

令和6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代表者合同会議

グループワーク結果

1.退院調整ルールを活用していく中で、こんな情報をもって助かった・こんな情報をもらえると助かる

・情報共有シートのに掲載されている情報や項目
・本人の状態像、精神状態、認知機能など
・患者や家族の関わり方、背景、注意点、入院前の課題、コミュニケーションの方法、アプローチ方法等
・リハの必要性や要否について、在宅へ向けての情報
・新規の際の困りごと (例) 家族の情報が薄い(認知症だと思っていたが、家族からのネグレクトや隔離をされていた) (例) 病院との情報共有をどうしていくか(保険情報と退院後の住居が違ってサービスを入れるのに困った。 家族の支援、自己管理等々の情報が欲しい。)
・家族構成の情報(キーパーソン以外の情報があると全体が見やすい)
・緊急時の連絡先(誰に・どこに連絡するか)
・対象者の趣味について→認知症患者の入院時の対応に役立った
・本人のリハビリの様子、リハビリ情報(見学による情報収集を含む)
・食事について、常食・柔らかめだけでなく、具体的な量(茶碗半量など)を詳しく伝えられると良い。
・家族関係等、家庭環境、背景等について→(ACPや治療経過の共有に役立った)
・(本人また家族を含めた)退院後の意向や(入退院を繰り返す方の場合)変化、見通し
・普段の関わりの中で知り得た、本人(・家族)の強い希望や意向など
・価値観(本人が大切にしていること、気にかけていること)
・今までの周囲との関係性
・家族の情報(キーパーソン・介護力・理解力・関わり方などの、より細かな情報)
・退院前のADL(できていたこと・できていなかったこと、入院前の生活に戻れるのか)
・リハビリ職や多職種の意見
・医療的視点からの情報
・担当医や病院の状況などの情報
・入院期間、病名、治療内容について
・推定期間、治療方針、他TEL
・コロナ後の家庭の状況や施設等への受け入れについて(施設側のルール)、その他医療資源
・経過やおおよその入院期間
・先が読める情報
・予約入院時の入院前情報
・情報共有シート内には記載できない情報(家族関係等)
・入院前からの課題(何を心配していたのか)、家族背景
・退院後の生活レベルの希望
・ADLの変化による生活状況の確認(手すりが必要か、段差について等)
・退院後のサービスについての本人や家族の意向についての前もって聞き取りした情報
・外から家に入るまで、玄関までのアプローチの情報
・自宅の構図を詳しく図面に示したことより退院カンファの際に役立った
・自宅の部屋からトイレまでの距離の情報があると良い。
・入院中に家屋内の写真の提供を病院等で受けている場合、ケアマネにも共有してもらえると助かる
・介護認定未認定の方の早めの情報
・こまめな状況の連絡
・リハビリの状況
・既往歴

・ 転院、死亡連絡
・ 日頃の生活背景や状況、家族がどれだけ支援できるか、誰が関わっているか。
・ 認知、理解度の情報
・ 状態の変化から必要と思われるサービスの提案や本人・家族の退院後の意向確認をした情報
・ サービス調整の必要性
・ 金銭面

2.退院調整を行う上で、気を付けていること・心掛けていること

・ 情報の共有や伝達にギャップが生じていないか
・ 本人と家族の意向の食い違いを埋め、サービスにつなげていくこと
・ まず初めに医師より本人・家族への説明を第一にし、そのあとでカンファレンスを実施する
・ 家族に対して分かりやすい説明を行う（病院の意見）
・ 誤った理解をしている場合の軌道修正
・ 入院前の生活の様子を共有
・ 患者対応の際の落ち着く対応
・ 入院中からリハビリの様子を家族・支援者と一緒に見学する。（場合によっては、普段実際に使用している杖などの補助具を持参し使用、退院後の生活を想定する）
・ 退院時、新規の方は病院から自宅訪問を実施している。
・ 安心セットについて（居宅・包括で周知するよう努めている）
・ ACPについて（顔なじみの人からの情報、信頼関係をつないでいく支援）
・ スピーディな連携（計画書ができ次第、速やかに送付するようにしている）
・ 日頃のコミュニケーション
・ お互いの立場の理解
・ 本人および家族へ意向を聞き取る際の、言葉選びや聞き取り方について
・ 情報の送付だけにならないよう、初回の挨拶からの顔の見える関係づくり（電話のみの関わりにならないように）
・ 退院日が判明した時点でのケアマネへの連絡（場合によっては病棟まできてもらう）
・ 介護認定区分変更の必要性についての確認（迅速に動けるように）
・ 意思決定支援
・ 入院と同時に退院支援の意識を持って対応する。
・ 家族背景・キーパーソンの上の情報だけでなく、時に戸籍に縛られない人に支えられていることもあるということ。
・ 退院後の悪化予防に努める（入退院を繰り返さないためにはというところを考えて関わる）
・ どんなふうに生活していきたいかを真っ白なところから話を聞く、思いを聞く。
・ （県北を含む）病院機能を確認する。（回復期・慢性期等々）
・ カンファレンスに参加する前に情報収集し、カンファレンスは確認の場にする。
・ 情報共有シート作成の際、介護力の課題、退院後の生活をどのレベルを望むか。 （大変な部分ばかりに着目せず、ポジティブ変換した書き方が参考になる）
・ 医師の考える退院レベルと家族の理解のズレあることから、院内の方向性が一致するよう気を付けている。
・ 退院後のサービス調整に関して本人・家族の意向を大切に、置いてけぼりにしない。両方の意向が一致し、 納得してより良いサービス提供につなげるよう心掛けている。
・ 退院後に本人、家族が思っていた生活と違ったと思わないような支援をしていく。
・ 病院の退院カンファレンス時に病院側からの話の中で、専門用語や話の展開が早いことにより、その場の本人・家族の理解が追いつかないときもあることから、後日理解ができたか話の内容の確認やすり合わせを行う。
・ 遅くなくても情報提供はするようにしている
・ 些細な情報でも情報提供するようにしている
・ 急性期であると急な退院があるが、状況が判明した時点でケアマネージャーに連絡するように心掛けている
・ 情報発信のタイミング（に気を付けている）
・ リハビリの進捗状況に応じて連絡するようにしている
・ 具体的に連絡が欲しい内容を伝えている
・ 安心セットの周知（を心掛けている）

・地域情報について（伝えるよう心掛けている）
・退院の見通しが立った段階で
・早期の情報発信、カンファレンス等の出席依頼、顔つなぎやチームとしての退院調整
・親族がいない場合に、行政と病院はじめ関係者との打ち合わせの実施
・丸投げしない（病院の意見）
・ネットワークを広げる（居宅の意見）
・行政で複数の課へ横繋ぎするために、自分で媒体となり動く。
・計画書ができ次第、速やかに送付するようにしている。
・帰宅後にケアマネージャーが困らないようにと意識する。

3.その他（今後に向けて・どのようにしていきたいか）

・ケアマネージャーとして、入院中でも家族とのやり取りを続けていくことでお互いの考え方の理解度を確認でき、深めていける。
・IC（インフォームドコンセント）はにケアマネージャーが同席することで、より良いサービスに繋がっていく。
・初めての介入は客観的にみることができる。
・お互いを社会資源と思って上手に頼る。
・入退院を繰り返さない為の情報についてを考えていく
・施設の相談員は退院調整ルールを知らないのではないか。そのためそういった部門への情報共有、周知について考えていく必要がある。
・若年層の患者へのACP
・BCPについて
・シートの使い方について、加算ばかりを気にせず情報・内容が大切である。
・退院調整ルールだけでなく、独居や二人暮らしの世帯などの支援について、地域の繋がりからの取り組みをしっかりと行う。
・家族と疎遠の方など、そういった場合はどこから情報を得たらよいか。
・個人情報の兼ね合いがあり、内縁のパートナーの情報等、情報が分かりづらい（取りづらい）。
・連携の質の向上
・顔の見える関係づくり
・互いに欲しい情報の共有
・在宅で関わっていない職種からの情報提供・情報共有
・入院中の経過も共有できると想定しやすい
・ペーパーレス化に向けた取組
・身寄りがない方への支援→市町村への相談、成年後見制度の紹介
・情報共有し、家族の理解を得られるようにしていく
・病院と包括・居宅間はルールが定着しているので、今後は開業医など地域に広げていくことが課題か。
・安心セットの普及
・（75歳以上対象配布）「私のカルテ」について、高齢者・救急隊員含めた普及・定着
・ICTの活用
・欲しい情報を欲しいと伝える。
・顔の見える関係、関わるケアマネージャーの特徴を知る。
・早めの連絡（情報共有、精神状態、認知機能）
・顔の見える関係づくりがなぜ必要なのか、何のためにこのルールがあるのかを意識し活用する。 その結果、より良い生活を送るため、より良い連携のきっかけ作り。
・サ高住、グループホーム、老健は退院調整ルールに入っていない。
・毎年のアンケート提出の必要性
・顔の見える関係づくりが大切に思う。人が分かったうえで話すより良い。 （オンラインやFax等だけでなく、Fax送付後に後日説明があると良い）
・退院調整ルールができた原点に振り返り、患者中心を心掛けたい。
・アンケート内容の再検討の時期であると思う。未参加の居宅へどのように反映させるか。周知の方法をどうしていくのか。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 県北以外での遠方の病院へ入院になると、連絡が少なかったり取れなかったりといったことがあるため、そういった医療機関との顔の見える関係づくりも大切であると思う。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院から介護申請について家族へ紹介する際には、認定までの期間や申請方法の説明、確認まで照会してもらえると助かる。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の希望によって医師が退院を許可してしまうこともあり、その時はサービス調整が間に合わないときもある。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 県北圏域以外の病院との連携であると、電話のみで終わってしまうところもある。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族がいても絶縁状態で支援に入ってもらえないケースも増えている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活保護にならないが、経済状況が厳しい対象への支援が困難。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院前カンファレンスが対面式が増えてきた。また、ZOOM等オンラインでの遠方の病院とのやり取りも可能となってきている。一方で患者本人が終始同席していると、本人の前では確認しづらい情報もある。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅に帰ってからの患者の生活の様子を、病院側とケアマネージャー側とですり合わせできるとよい。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 運用評価会議への参加について（参加者が増えて欲しい）
<p>精神科の病院の参加率の低下</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護と支援の違いによって、シートの提出率が変わってくる。
<ul style="list-style-type: none"> ・ アンケートの集計表について、集計しやすい表にしてほしい。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 希少な診療科等とのネットワークづくり
<ul style="list-style-type: none"> ・ ACPの残し方（エンディングノート、ビデオ等媒体での記録）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者、家族からの入院連絡の漏れ防止のために、医療機関側からケアマネージャー・包括への第1報ができると早期の連携に繋がる（システム化）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 顔つなぎ、関係づくり
<ul style="list-style-type: none"> ・ 今後、社会福祉士の配置を増員し、“つなげる役割の人”を増やす。

〈その他 GW内でも出された意見〉

- ・ いきなり病院から紹介があるので情報が少ないことがある。
- ・ 市を跨いでしまうと情報の取りづらさを感じる。
- ・ 入院時から変化がないと連絡が遅くなる。
- ・ 入院時の様子の面会を積極的にしてもらうことで、退院後のイメージがしやすい。
- ・ 現場の状況（病院・居宅）の連携はよくとれていると感じている。
- ・ ルールがあることで情報共有しやすい。（病院と在宅の壁が以前よりなくなった）
- ・ 本人や家族以外、ケアマネからも情報が入ることがよい。
- ・ MSWがいないところの病院や開業医とはどうしたらいいのか。
- ・ 病院は話づらいと思われていたが、ルールができて連携室や相談室などやり取りがしやすくなった。
- ・ 地域の開業医とのやりとりで困っている。一方で、往診対応している開業医とは窓口のスタッフもいてやりやすい。
- ・ 用紙を送って終わりではない。お互いに連絡を取り合う（意識が大事）
- ・ 3日以内にカンファレンス、入院と同時に調整開始。病名によって入院期間が異なる。
- ・ 患者さんからケアマネに、本人が言える場合は本人からケアマネに。
- ・ 情報提供は当日がそれ以外かで点数が分かれることから、スピード重視になっている。そのため、FAX対応もあり。
- ・ 病院としては早く方向性を決めたい。ケアマネとしても入院中から、早い段階で関わりたい。
- ・ 病院はケアマネと直接連携で加算される。（なんのための連携か考えると、顔の見える関係づくりが大切ということに気づき、結果大切だからこそその加算となる）
- ・ 情報共有シートの目的は、誰が作成しても必要な情報が得られるため。
- ・ 退院前のカンファレンスがあると、状況把握のためには助かる。
- ・ 予定入院時、どの程度の状況でケアマネに連絡するか悩む。
- ・ 連絡のタイミング（大きな病院であれば、連休・休み明けの連絡になる。できれば早めに連絡が欲しい）
- ・ 入院時、患者・家族からケアマネージャーへといった流れで連絡が来ることもあり、相談員が把握していない場合もある。
- ・ 患者がケアマネの名前を忘れていたり、事業所の名前が分からないといったことがある。
- ・ 提供した情報に対する返答がない。
- ・ 介護保険の申請について家族に説明してもらえるとありがたい。

- ・単身高齢者世帯は、連絡先や病名も分からず、大変なことが多い。そこで、「安心セット」「わたしのカルテ」の活用
- ・入院3日以内というルールであるが、早い段階で連絡をもらいたい。一方でケアマネも、タイムリーに入院を把握できていないこともある。
- ・「安心セット」の浸透。ケアマネの名刺があると病院から繋がれる。
- ・ケアマネとしては入院すれば依頼なくともシートを提供する。
- ・入院から退院までの時期によって、必要とする情報は変化する。
- ・病状説明へのケアマネ同席
- ・急性期の介護保険申請後、認定が出ても退院時状態異なる事態になりがち。病院からのタイミング、見立ての情報交換は互いに必要。
- ・備考欄が貴重。
- ・退院時、情報に不足がないか不安になる。また、退院時の状況を想像して動くことが難しい。
- ・退院調整ルールができた原点に振り返り、患者中心を心掛けたい。

など