

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)

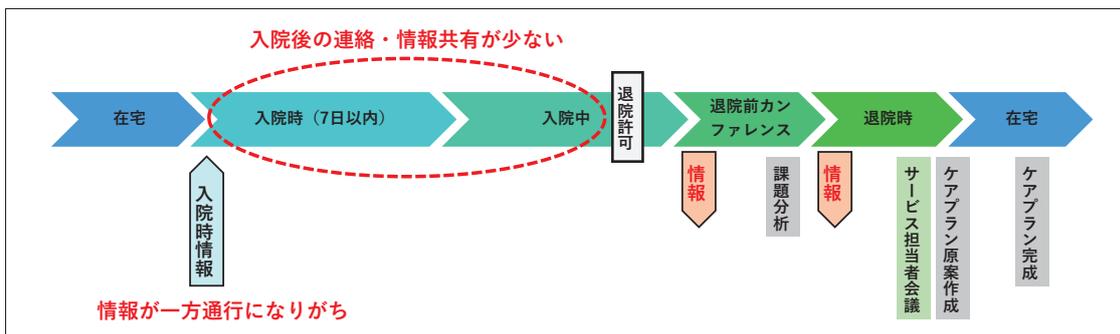


図1 入退院支援 現状の流れ

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。

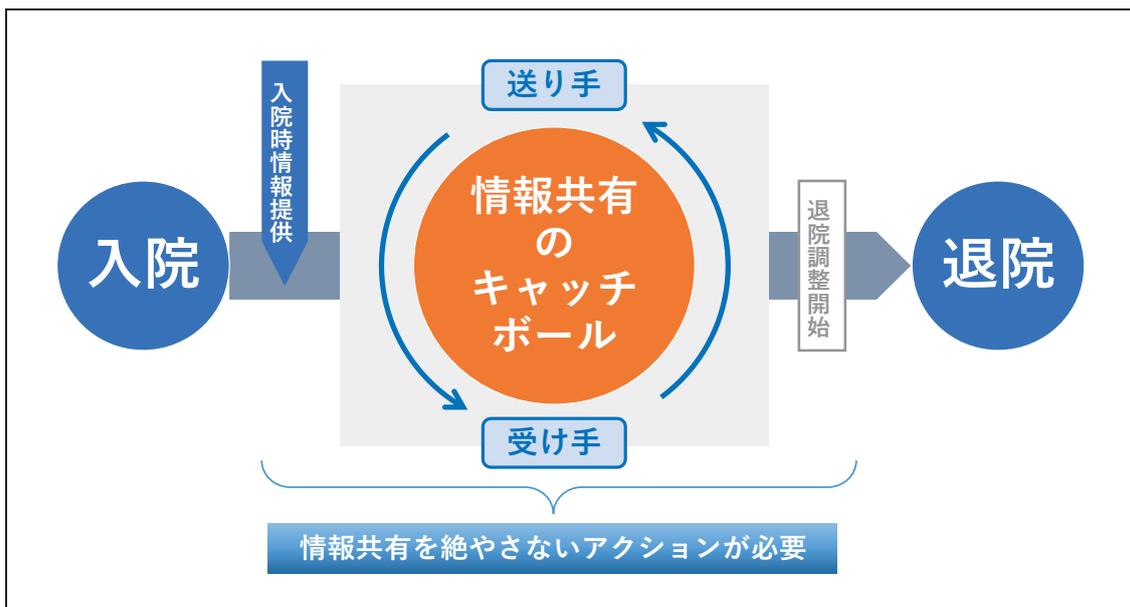


図2 入院中の情報共有モデル 参考資料1を参照 著者作成

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

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