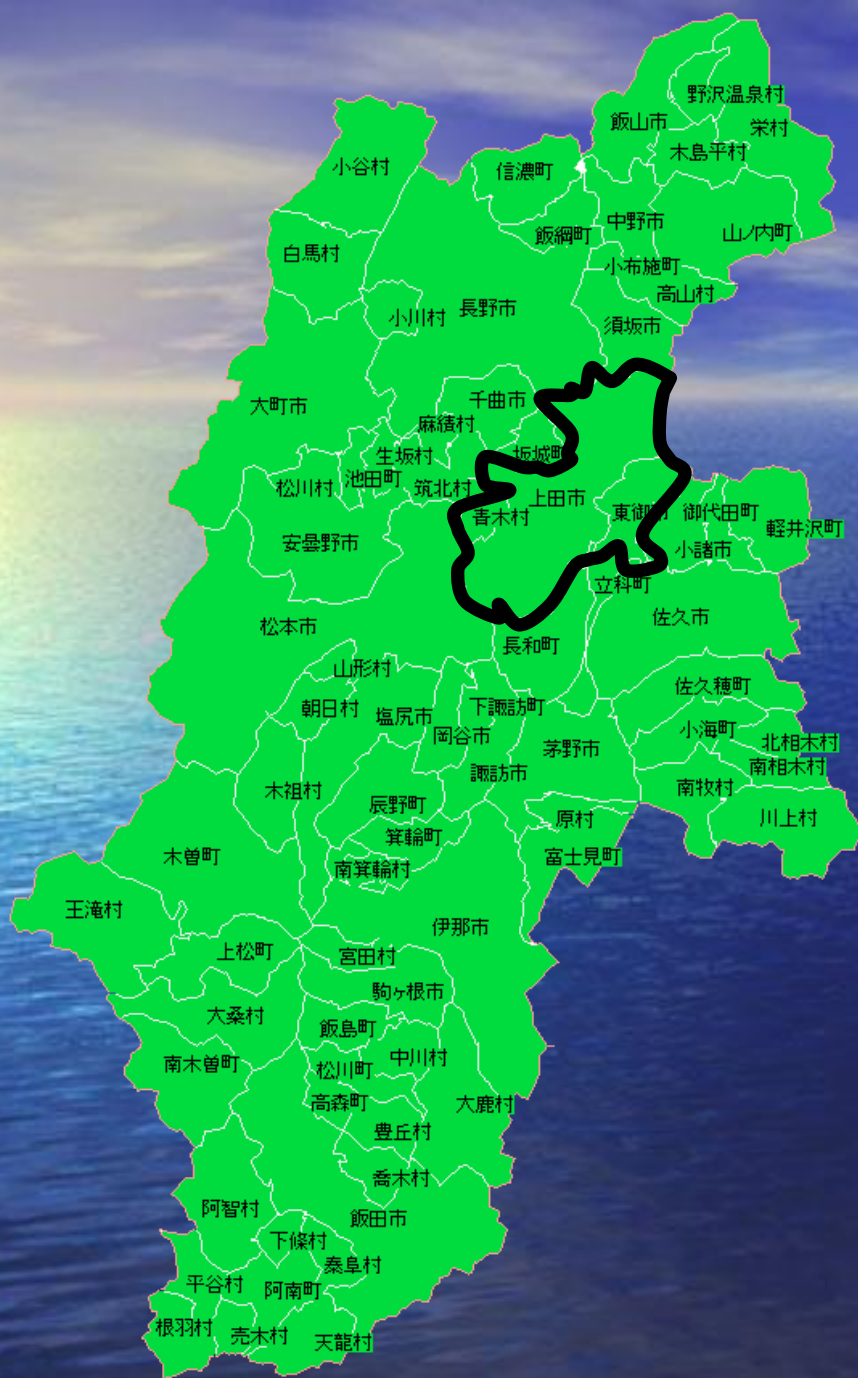




長野県上小地域医療・介護連携推進 「入退院調整ルール」策定とその背景について

草加保健所長
医師 **長棟美幸**

(前 長野県上田保健福祉事務所長)



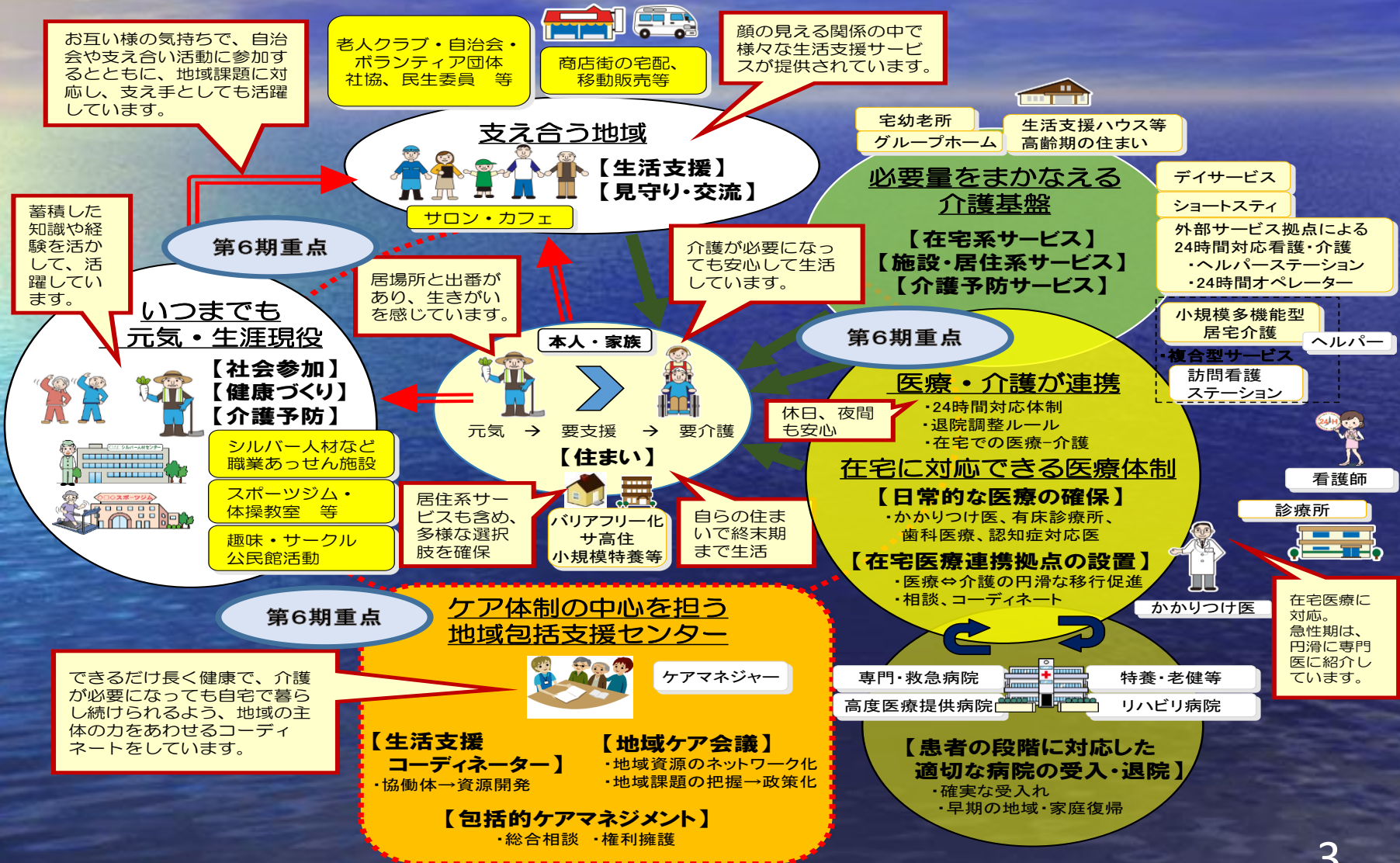
長野県上小地域

	人口	高齢化率(%)
上田市	155,323人	30.5%
東御市	29,561人	31.1%
長和町	5,847人	41.5%
青木村	4,154人	37.9%
長野県	2,063,865人	31.5%
		(県平均)

※(H30.10.1 人口異動調査による)

長野県が目指す「地域包括ケア体制」のイメージ (長野県高齢者プランより)

高齢者が自らボランティアや地域活動に参加し、社会や地域で活躍することが生きがいになり健康長寿に結びついています。一方、介護が必要になっても住み慣れた自宅や地域で医療・介護・生活支援サービスなどを受けながら、生活を継続していくことができる社会です。



上小地域医療・介護連携推進研究会

◇目的

上小地域において、入退院時の基本的な調整ルールを策定し、質の高いケアマネジメントを実現し、高齢者が在宅で安心して生活できる仕組みを構築する。

また、医療と介護双方の関係者が一堂に会することにより「顔の見える関係」が構築され、より仕事がしやすくなることが最大の目的である。

◇検討事項

窓口・担当者の確認方法、入退院時のカンファレンス、かかりつけ歯科、かかりつけ薬局との連携等

◇参加メンバー

病院・有床診療所、歯科医師会、薬剤師会、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、市町村、保健福祉事務所（事務局）

上小地域・入退院調整ルール策定経過

期 日	内 容
関係機関への事前説明 平成28年4月～5月	○4市町村、三師会、15病院・8有床診療所、介護支援専門員協会、訪問看護協会等へ個別訪問・趣旨説明
介護支援専門員協会 上小支部総会で事前説明 (平成28年6月14日)	○趣旨説明 ○グループワーク「医療と介護の連携の現状及び解決策」(120名参加)
第1回研究会 (平成28年7月12日)	○趣旨説明 ○グループワーク「医療と介護の連携の現状及び解決策」意見交換 (87名参加)
平成28年8月	○アンケート調査(上小地域の医療介護連携に関する現状把握)
第2回研究会 (平成28年10月6日)	○アンケート調査結果の報告 ○グループワーク「入退院調整ルール案」検討・発表 (93名参加)
第3回研究会 (平成28年12月8日)	○グループワーク「入退院調整ルール・医療介護連携担当者窓口及び利用者情報提供書等の様式」検討・発表 (79名参加)
市町村担当者会議 (平成29年1月12日)	○入退院調整ルール(事務局案)の作成
第4回研究会 (平成29年1月27日)	○グループワーク「入退院調整ルール(事務局案)」検討・発表 ○全体会「上小地域・入退院調整ルール」決定(64名参加)
関係機関に対する周知 平成29年2～3月	○上小圏域介護保険事業者連絡協議会研修会 ○在宅医療・介護連携推進事業研修会
平成29年4月1日	○上小地域・入退院調整ルールの運用開始

「入退院調整ルール」について

1 目的

- これまで、病院・有床診療所（以下「病院等」）とケアマネージャー（以下「ケアマネ」）との情報共有が不十分なことから、病院等から自宅に帰る患者やその家族が、退院後の在宅療養に困難を感じる事例が生じていた。
- そこで、要介護・要支援状態にある患者が、自宅から病院等へ入退院する際に、病院等と、在宅支援を担う介護サービス事業所・かかりつけ医・歯科・薬局等の関係者が円滑に連携又は情報共有するためのルールとして、上小地域「入退院調整ルール」を作成し運用を開始した。

2 基本ルール

(1)ルール適用地域 上小地域(上田市・東御市・長和町・青木村)

(2)運用開始時期 平成29年4月

(3)ルールを適用する患者

在宅から入退院する患者で、下記のいずれかに該当する場合

A. 入院前にケアマネが決まっていた(介護サービスを利用していた)患者

B. 入院前にケアマネは決まっていないが、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

(4)入退院支援の担当窓口

○三師会 ○保険者(市町村介護保険担当) ○上田保健福祉事務所

○病院・有床診療所

○介護サービス事業所(居宅介護支援、地域包括支援センター、訪問看護)

(5)共通様式

○「利用者情報提供書」(ケアマネ→病院等)

○「看護情報提供書」(病院等→ケアマネ)

(6)運営上の留意点

○ルールは強制ではなく、日数などは「目安」。関係機関者間で適宜運用

上小地域・医療機関連絡先一覧

平成29年4月1日現在

医療機関名	入退院時 担当窓口	郵便 番号	住 所	電 話 F A X	電話連絡 可能な 時間	Eメール
<u>医療法人〇〇〇会</u> <u>△△△△△病院</u>	地域医療 連携室	386- ××	上田市〇〇 1 - 2 - 3	0268- 00-0123 0268- 00-0124	8 : 30～ 17 : 00	<u>renkeishitsu@×</u> <u>×-hp.com</u>
<u>医療法人××会</u> <u>▽▽▽▽▽病院</u>	看護師長	386- △△	上田市△△ 2 - 3 - 4	0268- 11-0123 0268- 11-0124	(月～土) 8 : 30～ 17 : 30	
<u>○▽×協同組合連合会</u> <u>◆◆◆◆病院</u>	医療ソーシャル ワーカー	386- ◇◇	東御市×× 3 - 2 - 1	0268- 22-0123 0268- 22-0124	(月・火・ 木・金) 9 : 00～ 17 : 00 (水・土) 9 : 00～ 12 : 00	

A 入院前にケアマネージャー(居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター)が決まっている場合

(注)下線の項目は特別な理由がない限り行う、大切な役割を表記しています。それ以外の項目は関係者間で相談し、必要に応じて行ってください。

時系列	病院・有床診療所の役割	ケアマネージャー等の役割	かかりつけ薬局・ 歯科の役割	本人・家族の役割
在宅時		<p><u>・日頃から本人・家族に入院時に「入院時あんしんセット」の持参及び電話連絡を依頼</u></p> <p>・居宅サービス事業所に入院した事実を把握した場合は連絡を依頼</p>	<p>・本人・家族にお薬手帳と内服薬を一緒に保管することを説明</p>	<p><u>・「(注)入院時あんしんセット」を準備</u></p> <p>・キーパーソン(主に本人に関わってくれる家族)を決定</p> <p>(注)・ケアマネの名刺 ・健康(介護)保険証 ・診察券 ・お薬手帳</p>
入院時 (検査入院、短期入院は除く)	<p><u>・概ね3日以内に「入院時あんしんセット」等により介護保険の認定状況、ケアマネの有無を確認。不明の場合は家族に市町村(保険者)に確認するよう依頼</u></p> <p>・かかりつけ医・薬局・歯科の有無を確認</p> <p><u>・概ね3日以内にケアマネに連絡(家族へ依頼も可)</u></p> <p>*連絡が困難な患者の場合は病院担当者から電話連絡</p>	<p>・居宅サービス事業所はケアマネに入院の電話連絡</p> <p><u>・ケアマネ及び訪問看護(利用がある場合は)は連絡を受けてから概ね3日以内に利用者情報提供書(別紙1)等を郵送又は電話連絡の上持参</u></p> <p>*FAXの場合は個人情報保護に留意</p>	<p>・在宅時の服薬等の情報提供</p> <p>・入院先の歯科口腔外科に引継</p>	<p>・ケアマネ、居宅サービス事業所、主治医、かかりつけ歯科医に連絡</p>

入院中	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネに入院中の様子を情報提供 ・外泊の場合はケアマネに電話連絡 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院を訪問し、患者・家族等と面接 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問歯科診療 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の生活意向を家族内で意思統一 ・外泊の場合はケアマネに連絡
退院見込	<ul style="list-style-type: none"> ・退院見込日が決まり次第(できれば1週間前までに)ケアマネに電話連絡 * 後日、退院見込日に変更がある場合はすみやかに電話連絡 	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅サービス事業所に退院見込日等の情報を電話連絡 		<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネに連絡
退院調整	<ul style="list-style-type: none"> ・入院前と状況の変化(新たなサービス利用等)がある場合は退院調整会議開催(退院予定日、福祉用具や住宅改修・義歯等の調整・服薬管理・医療系サービスの必要性の検討等) ・必要に応じて、かかりつけ医・歯科・薬局に対して会議への参加を依頼 ・ケアプラン原案を作成し、退院後の支援方針を決定 			
退院時	<ul style="list-style-type: none"> ・看護情報提供書(別紙2)等をケアマネに提供(患者・家族へ依頼も可) ・医療系サービス指示書を居宅サービス事業所に提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・次回受診日等を確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・配薬カレンダーの提案や内服のアドバイス 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護情報提供書等をケアマネに提供
(転院時)	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネに連絡(家族へ依頼も可) ・転院先に(別紙2)等により情報提供 			<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネに連絡
退院後	<ul style="list-style-type: none"> ・継続受診者で状態の変化や受診中断等があった場合は、ケアマネに情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランを患者・家族、居宅サービス事業所、病院、歯科、薬局等に提供 ・退院後の生活状況を病院・歯科・薬局等へ情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・薬局は内服の状況を確認し、問題があればケアマネに連絡 ＜かかりつけ歯科あり＞ ・家族又はケアマネからの依頼により口腔ケア実施 ＜かかりつけ歯科なし＞ ・歯科医師会が窓口となり、歯科医を紹介 	

B 入院前にケアマネージャー(居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター)が決まっていない場合

時系列	病院・有床診療所の役割	ケアマネージャー等の役割	かかりつけ薬局・ 歯科の役割	本人・家族の役割
入院時 (検査入院、短期入院は除く)	<ul style="list-style-type: none"> 概ね3日以内に、患者・家族への聞き取りや介護保険証等により、ケアマネの有無を確認。不明の場合は家族に市町村(保険者)に確認するよう依頼 		<ul style="list-style-type: none"> 在宅時の服薬等の情報提供 入院先の歯科口腔外科に引継 	<ul style="list-style-type: none"> キーパーソン(主に本人に関わってくれる家族)を決定
入院 ↓ 退院見込	<ul style="list-style-type: none"> 退院調整が必要な患者の目安(別添)に該当するか確認 患者・家族に介護保険制度について説明 保険者と相談し、本人・家族によるケアマネの選定と要介護認定申請を支援 患者・家族の了解を得て、下記に電話連絡(別添) アに該当→居宅介護支援事業所へ イに該当→地域包括支援センターへ 理学療法士等が家屋調査実施 	<ul style="list-style-type: none"> 病院を訪問し、患者・家族と面接 病院担当者と連携し、介護保険制度の説明及び要介護認定申請の支援 医療依存度の高い患者の場合は訪問看護等の医療系サービスの利用を検討 家屋調査に同行 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問歯科診療 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の生活意向を家族内で意思統一 担当ケアマネ決定 要介護認定申請 かかりつけ薬局決定

*以降は「A 入院前にケアマネージャーが決まっている場合」と同じ手順

【退院調整が必要な患者の目安】

ア 退院調整が必要な患者(要介護相当)

- ①立ち上がりや歩行に介助が必要
- ②食事及び口腔ケアに介助が必要
- ③排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中
- ④日常生活に支障を来すような症状がある認知症
- ⑤医療処置が必要な患者（がん末期、感染症、褥そう、在宅酸素等）
- ⑥入浴・更衣に介助が必要
- ⑦内服管理に介助が必要
- ⑧入退院を繰り返している
- ⑨入院前より日常生活に支障を来している

1項目でも当てはまれば
⇒居宅介護支援事業所に連絡

イ 左記以外で地域の見守り等が必要な患者(要支援相当)

- ①独居で調理や掃除などの身の回りのことに介助が必要
- ②家族はいるが、高齢や疾患等により介護力が乏しく、援助が必要
- ③（日常生活は自立であるが）がん末期、新たに医療処置が追加
- ④（日常生活は自立であるが）認知症
- ⑤ 65歳以上で精神・知的障害がある
- ⑥ 5種類以上の薬を内服していて自己管理が難しい
- ⑦買い物や通院の支援が必要

⇒地域包括支援センターに連絡
（アカイで判断に迷う場合も含む）

(Q1. で「知っている」と回答した方におたずねします。)

Q2. 入退院調整の方法について、貴院（所）の状況に最も近いのはどれですか。

	医療機関	居宅介護	訪問看護	計	割合
おおむねルールに沿った調整を実施	10	33	6	49	66.2%
ルールを参考に従来方法を一部見直して実施	8	5	10	23	31.1%
ルールによらず従来調整方法で実施	0	1	1	2	2.7%
計	18	39	17	74	100.0%

(Q2. で「おおむねルールに沿った調整を行っている」又は「ルールを参考に従来調整方法を一部見直して実施している」と回答した方におたずねします。)

Q3. ルールの策定後、貴院（所）の医療介護連携は従来以上に促進されましたか。

	医療機関	居宅介護	訪問看護	計	割合
促進された ⇒ 内訳次頁	6	14	4	24	33.3%
特に変化なし	12	23	8	43	59.7%
わからない	0	1	4	5	6.9%
計	18	38	16	72	100.0%

Q3 で「促進された」内訳

【医療機関】

- ・基本情報を持ってきてくれるケアマネが増えた。
- ・ケアマネから統一されたフェイスシートが届き、役立っている。
- ・利用者情報提供書に統一されたため、情報がわかりやすくなった。
- ・今まで以上に入退院調整が円滑になった。

【居宅介護支援事業所】

- ・早めの連絡を心掛けるようになった。
- ・医療機関の連携室の相談員との連絡を心がけるようになった。
- ・在宅時の様子、家族情報の提供も心がけるようになった。
- ・相手方の欲しい情報の伝達がスムーズになった。
- ・メディカルソーシャルワーカーとの連携が向上した。
- ・病院からの入・通院情報の連絡が以前より増えた。
- ・病院医師からの情報入手が容易になった。
- ・入院の連絡が家族からすぐ来るようになった。
- ・日頃から入院セットの声掛けをするようになった。
- ・アセスメント力が向上した。
- ・以前よりも早い時期にケアプランが作成できるようになった。

【訪問看護ステーション】

- ・看護情報提供書をなるべく提出できるよう心掛けている。
- ・退院前調整会議をしっかりと行うことで、介護スタッフ、ケアマネなどとの関係が密接になり、より良いケアが提供できている。
- ・退院し在宅に戻る際のカンファレンスの回数が増え、関わる他部署との連携がとりやすくなった。

(Q1で「知っている」と回答した方におたずねします。)

Q4. ルール(本文及び様式)中、改善(追加、修正、削除)した方がよい点がありましたらご自由に記入してください。

【医療機関】

- ・利用者・家族に“入院時あんしんセット”がまだ浸透していない。周知の工夫が必要。
- ・処理期間が定められた期間が定められた事務が増え苦痛。
- ・新たな連携がとれた実感がない。地域連携室のある医療機関ならよりメリットを感じるかもしれない。
- ・まだルールが本格的に浸透しておらず、評価できない。

【居宅介護支援事業所】

- ・「利用者情報提供書」は、記入しやすい。
- ・「看護情報提供書」は、病院独自の様式で頂くことが多い。
- ・なれない事もあり、記入に時間がかかってしまう。
- ・情報提供に必要な項目は記載されていると思う。
- ・記入事項が多い。ケアマネの記入が多すぎる。
- ・「利用者情報提供書利用者情報提供書」について、「食事内容」で経管栄養(経鼻、胃ろう、腸ろう、中心静脈栄養)も選べるようにしてほしい。
- ・「利用者情報提供書」について、欄にチェックをするのに手間がかかる。欄をクリックすると、点がつくなど簡略化されるのがよい。⇒対応
- ・身体状況(利用者情報提供書)の右の欄(具体的状況)が記入しにくい。
- ・ジェノグラムが記入しにくい、欄が小さく感じる。
- ・記載するスペースを自由に広げることができず使いにくい。
- ・医療機関用と介護サービス用の用と介護サービス用の2通りの書式を用意するが大変。
- ・全医療機関、居宅介護支援機関への周知徹底と、一般市民への理解協力の呼びかけを進めてほしい。

【訪問看護ステーション】訪問看護ステーション】

- ・「利用者情報提供書利用者情報提供書」について、「」について、「入院に至る経緯」欄をもう少し広くしてほしい。
- ・記入する時間があまり取れないので、チェック等による記入様式にしてほしい。
- ・まだ、入院安心セットの準備やお薬手帳の活用など浸透していない事が多いため、利用者への啓発をすすめる必要がある。
- ・看護 サマリーなど、共有のフォーマットを利用することで見やすくなるのではないか。
- ・医→介だけでなく、医(病院)→医(訪医(訪看))も追加したほうがよいのでは。