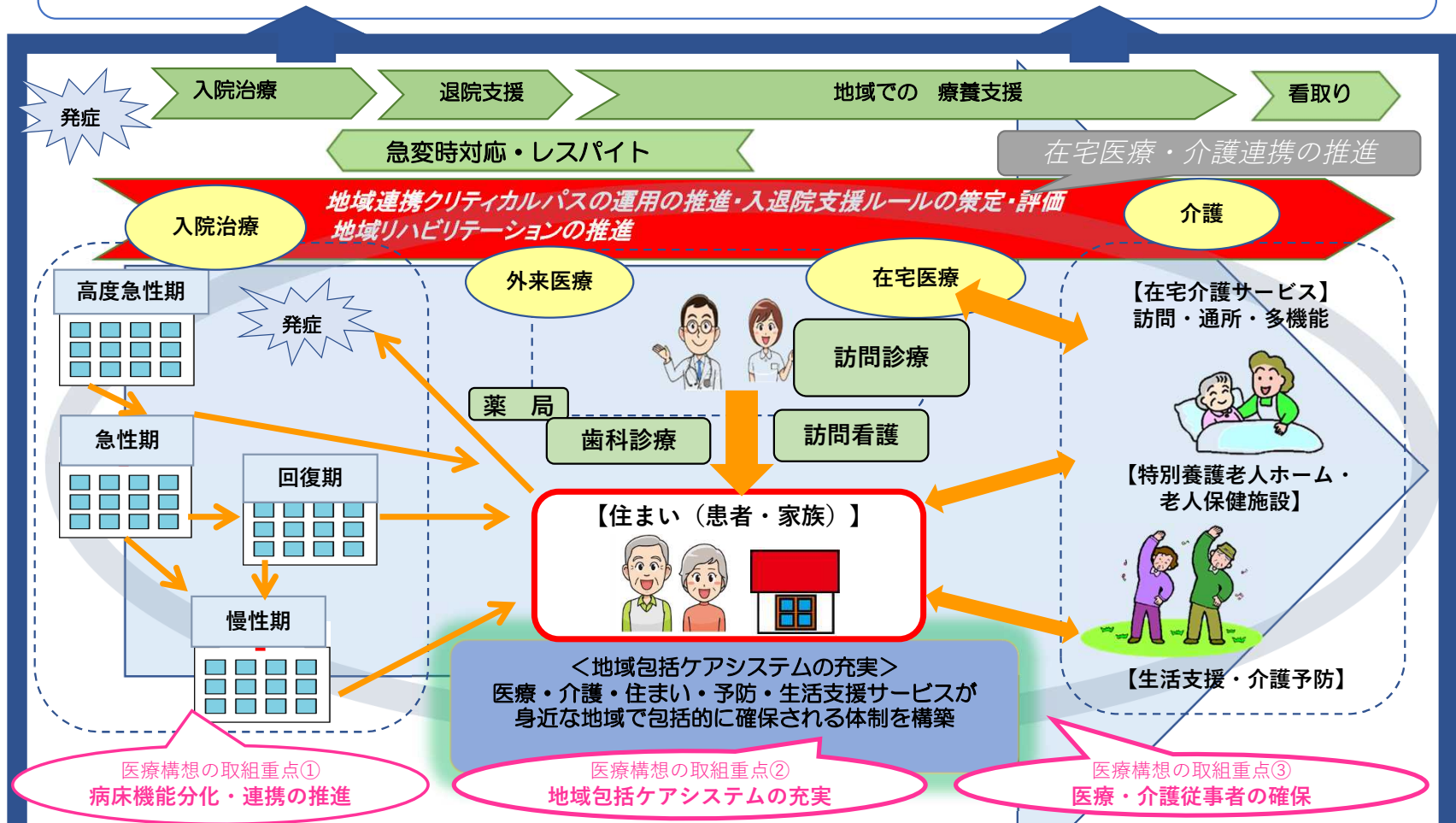


# 湖北圏域における 入退院支援の現状について

# 湖北圏域における地域包括ケアシステムの推進のイメージ

## 【湖北圏域医療福祉の目標】

地域の誰もが、年老いても住み慣れた地域で、最期まで自分らしく、安心して暮らしていただけるために



滋賀県湖北地域医療構想 (地域の特性に応じた医療提供体制・地域包括ケアシステムの構築)

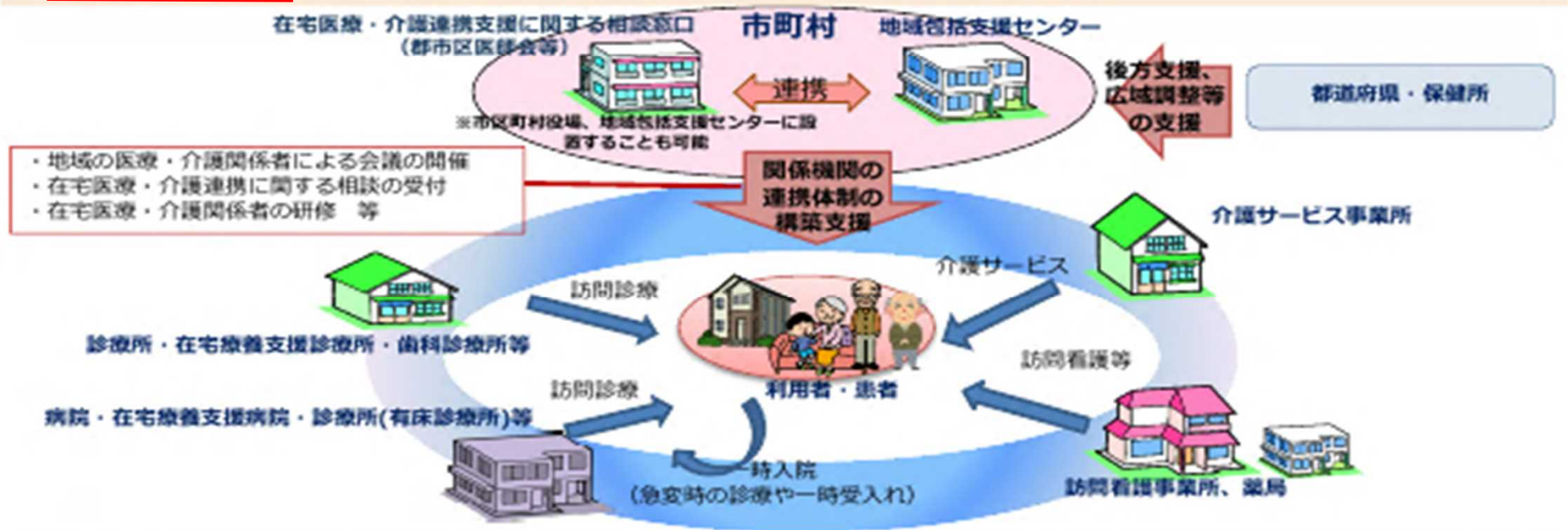
## 在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

（※）在宅療養を支える関係機関の例

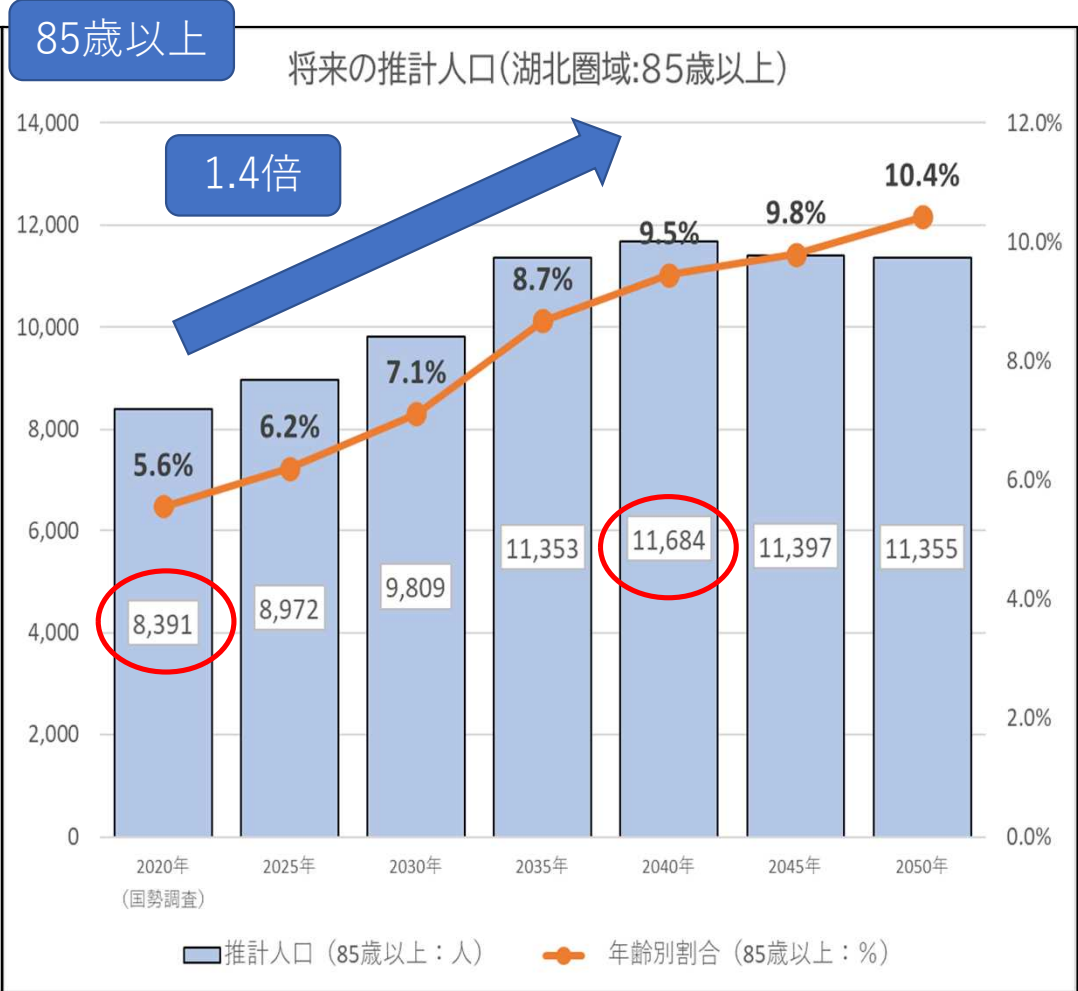
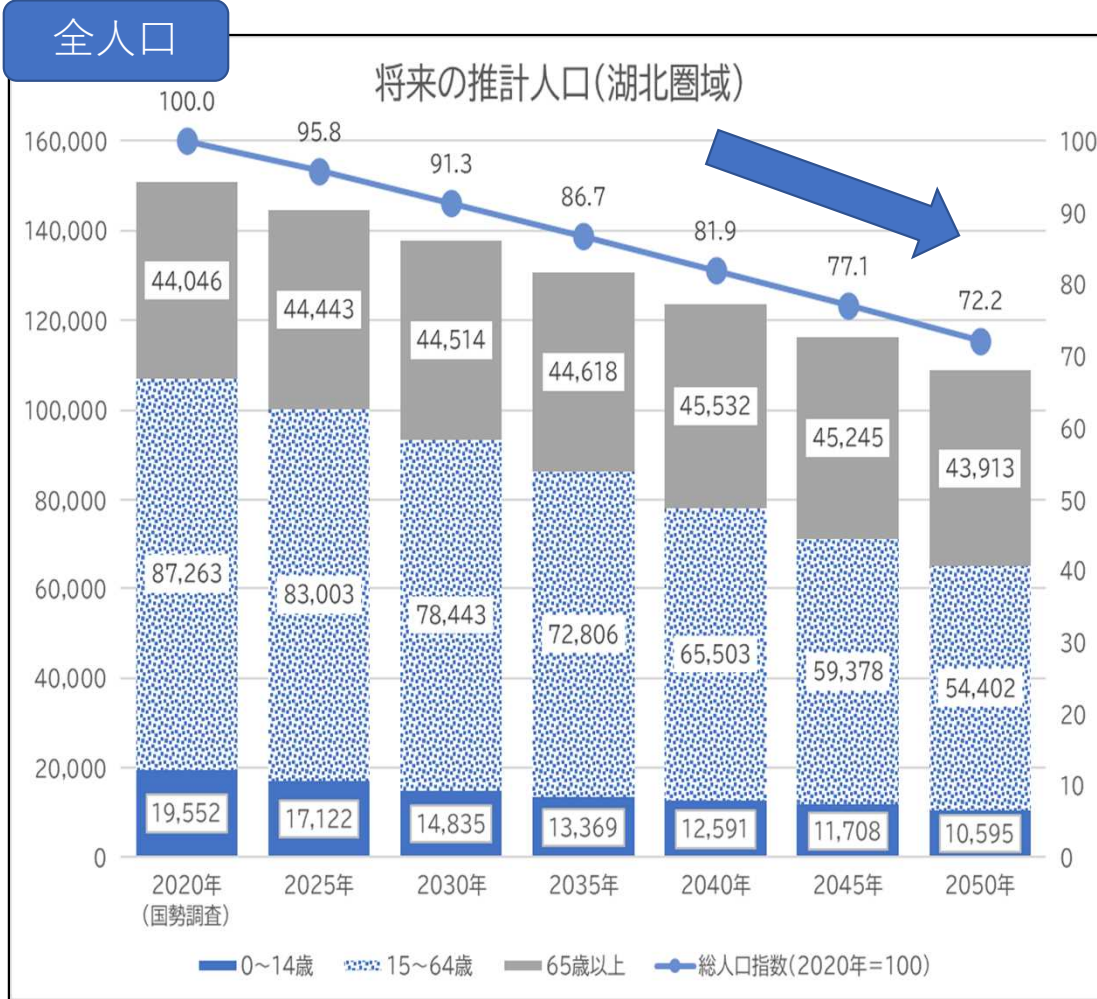
- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）

- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



# 湖北圏域 85歳以上の人口増加予測

85歳以上の人口は、2040年に向けて引き続き増加が見込まれており、**医療と介護の複合ニーズ**を持つ者が一層多くなることを見込まれる。



出典：国立社会保障・人口問題研究所 日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）



# 入退院支援が必要な理由

生活を分断しない  
(切れ目ない連携により)  
不安⇒安心へ

- 医療と介護の両方を要する退院患者が増える。
- 入院期間の短縮により、退院指導が完結しない。
- ADLが回復過程にある状態で在宅生活を送ることになる。

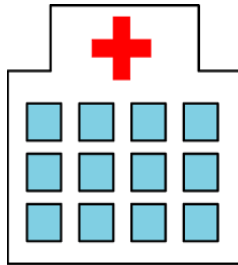
⇒患者の入院早期からケアマネジャーが入ることで、患者の医学的情報を把握し、患者にとって適切なケアプランの提供ができる。

病院も、入院早期から退院後の生活を想定した医療・看護の提供ができる。

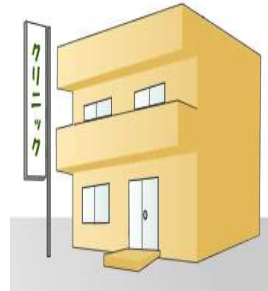
# 医療と介護の連携

## 病院・専門医

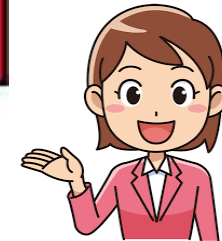
市立長浜病院、長浜赤十字病院、  
市立湖北病院、セフィロト病院



## 診療所・かかりつけ医



## 自宅・施設



地域包括支援センター  
介護支援専門員

## <連携ツール>

疾患別

地域連携クリティカルパス (脳卒中、大腿骨近位部骨折等)

認知症連携シート

共通

「医療と介護の連携の手引き」  
「入退院支援ルール」

## めざす姿

利用者（患者）が、入院が必要となっても、切れ目なく支援を受けられ、安心して退院し、在宅療養できる。



## そのために



介護保険法に基づく地域支援事業の中の「在宅医療・介護連携推進事業」の一環です。

# 入退院支援ルール(湖北ルール)とは

- 入退院支援ルールは、入退院支援をしやすくするための一定の基準です。
- 病院から在宅療養への切れ目ない円滑な連携のために活用して下さい。
- 私たちの目指すところは、患者・家族が安心して退院し、望む療養生活を送れることです。

※入退院支援ルール(湖北ルール)は、湖北地域の病院とケアマネ等の話し合いにより作られたものです。(行政主導ではありません)。

※ルールありきではなく、誰のため、何のための連携なのか、連携の本質を忘れないようにしましょう。

※連携の姿勢として、病院と地域の関係者がお互いの存在、役割を理解し、相手を思いやり、手を取りあう気持ちが大切です。

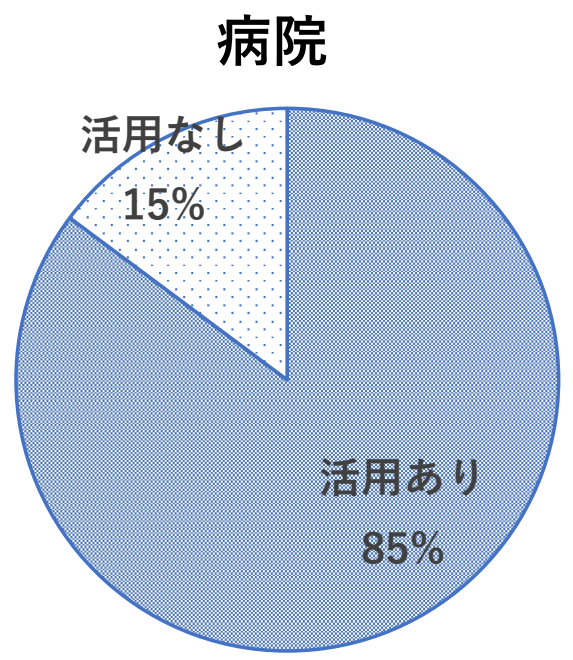




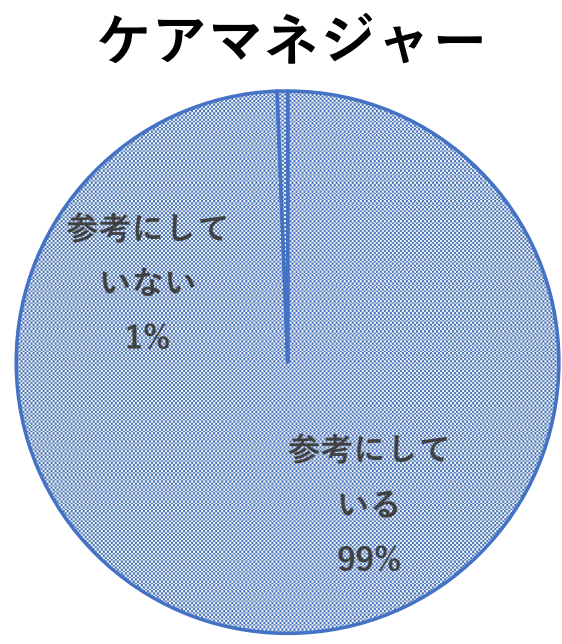
# 入退院支援にかかる連携状況調査

## 入退院支援ルールへの運用状況

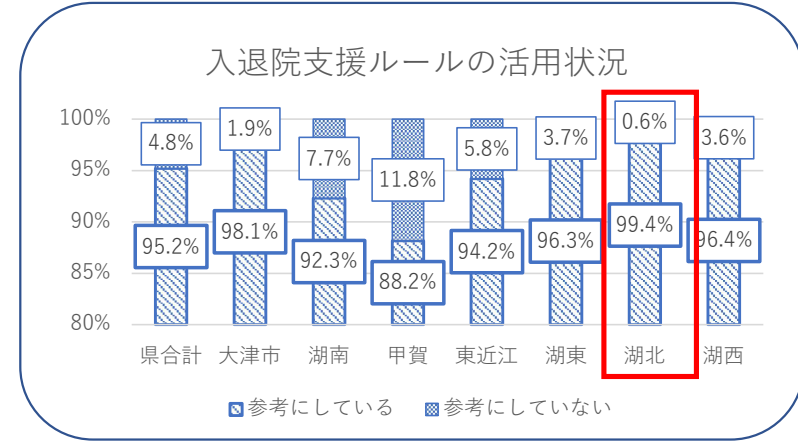
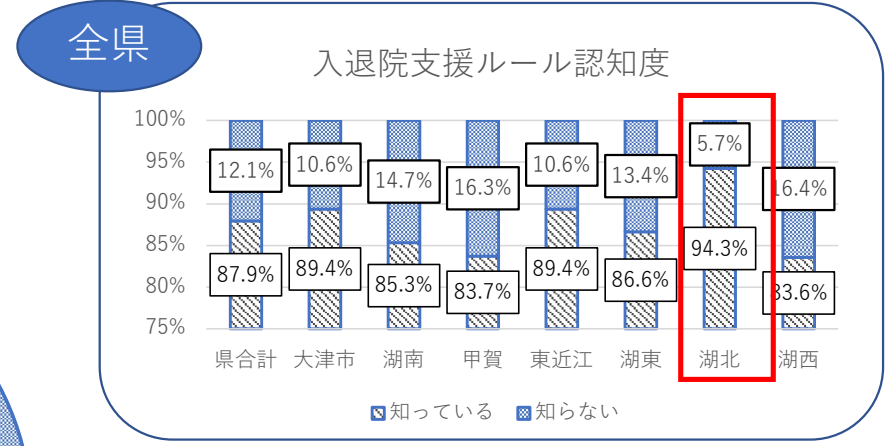
### 湖北 ルールの運用状況～ルール活用度～



出典：R5年度病院アンケート結果(湖北)



出典：R5年度ケアマネアンケート結果 ※施設CM含む



出典：R5年度ケアマネアンケート結果 ※施設CM含む

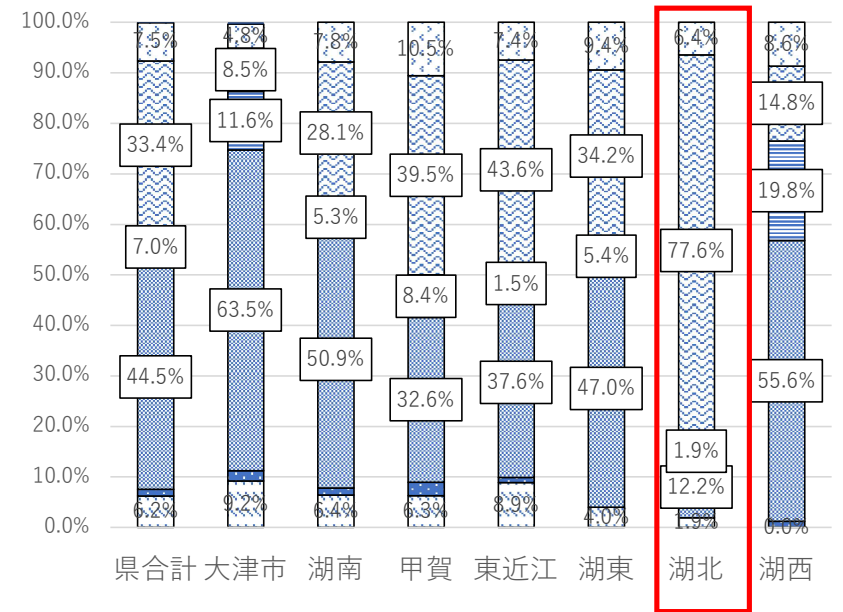
# 入退院支援にかかる連携状況調査

## 入院時のケアマネジャーから病院への情報提供状況

入院時情報提供書の渡し方は「説明付き手渡し」が77.6%と最も多く、県平均33.4%に比較しても高い割合。

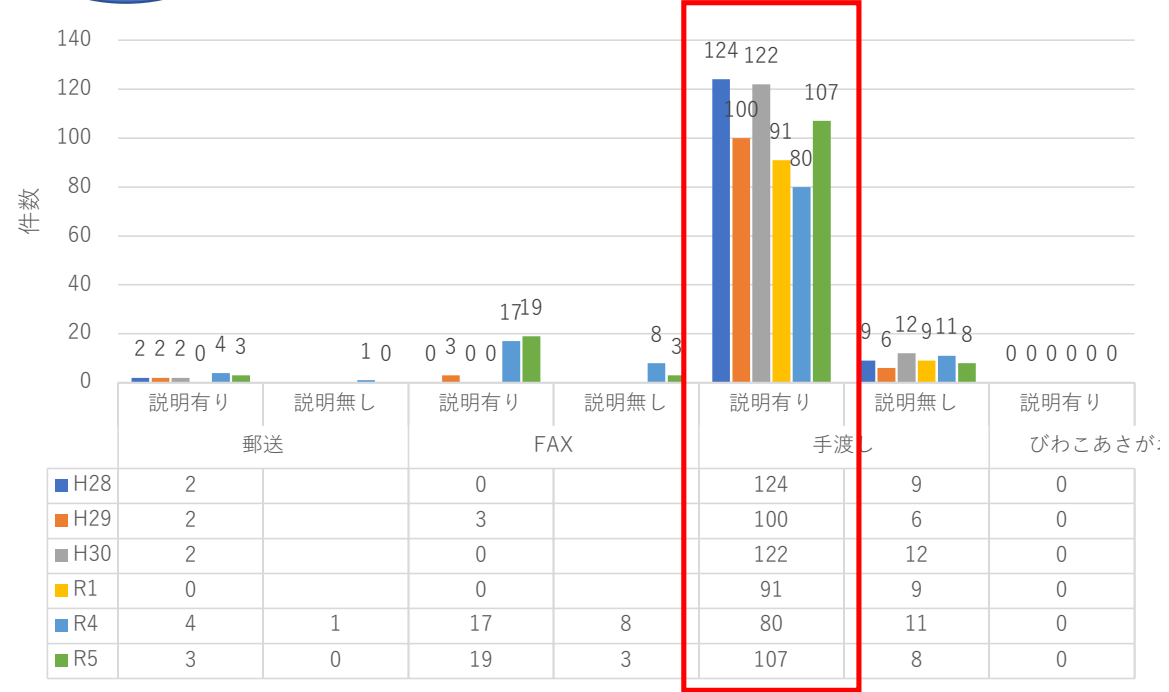
### 全県

入院時情報提供書の渡し方



### 湖北

「入院時情報提供書」の渡し方



出典：ケアマネアンケート結果(湖北) ※経年比較のため施設CM含まない

出典：R5年度ケアマネアンケート結果 ※施設CM含む



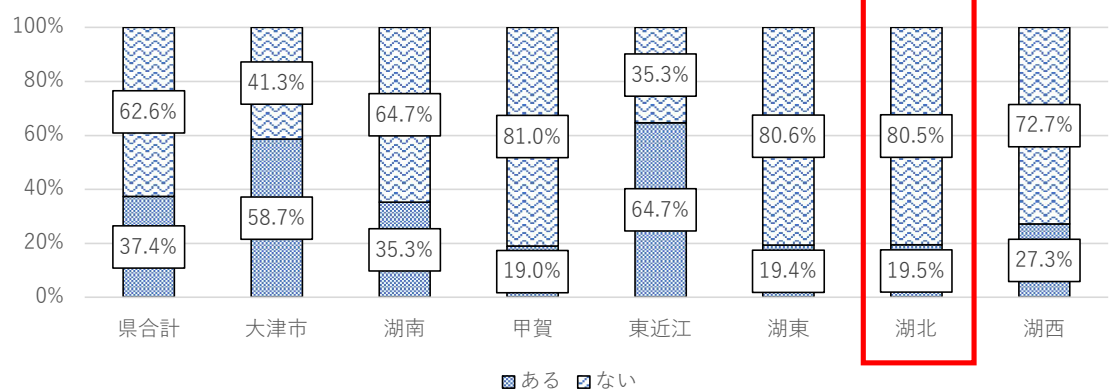
# 入退院支援にかかる連携状況調査

## リモートカンファレンスの状況

リモートカンファレンスに参加「あり」は19.5%。県平均37.4%に比べ低い割合だが、湖北管内では昨年度に比べ増加。動画の共有状況は20.5%と他圏域に比べ最も低かったが、ケアマネからはメリットを感じる声が多くみられた。

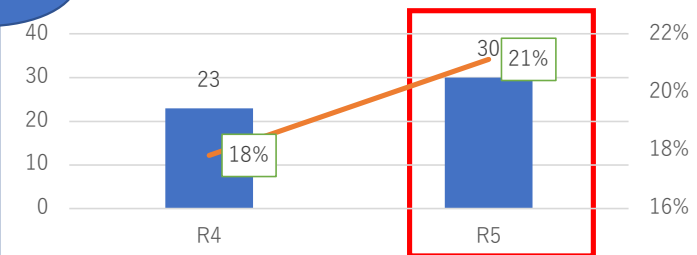
全県

リモートカンファレンスの参加状況



湖北

【経年】リモートでのカンファレンス参加割合



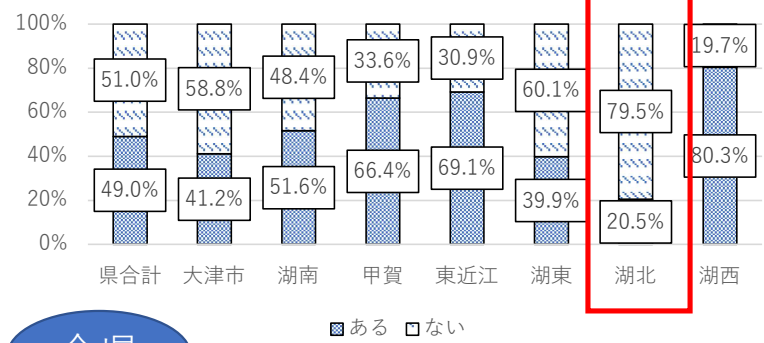
出典：ケアマネアンケート結果(湖北)  
※経年比較のため施設CM含まない

### ケアマネの声

- ◆ 耳で聴くより、実際目で見た方が状態がよくわかり、サービス調整がしやすかった
- ◆ 姿勢やスピードなど細かな動きが見え、在宅復帰のイメージがつきやすくなった
- ◆ 状態を言葉で聞いただけでは見えなかった部分が確認でき、**移乗・移動など介助の程度がよくわかり、細かくサービス事業所にも情報を伝えることができた。**
- ◆ 在宅やデイでの介助のしかたの参考になった
- ◆ 住環境の見直し、リハビリ継続の必要や福祉用具の選定に役立った
- ◆ プラン作成に役立った

出典：R5年度ケアマネアンケート結果 ※施設CM含む

動画の共有状況



全県

出典：R5年度ケアマネアンケート結果 ※施設CM含む

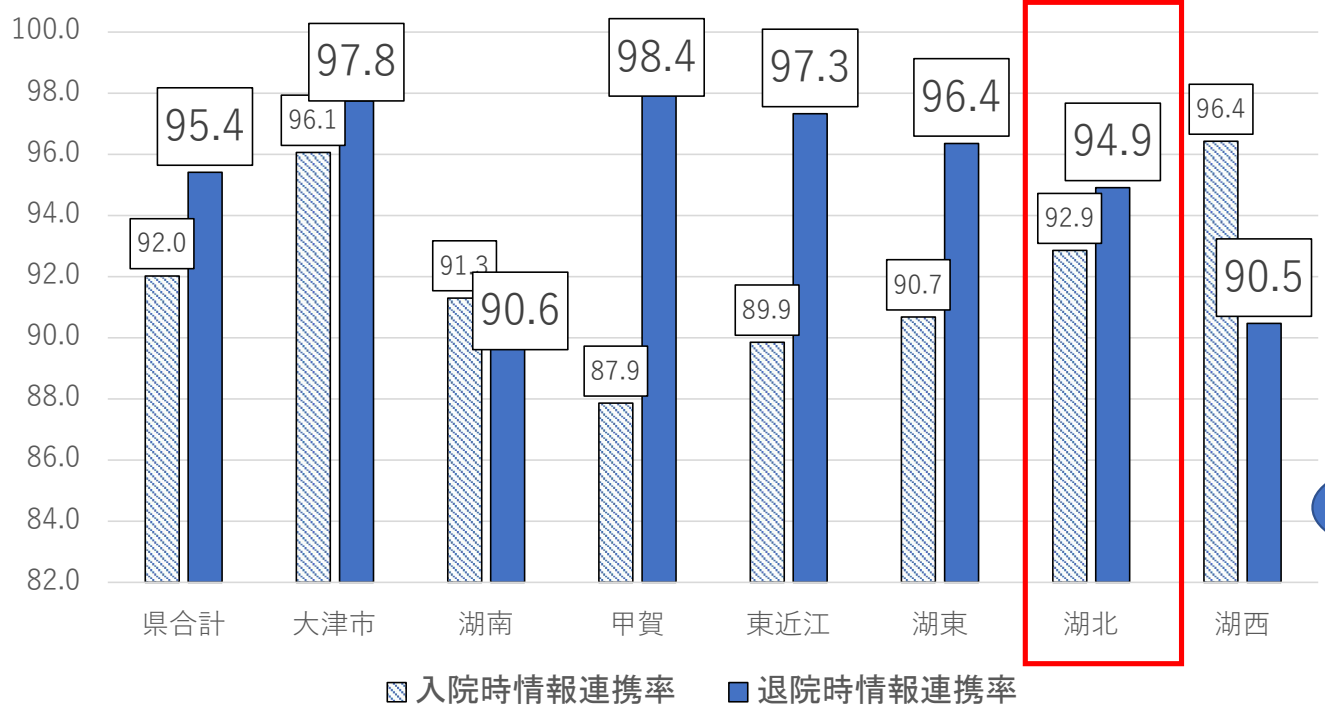


# 入退院支援にかかる連携状況調査

## 入退院時の情報連携状況

全県

入院時・退院時の情報連携率 (R5)

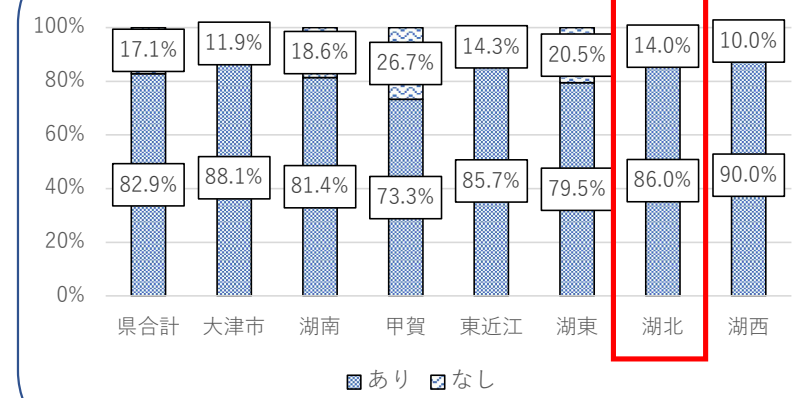


※入院時情報連携率 = 入院時にケアマネが病院へ情報提供した数 / 入院した利用者数  
 ※退院時情報連携率 = 病院からの引き継ぎ「あり」の数 / ケアマネより退院支援の依頼「あり」の数

出典：R5年度ケアマネアンケート結果 ※施設CM含む

全県

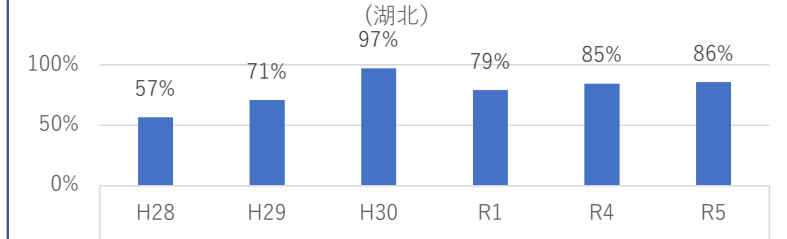
退院前情報収集の有無



出典：R5年度ケアマネアンケート結果 ※施設CM含む

湖北

【経年】退院者のうち、病院から引き継ぎがあった割合 (湖北)



出典：ケアマネアンケート結果(湖北) ※施設CM含まない

## 湖北圏域における入退院時の連携の現状と課題

### 《全体(体制)》

- ・ 入退院支援ルール of 策定・運用・評価により、支援が標準化され、病院やケアマネジャーの役割が明確になり、スムーズな連携が可能となっている。(入退院支援の体制は整ってきた)
- ・ 一部、ルール化により解決できない連携の問題が残る。(円滑な連携支援につながらず、患者・家族が困られるケースが、毎年少数だが残っている。)(ルール化の限界、連携の質の向上のための取組)
- ・ コロナ禍を経て、病院・地域の多職種・多機関による顔の見える関係づくりの場、課題解決の場の必要の再認識
- ・ 入退院前後の外来通院時からの連携のさらなる推進の必要がある。
- ・ 薬にかかる情報連携の在り方(仕組み)の検討が必要。

### 病院

- ・ 退院連絡がないケースが一部だが、まだある。
- ・ 入退院支援時の連携の窓口は明確になっているものの、院内の情報連携が不十分な場合がある
- ・ 退院時カンファレンスの要否、退院時の情報連携の要否の判断の食い違いケースが一部残っている。
- ・ 退院後の衛生材料の不足、お薬の管理にかかる情報連携が不十分
- ・ 急変時の対応を含めた、訪問看護ステーションと病院との円滑化

### ケアマネジャー

- ・ 入院時に、ケアマネ名を病院へ伝えられない利用者がある。
- ・ 入院2~3日以内に、病院への情報提供が定着しているが、一部、古い情報まま提供されることがある。(古い様式ままのことがある)
- ・ 円滑に支援できなかったケースがあった場合、その情報がフィードバックされていないことがある。
- ・ 退院時カンファレンスの要否、退院時の情報連携の要否の判断の食い違いケースが一部残っている。
- ・ 新規で介護保険申請される場合の病院と地域包括支援センターとの連携の円滑化

## 病院が入退院時の連携で工夫していた点

出典：R5年度病院アンケート結果(湖北)  
R5年度ケアマネアンケート結果(湖北)

### • ケアマネジャーへの連絡の頻度

- 入院されたら早期に連絡する
- こまめに連絡する
- 状態変化があれば連絡する
- 退院の可能性が出てきたら早めに連絡する。
- 医療処置や介護度が上がったりしたら早めに連絡する。

### • 情報の質

- 具体的な情報を提供する
- 入院の経過、治療方針、入院の見込み日数、ADLの変化など具体的な情報を提供する
- 病院として統一した意見や考えを伝えるようにする。

### • 情報共有の方法

- 電話
- 来院
- カンファレンス
- 地域連携室を通す

などがあったが、双方にとって負担の少ない方法(びわこあさがおネットなどのICTの活用)を求める声もあった。

- また、カンファレンスは複数の関係者で情報共有すること、
- オンラインの活用により効果的・効率的に情報共有を行うことができていた。

双方が“早め”“こまめ”なコミュニケーションをとることで、良好な関係性を築け、効果的な情報共有につながっていた。

### ケアマネジャーが工夫していた点

- 入院直後から状態変化や退院の可能性に応じて早めに連絡する。
- 患者や家族の状況を把握するためにこまめに連絡する。

# 湖北圏域における円滑な入退院支援のための検討体系図(案)

<令和6年度(案)>

目指す姿 湖北地域に住む医療と介護を要する住民が、入院が必要となっても切れ目なく支援が受けられ、安心して退院し、在宅療養できる。

長浜市介護保険事業計画・米原市介護保険事業計画・滋賀県保健医療計画・県在宅医療推進指針

## 湖北圏域入退院支援体制検討会議（仮）

