

出雲市入退院連携ガイドライン 策定概要

出雲市在宅医療・介護連携推進連絡会議

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。

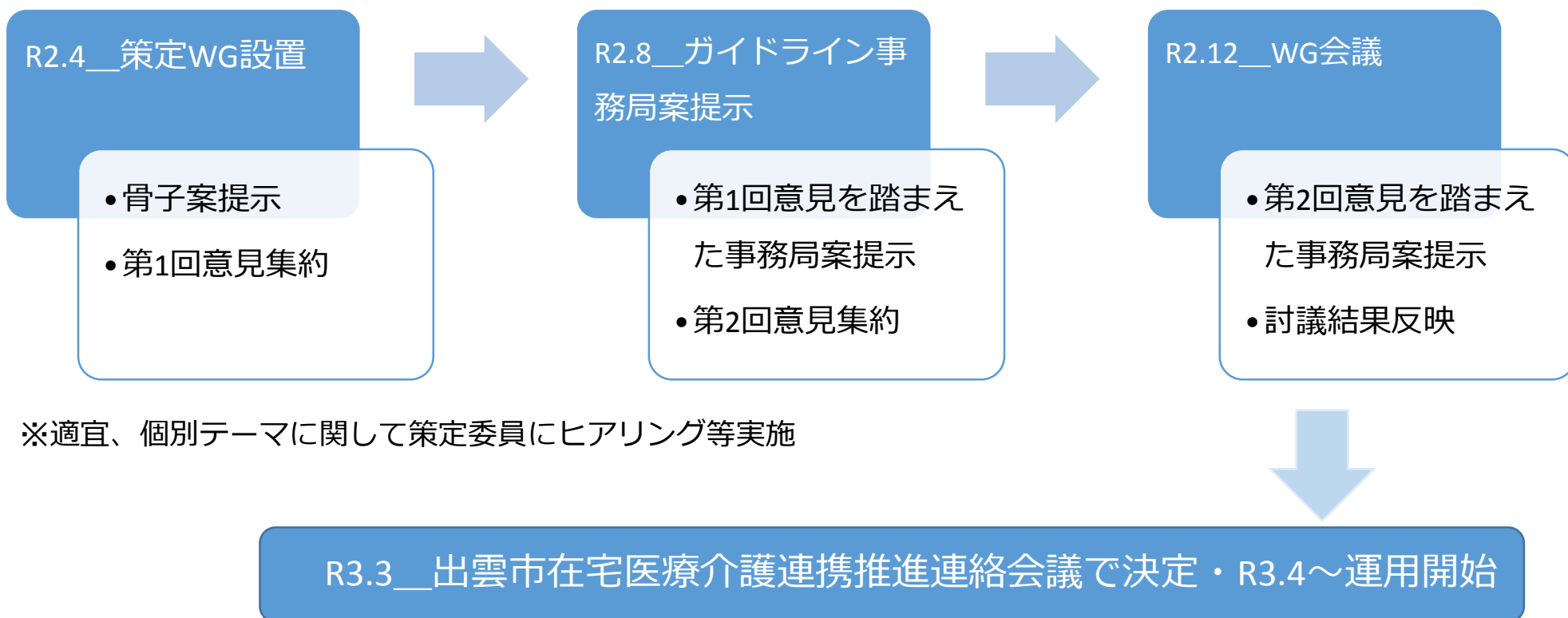
策定検討体制

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。

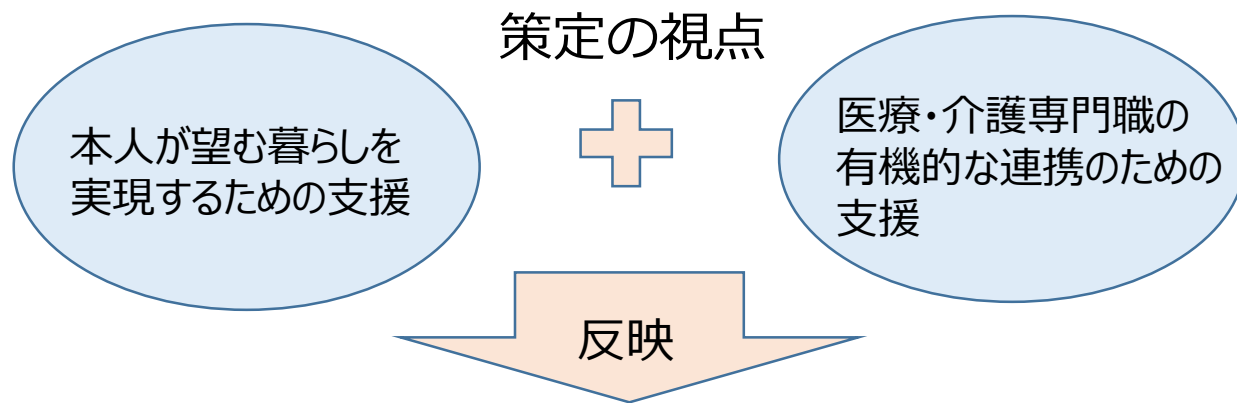


ワーキンググループでの主な議論

策定ワーキンググループで議論した主要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	・ 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	・ 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）	・ 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
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

出雲市入退院連携ガイドラインの特徴



①ACP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

②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

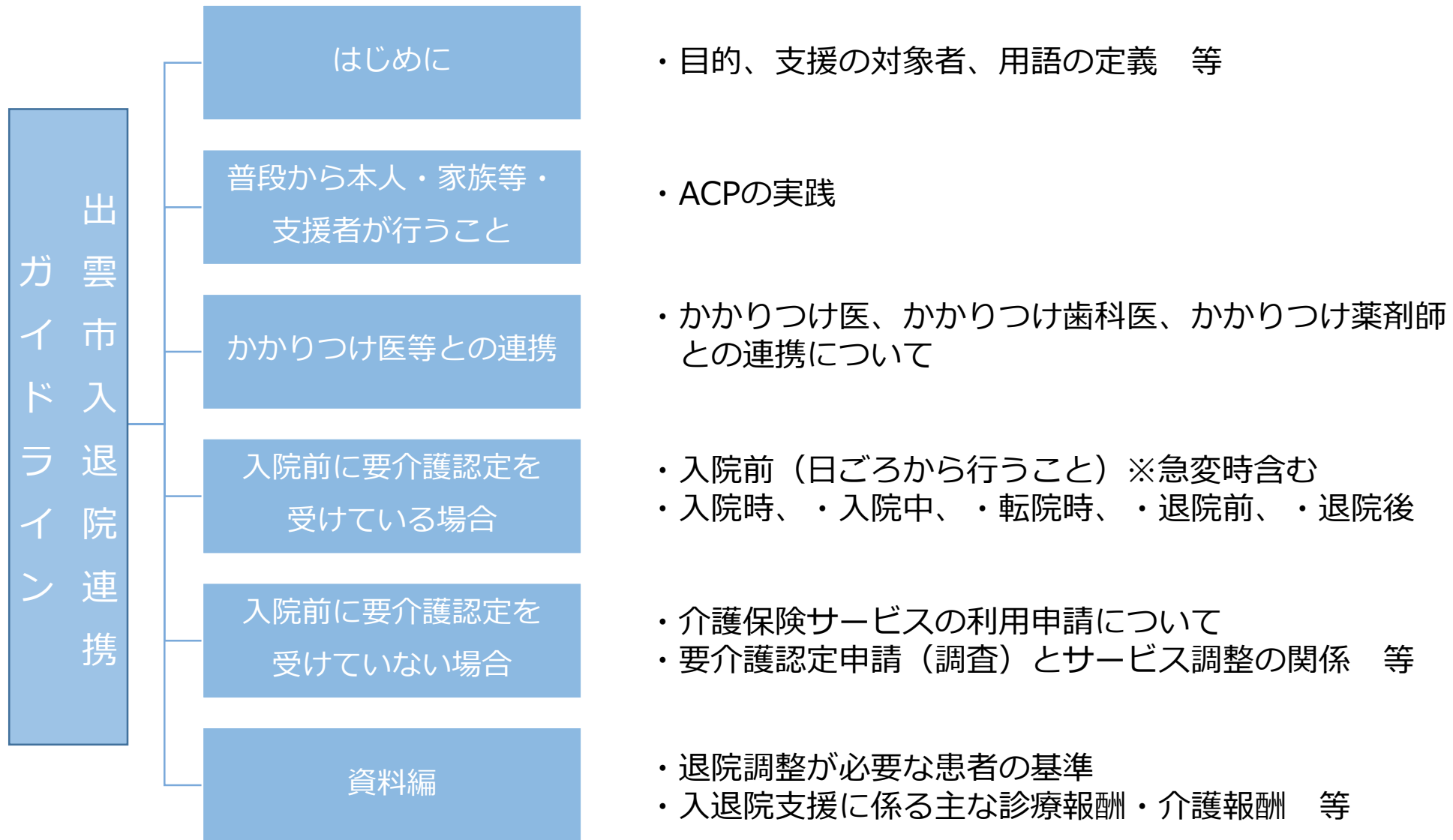
③地域⇒病院への情報提供書式を統一

- 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。

策定内容（全体構成）



普段から本人・家族等・支援者が行うこと

概要

- ACPの実践（共有する情報の中でも最も重要な情報と位置付け）
 - ・ 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）
 - ・ 実践のツール紹介（出雲市版終活支援ノート「あんしんノート」）

ポイント

- ACPによって共有する情報「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」を最も重要な情報と位置づけ
- ACP実践にあたり、ケアマネジャー等の特定の職種が画一的に行うものではなく、本人との関係度合に応じて実施し、かつ共有する情報は本人の同意の基に行われることを記載

かかりつけ医等との連携について

概要

- かかりつけ医との連携（在宅療養支援の4つの機能、ケアマネジャーとの連携）
- かかりつけ歯科医との連携（口腔ケアの必要性を認めた場合の歯科受診）
- かかりつけ薬剤師との連携（服薬できていない状況を認めた場合の調剤薬局への連絡）

ポイント

- 在宅療養支援の4つの機能「①入退院支援」、「②日常の療養支援」、「③急変時の対応」、「④看取り」を確保する必要があること及びそれぞれの場面において、かかりつけ医の役割が重要になる旨を記載。

今後継続課題

- 入退院連携におけるかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師との具体的な連携方法
- 歯科受診に繋がる連携の仕組み構築（入退院支援の場面に限らない）

入院前に要介護認定を受けている場合__入院前

概要

- 本人情報の一元化（お薬手帳の一元化、ケアマネジャーの名刺を挟む、入院時の連絡依頼）
- 急変時の備え（本人・家族等と事前確認、施設版情報提供書の準備、救急要請時の対応）
- 個人情報取扱同意（同意を得る内容、方法、書式の例示）

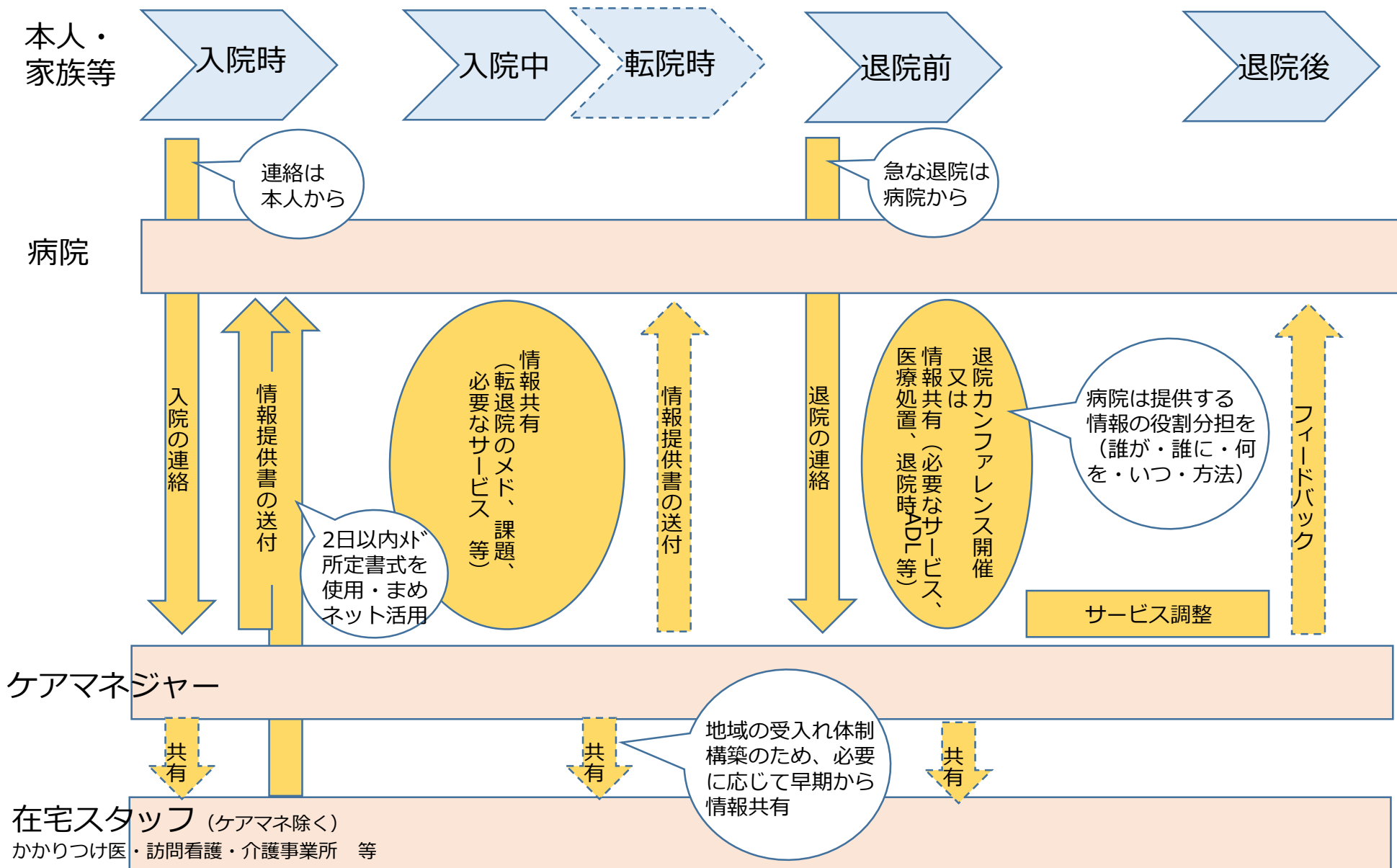
ポイント

- お薬手帳にケアマネジャーの名刺を挟むことで、担当ケアマネジャーの早期把握を仕組み化。
- 急変時の対応を事前に話し合うことで、救急要請時の搬送・延命処置拒否事例を減らす。
- 通リハ・訪リハ・訪看（リハ職による）の場合、ADL評価方法はFIMを推奨し、ケアマネジャーと定期的に共有。

今後継続課題

- FIMによるADL評価法の定着（病院と在宅スタッフ間のFIM情報の共有と活用）

入院時～退院後までの主な流れ

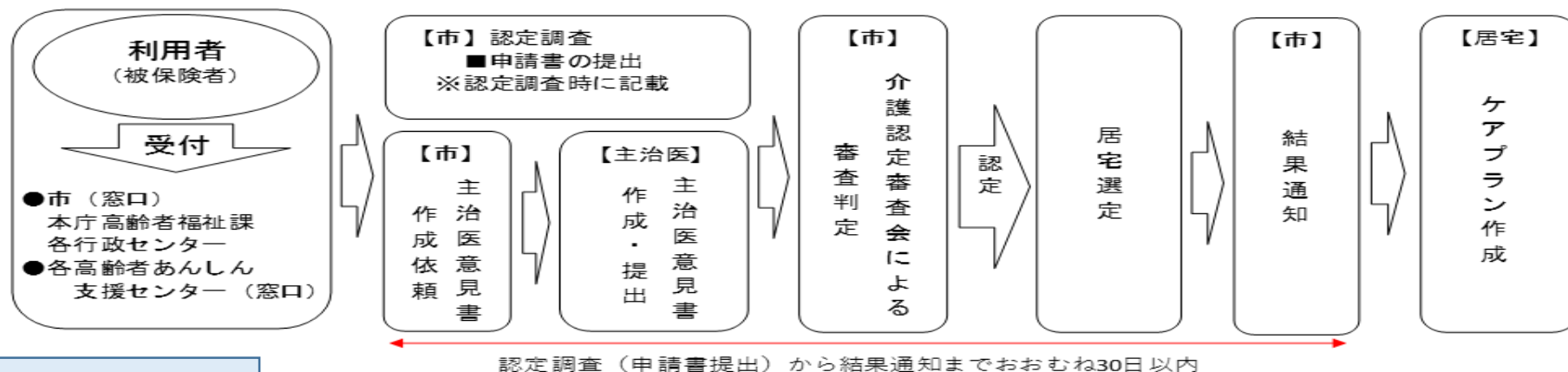


入院前に要介護認定を受けていない場合

概要

- 申請からケアプラン作成までの基本的な流れ
- 要介護認定申請前にサービス利用が必要な場合の対応方法
- 要介護認定申請に至らないが何等かの支援が必要な場合の依頼先

要介護認定申請から結果通知までの基本的な流れ



ポイント

- 本人・家族等と病院スタッフが介護サービスを利用する意思を共有する必要性を記載
- 要介護認定申請（調査）前のサービス利用時のリスク説明を記載

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

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