

医療と介護の連携推進に 向けた取り組み

2015/2/21

北見市医療福祉情報連携協議会

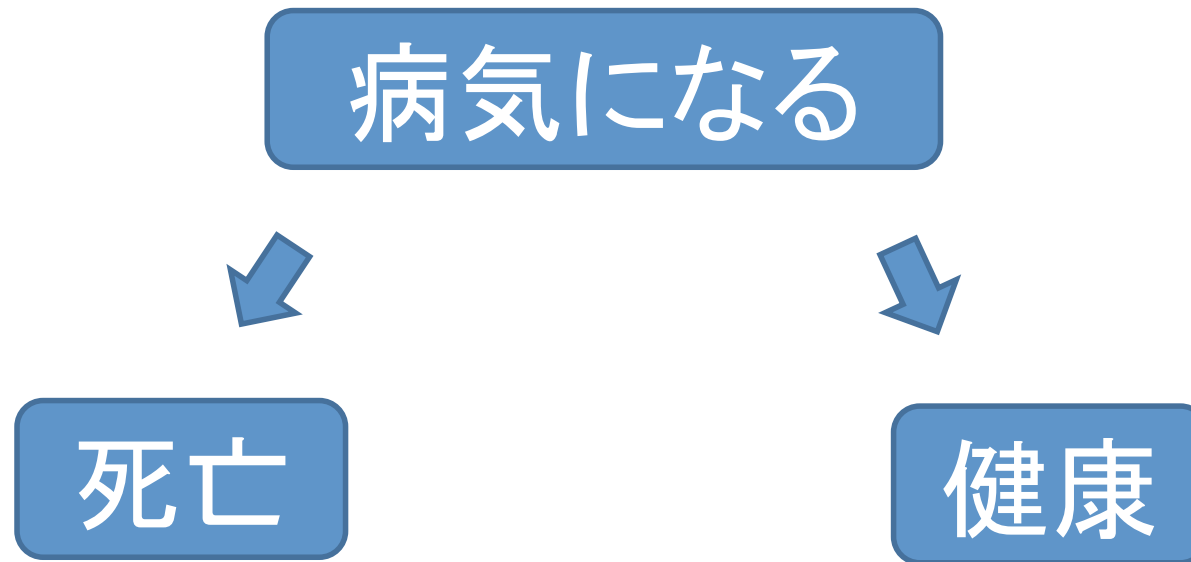
ヒューマンネットワーク部会長

武田 学

(所属:医療法人 社団 久仁会

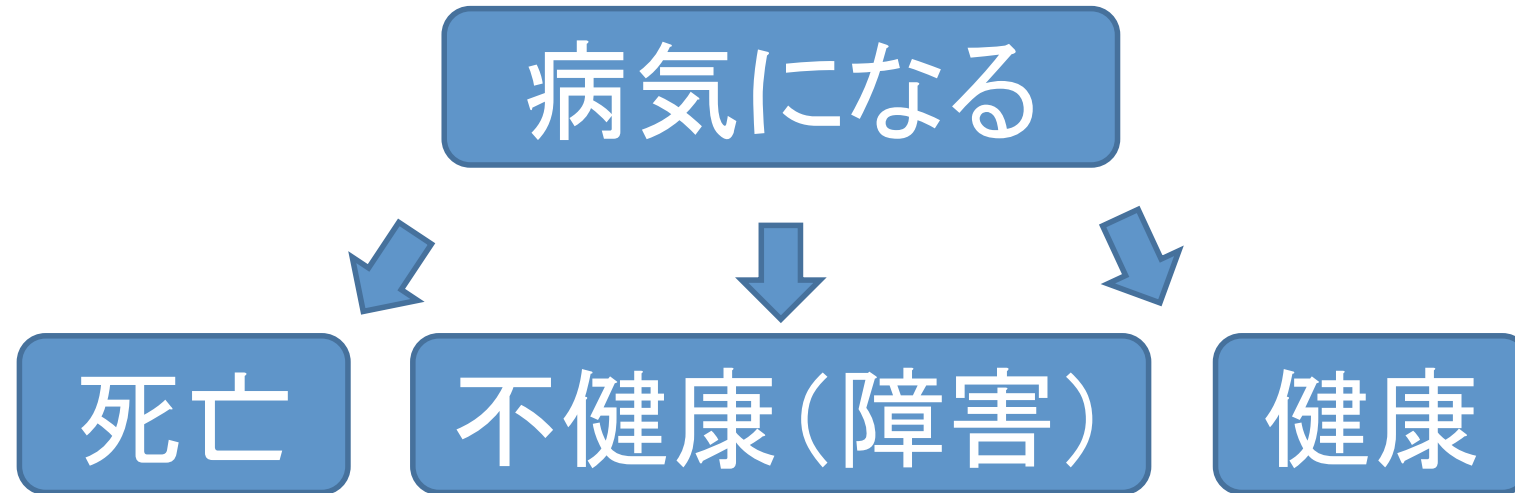
小規模多機能・グループホームいきいき)

なぜ、連携が必要か？ ～ひと昔前（50年前）～



医師に従うだけで良かった。

～現在～



自宅などにいながら、日常的なケアを要する。

⇒ 医師だけでは抱えきれない

⇒ 多くの医療・介護専門職の力が必要

情報は、そこまで知らないとダメ？

- 病医院、歯科医、薬局、介護サービス事業所では、病気や体の動きの事だけではなく、家族構成、年金等の収入、自宅環境、趣味や趣向など聞く。
- なぜそこまで聞くの？？？
⇒ 病気も生活も千差万別。できる限り一人ひとりの生活スタイルに合わせて医療と介護を提供し、その人らしい生活に近づけるため。

医療と介護の連携は必要

- 医療と介護が連携（情報共有）していないと、どちらも利用される皆様は同じ事をあっちでも聞かれ、こっちでも聞かれる。
- 例えば病院を退院後すぐに介護サービスを利用できなかった為、転倒等の事故や病気の再発、悪化など起こる危険性がある。
- しかし、実際のところ、医療と介護の連携は発展途上です。

当協議会でケアマネを対象に
、入退院に関する調査を実施
した。

調査目的と方法

調査の目的

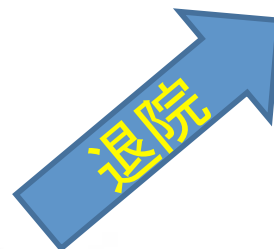
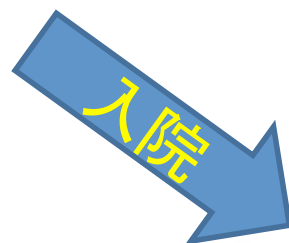
- 医療機関と介護支援専門員の間で「**入退院時の連絡漏れ**」を明らかにし、双方が連絡調整を円滑に行うための地域ルールづくりを検討する資料とする

調査の方法

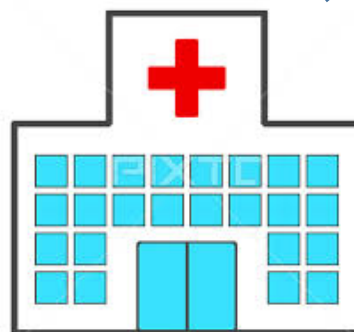
- 北見市内の介護支援専門員(117事業所)を対象に
- 平成26年4月～6月の3ヶ月に医療機関へ入退院した患者の入院時の病院への連絡、退院時の病院からの連絡の有無を調査(調査用紙にて回答)
- 回収率88.0%

結果1 入退院総数

平成26年4月～6月の3ヶ月間



入院総数 491名

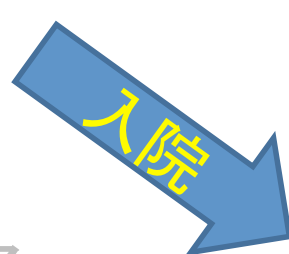


退院総数 451名

北見市民で要支援・要介護認定を受けた方の
3ヶ月間の入退院総数は942名

結果2 入退院連絡の有無

平成26年4月～6月の3ヶ月間



入院総数 491名

ケアマネ→病院連絡

連絡有 245件(49.9%)

連絡無 246件(50.1%)

◆半数連絡無し



pixta.jp - 2929506

退院総数 451名

病院→ケアマネ連絡

連絡有 300件(66.5%)

連絡無 151件(33.5%)

◆3割強連絡無し

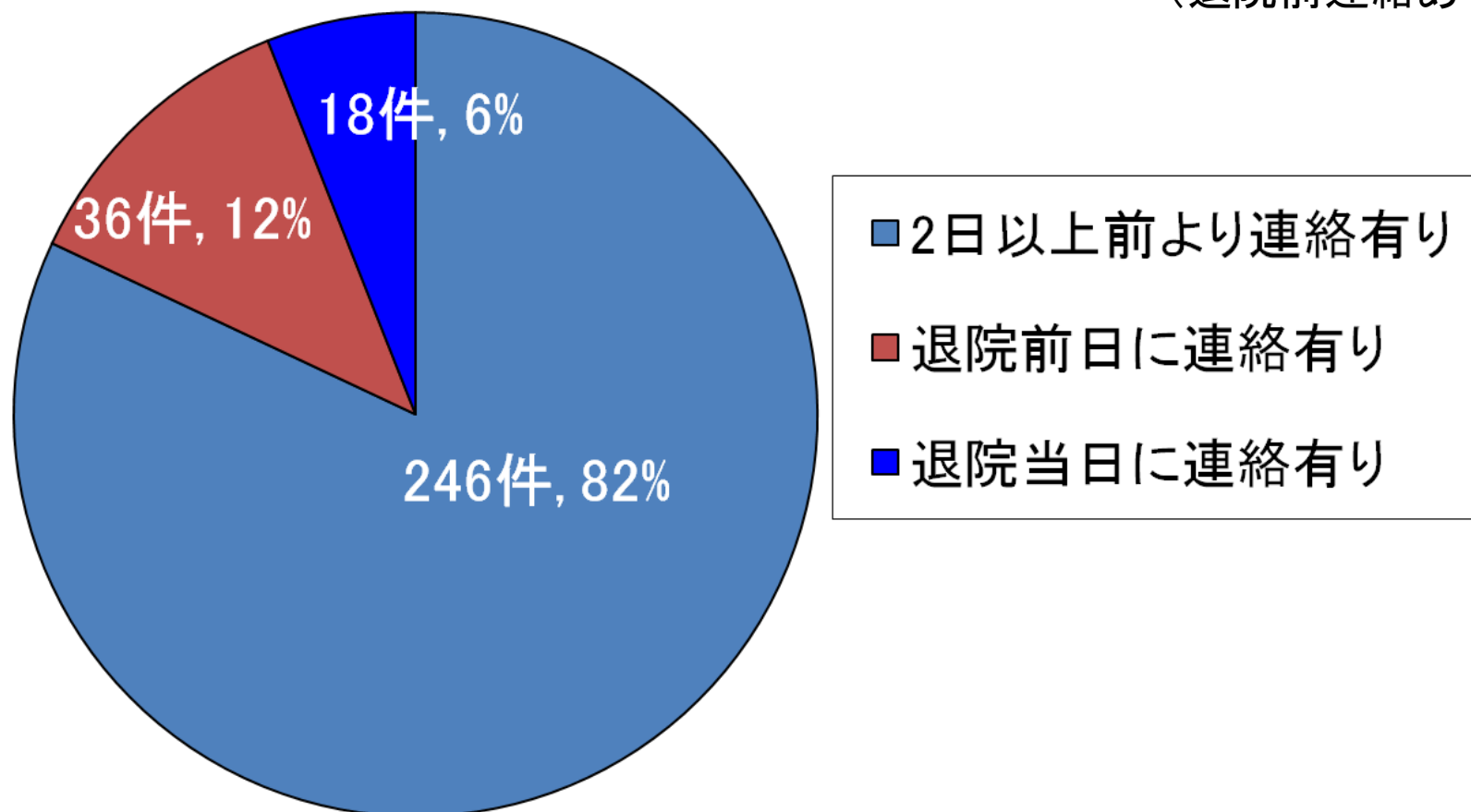
医療機関からケアマネジャーへの連絡漏れは33.5%

結果3 病院からの退院連絡の時期

平成26年4月～6月の3ヶ月間

N=300

(退院前連絡あり)



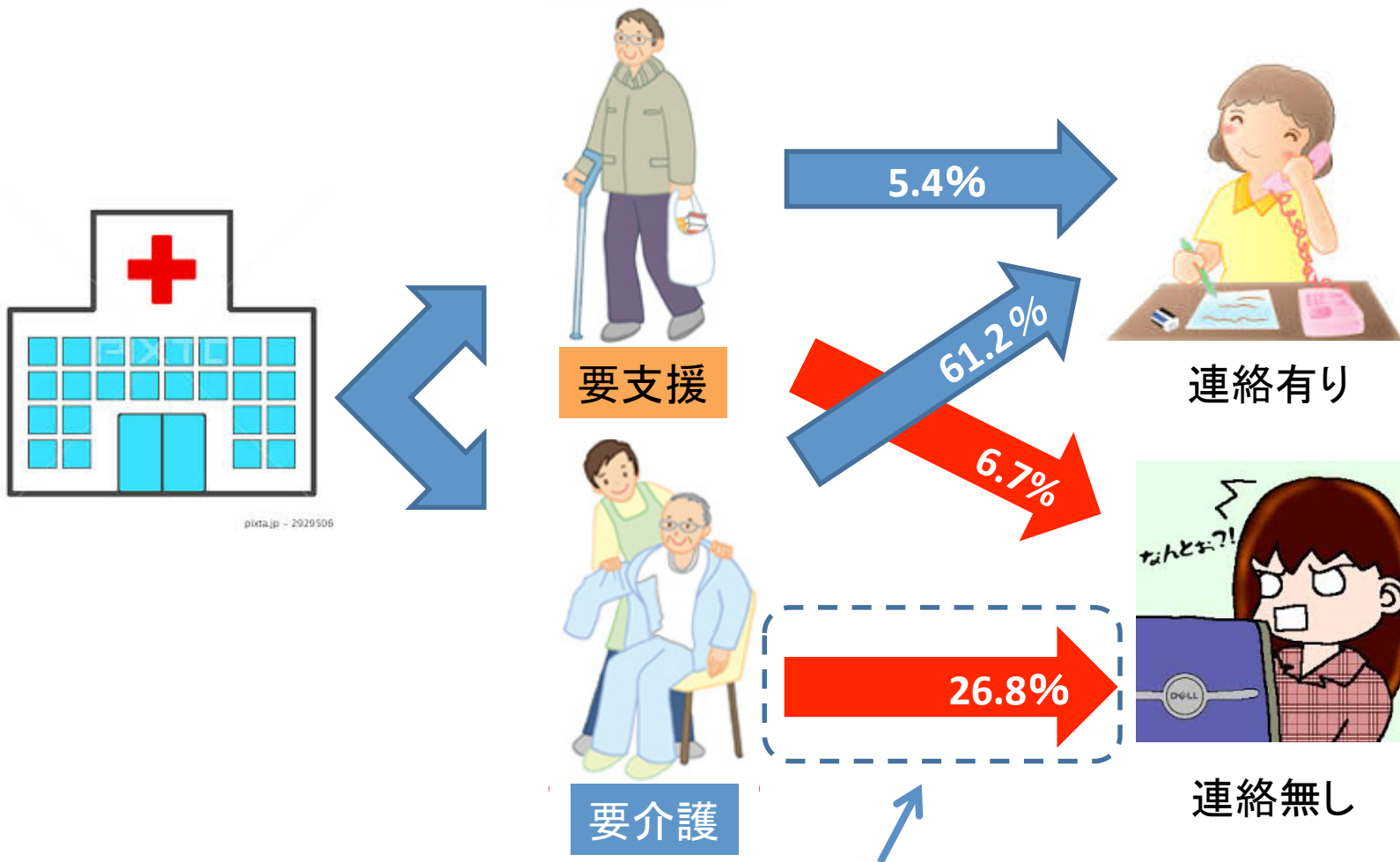
退院連絡があっても20%は前日か当日に連絡がくる

結果4

要介護・要支援別の退院前連絡の有無

平成26年4月～6月の3ヶ月間

N=451



要介護の「退院連絡無し」が4人に1人いる

ところで.....

?

でも
ケアマネジャーからも
連絡も無い時がある
のよね

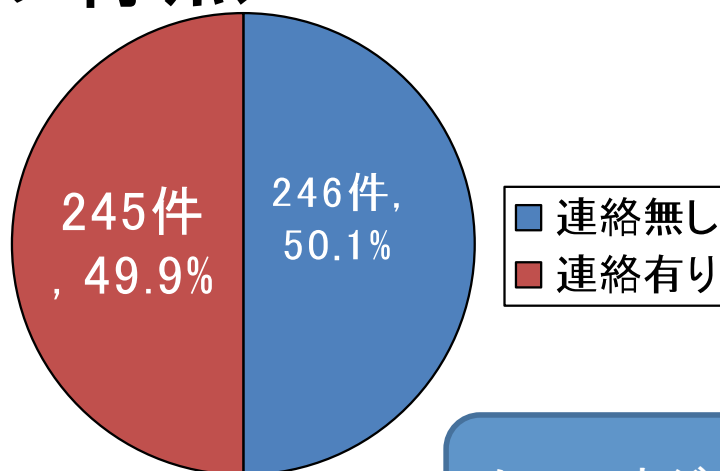


結果5

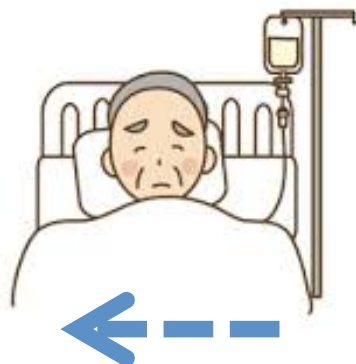
ケアマネジャーから医療機関への 入院時連絡の有無

平成26年4月～6月の3ヶ月間

N=491



なるほど
分かりました



ケアマネジャーの
☆☆です



ケアマネジャーから医療機関への入院連絡漏れは50.1%

調査のまとめ

北見市民の3ヶ月間の要支援・要介護の入退院総数は942名

- 入院総数 491名 退院総数 451名

医療機関からケアマネジャーへの退院連絡漏れは33.5%

- 平成21年時の同様の調査では58%漏れで、今回は前回比で25ポイント改善した

要介護のケアマネへの「退院前連絡無し」が4人に1人いる

- 退院後の重症化に直結する事態になる危険性がある

ケアマネから医療機関への入院後の連絡漏れは50.1%

- 医療と介護の連携不足、連絡方法の確立が急務

医療機関からの退院連絡の20%は、前日か当日の連絡

- 連絡があっても直前ではサービス調整が間に合わない

北見市の退院調整ルール(案)



このルールのねらい

要支援者や要介護者が退院連絡無しで帰ってくることを無くす(漏れ率33.5%)

各病院の退院ルールを共通にする(連絡の時期や方法)

介護保険未申請の利用者にも対応する(連絡する基準)

医療機関とケアマネが定期的な話し合いをする場のテーマとする

退院調整ルールの種類

ケアマネジャーが**決まっている**場合

ケアマネジャーが**決まっていない**場合

ケアマネジャーが決まっている場合



なるほど、こういう風に、在宅で頑張っていたのね

看護師・MSW



入院



退院



ケアマネジャー

担当している利用者が入院、
情報提供しましょう

入院後約1週間が経過しました

退院調整が難しい患者さんは地域連携室が関わります



入院して1週間経ちました
近いうちに退院できそう
ケアマネさんに連絡しなくちゃ

ケアマネジャーさん
退院予定が立ちました



入院

退院調整期間



退院

分かりました
退院調整を始めますね



ケアマネジャー

ケアマネジャーが決まっていない場合



連絡先

患者の居住区の高齢者相談支援センター
(地域包括支援センター)

北見市内の高齢者相談支援センター [地域包括支援センター]

業所名	住所	電話
高齢者相談支援センター中央	北見市三楽町1番地1	26-0061
高齢者相談支援センター東部・端野	北見市春光町1丁目58番地1	69-5111
端野地区相談窓口	北見市端野町端野238番地6	67-6500
高齢者相談支援センター西部・相内	北見市とん田東町442番地6	66-0166
高齢者相談支援センター南部	北見市北光280番地7	68-1165
高齢者相談支援センター北部	北見市高栄西町7丁目11番4号	22-7800
高齢者相談支援センター常呂	北見市常呂町字常呂332番地2	0152-63-2026
高齢者相談支援センター留辺蘂	北見市留辺蘂町東町84番地1 はあとふるプラザ1階	42-5008

この退院調整ルールのポイント

病院側の担当者は看護師又はMSW

- 各病院で役割分担を明確にする

担当医からの情報は病院側の担当者が聞き取る

入院から7～10日程度で「在宅が可能かどうか」判断する(間違い、変更はOK)

- 退院の許可の有無ではなくてよい

在宅側の担当者はケアマネジャー

この退院ルールの互いのメリット



入院



看護師・MSW

ケアマネさんが退院準備を手伝ってくれるから、退院調整が簡単になったわ前は、ケアマネの役割も知らなかったけど



連絡無しの退院や、退院直前の連絡が減って楽になった



ケアマネジャー



退院

看護師さんが笑顔で迎えてくれるので、病院の敷居が低くなった。看護師さんが医師から医療情報を聞いてくれるので、“忙しい”医師と会う必要がなくなった。私は福祉系のケアマネだけど大丈夫！

確認が必要な事項

病院からの連絡にきちんと対応できるか

- 病状の悪化、転院、死亡などの「空振り」の我慢

連絡が欲しい患者さんの基準の設定

- 特にここの検討が必要

連絡する情報の項目

- ケアマネジャーが欲しい「退院時の情報」は何か

退院調整が必要な患者さんの基準(案)

ケアマネジャーが決まっていない場合に高齢者相談支援センターへ連絡する基準

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、あるいはポータブルトイレを使用中
- 認知症の周辺症状や全般的な理解の低下

上記以外で見逃していけない患者(要支援の一部)

- 在宅では、独居かそれに近いで、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、新たに医療処置(経管栄養、吸引など)が追加された方

1項目でも当てはまれば(さらに重度も含めて)⇒**高齢者相談支援センターへ連絡**

医療機関とケアマネの協議が必要です！！

調査報告とケアマネ団結の会を開催

○ケアマネジャー全体の意思統一のため、ケアマネジャーを対象に（保険者の力を借りて）「医療と介護の連携推進報告会」を開催。北見市内のケアマネ140名が参加。

- 主催：北網地域リハ推進会議、当協議会、北見市
- 入退院連絡調査報告について
- 医療と介護の連携推進について（北見市）
- 退院調整ルール案の紹介について
- 退院連絡の意見交換

今後の予定

- 以降、北見市の取り組みとして医療と介護連携推進を実施。
- 3月にケアマネ代表と今後の方針の合意形成の場を設ける。
- 医療と介護連携に関する課題を明らかにし、更なる関係構築を図る。
- 連絡調整に便利な道具として「北まるnet」が活用される。

まとめ

- 専門職が個別に能力を発揮できるだけで、相手(患者・利用者)を支えきれない。
- これからは地域資源を活用することが必須。
- 市民の皆さんの情報共有に関する理解と協力も不可欠。
- 北見市が一丸になりやるべきことを今からすることで、来るべき高齢化の大きな波を乗り越えられると信じています。