

平成26年度

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

結果報告書

平成27年3月

島根県健康福祉部医療政策課

目次

I 調査の概要	1
1 目的	
2 概要	
3 報告書の見方	
4 事業検討委員会	
II 集計結果	
1 病院 地域連携室等職員に対する調査結果（調査票A-1）	3
2 病院 各病棟看護師長に対する調査結果（調査票A-2）	12
3 居宅介護支援事業所・訪問看護ステーション 管理者に対する調査結果（調査票B）	
【居宅介護支援事業所】	16
【訪問看護ステーション】	19
4 居宅介護支援事業所・訪問看護ステーション 各職員に対する調査結果（個票）	
【居宅介護支援事業所】	22
【訪問看護ステーション】	26
【病院機能別】	30
【認定区分別】	34
III 自由記載欄分析結果	39
IV 考察	41
V 提言	44
VI 調査票（参考）	46

I 調査の概要

1. 目的

本調査は、入退院時の病院と在宅サービス事業所（居宅介護支援事業所・訪問看護ステーション）間の情報共有の実態を把握し課題を整理するとともに、課題解決に向けた方策を検討することで、両者間でのスムーズな連携の推進を図ることを目的として実施したものである。

2. 概要

調査対象：平成26年4月1日時点で開設していた島根県内の病院（52施設）、居宅介護支援事業所（278施設）、訪問看護ステーション（62施設）に勤務する下記に掲げる職員等。

調査票	調査対象	備考
A-1	病院 地域連携室等職員	“地域連携室等”とは地域連携室など連携のための専門部署を意味する。
A-2	病院 各病棟看護師長	各病棟看護師長が1枚ずつ記入。
B	在宅サービス事業所 管理者	
個票	在宅サービス事業所 各職員	平成26年4月1日～5月31日の間に病院から退院した利用者を担当していた各職員が、利用者1名につき1枚ずつ記入。

調査期間：平成26年4月1日～5月31日

調査方法：自記式アンケート調査（郵送配布、郵送回収）

回収状況：【A-1】地域連携室等職員：49名（回収率 94%）

【A-2】病棟看護師長：210名（49病院）

【B】在宅サービス事業所 管理者：268名（回収率 79%）

（居宅介護支援事業所 管理者：224名（回収率 81%）

訪問看護ステーション 管理者：44名（回収率 71%））

【個票】在宅サービス事業所 各職員：963名

3. 報告書の見方

・無回答の項目は集計から除外している。

・便宜上、病院の機能分類については、以下の4区分としている。

○三次救急（松江赤十字病院、島大附属病院、県立中央病院、浜田医療センター）

○二次救急（松江市立病院、松江生協病院、玉造病院、松江記念病院、安来市立病院、日立記念病院、雲南市立病院、町立奥出雲病院、飯南病院、平成記念病院、出雲市立総合医療センター、出雲市民病院、出雲徳洲会病院、大田市立病院、済生会江津病院、公立邑智病院、益田赤十字病院、益田地域医療センター医師会病院、六日市病院、隠岐病院、隠岐島前病院）

○回復期・慢性期等（「三次救急」「二次救急」「精神」以外）

○精神（八雲病院、松江青葉病院、こなんホスピタル、奥出雲コスモ病院、県立こころの医療センター、海星病院、西川病院、松ヶ丘病院）

4. 事業検討委員会

本調査事業の実施にあたり、調査内容、調査対象、調査結果の集計・分析を行うことを目的とした「事業検討委員会」を設置した。

(1) 委員一覧 (敬称略)

【平成25年度】

島根大学医学部地域医療支援学講座	教授	谷口 栄作
島根大学医学部地域医療支援学講座	講師	吉岡 みち子
島根県医療社会事業協会	松江市立病院	吾郷 利宏
島根県介護支援専門員協会	ケアマネジメントかえで	大森 和子
島根県訪問看護ステーション協会	花みずきナースステーション	高橋 京子
島根県健康福祉部高齢者福祉課	企画幹	林 礼子
島根県健康福祉部医療政策課	医療企画監	村下 伯
島根県健康福祉部医療政策課	企画員	狩野 通
島根県健康福祉部松江保健所	医療専門員	杉谷 亮
島根県健康福祉部出雲保健所	企画員	岩野 真保
島根県健康福祉部益田保健所	主任保健師	坂本 真由美

【平成26年度】

島根大学医学部地域医療支援学講座	教授	谷口 栄作
島根大学医学部地域医療支援学講座	特任助教	吉岡 みち子
島根県医療社会事業協会	松江市立病院	吾郷 利宏
島根県介護支援専門員協会	ケアマネジメントかえで	大森 和子
島根県訪問看護ステーション協会	花みずきナースステーション	高橋 京子
島根県保健所長会 益田保健所	所長	村下 伯
島根県健康福祉部高齢者福祉課	企画幹	林 礼子
島根県健康福祉部医療政策課	医療専門員	杉谷 亮
島根県健康福祉部医療政策課	企画員	寺本 直史
島根県健康福祉部松江保健所	企画員	内田 千寿
島根県健康福祉部松江保健所	保健師	引野 萌子
島根県健康福祉部出雲保健所	企画員	岩野 真保
島根県健康福祉部益田保健所	主任保健師	坂本 真由美

(2) 検討委員会・ラベルワーク開催記録

第1回検討委員会	平成26年	3月	7日
第2回検討委員会	平成26年	3月	27日
第3回検討委員会	平成26年	5月	14日
第4回検討委員会	平成26年	9月	24日
ラベルワーク①	平成26年	10月	14日
ラベルワーク②	平成26年	10月	17日
第5回検討委員会	平成26年	11月	20日

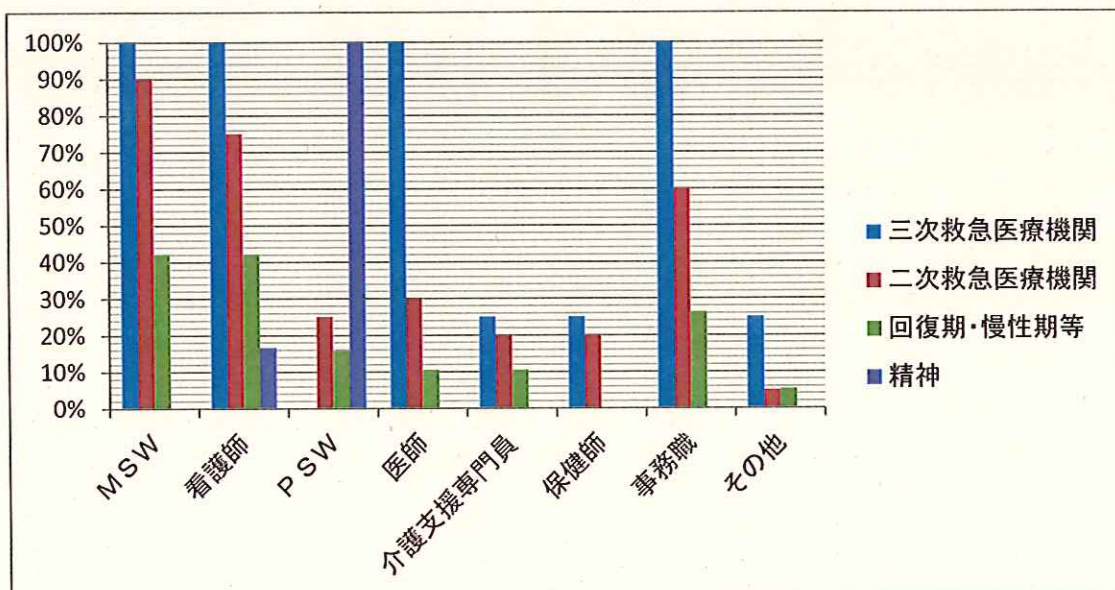
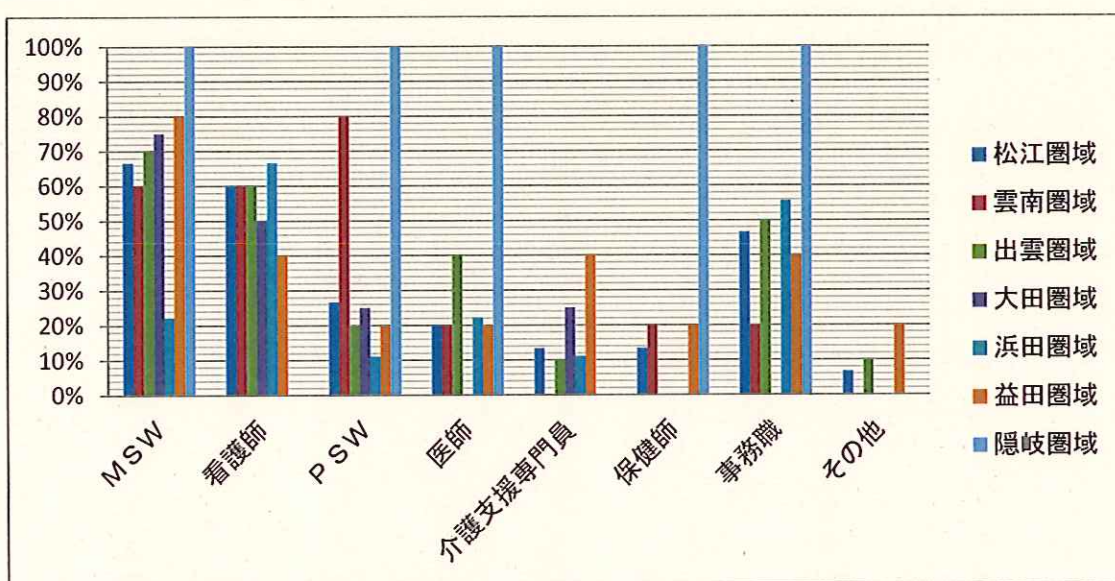
II. 集計結果

1. 病院 地域連携室等職員に対する調査結果（調査票A-1）

(1) 地域連携室等への職員配置状況

地域連携室等への職員配置状況は、圏域毎のバラつきは大きいですが、明らかな傾向は見られない。一方、病院の規模・機能により連携室への職員配置の割合が大きく異なる。PSWを除いて、三次救急医療機関は職員配置が最も充実しており、特にMSW、看護師、医師、事務職については100%配置されている。（図1）

図1 地域連携室等への職種別職員配置割合（機能別・圏域別）



(2) 入・退院件数

三次救急医療機関が多く立地する松江圏域・出雲圏域は入退院の件数が多い。病院機能別の入退院平均件数を見ると、三次救急医療機関が入院・退院それぞれ約1800件と飛び抜けて多くなっている。(図2、図3)

図2 圏域別入・退院件数 (平成26年4月1日～5月31日)

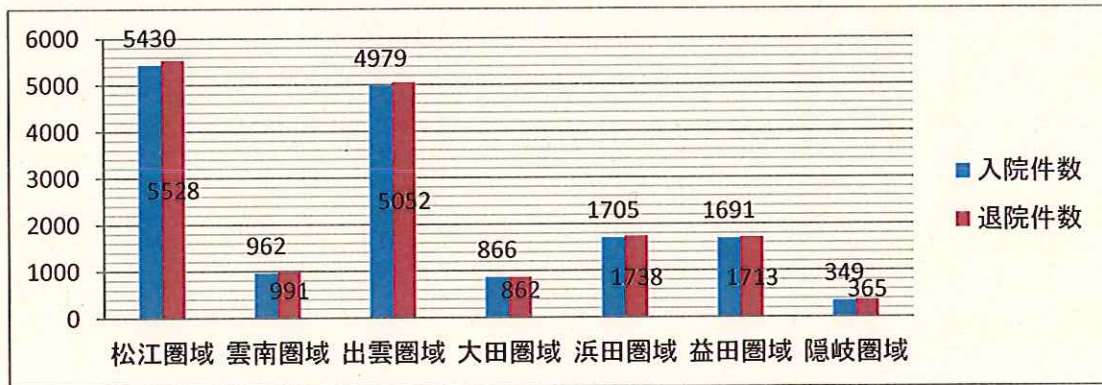
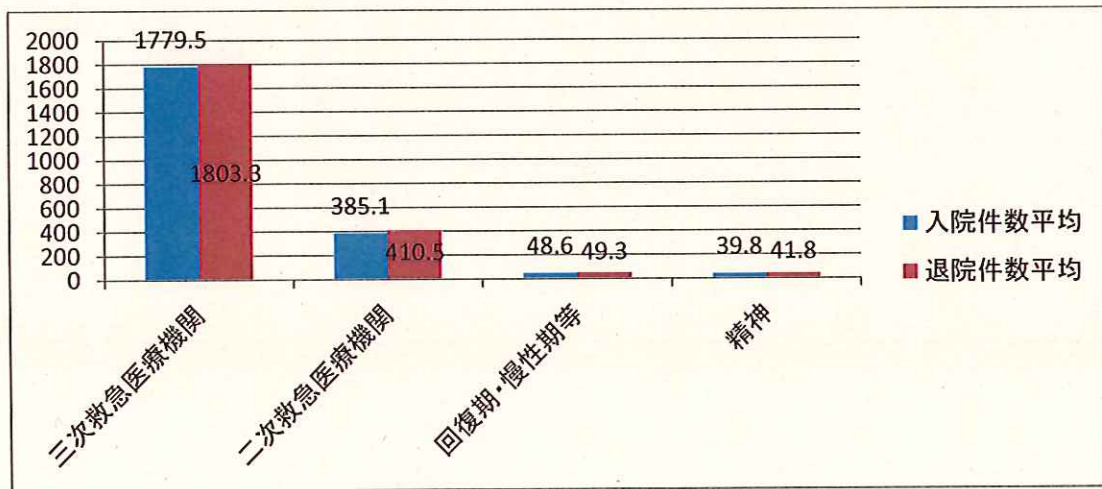


図3 病院機能別入・退院平均件数 (平成26年4月1日～5月31日)

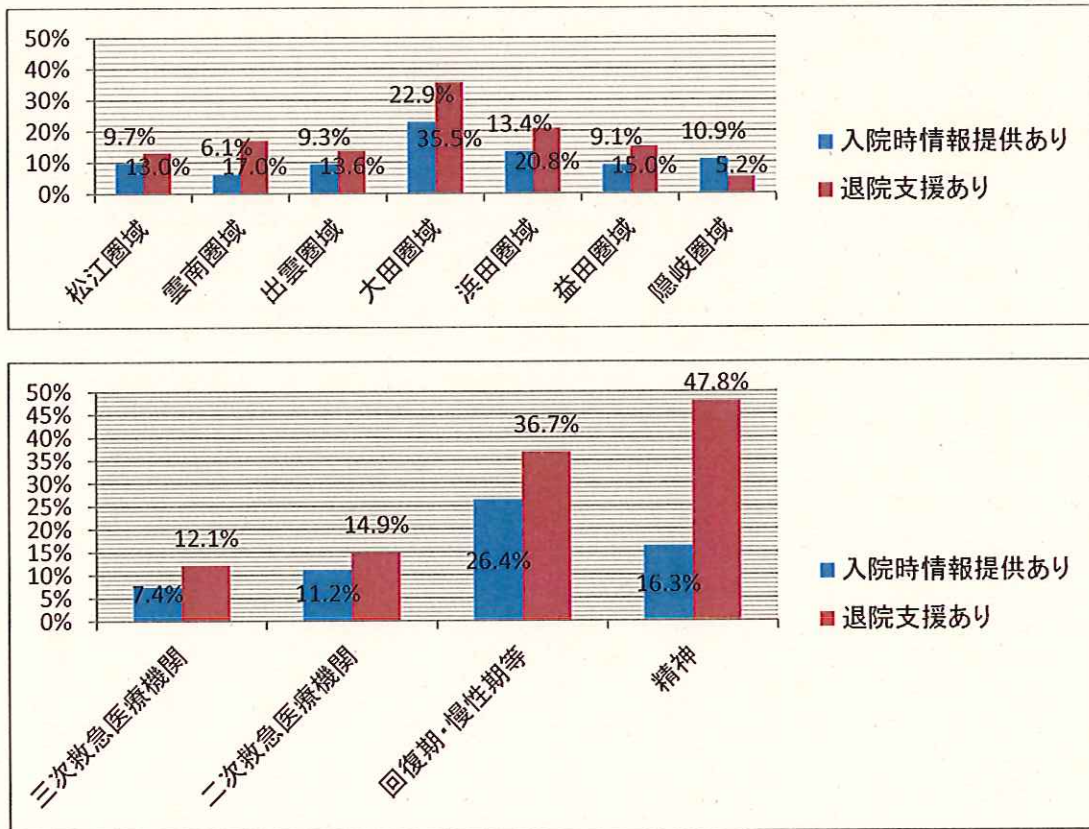


(3) 入院時情報提供及び地域連携室等職員による退院支援

入院時に、在宅サービス事業所から在宅での生活状況・療養状況に関する情報提供があった割合について、大田圏域は22.9%と他圏域に比べると高いが、全県的にみると低値に留まっている。病院機能別にみると、特に三次救急医療機関への情報提供割合が7.4%と最も低く、回復期・慢性期等医療機関が26.4%と最も高くなっている。

一方、病院の地域連携室等の職員が、退院にあたって退院支援を実施した割合についても、大田圏域が35.5%と最も高い。機能別には、三次救急医療機関が12.1%と最も低く、精神科医療機関が47.8%と最も高くなっている。(図4)

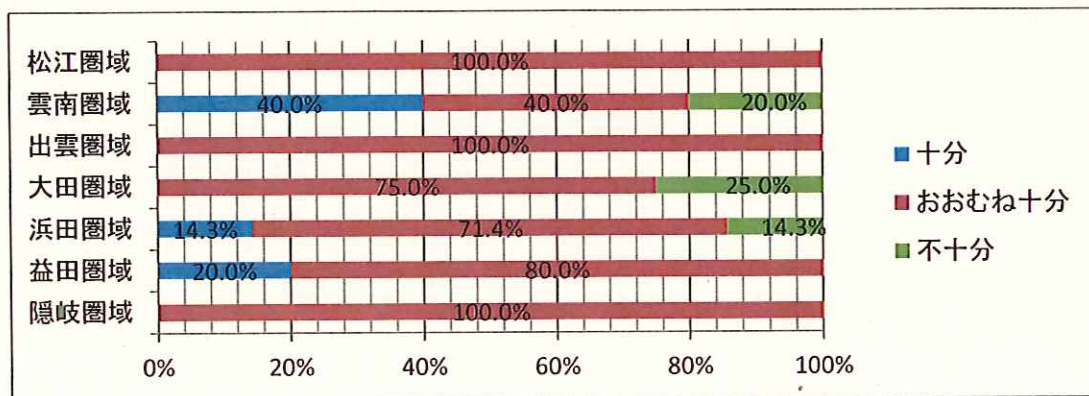
図4 入院時情報提供及び退院支援実施の有無（圏域別・機能別）

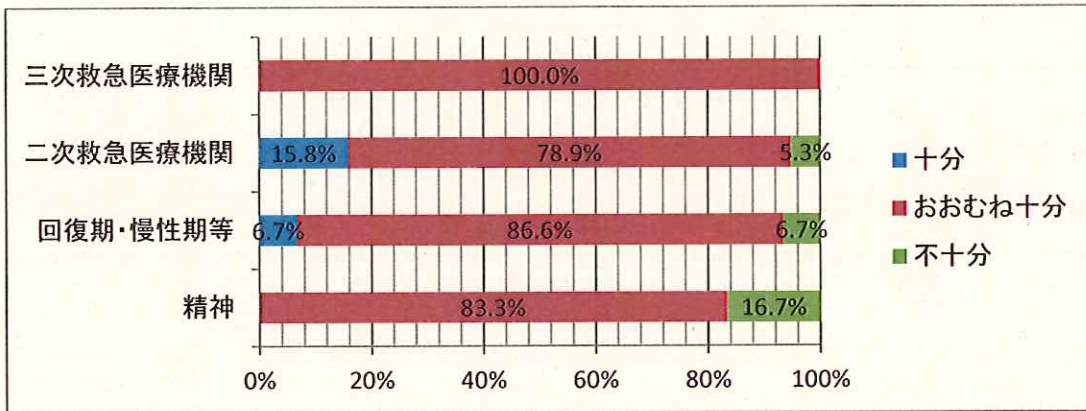


(4) 入院時情報提供内容の質的充実度

居宅介護支援事業所からの入院時情報提供内容の質的充実度について、圏域別にみると雲南圏域・大田圏域・浜田圏域は“不十分”と感じている割合が20%前後と一定数あることが分かる。一方、三次救急医療機関は“不十分”と回答した割合が0%であったが、二次救急医療機関5.3%、回復期・慢性期等医療機関6.7%、精神科医療機関16.7%と、機能によって違いが見られた。(図5)

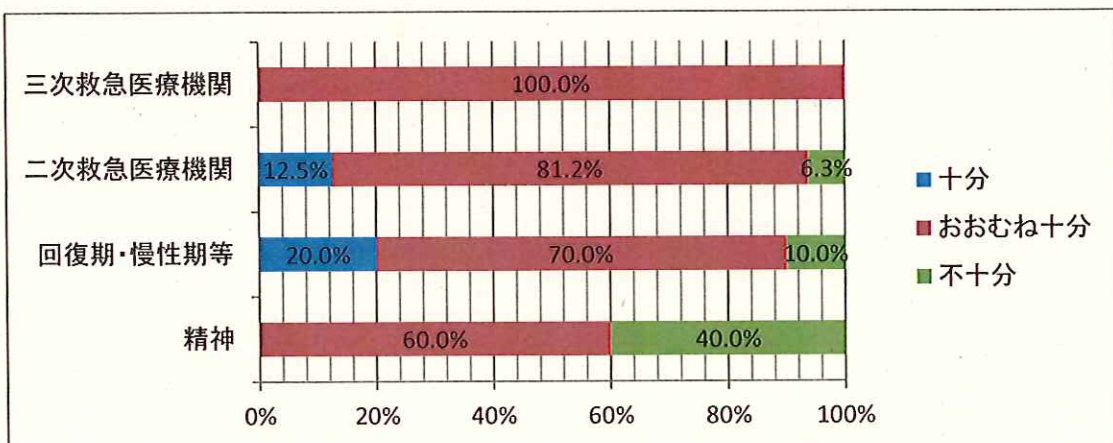
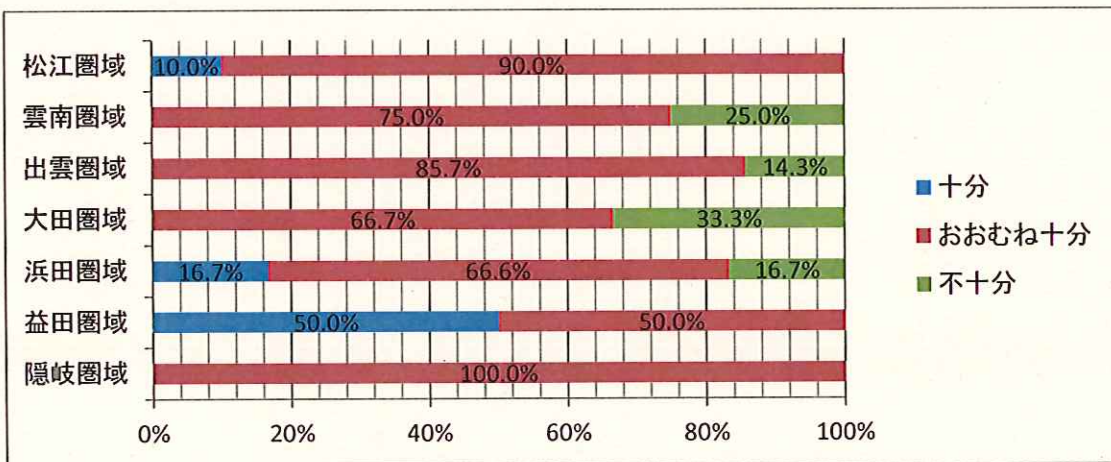
図5 居宅介護支援事業所からの入院時情報提供内容の質的充実度（圏域別・機能別）





訪問看護ステーションからの入院時情報提供内容の質的充実度については、圏域別にみると雲南圏域・出雲圏域・大田圏域・浜田圏域は“不十分”と感じている割合が一定数あることが分かる。特に、大田圏域は33.3%と高くなっている。一方、三次救急医療機関は“不十分”と回答した割合が0%であったが、二次救急医療機関6.3%、回復期・慢性期等医療機関10.0%、精神科医療機関40.0%と、機能によって違いが見られた。(図6)

図6 訪問看護ステーションからの入院時情報提供内容の質的充実度 (圏域別・機能別)

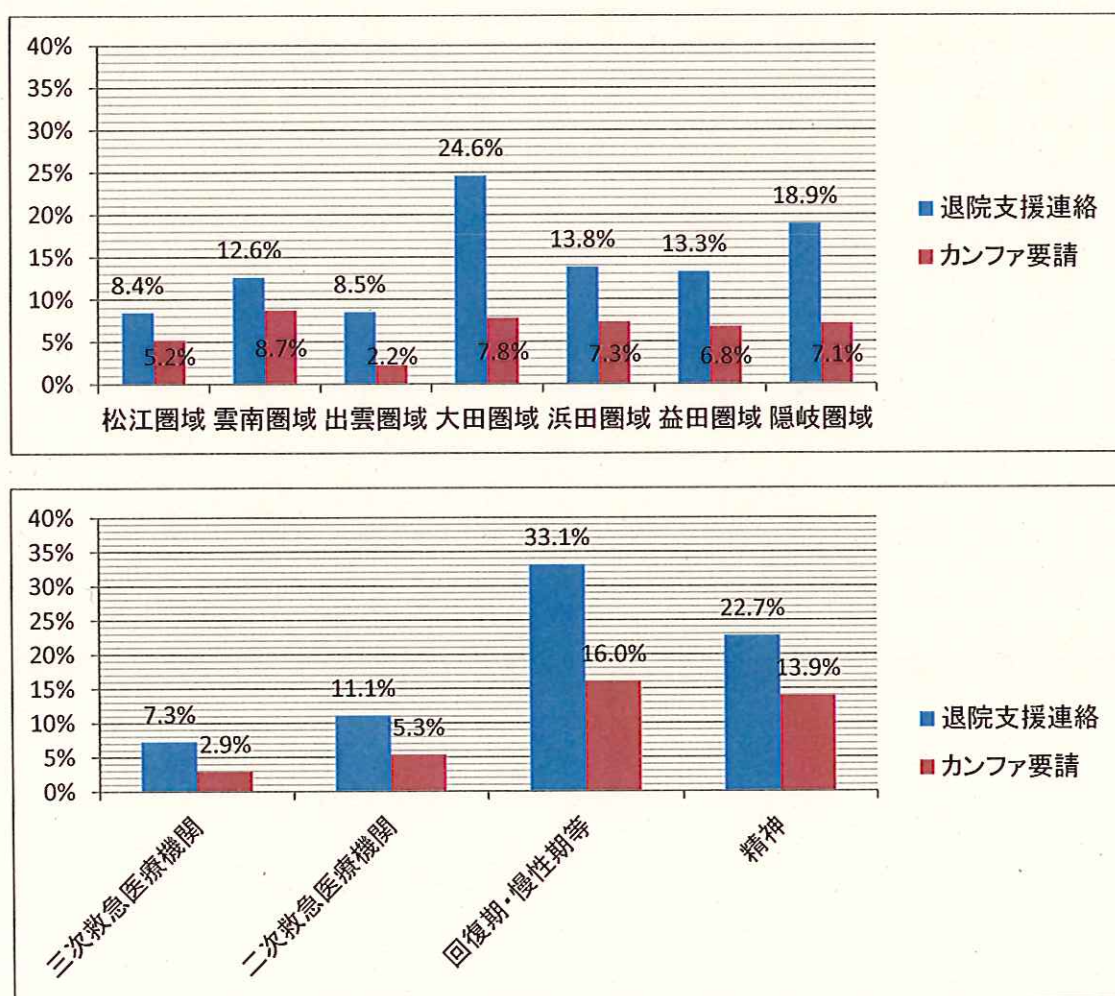


(5) 退院支援連絡及び退院時カンファレンスへの参加要請

退院時に、病院からケアマネジャー・訪問看護師への引き継ぎのために、“退院支援連絡”を行った割合について、大田圏域は24.6%と他圏域に比べると高いが、全県的にみると低値に留まっている。機能別にみると、特に三次救急医療機関からの情報提供割合が7.3%と最も低く、回復期・慢性期等医療機関からが33.1%と最も高くなっている。

一方、居宅介護支援事業所や訪問看護ステーションに退院時カンファレンスへの参加を要請した割合については、雲南圏域が8.7%と最も高いが、全県的にみると低値に留まっている。機能別には、三次救急医療機関が2.9%と最も低く、回復期・慢性期等医療機関が16.0%と最も高くなっている。(図7)

図7 退院支援連絡実施・退院時カンファレンス要請割合



(6) 退院時カンファレンス開催の効果

退院時カンファレンス開催の効果として、選択肢として挙げていた“病状理解が得られる”“退院後の生活上の留意点の理解が得られる”“在宅サービス計画の充実につながる”の3項目については、いずれも高い割合で効果が期待されている。特に、三次救急医療機関及び精神科医療機関においては、全ての機関が3項目の効果を期待していることが分かった。(図8、図9)

図8 退院時カンファレンス開催の効果 (居宅介護支援事業所への効果)

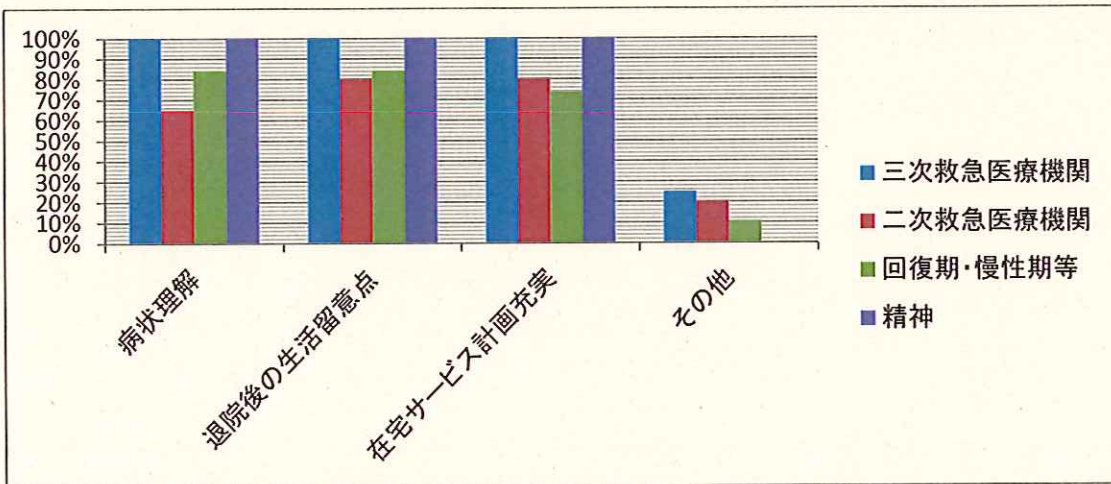
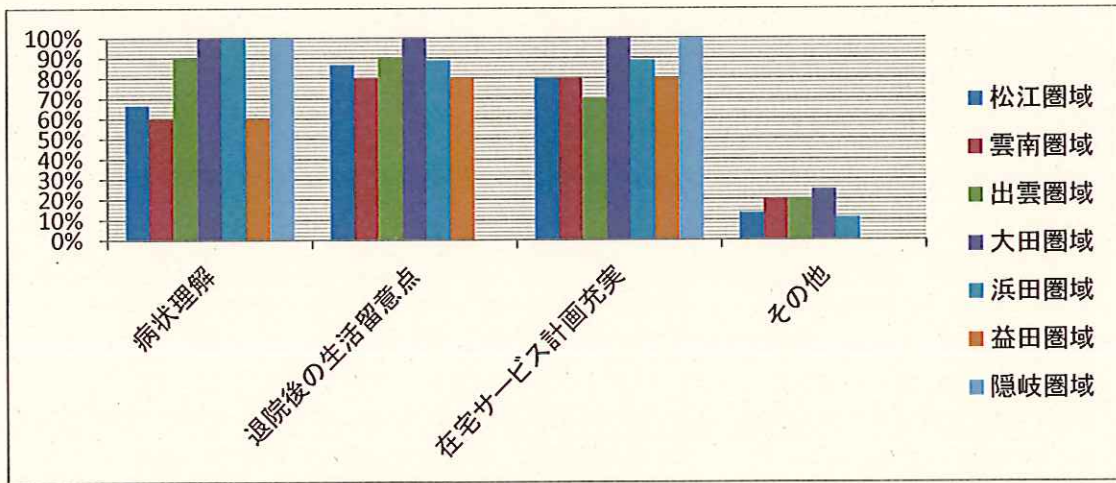
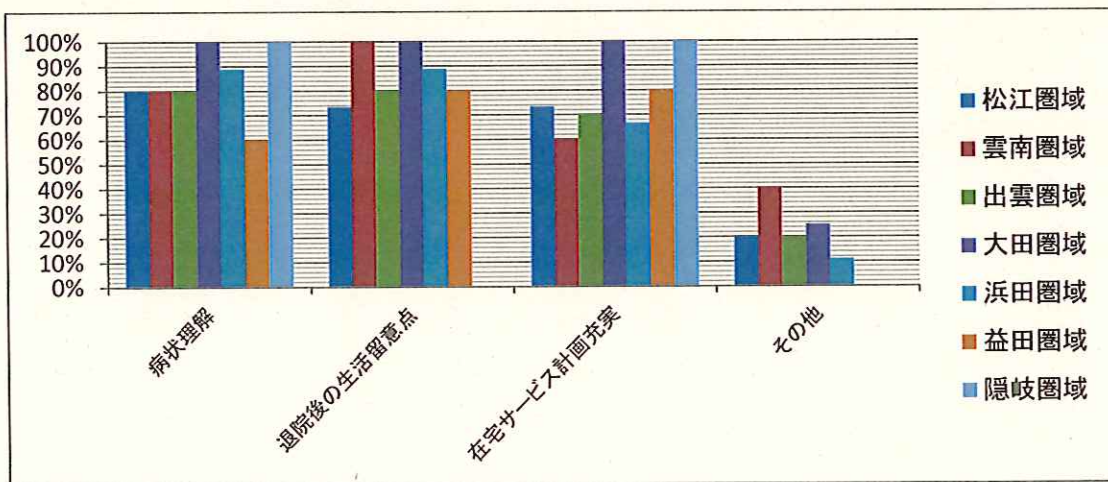
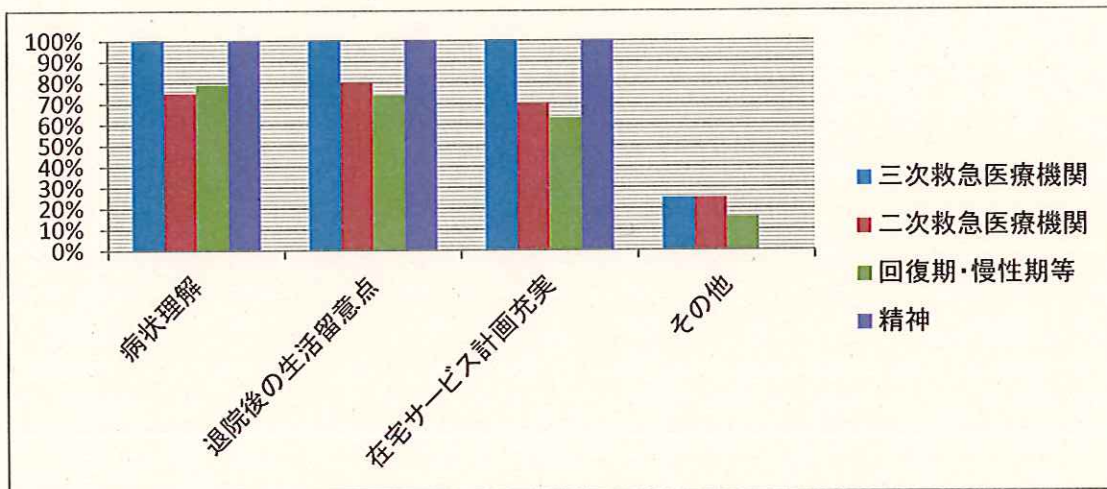


図9 退院時カンファレンス開催の効果 (訪問看護ステーションへの効果)

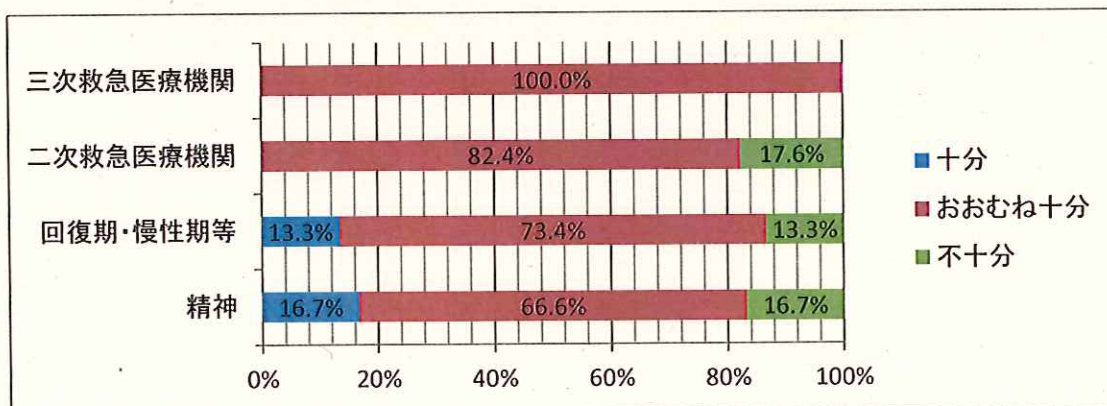
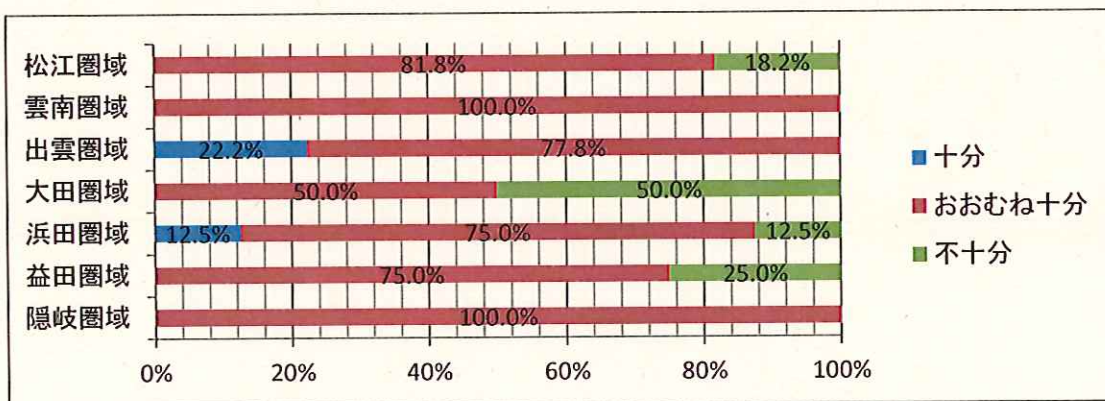




(7) 退院時情報共有の質的充実度

居宅介護支援事業所や訪問看護ステーションとの間の退院時情報共有について、圏域別に見ると、松江圏域・大田圏域・浜田圏域・益田圏域では一定割合が“不十分”と回答している。特に大田圏域は、“不十分”との回答が50.0%と高くなっている。医療機能別にみると、三次救急医療機関は“不十分”との回答が0%であるが、その他の医療機関においては20%弱の割合で“不十分”との回答が見られた。(図10)

図10 退院時情報共有が十分かどうか



(8) フィードバック情報

患者退院後、居宅介護支援事業所や訪問看護ステーションから、退院後の在宅療養状況についてのフィードバック情報が必要かどうか尋ねたところ、ほぼ全ての機関が“必要”または“必要な場合もある”との回答であった。特に、三次救急医療機関や精神科医療機関において、“必要”との回答割合が高かった。一方、実際にフィードバックがされたケースは、最大でも精神科医療機関の5.6%と、ごくわずかであることが分かった。(図11、図12)

図11 フィードバック情報が必要かどうか

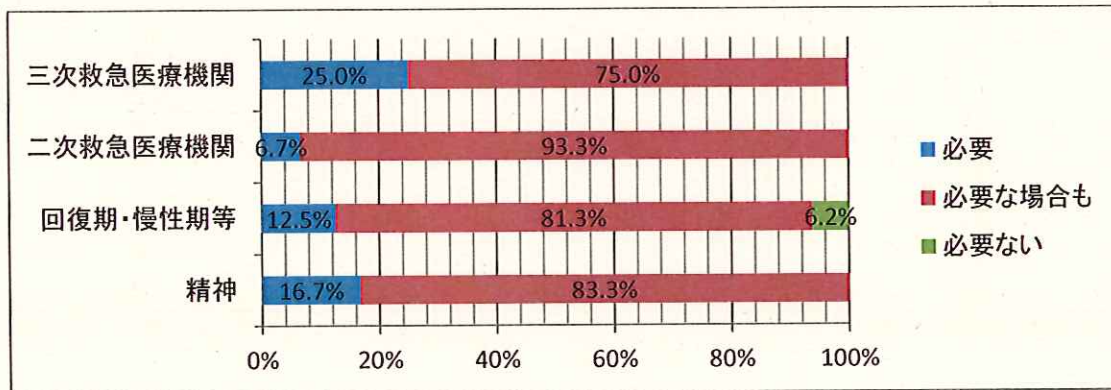
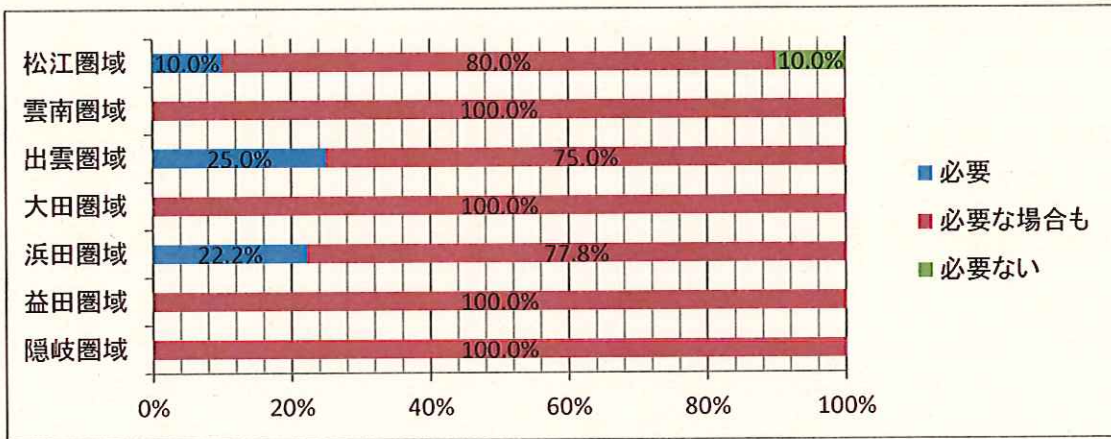
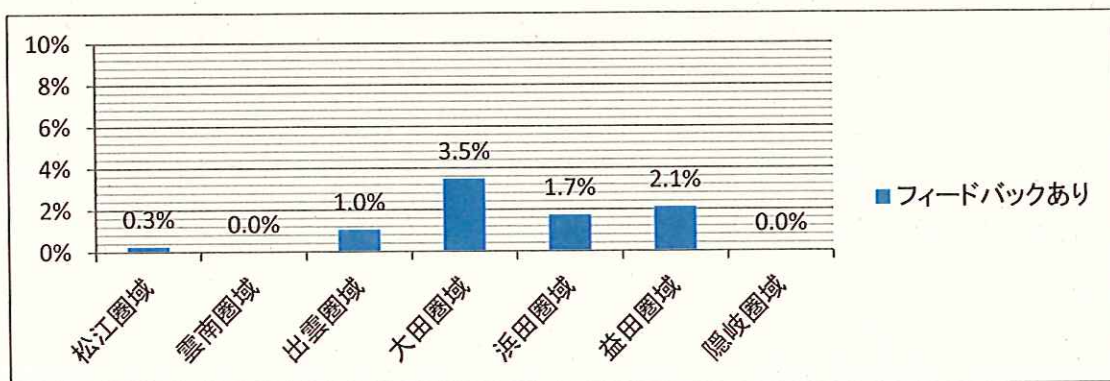
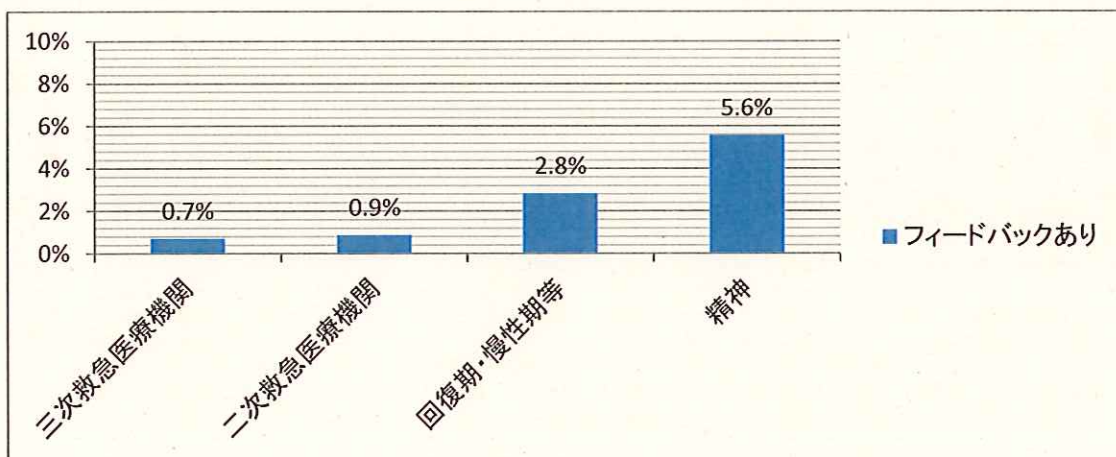


図12 フィードバックの情報提供書が送付された割合





2. 病院 各病棟看護師長に対する調査結果（調査票A-2）

(1) 入院時情報提供内容の質的充実度

入院された患者について、居宅介護支援事業所や訪問看護ステーションから情報提供される内容の質的充実度について、隠岐圏域は“不十分”との回答が無いが、雲南圏域・浜田圏域・益田圏域においては、“不十分”との回答が多く見られた。訪問看護ステーションと比べて、居宅介護支援事業所からの情報内容が“不十分”との回答割合が高い傾向がみられる。病院の機能別に見ると、三次救急医療機関では“不十分”との回答が比較的少ないが、他の医療機関においては“不十分”の割合が一定数みられる。(図13、図14)

図13 居宅介護支援事業所からの入院時情報提供内容の質的充実度（圏域別・機能別）

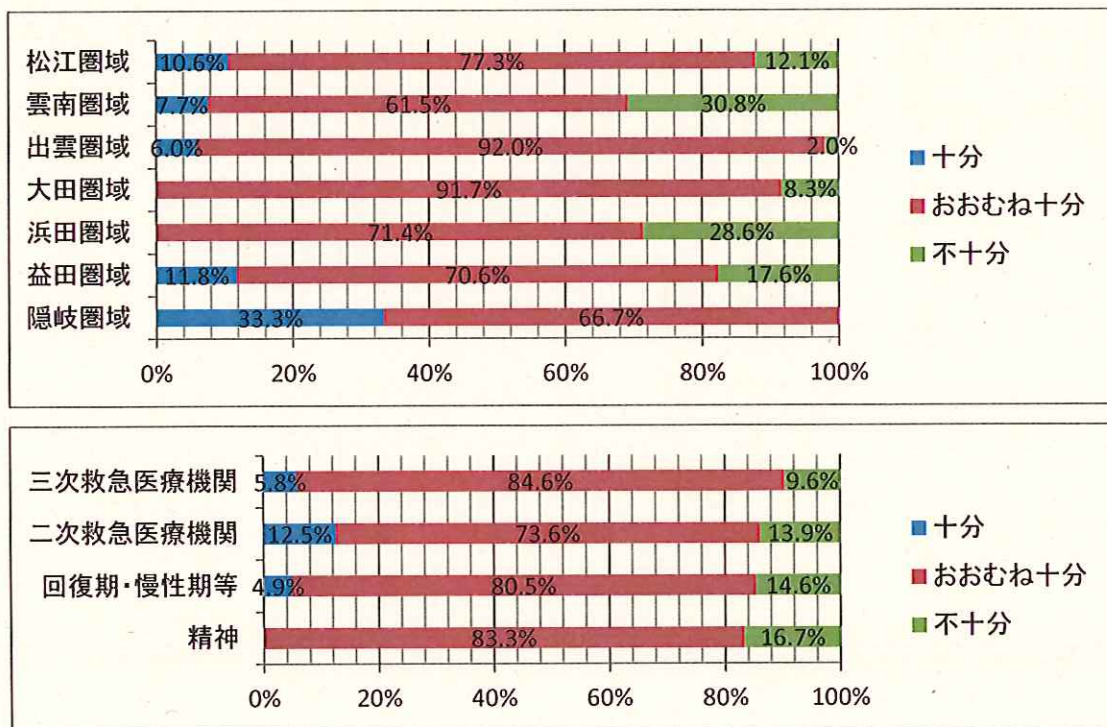
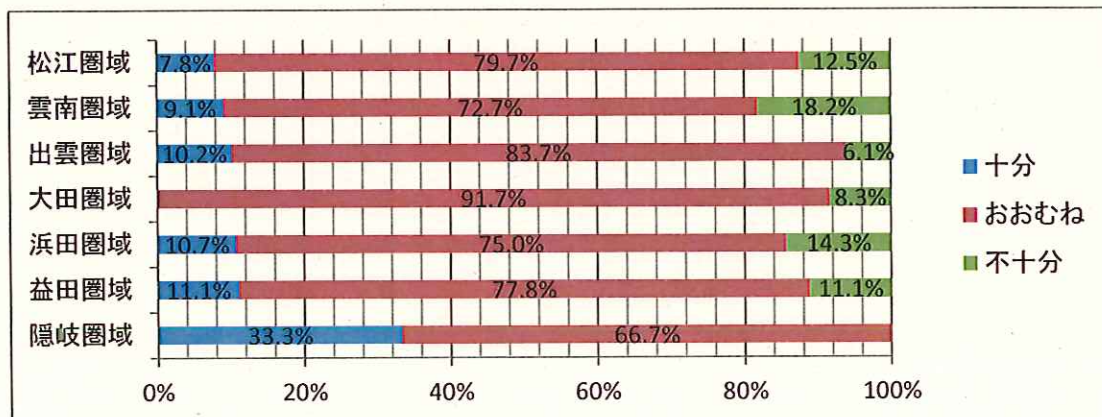
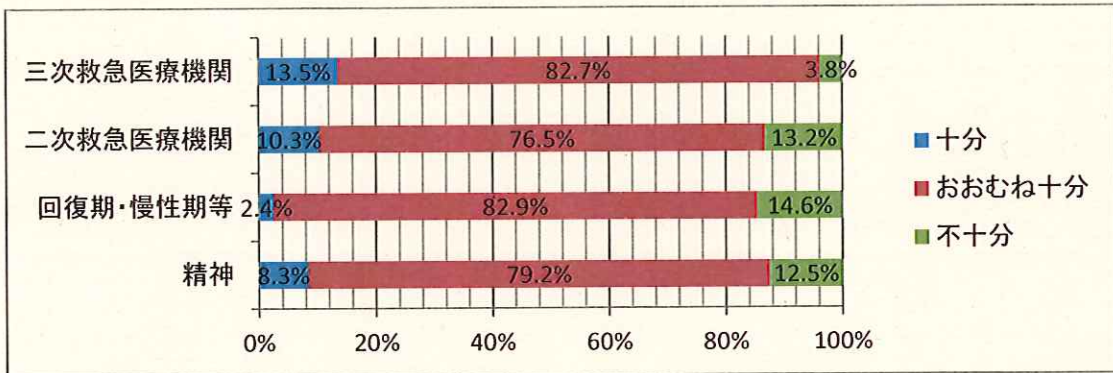


図14 訪問看護ステーションからの入院時情報提供内容の質的充実度（圏域別・機能別）





(2) 退院時カンファレンス開催の効果

退院時カンファレンス開催の効果については、地域連携室等職員対象のアンケート結果と同様、“病状理解を得られる”“退院後の生活上の留意点の理解が得られる”“在宅サービス計画の充実につながる”の3項目については、いずれも高い割合で効果を期待していることが分かった。(図15、図16)

図15 退院時カンファレンス開催の効果 (居宅介護支援事業所への効果)

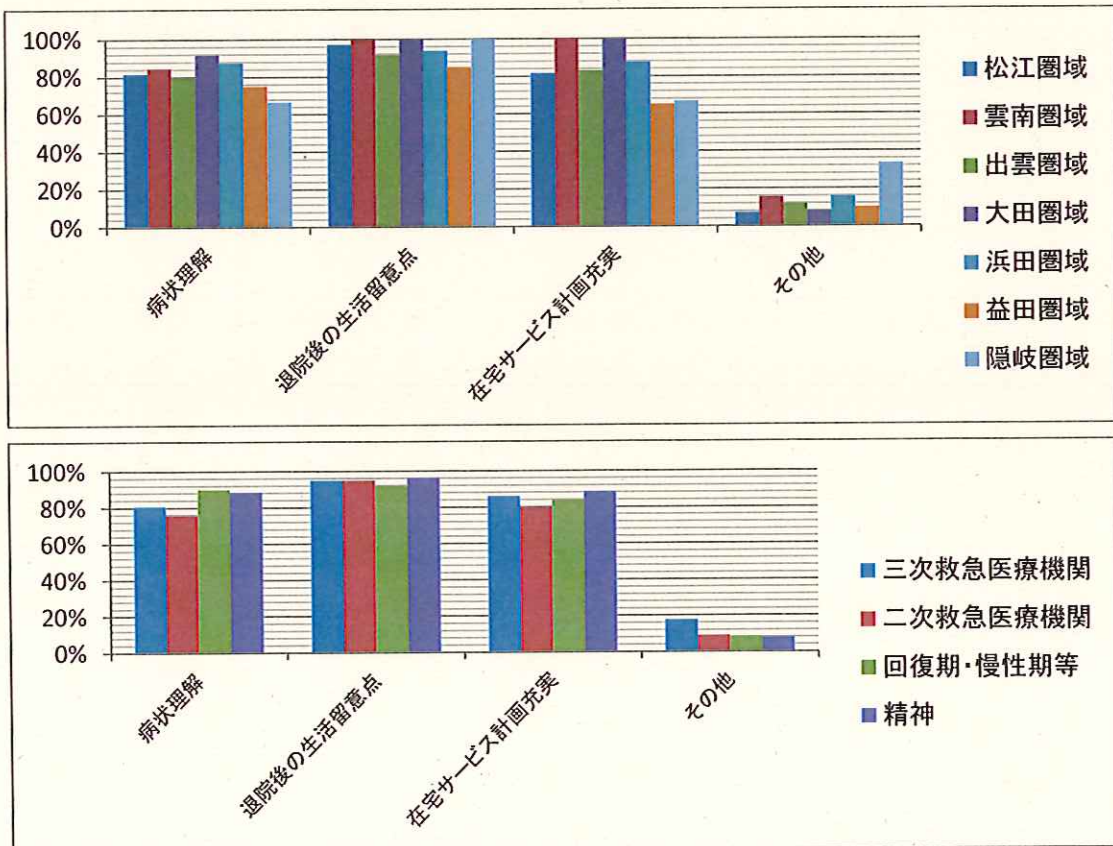
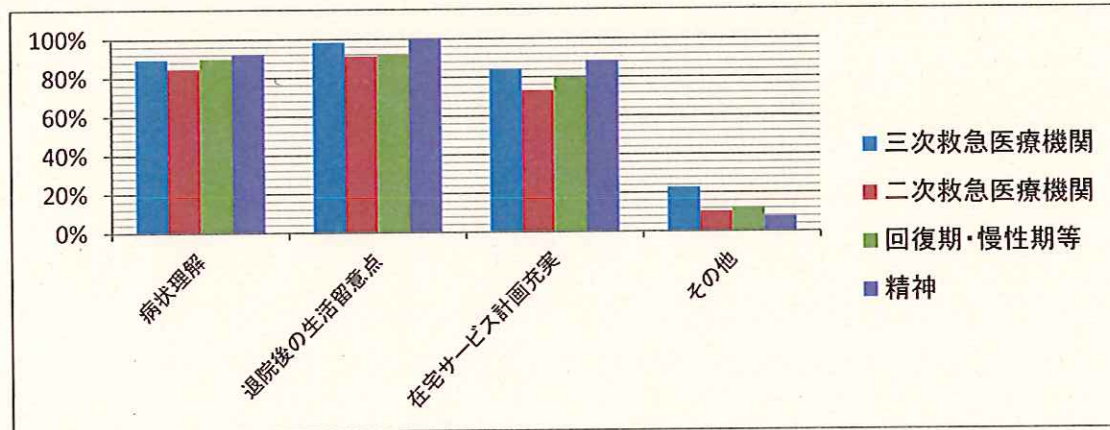
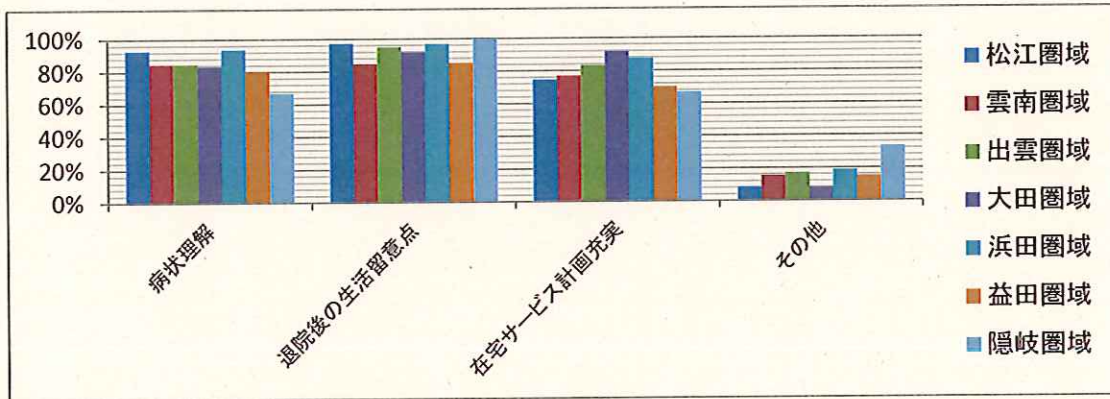


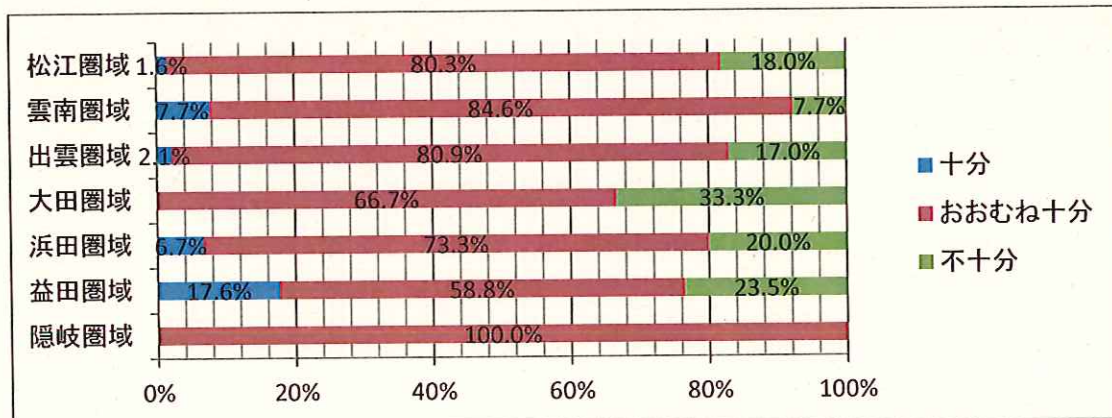
図16 退院時カンファレンス開催の効果（訪問看護ステーションへの効果）

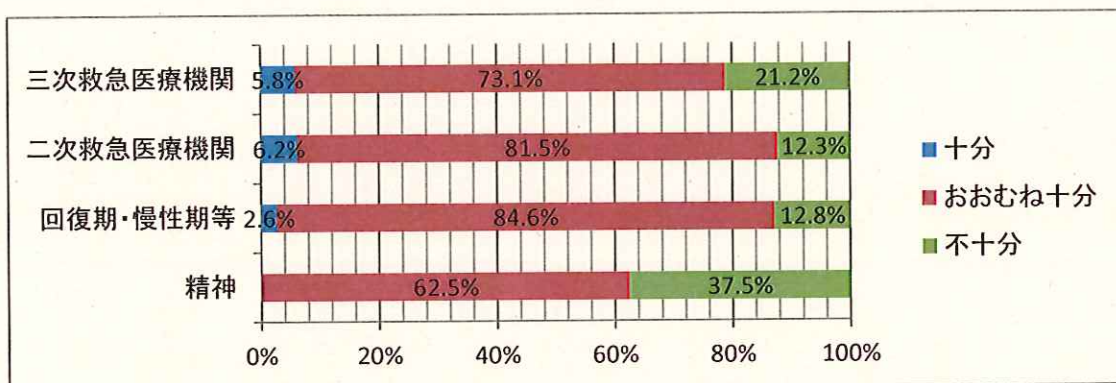


(3) 退院時情報共有の質的充実度

居宅介護支援事業所や訪問看護ステーションとの間の退院時情報共有について、圏域別に見ると、隠岐圏域は“不十分”との回答がないが、他の圏域では一定割合で“不十分”との回答がある。特に大田圏域は、“不十分”との回答が33.3%と高くなっている。医療機能別にみると、三次救急医療機関で21.2%、精神科医療機関で37.5%が“不十分”と回答している。(図17)

図17 退院時情報共有が十分かどうか

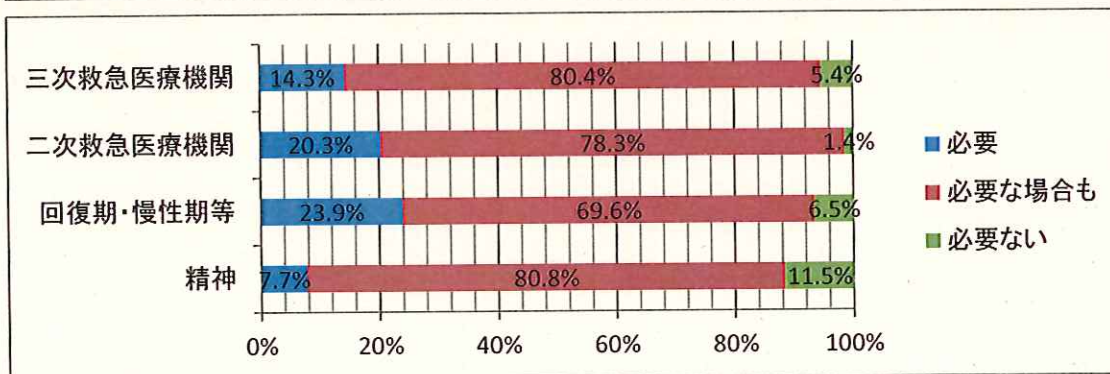
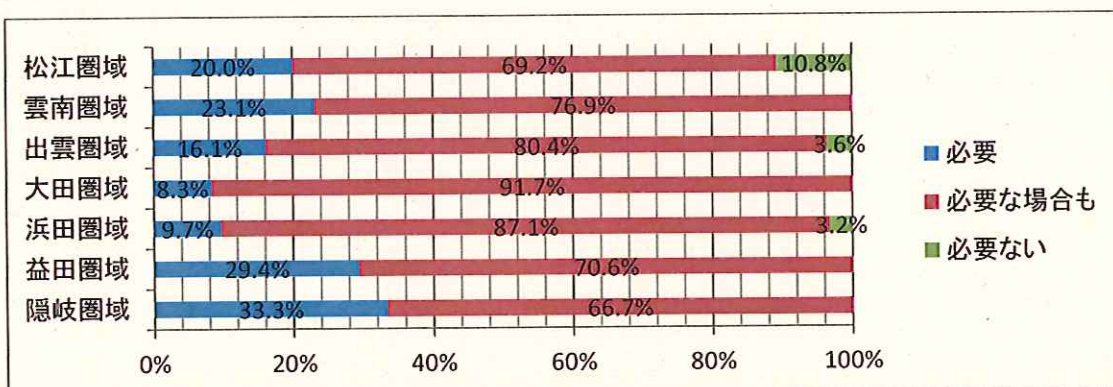




(4) フィードバック情報の必要性

患者退院後、居宅介護支援事業所や訪問看護ステーションから、退院後の在宅療養状況についてのフィードバック情報が必要かどうか尋ねたところ、松江圏域及び精神科医療機関では“必要ない”との回答が一定数見られたが、大多数の方が“必要”または“必要な場合もある”との回答であった。(図18)

図18 フィードバック情報が必要かどうか



3. 居宅介護支援事業所・訪問看護ステーション 管理者に対する調査結果（調査票B）

【居宅介護支援事業所】

(1) 平均利用者数及び平均入院件数

1事業所あたりの平均利用者数は、要支援が10人～20人程度、要介護が60～80人程度である。また、平成26年4月1日～5月31日の間の、1事業所あたりの平均入院件数は、雲南圏域、益田圏域は多いが、その他の圏域は5件程度となっている。（図19、図20）

図19 平均利用者数（平成26年5月末日時点）

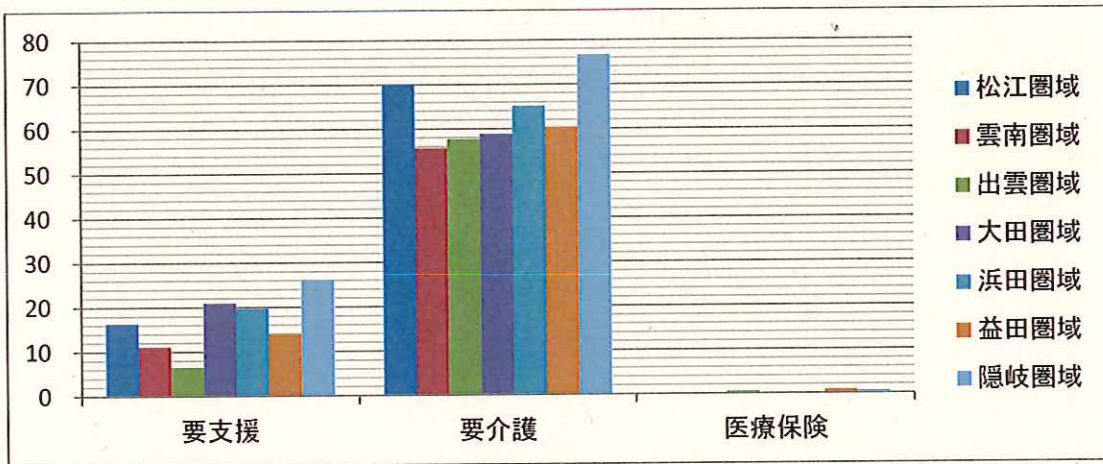
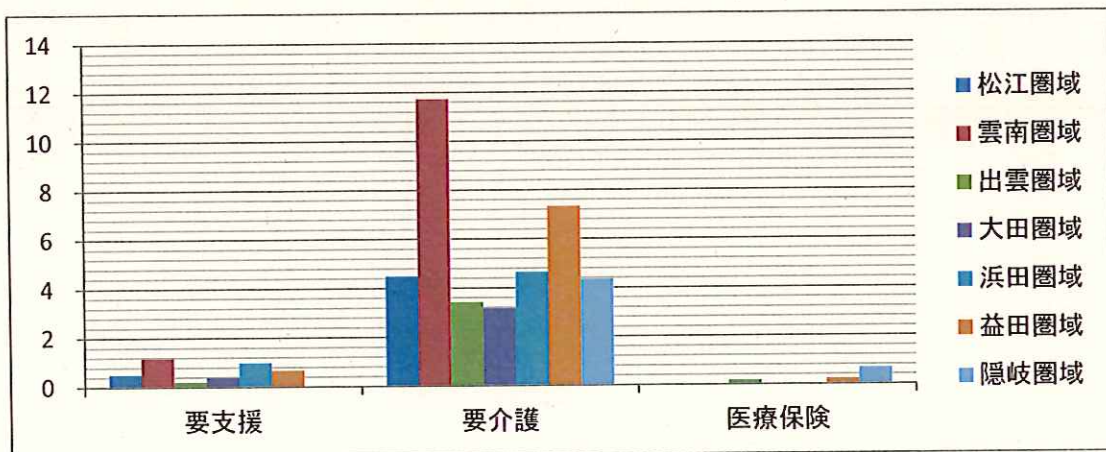


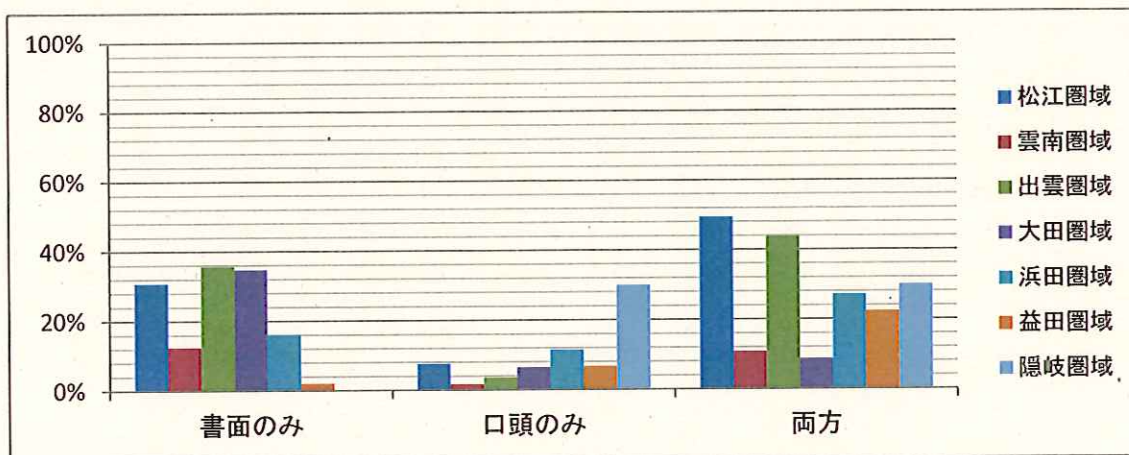
図20 平均入院件数（平成26年4月1日～5月31日）



(2) 入院時情報提供の方法

松江圏域・出雲圏域においては、書面・口頭の両方による情報提供を行っている割合が高い。隠岐圏域においては、口頭のみでの情報提供も多く行われている。(図21)

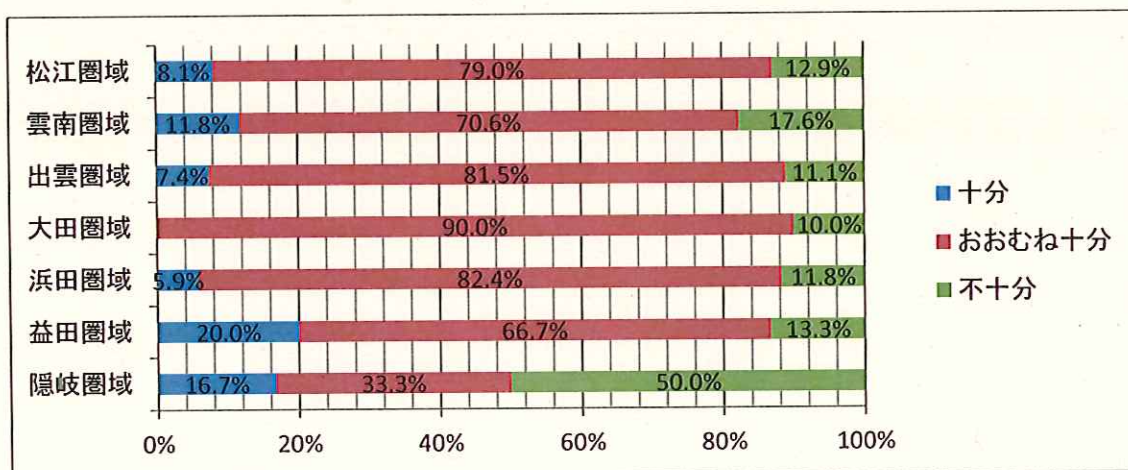
図21 病院に入院時情報提供を行った方法



(3) 入院時情報共有の質的充実度

病院との間で、入院時における情報共有が十分行われているか尋ねたところ、隠岐圏域においては50.0%が不十分と回答した。その他の圏域は10~20%程度が不十分と回答した。(図22)

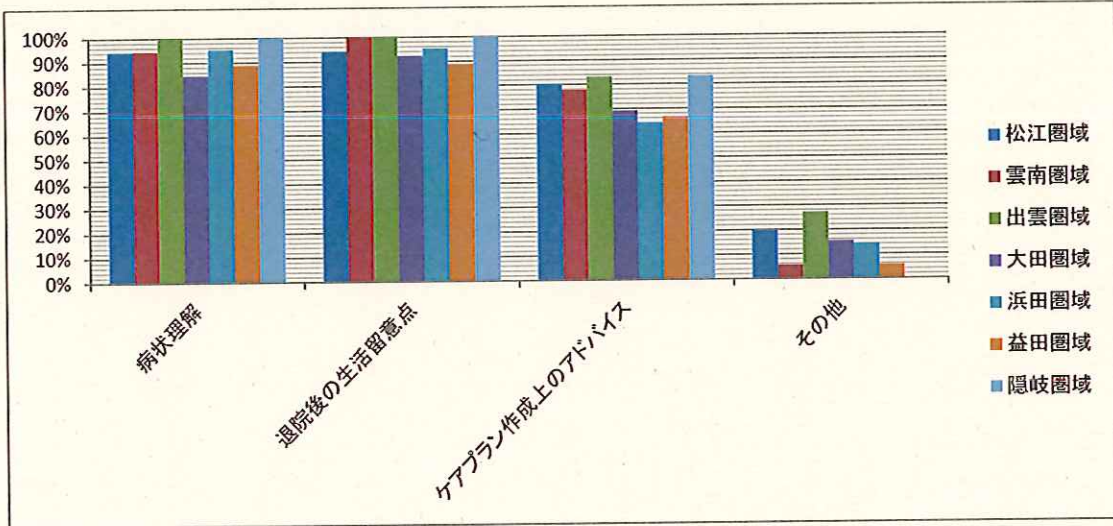
図22 入院時情報共有は十分かどうか



(4) 退院時カンファレンス開催の効果

退院時カンファレンス開催の効果については、“利用者の病状が分かる”“利用者の退院後の生活上の留意点がある”の2項目については、いずれも高い割合で効果を期待していることが分かった。一方、“ケアプラン作成上のアドバイスがもらえる”については、その他2項目と比較するとやや低い結果となった。(図23)

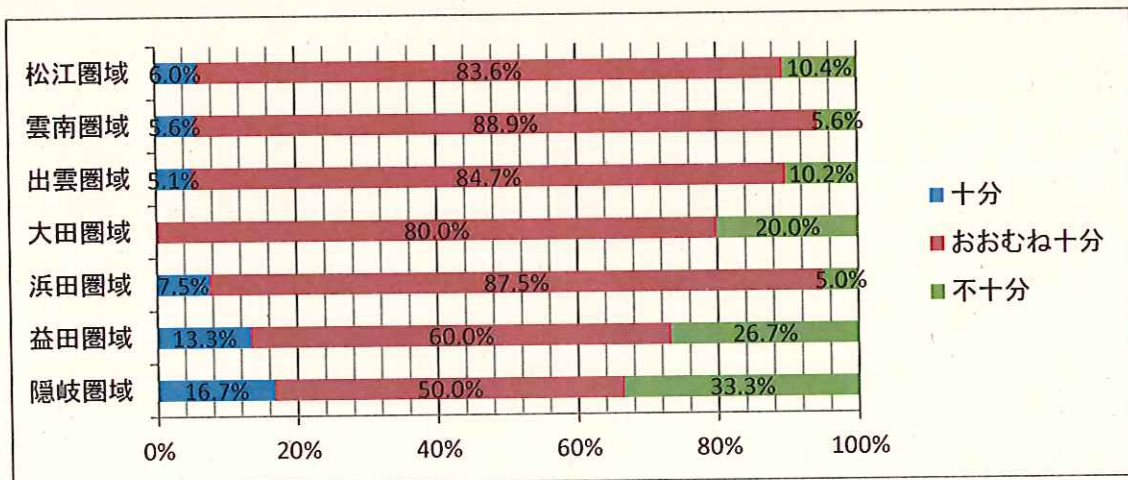
図23 退院時カンファレンス開催の効果



(5) 退院時情報共有の質的充実度

病院と間の退院時情報共有について、大田圏域・益田圏域・隠岐圏域では不十分との回答の割合が高かった。(図24)

図24 退院時情報共有は十分か



【訪問看護ステーション】

(1) 平均利用者数及び平均入院件数

1ステーションあたりの平均利用者数は、要支援が10人以内、要介護が10～35人程度、医療保険のみが5～15人程度である。松江圏域・浜田圏域は要介護、医療保険の患者が多く利用している。また、平成26年4月1日～5月31日の間の、1ステーションあたりの平均入院件数は、益田圏域が17.0件と飛び抜けて多いが、その他の圏域は10人以内となっている(図25、図26)

図25 平均利用者数(平成26年5月末日時点)

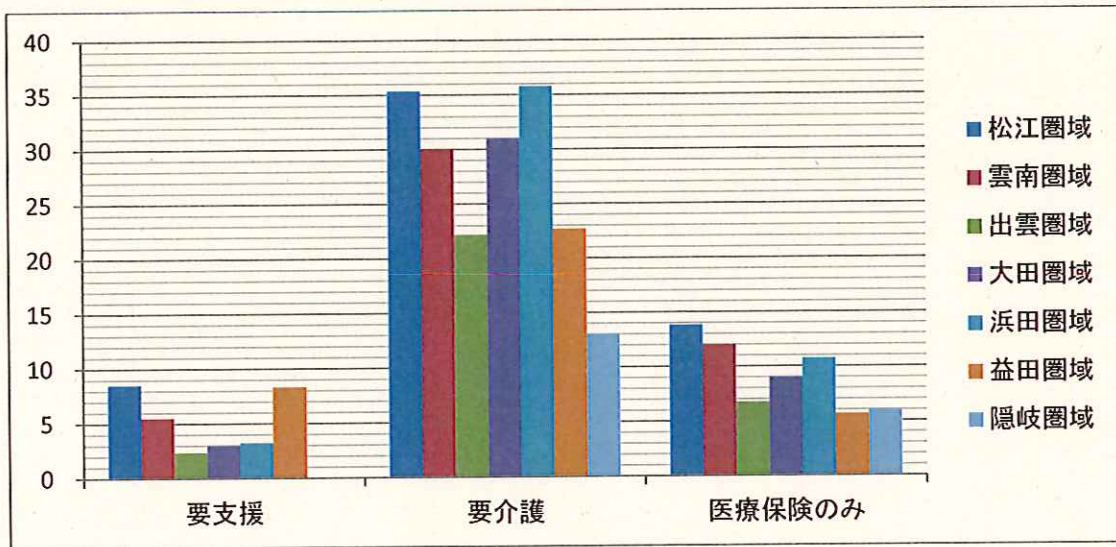
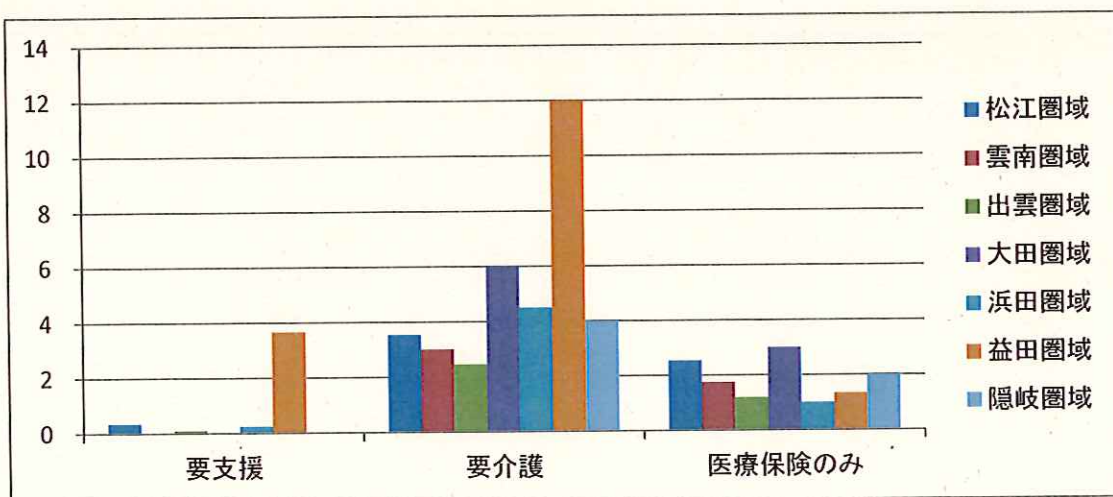


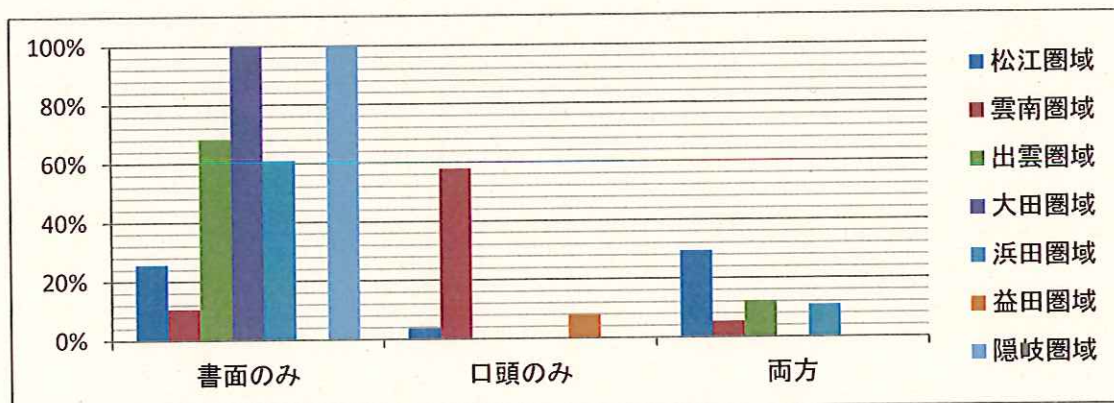
図26 平均入院件数(平成26年4月1日～5月31日)



(2) 入院時情報提供の方法

松江圏域においては、書面・口頭の両方による情報提供を行っている割合が29.4%あるものの、他圏域においてはあまり行われていない。居宅介護支援事業所と比較すると、書面のみでの情報提供が多く行われている。(図27)

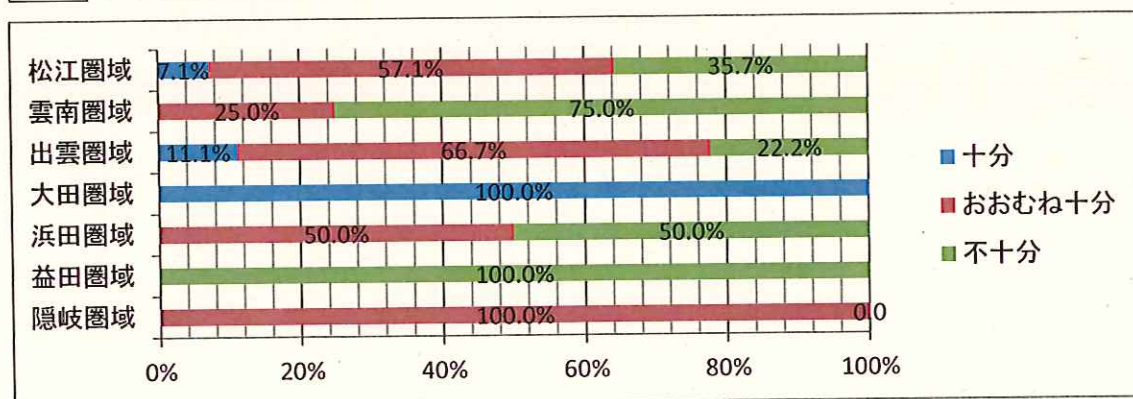
図27 病院に入院時情報提供を行った方法



(3) 入院時情報共有の質的充実度

病院との間で、入院時における情報共有が十分行われているか尋ねたところ、隠岐圏域においては“不十分”との回答が0%だったが、雲南圏域、浜田圏域、益田圏域においては50%以上が“不十分”と回答した。全体的に、居宅介護支援事業所と比べ“不十分”と回答する割合が高い。(図28)

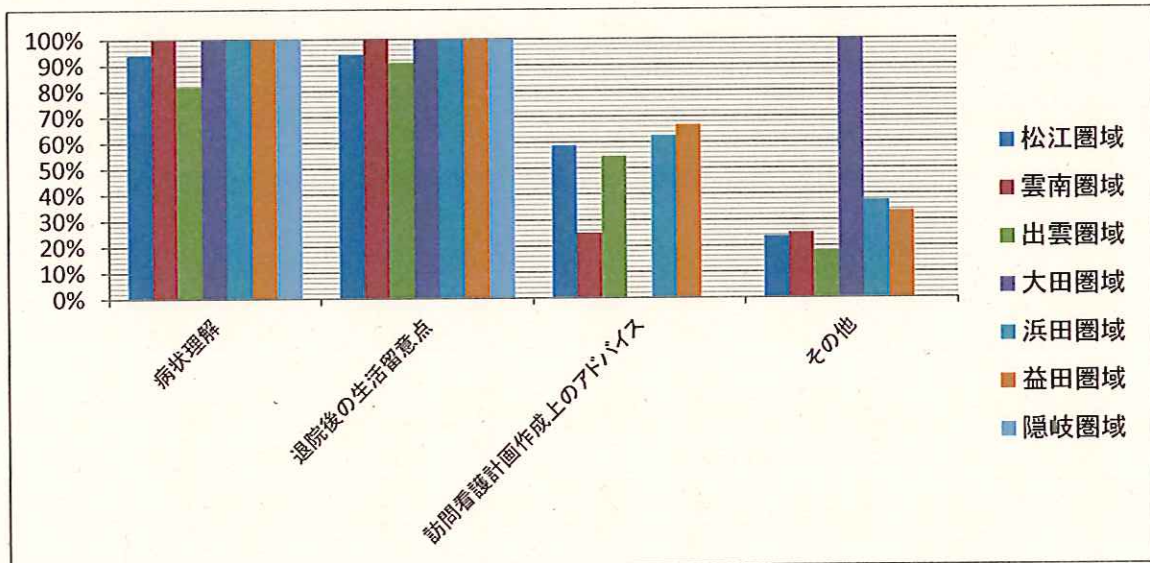
図28 入院時情報共有は十分かどうか



(4) 退院時カンファレンス開催の効果

退院時カンファレンス開催の効果については、“利用者の病状が分かる”“利用者の退院後の生活上の留意点が変わる”の2項目については、いずれも高い割合で効果を期待していることが分かった。一方、“訪問看護計画作成上のアドバイスがもらえる”については、その他2項目と比較すると低い結果となった。(図29)

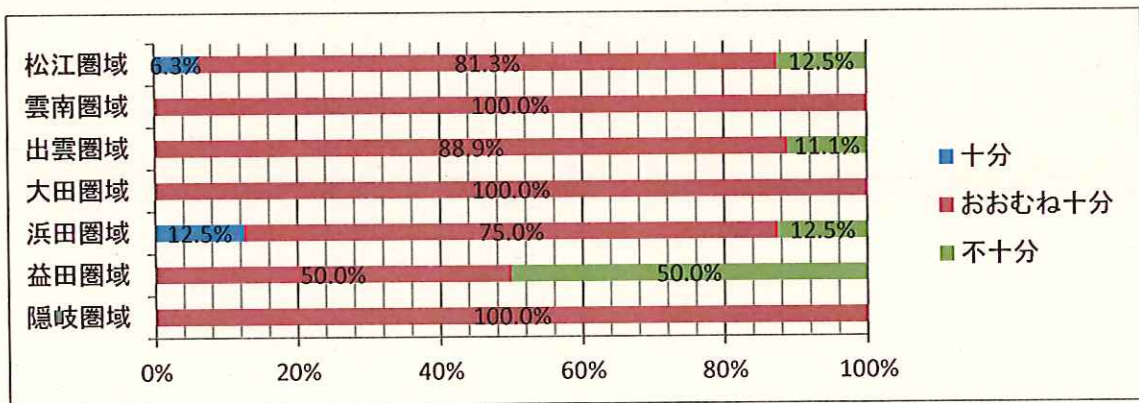
図29 退院時カンファ開催の効果



(5) 退院時情報共有の質的充実度

病院との間の退院時情報共有について、隠岐圏域においては「不十分」との回答が0%だったが、益田圏域では「不十分」との回答の割合が50.0%と高かった。(図30)

図30 退院時情報共有は十分か



4. 居宅介護支援事業所・訪問看護ステーション 各職員に対する調査結果（個票）

【居宅介護支援事業所】

(1) 退院支援連絡の必要性和退院調整漏れ率

退院された各利用者に関して、病院からの退院支援連絡の必要性を訪ねたところ、大田圏域・益田圏域は不要との回答が20%程度あったが、概ね退院支援連絡は必要との回答が多かった。一方、実際には病院からの退院支援連絡がなかった割合（この割合を“退院調整漏れ率”と定義します）は益田圏域が39.0%と高く、隠岐圏域が10.5%と最も低かった。（図31、図32）

図31 病院からの退院支援連絡の必要性

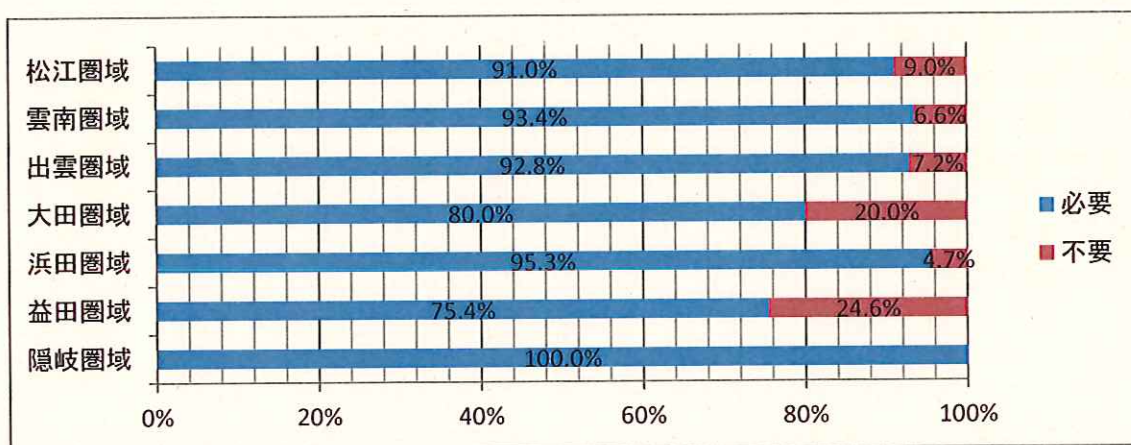
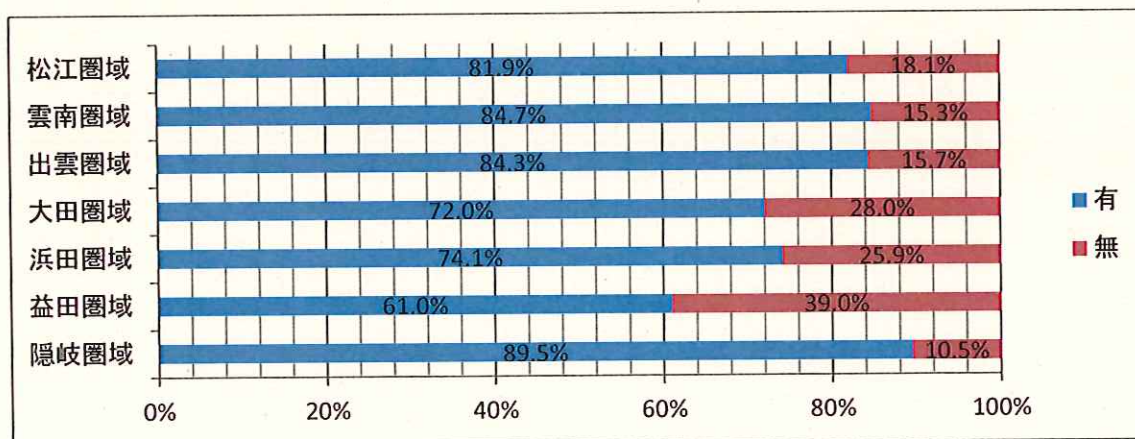


図32 退院支援連絡の有無



(2) 退院支援連絡

病院からの退院支援連絡があった場合の連絡時期について、東部では、“退院日”“退院後”等の連絡も一定数見られる。連絡があった相手は、連携室職員が多く、雲南圏域・隠岐圏域では病棟看護師からの連絡も多い。連絡手段は電話が圧倒的に多いが、書類による連絡も一定数ある。退院支援連絡があった場合、その内容充実度は、“十分”“おおむね十分”を合わせると90%程度である。

（図33、図34、図35、図36）

図33 退院支援連絡があった時期

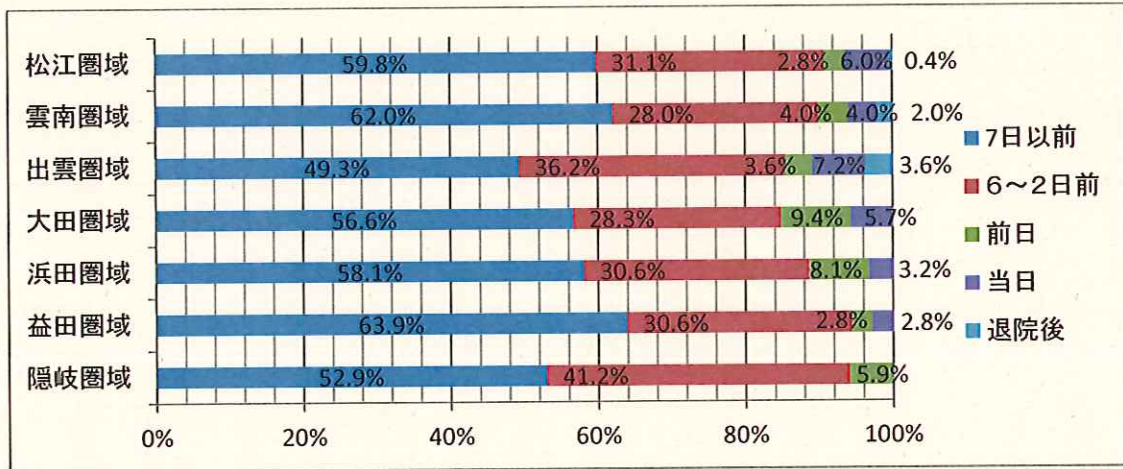


図34 連絡があった相手

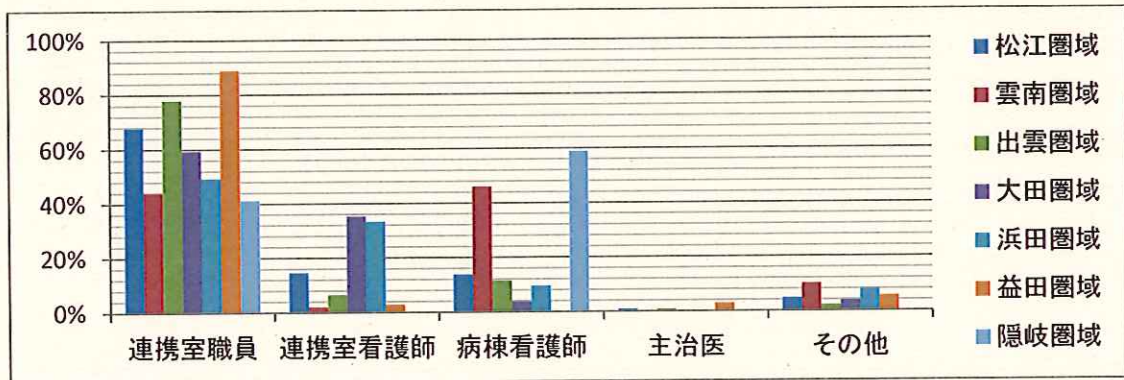


図35 連絡手段

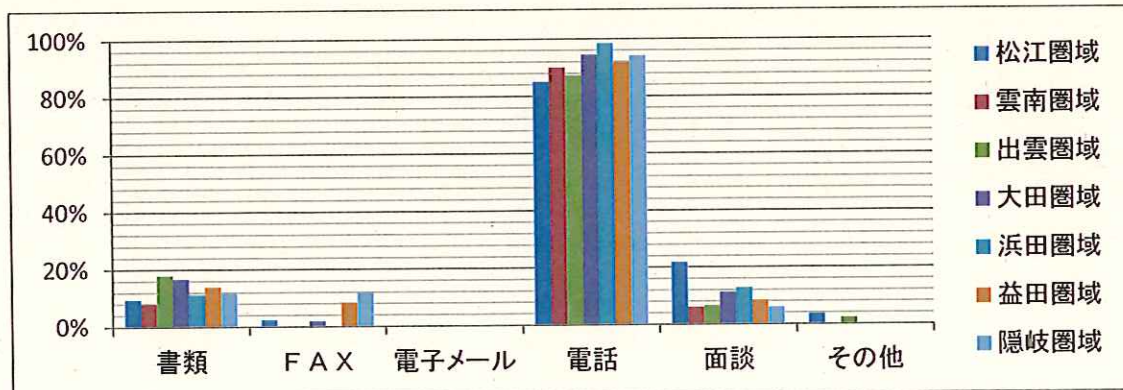
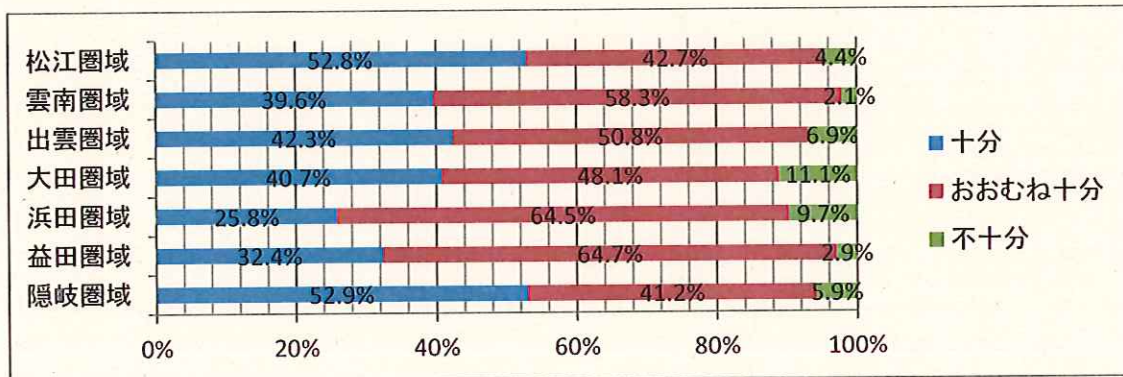


図36 退院支援連絡の内容充実度



(3) 退院時カンファレンス

病院からの退院時カンファレンスへの参加要請について、松江圏域・雲南圏域は50%強の要請があるが、他の圏域は参加要請がある割合が40%以下となっている。参加要請の相手は、連携室職員が多い。参加した場合、カンファレンスの内容については多くの方が“十分”又は“おおむね十分”と感じている。(図37、図38、図39)

図37 退院時カンファレンスへの参加要請の有無

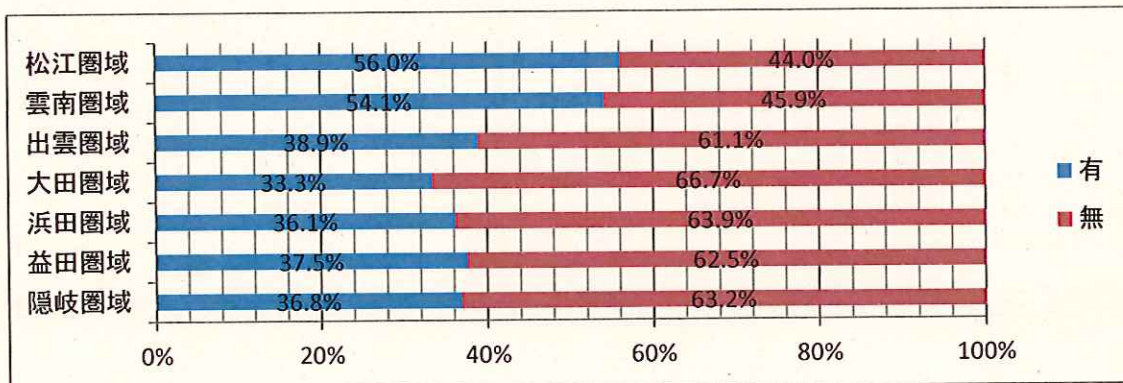


図38 参加要請の相手

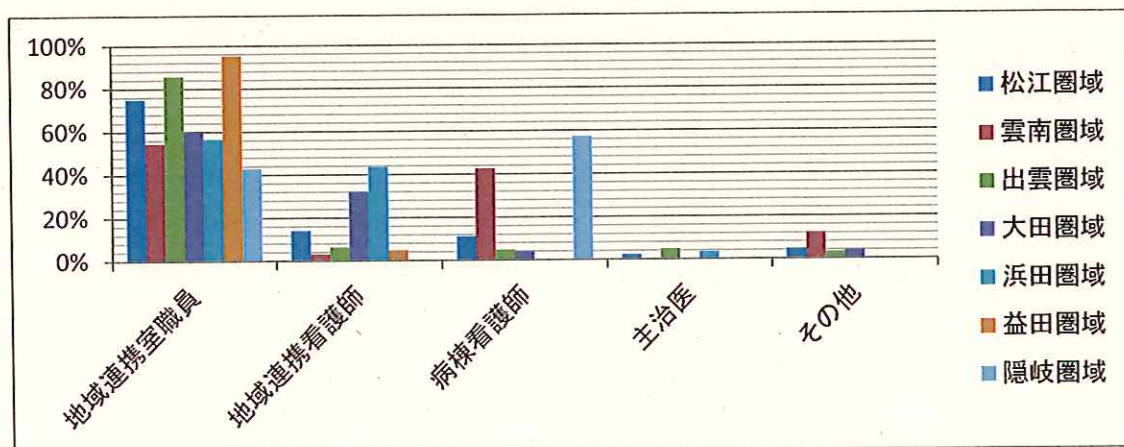
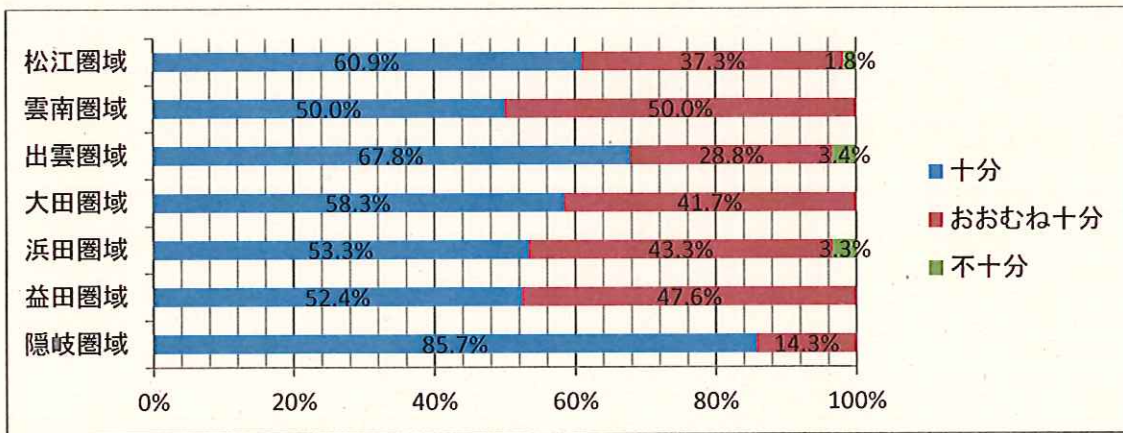


図39 退院時カンファレンスの充実度



【訪問看護ステーション】

(1) 退院支援連絡の必要性和退院調整漏れ率

退院された各利用者に関して、病院からの退院支援連絡の必要性を訪ねたところ、益田圏域においては不要との回答割合も高いが、その他の圏域においては、必要との回答が多数であった。一方、実際に病院からの退院支援連絡が無かった割合(退院調整漏れ率)は大田圏域が40.0%と高く、隠岐圏域が0%と最も低かった。(図40、図41)

図40 病院からの退院支援連絡の必要性

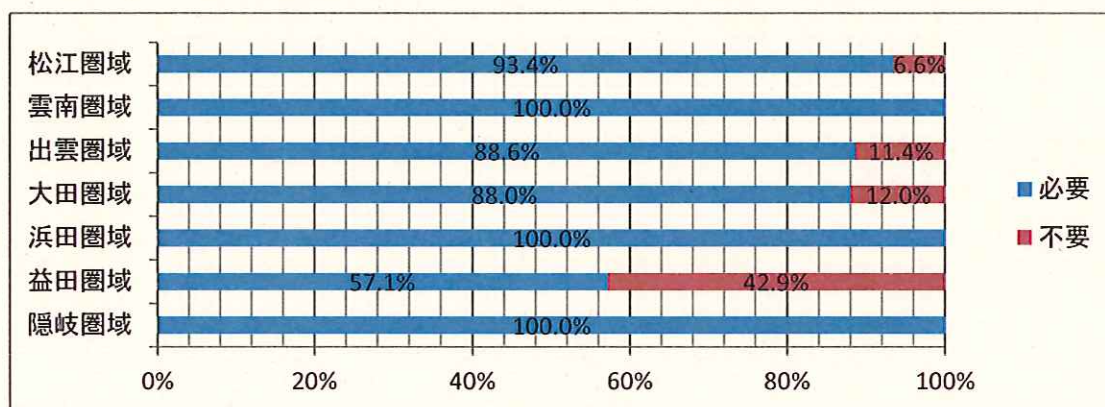
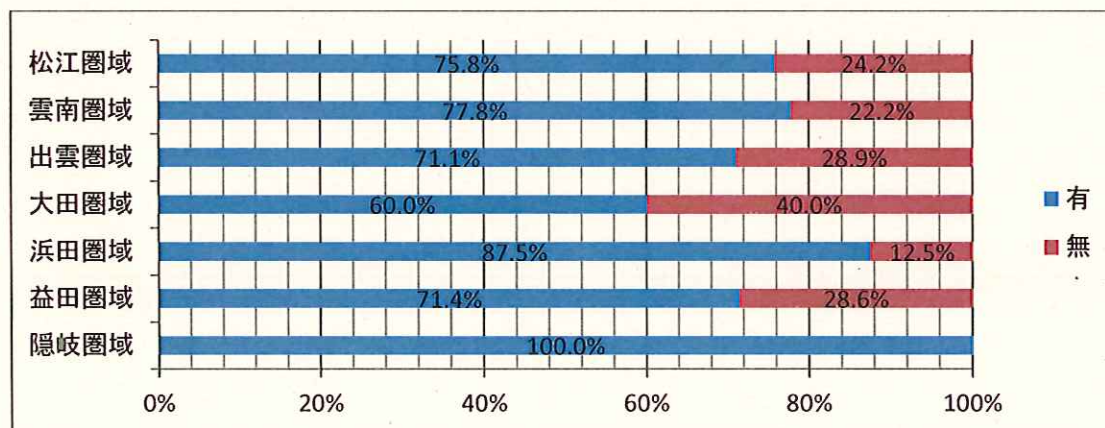


図41 退院支援連絡の有無



(2) 退院支援連絡

病院から退院支援連絡があった場合の連絡時期について、西部では退院7日以前の連絡の割合が高いが、松江圏域・出雲圏域では、“退院前日”“退院日”“退院後”等の連絡も一定数見られる。連絡があった相手は、連携室職員(看護師含む)が多い。連絡手段は電話が圧倒的に多いが、隠岐圏域においては書類による連絡も多い。退院支援連絡があった場合、その内容充実度は、“十分”“まあまあ十分”を合わせると80~90%程度であるが、雲南圏域・益田圏域・隠岐圏域においては不十分の割合も2割程度みられる。(図42、図43、図44、図45)

図4 2 退院支援連絡があった時期

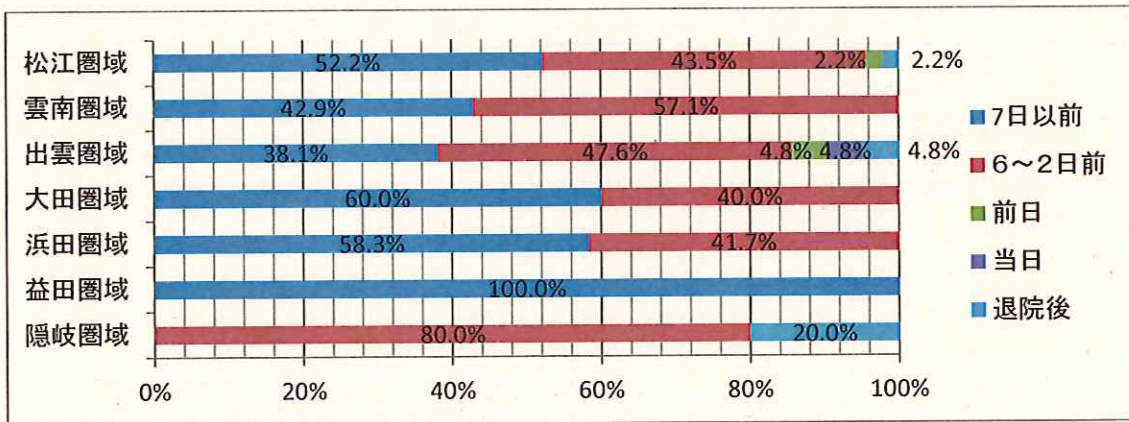


図4 3 連絡があった相手

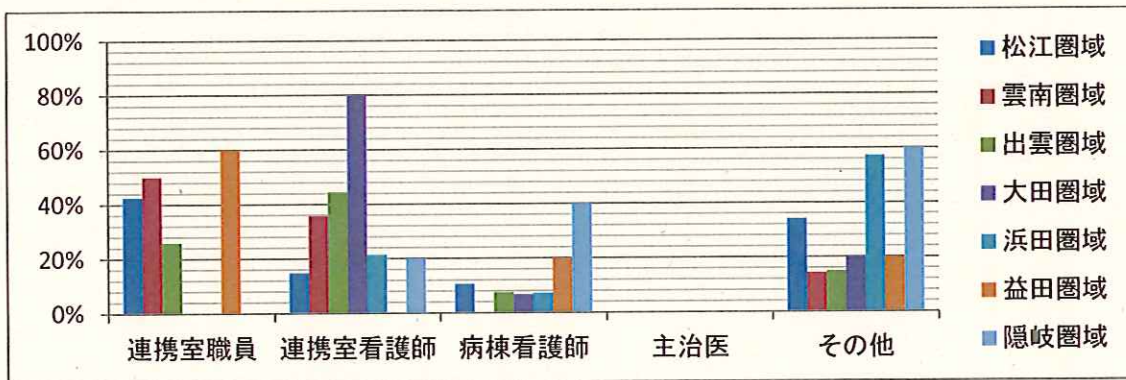


図4 4 連絡手段

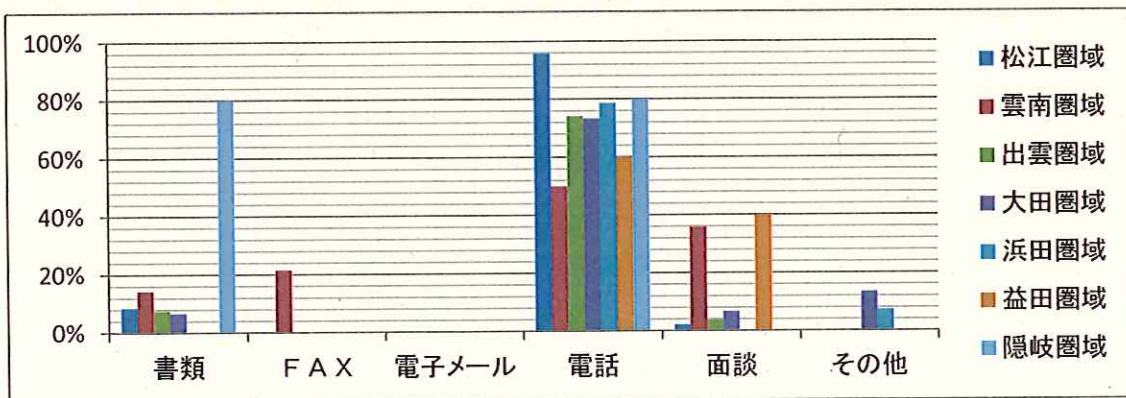
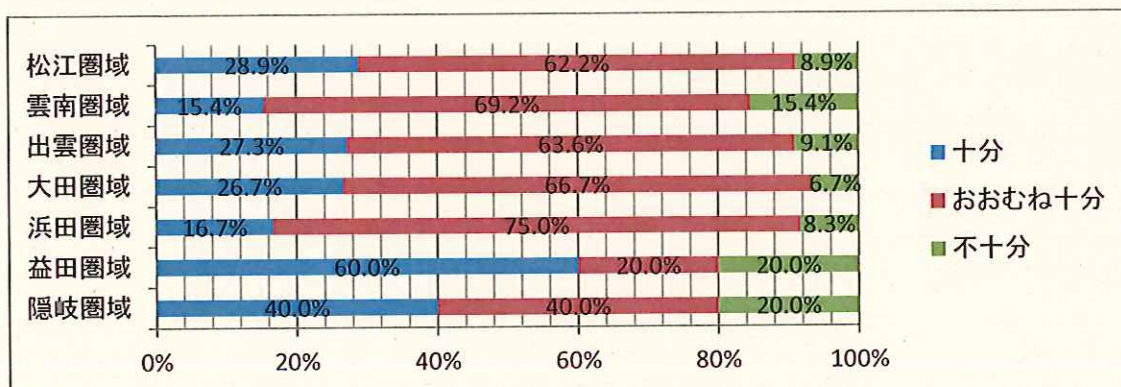


図45 退院支援連絡の内容充実度



(3) 退院時カンファレンス

病院からの退院時カンファレンスへの参加要請について、益田圏域は80.0%の要請があるが、出雲圏域・大田圏域・隠岐圏域は参加要請が無い割合が60%を超えている。参加要請の相手は、連携室職員（看護師含む）が多い。参加した場合、カンファレンスの内容については多くの方が“十分”又は“おおむね十分”と感じているが、浜田圏域・益田圏域においては“不十分”と感じている人も20%程度いる。(図46、図47、図48)

図46 退院時カンファレンスへの参加要請の有無

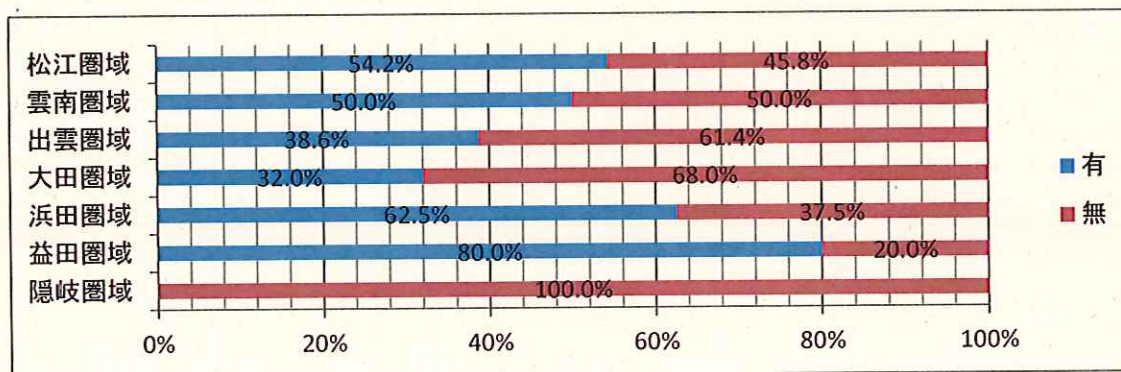


図47 参加要請の相手

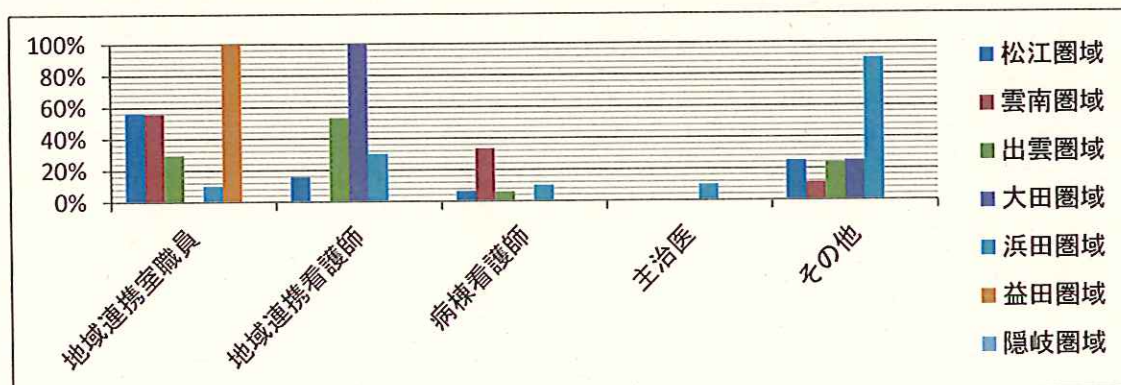
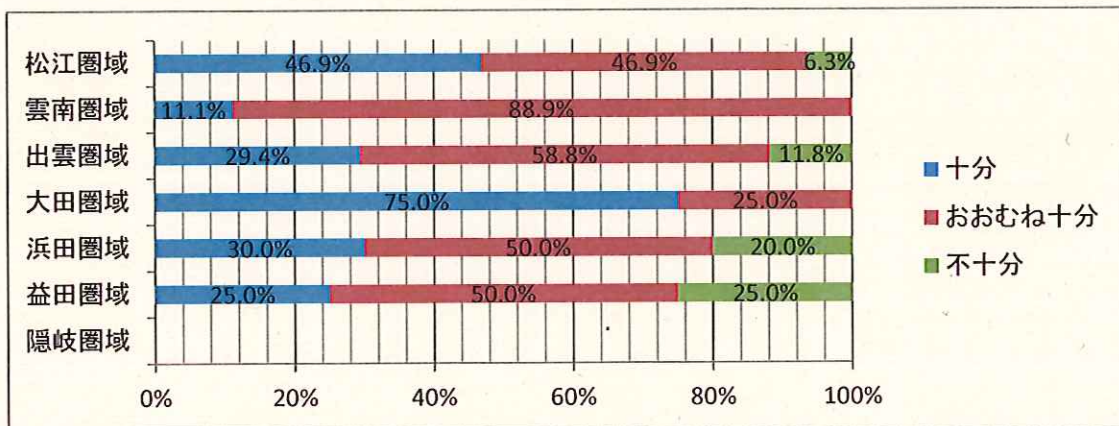


図48 退院時カンファレンスの充実度



【病院機能別】

(1) 退院支援連絡の必要性和退院調整漏れ率

退院された各利用者に関して、病院からの退院支援連絡の必要性を訪ねたところ、不要との回答も一定程度はあるものの、必要との回答が大多数であった。一方、実際に病院からの退院支援連絡が無かった割合（退院調整漏れ率）は精神科医療機関が27.3%と高く、回復期・慢性期等医療機関が17.9%と最も低かった。（図49、図50）

図49 病院からの退院支援連絡の必要性

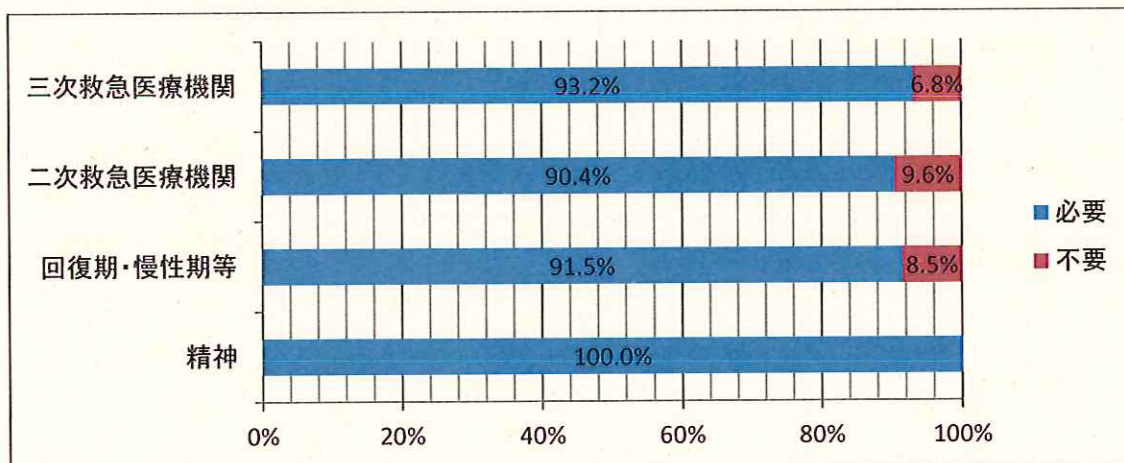
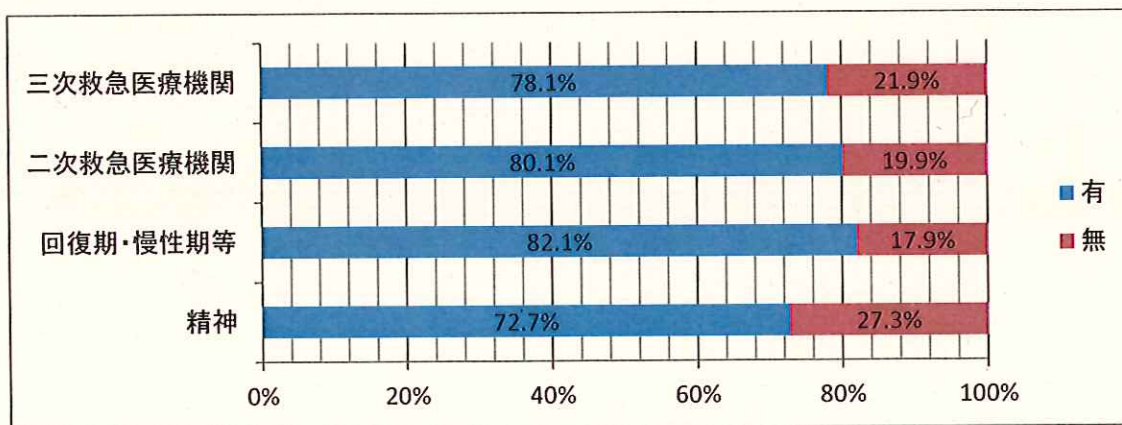


図50 退院支援連絡の有無



(2) 退院支援連絡

病院から退院支援連絡があった場合の連絡時期について、回復期・慢性期等医療機関では退院7日以前の連絡の割合が高いが、三次救急医療機関や二次救急医療機関では、“退院前日”“退院日”“退院後”等の連絡も一定数見られる。連絡があった相手は、連携室職員が多いが、連携室看護師や病棟看護師からの連絡もある。連絡手段は電話が圧倒的に多いが、書類や面談による場合もある。退院支援連絡があった場合、その内容充実度は、“十分”“まあまあ十分”が多数を占めるが、精神科医療機関においては不十分の割合も14.3%ある。（図51、図52、図53、図54）

図5 1 退院支援連絡があった時期

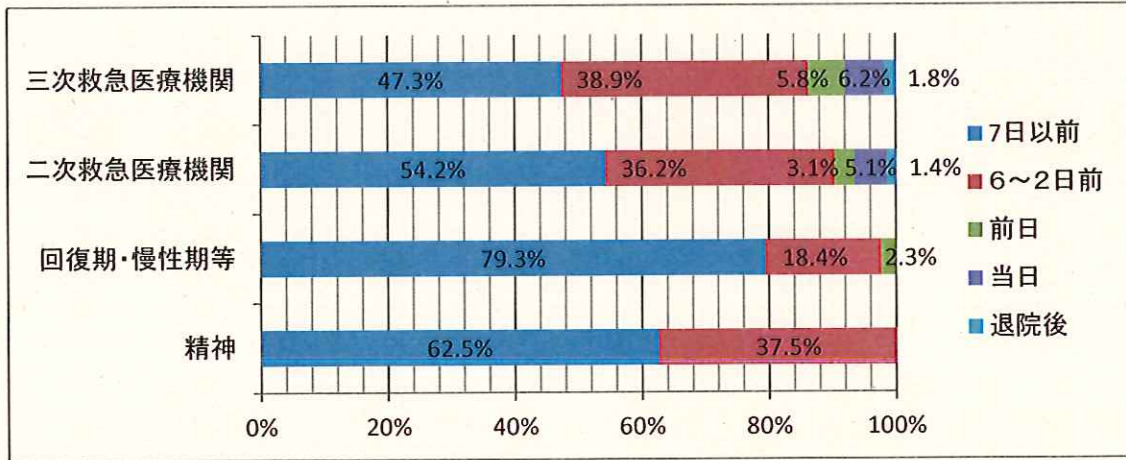


図5 2 連絡があった相手

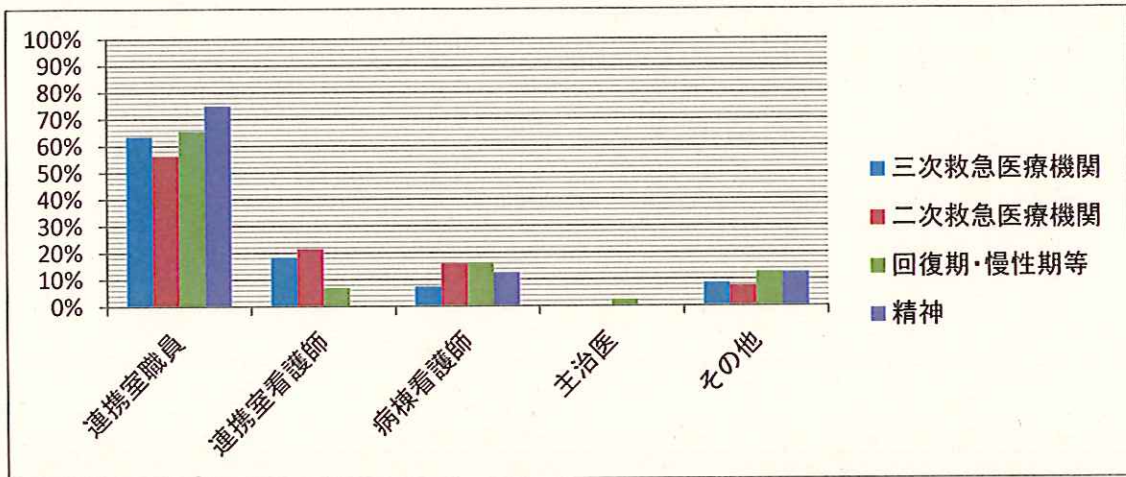


図5 3 連絡手段

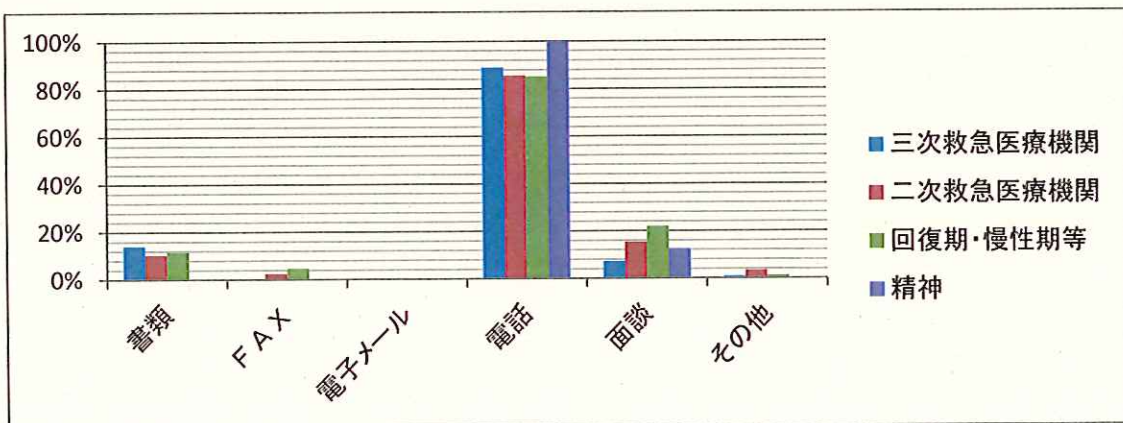
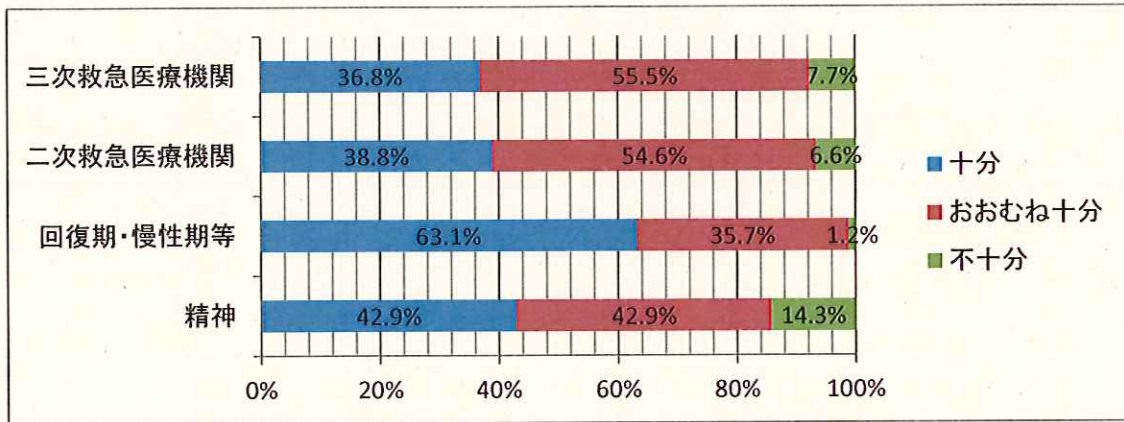


図5 4 退院支援連絡の内容充実度



(3) 退院時カンファレンス

病院からの退院時カンファレンスへの参加要請について、回復期・慢性期等医療機関は60%以上の要請があるが、その他の病院では参加要請が無い割合が50%を超えている。参加要請の相手は、連携室職員が多いが、その他の職種からも一定程度の要請がある。特に精神科医療機関においては、主治医からの連絡も20.0%ある。カンファレンスの内容については多くの方が“十分”又は“おおむね十分”と感じている。(図5 5、図5 6、図5 7)

図5 5 退院時カンファレンスへの参加要請の有無

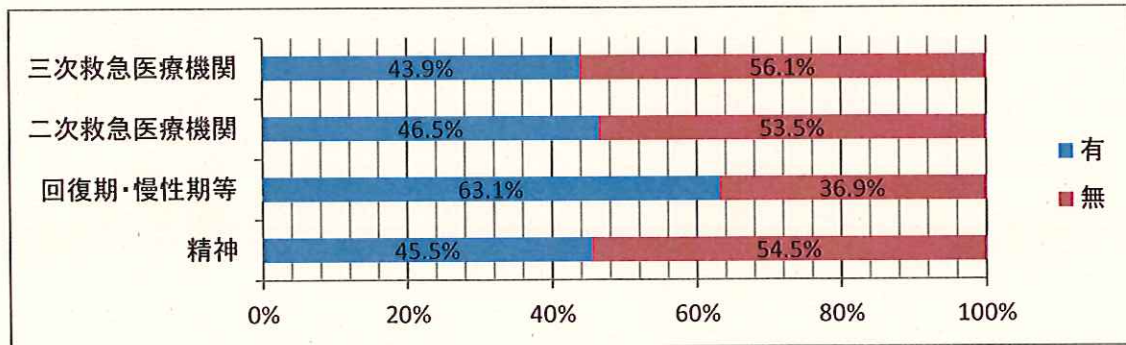


図5 6 参加要請の相手

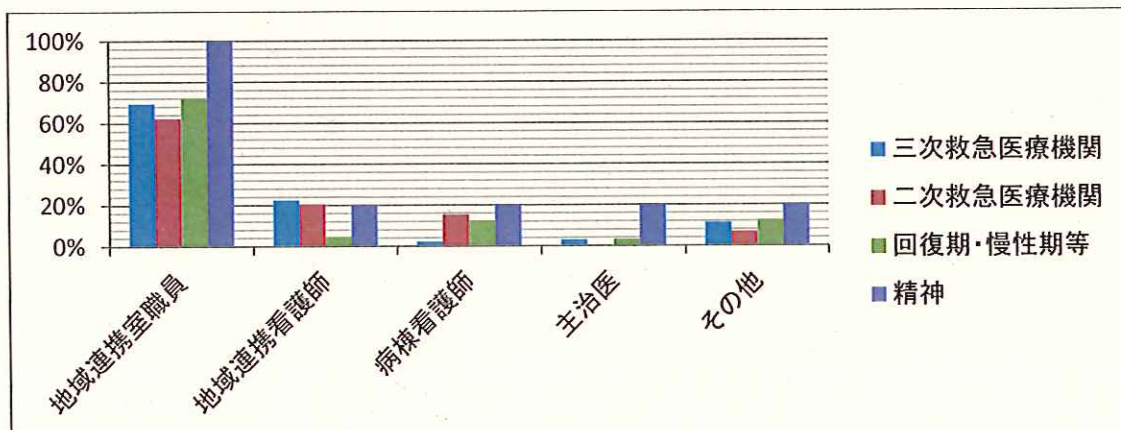
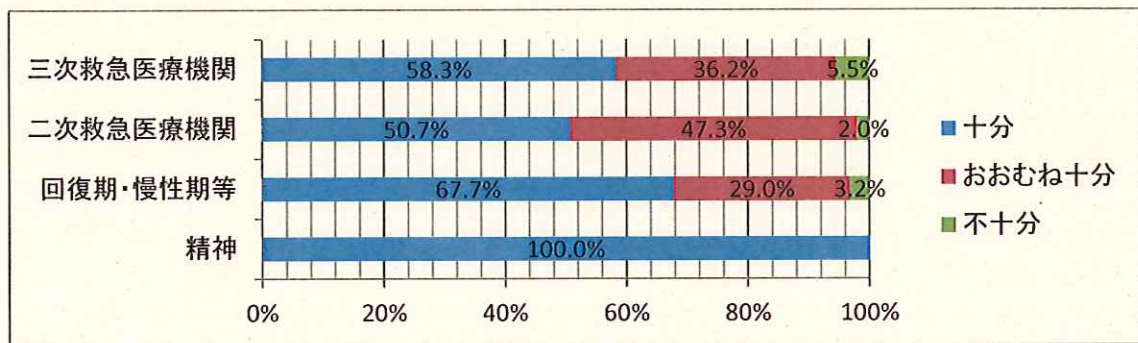


図57 退院時カンファレンスの充実度

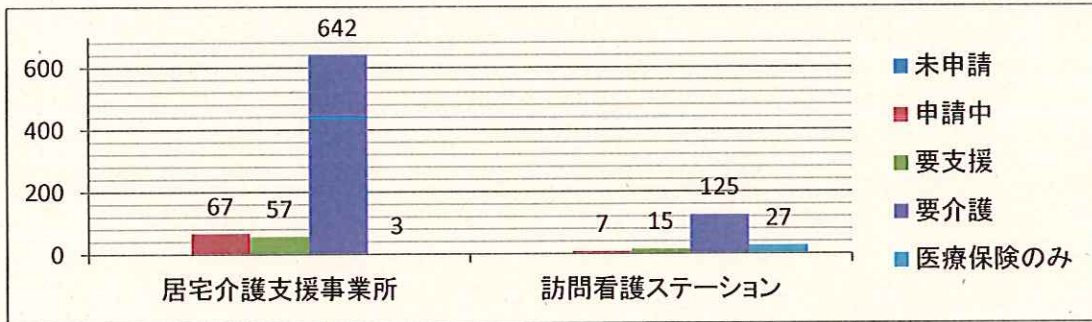


【認定区分別】

(1) 認定区分別件数

認定区分別の件数を見ると、居宅介護支援事業所においては“要介護”、“申請中”、“要支援”の順に多く、訪問看護ステーションにおいては“要介護”、“医療保険のみ”、“要支援”、“申請中”の順に多い。(図58)

図58 認定区分別件数



(2) 退院支援連絡の必要性和退院調整漏れ率

退院された各利用者に関して、病院からの退院支援連絡の必要性を訪ねたところ、“未申請”や“要支援”では不要との回答も一定程度はあるものの、その他では必要との回答が大多数であった。一方、実際に病院からの退院支援連絡が無かった割合(退院調整漏れ率)は、“要支援”では36.1%、“要介護”では21.0%、“医療保険のみ”では21.4%であった。(図59、図60)

図59 病院からの退院支援連絡の必要性

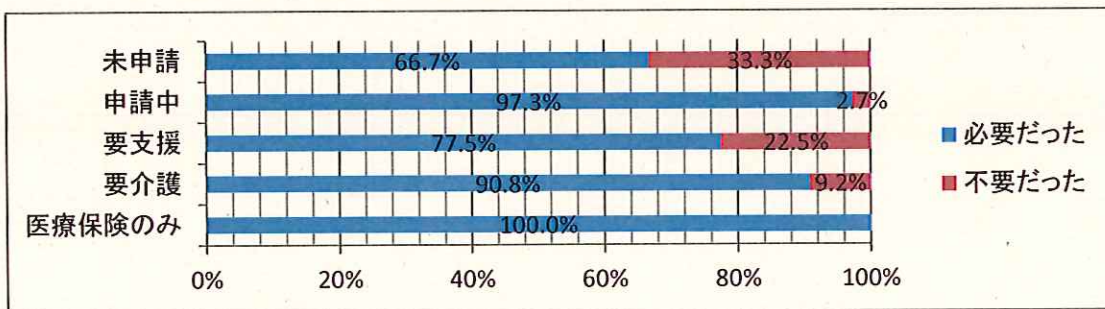
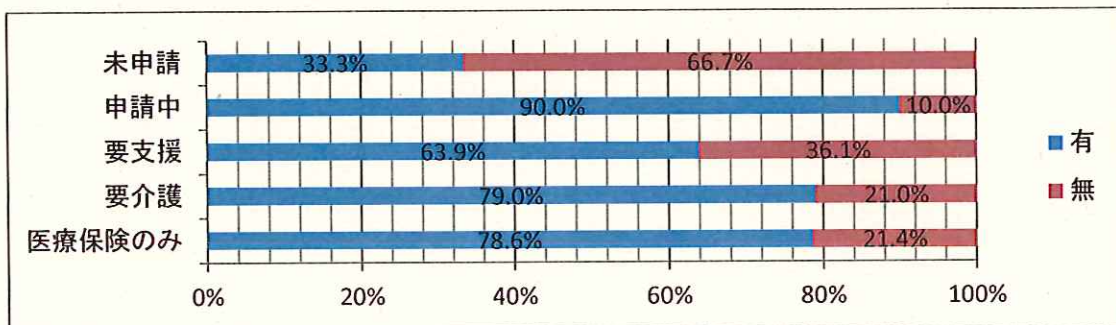
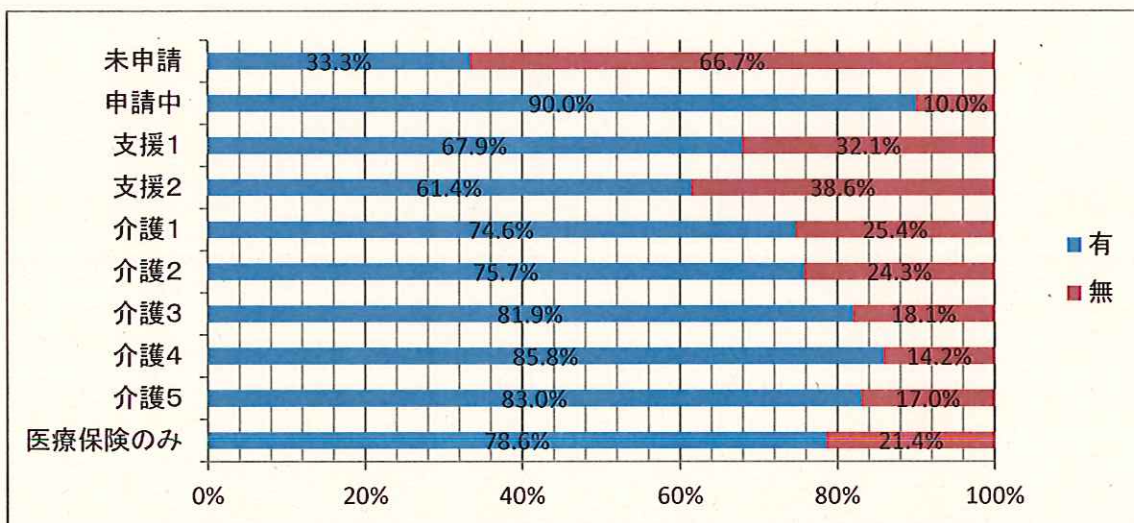


図60 退院支援連絡の有無





(3) 退院支援連絡

病院から退院支援連絡があった場合の連絡時期について、退院7日前以前の連絡は、未申請から医療保険のみになるにつれて割合が下がって行く。特に、要支援、要介護については、“退院前日”、“退院日”、“退院後”の連絡が10%程度ある。連絡があった相手は、連携室職員が多いが、連携室看護師や病棟看護師からの連絡もある。連絡手段は電話が圧倒的に多いが、書類や面談による場合もある。退院支援連絡があった場合、その内容充実度は、“十分”“おおむね十分”が多数を占めるが、申請中、要支援、要介護においては不十分の割合も10%弱ある。(図6 1、図6 2、図6 3、図6 4)

図6 1 退院に際しての退院支援連絡があった時期

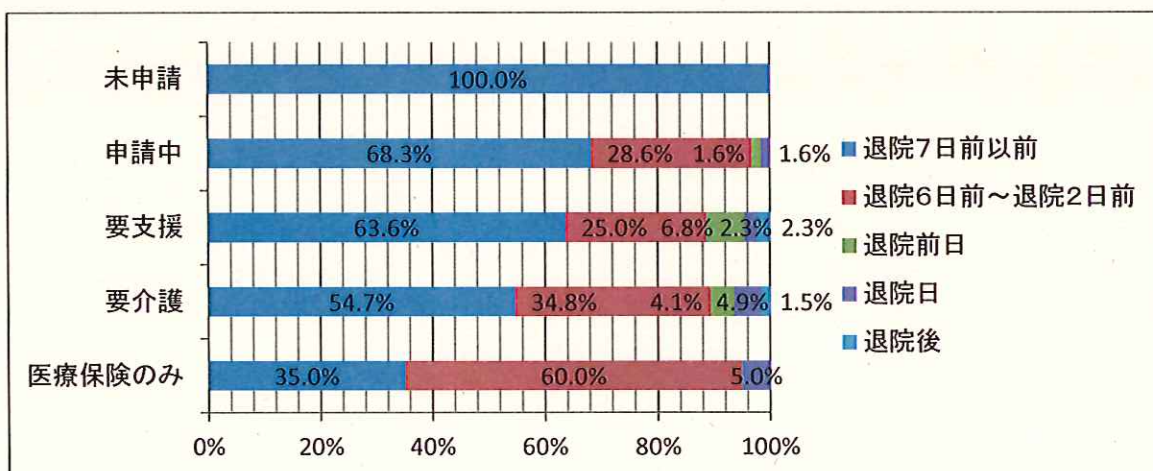


図6 2 連絡があった相手

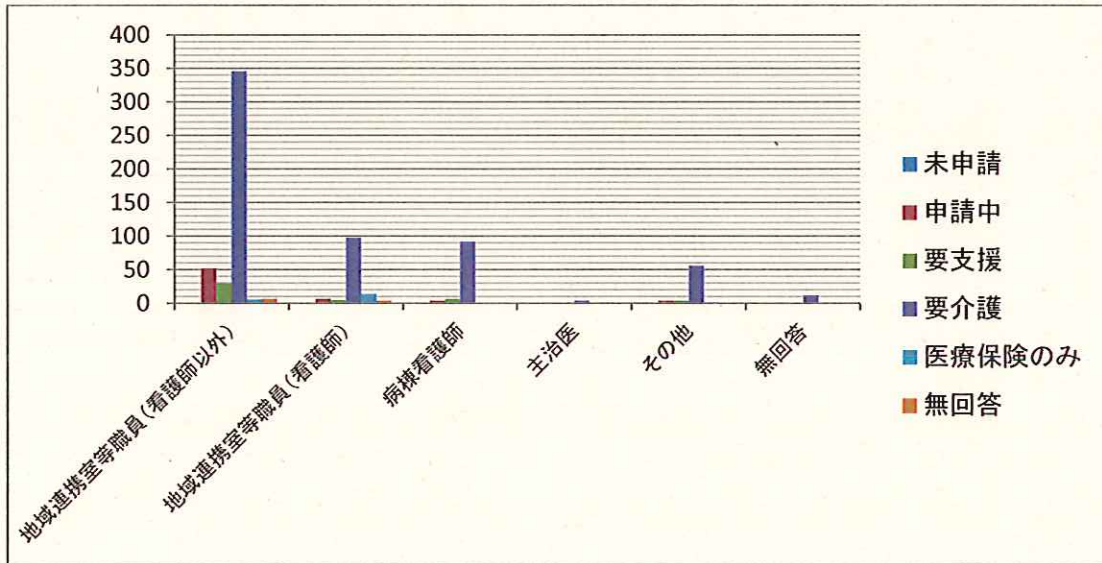


図6 3 連絡があった方法

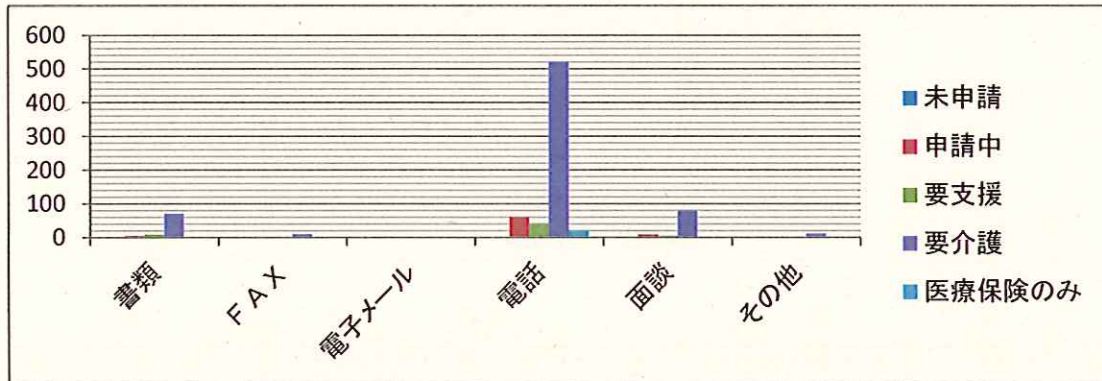
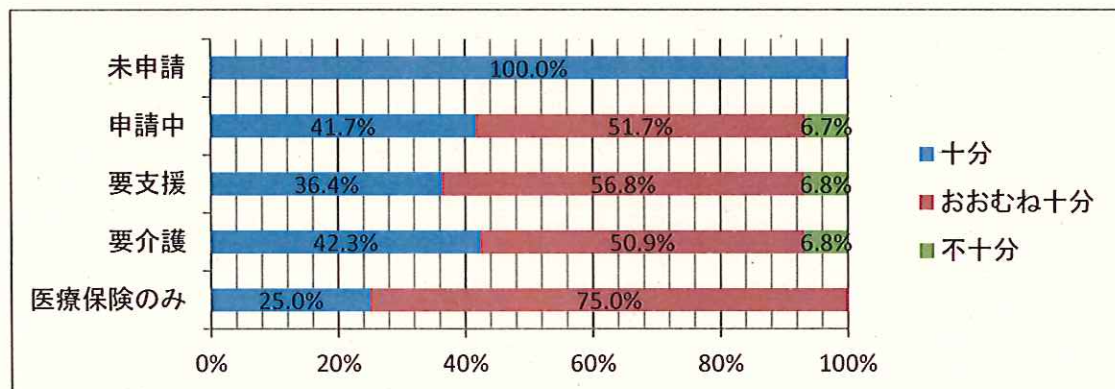


図6 4 病院からの退院支援連絡の内容の充実度



(4) 退院時カンファレンス

病院からの退院時カンファレンスへの参加要請について、申請中の場合は70%程度の要請があるが、逆に、要支援の場合には参加要請が無い割合が70%程度ある。参加要請の相手は、地域連携室職員が多いが、地域連携室看護師や病棟看護師等からも一定程度の要請がある。要請があった場合は、ほぼ全ての方がカンファレンスへ参加している。カンファレンスの内容については多くの方が“十分”又は“おおむね十分”と感じているが、医療保険のみの場合は“十分”の割合が極端に低い。(図65、図66、図67、図68)

図65 退院時カンファレンスへの参加要請の有無

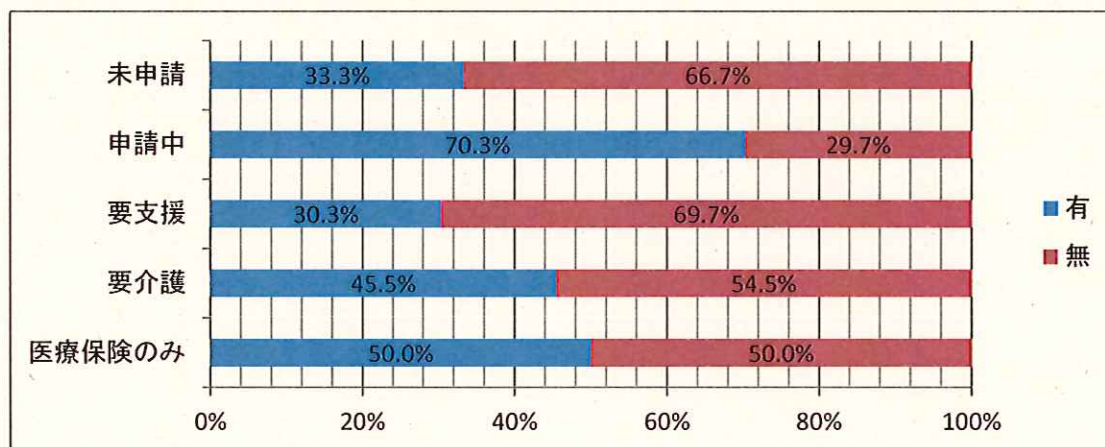


図66 要請があった相手

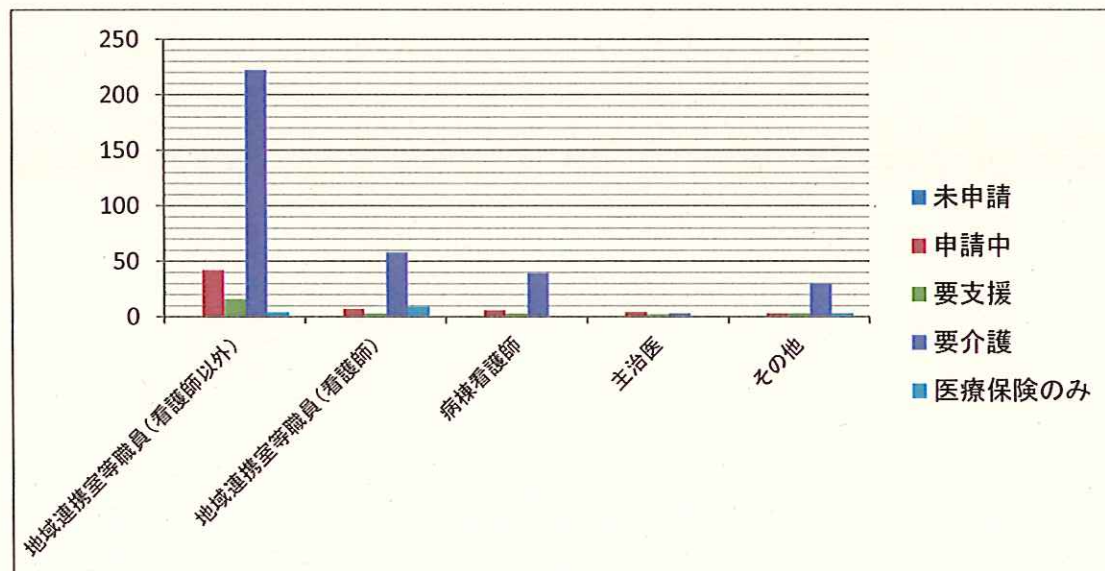


図67 要請に対して参加したかどうか

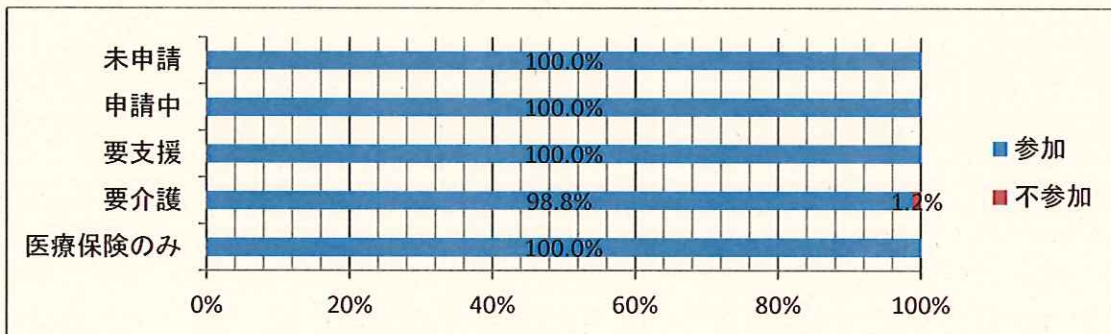
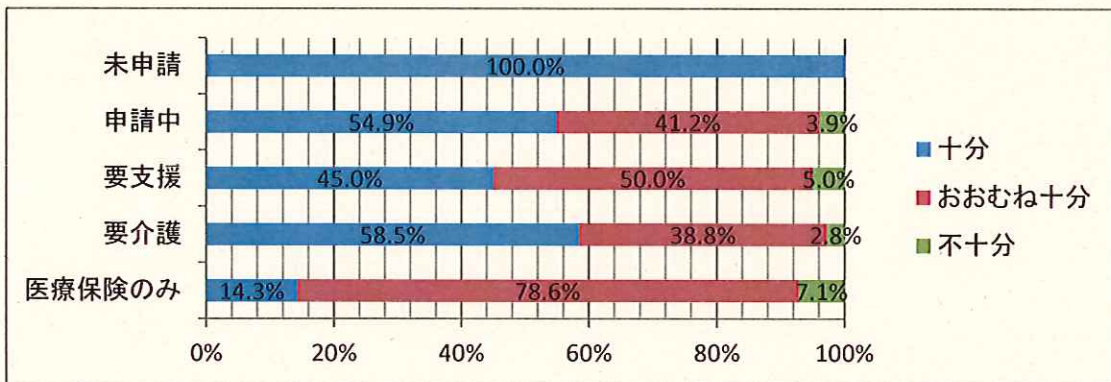


図68 参加した場合、カンファレンスの内容の充実度

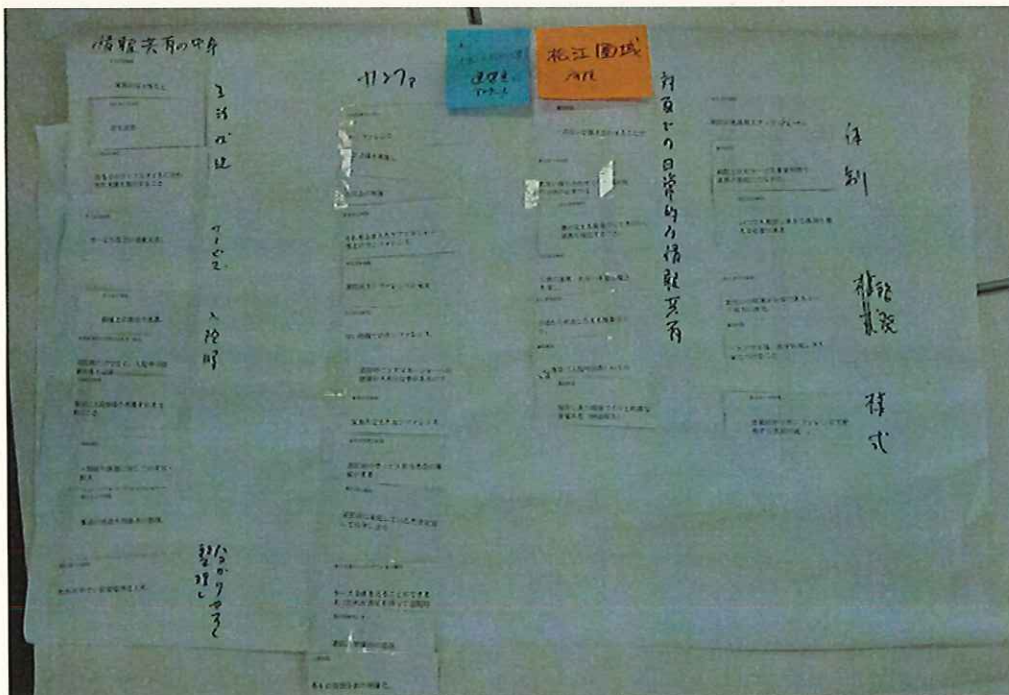
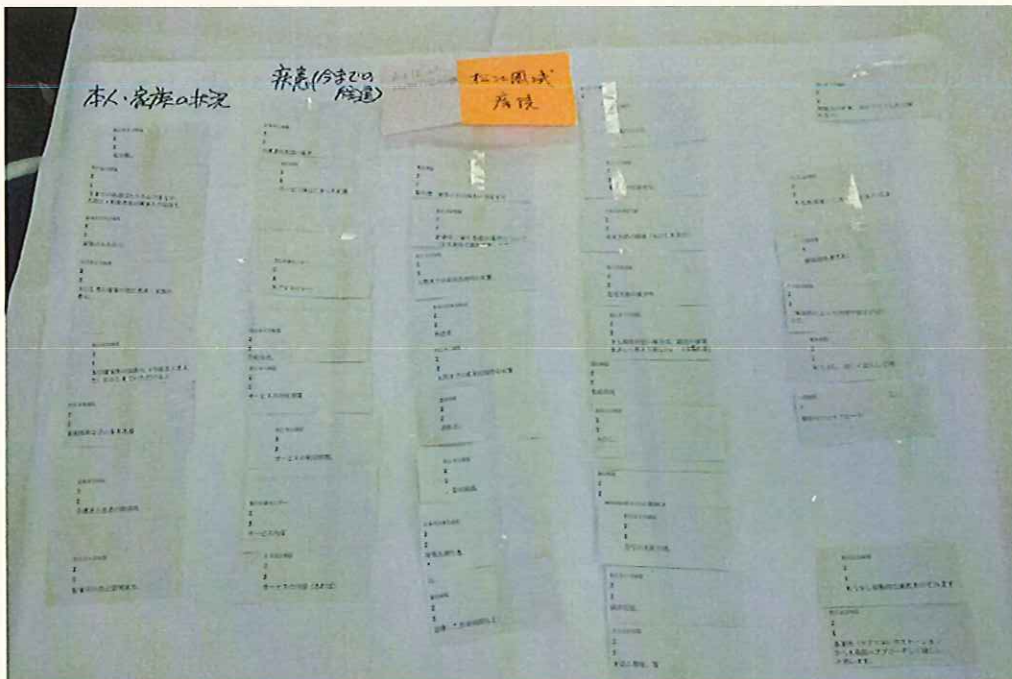


III 自由記載欄分析結果

「II. 集計結果」において、「おおむね十分」と回答してある項目についても、自由記載欄には、不満点、改善点等の建設的な意見が多数書いてあった。

そこで、自由記載欄に記入された文章からキーワードを抽出し、それらを印刷した上でラベルを作成した。

事業検討委員会の委員によりラベルワークを実施し、その結果を基にディスカッションを行い、「双方が必要性を認識している項目」「双方の意見にずれがある項目」を導き出した。



〈共通認識している項目〉

- ① 退院時カンファレンスの必要性
- ② 早期からの情報共有の必要性 (入院時・退院時)
- ③ 顔が見える関係づくりの必要性

〈意見にズレがあるもの (今後検討が必要など)〉

① 病院… 在宅スタッフに来院してほしい 在宅… 密な情報提供を欲しい

② 情報提供してほしい内容のズレ 情報提供の様式

③ 入院後・退院後の情報共有の頻度 (退院時に情報共有)

④ 退院時カンファレンスに出席する職種・対象者 時期

【病院・在宅サービス事業所双方が必要性を認識している項目】

- 退院時カンファレンス
- 早期からの情報共有 (入院時・退院時)
- “顔の見える関係”づくり

【病院・在宅サービス事業所双方の意見にずれがある項目】

- 病院側… 在宅スタッフが来院して情報収集をして欲しい
在宅サービス事業所側… 病院スタッフの方から密な情報提供をして欲しい
- 提供する情報の内容
- 情報共有の時期・頻度
- カンファレンス開催が必要な対象者の基準
- カンファレンスへの参加職種・開催時期

IV 考察

【入・退院時情報共有についての認識】

調査結果から、松江圏域・出雲圏域は患者数が多いが、既に情報共有のための共通様式を作成されていたり、定期的に多職種が顔を合わせる会合が催されるなど、ある程度病院と在宅サービス事業所間の情報共有が円滑に行われていることが伺えた。また、隠岐圏域は、ケース検討など多職種が集まる機会が頻繁に設けられており、顔の見える関係性が構築されていることで円滑に連携が行えていることが伺えた。

そこで、いくつかの項目について、“松江圏域・出雲圏域”、“雲南圏域・大田圏域・浜田圏域・益田圏域”、“隠岐圏域”の3区分に分けて集計した。(表1、表2)

入院時の情報共有が不十分であると感じている割合については、全般的に雲南圏域・大田圏域・浜田圏域・益田圏域で高い傾向があることが分かる。また、一部の例外はあるものの、地域連携室職員よりも病棟看護師長の方が不十分と感じている割合が高い傾向がある。

一方、訪問看護ステーション管理者では、隠岐圏域を除き、入院時情報共有が不十分と感じている割合が非常に高い。これは、在宅での医療的ケアを担う訪問看護師としては、入院中も退院後の在宅療養生活を見据えたケアを強く望んでおり、病院には入院前の患者の状態をもっとよく知っておいてほしいと感じていることが関係していると思われる。

表1 入院時の情報共有が“不十分”と思う割合

	地域連携室職員		病棟看護師長		居宅介護支援事業所	訪問看護ステーション
	居宅介護	訪看ST	居宅介護	訪看ST	管理者	管理者
松江・出雲	0%	5.9%	7.8%	9.7%	12.1%	30.4%
雲南・大田 浜田・益田	14.3%	17.6%	22.9%	13.0%	13.2%	60.0%
隠岐	0%	0%	0%	0%	50.0%	0%

退院時の情報共有が不十分と感じている割合については、全ての項目において松江圏域・出雲圏域より雲南圏域・大田圏域・浜田圏域・益田圏域の割合が高いものの、入院時ほど両者の差は顕著ではない。また、入院時同様、退院時においても地域連携室職員よりも病棟看護師長の方が不十分と感じている割合が高い。一方、訪問看護ステーション管理者が不十分と感ずる割合は、隠岐圏域を除くと、入院時と比べて非常に低くなっており、退院時は入院時よりは情報共有がうまく行われていることが伺える。(表2)

表2 退院時の情報共有が“不十分”と思う割合

	地域連携室職員	病棟看護師長	居宅介護支援事業所		訪問看護ステーション管理者	
			管理者	各職員	管理者	各職員
松江・出雲	10.0%	17.6%	10.3%	5.3%	12.0%	9.0%
雲南・大田 浜田・益田	19.0%	20.3%	10.8%	7.1%	14.3%	11.1%
隠岐	0%	0%	33.3%	5.9%	0%	20.0%

ただし、上記結果は“不十分”のみを抽出しているが、“まあまあ十分”と回答した中にも、自由記載欄には不満点・要改善点が多数指摘されている。このことから、細かな点も含めれば、解消あるいは改善すべき課題はさらに高い割合で認識されていると考えるべきである。実際に、自由記載欄記入内容を分析した結果からもそのことは裏付けられた。

逆に、圏域にかかわらず、個別の事業所間では、平素から顔の見える関係性が構築されていることで連携が円滑化していることも伺われた。

【退院調整漏れ率】

2011年11月に、兵庫県中播磨圏域において実施された、退院調整の“漏れ率”を把握するためのケアマネジャーへのアンケート結果によると、要介護者の18.9%、要支援者の61.1%が退院調整漏れであった。この結果をもとに、同圏域においては、全国に先駆けて、保健所がコーディネーターの役割を担い、病院とケアマネジャーとの間で圏域共通の退院調整ルールを構築している。

平成26年度、厚生労働省においても、同圏域での取り組みに基づき、保健所が退院調整ルールの策定を支援する事業（「都道府県医療介護連携調整実証事業」）をモデル府県（9府県）において実施している。このため、退院調整漏れ率を継続的に把握することは、今後、当県の傾向を他都道府県と比較する際にも非常に有用であるといえる。（表3）

居宅介護支援事業所における漏れ率は、松江圏域・出雲圏域が17.2%、雲南圏域・大田圏域・浜田圏域・益田圏域が27.0%、隠岐圏域が10.5%である。一方、訪問看護ステーションにおける漏れ率は、松江圏域・出雲圏域が26.0%、雲南圏域・大田圏域・浜田圏域・益田圏域が27.3%と両者の差はほとんどない。また、病院機能別にみると、回復期・慢性期等医療機関と比較して、救急医療機関の漏れ率が高い傾向がある。このことから、訪問看護ステーションにおける漏れ率に差が無かった要因として、松江・出雲圏域には三次救急医療機関が多く立地していることも影響していることが考えられる。

今回の調査では、退院調整漏れの実に87.6%が三次救急医療機関又は二次救急医療機関からの退院患者であった。救急医療機関は、連携室に配置されているスタッフ数は多いが、入退院患者数が多く、平均在院日数も短いため、全ての患者さんに等しく退院調整を実施することは難しい側面もある。よって、各病院において、地域連携室等での調整が必要なケースと病棟で調整可能なケースを振り分けるための仕組みを検討する必要がある。

認定区分別にみると、“要支援”では36.1%、“要介護”では21.0%、“医療保険のみ”では21.4%であり、要支援利用者の漏れ率が高い。これは、姫路で2011年11月に実施された初回調査（要支援61.1%、要介護18.9%）の傾向と同じであるが、要支援の漏れ率はかなり低くなっている。このことは、病院・在宅サービス事業所ともに、この3年間で連携に対する意識が高まってきていることも影響していると思われる。

表3 退院調整漏れ率

(地域別)

	居宅介護支援事業所	訪問看護ステーション
松江・出雲	17.2%	26.0%
雲南・大田・浜田・益田	27.0%	27.3%
隠岐	10.5%	0%

(病院機能別)

三次救急医療機関	21.9%
二次救急医療機関	19.9%
回復期・慢性期等医療機関	17.9%
精神科医療機関	27.3%

(認定区分別)

未申請	66.7%
申請中	10.0%
要支援	36.1%
要介護	21.0%
医療保険のみ	21.4%

(他府県の漏れ率との比較)

漏れ率比較表

【居宅介護支援事業所】

	人口	要支援	要介護	合計
兵庫県中播磨圏域(H23.11)	583000	22/36(61.1%)	31/164(18.9%)	53/200(26.5%)

	人口	要支援	要介護	合計
岩手県盛岡圏域(H25.12)	479842	14/29(48.0%)	143/431(33.0%)	157/460(34.0%)
岩手県宮古圏域(H25.12)	85086	0/0(-)	15/76(20.0%)	15/76(20.0%)
富山県砺波圏域(H26.6)	132878	2/8(25.0%)	13/79(16.5%)	18/103(17.5%)
滋賀県大津圏域(H26.6)	342633	5/6(83.3%)	36/99(36.3%)	43/109(39.4%)
京都府中丹東圏域(H26.6)	123614	4/16(25.0%)	13/98(13.3%)	17/114(14.9%)
兵庫県但馬圏域(H26.9)	173172	17/50(34.0%)	17/135(12.6%)	34/185(18.4%)
和歌山県新宮圏域(H26.4~5)	73256	11/26(42.0%)	25/95(26.0%)	36/121(30.0%)
徳島県東部I圏域(H26.6)	498717	54/94(57.0%)	103/293(35.0%)	157/387(41.0%)
大分県中部圏域(H26.5)	570509	51/125(40.8%)	82/355(23.1%)	133/480(27.7%)
鹿児島県鹿児島圏域(H26.6)	687989	46/83(55.4%)	66/272(24.3%)	112/355(31.6%)

	人口	要支援	要介護	合計	(参考合計)
松江圏域(H26.4~5)	246283	9/23(39.1%)	44/261(16.9%)	53/284(18.7%)	56/310(18.1%)
雲南圏域(H26.4~5)	58066	1/1(100.0%)	6/51(11.8%)	7/52(13.5%)	9/59(15.3%)
出雲圏域(H26.4~5)	170428	3/8(37.5%)	20/129(15.5%)	23/137(16.8%)	26/166(15.7%)
大田圏域(H26.4~5)	55540	4/13(30.8%)	15/55(27.3%)	19/68(27.9%)	21/75(28.0%)
浜田圏域(H26.4~5)	83744	3/8(37.5%)	18/69(26.1%)	21/77(27.3%)	22/85(25.9%)
益田圏域(H26.4~5)	62461	3/3(100.0%)	20/54(37.0%)	23/57(40.4%)	23/59(39.0%)
隠岐圏域(H26.4~5)	20493	0/1(0.0%)	2/18(11.1%)	2/19(10.5%)	2/19(10.5%)
県合計(H26.4~5)	697015	23/57(40.4%)	125/637(19.6%)	148/694(21.3%)	159/773(20.6%)

【訪問看護ステーション】

	人口	要支援	要介護	合計	(参考合計)
松江圏域(H26.4~5)	246283	0/4(0.0%)	14/45(31.1%)	14/49(28.6%)	15/62(24.2%)
雲南圏域(H26.4~5)	58066	0/0(-)	3/14(21.4%)	3/14(21.4%)	4/18(22.2%)
出雲圏域(H26.4~5)	170428	1/3(33.3%)	6/23(26.1%)	7/26(26.9%)	11/38(28.9%)
大田圏域(H26.4~5)	55540	2/3(66.7%)	7/17(41.2%)	9/20(45.0%)	10/25(40.0%)
浜田圏域(H26.4~5)	83744	0/3(0.0%)	2/12(16.7%)	2/15(13.3%)	2/16(12.5%)
益田圏域(H26.4~5)	62461	0/2(0.0%)	2/4(50.0%)	2/6(33.3%)	2/7(28.6%)
隠岐圏域(H26.4~5)	20493	0/0(-)	0/5(0.0%)	0/5(0.0%)	0/5(0.0%)
県合計(H26.4~5)	697015	3/15(20.0%)	34/120(28.3%)	37/135(27.4%)	44/171(25.7%)

※(参考合計)には“未申請”“申請中”“医療保険のみ”を含む

※他府県のデータは、「平成26年度高齢者リハビリテーションの機能強化モデル事業都道府県医療介護連携調整実証事業報告書」より

V 提言

今回の調査結果を踏まえ、今後、医療機関と居宅介護支援事業所・訪問看護ステーションとの間の情報共有を進めていくために、以下の4項目について検討する必要がある。

ただし、以下の4項目については、地域によって状況が異なるので、必ずしも全ての項目について検討する必要はない。あくまで、各地域の実情に応じて検討することが望まれる。

(1) 退院調整漏れ率減少に向けての検討

今回の調査結果では、医療機関、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーションの3者ともに、退院支援連絡についての必要性を感じており、居宅介護支援事業所・訪問看護ステーション職員に対して、個票で行った調査結果でも、退院支援連絡の必要性が「ある」と回答した結果が90.3%と高かった。

一方、個票で行った調査結果では、実際に退院支援連絡があった割合は78.5%にとどまっており、漏れ率が21.5%となっている。

退院支援連絡の方法は、連携室職員からの電話連絡が圧倒的に多いことから、今後、漏れ率減少を図るためには、病棟看護師から居宅介護支援事業所・訪問看護ステーションへの電話連絡を行うこともひとつの方法と考えられる。

こうした方策も含め、今後、各圏域において、退院支援に関係する関係者による協議の場を持ち、退院支援連絡の必要性について意識共有するとともに、今後漏れ率を減少させるためにどのようなことに取り組んでいったらよいかについて協議を行う必要がある。

(2) 退院時カンファレンスのあり方についての検討

今回の調査結果では、医療機関からも、居宅介護支援事業所及び訪問看護ステーションからも「退院時カンファレンス」の必要性についての意見が多くあがっている。

一方、医療機関から居宅介護支援事業所・訪問看護ステーションへカンファレンスへの参加要請を行った割合は低い状況にあり、カンファレンスの内容について、居宅介護支援事業者・訪問看護ステーションにおいては、ケアプランや訪問看護計画に生かせるとの回答がやや低い結果となった。

こうしたことから、退院時カンファレンスの対象者及び内容について、退院支援連絡に関わる関係者で検討する必要があるといえる。

(3) 書面による退院支援連絡についての検討

今回の調査結果では、退院支援連絡の手段については、電話によるものが圧倒的に多かった。ただ、情報の確実な伝達の観点から考えると、口頭のみではなく、書面による退院支援連絡をいかに実現するかについても検討する必要がある。もちろん、今後は、紙媒体のみならず、「まめネット」等のICTシステムを活用した連携の可能性も含めた検討が求められる分野でもある。

実際に、圏域によっては、一定の割合で書類による退院支援連絡も行われているので、先進事例を共有することにより、どのようなやり方であれば実現が可能かを検討する必要がある。

(4) 退院後の在宅療養状況についてのフィードバック情報提供率向上に向けての検討

今回の調査結果から、非常に多くの病院が、居宅介護支援事業所や訪問看護ステーションからの退院後の在宅療養状況についてのフィードバック情報の必要性を感じていることが分かった。しかし、実際にフィードバックされたケースは、最大でも精神科医療機関の5.6%と、ごくわずかであることが分かった。

こうしたことから、病院へのフィードバック情報提供率が向上するために必要な具体的取り組みについて、医療機関、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーションの3者によって検討される必要があるといえる。

上記の、検討が必要な4項目を踏まえ、今後の各地域における具体的な取組みについて、以下の通り提言する。

【提言1】

各地域の状況をよく知る保健所や市町村がコーディネーター役となり、医療機関・居宅介護支援事業所・訪問看護ステーションの職員が、お互いの業務内容を知るための場を設けることで、“顔が見える関係性”を構築する。

…まずは、お互いの業務内容を知ることで、“双方の意識のずれ”や“入退院時の情報共有を円滑化するために障害となっている点”についての共通認識を得ることが必要である。

【提言2】

他地域での取組を参考に、各地域におけるルールづくりを行う。

…入退院時における早期からの情報共有を実現し、退院時カンファレンスを有意義なものとするためには、具体的に施設内や地域内でどのようなルールが必要かについて、地域の関係者が集まって議論する。ただし、地域毎に状況も異なり、一律に進めるのは無理があるので、他地域の取組みも参考として議論する中で、その地域にふさわしい情報共有のあり方を模索する必要がある。

【提言3】

定期的に“退院調整漏れ率”のフォローアップ調査を実施し、仕組みのブラッシュアップを進める。

…せっかくルールを作っても、定期的に評価しブラッシュアップしないと機能しなくなってしまう。そのため、“退院調整漏れ率”を切り口とした調査を定期的の実施するとともに、地域の関係者が議論するための場を継続的に確保することが必要である。

【提言4】

顔が見える関係の構築から、地域の医療・介護従事者のレベルアップへつなげる

…ルールづくりや実際の運用を通じて顔が見える関係性が構築されることで、各機関・各職種が壁を感じることなく意見・相談し合える関係となることが期待される。この関係性の中で、お互いに期待している点についても指摘し合うことで、各職種がレベルアップすることへのモチベーションを生み出す。各職種が研修への参加等によってレベルアップをすることで、地域の医療・介護関係者全体の力を底上げしていくことが必要である。

VI 調査票（参考）

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 調査要領

【目的】

退院時から在宅への切れ目のない医療・介護サービスの提供及び在宅療養患者の急変時におけるスムーズな医療連携を推進していくためには、病院と在宅サービス事業所（居宅介護支援事業所・訪問看護ステーション）間での情報共有が重要である。

しかしながら、病院・在宅サービス事業所双方から、必ずしも入退院時の情報共有が円滑に行われていないとの意見が挙がっている。

そこで、入退院時の病院と在宅サービス事業所間の情報共有の実態を把握し課題を整理するとともに、課題解決に向けた方策を検討することで、両者間でのスムーズな連携推進を図る。

【方法】

「アンケート調査票（自己記入式）による調査」及び「訪問による聞き取り調査」を実施する。

○アンケート調査票（自己記入式）による調査

調査票	調査対象	備考
A-1	病院 地域連携室等代表者（1名）	“地域連携室等”とは地域連携室など連携のための専門部署を意味します。
A-2	病院 各病棟看護師長	各病棟看護師長が1枚ずつ記入をして下さい。
B	在宅サービス事業所管理者（1名）	
個票	在宅サービス事業所 各職員	平成26年4月1日～5月31日の間に病院から退院した利用者を担当していた各職員が、利用者1名につき1枚ずつ記入して下さい。

※「A-2」及び「個票」について、不足の場合はコピーをお願いします。

○訪問による聞き取り調査

（※各保健所職員等が病院・在宅サービス事業所を訪問して聞き取りを行う。）

（1）調査対象病院

※ 「アンケート調査票（自己記入式）による調査」の結果を受けて、下記の病院のうちから、各圏域2か所程度抽出して調査する。

- 1) 急性期医療を担う病院
- 2) 回復期医療・慢性期医療を担う病院
- 3) 地域包括ケア病棟を持つ病院
- 4) 在宅療養支援病院

（2）調査対象在宅サービス事業者

※ 「アンケート調査票（自己記入式）による調査」の結果を受けて、下記の事業所のうちから、各圏域2か所程度抽出して調査する。

- 1) 居宅介護支援事業所
- 2) 訪問看護ステーション

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アンケート調査

【調査票A-1：病院 地域連携室等職員に対する調査票】

※“地域連携室等”とは、地域連携室など連携のための専門部署を意味します。

I 基礎情報

I-1. 病院名、病院住所、氏名、連絡先電話番号をご記入ください。

病院名 () 病院住所 ()
 氏名 () 連絡先電話番号 ()

I-2. あなたの職種はなんですか

1)医療ソーシャルワーカー 2)看護師 3)その他 ()

I-3. 貴院の地域連携室等職員の職種別人数をご記入ください(兼任の方も含む)。

医療ソーシャルワーカー ()人 看護師 ()人 精神保健福祉士 ()人 医師 ()人
 介護支援専門員(ケアマネジャー) ()人 保健師 ()人 事務職 ()人 その他 ()人

I-4. 貴院における平成26年4月1日～5月31日の間の入・退院件数はそれぞれ何件ですか。

入院件数 ()件 退院件数 ()件

I-5. 貴院における平成26年4月1日～5月31日の間の入院件数のうち、入院時に居宅介護支援事業所(ケアマネジャー等)、訪問看護ステーション(訪問看護師等)から在宅での生活状況・療養状況に関する情報提供があったケースはそれぞれ何件ですか。また、そのうち地域連携室等を経由したケースは何件ですか。

	情報提供があったケース	
		(うち地域連携室等経由)
(1)居宅介護支援事業所(ケアマネジャー等)	件	件
(2)訪問看護ステーション(訪問看護師等)	件	件

I-6. 貴院における平成26年4月1日～5月31日の間の退院件数のうち、地域連携室等の職員が退院支援をしたケースは何件ですか。

()件

II 入院時の情報共有

II-1. 入院された患者について、居宅介護支援事業所(ケアマネジャー等)や訪問看護ステーション(訪問看護師等)から情報提供される内容の質的充実度についてどう感じていますか。

(1)居宅介護支援事業所(ケアマネジャー等)	(2)訪問看護ステーション(訪問看護師等)
1) 十分	1) 十分
2) おおむね十分	2) おおむね十分
3) 不十分	3) 不十分

II-2. 居宅介護支援事業所や訪問看護ステーションからの入院時情報提供としてどのような内容が必要と考えますか。

III 退院時の情報共有

※“退院支援”とは、病院からケアマネジャー・訪問看護師への退院時引き継ぎを意味します。

III-1. 貴院における平成26年4月1日～5月31日の間の退院件数のうち、退院時に居宅介護支援事業所(ケアマネジャー等)や訪問看護ステーション(訪問看護師等)に退院支援連絡(電話での連絡も含む)をした件数は何件ですか。また、そのうち地域連携室等を経由したケースは何件ですか。

	退院支援連絡をしたケース	
		(うち地域連携室等経由)
(1)居宅介護支援事業所(ケアマネジャー等)	件	件
(2)訪問看護ステーション(訪問看護師等)	件	件

裏面へ続く

Ⅲ-2. 貴院における平成26年4月1日～5月31日の間の退院件数のうち、居宅介護支援事業所（ケアマネジャー等）や訪問看護ステーション（訪問看護師等）に「退院時カンファレンス」への参加を要請したケースは何件ですか。また、そのうち連携室等経由で参加要請をしたケースは何件ですか。

	カンファレンスへの参加要請をしたケース	
	件	(うち地域連携室等経由) 件
(1) 居宅介護支援事業所 (ケアマネジャー等)	件	件
(2) 訪問看護ステーション (訪問看護師等)	件	件

Ⅲ-3. Ⅲ-2の要請件数のうち、実際に参加があったケースは何件ですか。

	カンファレンスへの参加があったケース	
	件	(うち地域連携室等経由) 件
(1) 居宅介護支援事業所 (ケアマネジャー等)	件	件
(2) 訪問看護ステーション (訪問看護師等)	件	件

Ⅲ-4. 居宅介護支援事業所（ケアマネジャー等）や訪問看護ステーション（訪問看護師等）の参加による退院時カンファレンスを開催することによる効果は何だと思えますか。※ あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

(1) 居宅介護支援事業所 (ケアマネジャー等)	(2) 訪問看護ステーション (訪問看護師等)
1) 病状の理解が得られる	1) 病状の理解が得られる
2) 退院後の生活上の留意点の理解が得られる	2) 退院後の生活上の留意点の理解が得られる
3) 在宅サービス計画の充実につながる	3) 在宅サービス計画の充実につながる
4) その他 ()	4) その他 ()

Ⅲ-5. 居宅介護支援事業所（ケアマネジャー等）や訪問看護ステーション（訪問看護師等）との間の退院時情報共有は十分に行われていますか。

- 1) 十分 2) おおむね十分 3) 不十分

Ⅲ-6. 居宅介護支援事業所（ケアマネジャー等）や訪問看護ステーション（訪問看護師等）との間の退院時情報共有を十分に行うためには何が必要だと思えますか。

Ⅳ 居宅介護支援事業所・訪問看護ステーションからの退院後の在宅療養状況についてのフィードバック

Ⅳ-1. 患者退院後、居宅介護支援事業所（ケアマネジャー等）や訪問看護ステーション（訪問看護師等）から、退院後の在宅療養状況についてのフィードバック情報が必要ですか。

- 1) 必要 2) 必要な場合もある 3) 必要ない

Ⅳ-2. 貴院における平成26年4月1日～5月31日の間の退院件数のうち、居宅介護支援事業所（ケアマネジャー等）や訪問看護ステーション（訪問看護師等）から在宅療養の状況についてフィードバックの情報提供書が送付されたケースは、平成26年6月末日時点で何件ですか。

	フィードバックの情報提供書が送付されたケース	
	件	(うち地域連携室等経由) 件
(1) 居宅介護支援事業所 (ケアマネジャー等)	件	件
(2) 訪問看護ステーション (訪問看護師等)	件	件

Ⅴ 病院と居宅介護支援事業所・訪問看護ステーションとの連携全般

Ⅴ-1. 貴病院と居宅介護支援事業所（ケアマネジャー等）や訪問看護ステーション（訪問看護師等）との間の連携がスムーズにいくために必要と思う事を自由にご記入ください。

★以上でアンケートは終了です。御協力ありがとうございました。★

(※なお、今後の参考とするために、貴院における「入院時スクリーニング様式：入院時に、退院支援が必要になる患者であるかどうかの特定を行うもの」(未記入または患者個人情報を消したもの)を添付してください。)

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アンケート調査

【調査票A-2：病院 各病棟看護師長に対する調査票】

※各病棟の看護師長が1枚ずつ記入をお願いします。不足の場合はコピーをお願いします。

I 基礎情報

I-1. 病院名、貴病棟入院患者の主たる診療科、氏名、連絡先電話番号をご記入ください。

病院名 ()
 貴病棟入院患者の主たる診療科 ()
 氏名 ()
 連絡先電話番号 ()

II 入院時の情報共有

II-1. 入院された患者について、居宅介護支援事業所（ケアマネジャー等）や訪問看護ステーション（訪問看護師等）から情報提供される内容の質的充実度についてどう感じていますか。

(1) 居宅介護支援事業所（ケアマネジャー等）	(2) 訪問看護ステーション（訪問看護師等）
1) 十分	1) 十分
2) おおむね十分	2) おおむね十分
3) 不十分	3) 不十分

II-2. 居宅介護支援事業所や訪問看護ステーションからの入院時情報提供としてどのような内容が必要と考えますか。

III 退院時の情報共有

III-1. 居宅介護支援事業所（ケアマネジャー等）や訪問看護ステーション（訪問看護師等）の参加による退院時カンファレンスを開催することによる効果は何だと思えますか。※ あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

(1) 居宅介護支援事業所（ケアマネジャー等）	(2) 訪問看護ステーション（訪問看護師等）
1) 病状の理解を得られる	1) 病状の理解を得られる
2) 退院後の生活上の留意点の理解が得られる	2) 退院後の生活上の留意点の理解が得られる
3) 在宅サービス計画の充実につながる	3) 在宅サービス計画の充実につながる
4) その他 ()	4) その他 ()

III-2. 居宅介護支援事業所（ケアマネジャー等）や訪問看護ステーション（訪問看護師等）との間の退院時情報共有は十分に行われていますか。

1) 十分 2) おおむね十分 3) 不十分

III-3. 居宅介護支援事業所（ケアマネジャー等）や訪問看護ステーション（訪問看護師等）との間の退院時情報共有を十分に行うためには何が必要だと思えますか。

裏面へ続く

IV 居宅介護支援事業所・訪問看護ステーションからの退院後の在宅療養状況についてのフィードバック

IV-1. 患者退院後、居宅介護支援事業所（ケアマネジャー等）や訪問看護ステーション（訪問看護師等）から、退院後の在宅療養状況についてフィードバック情報が必要ですか。

- 1) 必要 2) 必要な場合もある 3) 必要ない

V 病院と居宅介護支援事業所・訪問看護ステーションとの連携全般

V-1. 貴病院と居宅介護支援事業所（ケアマネジャー等）や訪問看護ステーション（訪問看護師等）との間の連携がスムーズにいくために必要と思う事を自由にご記入ください。

★以上でアンケートは終了です。御協力ありがとうございました。★

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アンケート調査

【調査票B：居宅介護支援事業所・訪問看護ステーション管理者に対する調査票】

I 基礎情報

I-1. 事業所名、事業所住所、氏名、連絡先電話番号をご記入ください。

事業所名 () 事業所住所 ()

氏名 () 連絡先電話番号 ()

I-2. 職種はなんですか。

1) 介護支援専門員(ケアマネジャー) 2) 介護福祉士 3) 看護師 4) 保健師

5) 栄養士 6) 薬剤師 7) 医師 8) その他 ()

I-3. 貴事業所における、平成26年5月末日時点での利用者数を記入してください。

要支援 () 件、要介護 () 件、医療保険のみ () 件

II 入院時の情報共有

II-1. 貴事業所利用者が、平成26年4月1日～5月31日の間に病院に入院した件数を記入してください。

要支援 () 件、要介護 () 件、医療保険のみ () 件

II-2. II-1の件数のうち、病院に入院時情報提供を行った件数をそれぞれ記入してください。

	要支援	要介護	医療保険のみ
(1) 入院時情報提供書の提供のみ	件	件	件
(2) 面談時口頭による提供のみ	件	件	件
(3) 入院時情報提供書の提供及び面談時口頭による提供	件	件	件

II-3. 病院との間で、入院時における情報共有は十分行われていますか

1) 十分 2) おおむね十分 3) 不十分

II-4. 病院との間で、在宅復帰後を見据えた入院時情報共有を行うためには何が必要だと思いますか。

III 退院時の情報共有

III-1. 病院における退院時カンファレンスへ参加することの効果は何だと思いますか。

※ あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

1) 利用者の病状がわかる

2) 利用者の退院後の生活上の留意点がわかる

3) ケアプラン(又は訪問看護計画)作成上のアドバイスがもらえる

4) その他 ()

III-2. 病院との間の退院時情報共有は十分に行われていますか。

1) 十分 2) おおむね十分 3) 不十分

III-3. 病院との間の退院時情報共有を十分に行うためには何が必要だと思いますか。

裏面へ続く

IV 病院と居宅介護支援事業所・訪問看護ステーションとの連携全般

IV-1. 病院と貴事業所との間の連携がスムーズにいくために必要と思う事を自由にご記入ください。

★以上でアンケートは終了です。御協力ありがとうございました。★

(※なお、今後の参考とするために、貴事業所における病院への「入院時情報提供書様式」(未記入または患者個人情報を消したものを)を添付してください。)

平成26年4月1日～5月31日の間に退院された利用者の退院時の情報共有に関する調査票

※ 退院された利用者1名につき1枚、記入をお願いします。不足の場合はコピーをお願いします。

利用者番号		退院年月日	
I この利用者の状況について			
退院された病院名			
主な治療担当科			
入院直前の認定区分			
1)未申請 2)申請中 3)支援1 4)支援2 5)介護1 6)介護2 7)介護3 8)介護4 9)介護5 10)医療保険のみ			
退院時の認定区分			
1)未申請 2)申請中 3)支援1 4)支援2 5)介護1 6)介護2 7)介護3 8)介護4 9)介護5 10)医療保険のみ			
II この利用者に関する病院からの退院支援の連絡について			
※退院支援とは、病院からケアマネジャー・訪問看護師への退院時引き継ぎを意味します。 ※地域連携室等とは、地域連携室など連携のための専門部署を意味します。			
1	病院からの退院支援連絡の必要性	1) 必要だった	2) 不要だった
2	退院支援連絡の有無	1) 有	2) 無
3	病院からの退院支援連絡があった場合、以下にご記入下さい。		
	(1) 退院に際しての退院支援連絡があった時期(一番最初に連絡があった時期を記入して下さい)		
	1) 退院7日前以前 2) 退院6日前～退院2日前 3) 退院前日 4) 退院日 5) 退院後		
	(2) 連絡があった相手		
	1) 地域連携室等職員(看護師以外) 2) 地域連携室等職員(看護師) 3) 病棟看護師		
	4) 主治医 5) その他()		
	(3) 連絡があった方法(複数回答可)		
	1) 書類 2) FAX 3) 電子メール 4) 電話 5) 面談 6) その他 ()		
	(4) 病院からの退院支援連絡の内容の充実度		
	1) 十分 2) おおむね十分 3) 不十分		
	(5) 病院からの退院支援連絡の内容についての評価点・問題点		
III この利用者の退院時カンファレンスについて			
1	病院からのカンファレンスへの参加要請の有無	1) 有	2) 無
2	カンファレンスへの参加要請が「有」の場合、以下にご記入下さい。		
	(1) 要請があった相手		
	1) 地域連携室等職員(看護師以外) 2) 地域連携室等職員(看護師) 3) 病棟看護師		
	4) 主治医 5) その他()		
	(2) 要請に対して参加したかどうか		
	1) 参加 2) 不参加		
	(3) 参加した場合、カンファレンスの内容の充実度		
	1) 十分 2) おおむね十分 3) 不十分		
	(4) 参加した場合、カンファレンスの内容についての評価点・問題点		
IV この利用者における医療機関との退院調整全般に関する評価点・問題点			