

脳卒中患者退院支援実態調査

報告書

(平成 27 年度脳卒中患者の退院時支援事業報告)

平成 28 年 3 月

千葉県・千葉県医師会

脳卒中患者退院支援実態調査報告書

目 次

○はじめに	3
千葉県医師会脳卒中退院時支援推進委員会委員長 古口徳雄	
○脳卒中患者退院支援事業について	4
千葉県医師会理事 松岡かおり	
○脳卒中患者退院時支援推進委員会 委員名簿	5
○脳卒中患者退院支援実態調査	
概況	6
1 県内全域の結果	
1) 県内全病院医療連携部門対象アンケート	8
2) 介護機関（ケアマネジャー）対象アンケート	26
3) 県内全域の結果のまとめ	44
2 地域別の結果（医療機関）	
1) 千葉医療圏	47
2) 東葛南部医療圏	51
3) 東葛北部医療圏	56
4) 香取海匝・印旛医療圏	60
5) 山武長生夷隅・安房・君津・市原医療圏	64
3 地域別の結果（ケアマネージャー）	
1) 千葉医療圏	70
2) 東葛南部医療圏	70
3) 東葛北部医療圏	71
4) 印旛医療圏	72
5) 香取海匝医療圏	73
6) 山武長生夷隅医療圏	74
7) 安房医療圏	74
8) 君津医療圏	75
9) 市原医療圏	76
○参考資料	
1) 計画管理病院一覧	77
2) 登録回復期病院	78
3) 登録かかりつけ医	79
4) アンケート調査票（①～⑤）	86

はじめに

千葉県共用脳卒中地域連携パス（CAMP-S）は平成 20 年保健医療計画で提示された「循環型地域医療連携システム」構想を具現化する 1 つのツールとして誕生しました。「共用パス」事業の 5 年間の成果として、急性期病院の横の連携である CAMP-S 計画管理病院協議会（2015 年現在 27 病院）、回復期病院の横の連携である千葉県回復期リハビリテーション連携の会（2015 年現在 51 病院）を組織し、「連携医療機関の一括届け出」「連携会議の二段階方式」による県内の統一を図ってきました。その結果、2016 年 1 月現在で退院時指導料（Ⅰ）を算定する回復期 42 病院、退院時指導料（Ⅱ）を算定するかかりつけ医 433 医療機関が一括届け出されています。昨年度、新規のパスの届け出は計画管理病院から 2116 名（総患者数 8030 名）。また、回復期病棟では 1986 名（総患者数 5130 名）に達しました。回復期病棟を運営する医療機関の約 3 分の 1 が急性期機能を持っていること、急性期病院から約 3 割の患者さんが回復期リハ病棟に転院することなど加味すると、我々の連携システムの中で年間 15,000 名近い脳卒中患者さんが動いていることとなります。概ね、急性期病院を退院する 50%の患者さん、回復期病院を退院する 70%の患者さんが自宅退院します。

原点である「循環型地域医療連携システム」に立ち戻ってみると、地域生活期の脳卒中患者さんが急性期医療機関に戻る理由として、「脳卒中再発」「専門医の定期的診察」などが想定されますが、前者は「新たな急性期脳卒中」として「救急システム」に任せるべきです。また、後者が必要となるのは特殊な病態の場合に限られ、通常は「かかりつけ医の“内科的”管理」の継続が地域生活期における医療的管理になります。しかし、障害を持った状態での生活の中では、併存疾患や肺炎などの合併症など、脳卒中後遺症に関連する、しないに関わらず急性期医療機関に入院するケースが多くあります。このような“入退院”に関して、「脳卒中専門医療機関」と「かかりつけ医」「介護サービス」という連携だけでは不十分であり、「地域包括システム」「医療と介護の連携」など「地域力」の育成が必須です。このようなシステムの重要なハブ（継ぎ目）となるのが“入退院”です。比較的連携体制が整っており、多職種連携、医療介護連携のモデルとしてイメージしやすい“脳卒中”を疾病モデルとして、現在の地域生活期における連携基盤の問題点について整理するのが本アンケートの目的です。この結果を真摯に受け入れ、各地区における戦略立案の基礎資料としてご活用いただければ幸甚に存じます。

平成 28 年 3 月

千葉県医師会脳卒中退院時支援推進委員会委員長 古口徳雄

脳卒中患者の退院時支援事業について

千葉県での脳卒中連携は第6次千葉県保健医療計画の中で、千葉県保健医療計画の中の「循環型地域医療連携システム」の構築のためのツールとして、全県共用型の地域医療連携パスが開発することになったのが始まりです。千葉県の委託事業として、平成23年度から県医師会が受託し事業展開を図ってきました。現在、諸事情があり当会主導で運用が進んでいる共用パスは脳卒中だけとなりましたが、このパスの構築により脳卒中に対する医療機関の役割分担が明確化し、平成28年1月現在、500を超える医療機関が参加し、年間2000件以上使用されるようになりました。

この共用パス事業は平成26年度からは3年間、脳卒中患者の退院時における病院と在宅医療・介護関係者との連携の仕組みづくりを目標とした事業展開をすることになりました。

以下年度ごとの計画です。

平成26年度：

入退院支援に係る実態調査を行い、問題点の抽出と共に病院の入退院窓口の明確化、退院支援もれなどの定量化を行う。

対象：病院・ケアマネ・脳卒中共用パス登録医療機関

平成27年度～28年度：

地区医師会を中心としたモデル事業（市原市医師会・君津木更津医師会）を行う。県民が安定した在宅療養を送るために切れ目のない入退院支援を行うために、地域の実情に合わせた入退院ルールを作り、決定したルールについて、実践・検証し、その成果と課題を明確にする。

平成28年度：平成27年度のまとめを行い、県内への拡充を図る

上記の計画を3つの委員会 ①脳卒中患者退院支援推進委員会 ②地域疾病管理推進委員会 ③職種別委員会（脳卒中意見交換会）に分けて実行していき、毎年2月に行われている千葉県脳卒中連携の会で発表していく予定としています。

実態調査については、①脳卒中患者退院支援推進委員会で検討し、今回のご報告となりました。この報告を地域での再調査や問題点の検討などにご利用いただければと思います。また、市町村行政が行わなければならない地域支援事業のうちの在宅医療介護推進事業支援事業にも通じるものとなりますので、ぜひご活用ください。最後になりますが、本調査にご協力いただきました医療機関の方々・ケアマネジャーの方々に厚く御礼を申し上げます。

平成28年3月

千葉県医師会理事 松岡かおり

千葉県医師会脳卒中医患者退院時支援推進委員会名簿

機関名	職名	氏 名
千葉市医師会	理事	齋藤 文平
千葉市医師会	理事	和田 浩明
君津木更津医師会	理事	大日方 研
君津木更津医師会	委員会副委員長	竹内 正人
東京湾岸リハビリテーション病院	院長	近藤 国嗣
◎ 千葉県救急医療センター	診療部長	古口 徳雄
千葉県千葉リハビリテーションセンター	センター長	吉永 勝訓
千葉大学医学部附属病院	教授	藤田 伸輔
千葉県歯科医師会	地域保健委員会 副委員長	稲葉 洋
千葉県薬剤師会薬事情報センター	センター長	飯嶋 久志
○ 千葉県看護協会	常任理事	橋野 恭子
千葉県訪問看護ステーション連絡協議会	会長	権平 くみ子
千葉県栄養士会	事業副部長	大嶋 晶子
千葉県理学療法士会	会長	田中 康之
千葉県医療社会事業協会		佐藤 潤
千葉県介護支援員専門員協議会	理事	酒井 朋子
千葉県健康福祉部健康福祉政策課	医療介護連携室長	野澤 邦彦
千葉県健康福祉部高齢者福祉課	副参事	田畑 智子
千葉県健康福祉部健康福祉政策課	医療介護連携室副主幹	久保木 知子
千葉県健康福祉部高齢者福祉課	地域包括ケア推進班主事	山口 勘治
千葉県医師会	会長	田畑 陽一郎
千葉県医師会	副会長	川越 一男
千葉県医師会	理事	海村 孝子
千葉県医師会	理事	松岡 かおり
千葉県医師会	理事	西牟田 敏之

◎委員長 ○副委員長

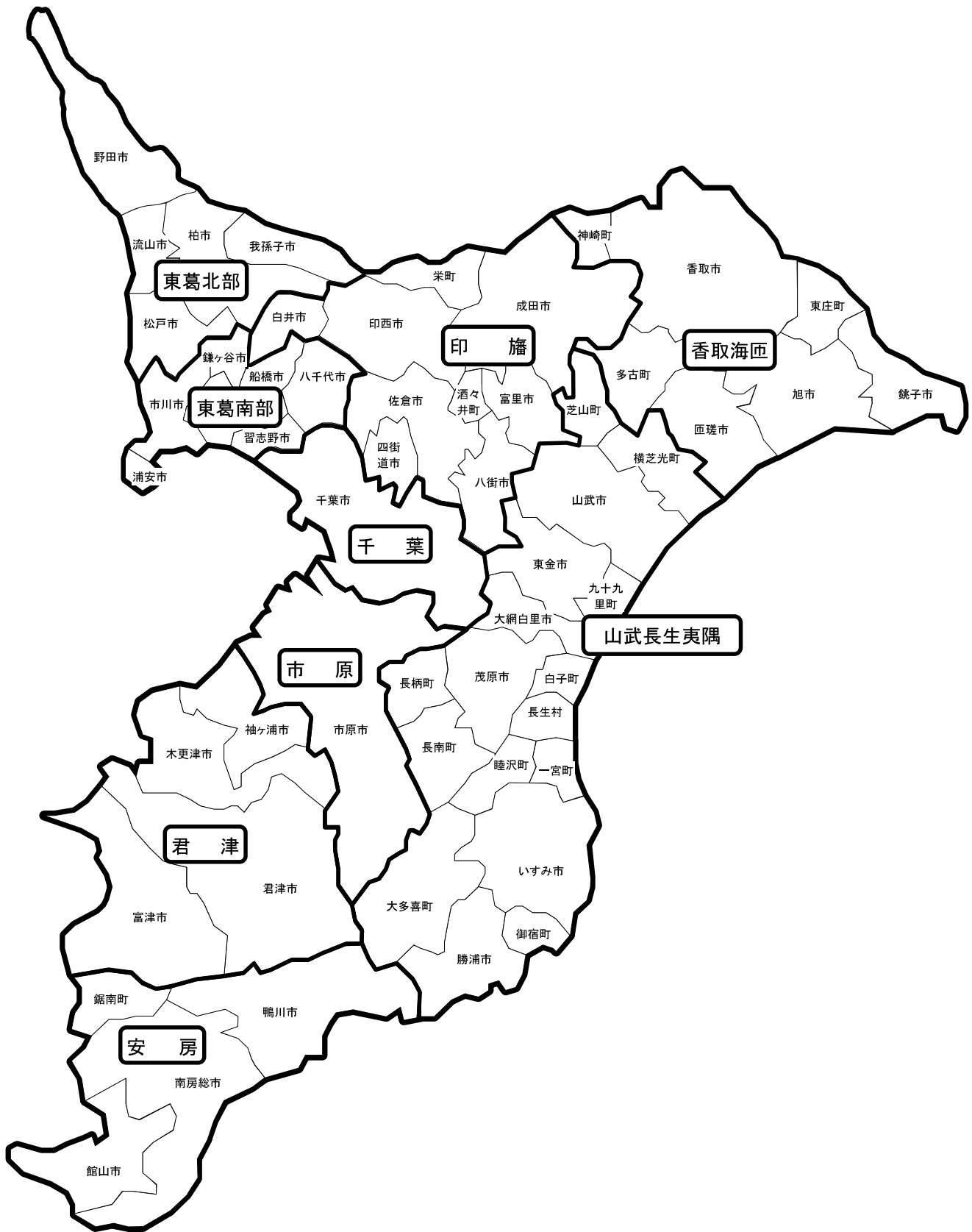
脳卒中患者退院支援実態調査 概況

- 1) 調査目的：医療機関の入退院支援に関する現状の把握と窓口の明確化、地域との連携に関する課題の抽出を行う
- 2) 調査対象：
 - ① 全病院・医療連携部門 286 病院
 - ② 計画管理病院（急性期） 26 病院（①再掲）
 - ③ 届け出回復期病院 34 病院（①再掲）
 - ④ 届出かかりつけ医： 331 医療機関
 - ⑤ 全居宅介護支援事業所（ケアマネ） 1,865 事業所（注）医療機関の退院支援窓口については 5 地域に分けた
- 3) 調査方法：調査票の郵送
- 4) 調査期間：平成 26 年 12 月～5 月
- 5) 回収方法：FAX 返信もしくはインターネットサイト上での入力
- 6) 回収状況
 - ① 全病院・医療連携部門： 102/286 病院 (35.7%)
 - ② 計画管理病院（急性期）： 23/26 病院 (88.5%)
 - ③ 届け出回復期病院： 28/34 病院 (82.4%)
 - ④ 届出かかりつけ医： 93/331 医療機関 (28.1%)
 - ⑤ 全居宅介護支援事業所（ケアマネ）：367/1,865 事業所 (19.7%)
- 7) 地域区分
☆二次医療圏と市町村の関係図

集計結果解析

千葉大学医学部附属病院 地域医療連携部が回答のあった調査票を入力・集計・作表した。

千葉県における二次保健医療圏



1. 県内全域の結果

1) 県内全病院医療連携部門対象アンケート

(1) 回答数と地域構成

県内全病院医療連携部門対象アンケートの回答数は102であり、県内28665病院中の回答率は35.87%であった。回答率を5地域別にみると、東葛南部が42.6%と最も高く、山武長生夷隅・安房・君津・市原医療圏40.0%、千葉医療圏35.4%、香取海匝・印旛医療圏32.7%、東葛北部医療圏26.3%の順に続いた。病床規模別にみると、100床未満の病院が39.2%（40病院）、400床未満の病院が49.0%（50病院）、400床以上の病院が11.2%（12病院）であった。県内の全病院の比率はそれぞれ31.9%、56.1%、11.9%であるので、概ね県内の病院と同じ比率で回収することができているといえる。

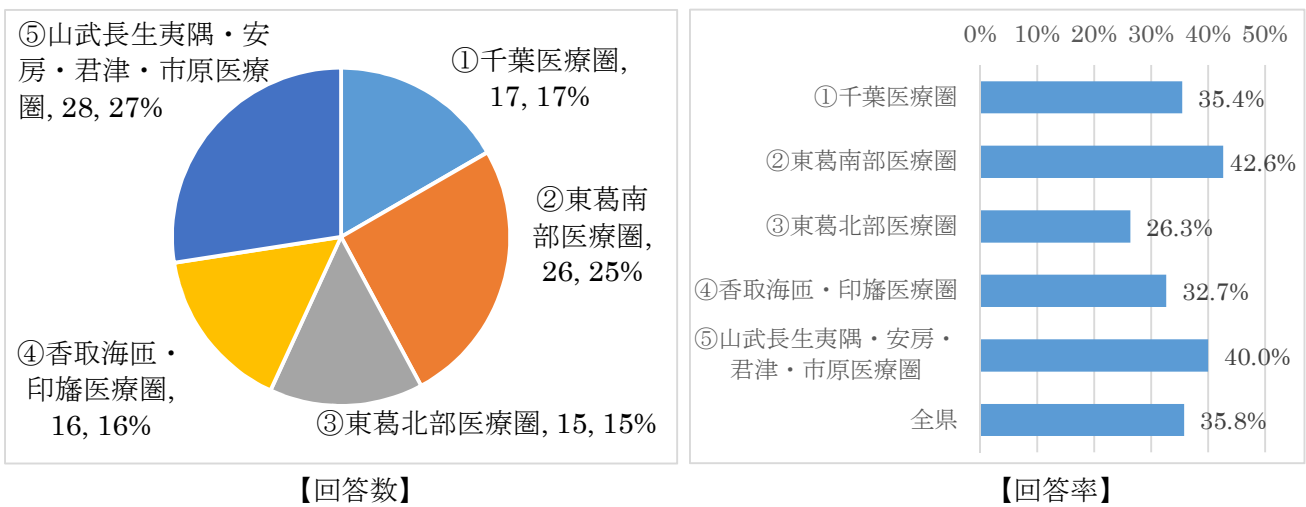


図 1 全病院医療連携部門対象アンケート 5地域別回答数と回答率 (n=102)

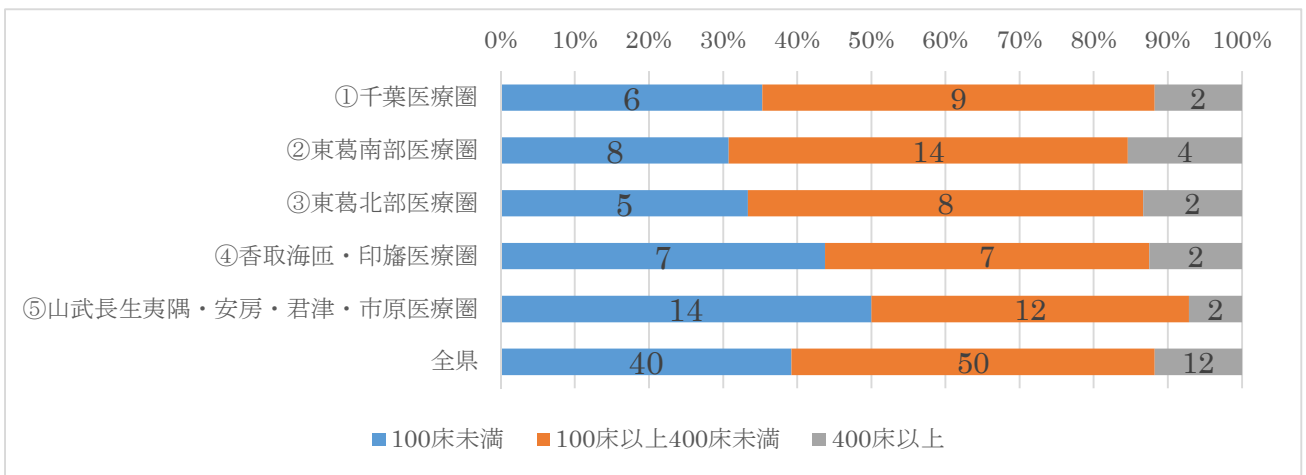


図 2 病床規模・5地域別回答数 (n=102)

(2) 退院支援部門は設置されているか

退院支援部門の設置については、78 の病院（76.4%）が設置していると回答した。病床数の規模別にみると、100 床未満の病院の設置率が 57.5%（23 病院）であるのに対し、100 床以上 400 床未満の病院では 88.0%（44 病院）、400 床以上の病院では 91.7%（11 病院）と、規模に応じて設置率も上がる傾向が見られた。5 地域別にみると、東葛北部医療圏が 86.7%と最も設置している割合が高く、山武長生夷隅・安房・君津・市原医療圏では 65.5%と最も低かった。

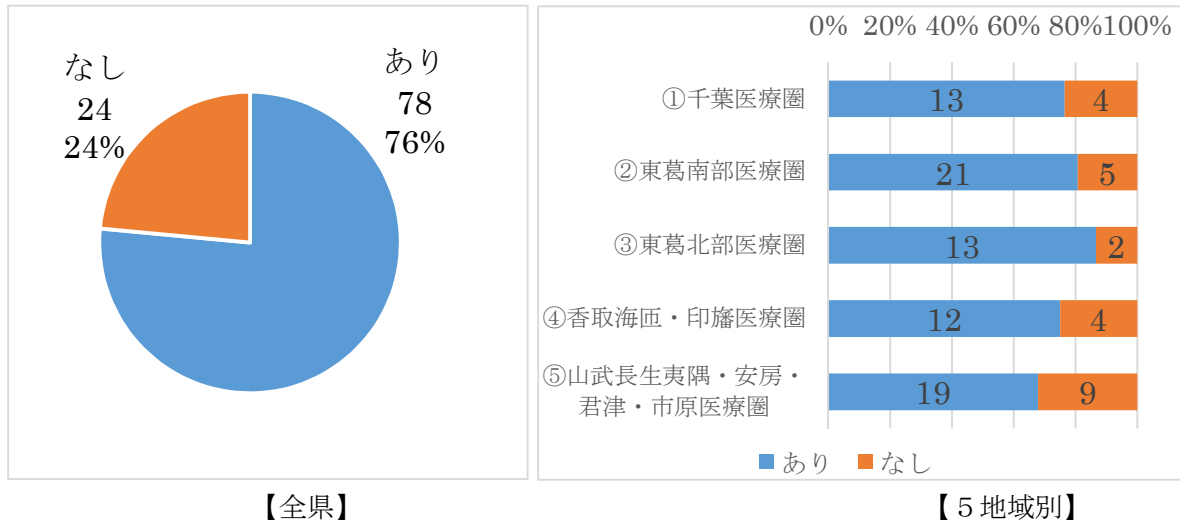


図 3 退院支援部門の設置の有無 (n=102)

(3) 退院支援部門が設置されている場合の場所

退院支援部門が設置されている病院についてその設置場所を問うたところ、「地域医療連携室」の回答が 53 病院(67.9%)と最も多く、その他の名称の部署、各病棟、部署はないが人員を配置している、と続いた。その他の回答では、「医療福祉室」や「医療相談室」など、地域医療連携室の役割に準ずる名称の部署が多く見受けられた。

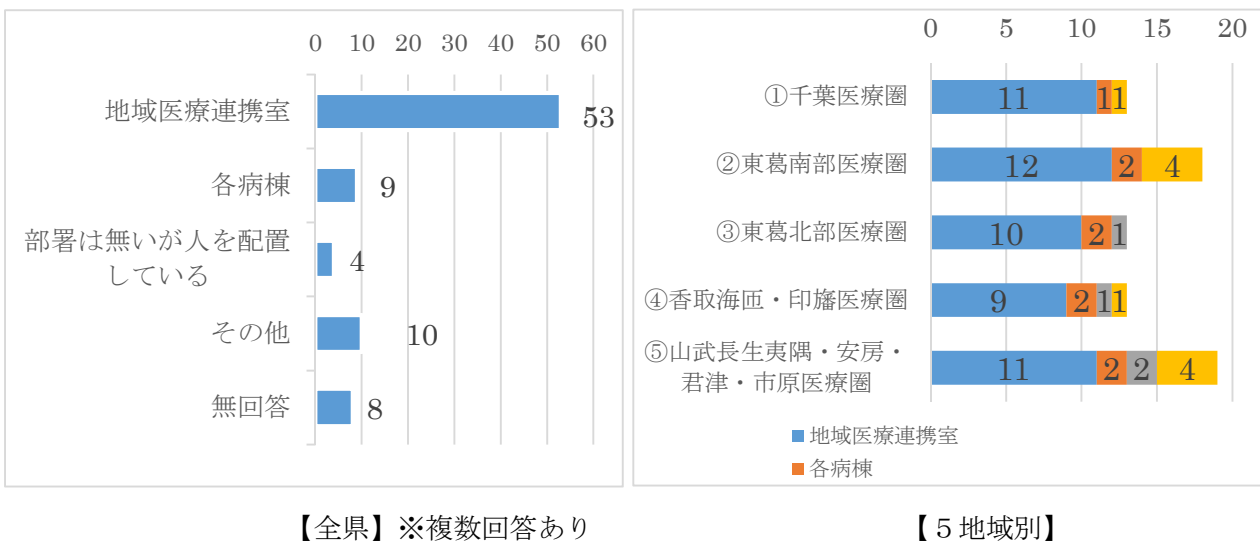
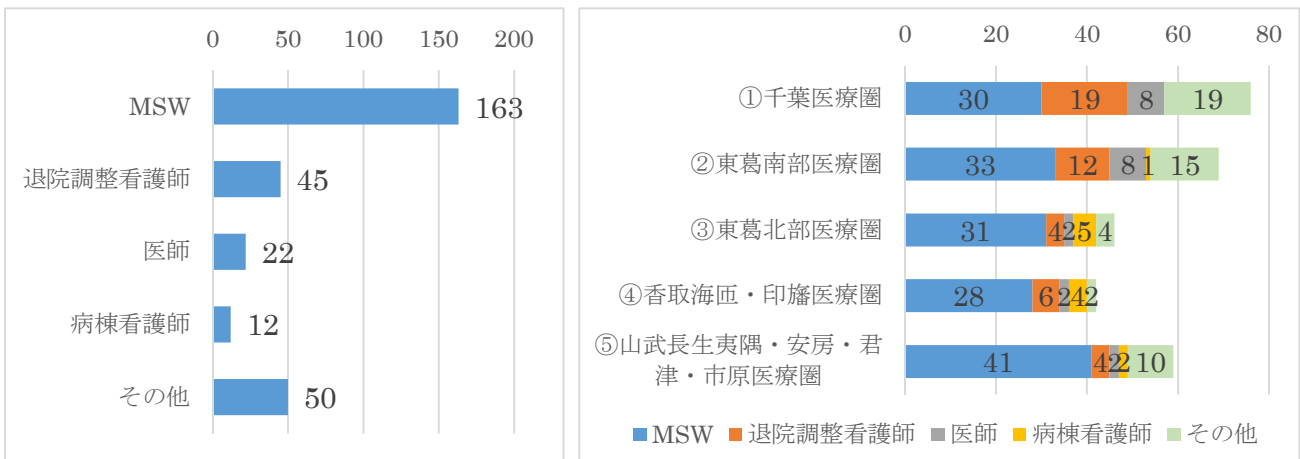


図 4 退院支援部門が設置されている場合の場所 (n=78)

(4) 退院支援部門の職種別の人員配置

退院支援部門を設置している病院に、部門の職種別の人員配置について問うたところ、最も多いのは医療ソーシャルワーカー（MSW）の163人であり、全体の55.2%を占めた。次いで退院調整看護師、医師、病棟看護師と続いた。その他については事務、精神保健福祉士（PSW）が多く、管理栄養士、介護福祉士、作業療法士（OT）という回答もあった。各職種の1施設当たり（回答病院数70）の平均配置人数はMSWが2.33人、退院調整看護師0.64人、医師0.31人、病棟看護師0.17人、その他0.71人、総計4.17人となった。病床100床あたり（回答病院の病床数14694床）では、MSWが1.11人、退院調整看護師0.31人、医師0.15人、病棟看護師0.08人、その他0.71人、総計1.99人となった。5地域別にみると、千葉医療圏、東葛南部医療圏で退院調整看護師やその他の職種の割合が大きい傾向があった。



【全県】

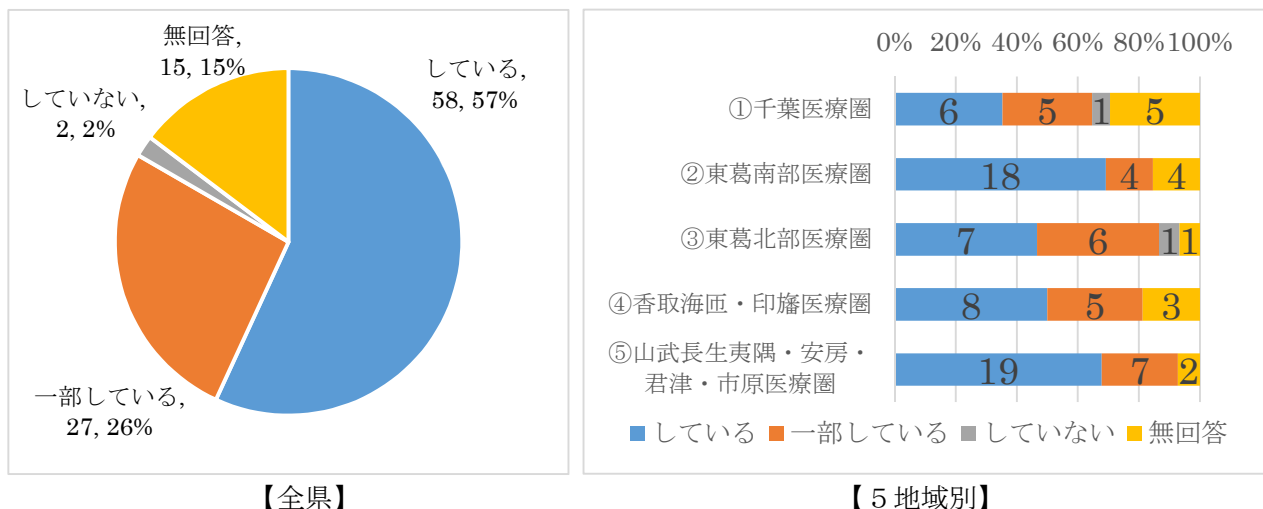
【5地域別】

図5 退院支援部門の職種別の人員配置 (n=102)

(5) 入院時の地域連携について

a. かかりつけ医の有無を確認しているか

入院時にかかりつけ医の有無を確認しているかどうか問うたところ、「実施している」と回答した病院は58病院（56.8%）、「一部実施している」は27病院（26.5%）であり、「していない」は2病院（2.0%）であった。無回答の病院を除くと、97.7%の病院がかかりつけ医の有無の確認を実施していた。



【全県】

【5地域別】

図6 かかりつけ医の有無の確認 (n=102)

b. ケアマネジャーの有無を確認しているか

入院時にケアマネジャーの有無を確認しているかどうか問うたところ、「実施している」と回答した病院は 58 病院 (56.8%)、「一部実施している」は 25 病院 (24.5%) であり、「していない」は 4 病院 (3.9%) であった。無回答の病院を除くと、95.4%の病院がケアマネジャーの有無の確認を実施していた。特に山武長生夷隅・安房・君津・市原医療圏では、全体の 70%超が「実施している」と回答していた。

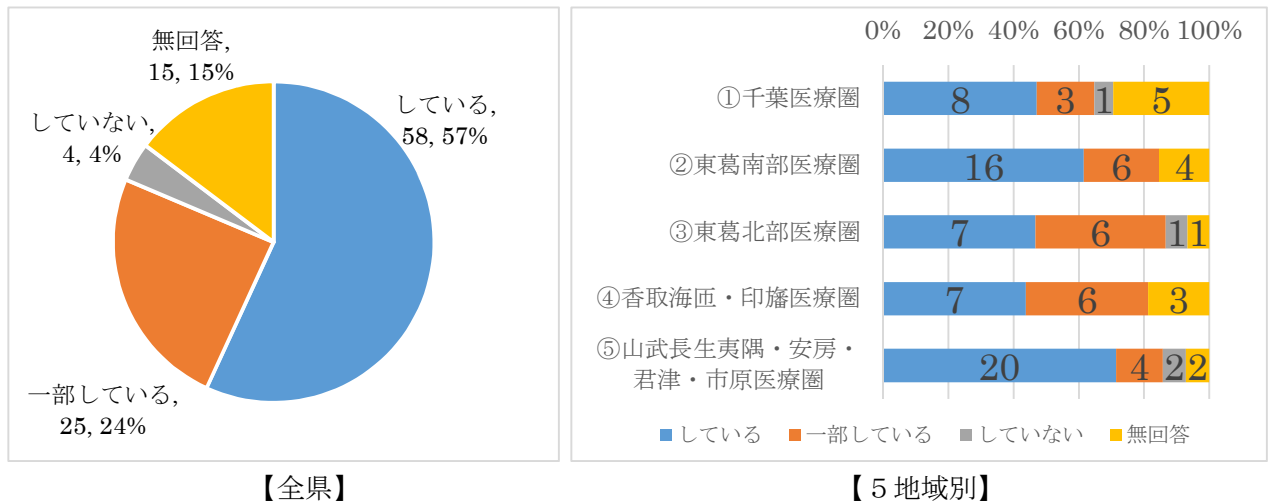
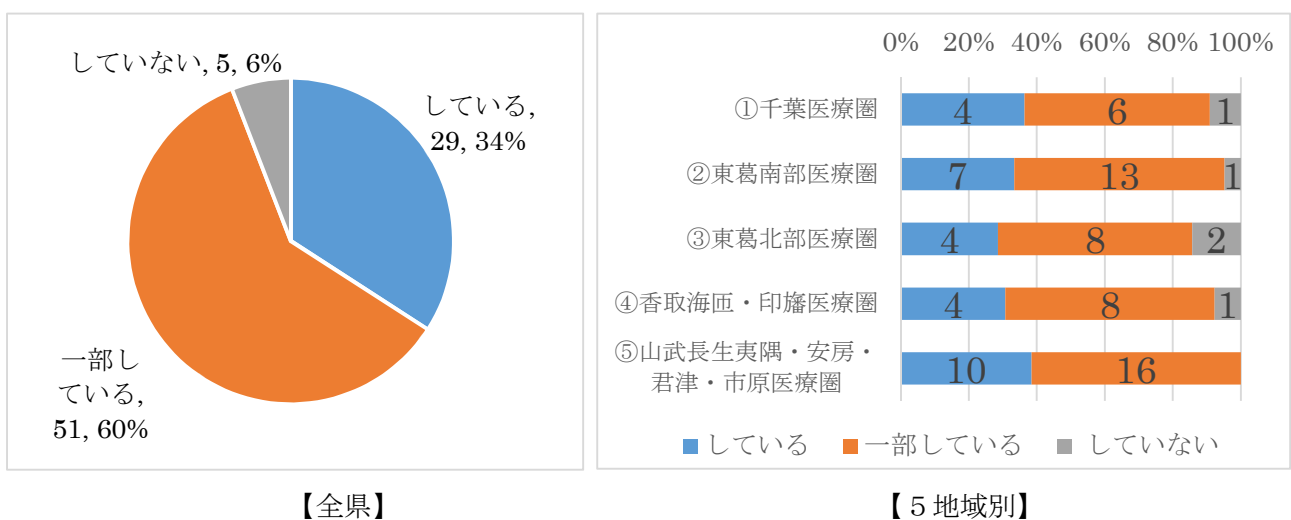


図 7 ケアマネジャーの有無の確認 (n=102)

c. かかりつけ医・ケアマネジャーがいる場合連絡しているか

かかりつけ医、またはケアマネジャーの有無を確認している病院に、入院時に連絡を入れているか問うたところ、「実施している」と回答した病院は 29 病院 (34.1%)、「一部実施している」と回答した病院は 51 病院 (60.0%) であり、「していない」と回答した病院は 5 病院 (5.9%) であった。5 地域別にみても傾向はほぼ同じであった。



※かかりつけ医またはケアマネジャーの有無の確認をしている病院が対象

図 8 かかりつけ医・ケアマネジャーへの連絡 (n=85)

(6) 入院時にケアマネジャーが入院時情報提供書を持参する際の持参先・送り先について

患者の入院時に、担当のケアマネジャーから入院情報提供書を持参もしくは送付する場合の、受け手となる部署について問うたところ、退院支援部門が 50 病院（49.0%）と最も多く、次いで各入院病棟が 20 病院（19.6%）、ない・検討中が 7 病院（6.8%）、その他が 9 病院（8.8%）であり、16 病院（15.6%）が無回答であった。

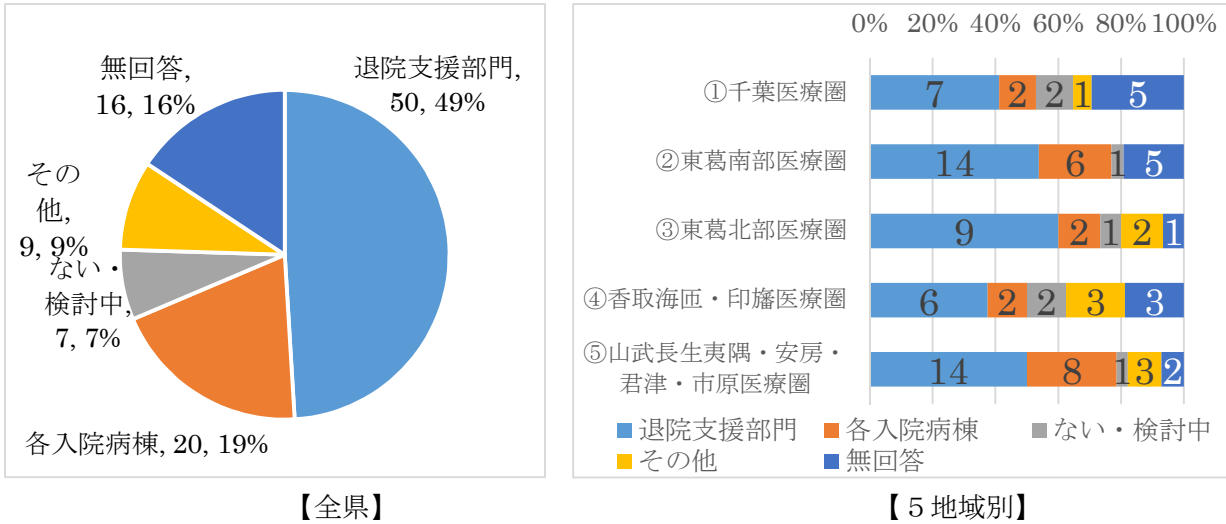


図 9 入院時情報提供書の持参先・送り先 (n=102)

(7) ケアマネジャーから入院情報提供書を受け取った実績

患者の入院時にケアマネジャーから入院情報提供書を受け取った実績について問うたところ、平成 26 年 10 月の 1 ヶ月間では、回答があった全 102 病院で総計 484 枚の入院情報提供書を受け取っていた。また、そのうち県地域生活連携シートの提供は 331 枚であった。ただし、回答には総枚数を上回る地域生活連携シートの枚数を記入しているものが含まれており、回答方法が誤っていた可能性が考えられる。

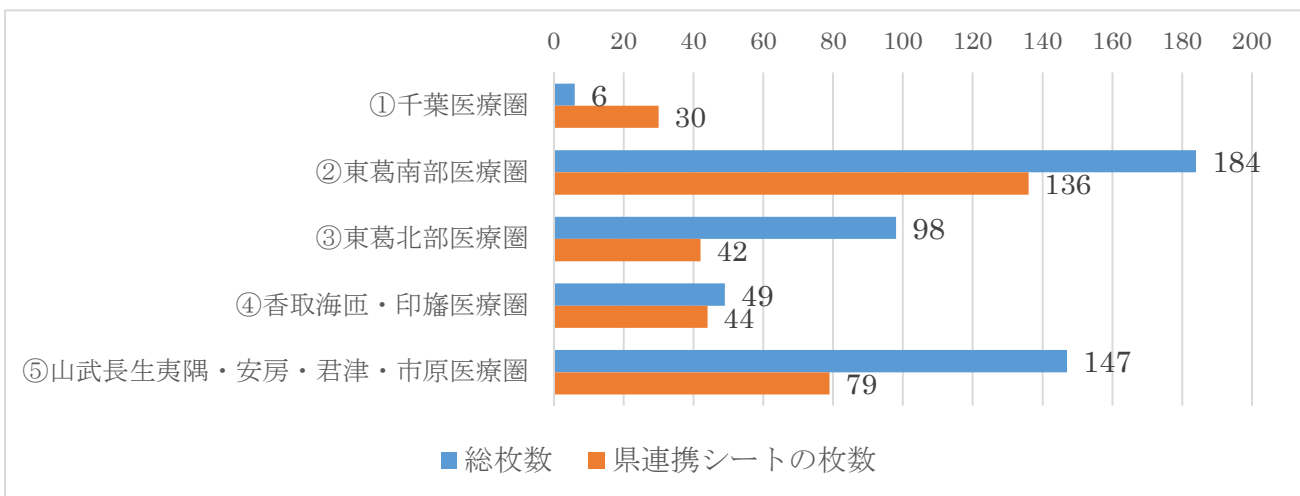


図 10 入院情報提供書及び県地域生活連携シートの提供を受けた実績 (n=102)

(8) 退院時の地域連携の実績

退院時の地域連携の実績として、過去3ヶ月（2014年8～10月）の生存退院患者数（全退院患者数から死亡による退院数を除いたもの）と退院支援部門の退院調整数を問うた。全102病院のうち両方に回答があったのは55病院（53.9%）であった。55病院の生存退院患者数の総数は19957人、退院支援部門の退院調整数3517人であり、退院調整をしていた患者の割合は17.6%であった

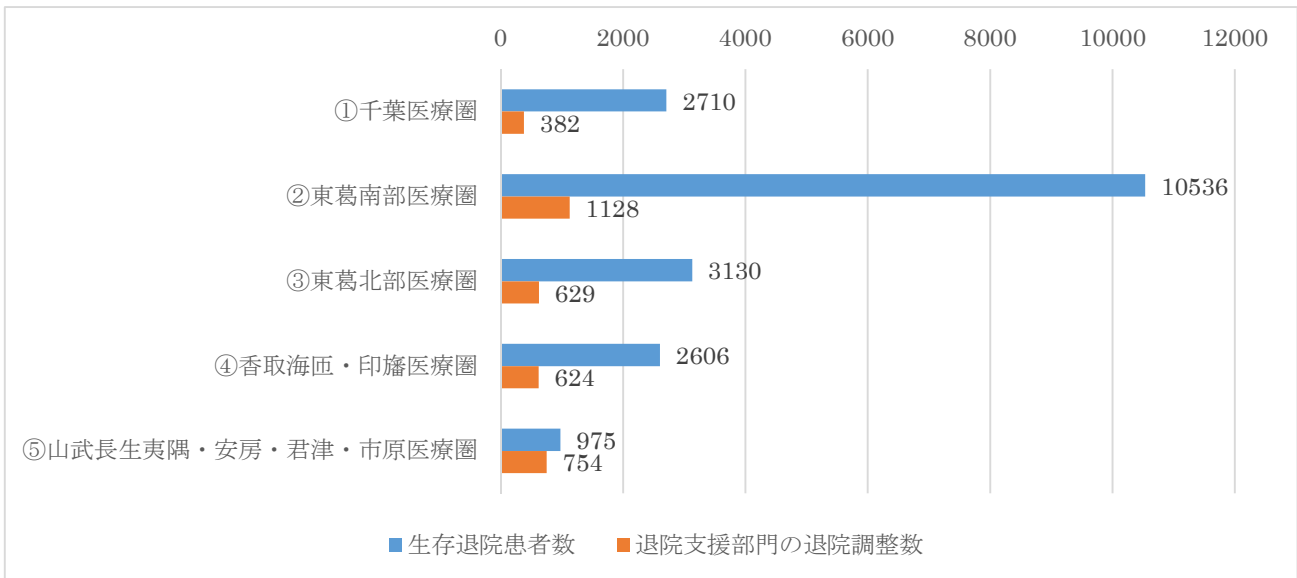
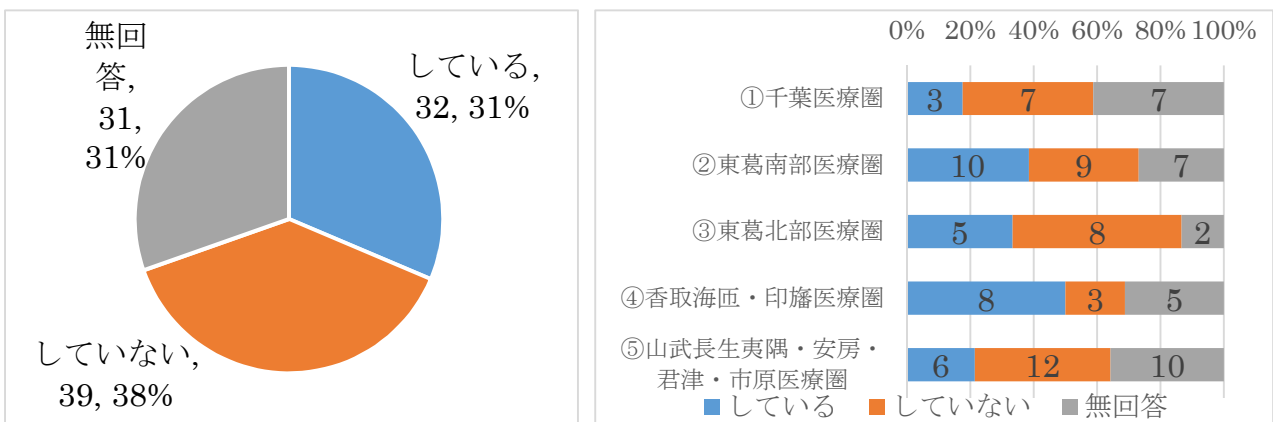


図 11 過去3ヶ月の生存退院患者数と退院支援部門の退院調整数の実績 (n=102)

(9) 退院支援対象の振り分け

a. スクリーニングシートの使用はしているか

退院支援対象患者の振り分け方法について、実施している項目を問うた。スクリーニングシートについては、32病院（31.3%）が使用していると回答した。無回答を除くと、45.1%の病院が使用していることになる。最も割合の多い香取海匝・印旛医療圏では全体の50%、無回答を除くと72.7%の病院がスクリーニングシートを利用していた。



【全県】

【5地域別】

図 12 スクリーニングシートの使用数 (n=102)

b. 退院支援計画書の作成はしているか

退院支援計画書の作成について問うたところ、44 病院（43.1%）が作成していると回答した。無回答を除くと、59.5%の病院が作成していることになる。東葛北部医療圏では、全体の 66.6%、無回答を除くと 76.9%の病院が退院支援計画書を作成していた。

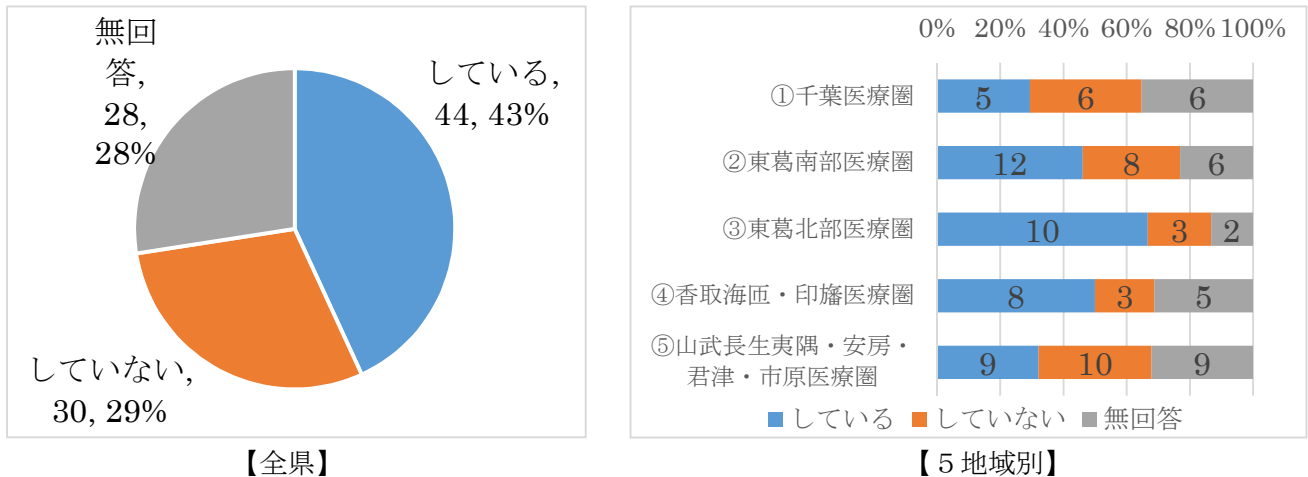


図 13 退院支援計画書の作成数 (n=102)

c. 主治医からの指示

主治医からの指示をもとに振り分けを行っているか問うたところ、64 病院（62.7%）が実施していると回答した。無回答を除くと、83.1%の病院が主治医からの指示をもとに振り分けをしており、千葉医療圏では無回答を除く全ての病院（11 病院）が実施していた。

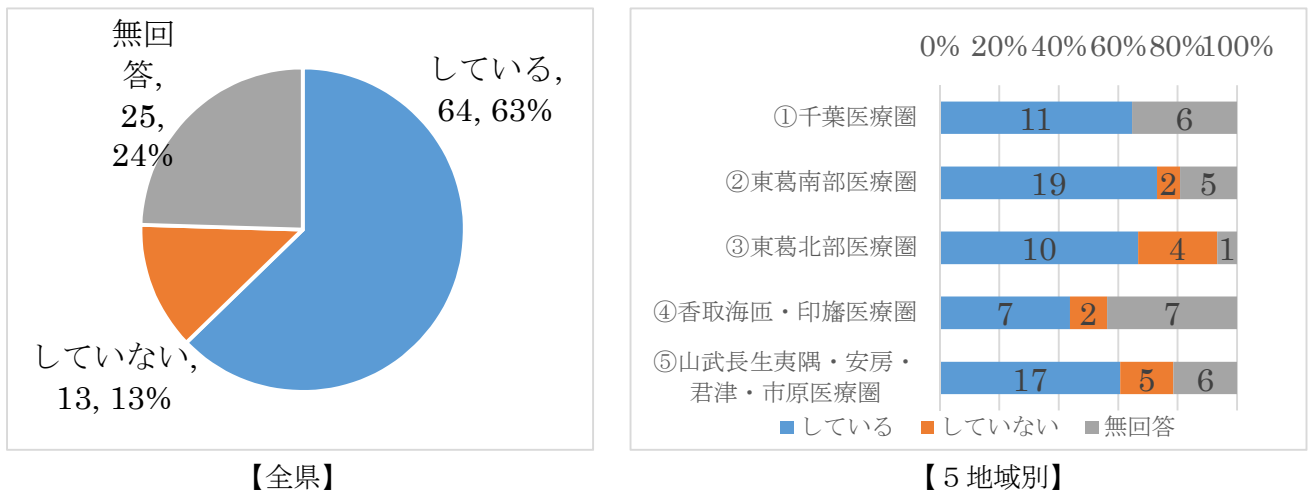


図 14 主治医からの指示をもとに振り分けを実施している病院数 (n=102)

d. クロス集計（スクリーニングシート，退院支援計画書，主治医からの指示）

振り分けの方法についてクロス集計したところ、スクリーニングシートの使用、退院計画指示書の作成、主治医からの指示受けのいずれも実施している病院は 22 病院（21.6%）であった。一方で、3つの方法全てを実施していないと回答した病院は 5 病院（4.9%）、いずれも無回答である病院は 20 病院（19.6%）存在した。種別にみると最も実施されているのが「主治医からの指示」であり、次いで「退院支援計画書の作成」、「スクリーニングシートの使用」の順であった。

【スクリーニングシート：実施している】

		退院支援計画書の作成			小計
		実施している	実施していない	無回答	
主治医からの指示	実施している	22	4		26
	実施していない	3			3
	無回答	3			3
小計		28	4	0	32

【スクリーニングシート：実施していない】

		退院支援計画書の作成			小計
		実施している	実施していない	無回答	
主治医からの指示	実施している	8	20		28
	実施していない	5	5		10
	無回答		1		1
小計		13	26	0	39

【スクリーニングシート：無回答】

		退院支援計画書の作成			小計
		実施している	実施していない	無回答	
主治医からの指示	実施している	2		8	10
	実施していない			0	0
	無回答	1		20	21
小計		3	0	28	31

(10) 退院支援が必要な方で介護保険未申請だった場合

a. 地域包括支援センター・市町村担当課への相談をするか

退院支援が必要な方で介護保険未申請だった場合に、地域包括支援センター・市町村担当課への相談をしているか問うた。地域包括支援センター・市町村担当課への相談については、52 病院 (50.9%) が相談していると回答し、無回答を除くと 72.2%の病院が使用していることになる。

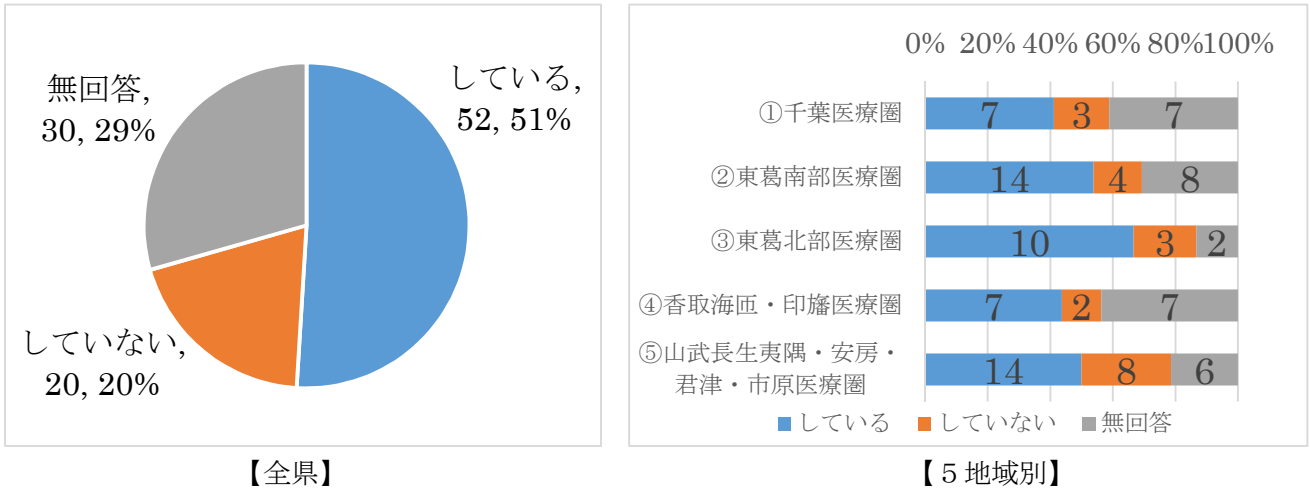


図 15 地域包括支援センター・市町村担当課への相談を実施している病院数 (n=102)

b. 介護保険申請を依頼しているか

介護保険申請を依頼しているかどうか問うたところ、82 病院 (80.4%) が申請していると回答した。無回答を除くと、94.3%の病院が実施していた。千葉医療圏、東葛南部医療圏、香取海匝・印旛医療圏では、無回答を除き全ての病院が実施していた。

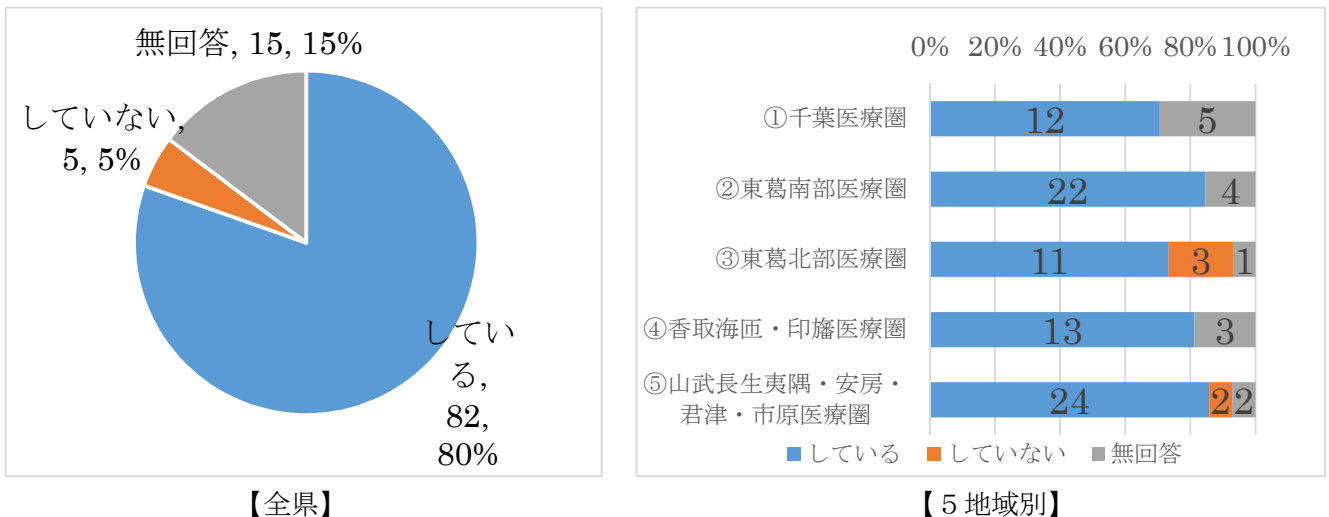


図 16 介護保険申請を依頼している病院数 (n=102)

c. ケアマネジャーに相談をしているか

ケアマネジャーへの相談をしているか問うたところ、43 病院（42.2%）が相談していると回答した。無回答を除くと、60.6%の病院が実施していることになる。東葛南部医療圏、香取海匝・印旛医療圏、山武長生夷隅・安房・君津・市原医療圏では無回答を除き 3 分の 2 以上の病院で実施しているのに対し、東葛北部医療圏の病院では、実施していない病院数が実施している病院数を上回っていた。

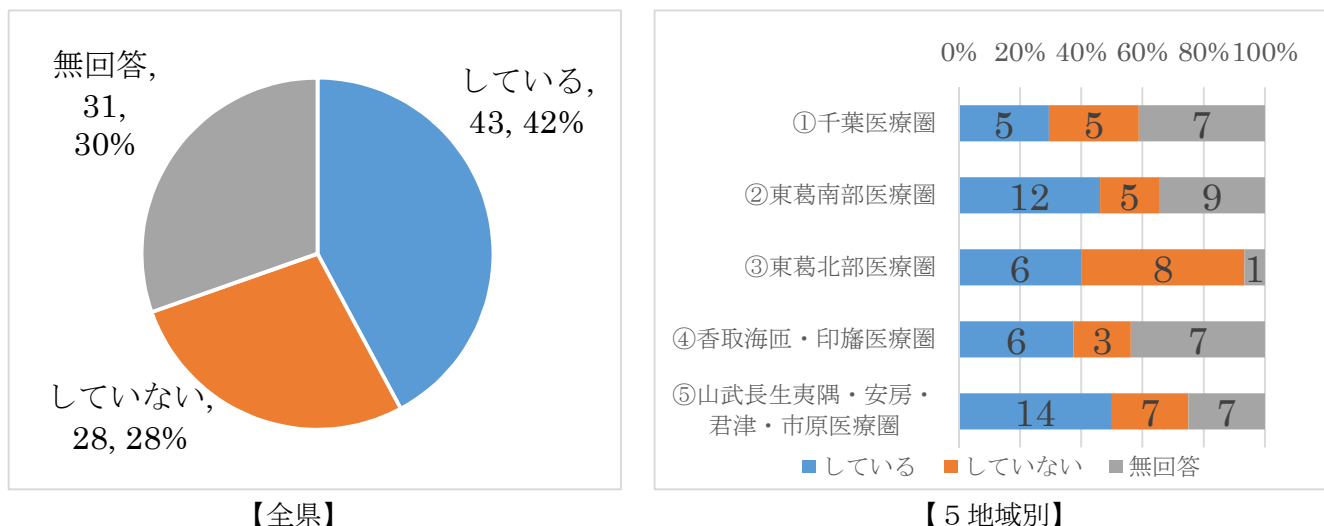


図 17 ケアマネジャーへの相談を実施している病院数 (n=102)

(11) 退院時実施している支援内容について

a. 退院時カンファレンスを実施しているか

退院時に実施している支援内容について問うた。退院時カンファレンスについては、71 病院（69.6%）が実施していると回答した。無回答を除くと、88.8%の病院が実施していることになる。5 地域別に見ても、無回答を除くと全ての地域で 85%以上の病院が実施していた。

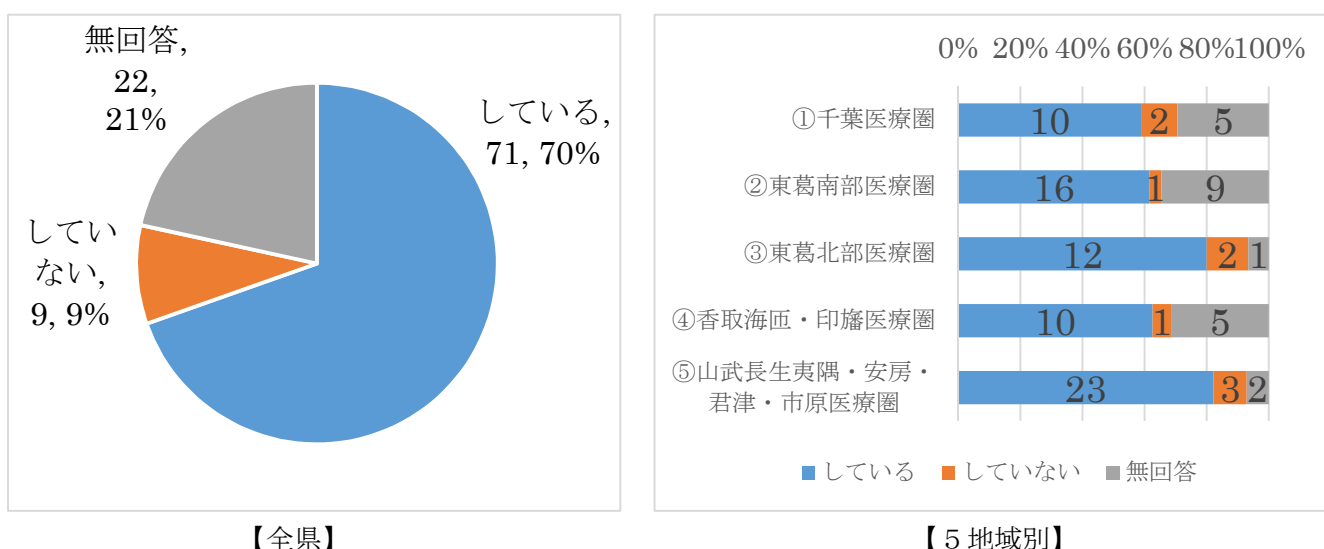


図 18 退院時カンファレンスを実施している病院数 (n=102)

b. 退院前家屋調査をしているか

退院前家屋調査について問うたところ、41 病院（40.2%）が調査していると回答した。無回答を除くと、56.2%の病院が調査していることになる。5 地域別に見てもいずれの地域でも実施している病院の割合は半数前後であった。

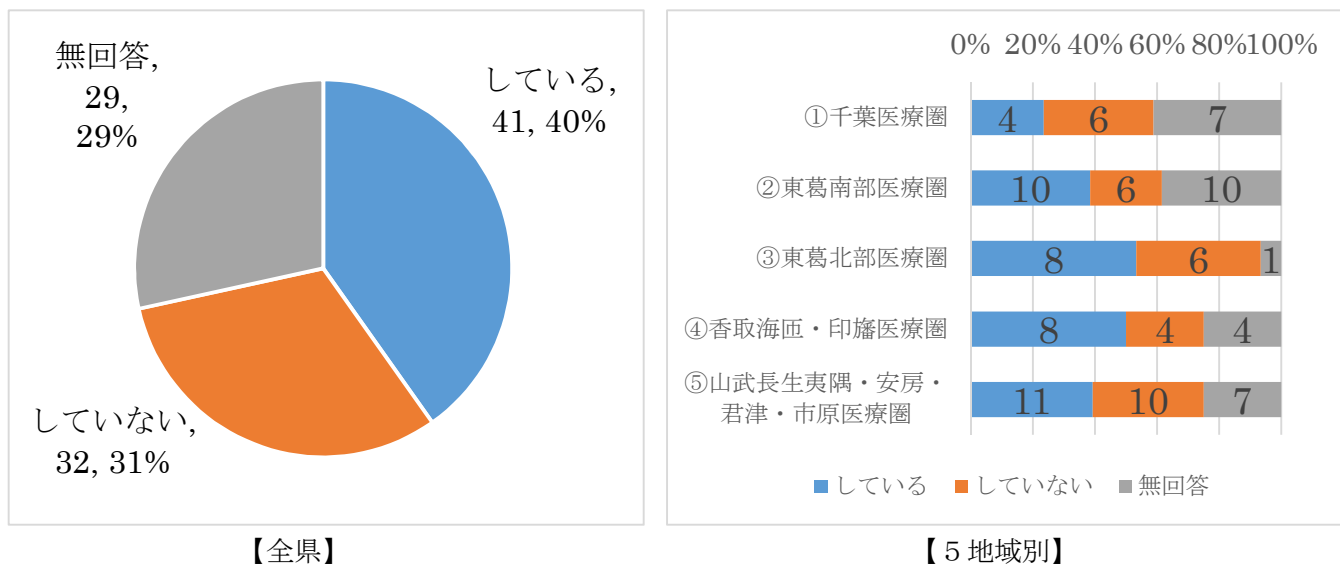


図 19 退院前家屋調査を実施している病院数 (n=102)

c. 医療行為の指導を実施しているか

医療行為の指導について問うたところ、62 病院（60.8%）が指導していると回答した。無回答を除くと、78.5%の病院が指導していることになる。特に東葛南部医療圏では、無回答を除くと 94.4%（17 病院）が実施していた。

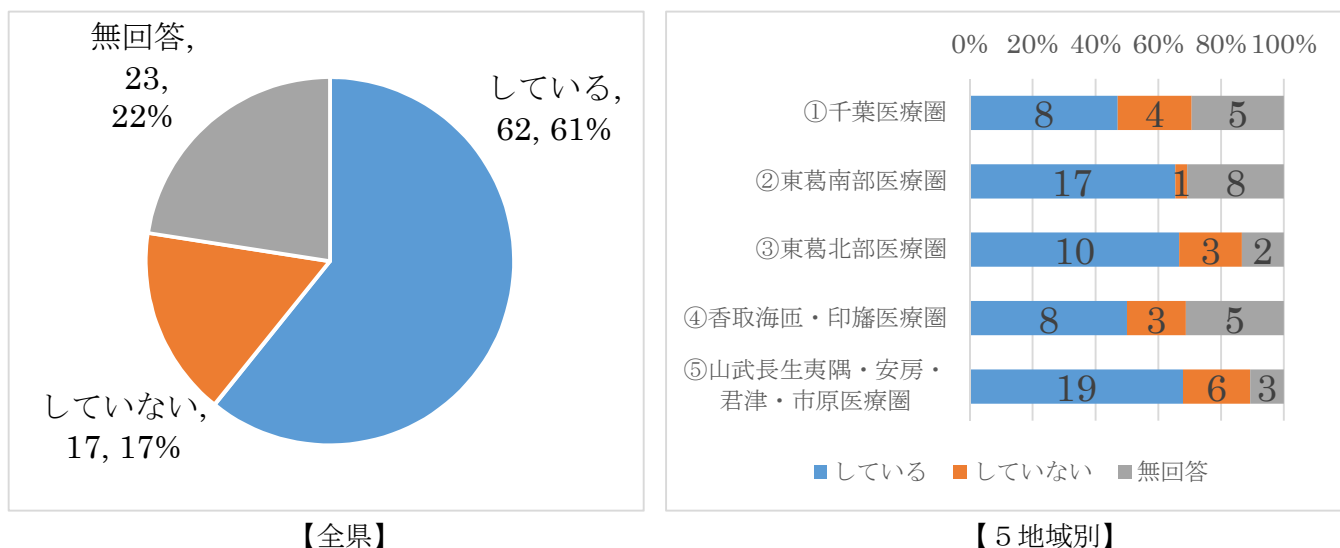


図 20 医療行為の指導を実施している病院数 (n=102)

d. 薬剤指導を実施しているか

薬剤指導の実施について問うたところ、67 病院（65.7%）が実施していると回答した。無回答を除くと、83.8%の病院が実施していることになる。5 地域別にみると、無回答を除くと東葛北部医療圏の 92.3%（12 病院）が最も実施している割合が高く、最も低い千葉医療圏でも 70%（7 病院）であった。

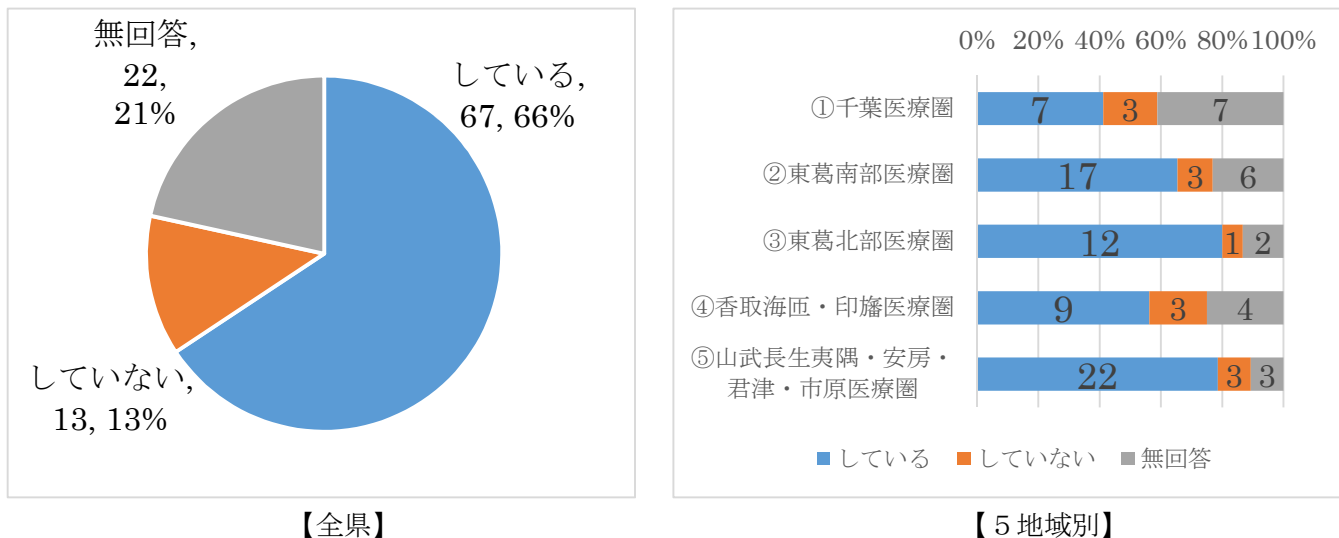


図 21 薬剤指導を実施している病院数 (n=102)

e. 栄養指導を実施しているか

栄養指導の実施について問うたところ、68 病院（66.7%）が実施していると回答した。無回答を除くと、87.2%の病院が実施していることになる。5 地域別に見ると、無回答を除くと千葉医療圏（8 病院、66.7%）を除き、いずれの地域でも 85%以上の病院が栄養指導を実施していた。

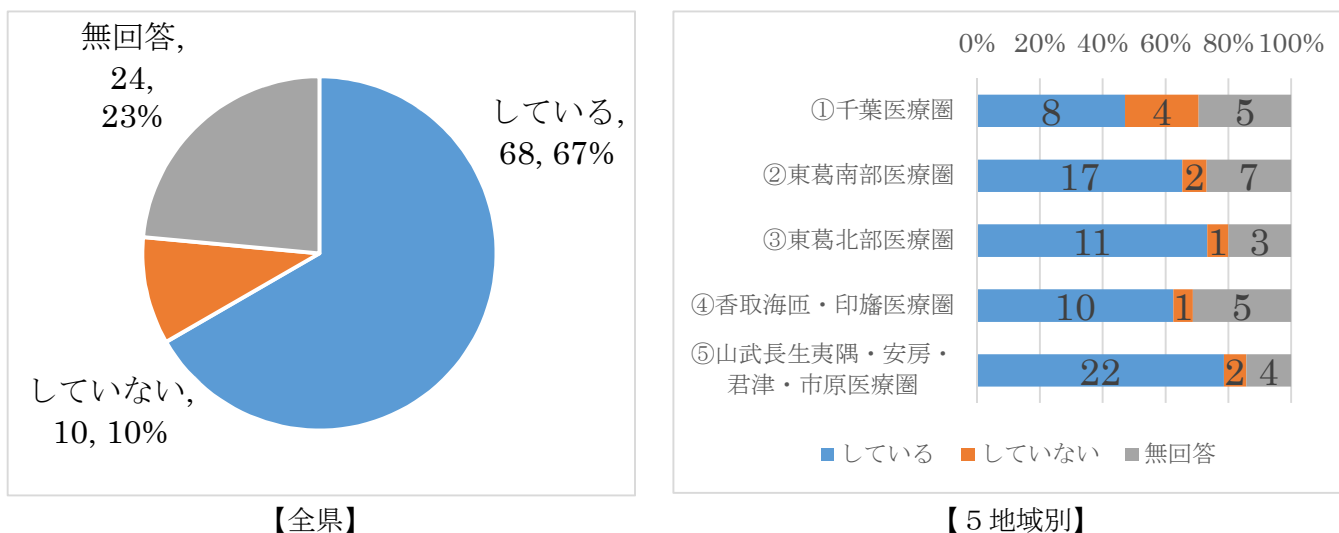
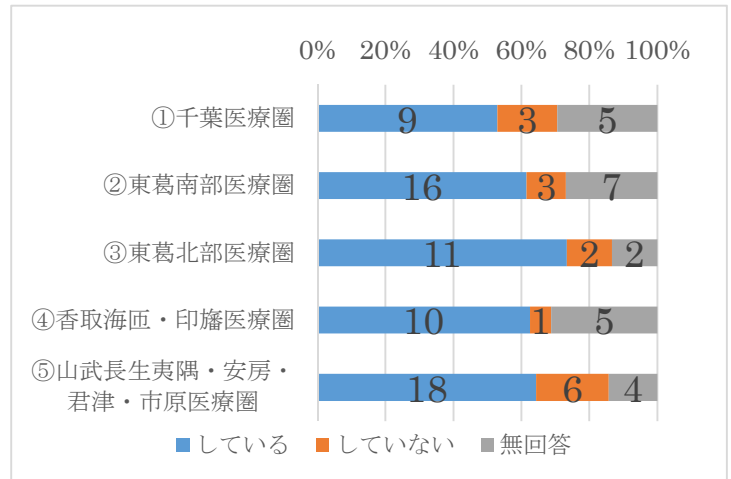
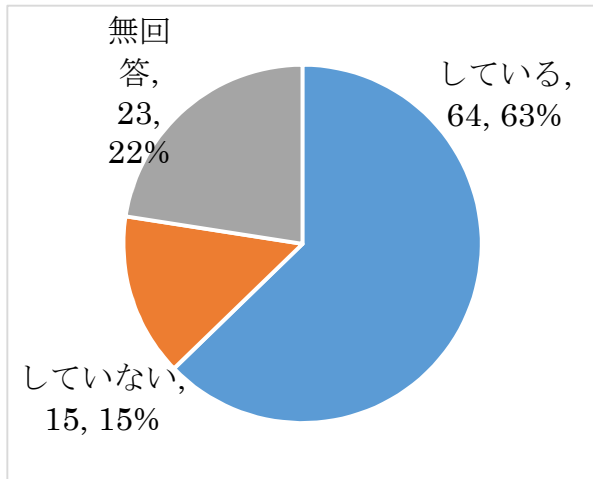


図 22 栄養指導を実施している病院数 (n=102)

f. 日常機能動作などリハビリに関する指導を実施しているか

日常機能動作などのリハビリに関する指導を実施しているか問うたところ、64 病院（62.7%）が実施していると回答した。無回答を除くと、81%の病院が実施していることになる。5 地域別にみても傾向の違いは見られなかった。



【全県】

【5地域別】

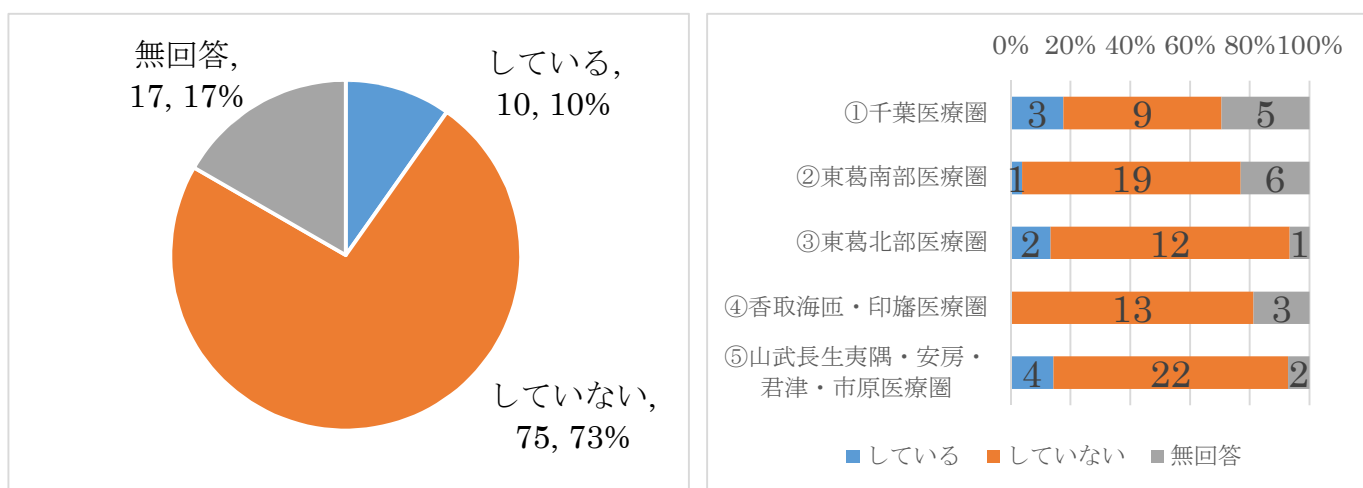
図 23 日常機能動作などリハビリに関する指導を実施している病院数 (n=102)

g. その他の退院指導

- ・ 必要があるものを個人に合わせて行なっているため、統一はしていない。
- ・ 経済的な問題の場合は市に相談している。
- ・ 経管栄養法の手順指導、おむつ交換等の介護指導等を実施したことがある。
- ・ 病棟師長からの依頼に応じて行っている。
- ・ 生活環境調整(住まい、お金、居場所、日中の過ごし方など)
- ・ 医療機器、福祉用具の選定、購入、使用習得支援
- ・ 外泊による退院時生活のシミュレーション・フィードバック
- ・ ご家族の負担軽減を目的としたサービス利用の必要性についての指導
- ・ 継続すべき口腔ケアの指導
- ・ 授乳指導・沐浴指導・産後の体調管理・ベビーケアについての指導
- ・ 介護・介助指導、退院後生活のプラン等の指導
- ・ 当院は精神科病院であるので、リハビリに関する指導はしていない。

(12) 退院時に千葉県地域生活連携シートを使用しているか

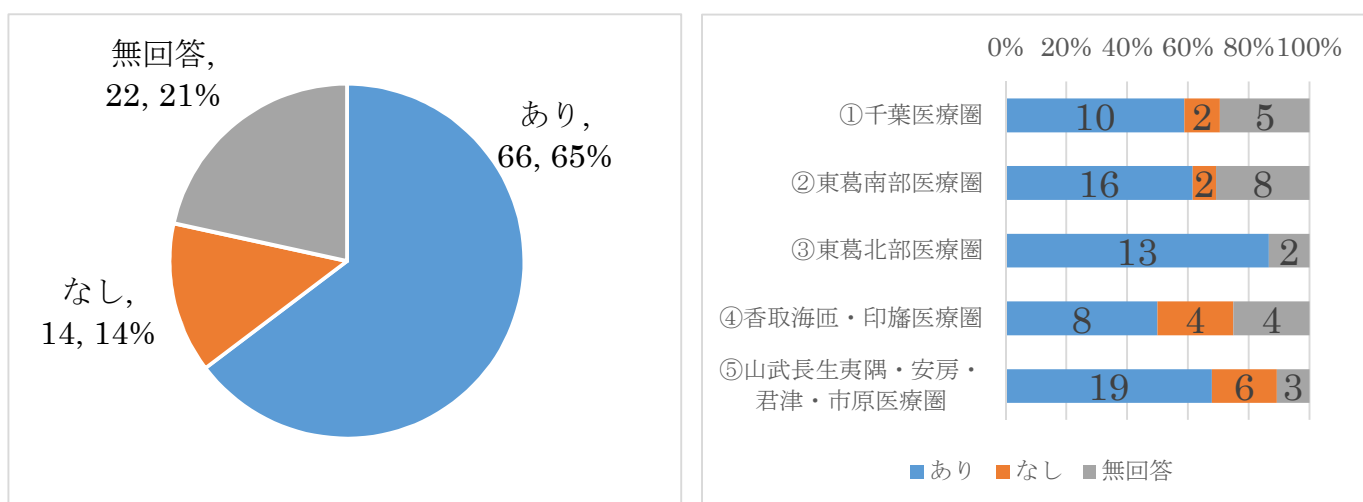
退院時の千葉県地域生活連携シートの使用について問うたところ、10 病院（9.8%）が使用していると回答した。無回答を除いても 11.8%と 10 件に 1 件程度であった。地域別にみると千葉医療圏（3 病院、25%）、東葛南部医療圏（1 病院、3.8%）、東葛北部医療圏（2 病院、13.3%）、山武長生夷隅・安房・君津・市原医療圏（4 病院、15.4%）では使用されているが、香取海匝・印旛医療圏では全く利用されていないかった。



【全県】 【5 地域別】
 図 24 千葉県地域生活連携シートを利用している病院数 (n=102)

(13) 退院後の支援・相談窓口はあるか

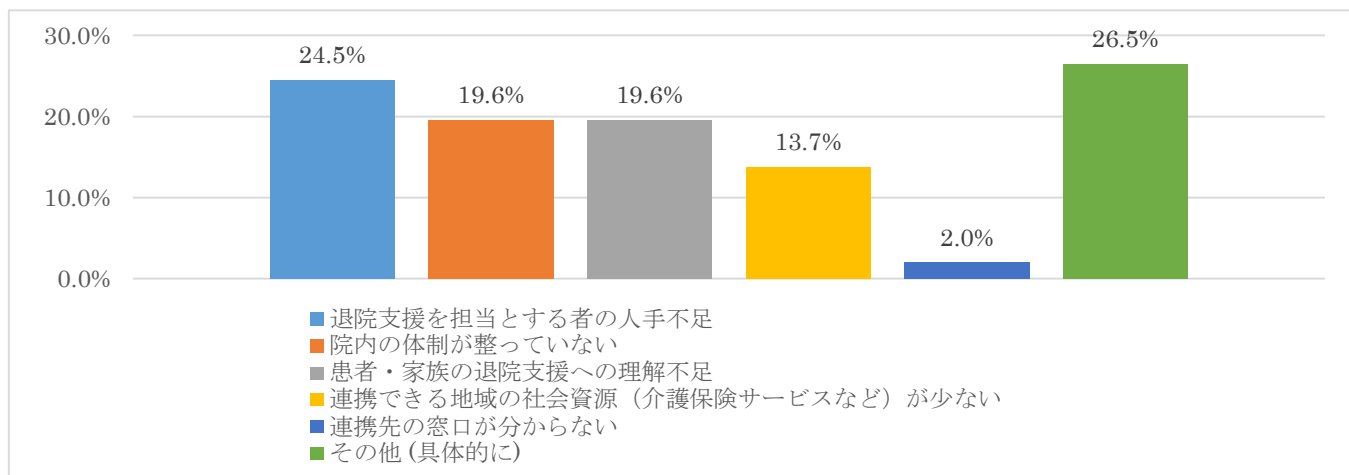
退院後の支援・相談窓口の有無について問うたところ、66 病院（64.7%）があると回答した。無回答を除くと、82.5%の病院が設置していることになる。東葛北部医療圏では無回答を除き、全ての病院で設置されていた。



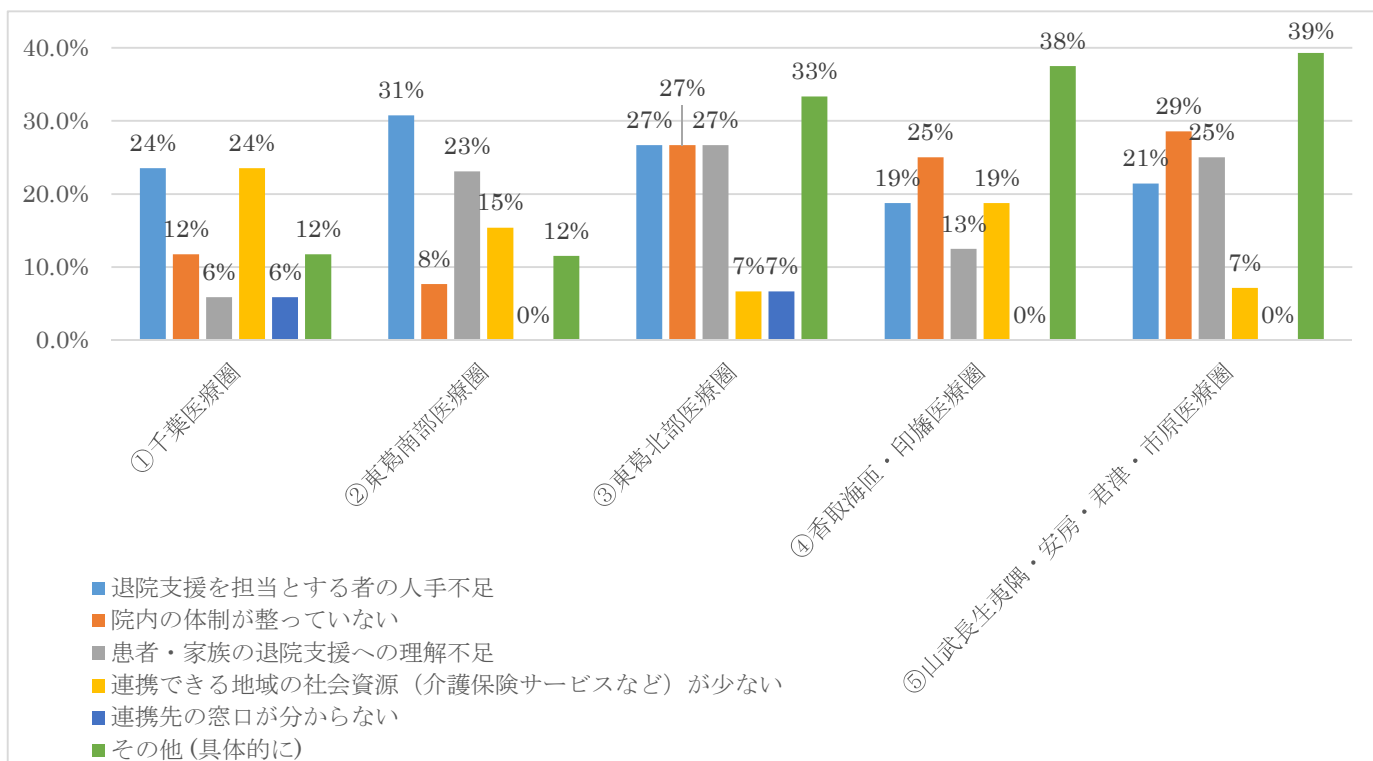
【全県】 【5 地域別】
 図 25 退院後の支援・相談窓口を設置している病院数 (n=102)

(14) 退院支援において、課題とされていることについて

退院支援において、課題とされていることについて問うたところ、「退院支援を担当する者の人手不足」が24.5%（25病院）と最も多く、次いで「院内の体制が整っていないこと」が19.6%（20病院）、「患者・家族の退院支援への理解不足」が19.6%（20病院）、「連携できる地域の社会資源（介護保険サービスなど）が少ない」が13.7%（14病院）、「連携先の窓口が分からないこと」が2.0%（2病院）、「その他」が26.5%（27病院）であった。5地域別にみたところ、地域によってまちまちではあるが、その他の自由回答を合わせても、「退院支援を担当する者の人手不足」「院内の体制が整っていない」など、退院支援部署の体制整備を課題としてあげる病院が多い傾向があった。



【全県】



【5地域別】

図 26 退院支援における課題 (n=108)

※複数回答あり

(その他の具体的な回答)

- 退院支援を担当とする者の人手不足・院内の体制が整っていない、患者・家族の退院支援への理解不足、地域連携そのものに対する院内の理解が浅いと感じることが多い
- ケアマネ担当によって、意識の差が大きい
- 職員に置き換えて考えると、地域生活期へつなぐという理解は依然不十分に思われます

(15) ケアマネジャーへの要望、意見、ソーシャルワーカー・退院調整部門の課題

【ケアマネジャーへの要望や意見】

- ケアマネジャーの都合が合わず、退院調整に遅れが生じることがある。
- できるだけ早めにサービス調整を行ってほしい。
- 入院時に生活歴等の情報がまとめられているととても助かる。
- ケアマネジャーの能力、支援方法、連携に関しての考え方等に差がある。
- 自分の担当する患者に対して、病院へ良く状態等聞きに来てくれるので良いと思う。
- ケアマネジャーが来院してくれる人と来院しない人がいる。来院しないと病状の説明やケアプランの注意または観察事項などの説明ができない。
- ケアマネジャーは積極的に入院中の患者の情報収集のため相談窓口（地域医療連携室）を利用してほしい。
- ケアマネジャーにもせめて病院の仕組み（リハ病院に該当する病名、救急病院は3か月入院できる病院ではないなど）くらいは勉強してほしい。
- 連携シート、サマリー等で情報をいただけない方がいる。入院中患者の情報収集に一度も来院しない方がいる。
- 入院時にケアマネジャーの情報提供を連携室で済ませようとする方もいるので、病棟に案内している。またケアマネジャーの対応能力に差がある。病棟での退院支援をどこまで行うのか。退院調整部門が主体的に多く動いている所があり、退院支援体制を創りあげている段階である。
- 退院調整のためケアマネジャーに連絡をすると対応がまちまちで個々のケアマネジャーのスキルの差が大きいと感じる。「在宅医療サポート介護支援専門員研修」の様な研修を充実させてほしい。
- ケアマネジャーからの情報提供書の持参に関して、直接の来院ではなく、まずは FAX で情報を送っていただきたい。またケアマネジャーには、退院予定のある患者に対しては定期的な面会等をして状況を把握しておいていただきたい。
- 入院治療が終了後に透析で通院する場合、管理(食事、インスリン注射、入浴等)で施設を病院としては勧めたい所、今迄のケアマネジャーが割合在宅を勧めることも多く、時々退院後の話し合いが多くなる場合によってはケアマネジャーが病院を変えたいといってくる事もある。
- 医療側と福祉側の考え方の差が大きいように感じられる。幸い、当院周辺のケアマネジャーは大変協力的で、いつも力添えをいただくが、人により認識も能力も大きく異なることは事実と思う。

- ケアマネジャーが連絡なく病棟へ面会して、情報（本人や家族）を得ていくことがある。連携シートを（入院7日以降のため）もらえないこともあり、入院7日以降に介入がわかった場合は、こちらより依頼してなるべくもらうようにしている。
- 連携シートを入院直後（当日）に持参するケアマネジャーが多いが、救急治療を開始した段階での連携の要望では、対応できる余裕も提供できる情報もそろっていない。連絡を頂く度にまずはFAXでの情報提供をお願いしているが、点数の高い持参を望むケアマネジャーが多い為、介護保険上の報酬の区別をやめてもらいたい。また退院時連携には、ご家族との情報量の差を防ぐためにも、是非一緒に来院してもらいたい。ケアマネジャーには非常にお世話になっており日々感謝している。
- 医療機関には病棟や機能・体制の違いがあることをケアマネジャーには理解してほしい。どの病院でも同じように対応してもらいたいと思う傾向にあるが、病院ごとに異なるのでそれぞれに合った対応になると理解した上で連携してほしい。ただし、病院側としても外部からの問い合わせについて対応できる部署を明確にし、ケアマネジャーや他機関がアクセスしやすい体制を整える必要がある。
- 当院は療養病床のみの病院で、一般病床から転院後の患者の穏やかな看取りを主に行っている。近年ケアマネジャーから一般病床を介さずに入院したいという相談が多くなった。なるべく受け入れようと実行しているが、包括医療の現実や、入院後在宅復帰率が少ない点等、家族の理解を得てもらっていると助かる。
- 地域で支える関係者との退院支援のスピードも異なることが気になる。入院中に電話で様子を聞いてくるケアマネジャーもいる。地域へ戻ることを考えると実際に様子を見に来て、これからのことを一緒に考えてくれるとうれしい。
- 医療側とケアマネ側の関わり、連携が少ない。市町村単位で実施する地域包括ケアシステムの取り組みも、近隣市町村によって実施状況も温度差がある。また、医師会、ケアマネ団体、リハビリの職能団体など、職種ごとの団体の活動は見かけるが、異業種団体同士の横の連携は取れていないと思う。院内の退院調整看護師は経験不足でこれから覚えていかなければならない。

【退院支援部門の課題，その他】

- 医療と福祉、それぞれがどのような情報を求めているかを理解していく事が必要かと思う。
- 身寄りがいない方、家族が高齢、協力者のない方の支援が課題になってくると思う。
- 認定調査時の調査員の接遇・調査時の心得等の教育が必要（勝手な時間変更、患者様へ対する失礼な発言、疾患に対しての知識不足等）。
- 在宅サービスが少なく、自宅に戻れそうと思っても、結局転院を選択せざるを得ないことが多い。
- 本人・家族の同意がなく面会に来院し、症状説明を求められることがある。個人情報、本人家族と病院との信頼があることも理解してほしい。必要であれば家族またはMSWに連絡してほしい。

- 認知症があるケースなど入院することで悪化してしまうことが多く見受けられる。治療終了後速やかに元の生活の場所に戻れるよう、病院、ケアマネジャー等の協力が不可欠であると思われる。
- 病気をきっかけに、これまでの生活・役割の変化が大きく生じて、患者・家族の心の準備の時間と病院の退院までスピードが合致しないこと多いため、退院がスムーズにいかないことが多い。病気になる前から、少しでも療養について考える・知る機会があれば、患者および家族と協働して退院へ取り組めるのではないかと思う。
- 治療、退院後の生活についての主治医の指示と本人・ご家族の希望のすり合わせや、退院調整を進めるうえでの診療報酬と「3ヵ月を目安」とされている入院期間の部分が大きく課題となっている。平均在院日数の短縮は一般病院の場合、特に難しいと感じる。
- 病院各職種がそれぞれケアマネジャーなどの退院後を担う職種と直接連携をとるのは現実的に難しい。その窓口となることが多いのがMSW・連携室である。連携をとるには日頃の顔が見える関係が必要であるため、マンパワーや院外に出る機会・時間がもっと取れるようになると連携がとりやすくなると思う。

2) 介護機関（ケアマネジャー）対象アンケート

(1) 回答数と地域構成

介護機関対象アンケートの回答は事業所数で 367 事業所、ケアマネジャーからの回答数は 646 件であり、1 事業所あたり 1.72 件の回答があった。事業所数については東葛北部医療圏が 75 と最も多く、次いで東葛南部医療圏の 69、千葉医療圏の 59、の順であった。ケアマネジャーからの回答数は東葛南部医療圏の 125 が最も多く、次いで東葛北部医療圏の 114、千葉医療圏の 102、の順であった。

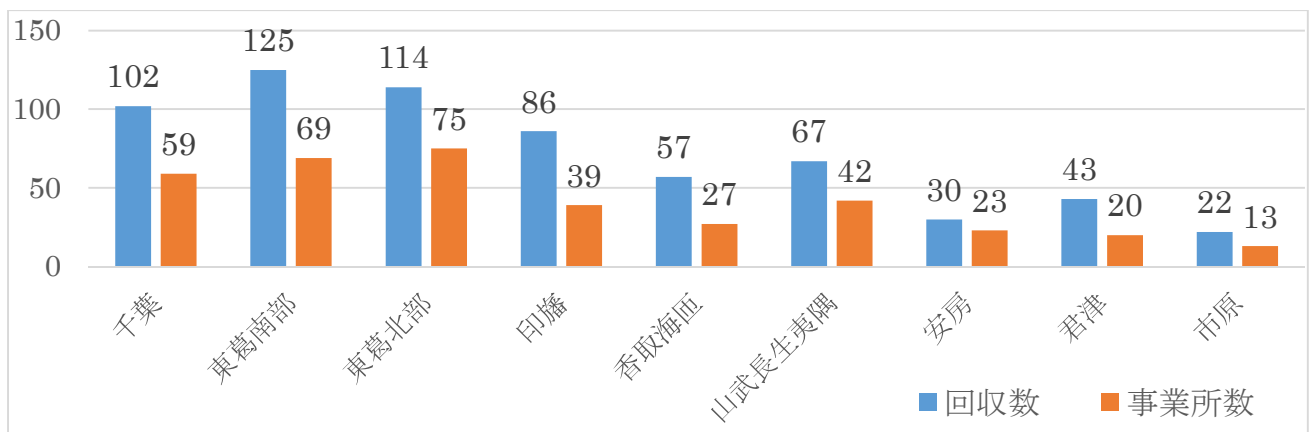


図 27 アンケート回答数および事業所数 二次保健医療圏別（回答数 n=646、事業所数 n=367）

(2) 現在の担当ケース数と退院患者数

各ケアマネジャーの現在担当ケース数は、要介護が 17194 件、要支援 3034 件であり、ケアマネ 1 人あたりでは要介護が 26.6 件、要支援が 4.7 件であった。そのうち、10 月中に病院から退院したケース数は、要介護が 416 件（2.4%）、要支援が 21 件（0.7%）であり、ケアマネ 1 人あたりでは要介護が 0.64 件、要支援が 0.03 件であった。

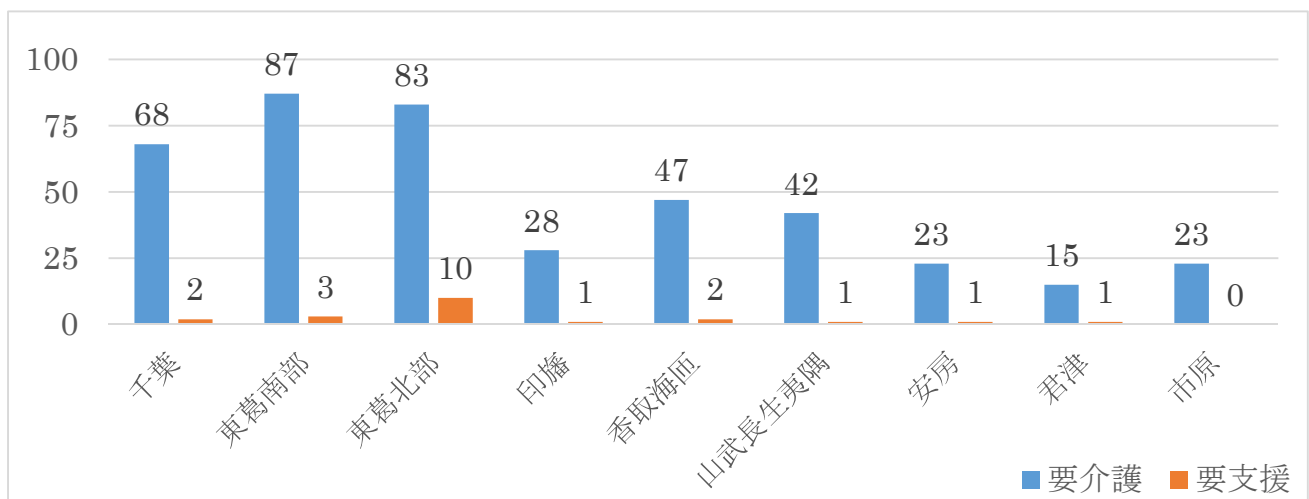
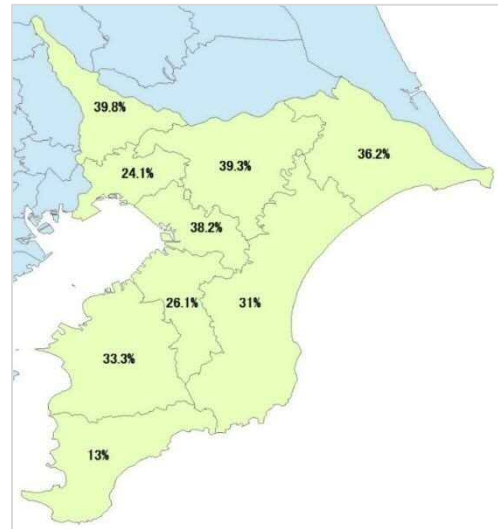
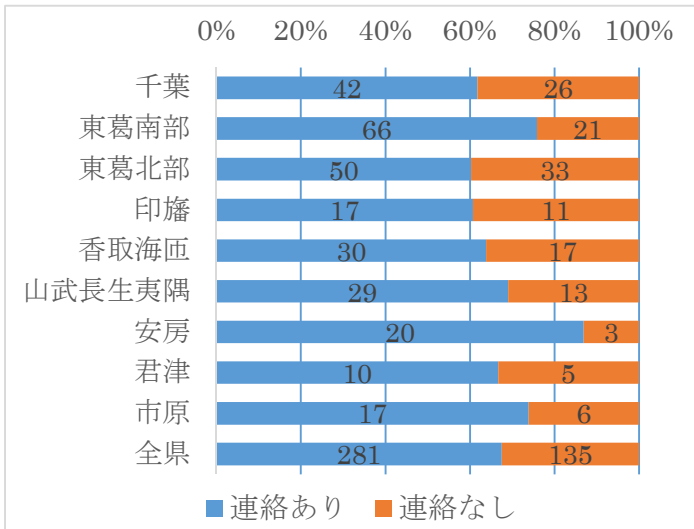


図 28 要介護・要支援者の 10 月中退院ケース数 二次保健医療圏別（要介護 n=416、要支援 n=21）

(3) 要介護者の退院時連絡について

a. 病院からの引き継ぎ連絡の有無（要介護）

要介護者が病院から退院する際に、病院から引き継ぎ連絡があったかどうかを問うた。要介護者 416 人のうち、病院からの引き継ぎ連絡があったケースは 281 件（67.5%）であった。連絡が無かったケースの割合である「退院時連絡漏れ率」は全県で 32.5%であり、東葛北部の 39.3%が最も高く、安房の 13.0%が最も低かった。



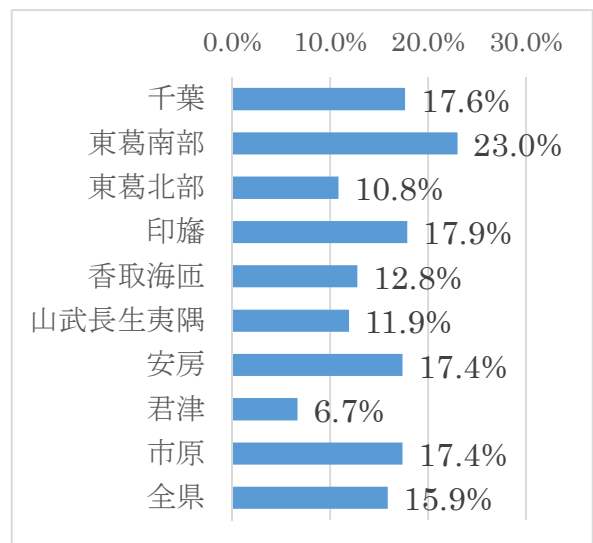
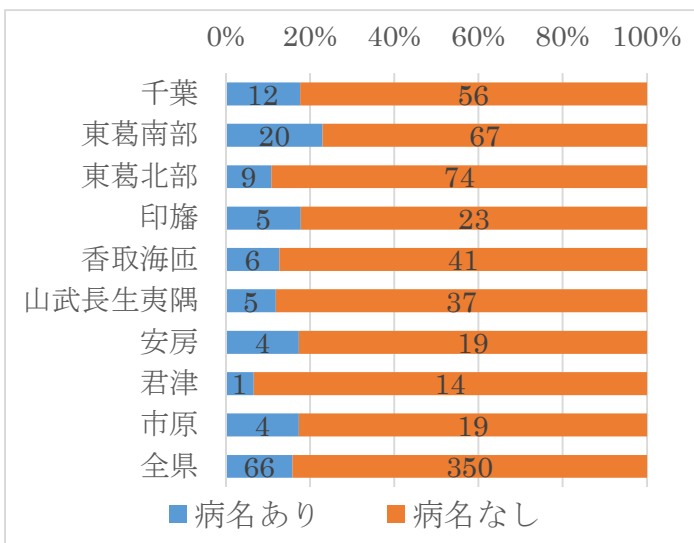
【病院からの引き継ぎ連絡の有無（要介護）】

【退院時連絡漏れ率（要介護）】

図 29 要介護者退院時引き継ぎ連絡の有無と二次保健医療圏別退院時連絡漏れ率 (n=416)

b. 退院患者の脳卒中病名の有無（要介護）

要介護の退院患者において、脳卒中に関連する病名の有無について問うたところ、記載のあったケース数は 66 件（15.9%）であった。医療圏別に病名有りの割合をみると、東葛南部が 23.0%（20 件）と最も多く、次いで印旛が 17.9%（5 病院）、千葉が 17.6%（12 病院）であった。



【脳卒中病名の有無（要介護）】

【脳卒中病名有りの割合（要介護）】

図 30 要介護者退院時の脳卒中病名記載の有無 (n=416)

(4) 要支援者の退院時連絡について

a. 病院からの引き継ぎ連絡（要支援）

要支援者の退院時連絡について問うた。病院からの引き継ぎ連絡の有無については、11件（52.4%）が連絡ありと回答した。要支援者の退院時連絡漏れ率は47.6%であり、母数は大きく異なるものの要介護の退院時連絡漏れ率32.5%と比べ高い値となった。

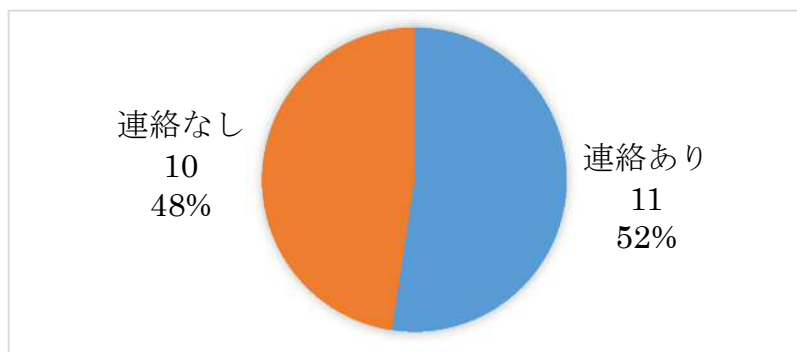


図 31 要支援者退院時の引き継ぎ連絡の有無（n=21）

b. 脳卒中病名の有無（要支援）

要支援の退院患者において、脳卒中に関連する病名の有無について問うたところ、5件（23.8%）がありと回答した。要介護者の15.9%と比べ、若干高い数値となった。

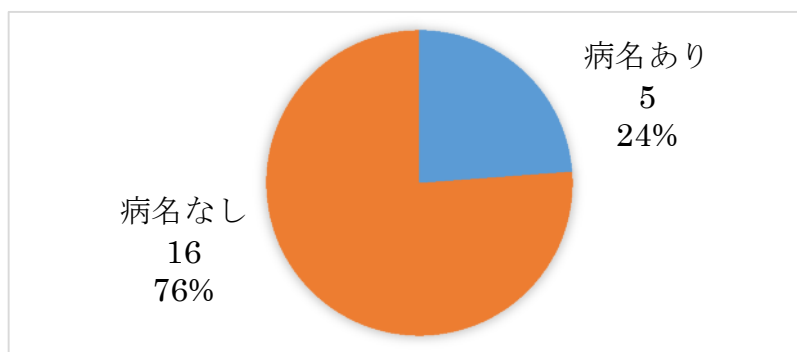


図 32 要支援者退院時の脳卒中病名記載の有無（n=21）

3) 計画管理病院対象アンケート

(1) 回答数と地域構成

計画管理病院対象アンケートの回答数は 23 病院であり、県内 26 の計画管理病院の回答率は 88.5%であった。地域別の回答率をみると、千葉医療圏、東葛北部医療圏、香取海匠・印旛医療圏では回答率が 100%であり、東葛南部医療圏で 88.9%、市原・君津木更津・安房・山武長生夷隅医療圏では 60.0%であった。

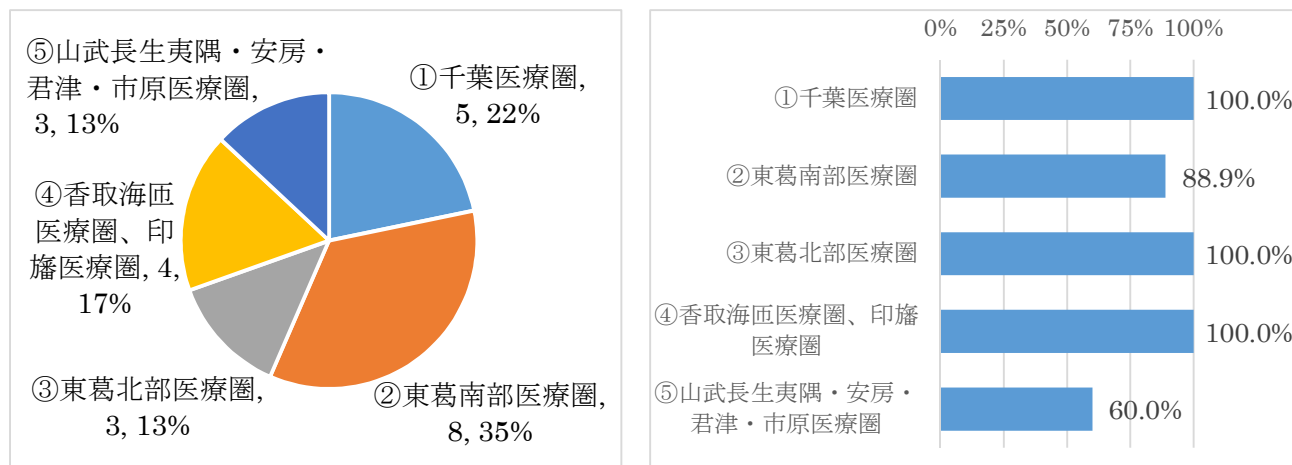


図 33 計画管理病院対象アンケート 5 地域別回答数と回答率 (n=23)

(2) 患者が脳卒中連携パスを利用できないケースはどのような場合か

- 県外の回復期リハ病院へ転院する場合
- 自宅退院の場合
- 重症で長期療養型病院へ転院の場合
- 県外の回復リハビリテーション病院へ転院するケース
- 脳卒中で入院加療後に症状が軽快し自宅へ退院となるケース
- パス対象外の病院（連携の登録を行っていない）に転院する場合
- 重症でパスの適用にならない場合

(3) パスの利用による退院支援の違い

脳卒中連携パスを利用する患者と利用しない患者とで、退院支援に違いはあるかを問うたところ、10病院（43.5%）が「違いがある」と回答した。具体的な違いについての自由回答では、「スムーズに転院出来る」と「家族や関係者が患者の状態を把握できる」といった肯定的な意見が多かったが、「作成書類が多い」などの意見もあった。

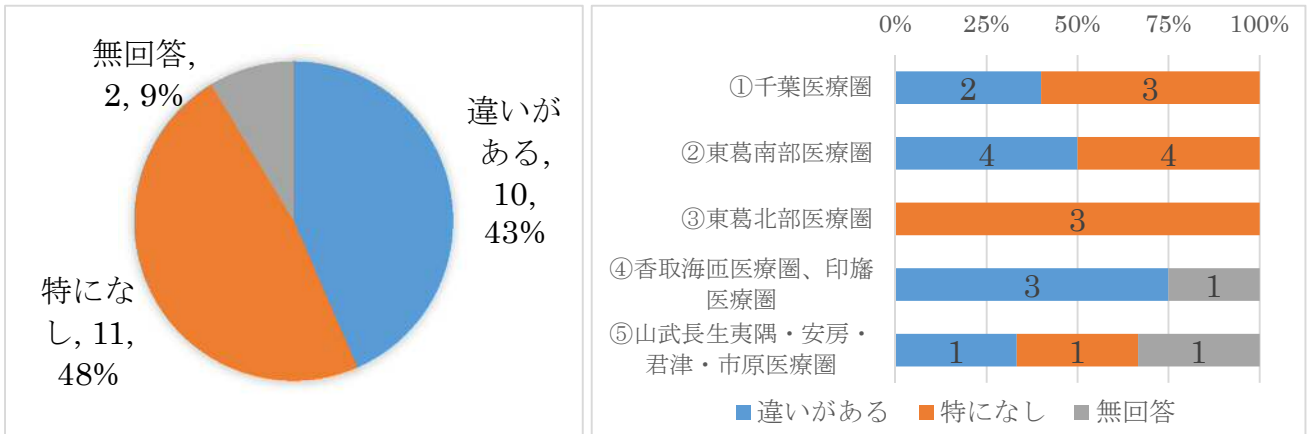


図 34 パスの利用による退院時支援の差異 (n=23)

(具体的にどのような違いがあるか)

- 比較的軽症の症例が多いが、スムーズにリハビリ病院に転院できる。
- 連携パスで連携している病院の方がスムーズに転院できる。
- 判定会や転院等がスムーズに行えている。
- パスは型にはまるため楽。
- パスを通じて患者さんの状態も把握できる。
- パスを使用すると病院ごとの役割（機能）が家族にわかりやすいようだ。
- 退院支援にかかる時間が違う。患者さん家族が退院について理解しているため、早い時期から関わることが多い。
- パスを使用した方が退院支援に関わる時間が短縮される。
- 介護サービス利用につなげる場合、退院前のカンファレンスなど多少時間がかかる。
- 転院調整の時間に変わりがないが、送付書類が多い。
- 転院・施設入所の際改めて書類作成が生じる。
- コーディネート役が違う。
- 多職種から情報提供ができる。

(4) 脳卒中の入院患者のかかりつけ医を確認しているか

脳卒中の入院患者のかかりつけ医を確認しているか問うたところ、17 病院（73.9%）が確認していると回答した。無回答の病院を除くと 80.1%の病院がかかりつけ医の確認を実施していることになる。

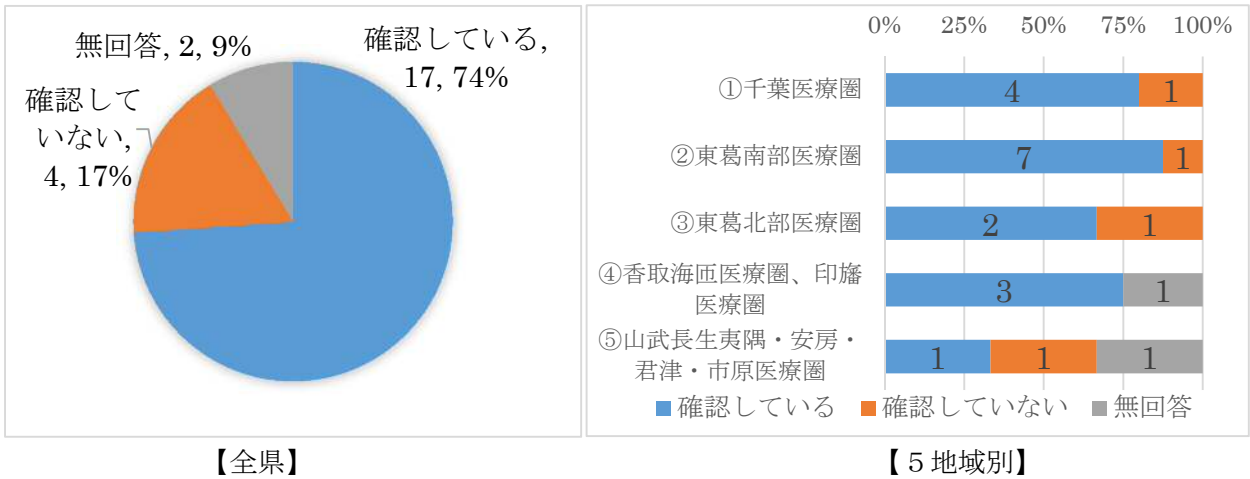


図 35 入院患者のかかりつけ医の確認の有無 (n=23)

(5) その際、かかりつけ医に連絡しているか

かかりつけ医を確認した際に、かかりつけ医への連絡をしているか問うたところ、「必ず連絡している」が 5 病院（27.8%）、「連絡するようにしている（全部では無い）」が 11 病院（61.1%）であり、合わせて 88.9%の病院はかかりつけ医への連絡を行っていた。また、「家族の希望による」が 1 病院（5.6%）、「連絡していない」が 1 病院（5.6%）であった。

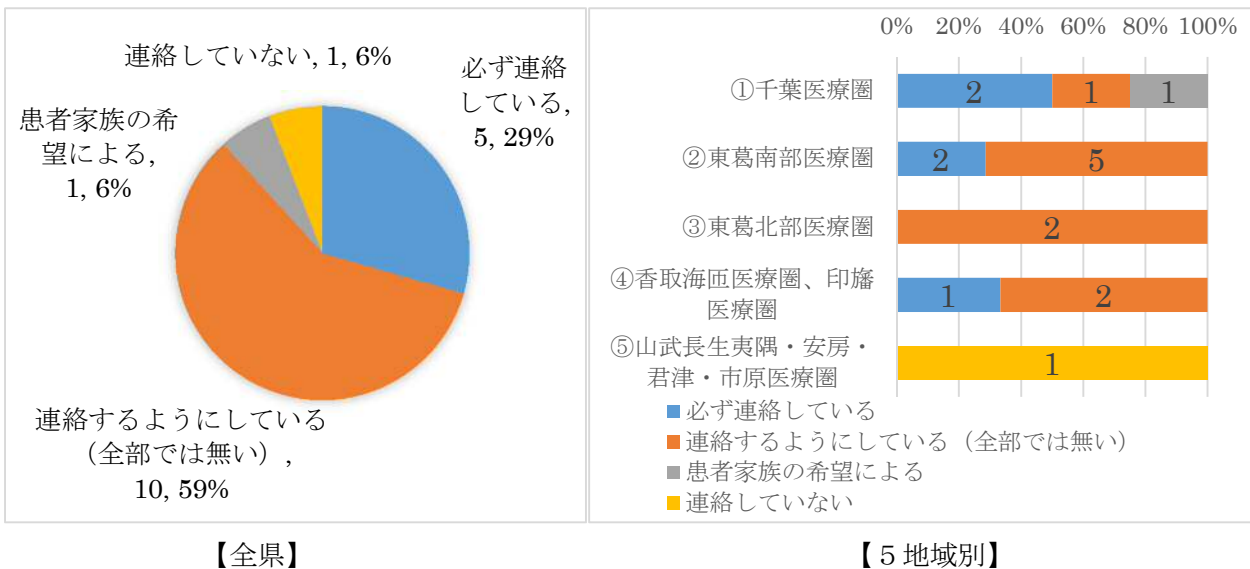
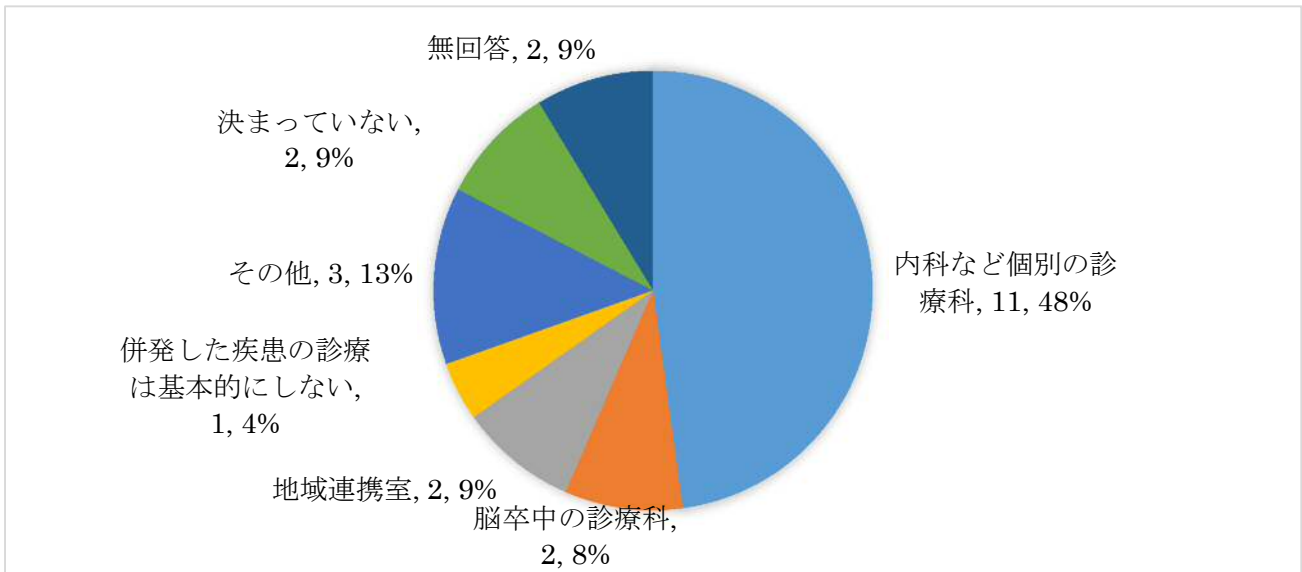


図 36 かかりつけ医への連絡の有無 (n=17)

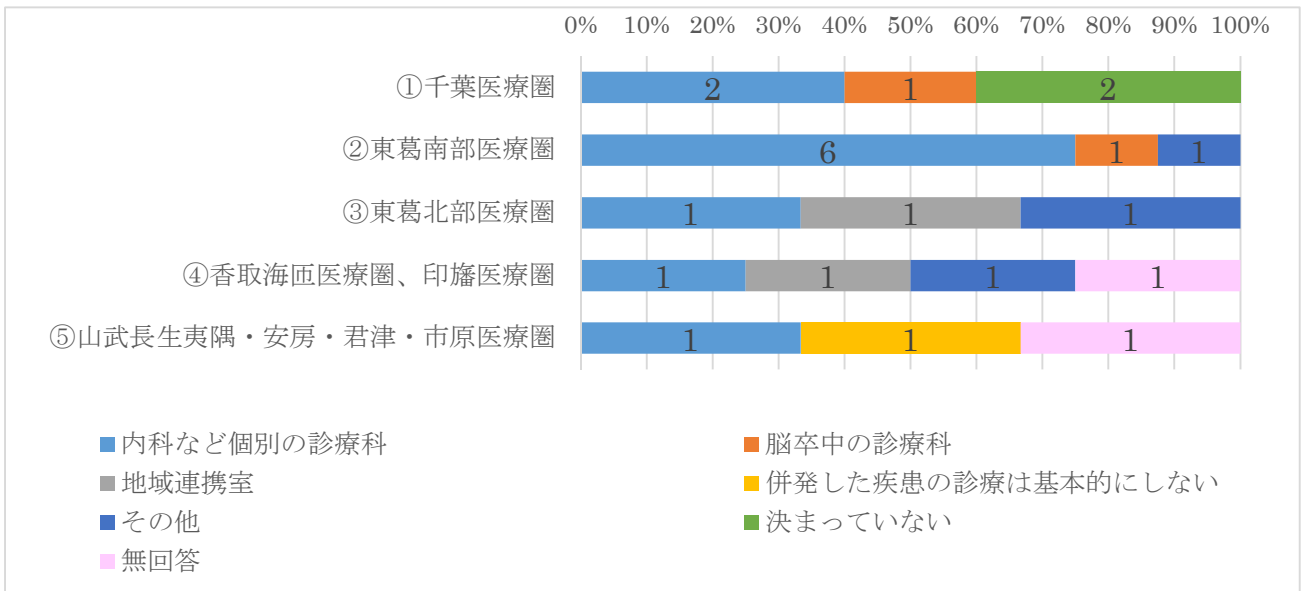
※前問で「確認している」と回答した病院が対象

(6) 退院後再発以外の理由で入院する場合の窓口

患者が退院後に再発以外の理由で入院する場合、窓口をどこに設置しているか問うたところ、「内科など個別の診療科」が12病院（50.0%）と最も多く、次いで「脳卒中中の診療科」が2病院（8.3%）、「地域連携室」が2病院（8.3%）、「併発した疾患の診療は基本的にしない」が1病院（4.2%）、「その他」が4病院（16.7%）であり、「決まっていない」と「無回答」がそれぞれ2病院（8.3%）あった。「決まっていない」と回答した病院はいずれも千葉医療圏であった。その他と回答した病院は、ケースにより異なるという回答であった。



【全県】



【5地域別】

図 37 退院後に入院する場合（再発除く）の窓口（n=23）

(7) 再発以外の理由での入院について困ったことはあるか

退院患者が再発以外の理由での再入院にする際に、何か困ったことがあるか問うたところ、4 病院（17.4%）が困ったことがあると回答した。自由回答では、院内での入院調整が難しいという意見が多かった。

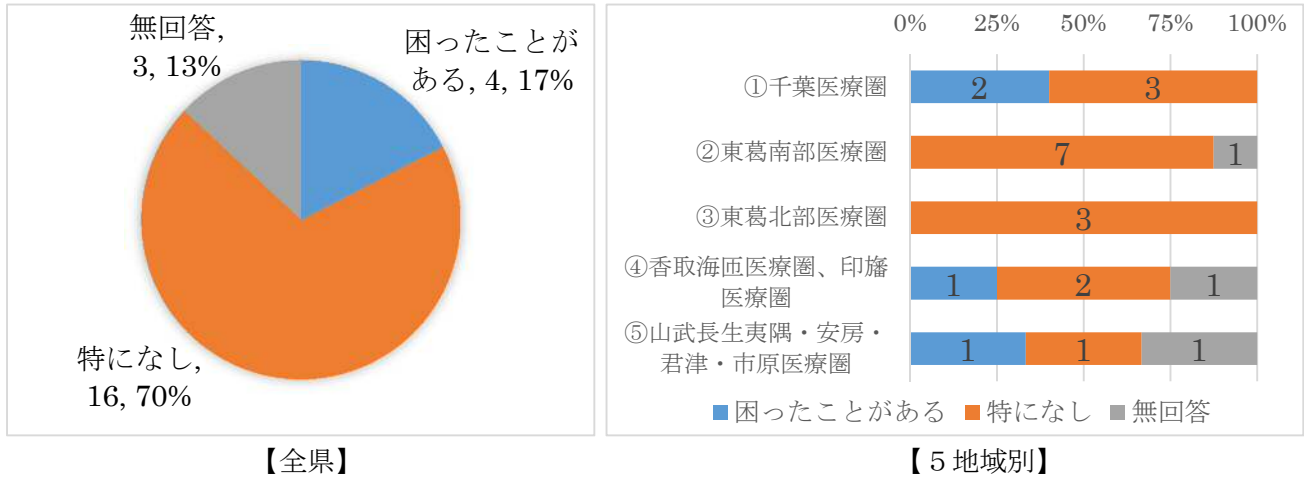


図 38 再発以外での入院について困ったことがあるか (n=23)

(問題点を具体的に)

- 担当科が決まらず受け入れに時間がかかったり、受け入れをお断りする場合がある。
- 転院後、脳卒中以外の理由で入院相談があった場合、他科への入院調整に難渋する事が多い。(他科病棟が満床になっている事が多い)
- 窓口となる診療科をどこに持つか検討が必要であり、急性期病院での管理が不要なケースでも相談がある。
- 併発疾患で行き所がないと当科にきてしまう。
- 回復期リハ病院に転院後、下肢静脈血栓症を併発するケースがある。(同施設で数例あり)

(8) 退院支援でよかったこと・困ったこと

- 脳卒中患者さんの退院支援に関して、ケアマネジャーから地域連携シートで情報提供があった場合、転院や自宅退院する際ケアマネジャーとの連携が図りやすい。
- 共通のシートがあるため情報の共有がしやすい。
- 入院時にケアマネジャーから地域連携シートの提供があり、アセスメントに役立った。
- 重症患者や家族背景が複雑な場合は、転院先が見つかりにくい。
- 脳卒中に特化したシートのため、それ以外の疾患の把握がしづらい。
- キーパーソンがいない患者や、経済的困窮者はなかなか転送先が見つからないことがある。

4) 登録回復期病院対象アンケート

(1) 回答数と地域構成

登録回復期病院対象アンケートの回答数は28病院であり、県内34の登録回復期病院の回答率は82.4%であった。地域別の回答率をみると、千葉医療圏および東葛北部医療圏が100%であり、市原・君津木更津・安房・山武長生夷隅医療圏の85.7%、東葛南部の70.0%、香取海匠・印旛医療圏の50.0%と続いた。

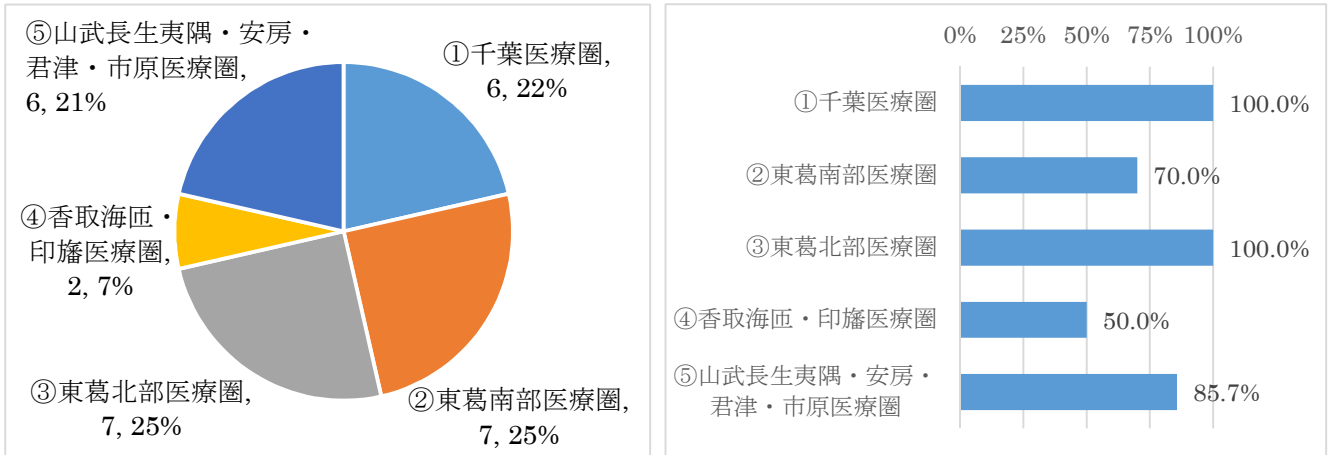


図 39 登録回復期病院の回答数 二次保健医療圏別 (n=28)

(2) 脳卒中診療の位置づけと参加している脳卒中地域連携

脳卒中診療における施設の位置づけについて問うたところ、回復期リハビリテーションが23病院(82.1%)と最も多く、次いで回復期リハビリテーションと慢性期(療養など)を選択した病院が4病院(14.3%)であり、急性期治療と回復期リハビリテーションを選択した病院が1病院(3.6%)であった。

また、脳卒中地域連携への参加状況について問うたところ、退院時指導料Ⅰ算定が25病院(89.3%)と最も多く、次いで退院時指導料Ⅱ算定が2病院(7.1%)であり、参加していないと回答した病院が1病院(3.6%)あった。

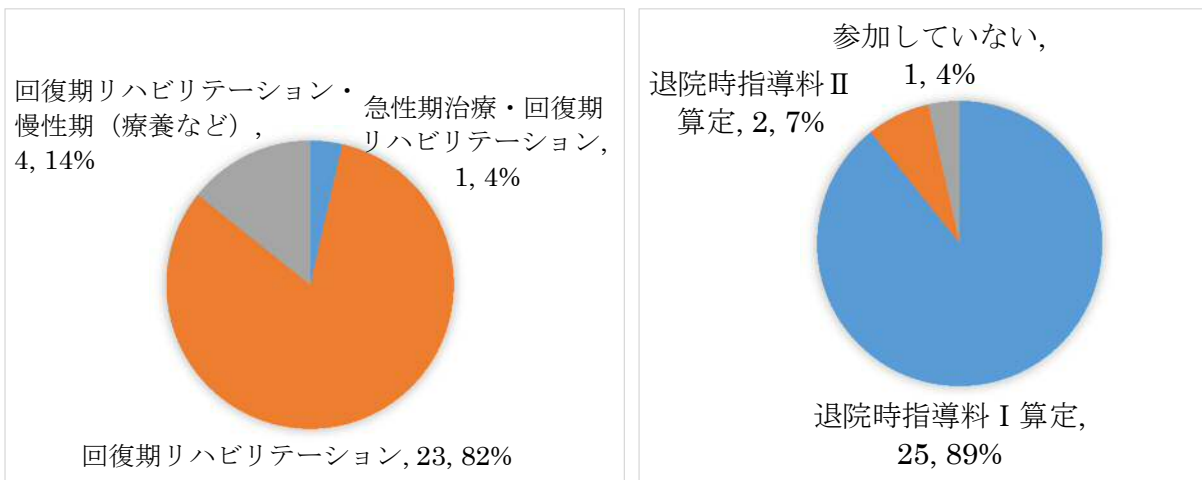


図 40 脳卒中診療の位置づけ (n=28)

(3) 患者が脳卒中連携パスを利用できないケースはどのような場合か

- 急性期からパスで転院依頼があるか次第でパス利用が決定する。
- 計画管理病院の運用次第である。
- 1週間以内に診療計画書の説明ができない場合(署名をいただくことができなかった場合)。
- 対象疾患ではない場合。

(4) パスの利用による退院支援の違い

脳卒中連携パスを利用する患者と利用しない患者とで、退院支援に違いはあるかを問うたところ、24病院(85.7%)が「特になし」と回答し、「違いがある」と回答した病院は3病院(10.7%)であった。具体的な違いについての自由回答では、「多くの情報が届く」「計画管理病院との連携が深まる」といった肯定的な意見があった。

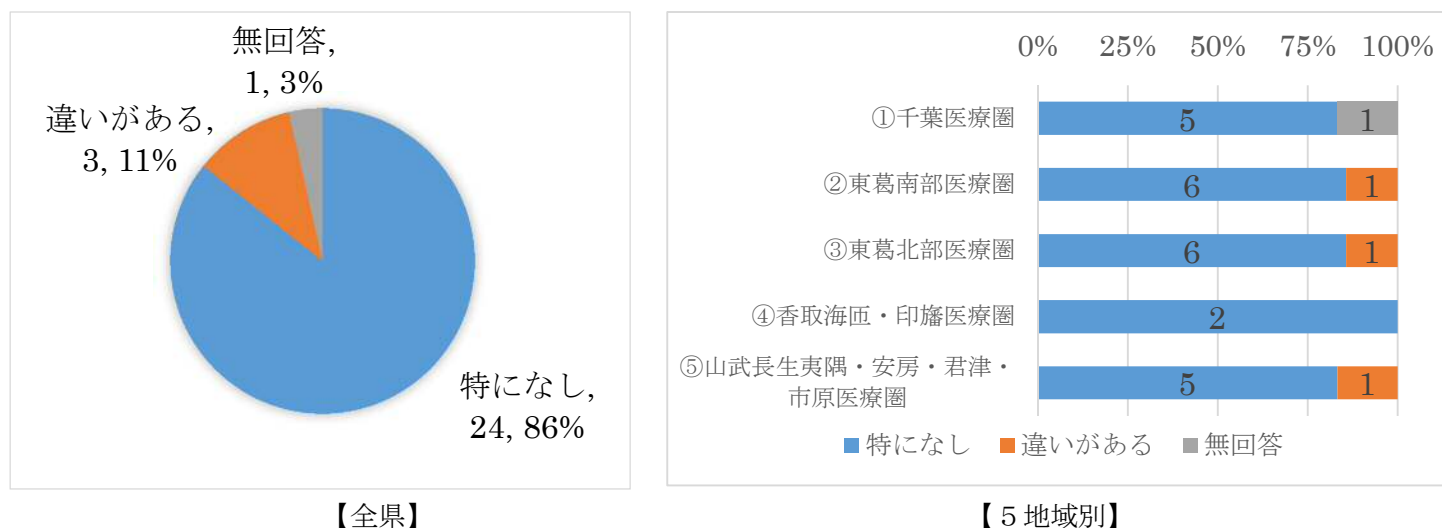


図 41 パスの利用による退院時支援の差異 (n=28)

- 各職種からの情報を取得できる。
- 支援の関わり方や流れ等には違いはないが、ツールとしての特性上、パスの場合の方がケアマネジャーに多くの情報が届くことになる。
- 退院時支援としては大きな差はないが、パス会議などを通じて計画管理病院と回復期病院の連携が深まり、転院がスムーズになっていることが患者さんに良い影響となっていると感じる。
- パス適用患者で自宅退院後介護サービスを利用する患者の場合、介護シート（地域生活連携シート）を作成しケアマネに情報提供している。

(5) 脳卒中の入院患者のかかりつけ医を確認しているか

脳卒中の入院患者のかかりつけ医を確認しているか問うたところ、27 病院（96.4%）が確認していると回答した。無回答の病院を除くと全ての病院がかかりつけ医の確認を実施していた。

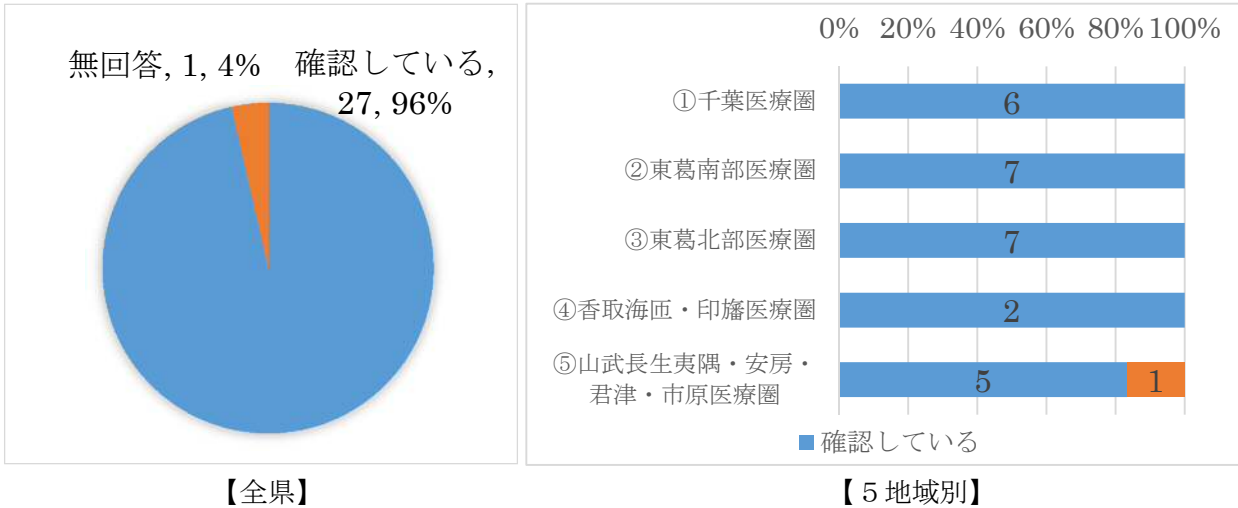


図 42 入院患者のかかりつけ医の確認の有無 (n=28)

(6) その際、かかりつけ医に連絡しているか

かかりつけ医を確認した際に、かかりつけ医への連絡をしているか問うたところ、「必ず連絡している」が 4 病院（14.8%）、「連絡するようにしている（全部ではない）」が 8 病院（29.6%）であり、合わせて 44.4%の病院はかかりつけ医への連絡を行っていた。また、「連絡していない」と回答した病院は 15 病院（55.6%）であった。

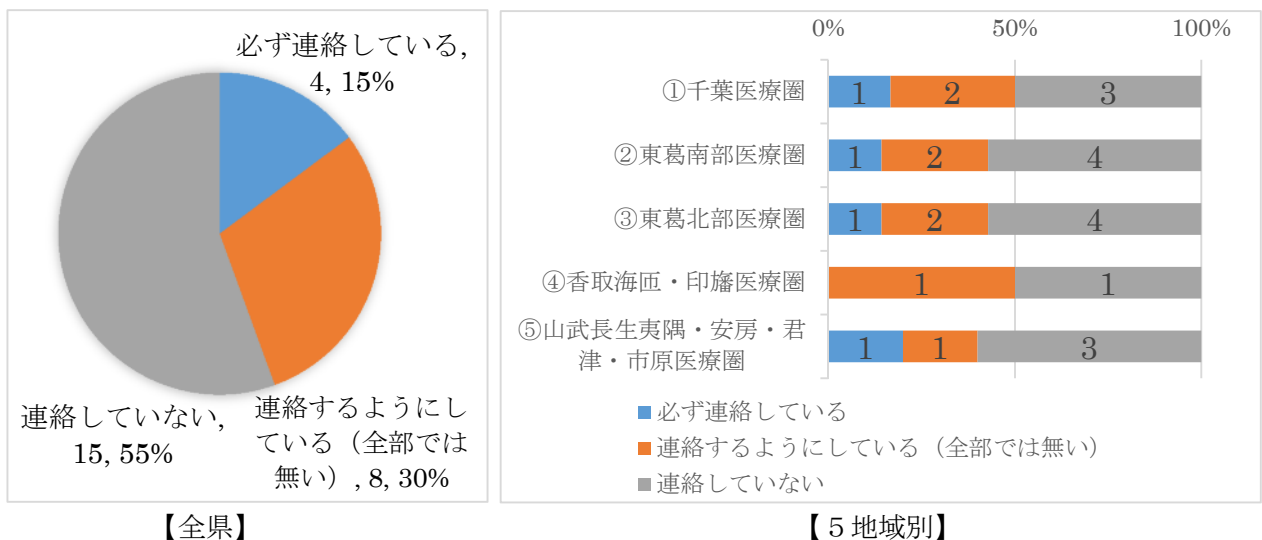
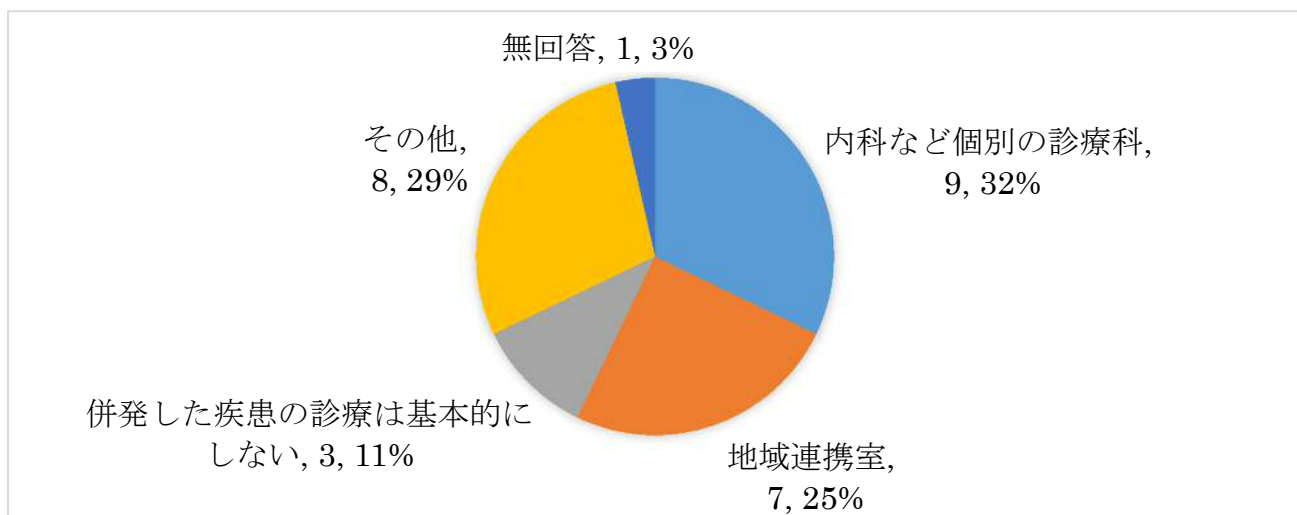


図 43 かかりつけ医への連絡の有無 (n=27)

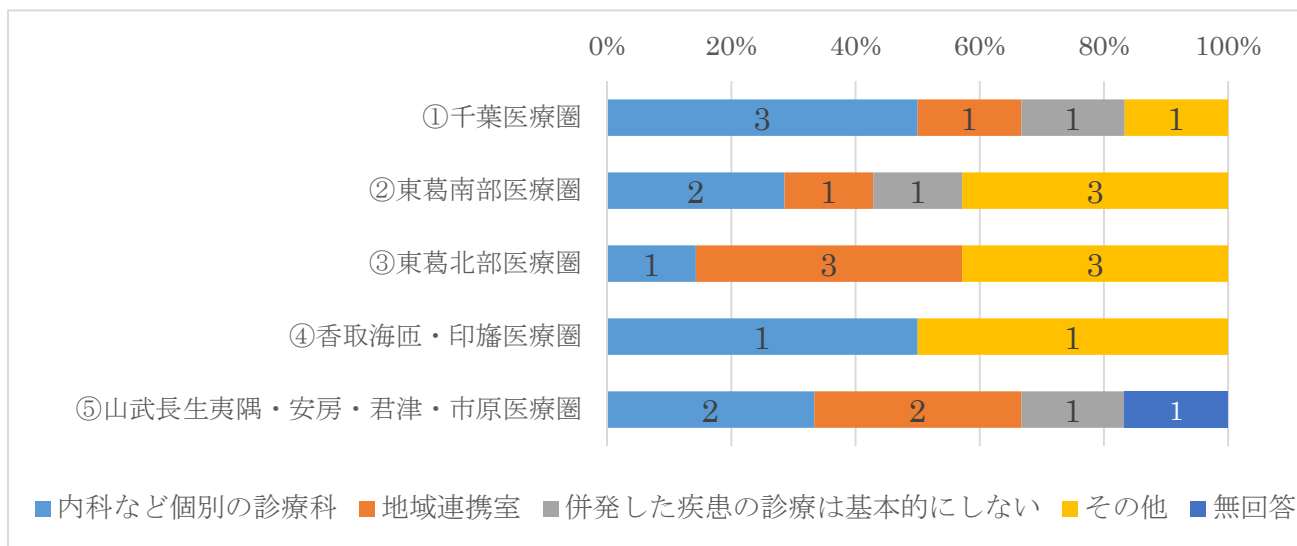
※前問で無回答の機関を除く

(7) 退院後再発以外の理由で入院する場合の窓口

患者が退院後に再発以外の理由で入院する場合、窓口をどこに設置しているか問うたところ、「内科など個別の診療科」が9病院（32.1%）と最も多く、次いで「地域連携室」が7病院（25.0%）、「併発した疾患の診療は基本的にしない」が3病院（10.7%）、「その他」が8病院（28.6%）であり、無回答が1病院（3.6%）であった。その他の具体的な回答では、医療ソーシャルワーカーが担当する、かかりつけ医や急性期病院に対応してもらおう等があがった。



【全県】



【5地域別】

図 44 退院後に入院する場合（再発除く）の窓口（n=28）

(8) 再発以外の理由での入院について困ったことはあるか

退院患者が再発以外の理由での再入院にする際に、何か困ったことがあるか問うたところ、7 病院 (25.0%) が困ったことがあると回答した。自由回答では、回復期・療養型の病院では、患者の状態により対応が難しいという意見が多く見られた。

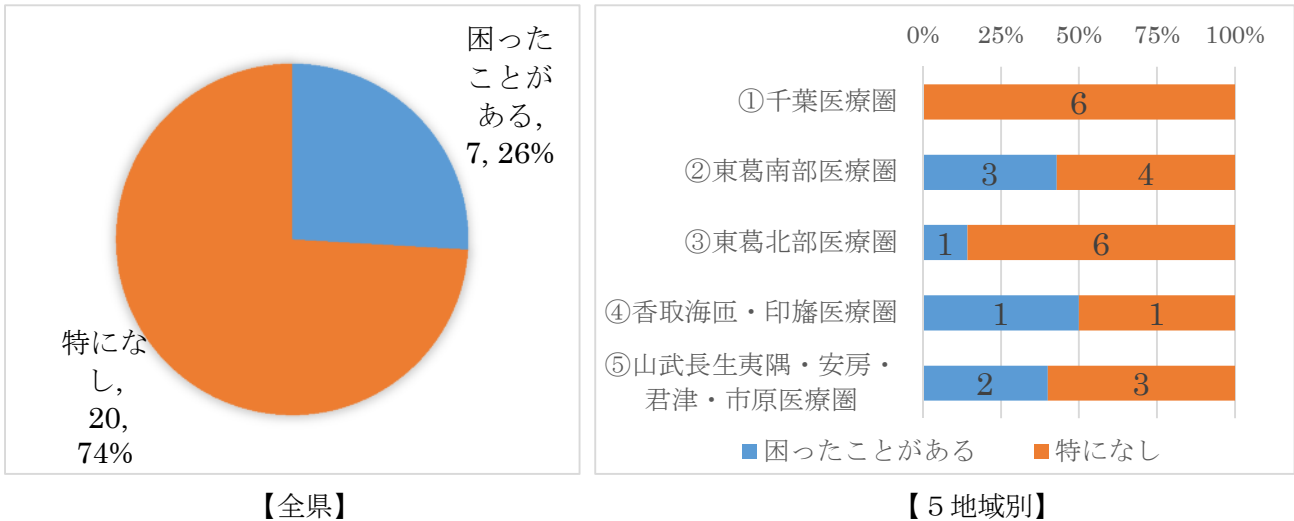


図 45 再発以外での入院について困ったことがあるか (n=28)

(困ったことについて具体的に)

- 療養系病棟は稼働率がほぼ 100%であり、至急の受入れが難しい。
- 肺炎などの合併症を起こした場合の対応に苦慮することがある。
- リコンディショニングな入院が必要な方の入院が回復期リハ病棟では認められにくいこと。
- 療養型病院のため患者の状態によっては対応できない場合がある。
- 脳卒中以外の疾患について、元々かかりつけ医があるにもかかわらず当院での診療を希望している場合、全てのケースではないが困ることもある。

(9) 退院支援でよかったこと・困ったこと

- 院内の各職種にて各々のシートが作成されているため、必要な情報を各職種に依頼することなく、一括で渡すことが可能であり、後からの情報提供依頼が少なくなった。
- 連携パスを知らない医師がおり、診療情報提供書を依頼される場合がある。
- 若年層の患者に関しては、転院先を見つけるのが困難であったり、または時間を要することが多い。

5) 連携かかりつけ医対象アンケート

(1) 回答数と地域構成

連携かかりつけ医対象アンケートの回答数は93医療機関で、全331施設の回答率は28.1%であった。医療圏別に回答数をみると、東葛南部が20施設と最も多く、東葛北部の16施設、千葉医療圏の13施設と続いた。

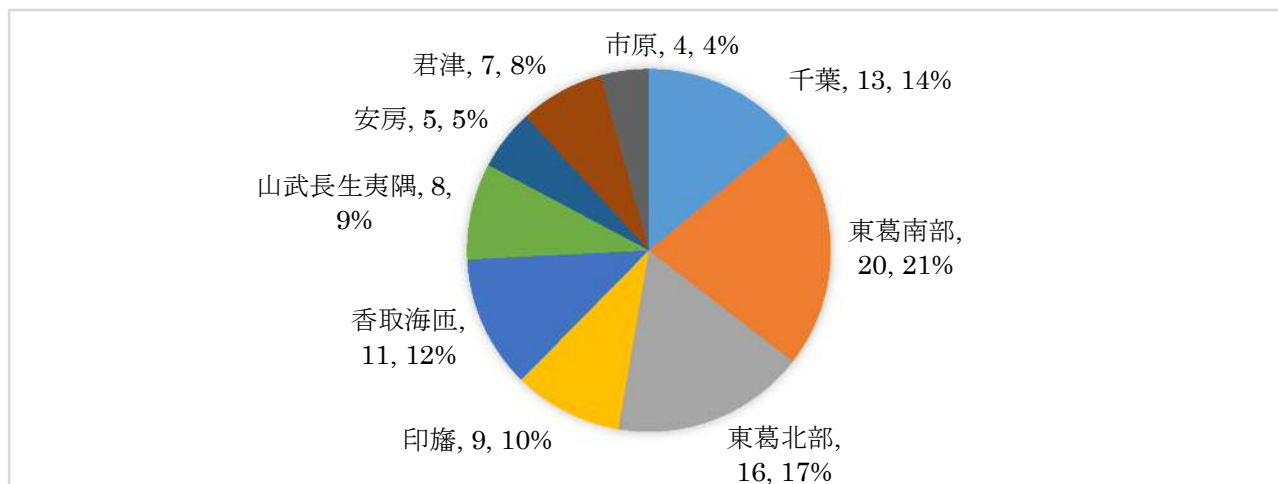
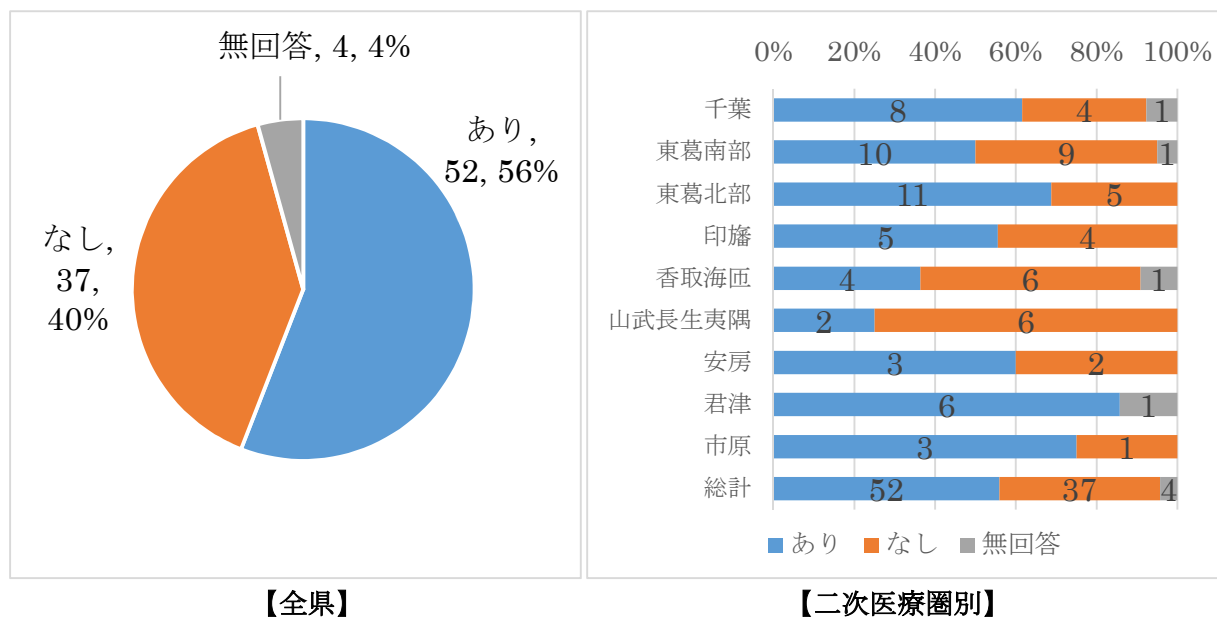


図 4647 連携かかりつけ医対象アンケート回答数 二次保健医療圏別 (n=93)

(2) 共用脳卒中パスの登録について

関東厚生局から千葉県共用脳卒中連携パスの登録に関する書面受け取りについて問うたところ、52施設(55.9%)が受け取ったと回答した。二次医療圏別にみると、君津医療圏では無回答の1施設を除き全ての施設が書面を受け取っていたが、香取海匝医療圏や山武長生夷隅医療圏では受け取っている施設が半数を下回っていた。



【全県】

【二次医療圏別】

図 4748 共用脳卒中パス登録に関する書面受け取りの有無 (n=93)

(3) 脳卒中連携パスを受け取った実績

これまで千葉県共用脳卒中連携パスを受け取ったことがあるか問うたところ、24 施設（25.8%）が受け取ったことがあると回答した。アンケートに回答した医療機関では、パスを受け取った経験がある医療機関は 4 件に 1 件という結果であった。また、「受け取ったことがある」と回答した医療機関に対し、これまでに受け取ったパスの件数の実績を問うたところ、合計で 44 件であり、1 施設あたりでは 1.83 件であった。

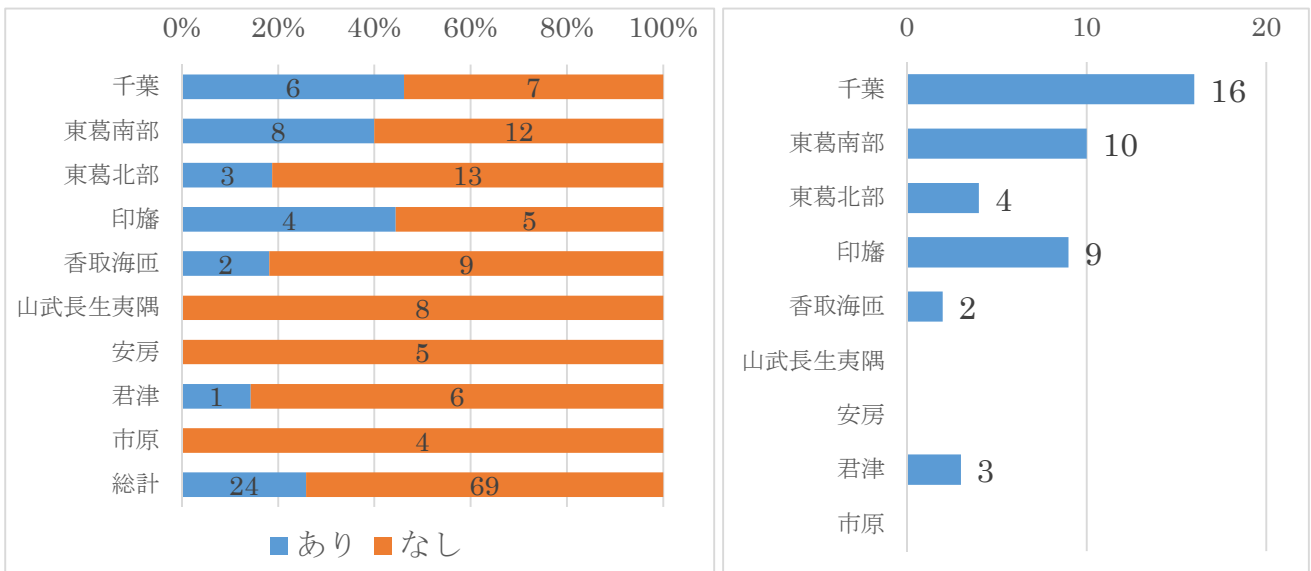


図 4849 脳卒中連携パスの受け取りの有無（左：n=93）と受け取ったパスの件数（右：n=44）

(4) 連携パスへの意見・感想

- 大変重要なことだと理解はしているが、現在までのところ 1 件も紹介は来ていない。
- このパス 1 枚を見ると状態の把握が可能と思われる。しかし、一般開業医の現場ではこれを隅々まで記入することは困難です。
- 唯一当初計画されていた連携パスの中でも、発展、普及している。今後かかりつけ医にもパスがもっと降りてほしい。
- 面倒な割に診療報酬が低い。

(5) かかりつけの患者の入退院について

a. 入院時の連絡について

かかりつけの患者が紹介状なしで脳卒中により入院した時、病院から連絡を受けたことがあるか問うたところ、40施設（43.0%）が「連絡を受けたことがある」と回答した。また、「受け取ったことがない」との回答は33施設であったことから、「該当患者なし」と「無回答」を除くと、54.8%の施設が連絡を受けたことがあることになる。ただし、常に連絡が入っているか問うているものではないため、頻度については不明である。

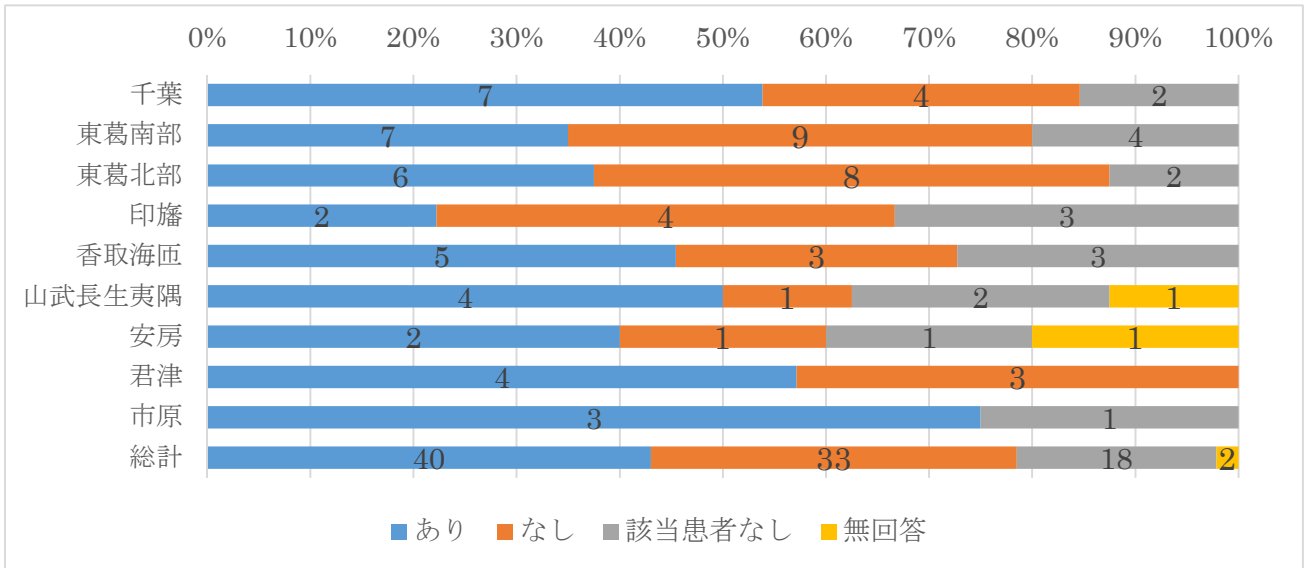


図 4951 紹介状のない患者が入院した際の病院からの連絡の有無 (n=93)

b. 退院時カンファレンスの連絡について

かかりつけの患者が入院した病院から、退院時カンファレンスの開催について連絡を受けたことがあるか問うたところ、8病院（8.6%）が連絡を受けたと回答した。「該当患者なし」「無回答」を除いても10.5%であり、退院時カンファレンスの連絡を受けたことがある施設はまだ少ないようである。

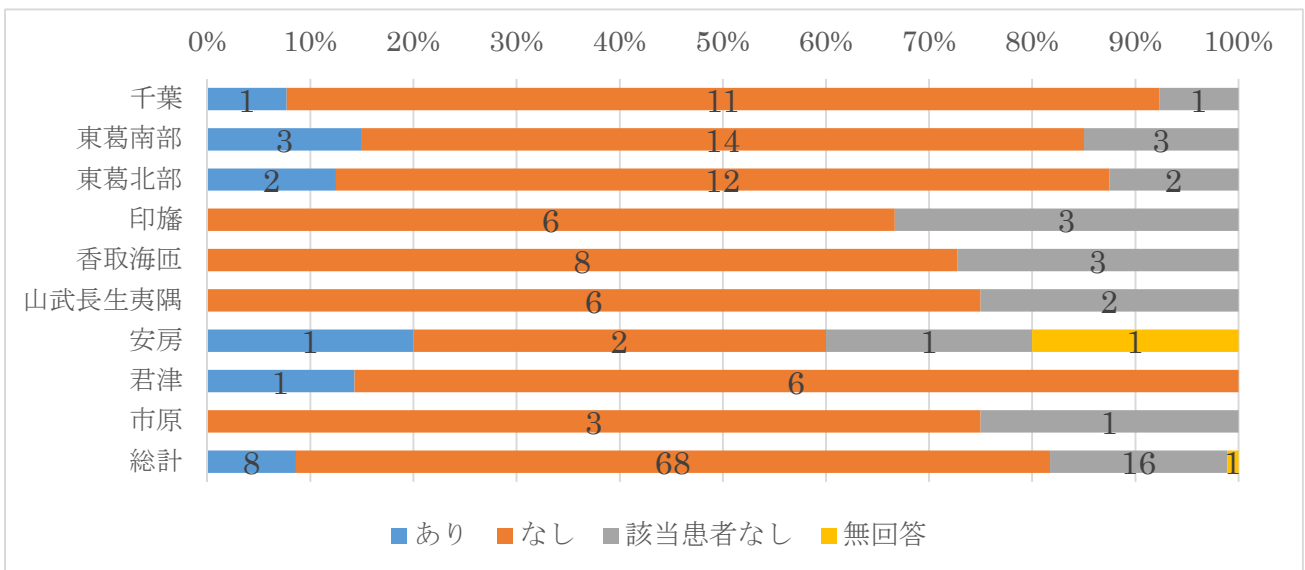


図 5052 退院時カンファレンスの開催連絡の有無 (n=93)

c. 退院時カンファレンスへの出席について

退院時カンファレンスに出席したことがあるか問うたところ、9 病院（9.7%）が「出席したことがある」と回答した。前問で「連絡を受けたことがある」施設は、カンファレンスにも出席したことがあると回答していた。

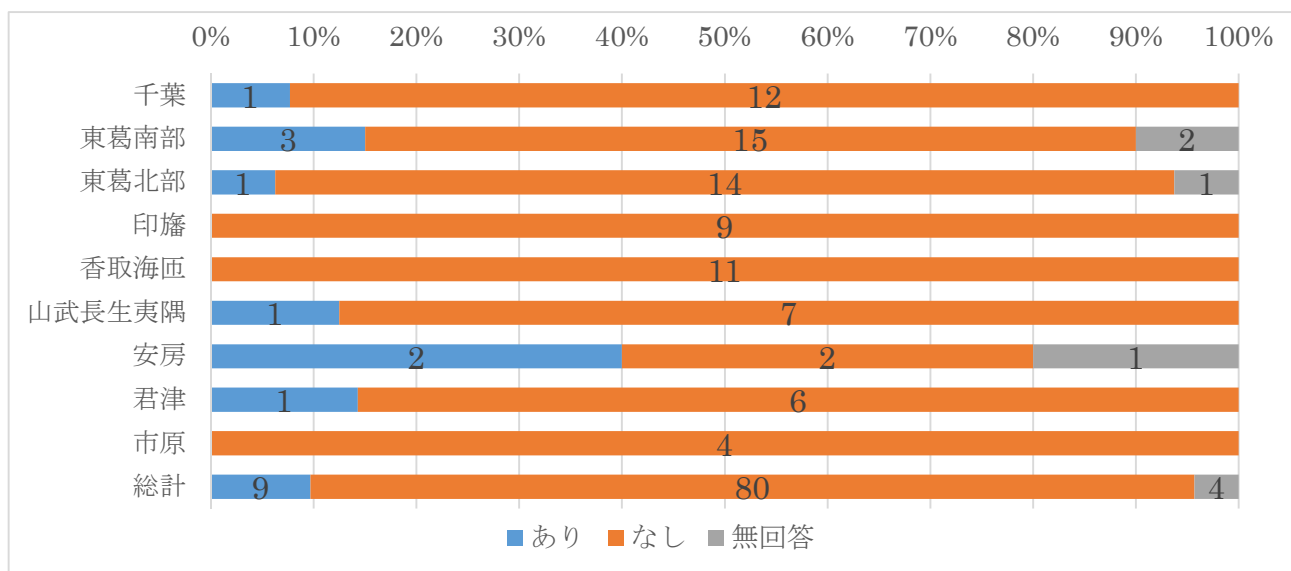


図 5153 退院時カンファレンス出席件数 (n=93)

d. 病院の脳卒中患者の退院調整への意見・感想

- 病院から直接在宅療養になる場合は退院前に連携パスを送ってほしい
- 回復期リハビリテーション病院がもっとパスを積極的に利用して、診療所に紹介してほしい
- 退院時カンファレンスへの常時出席は地域柄不可能です

e. 脳卒中患者の診療で困っていること

脳卒中患者を地域生活期で診療するに当たり、困っていることがあるか問うたところ、「ADLが低下時の相談先」が36件と最も多く、次いで「肺炎を起こした時の入院先」が33件、「嚥下障害についての相談先」が29件、「抗凝固薬・抗血小板剤の使い方・処置時の対応」が13件、「その他」が18件であった。その他の具体的な内容については、急変時の対応や、リハビリ施設の確保、支援者がいないケースなどが上がった。

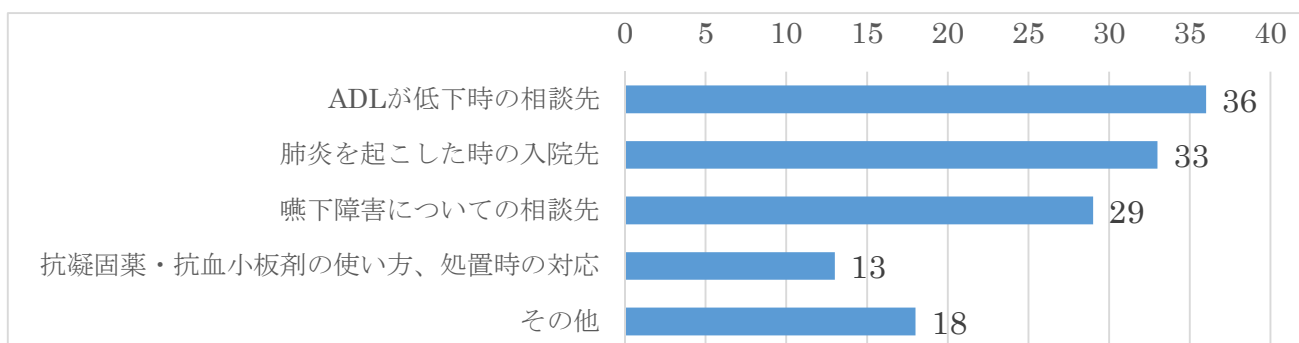


図 5254 脳卒中患者の地域生活期診療で困っていること (n=93)

(その他について具体的に)

- 急変時に近くの基幹病院で受け入れられないことがある。
- レスパイト時の収容先。
- 維持期のリハビリをきちんとしてくれるところが少なくその情報も医療サイドではわからない。
- 言語聴覚士の勤務するリハ施設が近隣にはほとんどないため、言語障害や嚥下障害のある方のリハに難渋する。
- 家族の助けが十分でない時に困る。
- 一人暮らしの場合、状態が悪化した時の救急システムが心配。

県内全域の結果のまとめ

今回の調査は、回答率などみて考えると十分な結果とは言い難い面があります。特に病院の入退院支援窓口については地域での再調査をお勧めいたします。

以下、全体としてのまとめを三つに分けて考察します。

1. 退院支援窓口について

- ① 病院に退院支援窓口は76%に設置されており、その内の68%が地域連携室であった。退院支援部門が関わっているのは全退院者の17.6%に留まっており、病棟からの直接退院が多い状況であった。退院支援対象の振り分けとしてはスクリーニングシートを用いている機関が32%、主治医からの指示は64%であり、退院支援における主治医の影響が大きいと推察された。

退院支援窓口の課題としては、人的な不足を上げている所が24%、次いで院内体制整備が行き届いていない、患者家族にも退院支援の理解不足が挙げられていた。受け手となる介護保険サービスの不足を上げている所もあり、地域ごと病院ごとの差異も大きい状態にあった。具体的には、平均在院日数の短縮という病院側の要因に加えて、独居、高齢者、認知症、それに加え経済的な理由も課題となっていた。

ケアマネからは在宅の情報を入院時に提供する窓口がわかりにくく、提供方法が病院ごとに様々になっているという指摘があり、入退院窓口の明確化と公表と思われる。

- ② ケアマネが使用している入院時の情報提供書は一定の書式を使用していることが多いが、県地域生活連携シート（以下「連携シート」）が68%使用されていた。今後、連携シートの普及とともに、内容を評価し再検討する必要がある。また、病院側もケアマネ側も、お互いの情報がどのように活用されているのかわからないという意見も多い。実際的にはケアマネからの連携シートの提供は病院のアセスメントに役立っており、転院や自宅退院する際、連携が図りやすい等の意見が出ている。また、医療機関から退院時に連携シートを使用する例も10%となった。連携シートは医療機関と介護側が実質的な話をする機会が少ない所で効率よく連携するための共通の情報ツールとして期待されていると考えられる。

2. 退院支援内容について

- ① 病院側から見ると入院した方の「かかりつけ医」や「ケアマネ」の確認を8割以上は行っており、そのうちの9割は何らかの連絡を行っているが、逆に3割近

くは連絡漏れになっていることになる。また、ケアマネ側からは、32%の退院時引き継ぎの連絡がなく（連絡漏れ）となっているおり、入院時にかかりつけ医やケアマネに連絡しないことが、退院時の連絡漏れにつながる可能性がある。

- ② 入院中の方で、在宅での支援が必要だが介護保険未申請の方がいる。その場合、病院からの申請をするのは8割程度となっている。認定が要支援の場合は地域包括支援センター、要介護ではケアマネへの紹介が妥当となるが、事前に相談している率はそれぞれ5割、4割となっている。要支援となる方の連絡漏れが多く、介護度が付いていないため相談場所が一定していないことは連絡漏れの要因の一つと考えられる。
- ③ 病院退院時の支援内容として6割から7割の病院が退院カンファレンス・医療処置・薬剤指導・栄養指導・リハビリに関する指導を行っているが、退院前家屋調査は4割にとどまっている。退院支援の取り組み機関を増やし、内容を補充する必要がある。

3. 脳卒中連携について

退院患者の約16%が脳卒中患者であった。

- ① 千葉県共用地域医療連携パス（以下「共用パス」）の良い点は、退院支援にかかる時間が短縮する、多職種から情報提供できる、転院がスムーズにでき、その後も把握できる、パスを使用することで、病院ごとの機能が患者・家族にわかりやすいなど。悪い点は送付書類が多いことが挙げられた。また、パスがあっても退院支援は変わらないという意見が半数近くあり、パスの有無と退院支援とは同意義ではないことが考えられる。パスはあくまでも情報の共有ツールである。
- ② かかりつけ医の確認は、急性期では75%、回復期では96%。しかし、必ず連絡を入れているのは急性期で28%、回復期で15%に留まっている。登録かかりつけ医は脳卒中で入院した場合、37%は連絡を受けているが、パスを受け取っている率はそれよりも低い。急性期・回復期がかかりつけ医に連絡を入れない理由の精査が必要である。
- ③ 退院後の脳卒中以外の併発疾患再入院について、内科等の個別診療科で対応している場合は困ることは少ないが、脳卒中専門科で診ている施設、併発疾患で対応していない場合もある。一方、かかりつけ医の意見からも、在宅療養時の後方支援についての不安もあり、病診連携、医療機関内外の後方支援についての在り

方について検討が必要である。

4. 最後に

千葉県は地域差が大きく、問題点は地域ごとに検討する必要があります。また、病院やケアマネ側も意識が高く、既に連携がうまく行っている所もあれば、まったく興味がない機関も散見されます。この報告を地域で検討していただき、必要な再調査や問題点の検討などにご利用いただければと思います。

自由意見より象徴的な一文を抜粋します。

「病気をきっかけに患者・家族の心の準備の時間と病院の退院までスピードが合致しないこと多く、スムーズにいかないことが多い。地域で支える関係者との退院支援のスピードも異なる。これからのことを一緒に考えてくれるとうれしい。」

在宅は生活が軸となっており、ゆっくりとしたペースで進みますが、病気や怪我が起こった段階で急激な変化が起こり、その変化が落ち着いた段階で在宅生活に戻っていきます。医療側から介護モデルへの転換が必要となります。今回、医療も介護もお互いが一生懸命やっても、高い垣根が存在していることが調査で見えてきました。

多数の機関、多職種、たくさんの方が関わっていて、色々なシステム、考え方があります。そういった現状を認識し、垣根を越えての連携、お互いが話し合える関係づくりが必要でありそのことそのものが、患者さんに寄り添った医療・介護に繋がっていくのだと思います。各地域での医療介護連携が進むことを祈念したいと思います。

再度になりますが、調査にご協力いただいた医療機関・ケアマネジャーの方々に厚く御礼を申し上げます。

(文責：千葉県医師会 松岡かおり)

2. 地域別の結果（病院退院支援部門，計画管理病院，登録回復期病院，連携かかりつけ医）

1) 千葉医療圏

(1) 病院退院支援部門

(1) 回答数：17施設

(2) 退院時支援部門は設置されているか

・ 13施設／17施設（76.5%）

(3) 退院時支援部門が設置されている場合、どこに設置されているか

・ 地域医療連携室 11施設（84.6%）

・ 各病棟 1施設（7.7%）

・ その他 1施設（7.7%）

(4) かかりつけ医の有無を確認しているか

・ している 6施設（35.3%）

・ 一部している 5施設（29.4%）

・ していない 1施設（5.9%）

(5) ケアマネジャーの有無を確認しているか

・ している 8施設（47.1%）

・ 一部している 3施設（17.6%）

・ していない 1施設（5.9%）

(6) かかりつけ医・ケアマネジャーがいる場合連絡しているか

・ している 4施設（36.4%）

・ 一部している 6施設（54.5%）

・ していない 1施設（9.1%）

(7) 患者入院時ケアマネジャーが、入院時情報提供書を持参する際の持参先・送り先

・ 退院支援部門 7施設（41.2%）

・ 各入院病棟 2施設（11.8%）

・ ない・検討中 2施設（11.8%）

・ その他 1施設（5.9%）

(8) ケアマネジャーから入院情報提供書をもらった枚数

・ 総枚数 6枚

・ 県連携シートの枚数 30枚

(9) 退院時の地域連携について 過去3か月（8・9・10月）の実績

・ 生存退院患者数 3362

・ 退院支援部門の退院調整数 4218

(10) 退院支援対象の振り分け（複数回答可）

スクリーニングシートの使用 3施設（17.6%）

退院支援計画書の作成 5施設（29.4%）

主治医からの連絡 11施設（64.7%）

(1 1) 退院支援が必要な方で介護保険未申請だった場合 (複数回答可)

地域包括支援センター・市町村担当課への相談	7施設 (41.1%)
介護保険申請をしてもらう	12施設 (70.6%)
ケアマネに相談	5施設 (29.4%)
その他	4施設 (23.5%)

(1 2) 退院時実施している事項について (複数回答可)

退院時カンファレンス	10施設 (58.9%)
退院前家屋調査	4施設 (23.5%)
医療行為の指導	8施設 (47.1%)
薬剤指導	7施設 (41.1%)
栄養指導	8施設 (47.1%)
日常機能動作などリハビリに関する指導	9施設 (52.9%)
その他の退院時指導	3施設 (17.7%)
・在宅で生活ができるが施設での生活が本人家族と話し合い	
・病棟師長からの依頼	
・生活環境調整(住まい、お金、居場所、日中の過ごし方など)	

(1 3) 退院時に千葉県地域生活連携シートを使用しているか

- ・使用している 3施設 (17.6%)

(1 4) 退院後の支援・相談窓口はあるか

- ・あり 10施設 (58.9%)

(1 5) 退院支援において、課題とされていることについて (複数回答可)

- ・退院支援を担当とする者の人手不足 4施設 (23.5%)
- ・院内の体制が整っていない 2施設 (11.8%)
- ・患者・家族の退院支援への理解不足 1施設 (5.9%)
- ・連携できる地域の社会資源 (介護保険サービスなど) が少ない 4施設 (23.5%)
- ・連携先の窓口が分からない 1施設 (5.9%)
- ・その他 2施設 (自由回答) (11.8%)
- ・ケアマネジャーの医療や制度に対する理解不足。
- ・本人主体の退院支援を行うこと。倫理的なジレンマなど葛藤する対人援助職のメンタルヘルス支援。

(2) 計画管理病院

(1) 回収率： 100% (5/5施設)

(2) 脳卒中パスを利用できないケースについて (自由回答) (抜粋)

- ・死亡や重症により期日内で退院できない場合
- ・認知症症状が重症な患者の場合
- ・診療計画書の説明と同意が得られない場合
- ・来院時の病態が悪く脳卒中連携パス利用の説明を実施しない場合

- ・説明する家族がない場合
- ・療養病棟へ転院する場合
- ・他科入院中に発症し利用説明を実施していない場合

(3) パスを利用する患者と利用しない患者で退院支援にどのような違いがあるか

- ・違いがある 2施設 (40.0%)
- ・特になし 3施設 (60.0%)

〈自由回答〉

- ・パスは型にはまるので楽だ
- ・介護サービス利用につなげる場合、退院前のカンファレンスなどが多少異なる

(4) 入院した脳卒中患者の主治医 (かかりつけ医) を確認し、連絡しているか

- ・確認している 4施設 (80.0%)
 - ・確認していない 1施設 (20.0%)
- ・必ず連絡している 2施設 (40.0%)
 - ・患者家族の希望による 1施設 (20.0%)
 - ・連絡するようにしている (全てではない) 1施設 (20.0%)

(5) 退院後の脳卒中患者さんが再発以外の理由 (肺炎など) で入院する場合窓口は決まっているか

- ・内科などの個別診療科 2施設 (40.0%)
- ・脳卒中の診療科 1施設 (20.0%)
- ・決まっていない 2施設 (40.0%)

(6) 再発以外の理由での入院について困ったことはあるか

- ・困ったことがある 2施設 (40.0%)
- ・特になし 3施設 (60.0%)

〈自由回答〉

- ・ベッドの確保が困難
- ・担当科が決まらず受け入れに時間がかかったり、断る場合がある

(7) 質問「脳卒中患者さんの退院支援に関して良かったこと・困ったことなどあればお聞かせ下さい。

(地域連携シートが役立った、退院時にかかりつけ医が見つからない、転院先が見つからない等)」

自由記載回答一覧

- ・計画書があると、患者・家族が治療の流れを理解しやすく、退院支援がスムーズにすすむ。
- ・居住地域の回復期病院を選択・転院交渉する上でスムーズ。

(3) 登録回復期病院

(1) 回収率： 100.0% (6/6施設)

(2) どの脳卒中地域連携に参加しているか

- ・退院時指導料Ⅰ算定 4施設 (66.7%)
- ・退院時指導料Ⅱ算定 2施設 (33.3%)

(3) 脳卒中パスを利用できないケースについて (自由回答)

- ・計画管理病院からパス利用なしで転院してきた場合

- ・合併症の再燃などで、急性期病院へ転院した場合
- (4) パスを利用する患者と利用しない患者で退院支援にどのような違いがあるか
 - ・特になし 5施設 (83.3%)
 - ・無回答 1施設 (16.7%)
- (5) 入院した脳卒中患者の主治医 (かかりつけ医) を確認し、連絡しているか
 - ┌ ・確認している 6施設 (100%)
 - ├ ・必ず連絡している 1施設 (16.7%)
 - ├ ・連絡するようにしている (全てではない) 2施設 (33.3%)
 - └ ・連絡していない 3施設 (50.0%)
- (6) 退院後の脳卒中患者さんが再発以外の理由 (肺炎など) で入院する場合窓口は決まっているか
 - ・内科などの個別診療科 3施設 (50.0%)
 - ・地域連携室 1施設 (16.7%)
 - ・併発した疾患の診療は基本的にしない 1施設 (16.7%)
 - ・その他 1施設 (16.7%)
- (7) 再発以外の理由での入院について困ったことはあるか
 - ・特になし 6施設 (100%)
- (8) 質問「脳卒中患者さんの退院支援に関して良かったこと・困ったことなどあればお聞かせ下さい。
(地域連携シートが役立った、退院時にかかりつけ医が見つからない、転院先が見つからない等)」
自由記載回答一覧
 - ・若年者で自宅復帰できない場合の療養型転院がなかなか見つからないことがある。
 - ・地域連携シートで、元の生活状況がわかるのが役に立っている。
 - ・高次機能障害の方の在宅、施設等転院が困難。介護保険が軽く出ることがあり介護サービスがほとんど利用できない。
 - ・疾患の状態を診てほしいと紹介元の急性期病院への受診希望により、すぐにかかりつけ医へ紹介できない場合がある。

(4) 連携かかりつけ医

- (1) 回答数：13施設
- (2) 関東厚生局から共用脳卒中パスについての登録に関する書面を受け取っているか
 - ・8施設 (61.5%)
- (3) これまでに脳卒中連携パスを受け取った実績があるか
 - ・6施設 (46.2%) 合計16件
- (4) かかりつけの患者が紹介状なしで脳卒中で入院し病院から連絡を受けたことがあるか
 - ・あり 7施設 (53.8%)
 - ・なし 4施設 (30.8%)
 - ・該当患者なし 2施設 (15.4%)
- (5) 退院時カンファレンスの開催について連絡を受けたことがあるか
 - ・ある 1施設 (7.7%)

(6) 退院時カンファレンスに出席したことはあるか

- ・ある 1施設 (7.7%)

2) 東葛南部医療圏

(1) 病院退院支援部門

(1) 回答数：26施設

(2) 退院時支援部門は設置されているか

- ・21施設 / 26施設 (80.7%)

(3) 退院時支援部門が設置されている場合、どこに設置されているか

- ・地域医療連携室 12施設 (57.1%)
- ・各病棟 2施設 (9.5%)
- ・その他 4施設 (19.0%)
- ・無回答 3施設 (14.3%)

(4) かかりつけ医の有無を確認しているか

- ・している 18施設 (69.2%)
- ・一部している 4施設 (15.4%)
- ・していない 0施設 (0.0%)

(5) ケアマネジャーの有無を確認しているか

- ・している 16施設 (61.5%)
- ・一部している 6施設 (23.1%)
- ・していない 1施設 (3.8%)

(6) かかりつけ医・ケアマネジャーがいる場合連絡しているか

- ・している 7施設 (26.9%)
- ・一部している 13施設 (50.0%)
- ・していない 1施設 (3.8%)

(7) 患者入院時ケアマネジャーが、入院時情報提供書を持参する際の持参先・送り先

- ・退院支援部門 14施設 (53.8%)
- ・各入院病棟 6施設 (23.1%)
- ・ない・検討中 1施設 (3.8%)

(8) ケアマネジャーから入院情報提供書をもらった枚数

- ・総枚数 184枚
- ・県連携シートの枚数 136枚

(9) 退院時の地域連携について 過去3か月 (8・9・10月) の実績

- ・生存退院患者数 10721
- ・退院支援部門の退院調整数 1158

(10) 退院支援対象の振り分け（複数回答可）

スクリーニングシートの使用	10施設（38.5%）
退院支援計画書の作成	12施設（46.2%）
主治医からの連絡	19施設（73.1%）

(11) 退院支援が必要な方で介護保険未申請だった場合（複数回答可）

地域包括支援センター・市町村担当課への相談	14施設（53.8%）
介護保険申請をしてもらう	22施設（84.6%）
ケアマネに相談	12施設（46.2%）
その他	2施設（7.7%）

(12) 退院時実施している事項について（複数回答可）

退院時カンファレンス	16施設（61.5%）
退院前家屋調査	10施設（38.5%）
医療行為の指導	17施設（65.4%）
薬剤指導	17施設（65.4%）
栄養指導	17施設（65.4%）
日常機能動作などリハビリに関する指導	16施設（61.5%）
その他の退院時指導	3施設（11.5%）

- ・上記全ての患者様に実施している訳ではなく必要なもののみ実施
- ・医療機器、福祉用具の選定、購入、使用習得支援
- ・外泊による退院時生活のシミュレーション・フィードバック
- ・ご家族の負担軽減を目的としたサービス利用の必要性について
- ・継続すべき口腔ケア指導

(13) 退院時に千葉県地域生活連携シートを使用しているか

- ・いる 1施設（3.8%）

(14) 退院後の支援・相談窓口はあるか

- ・あり 16施設（61.5%）

(15) 退院支援において、課題と思われることについて（複数回答可）

- ・退院支援を担当とする者の人手不足 8施設（30.8%）
- ・院内の体制が整っていない 2施設（7.7%）
- ・患者・家族の退院支援への理解不足 6施設（23.1%）
- ・連携できる地域の社会資源（介護保険サービスなど）が少ない 4施設（15.4%）
- ・その他 3施設（自由回答）（11.5%）

- ・1日でも長い入院を希望される高齢者世帯及びその家族へ在宅療養への移行がすすめられるように家族患者への理解の手助けになれる手段があればいいと思う。社会全体で考えていく必要がある。
- ・要支援の在宅困難者（生活保護ほか経済的困難）の療養に見合うサービス
- ・身寄りのない一人暮らし、高齢者世帯の療養先の確保

(2) 計画管理病院

(1) 回収率： 88.8% (8/9施設)

(2) 脳卒中パスを利用できないケースについて (自由回答) (抜粋)

- ・患者が県外の回復期リハを希望される場合
- ・社会的理由で退院後も帰る見込みがない場合
- ・施設または、自宅退院の場合
- ・入院を必要としない軽症の場合
- ・リハビリにはのらない重症の場合
- ・容体が悪く回復が見込めない場合
- ・治療に時間がかかり回復期リハビリテーションの算定を過ぎている場合
- ・パス対象外の病院 (連携の登録を行っていない) に転院する場合
- ・脳卒中で入院後、他の疾患を合併し、その治療のため他科へ転科となった場合、または元々治療中の疾患があった場合

(3) パスを利用する患者と利用しない患者で退院支援にどのような違いがあるか

- ・違いがある 4施設 (50.0%)
- ・特になし 4施設 (50.0%)

〈自由回答〉

- ・調整するコーディネーター役が異なる
- ・転院、施設入所の際改めて書類作成が生じる
- ・パスを使用した方が退院支援に関わる時間が短縮される
- ・患者の家族が退院について理解しているため、早い時期から関わることが多い
- ・転院調整の時間に変わりがないが、送付書類が多い

(4) 入院した脳卒中患者の主治医 (かかりつけ医) を確認し、連絡しているか

- ・確認している 7施設 (87.5%)
- ・確認していない 1施設 (12.5%)
- ・必ず連絡している 2施設 (28.6%)
- ・連絡するようにしている (全てではない) 5施設 (71.4%)

(5) 退院後の脳卒中患者さんが再発以外の理由 (肺炎など) で入院する場合窓口は決まっているか

- ・内科などの個別診療科 6施設 (75.0%)
- ・脳卒中の診療科 1施設 (12.5%)
- ・その他 1施設 (MSW もしくは退院調整看護師) (12.5%)

(6) 再発以外の理由での入院について困ったことはあるか

- ・特になし 7施設 (87.5%)
- ・無回答 1施設 (12.5%)

(7) 質問「脳卒中患者さんの退院支援に関して良かったこと・困ったことなどあればお聞かせ下さい。
(地域連携シートが役立った、退院時にかかりつけ医が見つからない、転院先が見つからない等)」

自由記載回答一覧

- ・キーパーソン不在であったり、経済的困窮者はなかなか転送先が見つからないことがある。

- ・ご家族が比較的安心されるため、退院がスムーズになる。
- ・退院後の状態に関しての情報が得られたときに、ほっとする事がある。
- ・パスを利用することで書類作成の時間の短縮へつながり助かっている。
- ・共通のシートがあるため情報の共有がしやすい。
- ・脳卒中に特化したシートのため、それ以外の疾患の把握がしづらい。
- ・入院時にケアマネジャーから地域連携シートの提供があり、アセスメントに役立った。
- ・重症患者や家族背景が複雑な場合は、転院先が見つかりにくい。
- ・パス転院に期待したが普通の転院と変わらない。
- ・書類が煩雑になった。
- ・多職種が関わり連携が取れる。
- ・直接自宅退院となるケース等では、入院時に介護保険のケアマネジャーからの連絡シートによる情報提供は、退院支援に際してたいへん参考になっている。
- ・独居でキーパーソンとなる身内がない場合や遠方のため、転院の手続きが滞った。
- ・生活保護を申請しなければいけない生活環境で、取得まで転院ができず在院日数が長期化した。
- ・重症のため元々いた施設が引き取りを拒否。
- ・受け入れ先は決まっているが混んでいる等の理由により期限ぎりぎりになってしまうケースがある。
- ・後遺症が重く残っている患者(O2,気管切開等)、認知症状が強く出ている患者の受け入れ先を探す事に苦戦してしまうケースがある。

(3) 登録回復期病院

(1) 回収率： 70.0% (7/10施設)

(2) どの脳卒中地域連携に参加しているか

- ・退院時指導料I算定 7施設 (100.0%)

(3) 脳卒中パスを利用できないケースについて (自由回答)

- ・計画管理病院以外の病院から転院の場合
- ・急性期病院でパスを利用していない場合
- ・転院時にパスで転院依頼がない場合

(4) パスを利用する患者と利用しない患者で退院支援にどのような違いがあるか

- ・違いがある 1施設 (14.3%)
- ・特になし 6施設 (85.7%)

〈自由回答〉

- ・パスの場合の方がケアマネジャーに多くの情報が集まる

- (5) 入院した脳卒中患者の主治医（かかりつけ医）を確認し、連絡しているか
- 〔・確認している 7施設（100.0%）
 - 〔・必ず連絡している 1施設（14.3%）
 - 〔・連絡するようにしている（全てではない） 2施設（28.6%）
 - 〔・連絡していない 4施設（57.1%）
- (6) 退院後の脳卒中患者さんが再発以外の理由（肺炎など）で入院する場合窓口は決まっているか
- ・内科などの個別診療科 2施設（28.6%）
 - ・地域連携室 1施設（14.3%）
 - ・併発した疾患の診療は基本的にしない 1施設（14.3%）
 - ・その他 3施設（担当MSW）（42.9%）
- (7) 再発以外の理由での入院について困ったことはあるか
- ・困ったことがある 3施設（42.9%）
 - ・特になし 4施設（57.1%）
- 〈自由回答〉
- ・療養型病院のため患者の状態によっては対応できない場合がある
 - ・脳卒中以外の疾患についてかかりつけ医ではなく当院での診療を希望する場合
 - ・リコンディショニングな入院が必要な方は回復期リハ病棟で認められにくいこと
- (8) 質問「脳卒中患者さんの退院支援に関して良かったこと・困ったことなどあればお聞かせ下さい。（地域連携シートが役立った、退院時にかかりつけ医が見つからない、転院先が見つからない等）」

自由記載回答一覧

- ・経済的に困窮している患者の転院先、入所先が見つからない。
- ・代用できる薬がなく施設入所ができない。
- ・連携パスを知らない医師がおり診療情報提供書を依頼される場合がある。
- ・退院時かかりつけ医宛のパスを渡すが、『当院はパスに入っていない』との理由で、受診を拒否されたことがある。
- ・退院後、元気な姿を見せに来てくれる。
- ・地域生活連携シートは役に立っている。
- ・計画管理病院からいただいた脳卒中連携パスシートを活かせていない。
- ・当院の場合は紹介元が広範囲のため、地域につなげていく際に、介護福祉の継続、医療の継続に関して、関係の積み重ねが難しい傾向にある。そのような状況の中で、かかりつけ医の登録が始まったことにより、地域のかかりつけ医を探しやすくなった。

(4) 連携かかりつけ医

- (1) 回答数：20施設
- (2) 関東厚生局から共用脳卒中パスについての登録に関する書面を受け取っているか
- ・10施設（50.0%）
- (3) これまでに脳卒中連携パスを受け取った実績があるか
- ・8施設（40.0%） 合計10件

- (4) かかりつけの患者が紹介状なしで脳卒中で入院し病院から連絡を受けたことがあるか
- ・あり 7施設 (35.0%)
 - ・なし 9施設 (45.0%)
 - ・該当患者なし 4施設 (20.0%)
- (5) 退院時カンファレンスの開催について連絡を受けたことがあるか
- ・ある 3施設 (15.0%)
- (6) 退院時カンファレンスに出席したことはあるか
- ・ある 3施設 (15.0%)

3) 東葛北部医療圏

(1) 病院退院支援部門

- (1) 回答数：15施設
- (2) 退院時支援部門は設置されているか
- ・13施設 / 15施設 (86.6%)
- (3) 退院時支援部門が設置されている場合、どこに設置されているか
- ・地域医療連携室 10施設 (66.7%)
 - ・各病棟 2施設 (13.3%)
 - ・部署は無いが人を配置している 1施設 (6.7%)
- (4) かかりつけ医の有無を確認しているか
- ・している 7施設 (46.7%)
 - ・一部している 6施設 (40.0%)
 - ・していない 1施設 (6.7%)
- (5) ケアマネジャーの有無を確認しているか
- ・している 7施設 (46.7%)
 - ・一部している 6施設 (40.0%)
 - ・していない 1施設 (6.7%)
- (6) かかりつけ医・ケアマネジャーがいる場合連絡しているか
- ・している 4施設 (26.7%)
 - ・一部している 8施設 (53.3%)
 - ・していない 2施設 (13.3%)
- (7) 患者入院時ケアマネジャーが、入院時情報提供書を持参する際の持参先・送り先
- ・退院支援部門 9施設 (60.0%)
 - ・各入院病棟 2施設 (13.3%)
 - ・ない・検討中 1施設 (6.7%)
 - ・その他 2施設 (13.3%)
- (8) ケアマネジャーから入院情報提供書をもらった枚数
- ・総枚数 98枚
 - ・県連携シートの枚数 42枚

(9) 退院時の地域連携について 過去3か月(8・9・10月)の実績

・生存退院患者数	3130
・退院支援部門の退院調整数	1014

(10) 退院支援対象の振り分け(複数回答可)

スクリーニングシートの使用	5施設(33.3%)
退院支援計画書の作成	10施設(66.6%)
主治医からの連絡	10施設(66.6%)

(11) 退院支援が必要な方で介護保険未申請だった場合(複数回答可)

地域包括支援センター・市町村担当課への相談	10施設(66.6%)
介護保険申請をしてもらう	11施設(73.3%)
ケアマネに相談	6施設(40.0%)
その他	5施設(33.3%)

(12) 退院時実施している事項について(複数回答可)

退院時カンファレンス	12施設(80.0%)
退院前家屋調査	8施設(53.3%)
医療行為の指導	10施設(66.6%)
薬剤指導	12施設(80.0%)
栄養指導	11施設(73.3%)
日常機能動作などリハビリに関する指導	11施設(73.3%)
その他の退院時指導	4施設(26.7%)
・授乳指導・沐浴指導・産後の体調管理・ベビーケアについて	
・介護・介助指導、退院後生活のプラン等の指導	
・精神科病院であるのでリハビリに関する指導はしていない	
・上記は必要時のみ行っている(すべての患者に行っているわけではない)	

(13) 退院時に千葉県地域生活連携シートを使用しているか

・いる	2施設(13.3%)
-----	------------

(14) 退院後の支援・相談窓口はあるか

・あり	13施設(86.7%)
-----	-------------

(15) 退院支援において、課題と思われることについて(複数回答可)

・院内の体制が整っていない	4施設(26.7%)
・患者・家族の退院支援への理解不足	4施設(26.7%)
・退院支援を担当とする者の人手不足	4施設(26.7%)
・連携できる地域の社会資源(介護保険サービスなど)が少ない	1施設(6.7%)
・連携先の窓口が分からない	1施設(6.7%)
・その他	5施設(自由回答)(33.3%)
・参加がメインの病院で、介護支援を必要とする例がない	
・ケアマネ担当によって、意識の差が大きい。	

- ・職員に置き換えて考えると、地域生活期へつなぐという理解は依然不十分に思われます。
- ・特別養護老人ホームへの入所には時間がかかる

(2) 計画管理病院

- (1) 回収率： 100% (3/3施設)
- (2) 脳卒中パスを利用できないケースについて (自由回答)
 - ・同意書に記載漏れがある場合
 - ・軽快退院の場合
 - ・回復期以外の目的 (療養等) で転院する場合
- (3) パスを利用する患者と利用しない患者で退院支援にどのような違いがあるか
 - ・特になし 3施設 (100%)
- (4) 入院した脳卒中患者の主治医 (かかりつけ医) を確認し、連絡しているか

┌	・確認している	2施設 (66.7%)
	・確認していない	1施設 (33.3%)

 - ・連絡するようにしている (全てではない) 2施設 (100.0%)
- (5) 退院後の脳卒中患者さんが再発以外の理由 (肺炎など) で入院する場合窓口は決まっているか
 - ・内科などの個別診療科 1施設 (33.3%)
 - ・地域連携室 1施設 (33.3%)
 - ・その他 1施設 (ケースによる) (33.3%)
- (6) 再発以外の理由での入院について困ったことはあるか
 - ・特になし 3施設 (100.0%)
- (7) 質問「脳卒中患者さんの退院支援に関して良かったこと・困ったことなどあればお聞かせ下さい。
(地域連携シートが役立った、退院時にかかりつけ医が見つからない、転院先が見つからない等)」
自由記載回答一覧
 - ・治療に時間がかかり、回復期リハの利用ができない。

(3) 登録回復期病院

- (1) 回収率： 100% (7/7施設)
- (2) どの脳卒中地域連携に参加しているか
 - ・退院時指導料I算定 6施設 (85.7%)
 - ・参加していない 1施設 (14.3%)
- (3) 脳卒中パスを利用できないケースについて (自由回答)
 - ・急転院し、そのまま回復期へ戻ってこない場合
 - ・死亡退院となった場合
 - ・バリエーションに値する場合
 - ・受け入れ時のみパス利用、退院時パスの利用なし

- (4) パスを利用する患者と利用しない患者で退院支援にどのような違いがあるか
- ・違いがある 1施設 (14.3%)
 - ・特になし 6施設 (85.7%)
- 〈自由回答〉
- ・各職種からの情報が取得できる
- (5) 入院した脳卒中患者の主治医 (かかりつけ医) を確認し、連絡しているか
- 〔・確認している 7施設 (100.0%)
 - 〔・必ず連絡している 1施設 (14.3%)
 - 〔・連絡するようにしている (全てではない) 2施設 (28.6%)
 - 〔・連絡していない 4施設 (57.1%)
- (6) 退院後の脳卒中患者さんが再発以外の理由 (肺炎など) で入院する場合窓口は決まっているか
- ・地域連携室 3施設 (42.9%)
 - ・内科などの個別診療科 1施設 (14.3%)
 - ・その他 3施設 (担当MSW, 相談室) (42.9%)
- (7) 再発以外の理由での入院について困ったことはあるか
- ・困ったことがある 1施設 (14.3%)
 - ・特になし 6施設 (85.7%)
- (8) 質問「脳卒中患者さんの退院支援に関して良かったこと・困ったことなどあればお聞かせ下さい。
(地域連携シートが役立った、退院時にかかりつけ医が見つからない、転院先が見つからない等)」
- 自由記載回答一覧
- ・若年層の患者に関しては、転院先を見つけるのが困難、または時間を要することが多い。
 - ・困る点として、急変時に転院し、再び回復期に戻って来られる際に、普通の診療情報提供書の書式で来るため、パスが中断してしまっている。
 - ・何度も病状変化があり転入院を繰り返される場合は、情報量が多くなり、パスでまとめきれないことも発生しているようである。
 - ・経済的な問題で退院先が見つからない。
 - ・パスを受取る際の情報が少なく、ケアマネジャーに渡す情報に急性期の情報があまり入れられない。
 - ・回復期後、療養型病院への転院を希望する方は医療区分の問題で転院先が限られてしまう。

(4) 連携かかりつけ医

- (1) 回答数：16施設
- (2) 関東厚生局から共用脳卒中パスについての登録に関する書面を受け取っているか
- ・11施設 (68.8%)
- (3) これまでに脳卒中連携パスを受け取った実績があるか
- ・3施設 (18.8%) 合計4件

- (4) かかりつけの患者が紹介状なしで脳卒中で入院し病院から連絡を受けたことがあるか
- ・あり 6施設 (37.5%)
 - ・なし 8施設 (50.0%)
 - ・該当患者なし 2施設 (12.5%)
- (5) 退院時カンファレンスの開催について連絡を受けたことがあるか
- ・ある 2施設 (12.5%)
- (6) 退院時カンファレンスに出席したことはあるか
- ・ある 1施設 (6.3%)

4) 香取海匠・印旛医療圏

(1) 病院退院支援部門

- (1) 回答数：16施設
- (2) 退院時支援部門は設置されているか
- ・12施設 / 16施設 (75.0%)
- (3) 退院時支援部門が設置されている場合、どこに設置されているか
- ・地域医療連携室 9施設 (75.0%)
 - ・各病棟 2施設 (16.6%)
 - ・部署は無いが人を配置している 1施設 (8.3%)
- (4) かかりつけ医の有無を確認しているか
- ・している 8施設 (50.0%)
 - ・一部している 5施設 (31.3%)
 - ・していない 0施設 (0.0%)
- (5) ケアマネジャーの有無を確認しているか
- ・している 7施設 (43.8%)
 - ・一部している 6施設 (37.5%)
 - ・していない 0施設 (0.0%)
- (6) かかりつけ医・ケアマネジャーがいる場合連絡しているか
- ・している 4施設 (25.0%)
 - ・一部している 8施設 (50.0%)
 - ・していない 1施設 (6.3%)
- (7) 患者入院時ケアマネジャーが、入院時情報提供書を持参する際の持参先・送り先
- ・退院支援部門 6施設 (37.5%)
 - ・各入院病棟 2施設 (12.5%)
 - ・ない・検討中 2施設 (12.5%)
 - ・その他 3施設 (18.8%)
- (8) ケアマネジャーから入院情報提供書をもらった枚数
- ・総枚数 49枚
 - ・県連携シートの枚数 44枚

(9) 退院時の地域連携について 過去3か月(8・9・10月)の実績

- ・生存退院患者数 2642
- ・退院支援部門の退院調整数 624

(10) 退院支援対象の振り分け(複数回答可)

- スクリーニングシートの使用 8施設(50.0%)
- 退院支援計画書の作成 8施設(50.0%)
- 主治医からの連絡 7施設(43.8%)

(11) 退院支援が必要な方で介護保険未申請だった場合(複数回答可)

- 地域包括支援センター・市町村担当課への相談 7施設(43.8%)
- 介護保険申請をしてもらう 13施設(81.2%)
- ケアマネに相談 6施設(37.5%)
- その他 2施設(12.5%)

(12) 退院時実施している事項について(複数回答可)

- 退院時カンファレンス 10施設(62.5%)
- 退院前家屋調査 8施設(50.0%)
- 医療行為の指導 8施設(50.0%)
- 薬剤指導 9施設(56.2%)
- 栄養指導 10施設(62.5%)
- 日常機能動作などリハビリに関する指導 10施設(62.5%)
- その他の退院時指導 0施設(0.0%)

(13) 退院時に千葉県地域生活連携シートを使用しているか

- ・いる 0施設(0.0%)

(14) 退院後の支援・相談窓口はあるか

- ・あり 8施設(50.0%)

(15) 退院支援において、課題とされていることについて(複数回答可)

- ・退院支援を担当とする者の人手不足 3施設(18.8%)
- ・院内の体制が整っていない 4施設(25.0%)
- ・患者・家族の退院支援への理解不足 2施設(12.5%)
- ・連携できる地域の社会資源(介護保険サービスなど)が少ない 3施設(18.8%)
- ・その他 6施設(自由回答)(37.5%)
- ・施設入所が妥当と思われる患者でも、金銭的な事情で在宅介護を余儀なくされるケースが多くなっている。
- ・療養型病院が少ない。
- ・不安定な患者の退院支援(在宅以外の受け入れ先)
- ・社会生活上の問題、経済的問題を抱えている人に関する相談窓口として行政があるが、そこが人手付属不足等で十分話し合い対応をすることができない

(2) 計画管理病院

(1) 回収率： 100% (4/4施設)

(2) 脳卒中パスを利用できないケースについて (自由回答) (抜粋)

- ・連携していない病院の場合
- ・県外の回復リハビリテーション病院へ転院する場合
- ・脳卒中で入院加療後に症状が軽快し自宅へ退院となる場合
- ・死亡するリスクが非常に高い患者の場合
- ・2段目の登録をしていない医療機関に転院調整する場合
- ・自宅退院の患者の場合

(3) パスを利用する患者と利用しない患者で退院支援にどのような違いがあるか

- ・違いがある 3施設 (75.0%)
- ・無回答 1施設 (25.0%)

〈自由回答〉

- ・連携パスで連携している病院の方がスムーズに転院できる
- ・判定会や転院等がスムーズに行える
- ・回復リハビリ終了後も脳卒中連携パスを通じて患者さんの状態が把握できる
- ・医師、看護師、リハビリ、MSWなど多職種から情報提供できる

(4) 入院した脳卒中患者の主治医 (かかりつけ医) を確認し、連絡しているか

- ・確認している 3施設 (75.0%)
- ・無回答 1施設 (25.0%)
- ・必ず連絡している 1施設 (33.3%)
- ・連絡するようにしている (全てではない) 2施設 (66.7%)

(5) 退院後の脳卒中患者さんが再発以外の理由 (肺炎など) で入院する場合窓口は決まっているか

- ・地域連携室 1施設 (25.0%)
- ・内科など個別の診療科 1施設 (25.0%)
- ・その他 (症状に応じて対応) 1施設 (25.0%)
- ・無回答 1施設 (25.0%)

(6) 再発以外の理由での入院について困ったことはあるか

- ・困ったことがある 1施設 (25.0%)
- ・特になし 2施設 (50.0%)
- ・無回答 1施設 (25.0%)

〈自由回答〉

- ・他科の入院調整に難渋する事が多い (他科病棟が満床になっている事が多い)

(7) 質問「脳卒中患者さんの退院支援に関して良かったこと・困ったことなどあればお聞かせ下さい。
(地域連携シートが役立った、退院時にかかりつけ医が見つからない、転院先が見つからない等)」

自由記載回答一覧

- ・せん妄で大声、暴力、暴言などの問題行動が続く場合の転院先がない。

- ・リハビリが必要だが、最終的には施設入所が見込まれる患者のリハビリ転院先が見つかりにくい。
- ・脳卒中患者の退院支援に関して、ケアマネジャーから地域連携シートで情報提供があった場合、転院や自宅退院する際ケアマネジャーとの連携が図りやすい。

(3) 登録回復期病院

- (1) 回収率： 50.0% (2/4施設)
- (2) どの脳卒中地域連携に参加しているか
- ・退院時指導料I算定 2施設 (100%)
- (3) 脳卒中パスを利用できないケースについて (自由回答)
- ・特になし
 - ・療養病棟に入院する場合
 - ・身寄りがいない、いても遠方などの場合
 - ・計画管理病院で連携パスが適用されない患者の場合
- (4) パスを利用する患者と利用しない患者で退院支援にどのような違いがあるか
- ・特になし 2施設 (100%)
- (5) 入院した脳卒中患者の主治医 (かかりつけ医) を確認し、連絡しているか
- ・確認している 2施設 (100%)
 - ・連絡するようにしている (全てではない) 1施設 (50.0%)
 - ・連絡していない 1施設 (50.0%)
- (6) 退院後の脳卒中患者さんが再発以外の理由 (肺炎など) で入院する場合窓口は決まっているか
- ・内科などの個別診療科 1施設 (50.0%)
 - ・その他 (肺炎などの場合は紹介元の急性期、もしくはかかりつけ医にお願いする) 1施設 (50.0%)
- (7) 再発以外の理由での入院について困ったことはあるか
- ・困ったことがある 1施設 (50.0%)
 - ・特になし 1施設 (50.0%)
- 〈自由回答〉
- ・療養系病棟は稼働率がほぼ100%であり、至急の受入れが難しい
- (8) 質問「脳卒中患者さんの退院支援に関して良かったこと・困ったことなどあればお聞かせ下さい。(地域連携シートが役立った、退院時にかかりつけ医が見つからない、転院先が見つからない等)」
- 自由記載回答一覧
- ・初めての脳卒中で、かかりつけ医がいない方は、本人の希望で計画管理病院へ戻したケースがあった。
 - ・届出してある診療所へ紹介しようとしたところ、泌尿器科なので受けられないと言われた。
 - ・千葉県パスは記入箇所も決まっており、便利だと思う。
 - ・退院後に施設などに入所する際は施設ごとに看護サマリーを作成したりしなければならない。
 - ・せめて脳卒中連携パスの患者くらいは、施設でもパスシートで対応してほしい。

- ・院内の各職種にて各々のシートが作成されているため、必要な情報を各職種に依頼することなく、一括で渡すことが可能で後からの情報提供依頼が少なくなった。

(4) 連携かかりつけ医

- (1) 回答数：20施設
- (2) 関東厚生局から共用脳卒中パスについての登録に関する書面を受け取っているか
 - ・9施設（45.0%）
- (3) これまでに脳卒中連携パスを受け取った実績があるか
 - ・6施設（30.0%） 計11件
- (4) かかりつけの患者が紹介状なしで脳卒中で入院し病院から連絡を受けたことがあるか
 - ・あり 7施設（35.0%）
 - ・なし 7施設（35.0%）
 - ・該当患者なし 6施設（30.0%）
 - ・無回答 0施設（0.0%）
- (5) 退院時カンファレンスの開催について連絡を受けたことがあるか
 - ・ある 0施設（0.0%）
- (6) 退院時カンファレンスに出席したことはあるか
 - ・ある 0施設（0.0%）

5) 山武長生夷隅・安房・君津・市原医療圏

(1) 病院退院支援部門

- (1) 回答数：28施設
- (2) 退院時支援部門は設置されているか
 - ・19施設／28施設（67.8%）
- (3) 退院時支援部門が設置されている場合、どこに設置されているか
 - ・地域医療連携室 11施設（57.9%）
 - ・各病棟 2施設（10.5%）
 - ・その他 4施設（21.1%）
 - ・部署は無いが人を配置している 2施設（10.5%）
- (4) かかりつけ医の有無を確認しているか
 - ・している 19施設（67.8%）
 - ・一部している 7施設（25.0%）
 - ・無回答 2施設（7.1%）
- (5) ケアマネジャーの有無を確認しているか
 - ・している 20施設（71.4%）
 - ・一部している 4施設（14.3%）
 - ・していない 2施設（7.1%）
 - ・無回答 2施設（7.1%）

- (6) かかりつけ医・ケアマネジャーがいる場合連絡しているか
- ・している 10施設 (35.7%)
 - ・一部している 16施設 (57.1%)
- (7) 患者入院時ケアマネジャーが、入院時情報提供書を持参する際の持参先・送り先
- ・退院支援部門 14施設 (50.0%)
 - ・各入院病棟 8施設 (28.6%)
 - ・ない・検討中 1施設 (3.6%)
 - ・その他 3施設 (10.7%)
- (8) ケアマネジャーから入院情報提供書をもらった枚数
- ・総枚数 147枚
 - ・県連携シートの枚数 79枚
- (9) 退院時の地域連携について 過去3か月 (8・9・10月) の実績
- ・生存退院患者数 1308
 - ・退院支援部門の退院調整数 765
- (10) 退院支援対象の振り分け (複数回答可)
- スクリーニングシートの使用 6施設 (21.4%)
 - 退院支援計画書の作成 9施設 (32.1%)
 - 主治医からの連絡 17施設 (60.7%)
- (11) 退院支援が必要な方で介護保険未申請だった場合 (複数回答可)
- 地域包括支援センター・市町村担当課への相談 14施設 (50.0%)
 - 介護保険申請をしてもらう 24施設 (85.7%)
 - ケアマネに相談 14施設 (50.0%)
 - その他 5施設 (17.9%)
- (12) 退院時実施している事項について
- 退院時カンファレンス 23施設 (82.1%)
 - 退院前家屋調査 11施設 (39.3%)
 - 医療行為の指導 19施設 (67.9%)
 - 薬剤指導 22施設 (78.9%)
 - 栄養指導 22施設 (78.9%)
 - 日常機能動作などリハビリに関する指導 18施設 (64.3%)
 - その他の退院時指導 4施設 (14.3%)
 - ・経管栄養法の手順指導、おむつ交換等の介護指導等を実施したことがある
 - ・経済的な問題の場合は市に相談
 - ・必要があるものを個人に合わせて行なっているため、統一はしていない
 - ・患者の必要性に応じて対応している
- (13) 退院時に千葉県地域生活連携シートを使用しているか
- ・いる 4施設 (14.3%)

(14) 退院後の支援・相談窓口はあるか

・あり 19施設 (67.9%)

(15) 退院支援において、課題とされていることについて (複数回答可)

・退院支援を担当とする者の人手不足 6施設 (21.4%)

・院内の体制が整っていない 8施設 (28.6%)

・患者・家族の退院支援への理解不足 7施設 (25%)

・連携できる地域の社会資源 (介護保険サービスなど) が少ない 2施設 (7.1%)

・その他 11施設 (自由回答) (39.2%)

・退院支援を担当とする者の人手不足・院内の体制が整っていない・患者・家族の退院支援への理解不足・地域連携そのものに対する院内の理解が浅いと感じることが多い。

・科により退院支援にばらつきがある。カンファレンスを定期的に行う科は介入も早く対応できる。入院時のスクリーニング不足を充実させたい。

・高次脳機能障害の方の生活期への支援 (運転、服飾、脱却制等)

・在宅復帰できる患者については良いが、ADL低下等により施設入所となる様なケースでは受入れ先を探すのが困難。ケアマネジャー等は、あてにならず結局当院が関係する4~5ヶ所の施設へ依頼し入所させる例が多い。

・医療的処置 (本人、家族なら行えるもの) が出来なく退院出来ない。

・退院後のフォローを行なった時の診療点数等について

・回復し自宅へ退院できる人が少ない。上記のうち自宅退院は1名。その他は施設入所。

・上記項目すべて課題だと考えられる。

・担当者ナースの配置、継続的な支援体制

(2) 計画管理病院

(1) 回収率: 60% (3/5施設)

(2) 脳卒中パスを利用できないケースについて (自由回答)

・自宅退院される患者の場合

・非連携先に転院される患者の場合

・入院期間が延長している患者

(3) パスを利用する患者と利用しない患者で退院支援にどのような違いがあるか

・違いがある 1施設 (33.3%)

・特になし 1施設 (33.3%)

・無回答 1施設 (33.3%)

〈自由回答〉

・パスを使用すると病院ごとの役割 (機能) が家族にわかりやすい

(4) 入院した脳卒中患者の主治医（かかりつけ医）を確認し、連絡しているか

- ・確認している 1施設（33.3%）
- ・確認していない 1施設（33.3%）
- ・無回答 1施設（33.3%）
- ・連絡していない 1施設（100.0%）

(5) 退院後の脳卒中患者さんが再発以外の理由（肺炎など）で入院する場合窓口は決まっているか

- ・内科など個別の診療科 1施設（33.3%）
- ・併発した疾患の診療は基本的にしない 1施設（33.3%）
- ・無回答 1施設（33.3%）

(6) 再発以外の理由での入院について困ったことはあるか

- ・困ったことがある 1施設（33.3%）
- ・特になし 1施設（33.3%）
- ・無回答 1施設（33.3%）

〈自由回答〉

- ・併発疾患で行き所がないと当科にきてしまう

(7) 質問「脳卒中患者さんの退院支援に関して良かったこと・困ったことなどあればお聞かせ下さい。

（地域連携シートが役立った、退院時にかかりつけ医が見つからない、転院先が見つからない等）」

自由記載回答一覧

- ・地域連携シートがあると、病前の状態が分かりやすい。
- ・地域連携シートが届くのが遅い。
- ・入院期間の短縮化があり、ケアマネジャーとの多職種カンファレンスを行う時間が限られている。
- ・もともと複数の医療機関にかかっている患者が多く、かかりつけ医といえる医師がいない。
- ・急性期病院から自宅退院する患者は、そのまま急性期病院の外来通院を希望することが圧倒的に多い。
- ・自宅退院例でパスを使用したことがほとんどない。

(3) 登録回復期病院

(1) 回収率： 85.7%（6/7施設）

(2) どの脳卒中地域連携に参加しているか

- ・退院時指導料I算定 6施設（100.0%）

(3) 脳卒中パスを利用できないケースについて（自由回答）

- ・身寄りがいない、いても遠方などの場合
- ・計画管理病院の判断による
- ・計画管理病院で連携パスが適用されない患者の場合 2施設（33.3%）

(4) パスを利用する患者と利用しない患者で退院支援にどのような違いがあるか

- ・違いがある 1施設（16.6%）
- ・特になし 5施設（83.3%）

〈自由回答〉

- ・パス会議などを通じて計画管理病院と回復期病院の連携が深まり、転院がスムーズになっている
- ・パス適用患者で自宅退院後介護サービスを利用する患者の場合、介護シート（地域生活連携シート）を作成しケアマネに情報提供している

(5) 入院した脳卒中患者の主治医（かかりつけ医）を確認し、連絡しているか

- | | |
|----------------------|------------|
| ・確認している | 5施設（83.3%） |
| ・無回答 | 1施設（16.7%） |
| ・必ず連絡している | 1施設（20.0%） |
| ・連絡するようにしている（全てではない） | 1施設（20.0%） |
| ・連絡していない | 3施設（60.0%） |

(6) 退院後の脳卒中患者さんが再発以外の理由（肺炎など）で入院する場合窓口は決まっているか

- | | |
|--------------------|------------|
| ・内科など個別の診療科 | 2施設（33.3%） |
| ・地域連携室 | 2施設（33.3%） |
| ・併発した疾患の診療は基本的にしない | 1施設（16.7%） |
| ・無回答 | 1施設（16.7%） |

(7) 再発以外の理由での入院について困ったことはあるか

- | | |
|-----------|------------|
| ・困ったことがある | 2施設（40.0%） |
| ・特になし | 3施設（60.0%） |

〈自由回答〉

- ・回復期を退院した後のリハビリ資源の不足
- ・リハビリ時間の減少が本人の低活動につながり再入院を希望する患者がいる
- ・肺炎などの合併症を起こした場合の対応に苦慮することがある

(8) 質問「脳卒中患者さんの退院支援に関して良かったこと・困ったことなどあればお聞かせ下さい。

（地域連携シートが役立った、退院時にかかりつけ医が見つからない、転院先が見つからない等）」

自由記載回答一覧

- ・細かい情報がわかるので退院調整時に参考にしやすい。
- ・地域連携シートだと、決まった情報が必ずキャッチできるところがよい。
- ・お金がない事や、介護者・身寄りがない、認知面の自立が困難等の理由で、本人に適した転帰先が見つけられない事。
- ・地域連携シートを回復期病院で退院前に事前に作成し、ケアマネジャーに提供することで、活用できますとお声をいただいている。
- ・かかりつけ医に渡すシートの枚数が多すぎると思う。実際にかかりつけ医より、どのシートを見ればよいかわからないとの声があった。
- ・情報の伝達がスムーズかと思われる。
- ・地域生活連携シートがあると入院前の状態把握がしやすい。
- ・脳卒中パスを使用してかかりつけ医に紹介したが、パスを適用していることが理由で診療を断られたことがある。

(4) 連携かかりつけ医

(1) 回答数：24施設

(2) 関東厚生局から共用脳卒中パスについての登録に関する書面を受け取っているか

・14施設（58.3%）

(3) これまでに脳卒中連携パスを受け取った実績があるか

・1施設（4.2%） 計3件

(4) かかりつけの患者が紹介状なしで脳卒中で入院し病院から連絡を受けたことがあるか

・あり 13施設（54.2%）

・なし 5施設（20.8%）

・該当患者なし 4施設（16.7%）

・無回答 2施設（8.3%）

(5) 退院時カンファレンスの開催について連絡を受けたことがあるか

・ある 2施設（8.3%）

(6) 退院時カンファレンスに出席したことはあるか

・ある 4施設（16.7%）

3. 地域別の結果（ケアマネジャー）

(1) 千葉医療圏

(1) 回収率：事業所 19.9%（59施設／296施設）

ケアマネ 102名回答

(2) 担当ケース数（102名の合計）：要介護 2862名（1人あたり28.1人）

要支援 549名（1人あたり5.4人）

(3) 10月中に病院から退院したケース

○要介護：68名 要支援 2名

○退院したケースの内脳卒中患者 12名／70名（17.1%）

○退院時病院からの連絡あり 44名／70名（62.9%）

*退院時連絡もれ37.1%

(4) 10月中に入院したケース

○要介護：93名 要支援：4名

(5) 自由記載(ケアマネージャー)

- ○○病院は、入院すると必ずナースセンターから連絡があり、入院時情報提供書を持参して欲しいと言われる。入院時も退院時も連携が取れ、患者もご家族もストレスなく入退院できている。
- 入院時に情報提供書を送った場合は、退院時のカンファレンスの開催もスムーズに行われた。入退院を繰り返す場合も連携が速やかに行われた。
- 病院入院時に地域生活連携シートを提出したときは、看護サマリーやリハビリテーション報告書をいただきたいと頼みやすい。
- 急な日程で退院してほしいという相談がある。病院の都合もわかるが、退院調整にある程度の時間が必要ということも分かってほしい。
- ●●病院は MSW がいないので連携がとれなくて困る。退院前カンファレンスをしないと公言する病院がある。
- 癌の患者を退院させたが家族の意向も聞かずに勝手にある病院に紹介し、もう自分の所では診ないから救急車できても受け入れないと言うところもあった。とにかく病院側はまだまだ在宅側のことは考えずに自分たち中心の勝手な言動をしていることが多い。
- ソーシャルワーカーが介入すると、退院前カンファレンスなどの参加から退院までの連携がスムーズであったが、病棟へ直接連携シートを渡すところは大体連絡なしで退院している。

(2) 東葛南部医療圏

(1) 回収率：事業所 17.4%（69施設／397施設）

ケアマネ 125名回答

(2) 担当ケース数（125名の合計）：要介護 3518名（1人あたり28.1人）

要支援 642名（1人あたり5.1人）

(3) 10月中に病院から退院したケース

○要介護：87名 要支援 3名

○退院したケースの内脳卒中患者 21名／90名（23.3%）

○退院時病院からの連絡あり 67名/90名 (74.4%)

*退院時連絡もれ25.6%

(4) 10月中に入院したケース

○要介護：107名 要支援：2名

(5) 自由記載(ケアマネージャー)

- 最近退院時に病院のリハビリの先生が家屋調査に訪問されることが増え、退院支援がうまくいくことが多い。
- 入院時情報提供書について連絡すると、いつもこころよく引継ぎしてくれている。なにかあれば連絡がもらえ、助かっている。
- 地域連携シートについては、少しずつ病院でも周知されつつある。ただし、持参の際、退院前に声をかけていただくよう依頼するが、連絡をもらえることは多くはない。サマリーを持たされるようにはなった。
- 前もってサービス調整があるので、退院決まったら早めに連絡くださいと伝えていたが、2日前、前日に退院の連絡があった。
- 相談員が本人・家族(介護者)の状況を十分に知ろうとしてくれ、主治医との連携を密に図る対応をしてもらい、退院後の生活が安心してスタートできた。
- 病棟のスタッフに在宅の視点がついていないことを感じる。したがって、情報提供書が生かし切れていないように感じる。MSWはもちろんだが、病棟看護師といかに連携を図るかが重要だと思う。そのためにも、ケアマネが頻繁に病院を訪れ、話を聞く姿勢も大事だと思っている。
- 医療機関によって退院時の連絡や在宅サービスの事前準備に対する考え方が異なるようで、退院してから本人・家族が困って相談に訪れるケースがある。
- 退院前カンファレンス、退院調整会議の時に医師が短時間でも同席してくれると、退院後のサービスがスムーズに始められる。介護保険制度上、医師の意見確認が必要なものもある。
- ソーシャルワーカーや退院調整ナースの人数が充実している病院は、ほとんどのケースで病院側から退院時カンファレンスの案内をもらえ、経過が把握しやすいが、そうでない病院はケアマネ側からお願いする事が多い。

(3) 東葛北部医療圏

(1) 回収率：事業所 21.0% (75施設/357施設)

ケアマネ 114名回答

(2) 担当ケース数(114名の合計)：要介護 2912名(1人あたり25.5人)

要支援 431名(1人あたり3.8人)

(3) 10月中に病院から退院したケース

○要介護：83名 要支援 10名

○退院したケースの内脳卒中患者 11名/93名 (11.8%)

○退院時病院からの連絡あり 57名/93名 (61.3%)

*退院時連絡もれ38.7%

(4) 10月中に入院したケース

○要介護：81名 要支援：7名

(5) 自由記載(ケアマネージャー)

- 胃瘻増設後の在宅復帰に備えた連携が、医療福祉相談室（ソーシャルワーカー）への事前情報（入院時情報提供書）と複数回の面談等スムーズに行えたことにより、医療と介護の連携が図れ、現在も在宅支援が続いている。
- 特にリハビリテーション病院より退院時は退院前カンファレンス、自宅環境の調整等の実施によりスムーズなサービスの提供や福祉用具の準備ができた。看護サマリーやリハビリの経過報告書をもらうことで在宅支援の各サービスの情報、問題点などを共有して、在宅支援ができることがありがたい。
- 対象者に関し、まずは病院の相談員と電話にてやり取りをしている。必要性に応じて、連携シートを送付している。希望されることはあまりなく、電話での情報伝達で済ませてしまっている。積極的に活用しようと意識はしている。
- 病院側に連携シートを送っても活用されているのか不明である。医療相談室に持参しても、病棟にまわしておきますと言われるだけである。介護力について記入する欄を作っていただきたい。医療処置が必要で、介護サービスだけではまかないきれない、介護力もない、自宅でみきれないというケースがある。
- 地域生活連携シートを病院に提出してもその後病院からの反応が無いことが多く、突然退院になっていたり、転院になっていたりする。ほとんど介護報酬上の加算を取る為に提出するような状況になってしまっていると感じることが多いので提出しない場合もある。
- 退院後、在宅復帰しない場合（転院、入所など）、結果の報告がないため一言結果の報告がほしいと思うことかあった。

(4) 印旛医療圏

(1) 回収率：事業所 24. 2% (39施設/161施設)

ケアマネ 86名回答

(2) 担当ケース数（86名の合計）：要介護 1967名（1人あたり22. 8人）

要支援 372名（1人あたり4. 3人）

(3) 10月中に病院から退院したケース

○要介護：28名 要支援 1名

○退院したケースの内脳卒中患者 5名/29名 (17. 2%)

○退院時病院からの連絡あり 17名/29名 (58. 6%)

*退院時連絡もれ41. 4%

(4) 10月中に入院したケース

○要介護：46名 要支援：9名

(5) 自由記載(ケアマネージャー)

- 回復期の病院でMSWやPTから、退院後の生活についてアドバイスなどをもらえて助かった。また、病院にもよるが、訪問指導を行ってもらえると助かる。
- 地域生活連携シートの活用、病院でのカンファレンスへの参加で退院調整看護師の方との連携がスムーズに行えた。また、退院調整看護師が中心となり、往診医への紹介等を行ってもらい助かった。
- 病院が遠方であり、病院側と調整がつかず、顔を合わせてのカンファレンスはできなかったが、電話やFAXのやり取りで、無事退院調整ができた。

- 在宅での維持期の通所リハビリ事業所に医療連携シートを提供してもらい、引継ぎはスムーズだった。
- 地域連携シートを送ったが、本当に病院側にとって必要な情報なのか心配だった。
- 個人情報と話せないとわれのことで関わってもらえないことが多い。退院時に家族から看護サマリーをした場合のみもらえている。病院によって連携シート提出場所が定まっていないので、どこにも持参すればよいかいつも迷う。
- 病棟ナースと MSW との連絡不足の時がある。
- ほとんどの場合、連携シートを送付しても退院時の連絡をもらったことはない。送付時に看護サマリーをお願いしても退院時にももらえないこともある。
- 担当する病院の職員の介護保険の必要性や認識の有無に左右されることも大きいと思う。また本人や家族を含めて医療機関へ介護保険について相談することは少ないようで、医療機関からの提案を受け相談員を通じ関わるが多い。
- リハビリテーション病院からの引継ぎは良好である。家屋調査、退院カンファ等前もって時間のゆとりある引継ぎができる。
- 入院時情報提供書を看護師にお渡ししても預かってはくれるが、理解していない人が多い。

(5) 香取海匠医療圏

(1) 回収率：事業所 27.6% (27施設／98施設)

ケアマネ 57名回答

(2) 担当ケース数 (57名の合計)：要介護 1510名 (1人あたり26.4人)

要支援 230名 (1人あたり4.0人)

(3) 10月中に病院から退院したケース

○要介護：47名 要支援 2名

○退院したケースの内脳卒中患者 6名／49名 (12.2%)

○退院時病院からの連絡あり 31名／49名 (63.3%)

*退院時連絡もれ36.7%

(4) 10月中に入院したケース

○要介護：39名 要支援：6名

(5) 自由記載(ケアマネージャー)

- ●●●病院は退院前家屋調査を行ったり、ソーシャルワーカーが家族やケアマネなどと連携を密に行ってくださいるので安心です。
- 退院時に看護師やソーシャルワーカーと面会する機会が持て、退院後在宅生活を送るうえで情報提供がありよかった。事前に退院する日時もわかり、スムーズに退院から在宅生活に移行できた。
- 入院してからすぐに ADL 等の基本情報を提供した。それがどの程度役に立っているかはよくわからない。
- 入院時情報提供書を持参しても、窓口がある病院とナースステーションに持って行き、看護師に手渡しする病院等、医療機関により違いがある。手渡しした確認印等が必要な為、対応してくれた人に時間を取らせてしまい申し訳ない気持ちになってしまう。
- 入院時の情報提供が医師に伝わっていないことが多い。在宅に戻る方の場合、MSW が関わらないことが多く、連携がやりにくい。
- 暫定で退院後に介護サービスを利用する場合は、病院から医療情報をいただけないとスムーズにリハビリできなくなってしまうことがある。

- 病院というより病棟により退院の連絡なしで帰されるケースが多い。

(6) 山武長生夷隅医療圏

- (1) 回収率：事業所 22.8% (42施設/184施設)
ケアマネ 67名回答
- (2) 担当ケース数(67名の合計)：要介護 1943名 (1人あたり29.0人)
要支援 327名 (1人あたり4.9人)
- (3) 10月中に病院から退院したケース
○要介護：42名 要支援 1名
○退院したケースの内脳卒中患者 6名/43名 (14.0%)
○退院時病院からの連絡あり 29名/43名 (67.4%)
*退院時連絡もれ32.6%
- (4) 10月中に入院したケース
○要介護：51名 要支援：3名
- (5) 自由記載(ケアマネージャー)

- 情報提供票を送付すると、変化があった場合、連絡をもらえる病院が多い。
- どの病院でも地域連携室や相談室と事前連絡を取ることで、スムーズな入院時情報提供書の手渡しができている。相談員が病棟まで同行してくれている。
- MSW、医師から電話連絡、退院時サマリーをもらえただけでも助かる。
- 同じ利用者が入院退院を繰り返すことがあり、状態の変化があまりないときはお互いに情報提供をしないことがある。
- 千葉県地域生活連携シートは近隣病院入院時には活用している。最近では病院でも加算対象になるよう病院から提出依頼を受けた事もある。
- 退院時は、家族から退院後に知らされる場合が多い。
- ソーシャルワーカー不在の病院では誰に話したら(窓口?病棟)よいのか悩む。
- 患者が入院前にどのような生活をしていたかがわかる貴重な情報源であり、病棟でも活用している。退院時にも入院前の生活に関して情報を有しているため、支援計画を立てやすい利点がある。

(7) 安房医療圏

- (1) 回収率：事業所 28.4% (23施設/81施設)
ケアマネ 30名回答
- (2) 担当ケース数(30名の合計)：要介護 967名 (1人あたり32.3人)
要支援 205名 (1人あたり6.8人)
- (3) 10月中に病院から退院したケース
○要介護：23名 要支援 1名
○退院したケースの内脳卒中患者 4名/24名 (16.6%)
○退院時病院からの連絡あり 20名/24名 (83.4%)
*退院時連絡もれ16.6%
- (4) 10月中に入院したケース
○要介護：22名 要支援：3名

(5) 自由記載(ケアマネージャー)

- 退院に向けカンファレンスを必ず実施しているが、●●病院はカンファレンスに医師が参加することが多く、マネジメントするのに助かっている。
- リハビリ見学、自宅訪問しての退院前指導にはサービス事業者にも参加し、利用者に対しての情報を共有することができた。
- 看護サマリーを出してもらいたいと要望したが、入院日数が少ないためか出してもらえなかった病院があった。
- 介護保険制度前は医療ソーシャルワーカーも退院後の在宅生活について、かなり深く関わっていたが、制度後ケアマネに依存する傾向が強くなり感じられる。医療ソーシャルワーカーが、自分の目で退院後の生活について確認することを望む。
- 喘息で4、5日の入院を年に何回かされている患者で、症状が落ち着くと家族の都合で退院日を調整するため、病院側からは特別なことがなければ連絡が来ないことがある。

(8) 君津医療圏

(1) 回収率：事業所 17.2% (20施設/116施設)

ケアマネ 43名回答

(2) 担当ケース数(43名の合計)：要介護 905名(1人あたり21.0人)

要支援 164名(1人あたり3.8人)

(3) 10月中に病院から退院したケース

○要介護：15名 要支援 1名

○退院したケースの内脳卒中患者 2名/16名 (12.5%)

○退院時病院からの連絡あり 10名/16名 (68.8%)

*退院時連絡もれ31.2%

(4) 10月中に入院したケース

○要介護：20名 要支援：2名

○入院時にケアマネから入院時情報提供書を送った件数 15件(68.2%)

(うち地域生活連携シート使用* 17件(113.3%))

※入院情報提供書を送った件数より多くの件数を登録しているものがあります

(5) 自由記載(ケアマネージャー)

- 入院時情報提供書を送ったことで、入院中に生活に合わせたリハビリを導入してくれたため、退院後もADL低下がほとんどなく、自宅復帰ができ助かった。その病院から生活連携シートの返信もあった。
- 入院時の身体状態を確認し、退院後の調整をすることで本人、家族も支障なく円滑に支援導入することができている。又、退院後の生活に関する助言があり留意点やリハビリへの取り組みに役立てられている。
- 急に退院、自宅に帰られることがあり、準備が整っていない状況の時があり支援に時間を要することがある。退院を見越して連絡があると調整がスムーズに行えると思う。
- 退院前にリハビリ指導医師、OTが訪問して在宅時の生活を確認(トイレ、浴室など)してくれてよかった。
- 病院内にMSWがいる相談室では、MSWを通じて情報収集が行いやすい場合が多い。特に家族間の問題や移行等を家族の了解の上でMSWに連絡を行ったり、反対にMSWから退院前のカンファレ

ンスへの出席の呼びかけ等をもたらったりすることがある。

- ソーシャルワーカーがいないと、誰に相談して、誰に情報を渡していいかわからないことがある。

(9) 市原医療圏

(1) 回収率：事業所 18.3% (13施設/71施設)

ケアマネ 22名回答

(2) 担当ケース数 (22名の合計)：要介護 610名 (1人あたり27.7人)

要支援 114名 (1人あたり5.2人)

(3) 10月中に病院から退院したケース

○要介護：23名 要支援 0名

○退院したケースの内脳卒中患者 4名/23名 (17.4%)

○退院時病院からの連絡あり 17名/23名 (73.9%)

*退院時連絡もれ26.1%

(4) 10月中に入院したケース

○要介護 19名

○入院時にケアマネから入院時情報提供書を送った件数 10件 (52.6%)

(内地域生活連携シート使用※ 11件 (100%))

※入院情報提供書を送った件数より多くの件数を登録しているものがあります

(5) 自由記載 (ケアマネジャー)

- 入院時病棟ナースよりご家族に声掛けあり早い段階で入院時情報提供書を持参出来た
- 退院時の引継ぎとして看護師や理学療法士・医療相談員等が連携して文書にて、治療方法や経過記録を提示してくれたのでスムーズに在宅生活に移ることができた。
- 地域生活連携シートをMSWへ手渡しすることで、在宅での問題点をその場でも伝えることができ、退院時カンファレンスを設定してもらいやすい。
- 退院時カンファレンスや外出訓練に同行でき、早めに本人の状態が確認できて在宅にむけての準備がスムーズにできた。
- 退院時カンファレンスで医師からの説明があり、在宅生活をする上での注意点、リハビリの際の制限等も直接質問することができた。また、他職種からの情報提供もあった。診察等で医師は忙しくされている中で、ありがたかった。
- 病院によっては、連携シートを渡しても、退院時連絡がないことがある。
- 連携シートを持っていても、あまり良い反応をしない医療機関もある。
- 退院直前に連絡を受けたため、サービス調整時間が殆どなかった。
- 医師のケアマネタイムがあると伺っているが、中々敷居が高く感じている。

千葉県共用脳卒中地域医療連携パス計画管理病院協議会名簿

(平成 27 年 2 月 1 日現在)

医療圏	施設名	郵便番号	住所
千葉(6)	千葉県救急医療センター	261-0012	千葉市美浜区磯辺 3-32-1
	国立病院機構千葉医療センター	260-8606	千葉市中央区椿森 4-1-2
	千葉市立青葉病院	260-0852	千葉市中央区青葉町 1273-2
	千葉大学医学部附属病院	260-8677	千葉市中央区亥鼻 1-8-1
	千葉脳神経外科病院	263-0001	千葉市稲毛区長沼原町 408
	千葉メディカルセンター	260-0842	千葉市中央区南町 1-7-1
東葛南部(7)	船橋市立医療センター	273-8588	船橋市金杉 1-21-1
	谷津保健病院	275-0026	習志野市谷津 4-6-16
	東京女子医科大学八千代医療センター	276-8524	八千代市大和田新田 477-96
	国立国際医療研究センター国府台病院	272-8516	市川市国府台 1-7-1
	東京歯科大学市川総合病院	272-8513	市川市菅野 5-11-13
	順天堂大学医学部附属浦安病院	279-0021	浦安市富岡 2-1-1
	行徳総合病院	272-0133	市川市行旅駅前 1-12-6
	東京ベイ・浦安市川医療センター	279-0001	浦安市当代島 3-4-32
	千葉県済生会習志野病院	275-8580	習志野市泉町 1-1-1
東葛北部(3)	国保松戸市立病院	271-8511	松戸市上本郷 4005
	千葉西総合病院	270-2251	松戸市金ヶ作 107-1
	新東京病院	270-2232	松戸市和名ヶ谷 1271
印旛(3)	成田赤十字病院	286-0041	成田市飯田町 90-1
	東邦大学医療センター佐倉病院	285-8741	佐倉市下志津 564-1
	日本医科大学千葉北総病院	270-1694	印西市鎌苅 1715
香取海匝(1)	国保旭中央病院	289-2511	旭市イ 1326
安房(1)	亀田総合病院	296-8602	鴨川市東町 929
君津(1)	君津中央病院	292-8535	木更津市桜井 1010
市原(3)	千葉県循環器病センター	290-0512	市原市鶴舞 575
	千葉労災病院	290-0003	市原市辰巳台東 2-16
	帝京大学ちば総合医療センター	299-0111	市原市姉崎 3426-3

千葉県回復期リハビリテーション連携の会名簿

平成 27 年 10 月 1 日現在

No.	施設名	市町村	No.	施設名	市町村
1	富家千葉病院	千葉市稲毛区	25	メディカルプラザ平和台病院	我孫子市
2	柏戸病院	千葉市中央区	26	北柏リハビリ総合病院	柏市
3	千葉みなとりハビリテーション病院	千葉市中央区	27	千葉・柏リハビリテーション病院	柏市
4	千葉健生病院	千葉市花見川区	28	千葉愛友会記念病院	流山市
5	おゆみの中央病院	千葉市緑区	29	東葛病院	流山市
6	千葉県千葉リハビリテーションセンター	千葉市緑区	30	流山中央病院	流山市
7	千葉南病院	千葉市緑区	31	野田病院	野田市
8	千葉中央メディカルセンター	千葉市若葉区	32	旭神経内科リハビリテーション病院	松戸市
9	みつわ台総合病院	千葉市若葉区	33	五香病院	松戸市
10	市川市リハビリテーション病院	市川市	34	東松戸病院	松戸市
11	大野中央病院	市川市	35	松戸リハビリテーション病院	松戸市
12	化学療法研究所附属病院	市川市	36	成田病院	成田市
13	津田沼中央総合病院	習志野市	37	佐倉厚生園病院	佐倉市
14	東京湾岸リハビリテーション病院	習志野市	38	長谷川病院	八街市
15	下総病院	船橋市	39	八街総合病院	八街市
16	セコメディック病院	船橋市	40	季美の森リハビリテーション病院	大網白里町
17	千葉徳洲会病院	船橋市	41	九十九里病院	山武郡九十九里町
18	船橋市立リハビリテーション病院	船橋市	42	高根病院	山武郡芝山町
19	船橋総合病院	船橋市	43	山之内病院	茂原市
20	船橋二和病院	船橋市	44	亀田リハビリテーション病院	鴨川市
21	新八千代病院	八千代市	45	館山病院	館山市
22	八千代リハビリテーション病院	八千代市	46	五井病院	市原市
23	佐原中央病院	香取市	47	白金整形外科病院	市原市
24	袖ヶ浦さつき台病院	袖ヶ浦市	48	リハビリテーション病院さらしな	市原市

登録かかりつけ医名簿（平成28年3月末現在）

地区	医療機関名
旭	旭市国民健康保険滝郷診療所
旭	医) 社団黒潮会田辺病院
旭	飯倉医院
旭	嶋田医院
旭	塚本クリニック
旭	富岡クリニック
我孫子	我孫子つくし野病院
我孫子	あびこ診療所
我孫子	我孫子聖仁会病院
我孫子	石橋クリニック
我孫子	小倉外科内科
我孫子	佐藤内科医院
我孫子	並木七丁目診療所
我孫子	成広医院
我孫子	星野医院
我孫子	ほしの脳神経クリニック
我孫子	わたなべファミリークリニック
安房	青木内科クリニック
安房	医) 優和会 松永醫院
安房	医) 社団寿会 小林病院
安房	石井クリニック
安房	医療法人恒仁会 伊藤胃腸科クリニック
安房	医療法人社団桂 七浦診療所
安房	医療法人橘会
安房	医療法人鉄蕉会 亀田ファミリークリニック館山
安房	医療法人明星会 東条病院
安房	鋸南町国民健康保険 鋸南病院
安房	九重 鈴木医院
安房	眞木クリニック
安房	眞木クリニック
安房	南房総市立富山国保病院
安房	山本医院
安房	山本医院
安房	医) 社団洪善会 たてやま循環器内科外科
夷隅	いすみ医療センター

地区	医療機関名
夷隅	大原医院
夷隅	大原台クリニック
市川	医) 社団 吉田医院
市川	医) あきつ会 鈴木医院
市川	いざなぎクリニック
市川	医) 社団誠安会 あべ内科クリニック
市川	市川ケアクリニック
市川	井手ハートクリニック
市川	伊藤内科医院
市川	いなだクリニック
市川	医療法人社団犂竜会浮谷クリニック
市川	岩沢医院
市川	大谷医院
市川	大塚医院
市川	おだなか医院
市川	おにたか武田クリニック
市川	上白土ハートクリニック
市川	越田医院内科外科ペインクリニック
市川	斎藤医院
市川	佐々木内科医院
市川	秀栄クリニック
市川	ふくざわ内科クリニック
市川	ふるや内科クリニック
市川	ベリークリニック
市川	吉岡医院
市川	吉田クリニック
市川	らいおんハートクリニック
市川	医) 社団徳山会 東菅野診療所
市川	医) 社団八心会 上田医院
市原	姉崎病院
市原	いちはら協立診療所
市原	奥田外科医院
市原	加茂診療所
市原	五井中央診療所
市原	斎賀医院
市原	しもやまクリニック
市原	白金整形外科クリニック
市原	仁天堂医院

登録かかりつけ医名簿（平成28年3月末現在）

地区	医療機関名
市原	寺嶋医院
市原	原村医院
市原	日高クリニック
市原	みどりヶ丘診療所
印旛	医) 社団 すずき小倉台医院
印旛	医) 社団 みずきが丘クリニック
印旛	市村外科胃腸科医院
印旛	医) 社団みさと会 美郷台木内クリニック
印旛	医) 社団ゆうと会 角田皮膚科
印旛	医療法人社団愛信会 佐倉中央病院
印旛	医療法人社団みさと会美郷台木内クリニック
印旛	かみにし内科医院
印旛	しばクリニック
印旛	すげのやクリニック
印旛	だて内科クリニック
印旛	西志津おおば内科
印旛	はやし眼科白井クリニック
印旛	みつば脳神経クリニック
印旛	目黒クリニック
印旛	もとの金城クリニック
印旛	医) 社団佐倉の風 さくら風の村訪問診療所
印旛	医) 社団千葉医心会 千葉ニュータウンクリニック
印旛	医) 社団惇徳会 安孫子内科胃腸科クリニック
印旛	医療法人社団 つかだファミリークリニック
印旛	医療法人社団 工藤外科内科
印旛	医療法人社団 国保医院
印旛	医療法人社団 石井内科
印旛	医療法人社団 池医院
印旛	医療法人社団 長谷川医院
印旛	医療法人社団DM会 成田センタークリニック
印旛	医療法人社団下野医院

地区	医療機関名
印旛	医療法人社団久仁会 小林クリニック
印旛	医療法人社団顕慈会 後藤医院
印旛	医療法人社団光清会 大日病院
印旛	医療法人社団弘晴会 いしばし内科クリニック
印旛	医療法人社団晃正会 湯沢クリニック
印旛	医療法人社団柔仁会 矢野医院
印旛	医療法人社団昭文会 黒田内科診療所
印旛	医療法人社団新成会 西白井クリニック
印旛	医療法人社団清栄会 古谷内科
印旛	医療法人社団精樹会 さくらホームクリニック
印旛	医療法人社団聖仁会 白井聖仁会病院
印旛	医療法人社団誠悠会 もりや内科・呼吸器科クリニック
印旛	医療法人社団千葉医心会 千葉ニュータウンクリニック
印旛	医療法人社団相生会 おがわ内科
印旛	医療法人社団禎豊会 潤生堂医院
印旛	医療法人社団東光会 北総白井病院
印旛	医療法人社団惇徳会 安孫子内科胃腸科クリニック
印旛	医療法人社団博和会 斉藤おとな&こどもクリニック
印旛	医療法人社団白藤会 伊藤診療所
印旛	医療法人社団百樹会 菅谷クリニック
印旛	医療法人社団木犀会 なのはなクリニック
印旛	医療法人社団雄樹会 宍戸内科医院
印旛	医療法人社団緑泉会 白井にしざわクリニック
印旛	医療法人社団凜風会 白銀クリニック
印旛	京増内科クリニック
印旛	今井医院
印旛	財団法人日本老人福祉財団 佐倉ゆうゆうの里診療所
印旛	寺谷内科小児科

登録かかりつけ医名簿（平成28年3月末現在）

地区	医療機関名
印旛	秋草産婦人科 藤原小児科医院
印旛	石橋医院
印旛	石原医院
印旛	追川医院
印旛	天本クリニック
印旛	日本医科大学 成田国際空港クリニック
印旛	白井由井内科
印旛	板倉医院
印旛	牧の原いとうクリニック
印旛	木村医院
印旛	緑ヶ丘王子医院
印旛	和泉内科医院
浦安	上田クリニック
浦安	浦安ファミリークリニック
浦安	落合クリニック
浦安	くまがわクリニック
柏	医療法人 深町病院
柏	医療法人社団大塚会 平成内科クリニック
柏	逆井記念医院
香取	あいざわクリニック
香取	石井内科医院
香取	大木内科医院
香取	越川医院
香取	坂本医院
香取	さとうメディカルオフィス
香取	佐原中央病院訪問リハビリテーション
香取	たもつ内科小児科医院
香取	鵜田医院
香取	宮内医院
香取	みやうちクリニック
君津	青柳医院
君津	あさなぎセントラルクリニック
君津	東病院
君津	天野医院
君津	天羽診療所
君津	医) 社団伍光会 上総在宅診療所

地区	医療機関名
君津	井出医院
君津	犬丸内科皮膚科クリニック
君津	大日方医院
君津	上総記念病院
君津	君津中央病院大佐和分院
君津	三枝病院
君津	さくらクリニック
君津	茂田医院
君津	嶋田医院
君津	重城病院
君津	小ぐれ医院
君津	新木更津クリニック
君津	鈴木内科クリニック
君津	袖ヶ浦医院
君津	高橋医院
君津	竹内医院
君津	竹内基クリニック
君津	田中医院
君津	たなかハートクリニック
君津	津田医院
君津	永峯医院
君津	浪久医院
君津	橋爪クリニック
君津	平岡医院
君津	ほたるのセントラル内科
君津	まえだクリニック
君津	水島外科内科クリニック
君津	薬丸病院
君津	よこすか医院
山武	伊藤医院
山武	医療法人社団九仁会 古川クリニック
山武	医療法人社団潤友会 宇井医院
山武	医療法人社団鎮誠会 東金整形外科
山武	医療法人社団鎮誠会 姫島クリニック
山武	医療法人社団双仁会 花城医院
山武	医療法人社団つくし会 松尾クリニック
山武	医療法人社団二洋会 岡崎医院

登録かかりつけ医名簿（平成28年3月末現在）

地区	医療機関名
山武	医療法人社団東成会 東金中央クリニック
山武	医療法人社団昌健会 おおあみ在宅診療所
山武	医療法人社団増穂会 佐久間医院
山武	医療法人社団松誠会 まさごクリニック
山武	医療法人社団明生会 東葉クリニック 大綱脳神経外科
山武	医療法人社団明生会 東葉クリニック 東新宿
山武	医療法人社団豊翔会 天野内科クリニック
山武	医療法人社団榮登記念会 錦織メディカルクリニック
山武	はっとり内科クリニック
山武	日吉台クリニック
山武	ますほ内科クリニック
山武	山崎医院
匝瑳	佐藤クリニック
匝瑳	椎名医院
匝瑳	城之内医院
匝瑳	はしば医院
匝瑳	檜垣内科循環器科医院
匝瑳	福島医院
匝瑳	伊藤医院
匝瑳	越川医院
匝瑳	守医院
千葉	あかいし脳神経外科クリニック
千葉	医) 社団 AZMEDICAL 小仲台クリニック
千葉	石渡内科
千葉	板谷内科クリニック
千葉	医) 社団鎮誠会 千葉きぼーるクリニック
千葉	今井医院
千葉	医療法人社団清雄会 宇井内科クリニック

地区	医療機関名
千葉	上田医院
千葉	遠藤クリニック
千葉	大賀医院
千葉	おおた小児科
千葉	大野皮フ科クリニック
千葉	大浜医院
千葉	おぞきクリニック
千葉	おゆみのクリニック
千葉	鏡戸病院
千葉	神田内科医院
千葉	木内クリニック
千葉	きくちこどもクリニック
千葉	木村整形外科
千葉	國分クリニック
千葉	小関医院
千葉	斎藤労災病院
千葉	坂口医院
千葉	坂の上外科
千葉	三愛記念そが病院
千葉	三愛記念病院
千葉	実川外科医院
千葉	社会医療法人社団 千葉県勤労者医療協会 花園診療所
千葉	真清クリニック
千葉	神経内科千葉
千葉	新宿外科医院
千葉	新藤医院
千葉	生活クラブ風の村園生診療所
千葉	武村内科医院
千葉	田那村内科小児科医院
千葉	千草台なかむらクリニック
千葉	千葉健生病院附属まくはり診療所
千葉	千葉内科クリニック
千葉	中野内科クリニック
千葉	なかむら医院
千葉	中村内科クリニック
千葉	中山内科クリニック
千葉	成田医院

登録かかりつけ医名簿（平成28年3月末現在）

地区	医療機関名
千葉	西千葉整形外科
千葉	にへい脳外科
千葉	浜野長嶋内科
千葉	ぴあーすクリニック
千葉	古川医院
千葉	本郷内科
千葉	本郷並木通り内科
千葉	幕張本郷クリニック
千葉	真砂クリニック
千葉	みどりクリニック
千葉	美浜神経内科
千葉	元山医院
千葉	谷嶋医院
千葉	やまもとクリニック
千葉	由宇クリニック
千葉	ゆかわクリニック
千葉	ゆりの木クリニック
千葉	吉井耳鼻咽喉科医院
千葉	らいむらクリニック
千葉	るみえ内科小児科
千葉	わかばクリニック
千葉	わかば宮本医院
千葉	若松町ひまわりクリニック
千葉	和田医院
銚子	浅利クリニック
銚子	医療法人厚仁会 内田病院
銚子	医療法人社団 今村医院
銚子	医療法人社団圭寿会 児玉病院
銚子	医療法人社団双葉会 宮内医院
銚子	医療法人社団芳仁会 海村医院本院
銚子	医療法人社団洋光会 協和医院
銚子	医療法人積仁会 島田総合病院
銚子	児玉メディカルクリニック
銚子	須藤医院
銚子	関谷医院
銚子	吉野クリニック
流山	すずき内科クリニック
流山	東葛病院付属診療所

地区	医療機関名
流山	流山中央病院
流山	向小金クリニック
流山	望月医院
流山	小野クリニック
習志野	赤松小児科内科医院
習志野	医療法人社団大輝会徳山内科外科医院
習志野	医療法人社団かすみクリニック
習志野	医療法人社団和康会ほしかわクリニック
習志野	医療法人社団鐘韻会まきた内科医院
習志野	医療法人社団古川医院
習志野	医療法人社団汀会津田沼病院
習志野	袖ヶ浦西クリニック
習志野	実叡診療所
船橋	青山病院
船橋	医) 社団俊景会 前原医院
船橋	医) 弘仁会 板倉病院
船橋	いけだ病院
船橋	医) 社団清心会 薬円台泌尿器科腎クリニック
船橋	きのしたクリニック
船橋	クリニック津田沼
船橋	コミュニティクリニックみさき
船橋	すぎおかクリニック
船橋	つかさクリニック
船橋	東武塚田クリニック
船橋	とよさわクリニック
船橋	なかむら内科消化器クリニック
船橋	ならしの内科外科
船橋	庭野クリニック
船橋	花輪病院附属駅前クリニック
船橋	東船橋病院
船橋	ふたわ整形外科内科
船橋	船津医院
船橋	古川医院
船橋	松上医院
船橋	まつもと内科クリニック
船橋	南浜診療所

登録かかりつけ医名簿（平成28年3月末現在）

地区	医療機関名
船橋	むなかた内科・神経内科
船橋	やすまクリニック
船橋	山口内科
船橋	若葉クリニック
船橋	安西クリニック
船橋	医) 社団ディーオーアイ 土居内科医院
船橋	遠藤医院
船橋	葛葉クリニック
船橋	岩田内科循環器科
船橋	吉田医院
船橋	戸張クリニック
船橋	高根木戸診療所
船橋	佐野医院
船橋	山本医院
船橋	志村医院
船橋	小栗原クリニック
船橋	松が丘診療所
船橋	船橋駅前内科クリニック
船橋	津田沼診療所
船橋	渡辺医院
船橋	藤岡医院
船橋	颯佐医院
松戸	青木内科
松戸	あおぞら診療所
松戸	秋山ハートクリニック
松戸	石島医院
松戸	医療法人財団 はるたか会 あおぞら診療所新松戸
松戸	医療法人社団 熊谷内科
松戸	医療法人社団 幸市会 阿部クリニック
松戸	医療法人社団 ほっち医院
松戸	医療法人社団 誠高会 小金原診療所
松戸	医療法人社団青雲会 恩田メディカルクリニック
松戸	医療法人社団ありのみ会菅原整形外科

地区	医療機関名
松戸	医療法人社団北野朋友会松戸神経内科
松戸	医療法人社団清志会 山本病院
松戸	医療法人社団護慈会 森内科クリニック
松戸	医療法人社団臯月会 ながと内科・皮膚科クリニック
松戸	医療法人社団仁友会 宇野医院
松戸	医療法人社団秀葉会 山口内科クリニック
松戸	医療法人社団開智会 高木クリニック
松戸	医療法人社団真心会 岡村胃腸科外科
松戸	医療法人社団誠馨会 新東京クリニック松飛台
松戸	医療法人社団誠高会 小金原診療所
松戸	医療法人社団松圓会 東葛クリニック病院
松戸	医療法人社団緑星会 どうたれ内科診療所
松戸	医療法人社団恵優会 丹野内科・循環器科
松戸	医療法人廣医会 奥隅医院
松戸	医療法人柳澤会 柳澤医院
松戸	加賀谷 正クリニック
松戸	こすもす内科クリニック
松戸	さくら通り内科 大島
松戸	島村トータル・ケア・クリニック
松戸	清仁会クリニック
松戸	高田外科胃腸内科
松戸	西内科神経内科クリニック
松戸	花輪医院
松戸	東松戸クリニック
松戸	平野医院
松戸	馬橋クリニック
松戸	丸山内科医院
松戸	稔台斎藤クリニック
松戸	矢切クリニック
松戸	八柱三和クリニック
松戸	わざクリニック

登録かかりつけ医名簿（平成 28 年 3 月末現在）

地区	医療機関名
松戸	医療法人社団 順裕会 クリニックソ ワニエ
茂原・長生	安藤医院
茂原・長生	医療法人社団秋齊会秋場医院
茂原・長生	医療法人社団酒井医院
茂原・長生	医療法人社団聖光会聖光会病院
茂原・長生	医療法人社団正朋会宍倉病院
茂原・長生	医療法人社団二和会わだ内科クリニッ ク
茂原・長生	医療法人社団豊栄会長島医院
茂原・長生	大塚内科
茂原・長生	金坂医院
茂原・長生	志鎌医院
茂原・長生	睦沢診療所
八千代	医療法人社団 清心会 緑が丘メディ カルクリニック
八千代	大高内科整形外科
八千代	おかざき外科クリニック
八千代	川島内科医院
八千代	くすのき内科クリニック
八千代	グリーンヒル鴻野クリニック
八千代	さくらがわクリニック
八千代	戸叶医院
八千代	中嶋内科クリニック
八千代	平野内科医院
八千代	メディカルプラザ加瀬外科加瀬眼科
八千代	八千代西クリニック
八千代	山口内科・循環器科クリニック
八千代	山本医院
八千代	ゆりのきクリニック

平成26年度千葉県医療介護連携・入退院支援についてのアンケート調査〈病院・連携部署〉

1. 病院名 _____ 回答者 _____

連絡先TEL: _____

2. 全病床数: _____ 床

3. 種類別病床: 一般病床 _____ 床 回復期リハ病床 _____ 床 療養病床 _____ 床

地域包括ケア病床 _____ 床 障害者病床 _____ 床 精神病床 _____ 床 その他 _____ 床

4. 退院時支援を行う部署は設置されていますか？

- 設置されていない
 設置されている 地域医療連携室 各病棟 部署はないが人を配置している（複数回答可）

部署名: _____ TEL _____ FAX _____

配置人員: 医師 _____ 人 看護師 _____ 人 (退院調整 病棟 外来事務 _____ 人

MSW _____ 人 その他 _____ 人(職種)

5. 入院時の地域連携についてお聞きします。

- ① 入院時の情報収集で、かかりつけ医・ケアマネジャーの有無を確認していますか いる いない
 ② かかりつけ医・ケアマネジャーがいる場合、連絡をしていますか している 一部している していない
 ・誰が、どのタイミングで連絡をしていますか

③ 入院時ケアマネジャーが、入院時情報提供書を持参する際の持参先・送り先はありますか？

ない・検討中 各入院病棟

4と同じ部署 その他 (部署名: _____ TEL _____ FAX _____)

必要な手順: _____

④ ケアマネージャーから入院情報提供書もらった枚数/うち県連携シートの枚数/(平成26年10月の一か月間)

なし 入院情報提供書 _____ 枚 うち県地域生活連携シート _____ 枚

2枚目に続く

6. 退院時の地域連携についてお聞きします。

① 4の部署が退院支援を実施する割合は、どのくらいですか(過去3か月間/8・9・10月)

- ・ 生存退院患者数 _____
- ・ 4の設問の地域連携部門の退院調整数 _____

② 退院支援対象の振り分けはどのようにおこなっていますか？(複数回答可)

- スクリーニングシートを使用している 退院支援計画書を作成している 主治医からの依頼

・その他具体的に: _____

③ 退院支援が必要な方で、介護保険未申請だった場合、どのように対応をしていますか?(複数回答可)

- 地域包括支援センター・市町村担当課への相談 介護保険申請をしてもらう ケアマネに相談

その他具体的に: _____

④ 退院時実施している事項について

_____ いる・いない

- 退院時カンファレンス 退院前家屋調査 医療行為の指導
 薬剤指導 栄養指導 日常機能動作などリハビリに関する指導

その他具体的な支援があれば: _____

⑤ 退院時に千葉県地域生活連携シートを使用していますか？

_____ いる・いない

10. 退院後の支援・相談窓口はありますか？

_____ あり・なし

- 4と同じ部署 その他: 部署名: _____ TEL _____ FAX _____

11. 退院支援において、課題とされていることについて☑をしてください。(複数回答可)

- 退院支援を担当する者の人手不足 院内の体制が整っていない
 連携先の窓口がわからない 患者・家族の退院支援への理解不足
 他機関に連絡しにくい 連携できる地域の社会資源(介護保険サービス等)が少ない

その他

12 ケアマネジャーへの要望、意見、ソーシャルワーカー・退院調整部門の課題など忌憚のない声をお寄せ下さい。

※ データの使用に関しては千葉県・県医師会に帰属します。

FAX番号 043-246-3142 千葉県医師会 行き

ご協力ありがとうございました。

mail t-iryo@office-cma.or.jp

(平成26年11月)

地域の病院と介護との連携について、今後、充実した利用者支援をするために、ぜひご意見をお聞かせ下さい。※ ケアマネジャーお1人毎に回答をお願いします。

Webアンケートは千葉県医師会ホームページよりご利用いただけます

アンケート項目

1. 事業所名: _____ 人目/回答数 _____ 人 所在市町村: _____
2. 現在の担当ケース数(10月末日時点の給付実績) (要介護) _____ 件
(要支援) _____ 件
3. 担当ケースのうち10月中に病院から退院したケース数 (要介護) _____ 件
(要支援) _____ 件

* 上記3. の件数(10月中に病院から退院したケース数)の内訳等をご記入ください

利用者	退院された病院名	病院からの引き継ぎの連絡	脳卒中病名	要介護・要支援の区別
1		有・無	有・無	介護・支援
2		有・無	有・無	介護・支援
3		有・無	有・無	介護・支援
4		有・無	有・無	介護・支援
5		有・無	有・無	介護・支援
6		有・無	有・無	介護・支援
7		有・無	有・無	介護・支援
8		有・無	有・無	介護・支援
9		有・無	有・無	介護・支援
10		有・無	有・無	介護・支援

注1 引き継ぎには、退院前の多職種カンファレンス以外に、病院職員との簡単な面談を含めます。但し、介護支援専門員から引き継ぎを求めた場合は「無」としてください。

注2 脳卒中病名には、脳梗塞・脳出血・脳血栓・くも膜下出血などが入ります。

4. 現在担当している利用者のうち、10月中に病院に入院した件数 (要介護) _____ 件
(要支援) _____ 件
- 中に入院したケースのうち、病院に入院時情報提供書をおくった件数 (要介護) _____ 件
/内千葉県地域生活連携シートを使用した件数 (要支援) _____ 件

5. 病院との退院時の引き継ぎでうまくいった点や、問題点を記述ください(可能なら、病院名も)
例)○△病院:入院時情報提供書を持っていこうと電話したけど、たらい回しにされた。結局、連絡なしで退院。

※ 〇月●日()までにインターネット回答をお願いします。難しい場合はFAXでご返送ください。

※ FAXでの回答の場合、不足分はコピーをお願い致します。

※ データは個人情報に関しては公表しません。それ以外についての使用に関しては千葉県・県医師会に帰属します。

FAX番号 020-4664-3575 千葉県医師会 行き

ご協力ありがとうございました。

mail t-iryo@office-cma.or.jp

(平成26年11月)

平成26年度千葉県医療介護連携・入退院支援についてのアンケート調査
〈病院:計画管理病院・登録回復期病院〉

webアンケートは、千葉県医師会ホームページよりご利用いただけます

1. 医療機関名 _____ 所属地区医師会名 _____

回答者 _____

2. 貴院の脳卒中診療の位置付けについて該当するのは(複数回答可)

急性期治療 (回復期)リハビリテーション 慢性期(療養など)

3. どの脳卒中地域連携に参加していますか?

計画管理病院 退院時指導料Ⅰ算定 退院時指導料Ⅱ算定 参加していない

4. 患者さんが脳卒中連携パスを利用できないケースをお聞かせください

[]

5. 脳卒中連携パスを利用する患者さんとしらない患者さんで退院時支援にどのような違いがありますか?

特になし

[]

6. 入院した脳卒中患者さんの主治医は確認していますか? その際、連絡はしていますか?

① 確認している していない

② 必ず連絡している 連絡するようにしているが、全部ではない 連絡していない

7. 退院後の脳卒中患者さんが再発以外の理由(肺炎など)で入院する場合窓口は決まっていますか?

脳卒中の診療科 内科など個別の診療科 地域連携室

併発した疾患の診療は基本的にしない その他()

8. 7について、困ったことはありますか?

特になし

[]

9. 脳卒中患者さんの退院時支援に関して、よかったこと・困ったことなどがあればお聞かせください。
(地域連携シートが役立った、退院時にかかりつけ医が見つからない・転院先が見つからない 等)

[]

※ □月■日()までにインターネット回答をお願いします。難しい場合はFAXでご返送ください。

※データの使用に関しては千葉県・県医師会に帰属します。

FAX番号 020-4664-3575 千葉県医師会 行き
mail t-iryoo@office-cma.or.jp

ご協力ありがとうございました。
(平成26年11月)

平成26年度千葉県医療介護連携・入退院支援についてのアンケート調査
 <連携かかりつけ医>

1. 医療機関名 _____ 所属地区医師会名 _____

回答者 _____

2. 関東厚生局から共用脳卒中パスについての登録に関する書面を受け取っていますか？

あり ・ なし

3. 今までに脳卒中連携パスを受け取ったことはありますか？

あり ・ なし

3-1) ありの方

件

4. 脳卒中連携パスへのご意見、ご感想など。

[_____]

5. 患者さんの入退院に関する質問です。

① かかりつけの患者さんが紹介状無で脳卒中で入院した時、病院から連絡を受けたことはありますか？

あり ・ 無 ・ 該当患者なし

② 退院時カンファレンス開催について、連絡を受けたことがありますか？

あり ・ 無 ・ 該当患者なし

③ 退院カンファレンスに出席したことはありますか？

あり ・ 無

④ 病院からの脳卒中患者さんの退院調整について、ご意見、ご感想などをお願いいたします。

[_____]

⑤ 脳卒中患者さんを地域生活期で診療するにあたり、困っていることはありますか？(複数回答可)

ADLが低下時の相談先 嚥下障害についての相談先 肺炎を起こした時の入院先

抗凝固薬・抗血小板剤の使い方、処置時の対応

[_____]

※ □月□日()までにインターネット回答をお願いします。難しい場合はFAXでご返送ください。

※ データの使用に関しては千葉県・県医師会に帰属します。

FAX番号 020-4664-3575 千葉県医師会 行き
 mail t-iryo@office-cma.or.jp

ご協力ありがとうございました。
 (平成26年11月)