

令和2年度 北見市入退院連絡調査結果

1 調査目的

入退院における連絡状況等を把握することで、H28年10月から開始した入退院連絡の方法や様式等の検証を行い、関係者間でのやりとりがよりスムーズになるよう、入退院連絡の手引き等の必要な見直しを行うために実施する。

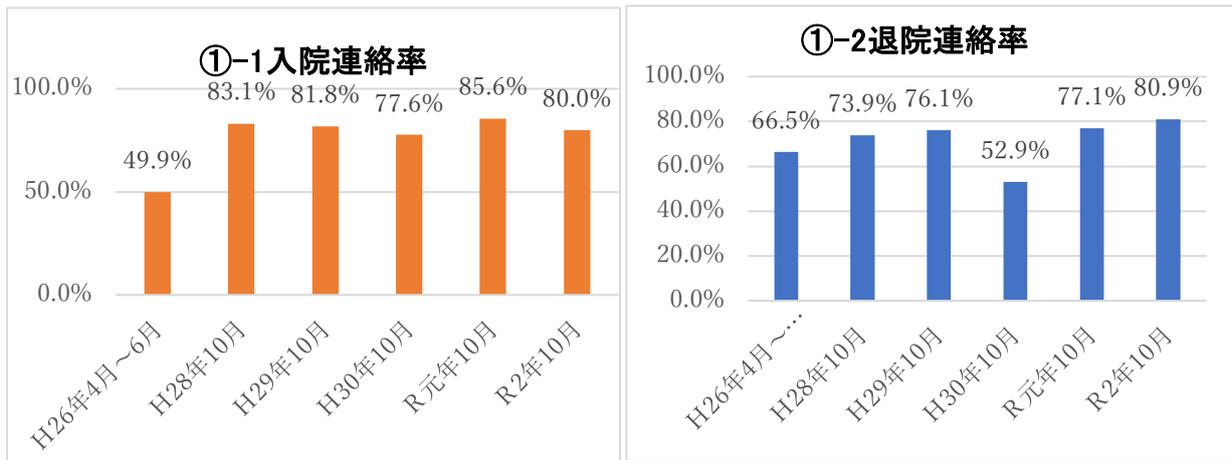
2 調査対象と期間

対象	期間	事業所数	回答数	回答率
① 居宅介護支援事業所、包括小規模多機能等	H2.10.1～10.31	69	67 (ケアマネ数 202)	97.1%
② 医療機関(有床)	H2.11.17～12.3	19	19	100.0%

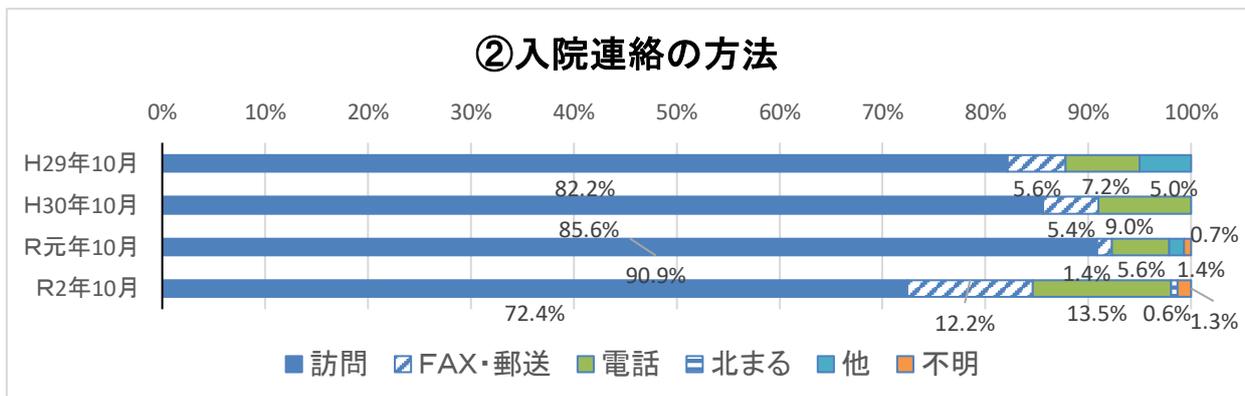
3 調査結果(抜粋)

【居宅介護事業所等調査】

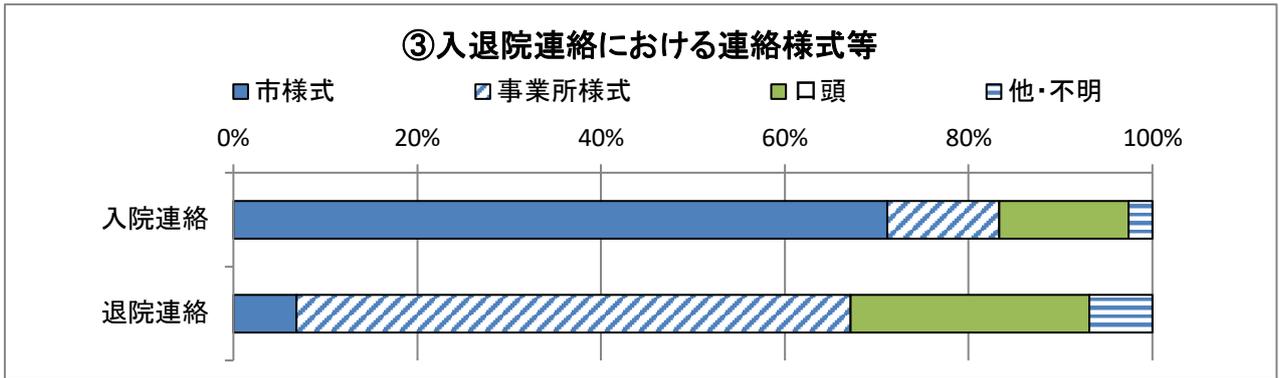
- 1) 要介護等認定を受けている方の1か月間の入院は195名、退院は162名であった。
- 2) 入院連絡率は昨年度より少し下がったが80.0%を維持、退院連絡率は80.9%と上昇した。



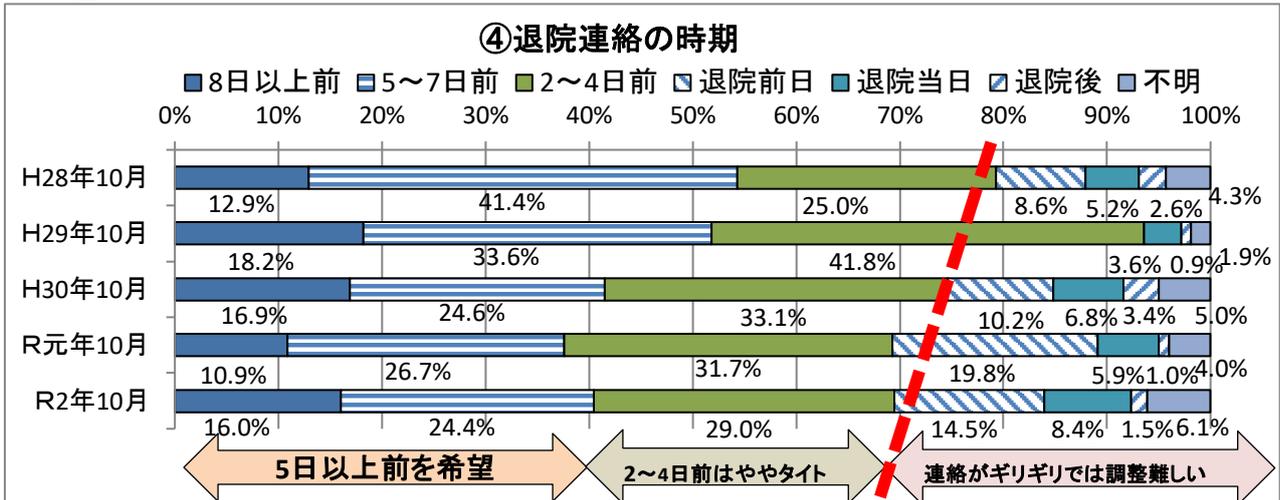
- 3) 入院連絡の情報提供方法は、R元年度までは医療機関への訪問が9割であったが、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、R2年度は72%に減少、FAX・郵送が12.2%、電話13.5%と増え変化が見られた。北まる活用も1件あった。



- 4) 市様式等を使用せず口頭での連絡は、入院連絡は 14.1%と上昇、退院連絡は 25.0%と横ばいであった。正確に情報を共有するためにお互い書面での連絡を推進したい。(ICT の活用等)



- 5) 医療機関からの退院連絡の時期は、2～4 日前が 29.0%と多く、ケアマネジャーが希望する 5 日前以上の連絡は、40.4%で R 元年度より少し増加しているが、徐々に減少。介護認定、住宅改修や新たなサービスを導入する場合には、調整に時間を要するため、今後も医療機関に早めの退院連絡を依頼したい。



- 6) 退院時カンファレンスの開催は、35.9%と R 元年度 43.6%より減少している。新型コロナウイルス感染症の影響もあると思われる。
- 7) 医療機関の退院連絡でケアマネジャーが特に役に立った情報は、①病名(52.0%)②今後の治療(38.1%)③治療内容(37.1%)④療養上の問題(27.7%)⑤ADL(26.2%)であった。
- 8) 市様式「入院時情報提供書」は、記入欄が狭い等の意見もあったが、修正希望無 92.1%であった。

【医療機関(有床)調査】

- 1) ケアマネジャー等の入院連絡で医療機関が特に役に立った情報は、①介護保険サービス利用状況(18 機関)②在宅での ADL(11 機関)③主介護者等の介護力(8 機関)であった。
- 2) 市様式「入院時情報提供書」については、施設申込み状況(施設名、申込年月日等)の記載希望があった。⇒ ケアマネジャーに様式「5.今後の在宅生活の展望:特記事項」又は「10.連絡事項」に記入を依頼したい。

【入退院連絡を通じ支援が上手くいった事例】

◇ケアマネジャーから

- ・今まで家に閉じこもりがちでトイレ以外は動かない人だったが、今回の入院(脳梗塞)で退院後のリハビリの必要性を病院から伝えてもらったことで、意欲的にリハビリを行う気持ちになり前向きになった。
- ・支援を受け入れようしない利用者に対し、病識をしっかりと持たせていただけたことで、以後支援がスムーズに行うことができた事例があります。
- ・ペースメーカー手術を受けた利用者様に対する注意事項、服薬管理に対しての説明があり、退院後スムーズにサービス利用につながり、救急搬送などがあったが現在は落ち着いた生活ができています。
- ・退院カンファレンスに入院先のPT、ST、管理栄養士が参加してくれ、退院後の食事についてのアドバイスや歩行介助についての具体的な指導があり、退院後の家族の不安が軽減された。

◇医療機関から

- ・退院前カンファレンス時に予定利用サービス(ケアプラン 1~3 表)を提示いただいたケースが 2 ケースありました。入院中のケアが在宅で継続できるようサービスが考えられていて、理解しやすかった。不安と考えられるところは、その場で議論できました。切れ目のない移行調整ができ良かったです。
- ・事前の情報提供があると入院中の関わり方を検討できよいです。
- ・76 歳男性。下宿で独居。心臓血管外科の手術目的で入院。入院時、本人からの情報収集では不明瞭なことが多く、同居した家族も 20 年ぶりの再会とのとこで状況がわからず、ケアマネから精神疾患があることや生活状況について聞くことで、かかわり方などを病棟で共有できたり、退院調整を行うことができた。
- ・詳細な入院時情報をいただくことで、退院時に情報を基に比較して、情報提供を行えるためスムーズに支援ができる。

【入退院連絡を通じ支援が上手くいかなかった事例】

◇ケアマネジャーから

- ・病棟看護師、MSW、本人と情報がまとまらずバラバラの意向を伝えられることがある。
- ・退院時に主治医、看護師より療養上の留意点について本人、家族にきちんと説明されていない。情報提供書にも記載が漏れており、水分制限の変更が在宅で行われていなかった。2週間後、体重増加等で透析治療に影響が出た。
- ・退院時に情報シートをもらえなかった。有料老人ホームのみに情報がいつていた。(ケアマネジャーが調整するので、連絡が欲しい。)

【入退院連絡における課題・要望】

◇ケアマネジャーから

- ・気づかぬうちに入院して退院されていることがある。
- ・退院が決まってから期間が短い連絡が来ることがあり、介護保険の申請・認定調査が退院前に行えないケースがあるため。必要時早めの連絡をいただくと助かります。
- ・病状の説明、ADL、在宅に向けての問題等、退院が見込める段階でお知らせ頂けたらと思います。
- ・カンファレンス等日時は特に訪看さんの調整が難しいこと多く残念です。
- ・入院中の利用者の状態が定まらないままの在宅支援の調整は難しい。
- ・病棟と退院連携窓口との情報共有をお願いしたいです。

◇医療機関から

- ・転院時にもフェイスシートが欲しいです。過去に作成したもので構いません。
- ・入院を機に「在宅は無理」と情報提供されると困ってしまいます。希望で入院継続・転院できるわけではないので、在宅時から厳しくなっているようであれば検討を進めていただきたいです。
- ・病棟では入院当日までの情報提供書の提出を希望しているため、北まる net の利用促進をお願いしたい。(北見循環器クリニック)
- ・情報(フェイスシート)が更新されておらず、年数が古いままであった時は残念です。ただ、当院においても「退院記録書」を提供できないという課題があり、満足のいく退院連携でないことを申し訳なく思っています。

【新型コロナウイルス感染症の関係で困ったこと】

◇ケアマネジャーから

- ・入院中本人に会えず、電話などの連絡調整が主となるため、調整していた内容と退院後の状況に相違あり、対応に手間取った。
- ・家族が本人と会えないため、身体状況等の変化がわからず、退院先(在宅か施設か等)を家族が判断、決断するのに時間を要する。
- ・家族も面会の制限で本人にあまり会ったり状況を見たりが通常のようにできておらず、不安だったり退院後の生活のイメージがつきづらいことがあったと思います。
- ・本人との面会が実施できなく退院後の希望を確認できないまま退院となった。
- ・情報提供は、郵送にしています。

◇医療機関から

- ・ケアマネからの電話連絡が多くなった気がします。電話対応で病棟業務に支障がでることもありました。面会が制限されているため事情は理解しますが。
- ・面会制限のため患者様とご家族、担当ケアマネジャーさんが会えずに退院調整することもある。その際、対応にご理解いただける方とそうでない方がいらっしゃる。できる限りの対応は検討しているが面会制限中であることはご理解いただきたいです。
- ・面会制限のため、本人様の状況をご家族がイメージしづらい状況にあります。
- ・独居高齢者、高齢者世帯が多い。サ高住探しの場面で道外・市外住宅の家族は、施設見学ができないことがあり調整に難しさがあります。
- ・やはり積極的な集まりができないことが多く、電話での調整だったりすると、十分に伝えられないこともあり、心配な場合があった。
- ・面会が行えないため入院中の本人の状況を捉えづらい場面がある。施設入所を進めていく時など、入所について本人に理解してもらうよう家族より説得する場面をつくれないため、本人の気持ちの整理がつかない場面がある。

4 調査のまとめ

居宅介護支援事業所等のケアマネジャーと医療機関との入退院連携は、関係者の協議により作成した連絡の手引きの運用を平成 28 年 10 月から開始している。

今回の調査結果では、入院時、退院時の連絡率はともに 80%あり、ケアマネジャーからの入院時の情報を医療機関が退院調整に活用し、医療機関からの退院前の情報をケアマネジャーが退院後の療養生活等の支援に活用し、適宜連絡を取り合い、情報を共有し入退院時の連携を図っている。

今後により充実した入退院支援を実施するために、書面等での連絡、入院中の情報共有、サービス調整を要する場合等における早めの退院連絡、医療処置が導入される等の必要な方への退院前カンファレンスの開催等を進めていくことが必要である。

しかし、今年度は新型コロナウイルス感染症の影響により、ケアマネジャーは、医療機関担当者や入院中の担当高齢者との面談ができず、入院中の詳細・正確な情報把握ができないため、退院調整に向けた支援に苦慮するとの報告が多くあった。

今後、ケアマネジャーと医療機関担当者のお互いが負担なく正確な情報共有を図るため、ICT 等の活用も必要と思われる。

【今回の調査からの確認事項】

※医療機関へのお願い

- 1) 退院前日・当日のケアマネジャーへの連絡では、サービス調整が難しいです。介護認定・住宅改修や新たなサービスを導入する場合には、調整に時間を要するため、早めの退院連絡をいただきたい。
- 2) 有料老人ホーム等入所者の退院連絡は、施設のみではなく、サービスを調整するケアマネジャーにも情報をいただきたい。
- 3) コロナ禍で担当高齢者に入院中に面談できないので、医療機関からの情報がケアプランのアセスメントに貴重ですので、情報提供をいただきたい。

※ケアマネジャーへのお願い

- 1) 介護施設等への申し込みをしている場合は、入院時情報提供書に状況を記入いただきたい。
北見市入院時情報提供書様式「5.今後の在宅生活の展望:特記事項」又は「10.連絡事項」の活用
- 2) 資料でフェイスシートを提出いただくことがあるが、古い情報の場合があるので、更新をしたものをいただきたい。