北上市

入退院支援のハンドブック

2023 年度版

（2026.7　一部改訂）

在宅に Kita Coming!

北 上 市

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

ＳＴＥＰ０・・普段（在宅・施設）の生活　・・・　16

ＳＴＥＰ１・・入院時（３日以内をめやすに）　・・・　18

ＳＴＥＰ２・・入院中（退院調整期/家族への病状説明以降）　・・・　20

ＳＴＥＰ３・・入院中（退院確定/退院前カンファレンス開催）　・・・　22

ＳＴＥＰ４・・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。

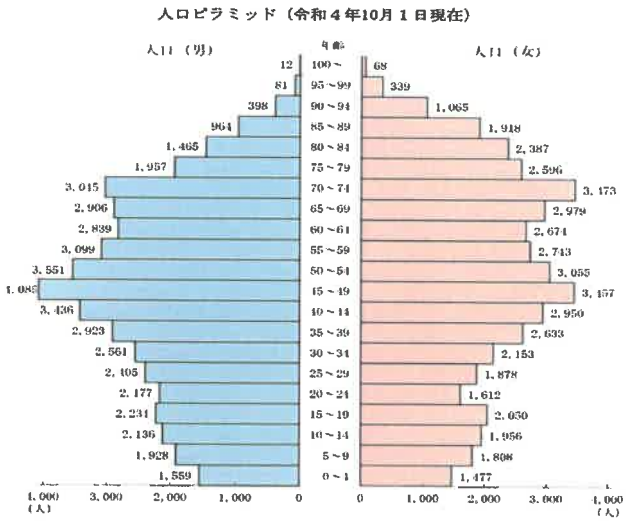
◇医療機関・介護事業所等の管理者等が教育マニュアルとして使用できる。

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

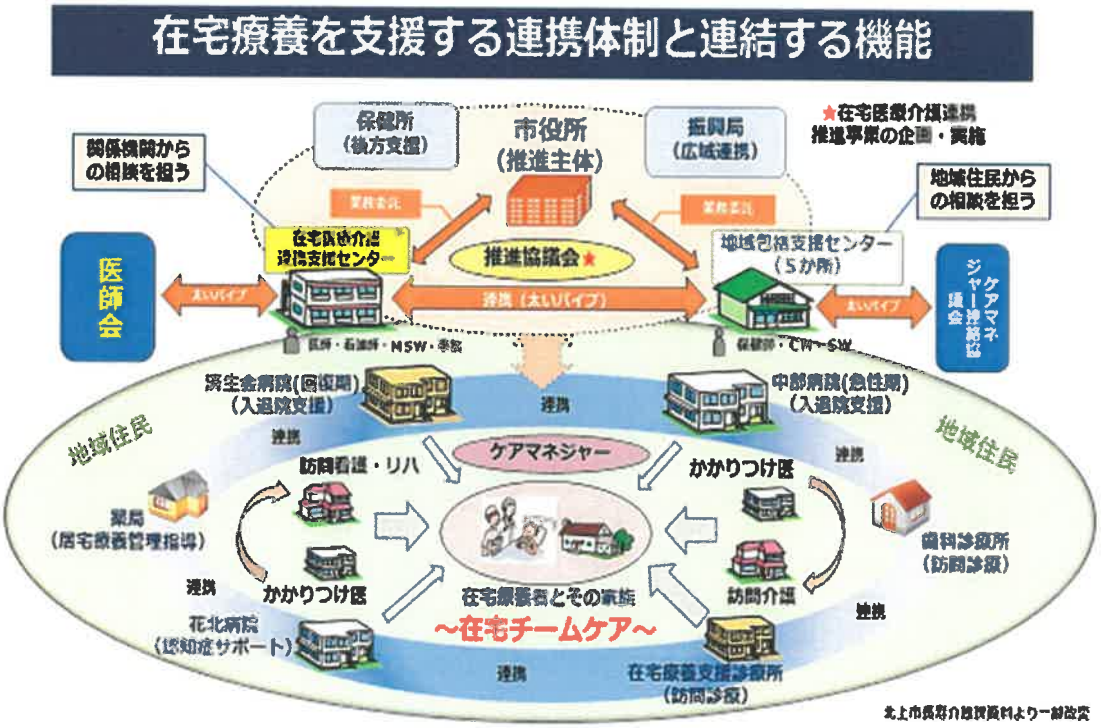
北上市では、2025年（令和７年）における北上市の将来像を以下のように掲げ、高齢者福祉計画及び介護保険事業計画の理念としています。

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

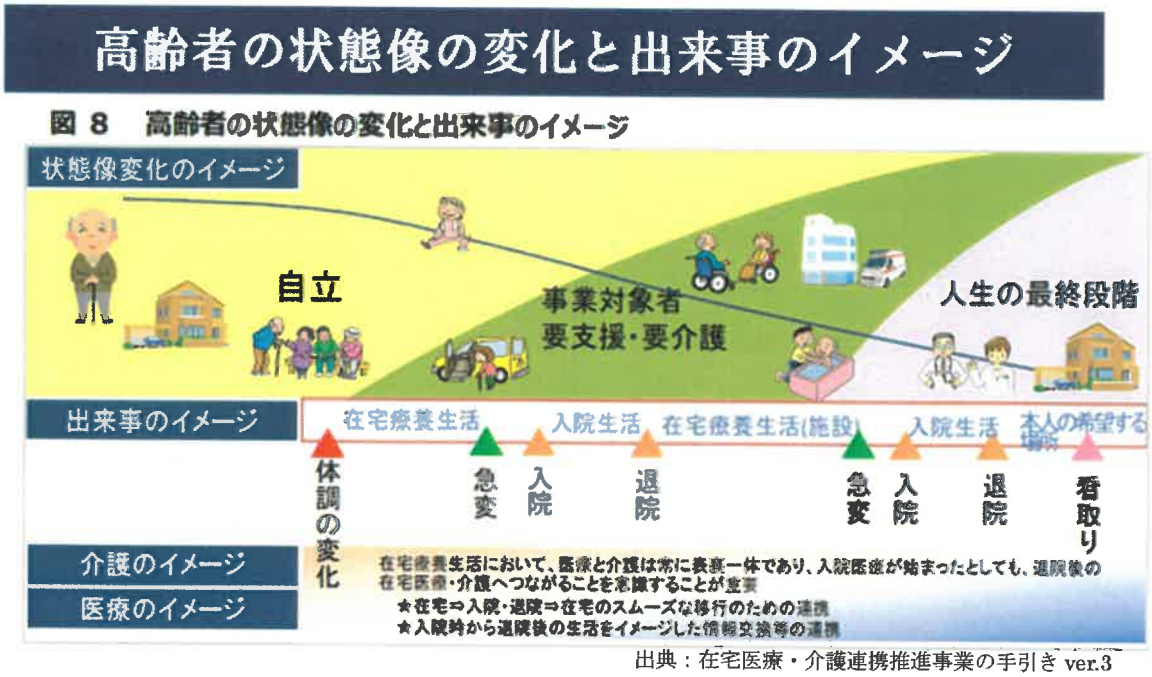
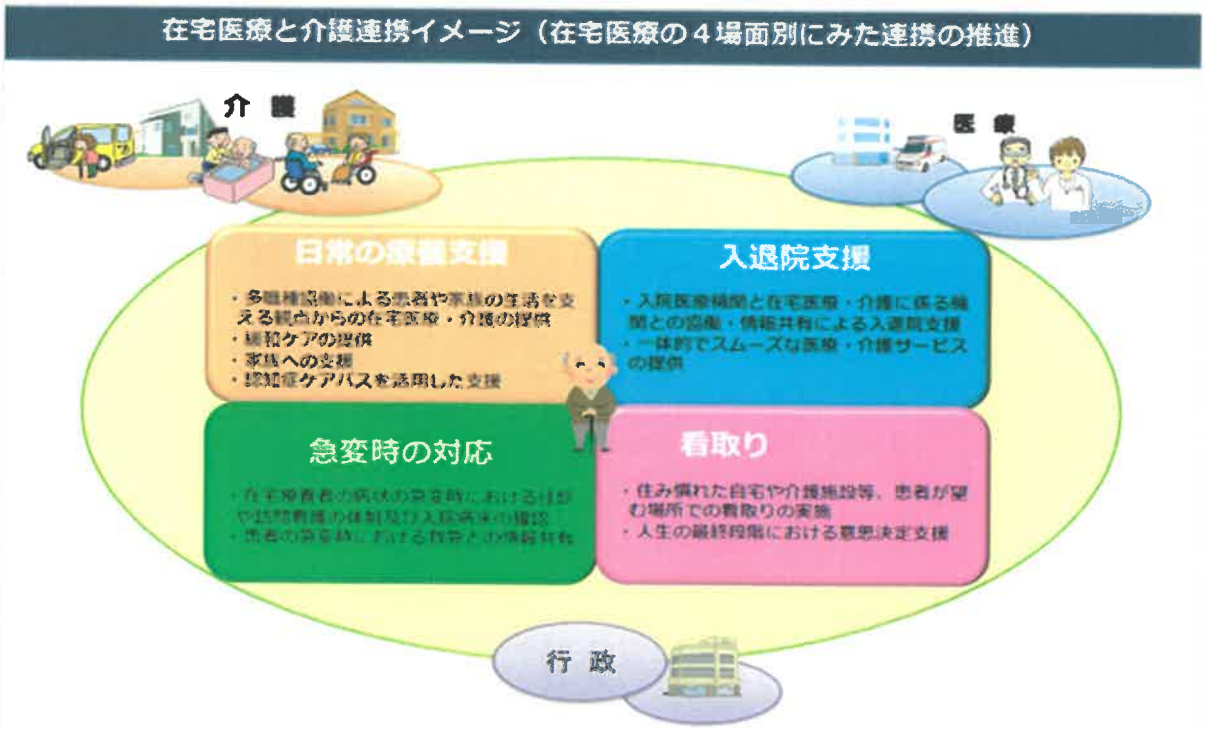


図 8　高齢者の状態像の変化と出来事のイメージ

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の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）、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

③　入退院時の介護・医療連携に係る報酬

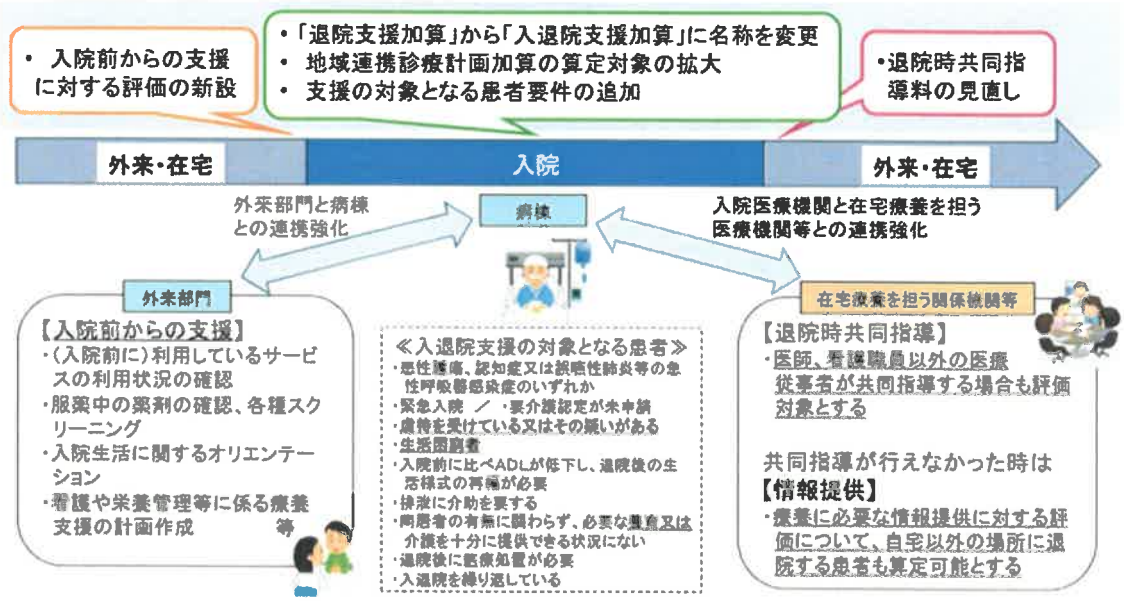
医療（診療報酬等）

平成30年度診療報酬改定　Ⅰ－3. 入退院支援の推進

出典：厚生労働省平成 30 年度診療報酬改定資料

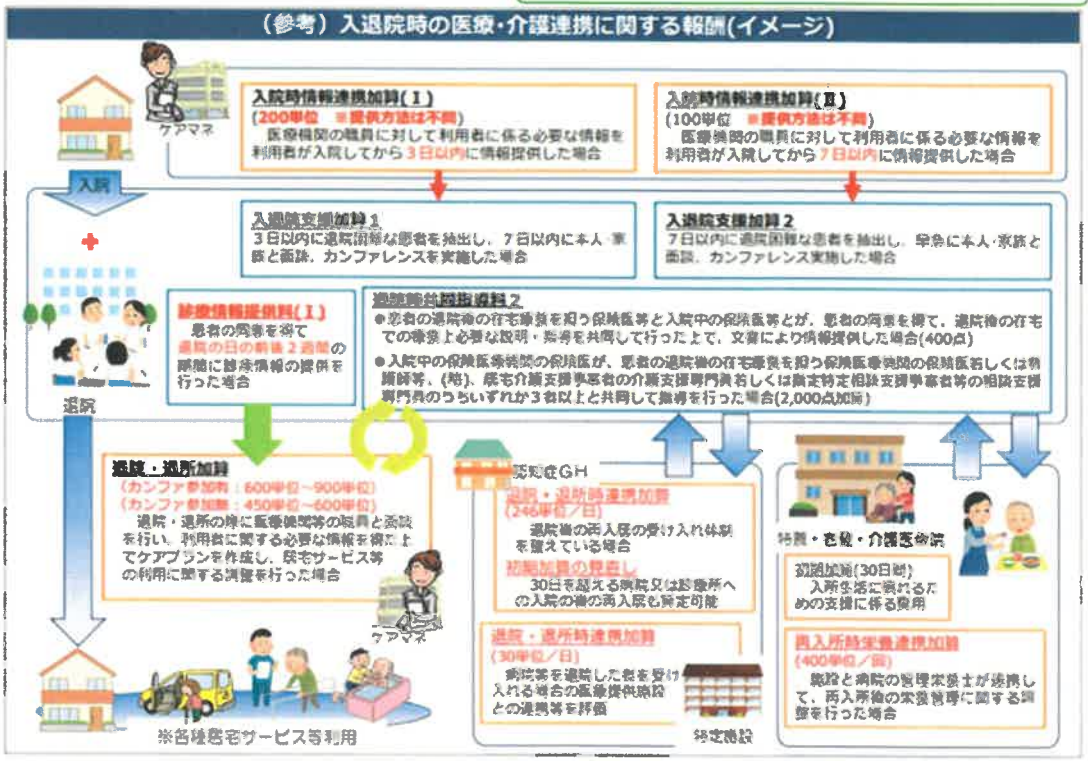
入退院支援の評価（イメージ）

➢ 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援となるよう評価を見直す



介護（介護報酬等）

出典：在宅医療・介護連携推進事業の手引き　ver.3



※ 実際の診療報酬や介護報酬の単位については、最新の情報を取得すること。

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	地域連携室 ■事前にアポイントが必要です。
北上駅前病院 住所：北上市大通り 1-1-22 電話：(0197) 72-7787 FAX：(0197) 62-7710	地域連携室 ■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。

医療と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 （通称：在宅きたかみ） 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 在宅きたかみシンボルマーク “こころちゃん”	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。

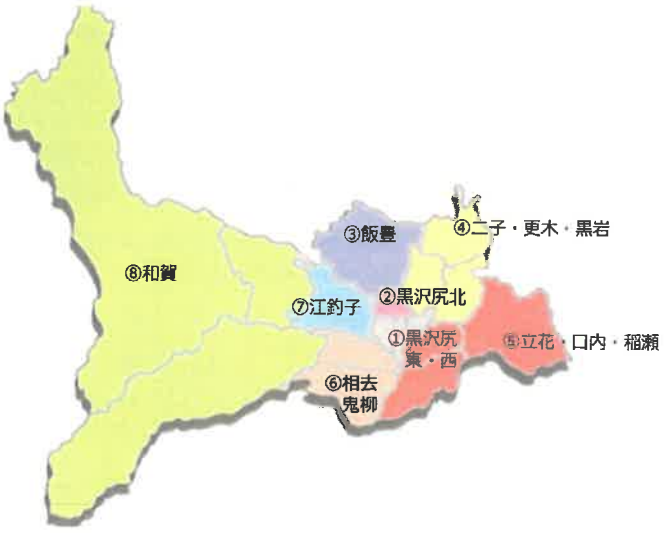
＜日常生活圏域と地域包括支援センター＞

８つの日常生活圏域を６か所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。

圏域番号	日常生活圏域名	担当包括	所在地	電話番号
①②	黒沢尻西・黒沢尻北	本通り	本通り4-10-11	72-7254
③	飯豊	展勝地	立花10-36-1	61-0225
④	二子・更木・黒岩	展勝地サテライト	更木34-320-1	62-5603
⑤	立花・口内・稲瀬			
①	黒沢尻東	北上中央	大堤西2-6-5	72-6178
⑥	相去・鬼柳			
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

※ ③飯豊④二子・更木・黒岩⑤立花・口内・稲瀬の圏域には、「展勝地」と「展勝地サテライト」２つの相談窓口があります。

※ 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ところ。	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。

障がいの子どもが心配…

将来、障がいのある子どもの世話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。

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。

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

６．　工程管理と各ステップにおけるポイント

ＳＴＥＰ０	在宅・施設生活（普段から）	・・・１６
ＳＴＥＰ１	入院時（３日以内をめやすに）	・・・１８
ＳＴＥＰ２	入院時（７日以内をめやすに）	・・・２０
ＳＴＥＰ３	入院中（退院確定・退院前カンファレンス開催）	・・・２２
ＳＴＥＰ４	退院時から在宅・施設生活（退院後１か月程度）	・・・２４

STEP 0　入院に備え日頃から準備

● **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」を活用し、ご本人ご家族の生活や治療の意向を確認しましょう

□ 協力関係に問題がある場合の入院連携のイメージ作りをしておく

● **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、保険証等の確認（ケアマネジャー等の名刺も適宜確認）

□ 入院時のお願いについて事前に伝えておく

□ いわて中部ネット（岩手中部地域医療情報ネットワークシステム）加入について適宜確認する

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・精神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良いでしょう。伝わりやすい記録の整理を。

⇒通院時情報連携加算　利用者１人につき１月に１回を限度として算定可能

本書９ページの「④ 医療・介護の相談窓口」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。

□ 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

【入院支援看護師の役割】
入院時支援加算予定入院患者に対し、関係機関と連携して、入院前に、身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報、入院前に利用していた介護・福祉サービスの把握、褥瘡に関する危険因子、栄養状態、退院困難な要件の有無の評価、入院中に行われる治療・検査、入院生活の説明を行い病棟職員との情報共有や患者や家族等への説明を行う。

居宅（介護支援事業所）ケアマネとは？
介護認定を受けた高齢の方が自宅（住宅型有料老人ホームも含む）で介護サービスを受けるための支援をするケアマネジャーのことです。

STEP 1　入院時、医療機関が欲しい患者情報の提供

介護従事者　入院時（3日以内をめやすに）

● **家族・協力関係者から**

□ 入院時の情報を確認する（状況、手続きの控え等）

□ 不安に思っている事は無いか確認する

□ 協力体制の再確認（誰が対応するか？連絡は取れるか？）

● **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（入院時情報連携加算）

□ 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。

※本人や家族の方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。私は分かりませんから」など・・・

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。

STEP 1　入院時のスクリーニングとアセスメント

● 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退院困難な要因（入退院支援加算算定要件）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は担当ケアマネジャーを確認する

□ 介護保険認定申請を行っていない方については、申請や介護サービス利用の必要性についてアセスメントを行う

□ アセスメント実施後は入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

○退院支援を行うにあたり知り得た情報（傷病に関する情報、経済的、心理的、社会的な個人情報）の取り扱いについて、患者のプライバシーを尊重し、秘密を保持する義務があります。また、情報リテラシーを高める必要があります。
○ご本人・ご家族の意向確認、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。

※本人や家族の方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、入院直後に「もう家に戻る事は無理ですね。施設を探してください。早く相談してください。」など・・・

【退院支援】
患者や家族が、どこでどのように療養生活を送れば良いかを自ら選ぶことができるように関わること。
【退院調整】
患者がどの環境においても、必要な医療を継続していけるように、居宅サービス利用、療養環境整備、必要物品の調達、療養費の試算といった、多方面からの調整を行うこと。

STEP 2 入退院支援計画に役立つ情報提供と、多職種の視点を学ぶ場に参加し、情報収集

介護従事者　退院調整期

● **家族・協力関係者から**

□ （可能なら）本人・家族への病状説明の場に参加（特に新規相談）

□ 入院医療機関から渡された「入院診療計画書」等を確認

□ 医療機関からの説明を再度確認する（家族の認識、課題の共有等）

● **医療機関との情報の共有、確認（医療機関より連絡を受ける場を想定）**

□ 経過について（病状、処置、身体看護、認知精神、リハビリ等）

□ 退院先（自宅、施設、転院）の確認

カンファレンスの相談→状況、必要に応じて開催の相談をする

● **入院医療機関へ（適宜）**

□ 提出した在宅情報で伝えきれていない情報を提供する（協力体制の変化等）

□ 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。

家族や身内に協力者がいない、協力関係に問題がある場合の対策は？施設入所時に問題となる点、任意後見、成年後見等必要に応じて支援の連携を図りましょう。

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。

STEP 2　入退院支援計画立案と退院支援（退院調整）開始

医療従事者　家族への病状説明以降

- □ 医師が作成する「入院診療計画書」、退院支援スクリーニングとアセスメント内容をもとに退院支援専従看護師、病棟看護師、退院支援看護師及びＭＳＷと協働してカンファレンスを行い「入退院支援計画書」を作成する。
- □ 本人・家族等と面談を行い、退院困難な要因、退院に係る問題点、退院へ向けた目標、支援期間、支援概要、予想される退院先などの支援方針の共有を行う
- □ 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。

○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ります。

○介護保険認定新規申請の相談を、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所へ行うよう、ご家族等へ案内を行う場合、相談対応をお願いする先への情報提供を行いましょう。
○退院後の療養環境に応じて退院調整を行いましょう。
居宅サービス利用、療養環境整備、必要物品の調達、療養費の試算など
（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　栄養剤等）

【介護支援等連携指導料】
入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師及び看護師、社会福祉士、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定可能

STEP 3　退院許可を受けて退院前カンファレンスを依頼する

- □ 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表を作成する本人・家族の意向をくみ取り情報を共有する
- □ 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

退院前カンファレンス（事前に確認すべき事項）
【病院との連携】
・入院中の様子、本人家族への説明（告知の状況）
・今後のフォローアップ方針（主科と主治医/受診の頻度・スケジュール/緊急受診のタイミングや症状・兆候）
・主治医意見書、訪問看護指示書の依頼先
・今後の生活への影響と対応（入院前との変化）
・在宅での医療機器（日常の管理・トラブルの対応）
・在宅での医療処置の家族への指導状況
・処方薬の有無と内容（一包化調剤など）
・退院日、退院時刻、退院時の移送手段

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良いでしょう。

STEP 3　退院前カンファレンス

- □ 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。介護する方への実技指導は必要か評価する（おむつの当て方やサイズ、車いすへの乗せ方など）
- □ 必要に応じて退院前訪問指導を実施する
- □ 身体障害者手帳や特別障害者手当などの社会福祉・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く。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在宅スタッフと情報の共有を行う
- □ 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
- □ 今後のフォローアップ方針（主科と主治医/受診の頻度・スケジュール/緊急受診のタイミングや症状・兆候）を確認する
- □ 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（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施設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

退院前カンファレンス（事前に確認すべき事項）
【在宅医療チームとの連携】
・緊急時対応（ファーストコール体制）
・在宅での医療機関・医療処置の相談窓口（訪問看護など）
・在宅での医療機器にトラブルが発生した際の連絡先（管理会社、病院など）
・衛生材料など消耗品の入手方法（薬局、医療機関より提供など）
・緊急を要する症状、緊急時の連絡先
・今後の見通し
・アドバンス・ケア・プランニング

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。

STEP 4　退院前カンファレンス後　～　退院後

- □ 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
- □ 適宜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・部署に配布する
- □ 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→医療機関と共有する

● 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てケアプランをかかりつけ医に提供する
- □ 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について参加し情報交換に努める

退院時、
・自家用車か介護タクシーか施設車両か？確認しておきましょう。（誰が手配する？家族、病院、ケアマネジャー？）
・車から家までの移動方法の確認
・（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」

STEP 4　退院前カンファレンス後　～　退院後

● 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、薬剤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）

看護サマリーとは（看護の集約、誰に向けて書くのか）
入院中にどのような看護を行ったのか？経過やリスクのみでなく、在宅や施設への退院に向けて、必要な観察項目、注意点、看護の方法等を記載するようにしましょう。また、本人家族の意向や社会的背景を意識しましょう。
〇病状・経過
・次回受診日（訪問診療開始日）
・病院から患者、家族への病状説明内容と患者、家族の受け止め方
〇ADL（移動、移譲、食事、排泄、入浴、整容、更衣、皮膚　その他項目）
〇IADL（手段的生活動作）買い物や電話対応、食事の準備など
〇服薬管理（病院での援助方法とアドヒアランス（患者さんが自身の病気についてきちんと受け止め積極的に参加すること））
〇医療処置　在宅での具体的な方法
〇療養上の問題点

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」

７．医療・介護人材育成のための研修会

研修会、勉強会、講演会など、様々な機会を通じて自身のスキルアップや多職種の人的ネットワーク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”に随時掲載しておりますのでご覧ください。

８．資料編

１）医療と介護の情報提供書（在宅情報）～様式、記入方法、記入例～
２）『わたしのきぼうノート』の紹介
３）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）
４）意思決定支援に係る各種ガイドライン

＜その他参考となる資料＞

１）北上市内居宅介護支援事業所等ケアマネジャー一覧表（医療機関相談窓口含）（発行：在宅きたかみ）
２）きたかみ在宅医療介護情報一覧　（発行：在宅きたかみ）
３）きたかみ福祉相談・福祉サービストータルガイドブック（発行：北上市社会福祉協議会）
４）がんサポートブックきたかみ　（発行：北上市健康づくり課）
５）きたかみ　市民の生活ガイド　（発行：北上市都市プロモーション課）
６）安心・相談お助けブックまちのお助け便利帳　（発行：北上市長寿介護課）
７）ともにはぐくむ介護保険　（発行：北上市長寿介護課）
８）北上市障がい福祉まるわかりガイド　（発行：北上市自立支援協議会）

※　それぞれのホームページを閲覧するか、各発行窓口までお問合せください。

医療と介護の情報提供書（在宅情報）

【令和8年7月改訂】

様

記入（届出）日　令和　年　月　日
入院日　令和　年　月　日　～
※退院時→担当ケアマネへ連絡（転院時在宅情報を添付）

氏名	様		生年月日	昭和　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		連絡先（同意を得ている者に限る）	マーク	続柄	氏名	連絡先等
	住所			主			
	Tel/Fax mail	/		☆			
				緊			
介護認定情報	要介護1		マーク：主（主たる介護者）　☆（キーパーソン）　緊（緊急時のみ）				
障害者手帳	種　級						
介護サービス利用状況（福祉用具含）							
住宅環境 リハ連携（役割・希望等）			特記：				
家族の状況、本人の生活歴、本人・家族の意向	（本人）生活歴・意向						
	（家族）介護力・意向						
経済状況	厚生年金		国民年金		その他		
かかりつけ情報（医科歯科）			病歴				
移動・動作 麻痺・痛み（補助具）	日常生活自立度　ランクA 体重：　kg（　年　月　日現在）		服薬（薬局、管理状況、理解力など）				
			睡眠				
食事	嚥下	むせ　□有　□無	義歯・衛生（かかりつけ歯科医）	義歯　□無　有　□上　□下			
	形態	主食					
		副食	視聴覚				
	制限禁忌		認知症 精神状態	日常生活自立度　IIA			
排泄							
入浴 皮膚							
特記事項							

<入力ガイド>

① 介護度を入力し、認定調査日など伝えたい情報は右欄に入力、障害者手帳ある場合はその情報を入力

② 介護サービス、インフォーマルサービスの種類、頻度、内容等を入力

③ 家屋状況、段差や転倒リスク等を入力

④ 家族等の状況とジェノグラム図を入力・作成する。連絡先などは、**記載する方の同意を必ず得ておくこと。**

⑤ 入院前の生活状況、大事にしている事、家族の協力体制の変化、退院後の意向など入力

⑥ 種類を選択後、可能であればおおよその額を入力。年金以外の収入はその他欄に入力

⑦ 診療所名（医科・歯科）、通院頻度をかかりつけ情報欄に、病歴や入院歴等は病歴の欄に入力

⑧ 身体の運動機能や行動範囲を中心とした情報を記入、自立度は主治医意見書記載を参考。体重は分かれば入力

⑨ 本人、家族からの聞き取りやお薬手帳を参考に入力、服薬状況、管理状況も分れば入力

⑩ 睡眠時間、眠剤の有無、昼夜逆転など入力

⑪ 摂食・嚥下状況、食事形態、制限・禁忌（アレルギー、糖分・塩分）、食事指導の有無など入力

⑫ 義歯、口腔衛生状況、歯科受診を入力

⑬ 遠視等、白内障、難聴、器具等の利用を入力

⑭ 自立度、おむつ等の使用、下剤服用など

⑮ 自立度、入浴方法、頻度、皮膚衛生状況など

⑯ 認知症や精神の状態を入力、自立度は主治医意見書記載を参考

⑰ その他医療機関に伝えておきたいことを入力

医療と介護の情報提供書（在宅情報）　【令和8年7月改訂】

様

記入（届出）日　令和　年　月　日
入　院　日　令和　年　月　日 ～
※退院時→担当ケアマネへ連絡（転院時→在宅情報を添付）

氏名	様	生年月日	昭和　年　月　日　歳
住所	北上市	電話番号	
担当ケアマネ事業所	名称 / 担当者 / 住所 / Tel/Fax mail /	介護体制構成図	連絡先（同意を得ている者に限る）：マーク／続柄／氏名／連絡先等　主／☆／④／緊
介護認定情報	要介護1 ①	マーク：主（主たる介護者）　☆（キーパーソン）　緊（緊急時のみ）	
障害者手帳	種　級 ①		
介護サービス利用状況（福祉用具含）	②	□ ○ ④	
住宅環境 リハ連携（役割・希望等）	③	特記：	
家族の状況、本人の生活歴、本人・家族の意向	（本人）生活歴・意向 ⑤		
	（家族）介護力・意向 ⑤		
経済状況	厚生年金 ⑥ / 国民年金	⑥ / その他 ⑥	
かかりつけ情報（医科歯科）	⑦	病歴	⑦
移動・動作 麻痺・痛み（補助具）	日常生活自立度　ランクA ⑧ 体重：　kg（　年　月　日現在）	服薬（薬局、管理状況、理解力など）	⑨
		睡眠	⑩
食事	嚥下：むせ　□有　□無 / 形態：主食 / 副食 ⑪ / 制限禁忌	義歯・衛生（かかりつけ歯科医）	義歯　□無　有　□上　□下 ⑫
		視聴覚	⑬
排泄	⑭	認知症 精神状態	日常生活自立度　IIA ⑯
入浴 皮膚	⑮		
特記事項	⑰		

北上市

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

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。

裏面には情報等を記載しないようにお願いします。

この様式は情報提供を主たる目的としておりますが、退院時、転院時の医療介護連携は必須です。担当者間での情報共有を行い、ご本人、ご家族への支援に繋げましょう。

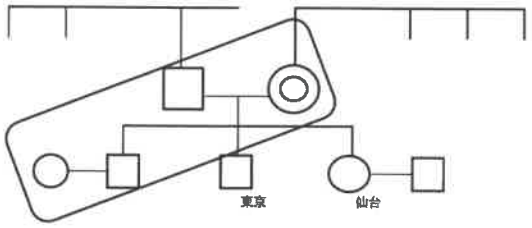
＜入力例＞

医療と介護の情報提供書（在宅情報）

【令和8年7月改訂】

○○病院　様

記入（届出）日　令和　8年　7月　日
入院　日　令和　8年　8月　日　～
※退院時→担当ケアマネへ連絡（転院時在宅情報を添付）

氏名	北上　花見　様		生年月日	昭和　20年　8月　15日　81歳	
住所	北上市		電話番号	0197-00-0000	
担当ケアマネ事業所	名称	北上介護居宅センター	介護体制構成図		
	担当者	○○　○○	連絡先（同意を得ている者に限る）	マーク：主	続柄：夫　氏名：北上　次郎　連絡先等：00-0000
	住所	北上市○○○		緊	長男　北上　一男　080-0000-0000
	Tel/Fax mail	0197-00-0000　/　00-0000		☆	嫁　北上　さくら　080-0000-0000
		kitakami@caremane.com			
介護認定情報	要介護1	状況により区分変更を検討します	マーク：主（主たる介護者）　☆（キーパーソン）　緊（緊急時のみ）		
障害者手帳	1　種　1　級	心臓機能障害（ペースメーカー）			
介護サービス利用状況（福祉用具含）	デイケア（水、土）R7,5～ ○○福祉用具 ○○短期入所（2泊3日程度）		特記：夫、車の免許返納、長男夫婦仕事（妻パート）		
住宅環境 リハ連携 （役割・希望等）	駐車場2台分のみ、玄関入口狭く手すり設置済 ベッドからのずり落ち数回あり 毎日仏壇へご飯あげ、庭の手入れ好む（花）				
家族の状況、本人の生活歴、本人・家族の意向	（本人）生活歴・意向	4人兄弟の長女。子育て後50歳からパート始める（20年程度）。H00年心不全により入退院した。コロナ罹患（R6,1）後から体力低下と物忘れが顕著になる。R7介護申請し現在に至る。ゆっくりでも花の手入れはしたいと話す。食べるの大好き。			
	（家族）介護力・意向	夫、R7,12免許返納する。持病（高血圧、腰痛膝痛）通院中。難聴あり説明に難儀する。時々怒り口調になる。家の片付けをして帰って来れるようにしたい。 長男は日勤勤務（土日休み）、妻はパートで週3,4回、長男も高血圧で通院中だが協力的。妻が生活全般に動いている。車イスだと玄関周りの改修が必要か？施設入所も考えている。			
経済状況	厚生年金	無（夫の年金）　国民年金	2ヶ月10万円	その他	
かかりつけ情報（医科歯科）	○○クリニック（月1回） ○○整骨院（月1回程度） ○○眼科（3ヶ月） ○○歯科 中部病院循環器、入院歴あり		病歴	R7,○アルツハイマー型認知症、帯状疱疹 H○○糖尿病、白内障 H○○右肩、肘関節炎 H○○高血圧、心房細動（入院、手術）	
移動・動作 麻痺・痛み （補助具）	日常生活自立度　J2 右肩、肘痛、腰が曲がり両手を膝に付くか掴まり歩行。 杖、歩行器（外）使用 息苦しさ時々ある（外仕事し過ぎた時） 体重：53.0kg（R8年6月　日現在）		服薬（薬局、管理状況、理解力など）	○○薬局（手帳参照） 夫の薬と一緒に保管（夫管理） 下剤3種類あり（昔の物含み）	
			睡眠	眠剤あり。夜は2回程度トイレに起きる	
食事	嚥下	むせ　☐有　☑無	義歯・衛生（かかりつけ歯科医）	義歯　☐無　有　☑上　☑下 朝、夕、自分で洗う ○○歯科～10年以上未受診	
	形態	主食　朝パン、昼夕ご飯（サプリあり）			
		副食　常食、偏食傾向（酢の物、辛い物）	視聴覚	難聴、白内障にてぼんやり見える程度。 補聴器購入したが紛失した	
	制限禁忌	食事指導済（本人忘れている） おやつ量注意	認知症 精神状態	日常生活自立度　IIA 夫への被害妄想（勝手に食べた、お菓子がなくなった等）置き忘れ目立つ デイ利用日忘れる事多い	
排泄	間に合わない事あり、下剤服用 紙パンツ、パット使用。夜Pトイレ使用				
入浴 皮膚	デイケアにて入浴 帯状疱疹の痕（腹部～背中広範囲）時々痛む				
特記事項	・退院前カンファ希望、可能であれば金曜日以外を希望されております（長男夫婦の都合） ・リハビリ経過により手すり追加、住宅改修を検討（玄関周り、洗面、トイレ） ・施設入所の相談も受けております（長男夫婦より）　※転院の検討				

～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

「わたしのきぼうノート」の使い方

●自分が考えたい、書きたい、伝えたい部分だけ活用しましょう。
●各ページのカラー（黄緑・橙・赤・青・緑・紫）でテーマが分かれています。
●想いは変わるものです。何度でも考えたり、話し合ってみましょう。

「わたしのきぼうノート」が
新しくなりました。
手に取ってみてね！

○ 自分らしい人生を考える・話し合う関係を育む ○

自分らしさを考える・知る	日々の暮らしやこれまでの人生を振り返り、自分らしさを考えてみましょう。
あなたのことを相手に伝える	あなたについて知っておいてほしいことを選んで伝えてみましょう。
サポートする人があなたについて知る	大事なことを話し合う前に、相手について知りたいことから聞いてみましょう。相手が話したくない場合は、その気持ちを尊重しましょう。
互いの考えを伝え合う	これまでの人生や、日々の暮らし、そして今の健康状態を踏まえ、どんなふうに歳を重ねていきたいかを伝えてみましょう。お互いに自分のノートを持ち寄って、伝え合う方法もあります。相手の考えを尊重しながら、あなたの考えも率直に伝えてみましょう。

○ 黄緑のページの使い方 ○

自分らしい人生を考えたり、大事なことを話し合ったり、託していくための土台となる関係性を育むために役立ちます。

自分らしい人生を考えるきっかけに

大事なことを話し合ったり
託すことができる関係づくりに → 話し合える関係性

もくじ

巻頭言 p.2
はじめに p.3
「わたしのきぼうノート」の使い方 p.5
Ⅰ わたしの連絡帳
わたしのプロフィール p.7
わたしの毎日の暮らし p.8
いつもしていること・すきなもの p.9
わたしのからだのこと p.10
わたしのくらしのサポーター p.11
わたしの生きた道 p.12
Ⅱ わたしらしい人生 p.13
Ⅲ もしも生活の手助けが必要になったら p.15
Ⅳ 老いや病気と共に暮らしていく p.17
Ⅴ わたしの想いを伝える
最期まで自分らしく過ごすために p.19
お別れした後も、わたしのきぼうを託すために p.20
大切な人へのメッセージ p.21
わたしのメモ p.22
資料編 p.23

初版発行　平成 30 年 12 月 22 日
第2版発行　令和 6 年 1 月 26 日
発行者　北上市福祉部長寿介護課
〒024-8501
岩手県北上市芳町1番1号
TEL 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と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、社会的な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１１　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１２　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使われている意味も同様です）。

＊注１３　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、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１４　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１５　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。

意思決定支援等に係る各種ガイドライン

1　「障がい福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」
（平成29年3月31日　厚生労働省社会・援護局）

2　「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」
（平成30年6月22日　厚生労働省老健局）

3　「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」
（平成30年3月14日　厚生労働省医政局）

4　「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」　（令和元年6月3日　厚生労働省医政局）

5　「意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン」
（令和2年10月30日　厚生労働省社会・援護局/意思決定支援ワーキング・グループ）

8. 北上市入退院支援作業部会構成メンバー（敬称略・順不同）

所属先	氏名
北上市老人福祉施設連絡会（養護老人ホーム・ケアハウス北星荘）	及川　健憲
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）	髙橋　恒信
地域包括支援センター北上中央	伊藤　和子
地域包括支援センターわっこ	髙橋　和彰
岩手県立中部病院	北谷　真
岩手県立中部病院	舘下　典江
花北病院	伊藤　美穂
花北病院	八重樫　愛里
北上済生会病院	眞田　康子
北上済生会病院	菅原　詩織
ホームケアクリニックえん	櫻井　茂
北上市福祉部長寿介護課高齢福祉係	佐々木　聖香
北上市在宅医療介護連携支援センター（北上済生会病院）	佐藤　晃

【事務局】

所属先	氏名
北上市福祉部長寿介護課	小原　智子
北上市福祉部長寿介護課包括支援係	石山　美貴
北上市在宅医療介護連携支援センター（北上済生会病院）	菊池　涼子
北上市在宅医療介護連携支援センター（北上済生会病院）	石川　晴基

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」2022 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
・「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
・「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
・「在宅医療・介護連携推進事業の手引き ver.3」厚生労働省老健局老人保健課

北上市在宅医療介護連携支援センター（北上済生会病院１階）
TEL0197-65-6121（ダイヤルイン）　FAX0197-65-6122（直通）
ホームページ　http://www.zaitaku-kitakami.com/
「在宅きたかみ」で検索