

# コロナ禍における工夫と困り感 ・・・入退院連携の現場から

～令和2年度入退院情報共有フォローアップ調査報告書 自由記載意見より～

令和3年2月  
島根県健康福祉部高齢者福祉課

# 目的

- ▶ 令和2年 9月の県内病院の入退院事案を対象に、連絡票等により、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション等関係機関との連携が図られているか、調査を実施
- ▶ その際、自由記載意見の中には、コロナ禍における、入退院連携の困り感、あるいは関係者の工夫で円滑な退院となったことなど、多数の記載がみられた
- ▶ そこで、自由記載意見の中から、関係者と共有するとよいと思われるものを抽出し、まとめることとした
- ▶ 困り感、課題について、今後の検討のための基礎資料とする
- ▶ 工夫点等の記述については、今後のコロナ禍での円滑な入退院連携のヒントとして、参考資料として示すこととする

# 自由記載 コロナに関する記載件数

	入院	退院
病院	0	6
訪問看護ステーション	2	8
居宅介護支援事業所	7	68

➤病院からの退院時に、病院、訪問看護ステーションに比べ、居宅介護支援事業所から多くの意見が、寄せられた

# 病院の回答から ～退院時～

## 課題・困り感

- 退院支援の在り方について、意見交換が必要
- 面会制限等により情報共有が叶わず、入退院支援に困難さを感じる。電話での情報提供になることも
- 退院時の訪問看護の指示書をどの医療機関の医師に作成してもらうのか・・・
- 担当者会の持ち方、基準などを決めて必要な方だけに実施してはどうか

### 関係者で確認「退院支援の在り方」

- ・ 情報提供の方法
- ・ 担当者会（カンファレンス）の持ち方や参加者の基準等
- ・ 訪問看護の指示書など今後の医療系サービスの指示系統 など

# 訪問看護ステーションの回答から ～入院時～

## 工夫点、よかったこと

- 面会ができなかったが、地域連携室の看護師と電話で連絡を取り、  
**途中の情報収集**を行なった

## 課題・困り感

- 今までは報告書の提出あわせ、連絡票等を持参していた。感染予防のため病院に行くことがなくなったので、**適切な提出が出来ず**

# 訪問看護ステーションの回答から ～退院時～

## 工夫点、よかったこと

- 「思うように面会できない」と病院から言われたが、本人の混乱を予防するために毎日1回は面会を許可してもらえよう医師に頼んでもらった
- 当初、退院前カンファレンスは実施せずと連絡があったが、ターミナルの方であったので、訪問看護からお願いして、開催（参加人数制限あり）してもらい、情報共有できた

## 課題・困り感

- カンファレンスの中止・参加控えとなった結果・・・
  - 「事前の情報収集不足・調整不足のまま退院」
  - 「連絡無し・サマリー無しの退院増加」
  - 「退院前の利用者・家族へのサービス説明訪問ができず」等に・・・

### 関係者で確認「カンファレンスの意義・内容」

・関係者が多く参加するカンファレンスが困難に。情報収集（内容）、共有の方法等

# 居宅介護支援事業所の回答から ～入院時～

## 工夫点、よかったこと

- 病院 連携室にも訪問が難しくなっているので、電話連絡による情報交換を行った
- 地域連携室には訪問ができたり、FAX等の連絡により、特に問題を感じることはなかった
- 入院時から、連携室からわかりやすい説明で情報提供いただくので治療内容・本人のようす、リハビリの状況なども把握できた

## 課題・困り感

- 入院中の情報把握が困難に
- 本人に会えないので状況がわかりにくい（直接、状況を見ることが出来ない）

### 関係者で確認「情報収集の方法、項目」「工夫の共有」

- ・ 本人に会えないことで、視覚的な情報入手が困難に。
- ・ 情報の項目、対応する収集方法、また他事業所と工夫の共有を図る

# 居宅介護支援事業所の回答から ～退院時①～

## 工夫点、よかったこと

- 直接会っての確認はなかなか難しいが、**今まで以上にMSW（病院連携室）と連絡**をとっている、心がけている
- **病院から、随時（定期的または病状変化時）情報**が入り、退院支援がスムーズに出来た
- 家族とも情報共有しながら、生活支援に配慮してもらえた
- 本人には会えなくても、**関係者のみで集まり、情報共有**できてよかった
- 退院が近くなれば、カンファレンス・リハ室での状況把握等、**柔軟に対応**いただき、サービス調整しやすかった
- **新規の介護保険の利用者についてはカンファレンスを開催**があり、よかった
- **リハビリの時の様子を動画**でみせてくださり、状況把握が出来た
- **病院として、最大限可能な範囲で本人を見る機会**をつくっていただきよかった



# 居宅介護支援事業所の回答から ～退院時②～

## 課題・困り感

- 入院中の本人の様子を把握することが困難
- 入院中の状況が確認できないのでサービス調整・ケアプラン作成に苦慮
- 退院前カンファを開催してもらえない
- 退院後自宅でカンファレンスを開催することも多くなったが調整が難しい
- 本人との面談時間が少ない（持てない）ため、アセスメントが十分出来ない、意向確認が難しい
- 書類だけの情報では、退院されてから困ることがあった
- 介護保険 新規の方（入院中の状況把握がしづらいため）、状態像がつかみにくい。退院後、自宅で初回面談となり、サービス調整に苦慮

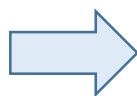
# 居宅介護支援事業所の回答から ～退院時③～

## 課題・困り感

- ▶ 病院の病棟看護師によって言われることがバラバラだったり、院内の連携室と連携がとれていない、ケアマネ無視の雰囲気を感じる
- ▶ 骨折など、大きなADLの変化の場合の確認が困難だった
- ▶ 退院カンファの人数制限、参加か所数の制限
- ▶ コロナ禍で、病院の情報を頼りにサービス調整するが、「個人情報」として欲しい情報が提供いただけないこともある
- ▶ 退院前訪問も実施が難しくなり、書面と電話の情報では退院後に困ることがあった
- ▶ 自宅環境調整は電話等の情報でセッティングするが、修正することが多くなった
- ▶ 電話では、細かいことが伝わりにくい

キーワード

「病院からの情報がとても重要」  
→日頃から病棟と連携室の連携を！



## 関係者で確認

### 「情報共有・連絡をとりあう」

・円滑な退院支援に向けて、サービス調整に情報（利用者本人の希望も含めた情報）を活かす

# まとめ

- 情報収集、提供が今まで以上に重視
- 方法、頻度など、相手の機関の望む形は？  
(地域ごとにルールの確認が必要)

**お互いの立場を思いやり、最大限可能な形を柔軟に**