

置賜地域「入退院調整ルール」の概要

1 入退院調整ルールとは

地域包括ケアシステム（※）構築を推進する中で、介護保険の適用が考えられる患者を、病院から在宅へ円滑に移行させるため、「入院時」及び「退院時」における病院と在宅（介護支援専門員等）の情報共有ルールを定めたもの。

2 ルールの対象範囲 【平成 31 年 4 月 1 日時点】

<医療側>

置賜管内の全 15 病院

<介護側>

置賜管内の全市町（8）、地域包括支援センター（12）、居宅介護支援事業所（77）、小規模多機能型居宅介護事業所（18）、看護小規模多機能型居宅介護事業所（1）

3 ルールの主な内容

- 医療側・介護側の担当窓口の明確化
- 入退院時に、在宅（介護支援専門員等）から病院へ、病院から在宅（介護支援専門員等）へ（以下「病院・在宅間」という。）情報提供を行う標準的な項目（様式）の作成
（情報提供を行う項目の例：ADL（日常生活動作）の状況（移動方法、食事、入浴、排泄等）、既往歴、医療処置の状況、家族介護力 等）
- 入退院時に、病院・在宅間で情報提供を行う時期（目安）や対象者の統一（速やかな情報提供）
（例：入院時は、入院後 3 日以内。退院時は、退院する 1 週間前まで。）
- 病院と訪問看護ステーションのルール
お互いの看護サマリーにかかる情報交換のルールの明確化

【※参考】

地域包括ケアシステムとは

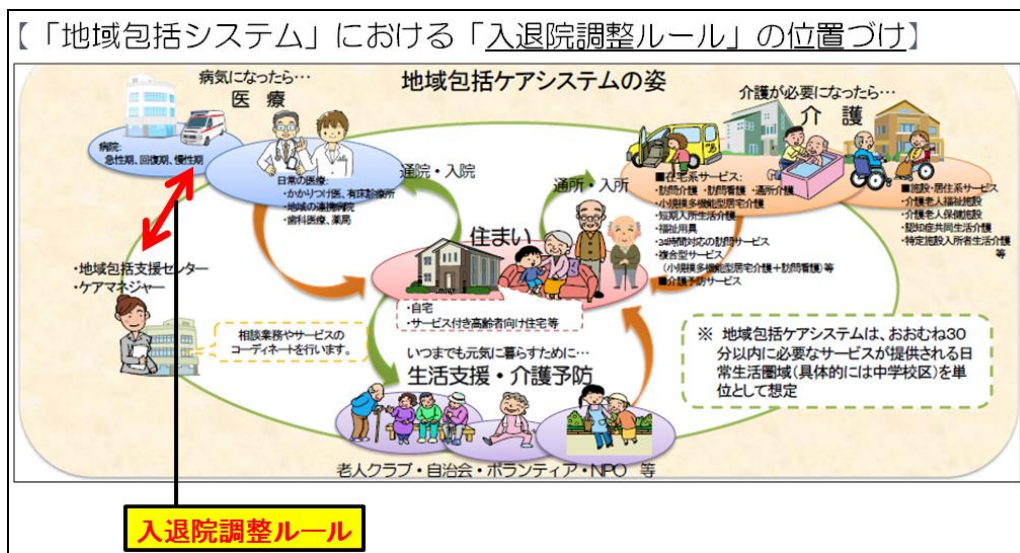
地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、「医療」、「介護」、「介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）」、「住まい」及び「自立した日常生活の支援」が包括的に確保される体制をいう。

【「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」第 2 条第 1 項より】

「入退院調整ルール」策定の背景

1 背景

- 2025年には団塊の世代が後期高齢者となり、後期高齢者は特に医療と介護のニーズが高いため、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続（地域包括ケアシステムを構築）するためには、医療と介護の連携を強化する必要がある。
- 当該連携を推進するため、介護保険制度の市町村事業として、「在宅医療・介護連携推進事業」が平成27年度から創設され、平成30年4月には全市町村で実施となる。
- 当該事業を推進するため、保健所には、「複数市町村にまたがる連携の取組等、広域的な在宅医療・介護連携の推進に向けた支援」等が求められている。
⇒入退院は、市町村の枠を超えて患者が移動し、単一市町村が入退院時連携を進めることは困難であるため、保健所が広域調整として対応。
⇒平成28年度当初に実施した管内市町ヒアリングにおいて、全市町より、保健所による「入退院調整ルール」の策定について要望あり。



2 現状

- 管内の介護支援専門員等との意見交換の結果、病院の退院調整がなかったために、退院患者の在宅生活が円滑にできなかった事例が多数あることを把握。
- 管内の病院との意見交換会の結果、退院調整を行う上で重要となる「入院時の情報共有」について、対応している介護支援専門員が限られている等の課題を把握。

3 概要

介護保険の適用が考えられる患者が、病院から在宅へ円滑に移行するため、「入院時」及び「退院時」における病院と介護支援専門員等の情報共有ルールを明確化することで、医療と介護の連携を強化し、地域包括ケアシステムの構築を推進。