



# 島根県 入退院連携ガイドライン

## 病院と地域をつなぐ 切れ目のない連携を目指して

患者本人・家族が、どこで療養するか、どのような生活を送るか意思決定するための支援を行い、その意思決定を尊重することが大切です。

そのために、病院と地域の支援の担当者（かかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護師、ヘルパー等）は、本人・家族と繰り返し話し合うとともに、本人・家族の了承を得た上で、日頃から他の職種・機関と情報を共有しておくことが重要です。

入退院を経て、その人らしい暮らしの場に帰るためには、地域の支援の担当者が多職種による地域の支援チームを作っておくことが大切です。その上で、病院と地域の支援チームの協働が欠かせません。地域の支援チームは、病院の機能や病院内での入退院支援の流れを知っておくこと、一方、病院は地域資源を把握し、院内・院外での連携体制を構築しておくことが大切です。

円滑な入退院支援を行うためには、入院中の多職種連携はもちろん、入院前からの在宅時における情報共有や、退院後の再発防止・重症化防止に努めていくことが重要です。

島根県入退院連携検討委員会  
(事務局：島根県健康福祉部高齢者福祉課)

## 1. 本ガイドラインの目的

「島根県入退院連携ガイドライン」は、要介護・要支援者及び退院支援が必要な方の入退院時における病院等と居宅介護支援事業所・地域包括支援センター間の情報共有ルールを定める際のガイドラインです。**2次医療圏域等でルール化する際の参考**にしてください。

ガイドラインにそって各圏域でルール化がされた結果、圏域をまたぐ入退院でも連携がスムーズになることが期待されます。

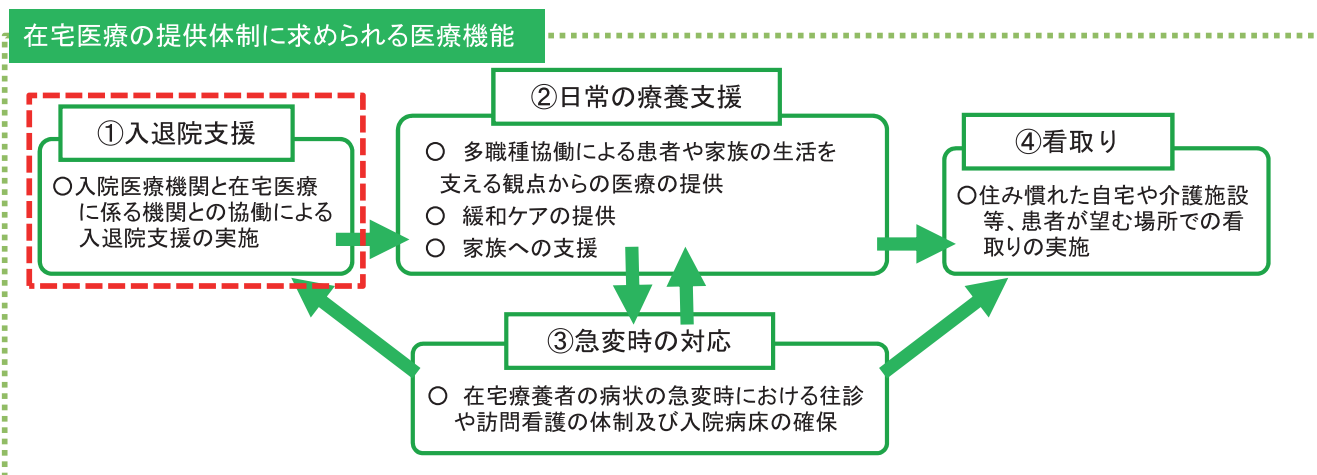
このガイドラインでは、情報共有にかかる最低限の内容を列挙しました。各圏域で関係者が検討し、必要に応じて細部を定めるなど、それぞれの**地域の実情にあわせてルールを作成**してください。

なお、各圏域でルール化された後も、関係者への周知、運用状況の検証、ルールの必要な見直しを繰り返し行うことが必要です。また、様々な機会で見える関係づくりが必要です。

住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、医療や介護をはじめ多様な関係機関が切れ目なく連携していくことが必要です。

在宅療養を続けていくためには、病院と地域をつなぐスムーズな「①入退院支援」、多職種協働による「②日常の療養支援」、在宅療養者の「③急変時の対応」、本人・家族が望む場所での「④看取り」という4つの機能を確保することが大切です。本ガイドラインは、これらの機能のうち、「入退院支援」を関係機関が協働して実施していくためのツールです。

～「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ～

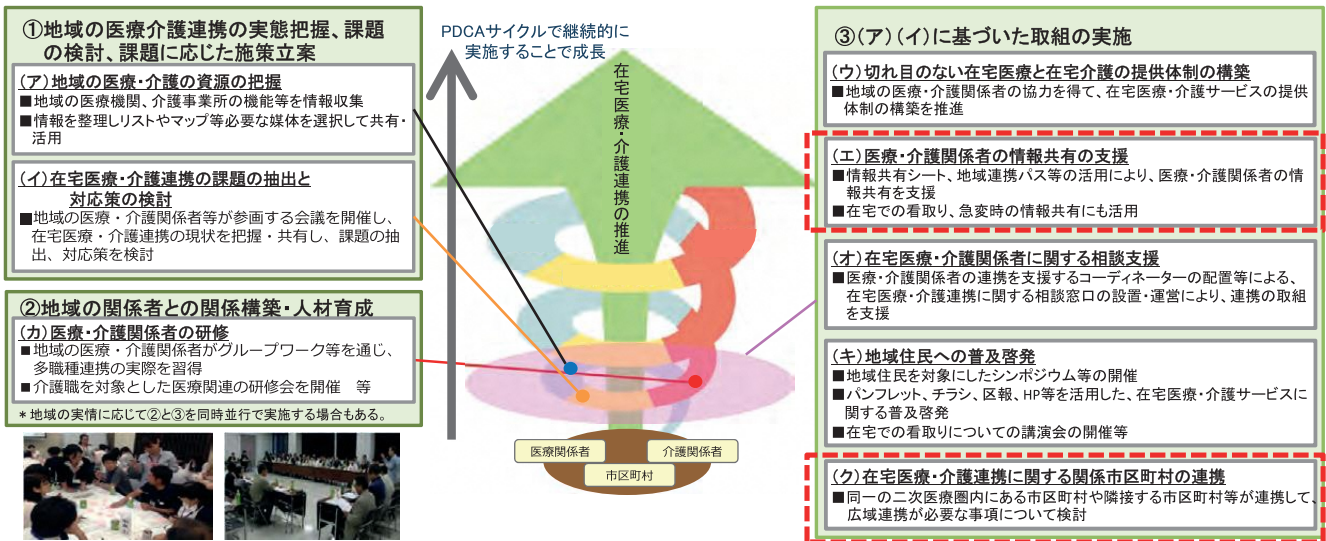


在宅医療の体制構築に係る指針(疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知)を一部改変

また、市町村が主体となり、介護保険法の地域支援事業に位置付けられた「在宅医療・介護連携推進事業((ア)～(ク)の8事業項目)」を進めています。この事業項目のうち、「(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援」、「(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」に本ガイドラインが役立つことが期待されます。

# 在宅医療・介護連携推進事業

## 事業項目と事業の進め方のイメージ



\* 図の出典：富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書の一部改変（平成27年度老人保健健康増進等事業）

## 2. 支援の対象者

次の①～④のいずれかに該当する方

- ① 介護保険サービスを利用している人
- ② 退院後に新たに介護保険サービスを利用する人
- ③ 訪問看護を利用している人
- ④ その他必要と判断した人（8. 参考情報（イ））

ただし、同一疾病での再入院や概ね1週間以内の短期入院・検査入院等で、状態変化が無い場合は、支援の担当者間で相談の上、対象外とすることも可能。

## 3. 支援の担当者

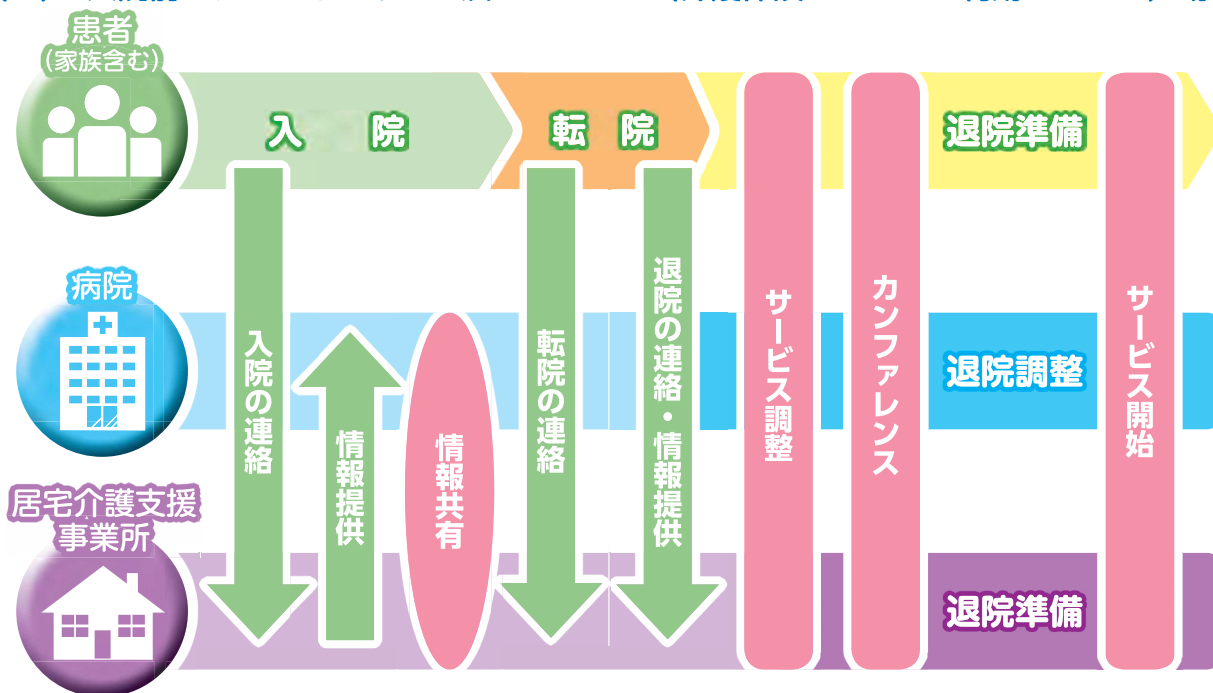
- ① 居宅介護支援事業所のケアマネジャー
- ② 地域包括支援センターの担当者
- ③ 訪問看護ステーションの訪問看護師
- ④ 病院担当者（病院及び有床診療所における入退院支援担当者（医療ソーシャルワーカーや看護師等））
- ⑤ 市町村（介護保険担当部署）

### ポイント

- 必要に応じて施設等のケアマネジャーや相談支援事業所の相談支援員を追加してください。

## 4. 入退院調整

### (ア) 入院前にケアマネジャーが決まっている（介護保険サービスを利用している）場合



#### ●入院時の連絡

- 病院担当者は、患者・家族に対し、ケアマネジャーへの入院連絡がされたか確認するとともに、されていない場合は速やかに連絡するよう伝える。患者・家族からの連絡が困難な場合等、必要に応じてケアマネジャーに入院の連絡をする。
- ケアマネジャーは、利用者の入院がわかったら、速やかに「入院時情報提供書」（7. 参考様式（ア））を病院担当者（「6. 入院医療機関連絡先一覧」参照）へ提出し情報提供する。また、必要に応じてかかりつけ医、訪問看護ステーション等の関係機関へ連絡する。
- 病院担当者は、ケアマネジャーから提供された情報は、院内で情報共有をはかる。

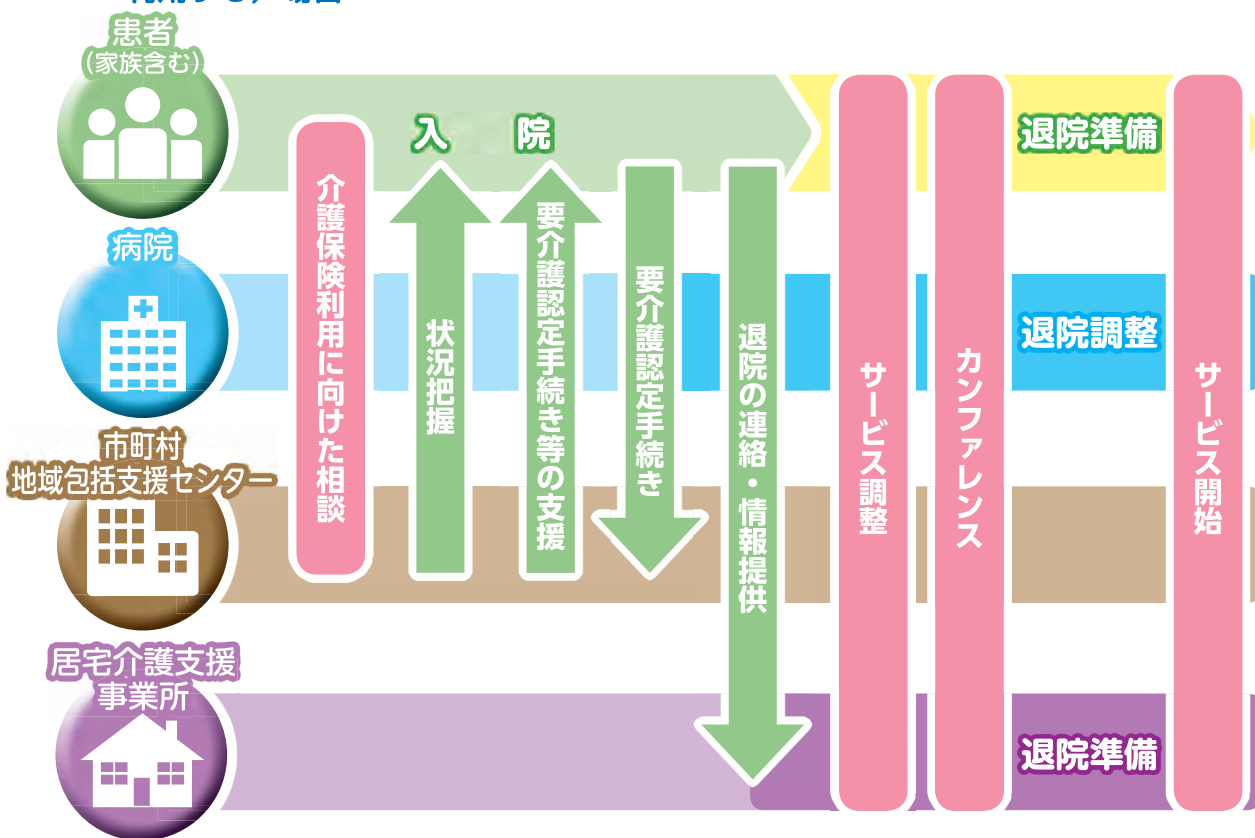
#### ポイント

- ケアマネジャーは、日頃から本人・家族に入院時にはケアマネジャーへ連絡をするよう伝えておきましょう。医療保険証や介護保険証等と一緒に担当ケアマネジャーの名刺や「ケアマネ連絡カード（事業所名や担当者の連絡先等を記載したもの）」を保管するよう伝えておくことも有効です。
- ケアマネジャーから病院担当者等への入院連絡の期間を明示することも有効です。（例：3日以内、7日以内）
- FAXなど持参以外の連絡ルールを定めることも有効です。

#### ●入院中の連携

- ケアマネジャーと病院担当者は、患者の状態や入院期間の見込み等について情報共有し、在宅復帰に向けた協力を行う。
- 病院担当者は、患者が転院することが決まったら、必要に応じて転院先に患者の在宅時の情報を引き継ぐ。また、患者・家族に対し、ケアマネジャーへの転院連絡がされたか確認するとともに、されていない場合は速やかに連絡するよう伝える。患者家族からの連絡が困難な場合等、必要に応じてケアマネジャーに転院の連絡をする。

(イ) 入院前にケアマネジャーが決まっていない（退院後に新たに介護保険サービスを利用する）場合



●入院中の連携

- 病院担当者と地域包括支援センターの担当者は、患者・家族の同意を得た上で、患者の状態や入院期間の見込み等について、必要に応じて情報共有する。
- 病院担当者は、地域の実情に応じて、市町村介護保険担当課、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所と連携しながら、要介護認定手続き等の支援を行う。
- 患者を担当するケアマネジャーが決まった場合は、そのケアマネジャーは速やかに病院担当者に連絡し、退院調整を行う。



●退院調整

- 病院担当者は、退院が決まったら、退院準備に必要な期間を考慮して、退院することを患者・家族からケアマネジャーに連絡するよう伝える。患者・家族からの連絡が困難な場合等、必要に応じてケアマネジャーに退院の連絡をする。
- 急に退院となった場合は、病院担当者は速やかにケアマネジャーに連絡する。
- 退院調整時の情報共有の方法やカンファレンスの要否・時期・回数等については、患者・家族、病院担当者及びケアマネジャーで調整し決定する。
- 退院調整の過程や結果は、患者・家族及び関係者間（かかりつけ医、病院担当者、ケアマネジャー、訪問看護師等）で共有しましょう。

ポイント

- 退院準備に必要な期間を〇日前と明確にすることも有効です。
- ケアマネジャーは、カンファレンス時にケアプランの原案を用意できると退院調整がスムーズです。
- 退院後の状況を病院へフィードバックすることで、退院調整の振り返りや改善につながります。

## 5. 留意事項

- 個人情報については、個人情報保護法、関連ガイドライン等に基づき適切に取り扱ってください。
- 「入院時情報提供書」は参考様式であり、既存様式の使用や各圏域で必要な修正を加えることを妨げるものではありません。

## 6. 入院医療機関連絡先一覧（〇〇年〇月現在）

	所在地	入院時情報提出先	入院中の連絡窓口
〇 〇 病 院	〒690-8888 島根県しまね市〇〇	平日 9:00~17:15 地域連携室 TEL: 0850-11-〇〇〇〇 (直通) FAX: 0850-11-△△△△ ※ 夜間や休日で提出先が異なる場合は、それぞれ記載すること。	地域連携室・病棟

### ポイント

- 病院毎の取扱いを明示することも有効です。



## 7. 参考様式

### (ア) 「入院時情報提供書」

ケアマネジャーが入院時に病院担当者へ  
情報提供を行う際の様式。

### ポイント

●必要に応じて退院時の様式を定義してください。

7. 参考様式 (ア)	<b>※厚生労働省作成の参考様式</b>	記入日: 年 月 日 入院日: 年 月 日 情報提供日: 年 月 日
<b>入院時情報提供書</b>		
医療機関 ←	居宅介護支援事業所	
医療機関名:	事業所名:	
ご担当者名:	ケアマネジャー氏名:	
	TEL:	FAX:
利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。		
<b>1. 利用者(患者)基本情報について</b>		
患者氏名	(フリガナ) _____	年齢 _____ 才 _____ 性別 _____ 男 女
	生年月日 _____	明・大・昭 _____ 年 月 日生
住所	〒 _____	電話番号 _____
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	住居の種類(戸建て・集合住宅)・ _____階建て、居室 _____階、エレベーター(有・無) 特記事項( _____ )	
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( ) 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 未申請	
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	<input type="checkbox"/> 医師の判断
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> _____割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など認定 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(身体・精神・知的)
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他( _____ )	
<b>2. 家族構成/連絡先について</b>		
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) * <input type="checkbox"/> 日中独居	
主介護者氏名	(続柄 ・ 才)	(同居・別居) TEL _____
キーパーソン	(続柄 ・ 才)	連絡先 TEL: _____ TEL _____
<b>3. 本人/家族の意向について</b>		
本人の趣味・興味・関心領域等		
本人の生活歴		
入院前の本人の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照	
入院前の家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照	
<b>4. 入院前の介護サービスの利用状況について</b>		
入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他( _____ )	
<b>5. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)</b>		
在宅生活に必要な要件		
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居(家族構成員数 _____ 名) * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他( _____ )	
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要( _____ )	
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外(氏名 _____ 続柄 _____ ・年齢 _____ )	
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める( <input type="checkbox"/> 十分 ・ <input type="checkbox"/> 一部 ) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない	
家族や同居者等による虐待の疑い*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( _____ )	
特記事項		
<b>6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)</b>		
「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり	
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり	・具体的な要望( _____ )
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり	
* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2 「退院困難な患者の要因」に関連		

7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について										
麻痺の状況		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )			
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助					
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助					
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助					
食事内容	食事回数	( ) 回/日 ( 朝 時頃 ・ 昼 時頃 ・ 夜 時頃 )				食事制限	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー				UDF等の食形態区分				
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)				
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
睡眠の状態		良	不良 ( )		眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
喫煙		無	有 ( ) 本くらい/日		飲酒	無	有 ( ) 合くらい/日あたり			
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難		眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )			
	聴力	問題なし	やや難あり	困難		補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	言語	問題なし	やや難あり	困難		コミュニケーションに関する特記事項：				
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難						
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ( )								
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ( )								
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由： 期間： H 年 月 日 ~ H 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明								
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて								
入院前に実施している医療処置*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )								
8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付										
内服薬		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )			居宅療養管理指導		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種： )			
薬剤管理		<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者： 管理方法： )								
服薬状況		<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否								
お薬に関する、特記事項										
9. かかりつけ医について										
かかりつけ医機関名					電話番号					
医師名		(フリガナ)			診察方法・頻度		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = ( ) 回 / 月			

\* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

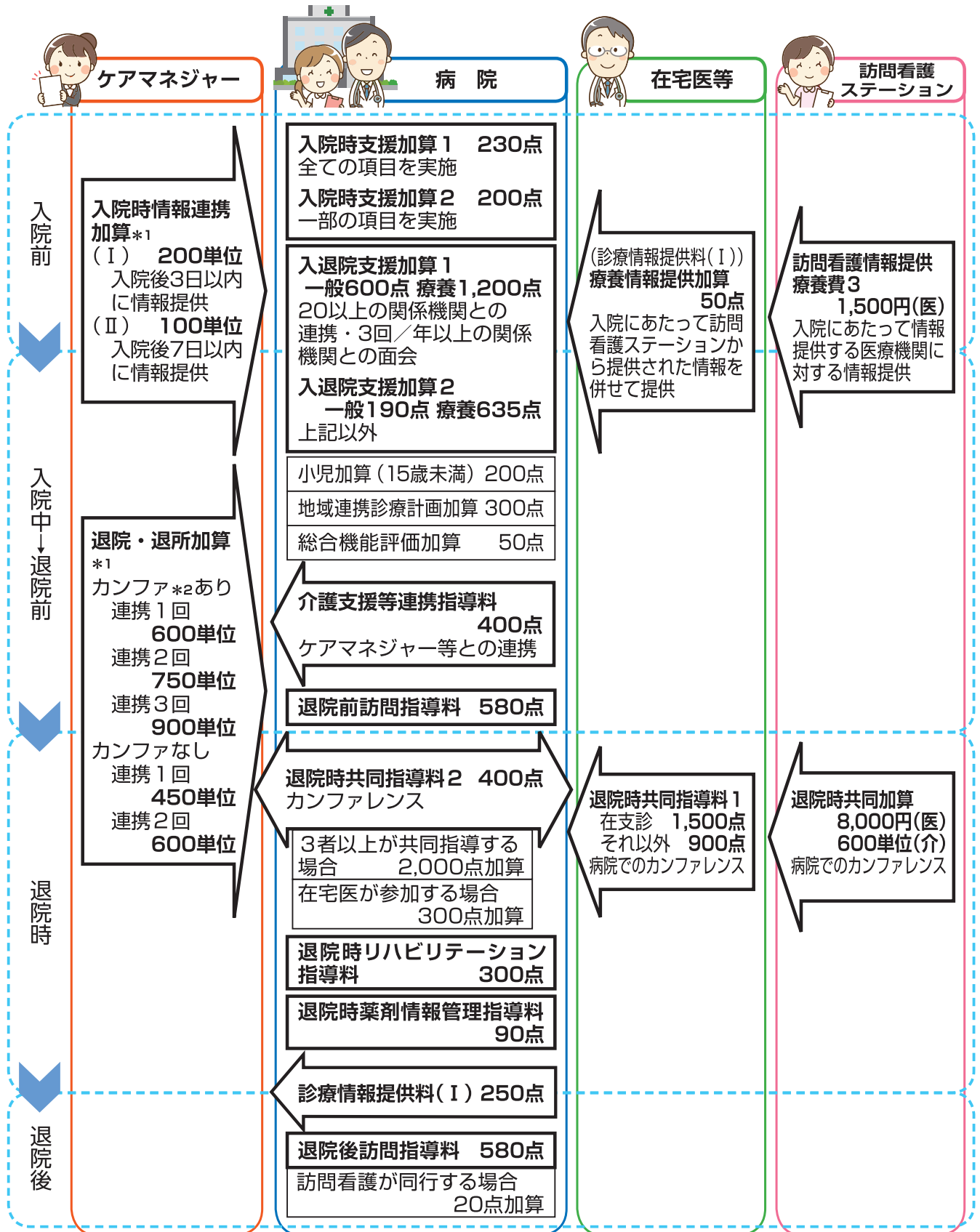


## 8. 参考情報

### (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(准看護師を除く)、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限る。

## (イ) その他支援が必要な人の判断ポイント

- 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」より



## (ウ) しまね医療情報ネットワーク「まめネット」

まめネットでは、患者の同意を得た医療機関が診療情報をまとめて閲覧できる「連携カルテサービス」や、在宅療養者の情報を多職種で共有できる「在宅ケア情報共有サービス」などが稼働し、関係機関の情報共有を支援するツールとして活用されています。

例えば、在宅ケアチームの訪問看護師等の医療職が「連携カルテサービス」を使って入院中の情報を得たり、病院が在宅ケアチームに入った上で「在宅ケア情報共有サービス」を活用することで在宅復帰後の情報を共有したりするなど、まめネットを使うことでスムーズな入退院支援が可能となります。

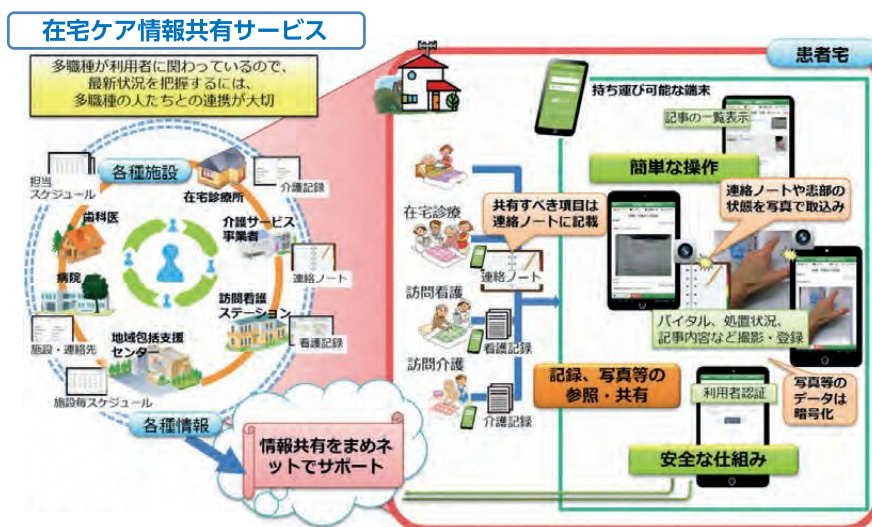
### 連携カルテサービスのイメージ

SOA

- ◎処方
- ◎注射
- ◎検体検査
- 放射線検査
- 生理検査
- 内視鏡検査
- その他の検査
- 手術
- 透析
- 輸血
- 看護記録
- 調剤（薬局）
- 健診
- その他

◎プロフィール、病名、◎アレルギー、◎検査結果、検査レポート

### 在宅ケア情報共有サービスのイメージ



### 「まめネット」に関するお問い合わせ先

NPO法人しまね医療情報ネットワーク協会

電話：0853-22-8058

島根県健康福祉部医療政策課

電話：0852-22-5796

## (エ) 「松江市入退院連携ガイドライン」の作成

松江市では、「島根県入退院連携ガイドライン」をもとに作成に取り組み、令和元年11月に完成しました。

### 工夫した点、特徴

1. ガイドライン作成の目的は、医療・介護職の円滑な入退院支援により、「地域住民の安心が担保される」ことであるため、“ガイドライン使用の心得”として記載。
2. プロセスに「入院前からの関わり」「退院後のフィードバック」を追加し、入院前後の連携の在り方について記載。
3. 使用者に「訪問看護師」「施設ケアマネジャー」を追加。
4. 入退院支援の際、かかりつけ医との連携も重要になるため、医師会から意見を聴取した。

### 入退院の連携プロセスに沿って、地域や病院の課題を抽出し、ワーキンググループで対応策を検討

#### ケアマネジャー、病院入退院支援担当、訪問看護ステーション、包括、行政、医師会

プロセス	地域（上記の支援者）	病院	解決策
入院前からの関わり 入院の連絡	病院が行う入院前からの支援について知らない 入院したことがわからないことがある	入院時にケアマネジャーに連絡したいが、ケアマネジャーが誰かわからない	ケアマネジャーが誰かわかるよう、日頃からの工夫例をあげる 病院の入院前からの支援について紹介
入院時の情報提供	現在の情報提供の内容でよいのか	提供される情報は頼りにしている 内容に対して希望あり	病院が欲しい情報について列記
入院中の情報共有	入院期間（見込み）がわかりにくく 連絡をとるタイミングに悩む	「入院診療計画書」等の確認も 願いたい	入院期間（見込み）を知るための 方法
退院（転院）調整	急な退院は、サービス調整に困る	病院の機能について理解してほしい ケアマネジャーが包括か紹介に迷う 状態像あり	病院機能について周知 包括に紹介する方の状態像の整理
サービス調整	退院前カンファレンスの後に調整 すればよい？どこまで調整してお けばよいのか？	退院前カンファレンスは最終的な 状況の共有とし、それまでに準備、 調整をはじめてほしい	早めに調整を始め、退院後新たに 医療処置が必要になる時にはか かりつけ医に事前相談
退院前カン ファレンス	何をどこまで準備すればよいのか かかりつけ医は事前の相談や話し 合いの内容が知りたい	方針が定まらない 時間が長くなってしまう	事前準備の内容について整理 松江市退院前カンファレンス シート（案）作成
退院時（転院時） の連絡、情報提供	転院先への情報提供はどうすれば いいか	「介護支援等連携指導料」の算定 にケアプランの提出が必要だが、 提出していただきたい	転院先への情報提供について整理
退院後の様子 のフィードバック	どのような内容をフィードバック すればよいか	フィードバックの内容を病院内で どう共有するか	病院の窓口を決める フィードバックの内容について 整理

### 松江市入退院連携ガイドラインの内容

- ① 作成目的・支援の対象者・支援の担当者
- ② 入退院時における連携プロセスとチェックポイント
- ③ 松江市内の病院の機能について
- ④ 病院・地域で使用される様式
- ⑤ 資料（入退院支援に関わる報酬・訪問看護の利用等）



「入退院連携ガイドライン」は、作成した後が大事です。周知活動に力を入れ、使ってみていただき、運用状況の検証、見直しを繰り返し行っていきます。