

神戸市 患者情報引継ぎガイドライン (案)

2020 年〇月

神戸市

はじめに

超高齢社会の到来により、神戸市においても、2018年11月末の時点で、65歳以上の高齢者数は約43万人に達しています。さらに、団塊の世代が75歳以上の高齢者となる2025年には、高齢者数が約46万人となり、約3人に1人が高齢者という状況を迎えることとなります。

超高齢社会においては、入院治療が終了し、退院した後も、在宅で療養を受けながら生活するということが起こり得ます。このような高齢者が、住み慣れた地域で療養しつつ自分らしい生活を続けることができるよう、地域の医療・介護の関係機関が連携し、包括的かつ継続的な在宅医療・介護サービスを提供できる体制を整備することが急務となっています。

そのため本市では、平成29年3月に、医療・介護関係者で構成される地域包括ケア推進部会を設置し、専門的かつ集中的に議論する必要があるテーマ別に専門部会で議論を進めてきました。「医療介護連携に関する専門部会」では、医療介護連携を重要なテーマとして議論を行う中で、入退院時における医療・介護を切れ目なく円滑に提供するため、平成31年4月には「神戸市入退院連携シート」及び「看護サマリ（標準様式）」を作成いたしました。

今年度は、転院を繰り返す患者の情報を引き継いでいくことで、在宅復帰や施設入所への移行を円滑に行うことができるよう議論を重ねてまいりました。

このたび、「神戸市 患者情報引継ぎシート」を作成するとともに、その活用方法を患者情報引継ぎガイドラインとしてまとめました。

このガイドラインが、患者・家族の意向に沿った入院から在宅までの切れ目のない支援の提供や、安定した在宅療養に大いに資することを期待します。

1 神戸市患者情報引継ぎガイドラインの作成目的

転院を繰り返すうちに、患者情報が引き継がれず、在宅療養または施設入所の時点では、症状の経過がわからないことがあります。

そのため、これまでの入院先や入院の原因となった疾患等の患者情報を引き継ぐとともに、患者の受け入れ先（病院や施設）、また在宅復帰時のかかりつけ医やケアマネジャー、訪問看護ステーション・訪問薬局等が、療養や治療上必要な情報を円滑に取り寄せることができる仕組みを作りました。「患者情報引継ぎシート」の利用方法を以下に示しています。

このガイドライン及び患者情報引継ぎシートによって、在宅復帰や施設入所への移行を円滑に行う等、より質の高いケアを患者へ提供するとともに、患者が住み慣れた地域で自分らしい生活を続けることができるようにすることを目的とします。

2 神戸市患者情報引継ぎガイドラインの対象者

介護保険の要介護・要支援の認定を受けている者で、入院連携シート・紹介状・看護サマリのいずれかを入院先が受け取り、転院が予定される者

※要介護・要支援の認定を申請中または申請予定の者も含む。

3 神戸市患者情報引継ぎシートの利用について

1) 作成者（記入者）

入院先の地域連携室等

2) シートの利用方法（5 フローチャート参照）

①病院

患者が最初に入院した①病院（主に急性期病院）が、患者情報引継ぎシートの太枠内を記入してください。このとき、患者情報引継ぎシートと在宅時患者情報（入院時に在宅時の様子がわかるものとして入手した入院連携シート・紹介状・看護サマリ）を、転院先及び退院後のかかりつけ医（施設入所の場合は嘱託医）、ケアマネジャー、訪問看護ステーション・訪問薬局等に引き継ぐことについて、患者本人・家族からの同意を得てください。

患者が転院する際は、患者情報引継ぎシートとともに、在宅時患者情報の写しを②病院へ引き継いでください。

※①病院の看護サマリ等や診療情報提供書とともに送付してください。

②病院

患者が転院する際は、②病院欄を記載の上、患者情報引継ぎシートと在宅時患者情報の写しを③病院へ引き継いでください。

※②病院の看護サマリ等や診療情報提供書とともに送付してください。

※緊急連絡先等が変わった場合は、患者情報引継ぎシートに記載された情報を二重線で消し、新しい情報を記入してください。

③病院

患者が在宅復帰する際は、③病院欄を記載の上、必要に応じて、患者情報引継ぎシートと在宅時患者情報をかかりつけ医とケアマネジャー、退院後に導入予定の訪問看護・訪問薬局等のサービス提供事業所へ引き継いでください。

かかりつけ医には③病院の看護サマリ等や診療情報提供書とともに送付してください。

また、ケアマネジャー、訪問看護ステーション・訪問薬局等には③病院の看護サマリ等とともに送付してください。

※緊急連絡先等が変わった場合は、患者情報引継ぎシートに記載された情報を二重線で消し、新しい情報を記入してください。

3) 情報の取り寄せ

在宅復帰時のかかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護ステーション・訪問薬局等のサービス提供事業所が、患者情報引継ぎシートとともに前入院先から送られてきた情報以外の患者情報（主に①病院または②病院の看護サマリ等）が必要となった場合、患者本人または家族からの同意に基づき、患者情報引継ぎシートに記載された連絡先に情報の提供を依頼してください。

依頼を受けた病院は、情報提供にご協力ください。

※「患者情報引継ぎシート」は下記ホームページからダウンロードできます。

①神戸市ホームページ

<https://www.city.kobe.lg.jp/a65055/business/annaitsuchi/kaigoser vice/kiteiyoushiki/iryokaigorennkei.html>

②神戸市医師会

③神戸市民間病院協会

④神戸市ケアマネジャー連絡会

⑤医療介護サポートセンター

4 個人情報取り扱いについて

○患者情報を引き継いでいく際に、医療機関は、事前に利用者本人・家族の同意を得ておく必要があります。

○また、在宅において医療介護サービスを提供するにあたり、患者情報を入手する場合には、かかりつけ医・ケアマネジャー、訪問看護・訪問薬局等の医療介護従事者は、事前に利用者本人・家族の同意を得ておく必要があります。

○患者情報引継ぎシートに同意確認の欄を設けています。

このシートを最初に記入する病院（主に急性期病院）は、患者本人または家族に対して、転院先や退院後のかかりつけ医、ケアマネジャー及び訪問看護・訪問薬局等に患者情報を引き継ぐことについて同意を得てください。

各病院においても、患者本人または家族に対して情報の取り扱いについて説明し同意を得てください。

○なお、ケアマネジャーについては、介護保険サービス利用開始時に、利用者の同意を得て、関連する医療機関や医師との連携を図ることを記載した居宅介護支援事業契約書及び重要事項説明書を利用者本人・家族と取り交わしていることから、ケアプラン作成上必要な医療情報をこれまでの入院先から得ることは可能です。

(参 考)

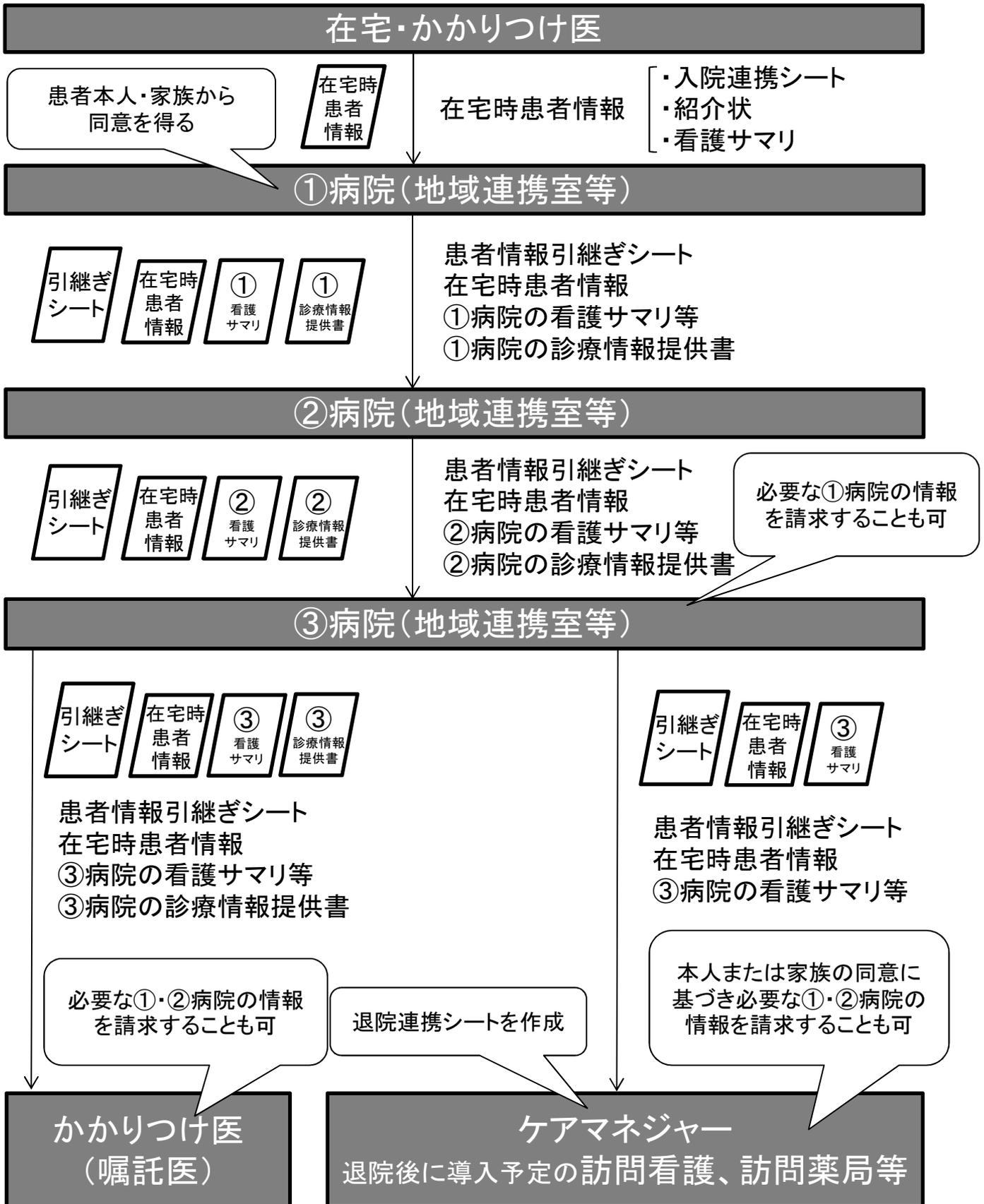
○指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について(解釈通知)
(平成 11 年 7 月 29 日老企第 22 号)

【主治の医師等の意見等】

訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び看護小規模多機能型居宅介護については、主治の医師等がその必要性を認めたものに限られるものであることから、介護支援専門員は、これらの医療サービスを居宅サービス計画に位置付ける場合にあつては主治の医師等の指示があることを確認しなければならない。

このため、利用者がこれらの医療サービスを希望している場合その他の必要な場合には、介護支援専門員は、あらかじめ、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求める。(以下省略)

5 患者情報引継ぎシート フローチャート



6 神戸市版 患者情報引継ぎシート(記入例)

| | | | |
|---|--|---|--|
| ふりがな 患者名 | こうべ たろう 神戸 太郎 (男・女) | 生年月日 | 明・大 昭 24年 9月 1日 (70歳) |
| 担当者 | ケアマネジャー | かかりつけ医 | 訪問看護事業所 |
| | 事業所名:〇〇ケアプランセンター ケアマネジャー名:〇〇 〇〇 TEL:〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | 医院名:□□クリニック 診療科:内科 医師名:□□ □□ TEL:□□□-□□□□-□□□□ | 事業所名:△△訪問看護ステーション TEL:△△△-△△△△-△△△△ |
| 在宅時 患者情報 (※1) | 入院連携シート(有・無) | 紹介状(有・無) | 看護サマリ(有・無) |
| 緊急 連絡先 | 氏名(続柄) こうべ はなこ 神戸 花子 (妻) | 電話番号 | 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 携帯は持っていない |
| 同意確認 同意の場合 <input checked="" type="checkbox"/> チェック | <患者情報引継ぎシートと在宅時患者情報を引き継いでいくことについて> <input checked="" type="checkbox"/> 患者情報引継ぎシート及び在宅時患者情報(※1)を、転院先及び退院後のかかりつけ医(施設入所の場合は嘱託医)、ケアマネジャー、訪問看護・訪問薬局等に引き継ぐことについて、患者本人・家族からの同意を得ました。 | | |
| 施設名 | | 概要 | |
| ① (A医療センター)病院 ※急性期 | | 入院期間: 2020年1月24日~2020年2月24日 | |
| 担当: ◇◇ ◇◇ 職種:MSW 連絡先: 〇〇連携室 ☎〇〇〇〇-〇〇〇〇 | | 病名(入院原因疾患):脳出血(左麻痺) 退院時点で治療中の病気: 脳出血 高血圧 糖尿病 | |
| 特記事項: 2020年1月24日緊急手術(開頭 血腫除去術) | | | |
| ↓ 患者情報引継ぎシート、在宅時患者情報(※1)、①病院の看護サマリ等・診療情報提供書を提供 | | | |
| ② (Bリハビリテーション)病院 ※回復期 | | 入院期間: 2020年2月24日~2020年7月20日 | |
| 担当: ◆◆ ◆◆ 職種:退院調整看護師 連絡先: ●●連携室 ☎●●●●-●●●● | | 病名(入院原因疾患): 脳出血(左麻痺) 退院時点で治療中の病気:脳出血 高血圧 糖尿病 | |
| 特記事項: 本人は在宅に戻りたいが、家族が在宅介護に自信がない。 | | | |
| ↓ 患者情報引継ぎシート、在宅時患者情報(※1)、②病院の看護サマリ等・診療情報提供書を提供 | | | |
| ③ (C)病院 ※慢性期 | | 入院期間: 2020年7月20日~2020年9月19日 | |
| 担当: ×× ×× 職種:MSW 連絡先: 連携室 ☎××××-×××× | | 病名(入院原因疾患): 脳出血(左麻痺) 退院時点で治療中の病気 :脳出血 高血圧 糖尿病 | |
| 特記事項: 2020年9月5日 在宅療養に向けての退院カンファレンス開催 9月10日 外泊試行(一泊2日) | | | |
| ↓ 必要に応じて患者情報引継ぎシート、在宅時患者情報(※1)を提供 ・かかりつけ医には③病院の看護サマリ等・診療情報提供書も提供 ・ケアマネジャー、訪問看護・訪問薬局等には③病院の看護サマリ等も提供 | | | |
| 【在宅】 | | | |
| 2020年 | 9月 | 12日 | (〇〇ケアプランセンター)へ送付しました。 |
| 2020年 | 9月 | 12日 | (□□クリニック △△訪問看護ステーション)へ送付しました。 |

(※1)在宅時患者情報

= 患者が①病院に入院する際に、在宅時の様子がわかるものとして入手した入院連携シート・紹介状・看護サマリ