

# 鳥取県東部圏域医療・介護連携に係るアンケート調査について

平成 28 年 2 月 15 日

東部福祉保健事務所・東部地区在宅医療介護連携推進協議会

**調査目的:** 医療と介護の連携状況についての現状を把握し、体制整備等の基礎資料とする。

**調査対象:** 居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護事業所に所属されている介護支援専門員  
地域包括支援センターに所属され、ケースを担当されている方

**調査項目:** 担当ケース数(※介護認定された方)  
担当ケースのうち平成27年11月に退院したケース数及び病院からの引き継ぎ状況  
担当ケースのうち平成27年11月に入院したケース数及び入院時情報提供書送付件数  
連携体制で問題と感じた事例や事項等

**調査方法:** 自記式ファクシミリ調査(無記名)

**結果概要:** 居宅介護支援事業所 64/79 事業所(回収率 81.0%) 回答(ケアマネ)数 168  
小規模多機能 " 21/32 事業所(回収率 65.6%) 回答(ケアマネ)数 23 } 計245名  
地域包括支援センター 9/9 事業所(回収率100.0%) 回答(ケアマネ)数 54

担当ケース数(回答されたケアマネ等が担当されている介護認定された高齢者数(総数))

所 属	介護(うち11月退院)	予防(うち11月退院)	手続中(11月退院)	計(うち11月退院)
居宅介護支援事業所	4,546 (115)	873 (7)	2 (2)	5,421 (124)
小規模多機能 "	369 (12)	51 (1)	0 (0)	420 (13)
地域包括支援センター	4 (3)	1,184 (22)	0 (0)	1,188 (25)
計	4,919 (130)	2,108 (30)	2 (2)	7,029 (162)

## 《結果》 東部圏域の退院調整率(H27年11月)・・・77.8% [退院調整もれ率 22.2%]

### 退院調整率【介護・予防別】

給付区分	退院 件数	連絡有 件数	退院 調整率	連絡～退院 平均日数
介護	130	102	78.5	11.20
予防	30	22	73.3	15.27
手続中	2	2	100.0	11.00
計	162	126	77.8	11.90

### 入院時情報提供書送付率【介護・予防別】

給付 区分	入院 件数	情報提供書 送付件数	情報提供書 送付率
介護	148	73	49.3
予防	35	11	31.4
計	183	84	45.9

### 退院調整率【医療機関別】

病院 記号	介 護		予 防		全 体	
	退院 調整率	連絡～退院 平均日数	退院 調整率	連絡～退院 平均日数	退院 調整率	連絡～退院 平均日数
A	68.0	6.76	80.0	18.25	71.4	10.44
B	80.0	8.55	50.0	13.00	77.8	7.23
C	82.4	16.14	40.0	12.00	72.7	15.63
D	93.3	6.71	100.0	16.00	94.7	8.78
E	81.3	7.00	—	—	81.3	7.00
F	60.0	5.67	66.7	6.75	63.6	6.29
G	75.0	39.30	100.0	日数不明	77.8	日数不明
H	66.7	9.00	—	—	66.7	9.00
I	100.0	11.50	100.0	17.00	100.0	12.60
J	100.0	20.25	—	—	100.0	20.25
K	0.0	—	100.0	45.00	50.0	45.00

病院間で差あり

※調整率  
50～100%

※連絡～退院  
平均日数  
6.29～45.00 日

**連携上の問題あり 52.2% (245名中128名が「有」と回答)**

問題と感じた事例・項目	回答数 (%)
病院からの連絡が退院直前で対応に慌てた	89名 (36.3%)
病院の対応窓口が明確でなかった	15名 (6.1%)
主治医の理解がなかった(医療介護連携の必要性等)	5名 (2.0%)
病院からの説明が、医療専門用語が多く、理解できなかった	5名 (2.0%)
病院が介護保険の仕組みを理解されていないと感じた	37名 (15.1%)
その他	39名 (15.9%)

**連携する上で問題・課題と感じた事例・項目(自由記載の一部)****【 病院の窓口に関すること 】**

- ・病院連携相談室が連絡窓口と理解していたが、病棟から直接連絡があり、とまどった。
- ・入院情報提供書の送付窓口が病棟か連携室なのか不明。情報提供書が活用されていない。
- ・病院の窓口としての地域連携室からのやり取りであれば比較的スムーズに連携が取れるが、直接、病棟看護師やリハスタッフから退院に向けてのサービス利用の相談があった場合、面識もなく、連携しにくいと感じた。
- ・ソーシャルワーカーから連絡があった内容を病棟看護師が把握していないなど、連携相談室と病棟の連携が取れていないケースが多く、どちらを信じたらいいのか分からないので、窓口を一本にして欲しい。

**【 病院からの連絡に関すること 】**

- ・在宅の環境整備、住宅改修等の対応には時間を要するため、早めに連携が取れたらありがたい。
- ・入退院の時だけの連携では情報交換、情報共有に不便を感じる。定期受診時のやりとりや普段から主治医や医療と連携しやすければより良い支援につなげることができると思うが、医療との連携の取り方について決まったものがないため難しいと感じる。

**【 連絡(情報提供)内容に関すること 】**

- ・病院から連絡のあった情報が間違っていた。
- ・報告された入院中の状況と退院直後の状況にかなり違いがあった。
- ・退院時に入院中のリハビリの様子(サマリー)がもらえず、在宅に戻り、デイサービスでのリハビリをどのようにしてよいか分からず困った。

**【 介護保険制度についての理解不足・認識不足に関すること 】**

- ・在宅サービスの調整はケアマネジャー中心で行うことを理解されておらず、連絡なしに福祉用具や他のサービスを調整されており大変困った。
- ・病院ソーシャルワーカーが退院までに退院後のサービスを決めてしまっている。
- ・「介護認定されていれば安くレンタルできる。福祉用具を安く買える。」と本人・家族に説明されており、ケアマネジャーに相談がある前にすでに購入されて、手続きだけケアマネに依頼された。
- ・軽度者にも関わらず、特殊寝台など安くレンタルできると間違った説明がされている。

**【 病診連携に関すること 】**

- ・経口摂取ができなくなり、胃瘻の造設なしで在宅生活を選択されたときに、病院と主治医との医療連携が薄く、病院側は退院してもらえればもうそれでいいといった感じを受けた。
- ・病院があればこれもケアマネジャーに依頼しすぎる。病院とかかりつけ医の医療的な連携はケアマネジャー経由ではなく、直接、かかりつけ医と連携してほしい。

**【 入院時情報提供書に関すること 】**

- ・入院時情報提供書を送るタイミング、送り先等がよくわからない。
- ・入院時情報提供書を出したにも関わらず、退院の連絡がなく、家族から「明日、退院します。」と連絡があった。あらためて、こちらから連絡を入れて、退院サマリー、リハビリ指示書を依頼した。