

退院連携の実態調査結果

1. 「入退院連携ガイドVer2」を活用していますか？【図 2】

- ① (31) 活用している ② (11) 活用していない

2. 過去1年間に、多職種でケースに関わったことがありますか？【図 3】

- ① (37) ある ② (5) ない

3. 過去1年間で、担当した利用者が連絡がないまま退院したケースがありますか？【図 4】

- ① (9) ある [1人] 3 ② (32) ない
 [2人] 2 ※前日・当日の連絡はあり
 不明 3

4. 問3で、あると回答された時の連絡がなかった原因として考えられることがありましたら教えてください。

- ・支援者・家族の理解が困難だった。入院期間が短くサービスの調整が必要ないと思い連絡しなかった。
- ・契約時の説明不足
- ・病棟でも患者の状況により、必要性を感じていない？
- ・退院の許可があればすぐに帰りたがる人。
- ・担当することは決まっていたが、病院のワーカーから退院後に連絡があった。
- ・短期間の一時的入院で状態に変化がなかった。
- ・死亡退院した為と短期の検査入院でADL等変りなかった為と思われる。
- ・正確には何人とは覚えていないが、主に連絡を取り合うのは糸病相談員なので誰々の担当ですと伝えていなかった場合は連絡がなく退院していたといったことはあります。
- ・入院中に家族から介護認定の相談を受け、介護認定申請したことをMSWに報告したが、他の病院に転院になったことの連絡が家族からしかなかった。転院の場合MSWが関与する立場になかったと予測。(MSWによって対応の違いがあると感じる)
- ・MSWさんからの連絡は無く、ご本人から「○月○日に退院します。タクシーでひとりで帰れます」と電話が来た。MSWさんへ本当にその日退院なのか又現状と退院後の注意点、サービス内容見直しの必要性について問合せしたところ「ご本人しっかりされていて体調も安定しているのでご本人から情報収集して下さい」との返答でした。

5. 連絡がうまくいくための対策として考えられることがありましたら教えてください。

- ・入院中でも、こまめに情報共有していく。ケアマネ⇔家族⇔病院⇔ケアマネ、この辺が上手く話をしてないと退院が決まった時にバタバタします。
- ・入院時からこまめに病院関係者、本人、家族と連絡を取り合うようにしている。
- ・退院許可の連絡が病院からあっても慌てて退院日を決めなくてもよいことや、ケアマネに必ず連絡して欲しいと普段から伝えている。
- ・入院するとすぐに病棟や連携室から連絡をくださる病院もありますが、全く連絡をいただけないことが多いです。
ご家族にも連絡をとりながら、病院担当者にこまめに連絡を入れて状況把握できるように心がけています。
- ・早め早めにご家族の意向を病院さんへこまめに伝えていくことが必要かと最近思っています(皆さんお忙しいのでこまめに確認していくのが難しいのでお互いに)

- ・入院時ご家族に対する説明
- ・病院側の方から情報をもっとほしい。
- ・入院時に病院への在宅介護情報の提供を家族に説明し、病院から退院の連絡（相談）があった際にはケアマネジャーへ連絡して欲しいと事前に伝えています。
- ・退院の話が出たらケアマネジャーに連絡が欲しい旨を家族に伝えておく。
- ・MSWが家族とケアマネへ連絡してくれる。
- ・日頃のネットワーキング
- ・ワーカーと病棟との連絡がうまくいかなかった？
- ・お互いに連携を図る。
- ・入院時情報提供書を確実に提供するとともに医療スタッフとの連携を密にする。
- ・入院時に糸病相談員と蜜に連絡を取り合い、何の目的のために情報が必要かを伝えて情報収集を行うことだと思います。
- ・担当ケースが入院になり情報提供の前に電話で入院したことの連絡をするだけでも、迅速に本人の状態を報告してくれるMSWもいます。タイムリーに情報を頂くことで在宅担当として退院後の支援を予測して行動できます。MSWだけでなく病棟看護師も同じ認識を持っていただけたらと思っています。
- ・こまめな情報提供で連携が図れると考えられる。
- ・MSWさん、病棟スタッフさん、みなさんが退院後の生活や困りごとをイメージしていただき、ご連絡を頂けたらありがたいです。

6. 過去1年間で入院をきっかけに在宅療養が終了となったケースがありますか？【図 6・7・8】

- ① (37) ある
- | | | |
|---------|---------|----------|
| 1 件 : 7 | 5 件 : 2 | 11 件 : 1 |
| 2 件 : 3 | 6 件 : 2 | 12 件 : 1 |
| 3 件 : 8 | 8 件 : 1 | 28 件 : 4 |
| 4 件 : 5 | 9 件 : 3 | |
- ② (5) ない

・その方はその後どうなりましたか？

- a (49) 施設入所 b (19) 入院継続 c (9) 転院 d (79) 死亡

7. 退院時連携でうまくいかなかったケースや困ったことがありましたら教えてください。

- ・退院前の状態確認で入院病棟に行くが、1.2日前に病棟が変わっており「病棟変わったばかりなので・・・」と正確な返答がいただけないことがある。
- ・担当部署や看護師から連絡があっても話の内容が異なり本人の様子が全くわからない。主治医からの説明がないのに退院ですか？と家族からの相談を受けることがある。
- ・退院サマリーが1～2週間たっても届かないことが多く、直近の様子（入浴、排泄等々）が確認できず困る。
- ・退院が決まるとリハビリ見学、状態確認に行きますが、それ以外に情報はあまりないので、サマリーを活用して事業所と連携を図ろうと思いますが、病院によっては退院後何日も経たないとサマリーをいただけない事が多々あり、連携に支障がある。
- ・今のところスムーズにいきます。
- ・退院後、サマリーが遅くサービス利用までに情報が渡せない時があった。
- ・コロナ禍でご家族が本人の状態が分かっていないので、リハ見だけでサービス検討や今後の方向性を決めないといけない。
- ・治療病棟から移行病棟へ転棟しての退院が多いが、看護師によって治療病棟での（一番必要な）状態説明が聞いても返事が

ない時がありあきらめた。

- ・退院日がギリギリまでわからない。サマリーをお願いしないと書いてもらえないことがあった。
- ・週末や連休に急遽退院が決まった場合は、MSWと連携できず在宅サービスの調整が間に合わない（福祉用具が搬入できていないなど）ことが稀にあります。
- ・年末年始、GW等における退院支援において、本人・家族の意向による退院日を優先する状況があり、サービス調整やサービス担当者会議で困ること（退院サマリーが受け取れず情報収集できていない）があった。
- ・新型コロナウイルスの影響などで退院前カンファレンスができずに在宅サービスを調整すると、退院後に把握できていない課題が出現してしまう。
- ・感染症対応でカンファレンスができず、退院後のサービスについて十分な検討ができなかった。
- ・入院当初から退院時のことを心配され、話を聞きたいと言われていた家族に対して、まだ治療中ということで面談の機会を設けてもらえなかった。
- ・退院3日前に退院前カンファレンスを実施したが、退院時には確認していた状態と大きく違い、自力移動できず、食事摂取もできない状態で、在宅医より点滴が開始され、予定していた外出サービスが利用できる状況になく、家族も困惑してしまった。
- ・入院中の情報を十分聞き取りできず、あとから問い合わせた際には、もう退院しているので対応しきれない状態だった。
- ・コロナにおいて本人面談が行えなかったこと。院内カンファレンスが行えなかったこと。
- ・退院時の連携を必要としない本人、その家族
- ・ケースワーカーがいない病院はどのタイミングでリハビリ見学やアセスメントを伝えてよいかよく分からない。
- ・病状が安定し在宅に戻れる、体調を整えてから退院調整をしてほしい。
- ・コロナ禍の時は状態確認ができず、看護師からの聞き取りで状態把握ができなかった。
- ・感染症の関係で面会制限があると、本人の状態把握が難しい。
- ・状態が変動する為、状態固定の見極めが難しく、早々に退院許可ができる為区分変更申請等の判断が難しい。
- ・入院中に認定申請が必要かどうか病院側が判断する時に在宅のケアマネジャーに事前に相談してもらえるとありがたいです。事業対象者の方の場合はメリットとデメリットがありますのでご留意いただくと助かります。
- ・退院後サマリーが届かず催促したら、退院して時間が経過したので出せないとか、ADLに変化がないとの理由でサマリーがもらえなかったケースもあり、入院中の経過など、本人や家族から聞き取るのと医療職からの情報では大きな違いがあり、病棟担当の方が捉える「変化」と在宅担当の捉える「変化」には違いがあると思います。
- ・困るということはないように思います。

8. 退院支援に関する意見を自由に記入してください。

- ・糸病以外の病院は入院当日や翌日には担当看護師から連絡が来ることが多く、入院中のやり取りも多く、現状の様子を素早く確認できているように感じます。糸病は相談室と主にやり取りを行い必要時は情報を頂けていますが、もっと担当看護師に直接連絡したり、在宅へ向けての相談を行ったほうが良いのか・・・それぞれの病院のやり方はあると思いますが、特に病棟の看護師の皆さんは在宅療養、復帰に向けてどのようにケアマネと連携できると助かるのか知りたいです。
(退院前の直近の状態確認のみの連携ではなく、入院時～在宅等退院に向けて考えた時の連携方法、病棟看護師さんの希望等)
- ・退院サマリーを早く（退院と同じタイミング）で出してほしい。
- ・いつもみなさまありがとうございます。
- ・入院情報提供書に記載にも多くの時間を要するが、実際の程度どのように活用されているのかわからない。看護、リハサイドで本当に必要としている情報であるのか？入院時家族への聞き取りとダブっている部分が多いのでは？
- ・スムーズに退院支援を行うには、日頃から医療相談員との情報共有に努めたり、本人や家族の意向を事前に確認しておくことが重

要だと思う。入院中にアセスメントを行い、退院後の支援について本人等へ説明する時間を作るようにしたい。

- ・初めて入院の際は特に入院時情報提供書を記載するにあたりボリュームがあり提出が速やかにできないことがある。
週末の入院は業務も重なり提出が遅れてしまう。
- ・相談員さんと連携を取りながらスムーズに退院サービス調整できています。
- ・電話以外のコミュニケーションツールが使えるとより効果的かと思いました。
- ・糸病のMSWからは丁寧に情報をいただきありがとうございます。コロナ禍、入院中に症状把握できない時期もあったが、院内の状況に応じて、リハビリ見学できた時はありがたかった。
- ・退院に関してカンファレンス等タイミングが重要になると思う。早いと状態が変わってしまうし、遅いと退院準備が十分にできない。
- ・病棟看護師が治療優先で看護しているのは理解しているつもりですが、患者が在宅に退院する時に入院時に、情報提供書を見てどうということが想定されるかイメージしながら情報提供していただけると良い。ケアマネジャーに聞かれたことだけ答えるようなやり取りだとケアマネジャーが気づかない部分が情報不になることが考えられます。
- ・入院時情報提供書をもとに、患者さんに会いに行き、確認したいこと心配していたことなどをご報告いただけると、大変ありがたいと思います。又本人、家族発信の新規ケースに初回訪問すると、数週間前、数か月前に入院歴があったことを知ることがあります。
入院中の段階からご相談頂けたら良かったと思うことはあります。

※ 過去1年間で、入院時情報提供書の提出している先と件数を教えてください。

a 糸魚川総合病院	314 件	b よしだ病院	29 件	c 上越地域	42 件
d 富山地域	34 件	e その他	3 件	無回答	1