

8. 佐久地域における介護保険利用者等の入退院に関する医療・介護連携の取組と課題

渡辺和彦、小林良清（長野県佐久保健福祉事務所）

キーワード：医療、介護、連携

要旨：介護保険の利用者及び介護保険の利用が見込まれる者（介護保険利用者等）の入退院に際し、医療機関と介護事業者の間における情報共有等の連携が必ずしも円滑に行われていない現状を踏まえ、佐久地域では医療・介護の関係者が相互の連携のあり方や具体的な内容について検討を重ね、両者が迅速かつ適切に相互の情報を共有する連携の仕組みを「入退院連携ルール」として取りまとめ、平成28年6月1日から運用を開始している（こうした仕組みを医療圏全域で作成し、活用するのは長野県内では初めて）。その結果、医療機関と介護事業者との情報共有が、以前よりも迅速かつ円滑に行われるようになった等の効果が生じているが、新たな課題も見受けられる。

A. 目的

介護保険の利用者及び介護保険の利用が見込まれる者（介護保険利用者等）の入退院に際し、医療機関と介護事業者の間における情報共有等の連携が必ずしも円滑に行われていない現状を踏まえ、医療・介護の関係者が迅速かつ適切に相互の情報を共有する連携の仕組みを作成し、平成28年6月に運用を開始した。そこで、これまでの取組を振り返り、今後の課題を検証する。

B. 方法

1 作成の過程

- a 仕組み（案）作成の検討会（事務局：当所）
 - ・参加者：14 全病院（地域連携部門）、小諸北佐久薬剤師会・佐久薬剤師会、佐久圏域介護保険事業者連絡協議会、市町村・地域包括支援センターの各代表者等（毎回50名ほど）
 - ・平成28年1月から4回開催し、bの意見交換も経ながら仕組み（案）を作成してcの協議会に提出
- b 地域の関係者との意見交換
 - ・小諸北佐久医療・介護連携推進協議会（事務局：小諸市）
 - ・佐久市医療介護連携推進協議会（事務局：佐久市）
 - ・市町村、地域包括支援センターとの意見交換
- c 医療関係者、介護関係者の合意による仕組みの決定
 - ・佐久圏域医療対策協議会（事務局：当所）
 - 会長：小諸北佐久医師会長
 - 副会長：佐久医師会長
 - 医師会、歯科医師会、薬剤師会、全14病院、市町村、消防本部等で構成
 - ・佐久圏域介護保険事業者連絡協議会

佐久地域における介護保険各分野の事業者で構成され、種々の活動を展開

2 仕組みの概要（ここでは介護支援専門員をケアマネと表記）

a 全般的事項

(1) 医療機関連絡先一覧の作成

- ・ケアマネからの連絡を受ける医療機関の窓口（入院時、入院中）をあらかじめ一覧にしておき、関係者の間で共有する。

(2) 情報提供する様式

- ・利用者情報提供書（ケアマネが医療機関に情報提供）、看護情報提供書（医療機関がケアマネに情報提供）の基本的な様式を定める。

(3) 対象となる医療機関

- ・医療機関として当面は病院を想定し、佐久地域の全14病院とする。

(4) 対象となる介護保険利用者等

- ・「居宅等」には特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設において施設入所サービスを利用している場合を含まない。
- ・「要介護1以上の介護保険利用者等」を基本とするが、要支援の利用者に関しても、必要に応じて、情報提供の連携を図る。

(5) 仕組みの運用状況の確認と修正

- ・仕組みの活用状況や課題等を明らかにするため、1aの検討会を年に数回程度開催するとともに、必要に応じて1cの協議会に諮り修正等を行う。

(6) 仕組みの全文は、佐久保健福祉事務所の公式サイトに掲載

b 入院する前から居宅介護サービスを利用している患者の場合

(1) 居宅等で生活している時

- ・ケアマネが家族に次の2点を依頼しておく。
- ・入院したらケアマネに伝える。
- ・健康保険証・介護保険証、ケアマネの名刺（連絡先）、かかりつけ医の診察券、お薬手帳等を一緒に保管しておき、入院時に病院へ提示する。

(2) 入院時・転院時

- ・病院は、介護保険証等により介護保険の利用の有無を確認し、介護保険利用者については、入院・転院後の早い時点でケアマネに電話連絡するよう家族に依頼する（家族が連絡できない場合には病院が直接連絡する）。
- ・連絡を受けたケアマネは、入院・転院後3日以内（遅くとも1週間以内）に病院の担当者に利用者情報提供書を提出する。

(3) 入院中

- ・病院とケアマネとの間で必要な連携を図る。

(4) 退院時

- ・退院の目途が立ち次第（できれば1週間前）、病院がケアマネに電話連絡する。
- ・入院中、病院、ケアマネ等の関係者及び患者・家族が退院調整会議、サービス担当者会議等により情報共有してケアプラン等を検討
- ・退院時、病院がケアマネに看護情報提供書を提出する。
- ・退院後しばらくして（1週間後程度）、ケアマネがケアプラン等を病院に提供する。
- ・退院後1か月以内に、病院がケアマネと連絡をとり、自宅等に利用者を訪問し、患者の状況を確認する。

c 入院する前に居宅介護サービスを利用していなかったが、退院後に利用が見込まれる患者の場合

(1) 退院時

- ・退院の方針が立ち次第、病院がケアマネに連絡するか、家族が地域包括支援センターに電話連絡する（家族が連絡できない場合には病院が連絡する）。（連絡先は市町村によって異なる）
- ・以降は、上記2b「入院する前から居宅介護サービスを利用している患者の場合」と同様

d 退院後に居宅介護サービスの利用が見込まれないが、地域の見守り等が必要と思われる患者の場合

(1) 退院時

- ・家族が地域包括支援センターに相談（家族が連絡できない場合には病院が連絡する）

3 作成後の状況

平成28年6月の運用開始後、9月、12月、平成29年4月に1aの検討会を開催し、仕組みの活用状況や課題等について協議するとともに、仕組みの修正については1cの協議会にて了承を得た。

C. 結果

1 仕組みの効果

- ・病院の連絡窓口が一覧表としてまとめられ、病院とケアマネとの連絡が以前よりも迅速かつ円滑に行われるようになった。また、仕組みの構築や修正等を行っていく過程において、B1aの検討会参加者による活発な議論がなされ、それぞれが担う業務に対する理解が深まるとともに、互いに顔の見える関係づくりにもつながったと考える。

2 仕組みの課題

a 患者や家族等への仕組みの周知

B3の検討会において、「患者や家族が、介護保険の利用やケアマネのことを十分理解しておらず、以前と同様、病院が地域包括支援センター等に連絡している。」と、仕組みの周知が課題であることが指摘された。

b 隣接する上小地域との連携

佐久地域と隣接する上小地域においても「上小地域入退院調整ルール」が策定され、平成29年4月から運用が開始されている。両地域は、医療・介護の両面で圏域を超えて患者の受け入れがなされているといった現状があり、地域を越えた入退院患者に係る調整を図っていく必要がある。

c データの収集

仕組みの活用状況を把握するため、各病院に活用データの取りまとめを行ってもらっているが、病院担当者の繁忙等により集計が困難な病院が見受けられる。

D. 考察

佐久地域には両医師会の先生方をはじめ、医療機関や医療関係者が相互に連携する基盤、介護事業者における分野を超えた幅広い連携の枠組み、そして、医療・介護連携の実践がある。こうした素地が大きな力となって今回の仕組みの策定につながったものであり、佐久地域の強みを生かした医療・介護連携がさらに進むよう、当所としてもその一翼を担っていきたい。

E. 利益相反

利益相反なし



(写真：平成28年1月に開催された検討会)