

雲南圏域における入退院連携 マニュアルの作成



平成29年3月
雲南地域医療介護連携調整検討委員会
島根県雲南保健所

入退院時における医療と介護の連携の現状と課題

【入院時】
居宅介護支援事業所から病院への情報提供内容の質的充実度
 (病棟看護師長へのアンケートの回答)



【入院時】訪問看護STから病院への情報提供内容の質的充実度
 (病棟看護師長へのアンケートの回答)



【参考】退院調整漏れ率(速報 H28調査)
 (居宅介護支援事業所利用者で、病院から退院された人のうち退院連絡がなかった人の割合)



※退院調整漏れ率は他圏域からの退院分を含む。

【参考】退院調整漏れ率(速報 H28調査)
 (訪問看護ST利用者で、病院から退院された人のうち退院連絡がなかった人の割合)



※退院調整漏れ率は他圏域からの退院分を含む。

課題

入院時:入院時に担当ケアマネがわからない場合がある。(病院相談員)

退院時:急に退院の連絡がある。(ケアマネ) 退院カンファレンスの連絡がない場合がある。(訪問看護) など

雲南圏域における入退院調整ルールの方策

I 現状と課題

・要介護状態の患者が、在宅へ向けた退院の準備をするときに、病院からケアマネに引継ぎがされない、いわゆる「退院調整漏れ」により、必要な介護サービスがタイムリーに受けられず、在宅生活へ円滑に移行できない場合がある。

⇒病院とケアマネ、訪問との連携が必要

II 事業の概要

・雲南圏域での入退院調整ルールの明文化

雲南圏域では、すでに雲南地域介護支援専門員協会が作成した「医療連携シート」により、ケアマネから病院への情報提供が平成27年度から実施されていたが、運用ルールまでの取り決めはなかったため、病院、ケアマネ、訪問看護、市町(包括)等関係機関と連携して、ルールを明文化した「入退院連携マニュアル」を作成する。

・国のモデル事業を参考に実施

H26、H27年度に厚生労働省が実施した「都道府県医療介護連携調整実証事業」を参考に、関係機関代表者と連携し、まずは雲南圏域のマニュアル作成を目指す。(出雲圏域、松江圏域との連携は雲南圏域でのルール定着後に検討)

III 取組・スケジュール

| 年月日 | 会議等 | |
|------------------|---|-----|
| H26.4.1 ～5.31 | 入退院時における病院と在宅サービス事業所間の情報共有に関する調査(医療政策課) | |
| H28.3.8 | 都道府県医療介護連携調整実証事業会議(厚生労働省) | |
| H28.3.20 | 雲南市立病院地域連携室、雲南保健所協議 | |
| H28.4.20 | 雲南地域介護支援専門員協会、雲南保健所協議 | |
| H28.5 | 病院、訪問、市町(包括)へ事業説明及び参加要請 | |
| H28.7.19 | 雲南圏域医療介護連携調整検討委員会(第1回)開催 | 12名 |
| H28.8 | 雲南広域連合へ参加要請、承諾 | |
| H28.8.30 | 雲南圏域医療介護連携調整検討委員会(個別協議)開催 | 6名 |
| H28.9.29 | 雲南圏域医療介護連携調整検討委員会(第2回)開催 | 13名 |
| H28.12.17 | 在宅医療・介護に関する多職種合同研修開催 | 63名 |
| H29.2.7 | 雲南圏域医療介護連携調整検討委員会(臨時)開催 | 12名 |
| H29.3.13 | 雲南圏域医療介護連携調整検討委員会(第3回)開催 | |
| | 雲南圏域における入退院連携マニュアル運用開始 | |



IV 成果

・お互いの立場を理解し合い、圏域の「入退院調整ルール」をみんなで作り、活用する。



①安心して在宅へ退院

退院調整漏れがなくなり、患者の在宅生活への円滑な移行が可能になる。

②お互いが仕事がしやすく

多職種が協働することにより、信頼関係が構築され、互いに仕事がしやすくなる。

③市町の取組の支援

在宅医療・介護連携推進事業の実施につながる。

④診療報酬・介護報酬上のメリット

ルールを活用することで、報酬上の評価や加算につながる。

入退院調整ルール(入院時の情報提供)

【協議のうえ決定した入退院調整ルールの一部】

(1) 入院前に要介護認定(要支援認定を含む。以下同じ)を受けている(担当ケアマネジャーが決まっている)場合

①入院の連絡(病院→担当ケアマネジャー→(必要に応じ)訪問看護ステーション)

・病院担当者は、入院患者が介護保険を利用している場合、患者や家族に担当ケアマネジャーを確認し、入院したことを患者又は家族からケアマネジャーへ連絡するよう伝える。ただし、患者または家族から入院の連絡ができない場合は、病院担当者が担当ケアマネジャーへ入院したことを連絡する。

担当ケアマネジャーは必要に応じて訪問看護ステーション、薬局等関係機関へ連絡する。

(注)在宅で介護サービスを利用している場合、入院により介護サービスを直ちに停止する必要がある。

・担当ケアマネジャーが分からない場合は、「(4)入院患者の介護認定の有無等が分からない場合」を参照のこと。

・病院担当者が担当ケアマネジャーを把握しやすいように、担当ケアマネジャーは日頃より工夫する。(工夫例をマニュアルに記載)

②入院時の情報提供(担当ケアマネジャー・訪問看護ステーション→病院)

・担当ケアマネジャーは、担当する利用者の入院を把握した場合は、速やか(入院の連絡を受けてから概ね3日以内)に「医療介護連携シート」(P9～12)を病院担当者へ提出し情報提供する。

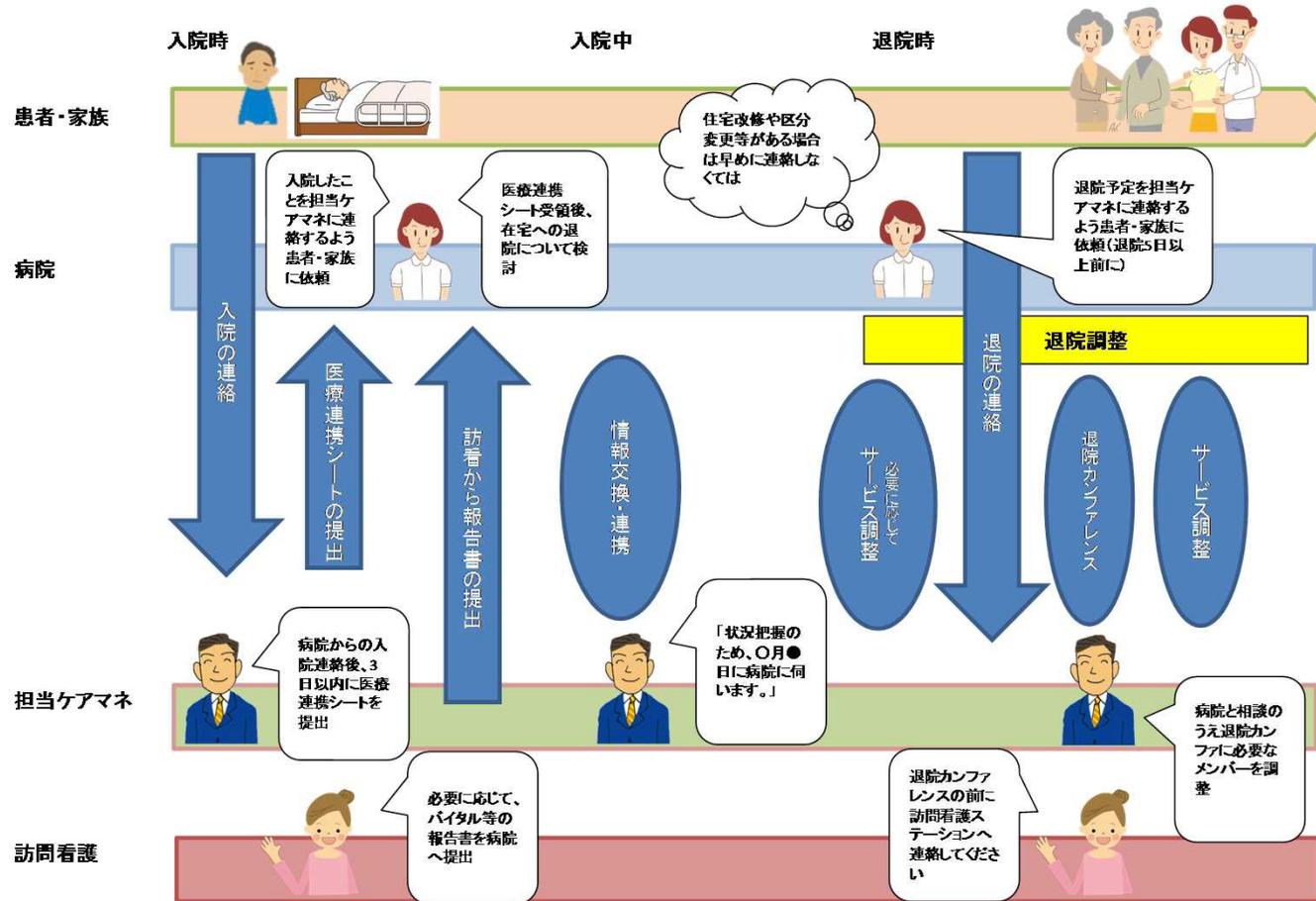
・訪問看護ステーションは、担当する利用者の入院を把握した場合は、必要に応じてバイタル等の報告書を病院担当者に情報提供する。

【ポイント】

- ・「誰が」、「いつ」、「どこへ」、「何を」、「どうするか」の明確化
- ・病院の窓口(病棟なのか地域連携室なのか)の明確化→マニュアルに一覧掲載

入退院調整ルール(退院時の情報提供)

入院前にケアマネジャーが決まっている場合のおおまかな流れ

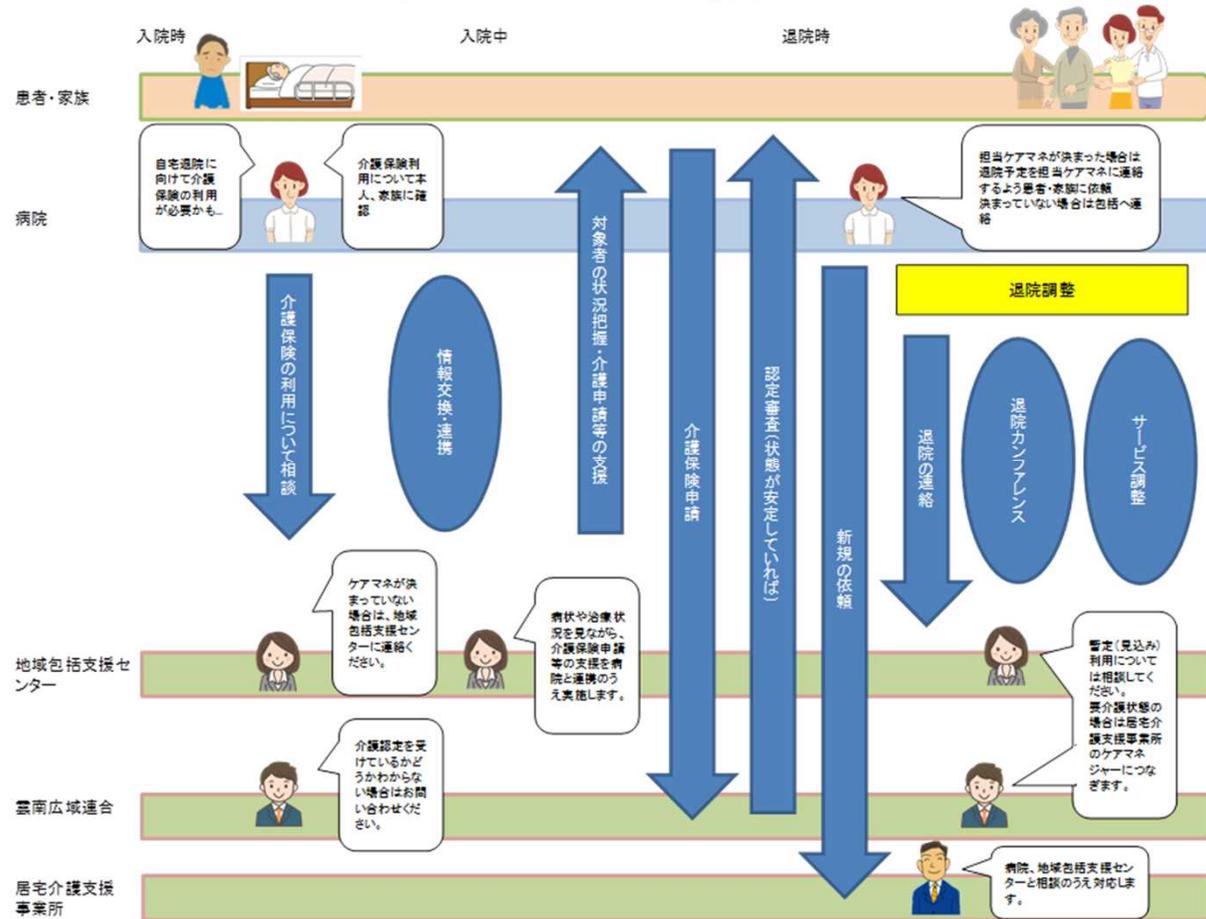


【ポイント】

- ・訪問看護ステーションへの情報提供の流れを追加
- ・病院からの退院情報の連絡時期を明文化

入退院調整ルール(退院時の情報提供)

入院前にケアマネジャーが決まっていない場合のおおまかな流れ



【ポイント】

- ・介護保険の利用が必要と思われる場合は地域包括支援センターへ連絡
- ・介護保険の利用状況が不明な場合は雲南広域連合へ連絡

今後の課題

- 「入退院連携マニュアル」の浸透、周知
- 定期的な運用確認、メンテナンス
- 他圏域の医療機関との入退院連携
- かかりつけ医等への情報提供
- 退院後の在宅での状況を病院へフィードバックする方法

雲南地域医療介護連携調整検討委員会

雲南圏域医療介護連携調整検討委員会名簿

| | 所属機関 | 職名 | 氏名 | 備考 |
|----|---------------------|----------|--------|-----|
| 1 | あゆみの杜（小規模多機能） | 介護支援専門員 | 本間 加織 | |
| 2 | ケアセンターきすき（施設） | 介護支援専門員 | 中津 光二 | |
| 3 | よこた福祉会居宅介護支援事業所（居宅） | 介護支援専門員 | 坂本 扶美子 | |
| 4 | 雲南市立病院 | 地域連携室係長 | 三島 康文 | |
| 5 | 奥出雲病院 | 企画員社会福祉士 | 吉川 聖一 | |
| 6 | 平成記念病院 | 看護師 | 藤田 洋美 | |
| 7 | 奥出雲コスモ病院 | 精神保健福祉士 | 安井 一裕 | |
| 8 | 雲南市 | 主幹保健師 | 須藤 晴紀 | |
| 9 | 奥出雲町 | 調整監 | 稲田 やよい | |
| 10 | 飯南町 | 課長補佐 | 石橋 奈美 | |
| 11 | 訪問看護ステーション | 雲南圏域部会長 | 田中 多美 | |
| 12 | 雲南広域連合 | 主幹 | 鳥谷 朱希 | |
| | 雲南保健所 | 企画員 | 吉木 寛 | 事務局 |