明石市地域総合支援協議会専門部会

明石市版 在宅医療・介護連携ルール Ver. 2

（葉）医療・看護、介護・リハビリテーション、保健・福祉

高齢者一人ひとりの状態や環境などに応じて、ケアマネジャーがケアプランを作成し、「医療・看護」、「介護・リハビリテーション」、「保健・福祉」が有機的に連携しながら包括的に各種サービスを提供します。

出典：平成２８年３月　地域包括ケア研究会報告書より

企画　明石市地域総合支援協議会専門部会
発行　明石市・地域総合支援センター
2020 年（令和 2 年）2 月作成
2025 年（令和 7 年）4 月改訂

進化する地域包括ケアシステムの「植木鉢」 その他の説明

出典：平成２８年３月　地域包括ケア研究会報告書より

（植木鉢）すまいとすまい方

生活の基盤となる「すまい」が整備され、本人の希望や経済力に応じた「すまい方(暮らし方)」、尊厳やプライバシーが実現されていることが、包括ケアシステムの前提となります。

（土）介護予防・生活支援

加齢等による心と体の能力の低下、経済的な状況、家族関係の変化などに関わらず、高齢者が住み慣れた地域の中で尊厳を保ちながら暮らし続けられるようにする取り組みです。高齢者が社会参加できる居場所づくりや、専門職が予防の取り組みを行ったりする「介護予防」と、買い物支援、食事の準備、ゴミ出し支援などのサービスや、近隣住民による声掛けや見守り活動など地域内の支援などの「生活支援」があります。

（敷物）本人の選択と本人・家族の心構え

地域包括ケアシステム全体を支える基盤となるものです。高齢者が「どこで、どのように」暮らしていきたいかを選択し、在宅生活を選択した場合は、その意味を高齢者本人と家族が十分に理解して、心構えをもつことが重要です。

はじめに　～明石版 在宅医療・介護連携ルール作成・改訂の経緯～

明石市では、在宅医療・介護連携の推進に向け、職能団体等との意見交換会での意見や、在宅医療・介護連携支援窓口への個別相談等から抽出した課題のうち、多職種協働で課題解決に取り組むことが望ましい課題について、ワーキングを設置し、検討を進めています。

在宅医療・介護に携わる関係機関が、連携のために提供する情報の内容やタイミングが、その情報を受けとる側にとっては十分ではない、という現場の声があり、多機関協働により優先して検討すべき課題のまとめとして「明石市版の在宅医療・介護連携ルール」の作成を平成30年度から取組んできました。

兵庫県を中心として、東播磨圏域で運用している「東播磨医療・介護連携システム」の課題等を踏まえ、「日常の療養生活の支援」「急変時の対応」「入院支援」「退院支援」の4つの場面での連携上のルールや留意点、使用する様式について検討を重ね、さらに「在宅医療・介護連携ルール　試行版」の作成・運用、見直しを経て、令和元年度に、「明石版在宅医療・介護連携ルール Ver.1」を作成しました。

「明石版　在宅医療・介護連携ルール Ver.1」作成後、運用している中で、「連携場面において職域を越えた支援内容を他職種から求められる」といった課題が生じ、その解決方法の検討の場として、令和5年度に「職域理解による連携ワーキング」を立上げました。

「職域理解による連携ワーキング」では、お互いの職種の領域で「できること」「できないこと」の情報を共有し、連携上の課題整理をしました。意見交換をおこなう中で、それぞれの専門職が職域での対応が難しいと思うケースはなくならないが、お互いの職域でできない業務だと理解しながら、支援の幅を少しずつ広げ、チームとして支援できるように、前向きに検討していくことが重要だと合意形成しました。

令和６年度は、整理した内容を連携ルールの４つの場面の留意事項へ反映し、「明石市版　在宅医療・介護連携ルール Ver.２」に改訂しました。

在宅医療・介護連携をより推進していくための指標として、ご活用いただければ幸いです。

令和７年４月　職域理解による連携ワーキング

目次

■ はじめに
■ 目次 p 1
■ 本ルールの使い方 p 2
■ 基本情報入力シート p 3

Ⅰ 日常の療養生活支援
1 日常の療養生活支援における連携フロー図 p 5
2 日常の療養生活支援における留意事項 p 7
3 医療・介護連携シート①（日常の療養生活支援における報告） p 9

Ⅱ 急変時の対応
1 備えよう！急変時対応の流れ p 11
2 急変時の対応・在宅での看取りにおける留意事項 p 13
3 救急れんらくばん p 15
4 医療・介護連携シート②（急変時における連絡体制等に関する確認） p 17

Ⅲ 入退院支援
1 入退院支援連携フロー図 p 19
2 入退院支援における留意事項 p 21
3 医療・介護連携シート③ p 23
（入院当日、または3日以内に入院先の病院へ提供する情報）
4 医療・介護連携シート④ p 25
（退院の目途が立った時に支援者間で共有する情報）

■ 明石市版 在宅医療・介護連携シートについてのご意見・ご提案を募集します p 27
■ 明石市地域総合支援協議会専門部会 構成団体 p 28

■ 本ルールの使い方

要支援・要介護認定を受けている方の利用者支援における医療・介護連携について、「Ⅰ日常の療養生活支援」「Ⅱ急変時の対応」「Ⅲ入退院支援」の3つの場面に分けてまとめています。

場面ごとの連携について、「1 連携フロー図」では、連携のタイミングや流れを、「2 連携における留意事項」では連携が必要な理由や連携の際に留意すべき事項を、「3 医療・介護連携シート（様式）」では医療機関、ケアマネジャーが求める情報について選択式で記載できるようになっています。

※医療介護連携シート（様式）記入の際は、連携シート記入の際の参考シートをご活用ください。

受け手が希望する情報の要点を記入する意味

【シート①】

医師等が望む情報提供の事項をまとめました。自由記載欄には具体情報を記入します。

【シート②】

急変は予測できません。いざという時に、家族やサービス事業所等が対応できるよう、あらかじめ急変時の対応等について主治医に確認する事項をまとめました。

【シート③】

入院当日、または3日以内に医療機関に提供する項目をまとめています。在宅時に確認している「治療に対する意向」等の情報は、自ら意向を示せない患者を治療する医療機関にとっては、とても有用な情報ですので、可能な限り情報提供が必要です。ケアプランソフト等の独自シートを使用している場合は、医療機関に伝えたい項目を自由記載欄に「別添のシート参照」と記載して報告します。

【シート④】

退院の目途が立った際にケアマネジャーや主治医等に提供する項目をまとめています。内容が重複するため多くの場合は看護サマリーが使用されていますが、ケアマネジャーや医師らにポイントを絞って伝えたい場合など、各項目の自由記載欄に「別添の看護サマリー参照」と記載して報告します。

※明石市版 在宅医療・介護連携ルール Ver.2は、明石市 HP、または明石市社会福祉協議会 HP（専門職の皆様へ）で、閲覧及びダウンロードができます。

基本情報入力シート

まずは、利用者情報を入力してください。

氏　名	名前を入力してください。
性　別	性別を選択してください。 選択してください
生年月日	生年月日は、漢字で入力せずに、「/(スラッシュ)」を使用し 例えば、昭和生まれは　s●●/●●/●●としてください。
要介護度	「申請中」を選択した場合は、自動的に認定の有効期間は 空欄になります。 選択してください
認定の 有効期間	生年月日と同様です。 令和の場合は r●●/●●/●●と入力してください。

次に、あなたの情報を入力してください。

事業所名 医療機関名		
事業所住所 医療機関住所		
担当者名		
連絡先	TEL	
	FAX	

※ シート①②③④の様式(文言含む)は変更せずにご活用ください。

日常の療養生活支援における連携フロー図

随時(※1･2)　サービス事業所から提供された情報は、主治医連絡票や**在宅医療･介護連携シート①**を使用し、可能な限り主治医や他のチーム員に情報提供し、各自の対応に備えましょう。

ケアマネジャー

「随時（※1）」「サービス担当者会議開催時」

医師・歯科医師・薬剤師など

随時(※2)
食事面、身体･精神面、服薬面等について変化を認めた際には、**在宅医療･介護連携シート①**を使用し、速やかに関係者に報告します。

「随時（※2）」「実績報告時」「サービス担当者会議」

食事面

排泄状況

身体面

服薬面

身体面

精神面

（定期的）指示書・医師への報告

サービス事業所

訪問看護・訪問リハビリ

日常の療養生活支援における留意事項

P.13　参照

医療やケアに対する利用者の意思を確認しておきましょう！

利用者が安心して日常生活を送るためには、急変等緊急を要する場合に、すぐに医療との連携が取れるよう、事前に利用者と家族・支援者（主治医、介護サービス事業所、ケアマネジャー等）で医療とケアの方針をしっかりと話し合っておくことが大切です。緊急時の連絡先や対応などをあらかじめ決めておき、共有しておきましょう。

また、利用者の意向や話し合った方針に変更がないかどうか、随時、確認しておくことも大切です。確認した内容はその都度記録に残しておきましょう。

急変時について事前に主治医に個別相談しておきましょう

病状によっては急変することがあるため、事前に主治医や訪問看護師に個別相談し、想定される急変時の症状や対応などを確認しておくことにより、スムーズに医療側と連携が取りやすくなります。

診察時間外等主治医に連絡がつかないこともあるため、予め急変時の対応方法を相談しておくことで、利用者・家族も安心だと思います。

本人の意思が尊重できるように、本人の医療に対する意思を確認しておきましょう

急変した時に、利用者の意思が尊重できるように、利用者が延命治療を希望するかどうかについて、早い段階からの意思確認が必要です。意思確認は、状況に応じて再確認することや家族の意思を確認しておくことも必要です。利用者の意思確認が困難な場合や家族がいない場合は、関係する人たちが利用者の人生観や価値観を十分に情報共有し、記録に残しておきましょう。

利用者と家族の治療に対する意思を確認しそれを尊重しましょう。

利用者が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けるために、支援者は、日頃から、家族も受診に付き添い、主治医から疾患や治療について説明をうけ、正しく理解するように働きかけましょう。

そのうえで、利用者と、その家族で、治療に対する利用者の意思を確認し、日常生活から、利用者の意思を尊重した治療を受けると同時に、急変時の治療を選択しておくように支援しましょう。

日常の療養生活支援における留意事項

もしもの時に備え「**救急れんらくばん**」を作成・内容の更新をしましょう

「救急れんらくばん」は、利用者が情報を伝えられない場合、救急隊員や居合わせた人などに、必要な情報を知らせ、迅速に対応するためのものです。日頃から利用者等と、かかりつけ医や、キーパーソン、ケアマネジャー等、最新の内容であるか確認し、冷蔵庫に貼っておきましょう。

また、お薬の情報も大切です。最新の薬剤情報なども一緒に入れておきましょう。 P.15 参照

『**共通ノート**』を活用してみませんか？

それぞれの支援者が持つ情報はとても重要です。例えば転倒や、薬を飲むのを忘れている、認知症やわずかな体の変化への気付き（早期発見）などが、他のサービス等の提供にも有用な情報となります。

日常の療養生活の支援では、ケアマネジャーを中心にチームで利用者を支援し、情報共有することが望ましいですが、いつも迅速に連絡が取り合えるとも限りません。

共通ノートを一冊作り、まずはいつ誰がどのように利用者に関わっているかの記載から始めてはいかかでしょうか。

死後の手続きを誰に頼むか考えておきましょう

大切な人が亡くなった時の手続きは多岐に渡ります。
誰にどの手続きを頼むのか、事前に話し合い決めておきましょう。
市役所で行うべき手続きがあります。

- 死亡届の提出から埋火葬許可証の交付申請、葬祭費の支払いなどの手続き
- 健康保険の資格喪失の申請、年金受給者の死亡届の提出、世帯主の変更
  その他、お墓の手続きなど
  さらに、相続手続きなど時間を要す手続きなども行っていくことになります。

医療・介護連携シート①（日常の療養生活支援における報告）

2025年4月25日

居宅介護支援事業所名

選択してください　　様

連絡先　TEL:　　FAX:

事業所名:　0
住　所:　0
担当者名:　0
TEL:　0　／　FAX:　0

平素はお世話になり、誠にありがとうございます。
ご担当の下記の利用者（患者）様に関しまして、報告が必要と認められる事象がございましたのでFAXいたします。

【担当者記入欄】

連絡理由:	日常の療養生活支援上で報告が必要と認めた事象があった。			
利用者氏名	性別	生年月日	要介護度	認定有効期間
0 様	選択してください	明治33年1月0日	選択してください	1900年1月0日 ～ 1900年1月0日
添付書類:　選択式　（　　）				

「報告のみ」かどうかを選択してください。

選択してください。

食事面	身体面・精神面	服薬面	返信欄
選択してください。	選択してください。	選択してください。	提供された情報に対して留意点などがある場合は、以下に必要事項を記入し返送してください。
自由記載欄	自由記載欄	自由記載欄	

明石市地域総合支援協議会 専門部会　作成　Ver.2

備えよう！急変時対応の流れ

「急変時対応の流れ」は、利用者が安心して在宅生活が送ることができるよう、万一利用者の病状が急変したときに、早期に発見し慌てずに対応できるよう、介護度に関わらず、利用者、家族を含めた支援チームが、誰が発見しても同じように対応できるように平時より準備・共有しておくものです。担当のケアマネジャーと相談し作成しておきましょう。

1 備え　事前に主治医に個別に「急変時とは」と「急変時の対応」について確認

※主治医に確認した内容を記載しましょう。

_____

_____

※DNAR など医療に対する意思は　☐ 未確認　☐ 確認歴あり(　　年　　月頃)

2 発見！　利用者の家族、サービス事業者が発見！

普段と異なる状態例(一般的)

「ぐったりしている」「頭や胸が痛む」「息が苦しい」「腹痛」「嘔吐」「下痢」「食欲がない」「内服薬をうまく服用できていない」「食事量や食事回数に変化がある」「皮膚が乾燥していたり湿疹等がある」 等

普段と異なる状態例(急を要する)

痙攣　意識消失
チアノーゼ
酸素飽和度の低下
脈拍の異常
等

3 連絡！

※訪問看護を利用している方は訪問看護へ連絡

☎ _____

↓

訪問看護から主治医へ連絡

訪問看護の利用がない方は主治医へ連絡

☎ _____

主治医にも訪問看護にも連絡がつかない場合は 119へ

※利用している訪問看護が 24 時間訪問看護加算を算定していない場合は、夜間等の対応を主治医に事前に相談しておきましょう。

急変時の対応・在宅での看取りにおける留意事項

P.7　参照

介護保険サービス事業所等必見！
「緊急受診依頼書」を準備していますか？

明石市医師会では、各種サービスの利用中に急変等で救急車を要請する場合は、「緊急受診依頼書」を用意することが推奨されています。救急隊や医療機関が緊急受診依頼書を受け取ることで、必要な情報をいち早く確認でき、素早く適切な搬送・処置に繋げることができます。

また、緊急時には利用者・家族の医療に対する意向の確認や判断は困難であることが予測されます。“備えあれば憂いなし”といわれるように、常日頃からいざという時に備えておくことが、利用者・家族、サービス提供者の安心に繋がると思います。

救急が必要か迷ったときは・・・
全国版救急受診アプリ　**Q助**

急な病気やけがをした際に「いつ病院を受診したらいいのか？」「救急車を呼んだ方がいいか？」と迷った時には、スマートフォンアプリ「全国版救急受診アプリ(愛称「Q助」)」等を活用し、判断の一助としてください。アプリは、右側のＱＲを読み込むと、総務省消防庁のホームページにリンクし、ダウンロードすることができます。

事前に、入院の時に必要な物品の準備
をしておくように働きかけましょう

支援者は、日頃から利用者に対して、入院に必要な物品をバッグ等にまとめ、家のどこに置くか決めておくように働きかけましょう。医療被保険者証、お薬手帳、靴、帰りのタクシー代なども必要な物品です。

準備が出来ていない場合は、本来ならば職域ではないけれども、対応する場面もあります。

支援者間で、自費サービスの利用等を含め、どの支援者が、どういう方法で、対応するかを相談し協力し合いましょう。

その際は、２人体制や２機関で対応するように調整しましょう。

救急車に、同乗する人がいない時の備え
をしていますか？

支援者は、利用者が急変した時、救急車に同乗を求められても、必ずしも同乗する必要はありません。

同乗できる家族等がいない場合に、利用者を迅速に医療機関へ搬送するための準備が必要となります。

緊急連絡先や基本情報を救急隊員を通じ、医療機関へ提供することで、迅速な搬送につながります。

緊急時に、必要な情報の備えをしておきましょう。

救急 れんらくばん

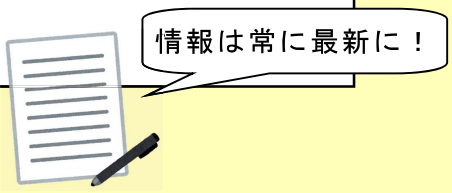
「救急れんらくばん」は、自宅で具合が悪くなったとき、ご自身が症状を説明できない時などに、駆けつけた支援者、救急隊、搬送先の医療機関が参考にすることで、速やかな対応に繋げるためのものです。

☆保管までの流れ☆

①救急搬送などの緊急時に備えて、民生委員・児童委員やケアマネジャー等と相談しながら記入しましょう。

②クリアケースに入れて、この面を表にしてマグネットで冷蔵庫に貼り付けましょう。

③救急隊が発見しやすいよう、玄関内側の扉にステッカーを貼りましょう。



※緊急対応された方へ※

「救急れんらくばん」を緊急対応によって自宅から持ち出した場合は、後日、本人へ返却いただきますようお願いします。

救 急 れ ん ら く ば ん

西暦　　年（令和　　年）　　月　　日作成

本人	（ふりがな） 氏　名	（　　）	☎	
	住　所	明石市	生年月日	西暦　　年　　月　　日 大正・昭和　　年
民生委員 児童委員	（ふりがな） 氏　名	（　　）	☎	
緊急連絡先	（ふりがな） 氏　名	（　　）	☎	
			本人との関係	
	（ふりがな） 氏　名	（　　）	☎	
			本人との関係	
	（ふりがな） 氏　名	（　　）	☎	
			本人との関係	
かかりつけ医	名　称		☎	
	科　目		治療中の病気	
	担当医			
	名　称		☎	
	科　目		治療中の病気	
	担当医			
ケアマネジャー	事業所		担当者	
	☎			
訪問看護	事業所		担当者	
	☎			
利用中のサービス事業所	事業所			
	☎		サービス内容	
	事業所			
	☎		サービス内容	
	事業所			
	☎		サービス内容	

地域の相談窓口：〇〇〇〇総合支援センター（☎〇〇〇－〇〇〇〇）

火事１１９　　救急車１１９　　警察１１０

医療・介護連携シート②（急変時における連絡体制等に関する確認）

2025年4月25日

医療機関名	
医師名	様
連絡先	TEL： FAX：

事業所名：	O
住　　所：	O
担当者名：	O
TEL： O ／ FAX： O	

平素はお世話になり、誠にありがとうございます。
下記の対象者の急変時に備え、以下についてご指示等いただきたく、ご多忙のところ恐れ入りますが、お願い申し上げます。
なお、急変時対応がスムーズに行えるよう、いただいたご意見等は、ご本人、ご家族を含め、サービス提供チームで共有する予定です。

【担当者記入欄】

連絡理由：　急変時における連絡体制等の確認

利用者氏名	性別	生年月日	要介護度	認定有効期間
O 様	選択してください	明治33年1月0日	選択してください	1900年1月0日 ～ 1900年1月0日

添付書類：　選択式　（　　）

1　疾患上、悪化するとどのような状態が予想されますか。

2　「急変時」を発見した際の連絡先など対応について教えてください。

3　DNARなど医療に対する意思の確認について

4　その他、ご意見等

主治医記入欄

●介護支援専門員からの連絡（説明）について
特に希望しない　・　希望する（連絡方法は 電話 ・ 来院 を希望）

第１希望　：　月　日（　曜）　時　分頃

第２希望　：　月　日（　曜）　時　分頃

左記に関する回答

1

2　以下の中で適当な内容を○で選択してください。
①主治医へ連絡をください。（時間外連絡先：　　）
②訪問看護に連絡してください。
③その他（　　）

3　□ 未確認　□ 確認歴あり（　年　月頃）

4

主治医名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

明石市地域総合支援協議会 専門部会　作成　Ver.2

令和６年度改正後

入退院支援連携フロー図

※算定の要件など詳しいことについては、国の関連通知等をご確認ください。

診療報酬算定＜医療機関側＞

入院時支援加算

入院予定の患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、下表のア～クを入院前の外来において実施

ア	身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握（必須）
イ	入院前に利用していた介護又は福祉サービスの把握（該当する場合は必須）
ウ	褥瘡に関する危険因子の評価
エ	栄養状態の評価
オ	服薬中の薬剤の確認
カ	退院困難な要件の有無の評価
キ	入院中に行われる治療・検査の説明
ク	入院生活の説明（必須）

〇入院時支援加算（Ⅰ）240 点
　上表ア～クを全て行う場合
〇入院時支援加算（Ⅱ） 200 点
　患者の病態により、上表の一部の項目のみ行う場合
〇入院事前調整加算　２００点
　入院前から療養支援し退院困難な要因も抽出
　※退院時１回限り

総合機能評価加算　50 点

入退院支援加算

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支援計画の立案及び入退院支援した場合に算定

〇入退院支援加算（Ⅰ）　入院後 3 日以内
　一般病棟入院基本料等の場合　700点
　療養病棟入院基本料等の場合　1,300点
〇入退院支援加算（Ⅱ）　入院後 7 日以内
　一般病棟入院基本料等の場合　190点
　療養病棟入院基本料等の場合　635点
　※退院時１回限り

入院前（在宅）

入院

介護報酬算定＜ケアマネジャー側＞

入院時情報連携加算

入院医療機関の職員に利用者に係る必要な情報を提供

算定のために提供する情報は以下のとおり
　＊利用者の入院日
　＊心身の状況（疾患・病歴、認知症の有無、徘徊等の行動の有無など）
　＊生活環境（家族構成、介護者の介護方法、家族介護者の状況など）
　＊サービスの利用状況　など

〇入院時情報連携加算　（Ⅰ）250 単位/月
　入院した日のうちに
　・入院日以前の情報提供を含む
　・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
〇入院時情報連携加算　（Ⅱ）200 単位/月
　入院日の翌日又は翌々日
　・営業時間終了後に入院した場合であって、入院日から換算して 3 日目が営業日でない場合は、その翌日を含む

医療・介護連携シート③を使用

介護支援等連携指導料　400 点
ケアマネジャーと連携をとり退院計画書を作成する
※入院中２回まで

医療・介護連携シート④を主に使用

退院前訪問指導料
580 点　※原則、入院中１回
入院期間が１ヶ月を超えると見込まれる際、円滑な退院のため、本人宅を訪問し、本人又は家族に退院後の在宅での療養上の指導を行う

退院時共同指導料（退院時カンファレンス）
退院時共同指導料（1）
　在宅療養支援診療所の場合　1500 点
　それ以外の場合　900 点
退院時共同指導料（2）　400 点

退院時リハビリテーション指導料
300 点　※退院日に１回限り
退院に際し、本人の病状、家屋構造、介護力等を考慮し、退院後、本人の看護をする者に対して、リハビリテーションの観点から、退院後の療養生活上必要と考える指導を行う

退院時薬剤情報管理指導料
90 点　※退院日に１回限り
入院中に使用した主な薬剤の名称を、本人の手帳に記載し、本人又は家族等に退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行う

退院後訪問指導料　580 点
円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため家等を訪問し、本人又は家族等に対して、在宅での療養上の指導を行った場合に、退院した日から起算して１ヶ月を限度として、５回に限り算定

訪問看護同行加算　20 点　※1 回限り
在宅療養を担う訪問看護ステーション等と同行し、必要な指導を行った場合

退院
（在宅）

退院・退所加算
入院医療機関等から情報を得てケアプランを作成

退院退所加算	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

※入院もしくは入所期間中に１回を限度に算定
※初回加算算定の際は、算定不可
・カンファレンスは１回以上参加のこと
・「連携３回」を算定できるのは、医療機関等から情報提供を３回以上受け、そのうち１回以上、入院中に担当医等との会議（退院カンファレンス）に参加し、利用者の退院後の療養生活に必要な情報を得たうえで、ケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限る

ターミナルケアマネジメント加算
400 単位　※1 回限り
自宅で最期を迎えたいと思う、本人意思を尊重する観点から、人生の最終段階における本人の意向を適切に把握し、円滑な居宅サービスを利用できるように調整を行うことを評価
加算算定できる疾患を、末期の悪性腫瘍に限定しない。医師が医学的知見に基づき、回復の見込みがないと判断した者を対象

緊急時等居宅カンファレンス加算
200 単位/回　※1 ヶ月に２回が限度
病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の医師又は看護師等と共に本人の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要な介護サービスの利用に関する調整を行う

入院支援における留意事項

退院調整に向けて**入院時に提供する情報**とは

利用者・家族の医療に対する意思を把握している支援者は、意向に添った治療方針を決定するために、少しでも早く医療機関等へ情報提供しましょう。

治療後の回復の可能性や退院方針を考える上で、入院前の情報が大変重要です。とくに在宅での生活の様子がわかる情報として、在宅生活での問題点（介護力の有無・生活状況・家族関係等）が参考になります。

参考…身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン

急変時に備えて、みんなで対応を振り返っておきましょう

今回の入院では、利用者の意向に沿った支援ができましたか。
もしもの時の備えは十分でしたか。

利用者の入院は、急変時の対応や本人の意向について再確認する良い機会です。「もしもの時の備えシート」を活用して振り返ってみてはいかがでしょうか。

急変のリスクや急変時の対応方法、利用者、家族、支援者間で十分話し合い、共有しておくことが大切です。

特に、医療同意は、本人か親族しかおこなえない部分です。支援者は、親族がいない利用者に、利用者がどうしたいと思っているのか聞くなど、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を実施してみてはいかがでしょうか。

「もしものときの備えシート」はこちらからダウンロードできます。

退院支援における留意事項

利用者の生活支援に向けて、**リハビリ内容を共有**しましょう

利用者の適時適切なリハビリを安全に提供できるよう、運動のリスク・負荷・禁忌事項などの情報を共有しましょう。とくに入退院時は、状況が変化するなか、切れ目のない支援を提供し、利用者の生活の安心につながるよう情報共有が必要です。

在宅支援者は、病院に入院前の家屋状況やリハビリ目標の情報を提供しましょう。病院担当者は、在宅支援者に入院中のリハビリの目標や内容、運動負荷制限や禁忌事項等の情報を提供しましょう。

医療と介護で相互理解を意識し情報共有しましょう。

看護サマリーを初回訪問時までに訪問看護に提供しましょう

利用者・家族が退院後の生活を安心して送るための支援に看護サマリーが活用されます。医療機関が退院支援を行うなか、早めの情報提供があれば、退院までに在宅支援者側も十分な準備ができます。また、詳細を確認するなどし、情報提供を基に計画を立ててスムーズな支援を実施できます。

とくに、退院直後から訪問看護を利用する際は早めに連携しましょう。

退院支援における留意事項

退院調整支援には様々な情報が必要です

退院調整支援においてケアマネジャー選定が必要な場合は、できるだけ速やかに、退院支援担当者からは、地域総合支援センター、または居宅介護支援事業所に、連絡しましょう。

ケアマネジャーがすでに決まっている場合は、退院の目途が立った時に支援者間で共有する情報（退院前カンファレンスの日程、ＡＤＬの変化、本人家族の受け止め、必要なサービス等）をケアマネジャーに提供しましょう。

ケアマネジャーからも地域医療連携室と積極的に情報交換を行い、スムーズな退院へ繋げていきましょう。お互いに連絡が取りやすい方法や時間帯を確認しておく事も大切です。

退院が決定したら、主治医とケアマネジャーは、情報共有をしましょう！

退院後の医療サービス導入には、主治医からケアマネジャーへ、入院中や退院時の「食事面（栄養状況など）」「身体面・精神面（排便状況や認知機能）」「服薬面（服薬状況など）」等の情報提供が必要となります。

ケアマネジャーは、主治医に助言を求める場合、ケアプランを示すなどして、退院後の療養生活のイメージを具体的に主治医に伝えましょう。

主治医は、ケアマネジャーから求められた助言等への回答のほか、療養生活における留意点についても情報提供しましょう。

処方薬情報は、院内薬局から保険薬局に引き継ぎましょう

処方薬情報の伝達の機会はますます増えています。院内薬局から保険薬局への引継ぎは細かく内容は多岐にわたります。利用者の与薬方法を在宅支援者へスムーズに提供し、患者が退院後も薬を正しく服用できるために、薬局間での情報共有が大切です。特に退院時処方は、薬剤師やサービス提供者にとって必要な情報となるので、正確な伝達が必要となります。例えば、

❶嚥下困難な利用者の場合、薬の飲み方の工夫について
（安全に飲み込みができる工夫）

❷胃ろうのある利用者が服用する際の水分量など

❸便秘薬は何日間排便が無ければ服用が必要なのかなどです。

利用者が食事を楽しみ、
体とこころの健康を保つために、
口腔ケアに意識して取り組みましょう

口からおいしく食べることは、体の健康を保つと共にこころの健康にもつながります。口腔ケアの継続的な提供は非常に大切です。特に入退院時は環境が変わるため、支援者間で、口の汚れの有無や、口渇の有無、話し方、食べるなど口の動き、入れ歯の使用状況、食形態など、現状を情報共有しましょう。また、入れ歯の不具合や虫歯があるなど問題が確認された場合は、早めに歯科医師への相談が必要です。

いつまでもきれいな口腔を保つことは誤嚥性肺炎の予防につながります。再入院を予防するためにも継続的な口腔ケアの提供を意識しましょう。

医療・介護連携シート③（入院後、概ね３日以内に入院先の病院へ提供する情報）

2025年4月25日

医療機関名	
医師名	様
連絡先	TEL： FAX：

事業所名：　O
住　　所：　O
担当者名：　O
TEL：　O　／　FAX：　O

平素はお世話になり、誠にありがとうございます。下記患者様の担当ケアマネジャーとして、以下の内容を情報提供いたします。
スムーズに在宅生活へ移行するため、退院の際は連携させていただきたく思いますので、上記連絡先までご一報ください。

担当者記入欄

連絡理由：　入院時情報連携加算算定等に関わる情報の提供

利用者氏名	性別	生年月日	要介護度	認定有効期間
O 様	選択してください	明治33年1月0日	選択してください	1900年1月0日 ～ 1900年1月0日

添付書類：　選択式　（　　）

家族構成　選択式　（　　）
キーパーソン　（　氏名：　　）
（　本人との続柄：　　連絡先：　　）
介護力の有無　選択式　（　　）

ADL・食形態・口腔の状況

移動	選択式	整容	選択式
移乗	選択式	入浴	選択式
更衣	選択式	食事	選択式
排せつ	選択式	服薬	選択式

食形態　選択式
口腔の状態　選択式

既往歴・認知症関連

既往歴　☐ ない

①	選択式	①～④の詳細を記載します。
②	選択式	
③	選択式	
④	選択式	
⑤	選択式	
⑥	選択式	

認められる認知症状とその対応

①	選択式	①～④の詳細を記載します。
②	選択式	
③	選択式	
④	選択式	

生活状況（生活歴・サービス利用状況）/本人・家族の医療に対する意向・薬事・家屋状況

これまでの生活歴・性格など
自由記載欄

サービス利用状況など
自由記載欄

本人・家族の治療等医療に対する意向

本人	選択式
家族	選択式

家屋状況　選択式　ＥＶ　選択式
居室までの段差　選択式

処方薬情報　※内服状況など

明石市地域総合支援協議会 専門部会　作成　Ver.2

医療・介護連携シート④　（退院の目途が立った時に支援者間で共有する情報）

2025年4月25日

事業所名

ケアマネジャー名　　様

連絡先　TEL　　FAX

医療機関名：　　O
住　　所：　　O
担当者名：　　O
TEL：　　O　　／　FAX：　　O

いつもお世話になっております。　下記患者様の退院の目途が立ちましたので、 1 月 1 日現在 の状況について情報提供します。

退院前カンファレンス 選択してください 退院の時期は、今のところ 1 月 7 日ごろ です。

担当者記入欄

連絡理由：　介護支援等連携指導加算算定等に関わる情報の提供

利用者氏名	性別	生年月日	要介護度	認定有効期間
O 様	選択してください	明治33年1月0日	選択してください	1900年1月0日 ～ 1900年1月0日

添付書類：　選択式　（　　）

本人の住所

本人の連絡先

本人の経済状況　選択式　（　　／月　）

家族構成　選択式　（　　）

キーパーソン　氏名：
（ 本人との続柄：　　連絡先：　　）

介護力の有無　選択式　（　　）

ADL・病名・医療処置関連

移動	選択式	整容	選択式
移乗	選択式	入浴	選択式
更衣	選択式	食事	選択式
排せつ	選択式	服薬	選択式

日常生活自立度(寝たきり度)　選択式
認知症の日常生活自立度　選択式

入院原因疾患

退院後のかかりつけ医

必要な医療処置等	
	選択式
	選択式

退院後の生活に関する事項等

本人・家族の反応・受け止めや、希望する退院後の生活の場（在宅か施設か）など

本人	選択式
家族	選択式

退院後必要と考えるサービスやその他の支援

1	選択式	5	選択式
2	選択式	6	選択式
3	選択式	7	選択式
4	選択式	8	選択式

その他

リハビリの内容　選択式
（　　）

運動負荷制限・禁忌事項等の有無等　選択式
（　　）

医療機関からの見立て（改善や急変の可能性など）、在宅支援に期待すること
あれば記載

明石市地域総合支援協議会 専門部会　作成　Ver.2

明石市版 在宅医療・介護連携シートについてのご意見・ご提案を募集します

「〇〇の欄もあった方がよい」「こんな情報も提供してもらえたら助かる」など、ご意見・ご提案を随時募集しています。

いただいたご意見などは、明石市地域総合支援協議会専門部会で検討し、必要に応じて追記等をしていきます。

ご意見などは、以下の要領で事務局までお送りください。

メール・ファックスで

件　名　「在宅医療・介護連携ルール」について
内　容　例）〇〇ページの〇〇について・・・・
　　例）様式〇について・・・・
　　例）別紙に直接記載しています（別紙様式等に直接記載）
連絡先　メールアドレス、電話番号、ファックス番号
※いただいたご意見などの詳細をご確認させていただく場合がございます。必ずお名前とご連絡先の記載をお願いします。

ご意見・ご提案の連絡先

明石市地域総合支援協議会専門部会　事務局
地域総合支援センター　住所　兵庫県明石市貴崎1丁目 5-13
電話　078（924）4501
FAX　078（924）9114
E-Mail　akashinoiryotokaigo@ace.ocn.ne.jp

明石市地域総合支援協議会専門部会 構成団体

明石市医師会

明石市歯科医師会

明石市薬剤師会

明石市看護業務連絡会

兵庫県リハ3士会合同地域支援推進協議会

明石市内 MSW 連絡会

明石市介護サービス事業者連絡会

明石市消防局

あかし保健所

地域総合支援センター

2025年（令和 7 年）4 月