

# 八幡浜保健所 医療・介護連携会議について



# 在宅医療・介護の連携推進



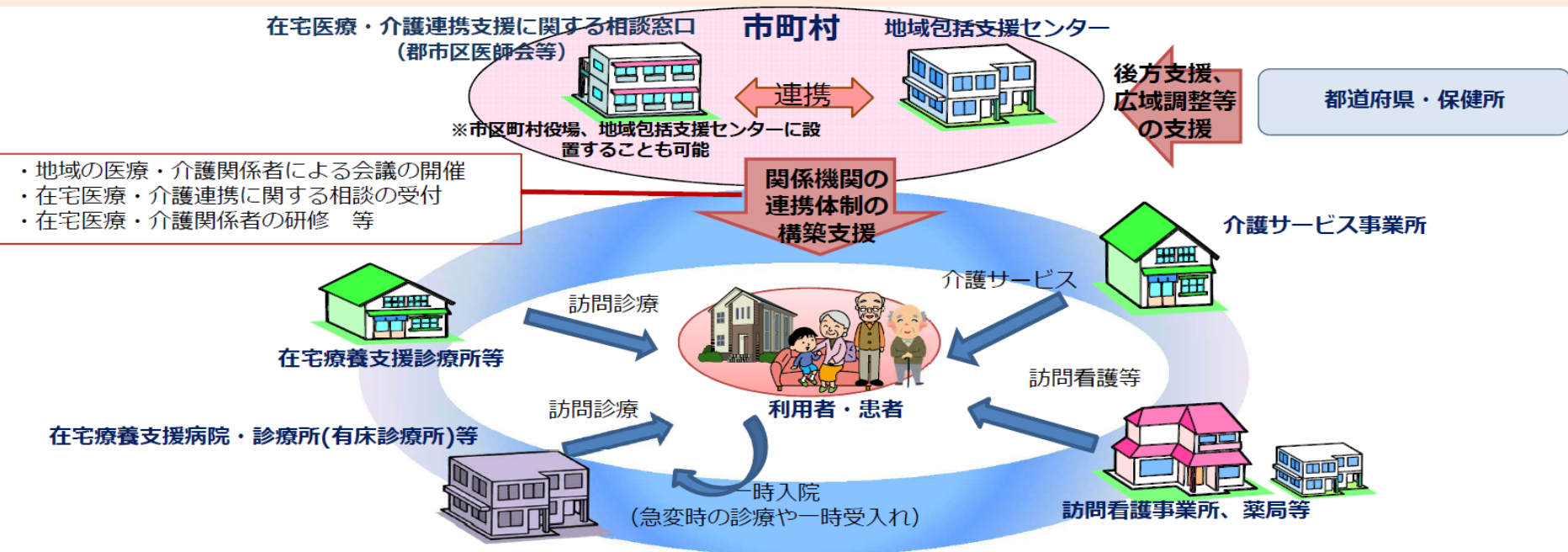
○在宅医療・介護の連携推進についてはこれまでもモデル事業等を実施して一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市町村が主体となり、地区医師会等と連携しつつ、取り組む。

○医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

（※）在宅療養を支える関係機関の例

- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）

○このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



# 会議を開催するきっかけになったアンケート調査

## ◆H27年度ケアマネジャー対象アンケート調査

医療機関と居宅介護事業所及び地域包括支援センター所属のケアマネジャーとの退院時連携の現状・課題を把握するために実施した。  
結果、次の課題が挙げられた。

### ①『病院・診療所と連携が図れていると思うか』の結果

☞ “はい”が約70%を占めたが、肯定的な意見と否定的な回答があった。

### ②医療機関からの、退院調整連絡の有無について

☞ 連絡あり 246件      連絡なし 61件    …全体の19.7%

### ③退院時連絡の時期について

☞ 7日前がもっとも多いが前日や2日前など少ない日数の回答あり。

# 会議を開催するきっかけになったアンケート調査

①『病院・診療所と連携が図れていると思うか』の結果

☞“はい”が約70%を占めたが、肯定的な意見と否定的な回答があった。



## 肯定的

- ・地域連携室と連絡・調整がとれている。医療ソーシャルワーカーがいる。連絡がスムーズになってきている。
- ・カンファレンスがある。ケア会議がある。
- ・医師に問い合わせや面接ができています。医院では医師に直接問い合わせなど。
- ・市立病院、個人病院共に、比較的連携が取りやすい。協力的でありがたい

## 否定的

- ・看護師さんなどもとても忙しそうで声をかけるタイミングに困る。
- ・連携室のある病院は聞きやすいが、個人病院では、お忙しい時間がわからずちょっと敷居が高い。
- ・多忙な中、問い合わせをして申し訳ないと思うところもあり、自分の反省としてもう少し顔の見える関係づくりが必要。

# 会議を開催するきっかけになったアンケート調査

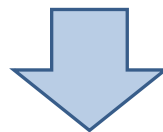
## ②医療機関からの退院調整連絡の有無について

☞ 連絡あり 246件

連絡なし 61件 …全体の19.7%

## ③退院時連絡の時期について

☞7日前がもっとも多いが前日や2日前など少ない日数の回答あり。



②③について、退院後の生活の準備が整わないなど患者自身が困る事例を1例でも減らしたい。しかし医療機関の事情もあるのではないか。医療と介護の話し合う機会(市町を越えた)が必要。

## ◆平成28年度八幡浜保健所医療・介護連携会議

### 〔目的〕

少子高齢化が進む中、管内は高齢化率が36%超と県平均を上回る状況にあり、高齢者が疾患をもちながらも安心して住み慣れた地域で生活していくために市町を主体として包括ケアシステムの構築、在宅医療・介護連携のための取り組みがなされているところである。保健所においては、市町ほか地域の関係機関と連携し、地域の実情に応じた在宅医療等の推進を図ることが必要である。

昨年度、退院支援の実態調査としてケアマネジャーを対象としたアンケート調査を実施した。その結果をもとに退院時連絡について見直す必要があることから、地域を越えた医療と介護の職員が一堂に会し、互いの役割を理解し、医療・介護の連携構築を図る機会とする。

# ◆平成28年度八幡浜保健所医療・介護連携会議

- 実施主体 八幡浜保健所
- 実施月日 平成28年度に3回予定。(うち1回ワーキング)
- 場 所 八幡浜支局 7階大会議室

- 参加対象

医療機関の看護部長及び地域連携室職員、居宅介護支援事業所ケアマネジャー、各市町地域包括支援センター、保健所保健師等

- 内 容

- **先進地からの情報提供(研修会)**
- アンケート結果から見える医療・地域の課題等について意見交換
- **退院支援ルール**についての検討
- 医療、介護の立場からの要望、対応について

## ◆平成28年度第1回八幡浜保健所医療・介護連携会議の開催

日時 平成28年11月16日(水)13:30~16:30

### 内容

#### 1 先進地からの話題提供

「愛媛県八幡浜・大洲圏域における退院調整ルールの策定を目指して」

講師:兵庫県明石健康福祉事務所 吉村信恵保健師

#### 2 保健所より情報提供

「医療・介護連携にかかる管内の状況について」

#### 3 グループワーク

「医療・介護連携の現状、退院支援ルールの導入について」

医療・介護混合グループ

#### 4 全体会



## 講師からの報告の一部紹介

### ○「退院調整」とは

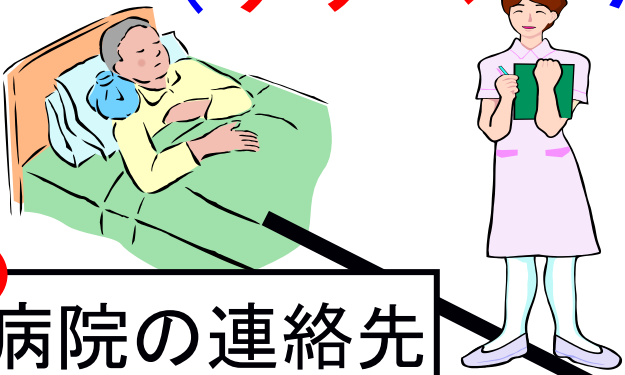
要介護状態の患者の居宅への退院の準備の際に病院からケアマネジャーに引き継ぐこと。

### ○ルール策定の特徴

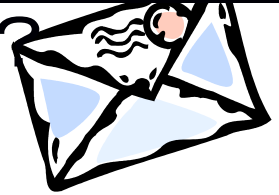
- ・出来るだけ多くの関係者が参加し、お互いの役割を理解し、ルールを皆で作り上げる。
- ・ルール運用後も継続してメンテナンスの機会を持ち続ける。

# 兵庫県における退院支援ルール

## 入院前に介護保険を利用していた場合 (ケアマネが決まっている)場合



① 病院の連絡先  
電話、FAX



(入院時情報提供書への対応)



ケアマネジャー



# 入院前に介護保険を利用していた場合 (ケアマネが決まっている)場合



② 入院7~10日目での  
「在宅可能」判断は可能？

③ 誰がケアマネ  
に電話連絡？

④ 誰がケアマネと面談する？



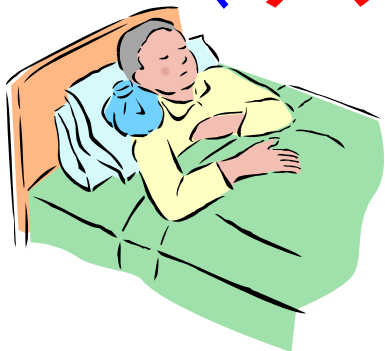
ケアマネ

退院調整期間

⑤ 退院日が決まったら  
誰がケアマネに連絡？



# 新たに介護保険を利用する場合 (ケアマネが決まっていない場合)



⑥ 誰が家族に**介護認定**について説明するのか？

⑦ 誰が**ケアマネ**との契約を支援？

⑧ 契約した**ケアマネ**に退院調整を行う病院職員は？

認定

退院調整期間

ケアマネジャー

連絡先

中重度 ⇒ **ケアマネジャー**  
軽度 ⇒ **包括支援センター**

(迷ったら、**包括支援センター**に依頼)



# 病院で検討いただいている運用ルール(例)

| 病院名      | すでに介護保険を利用していた(ケアマネが付いている)場合                  |                 |                                 |                |                        | 新たに介護保険を利用する場合    |                   |                  |                    |
|----------|---|-----------------|---------------------------------|----------------|------------------------|-------------------|-------------------|------------------|--------------------|
|          | ①ケアマネ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誰がケアマネに電話をする？ | ④ケアマネとの面談主体は？          | ⑤誰がケアマネに退院日を連絡する？ | ⑥誰が介護保険を説明する？     | ⑦誰がケアマネ契約の支援をする？ | ⑧誰が契約後のケアマネと連絡をとる？ |
|          | (電話をしてから)手渡しの場合                               | FAXの場合          |                                 |                |                        |                   |                   |                  |                    |
| 例)〇〇病院   | 地域連携室または病棟<br>(連携室に事前アポを)                     | 地域連携室<br>代表FAX: | ×(Dr判断)                         | 地域連携室、家族       | 地域連携室、<br>状態確認の場合は病棟Ns | 地域連携室、<br>家族      | 地域連携室、<br>または病棟Ns | 地域連携室            | 地域連携室              |
| 例)〇〇センター | 直接病棟に電話<br>(家族に病棟を聞いて)<br>(病棟が分からない場合は地域連携室に) | 地域連携室<br>FAX:   | Ns判断で○<br>(Dr判断や家族希望で×の<br>場合も) | 病棟Ns           | 病棟Ns                   | 病棟Ns              | 病棟Ns<br>又は地域連携室   | 病棟Ns<br>又は地域連携室  | 病棟Ns<br>又は地域連携室    |
|          |   |                 |                                 |                |                        |                   |                   |                  |                    |
|          |   |                 |                                 |                |                        |                   |                   |                  |                    |
|          |   |                 |                                 |                |                        |                   |                   |                  |                    |
|          |   |                 |                                 |                |                        |                   |                   |                  |                    |
|          |   |                 |                                 |                |                        |                   |                   |                  |                    |
|          |   |                 |                                 |                |                        |                   |                   |                  |                    |
|          |   |                 |                                 |                |                        |                   |                   |                  |                    |
|          |   |                 |                                 |                |                        |                   |                   |                  |                    |
|          |   |                 |                                 |                |                        |                   |                   |                  |                    |
|          |   |                 |                                 |                |                        |                   |                   |                  |                    |
|          |   |                 |                                 |                |                        |                   |                   |                  |                    |

# 在宅への退院調整が必要な患者の基準(例) ケアマネジャー用

## 1. 入院前にケアマネジャーが決まっている場合

在宅退院の場合、状態に関係なく引き継いで下さい。

## 2. ケアマネジャーが決まっていない場合

### ①必ず退院調整が必要な患者(要介護レベル)

立ち上がりや歩行に介助が必要

食事に介助が必要

排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中

日常生活に支障を来すような症状がある認知症

1項目でも当てはまれば ⇒ ケアマネジャーへ連絡

### ②それ以外で見逃してはいけない患者(要支援レベルの一部)

在宅では、独居または家族介護力が低い状態で、調理、掃除など身の回りのことや服薬管理に介助が必要な方

(ADLは自立でも)がん末期の方、新たに医療処置(膀胱バルーンカテーテル留置など)が追加された方

⇒ 地域包括支援センターへ連絡

## 入院後1～2週間時点で、「在宅退院ができそう」と判断する基準

1、病状が、ある程度、安定した状態である

2、家族等による、在宅での介護が可能そうである方

\* 平均在院日数が2週間程度の場合、入院1週目で、  
平均在院日数が3週間程度の場合、入院2週目で判断してください。

# 今年度の会議及びワーキングの予定

11  
月  
16  
日

第1回  
医療・介護  
連携会議

[メンバー]医療機関(24)  
居宅介護支援事業所・地域包括支援センター(58)等  
[内 容]先進地からの情報提供、グループワーク  
↓  
[決定事項]退院支援ルール策定に取り組むことに合意

各機関ごとに検討を依頼中

1  
月  
(予定)

ワーキング

[メンバー]医療機関・居宅介護支援事業所の代表者及び地域  
包括支援センター、保健所  
[内 容]当管内版退院支援ルール策定に向けた意見の集約

3  
月  
(予定)

第2回  
医療・介護  
連携会議

[メンバー]第1回と同じ  
[内 容]管内版退院支援ルール(案)の最終合意

[次年度以降の取組について]

市町・医療機関・居宅介護支援事業所と協力しながら

- 管内版退院支援ルールの試行
- 検証
- 見直し

→ 地域に応じた退院支援ルールの定着を図っていく予定