

佐賀県における 入退院支援の 推進について

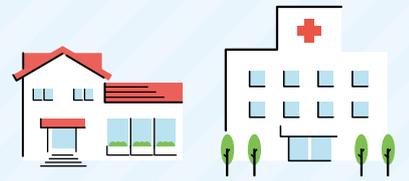
高齢者に退院後も安心した 生活をしていただくために

高齢者に住み慣れた地域で安心して生活していただくためには医療・介護・介護予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域づくり(地域包括ケアシステムの構築)を実現する必要があります。高齢者には医療と介護の両方のサービスを必要とする方も多く、地域包括ケアシステムの構築には医療と介護の円滑な連携が必要です。

このため、県内の市町・介護保険者では、医療と介護の連携を推進するため在宅医療・介護連携推進事業に取り組んでいます。また、佐賀県でも切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築をめざし、高齢者の入退院支援のルール化を推進しています。

「入退院支援ルール」は、佐賀県内全市町が策定済みです。高齢者に退院後も住み慣れた地域で安心して生活していただくため、「入退院支援ルール」の活用にご協力いただきますようお願いします。

入退院支援ルールとは



介護が必要な方が退院しても在宅で安心して生活ができるよう、病院からケアマネジャー（ケアマネ）へ着実に引継ぐための情報提供や連携に関するルールであり、管内のケアマネ・病院関係者が話し合いを繰り返して策定したものです。

対象者

◎入院前に居宅ケアマネが担当していた方。

◎在宅に退院する患者で、病院が必要と判断した方。

※在宅とは自宅・介護老人ホーム・住宅型有料老人ホーム等を想定

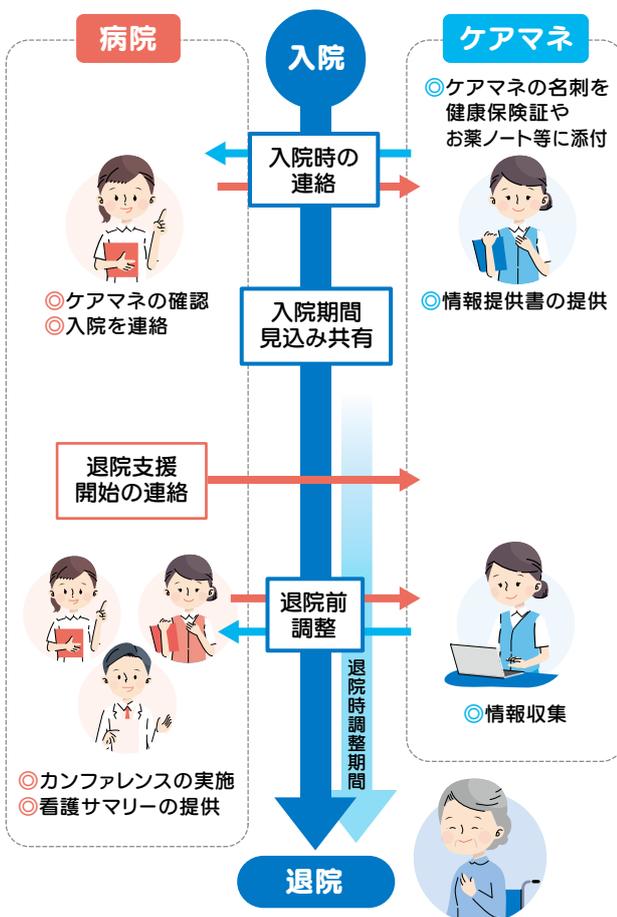
《参考》

入退院支援ルールの主な流れ(イメージ)



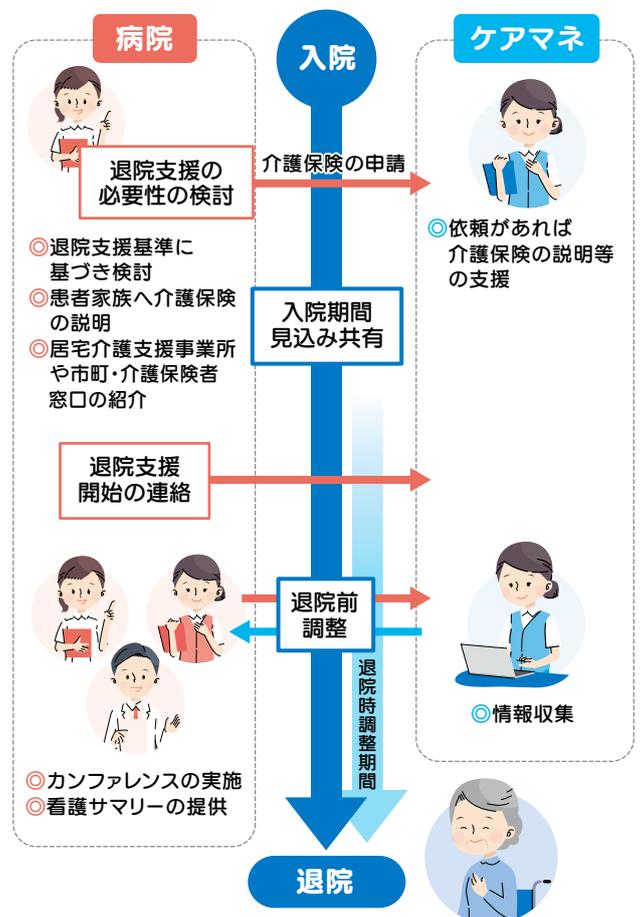
1

入院前にケアマネジャーが
いる場合



2

入院前にケアマネジャーが
いない場合



介護が必要な方が入退院される際にも切れ目なくサービスを受けられる地域づくり

入退院支援ルールを 活用する主なメリット

地域住民(高齢者・家族)の方

- ◎ 患者(利用者)・家族が退院後も安心して在宅生活をおくることができます。
- ◎ 医療と介護のサービスが切れ目なく提供されることで、患者本人の健康を維持し、安定した生活をおくることにつながります。

病院(医師・看護師・MSW)の方

- ◎ 患者の入院前の状況がわかり、円滑に治療計画を立てることができます。
- ◎ メディカルソーシャルワーカー(MSW)不在の病院でも、入退院支援をケアマネと一緒に進められます。
- ◎ 経験の浅いMSWや看護師も入退院支援の方法を学ぶことができます。
- ◎ 入退院支援に関する診療報酬の加算が算定できます。

介護事業所(ケアマネ)の方

- ◎ 利用者(患者)の状況がわかり、効果的にケアプランに反映することができます。
- ◎ 余裕をもって入退院支援を進められ、利用者(患者)のサービス提供に不具合が生じることを防止できます。
- ◎ 経験の浅いケアマネや事業所も入退院支援の方法を学ぶことができます。
- ◎ 病院の入退院支援の窓口がわかり、病院に行きやすくなります。
- ◎ 入退院支援に関する介護報酬の加算が算定できます。

※要支援者(介護予防)については、加算は算定できません

入退院支援ルールの 普及に関する留意点

地域の高齢者の健康維持と生活支援が目的

「入退院支援ルール」は、医療機関やケアマネが、ルールを参考にしながら、患者(利用者)の状況に応じて情報共有を行うことで、退院後も高齢者の健康を維持し、地域で安心して生活していただけるようにすることを目的としています。

「入退院支援ルール」は入退院時の情報共有の参考ルール

「入退院支援ルール」は、高齢者の入退院の際に医療と介護のサービスを切れ目なく提供するための情報連携の“参考ルール”です。

既に独自のルールや既存の様式を使って、医療と介護の情報共有に取り組まれている医療機関や介護事業所について、これまでのやり方の変更を求めものではありません。

情報共有の状況を確認するきっかけに

既に入退院時の情報共有を行われている医療機関、ケアマネにおかれましても、改めて本ルールをご確認いただくことで、入退院時の情報共有をより確実にしていただくことができます。

高齢者の 入退院時の情報共有に

「入退院支援ルール」

を活用しましょう



《参考》

北部医療圏(唐津市・玄海町)での入退院支援ルール策定効果

医療機関・ケアマネからのアンケート結果:唐津市の資料から抜粋

入退院支援ルール策定前

H27年度	退院件数(a)		退院調整なし(b)		もれ率(b/a×100)		全体もれ率
	要介護	要支援	要介護	要支援	要介護	要支援	
管内病院	73	27	24	8	32.9%	29.6%	32.0%
管内診療所	6	4	5	2	83.3%	50.0%	70.0%
管外病院	5	3	2	3	40.0%	100.0%	62.5%
計	84	34	31	13	36.9%	38.2%	37.3%

調整もれ率
減!!

入退院支援ルール策定後

R3年度	退院件数(a)			退院調整なし(b)			もれ率(b/a×100)			全体もれ率
	要介護	要支援	総合事業	要介護	要支援	総合事業	要介護	要支援	総合事業	
管内病院	51	22	6	9	5	2	17.6%	22.7%	33.3%	20.3%
管内診療所	3	1	0	0	1	0	0.0%	100%	0.0%	25.0%
管外病院	4	0	1	2	0	1	50.0%	0.0%	100.0%	60.0%
計	58	23	7	11	6	3	19.0%	26.1%	42.9%	22.7%

病院からの回答

助かった点

- ◎ 情報提供の件数が増え、情報提供時期が早くなった。
- ◎ 入院初期の情報提供により患者の状態が把握できる。
- ◎ 受診時に介護保険情報を収集することにした。お薬ノートにケアマネの名刺を挟んでおくのはよい。担当ケアマネの事業所、名前の把握ができ、担当者が分かりやすくなり、相談しやすい。
- ◎ 家族での介護能力、自宅内の状況等にケアマネは詳しいので、入院中にADLが低下しても、在宅介護が可能か、施設サービスがいいのか、調整をスムーズに行ってくれる。



ケアマネからの回答

助かった点

- ◎ 入退院ルールを取り決めたことで、病院側からも積極的な連絡や連携支援をしてもらい助かる。連携をとりやすくなった。
- ◎ 入院時情報を持参し状況を伺うことができる病院等では連絡がスムーズで退院後の支援が余裕をもって計画調整できた。
- ◎ 退院の予定が立ったときなどに、カンファレンスを行っていただき、家族と病気に関する共通理解ができてスムーズに在宅へ戻ることができた。
- ◎ 入院中の状況や退院後の留意点等を確認できるのでよい。

各地区の入退院支援ルール及びお問い合わせ先



各地区で運用しているルール及びお問い合わせ先は右の二次元コードよりご覧ください。

(以下URLからもご参照いただけます <https://www.pref.saga.lg.jp/kiji00385165/index.html>)

なお、利用者(患者)の居住地と異なる市町村に所在する医療機関等に支援を調整する場合は、医療機関・在宅担当者それぞれが普段運用しているルールが基本になると思われませんが、進め方については、医療機関・在宅担当者間で相談の上、必要な情報を引き継いでください。