資料5

退院支援の円滑化に関する調査結果について

1　調査の経緯・目的

第一回会議での議論において、「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」にあたっては、医療ソーシャルワーカーやケアマネージャー等を中心とした退院調整・退院支援が極めて重要なキーであるといった意見があった。

そこで、県内の円滑な退院支援に関する課題や取組み状況を把握するため、市町村及び県保健福祉事務所・センターを対象としてアンケートを実施することとした。

2　調査対象及び回答状況

調査対象
（１）33市町村の在宅医療担当部署
（２）県保健福祉事務所及びセンター（設問①－ウ、②のみ）

回答数（H30.3.21時点）
（１）30/33
（２）6/8

3　調査項目

①自治体として策定した退院調整ルール等の有無
　ア　策定の有無
　イ　策定した際に課題となっていたこと（策定した理由）
　ウ　策定を行っていない理由
②退院支援を進める上で課題となっている事柄
③円滑な退院支援を進める上で県に期待する事柄

4　調査結果

①－ア　自治体として策定した退院調整ルール等の有無

○自治体として策定済　・・・　２市町村
○自治体として策定中　・・・　１市町村
○自治体としてではないが、地域に既存のものが存在する　・・・　３市町村
○未策定　・・・２４市町村

※　未策定以外の市町村については、概要を資料末尾に記載

①－イ　策定した際に課題となっていたこと（策定した理由）

回答要約抜粋

・早期退院が進んだ結果、退院調整のための時間が少ない
・病院側、在宅側の双方が、お互いの制度や体制を十分には理解できていない
・入退院時における情報提供が不十分
・医療介護関係者間で、医療依存度に関する捉え方のミスマッチがある
・ケアマネジャーの情報収集とアセスメント力等、能力の差をなくす対策が必要
・誰がいつどのように情報を収集し伝えていくのかという、連携ルールが必要

①－ウ　策定していない理由　＜市町村＞

・策定の必要がない　・・・　３市町村
・関係団体との調整が困難　・・・　６市町村
・その他（自由記載）　・・・１５市町村

①ーウ　策定していない理由　＜保健福祉事務所・センター＞

・策定の必要がない　・・・　１ヶ所
・関係団体との調整が困難　・・・　０ヶ所
・その他（自由記載）　・・・　５ヶ所

①ーウ　その他（自由記載）

回答要約抜粋

・今後策定のため検討を進める（意見多数）
・地域に連携シートのようなツールがあるが、十分に活用されていない
・越境した多機関が関係しているため、町単体で策定しても活用が難しい
・症例が少なく、個別ケースで対応を行っており、逼迫した状況ではない

②　円滑な退院支援を進める上で課題となっている事柄
＜市町村、保健福祉事務所・センター＞

《選択肢一覧》

○医療機関によって退院調整方法が異なる
○医療機関における介護保険制度や介護サービス資源の知識不足
○ケアマネジャー等の医療に関する知識不足
○介護施設等における薬剤や医療的ケアに対する苦手意識・人材不足
○退院患者が必要とするサービスが充分にない
○カンファレンス等に患者家族の協力が得られない・在宅医療に拒否感がある
○策定したルールが活用されていない
○その他

⇒結果については別紙参照

③　円滑な退院支援を進める上で県に期待する事柄（自由記載）

回答要約抜粋及び県実施事業との対比

県に期待する事柄	対応する県実施事業（資料3、4より）
(1)ケアマネジャーに対する研修	(1)地域ケア多職種協働推進研修事業 在宅医療トレーニングセンター研修事業
(2)早期退院・在宅医療への市民啓発	(2)保健福祉事務所実施啓発事業
(3)関係団体間での退院支援に関する意識共有の場設置	(3)各地域包括ケア会議（保健福祉事務所等）
(4)県内で共通したICTの運用	(4)在宅医療ＩＣＴシステム構築モデル事業
(5)好事例の共有、課題抽出	(5)各地域包括ケア会議（保健福祉事務所等）
(6)医療・介護両者への共通情報発信	―
(7)周辺の医療機関・医師会等との広域調整	―
(8)県としてのマニュアルや指針作成	―

参考　退院調整ルール等を策定済・策定中・地域に既存のものがあるとした回答

要約抜粋

策定済

横浜市
〔手法〕 入院時・退院時情報共有ツール（サポートマップ、情報共有シート） 主横浜市内のケアマネジャーが入院時・退院時必要な医療情報について病院等と共有患者・家族への適切な支援や退院後の在宅が生活に向けた準備などの対応がスムーズ行うことができるようにまとめたもの 〔利用方法〕 　基本的に「サポートマップ」と「情報共有シート」をセットで使用。 ○入院・退院サポートマップ（利用者が入院した時から使用） 利用者が入院直後から退院までの流れを表にし、誰に、いつ、どのように、どんな情報（特に医療情報）を収集するかをわかりやすく記載。 ○入院時・退院時情報共有シート（入院時即。退院時は病院や本人・家族からの情報収集する際に使用） 入院した時から病院とケアマネジャーが情報共有、連携。退院時には、項目をチェックしながらもれなく退院調整し、退院後の生活においても状態の変化を確認する。

伊勢原市
〔手法〕 「在宅医療と介護連携シート」（情報共有シート） 〔内容〕 患者の自立度や生活状況、ケアの問題点、注意する症状や服薬情報等をまとめたもの ・下記のものがない場合、補完目的で使用する ＜医療情報提供書、退院時共同指導・介護支援連携指導記録、看護サマリー、ADL等状況書、ケアプラン＞ ・訪問看護を導入していない場合、医療情報等が不足しているケースで活用 ・訪問看護からの問合せや調整の要望時に活用 〔対象者〕 ケアマネジャー、訪問看護ステーション、サービス事業者、病院関係者

策定中

横須賀市
〔手法〕 マニュアル。病院、在宅それぞれが気を付けたいこと、情報共有のポイントなどをまとめたもの。 〔内容〕 １．退院調整ルール（日頃の備え、入院時、入院早期、退院前カンファレンス時） ２．入退院情報共有の流れ ３．病院・地域包括支援センター等連絡先 ４．退院前カンファレンスシート（H25年度に作成したもの） 〔対象地域〕 横須賀市内 〔対象者〕 在宅関係：主に在宅医、訪問看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター職員 病院関係：主に入退院に関わる医師、退院調整看護師、病棟看護師、ＭＳＷ

地域既存のものを活用中

鎌倉市、平塚市、秦野市	
鎌倉市	医療機関のソーシャルワーカー、ケアマネジャーの作成した「鎌倉市共通入退院時情報提供書」を活用
平塚市	居宅介護支援員の連絡会で作成した病院との情報共有シートを運用中
秦野市	市内のケアマネジャーが共通様式の情報共有シート（在宅サマリー）を作成し、病院に直接送付するなどして活用