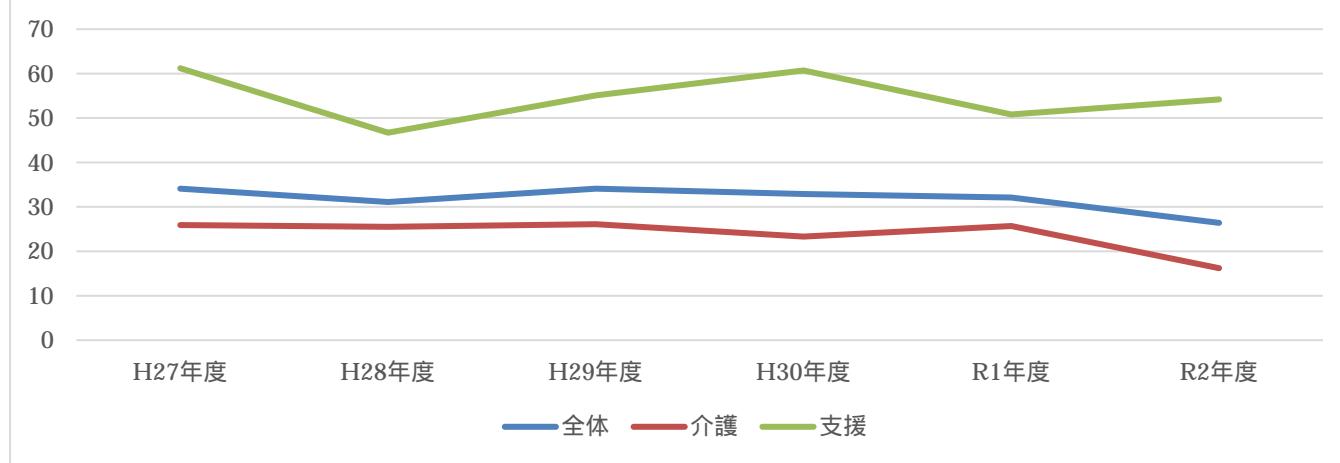


より良い医療と介護の連携へ、さらなるルールの定着を!!

平成28年度に西牟婁振興局「医療と介護の連携推進会議」において作成された「退院調整ルール」の運用を開始してから5年が過ぎました。圏域内の病院、居宅介護支援事業所及び地域包括支援センターの皆様のご協力で、ルールのメンテナンスと新たな課題の解決方策の検討を行うため「退院調整に関するアンケート調査」を例年どおり令和2年9月から11月にかけて実施しました。アンケート結果を協議するため例年開催されていた「退院調整ルール部会」は、新型コロナウイルス感染症対策の影響のため今年度開催を見送りました。「退院調整もれ率」は調査を開始して初めて30%を切り大きな改善が見られました。今後も一層「退院調整ルール」への理解を深め定着を図りましょう。

退院調整もれ率は調査開始以来最も低い結果に、特に介護対象者は大幅に改善

図1 退院調整もれ率（年度別）単位：%



ケアマネジャー対象の調査によると、退院調整もれ率については、調査開始（H27年 34.1%）以来、最も低く（26.4%）なりルールが徐々に定着してきたと考えられます。【図1】

特に介護対象者については 16.2% と調査開始時点の 25.9% から大幅に改善されました。一方、要支援対象者のもれ率は昨年度（50.8%）より少し悪化（54.2%）しており、調整もれになる個別の理由はあるものの昨年に引き続き改善を図る必要があることが分かりました。

○この5年間のアンケート結果を見ると、入院時については情報提供率が90%を超えるなどほぼ定着していることから、退院時についても同程度の連携が求められます。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」を図ることも大切となります。

○今年度の調査で特徴的なことは新型コロナウイルス感染症による影響を報告した事業所が少なからず見られたことです。入院中の面会が制限されていて患者の状態の把握に苦労したことや多人数のカンファレンスの開催が見送られたケースがありました。一方、医療と介護の関係者の間で良好な関係が築かれている場合では電話等で退院調整がスムーズに行われているケースがあるなど、より良い連携のためにはお互いが顔の見える関係をつくることが大切な第一歩であることが再認識されました。今後は「くろしおNET」等のICTを活用した連携方策の検討も必要とされます。それぞれの職場で研鑽を深め、包括的かつ継続的な医療と介護の提供を推進しましょう。

図2 退院調整見える化したシート



図3 連携手順HECK BOX

介護保険利用している方の退院調整にかかる CHECK BOX		実施後 □にレの チェックで確認 (^)b			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>病院スタッフ編</th> <th>ケアマネジャー編</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <p>1 入院時連絡</p> <p>□ 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>□ 入院時間聞き取りの際、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>□ 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>□ 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>□ 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>□ 退院支援計画を作成する。</p> <p>5 退院見込みの連絡</p> <p>□ 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日程等を連絡する。(ペットコントロール等やむを得ない場合を除く。)</p> <p>□ 患者が施院・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。施院(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>□ 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>□ 電話連絡による事前の日程調整を行い(退院前カウンターフェンス・面談)を実施する。</p> <p>□ 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>□ 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> </td><td> <p>1 入院連絡を受けるための日頃からの留意点</p> <p>□ 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>□ 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>□ 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>□ 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>□ 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>□ 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>□ 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>□ 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>□ 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>□ 変更申請の必要性についての検討 ⇒ (要・不要)</p> <p>□ 電話連絡による事前の日程調整を行い、(退院前カウンターフェンスへ参画・面談の実施)する。</p> <p>□ 居宅サービス計画原案を作成する。</p> <p>□ 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>□ 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>□ 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> </td><td></td></tr> </tbody> </table>	病院スタッフ編	ケアマネジャー編	<p>1 入院時連絡</p> <p>□ 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>□ 入院時間聞き取りの際、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>□ 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>□ 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>□ 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>□ 退院支援計画を作成する。</p> <p>5 退院見込みの連絡</p> <p>□ 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日程等を連絡する。(ペットコントロール等やむを得ない場合を除く。)</p> <p>□ 患者が施院・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。施院(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>□ 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>□ 電話連絡による事前の日程調整を行い(退院前カウンターフェンス・面談)を実施する。</p> <p>□ 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>□ 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>□ 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>□ 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>□ 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>□ 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>□ 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>□ 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>□ 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>□ 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>□ 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>□ 変更申請の必要性についての検討 ⇒ (要・不要)</p> <p>□ 電話連絡による事前の日程調整を行い、(退院前カウンターフェンスへ参画・面談の実施)する。</p> <p>□ 居宅サービス計画原案を作成する。</p> <p>□ 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>□ 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>□ 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>	
病院スタッフ編	ケアマネジャー編				
<p>1 入院時連絡</p> <p>□ 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>□ 入院時間聞き取りの際、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>□ 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>□ 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>□ 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>□ 退院支援計画を作成する。</p> <p>5 退院見込みの連絡</p> <p>□ 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日程等を連絡する。(ペットコントロール等やむを得ない場合を除く。)</p> <p>□ 患者が施院・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。施院(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>□ 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>□ 電話連絡による事前の日程調整を行い(退院前カウンターフェンス・面談)を実施する。</p> <p>□ 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>□ 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>□ 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>□ 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>□ 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>□ 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>□ 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>□ 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>□ 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>□ 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>□ 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>□ 変更申請の必要性についての検討 ⇒ (要・不要)</p> <p>□ 電話連絡による事前の日程調整を行い、(退院前カウンターフェンスへ参画・面談の実施)する。</p> <p>□ 居宅サービス計画原案を作成する。</p> <p>□ 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>□ 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>□ 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:tanaberikenkeishien@m.speedia.jp
URL <https://www.tanabe-kenniki-ikr.jp>