

# 砺波医療圏

## 医療と介護の連携手引き

企 画 砺波医療圏医療介護連携調整会議ワーキング  
発 行 富山県砺波厚生センター

平成 29 年 3 月 発行

令和 8 年 3 月 改訂（第 6 版）



## 目 次

1	目 的	P 1
2	退院調整を行う患者とは(患者基準)	P 1
3	入院から退院までの医療・介護連携の流れ	P 2
4	退院に向けての地域への連絡	
	(1) 担当ケアマネジャーがいる場合	P 3
	(2) 介護認定を受けていない場合、 担当ケアマネジャーがいない場合	P 4
5	退院調整にかかるネットワーク体制について (医療機関連携窓口一覧)	P 5～6

### 【参考資料等】

- ・ 入退院支援フローチャート P 7
- ・ 入院・入所時情報提供書 P 8～11
- ・ かかりつけ医・ケアマネジャー連絡票 P 12
- ・ 主に薬剤師が在宅患者様に対して行える事 P 13

最新の関係機関リストは、以下をご確認ください。

○医療機関

とやま医療情報ガイド (<https://www.qq.pref.toyama.jp/>)

○薬局 (在宅可能薬局リスト)

富山県薬剤師会ホームページ (<https://www.tomiyaku.or.jp/zaitaku>)

○老人福祉施設及び介護サービス事業所等

富山県高齢福祉課ホームページ

(<https://www.pref.toyama.jp/1211/kurashi/kenkou/koureisha/kj00000050.html>)

\*この手引きは、富山県砺波厚生センターホームページに掲載しています。

# 1 目 的

医療と介護を必要とする方が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域の医療機関・介護の関係機関、ケアマネジャー等が連携した、在宅医療・介護の提供体制の推進が重要となっています。

砺波医療圏では、これまでも医療と介護の連携を図ってきたところですが、平成26年度国の医療介護連携実証事業において退院調整ルールを作成し、その後も連携について研修会の開催や検討を重ねています。

本冊子は、要介護状態の方が安心して地域で療養生活が送れるよう、入退院の際に医療機関とケアマネジャーとの着実な引き継ぎを行うためのルールなど医療と介護の連携の手引きとして作成したものです。

<医療介護連携調整会議ワーキング構成機関>

管内公立・公的5病院、砺波地方居宅介護支援事業者連絡協議会（各市代表）、管内3市地域包括支援センター、富山県砺波厚生センター

## 2 退院調整を行う患者とは（患者基準）

下記の1)及び2)の条件が当てはまる退院患者について、連絡や調整を行う

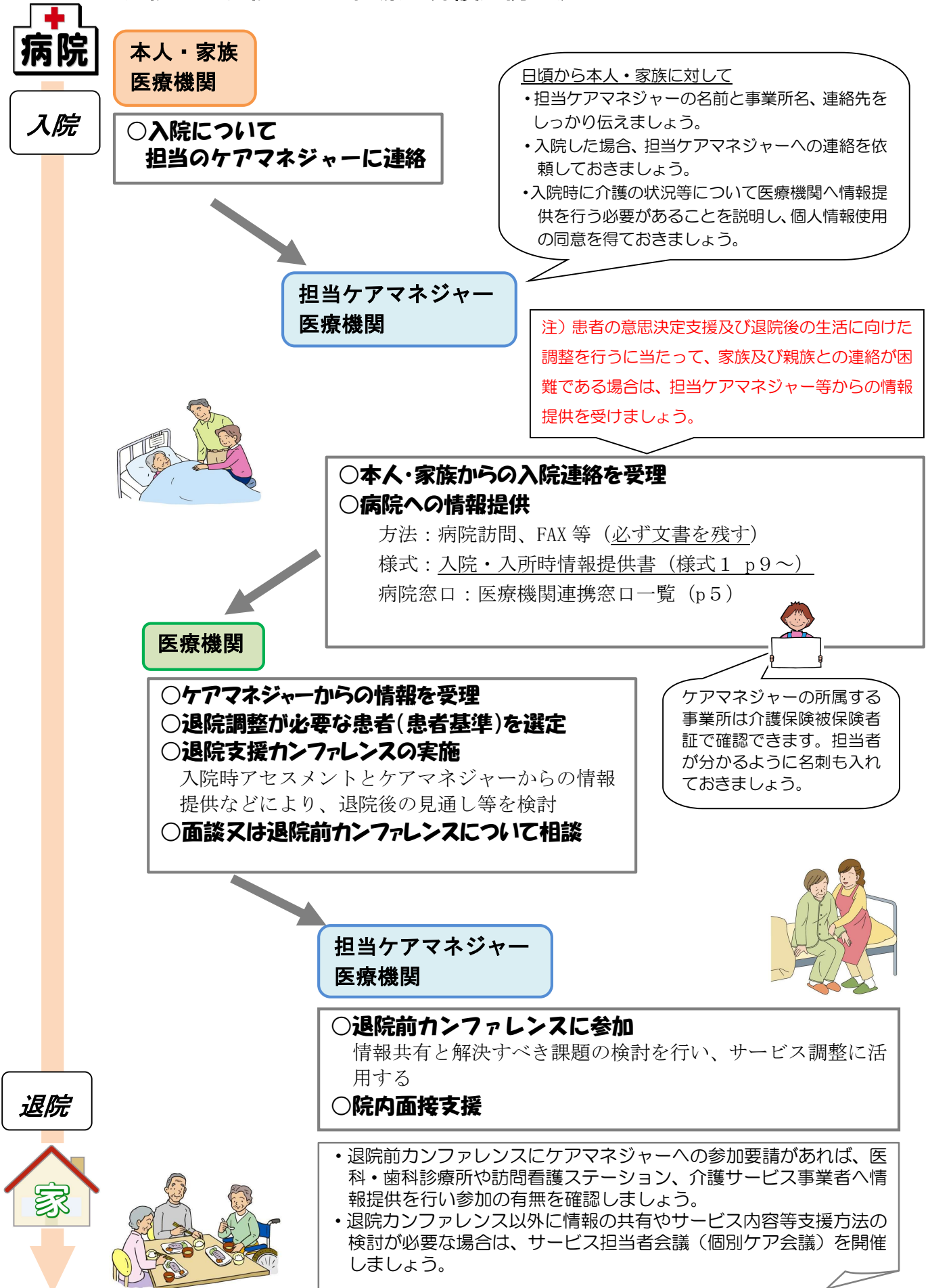
### 1) 「在宅へ退院ができる患者」と判断する基準（退院が確定している場合）

- ① 病状が安定した状態で、本人が在宅生活を希望する
- ② ①以外で、状態に関わらず在宅を希望した場合

### 2) 「退院調整を要する患者」の基準

- ① 必ず退院支援が必要な患者（要介護）
  - ・立ち上がりや歩行に介助が必要
  - ・食事に介助が必要
  - ・排泄に介助が必要あるいはポータブルトイレを使用中
  - ・日常生活に支障をきたすような症状がある認知症
- ② 退院支援が必要と予測される患者（要支援・要介護）
  - ・立ち上がりや歩行に介助が必要
  - ・食事に介助が必要
  - ・排泄に介助が必要あるいはポータブルトイレを使用中
  - ・日常生活に支障をきたすような症状がある認知症
  - 1項目でも当てはまれば ⇒ケアマネジャーへ連絡
- ③ それ以外（要支援の一部）
  - ・独居かそれに近い状態で、調理や掃除などの身の回りのことに介助が必要
  - ・ADLは自立しているが、医療処置の継続や症状の不安定さがある
  - ・ケアマネジャーから退院時カンファレンスの要望があった場合（がん末期、胃瘻、吸痰など）
  - ・新たに医療処置（経管栄養、吸引など）が追加された方  
⇒地域包括支援センターへ連絡（迷ったときは地域包括支援センターに）
  - 1項目でも当てはまれば ⇒ケアマネジャーへ連絡

### 3 入院から退院までの医療・介護連携の流れ



## 4 退院に向けての地域への連絡

### (1) 担当ケアマネジャーがいる場合

#### 医療機関

- 入院時アセスメント
- 院内初期カンファレンス：患者基準（p1）
- 入院診療計画書および退院支援計画の作成（入院後7日以内）※医療法による



退院の許可

連絡窓口より ○退院等について連絡

本人・家族  
医療機関

担当ケアマネジャー  
医療機関



参加

#### 医療機関

#### ○退院前カンファレンスまたは面接

情報共有と支援内容の検討

**なるべく退院調整期間7日以上を確保しましょう。**

**切れ目のない支援の実現には、在宅療養・介護サービスを利用するために調整期間が必要です。**

#### ○退院日(予定)の連絡・情報提供

【情報提供内容：退院後の生活に生かせるもの】

退院日、入院経過（症状・治療）、必要な医療処置、退院直近のADL、リハビリ、食事、服薬、排せつ、本人・家族の思い、認知症の有無等

- ・担当ケアマネジャーへの連絡は迅速に行いましょう。治療疾患パスの活用の場合、パスに組み込む工夫も考えましょう。
- ・ケアマネジャーのサービス調整期間は最短で5～7日間かかるので、本人・患者の生活遂行を考慮し、ケアマネジャーとは緊密な情報のやり取りが求められます。退院後の生活を意識し、支援者間で課題の解決方法を検討しましょう。



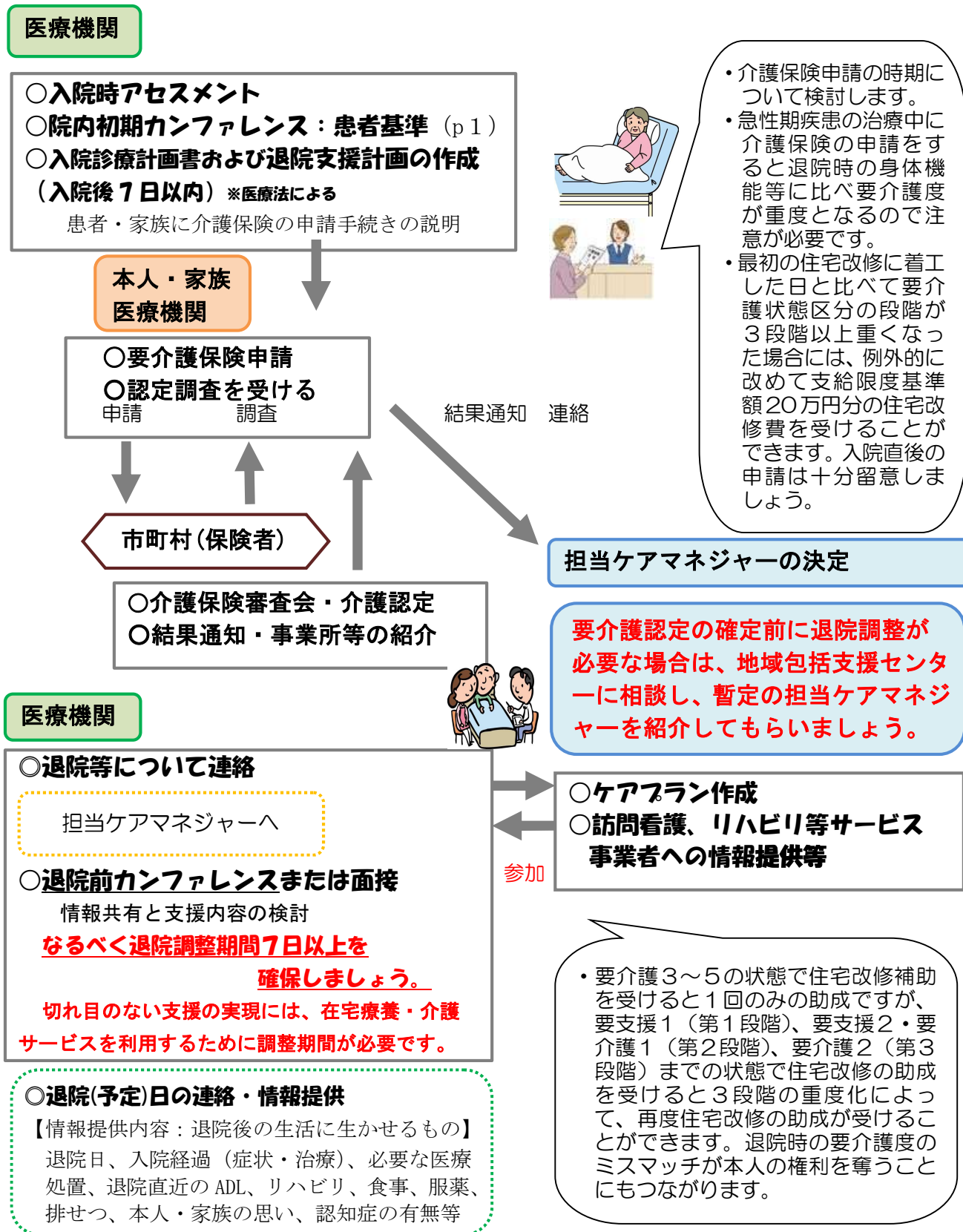
患者・家族の情報から担当ケアマネジャー等の把握ができない時は、各市の地域包括支援センターに連絡し確認しましょう。

- ・ケアマネジャーからの入院時介護支援情報提供書には入院前のかかりつけ医科・歯科診療所や、介護サービス事業所が記載してあります。その情報をもとに退院カンファレンスへ参加してもらう事業所への連絡を行いましょう。できるだけ多くの事業所の参加を得て、援助支援内容を説明しましょう。
- ・ケアプランの原案はカルテ（診療録）保存記録が必要です。



## 4 退院に向けての地域への連絡

### (2) 介護認定を受けていない場合、担当ケアマネジャーがいない場合



※住宅改修関係の制度の詳細については、お住まいの自治体にご確認ください。

## 5 退院調整にかかるネットワーク体制について(医療機関連携窓口一覧)

医療機関	すでに介護保険を利用している場合(入院前にケアマネが決まっている場合)		
	1 病院の窓口は？ (電話・FAX)	2 誰がケアマネと 面談する？	3 カンファレンス日が 決定したら誰がケア マネに連絡する？
市立砺波総合病院	患者総合支援センター ☎TEL 0763-32-3320(代) FAX 0763-33-1591(直通)	入退院支援職員 状態確認については 病棟看護師	入退院支援職員
南砺市民病院	地域医療連携科 ☎TEL 0763-82-0515 FAX 0763-82-0532	入院時情報提供書を持参する時 点では地域医療連携科医療ソー シャルワーカー。その後は病棟 看護師、療法士等必要に応じ 面談。	地域医療連携科医療 ソーシャルワーカーや家族
公立南砺中央病院	地域連携室 ☎TEL 0763-53-2228 FAX 0763-53-2205	地域連携室医療ソーシャル ワーカー(必要に応じて医師、 看護師、リハビリスタッフ等 院内関係職種)	地域連携室 医療ソーシャルワーカー
北陸病院	地域医療連携室 (病棟担当PSW) ☎TEL 0763-62-1950 FAX 0763-62-1810	医師、看護師、 精神科ソーシャルワーカー	精神科ソーシャルワーカー、 家族
北陸中央病院	地域医療連携センター ☎TEL 0766-67-1150 FAX 0766-68-3733	地域医療連携センター (社会福祉士、看護師)	
あおい病院	入院相談担当者 ☎TEL 0763-33-7888 FAX 0763-33-7900	医療ソーシャルワーカー	
砺波サナトリウム 福井病院	地域連携室 ☎TEL 0763-33-1322 FAX 0763-33-1323	地域連携室	
砺波サンシャイン病院	入院相談担当者 ☎TEL 0763-33-0800 FAX 0763-33-7585	当院のケアマネジャー	家族
砺波誠友病院	支援サービス課 ☎TEL 0763-33-7766 FAX 0763-33-6767	医療ソーシャルワーカー	
となみ三輪病院	地域連携室 ☎TEL 0763-37-1000 FAX 0763-37-0800	医療ソーシャルワーカー	
ふくの若葉病院	地域連携室 ☎TEL 0763-23-1011(代) FAX 0763-23-1020	社会福祉士	
太田病院	病院受付 ☎TEL 0766-67-0443 FAX 0766-67-4540	連携担当者	病棟看護師
小矢部大家病院	地域連携部 (ソーシャルワーカー) ☎TEL 0766-67-2002 FAX 0766-67-2288	ソーシャルワーカー (地域連携部)	
つざわ津田病院	連携担当者 ☎TEL 0766-61-8585 FAX 0766-61-8830	連携担当者 社会福祉士	
西野内科病院	医療福祉相談室 ☎TEL 0766-67-1730 FAX 0766-67-1798	医療ソーシャルワーカー、 担当看護師	医療ソーシャルワーカー
松岡病院	地域移行推進室 (ソーシャルワーカー) ☎TEL 0766-67-0025 FAX 0766-67-6414	医師、看護師、 ソーシャルワーカー	地域移行推進室 ソーシャルワーカー

医療機関	新たに介護保険を利用する場合(ケアマネが決まっていない場合)		
	4 誰が家族に介護認定について説明する？	5 誰がケアマネとの契約を支援する？	6 契約したケアマネに病院のどの職員が連絡する？
市立砺波総合病院	申請の声かけは病棟看護師利用の説明は入退院支援職員	入退院支援職員	
南砺市民病院	ICは主治医、看護師から説明。詳しくはその後に地域医療連携科医療ソーシャルワーカーへ依頼する。	地域医療連携科 医療ソーシャルワーカー	初回等新規導入時は地域医療連携科医療ソーシャルワーカー、その後は病棟看護師、療法士など必要に応じて連絡
公立南砺中央病院	地域連携室 医療ソーシャルワーカー		地域連携室医療ソーシャルワーカー(必要に応じて医師、看護師、リハビリスタッフ等院内関係職種)
北陸病院	精神科ソーシャルワーカー		
北陸中央病院	地域医療連携センター(社会福祉士、看護師)		
あおい病院	医療ソーシャルワーカー		
砺波サナトリウム福井病院	地域連携室		
砺波サンシャイン病院	当院のケアマネジャー		
砺波誠友病院	医療ソーシャルワーカー		
となみ三輪病院	医療ソーシャルワーカー		
ふくの若葉病院	社会福祉士		
太田病院	病院ケアマネジャー	連携担当者	
小矢部大家病院	ソーシャルワーカー (地域連携部)		
つざわ津田病院	社会福祉士		
西野内科病院	医療ソーシャルワーカー		
松岡病院	ICは医師、説明は地域移行推進室ソーシャルワーカー	地域移行推進室 ソーシャルワーカー	