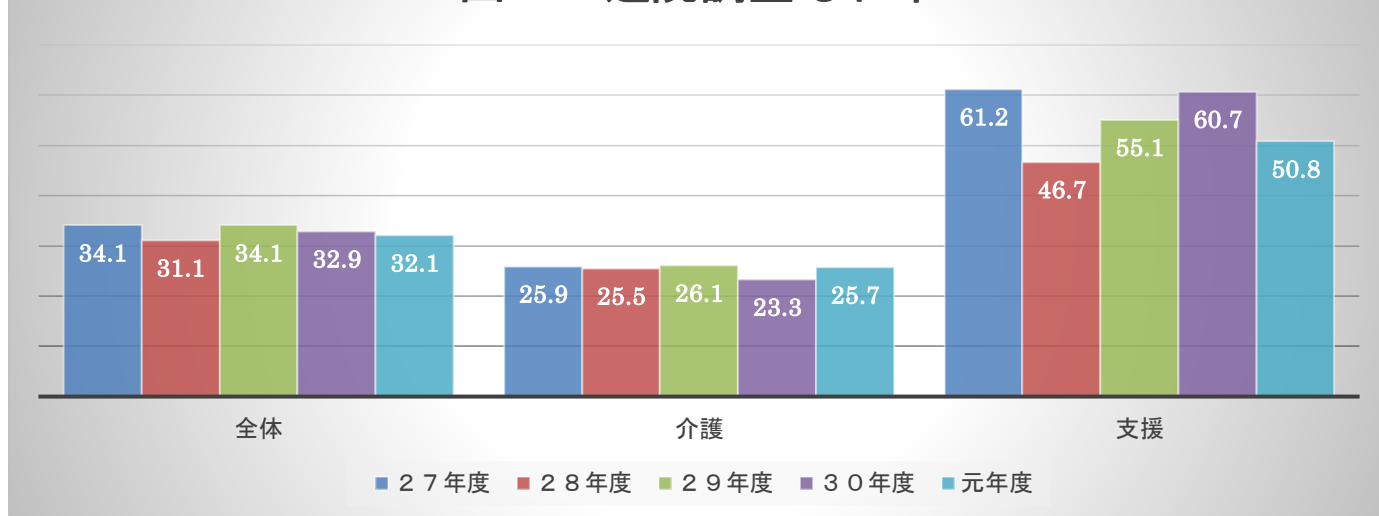


各職域での研鑽を深めルールの定着と質の向上を!!

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 3 年目となりました。先日(2 月 27 日)、令和元年度第 1 回退院調整ルール部会が下記のとおり開催され、昨年 9～11 月に実施した病院・ケアマネ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すとともに連携の質の向上を図るため各職域(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、要支援対象者は 10%改善も介護対象者は少し悪化

図 1 退院調整もれ率



○ケアマネジャーへのアンケート調査結果から、退院調整もれ率は全体として微減していました。【図 1】特に、要支援対象者のもれ率は昨年課題とされていましたが 10%改善されました。しかし、まだ約 50%が調整もれとの結果となりました。一方、要介護対象者のもれ率は昨年度より少し悪化（1.4%）しており、調整もれになる個別の理由はあるものの改善を図る必要があることが判明しました。

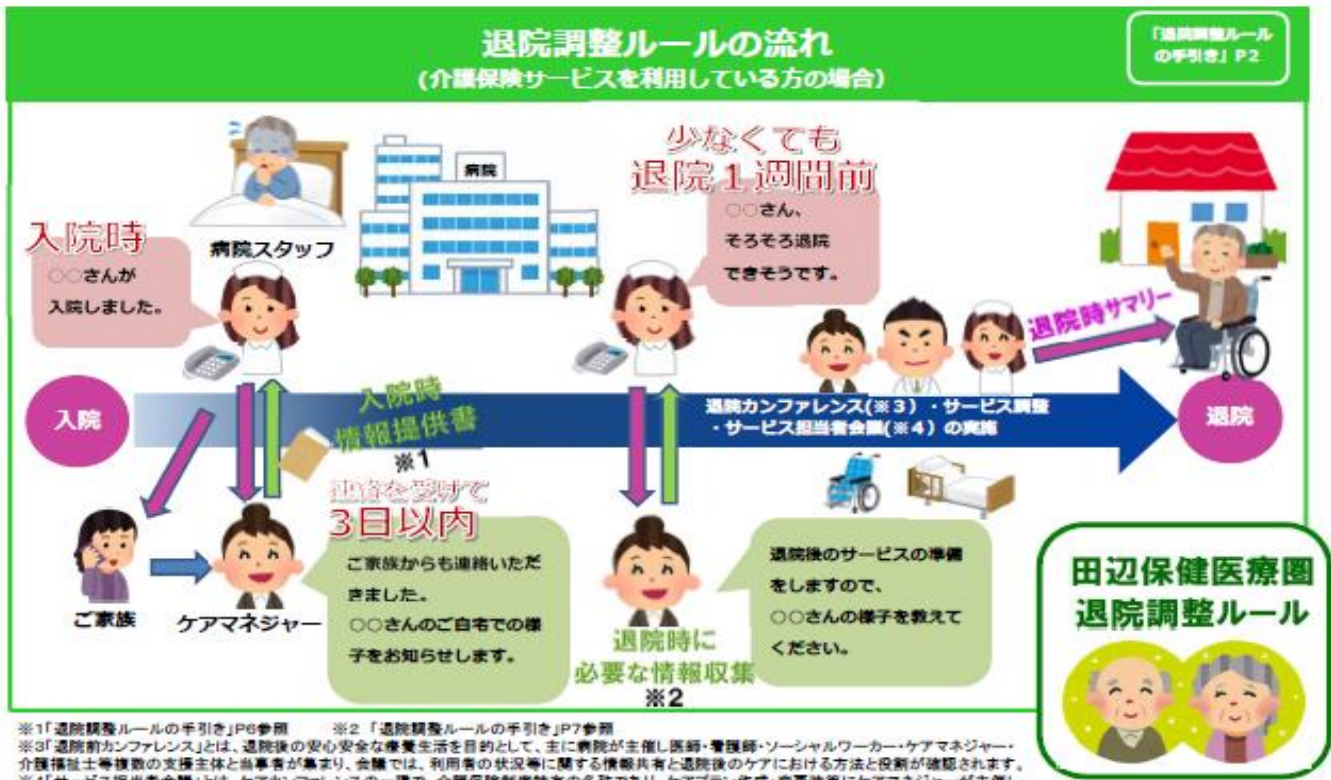
○この 5 年間のアンケート結果を見ると「退院調整ルール」は入院時情報提供率が 90%を超えるなどほぼ定着しており、今後は「もれ率」の数字の改善を目指すだけでなく「連携の質の向上」を図ることが大切であり、引き続き各職域で研鑽を進めることを確認しました。

○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、様式に関わらず必要な情報は記載していくこととしました。

○救急時の患者情報シートの活用に関連して、救急時に蘇生を望まないケースの対応について意見交換を行い、一定のルール化は難しいものの各職域で研鑽を深め問題点の啓発を進めるとともに本人と家族にそれぞれが説明することの大切さを認識しました。

○「くろしお NET」の「入退院調整文書連携」機能を活用し「入院時情報提供書及び退院・退所情報記録書」を簡便にやり取りできるとの報告がありました。

図2：退院調整を見える化したシート



※1「退院調整ルールの手引き」P6参照 ※2「退院調整ルールの手引き」P7参照
 ※3「退院前カンファレンス」とは、退院後の安心安全な療養生活を目的として、主に病院が主催し医師・看護師・ソーシャルワーカー・ケアマネジャー・介護福祉士等複数の支援主体と当事者が集まり、会議では、利用者の状況等に関する情報共有と退院後のケアにおける方法と役割が確認されます。
 ※4「サービス担当者会議」とは、ケアカンファレンスの一種で、介護保険制度特有の名称であり、ケアプラン作成・変更時等にケアマネジャーが主催し開催することが法令で義務付けられた会議です。利用者のサービスを担当するサービス事業者が参加し、基本的に利用者(患者)や家族も出席します。会議では利用者の状況等に関する情報共有と利用者・家族の意向の確認や目標の決定、提供サービスなどが協議されます。

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"/> 入院時間き取りの際、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