

出雲市入退院連携ガイドラインについて（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

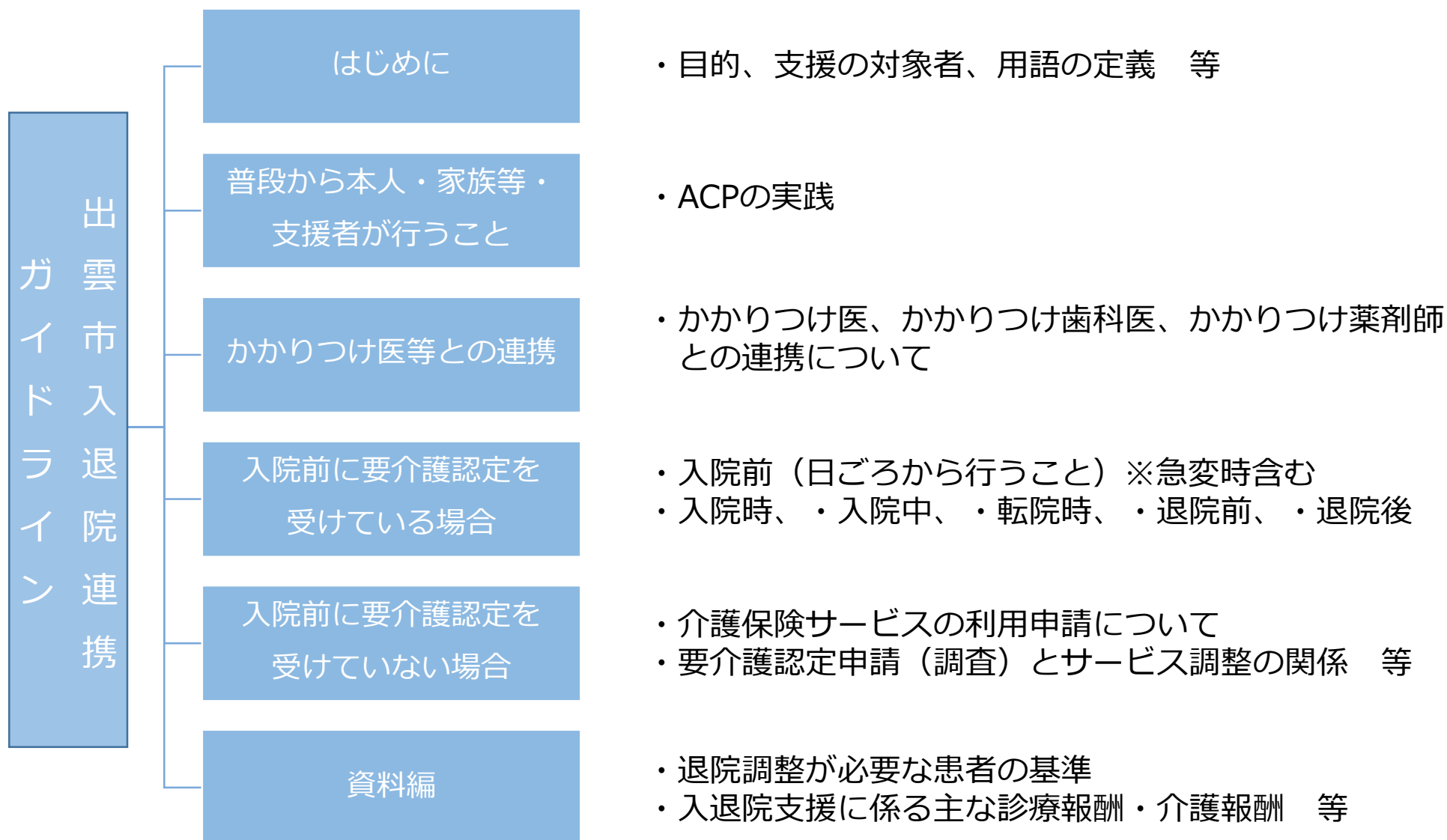
専門職が有する知識・技能を最大限発揮しうよう、支援に必要な情報を関係者間で共有し、業務の効率化・高度化を図ることで、医療・介護サービスの量の確保と質の向上をめざす。

策定検討体制

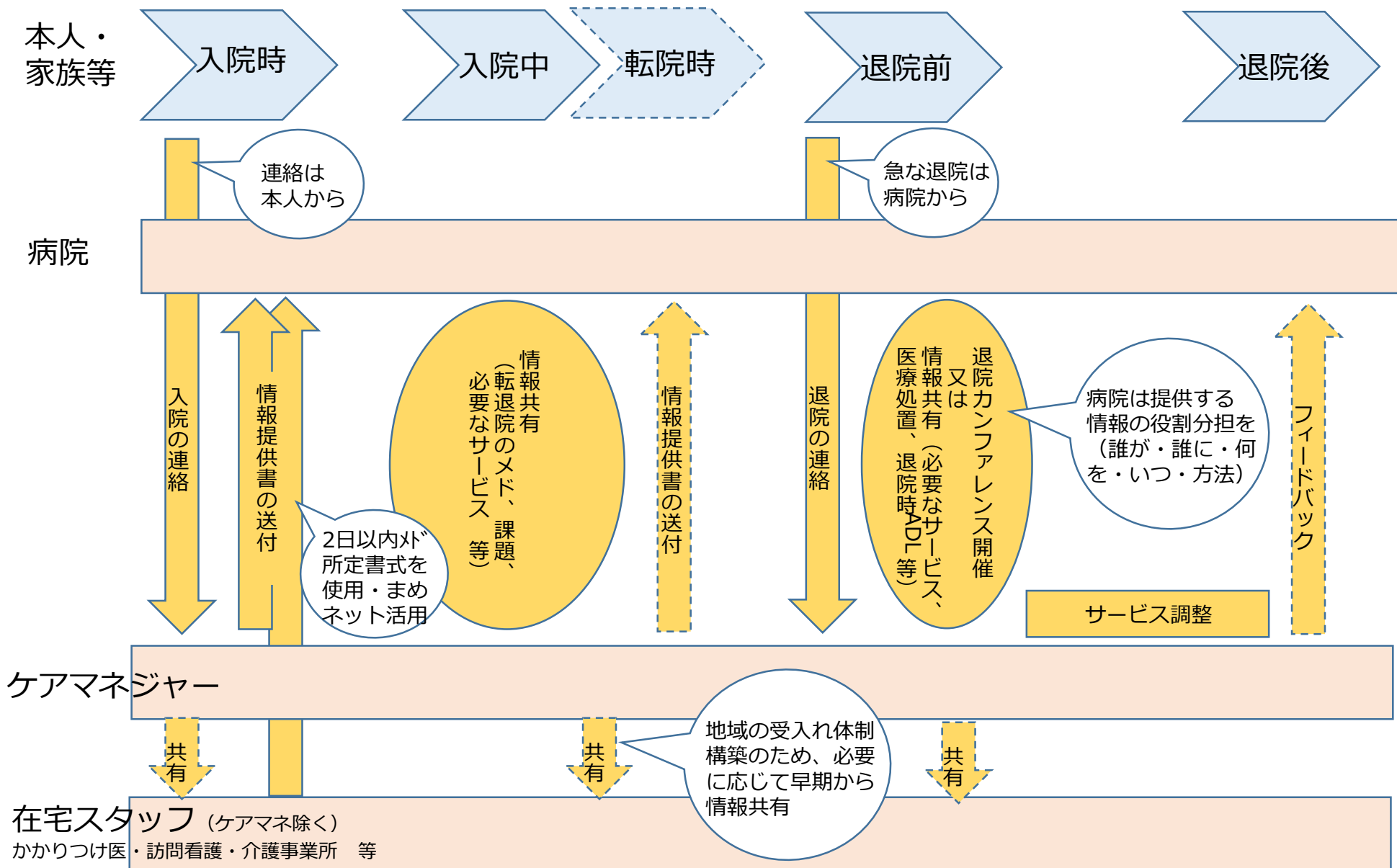
R2.4_策定内容を検討するワーキンググループ設置（事務局：出雲市医療介護連携課）
出雲市在宅医療・介護連携推進連絡会議委員の推薦による以下16名で構成

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（全体構成）



入院時～退院後までの主な流れ



出雲市入退院連携ガイドライン

令和 3 年（2021）3 月

出雲市在宅医療・介護連携推進連絡会議

目次

はじめに

目的	1
策定の視点	1
本人が望む暮らしを実現するための支援	1
医療・介護専門職の有機的な連携のための支援	1
策定にあたり整合を図るもの	1
支援の対象者	2
支援の担当者	2
用語の定義	2

入退院連携のポイント

普段から本人・家族等・支援者が行うこと	
ACP の実践	4
かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師との連携について	
かかりつけ医との連携	6
かかりつけ歯科医との連携	6
かかりつけ薬剤師との連携	6
入院前に要介護認定を受けている（担当ケアマネジャーが決まっている）場合	
入院前（日ごろから行うこと）※急変時含む	7
入院時	11
入院中	12
転院時	12
退院前	14
退院後	15
入院前に要介護認定を受けていない（担当ケアマネジャーが決まっていない）場合	
介護保険サービスの利用申請について	16
要介護認定申請（調査）とサービス調整の関係	16
要介護認定申請に至らなかったが本人・家族等に支援が必要な場合	18

資料編

(1) 退院調整が必要な患者の基準.....	19
(2) 病院機能の説明（病病連携会議作成パンフレット抜粋）	20
(3) 各病院連携部門の連絡窓口一覧.....	21
(4) 高齢者あんしん支援センターの連絡窓口一覧.....	22
(5) 救急車の要請について（出雲市消防本部 救急救命センター）	23
(6) 入退院支援に係る診療報酬及び介護報酬.....	25
(7) 市内医療・介護資源情報掲載 HP 一覧.....	26
(8) 情報提供書参考書式.....	27
(9) FIM による ADL 評価のメリットと情報共有の流れ（出雲リハケアネット）	31
(10) まめネット__汎用文書送信サービスの説明	33
(11) 出雲市版終活支援ノート「あんしんノート」	34
(12) 低栄養改善・食支援のアセスメントに係る専門職派遣事業.....	35

出雲市入退院連携ガイドライン策定ワーキンググループ委員（16 名）所属団体

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(県)	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	行政（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

はじめに

目的

- ・ 出雲市では、平成 27 年（2015）から、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築を推進するため、医療・介護関係者とともに「在宅医療・介護連携推進事業」に取り組み、地域の医療・介護サービス資源の把握、医療・介護関係者の情報共有の支援、研修会の開催等を行ってきた。
- ・ 平成 31 年（2019）3 月に「島根県入退院連携ガイドライン」が策定され、2 次医療圏等においても、地域の実状に応じた入退院連携に関するルールが求められている。
- ・ 上記の経緯を踏まえ、入退院支援に携わる医療・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、主に職種間の情報提供の方法及びその内容について、それぞれの場面に応じた基本的なルールを策定する。

策定の視点

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・家族等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。

医療・介護専門職の有機的な連携のための支援

出雲市は 2 つの高度急性期病院を含む 11 の病院があるなど、医療・介護資源が充実していることから、比較的多くの専門職・機関がその支援に関わる状況にある。この恵まれた状況を生かし、専門職が有する知識・技能を最大限発揮できるよう、支援に必要な情報を確実かつ迅速に関係者間で共有し、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目指す。

策定にあたり整合を図るもの

- 島根県入退院連携ガイドライン（島根県高齢者福祉課）
- 出雲市在宅医療・介護連携推進基本方針（案）
- 出雲市版ケアマネマニュアル(出雲地域介護支援専門員協会・高齢者あんしん支援センター・出雲市)
- 出雲市介護保険事業計画（出雲市高齢者福祉課・医療介護連携課）

支援の対象者

次の①～④に該当する者（県ガイドラインと同じ）

- ①介護保険サービスを利用している者
- ②退院後に新たに介護保険サービスを利用する者
- ③訪問看護を利用している者
- ④その他必要と判断した者（県ガイドライン 8.（イ））[資料 1](#)に記載

※ただし、検査入院等で状態の変化がない短期入院（概ね 1 週間程度）の者は除くことができる。

支援の担当者

- 居宅介護支援事業所及び施設の生活相談員・ケアマネジャー
- 高齢者あんしん支援センターの担当者
- 病院及び有床診療所の入退院支援担当者
- 訪問看護ステーションの訪問看護師
- かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師
- 出雲市高齢者福祉課

用語の定義

本人

医療を受ける患者または介護サービスの利用者本人（P2__支援の対象者）をいう

家族等

本人の家族、親族、友人、知人等。本人を支援する関係者のうち、医療・介護専門職を除く者をいう

支援者

本人の支援に携わるすべての医療・介護専門職をいう

病院スタッフ

本人の支援に携わるすべての医療・介護専門職のうち、病院に所属する専門職をいう

在宅スタッフ

本人の支援に携わるすべての医療・介護専門職のうち、病院及び施設以外に所属する専門職をいう

施設スタッフ

本人の支援に携わるすべての医療・介護専門職のうち、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、介護老人保健施設、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、軽費老人ホーム（ケアハウス）、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に所属する専門職をいう

救急スタッフ

救急救命に携わる消防本部の職員及び搬送先病院のスタッフをいう

ACP

Advance Care Planning__アドバンス・ケア・プランニング（愛称：人生会議）：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス

本ガイドラインにおいては、人生の最終段階に限らず、本人が、住み慣れた地域であんしんして自分らしく暮らしつづけるために、医療や介護が必要になった際、どのような医療・介護を望むかを予め考え、家族等や代理意思決定者及び医療・介護従事者と繰り返し話し合うことで、可能な限り本人の望む医療・介護を実現するために行われるプロセスをいう。

入退院連携のポイント

普段から本人・家族等・支援者が行うこと

ACP の実践

本ガイドラインにおける ACP の位置づけ

- ・ 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 実践にあたり配慮すること

- ・ 支援者が ACP を実践するにあたり、その内容は医療・介護サービスの選択にとどまらず、本人の価値観や死生観など機微に触れる内容を含むことから、「今は考えたくない」「話したくない」という意思も尊重される必要があり、本人の主体性と家族等や支援者との信頼関係の基に行われることが重要である。そのため、ACP の実践はケアマネジャー等特定の職種のみが画一的に行うものではなく、それぞれの職種が、本人との関係度合に応じて行い、支援者間の情報共有も本人の同意の基に行われるよう特に配慮する必要がある。

ACP 実践のポイント

- (1)一人で決めない
- ・ ACP は AD（アドバンス・ディレクティブ__事前指示書）と異なり、本人が、家族等と話し合うプロセスを指すことから、そのプロセスにおいて、なぜ、本人がその考えに至ったかその理由を確認しておくことで、その背景を知ることができ、類似条件下における代理意思決定時に応用することができる。

● (2)一度に決めない

- ・ 話し合う内容が人生の最終段階における医療など、仮定条件下の選択であることから、その選択は本人の健康状態等によって常に揺れ動くことを前提に、一度決めた内容を何度でも変更できることを本人に伝え、繰り返し話し合う。（本人の誕生日や11月30日の「人生会議の日」等毎年決まった時期に話し合う、入退院など本人の状態が変化した際に話し合うなど）

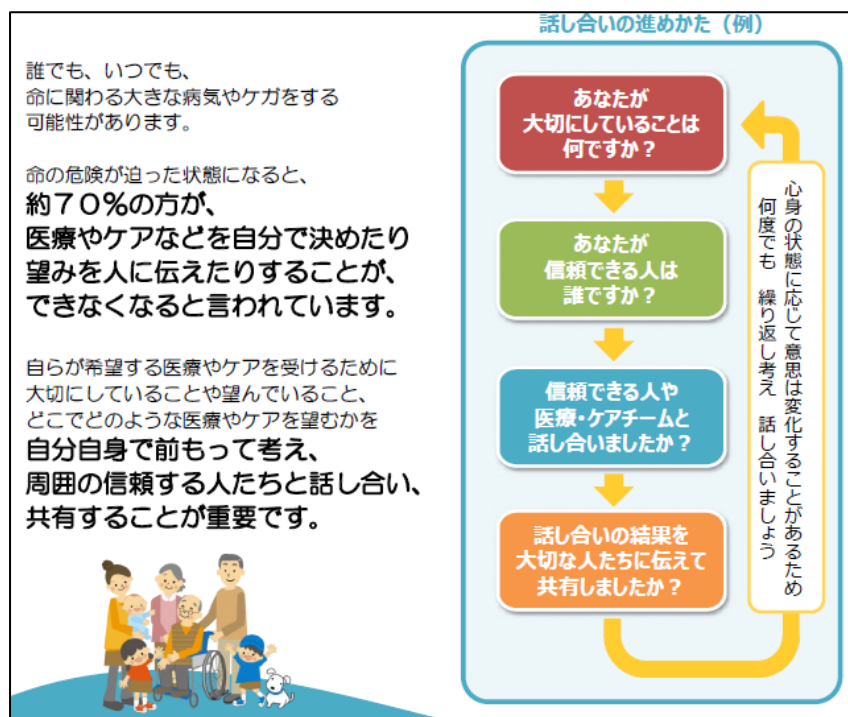
● (3)答えは一つではない

- ・ 話し合った結果や選択肢に正解はなく、本人の考え・想いが十分に反映された内容について、本人が信頼する家族等や支援者と共有されることが重要である。

ACP 実践のツール

- ・ 出雲市では、市と高齢者あんしん支援センターが作成した出雲市版終活支援ノート「あんしんノート」を、希望する市民に無料で配布している。（[資料 11_あんしんノート](#)）
- ・ また、厚生労働省では、ACPの愛称を「人生会議」とし、毎年11月30日（「いい看取り」の語呂合わせ）を「人生会議の日」と定めるなど、普及啓発を行っている。
- ・ 厚生労働省作成パンフレット（抜粋）

人生会議ロゴマーク



かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師との連携について

かかりつけ医との連携

- ・ 本人が在宅療養を続けていくためには、「①入退院支援」のほか、「②日常の療養支援」、「③急変時の対応」、「④看取り」の4つの機能を確保する必要があり、それぞれの機能（場面）において、本人の状態に応じた支援を在宅スタッフが連携して行うためには、かかりつけ医の役割が重要になる。
- ・ 本人の状態に応じたサービスの導入にあたり、主治医意見書や訪問看護指示書等、医師の意見を求める機会が多いことから、**ケアマネジャー**は本人・家族等の同意のうえ、かかりつけ医と情報共有する。（かかりつけ医との連携のポイントは出雲市版ケアマネマニュアルに詳細記載）

かかりつけ歯科医との連携

- ・ **ケアマネジャー**や訪問看護師等の在宅スタッフは、ADL評価において、口腔ケアの必要があると認めた場合は、本人・家族等に対し、歯科の受診を促す。
- ・ 外来受診が困難な場合は、往診可能な歯科診療所を出雲市在宅医療介護連携支援センターに問い合わせる。（電話：21-6906）
- ・ R2年度から、市において低栄養改善・食支援のアセスメントに係る専門職派遣事業を実施している。（[チラシ__資料12](#)）

かかりつけ薬剤師との連携

- ・ **ケアマネジャー**や訪問看護師等の在宅スタッフは、本人の居宅において処方どおり服薬できていない、残薬が多いなどの状況を確認した場合は、調剤薬局に連絡する。
- ・ 連絡を受けた**薬剤師**は、多剤・重複投薬の防止や残薬解消のために必要な指導を行い、必要に応じて処方医及びケアマネジャーに連絡する。

入院前に要介護認定を受けている（担当ケアマネジャーが決まっている）場合

入院前（日ごろから行うこと）※急変時含む

スムーズな情報提供の備え

● 本人情報の一元化

- ・ **在宅スタッフ**は、本人に、健康保険証とお薬手帳を一緒に保管するよう伝える。また、お薬手帳のほか、健康手帳、糖尿病連携手帳などを利用し、これに普段の状態を記録している場合には、それらも一緒に保管し、医療機関を受診する際は、保険証と併せて提出するよう伝える。
- ・ **かかりつけ薬剤師**は、本人が多科受診している場合、複数のお薬手帳を所有している可能性があることから、本人来所時にお薬手帳の一元化を促す。
- ・ 本人が通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション又は訪問看護（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（以下、3職種を総称して「療法士」という）による訪問に限る）を利用している場合、**療法士**は定期的に行う ADL 評価をケアマネジャーと共有する（リハビリ計画書等）。その際共有する ADL の評価方法は、FIM によって行うことが望ましい。

（ポイント）

病院のリハビリテーション科では、FIM による ADL 評価を行っていることから、入院前の FIM 情報を把握することにより、迅速なリハビリテーション処方による入院中の 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着手できる。

（FIM を活用した入退院連携については[資料 9](#) 参考）

● ケアマネジャーへの連絡

- ・ **ケアマネジャー**は、他の専門職が支援の必要性に気付いた際、円滑にケアマネジャーと連絡がとれるよう、自身の名刺を健康保険証やお薬手帳と一緒に保管してもらうよう本人に依頼する。（お薬手帳ケースに名刺を挟む、お薬手帳表紙裏に名刺を貼る等。担当ケアマネジャーの変更等により、前のケアマネジャーの名刺がある場合は、本人の承諾を得たうえで差し替える）

- ・併せて、本人・家族等に対し、入院時はケアマネジャーに連絡することをあらかじめ依頼する。（介護保険を利用しておらず、医療保険の訪問看護を利用している場合は訪問看護師が依頼する）

急変時の対応の確認（急変時への備え）

- ・在宅スタッフ（特にかかりつけ医、訪問看護師、ケアマネジャー）及び施設の生活相談員は、かかりつけ医の指示の基、本人・家族等と、急変時の連絡先や対応方法を確認しておく。
- ・施設スタッフは、救急要請時に救急スタッフが速やかに本人情報を把握できるよう、島根県老人福祉施設協議会が作成した情報提供書を救急隊に手渡す。（あらかじめ作成しておき、当日の様子を口頭または手書きで補足する）
救急隊に伝える事項：当日の経過、救急隊到着までの処置、バイタルサイン、
服薬・アレルギー情報
※上記の方法により病院に情報提供した場合、入院時の情報提供として P11 に記載する入院時情報提供書の提出に代えることができる。
- ・本人が延命処置を拒否している場合でも、かかりつけ医等と連絡が取れず、救急要請（119 番通報）を行った場合は、救急隊は本人・家族等の意思に関わらず救命処置を実施し、病院に搬送することが業務であり、本人の意思に沿わない結果となる。このことについてあらかじめ支援者と本人・家族等で確認しておく。

（ポイント）救急要請時のポイントやよくある質問は[資料 5](#) 参考

本人・家族情報の提供に関する同意について

● 同意を得る内容について

- ・ 個人情報の取得及び提供について、取り扱う個人情報の内容、個人情報を利用する目的、個人情報の管理・提供規定、個人情報を取り扱う期間等を提示し、本人の個人情報につき本人から、家族等の個人情報につき家族等から同意を得る。

● 同意を得る方法について

- ・ 医療機関等については、本人の同意を得る方法について法令上の規定はない。このため、文書による方法のほか、院内掲示、口頭、電話による方法なども認められる。このため、同意を求める内容や緊急性などを勘案し、適切な方法を選択のうえ同意を得る必要がある。
- ・ 介護関係事業者については、介護保険法に基づく指定基準により、サービス担当者会議等において利用者又は家族の個人情報を使用する場合は、あらかじめ文書により同意を得ておかねばならないとされている。このため、サービス利用開始時に適切に本人・家族等から文書により同意を得ておく必要がある。

(ポイント)

その他医療介護事業者に関する個人情報の保護については、H29.4.14_個人情報保護委員会/厚生労働省通知「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」参考

(例示：個人情報使用同意書)

個人情報使用同意書（居宅介護支援事業所の例示）

私、代理人及び家族に係る個人情報について、下記の使用目的に限り必要最小限の範囲内で使用、提供又は収集することに同意します。

記

1. 使用目的

- ① 介護保険における要介護認定申請（更新・変更含む）を行うこと
- ② 居宅サービス計画の作成、居宅サービス事業者等と行うサービス担当者会議等居宅介護支援を行うこと
- ③ 適切な医療・介護サービスを受けるために必要な情報を、医療機関や介護サービス事業所等に提供または他の機関から収集すること
- ④ その他、本人のサービス提供にあたり必要と認められる場合

2. 使用期間

介護サービス提供に係る契約期間及びサービス提供のために必要な期間

3. 使用条件

- ① 個人情報の提供にあたっては、使用目的の範囲内において必要最小限とし、提供先以外に漏れることがないように細心の注意を払うこと
- ② 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の要点を記録し、利用者等から開示請求があった場合は速やかに開示すること

4. 個人情報の内容

- ① 氏名、住所、健康状態、家族状況その他一切の利用者や家族個人に関する情報
- ② 要介護認定情報等利用者の要介護状態に関する情報
- ③ 医療または介護サービスを提供するにあたり、生命や身体の安全のために必要な医療情報
- ④ その他、本人のサービス提供のために必要と認められる情報

令和 年 月 日

居宅介護支援事業所 ○○ 様

利用者 (住所・氏名)

利用者の家族代表 (住所・氏名)

利用者の代理人 (住所・氏名)

※この同意書はこのガイドラインにおける例示であり、居宅介護支援事業所として必要な記載項目を網羅したものではない。

入院時

入院の連絡

- ・ 本人・家族等は、入院したことをケアマネジャーに連絡する。
- ・ 病院スタッフは必要に応じて本人・家族等に連絡の有無を確認し、本人・家族等がケアマネジャーに連絡することができない場合は、病院スタッフが本人・家族等から同意を得たうえで、ケアマネジャーに連絡する。
- ・ 本人・家族等又は病院スタッフから連絡を受けたケアマネジャーは、必要に応じて、かかりつけ医、訪問看護、介護事業所等の他の在宅スタッフに連絡する。（かかりつけ医へ連絡する場合の例：本人が定期的に受診している医療機関の紹介によらず緊急入院した場合等）

在宅・施設スタッフから病院スタッフへの情報提供

- ・ かかりつけ医は、病院に対し紹介状を送付する際、本人が訪問看護を利用している場合は、訪問看護師に訪問看護情報提供書の提出を求め、紹介状に添付して送付する。
- ・ ケアマネジャー及び施設の生活相談員は病院の入退院支援部門に対し、下表の書式を入院から2日以内（入院日の翌々日まで）を目途に提出する。（提出先は[資料3](#)）
- ・ 訪問看護師は病院スタッフに対し、訪問看護情報提供書を入院から2日以内（入院日の翌々日まで）を目途に提出する。（かかりつけ医の紹介状に添付する場合を除く）
- ・ 情報提供者別使用書式（様式は[資料8](#)）

情報提供者	使用書式
居宅介護支援事業所のケアマネジャー	アセスメントシート（H30改訂版）
高齢者あんしん支援センターのケアマネジャー	入院時情報提供書
施設の生活相談員・ケアマネジャー	高齢者入所施設情報提供書
訪問看護ステーションの看護師	訪問看護情報提供書

（ポイント）

これら情報提供書の提出方法は、まめネットの汎用文書送信サービスを利用し、電子データで提出することが望ましい。現在は、訪問看護情報提供書をまめネット経由で提出している。今後、他の書式も同様に提出できるよう、取組を進めていく予定（[資料10](#) [まめネット汎用文書送信サービスについて](#)）

- ・ **病院スタッフは**、在宅スタッフから情報提供を受けた際、情報提供収受の事実を伝えることで入院早期から病院スタッフと在宅スタッフの繋がりができ、以後の連携がスムーズになることから、可能な限り収受連絡をする。

(ポイント) 入退院連携に関係する主な診療報酬・介護報酬は[資料6](#) 参考

入院中

病院スタッフから在宅・施設スタッフへの情報提供

- ・ **病院スタッフは**、入退院支援計画書の作成に着手後、退院に係る課題、退院後に利用が予想される福祉サービス等が明らかになった際は、速やかにケアマネジャー等の在宅・施設スタッフに情報提供し、在宅・施設スタッフに退院後のサービス調整及び受入体制の確保を依頼する。
- ・ **ケアマネジャー等の在宅・施設スタッフは**、病院スタッフや家族等と連絡を取り、退院のメドを確認するとともに、入院中の本人の状態把握や意向のヒアリングを行うなどの情報収集に努め、退院後の受入態勢を整える。

(ポイント)

入院後の治療経過や転院・退院等の状況変化を病院と在宅・施設スタッフで共有することは、退院後の療養体制の早期検討と受入れ準備の時間確保に有効であることから、両者が積極的に行う。

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。

転院時

病院スタッフから病院スタッフへの情報提供

- ・ **転院元病院スタッフは**患者情報カードにその他必要な情報を添付して転院先病院スタッフに情報提供する。
- ・ **転院元病院スタッフは**、入院時に情報提供を受けたケアマネジャー等の在宅・施設スタッフに連絡する。

- ・ ケアマネジャー等は、必要に応じて、かかりつけ医、訪問看護、介護事業所等の他の在宅スタッフと転院の事実を共有する。

在宅スタッフから転院先病院への情報提供

- ・ 転院先病院スタッフは、ケアマネジャー等の在宅・施設スタッフに対し、必要に応じて情報提供を依頼する。
- ・ 依頼を受けたケアマネジャー等の在宅・施設スタッフは、転院先病院スタッフに対し、アセスメントシート（施設の場合は、高齢者入所施設情報提供書。訪問看護師の場合は、入院時訪問看護情報提供書）を送付する。

（ポイント）

転院元病院から転院先病院に、在宅スタッフからの情報提供書を直接送付することはできない（してはいけない）ため、在宅スタッフは転院先病院の依頼に応じて改めて送付する必要がある。

退院前

退院日の連絡

- ・ **病院スタッフ**は、本人・家族等に対し、退院日を入院時情報提供を受けたケアマネジャー等の在宅スタッフに連絡するよう伝える。
- ・ **病院スタッフ**は、患者が急に退院することになった場合は、本人・家族等の同意を得たうえで、直ちにケアマネジャー等在宅スタッフに連絡する。
- ・ 死亡退院の場合も、通常の退院と同様に**家族等や病院スタッフ**から情報提供を受けた在宅スタッフに連絡する。
- ・ **ケアマネジャー等**は、必要に応じて、かかりつけ医、訪問看護、介護事業所等の他の在宅スタッフと退院の事実を共有する。

病院スタッフから在宅・施設スタッフへの情報提供

- ・ **病院スタッフ**は在宅・施設スタッフに対し、退院時の医療・看護情報、病院療法士が関わっている場合は FIM（ADL 評価）情報を提供する。

（ポイント）

病院スタッフは、提供する情報について、次のことを確認し役割分担する。
病院スタッフの誰が、在宅・施設スタッフの誰に、どのような方法で、いつ渡すか

退院前カンファレンスの開催

- ・ 退院前カンファレンスは、すべての患者に対して画一的に行われるものではないことから、カンファレンス開催の要否（以下の基準を参考）、参加専門職、退院調整時の情報共有の方法等について、**本人・家族等、病院スタッフ及び在宅・施設スタッフ**が協議のうえ決定する。

● 退院前カンファレンスの必要がある患者の基準（以下のいずれかに該当する場合、開催を検討）

- ・ 入院前に比べ ADL が低下するなど、在宅生活における状態の変化が見込まれる場合
- ・ 新たな医療処置や介護サービスの追加が見込まれる場合
- ・ 新たに要介護認定を受け、介護サービスの利用を開始する場合
- ・ 上記のほか、在宅・施設スタッフが必要と考える場合

退院後

在宅・施設スタッフから病院スタッフへの情報提供

● 退院後のフィードバックについて

- ・ 入退院連携による支援の質をより向上させるため、**在宅・施設スタッフ**は病院スタッフに対し、必要に応じてフィードバックする。（方法は任意）
特に、本人が入退院を繰り返している場合、退院後のフィードバックにより、その情報を次回入院時にいかすことができるため意識して行う。

（フィードバックする内容の例）

- ・ 退院後の在宅療養生活で困っていること（入院時の指導や処置で対応できること）
- ・ 退院後の在宅療養生活でうまくいっていること（入院時の指導や処置のおかげでうまくいっていること）
- ・ その他、病院スタッフが特にフィードバックを求めたいことは、予め、退院時に在宅・施設スタッフにフィードバックを依頼する。

退院後の情報共有について

- ・ 退院後、**ケアマネジャー**は、退院カンファレンス等で得た退院時の情報を、必要に応じてアセスメントシートに反映し、他の在宅スタッフと共有する。（在宅で療法士が関わる場合は、療法士は、定期的に FIM による ADL 評価を行い、リハビリ計画書等を用いて本人・ケアマネジャーと共有することが望ましい。）

入院前に要介護認定を受けていない（担当ケアマネジャーが決まっていない）場合

介護保険サービスの利用申請について

- ・ **病院スタッフ**は、本人が退院後に、切れ目なく介護サービスを利用する必要がある場合は、入院早期から本人・家族等に説明のうえ、要介護認定申請（調査）手続きを勧める。
- ・ 要介護認定申請（調査）にあたり、**本人・家族と病院スタッフ（Ns、MSW、主治医等）**との間で、介護サービスを利用する意思を共有する。

（ポイント）

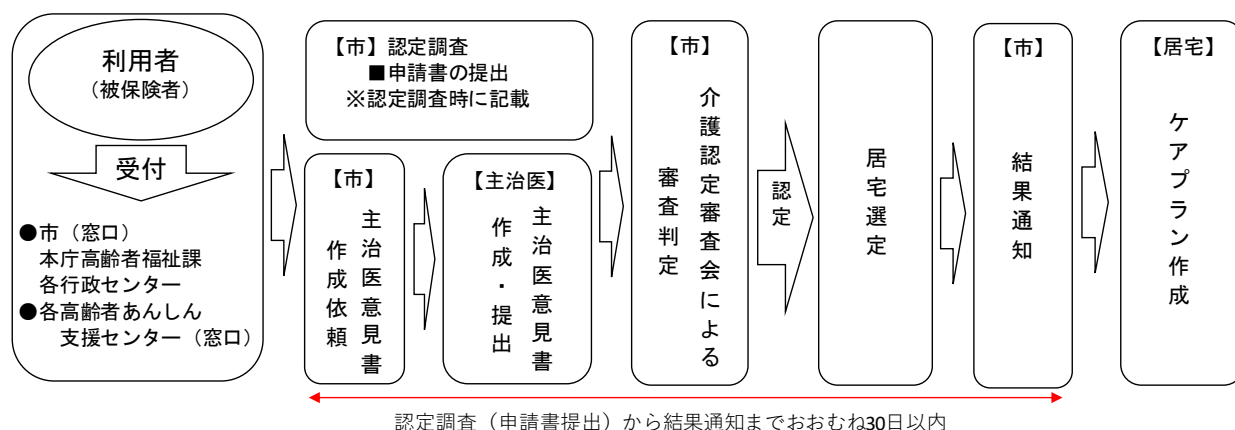
本人・家族等が要介護認定申請（調査）の必要性を理解しないまま、申請手続きに訪れるケースがあることから、なぜ手続きを行う必要があるのかを理解してもらう。

要介護認定申請（調査）とサービス調整の関係

基本的な流れ（認定結果通知後にサービス調整を開始する）

- ・ 要介護認定結果通知時、**本人・家族等**が指定居宅介護支援事業所を選定し、その**ケアマネジャー**（要支援認定の場合は、高齢者あんしん支援センター）が要介護度に応じてサービス調整を行うことを基本とする。

（申請からサービス利用開始までの基本的な流れ図）



認定結果通知前にサービス調整を開始する場合

- ・ 要介護認定結果通知まで待てない場合は、要介護認定申請（調査）後、**本人・家族等**が指定居宅介護支援事業所を選定し、その**ケアマネジャー**（要支援認定の場合は、**高齢者あんしん支援センター**）が要介護度（見込み）に応じてサービス調整を行う。

要介護認定申請（調査）前にサービス調整を開始する場合

- ・ 要介護認定申請（調査）を待たずしてサービス調整が必要な場合は、**本人・家族等**が病院スタッフの情報提供を受け、指定居宅介護支援事業所を選定し、その**ケアマネジャー**が代行申請（指定居宅介護支援事業所等が代わりに要介護認定申請（調査）手続きを行うこと）及び要介護度（見込み）に応じてサービス調整を行う。
- ・ ※要介護認定申請（調査）前のサービス利用には以下のリスクがある。本人・家族等へそのリスクを説明するのは代行申請を行う**ケアマネジャー**が行う。

- ・ 認定調査の結果が非該当の場合、利用したサービスは 10 割負担となる。
- ・ 認定調査を受けることなく再入院又は死亡した場合、利用したサービスは 10 割負担となる。

要介護認定申請（調査）前にサービス調整が必要な場合の依頼先

- ・ サービス調整を依頼する際は、予測する要介護度に応じて以下のとおり依頼先を選定する
 - 要支援が見込まれる場合・・・高齢者あんしん支援センター
 - 要介護が見込まれる場合・・・居宅介護支援事業所
 - ※非該当の可能性も見込まれる場合は高齢者あんしん支援センターへ相談
- ・ 要支援か要介護かの判断に迷う場合は、可能であれば要支援でも担当可能な指定居宅介護支援事業所へ依頼する。（分からない場合は高齢者あんしん支援センターへ相談）

（ポイント）

調査結果が要支援の場合、引き続き同事業所に高齢者あんしん支援センターがケアマネジメントを委託することで、短期間にケアマネジャーが交代することによる本人・家族の混乱を回避することができる。

要介護認定申請に至らなかったが本人・家族等に支援が必要な場合

- ・ 自立度が高く要介護認定の見込みが薄い又は本人・家族等が介護サービスの利用を希望しない等であるが、独居や認知機能の低下等のため、見守り等の支援が必要と思われる者に対しては、高齢者あんしん支援センターに支援を依頼する。（[資料 4__高齢者あんしん支援センター連絡窓口一覧](#)）

(1) 退院調整が必要な患者の基準

- ・ 島根県入退院連携ガイドライン「その他支援が必要な人の判断ポイント」から引用

ア__悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること

イ__緊急入院であること

ウ__要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること（介護保険法施行令（平成 10 年政令第 412 号）第 2 条各号に規定する特定疾病を有する 40 歳以上 65 歳未満の者及び 65 歳以上の者に限る。）

エ__家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること

オ__生活困窮者であること

カ__入院前に比べ ADL が低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）

キ__排泄に介助を要すること

ク__同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと

ケ__退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと

コ__入退院を繰り返していること

サ__その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合

出典：入退院支援加算における「退院困難な要因を有している患者」

(2) 病院機能の説明（病病連携会議作成パンフレット抜粋）

① 高度急性期病棟 病棟特徴

ICU、救急病棟など診療密度が特に高い
(より重症者向けの病棟)

- 平均在院日数*1 18日以内
- 看護配置*2 7対1
- 在宅復帰・病床機能連携率*3 8割以上

(メモ)



② 急性期病棟 病棟特徴

状態の早期安定化に向けて、診療密度が高い
(軽症～重症向けの病棟)

- 平均在院日数 21日以内
- 看護配置 10対1

(メモ)



- *1 平均在院日数
病院全体で一人の患者が平均的に何日間入院しているかを表す数字で、早期退院の指標として使われる。
- *2 看護配置
病棟機能別の看護配置数。例えば、7対1とは患者7人に対し看護師1人という配置をいい、手厚い看護体制を意味する。
- *3 在宅復帰・病床機能連携率
入院患者の在宅復帰及び病棟の連携を促す数字で、自宅・居宅系介護施設・回復期リハ病棟・療養病棟なども含まれる。

③ 回復期 病棟特徴

急性期後、在宅復帰に向けた医療やリハビリを行う

回復期リハビリテーション病棟

- 対象疾患が決まっている
→脳卒中や脊髄損傷、大腿骨頸部骨折術後など
- リハビリの日数に制限あり
→脊椎、脳卒中 ～150日または180日以内
→脊椎、大腿骨骨折等の術後 ～90日以内
- 発症から2か月以内の転院
- 一日2時間程度のリハビリを実施
- 在宅復帰率 7割以上



地域包括ケア病棟

急性期治療後の転院、在宅等からの入院が可能で、治療およびリハビリを行い在宅復帰を目指す

- 対象疾患や受け入れ時期に制限なし
- 自宅等からの受け入れ割合 1割以上
- 一日40分以上のリハビリを実施
- 60日以内に在宅復帰を目指す
- 在宅復帰率 7割以上



④ 慢性期 病棟特徴

長期にわたり療養が必要

療養病棟

急性期治療後、引き続き点滴・酸素・吸引などの医療的なケアを必要とする患者の長期療養を担う

- 患者の状態から1・2・3に分ける
(医療区分)
- 医療区分2・3の割合が5～8割以上
- 看護配置 20対1



障害者病棟

重度の肢体不自由者や神経難病等の患者に対して、治療の継続および看護・リハビリを行う

- 対象疾患に制限あり
- 人工呼吸器装着患者のレスパイト
(一時入院)の受け入れ
- 看護配置 10対1



緩和ケア病棟

主として悪性腫瘍の患者を受け入れ苦痛症状の緩和を行う

- 出雲圏域では大学病院にある
- 入院希望の方は、別表のがん患者・家族サポートセンターへ相談
- 看護配置 7対1



* 障害者病棟と緩和ケア病棟は、特定の対象患者を想定した病棟であり療養病棟とは異なりますが、便宜上、慢性期に位置付けています。

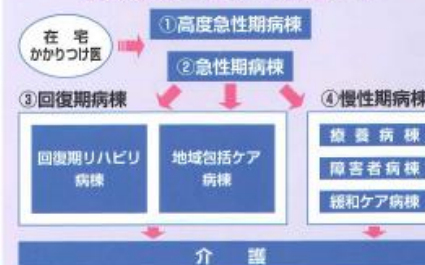
⑤ 在宅医療

- 在宅医療とは、自宅やサービス付き高齢者住宅などに医師が定期的に訪問し医学管理（訪問診療）を行うことをいいます。
- 訪問診療、訪問看護の利用などについて医療ソーシャルワーカーや看護師が相談に応じます。
- 普段から、かかりつけ医を持ち、入院治療が必要な場合には、病院と連携が取れるようにしておけば安心して療養生活を送ることができます。
- 出雲市内では、通常の診療所に加え、訪問診療のみを行う診療所も複数あります。



* 診療所等については出雲医師会ホームページで確認できます。

病棟機能4区分の位置づけ



* 医療機関、介護サービス及び介護施設等の情報は、出雲市Web版「医療介護資源マップ」で検索すると便利です。

(3) 各病院連携部門の連絡窓口一覧

病院名	所在地	電話	情報提供書提出先	備考
		FAX		
出雲市民病院	塩冶町1536-1	21-2722 21-8123	地域連携センター医療相談課	持参の場合は、相談課(2F)まで
出雲市民リハビリテーション病院	知井宮町238	21-2733 30-7201	医療相談室	
出雲市立総合医療センター	灘分町613	63-5680 63-5777	地域連携課	
出雲徳洲会病院	斐川町直江3964-1	73-7793 73-7834	地域医療連携室	
小林病院	今市町510	21-5230 21-5139	院長宛	
島根県立中央病院	姫原4丁目1-1	30-6516 30-6508	入退院支援・地域医療連携センター	
島根大学医学部附属病院	塩冶町89-1	20-2193 88-3051	地域医療連携センター	受診予約はFAX20-2063
寿生病院	上塩冶町2862-1	24-2160 24-2447	地域連携課	
斐川生協病院	斐川町直江4883-1	72-3002 25-7624	地域連携室	

(4) 高齢者あんしん支援センターの連絡窓口一覧

センター	設置場所	電話	FAX
出雲高齢者あんしん支援センター	今市町 543（社会福祉センター内）	25-0707	25-0901
平田高齢者あんしん支援センター	平田町 2112-1（福祉館内）	63-8200	63-5011
佐田高齢者あんしん支援センター	佐田町反辺 1747-6（市役所佐田行政センター内）	84-0019	84-9034
多伎高齢者あんしん支援センター	多伎町小田 50（多伎地域福祉センターうなばら会館内）	86-7122	86-2351
湖陵高齢者あんしん支援センター	湖陵町三部 1352（湖陵福祉センター内）	43-7611	43-2226
大社高齢者あんしん支援センター	大社町杵築南 1397-2（市役所大社行政センター内 2 階）	53-3232	53-6053
斐川高齢者あんしん支援センター	斐川町上庄原 1766-2（市社協斐川支所内）	73-9125	72-4068

(5)救急車の要請について（出雲市消防本部 救急救命センター）

突然の重い病気やひどいケガをした人に、応急手当を行い適切な医療機関に搬送するのが救急隊の役目です。緊急性が高いと判断したときは、迷わず救急車を要請してください。

○ 救急車要請（119 番通報）時に伝えるポイント

- （１）救急車が必要であること。
- （２）救急車を向かわせる住所はどこか。（不明な場合は目標となる建物など）
- （３）年齢、性別、いつ、だれが、どうして、現在どのような状態か。
- （４）応急手当を実施している場合はその内容など。

※ 119番通報の際は、上記のポイントを消防本部の指令課員へ伝えてください。必要に応じて応急手当の指導を電話口で実施することもあります。

延命治療を望まない高齢者の急変時における救急車の要請について

人生の最終段階の医療・ケアについて、本人・家族・かかりつけ医・地域の介護医療関係者・施設等（以下「チーム」という。）で話し合い、延命治療を望まない意思決定が共有されている状況で、本人が心肺停止となった際の救急要請について、よくある質問をまとめました。

Q 1 救急隊は死亡診断ができますか？またできない場合、死亡診断のために救急車で病院へ搬送してもらうことはできますか？

→ 死亡診断は医師しかできません。また、救急隊が死亡診断のために病院へ搬送することはできません。救急隊は搬送だけでなく、救命にあたるのも業務ですので、病院へ搬送する場合は、本人の延命治療の意思表示に関わらず心肺蘇生法を行います。

Q 2 本人が延命治療を望まない場合でも救急車を呼んでいいですか？

→ 救急車を呼ぶことは全く問題ありません。しかし、救急隊は家族等から延命治療を望まない意思表示があっても心肺蘇生法を行って病院へ搬送しますので、本人の希望に添えない結果となります。

- Q 3** 深夜などで、かかりつけ医と連絡が取れない場合、救急車を呼んでもいいですか？
- **Q 2**と同じです。深夜帯やかかりつけ医の出張等で、連絡がつかない場合の対応について、かかりつけ医を始めチームであらかじめ話し合っておくことが重要です。
- Q 4** 施設で介護中に本人が食事を喉に詰まらせました。救急車を呼んでいいですか？
- 交通事故及び転倒、溺れたなどの外因的な急変の場合は、人生の最終段階の疾患とは違う要因での心肺停止です。直ちに呼んでください。
- Q 5** 介護用ベッド下で倒れて頭を怪我した本人を発見しました。心肺停止になってから転落したのか、転落して外因性での心肺停止となったか判断ができません。救急車を呼んでいいですか？
- **Q 4**と同じです。迷った場合も呼んでください。
- Q 6** 急変であるのかわからない場合、最初に救急車を呼ぶべきか、かかりつけ医に連絡すべきか迷います。どちらを呼んだほうがいいですか。または両方に電話したほうがいいですか？
- 迷う場合は、救急車を呼んでください。両方に電話し、救急隊の方が早く本人のもとに到着した場合は、本人の延命治療の意思表示に関わらず、かかりつけ医が到着するまで心肺蘇生法を続けます。（到着後にかかりつけ医の指示に従います。）
- Q 7** 慌ててしまい、かかりつけ医に連絡せずに救急車を呼んでしまいました。どうしたらいいですか？
- 救急隊が到着して心肺停止を確認後、救急隊から、かかりつけ医に連絡することもあります。医師に連絡が取れない場合は、本人の延命治療の意思表示に関わらず、救急隊の業務を優先して心肺蘇生法を行って病院へ搬送します。また、かかりつけ医と連絡が取れた場合でも、すぐに医師が到着できないときも同様に心肺蘇生法を行って病院へ搬送します。かかりつけ医が本人のもとに向かっている場合も**Q 6**と同様に医師到着まで心肺蘇生法を続けて医師の到着を待ちます。
- Q 8** 救急車を呼んだ場合、延命治療の意思表示の書面があれば提示が必要ですか？
- あれば提示してください。病院へ搬送する場合は病院への携行をお願いします。ただし、救急隊の対応は、**Q 6**・**Q 7**と同様にかかりつけ医の指示があるまでは心肺蘇生法を行って病院へ搬送します。

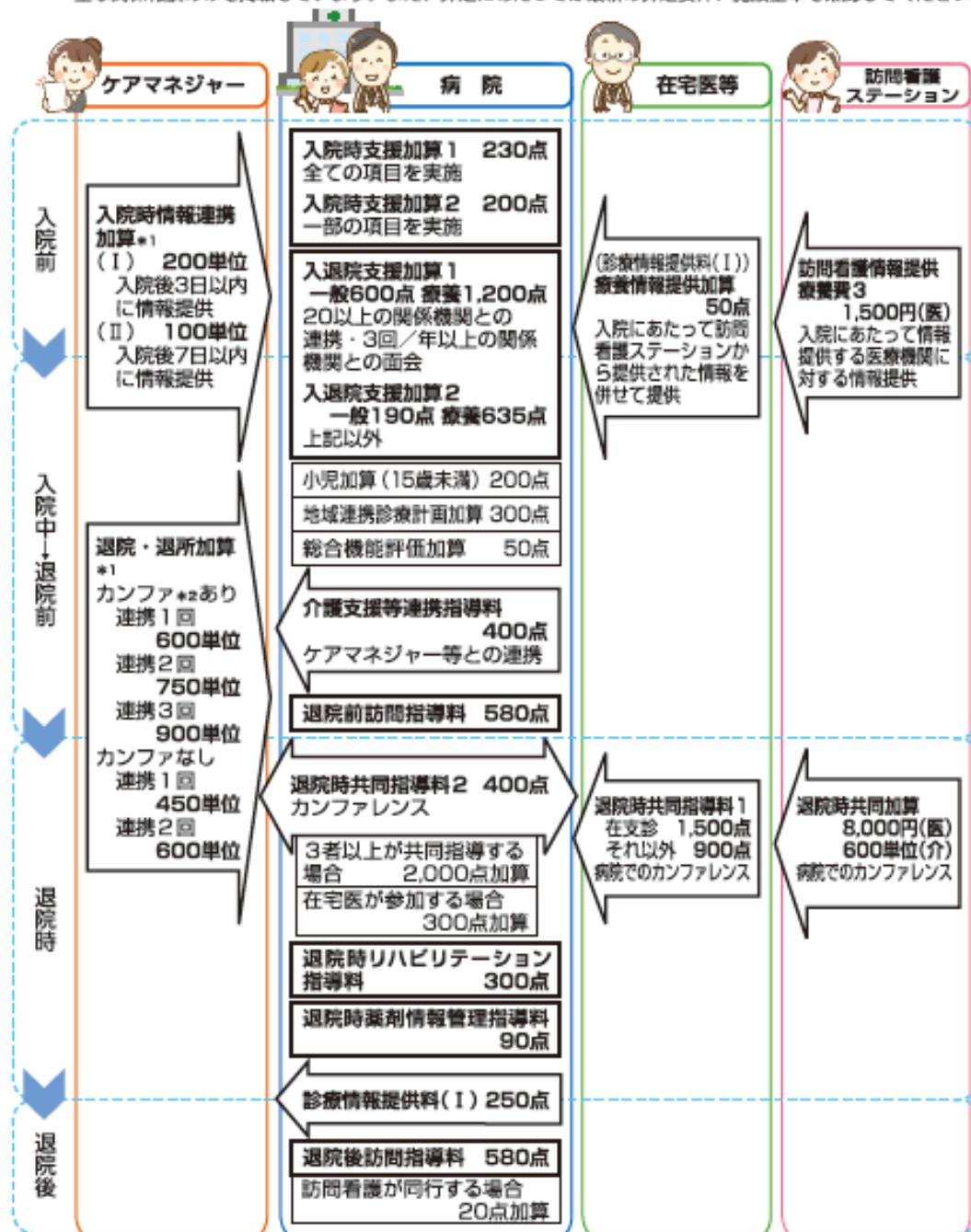
(6) 入退院支援に係る診療報酬及び介護報酬

8. 参考情報

(ア) 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。



*1 介護予防支援、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護においては「入院時情報連携加算」「退院・退所加算」なし
 *2 ここでのカンファとは、病院の退院時共同指導料2に係る共同指導を指し、患者が入院する医師・看護師を除く、①在宅療養担当医療機関の医師等、②保険医である歯科医師等、③保険薬剤師、④訪問看護ステーションの看護師等(看護師を除く)、⑤介護支援専門員、⑥相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行ったカンファに該当する。

(7) 市内医療・介護資源情報掲載 HP 一覧

医療機関や介護事業所、生活支援サービスなど市内の医療・介護関係資源の情報掲載 WEB サイトを一覧にし、市ホームページに掲載しています。

掲載先

出雲市の TOP ページ>「医療介護マップ」をクリック



スマートフォンの
方はこちら

↓QR コード



市内の医療機関・介護事業所の情報掲載ウェブサイトについて

このページは、出雲市にある医療機関・介護事業所等の情報を調べるができるウェブサイトを一覧にしたものです。
下記の表から、調べたい項目に印がついているウェブサイト名をクリックしてください。（そのウェブサイトにてジャンプします。）

▶ 医療機関・介護事業所情報掲載ウェブサイト一覧

ウェブサイト一覧（○・・・名称、所在地等の基本情報のみ ●・・・開所時間、提供サービス等の詳細情報あり）

ウェブサイト (管理者)	病院・ 診療所	歯科診 療所	薬局	介護事 業所	生活支援 サービ ス	ウェブサイトの特徴
医療介護資源マップ (出雲市医療介護連携課)	●	●	●	●		・医療機関と介護事業所を同じ地図上表示 ・日常生活圏域（中学校区）で絞り込み検索
医療機能情報システム (厚生労働省/島根県)	●	●	●			・診療曜日や診療科で絞り込み検索 ・名称、在宅医療実施有無など検索
介護サービス情報公表システム (厚生労働省/島根県)				●		・介護サービス報酬金試算 ・地図から自宅周辺の事業所検索 ・スマートフォン用アプリあり
保険医療機関・保険薬局指定状況 (中国四国厚生局)	○	○	○			・保険医療機関一覧 (PDF/EXCEL) ・直近6か月の指定・廃止機関一覧
県内医療機関一覧 (島根県医療政策課)	○	○				・病院・診療所・歯科診療所一覧 (PDF/EXCEL)
県内介護サービス事業所一覧 (島根県高齢者福祉課)				○		・居宅サービス、地域密着型サービス、介護予防・日常生活支援総合事業事業所一覧 (PDF/EXCEL) ・介護保険施設、その他施設一覧 (PDF)
市内介護保険地域密着型サービス事業所一覧 (出雲市高齢者福祉課)				○		・小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護（認知デイサービス）、地域密着型通所介護（デイサービス）、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）等一覧 (PDF)
てごナビ！暮らしのお助け情報 (出雲市社会福祉協議会)					●	・移動販売、生活支援、福祉タクシー等のサービス提供事業所情報

※上記ウェブサイトの掲載情報は、医療介護資源マップ（出雲市）はH30.4.1時点、それ以外は随時更新
※上記のほか、各職能団体や民間事業者が作成したウェブサイトがあります。（この表に掲載している情報がすべてではありません）

・アセスメントシート（情報提供書）

【平成30年度改訂版】

居宅介護支援事業所：
住所：出雲市

・訪問看護入院時情報提供書

訪問看護情報提供書									
提供先					担当	様		作成日	2019/11/26
提供元					担当	様		まめネット	☐ 加入 ☐ 未加入
提供元電話番号					所長名				
フリガナ					生年月日				
氏名					性別	選択	年齢		
住所					(家族構成) 住居:選択 ()				
社会保険	☐ 身障 ☐ 精神 ☐ 療育 ☐ 難病				☐ 独居 ☐ 同居家族 ()				
主治医	医療機関:				医師:				
介護認定	要介護度(選択) ☐ 未申請 ☐ 申請中(調査日:)				ケアパーソン(氏名:) 続柄: ()				
	居宅事業所 (担当:)				ペット ☐ 有() ☐ 無				
社会資源	☐ 訪問看護(回/週) ☐ デイケア ☐ デイサービス ☐ 訪問入浴				特記事項(介護状況等)				
	☐ 訪問介護(回/週) ☐ 福祉用具 ☐ その他()								
日常生活判定基準	選択				認知症判定基準	選択			
コミュニケーション	意思疎通:(☐ 問題あり ☐ 問題なし) 視力:(☐ 問題あり ☐ 問題なし) 聴力:(☐ 問題あり ☐ 問題なし)								
在宅での医療処置	☐ CVポート ☐ CV体外式 ☐ 未植(☐ 24時間持続 ☐ 日中のみ()時間 ☐ 夜間のみ()時間) ☐ 輸液ポンプ ☐ HD 施設() (回/週) ☐ 創処置(褥創含む) 部位() 方法() ☐ 気切 ☐ 吸引(回/日) ☐ 呼吸器() ☐ 酸素() ☐ インスリン(内容:) 単位/ (回)(選択:) ☐ 疼痛管理:方法(☐ 内服・ ☐ 坐薬・ ☐ 貼付薬・ ☐ 注射) (回数 回/日) ☐ バルン交換(最終交換日:○月○日) () ☐ 経管栄養(種類:) () ☐ 人工肛門(交換頻度()日毎・交換者() ☐ 人口膀胱(交換頻度()日毎・交換者() 特記事項:								
移乗・移動	移動方法: ☐ 車椅子(☐ 介助 ☐ 自立) ☐ 歩行(☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 介助) 装具・補助具: ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ その他() 特殊寝具(☐ エアマット ☐ 体圧マット) 麻痺・欠損: ☐ あり ☐ なし 部位: 程度: 備考:								
食事	食事方法: ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (備考) 食事内容:(主食) ☐ ご飯 ☐ 軟飯 ☐ 全粥 ☐ ()分粥 (副食) ☐ 常菜 ☐ 軟菜 ☐ 刻み ☐ ソフト ☐ ミキサー 嚥下障害: ☐ あり ☐ なし トロミ: ☐ あり ☐ なし 嚥前: ☐ 全部 ☐ 一部 ☐ なし 経管栄養食:(内容、量、回数、注入手法等) 食事種類: 調理者: ☐ 配食(☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夕)								
排泄	トイレ ボーグール おむ 尿便器 尿便意				排便コントロール		最終排便日		
	排便:				☐ 内服 ☐ 座薬 ☐ 摘便 ☐ 浣腸		○月○日		
	排便:				排便特記:				
清潔	☐ 自立 ☐ 介助(☐ 入浴・ ☐ シャワー浴・ ☐ 清拭・ ☐ 訪問入浴・ ☐ デイサービス)								
内服管理	☐ 自立 ☐ 介助 方法()								
睡眠	☐ 良 ☐ 不良 薬剤(☐ あり ☐ なし)								
入院に至る経過(直近)									
問題点(備考書)									
本人・家族の意向									

印刷日時: 2020/8/12_3:25 PM

(書式 Ver.2.2)

・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)

御中

記入日 R 年 月 日

ふりがな			施設名			
氏 名	様	歳	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 (最近の様子)	かかりつけ医		医院名()、医師名()			
	要介護度		要介護()・要支援()・ □介護認定なし			
	障害者手帳		□身障 □療育 □精神 □難病			
主病名・疾患名	①	日常生活 自立度		(選択してください)		
	②	認知症生活自立度		(選択してください)		
	③	身長・体重		cm kg		
食 事	形 態: □ 普通 □ きざみ □ ミキサー □ソフト					
	摂取方法: □ 自立 □ 一部介助 □ 全介助 水分(とろみ): □ あり □ なし					
	□ 経管栄養 □ 胃ろう □ 腸ろう (造設日:) (最終交換日:)					
	義 歯: □あり □なし					
服 薬	□ 自己管理 □ 他者(管理者:)					
排 泄	□ トイレ(自立・介助) □ ポータブル(自立・介助) □ オムツ □ ストーマ(交換頻度:)					
	□ 尿留置カテーテル: 交換者(□かかりつけ医 □施設看護師 □その他()) 最終排便日: 月 日					
動 作	麻痺: □あり □なし					
	拘縮: □あり □なし					
	移乗: □自立 □一部介助 □全介助 □その他					
	移動: □独歩 □杖歩行 □歩行器 □車いす					
清 潔	入浴: □ 自立 □ 一部介助 □ 全介助 □ その他 最終入浴日:					
	口腔: □ 自立 □ 一部介助 □ 全介助 □ その他					
	更衣: □ 自立 □ 一部介助 □ 全介助 □ その他					
会 話	意思疎通: □自立 □やや難 □困難 □難聴					
	理解力: □あり □やや難 □困難					
	失語症: □あり □なし					
	BPSD: □あり □なし					
	特記:					
終末期の意向	ACPの実施: □有(誰と:) □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: □病院 □施設 □自宅 □その他					
キーパーソン①	氏 名	様	続柄		住 所	
					電話番号	
キーパーソン②	氏 名	様	続柄		住 所	
					電話番号	
家族関係						
施設医療体制	□胃ろう □吸引(日勤帯のみ・夜間可能) □酸素吸入 □点滴(水分のみ) □インスリン(回) □他					
施設から連絡事項	【救急要請等医師の紹介状がない場合】服薬・アレルギー情報別紙のとおり					

作成: 鳥根県老人福祉施設協議会

・患者情報カード

患者情報カード

作成 R2.11.9 現在

送信先:	:	様	まめネット ☐ 加入 ☐ 未加入
送信元:	:		

フリガナ	生年月日		家族構成	
氏 名	性別	年齢		
住 所				
社会保障	☐ 身障 ☐ 精神 ☐ 療育 ☐ 難病			
介護認定	☐ 要支援 ☐ 要介護 ☐ 未申請 ☐ 申請中:調査日 居宅事業所 担当			
診療科	主治医			
病 名				
入院日:	手術日:	身体測定日:	身長: cm 体重: Kg	
医療処置	☐ 末梢点滴 ☐ IVH ☐ ポート ☐ 気管切開 (種類:) ☐ 酸素 (マスク・カヌラ) ☐ 口腔内吸引 (頻度:) ☐ 気管内吸引 (頻度:) ☐ 褥瘡・皮膚損傷 (部位、サイズ、ポケット、処置:) ☐ 人工透析 (曜日:) ☐ 人工肛門 ☐ 人工膀胱 ☐ バルン (Fr) ☐ 間歇導尿 (回/日) ☐ 経鼻胃管 (Fr) ☐ 胃瘻 (挿入日:Fr) ☐ 腸瘻 (挿入日:Fr) ☐ インスリン (種類・単位・時間等) ☐ 医療用麻薬 備考:			
	アレルギー・禁忌: ☐ なし ☐ あり ()			
	感染症: ☐ MRSA 部位 ☐ HBV ☐ HCV ☐ その他感染症:			
	理解・認知	意思疎通: ☐ できる ☐ できない 診療・療養上の指示: ☐ 伝わる ☐ 伝わらない HDS等 () 行動障害・周辺症状: ☐ あり ☐ なし 内容: 高次脳機能障害: ☐ あり ☐ なし 内容: 行動対応: ☐ 4点柵 ☐ センサー ☐ Ns見守り ☐ ミン ☐ 抑制帯 ☐ 屯用薬 その他: 備考:		
	移乗・移動	寝返り: ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 起き上り: ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 坐位保持: ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 移 乗: ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 移動方法: ☐ ストレッチャー ☐ 車椅子 (☐ 介助 ☐ 自操) ☐ 歩行 (☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 介助) 装具・補助具: ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ その他 () 特殊寝具: ☐ エアマット ☐ 体圧マット 麻痺、欠損: ☐ あり ☐ なし 部位: 程度: 備考:		
	食事	食事方法: ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (備考) 食事内容: (主 食) ☐ ご飯 ☐ 全粥 ☐ () 分粥 ☐ ミキサー (副 食) ☐ 常菜 ☐ 軟菜 ☐ 刻み ☐ ミキサー 嚥下障害: ☐ あり ☐ なし トロミ: ☐ あり ☐ なし 経管栄養食: (内容、量、回数等) 備考:		
排 泄	トイレ ☐ 自立 ☐ 介助 排尿: ☐ ☐ ☐ ☐ 排便: ☐ ☐ ☐ ☐	ボータブル ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ ☐ ☐ ☐	オムツ ☐ ☐ ☐ ☐	
	尿便器 ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ ☐			
清潔・保清	排便コントロール ☐ 内服 ☐ 座薬 ☐ 摘便 ☐ 浣腸 排泄特記:			
	☐ 入浴 (特浴、普通) ☐ シャワー ☐ 清拭			
リハ評価	FIM 点 (採点日:)	リハ起算日:	リハ算定病名:	
本人・家族の意向				
備 考				

(9)FIM による ADL 評価のメリットと情報共有の流れ（出雲リハケアネット）

FIM（機能的自立度評価法）を入退院連携に活用！

出雲市ではFIMの普及と活用を通して、

- 入退院連携における在宅ADL情報の共有効率化および高度化
- 基本的ADLの全体像の共有推進（ケア情報の一元化、共通認識）
- 更には、在宅支援者間の連携強化による入退院の繰り返し予防に取り組めます！

【FIMの概要】

FIMとは機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）の略で、数あるADL評価法の中でも、最も信頼性と妥当性があると言われています。

具体的には、食事や移動などの“運動ADL”13項目と“認知ADL”5項目から構成され、しているADLの自立度に応じて1～7点の7段階で採点します（最低18点／最高126点）。

1週間以内にFIM総合得点が10点以上低下するような状態を、“急性増悪”とみなします。詳細は出雲圏域版FIMポケットマニュアルをご参照ください。



【対 象】

通所リハビリ、訪問リハビリ、訪問看護（リハビリ）の利用者

＊出雲市内在住の要介護認定者（要支援含む）

【FIMによるADL評価のメリット】

- ・ADL自立度（介護時間や介護負担度の目安）など基本的ADLの全体像を共有
⇒ ケア情報の一元化、共通認識
- ・生活空間による基本的ADL自立度の差を埋めるための計画を検討
⇒ 生活課題の抽出（環境因子、人的因子など）、多事業所間の情報共有および連携強化
- ・入院前のFIM情報を把握することで入院中のADL低下防止を推進
⇒ 迅速なりハビリ医療の介入、退院支援の早期検討に着手
- ・変化を迫りかけることで適切な支援を継続
⇒ 目標整理、計画立案、効果判定の共有
- ・感度の高い予後予測でADL低下の早期発見と早期対応
⇒ 基本的ADLの維持改善による入退院の繰り返し予防

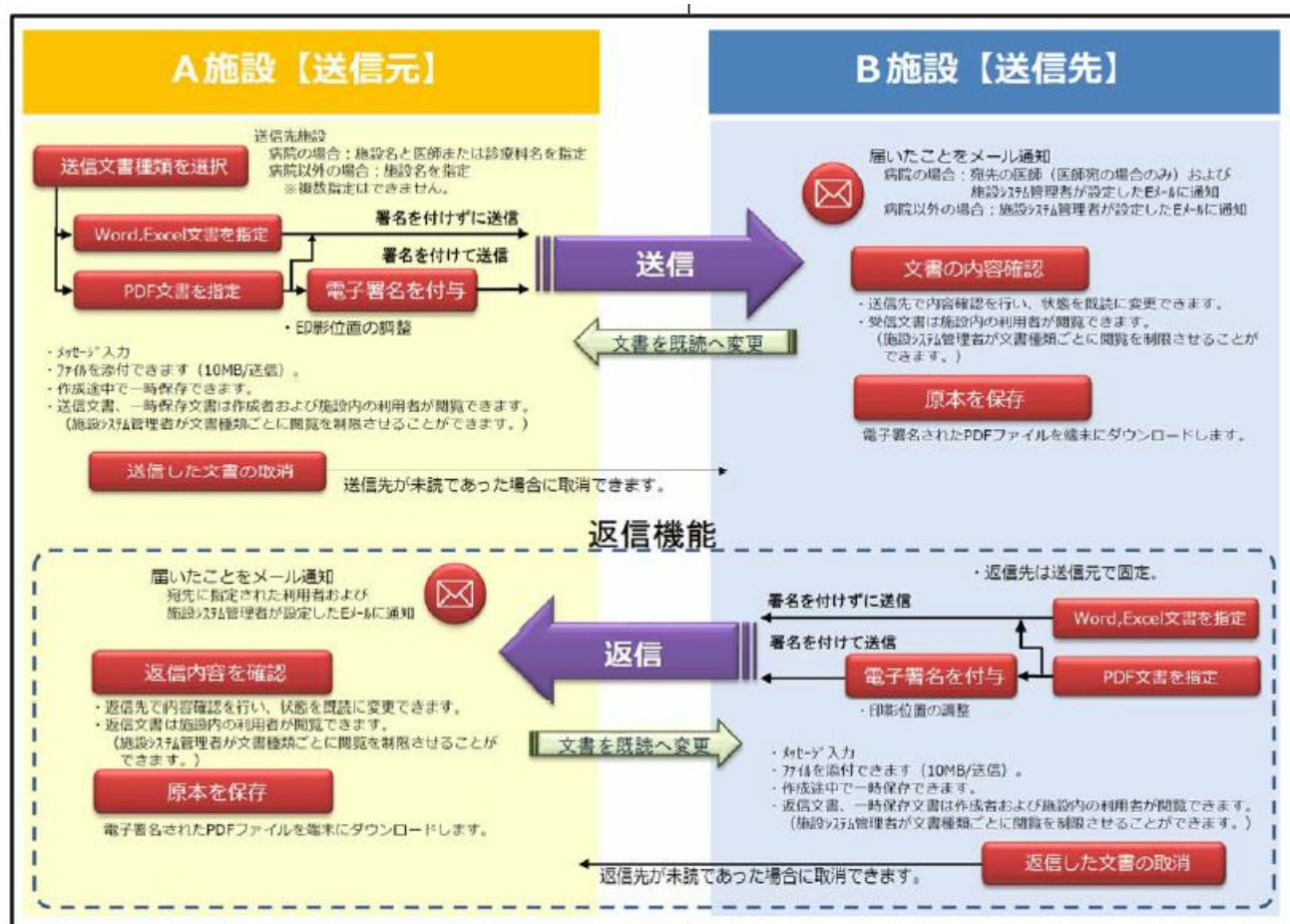
FIMによるADL情報の共有イメージ

【FIM情報の提供手段については、点数が記載してあれば媒体は問わない】



(10) まめネット_汎用文書送信サービスの説明

汎用文書送信サービス概要図（まめネットマニュアルから抜粋）



訪問看護情報提供書提出における活用方法

これまで、市内訪問看護ステーションが病院に対し、FAX または持参の方法により提出していた訪問看護情報提供書を、まめネット汎用文書送信サービスを利用して PDF ファイルで提出している。

まめネット活用によるメリット

- ・ FAX 誤送信による情報流出のリスクが減る（セキュリティが保たれた通信網で送受信）
- ・ FAX 送信前後の個人情報（氏名・生年月日等）の非表示作業・送信後口頭伝達が不要になる（FAX 送信前に個人情報を非表示にして送信、送信後電話で受信確認、非表示にしていた氏名・生年月日等の個人情報を口頭で伝える一連の作業が省略できる）
- ・ FAX・郵送による通信コスト・タイムラグ解消（病院は電子ファイルを即時閲覧・カルテ取込）

(11) 出雲市版終活支援ノート「あんしんノート」

～出雲市版終活支援ノート～

あんしんノートを 希望者にお渡しします

出雲市では、住み慣れた地域でいつまでも自分らしく暮ら
しつづけるために、医療や介護に関するあなたの想いを普段
から考え、それを家族や友人など、あなたが信頼する人と話
し合うきっかけになることを目的として「あんしんノート」を
作成し、希望者に無料でお渡ししています。

これまでの人生を振り返り、好きなものや大切にしている
ことなど、あなたの価値観を基に、医療や介護が必要になっ
たとき、どのように過ごしたいか考え、話し合ってみませんか。
なお、「今は考えたくない」「話したくない」という気持ちも、
あなたの大切な考え方です。

無料

**どんな
内容？**

自身のプロフィールや家系図のほか、医療や介護が必要になった
ときにどのような治療やケアを受けたいか、選択肢の中から選べる
ようになっています。

配布場所などは裏面をご覧ください

お問い合わせ

出雲市役所 健康福祉部 医療介護連携課
電話：(0853) 21-6121 FAX：(0853) 21-6749
Mail：iryou-kaigo@city.izumo.shimane.jp

どこでもらえる？

窓口で受け取る

出雲市役所医療介護連携課または各行政センター

名 称	電話番号	所 在 地
本 庁 医 療 介 護 連 携 課	21-6121	今市町 70
平田行政センター 市民サービス課	63-5567	平田町 951-1
佐田行政センター 市民サービス課	84-0111	佐田町反辺 1747-6
多伎行政センター 市民サービス課	86-3111	多伎町小田 74-1
湖陵行政センター 市民サービス課	43-1212	湖陵町二部 1320
大社行政センター 市民サービス課	53-3116	大社町杵築南 1397-2
斐川行政センター 市民サービス課	73-9110	斐川町荏原 2172

高齢者あんしん支援センター

名 称	電話番号	所 在 地
出雲高齢者あんしん支援センター	25-0707	今市町 543 出雲市社会福祉センター内
平田高齢者あんしん支援センター	63-8200	平田町 2112-1 平田福祉館内
佐田高齢者あんしん支援センター	84-0019	佐田町反辺 1747-6 佐田行政センター内
多伎高齢者あんしん支援センター	86-7122	多伎町小田 50 多伎地域福祉センター 「うなばら会館」内
湖陵高齢者あんしん支援センター	43-7611	湖陵町三部 1352 湖陵福祉センター内
大社高齢者あんしん支援センター	53-3232	大社町杵築南 1397-2 大社行政センター内 2 階
斐川高齢者あんしん支援センター	73-9125	斐川町上荏原 1766-2 出雲市社会福祉協議会斐川支所内

インターネットから

出雲市のホームページ内から検索できます！

あんしんノート

郵 送（出雲市民の方のみ）（配布場所まで行けない・インターネットを利用していない方）

市役所医療介護連携課までお電話ください。送付先住所、氏名、連絡先電話番号、
希望冊数（お一人 2 冊まで）を電話でお伝えください。送料着払い（1 冊：201 円、
2 冊：236 円）でお送りします。 ☎(0853) 21-6121（市役所医療介護連携課）

(12) 低栄養改善・食支援のアセスメントに係る専門職派遣事業

低栄養改善・食支援のアセスメントに係る専門職派遣事業

目的

在宅療養者が、おいしく食事を愉しみ、低栄養改善に必要な支援が得られる体制を整えるため、アセスメントに関わる専門職の派遣事業を実施する。

対象者

市内に居住する
事業対象者、居宅要支援者、居宅要介護者

派遣専門職

歯科医師又は歯科衛生士、管理栄養士、言語聴覚士

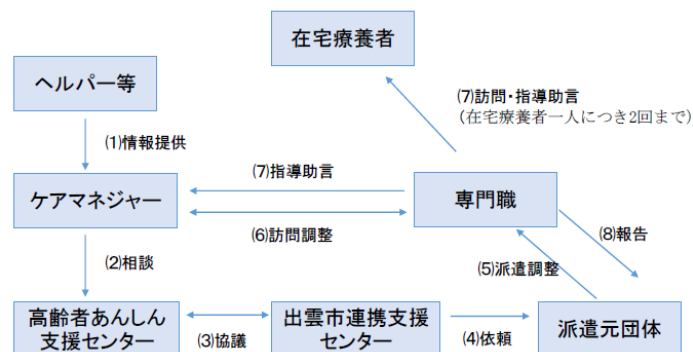
実施内容

低栄養・食支援に関する在宅療養者のアセスメント
面接等による状態把握・アセスメント実施、在宅療養者・家族及びケアマネ等サービス提供者への指導助言

実施期間

令和2年4月1日から令和5年3月31日まで（3年間）
実施期間中に、本事業の効果及び継続実施のための課題整理（低栄養改善・食支援を要する在宅療養者の把握方法、居宅療養管理指導の利用、派遣専門職の確保等）を行う。

【派遣事業の流れ】



費用

在宅療養者は費用負担なし。
市は派遣元団体に対し、専門職派遣に係る費用を支払う

**低栄養改善・食支援のための
専門職派遣事業**

ケアマネジャーからの相談に応じ、専門職を派遣します。

費用負担はありません。在宅高齢者1人につき1回（必要に応じて2回）まで
派遣する専門職は

歯科医師
または
歯科衛生士

管理栄養士

言語聴覚士 等

在宅療養者が食事を愉しみ、低栄養改善に必要な支援が得られる
体制を整えるための、アセスメント（面接、助言）を実施します。

①まずは気になる方をチェック！～裏面をご利用ください
栄養状態は？お口の問題？飲みこみは？等で専門職派遣を検討されたら

②高齢者あんしん支援センターに相談
～専門職の派遣調整

③専門職の派遣 ～「アセスメント」と「助言」

最近やせてきた？ よくむせてるみたい お気軽にご相談ください
飲みこみが悪い？ もっと食べやすくするには？
義歯が合っていない？ 食事の量や内容はOK？ 居宅療養管理指導が必要？

相談先：高齢者あんしん支援センター
（出雲）25-0707 （平田）63-8200 （佐田）84-0019 （多伎）86-7122
（湖陵）43-7611 （大社）53-3232 （斐川）73-9125
実施主体：出雲市在宅医療介護連携支援センター 21-6121

〈MEMO〉

このガイドラインに対するご意見は、下記の事務局にお寄せください。

いただいたご意見を基に随時改訂します。

最新の入退院連携ガイドラインは出雲市ホームページに掲載しています。

掲載先は「出雲市入退院連携ガイドライン」で[検索](#)

(発行・編集)

出雲市在宅医療・介護連携推進連絡会議

(事務局)

出雲市役所 健康福祉部 医療介護連携課

(出雲市在宅医療介護連携支援センター)

電話(0853)21-6121 Fax(0853)21-6749

E-mail : iryou-kaigo@city.izumo.lg.jp