

村山地域入退院支援の手引き運用に関するアンケート調査結果

1. 入院時と退院時の病院とケアマネジャーの連携状況

○病院側は、入院時の情報提供書について「情報を得られる」と感じている者が8割を超え、ケアマネジャー側は、「病院に情報提供しやすい」と感じている者が6割近くおり、手引き運用後に、入院時情報提供書の授受が円滑に行われるようになっている。しかし、病院内で情報提供書の活用については4割弱であり、入院早期からの連携については、病院側2割弱、ケアマネジャー側4割弱で、情報提供書を活用して入院早期から退院に向けて協働で支援するには至っていない。<【病院スタッフ】Q3、Q4-1【居宅ケアマネ】Q3参照>

○退院時の連携について、病院側は「退院前カンファレンスの開催が増えた」「ケアマネジャーと連絡が取りやすくなった」が1割弱、ケアマネジャー側は「情報を得やすくなった」が約3割、「病院と連絡が取りやすくなった」が3割弱であり、主観的評価で連携の肯定的な評価が低いことから、入院中～退院時連携の体制構築は進んでいないと考えられる。<【病院スタッフ】Q4-1【居宅ケアマネ】Q3参照>

○国のモデル事業の評価項目である入院時情報提供率と退院調整率を表1に示す。事例の入院時の情報提供は9割近く行われているが、国のモデル事業、置賜地域のデータより低い。退院時の連絡は、入院時より約10%低く、文書による情報提供のない者もあった。病院からケアマネジャーへの連絡漏れがある。

表1 入院情報提供率と退院調整率（ケアマネジャーが担当した、令和元年10月の入退院事例より）

	本調査	H27 鹿児島 (モデル事業) ^{※1}	H29 置賜 ^{※2}
入院情報提供率（入院事例264名） （ケアマネ → 病院）	88.3%	89.8%	90.7%
退院調整率（退院事例174名） （病院 → ケアマネ）	79.3%	81.3%	91.0%

※1 平成27年度都道府県医療介護連携実証事業報告書

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000143737.pdf>

※2 平成29年度第44回山形県公衆衛生学会資料

2. 入退院支援の質の評価（表2、表3）

ケアマネジャーと地域包括の退院支援事例186名（2020年1月集計）の再入院と困りごとの有無を表2に示す。

困りごとは退院時情報不足が理由と考えられる事例に限定して報告してもらっている。

退院後に再入院した事例は33名（17.7%）、困りごとのある事例は37名（19.9%）だった。

病院からの情報提供と再入院の有無、困りごとの有無を比較した結果を表3に示す。病院からの情報提供と再入院、退院後の困りごとに有意な関連はなかった。表面的な情報のやり取りだけでなく連携の質が問われていると考える。

退院後にケアマネジャー（地域包括含む）から提供される情報提供方法と再入院の有無、退院後の困りごとの有無を比較した結果、①退院時に困りごとのある事例は困りごとのない事例より有意に電話で情報提供を行い、②困りごとのない事例は困りごとのある事例より有意にケアプランを提出していた。退院後にトラブルがあれば病院に電話連絡し、トラブルがなければケアプランを提出している状況が読み取れる。

表2 退院事例の退院後の評価

（居宅163+包括23）N=186		
1か月以内の再入院	n	%
有	33	(17.7)
無	143	(76.9)
不明と無回答	10	(5.4)
退院後困りごと	n	%
有	37	(19.9)
無	129	(69.4)
不明と無回答	20	(10.8)

（2020年1月集計）

表3 再入院、困りごとと情報提供との関連（居宅163+包括23）

		再入院				p	退院後困りごと				p
		あり		なし			あり		なし		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
病院からの退院日の連絡	あり	25	(75.8)	116	(81.1)	0.487 ¹⁾	30	(81.1)	104	(80.6)	0.950 ¹⁾
	なし	8	(24.1)	27	(18.9)		7	(18.9)	25	(19.4)	
病院からの連絡 ○日前(平均±SD)		(8.80±5.8)		(11.0±8.8)		0.128 ³⁾	(9.9±8.0)		(10.6±8.6)		0.690
病院からの情報提供	あり	25	(75.8)	130	(90.9)	0.487 ¹⁾	35	(94.6)	116	(89.9)	0.950 ¹⁾
	なし	8	(24.2)	14	(9.8)		2	(5.4)	14	(10.9)	
情報提供ありの詳細（ありのみ表記）											
退院時情報提供書の提供	あり	8	(24.2)	32	(22.4)	0.818 ¹⁾	6	(16.2)	31	(24.0)	0.314 ¹⁾
看護サマリー等書面での情報提供	あり	22	(66.7)	83	(58.0)	0.363 ¹⁾	24	(64.9)	78	(60.5)	0.628 ¹⁾
退院前カンファレンスで情報提供	あり	17	(51.5)	79	(55.2)	0.698 ¹⁾	18	(48.6)	77	(59.7)	0.231 ¹⁾
病院訪問時の口頭での情報提供	あり	12	(36.4)	57	(39.9)	0.711 ¹⁾	17	(45.9)	47	(36.4)	0.295 ¹⁾
CMから病院への退院後の報告	あり	24	(72.7)	86	(60.1)	0.178 ¹⁾	26	(70.3)	78	(60.5)	0.277 ¹⁾
	なし	9	(27.3)	57	(39.9)		11	(29.7)	51	(39.5)	
CMから病院への退院後の報告（ありのみ表記）											
ケアプランの提出	あり	11	(45.8)	51	(59.3)	0.239 ¹⁾	9	(34.6)	49	(62.8)	0.012 ¹⁾
CP以外の文書提出	あり	1	(4.2)	1	(1.2)	0.390 ²⁾	0	(0.0)	2	(2.6)	1.000 ²⁾
病院訪問時口頭で情報提供	あり	5	(20.8)	15	(17.4)	0.766 ²⁾	7	(26.9)	12	(15.4)	0.187 ¹⁾
電話で情報提供	あり	12	(50.0)	30	(34.9)	0.178 ¹⁾	15	(57.7)	26	(33.3)	0.028 ¹⁾

1)χ²検定 2)Fisherの直接法 3)t検定

(2020年1月集計)

再入院の有無の無回答と不明10名、困りごと無回答と不明20名を分析から除く

3. 入退院支援のさらなる充実に向けて

- 手引き運用後の入退院支援の好事例、困難事例の概要を表4に示す。
好事例はケアマネジャーの情報が病院内で活用された事例が多い。入院時に提供された情報を院内で共有し、退院時の連携にも活かされるよう、病院内で情報をつなぐ入退院支援の仕組みづくりが必要だと考える。
- 課題のある事例は退院時の連携が不十分な事例だった。入院時情報提供より退院時情報提供が少ないことから退院時の連携が課題だと考える。＜表1参照＞
病院での手引きの周知について、「回覧」が最も多く、「院内研修」が約2割であったことから、病院内での手引きの周知が望まれる。＜【病院代表者】Q-5-1参照＞
- 退院時共同指導料の算定が少ないことから退院時カンファレンスを経ない退院が多いと推察する。患者の退院前に病院チームと在宅チームが情報を共有し、患者家族の目標を確認する機会があると退院後の困難が減ると思われる。＜【病院代表者】Q-3-1参照＞
- 入院事例より退院事例が約100名少なかった。病院から転院、施設入所があると推察する。入退院支援ルールの目標は「本人が住み慣れた地域で暮らし続けることを可能にする連携」であり、在宅療養困難を判断する際、地域のケアマネジャー等と在宅療養の可能性を検討していたかが気にかかる。＜【居宅ケアマネ】Q-6,Q-7参照＞

表4 手引き運用後の事例（ケアマネジャーの自由記述）

<p>患者が望む自宅への退院支援がスムーズにできたと思われる事例の概要＜【居宅ケアマネ】Q9参照＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・情報提供したことを活用してもらい、うまくいった事例 ・相談窓口が明確になり、うまくいった事例 ・在宅生活のイメージを共有できた事例 ・患者、家族の意向に沿った支援ができた事例
<p>情報共有に課題があり、支援に困った事例の概要＜【居宅ケアマネ】Q10参照＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院から連絡のないまま退院した事例 ・カンファレンスがないまま退院した事例 ・情報提供した内容が病院内で共有されない事例

分析協力：山形大学大学院医学系研究科看護学専攻 准教授 大竹まり子氏