

平成30年度南和地域退院調整ルールづくり支援事業 退院状況調査(協議開始6ヶ月後アンケート)結果報告 (概要版)

目的

平成30年度「南和地域退院調整ルールづくり支援事業」の実施にあたり、病院と介護の連携における退院調整の連絡状況と課題を把握し、退院調整ルール策定のための基礎資料とすることを目的とする。

概要

方法

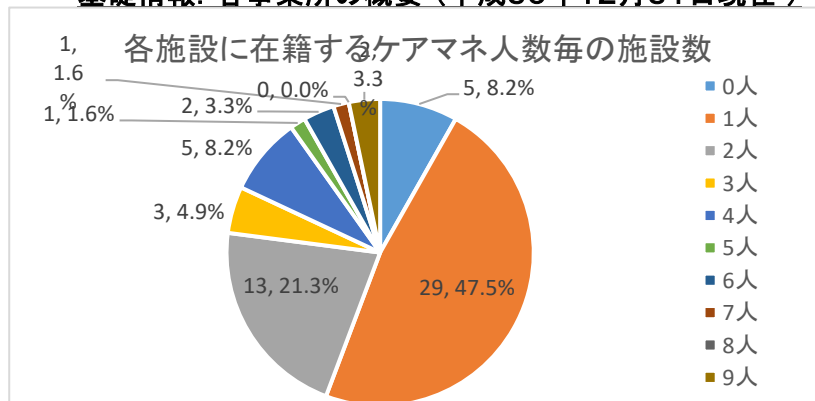
南和地域の事業所のケアマネジャーに調査票(別紙)を用い、担当するケースのうち、平成30年12月1日～31日の1ヵ月間に病院から退院したケースの退院調整の連絡状況と、入院したケースに関する入院時情報提供書の提出等についてアンケート調査を実施。

項目	内容
調査期間	平成30年12月1日～12月31日
調査票回収期間	平成31年1月4日～1月18日
対象事業所	南和地域12市町村 (五條市:吉野町・大淀町・下市町・黒滝村・天川村・野迫川村 十津川村・下北山村・上北山村・川上村・東吉野村) 居宅介護事業所 47カ所 小規模多機能型居宅介護支援事業所 2カ所 地域包括支援センター 12カ所 計61カ所
調査票回答者	対象事業所のケアマネジャー
回答事業所数 (回収率)	居宅介護事業所等 49カ所(100%) 地域包括支援センター 12カ所(100%) 計61カ所
ケアマネジャー 回答者数	居宅介護事業所等 106人 地域包括支援センター 20人 計126人

※対象事例がない場合、0件での報告となります。

結果

基礎情報. 各事業所の概要(平成30年12月31日現在)



ケアマネジャー数	施設数
0人	5
1人	29
2人	13
3人	3
4人	5
5人	1
6人	2
7人	1
8人	0
9人	2
計	61

施設に在籍するケアマネジャーが1人体制の事業所(包括含む)が29施設(47.5%)と約半数であった。

1. 担当ケースの概要（平成30年12月31日現在）

1) 回答のあったケアマネジャー(126人)の担当ケース数

	(件)				
	計	要介護	要支援	総合事業対象者	その他*
担当ケース	3,159	1,881	1,235		43
うち、12/1～12/31に退院したケース	111	74	25	1	13
うち、12/1～12/30に入院したケース	111	78	32		1

* その他：介護保険申請中、未認定等

2) 12/1～12/31 に病院から退院したケースの概要

		(件)			
		利用者の居住地			計
介護度別		南和地域12市町村	県内	県外	
退院患者の介護度等	要介護	68	4	1	73
	要支援	23	1	0	24
	総合事業対象者	1	0	0	1
	その他*	12	1	0	13
	合計	104	6	1	111

* その他：介護保険申請中、未認定等

3) 南和地域12市町村内の居住者(104件)が入院していた病院(12/1～12/31の退院ケース)

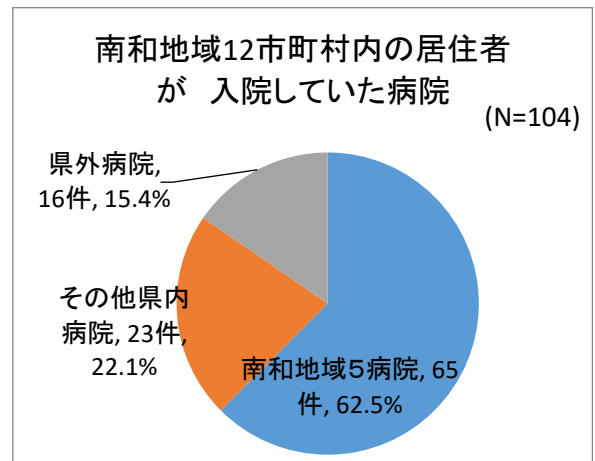
※県内市町村居住：6名、県外市町村居住：1名を除く

(件)		
南和地域5病院	その他県内病院	県外病院
65	23	16

<その他の県内病院の内訳(抜粋)>

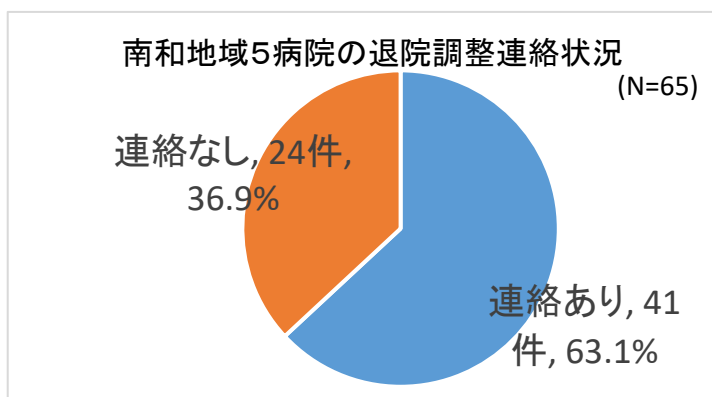
奈良県立医科大学付属病院	5
大和橿原病院	3
奈良県総合リハビリテーションセンター	3
秋津鴻池病院	2
大和高田市立病院	2

など



2. 南和地域5病院からの退院調整の連絡状況

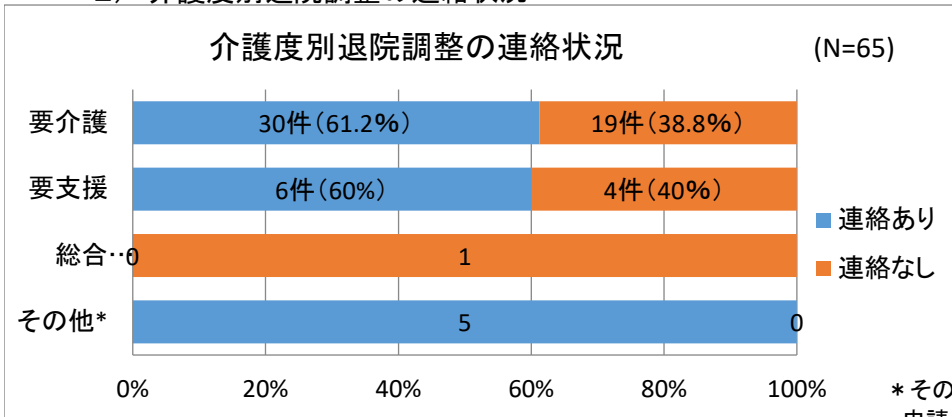
1) 南和地域5病院から退院したケース(件)の退院調整の連絡状況



退院調整での連絡状況は「連絡あり」が41件(63.1%)であった。

※6月調査時:39/66件 = 59.1%

2) 介護度別退院調整の連絡状況

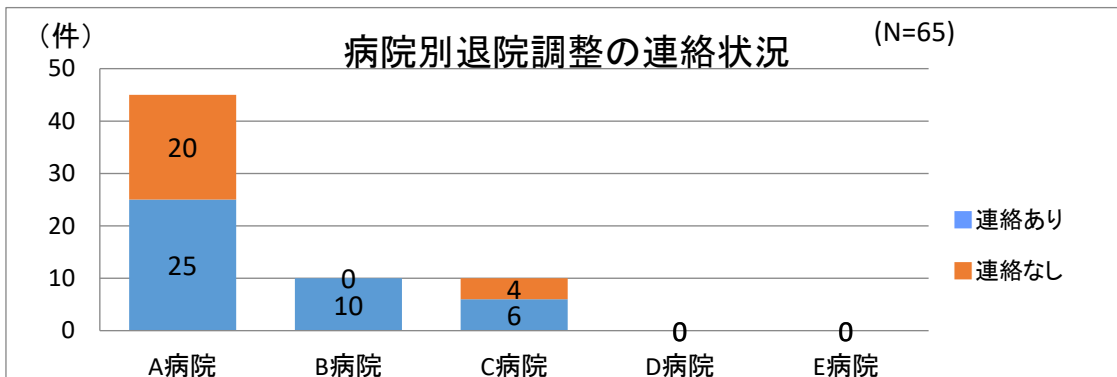


「要介護」の方(49件)の退院調整の連絡状況は「連絡あり」が30件(61.2%)、「連絡なし」が19件(38.8%)であった。
介護度別では大きな差は見られなかった。

※6月調査;要介護

*その他:介護保険申請中、未認定等

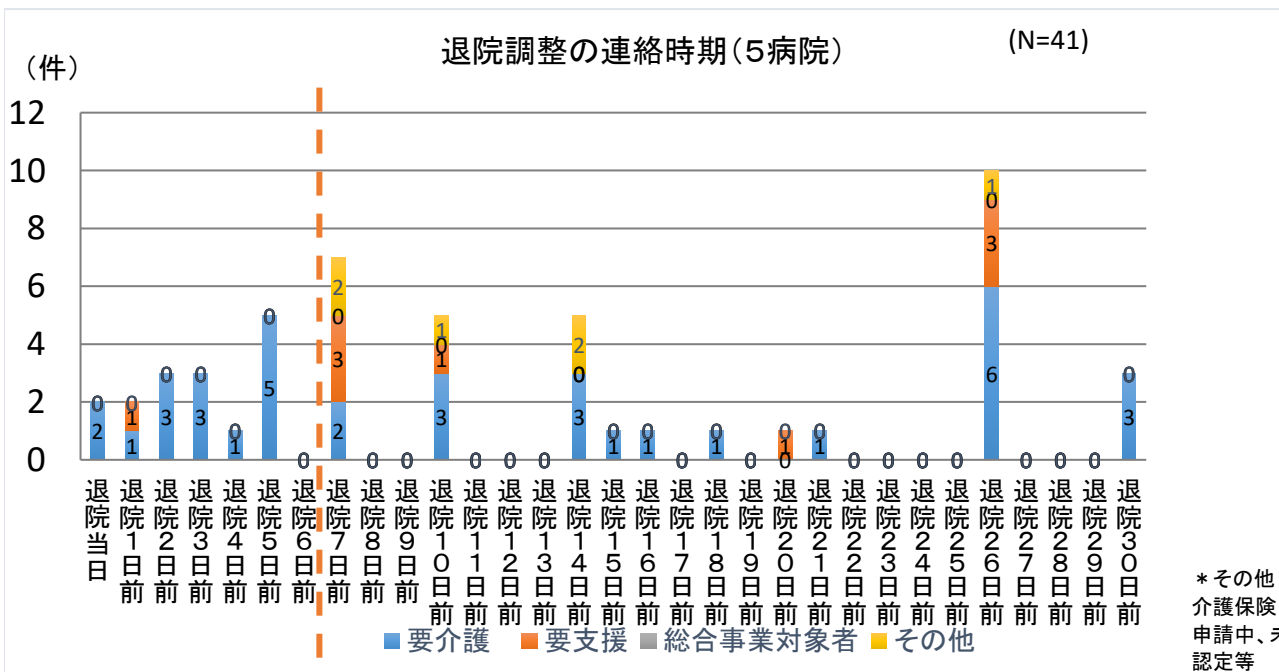
3) 病院別退院調整の連絡状況



ケアマネジャーに退院調整の連絡があったのは 41件(63.1%)

※6月調査時:39/66件 = 59.1%

4) 病院からケアマネジャーへの退院調整の連絡時期



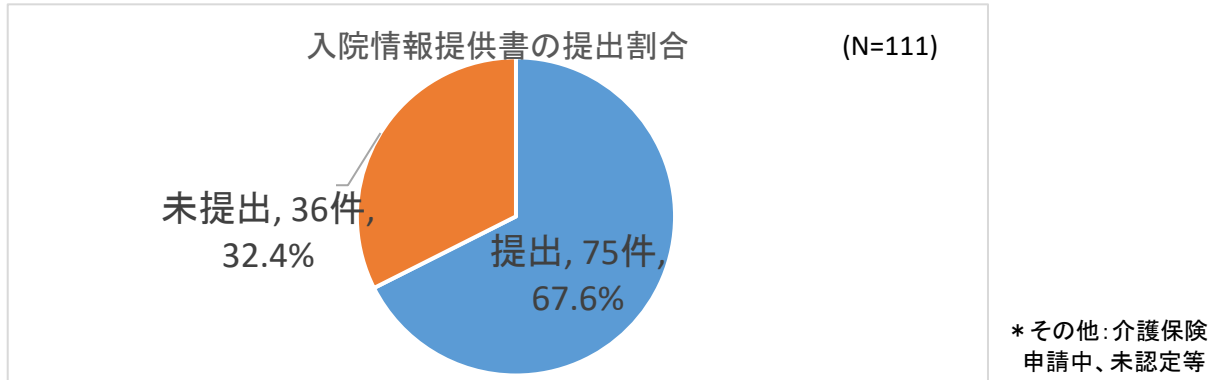
*その他:介護保険申請中、未認定等

退院調整に必要な期間とした「退院7日以上前」にケアマネジャーに連絡があったのは25件(61.0%)。他圏域で運用されている「5日以上前」は30件(73.2%)。

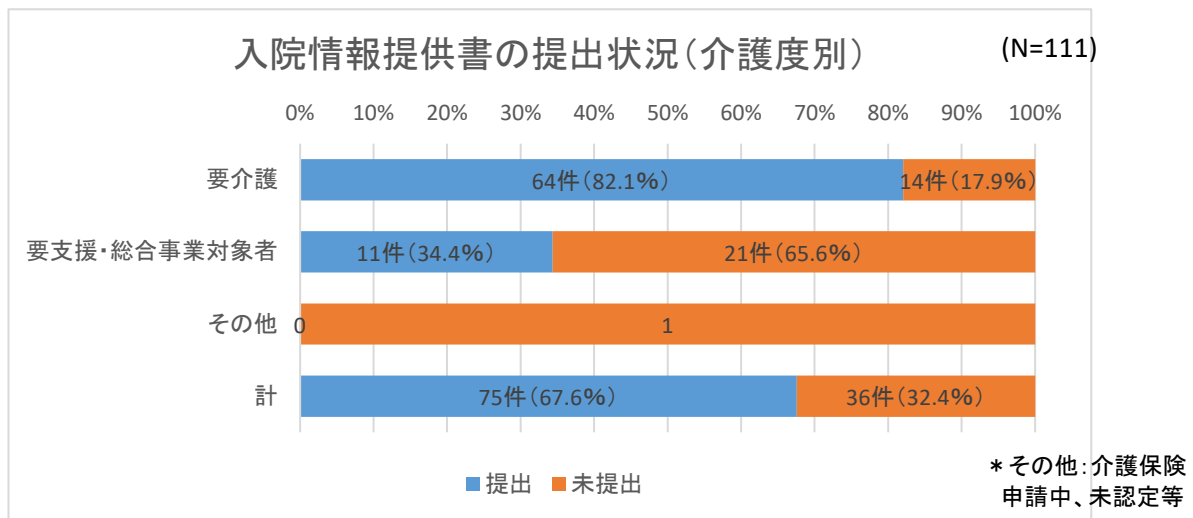
※6月調査・・・7日以上前:29/39件(74.4%)、5日以上前:33/39件(84.6%)

3. ケアマネジャーから病院への入院情報提供書の提出状況

1) 入院時情報提供書の提出状況 (12/1~12/31 の入院ケース 111件)

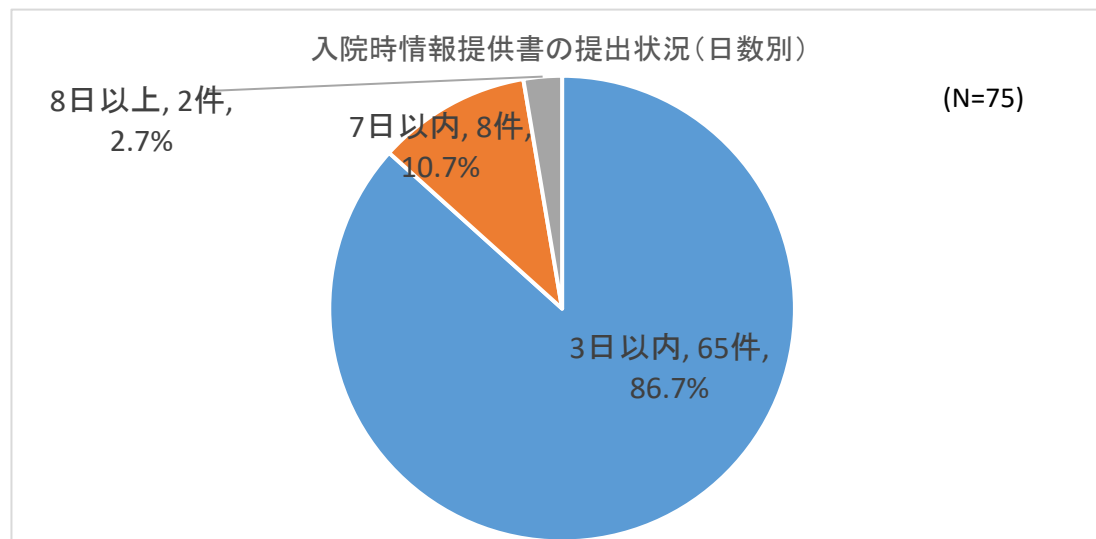


2) 介護度別入院時情報提供書の提出状況 (12/1~12/31 の入院ケース 111件)



要介護認定を受けている患者の入院では、入院情報提供書は78件中64件(82.1%)提出されていた。
※6月調査: 57/69件 (82.6%)

3) 入院時情報提供書の提出状況 (12/1~12/31 の入院ケース 111件中、「提出」75件)
提出日別集計 (南和地域退院調整ルールづくり支援事業追加項目)



入院情報提供書の日数別提出状況では、全75件中65件(86.7%)が3日以内に提出されており、7日以内の提出も含むと72件(97.4%)と高い水準で提出されていた。
※6月調査:3日以内 59/72件 (81.9%)、7日以内 67/72件 (93.1%)

4. 自由意見(まとめ)

【病院との連携がうまくいっている場合の理由】 ……58件

病院とケアマネジャーが連絡を取り合うことができている ……22件

- ・退院1週間以上前よりこまめに連絡がいただけた。
- ・早目に連絡がとれるため調整がしやすくなっている。
- ・病棟の看護師、医療連携室の相談員が状態等を説明、書面でいただけた時
- ・医療連携シートを提出すれば必ず看護サマリーを返してくれる。他の病院へ転院等の情報を知らせてくれる。
- ・サービス調整がうまくいく。
- ・自分の方から積極的に連絡を取った方がHP側との関係性や調整はスムーズだと感じるので、いつもそのようにしている。
- ・入院時ケアマネの名前を病院に伝えていただけのようになって、病院との連携がうまく出来るようになりました。
- ・計画入院で転院先病院への情報提供書を準備出来た。入院期間を把握できたので連絡を入れやすかった。
- ・リハビリ中に面会ができ、PTから直接話をきくことができた。
- ・入院時に連絡いただけるようになり、退院後の生活についてスムーズに話し合えるようになった。
- ・入院時に出来るだけ利用者に付き添い、看護師に情報提供している。
- ・入院時に情報提供を行うと面会時に情報を得やすく、退院時カンファレンスの開催を依頼しやすい。
- ・変化があった場合や家族意向など都度連絡いただけること。
- ・病院の相談員や病棟看護師との連携が必要時に取れている場合。
- ・やはり何とんでも病院スタッフ(先生、看護師、PT、OT、栄養士、薬剤師 etc)と密に情報交換(ご本人の心身状況や予後予測、家族の介護力や家族間の関係性、経済状況 etc)できればうまくいくと思います。
- ・入院時に退院時の連絡を頂くよう伝えておく。方向性が同じ。
- ・病院へ面会した時も特に状態が変わらず、担当看護師より身体状況が詳しく連携してもらえる状況であった。
- ・病院側の担当者と密に連絡が取れた場合は連携がうまくいくことが多いです。
- ・病院側から連絡が入って具体的な日程調整や病状の情報共有やカンファレンス日程調整、退院後の生活イメージの共有が図られているとき
- ・事前に細かい情報を送ってくれて状況に変化があれば連絡が頂ける
- ・入院後すぐに連絡をいただける。退院カンファを開いていただける。
- ・病院が急ぐ場合や遠方の病院に場合はFAXや電話での対応で連携がスムーズにしている。

カンファレンス等で情報共有の機会がある ……8件

- ・退院前に連絡があり、カンファレンスを開いて下さる。又は、カンファレンスがなくても連携室から詳細の連絡がある。
- ・退院前にカンファレンスに参加させていただくことで、その方の現在の様子がよくわかり、次のサービスにスムーズに移行できます。
- ・家族との意向や情報を共有出来ている点
- ・退院前から病状、リハビリの状況説明があり、家族様と退院後のサービスをどのようにするか相談できる時間があって退院前カンファレンス時に各サービス事業所へ連絡調整がすみやかにできたこと。
- ・退院後、新規利用の方で何度も連携しながら退院に至り、うまく利用開始となった。
- ・退院前カンファレンスで情報共有を行え、必要な支援を行えた。
- ・病院から情報をもらえたことでサービス事業所と情報共有でき、家族への助言も行えた。
- ・退院時のカンファレンスが行われるようになった

病院の入退院支援の窓口が明確で、病院内で連携が図られている病院とは連絡がとりやすい ……18件

- ・連携室相談員がこまめに連絡を下さり、日程調整がスムーズに行えた(予備日を設けてくれた)
- ・入院当初より連絡下さり担当者の把握ができた。
- ・地域連携室が間に入ってくれる。
- ・以前よりも連携シートの受理、退院前の連絡がスムーズになっていると思います。

- ・地域医療連携室うまく稼働している病院とは密に連絡が取れるが、そうでない場合担当Nsが不在であったりこちらが不在であったり、連絡がとれない場合が多い。また医療連携シートをうまく活用してもらえているか？と思うこともあります。
- ・病院の相談員さんからの連絡が以前よりも早くもらえるようになった気がする。
- ・病棟看護師が連絡調整や入院時情報提供書を活用してくれたことで繋がりを感じた。
- ・地連相談員、窓口ナースが今後の見通しを的確にとらえて下さっている場合は、連携がうまく運ぶ。
- ・**病院との連携が取れた時や地域連携室の関わりがあった場合には連携が図れやすい。**
- ・事前に地連を通して、主治医へ状況の報告を行っていた。
- ・病院からタイムリーな情報提供や退院調整にあたり病院側の意向が明確な場合
- ・入院時に情報提供後、頻回に連絡を取り合いスムーズに退院支援へと繋がる相談員が親切で機転がきく
- ・すぐ地域連携室に連絡し、次の行き場所の相談ができた
- ・病院の相談員さん、作業療法士さんから病院での生活の様子を伺うことができてよかった。退院後の生活をするうえでアドバイスが聞けて良かった
- ・外来や地域連携室に看護師の対応によりスムーズに入院できた。
- ・地域医療連携室のSW等、**担当窓口がきちんとまわっている場合にはスムーズに支援できる。**
- ・利用者・家族に医療面で困ること、不安なことについて丁寧に分かりやすく説明が行われる
- ・地域連携室スタッフのかかわりのあるケースでは、退院前カンファレンスの日程調整や、カンファレンスの進行などがスムーズに行えるように思う。

退院の連絡が早めにあると準備を進めやすい …5件

- ・住宅改修に必要な日数を考慮してくれました。改修後に退院することができました。2週間前に退院カンファレンスを開催してくれたので、新規支援でしたのでサービス調整や面接を行うことができました。
- ・退院時のカンファレンスで状態の確認を行え、サービス利用の開始がスムーズに行える。
- ・**退院がそろそろの時に連絡をくれる時、その前でも状態を報告してくれた時。**
- ・病院から早くに退院予定の連絡をもらい、利用サービスの相談に応じてもらえた。
- ・退院20日前の連絡があり家族さんの参加カンファレンスも行え再度退院前にサービス調整も行うことができた

その他 …5件

- ・ロングショート利用者が体調を崩した際に主治医の対応がスムーズであった。
- ・定期通院の際に緊急入院となり、年度末で長期の入院ができず早急な退院調整をされたため、退院前のカンファレンス無しでの退院となってしまった。
- ・退院時カンファレンスの日程がうまく合った時
- ・骨折などである程度治癒めどがたてやすいケース
- ・受け入れ側**(家族やケアマネのサービス準備)の都合を考慮してくれること**

【病院との連携困ったこと】 …39件

病院のどこに連絡すればよいか分からなかった …2件

- ・**病院の窓口がわからない。**担当者が休みだと聞いてもらえない。家族は病院が伝えると思い、病院は家族が言ったと思う。すれ違い。
- ・病院側の窓口が誰なのかわからない。(SWだけでなく現場NSからも相談のTELが入ると何度も同じ話をすることになる。)

病院との連携が図りにくい …7件

- ・ケアマネ側は2～3日間の入院でも変化を大切にアセスメントしたいと思うがHP側との違いを感じる。
- ・退院時カンファレンスを必要が無いと実施してくれなかった。
- ・身体状況が大きく変わり、看護師に現在の状況を確認すると家族でないと説明できません。医師でないと詳しくわかりませんと言われると、ただ顔を見に行っただけで詳細が分からず現状把握できない事。**特に入院期間や予後についての事を確認したい。**
- ・担当して間もない方であったため、病院に伝える情報が少なかった
- ・休日など入院したことが分からず、対応が遅くなった
- ・12月ということで年末に退院になった場合のサービスが調整できなくなった
- ・入院して1、2日目に病棟NSから連絡を頂いた。連絡を頂いたのはありがたかったが、**入院してすぐで状態も確認できていないにもかかわらず、「サービスの調整をお願いします」といわれ困惑した。**当該NSと話す機会があり、伺ったところ「入院したらとりあえずケアマネ等担当に連絡するように言われている」とのことであった。

病院内で連携が図られていない・・・3件

- ・入院時情報提供書を病棟NSIに提供すると、未だに意味を理解しておらず、質問されることがある。
- ・担当の相談員が休みで病棟看護師に直接伝えて下さいと言われて伝えたが、後日、担当相談員が内容を把握していなかった
- ・病棟スタッフからの連絡は、そのつど担当者が変わることがある。勤務時間に困るところもあると思うが、地域連携室の充実を図る。あるいは病棟スタッフで連絡調整にあたっていただく方を決めていただけるとよいのではないか。

病院から必要な情報をもらえなかった・・・2件

- ・12月に退院された1名については、退院時の看護サマリーもなかった。病院から退院の連絡もなかった。訪問看護を利用なので、そちらには連絡がいていた。サマリーは他のサービスもあるのでいただきたい。
- ・サマリーをいただけない場合

ケアマネジャーが知らない間に退院していた。退院の連絡がない・・・1件

- ・入退院時の連絡が病院からも家族からも入らない場合、退院後のサービスの調整などに苦労する事がある。

退院日の連絡が遅く、退院調整の期間が短い・・・10件

- ・年末にさしかかることもあり、事業所自体がサービスをお休みになる場合があるので、早目の連絡をもらいたい。もし退院がぎりぎりのようであれば、年越し希望を伝えていたが、退院許可がおりてすぐの連絡ではなく、早く退院してほしいの連絡であり、年末年始のサービス事業所が休みの間の調整が難しかったので、もう少し連絡が早くほしい。
- ・病院から退院調整の連絡がなく、家族から退院日を聞いたので、こちらから退院前の状態の調整連絡を行った。
- ・退院が当日に決まり、退院日もケアマネを介して家族に連絡しないといけなかったので、当日予定していた段取りが全てキャンセルになり困りました。家族様との連絡はできる限り病院で対応お願いしたいです。もう少し、日程頂ければ在宅支援検討できたのではと思います。
- ・退院調整がつかない前に退院をする場合。
- ・退院直前になってから病院から連絡が来ることあり
- ・情報提供しているにもかかわらず、本人または家族からの連絡で突然退院する
- ・退院が急に早くなったとき
- ・認定が出ていないなかでの退院と転居
- ・病院から連絡が無く、退院してから本人から連絡がありサービスや住宅改修の対応を急がれた場合があり対応に困った。
- ・「〇〇日に退院します。」と、一方的に言われること。ケアマネの知らないうちに、リハビリの先生が自宅を訪問して、住宅改修の提案などされること。

入院したことを知らなかった・・・3件

- ・入院された利用者様の家族様からも病院からも連絡がなかった。利用しているデイサービス事業所が連絡をとり入院したと聞く。
- ・入院されても病院から連絡がこなかったとき(ケアマネの名前は聞かれたそうですが)
- ・病院から入院の連絡がない

入院時情報提供書について・・・2件

- ・困ることはありませんが、入院連携シート提出内容について身体状況の他、精神面、性格、家族関係など記載があるとよりよい情報になるものではないでしょうか。入院時に家族様から情報は得られてると思います。
- ・圧迫骨折等で入院後退院時に情報提供が無い時がある。

本人・家族への説明について …5件

- ・本人の意志と病院側の思いに違いがあった事
- ・カンファレンスの日を指定されたので、事前に日程の打診がほしい。本人・家族にその気は全くなく、現実的には家族介護のみで生活されている。
- ・病院と在宅の違いの理解
- ・病院と家族の間で方向性が統一されていない場合
- ・退院後に利用できる介護保険サービスで自立を阻害する可能性のあるものを紹介されている場合。利用者や家族に説明しても理解がえられにくい。

在宅をイメージした退院調整が必要 …1件

- ・病院が退院する方に対してどうしていきたいのか意向が不明確な時、病院からの連絡が報告なのか相談なのか目的があいまいな時

その他 …3件

- ・入院先が遠方のため、時間調整がうまくできなかった。
- ・カンファレンス日の連絡ミスがあった。HP→CMに決定日の
- ・短期の入院と入院直後の急死の2件であり、医療連携書類のみで終わったこと。