

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

雲南圏域版 医療・介護
入院・退院の連携のコツ

連携は人と人とのつながり。絆、ちょっとした心遣いを忘れず、よい関係構築をしましょう。

<日頃のつながり>

- ✓ 出会ったら、笑顔で挨拶、声かけを(顔のみえる関係づくりをしよう)
- ✓ 相手の立場も理解しよう
- ✓ 連携ルール(連絡票の送り方等)を理解しておこう
- ✓ 対面・文書・TEL・メールをうまく活用しよう
- ✓ 生活の情報を共有しよう

<入院時・入院中>

- ✓ 利用者の情報(生活歴・経済面など)を相互に把握・共有しよう
- ✓ 早い段階から退院をイメージして準備をすすめよう
- ✓ 適時、情報を関係者で共有しよう。(入院中の様子について連絡を取り合おう)

<退院に向けて・退院時>

- ✓ 情報を関係者で共有しよう
- ✓ 退院カンファレンスは多職種が参加できるよう調整しよう
- ✓ 退院後の生活に向けて、関係者と一緒に考えよう
- ✓ 必要に応じて、退院前訪問で確認しよう

雲南圏域 医療介護連携調整検討委員会 (R2年度版) 事務局 島根県雲南保健所 030204室

日々の工夫をコツとして紹介するのも大切



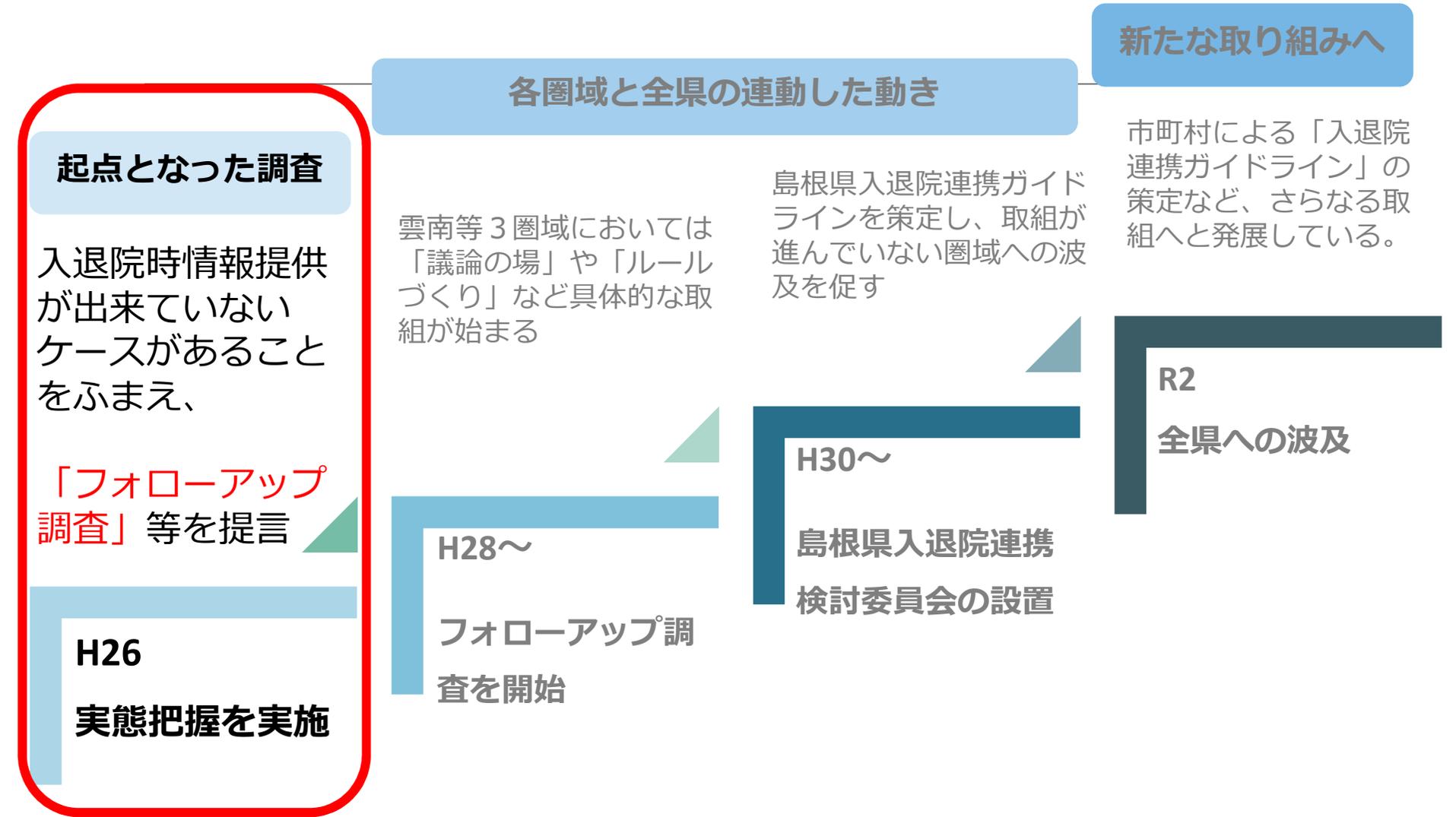
※雲南圏域市町村のみなさんと「連携がうまくいくTips」バインダー

入退院連携のコツを見える化

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

H26年度を起点とする入退院連携の取り組み



「入退院時の情報共有におけるフォローアップ調査」

H26年度調査報告書では

病院と在宅サービス事業所間で情報共有できていない事例が一定数あることをふまえて

「フォローアップ調査を継続し、
状況確認すること」を提言

「入退院時の情報共有におけるフォローアップ調査」

調査方法等（令和2年度実施分）

【調査方法】

電子申請システムによるアンケート調査※R1まではFAXによる回答

【調査対象】

在宅チーム担当利用者のうちR2.9月中に病院から入退院したケース

※ 在宅チームとは居宅ケアマネ、訪問看護ST看護師とする

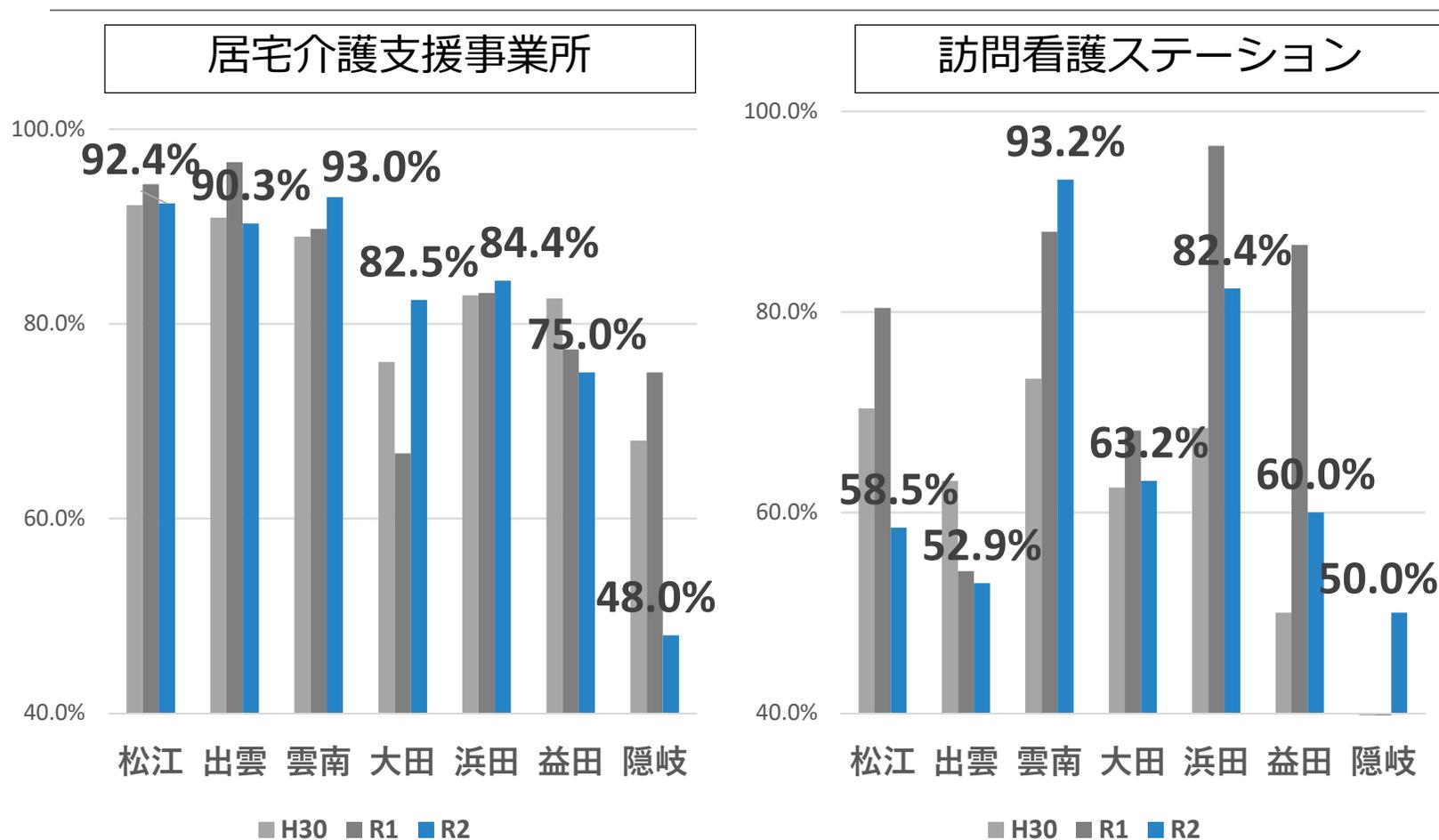
【回収率】

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

「入退院時の情報共有におけるフォローアップ調査」

情報提供の有無に関する調査

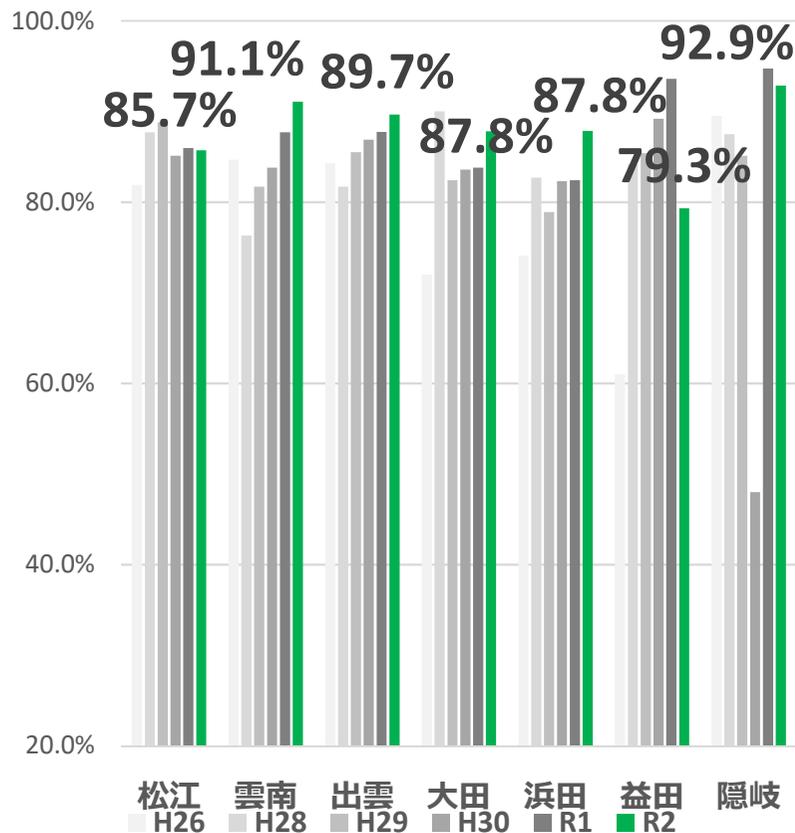
(入院時) 在宅チームからみた病院への情報提供の有無の推移 H30～R2 圏域別



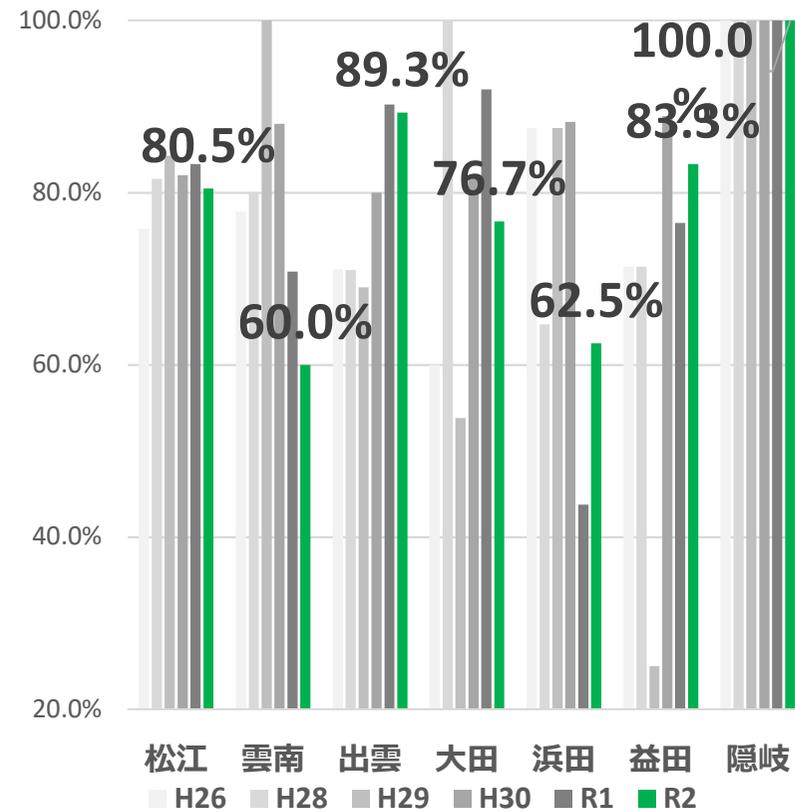
Point 在宅チームの司令塔であるケアマネを経由して情報共有が図られる

(退院時) 在宅チームからみた病院からの退院支援連絡の有無 H26～R2 圏域別

居宅介護支援事業所



訪問看護ステーション

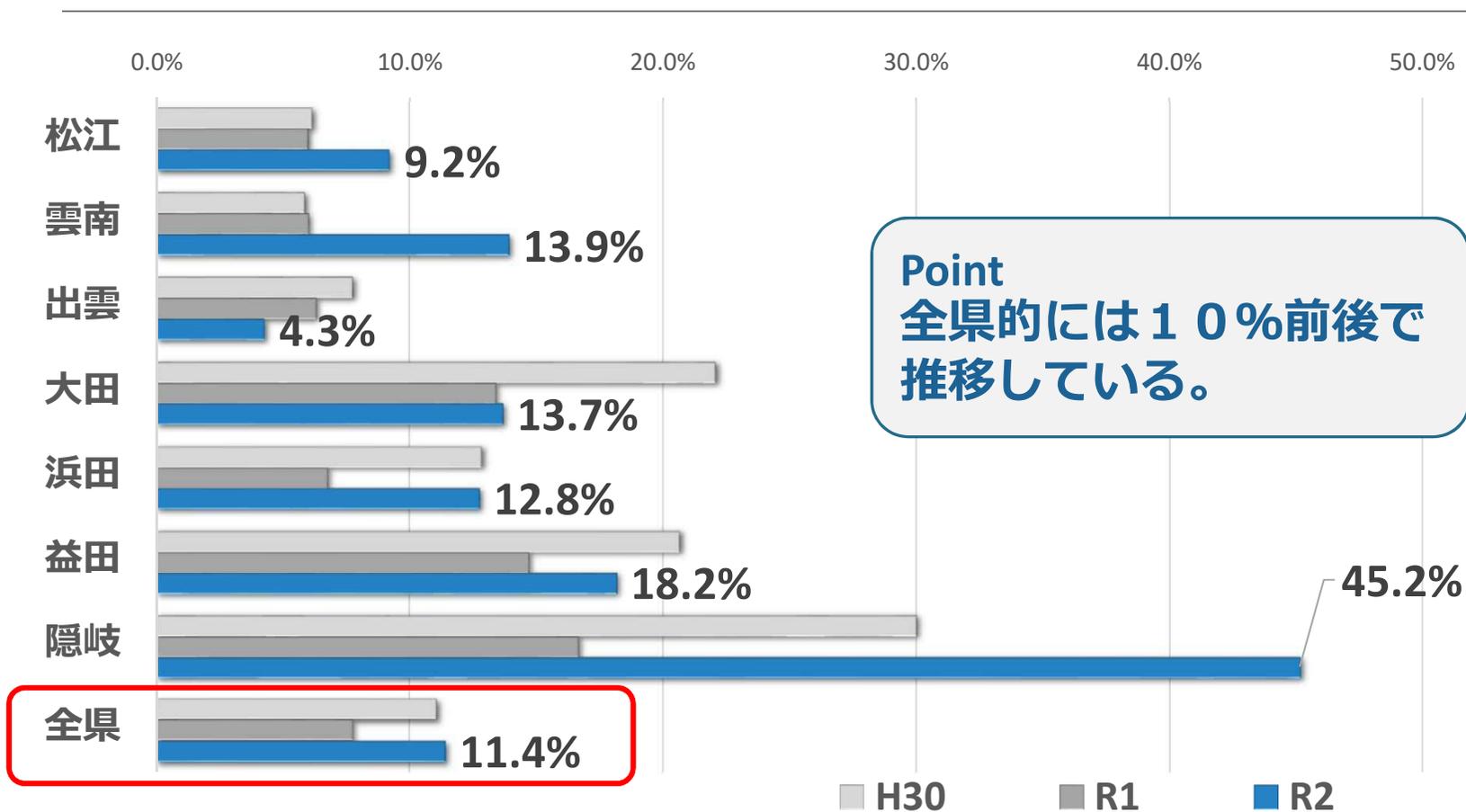


Point 在宅チームの司令塔であるケアマネを経由して情報共有が図られる

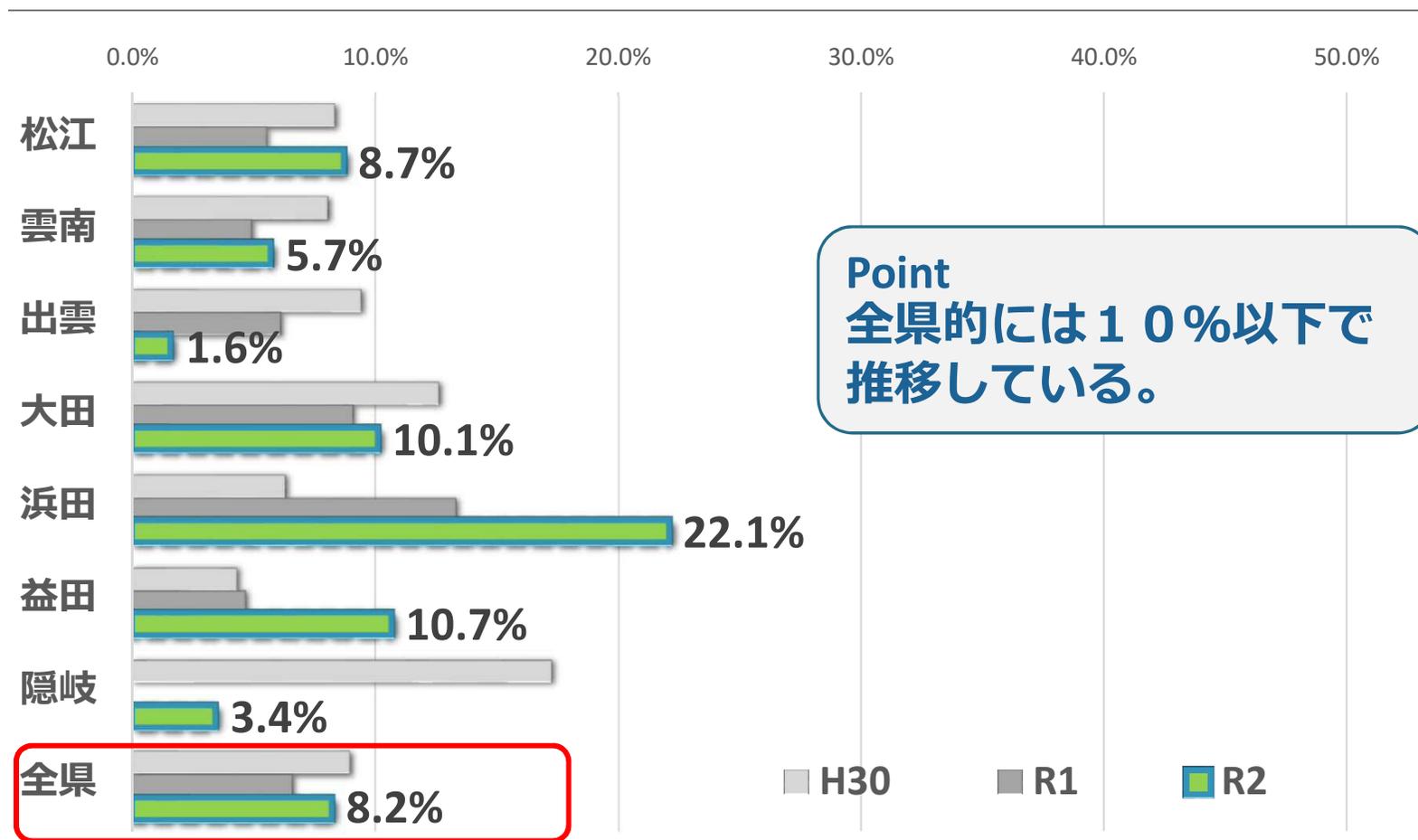
「入退院時の情報共有におけるフォローアップ調査」

情報提供出来ていない割合に関する調査

(入院時) 在宅チームからみた情報共有出来ていない割合 H30～R2年度 圏域別



(退院時) 在宅チームからみた情報共有出来ていない割合 H30～R2年度 圏域別

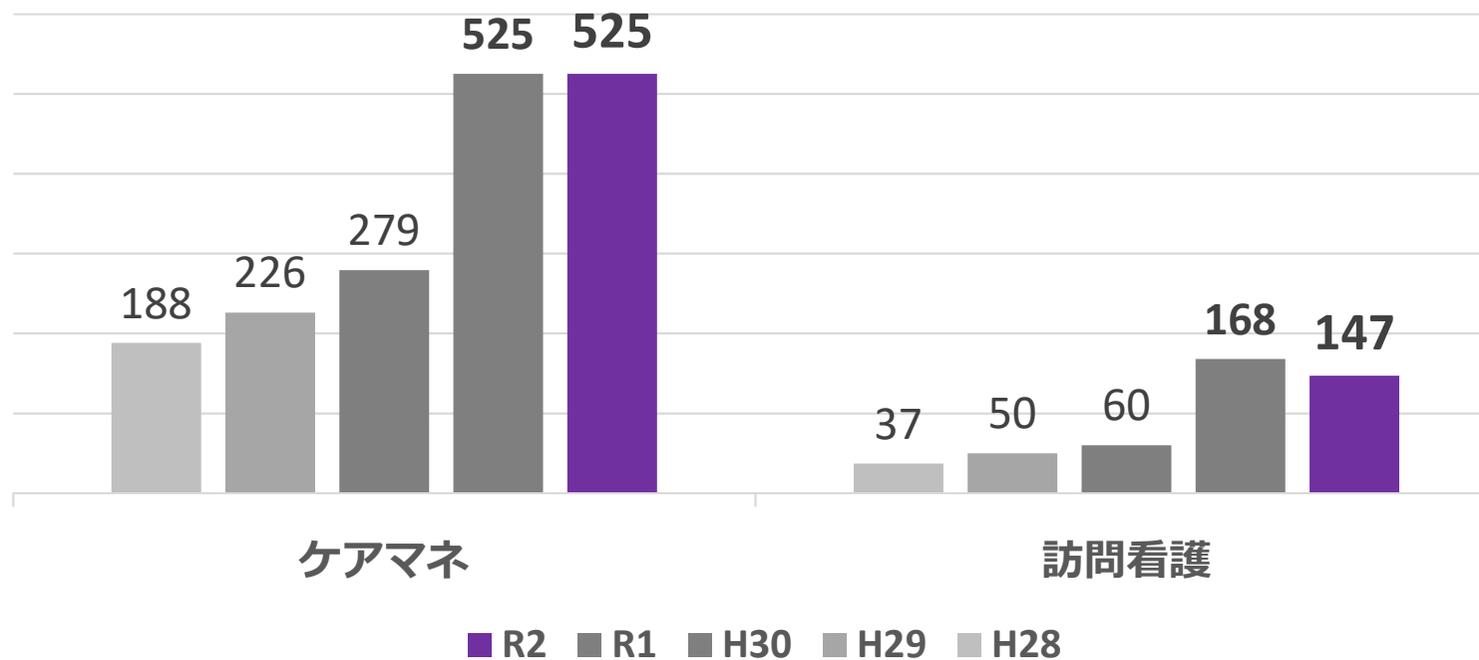


「入退院時の情報共有におけるフォローアップ調査」

自由意見から

自由意見 回答件数

入退院に関する自由意見件数（全2,205件）



R2（退院時）ケアマネからの自由意見 内訳

R2 居宅介護支援事業所 ～退院連携～ 317件

項目	件数	よい	←→	悪い	コロナ
日頃の連携	22	17	0	1	4
退院連絡	89	40	6	35	8
退院調整・プラン	201	81	14	50	56
退院時・退院後	4	3	0	1	0
入院	1	1	0	0	0
計	317	142	20	87	68

R2（退院時）ケアマネからの自由意見

【退院調整・プランに関して よかったこと】

第1位

「関係機関が連携して退院に向け支援」 28件 35.0%

第2位

「退院前訪問・カンファレンスがよかった」 27件 33.8%

第3位

「情報提供・説明がサービス調整に活かされた」 8件 12.0%

R2（退院時）ケアマネからの自由意見

実際の意見

- ・ **身体の状態や問題点を明確に（利用者に）伝達してもらえた**事で、退院後のサービス調整がスムーズにできた。
- ・ **自宅トイレ行き来をイメージして歩行距離を考えたリハビリ**をしてもらえて良かった。
- ・ 退院前のカンファレンスが行われたい分、現在の状況把握に苦慮したが、**電話等で丁寧に対応**してもらった。

「入退院時の情報共有におけるフォローアップ調査」

コロナ禍における工夫と困り感

R2（在宅チーム）コロナ禍における工夫と困り感

【工夫点、よかったこと】

- ・ **リハビリの時の様子を動画**でみせてくださり、状況把握が出来た。
- ・ 退院前カンファレンスなしと連絡があったが、**ターミナルの方であり、お願いして開催**（参加人数制限）してもらい、情報共有できた。

【課題・困り感】

- ・ **入院中の状況が確認できず**、サービス調整ケアプラン作成に苦慮した（特に新規の方）。

R2（在宅チーム）コロナ禍における工夫と困り感

見えてきたこと

- ・ 病院側が最大限可能な形で対応している
- ・ 情報収集、提供が今まで以上に重視される
- ・ 方法、頻度など、相手機関の望む形は？
（地域ごとにルールの確認が必要）

これらの意見をまとめて「見える化」することも大切

R2 コロナ禍における工夫と困り感

見えてきたこと

- ・病院側が最大限可能な形で対応している
- ・情報収集、提供が今まで以上に重視される
- ・方法、頻度など、相手機関の望む形は？
(地域ごとにルールの確認が必要)

18

R2 (ケアマネ) コロナ禍における工夫と困り感

【工夫点、よかったこと】

リハビリの時の様子を動画でみせてくださり、状況把握が出来た。

病院として、最大限可能な範囲で本人を見る機会をつくっていただきよかった。

【課題・困り感】

- ・入院中の状況が確認できず、サービス調整ケアプラン作成に苦慮（特に新規の方）。

16

自由意見の分析

雲南圏域版 医療・介護

入院・退院の連携のコツ

連携は人と人のつながり、絆。ちょっとした心遣いを忘れず、より良い関係を築きましょう。

<日頃のつながり>

- ✓ 出会ったら、笑顔で挨拶、声がけを(顔のみえる関係づくりをしよう)
- ✓ 相手の立場も理解しよう
- ✓ 連携ルール(連絡票の送り方等)を理解しておこう
- ✓ 対面・文書・TEL・メールをうまく活用しよう
- ✓ 生活の情報を共有しよう

<入院時・入院中>

- ✓ 利用者の情報(生活歴・経済面など)を相互に把握・共有しよう
- ✓ 早い段階から退院をイメージして準備をすすめよう
- ✓ 適時、情報を関係者で共有しよう。(入院中の様子について連絡を取り合おう)

<退院に向けて・退院時>

- ✓ 情報を関係者で共有しよう
- ✓ 退院カンファレンスは多職種が参加できるよう調整しよう
- ✓ 退院後の生活に向けて、関係者と一緒に考えよう
- ✓ 必要に応じて、退院前訪問で確認しよう

雲南圏域 医療介護連携推進検討委員会 (R2年度版) 事務局 鳥取県看護協会 030204案

たとえば、雲南圏域のようにまとめていくとよい。

H26年度を起点とする入退院連携の取り組み

起点となった調査

入退院時情報提供が出来ていないケースがあることをふまえ、「議論の場」「ルールづくり」「フォローアップ調査」「顔の見える関係づくり」等を提言

H26

実態把握を実施

各圏域と全県の連動した動き

雲南等3圏域においては「ルールづくり」など具体的な取組

H28～

フォローアップ調査を開始

H30～

島根県入退院連携検討委員会の設置

新たな取り組みへ

市町村による「入退院連携ガイドライン」の策定など

R2

全県へ波及

今後に向けて

① 入退院ルールや様式の実効性も高めていく

活用状況等を確認し、改善や工夫に取り組んでいきましょう。

② 圏域間でルールや様式の共有を図る

他圏域への入院も多い圏域については、特に意識しましょう。

③ 入退院連携に携わる専門職の意見を吸い上げる

現場における日々の工夫や意見を吸い上げ、各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きましょう。

ご清聴ありがとうございました。