

入退院調整ルール(コンセンサスブック) の策定から運用の3か年の取組について

日南保健所

○幡手晶子 井手香 齊藤皆子 救仁郷修

H27年度

国のモデル事業 「宮崎県医療介護連携調整実証事業」

H28年度～

県の事業 「退院調整ルール策定・運用事業」

地域包括ケアシステムの姿

病気になったら…
医療



急性期病院
・亜急性期・回復期
リハビリ病院



日常の医療:
・かかりつけ医
・地域の連携病院

通院・入院

介護が必要になったら…
介護



- 在宅系サービス:
 - ・訪問介護 ・訪問看護 ・通所介護
 - ・小規模多機能型居宅介護
 - ・短期入所生活介護
 - ・24時間対応の訪問サービス
 - ・複合型サービス
(小規模多機能型居宅介護+訪問看護)等
- 施設・居住系サービス
 - ・介護老人福祉施設
 - ・介護老人保健施設
 - ・認知症共同生活介護
 - ・特定施設入所者生活介護
等
- 介護予防サービス

住まい



- ・自宅
- ・サービス付き高齢者向け住宅等

認知症の人

いつまでも元気に暮らすために…
生活支援・介護予防



老人クラブ・自治会・ボランティア・NPO 等

- ・地域包括支援センター
- ・ケアマネジャー



相談業務やサービスの
コーディネートを行います。

※ 地域包括ケアシステムは、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域(具体的には中学校区)を単位として想定

3か年の経過

H27年度 コンセンサスブック 策定

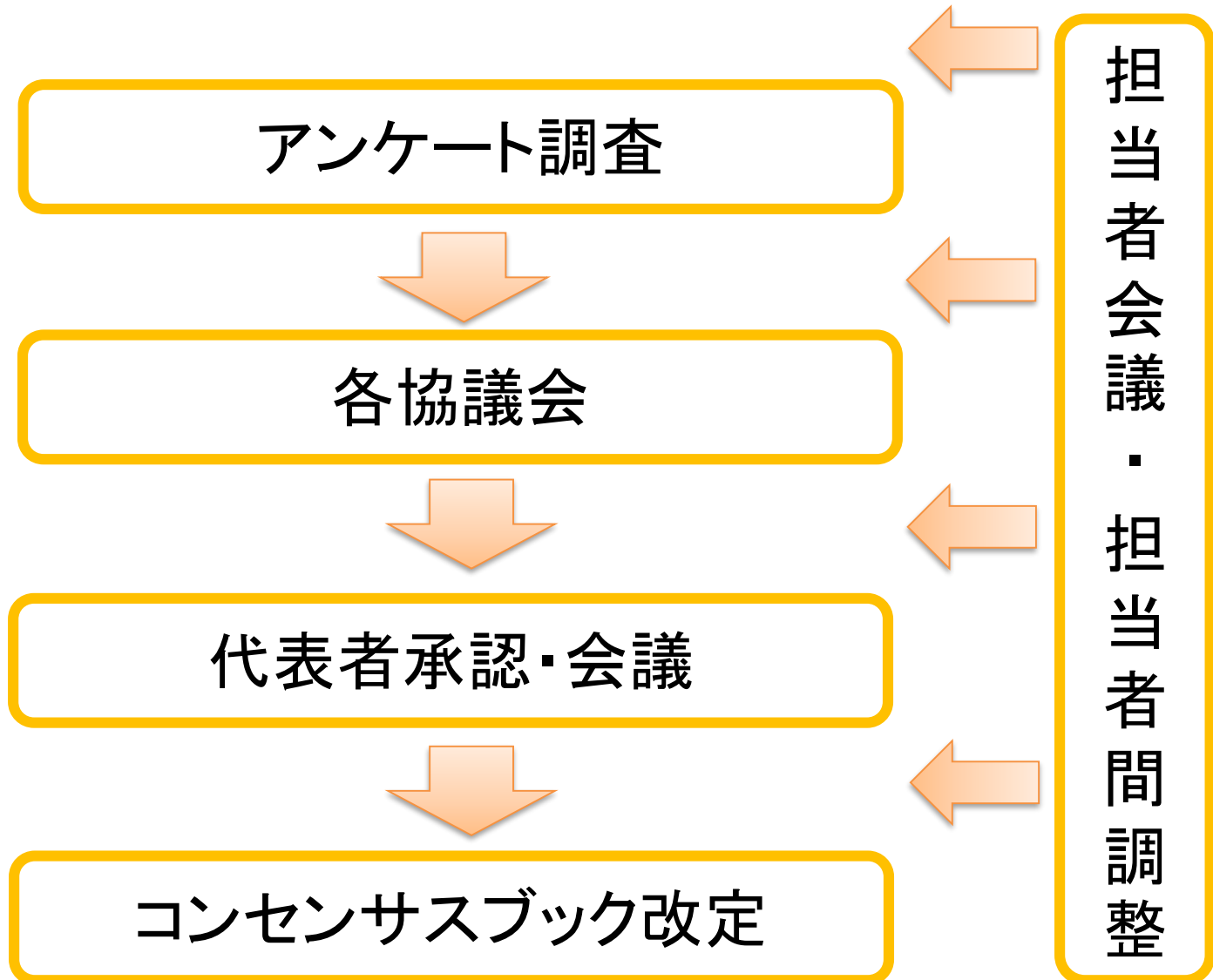


H28年度 コンセンサスブック 運用1年目



H29年度 コンセンサスブック 運用2年目

各年共通のタイムスケジュール



Ⅱ. コンセンサスブックの目的



要介護状態の患者が病院に入院し自宅や施設に退院するにあたり、入院時から退院後の生活および療養を支えるため



病院・ケアマネ双方が確実に情報共有を図るためのルールをまとめたもの。

Ⅲ. 各協議会の参加者

	担当者会議	病院協議会	ケアマネ協議会	病院ケアマネ 合同協議会	代表者会議
行政(県・市)	○	○	○	○	○
地域包括支援センター	○		○	○	○
ケアマネ連絡会	○		○	○	○
ケアマネ			○	○	
医療機関		○		○	
地域アドバイザー		○		○	○
南那珂医師会					○
日南串間看護協会					○

IV. 実施内容と結果

1. 策定

～平成27年度～

策定の 流れ

6月

ケアマネアンケート実施

8月

第1回病院協議会

9月

第2回病院協議会

10月

第1回ケアマネ協議会

11月

第2回ケアマネ協議会

第3回病院協議会

12月

第1回病院・ケアマネ
合同会議

1月

第3回ケアマネ協議会

第4回病院協議会

2月

第2回病院・ケアマネ
合同会議

3月

ルール運用説明会

Ver1.0運用開始

※6回担当者会議
2回代表者会議

ケアマネアンケートの実施

【結果】

「入院時情報提供書」の提供率 (ケアマネ→病院)

	要介護	要支援	全体
情報提供あり	40	2	42
情報提供なし	45	13	58
合計	85	15	100
情報提供できた率	47.1	13.3	42.0

退院情報提供率 (管内医療機関のみ) (病院→ケアマネ)

	要介護	要支援	認定前	全体
退院調整あり	53	6	2	61
退院調整なし	16	10	0	26
合計	69	16	2	87
退院調整できた率	76.8	37.5	100.0	70.1

策定までの流れ



入退院調整における**現状**と**課題**について病院・ケアマネが協議



入退院調整ルール策定の**必要性の確認、認識**ができた。



入退院調整の課題に対する**解決策**について協議



「日南・串間医療圏における入退院調整コンセンサスブックVer.1.0」

- 6つのルール
- ねらい(ポイント)
- 取り組みたいこと(ケアマネ・病院)

策定



日南・串間医療圏における入退院調整コンセンサスブック

～6つのルール～

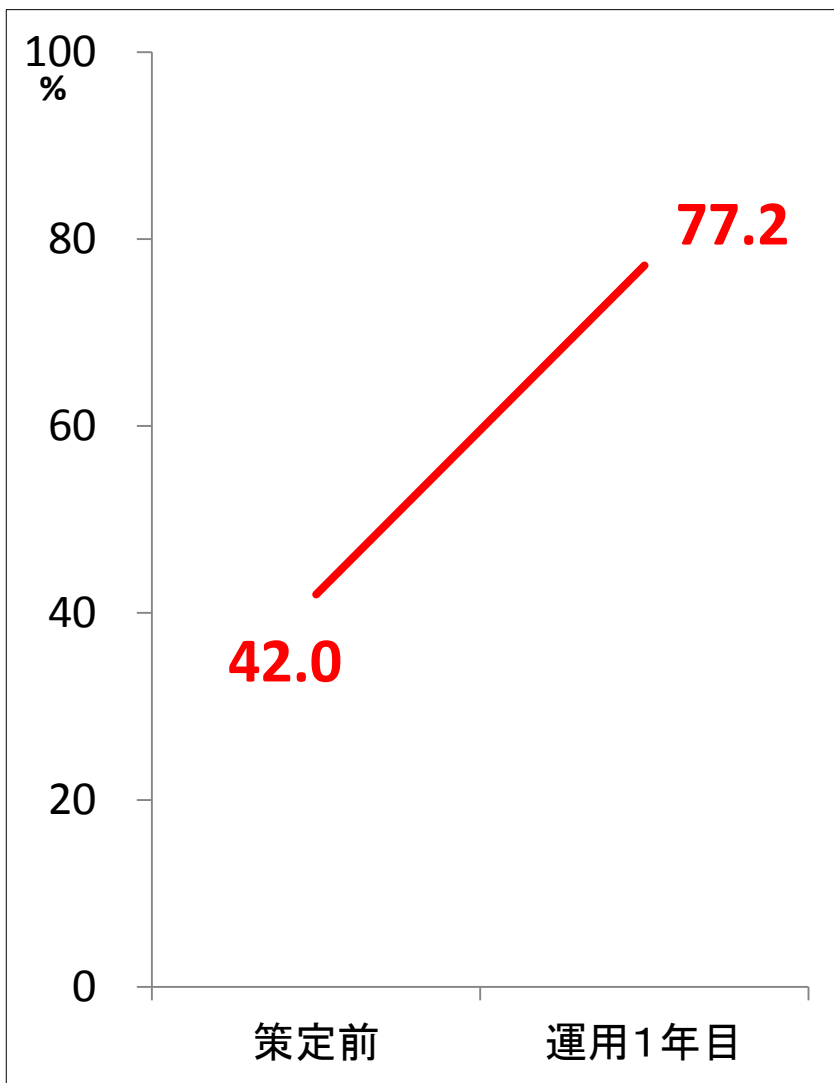
①	ケアマネが担当している利用者(患者)が入院した事実を、ケアマネと病院でなるべく早く共有しましょう
②	ケアマネは、利用者が入院したら、できるだけ1週間以内に、原則として病院訪問により(連絡がとれないときはFAX等により)入院時情報提供をしましょう
③	病院担当者は、患者が入院したら、ケアマネに入院時点での入院診療計画等について情報提供をしましょう
④	退院後に介護保険サービスが必要と思われる患者で、入院前にケアマネがいない場合(介護保険認定を受けていない、またはケアマネが決まっていない)、病院から地域包括支援センター(又は居宅介護支援事業所)に連絡しましょう
⑤	病院担当者は、退院前カンファレンスを実施する場合、早めにケアマネに連絡して日程調整をしましょう ケアマネは、病院から退院前カンファレンスの実施について連絡を受けた場合、なるべく出席しましょう
⑥	病院担当者及びケアマネは、なるべく早く、双方で連絡を取り合うなど、退院に向けた情報共有をしましょう

2. 運用1年目

～平成28年度～

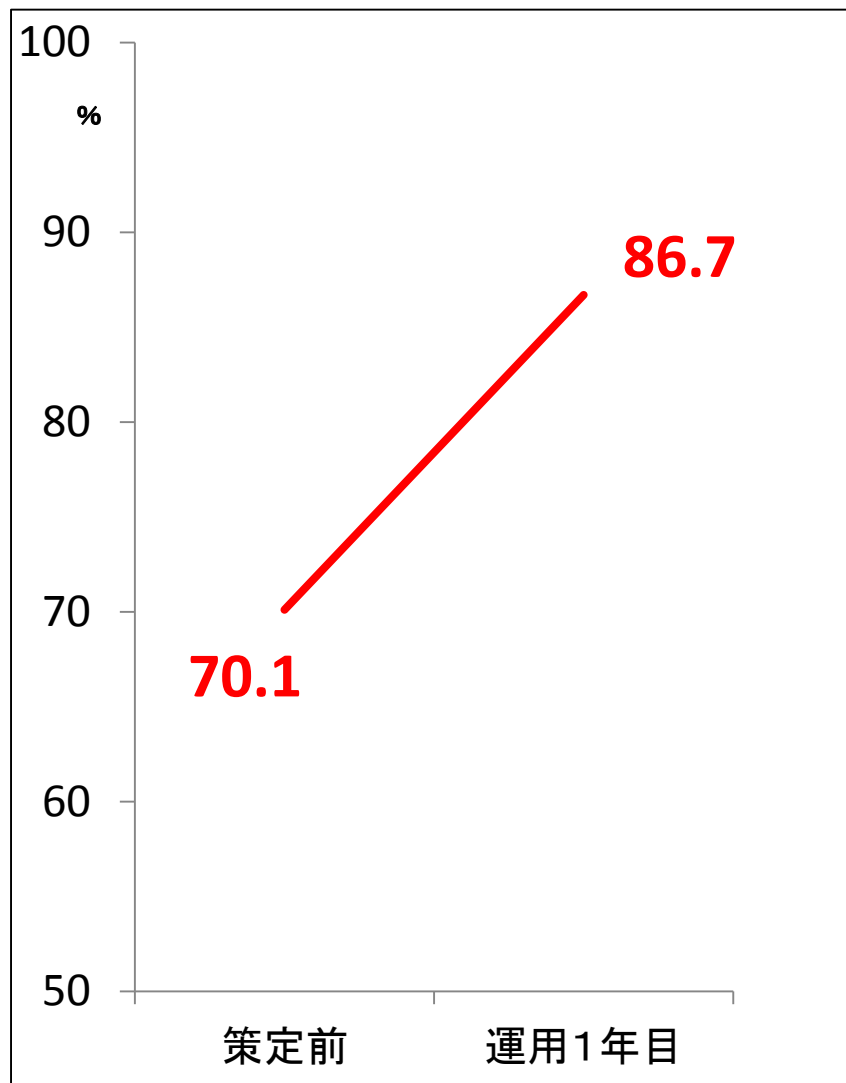
入院時

「入院時情報提供書」の提供率の推移
(ケアマネ→医療機関)



退院時

退院情報提供率の推移
(医療機関→ケアマネ)



合同協議会での課題への対応

	課題	対応
1	入退院を繰り返す患者の対応	協議会で合意された解決策で対応 (※コンセンサスブック追加変更なし)
2	短期入院時の対応	
3	周知不足	
4	転院時の対応	コンセンサスブックに追加
5	書式について(追加項目)	
追加	医療機関に有床診療所が入っていない	【医療機関追加】 4有床診療所(助産所・眼科を除く)

対応

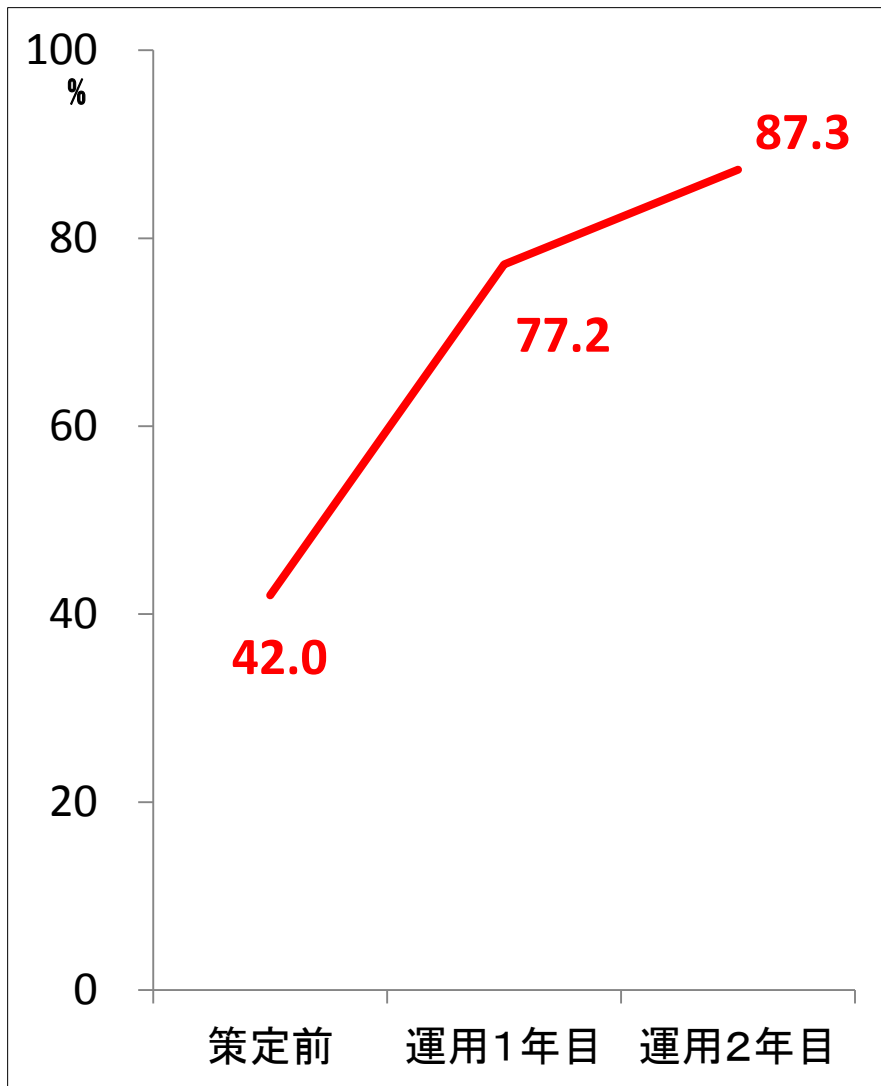
「コンセンサスブックVer.2.0」へ改訂

3. 運用2年目

～平成29年度～

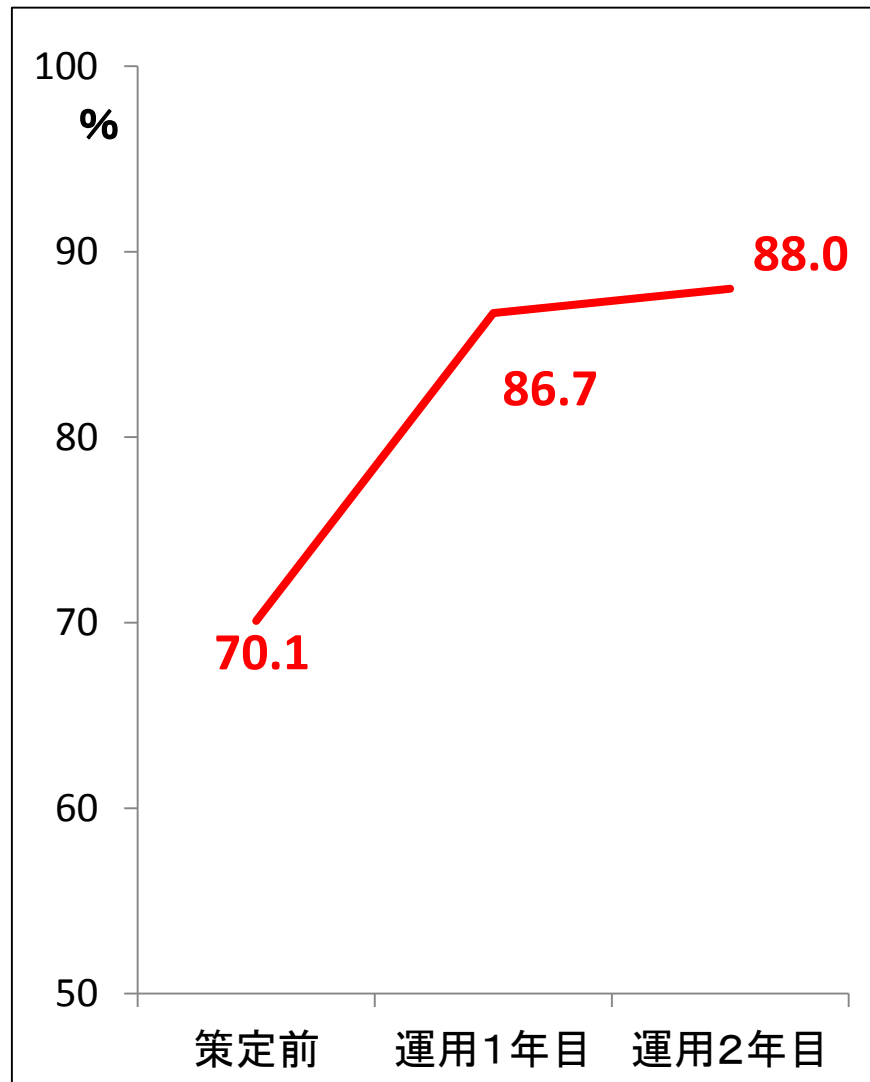
入院時

「入院時情報提供書」の提供率の推移 (ケアマネ→医療機関)



退院時

退院情報提供率の推移 (医療機関→ケアマネ)



課題へのアプローチ

		課題	
コンセンサスブック	ルール1	1	入退院を繰り返す方の再入院の連絡なし
	ルール2		
		5	ケアマネからの情報に時を要すと、活用できないことあり
	ルール3	6	医療機関から予定入院期間を教えて欲しい。
	ルール5	9	ケアマネなしで、退院後のサービス決定あり
		10	退院前カンファレンスの開催日時を知らせる連絡が遅い。
	ルール6		
	書式		
コンセンサスブック以外		13	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネの個人差がある。 医療機関の周知不足がある。
		14	圏域外に入院した方の対応が分からない。 (例: 志布志市)
		15	退院時にケアマネではなく、施設に問い合わせあり、ケアマネが入退院を把握できないことがあった。

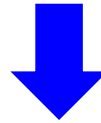
コンセンサスブックに落とし込み

合同協議会にて配布

課題の見極め

合同協議会での課題への対応

15項目の課題の中から**3項目**について改善必要判断



改善必要と判断された**3項目**について対応策を協議

課題	対応
①病棟看護師へ直接「入院前状況報告書」を渡される。	ルール2へ追加
②ケアマネからの情報に時間を要すと、活用できないことあり	ルール2へ追加
③書式改善の必要性(総合事業について)	様式に項目追加

対応

対応

「コンセンサスブックVer.3.0」へ改訂

新たな事務局体制

～H29年度

事務局 保健所

ケアマネ

医療機関



H30年度～

統括事務局 保健所

ケアマネ

事務局 2市

医療機関

事務局 保健所

V. 考察

年に1回はコンセンサスブックの目的の再確認



関係者全員が**共通認識**のうえ、**同じ方向**を目指した事業の展開へ

当事者(ケアマネ・医療機関)が自分の問題と捉え、解決策を考え、**皆の合意の上**で作成、改訂

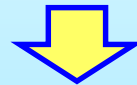


ルールの**定着化**へ

V. 考察

事務局体制の変更

⇒ケアマネ事務局を保健所から**市町村**



更に地域の特性に沿った改訂・工夫がなされ、
より地域に根付いたルール

保健所の役割

- ①**支援的**立場で**統括的**事務局
- ②2市と各関係機関の**調整**役