

平成27年3月9日(月)

平成27年度第3回

都道府県在宅医療・介護連携担当者・アドバイザー合同会議

都道府県医療介護連携調整実証事業について

厚生労働省老健局老人保健課

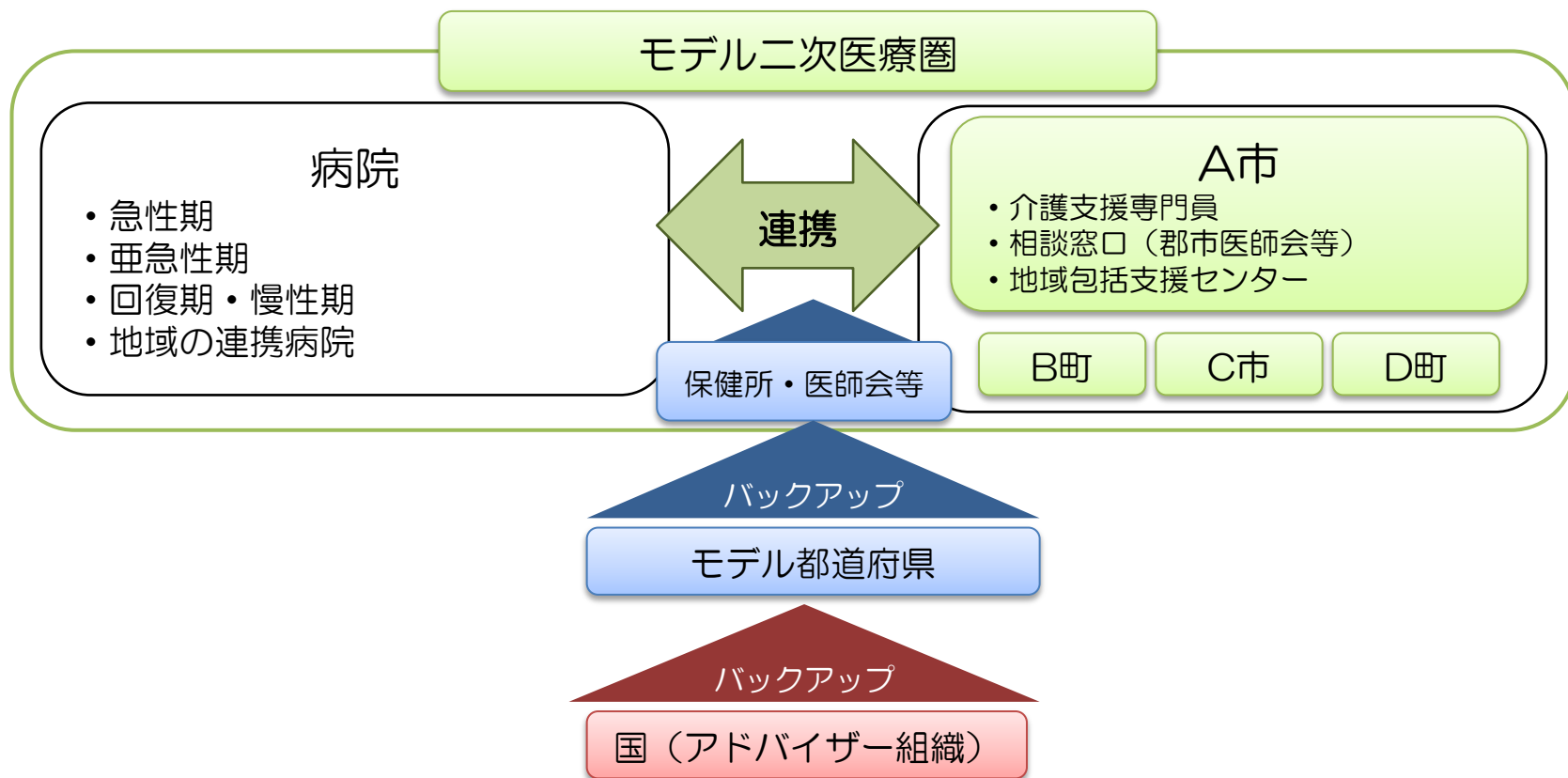
都道府県医療介護連携調整実証事業

●目的

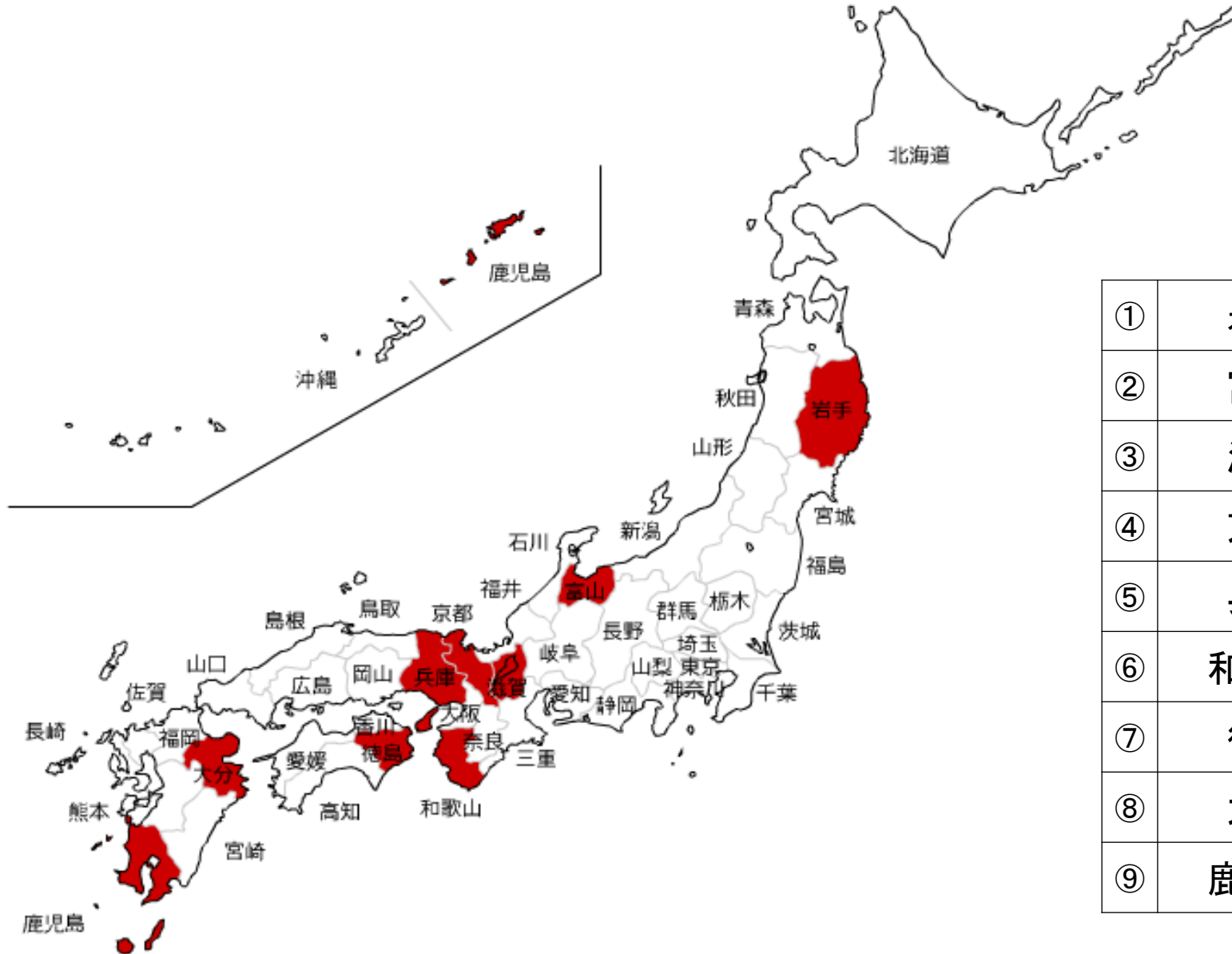
本事業は、モデル二次医療圏において、二次医療圏単位での退院調整ルールの策定と在宅医療・介護連携推進事業を、都道府県（保健所）と連携しながら技術的支援をする。

●事業内容

- (1) 二次医療圏単位での退院調整ルールの策定の支援
- (2) 二次医療圏内市町村の在宅医療・介護連携推進事業の支援



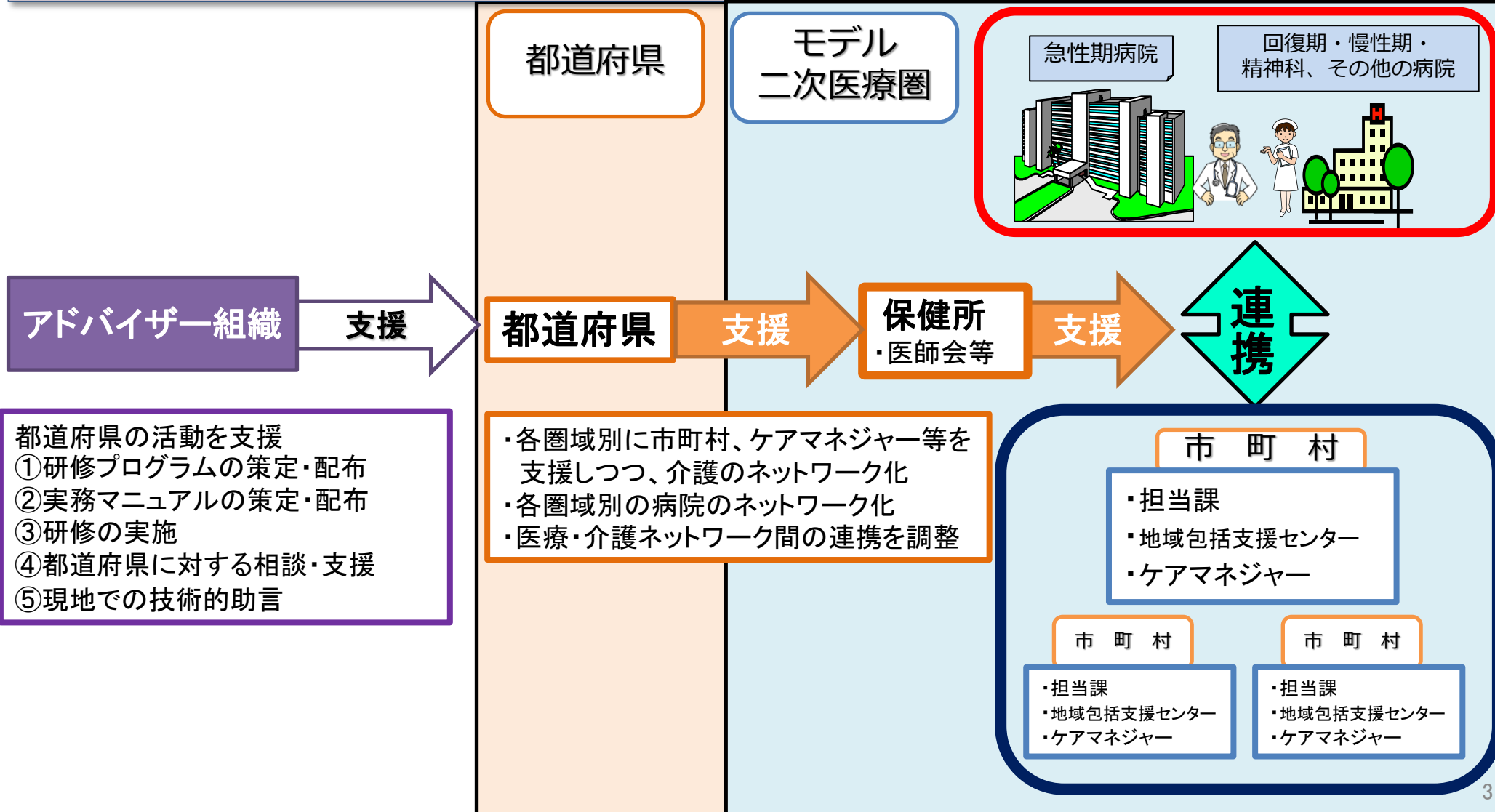
平成26年度 参加都道府県



①	岩手県
②	富山県
③	滋賀県
④	京都府
⑤	兵庫県
⑥	和歌山県
⑦	徳島県
⑧	大分県
⑨	鹿児島県

都道府県医療介護連携調整実証事業（26年度新規）

都道府県の調整のもとで、市町村と介護支援専門員と病院とが協議しながら、地域の実情に応じて、病院から介護支援専門員（ケアマネジャー）への着実な引き継ぎを実現するための情報提供方法等に関するルールを作り、それを実証的に運用し、具体的なノウハウを蓄積することを目的として行う。



都道府県医療介護連携調整実証事業における 退院調整※ルール策定の流れ

準備

【退院調整※ルール策定の過程で調整役を担う関係組織】

都道府県・保健所、市町村、地域包括支援センター

→これらの職員間で、事業目的を共有し、以降の取組み方法について合意形成。

都道府県・保健所の担当者

→下記の実践の全てにおける調整役を担う。

市町村・地域包括支援センター

→ケアマネジャーの協議の際、都道府県・保健所の担当者と協力し、市町村内のケアマネジャー間での協議を支援。

※退院調整: 要介護状態の患者の居宅への退院準備の際に病院からケアマネジャーに引き継ぐこと

実践

1. 病院への事業説明と事業参加の意向を確認
2. ケアマネジャー等への事業説明と事業参加の意向を確認
3. ケアマネジャーが協議
4. 病院とケアマネジャー等の代表が協議
5. 二次医療圏での共通の退院調整ルールを策定
6. 退院調整ルール導入とその運用状況の確認(半年毎)

異なる専門職が円滑に意見交換するための工夫

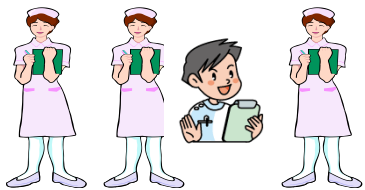
- 病院説明会では、保健所等が病院からの合意を得て退院調整ルール原案を作成する。
- 策定されるルールが二次医療圏で幅広く活用されるために、居宅介護支援事業所・地域包括支援センターに協議への参加を広く呼びかける(各事業所から少なくともケアマネジャー1名が参加)。ケアマネジャーどうしで退院調整ルール原案について協議し、ケアマネジャーとしての修正案を作成する。
- 病院・ケアマネジャー協議では、ケアマネジャーの代表者が参加し、二次医療圏のケアマネジャーの総意を、病院に対して提案する。
- 病院側から提出された意見のうち、ケアマネジャーの代表者がその場で回答できないことは持ち帰り、次回のケアマネジャーどうしでの協議で対応を検討。

二次医療圏

病院・ケアマネジャー協議

病院代表

ケアマネジャー代表



報告

提案

圏域内市町村のケアマネジャーによる協議



ケアマネジャー協議の参加者は100名を超えることがあるので、グループワーク形式を取る。

* 医師会の先生方には助言者として参加頂くように依頼。

都道府県医療介護連携調整実証事業におけるアドバイザー支援

		参加者		
テーマ		看護部長 MSW 等	ケアマネ ジャー代表	ケアマネ ジャー
国の支援	1 病院の組織化	●		
	2 ケアマネジャーの組織化			○
	3 現状の退院調整ルールの確認			○
	4 病院から欲しい情報の確認			○
国の支援	5 病院、ケアマネジャーの要望を発表	●	●	
	6 病院の要望、反応を協議に参加していないケアマネジャーに報告し、再度協議			○
	7 ケアマネジャー間で協議した退院調整ルール案を報告。病院、ケアマネジャーで再協議	●	●	
	8 協議内容をケアマネジャーへ報告			○
	9 退院調整ルール決定	●	●	
	10 決定した退院調整ルールをケアマネジャーへ説明			○

ケアマネジャーへのアンケート

退院時の引き継ぎの有無等について
(退院調整率)

ケアマネジャーへのアンケート

退院時の引き継ぎの有無等について
(退院調整率)

ケアマネジャーへのアンケート用紙(例)

アンケート項目

1. 現在の担当ケース数

(介護) _____ 件
(予防) _____ 件

2. 担当ケースのうち○月中に病院から退院したケース数

(介護) _____ 件
(予防) _____ 件

* 今後の病院連携のため、上記2の件数(○月中に病院から退院したケース数)の内訳等をご記入ください。

利用者	退院された病院名(○○地区外の病院も)	病院からの引き継ぎの 連絡	介護・予防の 区別
1		有 ・ 無	介護・予防
2		有 ・ 無	介護・予防
3		有 ・ 無	介護・予防
4		有 ・ 無	介護・予防
5		有 ・ 無	介護・予防
6		有 ・ 無	介護・予防
7		有 ・ 無	介護・予防
8		有 ・ 無	介護・予防
9		有 ・ 無	介護・予防
10		有 ・ 無	介護・予防

3. 現在担当している利用者のうち、○月中に病院に入院した件数

(介護) _____ 件
(予防) _____ 件

○月中に入院したケースのうち、病院に入院時情報提供書をおくった件数

(介護) _____ 件
(予防) _____ 件

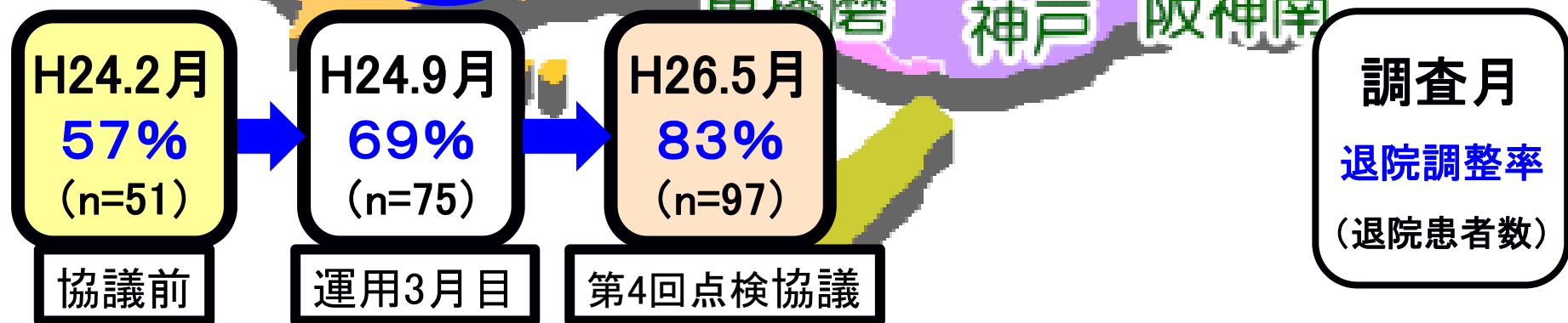
退院調整ルール原案(例)

- ◆ 要介護状態の患者が退院する5日以上前に、病院から担当ケアマネジャーに退院調整開始についての連絡を行う。
- ◆ ケアマネジャーは、ケアプラン作成と併せて、病院が行う退院準備を可能な限り支援する(家族の心理的支援等)。
- ◆ 病院は、退院調整が円滑に実施されるよう、ケアマネジャーに対して、連絡窓口、担当職員を明確にする。

導入後には、半年毎に点検協議を開催し運用状況を確認した上で、必要があれば、退院調整ルールを改定していく

事例：退院調整ルール導入前後の退院調整率の変化 (兵庫県揖龍地区)

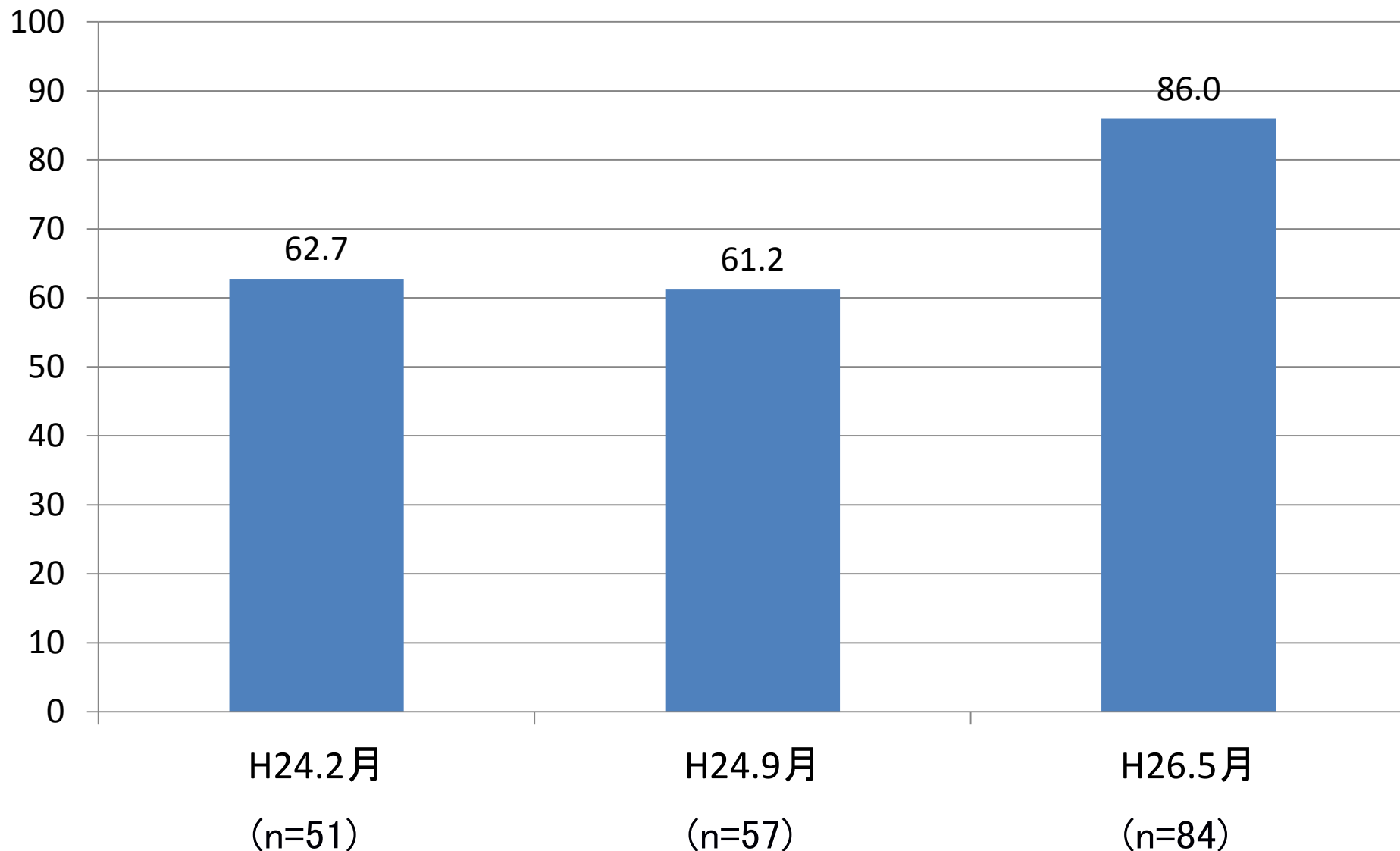
平成24年2月 初回アンケート調査
協議開始
7月 退院調整ルール導入
9月 アンケート再調査
平成26年5月 第4回点検協議を開催し、病院・
ケアマネジャーにて退院調整ルール
の運用状況を確認



ケアマネジャーからの入院時情報の提供率

* 利用者(要介護者)の入院に当たって、ケアマネジャーから当該医療機関の職員に対して、当該利用者の生活環境等の必要な情報を提供した割合

(%)



まとめ

- ◆ 本事業は、二次医療圏での医療・介護の連携調整を行うことで、都道府県（保健所等）の市区町村支援を強化することが目的
- ◆ 退院調整ルールを地域の実情に応じて策定することで、要介護状態でケアマネジャーへの引き継ぎなしに退院する患者が減少し、その結果として、利用者の円滑な在宅生活への移行が可能となるとともに、在宅ケアの負担が減少する可能性
- ◆ 同時に、本事業を通じて、都道府県（保健所等）と市区町村間が協働することで信頼関係が構築
- ◆ 本事業の成果が、在宅医療・介護連携推進事業等において活用されることに期待