

隠岐の島町 入退院連携ツールの運用について

隠岐の島町地域包括支援センター

隠岐病院

隠岐広域連合

隠岐支庁 隠岐保健所

はじめに

★隠岐の島町において、高齢化が進み、慢性疾患による療養が必要な方が増えています。

隠岐の島町の医療・介護資源を守りながら、最期までわがまちで療養生活ができる仕組みづくりが必要であり、保健・医療・介護関係者が一緒に目線あわせをしながら、連携していくことが大切です。

★この度、現場の医療職・介護職のみなさんと、入退院連携で必要な情報を確認し、共通ルールを作ることにしました。

★共通な視点で患者本人・家族の情報を整理し、早期退院・早期介入につながることを期待します。

入退院連携ツールの必要性

- ★患者の入院前の情報が、今後の療養調整に活かされます。
 - ・今までの生活歴等を把握し、これからどこで療養したいか、今後望んでいる生き方を確認すること（意思決定支援）が大切です。
 - ・「必要な情報」が共通整理されると、情報提供やカンファレンス等で目線あわせが容易になります。
 - ・治療の方向性を把握し、療養生活で注意するポイントや重症化予防につながる関わり方が確認でき、安定した療養支援の仕組みづくりにつながります。

入退院連携を取り組み期待できること

★隠岐の島町の保健・医療・介護関係者の連携が進むことで、次の効果が期待できます。

- ①隠岐の島町民の健康管理の意識が高まり、疾患の重症化予防につながる。
- ②医療的ケアが必要な患者が減少し、町内完結出来る患者が増える。また、医療・介護現場の負担の軽減につながる。
- ③入退院に必要な情報がタイムリーに交換できることで、早期退院・入退院の繰り返し事案が減少することにつながる。

入退院連携ツールの様式

★現在、次の様式があります。

関係するみなさんと協議をして作成しました。

【病院あて】

☐ 入院時情報提供書（ケアマネ等が病院へ情報提供）

【施設あて】

☐ 情報提供書（ケアマネが新規で事業所へ依頼する場合）

☐ 情報提供書その2（ケアマネが退院後継続で事業所へ依頼する場合）

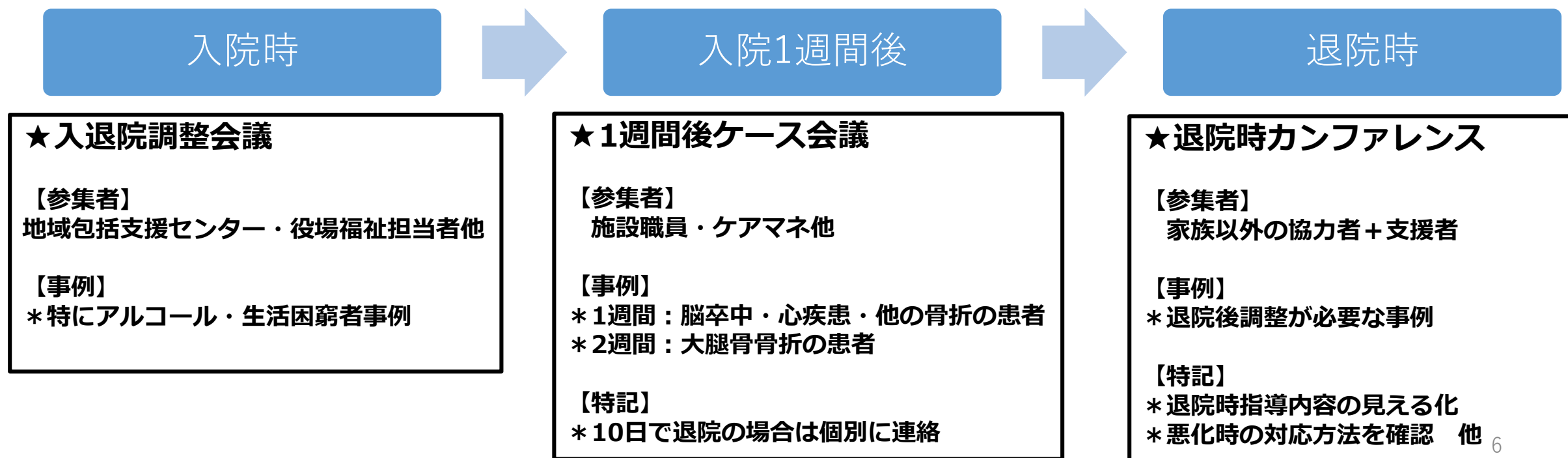
☐ 栄養情報提供書（退院時病院栄養科から施設へ情報提供する場合）

【会議準備】

☐ 退院前カンファレンスアセスメント（病院が関係者へ提供）

入退院連携で大切になる会議と会議の持ち方

- ★入退院連携ツールだけではなく、関わる方々がチームになって退院後の支援を組み立てることで、再入院・重症化を防ぐことが出来ます。
出来るだけ、早めに会議の開催と会議前後の情報共有を意識しましょう。
- ★会議の目的・主治医意見・調整が必要なこと等が活字として手元に残るように、当日レジュメやアセスメントシート等の資料を提供しましょう。



【参考】 隠岐の島町入退院連携情報共有ツール+検討の場 まとめ

入院時

入院1週間後

退院時

	入院時	入院 1 週間後	退院時
基本情報	・ 患者氏名 ・ 年齢・性別 ・ 生年月日 ・ 住所・電話番号 ・ 住環境（戸建て・集合住宅） ・ 年金等の種類 ・ 行政の関わりの有無（生保・障がい・包括等） ・ 世帯構成 ・ キーパーソン	・ 入院前の生活状況・生活歴 ・ 在宅生活に必要な要件（介護保険・生保申請等） ・ 障害認定の有無 ・ 世帯に対する配慮 ・ 退院後の主介護者 ・ 介護力の有無 ・ 虐待等の配慮 ・ 本人・家族の意向 ・ 経済状況	・ 最新のADL状況 ・ 最新の食形態・口腔機能の状況 ・ 自宅や施設に帰る際に必要な環境調整 ・ インフォーマルサービス利用状況 ・ 家族以外の協力者・友人等の情報 ・ 退院後の受診方法・頻度等の確認 ・ 急変時の対応
施設調整	◆ADL情報（特に排泄・食） ◆退院の対応が出来ないケースは早めに行政へ連絡	・ 施設の利用が必要か ・ 該当する施設の整理 ・ 医療的ケアの有無	・ 施設の空き状況 ・ 順番待ちの間の支援 ・ 医療的ケアで工夫できることの調整 ・ 急変時のルール作り ◆退院時カンファレンスアセスメント表の活用

入退院調整会議

必要時、地域包括支援センターを招集
* 特にアルコール・生活困窮者事例

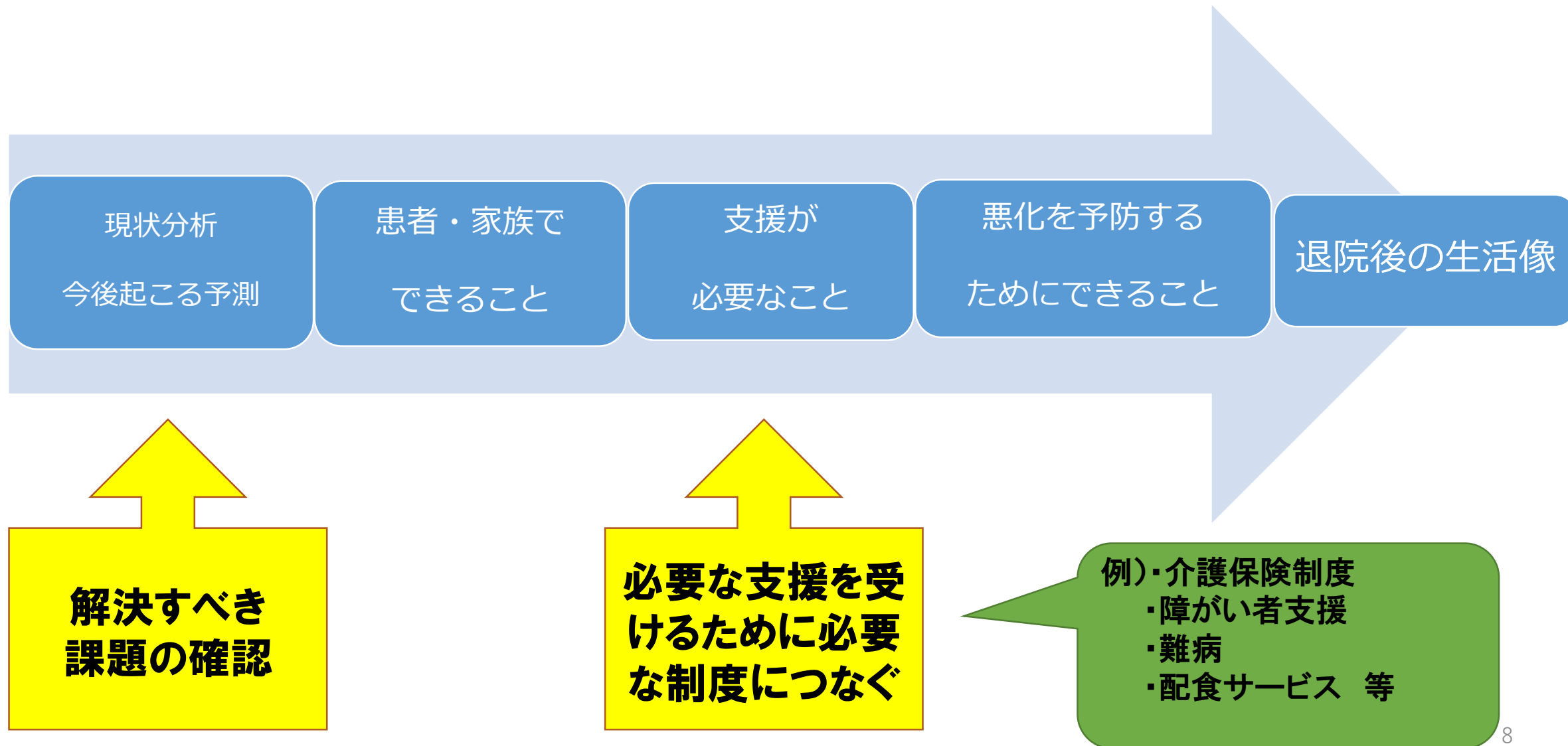
1週間後ケース会議

施設職員・ケアマネ等を招集
* 1週間：脳卒中・心疾患・他の骨折
* 2週間：大腿骨骨折
* 10日で退院の場合は個別に連絡

退院時カンファレンス

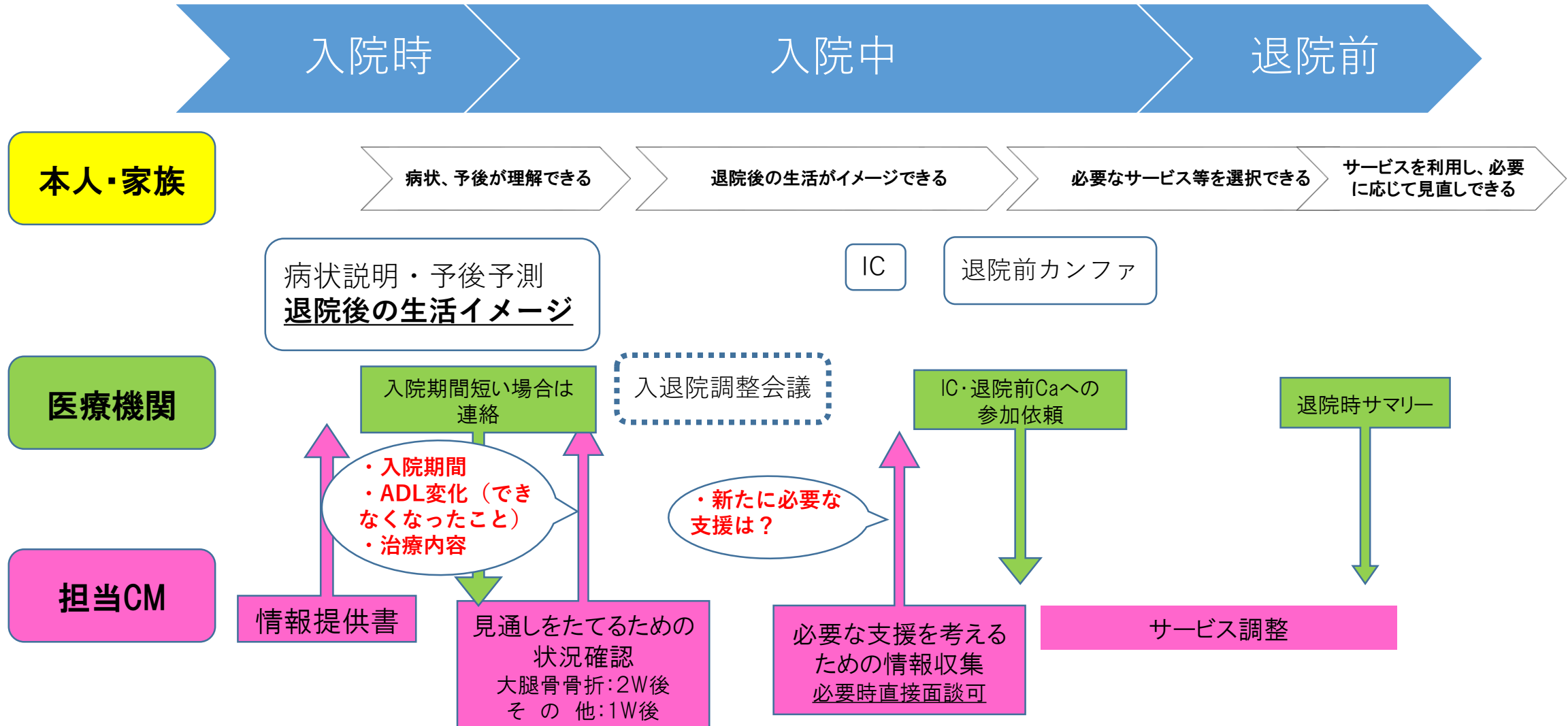
家族以外の協力者+支援者を招集
* 伝えた内容が見える化し共有
* 悪化時の対応方法を確認

入院前の生活を把握することで見えること



入退院連携のポイント 1

入院前にケアマネジャーが決まっている（介護保険サービスを利用している）場合

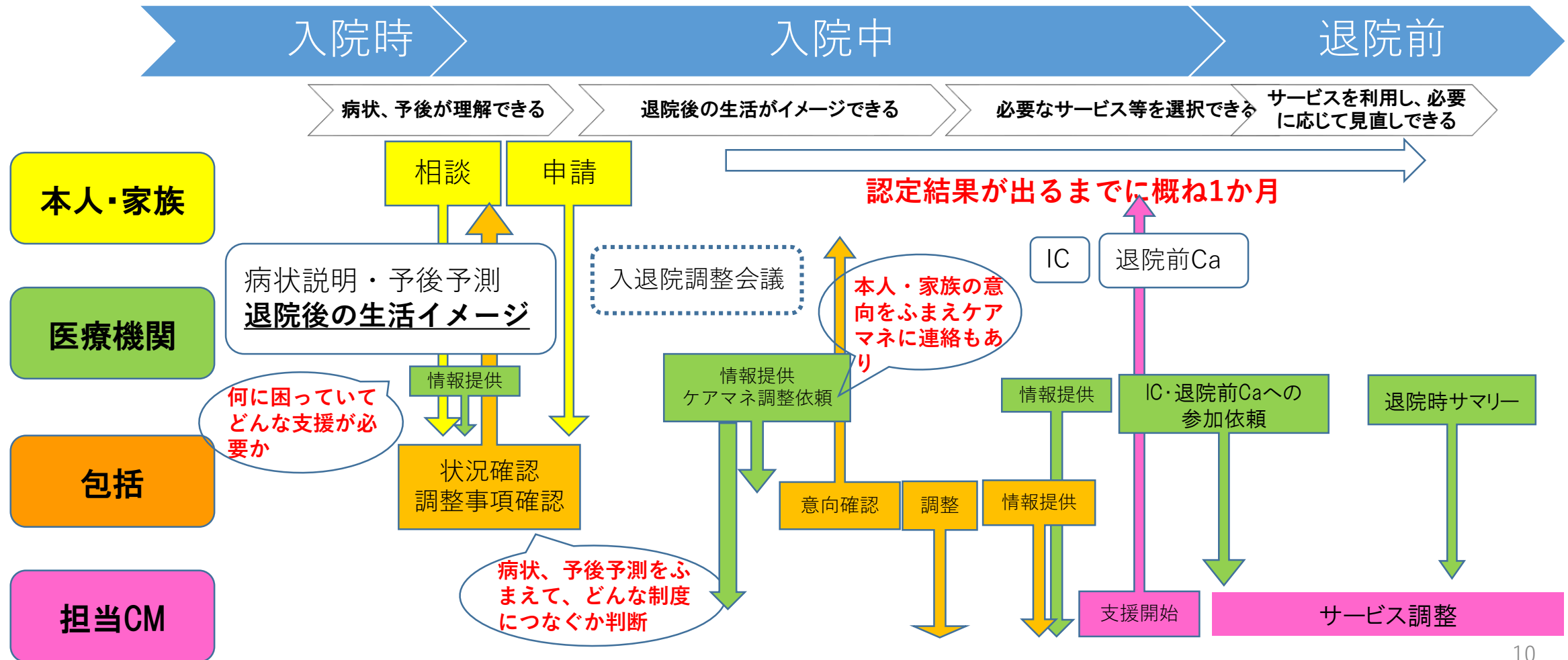


入退院連携のポイント 2

入院前にケアマネジャーが決まっていない

(退院後に新たに介護保険サービスを利用する) 場合

認定結果を待たずにサービス調整する場合

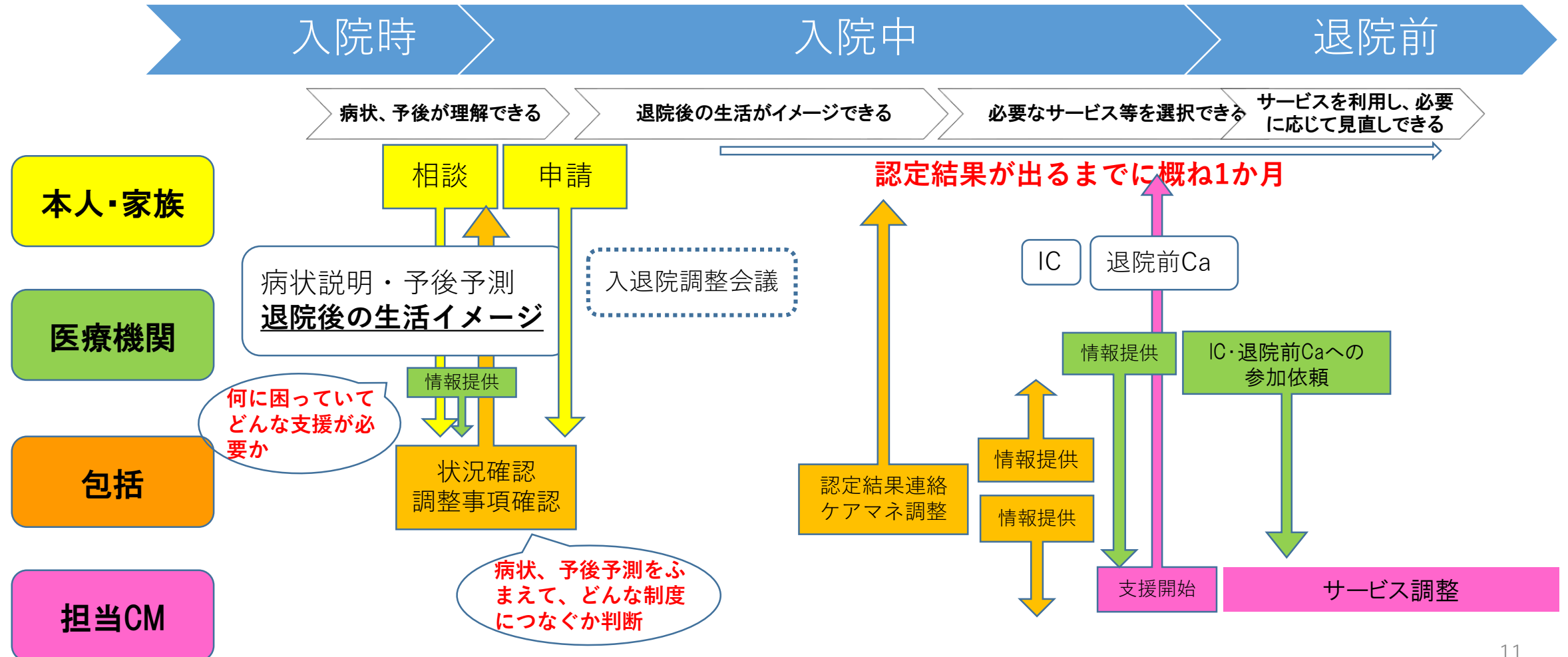


入退院連携のポイント 3

入院前にケアマネジャーが決まっていない

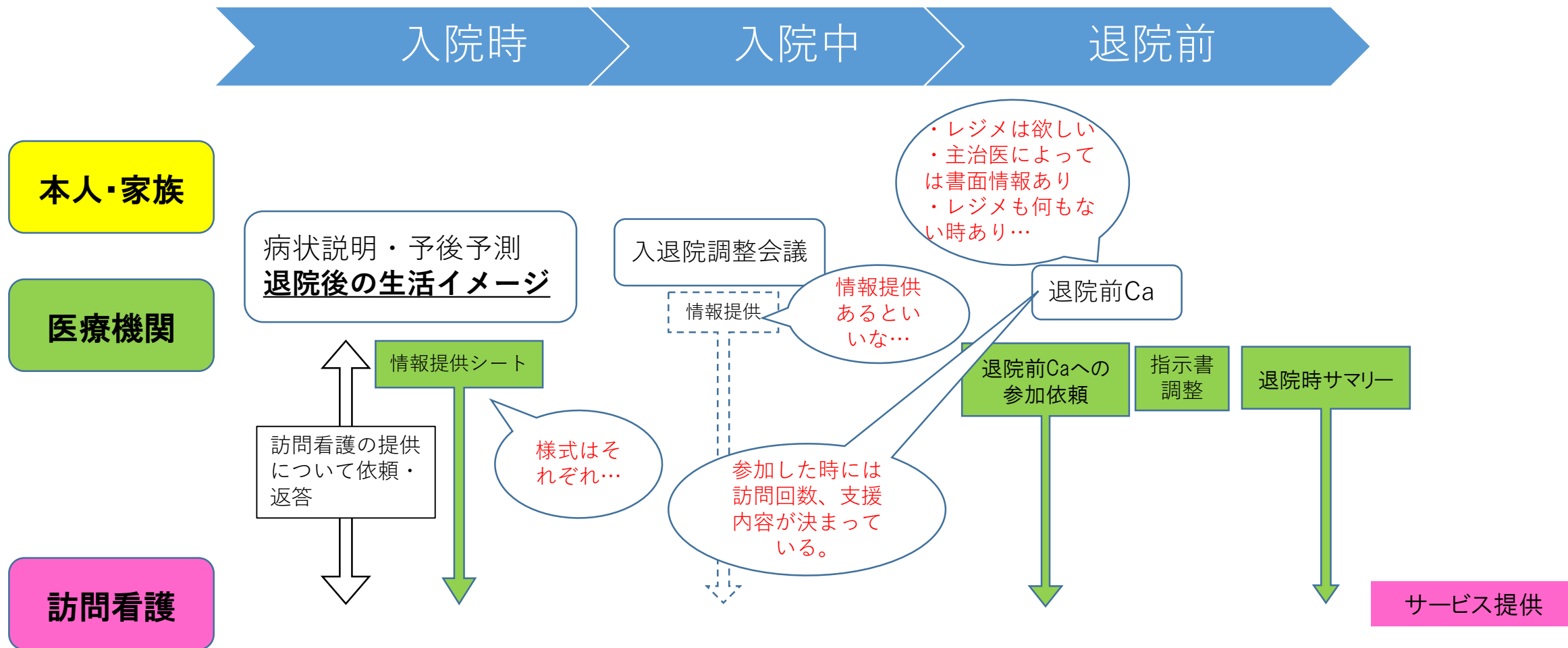
(退院後に新たに介護保険サービスを利用する) 場合

認定結果が出てからサービス調整する場合



入退院連携のポイント 4

医療保険で訪問看護を利用する場合



入退院を繰り返さないためにできること（１）

★退院時に病状管理のために必要なことを説明を受けます。

その内容を、本人・家族・支援者等が共有することが必要です。

【説明内容の確認方法】

- ☐カンファレンスの参加
- ☐看護サマリー
- ☐外来予約表
- ☐糖尿病手帳など、病気の管理をする手帳・ツール
- ☐おくすり手帳 等

★もし、退院時に約束したこと等が守れていない場合や、体調不良・服薬中断・酒量増加・食欲低下等の情報を、早めに病院連携室に情報提供しましょう。

入退院を繰り返さないためにできること（２）

★壮年期からの生活習慣病予防

- ・健康につながる生活習慣の獲得を地域ぐるみで取り組みましょう

★生活習慣病の早期治療・適性管理

- ・高血圧・糖尿病等を適性管理し、循環器疾患・血管性認知症を予防しましょう

★元気な時から、最期どうありたいか考えておく習慣化（ＡＣＰ）

- ・隠岐の島町パンフレットを見たり、エンディングノート・リビングウィルカードを作成しましょう

隠岐の島町保健・医療・介護と連動した施策の方向性

日常の療養支援

★安定した療養生活を送ることが出来る

【視点】

- ・住民が、自ら生活習慣病予防を意識した生活を送ることが出来る。
(減塩・バランス食・適度な運動・適正飲酒等の生活習慣の獲得)
- ・住民が、自分の病気を理解し、重症化予防に取り組むことが出来る。
(定期受診・疾患管理の徹底、適切な生活習慣改善)
- ・元気な時から、最期どうありたいか考えておくことが出来る。
(高齢者の過ごし方教室の実施、エンディングノート・リビングウィルカードの作成)

急変時の対応

★急変時に本人が望む医療を受けられる

【視点】

- ・夜間・休日の救急外来の利用が増えないように、平時の健康管理を住民に啓発できる。
- ・急変時の対応が心配な本人・家族へ、対応方法について説明し、理解が出来る。
また、ケアマネや訪問看護、施設関係者との目線あわせを定期的に行うことが出来る。
- ・本人がリビングウィルカードを作成・常時携帯し、必要な場面で活用出来る。

隠岐の島町の高齢者がどこに住んでも
安心して医療・保健・介護サービスを受けることができる

退院支援

★本人及び家族が安心して退院できる

【視点】

- ・入退院連携ツールを作成・活用し、保健・医療・介護の関係者が同じ目線で情報共有・情報交換が出来る。
- ・本人・家族が安心して退院し、退院後の療養生活が安定して送れることで、重症化予防に取り組むことが出来る。

看取り

★穏やかな最期を迎えることが出来る

【視点】

- ・離れて住む近親者と本人が、元気な時から終末期のことを話し合い、意志決定できた上で看取りの時間を大切に送ることが出来る。
- ・保健・医療・福祉関係者が連携し、本人・家族に適切な意志決定支援を行うことが出来る。

【一緒に取り組むことで期待できること】

- ①隠岐の島町民の健康管理の意識が高まり、疾患の重症化予防につながる。
- ②医療的ケアが必要な患者が減少し、町内完結出来る患者が増える。また、医療・介護現場の負担の軽減につながる。
- ③入退院に必要な情報がタイムリーに交換できることで、早期退院・入退院の繰り返し事案が減少することにつながる。