

目次

1. 本ハンドブックの目的	・・・	1
2. 本ハンドブックの基本的な考え方	・・・	1
3. 北上市の現状と北上市がめざす地域包括ケアのかたち	・	2
4. 入退院時における連携プロセス	・・・	4
① 入退院時における在宅・施設等支援担当者の役割	・・・	4
② 入退院時における医療機関支援担当者の役割	・・・	5
③ 連携のプロセス	・・・	6
④ 入退院時の介護・医療連携に係る報酬	・・・	8
⑤ 医療・介護の各相談窓口	・・・	9
5. 工程管理と各ステップにおけるポイント	・・・	12
STEP 0・・・在宅・施設生活（普段から）	・・・	13
STEP 1・・・入院時（3日以内をめやすに）	・・・	15
STEP 2・・・入院時（7日以内をめやすに）	・・・	17
STEP 3・・・入院中（退院確定退院前カンファレンス開催）	・・・	19
STEP 4・・・退院時から在宅・施設生活（退院後1か月程度）	・・・	21
6. 医療・介護人材育成のための研修会	・・・	23
7. 資料編	・・・	23

1. 本ハンドブックの目的

本ハンドブックは、入退院時における医療機関の看護師・ソーシャルワーカー（以下支援担当者）と在宅・施設のケアマネジャー・生活相談員等（以下支援担当者）の連携の促進により、病気や障がいを持つ高齢者等本人及び家族等の意向をくんだ、尊厳あるその人らしい生活を継続する支援を実施していくこと、病気や障がいを持つ高齢者等の、地域における生活を、より効果的・効率的に支えていくことを目的としています。

地域で暮らす高齢者等本人と家族等を医療・ケアチームで支えていくことが必要であることに留意しましょう。

地域で生活する高齢者等の生活を、「普段（在宅・施設）の生活」、「入院時」、「入院中」、「退院時から在宅・施設生活（退院後1か月程度）」の各ステップに分け、在宅・施設支援担当者、医療機関支援担当者それぞれの入退院時における連携プロセスと各ステップにおけるポイントについて、ハンドブックにおいて示しています。

2. 本ハンドブックの基本的な考え方

① 本ハンドブックは、以下のことを想定して作成されています。

- ◇入退院支援において、医療機関の支援担当者、在宅及び施設の支援担当者が必要とする情報が確認できる。
- ◇医療機関の支援担当者、在宅及び施設の支援担当者が業務時携帯できる。
- ◇医療・ケアチームが業務の標準化に活用できる。
- ◇医療機関・介護事業所等の管理者が教育マニュアルとして使用できる。

② 本手引きの対象者

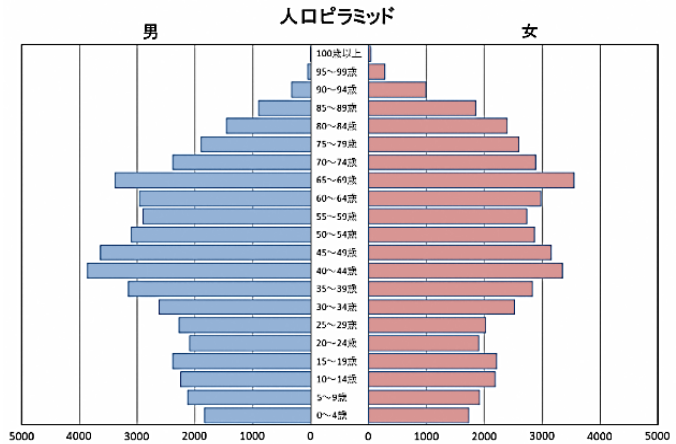
- ◇居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護施設のケアマネジャー・生活相談員等
- ◇医療機関の退院支援看護師、外来看護師、病棟看護師、ソーシャルワーカー

3. 北上市の現状と北上市がめざす地域包括ケアのかたち

① 北上市の基本情報

北上市の人口

総人口 92,323人
 65歳以上 25,196人
 高齢化率 27.29%
 (平成31年4月末現在)



北上市の地域資源

医療サービス (平成30年11月現在)

施設種別	施設数		人口10万人あたり施設数	
	北上市	北上市	岩手県	全国
一般診療所	57	60.96	51.72	68.14
病院	3	3.21	6.99	6.52
歯科医院	40	42.78	43.68	53.69
薬局	46	49.19	43.90	45.57

病床種別	病床数		人口10万人あたり病床数	
	北上市	北上市	岩手県	全国
一般診療所病床	64	68.44	104.50	73.57
病院病床 (全区分計)	861	920.75	1,277.38	1,201.30
一般病床	713	762.48	777.73	693.91
精神病床	124	132.60	316.13	255.41
療養病床	0	0.00	173.74	245.45
結核・感染症病床	24	25.67	9.78	4.82

介護サービス (平成30年12月現在)

施設種別	施設数	75歳以上1,000人あたり施設数		
	北上市	北上市	岩手県	全国
訪問型介護施設	27	2.21	2.52	3.16
通所型介護施設	28	2.29	2.97	3.41
入所型介護施設	35	2.87	2.51	2.14
居宅介護支援事業所	21	1.72	2.01	2.47
福祉用具事業所	16	1.31	0.76	0.82

出所：日本医師会地域医療情報システムホームページ

② きたかみ型地域包括ケアビジョン

北上市では、2025年（令和7年）における北上市の将来像を以下のように掲げ、高齢者福祉計画及び介護保険事業計画の理念としています。

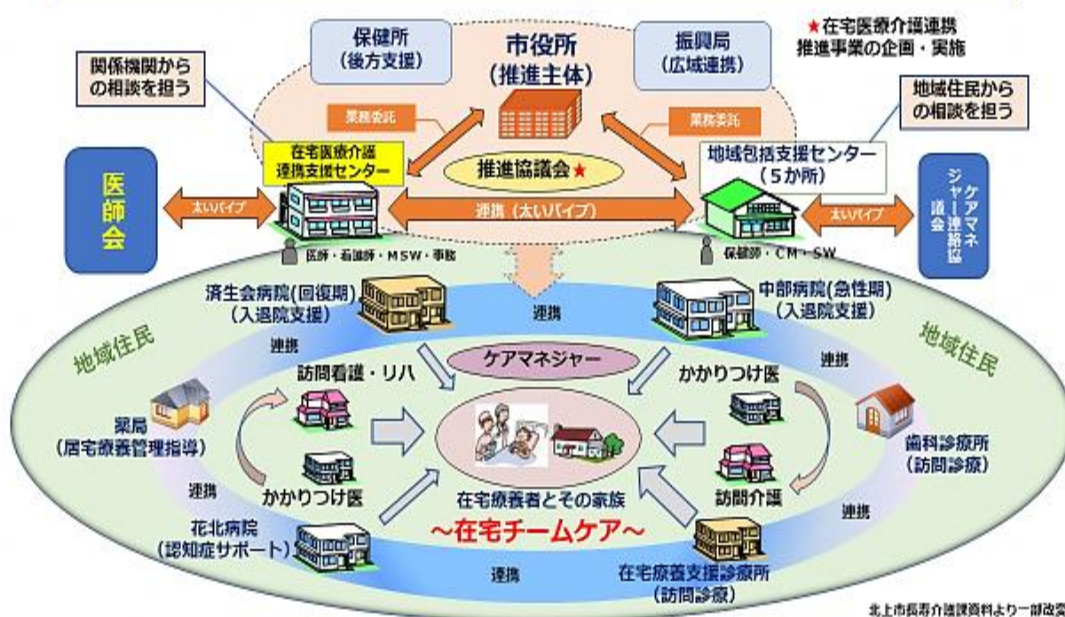
きたかみ型地域包括ケアの目指す将来像

介護や医療が必要になっても、
 世代を超えた地域のつながりの中で安心して暮らすことができ、
 いくつになっても自らの意思で自分らしく生きることができる、
 長寿を喜びあえるまち

③ 在宅医療介護連携推進事業

このきたかみ型地域包括ケアビジョンの実現に向けた取組みの1つとして、在宅医療介護連携推進事業を行っています。住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供できる環境を構築し、医療・介護・保健・福祉関係者の連携を図っていきます。

在宅療養を支援する連携体制と連結する機能



4. 入退院時における連携プロセス

① 入退院時における在宅・施設等支援担当者の役割

在宅・施設の支援担当者には、入院直後から利用者（患者）の退院後を見据え、どのようにケアプランを作成すべきか、また、本人の状態を踏まえたケアプランを作成するために、いつ、どのような情報を収集すべきか等を把握し、業務にあたることが求められます。

そのためには、医療機関等との連携が必須であり、その入り口となる入院時の医療機関への情報提供から、積極的な関わり・働きかけが効果的となります。入院時に、本人の状況や、在宅生活の要望などについて、適切に情報提供を行うことで、退院後の生活をイメージした、より適切な医療の実現（本人にとってのメリット）、退院支援計画作成に向けた生活情報の獲得（医療機関等にとってのメリット）へとつながることが期待されます。

本人や家族の意向は、入院中であっても病状の経過等によって、変わり得るものだとすることを理解しておきましょう。

また、支援担当者が日常的に連携を図る職種がどのような仕事をするのか、理解し連携を密にしておくことが必要です。

それぞれ医療機関には役割・機能に違いがあります。

訪問する病院の特徴を大まかで構いませんので押さえておきましょう。

◇ 病 院

（精神科、急性期・亜急性期・回復期リハビリテーション病棟・療養病棟・地域包括ケア病棟・障害者施設等一般病棟 など）

◇ 診療所、（強化型）在宅療養支援診療所 など

◇ 歯科医院

医療職

医師、歯科医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、社会福祉士、精神保健福祉士、臨床心理士、診療放射線技師、臨床工学技士、臨床検査技師 など

② 入退院時における医療機関支援者担当の役割

現在、医療を取り巻く環境は大きな変化を遂げています。疾病構造の変化や医学技術の進歩などにより、疾病や老化に伴う障がいを抱えつつ長生きする時代、「治癒の時代」から「病気と共に生きる時代」へと変化しています。

医療機関では、入院直後から医療チームにおいて患者（利用者）・家族等への早期支援を行っています。早期支援を行うことの重要性と共に、支援担当者は、患者（利用者）・家族等にとって、入院は非日常であり、地域におけるその患者（利用者）の生活のごく一部分であることに充分留意する必要があります。入院直後は、不安の中にある患者（利用者）・家族等の気持ちを十分に受け止めることに注力し、その方の今までの暮らしぶりを想像し、患者（利用者）や家族等を医療チームの中心においた支援を展開し、専門的な視点から患者（利用者）家族等の「目指すべき姿」を共有しましょう。

また、入院以前から介護サービス（入所サービスを含む）などを利用されていた場合は、在宅・施設の支援担当者として早期から連携を図りましょう。入院をきっかけに介護などの支援が必要と予測される場合は、患者（利用者）家族等の意向をくみつつ早期に医療・ケアチームによる支援を展開していきましょう。患者（利用者）や家族等の意向は、入院中であっても病状の経過等によって、変わり得るものだということを理解しておきましょう。患者（利用者）家族等を中心とした医療・ケアチームにとって「病院の退院は、在宅（施設を含む）の入院日」であると考え、病院の都合による支援を行わないように留意しましょう。

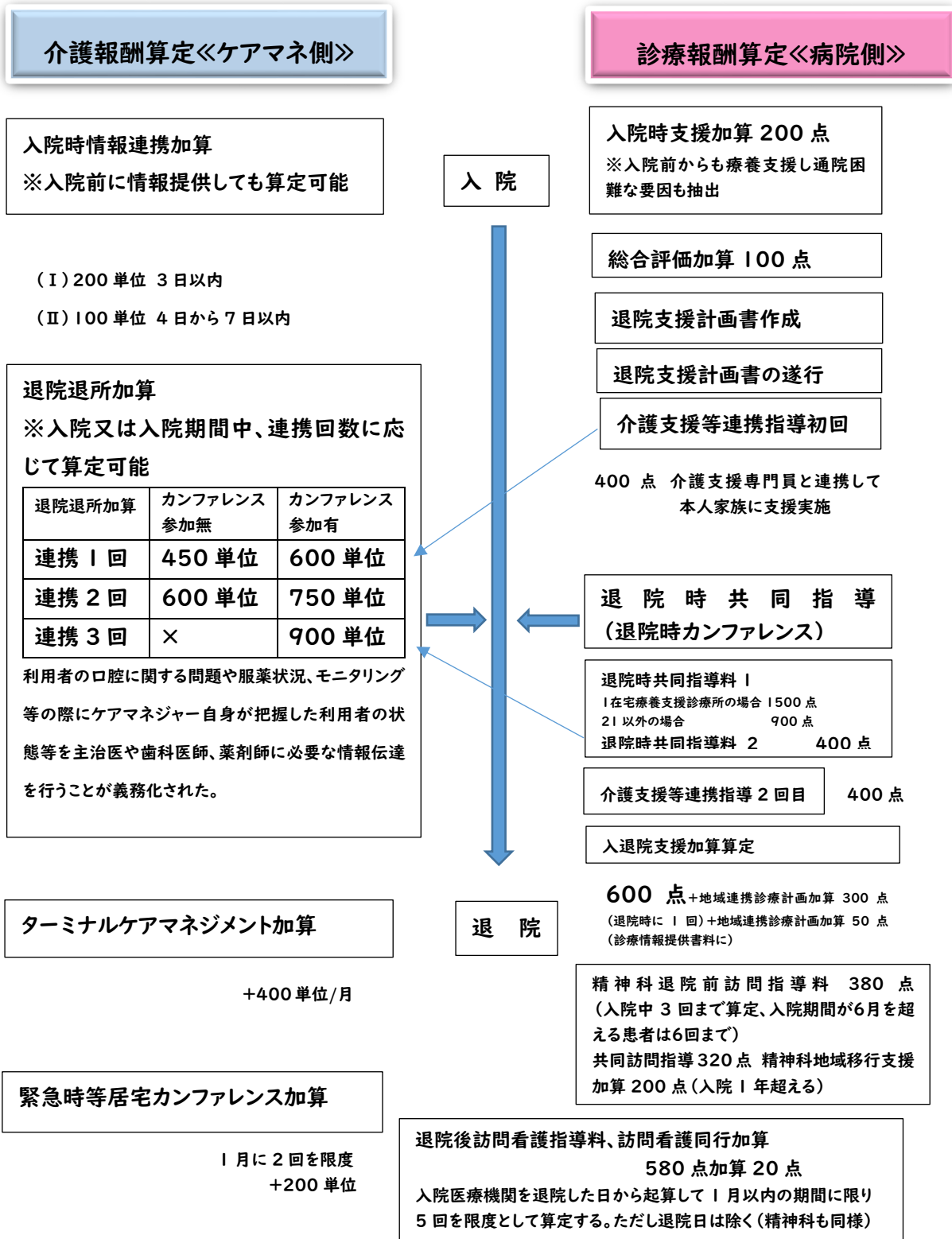
□施設の機能と役割の大まかに理解しておきましょう

③ 連携のプロセス

STEP	介護従事者	医療従事者
STEP0 入院に備え日頃から準備	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> かかりつけ医の指示事項・留意事項を把握しておく <input type="checkbox"/> 「医療と介護の情報提供書（在宅情報）」を事前に準備しておく <input type="checkbox"/> 医療機関の連絡窓口（部署/担当者）を把握しておく <input type="checkbox"/> お薬手帳、保険証を確認しておく <input type="checkbox"/> 利用者・家族へ入院時のお願いを伝えておく 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 入院する予定の患者・家族へ、入院生活、入院後にどのような治療過程を経るかイメージして入院前に情報の提供（オリエンテーション、服薬確認、褥瘡、栄養スクリーニング）と支援を行う
STEP1 入院時（3日以内がめやす）	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 利用者・家族や医療機関から入院の情報を入手する <input type="checkbox"/> 利用者・家族に、不安に思っていることが無いか確認を行う <input type="checkbox"/> 入院先医療機関に「在宅情報」を提出する <input type="checkbox"/> 入院医療機関の連絡相談窓口に要望を伝える（退院前カンファレンスの開催、入院見込みなどについて確認） 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 退院支援の必要な患者についてスクリーニングの実施 <input type="checkbox"/> 支援の必要性を患者・家族と共有し動機付けを行う <input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている患者の場合は担当ケアマネジャーを確認 <input type="checkbox"/> 本人・家族が不安になるような不用意な言葉は使用しない
STEP2 入院中（7日以内がめやす）	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 入院後、情報収集のため利用者や家族を訪問する <input type="checkbox"/> 病院スタッフと情報交換をしながら必要によってはカンファレンスに参加する <input type="checkbox"/> 入院医療機関へ提出した情報提供で伝えきれていない情報を共有する 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 病棟看護師・退院支援看護師・MSW等と協働してカンファレンスを行い入退院支援計画を立てる <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーへ情報提供し支援を開始する <input type="checkbox"/> 入院前に利用していた介護サービス等と現状を考え、今後使用が予想される介護サービス等を共有する <input type="checkbox"/> 介護保険要介護認定申請の相談時期について検討する

<p>STEP3</p> <p style="text-align: center;">退院前カンファレンス</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ 入院医療機関の相談窓口担当者と面談し、利用者の状態像の変化や今後予想される「課題」が変わっていないか確認する □ 退院前カンファレンスに参加してほしい関係職種とその内容を入院機関に伝える □ 退院許可を受けて退院前カンファレンスを開催する □ 入院中に行っている医療処置が退院後も続く場合は、医療処置内容の具体的な調整を行う 	<ul style="list-style-type: none"> □ ADLを評価し院内各専門職から収集した情報をもとにケアマネジャーに必要な介護サービスなどの情報を提供する □ 本人・家族の意向についての最終確認を行い、退院後の生活に必要な連携を図る □ カンファレンス時に必要な情報はあらかじめ資料としてまとめておく □ 資料とは別にカンファレンス時に検討したいことについて準備しておく <p style="text-align: right;">カンファレンスは確認の場</p>
<p>STEP4</p> <p style="text-align: center;">退院前カンファレンス後～退院後</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ サービス担当者会議を開催し、関係者と退院前カンファレンス内容の共有を行う □ 入院医療機関の相談窓口担当者に情報提供書類の提供を依頼する □ 退院後初回受診に同行しケアプランを提供するなどかかりつけ医との連携に努める 	<ul style="list-style-type: none"> □ 退院時、必要な物品、処方内容、次回受診日、緊急時の対応方法などについて確認を行う □ サマリー類の準備を行う □ 退院後のモニタリングを行い必要に応じてケアマネジャー等との情報共有を行う

④ 入退院時の介護・医療連携に係る報酬



* 算定にあたっては、各病院、各事業所で算定要件・施設基準を確認してください

<<国診版入退院支援の手引きH30年6月より抜粋・一部改変>>

⑤ 医療・介護の各相談窓口

「医療と介護の情報提供書（在宅情報）」の提出、リハ職や薬剤師、管理栄養士などの職員から情報を聞きたい、提供したい時、どのように支援すれば良いか迷った時まずは、医療機関窓口へ相談をしてみましょう。

医療機関	相談窓口名
<p>岩手県立中部病院</p> <p>住所：北上市村崎野17-10 電話：(0197) 71-1511 FAX：(0197) 71-1881</p>	<p>患者・家族支援センター えぐなるプラザ</p> <p>■事前にアポイントが必要です。</p>
<p>北上済生会病院</p> <p>住所：北上市花園町1-6-8 電話：(0197) 64-7722 FAX：(0197) 64-1133</p>	<p>地域医療福祉連携室</p> <p>■「在宅情報」を届けるだけであればアポイントの必要はありません。</p>
<p>花北病院</p> <p>住所：北上市村崎野16-89-1 電話：(0197) 66-2311 FAX：(0197) 66-2312</p>	<p>地域生活支援室</p> <p>■事前にアポイントが必要です。</p>
<p>ホームケアクリニックえん</p> <p>住所：北上市青柳町2-5-15 電話：(0197) 61-5160 FAX：(0197) 61-5161</p>	<p>医療ソーシャルワーカーが窓口となります。</p> <p>■電話でご一報ください。</p>

医療介護職間の連携や医療・ケアチームによる支援の進め方などに困った場合、

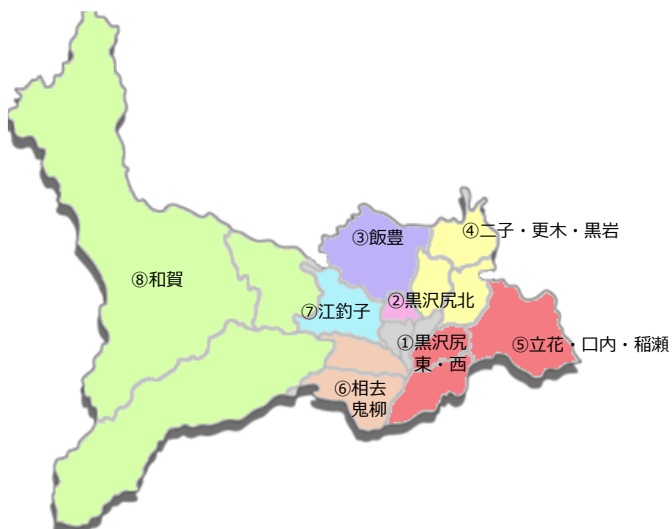
<p>北上市在宅医療介護連携支援センター</p> <p>住所：北上市花園町1-6-8 (北上済生会病院管理棟2階) 電話：(0197) 88-3011 FAX：(0197) 88-3012</p>	<p>看護師・医療ソーシャルワーカーが窓口となります。</p> <p>■電話でご一報ください。</p>
--	---

<圏域と地域包括支援センター>

8つの日常生活圏域を5つの地域包括支援センターで担当しています。

介護・生活の相談など高齢者の地域生活に関する総合相談窓口です。

番号	圏域名	担当包括	所在地	電話番号
①	黒沢尻東・黒沢尻西	本通り	本通り4-10-11	72-7254
②	黒沢尻北	いいとよ	村崎野17-115-3	62-4100
③	飯豊			
④	二子・更木・黒岩	展勝地	立花10-34-8	61-0225
⑤	立花・口内・稲瀬			
⑥	相去・鬼柳	北上中央	相去町高前檀6-14	72-6178
⑦	江釣子	わっこ	上江釣子17-117-1 (江釣子老人福祉センター内)	77-5055
⑧	和賀			



北上市観光キャラクター
「おに丸くん」

●高齢者が利用できる住まいのサービス●

種 類	要支援 1～2	要介護 1～5	内 容
緩和ケア病棟	要支援・要介護 認定と無関係		緩和ケアを専門に提供する病棟です。休憩室や談話室、調理スペースなど患者さんやご家族が過ごしやすい設備が整えられており、患者さんが自分らしく過ごせるように支えることを目指しています。
介護療養型 医療施設	要介護1～5		療養病床など入所して、食事、排泄、入浴などの日常生活上の介護や医療、機能訓練を受けるサービスです。
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)		3～5 のみ	入所して、食事、排泄、入浴などの日常生活上の介護、健康管理、余暇活動、機能訓練などを受ける施設です。
介護老人保健施設		1～5	入所して、食事、排泄、入浴などの日常生活上の介護や健康管理、理学療法士などによるリハビリテーションのマネジメントを受ける施設です。
認知症対応型共同介護 (グループホーム)	要支援 2のみ	1～5	入所定員が5～9名の施設で、認知症の人が共同で生活し、排泄、食事、入浴などの日常生活上の介護や機能訓練を受ける施設です。
軽費老人ホーム (ケアハウス)	要支援、要介護 認定を受けている人は、介護サービスを利用することもあります。		家庭環境、住宅事情により在宅生活が困難な人が利用できる低料金の老人ホームです（対象は概ね60歳以上の人）。自宅での生活に不安のある人が入所し、看護師や介護職員による相談助言や食事を受ける在宅介護対応型もあります。
有料老人ホーム・ サービス付き高齢者住宅			・民間の老人ホーム（対象は概ね60歳以上の人）介護付、住宅型、健康型の3種類があります。 ・高齢者にふさわしい設備と安心できる見守りサービスを整えた高齢者向け住宅です（対象は60歳以上の人または要支援・要介護認定を受けている人）。
養護老人 ホーム			身の回りのことはできますが、家庭の事情（経済的、住居など）で自宅での生活が困難なときに生活する施設です（対象は65歳以上、事情によっては60歳から）。入所契約によって利用する施設ではなく、市区町村の「措置」によって入所する施設です。

5. 工程管理と各ステップにおけるポイント

STEP 0	在宅・施設生活（普段から）	・・・13
STEP 1	入院時（3日以内をめやすに）	・・・15
STEP 2	入院時（7日以内をめやすに）	・・・17
STEP 3	入院中（退院確定・退院前カンファレンス開催）	・・・19
STEP 4	退院時から在宅・施設生活（退院後1か月程度）	・・・21