

(3) 調査結果 地域連携部署 (調査票 C)

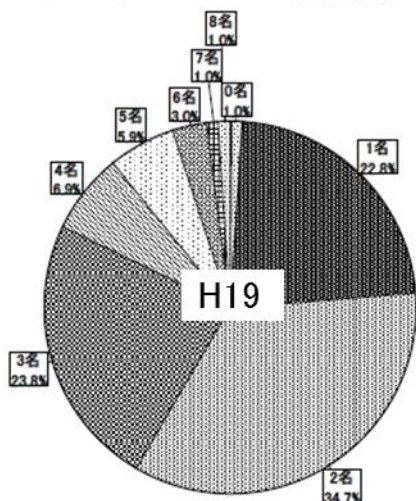
宮城県内の病院 143 ヶ所に調査票を発送し、地域医療連携部署に回答を依頼した。回答数 33 件、そのうち 33 件を有効回答数とした (有効回答回収率 23.1%)

【1. 地域医療連携室について】

問 1-1. 地域医療連携室の人員

地域医療連携室の人員については、ソーシャルワーカー (常勤) の平均人数は 2.5 人で前回も今回も変わらず。看護師は 1.8 人だったのが、1.4 人に減少している。医師は 1.4 人で変わらず。

図 1A-1-1a 地域医療連携室の人員 - ソーシャルワーカー - 常勤
(n = 101, m ± σ = 2.5 ± 1.4, 自由記載)



問 1-1 連携室の人員 - 常勤 - ソーシャルワーカー - C
(n = 27, m ± σ = 2.5 ± 1.7)

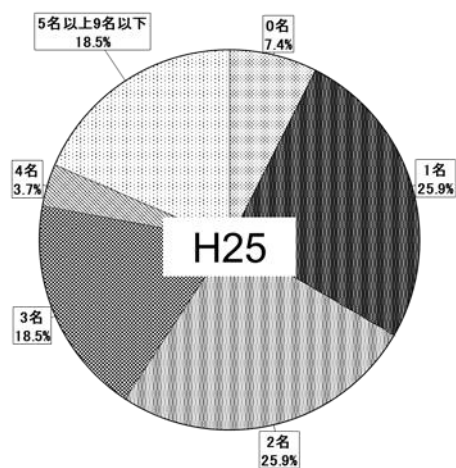
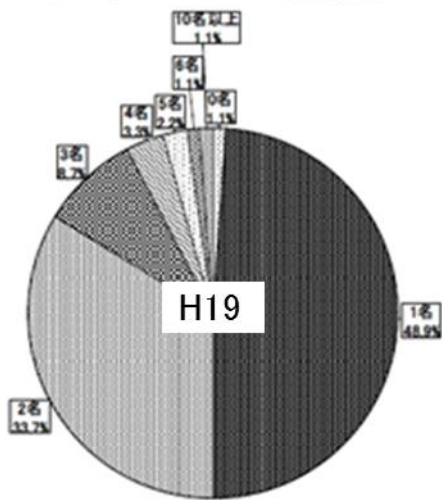


図 1A-1-1d 地域医療連携室の人員 - 看護師 - 常勤
(n = 92, m ± σ = 1.8 ± 1.3, 自由記載)



問 1-1 連携室の人員 - 常勤 - 看護師 - C
(n = 20, m ± σ = 1.4 ± 0.9)

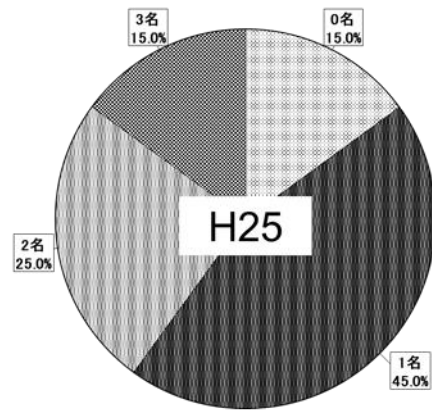
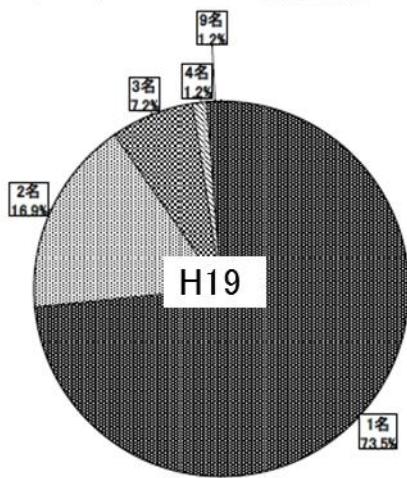
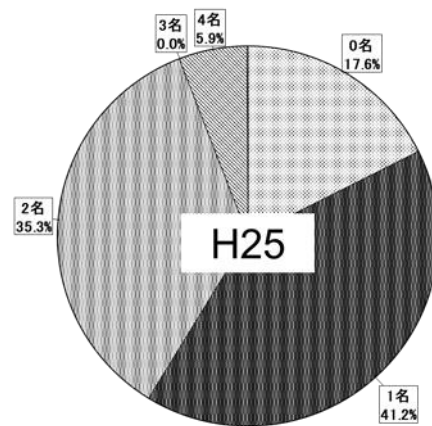


図 1A-1-1g 地域医療連携室の人員 - 医師 - 常勤
(n = 83, m ± σ = 1.4 ± 1.1, 自由記載)

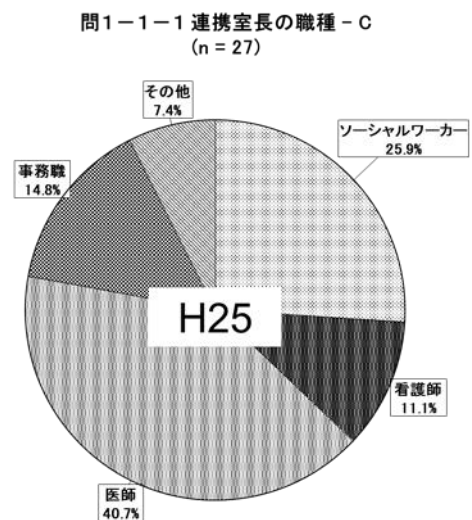
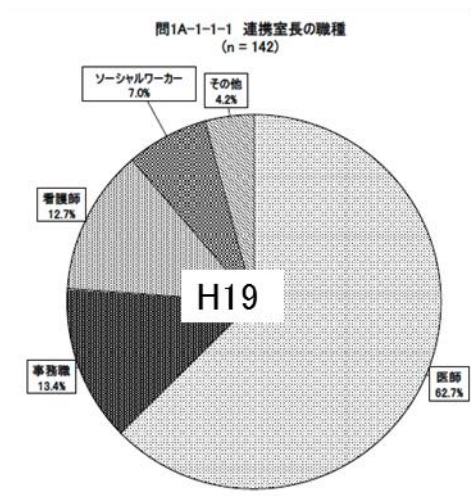


問 1-1 連携室の人員 - 常勤 - 医師 - C
(n = 17, m ± σ = 1.4 ± 1.0)



問 1-1-1. 連携室長の職種

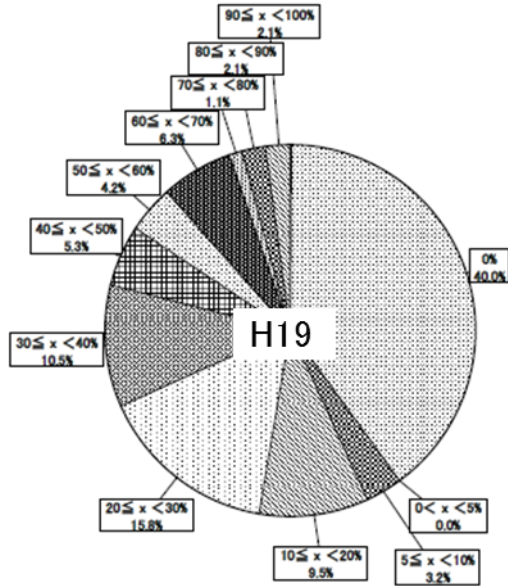
地域医療連携室の室長の職種については「医師」が最も多く、62.7%であった。事務職が 13.4%、看護師が 12.7%、ソーシャルワーカーが 7.0%であった (図 1A-1-1-1)。



問 1-2. 連携室が対応した人数

「自院が主治医継続」「近医が主治医」「転院」「入所」の各転帰の人数を全て記入した回答において、各転帰が占める割合を求めた。前回調査では「自院主治医」が 0%とするものが多く 40.0%であったが、今回は 18.8%に低下し、また「近医主治医」が 0%とするものの割合も 46.4%から 26.7%に低下した。「転院」の 0%とするものの割合は 1.1%から 9.1%に増えている。

図 1A-1-2a 連携室が対応した退院患者の割合 - 自院主治医
(n = 95, 2007年1~12月, 自由記載, 全記入のみ)



問 1-2 自院の主治医継続のまま自宅へ - C
(n = 16, m ± σ = 72.8 ± 90.5)

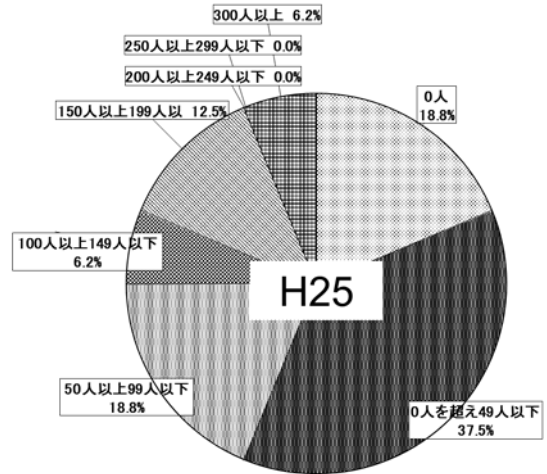
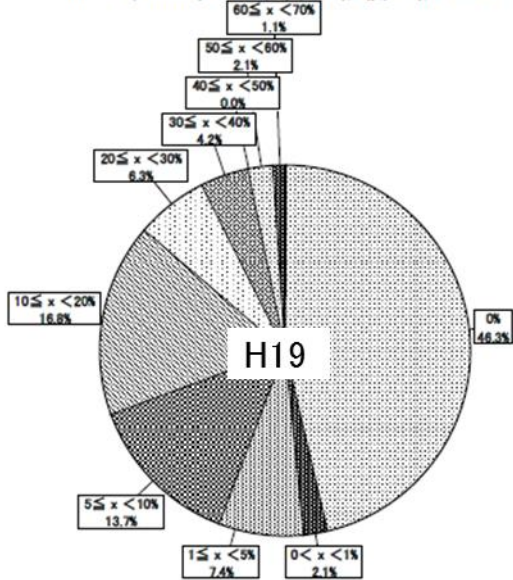


図 1A-1-2b 連携室が対応した退院患者の割合 - 近医主治医
(n = 95, 2007年1~12月, 自由記載, 全記入のみ)



問 1-2 近医が主治医となり自宅へ - C
(n = 15, m ± σ = 41.4 ± 90.4)

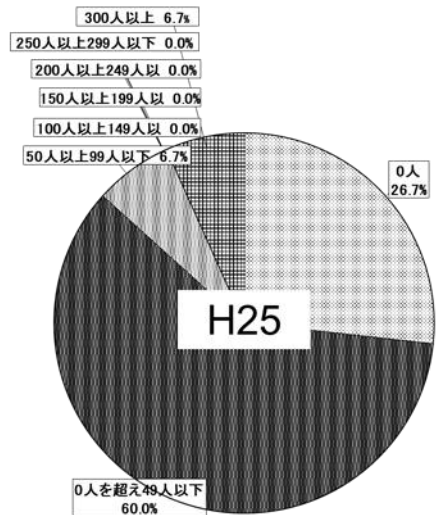
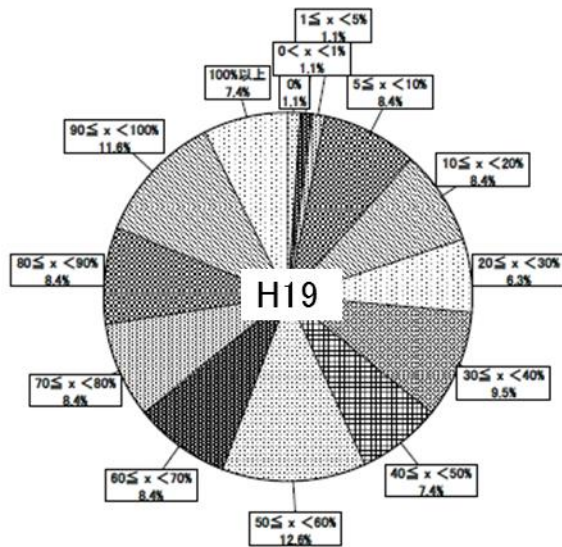


図 1A-1-2c 連携室が対応した退院患者の割合 - 転院
(n = 95, 2007年1~12月, 自由記載, 全記入のみ)



問1-2 他病院へ転院 - C
(n = 22, m ± σ = 104.9 ± 224.8)

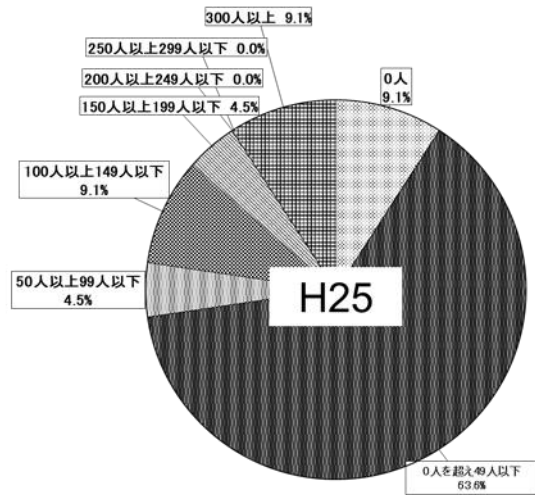
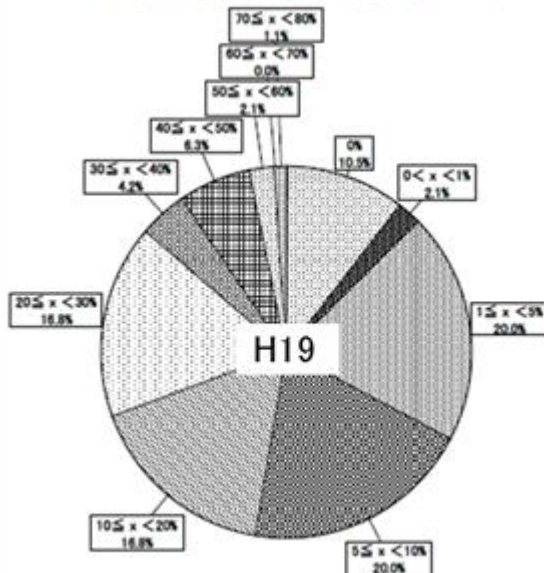
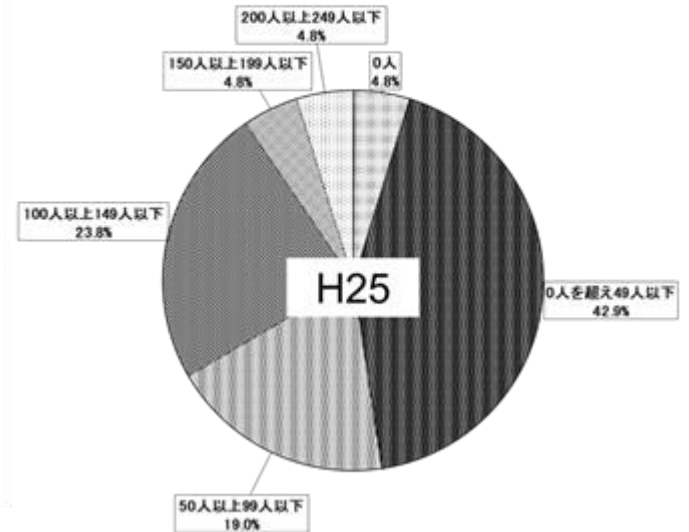


図 1A-6-1h 連携室が対応した退院患者の割合 - 入所
(n = 95, 2007年1~12月, 自由記載, 全記入のみ)



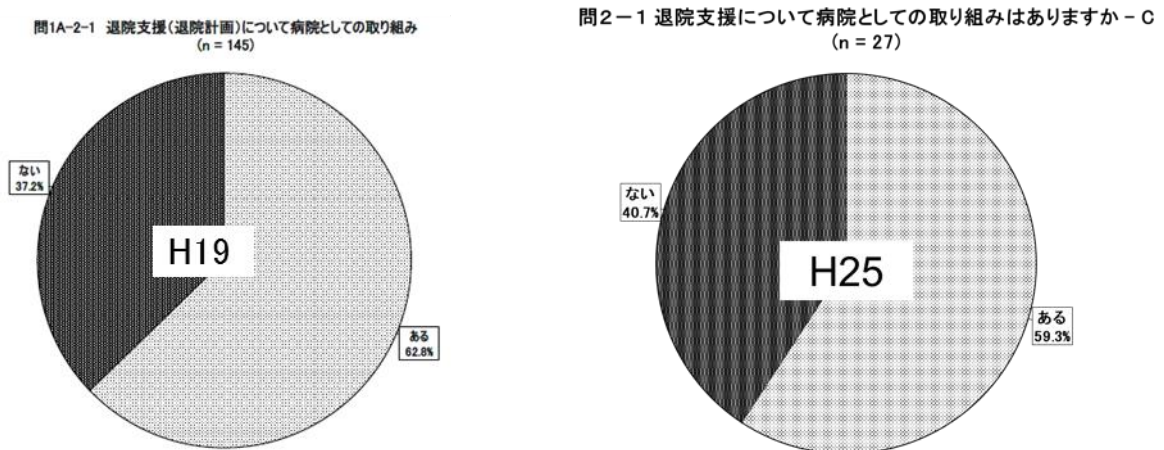
問1-2 介護施設等へ入所 - C
(n = 21, m ± σ = 69.1 ± 59.4)



【2. 退院支援への取り組みについて】

問 2-1. 退院支援（退院計画）についての病院としての取り組み

退院支援（退院計画）についての病院としての取り組みについては、前回は今回も約6割が「ある」と回答した。



整理番号	問 2-1 退院支援(退院計画)について病院としての取り組み(自由記述)
1	退院調整スクリーニング票を用いる。
2	入院時のスクリーニングシートがある。 介護支援連携指導料、退院支援計画書の算定をとっている。
3	退院支援アセスメントシート 退院支援計画書など
4	入院時にスクリーニング票の記入。ハイリスクや支援が必要と思う人については、NSWへ介入の依頼票を記入してもらい、早期に介入に努めている。
5	入院時、全患者に対してスクリーニング実施、各科で多職種カンファレンスあり。
6	スクリーニングシート、介護保険等の利用状況、家族・介護問題、日常生活自立度、経済的問題、退院先の希望(患者本人)、退院先の希望(家族)。 現在の医療行為について チェック式に看護師が行い必要時に調整しますが実際スクリーニングせずとも支援が必要な患者様が明らかかな時はシートを使用しません。

7	<ul style="list-style-type: none"> ・スクリーニングシート ・退院支援計画書 ・退院調整シート ・在宅ケアカンファレンス(年間9回) <p>(地域関係機関との連携)退院支援した事例の検討及び勉強会</p>
8	<ul style="list-style-type: none"> ・退院支援計画書 ・退院調整シート
9	退院調整シート スクリーニングシート
10	入院時スクリーニングシートを作成し、退院困難者に対し、退院支援計画書を作成している。
11	医療福祉介護スクリーニングシート 退院支援困難要因、制度の必要性、その他医療福祉に関する相談の必要性を病棟ナースが入院時にチェックするものです。
	上記の他、5施設が「スクリーニングシート」と回答

整理番号	問 2-2 連携室における退院支援の問題点(自由記述)
1	主治医と家族の意向のすりあわせに時間がかかる。
2	特になし
3	核家族化、独居、高齢者世帯など、介護力の問題(家庭にて、)経済面の問題などで在宅復帰も、施設入所も難しい。バックグラウンドの受入れ体制などが整っていない事が問題となっている。
4	病状が悪化し、入院となることが多く、入院までの家庭で家族が疲弊してしまい、退院支援を行うが、家族が受け入れを拒否し、在宅への退院につながらないケースが多い。また、社会資源が乏しいため、退院先を確保するのも困難である。
5	医療保険対応の療養病棟の資源が少なく、対応に苦慮している。
6	連携室業務に専従の職員(社会福祉士)がいないこと。
7	地域に十分な介護保険サービスがないため、在宅へ戻れない状況があります。又、被災後は特に環境が伴わず断念する場合があります。
8	独居でキーパーソンとなる人がいない。又は支援者も高齢化してきており、対応が難しい場合がある。
9	在宅での家族の介護力がない。 介護保険施設入所までの待機期間が長い。 疾患により受け入れ先がない。
10	後方に病院のベッド不足(待機日数あり) 自病院のベッド不足 短期間での調整となるため、地域側の方々の負担が大きい。
11	時々ですが、来院しての情報提供をお願いしても、なかなか来院してくれないケアマネジャーがいる。
12	専任でもない為、スタッフ同志の連携がスムーズにつながらない時もある。他の施設や病院の情報がわからない時あり。
13	独居、高齢世帯、キーパーソン不在、生活保護など、患者様の家族構成や背景により退院が困難になるケースが増えているように感じます。 治療やリハビリは終了し、退院許可が出て受け入れる側の家族や施設・病院との調整に時間を要しています。
14	<ul style="list-style-type: none"> ・ターミナル期の患者に対する病状説明と方向性に対する説明のタイミング、説明の仕方 ・退院後の方向が施設の場合、入所までの期間を受け入れ先がない ・独居で家族の協力が得られない(病院に来ない)

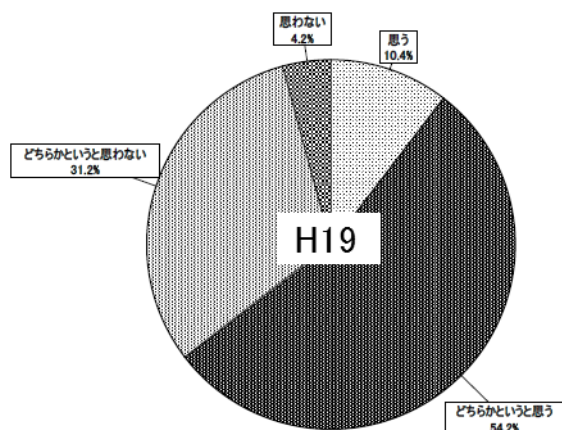
15	市内療養病床の不足。 訪問診療、訪問看護の不足。
16	退院許可が出ても退院したらない方がいる。
17	・家族の受入れが悪く自宅退院に消極的 ・老々介護 ・金銭的な問題 ・住環境も問題
18	在宅をあまり認識できていないところから、早期からの在宅に向けての調整の必要性を意識できていないこと
19	在院日数短縮に伴い、病棟NSがかかわる支援をどのように拡大していくか、長期療養型の受入れ困難事例
20	胃ろう患者の施設待機期間が長期化している。医療区分1だが、経鼻経管栄養患者の退院先が限られている。
21	転帰先の決定が問題となっております。本人、家族が希望する回復状態と、リハビリや治療後の実際の状態が相違することで在宅復帰か施設入所かの決定が非常に困難となっております。 レスピレーター挿入の長期入院患者の受入れ先(病院)がなく困っています。
22	・世帯の人数が少ないため(介護のマンパワーがないため)在宅医療を選択しない方がまだ多い印象です。 ・療養型病院や老健の受け皿が少ないため、希望されても待機期間が長く、その間の療養先に苦渋している状況です。 ・エリアによっては、往診医が少なく、また小児障害者対象の往診医が少ない。

【3. 在宅復帰支援について】

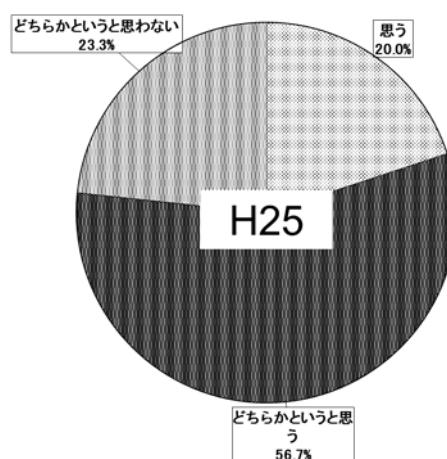
問3-1. 在宅復帰支援の過程で、主治医と十分に患者情報の共有がなされていると思いますか

「思う」と答えたのは前回 10.4%から 20.0%と高くなっている。

図 1A-3-1 在宅復帰支援の過程で、主治医と十分に患者情報の共有がなされていると思いますか(n = 144)

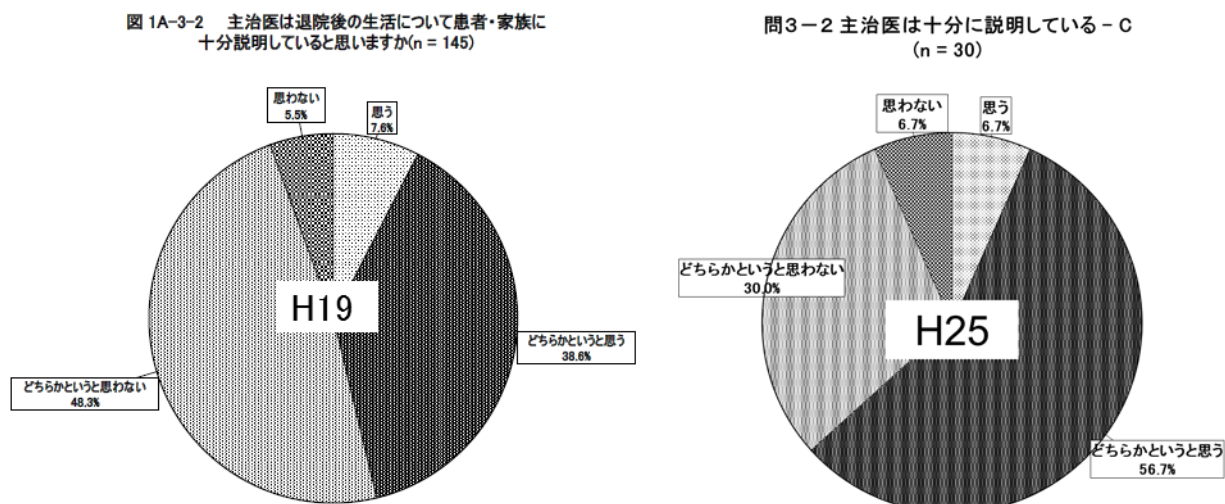


問3-1 主治医との間で十分に患者情報の共有がなされている - C (n = 30)



問 3-2. 主治医は退院後の生活について患者・家族に十分説明していると思いますか

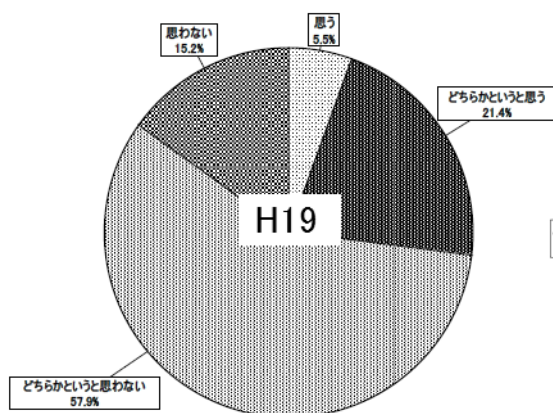
「思う」と答えたのは前回も今回も 7%前後で、「どちらかというと思う」と答えたのは前回 38.6%が 56.7%と高くなり、「思う」と「どちらかというと思う」の割合が前回は半分以下であったのが、6割を超えた。



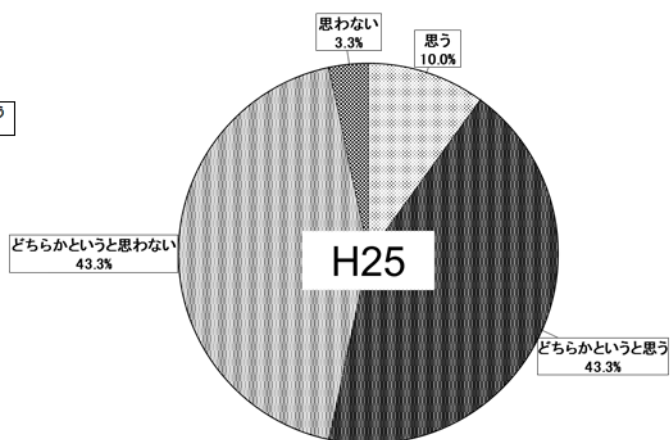
問 3-3. 主治医は在宅医療について十分な知識や理解があると思いますか

「思う」と答えたのは前回も今回も 6%程度で少なかったが、「どちらかというと思う」と答えたのは前回 21.4%が 43.3%と高くなり、「思う」と「どちらかというと思う」の割合が前回は3割にも満たなかったものが、5割を超えた。

図 1A-3-3 主治医は在宅医療について十分な知識や理解があると思いますか (n = 145)



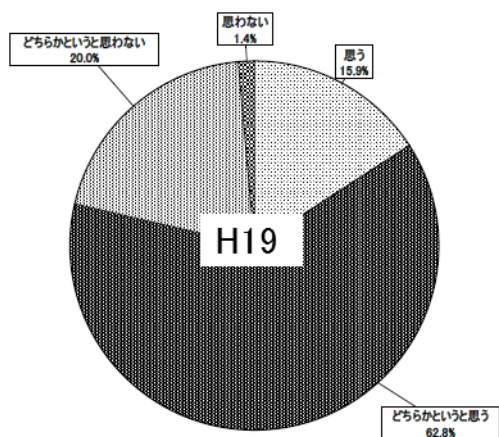
問3-3 主治医は在宅医療について十分な知識や理解がある - C (n = 30)



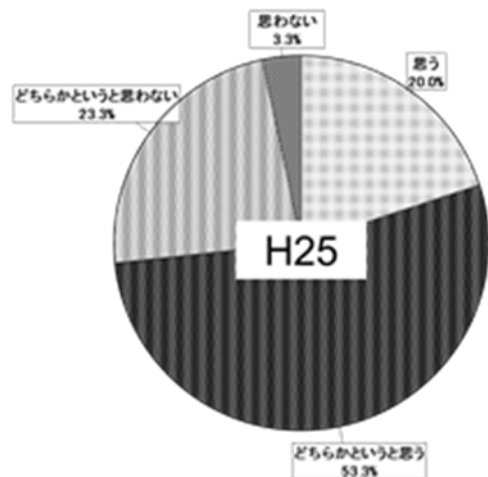
問3-4. 在宅復帰支援の過程で、病棟看護師と十分に患者情報の共有がなされていると思いますか

「どちらかというと思う」との答えが最も多く、前回 62.8%、今回 53.3%で、全体的に前回と変わらず。

図 1A-3-4 在宅復帰支援の過程で、病棟看護師と十分に患者情報の共有がなされていると思いますか (n = 145)

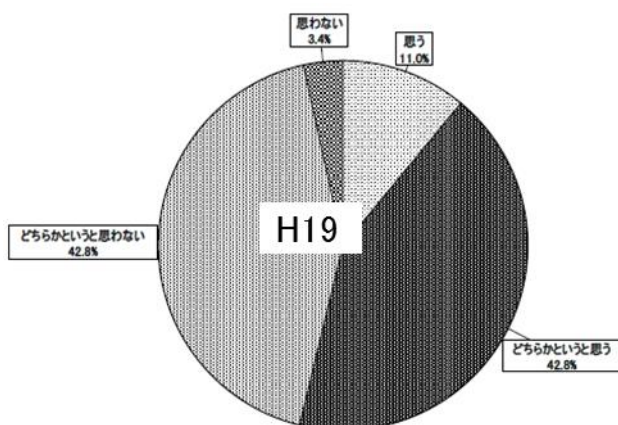


問3-4 病棟看護師との間で十分に患者情報の共有がなされている - C (n = 30)

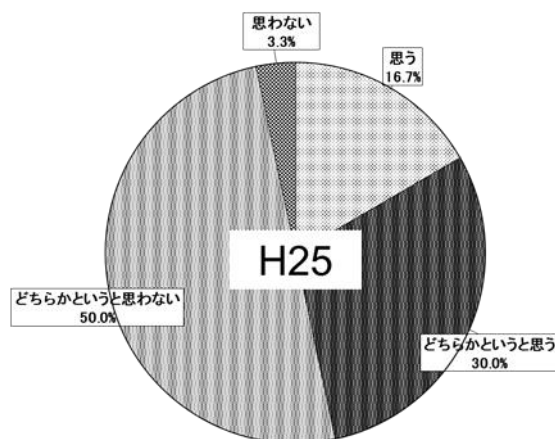


問 3-5. 病棟看護師は退院後の生活について患者・家族に十分説明していると思いますか
 前回、「思う」と「どちらかというと思わない」の和が半数を超えていたが、今回は半数を切った。

図 1A-3-5 病棟看護師は退院後の生活について患者・家族に十分説明していると思いますか(n = 145)

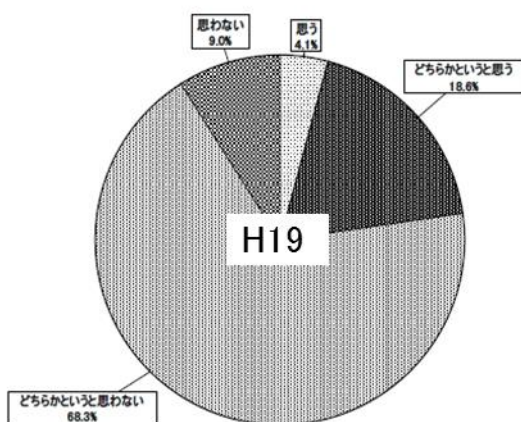


問3-5 病棟看護師は退院後の生活について十分説明している - C (n = 30)

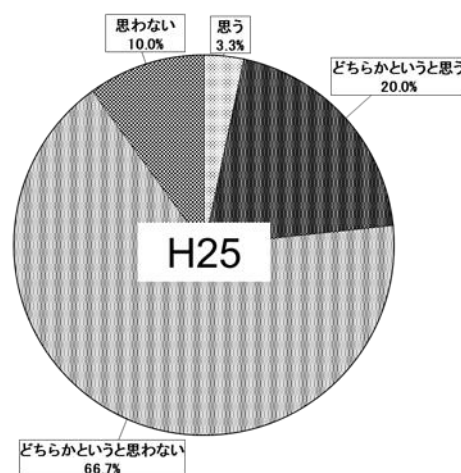


問 3-6. 病棟看護師は在宅医療について十分な知識や理解があると思いますか
 前回と同様の結果で、「思わない」「どちらかというと思わない」の和は 7 割を超え、病棟看護師の在宅医療に対する知識や理解の不足があると思っている。

図 1A-3-6 病棟看護師は在宅医療について十分な知識や理解があると思いますか(n = 145)



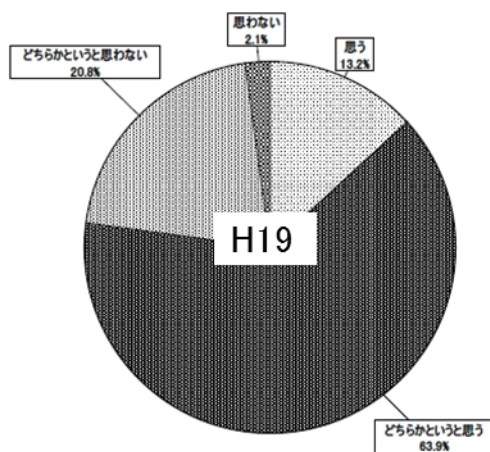
問3-6 病棟看護師は在宅医療について十分な知識や理解がある - C (n = 30)



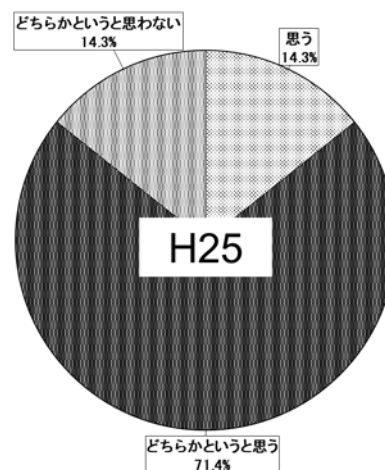
問 3-7. 在宅復帰支援の過程で、受け入れ側の地域の医師、訪問看護師、ケアマネジャーと、十分に患者情報の共有がなされていると思いますか

「思う」の割合は前回 13.2%で今回 14.3%でわずかに高くなっている。今回「思う」と「どちらかと思う」との和は 85%ほどになっている。

図 1A-3-7 在宅復帰支援の過程で、受け入れ側の地域の医師、訪問看護師、ケアマネジャーと、十分に患者情報の共有がなされていると思いますか (n = 144)



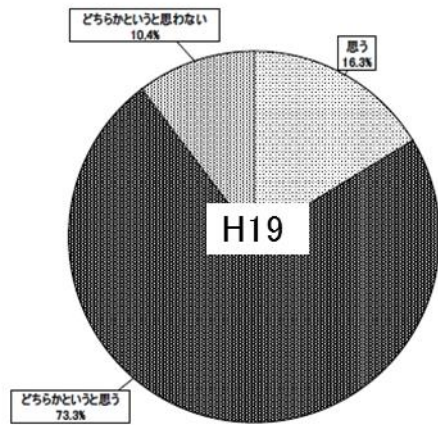
問3-7 受け入れ側と十分に患者情報の共有がなされている - C (n = 28)



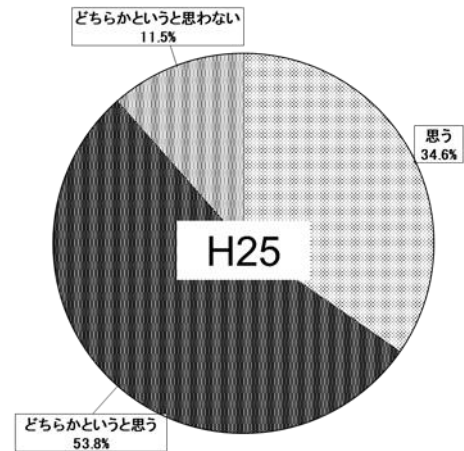
問 3-8. 連携室から在宅医療を依頼した診療所医師は、病院側の期待に十分応えていると思いますか

「思う」が前回 16.3%から 34.6%と大幅に高くなった。

図 1A-3-8 連携室から在宅医療を依頼した診療所医師は、
病院側の期待に十分応えていると思いますか
(n = 135)



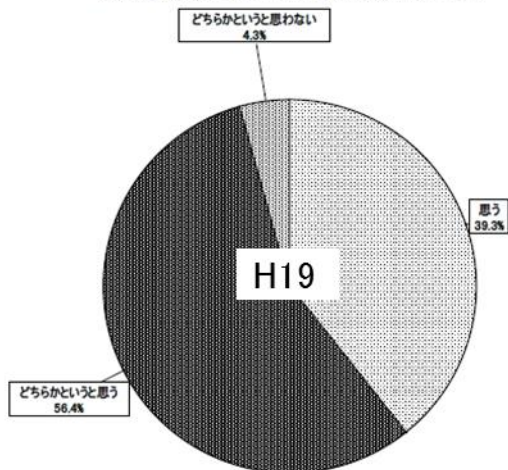
問3-8 在宅医療を依頼した診療所医師は
病院側の期待に十分応えている - C (n = 26)



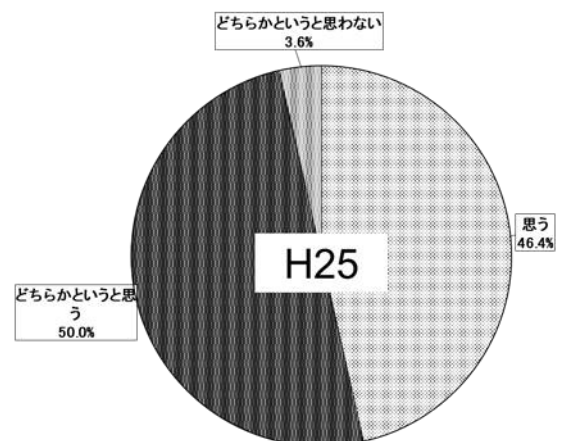
問 3-9. 連携室から訪問看護を依頼した訪問看護師は、病院側の期待に十分応えていると
思いますか

前回同様の傾向であったが、特に「思う」の割合が 39.3%から 46.4%と高くなっている。

図 1A-3-9 連携室から訪問看護を依頼した訪問看護師は、
病院側の期待に十分応えていると思いますか(n = 140)

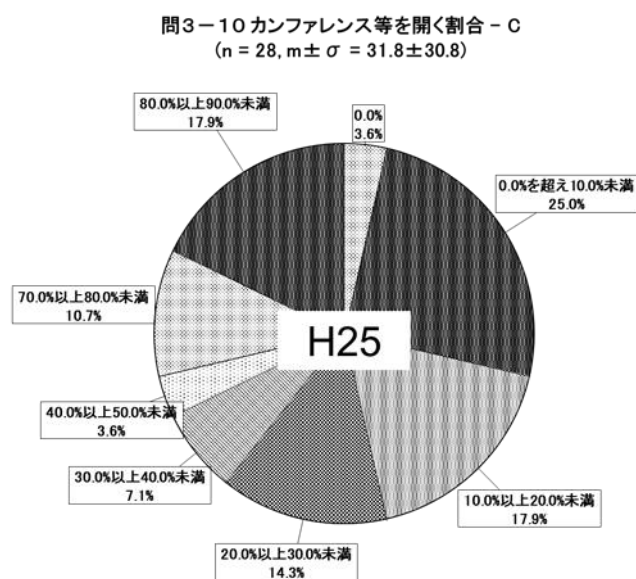
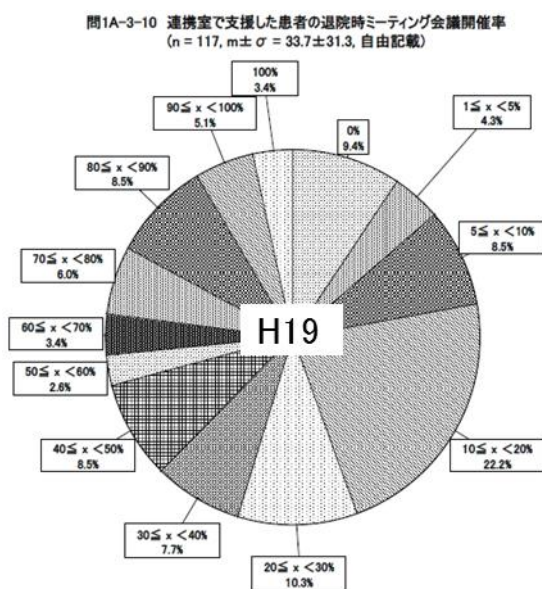


問3-9 訪問看護を依頼した訪問看護師は
病院側の期待に十分応えている - C (n = 28)



問 3-10. 連携室で支援した患者の退院時ミーティング会議開催率

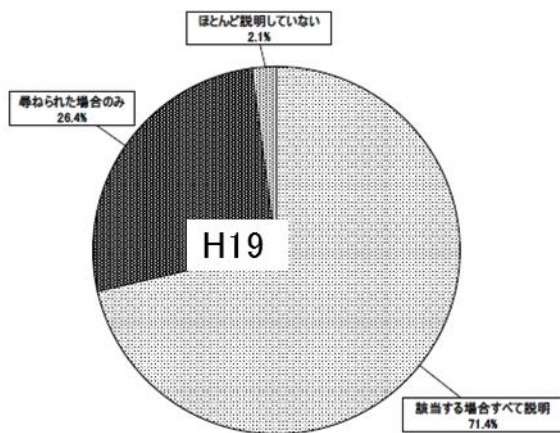
「0%」との回答が 9.4%から 3.6%に低下した。



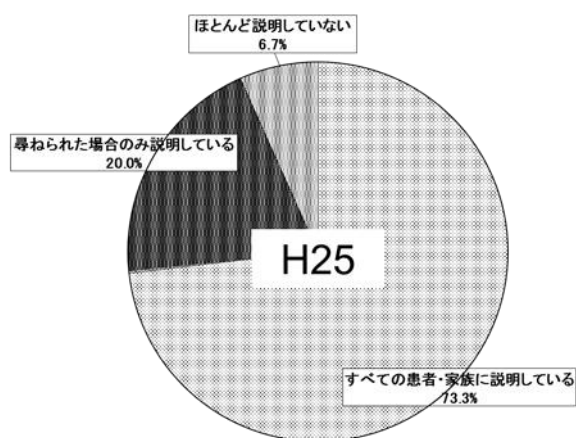
問 3-11. 患者・家族へのアドバイス

在宅医療の概要については、前回も今回も「すべての患者・家族に説明している」が 7 割強で変わらず。ほとんど説明しない割合が 2.1%から 6.7%と増えている。

図 1A-3-11a 患者・家族へのアドバイス－在宅医療の概要
(n = 140)

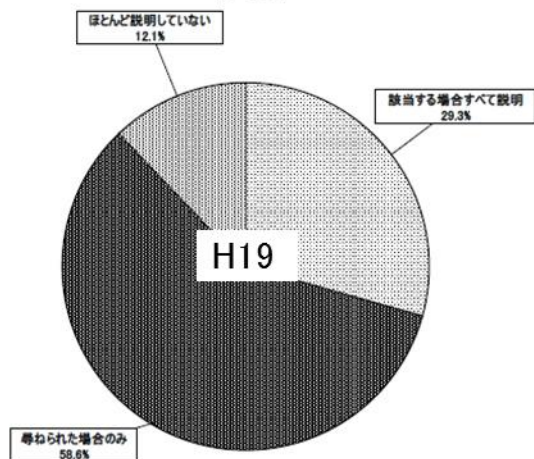


問3-11 アドバイス－在宅医療の概要－C
(n = 30)

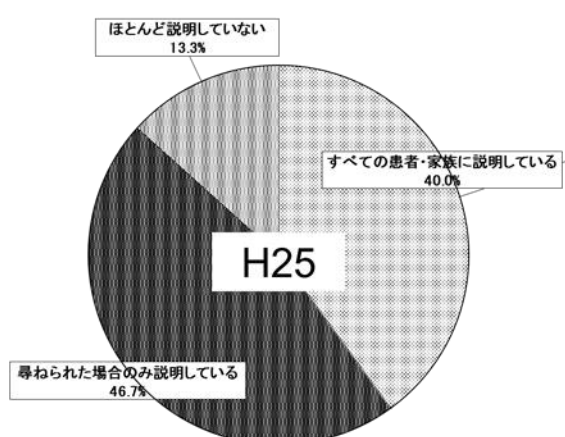


在宅医療の自己負担額については、「すべての患者・家族に説明している」割合が 29.3% から 40.0% と 1 割ほど増えた。

図 1A-3-11b 患者・家族へのアドバイス－在宅医療の自己負担額
(n = 140)

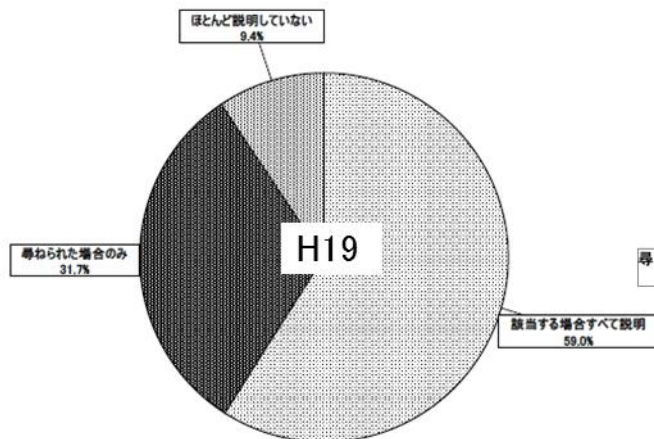


問3-11 アドバイス－在宅医療の自己負担額－C
(n = 30)



介護保険の自己負担額、福祉用具の設置・購入については、「該当する場合すべてに説明」と回答したのが最も多く、前回は今回も6割前後であった。

図 1A-3-11c 患者・家族へのアドバイス－介護保険の自己負担額
(n = 139)



問3-11 アドバイス－介護保険の自己負担額－C
(n = 30)

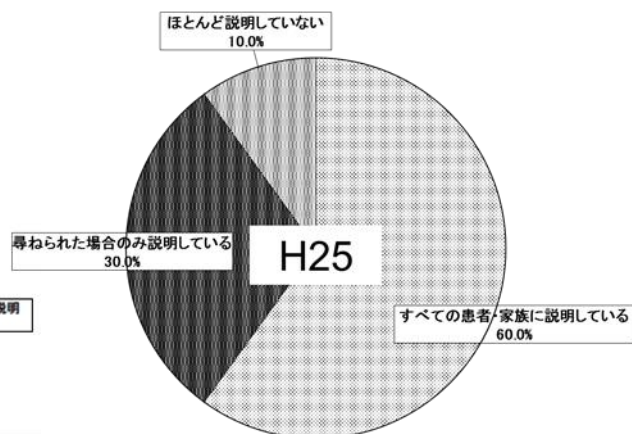
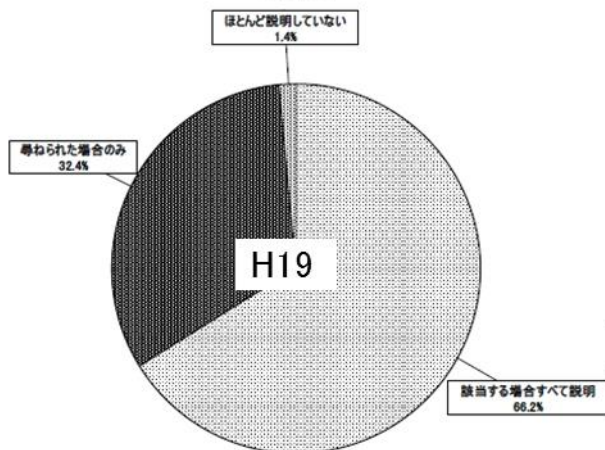
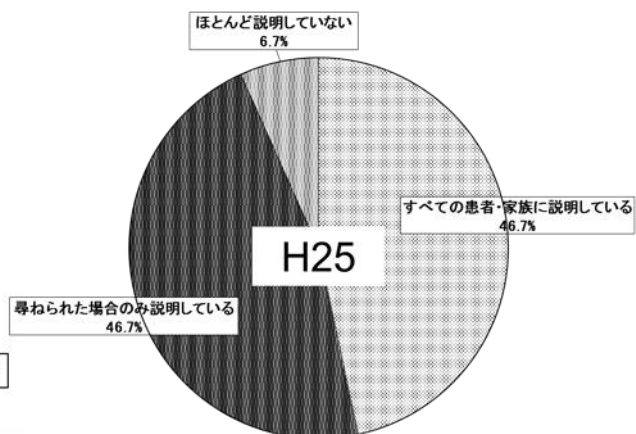


図 1A-3-11e 患者・家族へのアドバイス－身体障害者手帳の交付
(n = 139)

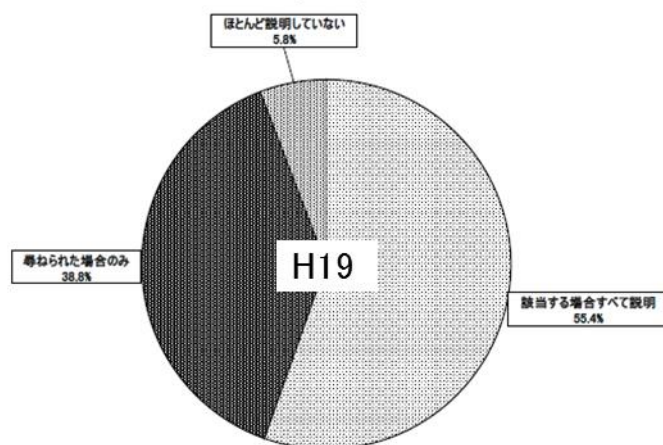


問3-11 アドバイス－障害者手帳の交付－C
(n = 30)



身体障害者への給付制度の内容、身体障害者医療費助成制度、特定疾患治療研究事業（難病助成）については、前回はいずれも 6 割弱であったが、今回は障害者の給付制度の内容についてと難病助成では 5 割を切っていた。

図 1A-3-11f 患者・家族へのアドバイス－身体障害者への給付制度の内容について
(n = 139)



問3-11 アドバイス－障害者への給付制度の内容について－C
(n = 30)

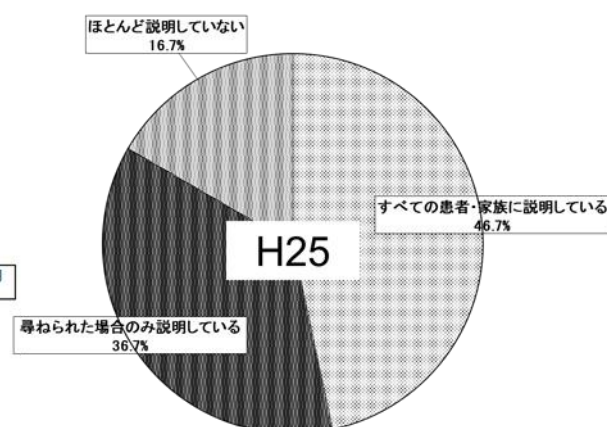
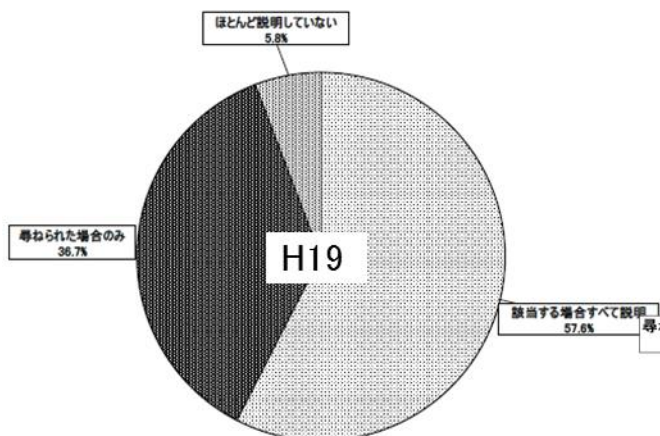


図 1A-3-11g 患者・家族へのアドバイス－身体障害者医療費助成制度
(n = 139)



問3-11 アドバイス－重度障害者医療費助成制度－C
(n = 30)

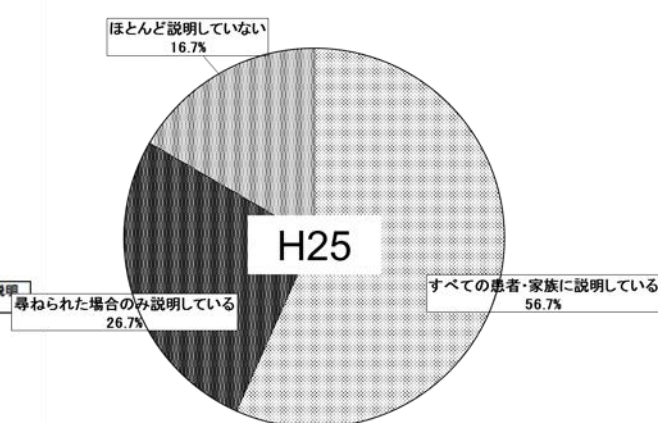
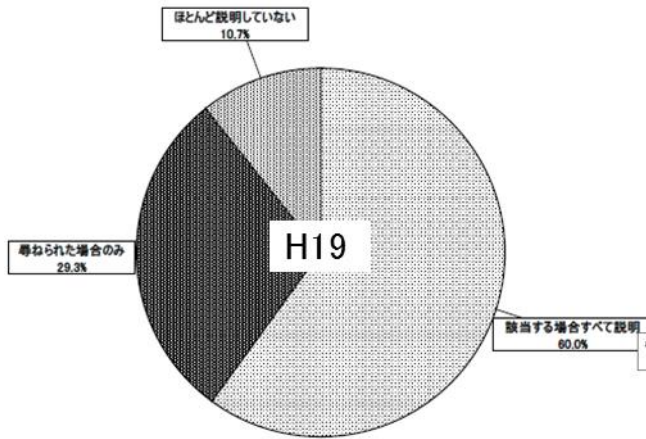
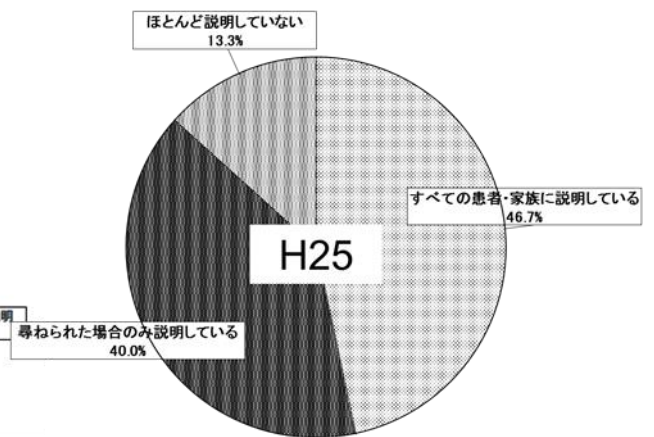


図 1A-3-11h 患者・家族へのアドバイス－特定疾患治療研究事業(難病助成)
(n = 140)

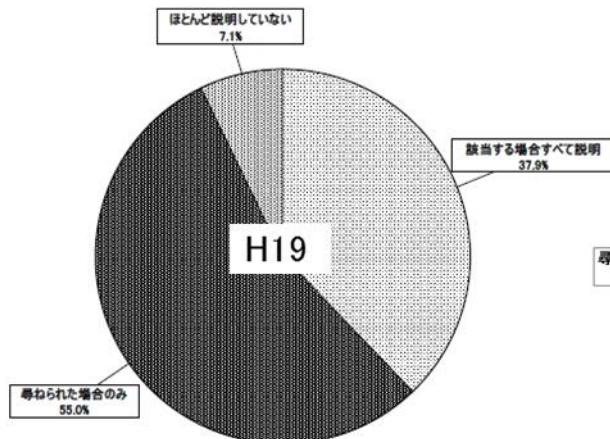


問3-11 アドバイサー－特定疾患治療研究事業(難病助成)－C
(n = 30)

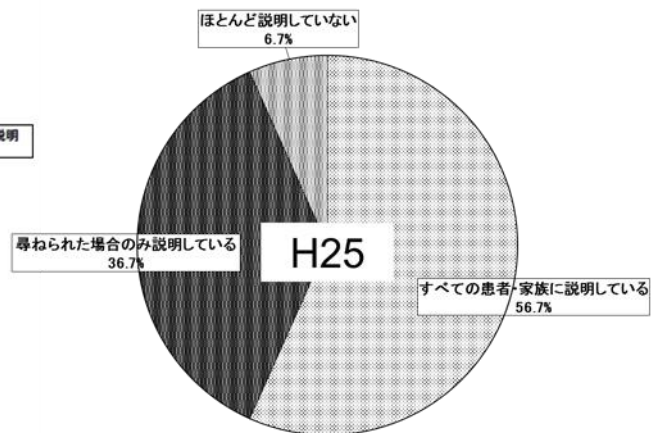


高額療養費貸付制度については「該当する場合すべて説明」の回答は前回 37.9%にとどまっていたが、今回 56.7%と高くなった。

図 1A-3-11i 患者・家族へのアドバイス－高額療養費貸付制度
(n = 140)

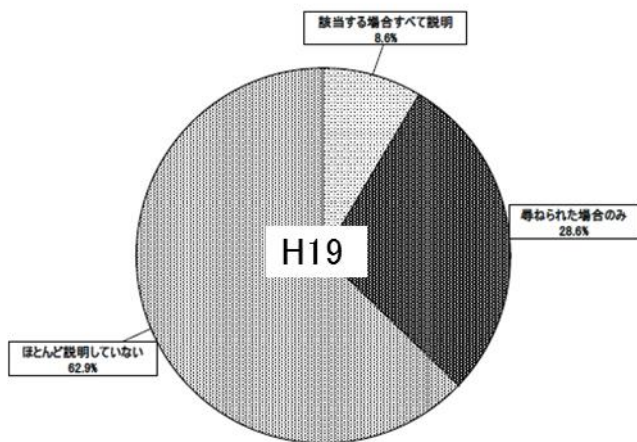


問3-11 アドバイサー－高額療養費制度－C
(n = 30)

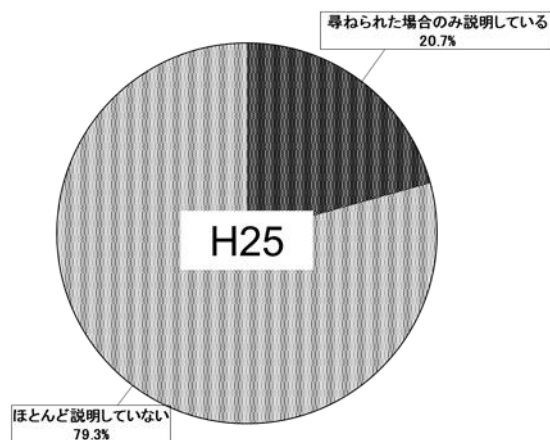


生命保険の生前給付金については前回「該当する場合すべて説明」は 8.6%とわずかでもあったが、今回は 0%であった。

図 1A-3-11j 患者・家族へのアドバイス－生命保険の生前給付金 (n = 140)



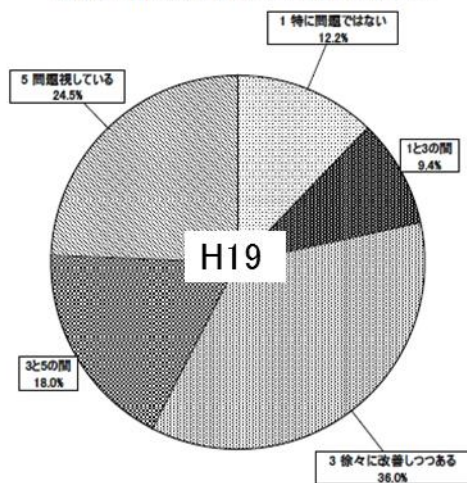
問3-11 アドバイス－生命保険の生前給付金 - C (n = 29)



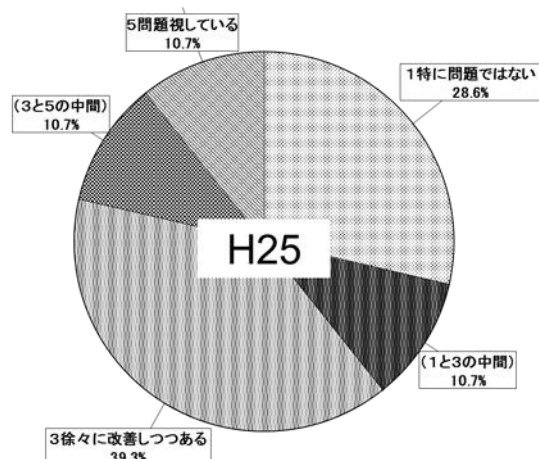
問 3-12. 入院患者の在宅復帰を進める上で問題となる点

在宅重症者医療に対する医師の理解不足については、「1 特に問題ではない」から「3 徐々に改善しつつある」までの和が約 6 割となったであったものが、約 8 割となった。

図 1A-3-12a 在宅復帰を進める上で問題となる点－在宅重症者医療に対する医師の理解不足(n = 139)



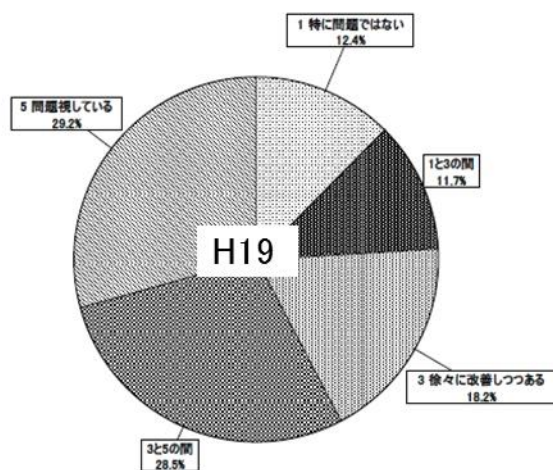
問3-12 在宅復帰の問題点－自施設の状況－在宅重症者医療に対する医師の理解不足 - C (n = 28)



在宅療養支援診療所の周知の不徹底、退院時共同指導の不徹底については、「5 問題視している」との回答がそれぞれ 28.8%、29.2%と最も多く、「3 と 5 の間」との総和が 5 割を

超えていたが、どちらも3割ほどに減った。

図 1A-3-12c 在宅復帰を進める上で問題となる点 -退院時共同指導の不徹底 (n = 137)



問3-12 在宅復帰の問題点 -自施設の状況- 退院時共同指導の不徹底 - C (n = 28)

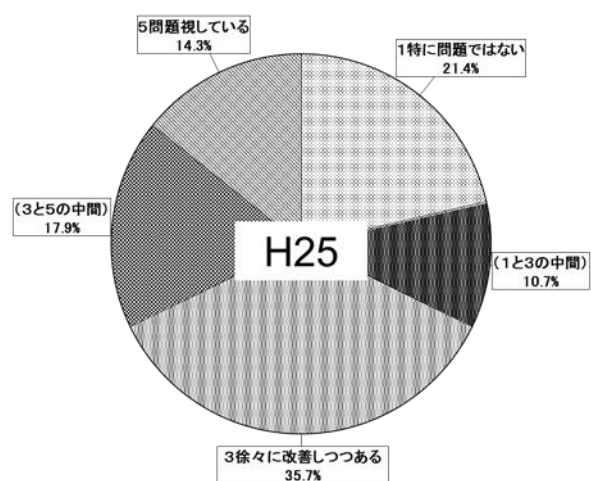
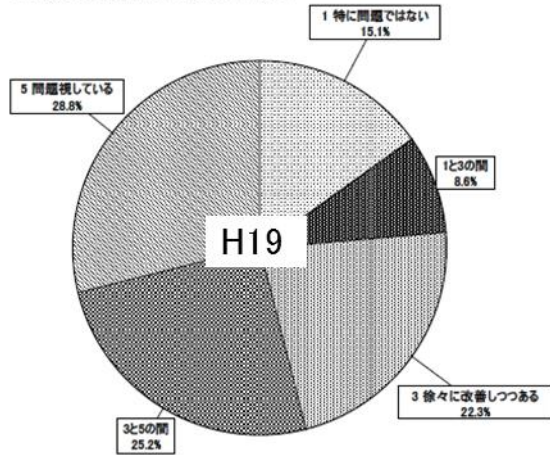
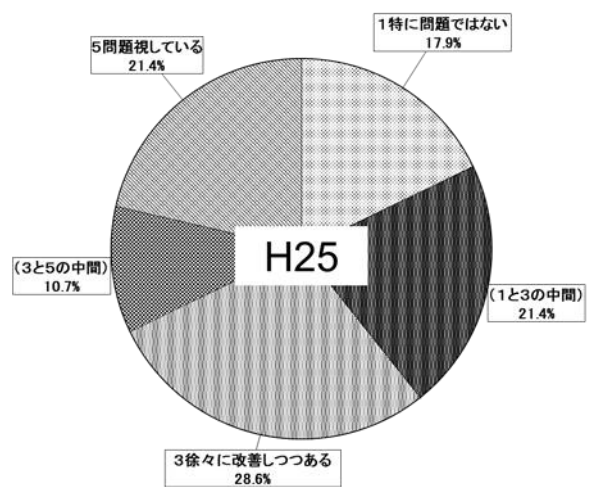


図 1A-3-12b 在宅復帰を進める上で問題となる点
-在宅療養支援診療所の周知の不徹底 (n = 139)

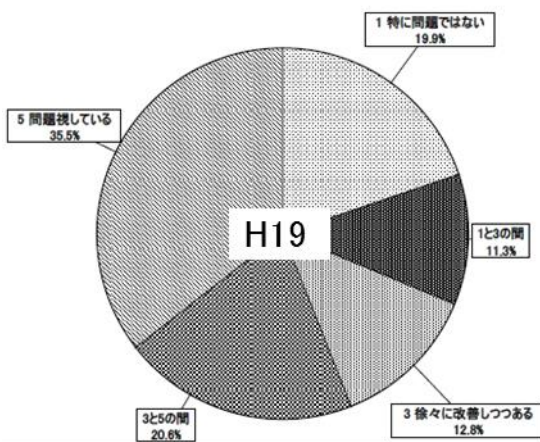


問3-12 在宅復帰の問題点-自施設の状況-
在宅療養支援診療所の周知の不徹底 - C (n = 28)

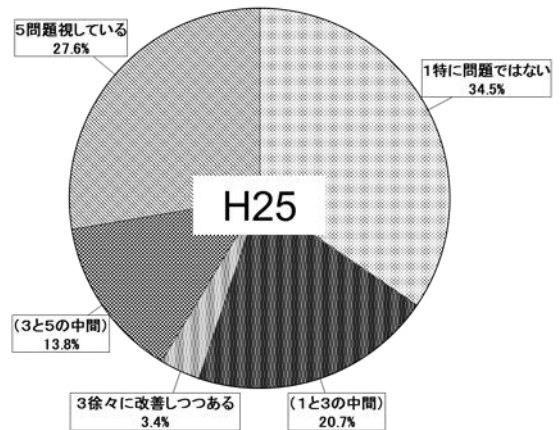


緊急入院のベッド確保の困難さについては「問題視している」が 35.5%と最も高かったが、「1 特に問題ではない」が 19.9%から 34.5%に増えている。

図 1A-3-12d 在宅復帰を進める上で問題となる点
-緊急入院のベッド確保の困難さ(n = 141)

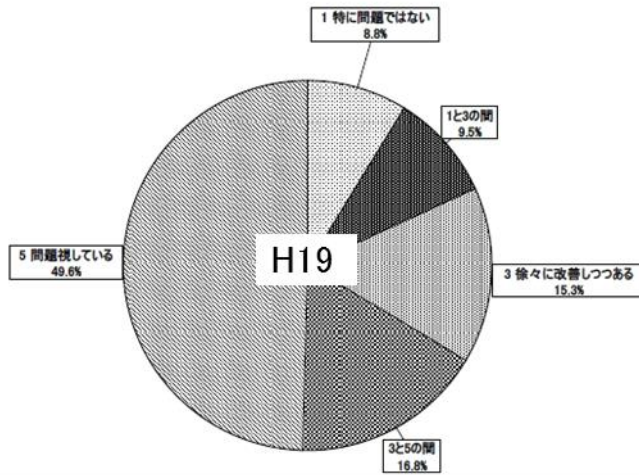


問3-12 在宅復帰の問題点-自施設の状況-
緊急入院ベッド確保の困難さ - C (n = 29)

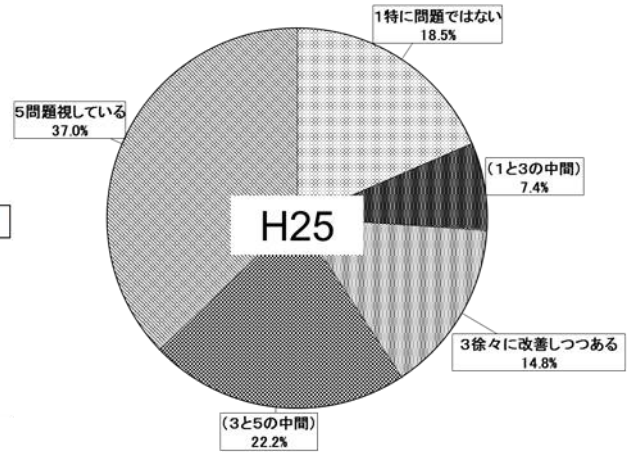


在宅療養支援診療所の不足では、49.6%とほぼ半数が「5 問題視している」と回答していたが、37.0%に低下し、「1 特に問題ではない」が 8.6%から 18.5%に増加している。

図 1A-3-12e 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 在宅療養支援診療所の不足 (n = 137)

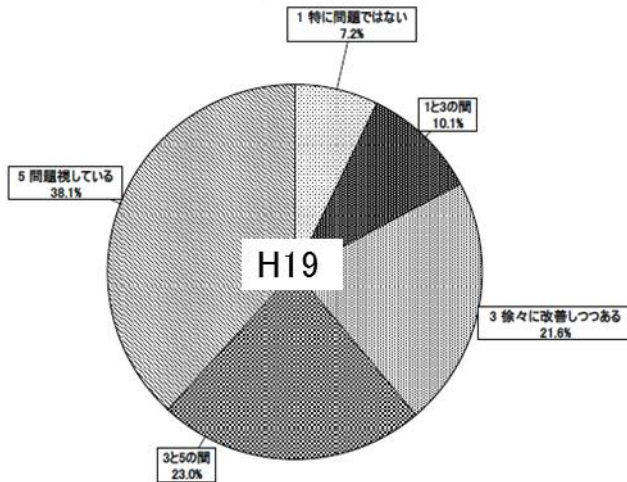


問3-12 在宅復帰の問題点-地域の診療所の状況-在宅療養支援診療所の不足-C (n = 27)



緩和ケアにおける経験の不足、難病ケアにおける経験の不足でも、問題視する回答は多く、3割を超えている。

図 1A-3-12f 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 緩和ケアにおける経験の不足 (n = 139)



問3-12 在宅復帰の問題点-地域の診療所の状況-緩和ケアにおける経験の不足-C (n = 27)

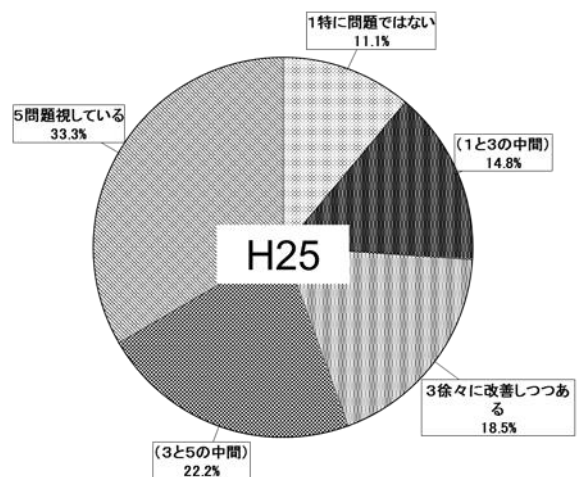
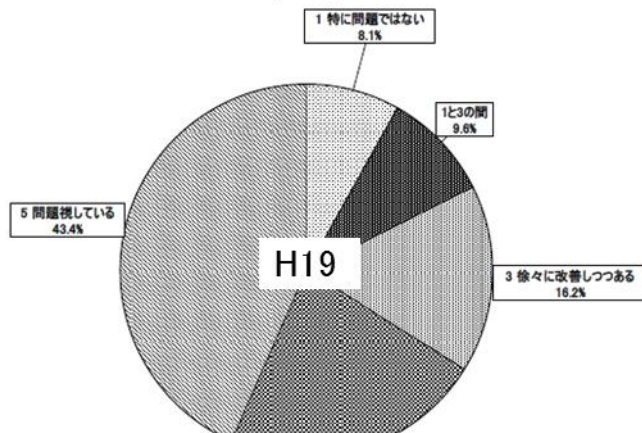
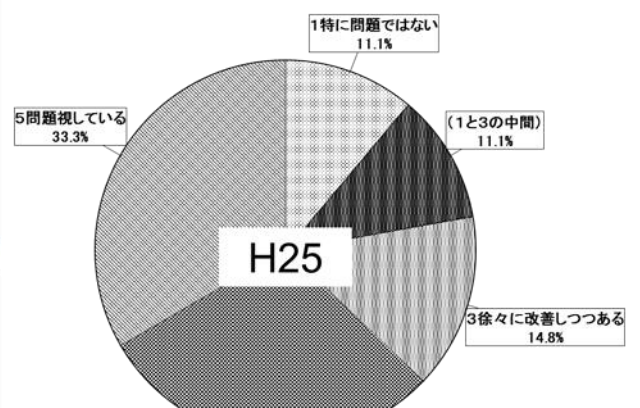


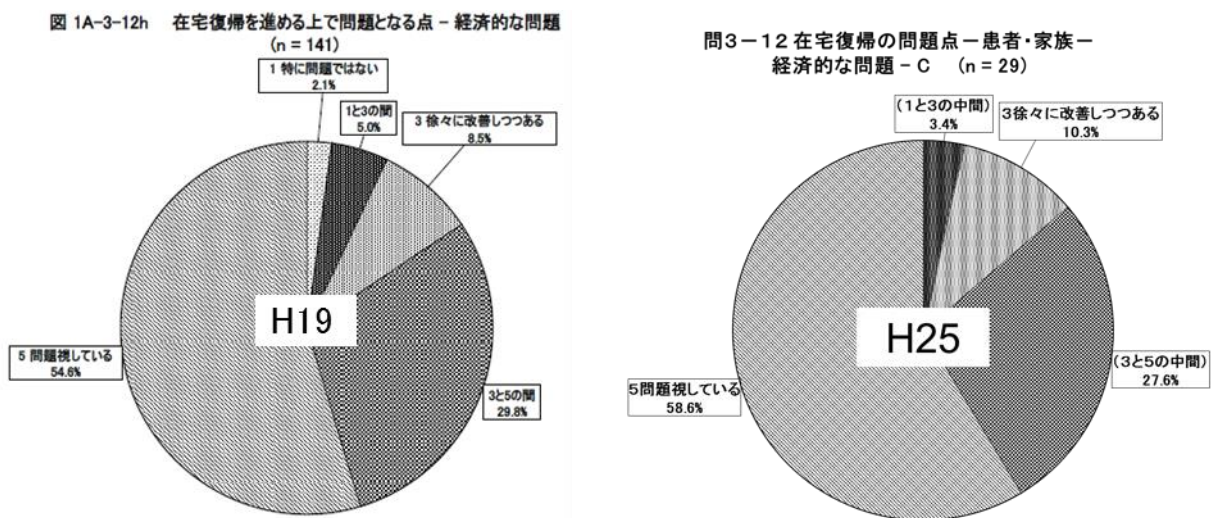
図 1A-3-12g 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 難病ケアにおける経験の不足 (n = 136)



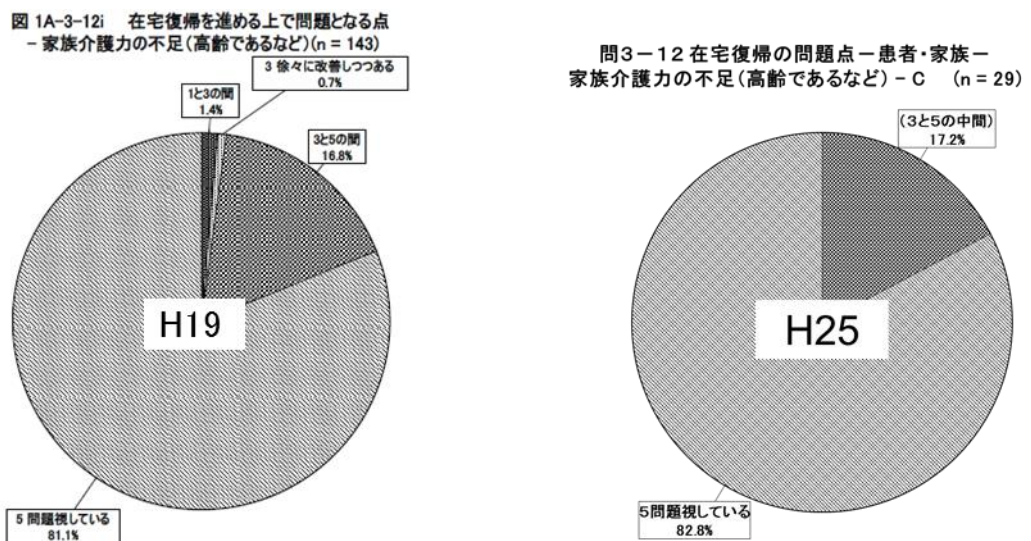
問3-12 在宅復帰の問題点-地域の診療所の状況-難病ケアにおける経験の不足-C (n = 27)



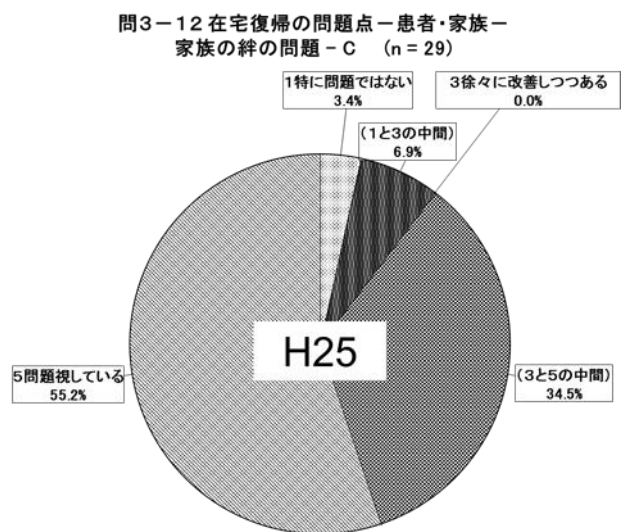
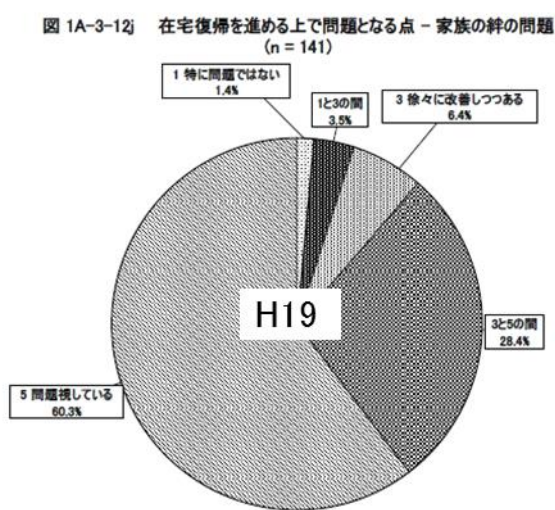
患者・家族の経済的な問題については、「5 問題視している」との回答が前回 54.6%、今回 58.6%と高く「1 特に問題ではない」は前回 2.1%、今回は 0%であった。



家族介護力の不足（高齢であるなど）についてはもっとも重要視されており、「5 問題視している」との回答が前回も今回も 8 割あった。

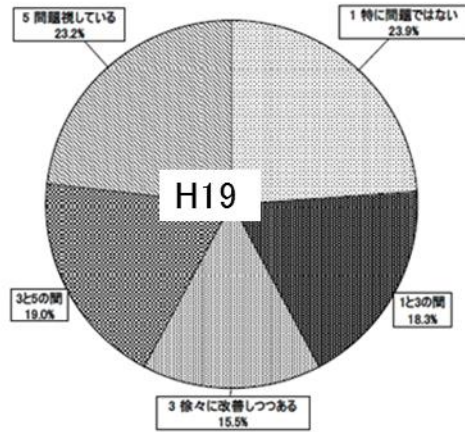


家族の絆の問題についても、「5 問題視している」との回答が 60.3%と高く、今回も 55.2%と高かった。

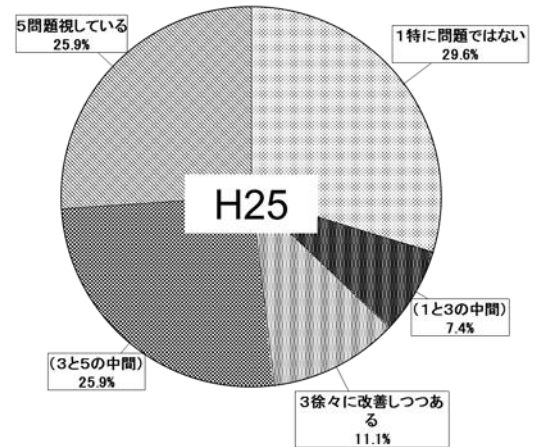


訪問看護事業所の不足については、「1 特に問題ではない」とする答えと「5 問題視している」とする答えが、前回全く拮抗していたが、今回「特に問題ではない」が 29.6%で前回の 23.9%よりもわずかに増えている。

図 1A-3-12k 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 訪問看護事業所の不足 (n = 142)

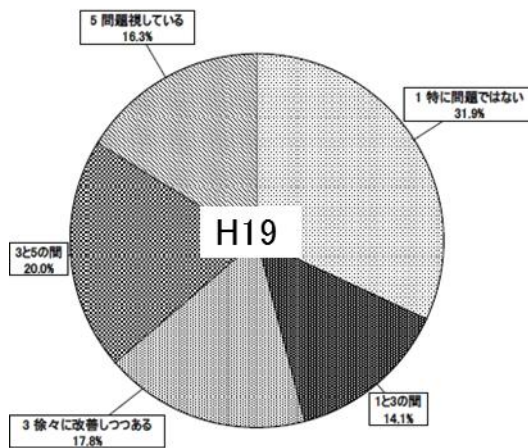


問3-12 在宅復帰の問題点-訪問看護・介護事業所等- 訪問看護事業所の不足 - C (n = 27)

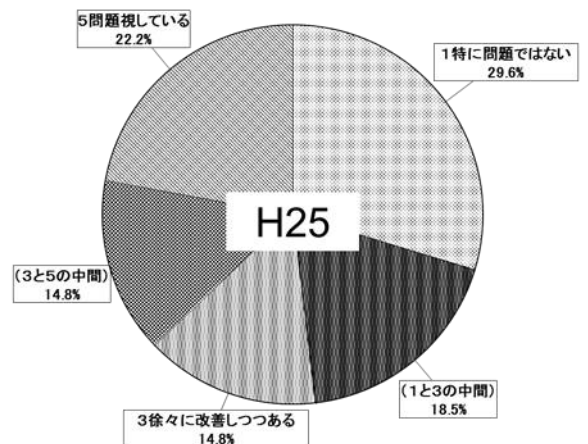


訪問薬剤指導管理を行う調剤薬局の不足については前回も今回も同様の傾向で、「1. 特に問題ではない」が3割ほどであった。

図 1A-3-12l 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 訪問薬剤指導管理を行う調剤薬局の不足 (n = 135)



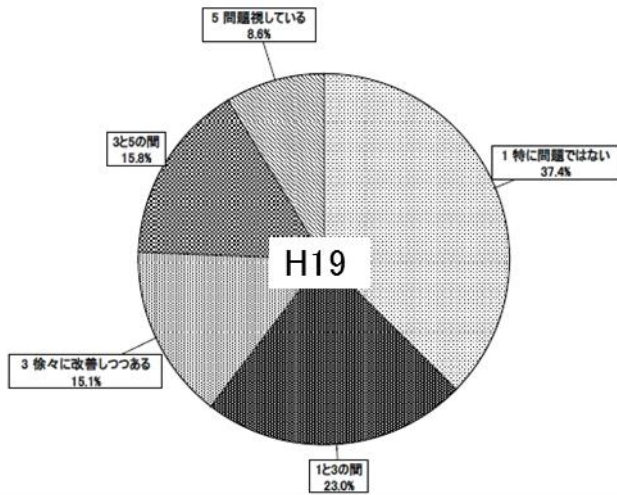
問3-12 在宅復帰の問題点-訪問看護・介護事業所等- 訪問薬剤指導管理を行う調剤薬局の不足 - C (n = 27)



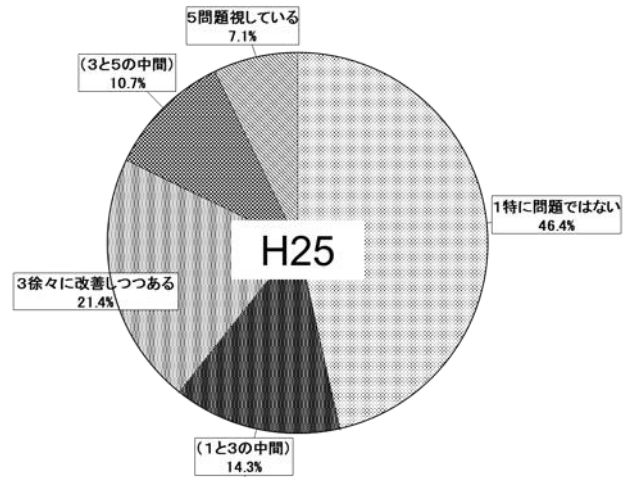
訪問介護事業所の不足については「1 特に問題ではない」が前回の 37.4%より高くなり、

46.4%であった。

図 1A-3-12m 在宅復帰を進める上で問題となる点 - 訪問介護事業所の不足 (n = 139)

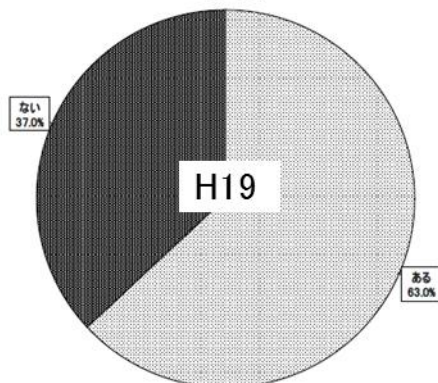


問3-12 在宅復帰の問題点 - 訪問看護・介護事業所等 - 訪問介護事業所の不足 - C (n = 28)

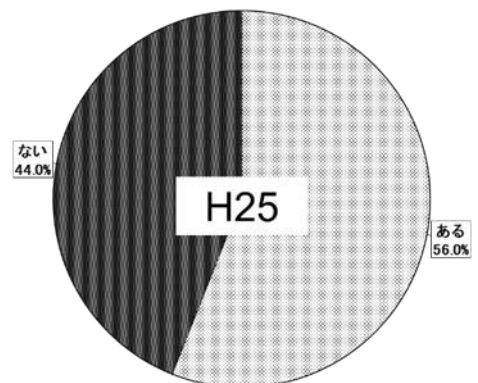


問3-13. 在宅復帰を進めるために、連携室で主体的にはたらきかけている活動
在宅復帰を進めるために、連携室で主体的にはたらきかけている活動については、前回同様約6割が「ある」と回答した。

問1A-3-13 在宅復帰を進めるために、貴連携室で主体的にはたらきかけている活動 (n = 138)



問3-13 主体的にはたらきかけている活動 - C (n = 25)



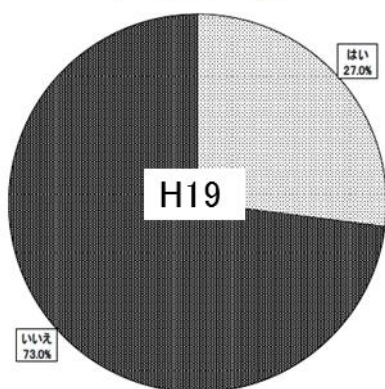
整理 番号	問 3-13 入院患者の在宅復帰を進めるために主体的に働きかけている活動(自由記述)
1	<ul style="list-style-type: none"> ・合同カンファレンス以外に、リハ職と連携室のミニカンファレンスを開催している。他病棟やリハ職とのミニカンファレンスは、随時行っており、頻度も多い。 ・MSWは全担当制でつき必ず患者と家族と関わりをもつ。インテークで収集した情報を用紙にまとめてカルテへはさんで共有できるようにしている。
2	入院後、早期に在宅支援が必要になるケースについて把握し、担当ケアマネージャーに連絡をとり、入院中の状況が退院後必要になる介護サービス等について情報提供を行うようにしている。
3	退院調整委員会を院内で組織し、退院支援とシステム等の作成及び検討を重ね、周知を図っている。
4	退院後の在宅診療、訪問看護の利用を促進している。
5	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリカンファレンスや入退院調整会議に参加して情報共有を図っている。 ・ムンテラやカンファレンスに参加して在宅支援の必要性を訴えている。 ・ケアマネ、院内看護師に向けて、適宜、勉強会を開催している。
6	週2回、定期的に入院、在宅、外来患者、転院依頼の患者についての情報(方向性含む)共有の場をもうけています。又、地域の現状についても町の職員と共に情報共有しています。(定期的に1/W)
7	週に1回病棟師長・副看護部長と退院支援についてのカンファレンスを行っている。
8	研修会等の開催。
9	<ul style="list-style-type: none"> ①早期リハビリを依頼し、出来るだけ廃用しないよう依頼 ②リハビリの回復状況で患者の移動方法に合わせた排泄介助を依頼。 ③食事形態を状態に問題なければ早目に入院前の食事形態へ近づけてもらうよう依頼。 ④病状説明、リハの状況など、ケアマネと家族に同席してきてもらったり見学してもらったりしている。
10	医局に対しては極力カンファレンスに参加するように働きかけている。看護部については、ADL向上の指導やサマリーの充実をお願いしている。またリハ科などの関係部署との連携を密にしている。
11	院内研修
12	退院調整カンファレンス (医師、病棟看護師、PT、OT、MSWで週に1回開催)
13	<ul style="list-style-type: none"> ①地域医療の医療介護福祉関係者が一同に会してディスカッションする研修会を開催している。 ②院内職員への啓蒙を目的として広報誌の発行 ③地域で開催される各研修会等への積極的な参加
14	<ul style="list-style-type: none"> ・退院支援委員会活動(看護局) ・病棟リンクナース配置 ・研修会企画(看護局教育委員会)
15	リハビリテーション科ということもあり、患者さんのほとんどが介護保険を利用できる状態にあります。ですので看護部と連携して介護保険の利用方法の周知を徹底しております。必要に応じて社会資源の紹介や利用方法を説明しております。
16	療養支援ナース委員会をH25. 4月～開始。在宅療養に必要な知識について、学習会等を行っている。

【4. 連携している地域診療所について】

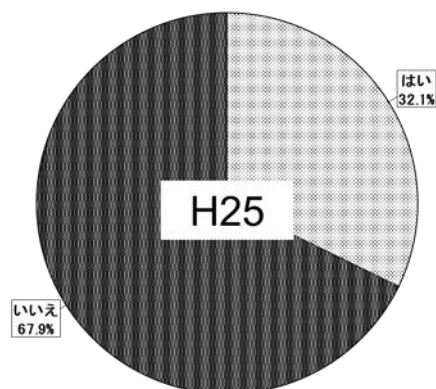
問 4-1. 地域連携退院時共同指導料 2 の算定

地域連携退院時共同指導料 2 を算定したかという問いについては、「はい」と答えたのは前回 27.0%のみで、今回も 32.1%であった。

問1A-4-1 地域連携退院時共同指導料2を算定したか
(n = 138, 2007年1~12月)



問4-1上 退院時共同指導料2を算定しましたか-C
(n = 28)



問 4-1-1. 地域連携退院時共同指導料 2 の算定－診療所数・患者数

地域連携退院時共同指導料 2 を算定した相手が診療所の場合については、前回の平均 11.9ヶ所、今回も 11.4ヶ所と変わらず。患者数は前回 56.3人であったが、今回は 19.1人であった。

図 1A-4-1-1a 地域連携退院時共同指導料2を算定した診療所数
(n = 31, m ± σ = 11.9 ± 25.5, 自由記載)

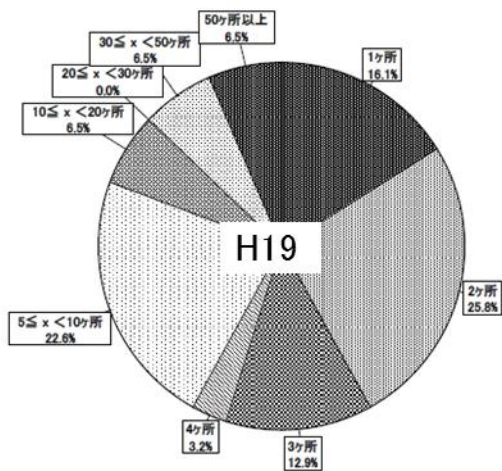
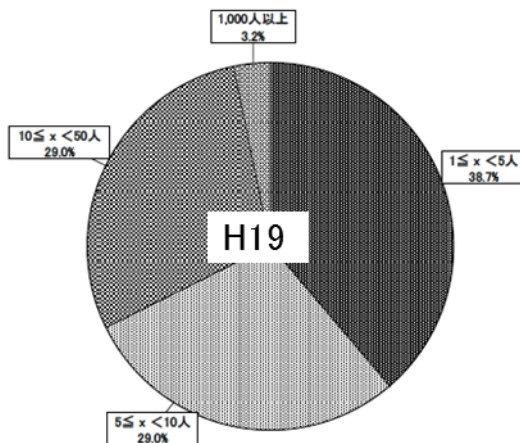
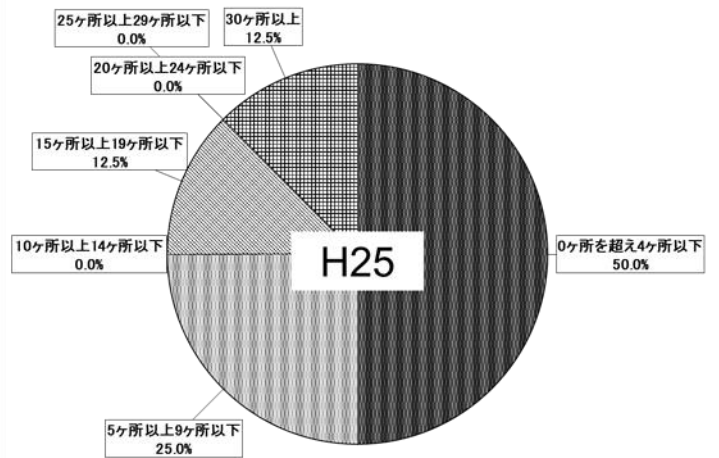


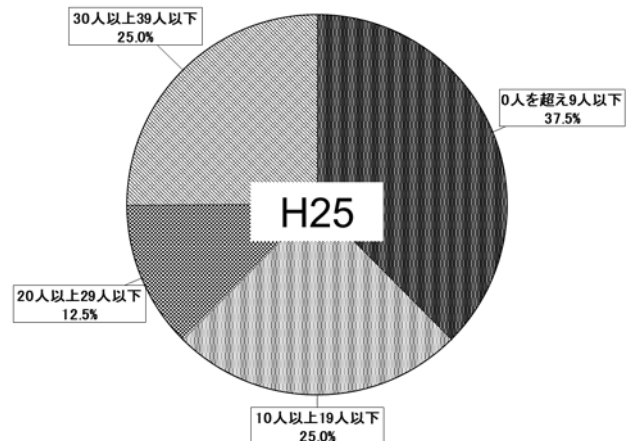
図 1A-4-1-1b 地域連携退院時共同指導料2を算定した患者数
(n = 31, m ± σ = 56.3 ± 254.7, 自由記載)



問4-1-1上 退院時共同指導料2での連携-診療所総数-診療所数-C
(n = 8, m ± σ = 11.4 ± 15.5)

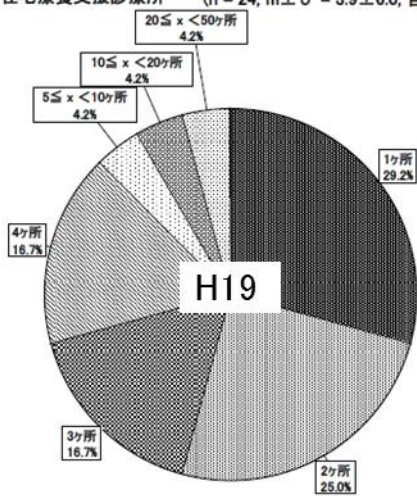


問4-1-1上 退院時共同指導料2での連携-診療所総数-患者数-C
(n = 8, m ± σ = 19.1 ± 13.2)



地域連携退院時共同指導料2を算定した相手が在宅療養支援診療所の場合については、前回平均3.9ヶ所、今回平均4.8ヶ所、患者数は前回8.4人が今回16.0人であった。

図 1A-4-1-1c 地域連携退院時共同指導料2を算定した診療所数
-在宅療養支援診療所 (n = 24, m ± σ = 3.9 ± 6.0, 自由記載)



問4-1-1上 退院時共同指導料2での連携—うち支援診—診療所数 - C
(n = 6, m ± σ = 4.8 ± 5.4)

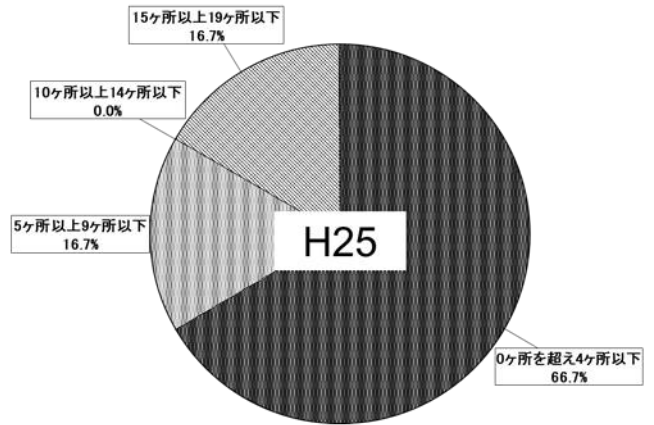
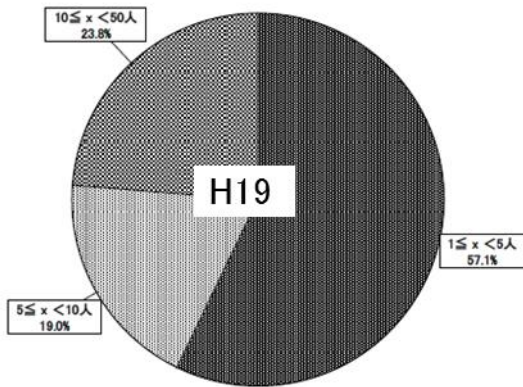
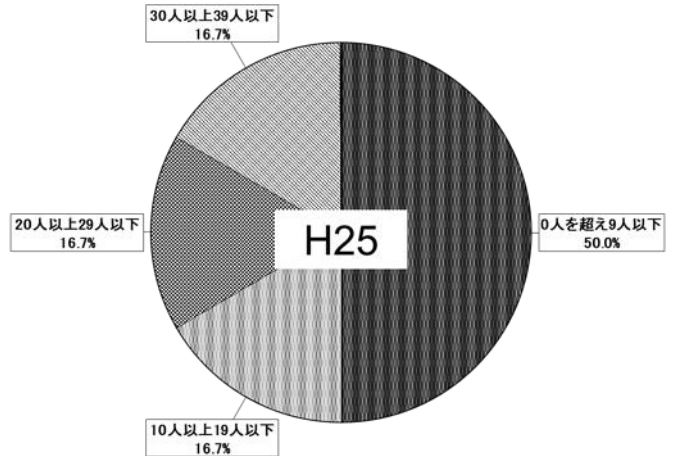


図 1A-4-1-1d 地域連携退院時共同指導料2を算定した患者数
-在宅療養支援診療所 (n = 21, m ± σ = 8.4 ± 10.2, 自由記載)

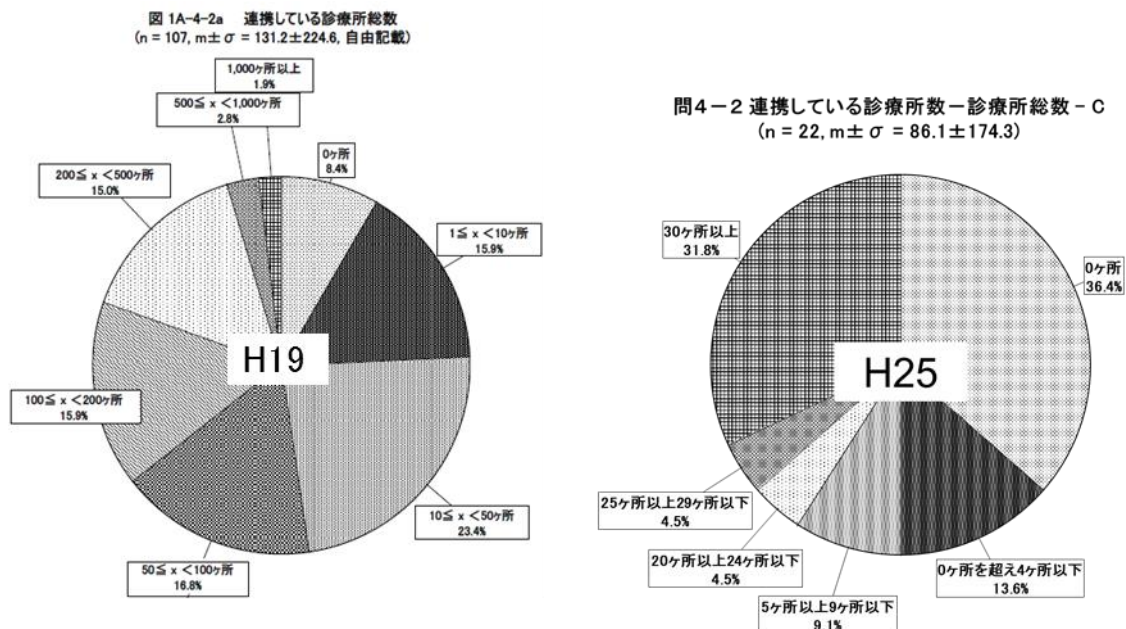


問4-1-1上 退院時共同指導料2での連携—うち支援診—患者数 - C
(n = 6, m ± σ = 16.0 ± 12.3)



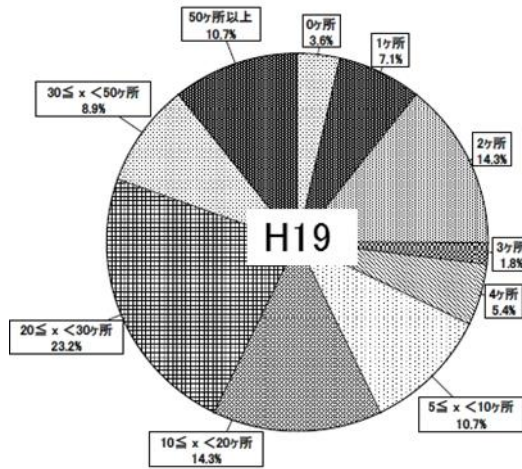
問 4-2. 連携している診療所数

連携している診療所数については、前回の平均 131.2 ケ所、今回は 86.1 ケ所であった。



連携している診療所の個々の対応内容については、在宅酸素、胃瘻・経管栄養、中心静脈栄養が多く、それぞれ前回の平均は 19.4 ケ所、18.8 ケ所、14.5 ケ所であったが、今回は対象病院も様々であり、なおかつサンプル数が少なく、評価が難しいが、今回のそれぞれの平均は 8.8 ケ所、2.1 ケ所、6.2 ケ所、4.6 ケ所であった。緩和医療については前回平均 10.2 ケ所、今回は 3.2 ケ所。 24 時間対応は前回 8.9 ケ所で今回 3.0 ケ所であった。

図 1A-4-2b 連携している診療所数 - 在宅酸素
(n = 56, m ± σ = 19.4 ± 21.1, 自由記載)



問4-2 連携している診療所数 - 在宅酸素 - C
(n = 14, m ± σ = 8.8 ± 12.1)

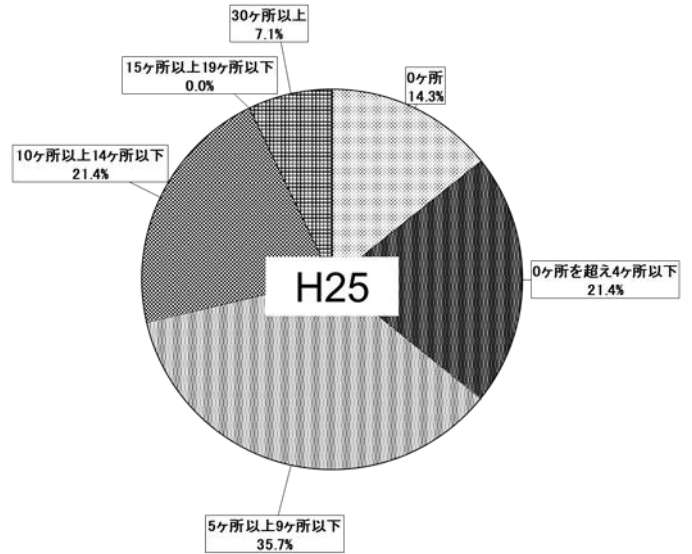
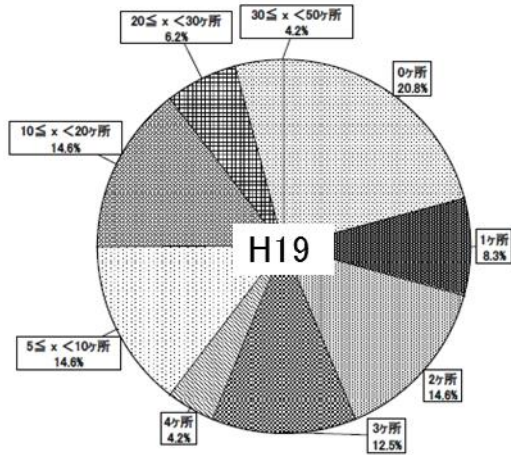


図 1A-4-2c 連携している診療所数 - 人工呼吸器
(n = 48, m ± σ = 6.5 ± 9.0, 自由記載)



問4-2 連携している診療所数 - 人工呼吸器 - C
(n = 8, m ± σ = 2.1 ± 1.3)

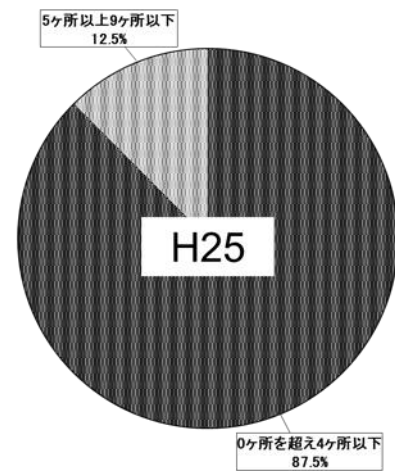
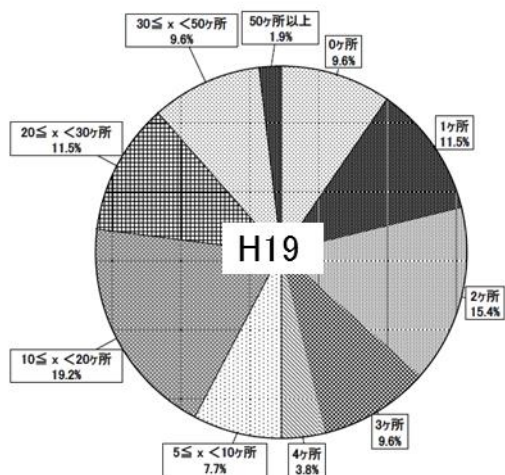


図 1A-4-2b 連携している診療所数 - 気管切開
(n = 52, m ± σ = 11.3 ± 13.6, 自由記載)



問4-2 連携している診療所数 - 気管切開 - C
(n = 10, m ± σ = 2.8 ± 2.2)

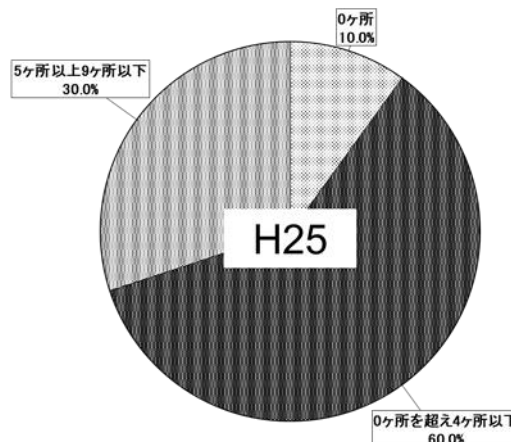
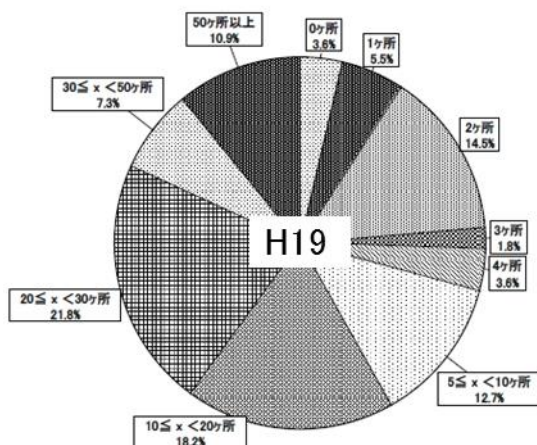


図 1A-4-2c 連携している診療所数 - 胃瘻、経管栄養
(n = 55, m ± σ = 18.8 ± 20.6, 自由記載)



問4-2 連携している診療所数 - 胃瘻、経管栄養 - C
(n = 14, m ± σ = 6.2 ± 4.7)

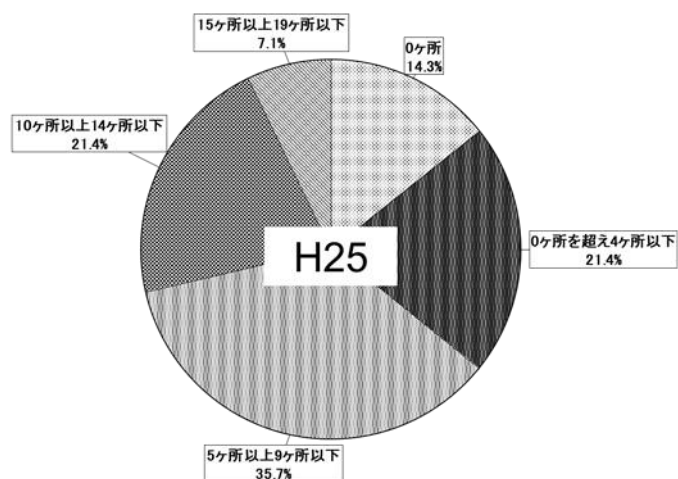
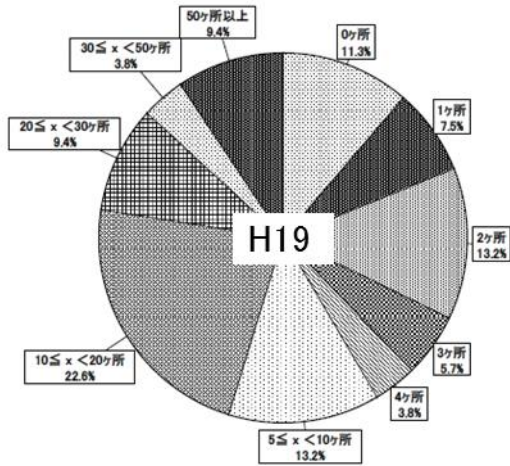


図 1A-4-2b 連携している診療所数 - 中心静脈栄養
(n = 53, m ± σ = 14.5 ± 20.3, 自由記載)



問4-2 連携している診療所数 - 中心静脈栄養 - C
(n = 10, m ± σ = 4.6 ± 3.6)

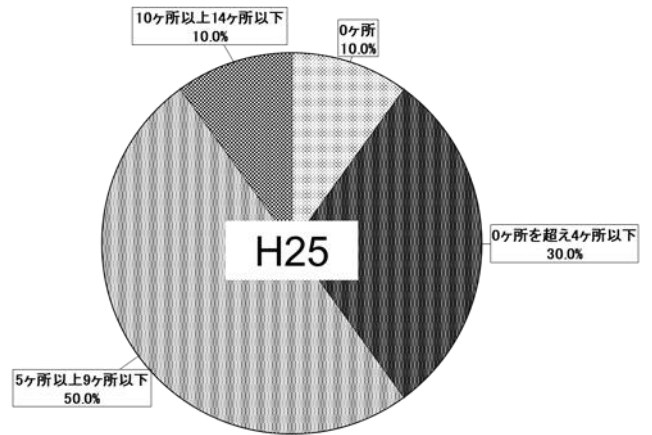
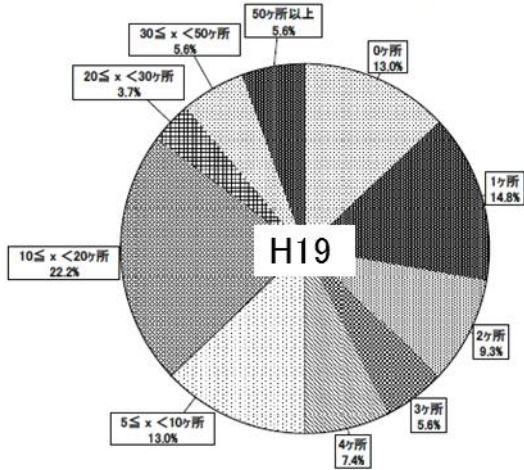


図 1A-4-2c 連携している診療所数 - 緩和医療
(n = 54, m ± σ = 10.2 ± 13.7, 自由記載)



問4-2 連携している診療所数 - 緩和医療 - C
(n = 12, m ± σ = 3.2 ± 3.1)

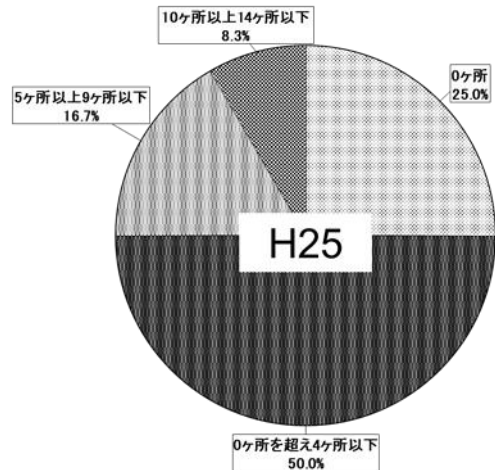
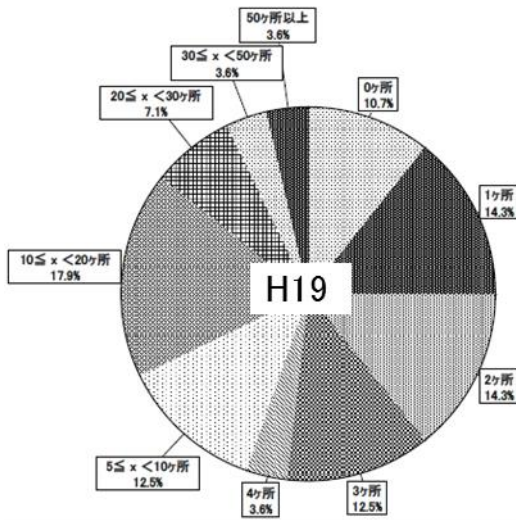
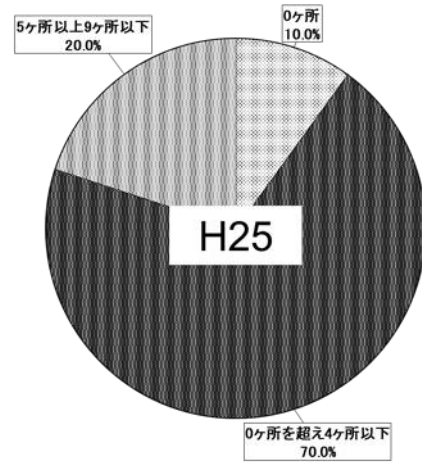


図 1A-4-2h 連携している診療所数 - 24時間対応
(n = 56, m ± σ = 8.9 ± 12.0, 自由記載)



問4-2 連携している診療所数 - 24時間対応 - C
(n = 10, m ± σ = 3.0 ± 2.3)



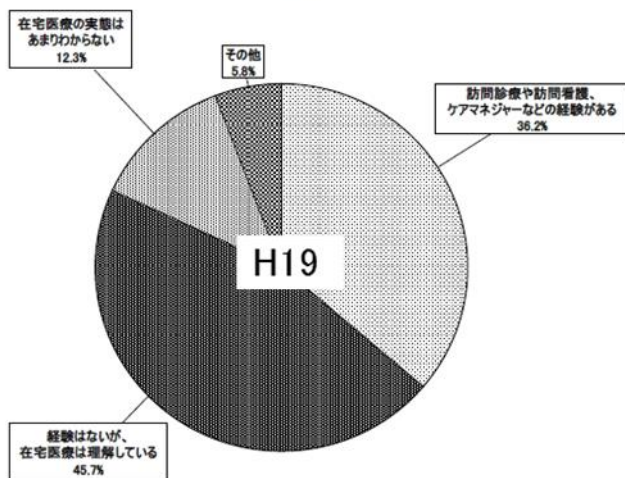
【5. 在宅医療研修について】

問 5-1. 連携室スタッフの在宅医療の知識経験

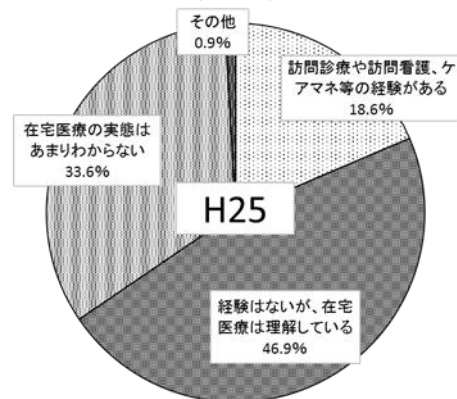
前回の尋ね方は連携室全体でひとつを選択するというもので、今回は各々に該当する人数を聞いたため、比較ができないので、今回の内容を記す。

連携室スタッフの在宅医療の知識経験については、「訪問診療や訪問看護、ケアマネジャーなどの経験がある」が 18.6%と低く、「在宅医療の実態はあまりわからない」方が 33.6%と高かった。

問1A-5-1 連携室スタッフの在宅医療の知識経験
(n = 138)



連携室スタッフの在宅医療の知識経験について
(n = 113)



問 5-2. 連携室スタッフの在宅医療の知識経験

前回の尋ね方は連携室全体でひとつを選択するというもので、今回は各々に該当する人数を聞いている。また今回は「在宅医療の現場を見学し、研修を受けたことがある」を加えた。比較ができないため、今回の内容を記す。

「在宅医療の現場を見学し、研修を受けたことがある」が 24.8%、「受けてみたい」が 46.9%で、希望はあるが実現しない状況があるようだ。

