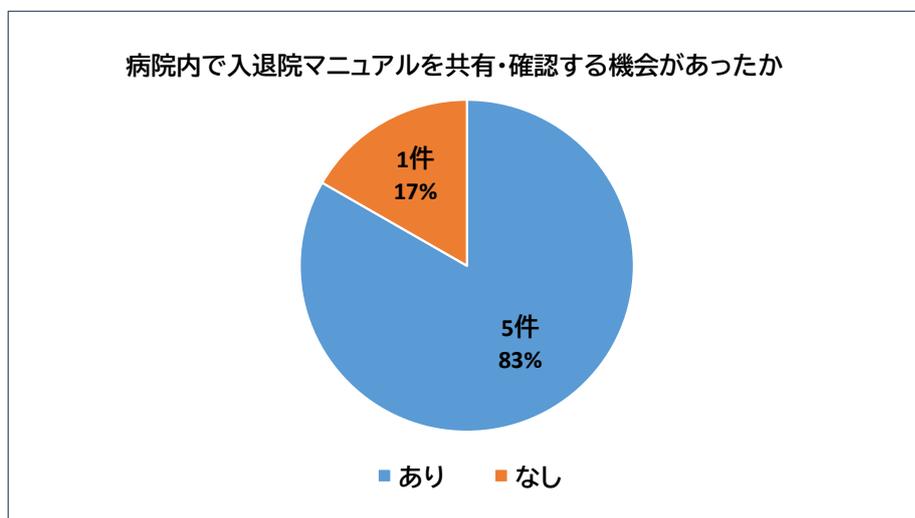


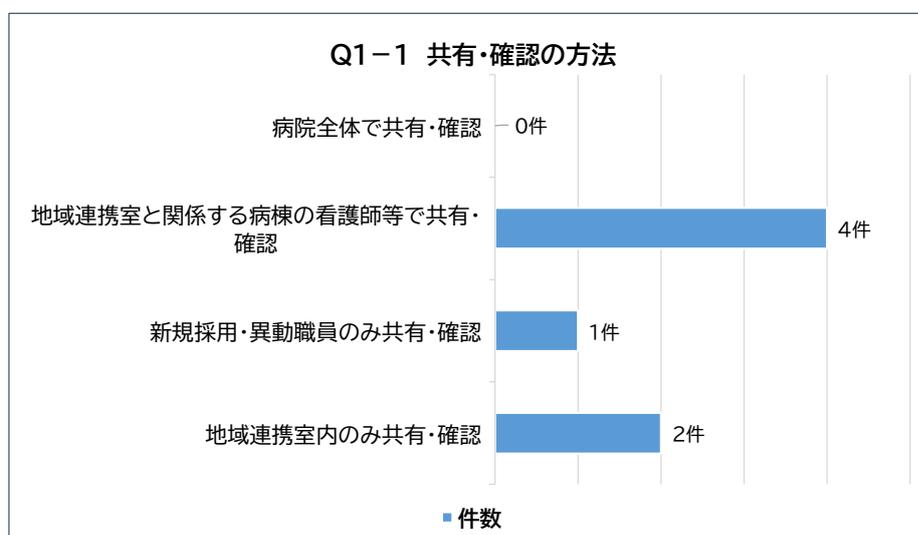
令和4年度 東和医療圏切れ目のない入退院調整連携事業 病院アンケート結果報告書

(1)入退院調整状況調査(令和3年8月から令和4年7月の期間)

Q1 入退院マニュアルの周知や運用について、病院内で共有・確認する機会がありましたか。



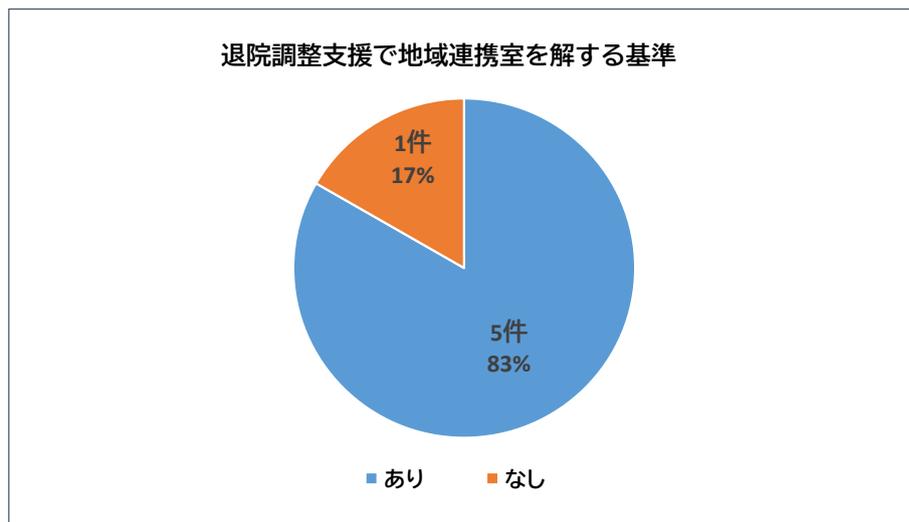
Q1-1 どのような方法で共有・確認を行いましたか



Q2 異動者・新規採用者等に対し、入退院マニュアルをどのように周知していますか。(自由記載)

- 新人オリエンテーションでの説明。
- 退院支援リンクナース会でリンクナースと地域連携室が協力して内容の更新を行う。
- 各病棟に入退院連携マニュアルを置き、定期的に内容を理解しているか確認している。
- 病棟の主任より、異動者・新規採用者に入退院マニュアルの内容を周知してもらっている。
- 冊子を読んでもらう。

Q3 退院調整支援で地域連携室を介する基準がありますか。



Q3-1 【Q3で「1. ある」の場合】基準の内容の詳細をお答えください。

●入院時、退院調整スクリーニングを評価。ハイリスクと評価されたら退院困難事例か否か判断する。

退院困難事例と判断されたら、必ず地域連携室に退院支援介入依頼が来る。

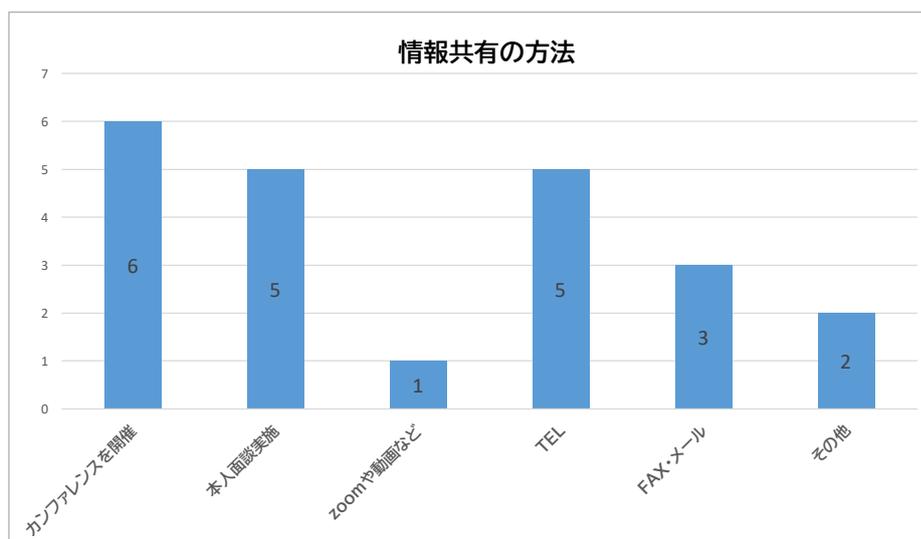
●退院支援の介入があった患者

●入院時に担当看護師が退院支援スクリーニング&アセスメントを記載の上、退院支援が必要であれば、

3、7、14、30、45、60日目を基準に病棟と地域連携でカンファレンスを行っている。

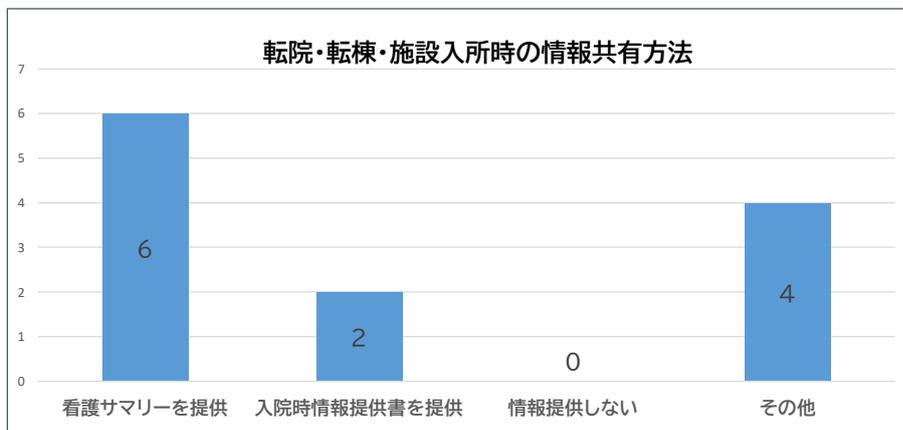
●病棟の主任より、異動者・新規採用者に入退院マニュアルの内容を周知してもらっている。

Q4 退院調整支援において、ケアマネジャー・訪問看護師と、どのような方法で情報共有を行いましたか。

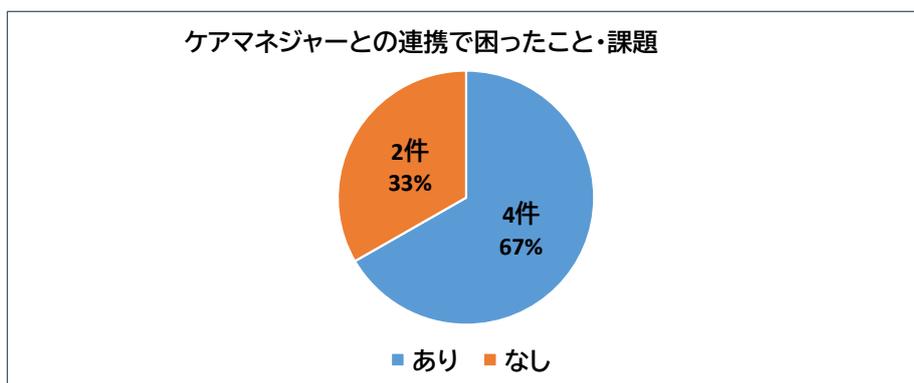


Q5 患者が転院・転棟・施設入所する場合、移動先へはどのような方法で情報共有を行いましたか。

転院・転棟・施設入所時の情報共有方法



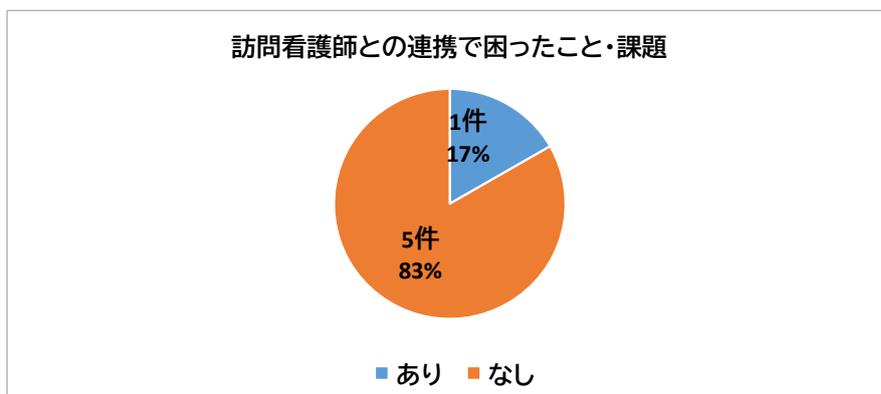
Q6 ケアマネージャーとの連携で困ったこと、課題はありましたか。



Q6-1 【Q6で「ある」の場合】どのような困りごと・課題がありましたか。

- コロナ渦で患者面談できないため、口答・文書では伝わりにくいことがある。
- ケアマネージャー自身が調整しすぎて本人・家族の意向と合っていないかった。
- 患者の情報を的確に伝えることができず、ケアマネージャーに負担がかかり家族に不利益が出た。

Q7 訪問看護師との連携で困ったこと、課題はありましたか。



Q7-1 【Q7で「ある」の場合】どのような困りごと・課題がありましたか。

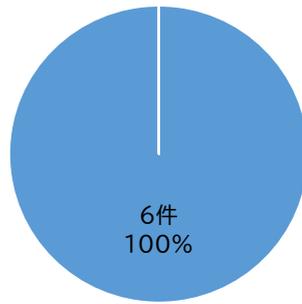
- コロナ渦で患者面談できないため、口答・文書では伝わりにくいことがある。

(2)意識調査

Q8 全体的にみて東和医療圏における入退院支援が上手いと思っていますか。

入退院支援が上手いと思っていますか(意識調査)

入退院支援が上手くいっていると思うか(意識調査)



■ 上手くいっている ■ 上手くいっていない

Q9 この1年(R3.8月～R4.7月)で入退院において調整がうまくいったケースを具体的に教えてください。

- 独居で救急搬送され、入院となったが、入院当初から包括が関わっていただけなので、スムーズに退院できた。
- 病態が重度で自宅退院を希望した患者が、地域の専門職と連携を図れたことで自宅での生活が可能となった。
- 家族が一旦入所を望んだ看取りが必要な患者をケアマネジャーや訪問看護師との連携で、自宅退院に導くことができ自宅での看取りができた。

Q10 この1年(R3.8月～R4.7月)で入退院において調整がうまくいかなかったケースを具体的に教えてください。

- 地域包括支援センターとの連携不足によって、退院後利用するサービス等の調整ができないまま退院となり患者・家族に不利益が生じた。
- 患者家族が理解力乏しい場合、施設や療養型病院への調整・面談などがスムーズ行えなかった。
- 在宅サービス提供者(ケアマネジャー・訪問看護)の意見の相違があり介護者が迷いを生じることになった。
- 当院の主治医と、往診医の治療方針に相違がありスムーズな在宅調整ができなかった。
- 訪問診療依頼の退院後カンファレンス時に本人・家族と医師、MSWの意向がかみ合わないケースが多い。