

中核市を含む二次医療圏での退院支援ルール策定の取組

兵庫県 中播磨圏域における コーディネーター活動から

姫路市役所 保健福祉推進室 地域包括ケア担当
(姫路市保健所 地域リハビリテーション支援センター)

兼子 芳文



兵庫県中播磨圏域の概要



中播磨圏域

面積: 865.23平方km

人口: 583千人

病院数: 39 (人口10万対病床数: 951床)

居宅介護支援事業所数: 152

地域包括支援センター数: 26

姫路市(中核市)

面積: 534.43平方km

人口: 536千人

病院数: 35 (人口10万対病床数: 1,124床)

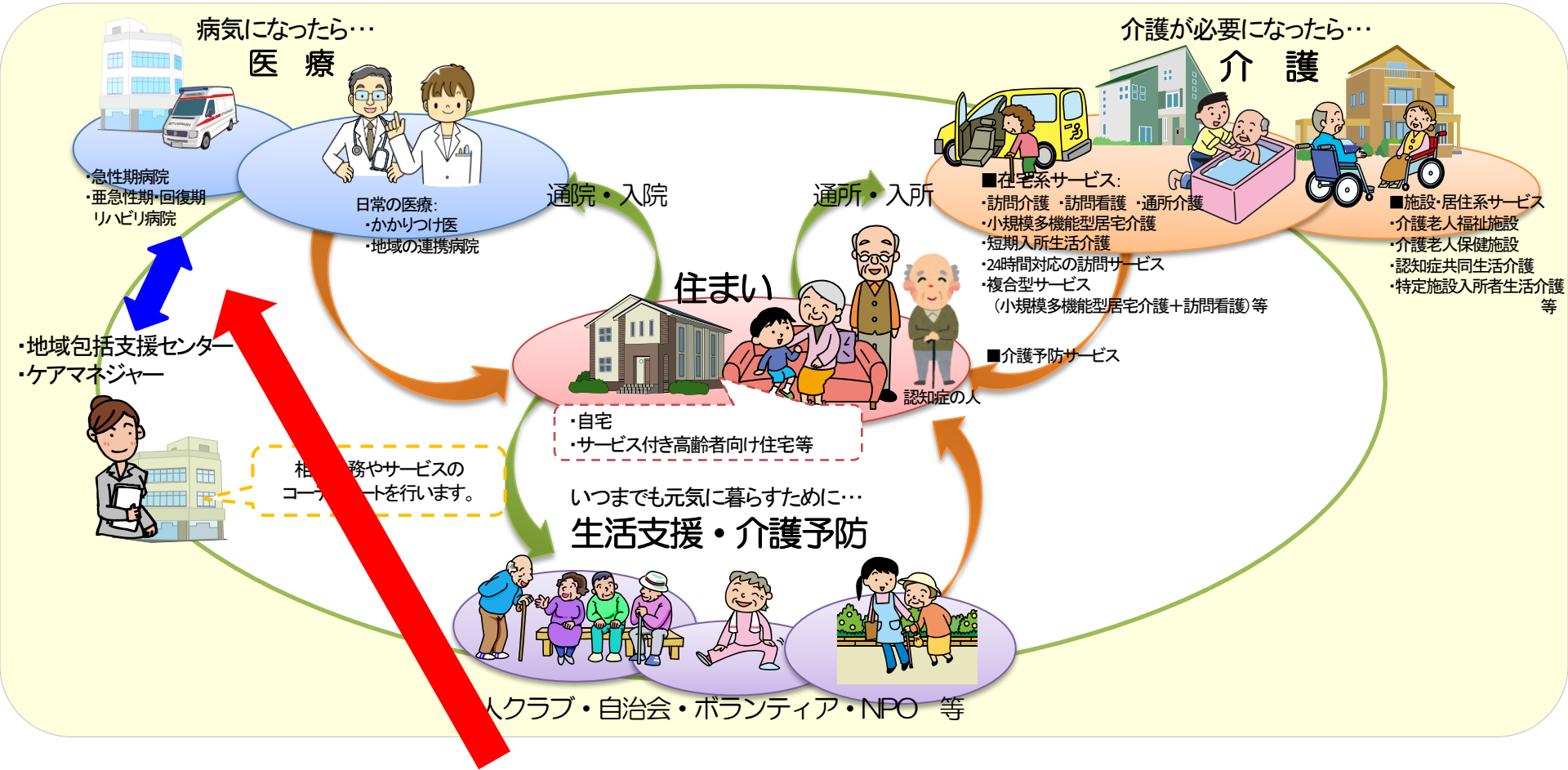
居宅介護支援事業所数: 136

地域包括支援センター数: 23

保健所: 中播磨健康福祉事務所と姫路市保健所が連携

姫路市保健所が地域リハ広域支援センターを県より受託

地域包括ケアシステム



今回の取組み
『退院支援ルール』

本日の報告事項

- ◆脳卒中病院間ネットワークとケアマネとの連携
- ◆急性期病院とケアマネとの連携状況
- ◆地域全体の病院とケアマネとの連携
- ◆退院支援ルール運用後の評価

脳卒中病院間ネットワークとケアマネとの連携

2008.11.19

テーマ：病院とケアマネとの退院時の連携について

病院の意見

- ・MSWは毎日、病棟を回診して退院調整にもれがないように頑張っています。
- ・ケアマネともうまく連携します。

ケアマネの意見

- ・実際には、退院調整なしで退院する患者が多くて大変です。
- ・特に急性期病院から退院後の利用者の医療情報を貰うのは大変です。
- ・回復期病院の環境調整や住宅改修案も問題が多いです。

 **病院とケアマネとの退院支援に関する協議の必要性を確認
回復期病院とケアマネとの連携協議が開始！**

脳卒中回復期病院・ケアマネ連携協議


2008.12.17

ケアマネの意見

- ・病院によって退院時情報の提供の仕方が違います。
- ・提供書の内容も介護には使いにくい事が多いです。
- ・ケアマネが頼まないと退院前カンファレンスを開催してくれない病院があります。
- ・退院前訪問ですごく変な改修提案をするPTがいるんです。

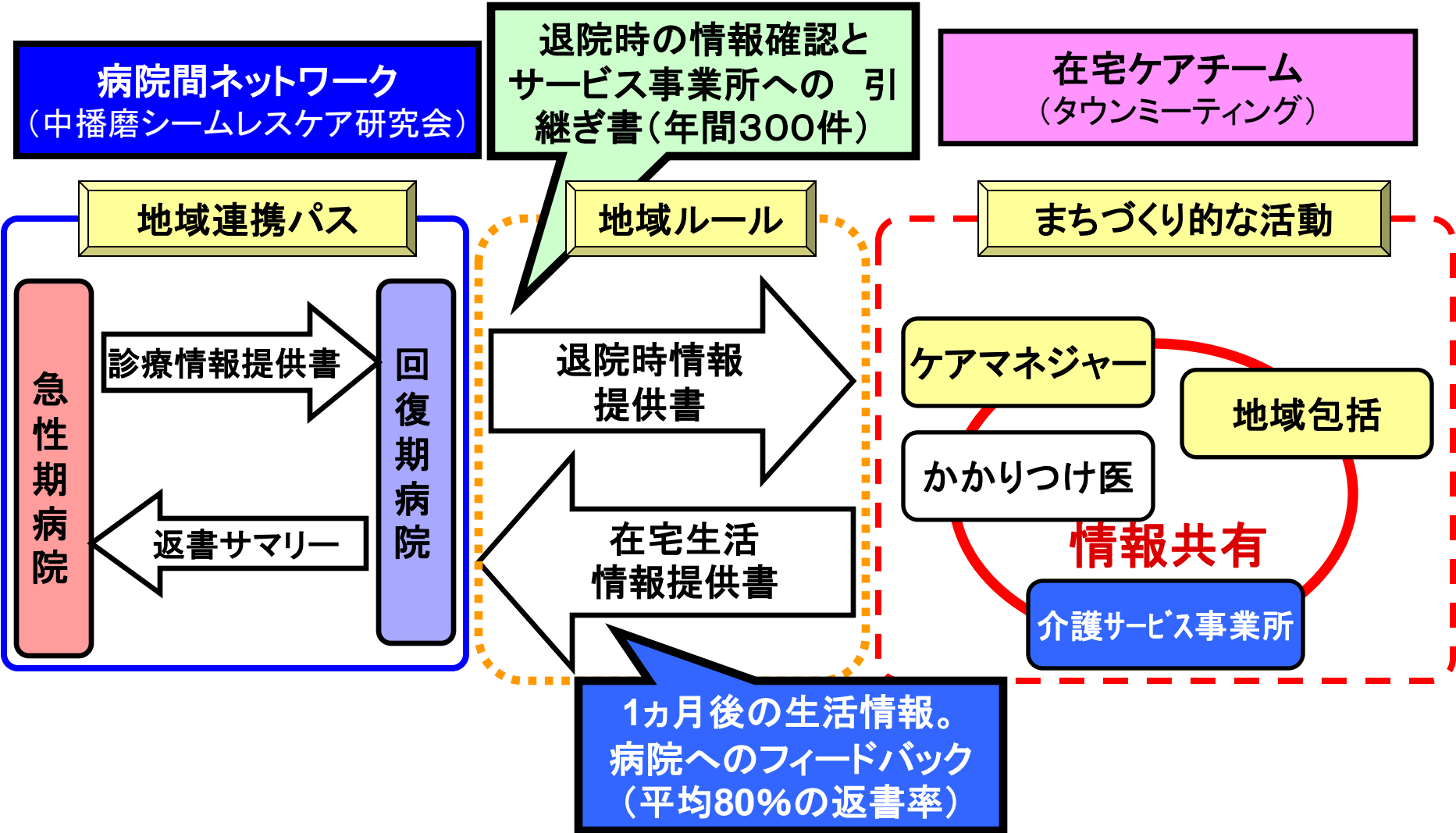
病院の意見

- ・退院時情報をケアマネに必ず提供するというルールを作りましょう。
- ・その時の情報提供の内容も協議して決めましょう。
- ・退院後にまずいことがあればケアマネから病院にフィードバックするルールも作って下さい！

 退院時情報を共有するための地域ルールづくりが決定

脳卒中回復期病院と在宅ケアスタッフとの連携

7つの回復期病院と在宅ケアスタッフの退院時情報共有ルール
2010年4月から運用中



急性期病院とケアマネとの 連携状況

ケアマネジャーの退院支援業務の現状

急性期病床から退院が過半数！
退院調整ルールが必要なのは急性期病院！

《ケアマネが退院調整を行なった入院元病床》

2011年

	急性期 病床	回復期 リハ病床	療養病床	その他 不明	未回答	合 計
人数(人)	150	82	21	7	4	264
割合(%)	56.8	31.1	8.0	2.7	1.5	100.0

急性期病床への入院原因疾患

1位 **肺炎** 18.7%

2位 呼吸器疾患 10.0%

3位 脳梗塞 10.0%

【現状把握】 ケアマネジャーへのアンケート調査

中播磨圏域における病院と介護との連携について、今後、病院と調整を取りながらより充実した利用者支援を可能とするために、ご意見をお聞かせ下さい。

アンケート項目

1. 11月末時点の担当ケース数 (介護) _____ 件
(予防) _____ 件
2. 担当ケースのうち11月中に病院から退院したケース (介護) _____ 件
(予防) _____ 件

* 今後の病院連携のため、ぜひ、退院したケースの内訳等をご記入ください。

利用者	退院された病院名 (中播磨圏域以外の病院も)	治療を担当していた科 (内科など)	病院からの 退院調整の連絡	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

兵庫県中播磨圏域の住民の退院調整もれ率

2011年11月

合計
53/200
(26.5%)

退院支援もれの6割は
急性期病院

病院職員は、要支援患者を
認識できない

要介護
31/164
(18.9%)

要支援
22/36
(61.1%)



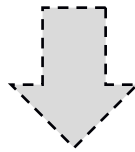
地域全体の 病院とケアマネとの連携

第1回 急性期・ケアマネ協議

2011. 11. 24

脳卒中の病院間ネットワーク

約20病院・100名
(医師・看護師・Thr・MSW)
の多職種が参加



地域全体の病院・ケアマネ協議

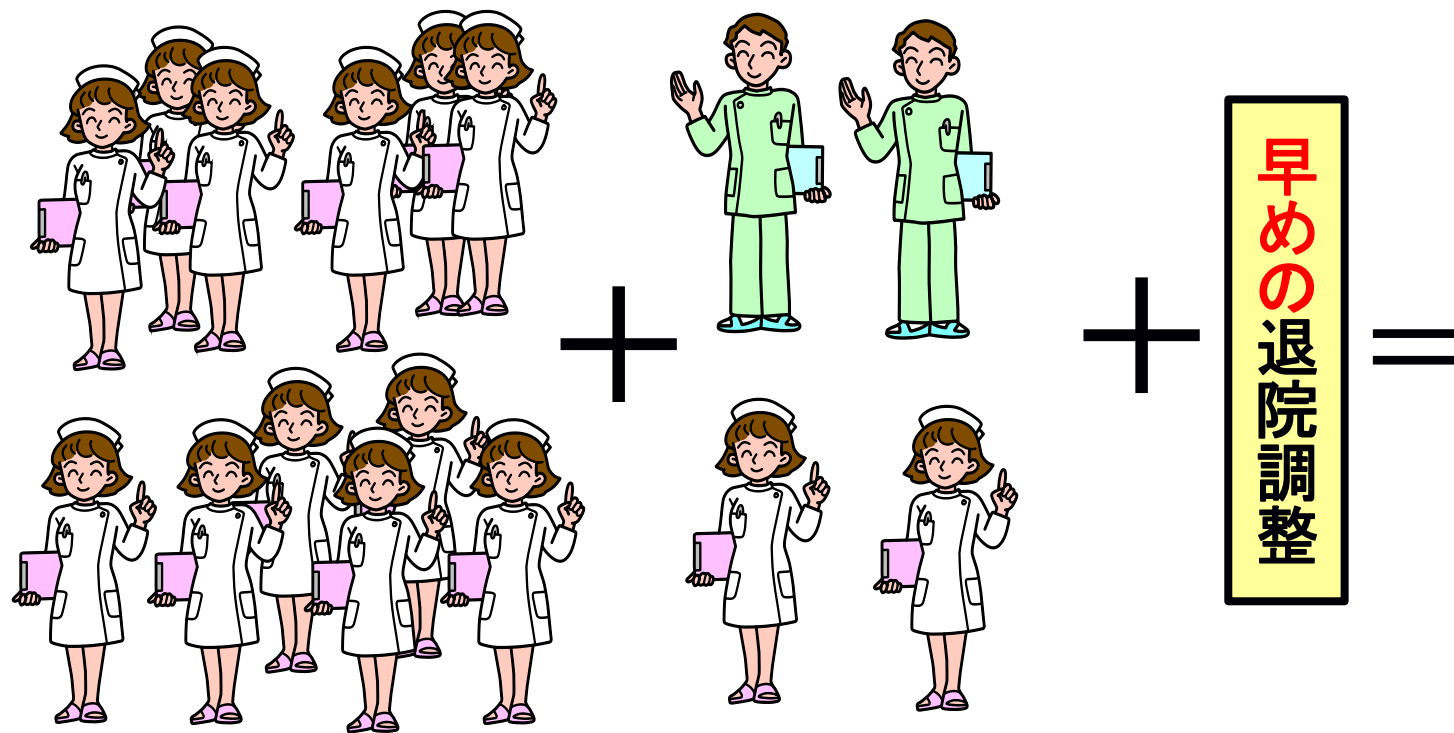
15病院・26名
のMSWのみが参加

MSWの意見

- ・退院支援の依頼があった患者はしっかり支援をしています。
- ・退院支援の依頼は、病棟なのでそれ以外の退院支援の状況は判りません。
- ・MSWは、今以上の退院支援はできません。
- ・病棟看護の話は、ここで決めることはできないです。

 脳卒中病院間ネットワークの限界

地域全体の病院・ケアマネ連携には



スムーズな病院・介護連携へ

簡単な退院支援は
病棟Nsが担当

MSW、退院調整Ns
は難しい患者を担当しつつ、
病棟Nsをサポート

看護協会(看護部長)のネットワークが効果的であった

地域全体の病院・ケアマネ協議

2012.4.17



28病院74名
CM・包括27名
が参加！

看護協会の協力があれば・・・

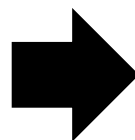
地域全体の病院・ケアマネ協議の概要

病院の意見

- ・病院の看護師でケアマネの業務を理解している者は少ない。ケアマネの退院支援の役割を明確にして欲しい。
- ・退院支援の基準が、病院とケアマネで違う。基準が無いとモレを無くすことができない。
- ・一方で、入院時情報が来ないのは何故か？

ケアマネの意見

- ・病院の退院支援の窓口(担当者)が判らない。



ケアマネ・包括部会

- ①ケアマネジャーの役割と業務内容について
- ②退院支援が必要な利用者について
- ③入院時情報がモレる理由

 **5回の病院・ケアマネ協議でルール案を決定！**

退院支援におけるケアマネジャーの役割

- 対象者**: 介護(要支援)認定を受けている人・見込の人、かつ、ケアマネ契約が整った人
条件: 本人・家族が在宅退院(自宅とは限らない)の意思を持っている人
業務: ケアプランを策定し適正なサービスの提供の支援を行うこと。

退院支援が必要な利用者の目安

ケアマネジャーへ連絡する患者(だいたい要介護)

《1項目でも当てはまれば調整開始(さらに重度も含めて)》

- ・立ち上がりや歩行などに介助が必要
- ・食事に介助が必要
- ・排泄に介助が必要
- ・ポータブルトイレを使用中
- ・認知症の周辺症状や全般的な理解の低下

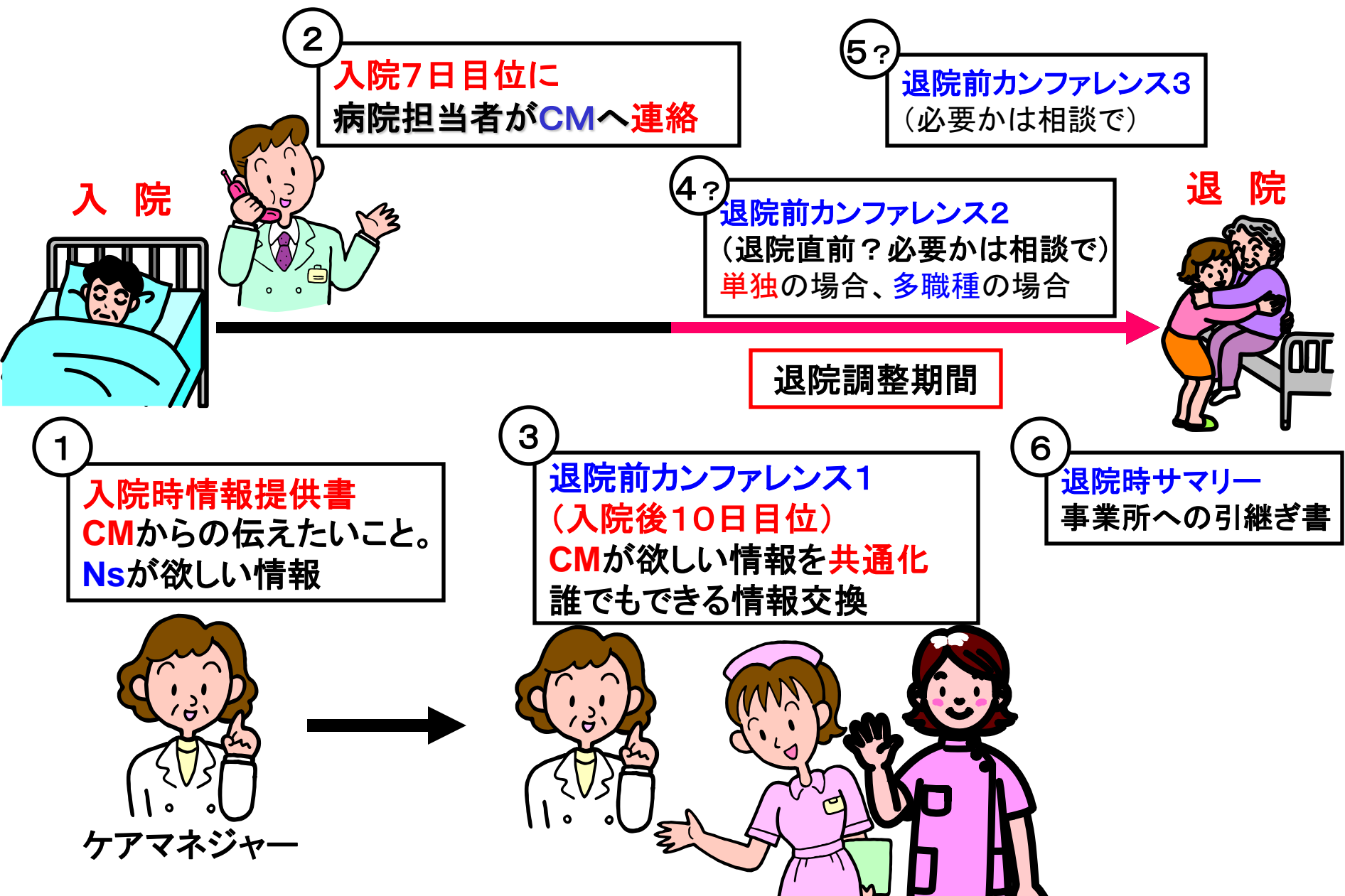
地域包括支援センターへ連絡する患者(要支援の一部)

- ・在宅では、独居かそれに近い状態で、調理や掃除など身の回りの周辺動作に介助が必要
- ・(ADLは自立でも)がん末期の方
- ・新たに医療処置(経管栄養、吸引など)が追加された方

入院時情報がモシる理由

- ・ケアマネ業務は、**24時間・365日**体制ではありません。
家族・事業所から**連絡が無い**と把握できません。

退院支援ルール(入院前利用パターン)



病院運用一覧

病院名	すでに介護保険を利用していた(CMが付いている)場合				
	①CMからの入院時情報はどこに？		②退院調整の期間を残し、在宅判断は可能？	③誰がCMに電話をする？	④CMとの面談主体は？
	(電話をしてから) 手渡しの場合	FAXの場合			
病院	地域連携室	地域連携室 直FAX 252-	× (Dr判断)	地域連携室	地域連携室
病院	地域連携室または病棟(連携室に事前連絡を)254-(代表)	地域連携室 代表FAX 254-	× (Dr判断)	地域連携室、家族	地域連携室、状態確認の場合は病棟Ns
病院	病棟直接(連携室に事前アポを)239-(代表)	医療福祉相談室 代理FAX 230- 宛名	要 × (Dr判断)	医療福祉相談室	医療福祉相談室+病棟Ns
病院	病棟、地域連携室どちらでも	病棟(285-)、地域連携室(285-)	Ns判断で○ (Dr判断で×の場合も)	病棟Ns	地域連携室、(病棟Ns)
病院	地域連携室 (電話があれば確実に対応)	地域連携室 直FAX 258-	○	地域連携室	地域連携室
病院	直接病棟に電話(家族に病棟を聞いて)(病棟が分からない場合は地域連携室に)	地域連携室 FAX 295-	Ns判断で○ (Dr判断や家族希望で×の場合も)	病棟Ns、家族の場合もあり	病棟Ns

退院支援ルール運用後の 評価

二次医療圏域を超えた連携ルールへ

2013年4月から**3つの**医療圏域で地域全体での
入退院調整ルールの運用が開始！（64病院）

龍野保健所が
支援！

西播磨
中央地域

赤穂保健所
が支援中

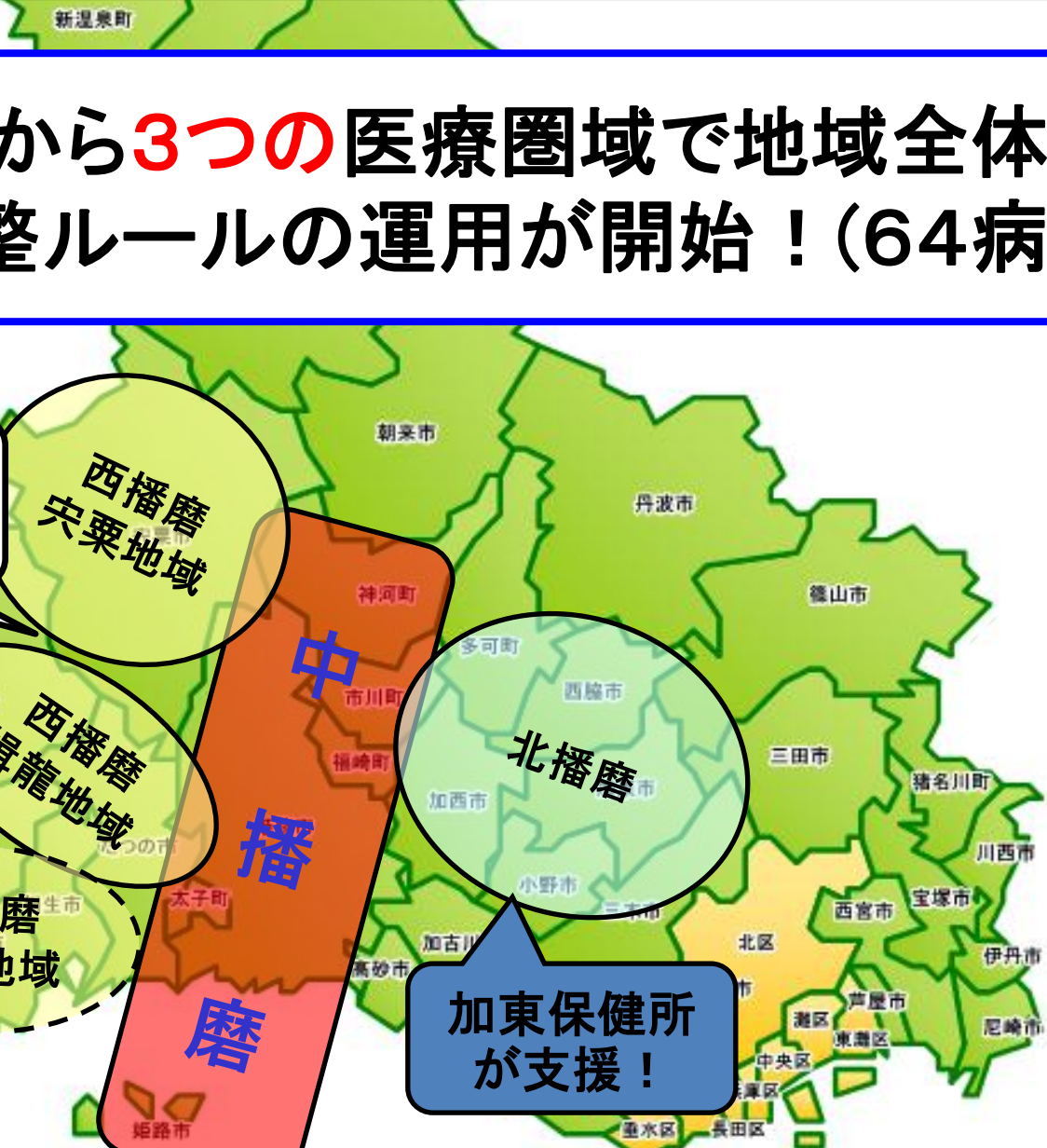
西播磨
揖龍地域

西播磨
赤相地域

加東保健所
が支援！

北播磨

中
播
磨



中播磨圏域の住民の入院時連携率の経過

2011年11月

合計
124 / 261
(47.5%)

要介護
118 / 209
(56.5%)

要支援
6 / 52
(11.5%)

2012年6月

合計
172 / 266
(64.6%)

要介護
164 / 223
(73.5%)

要支援
8 / 43
(18.6%)

2013年5月

合計
262 / 405
(64.7%)

要介護
241 / 351
(68.7%)

要支援
21 / 54
(38.9%)

2013年11月

合計
171 / 292
(58.6%)

要介護
148 / 222
(66.7%)

要支援
23 / 70
(32.9%)



中播磨圏域の住民の退院調整もれ率の経過

2011年11月

合計
53/200
(26.5%)

要介護
31/164
(18.9%)

要支援
22/36
(61.1%)

2012年6月

合計
60/249
(24.1%)

要介護
44/205
(21.5%)

要支援
16/44
(36.4%)

2013年5月

合計
72/329
(21.9%)

要介護
51/284
(18.0%)

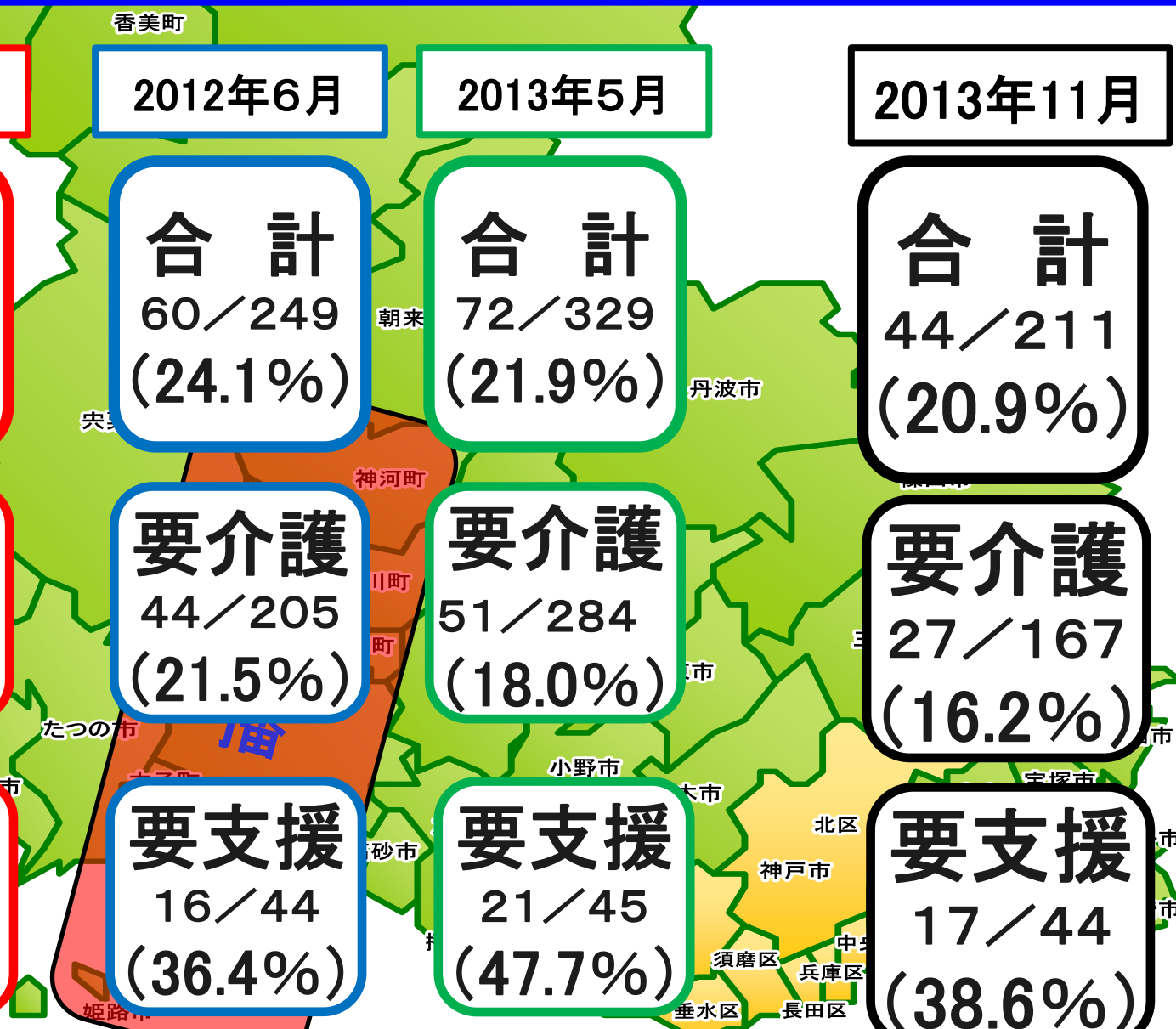
要支援
21/45
(47.7%)

2013年11月

合計
44/211
(20.9%)

要介護
27/167
(16.2%)

要支援
17/44
(38.6%)



まとめ

- 退院支援ルールは、**二次医療圏域レベル**で**病院間ネットワーク**と**ケアマネ(在宅)ネットワーク**を別々に支援し、その後にお互いが**連絡・調整**できる方法をルール化した。
- 病院間ネットワークづくりは、脳卒中の**地域連携パスのネットワーク**を核に**看護協会の支援**が効果的であった。
- ケアマネ(在宅)ネットワークづくりは、複数の市町村を専門的に支援できる立場である**保健所(県)**の支援が不可欠であった。
- 退院支援ルールを**継続**することによって、**認知症者の精神科病院とケアマネとの連携**や病院間、病院・在宅との『**食**』の引き継ぎ方法の検討が本格化している。