#### 項目名

#### (3) 医療と介護の連携に係る入退院支援ルールについて

#### ■ 現状 (概要)

#### ○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の情報をもれなく介護支援専門員につなぐことができるシステムの定着を図る。

#### ○事業主体

鹿児島市,日置市,いちき串木野市,急性期・回復期を中心とした参加病院,居宅介護支援事業所等,鹿児島地域振興局保健福祉環境部(伊集院保健所)

#### ○事業内容

平成26年度に病院から介護支援専門員への確実な引継ぎ実現のため「<u>退院</u>支援 ルール」を策定し、平成27年2月から47病院と介護支援専門員で運用を開始。

定期的に運用状況の確認・評価や会議を開催した。令和3年6月現在の参加状況は、医療機関59病院、居宅介護支援事業所等が251か所となっている。

令和2年度から「入退院支援ルール」と名称を変更。

#### ■ 取組状況

- ○令和3年度における進捗状況
  - ・在宅医療介護連携推進に係る3市の連絡会の開催 (令和3年5月)
  - 運用状況確認調査の実施(居宅介護支援事業所及び参加医療機関)

(令和3年6月実施分)

- ・病院連絡会運営会議の開催(令和3年8月3日)
- ・介護支援専門員代表者会議コア会議の開催(令和3年8月12日→中止)
- ・医療・介護合同検討会議の開催(令和3年12月3日オンラインにより開催) (代表参加医療機関10カ所16名,代表介護支援専門員10名)

#### ■ 成果

○退院調整漏れの改善状況 (介護支援専門員調査結果から)

調査時期	調整漏れの割合()は参加病院
平成 26 年度 (運用前)(6月)	(31.5% (24.2%)
平成 27 年度 (1回目) (6月)	18.7% (15.9%)
(2回目) (12月)	16.8% (15.1%)
平成 28 年度 (1回目) (6月)	15. 9% (13. 1%)
(2回目) (12月)	13.7% (10.9%)
平成 29 年度 (1回目) (6月)	<b>※</b> ⟨ 7.3% ( 5.3%)
(2回目) (12月)	9.6% (8.1%)
平成 30 年度 (5月)	18.6% (14.1%)
令和元年度 (6月)	10.0% ( 9.4%) ***
令和 2 年度 (8月)	7.3% (7.2%) ***
令和 3 年度 (5月)	3.7% (3.5%) ***

<sup>※</sup> 参加医療機関以外の医療機関から退院する患者の調整漏れも含まれる。

※※ 令和元年度以降は、介護支援専門員から病院担当者への退院支援連絡も含めて算出

#### ■ 課題

- 1 新型コロナウイルス感染症の拡大防止のため対面での会議が実施できず、オンラインを利用し、運用状況に関する評価の取組や推進について協議したが、 具体的な協議が難しいと感じた。
- 2 病院退院支援担当者・居宅介護支援事業所の各担当が必要とする情報の共有が難しい。患者の入退院に係る情報連携がFAX等でも可能となったこともあり、 十分に情報共有できず、調整がうまくいかない事例がある。

#### ■ 今後の予定

- 1 鹿児島保健医療圏域入退院支援ルールの推進
  - (1) 入退院支援ルールの周知
  - (2) ルール運用における介護支援専門員及び医療機関等による対面形式での会議の開催
  - (3) 鹿児島保健医療圏における医療介護連携の推進

#### ■ 依頼事項等

医療や介護の関係団体,行政機関におかれては,入退院支援ルールのさらなる周知や,情報連携にかかる効果的な取組などの推進に取り組んでいただきますようお願いします。

#### 在宅医療と介護連携のイメージ(在宅医療の4場面別にみた連携の推進)



#### 日常の療養支援

- ・多職種協働による患者や家族の生活 を支える観点からの在宅医療・介護の
- ・緩和ケアの提供
- ・家族への支援
- 認知症ケアパスを活用した支援

#### 急変時の対応

- ・在宅療養者の病状の急変時における 往診や訪問看護の体制及び入院病床 の確認
- ・患者の急変時における救急との情報共

#### 入退院支援

- 入院医療機関と在宅医療・介護に係る 機関との協働・情報共有による入退院
- 一体的でスムーズな医療・介護サービ スの提供

参加病院 59病院



居宅介護支援事業所 地域包括支援セン

総合事業など他の地域支援事業との連携

#### 看取り

- ・住み慣れた自宅や介護施設等、患者 が望む場所での看取りの実施
- ・人生の最終段階における意思決定支

行 政

f .....

出典:在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3 一部改変

#### 「8つの事業項目」から「PDCAに沿った取組」への見直しイメージ

# 地域のめざすべき姿 宅医療 介護連携の推進 PDCAサイクルで 継続的に実施 することで成長 医療関係者 介護関係者 市町村

事業全体の目的を明確化しつつPDCAサイク ルに沿った取組を実施しやすくなる観点,地 域の実情により柔軟な運用を可能にする観点 で見直しされた。

#### 地域の目指す理想像

●切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

#### ①現状分析 · 課題抽出 · 施策立案

#### (ア)地域の医療・介護の資源の把握

- ●地域の医療機関・介護事業所の機能等を情報収集●情報を整理し、リストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

#### (イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出

●将来の人口動態、地域特性に応じたニーズの推計(在宅医療など)

#### (ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

●地域の医療機関・介護関係者の協力を得て, 在宅医療・介護サービ スの提供体制の構築を推進

#### ②対応策の実施

#### (オ)在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- -ディネーターの配置等による相談窓口の設置
- ●関係者の連携を支援する相談会の開催

#### (キ)地域住民への普及啓発

- ●地域住民等に対する講演会やシンポジウムの開催
- ●周知資料やHP等の作成

#### 〈地域の実情を踏まえた柔軟な実施が必要〉

#### (エ)医療・介護関係者の情報共有の支援

●在宅での看取りや入退院時等に活用できるような情報共有ツールの 作成·活用

#### (カ)医療・介護関係者の研修

- ●多職種の協働・連携に関する研修の実施(地域ケア会議含む)
- ●医療・介護に関する研修の実施
- ●地域の実情に応じて行う医療・介護関係者への支援の実施

#### ③対応策の評価・改善

出典:在宅医療·介護連携推進事業の手引き Ver.3

# 鹿児島保健医療圏域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]

伊化

走田」

- **居宅介護支援事業所 202カ所.** グループホーム等 27カ所
- <mark>■地域包括支援センター<u>22カ所(サブセンター含む)</u>(R3. 6現在)</mark>
  - \*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
- ■7居宅介護支援事業所 3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
- ■182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
- ■14居宅支援事業所 4小多機, 13グルーフホーム
- 1地域包括支援センター



# 

# 退院時の引継漏れ率の変化

(令和3年6月分



