

生駒市入退院調整マニュアル出前講座 アンケート調査結果 (まとめ)

日 時 令和元年6月26日(水)～令和元年7月31日(水)

場 所 生駒市内6病院

参加者 209名

アンケート回答者 141名 (回収率 67.5%)

入退院調整マニュアル出前講座 アンケート結果

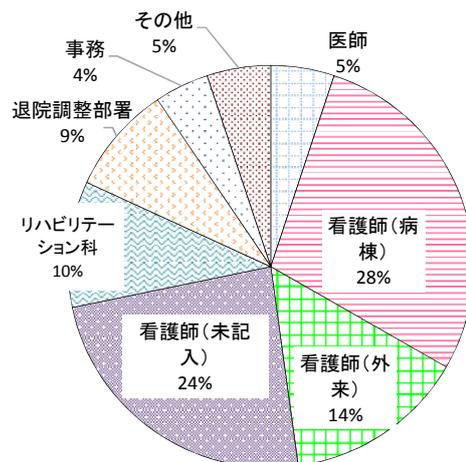
1 講座に参加いただいた方の職種

職種	件数	%
医師	7	5%
看護師(病棟)	39	28%
看護師(外来)	20	14%
看護師(未記入)	33	24%
リハビリテーション科	14	10%
退院調整部署	12	9%
事務	6	4%
その他	7	5%
無回答	3	
計	141	

無回答を除く 138 100%

【各職種の内訳】

- ・リハビリテーション科:PT 8名、OT 5名、ST 1名
- ・退院調整部署:看護師 4名、MSW 3名、事務 3名、未記入 2名
- ・事務:病棟 4名、外来・病棟未記入 2名
- ・その他:薬剤師 2名、栄養士 2名、臨床検査技師 1名、ケアマネ 1名、実習生 1名

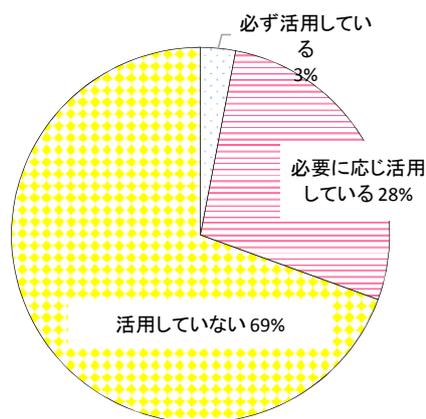


2 入退院調整マニュアルの活用について

	件数	%
必ず活用している	4	3%
必要に応じ活用している	37	28%
活用していない	93	69%
無回答	7	
計	141	

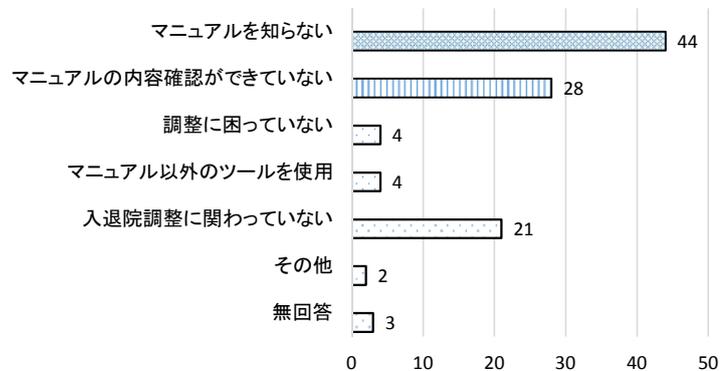
無回答を除く 134 100%

- ・必ず活用している:退院調整部署(MSW、看護師)各1名
看護師(病棟、未記入)各1名



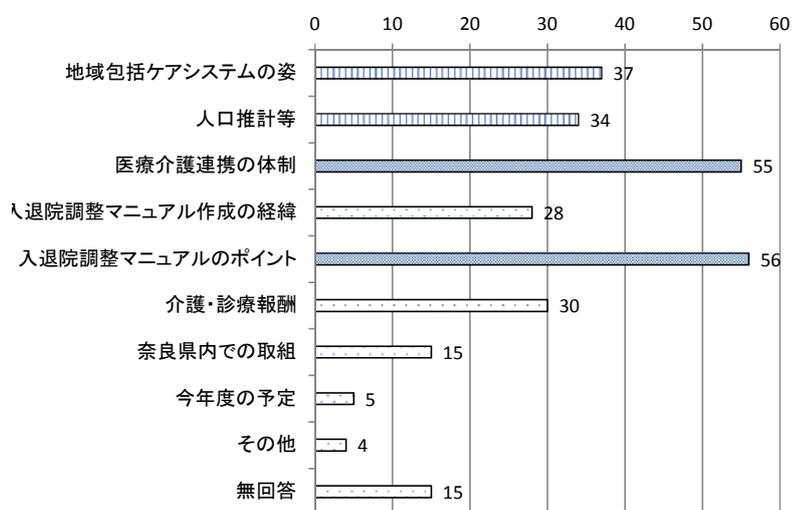
入退院調整マニュアルを活用していない理由(複数回答可)

来場のきっかけ	件数
マニュアルを知らない	44
マニュアルの内容確認ができていない	28
調整に困っていない	4
マニュアル以外のツールを使用	4
入退院調整に関わっていない	21
その他	2
無回答	3
計	106



3 研修で印象に残ったこと、関心をもったこと(複数回答可)

	件数
地域包括ケアシステムの姿	37
人口推計等	34
医療介護連携の体制	55
入退院調整マニュアル作成の経緯	28
入退院調整マニュアルのポイント	56
介護・診療報酬	30
奈良県内での取組	15
今年度の予定	5
その他	4
無回答	15
計	279



4 本日の講座の内容を今後どのように活かすことができますか。

●医師

- ・ 転院調整、今後の診療、病診連携などをスムーズに行うことができる
- ・ 医療機関での医療、看護が在宅での介護に円滑に移行出来ることに活用できる

●看護師

○通院時、入院時の情報収集に活用していきたい（8件）

- ・ 入院時の情報収集で要介護認定を受けているか聞いたりしていなかったなので、今後、注意して情報収集し、病棟の看護師に申し送り時、伝えるようにしたい。
- ・ 外来での患者の情報収集に活かすことができる。

○入院中のケアや退院後も継続したケアを提供することに活かしたい（2件）

○介護保険に関する制度説明に活かしたい（11件）

- ・ 介護保険、介護認定の案内をするときに役立つ
- ・ 介護認定がなくても受けられるサービスがある事を知ったので、今後必要な患者へアドバイスしていきたい

○退院支援に活用していきたい（21件）

- ・ 地域連携やケアマネなど今後も連携した看護ができるようにしていきたい
- ・ 在宅と病院の早期の連携が必要だと分かったので、入院された時、退院が決まった時に、看護師から地域連携に連絡していきたい
- ・ 退院前カンファレンスや様式書類の記入の意味をきちんと理解できないまま処理していた。今後は、ケアマネとの連携時、患者が退院に向けて何が必要なのか伝えられるようにしていきたい
- ・ 通院時から患者に必要な情報を得て（介護申請の有無等）、入院時から退院後に向けて支援していくことに活かしていきたい
- ・ ケアマネジャーとの連携を密に行う

○その他（4件）

- ・ マニュアルを活用していきたい
- ・ 生活者としての視点をスタッフに高めさせ、地域包括ケアに関する知識を深めていきたい
- ・ 2025年に75歳以上が増えるということで、今後の病院のあり方について考えることができた
- ・ 医療介護連携、介護・診療報酬について理解できた。

●PT

- ・ 患者の入院前の情報収集に活用でき、退院調整がスムーズに進めやすくなる
- ・ 退院を検討する段階で、本人・家族に介護保険システムを説明しやすい

●OT

- ・ 診療情報提供書など多職種で共有できるものがあると感じた
- ・ 病院とケアマネジャー、包括との連携で、情報伝達をよりスムーズ行えるようになって感じた
- ・ 医療・介護が連携し、シームレスなケアにつなげることができる

●退院調整部署

- ・ 入院前に介護保険・介護認定を考えた方が良い人を確認し、必要時は伝えていきたい
- ・ フローチャートを見て退院支援に活かす
- ・ 病棟カンファレンス時に活用していく
- ・ ケアマネジャーに問合せをする際に共通の項目とすることができる

●事務

- ・ 地域連携に関わっていないが、連絡をとる、FAXなどできる作業を心がけたい
- ・ 直接は関わりないが、情報共有の重要さなど勉強になった

●薬剤師

- ・残薬の調整、退院支援カンファレンスの参加、処方薬の必要性を再検討などに活用できる
- ・入退院時の薬剤師の関わり方について考えを深められたので、活用していきたい

●栄養士

- ・仕事や身内のことで活かすことができると思った
- ・退院後の介護について理解できたので、今後役に立てたい

●その他（ケアマネ）

- ・今後、入退院調整が必要になった場合にマニュアルを活用しスムーズに対応したい。

5 患者の入退院を巡り、ケアマネジャーや地域包括支援センターとの連携で困られたことがありましたら教えてください。

●医師

- ・病気・病状の種類による転院先の選び方
- ・退院後の受け入れ先が見つからない

●看護師

- ・本人の家族が主体で動いており、病院側への報告がなかったため、連携が上手くいかず困った
- ・介護保険未申請で退院する場合、地域包括支援センターへ連絡した後どうなったかわからないことが多い
- ・あいさつだけで、情報提供がなかった
- ・入退院を繰り返される患者が多いので、ケアマネジャーや地域包括支援センターともしっかり話し合いの場を持って、対応していけるようにしていきたい
- ・直接病棟に患者の状況を聞きに来る方がいるので、連絡をしてから病棟へ来てほしい
- ・独居や認知機能低下の患者に対してはなかなか連携出来ない事が多い。入院時にケアマネジャー、地域包括支援センター担当者がすぐに分かるとように、保険証とケアマネジャーの名刺を同封するなど、担当が分かるような工夫をしてほしい
- ・退院カンファレンスの時に家族・ケアマネ・病棟で退院後のイメージがばらばらで、何をどう話し合えばいいのか困った
- ・入院前日にナースサマリーの希望があるので、早めに連絡をいただきたい
- ・病院側の情報を確認しないまま退院調整をすることがある
- ・ケアマネジャーが、医療のことを理解していない場合があり、スムーズに連携が図れなかった
- ・サービス調整が必要な患者なのに、退院前カンファレンスを行わずサマリーだけで結構です、と言われたことがあった

●PT

- ・ケアマネジャーや包括のスタッフによって知識・リハビリに対する理解に差があり、ケアマネジャーの主観により支援が行われることがあった
- ・家屋構造の情報や、入院前の活動状況などが不足している

●退院調整部署

- ・ケアマネジャーが来院されているのに知らないことがあった
- ・連絡してもケアマネジャーから返答がなく、情報があまりこない
- ・入院時情報提供について、要支援の方の対応は地域包括支援センターではしませんと言われたが、本日の講座で理由が分かった
- ・地域包括支援センターからの情報があまりなく、元気な認知症の時(特に独居)に困る場合がある
- ・回復期リハビリテーション病院への転院時の書類の流れ等管理していく必要を感じた

●事務

- ・ケアマネジャーは、人により対応力が違う

6 患者の入退院を巡り、ケアマネジャーや地域包括支援センターとの連携で工夫していることがありましたら教えてください。

●医師

- ・入院患者のカンファレンス
- ・ケアマネジャーや地域包括支援センターとの連携とは異なるが、病院間連携の工夫として、他病院と連携し、回診を行うことで問題点を相談している

●看護師

- ・入院時に、患者さんから情報が得られれば病棟に伝えている
- ・入院時から早期にケアマネジャーへ連絡し、情報提供してもらうように心がけている
- ・サービスを受けている患者には、ケアマネに必ず連絡するよう案内している
- ・病棟の退院支援担当者を介して、退院前に治療や病状の情報共有をしている
- ・退院前カンファレンスに積極的に参加している
- ・MSW をとおしてすみやかな情報交換、サマリーの活用を行っている
- ・入院決定した時に外来看護師から直接、ケアマネジャーに連絡するようにしている
- ・カンファレンスの時間が取れないので、連携室を通じず、病棟師長が直接ケアマネと連絡し、問題の共有を図っている

●PT

- ・MSW に情報を集約できるように連携をとる
- ・退院前の家屋調査にできる限り同行し、情報交換を行う

●OT

- ・普段から連絡をとりあい、情報共有をする
- ・リハビリ状況、ADL(日常生活動作)内容を的確に伝えるようにしている

●退院調整部署

- ・サービスを受けている方が入院される時は、ケアマネさんに連絡しているか確認するようにしている
- ・気になる患者、介護申請まで至らないで済むような患者の相談窓口としてご案内している
- ・早めの連絡を心がけているが、本人を主体としケアマネと「つなぐこと」を意識している

7 その他、ご意見・ご感想等がございましたらお書きください。

●看護師

- ・生駒市がどのような取組をして、どんな連携をしているか知ることができた
- ・アセスメントシートの項目で知りたい情報が詳しく載っていたので活用したい

●PT

- ・丁寧な説明でわかりやすく、参考になった

●OT

- ・少しでも高齢者の方が外出する機会があれば認定率というのは大きく変わると感じた

●退院調整部署

- ・状態像が要支援であっても、入院を機に生活の困難さが明らかになることが多い印象がある
- ・高齢者保健福祉計画、介護保険事業計画にもふれていただきとてもよくわかった

●事務

- ・情報提供書等のICTによる共有化を推進してはどうかと思う

●薬剤師

- ・現在、退院支援カンファレンスに参加できていませんが、今後参加していきたい

●栄養士

- ・わかりやすかった