

令和3年度「県北医療圏退院調整ルール」運用評価会議（病院・ケアマネジャー・地域包括支援センター合同会議）グループワークまとめ

『課題解決のためにできること』

～それぞれの立場から現状を伝え合い、さらに相互理解と連携を図るために～

1 うまくいった取組み・事例・心がけ（感想）
(1G) 【ケアマネ意見】 ・退院調整ルールは比較的スムーズに進められている。 ・コロナで状況把握は大変であるが、連携に向け共有していきたい。 ・家族からも連絡が入るようになり、早めの調整が図られている。
(2G) ・リモートを行う際の病院側の準備についてかわった。 ・大きな病院ではリモート会議の工夫があつて良かった。（本人との会話・表情がつかみにくい点もある） ・情報共有シートが電子カルテ上で見られ病棟看護師もすぐに確認できる状況がある。退院支援の参考になっている。
(3G) 【目的】利用者・家族の不安のない在宅生活のため ◆自己紹介+退院調整ルールについての意見 病院：ケアマネが病院に来てくださる。日常生活を理解しているため生活情報収集ができる。 本人がどこで過ごせるのかの状況把握や希望の確認もとれる 包括：退院調整ルールで情報がもらえるため紹介や対応がしやすくなった。地域包括で何ができるか考えたい。 訪問看護：病院から本人の状況確認ができて支援ができています。本人が安心して在宅に戻れる。 市町村：退院調整ルールがあるのは把握していたが詳細未確認。本日学びたい。 ◆課題とその解決のためにできること （対応例） ・ケアマネから明日退院と聞いてケアプラン作成し調整等もしている。 ・コロナだから面会・ケース会議が開けずズーム会議等で対応。
(4G) 【現在進行形の事例について】 ・病院からCMに連絡する体制を実践するには、どちらかが歩み寄りなければ難しいと感じる。しかし、何か問題がある患者さん、気になる患者さんに対しては必要なことだと思う。 ・病院看護師から個々のCMに連絡するのは難しい。が、地域連携室を通しての連絡はできる。 ・情報提供に対する本人の了承を得る必要はある。CMがいるということは情報共有の理解があると考えている。個別のCMから連絡が入る場合、顔がわからない場合もあり、そのようなケースでは家族に確認をしたうえで情報提供を行っている。 【情報共有シートに関して】 ・情報共有シートは浸透してきている。 多岐にわたる情報の中からどこに着目するのかには個別性があり、必要とする情報はそれぞれ違っている。それをまとめる場所があるとよい。 【コロナ禍の情報共有に関して】 ・リモートによる面会が行われている。 ・言葉だけでなく、実際の患者さんの姿を見せてもらえるのは、とても重要。リモートによる顔の見える関係も根づいてきている。 ・RHの様子など患者さんの動きをビデオに録り、提供することで、家族が患者さんの状態がわかり安心して自宅退院の準備ができる。 ・CMの立場でリモート面会に対する注文はあるか？ 患者像がつかめればCMは考えていくことができる。しかし、細かい患者の動きは捉えにくい。事前に、要望の動作をビデオに撮って提供してもらえる とよい。 ・ズームなどで患者の自宅を映し病院のRHスタッフから段差などのアドバイスをすることもできる。 ・自宅に戻るには、ここの動きができるようになっているとよいと具体的な動きのポイントを伝えるようにしている。 ・リモートや状況によってはズームでの担当者会議などを行っている。
(5G) ・退院調整ルールが定着し、スムーズに移行支援ができている。 ・ルールが定着したことで、病院の相談員と顔の見える関係が構築され、以前よりも調整しやすくなった。 ・その人らしい在宅生活が継続できるよう、入院患者だけではなく外来患者との連携も重要であると改めて感じている。 ・あづま脳神経外科病院では、情報共有シートを活用しながら退院支援が必要かを入院時にスクリーニングしている。病院側では退院支援が必要ないと判断している事例でも、ケアマネからの情報で経済的・家庭環境的に支援が必要であることが分かるケースも多く、もれなく支援につながっていると感じている。 ・行政としては、入院中の患者さんが介護認定申請された場合、病院と密に連絡を取り合い、介護認定状況や審査会の進捗状況などを共有し、退院支援

<p>(5G)</p> <p>に生かしている。また認定調査の際に、要支援か要介護の区別がある程度つけば、調査時にケアマネ一覧表を家族へ渡し、スムーズに退院調整につながるよう支援している。</p>
<p>(6G)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入退院時、病院側から「家族の承諾を得ていないので伝えられない」と言われたケースについて （対応・工夫）県北退院調整ルールにおいて、担当ケアマネジャー（包括担当）に知らせ、退院相談を行うことになっていること、家族から許可ももらっていることを伝え、それでも話が進まない時は契約書の記載事項等から説得したケースがある。 ・コロナ禍での連携 オンラインが主流になってきた。 ・入退院が頻回な方の共有シートの扱いについて 連携室に連絡し、シートが必要かどうか事前確認する。（病院側の方が情報を知り得ているケースも多い） ・包括は契約などせず地域の方々の対応をすることが多い。その際に病院（特に精神科）から情報提供が難しいケースがある。 工夫：顔の見える関係構築（地域支援者は共に助け合う存在だということを伝えていく）
<p>(7G)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院調整ルール自体はとても役に立っている。今回の発表の内容も共感できる部分が多かった。 ・退院調整ルールが各機関、家族へ周知されている。MSWの調整の甲斐もあって連携、調整がスムーズ。 ・（病院側として）コロナ禍で家族やCM、事業所の面会を制限している中ではあるが、医師の理解あり、個室での介護指導の実施や5分程度のCMの面会、ZOOMでのカンファレンスを行うことができている。ADLに変化のあった本人の状況を知ってもらいながら退院することができている。
<p>(8G)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コロナ禍で制限がある中でリモート、短時間面会等各病院で工夫していることが分かった。 ・ICT活用する環境づくり、仕組みづくりが重要。ピンチがチャンスと捉えて活動していく！ ・コロナ禍で人数制限や、よりポイントを搾っての対応も必要となったが、必要な情報に関してはもらっていた。 リモート移行で、対面にはない感じをどう伝えるか、うまく伝わっているか気をつけながら対応している。実際に十分に情報が活用につながっているか心配もある。 ・リモートを行う上で環境や使用機器の確保等設備投資の面、また通信費等の課題がある。
<p>(9G)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各機関、入退院時における情報シートの活用が出来ており、連携が取れていると感じている。 ・外来受診のみの患者様について、地域の事業者が情報提供が必要だろうと思って病院へ連絡を入れても、思ったように情報が伝わっていない事がある。また、外来通院のみの患者様について、連携の窓口はいつも通りでいいのだろうか、との疑問も生じている。 ・地域包括にて担当者が決まっている方の場合、サポートが軽度な方が多く、入院中のキーパーソンも本人の方もいらっしゃる。そのような場合は、入院時にどなたからも連絡が入らず、退院後に本人から入院していた事を教えてもらう事もある。病院側も、本人・家族への説明にてケアパス通りに退院への話しが進む場合は、退院の連絡を入れる必要性を感じていない事があった。
<p>(10G)</p> <p>【工夫】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リハビリの様子を動画で見てもらったりしてご本人の状況を伝えている。 ・ご家族にもADL状況など動画を見てもらって確認してもらい、病棟に來れない時には外来に來てもらっていた。 ・介護指導を個室で対応し、一連の説明を家族に入ってもらって確認してもらっている。 ・ご家族が、家に戻って介護できるかなどの不安があるため、病院からリモート面会などで聞いた情報で、「こういう状況です」とケアマネからも話して理解してもらい、不安の解消を図っている。 ・病院としては、ケアマネから情報提供をもらい、こまめに連絡もあり、「今どんな状況ですか？」とやり取りするケースが増えた。 ・病院での介護指導は実際に会ってもらって行っているが、訪問看護師とも連携して情報共有をしている。 ・家族の方に来てもらうにあたり、病院としては、感染対策室とも連携して相談している。
<p>(11G)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院調整ルールが始まり以前より連携は取りやすくなっている。 ・患者、家族から連絡が来るようになった。 ・コロナ禍になってからオンラインを活用し連携もとれていると感じているが、やはり直接会っての家族の理解や受け入れの方が良いと感じる。 ・病院と在宅との視点の違いを感じる時がある。（在宅での生活環境の情報共有不足） ・患者情報シートの活用は、電子カルテに入れても病棟看護師が見ることは少ないと感じる。 ・入院患者の家族関係が複雑であったり、非協力的な家族もおりに対応に苦慮するケースもあるが、遠方でも協力的な家族もいて様々だと感じる。 ・退院時にサービスを調整したとしても、実際自宅に帰ると利用されていないこともある。自宅に帰ってから家族が理解できていない状態であったり、嫌がるケースもある。
<p>(12G)</p> <p>【コロナ禍での実施状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・まだオンラインの環境が不十分な病院や事業所もある。環境に合わせてその都度対応を検討する。 ・オンラインでは本人の状況をよく理解してもらえるか、不安なところもある。 ・オンラインだと、特に歩行困難の方や寝たきりの方への対応が難しい。 ・オンラインのみでなく、退院前は直接、家族等に会うようにしている。 退院指導は、オンラインだと難しい。 時間も限られるし、おむつ交換や経管栄養等の実地指導も、指導用人形はあるものの、うまく理解してもらうのが難しい。 そのため、退院しても「できない」ことを前提とした介護サービスの組み立てが必要なる。（コロナ禍でなくても同じだが） ・病院と家族のコミュニケーションは減っている。

(13G)

【情報共有シートの活用について】

医療機関：ケアマネや地域包括から提出された情報共有シートは、スキャンしてカルテに取り込みカンファレンスに役立てている。

ケアプランがあると本人の「思い」も読み取れるので参考になる。

居宅ケア：シートのみでは情報が足りないと思うことがあり、ケアプランの添付や、直接担当者に電話連絡することもある。

【関係職との連携で工夫していること】

・ ZOOM の活用、スマートフォンの LINE で画像の送信などでシートのみでは伝わらない部分を補い、関係職との共有だけでなく、本人や家族への説明にも役立てている。

※病棟にスマートフォン 1 台を購入した。

・ 情報を細やかに共有するため、何度も関係職に連絡をとっている。

・ 外来患者でも気になる方がいれば、看護師から情報提供があり、本人の家族からも話を聞くなどが可能になるよう職員を育てた。

2 持ち越しの課題

(1G)

【医療・介護の専門職の意見での共通事項】

・ 入院した時家族からの連絡がなく困ることがある。

・ 特に独居で連絡先が分からない方の対応に苦慮している。

・ コロナでのオンライン面会など家族体対応が一律ではないと感じている。

【課題としてのまとめ】

・ 万が一の際の連絡先共有の取り組みとして、伊達市の冷蔵庫への緊急連絡先キッドの利用を一部の市町村のみでなく県全域に拡大して欲しい。

・ お薬手帳が浸透したように、伊達市の「私のカルテ」、福島市の「私の人生ノート（人生会議）」のような情報は有効であり、一部の市町村の取り組みではなく県の取り組みとして医療と介護の場に浸透させ、連絡先や意思決定を知るツールにして欲しい。

・ 退院調整ルールは制度化され 8 割程度、シート共有などにより連携が図られていたが、本人・家族のルールの理解の部分では低い結果であり市町村・県の周知方法の検討が必要。

(3G)

◆ 独居等身寄りのないケースの増加 ➡ 支援困難となってきている

・ 包括へ病院からの連絡で行政手続き等実施し体制を整備

・ ケアマネ事業所：独居ケース多い

・ 病院より：退院先がない

一人暮らし困難事例 成年後見人で対応するがその案内や支援を誰が行うのか対応が難しい。

【精神科病院について】

・ 現在管内 8 つの精神科病院も退院調整ルールに協力をもらっているが、精神疾患のケースではより調整が難しく支援が必要な場合もあるので、今後はより連携を強化していくためにも、こういった合同会議へより多くの病院の参加を希望したい。

【その他意見】

・ 認知症ケースは症状が軽度のうちに対応が必要

・ 精神疾患ケースは在宅生活が難しい・・・施設入所等での支援が多い

(5G)

・ 担当区域から少し離れた病院へ入院した患者の情報共有シートを送ろうと、相談員へ連絡したところ「個人情報なので答えられないし、こちらから情報を送ることもない」と言われたことがある。個人情報の取り扱いに悩む場面もある。

⇒あづま脳神経外科病院でいえば、ケアマネから連絡をいただけるのは嬉しいし、きちんと所属名と氏名を伝えてもらえれば最低限の情報を共有している。

⇒今後さらなる退院調整ルールの定着が課題か？

(7G)

・ コロナ禍で本人の状況を確認できずに退院。退院してからのサービス調整が多く、家族への介護指導もできていない状況で退院している。

・ 本人、家族、事業所への退院調整ルールの周知ができて一方、院内(特に医師)の周知ができていないか不安。退院時のサービス調整の方法を知らない医療が急遽、退院日を決めることもあり支援が難航することもある。

・ 退院ありきではなく、事前に連絡を頂きたい。コロナ禍で本人の状況を直接確認できない中で、急遽退院となるとサービス調整を優先してしまい連絡や連携が疎かになる。

(7G)

⇒コロナ禍でこれまでのルールでは対応できない部分が増えた。面会や来院をして直接話をすることやご家族の状況理解が難しい状況にあるが、コロナ禍だからこそできる方法や対策がないかの検討やルールを見直すチャンス。

例) ツールの見直し(紙媒体だけで良いか) ZOOM を使用することでいつでも話ができる。カンファの実施や動画の共有を図り、お互いに納得ができる。

(8G)

・ 退院調整ルールの本院・家族への周知(認知度は低い)

・ コロナの影響で病床転換があり、一般病床が少なくなったことで救急搬送が受けられない、お断り事案が増えるなど弊害が生じている。

・ 外来患者・利用者の生活支援(情報共有の仕方)、同行・同席苦勞(待ち時間が長いことによる)

(9G)

情報共有シートについて、今後の改善を検討して頂きたい点として

- ・認知症の方の問題行動や認知症以外の精神症状について書く欄が決まっておらず、療養上の問題欄に多量に書き込まれている事がある。改めて、精神面の評価をする欄が必要ではないか？
- ・本人や家族の希望や思いを書く欄があっても良いのではないか？
- ・ACPの視点を加える事は出来ないだろうか？

(10G)

- ・関係機関との顔合わせ機会がコロナにより減少した。
- ・包括としては、利用者本人やその家族に入院した場合には、担当ケアマネに連絡をしてもらうようにもっと伝えていくことが必要であると感じている。(家族がケアマネを知らないことなども課題。入院したことを後から知ることあるため。)
- ・コロナ禍で連携の在り方として、家族と外部、関係者が、まじかにご本人に会えない中での連携が大変。
- ・コロナ禍でご本人に直接会えないため、居宅ケアマネとしてのマネジメントが難しい。
- ・ご家族が患者のADLを直接見れないため、家族とのやりとりも難しくなっている。
- ・ご家族が面会など出来ないため、不安を話されることが多くなった。
- ・ケアマネとして、ご本人の状態が分からないため、いかに病院と連携が図れるかが課題である。
- ・cvポートやサクションなどの医療行為の家族への手技指導について、今までは病棟看護師が指導出来ていたが、コロナ禍でなかなかできなくなり、退院時の指導が訪看に移行している感じがある。
- ・家族が手技について何をどうしたらいいのかとの不安があり、支援者として寄り添っていけるかが、課題だと感じている。
- ・家族が手技の指導など受ける場合にもTPPなどで行かないといけないのが大変。

(13G)

【情報共有シートの活用】

- ・シートから得る情報や医療・介護連携の意味が、なかなか病棟看護師に伝わらないのが現状。
- ・ケアマネジャーが何を知りたいのかが読み取れないこともある。
- ・本人の思いをケアマネジャーが代弁して記載してほしい。書面ではわかりにくいですが、実際、なかなか本心を話さないことも多い。
- ・ケアマネジャーが関わる中で、医療的な課題、生活上の課題なども記載してほしい。

【地域包括の対応】

- ・地域包括によって、また地域包括内の人事異動の影響もあり、対応にバラツキがある。そこには法人や所長のカラーも出ている。
- ・地域の「気になる方」を職員皆が気に掛ける雰囲気を作る必要があるのではないか。
- ・「要介護」認定の方は丸投げされることもある。