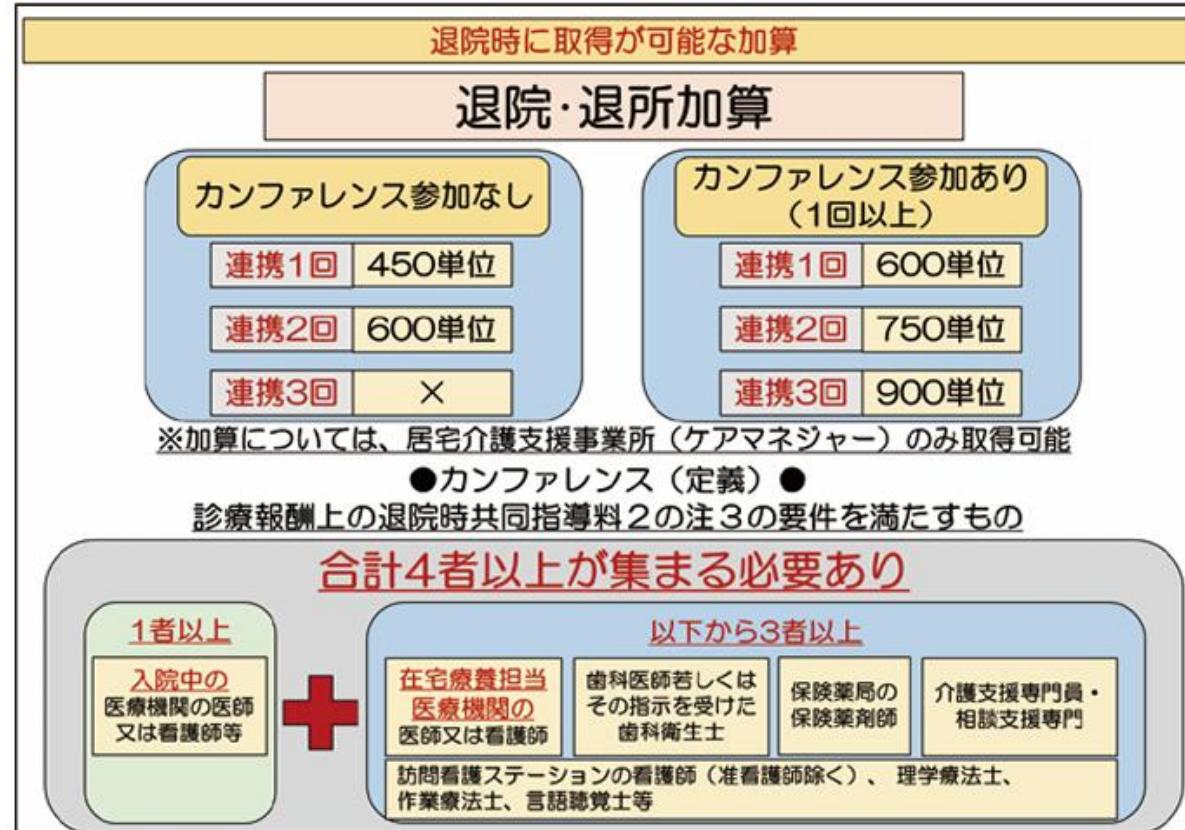
★病院

サマリー等情報連携シートを
包括・ケアマネジャーに交付

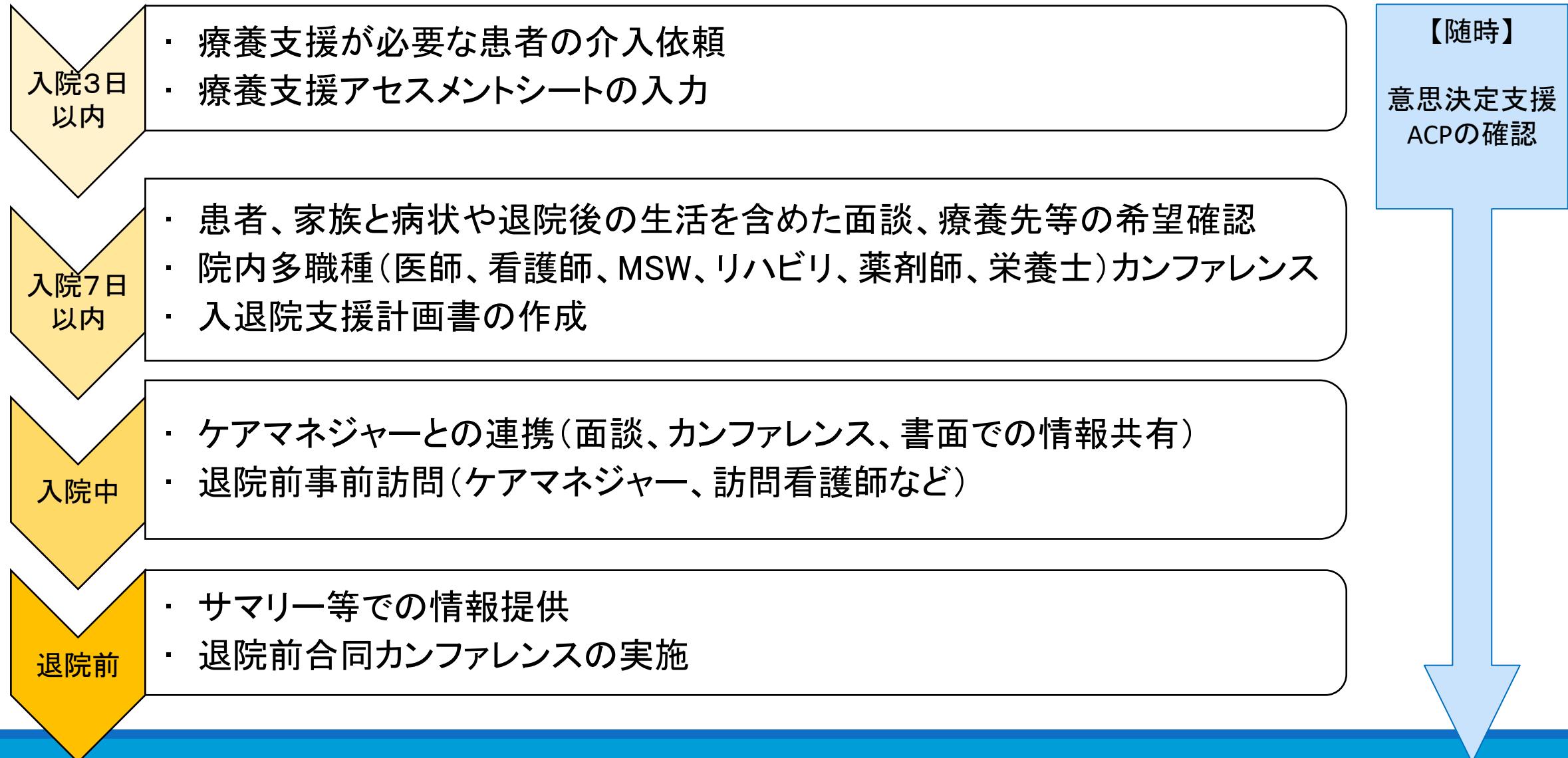
担当ケアマネジャーがない場合

退院を見越した介護申請を行う
※認定結果が出るまでにおおよそ30日間程度の期間を要する
ケアマネ選定など、包括に事前に相談する
※ケアマネが事前に関わっている可能性があるため

B) 入院中・退院時の多職種連携（連携指針より）



B) 入院中・退院時の多職種連携（当院の療養支援）



B) 入院中・退院時の多職種連携 (当院の療養支援)

退院前合同カンファレンス －地域へつなぐ共有の場－

【参加者】

- ・ 患者、家族
- ・ 病院スタッフ(医師、看護師、MSW、リハビリ等)
- ・ 地域スタッフ(在宅医、ケアマネ、訪問看護師等)

【共有内容】

- ・ 病状と今後の見通し
- ・ ADL、生活課題
- ・ 医療処置、服薬、栄養状況
- ・ 本人、家族の意向(ACPなど)



11. 院外 退院支援 合同カンファレンスシート

患者氏名	性別	診療科
ID :	年齢	医師
カンファレンス実施日		入院日 退院予定日
病名：医師からどのように説明をうけているか、既往歴など。		
経過：入院から退院までの経過を簡潔に記入。認知状況なども。		
医療上のケア、退院に向けて行った指導を受けた		
退院後も継続するケア、行った指導や習得状況について。在宅自己注射など		
ADL状況		
入浴や、排泄、移動など退院後も介助が必要なことをあげる。		
今後の生活に関する思い、不安		
退院後の生活で不安に思うこと。急変時の対応。例：一人でトイレへ行けるようになったら、自宅へ連れて帰る。		
例：在宅での看取りも考えているが、その時になってみないとわからない。		
検討課題		検討結果：
・入院前に比べると日常生活動作の低下あり。 ・内服管理が不十分、インスリン手技の確認が必要。		・訪問看護師に依頼し、定期的に手技を確認していく。 ・介護保険を利用し、ディケアドリハビリを行っていく。 (カンファレンス終了後に病棟看護師が入力)
医師コメント	病棟看護師コメント	療養支援看護師コメント
リハビリコメント	MSWコメント	その他の ○参考記入欄○ 参考記入欄

※介護サービスを利用される方はケアプランの複写を当院カルテに保存させていただきます。

院外	院内
所属・職種	氏名
終了時、参加した方で内容を確認し、サインをもらう。その後スキャナーを依頼。控えをお渡しする 電子カルテ記録にも参加者・話し合った内容を記載する	所属・職種 氏名

石川県立中央病院 患者総合支援センター

C) 各職種の連携の現状と課題

C) 各職種の連携の現状とこれからの課題

医師

【現状】

- ・ 診療情報提供書で情報共有
- ・ 退院前カンファレンスへの参加は限定的

【課題】

- ・ 多忙でリアルタイム共有が難しい
- ・ 他職種との十分な対話の時間が確保しにくい
- ・ 療養支援看護師やMSWIに頼ってしまいがち
- ・ 退院時にまとめて共有となりやすい

C) 各職種の連携の現状とこれからの課題

看護師

【現状】

- ・ 看護サマリーや退院前合同カンファレンスで情報共有を行っている
- ・ 療養支援看護師が地域との調整役を担っている
- ・ 地域からの情報も積極的に受け取っている

【課題】

- ・ 病棟業務が多忙で、地域からの情報を十分に整理・活用しきれない
- ・ カンファレンス参加職種が限られ、共有が十分でない場合がある
- ・ ACPなど聴取の時間確保が難しい

C) 各職種の連携の現状とこれからの課題

リハビリ

【現状】

- ・ 地域連携パスを活用
(大腿骨頸部骨折、脳卒中、心不全パス)
- ・ 退院前事前訪問(ケアマネ、訪問看護)および
退院前合同カンファレンスで身体機能・ADLを共有

【課題】

- ・ 在宅→病院への情報が不足することがある
- ・ 双方向での情報共有にID-Link活用ができれば

大腿骨頸部骨折地域連携パス フローチャート

急性期

- 入院から7日以内に『地域連携診療計画書【急性期医療機関】』の説明と同意
- 回復期等医療機関への情報提供、および受け入れ可否の確認

退院時

- 地域連携パス(①地域連携診療計画書、②急性期医療機関用連携シート)を作成し、③診療情報提供書、④看護要約、⑤看護必要度とともに転院先の連携機関へ提供する。また、これらの書類リストと地域連携診療計画書管理料の算定有無をチェックした⑥大腿骨頸部骨折地域連携バス関連書類送付票を同封する。

- リハビリテーション経過報告書は別途作成する
- ①～⑥+リハビリテーション経過報告書をまとめて情報提供書類一式とする

回復期

- 地域連携パスの流れに従い治療の継続
- 自宅退院、施設入所等、退院先の決定

- 一 退院時 一
地域連携パス(③地域連携診療計画書、④回復期医療機関用連携シート)を作成し、⑥診療情報提供書、⑦看護要約、⑧看護必要度とともに生活期の連携機関へ提供する。

- 一自宅退院の場合一
情報提供書類一式を、かかりつけ医、ケアマネージャー、その他の情報共有すべき関連機関等に郵送する。

- 一施設入所の場合一
情報提供書類一式を、患者または家族に渡し、生活期施設への転院となる。

生活期

- 一自宅退院の場合一
回復期病院退院後1ヶ月時点で、かかりつけ医、ケアマネージャーが(訪問・通所看護・介護スタッフ、訪問・通所リハビリテーションを行っている場合はリハビリスタッフも協力)⑤生活期連携シートを作成し回復期病院に郵送する。

- 一長期施設入所の場合一
回復期病院退院後1ヶ月時点で、主治医、看護師、介護職員が(リハビリテーションを行っている場合はリハビリスタッフも協力)⑤生活期連携シートを作成し回復期病院に郵送する。

※①②を急性期医療機関への経過報告として郵送する。

※⑤を回復期医療機関への経過報告として郵送する。

※2026.1月時点では居宅復帰をもって大腿骨頸部骨折地域連携パス運用を終了とする

C) 各職種の連携の現状とこれからの課題

管理栄養士

【現状】

- 看護及び栄養管理等に関する情報(様式50)で栄養情報を提供している
 - 体重変化、食事形態、禁止食品、経腸栄養は特に重点的に伝えられるよう意識している

【課題】

- ・ 提供した情報が退院後どのように生かされているか確認できない

C) 各職種の連携の現状とこれからの課題

薬剤師

【現状】

- ・ 退院時薬剤情報提供書、トレーシングレポートなど文書や、退院前合同カンファレンスへの参加で情報共有に努めている
- ・ 内服抗がん剤など重要な薬剤については、休薬期間をお薬手帳に貼るなどして情報を伝えている

【課題】

- ・ 顔と顔が見える関係ほどの十分な連携には至っていない

C) 各職種の連携の現状とこれからの課題

各職種共通

【現状】

- ・ 文書やカンファレンスで情報提供は行っている

【課題】

- ・ 多忙で十分な時間がとれない
- ・ 双方向かつ継続的な情報共有には至っていない
- ・ 共有した情報が活用されているか見えにくい

継続的な情報共有の仕組みが必要

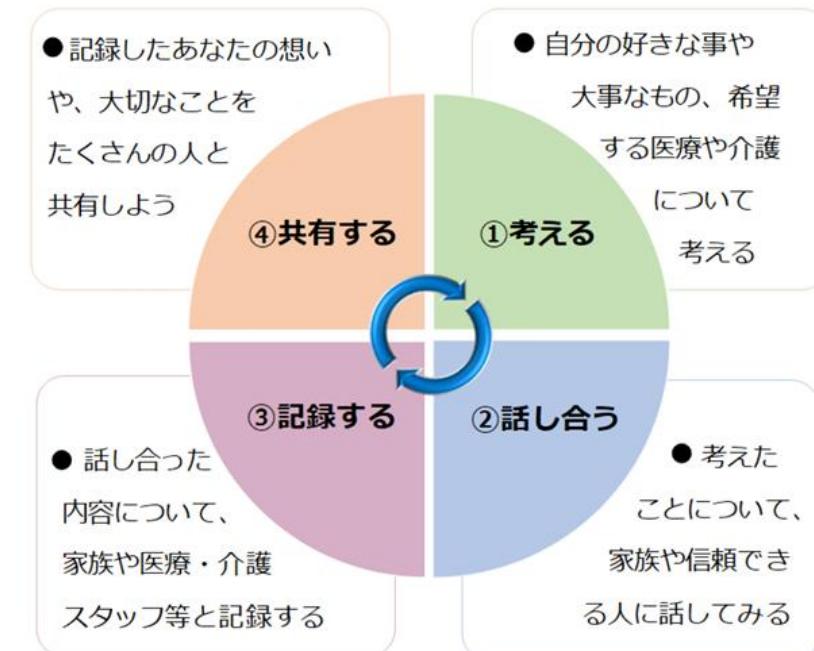
2. 地域におけるACP情報共有の取り組み

-ACPメモ・ID-Linkを活用した地域連携-

ACPとは

- 将来の医療・ケアについて、本人を主体に話し合うプロセス
- 対話の中で価値観や希望を共有する
- 一度で決めるものではない
- 状況に応じて、繰り返し見直される

→だからこそ、「共有され続けること」が重要！



ACP情報が共有されないと起こること

- 病院と在宅で方針が噛み合わない
- 家族間の認識がバラバラ
- 患者本人の意思と異なる医療が行われる
- 不必要な救急搬送・入院が増える

逆に、共有されると…

- ご本人の思いに沿った選択ができる
- 多職種が同じ方向を向ける
- 急変時の対応で混乱をきたさない

急性期病院の特性と課題

- 急性期～治療期が中心
 - 入院期間が短い
 - 同じスタッフが関わるとは限らない(関係性構築の難しさ)
 - 対話する時間が限られる
- ⇒ ACPを十分に深めることが難しい

情報を次の療養先へつなげることが重要

地域におけるACP情報共有の位置づけ

- ACPは、一度の入院や一つの医療機関で完結するものではない
- これまでに積み重ねたACPを、次の療養の場へ引き継ぐことが重要
- 一度で完結するACPではなく、共有され・継続されるACPを目指したい
- 当院ではACPメモ・ID-Linkを活用した情報共有に取り組んでいる

ACP情報の記載方法

- ACP情報は、金沢市医師会で示されている内容に準拠して聞き取る
- 共通様式を用いることで、双方向の情報共有がスムーズに行える

氏名	羽野才	性 ID	年 月 日生 (年齢)
住所	連絡先		
ACP実施場面			
意向についての資料 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (名称)			
専門職 (氏名、施設、職種等)			
参加者	家族・支援者①	続柄	連絡先 <input type="checkbox"/> 代弁者依頼
	家族・支援者②	続柄	連絡先 <input type="checkbox"/> 代弁者依頼
代弁者 (自分で意思表示が行えない場合) <input type="checkbox"/> 代弁者 <input type="checkbox"/> 医療チーム <input type="checkbox"/> 代弁者チーム			
その対応: <input type="checkbox"/> 私が望んでいた通りにして欲しい <input type="checkbox"/> 私の希望を基本に判断 <input type="checkbox"/> どちらとも言えない(一任)			
大切にしていること・生きがい			
話し合った内容 (自由記載) (誰がどうしたいのかを中心に記載)			
主な決定事項 (自由に記載ください)		その理由等	
補足欄 理解度の留意点、代案・再確認事項、前回からの変更点、共有すべき病名、介護度、アレルギーなど記載			
介護度: 複たきり度: 認知症高齢者の自立度: 荷物手帳:			
以下: 決まっている項目があれば記載ください 主な理由・付記等			
医療に対する価値観 (1つを選んでください) <input type="checkbox"/> 延命を重視 <input type="checkbox"/> 暮らしを重視 (緩和ケア) <input type="checkbox"/> 一般的な治療を重視 <input type="checkbox"/> 分からない			
療養場所 (終の住処含む主たるAと副たるBプランについて理由等を右に記載) A <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 家族親族宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 療養病院 <input type="checkbox"/> その他 B <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 家族親族宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 療養病院 <input type="checkbox"/> その他			
避けたい医療 <input type="checkbox"/> 心肺蘇生 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 (経鼻/胃瘻) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (救護搬送可) <input type="checkbox"/> 気管挿管 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()			
*この資料を日常診療の他の、急変時搬送・災害時医療における情報共有に <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない <input type="checkbox"/> いいしかわネット・ハートネット・ホスピタル上での利用に <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない			
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 初回作成時期 (年 月) 作成日 (年 月 日)			
記載者 (施設名)		かかりつけ医の確認 (病院)	
かかりつけ医 (施設名)		□有り □無し	

▲ACP

- 1.実施場面:
- 2.実施日:
- 3.参加者:
- 4.大切にしているもの・生きがい等:
- 5.主に話し合った内容: **例)現在の病状について語っていただき理解度を確認してから対話を始める**
- 6.代弁者: , 理由
- 7.状態: 介護度、複たきり度、認知機能自立度
- 8.療養場所: Aプラン **本人の希望**, Bプラン **状況に応じた対応等**, 理由
- 9.原疾患における最終段階の医療: , 理由
- 10.避けたい医療とケア:
- 11.意思表示困難な場合の対応: **代弁者と医療チームの役割**
- 12.災害時利用・ID-Link登録の同意:
- 13.理解度・制限: **例)認知機能の状態や最後に復唱してもらった結果等や、見直しすべき時期等を記載**
- 14.備考欄:

ACPの対象と実施主体

□ 対象

- ・ 緩和治療が主体となり、転院や在宅への移行が検討される患者
- ・ 在宅－病院で併診している患者（今後拡充予定）

□ 実施主体

- ・ 主治医を中心に、多職種で関与
- ・ 緩和ケアチームがサポート

ACP情報の院内・院外での扱い

□ 院内

- ACPテンプレートで保存
- 必要に応じ適宜追記
- 救急/外来/入院のどの場面でも電子カルテ上で確認可能

□ 院外

- ID-Linkの「ノート連絡」欄に転記
- 未使用施設には診療情報提供書で対応

ID-Linkを用いた情報共有の工夫

- 情報共有には、多職種が閲覧・記載可能な「ノート連絡」を使用する
- タイトル欄の記号ルールに則り、情報の重要性・緊急性を把握する
例) ★:重要案件、▲ACP:ACP関連、●:要確認事項、○:記録
- ACP関連の内容は「▲ACP」のタイトルで、見分けやすくする
- 通知メールを地域連携室で一括受診し、各担当医へ繋げる

ID-Linkを用いた情報共有の工夫

記号	内容	使用例（基本的に記載者は分かるため省略）
★	重要案件	★ショートサマリー、★プロブレムリスト ★Nsへ インスリン投与の変更について
▲ACP	ACP関連	▲ACP 口から食べることについて ▲ACP 療養の場について ▲ACP 看取りについて
●	要確認事項	●金沢Drへ質問 仙骨部褥創について
●	要確認事項への回答	●前田Nsへ返信 仙骨部褥創について
●	緊急指示（依頼）	●前田Nsへ指示 仙骨部褥瘡について
○	記録	○定期訪問 状態安定、○バイタル安定 ○仙骨部褥瘡変化なし

記号で識別



ノート機能(2)

コンテンツ情報の登録を行います。
各項目を正確に入力してください。
* 印は必須入力項目です。

「タイトル」を書き込みます。	<input type="text" value="タイトル"/>	タイプ * <input checked="" type="radio"/> ノート <input type="radio"/> 指示
「本文」を書き込みます。	<input type="text" value="登録内容"/>	ノート種別 * <input checked="" type="radio"/> 記録 <input type="radio"/> 連絡
写真(現場で撮影も可能)を何枚でも登録できます。	<input type="text" value="登録ファイル"/>	資格種別 * <input type="text" value="医師"/>
レ点を入れるとメール通知されます。	<input type="checkbox"/>	日時 * <input type="text" value="2015-11-17"/> <input type="button" value="日付変更"/>
		11:39 <input type="text" value="11:39"/>
		(日付は西暦とし、区切りは半角ハイフンで入力して下さい。) (全半角40文字)
		<input type="button" value="登録"/>



小括

- 当院では、これまで院内でのACPの普及・啓発に取り組んできた
- 一方、急性期病院という特性上、ACP情報を院内で十分聞き取ることには限界がある
- ACPは地域で共有され、引き継がれてこそ活きる
- ACPメモやID-Linkを活用した情報共有に現在取り組んでいる

地域で暮らす、地域で生きるを支える多職種連携

- ◆ 病院と地域が連携し、切れ目のない支援で
患者さんの暮らしをつなぐ
- ◆ 「どう生きたいか」という思いを大切にし、
ACPでこころをつなぐ
- ◆ 多職種が協働し、情報を共有することで
病院・患者・地域をつなぐ

情報だけでなく「思い」をつなぐ連携を
一緒に目指しましょう！

