

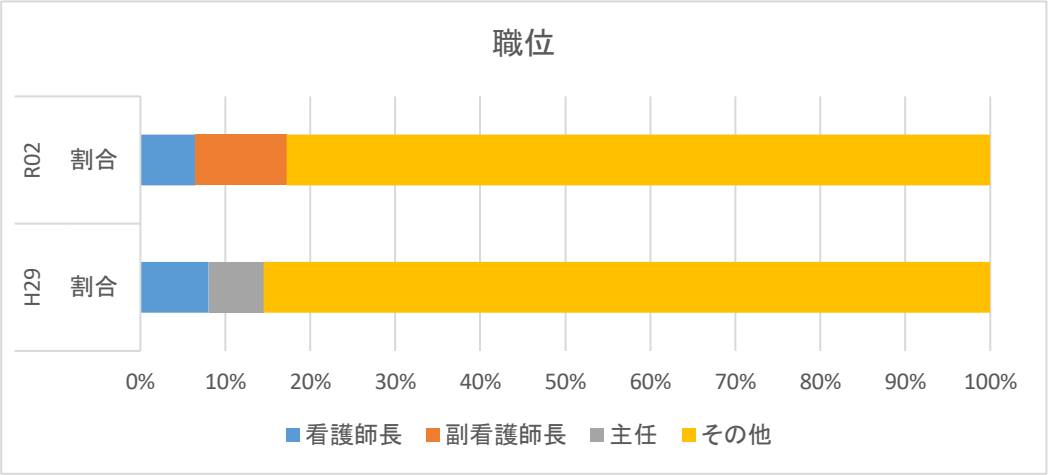
北空知地域入退院支援に係る実態調査結果(令和2年度・平成29年度比較)
【看護職】

1 回答状況

	R02	H29
配布数	96	93
回収数	93	62
回収率	96.9	66.7

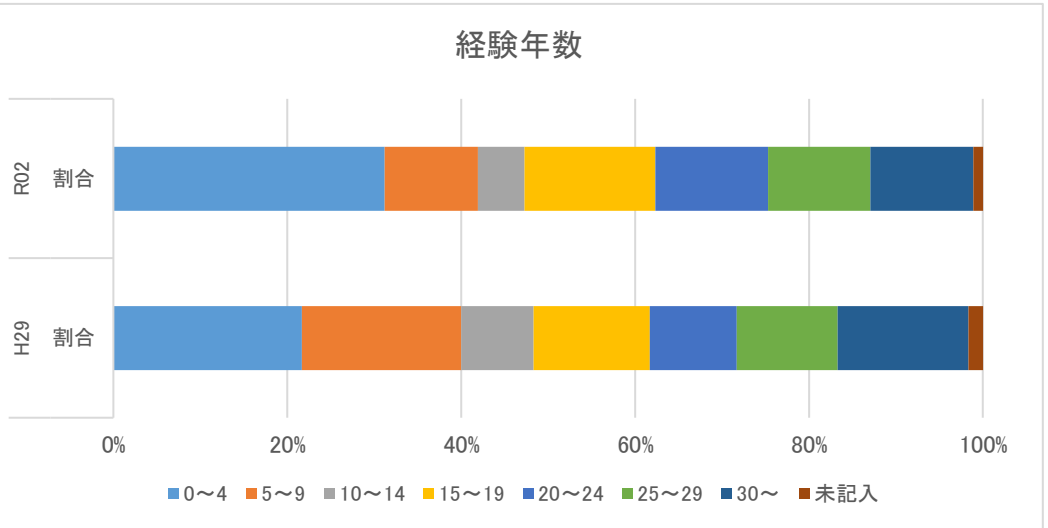
2 職位

職位	R02		H29	
	人数	割合	人数	割合
看護師長	6	6.5%	5	8.1%
副看護師長	10	10.8%	－	－
主任	－	－	4	6.5%
その他	77	82.8%	53	85.5%



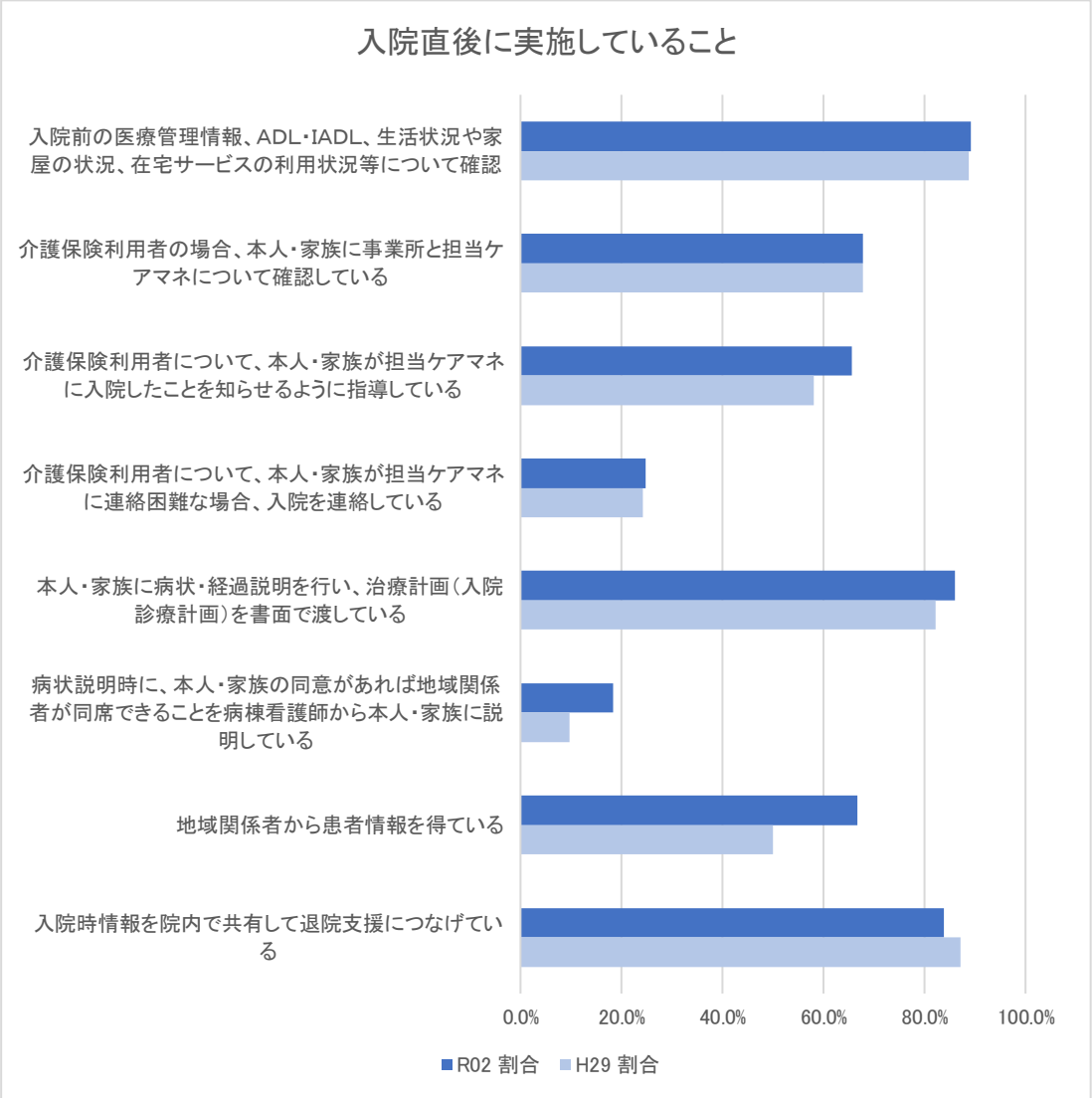
3 経験年数

年数	R02		H29	
	人数	割合	人数	割合
0～4	29	31.2%	13	21.0%
5～9	10	10.8%	11	17.7%
10～14	5	5.4%	5	8.1%
15～19	14	15.1%	8	12.9%
20～24	12	12.9%	6	9.7%
25～29	11	11.8%	7	11.3%
30～	11	11.8%	9	14.5%
未記入	1	1.1%	1	1.6%



4 入院直後における入退院支援について実施していること(複数回答)

項目	R02		H29	
	人数	割合	人数	割合
入院前の医療管理情報、ADL・IADL、生活状況や家屋の状況、在宅サービスの利用状況等について確認	83	89.2%	55	88.7%
介護保険利用者の場合、本人・家族に事業所と担当ケアマネについて確認している	63	67.7%	42	67.7%
介護保険利用者について、本人・家族が担当ケアマネに入院したことを知らせるように指導している	61	65.6%	36	58.1%
介護保険利用者について、本人・家族が担当ケアマネに連絡困難な場合、入院を連絡している	23	24.7%	15	24.2%
本人・家族に病状・経過説明を行い、治療計画(入院診療計画)を书面で渡している	80	86.0%	51	82.3%
病状説明時に、本人・家族の同意があれば地域関係者が同席できることを病棟看護師から本人・家族に説明している	17	18.3%	6	9.7%
地域関係者から患者情報を得ている	62	66.7%	31	50.0%
入院時情報を院内で共有して退院支援につなげている	78	83.9%	54	87.1%

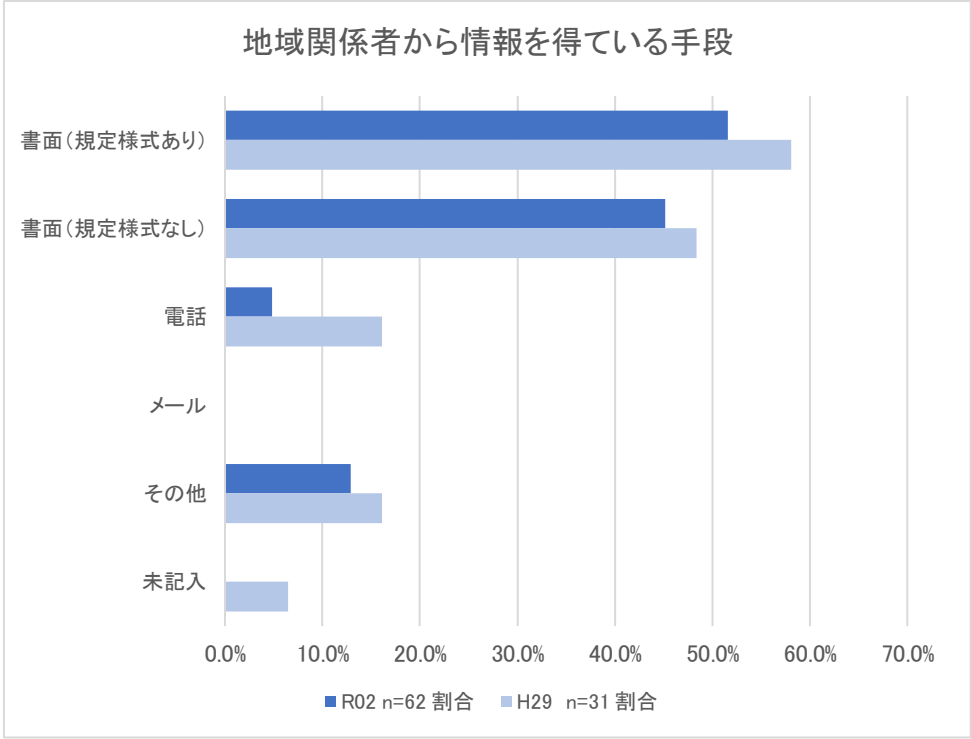


4(1) 入院前の医療管理情報、ADL・IADL、生活状況や家屋の状況、在宅サービスの利用状況等について確認しているが、他に必要な情報

		件数
R02	キーパーソンなる人を確認している	1
	家族の居場所、介護者や面倒をみていく人は誰になるか	1
	生活状況、家屋の状況は必要であれば確認するが、全員には聞いていない。	1
	地域包括ケア病棟勤務のため入院直後は関わりません	1
	地域包括病棟のため入院直後の患者がいない	1
	通院・薬管理方法	1
	通院状況・介護可能な範囲	1
	薬管理・介護者の仕事状況	1
	薬管理・受診方法	1
		1

4(2) 地域関係者から患者情報を得ている手段(複数回答)

項目	R02 n=62		H29 n=31	
	件数	割合	件数	割合
書面(規定様式あり)	32	51.6%	18	58.1%
書面(規定様式なし)	28	45.2%	15	48.4%
電話	3	4.8%	5	16.1%
メール	0	0.0%	0	0.0%
その他	8	12.9%	5	16.1%
未記入	0	0.0%	2	6.5%



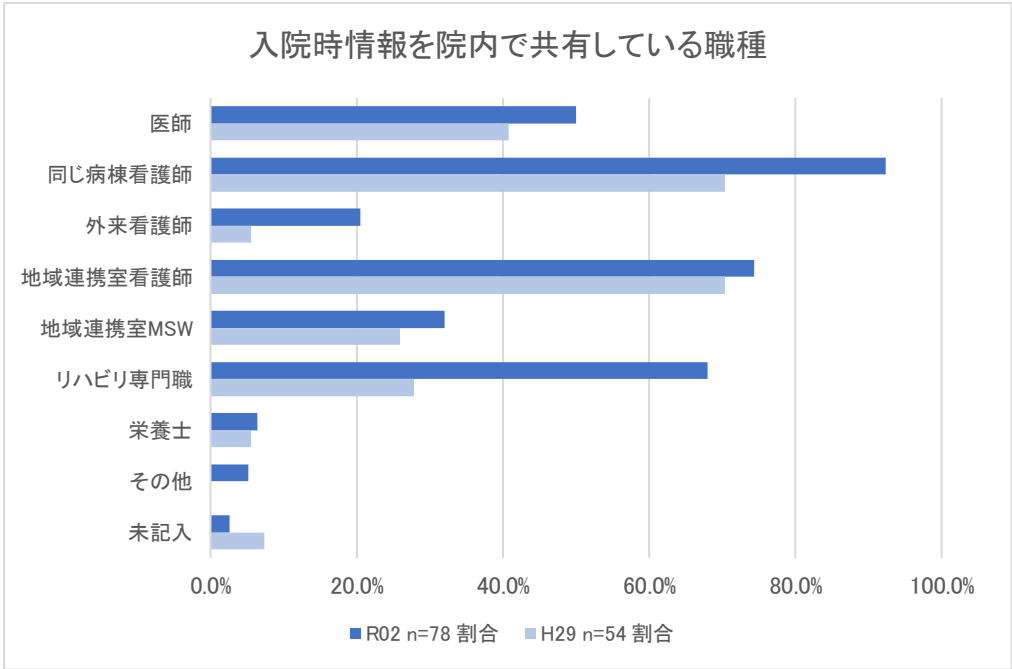
その他内容

		件数
R02	家族や本人から	1
	看護添書	1
	口頭で	1
	手紙	1
	地域連携室を通して	2
	必要時電話	1
	毎回ではない	1
H29	緊急入院の場合は口頭で。後日書面来ること多い	－
	入院時にADL状態確認	－
	口頭	－
	添書、付き添い入院時には口頭で	－
	看護サマリー	－

4(3) 入院時情報を院内で共有している職種(複数回答)

職種	R02 n=78		H29 n=54	
	件数	割合	件数	割合
医師	39	50.0%	22	40.7%
同じ病棟看護師	72	92.3%	38	70.4%
外来看護師	16	20.5%	3	5.6%
地域連携室看護師	58	74.4%	38	70.4%
地域連携室MSW	25	32.1%	14	25.9%
リハビリ専門職	53	67.9%	15	27.8%
栄養士	5	6.4%	3	5.6%
その他	4	5.1%	0	0.0%
未記入	2	2.6%	4	7.4%

R02 その他の職種	
訪問看護師	件数 4

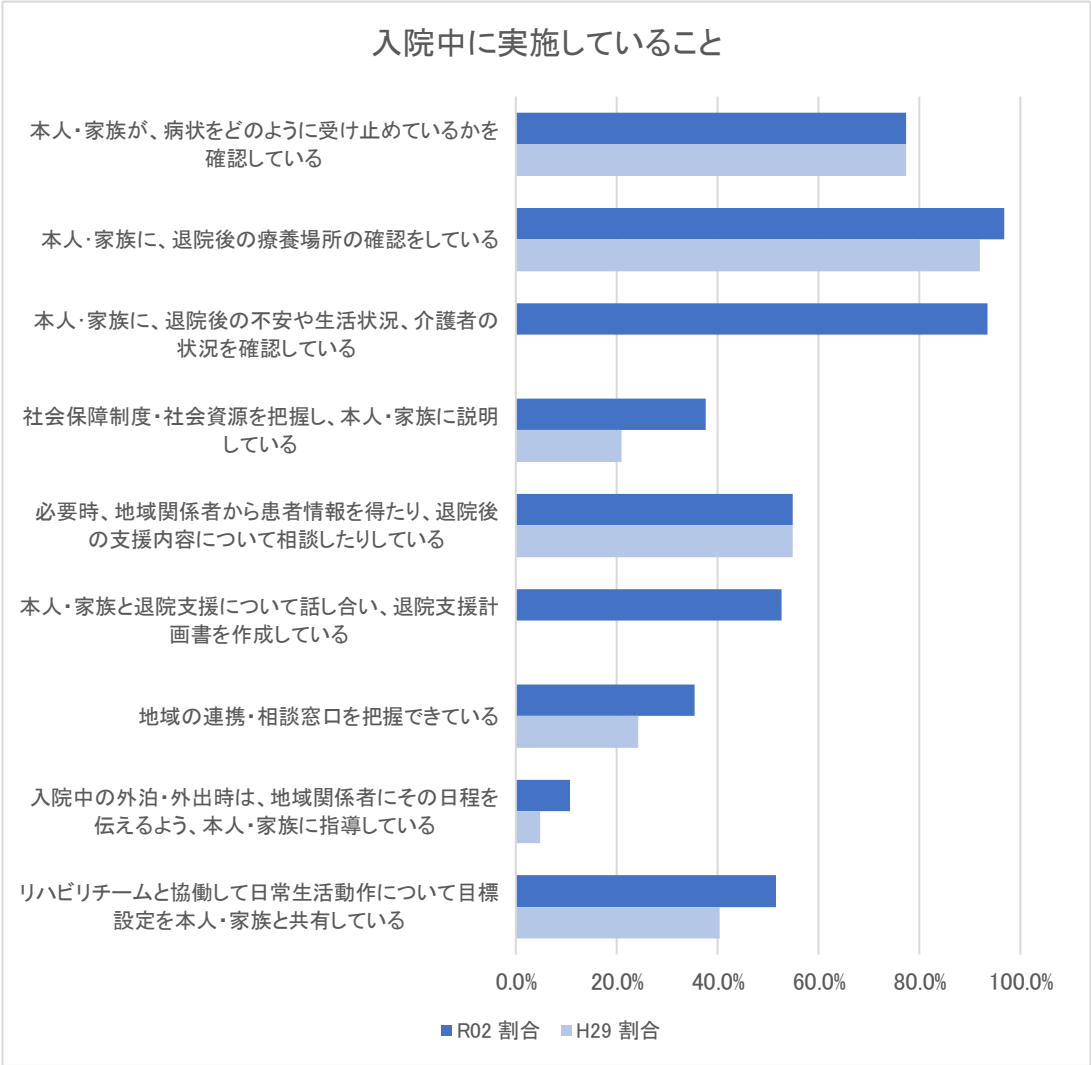


4(4) 院内での情報共有の具体的な方法

		件数
R02	カンファレンス	16
	問題点を多職種で共有	1
	看護記録	5
	口頭	3
	PCに入力したのを見る、他の職種がみているかは不明	1
	プロフィールに入力 黄色の付箋を利用し記録に入力	1
	リハDと話すようにしているリーダーNSが地域連携室と調整している	1
	リハ状況目標設定共有	1
	元の生活背景を踏まえて退院支援していくうえで必要な情報があれば伝え合っている	1
	今後の生活	1
	情報交換や相談	1
	声を掛け合いどのような点について注意したらよいかADL状態などを踏まえて共有している	1
	退院の方向性共有のため	1
	退院時に必要なサービスの相談	1
	入院前のADL・家族の支援状況・本人の思い・今後の退院先について話している	1
	入院前後のADLの変化、それに伴い自宅に退院できるか、施設か、サービスどのようなもの使えるか必要かなど確認している。	1
	病棟に来た際に直接話している	1
H29	日々の看護に必要なことはワークシート、計画に記載、退院に向けてはリーダーノート、受け持ちに情報を伝えている	-
	カンファレンス、リーダー業務での打合せ、脳外の週1回のカンファレンス	-
	書面 口頭	-
	PCに入力した情報を見る	-
	カルテ等	-
	退院前カンファレンス、退院時サマリーの記載	-
	カンファレンスや回診で共有	-
	プロフィールに記載	-
	カンファレンス等をとおして	-
	リハでの様子を口頭で書く	-

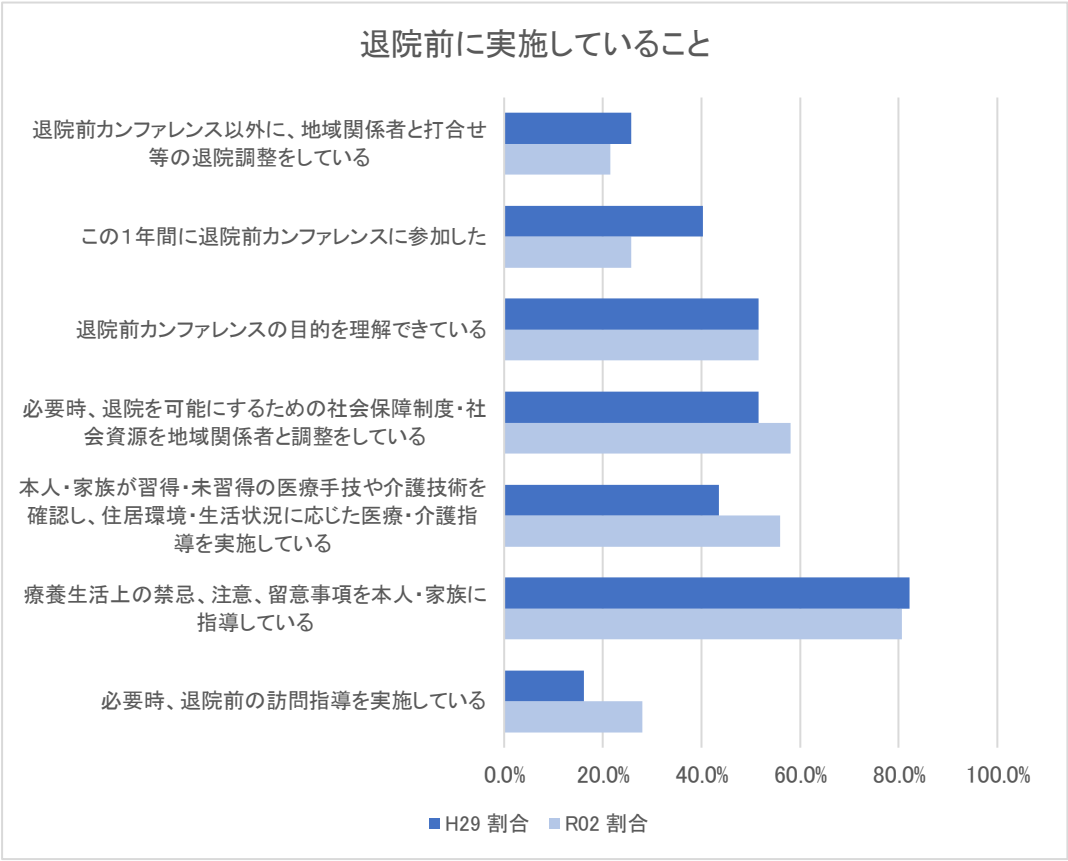
5 入院中における退院支援について実施していること(複数回答)

項目	R02		H29	
	件数	割合	件数	割合
本人・家族が、病状をどのように受け止めているかを確認している	72	77.4%	48	77.4%
本人・家族に、退院後の療養場所の確認をしている	90	96.8%	57	91.9%
本人・家族に、退院後の不安や生活状況、介護者の状況を確認している	87	93.5%	-	-
社会保障制度・社会資源を把握し、本人・家族に説明している	35	37.6%	13	21.0%
必要時、地域関係者から患者情報を得たり、退院後の支援内容について相談したりしている	51	54.8%	34	54.8%
本人・家族と退院支援について話し合い、退院支援計画書を作成している	49	52.7%	-	-
地域の連携・相談窓口を把握できている	33	35.5%	15	24.2%
入院中の外泊・外出時は、地域関係者にその日程を伝えるよう、本人・家族に指導している	10	10.8%	3	4.8%
リハビリチームと協働して日常生活動作について目標設定を本人・家族と共有している	48	51.6%	25	40.3%



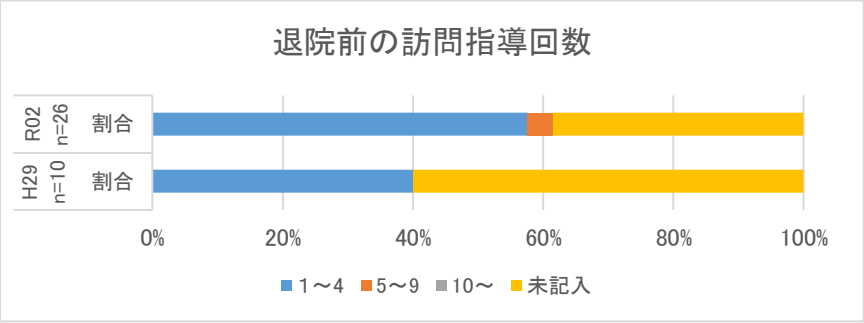
6 退院前における退院支援について実施していること(複数回答)

項目	R02		H29	
	件数	割合	件数	割合
必要時、退院前の訪問指導を実施している	26	28.0%	10	16.1%
療養生活上の禁忌、注意、留意事項を本人・家族に指導している	75	80.6%	51	82.3%
本人・家族が習得・未習得の医療手技や介護技術を確認し、住居環境・生活状況に応じた医療・介護指導を実施している	52	55.9%	27	43.5%
必要時、退院を可能にするための社会保障制度・社会資源を地域関係者と調整をしている	54	58.1%	32	51.6%
退院前カンファレンスの目的を理解できている	48	51.6%	32	51.6%
この1年間に退院前カンファレンスに参加した	24	25.8%	25	40.3%
退院前カンファレンス以外に、地域関係者と打合せ等の退院調整をしている	20	21.5%	16	25.8%



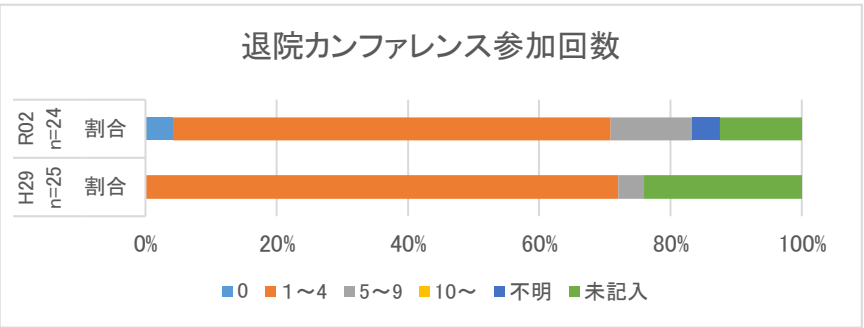
6(1) 退院前の訪問指導

回数	R02 n=26		H29 n=10	
	件数	割合	件数	割合
1～4	15	57.7%	4	40.0%
5～9	1	3.8%	0	0.0%
10～	0	0.0%	0	0.0%
未記入	10	38.5%	6	60.0%



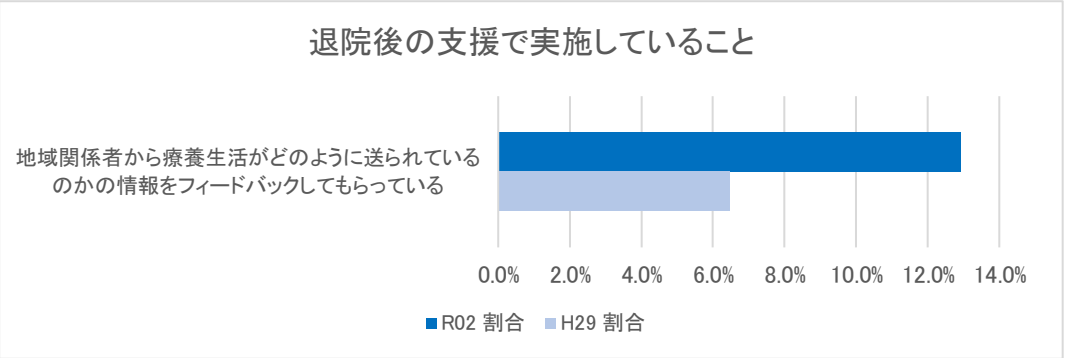
6(2) 退院カンファレンスへの参加(この1年間)

回数	R02 n=24		H29 n=25	
	件数	割合	件数	割合
0	1	4.2%	0	0.0%
1～4	16	66.7%	18	72.0%
5～9	3	12.5%	1	4.0%
10～	0	0.0%	0	0.0%
不明	1	4.2%	0	0.0%
未記入	3	12.5%	6	24.0%



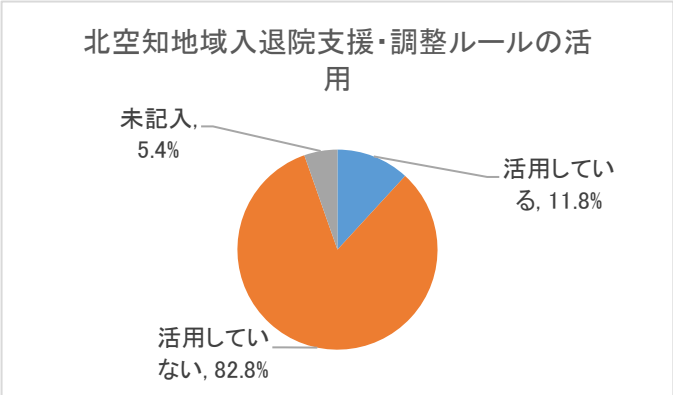
7 退院後における支援について実施していること

項目	R02		H29	
	件数	割合	件数	割合
地域関係者から療養生活がどのように送られているのかの情報をフィードバックしてもらっている	12	12.9%	4	6.5%



8 北空知地域入退院支援・調整ルールを活用状況

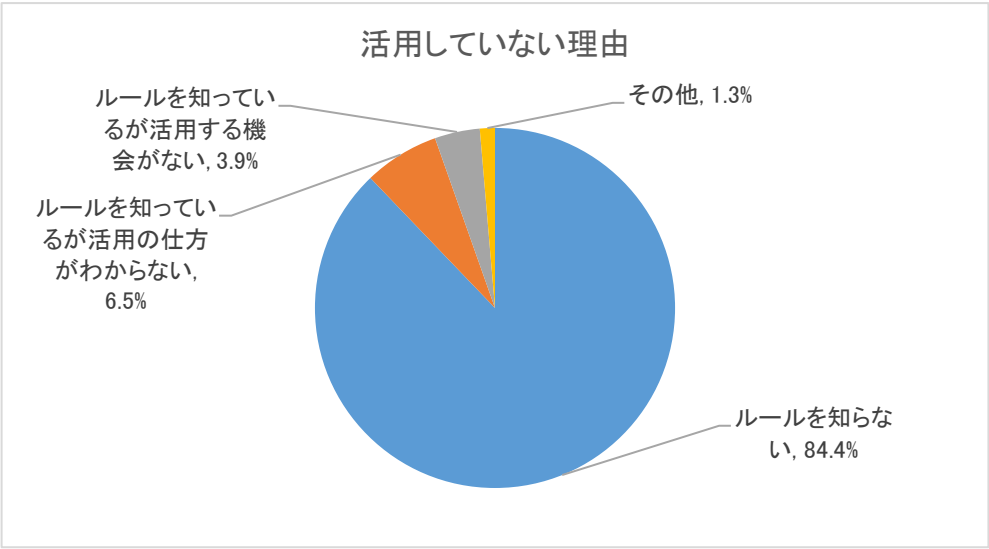
項目	R02	
	件数	割合
活用している	11	11.8%
活用していない	77	82.8%
未記入	5	5.4%



8(1) 活用していない理由(複数回答)

項目	R02 n=77	
	件数	割合
ルールを知らない	65	84.4%
ルールを知っているが活用の仕方がわからない	5	6.5%
ルールを知っているが活用する機会がない	3	3.9%
その他	1	1.3%

その他内容		件数
一部内容理解している		1

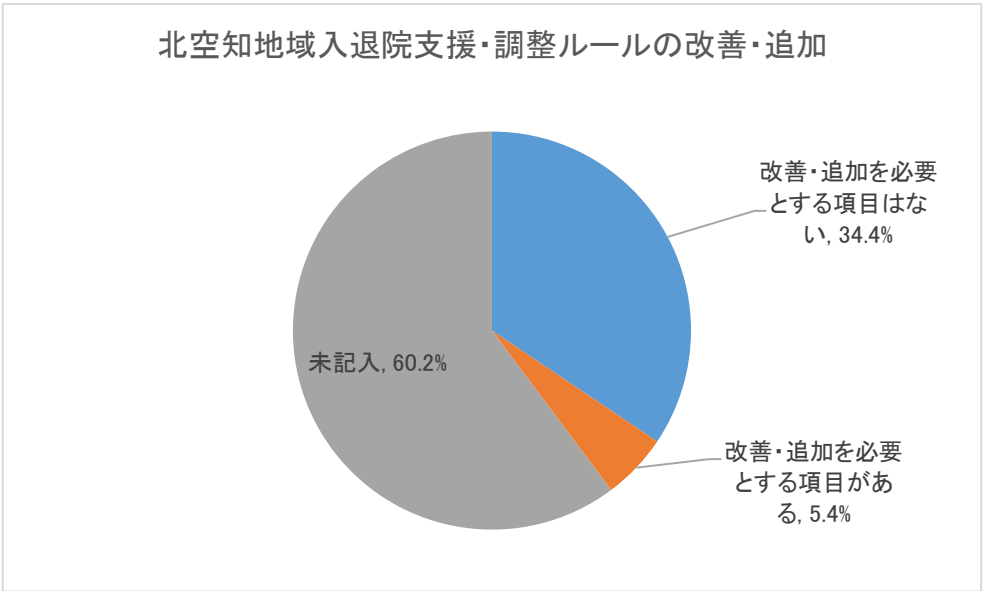


9 北空知地域入退院支援・調整ルールの改善及び追加

項目	R02	
	件数	割合
改善・追加を必要とする項目はない	32	34.4%
改善・追加を必要とする項目がある	5	5.4%
未記入	56	60.2%

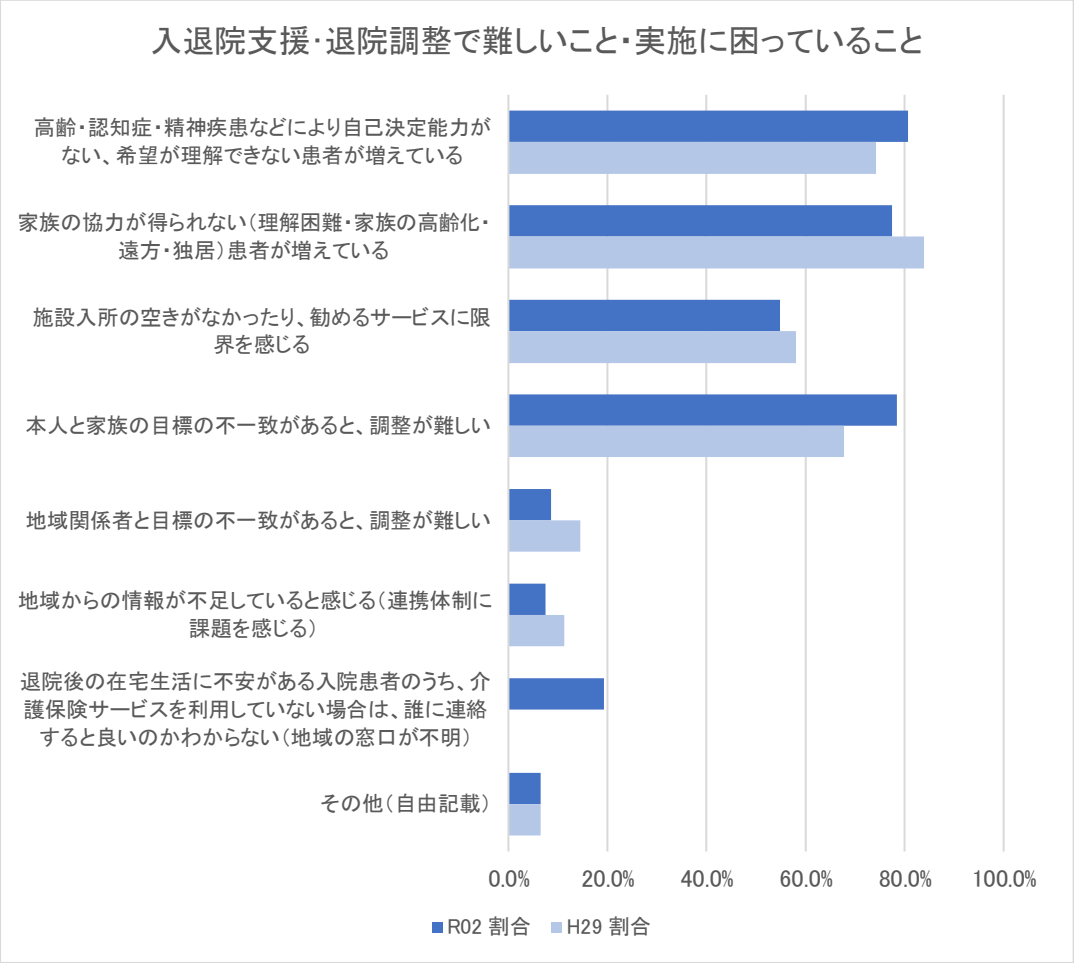
9(1) 改善・追加項目内容

	件数
水分とろみスケール統一	1
生活情報(生活リズム・入院しても続けたいこと・日課・趣味・入院後気になること・ペット等・楽しみ・こだわり・人にしてほしくないこと・不安)	1
退院前カフェ有効活用	1
認知力アセスメントの為字の読み書き可能か	1



10 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(複数回答)

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患者が増えている	75	80.6%	46	74.2%
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)患者が増えている	72	77.4%	52	83.9%
施設入所の空きがなかったり、勤めるサービスに限界を感じる	51	54.8%	36	58.1%
本人と家族の目標の不一致があると、調整が難しい	73	78.5%	42	67.7%
地域関係者と目標の不一致があると、調整が難しい	8	8.6%	9	14.5%
地域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)	7	7.5%	7	11.3%
退院後の在宅生活に不安がある入院患者のうち、介護保険サービスを利用していない場合は、誰に連絡すると良いのかわからない(地域の窓口が不明)	18	19.4%	—	—
その他(自由記載)	6	6.5%	4	6.5%

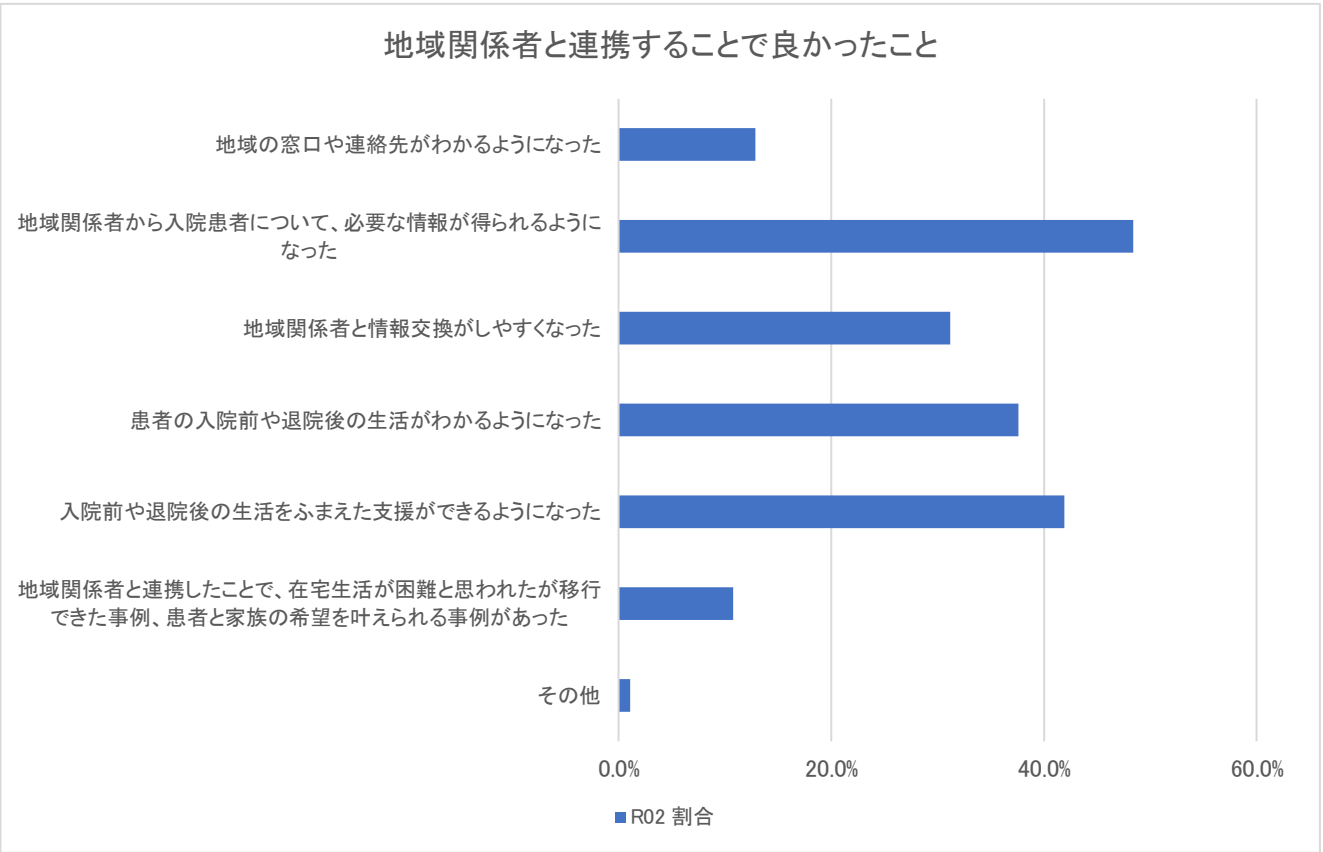


10(1) その他自由記載

		件数
R02	Nsから見るとENT後に何らかのサービスがきっと必要だが、説明しても本人・家族ともにサービスなどはいらないと拒否されたことがあり、調整の難しさを感じました。	1
	ケアマネや施設スタッフ、関係者間でのカンファレンスを開催しやすい体制になると看護援助がつながる	1
	元気なうちからACP共有を	1
	施設や他病院から来る患者さんと添書に記載されているADLと異なることがある。	1
	退院先変更・元の施設に戻れない	1
	入院中に病院が解決すると思う家族多い。地域関係者の今後を見据えたかかわりを知りたい	1
	認知症状・食物摂取(制限職)	1
	認定が1ヶ月しか会議されないの、退院調整が遅くなる。もっと会議の回数を増やしてほしい。タイムリーでない。このようなルールが生かされない。	1
	本人と家族で退院先が異なるとどっちつかずで困る。家族も決めかねているので先延ばししているか、どっちつかずで困る。自宅退院を本人が目指すのであれば力になりたいが、家族の協力や行動力、介護力、思いがないとなかなか難しい。すべて家族次第のことが多い(特に自宅に帰るときは)	1
H29	自宅退院、家族と同居でも家族の目標としているADLが患者にはできないことがあったり(家族の病識の理解不足)家族の協力が十分に得られず転倒を繰り返し入退院を繰り返す場合難しく感じる	—
	経管栄養の受け入れに限界自宅での生活が可能と思う判断が看護職と家族で違う	—
	家族間の調整がとれず、目標が不一致。また、情報共有ができていないため、何度も同じ説明が必要になる	—
	入院中の情報収集の時間が作れない(多忙で)	—

11 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
地域の窓口や連絡先がわかるようになった	12	12.9%
地域関係者から入院患者について、必要な情報が得られるようになった	45	48.4%
地域関係者と情報交換がしやすくなった	29	31.2%
患者の入院前や退院後の生活がわかるようになった	35	37.6%
入院前や退院後の生活をふまえた支援ができるようになった	39	41.9%
地域関係者と連携したことで、在宅生活が困難と思われたが移行できた事例、患者と家族の希望を叶えられる事例があった	10	10.8%
その他	1	1.1%



11(1) 連携して良かった事例

	件数
ALS在宅支援	1
胃がん末期の患者様とご家族が最後まで在宅療養を希望されたが、食事はペースト状のもので、ADLも自宅に帰れる状態ではなかったが、娘さんの強い希望でそのままENTの方向へ。ケアマネさんと娘さんと訪看に来院してもらい、食事形態や摂取状況、リハビリに同席してもらい、入浴やトイレ動作などみてもらったうえで、ENTに結び付けた。残された時間や体力がなかったため状況確認してもらい指導した上でそのままENTする形となったため引き続き居所環境で必要なものはケアマネさんに整えてもらうよう引き継いだ。在宅での看取り希望があることを医師に伝え大谷内先生に移行。外来、消防にも情報伝達され、先日自宅でお看取りされました。	1
介護者を支えるケアマネとの退院支援	1
車事故繰り返すが、運転続けたい方について多職種で検討、本人納得の上運転をしなくなったこと	1
地域関係者の支援で本人希望叶った。自宅外出や他院入院中の家族面会 ALS	1
訪問看護導入に繋がった	1

11(2) その他自由記載

	件数
ケアマネ情報の今後の方向性を記載してほしい	1
書面情報のみでなく、対面情報交換、顔の見える関わりを	1
退院前カンファ必須	1
地域・病院でのそれぞれの情報がこのコロナ渦でうまく活用しあえていないことがあるのではないかと思います ある あくまでも漠然とした思いです 具体的ではなくすみません	1