

中部保健所管内3市への説明

- 臼杵市

プロジェクトZ14の中で、「退院支援ルール」の策定を進めることを説明
リーダー班の会議で、ケアマネの代表の選定

- 津久見市

在宅医療連携推進事業のコア会議において、モデル事業について説明
コア会議の前に津久見市と事前協議を行った

- 由布市

在宅医療連携推進事業のコア会議において、モデル事業について説明

大分市連合医師会への説明

- 大分市保健所長とともに、大分市連合医師会長に、本モデル事業の趣旨と取り組みの概要を説明
- 大分市内の医療機関の看護部長やMSWに集ってもらい、ケアマネ代表との協議を行うことを了承。
- 大分市の3医師会の理事が集まる機会に、本事業について説明を行い、了解を得た。
- この際、退院時だけでなく、入院時にケアマネからの情報提供の仕組みもしっかり検討するよう要請があった。
- 大分市連合医師会の在宅医療連携との取り組みの一環として配置された「在宅医療推進コーディネーター」にも協力をいただくことになった。

看護師長やケアマネ等からのヒアリング

- 入院中にケアマネが病院を訪ねても、「地域連携室止まり」のことが多い
- 地域連携室は家族が同席していないことを理由に限定的な情報提供にとどまっている
- 退院時だけでなく、入院時の情報の共有も重要
- 家族のいる高齢者では、家族が病院に介護保険の利用状況など必要なことを伝えてくれると期待
- 入院時の情報提供シートや退院時の情報提供シートは、看護職とケアマネが同じ視点で、高齢者の状態を評価できるようになることが重要
- 訪問看護師が関わっていると、病院やケアマネへのフィードバックがあることも利点！！

第1回戦略会議

- 関係者が一堂に会して、今後のスケジュールを確認
 - 大分市保健所：所長，次長，保健総務課長，保健師健康課長，参事，担当保健師長寿福祉課参事補，保健師)
 - 中部保健所：所長，次長，地域保健課長健康安全企画課班総括，保健師
 - 由布保健部：地域保健課長，担当保健師
 - 医療政策課：地域医療対策監，医療政策班総括
 - 福祉保健企画課：地域保健情報班総括，保健師
 - 高齢者福祉課：参事 総勢23名！
- 確認事項
 - これまでの関係者への根回しの経過
 - 中部医療圏の医療介護連携の実態

第1回戦略会議における協議事項

- 今後のスケジュール

6月中 検討会に参加するケアマネ代表の人选

7月1日 7月1日の看護部長・MSW説明会

7月中 中部医療圏の退院支援の実態調査

8～9月 ケアマネによる退院支援ルール検討会議

10月中 看護部長・MSWとケアマネの合同会議

11～1月 ケアマネによる退院支援ルール検討会議

2月中 看護部長・MSWとケアマネの合同会議

- 各機関・部署の役割について

今後の会議の開催通知の発出 中部保健所

会議等の出席者のとりまとめ 各保健所

各会議で出された意見の記録と集約 中部保健所

ケアマネによる検討会議におけるファシリテーター

各保健所の地域保健課長等が順番で担当

病院(看護部長やMSW)への趣旨説明

- 中部医療圏の61病院中(精神科病院を含む), 47病院の看護部長とMSWの合計91名が参加
- 地域包括支援センターから20名, 県内の他の3保健所から10名, 本庁から12名, 中部保健所, 大分市保健所など事務局も含め, 合計173名が参加,
- 医療介護連携調整実証事業についての説明
- 質疑・応答では, 各病院長への周知, 病院の意見の集約方法, 地域包括支援センターの役割についての質問が出た。また, 院内の連携(病棟と連携室の役割分担)について意見が出た。
- 今後の中部医療圏における情報共有ルールづくりのプロセスについて合意を得る
- この結果, 35病院(圏域内のほとんどの急性期・回復期病院及び精神科の5病院)が, 退院支援ルールづくりへの参加を表明

ケアマネジャーへの趣旨説明と意見聴取

- 圏域内4市の地域包括支援センター及び居宅介護支援事業者に対し、本事業の趣旨説明を行った。
- 4市で合わせて、約400名（圏域内のケアマネジャー総数約600人）のケアマネジャーの参加を得た。
- このうち、大分市、津久見市においては、医療介護連携の課題についてのグループワークを実施した。

合わせて約300人のケアマネジャーが参加

- ケアマネジャー代表の選出 26名

大分市 16名

臼杵市 4名

津久見市 2名

由布市 4名

入退院時連絡に関する実態調査

- 圏域内の居宅介護支援事業者及び地域包括支援センターを対象に実施
- 平成26年5月1か月間に、担当したケースの入退院時における情報の共有状況を調査
- 退院調整や退院支援で、日頃から感じている課題や病院への要望についても調査
- 退院調整・支援がうまくいった事例，うまくいかなかった事例の収集
- 179事業所中175事業所が回答（回収率97.8%）
個人票は、588名のケアマネジャーが回答
- 1か月間に675件の入院と591件の退院が報告された

要介護・要支援の方の入退院の状況

	担当件数中の 入院割合	入院時情報提 供書送付率	担当件数中の 退院割合
要支援	2.6% (171/6,537)	12.3% (21/171)	2.0% (132/6,537)
要介護	4.4% (504/11,486)	41.9% (211/504)	3.1% (359/11,486)
総 数	3.7% (675/18,023)	34.4% (232/675)	2.7% (591/18,023)

介護給付状況別の退院時連絡漏れ率

	大分市内の 居宅・包括		大分市以外 の居宅・包括		中部医療圏 の居宅・包括	
	24年度	今回	24年度	今回	24年度	今回
新規	22.3% (44/197)	19.2% (15/78)	23.2% (13/56)	23.1% (3/13)	22.5% (57/253)	19.8% (18/91)
受給中	27.6% (163/591)	29.6% (86/291)	17.0% (32/188)	32.6% (30/92)	25.0% (195/779)	30.3% (116/383)

要介護度別の退院時連絡漏れ率

	24年度	今回	増減
要支援1	47.1% (65/138)	43.2% (32/74)	-3.9%
要支援2	40.2% (33/ 82)	37.3% (19/51)	-3.0%
要介護1	23.2% (48/207)	24.0% (24/100)	0.8%
要介護2	23.0% (46/200)	30.1% (25/83)	7.1%
要介護3	17.0% (26/153)	21.2% (14/66)	4.2%
要介護4	10.5% (15/143)	20.7% (12/58)	10.2%
要介護5	6.1% (6/98)	14.6% (7/48)	8.5%

大分市内の医療機関の退院時連絡漏れ率

大分市内の医療機関から
大分市内の居宅・包括への
退院時連絡漏れ率

24年度

27.1%

(200/738)

今回

26.9%

(98/364)

大分市内の医療機関から
大分市以外の居宅・包括への
退院時連絡漏れ率

24年度

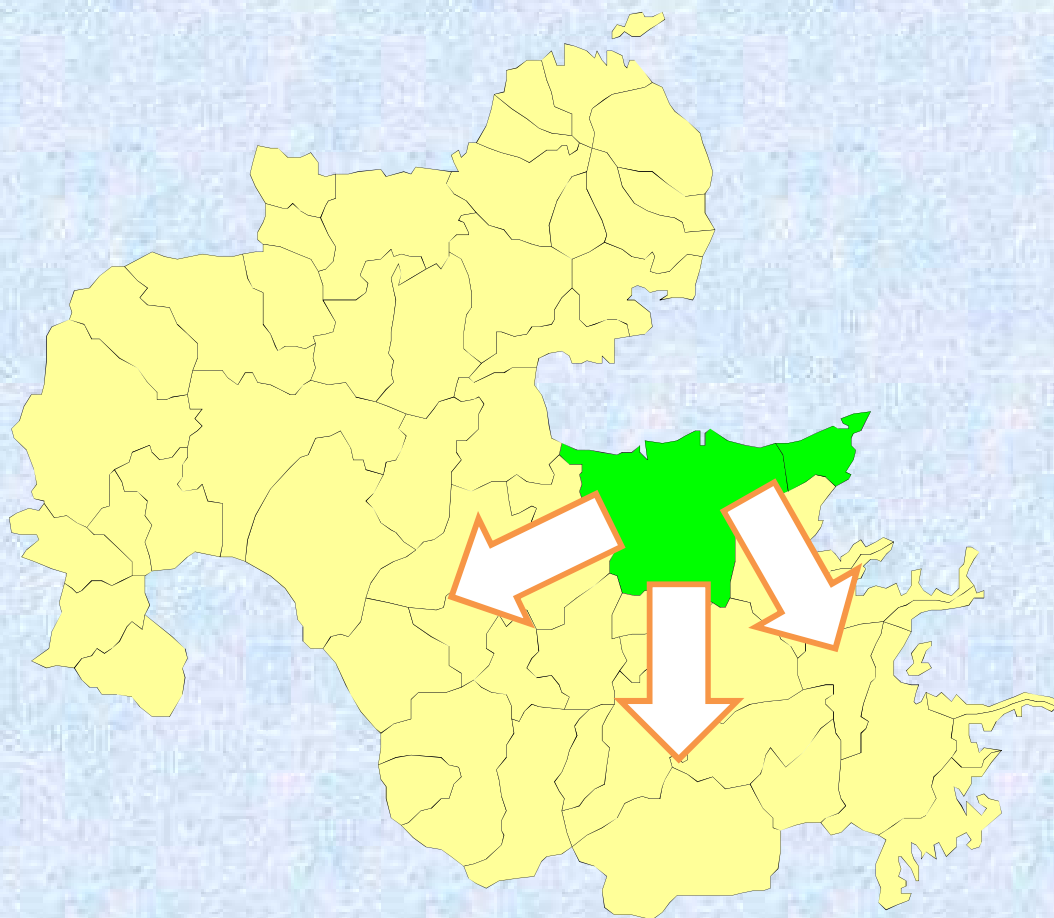
29.8%

(17/57)

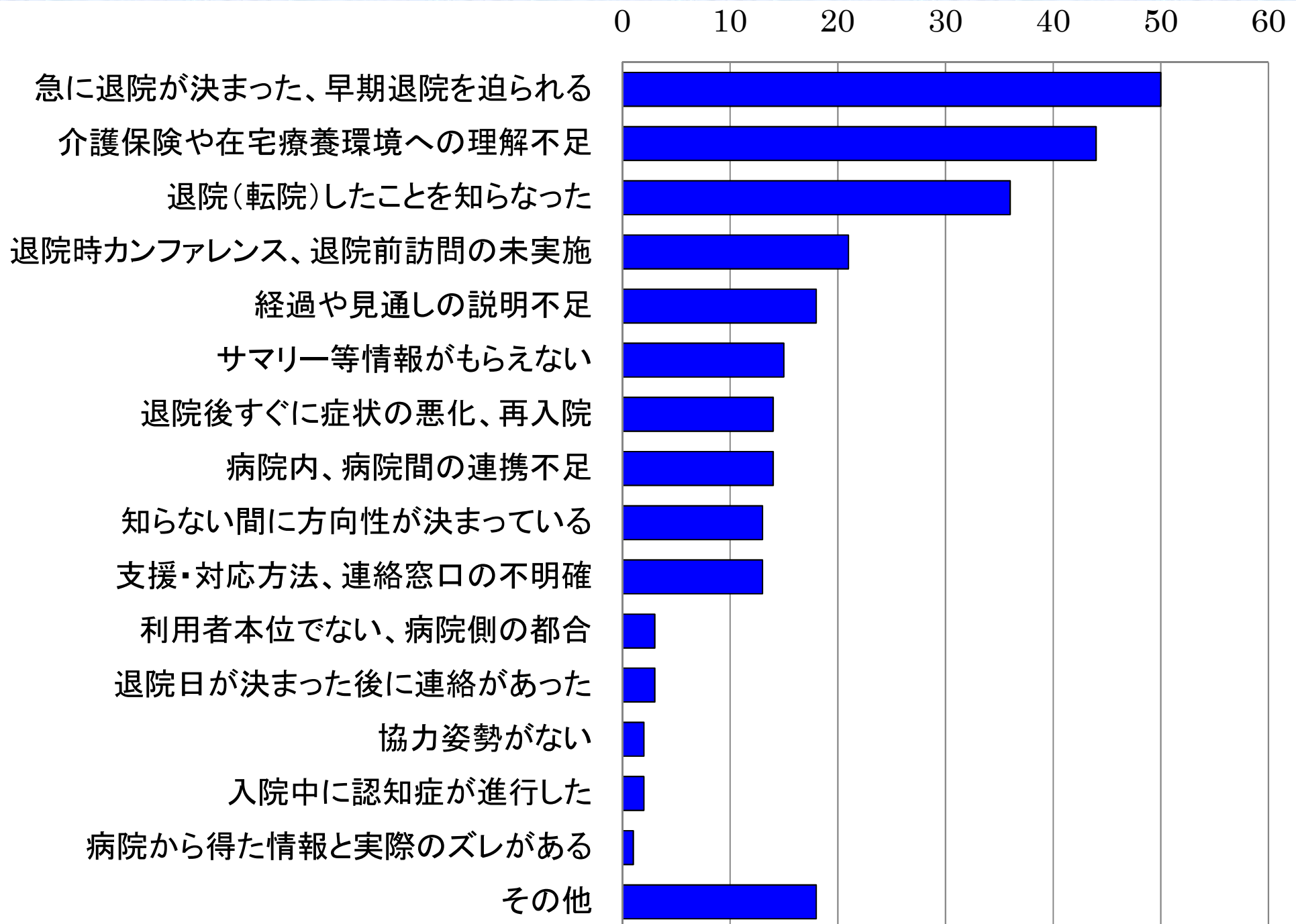
今回

51.7%

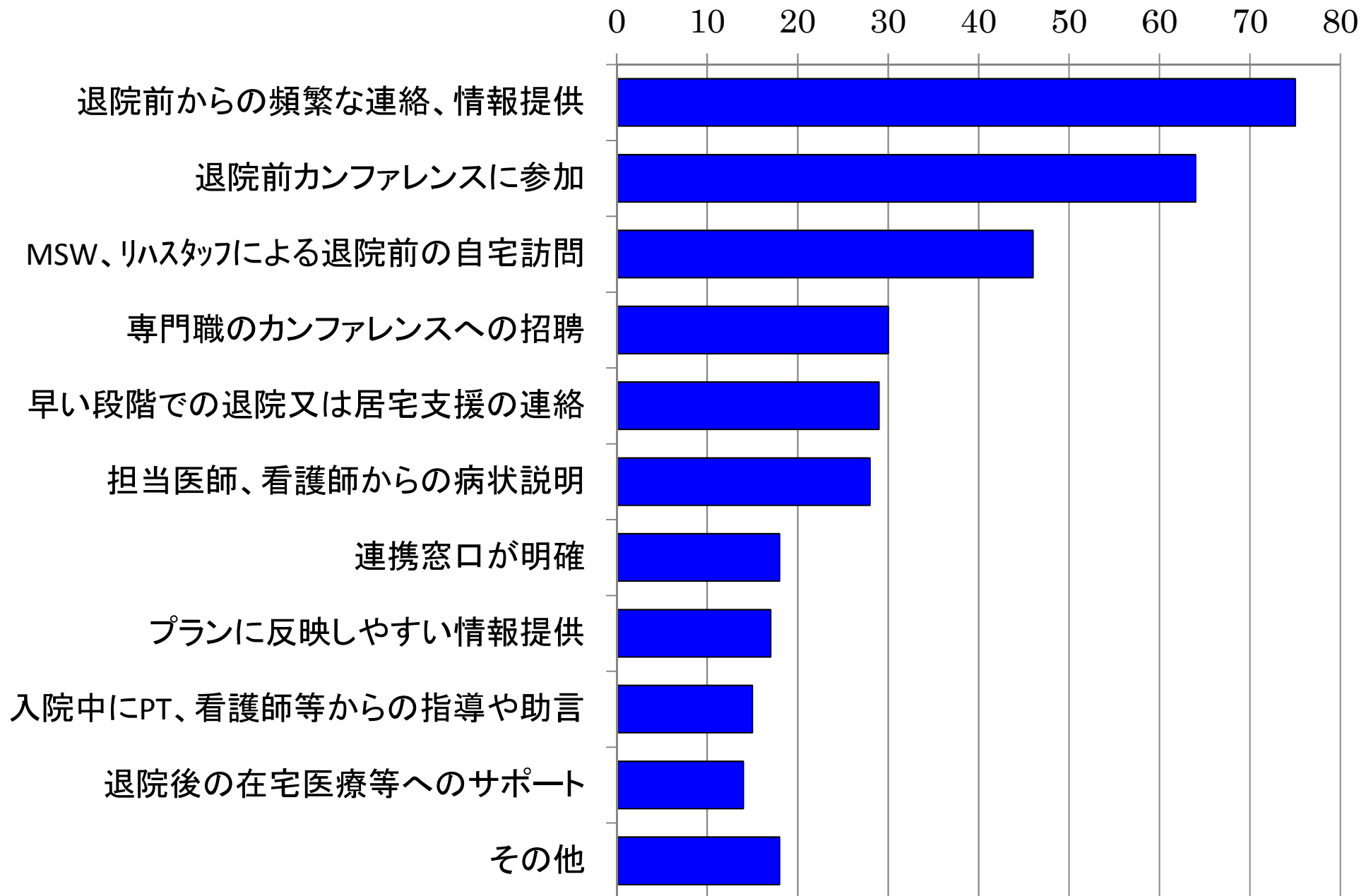
(15/29)



医療介護連携における課題



医療介護連携がうまくいっている点



ケアマネジャーの意見のとりまとめ

ケアマネジャー代表による第1回検討会

- ケアマネ代表26名と3保健所職員（コーディネーターを含む）、本庁関係課職員が出席
- 事業説明 本事業の背景，退院支援ルールづくりの意義とその手順について説明
- 入退院時連絡に関する実態調査の結果説明
退院漏れ率，退院支援で困った事例等
- 4グループに分かれて，グループワーク
 - ①どんな患者について退院調整が必要か
 - ②どんな情報が病院から欲しいか

ケアマネ検討会後の打ち合わせ

- ケアマネ検討会後，中部保健所のスタッフで議事録の確認，論点の整理を行う。
- 中部保健所，由布保健部，大分市保健所のコーディネーター等8名が集まって，論点の確認，次回のケアマネ検討会の進め方，役割の確認を行う。

グループワークによる合意形成

- 4グループに分かれて，論点毎にグループで議論
コーディネーターがファシリテーター役を務める
- グループでの議論の結果を発表してもらい，全体のコーディネーターが4グループの意見集約を行う。
その際，記録係がホワイトボードに各グループの意見を板書しながら，意見の集約をサポート。

ケアマネジャーの意見のとりまとめ

ケアマネジャー代表による第2回検討会

4つの論点について、協議を行った

(論点1) 退院支援を行う患者は「在宅等」自宅以外に
退院する患者を含むことでいいか

(論点2) 入院時情報の共有について
要支援の高齢者も含むか

早期に入院したことを確実に把握する工夫

(論点3) 退院時の情報の引継ぎをする患者の基準

(論点4) 退院支援のための連絡をいただくタイミング

→ 入退院時の情報共有ルール(案)の作成

病院・ケアマネ合同会議（10月22日）

- 入退院時連絡に関する実態調査の結果説明
- ケアマネから病院への要望のとりまとめ結果報告
- 各病院における退院支援の実情（各病院から報告）
 - スクリーニングシートを用いている病院で、漏れ率
が大きい傾向があった
 - 入院時にケアマネからの情報提供があるかどうか
が退院支援の鍵を握っていた
- ケアマネの代表による退院支援ルールの提案
- 逢坂先生から退院支援ルールについての補足
 - 個人情報については、ケアマネは同意を得ている
 - 個人情報ガイドラインでも、ケアマネに情報を提供
することはOK

35病院の看護部長とMSW

コーディネーター（行政）

ケアマネジャーの代表



合同会議での意見に基づくルール案の修正

ケアマネジャー代表による第3回検討会(11/13)

- 10月22日の合同会議で合意できたこと、再検討が必要なことの確認
- 退院時の連絡先について(施設か、ケアマネか)
- 入院時の情報共有の内容(要支援、要介護の場合)
- 退院時の情報共有の内容
- 新規のケースの場合、情報共有を行う患者像(国の患者像の基準を提案)
- 病院から退院支援のための連絡をもらうタイミング

修正したルール案に対する意見集約

ルール案を病院やマネジャーに提示

- 11月末にルールづくりに参画している35病院とケアマネジャーに修正したルール案を送り、意見を聴取
- ケアマネジャーによる第4回検討会（1月26日）
- 寄せられた意見に基づいて、ルール案の再検討
 - 退院の目途等について、病院から連絡がない場合、ケアマネジャーから連絡する旨を追加するか
 - 「退院支援が必要な患者の基準」の修正
 - 退院支援ルール運用に関するQ&A案について
 - 退院支援ルールの名称について

入退院に伴う病院とケアマネジャーとの情報共有ルール

1. 入院時の情報共有手順

病院: 入院時にケアマネジャーが関わっているか
介護保険証等を確認し、担当ケアマネジャー
を把握できた場合は、ケアマネジャーへ連絡

ケアマネジャー

要支援・要介護認定を受けている利用者が、
入院したら、まず自分が担当ケアマネジャーで
あること(事業所名、連絡先)を病院へ連絡

要介護の場合は、できるだけ全ての利用者につ
いて、既存の連携シートやフェイスシート等
を利用して病院へ情報提供

入退院に伴う病院とケアマネジャーとの情報共有ルール

2. 退院時の情報共有を行う患者：在宅等に戻る患者

3. 退院時の情報共有のため、病院からケアマネジャーへ連絡するタイミング

- 病院は、退院の日処がいたら、まずケアマネジャーへ連絡。

(1) 病院は、入院時連絡で退院見込み時期がわかる場合は、そのときに(入院時連絡と合わせて)退院見込み時期を連絡。

(2) 入院時連絡の段階で、退院見込み時期が不明な場合、病院は、入院1週間後を目処に、カンファレンス等により、在宅等に戻れると判断したら連絡

※ ただし、ケアマネジャーから問い合わせることもあります。

入退院に伴う病院とケアマネジャーとの情報共有ルール

4 退院時の情報共有手順

(1) 要支援・要介護認定を受けている場合

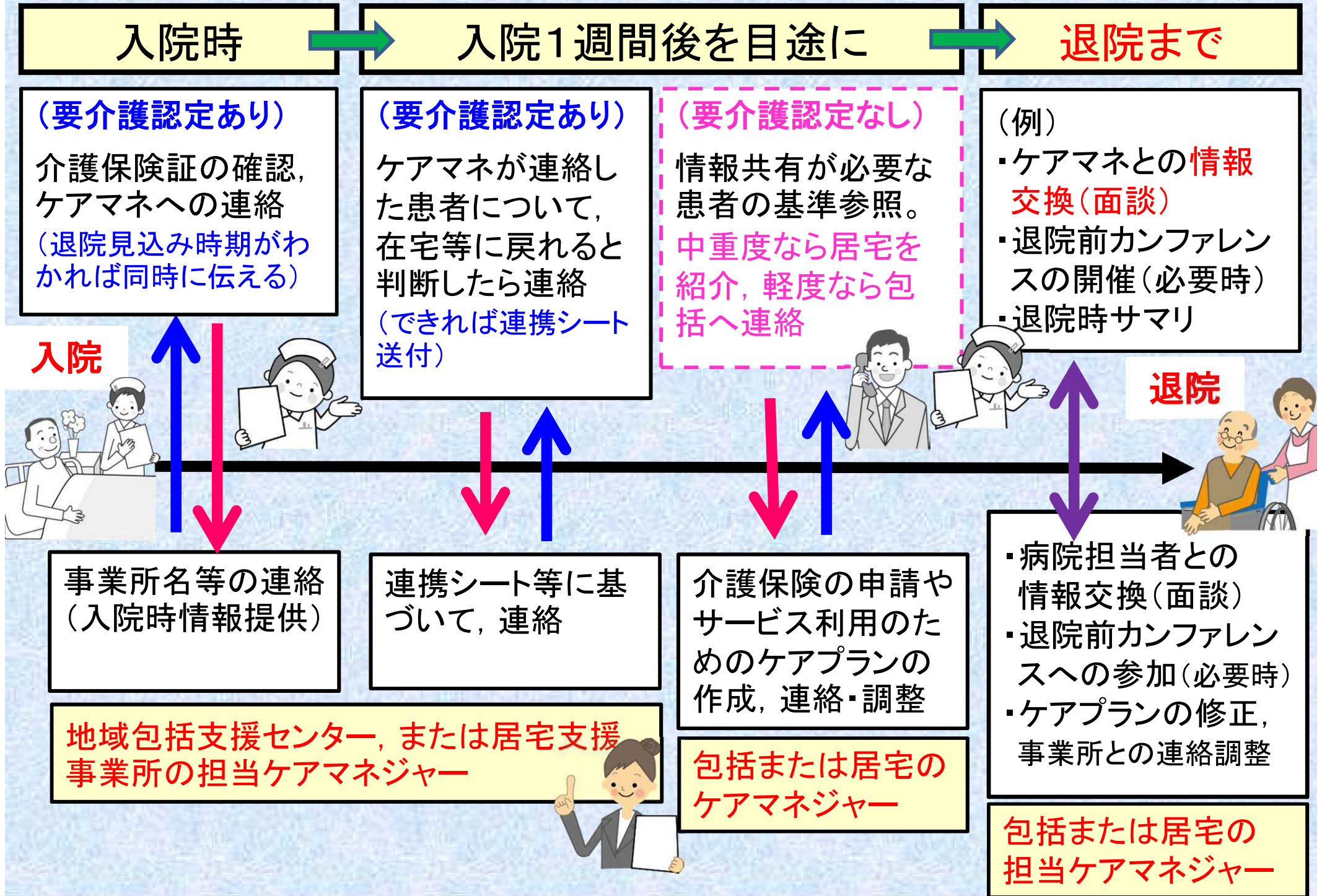
- 病院は、要支援の患者を含め、ケアマネジャーが病院に連絡した患者については、担当ケアマネジャーに連絡
- 可能であれば、退院前に病院からケアマネジャーへ連携シート等を渡す。間に合わなければ、取り急ぎ、退院見込み時期のみを連絡。

(2) 介護認定を受けておらず、新たに介護保険を利用する場合（ケアマネジャーが決まっていない場合）

- 病院は、下記のように対応する。
 - ① 中重度の場合 居宅介護支援事業所を紹介
 - ② 軽度の場合 地域包括支援センターに連絡
- ※ 迷った時は、地域包括支援センターに連絡

退院時に情報共有が必要な患者の基準は、別紙参照

入退院に伴う病院とケアマネジャーとの情報共有ルール(概要)



退院時にケアマネジャーとの情報共有が必要な患者の基準（介護保険の未認定の場合）

1. 必ず退院時の情報共有が必要な患者

（介護認定にて要介護の可能性あり）

- ①立ち上がりや歩行に介助が必要
- ②食事に介助が必要
- ③排泄に介助が必要，ポータブルトイレを使用中
- ④日常生活に支障を来すような症状がある認知症（疑い）
- ⑤がん末期（ADLは自立していても）
- ⑥新たに医療処置が追加

（経管栄養，吸引，バルーンカテーテル留置など）

※1項目でも当てはまれば（さらに重度も含めて）

⇒ 居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）へ連絡

2. 上記以外で退院時の情報共有が必要な患者

（介護認定にて要支援の可能性あり）

- ①在宅では，独居かそれに近い状態で，服薬管理，調理や掃除など身の回りのことに介助が必要

⇒ 地域包括支援センターへ連絡

情報共有にかかるQ&A

- 病院によって規模や実状が異なるのに、一通りのルールで運用するのは無理があるのではないか？
- 入退院時に病院とケアマネジャーが情報共有する際の法的な根拠は何か？
- ケアマネジャーに知られたくない場合やケアマネジャーの変更を希望している場合等は、病院から情報提供できないこともあり得るのではないか？
- 入院時に、できるだけ速やかに情報をもらいたいが、可能か？
- 入院時に、最新の情報をもらいたいが、可能か？

情報共有にかかるQ&A

- 病院から入退院時に連絡した後、ケアマネジャーはどのように対応するのか？
- 退院時に情報を共有する患者の基準の「在宅等」とはどのような場所を指すのか？
- 退院時に介護保険サービスの変更を必要としないケースがあるが、その場合でもケアマネジャーに連絡する必要があるか？
- 転院してきて、今後も在宅等に戻る見込みがない場合、ケアマネジャーに連絡する必要があるか？
- 退院時の情報共有手順で、要支援・要介護認定を受けている場合、病院からの連絡は入院時に「ケアマネジャーが連絡したケース」に限るのか。

第2回病院・ケアマネ合同会議(2月26日)

- 35病院代表, ケアマネジャー代表, 事務局, コーディネーター, オブザーバーを含め114名が参加
- これまでの経過報告, 修正した情報共有ルール案の紹介, Q&Aの紹介を行い, 意見交換
特段の意見は出なかった!
- 今後のスケジュール(病院内の運用ルールの確認, 来年度のモニタリング方法)について説明
- 病院側から多くの意見が出た!!
医療介護連携の評価は退院支援漏れ率でいいのか?
病院としても連携状況の評価をしたい!
情報提供の「質」についての評価はどうするのか?
連携シートの様式の統一について検討しないのか?
- ルールの運用について, 「やる気満々」であった

コーディネーター

病院代表

ケアマネ
代表

病院代表



情報共有ルールへの運用開始

- 病院に対して、情報共有ルールに基づく、院内運用ルール（誰が窓口になるかなど）作成の要請
- 院内運用ルールの集約と一覧表の作成
- 3月中に中部圏域の全病院、ケアマネジャーにルールを周知（各病院の院内運用ルールの一覧を配布）
- 平成27年4月より、退院支援ルールの運用開始
- 平成27年4、5月分について、入退院時の情報共有の実態について調査（ルール運用のモニタリング）
- 平成27年9月 ルールの運用状況についての検証
ケアマネジャーや地域包括支援センター、病院へのヒアリング → 検証のための会議を開催

ルールとツールの違い

- 既に多くの地域で医療介護連携ツール(情報共有のための連絡票様式の統一)が行われている！
- その連絡票はどれくらい活用されているだろうか？
必ずしも、活用されていない現実
- どのようなケースについて、連絡票を用いるかというルールが徹底されていないことが原因
看護職やケアマネジャーが必要だと思った患者については、連絡票を作成している！
- 連絡票を出すタイミングを逃しているケースもある
いまさら出しても、「加算」のためと思われる・・・
- 今回、作成する入退院時の情報共有ルールはどのようなケースに、どのタイミングで、連絡する(連絡票を作成)のかを議論することにほかならない
ルールづくりにより、ツールの活用も促せる

全県下への普及に向けて

- 情報共有ルールは、中部医療圏のルールを「たたき台」として、地域の実情に応じて、カスタマイズする
既存の情報共有ツールの活用を促すとともに、
既存の情報共有ルールがある場合には、それとの整合性を尊重するものとする
- 県のアドバイザー(健康対策課長)が他の5圏域におけるルールづくりにおいても支援を行う。
病院の看護部長、MSWへの趣旨説明会
病院・ケアマネジャー合同会議での支援
- 中部医療圏でコーディネーター役を務めた地域保健課長が、必要に応じて、他地域でのケアマネジャー検討会におけるコーディネートポイントを伝授
地域保健課長会議等での情報交換