

医療と介護の連携に関するアンケートの結果概要について（中丹東分）

1 各機関への照会・回答状況

	舞鶴市		綾部市		計	
	照会数	回答数	照会数	回答数	照会数	回答数
医療連携室	6	6	3	3	9	9
地域包括支援センター	7	7	3	3	10	10
居宅介護支援事業所	25	22	14	14	39	36
訪問看護ステーション	7	7	3	3	10	10

2 アンケート集計総括

- ▶ 入退院時の連携について、中丹東圏域版の入退院連携マニュアルを活用が多数みられ、情報提供がおおむね適切に行われている。また、入退院連携マニュアルについては、事務フローと現状は合っていると認識されており、マニュアルの改訂等の必要性の意見も特にない。ケアマネへの連絡（入院時、中間、退院1週間前等）が十分に出来ていない部分がある。
- ▶ 市外、中丹圏域以外の病院等との連携については、遠方等により詳細が把握しにくく難しい部分はあるが、特に大きな課題となる意見はない。
- ▶ 退院時の情報提供については、看護サマリーが提供されているが、医療系サービスがないと提供されない場合があるとの意見あり。
- ▶ 退院時カンファレンスについて、ケアマネから求められた場合、ほぼ実施されているが、急な日程調整や、病院側とケアマネとの認識に差がある場合があり、課題のあるケースもある。
- ▶ 退院調整の課題としては、独居、老老介護、施設入所希望など、在宅介護力の弱まりにより在宅への退院受入が難しくなっているが、老健入所や在宅サービス（ショート含む）などの受入体制が整わず、調整が困難との意見が多い。
- ▶ かかりつけ医の連携について、医師が多忙で面談する時間をとってもらうのが難しい状況や、病院の非常勤医師との連携に課題がある。
- ▶ 医療と介護の連携に関して意見については、
 - ケアマネとMSWできちんとした意思疎通が図られることが大切。
 - 退院支援加算により、早期介入の必要性が高まったが業務量の増加は否めない。
 - 地域包括支援センターが体制上、手一杯であり、体制の充実が必要

3 医療介護連携に係る課題と方向性（案）

(1) 在宅復帰が難しいため退院調整が困難な状況

- 在宅での介護力が低い患者（独居、日中独居、老老介護）について、早い段階（7～14日前）でのカンファレンス実施
- 在宅医療・介護連携の取組の充実

(2) 病院からの看護サマリーによる情報提供のあり方

- 訪問看護ステーションへの提供等、看護サマリーの取り扱いについて整理

(3) かかりつけ医との情報共有等連携のあり方

- 「京あんしんネット」の活用による円滑な情報提供の実施、顔の見える関係づくりの推進

4 事業所区分別のアンケート集計概要

【医療連携室】

- 地域包括、ケアマネが入院を把握していない場合が多い。
- 入院時の情報としてサービス利用状況、在宅生活についてもっと知りたい場合がある。
- 退院調整の時期：3割の病院が14日前
- 退院時カンファレンス：全病院が実施と回答。実施しないと判断した際、ケアマネから求められた場合は半数の病院は実施すると回答。
- 退院時のサマリーの提供：9割近くが提供と回答
- 退院調整の課題：診療報酬で定められた期間内の退院は余裕がなく対応に苦慮
在宅が難しい（拒む）家族が多い。
- 医療介護連携に関する意見：地域包括支援センターが連携の鍵になるケースが増えているが体制上手一杯と思われる。体制の充実を。

【訪問看護ステーション】

- 退院時カンファレンス：4割の事業所が開催されない場合がある。
- 退院時の情報提供
 - ・ サマリーの情報ではわかりづらい点がある。
 - ・ サマリーの提供がない時がある。
- 退院調整の課題
 - ・ 退院ぎりぎり、退院日が決まってからのカンファレンスでは対応が難しいケースあり。
 - ・ カンファレンスをお願いしてもしてもらえない時がある。
 - ・ がん末期の方には訪問の空き時間がない場合がある。
 - ・ 入院中の習慣を退院後もできるように指導してもらいたい。
 - ・ 胃瘻、おむつ、体位変換等、家族の介護力を見通した在宅サービスの立案が必要。
- かかりつけ医との連携
 - ・ お忙しいのでついつい遠慮してしまう。
 - ・ 京あんしんネットを活用している医師とはこまめな連携ができています。
 - ・ 他科とかかりつけ医との調整が難しい。
- 医療と介護の連携に関する意見
 - ・ ケアマネを中心に医師も含む担当者会議が必要時期に適切に行われることが望ましい。
 - ・ 癌ターミナルを診てくれる在宅医が少ない。

【地域包括支援センター】

- 病院への情報提供：半数の事業所が実施しない時があると回答
- 入院時情報提供の時期：8割の事業所が入院後3日以内と回答
- 追加の情報：4割の事業所があり。家族、キーパーソン、生活情報等
- 退院時情報提供の時期：通常は7日前が4割、0～1日との回答が半数
- 退院時カンファレンスを求めた場合全事業所が行われると回答
- 退院調整の課題
 - ・ 退院の連絡が遅い時に困る。
 - ・ すぐに入所できる施設がない、ヘルパー等の地域資源が不足
 - ・ ターミナル期の一時退院の調整が難しい。
- かかりつけ医との連携
 - ・ 制度が変わったことをご存じない場合がある。

- ・ 業務多忙な医師と直接面接して相談する時間調整が難しい。
 - ・ がん末期の方へ往診してくれる医師が少ない。
 - ・ 認知症の判断が実情と異なる場合がある。
- 医療と介護の連携に関する意見
- ・ 癌で通院や入退院を繰り返す人、在宅酸素療法を行う人が増えており、かかりつけ医、外来看護師、訪問看護などと連携を密にとっていきたい。

【居宅介護支援事業所（舞鶴）】

- 入院時の病院への情報提供：8割以上の事業所が実施
- 情報提供の時期：ほとんどの事業所が3日以内
- 追加の情報を求められること：2割弱の事業所が求められた。
- ・ 介護者、家族の状況、生活歴、介護保険サービス内容等
- 退院時の病院からの連絡：通常は7～14日の回答が約半数、遅い時は0～1日との回答も半数弱
- 退院時カンファレンスの開催を求めた際、全事業者がほとんど開催されると回答
- 退院時カンファレンスが開催されない場合
- ・ 入院前と状態が変わらない、入院前の状態に回復し、サービス等に大きな変化がない場合
 - ・ 本人家族の都合での急な退院、病院が急いだ場合
- その際の対応
- ・ 連携室に確認、看護サマリーを求める、本人の様子を直接見に行く。
 - ・ 開催を求める。急な退院でもほとんど行ってもらう。
- 退院調整の課題
- ・ 家族、介護者が介護サービスに依存しすぎ、非協力的な家族が増えている。
 - ・ 入院前のADLレベルに回復するまでリハビリしてほしいが、地域包括ケア病棟では期限が切られてしまう。
 - ・ 入院中と在宅に戻った際のADLが異なること。入院中に食形態が下がること。
 - ・ 調整時間が短いため退院までに在宅サービス受入が困難な場合がある。
 - ・ 在宅サービス（ヘルパー）の受け皿がなく、特に山間部で頻回に使えない。
 - ・ 在宅が困難と思われても施設がないと在宅調整せざるを得ない。
- 入退院連携マニュアルでできていない点
- ・ 病院から退院が決まってから連絡があることが多い。退院調整が必要な場合追いつかないことがある。
 - ・ 病院によっては退院調整の連絡がなかったり、カンファレンスなく、看護サマリーの提供がない時もある。
- かかりつけ医との連携
- ・ 医師によってはメールや電話で済ますことができず、直接話をしなければならない場合がある。
 - ・ 常に時間のことが気になり余裕を持って話す機会が少ない。
 - ・ 往診はOKだが定期的な訪問診療をお願いできるところが少ない。
- 医療と介護の連携に関する意見
- ・ 各病院に連携室があり、やりとりが容易になっている。
 - ・ 退院調整では急な調整を求められることも多く、対応できることに限りがあることもある。

- ・ 入院中からも在宅側、病院側との情報を共有することが大切と感じている。情報を待つのではなく、自ら確認するようにしていきたい。
- ・ 病院への情報提供、カンファレンス調整では、連携室が窓口となりスムーズに連携がとれている。
- ・ 入退院の連携に関してはほぼマニュアルどおりになってきている。
- ・ 「居宅介護支援計画連絡票」を受付にお願いすることが多いが、わかっておられない職員さんもおられ、連携を図るツールとして持参していることを理解してもらいたい。
- ・ 主治医が患者の生活状況や認知症度合いを把握されておらず、ケアマネが事前に情報提供していても、きちんと評価してもらえない場合がある。
- ・ 在宅の大半の利用者は何らかの認知症症状があるが、緊急的に地域包括ケア病棟を利用したいと思っても認知症の症状により受け入れてもらえないことがある。
- ・ 医師には聞きにくい、敷居が高い。
- ・ 在宅に向けての生活調整やリハビリを充実させてほしい。入院中と在宅の生活は違うのだということをも病院が理解させてもらいたい。

【居宅介護支援事業所（綾部）】

- 病院への情報提供：4割ほどの事業所が実施しない場合があると回答。
- 提供しない理由
 - ・ リハビリ職や相談員から連絡があった時に提供している。
 - ・ 短期間の入院、検査入院、状態観察の一時的な入院、入退院を繰り返している場合
 - ・ 依頼が無いため
- 情報提供の時期：ほとんどの事業所が入院後3日以内に実施
- 追加の情報を求められること：3割強の事業所があったと回答
- 追加情報の内容
 - ・ 家族と疎遠の方のキーパーソンとの状況、後見人の情報、サービス計画書等、自宅での生活状況、精神面
- 退院時の病院からの連絡：通常10～14日と回答した事業所が7割近く、遅い時0から1日と回答した事業所が4割弱あり
- 退院カンファレンスを求めた際：9割近くの事業所が行われると回答。
- カンファレンスが行われない場合
 - ・ 入院前の状況と変わらない場合、入退院を繰り返している場合、家族か本人の退院意向が強い。
- その際の対応
 - ・ 病院に訪問しMSW、病棟から情報を聞き、事業所と連絡を取り調整する。
 - ・ 入院状況を電話で確認
 - ・ 退院後の状況を見てサービス担当者会議を開催
- 退院調整の課題
 - ・ 退院時期が家族の思いと病院の意向にずれがある。（もう少し入院したい、もう退院してほしい。）
 - ・ 在宅生活の限界を感じるが入所できる施設がない。
 - ・ 本人家族が退院後自宅での生活を希望していないが、行先が見つからない場合は一旦自宅に帰らなければならない。
 - ・ 在宅サービスの人的な要因（ヘルパー不足）で十分な支援体制が整えにくい。
- 入退院連携マニュアルについて：4割弱の事業所が一部できていないと回答。
- できていない点

- ・ 入院連絡が無い、入院していることがわかるのが遅い、既に退院しているケースがある。
- ・ 長期入院の場合の中間連絡、退院調整連絡
- ・ 医療系サービスがないと看護サマリーがもらえない病院がある。
- かかりつけ医との連携の課題
 - ・ どうしても連絡や問い合わせを躊躇してしまう。
 - ・ 総合病院がかかりつけ医の場合、直接主治医と連携することが難しい。
 - ・ 医師が多忙のためじっくりと話ができない時がある。
 - ・ 開業医との連携はスムーズ。病院の勤務医の場合は時間がとりにくい。
 - ・ 開業医は直接会って話ができることが少なく、メール、FAX 等での連携になり意図が伝わりにくいことがある。
- 医療と介護の連携の意見
 - ・ 病院によっては積極的に連絡をいただいたりし、連携しやすいと感じる。
 - ・ 疼痛認定看護師に自宅で疼痛管理をしてもらい、本人、家族ケアマネも含め支援者の安心につながった。
 - ・ ケアマネが病院へ足を運びMSWだけでなく病棟看護スタッフやPT、OTとも顔の見える関係性が築くことができ、コミュニケーションが活発化している。
 - ・ 入院時の連携の相手方は相談員が多いが、病棟看護師を連携時に呼んでももらえることもあり大変ありがたい。実際に支援する看護師に直接情報を伝えたい。
 - ・ 退院時に看護サマリーを提供してほしいが、病院によって対応が様々である。
 - ・ 総合病院の医師（週1の勤務の医師等）との連携が難しい。
 - ・ 病院の医師は居宅サービス計画書の交付を受け、連携することを理解していただいているか疑問に感じることがある。
 - ・ 主治医意見書や共通診断書など医師が発行する情報をケアマネはとりやすいと思う。一方で医師は受診時に本人、家族の訴えにより暮らしの様子を情報収集されており、何が課題かわかりにくいと思う。そのため主治医意見書依頼時に認定調査及び特記事項を情報提供している。
 - ・ 訪問歯科医師、薬剤師とも同様に、他のケースのことでも相談やアドバイスを受けられ、医学的な面でケアマネの力量を高めることにつながっていると考える。
 - ・ 病院のスタッフが在宅まで足を運ぶのは難しい現状があるので、在宅側からリアルな情報を写真や動画を活用して伝えていかないといけないと思う。

【まとめ】

- 病院からケアマネ、地域包括への退院の連絡が遅い場合がある。
遅れるほど調整が困難となる傾向
- サマリイの提供
記載内容（わかりにくい場合）、提供されない場合があること
- 在宅復帰が難しい。
家族の介護力の低下、介護サービス（施設、在宅とも）の不足感
- かかりつけ医との関係
時間、方法、情報内容、病院の医師 等