


君津木更津医師会 「入退院支援モデル事業報告」

介護支援専門員へのアンケート調査から見えた
君津医療圏の医療・介護連携の現状

第9回千葉県脳卒中等連携の会
平成30年2月18日

君津木更津医師会の取り組み

- 平成27・28年度
脳卒中退院時支援モデル事業

- 医療機関同士の連携は比較的円滑である
- 反面、医療機関と地域間の連携には課題が多く
**介護支援専門員は医療機関との連携に
困難さを感じている**

平成29年度 アンケート調査を実施

目的

- 「改訂版千葉県地域生活連携シート」の認知度、活用状況を明らかにする
 - 平成28年度のモデル事業で作成した「医療・介護連携窓口一覧表」の認知度、活用状況を明らかにする
- 介護支援専門員の視点からみた地域の医療・介護連携の現状を整理したい

入院設備を持つ医療機関の
・窓口部署
・連絡先
・担当者氏名
・職種などを
一覧表に整理

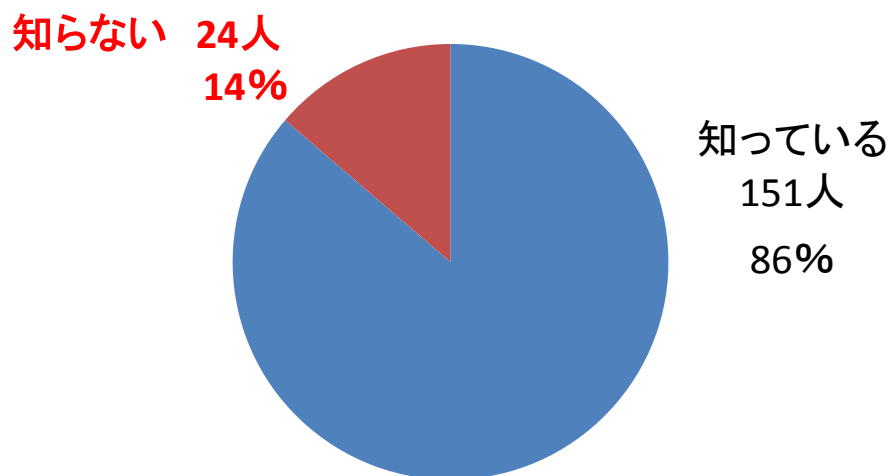
アンケート調査の概要

- 対象
君津圏域の介護支援専門員 約500人
- 時期
平成29年10月
- 方法
医師会よりアンケート調査票を各事業所に郵送
- 回答者数
175人（居宅介護支援事業者 135人
地域包括支援センターなど 40人）

アンケート結果

1 地域生活連携シートを知っているか

n=175

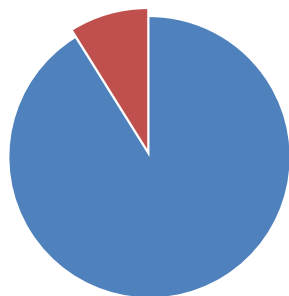


1 地域生活連携シートを知っているか

居宅介護支援事業者

n=135

知らない
12人 9%

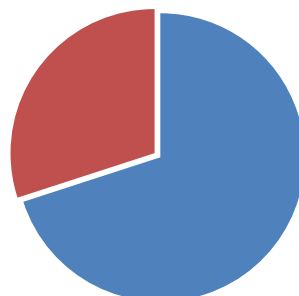


知っている 123人 91%

地域包括支援センターなど

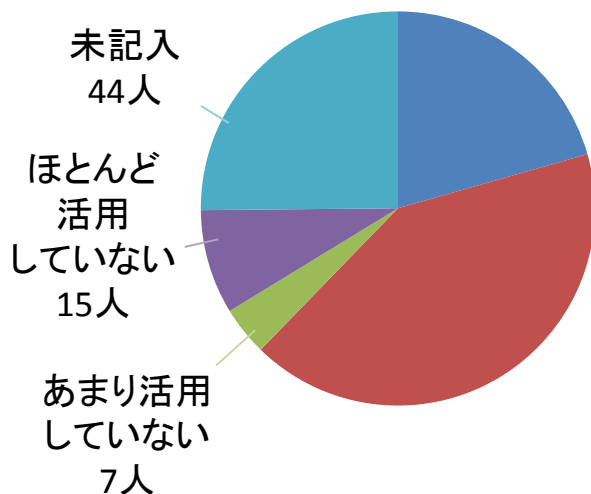
n=40

知らない
12人 30%



知っている 28人 70%

2 地域生活連携シート A表(入院時)を活用しているか n=175



よく活用
している

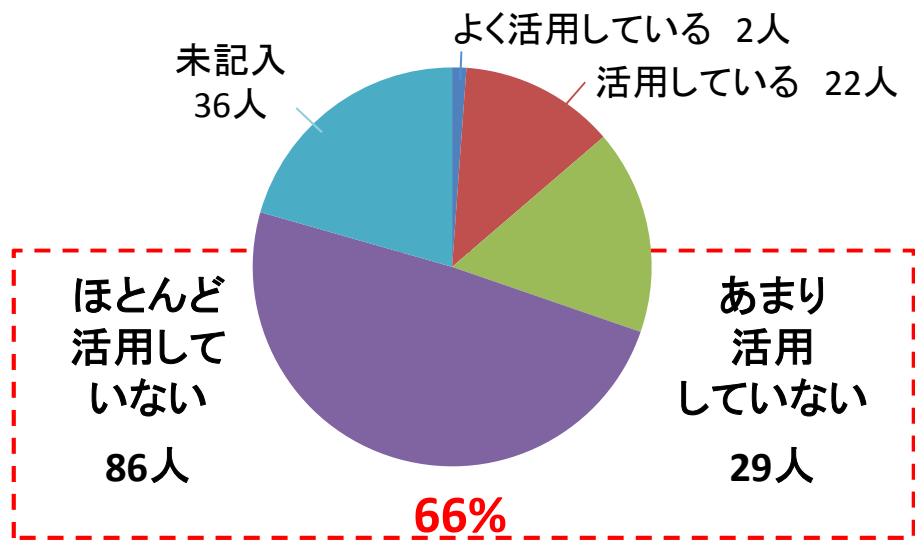
36人

活用
している

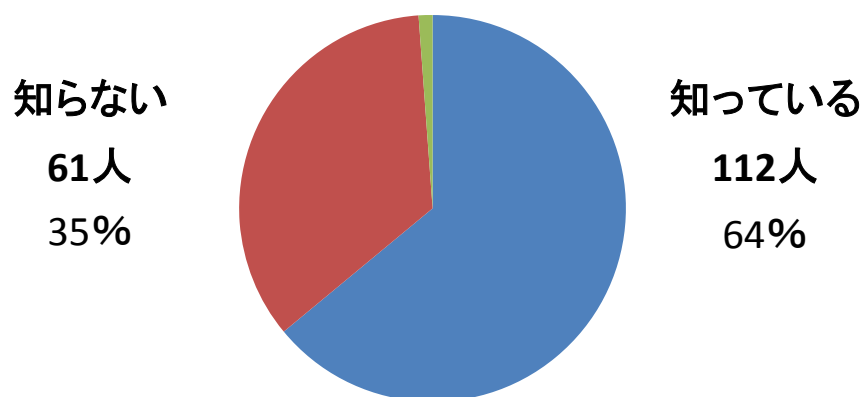
73人

63%

3 地域生活連携シート
B表(退院時)を活用しているか n=175

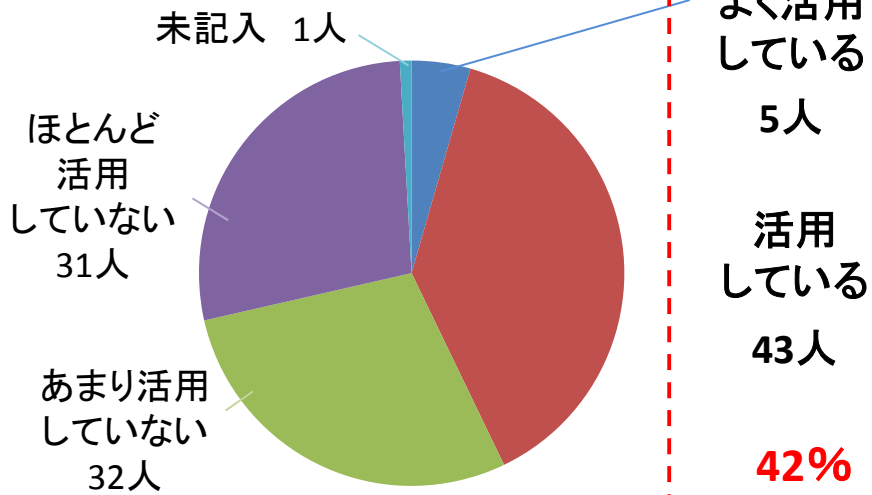


4 「医療・介護連携窓口一覧表」を知っているか n=175



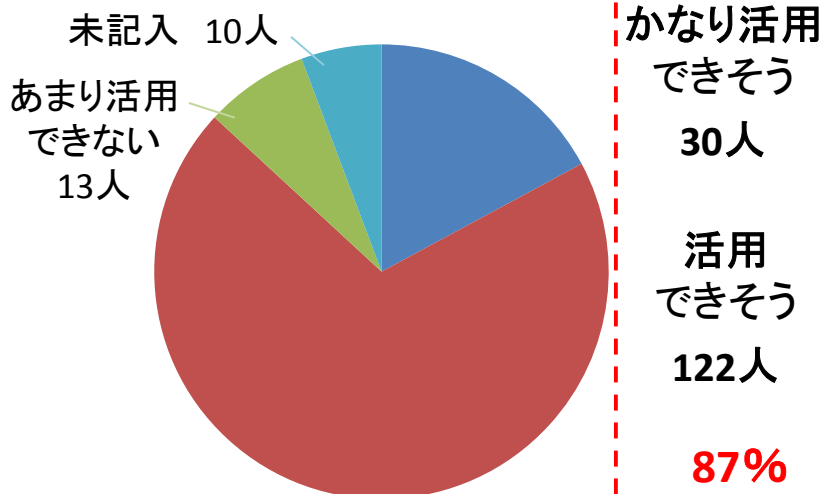
5 「医療・介護連携窓口一覧表」を
活用しているか

n=175



6 「医療・介護連携窓口一覧表」は
今後活用できそうか

n=175



まとめ

1. 地域生活連携シートは
介護支援専門員の8割強に浸透していた
一方で、改訂を知らない者が1割以上あり

今後は、3割が知らないと回答した
地域包括支援センターなどを含めて
地域生活連携シートの活用に向けた
介護支援専門員へのさらなる
周知が必要である

まとめ

2. 地域生活連携シートは
入院時のA表の活用に比べ
退院時のB表の活用割合は低かった

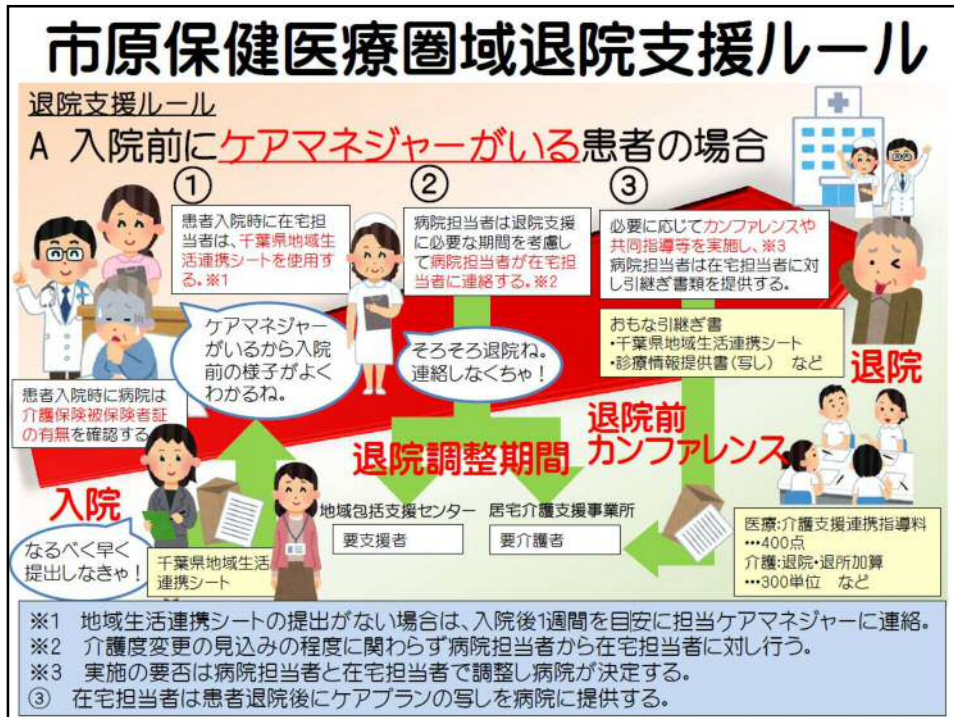
背景には(介護支援専門員の自由意見から)
退院時サマリーによる代用や
B表記載者がはっきりしていないなどの
影響がありそうだが
アンケート調査では把握に限界があった

まとめ

3. 医療・介護連携窓口一覧表は
約6割が知っていたが
約4割の活用にとどまっていた
約9割の者が 今後活用できそうだと
考えていたことから
医療・介護連携窓口一覧表についても
介護支援専門員に対して
今後も継続した周知が必要である

平成29年度 病院と地域で切れ目のない 支援を行うための入退院支援事業

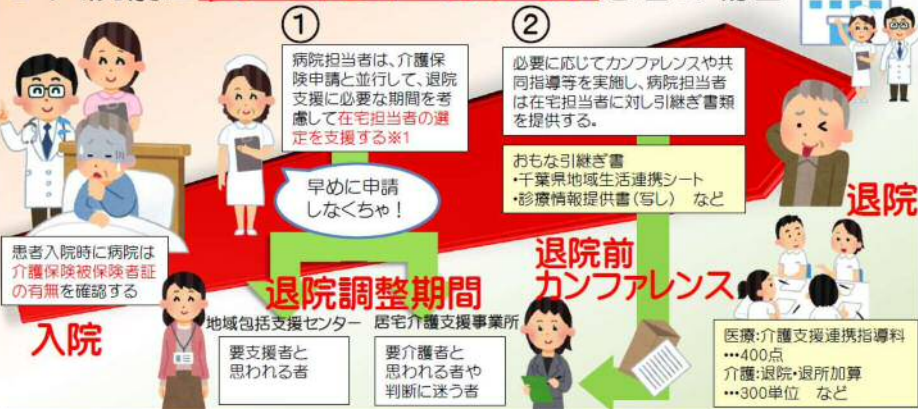
- ▶ 県民が、自宅や地域で最期まで自分らしく生活していくためには、在宅医療と介護の連携による療養環境を整えるとともに、病院からの退院時において適切な退院支援が行われることが重要であることから、平成26年度からの3か年において、2つのモデル地域を選び、脳卒中患者を対象とした「退院支援ルールづくり」を実施し、公表を行った。
- ▶ 他の疾患と比較して連携しやすいとされる脳卒中患者だけでもいまだに退院連絡漏れ率が3割以上であり、今後の在宅医療介護需要の増大を踏まえると、県内各地域における退院支援ルールづくりは急務となっている。
- ▶ このため、脳卒中以外の疾患も含めた患者の入院した時点から退院時、更には退院後の在宅療養における多職種連携を促進するため、**脳卒中以外の疾患にも対応した「入退支援の仕組みづくり」**の全県普及を進めていく。



市原保健医療圏域退院支援ルール

退院支援ルール

B 入院前にケアマネジャーがいない患者の場合



※1 「退院支援が必要な患者」の基準
 要支援…見守りが必要な者、放っておくと、介助が必要な状態になる恐れがある者
 要介護…立ち上がりや歩行、食事、排泄に介助が必要な状態の者、認知機能が低下している者
 ①病因・病状によって異なるが、切れ目ないサービス提供のために、すみやかに介護認定を受けることが望ましい。

業務委託の内容

- 退院支援ルールの地域の普及: 昨年度までに作成した「退院支援ルール」のモデル地域内の普及。
- 地域の入退院支援の仕組みづくり: 課題解決を図りながら地域における入退院支援の仕組みづくりを行う。
- 他疾患への対応拡大の方法の検討・課題抽出: 脳卒中以外の疾患で、モデル地域で作成した退院支援ルールを活用した入退院支援の仕組みづくりを検討するための検討会等を開催し、地域における入退院支援の課題抽出を行う。

業務委託の内容

- 退院支援ルールの地域の普及：昨年度までに作成した「退院支援ルール」のモデル地域内の普及
 - 平成29年10月21日市原地域リハビリテーション広域支援センター主催研修
 - 平成29年12月16日市原の地域リハビリテーションを考える会「ちーき会」の研修「もっとふかめよう！地域連携の輪 地域連携を明日から進化させるために」
 - 平成30年1月千葉県地域生活連携シート利用状況アンケート実施
- 地域の入退院支援の仕組みづくり：課題解決を図りながら地域における入退院支援の仕組みづくりを行う。
 - 市原市退院支援ルールでは入院も意識していた。

グループワークの概要

『本人を中心とした地域生活連携シートを使った連携』のために、どのような方法があるかを多職種でdiscussionした。代表的な意見は以下の通り(抜粋)。

1. シートの内容を(患者・利用者)本人と家族が知ること
家族に早い段階での情報収集、本人のことをよく知る、生活歴が分かるようにシート作成後に、本人・家族へ説明して渡す。
2. エビデンスを積み上げる
シート活用により、予後・ADLが改善したという実績を作る。
3. 気が付いていたら広がっていた的な作戦・ICT化
シートの作成に本人や家族が関わることで、介護度重度化する時の健康への意識が向上する可能性が大きい。

「千葉県地域生活連携シート」 利用状況アンケート結果

平成30年2月2日時点速報値

【調査時期】平成30年1月

【対象】市原市内下記施設(回答施設数/調査施設数)

①居宅介護支援事業所(37/80)、介護老人福祉・保健施設(13/24)

地域包括支援センター(6/6)の介護支援専門員

②病院及び有床診療所(9/18)

【調査方法】

○居宅介護支援事業所、介護老人福祉・保健施設、病院及び有床診療所
県高齢者福祉課から各事業所・施設に調査票を郵送(1月9日発送)

○地域包括支援センター

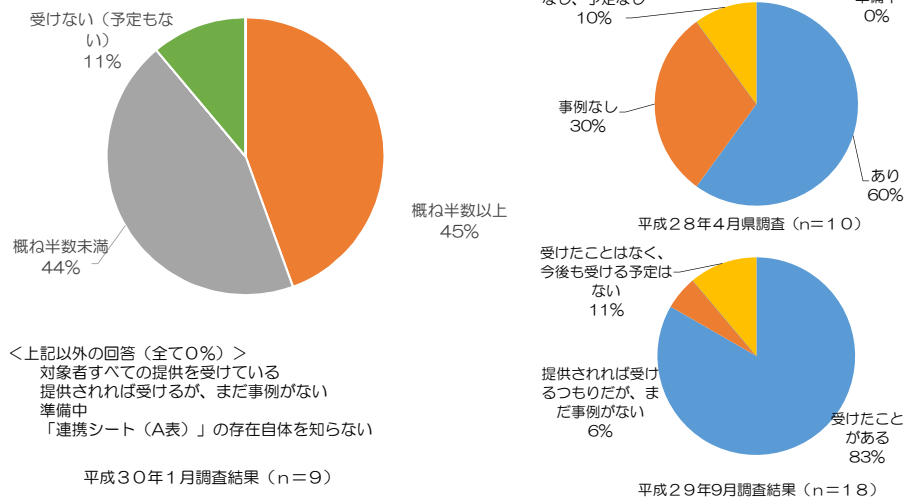
市町村を經由し電子メールにより調査票を送付

※アンケート取りまとめ結果は、平成30年3月中を目途に各市町村に送付予定。



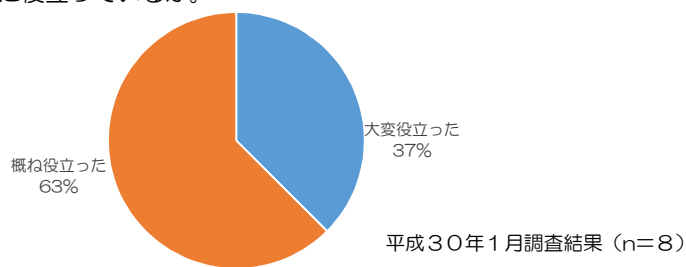
病院・有床診療所（回収率50％）

Q1 介護保険利用者が入院した際、介護支援専門員（以下「CM」と記載。）から「千葉県地域生活連携シート（以下「連携シート」と記載。）（A表）」の提供を受けているか。



Q3 （Q1で「提供を受けている」と回答した人のみ）

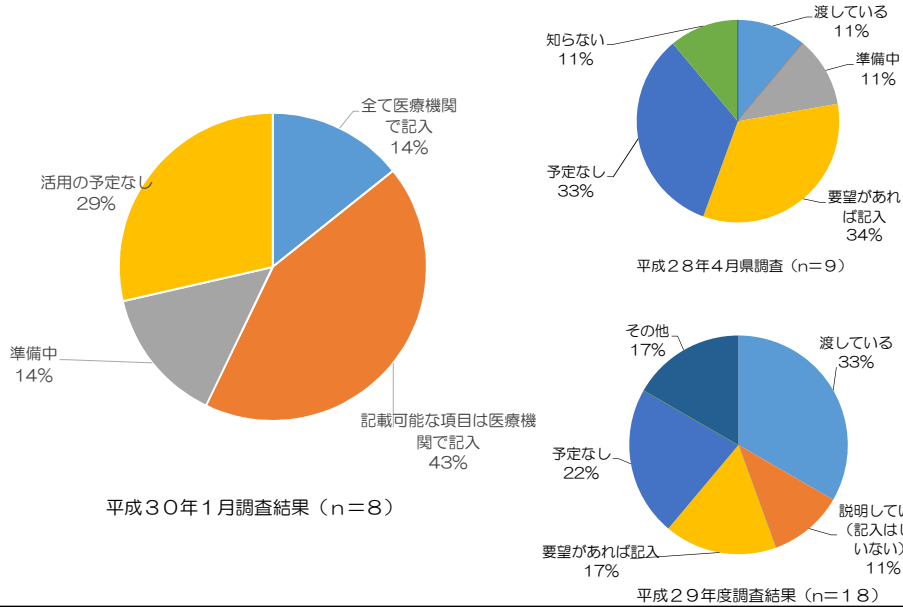
「連携シート（A表）」による情報共有が、患者に対する円滑な支援やCM等との関係づくりに役立っているか。



具体例を自由記載

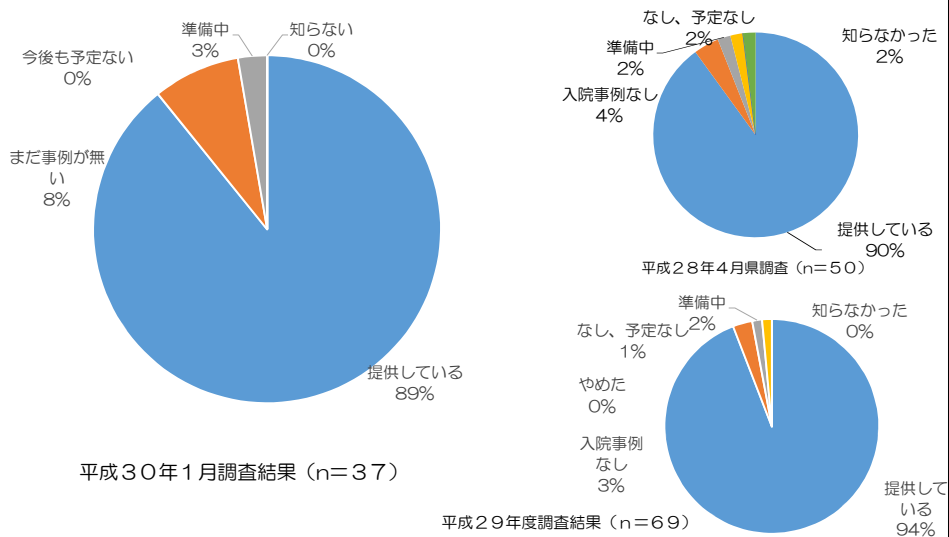
- ・入院前の生活状況が分かるため、入院プランや退院支援に役立っている。
- ・本人家族からだと聴取できない情報が得られるため有用である。
- ・介護保険サービスの内容やかかりつけ医の情報も役立っている。
- ・CMによって内容に差があり、内容が乏しく役に立たないときもある。
- ・入院前の日常生活状況や利用サービスの有無・状況等、退院支援に必要な情報を把握しやすく、円滑な支援に役立つ。
- ・地域支援者の連絡先が記載されていることにより連絡先が明確である。
- ・入院時のアセスメントで聴取できない部分があったこと。
- ・発症前の生活を知ることにより、退院時のサービス導入へ参考になることがあり、スムーズな退院支援につなげることができた。

Q8 介護保険利用者（予定含む）が退院する際、「連携シート（B表）」を活用しCMと情報共有を行っているか。



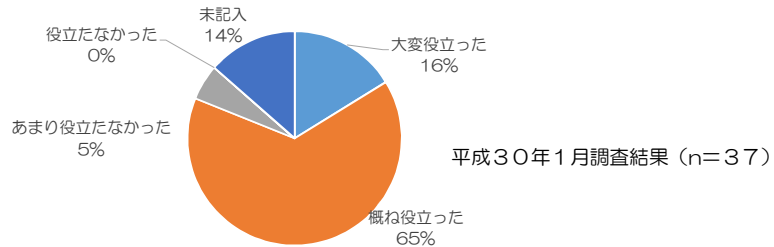
居宅介護支援事業所（回収率46.2%）

Q1 貴事業所の利用者が医療機関に入院した際、「千葉県地域生活連携シート（以下、「連携シート」という。）（A表）」を提供しているか。



Q3 (Q1で「提供をしている」と回答した人のみ)

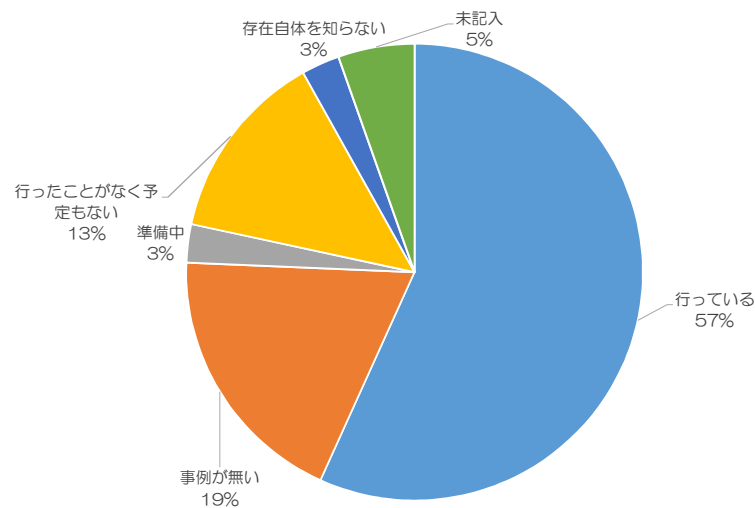
「連携シート (A表)」による情報共有が、利用者に対する円滑な支援や医療機関との関係づくりに役立っているか。



具体例を自由記載

- 病院側と情報を共有することができた。生活期のADLや本人・家族の意向など、それをもとに退院支援の際に役立ったと思う。(概ね)
- 医療連携室、相談室より連絡が入り、スムーズに調整・予定が立てられた。(概ね)
- 退院時にB表を頂けたので入院中の様子が概ね分かって良かった。(概ね)
- 病院によって対応に差がある。(概ね)
- 病状の経過が分かる。面会に行った時の事と照らし合わせることができ様子が良く分かり居宅サービス計画書に反映できる。(概ね)
- 薬情報(薬手帳や薬の持参を忘れることが多い)緊急連絡先。家族の介護力、本人の意向。(在宅に向けての取組みが具体的)(大変)

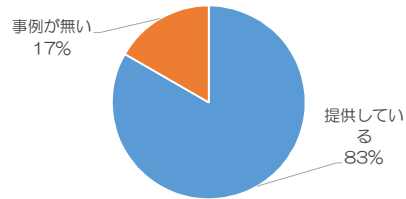
Q11 利用者が退院する際、「連携シート (B表)」を活用し医療機関との情報共有を行っているか。



平成30年1月調査結果 (n=19)

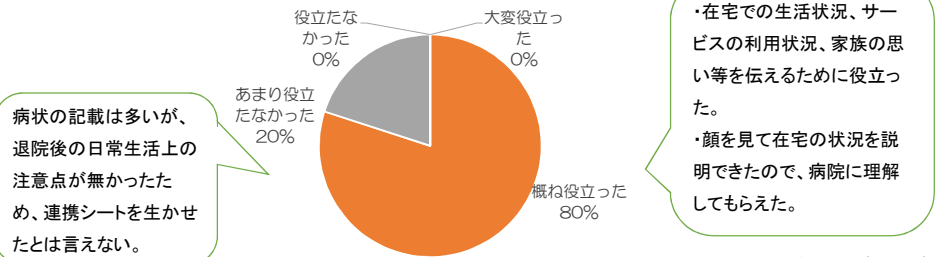
地域包括支援センター（回収率100%）

Q1 貴事業所の利用者が医療機関に入院した際、「千葉県地域生活連携シート（以下、「連携シート」という。）（A表）」を提供しているか。



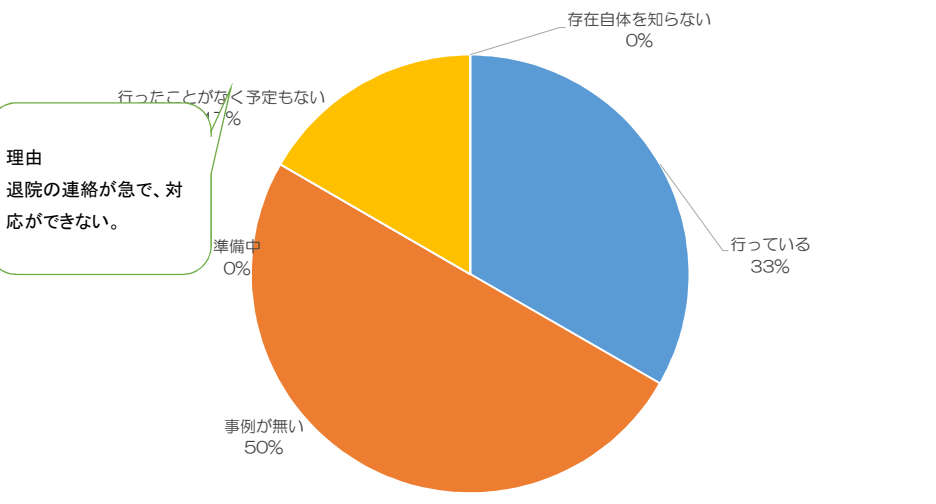
平成30年1月調査結果（n=6）

Q2 「連携シート（A表）」による情報共有は役立ったか。



平成30年1月調査結果（n=5）

Q1 1 利用者が退院する際、「連携シート（B表）」を活用し医療機関との情報共有を行っているか。



平成30年1月調査結果（n=6）

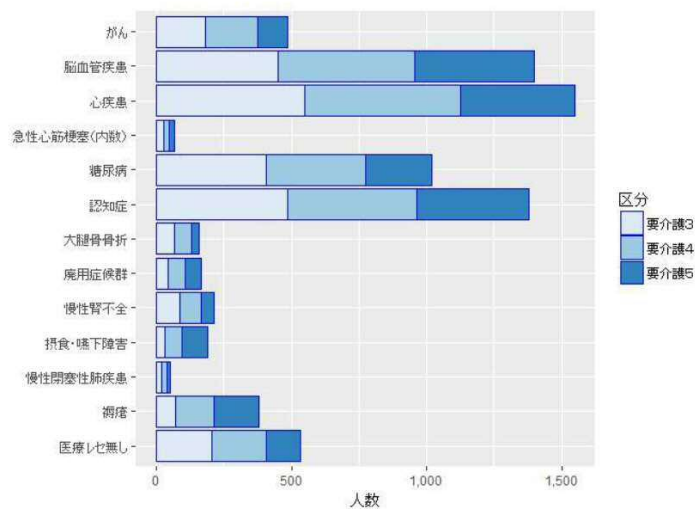
業務委託の内容

- 他疾患への対応拡大の方法の検討・課題抽出：脳卒中以外の疾患で、モデル地域で作成した退院支援ルールを活用した入退院支援の仕組みづくりを検討するための検討会等を開催し、地域における入退院支援の課題抽出を行う。

もともと市原市では脳卒中に限定していなかった。

市原市の要支援・要介護の人の傷病の傾向 ～ 要介護3、4、5

- ・ 要介護3、4、5の人の傷病では、心疾患、脳血管疾患、認知症、糖尿病、が多い。



結 語

- 多職種と共同で市原市入退院支援ルールを作成した。
- 退院支援ルール作成後の千葉県地域生活連携シートの普及率・利用率は特にA表で確実に上がっている。
- 在宅医療・介護連携推進事業の(イ)、(ウ)、(エ)の項目を推進することができた。
- 今後、決定したルールについて、さらに実践・検証を行い、その成果と課題を明確にしていく予定である。