

テーマ①

『入退院支援』に関する報告

西淀川区在宅医療介護連携相談支援室の取組み

西淀川区在宅医療介護連携相談支援室
(受託法人 西淀川区医師会、千船病院、西淀病院)

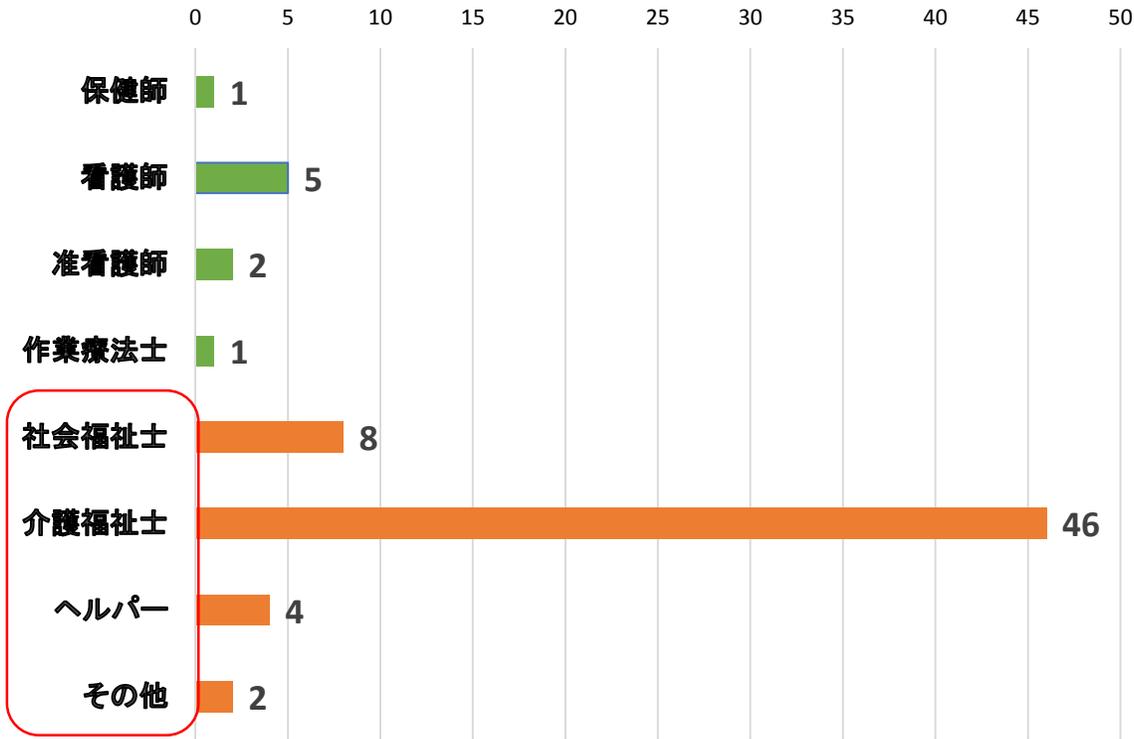
(エ) 医療・介護関係者の医療情報共有の支援

区内のケアマネジャーに対し医療との連携について
アンケートを実施

- * ケアマネが病院の退院支援の仕組みを知る必要性
- * 入退院時連携ツール(シート)を検討する必要性

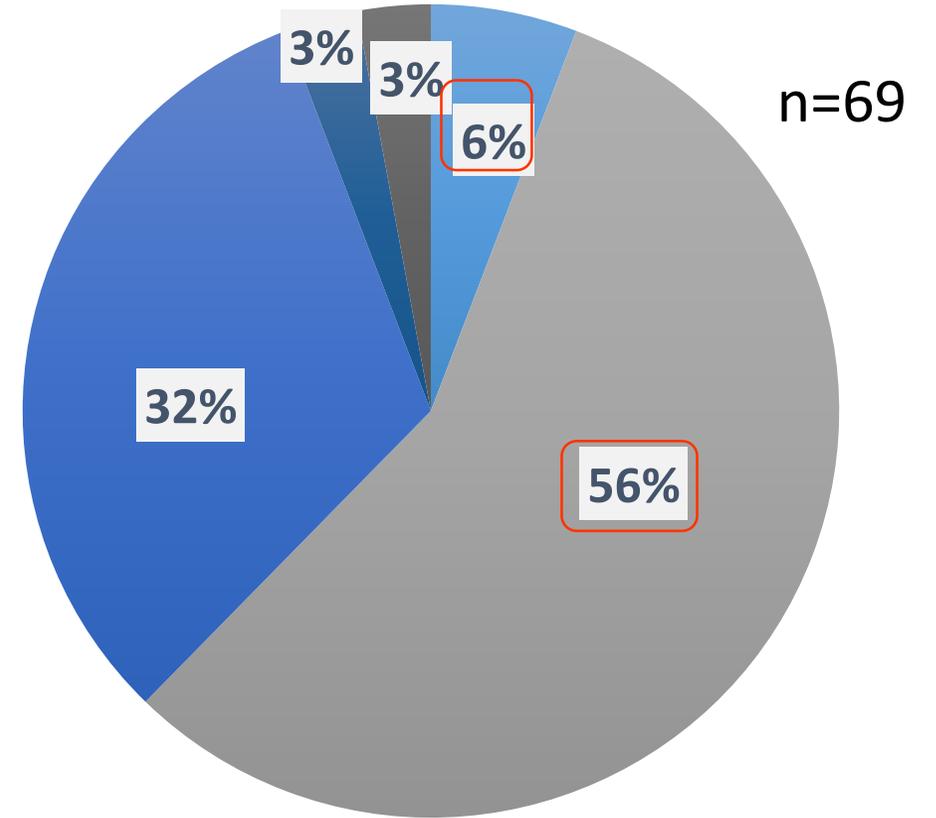
アンケート結果

ケアマネ基礎資格



保健師	看護師	准看護師	作業療法士	社会福祉士	介護福祉士	ヘルパー	その他
1	5	2	1	8	46	4	2
1%	7%	3%	1%	12%	67%	6%	3%

病院からの退院支援・調整に対する問題

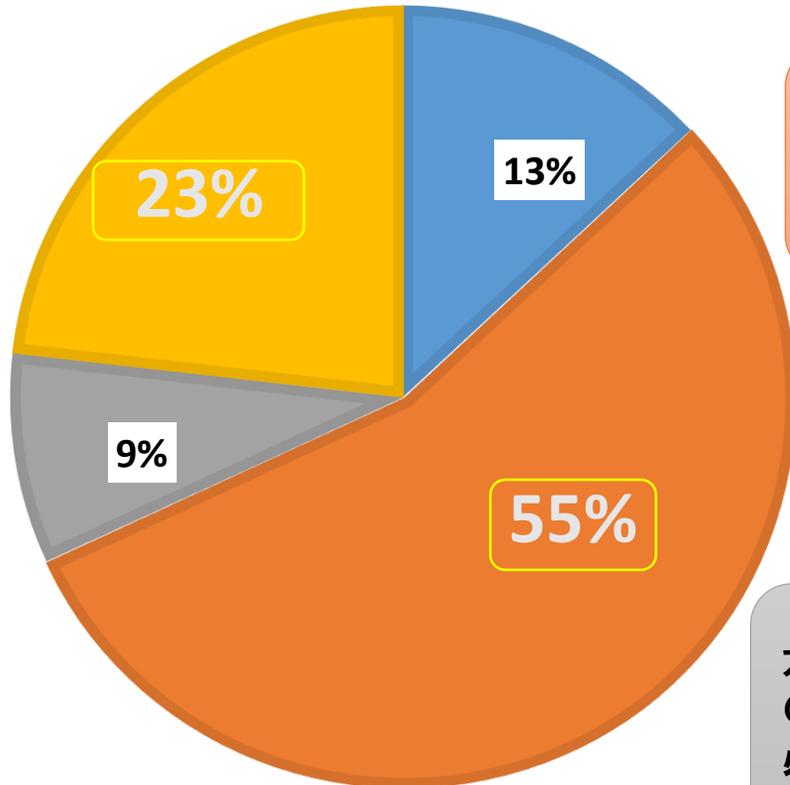


アンケート結果

入院・入所時情報提供書の活用状況

- 知らなかった
- 知っているが活用していない

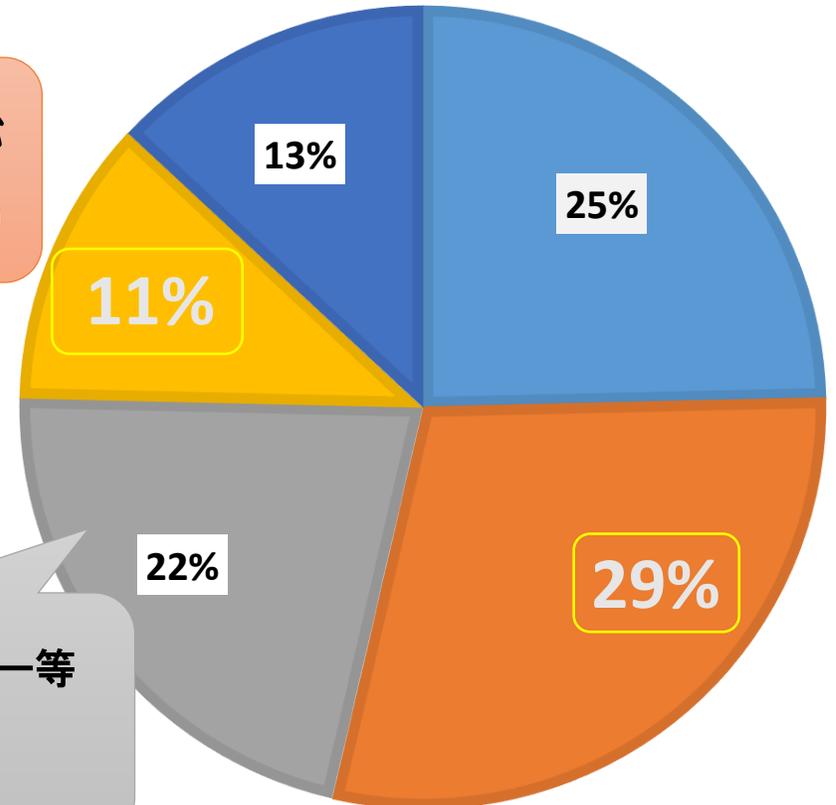
- 活用している
- 事業所で作成した様式を使用



退院・退所時情報提供書の活用状況

- 知らなかった
- 知っているが活用していない
- 未回答

- 活用している
- 事業所で作成した様式を使用



活用しているが
改善してほしい

カンファレンスやサマリー等
の情報提供があるため
必要ない

介護支援専門員（88% 介護福祉職）

「急性期病院」に対して

- ・ 連携方法や情報提供の内容と活用の問題
→ 急な退院決定、連絡の無い退院
- ・ 医療の苦手意識
- ・ 病床機能が理解できていない

急性期病院

- ・ 病床機能分化による平均在院日数の短縮
- ・ 治療を要しない患者の救急搬送

- ・ 病院側が地域の資源や職域の知識不足



社会環境

- ・ 認知症・独居・老々介護・家族へも支援が必要
- ・ 治療や介護の介入拒否
- ・ セルフネグレクト・虐待・貧困・ADL/IADL/社会生活活動等複雑多岐な問題



【課題】

地域において医療と介護が同時に必要な
高齢者と家族が増加する。

病院と地域支援担当者との関係構築と
連携強化が急務！！

【具体策】

- ・ 介護支援専門員への退院支援研修
- ・ 入退院時の情報提供書の見直し

H30年度 入退院時の連携強化 スケジュール

退院支援研修
6月～7月

- 主任介護支援専門員 4名
- 入退院支援加算1の体制をふまえて実施

ケアマネ
伝達講習
9月

- 研修後4名で伝達内容のまとめ
- 居宅連絡会で伝達実施し周知を行う(コーディネータ参加しサポート)

入退院情報連携
シート見直し
10月

- 既存の入退院時連携シートの見直し
- 退院時の情報は病院からの退院サマリーも併せて検討

退院支援研修スケジュールについて

時間	内容	担当
10時 30分 ～	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院概要と区内での役割（急性期病院として） ・ 地域医療連携室の概要 ・ 入退院支援について （入退院支援加算1のシステム、院内外のフロー） 	
11時 15分 ～	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当院での医療福祉相談についてとMSWの役割 ・ 退院支援調整看護師の役割 	
12時	～昼 食～	
13時 ～	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院調整看護師、MSWと同行 退院支援カンファレンス 科別カンファレンス ・ 前方支援及び地域医療連携室での見学実習 	
	・ 質問及びまとめ アンケート	

担当ケアマネが参加したことにより、病院側は入院前生活状況を把握できケアマネは今後の治療方針を共有し双方でイメージできた。

- * 病院内でのシステムがわかった。
- * 病院とケアマネの連携の必要性をすごく感じた。
- * もっと積極的に医療の方と関わりたいと思うようになった
- * 家族が居たら別にいいかなと思っていたがケアマネの立場で病院に話をしないといけないと思いました。

退院支援研修の結果と今後の対策

- 急性期病院の退院支援システムの落とし穴(退院困難スクリーニング非該当患者の退院)
 - ケアマネからの病院側へ 退院支援介入の依頼 アクション アプローチ
- 情報提供・共有は顔を見ながらのカンファレンスが有効
 - ケアマネが病院内の退院支援カンファレンスへ参加できるシステム検討
- 入院中だけの意思決定支援は困難
 - ケアマネから入院前の生活や価値観を踏まえた情報提供が必要

病院側と在宅側の双方で入退院のプロセスを理解する
→「大阪府 入退院支援の手引き」で区内全体の
病院、施設、在宅医療・介護に関わる多職種研修会を実施

来年度の取組み

病院と在宅の双方を交え「連携プロジェクト」を検討
お互いを理解・情報共有の在り方と具体的な方法