

令和6年度

『県中医療圏退院調整ルール』 に関するアンケート調査結果

病 院 編



アンケート実施期間：R6.8.1～8.23

病院へのアンケート 入院時のケアマネとの連携状況

1 アンケート回答状況

アンケート対象病院・有床診療所数：

「県中医療圏退院調整ルール」参加32病院等

回答病院等数：27病院

2 入院時のケアマネとの連携状況（令和6年7月の状況）

○ 1ヶ月間の入院患者のうち、入院前にケアマネが決まっている患者数
（※施設からの転院を除く。）

671人（令和5年度 688人）

○ 上記患者のうち、ケアマネから入院時に情報提供があったケース

477件 71.1%（令和5年度 461件 67.0%）

うち 持参： 64件(13.4%)（令和5年度 64件(14.1%)）

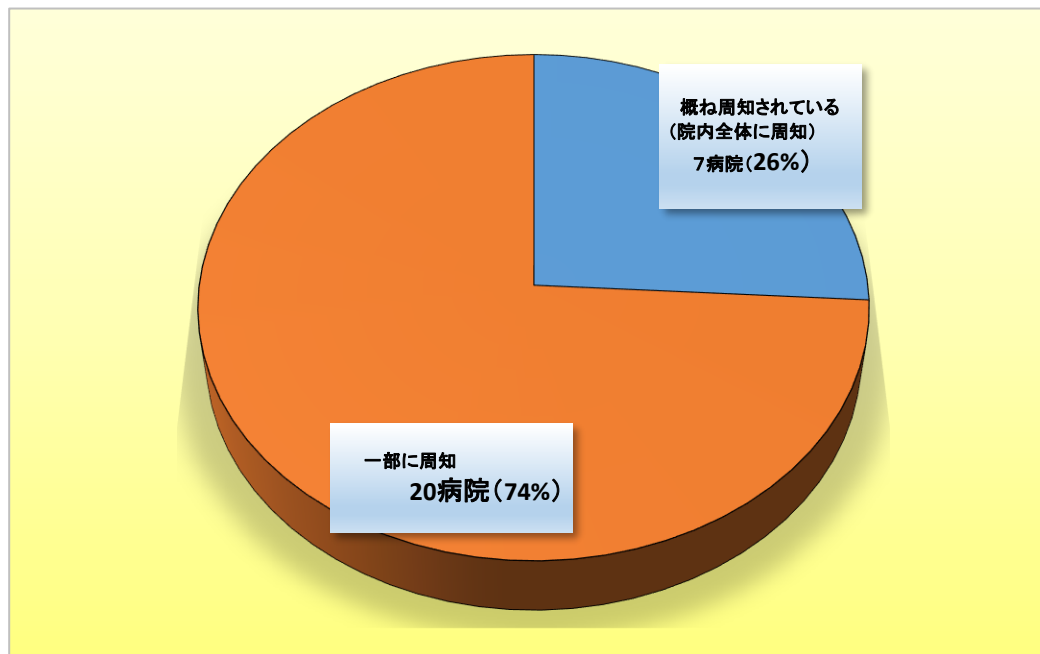
持参以外（FAX等）：413件(86.6%)（令和5年度 396件(85.9%)）

- I 退院調整ルールの周知について
- II 情報共有について
- III 退院調整ルールの課題について

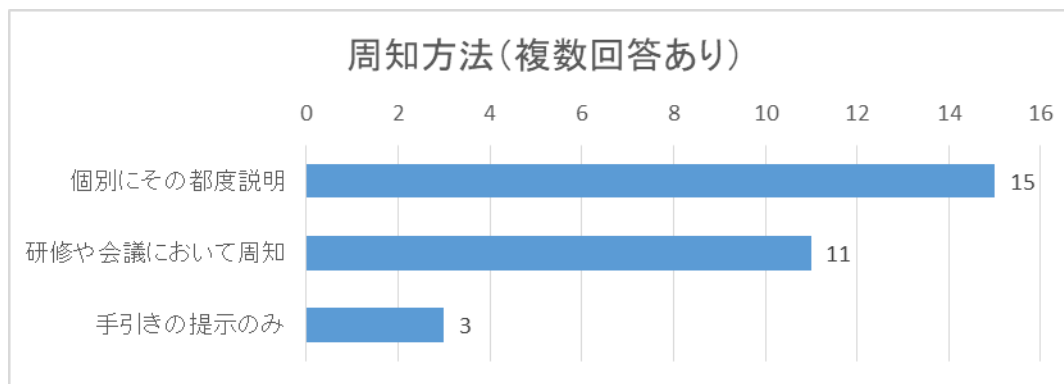
上記について、病院の方に記載していただきました。

I 退院調整ルールの周知について

質問1：病院内において、退院調整ルールはどの程度周知されていますか。



質問2：どのように周知していますか。



II 情報共有について

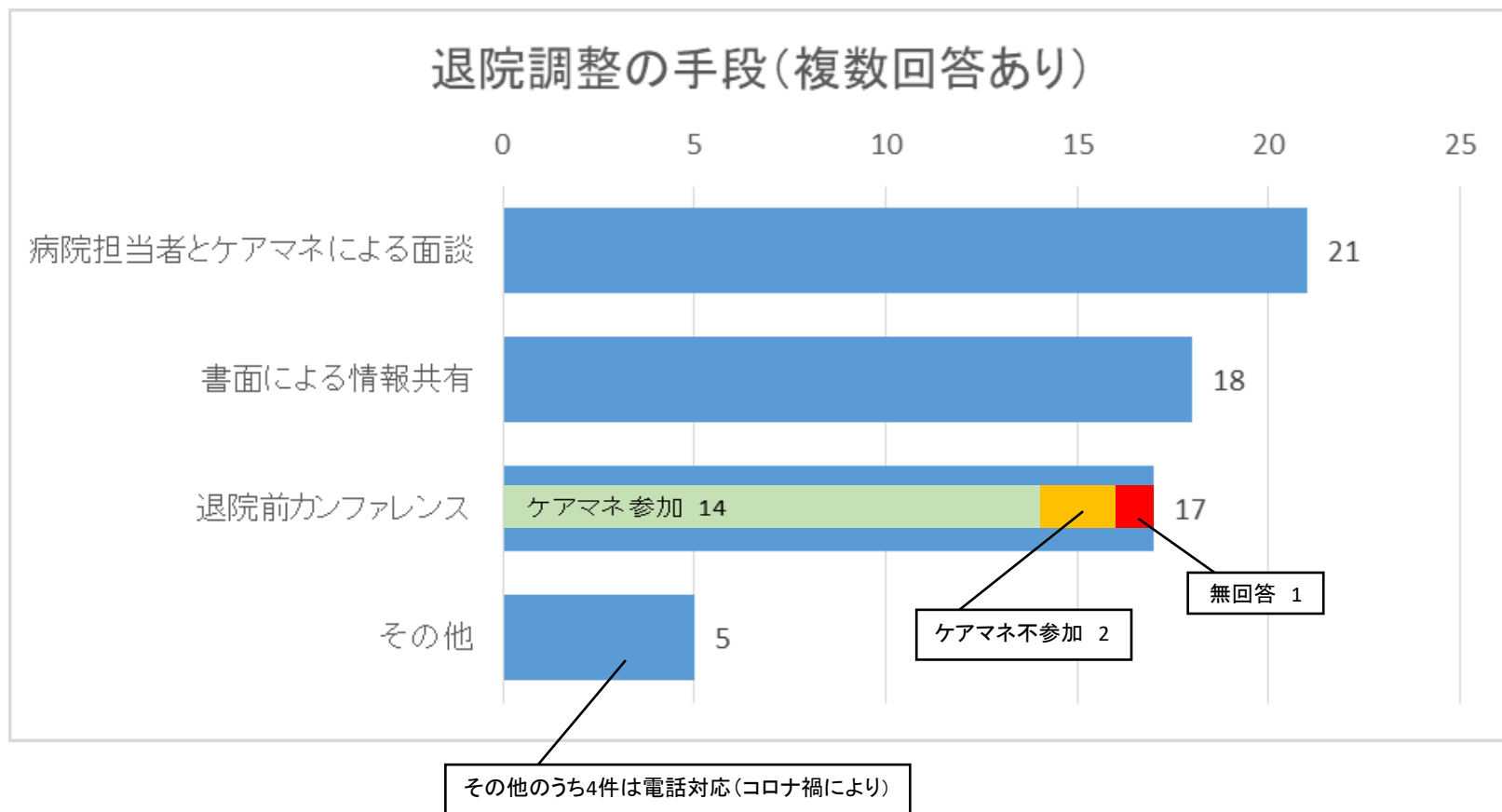
質問1：情報提供シート of 情報を収集した後、病院内でどのように活用していますか。

- 電子カルテに取り込み、アセスメントに使用。
- 電子カルテに取り込んだり、ファイリングなどして、院内の多職種で共有。
- ケアマネからの課題も把握してカンファレンスで活用。
- 初期カンファレンスで共有、ADLやサービス内容など退院支援計画等に役立てている。
- 退院支援だけでなく、認知症ケアなどにも在宅での様子などの情報収集に役立てている。
- 看護目標立案時に役立てている。
- 自宅におけるADL状況や家族との関係性等の情報を多職種で共有し、退院後の生活を見据え、ADL等の目標設定に役立てている。
- 入院支援看護師、退院支援看護師、病棟看護師、医療ソーシャルワーカーそれぞれにコピーし配布。在宅での様子や家族の関わりが見え、大変有難い。
- 入院時の部屋決めや介助の状態、ADLなどの確認に活用。
- 家族構成や介護サービスの利用状況、入院前のADL等、必要な部分を抜粋しカルテに記載。
- 退院のめどが立った段階で入院前の状態と比較しリハビリの目標設定や病棟での働きかけの参考にしている。

など

II 情報共有について

質問2：退院調整（退院に向けた情報共有）は、どのような形で実施することが多いですか。



Ⅲ 退院調整ルールの課題について

質問1：退院調整ルールを使用して退院支援・調整する上で直面している課題

課題①

- ルールについては、ケアマネジャーと病院の窓口同士では周知されていると思うが、やはり、病状や医師の方針によっては、退院一週間前の連絡は必ずしも可能ではない。
- 施設からの入院時情報は施設の看護サマリーによるものがほとんどである。できれば在宅と同じ様式での情報であると活用しやすい。
- 本人が独居の場合家族が本人を把握してないことが多いので、早急に提出をして頂けると本当に助かる。
- ルールに縛られ過ぎており、負担を感じている。例えば、ケアマネジャーが決まっているケースで入院した際、把握したほうがアプローチとあるが、当院では本人や家族が対応できるケースは、ケアマネジャーへの連絡は本人・家族へ任せている現状。そのうえで、ケアマネジャーから、なんで連絡もらえないのかと言われることがある。病院の規模や配置人数次第では、ルール通りには対応不可な点も出てくると思う。
- ケアの意識と質が大きい。
- 院内スタッフへの周知がなかなか広がらず、医師から退院直前に決定の連絡だけ来ることがある。そんな中、ケアマネジャーの方にご協力いただいております、ありがたく思っている。

Ⅲ 退院調整ルールの課題について

質問1：退院調整ルールを使用して退院支援・調整する上で直面している課題

課題②

- 退院予定日の7日前までに、ケアマネジャーへ連絡となっているが、退院許可がでると、翌日など7日以内に退院するケースが多く、7日前までの連絡が難しく、ケアマネジャー等にご迷惑をおかけしている。コロナ感染での入院であると、隔離となるため面会が難しく、ご本人と話すこともできないため現在の状態を正確にお伝えするのが難しいケースがある。
- 療養病院転院方向の方が食べれるようになり急遽自宅退院や、がんターミナルで体調が良い時に自宅へ退院など、短期間の在宅調整も多々あり、その中で入院中に顔合わせと別日でサービス担当者会議の開催を入院中に行うことが困難。入院期間が診療報酬上規定があるため更に厳しい。その中で退院調整ルール通りの期間内に調整依頼することが困難な事がある。調整される在宅サービス事業者の方にはご迷惑をお掛けしているが、事情が事情なため、理解頂けると大変助かる。退院したら支援が終了ではなく、一緒に自宅生活について支援していきたいと思う。
- 担当ケアマネジャーからの情報はFAX可であるが、病院で計画する介護支援計画書の作成にあたっては対面でなければならないのが困る。ケアマネジャーに来院を強要できない。
- 一般病棟からの退院の場合、在宅退院の調整に時間を要する。

Ⅲ 退院調整ルールの課題について

質問1：退院調整ルールを使用して退院支援・調整する上で直面している課題

課題③

- 入院時情報提供書に自宅退院は無理なので施設を勧めてほしいと記載されていることがある。
- 入院時情報提供書で介護サービス利用状況がケアプラン参照となっているが、ケアプランが添付されていないことがある。
- 退院許可が出た際に調整に時間を要するとのことでスムーズに在宅移行できないケースが多い。
- 入院時情報提供シートの連絡事項の内容が簡単に記載されており、在宅での様子や家族の考え等の必要な情報が把握できない。
- 情報シートの様式が居宅・包括等事業所によって異なる。様式によっては介護サービスの内容と回数の記載が漏れることもあり、確認の連絡を入れることもあり手間になっている。
(担当ケアマネジャーにもよる)
- 病院のベッド状況によっては退院までに十分な準備期間を設けることが難しいケースもある。
- ケアマネジャーや家族への「入院時の連絡」「退院見込み」の連絡が遅くなってしまう。
- 入院される方の家族が、ケアマネジャーの名前を知らない。(特に当事者と別居していたり、遠方に住んでいる方)

Ⅲ 退院調整ルールの課題について

質問2：退院調整について他病院と情報交換したい内容

- 院内の退院調整におけるシステムや担当者の役割分担など、共有できたらありがたい。
- 入院患者が多数いる中で、ケアマネや家族と連絡をいつの段階で、どのように行っているのか、他病院の運用方法について教えて欲しい。