

入退院支援連携デザイン事業

全体目標

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が多職種協働により連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を、一体的に提供する地域包括ケアシステムの構築

事業が担当する分野の課題と目標

【目標】患者や利用者その家族が、自宅や施設等の地域へ退院することを希望すれば、いつでもどこでも質の高い情報提供や相談支援が受けられ、望む場所で自分らしい暮らしができる連携・協働体制ができる

中期目標(1年目):2017年3月までに医療・介護関係者の情報共有ツール整備及び情報共有ができる
指 標 : 入退院支援連携デザイン認知度、入院時連絡率
測定方法 : 入退院連携デザイン認知度調査、入院時連絡率調査

中期目標(2年目):2018年3月までに全病院に質の揃った入退院支援者が配置される
指 標 : 研修受講修了者、各種診療報酬加算
測定方法 : 研修受講修了者数、各種診療報酬加算算定率

最終目標(3年後):2019年3月までに在宅へ退院する患者の80%以上が相談支援部門を知っており、質の高い入退院支援を受け安心して在宅へ移行できる。
指 標 : 相談窓口認知度・満足度
測定方法 : 患者満足度調査

事業毎のアウトカム目標

【アウトカム目標1】
2017年3月までに全医療機関で、各職種・機関の役割を理解し、情報共有内容を検討し、活用できる。

【アウトカム目標2】
2018年3月までに全医療機関に研修を受講した退院支援員が配置される

【アウトカム目標3】
2019年3月までに各医療機関・市町村・医療圏で、PDCAサイクルを廻すことができる

事業毎のアウトプット目標

【アウトプット1】
全医療機関・地域包括支援センターが入退院支援連携デザイン事業を知っている。

【アウトプット2】
全医療機関・地域包括支援センターが情報共有ツールを整備している。

【アウトプット3】
2018年3月までに全医療機関の8割が研修を修了する。

【アウトプット4】
全医療機関に退院支援部門が設置され、設置要綱等が整備される。

【アウトプット5】
退院支援員とCM等との連携・協働が構築される。

【アウトプット6】
退院支援加算、退院時共同指導料、介護支援連携指導料の算定医療機関が増加する。

【アウトプット7】
退院支援を行った事例の8割にMSWサマリーを交付する。

【アウトプット8】
各医療機関で退院支援部門のQC発表が増える。

【アウトプット9】
各医療圏で地域会議開催回数が増加する。

【アウトプット10】
住民代表(自治会長・民生委員等)の研修会・地域ケア会議参加が増える。

【アウトプット11】
モデル病院・市町村から在宅移行する事例が増える。

事業アクションプラン

【施策1】
各圏域で困り事等の問題について、事前アンケート調査やヒヤリングを実施し、課題を抽出する。

【施策2】
2017年3月までに、全医療機関と地域包括支援センターに、情報共有ツールとマニュアルを作成し配布する。

【施策3】
2017年3月までに5医療圏で、多職種研修会を開催する。

【施策4】
平成28年度診療報酬改定の関連項目等について、説明文書や業務統計見本等を配布する。

【施策5】
病院からCMへの入院時連絡率調査を実施する。

【施策6】
医療機関の算定率調査を実施する。

【施策7】
標準MSWサマリー様式項目を検討し、研修会で説明・配布する。

【施策8】
QC手法について、職能団体と協働し研修会を開催する。満足度調査を行う。

【施策9】
モデル市町村での地域会議開催数調査を行う。(診療報酬等や行政統計の活用)

【施策10】
住民向けリーフレットを作成し、住民代表へ配布・説明会を開催する。

【施策11】
モデル病院・市町村で院内外チームで在宅移行を支援する事例を選定し、実践する。

導き出された対策項目

【対策項目1】
入退院支援連携デザインの標準化と均てん化

【対策項目2】
質の高い入退院支援ができる入退院支援者の配置

【対策項目3】
地域特性に応じた入退院支援連携デザインの充実と質の向上