

# 平成 29 年度病院－在宅連携に関する実態調査報告書

## 対象

2017（平成 29）年 10 月 1 日～31 日の期間に病院を退院し、ケアマネジャーが担当した症例。

## 方法

富山県内全ての地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護、グループホーム、計 671 事業所（新川：68 カ所 富山：296 カ所 高岡：209 カ所 砺波：98 カ所）に調査票を郵送した。

## 結果

440 事業所のケアマネジャー1026 名（新川：107 名 富山：419 名 高岡：318 名 砺波：182 名）から、734 症例（新川：112 症例 富山：298 症例 高岡：186 症例 砺波：138 症例）の回答を得た。

【回収率】 回答事業所数／各圏域事業所数（％：少数点第 2 位四捨五入）

老人保健福祉 圏域別	地域包括支援 センター	居宅介護支援 事業所	小規模多機能型 居宅介護	グループホーム
新川 52／68 (76.5%)	5／5 (100%)	30／37 (81.1%)	4／6 (66.7%)	13／20 (65.0%)
富山 191／296 (64.5%)	21／36 (58.3%)	118／168 (70.2%)	21／35 (60.0%)	31／57 (54.4%)
高岡 115／209 (55.0%)	14／17 (82.4%)	68／101 (67.3%)	12／34 (35.3%)	21／57 (36.8%)
砺波 82／98 (83.7%)	3／3 (100%)	46／47 (97.9%)	5／13 (38.5%)	28／35 (80.0%)
計 440／671 (65.6%)	43／61 (70.5%)	262／353 (74.2%)	42／88 (47.7%)	93／169 (55.0%)

## 1.病院-在宅連携調査に関する実態調査 9 項目 (①～⑨)

### ①年齢

N=708

年齢	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100-
新川	0	0	0	3	1	5	10	12	29	23	23	6	0
富山	2	2	1	0	5	21	32	39	60	65	40	10	2
高岡	0	1	0	1	2	7	18	30	45	42	33	6	1
砺波	0	0	1	1	2	2	7	15	29	40	25	9	0
計	2	3	2	5	10	35	67	96	163	170	121	31	3
(%)	0.3	0.4	0.3	0.7	1.4	4.9	9.5	13.6	23.0	24.0	17.1	4.4	0.4

### 性別

N=723

	男	女
計	315 (43.6%)	408 (56.4%)

②退院時の介護度

N=729

	申請予定	申請中	変更中	支援 1	支援 2	介護 1	介護 2	介護 3	介護 4	介護 5
新川	2 (1.8%)	5 (4.5%)	3 (2.7%)	22 (19.6%)	11 (9.8%)	25 (22.3%)	13 (11.6%)	14 (12.5%)	10 (8.9%)	7 (6.3%)
富山	1 (0.3%)	30 (10.2%)	18 (6.1%)	7 (2.4%)	21 (7.1%)	58 (19.7%)	62 (21.1%)	36 (12.2%)	36 (12.2%)	25 (8.5%)
高岡	3 (1.6%)	20 (10.8%)	11 (5.9%)	7 (3.8%)	27 (14.5%)	31 (16.7%)	32 (17.2%)	24 (12.9%)	19 (10.2%)	12 (6.5%)
砺波	0 (0%)	17 (12.4%)	8 (5.8%)	11 (8.0%)	7 (5.1%)	20 (14.6%)	26 (19.0%)	26 (19.0%)	16 (11.7%)	6 (4.4%)
計	6 (0.8%)	72 (9.9%)	40 (5.5%)	47 (6.4%)	66 (9.1%)	134 (18.4%)	133 (18.2%)	100 (13.7%)	81 (11.1%)	50 (6.9%)

申請予定および申請中、変更中の状態で退院した症例は 16.2%であった。

③退院された病院名 非公表

④退院された病床

全 734 症例 内訳【急性期（一般）-474 例(64.6%)、地域包括ケア-92（12.5%）、回復期リハビリ-115 例 15.7%）、療養-23 例（3.1%）緩和ケア 8 例(1.1%)、精神-19 例（2.6%）不明・記載なし-3 例(0.4%)】であった。

⑤症例の概要(診断名)

N=731

	脳卒中	糖尿病	骨折	整形疾患	がん	心疾患	呼吸器疾患	肺炎	消化器疾患	精神疾患	認知症	尿路感染症	以外
新川	8	3	8	12	16	12	3	15	3	1	3	3	25
富山	23	8	37	22	32	18	9	26	25	8	6	12	78
高岡	9	6	14	19	23	14	4	26	15	3	0	5	48
砺波	12	3	16	8	17	7	7	15	9	2	2	8	37
計	52	20	75	61	88	51	23	82	52	14	11	28	188

※入院疾患名のどれか 1 つを選択であったが、2 つ選択となっている症例があった。2 つ選択の症例は、2 つともカウントした。

症例の概要(医療的管理)

医療的管理：有り 368 例、無し 358 例

N=726

	点滴	中心静脈栄養	透析	ストーマ	酸素療法	レスピレーター	気管切開の処置	疼痛の看護	経管栄養	褥瘡の処置	尿管留置カテーテル	自己導尿	以外
新川	38	2	3	0	7	1	1	7	4	0	8	0	11
富山	82	6	9	1	19	0	0	12	6	10	27	3	31
高岡	60	3	11	1	12	0	0	9	3	2	9	3	16
砺波	36	1	2	0	8	2	2	1	2	2	13	2	14
計	216	12	25	2	46	3	3	29	15	14	57	8	72

⑥入院前からの介護サービス利用 N=730

	有り	無し
新川	88 (78.6%)	24 (21.4%)
富山	224 (76.2%)	70 (23.8%)
高岡	144 (77.4%)	42 (22.6%)
砺波	107 (77.5%)	31 (22.5%)
計	563 (77.1%)	167 (22.9%)

⑦入院時の情報提供（複数回答可） N=556

	入院前から担当であり 実施した	入院前から担当であっ たが実施しなかった	計
新川	61 (73.5%)	22 (26.5%)	83
富山	168 (75.3%)	55 (24.7%)	223
高岡	116 (83.5%)	23 (16.5%)	139
砺波	79 (71.2%)	32 (28.8%)	111
計	424 (76.3%)	132 (23.7%)	556

	入院前は担当で はなかった
新川	29
富山	73
高岡	47
砺波	26
計	175

「入院時情報提供率」は、76.3%であった。（入院前は担当ではなかったを除く）

入院前から担当であり、実施した N=423

	口頭 (電話含む)	文書 (入院時情報提供書等)	口頭+文書	計
新川	17	27	17	61
富山	40	70	58	168
高岡	20	47	49	116
砺波	23	28	27	78
計	100	172	151	423

入院前から担当であったが実施しなかった N=123

	必要なかった	入院を知らなかった	計
新川	17	5	22
富山	40	9	49
高岡	20	3	23
砺波	21	8	29
計	98	25	123

⑧病院からの退院連絡（複数回答可） N=731

	連絡無し	連絡有り	時期 (平均)	連絡者		方法		
				地域連携室	病棟	口頭	文書	口頭＋文書
新川	22 (19.6%)	90 (80.4%)	8.8 日前	84	6	58	4	28
富山	49 (16.6%)	246 (83.4%)	9.1 日前	224	18	182	9	43
高岡	40 (21.5%)	146 (78.5%)	6.7 日前	119	27	134	2	9
砺波	10 (7.2%)	128 (92.8%)	8.9 日前	116	7	104	2	15
計	121 (16.6%)	610 (83.4%)	8.6 日前	543	58	478	17	95

「退院調整率」は、83.4%であった。「退院前連絡日数」は、退院日の平均 8.6 日前であった。

⑨病院からの情報収集の方法（複数回答） N=734

	退院前カンファレンス (開催率)	病院訪問 (実施率)	文書（退院時サマリー等提供率）
新川	38 (33.9%)	66 (58.9%)	78 (69.6%)
富山	89 (29.9%)	167 (56.0%)	226 (75.8%)
高岡	57 (30.6%)	98 (52.7%)	116 (62.4%)
砺波	54 (39.1%)	91 (65.9%)	79 (57.2%)
計	238 (32.4%)	422 (57.5%)	499 (68.0%)

症例数 新川：112 症例 富山：298 症例 高岡：186 症例 砺波：138 症例

「退院前カンファレンス開催率」は 32.4%、「病院訪問実施率」は 57.5%、「退院時サマリー等提供率」は 68.0%であった。

**入院時情報提供率**：利用者の入院時にケアマネジャーが医療機関に対して、利用者の生活環境等の情報を提供した割合。

**退院調整率**：病院担当者が患者（利用者）の退院前にその担当ケアマネジャーに連絡した割合。

**退院前連絡日数**：ケアマネジャーへ退院連絡のあった日から実際の退院日までに要した日数。

**退院前カンファレンス開催率**：退院前に病院担当者とケアマネジャーがカンファレンスを開催した割合。

**病院訪問実施率**：ケアマネジャーが退院前に病院を訪問した割合。

**退院時サマリー等提供率**：病院が退院時サマリーをケアマネジャーに提供した割合。

## 2.病院－在宅連携に関する課題及び病院側への要望等（複数回答可）

寄せられた意見や要望については、131件（新川26件、富山64件、高岡14件、砺波27件）であった。その中の一部を『病院内部のシステム(やり方)を指摘するもの』、『退院時の連絡の在り方について意見するもの』、『情報提供の在り方について意見するもの』、『制度や社会資源について意見するもの』、『その他』に分類し、以下に記載する。

### 『病院内部のシステム（やり方）を指摘するもの』

- ・大きな病院には、連携室SWはいる。しかし、中・小の病院にはいないので専門職が必要。また、SWの中にはケアマネジャーの役割について理解が不十分な人もいる。病院によっては、看護師が窓口になることもあるが、SWと看護師とで役割の振分けはあるのか。
- ・退院までに認定結果が出ておらず、サービス利用を迷っている方や退院時にサービス利用していなくてもいずれ利用することが見込まれる方などの場合、連携方法について指針があると良い。特にターミナル期の場合は、自宅療養後に担当となると情報が不足するなど業務が目まぐるしい。
- ・医師の病状説明にご家族の了解を得たうえで、ケアマネジャーも参加させていただきたい。
- ・地域連携室が充実し連携しやすくなった。反面、直接病棟と連絡をとった方がよいと思われることでも地域連携室を通すように言われ戸惑うこともある。
- ・退院を早期化することで、在宅生活を支援する側への負担が大きい。在宅の介護者への負担が増えると、生活環境が保てなくなり、(在宅後に)施設入所する事が多くなる。また、提供できる介護サービスが少ないことで、多様な要望に対して受入れが厳しい。
- ・地域連携室に出向き本人の病状等を確認する為アポイントを取り、来院するが病棟への連絡が不十分で、担当看護師が不在であったり、本人のことを把握していなく情報収集ができないことがある。連携室と病棟の連携が取れていないと感じる。

### 『退院時の連絡の在り方について意見するもの』

- ・退院の目処がいたら、適切な時期(なるべく早め)に連絡があればよい。
- ・連休や年末・年始に退院となる時は、早めに連絡がほしい。
- ・要介護状態になり、初めて在宅生活をされる方は、本人も家族も不安が大きいと思う。退院まで余裕をもって相談やサービス調整が行えると良いと思う。病室で担当の看護師にも相談できる体制になれば患者も家族も安心なのではないか。
- ・年齢が若く、リハビリに対する積極性がない方には、住宅改修や今後の生活（仕事や運転など）への関わりが重要。本来であれば住宅環境を整え、今後の見通しが立ってからの退院が望ましい。しかし、病院からは何の連絡もなく、退院してから本人から連絡があった。退院前からの連携が必要であるケ

ースであった。

### 『情報提供の在り方について意見するもの』

- ・在宅連携にあたって、切れ目がないように早期の情報提供をお願いしたい。
- ・入院中は医療管理のもと病状が安定し退院するが、在宅となれば医療管理が解かれ在宅サービスを利用していても悪化するケースが多い。退院後のカンファレンスの必要を感じる。
- ・ADL 状況や利用したい介護サービスが、変更になる場合こちらからの依頼がなくても、退院カンファレンスは必ず開催してほしい。
- ・在宅生活において、医療面や介護方法等、注意事項を積極的に教えてもらいたい。
- ・本人の状態や病状によっては、医師と直接話ができるとうい。家族だけでは理解に乏しいことがあり、正確な情報が得られないことがある。今後は、連携室と密に連絡をとり、情報交換していきたい。
- ・サービス利用が必要な方へケアマネジャーより情報提供しても、本人・家族は主治医から言われていないためにサービス利用の必要性をわかっていないことがある。病院側からも在宅生活継続のためにサービス利用が必要である旨を事前に説明してほしい。
- ・医療依存度が高い方の退院後のサービス調整には、カンファレンスや情報共有が不可欠である。
- ・短期間の入院であっても、入院時の状態を知らせてほしい。

### 『制度や社会資源について意見するもの』

- ・病院によって地域連携室と病棟との役割や関係がちがうため、市外の病院になると連携が取りにくいと感じることがある。
- ・隣接圏域の医療機関との連携がスムーズでなく対応に苦慮している。圏域間の情報交換も必要ではないか。
- ・初めての介護申請の場合、寝たきり・準寝たきり状態で退院するにも関わらず退院の数日前もしくは退院日や退院後（退院後の1回目の通院で家族が医師に相談する等）に病院 MSW から地域包括支援センターへ、そして居宅のケアマネジャーに依頼が来るケースが多い。家族が介護保険制度を知らず、自費でベッドを買ったり、褥瘡が出来ているのに誰も気づいていなかったり、歩行不可なのに家族対応で総合病院まで通院しているケース（無理に抱えて車に乗せて）などもあり早めに連絡頂けるとうれしい。

### 『その他』

- ・退院カンファレンス等を開催するときは、病院側からサービス事業所へ依頼してほしい。参加率が上がると思う。
- ・入院のお知らせをもらうことは難しいのか。
- ・認定調査や今後の方針に関する話は、談話室ではなく個室を準備してほしい。
- ・利用者が自分で意思決定できず、キーパーソンが血縁関係の薄い家族の場合、退院調整の進捗状況について面会を利用してケアマネジャーにも伝えてほしかった。又、キーパーソンの見極めもしてほしかった。
- ・退院後の生活を想定したりハビリ・家屋評価を希望したい。