

令和元年度 入退院調整ルールづくり支援事業 退院調整状況調査結果報告(病院調査)

目 的

南和地域では、病院から在宅へのシームレスな移行にむけて、介護の必要な方が安心して入退院と在宅療養ができる環境づくりの一環として、平成31年2月に「入退院連携マニュアル」を作成し、入退院連携ルールの運用が開始された。
本調査は病院での入退院調整ルールの活用状況を把握し、病院における入退院時のケアマネジャー等との連携による効果と課題を把握することを目的に実施する。

概 要

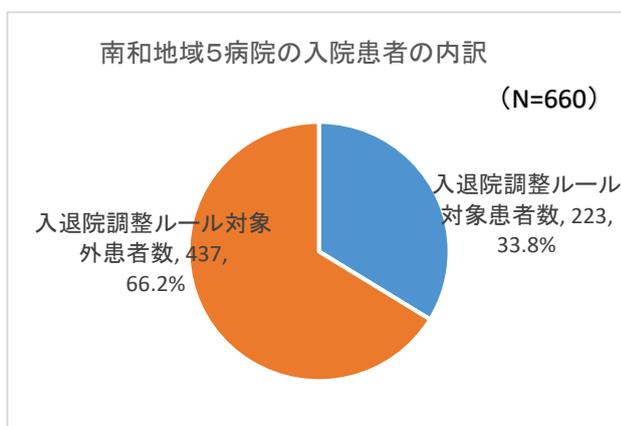
方法

南和地域の5病院に対し、7月1日～31日(7月5日～8月4日)の1か月の入院患者に対し、入退院調整ルール対象患者数を把握し、ルールに基づき、入院の連絡、入院時の情報提供、退院連絡等の実施状況を8月10日時点で調査。各病棟で実数把握し、地域医療連携室等で集計。

項 目	内 容
調査期間	令和元年7月1日～7月31日(7月5日～8月4日)の1か月間
調査票回収期間	令和元年8月10日～8月26日
対象病院	南和地域の全病院 南和広域医療企業団 南奈良総合医療センター 南和広域医療企業団 五條病院 南和広域医療企業団 吉野病院 医療法人 八甲会 潮田病院 医療法人 弘仁会 南和病院 計 5カ所
調査票回答者	病棟看護師、地域医療連携室看護師等
回答病院数 (回収率)	5カ所(100%)

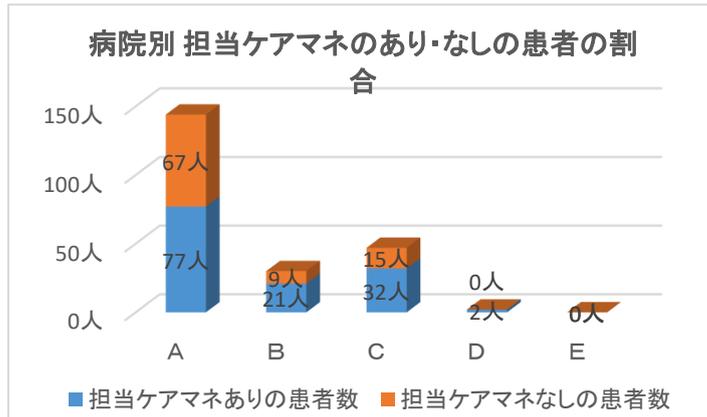
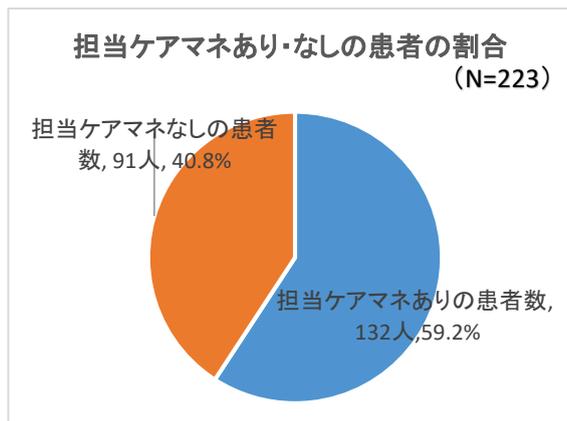
結 果

1. 入院患者の状況(7月の1か月間)



病院名	入院患者数 (7月)	入退院調整 ルール対象 患者数	入退院調整 ルール対象 患者割合
A	527人	144人	27.3%
B	56人	30人	53.6%
C	57人	47人	82.5%
D	4人	2人	50.0%
E	16人	0人	0.0%
計	660人	223人	33.8%

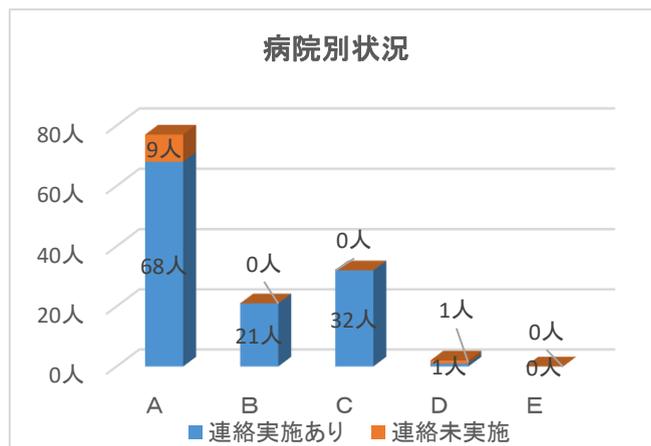
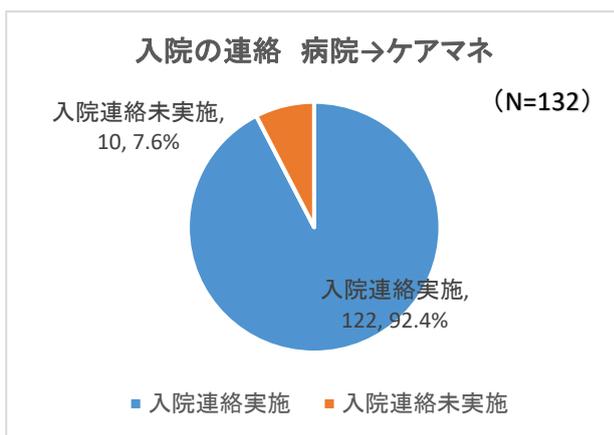
1ヶ月間の入院患者のうち、入退院調整ルールの対象患者は223名(33.8%)であった。



入退院調整ルールの対象患者のうち担当ケアマネありの患者が132名(59.2%)、担当ケアマネなしの患者が91名(40.8%)であった。

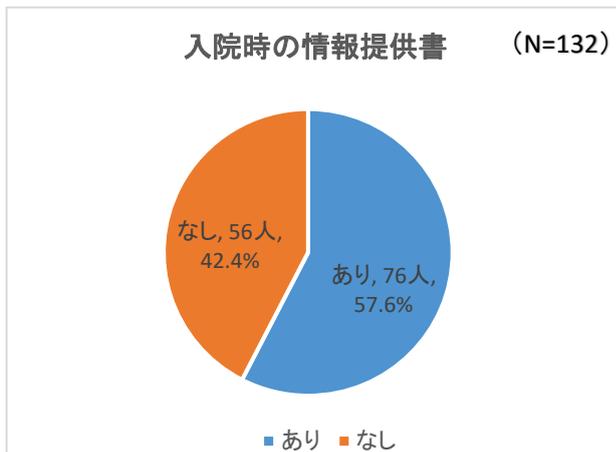
2. 担当ケアマネありの状況

1) 入院連絡の実施数(病院→ケアマネ)



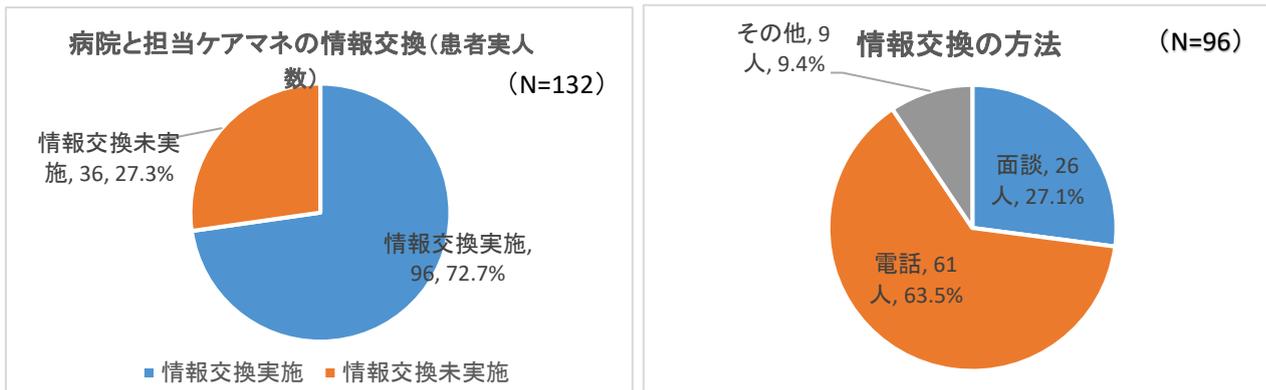
入退院調整ルールの対象患者の病院から担当ケアマネへの入院連絡に122名(92.4%)が実施できた。

2) 入院時の情報提供実施数(ケアマネ→病院)



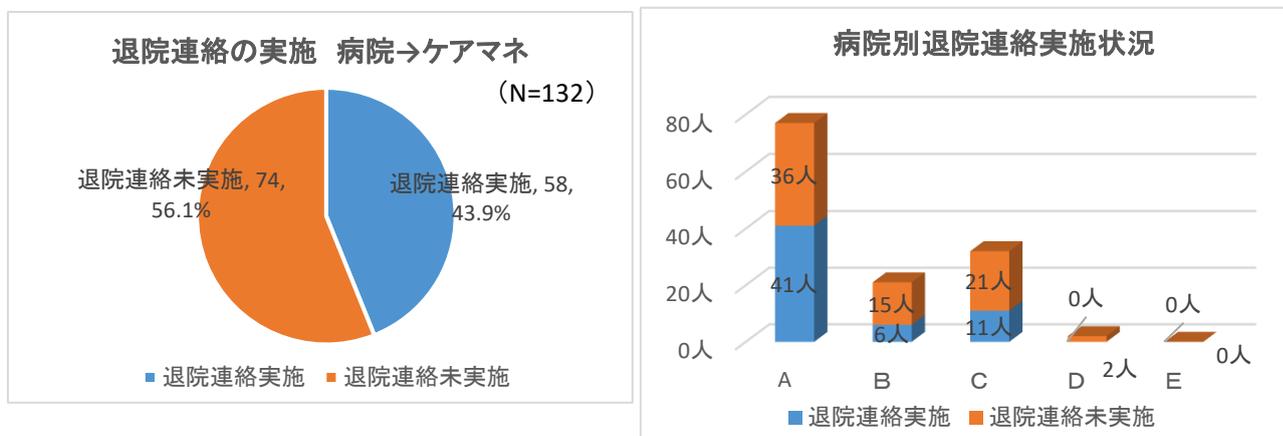
入院時のケアマネから病院への情報提供書の提供は76名(57.6%)であった。

3) 病院と担当ケアマネとの情報交換実施数・方法



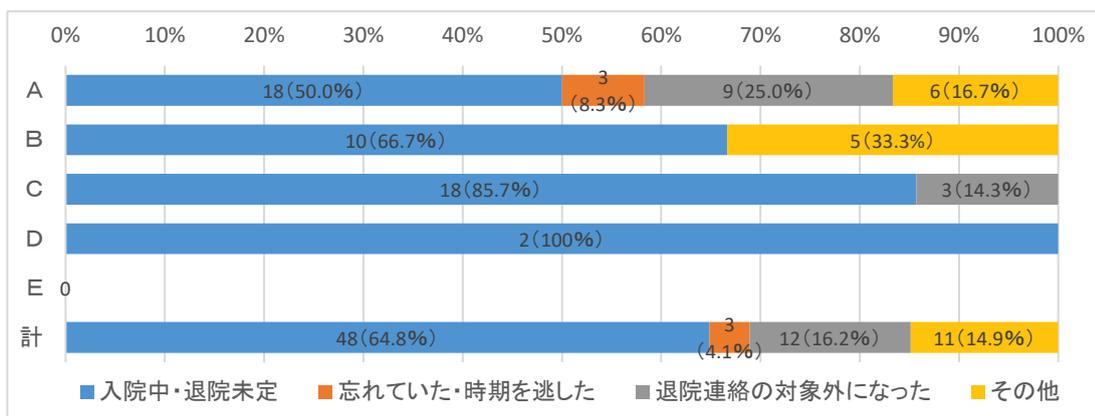
入退院調整ルールの対象患者の病院と担当ケアマネの情報交換は96名(72.7%)が実施できた。

4) 退院の連絡実施数(病院→ケアマネ)



入退院調整ルールの対象患者の病院から担当ケアマネへの退院連絡は58名(43.9%)が実施できた。

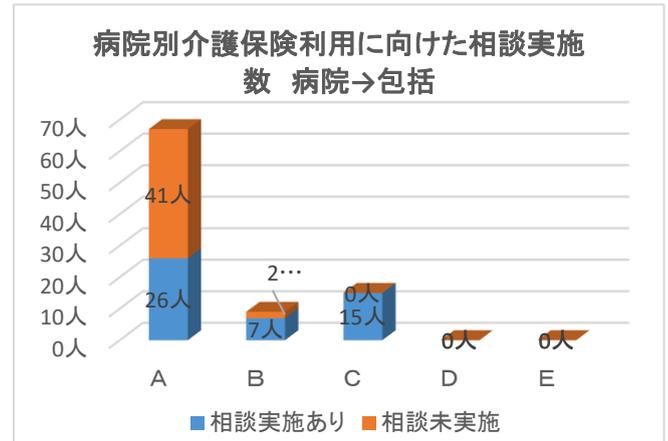
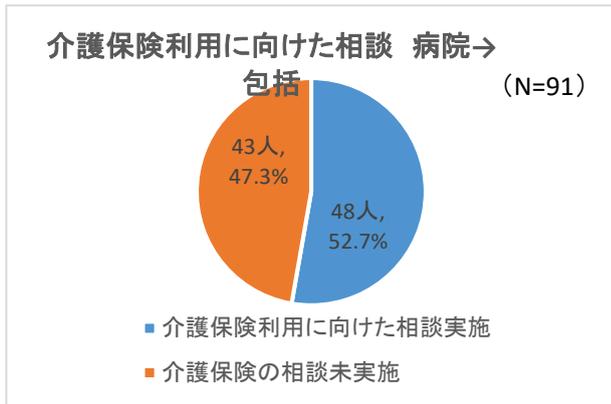
4) -1 退院連絡が未実施の理由



入退院調整ルールの対象患者の退院連絡が未実施な主な理由には、「入院中・退院未定」が48名(64.8%)と全体の割合の半数以上で最も多く、次いで「退院連絡の対象外になった」が12名(16.2%)、「その他」11名(14.9%)、「忘れていた」は3名(4.1%)であった。

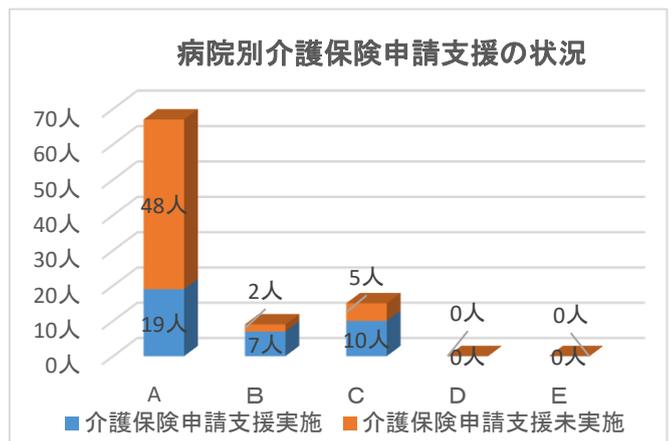
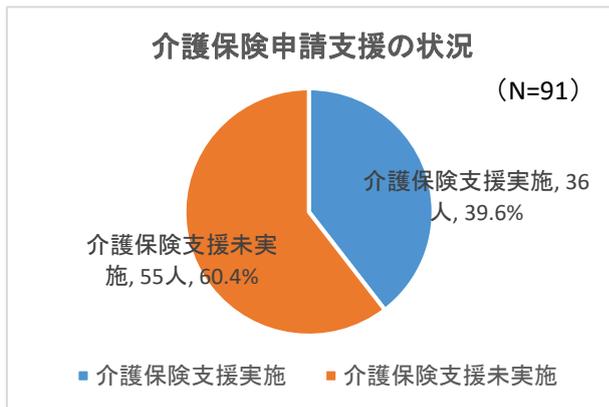
3. 担当ケアマネなしの状況

1) 介護保険利用に向けた相談の実施(病院→包括)



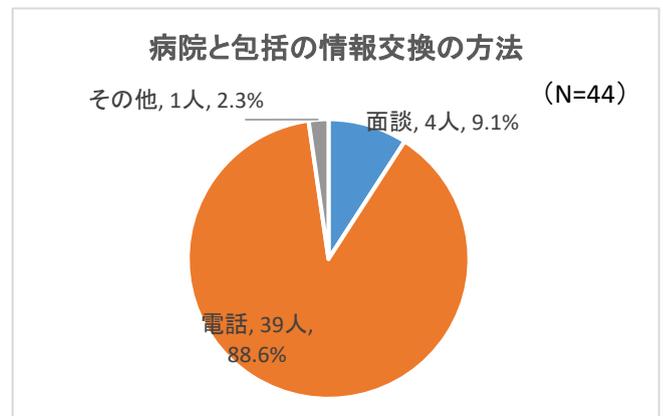
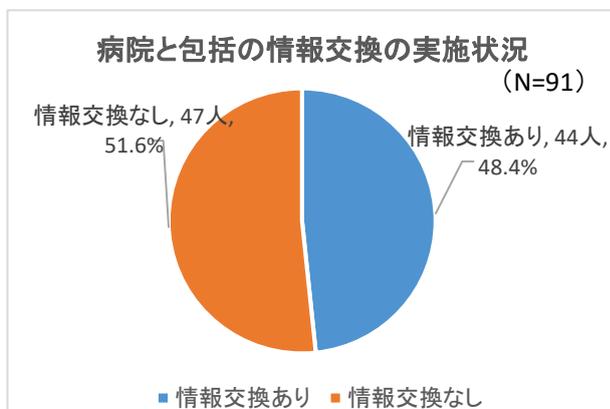
入退院調整ルールの対象外患者の病院から包括支援センターへの介護保険利用に向けた相談は48名(52.7%)が実施できた。

2) 介護保険申請等の支援の実施



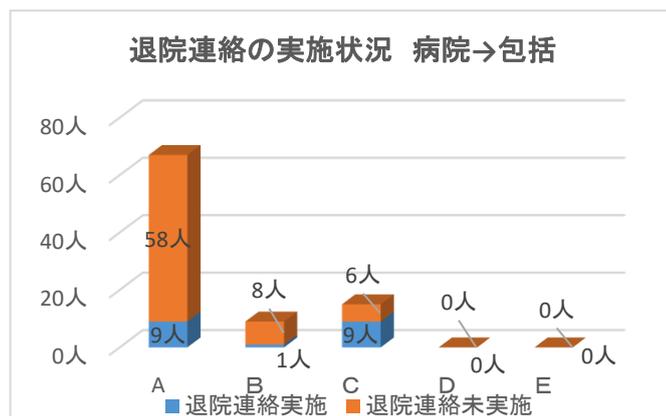
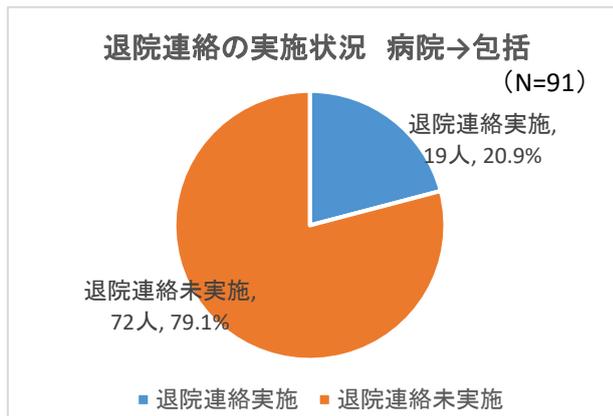
入退院調整ルールの対象外患者の介護保険申請支援は36名(39.6%)が実施できた。

3) 病院と包括の情報交換の実施数



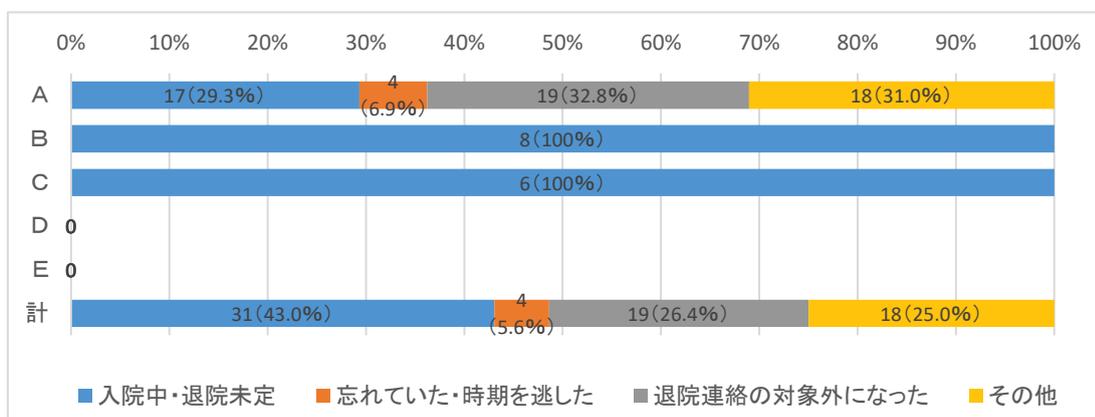
入退院調整ルールの対象外患者の病院と包括支援センターの情報交換は44名(48.4%)が実施できた。

4) 退院の連絡実施数（病院→包括）



入退院調整ルールの対象外患者の病院から包括支援センターへの退院連絡は19名(20.9%)が実施できた。

4) -1 退院連絡が未実施の理由（病院→包括）



入退院調整ルールの対象外患者の退院連絡が未実施な主な理由には、「入院中・退院未定」が31名(43.0%)と最も多く、次いで「退院連絡の対象外になった」が19名(26.4%)、「その他」18名(25.0%)、「忘れていた」は4人(5.6%)であった。

4. 自由意見(まとめ)

(1)入退院調整ルールの対象者でルールが活用できなかった理由を教えてください。 ……16件

<入退院調整ルールについて理解できていなかった> ……3件

- ・知識が不十分なためわかりにくかった
- ・スタッフへの周知に時間を要したため、理解できていない看護師がいた
- ・ルールがある事を知らなかった

<連絡を忘れていた> ……5件

- ・入院が重なり多忙な場合連絡を忘れることもある
- ・日々業務に忙しく、手がまわらない
- ・土日・連休をはさむと忘れていたことがあった(伝達が不十分であった)
- ・慣れるまではルールが定着せず忘れることがあった
- ・転入したことの連絡を忘れた

<連絡のタイミングについて> ……4件

- ・緊急入院したことを家族からケアマネに連絡しました、と報告を受けていたため連絡ができていなかった
- ・退院の連絡が前日や当日になる事がある
- ・状態の悪化時や療養のための転院、急な退院の決定などもあり目途(連絡する)を逃してしまうことも多い
- ・入院時より退院時の連絡がタイミングが合わない事がある

<その他> ……4件

- ・介護保険の対象ではなかった
- ・ケアマネが決定していない状態で今後施設入所を希望されている場合
- ・本人・家族より必要ないと言われた
- ・活用できなかった事はないが多くの意見であった

(2)入退院調整ルールを運用して良かった点をご記入ください。 ……22件

<ケアマネと情報交換しやすくなった> ……10件

- ・ケアマネと挨拶や話が出来、入院時からケアマネと早期に関係が持てる、意識がもてる
- ・入院時からケアマネに連絡を取ることで、退院に向けての相談やカンファレンスでの意見交換等の際、ケアマネとの間の壁が低く感じるようになった(相談、連絡しやすくなった)
- ・ケアマネの有無がわかって良い。また介護保険が申請しているのか進行状況がわかってよい。
- ・施設であれば退院間近に積極的に食事状況の見学に来院されたり、管理栄養士・STとの交流が出来ている
- ・以前に比べケアマネとの連絡が密になった
- ・入院・転入時に連絡することで次の連絡がしやすくなり、ケアマネの思いや方向性も確認できた
- ・ケアマネが来院時に声をかけてくれ、患者の情報交換ができたことで、支援に活用できた
- ・退院後の方向性を考えることが増えた
- ・電話連絡がスムーズになった
- ・ケアマネへの連絡が定着した

<在宅での様子がわかりやすくなった> ……5件

- ・在宅での様子、入院中の様子など情報交換することができた
- ・患者の情報をもらえることが良かった。特に情報提供書においてチェックだけでなく、自宅の様子や生活の様子が良く分かるように記入してくれている場合は、支援の参考になる
- ・患者に関わっている周囲に目が行くようになった
- ・ケアマネと関わって家での様子が見えてきた
- ・在宅サービスや生活への問題点が確認できた

<退院調整がスムーズになった> ……7件

- ・退院支援の意識付けができた
- ・早い段階で患者の相談ができ、退院調整がスムーズにできた
- ・早期より退院調整に入ることができた
- ・退院支援がスムーズに行えるようになった
- ・退院後の生活の不安を少しでも軽減できているように思う
- ・入院時に退院を見据えたアナウンスが出来るようになった
- ・退院に関わるが多くなった

(3)ルールを運用して困った点、見直しが必要と思う点、見直し案をご記入ください。 …25件

<転院・施設へ移る際の連絡について> …5件

- ・南奈良で五條に転院することをケアマネに伝え済みの場合、五條に転院日にもケアマネに連絡が必要なのか
- ・入退院調整ルールに基づきケアマネに連絡する場合は、居宅介護支援事業所や地域包括支援センターのケアマネだけでよいのか。施設ケアマネにもすべて病棟看護師から連絡しているが、どうなのか迷う。(院内で話し合い、施設ケアマネの連絡はしていない)
- ・施設入所中の患者や別の施設から他の施設へ入所、入院予定の患者と在宅患者が混同しており、連絡が必要なのか判断に迷う
- ・転入・転出での掲示板の活用が悪く、伝達がうまくできていないケースが多い
- ・吉野病院・五條病院へ転出時、ケアマネ・地域包括への連絡ができておらず、中途半端であった

<チェックシート等の様式について> …4件

- ・入退院時調整ルールにある「入院時情報提供書」と「フェイスシート」は同じなのか？レスパイトのときだけ「フェイスシート」があるのか？
- ・基準チェックシートが見にくい(字が小さい)患者の名前を書くところがない
- ・入院時スクリーニングシートと項目が重なるところもあるため、業務量が増える。ひとつにまとめられると良いが、要介護認定を受けている人で、基準チェックシートで1項目でもあてはまれば、地域包括に連絡とあるが、入院後の経過で必要ない患者もいるため見直しが必要である
- ・用紙のチェックなどもっと簡単にできたらと思う

<連絡時の困りごと> …10件

- ・患者入院の連絡を入れる際、受持ち看護師名を伝えるだけで電話を受けてもらうのは面倒ではないのか心配
- ・地域連携室担当者と病棟看護師からも連絡をしている。病棟看護師と地域連携室の担当者が同日に連絡入れ、「先ほど連絡あった」と言われた。連絡はどうしたらよいのか迷う。受ける側は一度に連絡をもらう方が良いのではないか
- ・地域包括支援センターの担当者に患者が転院したこと、受持ち看護師名の連絡を入れた時の対応が辛く感じる時があった(相手方も多忙と考える)
- ・病棟看護師にとって、ケアマネが施設または居宅介護支援事業所に所属しているのかがわかりにくい
- ・担当ケアマネなしで包括に連絡した場合、「家族はいつ来ますか？」と言われて困った
- ・ルールが定着していないのか、連絡しても反応があまりないことがあった
- ・介護保険の利用予定はないが地域包括への連絡となっており、何を伝えればいいのか迷った
- ・ケアマネによっては、サマリーお願いしますと渡すだけの時があるので、できれば情報交換したいので声をかけてほしい
- ・ルールに乗って連絡を行ったが、退院時は介護保険支援必要なく 包括支援センターに連絡が漏れてしまう
- ・地域包括支援センターに「ルールの連絡です」と伝える時にチェック表をした上で連絡していても「ちゃんとしましたか？」と疑われるような返答があった。又、入院してすぐに連絡するため、予測で分かる程度伝えるが、深く聞かれるため時間がかなりかかる

<業務が多忙になった> …6件

- ・場合により色々な所に連絡しないといけないので大変
- ・入院時にケアマネや支援センターに連絡する時間的余裕がない
- ・電話をしても相手が不在の時、折り返し電話をする等は手間が増える
- ・週末だとそのまま忘れてしまう事がある。
- ・入院の時間が短かったりするとその日のうちに連絡できない
- ・退院後もその患者に対する相談が来て、どこまで対応すべきか困った

(4) 圏域を超えての入退院調整時の困りごとをご記入ください。・・・11件

- ・圏域外の対象にあたっていない
- ・圏域を超えての調整の機会はなかった
- ・サービスなどの詳細がわかりづらい
- ・御所・橿原方面からの入院患者で、退院後サービスが必要と考えるとき、退院の決定しないと申請しても動くことができないと言われることがあったりして、看護師だけが無理と感じた
- ・圏域外の情報も欲しい
- ・カンファレンスの参加について、どこまで連絡や参加をしてもらったらいいのか
- ・入院したことを家族からケアマネに連絡してくれたが、情報提供書が届かなかった
- ・入院時情報提供書がない(御所市)
- ・担当ケアマネジャーの名前を患者・家族が分かっていない
- ・事務的な連絡業務に時間をとられる事
- ・ケアマネジャーの理解力の問題は、その日の担当ナースや受け持ちNSでも分かりづらく、NS同士、カルテや掲示板で連絡や情報共有していても、話が違ってくる事があり、病棟内業務や入院対応、ナースコール対応、受け持ち患者の援助をしている間で入退院調整の細やかな電話対応を頻回に必要な事例は難しいと思いました

(5) ルールを運用しての感想等を自由にご記入ください。・・・23件

- ・初期入院であればケアマネに連絡が必要だと思うが、転院時の連絡では何がメリットになるかわからない(転院が決まれば南奈良入院中にケアマネに連絡しているはずのため)
- ・電話連絡をしても、すでに「知っています」と言われることがある。お互いにメリットがあるのか不明
- ・マニュアルに沿って行っているが、慣れないため確認を行いながら今後も実施していきたいと思う
- ・退院調整を円滑に進めるためにルールがあることが知ることができ良かった
- ・意識が強まり積極的に退院調整かわれるようになって来たと思う
- ・電話だけではなかなかケアマネの顔が覚えられない
- ・スタッフへの周知に時間がかかったが、理解できていない看護師もいる
- ・入院時には判断できない場合があった。3日目の退院支援でカンファレンスを実施しているが、情報が取れていないことがあった
- ・活用までに至らなかった
- ・休日・夕方入院はすぐに連絡できないのが困る
- ・看護師でなくてもクラークが電話しても良いのではと思う
- ・ルールを活用することでタイムリーに情報交換を行い、退院支援につなげていきたい
- ・患者が退院するにあたっての問題点が早期に分かるようになった
- ・連絡を取り合う時間がある程度決まっていた方がいい
- ・書き方など用紙の項目が抽象的でわかりにくかった
- ・回復期リハビリ病棟では今までもほぼケアマネと連絡を取ってきていた。退院が決まって連絡が不十分であったケースはどんな事例であったか教えて欲しい
- ・患者・家族の退院支援の中で意思決定支援を行うことが、少しずつできてきている
- ・在宅での生活が可能となるためにどうすれば良いか、何が必要かという目線でカンファレンスを行うようになってきている
- ・入院時ケアマネさんが付き添いをしてくれており、入院のことは知ってくれていたが、病棟入院時にはもう帰られていた。一応電話はしましたが、そのような時でも連絡はいるのか疑問でした
- ・圏域外で報告したら喜ばれた
- ・退院調整がなんとなく分かった。連絡のタイミングをどこで介入したらいいのかわからないのが難しい。退院後の生活を考えて関わられるようになってよかった。ケアマネジャーに直ちにコミュニケーションがとれ、退院に向けてスムーズに動くことが出来る。ルール上連絡はするが、「本当に相手はその連絡を必要としているのか」と思うことがあった。退院調整が愉しくなった
- ・病棟で入退院調整を行うには専任NSが居てくれると良い。南奈良からの転院の場合は、南奈良を退院する時は南奈良から連絡が入り、吉野(当院)へ転院してきた時にも担当ケアマネに連絡することとなっているのでしょうか。なっていれば無駄な業務ではないかと思う。入院人の連絡は地連からお願いしたい
- ・介護療養型病院の為、入院に到るケースが調整ルールとは異なるケースがほとんどである。ただ、居宅ケアマネから情報を頂くケースは在宅から直接当院に入院となるケースで、他院からの場合は病院からのみの情報提供のみの為、転院時や入院時に事前確認なしというケースもない