

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(確定値)

東部地区在宅医療介護連携推進協議会・鳥取市保健所

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
東部計域の病院に所属し、地域連携を担っている方

調査項目: 担当ケース数(※介護認定された方)
担当ケースのうち令和元年11月に退院したケース数及び病院からの引き継ぎ状況
担当ケースのうち令和元年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 46/75 事業所(回収率 61.3%) 回答(ケアマネ)数 106
小規模多機能 " 9/32 事業所(回収率 28.1%) 回答(ケアマネ)数 9 } 計179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 64
東部圏域病院 10/10 病院(回収率100.0%) 回答(MSW)数 45

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	3,543 (130)	635 (4)	0 (0)	4,178 (134)
小規模多機能 "	177 (8)	26 (2)	0 (0)	203 (10)
地域包括支援センター	0 (0)	1,501 (42)	0 (0)	1,501 (42)
計	3,720 (138)	2,162 (48)	0 (0)	5,882 (186)

《結果》 東部圏域の退院調整率(R1年11月)・・・89.8% (H29より12.2ポイント増)

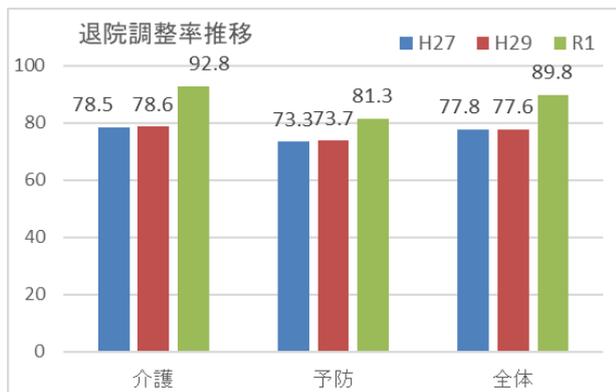
退院調整率【介護・予防別】

給付区分	退院 件数	連絡有 件数	退院 調整率
介護	138	128	92.8
予防	48	39	81.3
手続中	0	0	0
計	186	167	89.8

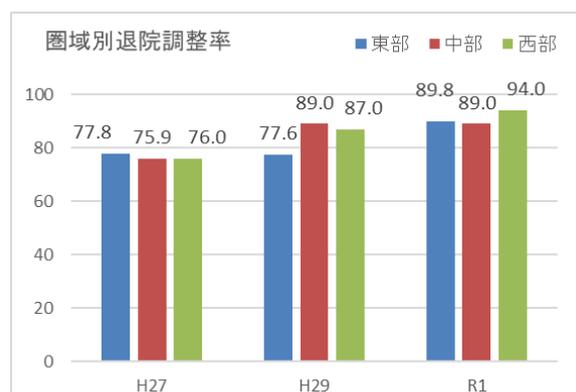
入院時情報提供書送付率【介護・予防別】

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	145	137	94.5
予防	56	33	58.9
計	201	170	84.6

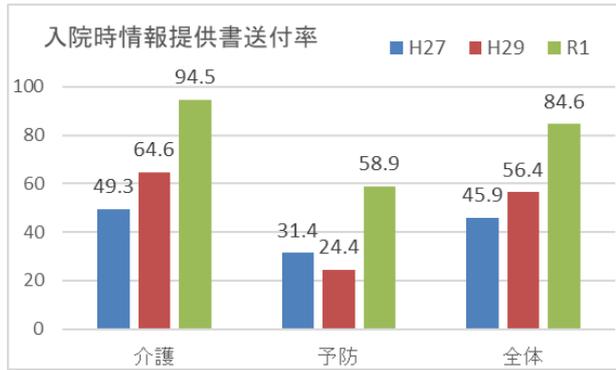
< 東部圏域退院調整率の推移 >



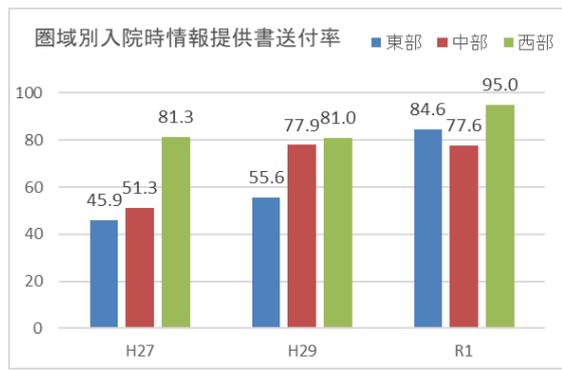
< 圏域別退院調整率の推移 >



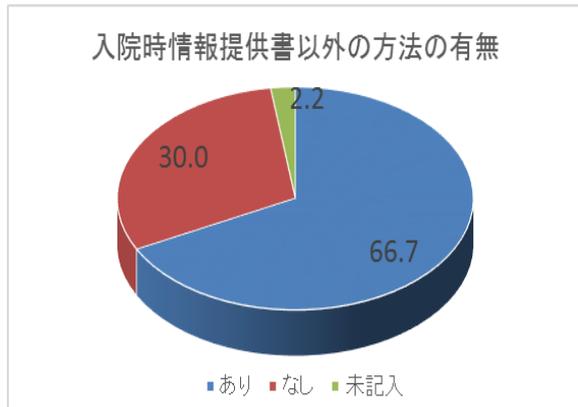
< 東部圏域入院時情報提供書送付率 >



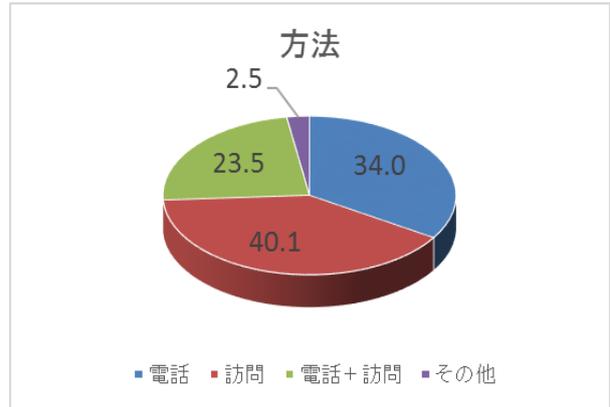
< 圏域別入院時情報提供書送付率 >



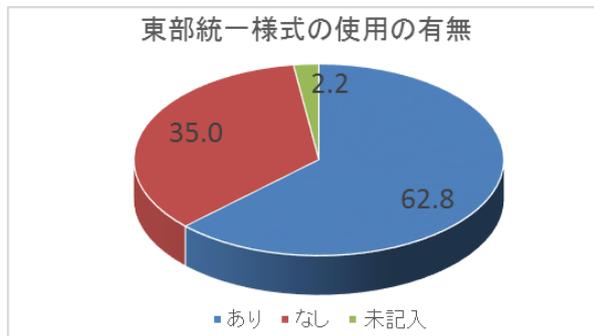
< 入院時情報提供書以外の方法の有無 >



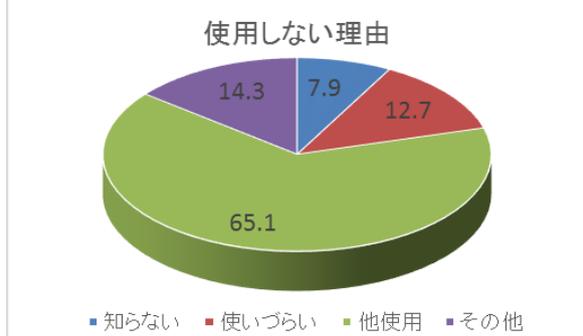
< 入院時情報提供書以外の方法 >



< 東部圏域統一様式使用の有無 >



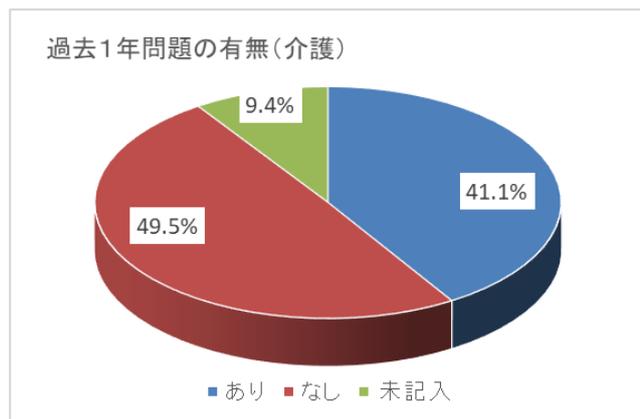
< 使用しない理由 >



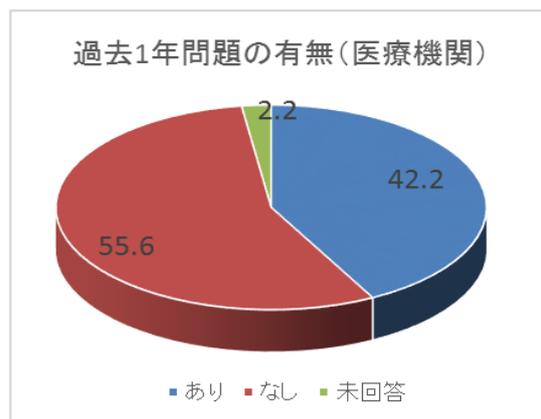
東部統一様式を活用していない理由: その他コメント	
居宅	厚労省のシートを利用 以前は使用していたが、保険者が厚労省例示様式を使用した方が良かったため 書きにくい。一目で分かりにくい
包括	予防の方は本人家族から連絡ないこともある。事業所等から連絡を受けたときは既に退院している。予防の方は本人とのやり取りが可能な方が多い 病院から依頼があれば作成することもある。急性期の病院へ情報提供してもあまり活用されているとは思えないため基本的には活用していない。作成の手間を考えると病院からの問い合わせに回答する程度で情報は十分と考える。 電話連絡だけで済ませることが多い 提出を求められなければ提出しない 予防の方に対しては利用していない 提出を求められたときのみ

厚労省様式の活用予定なしの理由 ※ () 内の数字は同意見	
居宅	記入内容にアセスメントでの聞き取り項目と重複あり。再度同じことを別用紙に書き込むのが面倒。 東部圏域統一様式があるため(12) 実地指導で指摘されないようにするため 2面にわたり記入箇所が多い。 再検討する予定なし
小規模多機能	現在使用しているほのほのものの中に厚労省例示様式が入っているため(2) 事業所の書式を使用 東部圏域統一様式があるため(2) どのような様式か知らない
包括	様式の存在を知らない(8) 東部圏域統一様式があるため(9) 職場で提示があれば活用する気持ちはある 入院時情報提供書で対応できている 電話で十分。多忙のため書類作成をしている余裕がない 病院から求められれば活用する

<過去1年の連携で問題の有無:介護>



<過去1年間の連携上の問題の有無:医療機関>



<課題の改善状況:介護>

	改善	改善なし	悪化	合計
病院からの連絡が退院直前	83	56	0	139
病院の対応窓口が不明確	79	49	4	132
知らない間の入退院	90	43	1	134
退院時カンファレンスが急で対応困難	83	50	2	135
病院の介護保険の理解不十分	74	55	6	135

<課題改善の状況:医療機関>

	改善	改善なし	悪化	合計
担当ケアマネが不明	19	10	0	29
入院時ケアマネより連絡なし	13	16	0	29
連絡なし訪問	16	12	0	28
入院時情報提供書以外の様式送付	23	5	0	28
相談なく転院すすめる、在宅が無理という	13	14	0	27
退院時カンファレンスが時間通り終わらない	19	8	0	27

<H29 と比べ連携の状況について>

	居宅	小規模	包括	介護計	医療機関
連携しやすくなった	40	4	19	63	13
変わらない	40	4	28	72	14
連携しにくい	5	0	1	6	1

(R元.11) 医療・介護連携に係るアンケート調査(病院MSW・ケアマネジャー): 自由記載コメント一覧

●は、手引き運用により解決に向かうであろう項目
▲は、お互いの理解不足、臨機応変な対応が必要な項目

_____は、不用意な言動や思い込み。
_____は、介護認定などに関するもの。

問題と感じた事例・事項: 病院		問題と感じた事例・事項: ケアマネ ※()内は同意見の数	
連携の取りやすさ	来院なく電話での問い合わせで済ます担当者もいる●	連携の取りやすさ	特定の総合病院で連携しづらさを感じる。連携をとりながら支援するというより伝書鳩という感じがする。
	退院の期日をお願いする際に伝えていたのになかなか動いていただけなかった。		医療機関から相談があった場合、適切な対応方法を上手に確認し学んでいる。疾患名を学んでいる。
	1~2年前ぐらい〇〇包括にて。母親と2人暮らし、母親は要介護です。ケアマネあり。本人は初めて介護保険申請。他に頼れる人はいない状況なので、申請やサービス利用当について包括に連絡したがまったく取り合ってもらえず、仕方なく母親のケアマネに申請依頼した。		SWが間に入ることで、より連携が行いにくくなるケースがあり困る
	居宅からの情報提供はあるが包括は受け身のように感じる。		連携体制が整っていないと感じる病院がある。ソーシャルワーカーではなく病棟Nsと連絡する所がある▲
	ケアマネジャーによって力量や資が異なること(スピード感も含め)		
	配属になり半年。病院として情報を共有する場合、情報内容において迷うこともあります。		
連絡先・窓口	ケアマネ変更の際、前担当者から引き継ぎが全くなかったのか、病院で1から聞き取りがあることがある。	連絡先・窓口	連携の窓口がわからず、内線電話をあちこちに回されたことがあった●
	1か所担当ケアマネを後日決めますと言われていたがなかなか決めてもらえず、訪問時にも担当まだ決まりませんと別の人が来るなど家人も不安を感じたケースがあった。		病院看護師か地域連携室なのか病院窓口がよくわからない(2)●
	後見人の手続き、市町申し立ての際、担当の方が体調を崩し休職されていたため、親族の確認など連絡がなく手続きに時間がかかった。		連携室ではなく、病棟看護師より連絡があり、一方的に指示された▲
	事前連絡なく病棟に訪問があった▲		病院との連携の際窓口が病棟の看護師となっている病院があり、連絡が取りにくいことがあった。看護師のスキルは上がると思うが、なかなか的を得ていないことがあり連携室の対応の方がよいと感じた▲
			SWが担当でなくNsとのやり取りになっていた(SWはついていなかった)▲
			連携の窓口がソーシャルワーカーだったり病棟看護師などその都度変わるので連絡が取りにくい(3)▲
支援方針	主治医の治療方針が決まらない前から、施設入所や転院を家族に勧めていた●	支援方針	家族・本人の状況から家に帰ることが難しい状態であるにもかかわらず、退院直前にケアマネの依頼をされた。
	元々介護状態が重度にもかかわらず施設入所等の情報提供をされておらず、入院時に「在宅生活は無理」と言われMSWで施設などを探そうに」と言われたケースが何件かある。		在宅介護は困難で施設入所の検討を伝えていたが、家族が希望することでの在宅に。本人の状態、介護能力を考慮した判断を。
	入院したらそれ以上の関わりを嫌がられる。入院をゴールだと考え、治療後のご本人の人生を考えていない。ケアマネ全員がこうではないが、ある方はこのような考えで受診相談に来られた。		病棟とリハ室の対応が違う。退院時カンファレンスの時、現状の説明はあるが退院後気を付けることがない。連携室の相談員と家族・本人の意向のずれ違いがある。
	支援者が入院の必要性を言われた際に主に内科的な症状が強かったこと。支援者と家族も意向が統一されていない状況で、診察場面に入院の意向にあいまいな家人が入るので主治医が方針を立てづらいことがあった。支援者が内科的な病状だったが精神科入院の必要性があるという先の意図がくみ取れずそのまま入院となったケースがあった。支援者に診察場面への同行で再度促したが来られなかった。		包括の相談対応ケースだが、家族等の対応能力を把握、確認されることなく、盆や年末年始などに退院をすすめられることが多く、末期がんの方など大きく急変し救急搬送するようなことがあった。
	入院患者退院支援時退院先を決めていたにも関わらずケアマネの一言で方向が変わる事がある。退院支援者としては非常に困る。信頼関係を築けないことがある。 例) 退院後サービス付高齢者住宅入所で進めていた。具体的な申込先は家族が決めてこられた。サービス付高齢者入居にあたりケアマネが必要であり、ケアマネを決め、実調、CFを行った際ケアマネから老健入所ではダメなんですか？退院支援担当者からそんな話はありませんでしたか？と話された。退院支援担当者として患者にふさわしい方法で支援しているつもりであり入居先担当が来ているにも関わらずこの発言はいかげなものかと思った。		

退院調整	在宅退院調整となり介護申請を行い包括へ相談。認定調査(支援か介護か微妙な状態)の同席を依頼しNs聞き取りを含めて1時間以上対応。包括は2名来院。 認定調査後居宅へケアマネ依頼するかもしれないと言われた。退院前頃居宅から電話。包括から頼まれたが状況がわからないので退院前カンファレンスをしてほしいと言われた。引継ぎが難しいようであれば居宅も一緒に認定調査後に聞いてもらったほうがよい。	退院調整	急に退院され退院後の環境整備が間に合わない(2)●
	要支援の方で包括に相談し退院前自宅訪問等も終了後に退院の着前になって居宅のケアマネへ急遽担当を変更されてしまい、居宅のCMから担当者会議等も終了しているため、情報が取れない。日にちがない等苦情を言われ困った。すでに包括へ情報提供済なのでしっかり引継ぎをしてほしい。また、包括が居宅にふるのであれば早い段階で居宅の担当を決めてほしい。事前連絡もきちんとしているCMは連絡があるが人による。		急な退院、ケアマネ依頼。 退院相談の時点でサービス内容が決まったの連絡(2)●
	在宅サービスが整えばいつでも退院可能な状態と伝えたが「入院中にケアプランが切れた。自分がケアプランを作らないとサービスは入らない。今週は自分も忙しい」などと言われ在宅側の準備にどれくらい期間が必要なかを答えてもらえず非常に困った。		退院直前になってからの連絡でサービス調整、ケアプラン作成が必要となったケースがあった(10)●
	退院の2週間前にCMより「ご家族の理解が不良、これ以上希望に添えない為他の居宅を探すように伝えた。後のことはお願いします」と連絡が入った。元担当だったこともあり家族が混乱されるとともに後任が決まってから退院までの時間もわずかで不安なまま退院を迎えられた。		入院中に介護申請しているのに連絡がなく、退院ぎりぎりの連絡で退院後のサービス調整がうまくできなかった●
	退院に向け介護新規申請をし、デイのお試し利用からでも始めたい。入浴用のいすがほしいので包括に自宅訪問を依頼。家族も望んでいたが、認定が出てからでないと、と言われ何も導入されず退院となり家族が不安がっていた。		新規依頼時、その日に訪問するよう病院が調整し、基本情報もなく、退院調整会議を開始された。
	CMから家族へ「病院におらせてもらえるよう退院を伸ばしてもらおう言おう」とアドバイスされた(家族からの話)▲		在宅準備に時間がかかることについて理解が乏しく、病院の勝手な事情ですぐに退院になるケースがある▲
	問題ではないが、介護支援連携指導料算定のためケアプランが必要となる。退院後サービスを利用される場合はケアプランの提出をお願いしたい。現在は提出いただいているケースが多い。		日時指定で会議(カンファレンス)参加を求められる。
情報共有・連携	実際に聞いていた状態と違う点があった。	情報共有・連携	家族が協力的でないという理由で回復時早々に病院が退院させ、SWからの連絡もなく病状悪化。認定調査訪問し、緊急性あり入院となる。
	在宅で必要な事を伝えたが、病棟へ伝わっていないかった。		支援会議の日程を決めていたが、支援会議の前日に、今日が支援会議と連絡あり。会議後に、試験外泊と伝えられ、試験外泊をすることは依頼当初からも伝えられていなかった。
	情報をもらえない・丸投げ。		
	連携を図ろうとしても情報が伝わっていないかったり、たらいまわしにされる(病院によってかなり差がある)		
	SW2名体制で対応されており、一方にしか情報が伝わっていないなど、共有面で不安を感じることもあり。		
	地域連携室(医療相談室)が関わっておらず、病棟看護師に確認するが退院後の生活のことについて家族等に話がよく分かっていない(実情含む制度のこと)ためかできていなかった。役割分担が不明確、責任の所在があいまいになる。		
	「明日退院です」「今日退院される方」等連携というよりは連絡で終わるケースもある。また、「ここに行けといわれたので」と理解のないまま包括来所される方もありMSWとしての役割に「疑問を感じる事がある		
カンファレンス調整時に事前に事業所参加を伝えるが、当日になって聞いていないと言われた。病棟の誰でもよいので伝えてほしいと言われ、伝えていた。又カンファレンス前日には病棟から直接電話もあり再度伝えていたが、カンファレンス当日は別の看護師が対応し聞いていないと言われ調整をしっかりとしてほしいとまで言われた			
Swが退院前カンファレンスまで家族と面識がなくカンファレンス前に「担当の〇〇です」と初めて挨拶されたのには驚いた。カンファレンスの出席者の招集はケアマネの仕事と言い家族に連絡していなかった			

情報提供	連携シートを提出しても連絡がない(2) ●
	退院時に病棟看護師が入院時情報提供書の原本を手渡した事例あり(虐待ケースのため問題であった)
	情報提供をしているのに活かされていない
	入院時情報提供書を確認しているか疑問
	医療連携シートでできる情報提供は行っていたが、退院前日の退院連絡、サマリーなどの入院時の情報などいただけなかった(2) ●
サービス調整	今後の方向性、サービス利用の必要性が見えないまま、流れ作業的に介護保険申請を勧められる病院がある。ケースにもよるが事前に相談をしてほしい。
	急性期に介護申請をすすめられ、申請しなければ困るというイメージを抱えて包括に相談がある場合がある。申請理由も明確でないのに申請を説明されることもある。
	医療系サービスの利用確認票
	入院ただけで簡単に変更申請の話を家族にされるので困ることが多い。在宅を知らないMSW・Nsが多い。要支援で在宅希望の方で、限度額いっぱい使っている方はあまりいない。病院が家族に入院時説明で「しなければいけない」と思って申請に来られる。変更申請不要な事が多いのでケアマネと相談してくださいにとどめてほしい ●
	サービスについて説明してもらいたいのがありがたいが、利用が難しいことも容易にできるように説明されていることがある ●
	主治医、ソーシャルワーカー、看護師が間違った介護保険の認識をされており、何でも介護保険でまかなえますと言われ、その後の訂正、説明に困る(いずれも同じ病院) ●
	居宅介護支援費が請求できない事例を理解されていない。
	MSWが在宅後のサービス指定(通所・ヘルパー等)する ●
	自費ベッドについて、介護保険対象ではないが、自費を導入する時点で連絡が欲しい。
	状態が明確でないのに、適当に福祉用具や住宅改修をしてくださいと言われた(退院前訪問もなし) ●
	退院と同時に介護保険の申請で見込みをもって調整していただきたい
	入院中にもかかわらず退院後の支援のすべてを丸投げにされるケースがある。
	病院側の必要とするサービスを盛りだくさん要求され介護度に見合わず対象者は不安だったと考える。もう少し入院前の生活のこと介護度、本人の意向等総合的に話を聴く態度が欲しい ●
連絡時期	入院すると早々に連絡をくださる病院が増えた。
	急に明日退院しますと病院から連絡がある ● ある病院は連携室や病棟などから連絡があるが病院内での話がまとまってなくかなり連携がとりにくい
	〇〇病院の担当者によっては退院前の連絡がなかったり遅い ●
	退院・転院の連絡がなく、転院先や家族から直接聞いた(5) ●
	転院の連絡がない(4) ●
	転院・退院前1～2日前だったり転院・退院直前の連絡(5) ●
	容態が急変したときに連絡がほしい。
	退院時に入院中の看護連絡票を事業所あての家族に渡される場合やない場合があると、サービス利用当日に知ることになる。
	退院が近いから早く連絡を取りたいと連絡がありそのつもりで本人に会いに行くと、これから検査することがあるから待てと言われる。
病院の了解を得て急遽病院で担当者会議をするよう調整したがカンファレンスについては予定がなく担当者会議のときに急遽ナースが説明してくれた。	
様式活用	現在東部圏域の様式を活用している
	東部圏域統一様式の方がADLや認知機能等の情報を記入できる