

令和6年度「入退院支援ルール
(伊佐市版)」医療・介護合同会議

「入退院支援に係る管内の連携 状況調査結果について」

始良保健所健康企画課



1 調査の概要

(1)実施期間:令和6年8月の1か月間

(2)調査対象:伊佐市

○介護支援専門員等

居宅介護支援事業所(包括含む)に勤務する介護支援専門員

○医療機関

病院及び有床診療所(眼科,産婦人科,泌尿器科を除く)

(3)回答状況

○介護支援専門員等 9/9か所(100%) 35名

○医療機関 11/11か所(100%) 2カ所は入退院なし

2 調査結果

- ① 認識調査(介護支援専門員等)
- ② 入院時情報提供率
- ③ 退院調整率
- ④ 様式の活用
- ⑤ 連携する関係機関



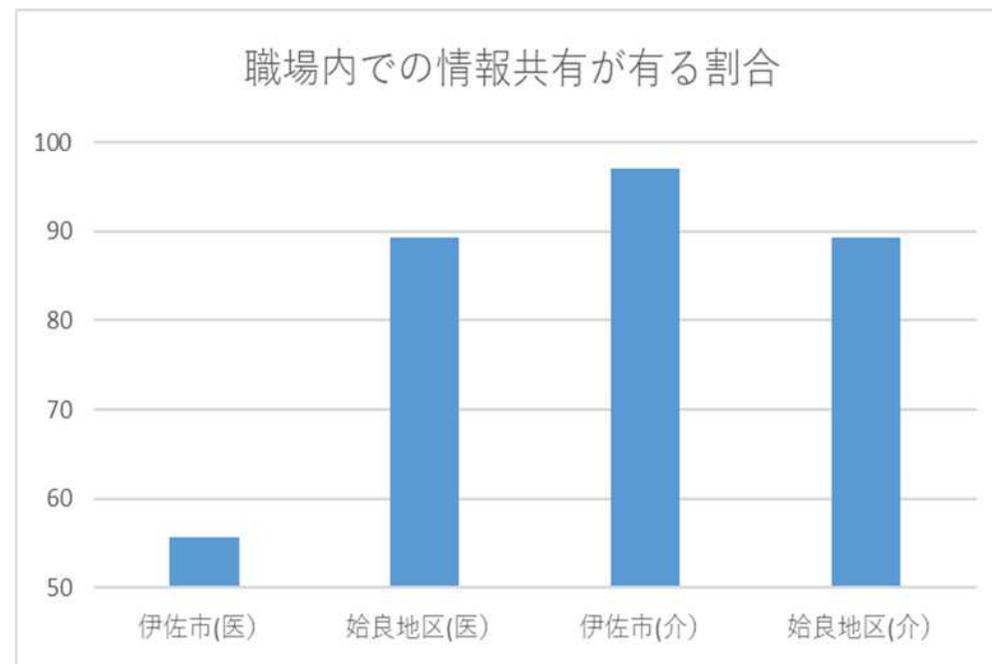
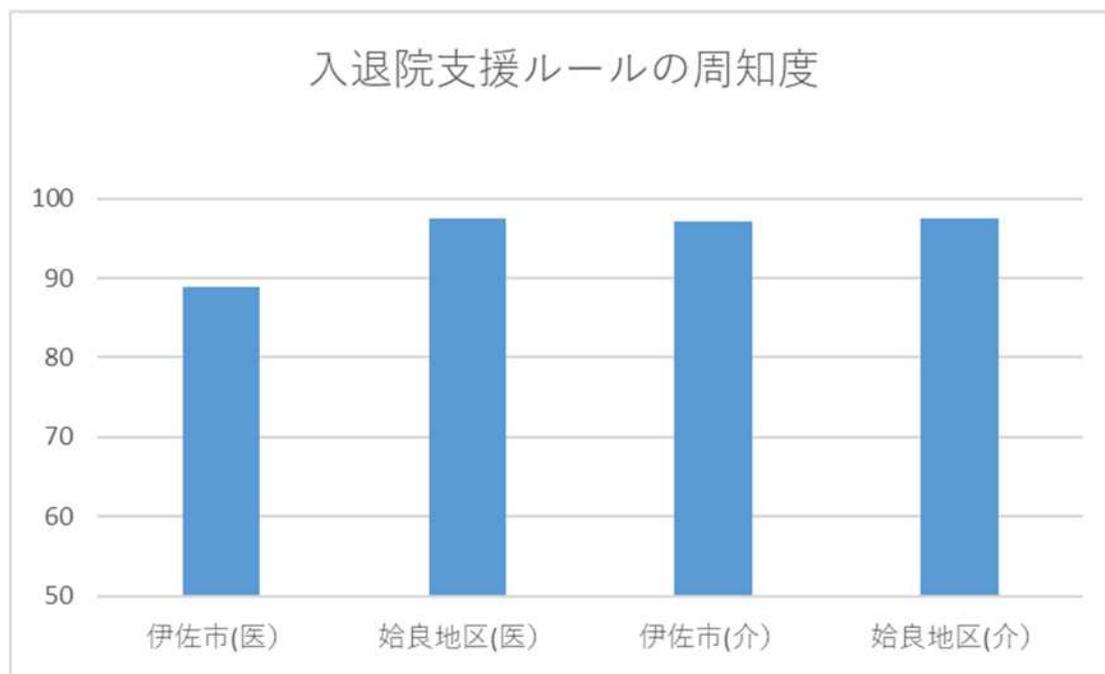
① 認識調査

入退院支援ルールについて知っているか。

介護支援専門員等 97.1%(R5:95.0%)

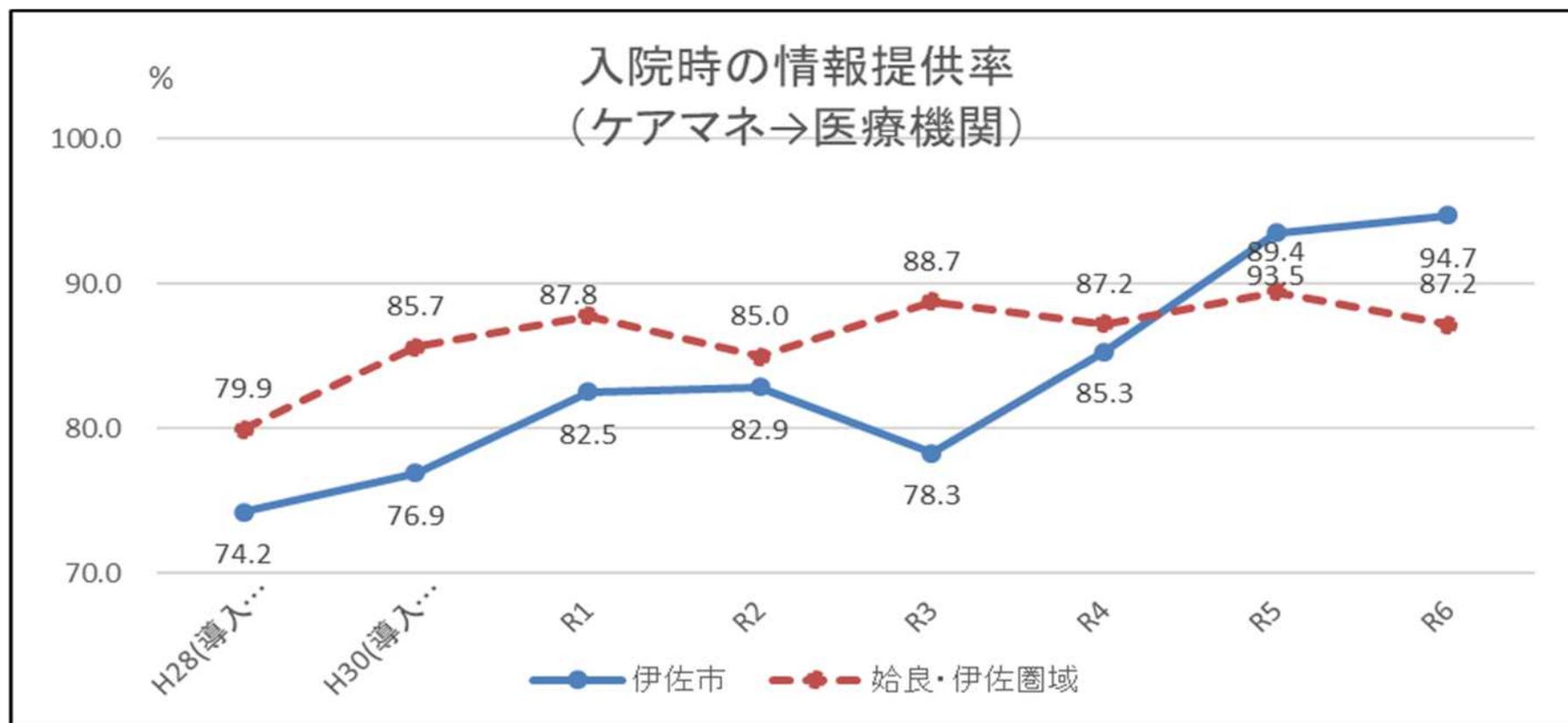
医療機関 88.9%(R5:89.1%)

・医療機関における
担当部署の配置は
100%



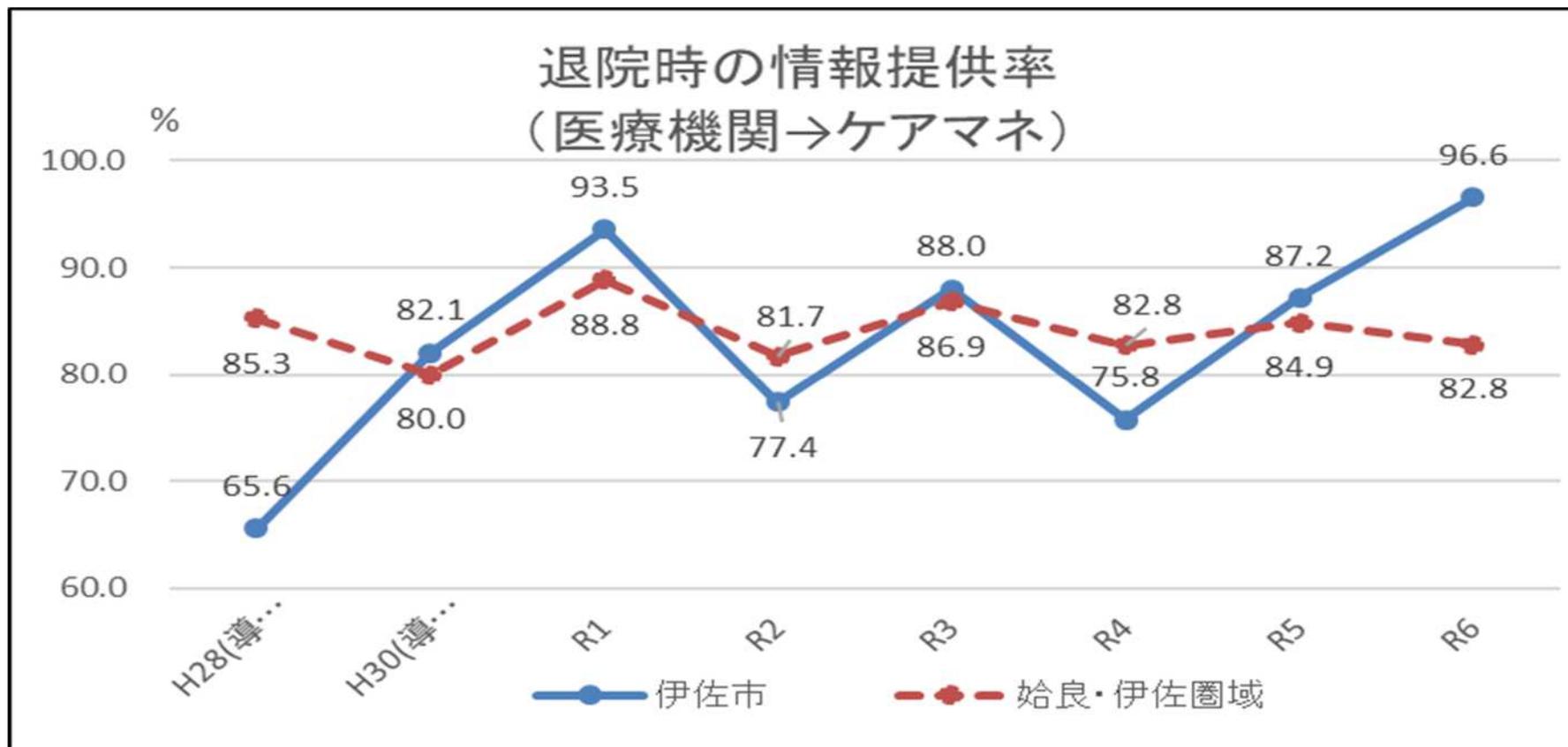
・伊佐市の医療機関での周知度が低く、職場での情報共有も少ない結果であった。伊佐市の介護専門員等では、職場内での情報共有は多い。

② 入院時情報提供率



ケアマネから医療機関への入院時の情報提供は、R3年度にはコロナウイルス感染症で減少したが、R4年度から増加している。

③ 退院調整率



- 医療機関から介護支援専門員等への情報提供は、昨年度より増え96.6%
医療と介護の連携がとれている。

再掲事項(介護支援専門員等調査)

○ 要介護3～5の利用者

入院時情報提供率:100%

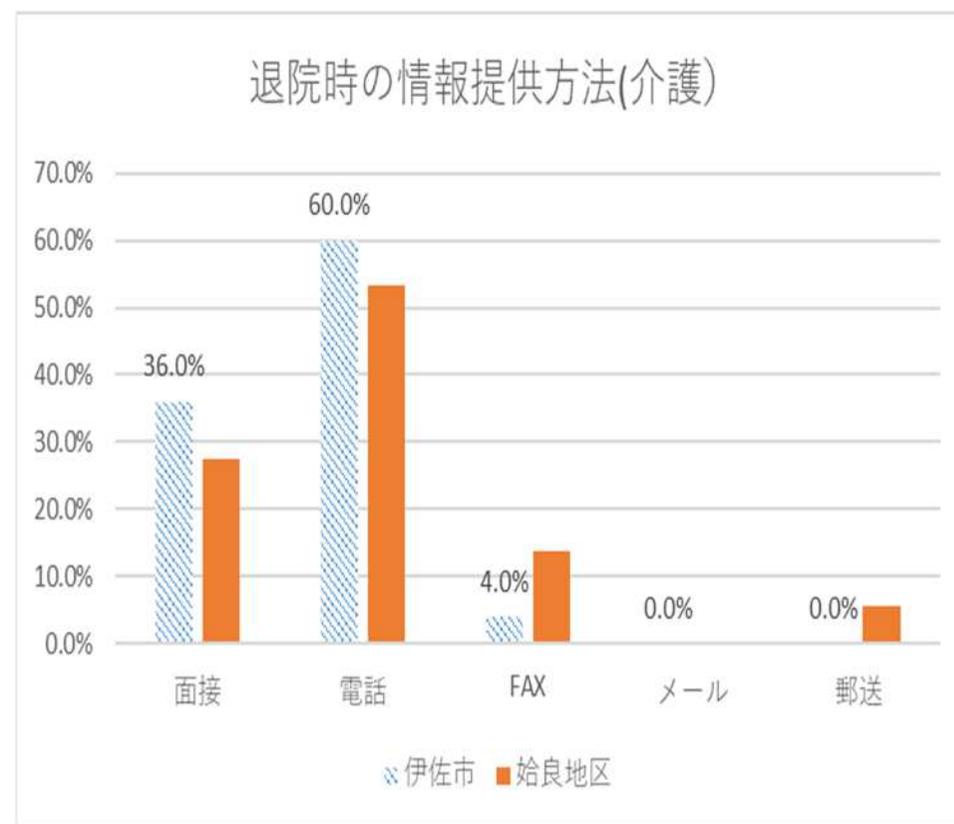
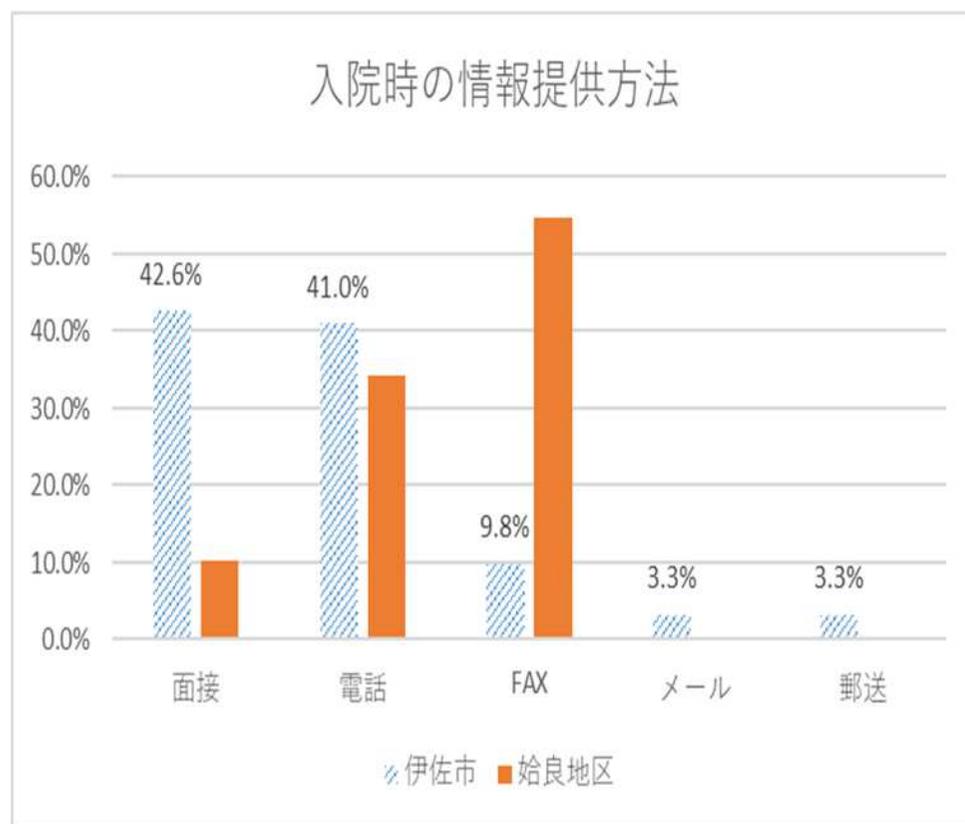
退院調整率:100%

○ 平均在院日数:約38.5日



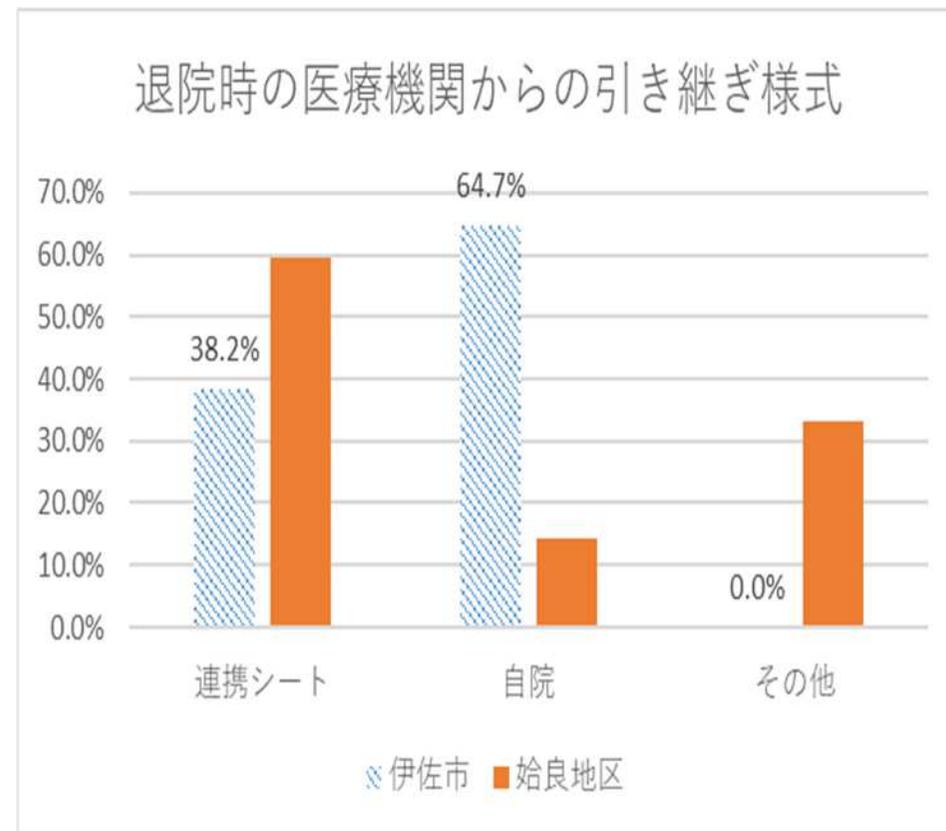
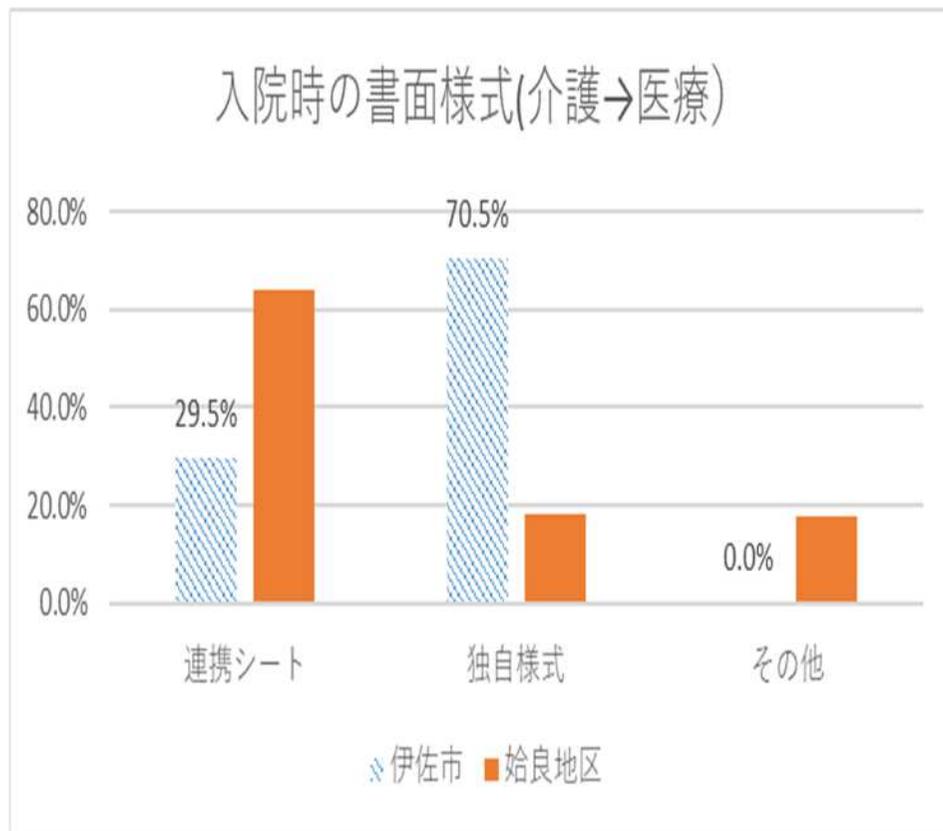
- ・特に支援が必要と思われる介護度の高い利用者について、入院時情報提供率・退院調整率ともに100%
- ・平均在院日数は約38.5日。この間に入退院支援が必要となる。

④ 情報提供の方法



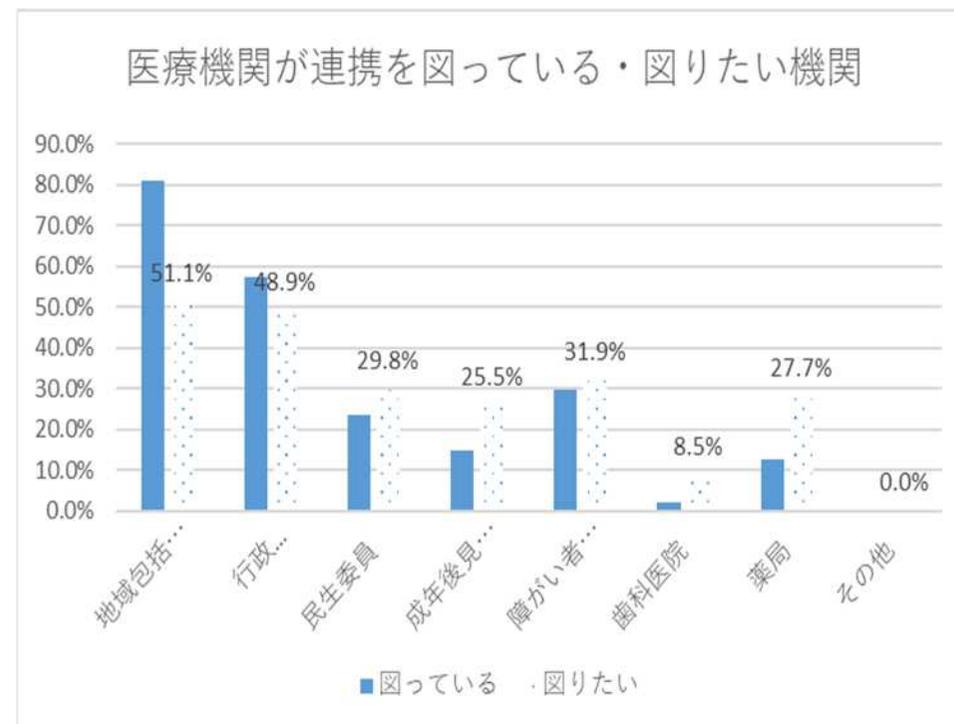
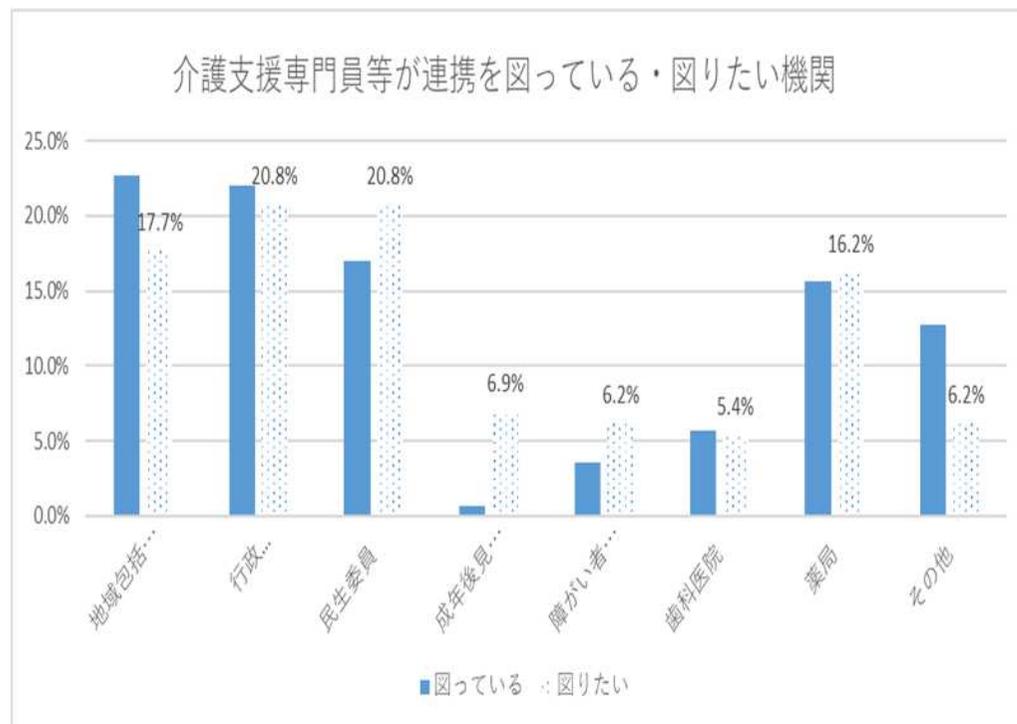
- 伊佐市は、医療側から、介護側からも面接・電話での連絡が多く、顔の見える関係性がうかがえる。

⑤ 様式の活用



・介護支援専門員等は連携シートの活用率が高く、医療機関では独自様式を活用している率が高い。

⑥ 連携する関係機関



- ・介護支援専門員等では、「民生委員」、「成年後見センター」、「障がい者相談支援事業所」と連携を図りたい。
- ・医療機関では、「民生委員」、「歯科医院」、「薬局」との連携を図りたいが増えていた。

⑦ 入退院時の連携で、困ったことや改善が必要なこと等があれば教えてください。(医療機関)

- ✿ 包括支援センター対応の患者さまは電話で話が終わってしまうケースが多く、可能であれば**基本情報を頂けるとありがたい**。
- ✿ 地域包括支援センターCMの場合土日祝日は連絡が取れず困る。
- ✿ 診療報酬でケアマネジャーとの面会実績を求められ、**ビデオ通話**でも算定可能だが、相手方にその設備がない場合が多い。
- ✿ 対象者、家族が利用している事業所やCMの名前を言えない、わからない時が困る。

⑦ 入退院時の連携で、困ったことや改善が必要なこと等があれば教えてください。(介護支援専門員等)

- ✿ 家族や病院からの入退院の連絡がないことがあった。
- ✿ 急に入院になった場合に包括支援センターが関わっていることを本人、家族が理解していない場合もあり連絡がない事もあった。
- ✿ 情報が簡単すぎて、再度状況の確認が必要であるため手間がかかった。
- ✿ 入退院時の対象者の身体状況や注意点などの詳細を連携が図れたらその後の支援につながると思う。
- ✿ 平時からかかりつけ薬局との関りが築けていなかったり、かかりつけ薬局を把握していない。
そのため入院時にも連絡をとっていない。
かかりつけ薬局と連携して内服管理を協働して関わる事ができればなおよいと思うが日頃そこに時間を割く余裕がない。

⑦ 入退院時の連携で、困ったことや改善が必要なこと等があれば教えてください。(介護支援専門員等)

✿ 紙資料の作成が手間と感ずます。メール等でのやり取りがメインになるとよいと感ずます。

✿ 術後リハビリなどを行い安定した状態でもない時期に、年齢や環境だけでカンファレンスを開き施設入所を勧められるケースがある。

✿ 退院時本人・家族より訪問看護の支援依頼があった際、主治医の意見書が遅く意見書ができるまで支援介入ができないことがあった。

⑧ 入退院時の連携で、良かったことや効果があったことを教えてください。（医療機関）

✿ 退院前のカンファレンス、家屋調査など、連携を依頼した際には快くご対応していただいております、大変助かっています。

本人や家族を退院に向けてイメージが付きやすいので話を進めるのもスムーズです。

✿ 在宅への退院は、特に連携が必要ですので、ケアマネや包括には連絡するようにしています。

✿ 担当CMさんが、病院側から問う前に、受入れご家族へ在宅復帰後の居宅サービス利用について、あらかじめ意向を伺って下さるので、とても助かった例がありました。

✿ （入院）在宅での近況の様子が分かること （退院）気を付けてほしいことなどについて、提供、共有できたこと

⑧ 入退院時の連携で、良かったことや効果があったことを教えてください。(介護支援専門員等)

- ✿ 今回は**早めに連絡**を頂けて特に問題などは生じておりませんが、今後も退院日の変更時やご本人様の状態の変化などは早めに教えて頂けるとサービスの調整などが円滑に実施できるのではないかと思います。
- ✿ 看取り対象の方でかかりつけ医の変更が生じたが、事前に本人の思いや状態等を病院側と入院前に情報共有できていたため、かかりつけ医変更後も入院などがスムーズに行えたので、**情報の共有は必要**だと思いました。
- ✿ 入院の際に可能な限りは**情報を面接して渡し**、出来ない時もFAXに電話を併せてやりとりしている。本人や家族の希望や思い、普段どのように暮らしているか、先々についての考え方など書面だけの場合よりも伝えることが出来てきていると思う。
- ✿ コロナウイルスが5類に移行され、本人・家族を直接見ることができるようになったため、入退院時の連携がおこないやすくなった。

⑧ 入退院時の連携で、良かったことや効果があったことを教えてください。(介護支援専門員等)

- ✿ 退院前、自宅での生活ができるように家屋調査があり、退院時に自宅の住環境の整備ができていた。地域連携室との連携がとりやすくなった。
- ✿ 退院後の自宅生活を見据えて入院中に本人、家族、病院スタッフ、ケアマネ、福祉用具関係者等で自宅にて環境確認を行うことができた。
(家屋調査)退院後必要な福祉用具や住宅改修について検討できた。退院前に模様替えなどを行った。
- ✿ 退院時のカンファレンスによく招待していただき入院中の様子などが伺えて助かります。
- ✿ 退院時に状態を細かく教えて頂き、在宅で継続で見たい事の引継ぎがあった。
- ✿ その都度状況報告の連絡が来ることで退院に向け十分な在宅への受け入れ体制が出来る。

⑧ 入退院時の連携で、良かったことや効果があったことを教えてください。(介護支援専門員等)

- ✿ 高齢夫婦。妻が入院した際、夫の生活が困難になり体調不良となった。夫の治療中の病院へ社会的入院依頼を行い体調も改善された。
- ✿ 退院前に本人との面会ができて在宅復帰前にサービス調整ができ、本人の様子がわかり助かりました。
- ✿ 退院前カンファレンスのおかげで、自宅に帰ってからの事を共有できて助かりました。
- ✿ 以前は入退院の連絡がなかったり遅れたりがあったが、最近は事前に連絡を頂けるようになりスムーズになった。
- ✿ 利用者からの信頼が向上した。

3 今後へ向けて



- 入退院支援ルールが開始されて、6年経ちました。
- 連携がスムーズにとれているところもあれば、もう少しお互いに歩み寄る必要があるようです。
- 入院前の情報シートや退院シートについては共通の様式ではなく独自の様式を活用しているところも多く見られます。
共通の様式を使いやすいものにしていくこと等について検討の余地があるようです。
- 現在実施されている入退院支援の体制を維持しつつ、支援者に負担がかかりすぎず、その人にとって適切な支援が行われるような支援の協力体制や効率化が強化されるよう努力を続けていきましょう。