

# 医療・介護連携推進事業について



北見市保健福祉部  
地域包括ケア推進担当



**平成29年度**  
**北見市入退院連絡調査結果について**  
**(在宅ケアマネジャー対象調査)**  
**(医療機関対象調査)**

# 「在宅ケアマネ対象調査」の概要

## ○調査対象期間

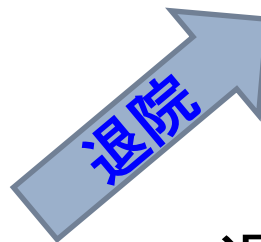
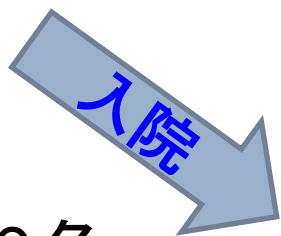
平成29年10月1日～平成29年10月31日の間

## ○調査対象と回収率

	対象	回答	回答率
地域包括支援センター	7	7	100%
居宅介護支援事業所	50	48	96.0%
小規模多機能型等	14	14	100%
計	71	69	97.2%

# ①入退院連絡の有無

平成29年10月 1ヶ月間



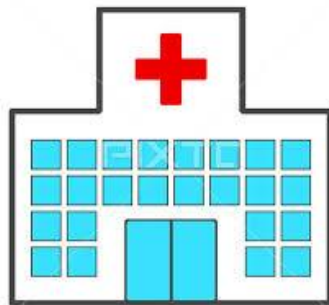
入院総数 220名

(H28年10月 178名)

○ケアマネ⇒病院連絡

連絡有 180件(81.8%)

連絡無 40件(18.2%)



pixta.jp - 2029506

退院総数 138名

(H28年10月 157名)

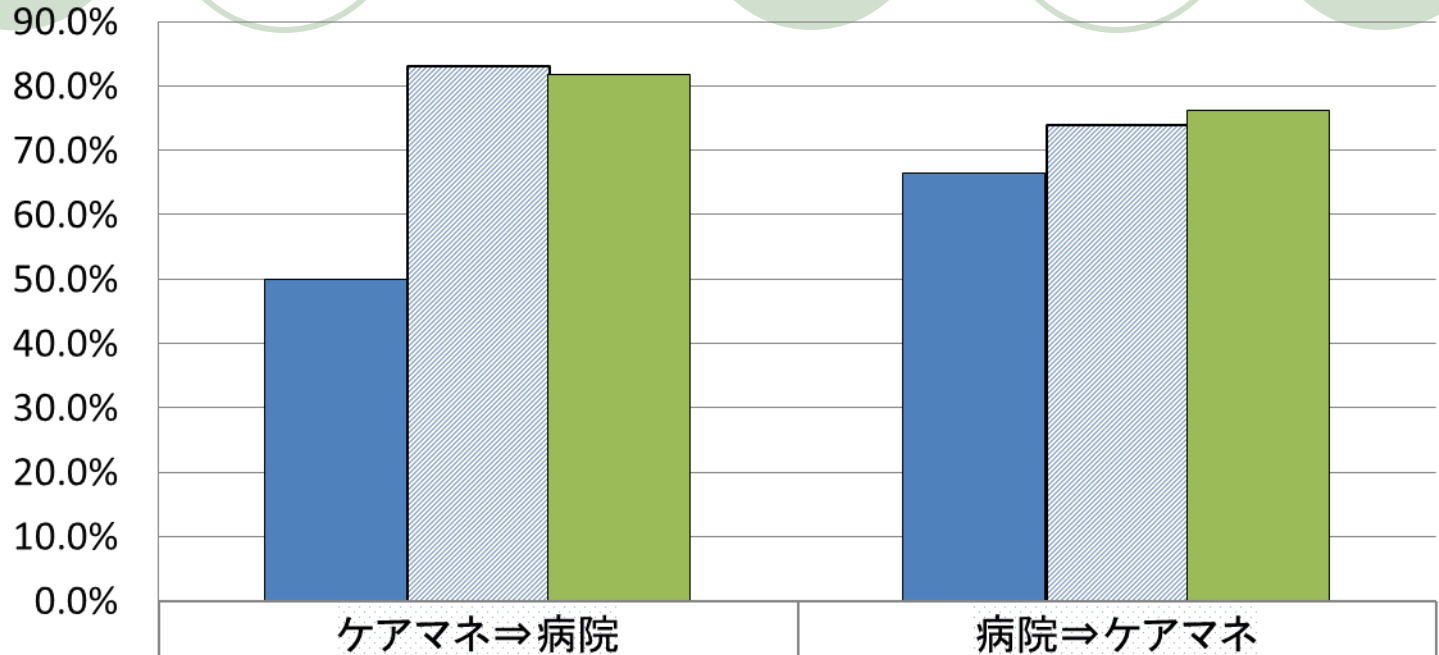
○病院⇒ケアマネ連絡

連絡有 105件(76.1%)

連絡無 33件(23.9%)

- ・ケアマネジャーからの医療機関への連絡なしは18.2%
- ・医療機関からケアマネジャーへの連絡なしは23.9%

## ②入退院連絡率の推移

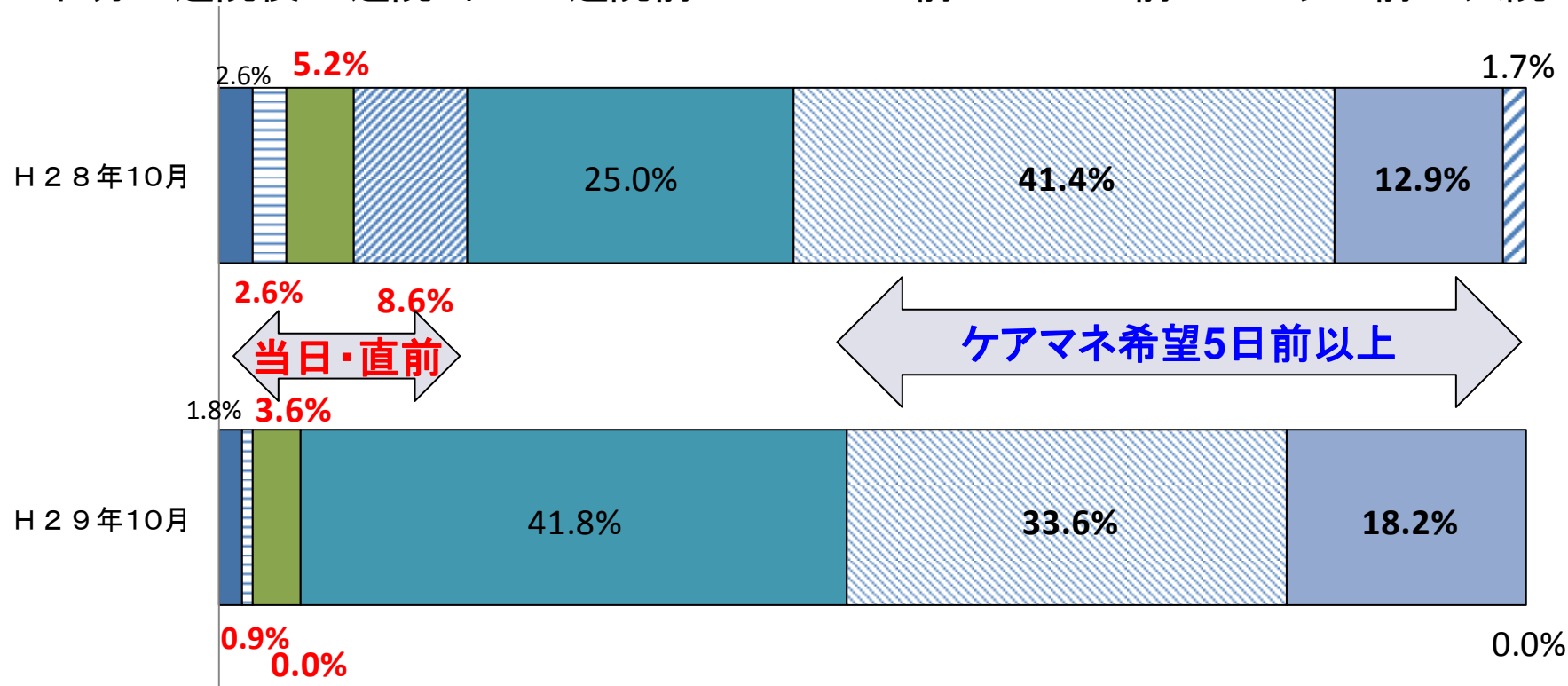


	ケアマネ⇒病院	病院⇒ケアマネ
■ H26年4~6月	49.9%	66.5%
▨ H28年10月	83.1%	73.9%
■ H29年10月	81.8%	76.1%

- ・ケアマネからの入院連絡率は8割を超えている
- ・病院からの退院連絡率も年々上昇し7割を超えた

### ③医療機関からの退院連絡の時期

■ 不明 □ 退院後 ■ 退院当日 ▨ 退院前日 ■ 2~4日前 ▨ 5~7日前 ■ 8日以上前 ▨ 入院時



- ・連絡が退院後、退院当日、退院前日の割合は  
H28年16.4%からH29年4.5%となり、退院後・直前の連絡は減っている
- ・ケアマネが希望する5日前以上はH28年54.3%H29年51.8%と横ばい
- ・住宅改修や新たなサービス導入には調整に時間を要します。早めの連絡を。

## ④入退院連絡における連絡方法

### ケアマネから医療機関への連絡

	口頭のみ	書面あり	不明
H29年10月	11.2%	87.2%	1.6%
H28年10月	16.2%	81.1%	2.7%

### 医療機関からケアマネへの連絡

	口頭のみ	書面あり	不明
H29年10月	32.5%	65.0%	2.5%
H28年10月	25.0%	73.3%	1.7%

- ・入退院連絡における書面(事業所・市様式)使用は、ケアマネ9割近くにアップ、医療機関は書面が少し減少。
- ・情報を伝える場合は、書面使用が正確に確実に伝わる。

## ⑤退院カンファレンスの実施状況

	あり	なし	不明
H29年10月	49.5%	48.6%	1.9%
H28年10月	52.6%	47.4%	0.0%

・退院カンファレンスは、半数で開催されている



# 「医療機関対象調査」の概要

○調査時期 平成30年2月

○調査対象 有床の医療機関  
21医療機関

○回答 18医療機関

問1 入退院に関して、在宅担当ケアマネジャー等との連絡は取りやすいですか。

問1	1つ回答	
1	とても取りやすい	0
2	取りやすい	9
3	変わらない	6
4	取りにくい	1
5	その他	1
6	未記入	1
	計	18

問2 入退院調整窓口一覧（居宅介護支援事業所等の窓口担当者等記載）は活用していますか。

問2	1つ回答	
1	活用している	12
2	以前から把握している	1
3	活用していない	4
4	その他	0
5	未記入	1
	計	18

問3 在宅担当ケアマネジャーからの入院連絡で、退院に向けた在宅生活を調整・支援する上で特に役に立った情報をお教えてください。（3つ以内）

問3	3つまで回答	
1	在宅でのADL	9
2	主介護等の介護力	8
3	介護認定情報	6
4	介護保険サービス利用状況	5
5	キーパーソン	4
6	家族構成	2
7	在宅でのIADL	2
8	住まいの状況	1
9	認知機能	1
10	介護保険サービス以外	1
11	既往歴	0
12	その他	0

高齢者を担当するケアマネジャーの周知のため、健康保険証と一緒にケアマネジャーの名刺等を保管バック等に入れることに努めています

問4 活用状況をお尋ねします。(いくつでも○を)

問4	いくつでも回答可	18施設
1	外来で活用することがある	8
2	病棟で活用することがある	6
3	あまり活用しない	5
4	本人・家族から担当ケアマネを聞いている	8
5	その他	4

問5 今後も健康保険証と一緒にケアマネジャーの名刺等を入れておくことを希望しますか。

問5	1つ回答	18施設
1	希望する	13
2	どちらでもよい	4
3	希望しない	1
4	その他	0

# 在宅ケアマネ等の声(抜粋)



## 良かったこと

- ・新規の相談連絡あり面接。病院側で家族の同席を調整してもらえ、制度説明、代行申請がスムーズだった。
- ・退院に向け、本人・家族・看護師・栄養士・MSW・ケアマネで話し合った。本人・家族の希望と専門職の見立てで温度差あったが、話し合いで問題点を共有でき、本人・家族が安心して退院。各サービス提供事業所との調整も多職種の検討あったので、問題がつかみやすくスムーズだった。
- ・退院時カンファレンスで看護師からの助言あり、福祉用具や訪問看護がスムーズに導入できた。
- ・退院時に自宅でのリハビリメニューやとろみの調整など具体的な指導あり、退院後に関係者が共有し支援できた。

## 課題・要望

- ・退院直前の連絡ではなく、早めに連絡を。医師の指示とういのも分かっていますが。
- ・病院の担当看護師により、対応が異なる場合がある。今後も連携について、周知や協議が必要。
- ・連絡を取り合っていたが、転院時連絡がなく困った。
- ・退院時カンファレンスにケアマネの他に、サービス関係者も参加できたら、もっとスムーズに在宅生活に移行できる。
- ・病院から遠方のケアマネは急に呼ばれても行けない。
- ・短期間入院でも家族から連絡もらえるよう説明必要
- ・今後は外来での連携がしやすくなると良い。

# 医療機関担当者の声（抜粋）？



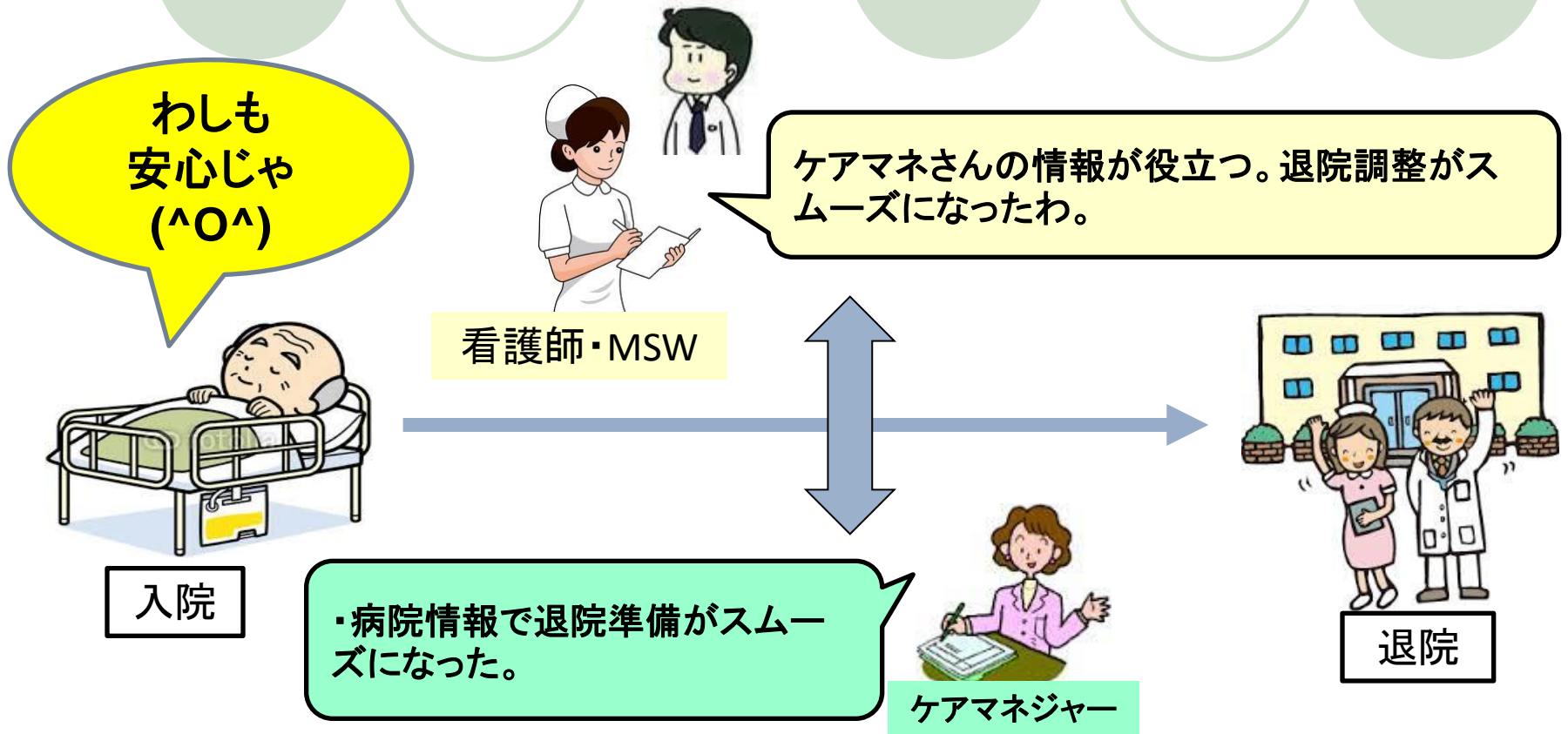
## 良かったこと

- ・入院時よりケアマネと情報共有を重ねたことで、退院の見通しがたった時点で必要なサービスが調整できた。
- ・入院期間に限りがあり、ケアマネのスピーディーな対応・調整ありがたい。
- ・心不全で入退院を繰り返し、心機能が低下。ケアマネに来院いただき、話し合い、療養環境を整えてくれた。医療機関だけで指導はできても、在宅での支援体制はケアマネでなければできない。とても助かった。（予防に繋がる）
- ・退院前にケアマネとカンファレンスでできることで、患者の状況や注意点を伝えることができ、患者・家族の不安が和らいだ。
- ・ケアマネからの情報で、ネグレクトの可能性把握。退院支援計画に役立った。

## 課題・要望

- ・文書情報以外に会って情報交換すると、問題点・課題が明確になり、退院に向け解決策を見いだせる。本人・家族の情報では不足あり、ケアマネの情報が有効。顔の見える連携を続けたい。
- ・精神科の入院は長期化することが多いが、退院支援（施設含め）への協力要請してよいか。
- ・電話のみでの連絡のケアマネがいる。フェースシート提供や直接話が出来ると退院支援がスムーズで患者が安心。
- ・退院支援シートは、変化少ない場合はよいが、変化が大きい場合は、看護要約を使用。
- ・情報提供シートの様式を統一したほうがよい。（独自様式で不足情報がある場合あり）

# 入退院連絡の目的と互いのメリットを再確認



高齢者等が在宅で安心して暮らせることを目指して

# ◎2025年まで 6年2カ月！！

人口の推移・推計(第7期北見市高齢者保健福祉計画・北見市介護保険計画より) 単位:人

	H27年度2015年度	H37年度2025年度	比較
総人口	121,264	109,566	△11,698
0～39歳	43,543	33,472	△10,071
40～64歳	41,622	36,164	△ 5,458
65歳以上	36,099	39,930	<b>3,831</b>
【再】65～74歳	18,119	16,150	△ 1,969
<b>【再】75歳以上</b>	17,980	23,780	<b>5,800</b>
高齢化率(%)	29.8	36.4	

- ・医療ニーズと介護ニーズをあわせ持つ、75歳以上の方が増える
- ・入退院の連携をはじめ、平時・通院時からの予防・重症化予防の視点で、医療と介護の連携を進めていくことが必要