

# 平成29年度第2回豊川市退院調整担当者会議次第

日時 平成29年12月8日（金）  
午後1時30分～午後2時30分  
場所 豊川市市民病院 講堂

## 1 はじめに

- (1) 市内病院退院調整担当者と介護保険関係者合同会議の在り方

## 2 議 題

### (1) 協議事項

- ① 目的・目標・活動内容と今年度中の計画案について（資料1）
- ② 病院の現状と課題について意見交換  
各病院（機能別）の現状、感じている問題と課題
- ③ 退院調整機能の構築に関するルールについて
  - ・ 現在活用されているルールの整理
  - ・ 共有できるルールの検索
- ④ 資料提供と情報共有（資料2）
  - ・ 介護関係職員のアンケート内容「病院職員との連携に関する意見」
  - ・ 11/7 研修会結果とアンケート結果（別紙資料）
  - ・ 担当者会議における事前情報整理用紙（急性期病院からの提供 別紙資料）

### (2) その他

- ① 意見交換
- ② 今後の方向性
- ③ 次回会議開催日程

## 平成29年度第2回豊川市退院調整担当者会議 議事録

日時 平成29年12月8日(金)  
午後1時30分～午後3時  
場所 豊川市民病院 講堂

出席者：別紙 座席表参照

(豊川市民病院地域連携センター主幹欠席 代理出席：副主幹 中沼清美)

### 1 はじめに

(1) 市内病院退院調整担当者と介護保険関係者合同会議の発足について

岩間委員(在宅医療サポートセンター 以後サポセンと略す)：地域医療連携協議会から分離し、今回退院調整担当者会議を発足した。前回顔合わせをしたので、実質第2回目となる。この会議では、横のつながりを強めて、皆が何でも相談しあえる会議にしたい。今後決めていかなければならないことがたくさん出てくるが、言いにくいことでも言い合える会議としたい。既に顔見知りにはなっているが、さらにお互いのことをよく知り、腹を割って意見交換を深めていきたい。

資料の確認。事前に配付した資料及び、本日の追加資料を説明。  
会議次第に沿って、全体の流れを説明。

### 2 (1) 協議事項

① 目的・目標・計画の実施と今後の計画案について(資料1)

岩間委員(サポセン)：「病院と地域を結ぶ退院調整の機能構築を目指した方針と活動内容」の内容について説明を行い、承認を得た。

病院によって機能が違うので、同じルールで共有できるのかという不安はあるかと思う。以前、療養型の病院の院長からも直接意見をいただいた。「病院の機能が違うので、ひとくくりにしてルールを作るというわけにはいかない。そこは宜しく配慮してほしい」と。もちろんその通りだと思いますとお答えした。むしろそれぞれの機能を活かしていく必要がある。皆でそれを認め合い、そのうえで、共有しあえるルールを作ることが出来ればよいのではないか。

奈須委員(東部包括支援センター主幹)：退院調整機能のルールとあるが、これは、どういう方の退院調整ルールなのか。

岩間委員(サポセン)：第1回会議で配付した資料として、「鹿児島における複数の病院が共通の退院調整に関するルールづくりをした」情報用紙を提供した。この情報を参考にしており、入院時ケアマネジャーがいる患者に対して、入院時からケアマネジャーとの情報交換や共有、意見交換を行うルールづくりが有効とされていた。

ケアマネジャーがいる人といない人、それぞれのルールが必要となる。

佐藤委員(樋口病院)：療養型である当院では、今まで退院調整時、積極的にカンファレンスを行える時ばかりではなかったが、今取組を始めている。居宅のケアマネジャーからは「やってくれるんですか。助かります」という意味合いの意見がある。介護保険

の施設や急性期病院では当たり前に行っているかもしれないが、これから取り組もうとする病院では、ルールがあることは有効かと思う。

近藤委員（後藤病院）：取り組みは必要。ルールが決まったら、それを自分の病院に持ち帰り周知する。「入院患者の受入表」にもあるように、当院は整形外科なので、病院なのにはできないことがある。逆にペインクリニックがあるので、麻薬系のことは対応できる。メリットとデメリットを理解してもらいたい。

平野委員（介護保険施設部会長）：介護施設では、同じ法人で病院のベッドを持っている所はあるが、ベッドを持っていない所は入院先を探すのにかなり苦勞をしている現状がある。介護施設では対応できないが、急性期病院に入院させるほどではない人の入院を、積極的にいいですよと受け入れてくれる病院と、適応ではないですよという病院が分かれると良い。

岩間委員（サポセン）：急性期以外の病院の有効利用が必要。

## ② 病院の現状と課題について

### —療養型の病院から—

椎名委員（豊川青山病院）：急性期の病院と間違われて、入院希望が入ることがある。そういう時は断らずに、総合青山病院に依頼をして繋げている。急性期適応ではなく、当院でも入れない時は、あおいのショートに入れられないか、法人の中で連携をして対応するようにしている。病院なのにどうして入れないのかの質問に、理解をしてもらうために、病院の機能を説明するのが難しい。どういう状態の人はどの病院や施設が対応できるのかというものがあると、相談がしやすくなり、職員が説明しやすくなる。

小林委員（タチバナ病院）：医療区分についてはまず気になる。しかし、行先がない、病院を探しているがわからない、という場合は、検討できるので相談をしてほしい。退院調整に関しては、入院してきた段階で重症の人が多く、家族もあきらめていて、療養型病院ということもあり、ここで最後まで、となり、退院に結び付いていかないのが現状。それはどこの療養型病院でも同じではないか。

近藤委員（後藤病院）：以前療養病床があった時は同じ感じだった。ここが最後という人が多かったので、在宅に結びつけられるのはごく数パーセントだった。今は療養病床を老健にし、一般病棟で骨折の手術をした患者で、退院が出来ない人を老健の空があれば移動ということもある。実際にはターミナルの人が8割を占める。療養病床に近く、保険は介護保険である。通常老健から療養老健に移ってくる流れもある。しかし立ち上げの際の理想としては、一般病床から受けて在宅に向けて支援することだったかもしれないが実際はそうはいかない。

星野委員（共立荻野病院）：医療型療養病床で、市民病院や医療センターからの受入が多い。家族や患者自身から、急性期での医療行為をそのまま引き続きやってほしいのに、何故ここではやってもらえないのかと不満を言われることがある。夜間でも何かあれば救急車で市民病院に搬送してほしいと希望される。対応できる範囲について説明すると、納得される人もいるが、市民病院に戻してほしいと言われる人もいる。病院の機能を理解してもらえらる人ばかりではない。最後は介護施設へ移る調整をするが、それは1割程度である。

倉田委員（国府病院）：急性期病院からの紹介患者は、最近では看取りになる人が多い。その

半数は急変時、市民病院に搬送してくれと言われる。しかし時には、がん末期の患者で、今なら状態が落ち着いているからと、本人の意思を確認し、担当ケアマネジャーと相談の上、在宅に向けて退院支援をすすめているケースもある。

急性期病院から転院してきた患者は、それまでの担当ケアマネジャーとの関係が途切れるが、退院許可が出たら、すぐに退院をせかさずに、家で即サービスが利用できるように、準備が整ってから退院となるようにしている。

大谷委員（宮地病院）：一般病床から療養病床に移すことは常にある。長期になることが多い。昔からの病院なので頼られる。家では心配だからと、整形外科的疾患でなくても、レスパイトのような形で受け入れる。1～2ヶ月ですよ、と治療計画書を出す、その時期になって、帰る準備が出来ておらず、そこから長くなるというパターンがある。院長に直談判をされると、こちらがそれ以上勧められないのが現状。

100才になっても、整形外科の手術は行う方針がある。100才でも元気で自宅生活していて、介護認定も受けておらず、骨折で入院して手術をすると、行先がなくなる。さらに食事がとれなくなるとさらに難しい。このような人が4人おり、半年以上の入院になっている。家族も高齢者。病院が一番安心と言われる。在宅でどこまでサービスが受けられ生活できるのか、家族も職員もしっかりとわかっていない。ジレンマがあり、問題と感じている。

佐藤委員（樋口病院）：総合相談員として院内の改革を進め、顔の見える関係作りをしていくことが重要と考えている。市民病院とはケースを通してやりやすく連携をしている。老健と病院、両方の相談員として、どちらに入院・入所・あるいはその他にと、検討をすることができる立場として強みがある。

退院調整については、療養型病院であっても、在宅に戻れる人は戻ってもらう視点が必要。特養までを在宅と考え調整を行う。介護保険の施設で培った、在宅への退所支援のスキルを活かしている。外来から入院してきた患者でも、介護支援の必要度は十分あるのに、介護保険の申請がされておらず、病院職員は気づかないということがたくさんある。そういう所に相談員として入り、安全・安心して、在宅に戻れるように支援していけたらいいと考えている。

岩間委員（サポセン）：療養型の6病院の共通点としては、在宅への退院支援や調整に苦慮しており、在宅に戻れる人は1～2割。それ以下という所もある。しかし、在宅（施設含む）に戻られる人もいることはわかったので、そのような人達を対象とした、療養型病院における退院調整機能の共通ルール作成の検討が必要。

### ③ 退院調整機能の構築に関するルールについて

現在活用されているルールの中で共有できる内容の検討

—回復期病院から—

竹原委員（可知病院）：院内パスを活用している。入院した時点で退院日をおおよそ決めて、そこに向かって、チーム一丸となってサポートしていく仕組みとなっている。相談員が4名おり、それぞれが持っている機能をうまく活用しながらやっている、地域のケアマネジャーや施設などとの連携は取りやすい状況である。

外来受診時、体調が悪いということで突然入院の希望をされる患者に関しては、まず内科受診をしてもらい、病状や家族の状況を加味してどこの病院が入院先に適してい

るか検討し、紹介状を作成してお願いをするケースもある。

梶田委員（さくら病院）：市民病院から転入を受けることが多い。まずはご本人と面談、現在の状態を知り、病棟看護師からの情報用紙を確認、相談員が家族と面談を行うなどして、情報を整理し医師と相談をする。入院を受けた後は、担当リハビリ師と入院期間の目安を立てる。相談員は5名体制で退院調整支援を行う流れとなっている。

高齢者で嚥下訓練の希望は多い。リハビリをすれば食べられるようになると期待をされるのが殆んど。食べられるまでに回復しない場合、退院先を探すのに苦戦する。栄養補給としてNG・胃瘻・CVなど選択を迫られる。NGを選択する人は多いが、そうすると対応してくれる施設は少ない。在宅に帰る気持ちはあっても、医療行為があると在宅には繋がりにくい。特に介護力の不足・独居・認知症等どれか一つでもあると、職員の中にも在宅は無理と考える風潮がある。

岩間委員（サポセン）：回復期は入院時から退院を意識して退院調整を行う流れができていく。時間の関係上、今回は急性期病院の報告は省略する。（急性期病院：3病院）

#### ④ 資料提供と情報共有

・介護関係職員（居宅ケアマネジャー）のアンケート内容（資料2）

「病院職員との連携に関する意見」とりまとめ

林委員（居宅介護・介護予防支援部会長）：入院中、退院支援の時に、本人・家族の思いが表し切れていない。対話になっていない。一方的に病院側から言われて、納得できないままに、はい、と返事して家に帰ってしまうケースは多い。出された感が残ってしまうために、退院調整にうまくつながっていかないことがある。来年介護保険の制度改正があり、入退院連携においてケアマネジャーにもっとしっかりしなさいと義務付けられる。病院職員への情報提供が充実するのではないかと。患者家族には、出された感がなく戻ってくるようなことができるようにと常に考えている。

ケアマネジャーは利用者が入院しても、戻ってくることを予測して、今はどういう状態だろう、どんな変化があるのかを把握できると、退院後の支援が組み立てられるので、学ばなければならない。

堀川委員（訪問看護師）：利用者が入院すると、訪問看護師は疎遠になる。しかし、病棟看護師から「間もなく退院だよ」と連絡をくれることが増えてきているので、じゃあ何が必要かと考えることができるようになった。反対に、今回は退院までに担当者会議をした方が良い事例だと話していても、連絡なく急に帰ってこられて、えっ、とびっくりすることもある。自分達もただ待っていてはいけませんが、病院側からももっと情報を発信してほしい。一人入院すればすぐに新しい利用者が増える、そんな中で入院した人の情報を取りに行く暇はないのが本音。そこで、ルール決めがあれば、スムーズになる。

中沼委員（豊川市民病院）：病棟の看護師も退院調整に関して連携の勉強をするように変わってきている。介護認定がされていない患者の場合は、地域連携センターが関わっているが、ケアマネジャーがいる患者には、病棟看護師が中心になり、ケアマネジャーと連絡を取り合うようになっている。ケアマネジャーは患者のことをよく知っているお蔭で、良い連携に繋がるケースが増えている。病院全体が変わろうとする過渡期ではないかと思う。

#### ④ 資料提供と情報共有

- ・11/7開催の「介護の現状と連携の在り方を学ぶ」研修会アンケート内容（別紙）

岩間委員（サポセン）：142名の参加があった中で、看護師の参加は100名を超えていた。アンケートの自由意見欄に、看護師と思われる意見の記述が多かった。地域のことを良くわかっていないとの自己評価があり、地域との連携が必要だと強く感じるとの意見が多かった。病院と地域がお互いに歩み寄り、近づいていくことが必要。共通の課題を見出し、次の段階に繋げたい。

新城委員（訪問看護師）：お互いを知るという方向を向き始めた時には、それぞれお互いがどう動いているかを知ることから始まる。言われないとわからないではなく、自らが相手を知ろうと動くことが必要。

6年前、市民病院が初めて、在宅に戻る患者のために在宅との連携をしようと、包括・ケアマネジャー・訪問看護師との顔の見える関係作りを始めた。その時に比べると、今随分と変わってきた。現在はこんなに多くの人達が顔を合わせるようになった。ここで意見を出し合えば、各役割や、どう相手に合わせて動けばいいのかが見えてくる。さらに多数の人達がスムーズに動くにはルールが必要。

退院前カンファレンスや担当者会議において、専門職同士の申し送りになり、患者や家族が取り残され感があり、不安を残すという意見があった。入院時、患者や家族の希望は、ケアマネジャーが十分把握しているはず。患者の置かれている状況が同じであればそのまま。予想できるリスクがあれば専門側に確認し、速やかに在宅に戻れるかどうかはケアマネジャーが情報収集をしてパイプ役になることで、医師から言われたからそのままということは減ってくるのではないかと。

#### ④ 資料提供と情報共有

- ・退院前担当者会議における情報提供用紙（総合青山病院が情報提供 別紙）

立松委員（総合青山病院）：退院前担当者会議開催時に活用する、病院から情報提供する用紙。ケアマネジャーや施設職員から質問が多い項目を集め、事前に情報を準備しておくためのもの。

担当者会議において、病棟の看護師が何を情報提供していいかわからない、その場で聞かれても答えられないことが多いということがわかった。そこで、院内の取り組みとして、良く聞かれることを一覧表にまとめ、共通の情報用紙として作成した。事前に一覧表に沿って情報をまとめておき、どの看護師が対応しても答えられるようにした。現在の段階では、相手に渡す提供用紙になっているわけではなく、看護師が答えられるためのものにとどまっている。今後継続して更新や修正をしていく。当院だけでなく、市内の病院におけるルールとして共有できる情報用紙になっていけばいい。

中沼委員（豊川市民病院）：市民病院においては「患者連絡票」がそれにあたる。今年、内容の見直しをしており、訪問看護師が活用している情報提供票のレイアウトとほぼ同じにして、項目を急性期病院用に変えることとした。（レイアウトは同じにした方がお互い見やすいだろうという考え）現在看護師長が皆の意見を取りまとめている。今年度中に完成させ、発信していく。項目については、訪問看護師の意見を参考に、患者家族が、医師からの病状説明をどのように受け止めているか、看取りに対する考え方

などを盛り込むことになる。

岩間委員（サポセン）：ケアマネジャーからは、病院による情報提供の仕方や対応の仕方が違うことに、やりにくさを感じているとの意見がある。目標としては、市内の病院が共通の情報提供用紙を活用していくことである。病院がそれまでの帳票用紙を変えるのは、簡単なことではないし、退院調整担当者がその責任を負いきれるものではない。しかし目標を持って、そこに向かって、それぞれの病院が意見を出し合い、話し合っていくことが大切。

#### ④ 資料提供と情報共有

- ・豊川市内病院一覧表（豊川市民病院地域連携センター情報提供 別紙）
- ・医療依存度の高い利用者の受入に関する施設の調査まとめ（別紙）

岩間委員（サポセン）：「病院一覧表」は、市民病院から患者が市内の病院に転院する際、どのような医療行為を受けてくれるかを知るために作成したもの。毎年更新されている。ここの項目に含まれてないが、レスパイトを受け入れる病院は、共立荻野・国府・総合青山・タチバナ・豊川青山・樋口・宮地病院である。（後日後藤病院から受入可の回答があった）

「施設の調査まとめ」は、在宅医療連携推進センターが平成27年に聞き取り調査をしてまとめたもので、更新はされていない。

いずれも、ケアマネジャーが、医療依存度の高い利用者のレスパイトを計画する際に欲しい情報と言われたので、現在ある情報を共有する目的で今回提供をした。特にALSの患者の受入をしてくれる医療機関がいつでもわかると良い、との意見がある。また、このような患者の在宅医療を受けてくれる診療所の情報も踏まえ、情報があちらこちらに散在しないよう、一括にまとめて誰でも見えるようにするのが望ましい。情報の見える化の方法も検討が必要。

植山委員（豊川市民病院看護局）：今回初めて、市民病院看護師長が入所施設の見学をした。自分らしさという視点で、施設でのゆったりと安心した生活を送っている人達を知った。急性期病院では治療が終了したら、速やかに在宅か、施設か、転院か選択を迫られる。看護師はいつも慌ただしくケアをし、書類を作成し、ケアマネジャーに連絡をする毎日だが、実際の施設を見ることで自分たちの知識のなさを再認識した。治療経過を見据えてという考えがあったが、入院時から帰る先を考え関わっていかなければならない。患者が医師から見放されたとか、追い出されたと思ひ込むという話があったが、私たちから介護施設について伝えていくことも必要。介護施設でも、病院と同様に重い症状の人がいたが、病院の忙しなさとは比べて、ゆったりとした雰囲気だった。実際に見て勉強になった。30年度も引き続き勉強させてもらいたい。

## （2）その他

堀川委員（訪問看護師）：夜間骨折で救急搬送をした事例が2件ある。1件は市民病院に搬送。90代後半で手術の適応ではないと言われ、福祉タクシーで帰った。おむつの交換もしたことがない家族から電話が来て、一日3回のおむつ交換のプランを立てた。しかし痛みが強く結局療養型の病院に入院となった。もう1件は、総合青山病院に搬送されたが、手術の部屋は満床なので、3日後に入院するよう言われ帰った。タクシーで3日後に入院した。骨折で救急搬送した人がその日に帰されるのは、本人も家族

も困る。このような事例を、泊めてくれる病院があるか、情報が欲しい。

新城委員（訪問看護師）：前回会議でも同じような話があった。肺炎でも軽症なら急性期病院は受け入れない。しかし急性期病院から療養型の病院に転院する仕組みが必要と。救急車で搬送されると、帰りには足がない。朝まで置いてもらえないかと聞いたら、急性期病院は出来ないとのことだった。

堀川委員（訪問看護師）：骨折ならどこへ送るという選択肢が決まっていると良い。一旦帰るのであれば、一時期預かってくれる病院がわかっていると良い。

大谷委員（宮地病院）：当院は整形外科なので入院の受入は可能だが、夜間は受け入れていない。しかし、夜勤者に相談をしてくれれば、朝一番でスムーズに入院できる説明とアドバイスはできる。

中沼委員（豊川市民病院）：救急外来では、次々来られる患者対応に追われており、見られるスタッフがいない。昨日は救急床も、一般床も空いていない状況。特例を作ることはできない。

立松委員（総合青山病院）：当院でも社会的な入院を受けることはできない。対応できる職員もいない。

岩間委員（サポセン）：急性期病院は、急性期としての機能を果たす必要がある。それではないと市内全体の医療が回っていかない。

新城委員（訪問看護師）：トリアージと同じ。優先順位赤の人は急性期病院へ。黄色の人は他の病院にという仕組みが必要。今後の検討が必要。

## （２）その他

### ① 今後の方向性

岩間委員（サポセン）：意見はいつでも、電子@連絡帳のプロジェクト欄に記載してほしい。今年度中に第３回の会議を開催したい。情報を整理して、来年度何をどのように計画し実施していくかを話し合っておきたい。

### ② 次回会議開催日程

平成３０年３月初旬に開催予定。日時は後日連絡をする。

以上



平成29年12月8日

## 病院と地域を結ぶ退院調整の機能構築を目指した方針と活動内容

豊川市医師会在宅医療サポートセンター

岩間 三枝子

### I. 向かう方向性・目的

- ①市民にとって安心できる、病院と地域をつなぐ医療のルール化を図り、実用化する。
- ②病院毎の機能と役割を知り、病院の個性を活かしながら、病院と地域を繋ぐ退院調整機能を構築する。
- ③病院職員と介護職員が、相互に相手の事を知りあう（知識習得と面識づくり）  
段階的に腹が見える関係をつくることで、スムーズな連携ができるようになる。

### II. 目標

- ① 市内 12 病院の機能と役割を知る。
- ② 病院毎の退院調整機能に関するルールを共有する。
- ③ 市内病院で共有できる退院調整機能のルールを見出す。
- ④ 病院職員と介護関係職員が感じている、それぞれの意見を出し合い共有する。
- ⑤ 病院職員が在宅療養者を取り巻く環境を知るための研修会を企画実践する。  
(病院職員が患者の退院後の生活をイメージでき、退院支援に役立てる)
- ⑥ 介護関係職員が、病院の実態を知るための研修会を企画実践する。  
(介護関係職員が、病院職員との情報共有や意見交換がスムーズに行える)
- ⑦ 在宅療養者の合同事例検討会を定期開催する。  
ケースから、病院と地域で共有すべき課題を知り、医療のルール化を図る

### III. 目的・目標に沿った計画内容と実践・計画案

#### 1. 平成 29 年実践内容

月日	実践内容	参加人数
7月25日	病院と地域合同事例検討会開催 「乳癌末期独居老人の意思決定支援について」	46名
8月31日	豊川市地域医療連携協議会開催	27名
9月24日	退院前カンファレンスの実践を学ぶ研修会開催	156名
11/1~12/7	市民病院看護師長を対象に、高齢者入所施設の見学 実習を実施	実人数 13名 延べ 32名
11/6~2/15	市民病院看護師・主任・看護師長を対象に、訪問看護 同行研修を実施	10名 延べ 14日間

11月7日	病院職員向け研修会開催「介護制度について」 「事例をとおして病院と地域の連携の在り方学ぶ」	142名
-------	--	------

## 2. 今年度の実施計画案

- 12月8日 第2回退院調整担当者会議開催予定
  - ① 目的・目標・実践内容・計画案を共有し意見交換
  - ② 病院の現状と課題について情報交換
  - ③ 退院調整機能構築に関するルールの整理（活用されているルール）
  - ④ 資料の提供と情報共有
    - ・介護関係職員のアンケート結果「病院職員との連携に関する意見」
    - ・11/7研修会結果とアンケート調査結果
    - ・今後の連携の課題
- 3月初旬 第3回退院調整担当者会議開催予定
  - ① 病院の現状と課題について情報交換
  - ② 退院調整機能構築において、共有できるルールの検討
  - ③ 今年度の振り返りと来年度の計画
  - ④ 来年度の研修会（学習会）の計画

