

北上市

入退院支援のハンドブック

2019年度版



編集：北上市入退院支援作業部会  
発行：北上市在宅医療介護連携支援センター

## 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

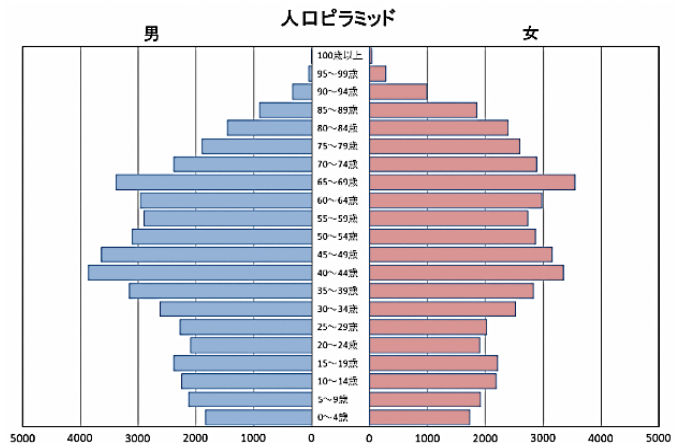
- ◇居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護施設のケアマネジャー・生活相談員等
- ◇医療機関の退院支援看護師、外来看護師、病棟看護師、ソーシャルワーカー

### 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

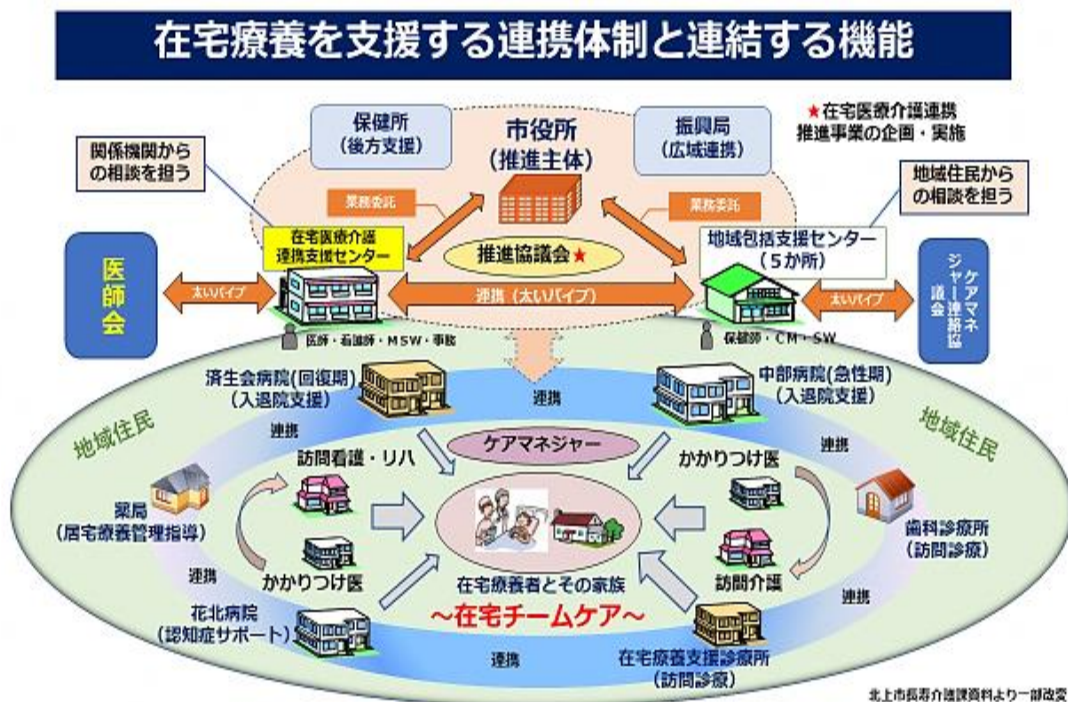
北上市では、2025年（令和7年）における北上市の将来像を以下のように掲げ、高齢者福祉計画及び介護保険事業計画の理念としています。

### 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。



## 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いう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<br><br>入院に備え日頃から準備   | <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<br><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<br><input type="checkbox"/> 医療機関の連絡窓口（部署/担当者）を把握しておく<br><input type="checkbox"/> お薬手帳、保険証を確認しておく<br><input type="checkbox"/> 利用者・家族へ入院時のお願いを伝えておく | <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<br><br>入院時（3日以内がめやす） | <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<br><input type="checkbox"/> 利用者・家族に、不安に思っていることが無い確認を行う<br><input type="checkbox"/> 入院先医療機関に「在宅情報」を提出する<br><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）                        | <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<br><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<br><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<br><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<br><br>入院中（7日以内がめやす） | <input type="checkbox"/> 入院後、情報収集のため利用者や家族を訪問する<br><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<br><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                                                                                  | <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<br><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<br><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<br><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>退院前カンファレンス</p>      | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 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</li> <li><input type="checkbox"/> 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</li> <li><input type="checkbox"/> 退院許可を受けて退院前カンファレンスを開催する</li> <li><input type="checkbox"/> 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</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 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</li> <li><input type="checkbox"/> 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</li> <li><input type="checkbox"/> 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</li> <li><input type="checkbox"/> 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</li> </ul> <p>カンファレンスは確認の場</p> |
| <p>STEP4</p> <p>退院前カンファレンス後～退院後</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 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</li> <li><input type="checkbox"/> 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</li> <li><input type="checkbox"/> 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</li> </ul>                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 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</li> <li><input type="checkbox"/> サマリー類の準備を行う</li> <li><input type="checkbox"/> 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</li> </ul>                                                                                                                        |

#### ④ 入退院時の介護・医療連携に係る報酬

##### 介護報酬算定《ケアマネ側》

入院時情報連携加算  
※入院前に情報提供しても算定可能

- (Ⅰ) 200 単位 3 日以内  
(Ⅱ) 100 単位 4 日から 7 日以内

##### 退院退所加算

※入院又は入院期間中、連携回数に応じて算定可能

| 退院退所加算 | カンファレンス<br>参加無 | カンファレンス<br>参加有 |
|--------|----------------|----------------|
| 連携 1 回 | 450 単位         | 600 単位         |
| 連携 2 回 | 600 単位         | 750 単位         |
| 連携 3 回 | ×              | 900 単位         |

利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等を主治医や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことが義務化された。

##### ターミナルケアマネジメント加算

+400 単位/月

##### 緊急時等居宅カンファレンス加算

1 月に 2 回を限度  
+200 単位

##### 診療報酬算定《病院側》

##### 入院時支援加算 200 点

※入院前から療養支援し通院困難な要因も抽出

##### 総合評価加算 100 点

##### 退院支援計画書作成

##### 退院支援計画書の遂行

##### 介護支援等連携指導初回

400 点 介護支援専門員と連携して  
本人家族に支援実施

##### 退 院 時 共 同 指 導 (退院時カンファレンス)

##### 退院時共同指導料 1

1 在宅療養支援診療所の場合 1500 点  
21 以外の場合 900 点

##### 退院時共同指導料 2 400 点

##### 介護支援等連携指導 2 回目 400 点

##### 入退院支援加算算定

##### 600 点 + 地域連携診療計画加算 300 点

(退院時に 1 回) + 地域連携診療計画加算 50 点  
(診療情報提供書料に)

精神科退院前訪問指導料 380 点  
(入院中 3 回まで算定、入院期間が 6 月を超える患者は 6 回まで)  
共同訪問指導 320 点 精神科地域移行支援  
加算 200 点 (入院 1 年を超える)

##### 退院後訪問看護指導料、訪問看護同行加算

##### 580 点加算 20 点

入院医療機関を退院した日から起算して 1 月以内の期間に限り  
5 回を限度として算定する。ただし退院日は除く (精神科も同様)

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

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、

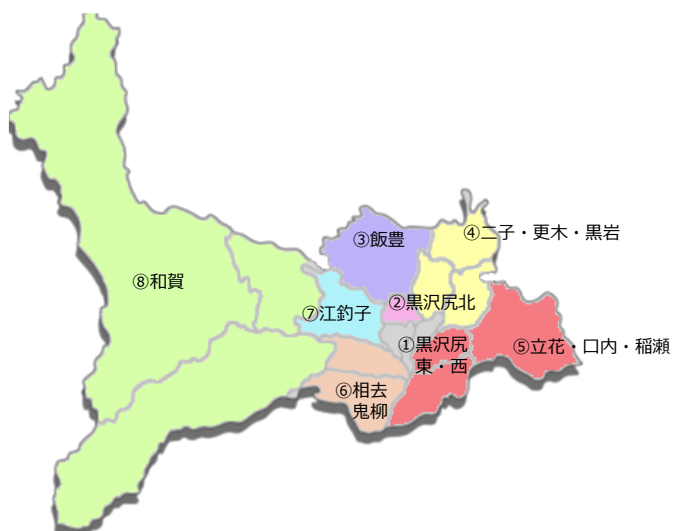
|                                                                                                            |                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|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

## <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<br>(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<br>1～2                                | 要介護<br>1～5 | 内 容                                                                                                                    |
|-------------------------|-------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 緩和ケア病棟                  | 要支援・要介護<br>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<br>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<br>(特別養護老人ホーム) |                                           | 3～5<br>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<br>(グループホーム) | 要支援<br>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<br>(ケアハウス)      | 要支援、要介護<br>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・<br>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。<br>・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<br>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 |

- 利用者について
  - かかりつけ医の指示事項・留意事項を把握しておく
  - 利用者が入院にいたるリスクをかかりつけ医や看護師に確認しておく
  - 利用者の受診医療機関と受診日を把握しておく
  - 「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
  - 「わたしのきぼうノート」活用を勧める
- 入院医療機関について
  - 医療機関の連絡窓口（部署／担当者）を把握しておく
- 情報提供・連携について
  - お薬手帳、保険証を確認しておく
  - お薬手帳に名刺を入れておく（ケアマネジャー等連絡先記入欄の活用）
  - 入院時のお願いについて事前に伝えておく

利用者の基礎疾患やかかりつけ医（以外にかかっている医療機関）の把握、通院頻度、かかりつけ薬局などの情報を把握しておきましょう。日頃から診療所の看護師や病院のMSW、看護師と情報の共有をするよう心がけましょう。入院のリスク予測をしておきましょう。

医療依存度が高い方、認知機能に不安のある方については、必要に応じて受診時同行するなどして医師の見通しを聞いておくといいでしょう。



資料編（3）の「わたしのきぼうノート」を上手く活用しましょう。  
本書9ページの「きたかみ医療介護の各相談窓口」で医師のアポ時間を確認しよう。

## ● 入院時支援

- 入院を予定している患者が入院前から入院中の生活や治療、退院後の生活をイメージし療養できるように支援する
- 入院前に得られた情報をもとに患者・家族のニーズを捉え、意思決定支援をする多職種と連携を図り早期に安心して退院できるようにする
- 入院に関連する外来・病棟・関係部署への連絡をする
- 入院時のADL・IADL、生活状況やどのような生活を送りたいか本人の意向を確認する。本人の意向を早期に得られることは、本人の退院後の生活をイメージするのに有用です

入院を予定している方へ、入院前から入院生活・入院後に、どのような治療過程を経るかイメージし、服薬の確認、褥瘡の有無、栄養スクリーニング等の情報提供と支援を行ないましょう。

資料編（3）の「わたしのきぼうノート」を上手く活用しましょう。



- 本人・家族や医療機関から
  - 入院の情報を入手する
  - 本人・家族に、不安に思っている事はないか確認する
- 入院医療機関から
  - 入院医療機関の連絡相談窓口を把握する
  - カンファレンス、病状説明の予定を確認する
- 入院医療機関へ
  - 「医療と介護の情報提供書（在宅情報）」を提出する
  - 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の有無について確認をする
    - ・ 退院予定（入院見込み）について確認する
    - ・ 必要に応じて退院前訪問実施の確認

※この時期は家族の不安の受け止めを行うことに注力しましょう

資料編（1）「医療と介護の情報提供書（在宅情報）」

北上市及び在宅きたかみのホームページからダウンロードできます。家族状況や本人の意向は、退院に向けての、重要な情報となりますので具体的に記載できると良いでしょう。

緊急時の連絡先を複数記載している場合は、予め医療機関への情報提供の同意を得ておく必要があります。

※本人・家族が不安になるような言葉は言わないようにしましょう。

例えば、「病気のことは全部病院に相談してください。私はわかりませんから」



必要に応じて、在宅情報の他にケアプラン、利用票も提供しましょう。各事業所へは入院した事実のみを伝えましょう。その場合簡単な報告にとどめ、今後の見通しなどについて憶測はせず、不用意な情報を伝えないようにしましょう。

## ● スクリーニングとアセスメント

- 退院支援の必要な患者についてスクリーニングを実施する
- 本人、家族の抱えるニーズをアセスメントする
- 支援の必要性を本人、家族と共有し動機づけをする
- すでに要介護認定を受けている方の場合には担当ケアマネジャーを確認する
- アセスメント実施後は退院支援計画書を立案する

※ この時期は家族の不安の受け止めを行うことに注力しましょう

書面からではなく、患者さんやご家族の希望や不安の受け止めをきちんと行うように心がけましょう。要介護認定を受けている場合は、ケアマネジャーなどからの情報も重要な情報となります。

※ケアマネジャー等は、ご本人やご家族の代わりに同意書などへのサインはできません。

※家族の方が不安になるような不用意な言葉は言わないようにしましょう。

例えば…入院直後に「もう家に戻ることは無理ですね、早く相談してください」

在宅スタッフを含めたカンファレンスは退院時に限らず、必要時開催することでスムーズな退院支援につながる可能性があります。



- 入院後、情報収集のため本人や家族を訪問する
- 必要に応じ、病院スタッフから情報収集する
- そのうえで病院スタッフと情報交換しながら必要によってはカンファレンスに参加する  
必要に応じ、カンファレンスに参加する
- 本人・家族への病状説明
- （可能なら）本人・家族への病状説明の場に参加
- 入院医療機関から渡された「入院診療計画書」等を確認
- 入院医療機関へ
- 提出した在宅情報で伝えきれていない情報を提供する
- 介護保険要介護認定申請（区分変更）の相談時期についても検討する
  - ・急性期を過ぎて容態が安定してきた頃に相談する
  - ・入院前の状態に回復することが難しいと判断される場合は申請を検討する
  - ・医療機関支援担当者にも相談する
 （転院が予定されている場合は転院後の申請でも構わない場合があります）

※ 「慌てて申請」が取り越し苦労を生むことがあります。  
少し落ち着いて区分変更申請について検討しましょう。

医療的対応・処置がどの程度行われているか確認しましょう。  
主な状態別に準備が必要なもの、方法等について備えましょう。

褥瘡 経管栄養 在宅酸素療法 喀痰吸引や吸入 点滴  
留置カテーテル 中心静脈栄養 ストマ 透析

治療材料 衛生材料 栄養剤



治療材料、衛生材料、栄養剤などは医療保険が適用されるものと適用外のものがあります。予め確認を行ないましょう。

- 医師が作成する「入院診療計画書」をもとに病棟看護師及び退院支援看護師、MSWと協働してカンファレンスを実施し「入退院支援計画書」を作成する
- ケアマネジャーへ情報提供を行い相談支援を開始する
- 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（検討した内容に応じてケアマネジャー等もカンファレンスに参加する）
- 介護保険要介護認定申請（区分変更）の相談時期についても検討する
  - ・ 急性期を過ぎて容態が安定してきた頃に相談する
  - ・ 入院前の状態に回復することが難しいと判断される場合は申請を検討する
  - ・ 担当ケアマネジャーにも相談する
 （転院が予定されている場合は転院後の申請でも構わない場合があります）

※ 「慌てて申請」が取り越し苦労を生むことがあります。

少し落ち着いて区分変更申請について検討しましょう。

既に介護保険要介護認定を受けている方の介護保険証には、居宅介護（予防）支援事業所名が記載されています。速やかにケアマネジャー等と連絡を取り情報共有に努めましょう。ご本人・ご家族の意向確認、入退院支援スクリーニング、「医療と介護の情報提供書（在宅情報）」等をもとに退院を妨げる問題点等についてアセスメントを行い、退院支援が必要な方について情報の共有を行いましょう。

主な状態別に準備が必要なもの、方法等について備えましょう。

褥瘡 経管栄養 在宅酸素療法 喀痰吸引や吸入 点滴 透析

留置カテーテル 中心静脈栄養 ストマ

治療材料 衛生材料 栄養剤

この時点で行われるカンファレンスは、退院後の方針を決定するものではありません。あくまで情報共有をして問題点・解決策を検討する場です。



### STEP 3 退院許可を受けて退院前カンファレンスを開催する

介護従事者入院中  
(退院確定・退院前カンファレンス開催)

- 入院医療機関へ連絡し、相談窓口担当者と面談のうえ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を確認する
- 病院スタッフから確認した情報から課題を把握しケアプラン第2表を作成する
- 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へ伝達する
- 作成した「ケアプラン原案第2表」をもとにケアマネジャーが提示した各課題に対し、必要に応じてサービス事業所調整を図る
- 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、医療処置の具体的な調整を行いましょう。



入院中に行わなければならない治療が終われば退院許可は出ますが、家に帰る準備が整うことではありません。  
栄養や薬剤・医療処置など情報収集をしましょう。  
入院中のリハビリの様子を確認しておきましょう。  
退院後の課題について事前に共有しておくといいでしょう。

- ☐ 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等へ必要となる介護サービスについて情報を提供する（退院後の食事形態や排泄は誰がどのようにするのか具体的に考える）
- ☐ 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
- ☐ 必要に応じて退院前訪問指導を実施する
- ☐ 必要な社会福祉・社会保障制度等の社会資源を活用できるよう、あらかじめ本人・家族のニーズを確認し、必要な申請手続きなどを進めておき、現時点で制度利用が難しい場合も含めて、社会資源の活用状況について情報の共有を行う
- ☐ 退院後の通院の有無及び通院が可能な状態か確認を行う
- ☐ これまでのかかりつけ医に帰すことができるか検討し、難しい場合は新たなかかりつけ医へつなぐ
- ☐ 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（カンファレンスは確認の場となります）
- ☐ 医療ケアチームで在宅ケアを支えているという安心感を本人家族が実感できるよう対応する

カンファレンスは単なる入院中の情報提供の場ではありません。入院によって何が改善し、何が支援を要するようになったのか、その支援はどのように行うことで退院後の生活が継続できるのか、参加する介護等のスタッフと具体的に共有することが重要です。

医療従事者側が退院後の生活をどれだけ描けるかで支援の仕方は変わってきます。入院は本人・家族にとって大きなイベントです。入院前の生活と大きく変化した状態で退院する場合は、より丁寧な準備、支援が必要となります。在宅を支援するスタッフと事前の打合せがとても重要になります。



- 入院医療機関の多職種から指摘事項を受けてケアプランの第2表を修正し、ケアプラン原案を作成する
- サービス担当者会議を開催し、関係者と退院カンファレンスでの関係職種の助言を共有化する
- ケアプランを完成させ（本人の）同意を得たら関係機関に配布する
- 入院医療機関の連絡相談窓口の担当者に、情報提供書類の提供を依頼する（看護サマリー/リハサマリー/退院・退所情報提供書など）
- 退院日時、退院方法の確認をする
- かかりつけ医との連携
- 必要に応じて退院後初回受診に同行しケアプランを提供する
- 利用者宅で行われるサービス担当者会議や緊急時カンファレンス参加について依頼し情報交換に努める

退院時、

- ・ 介護タクシー手配の必要性（車椅子かストレッチャーか）
  - ・ 車から家まで移動方法の確認
  - ・ （本人、家族の同意を得て）ご近所や民生委員への連絡を行う
  - ・ 場合によっては、地域の見守りネットワークの登録を行う
- ※見守りネットワーク登録は行っていない方に対しても、見守りの視点を持って支援を行うことが重要です



ケアプラン原案は、医療機関のカルテ診療録に保存記録しなければならないため提供するようにしましょう。  
「ほとんど在宅・ときどき入院」

## ● 退院前カンファレンス後

- ☐ 退院時必要な物品、処方内容、次回受診日、急変時の対応方法等について確認する
- ☐ 各サマリーの準備をする  
(看護サマリー/リハサマリー/栄養に関する情報提供書など)

※栄養に関するものは、食形態や必要なカロリー摂取時の姿勢や水分量など

- ☐ 外来担当者との情報共有及び引継ぎを行う

## ● 退院後

- ☐ 特に退院後初めて外来にいらした際は、退院後の療養生活の様子や不安に感じていることなど、患者や家族からお話を伺うように努める
- ☐ 必要に応じて、担当ケアマネジャーへの情報提供を行う  
(外来通院の頻度、内服管理状況、療養指導内容など)

退院は医療者にとって一つの支援の終了ですが、本人・家族にとっては新たな生活の始まりとなる、環境面、人間関係、社会面でも、とても不安定な要素を含んだ時期です

退院について本人・家族がどのように捉えているかを把握することがとても重要です。不安や心配をくみとり、介護側のスタッフと共有することも大切です。

「病院の退院日は在宅の入院日」



## 6. 医療・介護人材育成のための研修会

研修会や講演会、連携会、ケアカフェなどに参加し、自身のスキルアップや人的ネットワークの形成などにつとめましょう。北上市内及び近隣で開催される研修会等の情報については、在宅きたかみホームページに掲載されている「研修スケジュール（日程一覧）」をご覧ください。

## 7. 資料編

- 1) 北上市医療と介護の情報提供書（在宅情報）
- 2) 利用者・ご家族へ担当ケアマネジャーから「5つのお願い」シート
- 3) 『わたしのきぼうノート』の紹介
- 4) 人生の最終段階における医療・ケアの意思決定プロセスのガイドライン（解説編）
- 5) 北上市居宅介護支援事業所等ケアマネジャー一覧表
- 6) 北上市内医療機関相談窓口
- 7) きたかみ在宅医療介護情報一覧
- 8) きたかみ福祉相談・福祉サービストータルガイドブック
- 9) がんサポートブックきたかみ
- 10) きたかみ 市民の生活ガイド
- 11) 安心・相談お助けブックまちのお助け便利帳

資料5)～7)は「在宅きたかみ」ホームページにて閲覧可能

資料3)9)10)は北上市ホームページにて閲覧可能

医療と介護の情報提供書(在宅情報)

様

記入(届)日 平成 年 月 日  
入院日 平成 年 月 日 ~

|                            |                             |  |   |      |                                      |   |   |   |
|----------------------------|-----------------------------|--|---|------|--------------------------------------|---|---|---|
| 氏名                         | 様                           |  |   | 生年月日 | 年                                    | 月 | 日 | 歳 |
| 住所                         | 北上市                         |  |   | 電話番号 |                                      |   |   |   |
| 担当ケアマネ<br>事業所              | 名称                          |  |   |      | 介護体制構成図                              |   |   |   |
|                            | 担当者                         |  |   |      | 緊急連絡先<br>(氏名・続柄・連絡先)<br>同意を得ているものに限る |   |   |   |
|                            | 住所                          |  |   |      |                                      |   |   |   |
|                            | TEL/Fax                     |  |   |      |                                      |   |   |   |
| 認定情報                       |                             |  |   |      | 主・・・主介護者 ☆・・・キーパーソン/決定権              |   |   |   |
| 障がい者手帳                     | 種                           |  | 級 | ○ □  |                                      |   |   |   |
| 介護サービス<br>(福祉用具含)<br>利用状況  |                             |  |   |      |                                      |   |   |   |
| 住宅状況<br>段差・住改<br>リハ連携      |                             |  |   |      |                                      |   |   |   |
| 介護力を含めた<br>家族状況<br>本人家族の意向 | 介護力<br>家族状況<br><br>本人<br>家族 |  |   |      |                                      |   |   |   |
| 経済状況                       |                             |  |   |      |                                      |   |   |   |
| かかりつけ<br>情報<br>(医科歯科)      |                             |  |   | 病歴   |                                      |   |   |   |
| 移動・動作<br>麻痺・痛み<br><br>補助具  |                             |  |   | 服薬   |                                      |   |   |   |
|                            |                             |  |   | 睡眠   |                                      |   |   |   |
| 食事                         | 嚥下                          |  |   |      | 義歯・衛生                                |   |   |   |
|                            | 形態                          |  |   |      | 視聴覚                                  |   |   |   |
|                            | 制限                          |  |   |      | 認知症<br>精神状態                          |   |   |   |
| 排泄                         |                             |  |   |      |                                      |   |   |   |
| 入浴<br>皮膚                   |                             |  |   |      |                                      |   |   |   |
| 特記事項                       |                             |  |   |      |                                      |   |   |   |

1 介護度を入力します。認定調査日など伝えたいことは右側に記入

2 等級の他に障がい名を記載

3 介護保険サービス、インフォーマルの種類、頻度とあわせて、内容等の状況も記入します。

4 段差の状況、危険箇所、リハビリが必要な事を記載

5 技術、知識、意欲に関しても記載

6 種類を選択後、可能であればおおよその額を記載

行の高さ、文字のサイズは適宜調整可能ですが、受け取り手が読みやすいように配慮してください

生活歴や価値観等は「介護力を含めた家族状況・本人家族の意向」へ記載するか、特記事項へ要約してください。

不足する情報に対して独自のツールを用いることを妨げるものではありません。

# 医療と介護の情報提供書(在宅情報)

|                            |                             |                                      |             |         |
|----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|-------------|---------|
| 様                          |                             | 記入(届)日 平成 年 月 日 ~ 入院日 平成 年 月 日       |             |         |
| 氏名                         | 様                           |                                      | 生年月日        | 年 月 日 歳 |
| 住所                         | 北上市                         |                                      | 電話番号        |         |
| 担当ケアマネ事業所                  | 名称                          | 介護体制構成図                              |             |         |
|                            | 担当者                         |                                      |             |         |
|                            | 住所                          | 緊急連絡先<br>(氏名・性別・連絡先)<br>同意を得ているものに限る |             |         |
|                            | Tel/Fax                     | ⑫                                    |             |         |
| 認定情報                       | ①                           | 主…主介護者 ☆…キーパーソン/決定権                  |             |         |
| 障がい者手帳                     | ② 種                         | 級                                    | ⑨ ○ □       |         |
| 介護サービス<br>(福祉用具含)<br>利用状況  | ③                           |                                      |             |         |
| 住宅状況<br>段差・住改<br>り連携       | ④                           |                                      |             |         |
| 介護力を含めた<br>家族状況<br>本人家族の意向 | 介護力<br>家族状況<br><br>本人<br>家族 | ⑤                                    |             |         |
| 経済状況                       | ⑥                           |                                      |             |         |
| かかりつけ<br>情報<br>(医科歯科)      | ⑦                           |                                      | 病歴          | ⑩       |
| 移動・動作<br>麻痺・痛み<br>補助具      | ⑧                           |                                      | 服薬          | ⑪       |
|                            |                             |                                      | 睡眠          |         |
| 食事                         | 嚥下                          |                                      | 義歯・衛生       |         |
|                            | 形態                          |                                      | 視聴覚         |         |
|                            | 制限                          |                                      |             |         |
| 排泄                         |                             |                                      | 認知症<br>精神状態 |         |
| 入浴<br>皮膚                   |                             |                                      |             |         |
| 特記事項                       |                             |                                      |             |         |

北上市

7 診療所名、診療科、可能であれば頻度を記載

8 杖や歩行器の利用状況も記載する

9 ジェノグラムを記載する。関係の深い支援者や家族との関係性も明記する

10 主治医意見書のみならず、聴取している情報を要約する。可能であれば時期を明記

11 薬剤師の訪問、配達を受けている場合は薬局名も記載

12 記載する方の情報は同意を得ておくこと

裏面には情報等を記載しないようにお願い致します。

この様式は、情報提供を主たる目的としており、医療関係者からの回答及び指示を得る手段としては使用できませんのでご注意ください。

|                            |                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |               |             |                                                                     |                                                |                   |  |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------|--|
| 氏名                         | 北上 太郎                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                      |               | 様           | 生年月日                                                                | 昭和 13 年 4 月 31 日 80 歳                          |                   |  |
| 住所                         | 北上市 和賀町藤根100-200-100                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                      |               |             | 電話番号                                                                | 0197-00-0000                                   |                   |  |
| 担当ケアマネ<br>事業所              | 名称                                                                                                     | 地域包括支援センターわっこ                                                                                                                                                                                                                        |               |             | 介護体制構成図                                                             |                                                |                   |  |
|                            | 担当者                                                                                                    | 老林 聖幸                                                                                                                                                                                                                                |               |             | 緊急連絡先<br>(氏名・続柄・連絡先)<br>同意を得ているものに限る                                | 主・☆ 息子 北上 二郎 090-000-0000                      |                   |  |
|                            | 住所                                                                                                     | 北上市上江釣子17-117-1                                                                                                                                                                                                                      |               |             |                                                                     | 緊のみ 娘 北上 花美 080-0000-0000                      |                   |  |
|                            | TEL/Fax                                                                                                | TEL                                                                                                                                                                                                                                  | 0197-77-5055  | Fax         |                                                                     | 0197-77-5022                                   | 主 妻 北上 花子 73-0000 |  |
| 認定情報                       | 要介護2                                                                                                   | 入院中の状況に合わせて区分変更を検討します                                                                                                                                                                                                                |               |             | 主・・・主介護者 ☆・・・キーパーソン/決定権                                             |                                                |                   |  |
| 障がい者手帳                     | 1 種                                                                                                    | 2 級                                                                                                                                                                                                                                  | 慢性腎不全による腎機能障害 |             |                                                                     | <p>○妻友人<br/>介護の手伝い</p> <p>長男は自営業でいつでも連絡が可能</p> |                   |  |
| 介護サービス<br>(福祉用具含)<br>利用状況  | 〇〇デイケア 火曜日・金曜日<br>歩行訓練継続中 利用状況良好<br>〇〇福祉用具センター 介護用ベッド一式貸与                                              |                                                                                                                                                                                                                                      |               |             |                                                                     |                                                |                   |  |
| 住宅状況<br>段差・住改<br>リハ連携      | 玄関外と上がり框の段差が大きく、介護者が苦<br>労している。住宅改修の意向は無いため、福祉<br>用具の活用を検討中。トイレが寝室から20m先で<br>あるが、自力で移動したいと願っていた。       |                                                                                                                                                                                                                                      |               |             |                                                                     |                                                |                   |  |
| 介護力を含めた<br>家族状況<br>本人家族の意向 | 介護力<br>家族状況                                                                                            | 妻と二人暮らし。妻は腰痛があり介護力は低い。市内に住む息子が毎週訪問している<br>妻は意欲があるが腰痛の影響で無理ができない。息子は日常的な世話は行えないが、<br>良く面倒をみている。隣市に住む娘は教師であり、忙しいために介護ができない状況。親<br>戚関係は良好<br>施設には泊まりたくない。妻に面倒をみてもらいたい<br>本人<br>家族<br>老老介護は無理だと思います。リハビリをしてもうすこし自分でできる様になるまで施設入<br>所させたい |               |             |                                                                     |                                                |                   |  |
| 経済状況                       | 厚生年金                                                                                                   | 2ヶ月で17万                                                                                                                                                                                                                              | 恩給            | 不明          |                                                                     | 農業収入あり                                         |                   |  |
| かかりつけ<br>情報<br>(医科歯科)      | △内科 月1回 服薬あり<br>□眼科 3ヶ月に1回 目薬2種類<br>□歯科 中断中<br>△整形 時々 外用薬の処方あり                                         |                                                                                                                                                                                                                                      |               | 病歴          | 30代 事故による複雑骨折 右下肢<br>糖尿病H22.10<br>白内障 手術<br>認知症                     |                                                |                   |  |
| 移動・動作<br>麻痺・痛み<br>補助具      | 右足の動きが悪く痛みもある。立位は支えが必<br>要。歩行は2人で介助すれば何とかおこなえる。<br>麻痺はないが振るえが強い。杖や歩行器は拒否<br>している。                      |                                                                                                                                                                                                                                      |               | 服薬          | 家族管理で不良 拒否あり                                                        |                                                |                   |  |
|                            |                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |               | 睡眠          | 服用にて眠れている                                                           |                                                |                   |  |
| 食事                         | 嚥下                                                                                                     | 良好 むせることは少ない                                                                                                                                                                                                                         |               | 義歯・衛生       | 上下とも総義歯 妻が毎食後適切に洗浄している                                              |                                                |                   |  |
|                            | 形態                                                                                                     | 常食 好き嫌いは無い                                                                                                                                                                                                                           |               | 視聴覚         | 白内障の影響にて目の前の大きな字が見える。耳は遠<br>いため耳元での会話が必要                            |                                                |                   |  |
| 排泄                         | 制限                                                                                                     | たんぱく40g 塩6g カリウム1500mg以下                                                                                                                                                                                                             |               | 認知症<br>精神状態 | ありもしない事を繰り返すようになった<br>が、説明をするとその時は納得する。家<br>族を振り回すまでの状況にはなってい<br>ない |                                                |                   |  |
|                            | リハビリパンツ使用 尿便意あり 介助があれば可能                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                      |               |             |                                                                     |                                                |                   |  |
| 入浴<br>皮膚                   | デイケアにて入浴 皮膚トラブルなし                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |               |             |                                                                     |                                                |                   |  |
| 特記事項                       | ケアマネの見立てとしては身体機能B1 認知症Ⅱbと思われます<br>・区分変更と退院後のサービス変更が予想されますので、退院前に相談させていただきます。<br>・リハビリ状況を確認させていただきたいです。 |                                                                                                                                                                                                                                      |               |             |                                                                     |                                                |                   |  |

## 利用者・ご家族の方へ担当ケアマネジャーから「5つのお願い」シート

様

事業所名：（ ）

担当ケアマネジャー名：（ ）

連絡先：（ ）

### 利用者・ご家族の方へ 担当ケアマネジャーから「5つのお願い」

利用者の方に、切れ目のないケアサービスを提供し、安心した療養生活を送って頂くために、担当ケアマネジャーから、以下の点についてお願い致します。

もしも、利用者さまが入院された場合は・・・、

- ① 病院へは「保険証／お薬手帳／介護保険証」を持参してください
- ② 急な入院の場合、出来るだけ早く、担当ケアマネジャーに連絡をください  
また、あらかじめ入院の予定が決まっている場合は、事前にお知らせください
- ③ 病院へは「担当ケアマネジャー」がいることをお知らせください  
(担当ケアマネジャーの「氏名」や「連絡先」など)

病院から何か説明があった場合は・・・、

- ④ 利用者さまが退院後、すみやかに自宅での療養生活を始められるよう準備を進めるために、「今、どんな状況か」を早めに知りたいので、病院からの説明内容は担当ケアマネジャーにも教えてください。  
(特に、「病状」や「退院の目処」)

家に帰る準備をするために、病院にお願いして欲しいこと

- ⑤ 退院の目処がみえてきたら、担当ケアマネジャーを病院へ呼んでくださるよう、ご家族からも病院にお願いしてください

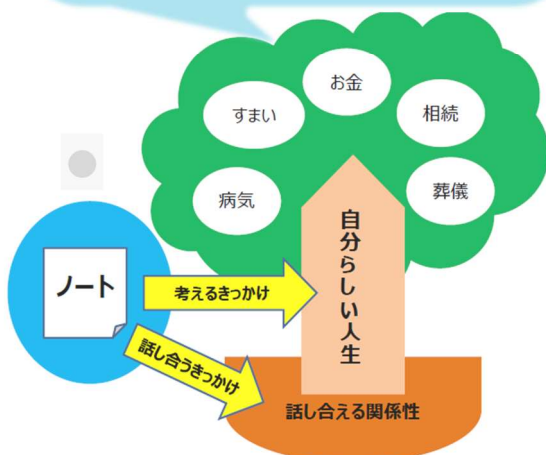
～自分らしく幸せに歳を重ねるための心づもりのために～

## 『わたしのきぼうノート』のご紹介

### ノートができたわけ

地域包括ケア推進フォーラム参加者の声から、「歳を重ねていくことについて心配なことはたくさんあるのに、大切な人と話し合ったり、準備したりすることが難しい」と考えている人が多いことがわかりました。そこで市民有志による勉強会が立ち上がり、話し合うきっかけとなるノート案ができました。それをもとに北上市独自の「わたしのきぼうノート」が作られました。

- 話したいテーマからはじめてみましょう。
- 想いは変わるものです。何度でも話し合ってみましょう。
- テーマ毎に関する情報については、資料編をご覧ください。



### 活用方法



#### 自分らしい人生を考えるきっかけに

人生において病気・老い・障がいとともに暮らす時期を迎えると、様々な選択が必要となります。そんな時、納得のいく選択をするため、その前提である自分らしい人生を考えるきっかけとして活用いただけます。

#### 話し合うきっかけに

話し合うことで自分の気持ちが整理でき、本当に大切にしたいことに気づくことがあります。また、大切な人の想いや、気づかなかった自分の一面を知ることができ、より自分らしい人生を描けるかもしれません。結論を出すことも大事ですが、互いに信頼し、自分にとって大切なことを話し合える関係性を育てるきっかけとして活用いただけます。

### 配布場所・問い合わせ先

北上市 保健福祉部 長寿介護課

包括支援係（本庁舎1階）

住所 北上市芳町1番1号

電話 0197-72-8221

FAX 0197-64-0287



# 人生の最終段階における医療・ケアの 決定プロセスに関するガイドライン 解説編

人生の最終段階における医療の普及・啓発の  
在り方に関する検討会  
改訂 平成30年3月

## 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン解説編

### 【平成19年版ガイドライン作成の経緯】

人生の最終段階における治療の開始・不開始及び中止等の医療のあり方の問題は、従来から医療現場で重要な課題となってきました。厚生労働省においても、人生の最終段階における医療のあり方については、昭和62年以来4回にわたって検討会を開催し、継続的に検討を重ねてきたところです。その中で行ってきた意識調査などにより、人生の最終段階における医療に関する国民の意識にも変化が見られることと、誰でもが迎える人生の最終段階とはいいいながらその態様や患者を取り巻く環境もさまざまなものがあることから、国が人生の最終段階における医療の内容について一律の定めを示すことが望ましいか否かについては慎重な態度がとられてきました。

しかしながら、人生の最終段階における医療のあり方について、患者・医療従事者ともに広くコンセンサスが得られる基本的な点について確認をし、それをガイドラインとして示すことが、よりよき人生の最終段階における医療の実現に資するとして、厚生労働省において、初めてガイドラインが策定されました。

本解説編は、厚生労働省において策定されたガイドラインを、より広く国民、患者及び医療従事者に理解いただけるよう、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」において議論された内容を取りまとめたものです。

国に対しては、本ガイドラインの普及を図るとともに、緩和ケアの充実など人生の最終段階を迎える患者及び家族を支えるため、その体制整備に積極的に取り組むことを要望します。

### 【平成30年版ガイドライン改訂の経緯】

平成27年3月には、「終末期医療に関する意識調査等検討会」において、最期まで本人の生き方（＝人生）を尊重し、医療・ケアの提供について検討することが重要であることから、「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」へ名称の変更を行いました。

今回の改訂は、ガイドライン策定から約10年の歳月を経た平成30年3月には、近年の高齢多死社会の進行に伴う在宅や施設における療養や看取りの需要の増大を背景に、地域包括ケアシステムの構築が進められていることを踏まえ、また、近年、諸外国で普及しつつあるACP（アドバンス・ケア・プランニング：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）の概念を盛り込み、医療・介護の現場における普及を図ることを目的に「人生の最終段階における医療の普及・啓発に関する検討会」において、次の1）から3）までの観点から、文言変更や解釈の追加を行いました。

- 1）本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針についての話し合いは繰り返すことが重要であることを強調すること。
- 2）本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、その場合に本人の意思を推定しうる者となる家族等の信頼できる者も含めて、事前に繰り返し話し合っておくことが重要であること。
- 3）病院だけでなく介護施設・在宅の現場も想定したガイドラインとなるよう、配慮すること。

加えて、本ガイドラインについて、人生の最終段階における医療・ケアに従事する医療・介護従事者が、人生の最終段階を迎える本人及び家族等を支えるために活用するものであるという位置づけや、本人・家族等の意見を繰り返し聞きながら、本人の尊厳を追求し、自分らしく最期まで生き、より良い最期を迎えるために人生の最終段階における医療・ケアを進めていくことが重要であることを改めて確認しました。

国に対しては、医療・介護従事者が、丁寧に本人・家族等の意思をくみ取り、関係者と共有する取組が進むよう、また年齢や心身の状態にかかわらず、家族等との繰り返しの話し合いを通じて本人の意思を確認しておくことの重要性が、広く国民、本人、医療・介護従事者に理解されるよう、改訂された本ガイドラインの普及を図ることを要望します。

### 【基本的な考え方】

- 1) このガイドラインは、人生の最終段階を迎えた本人・家族等と医師をはじめとする医療・介護従事者が、最善の医療・ケアを作り上げるプロセスを示すガイドラインです。
- 2) そのためには担当の医師ばかりでなく、看護師やソーシャルワーカー、介護支援専門員等の介護従事者などの、医療・ケアチームで本人・家族等を支える体制を作ることが必要です。このことはいうまでもありませんが、特に人生の最終段階における医療・ケアにおいて重要なことです。
- 3) 人生の最終段階における医療・ケアにおいては、できる限り早期から肉体的な苦痛等を緩和するためのケアが行われることが重要です。緩和が十分に行われた上で、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケアの内容の変更、医療・ケア行為の中止等については、最も重要な本人の意思を確認する必要があります。確認にあたっては、適切な情報に基づく本人による意思決定（インフォームド・コンセント）が大切です。
- 4) 人生の最終段階における医療・ケアの提供にあたって、医療・ケアチームは、本人の意思を尊重するため、本人のこれまでの人生観や価値観、どのような生き方を望むかを含め、できる限り把握することが必要です。また、本人の意思は変化しうるものであることや、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、本人が家族等の信頼できる者を含めて話し合いが繰り返し行われることが重要です。
- 5) 本人の意思が明確でない場合には、家族等の役割がいっそう重要になります。特に、本人が自らの意思を伝えられない状態になった場合に備えて、特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めている場合は、その者から十分な情報を得たうえで、本人が何を望むか、本人にとって何が最善かを、医療・ケアチームとの間で話し合う必要があります。
- 6) 本人、家族等、医療・ケアチームが合意に至るなら、それはその本人にとって最もよい人生の最終段階における医療・ケアだと考えられます。医療・ケアチームは、合意に基づく医療・ケアを実施しつつも、合意の根拠となった事実や状態の変化に応じて、本人の意思が変化しうるものであることを踏まえて、柔軟な姿勢で人生の最終段階における医療・ケアを継続すべきです。
- 7) 本人、家族等、医療・ケアチームの間で、話し合いを繰り返し行った場合においても、合意に至らない場合には、複数の専門家からなる話し合いの場を設置し、その助言により医療・ケアのあり方を見直し、合意形成に努めることが必要です。
- 8) このプロセスにおいて、話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくことが必要です。

## 1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。

また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。

さらに、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。この話し合いに先立ち、本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である。

\*注1 よりよい人生の最終段階における医療・ケアには、第一に十分な情報と説明（本人の心身の状態や社会的背景に鑑み、受ける医療・ケア、今後の心身の状態の変化の見通し、生活上の留意点等）を得たうえでの本人の決定こそが重要です。ただし、②で述べるように、人生の最終段階における医療・ケアとしての医学的妥当性・適切性が確保される必要のあることは当然です。

\*注2 医療・ケアチームとはどのようなものかは、医療機関等の規模や人員によって変わり得るものです。一般的には、担当の医師と看護師及びそれ以外の医療・介護従事者というのが基本形ですが、例えばソーシャルワーカーなど社会的な側面に配慮する人が参加することも想定されます。また、在宅や施設においては、担当の医師と看護師のほか、本人の心身の状態や社会的背景に応じて、ケアに関わる介護支援専門員、介護福祉士等の介護従事者のほか、他の関係者が加わることも想定されます。

\*注3 医療・ケアチームは、丁寧に、本人の意思をくみ取り、関係者と共有する取組を進めることが重要です。また、本人の意思は、時間の経過や心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、大きく変化する可能性があることから、繰り返し話し合いを行うことが、本人の意思の尊重につながります。

- ② 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。

\*注4 人生の最終段階には、がんの末期のように、予後が数日から長くとも2～3ヶ月と予測が出来る場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など数ヶ月から数年にかけ死を迎える場合があります。どのような状態が人生の最終段階かは、本人の状態を踏まえて、医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断によるべき事柄です。また、チームを形成する時間のない緊急時には、生命の尊重を基本として、医師が医学的妥当性と適切性を基に判断するほかありませんが、その後、医療・ケアチームによって改めてそれ以後の適切な医療・ケアの検討がなされることになります。

\*注5 医療・ケアチームについては2つの懸念が想定されます。1つは、結局、強い医師の考えを追認するだけのものになるという懸念、もう1つは、逆に、責任の所在が曖昧になるという懸念です。しかし、前者に対しては、医療・介護従事者の協力関係のあり方が変化し、医師以外の医療・介護従事者がそれぞれの専門家として貢献することが認められるようになってきた現実をむしろ重視すること、後者に対しては、このガイドラインは、あくまでも人生の最終段階の本人に対し医療・ケアを行う立場から配慮するためのチーム形成を支援するためのものであり、それぞれが専門家としての責任を持って協力して支援する体制を作るため

のものであることを理解してもらいたいと考えています。特に刑事責任や医療従事者間の法的責任のあり方などの法的側面については、ガイドライン策定以降、このような側面から大きく報道されるような事態は生じていませんが、引き続き検討していく必要があります。

**③ 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。**

＊注6 緩和ケアの重要性に鑑み、2007年2月、厚生労働省は緩和ケアのための麻薬等の使用を従来よりも認める措置を行いました。

＊注7 人が人生の最終段階を迎える際には、疼痛緩和ばかりでなく、他の種類の精神的・社会的問題も発生します。可能であれば、医療・ケアチームには、ソーシャルワーカーなど、社会的側面に配慮する人やケアに関わる介護支援専門員などが参加することが望まれます。

**④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。**

＊注8 疾患に伴う耐え難い苦痛は緩和ケアによって解決すべき課題です。積極的安楽死は判例その他で、きわめて限られた条件下で認めうる場合があるとされています。しかし、その前提には耐え難い肉体的苦痛が要件とされており、本ガイドラインでは、肉体的苦痛を緩和するケアの重要性を強調し、医療的な見地からは緩和ケアをいっそう充実させることが何よりも必要であるという立場をとっています。そのため、積極的安楽死とは何か、それが適法となる要件は何かという問題を、このガイドラインで明確にすることを目的としていません。

**2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続**

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定は次によるものとする。

**(1) 本人の意思の確認ができる場合**

**① 方針の決定は、本人の状態に応じた専門的な医学的検討を経て、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされることが必要である。**

そのうえで、本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた本人による意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行う。

**② 時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化しうるものであることから、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明がなされ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行われることが必要である。この際、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等も含めて話し合いが繰り返し行われることも必要である。**

**③ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。**

＊注9 話し合った内容を文書にまとめるにあたっては、医療・介護従事者からの押しつけにならないように配慮し、医療・ケアについての本人の意思が十分に示された上で、話し合われた内容を文書として残しておくことが大切です。

＊注10 よりよき人生の最終段階における医療・ケアの実現のためには、まず本人の意思が確認できる場合には本人の意思決定を基本とすべきこと、その際には十分な情報と説明が必要なこと、それが医療・ケアチームによる医学的妥当性・適切性の判断と一致したものであるこ

とが望ましく、そのためのプロセスを経ること、また合意が得られた場合でも、本人の意思が変化しうることを踏まえ、さらにそれを繰り返し行うことが重要だと考えられます。

＊注 1 1 話し合った内容については、文書にまとめておき、家族等と医療・ケアチームとの間で共有しておくことが、本人にとっての最善の医療・ケアの提供のためには重要です。

## （２）本人の意思の確認ができない場合

本人の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。
- ③ 家族等がいない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

＊注 1 2 家族等とは、今後、単身世帯が増えることも想定し、本人が信頼を寄せ、人生の最終段階の本人を支える存在であるという趣旨ですから、法的な意味での親族関係のみを意味せず、より広い範囲の人（親しい友人等）を含みますし、複数人存在することも考えられます（このガイドラインの他の箇所でも使われている意味も同様です）。

＊注 1 3 本人の意思決定が確認できない場合には家族等の役割がますます重要になります。特に、本人が自らの意思を伝えられない状態になった場合に備えて、特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定め、その者を含めてこれまでの人生観や価値観、どのような生き方や医療・ケアを望むかを含め、日頃から繰り返し話し合っておくことにより、本人の意思が推定しやすくなります。その場合にも、本人が何を望むかを基本とし、それがどうしてもわからない場合には、本人の最善の利益が何であるかについて、家族等と医療・ケアチームが十分に話し合い、合意を形成することが必要です。

＊注 1 4 家族等がいない場合及び家族等が判断せず、決定を医療・ケアチームに委ねる場合には、医療・ケアチームが医療・ケアの妥当性・適切性を判断して、その本人にとって最善の医療・ケアを実施する必要があります。なお家族等が判断を委ねる場合にも、その決定内容を説明し十分に理解してもらうよう努める必要があります。

＊注 1 5 本人の意思が確認できない場合についても、本人の意思の推定や医療・ケアチームによる方針の決定がどのように行われたかのプロセスを文書にまとめておき、家族等と医療・ケアチームとの間で共有しておくことが、本人にとっての最善の医療・ケアの提供のためには重要です。

## （３）複数の専門家からなる話し合いの場の設置

上記（１）及び（２）の場合において、方針の決定に際し、

- ・医療・ケアチームの中で心身の状態等により医療・ケアの内容の決定が困難な場合
- ・本人と医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
- ・家族の中で意見がまとまらない場合や、医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合

等については、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

＊注１６ 別途設置される話し合いの場は、あくまでも、本人、家族等、医療・ケアチームの間で、人生の最終段階における医療・ケアのためのプロセスを経ても合意に至らない場合、例外的に必要とされるものです。第三者である専門家からの検討・助言を受けて、あらためて本人、家族等、医療・ケアチームにおいて、ケア方法などを改善することを通じて、合意形成に至る努力をすることが必要です。第三者である専門家とは、例えば、医療倫理に精通した専門家や、国が行う「本人の意向を尊重した意思決定のための研修会」の修了者が想定されますが、本人の心身の状態や社会的背景に応じて、担当の医師や看護師以外の医療・介護従事者によるカンファレンス等を活用することも考えられます。

## 北上市入退院支援作業部会構成メンバー（敬称略・五十音順）

|        |                                |
|--------|--------------------------------|
| 伊藤 和子  | 地域包括支援センター北上中央                 |
| 伊藤 美穂  | 花北病院                           |
| 及川 淑子  | 岩手県立中部病院                       |
| 老林 聖幸  | 地域包括支援センターわっこ                  |
| 菊池 絹子  | 北上市在宅医療介護連携支援センター              |
| 菊池 涼子  | 北上市在宅医療介護連携支援センター              |
| 木野 渉   | 北上市長寿介護課                       |
| 斎藤 隆宏  | 北上市老人福祉施設連絡会（ケアハウス北星荘）         |
| 櫻井 茂   | ホームケアクリニックえん                   |
| 佐々木 知世 | 北上済生会病院                        |
| 高橋 恒信  | 北上地区ケアマネジャー連絡協議会（常盤台居宅介護支援事業所） |
| 高橋 範行  | 北上市長寿介護課包括支援係                  |
| 高橋 安子  | 花北病院                           |
| 千葉 桂子  | 岩手県立中部病院                       |
| 中村 貴佐子 | 北上済生会病院                        |
| 峰 正樹   | 北上市長寿介護課介護審査係                  |

## 参考文献・資料等

- ・「介護支援専門員現任研修テキスト第Ⅰ巻専門研修課程Ⅰ」 中央法規
- ・2訂/介護支援専門員研修テキスト専門研修課程Ⅰ 日本介護支援専門員協会
- 「医療福祉総合ガイドブック」2019年度版」  
NPO 法人日本医療ソーシャルワーク研究会編集 医学書院
- ・「国診協版 入退院の手引き 平成30年6月」  
公益法人全国国民健康保険診療施設協議会 地域ケア委員会看護・介護部会
- ・「入退院時におけるケアマネジャーの医療機関との連携・情報収集の手引き」  
平成29年3月 株式会社日本能率協会総合研究所
- ・「盛岡圏域入退院支援ガイドライン」平成27年3月 盛岡広域振興局/岩手県県央保健所
- ・「退院支援ガイドブック」宇都宮宏子監修 学研
- ・「おうちに帰ろう！」在宅ケア移行支援研究所宇都宮宏子オフィス資料
- ・北上市長寿介護課資料

北上市在宅医療介護連携支援センター（北上済生会病院管理棟2階）

TEL0197-88-3011（ダイヤルイン） FAX0197-88-3012（直通）

ホームページ <http://www.zaitaku-kitakami.com/>

「在宅きたかみ」で検索

