

高岡圏域における病院-在宅連携に関する実態調査

高岡地域リハビリテーション広域支援センター
(高岡市民病院リハビリテーション科内)

理学療法士 山口 城弘

調査について：調査用紙

令和6年度 病院-在宅連携に関する実態調査 質問紙

事業所名 _____ (包括・居宅・小規模多機能・グループホーム) ケアマネジャー氏名 _____

1. 該当する□にチェック（レ印）をつけてください。該当の市町村、サービス種別に○をつけてください。

令和6年10月1日～10月31日までの期間に病院から退院した利用者が ☐ いない → 「2. 病院-在宅連携に関する課題および工夫したこと」に記入ください。(いない場合も返送ください)
☐ い る → 以下の表に記入ください。

① 年齢 性別	② 退院時の 介護度	③ 退院時の病種	④ 診療科：退院時 の担当科 (いっだけずま タしてください)	⑤ 症例の概要	⑥ 入院前 からの介護 サービス 利用	⑦ 入院時の 介護度	⑧ 入院時の情報提供 (ケアマネジャーから医療機関)	⑨ 病院からの退院連絡	⑩ 患者情報収集
歳 男・女	☐ 申請不 受 ☐ 申請中 変更中 ☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5	☐ 急性期 (一般) ☐ 回復期(レビ) ☐ 地域包括? ☐ 療養 ☐ 上記以外	☐ 内科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ がん ☐ 産科 ☐ 小児科 ☐ 消化器科 ☐ 上記以外	診断名 ☐ 脳卒中 ☐ 骨折 ☐ 整形外科 ☐ がん ☐ 心疾患 ☐ 肺炎 ☐ 消化器疾患 ☐ 上記以外 医療的ケア ☐ 無 ☐ 有 (退院時に右記 に該当するも のがあれば 有□にチェッ クをしてくだ さい) ・点滴の管理 ・中心静脈栄養 ・透析 ・ストーマの処置 ・酸素療法 ・レスビレーター ・気管切開の処置 ・疼痛の管理 ・経管栄養 ・褥瘡の処置 ・尿管置換・洗浄 ・自己導尿 ・吸引	☐ 無 ☐ 有	☐ 未申請 ☐ 申請中 ☐ 変更中 ☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5	☐ 入院前は担当ではなかったので、情報を持ち 合わせてなかった。 ☐ 入院前からの担当であり、情報提供した。 時期 入院 _____ 日 ※入院当日は1日目とする ☐ 文書 (入院時情報提供書等) ☐ 文書以外 (電話等含む) ☐ 両方 (情報提供書と電話など) ☐ 入院前から担当であったが、情報提供しな かった。 ☐ 入院したことを知らなかった ☐ 必要ないと判断した ☐ 検査や短期入院の ため ☐ 前回と変化がな かったため ☐ その他	☐ 無 ☐ 有 時期 _____ 日前 ※退院当日は0日前 とする 連絡者 ☐ 地域連携室 ☐ 病棟 方法 ☐ 口頭(電話含む) ☐ 文書(FAX含む) ☐ 口頭+文書	☐ 無 ☐ 有 収集方法 (複数回答可) ☐ 病院訪問 ☐ 退院前カン フェランス ☐ 退院時サマ リー等 ☐ 電話 ☐ その他

2. 病院-在宅連携に関する課題および工夫したこと等があれば記入してください。

【課題】

【工夫したこと】

ご協力ありがとうございました。

対象者が2例以上の場合は、質問紙を複写してください。

毎年、ご協力ありがとうございます。

調査について

目的：

医療介護連携の実態を把握するため。平成26年から実態調査を実施。

（主催：富山県リハビリテーション支援センター(富山県リハビリテーション病院内)）

（共催：高岡厚生センター・高岡地域リハビリテーション広域支援センター(高岡市民病院内)）

対象：

毎年10月1日～31日の期間に病院を退院し、ケアマネジャーが担当した退院症例

対象施設：

高岡圏域の地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護、グループホーム

＊今回は令和2年度～6年度の5年間の平均データを示す

主な調査項目

【入院時情報提供】

- ケアマネジャー→医療機関へ

【退院時情報提供】

- 医療機関→ケアマネジャーへ

【情報収集の方法】

- 病院訪問
- 退院前カンファレンス
- 退院時サマリー

【自由記載】

- 連携の課題
- 工夫した事

【自由記載】 連携の課題や工夫した事(136件)

- ① 退院時の情報不足
- ② 在宅生活への移行の難しさ
- ③ 医療機関との連携不足
- ④ 患者・家族の不安や負担

① 退院時の情報不足

課題:

- 長期入院中の経過報告がなく、急な退院決定で介護サービス調整に混乱が生じた。

工夫した事:

- 入院中に定期的に連絡し、ADL変化の確認を行い、退院準備に向けた情報共有を行なった。

② 在宅生活への移行の難しさ

課題:

- 入院前後でADLに差があり、退院後に想定外の支援が必要になることがあった。

工夫した事:

- 退院前に病院と協働して支援計画を立て、生活動線や住環境を調整した。

③ 医療機関との連携不足

課題:

- 医療側が在宅生活を十分に考慮せず退院が決定し、退院支援が不十分となる場合があった。

工夫した事:

- 家族の状況や住環境を映した写真を共有するなど可視化して、退院前の限られた期間で支援を進めた。

④ 患者・家族の不安や負担

課題:

家族が介護に慣れておらず、退院後のケアに不安を抱えることがあった

工夫した事:

- 退院前カンファレンスで介護方法を伝え、在宅ケア継続に向けた支援を行なった。

主な調査項目と結果

【入院時情報提供】 ＊ケアマネジャー→医療機関へ

- 入院時情報提供率:86.6%
- 入院時情報提供日数:2.6日

【退院時情報提供】 ＊医療機関→ケアマネジャーへ

- 退院時情報提供率:87.8%
- 退院時情報提供日数:7.4日

【情報収集の方法】

- 病院訪問率:31.1%
- 退院前カンファレンス開催率:29.7%
- 退院時サマリー提供率:64.3%

調査結果を考えよう！

【入院時ケアマネジャー→医療機関へ情報提供】

➤86.6%

➤2.6日

【退院時医療機関→ケアマネジャーへ情報提供】

➤87.8%

➤7.4日

- 調査開始から12年経過
- 情報共有の割合は85～90%を推移
- 大幅な変化はなくなり実態把握が目的の調査の役割は果たされている
- 入退院情報共有の割合を上げる、日数を短縮したら
- 課題が解決するわけではない

【自由記載】 連携の課題や工夫した事⇒キーワード

①退院時の情報不足

【工夫した事】 定期的な連絡とADL変化の確認を行い、退院準備に向けた[情報共有](#)を行なった。

②在宅生活への移行の難しさ

【工夫した事】 退院前に[病院と協働](#)して支援計画を立て、生活動線や住環境を調整した。

③医療機関との連携不足

【工夫した事】 住環境を映した写真を[共有](#)・可視化して、退院前の限られた期間で支援を進めた。

④患者・家族の不安や負担

【工夫した事】 [退院前カンファレンス](#)で介護方法を伝え、在宅ケア継続に向けた支援を行なった。

主な調査項目と結果

【情報収集の方法】

- 病院訪問率:31.1%
- 退院前カンファレンス開催率:29.7%
- 退院時サマリー提供率:64.3%

連携の機会を増やす

そこで検討される内容をより良いものにしていく

課題解決へ

病院－在宅連携の課題解決に必要な情報は？

- 本人の生活背景・社会的役割

(日課・趣味・職業・地域活動)

- 環境要因

- 人的環境：介護力 (家族のサポート体制やその限界)

- 物的環境：住環境 (段差・生活動線)

- 本人の希望や不安 (障害受容・現実的な判断)

病院-在宅連携で情報共有することによって…

- 本人の生活背景・社会的役割

（日課・趣味・職業・地域活動）

⇒ 社会参加

⇒ 活動量UP

⇒ 障害予防

病院-在宅連携で情報共有することによって…

- 環境要因

- 人的環境：介護力（家族のサポート体制やその限界）
- 物的環境：住環境（段差・生活動線）

⇒ 円滑な在宅生活への移行

病院-在宅連携で情報共有することによって…

- 本人の希望や不安（障害受容・現実的な判断）

⇒出来る事出来ない事を客観的に判断

⇒自分で出来る事は自分で行う

⇒自己肯定感向上

⇒QOL向上

病院-在宅連携で情報共有することによって…

- 本人の生活背景・社会的役割 ⇒ 社会参加 ⇒ 活動量UP ⇒ 障害予防

(日課・趣味・職業・地域活動)

- 環境要因 ⇒ 円滑な在宅生活への移行

- 人的環境：介護力 (家族のサポート体制やその限界)

- 物的環境：住環境 (段差・生活動線)

- 本人の希望や不安 (障害受容・現実的な判断)

⇒ できる事できない事を客観的に判断 ⇒ 自己肯定感向上 ⇒ QOL向上

課題解決するためには

病院-在宅連携で情報共有することによって…

- 本人の生活背景・社会的役割 ⇨ 社会参加 ⇨ 活動量UP ⇨ 障害予防
(日課・趣味・職業・地域活動)
- 環境要因 ⇨ 円滑な在宅生活への移行
 - 人的環境：介護力 (家族のサポート体制やその限界)
 - 物的環境：住環境 (段差・生活動線)
- 本人の希望や不安 (障害受容・現実的な判断)
⇨ できる事できない事を客観的に判断 ⇨ 自己肯定感向上 ⇨ QOL向上

聞いてないよ～

知らなかった

⇨ 病状説明・日々のケア・リハビリ場面などで
本人・家族に正確な病識を持ってもらう

実際、
病院内では
上手く連携できているのか？

医療機関内での連携の課題(病棟-リハビリ連携の場合)

- 患者の課題・目標が共通認識できているか？
- リハビリ室で『できるADL』・病棟で『しているADL』の差を埋める介入はできているのか？
- 在宅を見据えた介入ができているのか？

医療機関内での連携の課題

- 患者の課題・目標が共通認識できているか？

→カンファレンス

医療機関内での連携の課題

- リハビリ室で『できるADL』・病棟で『しているADL』
の差を埋める介入はできているのか？

→特に退院に影響を与える

主要ADL：食事・排泄・移動について、
多職種での介入が求められる

医療機関内での連携の課題

- リハビリ室で『できるADL』・病棟で『しているADL』の差を埋める介入
→特に退院に影響を与える主要ADL：食事・排泄・移動について、多職種で介入

食事の課題は？

NST：栄養サポートチーム

排泄の課題は？

排尿ケアチーム

移動の課題は？

リハビリ・病棟看護師間で情報共有

転倒するケースに対してはさらなる連携強化が求められる

医療機関内での連携の課題 在宅を見据えた介入ができているのか？

- 自宅の間取りに近い配置で練習する
- 使用予定の福祉用具を取り入れて練習する
- 家族と一緒に介助方法の確認・練習する
- しているADLの再現練習

医療機関内での連携の課題：在宅を見据えた介入ができているのか？

- 自宅の間取りに近い配置で練習する

家の見取り図

段差箇所の写真

があれば実際の住環境に近い環境での練習が行える

医療機関内での連携の課題：在宅を見据えた介入ができているのか？

- 使用予定の福祉用具を取り入れて練習する

既に在宅で使用していた福祉用具があれば

⇒実際に使用してみて適応を確かめる

医療機関内での連携の課題：在宅を見据えた介入ができているのか？

- 家族と一緒に介助方法の確認・練習する

気軽に来院できる環境

医療機関内での連携の課題：在宅を見据えた介入ができているのか？

- しているADLの再現練習

病棟で実際にしているADLをチェック

⇒カンファレンス等でリハビリで

できるADLとの差がないか確かめる

⇒病棟でもできるADLに近づける介入を行う

⇒在宅でするADLにつなげる

できるADL(リハビリ)⇒しているADL(病棟)⇒するADL(在宅)

病院内の連携強化によって
円滑な在宅への連携につなげる

リハビリテーション≠リハビリ専門職の仕事

リハビリテーション＝チームアプローチ

急性期・回復期・生活期に
関わる全ての人がチームの一員

顔の見える関係づくり

本日のような情報交換会が『顔の見える関係づくり』の場
⇒医療-介護連携しやすい関係へ

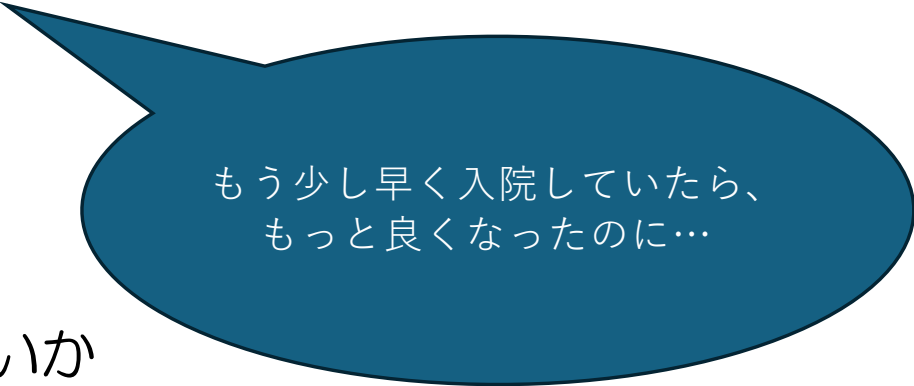
重症化予防とスムーズな入院・退院連携

～病気の早期発見の体制づくり～

- 日々に観察ポイントを明確にする

- バイタルサインの変化
- 食事量・水分摂取量の減少
- 動作・移動の様子が遅くなっていないか
- 尿・便の回数や性状の変化
- 表情・反応・口数・認知機能の変化

→ 『なんとなく元気がない』を見逃さない



もう少し早く入院していたら、
もっと良くなったのに…

担当地域：高岡市、氷見市、射水市

富山県高岡地域 リハビリテーション広域支援センター



新着情報

- ◆[地域リハビリテーション支援ガイド改訂版\(PDF:1.18MB\)](#)
- ◆[在宅療養患者における医療処置とサービス提供一覧\(PDF:470KB\)](#)

概要

地域リハビリテーションとは、支援センターの事業内容など

お知らせ

研修会のご案内など

ご相談窓口

各種問い合わせ、FAX相談など

テクノエイド

貸し出し備品などの紹介

関連施設

関連病院、施設一覧

リンク集

県支援センター、厚生センター、高岡市民病院など

ご清聴ありがとうございました。