

出雲市入退院連携ガイドライン 策定概要

～「出雲市入退院連携ガイドライン」の策定プロセスについて～

出雲市 健康福祉部 医療介護連携課 神田広之

1. 策定の目的と視点
2. 策定の経緯
3. 出雲市入退院連携ガイドラインの概要
4. 市ガイドラインの主な特徴（4つ）
5. 策定後の動きと継続検討課題
6. まとめ

1. 策定の目的と視点

2. 策定の経緯

3. 出雲市入退院連携ガイドラインの概要

4. 市ガイドラインの主な特徴（4つ）

5. 策定後の動きと継続検討課題

6. まとめ

策定の目的と視点

策定の目的

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、医療・介護関係機関が連携し、切れ目のないサービスが提供される体制を構築すること目的とし、主に情報提供の方法及び内容について、それぞれの場面に応じて基本的なルールを策定する。

策定の視点

①本人が望む暮らしを実現するための支援

入退院連携にあたり共有する情報は、本人の身体機能・家族の介護力等のみならず、本人が「どのような暮らしを実現したいと希望しているか」を連携支援の中心に据える。

②医療・介護専門職の有機的な連携のための支援

専門職が有する知識・技能を最大限発揮しうよう、支援に必要な情報を関係者間で共有し、業務の効率化・高度化を図ることで、医療・介護サービスの量の確保と質の向上をめざす。

本日の説明

1. 策定の目的と視点
- 2. 策定の経緯**
3. 出雲市入退院連携ガイドラインの概要
4. 市ガイドラインの主な特徴（4つ）
5. 策定後の動きと継続検討課題
6. まとめ

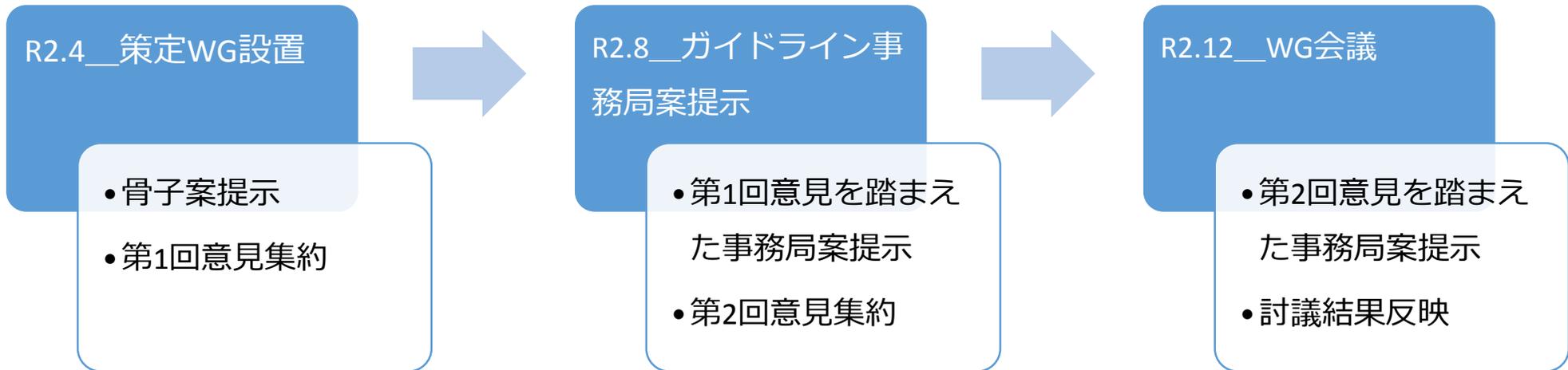
策定検討体制

R2.4_ 策定内容を検討するワーキンググループ設置（事務局：出雲市医療介護連携課）
出雲市在宅医療・介護連携推進連絡会議委員の推薦による以下16名で構成

分野	組織名	分野	組織名
病院	出雲圏域病病連携会議	介護保険事業所	介護保険サービス事業者連絡会
	島根大学医学部附属病院	ケアマネジャー	出雲地域介護支援専門員協会
	島根県立中央病院	訪問看護	島根県訪問看護ステーション協会出雲支部
	出雲市立総合医療センター	行政	出雲保健所
かかりつけ医	出雲医師会	地域包括支援センター	高齢者あんしん支援センター
かかりつけ歯科医	出雲市歯科医師会	介護保険担当課	出雲市高齢者福祉課
かかりつけ薬剤師	島根県薬剤師会出雲支部	救急救命センター	出雲市消防本部警防課
リハビリ職	出雲リハケアネット	WG事務局	出雲市医療介護連携課

策定内容検討経緯

R2.4以降、新型コロナウイルス感染症患者の県内・市内発生状況を鑑み、集合会議を開催せず、書面により意見集約し、随時内容に反映する方法により、ガイドライン本文案を策定。



※事務局案作成にあたっては、島根県入退院連携ガイドラインや他圏域のガイドライン及び島根県が実施された「入退院時の情報共有におけるフォローアップ調査」を参考に作成
※意見集約にあたっては、適宜、個別テーマに関して策定委員にヒアリング等実施

R3.3__出雲市在宅医療介護連携推進連絡会議で決定・R3.4～運用開始

ワーキンググループでの主な議論

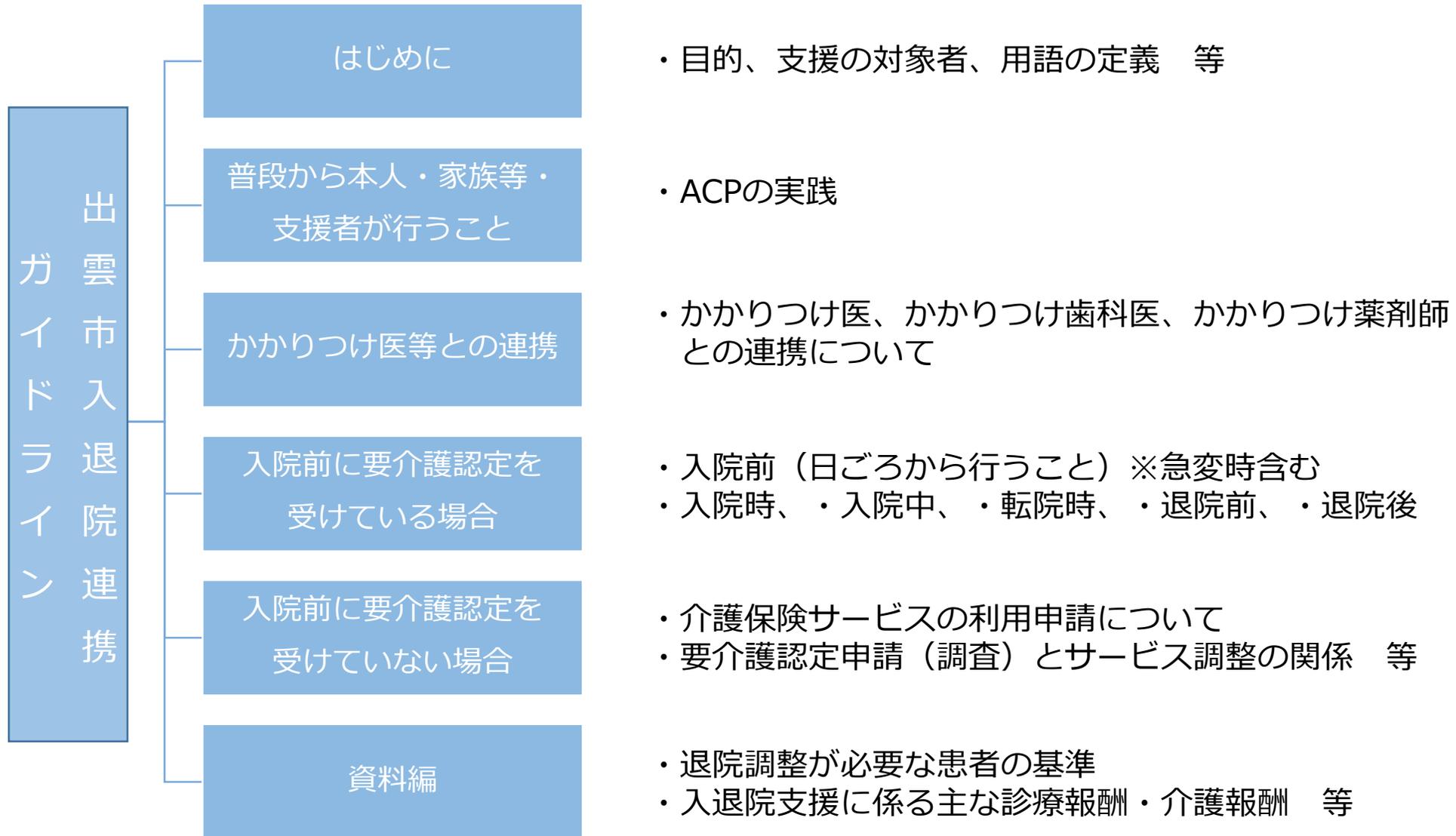
策定ワーキンググループで議論した主な内容とガイドライン反映結果は下表のとおり

テーマ	策定委員意見	ガイドライン反映結果
入院時、ケアマネジャーへの連絡は誰が行うか	<ul style="list-style-type: none">・ 病院スタッフが行うべき（かかりつけ医・訪問看護師）・ 本人・家族等から行うべき（病院）	本人・家族等から行う （ただし、入院前説明や家族面談等の場面でケアマネジャーに連絡することを声かけする）
かかりつけ医への転院・退院の連絡を誰が行うか	<ul style="list-style-type: none">・ 転院の場合、かかりつけ医に連絡がない（かかりつけ医）・ かかりつけ医に対しては、入退院の事実を伝えるに留まる（病院）	<ul style="list-style-type: none">・ ケアマネジャーが必要に応じてかかりつけ医等と転退院の事実を共有する。・ 入院中の経過等は病院主治医からかかりつけ医に直接行われることが望ましい
お薬手帳カバーの普及について	お薬手帳の役割やカバーに差し込む説明資料を作成し、お薬手帳を普及させたい（薬剤師）	ガイドラインにはお薬手帳にケアマネジャーの名刺を挟むことを記載 薬剤師会において、カバー等作成
施設版情報提供書の運用について	救急隊に情報提供書を手渡すことで、病院への情報提供に代えることができるか（施設相談員）	代えることができる旨、ガイドラインに記載
退院時、病院からの情報提供について	病院から提供される情報にバラツキがあり、書式もそれぞれ。入院中の医療処置等、病院内の対応が知りたい。（施設相談員）	かかりつけ医への転退院連絡と同じ

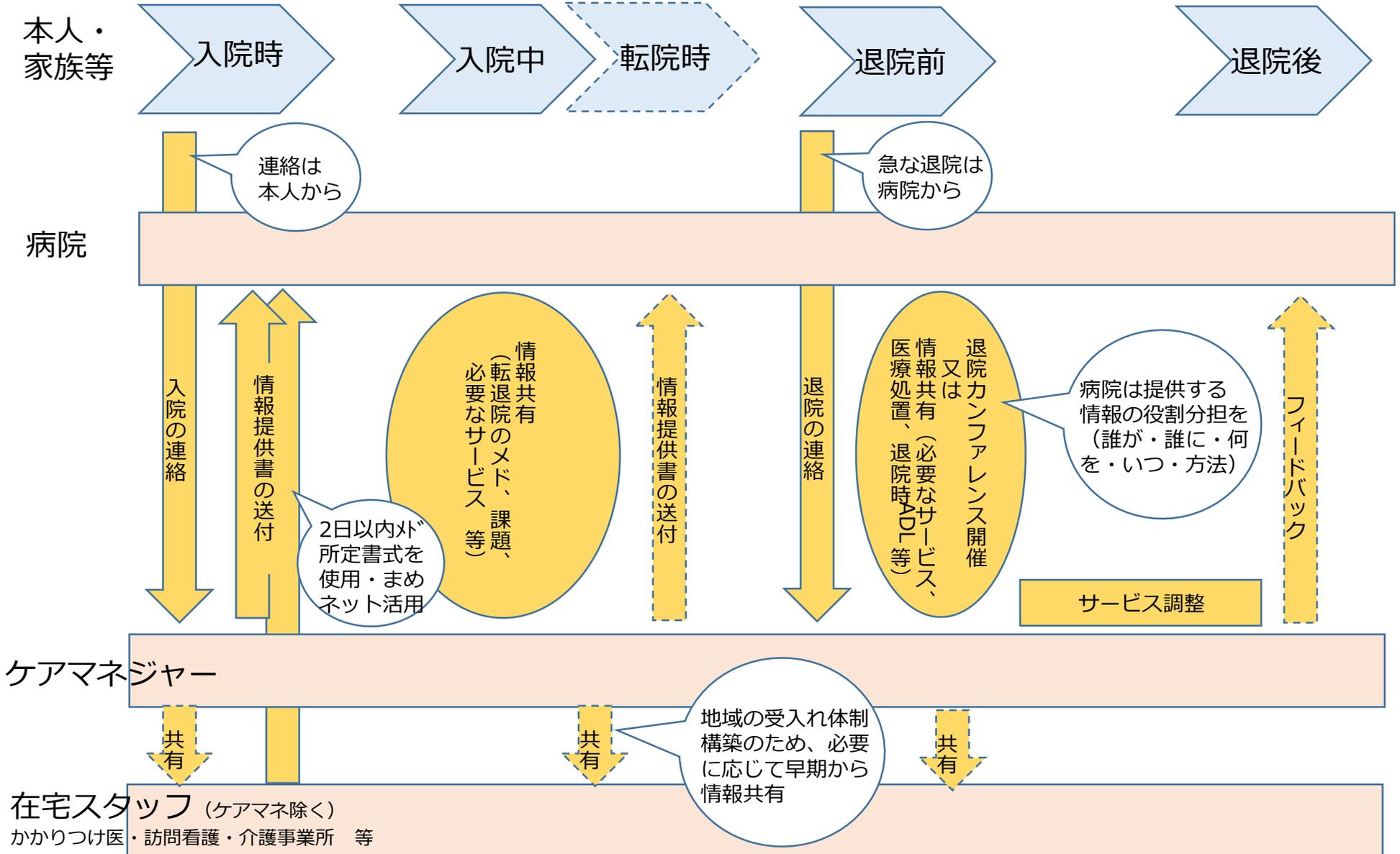
本日の説明

1. 策定の目的と視点
2. 策定の経緯
- 3. 出雲市入退院連携ガイドラインの概要**
4. 市ガイドラインの主な特徴（4つ）
5. 策定後の動きと継続検討課題
6. まとめ

策定内容（全体構成）



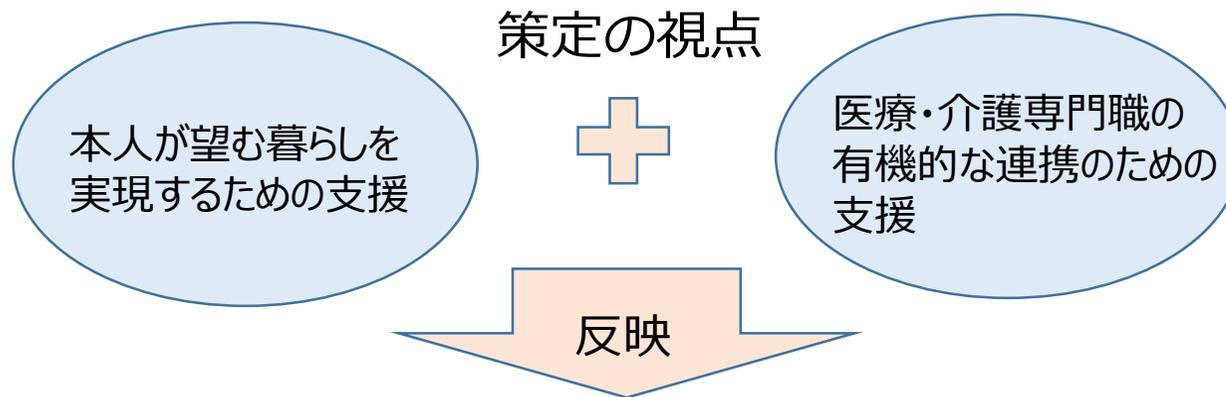
入院時～退院後までの主な流れ



本日の説明

1. 策定の目的と視点
2. 策定の経緯
3. 出雲市入退院連携ガイドラインの概要
- 4. 市ガイドラインの主な特徴（4つ）**
5. 策定後の動きと継続検討課題
6. まとめ

出雲市入退院連携ガイドラインの特徴



① 検討メンバーにかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師、消防本部（救急）を追加

- かかりつけ医等との連携のポイントや急変時の連絡先・対応方法の事前確認、救急搬送時の救急隊との情報共有方法を記載
- ⇒切れ目のない支援を病院を含む地域一体で行うために、かかりつけ医等の意見を反映。救急業務の円滑化に必要な備えを関係者で共有

② ACPの実践によって共有された本人の希望を最も重要な情報に位置付け

- 実践にあたり配慮すること、3つのポイント、実践のツールを記載。⇒本人の同意の基、支援者で共有し、望む暮らし実現のための支援方法を検討

③ 地域⇒病院への情報提供書式を統一

- ケアマネジャーが作成する既存の類似書式を一本化し書類作成業務負担を軽減、施設毎に異なる情報提供書を統一し、情報の質を均一化。
- ⇒記載内容は選択方式を増やし、より簡素に作成できるようにするとともに、書式項目にはACPを盛り込むことで、本人の希望が共有できるようにする。

④ 普段からの備えを記載し入院時の連携を円滑化

- お薬手帳に担当ケアマネジャーの名刺を挟む、ADL評価法はFIMを推奨。
- ⇒担当ケアマネジャーの早期把握、入院前FIM情報が病院に伝わることにより迅速なリハビリ処方（ADL悪化防止）と正確な予後予測による退院後の療養先の早期検討に資する。

特徴①__ 検討メンバーにかかりつけ医等を追加

島根県入退院連携ガイドラインにはないが、市のガイドラインには、支援の担当者にかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師を追加した。また、ガイドライン策定WG委員に消防本部（救急隊）を加えた。

専門職	主な掲載内容
かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none">在宅療養における4つの機能（場面）それぞれにおいて、かかりつけ医の役割の重要性急変時の対応（かかりつけ医と連絡がとれない場合の対応方法等）の事前の話し合い共有する情報のうち、療養場所の検討の際に重要となる治療経過や予後予測等の医療情報の提供は、病院主治医からかかりつけ医に対して直接行われることが望ましい
かかりつけ歯科医	在宅スタッフがADL評価を行った結果、口腔ケアの必要性を認めた場合の対応 <ul style="list-style-type: none">本人・家族等に対する歯科受診勧奨往診可能歯科診療所の照会先（在宅医療介護連携支援センター）アセスメントに係る専門職派遣事業の紹介（低栄養改善・食支援）
かかりつけ薬剤師	服薬コンプライアンス不良を認めた場合の対応 <ul style="list-style-type: none">在宅スタッフから調剤薬局への連絡調剤薬局から処方医・ケアマネジャー等への連絡 普段からの備えとして、お薬手帳の活用（特徴④で詳細説明）
消防本部 （救急隊）	急変時の対応の確認（急変時への備え） <ul style="list-style-type: none">在宅スタッフは、かかりつけ医の指示の基、本人・家族等と急変時の連絡先等を予め確認施設スタッフは、施設版情報提供書を準備（特徴③で詳細説明）救急要請に関するよくある質問を資料編に掲載

特徴②__本人の希望を最も重要な情報に位置付け

策定の視点

①本人が望む暮らしを実現するための支援

入退院連携にあたり共有する情報は、本人の身体機能・家族の介護力等のみならず、本人が「どのような暮らしを実現したいと希望しているか」を連携支援の中心に据える。

②医療・介護専門職の有機的な連携のための支援

専門職が有する知識・技能を最大限発揮しうよう、支援に必要な情報を関係者間で共有し、業務の効率化・高度化を図ることで、医療・介護サービスの量の確保と質の向上をめざす。

本ガイドラインにおける情報共有の中でも、**最も重要な情報**と位置付け



共有する手段 = ACPの実践

特徴②__本人の希望を最も重要な情報に位置付け

本人が医療・介護サービスを受けるにあたり、どのような暮らしを実現したいと希望しているかは、すべての医療・介護専門職にとってサービス提供を行う際の指針となるものである。そのため、本ガイドラインにおける情報共有の中でも、最も重要な情報と位置付ける。

ACPの実践

- ・配慮すること (「今は考えたくない」意思も尊重、本人との関係度合に応じて実施)
- ・実践のポイント (①一人で決めない、②一度に決めない、③答えは一つではない)

【ACP実践ツールの紹介】

出雲市入退院連携ガイドライン

検索

インターネット検索
出雲市入退院連携ガイドラインのホームページ

出雲市入退院連携ガイドラインの
ホームページ



ページ内の関連情報・リンク

- ・あんしんノート
- ・厚労省HP「人生会議」



関連情報・リンク

- ・ [島根県入退院連携ガイドライン \(2020年4月版\) \(島根県HP\)](#)
- ・ [出雲市版ケアマネマニュアル \(令和2年8月1日修正版\)](#)
- ・ [医療機関・介護事業所情報掲載ウェブサイト一覧](#)
- ・ [出雲市版終活支援ノート「あんしんノート」](#)
- ・ [「人生会議」してみませんか \(厚生労働省HP\)](#)
- ・ [医療・介護関係機関向け相談窓口「出雲市在宅医療・介護連携支援センター」](#)

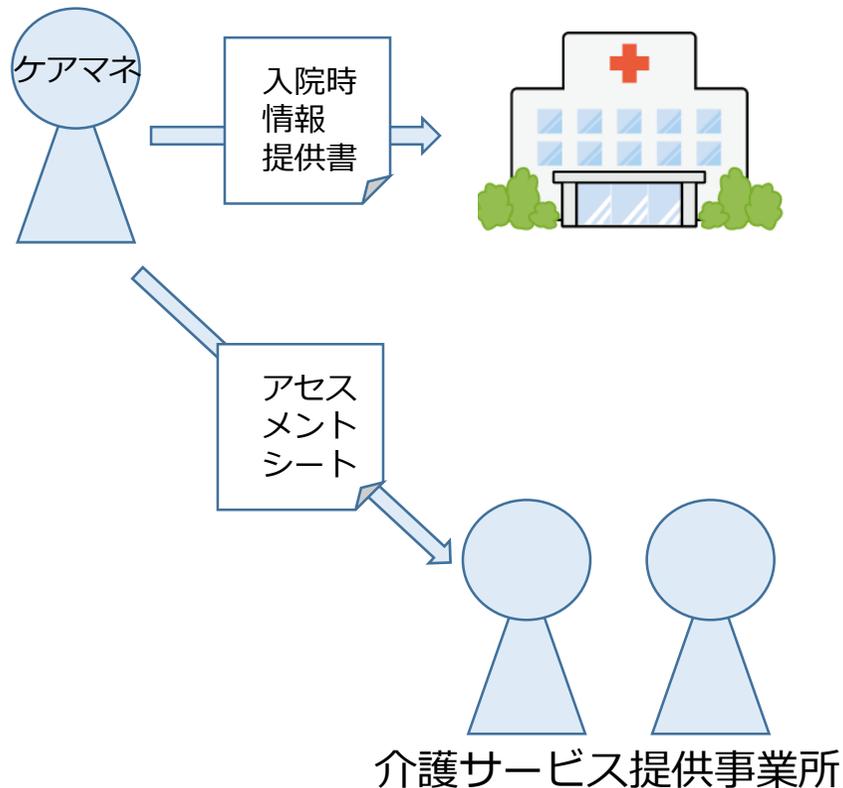
特徴③__地域⇒病院への情報提供書式を統一

居宅介護支援事業所のケアマネジャー

- 提出時期を入院から2日（入院日の翌々日）以内を目途と規定（施設、訪看、包括C共通）
- 情報提供書式をアセスメントシートに統一

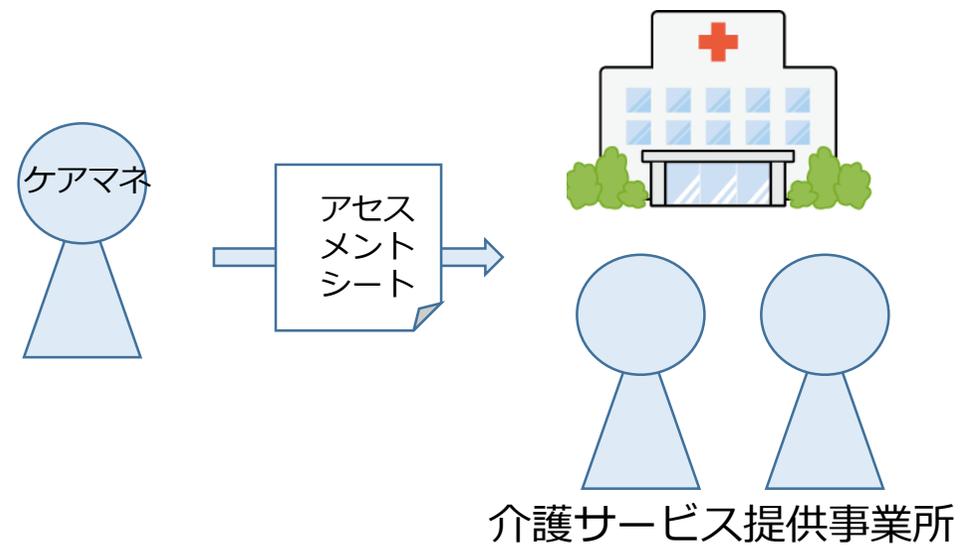
（いままで）

入院時情報提供書とアセスメントシートを作成



（市ガイドライン）

情報提供書式をアセスメントシートに統一



特徴③__地域⇒病院への情報提供書式を統一（続き）

ケアマネジャーが作成する入院時情報提供書とアセスメントシートの比較

項目	入院時情報提供書	アセスメントシート (情報提供書)
文量	A4・1枚・片面	A4・1枚・両面
ADL情報	少ない（FIMの簡易版）	多い（FIMの完全版）
本人の意向・希望	記入欄無し 「介護力 他」の項目に記載	記入欄有り 「本人・家族別に生活に対する意向（希望する生活の全体像）」欄がある
メリット	A4・1枚にまとまっており、病院が情報を端的に把握できる。	<ul style="list-style-type: none">• 本人の意向希望欄やADL情報が多く、より正確に本人情報を把握できる• ケアマネジャーは、既に作成している情報提供書を時点修正するだけでよく、新たに入院時情報提供書を作成する手間が省ける
デメリット	<ul style="list-style-type: none">• 本人の意向・希望を記入する欄が少ない。• ケアマネジャーは、入院時に別途書類作成の必要が生じる	A4・1枚の両面のため、病院は端的に情報を把握できない。

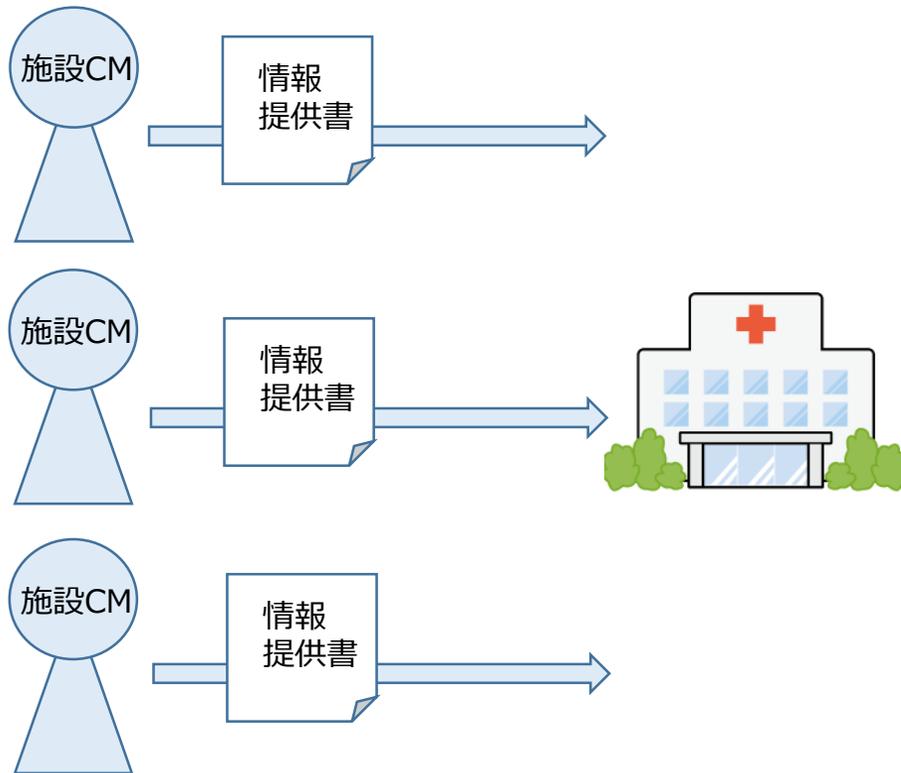
特徴③__地域⇒病院への情報提供書式を統一 (続き)

入所施設の生活相談員・ケアマネジャー

- これまで各施設の任意の様式を使用していた入院時情報提供書を統一書式化
- 救急隊を通じて救急搬送先病院に速やかに情報提供できるように救急要請時の流れを規定

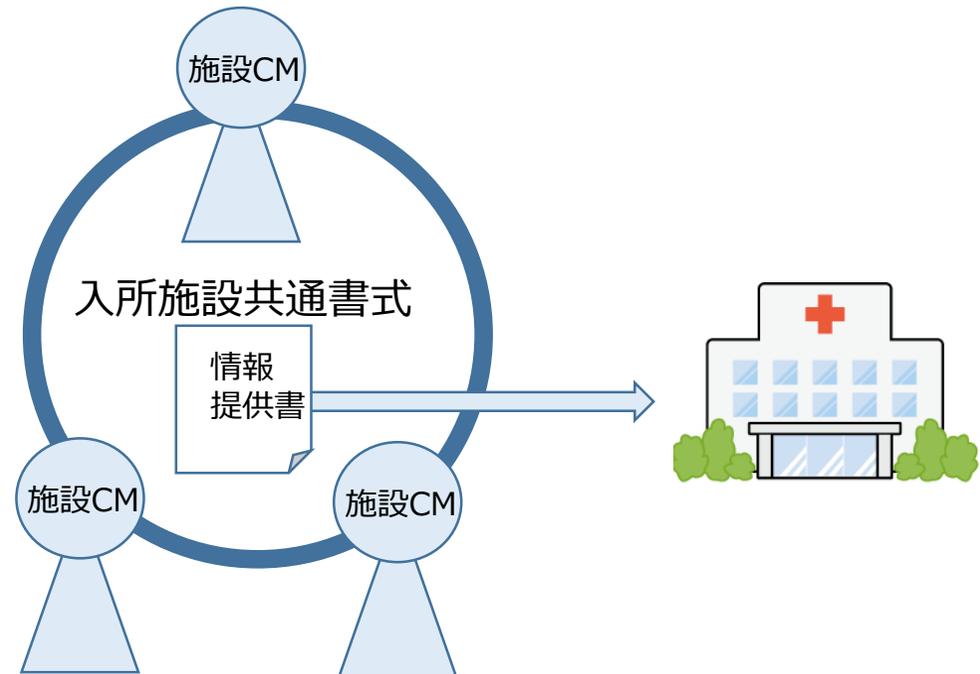
(いままで)

各施設が任意の書式を使用



(市ガイドライン)

県老協作成書式を使用することを規定



特徴③ 地域⇒病院への情報提供書式を統一 (続き)

高齢者入所施設 情報提供書

【高齢者入所施設 情報提供書】 (施設種別) (選択してください)

(医療機関名) 欄中 記入日 年 月 日

ふりがな	氏名	性別	施設名	担当者名	職名	電話番号
入所日	S+H+R 年 月 日	生年月日 M T S	年 月 日	性別	【選択してください】	
生活歴	かかりつけ医	国籍名	入院歴	入院名	【選択してください】	
主治医 表裏名	要介護歴	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	障害者手帳	障害者手帳1	障害者手帳2	障害者手帳3	障害者手帳4	障害者手帳5
	日常生活自立度	日常生活自立度1	日常生活自立度2	日常生活自立度3	日常生活自立度4	日常生活自立度5
食事	食生活	食生活1	食生活2	食生活3	食生活4	食生活5
服装	服装	服装1	服装2	服装3	服装4	服装5
歩行	歩行	歩行1	歩行2	歩行3	歩行4	歩行5
動作	動作	動作1	動作2	動作3	動作4	動作5
意識	意識	意識1	意識2	意識3	意識4	意識5
会話	会話	会話1	会話2	会話3	会話4	会話5
終末期の意向	ACPの実施: <input type="checkbox"/> 有(誰と:) <input type="checkbox"/> 無 最終実施(意向確認)日: 年 月 日					
キーパーソン①	氏名	性別	住所	電話番号		
キーパーソン②	氏名	性別	住所	電話番号		
療養場所	療養場所: <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他					

書式の特徴

- 選択式で構成し、記述式項目を最小限にすることで、書類作成を省力化
- 終末期の意向欄を設け、ACPの実践を促すとともに、救急搬送時にもその意向が伝わる。
- 病院の入退院支援部門スタッフの意見を反映 (選択項目や表記を修正)

本人・家族の意向欄

終末期の意向	ACPの実施: <input type="checkbox"/> 有(誰と:) <input type="checkbox"/> 無 最終実施(意向確認)日: 年 月 日
	代替栄養:
	延命治療:
	療養場所: <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他

特徴③__地域⇒病院への情報提供書式を統一（続き）

入所施設から救急病院への情報提供

- 救急隊を通じて、普段の本人情報をそのまま救急病院へ（確実な情報が救急隊・救急医へ渡る）



急変時等の情報提供に備え、あらかじめ作成しておく

- 救急隊に情報提供書を手渡す
- 当日の様子を口頭又は書面で補足

補足する内容

- 当日の経過
- 救急隊到着までの処置内容
- バイタルサイン
- 服薬・アレルギー情報

- 施設は救急隊を通じて病院に情報提供することで、病院の入退院部門への情報提供に代えることができる

特徴③__地域⇒病院への情報提供書式を統一（続き）

訪問看護ステーションの訪問看護師

- 以前から書式を統一した情報提供書を使用（選択式を多用・記述式は箇条書きで端的に記載）
- さらに提出方法はFAXや持参ではなく、まめネット（汎用文書送信サービス）による即時送信

訪問看護STから病院への情報提供

書式の特徴

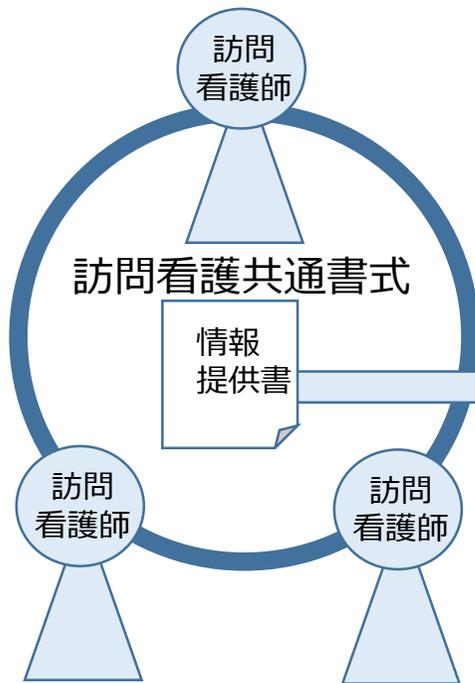
- 選択式で構成し、記述式項目を最小限にすることで、書類作成を省力化（時間短縮）

まめネット
(汎用文書送信サービス)



まめネット活用のメリット

- 従来のFAX送信に比べ、作業工程の大幅短縮
- タイムラグもなく誤送信による情報流出リスクが少ない（次スライドで詳細説明）



特徴③__地域⇒病院への情報提供書式を統一（続き）

情報提供書提出方法の比較（下線部がまめネット活用により省力化できる工程）

従来の提出方法（FAX送信）	まめネット汎用文書送信サービス
① 情報提供書を作成・ <u>印刷</u>	① 情報提供書を作成
② <u>氏名・生年月日・住所等個人情報を修正テープで非表示にする</u>	
③ 入院先病院へFAX	② まめネットの汎用文書送信サービスで情報提供書の電子データ送信（PDF）
④ FAX送信後、病院へ電話 <u>（非表示にした個人情報を口頭で伝達）</u>	③ 送信したことを病院へ電話連絡 ※ 汎用文書送信サービスは文書到達メール通知や開封確認機能があるため、③電話連絡を不要とすることも可
⑤ <u>原本を後日郵送または持参</u>	

まめネット活用のメリット（作業工程省力化以外）

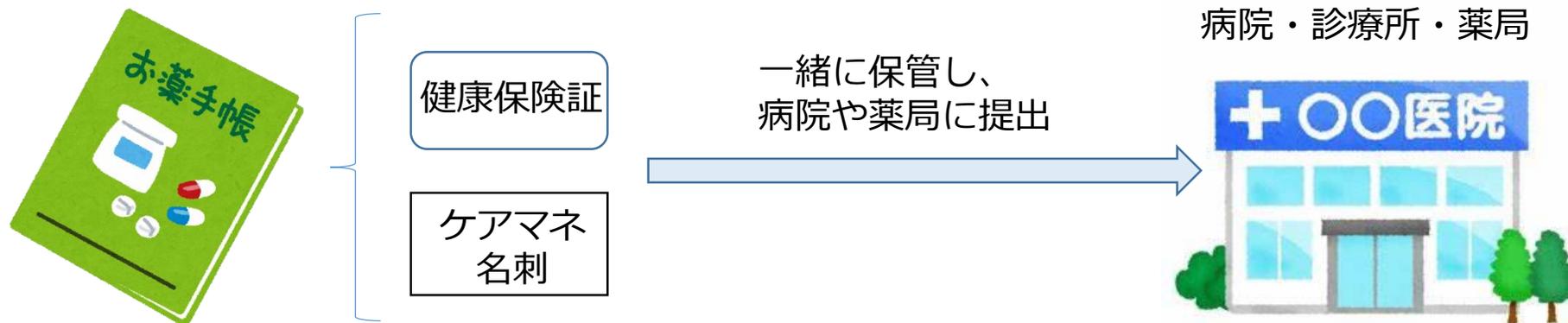
- 患者のまめネット加入有無に関わらず、すべての患者に使用可能
- まめネットの汎用文書送信サービスは導入コスト・通信コストともにゼロ
（汎用文書送信サービスはまめネットの基本機能として実装済み・利用申請は必要）
- ファックス誤送信による情報流出のリスク低
- FAXや郵送による通信コスト・タイムラグ解消

特徴④ __ 普段からの備えを記載し入院時の連携を円滑化

入院時にスムーズな情報提供ができるよう、普段から準備しておくことなどを記載

お薬手帳の活用

- 在宅スタッフから本人・家族等へ健康保険証とお薬手帳を一緒に保管することを勧奨
- ケアマネジャーは、本人のお薬手帳に自身の名刺を挟み、他の専門職が支援の必要性に気付いた際、担当ケアマネジャーと円滑に連絡がとれるようにする。



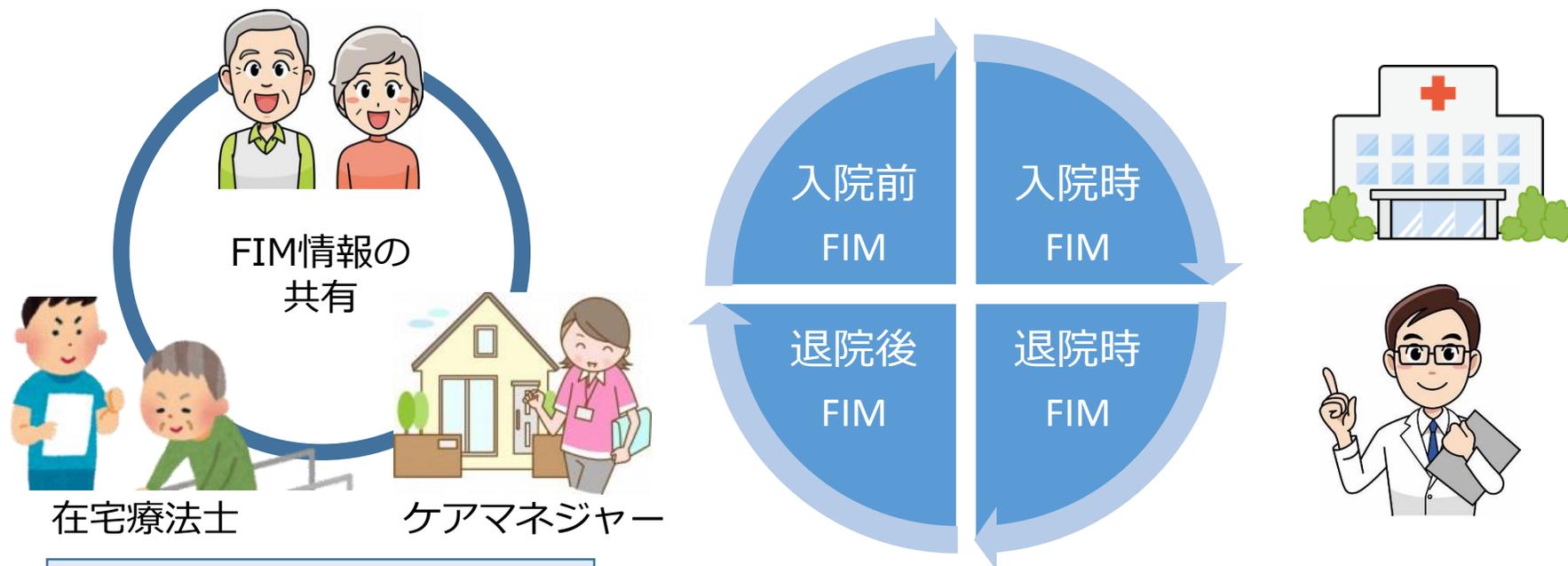
現在、薬剤師会出雲支部において、以下の取組を準備・検討中

- お薬手帳を複数冊所有する場合、1冊にまとめる
- お薬手帳カバーを作成。市内薬局で配布
- お薬手帳カバーの活用方法が記載された説明書を作成。カバー配布時にあらかじめ挿し込む

特徴④ 普段からの備えを記載し連携を円滑化（続き）

FIMの活用

- 通リハ、訪リハ、訪看（療法士による訪問）利用者のADL評価法はFIMを推奨
- 地域⇒病院（入院）、病院⇒地域（退院）の場面でFIMによる一貫したADL評価を実施



FIMによるADL評価のメリット

- 一貫したADL評価による変化を追いかけることで適切な支援を継続
- 入院前のFIM情報を把握することで入院時に迅速なリハビリ処方（ADL悪化防止）
- 確度の高い予後予測でADL低下の早期発見と早期対応（退院後の療養先の早期検討）

⇒ 基本的ADLの維持改善による入退院の繰り返し予防

本日の説明

1. 策定の目的と視点
2. 策定の経緯
3. 出雲市入退院連携ガイドラインの概要
4. 市ガイドラインの主な特徴（4つ）
- 5. 策定後の動きと継続検討課題**
6. まとめ

ガイドライン策定後の取組と継続検討課題

ガイドライン策定にあたり、委員から盛り込みたい（ルール化したい）と意見があったが、今回策定時には盛り込めず、継続して検討が必要な課題となったもの

（継続検討課題）

- 障がい者を支援の対象に含んだ入退院連携ガイドラインの策定
- 身よりのない高齢者が入院した際の対応方法
- 病院歯科医と地域のかかりつけ歯科医との連携及び地域の歯科医へ繋ぐ仕組みの構築
- 病院主治医と地域のかかりつけ医・歯科医・薬剤師との連携（入院中経過等の医療情報の共有）
- FIMによるADL評価法の定着と活用



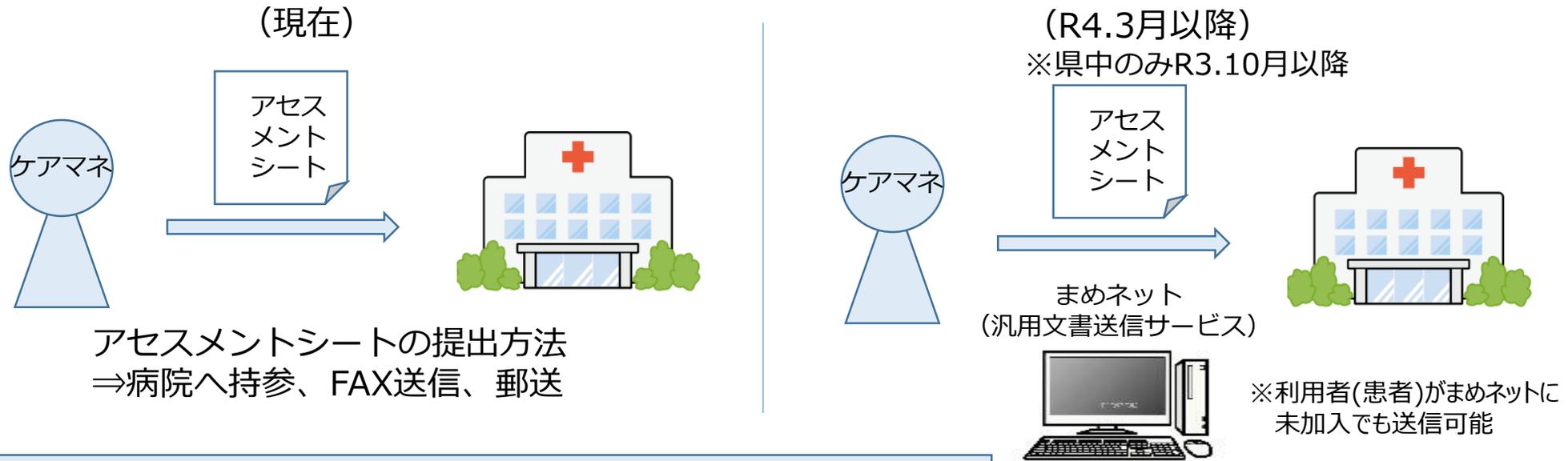
今後の予定

- 入退院連携ガイドライン定着のための周知（関係団体等への説明・市HP掲載等）
- 定期的な運用確認とメンテナンス（随時必要な改正実施）
 - ⇒ 再度WG設置は行わず、在宅医療介護連携推進連絡会議で個別検討・議決
- 上記継続検討課題の検討

ガイドライン策定後の取組(まめネットを活用した情報提供)

出雲市入退院連携ガイドライン規定内容

- 提出時期を入院から2日（入院日の翌々日）以内を目途と規定（施設、訪看、包括C共通）
- 情報提供書式をアセスメントシートに統一（従来は病院には入院時情報提供書を提出）



まめネット（汎用文書送信サービス）による情報提供のメリット

- 従来の提出方法（持参、FAX、郵送）に比べ病院への情報提供に要する手間・時間が省ける。
- コロナ禍において、医療介護関係者との接触機会を減らしながら、最も確実・迅速に情報提供ができる。
- ファックス誤送信による情報流出のリスク低
- FAXや郵送による通信コスト・タイムラグ解消（まめネットを利用した送信に費用はかからない）

本日の説明

1. 策定の目的と視点
2. 策定の経緯
3. 出雲市入退院連携ガイドラインの概要
4. 市ガイドラインの主な特徴（4つ）
5. 今後の予定と継続検討課題
6. まとめ

ガイドライン掲載（出雲市公式WEBサイト）

出雲市入退院連携ガイドライン

検索



縁結びのまち 出雲

English

Portugues

簡体

繁体

한글



市民の暮らし



出雲市データ



事業者向け

サイト内検索

ENHANCED BY Google



▶ サイトマップ

背景色

標準

A

A

A

文字サイズ

小

標準

大

現在位置：[トップページ](#) > [市民の暮らし](#) > [目的や内容で探す](#) > [健康・福祉](#) > [医療](#) > 【医療・介護関係者向け】出雲市入退院連携ガイドラインの策定について

現在位置：[トップページ](#) > [市民の暮らし](#) > [目的や内容で探す](#) > [健康・福祉](#) > [高齢者福祉](#) > 【医療・介護関係者向け】出雲市入退院連携ガイドラインの策定について

現在位置：[トップページ](#) > [事業者向け](#) > [保健衛生・福祉](#) > [介護保険](#) > 【医療・介護関係者向け】出雲市入退院連携ガイドラインの策定について

現在位置：[トップページ](#) > [事業者向け](#) > [保健衛生・福祉](#) > [社会福祉事業・社会福祉施設](#) > 【医療・介護関係者向け】出雲市入退院連携ガイドラインの策定について

現在位置：[トップページ](#) > [事業者向け](#) > [保健衛生・福祉](#) > [医療機関の方へ](#) > 【医療・介護関係者向け】出雲市入退院連携ガイドラインの策定について

【医療・介護関係者向け】出雲市入退院連携ガイドラインの策定について

出雲市では、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、医療・介護関係機関が連携し、切れ目のないサービスが提供される体制を構築することを目的に、主に情報提供の方法及び内容について、入退院のそれぞれの場面に応じて基本的なルールを定めた「[出雲市入退院連携ガイドライン](#)」を策定し、令和3年（2021）4月から運用します。

策定の視点

策定にあたっては、次の2つの視点をもって内容を構成しました。

- 本人が望む暮らしを実現するための支援

本日のまとめ

策定・運用にあたって

- このガイドラインは、本人が望む暮らしを実現するために、医療・介護専門職がいかにして効率的・効果的に支援に携わることができるかを関係者が寄り集まって議論し、出来上がったもの。
- 策定にあたり、新たにルール化したものは少ない。これまで各機関の取り決めや不文律で行われていた入退院支援の基本的なルールを明文化したもの。
これまで支援に携わった歴代又は現役の医療・介護専門職の知恵と試行錯誤が詰まっている。
- よりよい支援にゴールはなく、このガイドラインも絶えず検証と改善が必要。
- 本人の望む暮らし（需要）と医療・介護専門職が置かれる状況（供給）は今後も変化していく。
変化に合わせて最適な支援の在り方を引き続き議論する。



明文化された本ガイドラインを基に、よりよい入退院連携の在り方の議論を深める。

普段から高齢者一人ひとりと接している医療介護関係者の意見をよく聞き、より効果的・より効率的な医療介護連携を目指す。