

# 在宅医療介護連携における「入退院時の連携」について ～「入退院時の情報共有におけるフォローアップ調査」を踏まえた考察～

島根県健康福祉部 高齢者福祉課地域包括ケア推進室 ○嘉藤幸介 雲南保健所 地域包括ケア推進スタッフ 中島和子

## 1 背景

島根県では、H26年度に「入退院時における病院と在宅サービス事業所間の情報共有に関する調査」を行った。調査報告では、病院と在宅サービス事業所（以下※「在宅チーム」）間で情報共有できていない事例が一定数あり、「入退院時における標準的なルールづくり」等を提言するとともに、H28年度からフォローアップ調査を継続してきた（病院はH30年度から実施）。本報告では、「入退院時の情報提供の割合」等を経年比較するとともに、入退院連携の取り組みが進んできた背景をまとめている。

また、R2年度調査では新型コロナウイルス感染症（以下「コロナ」）に関する意見が多く、「日々の連携」や「顔の見える関係づくり」が緊急時にこそ活かせることが見えてきた。コロナ禍における介護支援専門員（以下「ケアマネ」）や訪問看護師の工夫もあわせて報告したい。

※ 本報告ではケアマネ+訪問看護師を指す

## 2 調査方法、調査対象

【方法・回答】事業所等へ調査票を送付しFAXによる回答。R2年度からはweb回答方式に変更。居宅ケアマネ、訪問看護師、病院担当者(地域連携室)等が記載。

※ 一部圏域では施設ケアマネも対象

【入退院情報提供の調査対象】「在宅チーム」の回答者が受け持つサービス利用者のうち、9月1日～9月30日の間に入退院があったケース（病院は全入退院数）

## 3 調査結果概要 ※ 図表(1)～(3)参照

(1) 回答者数 (R2年度)

R2年度	調査対象施設数	回答施設数	回答率	回答者数	9月中に入院したケース	9月中に退院したケース
居宅	267	243	91.00%	631	789	702
訪問看護	86	71	82.60%	160	210	202
病院	47	43	91.50%	47	7331	7271

(2) 入退院時における情報提供の有無

- ・ケアマネ、訪問看護師ともに情報提供有りの割合が一定数に達しており、特に「在宅チームの司令塔」となるケアマネを経由した入退院情報の共有が定着している。
- ・各圏域では標準的なルールづくりや情報提供様式の共通化などが進められていることも一因と考えられる。

(3) 入退院時における情報共有できていない割合

- ・「在宅チーム」からみた情報共有できていないケースは直近3年間で1割弱だった。
- ・入退院連携におけるルールづくりが進み、円滑な入退院につながっていると推察される。
- ・一方、自由意見では自圏域外病院への転院等「調整が難しいケース」で情報共有が難しいとの記載が目立った。

(4) 自由意見をふまえた連携

- ・例年、「情報共有がうまくいった意見」が半数以上を占めており、日々の連携が定着していることが読み取れる。
- ・病院から退院に向け利用者の様子を電話連絡してくれる。
- ・在宅チームからの情報が、入院中の治療にとっても役立っている。

(5) コロナ禍での状況

※ 図2参照

R2年9月時点での「在宅チーム」からは、次のような声が上がっており、日々の連携や関係づくり、様々な工夫によりコロナ禍を乗り切ろうとする姿が垣間見える。

- ・病院・事業所間で連絡を取り合い、家族関係、経済状況、本人の意向等情報収集に努めた。
- ・リハビリスタッフが、様子を動画撮影、ケアマネに見せてくれ、立ち上がりの程度などプランの参考になった。

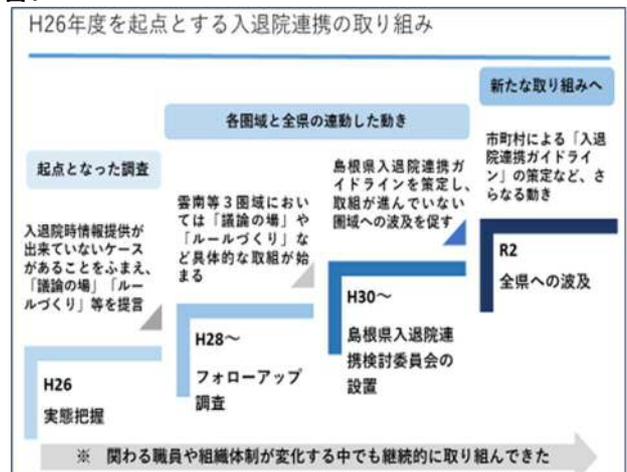
## 4 調査結果を活かしたプラットフォーム化の取り組み

※ 図1参照

- ・毎年度の調査結果を活かし、各圏域では保健所に配置された地域包括ケア推進スタッフを中心に、二次医療圏単位での入退院連携の標準的なルールづくり（プラットフォーム化）へつながるよう進めてきた。
- ・H30年度からは「島根県入退院連携検討委員会」を立ち上げ、「島根県入退院連携ガイドライン」の策定等を行うとともに、各圏域の動きと県施策が連動するよう進捗管理してきた。
- ・R3年3月末現在、※全二次医療圏において検討の場もしくは各圏域版「入退院連携ガイド」の作成等が進み、市町村による取り組み等、新たな動きへとつながっている。
- ・病院連携室や病棟看護師、在宅チーム等の入退院連携に関わる専門職の努力や工夫の積み重ねとともに、行政が連携して進めてきた一連の取り組みもまた、入退院連携におけるルールづくりが進んだ一助と考えている。

※ 圏域/市町村によっては既存会議の中で議論

図1

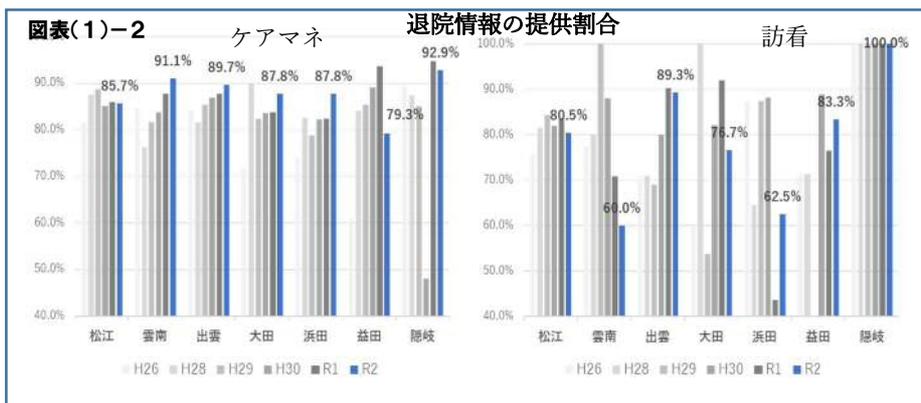
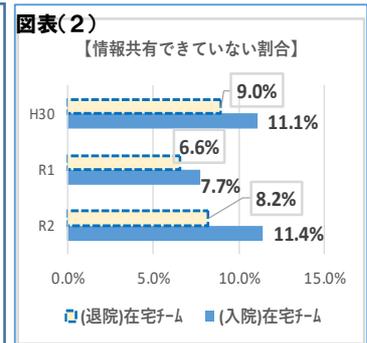
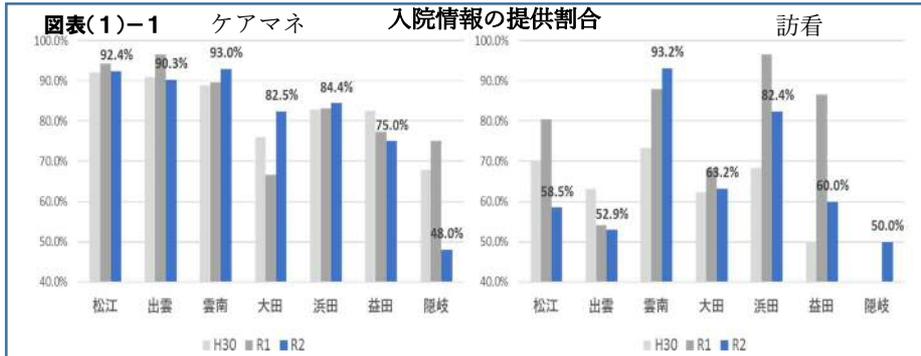


## 5 課題と今後の方向性

- ・引き続き、入退院連携におけるルールや様式の共通化などを進めるとともに、その実効性を高めていくことも必要と考えられる。
- ・自由意見では「他圏域との連携に難しさ」が読み取れるため、実態を踏まえながら圏域間でルールや様式の共有を図ることも必要と考えられる。
- ・入退院連携に関わる専門職の意見を吸い上げることが重要であるため、各地域においても「議論の場」を継続していくことが必要と考えられる。

## 6 よりよい入退院連携に向けた提案

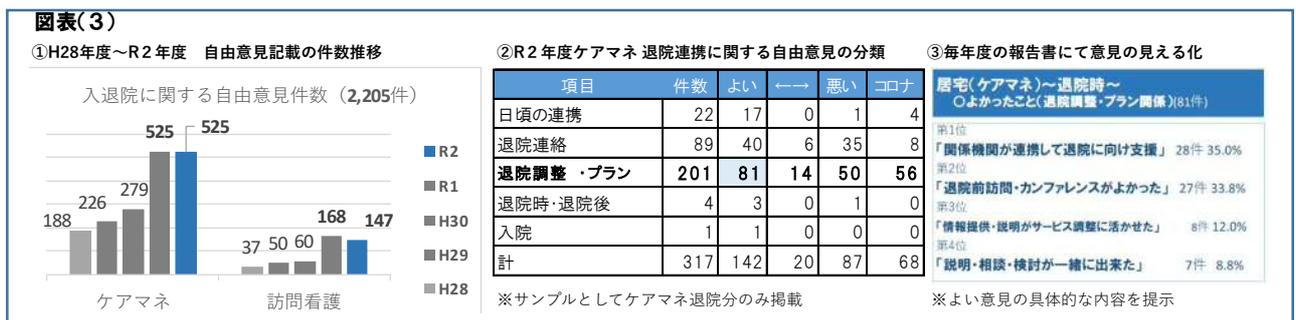
- (1) 実態把握や取り組みの成果を関係者で共有する  
各圏域や市町村単位でルールや様式の活用状況等を確認し、改善や工夫に取り組んでいく。
- (2) 他圏域との連携を進めていく  
医療資源が乏しい圏域では、他圏域との連携が必須であり、圏域間でのルール等の共有を図っていく。
- (3) 各地域と県全体における継続した取り組み  
地域と県全体の取り組みが連動するよう連携体制を維持していく。



	職種	R2	R1	H30
入院	ケアマネ	8.2	6.4	7.8
	訪問看護	23.2	11.5	24.5
	(入院)在宅チーム	11.4%	7.7%	11.1%
退院	ケアマネ	6.9	6.4	8
	訪問看護	12.9	7.3	12.3
	(退院)在宅チーム	8.2%	6.6%	9.0%

※ 在宅チームは(ケアマネ+訪問看護)

図表(1)および(2)については、例年回答数がケアマネと訪問看護で、3倍程度の差があるため注意が必要。



**図2**

コロナ禍における工夫と困り感  
・・・入退院連携の現場から

～令和2年度入退院情報共有フォローアップ調査報告書 自由記載 自由記載 自由記載より～

自由記載	コロナに関する記載件数
病院	0 6
訪問看護ステーション	2 8
居宅介護支援事業所	7 68

令和3年2月  
鳥取県健康福祉部高齢者福祉課

**居宅介護支援事業所の回答から～入院時～**

**工夫点、よかったこと**

- ▶ 病院 連携室にも訪問が難しくなっているため、電話連絡による情報交換を行った
- ▶ 地域連携室には訪問が難しく、FAX等の連絡により、特に問題を感じることはなかった
- ▶ 入院時から、連携室からわかりやすい説明で情報提供いただくので治療内容・本人のようす、リハビリの状況なども把握できた

**課題・困り感**

- ▶ 入院中の情報把握が困難に
- ▶ 本人に会えないので状況がわかりにくい(直接状況を見ることが出来ない)

**訪問看護ステーションの回答から～退院時～**

**工夫点、よかったこと**

- ▶ 「思うように面会できない」と病院から言われたが、本人の混乱を予防するために毎日1回は面会を許可してもらえよう医師に頼んでもらった
- ▶ 当初、退院前カンファレンスは実施せずと連絡があったが、ターミナルの方であったので、訪問看護からお願いで、開催(参加人数制限あり)してもらい、情報共有できた

**課題・困り感**

- ▶ カンファレンスの中止・参加控えとなった結果・・・
- ▶ 「事前の情報収集不足・調整不足のまま退院」
- ▶ 「連絡無し・サマリー無しの退院増加」
- ▶ 「退院前の利用者・家族へのサービス説明訪問ができず」等に・・・