

入退院支援ルールに関する医療・介護合同会議

開催日: 令和5年2月10日(金) 14:00～16:00 会場: 県民交流センター ハイブリッド開催

参加機関(医療機関) 会場: 8医療機関(10名) オンライン: 20医療機関(29名)

(ケアマネジャー) 会場: 17事業所(18名) オンライン: 33事業所(33名)

(行政) 鹿児島市, 日置市, いちき串木野市, 三島村, 十島村, 鹿児島地域振興局健康企画課

(14:00) 開会

1 R4年度の入退院支援ルール運用の経緯説明

(1) 調査結果の報告

(2) 「介護支援専門員代表者会議」及び「病院連絡会」報告

(14:15) 2 協議等

(R4年12月「介護支援専門員代表者会議」「病院連絡会」の結果をもとに)

(1) ルールにより, 円滑な支援となった事例の紹介

(2) 行政からの提案

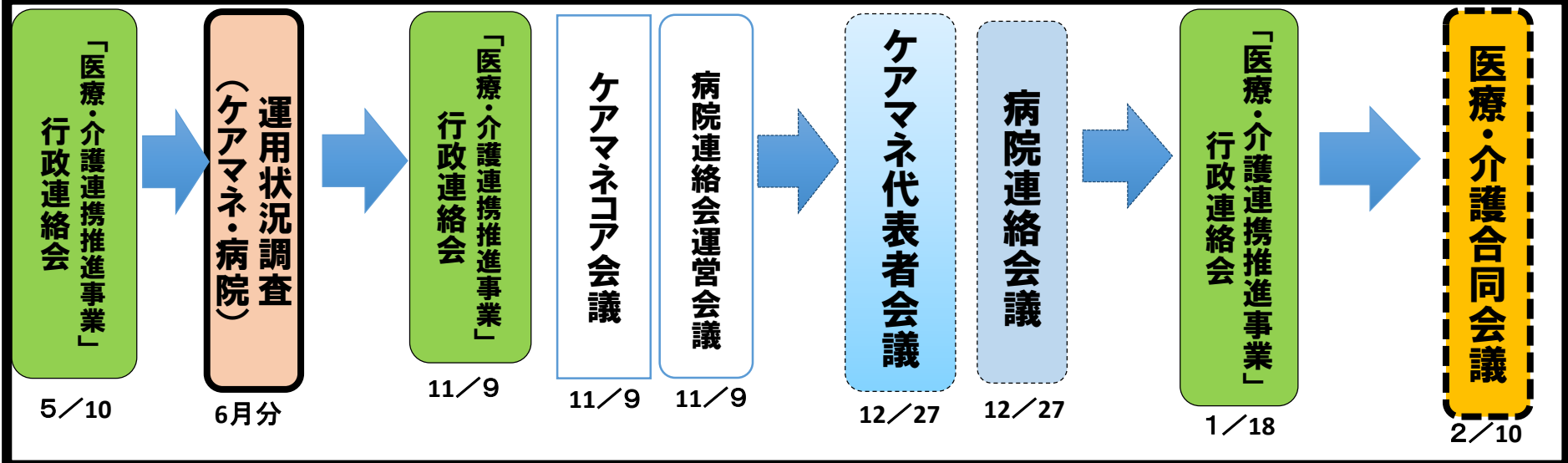
(3) さらに充実したルールにするための工夫としての提案

(4) ルールを周知するための工夫

(15:45) 3 まとめ

(16:00) 閉会

令和4年度運用状況の流れ



事業内容	連絡会	状況調査	ケアマネコア会議・病院連絡会運営会議・連絡会	ケアマネ代表者会議・病院連絡会議	連絡会	医療・介護合同会議
日程	5/10	6月分を7月中に集計	11/9	12/27	1/18	2/10
保健所	・状況調査の内容等の検討 ・各会議の企画等	・医療機関分の配布・集計 ・全体集計	・会議の開催 ・今後の会議の進め方について検討	・会議の開催	・行政への要望についての検討	(説明) R4年度の運用の経緯(協議) (12/27「介護支援専門員代表者会議」「病院連絡会」の結果をもとに) ・好事例の紹介 ・行政からの提案 ・ルール工夫点の提案 ・周知方法の紹介
保険者		・ケアマネ分の配布・集計				
ケアマネ・医療機関	・6月分状況の調査に回答	・状況調査結果について協議	・「合同会議」の協議内容の検討			

2 協議等 (1)ルールにより、円滑な支援となった事例の紹介

ケアマネジャーの好事例

〈1〉入院時すぐに家族から入院するとの連絡があり、入院先などを確かめることができた。

すぐにケアマネジャーが計画を作成し、病院に出向き、MSWにこれまでの利用者の生活やサービス利用状況、キーパーソンや介護力など説明ができた。おかげで、退院時カンファレンスの連絡をいただき、歩行状態の映像も見せてもらえ在宅でのイメージが共有できて、キーパーソンの退院に対する不安もなくなり、安心して在宅療養を受け入れることができた。

〈2〉緩和ケア病床からの在宅へ退院した事例で、コロナ禍において、退院時カンファレンスをZOOM等によるオンラインで開催していただいた。

末期がんの利用者の場合、在宅へ退院したとしても、急変したり予後が短い状況等もあるため、スピード感のある連携が重要である。

緩和ケアの主治医、在宅医、訪問看護ステーションの看護師、福祉用具の担当者等多職種と本人・家族の意向の確認等、情報の共有ができ、関係者の意思統一が図られ、スムーズに在宅療養への移行ができた。

2 協議等 (1)ルールにより、円滑な支援となった事例の紹介

参加医療機関の好事例

〈1〉骨髄異形成症候群で月1, 2回の入退院を繰り返している独居の事例で、入院4度目ぐらいに介護保険申請をご本人に提案し、「要介護」となった。

担当ケアマネジャーが、本人と娘さんの退院後の生活の意向を確認して、数回の電話のやり取りをして、退院前に病院でケアマネジャーと本人が面談をして退院支援の計画を立てて、退院された。それ以降は1ヶ月以上入院していない。ケアマネジャーと連携を図ることで、退院してからの生活が上手くいった事例だった。

〈2〉ルールのおかげで、看護の質や内容が向上したと考えられる事例を紹介。

- ①ケアマネジャーからの情報提供により、本人や家族から得られない情報を知ることができた。
- ②ケアマネジャーより認知症の詳細について情報を得ることで、院内スタッフへ行動観察対象者であることを予め周知できて、転倒等の予防を図ることができた。
- ③情報提供シートを用いたカンファレンスを実施することで、本人や家族の意向や気持ちの変化を知ることができた。
- ④介護認定前に退院となった事例で、退院時に担当予定のケアマネジャーに様式2の「退院支援情報共有シート」を提供することで、スムーズに退院ができた。

2 協議等 (2)行政からの提案

病院連絡会と介護支援専門員代表者会議の意見から保険者で検討

◇12月27日「病院連絡会議」より出された意見

- ・急性期病院に入院した患者さんの介護保険情報を行政に問い合わせたら、個人情報で教えられないといわれたことがある。入退院支援ルールにのっとって聞いていることを伝えると、教えてもらったことがあった。
- ・介護保険課など2年に1度は異動があったりするので、行政機関の職員にも周知を徹底していただくと有り難い。

◇12月27日「介護支援専門員代表者会議」より出された意見

- ・個人情報の取り扱いの壁。



保険者からの提案等

- ◆介護保険情報の照会については、「手引き」2頁の【照会内容】
【照会方法】を参考に確認する。
- ◆「手引き」4頁の「ルールについての相談窓口」「要介護認定情報の照会先」の加筆・修正を行う。(＊)
- ◆「行政職員のルールの周知の徹底」については、異動時期に「手引き」を活用した研修会を計画的に行う。

2 協議等 (2)行政からの提案

(*) 手引き「ルールについての相談窓口」 ・「要介護認定情報の照会先」の加筆・修正

【入退院支援ルールについての相談窓口】

- 鹿児島地域振興局保健福祉環境部
(伊集院保健所)健康企画課 電話:099-273-2332
- 鹿児島市長寿あんしん課地域包括ケア推進係
電話: 099-216-1186
- 日置市介護保険課介護予防支援係
(地域包括支援センター)
電話:099-248-9423
- いちき串木野市長寿介護課介護予防係
(地域包括支援センター)
電話:0996-33-5644
- 三島村民生課
電話:099-222-3141
- 十島村住民課介護保険係
電話:099-222-2101

【要介護認定情報の照会先】

- 鹿児島市介護保険課給付係
電話:099-216-1280
- 日置市介護保険課認定審査係
電話:099-272-0505
- いちき串木野市長寿介護課介護予防係
(地域包括支援センター)
電話:0996-33-5644
- 三島村民生課
電話:099-222-3141
- 十島村住民課介護保険係
電話:099-222-2101

2 協議等 (3)さらに充実したルールにするための工夫としての提案

退院支援情報共有シートの工夫(ケアマネジャーの意見)

- 1 様式2でいただくことが少なく、看護サマリーでいただくことが多い。看護サマリーにはない情報が様式2にあるので、利用を増やしてほしい。
- 2 病院から患者・家族への病状の説明内容について、説明のわかる記載がほしい。
- 3 服薬管理は、薬の情報がほしい。
- 4 療養上の問題について、入院による環境変化により、認知症が悪化することが多いため、退院時の認知症の状態について、詳しく知りたい。
- 5 家屋情報がうまく共有できない。動線のわかる、細かな情報が必要なので、家屋や家での過ごし方を確認した上で、リハビリをしてほしい。
- 6 本人・家族の退院に対する意向について、本人・家族のニーズをもっと病院側でも把握してほしい。



ケアマネジャーからの提案等

◆様式2「退院支援情報共有シート」の見直しを行う。

退院支援情報共有シートは退院後支援につなぐための大事なツールである。関係する多職種(栄養士, 薬剤師, リハ職を含む)での共有がとても大事である。上記のケアマネジャーの意見の内容を参考にシートを見直す。

◆問題提起 様式2はケアマネジャーが聞き取って作成するものであるが、コロナ禍で医療機関から看護サマリー等を提示している現状がある。退院支援の手順の周知が必要ではないか。

2 協議等 (3)さらに充実したルールにするための工夫としての提案

入院時情報提供シートの工夫(参加医療機関の意見)

- 1 なるべく空欄の内容に記入してほしい。
- 2 サービス利用状況の欄に，事業所名の記入や訪問診療等の情報がほしい。
- 3 ADLについては，入院直前だけでなく，それ以前の状況もほしい。
また，IADLまで記載があると，生活背景，生活スタイルがわかりやすい。
- 4 服薬管理については，服薬の情報が空欄のことが多いので，管理方法，調剤薬局名について記入してほしい。特に，独居の方は必要。
- 5 本人や家族が生活する上で大事にしていること，希望する生活については，生活者としての生活歴等の情報やACPを含めた内容があると助かる。



参加医療機関からの提案等

◆様式1「入院時情報提供シート」の見直しを行う。

入院後の速やかな入院計画策定のために大事なツールである。

上記の参加医療機関の意見の内容を参考にシートを見直す。

◆問題提起 様式1の記載スペースが限界である。別紙を添付して情報提供することについても議論が必要ではないか。

2 協議等 (3)さらに充実したルールにするための工夫としての提案

情報のやり取りの工夫(ケアマネジャーの意見)

〈1 情報提供窓口〉

- ①病院の窓口対応する人が変わるたび、患者の情報が違ったり、退院に向けた調整に戸惑う。
- ②FAXで情報提供した時に、受け取りの確認を院内で管理してほしい。
- ③窓口のわからない病院もあるので、窓口を統一してほしい。

〈2 情報提供の手段〉

- ①コロナ禍なのでリモートでも会えるように調整をしてもらいたい。
- ②カンファレンスの日程は、早めに連絡をもらえると調整がしやすい。
- ③コロナ禍でもビデオ電話やオンライン会議で情報共有が図れるといい。

〈3 情報提供のタイミング〉

- ①退院直前の連絡が来るので、FAXでもいいので1日でも早めに退院を教えてください。
- ②入院時カンファレンス、途中カンファレンスなども実施していただけると助かる。

2 協議等 (3)さらに充実したルールにするための工夫としての提案

情報のやり取りの工夫(参加医療機関の意見)

〈1 情報提供の手段〉

- ①患者さんが入院した後，なるべく早く情報が届くとありがたい。
- ②FAXの場合，記入欄もせまく，字も細かく読みづらい。持参してもらえるとありがたい。
- ③コロナ禍でZOOMによる退院前カンファレンスに可能な範囲で参加してほしい。

〈2 情報提供のタイミング〉

- ①患者さんの入院を把握されたら，早めに病院に連絡がほしい。
- ②カンファレンス後の療養生活について，病院にもフィードバックがあるとありがたい。

2 協議等 (4)ルールを周知するための工夫

ケアマネジャーの意見

- 1 職場の勉強会の年間計画に盛り込んだり、法人内連絡会議でも取り扱い、実際にシート作成しないリハ職、栄養士等の多職種においても理解してもらえよう取り組んでいる。
- 2 勉強会の内容としては、「入退院支援ルールの手引き」を活用して、シートの書き方や利用者との契約書も読んでもらうなど、イメージしやすいように工夫している。
- 3 特定加算を算定する事業所は、定期的なケアマネ会議が必要なため、その際に入退院支援ルールの共有を図っている。
- 4 行政への要望として、入退院支援ルールの勉強会を定期的に開催してほしい。

2 協議等 (4)ルールを周知するための工夫

参加医療機関の意見

- 1 院内の周知ではキャリアラダー別の研修や、入職時の研修の中で実施している。
- 2 集合研修では、全体の把握度は理解できても個人の理解や浸透までは難しいので、退院支援が必要な各事例の受け持ち看護師に、委員会等のコアメンバーより、直接話しながら指導している。
- 3 カンファレンスなどを活用してリーダーや師長に指導してもらうなど取り組んでいるが、その際実際の事例をモデルにして、ルールと照合しながら説明している。
- 4 退院カンファレンスを活用しルールを説明すると、リハ職、栄養士、薬剤師といった多職種にも共有でき、効果的である。