

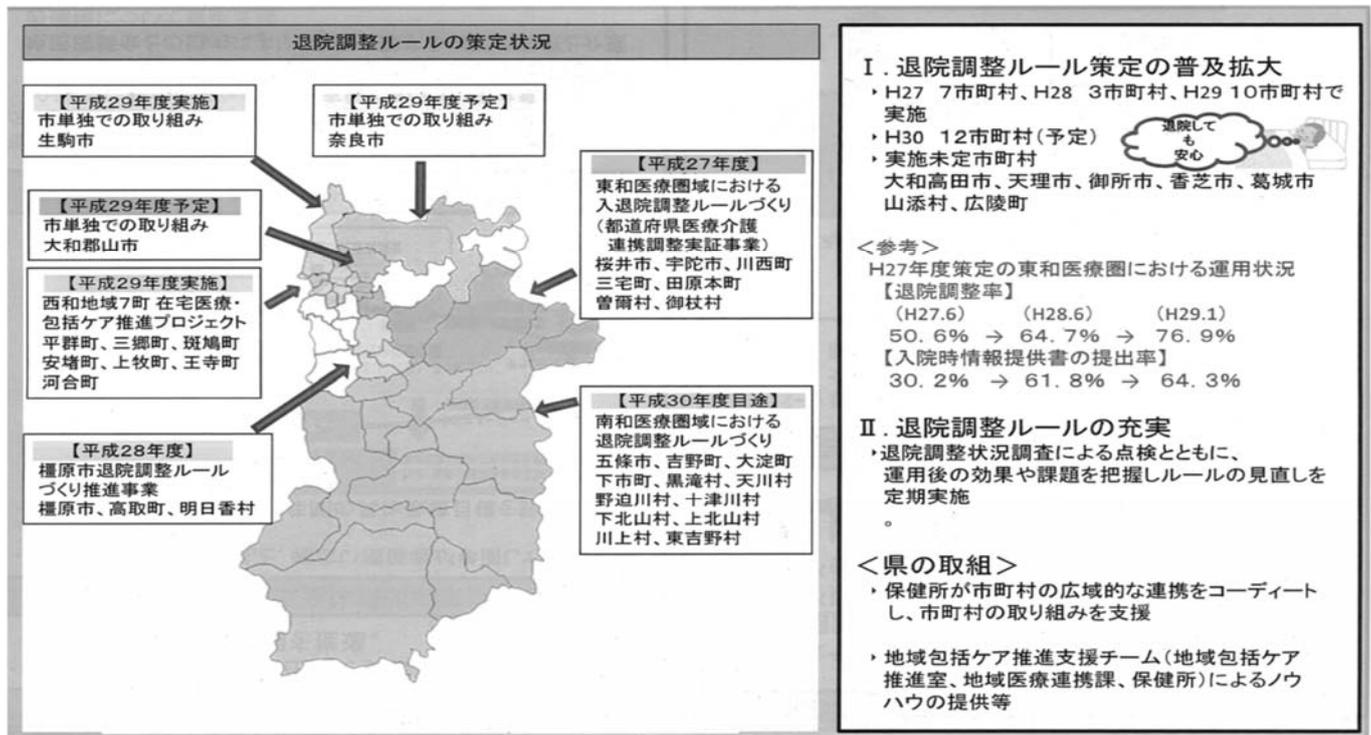
# 生駒市入退院調整マニュアルづくり事業 進捗状況報告

## 1. 生駒市入退院調整マニュアル作成ワーキンググループ

入退院調整マニュアル作成ワーキンググループメンバー(敬称略)

氏名	役職等	関係機関名
石井 禎暢 (リーダー)	一般社団法人生駒市医師会 理事	生駒市医師会
山口 俊洋	医療法人学芸会倉病院 地域医療連携室長	生駒市内病院
嶋司 芳久	医療法人社団松下会 東生駒病院 リハビリ科主任	生駒市内病院
月川 直也	生駒市立病院 社会福祉士	生駒市内病院
加藤 満帆	近畿大学医学部奈良病院 患者支援センター看護長	生駒市内病院
世古 奈津江 (サブリーダー)	生駒市社会福祉協議会地域包括支援センター 管理者	地域包括支援センター
吹留 一芳	医療法人和幸会 在宅支援事業部 統括部長	地域包括支援センター
杉山 佳菜子	社会福祉法人長命荘 在宅支援課長	居宅介護支援事業所
田中 明美	生駒市福祉健康部地域包括ケア推進課長	生駒市

## 2. 生駒市入退院調整マニュアル作成の考え方



平成27年度から県内の他市町村において入退院調整マニュアルの策定・運用が始まっています。今後の入退院調整マニュアルの普及拡大を視野に入れ、厚生労働省が示した基準や、すでに策定・運用されている他市町村のマニュアルを参考にしながら、生駒市のマニュアルの検討を行いました。

### 3. これまでの取組経過

日 程	会 議 名 等	参 加 者		
		WG	ケアマネ等	病院
5月27日(土)	平成29年度第1回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	○		
6月24日(土)	入退院調整マニュアル作成ワーキンググループ(第1回)	○		
7月6日(木) ・19日(水)	入退院調整マニュアルづくり事業説明会 (ケアマネジャー等対象、病院対象)	○	○	○
7月～8月	入退院調整状況調査実施	○	○	○
9月12日(火)	入退院調整マニュアル作成ワーキンググループ(第2回)	○		
10月16日(月)	入退院調整マニュアル作成ワークショップ (ケアマネジャー等対象)	○	○	
10月20日(金)	入退院調整マニュアル作成ワークショップ (病院対象)	○		○
11月13日(月)	入退院調整マニュアル作成ワーキンググループ(第3回)	○		
11月20日(月)	入退院調整マニュアル作成ワークショップ (病院・ケアマネジャー等 第1回合同会議)	○	○ (代表)	○

#### 7月～8月実施 入退院調整状況調査

調査目的: 生駒市入退院調整マニュアルの作成にあたり、病院と介護の連携における、入退院調整の現状と課題を明らかにする。

調査概要:【病院】

- ・病院の概要
- ・退院支援、調整のためのツール等
- ・退院支援、調整のための人材育成
- ・退院支援、調整の課題

【介護】

- ・担当ケースの概要
- ・退院調整の連絡状況
- ・退院調整の問題点
- ・入院時情報提供の状況

調査対象:【病院】市内病院(6病院)

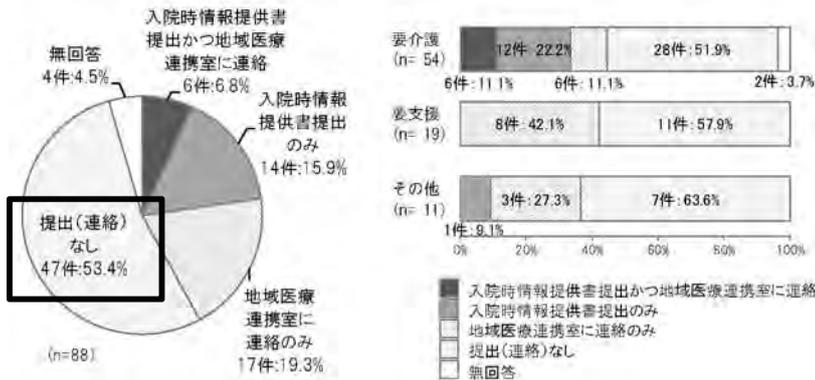
【介護】市内の居宅介護支援事業所(31ヶ所)及び小規模多機能型居宅介護事業所(4ヶ所)に所属するケアマネジャーと地域包括支援センター(6カ所)の職員(計112名)

調査期間:平成29年7月6日～8月10日

回答数(回収率):【病院】6病院(100%)、【介護】42ヶ所(100%)

# 入退院調整状況調査結果の概要 (生駒市入退院調整状況調査結果報告より)

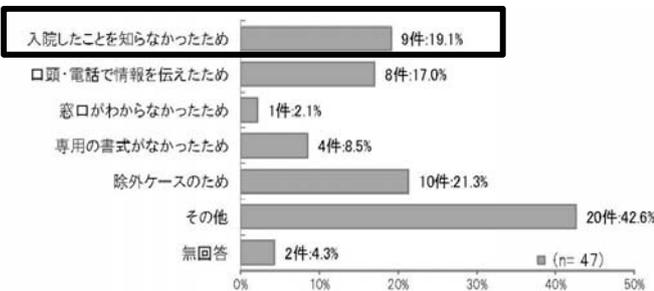
## ◆ ケアマネジャー等から入院先病院への入院時情報提供について



調査期間における入院ケース88件のうち、入院時情報提供では、「提出(連絡)なし」が47件(53.4%)で半数を超えている。

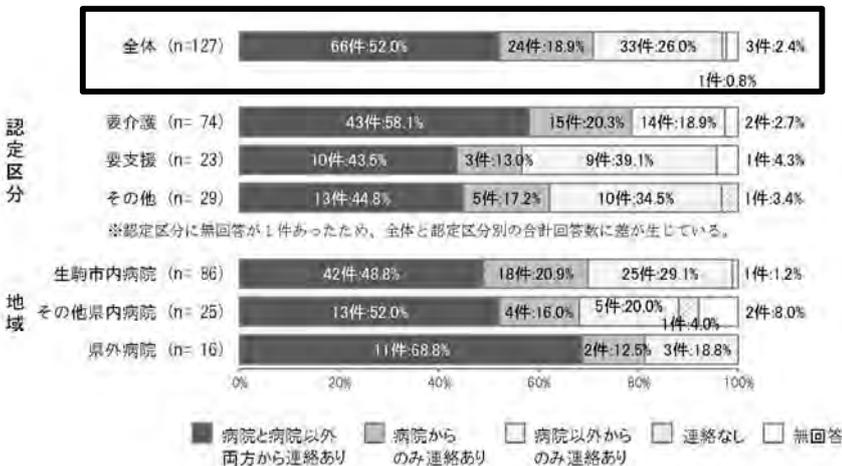
認定区分別にみると、要介護では54件中28件(51.9%)は「提出(連絡)なし」であった。要介護、その他についても半数を超える件数が「提出(連絡)なし」であった。

## ◆ 入院時情報提供書を提出しなかった・連絡しなかった理由



「提出(連絡)なし」の47件について、入院時情報提供を行わなかった場合の理由(複数回答あり)の記入は45件であり、「除外ケースのため」10件(21.3%)を除き、「入院したことを知らなかったため」が9件(19.1%)で一番多く、その次に「口頭・電話で情報を伝えたため」が8件(17.0%)と多かった。

## ◆ 病院からケアマネジャー等への退院調整の連絡の有無

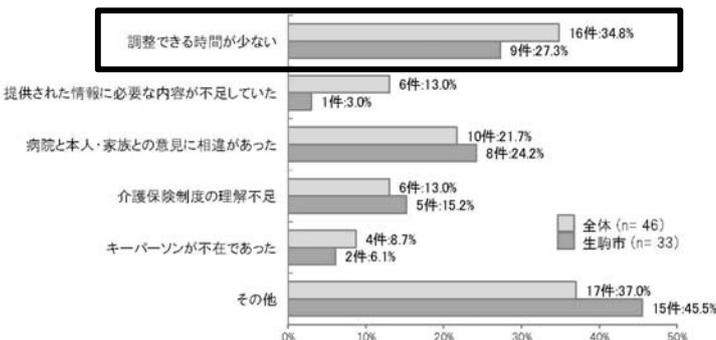


病院から退院調整の連絡があったケースは全体で90件(70.9%)で、うち66(52.0%)は病院以外からの連絡も受けていた。

認定区分別の要介護では58件(78.4%)で、病院から退院調整の連絡があったと回答している。

県外病院からの連絡があった割合は81.3%であったのに対し、生駒市内病院から連絡があったのは69.7%であった。

## ◆ 退院調整に問題があった場合の理由



退院ケース127件について、退院調整に問題があった場合の記入(複数回答あり)は全体で46件あり、「調整できる時間が少ない」の回答割合が34.8%で最も高い。

生駒市内病院からの退院ケース86件のうち、退院調整に問題があった場合の記入(複数回答あり)は33件で、「調整できる時間が少ない」の回答割合が27.3%で最も多かった。

(生駒市入退院調整状況調査結果報告より)

## ◆ ケアマネジャー等が病院との連携で困った点

- ・連携の窓口が分かりにくい、決まっていない、病棟により相談員が異なる。
- ・退院までに調整の時間がない。(退院カンファレンスが開催できない、サービス調整ができない)
- ・病院側がサービスや事業所等を決める、独断で勧める。
- ・病棟看護師が窓口の場合、シフトによって連絡が取りにくい。
- ・病院治療終了後の在宅復帰準備へのイメージがうまく共有できなかった。
- ・住宅改修が必要な場合、事前連絡が無ければ段取りが二度手間になる。
- ・在宅生活に対する配慮、理解が無い。

など

## ◆ 病院が退院支援・調整をしていく上での悩みや課題、工夫している点等

- ・(ケアマネジャー等が)入院中に面会に来ることがなく、退院が決まってから退院前カンファレンスの開催を希望されることが多いが、入院中からこまめに患者のことを把握するようにしてほしい。
- ・退院が決まった時、介護保険が未申請だった場合、人員不足により、対象患者の把握が困難。
- ・主治医との連携で困難なことが多い。ケアマネジャー等からの入院時情報提供が無いことがある。
- ・支援の中心は、病棟ナースであるが、その自覚が乏しい。看護師が行う退院支援について指導、教育的な関わりをしている。
- ・各部門との情報の共有化

など

# 10月16・20日実施 入退院調整マニュアル作成ワークショップ (ケアマネジャー等対象、病院対象)

## 参加者

- 【ケアマネ等対象】市内居宅介護事業所等のケアマネジャー34名、  
地域包括支援センター職員6名、ワーキンググループメンバー
- 【病院対象】市内6病院 入退院調整担当者18名、ワーキンググループメンバー

## 内容

### 【ケアマネジャー等対象】

- ・病院との連携でうまくいった事例、  
うまくいかなかった事例の意見交換

### 【病院対象】

- ・各病院の入退院調整の状況について  
全体で情報共有

### 【共通のテーマ】(グループワーク)

- ① 退院調整が必要な患者について
- ② 退院調整フロー図について、入院時情報提供書・退院調整情報共有書の様式について



## グループワークの検討内容

※ 県内他市町村のマニュアルを参考に、次の項目について意見を出し合いました。

「退院調整が必要な患者の基準」・・・どのような患者を介護側に引き継ぐ必要があるかを病院が判断するための基準

「入退院調整フロー図」・・・・・・・入退院調整に関する病院とケアマネ等のやり取りの流れを示す図

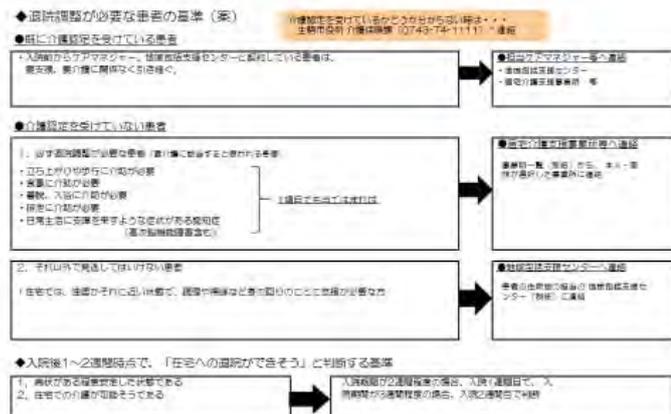
「入院時情報提供書」・・・・・・・入院時にケアマネが病院に情報を伝えるための様式

「退院調整情報共有書」・・・・・・・退院時にケアマネが病院から聞き取った情報を書きとめる様式

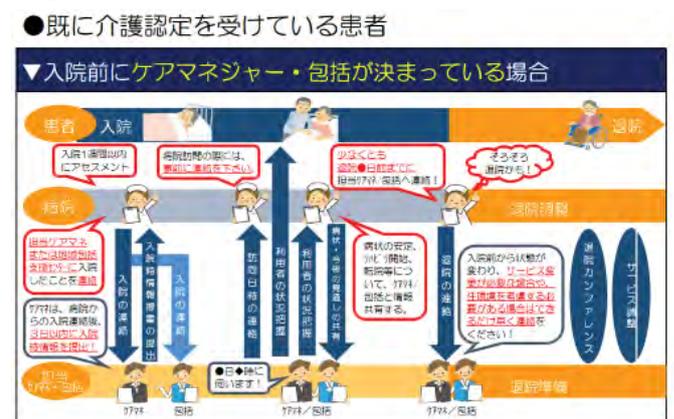
※ 入院時情報提供書と退院調整情報共有書は参考様式です。すでに事業所等で使用している様式がある場合は、そのまま使用しても良いこととしますが、マニュアルの様式を参考に項目の追加等を行うことを推奨していきます。

### ワークショップでの検討資料(抜粋) (資料3参照)

#### 退院調整が必要な患者の基準(案)



#### 入退院調整フロー図(案)



その他の様式やワークショップでの意見等の詳細については、参考資料2「入退院調整マニュアルづくり事業 ワークショップの意見のまとめ」をご参照ください。

## 11月20日実施 入退院調整マニュアル作成ワークショップ (病院、ケアマネジャー等 第1回合同会議)

### 参加者

- ・【病院】市内6病院 入退院調整担当者13名
- ・【ケアマネ等】市内居宅介護事業所等のケアマネジャー(代表者)9名、地域包括支援センター職員6名
- ・ワーキンググループメンバー

### 内容

(グループワーク)

- ・退院調整が必要な患者の基準について
- ・退院調整フロー図について

- ・各ワークショップでの意見をもとに、医療側・介護側がそれぞれの立場から意見を出し合いました。
- ・第2回合同会議に向けて、それぞれの考え方を共有することができました。



## 第1回合同会議 参加者アンケートより

### 医療側

- ・ ケアマネから入院前の状況を聞くことで、退院後の生活の予測も十分にできると思われる。情報共有の必要性を感じました。
- ・ (退院調整が必要な患者の基準について) 各病院のMSWの個人の判断で行われがちな部分だったので、基準ができることで新人MSWでもこれによって支援ができるようになってありがたい。

### 介護側

- ・ 医療側の視点が良く理解でき、連携することで利用者や家族の支援ができると共通認識できた。
- ・ 病院側が(入院時に)すぐにほしい情報がよくわかった。病院の病棟によっても連絡のタイミングが難しいと聞いたため、それもふまえて介護側からも連絡を取っていきたいと思う。

### 共通

- ・ 退院調整のマニュアルができれば今後スムーズに支援できる。
- ・ それぞれの立場からの意見が聞けて良かった。連携が十分に出来ていなかったと反省した。
- ・ 最初は簡素化して分かりやすくし、使用していくうちに問題点が出てきたときに、再検討していくと良いと思う。
- ・ 期日や決めごとを強く求めるのではなく、連携することが重要であることや、曖昧な点は互いに相談しながら進めていけば良いことを感じられた。

### 入退院調整マニュアルづくりで大切なことは・・・

- ◆ できるだけ多くの関係者がマニュアルづくりに参加し、長く使い続けられるマニュアルを皆でつくりあげること。
- ◆ 単にマニュアルの書式や様式をつくるということよりも、お互いの仕事・役割への理解を深めることを大切にすること。
- ◆ 話し合いのプロセスを大切にし、お互いの信頼関係を深め、「顔の見える」関係性を育むこと。
- ◆ 退院調整マニュアルの運用開始後、半年～1年に1回、評価・見直しを行い、運用後の不具合の調整やさらなる質の向上を図ること。

## 4. 今後の取組予定

日程	会議名	参加者		
		WG	ケアマネ等	病院
平成30年2月5日(月)	入退院調整マニュアル作成ワークショップ (病院・ケアマネジャー等 第2回合同会議)	○	○ (代表)	○
3月19日(月) ・23日(金)	入退院調整マニュアル実施説明会(キックオフ会議)	○	○	○
4月1日～	入退院調整マニュアル運用開始			