

鹿児島保健医療圏 入退院支援ルールについて

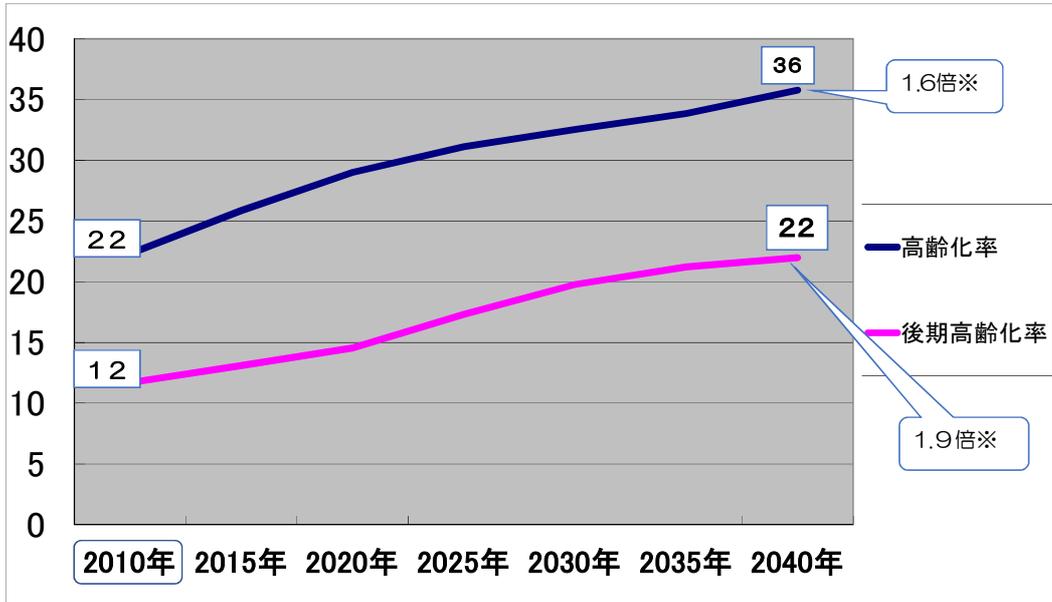


鹿児島地域振興局 健康企画課 奥 知依健康増進係長

説明内容

- 1 事業に取り組んだ経緯
- 2 運用までのプロセス
- 3 令和4年度の実施状況

(%) 鹿児島保健医療圏の高齢化予測

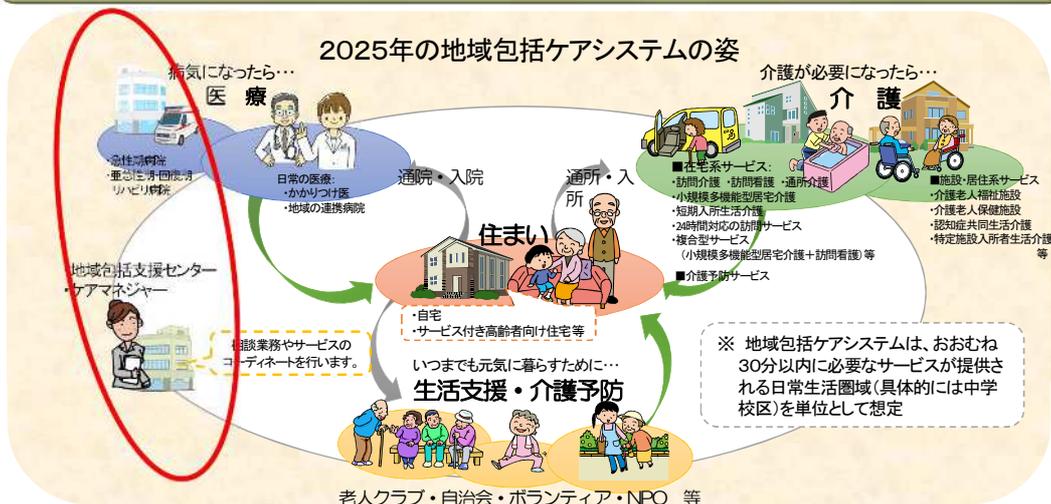


2040年には、3人に1人は高齢者、5人に1人は後期高齢者(75歳以上)

※ 2010年に対する比率

地域包括ケアシステム

- **住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現**により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになります。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**を生じています。
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要**です。



鹿児島保健医療圏のケアマネジャー740名に対してアンケートを実施。
調査対象時期：平成26年6月の1ヶ月間。

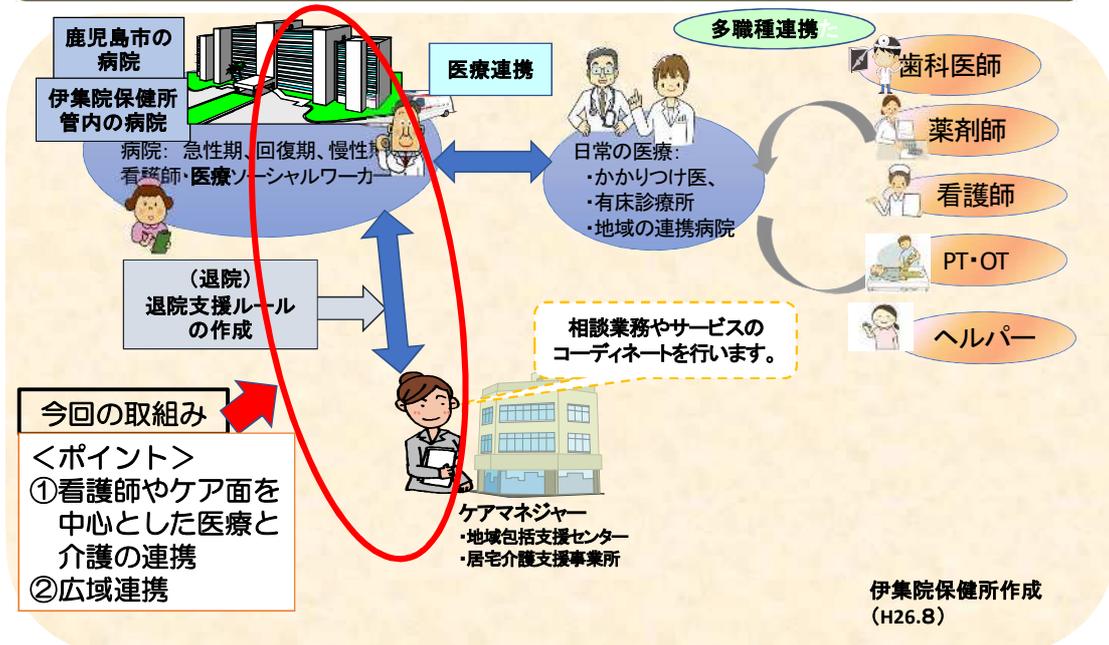
平成26年のルール作成前の状況

	退院時の引継ぎ漏れ率	入院時の引継ぎ率
要支援の認定者	55.4%	16.5%
要介護の認定者	24.3%	70.5%
総計	31.5%	57.2%

都道府県医療介護連携調整実証事業

○ 目的：急性期・回復期の病院から在宅へ患者が円滑に移行するために、介護保険の適用が考えられる退院患者情報をもれなくケアマネジャーにつなぐことができるシステムづくり

病院から在宅につなぐための「退院支援ルール」の作成です



事例 1

70歳代女性，要支援，在宅でのフォロー体制がないまま退院したケース

- 要支援の認定は出るも，生保の住宅補修のみでサービス未利用であったため，包括ケアマネとのかわりは切れていた。そのため，入退院の情報なし。
- 退院後，外来リハに来なくなり，病院から包括へ「状況を確認してほしい」との依頼あり。訪問したところ，自宅で転倒し，骨折はなかったが，立つこともできず，外にも出られない状態であった。食事も満足に取れず，栄養状態が悪化しており，再入院。（見守り者なし。生保だが，ケースワーカーに連絡したかは不明。）

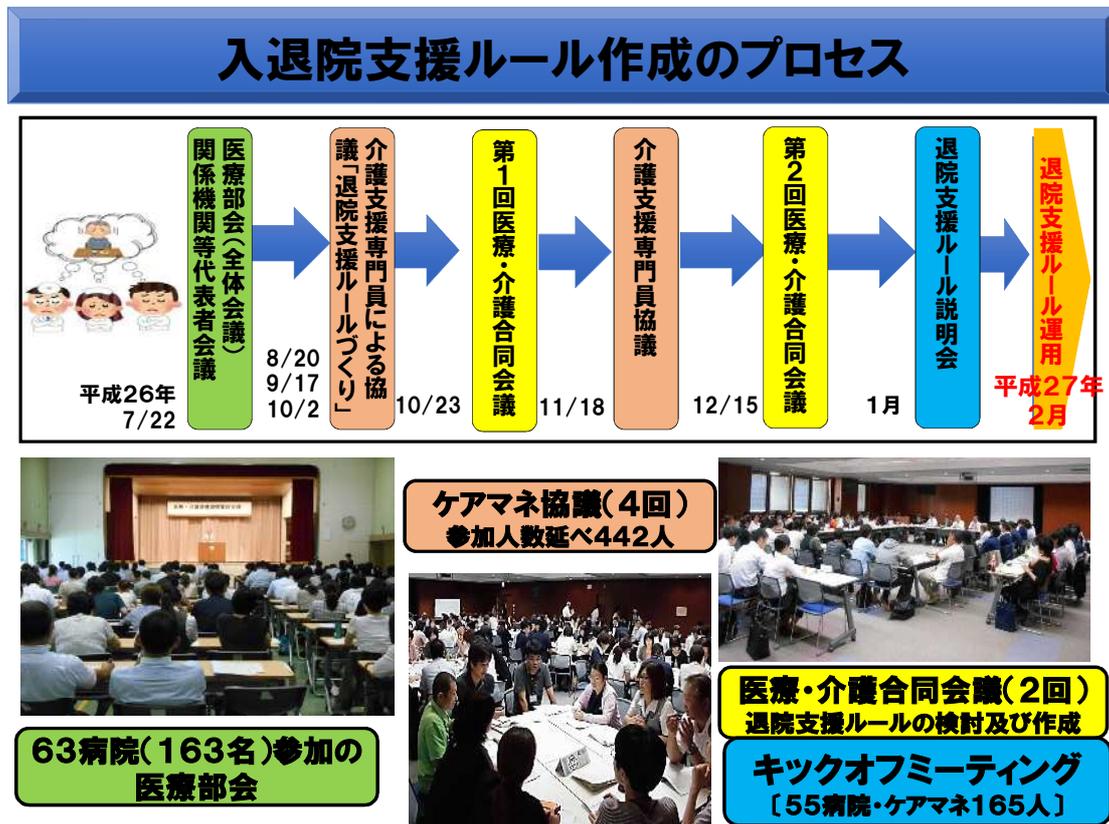
事例 2

80歳代男性，要介護5， 病院と自宅の環境の違いに十分な配慮がなされないまま退院したケース

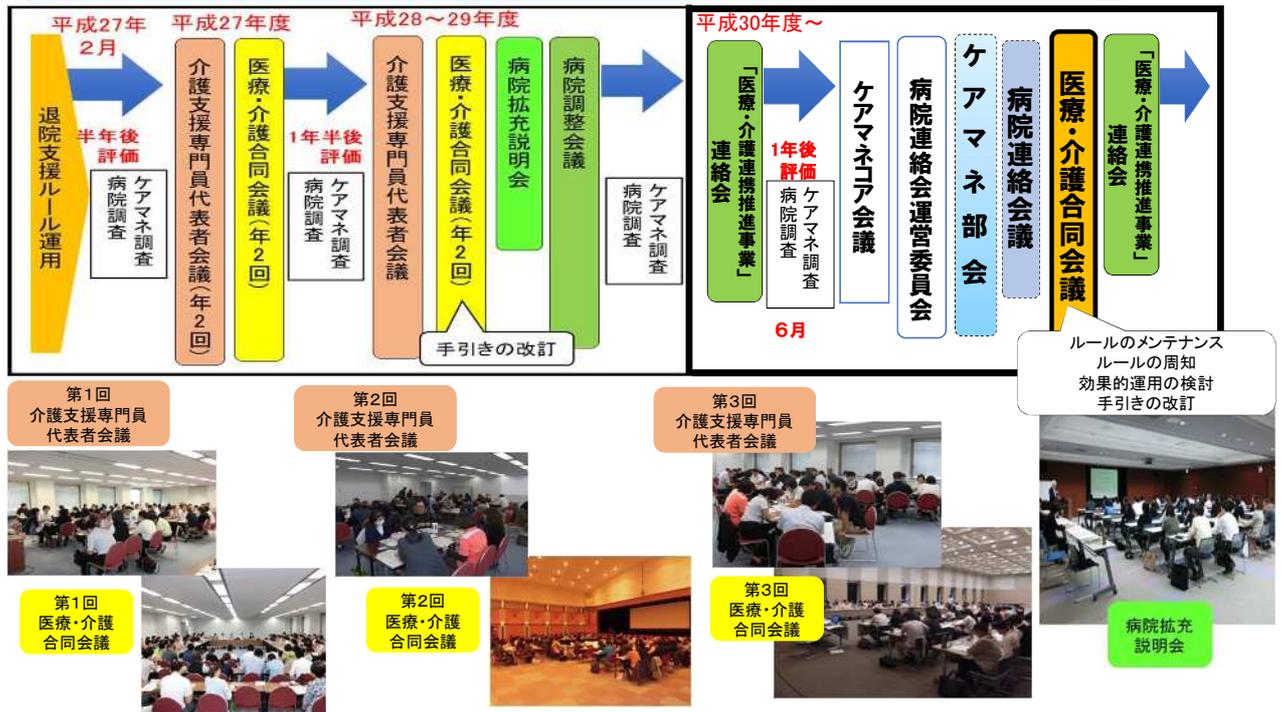
- 入院中食事が十分摂れず，24時間点滴を施行し，栄養管理を行い，病状改善した。
- 退院前カンファレンスは実施されたが，在宅での食事，水分摂取の手段の検討が十分なされないまま退院となる。
- 退院後は訪問看護が週3日入り，点滴を受けるが，もともと経口摂取量が少なかったこともあり，脱水にて1週間で入院となった。
- その後も，2～3回入退院を繰り返している。

説明内容

- 1 事業に取り組んだ経緯
- 2 運用までのプロセス
- 3 令和4年度の取組状況



運用とメンテナンス状況



説明内容

- 1 事業に取り組んだ経緯
- 2 運用までのプロセス
- 3 令和4年度の取組状況

鹿児島保健医療圏入退院支援ルール参加状況



- 病院 **59カ所** [急性期・回復期を中心とした病院等]
- 居宅介護支援事業所 **179カ所**, グループホーム等 **27カ所**
- 地域包括支援センター **22カ所** (サブセンター含む) (R4. 6現在)



* 圏域内介護支援専門員全員と予防プラン作成者

いちき串木野市

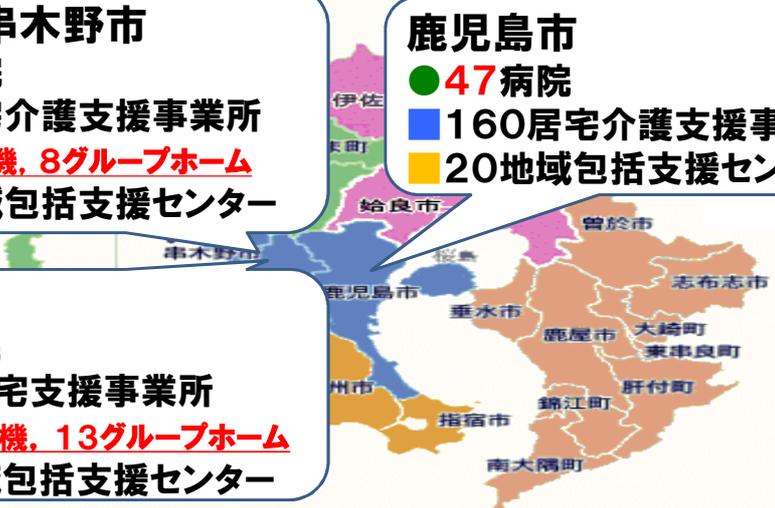
- **6病院**
- **6居宅介護支援事業所**
2小多機, 8グループホーム
- **1地域包括支援センター**

鹿児島市

- **47病院**
- **160居宅介護支援事業所**
- **20地域包括支援センター**

日置市

- **6病院**
- **13居宅支援事業所**
4小多機, 13グループホーム
- **1地域包括支援センター**



15

《調査時期: 令和4年6月》



■ 居宅介護支援事業所,
地域包括支援センター等 アンケート調査



調査数: 事業所数 229
回収数: 事業所数 224
回収率: 97.8%

■ 参加医療機関アンケート調査

対象者: 59病院 看護師代表者・医療連携室
回収: 58病院
回収率: 98.3 %

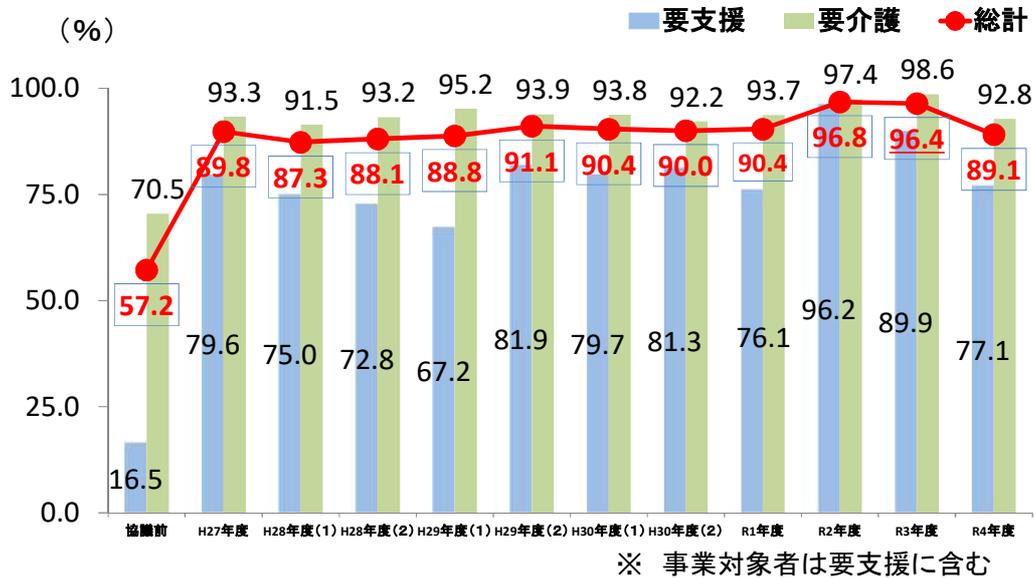


16

■居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等 アンケート調査

結果1-1 入院時の引継ぎありの変化

入院ケース n=739

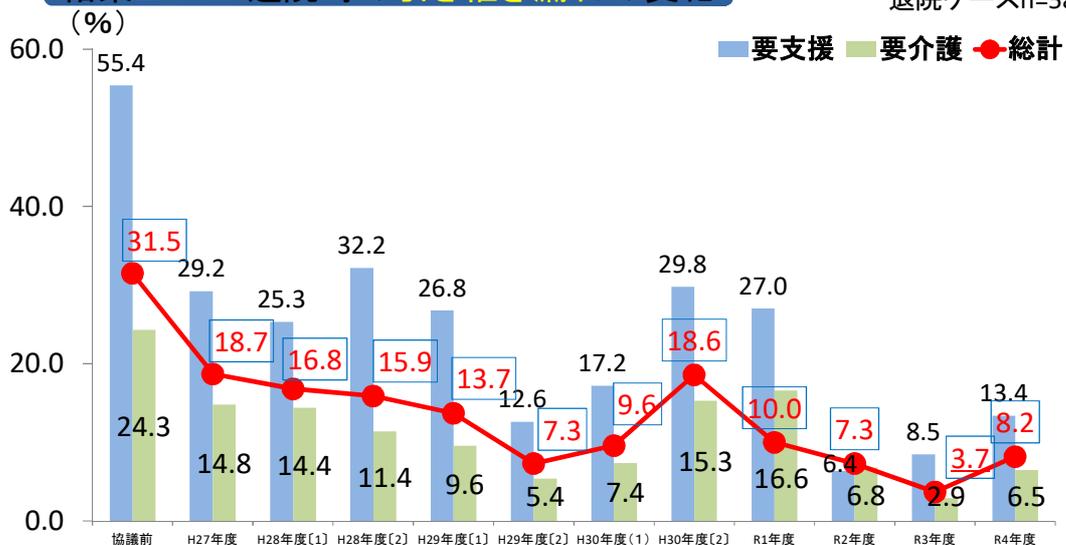


17

■居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等 アンケート調査

結果2-1 退院時の引き継ぎ漏れの変化

退院ケースn=583



※1 事業対象者は要支援に含む(R3.6月調査分)

※2 運用4年半から、ケアマネから引き継ぎを求めた場合を、引き継ぎもれ「無」に計上

18

退院支援ルールを運用して良かった点（運用1年目と運用7年半）

病院側の意見



〈運用1年目と運用7年半の良い点が同じような内容〉

- ★患者や家族の安心につながった。
- ★在宅での生活がイメージしやすくなった。

〈運用1年目から運用7年半の良い点で変化している内容〉

- ★運用1年目より運用7年半の良い点が具体的な表現内容となった。
1年目：患者の生活のキーパーソンの把握や情報を共有できた
⇒7年半：入院中に、退院までの目標設定に役立てられた。
「本人の選択」（本人の意思）をより反映した支援につながった。

退院支援ルールを運用して良かった点（運用1年目と運用7年半）

ケアマネ側の意見



〈運用1年目と運用7年半の良い点が同じような内容〉

- ★病院と連絡が取りやすくなった。
- ★ケアマネの役割を以前より理解してもらえるようになった。

〈運用1年目から運用7年半の良い点で変化している内容〉

- ★情報共有の方法や時期、内容などが工夫された表現となった。
1年目：カンファレンスに参加する機会が増えた。
⇒7年半：
 - ・入院中面談出来ず、本人の様子は電話では分からなかったが、リハビリでの階段昇降や歩行の様子をビデオを撮ってもらい様子を見せてもらった。
 - ・退院1ヶ月前より現在の状況の連絡を頂き、退院前カンファレンスに参加。現在のADL状況やデイケアでの入浴方法の確認、住環境整備等、専門職による意見を聞くことができ、スムーズに在宅に移行できた。

病院連絡会運営会議で協議された内容



- ・入退院支援は病棟看護師や医療連携室スタッフと連携できるが、退院後、外来診療に移行してからの連携が難しい。
- ・ICT活用を活用した連携を提案した際、事業所から断られるケースがある。
- ・介護支援連携指導料を算定するためには、リモートか面談を行う必要があるが、CMはFAXでも可であり、要件が違う。
- ・入院患者の要介護認定情報を把握できない場合、どうしたらいいかわからない。

介護支援専門員代表者コア会議で協議された内容



- ・看護サマリーだけでは在宅支援において必要な情報が足りない場合がある。
- ・ルールにのっとって連絡しても病院によって対応に違いがある。
- ・リハによりADLが入院前とどのように変化しているか把握したい。
- ・家族指導をするにおいて、病院との連携が難しい。
- ・病院によっては、包括のCMと居宅のCMの違いが理解されていない。
- ・ルールに基づいて支援をするには、医療機関の病棟看護師やMSW以外のスタッフにも分かってもらう必要がある。
- ・検査入院や2～3日の短期入院や入退院を繰り返す患者について、その都度、情報提供をするのか。

課題

I 今後検討が必要ではないか

- ①情報提供シートの見直しの必要性
- ②ICTを活用した連携のあり方

II 研修会が必要

- ①ルール運用について、時間とともに、人が異動等で変わるため、ルールがうやむやになってきている部分がある。

