
廿日市市入退院連携ガイドライン

第1版



令和6（2024）年3月

廿日市市在宅医療・介護連携推進事業委員会

目 次

I はじめに

1. 作成の経緯	1
2. 支援の対象者	2
3. 用語の定義	2

II 普段から心がけておくこと

1. 人生会議（ACP）の実施について	4
2. かかりつけ（医・歯科・薬局）との連携について	7
3. 急変時の対応の確認（急変時への備え）	11

III 入退院連携のポイント

1. 入院前に要介護認定を受けている場合（担当ケアマネあり）	13
2. 入院前に要介護認定を受けていない場合（担当ケアマネなし）	19

IV 看取りについて

22

V 資料編

1. 救急車の要請について（廿日市市消防本部）	24
2. 緊急連絡票推進事業（廿日市市民生委員児童委員協議会）	26
3. リハビリテーション時期と ADL の評価方法	27
4. 高齢者の自立支援に向けたサービスについて	30
5. 社会資源情報について	32
6. 入退院連携ガイドラインの作成体制について	34

今後、介護報酬や医療報酬の改定に伴い、入退院連携に関するルールは見直しや修正を行います。
最新の入退院連携ガイドラインは廿日市市在宅医療・介護連携相談支援室のホームページに掲載します。

【URL】 <http://h-goshi.org/Soudan>



I はじめに

2050 年に向けて、85 歳以上の高齢者の増加に伴い、入院して治療する高齢者が多くなることが見込まれます。退院後に在宅で暮らし続けるためには、医療と介護の両方が必要となります。

入退院連携ガイドラインは、入退院支援に携わるすべての医療・介護関係機関の間における情報共有について、基本的な事項や流れを明らかにすることにより、在宅から病院、病院から在宅への移行を円滑に行うとともに、本人や家族等にとってより良いケアプランの作成につなげることを目的としています。

1. 作成の経緯

廿日市市内には一つの急性期病院を含む 9 病院があり、比較的多くの専門職・機関が入退院支援に関わる状況にあります。また、平成 17（2005）年設立の廿日市市五師士会（以下、「五師士会」という。）は、八つの専門職の団体で構成され、保健・医療・福祉にかかわる専門職が連携・協働し、互いの専門性を高めながら地域住民が安心して暮らせる地域づくりに貢献することを目指しています。

五師士会は、平成 27（2015）年度から特定非営利活動法人となり、廿日市市から在宅医療・介護連携推進事業を受託しました。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に、在宅医療・介護連携推進事業委員会を設置し、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ました。また、令和 4 年（2022 年）には、医療・介護関係者の相談支援窓口として、在宅医療・介護連携相談支援室を開設し、様々な場面（入退院支援、急変時の対応、日常療養の支援、看取り）における多職種連携の推進に向けた取組を進めているところです。

その取組の一つとして、入退院支援に必要な情報を確実かつ迅速に関係者間で共有し、各専門職が共通認識に基づき判断することができる入退院連携ガイドラインを作成することとしました。



五師士会は、設立当初の佐伯地区医師会、佐伯歯科医師会廿日市市支部、廿日市市薬剤師会、広島県看護協会廿日市支部、廿日市市福祉士会の五つに加え、リハビリ士会（広島県理学療法士会、広島県作業療法士会、広島県言語聴覚士会）、廿日市市介護支援専門員連絡協議会、廿日市市栄養士会の八つの団体で構成しています。

令和 6 年度からは、広島県歯科衛生士会廿日市地区会が加わり、九つの団体が連携して活動します。

2. 支援の対象者

本ガイドラインでは、次の①～④に該当する者を支援の対象者と定義します。

- 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 医療保険の訪問看護を利用している者
- ④ その他、退院調整が必要と判断した者（p.17）

3. 用語の定義

本ガイドラインでは、各種用語について次のとおり定義します。

本人

医療を受ける患者又は介護保険等のサービスの利用者本人（支援の対象者）

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

支援者

本人の支援に携わるすべての医療・介護専門職

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

※医療ソーシャルワーカー（以下、「MSW」という。）は、医療機関に勤務し、病気になった患者とその家族を社会福祉の面から支援します。

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、介護医療院、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

救急スタッフ

救急救命に携わる消防本部の職員（救急隊）及び搬送先病院（救急・集中治療科）のスタッフ

在宅スタッフ

本人の支援に携わるすべての医療・介護関係者のうち、病院及び施設以外に所属する専門職

医師 (かかりつけ医)	病歴や健康状態を把握し、診療のほか、健康相談などを行います。訪問診療を行っている医師もいます。
歯科医師 (かかりつけ歯科医)	歯や口の状態の診察治療を行うほか、歯の健康アドバイスを行います。訪問歯科診療を行っている歯科医師もいます。
歯科衛生士	歯科衛生士単独で訪問歯科診療を行う場合もあります。このような時には、歯科衛生士は、歯科医師の指示に基づき、患者や家族の同意の上で専門的な療養の管理や指導を行います。
薬剤師 (かかりつけ薬剤師)	薬の効果や副作用の説明、飲み方のアドバイスなどをお伝えします。訪問して薬剤指導を行っている薬剤師もいます。
訪問看護師	医師の指示のもと、血圧測定や注射、身体状態の観察、ご家族への介護指導などを行います。
管理栄養士	医師の指示のもと、疾患・病状・栄養状態に適した栄養食事指導を行います。
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 (以下、「リハビリ士」という。)	理学療法士は基本的な動作の訓練、作業療法士は日常生活に必要となる動作の訓練、言語聴覚士はコミュニケーションや飲み込みの訓練を行います。リハビリを行う事業所（訪問・通所）もあります。
ケアマネジャー (居宅介護支援事業所)	介護サービスの利用にあたり、ケアプラン作成やサービス事業者との連絡調整などをします。
介護士・ヘルパー などの訪問介護	食事準備や調理、買い物、洗濯、掃除などの家事援助、入浴や排泄、病院受診の付き添いなど生活を援助します。
社会福祉士 (地域包括支援センターや医療機関など)	ケアマネジャーや医師、医療・介護の各種関係者などと連携し、それぞれの事情に合った福祉サービス等を提案、調整します。
地域包括支援センターのスタッフ	保健師、主任ケアマネジャー、社会福祉士、介護予防支援員、認知症地域支援推進員が、高齢者の総合相談に対応します。
その他	通所系サービスや地域密着型サービスのスタッフも在宅生活を支援するスタッフです。各種サービスは、介護サービス情報公表システム（p.32）で検索することができます。

Ⅱ 普段から心がけておくこと

1. 人生会議（ACP）の実施について

本ガイドラインにおける人生会議（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・介護関係者にとってサービス提供を行う際の方針となるものです。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づけます。



人生会議はアドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning：ACP）の愛称です。

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のことをいいます。

人生の最終段階に限らず、本人が、住み慣れた地域で安心して自分らしく暮らし続けるために、医療や介護が必要になった際、どのような医療・介護を望むかをあらかじめ考え、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います。



【人生会議のロゴマーク】

人生会議の実践にあたり配慮すること

支援者が人生会議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に基づいて行われることが重要です。そのため、人生会議の実践は、それぞれの職種が、本人との関係度合いに応じて行い、支援者間の情報共有も本人の同意のもとに行われるよう配慮する必要があります。

人生会議の実践ポイント

(1) 一人で決めない

人生会議は、事前指示書（アドバンス・ディレクター：AD）と異なり、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、類似した条件下における代理意思決定時に応用することができます。

(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、仮定された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たいと、繰り返し話し合ひましょう。（本人の誕生日や家族で集まる機会があるお盆、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、入退院などの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・思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す。

人生会議の普及啓発

五師士会では、人生会議サポーター養成研修会を行い、人生会議の普及啓発を行っています。人生会議サポーターは、人生会議を啓発しながら、広島県地域保健対策協議会が作成した「ACPの手引き」を配布しています。

人生会議の普及啓発資料のイメージ。左側には「私の心づもり」のワークシートがあり、希望や思いについて考えるための質問が並んでいます。右側には「豊かな人生とともに～私の心づもり～」のACPの手引きがあり、5つのステップ（1. 希望や思いについて考える、2. 健康について学び、3. あなたの代わりに伝えてくれる人を選ぶ、4. 希望や思いについて話し合い、5. 考えを「私の心づもり」に書き）が示されています。背景には虹と家族のイラストが描かれています。



もしものときのこと…ゲームを使って話ませんか

「もしバナゲーム」を活用した人生会議の出前講座を行っています。出前講座をご希望の場合は、地域包括支援センター（p.19）へご相談ください。



人生 100 年時代！

これからのことを考えたいときは…

地域包括支援センター（p.19）では、通いの場（いきいき百歳体操）で、これからの楽しみや生きがいについて考えるきっかけとして、「これから手帳」を配布しています。



マイエンディングノートをご存じですか

廿日市市が作成した「マイエンディングノート」には、人生会議で話し合った内容のほか、思い出、健康状態、家系図、家や家財、財産、葬儀、お墓、供養のことなどを書き留めることができます。

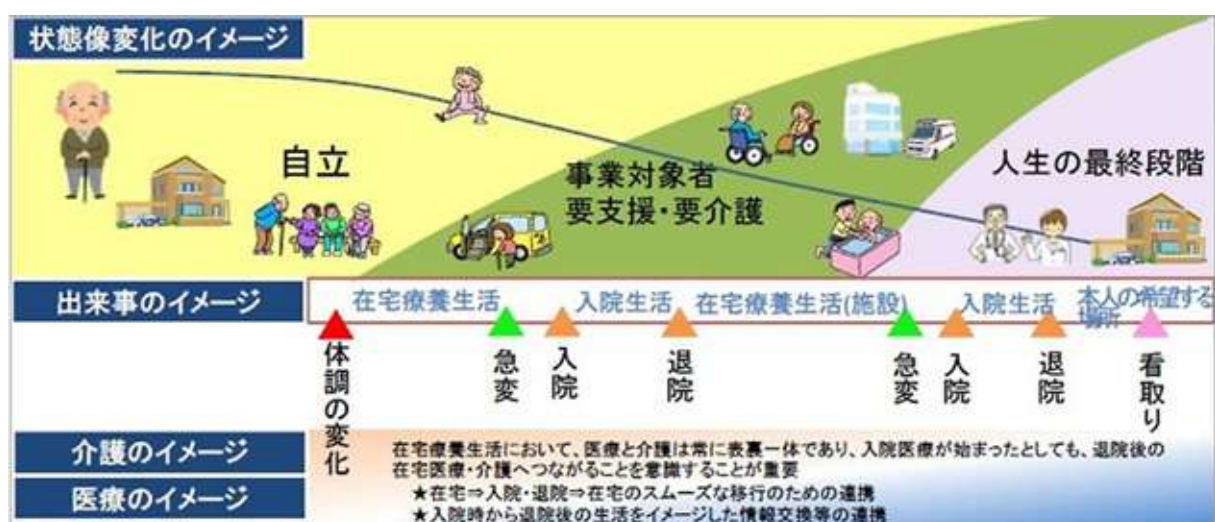


2. かかりつけ（医・歯科・薬局）との連携について

普段から、かかりつけ（医・歯科・薬局）との連携が図れる体制を整えておきましょう。

かかりつけ医との連携

本人が在宅医療・介護を続けていくためには、「入退院支援」「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」の4つの場面を意識する必要があります。それぞれの場面において、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ります。



ケアマネジャーや在宅スタッフは、本人の状態に応じた介護サービスの導入にあたって、主治医意見書や訪問看護指示書等、かかりつけ医に意見を求める機会が多いことから、本人や家族等の同意のうえで、かかりつけ医としっかりと情報共有しましょう。



「往診」とは

医師が急変時や緊急時に患者さん宅に予定外に出かけるもので、患者さんからの依頼に基づくものです。



「訪問診療」とは

病気やけがなどの後遺症のため通院が困難な方に対し、医師があらかじめ診療の計画を立て、患者さんの同意を得て定期的に（例えば月に2回程度）患者さんの自宅などに訪問して行なう診療のことです。

かかりつけ歯科医との連携

ケアマネジャーや在宅スタッフは、入退院時の ADL を評価する場面において、歯・歯肉の痛みや入れ歯の不具合等に対する歯科治療や口腔ケアの必要があると認めた場合に、本人や家族等に対し、歯科の受診を促してください。特に、退院時において外来受診が困難と判断される場合には、訪問歯科診療を行う歯科医療機関（検索方法は、p.32 参照）に、直接問い合わせて相談しましょう。



口腔ケアと意義の重要性

口腔ケアには口腔清掃を通じて口腔内を清潔に保つ「器質的口腔ケア」と、粘膜ケアや口腔周囲のマッサージ効果等により口腔機能の維持や改善を行う「機能的口腔ケア」の2つの意味をもちます。口腔ケアを行うことでう蝕や歯周病等の口腔疾患の予防改善や、咀嚼・嚥下・発音機能といった口腔機能の回復・維持・向上、それによる誤嚥性肺炎の予防、さらには口腔内細菌が関連する敗血症や感染性心内膜炎といった全身疾患を予防することが期待されます。

（広島県スペシャル歯科診療マニュアルより引用）



訪問歯科診療

▶ 疾病や傷病により歯科診療所に通院できない患者さんに対し、歯科医師・歯科衛生士が在宅や介護施設、病院等に訪問して歯科診療や専門的口腔衛生指導を行う制度をいいます。訪問先の条件は患者さんが『寝泊まりする場所』であり、ショートステイを含めた居住系施設（グループホームやサービス付き高齢者向け住宅）や入院先の病院、または患者さんご自身の居宅等が挙げられます。なお、デイサービスは訪問歯科診療の適応外となります。

▶ ケアマネジャーや訪問看護師等の在宅スタッフは、訪問歯科診療を行う歯科医療機関（検索方法は、p.32 参照）の中で、かかりつけ歯科医が該当する場合はまずその医院に相談して下さい。もしその中にかかりつけ歯科医がない場合は、その一覧表を確認し最寄りの歯科医院に相談して下さい。



かかりつけ薬剤師との連携

ケアマネジャーや在宅スタッフは、本人の自宅において服薬できていない、残薬が多いなどの状況を確認した場合は、かかりつけの（または薬を処方している）調剤薬局に連絡してください。

連絡を受けた薬剤師は、本人に対して、多剤・重複投与の防止や残薬解消のために必要な指導を行ってください。また、必要に応じて、処方医及びケアマネジャーに連絡し、服薬管理ができる体制について相談しましょう。



在宅訪問薬剤管理指導（健康保険利用）

居宅療養管理指導（介護保険利用）

在宅療養を行っている患者さんで通院が困難な方に対して、医師が必要性を認め、薬剤師に訪問指示をした場合に、患者さんのお宅を訪問して、服薬管理・指導、薬剤の服薬状況・保管・残薬などを確認し、服薬支援を行います。

通院が困難な方に対して実施するのが原則ですが、通院はできるが認知症が始まりかけた方や、高齢者の単身生活者で服薬の見守り者がいない方など、服薬を忘れてしまうことが多い方も対象となります。

訪問後は医師・ケアマネジャー・看護師へ訪問時の様子の報告を行うことで情報を共有します。

患者さんが要介護・要支援の認定を受けている場合には介護保険が優先されます。なお、居宅療養管理指導は、介護保険の区分支給限度基準額の請求対象になりません。



病院への服薬情報の提供（服薬情報等提供料 3）

薬剤情報の入手は主にお薬手帳を利用する場合がありますが、情報不足であることが少なくありません。調剤薬局は、入院する予定の病院・有床診療所からの求めにより、服薬情報を含めた薬剤情報を提供できます。



薬の一包化

複数の医療機関の薬の整理ができなくて困っているときもご相談いただきますと、まとめて1包にすることも可能です。かかりつけ薬局に相談してみましょう。

本人情報の一元化

ケアマネジャーや在宅スタッフは、本人に、「つながるポケット(ポイント参照)」等を使用して、次の証や手帳と一緒に保管するように伝えましょう。

【多くの方が所持されているもの】

介護保険被保険者証
介護保険負担割合証
健康保険被保険者証
後期高齢者医療受給者証
マイナンバーカード
お薬手帳
ケアマネジャー等の名刺
診察券
これから手帳 (p.6) 等

【一部の方が所持されているもの】

健康保険限度額適用認定証
被爆者健康手帳
重度医療受給者証
特定疾病医療受給者証 等

また、健康手帳、糖尿病連携手帳など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、健康保険被保険者証と併せて提出するように伝えましょう。

かかりつけ薬剤師は、本人が多科受診しているかどうかを確認し、多科受診していることが確認された場合には、複数のお薬手帳を所有している可能性があるため、本人来所時にお薬手帳の一元化を促しましょう。



「つながるポケット」には、介護保険被保険者証や介護保険負担割合証、お薬手帳、診察券、ケアマネジャーの名刺等を入れることができます。五師士会が作成しています。

地域包括支援センター (p.19) や医療と介護について相談できる病院 (p.32)、市内の薬局で、支援者が必要と判断した人に配布しています。



3. 急変時の対応の確認（急変時への備え）

ケアマネジャーや在宅スタッフ、施設の生活相談員は、かかりつけ医の指示の基、本人や家族等と、急変時の連絡先や対応方法を確認しておきましょう。

救急隊が到着したときに伝える事項は次のとおりです。（わかる範囲で大丈夫です。）

当日の経過（いつ、どこで、何をしているとき、どうなった、等）

救急隊到着までの処置（心肺蘇生法、等）

バイタルサイン（呼吸、脈拍、血圧、体温、等）

服薬・アレルギー情報（処方箋のコピー、アレルギーの有無、等）

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に、救急要請（119番通報）を行った場合は、救急隊は本人や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るため、本人の意思に沿わない結果となることがあります。このことについてあらかじめ支援者と本人や家族等で確認しておく必要があります。



蘇生処置拒否（DNAR : Do Not Attempt Resuscitate）

終末期医療において心肺停止状態になった時に二次心肺蘇生措置を行わないことを意味します。

本人または家族が DNAR を指示した場合、主治医がその患者の診療記録に記載します。これによって、心肺蘇生を試みてはならないことが救急スタッフに伝えられます。



救急要請時のポイントやよくある質問をご確認ください（p.24-25）。



緊急時に備えて、民生委員が 70 歳以上の一人暮らし高齢者や高齢者世帯に配布する緊急連絡票を活用することも可能です（p.26）。

施設スタッフは、救急車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、廿日市市が作成した「救急隊への情報提供書【介護施設→救急隊】」を救急隊に手渡ししましょう。（情報提供書は、あらかじめ作成しておき、1年に一度は見直すとともに、救急隊に対し、当日の様子を口頭または手書きで補足するとよいでしょう。）



「救急隊への情報提供書」は、廿日市市の HP から様式をダウンロードして使用することができます。



【URL】

<https://www.city.hatsukaichi.hiroshima.jp/soshiki/69/86251.html>

本人や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いては原則として本人から、家族等の個人情報については家族等から同意を得ておきましょう。

●同意を得る方法について

医療機関等においては、本人の同意を得る方法について法律上の規定はなく、文書による方法のほか、院内提示、口頭、電話による方法なども認められます。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ります。

介護保険事業者は、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ます。このため、サービス利用開始時に適切に本人や家族等から文書により同意を得ておく必要があります。



医療・介護関係者に関する個人情報の保護については、平成 29 年 4 月 14 日（令和 6 年 3 月一部改正）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」を参考にしてください。

Ⅲ 入退院連携のポイント

1. 入院前に要介護認定を受けている場合（担当ケアマネあり）

1 入院前

スムーズな情報提供の備え

●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づいたときに、円滑に連絡してもらえるよう、自身の名刺を健康保険被保険者証やお薬手帳と一緒に「つながるポケット（p.10）」へ保管してもらうよう本人に依頼しましょう。

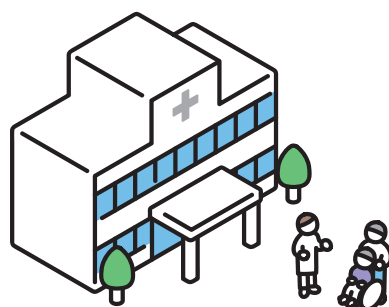
あわせて、本人や家族等に対し、入院時はケアマネジャーに連絡することをあらかじめ依頼しておきましょう。

●ADL 評価に関する情報の共有

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を利用している場合は、**リハビリ士**は定期的に行う ADL 評価について、リハビリテーション実施計画書等でケアマネジャーと共有しましょう。



病院のリハビリテーション科では、FIM（p.28）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、的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ます。介護保険サービス事業所（通所リハ等）では、バーサルインデックス（p.29）による評価を行っています。



2 入院時

入院の連絡

本人や家族等は、入院したことをケアマネジャーに連絡します。

病院スタッフは必要に応じて本人や家族等にケアマネジャーへの連絡について確認し、本人や家族等が連絡することができない場合は、本人や家族等から同意を得たうえで、病院スタッフがケアマネジャーに連絡しましょう。

本人や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、介護事業所等の在宅スタッフに連絡します。（かかりつけ医へ連絡する場合の例として、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などがあげられます。）

在宅・施設スタッフから病院スタッフへの情報提供

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担当者に対し、下表の様式「入院時情報提供書」を入院当日（入院時情報連携加算Ⅰ）又は3日以内（入院時情報連携加算Ⅱ）を目途に提出しましょう。

本人が訪問看護を利用している場合は、**かかりつけ医**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ことが望ましい形です。

訪問看護師は病院スタッフに対し、本人の状況に応じて可能な範囲で訪問看護情報提供書を提出しましょう。

情報提供者	様 式
居宅介護支援事業所のケアマネジャー	入院時情報提供書
地域包括支援センターのスタッフ	利用者基本情報
訪問看護ステーションの看護師	訪問看護情報提供書

廿日市市在宅医療・介護連携相談支援室のホームページ内の「入退院連携ガイドライン」に「情報提供に関する様式」を掲載しています。【URL】<http://h-goshi.org/Soudan#guideLines>



3 入院中

病院スタッフからケアマネジャー・施設スタッフへの情報提供

病院スタッフは、退院支援計画書等の作成に着手後、退院に係る課題、退院後に利用が予想される介護サービス等が明らかになった際には、速やかにケアマネジャーや施設スタッフへ情報提供し、退院後のサービス調整及び受入体制の確保を依頼しましょう。

ケアマネジャーや施設スタッフは、病院スタッフや家族等と連絡を取り、退院の目処を確認するとともに、入院中の本人の状態把握や退院後の支援の意向についてヒアリングを行うなど情報収集に努め、退院後の受入体制を整えましょう。



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、両者が積極的に行いましょう。

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形です。

4 転院時

病院スタッフから関係機関への情報提供

転院前の病院スタッフは退院サマリーに必要な情報を添付して転院先の病院スタッフに情報提供します。

転院先の病院スタッフは、入院時に情報提供を受けた在宅・施設スタッフに連絡しましょう。また、必要に応じて、ケアマネジャー等の在宅・施設スタッフに対し、在宅での生活等について情報提供を依頼しましょう。

ケアマネジャー等は、必要に応じて、在宅スタッフ（かかりつけ医、訪問看護、介護事業所等）と転院の事実を共有しましょう。

在宅スタッフから転院先病院への情報提供

依頼を受けた**ケアマネジャー等の在宅・施設スタッフ**は、転院先の病院スタッフに対し、本人や家族の同意を得た情報提供書等を送付しましょう。



転院前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ります。

5 退院前

退院日についての情報提供

病院スタッフは、本人や家族等に対し、退院日について、入院時情報提供を受けた**ケアマネジャー**に連絡するよう伝えましょう。

病院スタッフは、患者が急に退院することになった場合、本人や家族等の同意を得たうえで、直ちに**ケアマネジャー**に連絡しましょう。また、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**ケアマネジャー**等に連絡しましょう。

ケアマネジャー等は、必要に応じて、在宅スタッフ（かかりつけ医、訪問看護、介護事業所等）と退院の事実を共有しましょう。

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・看護情報及び病院のリハビリ士が関わっている場合は、リハビリテーション実施計画書やリハビリテーションサマリー等でFIM等のADL評価に関連する情報を提供しましょう。また、必要に応じて栄養や薬に関する情報、口腔機能や摂食・嚥下機能の情報を提供しましょう。



病院スタッフは、提供する情報について、「病院の誰が、在宅・施設スタッフの誰に、どのような方法で、いつ渡すか」を確認し、役割を分担しましょう。

退院前カンファレンス

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、参加専門職、退院調整時の情報共有の方法等について、次の基準を参考に、**本人や家族等、病院スタッフ及び在宅・施設スタッフ**が協議のうえ決定してください。

退院前カンファレンスの必要がある場合の基準

(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保険サービス等の追加が見込まれる場合
- 新たに要介護認定を受け、介護保険サービス等の利用を開始する場合
- 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」に該当する場合（ア～セ）

- 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があること
- 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（胃ろう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 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること
- シ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること
- ス 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること
- セ その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合

- 上記のほか、在宅・施設スタッフが必要と考える場合

令和 6 年度診療報酬改定により入退院支援加算の対象の見直しが行われ、「退院困難な要件を有している患者」に、「コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者」及び「強度行動障害の状態の者」が追加されました。また、「ウ」に「要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること」が追記されました。

6 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

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、必要に応じて退院後の状況をフィードバックしましょう。

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ようにしましょう。

【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
- 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（あらかじめ、退院時に在宅・施設スタッフに依頼しておきましょう）

退院後の情報共有について

退院後、**ケアマネジャー**は、退院前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しましょう。在宅でリハビリ士が関わる場合は、**リハビリ士**は、定期的に ADL 評価を行い、リハビリテーションサマリーやリハビリテーション実施計画書等を用いて本人やケアマネジャーと共有することが望ましい形です。



退院後に活用できる社会資源について

廿日市市内には、いきいき百歳体操やふれあいサロン、認知症カフェ、物忘れ相談会などがあります（p.32）。その他の社会資源は「はつネット（p.33）」で検索することができます。



2. 入院前に要介護認定を受けていない場合（担当ケアマネなし）

介護保険サービス利用申請について

病院スタッフは、本人が退院後に介護保険サービスを利用する必要がある場合、本人や家族等に説明のうえ、要介護認定申請の手続を勧めましょう。要介護認定申請の手続は、お住まいの地域を担当する地域包括支援センターが相談に応じます。次の該当する地域包括支援センターを案内しましょう。

地域包括支援センター	担当エリア
地域包括支援センターはつかいち西部 廿日市市地御前一丁目3番28号 廿日市市多世代サポートセンター2階 TEL (0829) 30-9066 FAX (0829) 30-9067	廿日市西部 （地御前（地御前二丁目22番～29番を除く。）、地御前北、阿品、阿品台、阿品台北、阿品台東、阿品台西、阿品台山の手）
地域包括支援センターはつかいち中部 廿日市市宮内4286-1 TEL (0829) 20-4580 FAX (0829) 20-4590	廿日市中部 （串戸、宮園、宮園上、四季が丘、四季が丘上、峰高、宮内（宮内73番地・76番地・94番地を除く。）、六本松、宮内工業団地、地御前二丁目22番～29番）
地域包括支援センターはつかいち東部 廿日市市新宮一丁目13番1号 山崎本社 みんなのあいプラザ3階 TEL (0829) 30-9158 FAX (0829) 20-1611	廿日市東部 （駅前、大東、可愛、佐方、佐方本町、佐方一～四丁目、桜尾、桜尾本町、須賀、住吉、天神、廿日市、本町、木材港北、木材港南、山陽園、城内、平良山手、上平良、下平良、新宮、平良、宮内73番地・76番地・94番地、陽光台、原）
地域包括支援センターさいき 廿日市市津田1989番地 佐伯支所1階 TEL (0829) 72-2828 FAX (0829) 72-0415	佐伯（玖島、永原、峠、友田、河津原、津田、浅原、虫所山、飯山、中道、栗栖）・吉和
地域包括支援センターおおの 廿日市市大野一丁目1番1号 大野支所1階 TEL (0829) 50-0251 FAX (0829) 55-1307	大野（大野、宮島口、宮島口東、宮島口西、宮島口上、福面、対巖山、深江、前空、物見東、物見西、上の浜、下の浜、大野、大野中央、大野原、梅原、塩屋、沖塩屋、林が原、丸石、宮浜温泉、八坂）・宮島

要介護認定申請にあたり、本人や家族、病院スタッフ（看護師、MSW、主治医等）との間で、介護保険サービスを利用する意志を共有しましょう。



本人や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、申請手続きを行った場合、後でトラブルになることもあるので、なぜ手続きを行う必要があるのかを理解してもらい、本人や家族等の同意の上で申請手続きできるようにしましょう。

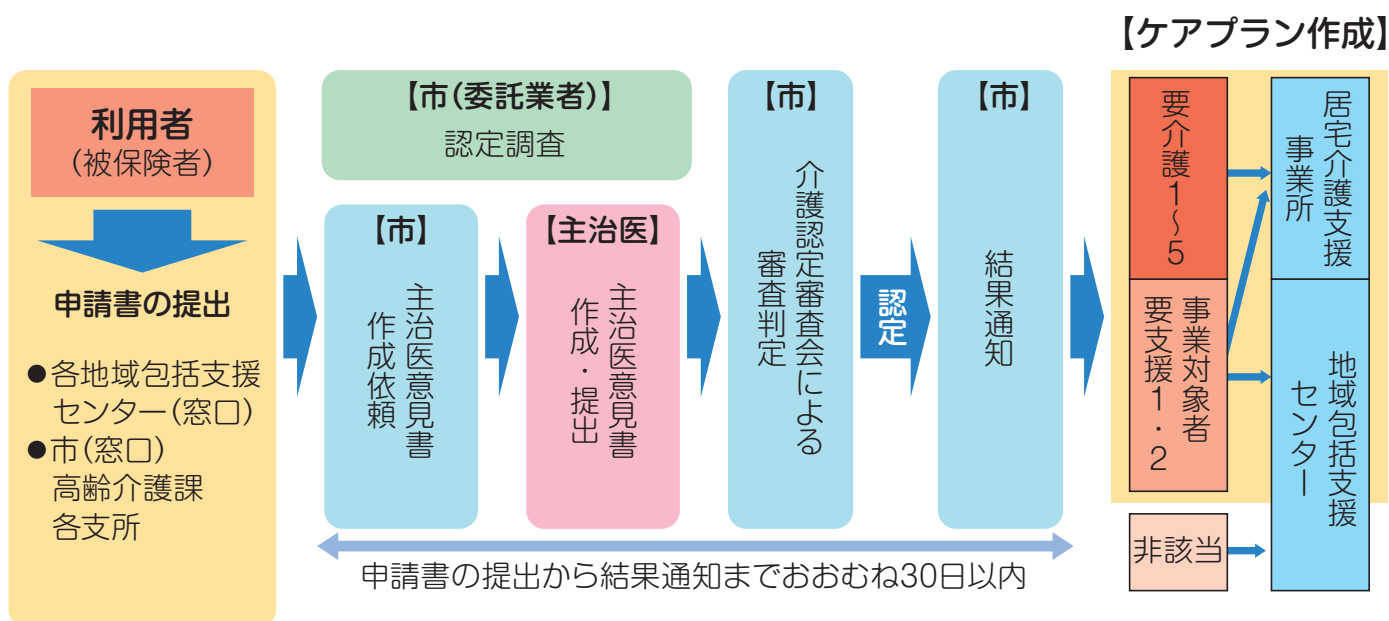
要介護認定申請と介護保険サービス調整の関係

基本的な流れ（認定結果通知後に介護保険サービス調整を開始する）

要介護認定結果通知時、本人や家族等が居宅介護支援事業所を選定し、そのケアマネジャーが要介護度に応じて介護保険サービスの調整を行うことが基本となります。

要支援認定の場合は、地域包括支援センター、あるいは市から指定を受けた介護予防支援を担う居宅介護支援事業所が介護予防サービスの調整を行います。

申請から介護保険サービス等利用開始までの基本的な流れ図



認定結果通知前に介護保険サービスの調整を開始する場合 ……………

認定結果通知前に介護保険サービスの調整を開始する場合は、地域包括支援センター（p.19）に相談をしてください。

要介護認定結果通知まで介護保険サービスの利用を待てない場合は、要介護認定申請後、本人や家族等が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、地域包括支援センター等）が要介護度を見込んで暫定的に介護保険サービスの調整を行うことができます。

介護保険サービスを暫定的に利用し、要介護認定結果の支給限度額以上のサービスを利用した場合、超えた部分のサービス費が全額自己負担となります。そのため、暫定的に利用する場合は、必要最低限のサービスを利用する計画を作成することになるので、注意する必要があります。

要介護認定申請に至らなかった本人や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や家族等が介護保険サービスの利用を希望しない、介護保険の対象にならない等の理由で、要介護認定申請を行わなかった者で、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場合は、地域包括支援センター（p.19）に相談しましょう。必要に応じて、自立支援に向けたサービス（p.30-31）を利用することができます。



相談先がわからないときは、「相談まるごとサポートデスク」に連絡することで、適切な支援機関につないでもらうことができます。

「相談まるごとサポートデスク」は山崎本社みんなのあいプラザ（廿日市市新宮 1 丁目 13 - 1）の 3 階にあります。

電話：0829-20-5175 ファクス：0829-20-1611

【URL】

<https://www.city.hatsukaichi.hiroshima.jp/soshiki/38/82354.html>



Ⅳ 看取りについて

1 病院での看取り

末期の悪性腫瘍の方には、緩和ケア病棟等で、緩和ケアチームによる専門的緩和ケアや医療の提供を行います。

緩和ケアチーム

身体症状担当医師、精神症状担当医師、専従の緩和ケアに携わる常勤の看護師、薬剤師、公認心理師、社会福祉士又は精神保健福祉士、ケアマネジャー等で構成される緩和ケアを行うためのチームです。

緩和ケア病棟がなくても、緩和ケアチームによる医療・ケアを行う病院があります。（市内：JA 広島総合病院）

緩和ケア病棟

症状緩和や終末期ケア等を目的としています。緩和ケア病棟でケアを専門的・集中的に提供します。（市内：廿日市記念病院）



下記の URL で、県の基準を満たす緩和ケアチームを設置している医療施設を「緩和ケアチームによる医療やケアを受けられる医療施設」が紹介されています。



【URL】

<https://www.pref.hiroshima.lg.jp/site/gan-net/kanwa-shisetsu-team.html>



緩和ケアは、がんなどの重い病気に伴う身体的・精神的な苦痛をやわらげるためのケアです。緩和ケアは、がん患者さんの生命を重んじ、自分らしい生活を送れるようにするためのケアで、痛みや倦怠感、落ち込みなどの症状を緩和することで、患者さんご家族にとって、自分らしい生活を送れるようにするケアです。

2 在宅での看取り

自宅から半径 16km 以内で、訪問診療や往診を行うかかりつけ医を持つことが必要です。

多くの場合、医療や介護の両方が必要となるので、かかりつけ医の他に、訪問看護師、ヘルパー、薬剤師、リハビリ士など様々な専門職がチームとなって支援を行います。



在宅看取りに関する相談は、かかりつけ医、病院の MSW や看護師、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等で対応します。



五師士会では、在宅看取りの小冊子を作成しています。

【お問合せ】 廿日市市五師士会事務局
電 話：0829-30-9023（月～木午後）
E-mail：info@h-goshi.org



3 施設等での看取り

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

末期の悪性腫瘍や配置医師の専門外で特に診療を必要とする場合は、配置医師以外の外部の医師が看取りを行うことができます（医療報酬）。

介護医療院

経管栄養や喀痰吸引等の日常生活に必要な医療処置や看取りを実施する体制が整っています。
（市内：敬愛病院、佐伯中央病院）

看護小規模多機能型居宅介護

かかりつけ医と連携し、医療行為も含めた多様なサービス（通い、泊まり、訪問看護、訪問介護）を一体的に 24 時間 365 日提供します。

その他

介護老人保健施設、小規模多機能型居宅介護、短期入所生活介護、グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など、看取りに対応できる体制を整えている施設や事業所があります。

V 資料編

1. 救急車の要請について（廿日市市消防本部）

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。

※ 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。

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、本人や家族・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。

Q1 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。

Q2 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問題ありません。しかし、救急要請があった時点で本人が延命を望まない場合でも救急隊は基本的に心肺蘇生法を施し、医療機関への搬送を優先します。したがって本人や家族の希望に添えない結果となることもあります。人生会議での本人意思を尊重した対応が求められます。

Q3 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？

→ Q2 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話し合い、決めておくことが重要です。

Q4 施設で介護中に本人が食事を喉に詰まらせた。救急車を呼んでいいですか？

→ 交通事故及び転倒、窒息、溺れたなどの外因的な急変の場合は、人生の最終段階とは違う緊急事態です。直ちに呼んでください。

Q5 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？

→ Q4 と同じです。迷った場合も呼んでください。

Q6 急変であるのかわからない場合、救急車を呼ぶべきか、かかりつけ医に連絡するべきか迷います。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、救急車を呼んでも問題はありません。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、かかりつけ医の指示を得られるまで心肺蘇生法を続けます。かかりつけ医に連絡が付かない場合には処置を継続して救命処置が可能な医療機関へ搬送します。

Q7 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、Q6 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。

Q8 家族以外の方が救急車への同乗を求められたとき必ず同乗しないといけないのでしょうか。

→ 必ず同乗しないといけないわけではありません。都合や予定を勘案した上で、可能な範囲で対応をお願いします。ただし、医療機関は詳細な情報収集や各種手続等に対応するため関係者の同乗があればスムーズに受け入れてくれるケースもあります。同乗ができない場合には、傷病者に関する情報として要支援・要介護認定状況、家族連絡先、病歴、かかりつけ医、お薬情報、介護情報、ADL、蘇生処置に関する意思等について提供してください。勤務の都合上や緊急に対応出来ない場合は別便で他職員が搬送医療機関へ出向く等柔軟な対応をお願いします。

廿日市市消防本部 広報キャラクター
「ソナエント」



2. 緊急連絡票推進事業（廿日市市民生委員児童委員協議会）

民生委員は、70 歳以上の一人暮らし高齢者や高齢者世帯を訪問したときに、希望に応じて、下のような緊急連絡票を配布し、記入するように説明しています。緊急連絡票は筒に入れ、ご自宅の冷蔵庫内で保管します。緊急連絡票を記入した方の名前と住所は消防本部に報告しており、本人に意識がない時などに、必要な情報を得ることができます。この事業については、担当地区の民生委員もしくは健康福祉総務課にお問合せください。

【TEL】 0829-30-9151 [8 時 30 分～ 17 時 15 分（月～金：祝日、12/29-1/3 除く）]

【URL】 <https://www.city.hatsukaichi.hiroshima.jp/soshiki/38/25499.html>



〈表〉

緊急連絡票

年 月 日記入

氏 名 (ふりがな) 生 年 月 日 性 別 血 型

住 所

緊急時の連絡先 (家族・親戚・その他)

氏 名 続 柄 電 話 番 号 携帯 電 話 番 号

① 氏 名 続 柄 電 話 番 号 携帯 電 話 番 号

② 氏 名 続 柄 電 話 番 号 携帯 電 話 番 号

③ 氏 名 続 柄 電 話 番 号 携帯 電 話 番 号

④ 氏 名 続 柄 電 話 番 号 携帯 電 話 番 号

⑤ 氏 名 続 柄 電 話 番 号 携帯 電 話 番 号

病 気 に 関 す る 事 項

いつも飲んでいる薬

アレルギー

① 主 治 医 氏 名 電 話 番 号 病 室

② 主 治 医 氏 名 電 話 番 号 病 室

支 援 者 (近 隣 住 民 者)

① 氏 名 続 柄 電 話 番 号 住 居 番 号

② 氏 名 続 柄 電 話 番 号 住 居 番 号

身体障がい者手帳 なし・申請中 障がいの程度 軽 度 中 等 重 度

知的・発達障害手帳 なし・申請中 障がいの程度 軽 度 中 等 重 度

介護認定 有・無 居宅介護支援事業所 担 当 者

廿日市市民生委員・児童委員 担当民生委員

裏面に確認年月日を記入する

2711 3000

〈裏〉

確認年月日 (記載内容を確認した年月日を記入する)

確認年月日

(記載内容を確認した年月日を記入する)

※ 保険証のコピー、お薬手帳のコピー、薬の説明書も可能であれば保管筒の中へ入れておいてください。

〈記載内容の変更・確認〉

「緊急時の連絡先」と「支援者」が変わったときは、民生委員にも必ず連絡してください。また、民生委員が一回行って下さる高齢者訪問事業の機会に、全票内容の確認をいたしますので、ご協力をお願いいたします。

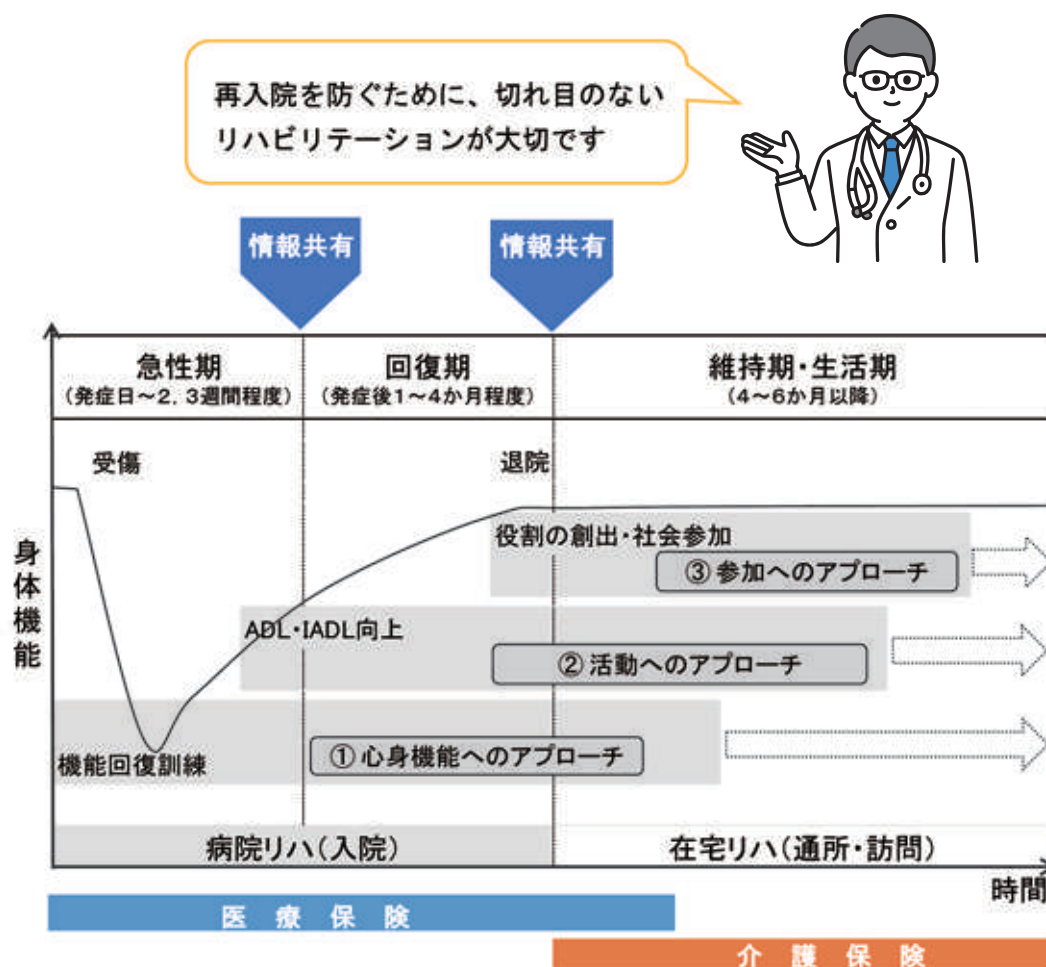
〈保管筒・表示用シールの廃棄〉

事業の必要性がなくなった場合、保管筒・表示用シールは民生委員へ返還してください。



3. リハビリテーション時期とADLの評価方法

身体機能とリハビリテーション時期（高齢者の場合）



①身体機能へのアプローチ

〈機能回復訓練〉座る・立つ・歩く等ができるように、訓練をする

②活動へのアプローチ

〈ADL 向上への働きかけ〉食事・排泄・着替え・入浴等ができるように、意欲への働きかけと環境調整をする

〈IADL〉掃除・洗濯・料理・外出等ができるように、意欲への働きかけと環境調整をする

③参加へのアプローチ

〈役割の創出、社会参加の実現〉地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくりを支援する、家庭内の役割づくりを支援する

出典：中村大介. 円滑な在宅リハビリテーションへ移行させる病院内リハビリテーションの在り方. 昭和学会誌 79 (5). 2019. (一部改変)

ADL 評価方法

FIM（機能的自立度評価法）

機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、略称 FIM）は、日常生活動作（ADL）が自力でどの程度可能かを評価する方法です。この評価法による日常生活活動の評価を行うことで、介護負担度を評価することができます。

FIM評価項目			点数
運動項目	セルフケア	食事	
		整容	
		清拭	
		更衣 上半身	
		更衣 下半身	
		トイレ動作	
	排泄コントロール	排尿管理	
		排便管理	
	移乗	ベッド 椅子 車椅子	
		トイレ	
		浴槽・シャワー	
	移動	歩行・車椅子	
		階段	
運動項目 合計得点: MAX91点			
認知項目	コミュニケーション能力	理解	
		表出	
	社会的認知	社会的交流	
		問題解決	
		記憶	
認知項目 合計得点: MAX35点			
運動項目＋認知項目: MAX126点			

運動項目の採点基準			
点数	介助者	手助け	手助けの程度
7	不要	不要	自立
6	不要	不要	時間がかかる、補助具が必要、安全性の配慮
5	必要	不要	監視、指示、促し
4	必要	必要	75%以上自分で行う
3	必要	必要	50%以上、75%未満自分で行う
2	必要	必要	25%以上、50%未満自分で行う
1	必要	必要	25%未満しか自分で行わない

認知項目の採点基準			
点数	介助者	手助け	手助けの程度
7	不要	不要	自立
6	不要	不要	時間がかかる、補助具が必要、安全性の配慮
5	必要	必要	監視、指示、促し（介助は10%未満）
4	必要	必要	75%以上、90%以下自分で行う
3	必要	必要	50%以上、75%未満自分で行う
2	必要	必要	25%以上、50%未満自分で行う
1	必要	必要	25%未満しか自分で行わない

バーサルインデックス機能的評価

Barthel Index（バーサルインデックス）は、日常生活動作（ADL）の評価指標で ①食事 ②車椅子とベッド間の移乗 ③整容 ④トイレ動作 ⑤入浴 ⑥移動 ⑦階段昇降 ⑧更衣 ⑨排便自制 ⑩排尿自制 の 10 項目構成による 20 項目分類で、各項目に自立、部分介助および最小限介助で各 5 ～ 15 点までの点数を合計するように作られており、すべて自立していると 100 点になります。

		点数	質問内容	得点
1	食 事	10	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える	
		5	部分介助（たとえば、おかずを切って細かくしてもらう）	
		0	全介助	
2	車いすから ベッドへ の 移 動	15	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む（非行自立も含む）	
		10	軽度の部分介助または監視を要する	
		5	座ることは可能であるがほぼ全介助	
		0	全介助または不可能	
3	整 容	5	自立（洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り）	
		0	部分介助または不可能	
4	トイレ動作	10	自立（衣服の操作、後始末を含む。ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む）	
		5	部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する	
		0	部分介助または不可能	
5	入 浴	5	自立	
		0	部分介助または不可能	
6	歩 行	15	45M 以上の歩行、補装具（車椅子、歩行器は除く）の使用の有無は問わず	
		10	45M 以上の介助歩行、歩行器の使用を含む	
		5	歩行不能の場合、車いすにて 45M 以上の操作可能	
		0	上記以外	
7	階 段 昇 降	10	自立、手すりなどの使用の有無は問わない	
		5	介助または監視を要する	
		0	不能	
8	着 替 え	10	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む	
		5	部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える	
		0	上記以外	
9	排 便 コ ン ト ロ ー ル	10	失禁なし、浣腸、座薬の取り扱いも可能	
		5	ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む	
		0	上記以外	
10	排 尿 コ ン ト ロ ー ル	10	失禁なし、収尿器の取り扱いも可能	
		5	ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む	
		0	上記以外	
合計得点（ / 100 点）				

4. 高齢者の自立支援に向けたサービスについて

廿日市市短期集中型訪問サービス

高齢者の自立支援は、難しくなっている生活行為を明らかにし、高齢者の有する能力を引き出しながら、その人の「したい、やりたい」ことを支援し、自分らしい生活に近づけることが大切です。

廿日市市では、生活機能が低下している高齢者に対し、高齢者の自立や社会参加に向けたサービスを行っています。ご利用の相談は、地域包括支援センター（p.19）へお問い合わせください。

サービスの目的

短期集中型訪問サービスは、保健・医療等の専門職が対象者の自宅に訪問し、短期・集中的に支援を行い、本人の現在できていることやできる可能性があることに着目し、セルフケアの向上、地域での自立した生活につながることを目的とします。

サービスの対象

要介護認定の要支援認定または基本チェックリストで事業対象者と判定された人で、ADL、IADLの改善に向けて支援が必要な人が対象です。



短期集中型訪問サービスは次のような人に適しています。

- ・退院直後等で一時的に身体機能が低下しており、リハビリ専門職による集中的な指導により改善が見込まれる人
- ・日常生活に支障がある生活行為について、具体的な生活目標を立て、専門職による自宅での評価、指導を含め支援することにより、効果が見込まれる人
- ・卒業後も支援内容について、継続的に取り組み、生活に活かすことができる人

サービスの内容

●理学療法士・作業療法士によるサービス

ADL、IADLの改善…自宅内及び自宅周辺での動作確認や指導、通いの場や他者との交流の場への参加支援、環境整備に関する助言、外出に関する助言や指導、自宅での運動指導等



●言語聴覚士によるサービス

口腔機能向上・コミュニケーション力の改善…食べる力（摂食・嚥下）に関する動作改善、言葉や聴こえの支援・指導、発声・発音指導、社会参加に向けた指導・助言等



●管理栄養士によるサービス

栄養改善…適切な食事量の確認と助言、食事の選択についての助言、栄養バランスのよい食事にするための助言、カロリーアップのための工夫、食欲がない時の工夫、簡単料理の紹介や加工食品の活用等



サービスの提供期間・時間

サービスは、介護予防ケアマネジメントに基づき実施し、一人につき原則1期間のみの利用とし、最大2期間とします。(必要に応じて併用可)

- ①実施期間・回数：3ヶ月間で12回までを1期間とする。(2ヶ月間で4回以上)
- ②1回のサービス提供時間：30分と60分の2パターン
- ③利用者負担：なし

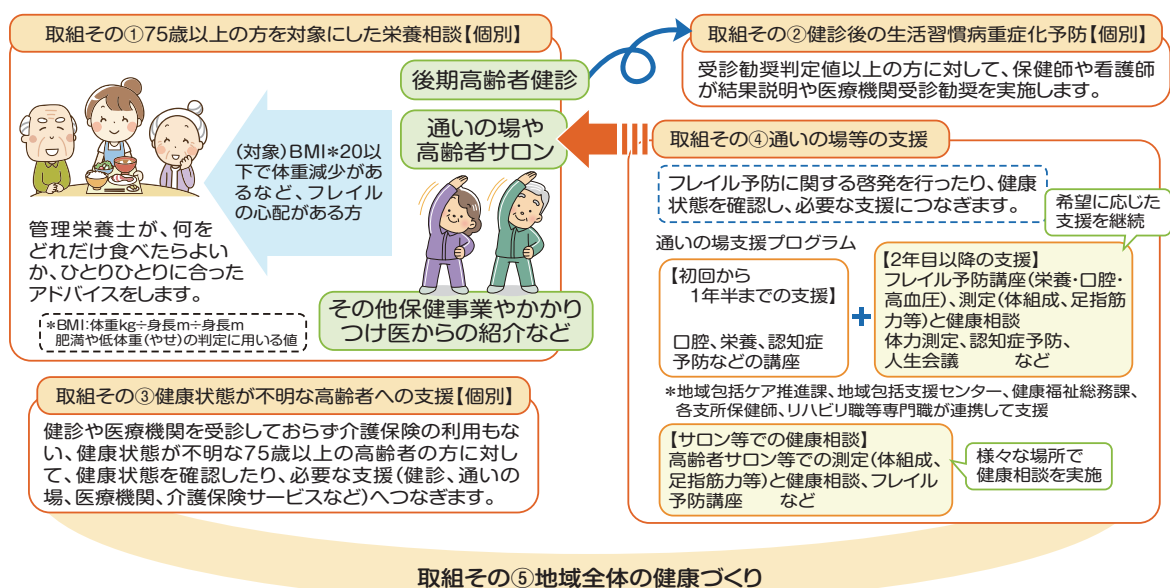
サービス提供上の留意点

- (1) 短期間で生活機能の向上(自立度を高める)を目指すこと
- (2) サービス担当者会議などで、共通認識を持ちケアプランの目標等を共有し、効果的なサービスを提供すること
- (3) 利用期間中からサービス終了を見据えて、機能維持のための方策を検討すること

保健事業と介護予防の一体的実施

運動、口腔機能向上、栄養状態の改善等のフレイル対策等の保健事業と介護予防を一体的に実施します。

廿日市のフレイル予防の取組



5. 社会資源情報について

在宅医療・介護連携相談支援室

在宅医療と介護の連携について、専門職からのご相談を受け付けます。

【TEL】 0829-30-9026 [8時30分～17時15分(月～金：祝日、12/29-1/3 除く)]

(不在の場合は、ホームページ内の「相談フォーム」をご利用ください。)

【URL】 <http://h-goshi.org/Soudan>



ホームページ内の「資源マップ」では、次の情報提供を行っています。

訪問診療を行う医療機関	佐伯地区医師会の在宅医療ネットへつながります。	
訪問歯科診療を行う歯科医療機関	廿日市市内の情報を掲載しています。	
訪問薬剤指導を行う薬局	廿日市市内の情報を掲載しています。	
医療と介護について相談できる病院	廿日市市内の情報を掲載しています。	
介護サービス情報公表システム	広島県の介護事業所（居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、等）を検索することができます。	
いきいき百歳体操	廿日市市内の情報を掲載しています。 (廿日市市 HP へつながります。)	
ふれあいサロン	廿日市市内の情報を掲載しています。 (廿日市市社会福祉協議会 HP へつながります。)	
認知症カフェ	廿日市市内の情報を掲載しています。 (廿日市市 HP へつながります。)	
物忘れ相談会	(廿日市市 HP へつながります。) 【問い合わせ】地域包括支援センター (p.19)	

はつかいち つながるネット（はつネット）

はつかいちつながるネット（はつネット）は、廿日市市在住の方が、知りたい市内の福祉資源を簡単に、素早く検索し、皆がつながることを目的としたサイトです。

このサイトでは、市内にある福祉にかかわる各種相談窓口、子育て機関、高齢者向けサービス、障害福祉サービス事業所等の情報を地域・名称等から検索することができます。

■ こんな時に活用してください

- どこに相談したらいいのかわからない
- 障害福祉サービスを受けたい
- 認知症について知りたい
- 子育てについて相談したい

【URL】 <https://ayamu.casio.jp/hatsukaichi>



その他

経済的な不安の相談窓口「はつかいち生活支援センター」

【TEL】 0829-20-4080 [9時～17時（月～金：祝日、12/29-1/3除く）]

【URL】 <https://hatsupy.jp/seikatsushien/>



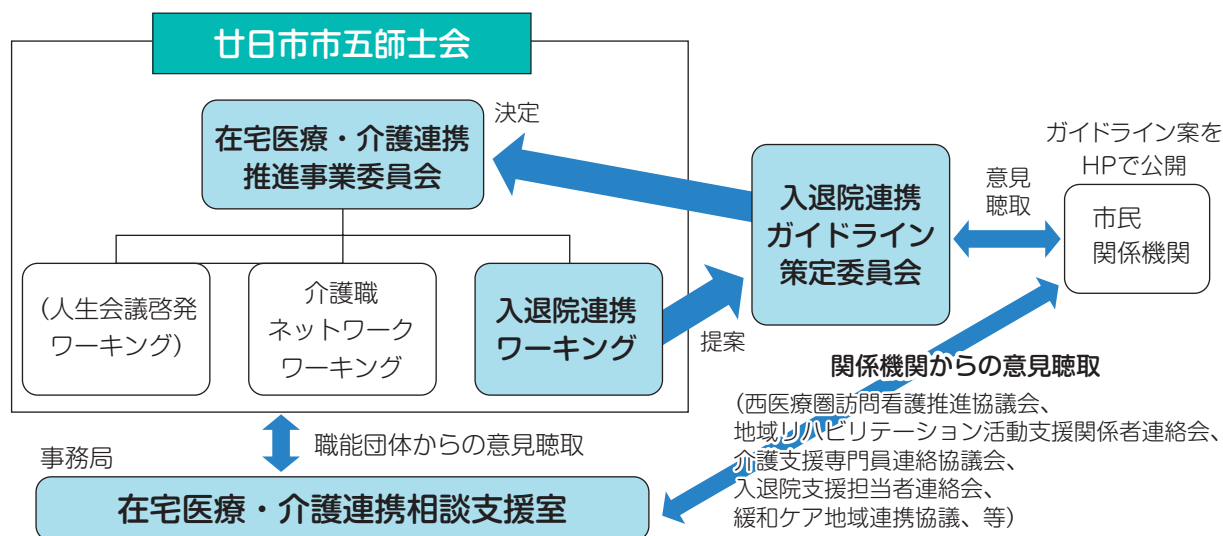
障害福祉の相談窓口「廿日市市障がい福祉相談センター（きらりあ）」

【TEL】 0829-20-0224 [9時～17時（月～金：祝日、12/29-1/3除く）]

【URL】 <https://www.city.hatsukaichi.hiroshima.jp/soshiki/34/12143.html>



6. 入退院連携ガイドラインの作成体制について



廿日市市入退院連携ガイドライン策定委員会の構成

分野	組織名
病院	JA 広島総合病院（地域医療支援病院）
	アマノリハビリテーション病院（在宅療養支援病院）
	佐伯中央病院（在宅療養支援病院）
	廿日市記念病院（緩和ケア病棟）
かかりつけ医	佐伯地区医師会（在宅療養支援診療所）
かかりつけ歯科医	佐伯歯科医師会廿日市支部
かかりつけ薬剤師	廿日市市薬剤師会
訪問看護ステーション	広島西医療圏訪問看護推進協議会
管理栄養士	廿日市市栄養士会
リハビリ職	廿日市市地域リハビリテーション活動支援関係者連絡会
ケアマネジャー	廿日市市介護支援専門員連絡協議会
ヘルパー	廿日市市訪問介護事業所連絡会介護保険部会
地域包括支援センター	地域包括支援センターはつかいち西部・さいき・おおの
消防署	廿日市市消防本部警防課
行政（県）	広島県西部保健所
行政（市）	廿日市市健康福祉部地域包括ケア推進課
事務局 （廿日市市五師士会）	廿日市市在宅医療・介護連携推進事業委員会
	廿日市市在宅医療・介護連携相談支援室

廿日市市入退院連携ガイドライン 第1版

発 行／ 廿日市市在宅医療・介護連携推進事業委員会

発行年月／ 令和6（2024）年3月

編 集／ 廿日市市在宅医療・介護連携相談支援室

〒738-0042 廿日市市地御前一丁目3番28号

TEL.0829-30-9026 FAX.0829-30-9027