

The background features several green birds in flight, scattered across the page. In the bottom left corner, there are stylized green leaves and white flowers. The overall color palette is light green and white.

# 入退院支援ルール作成 の手引き

# 目 次

## 1章：「入退院支援ルール作成の手引き」について

1. はじめに .....	3
2. 本手引きについて .....	4
3. 入退院支援 現状の課題 .....	5
4. 移行期のケア時における情報連続の重要性 .....	6
5. 個人情報の取り扱いについて .....	8

## 2章：望ましい入退院支援ルール 流れとポイント

1. フロー図 .....	12
2. 入退院支援時のポイント（ケアマネジャー） .....	14
3. 入退院支援時のポイント（医療機関） .....	22
4. 情報共有項目のポイント .....	27

## 3章：入退院支援と意思決定支援

1. 意思決定支援とは .....	33
2. 意思決定支援のプロセス .....	34
3. さまざまな意思決定支援 .....	36
4. 思いをつなぐ（情報の連携） .....	38

## 4章：愛知県入退院調整支援事業について

1. 事業説明 .....	43
2. 入退院調整支援研修における取り組み .....	46
3. ルール策定までの経過（海部医療圏） .....	53
4. ルール策定までの経過（尾張北部医療圏） .....	61
（参考）愛知県入退院調整支援事業における調査結果 .....	69

# 1 章

「入退院支援ルール作成の手引き」について

## はじめに

将来推計によると2040年に高齢者人口がピークを迎えるとされ、さらに単身世帯の高齢者や認知症を有する高齢者数の増加も見込まれています。高齢者は加齢による衰えに加え、様々な慢性疾患を抱えやすく入院のリスクが高まります。そしてもし入院になった場合、入院中に起こる心身機能の変化によって入院前と同じ生活を送ることが難しくなる場合も少なくありません。

たとえ入院したとしてもできるだけ住み慣れた地域で安心して生活を続けられるよう、切れ目なく医療や介護サービスが提供されることが必要です。その過程において重要となるのは、本人の医療・介護にかかる情報が適切に引き継がれていくことであり、本人の意思を尊重した医療介護サービスの提供です。

医療提供体制が入院によって完結する医療から、住み慣れた地域へ戻り療養を続ける地域完結の医療へと転換し、入退院支援に対する関心が高まり、全国的に入退院支援ルールの作成や体制の整備が進められています。地域包括ケアの理念のもと、医療・介護の連携が推進され、入退院支援は単なる病院からの引継ぎではなく、医療・介護の円滑な連携を目指した包括的な支援提供へとその意味が発展しています。

しかし実際には、入退院支援は医療機関が行う活動というイメージが強く、地域全体の取組みに至っているとは言い難い状況があります。また、地域ごとに人材や組織等の医療資源や連携体制の特色があるため、地域の現状や資源を正しく把握、分析し、地域の実情に合わせたルールを策定することが必要です。

入退院支援において、今後さらに目指すべきは地域の連携、統合です。安定した医療・介護サービス提供に向けて、医療・介護関係者間だけでなく地域全体でつながり、個人や個々の組織単位から地域として実行する機能が重要となります。

昨今は在宅医療が推進され医療ニーズが高い状態でも在宅療養へ移行できるようになり、地域の医療・ケアは多様化、複雑化しています。今後さらに質が高くかつ効率的な入退院支援が求められると考えられ、職種や組織にとどまることなく連携し、包括的な支援提供を行うことが不可欠となります。

医療・介護の関係者のみならず行政も含めた地域全体で連携の推進を考えていくために、本書が地域の入退院支援の発展のために参考になれば幸いです。

2024年3月

## 本手引きについて

愛知県では、県内の一部地域や組織において入退院時の移行ルールや様式の検討、運用が行われていましたが、愛知県としての参考となる考え方が整理されていない現状がありました。

そこで令和3年度から5年度に、2つのモデル医療圏を対象とした入退院調整支援事業を実施しました。この3か年の事業において、入退院支援についての概念や知識を学び、地域の課題を分析、実施検証を行い、行政、地域ケア、医療機関が協働して地域のルールを策定し、その運用体制の構築を行いました。またこの事業をきっかけに、各地域の関係者が連携して入退院支援の取り組みを行う際、望ましい入退院支援の流れについて示すことが必要と考え、本手引きを作成することとしました。

本手引きでは、要介護・要支援高齢者および入退院時の支援が必要な方の療養移行支援についての、愛知県における基本的な考え方を提示しています。地域ケアの要となるケアマネジャーと入院先医療機関との間で連携・情報共有を行うため、両者それぞれの視点から入退院支援の過程におけるポイントを示しました。また入院時は医療ケアについて意思決定しなければならない場面も多いため、意思決定支援の考え方や視点にも着目し、本手引きにもその要素を盛り込むよう意識し作成に至りました。

本手引きの手法は取組みの遵守を求めるものではありませんが、まずこの手引きのねらいや概要をご覧ください、各地域のルール運用に向けた取組みの参考、あるいは利用者（患者）の入院状況や生活環境等に応じて各関係者間で内容の細部を調整する等、それぞれの入退院支援にあわせてご活用いただけますと幸いです。

## 入退院支援 現状の課題

住み慣れた地域での生活に重点が置かれるようになり、医療提供体制も病院完結ではなく地域への療養移行へと変化している中、適切なケアマネジメントを行うという視点に注目が集まっています。

ケアマネジメントとは、支援や介護が必要であっても住み慣れた地域で適切なサービスを受け自立した生活を送ることができるよう、状況を分析し適切に調整することであり、その中心的役割を担うのがケアマネジャーです。

入院した場合、ケアマネジャーは入院中の病状や状況の変化を踏まえ課題を分析し、退院後の療養生活に向けてケアプラン案を作成することとなります。しかしここで課題となるのがケアマネジャーと医療機関との連携です。

昨今では、ケアマネジャーからの入院時情報提供については広く認識されるようになりました。しかしながら、ケアマネジャー、医療機関共に連絡や情報共有のタイミングを逸し、入院中の情報共有がうまくなされていない現状があります。そのためケアマネジャーは退院直前に得た入院中の情報を基にケアプランを慌てて作成し、関連機関とのサービス調整を急いで行わなければならない状況があり、継続的な課題となっています。(図1参照)

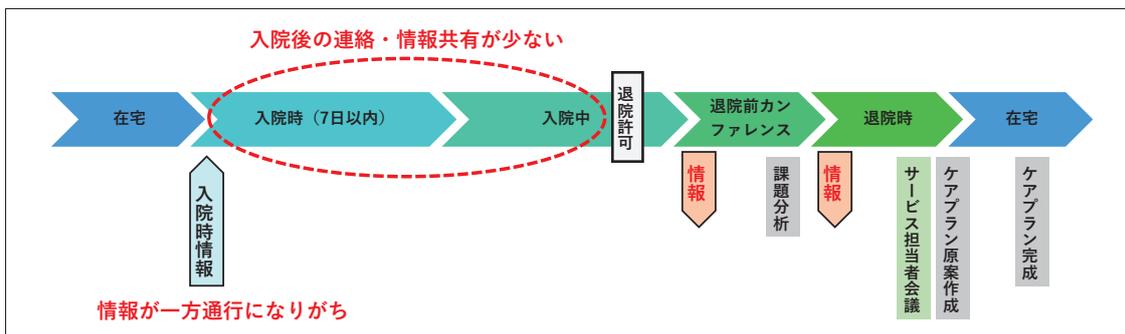


図1 入退院支援 現状の流れ

平成29年入退院時におけるケアマネジャーと医療機関等職員との多職種連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上に関する調査研究事業報告書より引用 著者作成

また医療政策により入院日数が短縮され、医療機関では入院時より退院後を意識した支援が始まります。しかしこれは同時に、患者本人や家族にとって、より短期間で入院の現状を理解し意思決定しなければならないという状況を生み出しています。

高齢者やその家族にとって、入院は人生の最終段階を意識し将来の医療・ケアを考える一つの大きな機会となりうる出来事であり、不安やゆらぎを感じやすい状況です。この状況を乗り越えるには、入院により起こる変化に対応できる環境を整え退院後の療養生活を開始することが必要です。そのためには、日常の生活を知るケアマネジャーと診断や病状から専門的な意見や助言を行うことができる医療機関との間で確実な連携関係を構築し、両者が共に切れ目ないケアマネジメントを行うことを意識することが必要です。

## 移行期のケアにおける情報連続の重要性

病床の機能分化や在宅医療の推進により、一人の利用者（患者）に対して複数の医療や介護サービス提供者が関わるのが一般的となり、療養場所やケア提供者が変わる移行期の支援について関心が高まっています。

移行期のケアとは、患者の状態やケアニーズの変化に応じて療養場所を変化する、あるいは同じ場所であっても異なるケア環境へ移動する際の支援を指し、入退院支援を含む広い概念として提唱されています。この移行期のケアについては、2000年以降様々な研究や検証が積み重ねられていますが、重要なポイントのひとつと言われているのが“いかに情報がつながるか”という情報の連続性です。

移行期のケアに関連する意識向上や課題解決を推進するアメリカの協議会組織 NTOCC（National Transitions of Care Coalition）は移行期のケアについての概念モデルを提唱し、移行期のプロセスにおいて情報の送り手と受け手両方を一連の対策として捉える必要性を示しました。（図2）

これを入退院支援にあてはめて考えると、施設を超えた情報共有（医療機関と地域ケア間）では、利用者（患者）の情報を一方的に送るだけでは不十分であり、情報の送り手と受け手による情報交換が重要であると捉えることができます。

さらにタイムリーかつ正確な情報の伝達は、より安全で効果的なケア提供につながるとされています。情報提供を一方通行で終わらせるのではなく、受け手と送り手の間で「相手に必要な情報をタイムリーに送り、受け取りと内容を確認する」ことを繰り返す。このような情報共有のキャッチボールの強化、つまり組織を超えた連携と情報共有のあり方が、円滑な移行期ケアにつながっていくといえるでしょう。

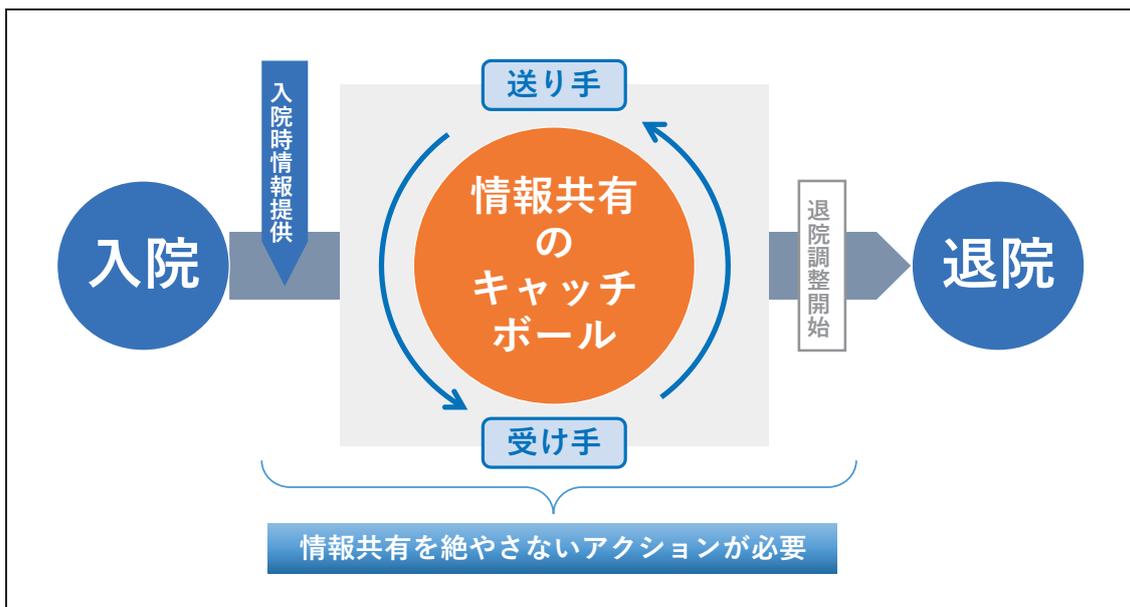


図2 入院中の情報共有モデル 参考資料1を参照 著者作成

## 参考 移行期ケアプログラムにおける情報送受の変遷

NTOCC が提唱する移行期ケアプログラムでは、効果的なケアにつなげるための移行期における情報伝達について、①タイムリーに行われ、②情報の送信者と受信者の間でその情報の送受を確認し、③情報に基づいて行動する、という一連の流れが示されています。

	誰が	いつ	確認 内容の明確化	その後の行動
情報の送り手	説明責任のある 情報提供者	患者への適切な介入の ために適切な時期に (情報を送る)	・受け手が情報を受信した ことを確認する ・情報内容を明確にする	受け手が受信できなかった 場合、情報を再送信する

	誰が	いつ	確認 内容の明確化	その後の行動
情報の受け手	説明責任のある ケア供給者	患者への適切な介入の ために適切な時期に (情報を受け取る)	・情報の受信を確認する ・情報内容を明確にするた めに質問する	・情報を基に指示に従って 行動する ・ケア/サービス計画の継続 を確保する

### ※参考資料 1

Transitions of Care Measures : Paper by the NTOCC Measures Work Group 2008

[www.ntocc.org](http://www.ntocc.org)

## 参考 高齢者の入退院時の情報移行課題

急性期病院の入退院時に求められる情報内容として、以下のような調査結果が示されています。

### ●入院時

- ・基本的な医療・ケアの情報
- ・在宅での生活状況
- ・治療の目標
- ・急変時の希望やアドバンスケアプランニング（ACP）の進捗状況

### ●退院時

- ・入院中に行われた説明、治療内容
- ・退院後に必要な医療処置等の内容

### ※参考資料 2

文部科学省科研費事業

「脆弱高齢者のケア移行時における診療情報伝達のための標準的フォーマット開発」

## 個人情報の取り扱いについて

### 個人情報の取り扱いには、慎重な対応が必要です

医療・介護関係者は、利用者（患者）の氏名、住所、生年月日をはじめ、医療・介護に関する記録などの個人情報を取り扱っています。特にそれらに関係者間で情報共有する機会も多い職務であり、個人情報の取り扱いについて正しい知識と適切な対応が求められます。

#### ●医療 DX（デジタルトランスフォーメーション）の推進と情報共有

地域における高齢者の安心した生活を支援するため、医療・介護連携において多職種間でそれぞれが持つ情報を共有することは重要です。国もその促進を図るべく情報共有システムについての取組みを進めているところであり、今後の大きな変化が予測されるため、こうした動向を把握することも必要です。

#### ●医療・介護の専門職として

一方で、医療情報システムの推進はあくまでツールの進化です。大事なのはそれを扱う人自身だということを忘れてはいけません。医療・介護専門職としての立場をよく理解し、適切に法を順守することが求められます。

医師や薬剤師などについては刑法にて、看護師については保健師助産師看護師法において、守秘義務および罰則が定められています。またケアマネジャーや訪問介護事業所等の従業者といった介護サービス事業関係者にも介護保険法等において守秘義務が定められており、これらを遵守しなければなりません。

個人情報の適切な取り扱いについては、定期的な研修や事例による振り返りを行うなど、一人一人が理解を深めるための継続的な取組みも必要です。

#### ●利用者（患者）本人・家族への説明と同意を得る

入退院時に利用者（患者）の情報提供を行う場合、事前に利用者（患者）本人・家族への確認と文書による同意を得ておかなければなりません。

ケアマネジャーをはじめとする在宅医療・介護サービス提供者は、居宅介護支援等の契約時に利用者（患者）・家族に対して個人情報の取扱いについての説明を行い、入院時に医療機関に対して利用者（患者）の個人情報を提供することについての同意を得ておく必要があります。

医療機関においては医療・介護の連携上必要な情報提供について、院内掲示等で利用目的の周知を図ることが求められます。また退院に向けて医療介護サービスの提供に必要と思われる場合、そのサービス提供者に対して利用者（患者）の個人情報を提供することについて利用者（患者）本人・家族の同意を得る必要があります。



## 参考

### 個人情報に関する資料例

『医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス』

厚生労働省 平成 29 年 4 月 14 日（令和 5 年 3 月一部改正）

『個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（通則編）』

厚生労働省 平成 28 年 11 月（令和 5 年 12 月一部改正）

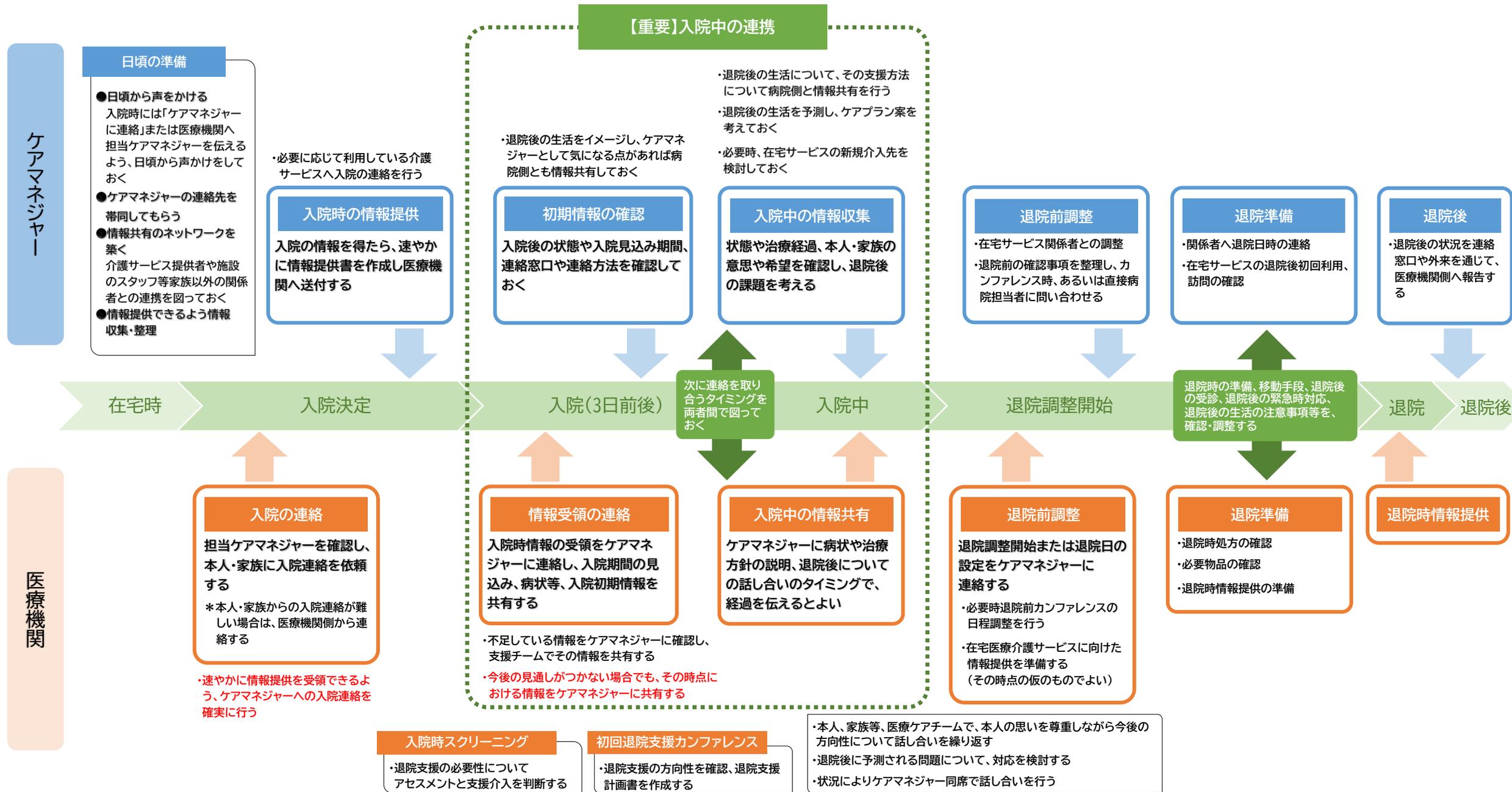
『介護事業者のための個人情報保護ガイドブック』

ケアタウン総合研究所 高室成幸著 2006 年 6 月 20 日

## 2章

望ましい入退院支援ルール 流れとポイント

# 在宅～入院～退院までの流れ(フロー図)



## 入院のための日頃の準備 (ケアマネジャー)

高齢になるほど、入院のリスクは高まります。いざという時に備えて、ケアマネジャーは利用者（患者）・家族とともに日頃からできることを心がけておきましょう。

### 在宅時

#### 日頃から入院のリスクを意識しておく

担当ケアマネジャーとして、入院時には速やかに在宅での様子を医療機関へ情報提供しなければなりません。入院は予期せぬタイミングで起きることが多く、またひとくちに情報提供といっても、文書で情報を伝えることは決して簡単なことではありません。

自身で利用者（患者）の生活状況や特徴、支援の課題、病気や治療等に関する考え方などについて、日頃から整理しておくことが大事です。

#### ● 普段の状況を把握する

入院先の医療機関では、治療や退院支援を行うにあたり、利用者（患者）の入院前の状況を把握してアセスメントを行うことが必要となるため、ケアマネジャーからの情報は重要です。

例えば、食事、洗面、排せつ、入浴、食料や日用品の調達、家の手入れ、外出など、私たちは普段になげなく行っていることですが、心身機能の衰えを抱える高齢者はどのように行っているのでしょうか。訪問や面会時の観察や、話題のきっかけにするなどして情報収集の工夫をしましょう。聞き得た情報や自身が感じたことは、忘れず記録に残しておきましょう。

#### ● 自立度が高い高齢者の場合

定期的な通院をしていない、在宅医療介護のサービス利用がない、福祉用具のみの介護保険サービス利用である場合などは、ケアマネジャーからの情報入手に対する医療機関の期待が大きくなるといえるでしょう。しかし自立度が高い高齢者であっても、入院中の心身機能の衰えにより退院後あらたにサービス提供が必要となる可能性も十分にあります。一見元気そうにみえても限られた面談の機会を逃さずに、入院した際の情報提供を意識して、本人の情報を得よう努めましょう。



#### 参考 情報提供書のベースを準備しておく

情報提供書は記載事項も多く、また本人・家族の意思、意向や特に伝えておきたい事項等、日頃の様子を把握しているケアマネジャーにとって、どう伝えたらいいかと頭を悩ませる項目もあることでしょう。多忙な日々の業務の中で、突然の入院で情報提供を行う場合に備えて、情報提供書のベースを準備しておくのも一つの手です。

利用者（患者）の基本情報、家族情報は、日頃からあらかじめ記載しておきやすい項目です。これらを記載した担当利用者の情報提供書ベースを作成しておくといよいでしょう。

ただし要介護度など変更の可能性がありますので、定期的な見直しや変更時の修正を行い、実際に作成する場合には必ず目を通し確認しましょう。

## 入院した場合、速やかにケアマネジャーに連絡していただけるように

ケアマネジャーは入院時に情報提供を行います。そのためにはまず「入院したことを知る」ことが必要です。しかし実際には、ケアマネジャーが知らないうちに入院していた、入院から数日経って家族から連絡がきた、というようなケースも発生しています。

基本的には本人・家族からケアマネジャーに連絡していただくことになっていますが、いざ入院となると、ケアマネジャーに連絡することをわかっていたとしても後回しになってしまうことも考えられます。ケアマネジャー自身が「入院したことを知る」ためにできることを考え普段から行動しておきましょう。

### ●日頃から声をかける

入院のリスクが高いとはいえ、日常生活を送っている中では突然入院になったと感じるものです。日頃から入院時には連絡するよう声かけを行っておきましょう。「困ったことがあったら」といった表現ではなく、「入院になった時は」とはっきり伝えることがポイントです。

### ●ケアマネジャーの連絡先を帯同していただく

ケアマネジャーの連絡先（名刺等）を保険証と一緒に保管していただくか、お薬手帳などに記しておきましょう。利用者（患者）本人だけでなく医療機関側の目にも留まりやすくなります。

また入院時に必要となる物を一緒に確認することも意識づけとなります。

（持物例）・医療保険証、介護保険証、ケアマネジャーの連絡先、お薬手帳

- ・在宅医療情報（かかりつけ医の連絡先や診察券、訪問看護・かかりつけ薬局の連絡先等）
- ・家族・知人の連絡先

### ●情報共有のネットワークを築いておく

家族にも入院時の対応として、ケアマネジャーへの連絡を周知しておくことは大事です。基本的には利用者（患者）本人と同様、家族にも声かけや連絡先を渡すなどして入院時の連絡をお願いしておきましょう。

しかし入院時は、病院への移動、緊急性、書類や手続き、必要品の準備など、家族としてもなにかと落ち着かない状況です。特に遠く離れて暮らしている場合などは、わからないことも多いかもしれません。

住まいや家族関係に限らず、連絡のとりやすさ、面識の有無など、ケアマネジャーとの付き合いの距離感も様々です。利用者（患者）の状況にあわせて、日頃から利用している介護サービス提供者や施設のスタッフ、かかりつけ医・薬局等、家族以外の関係者とも情報共有のネットワークを築いておきましょう。

## 入院時情報提供 (ケアマネジャー)

入院になった場合、ケアマネジャーは在宅での様子をすみやかに医療機関へ情報提供しなければなりません。医療機関では入院時から支援が始まっています。

### 入院時

## 入院時の情報提供を行いましょう

医療機関では、まず本人・家族およびケアマネジャー等による地域からの情報（入院に至った経緯や入院前の在宅での生活状況など）をもとに、退院支援の必要性や退院調整部門や専任担当者の支援を必要とするかどうかを判断するスクリーニングを行い（入院3日以内）、退院支援計画書を作成します（入院後7日以内）。ケアマネジャーはこうした医療機関の動きに合わせて、タイムリーに必要な情報を提供することが求められます。

### ●入院したことを把握したら、速やかに情報提供を行いましょう

家族や入院先の医療機関から入院の情報を得たら、情報提供書を作成して速やかに医療機関へ送付しましょう。すぐに情報提供書を作成できない場合でも医療機関へ一言連絡を入れておくと、医療機関は情報を確認する糸口となり助かります。予定入院の場合はあらかじめ入院日前に送付するよう努めましょう。

### ●かかりつけ医、薬局等への連絡も忘れずに

かかりつけ医への通院や、訪問診療や訪問看護の利用がある場合、それら専門職からの情報提供によって、より詳細な医療情報を伝えることができます。入院した場合に情報提供をお願いできるよう、日頃から関係を築いておきましょう。薬剤情報の共有や退院後の服薬指導にもつながるため、かかりつけの薬局にも連絡するようにしましょう。

### ●関わりが少ない場合など

担当を開始した当初など、日常生活や考え方など十分に把握できていない場合は、その旨も情報として加えておきましょう。ただし少ない関わりの中でもケアマネジャーとして得るべき情報や観察点はあります。入院の時点では関わりが少ないかもしれませんが、その後担当ケアマネジャーとして、退院後の生活や人生に寄り添う可能性を念頭に、入院時から医療機関との情報共有を丁寧に行っていきましょう。

### ●ケアマネジャーとしての要望も記載しておく

入院時の情報提供に対し、医療機関から不足している情報や確認したい事項について連絡が入ることがあります。ケアマネジャーや事業所の連絡先とともに、自身の予定などから直近の連絡方法の希望を送付状に記しておくなど工夫しておくとお互いに連絡がつながりやすくなります。

またケアマネジャーとして退院前のカンファレンスや訪問指導等を特に希望する場合には、その旨を医療機関側に伝えるようにしましょう。

### 【コラム】 タイムリーな情報提供とは

ケアマネジャーによる入院時情報提供書の送付日数について、推奨される日数はあるものの厳密に規定されているわけではありません。しかし情報の受け手である医療機関では、入院直後から治療や看護ケアを開始しており、退院支援体制が始まっています。在宅での情報を得るのに早いに越したことはありません。

在宅での様子を把握している存在であるケアマネジャーからの情報は、その時点で利用者（患者）と関わっている医療機関にとって重要な情報です。移行期のケアにおいて、情報をいかに次へ紡いでいくとよいか、を常に意識した行動を心がけていくことが重要です。

### 【コラム】 医療機関からは「生活」が見えない

入院するという事は、それまで過ごしていた日常と異なる心身の状態である、ということです。医療機関内の同じ規格のベッドや部屋の風景、寝衣で過ごしている利用者（患者）の姿からは、個々の「生活」や「人生」は想像しがたいものであり、さらに関わりの期間も限定的です。

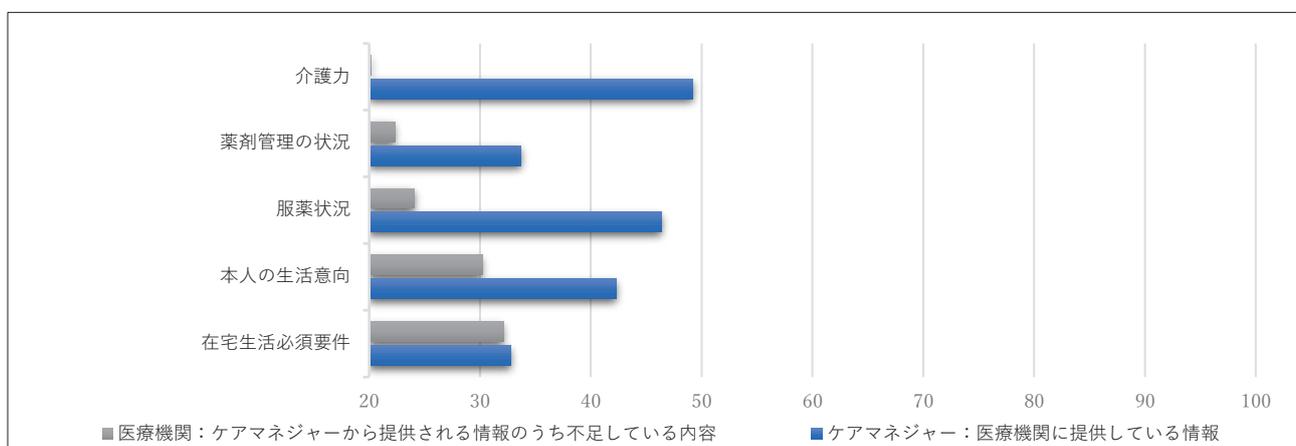
面会時のコミュニケーションや訪問時の様子などから得られた情報と、ケアマネジャーが利用者（患者）本人や家族の話から丁寧に意思、意向をくみとり感じた情報、それらを情報提供書に反映させることが大事です。

関わる中で意思や意向が変わってきた場合は、それら変化も含めた情報にするとよいでしょう。また担当になって間もない、独居など思うような情報が得られていないと思う場合は、その事実と、その状況下で感じたケアマネジャーの意見を記載しておきましょう。



## 参考 どうやったら在宅に戻れるのか

厚生労働省の平成 31 年度居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務実態に関する調査によると、「入院前の介護サービス利用」「ADL」「介護力」「主介護者」などはケアマネジャーからの提供率も高く医療機関から役立つ情報と評価されている一方で、「在宅生活に必要な要件」、「入院前の本人の生活に対する意向」は不足している情報と捉えられています。本事業における研修内でも同様の意見が見受けられていました。医療機関において退院支援のアセスメントを行う上で、これらが重要な要素になることを意識して、ケアマネジャーは情報提供を行っていきましょう。



(厚生労働省 H31 年居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務実態に関する調査研究より引用 筆者作成)

## 入院中の連携（初期） （ケアマネジャー）

切れ目のない医療ケアを提供するために、ケアマネジャーと医療機関間で、繰り返し情報共有のキャッチボールが行われることが重要です。

### 入院初期（入院 3 日前後）

#### 医療機関担当者と連携し、入院中の情報収集に努めましょう

疾患による苦痛や環境の変化が伴う入院生活は、日常生活とはかけ離れた状況です。円滑に療養移行を行うとは、入院中と日常生活におけるこのギャップを少しでも緩和するよう努めることであり、これを意識してケアマネジメントを考えていかなければなりません。

ケアマネジャーは利用者（患者）の日常を知る専門職として、自らも積極的に入院中の状況を把握するよう努めましょう。

##### ●入院の見込み期間を確認しましょう

入院時に主治医（週末などは休日担当医）は、入院時診療計画書に最初の見立てとしての入院予定日数を示し、本人または家族に説明します。その後は入院後の治療や利用者（患者）の状態等の経過をみながら、具体的な入院期間の見通しが立つようになります。より見込みがはっきりした情報に越したことはありませんが、ケアマネジャーとしては入院当初の大まかな見込みでもある程度把握できると、自身の調整の見立てをたてることができます。

入院時情報提供について医療機関側と受領や不足内容を確認する際、確認しておくとい良いでしょう。

##### ●入院後の初期情報を得る

入院後 3 日頃の時点では、不明確な点はあるながらも入院時からの治療による患者の経過や、医療機関としての退院支援の方向性等、医療機関側も少しずつ状況が整理されてきます。一方、この時期ではまだ見通しがはっきりしない場合や退院支援から漏れている場合も考えられます。

ケアマネジャーは医療機関における動きを理解しつつも、医療機関からの情報を待つだけでなく、自らも情報収集を意識し、必要時は情報提供やカンファレンスの開催・参加を要望するなどして、医療機関側に働きかけていきましょう。

##### ●医療機関の連絡窓口、連絡方法を確認しましょう

外部からの問い合わせについて、対応方法は医療機関により異なります。また電話で直接話をしたほうがよい場合、伝言で済む場合、FAX 等文面による情報や問い合わせでよい場合など、手段とその選択も様々です。入院中、医療機関への問い合わせや必要時の情報提供等が行えるよう、医療機関の連絡窓口や連絡方法（電話、FAX、電子媒体等）について日頃から確認しておきましょう。

### 【コラム】 入院中の医療機関との連絡のタイミング

ケアマネジャーと医療機関間における入院中の連絡のタイミングについては、明確な情報共有システムが設定されておらず、ケアマネジャー個々の経験値により差があるのが現状です。

利用者（患者）により入院期間や退院支援の状況は様々ですが、次にいつ連絡をとりあうか、またはいつ頃連絡をとりあうべきか等、心づもりを決めておくことによって、ケアマネジャーと医療機関双方の連絡の意識が高まり、情報共有の機会につなげることができるでしょう。

ケアマネジャーからの入院時情報提供に対し、医療機関が返信するタイミングは、次の情報共有時期を相談するいい機会です。

ケアマネジャーとしても医療機関からの提案を待つだけではなく、治療方針や担当者のスケジュール等を確認し、情報共有計画をたてるように心がけていきましょう。

（連絡のタイミング：きっかけ例）

- ・退院支援計画立案時（支援担当者の決定）
- ・現在の治療の評価時  
（点滴や内服などの継続や、レントゲン等検査実施が一つの目安）
- ・医療機関内のカンファレンス実施後



### 参考

### 個人情報の取り扱い（介護支援事業所等と医療機関の体制の違い）

介護支援事業所等と医療機関では、共に守秘義務の度合いが高く、個人情報等のセンシティブな情報を取り扱う立場ですが、それぞれの特徴もあります。

小規模事業者が多い介護支援事業所等では、把握している個人情報を組織の外へ持ち出すことや、在宅サービス提供者間で情報を共有する機会がありますが、情報の安全管理やそれに関する教育体制が整備されていない事業所もあると考えられます。

一方、医療機関は情報漏えいによる社会的信頼を失う恐れが大きく、情報の安全管理体制や組織内のシステムの整備に努めています。医療機関としての安全管理の体制を守りつつ組織外部のケアマネジャー等と情報共有を行わなければならない、慎重な対応が求められます。

例えば医療機関外部からの電話の問い合わせに対してはなりすましの可能性もあり、医療機関としては電話口でそのまま簡単に情報を伝えるわけにはいきません。

担当ケアマネジャーだからと安易に電話で問い合わせるのではなく、事前に FAX やメールで連絡したい希望や内容を伝達する、あるいは連絡可能な時間等を伝えて医療機関からの折り返しの連絡を依頼するなど、ケアマネジャーとしても医療機関側の状況を理解し、歩み寄った行動を起こしていくようにするとよいでしょう。

## 入院中の連携 (ケアマネジャー)

入院の期間は様々です。状況に応じた医療機関との情報共有のタイミングを図り、退院後を予測しながらプランニングしていく必要があります。

### 入院中

## 収集した情報から予測し、退院後の課題を考えましょう

利用者（患者）の入院前の様子を知るケアマネジャーは、入院中の今の状態と比較して、療養生活の課題を捉えやすい立場です。入院中から医療機関より医療専門的な知識や今後の見通しについて情報や助言を得ながら、生活の視点で考えらえる課題を整理し、退院調整開始後に備え大まかに見立てておくことが必要です。

### ●本人、家族の思いや希望を確認する

医療機関においても、退院後の生活について利用者（患者）の意向や考えを確認し、本人や家族と話し合いながら支援を進めていきます。しかし入院後の心身機能の低下により入院前の考えと変わる可能性や、在宅の医療・介護サービスの知識がないために自宅に戻ることを諦めてしまうことも考えられます。

入院前に関わっていた時と比べて、入院中の利用者（患者）や家族の思いや考えに違和感を覚える場合には、医療機関の担当者に経過を確認してみるとよいでしょう。ケアマネジャーの視点から変化に至ったプロセスを注意深く捉え、可能であれば医師からの病状説明や、医療機関における院内カンファレンスに参加する等、医療機関側と相談してみましよう。

### ●在宅における医療介護サービス提供者と相談する

医療機関における利用者（患者）の状況を把握したら、必要に応じて利用している介護サービス提供関係者等に在宅療養の課題について相談し、アドバイスを得ましよう。

ケアマネジャーは利用者（患者）の生活を支援する多職種をマネジメントする役割とはいえ、実際のケアに関するアドバイスは、ケア担当者に勝るものではありません。多職種の様々な知恵と支援方法を支援チームとしてまとめていくのは、まさにケアマネジャーとしての役割そのものです。退院後のケア提供の心積もりとなり、退院調整時のスムーズなスケジュール調整にもつながるでしょう。

### 【コラム】組織を超えて情報や意見を交わす

治療の経過から退院支援の方向性が具体的にみえてくるようになります。

自宅への退院を目指している場合は、住環境についての情報が参考になります。利用者（患者）の住まいの玄関やトイレ、風呂場といった場所のサイズや写真でのイメージがあると、在宅での療養を見据えたりハビリの計画がしやすく、効果も期待できるでしょう。

医療機関と情報を共有する中で、退院後の療養生活を支援するため、気づきがあればあらたな情報提供やケアマネジャーとしての意見を述べていきましょう。

利用者（患者）が安心して療養移行できるよう、入院中と退院後に必要な情報を得たうえで、確実にケア体制を整えることが必要です。

## 退院前調整、退院後 (ケアマネジャー)

### 退院前・退院後

#### 退院見込みの連絡を受けたら、速やかにサービス体制の手配を進めましょう

医療機関との情報共有により、入院中の経過や退院見込みの見当から、ケアマネジャーはケアプラン原案を作成し、医療介護サービス提供者へあらかじめ情報を共有しておきます。いざ退院見込みの連絡を受けたら、いよいよ実際の療養移行に向けてケアプランの確認と、サービス開始の具体的なスケジュール調整を行っていきます。

#### ●退院後の生活への具体的な移行プランを確認する

退院が決まったら、医療機関担当者に利用者（患者）の状態や退院後必要な医療ケア、退院後の課題等について再度確認し、ケアプランを完成させます。

必要時は退院前カンファレンス開催を依頼し、ケアプランの調整を行い完成させます。

（例）退院前カンファレンスの開催が必要と考えられるケース

- ・在宅医療介護ケアの多職種が支援に関わっている
- ・医療ケアのニーズが高い
- ・再入院の可能性が高いと考えられる
- ・社会的課題があり医療介護以外にも支援の必要性がある

#### ●退院日を確認し、関係者へケアプランを報告する

サービス関係者会議を行い、完成したケアプランを報告し、退院日およびその後のサービス提供について最終確認を行います。

かかりつけ医やかかりつけ薬局に退院後のケアプランについて伝えておきましょう。

#### 【コラム】退院後の生活について医療機関に報告を

医療機関は、退院後の利用者（患者）の状態や生活状況についての情報を得ることによって、治療の評価や退院支援の振り返りを行うことができます。再受診する際にもこれらの情報は役立ちますし、退院支援の改善にもつながります。

退院時には、医療機関が情報の「送り手」、地域の医療ケア側が「受け手」となり、情報のキャッチボールは続いています。FAXなどによる簡易なコメントでも一言あるとありがたいものです。支援困難事例や医療的ケアが重視される場合などは特に、退院後の情報共有まで意識して行うようにしていきましょう。

## 入院決定 入院の連絡 (医療機関)

利用者（患者）の担当ケアマネジャーを確認できたら、まず入院したことを伝えなければなりません。状況に応じた対応が必要です。

### 入院時

#### ケアマネジャーへの連絡を意識して

医療機関において退院後の生活にむけた円滑な移行支援ができるよう、平成30年度介護報酬改定時に、ケアマネジャーは利用者（患者）または家族に対し、入院した場合に担当ケアマネジャーの情報を入院先医療機関に伝えるよう説明し依頼することが義務付けられました。（指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準第4条第3項）

とはいえ家族と離れて暮らす独居や身寄りのない高齢者の増加や、認知機能や自己管理能力の低下等、これらの対応が難しい場合も想定できます。入院の連絡は家族がするものと思込んでしまうと、ケアマネジャーへの入院連絡もれ、さらにその後の情報提供の遅れへとつながります。

医療機関においても、状況に応じた入院時の対応とそれに向けた院内の体制づくりが必要です。

#### ●入院時に要介護認定の確認と共に、担当ケアマネジャーを確認する

利用者（患者）が入院になった場合、本人・家族に介護認定を受けているかどうか、介護認定を受けている場合は、担当ケアマネジャーまたは介護支援事業所名について確認します。

利用者（患者）本人・家族がはっきりと覚えていない場合や、以前の受診・入院時の情報とは担当ケアマネジャーが異なっている場合も考えられます。医療保険証やお薬手帳などを確認する際、ケアマネジャーの名刺や事業所名の記載はないか確認してみるとよいでしょう。

#### ●担当ケアマネジャーへ入院になったことを知らせる

利用者（患者）本人・家族に、担当ケアマネジャーへ入院となったことを知らせるよう依頼します。ケアマネジャーへの連絡について、本人・家族への依頼から伝達の確認まで、入院受付事務、外来または病棟看護師、地域（医療）連携室スタッフ等の間で院内の申し送りができるようにしておくこと、伝達もれや遅れを把握することができます。ケアマネジャーに入院の連絡が届いたかどうか、というところまで確認することが大事です。

利用者（患者）本人・家族から連絡することが難しい場合は、医療機関からケアマネジャーに連絡し、情報提供を依頼します。

#### 【コラム】 外来部門との連携

要介護認定や担当ケアマネジャーの確認は、病棟の看護師や地域（医療）連携室だけでなく、外来部門の看護師や事務職で可能な場合もあると思われます。医療機関まで家族が同伴している場合は、外来の場でケアマネジャーへの連絡を依頼、確認することもできるでしょう。

電子カルテの機能を活用して外来と病棟、地域（医療）連携室間でケアマネジャーへの連絡について効率的な連携を図っていきましょう。

情報共有のためには相互のコミュニケーションが必須です。入院時にそのきっかけを作ることによって、その後の情報共有につながりやすくなります。

## 入院中の連携（入院初期） （医療機関）

### 入院初期（入院 3 日前後）

#### ケアマネジャーからの入院時情報提供に対するリアクションから始める

移行期のケアでは、送り手から受け手へ情報が一方通行になりやすいことが課題です。ケアマネジャーより入院時情報が提供された時から情報共有のキャッチボールは始まっています。まずは情報の受け手としてどう行動すべきか考えてみましょう。小さな行動のひとつひとつがキャッチボールのきっかけとなり、その積み重ねがその後の連携につながっていきます。

#### ●ケアマネジャーからの入院時情報に対して、受領したことを返信する

情報を提供したケアマネジャーは日頃の利用者（患者）自身やその生活を知る立場として、自分の情報が医療機関、医療スタッフにきちんと届いているかどうか気にかけています。

医療機関として、きちんと受領していることをケアマネジャーに向けて発信しましょう。必要な場合は情報提供書の内容や、不足している情報についての確認を行います。

まずは FAX 等による取り急ぎの受領返信でもかまいません。その際には、ケアマネジャーからの問い合わせに備えて、その時点での医療機関側の対応窓口を知らせておきましょう。

#### ●初期治療による経過や入院の見込み期間をケアマネジャーに共有する

介護保険サービスの再開やケアプランの調整に向けて、どの程度の日数の入院になるのかケアマネジャーが把握しておくことは、退院後の生活についての課題や退院までの調整スケジュールをイメージしやすくなり、とても有効です。想定される入院の見込み期間や、この時期の患者の状態について、ケアマネジャーに情報を共有しておきましょう。

少しでも明確になってから、とつい考えがちですが、そうしているうちにケアマネジャーに連絡するタイミングを逃してしまつては、退院目前にまとめて情報共有を行うパターンが解消されないままとりかねません。大まかな見込み予定であってもまず一報を心掛け、その時点の情報として伝えるよう努めていきましょう。

#### ●ケアマネジャーと連絡をとる目安を相談しておく

交替勤務や電話応答にすぐ対応できない場合も多い医療機関従事者と連絡がつながりにくい場合も少なくないことでしょう。ケアマネジャーにとって、医療機関や医療従事者とのコンタクトはハードルが高いとも言われています。また個人情報保護の観点による医療機関側の対応ルールにより、ケアマネジャーが問い合わせに躊躇する傾向もあります。

院内で行われる多職種カンファレンスや病状説明などのタイミングを見計らい、ケアマネジャーとの連絡の機会について、医療機関側からも積極的に相談してみましょう。

### 【コラム】 見通しがはっきりしない場合でも

ケアマネジャーの視点で考えてみると、医療機関における入院中の経過は把握しづらいものです。情報提供の機会がなければ、病状の説明や治療の様子はもちろん、利用者の病状が軽症なのか重症なのかわかりません。またケアマネジャーは介護福祉士等の介護系資格出身者・保有者が多い職業であり、治療の進み方や入院中の流れなどについて見当をつけにくいことも考えられます。

ケアマネジャーとしては見通しがはっきりしない場合であっても、今どのような経過なのか、その時点における情報がほしいのです。ケアマネジャーへの連絡は、状況の変化などの節目だけでなく、定時的なタイミングも意識するとよいでしょう。



### 参考

### ケアマネジャーが一番心配するのは「変化」

入院後の身体機能の変化は、ケアマネジャーが退院後のケアプランを考える上で重要な情報です。しかしそればかりではありません。入院前の生活状況を把握し、日頃の利用者（患者）・家族の考え方の理解に努めてきたケアマネジャーにとって、入院後の認知機能の低下は、本人の意思を尊重した療養移行を考えるうえで大変心配する点です。

高齢者の場合、特に食事、トイレの移動や認知機能の低下は在宅での療養継続の要件として大きな課題となる傾向があります。それまでの生活様式の変更や退院先の選択、介護について、利用者（患者）本人・家族ともに難しい意思決定を迫られることも多く、その結果、入院前の意向と異なる方向性に進むケースもあります。

しかし医療機関としては難しいのではと考える場合でも、ケアマネジャーだからこそ提案できることもあります。ケアマネジャーは、地域で利用者（患者）が安心して望む生活を送ることができるよう適切なサービス提供を実施するために、医療機関と共に考えたいと思っています。

### 医療機関と入院初期の情報を共有した後、ケアマネジャーが確認しておきたいこと

（愛知県入退院調整支援事業にかかる研修内ヒアリング結果より）

#### ■利用者（患者）の状況

##### ●身体状況

病状の安定具合

食事/嚥下、移動、排泄の状況

意思疎通は可能か、せん妄の有無、意識レベルの変化

##### ●治療状況

病状・治療の進捗状況と今後の見立て

医師から本人・家族への説明内容

退院のめど、退院後に必要とされる支援の予想

##### ●本人・家族の理解

本人・家族の病状の理解度

本人の希望や思い、意思決定能力の有無

本人・家族の受け入れ状況、意向、不安について

患者の入院中の変化や経過、今後の見通しなど、ケアマネジャーと情報共有の機会をもち、連携することが入退院支援では大変有効です。

## 入院中の連携 (医療機関)

### 入院中

#### 本人の思いを尊重し、それを支える家族とともに方向性を話し合しましょう

入院すると退院後の生活について、利用者（患者）本人の意向よりも家族や医療従事者の意向が強くなる傾向があります。利用者（患者）の考えや希望に耳を傾け意向を把握しつつ、家族や支援者とともに医療機関内における多職種で退院後の方向性を話し合い、最善の方向性を探っていきましょう。

#### ●利用者（患者）の状態や退院後の方向性について、随時ケアマネジャーに情報共有を行いましょ

一旦入院すると、ケアマネジャー側からは入院中にどんなことが行われ、今どういう状況なのかわかりづらい状況です。特に高齢者は心身機能の低下が生じやすく、本人の意思や希望が入院前の意向と変化する可能性も大きいため、入院後の治療や回復の経過に直接携わっていないケアマネジャーにとって、退院後の方向性のみ伝達されても、なかなか納得しにくいことでしょう。

入院前から関係性を築いてきたケアマネジャーが同伴することにより、利用者（患者）が落ち着いて意思や希望を述べやすくなるというケースもあります。医療機関のみで対応を進めるのではなく、ケアマネジャーとも連絡をとり共に状況を判断していきましょう。必要に応じて院内におけるカンファレンスへの同席を相談するとよいでしょう。

#### ●退院の目途がたってからの情報共有では遅い

医療機関では在院日数が短縮され、入院時から退院を意識した支援が求められています。しかしケアマネジャーにもケアプランを再考する時間と余裕が必要です。

退院の目途がたつ頃の状態（結果）とそこに至る途中経過の情報（プロセス）を分けて考え、入院中の経過をまとめて伝えるのではなく、経時的に伝えるように意識しましょう。

#### 【コラム】支援対象は、大きな変化があるとは限らない

たとえば認知症や独居世帯、ADL 変化の予測がある、など明らかに支援が必要と判断できる場合、必然と退院支援についての意識が高くなり、ケアマネジャーと連携を図ろうと行動を起こしやすいと思われま。逆に大きな変化が見られない、意思表示が少ない等の利用者（患者）や家族の場合には、退院支援から漏れたり本人の意思と異なる方向性に傾いたりしてしまうことも考えられます。

また、医療従事者の説明や問いかけに対して、「はい」と返事をしているものの、内容を十分理解できていない高齢者や家族もいます。

入院中、医療機関従事者は短い期間で関係性を築いて、様々な意思決定を促さなければならない場面に多く立ち会うこととなります。生活の視点を大事にしながら、さらに普段から支援を行っている地域ケア担当者たちの助言を得るなどして、慎重に対応して行く必要があります。

## 退院前調整、退院 (医療機関)

退院調整は、サービス再開やケアプランの調整を具体的に進める過程です。入院中の見立てから予測した移行ケアを最終確認していきます。

### 退院前

#### ●具体的な退院の予定がみえてきたら、ケアマネジャーに早めに伝えましょう

退院の連絡が遅れば、ケアマネジャーのケアプラン作成やサービス調整の時間的余裕がなく在宅療養移行時の不備につながりかねません。退院が具体的に見込まれるようになったら、その情報を速やかにケアマネジャーに伝えましょう。

在院日数の短縮により、治療の目的が立ち医師より退院指示が出てから退院日までの日数も短くなっています。そのため決定した退院日の前日や当日に慌てて退院前カンファレンスを設定するケースも発生しています。退院前カンファレンス開催には多職種のスケジュール調整が必要となるため、退院前カンファレンスの必要性が見込まれると判断できる場合は、早めにケアマネジャーにもその可能性について伝えるように努めましょう。ケアマネジャーとしても心づもりができるので助かります。

#### ●医療機関からの情報提供書およびサマリーを早めに準備しましょう

退院直後より在宅医療介護サービスを提供できるよう、在宅医療・ケア提供者は準備を整えます。在宅ケアに必要な福祉用具の手配、設置、医療処置が必要な場合は医療物品・機器の手配、注文等があります。

環境が整っている医療機関と異なり、在宅ではそれぞれのサービスが独立しているため、利用サービスが増えるほど、その契約や手配には手間がかかります。

退院情報提供書は退院日に最終確認して発行するものの、退院後のサービス調整が必要な場合は、仮の形で早めに在宅側に内容を伝えるようにします。特に医療的ケアが必要な場合は、医療機器の設定や物品のサイズ、交換日など明確に記載し、在宅医療側に伝えます。



### 参考 担当ケアマネジャーがいない場合について

下記の場合には、要介護認定に関する申請やケアマネジャーの決定等の支援が必要となります。

- ・患者、家族が退院後に介護保険サービスの利用を希望する場合
- ・医療機関側が、退院後の介護保険サービスの利用が必要と判断する場合

介護保険の申請や、要介護認定自体は入院中でも可能です。地域や申請状況にもよりますが、介護保険を申請してから認定されるまで、1か月ほどかかるとみておくといでしょう。

医療機関の担当者から、利用者（患者）・家族に、介護保険制度や介護認定申請等について説明し、居住地を管轄している地域包括支援センターに相談に行くよう伝えます。

本人が申請に行けない場合や、認知症などで判断できない場合は、家族や地域包括支援センターの職員、後見人、病院のソーシャルワーカーなどによる代理申請も可能です。また退院までに担当ケアマネジャーが決定しない場合は、退院後の支援について地域包括支援センターに引き継ぎましょう。

## 情報共有項目のポイント

### 入院時の情報提供（ケアマネジャー→医療機関）

入院時情報を提供する際、ケアマネジャーは『生活上の課題』という視点で記載するよう努めましょう。生活機能の状況において、特に「見守り」「一部介助」の場合は、具体的な様子を記載するとわかりやすくなります。また利用者（患者）の意思や考え方については、利用者（患者）本人・家族と直接話したことと、ケアマネジャーとしての意見を分けて整理し、わかりやすい記載を心掛けましょう。

#### ●生活機能の状況について

	記載する際のポイント（例）
移動	<ul style="list-style-type: none"><li>・何を使用して、どのように移動していますか</li><li>・1日の移動回数は多いほうですか</li></ul>
移乗	<ul style="list-style-type: none"><li>・どの程度、手助けがいらいますか</li></ul>
起居動作	<ul style="list-style-type: none"><li>・どのような手助けがあれば、起居動作が可能ですか （人による介助、ベッドのリクライニング機能など）</li></ul>
更衣	<ul style="list-style-type: none"><li>・どの部分の手助けが必要ですか</li></ul>
整容	<ul style="list-style-type: none"><li>・日常欠かさず行う整容習慣はありますか</li></ul>
入浴	<ul style="list-style-type: none"><li>・入浴時に在宅で使用している補助用具はありますか</li></ul>
食事	<ul style="list-style-type: none"><li>・食事の時は、どのような食器や道具を使用していますか</li><li>・在宅時に工夫している食事体制（椅子や食器の位置など）はありませんか</li><li>・日常習慣での食事の回数、時間帯はどのようになっていますか</li></ul>
食事形態	<ul style="list-style-type: none"><li>・主に誰が食事を作っていますか</li><li>・朝食のパターンはどのような形態が多いですか</li><li>・デイサービス等において食事を摂ることはありませんか</li></ul>
排泄	<ul style="list-style-type: none"><li>・トイレにはどのくらい行きますか</li><li>・トイレまでの移動距離はどのくらいですか</li></ul>

#### ●利用者（患者）本人・家族の意思、考え方について

	記載する際のポイント（例）
コミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"><li>・普段、周りの人とどのようにコミュニケーションをとっていますか</li><li>・あなたはどのようにコミュニケーションをとっていますか</li><li>・人とのコミュニケーションが苦手ではありませんか</li><li>・思いを伝えることを億劫に感じることはありませんか</li></ul>
精神面の課題	<ul style="list-style-type: none"><li>・どのような場面で攻撃性が強くなりますか</li><li>・本人意思や考えを知ることが難しいと思われた場面はありませんでしたか</li><li>・本人と意思疎通しやすい支援者はいますか</li></ul>

病気の受け止め方	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病気の話題をするときは、どのような雰囲気になりますか</li> <li>・医師の説明をよく理解できていると思いますか</li> <li>・家族等は、病気についてよく理解していると思いますか</li> </ul>
生活・人生の価値観	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今後の生活で、一番望まれるのはどのようなことでしょうか</li> <li>・今後の生活で、避けたいと思うのはどのようなことでしょうか</li> </ul>

### 退院に向けた情報共有について（ケアマネジャー⇔医療機関）

退院後の円滑な療養移行を行うために、ケアマネジャーと医療機関が入院中から適切に情報共有を行うことが重要です。双方が協力して適切なタイミングで、入院前との変化の有無、経過や現状、今後の見通しについて等、必要と思われる情報の提供や確認を行い、療養の移行に取り組んでいきましょう。

#### 退院時に向けた情報共有内容 参考例

##### ●身体機能の状況について

	確認のポイント（例）
移動	<ul style="list-style-type: none"> <li>・何を使用して、どのように移動できますか</li> <li>・リハビリでどの程度まで可能になりますか</li> </ul>
移乗	<ul style="list-style-type: none"> <li>・どの程度、手助けがいらいますか</li> </ul>
起居動作	<ul style="list-style-type: none"> <li>・どのような手助けがあれば、起居動作が可能ですか （人による介助、ベッドのリクライニング機能など）</li> <li>・1日のうち、どのくらい起居動作を行っていますか</li> </ul>
更衣	<ul style="list-style-type: none"> <li>・どの部分の手助けが必要ですか</li> </ul>
入浴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅における入浴は、可能ですか</li> <li>・どの程度手助けが必要ですか</li> </ul>
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食事の制限や注意事項を家族等介護者は理解していますか</li> <li>・栄養補給方法や食事の意義についての話し合いができていますか</li> </ul>
排泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅での排泄介助は、どの程度必要ですか</li> <li>・夜間の対応や介護力を考慮した話し合いができていますか</li> </ul>
服薬	<ul style="list-style-type: none"> <li>・服薬で特に注意すべきことはありますか</li> <li>・服薬管理について、その実施方法を検討していますか</li> </ul>
医療ケア	<p>退院後必要な医療ケアについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・その処置は誰が行うことになりますか</li> <li>・医療職以外の家族等介助者の心理的負担はありませんか</li> <li>・医療職以外の家族等介助者の手技を確認していますか</li> </ul>

●退院に向けた移行、今後の見通しについて

	確認のポイント（例）
希望する退院先	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者（患者）本人が希望する退院先はどこですか</li> <li>・利用者（患者）本人と家族等の希望は一致していますか</li> <li>・利用者（患者）が今後の生活で一番望まれるのはどのようなことでしょうか</li> </ul>
現状の理解	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者（患者）は現在の病状について正しく認識していると思われませんか</li> <li>・家族等は現在の利用者（患者）の病状について正しく認識していると思われませんか</li> <li>・利用者（患者）・家族が不安に思っていることはありませんか</li> </ul>
今後の見通し	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者（患者）は、今後の病状や見通しについて理解していると思いませんか</li> <li>・家族等は、今後の利用者（患者）の病状や見通しについて理解していると思いませんか</li> <li>・利用者（患者）・家族が不安に思っていることはありませんか</li> </ul>
話し合い	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者（患者）の意思や考えを確認したうえで、それを実現するための方法を、どのように話し合っていますか</li> <li>・利用者（患者）は、話し合いの結果について、どのように感じているのでしょうか</li> <li>・利用者（患者）、家族等支援者それぞれが意見を述べて話し合いを行うことができているか</li> </ul>
在宅でのイメージ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅での生活をイメージして、退院支援を行うことができているか</li> </ul>

## 3章

### 入退院支援と意思決定支援

## 意思決定支援とは

近年、意思決定支援の考え方に注目が集まっており、診療報酬をはじめ制度等にも意思決定を重視する姿勢が加わっています。

本人が意思決定できない状況に備えた活動として、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)がありますが、日本医師会による ACP の定義は、以下のように述べられています。(※参考資料3)

『ACP (Advance Care Planning) とは、将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、本人を主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援する取組みのことです』

入院は、望む医療やケアとは何かと利用者(患者)本人・家族等がそれぞれの立場で考えるきっかけとなりやすく、意思決定を行う場面にも直面します。入退院支援を行ううえで、意思決定支援を正しく理解して入退院時の支援につなげていくことが重要です。

### ●意思決定支援とは

意思決定支援は「すべての人に意思がある」という前提のもと、支援する側ではなく本人の視点にたち、その意思を尊重し支援を行っていくことを基本としています。

たとえば入退院支援において、介護力の問題等から家族の意向が優先となり、療養先の話し合いが進められる、といった場面が起こりがちです。しかしこれでは利用者(患者)本人の意思が通っているとは言い難い状態です。

もちろん本人の希望や意思決定だからと、それを無条件に尊重することではありません。しかし意思決定支援として、まず利用者(患者)本人の意思を確認することが大事です。そしてその上で、本人にとってベストな選択となるように家族等や医療ケアチームが共に本人の意思決定を支えていく、これが意思決定支援の基本的かつ最も重要な考え方です。

#### 【意思決定支援の原則】 (※参考資料4)

- ① どのような人でも意思があり、決める力があるという前提にたち支援を行う
- ② 本人自ら意思決定できるよう、実行可能なあらゆる支援を尽くす
- ③ 不合理にみえる意思決定でも、本人に決める力がないと判断せず尊重する

※参考資料3

日本医師会ホームページ [https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i\\_rinri/006612.html](https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/006612.html)  
2023年10月18日

※参考資料4

厚生労働省 意思決定支援の基本的な考え方～だれもが「私の人生の主人公は、私」～  
<https://www.mhlw.go.jp/content/001131602.pdf>

## 意思決定支援のプロセス

本人の意思や意向、価値観等を尊重することが大事だと理解していても、実際にそれらを捉えるには、難しさもあることでしょう。

意思決定の支援を行う際には、次のようなプロセスがあります。これを理解しておく、目の前の利用者（患者）にとって、どのような働きかけが必要なのか考えやすくなります。

このプロセスをもとに、何を確認したらよいかを考え、コミュニケーションや観察を行い、本人の意思を正しく捉えるよう努めていきましょう。

### 意思形成支援

#### ●意思を決定するには、適切な情報が必要です

きちんと情報が提供されているでしょうか。その情報を理解されているでしょうか

意思形成するための情報が不十分な場合、「どうしたいか」と尋ねられても、曖昧な返事になってしまうことが考えられます。「わからない」と言葉に、意思が決まっていないとすぐに判断してしまうのではなく、適切に説明が行われているか、それをどの程度認識できているか等を確認することが重要です。

また利用者（患者）本人が理解していると思っても、実際は正しく理解できていない場合もあるため、よく確認することが必要です。たとえば同じ言葉を繰り返し使って話す場合などは、説明を受けた際のフレーズが印象に残っているものの、実はあまりよく理解できていないことが考えられます。質問の仕方を変えて、違う言葉で表現できるように試みてみましょう。

#### ポイント！

確認してみましょう

- ・必要な説明は行われていますか
- ・説明された内容はどのくらい理解できているでしょうか
- ・説明された内容を理解するうえで、障害となることはありますか
- ・理解している内容に誤りはないでしょうか
- ・本人の理解を促すための資源や機会（人、追加説明、説明用紙等）はありますか

## 意思表示支援

### ●心の中で思っていることを表出できる環境が必要です

思っていることを意思表示していただくには、どのような環境が必要でしょうか

利用者（患者）本人の意思を表明しにくくする要因はないか、配慮する必要があります。決断を迫るような態度や雰囲気は相手に伝わりやすく、本当に思っていることを表出しにくくなってしまいます。

また利用者（患者）が過ごしてきた時代背景について考えてみるのもひとつです。自分の意思を主張することに慣れていないことも考えられます。遠慮や遠回しの表現など、表出された言葉とは別の思いを抱えている場合もあるので、話しやすい環境を配慮し、どうしてそう思ったのか、と尋ねてみるのもよいでしょう。

### ポイント！

- ・利用者（患者）本人を焦らせていませんか
- ・表明した意思に疑問がある場合は、再度意思形成プロセスを振り返りましょう
- ・時間の経過や置かれた状況によって、意思が変化することもあります
- ・時間をおいて、意思を確認するのも有効です

## 意思実現支援

### ●本人の意思をもとに、皆で話し合いを繰り返し、最善の方法を探ることが必要です

利用者（患者）本人の意思の実現を目指すには、どのように支援を行えばいいでしょうか

利用者（患者）本人の意思を療養生活に反映させるために、どのように支援していくのがよいか、話し合いを繰り返し、実現の可能性を検討します。本人の意思だけを尊重できない場合であっても、話し合いによって、それぞれの意思が尊重される選択肢を探っていくことが大切です。

また医療介護専門職には、専門職としての知見から情報の提供や複数の選択肢を示し説明することが求められます。

### ポイント！

- ・無理じゃないかとはじめから諦めていませんか
- ・専門職としての知見を活かし、様々な方法を探っていきましょう
- ・意思実現において、本人自身の参加は大きな力となります

## さまざまな意思決定支援

### ●認知症の人の意思決定支援

認知症の発症率が年々増加する中、認知症の特性に応じて適切な配慮を行うことができるよう認知症の意思決定支援についてのガイドラインが策定されています。（※参考資料5）

この対象には、認知症と診断された人だけでなく、認知機能の低下により意思決定を行うことが難しいと判断される人も含まれています。

#### ■本人の意思尊重

意思決定が困難に思われても、本人には意思があるということを前提とし、それを尊重する姿勢で支援を行うことが重要です。

#### ■その時々意思決定能力状況に応じて

支援者が本人の意思決定能力を固定的に捉えるのではなく、保たれている認知能力を向上させるよう働きかけを行いましょう。言語による意思表示がうまくできなくても、表情や視線の動き、手振り等を観察し意思表示をくみとるよう努めましよう。

### ●身寄りがない人の意思決定支援

少子高齢化が進むとともに、単身世帯や頼れる家族・親族がいない人も増加しています。身寄りがなく入院や医療についての意思決定支援が困難な場合について、身元保証・身元引受等や医療同意、意思決定支援等のガイドラインが示されています。（※参考資料6）

意思決定支援においては、判断能力の有無にかかわらず、どの場合においても本人の意思を確認し尊重しながら支援を行うことが原則です。



## 参考

### 利用者（患者）本人の意思確認ができない時

意思決定能力が低下した場合であっても、本人の意思が尊重されることが大切です。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て本人にとっての最善方針をとることが基本です。もし本人の意思を推定できない場合には、本人に代わる者として代弁者と十分に話し合うこととなります。

代弁者は、本人が意思を表明できなくなっている場合に、本人の価値観等を理解した上で本人の推定意思を伝えることができる人として話し合いに参加し、本人にとって何が最善かについて、意思決定支援者である専門職種や行政職員等と共に考えていきます。

あらかじめ本人の意思によって、信頼できる代弁者を選定されることが望ましいとされていますが、その一方で代弁者となる人は自分が代弁者であることを承認していることも必要です。代弁者は意思決定の過程やその責任の重さに対するストレスが大きいといわれており、意思決定支援者はそれを理解することも必要です。

※参考資料5

『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』

厚生労働省 平成30年6月

※参考資料6

『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』

平成30年度「医療現場における成年後見制度への理解及び病院が身元保証人に求める役割等の実態把握に関する調査」班

## 思いをつなぐ（情報の連携）

### ケアマネジャーによる本人の意思・価値観等の情報共有

加齢や疾患による障害等、人により差がありますが、高齢者は何らかの不自由さや先の不安を感じながら生活をしています。高齢者やその家族にとって、ケアマネジャーは生活と医療・ケアを結ぶ仲介人、頼みの綱ともいえるでしょう。

そのような立場であるケアマネジャーは、日頃の利用者（患者）との関わりにおいて、言語的・非言語的コミュニケーションを通して利用者（患者）本人の思いや考えに触れ、ケアマネジャーとして受け止めている情報があるはずです。

- 本人の意思や価値観、考え方とともに、家族の考えについても把握しておきましょう
- 経済的状況も含め、家族内の介護力について第三者視点で総合的に捉え、支援の選択肢を考慮しておきましょう
- 入院するとキーパーソンが変わる場合もあります。会う頻度が少ない家族の存在についても、情報を得るよう努めておきましょう。

基本的な日常動作行動や家族、疾患歴などの情報と比べ、利用者（患者）本人の思いや考えを伝えるというのは簡単なことではないかもしれません。しかし医療機関では、短い入院期間の限られた対応時間の中で信頼関係の構築を求められ、そのうえで意思決定の支援を行わなければなりません。ケアマネジャーの情報は、利用者（患者）本人の意思を尊重した退院支援を行うために大きな意義があります。

会話、行動の変化、繰り返し話していることなど、日頃の様子を振り返り、気になることは情報提供時に伝達していきましょう。

### 医療機関からみた入院時情報（有効と思う情報・不足している情報）

（愛知県入退院調整支援事業にかかる研修内ヒアリング結果より）

#### ■退院後の療養先に対する意向について

（困った例）ケアマネジャーに相談しているから大丈夫というが、その状況がわかりにくかった

#### ■本人・家族の意向と、それに対する地域ケア担当者のアセスメントについて

（困った例）家族の意向だけで自宅への退院は難しいとケアマネジャーから転院や施設入所を提案された

（役に立った例）家族間で意見の相違があったが、事前にケアマネジャーからの連絡と介入があり、主治医とも情報共有ができたため、説明、治療、円滑な退院へとつながった

#### ■家族構成や関係について

（役に立った例）日常の介護・見守り者と家族内の主たる決定権をもつキーパーソンが異なる場合、相談する内容を整理しながら調整ができた

## 医療機関における意思決定支援と情報共有

高齢者にとって変化が起こりやすい入院中は、利用者（患者）本人・家族が大きな意思決定を行わなければならない状況になりうることを考えられます。専門職として意思決定支援の知識とスキルを身につけ、ひとつひとつの選択について丁寧に取り組んでいく必要があります。

### ■治療や今の状況についてわかりやすく説明する

利用者（患者）や家族が理解しやすいように説明を行います。意思決定が必要な場合は共に考えていくことを伝えましょう。

利用者（患者）や家族は「このような質問をしてもいいだろうか」などと遠慮してしまうこともあります。表情や家族間のサインなどにも注意し、意見や質問を表出しやすい場づくりを心掛ける必要があります。

### ■選択肢を示して、そのメリットとデメリットを説明する

治療やケアについて、いくつかの選択肢を並べられただけでは、利用者（患者）や家族が十分に理解し選択できるとはいえません。それらを選択した場合にどのようなことが起こりうるか、どのようなメリット、デメリットがあるのか等の説明を行う必要があります。

### ■選択肢の比較検討や、希望が定まるまで、対話を重ねる

治療や療養先の方向性を決める際は、つらい気持ちや変化への戸惑いなど、様々な感情が揺れ動くことが予想されます。

説明したものの、その後の判断を利用者（患者）本人や家族のみに任せるわけではありません。医療者側はチームとして多職種で携わりながら情報を共有しつつ、利用者（患者）に寄り添い、選択について共に考える姿勢で支えています。

利用者（患者）の意思決定支援を支えるのは、医療機関内の医療職だけではなく、地域での日常を見守り支援しているケアマネジャーは、入院中であっても医療職と共に支援者であり続ける気持ちでいます。

医療機関はケアマネジャーに対して入院中の意思決定支援プロセスを伝達し、ケアマネジャーを含めて退院後の療養支援を考える必要があります。

高齢期の生活に入院というイベントが発生したとしても、利用者（患者）が希望した医療・ケアを受け安心して生活を継続できるよう、入退院時にしっかり情報を紡いでいくことが、医療介護従事者に求められています。

## 4章

### 愛知県入退院調整支援事業について



## 事業説明

愛知県では、国立長寿医療研究センター（在宅医療・地域医療連携推進部）へ事業委託し、令和3（2021）年度から5（2023）年度にわたり、入退院調整支援事業を実施しました。

### 【目的】

入退院による高齢者の介護・重度化を防止するため、高齢者の入退院時において必要な情報共有がされるよう、モデル医療圏における入退院支援ルールの策定を行う

### 【目標】

地域における入退院支援を整備し強化する事業として位置づけ、地域の実情に合わせた入退院支援ルール策定と並行し、地域で継続して入退院支援に取り組む体制を構築する

### ●事業実施にあたっての経緯

平成20（2008）年診療報酬において退院支援加算が新設されて以降、退院部門の強化や医療介護連携の様々な評価が進み、医療機関では、入院時スクリーニングをはじめ、院内の多職種もしくは地域の医療介護サービス提供者と共に協議するカンファレンスの開催等が実施されるようになりました。平成30（2018）年以後は入院早期からの支援が推進され、入退院支援として、取組みの関心が高まっています。

一方、市町村としては、平成26（2014）年の介護保険法改正によって、市町村が行う地域支援事業の中に在宅医療・介護連携推進事業が位置づけられました。切れ目なく医療と介護サービスを提供するため、市町村が主体となって地域の実情に応じた連携体制の構築を行うことが求められており、入退院支援に対する取組みについても重要視されています。

このように入退院支援は、単に退院させるための医療・介護の専門職間の関わりではなく、住み慣れた地域での生活をいかに支えるかという視点で、地域における多職種、多業種により包括的に取り組むべき課題へと発展しています。

こうしたことから地域の入退院支援を考えるにあたり、市町村、地域の医療・介護連携関係者、医療機関の3者が共に協議することが重要であると考えました。また少数の関係者による会議体でのルール策定では、入退院支援に直接かかわる現場の専門職にまでその内容や理解が浸透しにくくルールが形骸化しやすいため、これら関係者が集まり、研修の形で入退院支援に関する知識の普及と地域課題の抽出、評価、解決に向けての協議を重ねていく方針としました。

### ●モデル医療圏の選定

地域の医療機能によっては市町村を超えて入退院を繰り返す等、受療行動範囲が広がっているため、広域で入退院支援ルールを考える必要があります。このため本事業では、救急医療を含む一般的な入院治療の完結を目指すことができる二次医療圏単位での入退院支援ルール策定を試みることにしました。

事前に事業参加意向調査により、以下3つの判断基準

- ① 入退院支援ルールを策定済みの市町村が50%未満
- ② 広域的な入退院支援ルール策定の必要性を感じている市町村が50%を超える
- ③ モデル事業への参画意向のある市町村が50%を超える

に該当する海部医療圏、尾張北部医療圏をモデル医療圏として設定しました。

- 【研修の参加者】
- ・市町村の地域包括ケア等担当職員
  - ・地域包括支援センター職員等地域ケア関係者
  - ・地域医療支援病院もしくは基幹病院における地域連携担当者

#### 海部医療圏 (4市2町1村)

##### 【基本情報】

総人口	326,898人 (令和2年)
高齢化率	27.2% (令和2年)
面積	208.37 km <sup>2</sup>
病院数	11か所 (うち地域医療支援病院1か所)
病床自域依存率	55.7% (平成29年)

##### 【地域の特徴】

在宅医療・介護連携推進事業および在宅医療サポートセンター事業に係る業務を担っている7市町村の任意合同組織があり、地域の医療・介護資源の把握や各種協議会における課題の検討、在宅医療介護体制の推進、医療介護関係者の情報共有支援等を行っている。



#### 尾張北部医療圏 (5市2町)

##### 【基本情報】

総人口	731,714人 (令和2年)
高齢化率	26.7% (令和2年)
面積	295.96 km <sup>2</sup>
病院数	26か所 (うち地域医療支援病院4か所)
病床自域依存率	78.5% (平成29年)

##### 【地域の特徴】

医療圏内に在宅療養支援病院2か所、在宅療養支援診療所80か所、訪問看護ステーション50事業所あり、在宅療養を担う医療提供体制が整っている。尾北医師会が管轄する2市2町の地域連携推進を担う役割を果たしている。

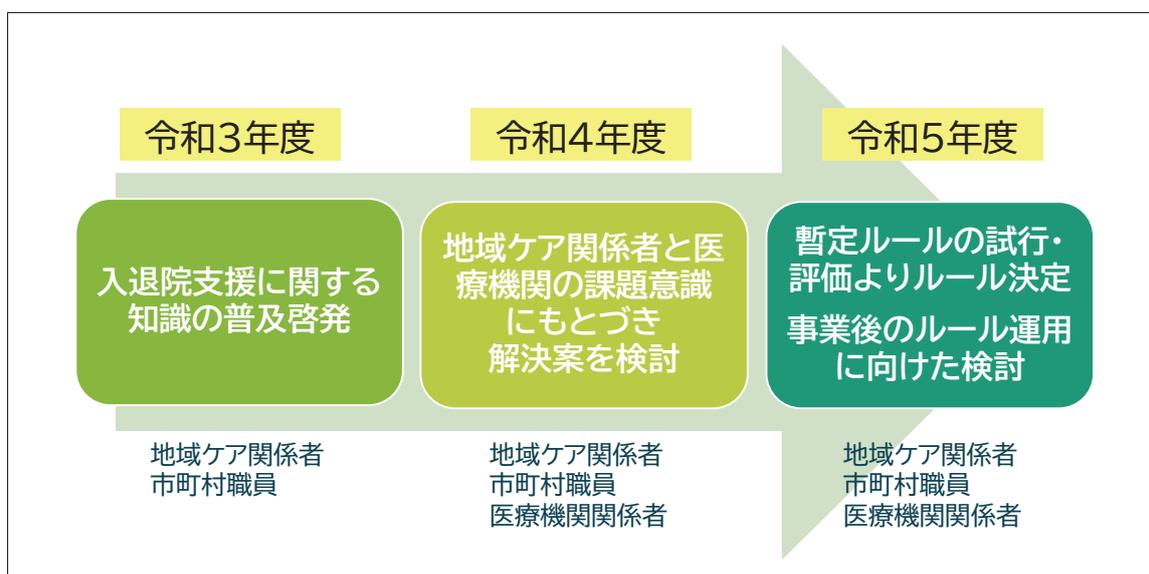


## ●主な研修実施内容

医療介護専門職外の受講者は医療的知識や用語に対する不安があることを鑑み、事業初年度は、市町村職員、地域ケア関係者を対象に入退院支援に関する知識の普及を行いました。そして2年目より医療機関関係者が加わり、本格的に入退院支援ルールの検討を行い、その結果を暫定ルールとしてまとめました。

3年目にはその暫定ルールのテスト運用を行い、それらの評価を加味したうえで、より実行可能な地域の入退院支援ルールの策定へとつなげました。

1年目：令和3（2021）年度	
目的	医療関係者と意見交換ができるように、市町村職員および地域ケア関係者を対象に入退院支援に関する知識の普及啓発を行う
主な内容	入退院支援の必要性の理解 ACP の実際（場面の疑似体験） 入退院支援の実際と課題 自治体職員に期待される役割
2年目：令和4（2022）年度	
目的	地域における入退院支援の課題を抽出し、課題解決に向けたルール案を提起する
主な内容	医療機関、地域ケアが抱える入退院支援の課題の共有 入退院の時系に基づいて、課題解決に向けた案の検討
3年目：令和5（2023）年度	
目的	2年目に検討した課題解決案を暫定ルールとして試行し、その結果を踏まえて地域の入退院支援ルートを策定する
主な内容	モデル医療圏内における暫定ルールの試験運用 地域の入退院支援ルールの決定



## 入退院調整支援研修における取り組み

### 1年目（令和3年度）

#### ●キックオフ会議（10月）

入退院調整支援事業に対する事業目的の理解を目的とし、2医療圏の研修参加者全員を対象としたオリエンテーションを実施しました。入退院支援の概念の共有と事業目的および概要の説明を行い、オンライン研修に備えてオンラインワークの手技練習を行いました。

#### ●第2回～5回研修

初年度の研修受講対象者である市町村職員、地域ケア関係者を対象に、講義にて概論や基礎的知識、用語の説明を行いつつ、グループワークにおいて自地域を俯瞰し医療介護に関する特徴を見出すための地域診断や、ケースメソッドの技法を用いて人生の最終段階の意思決定支援について、意見を交わしました。

決定することを目的として議論を行う会議体の形式と異なり、有益なゴールを見出すために参加者同士で意見を繰り広げていくことが重要であり、グループワークにおける他職種、他業種との対話やケースメソッドによる意見表出を重視しました。

#### ≪1年目の研修目標≫

- ・入退院支援ルール策定に対し、その必要性を理解できる  
(入退院支援に用いられる用語に慣れる)
- ・自らの役割を認識できる
- ・討議を通じて他職種の視点を得て、在宅医療・介護連携の理解を深める

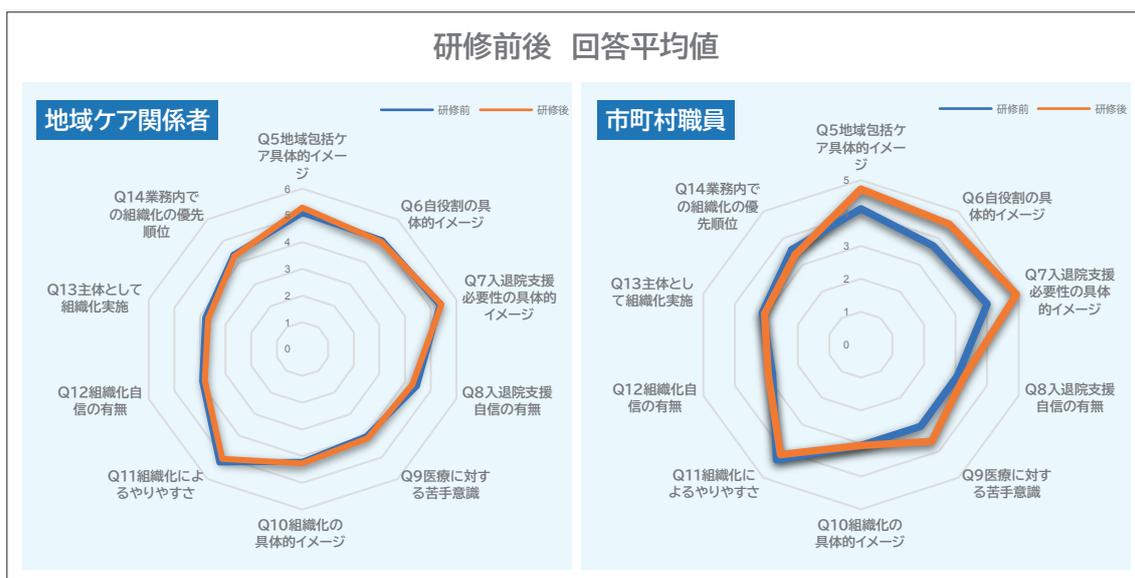
	テーマ	研修内容
第2回	地域包括ケアにおける地域づくりと入退院支援の必要性の理解	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケアの意義、入退院支援の必要性</li> <li>・意思決定を行うとは（ワーク）</li> </ul>
第3回	基礎自治体職員としての役割と組織化を考える	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自治体職員に期待される役割と求められる能力</li> <li>・地域診断（ワーク）</li> </ul>
第4回	医療と介護をつなぐには	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入退院支援の実情と課題</li> <li>・地域における入退院支援課題の現状分析（ワーク）</li> </ul>
第5回	アドバンス・ケア・プランニング（ACP）と入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ACP の実際、臨床倫理</li> <li>・ケースメソッド方式による ACP 課題の疑似体験（ワーク）</li> </ul>

《令和3年度研修の結果》

### ●1年目（令和3年度）研修における開始前と終了後アンケート結果の比較

入退院支援は医療機関が主体で行うイメージが強い現状をふまえ、地域で取り組む入退院支援の必要性の理解を促していく必要がありました。

1年目の研修を終えた時点でのアンケート結果では、市町村職員に意識や理解の変化が一部表れていましたが、1年目の研修受講者全体として、地域で行う入退院支援についてのイメージはまだ漠然としているという印象が見受けられました。



### ●令和3年度（1年目）研修後アンケート結果（自由記述より抜粋）

- ・今後どうなるのかまで、はっきりとイメージはできていないが、なんとなく入退院調整支援についての理解ができた。
- ・地域による差があり統一していくのは難しいと思うが、市町を超えて医療機関を利用することが多いため、統一しなければいけないことを感じた。
- ・医療機関側の状況について、様々な視点からその実情を知ることができた。また地域診断により自身の自治体の現状について整理する機会にもなった。
- ・入退院支援において、病院側が主体となるのではなく地域で関わっていくことの重要性を感じた。今後地域でどのように行っていくか具体的方法を検討する必要があると思った。
- ・各市町村が同じような課題を抱えている現状を共有できた。
- ・入退院支援をそれぞれが行っているが自身の視点で行われている。地域で生活する人が平等に支援を受けようとするときのルール作りは必須であると感じた。
- ・本事業においてどのような役割で何を行うのか、さらに理解が必要だと感じている。

## 2年目（令和4年度）

2年目（令和4年度）よりモデル医療圏内基幹病院の連携担当者が研修に加わり、本格的に入退院支援ルールについての検討を開始しました。事前学習やレポートにより、入退院支援の現場の意見を集約し、グループワークを中心に意見交換を行いました。

入退院支援のプロセスでは、一部の医療介護関係者による属人的な連携に頼っている部分があります。地域の連携レベルを向上させるためには標準化が必要であり、その理解を促しつつ検討を重ね、暫定ルール案をまとめました。

### ≪2年目の研修目標≫

地域における入退院支援の課題の分析と解決方法の検討により、暫定ルールをまとめる

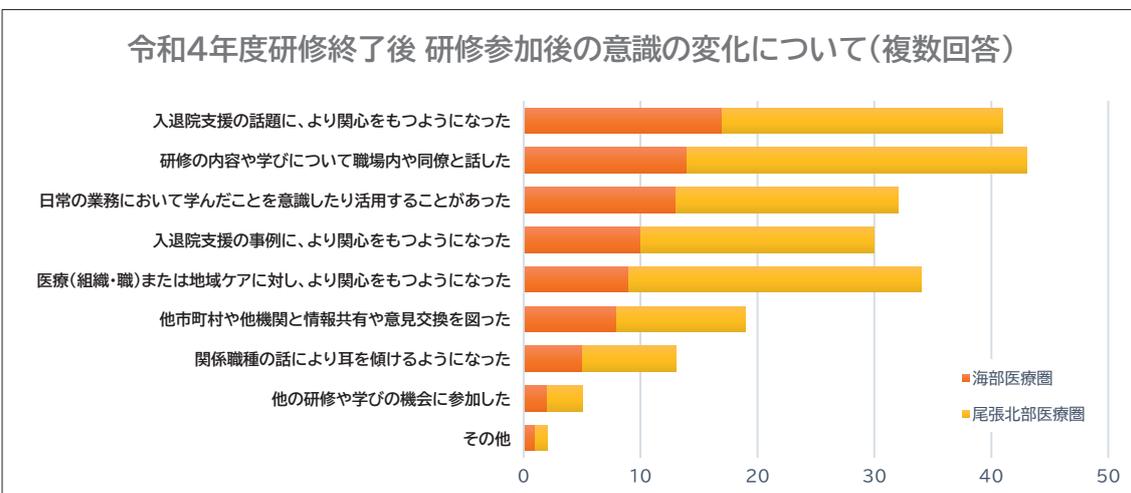
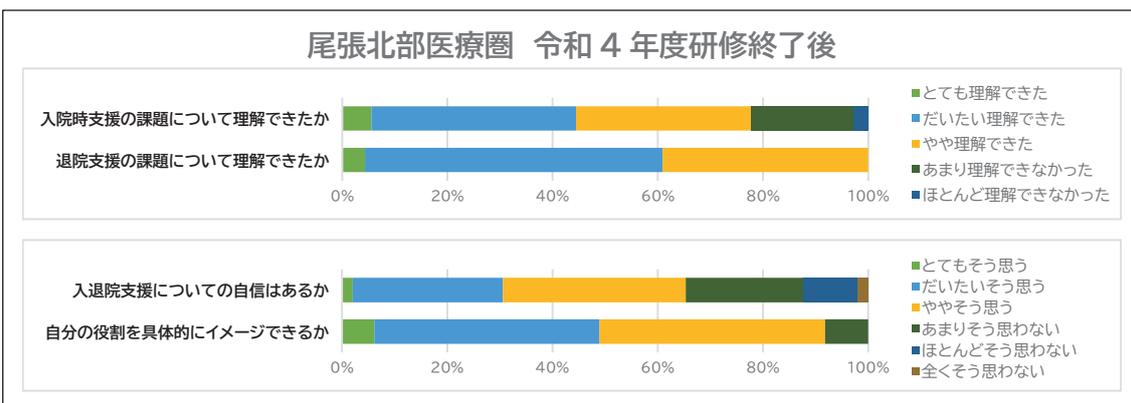
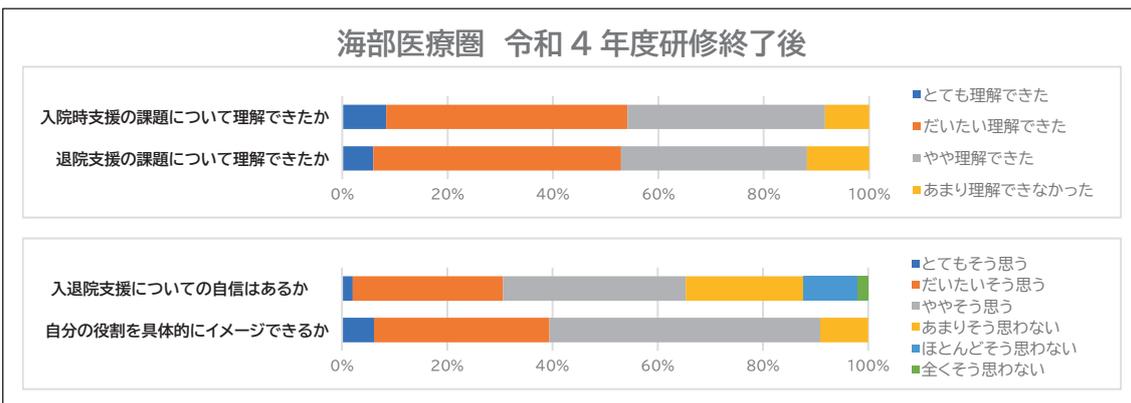
	テーマ	研修内容
第1回	・令和4年度キックオフ会議 ・情報の送り手と受け手について考える	・令和3年度事業内調査報告 ・令和4年度入退院調整支援事業について ・事例検討
事前レポート	・入院支援の問題点（情報提供における様式・内容、伝達方法） ・地域より共有してほしい情報	
第2回	入院時の問題点から課題を抽出する	・入院支援時の問題整理 ・入院時の課題を絞り込む
事前レポート	（地域ケア）入院後から退院までの対応について考える （医療機関）院内の情報連携および窓口対応を考える	
事前学習	事前レポート、第2回研修結果より入院時課題のまとめ 退院支援の背景、現状について	
第3回	入院時の課題解決案を検討する 退院支援における病院と地域の連携体制を考える	・入院時の課題について意見交換、検討 ・退院支援について、意見交換
事前レポート	（地域ケア）入院後の医療機関との連絡について （医療機関）入院後ケアマネジャーとの連絡について	
事前学習	事前レポート、第3回研修結果より入院中の情報共有課題のまとめ	
第4回	暫定ルール案について合意形成する	・退院支援の課題解決に向けた検討 ・暫定入退院支援ルール案まとめ
第5回	暫定ルールのプレゼンを行うことで自身の理解を深める 合同研修により自地域の特徴をつかむ	2モデル医療圏合同暫定ルール発表会

※第1～4回は医療圏別研修、第5回は合同研修

《令和4年度研修の結果》

2年目の研修では、課題抽出および課題解決方法の検討において「普段からやっている」との意見もよく聞かれました。しかし医療圏全体としての検討を重ねていく中で、一般化の必要性に気づき、地域の課題として捉えることができるようになりました。

地域ケアと医療機関それぞれの連携時の状況や事情に対し理解が進み、受講者全体で地域の課題の解決方法について検討を進めることができました。



### 3年目（令和5年度）

3年目（令和5年度）は、入退院支援ルールとして策定する前に、医療圏内のケアマネジャーの協力を得て暫定ルールの試験運用を行いました。実際の現場で運用した結果と実施したケアマネジャーの意見をもとに、ルール内容を再検討し、最終的に地域の入退院支援ルールとして策定しました。

	テーマ	研修内容
事前レポート		<ul style="list-style-type: none"> <li>・暫定ルールの説明についての不安点</li> <li>・暫定ルール試行を協力依頼する組織・人の選出</li> </ul>
第1回	暫定ルールについて確認し、試行に向けた運用の計画を行う	<ul style="list-style-type: none"> <li>・令和4年度研修アンケート結果の報告</li> <li>・暫定ルール内容の確認</li> <li>・試行に向けた地域への説明計画</li> </ul>
第2回	暫定ルール試行に向けて準備を整える	<ul style="list-style-type: none"> <li>・暫定ルール試行の評価と試行中の体制</li> <li>・暫定ルール試行結果からルール策定に向けた流れの説明</li> </ul>
第3回	<ul style="list-style-type: none"> <li>・暫定ルール試行の経過を共有する</li> <li>・自地域へのルール策定報告と普及を考える</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・移行期のケアについて</li> <li>・暫定ルール試行中の経過報告</li> <li>・第5回研修（ルール報告）についての検討</li> </ul>
第4回	暫定ルールの結果を鑑み、地域の入退院支援ルールを策定する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・暫定ルール結果報告と評価</li> <li>・入退院支援ルール策定最終協議</li> </ul>
第5回	入退院調整支援事業を振り返り、入退院支援ルールの意義と今後の課題について考える	モデル医療圏における入退院支援ルール発表

#### ●令和5年度第5回研修会（愛知県モデル事業報告会）

事業後、地域においてルールを実施していくために、研修受講者が策定したルールについて理解し、説明できることが必要と考え、第5回研修会は海部、尾張北部両医療圏合同研修会とし、それぞれが策定した入退院支援ルールについての発表会という形式で行いました。

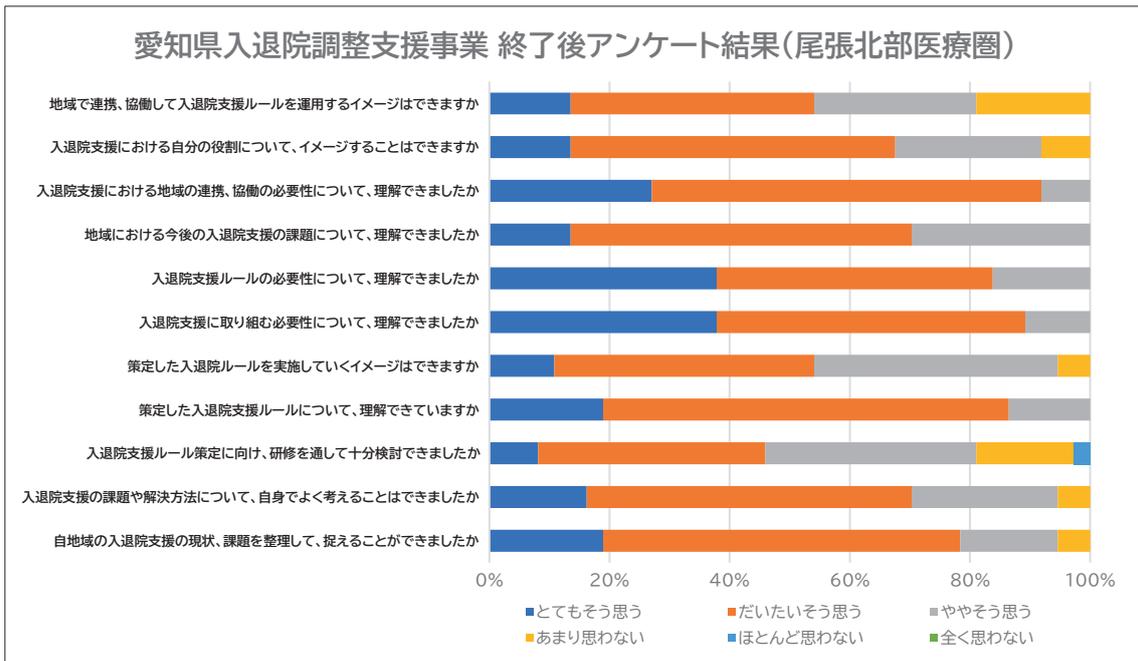
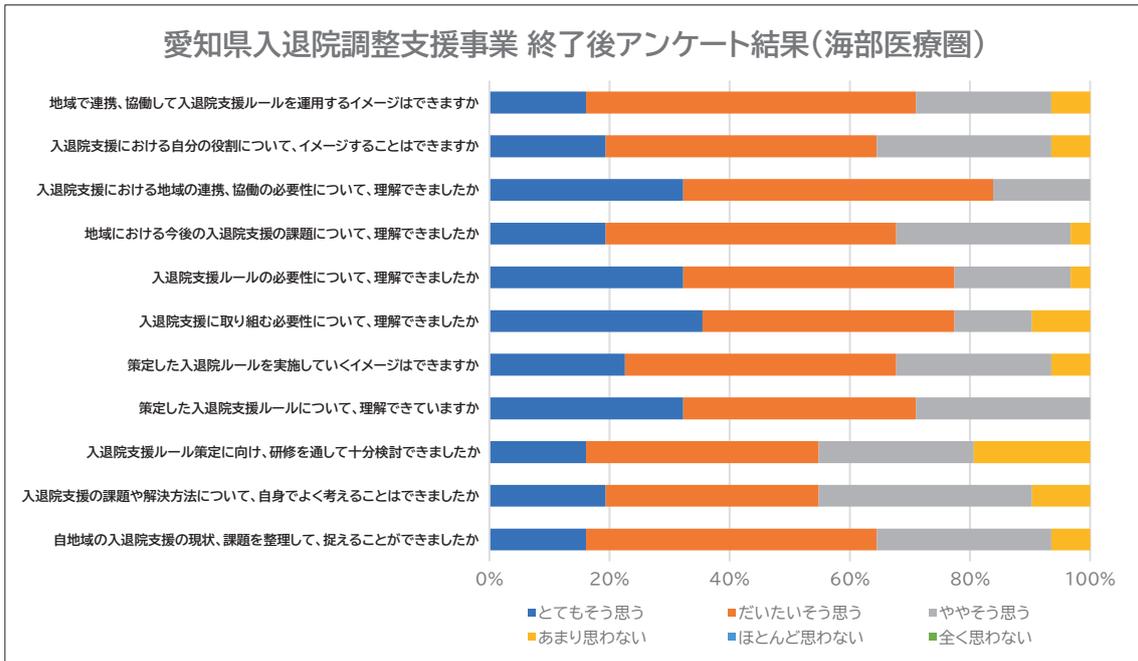
研修に向けて研修受講者が、それぞれの医療圏内の医療介護連携に関わる関係者に案内を行い、出席者を募りました。愛知県の広報による参加者も含め、研修当日は200名超の参加者が集まりました。

受講者の中から選出した発表者により、策定したルール内容や策定した経緯についての説明が行われ、また後半の討論会では、2つのモデル医療圏から市町村、地域ケア、医療機関の代表者が登壇し、それぞれの立場からルール策定に関する思いや、今後の課題についての討論を繰り広げました。

《3年間の研修を終えて》 事業終了後アンケートより

Q. 今後、自身の地域や組織にどのような変化をもたらしたいですか

医療機関側が感じているジレンマや、ケアマネ側が感じている課題を協議することで、その地域の住民の希望を叶えることに少しでも近づけるのではないかと考えた
これまで以上に介護と医療が連携し、地域に住む方が在宅での介護予防、健康推進に取り組める環境への足掛かりになっていくこと、そしてそれを手助けできる各機関同士の垣根が低くなること
ルールのブラッシュアップを継続することで、住民自身が考える人生の中での療養先などを考えながらすすめていくことの一端が担えるよう努力したい
それぞれの事情も理解した上で可能な限り早期の対応を心掛け、ご利用者が困る事のないようスムーズな連携がとれるよう、個々が意識していけるようになっていくと良いと思う
行政と協働し続け、組織的に動く機会を経験した各市町村ケアマネ会等を向上させる
入退院支援で、バタバタすることなく、地域のケアマネのペースで、地域が主体的に迅速な退院支援ができる地域になっていきたい
院内体制の整備に向けた取り組み、地域関係機関への普及啓発、住民啓発を同時に取り組む必要を感じている
利用者・患者さん（将来自分や家族も）が安心して地域で暮らし続けることができるように、関係機関と連携していきたい
行政、地域と医療機関が相互理解を深め、協力連携できるような体制づくりをまずしていく必要があると思うので、まずは定期的な話し合いの場を設けられるようにしていきたい
地域側と病院側で対等に継続的に話ができる組織が必要かと思いました
病院毎や市町村単位で考え方の違いをどのように埋めていけばいいのかと思う
病院の方針もあるから難しさも感じる
今回の研修を通して、医療機関と地域では立場が違うが、「住み慣れた地域で暮らす」という事に関しては共通した思いであると再認識した
具体的には地域で話し合うことが重要で、今回の研修がそのきっかけになったと思う
今後は、地元地域でどう取り組むか、それを尾張北部圏域でどのように共有していくか、ということについて議論する場を作り、検討していきたい



## 海部医療圏

### ステップ 1：入院時の問題点の整理

入院時における情報提供の様式、内容、伝達方法および生活・価値観についての情報提供について、地域側と医療機関側の意見から問題点を整理しました。

《入院時情報提供書の様式について》

	地域	医療機関
項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>・問題はない</li> <li>・選択式により簡潔に記入できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・おおむね問題ない</li> </ul>
運用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・圏域内で同じ様式が使用でき助かっている</li> <li>・FAX で送信するケースが多い</li> <li>・電子連絡帳を活用しきれていない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・FAX での受領は文字が見えづらいこともある</li> </ul>

《入院時の情報提供について》

	地域	医療機関
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人からの聞き取り情報に不安な場合がある</li> <li>・関わりが少ない場合、自立度が高い場合、介護保険利用者でない場合など、状況把握が不十分になりやすい</li> <li>・情報量が多く記載に手間がかかり書類作成には多少の時間が必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・情報が更新されていないケースもある</li> <li>・記載する人により内容は様々</li> <li>・記載に個人差がみられる</li> </ul>
タイムリミット	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院して3日以内の提出を目指している</li> <li>・仕事が立て込んでいると遅くなる</li> <li>・入院の原因により入院後しばらくして提出する事もある</li> <li>・病院の担当が未定でも情報は早いほうが有益なのか</li> <li>・緊急入院の場合タイムリーに情報提供できない時もある</li> <li>・家族から連絡がなく病院からの連絡で初めて入院を知る場合がある</li> <li>・入院したことを知らないと情報提供ができず、遅くなる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・休日、時間外に入院した場合、リアルタイムで情報が来ないことが多い</li> </ul>
価値観	<ul style="list-style-type: none"> <li>・キーパーソンが在宅支援時の家族と異なる場合、家族の意向として捉えている情報が異なってしまう</li> <li>・数回の面談での ACP についての確認は、はばかられる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院前の ACP 情報が記載されていることは少ない</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・情報送信しても返信がないことがある</li> <li>・必要な連携と理解しているが負担を感じる</li> <li>・入院中の利用者に本当に参考となる情報なのか疑問に感じる</li> <li>・医療機関側が必要としている情報を教えてほしい</li> </ul>	

## 海部医療圏

### ステップ2：入院時の課題抽出

入院時情報提供書や入院時の情報提供について、地域ケア、医療機関それぞれの実情を把握した中から、ルールを策定するうえで、地域全体の課題について絞り込みを行いました。

《入院時情報提供書の様式について》

現状	アセスメント
医療圏内で統一された様式がある	利用満足度は高い
電子連絡帳を活用しきれていない	情報共有の効率性が求められるが、本事業の目的とは相違

《入院時の情報提供について》

現状	アセスメント	ルール策定に向けた課題
把握しづらいケースがある 情報内容に個人差がある	事例検討やケアマネジャー個人の対応向上の対策が必要だが、本事業の目的とは相違	
提供タイミングがばらついている 緊急入院の場合の対応	ケアマネジャー側の情報提供について意識の差があり、それぞれが判断している傾向が見受けられる	入院時情報提供のタイミングについて、統一したルールがない
入院したという情報がわからない	ケアマネジャーに入院が伝わりづらい現状がある	ケアマネジャーに入院がうまく伝わらない場合がある
本人の意向を反映しづらい 関係性構築の難しさ	ACP の知識と技術力の向上が必要だが、本事業の目的とは相違	
医療側が必要な情報とは 情報は参考となっているのか	地域ケアと医療機関間で情報共有必要性の理解が必要であり、本事業研修内で対応する	
情報送信に対する返信がない		情報提供後、医療機関との連絡がとれていない

## 海部医療圏

### ステップ3：入院時の課題解決の検討

#### ●地域ケア、医療機関からの情報や意見を集める

【地域ケア】・入院予定日数がわかることによる利点

- ・ケアマネジャーと医療機関が情報共有や相談をするとよいと思われるタイミング

【医療機関】・夜間や休日入院時の対応について

- ・入院時情報についてケアマネジャーに問い合わせる場合は
- ・医療機関におけるケアマネジャーとの連絡窓口について

#### ●グループワークで検討

地域ケアと医療機関との意見交換

- ・入院時に何を伝えたいか（ケアマネジャー）⇔ 何を伝えてもらうと助かるか（医療機関）
- ・ケアマネジャーが入院を知る方法
- ・休日、夜間の緊急入院について



検討内容	検討結果
ケアマネジャーが入院を知る方法	家族から連絡が入るが、独居の場合は難しい 後になることもある 本人/家族からの連絡が第1優先 医療機関からも連絡する ケアマネジャーの連絡先を知らせる工夫が必要
入院を予測した日頃の対応と連絡方法	ケアマネジャーの名刺を保険証と一緒に保管する ケアマネジャーが共に確認することも必要 医療圏内で普及啓発する
夜間や週末の入院に対する情報提供	FAXで土日でも情報提供は届いている 連携室は週末不在が多い

#### 【参考】入院の予定日数がわかることで、ケアマネジャーはどんな行動を起こせそうか（意見）

- サービス調整 退院に向けたサービスの利用調整
- 医療機関との連絡 入院中の利用者（患者）の状態確認のタイミングを図る  
今後いつ頃情報共有をするか、確認する
- ケアマネジャーの意識 利用者（患者）の心境や病気の受け止め方について意識する  
自分から情報収集する

## 海部医療圏

### ステップ4：退院時の課題抽出と解決法の検討

#### ●グループワークで検討

- ・入院中における連絡をとるタイミングやきっかけについて
- ・ケアマネジャーが確認したいこと
- ・ケアマネジャーに相談してほしいこと



検討内容	検討結果
<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院前の連絡が多く、カンファレンスやケアプラン作成に対して情報不足である</li> <li>・1回ですべて話を決めるのではなく、段階を踏んで支援を一緒に共有できるようにしたい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院の目途が立つ前でも連絡を取る（ケアマネジャー側から問い合わせしてみる）</li> <li>・経過について問い合わせる</li> <li>・課題を共有する</li> </ul>
情報提供後に連絡をとるタイミングがわからない	次に連絡を取り合うタイミングと方法を決めておく

#### 【参考】入院中、ケアマネジャーが考える医療機関との情報共有タイミング（意見）

- 入院時 入院時情報を送った後
- 入院初期 治療と見立てについて治療方針が決まった時
- 入院中 病状やADLに変化があった時  
病気についての理解が乏しいと思われる時  
治療が落ち着きつつある時  
退院後も継続して医療ケアの処置が必要な時

### ステップ5：暫定ルールを決定

- 【課題1】ケアマネジャーに担当利用者（患者）の入院が周知されにくい
- 暫定ルール1：ケアマネジャーの名刺を医療保険証と一緒に保管する
- 暫定ルール2：医療機関はケアマネジャーへ入院の連絡を確認または医療機関から連絡する
- 【課題2】入院時の情報共有方法にばらつきがある
- 暫定ルール3：ケアマネジャーは入院時情報を入院後3日以内に送付する
- 暫定ルール4：医療機関は入院時情報の受領をケアマネジャーへ連絡する
- 暫定ルール5：医療機関は入院後の状況をケアマネジャーへ伝える
- 【課題3】入院中ケアマネジャーと医療機関間の情報共有が少ない
- 暫定ルール6：ケアマネジャーから医療機関へ連絡し、状況を確認する
- 暫定ルール7：次回連絡をとりあうタイミングをあらかじめ相談しておく

## 海部医療圏

### ステップ6：暫定ルール試行準備

暫定ルール試行にあたり、市町村が中心となり、居宅介護支援事業所や施設ケアマネジャー等に対して暫定ルール試行の協力依頼を行いました。

#### ●暫定ルール試行について、説明機会を考える

各市町村にて、居宅介護支援事業所の管理者やケアマネジャーが集まる会議や研修会等を利用し、暫定ルールの説明を行う機会を計画しました。

#### ●説明会の実施、試行協力意向の確認

市町村職員を中心に研修受講者である地域ケア関係者が協力して、説明会の企画、案内、ルールの説明等を行いました。試行協力の意向を確認し、ルール評価表とその提出方法についての説明を行いました。

(番外編) ★勉強会の企画★ ～連携室の仕組みを知る～

暫定ルールの説明会開催の機会に、地域で医療機関のMSW、看護師による勉強会を自主的に企画し、ケアマネジャー、市町村担当者が連携室の仕組みについて学びました。

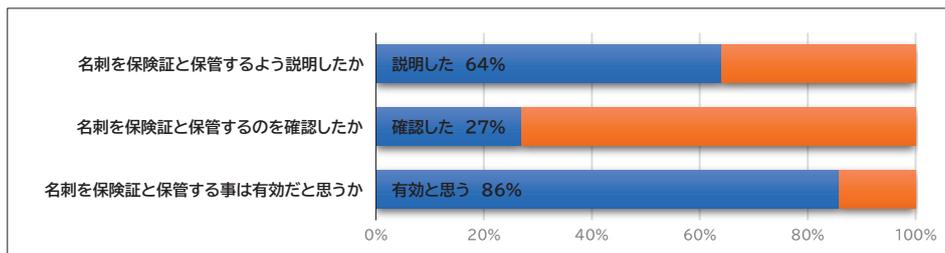
### 暫定ルール試行結果

試行実施期間：令和5年8月～11月10日

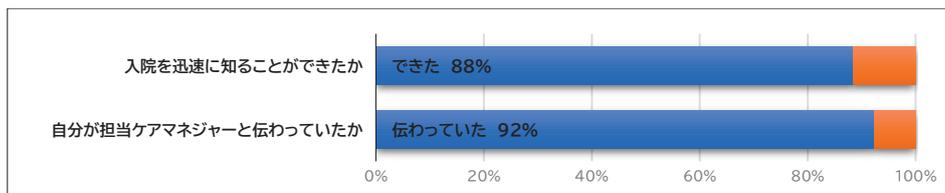
試行報告数：77件

#### 【課題1】ケアマネジャーに担当利用者（患者）の入院が周知されにくい

暫定ルール1：ケアマネジャーの名刺を医療保険証と一緒に保管する



暫定ルール2：医療機関はケアマネジャーへ入院の連絡を確認または医療機関から連絡する



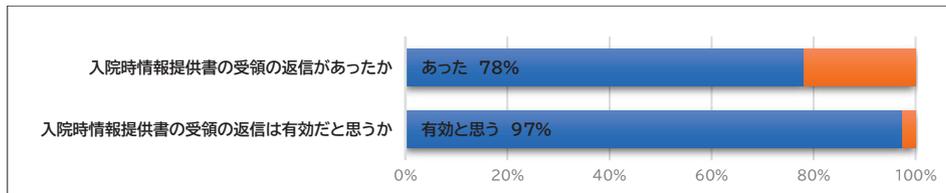
## 4章：愛知県入退院調整支援事業について

### 【課題2】入院時の情報共有方法にばらつきがある

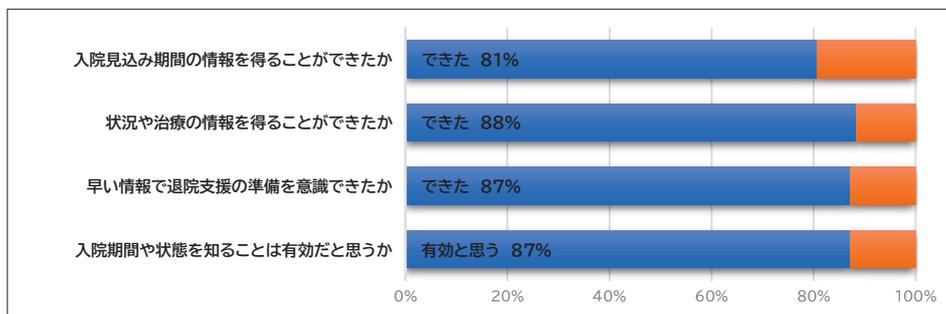
暫定ルール3：ケアマネジャーは入院時情報を入院後3日以内に送付する



暫定ルール4：医療機関は入院時情報の受領をケアマネジャーへ連絡する

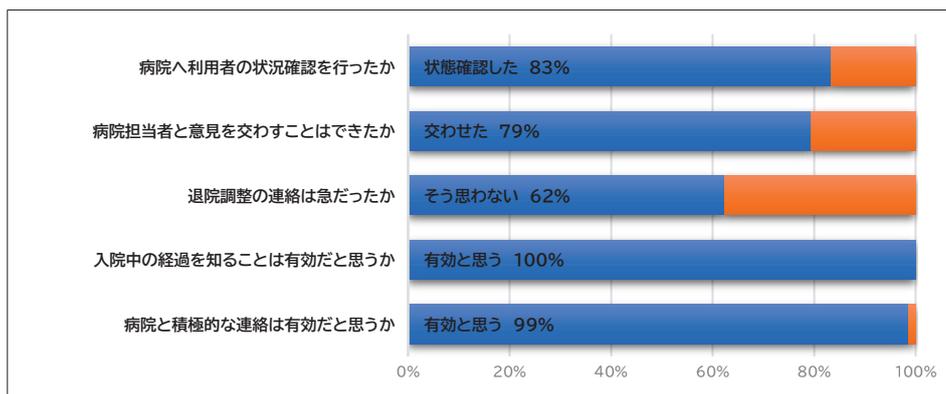


暫定ルール5：医療機関は入院後の状況をケアマネジャーへ伝える

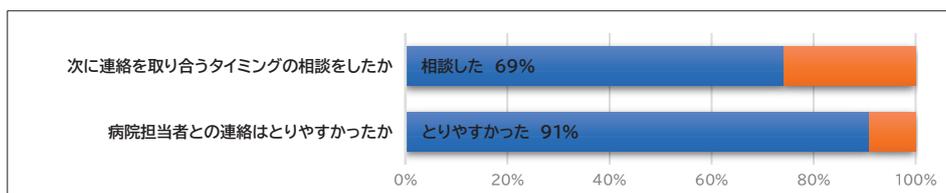


### 【課題3】入院中ケアマネジャーと医療機関間の情報共有が少ない

暫定ルール6：ケアマネジャーから医療機関へ連絡し、状況を確認する



暫定ルール7：次回連絡をとりあうタイミングをあらかじめ相談しておく



## 海部医療圏

### ステップ7：地域の入退院支援ルール策定へ

#### ●ルール化のステップ

1. 暫定ルール試行の結果を、①実行性（実際にルール内容を実行できるか）、②有効性（ルール内容は有益か）、③期待度（ルール内容の実施を期待するか）の視点から評価
2. 受講者個人で、ルール化の是非を考える
3. グループワークで他の受講者と、ルール化の是非について意見交換を行う
4. 研修参加者全体で意見交換を行い、ルール化について合意形成し、最終決定を行う

ルール内容	意見	検討結果
<b>【課題1】 ケアマネジャーに担当利用者（患者）の入院が周知されにくい</b>		
ケアマネジャーの名刺を医療保険証と一緒に保管する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一つの方法としてよいと思われる</li> <li>・個々のケアマネジャーレベルでは行っていた</li> <li>・周知している医療機関もあり</li> </ul>	<u>ルール化決定</u>
医療機関はケアマネジャーへ入院の連絡を確認する	(医療機関) <ul style="list-style-type: none"> <li>・これまでも対応を心がけてきた</li> <li>・対応可能と考える</li> </ul>	<u>ルール化決定</u>
<b>【課題2】 入院時の情報共有方法にばらつきがある</b>		
ケアマネジャーは入院時情報を入院後3日以内に送付する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・週末や担当ケアマネジャー不在でも、3日以内なら対応できると思われる</li> <li>・診療報酬上も必要なこと</li> </ul>	<u>ルール化決定</u>
医療機関は入院時情報の受領をケアマネジャーへ連絡する	(医療機関) <ul style="list-style-type: none"> <li>・対応可能と考える</li> </ul>	<u>ルール化決定</u>
医療機関は入院後の状況をケアマネジャーへ伝える	(地域ケア) <ul style="list-style-type: none"> <li>・見込み期間を教えてもらえるのはありがたい</li> <li>・節目節目に医療機関から連絡が入ることが多い</li> </ul> (医療機関) <ul style="list-style-type: none"> <li>・情報のもらいっぱなしではいけないと考えている</li> <li>・個々の状況にもよるので、医療機関側から発信しなければならない部分もあると思う</li> </ul>	<u>ルール化決定</u>
<b>【課題3】 入院中ケアマネジャーと医療機関間の情報共有が少ない</b>		
ケアマネジャーから医療機関へ連絡し、状況を確認する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個々のケースによる</li> <li>・状況に応じたタイミングで連絡をとる形になると思われる</li> </ul>	ルール見送り
次回連絡を取り合うタイミングをあらかじめ相談しておく	<ul style="list-style-type: none"> <li>・タイミングを「決める」のは表現が強い。</li> <li>・「確認する」</li> </ul>	<u>ルール化決定</u>

### 海部医療圏の入退院支援ルール

1. ケアマネジャーの名刺を医療保険証と一緒に保管していただく
2. 病院はケアマネジャーへ入院の連絡が行われたかどうか、確認する
3. ケアマネジャーは入院してから3日以内に入院時情報提供を行う
4. 病院はケアマネジャーへ入院時情報の受領、および入院見込み期間など入院当初の情報を伝える
5. ケアマネジャーと病院担当者間で、次回連絡をとりあうタイミングを確認する

## 海部医療圏

### 事業後のルール運用について

#### ●入退院支援ルール運用についての会議開催

入退院支援ルール運用について、海部医療圏では研修受講者全体で話し合う機会の希望があったため研修と別に運用に関する会議を開催し、策定した入退院支援ルールの事業後の運用について話し合いを行いました。

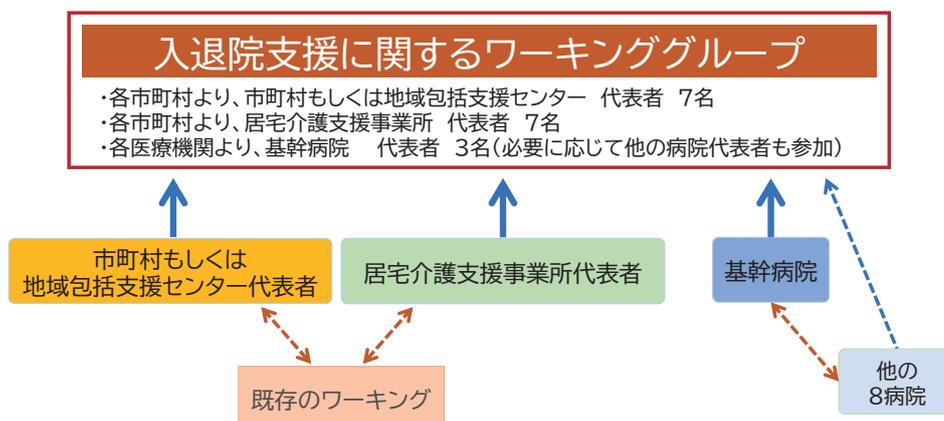
開催日：令和5年8月（事業3年目）

参加者：入退院調整支援事業に係る研修受講者

【結果】海部医療圏在宅医療・介護連携支援センター（以下、あまさぼ）主催によるワーキング開催を希望する意見が多くあがりました。主催者となるあまさぼにて、開催頻度や会議の参加者、専門職の協議体との連携等、最終調整を行うこととなりました。

#### ●海部医療圏における入退院調整支援に関する運用について

入退院支援および入退院支援ルールについて、定期的に協議を行う場として、あまさぼ内に本事業の研修参加者構成に合わせた参加者による新たなワーキンググループを設立し、年2回の開催予定としました。新設に伴い、会議出席者の負担を考慮し、既存のワーキンググループの開催回数を調整しました。



## 尾張北部医療圏

### ステップ1：入院時の問題点の整理

入院時における情報提供の様式、内容、伝達方法および生活・価値観についての情報提供について、地域側と医療機関側の意見から問題点を整理しました。

《入院時情報提供書の様式について》

	地域	医療機関
項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市内で作成した様式はあるが周知されているか不明</li> <li>・様式は決まっていない</li> <li>・担当者によって使用している様式が異なる</li> <li>・記載内容の統一ができていない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各事業所に書式はまかされており、記載項目に差がある</li> <li>・これだけの情報を記入するのは大変だと思う</li> </ul>
運用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・FAXで送信するケースが多い</li> <li>・電子連絡帳の活用が進んでいない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・手書きは読みにくいことがあり、FAXもひどい時がある</li> </ul>

《入院時の情報提供について》

	地域	医療機関
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・急遽介入するケースでは必要な情報が整理できていないこともある</li> <li>・月1回の訪問では変化が把握できていない場合がある</li> <li>・個々の支援者により記載内容に差がある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ADLは家族に確認している</li> <li>・具体的でなく困ることがある</li> <li>・介護力のどこが不十分か不明</li> <li>・課題がわかりにくい</li> </ul>
タイムラグ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・なるべく3日以内に情報提供できるよう心掛けている</li> <li>・必要な場合は入院4～5日以内には送るようにしている</li> <li>・入院時は連絡調整が煩雑になり提出が遅れる場合がある</li> <li>・担当ケアマネジャー不在の場合対応できないことがある</li> <li>・緊急で入院した場合、すぐに提出できない</li> <li>・週末に連絡をもらおうと翌月曜日の提供になる</li> <li>・入院した経過を知らないこともある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院後数日してから情報が届くことが多い、退院時まで目を通さないこともある</li> <li>・緊急入院時は早く情報が欲しい</li> <li>・情報提供を催促する場合もある</li> </ul>
価値観	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人/家族の意向について記載欄があるとよい</li> <li>・本人の意向が明確でないまま入院することがある</li> <li>・意向を確認しづらいケースが多い</li> <li>・ACPの考え方も十分浸透していない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人が今後どうしたいのか記載があるとよい</li> <li>・疾患の理解や治療の希望についてはある程度入院前の情報がほしい</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関ごとに支援の形態が異なっている</li> <li>・入院すれば医療機関にお任せすることが多いのが現状で情報は求められれば行う程度</li> <li>・電話で情報を聞かれ、口頭で伝達することが多い</li> <li>・医療機関で情報をどのように使っているのかわからない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・担当ケアマネジャーがいても情報提供がある場合、ない場合がある</li> </ul>

## 尾張北部医療圏

### ステップ2：入院時の課題抽出

入院時情報提供書や入院時の情報提供について、地域ケア、医療機関それぞれの実情を把握した中から、ルールを策定するうえで、地域全体の課題について絞り込みを行いました。

《入院時情報提供書の様式について》

現状	アセスメント
一部地域で様式はあるが、医療圏内で統一された様式はない	共通様式作成を求める声も多いが、本事業の目的とは相違
FAXによる運用 手書きによる見づらさ	情報共有の効率性が求められるが、本事業の目的とは相違

《入院時の情報提供について》

現状	アセスメント	ルール策定に向けた課題
情報内容が整理できていない 課題がわかりにくい	ケアマネジャー個人の対応向上に向けた対策が必要だが、本事業の目的とは相違	
情報提供日数や意識にばらつきがある 医療機関は早めの情報提供を期待している	個々のケアマネジャーにより、情報提供の解釈が異なる 情報提供タイミングについて、ケアマネジャーと医療機関間で意識の乖離がある	入院時情報提供のタイミングについて、統一したルールがない
入院した経過を知らないことがある	ケアマネジャーに入院が伝わっていない現状がある	ケアマネジャーに入院が伝わっていない場合がある
本人の意向を把握しづらい もっと記載があるとよい	ACPの知識と技術力の向上が必要だが、本事業の目的とは相違	
医療機関でどのように情報が使われているのか	地域ケアと医療機関間で情報共有必要性の理解が必要であり、本事業研修内で対応する	
入院したら医療機関にお任せすることが多い	医療機関に依存している傾向がある	情報提供後、医療機関との連携がとれていない

## 尾張北部医療圏

### ステップ3：入院時の課題解決の検討

#### ●地域ケア、医療機関からの情報や意見を集める

- 【地域ケア】・夜間や休日に利用者（患者）から連絡を受ける体制
  - ・夜間や休日の入院に対する情報提供のタイミング
- 【医療機関】・退院支援について担当ケアマネジャーに連絡を入れるタイミング
  - ・退院支援時の困難点
  - ・医療機関におけるケアマネジャーとの連絡窓口について

#### ●グループワークで検討

- 地域ケアと医療機関との意見交換
- ・地域でどのような連携をとっていききたいか
  - ・入院時に何を伝えたらいいか（ケアマネジャー）⇔ 何を伝えてもらうと助かるか（医療機関）
  - ・ケアマネジャーが入院を知る方法



検討内容	検討結果
ケアマネジャーが利用者の入院を知る方法 (家族に連絡をもらわなければ入院を把握できない)	家族への意識づけが必要 家族も忘れてしまうので抜けなく連絡する必要がある ケアマネジャーの名刺を保険証と一緒に保管する ケアマネジャーの名刺保管について、医療機関内で情報共有する
休日や夜間の入院に対する情報提供タイミング	伝達する情報の整理 基本情報は事前にまとめておく 休日・夜間に入院してもその場ですぐ情報が欲しいというわけではない

#### 【参考】医療機関から担当ケアマネジャーに連絡を入れるタイミング（実際の状況）

基本的には、医師から退院支援介入の依頼が入ってから

- 担当者の判断によって連絡する場合（タイミングの統一はない）
  - ・退院困難と思われる場合には、入院後カンファレンスの後に連絡を入れている
  - ・退院支援の必要性があると病棟看護師、主治医が判断した場合
  - ・今後の療養先を検討する際、意思決定が進まない場合 など

## 尾張北部医療圏

### ステップ4：退院時の課題抽出と解決法の検討

●グループワークで検討

検討内容	検討結果
退院調整の時間的余裕のなさ ・退院調整の日数が短い ・カンファレンスを開催しにくい	・ケアマネジャーからも積極的に情報を取りに行く ・ケアマネジャーは医療機関と情報を共有して早めに退院後の受け入れ準備を行う ・医療機関における直近の予定だけでも伝えておく
入院中の「状態変化」についての対応 (医療機関→ケアマネジャーへ) ・入院前の生活状況の情報がほしい	(ケアマネジャー) 必要性を理解 ・家族の介護力を伝えておく ・「一部介助」ではなく細かく情報を伝える
入院中の「状態変化」についての対応 (ケアマネジャー→医療機関へ) ・退院後の見立てがほしい ・本人/家族の意向確認ができるとうい	(医療機関) 現状を理解 ・病態の変化に対応できていることが少ない ・家族を通じての情報になっていることが多い
入院中の「状態変化」についての対応 (医療機関→ケアマネジャー) ・どのような時に連絡がほしいのかわかると連絡しやすい	(医療機関) ケアマネジャーの事情を理解 ・ケアマネジャーは入院中の変化がわからない ・医療機関への問い合わせのタイミングに困っていることを医療機関へ伝えることができた
利用者（患者）の今後の方向性についてできること	・医療機関からケアマネジャーへの情報提供が少ない ・方向性が決まる前にケアマネジャーも話し合いに参加したい ・方向性のすり合わせができるとうい

### ステップ5：暫定ルールを決定

- 【課題1】ケアマネジャーに担当利用者（患者）の入院が周知されにくい  
暫定ルール1：ケアマネジャーの名刺を医療保険証と一緒に保管する  
暫定ルール2：医療機関はケアマネジャーへ入院の連絡を確認または医療機関から連絡する
- 【課題2】入院時の情報共有方法にばらつきがある  
暫定ルール3：ケアマネジャーは入院時情報を入院後3日以内に送付する  
暫定ルール4：医療機関は入院時情報の受領をケアマネジャーへ連絡する  
暫定ルール5：医療機関は入院後の状況をケアマネジャーへ伝える
- 【課題3】入院中ケアマネジャーと医療機関間の情報共有が少ない  
暫定ルール6：ケアマネジャーから医療機関へ連絡し、状況を確認する  
暫定ルール7：次回連絡をとりあうタイミングをあらかじめ相談しておく

## 尾張北部医療圏

### ステップ6：暫定ルール試行準備

暫定ルール試行にあたり、市町村が中心となり、居宅介護支援事業所や施設ケアマネジャー等に対して暫定ルール試行の協力依頼を行いました。

#### ●暫定ルール試行について、説明機会を考える

各市町村にて、居宅介護支援事業所の管理者やケアマネジャーが集まる会議や研修会等を利用し、暫定ルールの説明を行う機会を計画しました。

#### ●説明会の実施、試行協力意向の確認

市町村職員を中心に研修受講者である地域ケア関係者が協力して、説明会の企画、案内、ルールの説明等を行いました。試行協力の意向を確認し、ルール評価表とその提出方法についての説明を行いました。

#### （番外編）医療機関における情報交換

研修中、本事業に参加している医療機関の看護師、MSW が自主的にミーティングを開催していました。それぞれの医療機関における入退院支援の仕組みや課題等について情報交換を行い、暫定ルール試行に向けて院内の体制を整えるとともに、医療機関の連携担当者同士が、地域と行う入退院支援について意見を交わし、考える機会でもありました。

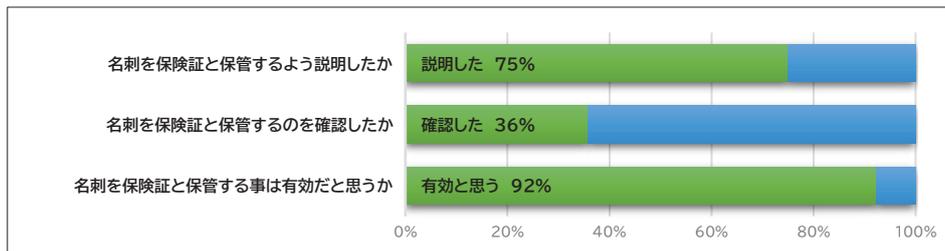
### 暫定ルール試行結果

試行実施期間：令和5年8月～10月31日

試行報告数：92件

#### 【課題1】ケアマネジャーに担当利用者（患者）の入院が周知されにくい

暫定ルール1：ケアマネジャーの名刺を医療保険証と一緒に保管する



暫定ルール2：医療機関はケアマネジャーへ入院の連絡を確認または医療機関から連絡する



## 4章：愛知県入退院調整支援事業について

### 【課題2】入院時の情報共有方法にばらつきがある

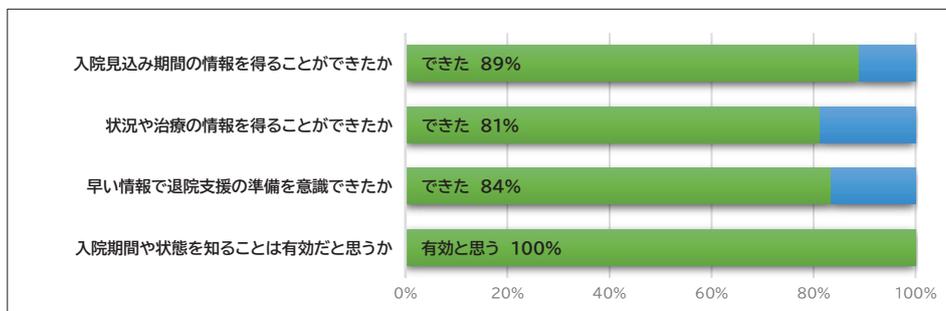
暫定ルール3：ケアマネジャーは入院時情報を入院後3日以内に送付する



暫定ルール4：医療機関は入院時情報の受領をケアマネジャーへ連絡する

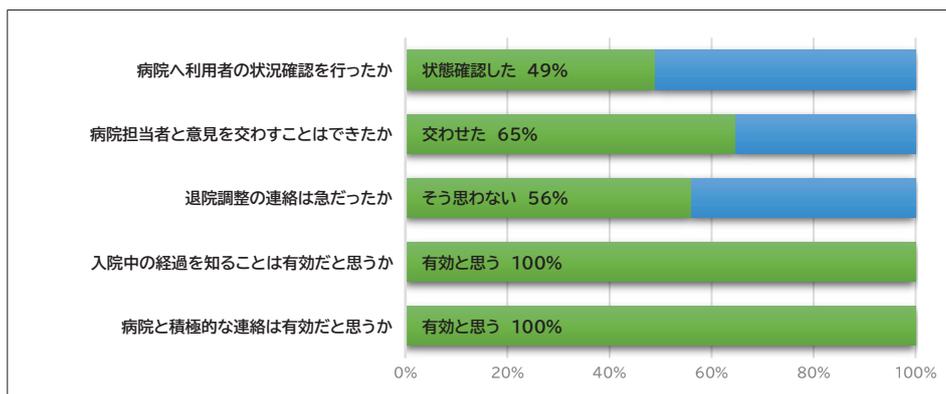


暫定ルール5：医療機関は入院後の状況をケアマネジャーへ伝える

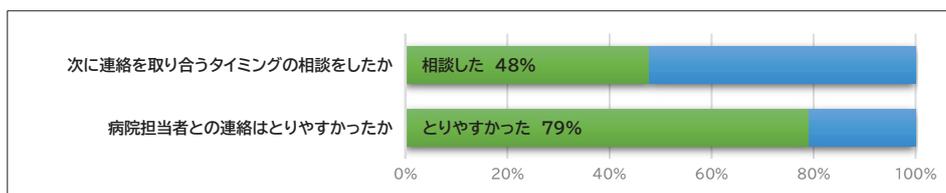


### 【課題3】入院中ケアマネジャーと医療機関間の情報共有が少ない

暫定ルール6：ケアマネジャーから医療機関へ連絡し、状況を確認する



暫定ルール7：次回連絡をとりあうタイミングをあらかじめ相談しておく



## 尾張北部医療圏

### ステップ7：地域の入退院支援ルール策定へ

#### ●ルール化のステップ

1. 暫定ルール試行の結果を、①実行性（実際にルール内容を実行できるか）、②有効性（ルール内容は有益か）、③期待度（ルール内容の実施を期待するか）の視点から評価
2. 受講者個人で、ルール化の是非を考える
3. グループワークで他の受講者と、ルール化の是非について意見交換を行う
4. 研修参加者全体で意見交換を行い、ルール化について合意形成し、最終決定を行う

ルール内容	意見	検討結果
<b>【課題1】 ケアマネジャーに担当利用者（患者）の入院が周知されにくい</b>		
ケアマネジャーの名刺を医療保険証と一緒に保管する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一つの方法としてよいと思われる</li> <li>・医療機関としても、あれば一つの確認方法となる</li> </ul>	<u>ルール化決定</u>
医療機関はケアマネジャーへ入院の連絡を確認、または連絡する	(医療機関) <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族に入院連絡を促すことを行っている</li> <li>・ケアマネジャーに情報提供を求めることが周知できている</li> </ul>	<u>ルール化決定</u>
<b>【課題2】 入院時の情報共有方法にばらつきがある</b>		
ケアマネジャーは入院時情報を入院後3日以内に送付する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・もともとそのように認識していた</li> <li>・提出の実情を知り、さらに周知を行っていききたい</li> </ul>	<u>ルール化決定</u>
医療機関は入院時情報の受領をケアマネジャーへ連絡する	(医療機関) <ul style="list-style-type: none"> <li>・情報を受け取ったという連絡を行うことは可能</li> </ul>	<u>ルール化決定</u>
医療機関は入院後の状況をケアマネジャーへ伝える	(医療機関) <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時の見込みはかなり大まかなので、どのような情報を発信すべきか、考えたい</li> <li>・ケアマネジャーがどのような情報を求めているか話し合いたい</li> <li>・マンパワー的に厳しい部分もあり今後検討したい(地域ケア)</li> <li>・病院の担当者がわかるだけでも、ありがたい</li> </ul>	ルール見送り
<b>【課題3】 入院中ケアマネジャーと医療機関間の情報共有が少ない</b>		
ケアマネジャーから医療機関へ連絡し、状況を確認する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネジャーから連絡を入れても、状況に変化がない場合もある</li> </ul>	ルール見送り
次回連絡を取り合うタイミングをあらかじめ相談しておく	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関の体制もあると思う</li> <li>・今後の課題となるか</li> </ul>	ルール見送り

### 尾張北部の入退院支援ルール

1. ケアマネジャーの名刺を医療保険証と一緒に保管していただきますよう
2. 病院はケアマネジャーへ入院の連絡が行われたかどうか、確認もしくは連絡しましょう
3. ケアマネジャーは入院してから3日以内に入院時情報提供を行きましょう
4. 病院はケアマネジャーへ入院時情報の受領を連絡しましょう

## 尾張北部医療圏

### 事業後のルール運用について

#### ●入退院支援ルール運用についての会議開催

入退院支援ルール運用についての会議を開催し、研修受講者の中から代表者を決め、策定した入退院支援ルールの事業後の運用について話し合いを行いました。

開催日：令和4年11月（事業2年目）、令和5年6月、12月（事業3年目）

参加者：入退院調整支援事業に係る研修受講者のうち

- ・市町村担当者
- ・医療機関代表者
- ・尾北医師会地域ケア協力センター代表者

【結果】尾張北部医療圏は、もう一方のモデル医療圏（海部医療圏）の約2倍の人口規模であり、4つの医師会領域でまとまってきた経緯がありました。これまで医療圏単位での協議の経験がないこの地域において、事業後にどのような形で入退院支援ルールの運用組織を設けていくとよいのか、会議参加者間での話し合いが続けられました。

同じ医療圏内であっても、中核市は人口や医療資源が多く、ルール策定による市内の医療・介護のさらなる連携体制を整える必要性を強く感じていました。また2市2町を管轄する医師会においても、まずこの管轄内で体制を整備していく方向性が望まれました。

これらの事情を鑑み、事業終了時の段階で医療圏内での新たに組織を設立するのではなく、尾北医師会管轄の2市2町と、その他の3市それぞれに、運用を進めることとなりました。これらの市または医師会管轄地域では、入退院支援の協議体設立の構想が進められており、事業後も継続して入退院支援についてそれぞれに協議を行っていく予定です。

ただし医療圏内において診療地域が重複し、市町を超えた医療機関の利用も少なくないことから、今後の課題として、医療圏域全体での情報共有や協議の機会を考える必要があります。

### 尾張北部医療圏

#### 医師会管轄(2市2町)

在宅医療・介護連携推進事業内で協議体制を検討

#### 単市単位(3市)

・在宅医療・介護連携推進事業内で協議体制を検討  
・近隣市への受療状況を鑑み、市の体制を検討



## 愛知県入退院調整支援事業における調査結果

愛知県入退院調整支援事業において、愛知県の入退院支援の実情を把握したうえで課題を明らかにし、現状の改善を目指し事業を進めるため、令和3年度、4年度に入退院支援に関する調査を実施しました。

### 【令和3年度】 ケアマネジャーを対象とした入退院支援実践についての調査

愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会の協力を得て、ケアマネジャーが行う入退院支援活動についての調査を行いました。3か月の調査期間内に行った活動について、448名のケアマネジャーより回答を得ました。

入院支援活動として「入院時情報提供書の提供」以外に「退院後のケアプランの共有」「挨拶のための連絡や訪問」等実践されていました。経験年数が高くなるほど入院支援に対する不安の割合は下がりますが、いずれの経験年数も「どちらかといえば不安がある」が一番多く見受けられ、こうした不安は医療機関との連携が影響している可能性が示唆されました

退院支援を行ったケアマネジャーのうち約4割は、入院中に退院に向けたサービス担当者会議を開催していないと回答し、退院前カンファレンスの参加理由については、約半数のケアマネジャーが「情報が欲しかった」と回答しました。また退院後に利用者の様子を医療機関に報告しているケアマネジャーは4割いる反面、必要ないとの回答もありました。

これらの結果からケアマネジャーと医療機関間の連携に課題があるということがわかりました。

### 【令和4年度】 医療機関における入退院支援についての調査

愛知県入退院調整支援事業に参加している7か所の医療機関の協力を得て、医療機関で行われている入退院支援についての調査を行いました。各医療機関で実施した入退院支援について、193部の質問紙を回収しました。

回答した医療機関職員は入退院支援専門部門より病棟や薬剤部などの一般スタッフが多く、7割以上が看護師でした。入院支援では「入院時情報提供書の内容確認」や「家族への療養生活に関する確認」と比べ「担当ケアマネジャーや事業所への連絡・確認」「利用者（患者）のアドバンス・ケア・プランニング（ACP）情報の確認」の実施は少ない結果でした。

また個別支援における職務行動遂行能力評価では、退院後に必要とされる医療管理やケアに対するサービス提供についてのアセスメントや調整、医療・福祉制度の利用に関する手配について実施した回答が少なく、医療機関側が苦手としている部分であると読み取ることができました。

医療機関では入院時情報提供書の受領以後は、地域ケアスタッフとの関わりが薄く、入院初期の連携強化が有効と思われること、また退院後に向けたサービス調整は、地域側の協力を積極的に得ながら進めていくことにより、円滑な退院支援につながると考えられました。

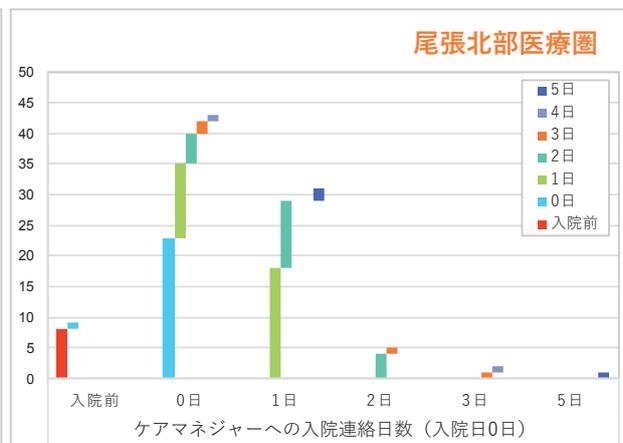
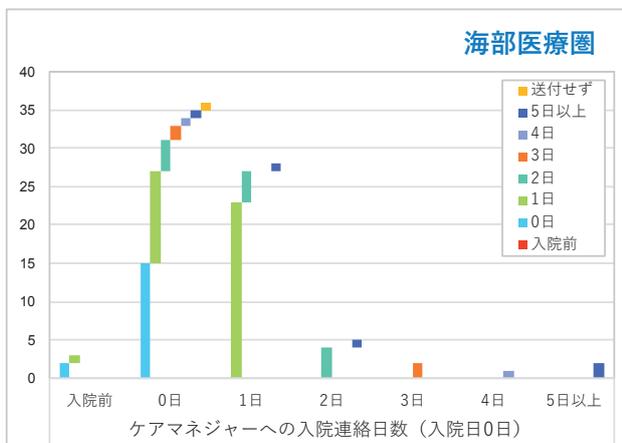


### 暫定ルール試行における入院時情報提供の状況

本事業内で行った暫定ルール試行時に、協力を得たケアマネジャーによる回答をまとめたところ、対象となった入退院支援事例の入院時においては、約9割が入院3日以内に情報提供を行っていました。

利用者（患者）が実際に入院した日と、担当ケアマネジャーが入院の連絡を受けた日の関係を調べたところ、2医療圏ともに、入院連絡が入院当日の場合に情報提供日数の遅れが一定数存在している結果がみえてきました。これは入院後3日以内という時間的制約が、ケアマネジャーの心理に作用しているものと考えられました。

またこの暫定ルール試行結果では、情報送付と入院した曜日についての関係性は表れませんでした。





---

## 入退院支援ルール作成の手引き

発行年月日：2024年3月31日発行

発行：愛知県

作成・編集：国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター  
在宅医療・地域医療連携推進部  
(作成者：井藤直美)

愛知県入退院調整支援事業（愛知県委託事業）

本書の著作権は国立研究開発法人 国立長寿医療研究センターに属する

---

