

上越地域

医療と介護の連携に関する調査



平成31年3月

上越地域在宅医療推進センター

上越地域振興局健康福祉環境部

上越市・妙高市

はじめに

地域包括ケアシステムの構築がうたわれて10年以上が経過しました。在宅医療と介護の連携推進は、生活支援/予防とともにこのシステム構築の重要な要素です。

当地域においては、この2年間に上越地域在宅医療推進センターが設置され、上越市・妙高市合同の在宅医療・介護連携推進事業も始まりました。当地での在宅医療と介護の連携は、ずいぶん進んだと感じておられる方がいらっしゃる一方、自分の周囲では全く連携推進を感じられないという方もおられるかもしれません。

上越妙高地域に暮らす私たちの在宅医療、医療・介護連携は、今どの位置にあり、ゴールに向かってこれから何をしていくべきなのでしょう。全国的には様々な“先進地域”があります。“先進地域”から学ぶこともありますが、地域事情はそれぞれ異なりますので、私たち自身で、現在の立ち位置を確認していく必要があります。

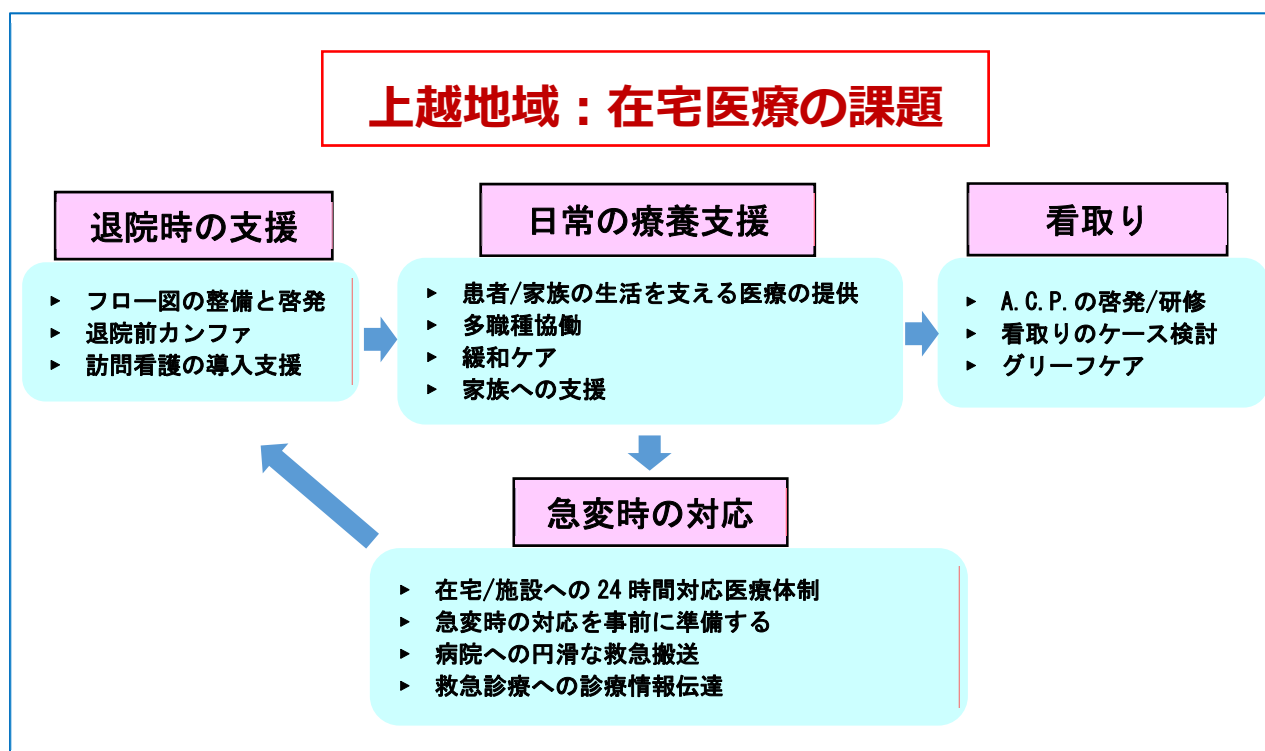
このレポートは、平成25-27年度に上越保健所で実施した過去の調査結果と比較することで、現在の状況を客観的に把握し今後の私たちの道筋を明らかにすることを目的としています。

レポートをお読みいただく事で、皆様が自分事としてこれからやるべき事のビジョンを見出し、自ら行動されるきっかけになれば幸いです。

平成31年3月

上越地域在宅医療推進センター センター長 揚石義夫

課題に思われたこと
(調査実施前)



目次

はじめに.....	1
I 平成 30 年度在宅医療介護連携に関する実態調査実施計画.....	3
II 調査結果 — ダイジェスト版.....	4
A 介護支援専門員調査.....	4
B 病院調査.....	8
III 調査のまとめ.....	11
1 3年前の調査結果と比較検討.....	11
(1)介護支援専門員調査.....	11
(2)病院調査.....	12
(3)介護支援専門員と病院との連携で進展したこと（3年前調査との比較）.....	13
(4)介護支援専門員と病院との連携の課題（3年前調査との比較）.....	14
2 多職種連携の課題解決に向けた提案 ①.....	15
(1)退院時の支援.....	16
(2)日常療養の支援.....	17
(3)急変時の対応.....	17
(4)終末期の対応.....	18
3 多職種連携の課題解決に向けた提案②.....	19
IV 調査結果.....	20

I 平成 30 年度在宅医療介護連携に関する実態調査実施計画

1 目的

国では「地域包括ケアシステムの構築」や「病院・病床の機能分化・連携の推進」などを柱とする医療介護総合確保推進法を制定し、医療・介護連携を強化するための見直しが進められている。

上越妙高地域では、平成 29 年 4 月、上越医師会館内に上越妙高地域の在宅医療の連携拠点として、「上越地域在宅医療推進センター」を開設し、在宅医療と介護の多職種連携をサポートする体制が整った。さらに、同年 5 月には、協議の場として、上越市・妙高市在宅医療・介護連携推進協議会が設置され、4つの専門部会を中心に多職種連携のシステムが進化してきている。

そこで、上越妙高地域の在宅医療・介護連携の現状分析から評価（PDCA サイクル）を行うための資料とするとともに、過去の調査結果（平成 25・27 年度保健所実施分）との比較を行い、今後の取組や評価指標を検討するための資料とする。

2 主体

上越地域在宅医療推進センター

3 協力機関

上越市、妙高市、上越地域振興局健康福祉環境部

4 計画

(1) 調査内容及び対象

要支援・要介護状態の人の支援や、在宅医療・介護の連携等に関わる以下の関係者や関係機関を対象とする。

ア 上越妙高地域の居宅介護支援専門員	約 300 人	介護支援専門員調査票
イ 上越妙高地域の病院（地域連携部門）	12 病院	病院調査票

(2) 時期

以下のスケジュールで実施する。

ア 調査票の作成と調査内容・方法の検討	7～8 月
イ 調査の実施	9 月
ウ 調査結果の回収・集計	10～11 月

(3) 配布及び回収

上越地域在宅医療推進センターが、協力機関との協働により調査票を配布する。回収は、上越地域在宅医療推進センターが主に行う。

(4) 集計及び分析

上越地域在宅医療推進センターは、個人や事業所名が特定できないように処理し、協力機関の上越地域振興局健康福祉環境部に集計及び分析を依頼する。

5 結果の公表

調査票に記載の内容及び結果については、上記の目的以外では使用しない。また、結果の公表にあたっては、個人や事業所名が特定できないように処理し、上越地域在宅医療推進センター運営会議及び上越市・妙高市在宅医療・介護連携推進協議会等にて報告する。

II 調査結果 — ダイジェスト版

※調査結果番号と対のため、ダイジェスト版は欠番あり

※自由記載はカテゴリー化した ※合計値詳細は結果参照

A 介護支援専門員調査

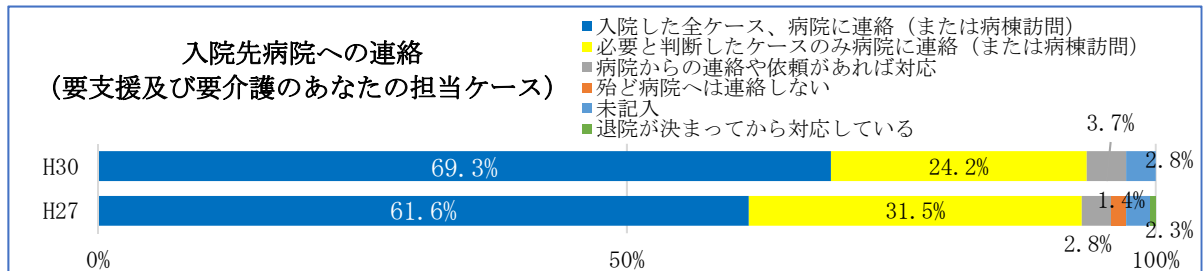
回答者の属性（設問 6） （配布事業所数：69）

- ・回答者数：215名（対象介護支援専門員 H30.9 現在 289名、回答率 74.4%）
- ・介護支援専門員としての経験年数：1年未満（7.9%）、1-4年（21.4%）、5-9年（33.0%）、10年以上（36.7%）と、5年未満が3割を占める。
- ・介護支援専門員以外の資格や専門性：福祉職が約9割（88.4%）を占める。
- ・留意事項：本調査（以下 H30）は平成 27 年度調査（以下 H27）と比較し記載した。

1 入院先病院への連絡について

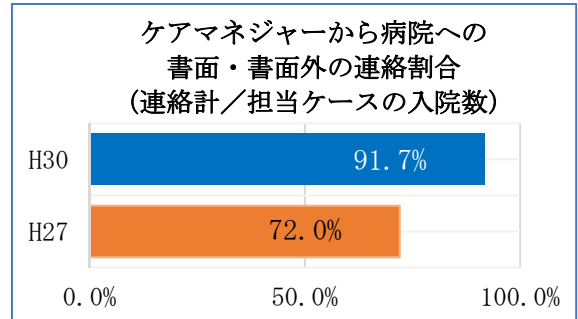
(1) 入院先病院への連絡（要支援及び要介護のあなたの担当ケース）

「入院した全ケース、病院に連絡（または病棟訪問）するようにしている」は H27（61.6%）に比べ 69.3%と上昇した。「ほとんど病院へは連絡しない」は H27 の 3 件から 0 件へ減少した。



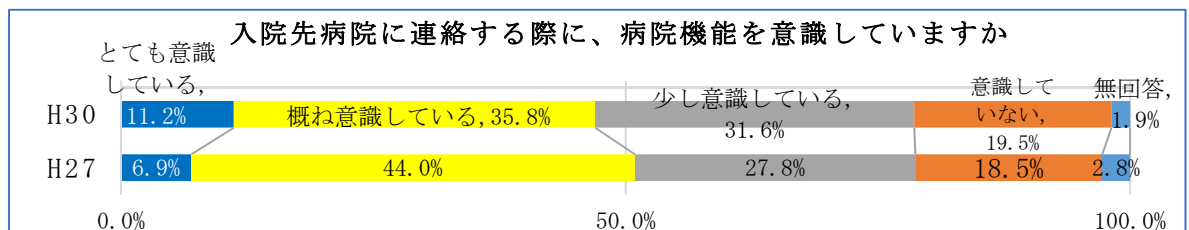
(3) 9月（1か月間）に入院した担当ケースにおける、入院先病院への書面及び書面以外による情報提供の実件数

地域と病院の書面・書面外の連絡割合は H27（72.0%）に比べ 91.7%と増加した。また入院先病院へ送付した書面の 97.5%が「地域連携連絡票」と推測される（参考値）。



(4) 入院先病院に連絡する際に、病院機能（特に在院日数について：急性期 18～21 日まで、回復期 180 日まで、包括ケア病床 60 日など）を意識していますか

「とても意識している」は H27 に比べ上昇したが（6.9%から 11.2%へ）、「とても意識」「概ね意識」計では微減した（50.9%から 47.0%へ）。



病院機能への記載は 82 件あり、カテゴリー別では「意識し、退院（転院）を見据えた早期連携を心がける」（32）、「急性期病院は特に意識する」（10）の一方、「（入院先や在院日数に関わらず）早期に状況把握する」（10）が見られた。

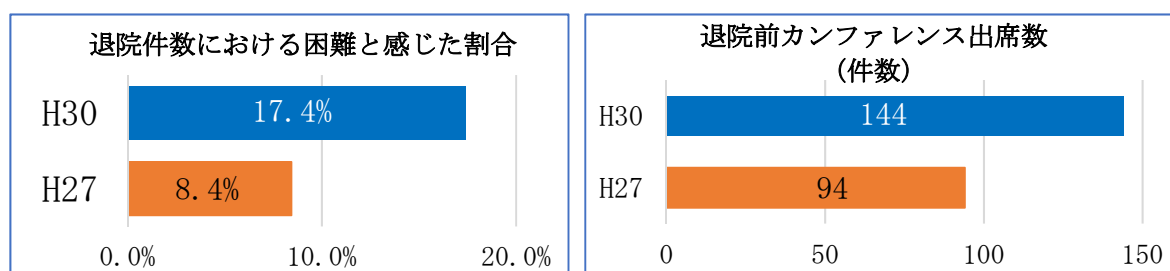
2 退院前カンファレンスに関すること

- (1) 9月（1か月間）に退院した、担当ケースの退院件数（退院先別）。また、退院調整に困難を感じた件数（1ケースにつき1回で回答）

退院先は「退院先が自宅」がH27（112件、62.9%）から178件（72.1%）へと増加した。

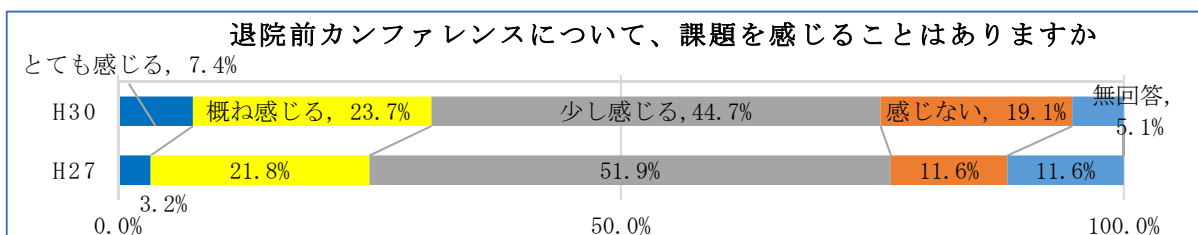
困難と感じた件数はH27（15件、8.4%）からH30は43件（17.4%）へ増加した。具体的内容は「退院までの期間が短い」（9）、「受け入れ先の調整が困難、施設探し」（6）、「状態像の変化や状態が不安定」（5）、「病院からの事前の情報不足でプランに影響する」（5）、「介護力の不足（独居、高齢世帯）」（5）等36件が記載された。

- (2) 9月（1か月間）に退院した要介護者（担当ケース）における退院前カンファレンス出席数
退院前カンファレンス出席数はH27の94件から144件へと、1.53倍に増加した。また病院医師の出席割合は推計7.6%、診療所医師の出席割合は推計2.8%であった。



- (3) 退院前カンファレンスについて、課題を感じることはありますか

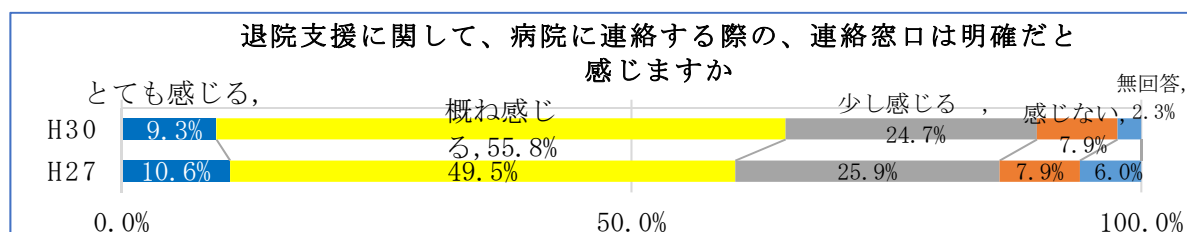
「退院前カンファレンスの課題」を「とても感じる」「概ね感じる」計はH27（25.0%、54件）から31.2%（67件）へと増加した。



具体的な課題内容は多岐に渡った。「病院側の在宅療養のイメージ不足」（14）、「ケアマネジャーの想定よりも早期の退院」（13）、「医師は出席困難」（13）、「在宅療養の準備が整っていないのに退院が決まる」（11）、「病院側に病状把握や医療情報の不足がある」（11）が上位を占めた。「病院とカンファレンス必要性の認識にズレがある」（8）、また「退院カンファレンスの目的や算定要件を理解してもらえていない」（7）として算定とカンファレンスの関係性の記載、「病院が地域資源の現状を知らない」（1）が見られた。

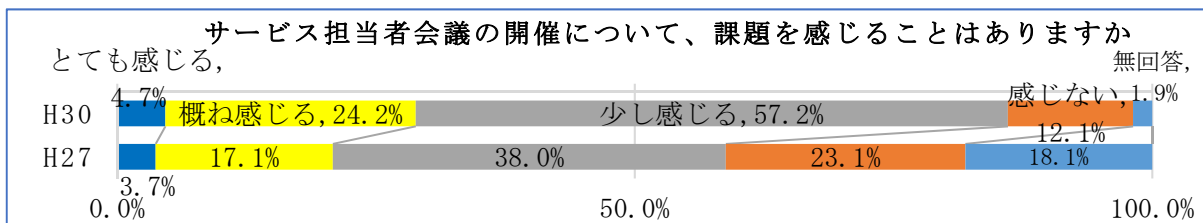
3 退院支援に関して、病院に連絡する際の連絡窓口は明確だと感じますか

「とても感じる」「概ね感じる」計65.1%と向上した（H27 60.2%）。具体的内容は129件記載され、「（明確ではない）病院で差があり窓口を戸惑うことがある」（52）が最も多く見られた。



4 サービス担当者会議に関すること

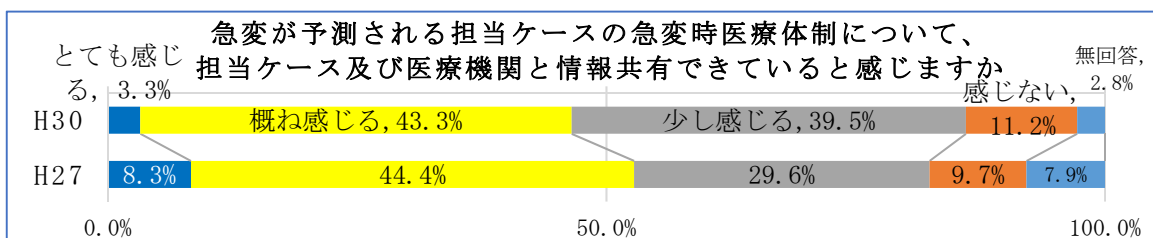
- (1) 9月（1か月間）に実施した、担当ケースのサービス担当者会議の開催件数
1か月間で659件開催され、医師の出席割合（推計）は病院医師1.5%、診療所医師2.6%。
- (2) サービス担当者会議の開催について、課題を感じることはありますか
「とても感じる」「概ね感じる」計はH27（20.8%、45件）から28.8%（62件）へと増加した。



課題の具体的内容は115件記載され、「日程の調整」（41）、「主治医の参加は困難で、また依頼のしにくさを感じる」（29）、「有意義な意見交換など運営方法で苦勞」（21）が上位を占めた。課題以外に「主治医情報は書面・受診同行で得る」、「往診・訪問診療時の開催」等挙げられた。

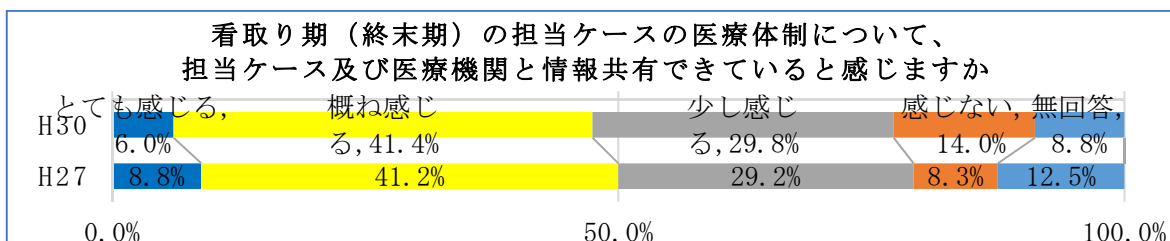
5 在宅医療提供体制

- (1) 急変が予測される担当ケースの急変時医療体制について、担当ケース及び医療機関と情報共有できていると感じますか
「とても感じる」「概ね感じる」計はH27（52.8%、114件）から46.5%（100件）へ減少した。



具体的内容は105件記載され、「訪問看護の介入がありスムーズ」（20）、「ケアマネジャーからのアプローチ・工夫で共有できている」（19）等の情報共有方法と、課題では「病院との情報共有で課題を感じる」（6）、「医療機関との情報共有が不十分」（6）、「救急搬送と往診の見極めが話し合えていない」（5）等が挙げられた。

- (2) 看取り期（終末期）の担当ケースの医療体制について、担当ケース及び医療機関と情報共有できていると感じますか
「とても感じる」「概ね感じる」計はH27（50.0%、108件）から47.4%（102件）へと減少し、共有できていると「感じない」は8.3%から14.0%へと増加した。



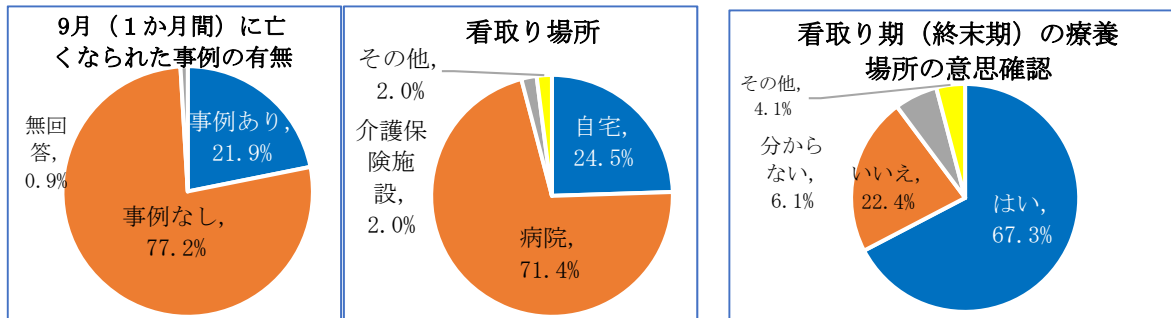
具体的内容は97件記載され、「看取りの際の対応を確認し、情報共有できている」（25）、「訪問看護の介入がありスムーズ」（14）が上位を占めた。一方で「ケアマネジャーの看取り支援の経験が少ない」（18）、「病院と情報共有できていないと感じる」（8）が挙げられた。

(3) 看取り期（終末期）の支援で困難を感じること—具体的な内容

95件記載され「意思確認をしていますが、いざとなると家族は動揺する」(13)、「本人と家族の意向の違い」(12)、「家族の介護負担とサービスの調整」(11)が上位に挙げられた。

(4) 9月（1か月間）に亡くなられた事例はありましたか

介護支援専門員の21.9%（47人）が事例ありと回答。49事例のうち、看取りの場所は自宅が24.5%。設問「その事例の看取り期（終末期）の療養場所について、介護支援専門員側と患者側で意思確認を行いましたか」では49事例中67.3%（33事例）で意思確認が行われた。



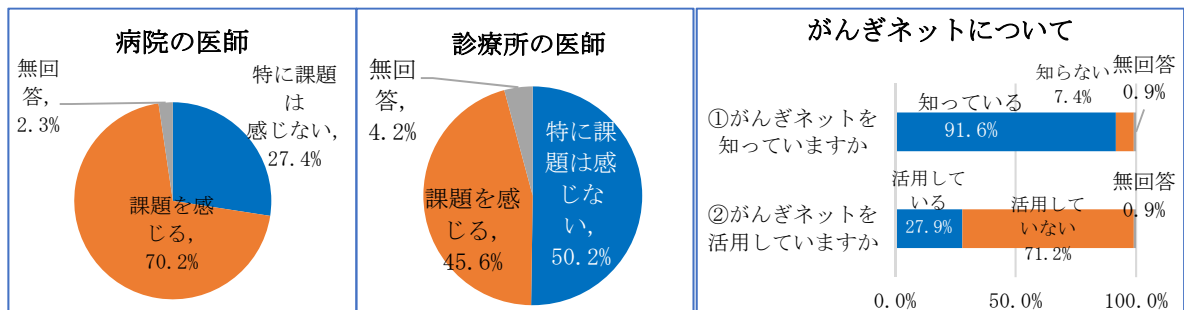
7 医師との連携について

(1) 病院医師との連携で課題を感じることがありますか

「課題を感じる」が70.2%。具体的内容は129件記載され、「医師とは直接連絡を取っていない・取れない」(36)、「自分の力量不足」(12)が上位を占めた。

(2) 診療所医師との連携で課題を感じることがありますか

「課題を感じる」45.6%。具体的内容は101件記載され、「敷居が高い・対等では無い・気を遣う」(19)、「ケアマネジャーの連携の方法・工夫」(17)が上位を占めた。



8 がんぎネット（上越地域在宅医療推進センター ホームページ）について

がんぎネットの認知率は9割。活用している割合は約3割。活用内容は58件記載され、「新しい書式の情報」(7)など活用的一方、MC ネットと混同と推測される記載が多かった。

9 上越地域の医療と介護の連携の自由意見（39件記載された）

10 あなたは、平成27年度も上越・妙高地域にて介護支援専門員として就労していましたか

就労していた割合は75.3%であり、H25、H27調査と同様に、2～3年間で2割が入れ替わった。

11 平成27年度も上越・妙高地域でケアマネジャー業務をしていた方に伺います。

(1) 平成27年度頃に比べた、現在の以下項目の所感：「円滑（明確、向上）になった」「やや円滑（明確、向上）」計は、退院前カンファレンスの開催63.6%、サービス担当者会議48.8%、病院の連絡窓口72.8%、病院と介護支援専門員の連携体制75.3%であった。

(2) 平成27年度頃に比べ退院後の在宅医療提供体制は向上したと感じますか：「向上した、やや向上」計で5割以上は訪問看護、訪問リハビリ、訪問薬剤管理指導であった。

B 病院調査

回答者の属性

- ・回答数 : 12 病院 (配布病院数 : 12 回答率 100.0%)
- ・回答者 : 地域連携室 (連携センターや相談室等) で主に介護を要する高齢者の地域連携を担当する管理的立場の方 1 名
本調査における病院群内訳は 200 床以上 (3 病院)、100~199 床 (3 病院)、100 床未満 (2 病院)、精神科 (4 病院)。
- ・留意事項 : 本調査 (以下 H30) は平成 27 年調査 (以下 H27) との比較を目的に、病院群分けを過去調査と同一の病床数で分類。「精神科」は精神科病床を含む病院。

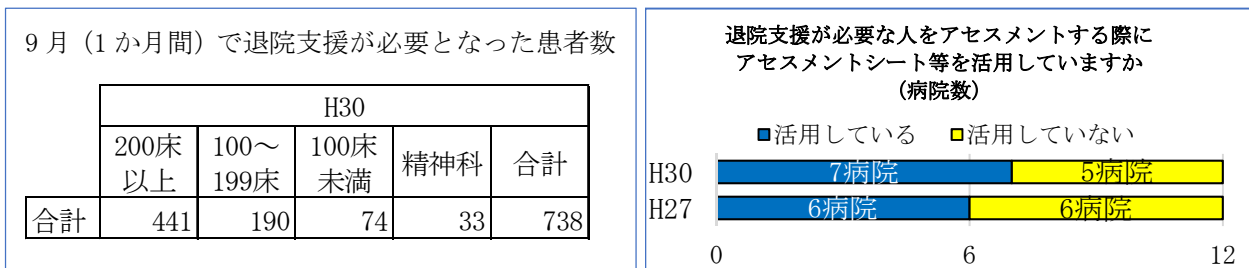
1 貴院の地域連携に関する窓口について

2 平成 30 年 9 月 1 日現在の職員体制について

- (1) 地域連携に関する窓口の職員体制 (常勤換算)
H27 に比べ 1 病院平均 3.7 人から 5.5 人に増加した。

3 退院支援が必要な患者のアセスメントについて【主に入院から 2 日目まで】

- (1) 9 月 (1 か月間) で退院支援が必要となった患者数
合計 738 人であった。
- (2) 退院支援が必要な人をアセスメントする際にアセスメントシート等を活用していますか
アセスメントシートの活用は、H27 (6 病院) から 7 病院に増加した。

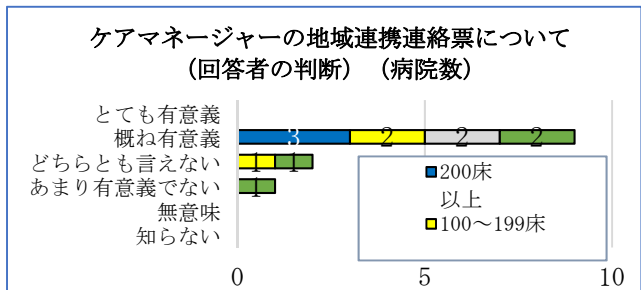


- (3) スクリーニングの時期は決めていますか ((2) でアセスメントシート活用する 7 病院)
入院後 48 時間以内が 4 病院 (57.1%) であった。

4 ケアマネジャーの地域連携連絡票について

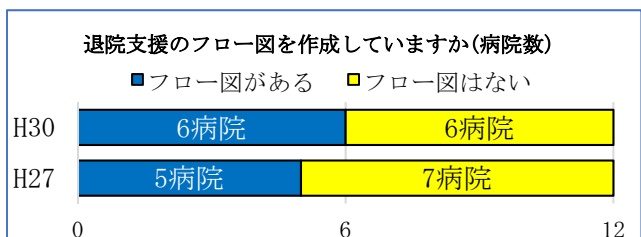
地域連携連絡票は、H27 に比べ「とても有意義」「概ね有意義」計が 58.3% から 75.0% へ増加した。

自由記載では肯定的意見と課題が複数記載された。

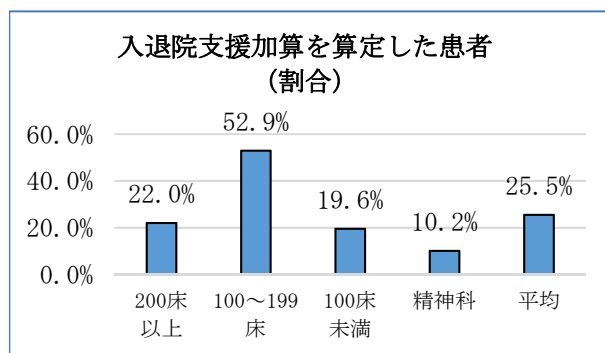


5 連携室が関わった退院支援について

- (1) 退院支援のフロー図を作成していますか
フロー図を作成している病院は 6 病院 (50.0%) であった。



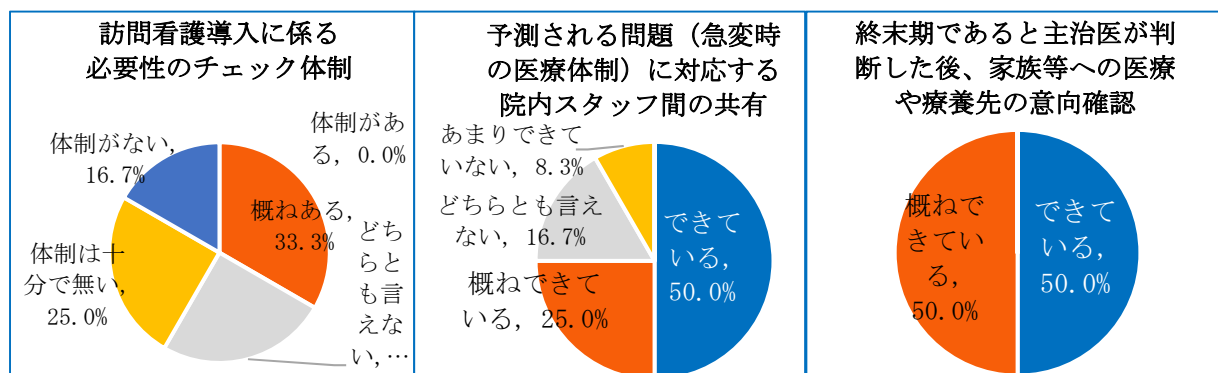
- (2) 9月（1か月間）に退院した患者数及びそのうち入退院支援加算を算定した患者数、また患者の退院先、退院前カンファレンス（1ケースにつき1回で回答）の開催状況
- ① 9月（1か月間）に退院した患者数は合計2,122人（各病院最小6人～最大927人）。
 - ② 入退院支援加算の算定割合は、平均25.5%（各病院0.0%～最大75.8%）であった。



注記：(3)退院先別退院カンファレンス開催状況のうち1病院は「入退院支援加算を算定した患者数」より算出。そのため5(2)①9月（1か月間）に退院した患者数と合計数値は異なる。

6 退院後の在宅生活を見据えた入院中の体制について

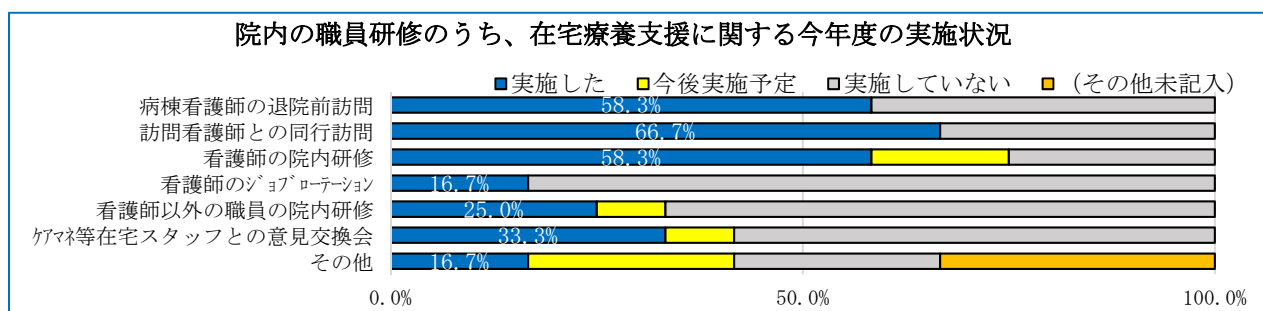
- (1) 訪問看護導入に係る必要性のチェック体制
チェックの「体制がある」は回答なし。「概ねある」が4病院（33.3%）であった。
- (2) 予想される問題（急変時の医療対応）に対応する院内スタッフ間の共有
共有が「できている」は、H27（1病院、8.3%）から6病院（50.0%）へ増加した。
- (3) 終末期であると主治医が判断した後、家族等への医療や療養先の意向確認
意向確認が「できている」は、H27（4病院、33.3%）から6病院（50.0%）へと、H27に比べ、「概ね出来ている」から「出来ている」へ移行の傾向が見られた。



7 院内の職員研修のうち、在宅療養支援に関する今年度の実施状況について

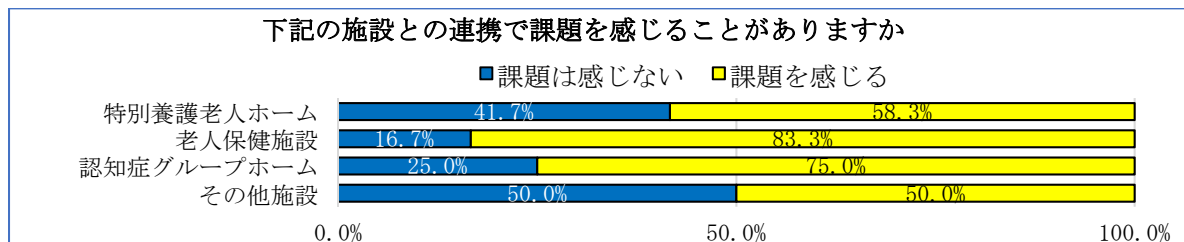
（在宅生活者をイメージした入院中からの支援体制に向けた取組）

- (1) 病棟看護師の退院前訪問は、H27に比べ、実施は1病院から7病院（58.3%）へ増加した。
- (2) 訪問看護師との同行訪問は、H27に比べ、2病院から8病院（66.7%）へ増加した。
- (3) 看護師の院内研修は7病院（58.3%）が実施した。
- (4) 看護師のジョブローテーション（配置転換）は2病院（16.7%）が実施した。
- (5) 看護師以外の職員の院内研修は3病院が実施した。
- (6) ケアマネ等在宅スタッフとの意見交換会は、H27（6病院）に比べ、4病院（33.3%）に減少した。



8 病院と下記の施設との連携で課題を感じることがありますか

- (1) 特別養護老人ホームとの連携で課題を感じるのは7病院(58.3%)であった。
- (2) 老人保健施設との連携で、課題を感じる10病院(83.3%)であった。
- (3) 認知症グループホームとの連携で、課題を感じる9病院(75.0%)であった。
- (4) その他施設(サ高住、有料老人ホーム等)との連携で、課題を感じる6病院(50.0%)。



9 がんぎネット(上越地域在宅医療推進センター ホームページ)について

がんぎネットを「知っている」12病院(100.0%)、「活用している」5病院(41.7%)であった。

10 貴院からの訪問診療について

- (1) 訪問診療を実施しているのは、6病院(50.0%)であった。
- (2) 9月(1か月間)の訪問診療の状況について(上記6病院)
 - ①訪問診療対象者は実104人、延べ135人。うち実人数の97人が75歳以上であった。
 - ②訪問診療先(実人数)の内訳は自宅が78人、自宅以外が26人であった。

11 上越地域の医療と介護の連携への自由意見

認知症・吸引対応・在院日数の短縮による退院支援への影響、ケアマネジャーの役割が増大している現状と連携に向けた意見が記載された。

12 貴院からの訪問看護について

- (1) 訪問看護を実施している(ステーションを除く)のは、8病院(66.7%)であった。
- (2) 9月(1か月間の訪問看護の状況について(上記8病院)
 - ①訪問看護対象者は実138人、延354人であった。年齢区分(実人数)は40-64歳(34人)、65-74歳(41人)、75歳以上(63人)であった。
 - ②訪問看護先(実人数)は自宅125人、自宅以外8人であった。

13 訪問診療または訪問看護を実施している病院より回答(該当9病院)

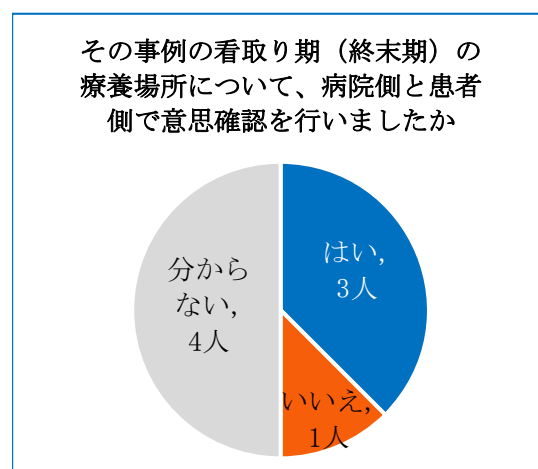
訪問診療または訪問看護が関与した事例のうち、9月(1か月間)に亡くなられた事例について4病院に事例があった。1か月間に亡くなられた事例は8事例で、全て「非がん」「75歳以上」であった。

設問「その事例の看取り期(終末期)の療養場所について病院側と患者側で意思確認を行いましたか」では患者実人数で、はい3人(37.5%)、いいえ1人(12.5%)、分からない4人(50.0%)であった。

8事例の看取り場所は自宅2件、病院6件。

介護度は、要介護4-5が7件であった。

死亡前1か月間の訪問看護利用ありは2件であった。



Ⅲ 調査のまとめ

1 3年前の調査結果と比較検討



上越地域の在宅医療介護連携の進展と今後の課題が明らかになりました

(1) 介護支援専門員調査

ケアマネジャー

表の見方 (*): 変化: H27 調査と比較し、◎向上 ○わずかに向上 △変化なし ●課題



変化 (*)	項 目
◎	(1) 入院先病院には全ケース連絡している: 69.3% (H27: 61.6%)
◎	(2) 入院先病院への書面での情報提供は、162件(うち地域連携連絡票158) (H27参考: 書面135件うち地域連携連絡票120)と情報提供件数が増加した。 また、病院からの依頼で書面による情報提供12件と書面外(訪問または電話)での情報提供125件を合計すると91.7%(H27: 72.0%)と増加した。*参考: 担当ケースの入院数は、326件とH27(378件)より減少。
△	(3) 入院先病院に連絡する際に病院機能を意識している: 「とても」11.2%、「概ね」35.8%で、合計47.0%(H27: 「とても」6.9%「概ね」44.0%合計50.9%)であった。
●	(4) 担当ケースの退院数は、247件(H27: 178件)で、H27より増加し、自宅178件(H27: 112件)も、H27より増加し、退院調整に困難を感じたケース43件(H27: 15件)も増加した。
●	(5) 退院前カンファレンスの開催回数: 144回(H27: 94回)とH27より増加し、退院前カンファレンスの課題を感じる: 「とても」7.4%、「概ね」: 23.7%で、合計31.2%(H27: 「とても」3.2%、「概ね」21.8%、合計25.0%)より増加した。 また、カンファレンスへの医師出席: 病院(実)11回、診療所(実)4回と少ない。
○	(6) 退院支援に関して、病院の連絡窓口が明確: 「とても」9.3%、「概ね」55.8%で、合計65.1%(H27: 「とても」10.6%、「概ね」49.5%で、合計60.2%)と明確になった。
●	(7) サービス担当者会議の開催回数: 実659回/月(うち病院医師10回、診療所医師17回出席)で、サービス担当者会議の課題を感じる: 「とても」4.7%、「概ね」24.2%、合計28.8%(H27: 「とても」3.7%、「概ね」17.1%、合計20.8%)と増加した。
●	(8) 急変時の情報共有: 「できている」3.3%、「概ね」43.3%で、合計46.5%(H27: 「できている」8.3%、「概ね」44.4%、合計52.8%)に比べて共有できていない。
●	(9) 終末期の情報共有: 「できている」6.0%、「概ね」41.4%で、合計47.4%(H27: 「できている」8.8%、「概ね」41.2%、合計50.0%)と若干後退し、一方、1か月間の死亡事例ありは、21.9%(H25参考: 15.5%)と増加傾向にあった。死亡49事例で、看取り期の療養場所を患者側と意思確認したのは33人(67.3%)であった。
●	(10) 医師との連携: 「課題あり」病院70.2%、診療所45.6%で、病院医師が多く、連絡が取りにくい、敷居が高い等があった。
	(11) がんぎネットは91.6%が認知しているが、活用は27.9%に留まっていた。
◎	(12) 3年前と比較すると病院窓口の明確化や連携体制は向上したと感じ、連絡件数の増加にもつながっている。また、退院後の在宅医療提供体制(訪問看護、訪問リハビリ、訪問薬剤管理指導)が進展したと感じている。
	(13) 経験年数は、5年未満が3割(29.3%)、ベースの専門性では、福祉職が約9割(88.4%)を占めていた。

(2) 病院調査



病 院

表の見方 (*)変化 : H27 調査と比較し、◎向上 ○わずかに向上 △変化なし ●課題
--

変化 (*)	項 目
◎	(1) 12病院全てに地域連携部門があり、退院支援・地域連携に関わる職員体制は、整ってきている(H27: 平均3.7人→5.5人)
○	(2) 退院支援が必要な患者アセスメントシートの活用7病院(H27: 6病院)、退院支援フロー図の作成6病院(H27: 5病院)
	(3) 入退院支援加算: 加算1は5病院、加算2は3病院、無しは4病院
	(4) 9月1か月間の退院患者数2,122件で、うち入退院加算542件25.5%(100~199床の病院が最も多く52.9%)、また自宅退院1,080件(50.9%、参考値)であった。
	(5) 自宅退院1,080件のうちカンファレンス開催109回(うち医師出席11人)
	(6) 施設退院96件のうちカンファレンス開催38回(うち医師出席8人)
	(7) 転院退院109件のうちカンファレンス開催2回(うち医師出席1人)、その他死亡退院149人であった。
◎	(8) 地域連携連絡票: 「とても有意義」「概ね有意義」計75.0%(9病院)と増加(H27: 58.3%)
○	(9) 入院中の訪問看護導入のチェック体制: 「体制がある」は回答無し。「概ねある」4病院(H27: 3病院)
◎	(10) 急変時の対応が「できている」6病院、「概ね」3病院(H27: 「できている」1病院、「概ね」9病院)
◎	(11) 終末期の意向確認が「できている」6病院、「概ね」6病院(H27: 「できている」4病院、「概ね」8病院)
◎	(12) 病棟看護師の退院前訪問の実施 7病院(H27: 1病院)
◎	(13) 訪問看護師との同行訪問 8病院(H27: 2病院)
○	(14) 在宅支援の取組「実施及び予定」: Ns配置転換2病院、院内研修Ns9病院・Ns以外4病院、在宅スタッフとの意見交換5病院
●	(15) 病院と施設との連携に課題がある: 老健10病院、GH 9病院、特養7病院、サ高住・有料老人ホーム6病院
	(16) がんぎネットは12病院認知しているが、活用は5病院に留まっていた。
	(17) 訪問診療6病院で実施、自宅: 実78件、自宅以外: 実26件。訪問看護8病院で実施、自宅: 実125件、自宅以外: 実8件
	(18) 9月1か月間で、訪問診療・看護が関与した死亡事例は4病院8事例(自宅死亡2、病院死亡6)で、看取り期の療養場所を患者側と療養場所の意思確認は、3人が行われた。

(3) 介護支援専門員と病院との連携で進展したこと（3年前調査との比較）

ケアマネジャー

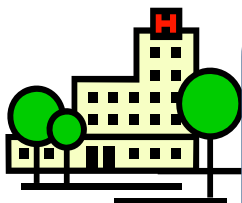
- 病院の入院支援に関する連絡窓口が明確になり、書面（地域連携連絡票）及び書面外（電話及び訪問）による情報提供の件数が増加する等、入院先病院への連絡が定着してきた
- 病院の地域連携室や退院支援看護師等、退院支援に関する連絡窓口が明確になり、退院前カンファレンスの開催回数が増加した
- 退院後の在宅療養を支える訪問看護、訪問リハビリ、訪問薬剤管理指導による医療提供体制が進展したと感じている
- 地域連携連絡票の定着やMCネット等の情報共有ツールの活用、がんぎネットや入退院相談窓口一覧等の医療介護情報の活用が進んでいる



進展しました

病院

- 地域連携室（センター）体制が充実し、院内の退院支援フロー図や退院支援アセスメントの活用が進んだ
- 入退院支援加算を背景に、退院後の在宅生活を見据えた支援体制（入院中からの訪問看護導入チェック体制、急変時医療対応の体制、終末期の意向確認）が強化された
- 病棟看護師の退院前訪問、訪問看護師との同行訪問、院内研修等、在宅生活を理解するための院内の取組が充実した
- 入退院相談窓口一覧や地域連携連絡票の活用が進展した



(4) 介護支援専門員と病院との連携の課題（3年前調査との比較）

ケアマネジャー

- **病院との連携が増える中で、退院前カンファレンス(退院調整)やサービス担当者会議の開催に困難を感じている**
⇒がんぎネットに掲載してある病院の連携窓口一覧、ケアマネジャーと病院の連携ガイドライン、入退院時の連携フロー、サービス担当者会議ガイドラインを活用する
- **急変時の情報共有が「できている・概ねできている」の割合が3年前より 6.3ポイント低下**
⇒MC ネット、ケアマネタイムの活用、サービス担当者会議等で情報共有する
- **終末期の情報共有が「できている・概ねできている」の割合が3年前より 2.6ポイント低下**
⇒サービス担当者会議の開催や訪問看護の導入を検討
⇒看取り対応研修の受講や困難事例では主任ケアマネへ相談する
- **医師との連携で、病院医師とは 70.2%、診療所医師とは 45.6%、課題があると感じている**
⇒診療場面への同席、ケアマネタイム等で主治医の方針を確認する
⇒医療ソーシャルワーカーや看護師を介して確認する

課題と思われました

病院

- **老健、GH、特養、サ高住等の施設との連携**
⇒再入所の条件等、施設サービスの理解や痰吸引等の医療処置への支援をする
- **退院前カンファレンスへの医師出席は、困難な状況にある**
⇒院内の連携を強化し、主治医の意見や医療情報を医師以外の職種が分かり易く伝える
- **ケアマネジャーが、病院医師と 70.2%に連携の課題があると感じている。また、病院による連携に差があると感じている**
⇒主治医の方針や医療情報、病院機能等を分かり易く院外に発信する院内連携体制を強化する

共通の課題

- 地域と病院との連携体制はできてきている。連絡の回数や連携の場が増えたことで、連携の在り様は、次のステップへ… **連携の質の向上へ**
 - * がんぎネット掲載の共通ルールやツールの周知と活用促進
 - * 各職能団体や組織のさらなるスキルアップ
 - * 組織内の情報共有と組織外への効果的な情報発信

2 多職種連携の課題解決に向けた提案 ①

場 面	課 題
退院時の支援	●退院前カンファレンスの必要性の認識に差があり、共通理解のための取組が必要
	●退院前の患者状態に関する必要な情報が、医療側・地域支援者側で異なる
日常療養の支援	●サービス担当者会議では、参集者から十分に意見が出ないなど、多職種協働が課題と介護支援専門員が感じている
	●情報共有のツールを十分に活用できていない
急変時の対応	●急変時対応の明確な指示を得ている介護支援専門員に限られる
終末期の対応	●病院内の意思決定支援は進んでいるが、その内容が介護支援専門員や関係者間で共有できていない
	●介護支援専門員は、在宅での看取り経験が少なく、支援方法が具現化しにくい



場 面	こうなったらいいよね
退院時の支援	○入退院の情報共有が病院と地域との共通理解のもとで行われ、療養者や家族が安心して退院後の地域生活を送ることができる
日常療養の支援	○主治医の負担を軽減しながら、主治医意見が得られ、さらに、参加者が主体的に参加するサービス担当者会議が開催されることで、多職種で検討された支援を患者家族が受けられる
	○上越妙高地域の情報共有ツールの活用を進め、さらに効果的な多職種協働が進む
急変時の対応	○急変が予測される療養者が適切にスクリーニングされ、急変時の医療対応が医療側から介護支援専門員等の支援者に分かりやすく伝わる
終末期の対応	○医療・介護が行っている意思決定支援の内容が、サービス担当者会議や情報共有ツールで共有され、統一した支援が行われることで療養者や家族が安心できる
	○終末期の支援体制について、新任者が実際の支援方法を学べる体制がある

(1) 退院時の支援

- 介護支援専門員から入院先病院への連絡（書面・書面外）は91.7%実施され、入院時から退院を見据えた初期対応は定着した。病院と地域との連携の機会が増えた結果、病院と連携した支援に課題を感じる介護支援専門員が増加したと推察された。
- 在宅生活に戻れるか判断するためのADLや医療情報を適切に提供して欲しい介護支援専門員側と、在宅療養をイメージする限界もある病院側とでサービスの見立ての相違の結果、退院前カンファレンスの必要性の認識に差が生じているとの課題が挙げられた。
- 退院前カンファレンス加算要件に則さなければ開催定義から外れると考える介護支援専門員の存在も伺われ、共通ルール化（開催要件、参集者の目安等）も必要である。
- 出席者の調整は限界もあるので診療場面への同席、ケアマネタイム等で主治医の方針を確認するなど必要である。また主治医の意見や医療情報を含む院内の情報を共有・集約し、地域に伝達していく仕組みを整えることが今後必要である。
- 入院中に訪問看護導入のチェック体制があると明言できる病院は現在なく、医療依存度が高い人への導入の見極めを退院前カンファレンスで検討できる仕組みが望まれる。
- 病院側は介護老人保健施設等との連携に課題があり、再入所の条件や地域資源等の情報を病院・地域相互に共有すると次の連携に繋がると考えられる。

課題 1

退院前カンファレンスの必要性の認識に差があり、共通理解のための取組が必要

- フロー図の整備と周知
 - ・ケアマネジャーと病院の連携ガイドライン、入退院時の連携フロー図、入退院連絡窓口一覧の使用を定着するとともに、各病院は、自病院の機能や特徴を踏まえた独自フロー図等を地域の支援者に公表する
 - ・介護支援専門員は、各病院機能に連動したマネジメントを行う
- 退院前カンファレンス
 - ・開催要件、参集者の目安を病院と介護支援専門員で共通ルール化する。また介護支援専門員は、在宅療養の継続に必要な情報を生活の視点から、医療職に伝える



課題 2

退院前の患者状態に関する必要な情報が、医療側・地域支援者側で異なる

- 病院内の連携
 - ・主治医の意見や医療情報を含む院内の情報を共有・集約し、地域に伝達していく仕組みを整える
 - ・施設の特徴や再入所条件等を理解するとともに、痰吸引等の医療処置への支援や急変時、終末期の支援体制を強化する
- 訪問看護の導入支援
 - ・「訪問看護を利用してみませんか」の活用を定着する等、入院中から導入に係る必要性のチェック体制を整える



(2) 日常療養の支援

- サービス担当者会議の項目は進展があまり見られず、介護支援専門員は参集者から十分に意見が出ないなど運営方法の苦勞、主治医参加率1~2%と参加困難・依頼しにくさを挙げた。
- サービス担当者会議の必要性や意義を生活の視点から医療側に的確に伝え、主治医の負担を軽減しながら意見や情報を把握するために、更なる工夫が必要である。具体的には、主治医の出席を求める必要性の吟味、病院・診療所の連携担当者の選任などが必要と考えられた。
- 情報共有では、がんぎネットを知っていても活用していない・がんぎネットとMCネットを混同している現状であり、活用のメリットを機会を捉えて浸透させる必要がある。
- 在宅医療提供体制で向上したと介護支援専門員が感じる分野は、訪問看護、訪問リハビリ、訪問薬剤管理指導であったが、開始した訪問栄養指導も進める必要がある。
- 支援内容の検討では、病院のスタッフが必要とする患者家族の精神面・経済面等の不安や負担など必要な情報を吟味し、各専門職の視点で更なる多職種協働を進める必要がある。

課題 1

サービス担当者会議では、参集者から十分に意見が出ないなど、多職種協働が課題と介護支援専門員が感じている

- 療養者と家族を支える医療介護の提供に向けて、更なる多職種協働の取組
 - ・ 介護支援専門員は、主治医の負担軽減に配慮した助言の求め方（サービス担当者会議の必要性や意義を的確に伝える等）を工夫する
 - ・ 病院医師は、退院支援看護師や医療ソーシャルワーカーを通じた連携に配慮する
 - ・ 診療所主治医は、負担軽減のために、連携担当者の選任を検討する
- 療養者と家族に寄り添う支援のために、更なる多職種協働の取組
 - ・ 在宅療養継続の気持ちに寄り添い、精神面・経済面等の不安や負担を軽減する
 - ・ 多職種協働の支援について、サービス担当者会議で検討する
 - ・ 訪問看護、訪問リハビリ、訪問薬剤管理指導を必要とする者への提供を進める
 - ・ 訪問栄養指導の活用を、がんぎネット活用や多職種連携研修等で定着を進める



課題 2

情報共有のツールを十分に活用できていない

- 療養者と家族を支える多職種の支援者が、効率的な連携を継続する取組
 - ・ がんぎネットに掲載の連携ツールを活用する
 - ・ MCネットでの利用者情報の共有ー相手が知りたい情報の提供
 - ・ 介護支援専門員は、病院で有効活用される地域連携連絡票になるよう、病院側の意見を反映した記載に配慮する

(3) 急変時の対応

- 高齢化の進展・家族介護力低下が背景にあるが、急変が予測されるケースの医療体制を担当ケース及び医療機関と情報共有できていると感じる介護支援専門員の割合は減少した。
- 急変時対応の明確な指示を得ている介護支援専門員は限られている可能性も示唆された。一方で、指示を得る具体策は多数挙げられた。主治医からの指示の得方の具体策を地域で共有していく必要がある。
- 訪問看護の介入があるケースは医療との情報共有がスムーズとされた。急変が予測される患者への訪問看護の導入チェックも更に進める必要がある。

課題 1

急変時対応の明確な指示を得ている介護支援専門員が限られる

- 介護支援専門員は、急変時の対応を事前に準備する
 - ・退院前カンファレンス、サービス担当者会議で共通認識するよう配慮する
 - ・訪問診療への同席等を通して、予測される状況と救急搬送を迷わずに依頼する見極めの指示を事前に得る
 - ・急変時の連絡方法の一覧表を作成し関係者間で共有する
 - ・急変時の連絡方法や対応について、家族と十分に話合っておく
- 介護支援専門員等が、急変時対応の指示を得られるよう、地域の医療職は支援する
 - ・医療職は、地域の介護職等に分かりやすく伝える工夫をする
 - ・訪問看護の必要者を見極め、導入を支援者全体で進める

(4) 終末期の対応

- 病院は、終末期と判断した後、家族等への医療や療養先の意向確認について、全ての病院が「できている・概ねできている」としていた。一方、介護支援専門員は担当ケースについて実際に療養場所の意思確認をしたのは67.3%（49事例中、33事例）であり、また情報共有ができていると感じる割合が47.4%と若干減少した（H27 50.0%）。
- 介護支援専門員側は、医療情報を得にくいなど医療との連携に課題があるとした一方で、訪問看護の介入があると医療との情報共有・支援がスムーズになるとの意見もあった。
- 次のステップは、本人家族の意思決定を支援した内容について医療・介護の情報共有の仕組みが必要である。また本来A.C.Pは医療と介護の連携が必要で、研修も必要である。
- 介護支援専門員の経験年数は5年未満が3割を占め、また在宅での看取り経験が少ない。支援者側を支え次の支援に繋げるためのデスカンファレンス・グリーフケアの開催や、看取り支援・意思決定支援は、地域の実際の看取りの事例検討などで継続的・計画的な学びを進める必要があることが示唆された。

課題 1

病院内の意思決定支援は進んでいるが、その内容が介護支援専門員や関係者間で共有できていない

- 地域全体へのA.C.Pの啓発及び関係者の研修の機会を増やす
 - *A.C.P（アドバンス・ケア・プランニング：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス）
- A.C.Pを踏まえた医療と介護の連携を促進する
 - ・地域連携連絡票等の連携ツールや退院前カンファレンスの項目に意思決定支援の内容や確認の方法を記載する等、共通ルールを検討する
 - ・MCネットを活用する等、リアルタイムでの情報共有ができるよう活用を進める

課題 2

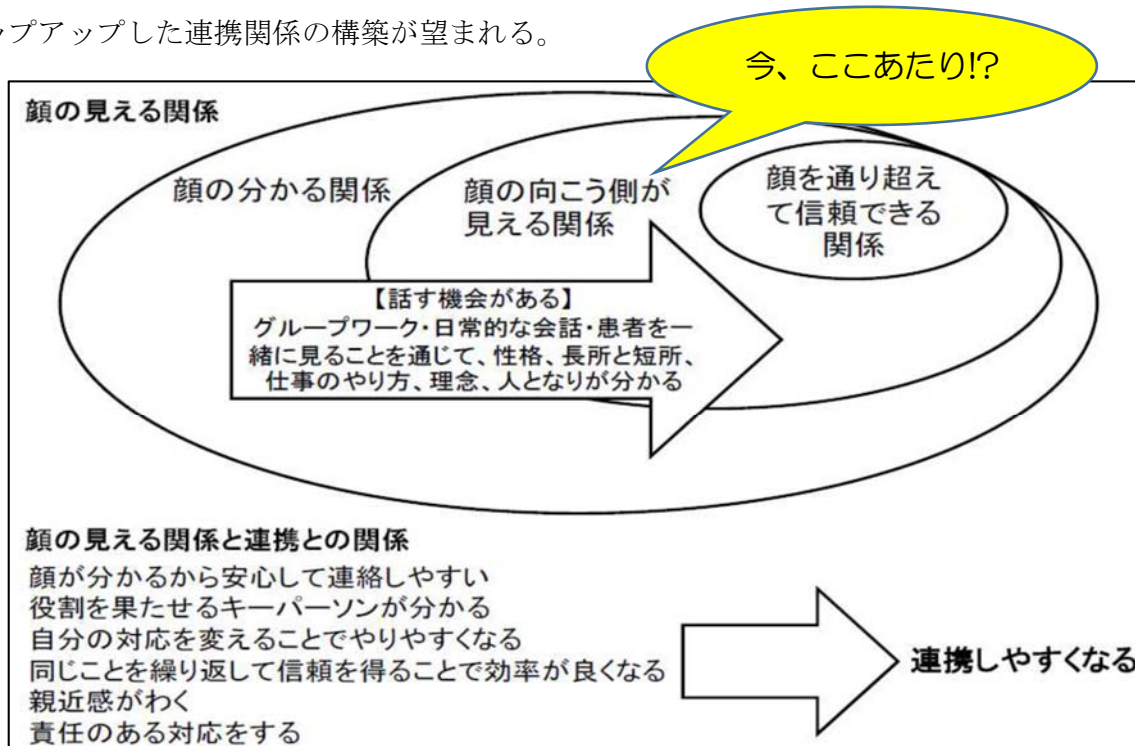
介護支援専門員は在宅での看取り経験が少なく、支援方法が具現化しにくい

- 介護支援専門員が、継続的・計画的に学ぶ機会を確保する
 - ・実際の看取りケースの事例検討会を開催する
 - ・厚生労働省が所管する各種手引きを参照しながら、利用者が月単位・週単位・日単位で変化する状況を実事例から学ぶ
- 支援者によるデスカンファレンスやグリーフケアを開催する

3 多職種連携の課題解決に向けた提案②

上越妙高地域は、病院の連絡窓口が明確になり、退院前カンファレンスの開催が進展し、情報共有が進み、退院後の在宅医療提供体制も進展してきている。在宅医療と介護の連携体制は、初期から次の段階に到達していると推測できる。

連携が進展し、地域と病院の関わりが頻回になった。今まで見えなかった相手の状況が見えてきた結果、相手に求めることが出来ていないと指摘になりやすい。現状はその時期と思われ、ステップアップした連携関係の構築が望まれる。



参考:『緩和ケア普及のための地域プロジェクト(厚生労働科学研究がん対策のための戦略研究)』報告書(2012)

現在は「顔の向こう側が見える関係」まで進展したと推測する

↓

顔の見える関係から信頼できる関係へ

病院とケアマネの歩み寄り

病院と地域との情報交換会を開催する等、お互いが求める情報、役割、できること等を共通認識する機会を増やしてみませんか

療養者と家族への支援を多職種で共有し、終末期の意思決定支援まで継続する体制づくりを上越・妙高地域で構築しましょう

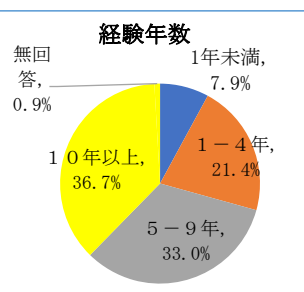
IV 調査結果 平成30年度 居宅介護支援専門員調査

(設問6) あなたの居宅介護支援専門員としての経験年数、専門性等についてお聞きします。

(1) 経験年数

	H30		H25 (参考値)	
	回答数	構成比	回答数	構成比
1年未満	17	7.9%	28	12.0%
1-4年	46	21.4%	70	30.0%
5-9年	71	33.0%	83	35.6%
10年以上	79	36.7%	44	18.9%
無回答	2	0.9%	8	3.4%
計	215	100.0%	233	100.0%

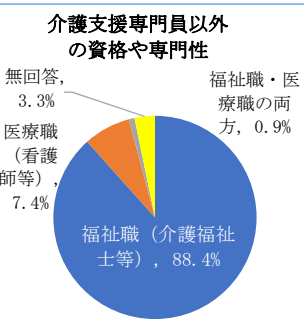
経験年数は、5年未満が3割を占める。



(2) 介護支援専門員以外の資格や専門性

	H30		H25 (参考値)	
	回答数	構成比	回答数	構成比
福祉職 (介護福祉士等)	190	88.4%	199	85.4%
医療職 (看護師等)	16	7.4%	17	7.3%
福祉職・医療職の両方	2	0.9%	4	1.7%
無回答	7	3.3%	13	5.6%
計	215	100.0%	233	100.0%

福祉職が約9割 (88.4%) を占める。

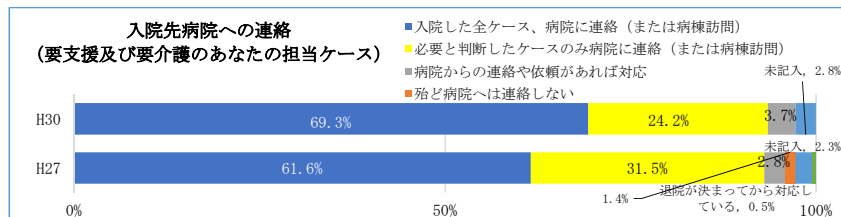


1 入院先病院への連絡について

(1) 入院先病院への連絡 (要支援及び要介護のあなたの担当ケース)

	H30		H27	
	回答数	構成比	回答数	構成比
入院した全ケース、病院に連絡 (または病棟訪問) するようにしている	149	69.3%	133	61.6%
必要と判断したケースのみ病院に連絡 (または病棟訪問) している	52	24.2%	68	31.5%
病院からの連絡や依頼があれば対応している	8	3.7%	6	2.8%
殆ど病院へは連絡しない	0	0.0%	3	1.4%
未記入	6	2.8%	5	2.3%
退院が決まってから対応している	(設問なし)		1	0.5%
計	215	100.0%	216	100.0%

「入院した全ケース、病院に連絡 (または病棟訪問) するようにしている」割合はH27に比べ上昇した。また、「ほとんど病院へは連絡しない」はH27の3件から0件へ減少した。



(2) 9月 (1か月間) の担当ケースの入院者数 (要支援及び要介護)

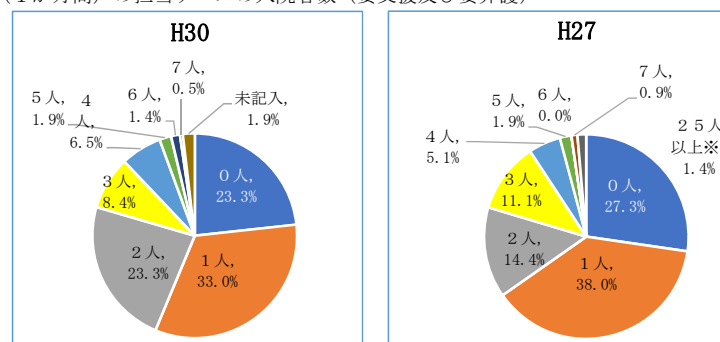
	H30		H27	
	回答数	構成比	回答数	構成比
0人	50	23.3%	59	27.3%
1人	71	33.0%	82	38.0%
2人	50	23.3%	31	14.4%
3人	18	8.4%	24	11.1%
4人	14	6.5%	11	5.1%
5人	4	1.9%	4	1.9%
6人	3	1.4%		0.0%
7人	1	0.5%	2	0.9%
25人以上*			3	1.4%
未記入	4	1.9%		
計	215	100.0%	216	100.0%

※内訳 (25人、29人、30人各1人)

(H27入院総数を1とした場合の増減) $326 / 378 = 0.86$ 倍

介護支援専門員の担当ケースにおける入院総数は、H27 (約378人) に比べ326人と減少している。

9月 (1か月間) の担当ケースの入院者数 (要支援及び要介護)



介護支援専門員1人あたりの入院者数は、H27調査と同傾向で「1人」が最も多い (33.0%)。

(3) 9月(1か月間)に入院した担当ケースにおける、入院先病院への書面及び書面以外による情報提供の実件数

書面：地域連携連絡票、入院時情報連携加算のための情報提供書など
書面外：訪問・電話による情報提供(退院前カンファレンスを除く)

①【書面】病院に送付した件数

	H30		H27		H30		H27	
	回答数	構成比	【うち地域連携連絡票分】	構成比	回答数	構成比	【うち地域連携連絡票分】	構成比
0件(未記入を含む)	111	51.6%	111	51.6%	139	64.4%	148	68.5%
1件	61	28.4%	65	30.2%	44	20.4%	38	17.6%
2件	32	14.9%	30	14.0%	17	7.9%	16	7.4%
3件	8	3.7%	6	2.8%	11	5.1%	10	4.6%
4件	2	0.9%	2	0.9%	3	1.4%	2	0.9%
5件	1	0.5%		0.0%	1	0.5%	1	0.5%
6件								
7件		0.0%	1	0.5%	1	0.5%	1	0.5%
計	215	100.0%	215	100.0%	216	100.0%	216	100.0%

①送数合計 162 158 135 120

(上記より算出)

	H30	H27
地域連携連絡票/送付合計	158/162 = 97.5%	120/135 = 88.9%
送付合計/担当ケース入院数*	162/326 = 49.7%	135/378 = 35.7%
H27送付件数を1とした場合の増減	162/135 = 1.20倍	

入院先病院へ送付した書面の97.5%が「地域連携連絡票」と考えられる(参考値)。担当ケースの入院患者ベース(H30 326人)では、49.7%が地域側一病院へ書面連絡し、H27(35.7%)に比べ上昇している。H30の書面の病院送付件数はH27(135件)に比べ162件へと、約1.2倍に増加した。

②【書面】病院から依頼があり、提供した件数

	H30		H27		H30		H27	
	回答数	構成比	【うち地域連携連絡票分】	構成比	回答数	構成比	【うち地域連携連絡票分】	構成比
0件(未記入を含む)	208	96.7%	211	98.1%	208	96.3%	212	98.1%
1件	4	1.9%	4	1.9%	7	3.2%	4	1.9%
2件	2	0.9%						
3件								
4件	1	0.5%						
計	215	100.0%	215	100.0%	216	100.0%	216	100.0%

②送数合計 12 7

(上記より算出)

	H30	H27
送付合計/担当ケース入院数*	12/326 = 3.7%	7/378 = 1.9%
H27送付件数を1とした場合の増減	12/7 = 1.71倍	

入院患者ベースで、病院から地域への書面提供依頼は、H27に比べ微増した(1.9%→3.7%)。

③【書面外】訪問または電話(1ケースにつき1回で計算)

	H30		H27	
	回答数	構成比	回答数	構成比
0件(未記入を含む)	146	67.9%	143	66.2%
1件	45	20.9%	44	20.4%
2件	10	4.7%	20	9.3%
3件	6	2.8%	4	1.9%
4件	5	2.3%	3	1.4%
5件	1	0.5%		
6件	1	0.5%		
7件				
8件			1	0.5%
11件	1	0.5%		
14件			1	0.5%
計	215	100.0%	216	100.0%

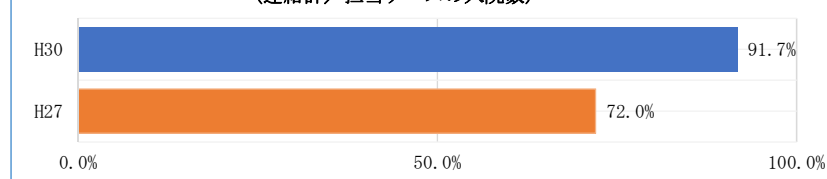
③書面外連絡数 125 130

(上記より算出)

	H30	H27
①【書面】病院に送付した件数	162	135
②【書面】病院から依頼あり提供した件数	12	7
③【書面外】訪問または電話	125	130
①②③計	299	272
①②③計/担当ケースの入院数*	91.7%	72.0%

地域と病院の書面・書面外の連絡割合はH27(72.0%)に比べH30は91.7%と増加し、9割の入院患者について連絡が行われていると推測される。

ケアマネジャーから病院への書面・書面外の連絡割合(連絡計/担当ケースの入院数)



④提供していない件数

	H30		H27	
	回答数	構成比	回答数	構成比
0件(未記入を含む)	186	86.5%	188	87.0%
1件	23	10.7%	20	9.3%
2件	4	1.9%	4	1.9%
3件	1	0.5%	2	0.9%
4件	1	0.5%	1	0.5%
(H27未記入)			1	0.5%
計	215	100.0%	216	100.0%

④提供していない患者数 38 38

(上記より算出)

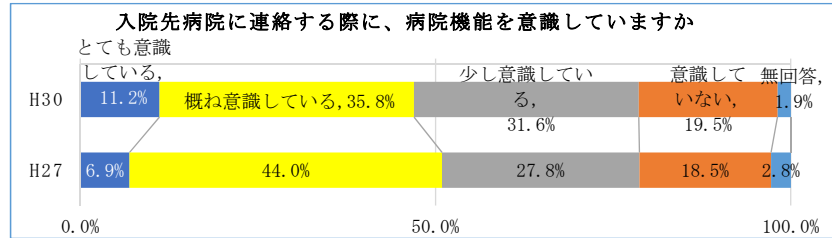
	H30	H27
提供していない患者数/担当ケースの入院数*	38/326 = 11.7%	38/378 = 10.1%

入院患者ベースで、「提供していない」件数は計算上、H27、H30ともに約1割。

(4) 入院先病院に連絡する際に、病院機能（特に在院日数について：急性期18～21日まで、回復期180日まで、包括ケア病床60日など）を意識していますか

	H30		H27	
	回答数	構成比	回答数	構成比
とても意識している	24	11.2%	15	6.9%
概ね意識している	77	35.8%	95	44.0%
少し意識している	68	31.6%	60	27.8%
意識していない	42	19.5%	40	18.5%
無回答	4	1.9%	6	2.8%
計	215	100.0%	216	100.0%

「とても意識している」はH27に比べ上昇したが（6.9%→11.2%）、「とても意識」「概ね意識」計では微減した（50.9%→47.0%）。



(4) 入院先病院に連絡する際に、病院機能を意識していますか【具体的内容】
(カテゴリー別)

意識し、退院（転院）を見据えた早期連携を心がける	32
急性期病院は特に意識する	10
（入院先や在院日数に関わらず）早期に状況把握する	10
少し意識し、退院時期の見当にしている	8
主病名や病状を意識する	5
在院日数までは意識していない	4
意識していない	3
入院期間は病院と家族に任せる	3
意識していないが、病院から適切に連絡が入る	2
在宅サービスを調整してから退院日を病院と調整する	1
小規模多機能は3か月で解約	1
病院から病床機能の説明を受ける	1
連携フローを活用	1
退院時期の見当にしている	1
総計	82

病院機能の意識に関する記載のカテゴリー別では「意識し、退院（転院）を見据えた早期連携を心がける」（32）、「急性期病院は特に意識する」（10）など、病院機能を意識している記載が半数を占めた。

一方で、意識しない背景では、「（入院先や在院日数に関わらず）早期に状況把握する」（10）など、病院機能に関わらず、早期に連携を開始する現状が伺えた。

【介護支援専門員の連携の具体例】

「入院中の状態に応じて連絡を取り合い、変更申請や退院時のサービス調整、環境整備が必要か判断し、退院までに間に合うように意識している」
「退院予定を予測し、退院後の調整を行っている」
「退院調整が円滑に行えるよう、予定の入院期間や退院許可が降りた際の連絡について、早めに連絡を頂けるようお願いしている」
「病院訪問時に担当看護師に入院期間の確認を行っている」
「担当看護師から病床機能について説明を受けた時はケアマネとしても意識してあたるようにしている」

2 退院前カンファレンスに関すること

(1) 9月（1か月間）に退院した、担当ケースの退院件数を退院先別にお答えください。また、退院調整に困難を感じた件数もお答えください（1ケースにつき1回で回答）

	H30					退院件数計	
	1件	2件	3件	4件	5件	件数	構成比
退院先が自宅	64	23	14	4	2	178	72.1%
退院先が施設	24	5				34	13.8%
転院	9	1				11	4.5%
死亡	15	1				17	6.9%
その他	7					7	2.8%
						247	100.0%

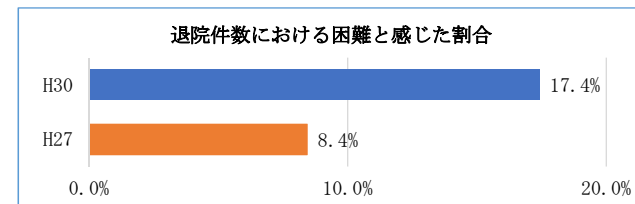
上記の退院数247件のうち、

	H30					困難を感じた件数計
	1件	2件	3件	4件	5件	
退院調整に困難を感じた件数	37	1		1		43
退院数(247件)のうち、退院調整に困難を感じた(43件)割合						17.4%

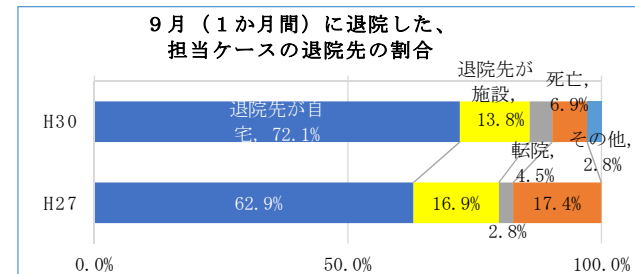
	H27					退院件数計	
	1件	2件	3件	4件	5件	件数	構成比
退院先が自宅	66	15	4	1		112	62.9%
退院先が施設	25	1	1			30	16.9%
転院	5					5	2.8%
死亡	25	3				31	17.4%
						178	100.0%

上記の退院数178件のうち、

	H27					困難を感じた件数計
	1件	2件	3件	4件	5件	
退院調整に困難を感じた件数	13	1				15
退院数(178件)のうち、退院調整に困難を感じた(15件)割合						8.4%



「困難と感じた件数」はH27（15件、8.4%）からH30は43件（17.4%）へと増加した。



退院先は「退院先が自宅」がH27（112件、62.9%）から178件（72.1%）へと増加した。

2 (1) 退院調整に困難を感じた【具体的内容】

(カテゴリー別)

退院までの期間が短い	9
受け入れ先の調整が困難、施設探し	6
状態像の変化や状態が不安定	5
病院からの事前の情報不足でプランに影響する	5
介護力の不足(独居、高齢世帯)	5
介護者の体調や意向に左右される	3
医療依存度が高い	2
在宅生活困難を家族が納得しない	1
総計	36

退院調整に困難と感じた具体的内容は36件の記載があった。
記載のカテゴリー別では、「退院までの期間が短い」(9)、「受け入れ先の調整が困難、施設探し」(6)、「状態像の変化や状態が不安定」(5)、「病院からの事前の情報不足でプランに影響する」(5)、「介護力の不足(独居、高齢世帯)」(5)などが挙げられた。

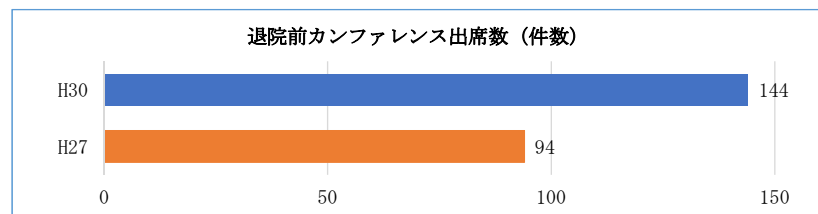
(2) 9月(1か月間)に退院した要介護者(担当ケース)における、退院前カンファレンス出席数

※「延数」も調査したが、実数よりも少数のため「実数」のみ記載

①あなたの退院前カンファレンス出席数(実数)

	H30		H27	
	回答数	出席計	回答数	出席計
1件	54	144	49	94
2件	26		15	
3件	8		5	
4件	2			
5件				
6件	1			
H27退院前カンファレンス件数を1とした場合の増減	144/94=		1.53倍	

退院前カンファレンス出席数はH27の94件から144件へと、1.53倍に増加した。



②上記会議のうち、病院医師の出席回数(実数)

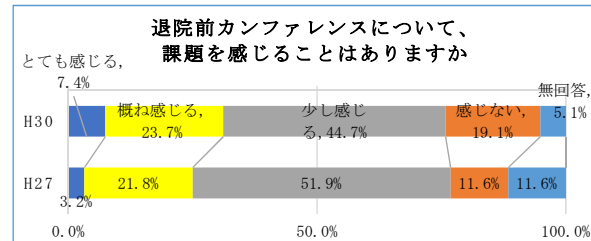
③上記会議のうち、診療所医師の出席回数(実数)

	②病院医師		③診療所医師	
	回答数	実計	回答数	実計
1件	8	11	1	4
2件				
3件	1		1	
(上記より算出)	②病院医師		③診療所医師	
医師の出席/①介護支援専門員の退院前カンファレンス出席数	11/144	= 7.6%	4/144	= 2.8%

「病院医師の出席割合」は推計7.6%。
「診療所医師の出席割合」は推計2.8%。

(3) 退院前カンファレンスについて、課題を感じることはありますか

	H30		計	H27		計
	回答数	構成比		回答数	構成比	
とても感じる	16	7.4%	31.2%	7	3.2%	25.0%
概ね感じる	51	23.7%		47	21.8%	
少し感じる	96	44.7%		112	51.9%	
感じない	41	19.1%		25	11.6%	
無回答	11	5.1%		25	11.6%	
計	215	100.0%		216	100.0%	



前述(2)退院前カンファレンス出席数は増加した一方で、「退院前カンファレンスの課題」(とても・概ね感じる計)はH27に比べ、25.0%(計54件)から31.2%(計67件)へと増加した。

(3) 退院前カンファレンスについて、課題を感じることはありますか【具体的内容】

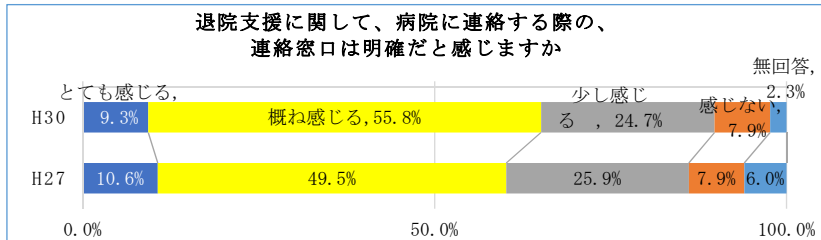
(カテゴリー別)

病院側の在宅療養のイメージ不足	14
ケアマネジャーの想定よりも早期の退院	13
医師は出席困難	13
在宅療養の準備が整っていないのに退院が決まる	11
病院側に病状把握や医療情報の不足がある	11
病院とカンファレンス必要性の認識にズレがある	8
院内の連携不足を感じる	7
参加者の日程調整が困難	7
退院カンファレンスの目的や算定要件を理解してもらえていない	7
病院により温度差がある	5
在宅はケアマネジャー任せ	4
退院カンファレンスの運営・進行役	3
病院と家族とのコミュニケーション不足	3
病状が不安定で情報変更する	2
病院が地域資源の現状を知らない	1
(肯定的意見) 情報提供が適切にある	3
(肯定的意見) 連携が図れている	2
(肯定的意見) 日程調整も対応してもらえない	1
(肯定的意見) 医師の判断は、ムンテラに同席し確認する	1
総計	116

退院前カンファレンスで感じた課題内容は多岐に渡った。
「在宅側と病院側の必要なサービスについての見立ての相違がある」など「病院側の在宅療養のイメージ不足」(14)、「ケアマネジャーの想定よりも早期の退院」(13)、「医師は出席困難」(13)、「在宅療養の準備が整っていないのに退院が決まる」(11)、「病院側に病状把握や医療情報の不足がある」(11)が上位を占めた。
「病院とカンファレンス必要性の認識にズレがある」(8)では、「担当看護師から『問題ないから退院前カンファレンスの必要はない。すぐに退院する様に』と言われたケースがあった。病院関係者が問題ないと感じても、本人や家族が退院後の生活に不安がある場合はカンファレンスを行えるようにして欲しい」など見られた。「院内の連携不足を感じる」(7)では、「病院側の出席者が事前に明確でなく、担当看護師が出席するとも限らず病院内で情報共有できていないと感じるときがある。どのようなケースに連携センターMSWが関わるのか不明、いきなりカンファレンスに出席されても困る」、また「退院カンファレンスの目的や算定要件を理解してもらえていない」(7)として、算定とカンファレンスの関係性の記載が見られた。
「病院が地域資源の現状を知らない」(1)は、「病院側はすぐ『施設をさがして下さい』と言うことが多く、施設にすぐに入れない現状を知らない」と記載された。

3 退院支援に関して、病院に連絡する際の連絡窓口は明確だと感じますか

	H30			H27		
	回答数	構成比	計	回答数	構成比	計
とても感じる	20	9.3%	65.1%	23	10.6%	60.2%
概ね感じる	120	55.8%		107	49.5%	
少し感じる	53	24.7%		56	25.9%	
感じない	17	7.9%		17	7.9%	
無回答	5	2.3%		13	6.0%	
計	215	100.0%		216	100.0%	



退院支援の病院の連絡窓口が明確であるかについて、「とても感じる」「概ね感じる」計65.1%と向上していた (H27 60.2%)。

3 退院支援に関して、病院に連絡する際の連絡窓口は明確だと感じますか【具体的内容】

(カテゴリー別)

連絡窓口は明確になっている	39
退院支援看護師が機能している	8
入退院相談窓口一覧表を活用しており、窓口は明確	3
医療ソーシャルワーカーが関わるケースは連携がスムーズだと感じる	2
(明確ではない) 病院で差があり窓口を戸惑うことがある	52
(明確ではない) 担当が日によって変わる・担当が不在の時に困る	4
(課題) 院内連携に課題があると感じる	11
(課題) 担当が日によって変わる・担当が不在の時に困る	7
(課題) 連絡のタイミングに課題がある	2
(その他) 患者の意向をもう少し確認して進めてほしい	1
総計	129

「退院支援の病院の連絡窓口が明確であるかについての具体的内容」は129件記載された。
 前述の量的設問での回答者数は「とても感じる」が20件、「概ね感じる」120件である。
 具体的内容のカテゴリー別では、「(明確ではない) 病院で差があり窓口を戸惑うことがある」(52)が最も多い。

量的・質的情報の両面から現状として、『H27に比べ病院に連絡する際の連絡窓口は明確になってきた一方で、病院により差がある』現状と推測された。

4 サービス担当者会議に関すること

(1) 9月(1か月間)に実施した、担当ケースのサービス担当者会議の開催件数

※「延数」も調査したが、実数よりも少数のため「実数」のみ記載

①あなたが出席したサービス担当者会議の開催数

	H30	
	回答数	実計
1件	18	659
2件	38	
3件	47	
4件	34	
5件	29	
6件	16	
7件	4	
8件	1	
10件		
11件	1	
14件		

1か月間で659件開催された。

②上記会議のうち、病院医師の出席回数(実数)

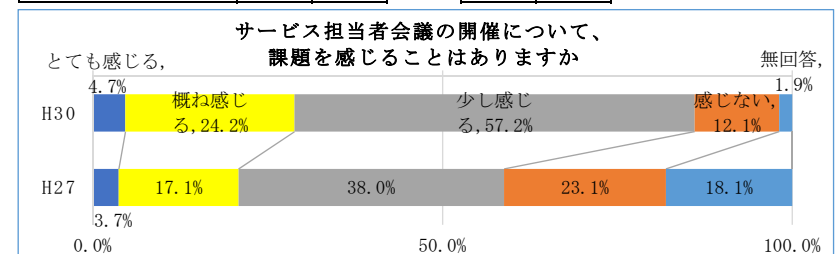
③上記会議のうち、診療所医師の出席回数(実数)

上記659件の開催のうち、	②病院医師		③診療所医師	
	回答数	実計	回答数	実計
1件	6	10	8	17
2件	2		1	
3件			1	
4件			1	
(上記より算出)	②病院医師		③診療所医師	
医師の出席/①介護支援専門員のサービス担当者会議の開催数	10/659 =	1.5%	17/659 =	2.6%

「病院医師の出席割合」は推計1.5%。
 「診療所医師の出席割合」は推計2.6%。

(2) サービス担当者会議の開催について、課題を感じることはありますか

	H30			H27		
	回答数	構成比	計	回答数	構成比	計
とても感じる	10	4.7%	28.8%	8	3.7%	20.8%
概ね感じる	52	24.2%		37	17.1%	
少し感じる	123	57.2%		82	38.0%	
感じない	26	12.1%		50	23.1%	
無回答	4	1.9%		39	18.1%	
計	215	100.0%		216	100.0%	



「サービス担当者会議の開催の課題」(とても・概ね感じる計)はH27に比べ、20.8%(45件)から28.8%(62件)へと増加した。

(2) サービス担当者会議の開催について、課題を感じることはありますか【具体的内容】

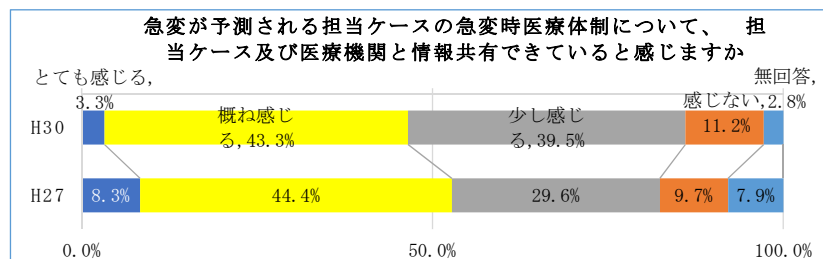
(カテゴリー別)

日程の調整	41	サービス担当者会議の開催で感じる課題の具体的内容は115件記載された。 「日程の調整」(41)、「主治医(総合病院医師)の意見を求めにくい」などの「主治医の参加は困難で、また依頼のしにくさを感じる」(29)、「有意義な意見交換など運営方法で苦勞」(21)が上位を占めた。
主治医の参加は困難で、また依頼のしにくさを感じる	29	
有意義な意見交換など運営方法で苦勞	21	
本人・家族の意向への添い方	7	
医療面の意見を収集していない	4	
軽微なサービス変更との線引きが難しく、頻回な開催が負担	4	
事業所や料金の課題	2	
(肯定的意見) 主治医情報は事前に書面や受診同行で得る	6	課題以外に、ケアマネジャーの工夫として肯定的意見も見られた。 主治医情報を書面・受診同行で得る他、往診・訪問診療時の開催が挙げられた。
(肯定的意見) 往診・訪問診療時に合わせ開催する	1	
総計	115	

5 在宅医療提供体制

(1) 急変が予測される担当ケースの急変時医療体制について、担当ケース及び医療機関と情報共有できていると感じますか

	H30		計	H27		計
	回答数	構成比		回答数	構成比	
とても感じる	7	3.3%	46.5%	18	8.3%	52.8%
概ね感じる	93	43.3%		96	44.4%	
少し感じる	85	39.5%		64	29.6%	
感じない	24	11.2%		21	9.7%	
無回答	6	2.8%		17	7.9%	
計	215	100.0%		216	100.0%	



「急変が予測される担当ケースの医療機関との情報共有」(とても・概ね感じる計)はH27に比べ、52.8%(114件)から46.5%(100件)へと減少した。

5 (1) 在宅医療提供体制【具体的内容】

(カテゴリー別)

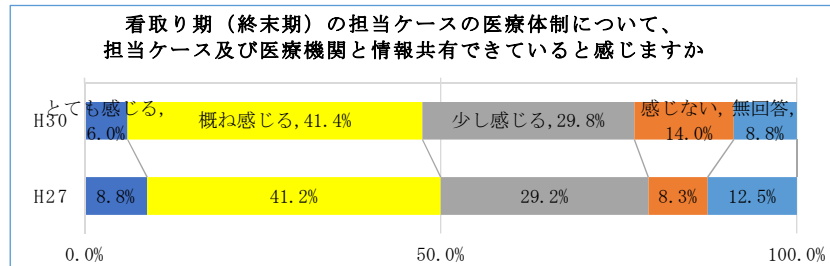
訪問看護の介入がありスムーズ	20	急変が予測される担当ケースの医療機関との情報共有の具体的内容では105件記載された。 「訪問看護の介入がありスムーズ」(20)、「ケアマネジャーからのアプローチ・工夫で共有できている」(19)をはじめ、情報共有方法の記載がされた。	
ケアマネジャーからのアプローチ・工夫で共有できている	19		
急変時の対応方法の明確な指示があるなど情報共有できている	7		
MCネットを活用	7		
診療所主治医と情報共有できている	6		
病院主治医とは、連携室や看護師が仲介し情報共有する	5		
カンファレンスで情報共有	4		
(課題) 病院との情報共有で課題を感じる	6		一方の課題では、「病院との情報共有で課題を感じる」(6)では“病院により対応が違うため、常に共有できるかといわれれば難しい”、「医療機関との情報共有が不十分」(6)、「救急搬送と往診の見極めが話し合えていない」(5)では“往診してくださる先生が主治医であれば心強いが…そうでない場合は救急搬送になってしまう”等が挙げられた。
(課題) 医療機関との情報共有が不十分	6		
(課題) 救急搬送と往診の見極めが話し合えていない	5		
(課題) 家族との課題	4		
(課題) 医療機関の協力が得られていないと感じる	3		
(課題) 休日・夜間の連絡体制の課題	2		
(課題) 家族・事業所とのみ共有	2		
(課題) 医療系サービスが入っていないと難しい	1		
(その他) 医療機関や担当ケースによって異なる	5		
(その他) 情報共有できていない	3		
総計	105		

【在宅医療提供体制の具体例】

「緊急時や災害時の対応を日ごろから話し合って体制を整えている」
 「訪問診療への同席、日々の状態報告等を丁寧に行い、情報共有できている」
 「急変時の連絡方法について一覧表を作成」
 「変化等注意して見るポイントと必要な対処を本人や家族、在宅サービス事業者に分かりやすく具体的に提示してもらえると、日常の安心感が違います」
 「予測される状態と救急搬送を迷わずに依頼する等の確認」
 「訪問診療時に同席するようになり、自分が訪問した時の状況などを口頭やMCネット等で伝えるようにしている」
 「予測が出来るケースでは事前にMCネットなどを活用し、医師を含めた関係機関と情報共有を行っている」

(2) 看取り期（終末期）の担当ケースの医療体制について、担当ケース及び医療機関と情報共有できていると感じますか

	H30		計	H27		計
	回答数	構成比		回答数	構成比	
とても感じる	13	6.0%	47.4%	19	8.8%	50.0%
概ね感じる	89	41.4%		89	41.2%	
少し感じる	64	29.8%		63	29.2%	
感じない	30	14.0%		18	8.3%	
無回答	19	8.8%		27	12.5%	
計	215	100.0%		216	100.0%	



「看取り期の担当ケースの医療機関との情報共有できていると感じますか」では、（とても・概ね感じる計）はH27に比べ、50.0%（108件）から47.4%（102件）へと減少し、「共有できていると感じない」は8.3%から14.0%へと増加した。

(2) 看取り期（終末期）の担当ケースの医療体制について、担当ケース及び医療機関と情報共有できていると感じますか【具体的内容】

(カテゴリー別)

看取りの際の対応を確認し、情報共有できている	25
訪問看護の介入がありスムーズ	14
病院と連携できている	7
カンファレンスで確認	3
MCネットの活用	3
(現状) ケアマネジャーの看取り支援の経験が少ない	18
(現状) 在宅での看取りは少ない	6
(課題) 病院と情報共有できていないと感じる	8
(課題) 主治医により指示が得にくく不安な場合がある	4
(課題) 医療側から情報が来ない・家族から情報を得る	4
(課題) 看取りの意思確認や連携するタイミングが難しい	2
(課題) 休日・夜間で異なる	1
(課題) 本人家族と医療側との思いが一致しない時がある	1
(その他) 情報不足	1
総計	97

「看取り期の担当ケースの医療機関との情報共有」の具体的内容は97件記載された。「看取りの際の対応を確認し、情報共有できている」(25)、「訪問看護の介入がありスムーズ」(14)が上位を占めた。

一方で、「経験なく具体案・方法等の知識が無い」など「ケアマネジャーの看取り支援の経験が少ない」(18)現状が見られた。課題では「病院と情報共有できていないと感じる」(8)があり「急性期医療の総合病院との情報共有に課題を感じる」が挙げられた。

【看取り期の情報共有の具体例】「予め主治医からのムンテラに家族と一緒に同席させていただいているので、ほぼ連携は取れている」「ケアマネタイムを活用し状況を主治医に伝えている」

(3) 看取り期（終末期）の支援で困難を感じること—具体的な内容

(カテゴリー別)

意思確認をしていても、いざとなると家族は動揺する（家族への不安軽減のサポート）	13
本人と家族の意向の違い	12
家族の介護負担とサービスの調整（介護の見通しが持てること）	11
看取り期の判断と医療・家族との情報共有に課題	8
状態が変化していく中での急変時の対応の難しさ	6
在宅看取りの医師の不足	5
休日夜間の課題	5
入院の選択が増える	4
主治医の考え方で支援に違いがある	4
介護力不足で本人の意向に添えない	4
医療側から家族への看取り期の説明があるが、家族が受け止め切れていない	4
病院との連携	3
経験不足によるケアマネジャーの不安がある	3
マニュアル、指針が必要	3
主治医が往診・訪問診療できない場合	2
看取りについて話し合える家族との関係づくり	2
サービスに関すること	1
(肯定的意見) 訪問看護の利用	2
(肯定的意見) ケアマネジャーの取組	2
(肯定的意見) 家族と医師のコミュニケーション	1
総計	95

「看取り期（終末期）の支援で困難を感じる」の具体的な内容は95件記載された。

「意思確認をしていても、いざとなると家族は動揺する（家族への不安軽減のサポート）」(13)では、“ご家族から延命治療はせずに在宅で看取ると意思確認できていても、いざとなると気持ちが動揺して家族が救急搬送依頼をしてしまい、家族とケアマネが呼ばれて、医師からお叱りを受けてしまうことがあった。終末期はこういうものだというような話は、ケアマネがするより時期を見ながら医師、訪問看護師からしていただくことがとても必要だと感じている。実際、そうしていただいたケースは穏やかに看取りができている”、“日々変化する患者の状態を、初めから想定出来ている家族は少なく、多くは激変していく状態に戸惑い、看取りの不安を感じる事が多い。激変にケアマネもついて行けず、対応が後手に廻ってしまうこともある。家族の感情を受け入れているが、予測される状況を説明しても、現状に対応するのが精一杯で、ケアマネの話は忘れて、忘れても良いが、再度の説明が患者の激変に対応出来ていないことがある”など具体例が記載された。

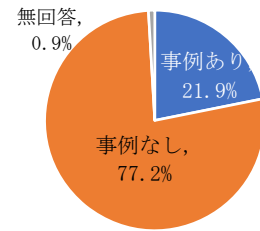
「主治医の考え方で支援に違いがある」(4)では、“主治医が積極的に看取りに取り組んでくれるケースは、本人・家族との意思疎通もうまくいくケースが多い。(主治医が今後の状況を見当を立てて説明してくれ、選択肢を用意してくれるなどの丁寧な説明があると大体うまくいくケースが多い)逆に医師が「もう施設しかないね、家は無理でしょ」と言い切られると在宅での看取りが絶対的に困難になる”が挙げられた。

(4) 9月（1か月間）に亡くなられた事例はありましたか

	H30		H25（参考値）	
	回答数	構成比	回答数	構成比
事例あり	47	21.9%	36	15.5%
事例なし	166	77.2%		
無回答	2	0.9%		
計	215	100.0%	233	100.0%

回答者の21.9%が、1か月間に亡くなられた事例があり、平成25年度調査の類似設問に比べ増加した。

9月（1か月間）に亡くなられた事例の有無



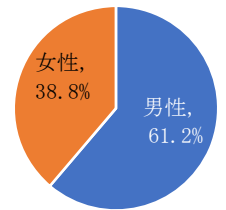
(4) 9月（1か月間）に亡くなられた事例 【49事例の内訳】

①性別

	H30		H25（参考値）	
	回答数	構成比	回答数	構成比
男性	30	61.2%		
女性	19	38.8%		
計	49	100.0%	50	

1か月間の死亡事例数は49事例であった（平成25年度類似設問では、50事例）。

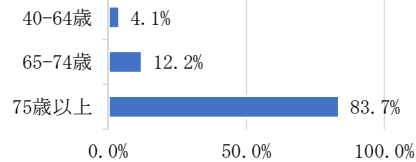
①性別



②年代

	回答数	構成比
40-64歳	2	4.1%
65-74歳	6	12.2%
75歳以上	41	83.7%
計	49	100.0%

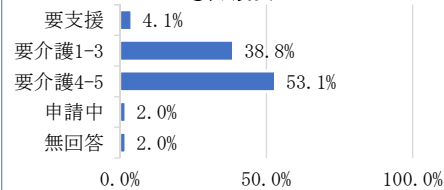
②年代



③介護度

	回答数	構成比
要支援	2	4.1%
要介護1-3	19	38.8%
要介護4-5	26	53.1%
申請中	1	2.0%
無回答	1	2.0%
計	49	100.0%

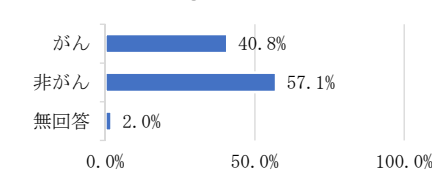
③介護度



④疾病

	回答数	構成比
がん	20	40.8%
非がん	28	57.1%
無回答	1	2.0%
計	49	100.0%

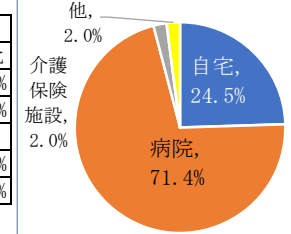
④疾病



⑤死亡場所

	H30		H25（参考値）	
	回答数	構成比	回答数	構成比
自宅	12	24.5%	15	30.0%
病院	35	71.4%	32	64.0%
介護保険施設	1	2.0%		（設問なし）
その他	1	2.0%	3	6.0%
計	49	100.0%	50	100.0%

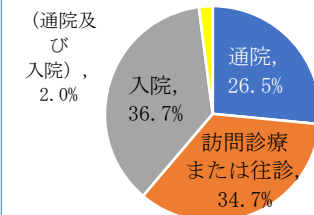
⑤死亡場所



⑥死亡前1か月間の診療提供

	回答数	構成比
通院	13	26.5%
訪問診療または往診	17	34.7%
入院	18	36.7%
（通院及び入院）	1	2.0%
計	49	100.0%

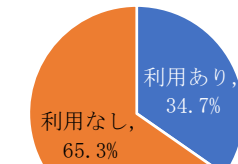
⑥死亡前1か月間の診療提供



⑦死亡前1か月間の訪問看護

	回答数	構成比
利用あり	17	34.7%
利用なし	32	65.3%
計	49	100.0%

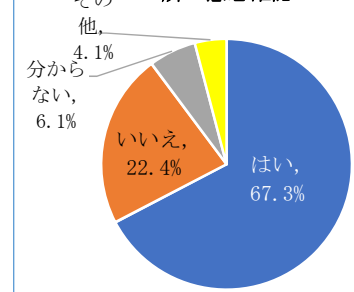
⑦死亡前1か月間の訪問看護



⑧その事例の看取り期（終末期）の療養場所について、介護支援専門員側と患者側で意思確認を行いましたか

	回答数	構成比
はい	33	67.3%
いいえ	11	22.4%
分からない	3	6.1%
その他*	2	4.1%
計	49	100.0%

⑧看取り期（終末期）の療養場所の意思確認



その他*：患者が意思の表出不可、急激な変動で意思確認が出来なかった

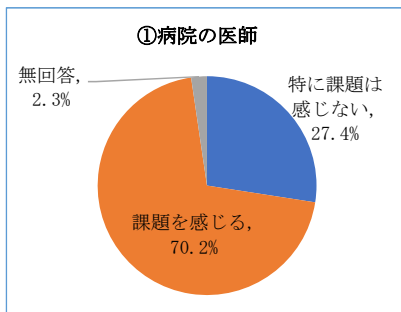
居宅介護支援専門員が担当した患者（亡くなられた49人）ベースで、67.3%（33人）が終末期の療養場所の意思確認が行われた。

7 医師との連携についてお聞きします。

(1) 医師との連携で課題を感じるがありますか

①病院の医師

	回答数	構成比
特に課題は感じない	59	27.4%
課題を感じる	151	70.2%
無回答	5	2.3%
計	215	100.0%



病院医師との連携で「課題を感じる」が70.2%であった。

①病院医師との連携で課題を感じるがありますか【具体的内容】

(カテゴリー別)

(課題) 医師とは直接連絡を取っていない・取れない	36
(課題) 自分の力量不足	12
(課題) 医師によって差がある	7
(課題) タイムリーに連絡を取りたくても取れない	5
(課題) 在宅への理解不足がある	5
(課題) 敷居が高い	5
(課題) 明確な助言が得られない	4
(課題) 外来では医師の時間が取れない	3
(課題) 病院が一方向的になりがち	2
(課題) 病院により差がある	2
(課題) ケアマネタイムが設定されていない	1
(課題) 診療情報提供書をお願いするのに病院まで行って申込みが必要	1
連携室や看護師が、医師との間をつなぐ	32
ムンテラまたは退院前カンファレンスで情報共有できる	12
ガイドラインが有効	1
若い医師は協力的	1
総計	129

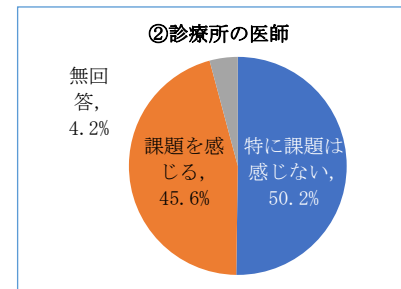
「病院医師との連携」の具体的内容は129件記載された。
 “ケアマネと医師との情報交換をする場が無い。敷居が高い”など、「医師とは直接連絡を取っていない・取れない」(36)、“先生に対して短い時間で端的に要点を伝えることがうまくできない時がある”などの「自分の力量不足」(12)が挙げられた。

【病院医師との連携の工夫】

「ケアマネが直接医師との連携はなく、看護師等で連携を取ってもらっている」
 「入院期間中、家族説明時にでも同行ができ、医師から話が聞けるとよい」
 「書面では、医師の意見を伺うのに時間がかかる。受診同行をしている」

②診療所の医師

	回答数	構成比
特に課題は感じない	108	50.2%
課題を感じる	98	45.6%
無回答	9	4.2%
計	215	100.0%



診療所医師との連携で「課題を感じる」は45.6%であった。

②診療所医師との連携で課題を感じるがありますか【具体的内容】

(カテゴリー別)

(課題) 敷居が高い・対等では無い・気を遣う	19
(課題) 医師により差がある	13
(課題) 医師との関係性での、自分の力量不足	7
(課題) 非協力的と感じる	7
(課題) 依頼しても、介護保険制度上必要な意見を貰えない	3
(課題) もっとMCネットを活用して欲しい	3
(課題) サービス担当者会議出席の調整	3
(課題) 医師間の連携(専門医療に繋いで貰えない)	2
(課題) 患者に寄り添う者としての資質	1
(課題) 一方向になりがち	1
(課題) 医師とケアマネジャーの意見(プラン)が異なる	1
ケアマネジャーの連携の方法・工夫	17
連携に協力する医師が増えた	9
ケアマネジャーと医師の間を取り持つ看護師の存在	4
充分対応頂いている	2
ガイドラインが有効	1
病院に比べると連携できる	1
相談しやすい雰囲気を提供いただいている	1
医師側からアプローチがある	1
(その他) 訪問診療の不足感	4
(その他) 情報共有すべき利用者のセレクト	1
総計	101

「診療所医師との連携」の具体的内容は101件記載された。

課題では「敷居が高い・対等では無い・気を遣う」(19)、「医師により差がある」(13)、「医師との関係性での、自分の力量不足」(7)が上位を占めた。

「医師間の連携(専門医療に繋いで貰えない)」(2)では“特に認知症の方について専門医へ繋いでくれない”と記載があった。

「もっとMCネットを活用して欲しい」(3)では、“MCネットに加入している開業医が少なく、情報共有がスムーズにできていない”、“MCネットが活用しにくい。既読にならない”が挙げられた。

「ケアマネジャーの連携の方法・工夫」(17)も上位であった。

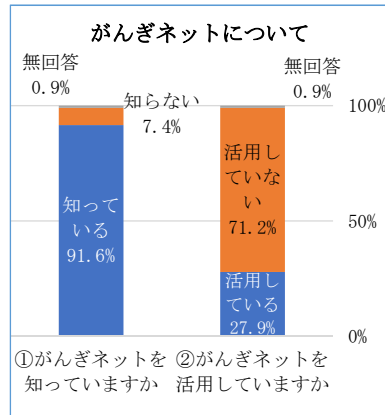
【診療所医師との連携の現状および工夫】

「FAX等も利用しながら相談させていただいています」
 「ケアマネタイム等で利用」
 「FAXや電話、時々MCネットで情報共有できている」
 「受診・往診とも同席すると、先生からの情報もいただける」
 「早く相談に乗っていただける先生が増えたので心強く感じている」
 「以前よりも質問等がしやすくなった。最近はスムーズに情報交換できている」

8 がんぎネット（上越地域在宅医療推進センター ホームページ）についてお聞きします。

①あなたはがんぎネットを

	回答数	構成比
知っている	197	91.6%
知らない	16	7.4%
無回答	2	0.9%
計	215	100.0%



がんぎネットの認知率は9割と高い。活用している割合は3割以下であった。

②あなたはがんぎネットを活用していますか【具体的内容】

(カテゴリー別)

新しい書式の情報	7
情報収集	6
地域連携連絡票ガイドラインなど地域様式	4
イベントや研修の情報	4
これから活用したい	4
訪問栄養指導の手順	2
口腔ケアへのリンク（ポータルサイトになっている）	1
(MCネットとの混同)	14
(MCネットとの混同) MCネットや情報の収集	3
(課題) 必要性を感じていない・活用の仕方が分からない	9
(課題) インターネット環境が無い・苦手	4
総計	58

「がんぎネットの活用」の具体的内容は58件記載された。「新しい書式の情報」(7)など多様に活用されていた。

一方で、がんぎネットとMCネットを混同している想定される記載が、回答数では最も多く見られた（“緊急性が無い案件の連絡用”、“事業所でまだ加入していない”等）。

9 上越地域の医療と介護の連携の自由意見欄です。ご意見をお聞かせください【自由記載】(カテゴリー別)

病院の連携窓口の明確化、地域連携連絡票での連携など、医療・介護連携が進展してきたと感じる	6
MCネットの普及と活用があれば連携が進むと思う	6
病院の院内連携や連携体制に差がある	6
経験と研修は、連携に効果があると感じる	4
医療側からも歩み寄ってほしい	3
お互いの「連携しよう」という意識	2
主治医意見書を丁寧に書いてほしい	2
医療と介護、支援者個人で価値観の相違がある	2
様式の統一など、連携の体制整備	2
ケアマネジャーは退院間近か判断できないので情報欲しい	1
医師からもケアマネジャーへの要望を開きたい	1
介護力不足	1
個人医院でも連携役スタッフがいるといい	1
訪問診療の不足	1
1) 病院の連携窓口機能 2) かかりつけ医一専門医の連携不足 3) 訪問診療の不足	1
総計	39

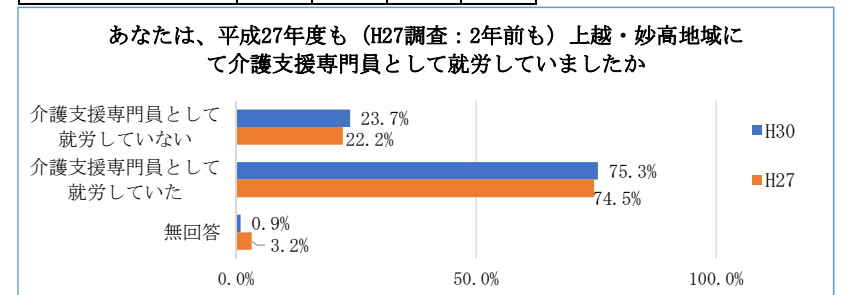
「上越地域の医療と介護の連携」の具体的内容は39件記載された。

自由意見からは、医療・介護連携は進展してきたと感じており、次の連携へのステップへ進むべく、課題が記載されたと推測された。

10 あなたは、平成27年度も上越・妙高地域にて介護支援専門員として就労していましたか

	H30		H27 (2年前について質問)	
	回答数	構成比	回答数	構成比
介護支援専門員として就労していない	51	23.7%	48	22.2%
介護支援専門員として就労していた	162	75.3%	161	74.5%
無回答	2	0.9%	7	3.2%
計	215	100.0%	216	100.0%

H25年、H27年調査と同様に、2～3年間で、ケアマネジャーの2割が入れ替わった。



【介護支援専門員として就労していた162名の回答】

- 1 1 平成27年度も上越・妙高地域でケアマネ業務をしていた方に伺います。
 (1) 平成27年度頃 compared to 現在の以下項目の所感を教えてください。

①退院前カンファレンスの開催（開催時期、日程調整、内容など）について

	回答数	構成比
悪化した	0	0.0%
やや悪化	3	1.9%
変わらない	55	34.0%
やや円滑	79	48.8%
円滑になった	24	14.8%
無記入	1	0.6%
計	162	100.0%

「退院前カンファレンスの開催」は、H27に比べ「円滑になった、やや円滑」計63.6%。半数以上が円滑になったと回答した。（H27調査類似設問63.3%）

②サービス担当者会議（日程調整、検討内容など）について

	回答数	構成比
悪化した	1	0.6%
やや悪化	1	0.6%
変わらない	80	49.4%
やや円滑	56	34.6%
円滑になった	23	14.2%
無記入	1	0.6%
計	162	100.0%

「サービス担当者会議」は、H27に比べ「円滑になった、やや円滑」計48.8%。約半数が円滑になったと回答したが、退院前カンファレンスよりも低率であった。（H27調査類似設問53.5%）

③病院に連絡する際の、連絡窓口は明確になったと感じますか

	回答数	構成比
悪化した	0	0.0%
やや悪化	1	0.6%
変わらない	42	25.9%
やや円滑（明確）	93	57.4%
円滑（明確）になった	25	15.4%
無記入	1	0.6%
計	162	100.0%

「病院の連絡窓口」は、H27に比べ「明確になった、やや明確」計72.8%。他設問とも合わせると、連絡窓口は明確になった、と判断できると考えられる。（H27調査類似設問56.5%）

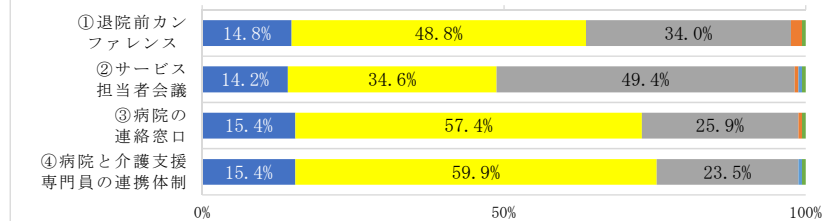
④病院と介護支援専門員の連携体制は、向上したと感じますか

	回答数	構成比
悪化した	1	0.6%
やや悪化	0	0.0%
変わらない	38	23.5%
やや円滑（向上）	97	59.9%
円滑（向上）になった	25	15.4%
無記入	1	0.6%
計	162	100.0%

「病院と介護支援専門員の連携体制」は、H27に比べ、「向上した、やや向上」計75.3%と高率であった。（H27類似設問51.5%）

平成27年度頃 compared to 現在の所感（回答順入替）

■円滑（向上）になった ■やや円滑（向上） ■変わらない ■やや悪化 ■悪化した ■無記入



(2) 平成27年度頃 compared to 退院後の、在宅医療提供体制は向上したと感じますか

①訪問診療

	回答数	構成比
悪化した	2	1.2%
やや悪化	3	1.9%
変わらない	79	48.8%
やや向上	63	38.9%
向上した	12	7.4%
無記入	3	1.9%
計	162	100.0%

46.3%

在宅医療提供体制において、「向上した、やや向上」計で5割を超えた分野は、
 ②訪問看護
 ③訪問リハビリ
 ④訪問薬剤管理指導
 であった。

②訪問看護

	回答数	構成比
悪化した		0.0%
やや悪化	1	0.6%
変わらない	41	25.3%
やや向上	88	54.3%
向上した	29	17.9%
無記入	3	1.9%
計	162	100.0%

72.2%

また5割未満は
 ①訪問診療
 ⑤急変時の医療体制
 ⑥終末期医療
 ⑦訪問栄養指導
 であった。

③訪問リハビリ

	回答数	構成比
悪化した		0.0%
やや悪化		0.0%
変わらない	62	38.3%
やや向上	66	40.7%
向上した	29	17.9%
無記入	5	3.1%
計	162	100.0%

58.6%

④訪問薬剤管理指導

	回答数	構成比
悪化した		0.0%
やや悪化	1	0.6%
変わらない	55	34.0%
やや向上	70	43.2%
向上した	31	19.1%
無記入	5	3.1%
計	162	100.0%

62.3%

⑤急変時の医療体制

	回答数	構成比
悪化した	2	1.2%
やや悪化	3	1.9%
変わらない	98	60.5%
やや向上	43	26.5%
向上した	10	6.2%
無記入	6	3.7%
計	162	100.0%

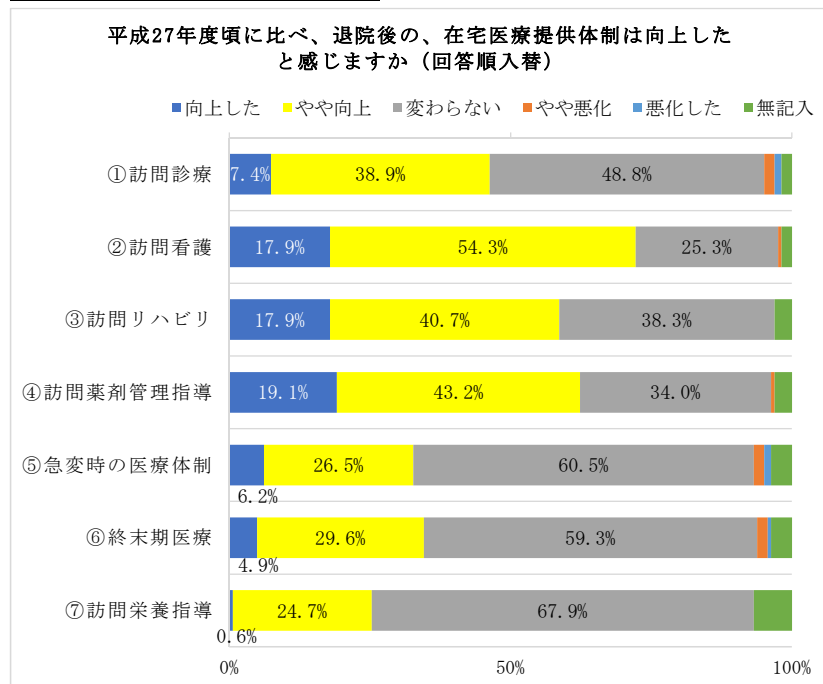
32.7%

⑥終末期医療

	回答数	構成比	
悪化した	1	0.6%	34.6%
やや悪化	3	1.9%	
変わらない	96	59.3%	
やや向上	48	29.6%	
向上した	8	4.9%	
無記入	6	3.7%	
計	162	100.0%	

⑦訪問栄養指導

	回答数	構成比	
悪化した		0.0%	25.3%
やや悪化		0.0%	
変わらない	110	67.9%	
やや向上	40	24.7%	
向上した	1	0.6%	
無記入	11	6.8%	
計	162	100.0%	



平成30年度 病院調査

本調査結果は、平成25年調査、27年調査と比較することを目的に、病院群分けを過去調査と同一とし病床数で分類した。「精神科」は精神科病床を含む病院。

1 貴院の地域連携に関する窓口について

2 平成30年9月1日現在の職員体制についてお聞きます。

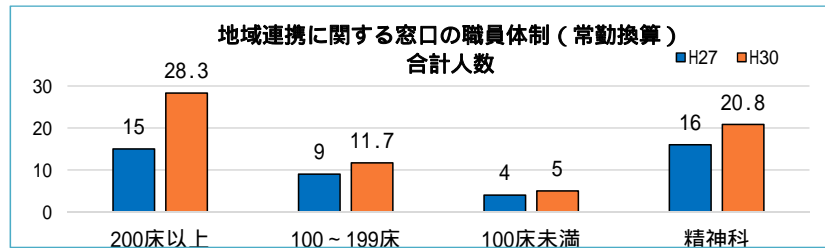
(1)地域連携に関する窓口の職員体制（常勤換算）

	H30				
	200床以上	100～199床	100床未満	精神科	合計
病院数	3	3	2	4	12
職員体制（常勤換算）合計	28.3	11.7	5	20.8	65.8
職員体制（常勤換算）平均	9.4	3.9	2.5	5.2	5.5

(H27参考値 退院支援に関する地域との窓口)

	H27				
	200床以上	100～199床	100床未満	精神科	合計
合計人数	15	9	4	16	44
平均					3.7

退院支援・地域連携に関わる職員体制（常勤換算）は、H27に比べ1病院平均3.7人から5.5人に増加した。



(2)職種

	200床以上	100～199床	100床未満	精神科	合計
【合計】					
常勤					
医師					0
社会福祉士	9.3	4	1	1	15.3
精神保健福祉士				15.8	15.8
臨床心理士	1				1
看護師	14	6	2		22
保健師					0
ソーシャルワーカー			1	3	4
事務	8	1		1	10
その他					0
兼務					
医師	3	1	1	9	14
社会福祉士					0
精神保健福祉士					0
臨床心理士					0
看護師		1			1
保健師					0
ソーシャルワーカー					0
事務	2.5	1		1	4.5
その他					0

3 退院支援が必要な患者のアセスメントについて【主に入院から2日目まで】

(1)9月（1か月間）で退院支援が必要となった患者数は何人ですか。

	H30				
	200床以上	100～199床	100床未満	精神科	合計
合計	441	190	74	33	738

(2)退院支援が必要な人をアセスメントする際にアセスメントシート等を活用していますか

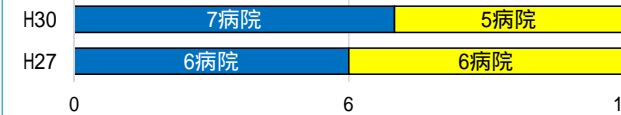
	H30					
	200床以上	100～199床	100床未満	精神科	合計	構成比
活用している	3	2	1	1	7	58.3%
活用していない		1	1	3	5	41.7%

(H27参考値)

	H27					
	200床以上	100～199床	100床未満	精神科	合計	構成比
活用している	3	2	1		6	50.0%
活用していない		1	1	4	6	50.0%

退院支援が必要な人をアセスメントする際にアセスメントシート等を活用していますか（病院数）

■活用している ■活用していない



アセスメントシートの活用は、H27（6病院）から7病院に増加した。

(3) (2)で活用している場合のみ回答。スクリーニングの時期は決めていますか。

	H30					
	200床以上	100～199床	100床未満	精神科	合計	構成比
入院後48時間以内	2	1	1		4	57.1%
入院後48時間以後	1			1	2	28.6%
決めていない		1			1	14.3%
総計	3	2	1	1	7	100.0%

(H27参考値)

	H27					
	200床以上	100～199床	100床未満	精神科	合計	構成比
入院後48時間以内	3	1	1		5	83.3%
入院後48時間以後		1			1	16.7%
総計	3	2	1		6	100.0%

(4)入退院支援加算

	H30					
	200床以上	100～199床	100床未満	精神科	合計	構成比
入退院支援加算1	3	2			5	41.7%
入退院支援加算2		1	1	1	3	25.0%
加算なし			1	3	4	33.3%
病院数	3	3	2	4	12	100.0%

入退院支援加算の病院数は、加算1(5)、加算2(3)、加算なし(4)。

4 ケアマネジャーの地域連携連絡票について（回答者の判断で1つに）

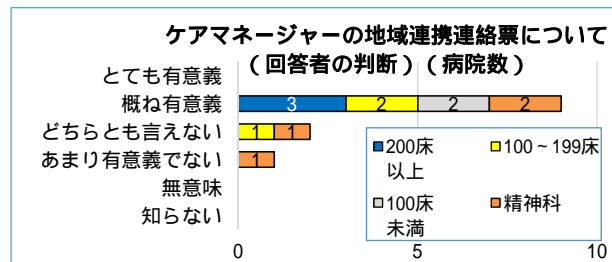
	H30					構成比
	200床以上	100～199床	100床未満	精神科	合計	
とても有意義						0.0%
概ね有意義	3	2	2	2	9	75.0%
どちらとも言えない		1		1	2	16.7%
あまり有意義でない				1	1	8.3%
無意味						0.0%
知らない						0.0%

75.0%

（H27参考値）

	H27					構成比
	200床以上	100～199床	100床未満	精神科	合計	
とても有意義		1			1	8.3%
概ね有意義	1	1	2	2	6	50.0%
どちらともいえない	2	1		2	5	41.7%
あまり有意義でない					0	0.0%
無意味					0	0.0%
知らない					0	0.0%

58.3%



地域連携連絡票は、H27に比べ、「とても有意義」「概ね有意義」計58.3%から75.0%へ増加した。活用が進んだ結果、課題が複数記載された（下記具体的内容）。

【地域連携連絡票への具体的内容】

（肯定的意見）

- ・ケアマネジャーからの情報提供の一つのツールとしてもらっている
- ・こちらから、送付を依頼しています
- ・入院前の状況や本人やご家族の思いが分かり参考になっている（退院調整担当者や意識が高い病棟看護師はとても活用している）

（課題）

- ・全て読み込まないと患者像が見えてこない。その時間があるのなら、ケアマネや家族と対面で情報収集をした方が早く、その後の相談もその場で出来る
- ・見づらく、全体像が捉えにくい。別の用紙を使用しているケアマネジャーが多いが、そちらの用紙の方が見やすく全体像が捉えやすい
- ・内容が見にくい。なるべく入院3日以内にいただきたい（早期に情報収集するため）
- ・情報量が多すぎる
- ・タイムリーに届かないことがある
- ・ケアマネジャーの持参・送付がない場合もある(3)
- ・経済状況の情報がわかると良い

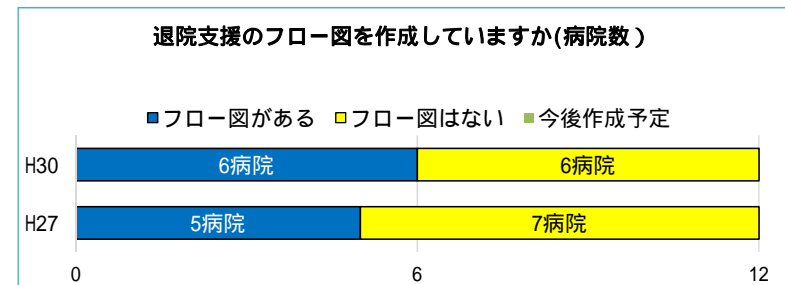
5 連携室が関わった退院支援についてお答えください。

(1)退院支援のフロー図を作成していますか。

	H30					構成比
	200床以上	100～199床	100床未満	精神科	合計	
フロー図がある	3	2	1		6	50.0%
フロー図はない		1	1	4	6	50.0%
今後作成予定					0	0.0%

（H27参考値）

	H27					構成比
	200床以上	100～199床	100床未満	精神科	合計	
フロー図がある	3		1	1	5	41.7%
フロー図はない		3	1	3	7	58.3%
今後作成予定					0	0.0%

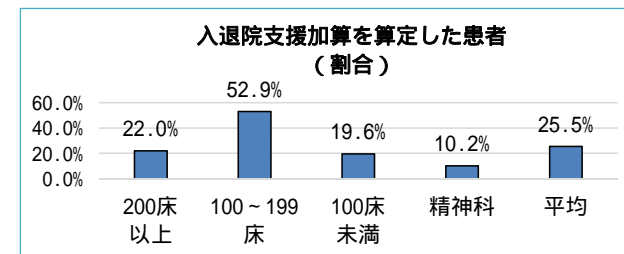


(2) 9月（1か月間）に退院した患者数及びそのうち入退院支援加算を算定した患者数、また患者の退院先、退院前カンファレンス（1ケースにつき1回で回答）の開催状況をお答えください。

	H30				
	200床以上	100～199床	100床未満	精神科	合計
9月（1か月間）に退院した患者数	1689	272	102	59	2122
上記のうち、入退院支援加算を算定した患者数	372	144	20	6	542
/	22.0%	52.9%	19.6%	10.2%	25.5%

9月（1か月間）に退院した患者数は合計2,122人（各病院最小6人～最大927人）。

入退院支援加算の算定割合は、平均25.5%（各病院0.0%～最大75.8%）であった。



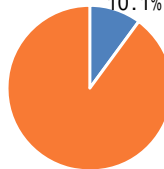
(3)退院先別 退院前カンファレンス開催状況

注記：(3)退院先別 退院カンファレンス開催状況のうち1病院は「入退院支援加算を算定した患者数」より算出。そのため前述5(2) 9月(1か月間)に退院した

自宅

	H30				
	200床以上	100~199床	100床未満	精神科	合計
自宅・退院患者数	807	168	75	30	1080
自宅・開催数	60	21	15	13	109
開催率(開催数/退院患者数)	7.4%	12.5%	20.0%	43.3%	10.1%
自宅・開催のうち、病院医師の出席回数		2		9	11
自宅・開催のうち、かかりつけ開業医の出席回数					0

自宅退院・退院前カンファレンス開催率

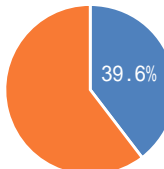


自宅退院者の退院前カンファレンスの開催割合は、平均1割であった(各病院最小0.0%~最大60.0%)。

施設

	H30				
	200床以上	100~199床	100床未満	精神科	合計
施設・退院患者数	38	30	10	18	96
施設・開催数	15	11		12	38
開催率(開催数/退院患者数)	39.5%	36.7%		66.7%	39.6%
施設・開催のうち、病院医師の出席回数		1		7	8
施設・開催のうち、かかりつけ開業医の出席回数					0

施設退院・退院前カンファレンス開催率



退院前カンファレンス【施設への退院】の開催割合は約4割。

転院

	H30				
	200床以上	100~199床	100床未満	精神科	合計
転院・退院患者数	85	12	5	7	109
転院・開催数		1		1	2
開催率(開催数/退院患者数)		8.3%		14.3%	1.8%
転院・開催のうち、病院医師の出席回数				1	1
転院・開催のうち、かかりつけ開業医の出席回数					0

死亡

	H30				
	200床以上	100~199床	100床未満	精神科	合計
死亡・退院患者数	80	53	12	4	149
死亡・開催数					0

6 退院後の在宅生活を見据えた入院中の体制について(回答者の判断で1つ)

(1)訪問看護導入に係る必要性のチェック体制

	H30					合計	構成比
	200床以上	100~199床	100床未満	精神科			
体制がある						0	0.0%
概ねある	1	1	1	1	4	33.3%	
どちらとも言えない	1		1	1	3	25.0%	
体制は十分でない	1	1		1	3	25.0%	
体制がない		1		1	2	16.7%	

	H27					合計	構成比
	200床以上	100~199床	100床未満	精神科			
体制がある						0	0.0%
概ねある			1	2	3	25.0%	
どちらとも言えない	1	1	1		3	25.0%	
体制は十分でない	1	1		1	3	25.0%	
体制がない	1	1		1	3	25.0%	

(2)予想される問題(急変時の医療対応)に対応する院内スタッフ間の共有

	H30					合計	構成比
	200床以上	100~199床	100床未満	精神科			
できている	1	2	1	2	6	50.0%	
概ねできている	1		1	1	3	25.0%	
どちらとも言えない	1	1			2	16.7%	
あまりできていない				1	1	8.3%	
していない					0	0.0%	

	H27					合計	構成比
	200床以上	100~199床	100床未満	精神科			
できている		1			1	8.3%	
概ねできている	3	1	1	4	9	75.0%	
どちらとも言えない		1	1		2	16.7%	
あまりできていない					0	0.0%	
していない					0	0.0%	

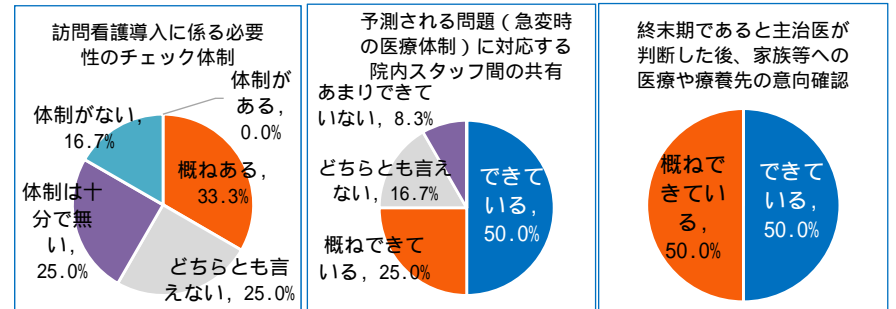
「予測される問題の院内スタッフ間の共有」は、H27に比べ、「概ね出来ている」から「出来ている」へ移行

(3)終末期であると主治医が判断した後、家族等への医療や療養先の意向確認

	H30					合計	構成比
	200床以上	100~199床	100床未満	精神科			
できている	1	2	2	1	6	50.0%	
概ねできている	2	1		3	6	50.0%	
どちらとも言えない					0	0.0%	
あまりできていない					0	0.0%	
していない					0	0.0%	

	H27					合計	構成比
	200床以上	100~199床	100床未満	精神科			
できている			1	3	4	33.3%	
概ねできている	3	3	1	1	8	66.7%	
どちらとも言えない					0	0.0%	
あまりできていない					0	0.0%	
していない					0	0.0%	

「終末期の医療・療養先の意向確認」は、H27に比べ「概ね出来ている」から「出来ている」へ移行の傾向



7 院内の職員研修のうち、在宅療養支援に関する今年度の実施状況について
(在宅生活者をイメージした入院中からの支援体制に向けた取組) (1つに 印)

	H30						H27	
	200床以上	100~199床	100床未満	精神科	合計	構成比	合計	構成比
実施した	1	2	2	2	7	58.3%	1	8.3%
今後実施予定					0	0.0%		
実施していない	2	1		2	5	41.7%		

「病棟看護師の退院前訪問」は、H27に比べ、実施は1病院から7病院へ増加した。

	H30						H27	
	200床以上	100~199床	100床未満	精神科	合計	構成比	合計	構成比
実施した	1	3	2	2	8	66.7%	2	16.7%
今後実施予定					0	0.0%		
実施していない	2			2	4	33.3%		

「訪問看護師との同行訪問」は、H27に比べ、2病院から8病院へ増加した。

	H30						H27	
	200床以上	100~199床	100床未満	精神科	合計	構成比	合計	構成比
実施した	3	1	2	1	7	58.3%	4	33.3%
今後実施予定		1		1	2	16.7%		
実施していない		1		2	3	25.0%		

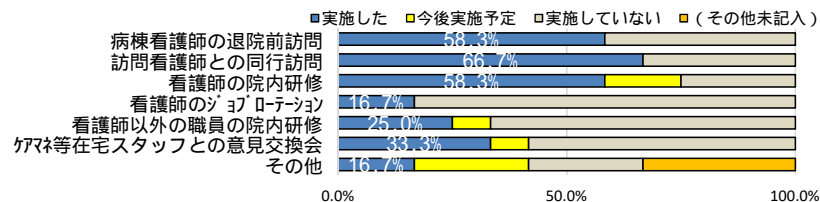
	H30						H27	
	200床以上	100~199床	100床未満	精神科	合計	構成比	合計	構成比
実施した		1		1	2	16.7%	3	25.0%
今後実施予定					0	0.0%		
実施していない	3	2	2	3	10	83.3%		

	H30						H27	
	200床以上	100~199床	100床未満	精神科	合計	構成比	合計	構成比
実施した	1	1		1	3	25.0%	1	8.3%
今後実施予定				1	1	8.3%		
実施していない	2	2	2	2	8	66.7%		

	H30						H27	
	200床以上	100~199床	100床未満	精神科	合計	構成比	合計	構成比
実施した		2	1	1	4	33.3%	6	50.0%
今後実施予定	1				1	8.3%		
実施していない	2	1	1	3	7	58.3%		

	H30						H27	
	200床以上	100~199床	100床未満	精神科	合計	構成比	合計	構成比
実施した	1			1	2	16.7%	0	0.0%
今後実施予定	1			2	3	25.0%		
実施していない		1	1	1	3	25.0%		
未記入	1	2	1		4	33.3%		

院内の職員研修のうち、在宅療養支援に関する今年度の実施状況



(7) 院内の職員研修【その他内容】

- ・新人看護師は別に集合研修を11月に予定している
- ・難病訪問相談員等の育成研修を保健所と協力開催、10月5日に研修を実施
- ・在宅医(歯科)を招いた事例の振り返り:在宅での食支援
- ・法律、研究発表、行動制限、メンタルヘルス

8 病院と施設との連携についてお聞きします。

下記の施設との連携で課題を感じることはありませんか(1つに 印)

施設との連携の課題【各施設、同一の意見】

- * 空床状況が分からない。その都度、問い合わせしているため手間かかる
- * 申込書類が統一されてなく患者側に負担・煩雑
- * 施設職員と顔を合わす機会が無い
- * 入所日の調整
- * 医療依存度、看取り、再入所、医療依存度が高い患者、精神の疾患があると受入れが困難と感じている

(1) 特別養護老人ホーム

	H30					
	200床以上	100~199床	100床未満	精神科	合計	構成比
課題は感じない		2	2	1	5	41.7%
課題を感じる	3	1		3	7	58.3%

(1) 特別養護老人ホームとの連携の課題【具体的内容】

- ・一部施設で再入所を断られる
- ・長期入院者になかなか声がかからない、情報共有
- ・看取りと吸引等の対応
- ・再受入・看取り

(2) 老人保健施設

	H30					
	200床以上	100~199床	100床未満	精神科	合計	構成比
課題は感じない			1	1	2	16.7%
課題を感じる	3	3	1	3	10	83.3%

(2) 老人保健施設との連携の課題【具体的内容】

- ・情報が正しく伝わらないことがある
- ・再入所ができない場合がある
- ・もう少し早めに専門医と連携が図れば良いと感じる事例がある

(3) 認知症グループホーム

	H30					
	200床以上	100~199床	100床未満	精神科	合計	構成比
課題は感じない			2	1	3	25.0%
課題を感じる	3	3		3	9	75.0%

(3) 認知症グループホームとの連携の課題【具体的内容】

- ・ADL低下など状態変化があると再入所できない
- ・情報共有
- ・ADL変化時の対応状況
- ・再入所

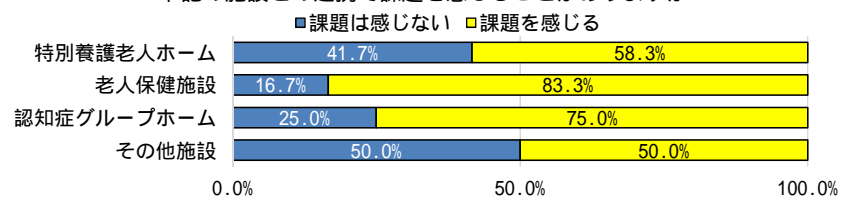
(4) その他施設（サ高住、有料老人ホーム等）

	H30					構成比
	200床以上	100～199床	100床未満	精神科	合計	
課題は感じない	1	3	1	1	6	50.0%
課題を感じる	2		1	3	6	50.0%

(4) その他施設との連携の課題 【具体的内容】

- ・ 事前に必要な情報を把握した上で訪問調査を行ってほしい
- ・ 後日の問い合わせが多い
- ・ 受診時、当事者の情報が少ない事例がある
- ・ 情報共有

下記の施設との連携で課題を感じることがありますか



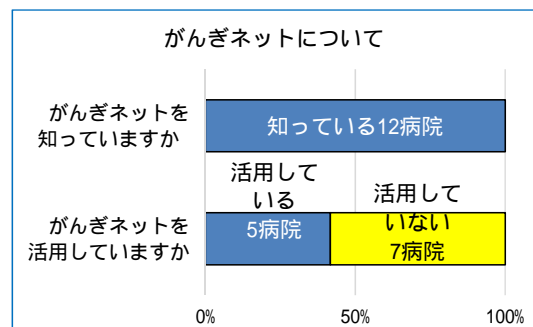
9 がんぎネット（上越地域在宅医療推進センター ホームページ）についてお聞きします。

(1) あなたはがんぎネットを

	H30	
	合計	構成比
知っている	12	100.0%
知らない		0.0%
総計	12	100.0%

(2) あなたはがんぎネットを

	H30					構成比
	200床以上	100～199床	100床未満	精神科	合計	
活用している	2	1	1	1	5	41.7%
活用していない	1	2	1	3	7	58.3%



がんぎネットを活用している

【具体的内容】

- ・ 研修の確認
- ・ 研修会案内を見たり載せたり
- ・ 開業医情報など
- ・ 訪問看護の情報収集

10 貴院からの訪問診療についてお聞きします。

(1) 訪問診療を実施していますか

	H30					構成比
	200床以上	100～199床	100床未満	精神科	合計	
している	1	2	2	1	6	50.0%
していない	2	1		3	6	50.0%

(2) 9月（1か月間）の訪問診療の状況について記入してください。（上記6病院）

	H30		訪問診療先（実人数）	
	実人数	延人数	自宅	H30実人数
40 - 64歳				78
65 - 74歳	7	9		26
75歳以上	97	126		
総計	104	135		104

11 上越地域の医療と介護の連携への自由意見欄です。ご意見をお聞かせください。

（認知症、吸引対応、在院日数の短縮）

・ 認知症症状が重症化してから専門医と連携する事例がある。鑑別診断時、行動・心理症状時に、早めにかかりつけ医と専門医との連携が図られるとよいと思います。

・ 痰の吸引がある方が在宅退院や施設入所ができず（継続できず）転院や夜間看護師がいる一部の老人保健施設へ入所されます。吸引ができる介護職の方も十分いらっしゃれば、と感じます。

・ 在宅日数の短縮が求められる中で、本人・家族・地域が病院に求める「良くなって退院する」のズレが、まだ大きいと思う。医療依存度の高い患者も多くなり、逆に介護力は低下しているため、退院支援困難なケースが増えている。

（ケアマネジャーの役割が増大している現状と連携）

・ 地域包括ケアシステムを進める上で、包括支援センターやケアマネジャーの役割がこれからますます大きくなると思いますが、各事業所あるいは個人によりその役割の理解に差が大きく対応に困惑することがあります。レベルが統一されると良いと思います。

・ ケアマネジャーによって、退院先を一緒に考えてくれる人もいれば、相談にすら乗ってくれない人もいます。在宅の状況や家族についてもケアマネジャーの方が分かっている部分が多いと思うので、相談に乗ってもらいたい。病院スタッフもCMに丸投げする時が見受けられるので、お互い様だと思いますが、医療・介護ではなく、患者中心で互いに歩み寄っていただければと思います。

（地域包括ケアシステム醸成に向けて）

・ 住民一人一人が人生の最後まで、住み慣れた地域でその人らしく生活できるようにそれぞれの立場を理解し、関係性を保ちながら連携を図ることが重要だと思います。状況に合わせて臨機応変に対応していくこと。

12 貴院からの訪問看護についてお聞きます。

(1)訪問看護を実施していますか(ステーションを除く)

	H30					構成比
	200床以上	100~199床	100床未満	精神科	合計	
している	1	1	2	4	8	66.7%
していない	2	2			4	33.3%

(2)9月(1か月間)の訪問看護の状況について記入してください。(上記8病院)

訪問看護対象者の年齢区分

	H30	
	実人数	延人数
40-64歳 実人数	34	60
65-74歳 実人数	41	105
75歳以上 実人数	63	189
総計	138	354

訪問看護先(実人数)

	H30 実人数
自宅	125
自宅以外	8
総計	133

*年齢区分人数と誤差あり

13 訪問診療または訪問看護を実施している病院よりお答えください。(9病院)

(1)訪問診療または訪問看護が関与した事例のうち、9月(1か月間)に亡くなられた事例はありましたか。

	H30	
	回答数	構成比
事例なし	5	55.6%
事例あり	4	44.4%
(病院数)	9	100.0%

9病院のうち、4病院に事例があった。

13(2)事例 (8事例)

	H30	
	実人数	構成比
性別		
男性	4	50.0%
女性	4	50.0%
(人数)	8	100.0%

1か月間で亡くなられた事例は8事例。

年代

	H30	
	実人数	構成比
40-64歳		0.0%
65-74歳		0.0%
75歳以上	8	100.0%
(人数)	8	100.0%

事例は8事例あり、すべてが「非がん」「75歳以上」であった。

介護度

	H30	
	実人数	構成比
要支援		0.0%
要介護1-3	1	12.5%
要介護4-5	7	87.5%
(人数)	8	100.0%

死亡場所は自宅2件、病院6件。

要介護4-5が7件。

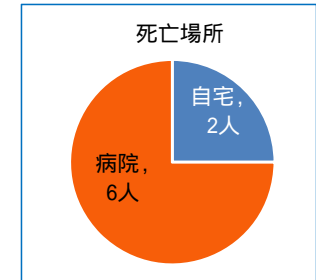
死亡前1か月間訪問看護の利用ありは2件であった。

疾病

	H30	
	実人数	構成比
がん		0.0%
非がん	8	100.0%
(人数)	8	100.0%

死亡場所

	H30	
	実人数	構成比
自宅	2	25.0%
病院	6	75.0%
介護保険施設		0.0%
その他		0.0%
(人数)	8	100.0%



死亡前1か月間の診療提供

	H30	
	実人数	構成比
通院		0.0%
訪問診療または往診	4	50.0%
入院	4	50.0%
(人数)	8	100.0%

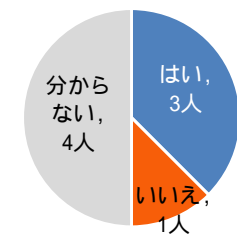
死亡前1か月間の訪問看護

	H30	
	実人数	構成比
利用あり	2	25.0%
利用なし	6	75.0%
(人数)	8	100.0%

その事例の看取り期(終末期)の療養場所について、病院側と患者側で意思確認を行いましたか

	H30	
	実人数	構成比
はい	3	37.5%
いいえ	1	12.5%
分からない	4	50.0%
(人数)	8	100.0%

その事例の看取り期(終末期)の療養場所について、病院側と患者側で意思確認を行いましたか



(2)訪問診療または訪問看護において、看取り期(終末期)の支援で困難を感じる場合がございますら記入してください。

- ・家人が在宅でのお看取を希望していても、状態が悪くなると病院へ連れ来て入院となり、病院で看取るケースが多い
- ・看取りに対しての理解と精神的なサポートが難しい

上越地域医療と介護の連携に関する調査

発行：平成 31（2019）年 3 月

上越地域在宅医療推進センター

〒943-8555 上越市春日野 1-2-33 上越医師会内

TEL 025-520-7500 FAX 025-520-8686
