

2024年度

入退院時の

医療・介護

連携指針



令和7年（2025年）3月

金沢市

公益財団法人 金沢健康福祉財団
（金沢市在宅医療・介護連携支援センター）

目 次

1 はじめに	・・・ 1
2 入退院時の連携	・・・ 2
・在宅医療の4つの場面ごとのACPメモ	・・・ 6
資料 1 ケアマネジャーの役割	・・・ 16
資料 2 病院の機能と役割	・・・ 18
3 より良い連携のために	・・・ 21



1 はじめに

医療や介護を必要とする高齢の方などが、住み慣れた地域で安心して暮らしていくためには、病院と診療所、介護関係事業者が連携した切れ目のないサービスを受けられることが重要です。

そうした切れ目のないサービスを提供するためには、医療と介護関係者間の連携が必要ですが、平成27年に金沢市が関係機関に対して行った医療と介護連携に関するアンケートの結果では、他の職種との連携の困難さがあげられ、平成30年に連携の第一歩として、「入退院時の病院担当者と担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）」に焦点をあてた「2018年 入退院時の医療・介護連携指針」が作成されました。

当初の連携指針から6年が経過し、今回、多職種連携をより推進していくために、「入退院時の連携」では、病院担当者と介護支援専門員（ケアマネジャー）に加えて、「かかりつけ医」「訪問看護師」「薬剤師」「かかりつけ歯科医」「医療ソーシャルワーカー」「在宅管理栄養士」「ホームヘルパー」「地域包括支援センター」の項目を新たに追加いたしました。また、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）についての項目を新設することで、ACPに対する意識の向上を図るとともに、多職種連携の重要性を再認識していただければと思います。

関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療と介護を一体的に提供できる体制を構築するためには、関係機関がお互いの業務に対する理解をより深め、在宅療養に関する情報や認識を共有する必要があります。

また、在宅療養者の生活の場において、医療と介護の連携した対応が求められる4つの場面（①日常の療養支援、②入退院支援、③急変時の対応、④看取り）を意識した取組を進めていくとともに、今後も、在宅医療に携わる専門職の方々のご協力をいただきながら改訂を重ね、より多くの関係者の方々に利用される「連携指針」を作っていきたいと考えています。

2 入退院時の連携

多職種による入退院時の連携イメージ①

	病院（医師・看護師）	加算等	ACP	ケアマネジャー	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）			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に依頼 ・介護サービス事業者を利用者の予定外の入院に気付いたときは連絡するように依頼		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 ・「入退院時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） 注1 ・「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） 注2 退院支援スクリーニング 注4	（入院時に確認） 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 注8 ・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） 注2	入院時情報連携加算 ☐	☐
入院中	ケアマネジャーとの面談 ・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、「病状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 退院支援院内カンファレンス 注5 退院支援計画書の作成 注6 外泊・外出（予定があれば） ・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 退院予定の連絡 注1 ・退院の予定が決まればできるだけ早急に退院前カンファレンスの日程調整 ・関係機関へ連絡	指導料×2回 介護支援等連携 ☐	☐	病院訪問 ・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 病院との連携 ・転院等があれば連絡を受ける。 外泊・外出（予定があれば） ・病院からの連絡により家屋訪問の調整⇒住宅改修・福祉用具等の必要性、医療処置が必要な場合の環境調整など検討 病院訪問 ・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		☐
退院時	サマリー等で情報提供 ・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 退院前カンファレンス 注1 注7 ・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） 注3	連携費情報 ☐ 報 同退院時 指導料共 ☐ 援入 加退算 院支 ☐	☐	サマリー等で情報受領 ・次回受診日の確認 ・情報提供依頼 退院前カンファレンス 注7 ・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 ☐	☐
退院日以降	・かかりつけ医がいる場合、退院前カンファレンスの結果を伝えたり確認（受診・往診前までに） ・継続受診の場合、状態の変化・受診中断があった場合等はケアマネジャーへ連絡	退院後訪問 指導料 ☐	☐	・ケアプランの写しを病院へ提出 ・日頃の情報共有・連携		☐

多職種による入退院時の連携イメージ①

	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)		
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、「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 □	随時確認 ↓ □	利用者の入院を早期に把握		随時確認 ↓ □
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 ・ 「入退院時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) 注1	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。	療養費3(医療) □	□
入院中	※【診療情報提供料】 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 中間報告等 ・ 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 退院予定の連絡 注1 ・ 病院から退院・転院先等の連絡を受ける。		□	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。) 病院訪問 ・ 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 外泊時訪問の調整(医療保険対象) ・ 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 退院予定の連絡 ・ 退院予定及び退院前カンファレンスの連絡を受ける。	訪問看護情報提供 □ 療養費Ⅲ □	□
退院時	サマリー等で情報受領 ・ 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 退院前カンファレンス 注1 注7 ・ 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	退院時共同指導料 □	□	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7 ・ 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	退院時共同指導加算 (医療・介護) □	□
退院日以降	・ 退院前カンファレンスの結果の受領を確認		□	退院当日訪問(可能) ・ 病院が実施する退院後訪問に同行 ・ 病院との連携・情報交換・日頃の情報共有	退院後支援加算 (医療) □	□

多職種による入退院時の連携イメージ①

	薬剤師	加算等	ACP	かかりつけ歯科医	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)		随時確認 ↓ □
在宅中	利用者の入院を早期に把握			入院前(手術前)に必要な歯科治療終了 管理指導 □		
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 ・「入退院時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) 注3	服薬情報等提供料 □	□	ケアマネジャー・病院との連携 ・患者情報の共有(歯科疾患、口腔清掃指導、義歯情報、口腔機能の状態)		□
入院中	病院との連携 ・退院後の利用薬局の確認		□	病院との連携 ・訪問歯科診療(口腔ケア、歯科治療、口腔機能訓練など)		□
退院時	退院前カンファレンス 注3 注7 ・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	退院時共同指導料 □	□	退院前カンファレンス 注7 ・病院から連絡があれば、情報提供(可能であれば参加)		□
退院日以降	かかりつけ医との連携 ・退院処方の確認、退院後の主治医への報告	支外 援来 料服 □薬	□	退院後の患者情報の共有 ケアマネジャー・病院との連携 ・ケアマネジャーまたは病院と連携して、口腔ケア、歯科治療の継続	管理指導 □	□

	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
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)		随時確認 ↓ □
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			利用者の入院を早期に把握 ・多職種へ情報共有依頼		
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 注1 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)		□
入院中	多職種連携 ・定期的に多職種カンファレンスを実施 ケアマネジャーとの連携 ・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	指導料×2 回 □ 介護支援等連携 □	□	病院管理栄養士との連携 ・退院前栄養指導への同席 【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険医療機関や施設と情報共有した場合、病院にて算定		□
退院時	退院前カンファレンスの調整 注1 注7 ・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 退院前訪問(必要時)	退院時共同指導料 □ 援入 加退 算院 □支	□	サマリー等の情報受領 ・看護・栄養サマリー等を多職種から受領 ・情報提供依頼 退院前カンファレンス 注7 ・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) かかりつけ医との連携 ・かかりつけ医からの指示を確認		□
退院日以降	ケアマネジャーと連携しモニタリング ・引継書類等患者・家族へ手渡しする。 ・ケアマネジャーからケアプラン受取 ・退院後の生活状況について情報収集	退院後訪問指導料 □	□	かかりつけ医等との連携(居宅療養管理指導) ・かかりつけ医・ケアマネジャーとの連携・情報共有		□

多職種による入退院時の連携イメージ①

	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↓
在宅中	利用者の入院を早期に把握		□
入院時	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		□
入院中	退院予定の連絡 ・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	退院前カンファレンス 注7 ・退院前カンファレンスへの参加 ・多職種との情報共有		□
退院日以降	ケアマネジャーとの連携 ・ケアマネジャーからケアプラン受取（訪問介護事業所）		□

在宅医療の4つの場面ごとのACPメモ

日常の療養	①現在の生活場所 □自宅 □施設 □病院 ②治療に対する思い □延命を重視 □一般的な治療を重視 □暮らしを重視（症状緩和を重視） ③避けたい医療・ケアについて □末梢点滴 □中心静脈栄養 □経腸栄養（経鼻／胃ろう） □酸素 □気管挿管 □人工呼吸器 □輸血 □透析 □その他〔 〕
入退院	①入院前のかかりつけ医〔 電話番号 〕 ②入院先の希望〔① ② 〕 ③退院後の場所□自宅 □施設〔 〕□他〔 〕 ④退院後のかかりつけ医〔 〕 ⑤入退院の希望について
急変時	①急変時の対応 □入院治療を優先 □在宅医療を優先（できれば入院したくない）※在宅医療とは自宅と施設を含む ②急変時の希望※本人の意識がない場合も想定 □代弁者に委ねる □在宅医療チームに委ねる □延命処置を希望（人工呼吸器、心臓マッサージ） □その他〔 〕
看取り	①人生の最終段階をどこで過ごしたいか（どこで最期を迎えたいか）□自宅 □家族の家 □施設 □病院 □今は分からない □その他〔 〕 ②看取りについての希望
その他の確認事項	①本人が意思決定 □できる □できない ②ACP情報を聞き取った場所〔 〕 ③ACP情報を聞き取った相手 □本人 □本人以外（氏名）（続柄） ④大切にしていること／人 〔 〕 ⑤要配慮事項 □有り（有りの場合は備考欄に記載） □無し ⑥エンディングノート □有り □無し
備考	医療・ケア等について、「して欲しいこと」等

多職種による入退院時の連携イメージ②（急変時）

	地域包括支援センター	加算等	ACP
入院時	病院との連携 ・病院からの求めに応じて、治療や療養調整に必要な情報提供を行う。 ・虐待が疑われる連絡を受けた場合は、入院時から介入を行う。		随時確認↓
入院中	病院との連携 ・介護保険申請について早期に準備（申請をしてから認定結果がでるまでに約1か月かかる）※生活保護受給者は暫定措置を受けることができる。（申請をしてから認定結果がでるまでに約1か月かかるため、その間、サービスを受けることができない。） ・担当者（医療ソーシャルワーカー、退院支援看護師、病棟看護師等）と調整 退院支援院内カンファレンス参加 注5（必要時） ・介護保険申請の面談、介護保険サービスの検討（福祉用具貸与等） ・家屋調査訪問の同席		□

	病院（医師・看護師・医療ソーシャルワーカー）	加算等	ACP
入院時	入院時の基本情報の把握 ・患者・家族から情報収集し、介護保険申請が必要の場合は説明・確認を行う。 ・情報がない場合は地域包括支援センターに確認する。 ・随時公的機関とも連携し情報収集する。		随時確認↓
入院中	地域包括支援センター及びケアマネジャーとの連携 ・病状の経過をみながら患者・家族と面接し生活の思いを確認 ・サービス利用等の希望があれば介護保険の申請手続き開始 ・ケアマネジャー選任について患者・家族と相談 ・（担当予定の）ケアマネジャーとの面接 ・申請代行を依頼する場合あり ・退院時に認定結果が出ない場合は明確に伝える。 退院支援院内カンファレンス開催 注5 ・治療予定、患者・家族の予定を聴きながら、情報提供		□

【ACP：アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）】

医療・ケアについて、前もって考え、家族や医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い、共有する取組

※令和6年度診療報酬改定により、「居宅療養管理指導書（医師）」（「指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（居宅療養管理指導・医師）」）【かかりつけ医⇄ケアマネジャー】の様式の変更、「入院時情報提供書＜在宅版＞」【ケアマネジャー⇄病院】の様式の追加があり、それぞれ「人生の最終段階における医療・ケアに関する情報欄」が新設された。今後は、これらの情報などにより病院をはじめ、多職種間でのACP情報の共有が求められる。

在宅医療の4つの場面ごとのACPメモ

利用者(患者)基本情報について

住所	〒		電話番号		
氏名	(フリガナ)	生年月日	西暦	年	月 日生
代弁者	(フリガナ)	(続柄)	電話番号		

ACPについて ※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新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） ☐ 話し合いを実施していない（ ☐ 本人からの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る場合のみ記載

本人・家族の意向	☐ 下記をご参照ください ☐ 別紙参照（書類名： ）
話し合いへの参加者	☐ 本人 ☐ 家族（氏名： 続柄： ）（氏名： 続柄： ） ☐ 医療・ケアチーム ☐ その他（ ）
ACP実施場面	ACP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・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容※	
その他	上記の他、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

日常の療養	① 現在の生活場所 ☐ 自宅 ☐ 施設 ☐ 病院
	② 治療に対する思い ☐ 延命を重視 ☐ 一般的な治療を重視 ☐ 暮らしを重視（症状緩和を重視）
	③ 避けたい医療・ケアについて ☐ 末梢点滴 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 経腸栄養（経鼻／胃ろう） ☐ 酸素 ☐ 気管挿管 ☐ 人工呼吸器 ☐ 輸血 ☐ 透析 ☐ その他（ ）

入退院	① 入院前のかかりつけ医（ 電話番号 ）
	② 入院先の希望（ ① ② ）
	③ 退院後の場所 ☐ 自宅 ☐ 施設（ ） ☐ 他（ ）
	④ 退院後のかかりつけ医（ ）
	⑤ 入退院の希望について

急変時	① 急変時の対応 ☐ 入院治療を優先 ☐ 在宅医療を優先（できれば入院したくない）※在宅医療とは自宅と施設を含む
	② 急変時の希望 ※本人の意識がない場合も想定 ☐ 代弁者に委ねる ☐ 在宅医療チームに委ねる ☐ 延命処置を希望（人工呼吸器、心臓マッサージ） ☐ その他（ ）

看取り	① 人生の最終段階をどこで過ごしたいか（どこで最期を迎えたいか） ☐ 自宅 ☐ 家族の家 ☐ 施設 ☐ 病院 ☐ 今は分からない ☐ その他（ ）
	② 看取りについての希望

その他の確認事項	① 本人が意思決定 ☐ できる ☐ できない
	② ACP情報を聞き取った場所（ ）
	③ ACP情報を聞き取った相手 ☐ 本人 ☐ 本人以外（氏名）（続柄）
	④ 大切にしていること／人（ ）
	⑤ 要配慮事項 ☐ 有り（有の場合は備考欄に記載） ☐ 無し
	⑥ エンディングノート ☐ 有り ☐ 無し

備考	医療・ケア等について、「して欲しいこと」等
----	-----------------------

<作成情報>

☐ 新規 ☐ 更新	初回作成時期（ 年 月 ）	最新作成日（ 年 月 日 ）
記載者氏名：	（施設名：	電話番号
かかりつけ医：	（診療所名：	（科） 電話番号
かかりつけ医の確認	☐ 有り ☐ 無し	

メモ：

入退院時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

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

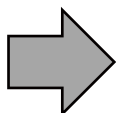
(1) ①かかりつけ医あり+②診療希望あり+③同意あり

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

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

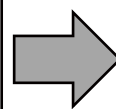
③ 病院または施設に一任する場合

(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

3. 回復期病院からの退院時

2 (1) と同様の対応

※ 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、病院受診の当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)。

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、認知症の有無や徘徊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ないとき （※決まっていないとき、連絡先が分からない）

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

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）

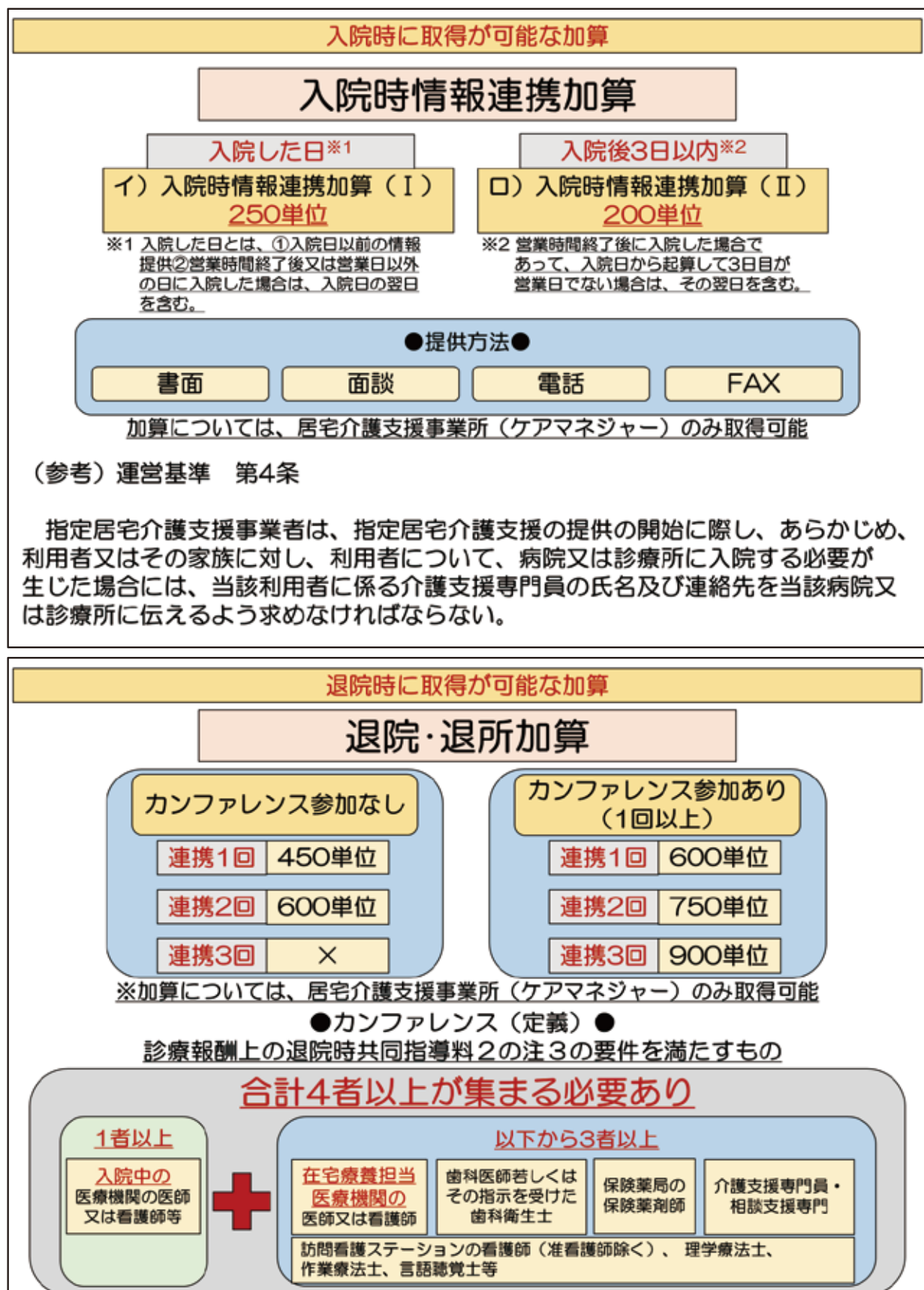
- ★病院
包括もしくはケアマネジャーに退院の期日を連絡

退院日

- ★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いない場合

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



※令和6年度介護報酬改定の内容を反映しています。

令和 4 年 6 月 1 3 日

関係団体 各位

かなざわ在宅 ICT ネット

代表 大野 秀棋

いしかわ 921 在宅ネットワーク

代表 大和 太郎

金沢元町在宅医療を考える会

代表 土原 一真

りくつなケアネット金澤

代表 清水 雄三

「病院・地域包括・ケアマネジャーとの連携ルール」の策定
およびその他関連するルールのご案内について

初夏の候、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、病院での入院時や退院時において、患者とこれまで係っていた医療関係者との関係が切れることがあるとの指摘がなされており、その対応は各病院に委ねられていたところでした。

そのため、かなざわ在宅 ICT ネットでは、病院および地域包括・ケアマネジャーを繋ぎ、切れ目のない医療・介護を実現するため、別添の通り「病院・地域包括・ケアマネジャーとの連携ルール」を策定いたしました。

つきましては、貴団体の会員にご周知いただき、当連携ルールの推進にご協力を賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

また、石川県在宅医療推進協議会・金沢市医師会・石川県薬剤師会でそれぞれ関連するルールが策定されております。こちらもご参考にご同封いたしますのでご了知くださいますよう重ねてお願い申し上げます。

かなざわ在宅 ICT ネット事務局 担当小林
920-0912 金沢市大手町 3-21 金沢市医師会内
TEL (076)263-6721 FAX (076)223-7079
E-mail ictnet@kma.jp

入退院時における薬局への情報提供に関する薬薬連携の依頼について

石川県薬剤師会
令和 3 年 6 月版

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。
---	-----------------------------

II. 退院時（施設系を含む在宅へ直接退院する場合に限る）

(1) 在宅（外来通院含む）で治療する場合 ① 従来のかかりつけ薬局の利用を継続する場合 かかりつけ薬局へ連絡し、退院カンファレンス参加の可否も含めて処方変更内容、退院処方日数、その他必要な情報を提供してください。 ② 他の新しいかかりつけ薬局に紹介する場合 新かかりつけ薬局へ連絡し、情報提供してください。新かかりつけ薬局は、必要に応じて旧かかりつけ薬局へ情報提供を求める。	(2) 左記以外 従来通りの対応をお願いします。
---	-----------------------------

注4 退院支援スクリーニング

早期に退院支援が必要な患者を抽出

注5 退院支援院内カンファレンス

退院支援が必要な患者に対して、関係する専門職が参加し、退院後のサービス内容について情報を共有

注6 退院支援計画書の作成

退院支援が必要になった場合は、多職種で話し合い、患者・家族の意向も踏まえて、【退院支援計画書】を作成し患者・家族に説明する。

チェック

【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
- 予測される退院先
- 退院後に利用が予測される社会資源 など

注7 退院前カンファレンスの開催

《 留意点 》

- 入院前のかかりつけ医、かかりつけ薬局への連絡
- 退院後、訪問看護師、リハビリ職¹等が必要な場合は、関係多職種へ連絡
- 多職種が参加しやすい日程調整を心掛ける。
- 共通認識を持つ（総合的な目標や重要な課題）
- ACP 情報の共有

チェック

《 参加者の例 》

- 患者・家族
- 病院担当者（担当医・病棟看護師・外来看護師・退院支援看護師・医療ソーシャルワーカー・リハビリ職・薬剤師・管理栄養士 など）
- 在宅担当者（在宅医・ケアマネジャー・地域包括支援センター職員・訪問看護師・リハビリ職・介護サービス事業者・歯科医師・訪問薬剤師・訪問管理栄養士・保健師・福祉用具事業者・施設関係者・民生委員 など）

¹ リハビリ職とは、大きく、次の3つの職種があります。

- ・理学療法士（PT: Physical Therapist）・作業療法士（OT: Occupational Therapist）、
- ・言語聴覚士（ST: Speech Therapist）

	項 目	発言者	発言内容
1	出席者の紹介	司会者 (病院側)	- 自己紹介 - 開催目的についての説明 - 出席者の紹介
2	入院前(時)の状態	担当医 (看護師)	入院前(時)の診療内容、生活状況や ACP 情報の確認等
3	入院後からの疾患と状態の経過	担当医 (看護師)	- 疾患の経過と治療内容、今後の大まかな予後 - 医師からみた療養生活の注意点
4	入院中の ADL 等	看護師	ADL と援助内容(ACP 等の情報)
5	専門職からみた現状と今後の目標	薬剤師 リハビリ職 管理栄養士	- 服薬管理 - ADL や IADL (手段的日常生活動作) - 嚥下機能 - 栄養状態や食事形態
6	患者・家族の意向や希望(ACP 等)	患者 家族等	退院後の希望や心配事について
7	在宅での課題	看護師	6 を踏まえ課題の整理
8	在宅でのケアプラン	担当 ケアマネジャー	2～7 を踏まえ総合的な援助の方針 - 介護サービスの内容(概略)
9	退院後担当医師の確認	在宅医 (外来担当医)	- 退院後の在宅医療の方針 - ACP 等の情報確認 - 退院の日程調整
10	まとめ	司会者	開催目的の達成内容を確認

チェック

《 確認すべき医療・生活課題 》

- 疾患 ○治療方針 ○医療処置の有無 ○服薬状況
- 食事内容、食事形態、食事摂取量
- 入院前、入院時、退院時(退院前カンファレンス前)の ADL の変化
- 患者・家族の疾患や予後に対する受け止め方、理解
- 生命予後、病状、ADL の予後予測 ○退院後の外来受診の予定
- 退院後の生活における注意点
 - (移動・転倒、入浴、皮膚、口腔、誤嚥、活動量、リハビリへの指示内容等)
- 退院後の急変の可能性と対応方法(夜間、土日祝日の緊急連絡先・連絡方法等)

「いいがいネット」ホームページにも掲載しています。

別紙 1

入院時情報提供書＜在宅版＞

記入日： 年 月 日
 入院日： 年 月 日
 情報提供日： 年 月 日

医療機関名：
 ご担当者名：



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. 利用者(患者)基本情報について

氏名	(フリガナ)	生年月日	西暦	年	月	日生
入院時の要介護度	☐ 要支援 () ☐ 要介護 () 有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 ☐ 申請中 (申請日 /) ☐ 区分変更 (申請日 /) ☐ 未申請					
障害高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2		認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ Ia ☐ Ib ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M		
介護保険の自己負担割合	☐ ____割 ☐ 不明		障害手帳の有無	☐ なし ☐ あり (☐ 身体 ☐ 精神 ☐ 知的)		
年金などの種類	☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 障害年金 ☐ 生活保護 ☐ その他 ()					

2. 家族構成／連絡先について

世帯構成	☐ 独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ 子と同居 ☐ 日中独居 ☐ その他 ()					
主介護者氏名	(続柄 . 才) (☐ 同居 ☐ 別居)			電話番号		
意思決定支援者 (代話者)	(続柄 . 才) (☐ 同居 ☐ 別居)			電話番号		

3. 意思疎通について

視力	☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難	意思疎通	☐ 会話に支障がない
聴力	☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難		☐ 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる
眼鏡	☐ なし ☐ あり		☐ 普通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
補聴器	☐ なし ☐ あり		☐ 会話が成り立たないが、発語はある
その他			☐ 発語がなく、無言である

4. 口腔・栄養について

摂食方法	☐ 経口 (回/日) ☐ 経管栄養 ☐ 静脈栄養	水分制限	☐ なし ☐ あり ()
摂食嚥下機能障害	☐ なし ☐ あり () ※分かる場合は、食分類に□ 食分類 ☐ 0j ☐ 0t ☐ 1j ☐ 2-1 ☐ 2-2 ☐ 3 ☐ 4	食事制限	☐ なし ☐ あり ()
食形態 (主食)	☐ 米飯 ☐ 軟飯 ☐ 全粥 ☐ その他 ()	心不全地域連携/バス・手帳	☐ なし ☐ あり ☐ 不明
食形態 (副食)	☐ 普通 ☐ 軟菜 ☐ 刻み ☐ その他 ()	義歯使用	☐ なし ☐ あり (☐ 部分 ☐ 総)
水分 (とろみ)	☐ なし ☐ あり (☐ 薄い ☐ 中間 ☐ 濃い ☐ ゼリー状)	歯の汚れ	☐ なし ☐ あり ()
食物アレルギー	☐ なし ☐ あり ()	左右両方の奥歯でしっかりと噛みしめられる	☐ できる ☐ できない
特記事項		歯肉の腫れ、出血	☐ なし ☐ あり ()

5. 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	☐ なし ☐ あり ()	居宅療養管理指導	☐ なし ☐ あり (職種：)
薬剤管理	☐ 自己管理 ☐ 他者による管理 (管理者： 管理方法：)		
服薬介助	☐ 自立 ☐ 一部介助 (介助内容：) ☐ 全介助		
服薬状況	☐ 処方通り服薬 ☐ 時々飲み忘れ ☐ 飲み忘れが多い、処方を守られていない ☐ 服薬拒否		
薬剤アレルギー	☐ なし ☐ あり ()	特記事項	☐ なし ☐ あり ()

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	
医師名		医師名	
かかりつけ医療機関 3		かかりつけ歯科医療機関	
医師名		歯科医師名	
かかりつけ薬局		訪問看護ステーション	

7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新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) ☐ 話し合いを実施していない (☐ 本人からの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る場合のみ記載

本人・家族の意向	☐ 下記をご参照ください ☐ 別紙参照 (書類名：)
話し合いへの参加者	☐ 本人 ☐ 家族 (氏名： 続柄：) (氏名： 続柄：) ☐ 医療・ケアチーム ☐ その他 ()
ACP実施場面	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・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容※	
その他	上記の他、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

8. 入院前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について									
麻痺の状況	☐ 右上肢	☐ 左上肢	☐ 右下肢	☐ 左下肢	褥瘡等の有無	☐ なし ☐ あり（部位・深度・大きさ等）			
褥瘡等への対応	☐ エアーマット	☐ クッション	☐ 体位変換（時間毎）		☐ その他（ ）			☐ なし	
移乗	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	移動	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
移動（屋外）	☐ 杖	☐ 歩行器	☐ 車椅子	☐ その他	移動（屋内）	☐ 杖	☐ 歩行器	☐ 車椅子	☐ その他
食事	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	排泄	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
入院前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。 ☐ アセスメントシート（フェイスシート） ☐ その他（ ）								
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	☐ なし ☐ あり 								
認知機能の状況	みまもりの必要性：日常生活で安全に過ごすためにどの程度ほかの人によるみまもりが必要か ☐ 見守ってもらうことなく過ごすことができる ☐ 1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる ☐ 半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる ☐ 30分程度なら見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる ☐ 常にみまもりが必要である								
	見当識：現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか ☐ 年月日はわかる ☐ 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる ☐ 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる ☐ その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前はわかる ☐ 自分の名前がわからない								
	近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか ☐ 常に覚えている ☐ たまに（週1回程度）忘れることがあるが、考えることで思い出せる ☐ 思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある ☐ きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない ☐ 忘れたこと自体を認識していない								
	遂行能力：テレビ、エアコン、電動ベッド等の電化製品を操作できるか ☐ 自由に操作できる ☐ チャンネルの順送りなど普段している操作はできる ☐ 操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえば使える ☐ リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない ☐ リモコンが何をやるものかわからない								
	過去半年間における入院 ☐ なし ☐ 不明 ☐ あり（頻度： ☐ 0回 ☐ 1回 ☐ 2回以上） （直近の入院理由： 期間：令和 年 月 日 ～令和 年 月 日）								
9. 入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等									
介護/医療の状況・本人の関心等	介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等 同封の書類をご確認ください。 ☐ 居宅サービス計画(1)～(3) ☐ アセスメントシート（フェイスシート） ☐ その他（ ） ペット飼育の有無： ☐ あり ☐ なし 特記事項：								
10. 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）									
住環境 ※可能ならば「写真」などを添付	住居の種類（ ☐ 戸建て ☐ 集合住宅 ） _____ 階建て、居室 _____ 階。 エレベーター（ ☐ あり ☐ なし） 特記事項：								
在宅生活に必要な要件									
世帯に対する配慮	☐ 不要 ☐ 必要（ ）								
退院後の支援者	☐ 家族の支援が見込める（ ☐ 十分 ☐ 一部） ☐ 家族以外の支援が見込める（ ☐ 十分 ☐ 一部） ☐ 支援は見込めない ☐ 家族や家族以外の支援者はいない								
退院後の主介護者	☐ 本シート2に同じ ☐ 左記以外（氏名： _____ 続柄： _____ 年齢： _____）								
家族や同居者等による虐待の疑い	☐ なし ☐ あり（ ）								
特記事項									
11. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）									
「退院前カンファレンス」への参加	☐ 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	☐ 希望あり 具体的な要望（ ）								

資料 1 ケアマネジャーの役割

介護・福祉等の知識・技術を有する専門家として、契約を結んだ在宅等の介護保険認定者（要介護 1～5、要支援 1～2）、サービス・活動事業（介護予防・生活支援サービス事業）対象者に対するケアマネジメント業務を担います。

具体的には、認定者に適した介護サービスが利用できるよう、介護保険者（市町村）やサービス事業所等との連絡調整を行うとともに、利用者・家族の意向を踏まえて専門的見地から介護サービスを利用するための計画書（ケアプラン）を作成します。

1. 居宅介護支援事業所のケアマネジャーの担当業務

要介護 1～5、要支援 1～2 の認定者に対するケアマネジメント業務等を担当します。利用者が居宅介護支援事業所を選択して契約を結ぶことで、当該居宅介護支援事業所のケアマネジャーがその担当者になります。

2. 地域包括支援センター職員の担当業務

要支援 1～2 の認定者、サービス・活動事業（介護予防・生活支援サービス事業）対象者に対するケアマネジメント業務を担当します。利用者が居住している地区を担当する地域包括支援センターと契約を結ぶことで、地域包括支援センター職員がその担当になります。地域包括支援センターの責任主体は市町村であり、運営は市町村の直営、あるいは市町村から委託を受けた医療法人や社会福祉法人等が行っています。（金沢市の場合は、法人等に委託）

そのほか、担当地区に居住している全高齢者の総合相談窓口の機能も兼ね備え、介護予防、高齢者の実態把握、権利擁護、困難事例への対応、地域のネットワーク構築などを担います。

居宅介護支援事業所と地域包括支援センターの主な事業内容

区分		居宅介護支援事業所	地域包括支援センター
運営		営利法人、NPO 法人、医療法人、社会福祉法人等	市町村の直営、あるいは市町村の委託を受けた医療法人や社会福祉法人等
職種		主任ケアマネジャー、ケアマネジャー	保健師、主任ケアマネジャー、社会福祉士等
ケアマネジメント業務	担当となる手続き	利用者が事業所を選択し、契約	利用者が居住している地区を担当する地域包括支援センターと契約
	対象者	要介護 1～5 の認定者（地域包括支援センターから委託を受け、要支援 1～2 の認定者を担当する場合あり。指定居宅介護支援事業所の指定を受けた場合は、介護予防支援 ² のみ直接担当が可能となる。）	要支援 1～2 の認定者、サービス・活動事業（介護予防・生活支援サービス事業）対象者
その他の業務			総合相談支援事業 ³ 、権利擁護事業 ⁴ 、包括的・継続的ケアマネジメント支援事業 ⁵

3. 介護サービスの決定・調整について

《 サービスの決定 》

○介護サービスは、利用者と契約を結んだ事業所の担当ケアマネジャー等がアセスメントを経て、利用者・家族の意向、関係機関の専門的見地による意見等を踏まえてケアプランを作成し利用者が同意することで、その内容が決定されます。

○利用する介護サービスが決まると、利用者がサービス事業所を選択し、当該サービス事業所と契約を結びます。利用者の同意なく、介護のサービスの決定や、サービス事業所を選択することはできません。

《 サービスの調整 》

○新規利用の場合、基本情報の提出、面談、利用の判定会議等の時間がかかります。

○デイサービスなどの通所系サービスの再開は概ね問題がないと思われますが、ヘルパーなど訪問系サービスは一旦サービスを中止すると再開の調整が難しくなる場合があります。また、土・日・祝日が休業のサービス事業所が多いため、週末をはさむ場合は調整に時間がかかります。

居宅介護支援事業所のケアマネジメント業務 月間スケジュール（例）

時期	内 容		備 考
上旬	介護報酬請求事務	1～10日 ・ サービス事業所から先月分の介護サービス提供の実績報告を受ける。 ・ 実績報告を取りまとめ、給付管理票を作成する。 ・ 国保連合会に介護報酬請求書類を送付する。	・ 報酬請求業務は10日までに行う。 ・ 事業所内で業務を行うことが多いため、ケアマネジャー等への連絡が取りやすい時期
	介護報酬請求締切日（毎月10日）		
中旬 下旬	翌月サービス提供準備	・ 訪問等で利用者・家族に翌月の介護サービス利用意向を確認する。（モニタリング等） ・ ケアプランの見直し、サービスの追加等を検討する。 ・ 翌月分サービス利用票の案等の書類を作成する。 ・ 新たに介護保険の認定を受けた利用者、更新認定を受けた利用者などに対するサービス担当者会議を開催する。 ・ 利用者にサービス利用票を配布 ・ サービス事業所にサービス提供票を配布	・ 利用者宅への訪問等、外出している時間が多くなるため、連絡は伝言やFAXが有効 ・ 会議、研修等に参加しやすい時期

² 介護予防支援・・・要支援者が介護予防サービス等を適切に利用できるよう、心身の状況、置かれている環境、要支援者の希望等を勘案し、介護予防サービス計画を作成するとともに、サービス事業者等との連絡調整を行う。

³ 総合相談支援事業・・・高齢者の相談窓口 ⁴ 権利擁護事業・・・成年後見制度の推進や特殊詐欺等への対応を行う。

⁵ 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業・・・地域のケアマネジャーの支援を行う。

資料 2 病院の機能と役割

入退院支援をスムーズに行うためには、病院をよく知る必要があります。

厚生労働省では、医療施設を「病院」「一般診療所」「歯科診療所」の3つに分類しています。また、入院できるベッドを20床以上もつ施設は「病院」19床以下は「診療所」とよんでいます。「病院」の病床は、①一般病床、②療養病床、③結核病床、④感染症病床、⑤精神病床に分類されています。さらに、「病院」は、医療機能により「特定機能病院」「地域医療支援病院」「その他の一般病院」に分類されています。

また、在宅療養者が住み慣れた地域で安心して療養生活を送れるよう在宅医療体制の構築のため「在宅療養支援病院」「在宅療養後方支援病院」として指定された病院があります。そのほか、かかりつけ医などからの紹介状を持って受診していただく事に重点をおいた「紹介受診重点医療機関」などがあります。

一定の機能を有する病院

病院の分類	特徴・役割	病院名（石川中央圏域）
特定機能病院	- 先進的な医療と高度な設備が整っており、専門職も一定数（医師は通常の病院の2倍が最低基準）が配置されている。病床数は400床以上で16診療科以上を標榜している。 - 厚生労働大臣の承認を受けており、一般病院や地域医療支援病院からの紹介患者を受け入れる。	* 金沢医科大学病院 * 金沢大学附属病院
地域医療支援病院	- 地域の人の様々な病気に対応する病院で、診療所の医師とも連携を取って地域の中核となる役割を担っている。病床は200床以上 - 都道府県知事の承認を受けており、医療者はその地域の特徴を把握し、患者の生活が見える状況の中で医療を提供する。 - 救急医療に対応する事が条件となっており、高度な医療も提供できる。診察の結果、より高度な医療が必要と判断した場合は、特定機能病院に紹介するなど連携をとっている。	* 石川県立中央病院 * 金沢医療センター * 金沢市立病院 * 公立松任石川中央病院

病院の分類	特徴・役割	病院名（金沢市内）
在宅療養支援病院	- 在宅患者への 24 時間対応体制や在宅患者のための緊急入院病床などを備えている 200 床未満の病院 - 東海北陸厚生局への届け出が必要で、意思決定支援に係る指針を作成しているという要件がある。	11 病院 ＊石野病院 ＊伊藤病院 ＊金沢有松病院 ＊金沢古府記念病院 ＊金沢聖霊総合病院 ＊金沢西病院 ＊小池病院 ＊北陸病院 ＊みらい病院 ＊宗広病院 ＊安田内科病院
在宅療養後方支援病院	- 在宅患者の緊急対応や、入院の受け入れを行う 200 床以上の病院 - 東海北陸厚生局への届け出が必要で、在宅医療を提供する医療機関との連携体制などの要件がある。	7 病院 ＊浅ノ川総合病院 ＊石川県済生会金沢病院 ＊金沢市立病院 ＊金沢赤十字病院 ＊国立病院機構 金沢医療センター ＊城北病院 ＊地域医療機能推進機構 金沢病院

病院の分類	特徴・役割	病院名（金沢市内）
紹介受診重点医療機関	- かかりつけ医などからの紹介状を持って受診する事に重点をおいた病院 - 手術、処置や化学療法等を必要とする外来、放射線治療等の高額な医療機器・設備を必要とする外来などを行っている。 - 紹介状の有り無しにかかわらず、受診は可能ですが、紹介状が無い場合は、一部負担金（3 割負担等）とは別の「特別の料金」が原則必要となる。	10 病院 ＊浅ノ川総合病院 ＊石川県済生会金沢病院 ＊石川県立中央病院 ＊金沢市立病院 ＊金沢赤十字病院 ＊金沢大学附属病院 ＊恵寿金沢病院 ＊国立病院機構 金沢医療センター ＊心臓血管センター金沢循環器病院 ＊地域医療機能推進機構 金沢病院

分類	病棟（参考）	特 徴
高 急性 度 期	救命救急病棟	・急性期の患者に対し、状態の早期安定に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する。
急性 期	上記以外の一般病棟（病床）	・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する。

※令和6年度診療報酬改定で急性期と回復期の中間的な役割を担う**地域包括医療病棟**が新設された。
（高齢者急性期を主な対象患者として、治す医療とともに同時に支える医療（リハビリ等）を提供）

回復 期	地域包括ケア病棟（病床）	・急性期を脱した患者や在宅・施設入所者の急性増悪時に受け入れ、在宅復帰を行う。 ・在宅患者のレスパイト入院を受け入れる。 ・60日を限度とした入院治療やリハビリテーションによって在宅復帰を行う。
	回復期リハビリテーション病棟	・急性期の治療が一段落し、早い段階から集中的なリハビリテーションを行い、家庭復帰を積極的にはかることを目的とする。 ・病名と発症してから入院するまでの期間が決められている。（最長日数は180日）
慢性 期	介護医療院	・長期的な療養が必要な要介護者に対して医療ケアや介護サポート、生活支援を行う介護保険施設。療養病床の役割を引き継いだ施設で、日常的な医学管理、看取りやターミナルケアなどの医療機能を持つ。入所者の生活施設としても機能している。
	緩和ケア病棟	・主にがんとAIDSの患者を対象とした病棟 ・痛みをはじめとするさまざまな苦痛を緩和することを目的とする。

参 考

【病院の機能と役割】

＜一定の機能を有する病院＞

＊厚生労働省 HP「特定機能病院について」「地域医療支援病院について」「令和6年度診療報酬改定の概要」より

＊厚生労働省東海北陸厚生局 HP「施設基準の届出受理状況」より

＜病床機能の分化＞

＊厚生労働省 HP「令和6年度病床機能報告について」「令和6年度診療報酬改定の概要」、介護医療院公式サイト「介護医療院について」より

医療と介護が連携した切れ目のないサービスを提供するためには、多職種間でお互いを尊重し、協力し合うことが重要です。また、自分の職種の目線だけではなく、相手のことを理解する視点も必要ではないでしょうか？以下の項目は、当たり前のこともあげていますが、時として疎かにしていることもあるかと思います。初心を忘れないためにも、繰り返し確認していただくと幸いです。



- * 患者、利用者のことを第一に考え行動しましょう
- * 患者、利用者の思いなどについて、関わる職種間で共有しましょう（ACP情報等）
- * 早期の連絡調整を心掛けましょう
- * お互いの役割、立場を理解し尊重しましょう
- * 専門用語は使いすぎず、わかりやすい言葉で伝えましょう
- * 相手のできること・できないことを理解するよう努めましょう
- * それぞれの得意分野を活かし、協力し合いましょう
- * 個人情報の適切な管理を行いましょう

金沢市在宅医療・介護連携支援センターについて

金沢市在宅医療・介護連携支援センター「いいがいネット」は、地域の医療と介護の連携を推進するための在宅医療サービスの相談窓口・拠点です。金沢市からの事業委託により、介護保険法に位置づけられている「在宅医療・介護連携推進事業」を実施しています。

- 医療・介護の関係機関が連携し、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことができる仕組み作りを支えています。
- 地域の医療機関や介護サービス事業所などに関する情報をわかりやすく提供し、在宅医療と介護の関係構築につながるよう働きかけていきます。

***こんな「困った」にお答えします。**

- ・在宅医療を行っている医療機関を紹介してもらいたい（ケアマネジャー）
- ・認知症の患者さんを見てくれる歯科医院を紹介してほしい（在宅医）

***ホームページからお役にたつ情報を発信します。** ➡ 「いいがいネット」で検索

○ACPメモ

パソコン上で編集できる様式を掲載しています。（いいがいネット連携委員会作成）

○ケアマネタイム一覧

医師がケアマネジャー等からの相談に応じることができる曜日と時間帯を診療所毎にまとめました。

○病院連携窓口一覧

ケアマネジャー等が病院に連絡・調整する際の担当部署を病院毎にまとめました。

○入退院時の医療・介護連携指針

この冊子の内容を掲載しています。

（いいがいネットホームページ用QRコード）



○入院時情報提供書＜在宅版＞

パソコン上で編集できる様式を掲載しています。（厚生労働省様式）

○いいがいネットからのお知らせ

いいがいネット主催の研修会のお知らせやアンケート結果などを掲載

○在宅医療・介護連携関係 研修スケジュール

在宅医療連携グループ等の研修会の予定をカレンダー形式で掲載

- 地域包括ケアシステムの重要な構成要素である、切れ目のない在宅医療の提供体制の構築のために、在宅医療を支える多職種連携の推進に取り組んでいきます。



石川中央医療圏の在宅医療・介護の連携に関する相談窓口

市町名	名 称	住 所	電話番号	FAX
金沢市	金沢市在宅医療・介護連携支援センター	920-0912 金沢市大手町3番23号	222-0172	222-0025
かほく市	かほく市高齢者支援センター	929-1195 かほく市宇野気二81番地	283-7150	283-3761
白山市	在宅医療・介護連携支援センター	920-2134 白山市鶴来水戸町ノ1番地 (公立つるぎ病院内)	272-1250	272-4066
野々市市	野々市市在宅医療・介護連携支援センター	921-8804 野々市市野代2丁目145番地2号 (野々市訪問看護ステーション内)	248-8707	248-8750
津幡町	津幡町地域包括支援センター	929-0393 河北郡津幡町字加賀爪二3番地	288-7952	288-5646
内灘町	内灘町地域包括支援センター	920-0271 河北郡内灘町字鶴ヶ丘2丁目 161番地1 (内灘町保健センター内)	286-6750	286-6103

金沢市内の在宅医療連携グループ

金沢近郊には、4つの「在宅医療連携グループ」が活動しており、医療・介護関係者の勉強会や交流会などを行っています。あなたも参加してみませんか？





Handwriting practice lines consisting of 18 horizontal dotted lines.



愛称の『いいがいネット』には
在宅療養する方々が、金沢弁で「いいがいね～」と
笑顔になれるような「良い医療と介護」を提供できるよう
地域のネットワークを広げ、おつなぎします
との意味が込められています

入退院時の医療・介護の連携指針
－2024年度－

令和7年(2025 年) 3月発行

発行／金沢市

編集／公益財団法人 金沢健康福祉財団

(金沢市在宅医療・介護連携支援センター)

〒920-0912 金沢市大手町 3 番 23 号

TEL 222-0172 FAX 222-0025

E-mail e-gai-net@kfz.jp