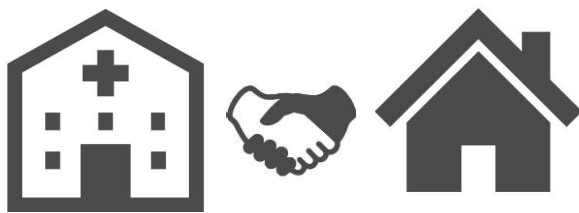


医療と介護の
切れ目ない
連携を目指して



令和2年4月

目 次

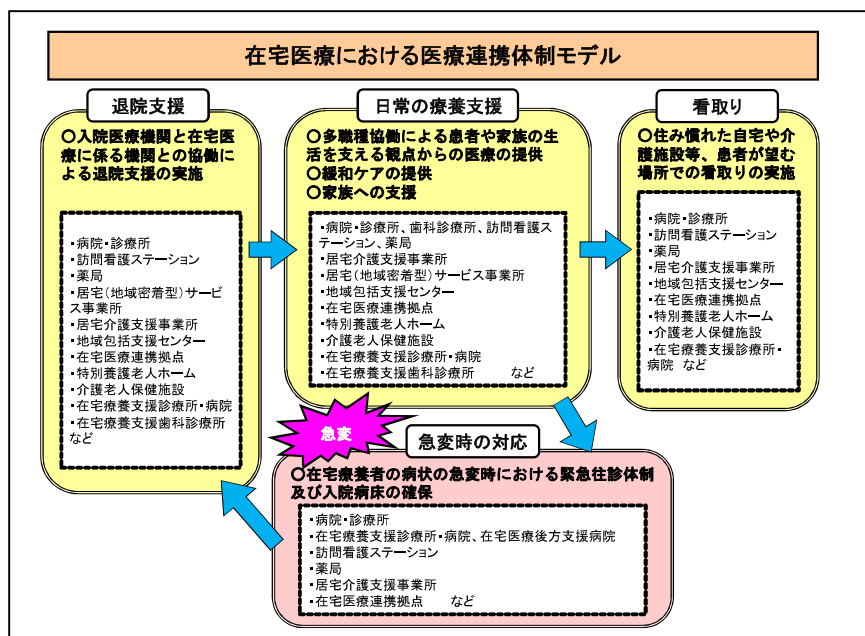
1	はじめに	1
2	入退院支援ルール標準例作成の目的	1
3	標準例の位置づけ	2
4	入退院支援ルールの協議の進め方	2
	(1) 協議を進める主体	2
	(2) 話し合いのメンバー	2
5	入退院支援ルール作成における地域単位の考え方	2
6	基本ルール	3
	(1) ルールを適用する患者	3
	(2) 支援の担当者	3
	(3) 入退院支援の担当窓口	3
7	埼玉県入退院支援ルール標準例	4
	(1) 入院前にケアマネジャー（居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター）が決まっている場合	4
	(2) 入院前にケアマネジャー（居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター）が決まっていない場合	6
	【退院調整が必要な患者の目安】	7
8	ご本人・ご家族への入退院支援ルールの周知方法	8
	～「通院・入院時あんしんセット」の用意をご本人・ご家族へ依頼～	8
9	連携にあたってのマナー・エチケット	9
10	入退院支援に関する情報共有の様式について	11
	(1) 入院時（ケアマネジャー→医療機関）	11
	(2) 退院時（医療機関→ケアマネジャー）	11
11	参考資料	12
	(1) 郡市医師会の単位を超えてより広範囲の地域でルールを作成する場合の地域単位	12
	(2) 入退院支援における連携・調整に関する診療報酬・介護報酬	13
	(3) 埼玉県在宅医療部会における入退院支援ルール標準例作成経過	14
	(4) 埼玉県在宅医療部会構成員	14
	(5) 入院時におけるケアマネジャーの医療機関等との連携・情報収集の手引き（平成28年度厚生労働省受託事業 平成29年3月 株式会社日本能率協会総合研究所）	15
12	参考様式	16
	(1) 入退院支援に関する情報共有の様式	16
	ア 入院時	16
	(ア) 利用者情報提供書（ケアマネジャー→医療機関）	16
	(イ) 利用者情報共有シート（医療機関→ケアマネジャー）	16
	イ 退院時	16
	(ア) 利用者退院情報記録書・説明書（医療機関→ケアマネジャー）	16
	(イ) 利用者退院時情報共有シート（医療機関→ケアマネジャー）	16

(ウ) 看護情報提供書（医療機関→ケアマネジャー）	16
ウ 様式を掲載している地域	16
(ア) 川口市医師会、蕨戸田市医師会管内	17
(イ) 熊谷市医師会管内	18
(ウ) 行田市医師会管内	19
(エ) 北足立郡市医師会(伊奈町管内)	23
(オ) 坂戸鶴ヶ島医師会管内	24
(カ) 比企医師会管内	28
(キ) 本庄市児玉郡医師会管内	30
(ク) 三郷市医師会管内	33
(ケ) 厚労省参考様式	38
(コ) 他県の例（長野県上小地域管内）	41
(2) 入退院支援関係機関連絡先様式	44

1 はじめに

最期まで住み慣れた自宅等で自分らしい生活を続けるためには、医療と介護をはじめ多様な関係機関が切れ目なく連携することが必要です。

在宅での療養を希望する患者が在宅療養を続けていくためには、病院と地域をつなぐ円滑な「①入退院支援」、「②多職種協働による日常の療養生活の支援」、「③急変時の対応」、「④患者が望む場所での看取り」の体制整備が必要です。



2 入退院支援ルール標準例作成の目的

入院の際、早い段階で病院関係者と在宅関係者が患者情報を共有し、双方が緊密に連携し在宅復帰に向けた支援を重ねることで退院が早くなり、退院後も円滑に在宅生活を送ることが可能になります。

現在、入退院に係る病院関係者と在宅関係者の患者情報の共有等のルールを明文化せずに運用のみで行っている地域もありますが、このような場合、担当者が代った際にルールが引き継がれず運用が途絶えるといった懸念があります。そのため、県内全ての地域で、入退院支援に関して病院関係者と在宅関係者双方が合意したルールをマニュアルなどの形で明文化し、システムとして機能させることが必要です。

「埼玉県入退院支援ルール標準例(以下、「標準例」という。)」は、患者が入院・退院する際に病院・診療所等(以下、「病院等」という。)の関係者と在宅関係者が連携して、在宅での生活や療養に困る患者や家族がいない患者などを地域ぐるみで支えるためのツールの一つとして作成しました。

この標準例は、要介護・要支援者及び退院支援が必要な方が入院又は退院をするにあたって、病院等と在宅支援を担うかかりつけ医・居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・訪問看護ステーション・薬局・歯科等の関係者が円滑に連携し患者情報を共有するための標準的なルールです。

標準例を参考に地域ごとに入退院支援ルールについて医療と介護の関係者が話し合い、顔の見える関係づくりをさらに推進してください。

3 標準例の位置づけ

標準例には、医療と介護の関係者が連携して患者の円滑な在宅移行を支援するために必要な最低限の内容を記載しており、強制力はありません。

標準例を参考に地域単位で医療と介護の関係者が入退院支援ルールについての内容を検討し、必要に応じて細部や入退院支援に係る情報共有の様式を定めるなどそれぞれの地域の実情に応じたルールを作成してください。

なお、既にルールを作成している地域についても、標準例を参考に現行ルールの見直しが必要かどうか地域で話し合いを進めてください。

また、ルールを定めた後も、関係者の理解と協力の下、運用状況の検証や評価を重ねながら状況に応じて必要な見直しを繰り返し行うことが重要です。

4 入退院支援ルールの協議の進め方

(1) 協議を進める主体

在宅医療・介護の連携推進については、介護保険法の地域支援事業に位置付けられており、市町村と在宅医療連携拠点及び郡市医師会が中心になって、関係団体と連携して関係者が相互に話し合いながら自主的に進めていくことが基本となります。

既存の話し合いの枠組みがある場合は、それらの場を活用して、入退院支援ルールを協議することも考えられます。

県は、地域での自主的な話し合いが円滑に進むよう、必要に応じて関係者との調整を行うなど支援します。

(2) 話し合いのメンバー

郡市医師会の在宅担当理事、在宅医療連携拠点、医療機関のMSW（地域連携室）、訪問看護ステーション、介護支援専門員、介護施設、地域包括支援センター、薬剤師会、歯科医師会（在宅歯科医療推進窓口地域拠点・支援窓口含む）、市町村、保健所などが考えられます。地域の実情に応じて、話し合いのメンバーを決めてください。

5 入退院支援ルール作成における地域単位の考え方

入退院支援ルールは、郡市医師会単位を中心に作成することが考えられますが、郡市医師会の単位を超えた入退院も想定されますので、より広範囲の関係者で話し合い作成する方法もあります。地域の実情に応じて、ルール作成の地域単位を検討して作成・見直しをしてください。

【郡市医師会の単位を超えてより広範囲の地域でルールを作成する場合の地域単位（参考）】

近隣の郡市医師会と共同で作成する場合の例として、以下に該当する場合などが考えられます。

- ・市内に複数の医師会が存在
- ・介護保険の広域市町村圏組合
- ・医師会の所管市町村が1市（町村）のみ

以上の考え方で整理した区割り例は、「11 参考資料（1）郡市医師会の単位を超えてより広範囲の地域でルールを作成する場合の地域単位」に掲載していますので、参考にしてください。

6 基本ルール

(1) ルールを適用する患者

在宅から入院し在宅へ退院する患者で、下記のいずれかに該当する場合
なお、介護支援専門員は、ケアマネジャーと記載しています（以降同じ）。

- ア 入院前にケアマネジャーが決まっていた（介護サービスを利用していた）患者
- イ 入院前にケアマネジャーは決まっていないが、退院支援が必要な患者の目安に
該当する（退院後に介護サービスの利用が見込まれる）患者
(留意事項)

要介護・要支援の認定を受けた方については介護保険が優先されますが、厚生労働大臣が定める疾病等（別表7）に該当する場合や特別訪問看護指示期間にある患者は、医療保険により訪問看護が提供されます。また、40歳未満の患者が医療保険により訪問看護が提供されるケースがあります。

介護保険だけでなく医療保険により訪問看護が提供される場合にも、標準例を参考に訪問看護ステーション等と連携することが大切です。

(2) 支援の担当者

- ア 居宅介護支援事業所のケアマネジャー
- イ 地域包括支援センターの担当者
- ウ 訪問看護ステーションの担当者
- エ 病院担当者（病院及び有床診療所における入退院支援担当者）
- オ 歯科・薬局等の関係者
- カ 市町村（介護保険担当者） 等

☞ 必要に応じて適宜追加してください。

(3) 入退院支援の担当窓口

- ア 保険者（市町村介護保険担当）
- イ 医療機関（病院・有床診療所）
- ウ 介護サービス事業所
(居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、訪問看護ステーション)
- エ 在宅医療連携拠点
- オ 在宅歯科医療推進窓口地域拠点・支援窓口

7 埼玉県入退院支援ルール標準例

(1) 入院前にケアマネジャー（居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター）が決まっている場合
 (注) 下線の項目は、大切な役割を表記しています。また、表中のケアマネジャーの表記は、「ケアマネ」と略しています。

時系列	医療機関の役割	ケアマネジャー等の役割	かかりつけ薬局・ 歯科の役割	本人・家族の役割
在宅時		<ul style="list-style-type: none"> ・日頃から本人・家族に入院の際は、<u>ケアマネに連絡を依頼</u> ・通院・入院時あんしんセット(8頁)の準備を本人、家族へ依頼 ・日頃から本人・家族に居宅サービス事業所に入院した事実を把握した場合は連絡を依頼 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人・家族にお薬手帳と内服薬を一緒に保管することを説明 	<ul style="list-style-type: none"> ・「(注) <u>通院・入院時あんしんセット</u>」の準備が望ましい ・キーパーソン(主に本人に関わってくる家族)を決定 <p>(注)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネの名刺 ・健康(介護)保険証 ・診察券 ・お薬手帳 ・事前意思表明書
入院時 (検査入院、短期入院は除く)	<ul style="list-style-type: none"> ・概ね3日以内に「<u>通院・入院時あんしんセット(8頁)</u>」等により介護保険の認定状況、ケアマネの有無を確認。不明の場合は家族に市町村(保険者)に確認するよう依頼 ・かかりつけ医・薬局・歯科の有無を確認 <p>認</p> <ul style="list-style-type: none"> ・概ね3日以内にケアマネに連絡(家族へ依頼も可) <p>* 連絡が困難な患者の場合は病院担当者から電話連絡</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅サービス事業所はケアマネに入院の電話連絡。ケアマネは訪問看護師へ電話連絡(利用がある場合) ・ケアマネ及び訪問看護師は連絡を受けてから概ね3日以内に利用者情報提供書等を郵送又は電話連絡の上、持参 * FAXの場合は個人情報保護に留意 <div style="border: 1px solid black; background-color: #003366; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> <p>☎ ケアマネは、退院支援を行うために入院前の生活の状況など必要な情報を積極的に伝えましょう</p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅時の服薬等の情報提供 ・入院先の歯科口腔外科に引継 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネに連絡 ・病院へ担当ケアマネを連絡 ・可能であれば、居宅サービス事業所、主治医、かかりつけ歯科医に連絡(ケアマネと調整)

入院中	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネに入院中の様子を情報提供 ・外泊の場合はケアマネに電話連絡 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院を訪問し、患者・家族・病院長スタッフ等と面接（訪問時は、事前に病院スタッフと日程調整） 	<ul style="list-style-type: none"> （入院先へ口腔内状況評価(病院アセスメント) （入院先へ訪問歯科診療） 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の生活意向を家族内で意思統一 ・外泊の場合はケアマネに連絡
退院見込	<ul style="list-style-type: none"> ・退院見込日が決まり次第（できれば1週間前までに）<u>ケアマネに電話連絡</u> *後日、退院見込日に変更がある場合はすみやかに電話連絡 	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅サービス事業所等に退院見込日等の情報を電話連絡などして、情報を共有。 		<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネに連絡
退院調整	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>入院前と状況の変化（新たなサービス利用等）がある場合は退院調整会議開催</u>（退院予定日、福祉用具や住宅改修・義歯等の調整・服薬管理・医療系サービスの必要性の検討等） ・ケアマネ・訪問診療医・訪問看護師・歯科・薬局等に対して会議への参加を依頼 ・<u>ケアプラン原案を作成し、退院後の支援方針を決定</u> 			
退院時	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>看護情報提供書等をケアマネ、訪問看護師に提供(患者・家族へ依頼も可)</u> ・医療系サービス指示書を居宅サービス事業所に提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・次回受診日等を確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・配薬カレンダーの提案や内服のアドバイス 	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>看護情報提供書等をケアマネに提供</u>
(転院時)	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネに連絡(家族へ依頼も可) ・転院先に情報提供 			<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネに連絡
退院後	<ul style="list-style-type: none"> ・継続受診者で状態の変化や受診中断等があった場合は、ケアマネに情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>ケアプランを患者・家族、かかりつけ医、居宅サービス事業所、病院、歯科、薬局等に提供</u> ・退院後の生活状況を病院(※)、歯科、薬局等へ情報提供 ※医療機関へモニタリング結果をフィードバック(1か月後)(医療機関のニーズがある場合) 	<ul style="list-style-type: none"> ・薬局は内服の状況を確認し、問題があればケアマネに連絡 <かかりつけ歯科あり> ・家族又はケアマネからの依頼により口腔ケア実施 <かかりつけ歯科なし> ・在宅歯科医療推進窓口地域拠点・支援窓口が窓口となり、歯科医を紹介 	

(2) 入院前にケアマネジャー（居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター）が決まっていない場合

時系列	医療機関の役割	ケアマネジャー等の役割	かかりつけ薬局・ 歯科の役割	本人・家族の役割
入院時 (検査入院、短期入院は除く)	<ul style="list-style-type: none"> 概ね3日以内に、<u>患者・家族への聞き取りや介護保険証等により、ケアマネの有無を確認。不明の場合は家族に市町村（保険者）に確認するよう依頼</u> 		<ul style="list-style-type: none"> 在宅時の服薬等の情報提供 入院先の歯科口腔外科に引継 	<ul style="list-style-type: none"> キーパーソン(主に本人に関わってくる家族)を決定
入院	<ul style="list-style-type: none"> <u>退院調整が必要な患者の目安(次頁)に該当するか確認</u> <u>患者・家族に介護保険制度について説明</u> 保険者と相談し、本人・家族によるケアマネの選定と要介護認定申請を支援 <u>患者・家族の了解を得て、下記に電話連絡</u> 【退院調整が必要な患者の目安(次頁)】 <u>アに該当→居宅介護支援事業所へ</u> <u>イに該当→地域包括支援センターへ</u> 必要に応じて理学療法士等が家屋調査実施 	<ul style="list-style-type: none"> <u>病院を訪問し、患者・家族、病院スタッフ等と面談(訪問時は、事前に病院スタッフと日程調整)</u> <u>病院担当者と連携し、介護保険制度の説明及び要介護認定申請の支援</u> 医療依存度の高い患者の場合は訪問看護等の医療系サービスの利用を検討 家屋調査に同行 	(・入院先へ口腔内評価(病院アセスメント)) (・入院先へ訪問歯科診療)	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の生活意向を家族内で意思統一 <u>担当ケアマネ決定</u> <u>要介護認定申請</u> かかりつけ薬局決定
退院見込				

*以降は「A 入院前にケアマネジャーが決まっている場合」と同じ手順

【退院調整が必要な患者の目安】

別 添

ア 退院調整が必要な患者（要介護相当）	イ 左記以外で地域の見守り等が必要な患者（要支援相当）
<p>①立ち上がりや歩行に介助が必要</p> <p>②食事及び口腔ケアに介助が必要</p> <p>③排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中</p> <p>④日常生活に支障を来すような症状がある認知症</p> <p>⑤医療処置が必要な患者（がん末期、感染症、褥そう、在宅酸素等）</p> <p>⑥入浴・更衣に介助が必要</p> <p>⑦内服管理に介助が必要</p> <p>⑧入退院を繰り返している</p> <p>⑨入院前より日常生活に支障を来している</p> <p>⑩福祉用具・住宅改修等環境整備が必要</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【共通項目】</p> <p>○栄養指導、食事療法（食事形態、塩分・水分・摂取カロリー等）、体重管理が必要</p> <p>○虐待の疑いがある ○生活困窮者</p> </div>	<p>①独居で調理や掃除などの身の回りのことに介助が必要</p> <p>②家族はいるが、高齢や疾患等により介護力が乏しく、援助が必要</p> <p>③日常生活は、ほぼ自立しているががん患者などで、新たに医療処置が必要又は見込まれる</p> <p>④日常生活は、ほぼ自立している認知症</p> <p>⑤ 65 歳以上で精神・知的障害がある</p> <p>⑥ 5 種類以上の薬を内服していて自己管理が難しい</p> <p>⑦買い物や通院の支援が必要</p>
<p>1 項目でも当てはまれば⇒居宅介護支援事業所に連絡</p>	<p>⇒ 1 項目でも当てはまれば地域包括支援センターに連絡（アカイで判断に迷う場合も含む）</p>

8 ご本人・ご家族への入退院支援ルールの周知方法 ～「通院・入院時あんしんセット」の用意をご本人・ご家族へ依頼～

入院の際にご家族を介して医療機関とケアマネジャーのつながりが開始されることで、より円滑な連携に役立ちます。

ケアマネジャーは、日頃からご本人・ご家族に対して、入院した時は、なるべく早く担当のケアマネジャーに連絡していただくようお願いしておくことが大切です。


ご本人・ご家族に普段から以下の「通院・入院時あんしんセット」を一緒のケース等に入れて準備しておくようお願いすることで、ケアマネジャーへの連絡が早くなります。


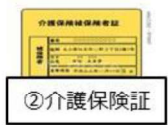




ご本人・ご家族向けの周知用チラシを作成しましたので、地域でアレンジして活用してください。

もしもの時に備えて・・・

「通院・入院時あんしんセット」 を準備しておきましょう

- 通院や急な入院に備えて「通院・入院時あんしんセット」を一緒のケース等に入れて準備しておきましょう。
- 通院、入院した時は「通院・入院時あんしんセット」を病院の担当者に見せてください。
- 入院したら、なるべく早く担当のケアマネジャーに連絡してください。
- 退院予定や転院が決まったときにも、必ずケアマネジャーに連絡してください。



通院・入院時あんしんセット (準備したら○をしましょう)			
①医療保険証	○		①医療保険証
②介護保険証	○		②介護保険証
③ケアマネジャーの名刺	○		③ケアマネジャーの名刺
④お薬手帳	○		④お薬手帳
⑤かかりつけ医の診察券	○		⑤かかりつけ医の診察券
⑥私の意思表示ノート (書いている場合)	○		⑥私の意思表示ノート

※この他、御家族の連絡先など、御自身で必要と思う大切なものを一緒に入れておきましょう。

9 連携にあたってのマナー・エチケット

連携は、心配り（思いやり・歩み寄り・対話）から

医療と介護の関係者がよりスムーズに連携していくには、お互いの立場を理解し思いやりをもって行動することが大切です。

職種や職場が異なれば、仕事内容も立場も違います。相互の信頼関係を深めて気持ちよく仕事ができるようになるための初めの一步として、知っておきたいマナーやエチケットを地域で作成することも有用です。

《例》

全ての職種のみなさまへ

① お互いに思いやりを持ち、丁寧な対応を心がけましょう

職種により立場、制度、関連する法律、必要な情報が異なります。お互いの専門性や各職種の立場を、思いやりをもって理解し、丁寧な対応を心がけましょう。

② お互いの視点を大切に、わかりやすく相手に伝えましょう

相手が必要としている情報をなるべく専門用語を使わずに提供しましょう。

③ 他の職種と連携を取る時にはどの程度急ぐ用件か相手に伝えましょう

医師のみなさまへ

① ケアマネジャーは医師を頼りにしています

ケアマネジャーは患者・家族にとって身近な存在であり、生活状況などを把握しています。その情報や要件を簡潔にまとめ、受診同行・文書・電話・MCS 等で伝えるよう努めています。その際には、ケアマネジャーの話に耳を傾けていただくようお願いします。

② 介護サービスに必要な書類は、できるだけ早く作成を心がけましょう

介護サービスに必要な書類を早く作成していただくことで、患者が早く介護サービスを利用することができます。また、生活上の制限などの指示事項も記載すると介護サービス事業所の参考になり円滑な支援に繋がります。

病院スタッフのみなさまへ

① 退院日の目途を早めにケアマネジャーに知らせましょう

ケアマネジャーは、退院前カンファレンスに参加するにあたり、「ケアプラン原案」を作成し、退院前カンファレンス時に持参し、報告事項や確認事項について意見を求めます。

退院前カンファレンスの準備に時間がかかるため、退院日の目途を早めにケアマネジャーへ知らせましょう。

ケアマネジャーのみなさまへ

① 医療機関へ情報提供を求める際には、利用者・家族と相談しましょう

病院では利用者や家族の了承なしに、介護サービス事業所などへ情報提供することは困難です。家族と相談しながら退院調整に向けて準備していることを医療機関に伝えましょう。医療機関の付き添いやインフォームド・コンセント時の立ち会いは、利用者や家族を通じて病院や医師に確認しましょう。

② 医療機関の訪問に際しては、事前に相手方の予定を確認しましょう

医療機関では、アポイントメントのない訪問には対応できない場合があります。あらかじめ、利用者（患者さん）の名前・訪問時間・訪問目的などを伝えるようにしましょう。

③ 受診同行の際には受付時に名刺を添え、診察の場面では最初に氏名・所属・職種、目的を伝えましょう

④ 医療機関からもらった看護情報提供書は、利用者に渡さないようにしましょう

⑤ 退院時カンファレンスの内容などを介護サービス事業所と共有しましょう

ケアマネジャーから確実に情報提供しましょう。

10 入退院支援に関する情報共有の様式について

県内統一の様式は定めませんが、地域で作成する際には最低限、以下の情報が記載されるようにしてください。

(1) 入院時（ケアマネジャー→医療機関）

- ・ かかりつけ医、介護事業者、訪問看護、薬剤等の関係機関情報、サービス利用状況
- ・ 氏名、生年月日、性別、家族情報、連絡先
- ・ 既往歴、服薬状況、要介護度、障害高齢者及び認知症高齢者の日常生活自立度
- ・ 本人の生活情報、身体・生活機能の状況、療養生活上の課題、本人家族の意向
- ・ 事前意思表明書の有無

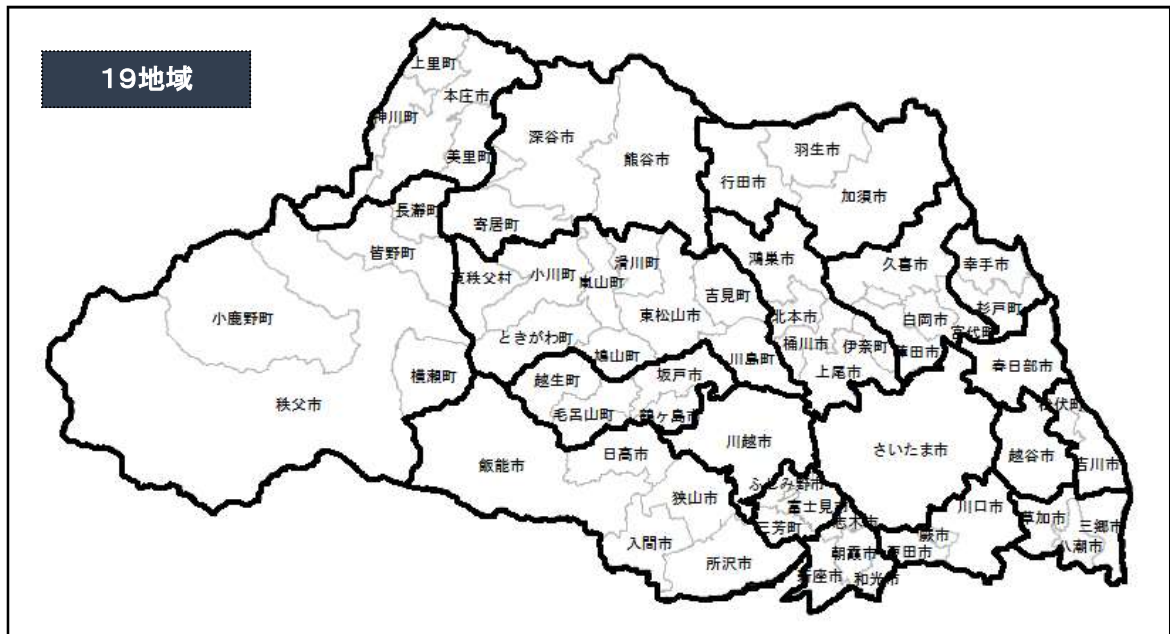
(2) 退院時（医療機関→ケアマネジャー）

- ・ 退院予定日
- ・ 退院後に必要な医療処置、看護処置、リハビリテーション
- ・ 退院後の留意点
- ・ 事前意思表明書の有無

なお、県内で利用されている様式及び厚生労働省参考様式については、「12 参考様式」に掲載しています。

11 参考資料

(1) 郡市医師会の単位を超えてより広範囲の地域でルールを作成する場合の地域単位

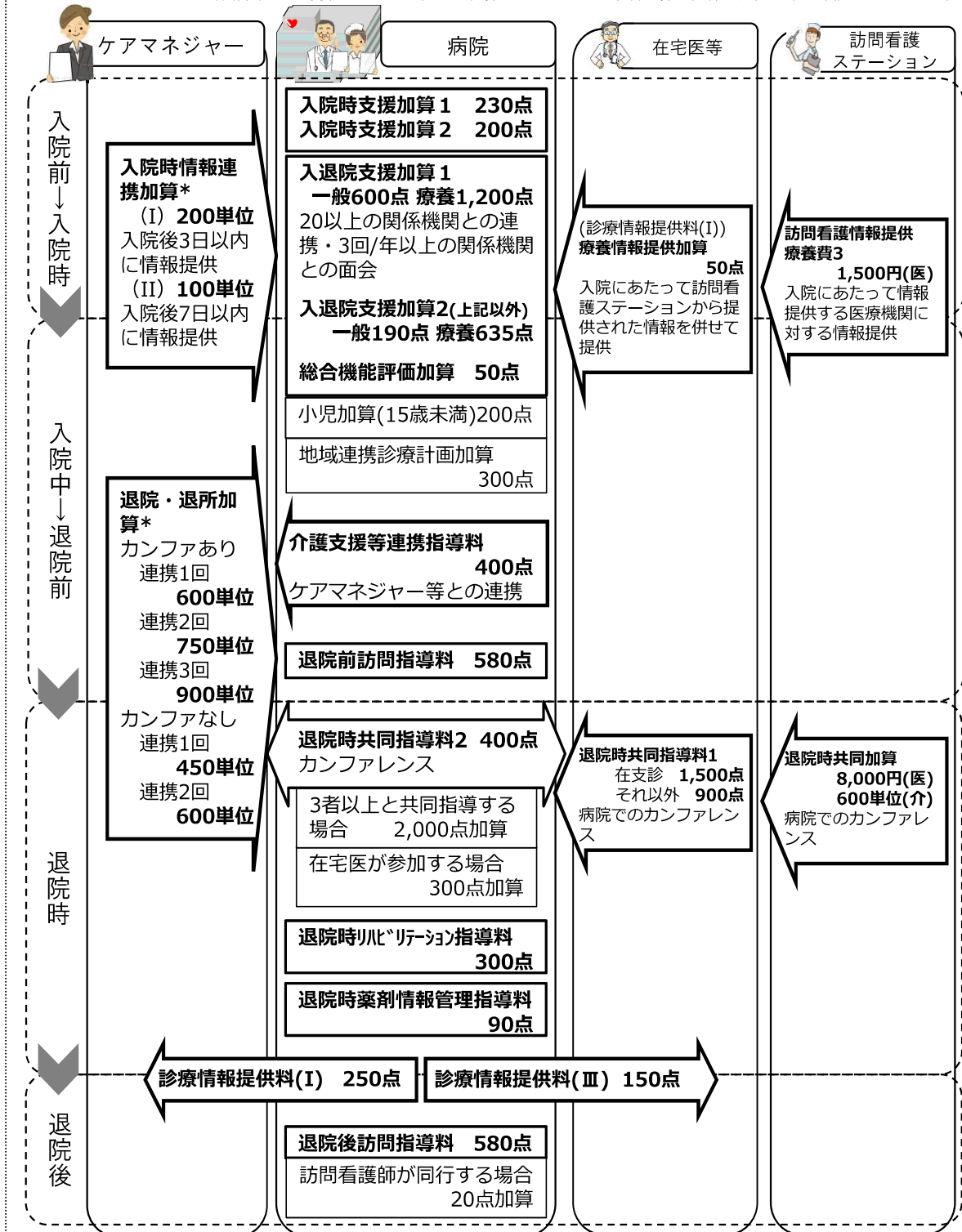


(2) 入退院支援における連携・調整に関する診療報酬・介護報酬

<[参考]入退院支援にかかる診療報酬および介護報酬>

(令和2年4月時点)

主な関係報酬のみを掲載しています。また、算定にあたっては最新の算定要件・施設基準を確認してください。



*介護予防支援、小多機、看多機においては「入院時情報連携加算」「退院・退所加算」なし

(3) 埼玉県在宅医療部会における入退院支援ルール標準例作成経過

日 程	内 容
令和元年 5月16日	○ 在宅医療への円滑な移行のためのツールとして入退院支援ルールの必要性について
9月19日	○ 入退院支援ルールを作成・運用している地域の取組み報告 <ul style="list-style-type: none"> ・長棟 美幸 構成員（前 長野県上田保健福祉事務所 所長） ・長江 明美 参考人 地域連携看護師会（川口市・戸田市・蕨市） 医療法人寿康会 寿康会病院 診療統括部長 ○ 入退院支援ルール標準例が必要な理由及び入退院に伴う医療と介護に関する連携上の問題点について
12月26日	○ 埼玉県入退院支援ルール標準例（案）について ○ ルール作成の地域単位、協議を進める主体及び地域でルールを作成する際のスケジュールについて
令和2年 1月23日	○ 埼玉県在宅医療提供体制及び在宅緩和ケアに係る実態調査報告から今後の取り組みの方向性について、各地域において入退院支援ルールを切り口に医療と介護の相互理解・連携を進める必要があることについて共有

(4) 埼玉県在宅医療部会構成員

(敬称略)

所 属	職 名	氏 名	備 考
一般社団法人埼玉県医師会	副会長	湯澤 俊	部会長
	常任理事	廣澤 信作	
	地域包括ケアシステム 推進委員会 委員	三谷 雅人	
独立行政法人国立病院機構 東埼玉病院	院長	正田 良介	
一般社団法人 埼玉県歯科医師会	理事	藤野 悦男	
一般社団法人 埼玉県薬剤師会	副会長	斉藤 祐次	
一般社団法人 埼玉県訪問看護ステーション協会	会長	三塩 操	
一般社団法人 埼玉県介護支援専門員協会	相談役	野呂 牧人	
東松山市	健康福祉部長	今村 浩之	
蓮田市	健康福祉部 在宅医療介護課長	森上 和代	
埼玉県	草加保健所長	長棟 美幸	

【特別構成員】入退院支援ルール検討の際に出席

所 属	職 名	氏 名	備 考
社会福祉法人 清幸会 行田市機能強化型 地域包括支援センター緑風苑	管理者	栗原 幸江	
吉見町健康推進課 (地域包括支援センター)	主幹	安孫子 敦子	
さいたま赤十字病院	相談支援課長 看護師長	小野島 圭子	
本庄市児玉郡医師会 在宅医療連携拠点	コーディネー ター	大沢 由美子	

【参考人】9月19日出席

所 属	職 名	氏 名	備 考
医療法人寿康会 寿康会病院	診療統括部長	長江 明美	地域連携看護師会(川口市・戸田市・蕨市)

- (5) 入院時におけるケアマネジャーの医療機関等との連携・情報収集の手引き
(平成28年度厚生労働省受託事業 平成29年3月 株式会社日本能率協会総合研究所)
ケアマネジャーが利用者の疾患と状態を適切に把握し、入退院時における円滑な多職種連携を図るため、医療機関等の多職種と連携する際の標準的な工程とそれを管理するためのチェックリスト及びケアマネジャーが情報収集や情報連携を行う場合の標準的な情報収集様式を示し、それらの活用方法について解説しています。

【掲載URL】

<https://www.jmar.co.jp/asset/pdf/job/public/h28-18guide.pdf>