

【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2年7～8月

5 調査基準日

令和2年7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	29	96.7

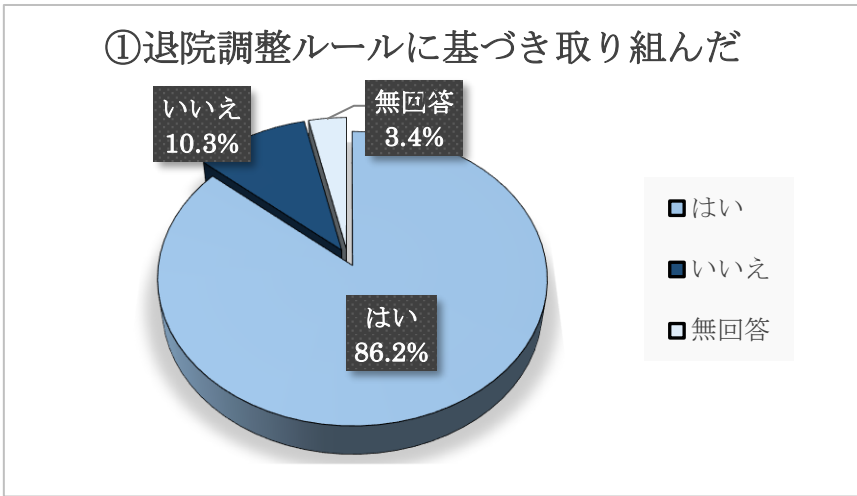
(1) 福島県県北医療圏退院調整ルールを活用等について

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
25 (86.2%)	3 (10.3%)	1 (3.4%)	29 (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。

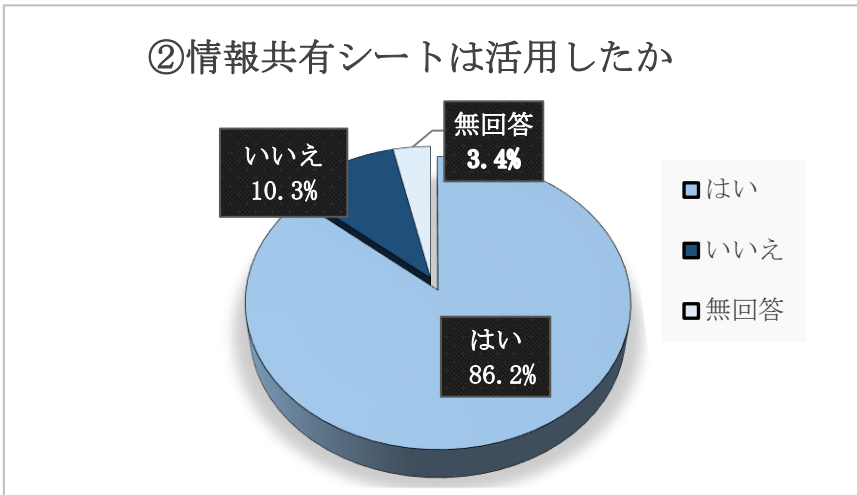


② 情報共有シートは活用しましたか。

はい	いいえ	無回答	合計
25 (86.2%)	3 (10.3%)	1 (3.4%)	29 (100.0%)

【活用していない理由】

- ・ 独自の手順で実施。
- ・ 退院時は病院でしようしている看護サマリーを活用しているため。



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

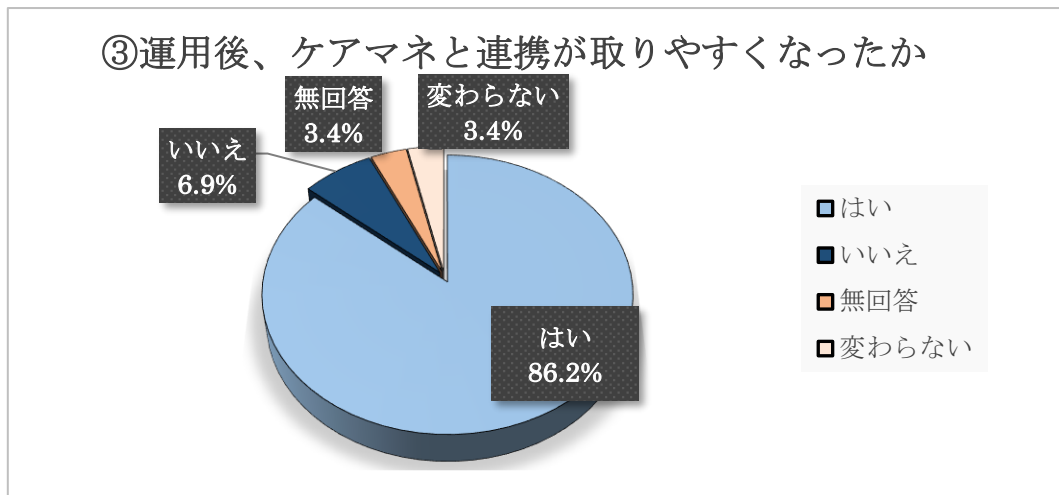
はい	いいえ	無回答	変わらない	合計
25 (86.2%)	2 (6.9%)	1 (3.4%)	1 (3.4%)	29 (100.0%)

【いいえと回答した理由】

- ・特にケアマネと調整する機会が少ない。
- ・以前から必要時にケアマネとの連携していた。

【変わらないと回答した理由】

- ・以前からICにケアマネさんにも同席いただく等、連携していました。



④ 退院前・退院時カンファレンスにケアマネジャーが参加する回数は増えましたか。

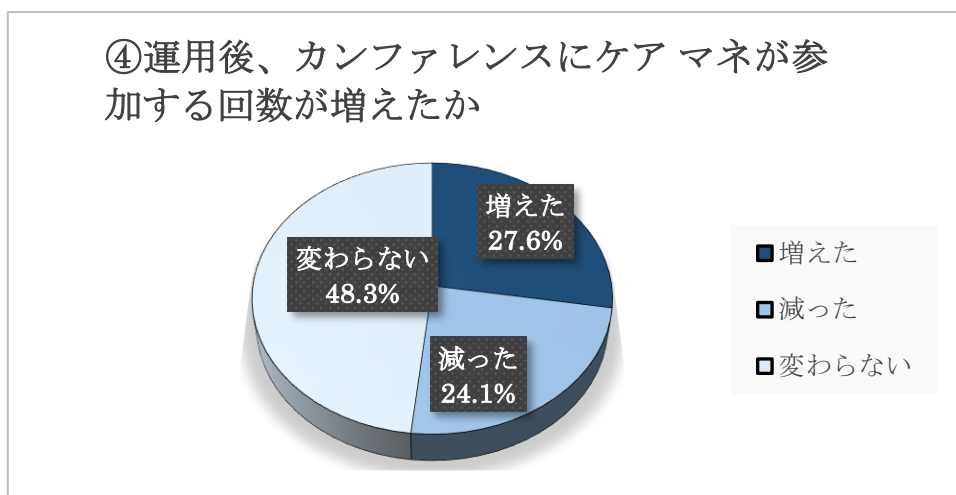
増えた	減った	変わらない	合計
8 (27.6%)	7 (24.1%)	14 (48.3%)	29 (100.0%)

【減ったと回答した理由】

- ・コロナウイルス感染予防の観点から面会を原則禁止しているため。
- ・感染症対策のための来院をご遠慮いただいたため。
- ・コロナの影響もあり、開催自体を必要最低限にしているため。
- ・新型コロナの影響で面会制限有り、相会やリハビリ見学時等の機会が減っている。
- ・コロナ面会制限により連携（対面での）減。
- ・コロナウイルス感染防止のため病院が面会禁止体制だったため。
- ・コロナの影響でカンファの回数が減った。

【変わらないと回答した理由】

- ・上記のルールがなかった時も、もともとカンファレンスは行っている。
- ・以前からカンファレンスに参加していただいていた。
- ・退院患者数が変わらない。
- ・以前よりカンファレンスにはケアマネの参加を呼びかけており、大きく変化はない。
- ・コロナの影響もあり、自宅で行ってもらうこともあった。また、サービス内容が変更なければ行わないこともある。
- ・必要に応じてカンファレンスを開催しているから。
- ・カンファレンスが行われていない。
- ・参加されていない。
- ・カンファレンスには元々ケアマネに参加を依頼していた。



⑤ 退院時情報提供について、ケアマネジャーへの連絡が増えましたか。

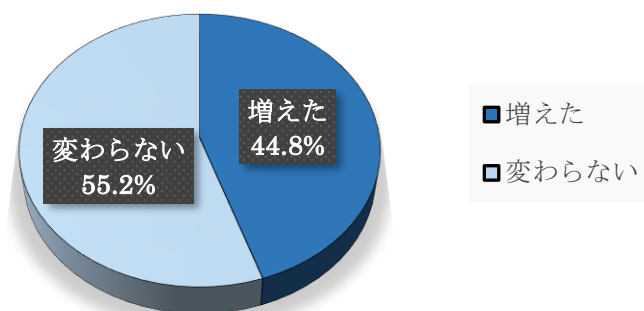
増えた	減った	変わらない	合計
13	0	16	29
(44.8%)	(0.0%)	(55.2%)	(100.0%)

【変わらないと回答した理由】

- ・CMへの連絡は退院支援ルールがあるから増えるとか増えないとかいう問題ではない。
- ・退院患者数が変わらない。
- ・以前よりカンファレンスにはケアマネの参加を呼びかけており、大きく変化はない。
- ・以前より介護認定を受けている患者さんには、すべて連絡を入れる体制にしていたので、件数としては変わらない。

- ・以前より看護サマリーやリハビリ進捗/ADL 評価等の情報提供を行っている。
- ・県北退院調整ルール発足前より連携は取れていました。
- ・退院時は必ずケアマネに連絡するようにしている。その月の退院患者数で、件数の変動がある。

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



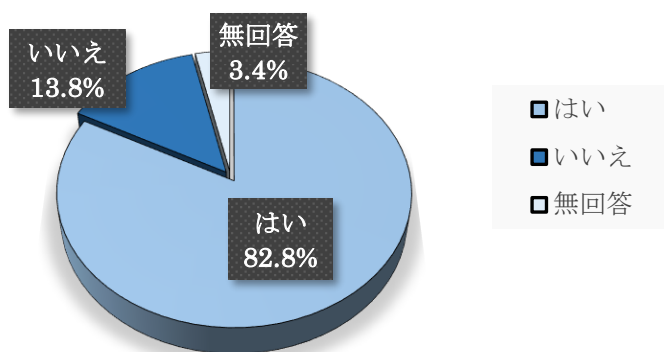
- ⑥ 入院前にケアマネジャーが決まっていない場合の退院調整について、居宅介護支援事業所や包括支援センターとの連携は取りやすくなりましたか。

はい	いいえ	無回答	合計
24 (82.8%)	4 (13.8%)	1 (3.4%)	22 (100.0%)

【いいえと回答した理由】

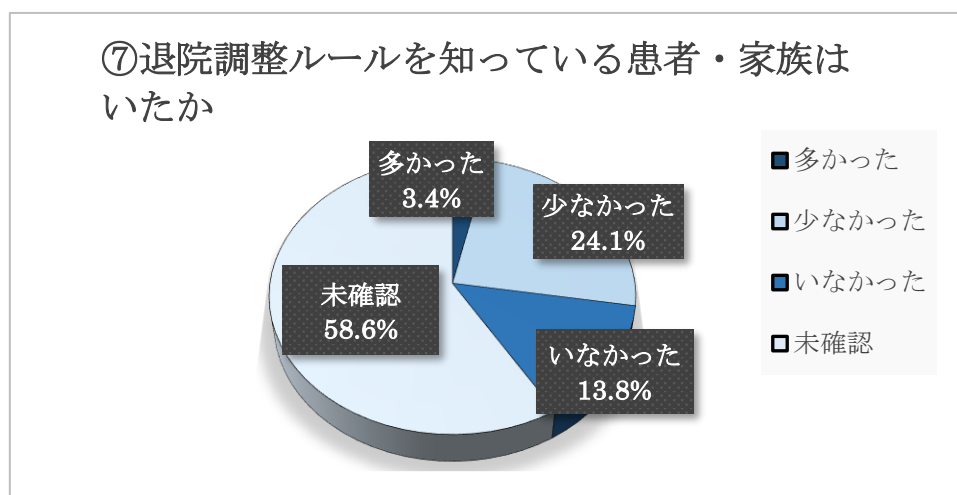
- ・特に変わりはない。介入打診時（初回）に対応が悪い（言葉遣いや傾聴）
地域包括センターも実際にはあり、相談しにくい事がある。
- ・以前と変わらない。

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



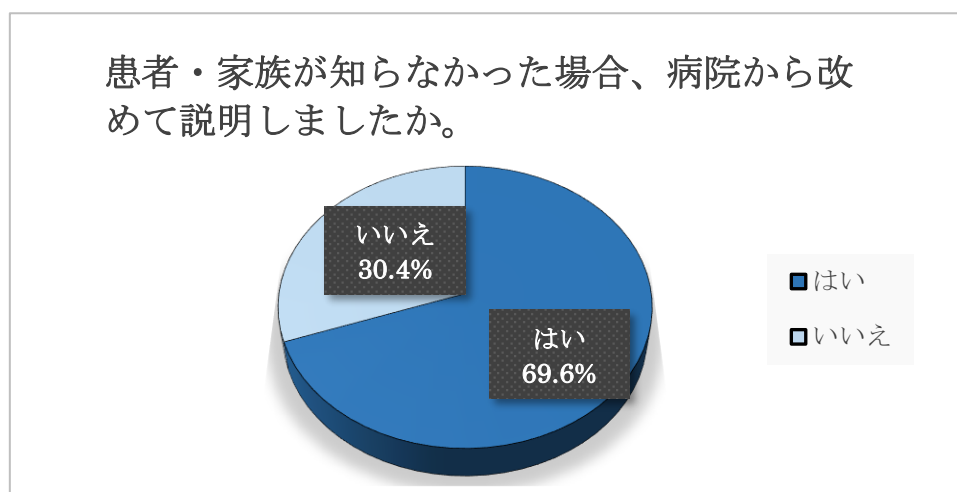
⑦ 入院時、退院調整ルールを知っている患者・家族は多かったですか。

多かった	少なかった	いなかった	未確認	合計
1 (3.4%)	7 (24.1%)	4 (13.8%)	17 (58.6%)	29 (100.0%)



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
16 (69.6%)	7 (30.4%)	23 (100.0%)



○ 退院調整ルール住民への周知や浸透度について自由意見。

- ・ 浸透度については、特に開始時前と変わりはないように感じます。一部とはなりますが、CMがいることさえ理解していないご家族様も中にはいらっしゃいます。
- ・ どの程度このルールが浸透しているのか不明ですが、良いコミュニケーションがとれている方（家族⇄ケアマネジャー）は入院後すぐに連絡が来ますし、ご家族も我々に声をかけて下さいます。しかしながら、家族の方がケアマネジャーの名前や事業所を知らないという方も多々おられます。（契約しサービスが動いている方で）
- ・ お子さん世代の方々には周知されているよう。高齢者のみ、認知症の夫婦世帯への取り組み方を考えなければと思う。
- ・ 入院時セットを持ってくる方（入院される方）はほとんどいない。ルールが浸透されているかは分からない。
- ・ 当該ルールについての住民への周知は必要なんですか？
- ・ 実際に入院すると思っていない方が多いようで他人事のように捉えている。
- ・ 退院前カンファレンスの必要性を説明してもなかなか理解してもらえず来院してもらえなかったこともあった。
- ・ 以前より介護度やケアマネジャーを覚えている患者や家族が増えてきており、入院の連絡がとりやすくなってきているように思う。ただ、介護サービスを使っていない方は介護保険や何かと周知されていないように思う。
- ・ 住民からの声は特に聴かれていない。
- ・ まだまだ浸透していると感じにくい状況。介護保険の利用開始や支援の際に周知していただけると病院としても取り組みやすくなると思う。
- ・ 介護保険証とケアマネの名刺を一緒にしている人はほとんどいなかった。外来通院の時点で必要時にはケアマネと連携していたので入院時に確認する人は少なかった。

⑧ その他

◇うまくいっている点（良かった点）

- ・ 繋がることで各々が役割意識を持ち、動きがスムーズに流れていく点では情報の共有が重要であることは言うまでもありません。
- ・ 顔の見える関係が作りやすくなっている。
- ・ 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。ケアマネジャーとの共通ルールがあることで連携がスムーズになった。
- ・ 入院時の情報共有シートの発行が早くなり、退院調整の計画が立てやすくなった。

- ・ 院内での取組が進んだ。患者様を地域に戻すという認識が浸透した。
- ・ 院前から情報がもらえ、早期から介入することができた。
- ・ コロナの影響で面会制限があり、家族から入院前の情報収集が難しい時でもケアマネからの情報提供により情報を得ることができ助かっている。在宅でのサービス内容だけでなく、家族に関係性や協力体制などといった情報もいただけるので、医療機関でも今後の支援に活かすことができる。
- ・ 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NSよりMSWへ連絡が入ることが多くなり、入院前より担当介護支援専門員と連携が図れるようになった。
- ・ 新規で対応していただく際の情報提供について共有すべきポイントがあるので連携しやすい。
- ・ お互いの立場を理解してくれるケアマネだと調整しやすい。
- ・ ケアマネと家族の連絡が良くなったためか、入院時家族からの聞きとりで正確にケアマネの情報が取れるようになった。
- ・ 情報共有シートに医療情報を加えて、在宅・施設退院時の看護サマリーとして活用している。退院前カンファレンスの資料としても使用しており、情報が整理統一されている。
- ・ 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。
- ・ 情報共有が出来て、退院後スムーズにサービスの提供が可能となり、利用者の生活に寄与出来ていると思われる。
- ・ 入院時にケアマネより情報共有シート。
- ・ カンファレンスの開催がしやすくなった。
- ・ 入院時に入院期間を予め家族など関係者に伝え準備してもらおう。多くの関係者とのケア会議を実施。
- ・ 入院時に情報共有シートを預けると、退院以外でも本人の状態に変化が生じた時点でケアマネに連絡・相談する。

◇改善を要する点（困っている点）

- ・ 包括支援センターの方は、病院の機能や退院支援について具体的に、どこまで理解しているのかがわからないことがある。情報共有シートの依頼をした際、「ありません」「送ったことがない」「家族は知っているのか」などの反応をされた地域包括支援センターがあった。CMの中には「MSW（当院）から連絡がないので送付しなかったが、看護師サマリーはほしい等」の要望が高い方もいる。
- ・ ケアマネージャー⇔サービス提供事業所間の調整について中々調整がつかず退院まで時間（日数）を要することがありました。

- ・ 本人が自宅への退院を希望しているにもかかわらず、ケアマネさんから「今までも自宅での生活は限界だった。長く入院できる病院へ転院させてもらいたい」と言われることがあった。
- ・ ケアマネさんから本人の状況を教えて下さいとの連絡が多い。どこまで伝えて良いのか悩む。家族の治療方針や予後に関わってくる病院なので。
- ・ 病院として病状を説明することができるのは医師に限られており、さらに電話で入院当日に状態を聞いてくるケアマネがほとんど。なかには入院中は関係ありませんと非協力的なケアマネもいるので困っている。
- ・ 患者・家族が自宅退院を希望しても、いままでの経過からか施設を勧められることがある。まずは一緒に考えてほしい。面会制限があり、患者の様子を確認してもらい機会が減ってしまったので、日頃から電話などで情報交換が必要だと感じている。入院時にケアマネからの情報提供はないが、退院に看護サマリーを依頼されることがある。
- ・ コロナ感染防止対策として当院でも面会禁止等の対応となり、退院支援にも影響が生じている。外部機関からのカンファレンス参加や担当者会議の関係（院内）ができないため、情報共有がとれない。
- ・ 退院時に情報共有シートの利用はできていない。介護が必要な方への支援が不十分で、病院に来院されたときはすでに介護3以上の状況となっている方がいる。高齢者一人暮らしの方のサポート体制がやや不十分となっていることがある。
- ・ ケアマネが安易に（家族に確認しないで）連絡してくることが増え、負担が増えた。家族へ説明している内容をそのまま伝えるが、家族からも聞いていたと。必要ある連絡だったのか？家族と相談した上で退院日を決めたが、ケアマネが何でこちらに連絡をくれなかったのかと言われた。
- ・ 地域包括（要支援）との関わりで家族が情報を持っていないことが多かった。また、地域包括が多数ある市は、どこの包括につながるのかが難しい事が多かった。
- ・ ケアマネージャーの名刺を持参している患者は少なく、入院時に介護保険証を持参していない場合、ケアマネージャーを確認するのに時間を要することがある。
- ・ 退院について、前向きでない事業所さんや本人との関係が希薄な CM さんがいること。
- ・ 家族の強い希望で退院が急に早まる場合には、退院予定の連絡から退院日までやむを得ず十分な期間が取れないこともあるとご理解いただきたい。
- ・ 入院後に施設入所希望される場合、情報共有シートを頂くのみになってしまう。

◇県北管内以外のケアマネとの連携で問題があった事項

- ・ 県北管轄外のCMは、医療機関の理解が不足している感じ。相互理解が必要。
- ・ 県中よりなので郡山市の患者様もいらっしゃるが、住所他で申請の取扱いやケアマネとの連携に差が大きく新規申請に戸惑った時がある。

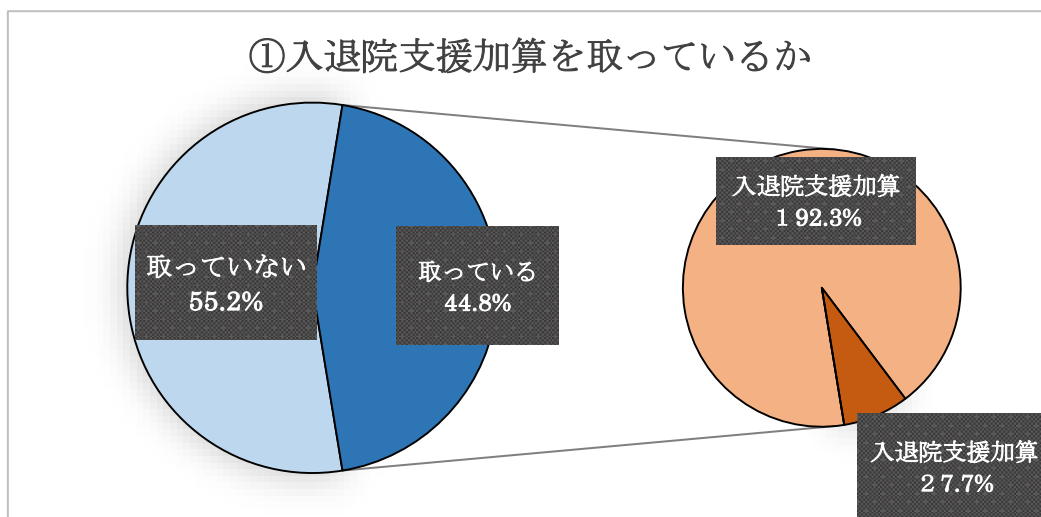
(2) 入退院支援に関する病院内の取り組みについて

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 (55.2%)	13 (44.8%)	29 (100.0%)

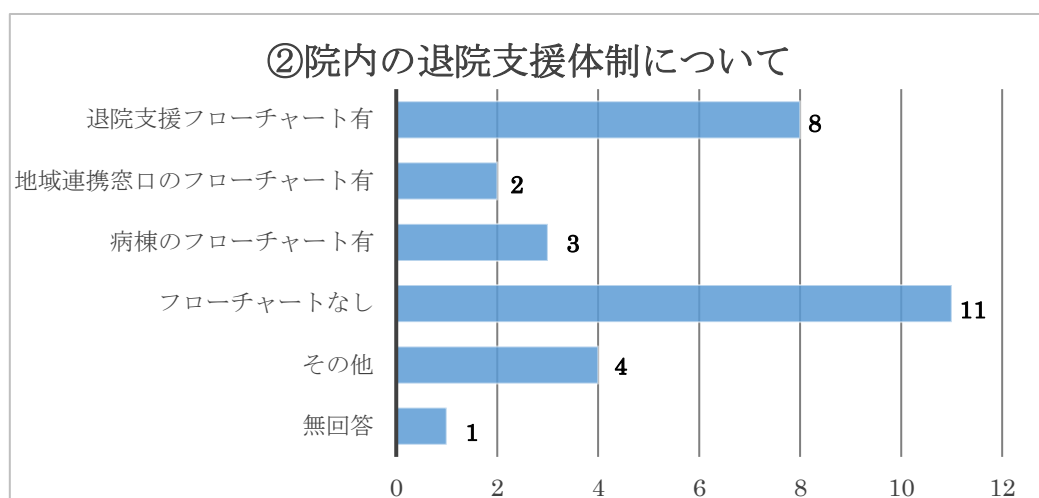
⇒「入退院支援加算」の種類

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 (92.3%)	1 (7.7%)	0 (0.0%)	13 (100.0%)



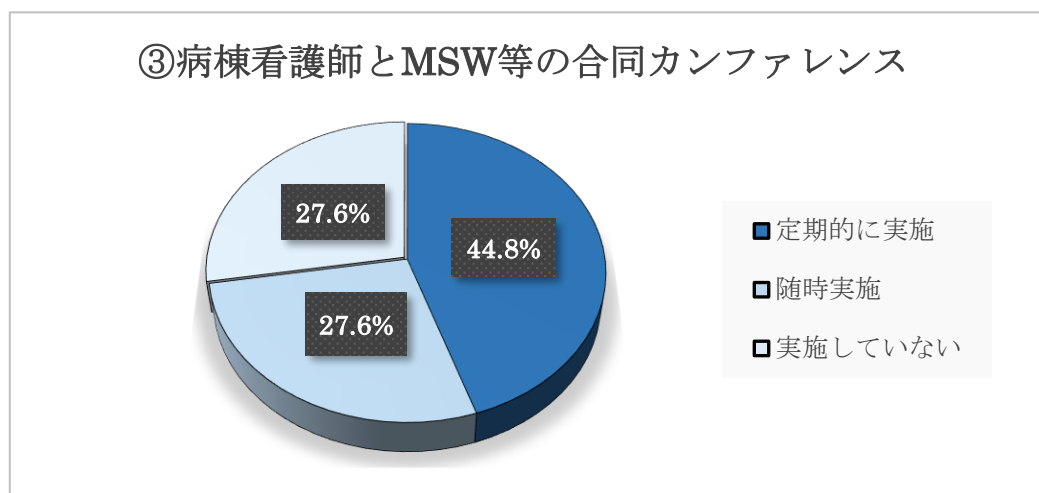
② 院内の退院支援体制について

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
8 (27.6%)	2 (6.9%)	3 (10.3%)	11 (37.9%)	4 (13.8%)	1 (3.4%)	29 (100.0%)



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（MSW）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
13 (44.8%)	8 (27.6%)	8 (27.6%)	29 (100.0%)



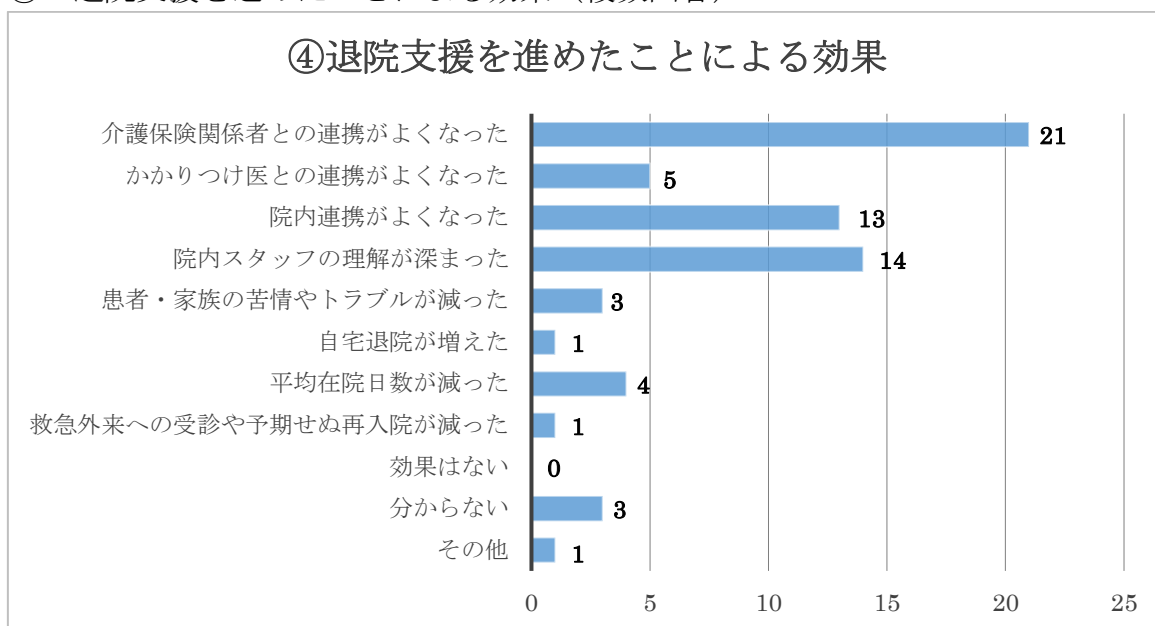
◇「定期的に実施している」場合の具体的内容

- ・毎週1時間未満、Dr、Ns、リハ、栄養士、MSW、医事課、薬剤師、退院支援NS、患者の状態、現時点の介入状況、方向性、家族状況等。
- ・週1～2回、15～20分、医師、看護師、リハビリ、栄養士、事務、薬剤師、SWなど。
- ・毎週水曜日11:30～1時間程度。退院支援部門のNS及びMSWと病棟担当のNS及びMSWが参加。
- ・月～金、毎日15分、医師、看護師、PT、OT、栄養士、MSW参加
- ・毎日1件あたり10～15分。MS・リハビリ、MSW、入院支援NS、歯科衛生士等。
- ・毎週月曜日の午後に30分程度で実施。NS、MSW、リハ等が参加し、前の週に入院された患者さんについて、情報交換と今後の課題などを話し合っている。
- ・2回/W（各病棟1回ずつ）各30分程度、Dr、NS、Rh、Dt、NSW。
- ・主治医毎に毎週30分以内、Dr、Ns、リハ、MSW他、薬局、栄養士。
- ・4病棟ごとに実施。週2回（火・金14:00～）15分～30分程度。参加スタッフ、入退院支援室Ns、病棟NSW（社会福祉士）
- ・週1回、約30分程度。リハビリ、栄養士、訪問看護、MSW、病棟看護師、退院調整看護師。
- ・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、退院支援専任看護師、退院支援専任社会福祉士。
- ・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、MSWで実施。
- ・1/W 10～40分、Dr、Ns、OT、PSW等。

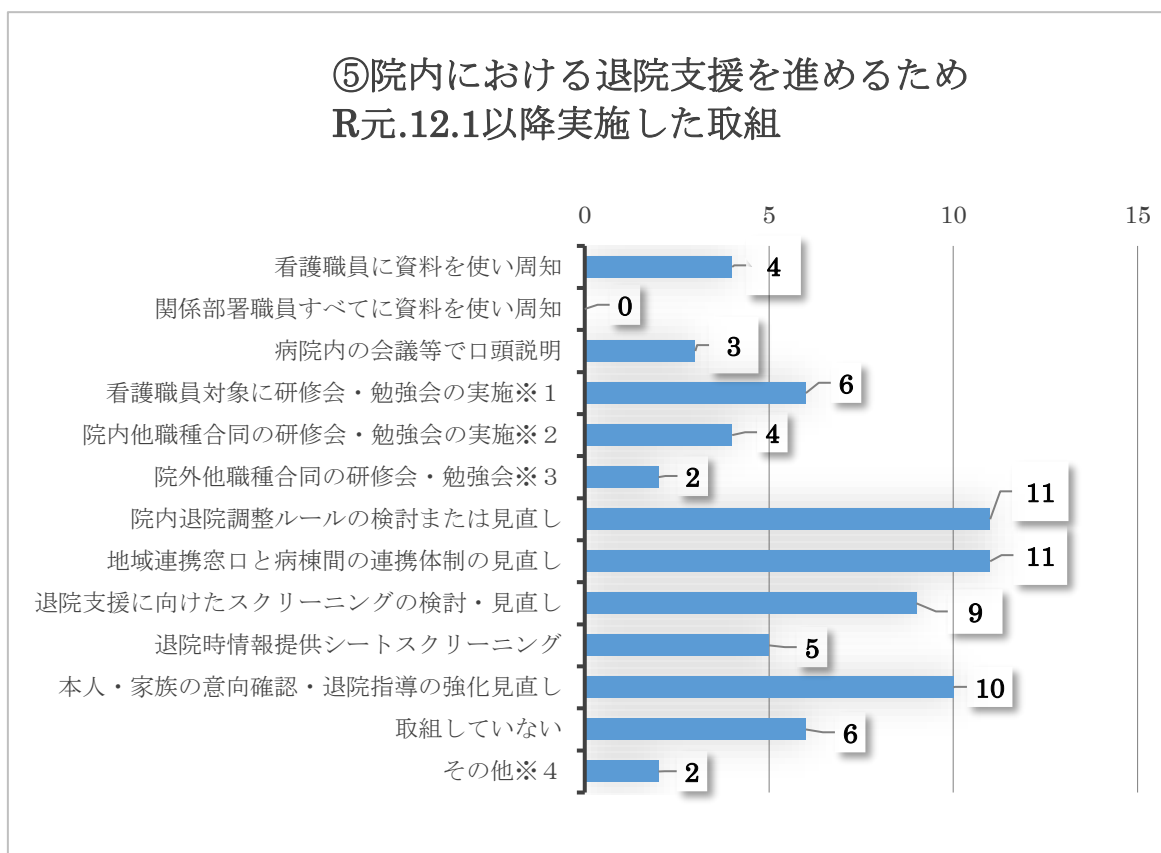
◇「実施していない」場合の理由

- ・退院支援計画書を作成していないため。
- ・当院自体が入退院支援加算をとる仕組みになっていない。
- ・入退院加算をとっていない。
- ・人員不足。
- ・必要時に担当者同士で情報共有しているため。
- ・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。

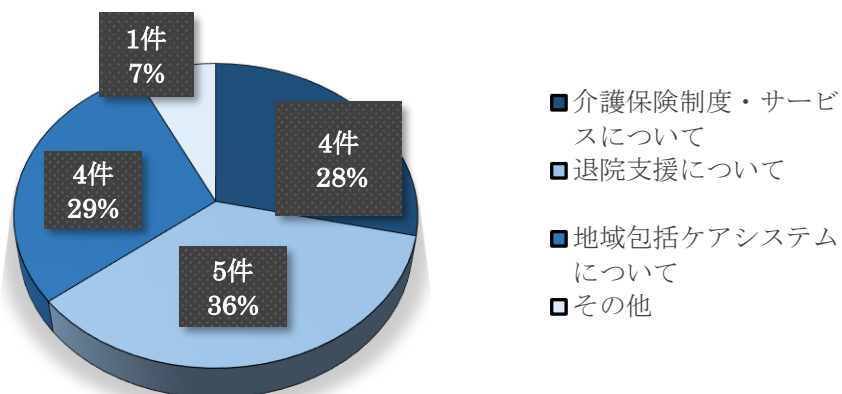
④ 退院支援を進めたことによる効果（複数回答）



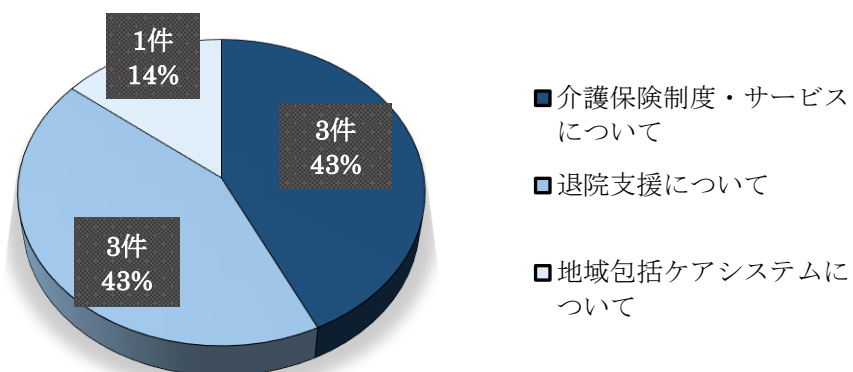
⑤ 院内における退院支援を進めるために、令和元年12月1日以降どのようなことに取り組みましたか。（複数回答）



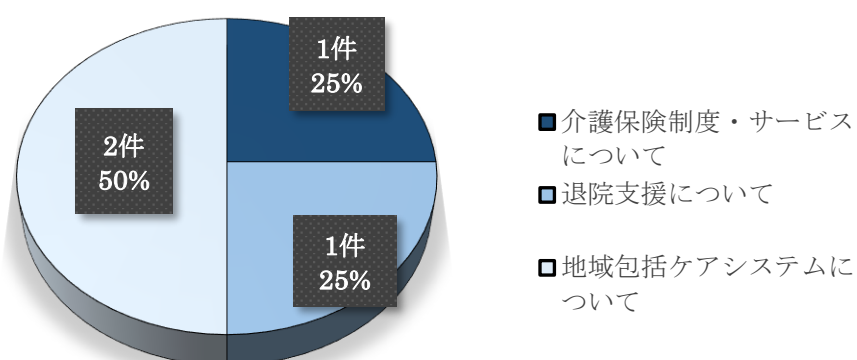
看護職員を対象に実施した研修会・勉強会の内容



院内の多職種合同で実施した研修会・勉強会の内容



病院外の多職種合同で実施した研修会・勉強会の内容



その他

- ・意向の確認と院内各職種の情報共有について現在取組中。
- ・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

- ・周知の徹底、情報の共有情報の活用方法の統一性に問題あり。
- ・身寄りがなかったり、いても疎遠で支援が受けられなかったりといった患者さんが増加。施設入所を検討したくても保証人がいないため、すすめられないとか、金銭管理をどうするか等、社会問題のために困ることが多くなっている。成年後見制度を利用したくても時間がかかる。もっとスピーディにすすまないものかと思う。
- ・効率的、効果的な支援や体制づくりにおいて工夫などあれば実際に活用していきたい。自院内だけでは分からないことが多いため。
- ・病院の役割として重傷、看取りの患者が多く、在宅や他施設への退院が少ないため、病棟としても連携室の役割と捉えている看護師も多く、定着しない。
- ・前年同様、医療依存度の高い方や重度認知症の方の退院支援に困難さを感じる。ご家族関係が希薄で、成年後見人を立てない進められないケースも増えている。
- ・退院支援に対する理解に差があり、院内の多職種連携が取れていない。
- ・最近では、単身高齢者や老々介護の世帯が増加しており、「在宅介護は難しい」というイメージが先行してしまい、施設を希望される方も多い。しかし、受け入れが難しい場合（重度の方等、経済的課題のある方等）も多く、退院支援が難しい事例も少なくない。
- ・看護部は人数も多く、一部の看護師は退院支援について理解していても全体に理解してもらうのは難しいと感じている。在宅での生活課題を明確にこちらからも伝えていく必要があると考えている。
- ・介護保険を入院中に申請したが、退院する際に要介護（居宅）、要支援（包括）が判明しないで退院となると、居宅・包括と調整が必要で、日程調整が難航する。一次判定を OPEN にできないか。
- ・看護師の認識及び知識の不足。
- ・身寄りのない患者の支援の際、行政との連携に時間がかかる。居宅介護支援事業所⇄病院間の連携よりも円滑に調整できない。
- ・一方的に退院を決める医師がいて困る。病状説明などもきちんと行えていない時もある。
- ・退院後、在宅を見据えた指導ができていない。在宅のイメージができない看護師が多い。
- ・患者を生活者としてみれないため、支援が考えられない。（病棟）
- ・介護申請から認定調査までに1ヶ月以上かかる市町村もあり、退院支援がスムーズに進まないことがある。
- ・医師の理解、協力を更に得られるとより良い退院支援を行えると感じている。

る。

- ・退院を拒否する患者への関わり。
- ・施設入所のための身元引受人等がない事例や遠方に住んでいて実質協力していただけない事例。

(3) 他病院と情報交換したい内容

- ・リモートによるカンファレンスを実施しているところがあれば感想を伺ってみたい。
- ・コロナ禍で工夫している点など。
- ・院内での退院支援の流れ、システムについて。
- ・退院支援委員会等あれば、その活動内容等。
- ・退院の看護部の退院支援に関しても取り組み。
- ・コミュニケーションがとれない医師とのやりとりをどうしているか。
- ・各病院、病棟看護師のスキル→どのくらい退院支援について関わっているのかなど。
- ・看護師向けの研修はどんな内容のものをやっているのか。
- ・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。
- ・入院時の退院支援カンファレンスの具体的内容。

(4) 地域包括ケアシステム構築への意見等

- ・難航ケースが増えてきています。(内縁関係、身寄りなし等)
- ・行政期間との協働、精神科病院との連携強化等が喫緊の課題ですが、行政機関の理解と動きは鈍く、課題山積と感じる。
- ・業務時間外(17:00以降)に電話をするケアマネがいる。働き方改革等の流れを踏まえ、避けていただきたい。緊急性があるのか、翌日の連絡でも良いのではないかと考えて上で連絡してほしい。こういう点からも信頼関係の構築に繋がると思う。
- ・独居(認知症などもあり)国民年金で生活している方は在宅サービスにも経済的に困難なこともある。施設入所もできず「住み慣れた地域で安心して暮らす」とはどういうことなのか考えてしまうことがある。
- ・上記のような状況でガン末期の方も増えている。この地域の緩和ケア病棟数は少なく、地域医療構想の中では緩和ケア病棟については話題にされていないと聞いている。在宅療養の方針なのでしょうが、どんなに在宅スタッフが頑張っても難しいと思うこともある。そういう方でも安心して最期が迎えられる仕組みがあれば良いと思う。
- ・身寄りのない方、あっても疎遠な方が増えていて、今後ますます大変にな

- って来ると思う。
- 研修会や勉強会など外部の事業所との意見交換などの機会が極端に減っているため今後の連携に支障をきたさないか心配。病院に出入りできないため、ケアチームでのオンラインカンファレンスなど対応ができないか検討中です。
 - 困難事例に対する相談窓口を強化してほしい。（在宅介護医療連携室が機能しているか？）
 - 入院時に医療機関側だけが退院支援を開始するのではなく、ケアマネの方も利用者に合う退院パターンをいくつか考えてほしい。
 - 当院に限っては、独居や認知症夫婦のみの世帯、障害を持ったお子さんなどと暮らしている高齢者が救急搬送されて来ます。そのほとんどが地域包括ケアシステムを知らずに限界の状態では生活している現状です。
 - 施設（サ高住等含め）で対応できる範囲等について、一覧でわかる資料があると良い。（吸引、経鼻、PEG、酸素の対応等）
 - 医療機関のスタッフ向けの研修等があると良いと思う。
 - 病院は在宅のことを在宅は病院のことをよく知るための活動は必要。
 - 病院＋在宅だけではなく、介護施設との連携も図っていきたい。
 - 身寄り、扶養義務がない高齢者や親族等の支援や協力が期待できない高齢者の生存権をいかに保護していくかという視点、観点が欠落しているのではないかと。行政が責任を持って直接取り組むべきこと。
 - 高齢福祉、福祉課等関連する部署への周知、研修をお願いしたい。
 - 市町村へ地域住民へ地域包括システムの周知、それに向けての環境整備等。
 - 地域包括ケアシステムの構築に向けた各地域、各事業所の取り組みについて意見交換ができる機会が定期的であればと思う。

～まとめ～

- 病院・ケアマネジャー間の連絡・連携については、情報共有シートを活用することで入院前の状況把握がしやすくなり、また共通ルールがあることで連携がスムーズに実施されている。情報の提供と共有、退院前・退院時カンファレンスへのケアマネジャーの参加等、スムーズに実施されている。
- 新型コロナウイルス感染症対策として面会制限により、ケアマネジャーが病院に出向き、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を電話・ファックス等でこまめに情報交換をしている。
- 退院支援で困っていることとしては、介護申請から認定調査（市町村）までの利用に時間がかかること、また、身寄りのない患者の支援、家族支援等の難しさがあげられていた。
- 意見としては、コロナ禍で研修会や勉強会など外部との意見交換の機会が減っているため、今後の連携に支障をきたさないか心配、そのためケアチームでのオンラインカンファレンス等の対応も検討するべきであるという意見があった。