

県中圏域医療介護連携調整実証事業：県中医療圏（二次医療圏）における退院調整ルールの方針・運用

I 現状と課題

要介護状態の患者が、在宅へ退院する準備をする時に、病院から介護支援専門員（ケアマネ）に引き継ぎがなされない、いわゆる『退院調整もれ』により、必要な介護サービスがタイムリーに受けられず、在宅生活へ円滑に移行できない場合がある。

県中圏域の退院調整もれ率（H27年5月）：31%

【原因】

病院とケアマネ（=医療と介護）の連携が不十分（相互理解や情報共有の不足）



II 事業の概要

平成27年11月 県中保健福祉事務所・郡山市保健所

県中医療圏（二次医療圏）での退院調整ルールの方針・運用

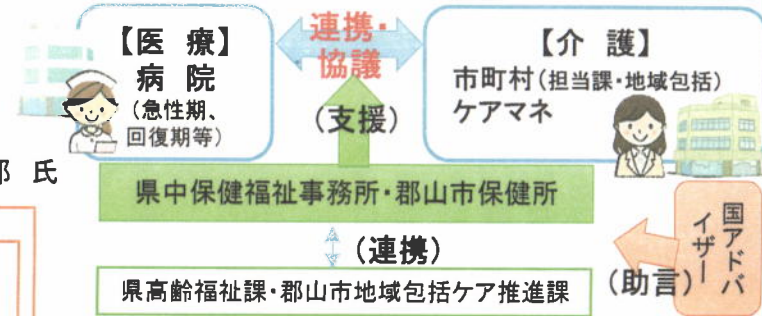
県と郡山市（中核市）が共同で実施。両者の調整のもとで、医療側（病院）と介護側（ケアマネ・市町村）とが協議しながら、地域の実情に応じた『退院調整ルール』を作り、それを実証的に運用していく。

※退院調整ルール：疾患を問わず、どこに入退院しても、もれなくタイムリーに必要な介護サービスが受けられるよう、病院からケアマネへの着実な引き継ぎをするための情報提供方法等のルール

《連携調整支援事務局》

県中保健福祉事務所・郡山市保健所
《国アドバイザー》

兵庫県丹波健康福祉事務所長 逢坂悟郎 氏



III 具体的な取組・スケジュール

年度	月	会議等	
27	6	退院調整に関する実態調査（アンケート）（15～30日）	
	7	キックオフ会議（病院説明会）（17日）	180名参加
	8	ケアマネ説明会及び第1回退院調整ルール検討会（11日）	280名参加
	9		
	10	ケアマネによる第2回退院調整ルール検討会（22日）	215名参加
	11	ケアマネによる第3回退院調整ルール検討会（13日）	代表者25名
		第1回病院・ケアマネ合同会議（20日）	
	12	ケアマネによる第4回退院調整ルール検討会	
	1	第2回病院・ケアマネ合同会議	
	2		
	3	運用開始に向けた全体説明会（退院調整ルール最終決定）	
28	4	退院調整ルール運用開始	
	10月以降	退院支援状況確認アンケート調査 退院調整ルール点検協議・修正	



H27.7.17 キックオフ会議（病院説明会）

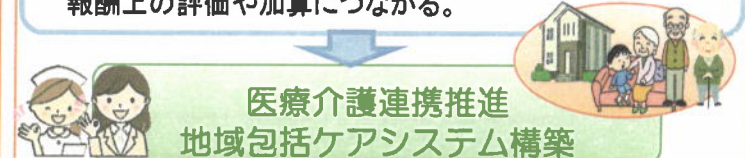


H27.8.11 ケアマネ説明会・第1回検討会

IV 期待される成果

“互いの立場を理解し合い、地域全体の『退院調整ルール』をみんなで作り、活用する”

- ①“安心して在宅へ退院”
退院調整もれが減少し、患者の在宅生活への円滑な移行が可能になる。
- ②“お互いに仕事がしやすく”
多職種（病院とケアマネと市町村）が協働することにより、信頼関係が構築され、互いに仕事がしやすくなる。
- ③“市町村の取組の支援”
本事業の成果を、市町村における在宅医療・介護連携推進事業の取組に活用できる。
- ④“診療報酬・介護報酬上のメリットも”
病院も居宅介護支援事業所も、ルールを活用することで、報酬上の評価や加算につながる。



県中圏域の

ケアマネの皆さんにお願いした 『退院調整に関するアンケート』 の結果

アンケート実施期間：H27.6.15～30

平成27年5月の退院患者について

要介護の退院患者：258名

要支援の退院患者：46名

計 304名

◇調査対象事業所数

- ・居宅介護支援事業所：141カ所
- ・地域包括支援センター：31カ所

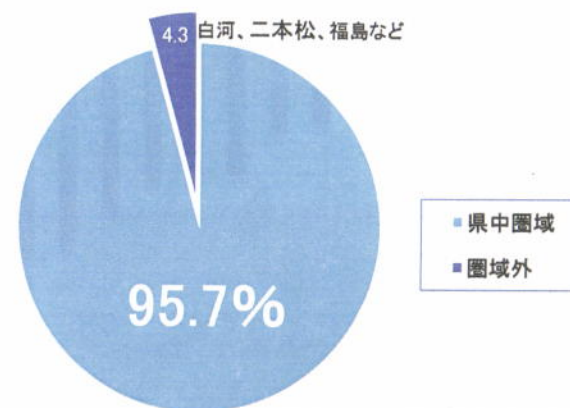
◇回答事業所数(回答率)

- ・居宅介護支援事業所：121カ所(85.8%)
- ・地域包括支援センター：31カ所(100%)

◇ケアマネ回答人数

- ・居宅介護支援事業所：351人
- ・地域包括支援センター：96人

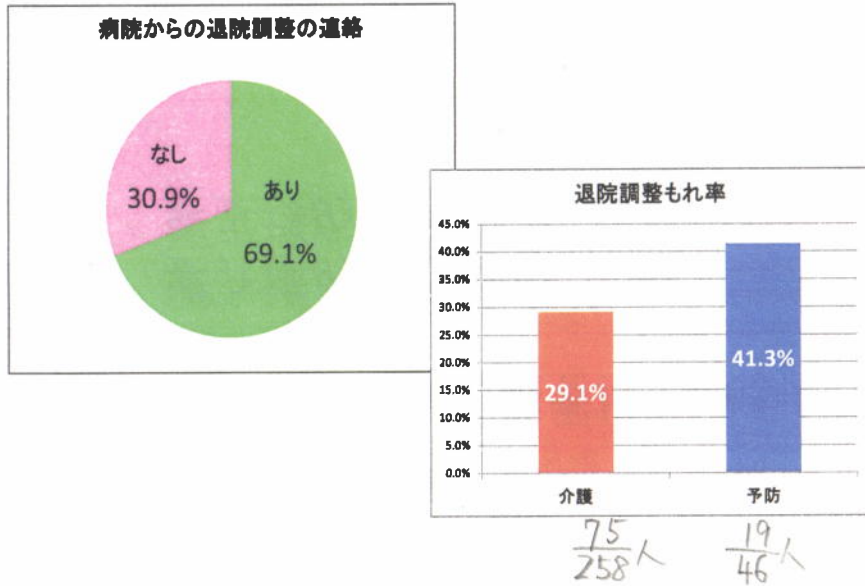
全体のまとめ



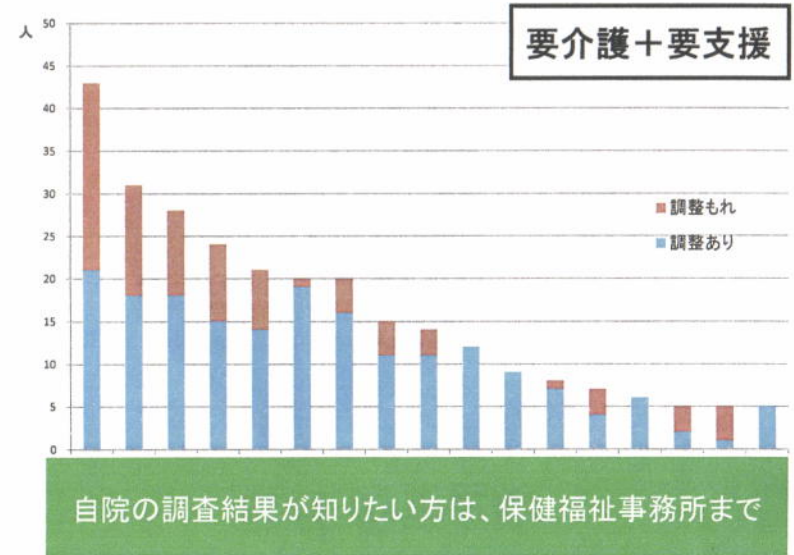
(H27年5月退院患者の入院の状況)

県中圏域の入院は圏域で完結！

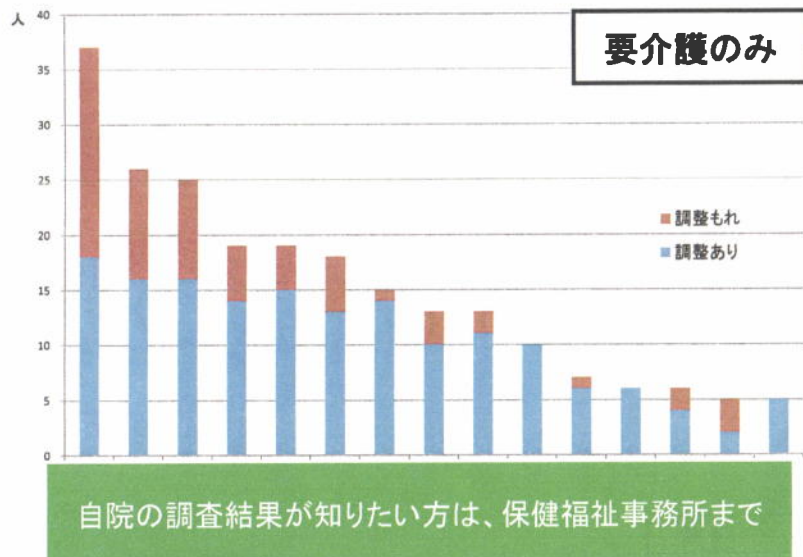
県中圏域全体の退院調整



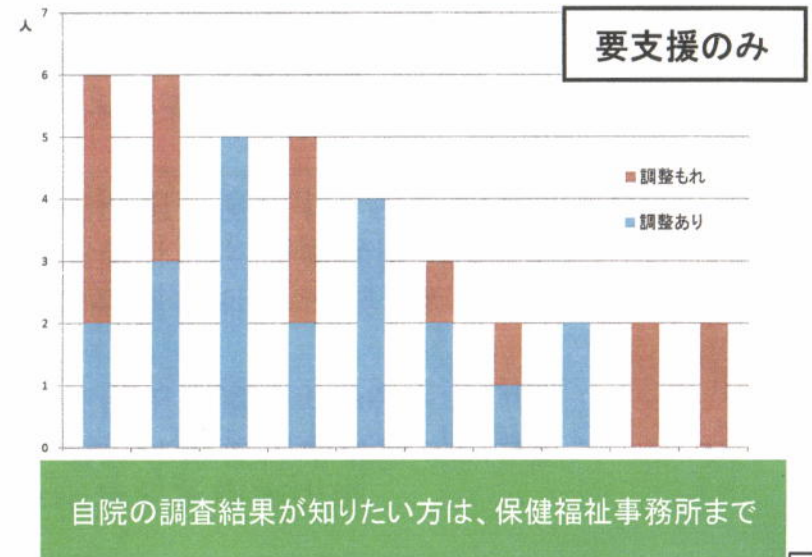
病院別比較



病院別比較



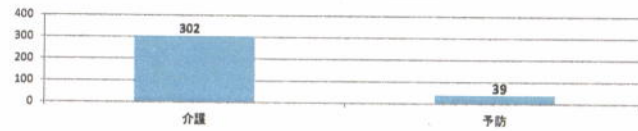
病院別比較



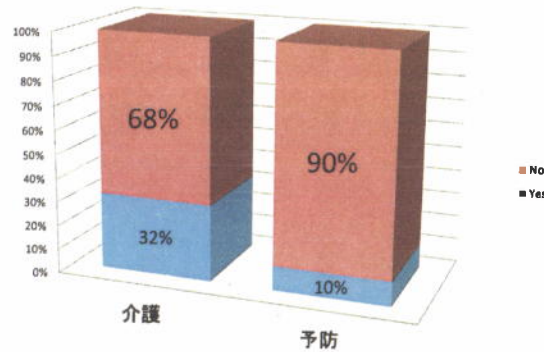
アンケートのまとめ

- ◆ 県中圏域の入院は県中圏域内で完結
- ◆ 県中圏域の退院調整もれ率は、
介護29.1%、予防41.3%。
- ◆ 県中圏域のケアマネが病院に対し、
入院時情報提供書を送った割合は、
介護32%、予防10%。

平成27年5月の入院数



入院情報提供書を送った割合



ケアマネジャーからの報告

病院のみなさんに、

- 1 ケアマネ、包括Cの役割の紹介
- 2 退院調整不良の実際

について説明します。

本日は、これまでの
ルール検討会に参加した
県中地域(12市町村)の
ケアマネジャー、延べ約400名
を代表して
25名が参加

介護支援専門員(ケアマネジャー)とは

- ケアマネジャー(介護支援専門員)とは、2000年4月から始まった「介護保険制度」において、要支援または要介護と認定された人が、その人らしく自立した生活ができるよう、適切な介護サービスを受けるために、介護サービス計画(ケアプラン)を作成する専門職の事です。
- 介護を要する方の状況や、家族がどんなことに困っているのかを理解し、計画を立て、必要なサービスを受けられるように、サービス事業者をはじめとする関係機関と調整するのが、ケアマネジャーの仕事です。

地域包括支援センターの業務

地域包括支援センターは、2006年4月に設置され、高齢者のみなさんが、住み慣れた地域で安心して暮らしていくために、さまざまな面から総合的に支えていくための相談機関です。

地域包括支援センターでは、こんな仕事をしています。



1 総合相談(様々な相談に対応します)

高齢者やその家族の相談を受け、適切なサービスにつなげます。

相談の内容によってサービス、制度に関する情報提供や、関係機関への照会をします。



2 介護予防ケアマネジメント

(自立した生活ができるよう支援します)

介護が必要となる恐れがある方(二次予防対象者)や介護保険で「要支援1、2」と判定された方に一人ひとりに合わせた介護予防支援計画を立てます。また、介護予防サービスが利用できるように連絡調整を行います。



3 包括的・継続的マネジメント (様々な方面から皆様を支えます)

高齢者が、適切なサービスを利用できるように、地域の関係機関などと、常に協力していきます。

また、地域のケアマネジャーが円滑に仕事ができるよう支援し、より暮らしやすい地域にするため関係機関と協力していきます。



4 権利擁護(虐待等へ対応します)

高齢者が地域で安心して尊厳のある生活を行うことができるよう、高齢者虐待や消費者被害等へ対応しています。病院からの相談も受け付けています。

また、判断能力が低下した方への支援として、成年後見制度の活用推進等を行っています。

これ以降は、
県中地域のケアマネジャーからの声です

退院調整なし・退院調整不良による、
退院後の事例を説明します。

2 退院調整期間が短すぎる

- 入院1週間後に家族から入院したと連絡あり。病院に電話してみると翌日退院とのこと。サマリーは家族へ手渡されず自宅へ郵送された。水分制限指示等の記載があったが、家族は把握していなかった。
- 退院日に連絡いただいても、①住宅改修が間に合わない、②和式トイレを利用できない、等のケースがある。オムツに戻ってしまう方や、無理にトイレを使用しようとして骨折してしまうケースもある。

1 介護申請の手続きが不十分

- 新規申請者。何の調整もせず退院。退院後、訪問看護やベッド等様々なサービスが必要になり、家族が困り果て、役所に相談。MSWからは「一次判定が出てから居宅につなぐ予定だった」と言われた。申請と同時に紹介してほしかった。
- 四肢不自由者。MSWから介護保険申請を自分で行うように言われたが、自分ではできないまま退院。たまたま関わったケアマネが調整要支援で認定。早めに連絡あればよかった。

3 情報提供が不十分

- 入退院を繰り返している方が輸血で入院。病院は「看取り」の説明をして退院させたが、ケアマネには連絡がなかった。「痛み」ある人の在宅での支援は大変である。
- 個人情報保護を理由に情報提供をしてもらえなかったことがある。

4 末期がん患者の方のケース

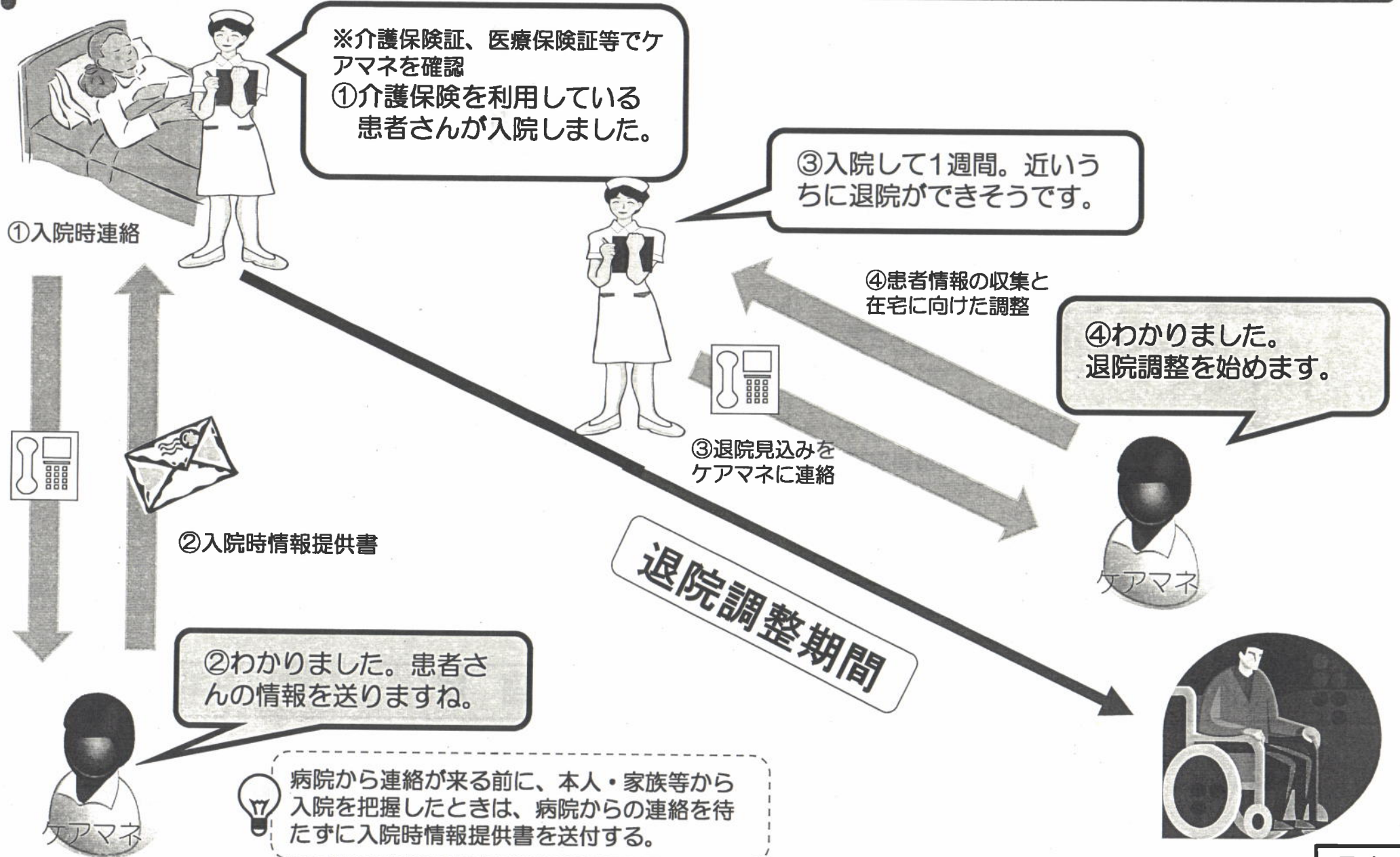
- 病状の変動がある方。退院の連絡が2日前に包括にあったが、ケアマネに引き継ぐ前に急変し死亡。適切なサービスが利用できなかった。
- 「明後日退院が決まりました、ADLは変わっていません。」と連絡があったが、後日訪問するとADLが変わっており歩けなくなっていた。連休前で往診医が見つからず、サマリーも見つからなかった。

患者さん・利用者さんのために

- 病院とケアマネの立場の違いはありますが、今回のような協議を続けることで、お互いの業務状況が理解できると思います。
- それが、入院患者・利用者さんの安心・安全な生活につながると信じています。
- これからの病院・ケアマネジャー協議をよろしくお願いします。







県中圏域退院調整ルール（案）

入院前にケアマネが決まっている場合（入院前に介護保険を利用していただ場合）



県中圏域退院調整ルール（案）

入院前にケアマネが決まっている場合（入院前に介護保険を利用していた場合）

	病 院	ケアマネジャー（CM）
在宅時 		<p>◇利用者の入院を早期に把握するための普段からの工夫</p> <ul style="list-style-type: none"> ○担当する利用者に、<u>CMの名刺を、介護保険証・医療保険証・お薬手帳と一緒に保管し、入院の際には「入院時セット」として持参するよう伝えておく。</u> ○利用者・家族に、入院したらCMに連絡するよう伝えておく。
入 院 	<p>①入院時連絡</p> <ul style="list-style-type: none"> ○聞き取りや介護保険証、医療保険証等により担当CMを把握し、入院したことを、原則として<u>3日以内</u>に連絡。 	<p>②入院時情報提供書の送付</p> <ul style="list-style-type: none"> ○入院を把握したら提供書を作成し、原則として<u>3日以内</u>に病院に提供（持参又はFAX）。
 「病院がCMを把握」又は「CMが入院を把握」、どちらか早いほうが相手にアプローチ。		
退院の見込 (入院7~10日程度) 	<p>③患者の退院見込を連絡</p> <ul style="list-style-type: none"> ○入院7~10日程度を目途に、「在宅への退院が可能かどうか」を判断。 ○可能と判断されたら、原則として<u>退院日の7日前までに</u>、CMに連絡。 	<p>④患者情報の収集と、在宅への退院に向けた調整開始</p> <ul style="list-style-type: none"> ○病院から退院見込の連絡があったら、退院調整のための利用者情報の共有について、いつ、どこで、どんな方法で行うのか、病院と調整する。
退院調整 	<p>⑤入院中の患者情報を共有し、相互に協力して退院に向けた調整を実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ○病院担当者（看護師・MSW）とCMの退院調整開始面談 ○患者や家族の意向を確認し、介護サービスを調整 ○退院前カンファレンスの開催 ○退院時情報の提供 <p style="text-align: right;">など</p>	
退院日決定 	<p>⑥退院日を連絡</p> <ul style="list-style-type: none"> ○主治医の許可した退院日をCMに連絡 	
退院後	<p>⑦サマリーの提供（必要に応じ）</p>	<p>⑧ケアプランの提供（必要に応じ）</p>

県中圏域退院調整ルール（案）

入院前にケアマネが決まっていない場合（入院後、新たに介護保険を利用する場合）



※聞き取り等により
担当ケアマネがいな
いことを確認。



①入院して1週間。近いうちに退院ができそう。
でも、在宅では介護が必要になりそう…

①「退院調整が必要な患者の基準」により判断。

②介護保険の申請を本人やご家族に勧めよう。

②介護保険について本人・家族に説明し、申請を支援。

③ケアマネさんにつなごう。

③居宅介護支援事業所 又は
地域包括支援センターに退院調整の連絡。

認定申請

退院調整期間

④患者情報の収集と
在宅に向けた調整

④わかりました。
患者さんの様子を
教えてください。

居宅ケアマネ
or 地域包括



連絡先

中重介護⇒ 居宅介護支援事業所

軽介護 ⇒ 包括支援センター

（迷ったら、包括に依頼）

県中圏域退院調整ルール（案）

入院前にケアマネが決まっていない場合（入院後、新たに介護保険を利用する場合）

	病 院	ケアマネジャー(CM)【居宅・包括】
<p>入 院</p> <p>↓</p>	<p>※患者・家族等への聞き取りや介護保険証等により、担当CMが決まっていないことを確認。</p>	
<p>退院の見込 (入院7~10 日程度)</p> <p>↓</p>	<p>①退院調整の必要性の判断</p> <ul style="list-style-type: none"> ○入院7~10日程度を目途に、「在宅への退院が可能かどうか」を判断。 ↓ ○「退院調整が必要な患者の基準」に基づき、退院調整が必要かどうかを判断。 <p>②患者・家族への介護保険についての説明、申請の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ○①により、退院調整（介護保険の利用）が必要と判断された患者や家族に介護保険の説明をし、申請、ケアマネとの契約等を支援。 <p>③患者の退院見込を連絡</p> <ul style="list-style-type: none"> ○①により、退院調整が必要と判断された患者について、退院見込を、原則として退院日の7日前までに、CMに連絡 <p>💡</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇要介護と思われる者（中重介護） ⇒居宅介護支援事業所 ◇要支援と思われる者（軽介護）・判断に迷う者 ⇒地域包括支援センター 	<p>④患者情報の収集と、在宅への退院に向けた調整開始</p> <ul style="list-style-type: none"> ○病院から退院見込の連絡があったら、退院調整のための利用者情報の共有について、いつ、どこで、どんな方法で行うのか、病院と調整する。
<p>退院調整</p> <p>↓</p>		
<p>退院日決定</p> <p>↓</p>		
<p>退院後</p>	<p>以降の流れは、「入院前にケアマネが決まっている場合」の⑤以降と同じ。</p>	

『退院調整が必要な患者の基準』（要介護認定を受けていない患者）

1 必ず退院調整が必要な患者（要介護）

- 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
- 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(さらに重度も含めて)⇒居宅介護支援事業所へ連絡

2 上記以外で見逃してはいけない患者（要支援の一部）

- 独居かそれに近い状況で、調理や掃除など身の回りのことに介助が必要
- (ADLは自立でも) がん末期の方
- (ADLは自立でも) 新たに医療処置（膀胱バルーンカテーテル留置、経管栄養、吸引など）が追加された方
- 家族が高齢である、疾患があるなどの理由により、家族の介護力が乏しい方

⇒地域包括支援センターへ連絡

（1か2で判断に迷う場合も）



入院前から、居宅又は包括のケアマネと契約している患者については、要介護・要支援関係なく必ず引き継ぐこと。

『病院が在宅への退院を可能と判断する基準』

◇入院後1～2週間時点で「在宅への退院ができそう」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 在宅での介護が可能そうである。



入院期間が2週間程度の場合、入院後1週間程度で判断。
入院期間が3週間程度の場合、入院後2週間程度で判断。

県中圏域退院調整ルール（案） 入院時情報提供書様式

○県中地域の入院時情報提供書の標準様式のイメージです。

○次回の会議までに、ご検討くださるようお願いいたします。

平成 年 月 日

入院時情報提供シート(案)

事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
緊急時連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号		
家族構成図		住環境	□一戸建 □集合住宅（階建て 階）エレベーター □有 □無			
主・主介護者 女・キーパーソン ○・女性 □・男性	在宅主治医	医療機関名() TEL:				
	要介護度	□申請中 □区分変更中 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5				
	サービス利用状況					
		□訪問介護(回/週)	□訪問看護(回/週)	□通所介護(回/週)		
		□通所リハビリ(回/週)	□訪問リハ(回/週)	□短期入所(回/週)		
		□福祉用具貸与(内容:)				
		□その他()				
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援は必要事項のみ記入	
移動方法	□	□	□	□	□車いす □杖使用 □歩行器使用 □装具・補助具使用	
口腔清潔	□	□	□	□	義歯:□有 □無	
食事	□	□	□	□	□普通食 □治療食 (□糖尿病食 □高血圧食 □腎臓病食 □その他)	
			主食:□米飯 □全粥 □ミキサー 水分:とろみ剤使用 □あり □なし			
			副食:□通常 □一口大 □刻み □極小刻み □ミキサー(□とろみ付)			
更衣	□	□	□	□		
入浴	□	□	□	□	□自宅(浴室) □訪問入浴 □通所系サービス	
排泄	□	□	□	□	場所:□トイレ □ポータブル □尿器 □オムツ	
服薬管理	□	□	□	□		
療養上の問題	□無 □有(□幻視・幻聴 □興奮 □不穏 □妄想 □暴力 □介護への抵抗 □昼夜逆転 □不眠 □徘徊 □危険行為 □不潔行為 □意思疎通困難 □その他()					
医療処置	□バルーンカテーテル □ストマ □気管切開 □喀痰吸引 □胃ろう □じょくそう □その他()					
連絡事項・その他						

(この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。)

県中圏域退院調整ルール（案） 退院調整共有情報

○退院前カンファレンスにおいて、病院（看護師・MSW）から提供してほしい情報をまとめた様式のイメージです。

○次回の会議までに、ご検討くださるようお願いいたします。

退院調整共有情報										担当ケアマネ()		
氏名				生年月日	明・大・昭 年 月 日			年齢	歳	性別	男・女	
面談日時	平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分～ 時 分			場所								
面談者				病院の連絡窓口(所属) ()								
入院の原因となった病名												
合併症				退院予定日 平成 年 月 日頃								
病院主治医				在宅主治医								
病院からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望												
ADL	自立	監視	一部介助	全介助	病棟での様子							
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□車いす □杖使用 □歩行器使用 □器具・補助具使用							
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□普通食 □治療食 (□ Kcal □糖尿病食 □高血圧食 □腎臓病食 □その他) □経管栄養							
					主食: □米飯 □全粥 □ミキサー (摂取量 割)							
					副食: □通常 □一口大 □刻み □種小刻み □ミキサー(□とろみ付) (摂取量 割)							
					水分摂取量: 1日 ml とろみ剤使用 □あり □なし							
更 衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限: 無 □有(□シャワー浴 □清拭 □その他())							
排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: □トイレ □ポータブル □尿器 □オムツ							
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
療養上の問題	□無 □有(□幻視・幻聴 □興奮 □不穏 □妄想 □暴力 □介護への抵抗 □昼夜逆転 □不眠 □徘徊											
	□危険行為 □不潔行為 □意思疎通困難 □その他()											
医療処置	□バルーンカテーテル □ストマ □気管切開 □喀痰吸引 □胃ろう □じょくそう □その他()											
家族への介護指導	□有 □無 有の場合、理解の状況は: □十分 □不十分 (問題点:)											
感染症	□HBV □HCV MRSA: 保菌 □発症(部位: □痰 □血液 □尿 □創部) □その他											
リハビリ目標(リハビリから確認):												
備考欄												

県中圏域退院調整ルール（案） 病院の窓口一覧

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					新たに介護保険を利用する場合			
	①CMからの入院時情報はどこに？ (電話をしてから)手渡しの場合	FAXの場合	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？	⑤誰がCMに退院日を連絡する？	⑥誰が介護保険を説明する？	⑦誰がCM契約の支援をする？	⑧誰が契約後のCMと連絡をとる？
〇〇病院	地域連携室または病棟 (連携室に事前アポを)	地域連携室 代表FAX:	× (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	地域連携室、 家族	地域連携室、 または病棟Ns	地域連携室	地域連携室
〇〇センター	直接病棟に電話	地域連携室 FAX:	Ns判断で〇 (Dr判断や家族希望で×の場合も)	病棟Ns	病棟Ns	病棟Ns	病棟Ns 又は地域連携室	病棟Ns 又は地域連携室	病棟Ns 又は地域連携室
〇〇病院									
□病院									
〇〇総合病院									
△病院									
○病院									
■病院									
▲病院									
▽病院									
□病院									
■□病院									

最終的には、このような一覧を作成する予定ですので、ご検討をお願いします。