

「地域包括ケアシステムと在宅医療・介護連携の推進」

～ 退院調整ルールの普及 ～

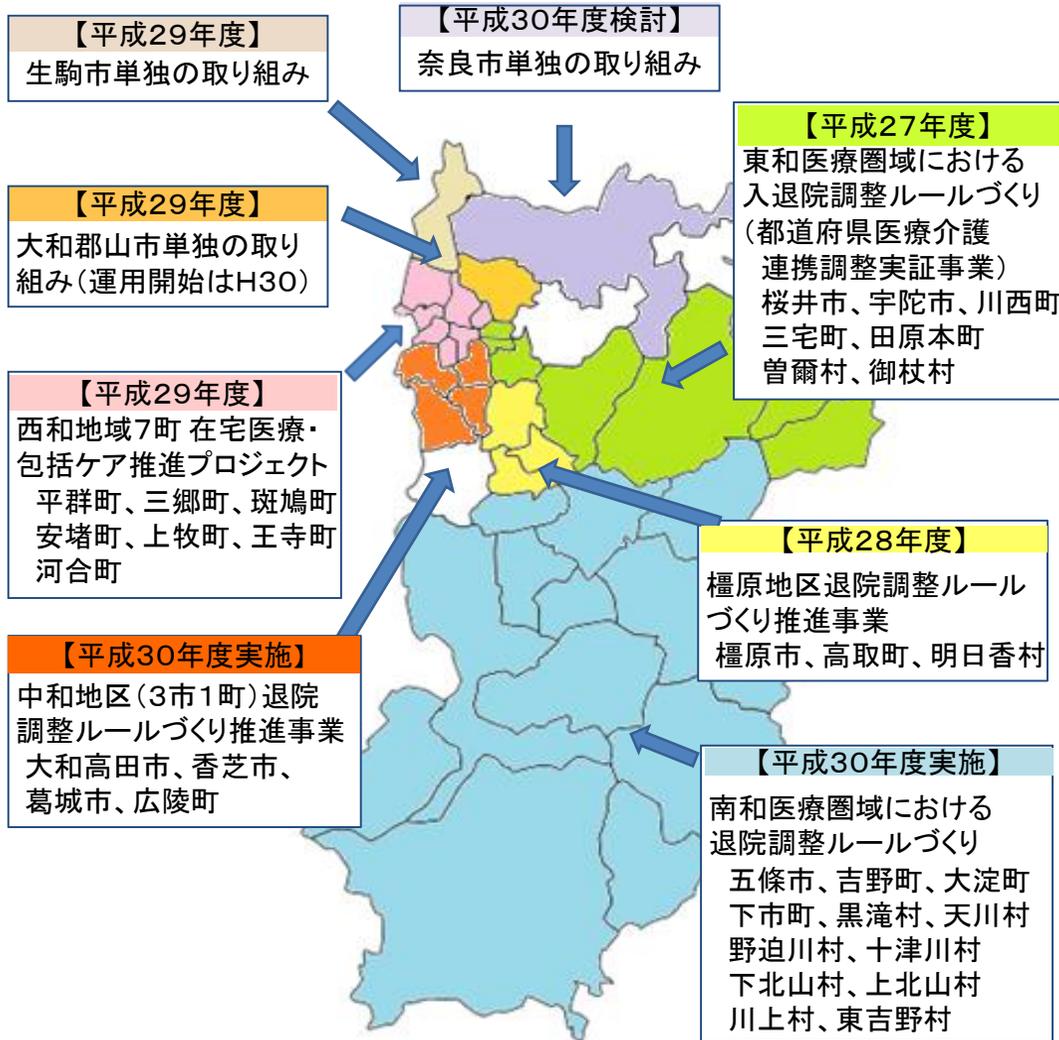
平成30年度 訪問看護推進協議会

平成31年3月19日（火）

奈良県 福祉医療部 医療・介護保険局 地域包括ケア推進室

医療・介護連携の推進に向けた仕組みづくり

入退院調整ルール策定の取り組み状況



入退院調整ルールの策定は、「医療」と「介護」という異分野の連携を進めるきっかけ

I. 入退院調整ルール策定の普及拡大

- ▶ H27 7市町村
- H28 3市町村
- H29 9市町村で策定
(西和7町+大和郡山市+生駒市)

- ▶ H30 奈良市
1 2市町村 (南和圏域)
4市町 (中和圏域)
計 3 6 / 3 9 市町村



※ H30は、上記のルール策定と併せて、県が調整役となり、圏域を越えて入退院する場合の広域的なルールの円滑な運用に取り組む

<参考>

H27年度策定の東和医療圏における運用状況

【退院調整率】

(H27.6) (H28.6) (H29.1) (H29.6) (H30.6)
50.6% → 64.7% → 76.9% → 82.1% → **90.3%**

【入院時情報提供書の提出率】

30.2% → 61.8% → 64.3% → 60.5% → **81.7%**

II. 入退院調整ルールの充実

- ▶ 退院調整ルール運用後の効果や課題について協議し、ルールの見直しを実施及び退院調整状況調査による点検を実施。

<県の役割>

- ▶ 保健所が市町村の広域的な連携をコーディネートし、市町村の取り組みを支援
- ▶ 地域包括ケア推進支援チーム（地域包括ケア推進室、地域医療連携課、保健所）によるノウハウの提供等

<市町村の役割>

- ▶ ルール策定に係る地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所等との連絡・調整・取り纏め等

在宅医療・介護連携の推進



地域包括ケア推進室

トップへもどる

関連リンク



介護保険の制度と利用方法



医療と介護の両方が必要になっても、高齢者が住みなれた地域で自分らしく暮らし続けるために、医療と介護の連携が重要であり、市町村が中心となって、地域の医師会等と連携して在宅医療・介護を一体的に提供できる仕組みづくりを目指しています。

在宅医療・介護連携の推進に係る全国担当者会議（厚生労働省ホームページ）

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-rouken.html?tid=190816>

都道府県医療介護連携調整実証事業について

医療や介護が必要になっても、高齢者が尊厳を保ちながら、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、地域における医療と介護の関係機関が連携して円滑な退院支援に取り組み、介護が必要な高齢者が安心して入退院ができる環境をつくることを目的として平成27年度は、厚生労働省のモデル事業である「都道府県医療介護連携調整実証事業」に参加しました。

対象地域：東和医療圏の内旧桜井保健所管内の2市3町2村

- ・ 策定されている退院調整ルールのマニュアルや様式は、各地域の事務局のホームページ上で公開されています。
- ・ 県地域包括ケア推進室のホームページにリンクを貼っていますので、ご活用ください。

※ 圏域や市、地域を超えて入・退院する等、ルールが異なる場合の広域調整の運用についても掲載しています。

奈良県トップページ > 県の組織 > 福祉医療部医療・介護保険局 > 地域包括ケア推進室 > 在宅医療・介護連携の推進

URL : <http://www.pref.nara.jp/42284.htm>

地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携の推進

入退院調整ルール の 策定

質の高い在宅医療・介護の提供のための多職種連携・協働

① 入退院支援

在宅等への円滑な移行に向けた情報共有
(退院の5日以上前等)

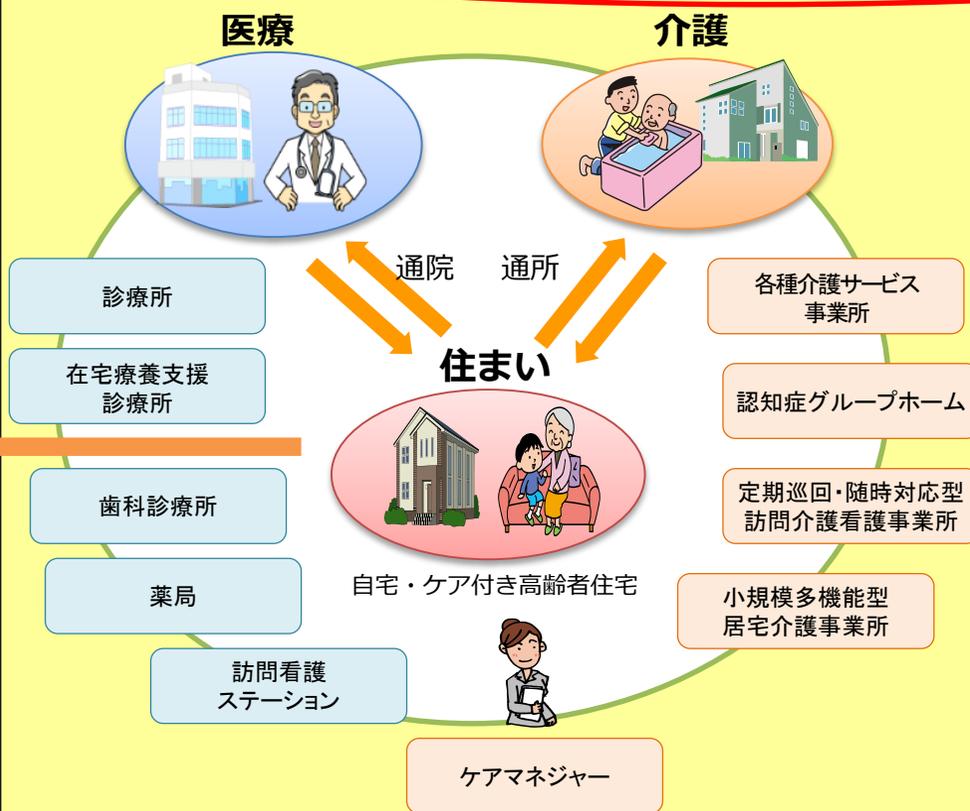


一時入院
(急変時)

病院看護師・
地域連携室

担当ケアマネジャー・
地域包括支援センター

② 生活の場における医療・介護連携



③ 看取り

住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む看取りを実現

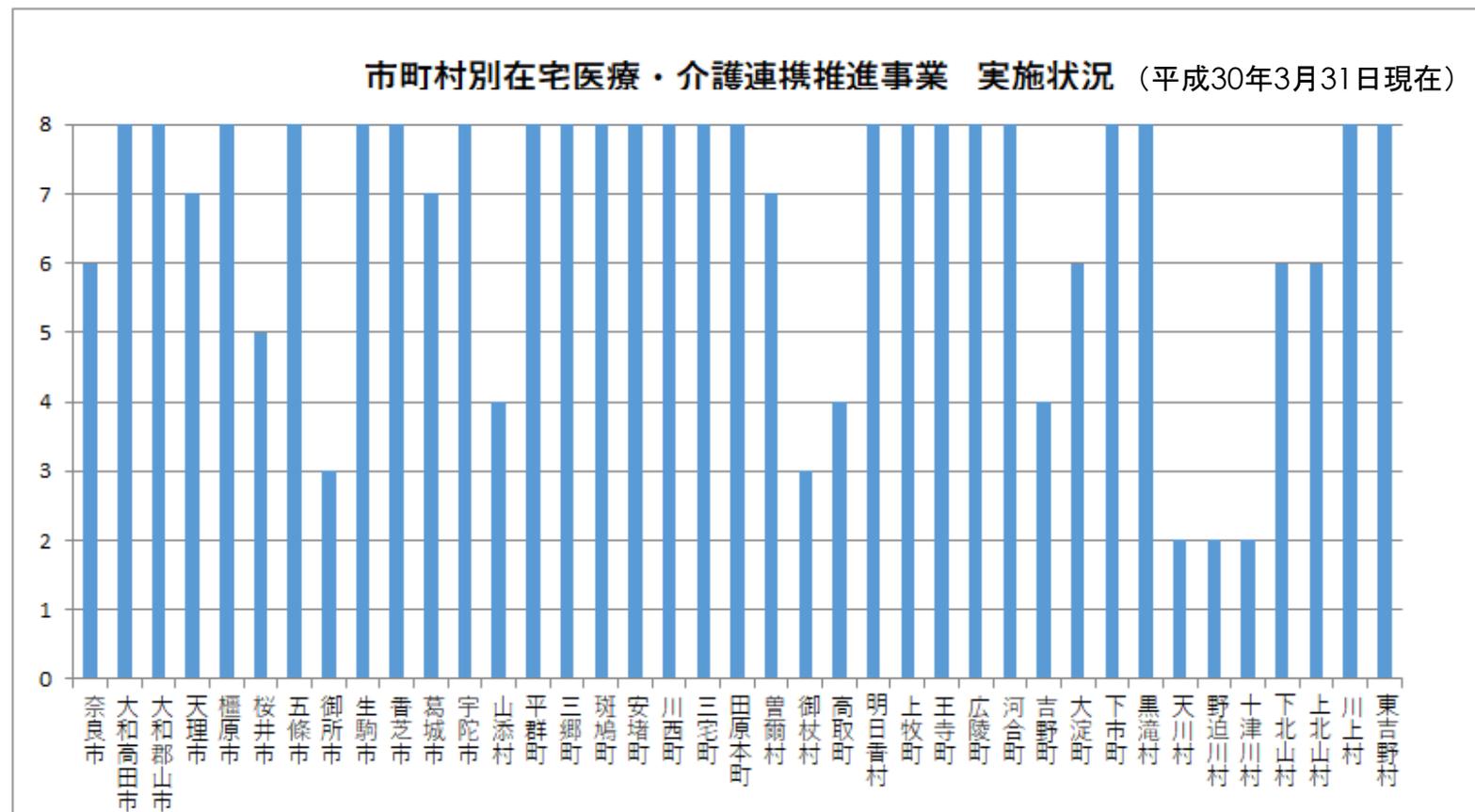
※ 急変時等の連携体制が重要



市町村別在宅医療・介護連携推進事業の実施状況

	実施項目数
奈良市	6
大和高田市	8
大和郡山市	8
天理市	7
橿原市	8
桜井市	5
五條市	8
御所市	3
生駒市	8
香芝市	8
葛城市	7
宇陀市	8
山添村	4
平群町	8
三郷町	8
斑鳩町	8
安堵町	8
川西町	8
三宅町	8
田原本町	8
曽爾村	7
御杖村	3
高取町	4
明日香村	8
上牧町	8
王寺町	8
広陵町	8
河合町	8
吉野町	4
大淀町	6
下市町	8
黒滝村	8
天川村	2
野迫川村	2
十津川村	2
下北山村	6
上北山村	6
川上村	8
東吉野村	8

在宅医療・介護連携推進事業において市町村が取り組む8項目							
(ア)資源把握	(イ)課題抽出	(ウ)切れ目のない体制構築	(エ)情報共有	(オ)相談支援	(カ)関係者の研修	(キ)普及啓発	(ク)関係市町村との連携



- 東和圏域の退院調整ルールの見直しにおいて、**訪問看護との連携を進める内容が盛り込まれました。**
- 退院後も在宅で医療・介護のサービスを受けながら生活をする高齢者を支えるため、在宅医療・介護連携のキーパーソンとなる訪問看護との連携を円滑に行うため以下の内容が新たに追加されています。

① 訪問看護への退院連絡（退院カンファレンス）が必要な患者像

- ・ 病院担当者は、下記の状態に相当する患者の退院が決まった際、訪問看護・ケアマネジャーへ連絡し、十分に退院カンファレンスの必要性を確認し合いながら、調整を行う。

- 医療処置が必要な患者
- 認知症のある（服薬管理ができない、健康管理ができない）患者
- がん末期やターミナル患者など状態が安定しない患者
- 誤嚥性肺炎等で入退院を繰り返す患者
- 進行性難病の患者
- 精神疾患で、生活に支障がある患者

② 連絡方法

- ・ 病院担当者が訪問看護に連絡する方法は、患者の訪問看護の利用状況（入院前から利用していた場合と新規で訪問看護の利用が必要となる場合）に応じて大きく2つに分かれています。
- ・ また、新規で訪問看護の利用が必要となる場合は、さらに**患者に在宅でのかかりつけ医がいる場合といない場合及びケアマネジャーが決まっている場合と決まっていない場合等、4つの方法を想定**し定めています。
- このルールの見直しには、東和圏域内の訪問看護師の皆様の参加・協力をいただき、**病院担当者、ケアマネジャーの皆様と一緒に議論を重ねる**ことで定めることができました。
- この検討過程を通じて、訪問看護に対する病院、ケアマネジャーの相互理解が進むとともに、今後、在宅での医療・介護連携をさらに推進するものとして期待されています。
- 他の圏域や地域におけるルール見直しの際にも、**好事例として情報提供し横展開を図っていきます。**