

# 平成 30 年度病院－在宅連携に関する実態調査報告書

## 【対象】

2018（平成 30）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（看護小規模多機能型居宅介護含む）、グループホーム、計 682 事業所（新川：70 カ所、富山：299 カ所、高岡：210 カ所、砺波：103 カ所）に調査票を郵送した。

## 【結果】

430 事業所（新川：39 カ所、富山：188 カ所、高岡：136 カ所、砺波：67 カ所）のケアマネジャー1,070 名（新川：107 名、富山：426 名、高岡：366 名、砺波：171 名）から、912 症例（新川：121 例、富山：342 例、高岡：289 例、砺波：160 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 55.7 % 39/70	100.0% 5/5	76.3% 29/38	50.0% 3/6	9.5% 2/21
富山 62.9% 188/299	61.1% 22/36	76.0% 130/171	45.7% 16/35	35.1% 20/57
高岡 64.8% 136/210	100.0% 17/17	76.9% 80/104	46.9% 15/32	42.1% 24/57
砺波 65.0% 67/103	66.7% 2/3	87.5 % 42/48	38.5% 5/13	46.2% 18/39
計 63.0% 430/682	75.4% 46/61	77.8% 281/361	45.3% 39/86	36.8% 64/174

## 1.病院-在宅連携調査に関する実態調査 11 項目 (①～⑪)

### ①年齢

N=888

	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	2	2	3	12	17	30	37	13	5	0
富山	1	1	2	0	8	17	19	40	90	79	51	11	2
高岡	0	1	2	1	3	13	25	46	67	77	40	13	1
砺波	0	1	0	0	1	4	13	24	28	52	24	8	2
計	1	3	4	3	14	37	69	127	215	245	128	37	5
(%)	0.1	0.3	0.5	0.3	1.6	4.2	7.8	14.3	24.2	27.6	14.4	4.2	0.6

### 性別

N=894

	男	女
計	372 (41.6%)	522 (58.4%)

②退院時の介護度

N=907

	申請予定	申請中	変更中	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
新川	0	7	0	17	11	31	19	16	11	9
	0.0	5.8	0.0	14.0	9.1	25.6	15.7	13.2	9.1	7.4
富山	1	35	12	16	23	69	78	44	42	18
	0.3	10.4	3.6	4.7	6.8	20.4	23.1	13.0	12.4	5.3
高岡	4	22	25	7	21	47	60	42	40	21
	1.4	7.6	8.7	2.4	7.3	16.3	20.8	14.5	13.8	7.3
砺波	1	16	15	4	13	36	31	15	23	5
	0.6	10.1	9.4	2.5	8.2	22.6	9.5	9.4	14.5	3.1
計	6	80	52	44	68	183	188	117	116	53
(%)	0.7	8.8	5.7	4.9	7.5	20.2	20.7	12.9	12.8	5.8

申請予定および申請中、変更中の状態で退院した症例は 15.2%であった。

③退院された病院名 非公表

④退院された病棟

全 912 症例 [急性期(一般):582 例(63.8%)、回復期リハビリ:149 例(16.3%)、地域包括ケア:117 例(12.8%)、療養:30 例(3.3%)、緩和ケア:8 例(0.9%)、精神:19 例(2.1%)、不明・記載なし:7 例(0.8%)] であった。

⑤診療科:退院時の担当科

N=905

	内科	精神科	外科	整形外 科	脳神経 外科	皮膚科	泌尿器 科	婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	リハビリテー ション科	その他
新川	59	4	5	16	9	2	8	1	2	1	10	4
富山	184	8	14	62	18	0	12	3	1	1	15	19
高岡	155	3	23	52	6	2	6	1	4	1	11	25
砺波	81	4	7	40	5	3	3	0	3	0	7	5
計	479	19	49	170	38	7	29	5	10	3	43	53

※複数選択となっている症例があった。(例.2つ選択の症例は、2つともカウントした)

⑥症例の概要 [入院疾患]

N=920

	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	11	2	10	6	11	9	5	9	12	3	0	9	34
富山	31	7	40	22	27	44	11	35	22	4	5	10	86
高岡	17	7	36	24	35	23	13	29	24	1	1	12	67
砺波	10	2	28	14	15	13	5	10	22	0	3	6	38
計	69	18	114	66	88	89	34	83	80	8	9	37	225

※複数選択となっている症例があった。(例.2つ選択の症例は、2つともカウントした)

⑥症例の概要〔医療的管理〕 医療的管理：有り 341 例（37.8%） 無し 561 例（62.2%）

医療的管理有り内訳 複数回答可

N=420

	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	尿留置カテーテル	自己導尿	以外
新川	28	2	3	1	2	0	2	7	3	1	6	2	4
富山	47	4	9	3	16	2	4	10	4	5	22	1	19
高岡	57	7	8	6	14	0	2	10	6	4	12	3	11
砺波	25	0	2	3	8	1	1	8	3	1	11	1	9
計	157	13	22	13	40	3	9	35	16	11	51	7	43

退院時に医療的管理が必要な利用者は、341 例（37.8%）であった。

⑦入院前からの介護サービス利用

N=910

	有り	無し
新川	99	22
富山	262	79
高岡	217	72
砺波	126	33
計	704	206
%	77.4	22.6

⑧入院時の介護度

N=908

	未申請	申請予定	申請中	変更中	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
富山	37	2	20	4	17	35	64	67	40	38	14
新川	9	0	1	1	20	15	28	18	12	9	8
高岡	38	1	13	5	16	30	54	54	39	22	17
砺波	17	1	10	0	10	12	40	34	18	13	5
計	101	4	44	10	63	92	186	173	109	82	44
%	11.1	0.4	4.8	1.1	6.9	10.1	20.5	19.1	12.0	9.0	4.8

入院時に介護認定（変更中、要支援 1～2、要介護 1～5）のある患者（利用者）は、83.6%であった。

⑨入院時の情報提供

	入院前から担当であり、実施した	提供率 (%)	入院前から担当であったが、実施しなかった	計	入院前は担当ではなかったため、実施しなかった
新川	80	80.0	20	100	21
富山	195	77.4	57	252	90
高岡	176	81.5	40	216	73
砺波	102	84.3	19	121	39
計	553	80.3	136	689	223

県全体の「入院時情報提供率」は、80.3%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

時期	平均日数
新川	2.1 日
富山	2.4 日
高岡	3.2 日
砺波	2.6 日
計	2.7 日

実施方法	文書	文書以外
新川	55	24
富山	154	24
高岡	148	16
砺波	56	27
計	413	91

※入院当日は1日目とする

入院前から担当であったが、実施しなかった

	必要ないと判断した	入院したことを知らなかった	計
新川	18	2	20
富山	27	16	43
高岡	34	6	40
砺波	15	24	39
計	94	48	142

必要ないと判断した理由

	検査入院のため	短期入院のため	前回と変化なし	その他	計
新川	2	3	7	6	18
富山	6	9	13	12	40
高岡	2	8	11	16	37
砺波	1	5	3	4	13
計	11	25	34	38	108

⑩病院からの退院連絡

連絡の有無

	連絡有り	退院調整率 (%)	連絡なし
新川	100	82.6	21
富山	287	84.4	53
高岡	239	82.7	50
砺波	139	87.4	20
計	765	84.2	144

時期

	平均日数
新川	6.9 日前
富山	7.5 日前
高岡	8.4 日前
砺波	8.5 日前
計	7.9 日前

「退院前連絡日数」は、平均 7.9 日前であった。

※退院当日は 0 日前とした。

県全体の「退院調整率」は 84.2%であった。

連絡者			方法			
N=756			N=745			
	地域連携室	病棟		口頭	文書	口頭+文書
新川	92	10	新川	81	6	15
富山	254	25	富山	232	5	37
高岡	184	59	高岡	221	3	15
砺波	128	4	砺波	120	0	10
計	658	98	計	654	14	77

⑩病院からの情報収集の方法（複数回答）

	病院訪問	訪問率 (%)	退院前カン ファレンス	開催率 (%)	文書（退院時 サマリー等）	提供率 (%)	電話
新川	54	44.6	35	28.9	85	70.2	74
富山	162	47.4	83	24.3	196	57.3	154
高岡	188	65.1	110	38.1	214	74.0	142
砺波	80	50.0	49	30.6	89	55.6	106
計	484	53.1	277	30.4	584	64.0	476

N=912

全 912 症例 [新川：121 例、富山：342 例、高岡：289 例、砺波：160 例]

県全体の「病院訪問率」は 53.1%、「退院前カンファレンス開催率」は 30.4%、「退院時サマリー提供率」は 64.0%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。

**入院時情報提供日数**：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するまでの日数。（平成 30 年度から指標に追加）

**退院調整率**：病院担当者が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**：病院担当者よりケアマネジャーへ退院連絡のあった日から実際の退院までに要した日数。

**病院訪問率**：退院前にケアマネジャーが病院を訪問した割合。

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

**退院時サマリー提供率**：ケアマネジャーが病院から退院時サマリー等の提供を受けた割合。

## 2.病院－在宅連携に関する課題および病院側への課題・要望等（複数回答可）

寄せられた課題や要望については、275件（新川27件、富山90件、高岡98件、砺波60件）であった。その中の一部を「病院内部のシステムについて」、「退院時の連絡のあり方について」、「情報提供のあり方について」、「制度や社会資源について」、「その他」に分類し、以下に記載する。

### 「病院内部のシステムについて」

#### 〔課題〕

- ・住宅評価をお願いしていたが実現しなかった。
- ・入院中に身体状態に変化があれば可能な範囲で退院前に自宅訪問の機会があると有難い。
- ・病院に情報提供を行ったり、担当ソーシャルワーカーに退院までの支援方法等を相談したりしても、病院内で情報の伝達や連携がされていないことが多い。院内の連携についても検討してもらいたい。
- ・本人に入院中に面会に行き、現状の状態を聞きたいが担当の看護師も多忙な様子で詳しく聞くことができない。地域連携室が関わっていないケースもあるので情報集めに苦勞する。

#### 〔要望〕

- ・栄養士と直接お話しする機会があれば尚よかった。
- ・情報提供をFAXした時に届いたことがわかるとよい。
- ・入退院だけでなく、通院患者に関する医療連携も取りやすい状況にしてほしい。
- ・短期間の入院、土・日・祝日等を含めた入院期間の場合、医療機関の地域連携室が稼働していないことが多い。その際の入院および退院の連絡、連携の方法について検討してほしい。

### 「退院時の連絡のあり方について」

#### 〔課題〕

- ・入院や退院の連絡が入るのが遅いことがあり、サービスの調整を短期間でするのが大変である。
- ・退院すると連絡を受けてから退院までの日数が短すぎてサービス調整がとても大変だった。
- ・病院からの退院連絡が無く、病状がはっきりわからない状態で、聞き取りは家族に行った。情報提供したケースは退院時にも連絡がいただけると有難い。

#### 〔要望〕

- ・退院前に入院時と状態の変化があれば教えてほしかった。退院も当日に知らされたため、できればもっと早く知りたかった。
- ・介護サービスを利用している方が多いので、調整のためにも退院が決まれば必ず病院から一報がほしい。
- ・入院された方が状態悪化し回復が望めず、自宅に退院できずに転院もしくは施設入所になったときなど、ケアマネジャーに情報が無いことがあるので連絡がほしい。

### 「情報提供のあり方について」

#### 〔課題〕

- ・退院前カンファレンスを積極的に開いてほしい。カンファレンスがあると在宅期間が長くなるような体感がある。
- ・退院の連絡は来るが、転院の連絡が来ないことがある。
- ・基本は家族が行うものと考えているが入院連絡をいただければ助かる。
- ・主治医と話せる機会があればよかった。
- ・今回退院前カンファレンスを医師も含めてしていただいた。医師から病気のことなどを含め話げできた。医師が出てもらえるカンファレンスはありがたい。

#### [要望]

- ・リハビリサマリーはケアマネジャーから言わなくてももらえるとは難しい。
- ・退院時のサマリーを頂きたいと伝えていなかったため、すぐにサマリーがもらえなかった。お願いしていても頂きたい。
- ・入院中の情報、退院後の注意点などがあるので、看護サマリー等何らかの文書をもって退院してほしい。
- ・入院時の書類に担当ケアマネジャーの名前を家族が記載されたが、病院から地域包括支援センターには連絡がなく、家族の電話で入院を知った。病院で担当ケアマネジャーがわかっていたら病院からも連絡を入れてほしい。

### 「制度や社会資源について」

#### [課題]

- ・退院前カンファレンスはもちろん重要であるが、中間地点でのカンファレンスも必要と思う。中間的な時点での本人の状態を確認し、家族の考えも聞くことで、退院後の方向性をある程度決めていくことができる。
- ・状態が安定したところに様子伺いに行ったらすぐに退院の話になる。病院へケアマネジャーが訪問し、そこからサービス事業者と連絡をとってカンファレンスをしたと思うが、その時間がない。
- ・寝たきりとなり在宅へ戻れない方の受入先が少ない。

#### [要望]

- ・医療保険上の問題などはわからないが、病院都合のリセット退院は、本人の負担（環境変化）が大きく、ケアマネジャーとしてもとまどいを感じる。
- ・過去にも入院歴がある場合、病院からケアマネジャーへのアプローチはできないか。
- ・各病院の窓口担当の名簿があればうれしい。

### 「その他」

#### [課題]

- ・お互いに必要とする情報の共通様式があればよい。
- ・病院から「とりあえず地域包括支援センターへ行くように」と言われ、家族が「言われたから来ました」ということがある。
- ・退院カンファレンス、住居診断（作業療法士・理学療法士等）のおかげで利用者の不安が軽減できた。
- ・退院時の生活動作面に差が出てきている。過ぎた住宅改修もあったりするので、現場の必要性をちゃんと見たうえで決めてほしい。

#### [要望]

- ・入院中退院後の支援を見越して変更申請したが、主治医意見書が遅く退院時に間に合わず。主治医意見書は早めをお願いしたい。
- ・救急車を呼ぶことが少しでも減るように在宅介護の心構えとなるような情報がほしい。
- ・医療との連携の研修で病院の動きに合わせて連携についての制度改正をされたと聞いたが、必ずしも病院がその動きをしていないとわかった。ケアマネジャーだけに連携を教えても現実と理想が違い過ぎている。
- ・短期の入院の場合、病院側は情報連携を希望しているのだろうかと思うことがある。