

北上市

入退院支援のハンドブック

2023 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. 入退院支援とは何か	・・・	4
① 高齢者の状態像の変化と出来事のイメージ		
② 在宅医療と介護連携イメージ（在宅医療の4場面別にみた連携の推進）		
5. 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介護・介護施設等支援担当者の役割	・・・	5
② 入退院時における医療機関支援担当者の役割	・・・	6
③ 入退院時の介護・医療連携に係る報酬	・・・	8
④ 医療・介護の各相談窓口	・・・	9
6. 工程管理と各ステップにおけるポイント	・・・	15
STEP 0・・・普段（在宅・施設）の生活	・・・	16
STEP 1・・・入院時（3日以内をめやすに）	・・・	18
STEP 2・・・入院中（退院調整期/家族への病状説明以降）	・・・	20
STEP 3・・・入院中（退院確定/退院前カンファレンス開催）	・・・	22
STEP 4・・・退院時から在宅・施設生活（退院後1か月程度）	・・・	24
7. 医療・介護人材育成のための研修会	・・・	26
8. 資料編	・・・	26
9. 北上市入退院支援作業部会構成メンバー	・・・	38

1. 本ハンドブックの目的

本ハンドブックは、「きたかみ型地域包括ケアビジョン」に掲げる入退院支援の目指すべき姿である、

『病院と在宅チームの双方が入退院支援のプロセスを互いに理解し、協働・情報共有を行い一体的でスムーズな医療が提供され、高齢者が望む場所で望む生活ができている』

を目指し、入退院支援に従事する医療や介護専門職等（以下、医療・ケアチーム）の連携推進と資質向上を図ることを目的としています。

2. ハンドブックの基本的な考え方

1) 地域で生活する高齢者等の生活を、STEP0～STEP4 の各ステップに分け、医療・ケアチームそれぞれの、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示しています。

STEP0 「普段（在宅・施設）の生活」

STEP1 「入院時（3日以内をめやすに）」

STEP2 「入院中（退院調整期/家族への病状説明以降）」

STEP3 「入院中（退院確定/退院前カンファレンス開催）」

STEP4 「退院時から在宅・施設生活（退院後1か月程度）」

2) 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。

◇医療・ケアチームが必要とする情報を確認できる。

◇医療・ケアチームの業務の標準化に活用できる。

◇医療・ケアチームの効率的・効果的な支援の展開に活用できる。

◇医療機関・介護事業所等の管理者等が教育マニュアルとして使用できる。

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

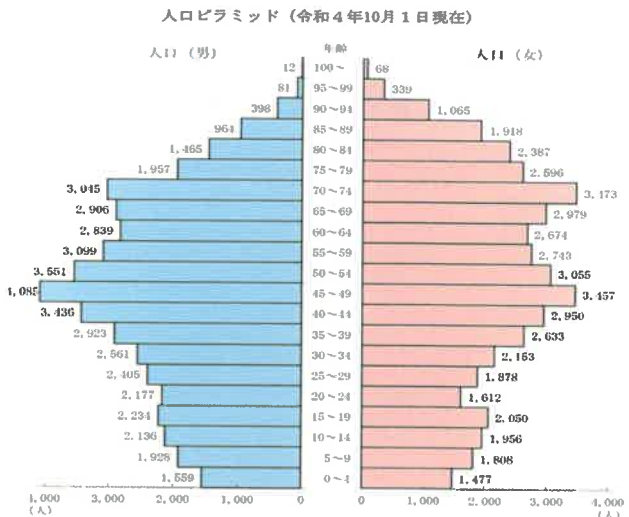
総人口 93,029人

65歳以上 25,653人

高齢化率 27.6%

(令和4年10月1日現在)

出所：令和4年岩手県人口移動報告年報



北上市の地域資源

医療サービス (令和4年11月現在)

施設種類別	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	54	58.04	56.01	69.98
病院	3	3.22	7.60	6.46
歯科医院	37	39.77	45.52	53.38
薬局	48	51.59	51.71	48.30

病床種類別	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	36	38.69	91.86	63.76
病院病床 (全区分計)	782	840.45	1,340.23	1,182.00
一般病床	634	681.39	811.96	701.36
精神病床	124	133.27	331.09	253.32
療養病床	0	0.00	186.86	221.90
結核・感染症病床	24	25.79	10.33	4.34

介護サービス (令和4年9月現在)

施設種類別	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	32	2.50	2.72	3.09
通所型介護施設	34	2.66	3.06	3.05
入所型介護施設	38	2.97	2.61	2.01
居宅介護支援事業所	22	1.72	1.94	2.12
福祉用具事業所	14	1.09	0.77	0.74

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

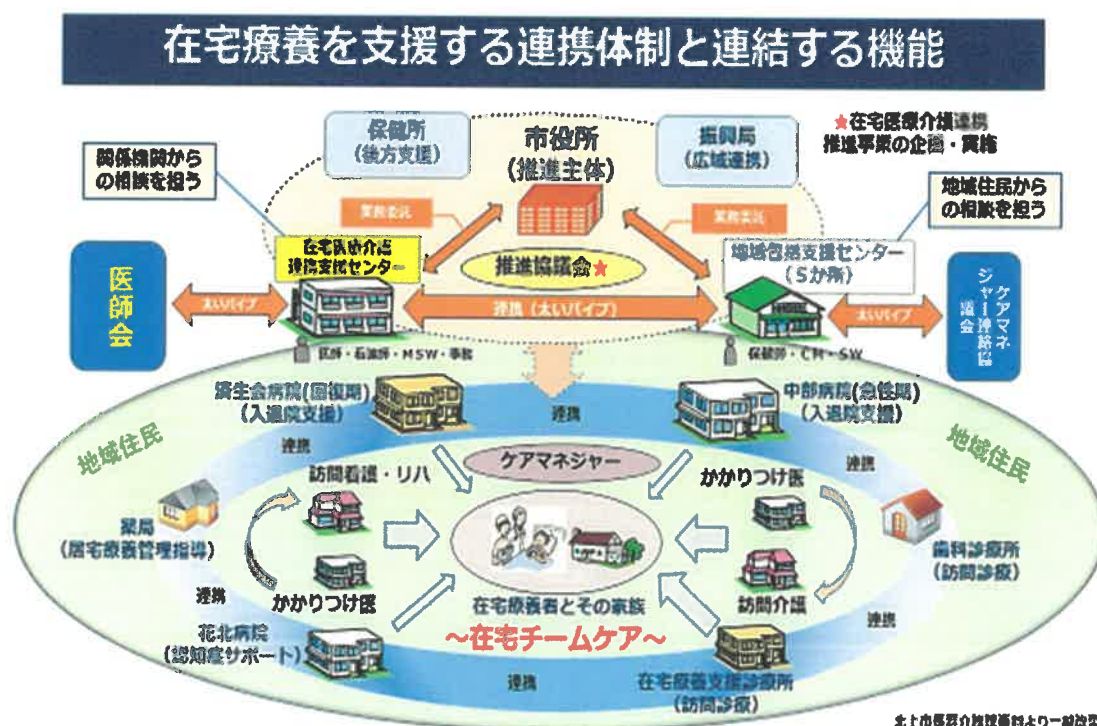
北上市では、2025年（令和7年）における北上市の将来像を以下のように掲げ、高齢者福祉計画及び介護保険事業計画の理念としています。

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志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. 入退院支援とは何か

① 高齢者の状態像の変化と出来事のイメージ

多様な背景を持つ高齢者の生活を地域で支えていくためには、高齢者の状態像の変化と出来事のイメージを捉えることが大切です。高齢期になると加齢に伴う心身機能の衰えから、日常生活において、医療と介護が必要となることや、容態が急変して入院することもあります。また、退院後は在宅医療や介護が必要となる場合や、あるいは在宅療養中に容態が急変し、看取りに至ることも想定されます。在宅療養生活において、医療と介護は常に表裏一体であり、入院医療が始まったとしても、退院後の在宅医療・介護へつながることを意識することが重要です。

★在宅⇒入院・退院⇒在宅のスムーズな移行のための連携

★入院時から退院後の生活をイメージした情報交換等の連携

高齢者の状態像の変化と出来事のイメージ

図 8 高齢者の状態像の変化と出来事のイメージ



出典：在宅医療・介護連携推進事業の手引き ver.3

② 在宅医療と介護連携イメージ（在宅医療の4場面別にみた連携の推進）

高齢者の生活の場で医療と介護を一体的に提供するために、在宅医療の場面を生かしつつ、さらに、入院時から退院後の生活を見据えた取組みができるよう、高齢者のライフサイクルと医療と介護と4つの場面を意識して取組む必要があります。



出典：在宅医療・介護連携推進事業の手引き ver.3

5. 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介護・介護施設等支援担当者の役割

在宅介護・介護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、業務にあたることを求められます。

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）、入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担当者の役割

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。

★相談窓口、介護施設、病棟・病床の機能や役割を大まかに理解しておきましょう。

（以下のページを参照ください）

10P 日常生活圏域と地域包括支援センター

11P 高齢者が利用できる住まいのサービス

12P 主な病棟・病床の機能と特徴

13P 北上市権利擁護支援センター

④ 医療・介護の相談窓口

「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
岩手県立中部病院 住所：北上市村崎野 17-10 電話：(0197) 71-1511 FAX：(0197) 71-1811	患者・家族支援センター えぐなるプラザ ■事前にアポイントが必要です。
北上済生会病院 住所：北上市九年橋 3-15-33 電話：(0197) 65-6120 FAX：(0197) 64-1133	地域医療福祉連携室 ■「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。
花北病院 住所：北上市村崎野 16-89-1 電話：(0197) 66-2311 FAX：(0197) 66-2312	地域生活支援室 ■事前にアポイントが必要です。
ホームケアクリニックえん 住所：北上市青柳町 2-5-15 電話：(0197) 61-5160 FAX：(0197) 61-5161	医療ソーシャルワーカーが窓口となります。 ■電話でご一報ください。

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は・・・

北上市在宅医療介護連携支援センター 住所：北上市九年橋 3-15-33 （北上済生会病院1階） 電話：(0197) 65-6121 FAX：(0197) 65-6122	医師 看護師 医療ソーシャルワーカー 社会福祉士 ■電話でご一報ください。
---	---

<日常生活圏域と地域包括支援センター>

8つの日常生活圏域を6つの地域包括支援センターで担当しています。

高齢者の介護や困り事の相談など、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10-36-1	61-0225
⑤	立花・口内・稲瀬			
⑥	相去・鬼柳	北上中央	大堤西2-6-5	72-6178
⑦	江釣子	わっこ	上江釣子17-117-1 (北上市江釣子庁舎内)	77-5055
⑧	和賀	わっこのわ	和賀町横川目10-20-3 (和賀町総合福祉センター内)	62-3247

※ ⑦江釣子⑧和賀の圏域には、「わっこ」と「わっこのわ」2つの相談窓口があります。



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。
介護医療院 (介護療養型医療施設)		1～5	介護療養病床相当のサービスを提供する「Ⅰ型」と、介護老人保健施設相当以上のサービスを提供する「Ⅱ型」の2類型に分かれます。介護療養型医療施設は2023年度末廃止予定です。
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)		原則 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。
認知症対応型共同生活 介護（認知症グループ 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、居宅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。

●主な病棟・病床の機能と特徴●

種類	どんなところ	利用できる人
一般病棟（病床）	急性期に必要な入院治療を行うところ。長期入院を前提にしていない。	病気やケガにより集中的な治療やケアを必要とする人。病状不安定で確定診断や検査を要する人。
緩和ケア病棟 （ホスピス病棟）	痛みやつらさを和らげるケアを行うところ。体調がよければ在宅療養に移行します。	苦痛の緩和が必要ながんや後天性免疫不全症候群（エイズ）の人。自分の病状を理解したうえで入院することが望ましい。
地域包括ケア病棟	一定期間の療養とリハビリテーションを行い、在宅生活につなげる場所。	在宅や介護施設で療養している人、急性期治療が終了し、継続治療やリハビリテーション、検査など、在宅復帰支援を必要とする人。
障害者施設等一般病棟	重度の障害や難病等をもっている人に治療を行うところ。	重度の肢体不自由児（者）、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、神経難病患者（筋ジストロフィー他）
回復期リハビリテーション病棟	リハビリテーションを集中的に行い、在宅生活と社会復帰を目指すところ。	利用できる人の要件（傷病の種別やその状態）により、180日～60日以内に算定上限日数が定められている。
療養病棟（病床） （医療療養病床）	医療保険制度を利用して入院し、長期に療養を行うところ。介護療養型医療施設、介護医療院は前頁を参照のこと。	慢性期の状態にあり、継続的な医学的管理・処置が必要な人。入院期間は患者の身体機能（ADL）、病状に応じて異なり、診療報酬もそれぞれに応じて設定されている。

※1 その他、特殊疾患病棟、感染症病床、結核病棟（病床）がある。

※2 「開放病床」とは、地域医療機関（かかりつけ医）と病院との連携によって、登録医になっているかかりつけ医の紹介で、患者の入院治療が必要となった場合に開放病床を利用することにより、入院後も引き続き患者の担当医として病院へ訪問し、病院の主治医と共同で治療を行えるために設けた病床をいう。

<北上市権利擁護支援センター>

親が認知症に…

親が認知症で、銀行のお金を引き出せない。通帳を無くしたと何度も再発行している。公共料金や様々な支払いができなくなった。



高齢者を狙ったサギ

一人暮らしの親は90歳。最近、高額な商品を、知らない業者から買わされたみたい。悪徳業者にだまされていないかな。



障がいのある子どもが心配…

将来、障がいのある子どもの世ができなくなったとき、親亡き後が心配です。本人のお金の管理、福祉サービスの利用契約など、どうしたらいいだろう。



自分の将来のために…

子どもがいないので、いざという時に自分の財産管理や身の回りの契約や支払いをどうしよう。老後に備えて今から考えたい。



お困りではありませんか？

権利擁護・成年後見制度について

北上市権利擁護支援センター

に御相談ください。

成年後見制度は、**認知症や障がい**などで判断能力が不十分な方の財産や権利を守るための大切な制度です。将来の暮らしに不安のある方・これから備えたい方など、成年後見制度の利用や権利擁護についてご相談下さい。

権利擁護とは…

生活上の困りごとを抱えた高齢者・障がい者を、財産管理におけるトラブルや虐待、消費者被害等の権利侵害から守ることが権利擁護の考え方です。



住所 〒024-8501 北上市芳町1-1
北上市役所 長寿介護課 高齢福祉係
電話 0197-72-8324 **FAX** 0197-64-0287
メール choju@city.kitakami.iwate.jp

