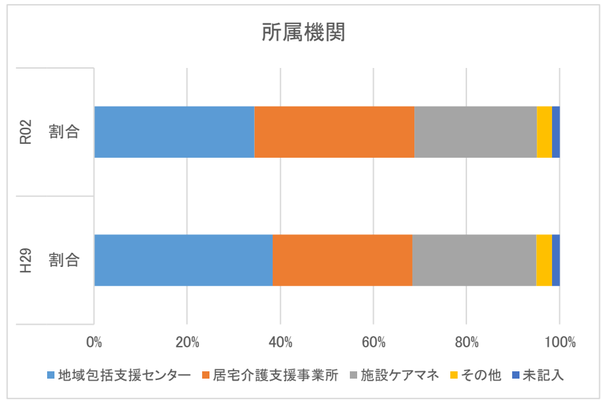
北空知地域入退院支援に係る実態調査結果（令和2年度・平成29年度比較）
【介護支援専門員】

1 回答状況

	R02	H29
配布数	71	74
回収数	61	60
回収率	85.9%	81.1%

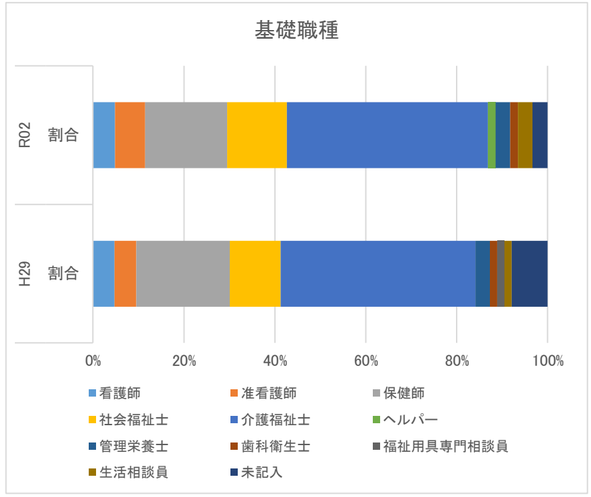
2 所属機関

機関	R02		H29	
	人数	割合	人数	割合
地域包括支援センター	21	34.4%	23	38.3%
居宅介護支援事業所	21	34.4%	18	30.0%
施設ケアマネ	16	26.2%	16	26.7%
その他	2	3.3%	2	3.3%
未記入	1	1.6%	1	1.7%



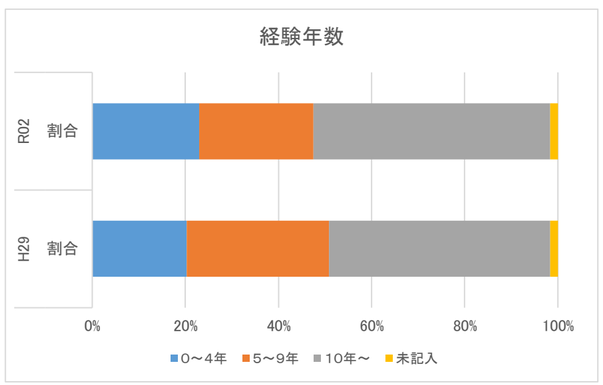
3 基礎職種

職種	R02		H29	
	人数	割合	人数	割合
看護師	3	4.9%	3	5.0%
准看護師	4	6.6%	3	5.0%
保健師	11	18.0%	13	21.7%
社会福祉士	8	13.1%	7	11.7%
介護福祉士	27	44.3%	27	45.0%
ヘルパー	1	1.6%	0	0.0%
管理栄養士	2	3.3%	2	3.3%
歯科衛生士	1	1.6%	1	1.7%
福祉用具専門相談員	0	0.0%	1	1.7%
生活相談員	2	3.3%	1	1.7%
未記入	2	3.3%	5	8.3%



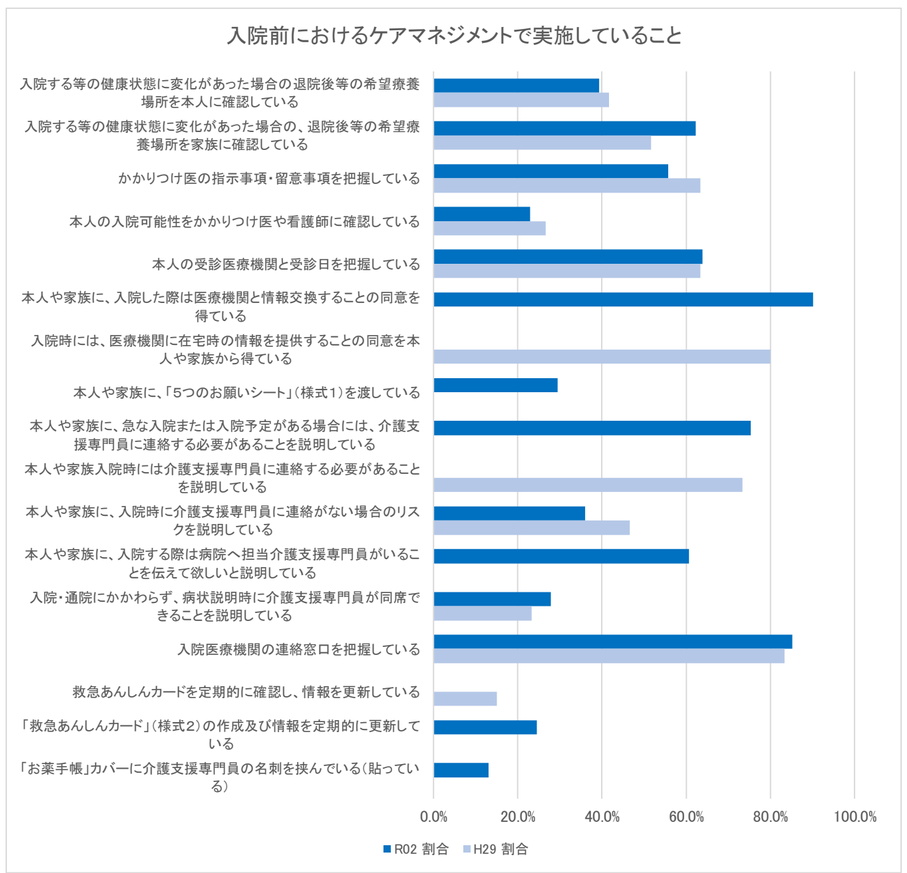
4 経験年数

年数	R02		H29	
	人数	割合	人数	割合
0～4年	14	23.0%	12	20.0%
5～9年	15	24.6%	18	30.0%
10年～	31	50.8%	28	46.7%
未記入	1	1.6%	1	1.7%



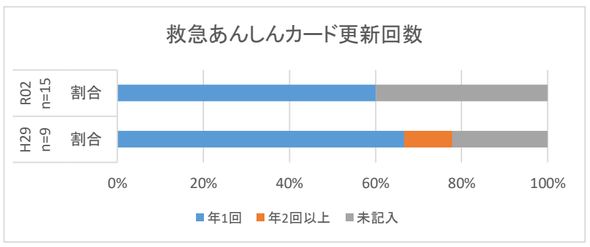
5 入院前におけるケアマネジメントについて実施していること

ケアマネジメント項目	R02		H29	
	件数	割合	件数	割合
入院する等の健康状態に変化があった場合の退院後等の希望療養場所を本人に確認している	24	39.3%	25	41.7%
入院する等の健康状態に変化があった場合の、退院後等の希望療養場所を家族に確認している	38	62.3%	31	51.7%
かかりつけ医の指示事項・留意事項を把握している	34	55.7%	38	63.3%
本人の入院可能性をかかりつけ医や看護師に確認している	14	23.0%	16	26.7%
本人の受診医療機関と受診日を把握している	39	63.9%	38	63.3%
本人や家族に、入院した際は医療機関と情報交換することの同意を得ている	55	90.2%	–	–
入院時には、医療機関に在宅時の情報を提供することの同意を本人や家族から得ている	–	–	48	80.0%
本人や家族に、「5つのお願いシート」（様式1）を渡している	18	29.5%	–	–
本人や家族に、急な入院または入院予定がある場合には、介護支援専門員に連絡する必要があることを説明している	46	75.4%	–	–
本人や家族入院時には介護支援専門員に連絡する必要があることを説明している	–	–	44	73.3%
本人や家族に、入院時に介護支援専門員に連絡がない場合のリスクを説明している	22	36.1%	28	46.7%
本人や家族に、入院する際は病院へ担当介護支援専門員がいることを伝えて欲しいと説明している	37	60.7%	–	–
入院・通院にかかわらず、病状説明時に介護支援専門員が同席できることを説明している	17	27.9%	14	23.3%
入院医療機関の連絡窓口を把握している	52	85.2%	50	83.3%
救急あんしんカードを定期的に確認し、情報を更新している	–	–	9	15.0%
「救急あんしんカード」（様式2）の作成及び情報を定期的に更新している	15	24.6%	–	–
「お薬手帳」カバーに介護支援専門員の名刺を挟んでいる（貼っている）	8	13.1%	–	–



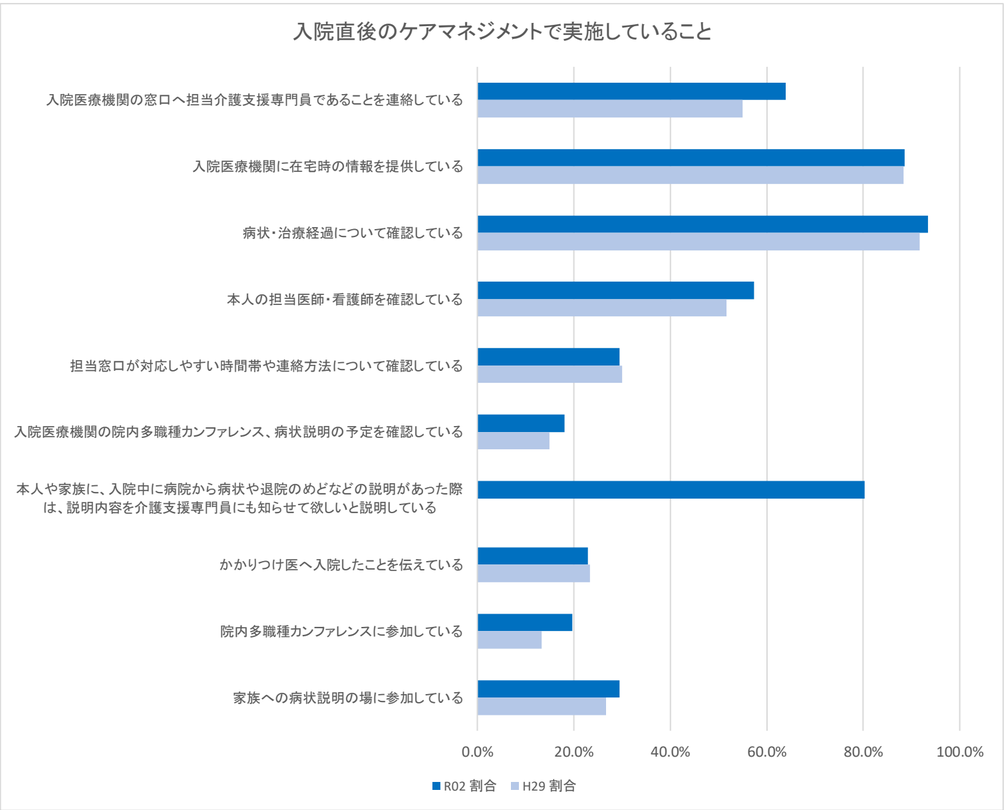
5(1) 救急あんしんカードの更新

更新回数	R02 n=15		H29 n=9	
	回数	割合	回数	割合
年1回	9	60.0%	6	66.7%
年2回以上	0	0.0%	1	11.1%
未記入	6	40.0%	2	22.2%



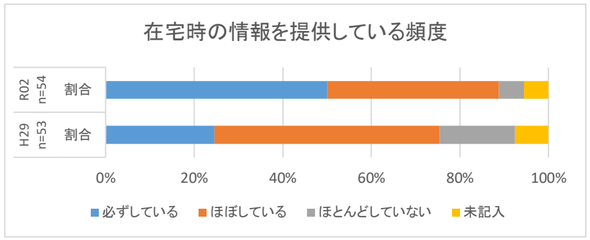
6 入院直後におけるケアマネジメントについて実施していること（複数回答）

ケアマネジメント項目	R02		H29	
	件数	割合	件数	割合
入院医療機関の窓口へ担当介護支援専門員であることを連絡している	39	63.9%	33	55.0%
入院医療機関に在宅時の情報を提供している	54	88.5%	53	88.3%
病状・治療経過について確認している	57	93.4%	55	91.7%
本人の担当医師・看護師を確認している	35	57.4%	31	51.7%
担当窓口が対応しやすい時間帯や連絡方法について確認している	18	29.5%	18	30.0%
入院医療機関の院内多職種カンファレンス、病状説明の予定を確認している	11	18.0%	9	15.0%
本人や家族に、入院中に病院から病状や退院のめどなどの説明があった際は、説明内容を介護支援専門員にも知らせて欲しいと説明している	49	80.3%	–	–
かかりつけ医へ入院したことを伝えている	14	23.0%	14	23.3%
院内多職種カンファレンスに参加している	12	19.7%	8	13.3%
家族への病状説明の場に参加している	18	29.5%	16	26.7%



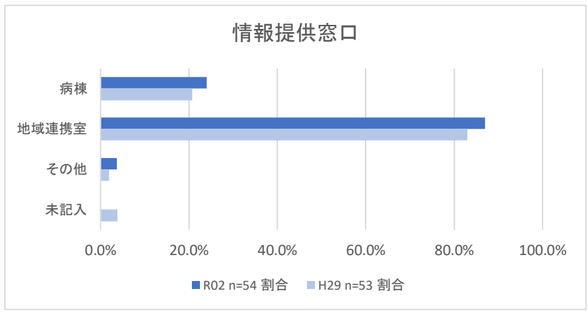
6(1) 入院医療機関に在宅時の情報を提供している頻度

頻度	R02 n=54		H29 n=53	
	件数	割合	件数	割合
必ずしている	27	50.0%	13	24.5%
ほぼしている	21	38.9%	27	50.9%
ほとんどしていない	3	5.6%	9	17.0%
未記入	3	5.6%	4	7.5%



6(2) 入院医療機関に在宅時の情報を提供している窓口(複数回答)

窓口	R02 n=54		H29 n=53	
	件数	割合	件数	割合
病棟	13	24.1%	11	20.8%
地域連携室	47	87.0%	44	83.0%
その他	2	3.7%	1	1.9%
未記入	0	0.0%	2	3.8%

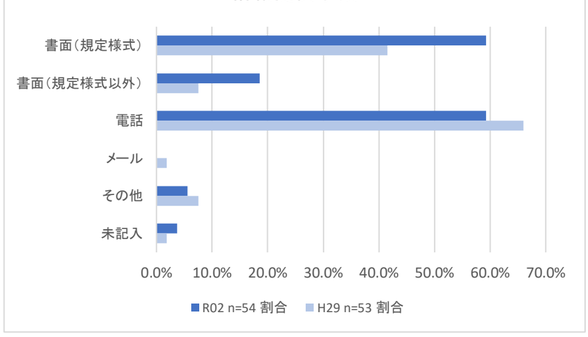


R02　その他窓口 n=2

	件数
医療相談員	1
医療連携室	1

6(3) 入院医療機関に在宅時の情報を提供している手段(複数回答)

項目	R02 n=54		H29 n=53	
	件数	割合	件数	割合
書面(規定様式)	32	59.3%	22	41.5%
書面(規定様式以外)	10	18.5%	4	7.5%
電話	32	59.3%	35	66.0%
メール	0	0.0%	1	1.9%
その他	3	5.6%	4	7.5%
未記入	2	3.7%	1	1.9%

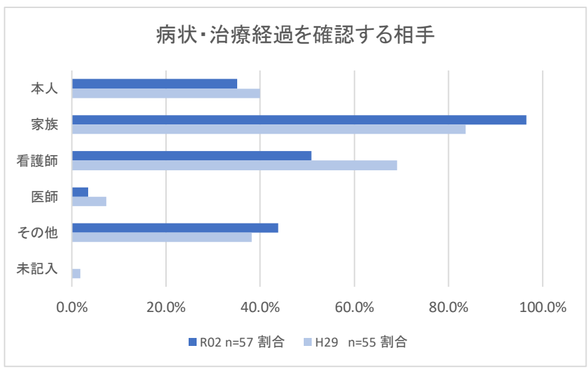


R02 その他情報提供手段　n=3

	件数
ムンテラ	1
書面　基本情報書	1
当施設の入居者カー	1

6(4) 病状・治療経過について確認する相手(複数回答)

項目	R02 n=57		H29　n=55	
	件数	割合	件数	割合
本人	20	35.1%	22	40.0%
家族	55	96.5%	46	83.6%
看護師	29	50.9%	38	69.1%
医師	2	3.5%	4	7.3%
その他	25	43.9%	21	38.2%
未記入	0	0.0%	1	1.8%

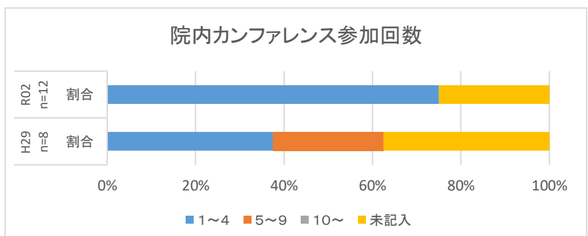


R02 その他内容　n=25

	件数
ソーシャルワーカー	2
相談員	2
地域連携や入退院支援室のソーシャルワーカー	1
地域連携室	19
連携室や病院の相談員	1

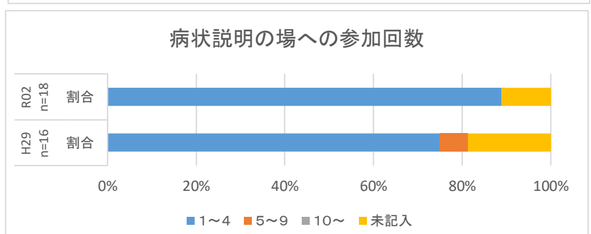
6(5) 院内カンファレンスへの参加　(回／年)

参加回数	R02 n=12		H29　n=8	
	件数	割合	件数	割合
1～4	9	75.0%	3	37.5%
5～9	0	0.0%	2	25.0%
10～	0	0.0%	0	0.0%
未記入	3	25.0%	3	37.5%



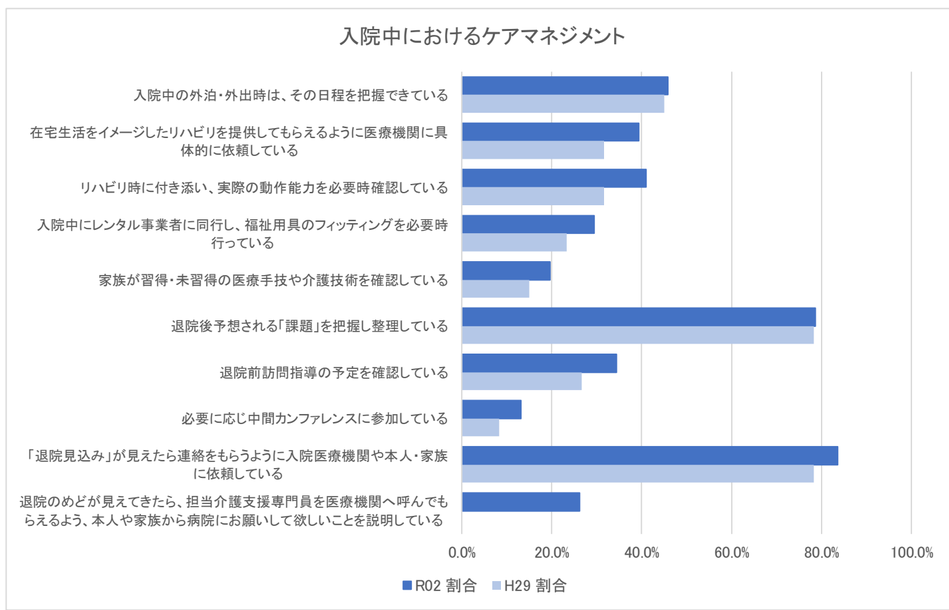
6(6) 病状説明の場への参加(回／年)

参加回数	R02 n=18		H29　n=16	
	件数	割合	件数	割合
1～4	16	88.9%	12	75.0%
5～9	0	0.0%	1	6.3%
10～	0	0.0%	0	0.0%
未記入	2	11.1%	3	18.8%



7 入院中におけるケアマネジメントについて実施していること(複数回答)

項目	R02		H29	
	件数	割合	件数	割合
入院中の外泊・外出時は、その日程を把握できている	28	45.9%	27	45.0%
在宅生活をイメージしたリハビリを提供してもらえるように医療機関に具体的に依頼している	24	39.3%	19	31.7%
リハビリ時に付き添い、実際の動作能力を必要時確認している	25	41.0%	19	31.7%
入院中にレンタル事業者に同行し、福祉用具のフィッティングを必要時行っている	18	29.5%	14	23.3%
家族が習得・未習得の医療手技や介護技術を確認している	12	19.7%	9	15.0%
退院後予想される「課題」を把握し整理している	48	78.7%	47	78.3%
退院前訪問指導の予定を確認している	21	34.4%	16	26.7%
必要に応じ中間カンファレンスに参加している	8	13.1%	5	8.3%
「退院見込み」が見えたら連絡をもらうように入院医療機関や本人・家族に依頼している	51	83.6%	47	78.3%
退院のめどが見えてきたら、担当介護支援専門員を医療機関へ呼んでもらえるよう、本人や家族から病院にお願いして欲しいことを説明している	16	26.2%	–	–

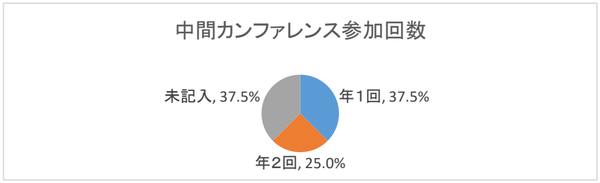


7(1) 外泊・外出の日程を把握できていない理由

		件数
R02	その状況にはなりませんでした	1
	まだない	1
	家族･病院から連絡なく把握できない時もある	1
	勤務時間が少ないため把握はできていない	1
	必要があるときに伺いをたてる等はするが、基本的に連絡がなければ把握できない	1
	本人や家族又は病院から連絡がないとわからずにいた。病院への安静度の確認や外出・外泊の予定を確認していないことが要因	1
	連絡をとっていない	1
	連絡を受けていない	1
H29	連絡がなければわからない	–
	調整不足	–
	予定を把握できない	–
	退院前の試験外泊は病院から連絡あれば把握している	–
	家族対応	–

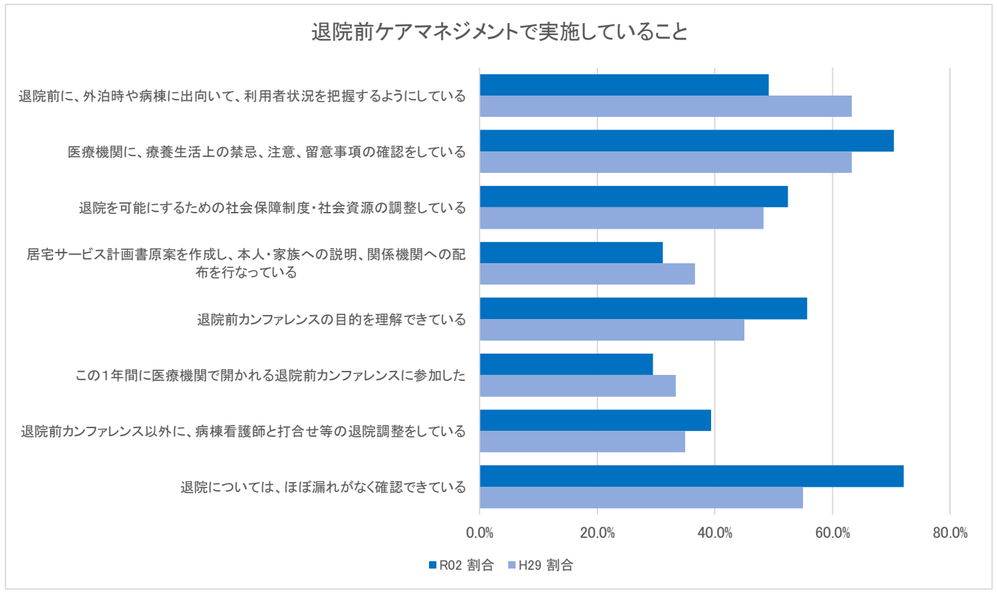
7(2) 中間カンファレンスの参加回数（年/回）

	R02　n=8	
	件数	割合
年1回	3	37.5%
年2回	2	25.0%
未記入	3	37.5%



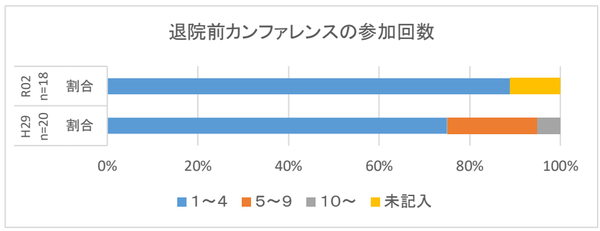
8 退院前におけるケアマネジメントについて実施していること（複数回答）

項目	R02		H29	
	件数	割合	件数	割合
退院前に、外泊時や病棟に出向いて、利用者状況を把握するようにしている	30	49.2%	38	63.3%
医療機関に、療養生活上の禁忌、注意、留意事項の確認をしている	43	70.5%	38	63.3%
退院を可能にするための社会保障制度・社会資源の調整している	32	52.5%	29	48.3%
居宅サービス計画書原案を作成し、本人・家族への説明、関係機関への配布を行なっている	19	31.1%	22	36.7%
退院前カンファレンスの目的を理解できている	34	55.7%	27	45.0%
この1年間に医療機関で開かれる退院前カンファレンスに参加した	18	29.5%	20	33.3%
退院前カンファレンス以外に、病棟看護師と打合せ等の退院調整をしている	24	39.3%	21	35.0%
退院については、ほぼ漏れがなく確認できている	44	72.1%	33	55.0%



8(1) 退院前カンファレンスへの参加回数（回／年）

頻度	R02 n=18		H29　n=20	
	件数	割合	件数	割合
1～4	16	88.9%	15	75.0%
5～9	0	0.0%	4	20.0%
10～	0	0.0%	1	5.0%
未記入	2	11.1%	0	0.0%

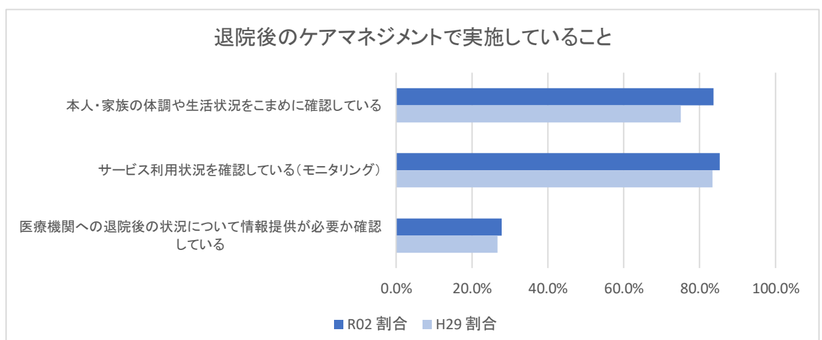


8(2) 退院の漏れがある理由

		件数
R02	全てとは言えない	1
	退院の連絡がないことがたまにある	1
	退院連絡が本人や家族、病院からなかった。入院していると思い連絡したらすでに退院・転院されている状況	1
	聞きとるケアマネとしてのスキルが不十分と感じています	1
H29	医療連携室を介さず、退院する場合であって本人や家族からも連絡がない場合	－
	入院したこと知らないことがある	－
	市外の病院は出向くことがほぼなく連携も取りにくい	－
	検査入院等短期間な入院、入院の連絡のない病院に入院した場合、家族からも連絡がなければ、サービスからの連絡か訪問のアポをとるまでわからないことがある	－
	退院予定日前に本人・家族が無理に退院をし、知らないうちに家にいたことがある	－

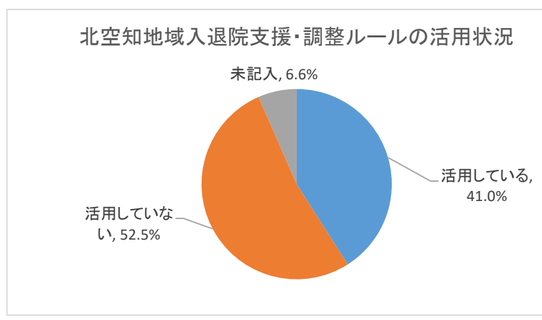
9 退院後のケアマネジメントで実施していること（複数回答）

項目	R02		H29	
	件数	割合	件数	割合
本人・家族の体調や生活状況をこまめに確認している	51	83.6%	45	75.0%
サービス利用状況を確認している（モニタリング）	52	85.2%	50	83.3%
医療機関への退院後の状況について情報提供が必要か確認している	17	27.9%	16	26.7%



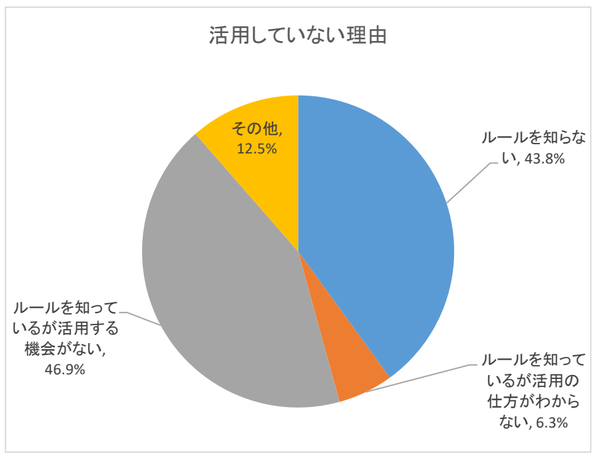
10 北空知地域入退院支援・調整ルールの活用状況

項目	R02	
	件数	割合
活用している	25	41.0%
活用していない	32	52.5%
未記入	4	6.6%



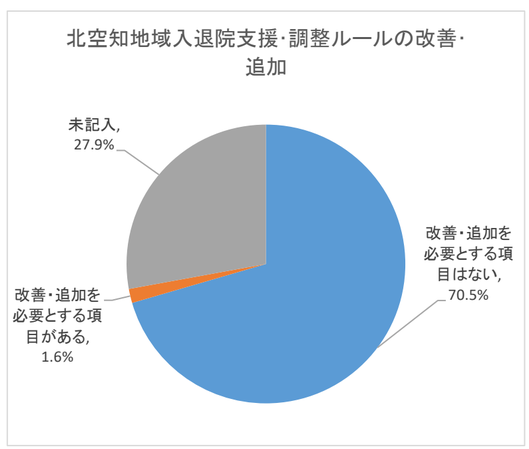
10(1) 活用していない理由

項目	R02 n=32	
	件数	割合
ルールを知らない	14	43.8%
ルールを知っているが活用の仕方がわからない	2	6.3%
ルールを知っているが活用する機会がない	15	46.9%
その他	4	12.5%



その他内容

	件数
ほぼ活用せず素通りしてしまう状況	1
活用するときもあるが、入院したのを知らず、何日も経過したケースは活用しないこともある	1
活用する必要性を感じない。活用しなくても円滑であると判断している。	1
施設のため	1

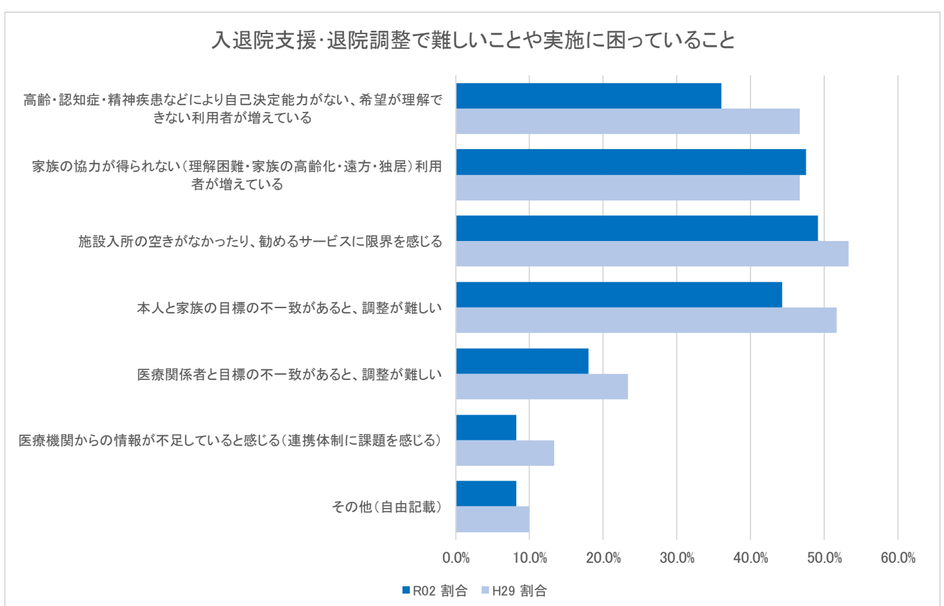


11 北空知地域入退院支援・調整ルールの改善及び追加

項目	R02	
	件数	割合
改善・追加を必要とする項目はない	43	70.5%
改善・追加を必要とする項目がある	1	1.6%
未記入	17	27.9%

12 入退院支援・退院調整で難しいと思うことや実施に困っていること

項目	R02		H29	
	件数	割合	件数	割合
高齢・認知症・精神疾患などにより自己決定能力がない、希望が理解できない利用者が増えている	22	36.1%	28	46.7%
家族の協力が得られない（理解困難・家族の高齢化・遠方・独居）利用者が増えている	29	47.5%	28	46.7%
施設入所の空きがなかったり、勧めるサービスに限界を感じる	30	49.2%	32	53.3%
本人と家族の目標の不一致があると、調整が難しい	27	44.3%	31	51.7%
医療関係者と目標の不一致があると、調整が難しい	11	18.0%	14	23.3%
医療機関からの情報が不足していると感じる（連携体制に課題を感じる）	5	8.2%	8	13.3%
その他（自由記載）	5	8.2%	6	10.0%

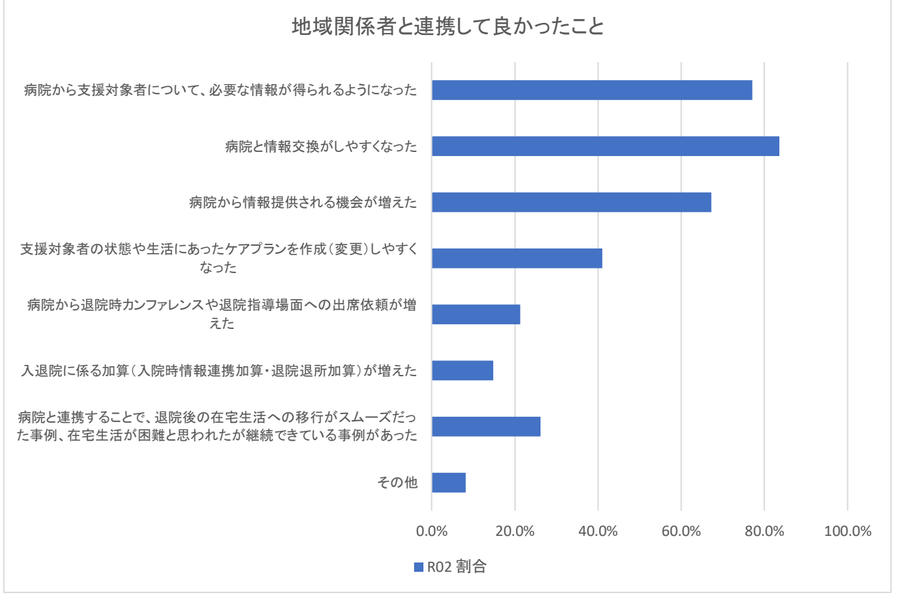


12(1) その他（自由記載）

		件数
R02	コロナで面会ができないため、本人の意思確認を直接聞くことができない	1
	家族状況が医療機関で不足していることがあり、随時地域から情報提供していく必要があると感じる。例えば退院後、対応できる家族の支援体制や将来的な本人への家族の思いや本人の思い、不安･困り感など。情報により退院の準備をしていくべき事や医療機関からの家族や本人へのアプローチが変わると思うことがある。随時家族の支援体制や気持ちも変わるため、書面では表現できず随時情報を確認していく必要はある。	1
	今日退院します等の決定事項による報告のために、ケアマネとして余裕を持った行動がしづらい	1
	施設ケアマネのサインやケアプランを求められるとき求められないときとマチマチなのですが、その差がわかりません。どちらが正解ですか？居宅ケアマネはきっと必要なことなのと推測しますが、施設はどうなのでしょうか？	1
	入院中にDrにゆだねられる判断(食事再開、入浴OK,外出OKなど)を在宅で主介護者を担うご家族（場合によっては本人）が、根拠を持って判断できる指針のなるべき情報提供に努めなければならない	1
H29	退院のお知らせが急なことが多く、対応の時間調整の難しいことが多い	−
	施設ケアマネとして施設の現状に合わせて回答しています。今回のアンケートで、地域のケアマネ業務が明らかになるわけではなく、実際にやりとりしている相手方、家族・本人への聞き取りを行い実の部分を明らかにし、本当にやっているのか確認が必要	−
	自宅で暮らせる限界まで暮らした上で老健に入所してくる要介護度は軽度の認知高齢者が増えていると感じています。 そうした場合、老健でリハビリをし、ある程度身体機能が回復しても自宅に戻すのが難しいケースが多いです。 主な理由として、独居、あるいは夫婦で暮らし在宅での介護職が不足している、もしくは介護できる子どもがいても就労しており、就労中の介護ができないこと等があげられます。そこを補う介護サービスが深川市内は不足しています。例えば夜間帯のヘルパーサービスがないなど。 居宅系の施設サービスも、深川市内には多くありません。 居宅ケアマネも、自宅で暮らせる限界になる前に、老健のリハビリサービスを使うのなどの工夫が足りないと感じています。都会ではそうしたことから介護離職が現実的なものとなっていますが、深川ではまだそうなっていません。ただ、このままのサービス不足の状態が続くといずれ深川もそうなっていくものと思います。	−
	施設ケアマネのため、入退院で特に困っていることはない 北空知地域は都市部に比べると社会資源が少ないため、必要なサービスが提供しにくいと思うので、家族の協力なくして在宅生活は困難な状況であり、施設に頼らざるを得ない状況だと思います。また、土・日のサービス提供がないのも厳しい	−
	市外の病院には入院時の連絡をどこにすれば良いかわかりにくく（医療連携室、退院支援室等分かれているため）発信しづらい	−
	連携体制が整っている病院、そうでない病院と大きな差がある	−
	退院に向けた外出・外泊時に介護保険サービスが利用できず、外出・外泊が実現しないことがある 独居や認知症で急性期の疾患や感染症に罹患した際、入院にならない場合の対応に困難を感じる	−
	介護施設短期入所利用中、発熱等の風邪症状が見られたので対処し深川市立病院休日救急外来受診。当番医師よりもう少し自宅で様子見るよう指示を受け帰宅も症状改善せず、翌日、担当ケアマネが同行、再度受診し、在宅では療養困難なため入院させていただきましたが、今後も同様のケースが考えられますので、早期治療、病状の回復を図るため、入院治療を検討していただきたい。 医療・介護連携推進について 医療関係者と担当ケア姉との連携強化（円滑な在宅への移行、適切な介護サービスへの移行 ①担当看護師（医療相談員）は入院患者（原則65歳以上対象）の担当ケアマネを確認。 ②担当看護師（医療相談員）は担当ケアマネに連絡する ③担当ケアマネは医療連携情報シート作成し、入院病棟に配布 ④担当看護師（医療相談員）は退院が決まり次第、担当ケアマネに連絡する ⑤担当ケ間苗は入院病棟訪問し、担当看護師と面談し、今後の療養上の留意事項確認する ⑥担当ケアマネは入院病棟からの情報（今後の療養上の留意事項）を各サービス事業所へ伝達する ※担当ケアマネがいない場合、 ・医療相談員が退院に向け、在宅生活のアドバイスを行う ・在宅生活の不安、解決すべき課題（ニーズ）がある場合は、本人了解のもと各市町村包括支援センター保健師に連絡する	−

13 地域関係者と連携することで良かったこと（複数回答）

項目	R02	
	件数	割合
病院から支援対象者について、必要な情報が得られるようになった	47	77.0%
病院と情報交換がしやすくなった	51	83.6%
病院から情報提供される機会が増えた	41	67.2%
支援対象者の状態や生活にあったケアプランを作成（変更）しやすくなった	25	41.0%
病院から退院時カンファレンスや退院指導場面への出席依頼が増えた	13	21.3%
入退院に係る加算（入院時情報連携加算・退院退所加算）が増えた	9	14.8%
病院と連携することで、退院後の在宅生活への移行がスムーズだった事例、在宅生活が困難と思われたが継続できている事例があった	16	26.2%
その他	5	8.2%



13(1) 連携して良かった事例

	件数
OT･PT･病棟看護師･連携室等が退院前自宅訪問をしてくれたケースは、ご本人･家族にも心構えができたり、CMもイメージがついてケアプランをつくりやすくなる	1
リハビリの先生と退院前訪問することにより、在宅での動きがイメージでき、必要な福祉用具などサービスの提案ができました。	1
家屋評価への同行により、住居環境改善への専門的な意見等が確認できた	1
自宅では生活が難しく施設が良いと考えていたご利用者のケースで、本人家族の強い意向も有り、在宅復帰に向けて連携を図り、サービス調整や自宅の環境整備（住宅改修等）をしていき受け入れを整えたことで、短い期間ではあっても在宅生活を送ることができた。連携を図ることで、在宅生活の幅は広がると感じている。	1
退院前に環境を整えることができ、在宅生活がスムーズに移行できた。病院スタッフとの退院前の環境の確認をすることで、家族も準備ができる	1
退院前に病院と連携し家訪問し、住宅評価を実施し環境を整えた	1
病院と連携することで的確な情報がもらえてありがたいです	1
様式を利用して情報提供すると必ず退院時の情報提供が医療機関からあるのは良いと思う。	1
利用者様の症状や退院時の必要なサービス内容も具体的にイメージできる程度に、密に連絡をいただき助かっています	1

13(2) その他自由記載

	件数
コロナウイルスのことがあり、病院への出入りが難しかったですが、それ以前はよく病院に行き、情報をいただくことができていました	1
コロナの影響もあり、なかなか家族も面会できず、入院後の状況の把握が家族も難しいことが増えて、不安も抱えていると思う。退院調整で本人、家族が不安なくできるようも、どの段階で退院準備をしていくか等は早めに互いに連携を丁寧に調整していく必要がある。又コロナの影響もあり退院後即サービスが導入できないこともあるため、そのあたりも想定して退院準備をしていく必要がある	1
勤務時間が少ないため、病院と連携する場が少ないため、ケアマネの本来の業務は、他の職種の方が行っています	1
施設入所者の入退院は施設看護師がたずさわりますので、介護支援専門員が直接関わることは少ないです。ショートステイの方は通院、ショートステイ中の入院の際、直接地域ケアマネさんと遣り取り行い直接関わります。なので内容によっては私自身は参加実施しなくても看護師がおこなっているものが多々あります。	1
退院の情報提供が遅かったり、相談がないまま退院となって、困って包括に相談に来るような人もおり、利用者・住民が困らないように対応して欲しい	1