

各職域での研鑽を深めルールのさらなる普及を!!

平成28年度まで西牟婁振興局「医療と介護の連携推進会議」にて実施されていた退院調整ルールの運営にかかる会議を当会で引き続き実施して2年目となりました。先日(2月20日)、平成30年度第2回退院調整ルール部会が下記のとおり開催され、11月に実施した病院・ケアマネージャーへのアンケート調査から圏域の退院調整の状況および課題を踏まえて、さらなるルールの定着を目指し、連携手順等を各職域(病院・事業所)において研鑽等を深めることに決定しました。また、退院調整ルールに関連する他の案件の協議も行われました。

もれ率は微減、介護対象者は改善も要支援対象者に課題

ケアマネージャーへのアンケート調査結果から、退院調整もれ率は、微減していた【図1】。特に、要介護対象者のもれ率は平成28年度の調査開始以来の良好な結果であった。しかし、要支援対象者のもれ率は昨年度より悪化しており改善を図る必要があることが判明した。

昨年度と比較して退院調整に関する良かった点を評価するコメントが多く寄せられていた。

例えば、「入院時の主治医からの指示、薬剤師からの指示・調整、看護師・連携室からの丁寧な説明や在宅における諸注意等の報告がしっかりしている」また、「双方から随時連絡を取り合うことにより急に退院が決まった時にも調整ができた」等の報告もあり、連携の拡がりや質の高まりについて確認した。

一方で、連携の課題として、病院からの連絡を家族が担当ケアマネージャーに連絡していないケースや転院や転棟時ケアマネージャーへの連絡もれがあるという報告も依然として見られるため、もれ率の低減を目指しルールの周知・啓発がさらに必要なことを確認した。ルールの周知・啓発への取り組みとして、昨年度に引き続きルールが見える化したシート【図2】とCHECK BOXによる連携手順のチェックツール【図3】を用いて、各職域(病院・事業所)において研鑽等を深めることに決定した。(各ツールについては、当会ホームページ掲載済)

○平成30年度の介護報酬の改定の際、国から示された「入院時情報提供書及び退院・退所情報記録書」の様式変更については、引き続き協議することとなった。

○救急時の患者情報シートの活用に関して、在宅の場合の取り扱いについて西牟婁振興局がケアマネージャーを対象に実施した「高齢者の救急搬送に際しての情報提供方法のアンケート」結果の報告が行われ、救急時の患者情報シートの必要性が認識されたものの具体的な方策等については引き続き協議することとなった。

○「田辺圏域在宅医療と介護の連携ガイドライン」の作成についても、継続協議となった。

図1 退院調整もれ率・介護度別(%)

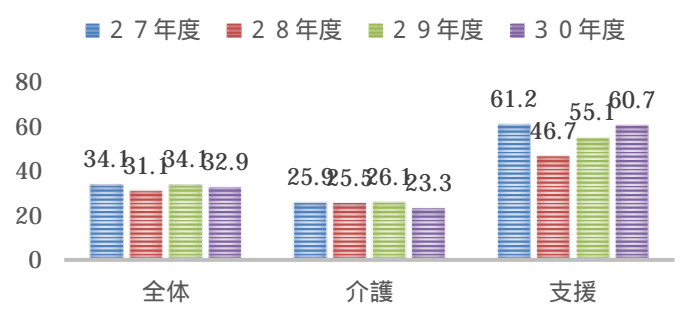


図2：退院調整を見える化したシート

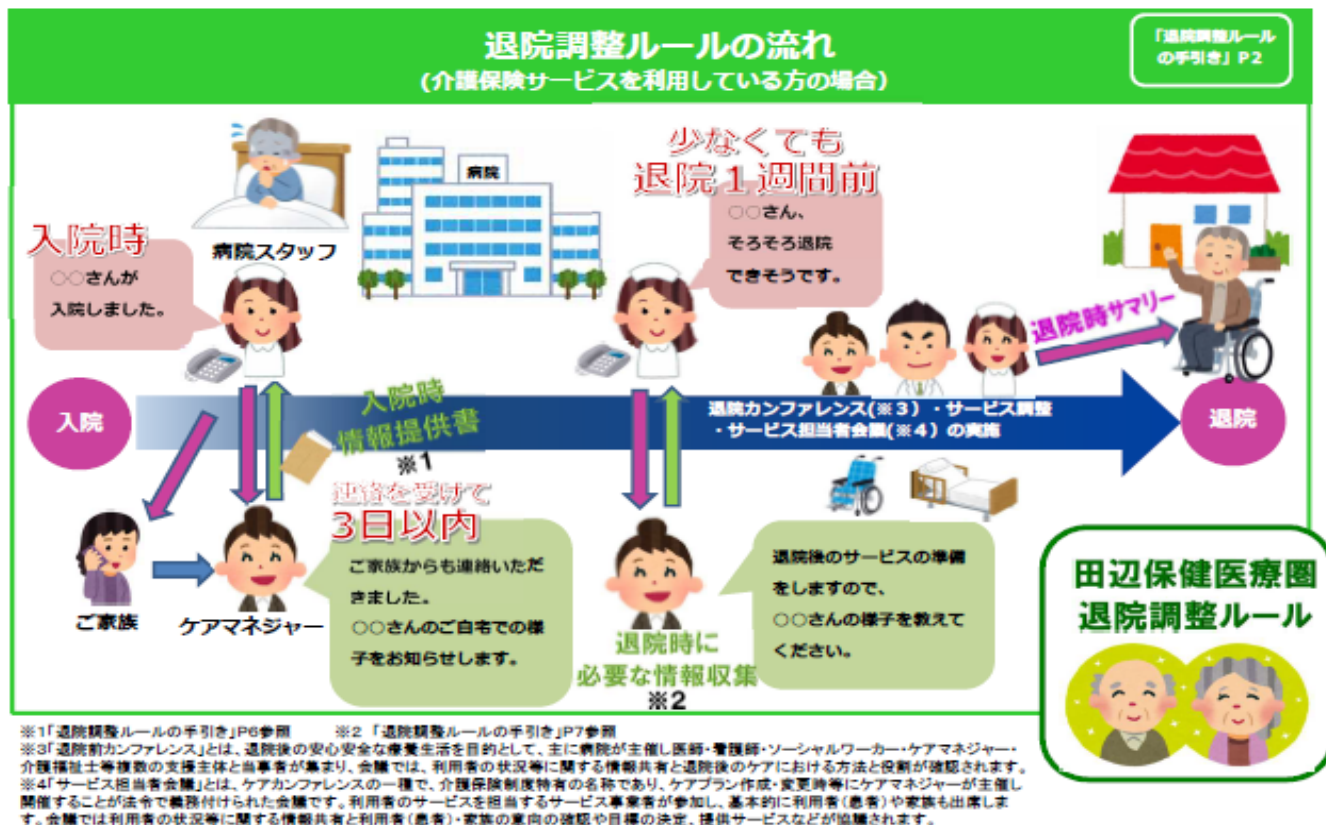


図3：連携手順 CHECK BOX

介護保険利用している方の 退院調整にかかる CHECK BOX	
病院スタッフ編	ケアマネジャー編
<p>1 入院時連絡</p> <p><input type="checkbox"/> 健康保険証に添付している名刺やお薬手帳、介護保険証等で患者の担当ケアマネジャーを確認する。</p> <p><input type="checkbox"/> 入院時聞き取りの際、患者・家族等に対し、担当ケアマネジャー(変更希望の場合は変更後ケアマネジャー)への入院連絡を促す。</p> <p>2 入院時情報共有</p> <p><input type="checkbox"/> ケアマネジャーからの入院時情報提供書を受け取る。</p> <p><input type="checkbox"/> ケアマネジャーが来院した場合や電話をかけてきた際は、退院調整の要否判定に係る必要な患者情報やケアマネジャーの意見を確認する。</p> <p>3 退院調整にかかるスクリーニング実施</p> <p><input type="checkbox"/> 基準1【退院調整の要否基準】基準2【在宅への退院可否判断基準】も参考にスクリーニングを実施する。</p> <p>4 退院支援計画の作成</p> <p><input type="checkbox"/> 退院支援計画を作成する。</p> <p>5 退院見込みの連絡</p> <p><input type="checkbox"/> 患者・家族等の了解のもと、できるだけ早く、少なくとも退院の1週間前、担当ケアマネジャーに退院の目途等を連絡する。(ペットコントロール等やむを得ない場合を除く。)</p> <p><input type="checkbox"/> 患者が転院・施設入所の場合、入院時に情報提供したケアマネジャーに連絡する。転院(出)先に入院時情報提供書の引継ぎを行う。</p> <p>6 退院前調整(情報の共有や面談・会議の実施)</p> <p><input type="checkbox"/> ケアマネジャーからの情報収集(「退院時に必要な情報」シート参考)に協力するとともに退院調整に必要な情報を得る。</p> <p><input type="checkbox"/> 電話連絡による事前の日程調整を行い(退院前カンファレンス・面談)を実施する。</p> <p><input type="checkbox"/> ケアマネジャーからサービス担当者会議への出席依頼があった場合は出席する。</p> <p><input type="checkbox"/> 退院時サマリーを作成。患者または家族等に説明・交付し、担当ケアマネジャーへの連絡も依頼する。</p>	<p>1 入院連絡を受けるための日頃からの留意点</p> <p><input type="checkbox"/> お薬手帳、健康保険証にケアマネジャーの名刺を付けておく。</p> <p><input type="checkbox"/> お薬手帳に担当ケアマネジャー、事業所を記載しておく。</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者や家族等に入院すればケアマネジャーに連絡することを依頼しておく。(契約時の配布書類に記載、モニタリング訪問時に依頼)</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者宅の電話の側にケアマネジャーの連絡先の掲示を依頼する。</p> <p>2 入院時情報共有</p> <p><input type="checkbox"/> 入院の連絡を受けて3日以内に、地域連携室を通じ(連携室を設置していない病院は直接)病棟に入院時情報提供書を提供する。</p> <p><input type="checkbox"/> 事業所所在地が遠方等理由がある場合は電話連絡とFAX送信等で情報提供する。</p> <p><input type="checkbox"/> 退院調整の必要な利用者の場合(基準1【退院調整の要否基準】を参考)、その状況と理由を病院に連絡しておく。(口頭伝達)</p> <p>3 退院見込みの把握</p> <p><input type="checkbox"/> 病院訪問時に、退院見込みの連絡について、利用者及び家族と病棟に依頼しておく。</p> <p>4 退院前調整(情報の共有や面談・会議の実施)</p> <p><input type="checkbox"/> 病棟の協力を得て「退院時に必要な情報」シートを活用し、利用者・家族等の意向確認を始め、患者情報を収集する。</p> <p><input type="checkbox"/> 変更申請の必要性についての検討 ⇒ (要・不要)</p> <p><input type="checkbox"/> 電話連絡による事前の日程調整を行い、(退院前カンファレンスへ参加・面談の実施)する。</p> <p><input type="checkbox"/> 居宅サービス計画原案を作成する。</p> <p><input type="checkbox"/> 家族等および退院後に利用する予定のサービス事業所とサービス担当者会議の日程を調整する。</p> <p><input type="checkbox"/> サービス担当者会議を開催する。</p> <p>～患者(利用者)が退院し自宅等へ戻ったら～</p> <p><input type="checkbox"/> 退院後の利用者(元患者)の様子について地域連携室を通じて、病棟看護師に連絡しましょう。</p>

作成：一般社団法人田辺圏域医療と介護の連携を進める会
 事務局 TEL(0739)34-3316 FAX(0739-34-3326)
 Email:tanaberenkeishien@m.speedia.jp
 URL https://www.tanabe-kenniki-ikr.jp