

生駒市における 『入退院調整マニュアルづくり』 (病院と地域包括・ケアマネの連携)



入退院調整マニュアルの策定とは

入退院調整マニュアルの策定は、病院と地域包括支援センターやケアマネジャーによる「疾患と病院種別を問わない」入院から退院までの相互の引継ぎ手順を地域の実情にあわせて決めることです。

- 目的: 病院から在宅、在宅から病院へのシームレスな支援をより具体化するため、病院担当者と地域包括支援センター・ケアマネジャーを中心に地域で共通の **入退院調整マニュアルを策定・運用**し、定期的な調査による評価と見直しを重ね、地域連携の充実を図る。

※本事業での「入退院調整」の用語の定義

要支援・要介護状態の患者への入退院準備の際に、病院から地域包括支援センターやケアマネジャー、地域包括支援センターやケアマネジャーから病院に引き継ぐこと。

入退院調整マニュアルづくりの概要

- 対象：生駒市内の病院看護部長、病棟看護師、地域医療連携担当、地域包括支援センター職員・居宅介護事業所及び介護事業所のケアマネジャー、市地域包括ケア担当者等

- ◆ 対象病院（6病院）

倉病院、阪奈中央病院、東生駒病院、近畿大学医学部奈良病院、
白庭病院、生駒市立病院

（医療機関番号順）

- 方法：
 - ①病院の情報共有と協議
 - ②地域包括支援センター・ケアマネジャーの情報共有と協議
 - ③病院と地域包括支援センター・ケアマネジャーの合同協議
 - ④入退院調整状況調査（定期の連携状況の検証）

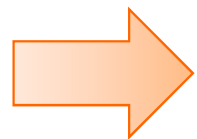
入退院調整マニュアルづくりの「ねらい」

昨年度に立ち上げました生駒市医療介護連携ネットワーク協議会の下に医療・介護に係る各職種で構成する「在宅医療介護推進部会」を設置し、医療・介護連携に係る現状と課題、目指すべき姿、連携方針、具体的な取組について協議、検討を進めてきました。

当部会では、入退院時の利用者情報について、医療介護事業者間の情報共有が十分でなく、入院治療や在宅生活支援に向けた医療介護のサービス連携が不十分であることが課題として挙げられ、地域で共通の「入退院調整マニュアル」の作成が優先度の高い具体的な取組として、必要であることが掲げられています。

この入退院調整マニュアルづくりの特徴

- ① できるだけ多くの関係者（病院、地域包括支援センターやケアマネジャー）がマニュアルづくりに参加し、協議を通してお互いの役割を理解し、使い続けられるマニュアルをつくる。（皆で作りあげる）



双方の情報交換が活発に！！

- ・入院時の情報提供率が増える
- ・退院時の調整が有効かつ効率的になる

- ② マニュアル運用後も、継続して評価、改善の機会を持ち続ける
- ・運用後に生じる不具合の調整
 - ・連携の評価（退院調整率、入院時情報提供書提出率等の調査）
 - ・質の向上（調整不良例等の改善）

平成29年度 生駒市における入退院調整 マニュアルづくり会議スケジュール(案)

日程(予定)	会議名	参加者		
		病院	地域包括支援センター・ケアマネ	部会員
H29年5月	在宅医療介護推進部会 入退院調整マニュアル作成ワーキンググループの設置			○
7月	入退院調整マニュアル事業説明会 入退院調整状況調査の実施	○	○	
9月	入退院調整マニュアル作成ワーキンググループ (病院)(地域包括・ケアマネ) 調査結果、マニュアル内容について検討	○	○ (代表)	
11月	入退院調整マニュアル作成ワーキンググループ(合同) 意見・要望等の調整、マニュアル案の検討	○	○	
H30年2月	入退院調整マニュアル作成ワーキンググループ(合同) マニュアルの確定	○	○ (代表)	
3月	入退院調整マニュアル実施説明会 (キックオフ会議)	○	○	

※市及び市医師会は事務局として全会議に参加します。