

地域医療連携室に関するアンケート調査結果

はじめに

救急医療機関において搬送受入要請に対応できない理由となっている救急患者用病床を確保するために、病態の安定した患者を回復期及び慢性期医療機関への円滑な転院体制の確立を図るために救急患者退院コーディネーター事業が開始された。円滑な転院を図るには、計画的な退院調整支援が必要と考える。

そこで県内の病院の地域医療連携室の状況と高齢者の救急患者の状況を把握するためにアンケート調査を行った。その結果、県内の病院の地域医療連携室の現状及び課題と、高齢者の救急患者の特徴を把握することができた。

I. 調査方法

- ・対象：宮城県内全病院 142 施設
- ・期間：平成 27 年 2 月 26 日～平成 27 年 3 月 12 日
- ・調査方法：質問紙調査
- ・調査内容：別紙参照

II. 結果と考察

回答のあった病院は 142 施設中 86 施設であった。回収率 60.6%であった。

1 回答者の職種について

回答者の職種の順は、「地域医療連携室」42 施設、「事務部」27 施設、「医療・介護相談室」7 施設、「看護部」3 施設の順であった（表 1）。

表 1 回答者の部署

部署	施設（割合）	部署	施設（割合）
地域医療連携室	42（49）	事務部	27（31）
医療・介護相談室	7（8）	看護部	3（3）
その他	3（3）	無記入	4（5）

（86 施設中）

2 地域医療連携室の状況について

1) 地域連携室の設置状況

地域連携室の設置状況は、「設置している」41 施設（48%）、「地域連携室の名称はないが体制を整備」24 施設（28%）、「整備していない」21 施設（24%）であった（表 2）。

表2 地域医療連携室の設置状況

設置状況	施設数(割合)
地域医療連携室を設置	41 (48)
地域連携室の名称はないが医療機関からの患者受入や退院調整を行う体制を整備	24 (28)
整備していない	21 (24)

(86 施設中)

2) 整備しない理由

「整備していない」21 施設の理由は、「職員の配置が困難」11 施設、「患者のニーズがなく、必要性がない」2 施設、その他5 施設であった。その他の理由としては、ニーズは増加していると考えるが一つの専従としてでは病院の規模からして不要ではないかと管理部門より言われ、現在も看護師が対応している。その都度対応している等であった(表3)。

表3 整備していない病院の理由

理由	施設数(割合%)
職員の配置が困難	11 (52)
患者のニーズがなく、必要性がない	2 (10)
重複回答	3 (14)
その他	5 (24)

(21 施設中)

3 地域医療連携室の人員体制について

1) 地域医療連携室の配置職員の職種

連携室設置41 施設と体制整備24 施設の65 施設の配置人員の職種は、「社会福祉士」42 施設(65%)、「事務職」39 施設(60%)、「看護師」36 施設(55%)、「医師」29 施設(45%)の順であった。連携室設置の施設では、「事務職」が最も多かった。体制整備の施設では、「社会福祉士」が最も多かった(表4)。

2) 配置人数

総配置人数は、「2~3 名配置」11 施設(17%)、「3~4 名配置」10 施設(15%)、「10~15 配置」9 施設(14%)の順であった。連携室設置施設で最も多いのは、「10~15 名配置」7 施設で、体制整備施設では「2~3 名配置」7 施設であった(表5)。

表 4 配置職員の職種

職 種	施設数 (割合)	連携室設置 41 施設中	体制整備 24 施設中
医師	29 (45)	24	5
看護師	37 (57)	29	8
社会福祉士	42 (65)	30	12
精神保健福祉士	17 (26)	10	7
事務職	39 (60)	32	7
その他	20 (31)	13	7

(65 施設中)

表 5 配置人数

人数	施設数 (割合%)	連携室設置 (施設数)	体制整備 (施設数)
1 名未満	1 (2)		1
1 ～ 2 名未満	3 (5)	1	2
2 ～ 3 名未満	11 (17)	4	7
3 ～ 4 名未満	10 (15)	5	5
4 ～ 5 名未満	6 (9)	6	
5 ～ 6 名未満	3 (5)	2	1
6 ～ 7 名未満	5 (8)	4	1
7 ～ 8 名未満	3 (5)	2	1
8 ～ 9 名未満	3 (5)	2	1
9 ～ 10 名未満	5 (8)	5	
10 ～ 15 名未満	9 (14)	7	2
15 ～ 20 名未満	2 (3)	2	
20 名以上	3 (5)	1	2
無記入	1 (2)		1

(65 施設中)

3) 専従職員配置について

(1) 配置施設

地域連携室設置施設及び体制整備施設の 65 施設中専従の人員を配置している施設は 44 施設 (69%) であった。地域連携室設置の施設は、28 施設 (68%) で、体制整備の施設は 16 施設 (67%) で割合的には差がなかった。(表 6)

表 6 専従職員の配置

整備状況	施設数	配置施設数 (割合%)
連携室設置	41	28 (68)
体制整備	24	16 (67)
施設数	65	44 (69)

(65 施設中)

(2) 配置職員職種

専従の人員配置を行っている 44 施設の配置職種の状況は、「社会福祉士」29 施設 (66%)、「事務職」26 施設 (59%)、「看護師」19 施設 (43%) の順であった。

「医師の配置」はなかった。医師は、実務者ではなく管理者や委員会等の代表者として配置されていると考えられる

連携室設置施設では、看護師を配置している施設が多く、体制整備施設においては、社会福祉士の配置が多かった。体制整備施設は、相談業務が中心となっていると考えられる (表 7)。

表 7 配置職員の職種

職 種	施設数 (割合)	連携室設置	体制整備
医師	0 (0)	0	0
看護師	19 (43)	17	2
社会福祉士	29 (66)	21	8
精神保健福祉士	12 (27)	5	7
事務職	26 (59)	23	3
その他	17 (39)	11	6

(44 施設中)

(3) 配置人数

配置人数は、「2～3名未満配置」10施設(23%)、「1～2名未満配置」7施設(16%)、「3～4名未満配置」6施設(14%)の順である。「20名以上配置」の施設も2施設あった(表8)。

表8 配置人数

人数	施設数 (割合%)	連携室設置 (施設数)	体制整備 (施設数)
1～2名未満	7 (16)	3	4
2～3名未満	10 (23)	5	5
3～4名未満	6 (14)	2	4
4～5名未満	5 (11)	5	
5～6名未満	2 (5)	2	
6～7名未満	1 (2)	1	
7～8名未満	1 (2)	0	1
8～9名未満	4 (9)	3	1
9～10名未満	2 (5)	2	
10～15名未満	2 (5)	2	
15～20名未満	2 (5)	2	
20名以上	2 (5)	1	1
合計		28	16

(44施設中)

4 業務内容について

地域連携室で実施している業務内容は、「他の医療機関からの紹介患者受入調整」63施設(97%)、「入院患者の退院・転院調整」62施設(95%)、「医療相談受付」57施設(88%)、「在宅療養支援」44施設(68%)であった。ほぼ全施設の地域連携室が入院患者の退院・転院調整を行っていた(表9)。

表 9 地域医療連携室の業務内容（複数回答）

業務内容	施設数（割合％）
他の医療機関からの紹介患者受入調整	63（97）
入院患者の退院・転院調整	62（95）
医療相談受付	57（88）
在宅療養支援	44（68）
その他	24（37）

（ 65 施設中 ）

5 会議への参加状況について

会議への参加状況は、「地域ケア会議」34 施設（53%）、「介護支援サービス担当者会議」26 施設（40%）、無記入 20 施設（32%）であった。今回のアンケートでは、会議の内訳を指定したため少ない可能性もあるが、介護との連携を図るには、会議等に積極的に参加して顔の見える関係を作る必要がある（表 10）。

表 10 会議への参加状況（複数回答）

会議の内訳	施設数（割合％）
地域ケア会議（市町村等が開催する会議）	34（52）
介護支援サービス担当者会議（介護支援専門員が開催する会議）	26（40）
無記入	21（32）

（ 65 施設中 ）

6 入院患者の退院調整の実施状況について

入院患者の退院調整実施状況は、「入院患者全員に実施（入・退院時）」18 施設（28%）、「他の部署より依頼があった場合に実施（入・退院時）」15 施設（23%）、「他の部署より依頼があった場合に実施（退院時）」11 施設（17%）、「入院患者全員に実施（退院時のみ）」5 施設（8%）の順であった。

他部署からの依頼を含めて退院調整を実施している施設は、49 施設（76%）で、23 施設（35%）は入院患者全員に退院調整を行っていた。又、入院時にスクリーニング実施している施設は、33 施設（51%）で、施設の半分は、計画的に退院調整を実施していることが伺えた（表 11）。

表 1 1 入院患者の退院調整の実施状況

実施状況	施設数 (割合%)
入院患者全員に実施 (退院時のみ関与)	5 (8)
入院患者全員に実施 (入院時スクリーニング時も実施)	18 (28)
他の部署より依頼があった場合に実施 (退院時のみ関与)	11 (17)
他の部署より依頼があった場合に実施 (入院時スクリーニング時も実施)	15 (23)
複数回答	13 (20)
無記入	3 (5)

(65施設中)

7 退院調整実施による診療報酬請求について

入院基本料加算(退院調整加算)の請求は、「入院基本料加算(A238)」33施設(51%)、「入院基本料加算(A238-4)」14施設(22%)、「入院基本料加算(A238-5)」11(17%)であった。退院時共同指導料については、「退院時共同指導料1(B004)」10施設(15%)、「退院時共同指導料2(B005)」21施設(32%)であった。地域連携診療に関しては、地域連携診療計画管理料(B005-2)10施設(15%)、地域連携診療計画退院時指導料(I)(B005-3)9施設(4%)地域連携診療計画退院時指導料(II)(B005-3-2)1施設(2%)であった。無記入が23施設(37%)であった。退院調整を実施している施設は、49施設(75%)であったが退院調整加算を請求している施設は33施設(51%)であった(表12)。この結果には、無記入施設の回答数が影響していると考えられるが、病院側に退院調整加算を算定できることを周知することによって入院患者の退院調整円滑化の動機付けとなると考えられる。

表 1 2 診療報酬請求の内訳(複数回答)

診療報酬請求の内訳	施設数(割合%)
入院基本料等加算(退院調整加算)(A238)	33(51)
入院基本料等加算(救急搬送患者地域連携紹介加算)(A238-4)	14(22)
入院基本料等加算(救急搬送患者地域連携受入加算)(A238-5)	11(17)
退院時共同指導料1(B004)	10(15)
退院時共同指導料2(B005)	21(32)
地域連携診療計画管理料(B005-2)	10(15)
地域連携診療計画退院時指導料(I)(B005-3)	9(14)
地域連携診療計画退院時指導料(II)(B005-3-2)	1(2)
無記入	24(37)

(65施設中)

8 退院調整の実績について（平成 25 年度）

1) 入院患者に対する退院調整の状況

総入院患者に対する退院調整者の割合は、「1%未満」11 施設、「11~20%」9 施設、「1~10%」8 施設、「31~40%」4 施設の順であった。連携室設置の 41 施設では、「1%未満」10 施設、「1~10%」5 施設、「11~20%」5 施設の順で、体制整備の 24 施設では、「11~20%」4 施設、「1~10%」3 施設、「41~50」2 施設の順であった（表 1 3）。

連携室設置施設において、退院調整率の少ない施設が多いのは、病床数が多い急性期病院が含まれているためと考える。ただし、無記入の施設が約 30%の施設ありデータを把握されていないと考えられる。

表 1 3 入院患者に対する退院調整の割合

割合	全体		連携室設置		体制整備	
	施設数	割合 (%)	施設数	割合 (%)	施設数	割合 (%)
1 未満	11	17	10	24	1	4
1 ~ 1 0	8	12	5	12	3	13
1 1 ~ 2 0	9	14	5	12	4	17
2 1 ~ 3 0	1	2	1	2	0	0
3 1 ~ 4 0	4	6	3	7	1	4
4 1 ~ 5 0	3	5	1	2	2	8
5 1 ~ 6 0	1	2	0	0	1	4
6 1 ~ 7 0	2	3	1	2	1	4
7 1 ~ 8 0	0	0	0	0	0	0
8 1 ~ 9 0	0	0	0	0	0	0
9 1 ~ 1 0 0	3	5	2	5	1	4
誤答	5	8	2	5	3	13
無記入	18	28	11	27	7	29
	65		41		24	

(65 施設中)

2) 退院調整の内訳

退院調整の内訳は、平成 25 年度に退院調整を実施した人数の異動の内訳の割合に該当する施設数を表示している。

「自宅」への異動は、「20～30%」11 施設、「51～60%」6 施設、「61～70%」5 施設「71～80%」5 施設の順であった。施設への異動は、「1～10%」13 施設、「11～20%」12 施設、「21～30」6 施設の順であった。転院は、「11～20%」13 施設、「1～10%」7 施設、「21～30%」6 施設、「31～40%」6 施設の順であった（表 1 4）。退院調整は、自宅への支援の割合が高く、施設と転院への支援は 20%未満が半分であった。

表 1 4 退院調整の内訳（施設数）

割合 (%)	自宅	施設	転院	その他
0	2		2	17
1～10		13	7	14
11～20	4	12	13	7
21～30	11	6	6	2
31～40	4	4	6	
41～50	4	2	2	1
51～60	6	3	4	1
61～70	5	1	1	
71～80	5	1	1	
81～90	0			
91～100	1			
	42	42	42	42

(42 施設中)

9 退院調整が難しいと感じる事例の内訳について

事例の内訳は、「退院先として想定する介護施設に空がない」51 施設（78%）、「自宅へ退院する場合、患者家族等の受入体制が整っていない」41 施設（63%）、「患者や家族が退院・転院を希望しない」41 施設（63%）、「転院先として想定する病院に空床がない」35 施設（54%）であった（表 1 5）。

表 1 5 難しいと感じる事例の内訳（複数回答）

事例の内訳	施設数（割合％）
転院先として想定する病院の情報がない分からない	4（6）
転院先として想定する病院に空床がない	35（54）
退院先として想定する介護施設の情報がない分からない	8（12）
退院先として想定する介護施設の介護施設に空がない	51（78）
他の地域への転院・退院の場合調整すべき関係機関が分からない	5（8）
退院後在宅医療が必要な患者について調整すべき関係機関が分からない	3（5）
自宅へ退院する場合、患者家族等の受入体制が整っていない	41（63）
患者や家族が退院・転院を希望しない	41（63）
その他	17（26）
無記入	2（3）

（ 65 施設中 ）

その他の記載は 17 施設あった。その内訳を 8 項目に分類し集計した。「経済的理由」6 施設、「身より・キーパーソンがない」5 施設、「家族の理解不足」3 施設、「人工呼吸器装着」3 施設等であった（表 1 6）。

想定する介護施設や病院の空きがないという事例が多いのは、その他に記載されているように特殊な医療行為とか疾病によるためと思われる。このような患者の収容先を考えていく必要がある。患者・家族の問題の事例が多いのは、家族構成の問題や単独世帯等の増加が影響していると考えられる。早期に家族・患者への教育が必要と考える。

表 1 6 その他の難しいと感じる事例の内訳（複数回答）

事例の内訳	件数
経済的理由	6
身より・キーパーソンがない	5
家族の理解不足	3
人工呼吸器装着	3
精神障害（認知症）	2
社会資源	2
施設不足	1
在宅の介護不足	1
その他	3

（ 17 施設 ）

10 患者本人が転院を希望しているが、転院先が確保できない場合の対応について

65 施設の記載理由を 6 項目に分類し集計した。対応は、「他の転院先を探す」20 施設、「在宅療養」16 施設、「入院継続」13 施設、「介護施設入所調整」10 施設の順であった（表 1 7）。

他の転院先を探し続けても転院できない場合、対応として、転院先を探し続けたり、介護施設を利用したり工夫されていたが、入院継続になってしまう状況が推測された。在宅療養の問題として、治療が必要な状態の退院が考えられる。入院継続の問題として、長期入院になってしまいベッド稼働ができない状況になっていることが考えられる。

表 1 7 転院先が確保できない場合の対応

対応	施設数
他の転院先を探す	20
在宅療養	16
入院継続	13
介護施設入所調整	10
ショートステイ活用	5
期限付き転院	1
その他	3

(65 施設中)

11 地域連携室の課題について

「他の病院との連携」33 施設、「業務量と比べて配置人員が少ない」30 施設、「介護関係機関との連携」29 施設、「院内の部署間の連携」26 施設、「病棟との連携」23 施設であった（表 1 8）。介護関係機関との連携より他の病院との連携の課題が多かった。また、「他の部署間の連携、病棟との連携」が病院内の課題としてあげられていた。

表 1 8 地域医療連携室の課題（複数回答）

課題	施設数（割合）
業務量と比べて、職員配置が少ない	30（46）
病院内の部署間の連携	26（40）
病棟との連携	23（35）
他の病院との連携	33（51）
介護関係機関との連携	29（45）
診療報酬請求のための業務量が多い	6（9）
その他	10（15）
無記入	6（9）

(65 施設中)

表 18 の「その他」で記載されていたのが「行政との連携」、「介護サービス、障害福祉サービスの地域の受け皿が乏しい」、「医療、福祉、行政等が連携した地域づくりが必要」であり、病院と地域との関係づくりの課題があった。また、「長期入院者の退院の推進、ご家族への退院についての理解」、「院内において複数の部署間の調整役となり、各々の意見の狭間に立たされる」等、患者・家族・スタッフの課題があった。

12 退院調整漏れについて*

退院調整漏れの原因を 9 項目、対策を 9 項目に分類し集計した。

原因は、「ケアマネージャーの情報収集不足」5 件、「マンパワー不足」4 件であった。対策は、「在宅支援と病院の連携体制の整備」10 件、「ケアマネージャーへの情報提供」8 件、「ケアマネージャーからの情報提供」8 件であった（表 19）。

退院調整漏れの原因をケアマネージャーとの情報交換不足をあげており、対策として相互の情報提供をあげていた。病院内の対策として、スタッフのアセスメントの差や意識の相違を補うための教育の必要性をあげていた。退院調整漏れの対策として、全入院患者のスクリーニングの実施の必要性を考えている状況が伺えた。

* ケアマネージャー側から見て退院調整がされず在宅復帰するような場合

表 19 退院調整時の原因と退院調整防止

原因	件数	対策	件数
ケアマネージャーの情報収集不足	5	在宅支援と病院の連携体制の整備	10
マンパワー不足	4	ケアマネージャーへの情報提供	8
病棟スタッフのアセスメントの差あり	3	ケアマネージャーからの情報提供	8
家族が希望しない	3	全入院患者に退院調整スクリーニング実施	6
短期間入院のため調整不能	2	退院時カンファレンス実施(在宅支援者も)	3
ケアマネージャーとのコミュニケーション不足	1	連携室と病院スタッフとの連携	3
ケアマネージャーの医療に対する認識不足	1	院内会議・教育の実施	2
病院と在宅スタッフの意識の相違	1	家族・本人への不安を聞く	1
病院と在宅スタッフ等の認識不足	1	相談室に依頼	1
その他		13 件	

13 高齢の救急患者について

1) 受け入れ時の課題

高齢の救急患者の受け入れ段階を 11 項目に分類し集計した。「連絡先が不明で受取人がいない」6 件、「身元保証人がいない」6 件、「キーパーソンがいない」4 件、「入院長期化」4 件であった（表 20）。

高齢患者は、身寄りがないこと等で手続きに時間を要したり、合併症等で長期入院化が予測されることが、受け入れ拒否の要因となっていることが伺われる。

表 20 受け入れ時の課題

課題	件数
連絡先不明受取人いない	6
身元保証人がいない	6
キーパーソンがいない	4
入院長期化	4
生活の様子不明	3
受入を断られる	3
精神病あると受入困難	2
合併症がある	2
軽症の患者が多い	1
介護保険未申請	1
経済的困窮	1
その他	5

2) 急性期病院から慢性期病院への転院時の課題

慢性期病院への転院時の課題を 15 項目に分類し集計した。「認知症」6 件、「キーパーソン不在」5 件、「家族の問題」4 件、「該当病院が少ない」4 件、「末期・人工呼吸器装着受け入れなし」4 件、「経済的問題」3 件であった（表 21）。

認知症や身寄りがないこと、経済的な問題などにより転院が困難になっている状況が伺える。

表 2 1 転院時の課題

課題	件数
認知症	6
キーパーソンが不在	5
家族の問題	4
該当病院が少ない	4
末期・人工呼吸器装着受入なし	4
経済的問題	3
身元保証人がいない	3
医療処置あり	3
待機時間が長い	3
近隣の老人病院がない	3
病院の条件が高い	2
治療方針が決まらない	2
医療区分の制限による	2
施設入所に時間を要する	1
看取り病院がない	1
その他	6

3) 慢性期病院から自宅・施設の退院時の課題

自宅・施設の退院時の課題を 9 項目に分類し集計した。退院時の課題として「自宅の介護力不足」21 件、「経済的問題」12 件、「介護保険未認定」9 件、「家族受け入れ拒否」5 件、「施設不足」5 件であった（表 22）。

自宅退院においては、介護力の不足や家族の受入困難によりスムーズに進められない現状があると考えられる。施設への入所においては、経済的問題や施設不足が要因になっている。今後ますます高齢者の単独世帯が増加し、自宅退院が難しくなり、施設入所者が増加すると考えられる。低料金で収容できる施設の整備及び医療と介護の連携の整備が必要と考える。

表 2 2 慢性期病院から自宅・施設の退院時の課題

課題	件数	課題	件数
自宅の介護不足	21	施設不足	5
経済的問題	12	施設への帰宅拒否	2
介護保険未認定	9	キーパーソンがいない	1
家族受け入れ拒否	5	医療依存者収容施設附属	1
待機時間が長い	5	その他	9

14 県などの行政機関や他の関係機関に対する要望について

42の施設で15項目の要望があった。「特養の整備」6件、「診療報酬・介護報酬の見直し」4件、「職員・住民への丁寧な対応」4件、「高齢者施設や療養病床・診療所等の情報提供」3件であった(表23)。

ハード面では施設の増設や病床数の増床の要望があり、ソフト面では情報提供や情報交換、交流の場などを求めている。

表23 県などの行政機関や他の関係機関に対する要望

事項	件数	事項	件数
特養の整備	6	療養病床の増床	1
診療報酬・介護報酬見直し	4	未介護認定者収容施設の整備	1
職員・住民への丁寧な対応	4	緩和病床の増加	1
高齢者施設や療養病床・診療所等の情報提供	3	特養・老健等の緊急入院枠の拡大	1
介護職員の確保	2	情報交換・交流の場がほしい	1
転院のハードルの低下	2	医療の地域間隔差の改善	1
地域住民の方の情報把握	1	医療的ケア使用者のショートステイ	1
医療依存度が高くても入所できる施設	1	その他	12

III 結論

1. 「地域連携室の設置状況」は、7割強の病院で設置又は体制が整備されていた。
2. 「地域連携室を設置できない理由」は、職員配置困難が多かった。
3. 地域連携室の配置人員の職種は、社会福祉士、事務職、看護師、医師の順であった。
連携室設置と体制整備との施設の配置職種の差はなかった。専従人員では、社会福祉士、事務職、看護師の順であり、医師が配置されている施設はなかった。
4. 配置人数は、「2～4名未満」が多かった。
5. 地域医療連携室の業務内容は、「他の医療機関からの紹介患者受入調整」、「入院患者の退院・転院調整」、「医療相談受付」を行っていた。
6. 地域で開催される会議への参加率は、3～4割と少なかった。
7. 入院患者の退院調整の実施方法は、「入院患者全員に実施」23施設(36%)、「他部署より依頼」26施設(40%)であった。「入院時にスクリーニング実施している」施設は、33施設(51%)で半数の施設は入院時から計画的に退院調整を実施していた。
8. 診療報酬請求については、無記入の施設が多く、入院基本料等加算(退院調整加算)を請求している施設が33施設(51%)であった。
9. 入院患者に対する退院調整の割合は、20%以下の施設が多かった。
10. 退院調整の内訳は、退院調整実施した人数の割合が、「自宅退院」21～30%、「施設」1～10%、「転院」11～20%の施設が多かった。

11. 退院調整が難しいと感じる事例は、転院先の病院や介護施設に空床がないことと患者や家族が転院を希望しない場合であった。
12. 患者が希望する転院先が確保できない場合の対応としては、転院先を探し続けたり、介護施設を利用したり工夫されていたが、治療が必要なまま退院したり長期入院になっていた。
13. 地域連携室の課題は、「介護関係機関との連携」より「他の病院との連携」が多かった。又、院内においても「病棟の連携」と「部署間との連携」を4割弱の施設があげていた。
14. 退院調整漏れの原因としては、ケアマネージャーとの情報交換不足と病棟スタッフのアセスメントの差等をあげていた。
15. 退院調整漏れの防止対策としては、ケアマネージャーとの情報交換と在宅支援スタッフの連携体制の整備、全入院患者の退院調整スクリーニングの実施をあげていた。
16. 高齢者救急患者の課題は、受入時は、「連絡先不明・受取人いない」「身元保証人がいない」「キーパーソンがいない」と「入院が長期化」等であった。慢性期病院への転院時は、「キーパーソンがいない」「認知症」「経済的問題」等であった。自宅への退院時は、「自宅の介護不足」「家族の受入拒否」等で、施設への入所時は、「経済的問題」「収容施設不足」であった。高齢者救急患者は、合併症及び転院・退院等が困難により入院長期化になりやすいこと及び身寄り不在等により手続き等に時間を要することにより受け入れ時に拒否される傾向にあることが伺われた。
17. 県などの行政機関や他の関係機関に対する要望として、施設の増設や病床数の増床及び情報提供や交流の場などをあげていた。

おわりに

今回の調査により宮城県内の病院において、地域医療連携室設置（体制を含む）が7割強整備されていることを把握できた。設置されている病院の半数においては、入院時にスクリーニング実施し、計画的に退院調整を実施していることが伺われた。退院調整の難しいと感じる事例として転院先や介護施設に空床がないこと家族の問題が挙げられてあった。

アンケート調査においては、空床がないとあげられるが、以前のヒアリングにおいては、特定の人工呼吸器装着等の患者以外は、スムーズに転院や施設の入所ができているという結果である。地域差もあると考えられるが、現状を把握する必要がある。

地域医療連携室の課題として、「介護関係機関との連携」より「他の病院との連携」が多く、また院内連携についても多く挙げられていた。宮城県内の病院について機能の別が分かりにくいことも影響していると考えられる。急性期病院から介護保険施設への入所が少なくワンステップとして慢性期病院に転院する傾向にあるので、病院間の連携を図る必要がある。加えて、退院調整をスムーズにするため院内の取組も必要である。

高齢者救急患者の課題として、「保証人がいない」、「入院長期化」、「介護不足等自宅退院困難」、「経済的問題等で施設入所困難」があった。今後、高齢者の単独世帯や高齢者世帯の増加が進み、自宅退院や施設の入所は困難になる人が増えると考え。これにより急性期病院の長期入院になり、救急患者の収容が困難になる可能性がある。

救急患者の収容病床を確保するには、県内の病院の機能分化と介護保険施設の連携を図る必要がある。介護保険施設との連携においては、ケアマネージャーとの情報交換不足があるのでお互いに主体的に連携をとっていくことが必要と考える。また、院内の連携の課題もあるので院内での自主的な取組も必要と考える。

当事業においては、病院間及び介護施設との連携ができるような支援の実施及び行政に働きかけていきたい。