

茨城県 入退院支援連携ガイドライン Ver2.0（高齢者編）



令和6年6月

茨城県地域包括ケア推進センター
茨城県医師会

目次

大項目	中・小項目	ページ
はじめ に	I. あいさつ	1
	II. 「茨城県入退院支援連携ガイドライン」について	2
	1. 目的	
	2. ねらい	
	3. 対象者とその範囲	
	4. 文言の表記の統一について	3
本編	5. 作成の流れと視点	
	6. 今後の運用に向けて	
	III. 入退院支援連携ルール	4
	1. 入退院における関係機関ごとの連携とその全体像	
	2. 連携の流れ	5
	3 入退院連携時の専門職の役割	6
	4. 在宅医療・介護を支えてくれる主な機関と人々	10
	5. 留意点	11
	1) 退院時の支援における要介護認定申請に関連する留意事項	
	2) 訪問看護利用時の医療保険・介護保険の適用条件について	
	IV. 外来機能との連携	15
	1. 入退院における外来機能とその重要性	
参考 資料 1	2. 入退院支援に関わる診療報酬、介護報酬について	
	V. ICT を用いた、多職種での情報連携について	18
	VI. 入退院支援連携のマナー・エチケット	19
	1. 入退院支援のための連携促進のマナー	
	介護保険申請・手続きの流れ	23
参考 資料 2	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	27
	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	29
	1. 会議の経過	35
	2. 参考文献、引用文献等	36
	3. 茨城入退院支援連携マニュアル作成ワーキンググループ会議名簿	37

I.あいさつ

「住み慣れた地域」で人生の最終段階まで「自分らしい生活」を継続して成し遂げるためには、生活支援、介護にかかわる問題、そして医療の課題の解決が必要です。そしてアドバンス・ケア・プランニング（以下 ACP）を、本人、家族、医療介護者で繰り返し行うことが今後一層重要になると考えられます。

茨城県においても高齢者数は増加の一途で、令和 5 年 1 月 1 日付で 2,837,000 人、内 65 歳以上高齢者の割合 30.6%と全国平均よりもかなり高く、すでに超高齢社会の状況です。入院経験のある高齢者が多くなり、入院での治療は終了したもの完治しえず、退院後に在宅で暮らし続けるためには医療と介護の両方が必要となります。このような高齢者が住み慣れた地域で療養しつつ自分らしい生活ができるよう、地域の医療・介護に関係する機関が連携し、包括的かつ継続的な在宅医療・介護サービスが提供できる体制を整備することが重要で、早急に取り組むべき課題です。

入院の際には、早い段階で病院関係者と在宅関係者が患者情報を共有し、双方が緊密に連携し在宅復帰に向けた協議を重ねることで退院調整がスムーズになり、退院後も円滑に在宅生活を送ることが可能になると考えます。入退院支援に関しては、病院関係者と在宅関係者の役割を明確にした共通のガイドラインが必要と考えました。茨城県地域ケア推進センターでは、作成にあたり、「入退院支援連携マニュアル作成ワーキンググループ」を立ち上げました。地域包括ケア推進体制：連携会議メンバー24の専門職団体（医療・介護・リハ等）から入退院に主にかかわる職種より、入退院支援連携ガイドライン作成ワーキング会議を設置し、話し合いを設けてきました。ワーキングメンバーからの意見を取りまとめ、医療・介護を切れ目なく円滑に提供するための支援ツールとして外来機能の部門も取り入れた、「茨城県入退院支援ガイドライン」Ver1.0 といたしました。

更に、活用を促し見やすいものとする事、令和 6 年度の診療報酬、介護報酬改定を受け、内容の見直しを行い、本ガイドラインは Ver2.0 へと改訂いたしました。本ガイドラインは定期的に運用状況の確認と評価を行い、協議し、適宜見直しをしていきます。

作成にご協力いただいたワーキングメンバーの皆様に感謝いたしますとともに、この「茨城県入退院支援連携ガイドライン」が、患者・家族を支援するために活用され、在宅療養を推進する一助となることを期待します。

令和 6 年 6 月
茨城県医師会常任理事
伊藤金一

Ⅱ.「茨城県入退院支援連携ガイドライン」について

1. 目的

地域支援において病院と在宅の切れ目のない連携を目指し、特に患者の入退院時に必要な連携の手法等について『茨城県のガイドライン』として策定しました。

本ガイドラインは、在宅から病院、また病院から在宅へそれぞれの時点毎に必要な調整と継続的支援につなげるために専門職間でお互いに抑えておくべき基本的な流れと、補完しあえる点について協議し、シームレスな入退院と在宅療養につながる環境づくりに寄与することを目的としています。

2. ねらい

入退院連携では、在宅患者のための入院、退院に関連した連携のための支援のルールを定めるため、病院医師、要介護、要支援者、そしてその支援の担い手である介護支援専門員や訪問サービス等を含めた多職種を中心に情報シートの書式、情報の提供先や提供の時期、提供方法などが検討され、既に一部の地域や医療機関等において、マニュアル等が作成され、紹介されています。

本ガイドラインは、多職種が入退院支援の実践と経験を通しての意見や試みを反映したものとして、以下の点を掲げ作成しています。

- ・各医療機関や地域において策定されたルールがあれば、それに準じて運用を行えばよい。
- ・自地域や機関においてルールやマニュアルが明文化されていない場合、本ガイドラインを参考に、使いやすいものに改編して活用してもらえればよい。
- ・連携におけるそれぞれの専門性の意義・地域医療、地域ケアと病院医療の間の相互理解を促進でき、連携の手引きとして、各職種間の相互理解促進の一步につなげるものとしたい。
- ・入退院に関わり支える人達が互いの立場や困りごとに対してどのような悩みや希望を持ち、いかに患者のために双方向性の歩み寄りが必要かを知る機会となるものとしたい。
- ・多職種連携の発展、実践の場面に活きるものとするため、定期的な更新とシミュレーションを含めた研修等に進化するものにつなげたい。

3. 対象者とその範囲

茨城県入退院支援連携ガイドライン（高齢者編）では、茨城県における高齢者の入退院に関連する医療機関、介護サービス、行政等、在宅から入院し在宅へ退院する患者で、

- 1) 入院前にケアマネジャーが決まっていた（介護サービスを使用していた）患者
- 2) 入院前にケアマネジャーが決まっていないが、退院支援が必要な患者の目安に該当する（退院後に介護サービスの利用が見込まれる）患者、また、医療保険と介護保険を併用して訪問看護サービスの利用が見込まれる、厚生労働大臣が定める疾病等に該当する場合や特別訪問看護指示期間にある患者についても対象としています。
- 3) 検査入院や抗がん剤治療、透析等による短期入院については今般では範囲外としますが、患者の状態に変化があった場合や入院が長期となった場合について、その限りではないものとします。

4. 文言の表記の統一について

- ・「利用者」「患者」を統一して「患者」と表記します。
- ・「介護支援専門員」を統一して「ケアマネジャー」と表記します。

5. 作成の流れと視点

本ガイドラインは、多職種で構成されたワーキングメンバーにおいて、以下の点を重要視したうえで意見を述べガイドライン作成に着手しています。

- ①患者・家族の望む暮らしを実現するための支援について検討した事項を記載する。
- ②医療・介護専門職の連携のために必要な基本的な姿勢や、課題について検討した事項を記載する。
- ③在宅における患者の健康状態や病状の悪化に伴い、入院、退院を経て、住み慣れた地域に再び戻るまでの経過毎に必要とされる連携について記載する。
- ④入退院の全体の流れの中で、病院側、在宅側に従事する医師を含めた多職種の立場から、患者が安心できる支援について、どのようなことに従事し、どのようなことができるかという点についてお互いに理解できるように記載する。

6. 今後の運用に向けて

本ガイドラインは、医療と介護の関係者が連携して患者のスムーズな支援をするにあたって基本的な流れや標準的なルール、マナーについて示したものです。

また、患者が入院～退院までの流れの中での連携に係るやりとりをまとめたものであり、入退院支援を実践している方のみならず、今後入退院支援に関わる専門職の育成、研修などに活用できることを目指しています。

具体的な情報共有の方法やカンファレンスの要否・時期・回数等については、入院中の患者の病態や生活環境等に応じて、病院の担当者やケアマネジャー等の調整の中で、具体的に決定していただきながら、運用を進めて頂きたいと考えます。

ガイドラインの活用には、地域の実情に応じて研修会などに活用いただける内容となるよう随時更新し、さらなる発展を遂げる必要があります。継続してワーキンググループメンバーにおいて、今後のガイドライン活用へ向けた取組を検討し、次のステップにつなげていく所存です。

Ⅲ.入退院支援連携ルール

1. 入退院支援における関係機関ごとの連携とその全体像

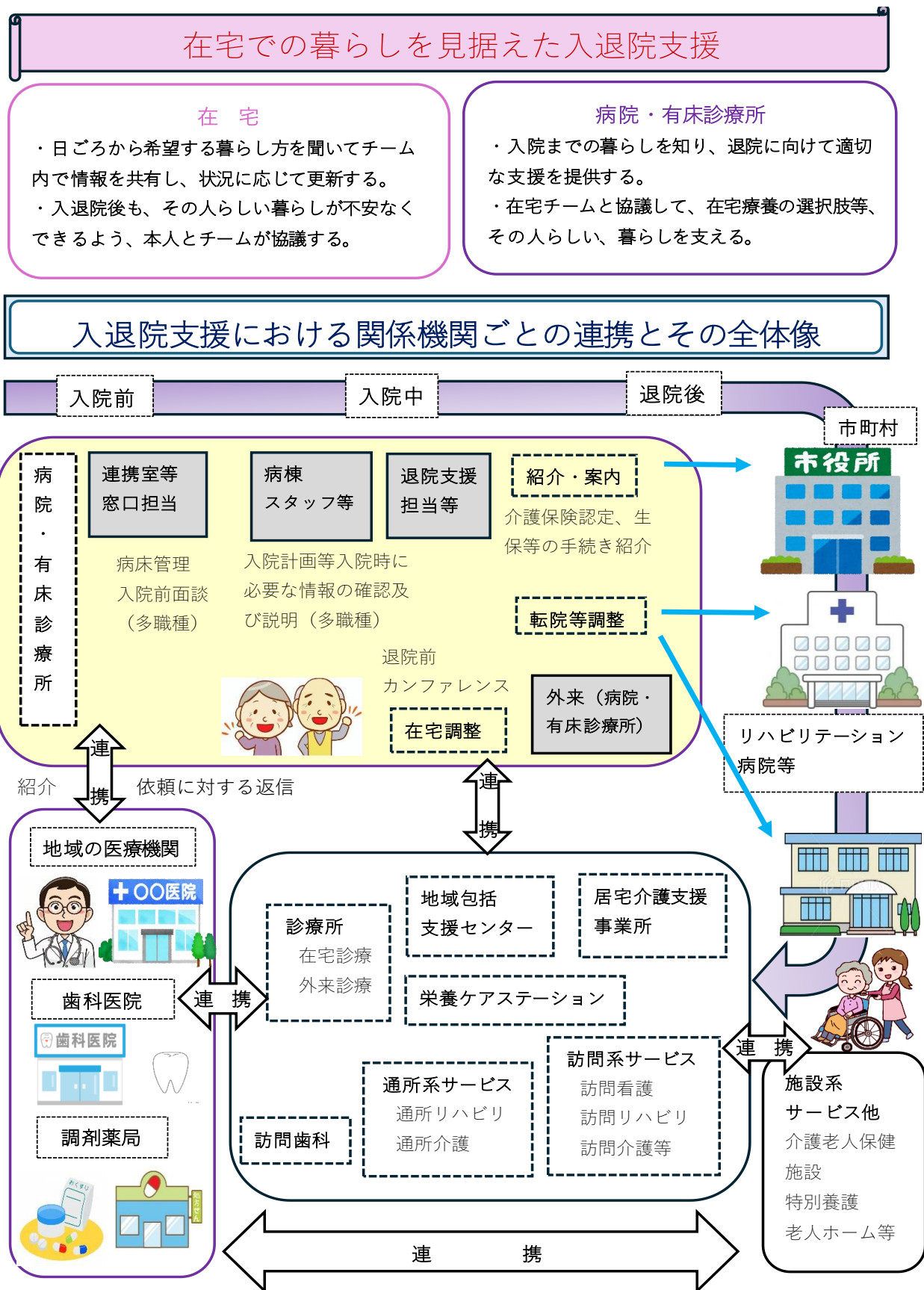


図1 入退院支援における機関連携と全体像

2.連携の流れ

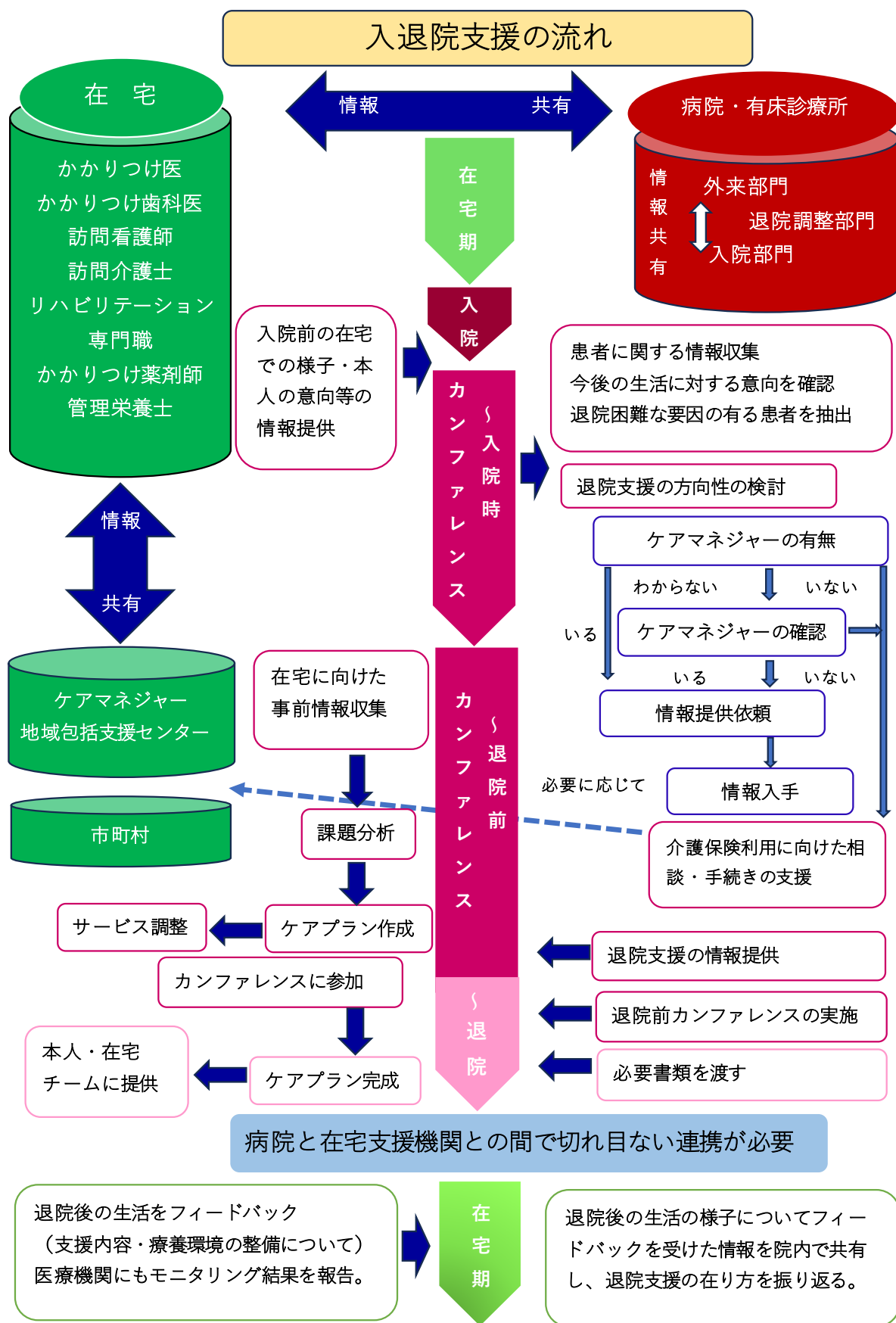


図2 入退院支援の流れ

3.入退院連携時の専門職の役割

各時点（在宅期、入院時～退院カンファレンス前まで、退院カンファレンス前～退院まで）に分け、病院側と在宅側におけるそれぞれ専門職の役割を以下に記します。

在 宅 期

日ごろから備えること

- 在宅チーム・病院の連携体制を整えておく
- 日ごろから入院のリスクを意識し、本人・家族を含む在宅チーム内で共有しておく
- 入退院を繰り返す疾患については、起こりうる変化についてかかりつけ医等に聞き、在宅チームで共有する

本 人

- キーパーソンを決めておく。
- どのような生活を送りたいのか、病気になったときは、どのような治療を希望し、最期を過ごしたいのか、家族・キーパーソンと相談しておく。

在 宅

かかりつけ医

- 日ごろの診察や健康相談を受ける。
- 必要に応じて、専門医療機関への紹介をする。
- 必要時、要介護認定の意見書作成をする。
- 病状に応じて ACP について、本人・家族の意思を確認する。

かかりつけ歯科医

- 歯科疾患の治療や口腔環境の維持、義歯などの処置を行い、口腔機能低下を予防し、咀嚼維持・改善を行う。

かかりつけ薬剤師

- 服薬情報の一元的、継続的把握及び服薬指導をする。
- 副作用の早期発見や身体機能に影響のある薬剤の確認。
- 認知機能に応じた調剤や薬剤管理。

病 院

外 来

- 在宅療養で気を付けるべきことなどケアマネジャーに情報提供を本人・家族や在宅チームと情報を共有する。
- 紹介があった場合には、診察や必要に応じて検査等の実施。

入院前からの支援

- 利用しているサービスの利用状況
- 服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング

ケアマネジャー

- 本人・家族の相談や心身の状況に応じ、サービスを受けられるようにケアプランを作成する。
- 市町村・サービス事業者等との連絡調整を行う。
(チームで情報共有できる仕組みづくりをする。)
- ACP について、本人・家族の意思を確認し、在宅チームで情報を共有する。

訪問看護師

- 本人・家族の希望及び心身の状況、主治医の指示書等を踏まえて、計画書を作成する。
- 計画書に基づき、療養上の世話又は必要な診療上の補助を行う。
- 定期的に主治医に状態報告をするとともに、在宅チームと情報を共有する。
- ACP について、本人・家族の意思を確認し、急変時の対応について相談しておく。

訪問介護員

- 身体介護と生活支援（自立を妨げないように、生活習慣や価値観を尊重した援助をする。)
- 生活状況と健康状態を確認し、家族や在宅チームで情報を共有する。
- ACP について、本人・家族の意思を確認し、急変時の対応について相談しておく。

リハビリテーション専門職

- 生活行為向上のために、介護老人施設等でリハビリテーションを日帰りで提供してもらえる。
- 居宅での生活向上のため、理学療法士、作業療法士、言語療法士が訪問によるリハビリを行う。

入院時 ～ 退院カンファレンス前まで

本人

在宅

病院

- 治療についての希望を伝える。
- 入院をケアマネジャーに連絡する。

かかりつけ医

- 診療情報提供書を提供する。
- ACP の情報があれば伝える。

かかりつけ歯科医

- 予定手術のため相関が必要な場合は動揺歯（特に前歯）の固定・必要に応じて抜歯をする。

ケアマネジャー

- 予定入院の場合は、入院前に連絡相談窓口を確認しておく。
- 入院時情報提供書及び必要な書類を提供する。
 - * 予定入院であれば、事前に提供も可。
 - * 入院当日または、翌日・翌々日で算定が異なる。
- ACP の情報が分かれば伝える。
- 本人・家族の同意があれば、入院時の病状説明や入院時カンファレンスに同席する。

訪問看護師

- 診療情報提供書を提供する。
- ACP の情報があれば伝える。

外来

- 予定入院の場合は入院決定時から入院支援を開始する。

外来・病棟

- 本人・家族からの聞き取りや医師・看護師・ケアマネジャーからの情報提供書等も活用し、経過や在宅での支援状況の情報を収集する。

病棟

- 医師と入院目的・治療方針・現時点での退院の見通しを本人・家族と確認・共有し、退院支援の必要性を検討する * 入院3日以内に退院困難な要因のある患者を抽出。
- 病状・病態等から退院時の状態を予測し、退院後の暮らしについて、本人・家族・在宅チームと共有する。
- 治療の選択においては考えうる選択肢についてのメリット・デメリットを検討し、具体的な生活のイメージについて十分に説明し、意思決定を支援する。
- 入院時カンファレンスを開催し、退院に向けて医療・看護上の課題、生活・ケア上の課題を整理し、「自立に向けた支援」「療養環境の準備・調整」を検討する。 * 入院7日以内に退院支援の方向性の検討。
- 退院までの大まかな日程を共有する。
- 必要に応じて、退院に向けた院内多職種カンファレンスを開催し、在宅チームと情報を共有し、円滑な療養場所の意向を支援する。
- 必要に応じて、介護保険利用に向けた相談・手続きの支援をする。

退院カンファレンス前 ～ 退院まで

在宅

本人

病院

○退院後の自分の望む暮らしを伝える。
(退院先：自宅・施設など)

ケアマネジャー

- 在宅療養を安全にスタートするための情報を収集・アセスメントし、必要な環境を整える。
(通所系サービス・訪問系サービス利用準備や在宅環境整備・福祉用具準備など)
- 事前に調整したサービス担当者等と退院前カンファレンスに参加する。
- 退院前カンファレンスの情報をもとに在宅チームでの担当者会議を開催する。
- かかりつけ医に退院前カンファレンスの内容や新しいケアプランを報告する。
- *かかりつけ医以外でも、関係事業所等にも、情報を提供する。

かかりつけ薬剤師

- 現在使用されている薬剤の確認をする。
(内服・外用・注射)

訪問看護師

- 退院前カンファレンスに参加し、退院後も継続する医療処置内容等の確認をする。

退院調整部門

- 退院に向け、再発・重症化の予防、症状・緩和ケアの提供、自立支援、尊厳の保持の視点で準備を進める。
- 中長期的な病状や ADL の変化を予想し、必要な支援を検討する。
- 在宅支援を安全に継続するための、生活環境と身体との関係を全体的にアセスメントし、必要なケアと環境整備を行う。
- 退院前カンファレンスを実施する。院内多職種や在宅チームに参加を依頼する。
- 退院前訪問指導を行う場合は、ケアマネジャーへ声をかけ、共に自宅の様子を確認し、在宅での環境を想定したリハビリ等の自立支援や療養環境の調整をする。
- 必要であれば退院後訪問指導を計画する。
- 退院後、切れ目なく必要な医療・介護サービスが受けられるよう、全身状態や処置内容、指導状況を伝え、必要書類を渡す。

在宅期

ケアマネジャー

- 退院時の見立てと現状の相違を見極め、変化や見立てとの不一致を早期に把握できるよう、在宅チームに依頼する。
- 変化や不一致がある場合は、必要に応じてケアプランを見直す。

外来・病棟

- 外来受診や在宅チームから退院後の生活様子について、フィードバックを受けた情報を院内で共有し、退院支援の在り方を振り返る。
- 継続受診者で状態の変化や受診中断があった場合は、ケアマネジャーに情報を提供する。

4.在宅医療・介護を支えてくれる主な機関と人々

疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、地域における医療・介護の関係機関が連携し、継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要です。主な機関及び専門職について紹介します。

在宅医療・介護を支えてくれる主な機関と人々

病院

- ・医師・看護職などの専門職
入院治療が必要な場合の医療の提供、療養場面での指導を行う。
- ・医療ソーシャルワーカー
入退院や転院の支援を行う。

かかりつけ医

健康に関することを何での相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には、専門医、専門医療機関を紹介してくれる、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

訪問診療

通院が困難な病状の療養患者に対して、あらかじめ主治医と患者ら（家族等）が事前に協議し、在宅療養計画を立て、医師と看護師らが定期的に患者のもとに出向き診療を行うもの。通院とほぼ同等の医療を受けることができる。

薬局

調剤薬局・訪問薬剤師

薬の管理状況や服薬状況を確認し、飲み忘れへの対応を行う。副作用確認や嚥下状態や認知機能に応じた剤形の選択、処方提案を行う。

訪問歯科

歯科医

安全・安心な歯科医療の提供のみならず医療・介護に係る幅広い知識と見識を備え、地域の関係機関や他職種と連携し、通院が困難な患者にさまざまな療養の場で切れ目のない在宅歯科医療を提供する。

歯科衛生士

口腔清掃・義歯清掃といった口腔衛生管理や、口腔機能や摂食・嚥下機能を維持・改善するためのリハビリや食事評価を行うこともある。

訪問看護ステーション

主治医と連携し、疾病又は傷病により居宅において継続して療養を受けるものに対し、その者の居宅において看護師が行う療養上の世話又は必要な診療の補助を行う。

栄養ケアステーション

管理栄養士が自宅で医療ケアや介護を受けられている人に、食事面からサポートする専門職。病気や病状に応じて、栄養食事指導を行う。

訪問リハビリテーション

リハビリ専門職が自宅を訪問し、心身の機能維持・回復・日常生活の自立への援助を



理学療法士・・・日常生活動作（ADL）の改善を図り、生活の質（QOL）の向上を目指す。

作業療法士・・・応用的動作、社会適応能力の維持・改善し、その人らしい生活をサポートする。

言語聴覚士・・・コミュニケーションや食べる障害に対応し、心身の機能維持・回復・日常生活の自立への援助を行う。

高齢者施設等

通所リハビリテーション



送迎付きで、入浴・食事・排泄・レクリエーションなどの日常生活介護を提供する他に、医師の診察結果に基づき、医師の指示のもとリハビリ専門職によるリハビリが受けられる。

通所介護

送迎付きで、入浴・食事・排泄・レクリエーションなどの日常生活介護を提供する。

短期入所療養介護

自宅で一時的に介護が受けられなくなった場合等に短期的な入所により、介護老人保健施設等で看護医療的管理のもと介護や機能訓練を行う。



短期入所生活介護

自宅で一時的に介護が受けられなくなった場合等に短期的な入所により、特別養護老ホーム等で日常生活上の介護や機能訓練を行う。

訪問介護事業所

ケアマネジャーの計画に基づいて訪問介護員等が利用者の居宅を訪問し、①身体介護 ②生活援助③通院等乗降介助を行う。

訪問入浴

自力での入浴が困難、自宅の浴槽が狭く、家族のサポートだけでは入浴が困難、体調の変化が激しく、看護師のサポートがある中で入浴をさせたい人のために自宅に、浴槽を持参し入浴介助をする。



市・町・村

介護保険、高齢福祉、障害福祉、国民健康保険等窓口で申請手続きなどの相談ができる。

地域包括支援センター

市町村設置主体となり、3職種チームアプローチにより、介護予防支援及び包括的支援事業を行う。①介護予防 ②総合相談 ③権利擁護 ④包括的・継続的ケアマネジメント

居宅介護支援事業所

要介護認定者に対して、自宅で自立した生活を送るためにケアプランの作成やサービス調整を行う事業所。ケアマネジャーが在籍。

ケアマネジャー



要介護者または要支援者からの相談に応じるとともに、心身の状況に応じて適切なサービスを受けられるよう、市町村・サービス事業者・施設等との連絡調整を行う。



5.留意点

1) 退院時の支援における要介護認定申請に関連する留意事項

- 入院期間の短縮化に伴い、退院後すぐに介護サービスを利用できるようにと入院中のうちに介護保険の認定の申請手続きを家族に進める傾向がある。しかしながら手続きは急性期を過ぎてから進めることが原則となっている。
- 退院後の介護サービスの利用は介護認定の申請日に遡って利用が可能となっているが、市町村としては、急性期の治療が終了し、病状が安定したうえで介護保険の対象であると見通しが立ってから認定調査が行われる流れであることを病院担当者、ケアマネジャーも理解しておくべきである。
- 患者の状態の変化は予測できるもの、予測できないもの、また要介護、要支援のはざまにある患者では、認定結果の予測は難しい点があることも留意しておく必要がある。
- 入院中に要介護認定の申請が必要と判断されても、入院中に要介護認定の申請が行われないケースや、認定結果が降りる前に退院となるケースがある。その場合においても退院時に担当ケアマネジャーを選定することができる。ただしそのケースにおいては病院側から担当ケアマネジャーへ患者情報を提供できないこともあるため留意しておくこと。
- 看取り期は条件により、医療保険による訪問看護サービスを利用できるが、福祉機器貸与等生活環境の調整が必要な場合には、介護保険における要介護認定および介護度によって適否があることを留意しておく。
- 予防給付、介護給付の違いにより、支給限度額が異なり、サービス導入も異なることをケアマネジャーのみならず病院担当者も知っておくこと。

2) 訪問看護利用時の医療保険・介護保険の適用条件について

訪問看護は患者の疾患や状態によって、介護保険か医療保険のいずれかでサービスを提供します。どちらの適用になるかは、診療報酬のルールがありそれに従わなくてはなりません。退院時の状況について訪問看護指示書の内容が判断の根拠となりますので、患者の状態に関する必要事項が書かれていることをご確認ください。

例) がん患者の訪問看護指示書の診断名に末期やターミナルの文言があれば医療保険、なければ介護保険であること等

図3に、訪問看護利用時の医療保険・介護保険の適用条件について示します。

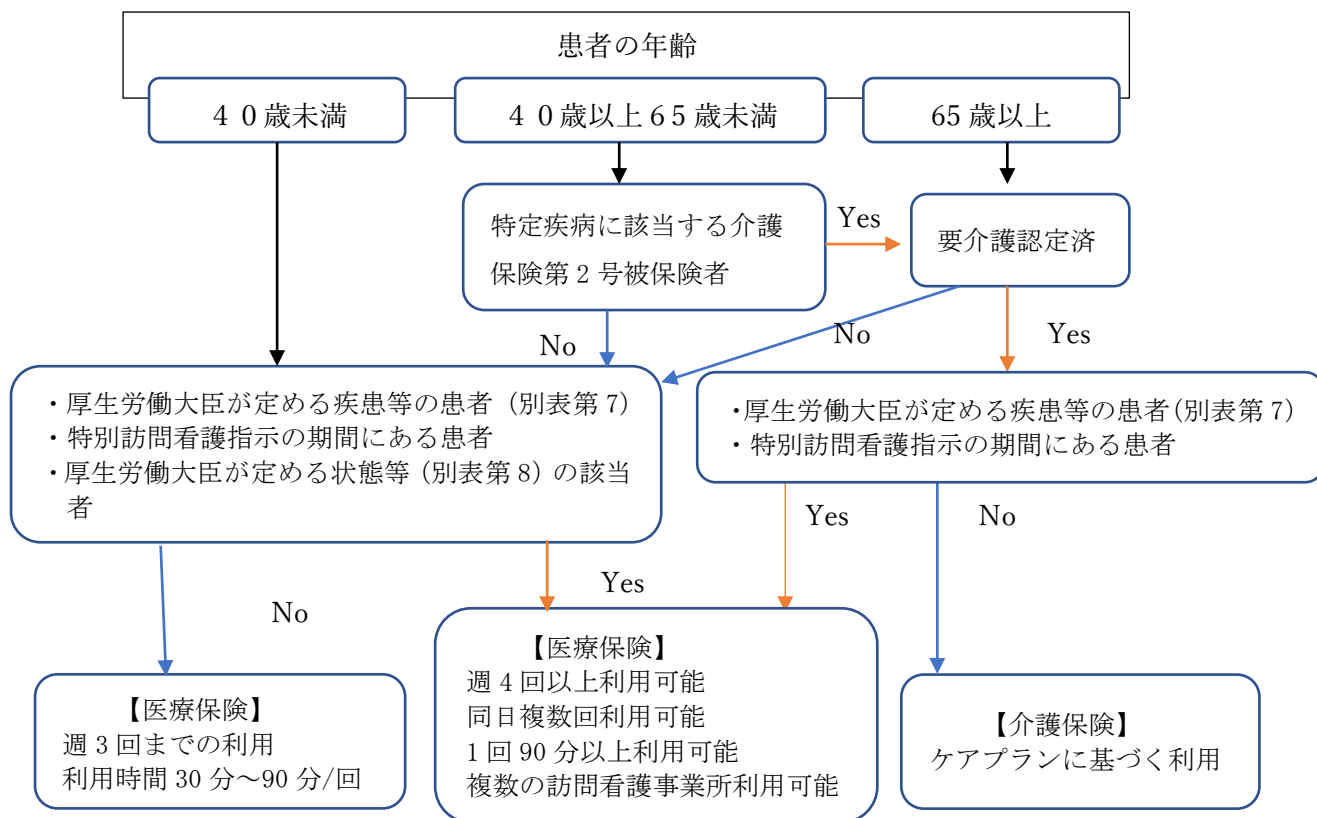


図3 訪問看護利用時の医療保険・介護保険の適用条件のフロー

なお、「特定疾病」については、40歳以上65歳未満の方における介護保険申請できる疾病であり、下記の16疾病が対象です。

16 特定疾病

- | | |
|--------------|-----------------------------------|
| ① 末期がん | ⑨ 脊柱管狭窄症 |
| ② 関節リウマチ | ⑩ 早老症 |
| ③ 筋萎縮性側索硬化症 | ⑪ 多系統萎縮症 |
| ④ 後縦靱帯骨化症 | ⑫ 糖尿病性神経障害 |
| ⑤ 骨折を伴う骨粗鬆症 | 糖尿病性腎症 |
| ⑥ 初老期における認知症 | 糖尿病性網膜症 |
| ⑦ 進行性核上性麻痺 | ⑬ 脳血管疾患 |
| 大脳皮質基底核変性症 | ⑭ 閉塞性動脈硬化症 |
| パーキンソン病 | ⑮ 慢性閉塞性肺疾患 |
| ⑧ 脊髄小脳変性症 | ⑯ 両側の膝関節または股関節に
著しい変形を伴う変形性関節症 |

「厚生労働大臣が定める者：別表第 7」では、以下 20 の疾病が記されています。

厚生労働大臣が定めるもの	別表第 7
① 末期の悪性腫瘍	⑪ プリオン病
② 多発性硬化症	⑫ 亜急性硬化性全脳炎
③ 重症筋無力症	⑬ ライソゾーム病
④ スモン	⑭ 副腎白質ジストロフィー
⑤ 筋萎縮性側索硬化症	⑮ 脊髄性筋萎縮症
⑥ 脊髄小脳変性症	⑯ 球脊髄性筋萎縮症
⑦ ハンチントン病	⑰ 慢性炎症性脱髄性多発神経炎
⑧ 進行性筋ジストロフィー症	⑱ 後天性免疫不全症候群
⑨ パーキンソン病関連疾患	⑲ 頸髄損傷
⑩ 多系統萎縮症	⑳ 人工呼吸器を使用している状態

このように、「特定疾病」と「別表第 7」の疾病は一部重複しているため、医療保険の適用か介護保険の適用かは全体のフローと指示書の疾病の突き合わせをしたうえで確認ください。

また、「厚生労働大臣が定める者：別表第 8」は以下の通りです。

厚生労働大臣が定めるもの	別表第 8
① 在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理または在宅強心剤持続投与指導管理もしくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者、または気管カニューレもしくは留置カテーテルを使用している状態にある者	
② 以下のいずれかの状態にある者	
在宅自己腹膜灌流指導管理	
在宅血液透析指導管理	
在宅酸素療法指導管理	
在宅中心静脈栄養法指導管理	
在宅成分栄養経管栄養法指導管理	
在宅自己導尿指導管理	
在宅人工呼吸指導管理	
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理	
在宅自己疼痛管理指導管理	
在宅肺高血圧症患者指導管理	
③ 人工肛門または人工膀胱を設置している状態にある者	
④ 真皮を越える褥瘡の状態にある者	
⑤ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者	

ここで、要介護認定を受けた方は、「厚生労働大臣が定める状態等：別表第 8」の該当者であっても、上記の別表第 7 に該当するか特別指示がない限り、介護保険の対象となります。

IV. 外来機能との連携

1. 入退院における外来機能とその重要性

外来から、入院が予定されている患者に対し、入院する前から積極的な支援を行うことが必要であるとされる。患者が入院することについて事前に理解されることで、外来から入院、そしてスムーズな退院につなげることが可能となるため、外来における入院前からの支援は重要な役割とされます。(図 4)

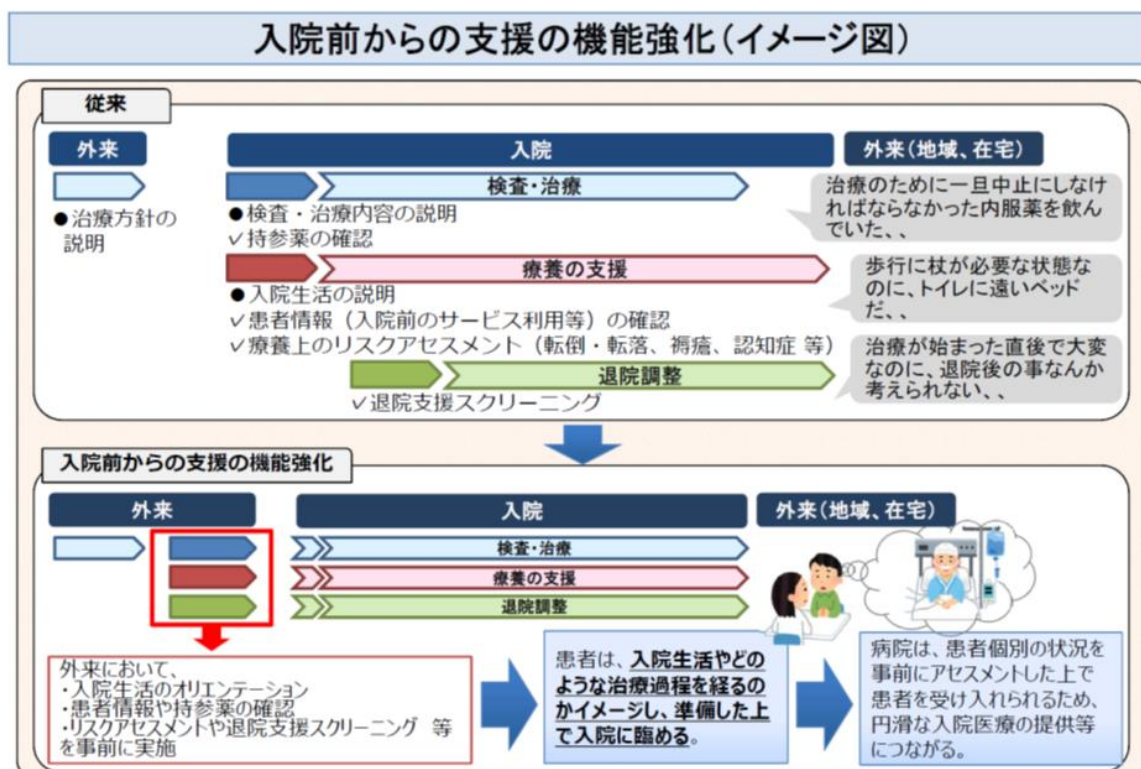


図 4 イメージ図 (厚生労働省資料)

2. 退院支援にかかる診療報酬および介護報酬

令和2年度の診療報酬改定においては、入院時支援加算の要件として、入院前に

- ・身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- ・入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握(要介護・要支援の場合)
- ・褥瘡に関する危険因子の評価
- ・栄養状態の評価
- ・服薬中の薬剤の確認
- ・退院困難な要因の有無の評価
- ・入院中に行われる検査・治療の説明
- ・入院生活の説明

の項目のすべてを実施し、病棟のスタッフ(看護師・栄養士・リハビリ・薬剤師・MSWなど)との情報共有や患者又はその家族等への説明等を行うことが評価され(図5)、また令和6年度の診療報酬改定においては、入院時支援加算について見直しが実施されています。(図6)

入退院支援の取組の推進

入院時支援加算の見直し

- 関係職種と連携して入院前にア～クの項目を全て実施し、病棟職員との情報共有や患者又はその家族等への説明等を行う場合の評価をさらに評価する。

現行	改定後
【入院時支援加算】 入院時支援加算 200点(入院中1回)	【入院時支援加算】 イ (新)入院時支援加算1 230点 ロ 入院時支援加算2 200点 ← 項目ア～クを全て行う場合
ア 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握 (必須) イ 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握 (該当する場合は必須) ウ 褥瘡に関する危険因子の評価 エ 栄養状態の評価 オ 服薬中の薬剤の確認 カ 退院困難な要件の有無の評価 キ 入院中に行われる治療・検査の説明 ク 入院生活の説明 (必須)	外来 入院

総合機能評価加算の新設

- 入退院支援加算について、高齢者の総合的な機能評価を行った上で、その結果を踏まえて支援を行う場合の評価を行う。

297

図5 入退院支援の取組の推進 (厚生労働省資料 令和2年度診療報酬改定)

入退院支援加算1・2の見直しについて①

入院時支援加算1の見直し

- 入院前からの支援をより充実・推進する観点から、入院時支援加算1の評価を見直す。

現行	改定後
【入退院支援加算】 注7 入院時支援加算1 230点 入院時支援加算2 200点	【入退院支援加算】 注7 入院時支援加算1 240点 入院時支援加算2 200点

入退院支援加算1の施設基準で求める連携機関数について

- 入退院支援における関係機関との連携強化の観点から、入退院支援加算1の施設基準で求める連携機関数について、急性期病棟を有する医療機関では病院・診療所との連携を、地域包括ケア病棟を有する医療機関では介護サービス事業所及び障害福祉サービス事業所等との連携を一定程度求める。

現行	改定後
【入退院支援加算1】 【施設基準】 (4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する連携機関の数が25以上であること。	【入退院支援加算1】 【施設基準】 (4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する連携機関の数が25以上であること。なお、 <u>急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）又は専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く。）を算定する病棟を有する場合は当該連携機関の数のうち1以上は保険医療機関であること。</u> また、 <u>地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室を有する場合は当該連携機関の数のうち5以上は介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者であること。</u>

生活に配慮した支援の強化

- 退院支援計画の内容に、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を含む、退院に向けて入院中に必要な療養支援の内容並びに栄養サポートチーム等の多職種チームとの役割分担を盛り込むことを明記する。

図6 入退院支援加算の見直しについて (厚生労働省資料 令和6年度診療報酬改定)

入退院支援に係る診療報酬および介護報酬において、入院時から来院時にかけて、病院、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、訪問・通所リハビリテーションの算定について図7に示します。

(令和6年6月1日現在)

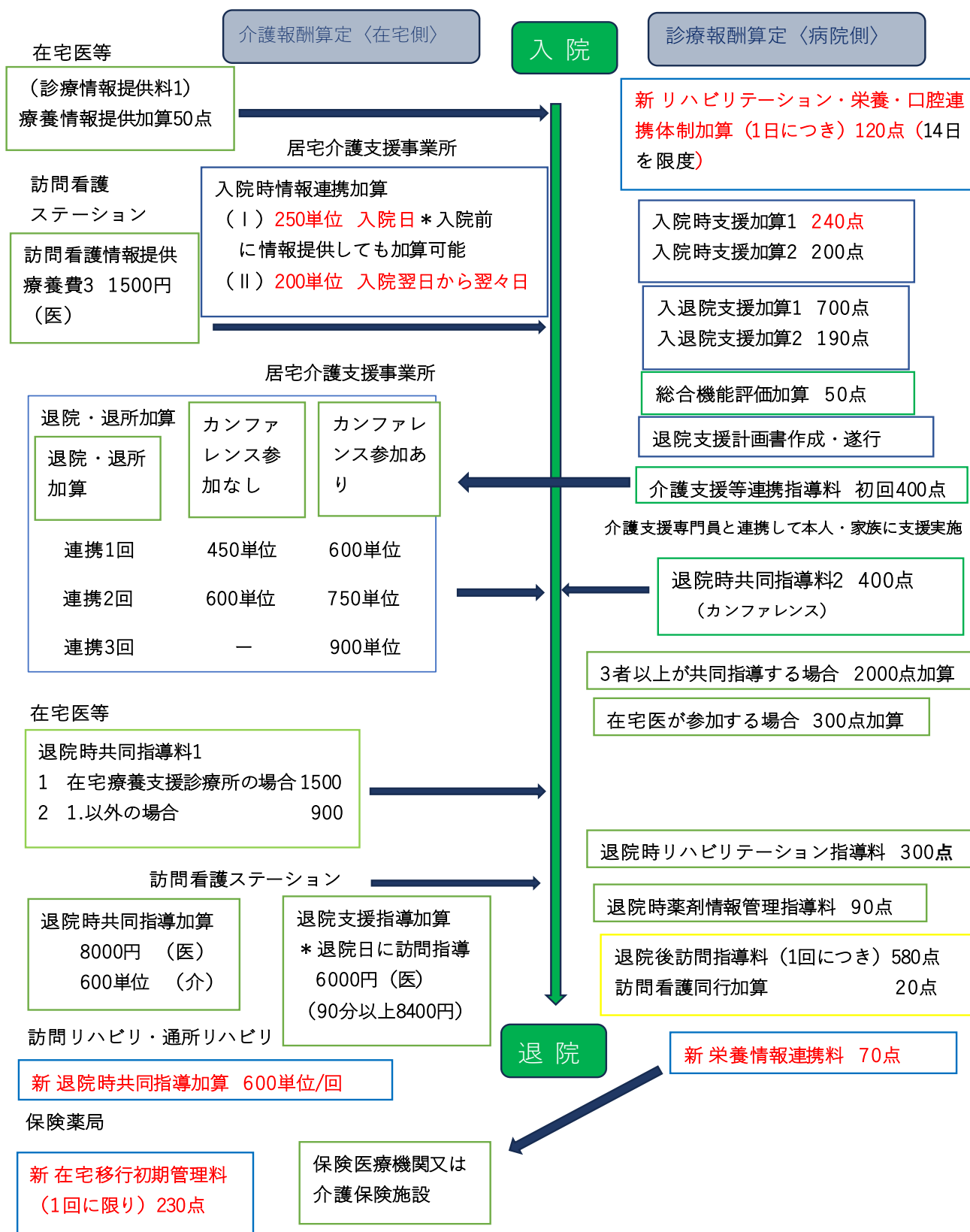


図7 入退院支援に係る診療報酬および介護報酬

V. ICT を用いた、多職種での情報連携について

茨城県内のいくつかの市町村においては、医師会と連携し、医療機関、介護サービスにおける ICT を用いた情報連携を運用している地域があります。（例：図 8 参照）

それには、市町村が中心となって基盤ソフトの導入、運用を行うものや、医療・介護サービス間で使用しているものなど形態は多種にわたり、システムでは、要支援・要介護者、在宅患者等の情報、サービス事業所、担当の専門職等の登録が行われることで、入退院の支援のツールとして活用されています。

しかし ICT を用いることで、多職種での情報共有が自動的に生まれるわけでもなく、まず顔の見える、アナログでの関係があってこそ ICT 機器の利用がより有用になります。

退院調整時などでは、医師が会議に参加できなくても、web による参加、退院前の ICT による患者情報の共有などのメリットがあります。ケアマネジャーも、電話連絡で相手の時間を気にすることもなく、ICT で連絡を入れておけば、相手は都合の良い時間に確認、返答することも可能となります。この点については、緊急時を除き、相手に連絡調整の場面で気を遣うことも減ることにつながります。

一方では、患者情報を扱うことより、セキュリティの問題、患者の同意を誰が取るのか、使用デバイスには、個人が私物として所有しているパソコンやスマートフォンを業務に使用するリスクなど、運用規約をきちんとしておくことが必要です。

各市町村には、地域包括ケアシステムに在宅医療・介護サービス等の情報の支援の項目があり、一度多職種で ICT 利用について市町村に相談することも導入のきっかけの一助になると考えます。

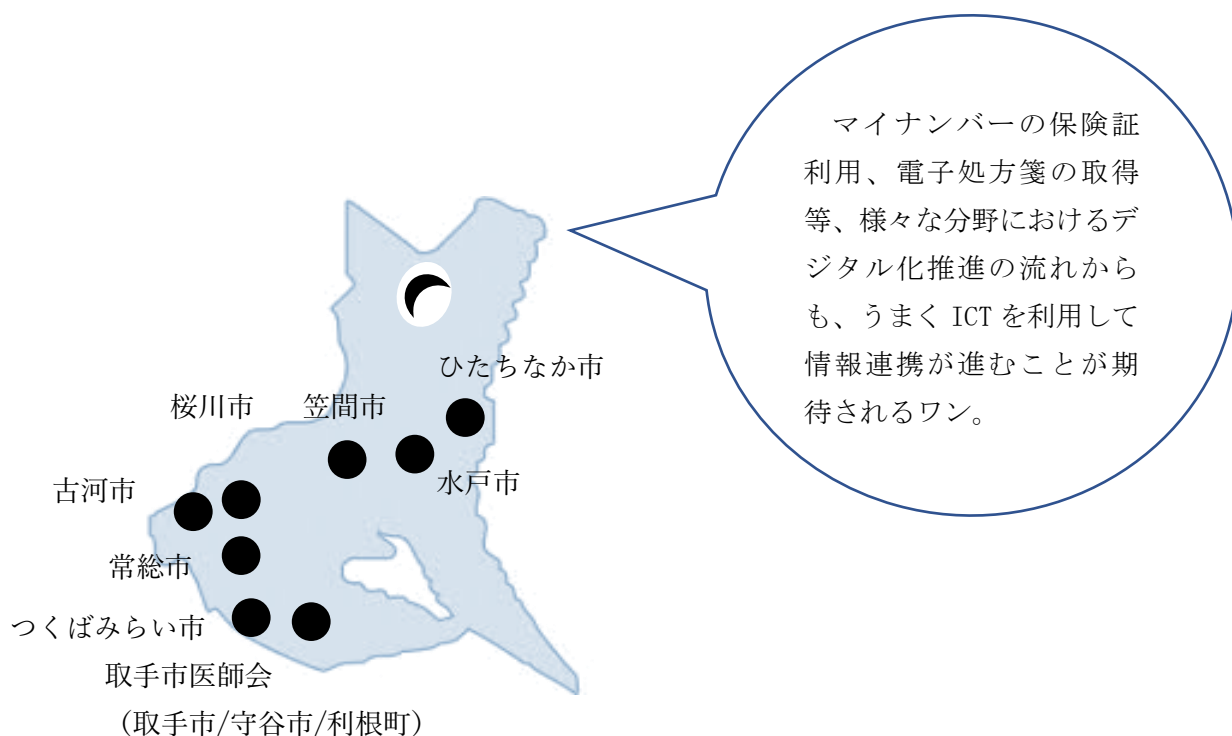


図 8 ICT を用いた情報連携システムの導入地域（市町村）の例

VI. 入退院連携のマナー・エチケット

連携は、マナー・エチケットから

医療・介護の多職種が連携するときに、スムーズに連携するためには、明確なルールの前に、お互いの立場を理解した行動が信頼関係を深め、気持ちよく仕事をするにつながることはご承知のことと思います。

以下、専門職であるがゆえにお互いに気をつけるべきこと、それらマナー・エチケット（以下、連携マナーとする）としてまとめました。

1.入退院支援のための連携促進のマナー

＜多職種に共通する連携マナーの基本＞

①お互いの思いやりと、ていねいな対応を心がける。

専門職同士においてお互いに制度、領域や必要な情報が異なる状況下で対応を求められます。お互いの専門性や各職種の立場を、思いやりをもって理解し、非難することなくていねいな対応を心がけましょう。

②お互いの視点を忘れず、わかりやすい情報を日常的に交換できるよう努める。

内容をあらかじめまとめ、簡潔に要点を伝えられるよう準備しておきます。また都合の良い連絡方法（電話、FAX、メール等）や窓口、時間帯をお互いに確認しておきましょう。

専門用語や略語を使うときは相手に配慮し、わかりやすい言葉を使いましょう。

③他の職種と連携を取る時には、どの程度急ぐ要件か相手に伝える。

それぞれ時間が限られた中で業務に取り組んでいるため、どの程度急ぐ要件かあらかじめ判断して連絡しましょう。

④担当者不在時の体制を整備しておく。

緊急時も含め担当者不在時の連絡体制は事業所ごとに整理しておき、代理の職員を決める、連絡があったことを確実に担当者に伝えられる体制や連絡方法を整えておきましょう。

⑤情報共有の方法を決めておく。

複数の事業所が関わっている場合、他の事業所がどのようにサービス提供しているか、ノート、情報共有システムなどを利用して情報共有しましょう。ノートを利用する場合にはサービス提供時必ず目を通し、確認した証として、日時・所属・氏名を記載しましょう。また、都合の良い連絡方法（電話、FAX、メール等）や窓口、時間帯をお互いに確認しておきましょう。

⑥連絡先窓口のリストの共有

入退院時の連絡先の機関や窓口になる担当者のリストを作成し、共有することでスムーズに連絡調整ができるように準備しましょう。誰もが連絡できる状況にしておくことが重要です。

⑦在宅での多職種連携において

・訪問時間はお互いにできる限り守ること

訪問時間が変更となる恐れがある場合には早めに連絡をしましょう。制度上、算定要件の問題になることもあります。共有を図りたい場合など訪問時間を重ねたいときは事前に連絡を取りましょう。

・看取りの時は家族の揺れる気持ちを多職種で支える。

在宅看取りが近づくと家族の気持ちは大きく揺れます。揺れる気持ちを多職種で理解し、密に情報共

有を行いましょう。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）の概念も取り入れましょう。

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」については、厚生労働省のホームページに掲載されておりますので、下記をご参照下さい。

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」リーフレット	https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000079905.pdf
「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」（P32～33）	https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000079906.pdf
「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」解説編	https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000079907.pdf

医師の皆様へ

○書類は読みやすく、照会は早めに

- ・主治医意見書、訪問看護指示書、訪問薬剤指導指示書等、かかりつけ医師の書く書類は、読みやすい字で、照会にはなるべく早めに多職種に回答しましょう。早く書類を作成していただくことで早く必要なサービス利用につながります。
- ・書類には、病歴や服薬の状況のほか、生活のことを含めての指示（生活上の制限等）を書くことで、介護サービス事業所における円滑な支援につながります。

※.『い』『ろ』『は』『に』『す』『めし』に着目

『い』 移動 『ろ』 ふろ 『は』 排泄 『に』 認知症 『す』 睡眠 『めし』 食事

○かかりつけ医師は、緊急で患者を病院に紹介する場合、入院判断の際に必要な情報を病院へ伝えましょう。

- ・入院時の病診連携は、退院時の病診連携に繋げるため、入院先の主治医とかかりつけ医が相互にできるだけ早く情報を提供しましょう。

○急変時の対応を、あらかじめ本人、家族等と相談する。

かかりつけ医師は、緊急を要する症状や状態などをあらかじめ介護サービス事業所へ知らせておきましょう。また、急変時の対応方法などをあらかじめ本人、家族等と相談しておきましょう。

○薬の処方 は 計画的に しましょう。

- ・コロナ禍の影響や後発医薬品供給不安定の影響による入手困難、医療用麻薬等一部の医薬品は納品までに数日かかる場合があります、すぐに対応できない可能性があります。退院後の薬剤安定供給の観点や薬剤師からの疑義照会の可能性も考慮して、早めに薬剤師に連絡しましょう。

特に下記の点については注意をお願いします。

- 土日祭日：土日や年末年始、ゴールデンウィーク等において、卸売業者からの供給がないため、在庫のない医薬品がすぐに用意できない可能性があります。特に年末は、12月中旬にメーカーからの発送が無くなる場合もあり、早めの対応が必要です。

- 注射薬：院外処方箋として供給できる注射薬には制限があります。また多くの薬局では普段から注射薬を備蓄していません。そのため在宅移行後注射薬を継続しようする場合においては、院外処方が可能かどうか、確認が必要です。
- 供給中止等：現在医薬品の流通が非常に混乱しております。また供給が突然中止される医薬品、出荷先が限定されて手に入らない医薬品等があります。薬局で入手できない場合は代替品へのご相談をさせて頂くことがあります。
- 退院時処方：上記理由からすぐに必要な医薬品が手に入らない可能性があります。そのため退院時処方（注射薬を含む）として2週間分ほど持たせて頂けると、在宅移行後継続した薬物療法が継続でき、またその間に医薬品の手配が可能となります。

病院スタッフの皆様へ

- 退院前カンファレンスには、できるだけ全ての関係職種へ声をかける。
ケアマネジャーだけでなく、できるだけ全ての関係者や地域で支援してくれる人に声をかけましょう。特に、医療介入が多い場合には訪問看護ステーションが出席できるように調整しましょう。
- ・インフォームドコンセント、退院前カンファレンスを開催する際に、ケアマネジャー等多職種が参加する場合においては、患者・家族に了承を得ておく必要があります。
- 退院日の目途を早めにケアマネジャーに伝える。
- ・ケアマネジャーは、退院前カンファレンス参加時にケアプラン原案を作成、提示する必要があるため、入院中の変化の情報が必要となります。
- ・介護が必要と判断される場合には、早めにソーシャルワーカー等が家族に認定の申請をすすめます。
- 看護サマリーの提供が重要。
- ・退院時には、各医療機関のルールに基づいてケアマネジャーに看護サマリーを提供し、退院後に想定される看護・介護の問題点、食事摂取・服薬内容・保清・最終排泄等の状況を伝えます。
- ケアマネジャー等から面会の希望を受けた際には、理由や目的等を確認し、関連する多職種に伝え、調整する事で、お互いスムーズな連携が図れます。

ケアマネジャーの皆様へ

- 医療機関から情報を提供してもらうためには、患者・家族の了承が必要。
- ・病院では、患者、家族の了承なしに、介護サービス事業所などへ情報提供することは困難です。
家族と相談しながら退院調整に向けて準備している旨を伝えることが重要です。また、医療機関へケアマネジャーが付き添う場合においては、患者や家族の承諾のもと、病院や医師に確認しましょう。
- 医療機関、介護施設等への訪問の前に面会の約束をしてから伺う。
- ・医療機関や介護施設等では面会の約束のない訪問には、対応できない場合があります。（特にコロナ禍の状況を鑑み）。あらかじめ、患者の氏名、担当医師名、訪問時間、訪問目的等を伝えましょう。また受診の付添いなどでは、主治医等に会える時間に調整する工夫をするとよいでしょう。
- ・医療機関では、本人と家族に病状を説明しています。家族における説明の理解について、どのように理解されているかどうか、ケアマネジャー等在宅サービスの担当者の方からも確認していただくことで医療機関での説明の状況が分かります。

- ・そのためには必要に応じて医療機関と在宅サービス担当者間で情報共有できるとより良い退院支援が展開できます。
- 受診同行の際には、受付時に名刺を添え、診察の場面では最初に氏名、所属、職種、目的を伝える。
- 医療機関からの看護サマリー等は、患者に渡さない。
- 退院時カンファレンスの内容などを介護サービス事業所と共有する。
 - ・在宅サービス事業所間で、医療機関の情報を一元的に収集するとよいでしょう。
 - ・ケアマネジャーからも確実に情報提供しましょう。
- あらかじめ退院に備えた準備をする。
 - ・病院における機能と役割を理解したうえで、自らが予期せぬ退院の連絡にも対応できるよう、患者が入院した時点から退院のことを考え、密な連携と準備をしておきましょう。
 - ・サービス担当者会議はできるだけ多くの関係職種に声をかけましょう。

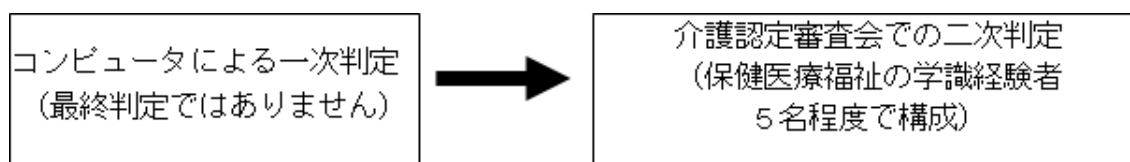
介護保険申請・手続きの流れ

その 1 : 介護の手間に係る審査判定

1. 要介護認定は、介護サービスの必要度（どれ位、介護のサービスを行う必要があるか）を判断するものです。従って、その方の**病気の重さ**と**要介護度の高さ**とが必ずしも一致しない場合があります。

〔例〕 認知症の進行に伴って、問題行動がおこることがあります。例えば、アルツハイマー型の認知症の方で、身体の状態が比較的良好であった場合、徘徊をはじめとする問題行動のために介護に要する手間が非常に多くかかることがあります。しかし、身体的な問題が発生して寝たきりである方に認知症の症状が加わった場合、病状としては進行していますが、徘徊等の問題行動は発生しないため、介護の総量としては大きく増えないことが考えられます。

2. 介護サービスの必要度（どれ位、介護サービスを行う必要があるか）の判定は、客観的で公平な判定を行うため、コンピュータによる一次判定と、それを原案として保健医療福祉の学識経験者が行う二次判定の二段階で行います。



3. コンピュータによる一次判定は、その方の認定調査の結果を基に、約 3,500 人に対し行った「1 分間タイムスタディ・データ」から推計します。

要介護度判定は「どれ位、介護サービスを行う必要があるか」を判断するものですから、これを正確に行うために介護老人福祉施設や介護療養型医療施設等の施設に入所・入院されている 3,500 人の高齢者について、48 時間にわたり、どのような介護サービス（お世話）がどれ位の時間にわたって行われたかを調べました（この結果を「1 分間タイムスタディ・データ」と呼んでいます。）。

4. (1) 一次判定のコンピュータシステムは、認定調査の項目等ごとに選択肢を設け、調査結果に従い、それぞれの高齢者を分類してゆき、「1 分間タイムスタディ・データ」の中からその心身の状況が最も近い高齢者のデータを探しだして、そのデータから要介護認定等基準時間を推計するシステムです。この方法は樹形モデルと呼ばれるものです。
(2) 推計は、5 分野（直接生活介助、間接生活介助、BPSD 関連行為、機能訓練関連行為、医療関連行為）について、要介護認定等基準時間を算出し、その時間と認知症加算の合計を基に要支援 1 ～要介護 5 に判定されます。

○ 要介護認定の一次判定は、要介護認定等基準時間に基づいて行いますが、これは 1 分間タイムスタディという特別な方法による時間であり、実際に家庭で行われる介護時間とは異なります。

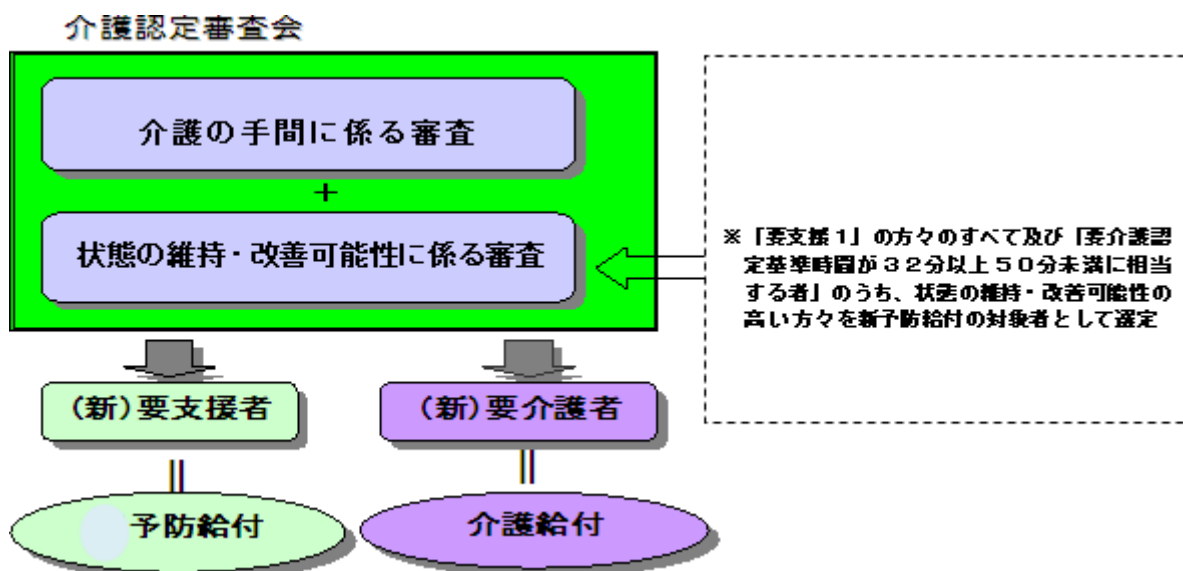
* この要介護認定等基準時間は、あくまでも介護の手間を量る「ものさし」であり、直接、訪問介護・訪問看護等の在宅で受けられる介護サービスの合計時間と連動するわけではありません。

要支援 1	要介護認定等基準時間が 25 分以上 32 分未満又はこれに相当すると認められる状態
要支援 2 要介護 1	要介護認定等基準時間が 32 分以上 50 分未満又はこれに相当すると認められる状態
要介護 2	要介護認定等基準時間が 50 分以上 70 分未満又はこれに相当すると認められる状態
要介護 3	要介護認定等基準時間が 70 分以上 90 分未満又はこれに相当すると認められる状態
要介護 4	要介護認定等基準時間が 90 分以上 110 分未満又はこれに相当すると認められる状態
要介護 5	要介護認定等基準時間が 110 分以上又はこれに相当すると認められる状態

その 2：状態の維持・改善可能性に係る審査判定

1. 予防給付対象者選定の考え方

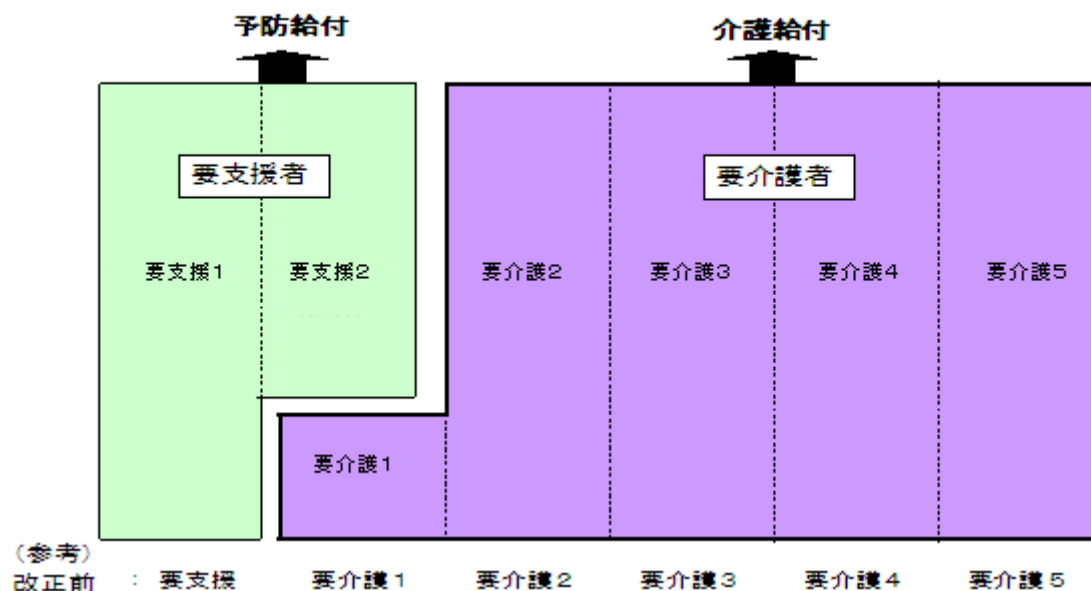
予防給付対象者の選定は、要介護認定の枠組みの中で、介護の手間に係る審査に加え、高齢者の「状態の維持・改善可能性」の観点から踏まえた明確な基準に基づく審査・判定を通じて行う。



2. 予防給付対象者選定手法

予防給付の対象は、「要支援1」の者すべてに加え、「要介護認定基準時間が32分以上50分未満に相当する者」に該当する者のうち、心身の状態が安定していない者や認知症等により予防給付等の利用に係る適切な理解が困難な者を除いた者とする。

〔保険給付と要介護状態区分のイメージ〕



予防給付等の適切な利用が見込まれない状態像は、以下のように考えられる。

(1) 疾病や外傷等により、心身の状態が安定せず、短期間で要介護状態等の再評価が必要な状態

- 脳卒中や心疾患、外傷等の急性期や慢性疾患の急性増悪期で不安定な状態にあり、医療系サービス等の利用を優先すべきもの
- 末期の悪性腫瘍や進行性疾患（神経難病等）により、急速に状態の不可逆的な悪化が見込まれるもの 等

これらの状態の判断は、運動器の機能向上のためのサービス等、個別サービスの利用の適格性に着目して行うのではなく、要介護状態が変動し易いため予防給付等そのものの利用が困難な事例が該当すると考えられる。

(2) 認知機能や思考・感情等の障害により、十分な説明を行ってもなお、予防給付等の利用に係る適切な理解が困難である状態

- 「認知症高齢者の日常生活自立度」が概ね II 以上の者であって、一定の介護が必要な程度の認知症があるもの。
- その他の精神神経疾患の症状の程度や病態により、予防給付等の利用に係る適切な理解が困難であると認められるもの

要介護認定の手続きの流れ



介護保険サービスの利用には「要介護認定」が欠かせません。

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

厚生労働省 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

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。

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。

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。

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。

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。

(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。

(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
- ・家族等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。

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン

解説編

人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会

改訂 平成30年3月

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン解説編

【平成19年版ガイドライン作成の経緯】

人生の最終段階における治療の開始・不開始及び中止等の医療のあり方の問題は、従来から医療現場で重要な課題となってきました。厚生労働省においても、人生の最終段階における医療のあり方については、昭和62年以来4回にわたって検討会を開催し、継続的に検討を重ねてきたところです。その中で行ってきた意識調査などにより、人生の最終段階における医療に関する国民の意識にも変化が見られることと、誰でもが迎える人生の最終段階とはいいいながらその態様や患者を取り巻く環境もさまざまなものがあることから、国が人生の最終段階における医療の内容について一律の定めを示すことが望ましいか否かについては慎重な態度がとられてきました。しかしながら、人生の最終段階における医療のあり方について、患者・医療従事者ともに広くコンセンサスが得られる基本的な点について確認をし、それをガイドラインとして示すことが、よりよき人生の最終段階における医療の実現に資するとして、厚生労働省において、初めてガイドラインが策定されました。本解説編は、厚生労働省において策定されたガイドラインを、より広く国民、患者及び医療従事者に理解いただけるよう、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」において議論された内容を取りまとめたものです。国に対しては、本ガイドラインの普及を図るとともに、緩和ケアの充実など人生の最終段階を迎える患者及び家族を支えるため、その体制整備に積極的に取り組むことを要望します。

【平成30年版ガイドライン改訂の経緯】

平成27年3月には、「終末期医療に関する意識調査等検討会」において、最期まで本人の生き方（＝人生）を尊重し、医療・ケアの提供について検討することが重要であることから、「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」へ名称の変更を行いました。今回の改訂は、ガイドライン策定から約10年の歳月を経た平成30年3月には、近年の高齢・多死社会の進行に伴う在宅や施設における療養や看取りの需要の増大を背景に、地域包括ケアシステムの構築が進められていることを踏まえ、また、近年、諸外国で普及しつつあるACP（アドバンス・ケア・プランニング：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス）の概念を盛り込み、医療・介護の現場における普及を図ることを目的に「人生の最終段階における医療の普及・啓発に関する検討会」において、次の1）から3）までの観点から、文言変更や解釈の追加を行いました。

- 1) 本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針についての話し合いは繰り返すことが重要であることを強調すること。
- 2) 本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、その場合に本人の意思を推定しうる者となる家族等の信頼できる者も含めて、事前に繰り返し話し合っておくことが重要であること。
- 3) 病院だけでなく介護施設・在宅の現場も想定したガイドラインとなるよう、配慮すること。加えて、本ガイドラインについて、人生の最終段階における医療・ケアに従事する医療・介護従事者が、人生の最終段階を迎える本人及び家族等を支えるために活用するものであるという位置づ

けや、本人・家族等の意見を繰り返し聞きながら、本人の尊厳を追求し、自分らしく最期まで生き、より良い最期を迎えるために人生の最終段階における医療・ケアを進めていくことが重要であることを改めて確認しました。2 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、家族等の役割がいつ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。

1.会議の経過

令和4年度

第1回入退院支援連携マニュアル作成ワーキンググループ会議（11/14）開催。

↓ 入退院支援連携マニュアル作成ワーキンググループ個別会議（2023/2/13）を開催。

▼ 入退院支援連携マニュアル作成ワーキンググループ個別会議（2/14）を開催。

第2回入退院支援連携マニュアル作成ワーキンググループ会議（2/21）開催。

第3回入退院支援連携マニュアル作成ワーキンググループ会議（3/14）開催。

第4回入退院支援連携マニュアル作成ワーキンググループ会議（3/28）開催。

↓

令和5年3月：茨城県入退院支援連携ガイドラインとして初版（Ver. 1.0）完成。

令和5年度

第1回入退院支援連携ガイドラインWG会議（7/25）開催。

第2回入退院支援連携ガイドラインWG会議（10/23）開催。

第3回入退院支援連携ガイドラインWG会議（2024/1/24）開催。

第4回入退院支援連携ガイドラインWG会議（2024/3/6）開催。

令和5年10月：茨城県入退院支援連携ガイドライン Ver. 1.1 に改訂。

茨城県入退院支援連携ガイドライン ダイジェスト版 完成（3/31）。

令和6年6月：茨城県入退院支援連携ガイドライン Ver. 2.0 完成。

2. 参考文献、引用文献等

- ・宇都宮宏子監修：退院支援ガイドブック「これまでの暮らし」「そしてこれから」をみすえてかかわる、学研、2022年3月1日 初版 第7印刷発行
- ・さいたま市保健福祉部長寿応援部いきいき長寿推進課：「さいたま市入退院支援ルール」医療と介護の切れ目ない連携を目指して、2022年3月発行
- ・「福井県入退院支援ルール」検討会：「福井県入退院委員支援ルール」～病院と地域で切れ目ない連携をめざして～、2022年4月発行
- ・茨城県退院調整等マネジメント推進協議会：退院支援マネジメント ガイドライン茨城版、公益社団法人茨城県看護協会、2017年10月28日発行
- ・東京都福祉保健局医療政策部：東京都退院支援マニュアル～病院から住み慣れた地域へ、安心して生活が送れるために～、2016年3月改訂版発行
- ・厚生労働省ホームページ：介護認定はどのように行われるか、
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/nintei/gaiyo2.html
- ・厚生労働省ホームページ：令和6年度診療報酬改定の概要
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001252073.pdf>
- ・厚生労働省ホームページ：令和6年度介護報酬改定に関する通知等の改正
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001227887.pdf>
- ・大阪府ホームページ：大阪府入退院支援の手引き
<https://www.pref.osaka.lg.jp/attach/29443/00309358/nyuutaiinnshiennotebiki.pdf>
- ・東広島市：多職種連携のための『入退院支援ルールブック』
[https://www.city.higashihiroshima.lg.jp/material/files/group/32/rulebook\(iryocenter\).pdf](https://www.city.higashihiroshima.lg.jp/material/files/group/32/rulebook(iryocenter).pdf)
- ・公益社団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：国診協版入退院支援の手引き（平成30年6月）

3.茨城県入退院支援連携マニュアル作成ワーキンググループ会議名簿

(令和年6月31日現在)

氏 名	所 属 / 役 職
伊藤 金一	地域包括ケア推進センター／推進員、茨城県医師会／常任理事
堤 浩一郎	茨城県歯科医師会／理事
坂本 岳志	茨城県薬剤師会／地域医療委員
中島 貞子	茨城県看護協会／専務理事
鯉渕 望	茨城県介護支援専門員協会／理事
中里 和浩	茨城県リハビリテーション専門職協会／理事（言語聴覚士）
中川 広子	茨城県ソーシャルワーカー協会／会員、筑波メディカルセンター病院／医療福祉相談課課長
長塚 早苗	茨城県訪問看護事業協議会／理事
脇 健仁	茨城県訪問介護協議会／副会長
石川 祐一	茨城県栄養士会／会長
角田 直枝	常磐大学看護学部看護学科／教授
小野 ゆかり	水府病院訪問看護ステーションすいふ／管理者
鈴木 志真	地域包括ケア推進センター／推進員
渡邊 勸	地域包括ケア推進センター／推進員
飯村 ゆう子	地域包括ケア推進センター／推進員
若松 幸子	地域包括ケア推進センター／推進員
奥野 純子	地域包括ケア推進センター／推進員
本橋 明子	茨城県保健医療部健康推進課地域包括ケア推進室／室長補佐
寺内 章人	茨城県保健医療部健康推進課地域包括ケア推進室／係長
越後 壮	茨城県医師会業務課／係長
戸井田 恵美	茨城県医師会業務課／係長

茨城県入退院支援連携ガイドライン Ver2.0（高齢者編）

- 発行 令和 6 年 6 月
- 監修 伊藤金一
- 編集 茨城県入退院支援連携ガイドラインワーキンググループ
茨城県地域包括ケア推進センター
茨城県医師会
〒310-0852
茨城県水戸市笠原町 489（茨城県医師会内）
TEL：029-243-7720、FAX：029-243-7722

<改訂履歴>

- | | | |
|--------------|-------------|------|
| Ver1.0（高齢者編） | 令和 5 年 3 月 | 初版発行 |
| Ver1.1（高齢者編） | 令和 5 年 10 月 | 改訂 |
| Ver2.0（高齢者編） | 令和 6 年 6 月 | 改訂 |
-