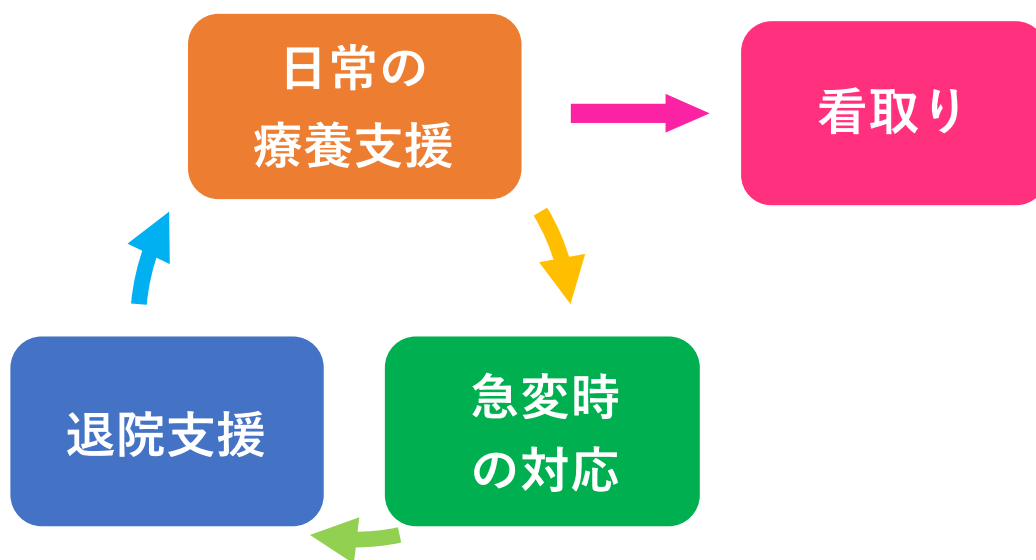


## 1. 手引き作成の背景

医療と介護には連携すべき4つの局面がある。

- ① 住み慣れた地域で療養が必要になった時(日常の療養支援)
- ② 疾患の悪化等による急変時
- ③ 病院と在宅多職種関係者(在宅チーム)の協働による退院支援
- ④ 住み慣れた場所等による看取り時 である。

### 在宅医療・介護連携の4つの場面



厚生労働省 第1回「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」資料を一部改編

高齢化の進展により、慢性疾患を抱え、医療・介護サービスを利用しながら、時には入院が必要となりながら、地域で生活する高齢者が増加することが見込まれている。高齢者が、本人の希望により住み慣れた地域で暮らし続けることを可能とするには、この4つの局面の連携がうまくいかなくてはならない。

入院は、本来、これまでの生活の延長線上にあり、病院は、必要な治療などが終われば、それまでの生活に帰れるよう、本人の希望する暮らし方を阻害しないように支援を行う必要がある。また、退院後は、可能な限り住み慣れた自宅において療養しながら、人生の最期まで穏やかに暮らし続けられるよう、病院と在宅チームが連携し、退院後の生活について本人・家族を交えた上で、共に考え、支援していくことが「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」においても強く求められている。

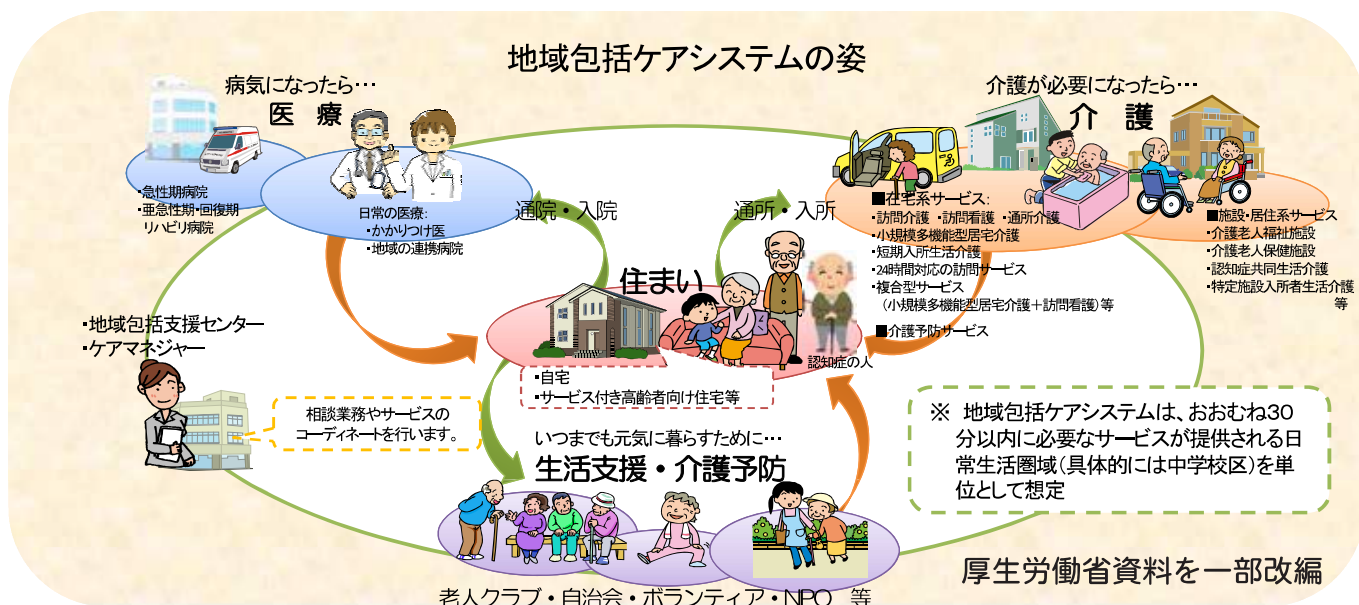
しかし、現状では、「入院前の本人の様子や在宅療養を希望していることなどが、在宅チームからうまく病院に伝わらず、施設を探していた」、「在宅療養の経験がない病院関係者は、在宅療養のイメージがつきにくく、『家に帰るのは無理ではないか』とあきらめてしまう」、「ケアマネジャーが

入院時に病院に情報提供せず、病院も入院したことをケアマネジャーに伝えない」、などの事態が起こっている。

また、退院後のケアマネジメントの課題として疾患の再発予防・重度化予防などが重要であるが、病院と在宅チームが協働できず、必要な情報が適時に共有されない結果として、適切なケアプランの作成につなげられていないとの指摘も多い。

国は、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を目指している。どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制整備に向け、診療・介護報酬においても地域包括ケアシステム構築を進化・推進していく観点から改定を行っており、病院とケアマネジャーの入退院時に係る連携に関する評価の充実も図られている。

我々が目指す社会の実現を図るには、こうした国の動きとの連動を図りながら、入院早期から病院と在宅チームが連携し、協働して退院支援を行っていくとともに、入退院時における一連のケアマネジメントの質の向上を図っていくことが必要である。



## 2. 手引きの目的

本手引きは、退院後の疾患の再発予防・重度化予防を図りながら、本人が安心して安全に在宅療養を送ることができるように、病院と在宅チームが行うべきこと、大切にしたい視点などをまとめるとともに、具体的に、どのような情報を収集・共有していくか、また、どのような流れでケアプランに反映していくかなどを取りまとめたものである。

病院と在宅チームの双方がどのようなプロセスを経て入退院支援を実施しているのかを互いに理解し、病院と在宅チームが協働して支援を行えるようになることを目的としている。

## 3. 手引きの位置付け・対象

本手引きでは、平均在院日数が短く、最も迅速な対応が求められる事例（急性期病院への入退院）を想定し、ケアマネジャーや地域包括支援センターが関わっている要介護（支援）認定者が、入院から暮らしの場へ帰り、在宅生活の再構築を図る際の支援の流れについて示したものである。

急性期病院以外の病院であっても、退院までの基本的な流れや必要とする情報は共通するところが多いと思われるため、本手引きでまとめた視点や考え方などを参考としていただきたい。

なお、本手引きでは、情報共有などを容易にする観点から、標準様式などを添付している。しかし、既に地域において活用されている様式などがあり、有効に機能している場合には、引き続き、そうした様式などを活用いただければよいと考えている。一方で、入退院に伴う病院と在宅チームの連携を推進するための既存の連携ツールなどがない場合には、是非、参考・活用していただきたい。

