

平成30年度岐阜圏域退院支援ルール 策定事業について

岐阜市医師会
中谷 圭

岐阜医療圏の多層的連携ネットワークの構築



第1ネットワーク

れんげ会 (2006年発足)

第2ネットワーク

菖蒲会 (2011年発足)



第3ネットワーク

岐阜地域急性期病院等
医療・介護連携 協働ネットワーク

【発足】 平成29年5月16日

第3ネットワーク

岐阜地域急性期病院等
医療・介護連携 協働ネットワーク

平成29年10月17日発足

専門部会01 多職種・多施設研修の円滑化

専門部会02 退院前カンファレンスの統一化

平成30年度から開始

専門部会03 在宅医療（IVH等）のパターン化

専門部会04 「食べる」を支えるネットワーク

平成30年度岐阜圏域退院支援ルール策定委託事業

岐阜県は、今年度以降市町村が実施する「在宅医療・介護連携推進事業」の切れ目のない在宅医療・介護提供体制構築のため、後方支援の意味も込めて、退院支援ルールの策定を新規事業として企画した

平成30年度 岐阜圏域退院支援ルール策定委託事業案(岐阜県)

事業期間(予定) 平成30年4月1日～31年3月31日

事業受託主体 岐阜市医師会

事業参加組織 岐阜地域医療連携室実務者連絡会(れんげ会)

岐阜地域医療・介護・福祉ネットワーク(菖蒲会)

岐阜地域急性期病院等医療介護連携共同ネットワーク

〈概要〉

岐阜圏域の主たる病院に入院し、退院時に何らかのケアを必要とする(障害がある、癌末期、医療機器を要する等)患者が在宅療養(施設を含む)へ移行する際に、かかりつけ医、ケアマネージャー、訪問看護師等に迅速、着実に引き継ぐために、入院時点から退院前カンファレンスを経て、退院後までの情報共有ルールを策定する。さらに、退院後に在宅で実施される在宅中心静脈栄養(IVH)などの医療や、食形態をパターン化して統一ルールを策定する。これらの策定されたルールを地域内で多職種が共有・周知することにより、在宅医療への推進・均てん化を図る。

本事業に参加する医療機関

岐阜大学医学部付属病院

岐阜県総合医療センター

岐阜市民病院

長良医療センター

岐阜赤十字病院

松波総合病院

岩砂病院・岩砂マタニティー

羽島市民病院

岐北厚生病院

東海中央病院

朝日大学病院

第1回専門部会合同会議（2017.10.17）

第6回岐阜地域医療・介護・福祉連携研修会（2017.11.19）

第3回かかりつけ医と訪問看護師のための在宅医療連携研修会（2018.2.8）

第2回専門部会合同会議（2018.2.20）

第1回専門部会2 WG（2018.3.19）

第2回専門部会2 WG（2018.4.13）

第3回専門部会合同会議（2018.4.23）

2018年7月から12月 試案の運用

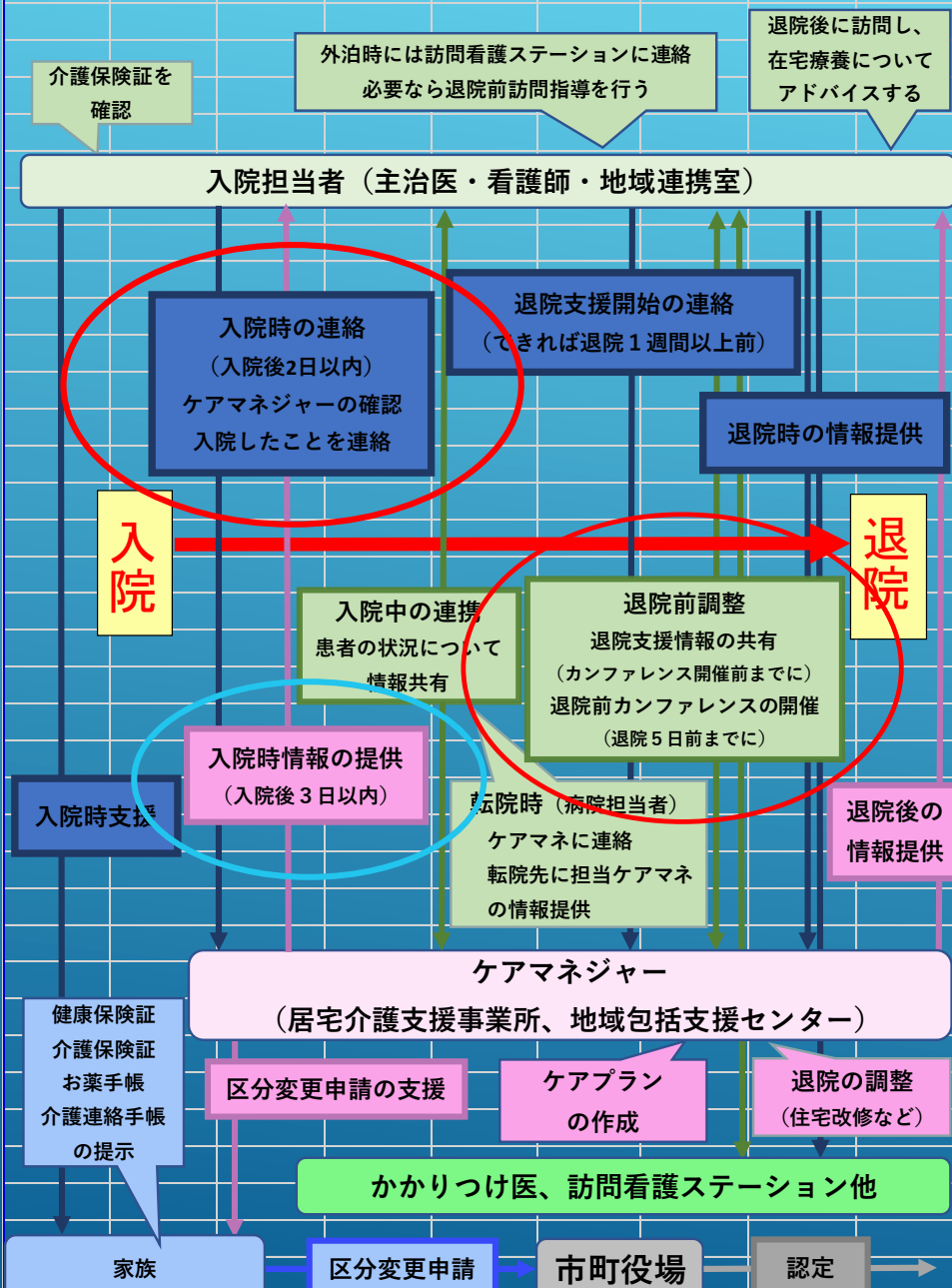
第4回専門部会合同会議（2019.1.25）

岐阜医療圏退院支援ルール試案

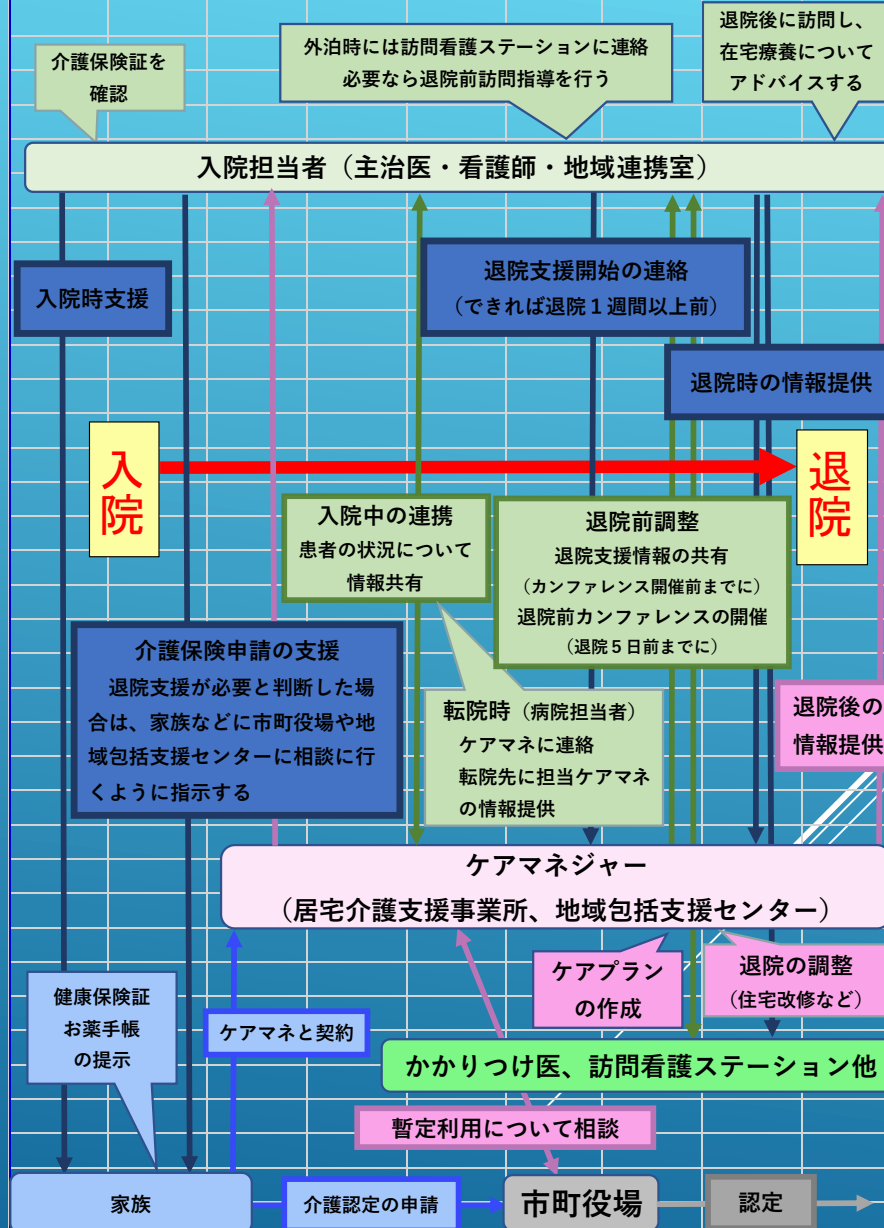
平成30年4月
(平成31年3月改訂予定)

本試案は平成30年度岐阜県から委託された
岐阜医療圏退院支援ルール策定事業の中で岐阜
市医師会、岐阜地域急性期病院等医療・介護連
携協働ネットワークにおいて策定されたものです

退院支援ルールA 入院前に介護認定を受けている場合



退院支援ルールB 入院前に介護認定を受けていない場合



退院支援ルール運用の目的

病診連携、医療と介護その他多職種との連携を強固なものとし、入院治療から在宅療養への移行をスムーズに行い、退院後の患者のQOLを維持する。

- ・退院支援が必要と判断された患者には、支援のために必要な手続きはもれのないように確実に施行する。
- ・入院当初より必要に応じてケアマネージャーと連携して患者を支援する。
- ・退院の目途がついた場合には速やかに退院前カンファレンスを開催し、退院後に関わる多職種ができる限り集まれるように、開催の時期、時間を調整する。
- ・入院中に患者に関わるすべての職種に病診連携、医療と介護をはじめとした多職種との連携の重要性を理解、認識してもらう。

2018年12月の実績

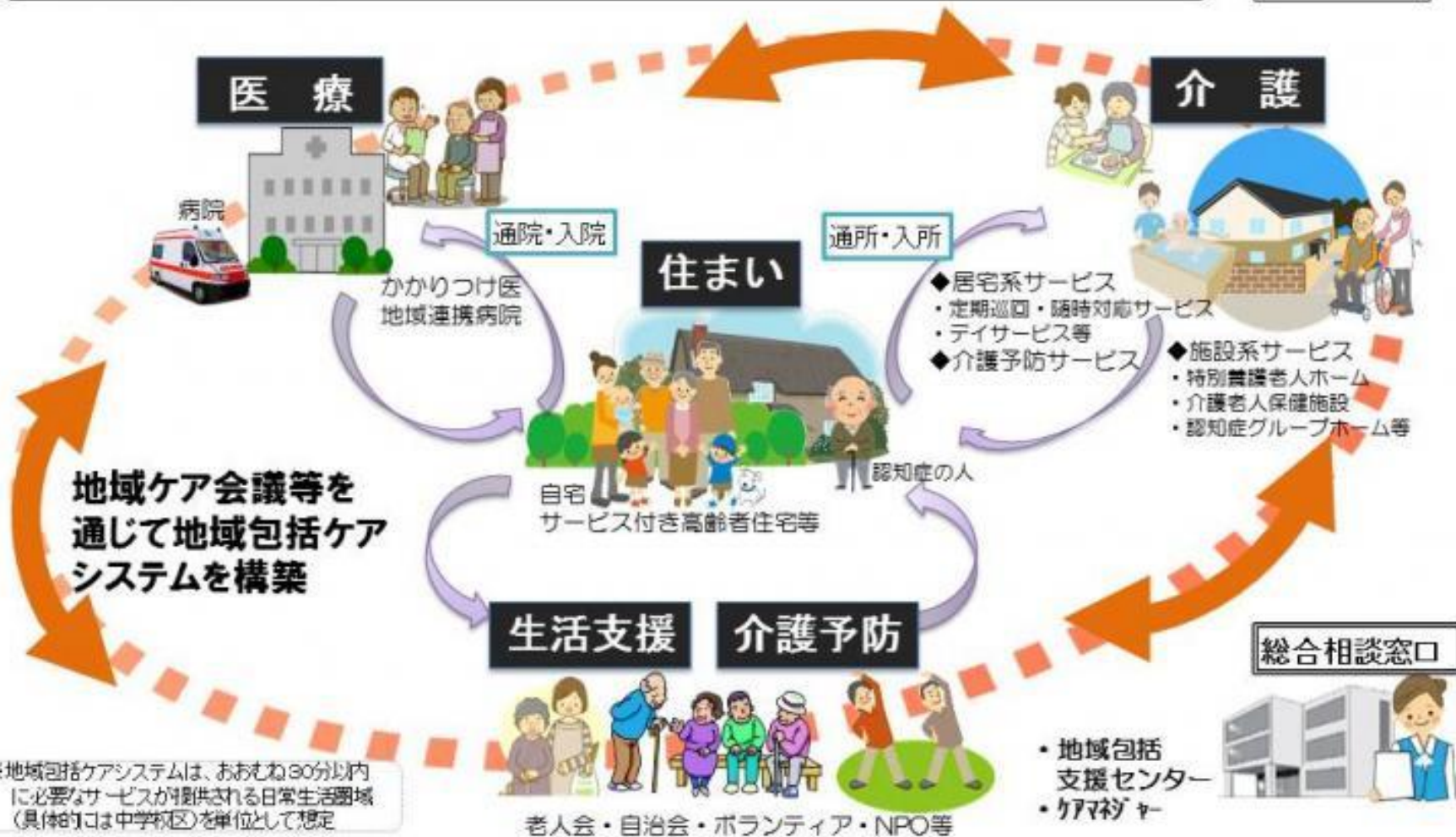
入院2日以内にケアマネージャーに連絡	238/555 (43%)
入院時ケアマネージャーに連絡した総計	283/555 (51%)
入院3日以内に入院時情報提供シートを入手	178/355 (50%)
退院時情報提供シートを送付	112/555 (20%)
退院前カンファレンスを開催	91/555 (16%)

地域包括ケアシステムの全体像

地域包括ケアシステムとは

地域住民に対する医療・介護・福祉などのサービスを、関係者が連携・協力して一体的・体系的に提供する体制のこと。 ※固定的な制度・仕組みではなく常に改善・改良を加えながら動かし続けていくもの。

構築主体は
市町村



地域包括ケアシステム確立のために

様々な職種がそれぞれの立場に立って、各々の
知識、情報を持ち寄り、連携・協働して患者の
ケアを行う必要がある

退院前カンファレンスは

一人の患者にかかわる多職種
のメンバーが一堂に会する、
唯一無二の機会である

ケアマネージャーにお願いしたいこと

契約した患者および家族には入院した際にはケアマネージャーが付いていることを必ず入院施設に伝えるよう指導する。介護保険証に自分の名刺等を添えておく。患者が入院した際には患者の情報を入院施設に提供する旨の承諾をあらかじめ文章で得ておく。

入院施設から患者入院の連絡があった際には、速やかに入院時情報提供シートを送付する。

入院中から積極的に患者の支援に参加する。

退院前カンファレンス開催の知らせがあった場合は可能な限り参加する。参加できるように事前に病棟担当者と日程調整をする。

退院後はケアプランの写しを入院施設と在宅担当医、訪問看護ステーションに送致する。

退院後は在宅担当医、訪問看護師等と積極的に連携をとる。

今後の予定

- 2月初め 専門部会2および各施設退院調整担当によるWG
本案作成検討会
- 2月20日前後 専門部会1, 2 合同会議
本案最終確認
- 2月最終週 第3ネットワーク
試案の運用結果および本案の説明と運用依頼
- 3月以降 11施設による本案運用開始
11施設以外の岐阜医療圏内の主な病院への本案の啓蒙
専門部会3, 4と協働し、在宅での医療行為、食の統一化
を本案に盛り込む