

令和2年度 北空知地域入退院支援に係る 実態調査結果

令和2年度オンライン多職種連携研修会(令和3年3月4日)

北空知地域医療介護確保推進協議会
医療介護相談支援小部会

I 調査概要

1 調査目的

北空知地域の入退院時における深川市立病院と介護支援専門員の連携状況の実態を把握し、平成30年8月に試行開始した「北空知地域入退院支援・調整ルール」運用の評価及び連携に係る課題解決を検討する基とする。

2 調査対象機関

(1)深川市立病院の病棟看護師

(2)北空知管内介護サービス事業所(介護支援専門員配置事業所)の介護支援専門員

3 調査期間

令和3年1月12日(火) ～ 1月25日(月)

4 調査方法

(1)調査票を施設毎に対象人数分を郵送または持参し、回答を依頼する。

(2)調査票は一人ずつ自記式で、深川市立病院は所属(病棟)で回収し、その他の施設は郵送(返信封筒)もしくは深川市立病院地域連携室に持参して回答してもらう

5 個人情報取扱・倫理的配慮

(1)調査票により収集したデータは、本調査の目的以外のことには使用しない。

(2)個人・事業所が特定されないように集計する。

6 調査実施後の活用

医療介護相談支援小部会において現状及び課題を明確した後に、必要に応じて「北空知地域入退院支援・調整ルール」の見直しや、医療介護連携に係る方策を検討する。

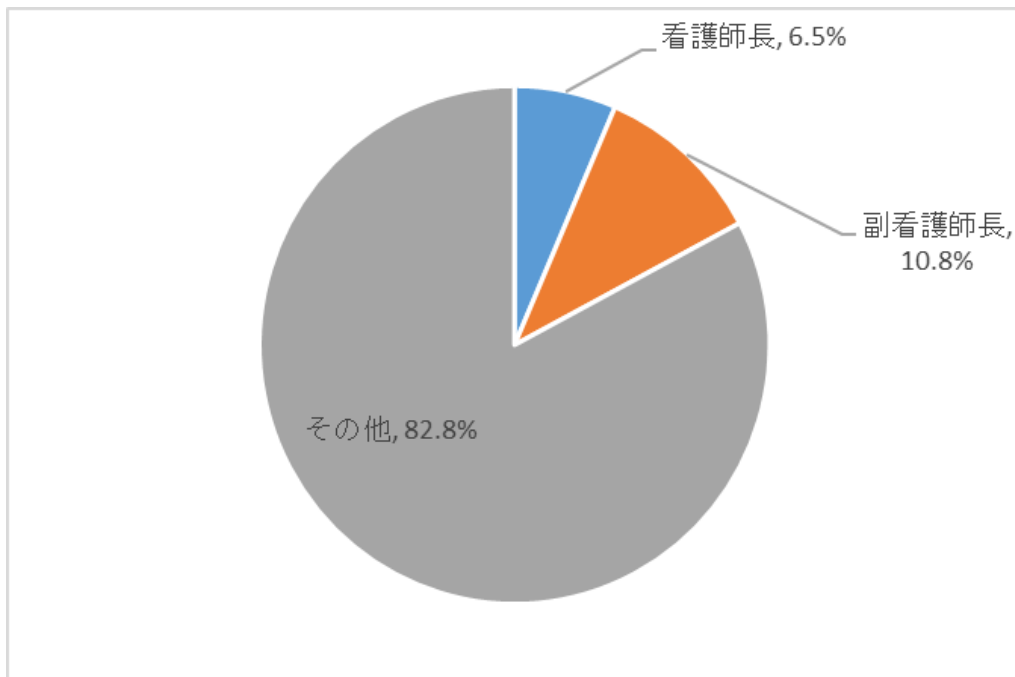
また、課題解決及び医療介護関係者の入退院支援連携がより一層図られるよう、今後開催する入退院支援研修会に反映させる。

Ⅱ 基本情報 【看護職】

配布:96 回収:93 回収率:96.9%

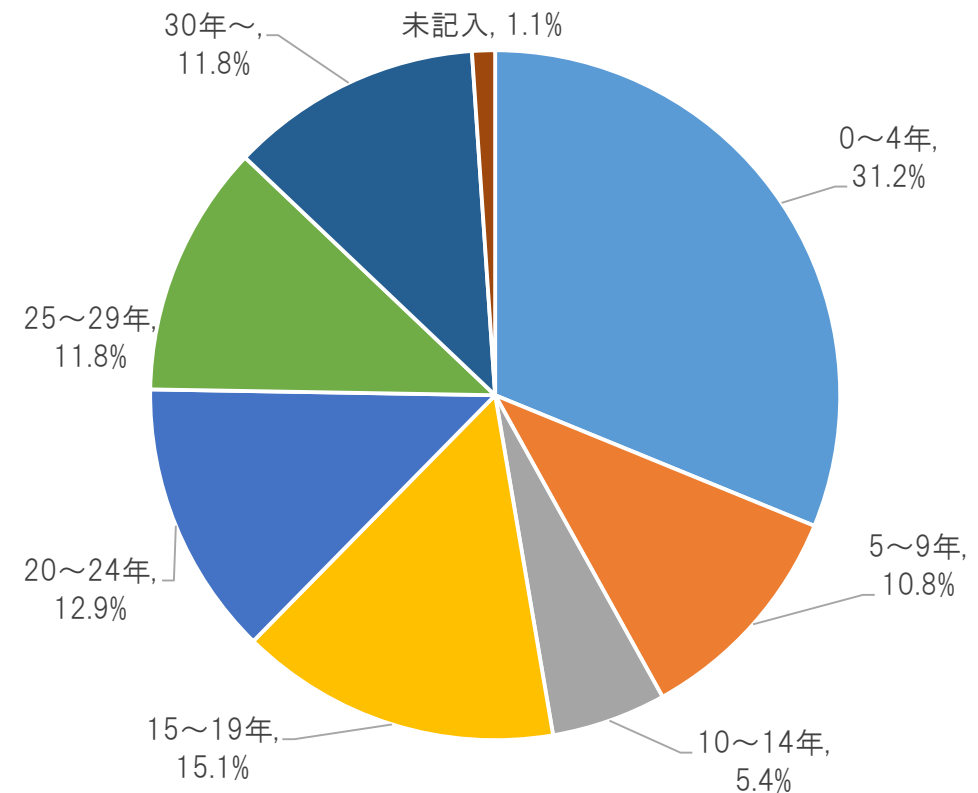
1 職位

	人数
看護師長	6
副看護師長	10
その他	77



2 経験年数

年数	人数
0～4	29
5～9	10
10～14	5
15～19	14
20～24	12
25～29	11
30～	11
未記入	1

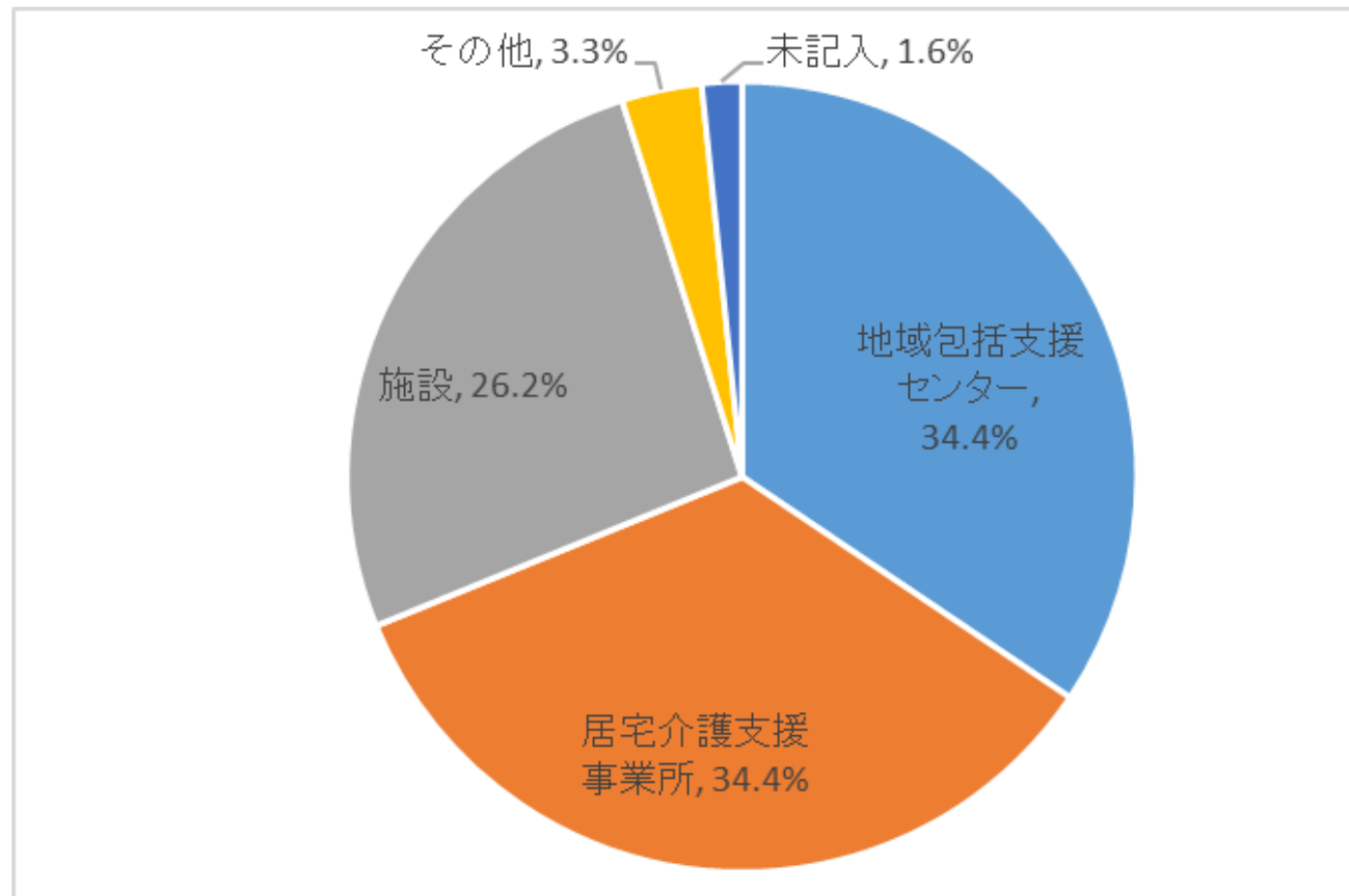


Ⅱ 基本情報 【介護支援専門員】

配布:71 回収:61 回収率:85.9%

1 所属機関

所属	人数
地域包括支援センター	21
居宅介護支援事業所	21
施設	16
その他	2
未記入	1

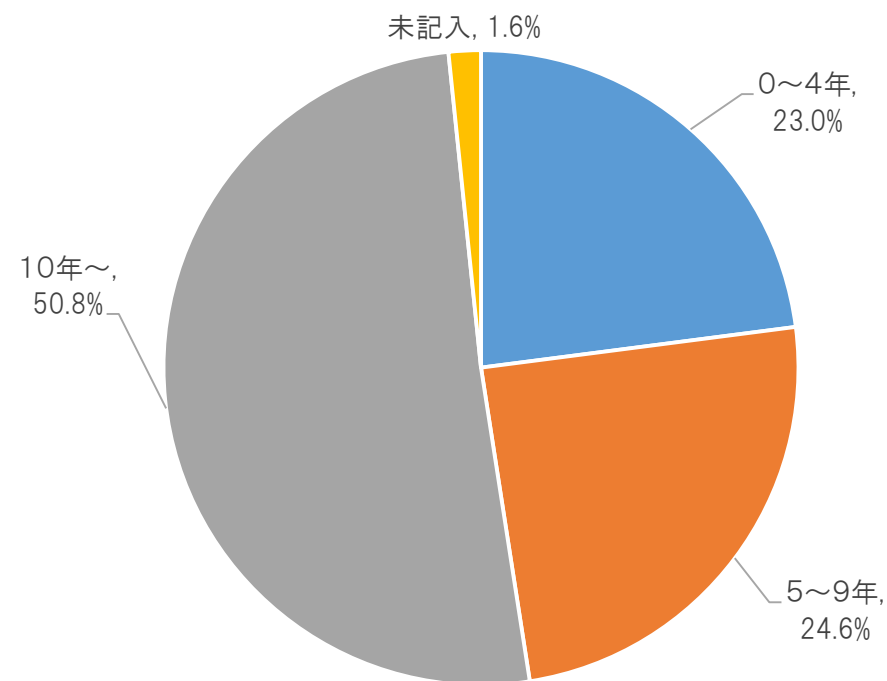
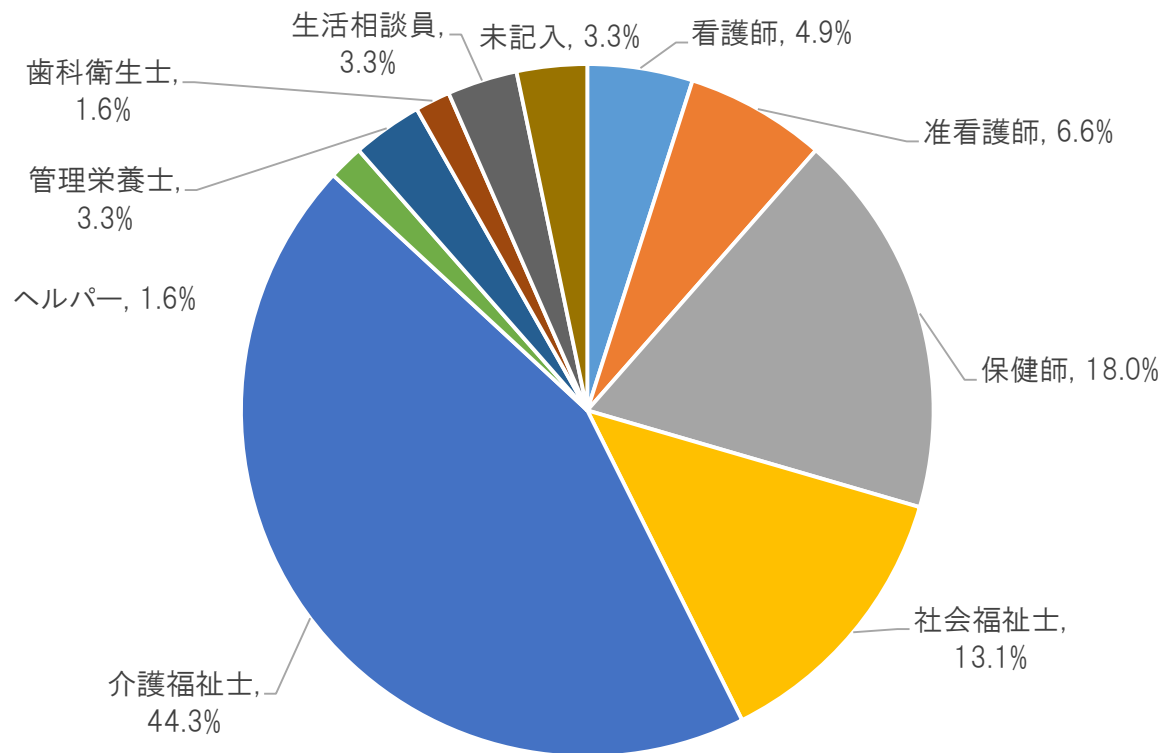


2 基礎職種

職種	人数
看護師	3
准看護師	4
保健師	11
社会福祉士	8
介護福祉士	27
ヘルパー	1
管理栄養士	2
歯科衛生士	1
生活相談員	2
未記入	2

3 経験年数

年数	人数
0～4	14
5～9	15
10～	31
未記入	1

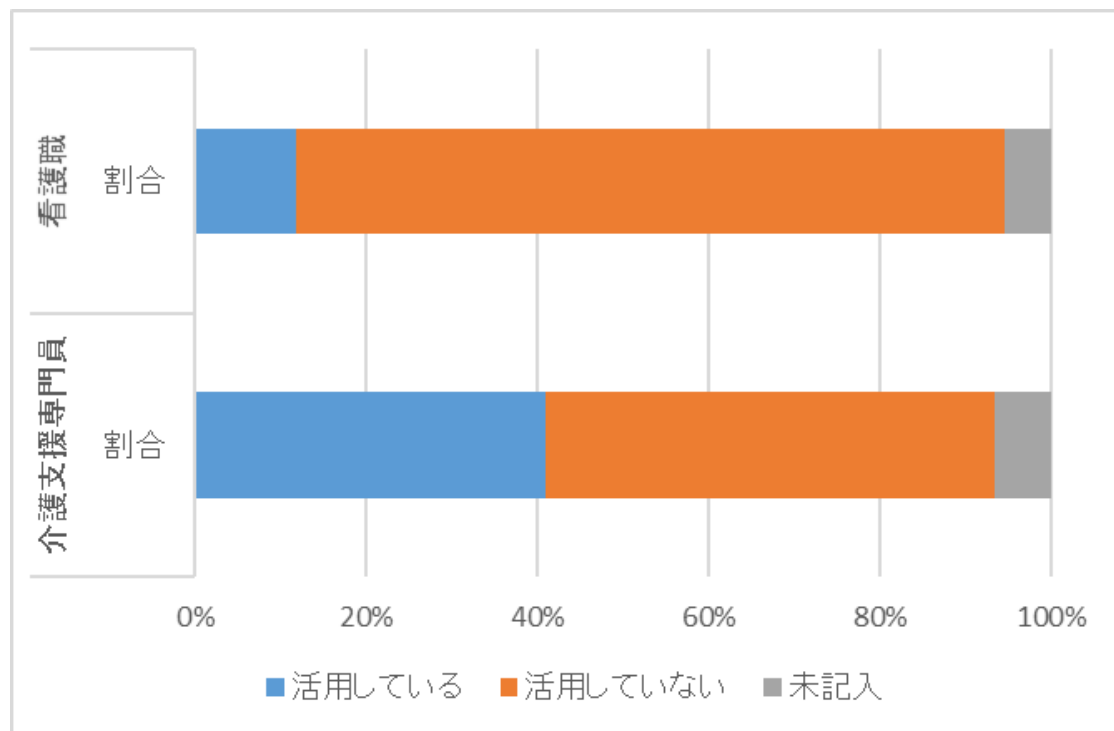


Ⅲ 北空知地域入退院支援・調整ルール

1 活用状況

項目	看護職	介護支援 専門員
活用している	11	25
活用していない	77	32
未記入	5	4

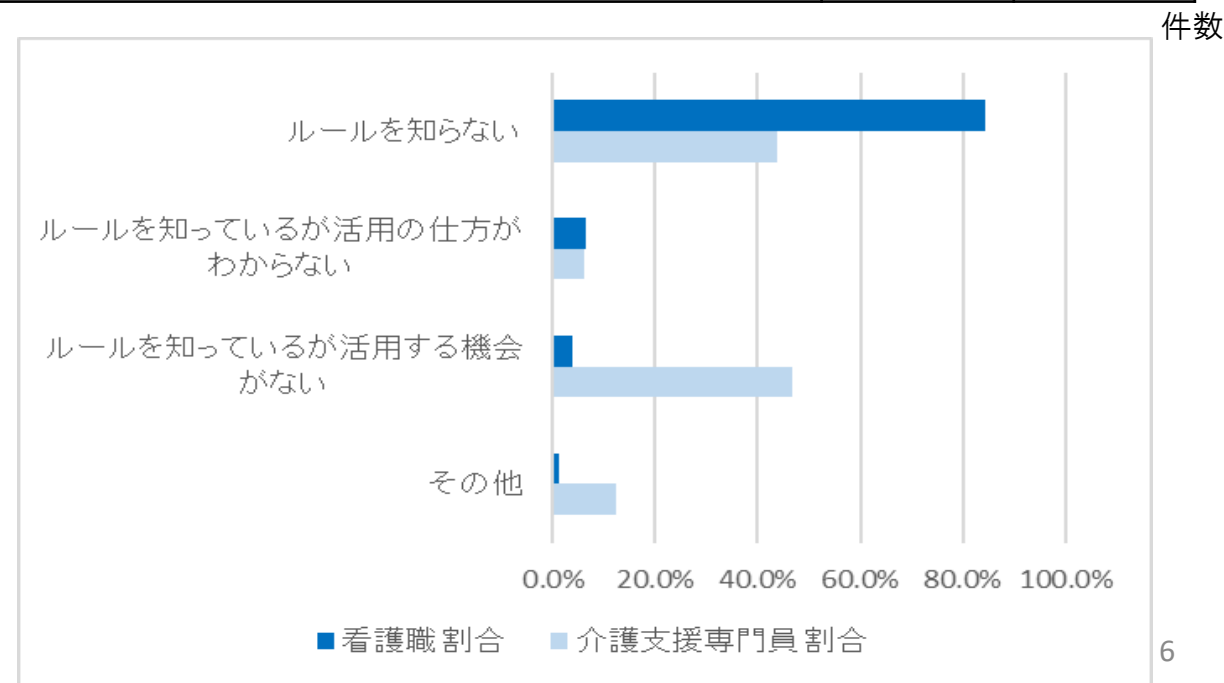
件数



2 活用していない理由(複数回答)

項目	看護職 n=77	介護支援 専門員 n=32
ルールを知らない	65	14
ルールを知っているが活用の仕方がわからない	5	2
ルールを知っているが活用する機会がない	3	15
その他	1	4

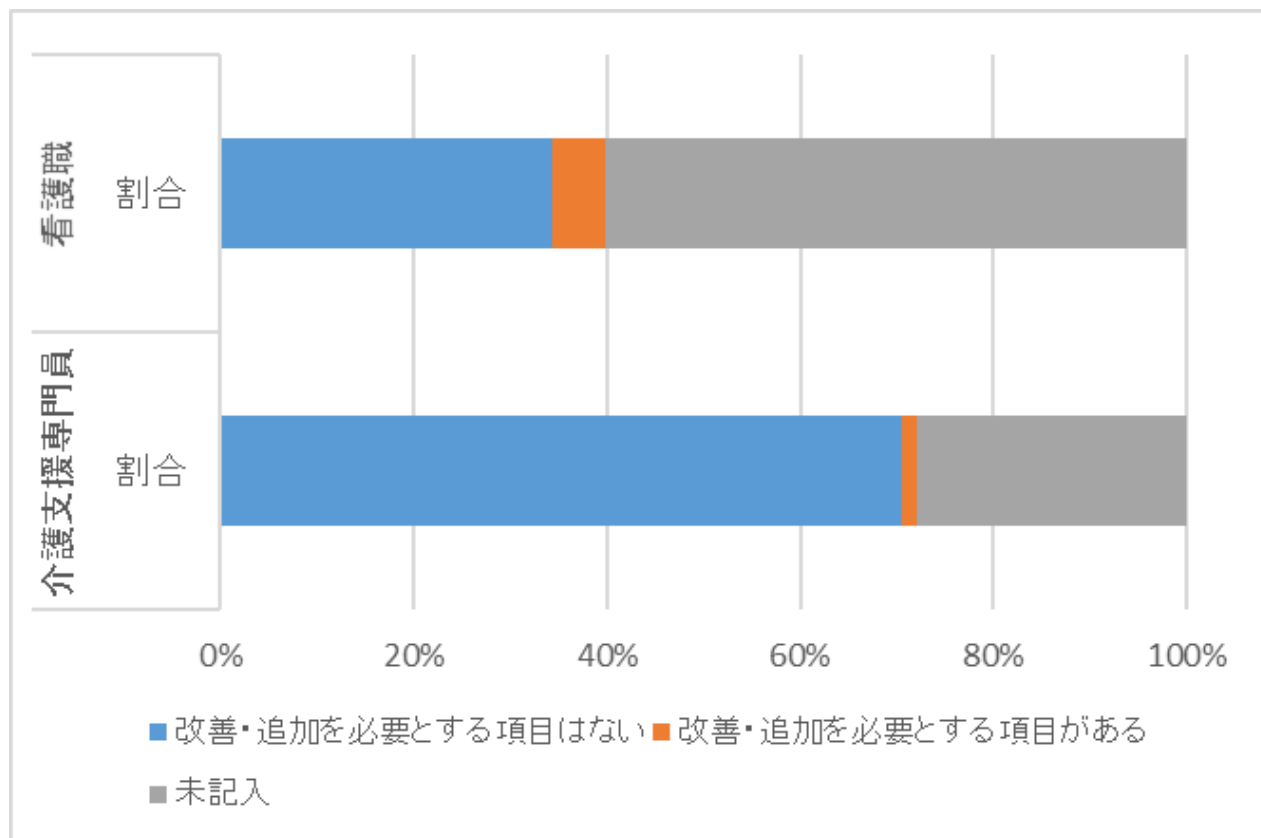
件数



3 ルールの改善及び追加項目について

項目	看護職	介護支援専門員
改善・追加を必要とする項目はない	32	43
改善・追加を必要とする項目がある	5	1
未記入	56	17

件数



【ルールの改善及び追加項目：自由記載】

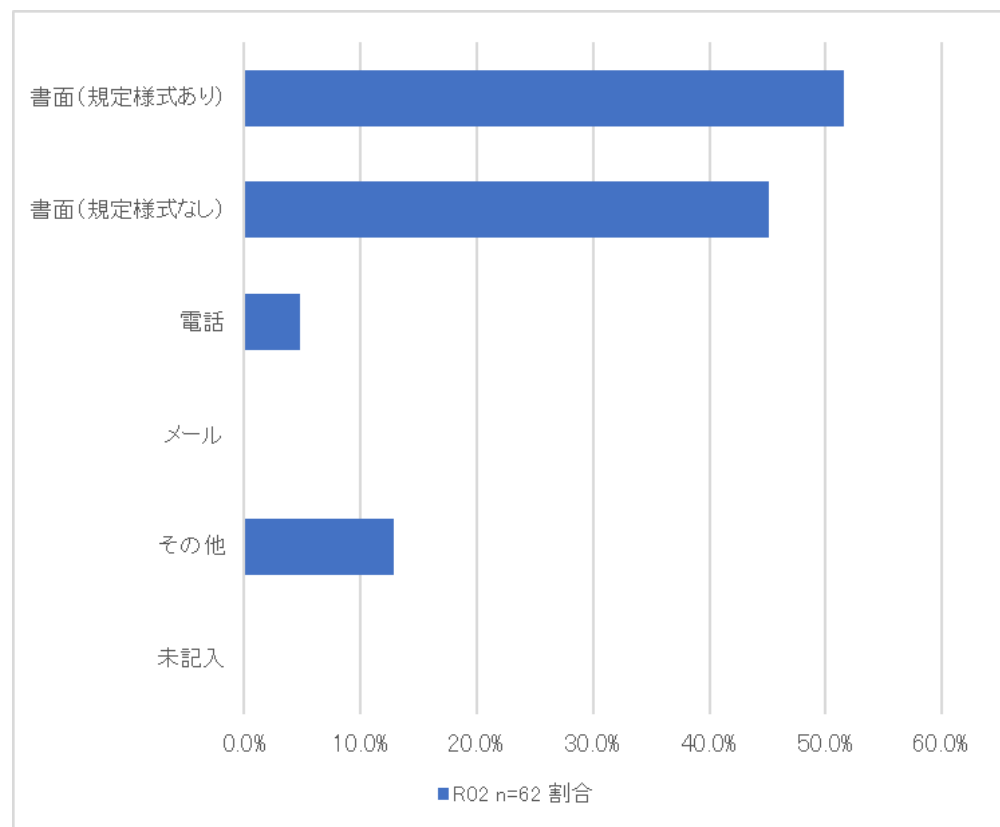
- 水分とろみスケール統一
- 生活情報(生活リズム・入院しても続けたいこと・日課・趣味・入院後気になることペット等・楽しみ・こだわり・人にしてほしくないこと・不安)
- 退院前カンファ有効活用
- 認知力アセスメントの為字の読み書き可能か

4 ルールの実施状況① 【看護職】

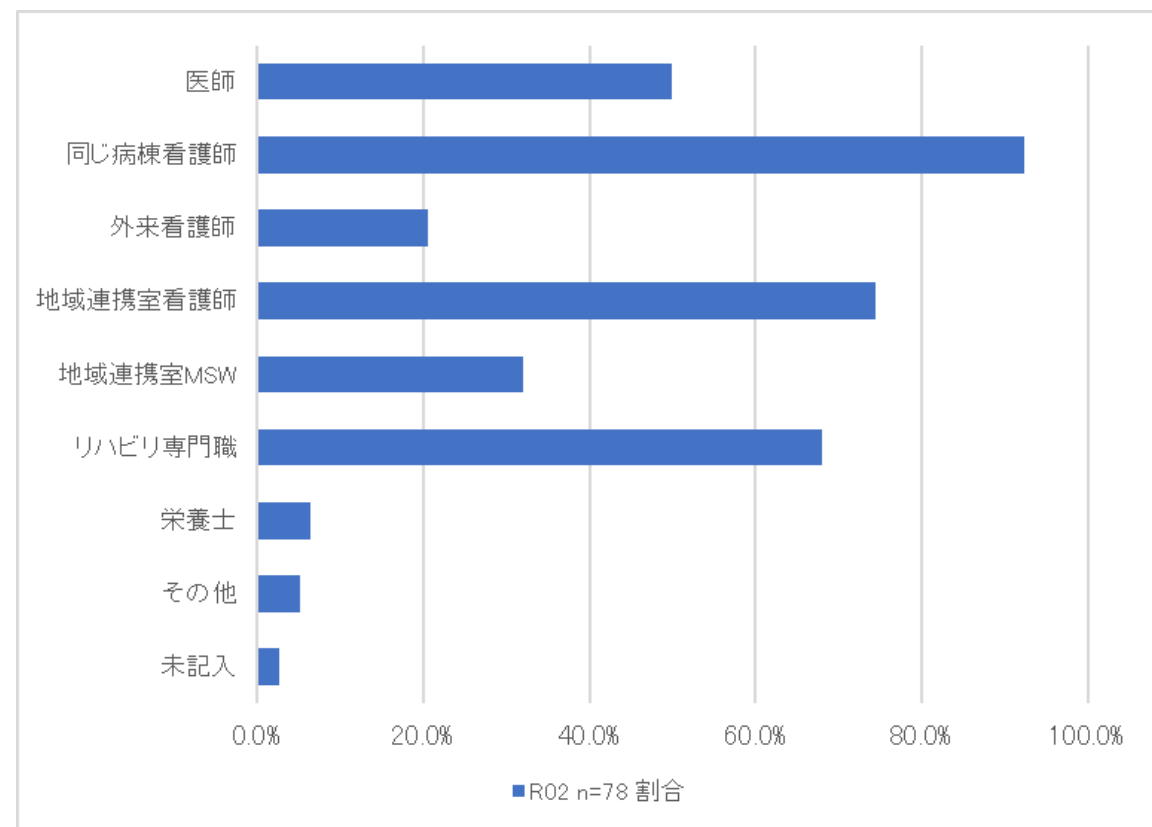
複数回答

	ルールに関する質問項目	人数	割合
入院直後	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%
	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%
	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%
	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%
	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%
入院中	本人・家族に、退院後の療養場所の確認をしている	90	96.8%
	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%
	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%
退院前	退院前カンファレンスの目的を理解できている	48	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%
退院直後	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%

【地域関係者から情報を得ている手段】



【入院時情報を共有している職種】



その他記載内容

- 家族や本人から
- 看護添書
- 口頭で
- 手紙
- 域連携室を通して
- 必要時電話
- 毎回ではない

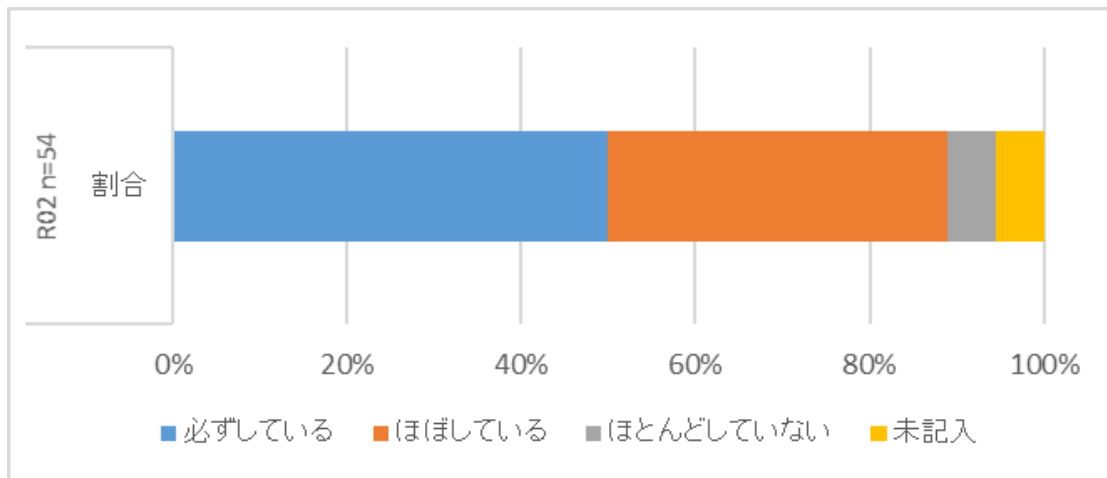
その他;訪問看護師

4 ルールの実施状況② 【介護支援専門員】

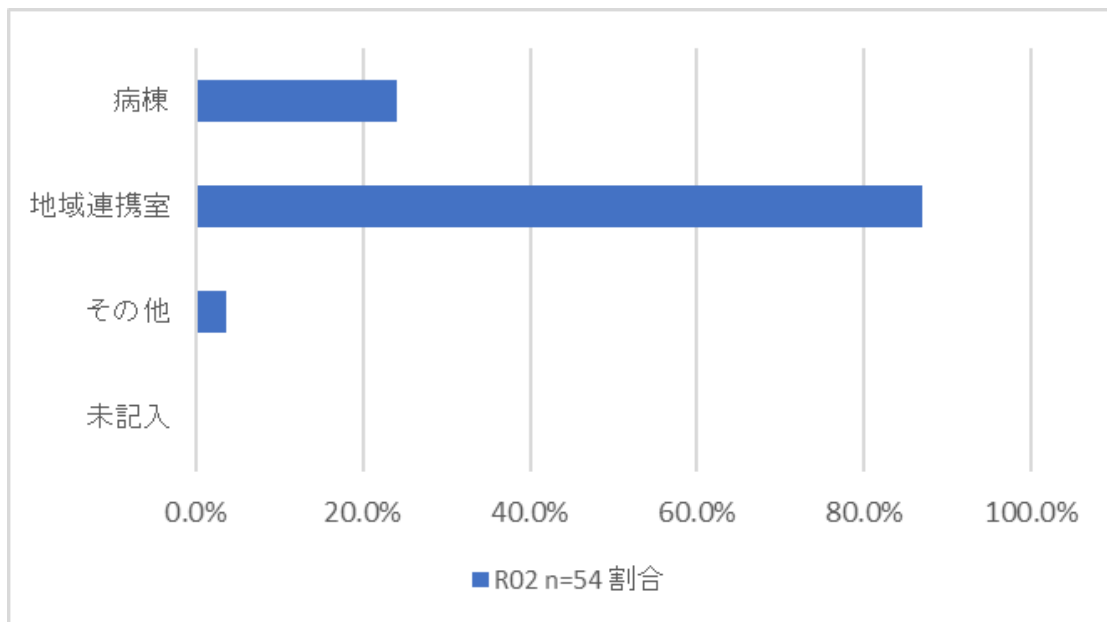
複数回答

	ルールに関する質問項目	件数	割合
入院前	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%
	「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%
入院直後	入院医療機関に在宅時の情報を提供している	54	88.5%
	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たいと説明している	49	80.3%
入院中	「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%
	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%
退院前	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%
	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%
	退院については、ほぼ漏れがなく確認できている	44	72.1%
退院後	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%

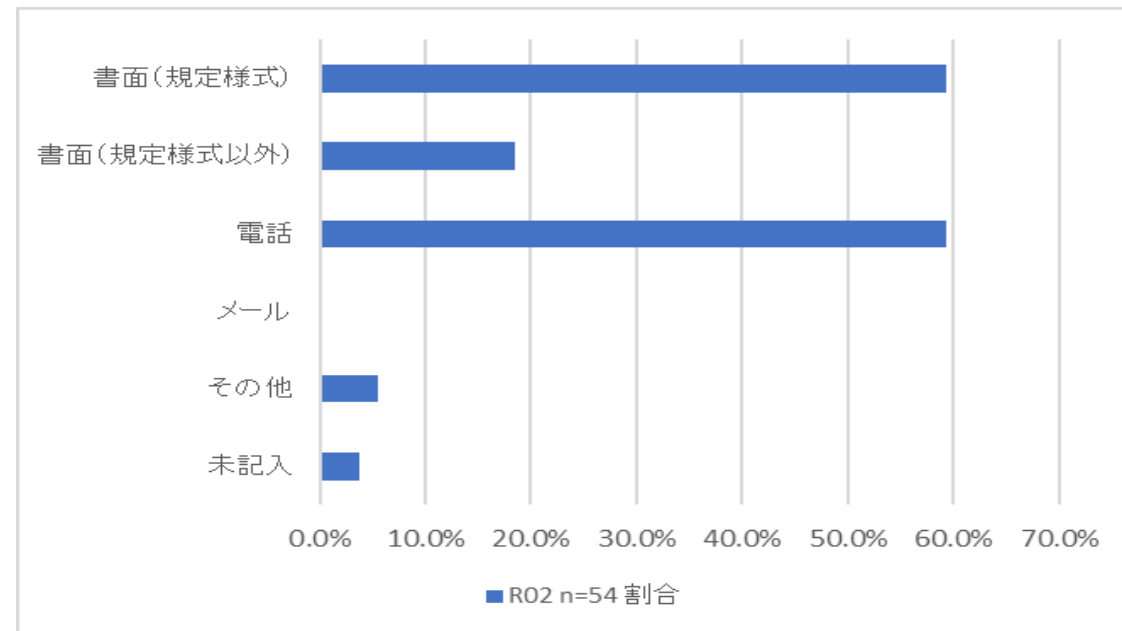
【在宅時の情報を提供している頻度】



【在宅時の情報を提供している窓口】(複数回答)



【在宅時の情報を提供している手段】(複数回答)



【退院の漏れがある理由】

- 全てとは言えない
- 退院の連絡がないことがたまにある
- 退院連絡が本人や家族、病院からなかった。入院していると思ひ連絡したらずでに退院・転院されている状況
- 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

IV 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

H29・R02比較

(複数回答)

	病院・地域関係者との連携に関する質問項目	R02		H29	
		件数	割合	件数	割合
看護職	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%
介護支援 専門員	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%

V 地域関係者と連携することで良かったこと① 【看護職】

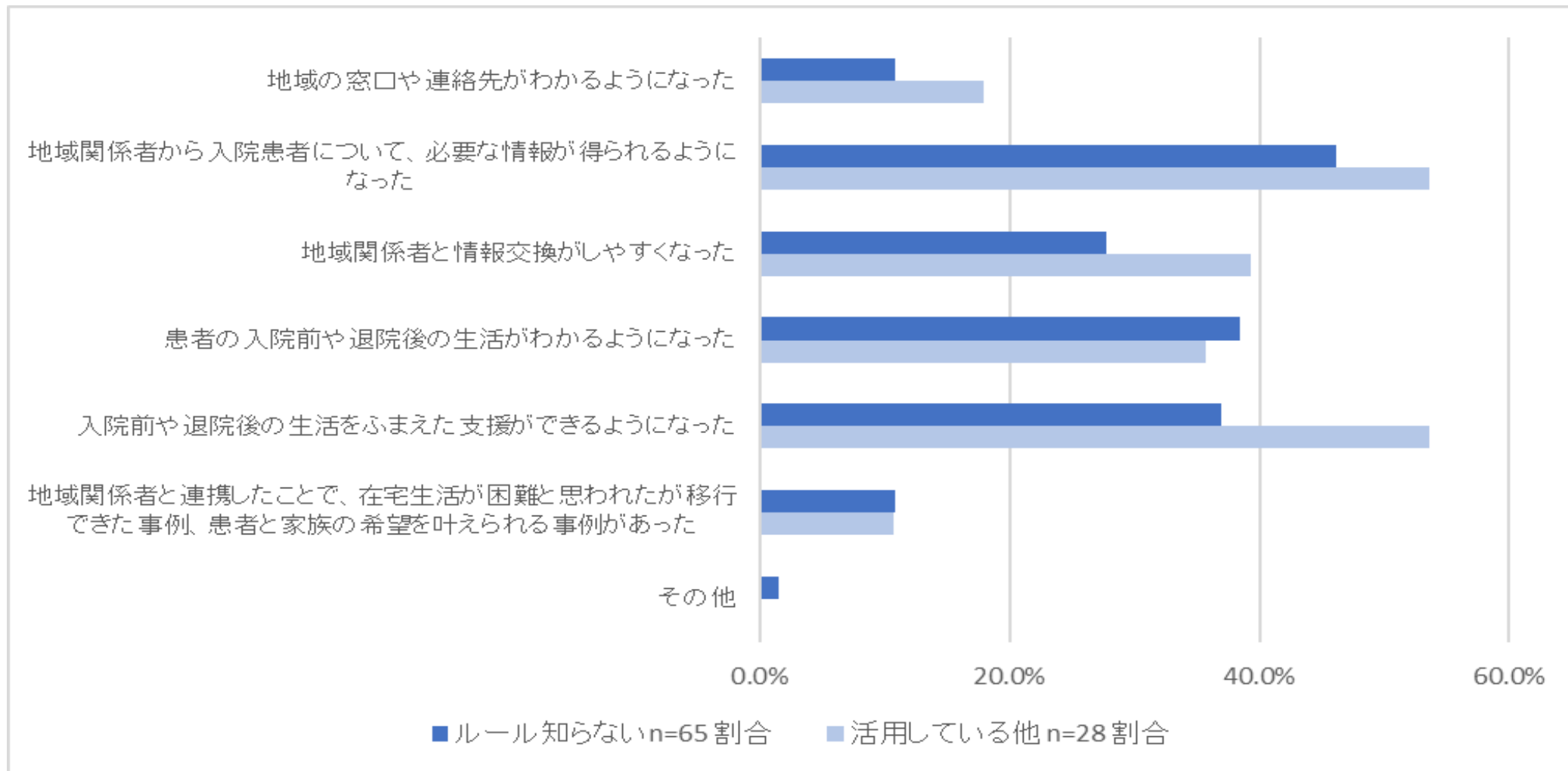
(複数回答)

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%

V 地域関係者と連携することで良かったこと② 【看護職】

「ルール知らない」と「ルール活用している他」※との比較

※「活用している」「ルールを知っているが活用の仕方がわからない」「ルールを知っているが活用する機会がない」「その他」の計



〈連携して良かった事例〉

○ALS在宅支援

○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〇〇先生に移行。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。

○介護者を支えるケアマネとの退院支援

○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

○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

○訪問看護導入に繋がった

〈その他(自由記載)〉

○ケアマネ情報の今後の方向性を記載してほしい

○書面情報のみでなく、対面情報交換、顔の見える関わりを

○退院前カンファ必須

○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うことがある。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

VI 病院と連携することで良かったこと①

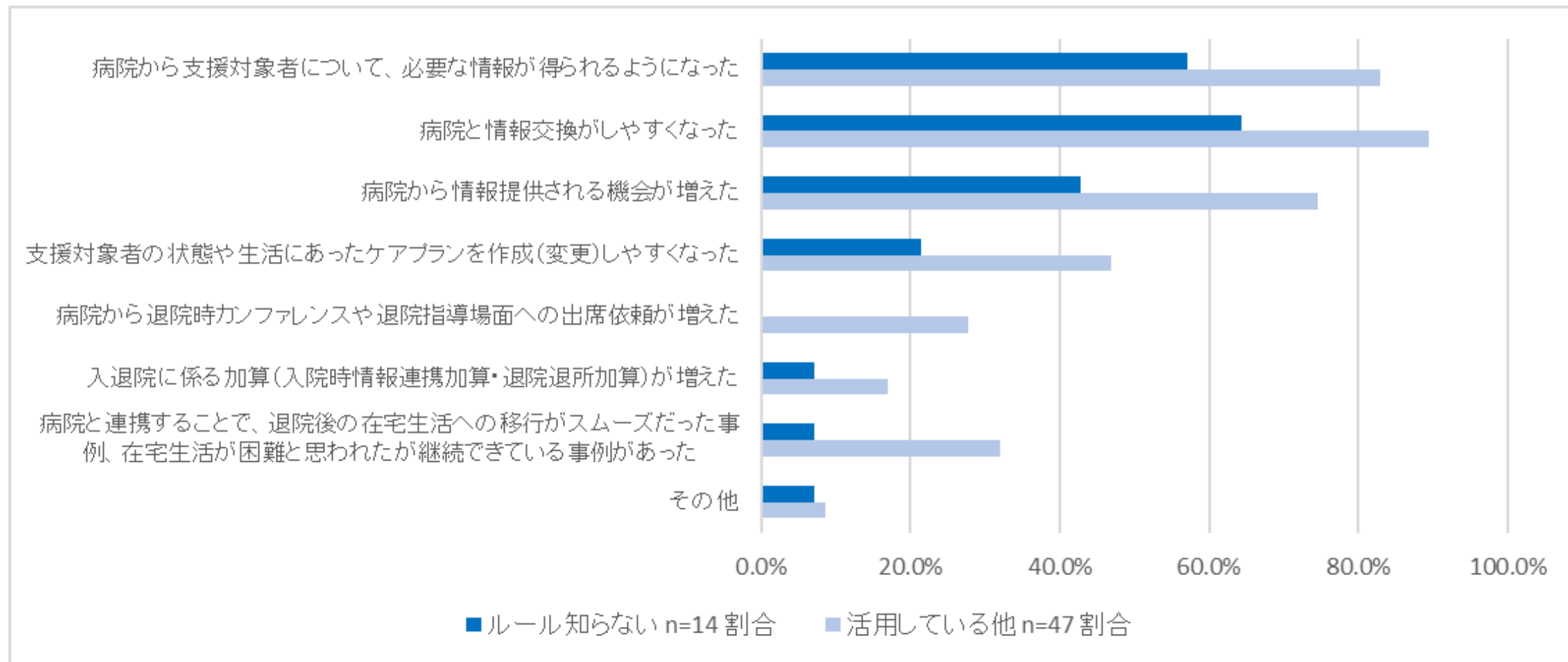
【介護支援専門員】

(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%

VI 病院と連携することで良かったこと② 【介護支援専門員】 「ルール知らない」と「ルール活用している他」※との比較

※「活用している」「ルールを知っているが活用の仕方がわからない」「ルールを知っているが活用する機会がない」「その他」の計



〈連携して良かった事例〉

- 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
 - 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。
 - 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
 - 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。
 - 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
 - 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
 - 病院と連携することでの的確な情報がもらえてありがたいです
 - 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。
 - 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
-

〈その他(自由記載)〉

- 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
 - 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、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
 - 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
 - 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。
 - 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
-

VII まとめ

北空知地域入退院支援・調整ルールの目的は、病院関係者と在宅・施設関係者が連携してルールを実践することで、在宅や施設等での生活や療養に困る患者や家族をなくすこと。

【調査結果】

- 1 「ルールを活用していない」「ルールを知らない」という割合が高かった。
- 2 「ルールを知らない」と回答した者より、「ルールを活用している・ルールを活用していないが知っている」と回答した者の方が、病院・地域関係者と連携して良かったと回答する割合が高かった。
- 3 「退院の情報提供の遅れや、相談がないまま退院となり、患者家族が困って相談に来る人もいる」など退院の連絡漏れに対する記載も見られたが、訪問看護等と連携して在宅看取りができた事例や、退院前訪問により家族とケアマネも準備ができた事例などの記載があり、病院と地域関係者の多職種連携は、患者・家族の望む場で、安心した療養生活につながっている。

- 4 H29年度に実施した同調査と比較し、「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」のうち、病院・地域関係者との連携に関する項目では、看護職及び介護支援専門員とも“困難”と回答する割合が減少。連携の課題は改善傾向にあると思われる。
- 5 看護職では、入院時情報を多職種と共有し退院支援につなげていることや、「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」という回答も多く見られるなど、退院後の生活を意識し、少しずつ取り組みへの変化が見られている。地域から退院後の情報提供があると、より一層支援の振り返りにつながっていくと思われる。
- 6 介護支援専門員では、入院時に在宅の情報を文書で積極的に提供するとともに、退院後に予想される課題を把握し、病院と情報交換を行い退院支援を行っている。

VIII 今後必要な取り組み

1 ルールの再周知

→ 病院・地域それぞれで、どのような周知方法が良いか要検討。

2 ルールの実践

→ 実践の積み重ね。うまくいった事例とうまくいかなかった事例の要因を検証。
入退院支援研修の継続による支援の具体的なイメージ化。

3 ルールの継続評価

→ 取り組み状況を「見える化」し、成果と課題の明確化。必要に応じてルールの見直し。