

【県北圏域】退院調整に関する病院アンケート調査の結果

**調査の概要**

1 目的

平成28年12月から運用開始となった「福島県県北医療圏 退院調整ルール」の運用開始後の病院における状況を把握し、退院調整ルールの評価見直しを行う。

また、病院における退院支援体制や取組状況等を把握し、地域包括ケアシステム構築へ向けた取組を検討するため、調査を実施する。

2 調査主体

県北保健福祉事務所 保健福祉課高齢者支援チーム

3 調査対象

県北医療圏退院調整ルール参加医療機関 30ヶ所

4 調査時期

令和3年7月

5 調査基準日

令和3年6月1日

6 調査内容

- 各病院の病床種類、病床数、退院調整担当部門等
- 退院調整ルールの活用状況等
- 病院内の退院支援体制及び取組状況

7 調査結果

回答数

種別	対象数	回答数	回答率 (%)
退院調整ルール 参加医療機関	30	30	100%

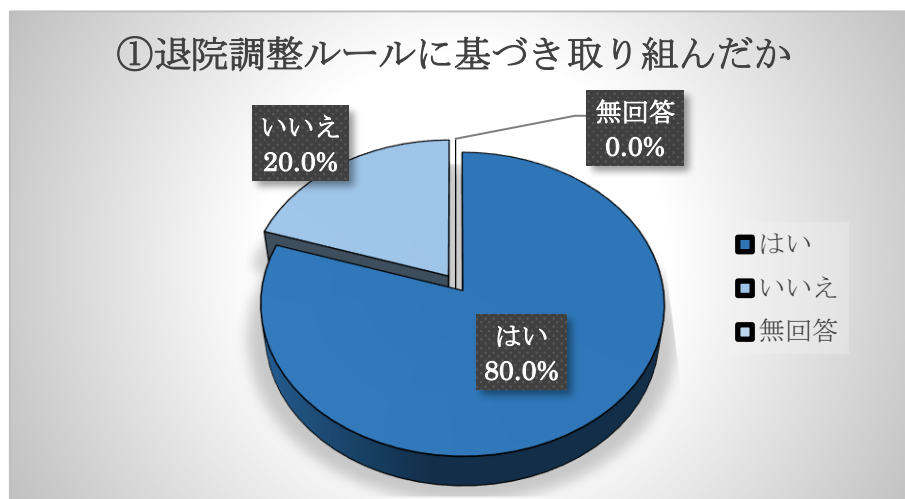
(1) 福島県県北医療圏退院調整ルールを活用等について

① 退院調整ルールに基づき取り組みましたか。

はい	いいえ	無回答	合計
24 (80.0%)	6 (20.0%)	0 (0%)	30 (100.0%)

【取り組んでいない理由】

- ・ 必要時連携している。
- ・ 独自の手順で実施。
- ・ 以前から入院時にケアマネとの連絡を行っていた。

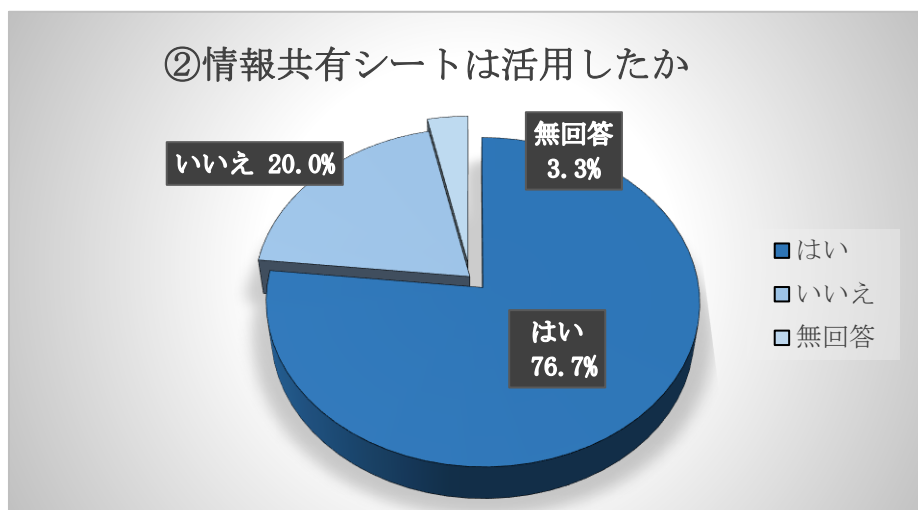


② 情報共有シートは活用しましたか。

はい	いいえ	無回答	合計
23 (76.7%)	6 (20.0%)	1 (3.3%)	30 (100.0%)

【活用していない理由】

- ・ 独自のツールで対応、看護サマリーで代用。
- ・ 口頭での連絡調整や報告の形になっている。



③ 退院調整ルールの実用前と比べて、ケアマネとの連携は取りやすくなりましたか。

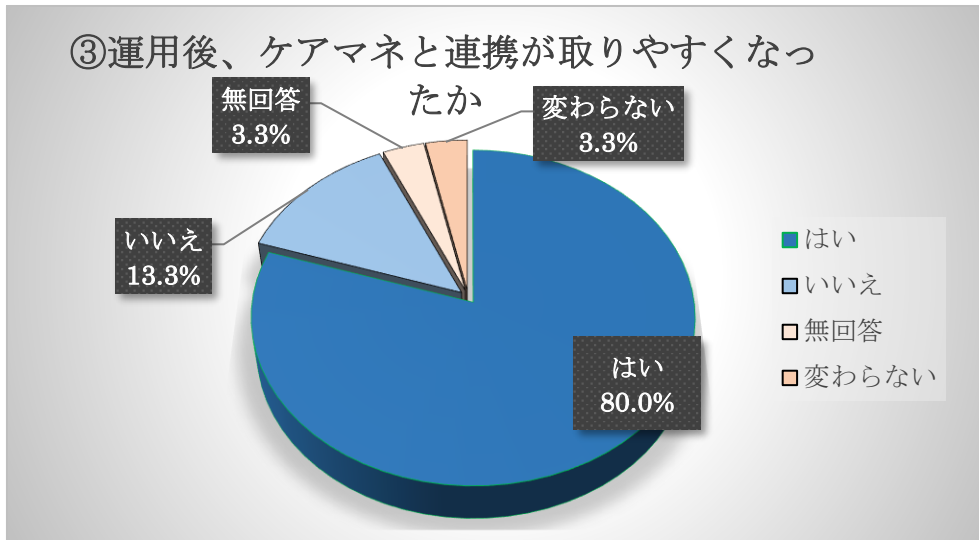
はい	いいえ	無回答	変わらない	合計
24 (80.0%)	4 (13.3%)	1 (3.3%)	1 (3.3%)	30 (100.0%)

【いいえと回答した理由】

- ・以前から必要時にケアマネと連携をしていた。

【変わらないと回答した理由】

- ・ケアマネとの情報共有、打合せ等臨機応変に協力し合い、習慣化している。



④ 退院前・退院時カンファレンスにケアマネが参加する回数は増えましたか。

増えた	減った	変わらない	合計
6 (20.0%)	11 (36.7%)	13 (43.3%)	30 (100.0%)

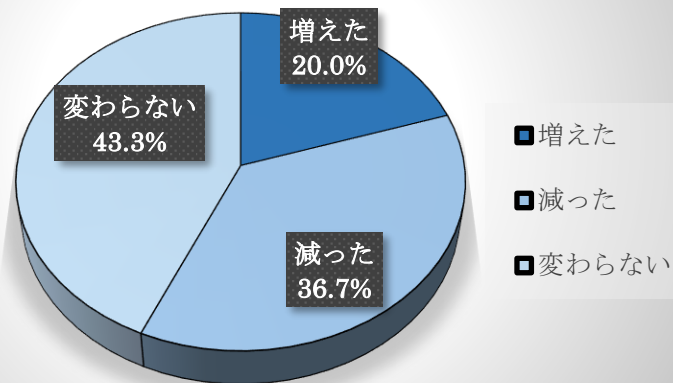
【減ったと回答した理由】

- ・コロナウイルス感染予防のため、入棟制限がある。
- ・コロナの影響により、オンライン（リモート対応）となったため。
- ・面会禁止となっていて、限られたケース（最小限）のみ参加となっている。
- ・コロナの影響でカンファレンスの開催件数が減った。

【変わらないと回答した理由】

- ・コロナの影響で入院患者数自体が少なく、割合としては同じ。
- ・退院患者数が変わらない。
- ・カンファレンス開催はケアマネの参加を前提としている。コロナにより実施回数は減った。
- ・活用前から必要に応じて参加してもらっている。

④運用後、カンファレンスにケアマネが参加する回数が増えたか



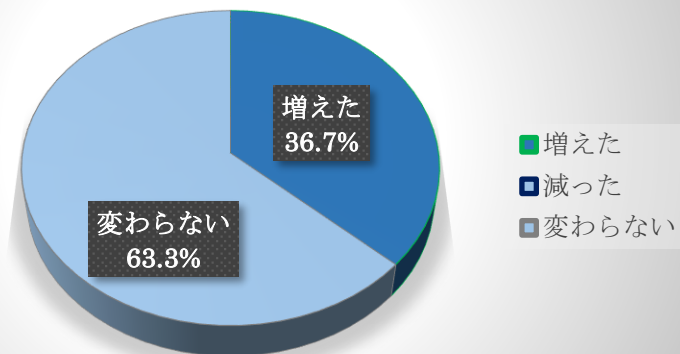
⑤ 退院時情報提供について、ケアマネへの連絡が増えましたか。

増えた	減った	変わらない	合計
11 (36.7%)	0 (0.0)	19 (63.3%)	30 (100.0%)

【変わらないと回答した理由】

- ・必要時は以前から連絡し合っていた。
- ・退院支援にはケアマネは必須なので必ず連絡している。
- ・ルール開始前もやり取りはできていたので変わらない。

⑤運用後、退院時情報提供についてケアマネへの連絡が増えたか



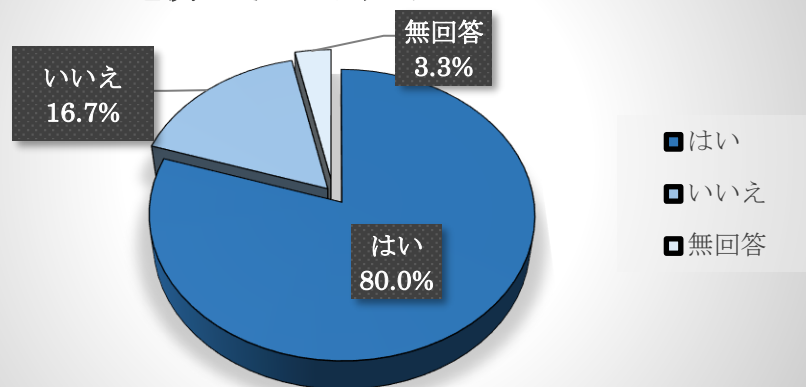
⑥ 入院前にケアマネが決まっていない場合の退院調整について、居宅介護支援事業所や包括支援センターとの連携は取りやすくなりましたか。

はい	いいえ	無回答	合計
24 (80.0%)	5 (16.7%)	1 (3.3%)	30 (100.0%)

【いいえと回答した理由】

- ・ 以前と変わらない。
- ・ 連携することが当然で、あえて取りやすくなったという感覚はない。

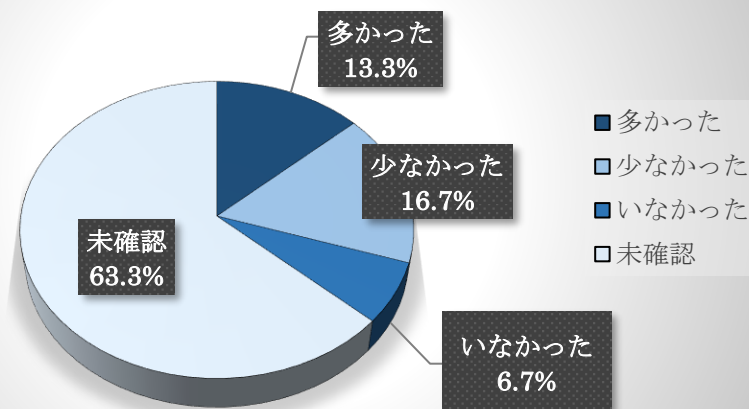
⑥運用後、居宅介護支援事業所や地域包括支援センターとの連携は取りやすくなったか



⑦ 入院時、退院調整ルールを知っている患者・家族は多かったですか。

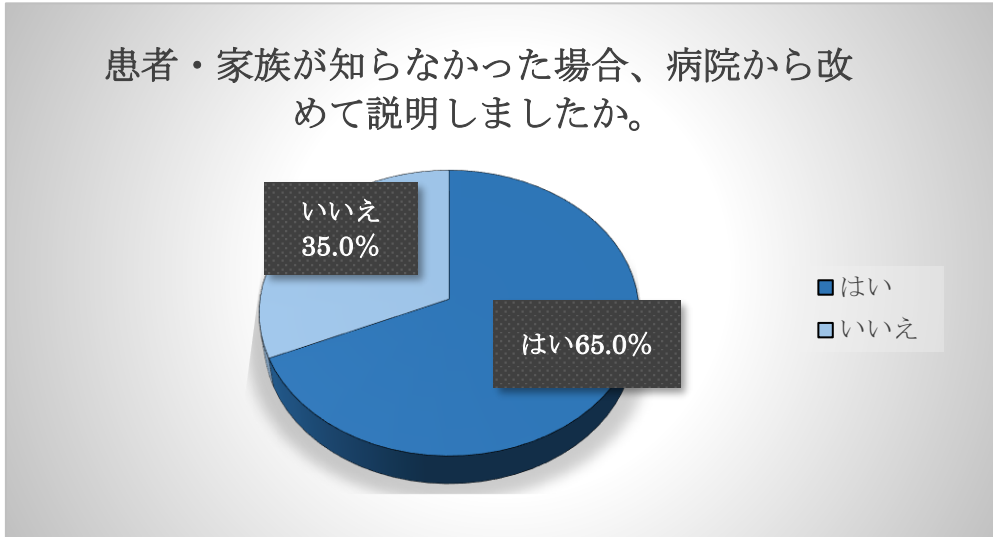
多かった	少なかった	いなかった	未確認	合計
4 (13.3%)	5 (16.7%)	2 (6.7%)	19 (63.3%)	30 (100.0%)

⑦退院調整ルールを知っている患者・家族はいたか



⑦ーア 患者・家族が知らなかった場合、病院から改めて説明しましたか。

はい	いいえ	合計
13 (65%)	7 (35%)	20 (100.0%)



○ 退院調整ルール of 住民への周知や浸透度について自由意見。

- ・ 退院支援ルールと説明しても、家族は分からない。そのため、ケアマネと連絡調整をすると伝えるが、ケアマネがだれかを知らない家族も多い。
- ・ 入院と同時に家族がケアマネに連絡するようになってきた。一方で通院歴がない 80 代、90 代の介護保険申請が少ない。
- ・ 入院となると家族が担当ケアマネへすぐに連絡を取り合い今後の方向性の希望を話していることが多く感じる。
- ・ 入院時セット持参で入院される方がほとんどおらず、ルールが浸透しているか不明。
- ・ 住民からの声は特に聴かれていない。
- ・ 知らない方が多いと思う。入院時に、ご本人、ご家族には必要に応じて情報提供させてもらうことに了解をとっている。

⑧ その他

◇うまくいっている点（良かった点）

- ・ 入院時に早期にケアマネと連携をとることで、在宅での情報を院内で共有しやすくなった。入院後から何度かやり取りするため、退院の目安、時期等が伝えやすい。
- ・ 院内で取組が進んだ（患者で地域に帰すという意識が進んだ）
- ・ 入院時に家族がケアマネに、ケアマネから病院への情報提供がスムーズになって、退院支援がやりやすくなった。
- ・ 情報共有シートを活用することで入院前の状況把握がしやすくなった。

ケアマネ共通ルールがあることで連携がしやすくなった。

- ・早い段階での情報共有により（治療経過にもよる）今後の方向性がつけやすい。施設入所を希望する場合は早くからケアマネが動いてくれ家族への意識づけをしてくれる点は助かっている。
- ・家族が担当ケアマネの名前等覚えていなかった時、居宅側から担当の電話をいただける点は助かっている。
- ・介護認定を受けている患者さんの入院が決定すると、医師や看護師より医療ソーシャルワーカーに連絡がはいることが多くなり、入院前、入院時よりケアマネと連携が図れるようになった。
- ・担当ケアマネと入院前の状況、入院時の状況を情報共有しご家族、本人と一緒に目標に向かって退院することができた。
- ・入院前の患者の状態がわかるようになり、退院に向け必要な支援及び目標が設定しやすくなった。カンファレンスの開催がしやすくなった。
- ・入院前よりケアマネ等から連絡を受けて、情報共有シートの提出があり、以前より情報把握がしやすくなり、主治医の判断や治療の方向性が立てやすくなっていると思う。

#### ◇改善を要する点（困っている点）

- ・予測を立てているタイミングより早い段階で退院が決まってしまうこと。施設入所の予定の方で、入所日程が決まる前に入院となると、退院のタイミングで入所できず、一時退院し自宅待機となる。
- ・急性期の病棟では急遽の退院もあり、ケアマネへの連絡が急になってしまう場合がある。
- ・リモートなどの体制整備
- ・本人や家族が自宅へ帰りたがっても、受け入れる事業所側の調整時間がかかったり、退院日の先延ばしがあること。
- ・コロナ感染防止対策として、面会禁止となっており、院内でのカンファレンス、担当者会議ができず情報共有が図れない点があった。
- ・家族が担当ケアマネがいることを認識しておらず、入院している旨や現在の状況を伝えるのが遅くなった。
- ・居宅介護支援事業所やケアマネの名前を覚えていない患者、家族がいる。ケアマネの名刺を持っている方は少なく（新しい事業所も多くなり）連絡が遅くなることもある。

#### ◇退院調整ルール運用について今後必要なこと

- ・ケアマネのアセスメント力の向上
- ・退院支援の新しい形を形成していくためにも、各事業所でリモート（ズームなど）の体制を整備していく必要があり、体制構築のためには、行政機関の協力も必要と感じる。

- ・地域内の病院の役割、体制により、どの病院でも同じようにルールにのっとってケアマネとやりとりすること（退院までの期間等）は困難だと思う。できるだけルールにのっとりケースによっては臨機応変な対応が必要だと思う。
- ・コロナ渦でも円滑に連携が図れるかの確認。事業所や施設の受け入れなど現職の方から実際の話を知りたい。
- ・その都度、評価、検討を行い見直すことができればよいと思う。
- ・ルール運用開始から数年経過するため、うまくいかなかった事については逆にどのくらいあるのか、なぜ取り組みがうまくいかないか検討してはどうか。
- ・情報共有シートの修正や検討は適宜必要ではないかと思われる。（精神的な部分の記載が可能な書式等）

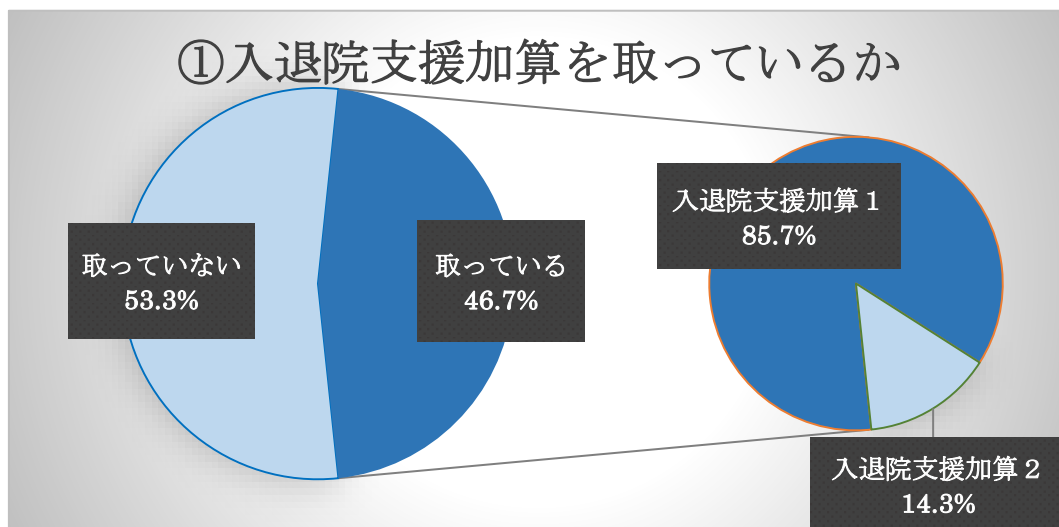
(2) 入退院支援に関する病院内の取り組みについて

① 「入退院支援加算」をとっていますか。

取っていない	取っている	合計
16 (53.3%)	14 (46.7%)	30 (100.0%)

⇒「入退院支援加算」の種類

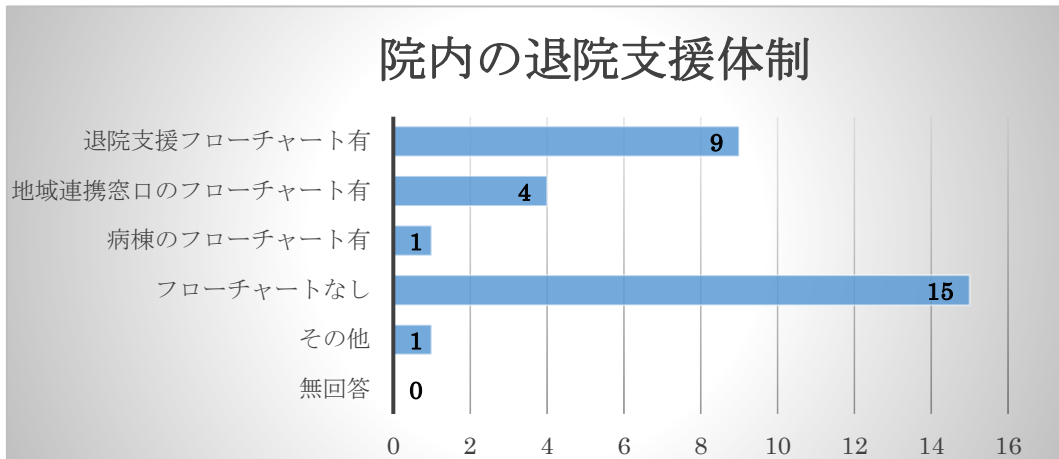
入退院支援加算1	入退院支援加算2	入退院支援加算3	合計
12 (85.7%)	2 (14.3%)	0 (0.0%)	14 (100.0%)





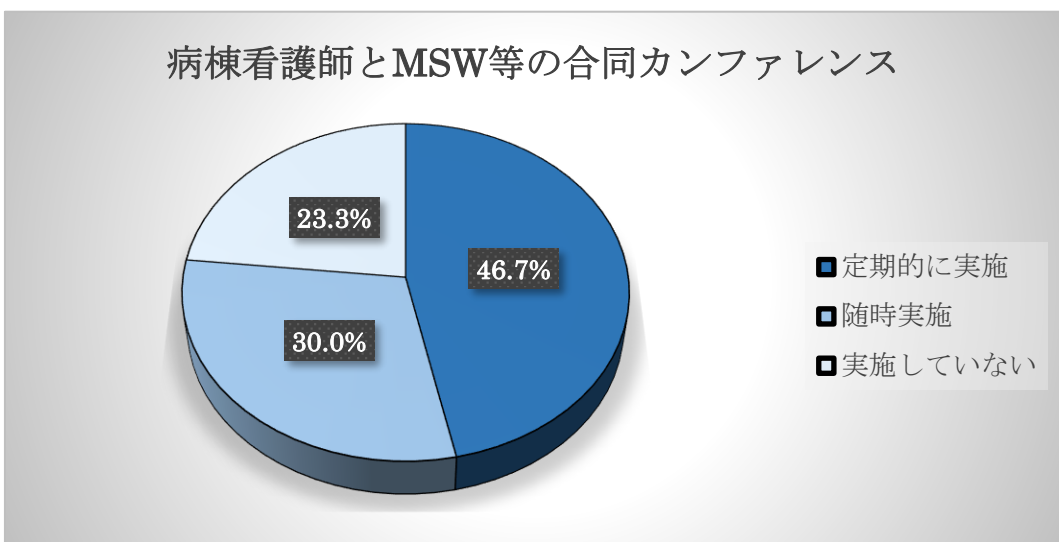
② 院内の退院支援体制について

退院支援 フローチャート有／職種役割明文化	地域連携 窓内だけの フローチャート有	病棟だけの フローチャート有	フロー チャート なし	その他	無回答	合計
9 (30%)	4 (13.3%)	1 (3.3%)	15 (50%)	1 (3.3%)	0 (0%)	30 (100%)



③ 退院支援計画書の作成のため、病棟看護師と医療ソーシャルワーカー（医療ソーシャルワーカー）等との合同カンファレンスを実施していますか。

定期的実施	随時実施	実施していない	合計
14 (46.7%)	9 (30.0%)	7 (23.3%)	30 (100.0%)



◇ 「定期的実施している」場合の具体的な内容

- ・各診療毎、決められた曜日時間に実施。医師、病棟看護師、リハビリ、栄養士、薬剤師、医事課、医療ソーシャルワーカー、退院調整看護師で随時実施することもある。患者数により 30～45 分程度。患者の入院 7 日

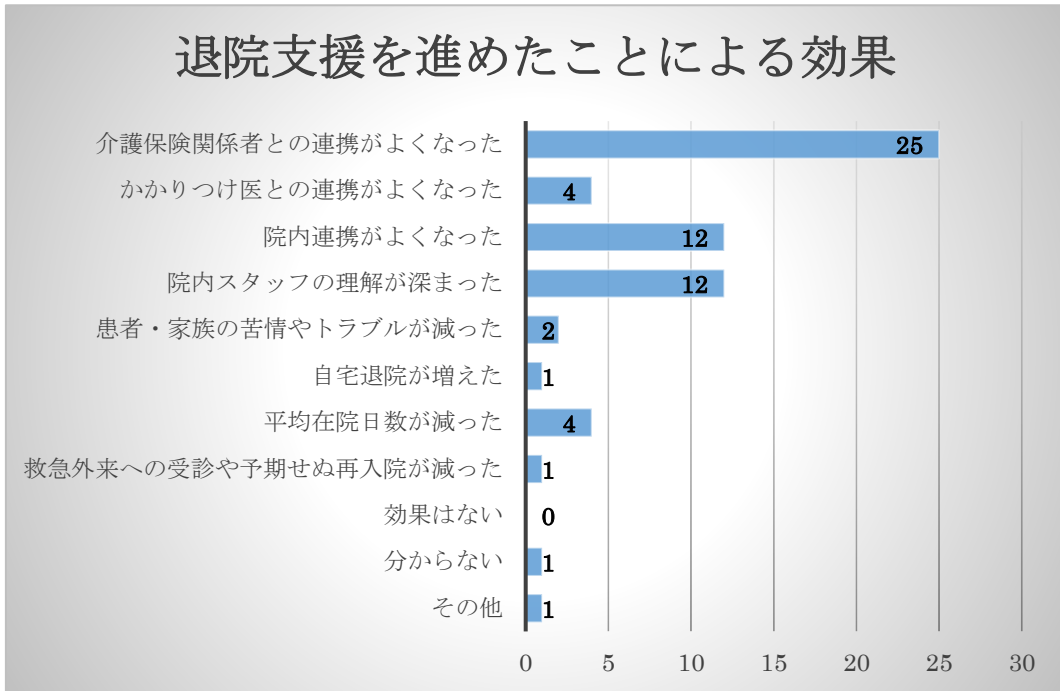
以内のカンファレンスのため、病棟看護師、医療ソーシャルワーカー、退院調整看護師で随時実施もある。

- ・入院1週間以内のカンファレンス(15～20分程度)、および医師、看護師、リハビリ、栄養士、医療ソーシャルワーカーが参加しての担当医別カンファレンス。
- ・毎週水曜、1時間 医師、看護師、リハビリ、医療相談員事務参加
- ・月～金、毎日15分～60分、医師、看護師、医学、作業療法士、栄養士、医療ソーシャルワーカー参加
- ・入院後3～7日目で30分退院支援看護師、医療ソーシャルワーカー、病棟看護師、リハビリ担当
- ・毎週月曜日30～40分程度退院調整看護師、リハ、病棟看護師、医療ソーシャルワーカー
- ・入院7日以内に病棟で看護師、医師、社会福祉士、リハビリ、薬剤師、管理栄養士が集まり、1人約5分～10分程度今後について話し合う。スクリーニングで見落とされ、医療ソーシャルワーカー未介入の方もカンファレンスで拾い上げる場となっている。
- ・4病棟ごとに実施。週2回(火・金14:00～)15分～30分程度。病棟看護師、社会福祉士(病棟専任)、入退院支援担当看護師、医療ソーシャルワーカー
- ・週1回、約30分～1時間程度、看護師、リハビリスタッフ、栄養士、社会福祉士、訪問看護が参加。
- ・回復期病棟(火・木)急性期病棟(月～金)時間を定め行っている。
- ・月、水、金、5～10分/人退院支援専従看護師、病棟師長、看護師、退院支援専従社会福祉士、
- ・毎週月曜日と金曜日の午後、退院調整看護師、担当看護師、リハビリスタッフ、医療ソーシャルワーカーで実施。
- ・退院支援計画書の作成のためではなく、療養病棟(精神科)の退院支援委員会や医療保護入院者退院支援委員会を実施している。

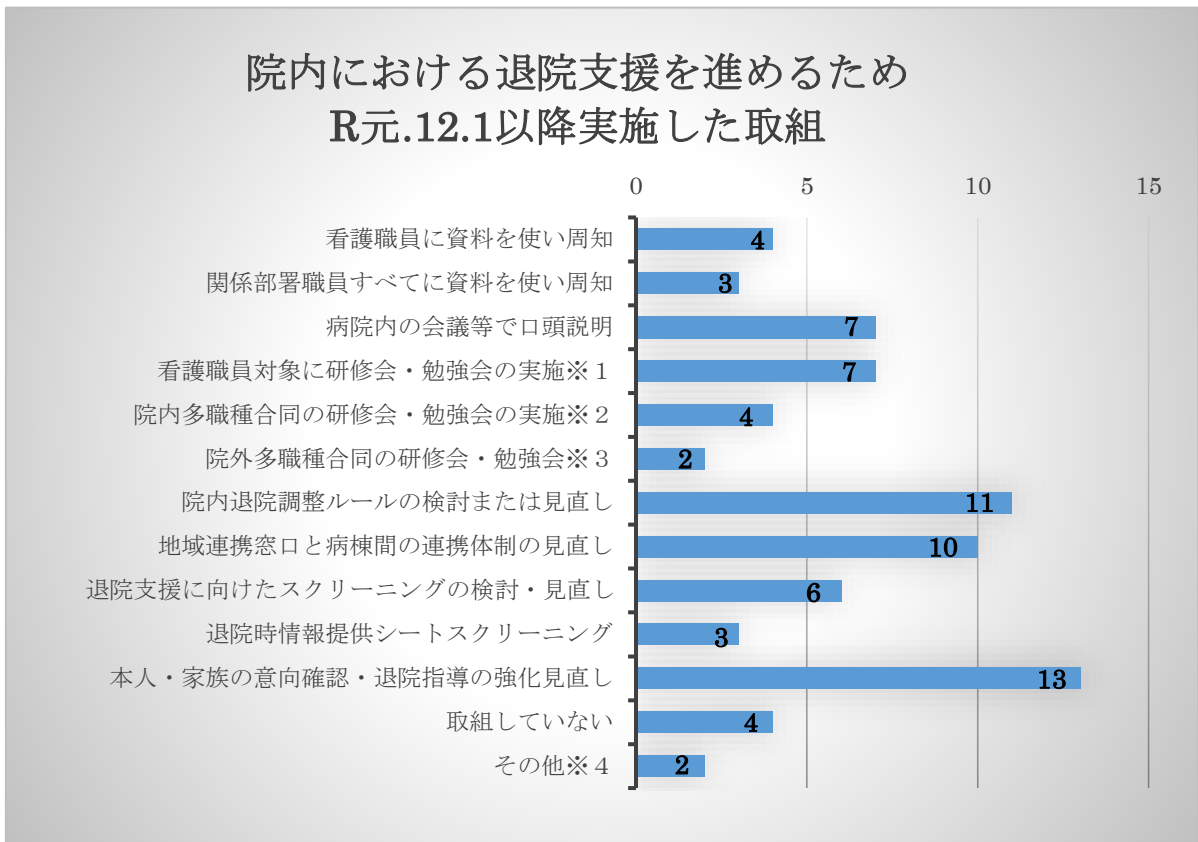
◇「実施していない」場合の理由

- ・退院支援計画書を作成していないため。
- ・退院支援加算をとれる病院基準ではない。
- ・カンファレンスの形をとらず都度、情報共有をしている
- ・退院支援計画書作成のためではない多職種カンファレンスを行っている。

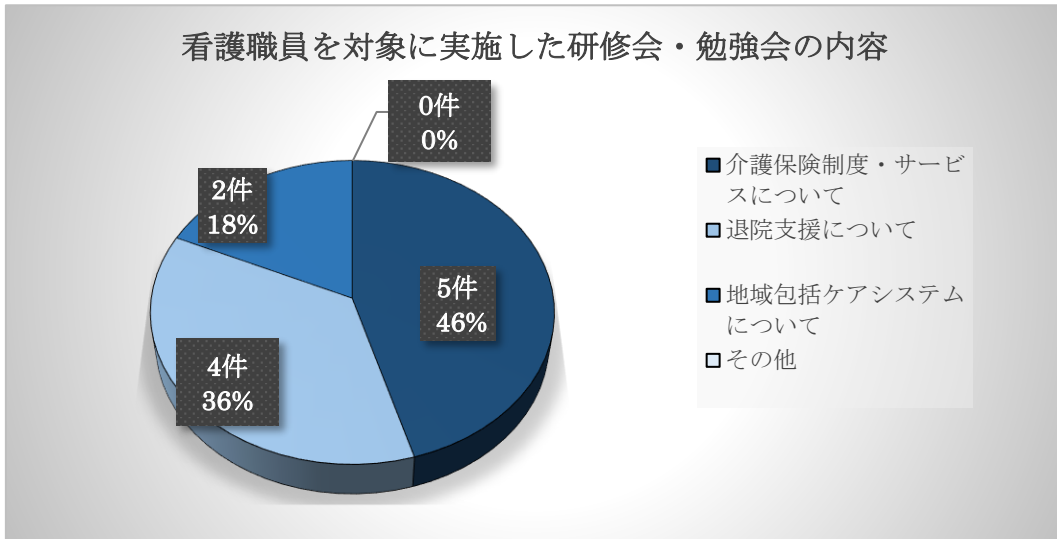
④ 退院支援を進めたことによる効果（複数回答）



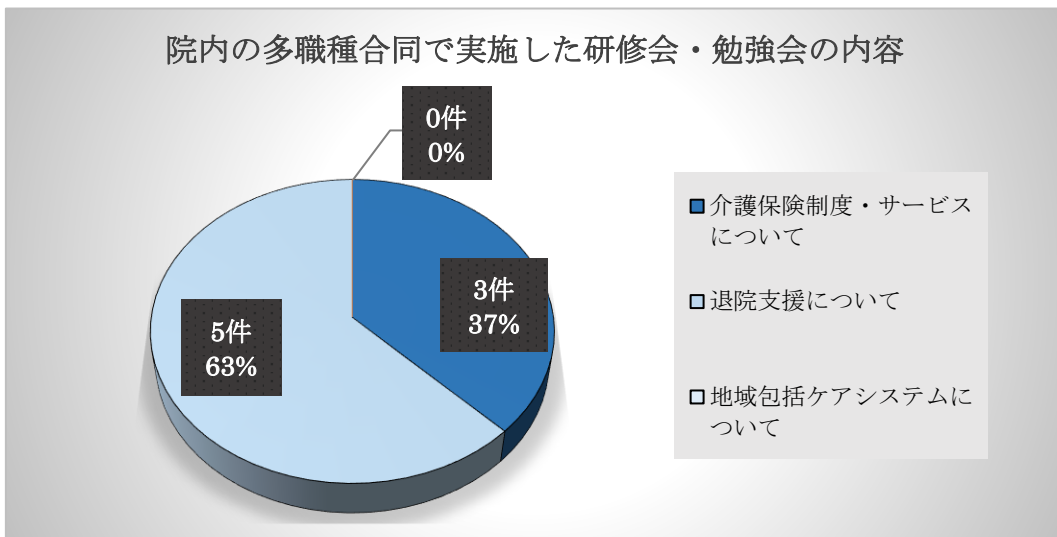
⑤ 院内における退院支援を進めるために、令和元年12月1日以降どのようなことに取り組みましたか。（複数回答）



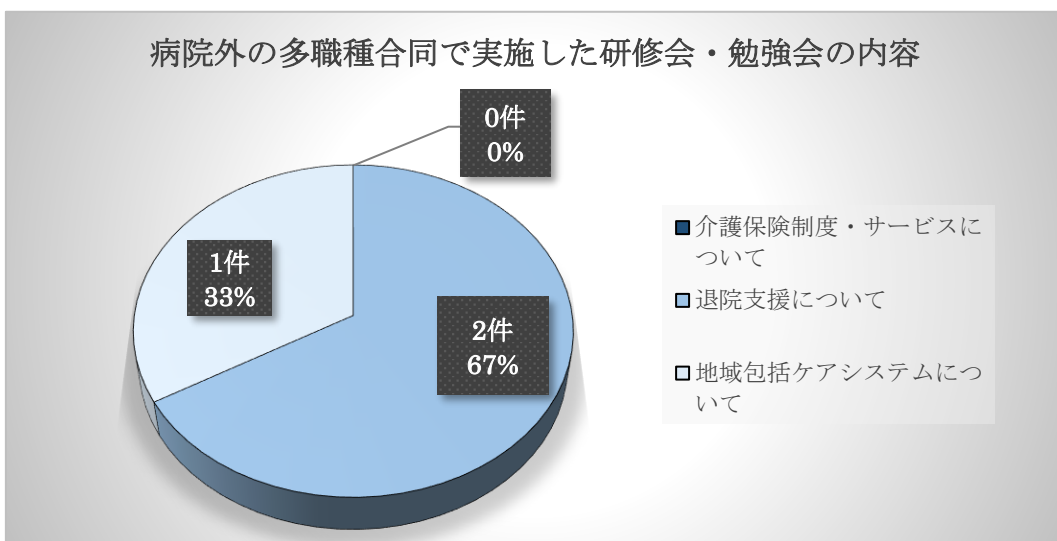
※1 看護職員対象に実施した研修会・勉強会の内容



※2 院内多職種合同で実施した研修会・勉強会の内容



※3 病院外の多職種合同で実施した研修会・勉強会の内容



#### ※4 その他

- ・ 関連施設に退院する場合もカンファレンスを行い、看護師にも参加してもらいながら、その都度退院調整ルールについて説明している。
- ・ 多職種での退院支援の進捗管理、多職種での退院支援事例集の作成。

#### ⑥ 院内における退院支援で困っていること

- ・ 医療ソーシャルワーカーが退院支援の大半を占めている状況がある。看護師間の情報共有や連携も途絶えてしまうことがある。他職種共同としての支援の質をあげていく必要があること。
- ・ 感染症の関係で面会禁止の状態が続いている。そのため患者の状態を家族に理解していただきにくく、又退院指導も十分に行うことができない。そのような中で最低限の人数でカンファレンスを行い、退院後の支援体制が構築できるようにしたい。
- ・ 退院支援の体制がまだ十分につくられていないような気がするため、院内での学習をすすめていきたい。
- ・ 家族構成の変化に伴い、単身・独居者の方が多く、入院してから「在宅介護は難しい」というイメージが先行してしまい、施設を選択する方が多い。しかし受け入れが難しい場合(重度の方や経済的に困難な方)も多く、退院支援が難しい事例も少なくない。
- ・ コロナ対応による病棟業務多忙の為退院支援にさける時間が少ない。
- ・ ある程度自宅退院後の生活像をイメージして退院準備をしている看護師も増えたが、入院前はオムツをしていなかった患者さんの家族介護を看護師から自発的に調整できないため、MSWからの指示が多い。
- ・ 患者様の状態、自宅環境、家族状況を知り、介護保険サービスを検討したくとも特定疾患、年齢にあてはまらず、制度を利用できない人の退院支援。
- ・ 看護師が思う退院時期と主治医の退院許可の相違。
- ・ 家族が多忙・消極的でなかなか協力を得られないことがある。
- ・ 施設への退院に拒否的な患者さんへの退院先の調整（施設以外に退院先がない時）
- ・ 院内の多職種連携が取りにくく、退院支援はPSWが全て担う傾向にある。

#### (3) 他病院と情報交換したい内容

- ・ 診療報酬算定要件に対する各病院の体制（例えば、患者が病棟を移動した時に相談員も病棟担当に変更しているか。部署専従の専門職と病棟担当の相談員がどのように関わっているか。システムの運用等についても。）
- ・ 院内での退院支援の流れ、システムについて。
- ・ 退院支援の活動内容。
- ・ コロナ渦における退院支援の状況。

- ・医師との連携をどのように図っているか。医療依存度の高い方や独居世帯、高齢者世帯など、退院困難な患者の退院支援をどのように進めているか、事例も踏まえて情報交換したい。
- ・低所得の方に対するサービスの調整。

#### (4) 地域包括ケアシステム構築への意見等

- ・高齢者施設も資源として大切だと思う。高齢者の「急変」のとらえ方、搬送する病院の選び方、病院への伝え方、意向の確認等について理解を深めていただけることを望む。看取りに取り組んでいただく施設が増えていることはありがたいと思う。
- ・施設（住宅等含め）で対応できる範囲について、一覧でわかる資料があると良い。（吸引、経鼻、PEG、M-T、酸素、気管切開等）
- ・医療と福祉の現場で働く人達が意見交換できる機会が定期的であれば良いと思う。
- ・再発予防の対応、地域の受皿（低所得の方が利用できる施設等）が増えてほしい。

#### ～まとめ～

- 病院・ケアマネ間の連絡・連携については、情報共有シートを活用することで以前より入院前の状況把握がしやすく、また共通ルールがあることで連携や情報の共有が容易になった。
- 新型コロナウイルス感染症対策として面会制限により、ケアマネが病院に出向き、患者の様子や意向を確認する機会が減ってしまった。情報把握が難しい状況の為オンライン（リモート）の活用も増えている。
- 退院調整ルールに関して患者・家族が知らない場合があり、説明や意思確認を行うなど退院支援を進める為に取り組んでいるところも多く、退院支援を進めたことにより理解が深まり介護保険関係者との連携がよくなっているとの回答が多かった。
- 退院支援で困っていることとしては、院内の多職種連携が取りにくいこと、退院後施設を選択するも受け入れが難しい場合も多く、患者・家族支援においての難しさ等があげられていた。
- 意見として退院支援についての活動内容の情報交換や地域包括システム構築の為に意見交換の機会を望む声があった。今後の運用に関しては、情報共有シートの修正や個別事例検討会など都度、評価・検討の必要性があげられた。