

令和3年度 いわき医療圏退院調整ルール運用評価会議 次第

日 時：令和4年3月16日（水）午後2時
開催方法：オンライン会議（Zoom）

1 開 会

2 会議の運営について 資料1

3 議 事

(1) 報告事項

ア 令和3年度「いわき医療圏退院調整ルール」の運用状況等について

資料2

イ これまでの運用評価会議やルールQ&A集で整理している主な項目について

資料3

(2) 協議事項

ア コロナ禍における退院調整の課題等に対する対応について

資料4

イ 保険証セットに係る市民向け周知チラシ（案）について

資料5

4 その他

(1) 退院調整ルールに対する意見等

(2) 令和3年度「入退院支援事業報告会」開催について（案内）

資料6

※ 主催：高知県立大学 健康長寿センター

5 閉会

令和3年度 いわき医療圏退院調整ルール運用評価会議 出席者名簿

	地区	氏名 (敬称略)	勤務先等 (順不同)
1	平	加藤 陽子	松村総合病院
2	平	須藤 沙織	
3	平	小松 香央里	
4	平	遠藤 利美	舞子浜病院
5	平	松尾 直人	松尾病院
6	平	佐藤 詩織	
7	小名浜	小野 可奈子	いわき病院
8	小名浜	佐川 和雄	泉保養院
9	小名浜	上妻 潤子	磐城中央病院
10	小名浜	八嶋 正史	小名浜生協病院
11	小名浜	坂本 うめ子	中村病院
12	小名浜	小山 香	
13	小名浜	坪井 和明	
14	小名浜	折笠 歩	
15	小名浜	片寄 睦美	かしま病院
16	小名浜	根本 寿子	
17	小名浜	高萩 周作	石井脳神経外科・眼科病院
18	小名浜	堀川 利香	
19	小名浜	鈴木 優	
20	勿来・田人	竹内 さな江	橿田病院
21	勿来・田人	中垣 智美	
22	勿来・田人	大平 学	
23	勿来・田人	芳賀 光司	
24	勿来・田人	小川 ひとみ	呉羽総合病院
25	勿来・田人	高木 孝子	
26	勿来・田人	坂本 いずみ	
27	勿来・田人	加藤 美樹	
28	勿来・田人	志田 真澄	
29	勿来・田人	大泉 善子	なこそ病院
30	勿来・田人	松下 敏江	
31	常磐・遠野	吉川 正宏	常磐病院
32	常磐・遠野	佐藤 英世	
33	内郷・好間・三和	小沼 達広	長橋病院
34	内郷・好間・三和	千葉 和義	福島労災病院
35	内郷・好間・三和	野木 みほ	
36	内郷・好間・三和	草野 ちづ	いわき市医療センター
37	内郷・好間・三和	山平 英代	
38	内郷・好間・三和	渡辺 敦子	
39	内郷・好間・三和	鈴木 彰子	
40	内郷・好間・三和	中島 太郎	大河内記念病院

ルール参加病院等

		地区	氏名 (敬称略)	勤務先等 (順不同)
41	居宅介護支援事業所 (地域包括地区毎)	平	千島 順子	愛心会居宅介護支援事業所
42		平	菊地 美喜子	社会福祉法人いわき市社会福祉協議会
43		平	鈴木 亜希	いわきソーシャルワーカーズ
44		小名浜	馬目 雅人	医療生協在宅福祉センター
45		小名浜	目黒 幸枝	居宅介護支援事業所マルカート
46		小名浜	小野 清美	ケアプランつむぐ
47		勿来・田人	中尾 崇	ハートフルなこそ居宅介護支援事業所
48		勿来・田人	佐藤 由紀子	いきがい村居宅介護支援事業所
49			宮本 博文	
50			竹中 薫	
51			松崎 明日香	
52		常磐・遠野	鈴木 真弓	医療法人常磐会ケアサポートつばさ
53		常磐・遠野	佐藤 ひろみ	仁愛ケアプランサポートセンター
54		内郷・好間・三和	鎌倉 雄子	くすりのマルチ居宅介護支援事業所
55		内郷・好間・三和	木田 千恵子	森の樹のケアマネジメント
56		四倉・久之浜大久	原田 美智子	居宅介護支援事業所みち
57		四倉・久之浜大久	箱崎 多佳子	翠祥園居宅介護支援事業所
58		小川・川前	日下部 弘子	ヘルパーステーション小川
59			松本 悦子	
60			渡辺 こと子	
61	ケアマネ協会代表者	平	中野 美奈	医和生会居宅介護支援事業所
62		常磐・遠野	大井川 浩子	うらら苑居宅介護支援事業所
63		四倉・久之浜大久	佐藤 久美子	楽寿荘居宅介護支援事業所
64	地域包括支援センター	平	山野辺 リカ	平地域包括支援センター
65		小名浜	加藤 幸恵	小名浜地域包括支援センター
66		勿来・田人	生田目 宏美	勿来・田人地域包括支援センター
67		常磐・遠野	新妻 祐子	常磐・遠野地域包括支援センター
68		内郷・好間・三和	小岩 洋子	内郷・好間・三和地域包括支援センター
69		四倉・久之浜大久	松田 和枝	四倉・久之浜大久地域包括支援センター
70		小川・川前	松岡 美和	小川・川前地域包括支援センター
		事務局		吉野 優子
			草野 大輔	いわき市保健福祉部 地域医療課

会議の運営について

【会議の目的】

平成29年4月から運用している「いわき医療圏退院調整ルール」は、定期的に運用状況の確認・評価を行い、必要があれば関係者間で協議の上、適時見直しを行うこととしております。

運用開始後、関係者間の協議の場として、毎年「運用評価会議」を開催（ケアマネ代表者会議、参加病院会議、合同会議）してきましたが、令和元年度以降は、会議内容を整理し、合同会議のみを開催してきました。※ 令和2年度は新型コロナの影響により、運用状況に係るアンケート調査結果の書類送付のみ。

「運用評価会議」では、市が実施する運用状況に係るアンケート調査の結果等も踏まえ、ルールの運用状況の共有や課題に対する解決策等について協議し、病院とケアマネジャー間の更なる連携強化を目的としています。（必要に応じて適時ルールの見直しを行います。）

【本日の参加者】

① 市内の居宅介護支援事業所 18事業所（23名）

※ 参加事業所については、アンケート調査の回答内容等を踏まえ、市で選定させていただきました。

② 各地域包括支援センター 7事業所（7名）

③ 市内病院 18病院（40名）

【会議の進め方】

① 報告事項…事務局より説明し、その後皆様から御意見を申し上げます。

② 協議事項

ア) コロナ禍における退院調整の課題等に対する対応について

運用状況に係るアンケート調査結果を踏まえ、居宅介護支援事業所より課題等に関する事例を説明いただき、対応や解決策等について病院側と意見を交わします。

イ) 保険証セットに係る市民向け周知チラシ（案）について

事務局よりチラシの目的や内容案を説明し、その後皆様から御意見を申し上げます。

会議に出席されている皆様へのお願い

- ご自身が発言する時以外は、「ミュート」（自分側の発言音声を消音にする）にしてください。
- ご自身が発言する時は「ミュート」を解除し、「所属（〇〇事業所、病院など）」と「氏名」を先に述べてください。

令和3年度

『いわき医療圏退院調整ルール』の 運用状況等について

目次

- | | | |
|---|-----------------------------|---------|
| 1 | 運用状況についてのアンケート調査概要 | P2 |
| 2 | アンケート調査結果概要 | P3~P6 |
| 3 | 居宅介護支援事業所・地域包括支援センター 調査結果詳細 | P7~P9 |
| 4 | 病院等 調査結果詳細 | P10~P13 |

いわき市 保健福祉部 地域医療課
いわき市在宅医療・介護連携支援センター

1 運用状況についてのアンケート調査概要

【目的】

退院調整ルールを実際に運用している病院及び居宅介護支援事業所に対して運用状況や課題等を調査し、その調査結果の共有や改善策等の検討を通して、病院・介護支援専門員間の更なる連携強化につなげる。

【調査対象期間】

令和3年7月1日～8月31日（例年実施の調査対象期間と同じ）

【調査内容】

○居宅介護支援事業所・地域包括支援センター

病院から退院の連絡があった件数や内容、運用上の課題 等

○病院等

退院調整ルールの手引きに基づく確認事項の実施状況、ルールの徹底に向けて病院内で取り組んでいること、運用上の課題 等

【調査対象数・回答率】

	調査対象 事業所数	回答 事業所数	回答率	《参考》 R2回答率
居宅介護支援事業所	169	139	82.2%	73.1%
地域包括支援センター	7	7	100.0%	100.0%
病院等 <small>（小名浜中央CL含む）</small>	25	19	76.0%	72.0%
合 計	201	165	82.1%	73.9%

2 アンケート調査結果概要

○入退院の状況

いわき医療圏の入退院はほぼ圏域で完結！
(市内医療機関からの退院割合 94.2%)

【補足】

三和地区や勿来地区の患者の一部は、近隣の、ひらた中央病院、小野町地方総合病院（県中圏）や茨城県内の病院への入退院がある。

○退院調整率

R 2 年に対し、1.2%上昇

	H30年	R元年	R2年	R3年
退院調整率	86.9%	83.3%	88.8%	90.0%
第9次高齢者 保健福祉計画 目標値	-	-	-	90.0%

R 2 年に対し、要介護、要支援とも調整率が上昇

	H30年	R元年	R2年	R3年
うち要介護	88.4%	82.6%	89.6%	90.7%
うち要支援	74.4%	88.2%	83.3%	84.4%

【要因：病院側】

コロナ禍の状況にありますが、規模の大きい病院を中心に、令和2年から引き続いて高い退院調整率を維持しています。

<高い調整率を維持している病院での主な取組み>

- ・リハビリの動画等を撮影し、ケアマネや家族へ見ていただき、ADLを確認・共有している。
- ・地域のケアマネと顔の見える関係作りを目的に定期的に研修会を実施。病院長をはじめ院内多職種も参加している。
- ・特定の部署に、退院支援研修会を設け、定期的に開催している。

⇒令和2年度に引き続き、院内での退院調整ルールの周知・徹底や、オンラインも活用したケアマネとの情報共有に取り組んでいることが高い調整率を維持している一方、急性期治療後などでは、急遽退院となって、退院後の連絡となってしまうケースもあります。

【要因：ケアマネ側】

コロナ禍の状況にあり、患者等との面会や状態把握が十分に出来ないといった問題もある中、

<退院調整で工夫していること>

- ・医療機関に協力頂き、オンラインで面会する機会をいただきました。
- ・リハビリの様子を動画で撮影してもらい送ってもらった。

⇒令和2年度に引き続き、オンラインも活用した効果的な情報共有の取組みにより、高い調整率を維持していると考えられます。

○退院調整に問題や課題があった場合、その内容

患者面会できず、 状態把握困難	退院支援部門と病 棟の方針が違う	患者本人と家族 の意向が違う	その他
54.1%	4.1%	8.1%	33.7%

【その他の内容】（一部抜粋）

- ・透析の受け入れ調整
- ・家族間の意見が違う。
- ・コロナ感染しての入院のため、退院後のサービス利用に限りがあった。
- ・家族やケアマネからの連絡で、入退院や患者状態が判明した。3

2 アンケート調査結果概要

○退院時、病院でのカンファレンス参加の割合

	R2年	R3年
参加	28.5%(117)	27.6%(128)
うち面会	-	23.8%(110)
うちウライイ	-	3.8%(18)
不参加	71.5%(293)	72.4%(335)



	うち要介護		うち要支援	
	R2年	R3年	R2年	R3年
参加	31.7%	30.0%	10.0%	11.6%
うち面会	-	26.0%	-	8.3%
うちウライイ	-	4.0%	-	3.3%

○病院等への情報提供（入院時情報提供書の提出率）

令和2年に対し、提出率合計はほぼ横ばい

	R元年	R2年	R3年
提出率 計	68.2%	72.5%	72.3%
うち要介護	71.6%	77.5%	74.7%
うち要支援	45.1%	46.5%	54.9%

【病院等へ入院時情報提供書の提出しなかった理由】（一部抜粋）

- ・ 同じ病気で2回入院
- ・ ターミナルでいつ亡くなってもおかしくない状態
- ・ 短期間での同病院再入院
- ・ 検査入院のため
- ・ 何度も入院歴があり、MSWと電話でやり取りしていたため
- ・ 定期的に受診しており、病院に確認したところ情報はいらないと言われた
- ・ 入院の連絡が家族、病院からも遅かったため
- ・ 入院連絡なし
- ・ 担当になった直後の入院で情報収集も十分には出来ていなかったため
- ・ 特にADL等変化なかったため、口頭で現在の状態を伝えた

○【令和3年追加項目】入院時情報提供書の送付手段

持参	FAX	Eメール	郵送
13.1%(32)	86.1%(211)	0.0%(0)	0.8%(2)

FAXでの送付が多数であり、Eメールの活用はゼロ

【参考】隣接する県中医療圏との比較

【退院調整率】

	R元年	R2年	R3年
県中	90.1%	90.7%	未公表
いわき	83.3%	88.8%	90.0%

【入院時情報提供書の提出率】

	要介護			要支援		
	R元年	R2年	R3年	R元年	R2年	R3年
県中	83.6%	86.8%	未公表	57.4%	68.0%	未公表
いわき	71.6%	77.5%	74.7%	45.1%	46.5%	54.9%

2 アンケート調査結果概要

○【令和3年追加項目】退院調整における新型コロナの影響

ケアマネ

あり	なし	影響「あり」の場合、 その内容☞ (複数回答可)
59.9%(200)	40.1%(134)	

患者本人の状態や意向の把握	61.8% (188)
医師、看護師やMSW等との連携・情報共有	20.7% (63)
利用制限等による退院後に利用する介護サービス事業者との調整	14.8% (45)
その他	2.6% (8)

【病院での面会制限がある中、患者情報の把握・共有のために活用した方法】

オンラインによる本人、家族と面会	オンラインでのカンファレンス参加	看護師・MSW等とメールやりとり	これまで以上にやりとりを密に	特別な対応を行っていない	その他
10.8%(17)	7.6%(12)	0.6%(1)	47.1%(74)	23.6%(37)	10.2%(16)

【新型コロナの感染が拡大している状況の中で、退院調整にあたり工夫したこと】 (一部抜粋)

- ・病院MSWとの電話連絡が感染拡大前より多く行われている。病院よりリハビリ計画・看護サマリーなど書類を頂き情報収集に努めています。
- ・医療機関に協力頂き、オンラインで面会する機会をいただきました。
- ・リハビリの様子を動画で撮影してもらい送ってもらった。
- ・病院側で可能な方法で感染防止対策を取り、少人数でカンファレンス。
- ・退院後すぐに自宅に訪問しサービス利用できるように意向確認した。
- ・家族の面会もできない状況であり、支援相談員看護師が主治医・本人家族間に入りつないでくれた。
- ・普段より家族と連絡を取りました。

病院

あり	なし	影響「あり」の場合、 その内容☞ (一部抜粋)
73.7%(14)	26.3%(5)	

- ・面会制限のため、家族が患者の状況を知る機会が少なく、担当者会議の開催にも制限があり、ケアマネジャーに状況が伝わりにくい。
- ・患者様の現状を共有することが不十分。対面で得られる情報がなかなか得られない。
- ・面会制限のため、家族が患者の状態をよく理解できていない、伝わらないことがある。

【参集・面談による退院前カンファレンスの実施について】

コロナが発生する前と同様	カンファ実施する患者を限定	カンファ参加者を限定した	その他
5.9%(1)	17.6%(3)	52.9%(9)	23.5%(4)

【その他】 (一部抜粋)

- ・院内の感染状況が落ち着いていれば、出来るだけコロナが発生する前と同様にしていた。
- ・オンラインのみで実施。

【新型コロナの感染が拡大している状況の中で、退院調整にあたり工夫したこと】 (一部抜粋)

- ・リハビリの動画等を撮影し、CMやFaへ見ていただきADLを確認・共有して頂いている。
- ・面会制限等、来院者を制限することはあっても、退院支援に必要なケアマネの来院は、「できるだけ短時間で」という原則のもと、出来るだけ断らずに対応し、顔の見える関係性を維持できるように工夫していた。
- ・オンライン開催に代替し、困難な場合は事業所ごとに対応。その他書面上にて情報共有を行った。
- ・患者様本人のADLを伝えるため、動画撮影にて状態の説明や希望にてワクチン接種後の退院等を行った。

2 アンケート調査結果概要

ケアマネ

○退院調整ルールを運用するにあたり、病院に希望すること（一部抜粋）

- ・医療系は、在宅介護の知識が薄い。在宅介護に関しての理解度が低い。
- ・コロナ禍で、面会やカンファレンスが困難な状況が多いため、看護サマリーやリハビリサマリーが頂けるとありがたいです。
- ・急性期→リハビリ移行期などターニングポイントになる場面では連絡が欲しい。
- ・退院日の連絡を前日に頂いても事業所との調整がスムーズにできないことがあるので、早めに知らせて欲しい（特に週末退院の場合）。
- ・病院との書類のやり取りは、感染予防の面からもFAXで全てできると助かります。
- ・オンラインでも良いので、ご本人との対話ができるようにして頂くととても助かります。
- ・すぐにサービス利用できると思わないでほしい。ヘルパー等の確保、福祉用具もすぐ対応できるものと取り寄せなど日数がかかる事もある。
- ・ご本人と面会が出来ない時には、直前のリハビリ状況やADLの状態等を確認（動画等）できると良い。
- ・担当ケアマネに連絡なく退院になることがある。 ・病棟看護師とMSWの連携をしっかりとって欲しい。

○退院調整ルールに対するご意見等（一部抜粋）

- ・対応初期は困難ケースであったが、工夫して円滑な在宅生活に移行できた事例などを各事業所に出してもらえると参考になる。
- ・入院時情報提供書を送付しても活用されているのか疑問です。 ・オンラインでのカンファを活用していきたいです。
- ・いわき市においてはこのルールが活用されたことで、病院との連絡も密に行うことができとても良いです。
- ・コロナ感染の折、カンファレンス等に制限があり開催は困難ですが、看護サマリーに大変細かく情報を記入して頂き助かった。
- ・病院側が（特に看護師対応の病院）ケアマネの業務内容を理解して欲しい。
- ・入院時情報シートの記入欄がもう少し広げれば良いと思います。
- ・面会制限のもと、病院からの情報がコロナ前より頼りになっている。反面、今まで以上にMSWに連絡が付きにくくなっている。

病院

○院内での退院調整に関する研修会等の実施

している	していない
36.8%(7)	63.2%(12)

「していない」場合、
その理由☞
(一部抜粋)

- ・退院調整等が必要な人数が少ないため、その都度確認しながら実施。
- ・コロナの為研修を開催できていない。
- ・地域包括支援病床、コロナ病床開設等、目まぐるしく状況が変化するため、退院調整ルール周知・徹底等の優先順位が低くなってしまった。

○医師及び病棟NSと退院調整部門（退院調整NS、地域連携室、MSW等）間での連携強化のために取り組んでいること (一部抜粋)

- ・週1回の退院調整カンファレンスの実施により、病棟看護師と情報共有を行っている。
- ・退院調整の進捗について、カンファレンスや電子カルテを用いて適宜情報共有を行っている。
- ・退院支援スクリーニングシートや退院支援カンファレンスの活用。

○退院調整ルールに対するご意見等（一部抜粋）

- ・入院時情報提供シートの統一。入院時情報提供シート送付前の電話連絡は不要。
- ・感染対策、FAXではなくオンラインを用いた情報共有の在り方等、時代に即したルールの運用を再検討していただきたい。
- ・患者が転院されてきたり、長期入院となっている場合、当院ではケアマネにその旨連絡しているが、連絡は不要と言われたことがあった。患者が転院・長期の入院となっている場合でも、患者やご家族から担当ケアマネを伺い、その旨連絡をすることがある事をご理解頂きたい。

3 居宅介護支援事業所・地域包括支援センター 調査結果詳細

	調査対象 事業所数	回答 事業所数	回答率	《参考》 R2回答率
居宅介護支援事業所	169	139	82.2%	73.1%
地域包括支援センター	7	7	100.0%	100.0%

3 居宅介護支援事業所・地域包括支援センター 調査結果詳細

○各年7・8月の退院患者数

	R元年	R2年	R3年
要支援の退院患者数	66人	60人	60人
要介護	385人	351人	403人
計	451人	411人	463人

○退院した患者が入院していた医療機関

	R元年	R2年	R3年
市内医療機関	94.0%	96.3%	94.2%
県内・県外医療機関	6.0%	3.7%	5.8%

○各年7・8月の退院調整率

	H30年	R元年	R2年	R3年
退院調整率	86.9%	83.3%	88.8%	90.0%
第9次高齢者 保健福祉計画 目標値	-	-	-	90.0%

○病院等からの「退院連絡あり・なし」の内訳

	H30年	R元年	R2年	R3年
退院患者数 計	451人	451人	410人	463人
退院連絡あり	323人	306人	324人	368人
退院連絡なし	125人	142人	86人	95人
うち、ルール対象外の 短期入院・定期入院等患者	76人	80人	45人	54人
うち、「調整漏れ患者」	49人	62人	41人	41人

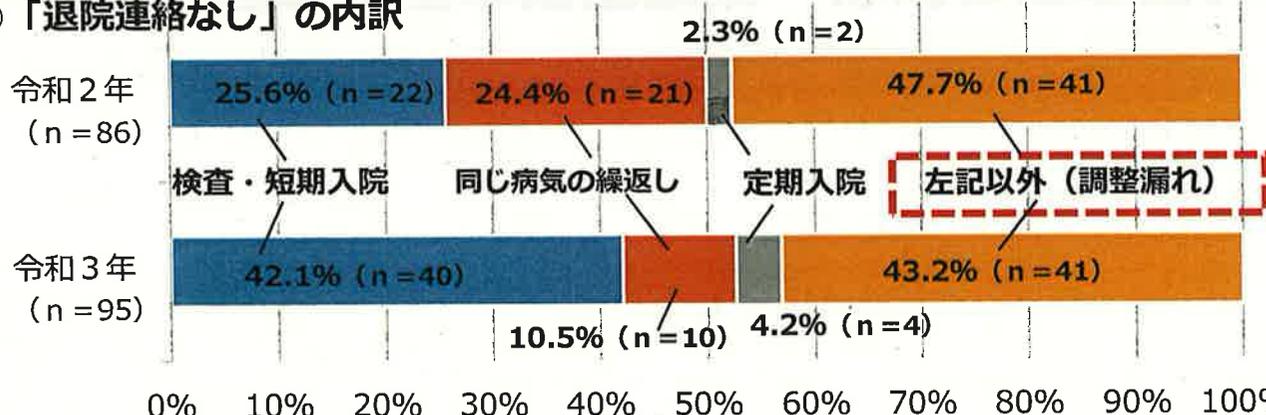
《参考》 退院調整率※の算出方法

(令和3年の場合)

$$1 - \frac{41人(調整漏れ患者数)}{463人(退院患者数) - 54人(ルール対象外の短期入院・定期入院等の患者数)} \times 100$$

※ 退院調整率…退院患者のうち、退院時に病院からケアマネジャーに連絡があった割合。

○「退院連絡なし」の内訳



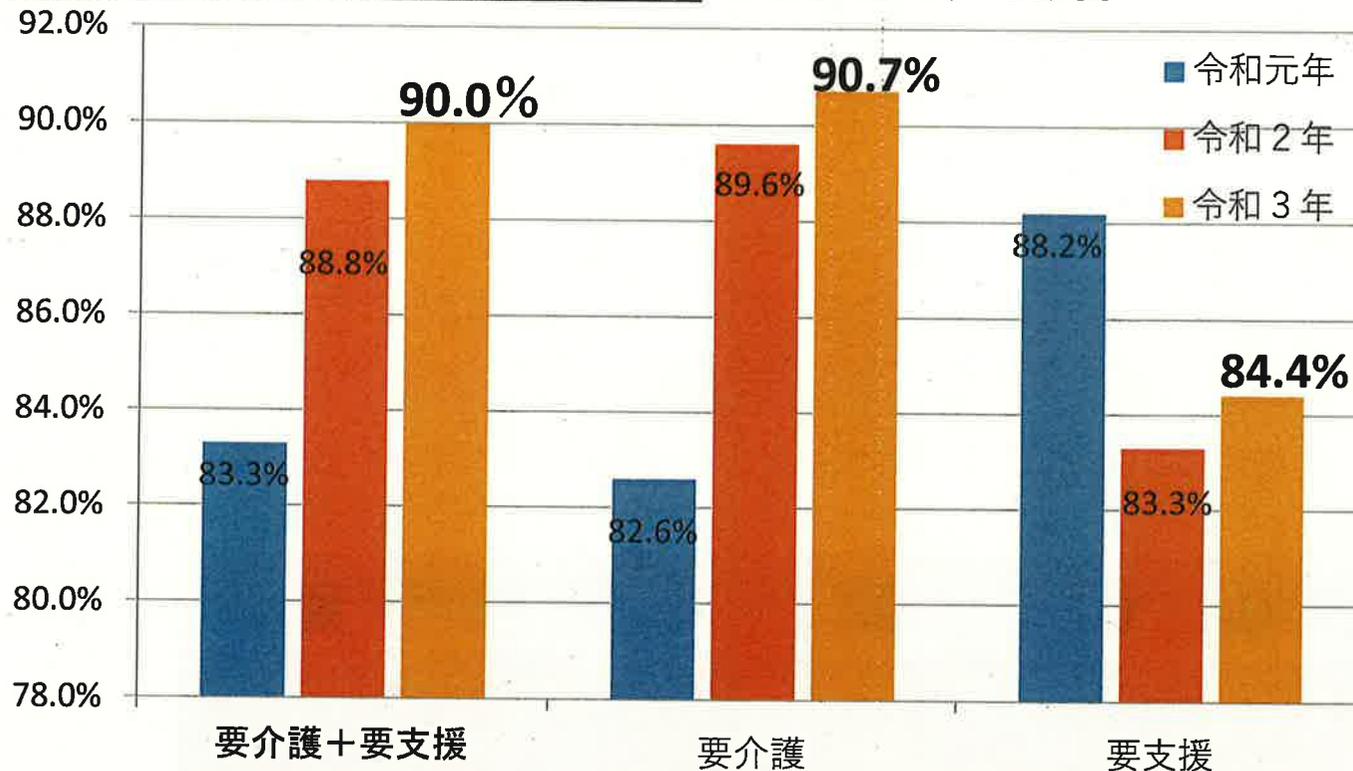
※ H30年及びR元年は、退院連絡有無についての未回答数3あり。

※ 「退院調整ルール」の手引きQ&Aにおいて、ADLに変化のない検査・短期入院、同じ病気で短期間に入退院を繰り返す場合などは、ルールを適用しなくともよいとしています。

3 居宅介護支援事業所・地域包括支援センター

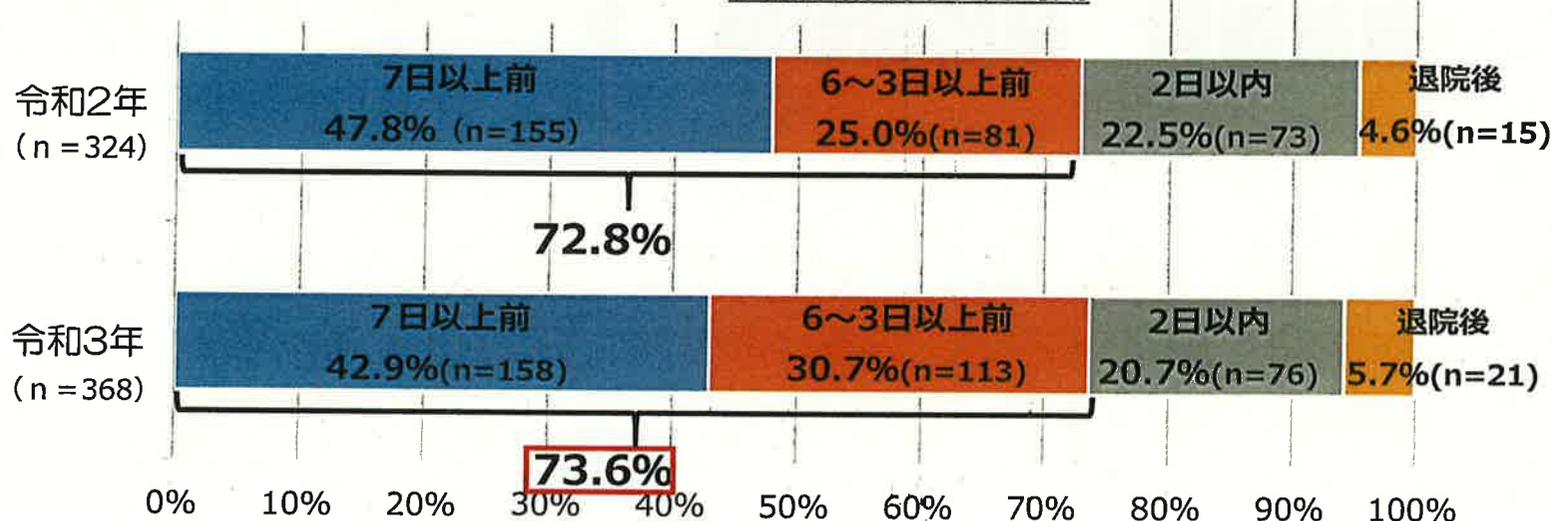
調査結果詳細

○ 要介護・要支援別の「退院連絡あり」(退院調整率)の割合



要介護、要支援ともに退院調整率が上昇

○ 病院等からの「退院連絡あり」のうち、退院連絡のあった時期



比較的退院調整の時間を確保できる3日以上前の割合が0.8%上昇

4 病院等調査 結果詳細

	調査対象 事業所数	回答 事業所数	回答率	《参考》 R2回答率
病院等 (小名浜中央CL含む)	25	19	76.0%	72.0%

4 病院等調査 結果詳細

○入院前にケアマネが決まっている場合

ルールの手引きに基づく 確認事項	自己評価			評価付けの主な理由 ※ 文頭の数字①～③は、左記の評価①～③に対する意見等を表しています。
	概ねルール 通り実施①	徹底されて いない②	その他③	
①入院時の連絡 ◇ケアマネに原則3日以内に 連絡	18	1		②1人体制の為、業務多忙時は連絡できないことがある。また、担当ケアマネージャーが不明な場合は連絡までの時間を要する。
【工夫している点・改善が必要な点】				
・病院の病床機能や退院調整部門体制の理解を頂けると幸い。短期滞在入院時は連絡不要の旨、再周知願いたい。 ・入院時に病棟看護師が「退院支援スクリーニングシート」に基づき情報収集している。				
②入院時情報提供の受領 ◇ケアマネから原則3日以内 に病院に提供あり	16	2	1	②情報提供される場合が多いが、連絡しても情報提供が無い場合有。 ③再入院までの期間が短い場合は送られて来ない場合もある。
【工夫している点・改善が必要な点】				
・FAX受け取り確認をFAX返信で求められることがまだある。電話確認で良いように再周知していただきたい。 ・概ねルール通り実施していただいているが、特定の事業所では入院時情報提供を全くしないところもある。				
③入院期間情報の共有 ◇入院期間の情報をケアマ ネに伝える	16	3		②入院直後は見通しが立たないことも多々あり、回答困難なため。 ②ケアマネに伝える推定入院期間は、あくまで見込みであり、「入院出来る期間」ではないことを御理解いただきたい。
【工夫している点・改善が必要な点】				
・入院時にケアマネの把握が出来た場合には必ずケアマネに伝えている。主治医や治療内容によっては入院期間が読めないことがあり、入院期間について正確な返答をするのが難しい場合もある。				
④患者の退院見込みを連絡 ◇退院予定日の7日前まで にケアマネに連絡	11	6	2	②治療が終了したら早々の退院を目指すため、7日前の連絡は難しい。 ③7日前に退院が決まることがないので、決まり次第連絡しています。
【工夫している点・改善が必要な点】				
・病床機能上、急遽退院をお願いすることもある。各医療機関の病床機能をケアマネも理解する機会やツールがあると良い。 ・7日前を過ぎて退院決定するケースも多々あることをご理解いただきたい。				
⑤と⑥ 退院に向けた調整 ◇ケアマネとの退院調整面 談、介護サービスを調整、 カンファレンスの実施など	12	4	3	②感染対策上、複数事業所、家族が集うカンファレンス開催は困難。オンライン開催に代替などで対応している。 ③コロナ禍の為、カンファレンスはADLに著しい変化があった場合やターミナルなど医療行為の対応が必要な場合に限られる。
【工夫している点・改善が必要な点】				
・オンライン開催が主流となるよう制度改革や行政からの後押しが必要。担当者会議の開催が退院前に必ず必要と条件付けされるケアマネもいる。 ・患者本人と面談出来ないため、状況を口頭で伝えるしかなく、情報伝達がしにくい。リハビリ中であれば、様子を動画に撮り家族、ケアマネとのカンファレンス時に見てもらおうなどの工夫はしている。				

4 病院等調査 結果詳細

○入院前にケアマネが決まっていない場合 ※1病院未回答

ルールの手引きに基づく 確認事項	自己評価			評価付けの主な理由 ※ 文頭の数字①～③は、左記の評価①～③に対する意見等を表しています。
	概ねルール 通り実施①	徹底されて いない②	その他③	
①退院調整の必要性の判断 ◇入院後、1週間を目途に 判断	15	2	1	②急性期病院からのリハビリ目的や急性期治療を行う患者さんの場合、1週間での判断は困難であるため。 ③病院付属の居宅支援事業所又は看護部長に相談し、判断している。
【工夫している点・改善が必要な点】 ・入院前又は入院時には必ず、入院前のADLや医療行為を把握し、基準に基づき判断しやすくしている。 ・治療が終了する見通しが立つまで、必要性の判断がつかないこともある。				
②患者・家族への介護保険 についての説明、申請支援 について	17		1	③介護サービスが必要な患者や家族にはその旨説明している。
【工夫している点・改善が必要な点】 なし				
③ケアマネの選定を支援 ◇必要に応じ、地域包括支 援センターに相談	15	1	2	②市HPからケアマネ事業所一覧を家族へお渡しする程度。紹介は行っていない。家族には地域包括支援センターの紹介は行っている。 ③要支援のため地域包括支援センターに連絡をしても、直接ケアマネ事業所に相談するように言われることがある。
【工夫している点・改善が必要な点】 ・ケアマネ選定の支援はどのように対応すればよいか理解できていないことが多く、改善が必要だと考えている。他の医療機関での対応を参考にしたい。				
④患者の退院の見込みを連 絡 ◇退院調整が必要な患者に ついて、退院予定日の7日 前までにケアマネに連絡	13	4	1	②治療終了したら早々の退院を目指すため、7日前の連絡は難しい。 ③退院調整前に退院となるか又は療養型施設への希望となる場合が多い。
【工夫している点・改善が必要な点】 ・新規でケアマネ選定を行い、依頼する際は患者の基本情報等を文書で送付し、退院時期を提示している。 ・退院の話が出た時点で速やかに連絡を心掛けている				
⑤退院に向けた調整 ◇ケアマネとの退院調整面 談、介護サービスを調整、 カンファレンスの実施など	11	3	3	②感染対策上、複数事業所、家族が集うカンファレンス開催は困難。オンライン開催に代替などで対応している。 ③コロナ感染リスクを考え、電話でのやりとりが多い。カンファレンス等必要な時のみ来院していただいている。
【工夫している点・改善が必要な点】 ・新規でケアマネ選定を行った場合、必ずケアマネに来院頂き、患者や家族とのカンファレンスを退院前に病院で開催するようにしている。				

4 病院等調査 結果詳細

- 【令和3年追加項目】退院調整における新型コロナウイルス感染症の影響について
オンライン（Zoom等）による退院前カンファレンスの実施

している	していない	「していない」の 場合、その理由 [☞] (複数回答可)	準備に手間が 掛かる	必要な機材が 無い	操作方法が 分からない	個人情報 保護の観点	その他
31.6%(6)	68.4%(13)		38.5%(5)	23.1%(3)	7.7%(1)	0.0%(0)	30.8%(4)

- ・介護支援連携指導料や退院時協働指導料などの算定要件にオンライン面談は含まれないため。
- ・参加者を限定したカンファレンスの実施が出来ているため。
- ・相手側に必要な機材が無い事が多い。

- 院内での退院調整に関する研修会等の実施について

している	していない
36.8%(7)	63.2%(12)

「している」場合、その内容[☞]

- ・看護部で退院調整ルールの周知を研修の中でやっている。
- ・地域のケアマネージャー様と顔の見える関係作りを目的に定期的に研修会を実施。病院長をはじめ院内多職種も参加している。
- ・特定の部署に、退院支援研修会を設け、定期的で開催している。
- ・関係部署内での情報共有や振り返り程度のもの。

「していない」場合、その理由[☞]

- ・地域包括支援病床、コロナ病床開設等、目まぐるしく状況が変化するため、退院調整ルール周知・徹底等の優先順位が低くなってしまっている。
- ・入院時情報シートの病棟での周知は概ねできている。
- ・コロナの為研修を開催できていない。
- ・退院調整等が必要な人数が少ないため、その都度確認しながら実施。
- ・当院は療養病床のみで在宅生活に戻る患者が少数であり、現在のところ研修会の必要性に迫られていない。

- 医師及び病棟NSと退院調整部門（退院調整NS、地域連携室、MSW等）間での連携強化のために取り組んでいること

- ・ほぼ毎日カンファレンスを行っており、患者さんの退院先について検討している。
- ・電子カルテではない、書面（スクリーニングシート）での情報共有を行っている。
- ・定期的にカンファを行っているが、不十分。担当者が代わるたびに視点のすり合わせから必要な状況。（退院調整の視点が不十分なスタッフが多い）

- 退院調整ルールに対するご意見等（P6の一部抜粋以外の意見）

- ・「退院の方向性」を決めていく時点でケアマネと情報共有・相談をしていきたいが、特に地域包括支援センターへの相談ケースで、退院日の日時が決まっていなくて動いていただけないケースがあった。
- ・特にありませんが、今後も高齢者とその家族が住み慣れた地域で、その人らしい生活ができるように「退院調整ルール」を維持して欲しいです。

これまでの運用評価会議やルールQ&A集で整理している主な項目について

資料3

これまで、運用評価会議で協議し、整理した項目やルールQ&A集に記載ある項目のうち、市が実施する運用状況に係るアンケート調査で、意見・質問の多い項目や特に把握をお願いしたい項目について、以下のとおり整理いたしました。

短期入院・入退院の繰返し

平成29年度 退院調整ルール運用評価会議
(H30.2.15開催)

- ADLに変化のない検査入院や短期入院（概ね1週間程度）などは、原則として、退院調整ルール（入院時の情報提供や退院調整）を適用しないものとしています。
（病院と相談のうえ、必要があればルールを活用ください。）
- 入院後にADLや病状に変化があった場合は、病院からケアマネジャーに対し連絡を行い、退院調整ルールに沿った退院調整を行ってください。

サマリーについて

平成29年度 退院調整ルール運用評価会議
(H30.2.15開催)

- 退院時に必要となる情報については、「退院調整共有情報シート」を活用してケアマネジャーが聞き取りを行うこととしています。
- サマリーについては、病院が「必要に応じて提供」することになっていますので、「なぜ必要で、どの部分を知りたいのか」について病院に対し説明し、提供を依頼してください。
- 病院でも「退院調整共有情報シート」に記載ある項目を確認し、ケアマネジャーが聞き取りを行う内容を事前に把握してください。

FAX送信後の受取確認

平成30年度 退院調整ルール運用評価会議
(H31.1.11開催)

- 入院時情報提供書の送付については、ルールの手引きQ&Aの問8において、「事前に電話連絡のうえ、持参又はFAX送付すること」としており、ルールでは、病院側からFAXを受診した旨の返信等による受取確認を求めておりません。
- 以前の評価会議での協議を踏まえ、FAX送信の受取確認の方法として、ケアマネ側でFAX送信履歴を確認したり、FAX送信後に病院に電話連絡をするなどして確認することとしています。
※ 病院によっては、受取確認のFAX返信に対応する場合があります。

患者が転院した場合

令和元年度 退院調整ルール運用評価会議
(R2.2.7開催)

- 患者が転院した場合の連絡方法については、次のとおり。
① 転院元の病院（A） ⇒ 転院先の病院（B）
病院Aは病院Bに、担当ケアマネの氏名・連絡先を伝える。
病院Aは、転院時の一般的な添付書類（紹介状、服薬情報提供書等）に「入院時情報提供書」を加えて病院Bに提供。
※ 老健施設等への転院についても同様の取扱いとする。



- ② 転院先の病院（B） ⇒ 担当ケアマネ
転院先の病院Bは、担当ケアマネに、B病院に転院したことを電話等で連絡する。

入院時情報提供シート等

- 入院時情報提供シートや退院調整共有情報シートの様式は、使いやすいように欄を広くするなど、修正していただいて差し支えありません。
- 欄が不足する場合は、複数枚にするなど適時工夫して使用してください。

コロナ禍における退院調整の課題等に対する対応について

【アンケート調査での質問項目】

退院調整における新型コロナの影響について

ケアマネ

あり	なし
59.9%(200)	40.1%(134)

影響「あり」の場合、
どのようなことに影響
があったか☞
(複数回答可)

①患者本人の状態や意向の把握	61.8% (188)
②医師、看護師やMSW等との連携・情報共有	20.7% (63)
③利用制限等による退院後に利用する介護サービス事業者との調整	14.8% (45)
④その他	2.6% (8)

【その他内容（一部抜粋）】

- ・家族も状況が分からないため、退院時に過剰な介護サービス導入があった。
- ・病院看護師、MSWからの説明と自宅退院時のADL状況に違いが大きい。
- ・コロナで家族も面会できないため、退院後の介護生活に不安を抱く家族もいた。

病院

あり	なし
73.7%(14)	26.3%(5)

影響「あり」の場合、
どのようなことに影響
があったか☞
(一部抜粋)

- ・面会制限のため、家族が患者の状況を知る機会が少なく、担当者会議の開催にも制限があり、ケアマネジャーに状況が伝わりにくい。
- ・患者様の現状を共有することが不十分。対面で得られる情報が得られない。
- ・面会制限のため、家族が患者の状態をよく理解できていない、伝わらないことがある。
- ・転院時、ほぼ全ての医療機関からPCR検査を要望される。
- ・カンファレンス等において開催時間、参加人数などに影響あり。

コロナ禍における退院調整の課題等に対する対応について

① 患者本人の状態や意向の把握

② 医師、看護師やMSW等との連携・情報共有

○ 具体的な検討を行う内容 (アンケートの回答から抜粋)

面会が難しい状況だからこそ、入院中の状態や退院時の状況、本人の考えなどが電話等で少しでも教えて頂けるとありがたい。

③ 利用制限等による退院後に利用する介護サービス事業者との調整

○ 具体的な検討を行う内容 (アンケートの回答から抜粋)

新型コロナ感染で入院し、治療が終了して在宅に戻る場合、どのように介護サービスを再開、導入したら良いか迷う。退院前のPCR検査の結果報告書や「在宅復帰許可証」のような文書があれば、サービス事業所とも調整しやすくなる。

コロナ禍における退院調整の課題等に対する対応について

- ① 患者本人の状態や意向の把握
- ② 医師、看護師やMSW等との連携・情報共有

○ 具体的な検討を行う内容（アンケートの回答から抜粋）

面会が難しい状況だからこそ、入院中の状態や退院時の状況、本人の考えなどが電話等で少しでも教えて頂けるとありがたい。

【記載のきっかけとなった事例】

71歳女性、ターミナル期で退院の方向となり、退院調整段階からケアマネジャーが関わった。

内 容

- ・ 本人は誕生日を自宅で家族と迎えたいとの意向があることを家族から確認。
- ・ 医療管理が必要な状態であり、退院後も在宅での医療管理を継続する必要があった。
（訪問診療・訪問看護の導入、在宅酸素・疼痛管理の継続、点滴の検討など）
- ・ 家族も本人の意向を酌んでいるが、家族らも面会が限られている状況で本人と会えない中、今後どうすればいいのか悩まれていた。
- ・ ケアマネジャーは家族からお聞きしたことを踏まえ、病院より情報をいただきながら、現状と今後の支援について病院等と調整を行った。
- ・ 新型コロナの影響で面談も行えない状況のため、病院関係者とのやり取りは電話で行った。
- ・ 退院を迎えるまで家族、病院関係者（病棟看護師、退院調整部門の担当者）とのやり取りを頻繁に行った。結果、無事退院し、最期を自宅で迎えられた。

病院に伺いたい項目

- ① 家族の意向（受け入れる家族の気持ち等）確認の方法について
- ② 病院・ケアマネ間における個人情報を含む患者情報等の共有方法について

コロナ禍における退院調整の課題等に対する対応について

③ 利用制限等による退院後に利用する介護サービス事業者との調整

○ 具体的な検討を行う内容（アンケートの回答から）

新型コロナ感染で入院し、治療が終了して在宅に戻る場合、どのように介護サービスを再開、導入したら良いか迷う。退院前のPCR検査の結果報告書や「在宅復帰許可証」のような文書があれば、サービス事業所とも調整しやすくなる。

【記載のきっかけとなった事例】

93歳男性、認知症・糖尿病・高血圧症・骨粗鬆症の既往あり。デイサービス（週2回）利用。

時期	内容
令和3年6月	利用していたデイサービスで新型コロナウイルスに感染し、7月初旬まで市内のA病院に入院。退院後、自宅療養。 ※ 退院時にPCR検査なし。感染力が弱くなっているとの判断で退院となる。
令和3年7月上旬	デイサービス利用再開に向け、デイサービス相談員と自宅訪問しアセスメントを行ったが、むくみの状況から心不全が心配されたため、受診を勧める。
令和3年7月中旬	肺炎・心不全により、かかりつけのB病院に入院。
令和3年8月中旬	症状が改善し、退院許可が出るが、家族はリハビリ目的で他病院に転院させたい、と強く希望。
	B病院にはMSWがおらず、B病院から担当ケアマネに転院先の調整を依頼されたため、担当ケアマネがC病院と転院に向けた手続きを行う。
	転院に向け、B病院でPCR検査をしたところ、「陽性（偽陽性）」となる。 ※ 新たに感染したとは考えにくいため、「偽陽性（陰性）」と判断された。
令和3年8月下旬	しかし、C病院ではPCR検査の結果を踏まえ、転院不可となったことから、別のD病院と改めて転院に向けた手続きを行う。 調整の結果、D病院にリハビリ目的での転院となった。

コロナ禍における退院調整の課題等に対する対応について

③ 利用制限等による退院後に利用する介護サービス事業者との調整

【事例を通して担当ケアマネが感じたこと】

この事例では、最終的にD病院に転院、となったが、C病院への転院が不可となった時、その他の受入れ先が見つかるのか、といった不安を感じた。

コロナ感染後、治癒して退院した場合、ADLが悪化している場合もあり、その際は、これまでのサービス内容を変更する必要があり、新たなサービス事業所との調整なども生じてくる。

医療機関が作成する「PCR結果報告書」や「在宅復帰許可証」のようなものがあると、「発症から〇〇日経過しているから問題ない」との判断で退院となった場合よりも、スムーズに介護サービス事業所との調整を進めていけるのではないかと。



病院に伺いたい項目

- ① 新型コロナに感染していた患者が病院から自宅に退院する際、どのような退院手続きとなるのか。（通常の退院との違いがあれば、その内容）
- ② 病院における、患者退院時の「陰性」確認の方法について。
（PCR等検査を実施した場合は、その検査結果の提供は可能か。）

日頃の通院や万が一の入院に備えて、

「保険証セット」

を準備しておきましょう。

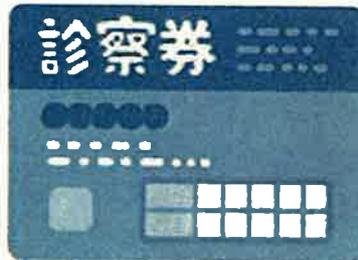


以下の①～⑤を、「保険証セット」として、
一緒のケース等に入れて保管しましょう。

① 医療被保険者証



② かかりつけ医療機関の診察券



③ お薬手帳



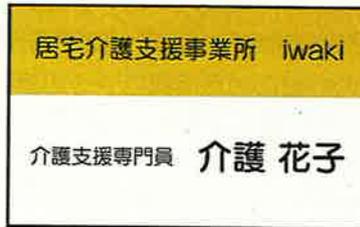
④ 介護被保険者証

※現在介護サービスを受けている方



⑤ 担当ケアマネジャーの名刺

※現在介護サービスを受けている方



急な入院時に、ご家族等がケアマネジャーに連絡できない場合など、病院がケアマネジャーと連絡が取りやすくなります。

退院後に必要な介護サービスをスムーズに受けるためには、病院とケアマネジャーが、患者さんの情報を入院時から共有しておく必要があるため、いわき市では、「いわき医療圏退院調整ルール」に基づき、病院とケアマネジャーが連携を行っています。

日頃から、保険証やかかりつけ医療機関の診察券などを「保険証セット」として保管しておくことで、万が一の入院の時にも、病院とケアマネジャーが情報をスムーズに把握することができるようになります。

◎その他のお願い

- * 入院した場合は、なるべく早くご家族等から担当のケアマネジャーに連絡してください。
- * 退院予定や転院が決まった場合にも、ご家族等からケアマネジャーに連絡してください。

いわき医療圏退院調整ルールについて



入院患者さんが退院する際に、必要な介護サービスをスムーズに受入れられるようにするため、病院とケアマネジャー間の連携の仕組みです。病院とケアマネジャーが、患者さんの入院時から情報を共有し、退院に向けた話し合いや介護サービスの調整などを行います。

退院調整ルールの流れ

(入院前から介護保険サービスを利用している方の場合)



⚠ 要介護(要支援)認定を受けていない方についても、患者さんの状態により介護サービスの利用手続きなど、病院とケアマネジャーなどが連携して支援します。

介護・生活の心配のある高齢者やその家族のための「総合相談窓口」

地域包括支援センターは、介護・生活の心配のある高齢者やその家族の方のための「総合相談窓口」です。保健師や社会福祉士などの専門職が各種相談に対応し、必要な支援を行っています。

地域包括支援センター名称	所在地	電話
平地域包括支援センター	平字梅本21(市役所1階)	22-1174
中央台サブセンター	中央台高久2-11-2	38-5831
小名浜地域包括支援センター	小名浜花畑町34-2(小名浜支所北分庁舎内)	53-4760
泉サブセンター	泉町1-8-9	84-9460
勿来・田人地域包括支援センター	錦町大島1(勿来支所内)	63-2140
常磐・遠野地域包括支援センター	常磐湯本町吹谷76-1(常磐支所内)	43-2151
内郷・好間・三和地域包括支援センター	内郷高坂町四方木田191(総合保健福祉センター内)	27-8660
四倉・久之浜地域包括支援センター	四倉町字西四丁目11-3(四倉支所内)	32-2115
小川・川前地域包括支援センター	小川町高萩字下川原15-6(小川支所内)	83-1411

お問合せ先



3 高県大第 2362 号

令和 4 年 2 月 10 日

施設所属長 様

地域連携・入退院支援ご担当者 様

地域医療政策ご担当者 様

高知県立大学 学長 野嶋 佐由美

(公印省略)

令和 3 年度「入退院支援事業報告会」開催について (ご案内)

時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

平素は、本事業の運営にご支援、ご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

本学健康長寿センターは、日本一の健康長寿県構想を掲げる高知県から委託を受けて、「入退院支援事業」を実施しています。本事業では、病気や障がいを持ちながらも住み慣れた地域で安心した生活が継続できるように、地域・病院・多職種協働型の入退院支援体制の構築を支援することを目的としています。令和 3 年度も高知県内において「地域・病院・多職種協働型入退院支援体制の構築」を支援し、地域と病院がともにつくる入退院支援体制により、急性期～回復期～在宅へとシームレスな医療介護の提供を目指し、実施いたしました。

このたび、令和 2 年度・令和 3 年度に本事業に参加いただいた病院や地域等から、これまでの取組や今後の展望等をご報告いただきます。

つきましては、下記のとおり「入退院支援事業報告会」をオンデマンドで開催いたしますので、貴所属の職員の皆様にご周知いただきますよう、お願い申し上げます。

記

1. 配信期間：令和 4 年 3 月 21 日 (月・祝) ～ 4 月 20 日 (水)
2. 対象：保健・医療・介護・福祉関係者、地域連携・入退院支援に携わる方など
3. 内容：「入退院支援事業について」

事業責任者：高知県立大学看護学部 教授 森下 安子

「病院・地域からの事業報告」

- ▶ いずみの病院 (一般急性期・回復期リハビリテーション)
- ▶ 凶南病院 (一般急性期・地域包括ケア)
- ▶ 高知医療センター (高度急性期)
- ▶ あき総合病院 (一般急性期・地域包括ケア)
- ▶ 田野病院 (一般急性期・回復期リハビリテーション)
- ▶ 高知市基幹型地域包括支援センター

「入退院支援事業の今後の展望について」

高知県健康政策部在宅療養推進課

4. 開催方法：オンデマンド (YouTube を利用した期間限定配信)
5. 申込方法：ご希望の方は、配信期間内に、チラシに記載の URL または QR コードからお申込み下さい。
6. 資料提供：報告会資料をご希望の方は、ホームページにアクセスいただき、資料をダウンロードしてください。
資料ダウンロード可能期間は、配信期間内です。

【お問合せ先】高知県立大学教務支援部教育研究戦略課
健康長寿センター事務担当 由比・乾・福重

TEL : 088-847-8815 / FAX : 088-847-8579 Mail address : wlc@cc.u-kochi.ac.jp

令和3年度 入退院支援事業 報告会

～切れ目ない入退院支援をめざした新様式の創造へ～

高知県立大学健康長寿センターでは、日本一の健康長寿県を目指す高知県からの委託を受け、地域・病院・多職種協働型の入退院支援体制を構築し、「急性期～回復期～在宅」へと療養の場が移行しても、切れ目ない支援が提供できることを目指し「入退院支援事業」を実施しています。このたび、本事業に参加された病院とその連携している地域から取り組み内容について報告いただきます。



オンデマンド期間限定配信 **You Tube**

配信期間 **2022/ 3/21 (月) ~ 4/20 (水)**

***** 内容 *****

- *入退院支援事業の概要説明
- *各施設からの取り組み報告
 - ✓入院早期から病院と地域がつながる仕組みづくり
 - ✓入退院支援における薬剤師のかかわり
 - ✓高度急性期から考える地域包括ケアシステム
 - ✓事業を通して見えてきた医療介護連携の課題と今後の展望
 - ✓地域と共につくり発展を目指す「入退院支援可視化シート」など

//////////////////// 報告施設 //////////////////////

いずみの病院、因南病院、高知医療センター、
高知市基幹型地域包括支援センター
あき総合病院、田野病院（報告順）

***** 参加方法等 *****

*申込：下記、URLまたはQRコードからお申込み下さい

<https://www.u-kochi.ac.jp/site/wlc/taiin2131.html>

*申込締切：配信期間内にお申込み下さい

【主催：高知県立大学健康長寿センター】
担当：教務支援部教育研究戦略課 健康長寿センター担当
(高知市池2751-1 高知県立大学池キャンパス)
TEL 088-847-8815 / FAX 088-847-8579
<https://www.u-kochi.ac.jp/site/wlc/>

申込用QRコード

