

## 令和5年度「村山地域入退院支援の手引き」の運用に関するアンケート 集計表

### 居宅介護支援事業所（小規模多機能含む）各ケアマネジャー（回答数：236）

サービス等種別（一つ選択）	回答数	割合（%）n=236
1 居宅介護支援事業	214	90.7
2 小規模多機能型居宅介護	21	8.9
3 看護小規模多機能型居宅介護	0	0.0
無回答	1	0.4
合計	236	100.0

記入者がお持ちの資格（複数選択可）	回答数	割合（%）n=236
1 主任介護支援専門員	109	46.2
2 介護支援専門員	236	100.0
3 その他	26	11.0
介護福祉士（18） 社会福祉士（6） 看護師（3） 社会福祉主事（3）	計画作成（1） 保健師（1） 保育士（1） 幼稚園教諭（1）	
合計	371	—

Q1 手引きを確認しながら業務を行うなど活用していますか？		
	回答数	割合（%）n=236
1 活用している	126	53.4
2 活用していない	109	46.2
無回答	1	0.4
合計	236	100.0

#### （1）活用して良かったと思える点について教えてください。

- \* 医療・介護両社の事情や、なぜその業務が必要なのかも記載されているために、連携感が生まれると感じる。利用前は、病院側はいつ何が必要なのか、また逆に、病院側から聞きそびれてしまいがちな情報は何かなどがわからなかったがこの手引きで理解できた。『入院情報を速やかに把握するため、担当ケアマネジャー等が行う工夫例』は、一人暮らしが多い弊事業所にとってとても参考になった。
- \* 活用することで、家族の状況を踏まえて退院調整がスムーズになる。
- \* ケアマネージャーとしての経験が浅いため、手引きがあると手順がわかりやすく参考になり良かった。
- \* とても詳しい。
- \* 退院後の生活に向けて、生活上重要な点や目標など、病院との情報共有がスムーズにできるようになった。
- \* 一連の流れについて確認している
- \* 再確認ができ、早めの段階からスムーズな調整が行える。
- \* 入退院時の流れの確認等の際に活用しています。
- \* 入院時の情報提供について活用している。どのような情報を提供するかが明解に書かれているので提供内容に迷う事がない。
- \* 入院先の病院との情報共有ができ、入院の段階で退院後の生活について具体的に医療連携室と話し合いができる。話し合った内容は随時、医師へ伝達されるので退院調整もつきやすいと感じている。
- \* 以前から連携は行っていたが、入院されている病院への連絡がしやすくなっている。
- \* 確認しながら業務を進められる点

- \* 入退院時、在宅生活において支援に不足していることがないか確認できるため。
- \* 退院時における、準備が整う。
- \* 情報提供がしやすい。
- \* 病院との連携が取りやすい。
- \* 入退院時の病院内の流れが分かること
- \* 医療連携が図りやすい
- \* 業務に抜けがないかの確認ができる為。
- \* 流れを確認することができていい。新人ケアマネに指導するときに活用できる。
- \* ケアマネが入院時情報提供を行うのと同時に訪問看護事業所でも看護サマリーを提出してもらえるようになった事
- \* 分かりやすい
- \* 病院とのやり取りがスムーズ
- \* 流れの確認に役立つ。
- \* 病院の方々が知りたい情報を正確にお伝えできる。
- \* 利用者の情報共有がスムーズにできる。
- \* タイミングが分かりやすく良い。自信をもって連携できる。
- \* 入院時情報提供書の様式を利用することでスムーズに情報の受け渡しが行えること
- \* 連携が図りやすくなる。利用者、ご家族の意向を伝えやすい。
- \* 手順がはっきりしている
- \* 提供内容の再確認
- \* 家族との関係性や介護状況など早めに伝えることができ、スムーズな支援につながった。
- \* 電話で情報提供しても、書面で情報いただきたいと言われることが多いです。医療との連携に活用しています
- \* フローチャートがあり、入院後の連携の流れについてとても分かりやすかった。
- \* 記入がスムーズ
- \* チェック式であり使いやすい。
- \* 役割が明確化されており、実施しなければならない内容がわかりやすくなった。
- \* 病院へ在宅生活の状況を知らせる事が出来るので退院後の生活を病院と共有しやすい
- \* 入退院の流れがわかりやすかったです。
- \* 病院のSWが欲しい情報が記載されているので助かっています。
- \* 病院が必要とする情報が何なのか分かり、情報書に記載しやすい。
- \* 各病院ごとに一覧になっているので分かりやすい
- \* 病院に伝えたい事が網羅されている。
- \* 入院、退院時の対応方法がわかりやすく、支援時の流れなど参考できる。
- \* 医療機関との連携が高まり、円滑な退院支援に繋がった
- \* 特にありません
- \* 病院との連携がスムーズになった
- \* 双方の提供してもらいたい情報についての理解
- \* 手順に従えばまず間違いがないので、大変良い。
- \* 流れを再確認し身についたから
- \* 病院との連携が取りやすくなった。
- \* 退院までの流れがスムーズにできた。
- \* 簡潔に入力出来て良いと思う。
- \* 情報提供しやすい
- \* 必要な情報や準備するものが分かりやすい。
- \* 情報がまとまっている。
- \* わかりやすく情報がまとまる。
- \* 情報がまとまっている。
- \* 担当利用者が入院した時の情報連携の流れについて確認できた。
- \* 支援の流れがわかりやすく自分の中で整理できる。
- \* 実調時に活用
- \* 実調の時に活用している。

- \* 退院支援の流れ、必要なこと等を確認できる。
- \* 共通認識のもと支援ができる。
- \* 病院ごとの連絡先を確認しながら対応できる。
- \* 入退院の流れがスムーズになった
- \* 病院との情報共有が速やかに出来るようになった。
- \* 入退院フローは、おおまかな所は動いている。関連機関一覧、特に病院の情報は時々確認することがある。
- \* 安心して対応できる
- \* 病院との連携がとりやすい
- \* 記入の際内容を確認できる。今後の連携に関する動きが理解できる。
- \* 利用者の入院時、連絡先の確認等ができるし、流れの確認ができる。
- \* 不明な点の確認
- \* 手順の再確認に有用だった
- \* 気兼ねなく連絡ができる
- \* フローがあり分かりやすい。病院では地域医療担当部署での受け入れが良くなった。
- \* 入退院時に家族と医療関係機関とうまく連携できるよう活用している。
- \* 手順などが細かく記載されており、わかりやすい。以前より病院との連携を図りやすくなった。
- \* 入退院時に家族と医療関係機関とうまく連携できるよう活用している
- \* 医療依存度が高い利用者のケース等、情報が必要な時、スムーズに情報共有ができた
- \* 入院時の情報シートがあることで、確認もれの項目があまりなく利用できるところが良いと思います。
- \* 病院の相談員との繋がりが持てる。
- \* 入退院時の情報共有する流れがわかっていい。
- \* 病院でも入院の段階でケアマネと連携をするという位置づけができていて連絡しやすい。
- \* 入院中から病院との連携がとれる。現状の報告を受けられたり退院に向けて早くから行動ができる。退院後必要と思われるサービスの空き状況など確認できる。退院時慌てて準備することなくできる。
- \* 記入しやすく、病院とも連携しやすいと思います。
- \* 伝えるべき項目が分かりやすい。
- \* どのケースにも統一した情報を提供できる。加算の算定が出来る。
- \* 情報共有しやすい。
- \* 入退院時のフローが分かった
- \* 入退院の手順について確認できた。
- \* 病院との連携が取りやすくなっている点
- \* 入退院の際の支援の流れを再確認できる。
- \* 医療機関の連絡窓口が分かる
- \* 退院支援時の本人の状態把握がスムーズ
- \* 質問したいことが網羅されている。
- \* 退院時の情報提供や連携が他職種で行え、本人の希望に添った在宅生活のアドバイスが役に立ちました。
- \* 定型の情報を出すことで入院前のイメージをつけてもらった
- \* あまり関わりのない病院との連携がしやすくなった。
- \* スムーズに連携が行える
- \* 実務で入退院者を支援する際、円滑に業務が進められる。
- \* 流れがわかる
- \* 流れや指標に役立つ
- \* 入院時や、退院の準備にかかわる時に病院から連絡があることで、早めに動くことができ退院に向けた準備がスムーズに行うことができた。また、家族が思い違いをしていることもあり、確認することができ助かる。
- \* 連携がとれる
- \* 本人、家族の意向が伝えられる。
- \* 入院時情報提供書を担当窓口に提出するタイミングが確立出来た事で、その後担当医療相談員の方と情報交換や退院に向けた情報提供を含む支援が密に行えるようになった。

- \*自分の思い込みではなく、正しい手順や情報を意識しながら業務を行うことができる。
- \*病院側が入院早期に提供してもらいたい情報が書いてあるため、情報提供がしやすかった。
- \*病院側が提供してもらいたい情報等を知ることができ助かります。
- \*病院との連携がスムーズに行えるようになった。
- \*入退院支援について、明確に記載されている。
- \*必要な情報をまとめやすい。
- \*情報をまとめられる。
- \*流れがわかりやすい
- \*退院時に話がスムーズに進む
- \*入院・退院時に迅速に動くことができる。退院後に早期にサービスにつなげることが出来安心して退院という運びができる。各サービスと退院前にある程度の情報が共有できる。
- \*病院のソーシャルワーカーより入院時の状態など、必要な情報を得る事ができる
- \*入院時当事業所の（情報提供書）様式で状況報告しているが、入院時に必要な事項が記載されているか確認するために手引きがあつて良かった。
- \*情報提供にあたり、その内容が必要か否か確認できて良かった。（手引きを活用することで本当に必要な情報をわかりやすいように提供できる。
- \*入院中の情報共有が行いやすくなり、退院支援へスムーズにつながっていると思われるため

## (2) 活用して悪かったと思える点について教えてください。

- \*特にありません。
- \*記入箇所が多くあり、入院という突然に起きる出来事であるにも関わらず早めの情報提供が求められる中で、作成に時間がかかり早めに提供する為には、他の仕事も抱えている為、精神的に負担になる。
- \*退院支援について、特に困ったことはない。
- \*情報共有がされていないこともあった
- \*病院によって少しずつ対応が違っていること
- \*作成した情報が連携室止まりで病棟スタッフが把握していなかったケースがあったので周知されていないと感じた
- \*細かすぎる部分は理解しにくいし、病院側との相互理解がないと成り立たないと感じる。
- \*入退院を何度も繰り返している方に関しては重複する部分が多いため、情報提供書を再度送るか判断に迷うところ
- \*病院側が返信してくれるような書式にしてほしい。
- \*特にありませんが、作成が平成 31 年なので、改めて見直すことはないのでしょうか？
- \*病院によっては手引きのことを理解していないところもあった
- \*退院時に手引きの内容に沿わない対応をされるとやきもきします。
- \*状況に合わない動きに迷うことがある。
- \*フローチャートが若干分かりにくい
- \*地域により様式が異なるため、統一化を図る必要があるのではないかと。厚労省様式（内容が不足している）山形市様式、河北町様式、北村山様式など、記載内容を統一するか検討。
- \*手引きを見ないと活用が難しいので、活用になかなか至っていない事
- \*書式が細かくて見にくい。
- \*事務量の増加。
- \*書きづらい
- \*病院によってもやり方等が違う点
- \*看護師により、本人の状態報告がかなり異なっていたので戸惑った。
- \*ケアプラン情報は活用されているのか疑問に思う時があった
- \*はし
- \*3日以内は困難
- \*もっと生活に即した ADL、IADL 情報がほしい。
- \*今年から担当になり、よくわからない
- \*病院側が活用できているかわからない時がある

## 手引きを活用していない理由を教えてください。

- \* R4, 7月事業所開設。手引きの周知運用が抜けてしまいました。大変申し訳ございませんでした。
- \* 地域密着型の事業所のため、山形市の入退院支援フローで済んでいる。
- \* 山形市入退院支援フォローを活用している。
- \* 山形市独自の手引きを使用している。
- \* 流れの把握ができていないため
- \* 常に持ち歩いていない
- \* 手引きを確認せず、電話などで確認をしてしまう。
- \* 必要時は確認するが、その都度の確認作業はしていない。
- \* 日々の業務に追われ活用しきれていない
- \* 山形市のフロー図を参考にしているから
- \* 山形市の入退院支援フローを活用しているため
- \* 以前は目を通していましたが、ここしばらく病院との直接のやり取りで間にあったため。
- \* 違う書式を使用しているため
- \* 活用する機会がない。
- \* 入院時、病院との連携がとりやすくなっているため。
- \* ケースの動向激しく臨機応変に対応しているので活用していない。
- \* これまでの経験に沿って支援しており、特別支障も感じていない為
- \* これまでも医療機関との連携を図ってきた経験から手引きの必要性は正直感じていない。
- \* 大体の流れはわかっているので、都度確認はしていない
- \* 特に意識をして読んだことはなかった。
- \* 手引きがあることは知っていたが、今後利用していきたいと思います。
- \* 昨年度は入退院支援がたまたま少なかったこともあり手引きを再確認する機会がなかった。
- \* 手引きを一通り読んだので常に活用しているわけではなく、手引きの内容を念頭においている。
- \* 確認しなくても連携に必要な情報提供ができていた認識。
- \* 手引きをもっていない
- \* まだその提案をするに至っていない
- \* その人により状況が違うから
- \* まだ入退院の支援を行っていない為
- \* 病院やご利用者様の状況によって違うため
- \* フローチャートを活用しなくても円滑に支援できているため。
- \* 退院支援は病院によって違うので。
- \* 事業所で使用している独自様式があるため
- \* 現在は、入退院の流れを理解できたので手引きを確認することはありません。
- \* 独自様式があるため
- \* コロナもありチャートの通りには進まなかった。
- \* 事業所内の職員間での共有で足りているから
- \* 入退院した支援者がいなかった為活用しておりません。
- \* 何度も情報提供をしているので、都度確認はしていなかった
- \* 分からないことがあれば、事業所内で口頭で聞いて解決してしまっているため
- \* 以前、手引きを確認したことはあるが、あとは手引きを確認せず病院と直接電話や書面でやりとりをしている。
- \* 入退院時情報提供の推奨様式やフローチャートは活用しているが手引き自体は完成していることを知らなかった。
- \* 自分の資料を使用。
- \* そのようなものがあるのを知りませんでした。
- \* 特になし
- \* 特に必要なかったから
- \* 自分なりのやり方でやっつけてしまっている
- \* 大まかな流れを把握しているため
- \* 手引きを活用する機会がない。
- \* PC ツールを活用しているため

- \* 病院の医療相談員の方と直接連携しているため
- \* 居宅内で確認しているから
- \* 定着していない
- \* パソコンソフトを活用
- \* 手引が活用されたときに、事業所内で読み合わせを行っているため、都度の活用はしていない。
- \* 使いにくい
- \* 都度確認していないが、概ね流れを把握しているため。
- \* あまり見る機会がない
- \* 一回一回確認はしていない。
- \* 普段の業務の中で、活用しなくても入退院支援の流れを行っているため
- \* 以前は活用していたが、最近は活用していなかった。
- \* 今までと同様に情報連絡共有を行っていた。
- \* 病院との直接のやり取りで連携できているため
- \* 入退院がそれほど多くなく、必要があれば連携室宛に連絡を取ったり、情報提供書を送る等にしており、特に支障が無い為。
- \* 一度確認し、日頃手引きの確認をしながら業務は行っていない。
- \* 入退院支援の手引きが作成された当初に確認したが、その後都度確認することが中々出来ていなかった。
- \* 以前に何度か確認し、入退院の支援の流れを把握している為。
- \* その都度確認しながらはしていない
- \* 以前から行っていた内容が手引きとほぼ変わらないため
- \* 一連の流れを行う上で、結果的に手引き通りとなっていることが多い。
- \* 手引きの内容は以前より入退院支援の際の手順としていたため。
- \* ある程度の流れを理解していた為。
- \* 入院、退院時は連携室との連携と入院情報提供書は活用している。
- \* 内容が細かくて確認する時間的余裕ない
- \* 新人の為、知らなかった
- \* 手引きをみなくても流れ等を理解しているため
- \* 通常行っている支援と同様の内容だから
- \* これまで特に連携について問題となっていないため
- \* 毎回確認行っていない為、「活用していない」としました。
- \* 連携加算などにより情報共有が容易になる仕組みができた
- \* 手引きに沿わなくとも支援が可能
- \* 一度は目を通してはいますが、毎回手引きを確認しながら業務をしていません
- \* 手引ができる前から、3日以内の情報提供を行い、連携を取っていたから
- \* 送り先を確認するためパンフレットは使用しているが、手引きは必要ないため
- \* 手引きが出来る以前から3日以内を目処に情報提供行っており、退院前カンファレンスやサマリーを活用していた為
- \* 日々のケアマネ業務に追われ、手引きがある事さえも忘れていた為。
- \* 以前、手引きがあることを教えていただいたが、連携している病院が初めてでは無かったので、活用することが無かった。河北町の共有シートは活用していた。
- \* 実務に追われてしまい手引きに沿っての活用まで至らなかった
- \* 入退院者がいれば各病院の入退院支援室等と情報交換をする流れが既にあるため、改めて手引きを確認しながら業務は行っていなかった。
- \* 内容をよく把握していない
- \* まだ実例がない。
- \* 流れを把握できているため
- \* 使用しているシステム内の様式を使用しているため。
- \* 今までのやり方で行っていました。
- \* 当初は参考にさせていただいていましたが現時点では、病院や先生、MSWにより違いもあり、対応が変わってくるため状況に合わせて対応しているため。
- \* 特に理由はないが、情報提供は行っている。

\* 普段の業務の中で、入退院支援は行っているのので、最近中身を確認して行うことはしていなかった。  
 \* 特に理由なし。  
 \* 必要時、入退院時の用紙は使用している為。  
 \* 入退院手引きについては部署内で周知はしているつもりだが日頃の業務に追われその時々で入退院時に各ケアマネが病院やご家族様と連絡を取り合い対応しているのが現状。入退院手引書を随時確認しながら今後は活用していきたいと考えている。

Q 2 病院との連携において、どのように感じているか教えてください。(複数選択可)		回答数	割合 (%) n=236
1	病院へ情報提供しやすくなった。	155	65.7
2	病院へ情報提供する機会が増えた。	98	41.5
3	病院からの連絡が増えた。	120	50.8
4	医師からの病状説明に同席する機会が増えた。	13	5.5
5	退院前共同カンファレンスへの参加機会が増えた。	45	19.1
6	退院時に在宅生活に必要な情報を得やすくなった。	116	49.2
7	退院後の状況報告をする機会が増えた。	15	6.4
8	日常的に病院と連絡等が取りやすくなった。	77	32.6
9	入院早期から、利用者や家族と連携できるようになった。	52	22.0
10	入院早期から、病院と連携できるようになった。	102	43.2
11	退院時期の把握がしやすくなった。	79	33.5
12	退院日まで間があまりないと感じて比較的対応できるようになった。	38	16.1
13	特に変化を感じていない。	18	7.6
14	その他	7	3.0
<ul style="list-style-type: none"> <li>* 主治医の意見が把握できずに退院してしまうことが多い。</li> <li>* 連携しやすい病院・MSW としづらい病院・MSW の差が激しくなった。連携しやすい病院・MSW とは密にやりとりできるようになったと感じるが、しづらい病院・MSW とのやりとりには変化を感じない。</li> <li>* まだ連携するような状況がない</li> <li>* コロナ禍で、関わりが希薄になった様子もあった。</li> <li>* コロナ感染予防から退院時の本人の気持ちを聞くことができなく、退院してから、支援の変更が見られる。</li> <li>* 以前から決まった病院とはうまく連携がとれていた。</li> <li>* 病院により連携がとり易い、とり難いところがある。</li> </ul>			
合 計		935	—

Q 3 病院との連携について課題だと感じるものがあれば教えてください。(複数選択可)		回答数	割合 (%) n=236
1	提供した情報が活用されていないように感じる。	51	21.6
2	3日以内の情報提供は困難。	49	20.8
3	病院内で情報の共有がうまく行っていないと感じる。	63	26.7
4	退院直前に支援を求められ、対応に困ることが多い。	60	25.4
5	利用者や家族・病院から連絡なく退院する場合があります、対応に困ることがある。	50	21.2
6	病院側が在宅生活のイメージ等を十分に持っていない。	67	28.4
7	日常的に病院と連絡等が取りづらい。	11	4.7
8	病院側で手引きの周知が必要。	29	12.3
9	ケアマネジャー等側で手引きの周知が必要。	25	10.6
10	病院との連携に躊躇してしまう。	10	4.2
11	業務多忙で対応できない。	9	3.8
12	情報提供に関し、事前に利用者や家族の了承を得ることに苦慮する。	8	3.4
13	その他	21	8.9
<ul style="list-style-type: none"> <li>* 小規模多機能なので、退院後は連泊利用が前提で話をされる時があったが、実際は必ずしも受け入れ体制がすぐ整うとは限らない。</li> <li>* 作成に時間がかかってしまう。</li> <li>* なし</li> <li>* こちら側が支援が必要なケースと認識していても、連携室もしくは相談室が対応されていないケースがある</li> <li>* 情報提供については家族より「お願いします」と承諾をいただいている</li> <li>* まだ連携するような状況がない</li> <li>* 中には入院情報提供し退院の目処がつけば連絡いただきたいとお願いしていても、前日の夕方に明日退院することがわかる時があるので、対応に苦慮します</li> <li>* 病院によって、または病院担当者様によって連携の差が大きいように感じます。</li> <li>* 病院は在宅の状況を困難になると認識していても早く退院してほしいと退院を迫るため結局あまり意味がない時もある</li> <li>* 相談員によって対応の温度差がかなりあるので、退院後の支援を苦慮することがある。</li> <li>* 病院によっては、対応が不親切..と感じるときがある。</li> <li>* 大きい病院程、連携がとりづらい、利用者一人に対して、担当看護師やMSWの意見の相違があり、支援悩む時あり。</li> <li>* 医師の手引き周知に差があるように感じる</li> <li>* 退院時病院からの情報提供がない。</li> <li>* 情報共有が3日以内に出来ない時がある。</li> <li>* 金曜日入院の場合、土日を挟むので3日以内の情報提供が困難な時がある。</li> <li>* 医療介護の間には垣根があり苦慮する時がある。退院後の生活を丸投げにする医療機関がある。</li> </ul>			
合 計		491	—

Q 4-1 令和4年度に病院あて入院時情報提供書を提供したことがありますか。		回答数	割合 (%) n=236
1	提供した。	214	90.7
2	提供していない。	21	8.9
	無回答	1	0.4
合 計		236	100.0

<b>(Q4-1で「1提供した」を選択した場合) 現在使っている様式を教えてください。 (主なもの1つ)</b>			
		回答数	割合(%) n=214
1	置賜保健所様式	4	1.9
2	山形市推奨様式	80	37.4
3	河北町(県立河北病院)様式	31	14.5
4	厚生労働省様式例	54	25.2
5	その他	45	21.0
<ul style="list-style-type: none"> <li>*河北町(県立河北病院)様式及びその他の様式</li> <li>*厚生労働省様式例様式例及びその他(厚労省様式に必要情報を添付)</li> <li>*独自の様式。</li> <li>*事業所で使われているものを使用していてどれに当てはまるか把握</li> <li>*使用中の介護システム(NDソフト)内の書式・・・厚労省様式</li> <li>*独自の様式を使用</li> <li>*事業所の介護システムに入っている書式</li> <li>*パソコンのシステム様式</li> <li>*事業所独自様式</li> <li>*介護ソフトの様式</li> <li>*事業所内で使用している介護ソフト内様式を使用</li> <li>*ネットでダウンロードした為、不明</li> <li>*厚労省様式に必要情報を添付</li> <li>*会社指定の様式</li> <li>*北村山地区</li> <li>*北村山方式</li> <li>*村山保健所</li> <li>*村山保健所様式</li> <li>*村山保健所方式</li> <li>*前CMが活用した様式を使用。</li> <li>*東根市医療介護連携シート</li> <li>*独自かと思われる</li> <li>*ほのぼのNEXTの様式。</li> <li>*介護ソフトに入っている様式。</li> <li>*朝日町で作成された様式。</li> <li>*アセスメント様式</li> </ul>			

<b>(Q4-1で「2提供していない」を選択した場合) 提供していない理由を教えてください。</b>			
		回答数	割合(%) n=21
1	入院した利用者がいなかった。	15	71.4
2	その他	6	28.6
<ul style="list-style-type: none"> <li>*入院の連絡をいただいた時には3日以内の情報提供が間に合わず、そのまま提供しなかった。</li> <li>*令和5年4月より着任となったため。</li> <li>*私事で業務についていなかったため。</li> <li>*令和5年開設のため</li> <li>*育休で休んでいたため。</li> </ul>			

Q 4-2 様式を使用して、感じていることがあれば御記入ください。		回答数	割合 (%) n=236
1	入院時、必要な情報を十分に伝えられる。	77	32.6
2	入院時、情報提供するまでの時間が短縮された。	57	24.2
3	使用することで利用者の情報が整理しやすくなった。	107	45.3
4	不足している情報等に気付けるようになった。	67	28.4
5	退院時、必要な情報を十分に収集できる。	24	10.2
6	使用しているが必要な項目が不足しているなど改善が必要と感じる部分がある。	2	0.8
7	その他	22	9.3
<ul style="list-style-type: none"> <li>* 作成に時間がかかってしまう。</li> <li>* 記入文字が小さく、ミスを誘発しやすい。</li> <li>* ADL の項目に状況をかきこめるといい。</li> <li>* 服薬情報提供は記載しきれないのと、すでにご家族より提供されている為記載したことがない。</li> <li>* 文字が小さく見にくい</li> <li>* 業務効率化を図りながら必要な情報提供ができるように、使用中のソフトから連携用の様式に情報を自動的に送信できるようにする等、IT 活用した情報連携ができればなおよい。</li> <li>* 今後、様式をしようしてみたいと思います。</li> <li>* 厚労省様式へ切り替えたほうがいいのかとも思う</li> <li>* 独自の情報提供書を送っている。</li> <li>* もっと要点を絞って簡潔な物だと良い</li> <li>* 病院側が欲しいと思うような内容になっているのか、作成していて思うことがある。</li> <li>* 入院情報提供書を使用する事で病院側との連携がしやすくなり、退院後の支援を検討しやすくなっている。</li> <li>* 不要と思われる情報も多少ある。</li> <li>* 情報提供書を記入するのに、時間がかかる。先に電話で連絡することが増えた。その後情報提供書を郵送したりしている。</li> <li>* 入力に時間がかかる。もう少し簡潔にしてほしい</li> <li>* 任意様式で提出していた時に比べ、転記が必要な分業務量が増えている</li> <li>* 特になし</li> <li>* 様式に新たに情報を入れるのは時間が掛かり面倒。居宅様式に記入。変更になった情報だけを直すの</li> <li>* 手書きの様式があり、せめてワードにしてほしい。すぐに DL できる環境を作ってほしい。</li> </ul>			
合 計		356	-

**Q 5-1 病院への情報提供について、令和 4 年 10 月中旬に村山地域の病院へ入院したケアプランを作成している利用者すべてについて利用者ごとの内訳をご記入ください。**

入院から情報提供までの期間		回答数	割合 (%) n=215
1	入院前	4	1.9
2	3 日以内	181	84.2
3	4～7 日以内	12	5.6
4	8 日以上	0	0.0
5	提供なし	18	8.4
6	その他	0	0.0
合 計		215	100.0

入院時情報提供の方法（複数選択可）		回答数	割合(%) n=197
1	持参	44	22.3
2	メール	2	1.0
3	F A X	139	70.6
4	郵送	18	9.1
5	電話	40	20.3
6	面談	0	0.0
7	受診付き添い	0	0.0
8	その他	0	0.0
合 計		243	—

Q5-2 Q5-1の入院から情報提供までの期間で「5. 提供なし」を選択している場合は、理由を選択してください。（複数選択可）		回答数	割合(%) n=18
1	入院したことを把握できなかった・把握が遅れたため。	2	11.1
2	多忙により情報提供ができなかったため。	1	5.6
3	過去の入院時と利用者の状態に変化がないため。	2	11.1
4	利用者や家族の情報提供への同意を得られなかったため。	0	0.0
5	必要性を感じなかったため。	2	11.1
6	その他	22	122.2
<ul style="list-style-type: none"> <li>*該当者なし。</li> <li>*10月入院なし</li> <li>*急にコロナで入院し（土曜日）、4日後に亡くなったため</li> <li>*令和4年10月の入院は一件だけで、七日間の入院だったので</li> <li>*業務に従事している際は、毎回提供している。</li> <li>*うっかりミス</li> </ul>			
合 計		29	—

**Q6 令和4年10月中に村山地域の病院から退院したケアプランを作成している利用者すべてについて利用者ごとの内訳をご記入ください。**

病院からの退院の連絡の有無	回答数	割合(%) n=123
1 有	106	86.2
2 無	17	13.8
合 計	123	100.0

退院時に病院からの情報提供又は、収集の有無（複数選択可）		回答数	割合 (%) n=123
1	退院時情報提供書の提供	40	32.5
2	看護サマリーなど書面での情報提供	94	76.4
3	退院前カンファレンスにて情報提供	52	42.3
4	病院訪問時の口頭での情報提供	23	18.7
5	提供がなかった	7	5.7
6	その他	11	8.9
＊電話での情報提供。 ＊亡くなられて退院となったので、電話で情報提供あり。 ＊家族への病状説明同席 ＊コロナ禍であったため、WEB面会での情報提供。 ＊本人、職員と面会できなかったため、電話で頻繁にやり取りした。 ＊施設入所が決まり施設側から連絡あり ＊リハサマリー ＊認定調査			
合 計		227	—

退院後の状況報告を行った場合は方法を教えてください（複数選択可）		回答数	割合 (%) n=123
1	ケアプラン提出	43	35.0
2	ケアプラン以外の文書提出	0	0.0
3	病院訪問時等に口頭で情報提供	11	8.9
4	電話	47	38.2
5	その他	1	0.8
＊いつもはケアプランを送っているが、送るのを忘れていた			
合 計		108	—

1か月以内の再入院の有無		回答数	割合 (%) n=123
1	有	13	10.6
2	無	112	91.1
3	不明	1	0.8
4	未確認	0	0.0
合 計		126	—

利用者が退院後困っていることの有無		回答数	割合 (%) n=123
1	有	32	26.0
2	無	85	69.1
3	不明	5	4.1
4	未確認	0	0.0
合 計		122	—

Q7-1 手引きの他に活用しているフローはありますか。		回答数	割合(%) n=236
1	山形市入退院支援フロー（地域版）～暮らしの場に帰るためのケアマネジャーの視点～（手引き P7 参照）	42	17.8
2	村山地域退院支援フロー～時間軸を可視化しよう～（手引き P8 参照）	17	7.2
3	その他	14	5.9
<ul style="list-style-type: none"> <li>* 特になし</li> <li>* 山形市生活役立ガイドブック</li> <li>* 在宅療養支援機関一覧</li> <li>* ほのぼのソフト活用</li> <li>* 別冊 関係機関一覧</li> <li>* 村山市独自の介護予防支援業務の流れ（包括から委託を受けたケースの場合）</li> <li>* 厚生労働省様式例</li> <li>* 活用していない</li> <li>* 北村山地区連携シート</li> <li>* あんしんマップ（たんぼぼ）医療と介護の連携ブック（ポピー）等</li> </ul>			
合 計		73	—

### Q7-2 他のフローを活用している理由を御記入ください。

- \* 入院から退院までの準備・調整等がわかりやすく記載されているため。
- \* 多忙を極める医療と連携する場面でいつ何をすべきか、また必要な調整や手順などがわかりやすく丁寧に記載されている。これを参考にしながら業務を進めれば、医療職や利用者家族に無駄な時間をとらせたりストレスを感じさせることがないと思い、安心して業務に当たることができる。ひとりで支援業務をしている小規模多機能の介護支援専門員にとって、支援は「自分は孤独ではない」と思うことができる配慮を随所に感じる。
- \* 入退院時の支援の流れがわかりやすく記載されており参考になるため。
- \* 山形市の事業所のため。
- \* 流れの確認等で活用している。
- \* 介護保険外のサービスが載っており、自分の知らなかった業者が分かり参考になる。
- \* 身近にあるから。
- \* 使いやすいから。
- \* 医師会で推奨されている為
- \* 手元に保管しており、事業者で共有して使用しているため。
- \* 注意点や意義、プロセス等大変参考になります。
- \* 入退院支援の研修に参加したため。
- \* 事業所の契約対象者の保険者であるため。
- \* 準備の段取りなど、自身の支援内容について確認が出来る。
- \* 入退院時の流れとケアマネの動きがわかりやすく書いてあり、参考にしている。
- \* こちらで、作成した情報書が増え、慣れてしまっているから
- \* 村山地域の手引きの前から活用していた為、使い慣れているため
- \* 入退院支援を円滑に進める為
- \* 始めは村山地域のフローを使用していたが、山形市のフローができてからは、当事業所の実施地域が「山形市」となっている事より、より地域に合わせ活用した方が良いと考えた為。
- \* 入院時情報提供書も山形市方式を使用しているため。フローが見やすいため。
- \* 参考書
- \* 流れがわかりやすい
- \* 分かりやすい
- \* ケアマネの研修で学習する機会があったため。
- \* 山形市よら、推奨されている為。
- \* 使い慣れているため。
- \* 内容が端的でフローが図になっていて見やすい
- \* なじ
- \* 研修等で手元に頂いた資料だった。

- \* 時期系列に必要なことが書いてありわかりやすい。
- \* 手引きを活用していない
- \* 介護保険加算等、わかりやすく、大事なことが抜けない。
- \* 退院時の病院からの聞き取り時、情報収集時に使用しています
- \* フローではありませんが、病院との連携に度々利用させて頂いております。
- \* 入院から退院までの流れがわかりやすい。
- \* 情報を書きやすい。
- \* 時間軸で可視化されており、病院側とケアマネジャー側の役割が具体的でわかりやすいため。
- \* 利用しやすい為
- \* フローによって可視化されていることで確認すべきことが抜けなく確認出来るので良いと思って使っています。
- \* 山形市の事業所で勤務しているので、山形市の入退院支援フローを参考にさせて頂いています。
- \* 見やすいため。
- \* 事業所で活用するように周知されているから。
- \* 入退院の流れが分かりやすく活用
- \* わかりやすく、説明しなすいので使用している
- \* 共通した手順を活用することが、専門職としての資質を高めることや、地域の介護力の向上に繋がるものと考えるから。
- \* 地域のものを利用している。
- \* 勧められているから。
- \* 流れを確認し、要点、必要事項を確認できるため。
- \* 支援に必要なポイントをおさえており、参考になるため。
- \* 必要な基本情報が入力されており、入力し直す時間がなく、手間が省けるため。
- \* 参考にしている。
- \* 入退院時のケアマネジャーとしての動き方がわかりやすい。
- \* わかりやすい
- \* 行なっている支援内容に近い。その時々で違いはある。
- \* 包括支援センターとの連携の際に、誤りや抜けがないか確認できるため
- \* 連携プロセスを把握するため
- \* 入院から退院までの病院での流れがわかりやすく理解できた。
- \* 入院から退院までの病院での流れがわかりやすく理解できた
- \* 病院スタッフより、聞き取りの上でメモ的に項目ごとに記入できる為
- \* 平成30年の説明会に参加して学んだ内容だったため。
- \* 病院との連携が多い。
- \* フローを確認することで、今後の流れや退院時の視点の再確認を行った。
- \* 説明を受け、手元にある為。
- \* 本人の生活が一目瞭然に理解できる項目になっている。
- \* それしかないから
- \* 研修を受けたから
- \* 支援するため流れや確認内容が分かりやすいから。
- \* 入院時情報提供書・退院時情報収集シートを常時使用、活用している。
- \* 使用なし。
- \* 職場所定なので
- \* たんぽぼさんのあんしんマップは病院のほかの歯科医院、在宅訪問薬局の紹介に必要な情報が記載されており読みやすい
- \* なし。

**Q8 患者が望む自宅への退院支援がスムーズに出来たと思われる事例があれば概要を御記入ください。**

- \* 在宅看取り希望の利用者様に対して病院から訪問診療医へ紹介（紹介状依頼など）。訪問看護など在宅サービスの調整（訪問看護指示書依頼など）が必要。これらを病院MSWと共有連携して退院支援がスムーズに図る事が出来たと思われた事例あり。
- \* 入院前は独居で要支援2の方が、疾患と入院中のADL低下により当初は施設入所も検討されたが、病

院側と本人やご家族との話し合いや病院での回復状況、リハビリ状況など情報共有が随時行われ、変更申請、サービス調製、家族の介護の分担など、自宅復帰に向けてスムーズな支援が出来た。

- \* 神経難病、特定疾患の利用者。病院で、状態確認の面談時に、リハ職から状態説明を受け、ご家族が家屋の状況を動画で撮ったものを参考に福祉用具の検討。後日、福祉用具担当者とケアマネで家屋状況を確認の為自宅訪問。再度病院で、リハ職、福祉用具貸与事業者と福祉用具について検討。移乗動作に、移乗ボード月の車いすを選定。玄関外、玄関上がり框、トイレに手すりの選定。よくsつに段差解消のこの設置、シャワキャリーの導入を決め自宅退院した。移乗ボード付き車いすは、病院に持参し入院中に練習してもらった。訪問看護事業所も手配し、退院支援はスムーズに行えた。
- \* 特にありません。
- \* 一人暮らしの女性。入院前は、リハビリのないデイに通い、日々の生活支援はヘルパーによるものだった。入院中に、リハビリを受けた事でリハビリをする大切さが分かり、退院後は通所リハビリを選択。利用してみるととても良く、月を追うごとに日数が増えていき、現在は月の半分はショートを利用するに至り、子供の負担も軽くなっている。本人が子供の事を考えた事や、入院中に自らの考えが変わった事で退院後の一人暮らしが再開できた例である。
- \* 地域医療連携室や医療福祉連携室のMSW様や病棟看護師様より、細目に連絡を頂くのでどのケースもスムーズに退院支援ができています。総合病院から個人病院への紹介時も連携が図られ、利用者家族は安心して治療を継続出来ている。訪問看護や訪問リハ等を利用する際も、退院時カンファにて情報共有ができ、ADL機能回復、健康状態の維持に繋がっている。
- \* 要介護5 誤嚥性肺炎で入院。食事形態・提供姿勢も変わってしまったものの、ご家族への情報提供も病院よりしっかりあり、またご家族が確認しにくい部分については、ケアマネが確認し、入院前利用していた事業所にも十分に情報共有がなされたことで、同じサービスを利用し様子を見てゆくこと、また変化時にはどう対応するか退院前に相談できたと思われるかたがいます。最近退院したばかりなので、実際については今からですが。
- \* 夫婦二人暮らし、妻要介護認定を受けていた。夫は介護4認定。小規模多機能型居宅介護事業所利用と息子夫婦の協力があり現在在宅生活を送っている。
- \* 仙骨骨折による入院だったが、自宅での生活が困らないようにリハビリを行い、自宅では退院前に手すりの貸与や設置等を行い、スムーズに退院できた。  
長期入院により廃用症候群でADLが低下したが、入院中に何度か家族もリハビリの状況をしたり、介護指導を受ける事で退院後の自宅での生活をイメージする事が出来た。
- \* 圧迫骨折で入院した方が、退院後は自宅でこれまで通りシルバーカー歩行の希望があった。小さなことにもこだわりがある方だったため、その旨を情報提供した際に、すぐに病院のリハスタッフより連絡があり、自宅環境や本人の使用している椅子の高さなどを詳しく聞いてくださり、同じような環境でのリハビリを開始してくれたことで、退院後もスムーズに移動や移乗ができるまでに回復した。本人や家族はとても喜んでいました。
- \* 「要介護1」。自宅で転倒し腰椎圧迫骨折受傷。悪性リンパ腫を繰り返し発症した経緯もあり、入院。入院中に区分変更。「要介護5」となり、主治医は施設等も勧めたが、本人、妻が自宅を希望。妻は初めての介護に不安がいっぱいであったが、早期より病院のMSWと連携し、退院に向けオムツ交換や食事の指導を実施してもらい、退院前に病院でヘルパーや訪問看護師、福祉用具、訪問入浴等、必要な事業所で集まり、情報を共有し対応する等、通常通りの流れで支援できた為、スムーズに自宅退院ができた。
- \* 心不全末期で自宅に帰りたく希望されたケース。入院時に医師も含めたカンファレンスにより、在宅介護にスムーズに移行できた。
- \* 経済的に施設入居が困難な事例だったが、病院と連携し、訪問診療医、訪問看護等にスムーズにつながることで在宅での生活が継続できている。
- \* 退院前に病院でカンファレンスができ、病院でも、看護師、リハスタッフ、栄養士、薬剤師などが参加して下さり、居宅事業所も情報共有ができ、家族の不安も和らぎ、退院することができた。
- \* コロナ禍で病院側の直接訪問による自宅内の環境確認はできなかったが、写真や動画を活用することで、リハビリ職等からの助言を受けながら、福祉用具の調整が適切にできた。リハビリの経過や本人の状態等についても適宜連絡をもらっていたため、面会できない中でも、ある程度の把握ができたことも影響として大きかったと思います。
- \* 要介護4 発語の可能なほぼ寝たきりの経口摂取可能なケース。病院と家族より事前に退院の旨14日前に連絡あり。退院前カンファレンスを入院先の病院で、病院担当者、在宅関係者、家族・本人で

開催。サービスの確認、調整・退院日の確認・退院方法を確認。退院後に早期に支援が介入し、安定した生活を取り戻すことができたケースあり。

- \* 退院前に病院で本人と面会ができ、本人から退院することに対しての話が聴けた。状態も見る事が出来たため、スムーズな退院となった。退院までの期間は 10 日間ぐらいあったため調整は出来た。主介護者が長男であったため、退院が出来たが、高齢者世帯での退院は中々スムーズにはいかない状況。
- \* 今回の事例で済生病院と連携をしての入退院だったが、早期から密に連絡が取れ、気兼ねなく心配事や課題等を相談できました。
- \* コロナ禍で入院中の本人と面談できない中、退院後の新規担当にあたって、病院の MSW さんが本人と家族の退院後の生活に対する意向のすり合わせを行って下さっており、その内容を伝えていただいたことで、退院後のプラン作成がスムーズに行えたケースがある。
- \* 本人も認知症なく、希望がはっきり聞き取れて、実際に病院でカンファレンス実施され、訓練士から直接リハビリ状況や在宅復帰後に気を付けることを聞きとることができた。
- \* 入院中からこまめに病院のソーシャルワーカーから連絡をくださり、カンファレンスや退院日に融通をきかせてくれ、余裕を持って退院支援ができたとき。
- \* 転倒・大腿骨骨折術後の自宅退院支援。元々は介護認定なく生活していたが、入院中に新規申請し要介護 4 確定。退院前に自宅の環境評価と病院内でのカンファレンスを重ね、在宅サービスの支援者からも参加してもらい担当者会議を開催して退院したケース。福祉用具導入による環境整備と訪問看護・リハビリスタッフとの連携、通所でのリハビリ機会確保で在宅生活が継続できている。病院の MSW の力量もあり、事前の調整と準備がスムーズに進んだことが大きな要因。
- \* 入院時、肺疾患の悪化で末期と言われた。家族は家で看取りたいと希望があった。入院直後に訪問診療の医師に連絡し、了承をいただいた。病院の相談員からも連絡をいただき、退院後はスムーズに、福祉用具をレンタルし、訪問診療、訪問看護を利用し、自宅で亡くなった。呼吸苦による対応など、家族の不安は大きく、毎日の様に看護師の訪問を受けていたが、家族は納得された様子はあり、感謝された。自宅での看取りは家族の負担も大きく、家族の覚悟が必要と感じた。
- \* 特になく、どのケースでも医療機関との連携がスムーズだと思う。
- \* 利用者様の日中独居を加味して、退院後の生活を病院の SW 様が親身になって調整して下さいました。結果的に家族様の協力も得られながら在宅復帰が出来たため利用者様も満足されています。
- \* 嚥下障害のある患者様で、退院を希望され口から食事をしたいと希望があった。
- \* 病院の医師からは口からは難しいと言われていたが、病院のソーシャルワーカーとやりとりをし、退院前のカンファレンスを行い関係者で集まり話し合いを行った。栄養士にも参加してもらい少しでも食べられそうなものを提案してもらうなどして退院となり自宅では口から食事をする事ができた。
- \* コロナ禍では一時帰宅や外泊、家屋調査ができなかったため、患者さんも退院後のイメージができず不安だったかと思います。現在、退院の準備ができるようになったので、必要なサービスにもつながり易いと感じています。
- \* 退院前カンファレンスで状況の確認と必要ないサービスについて話し合い、退院後のフォローなども不安なく行えた
- \* 看取りの利用者へのムンテラへ何度か参加させていただき、在宅戻った後の主治医にも最新の状況、今後の連携について MSW が伝えてくれたおかげで、退院時カンファレンス、担当者会議がスムーズに行え、在宅に戻ってからもスムーズな支援ができた。
- \* 腰椎圧迫骨折にて入院。妻と 2 人暮らしで日常生活は何とか自立したいとリハビリに取り組まれる。入院中、リハビリスタッフと自宅訪問し住宅改修、福祉用具を選定。生活環境を整えたことで退院後もサービスを利用しながら在宅での生活できている。
- \* 自宅で介護が行える家族等がいること
- \* 家族より入院の連絡を貰い、医療機関へ連絡。情報提供書を送信。その後、家族や相談員より状況報告など頂いた。コロナ禍だったが、web 面会に身体状況を確認。家族の協力で退院前に環境を整えることが出来た。
- \* 午前中退院の知らせを受けて、午後から退院、福祉用具の業者の迅速な対応で療養環境の整備ができた。
- \* 退院日までに余裕があったため、家族と色々な状況を想定して病院に確認することができた。面会ができない時期ではあったが、ソーシャルワーカーが療法士や看護師にこまめに確認してくれたおかげで、無駄のない支援ができた。

- \* 本人と家族が退院を強く望んでいたが、病棟では在宅生活は難しいだろうとの見解だった。しかし、話し合いを繰り返し、病院で介護指導の機会を作って下さり退院することができた。他職種の連携がなければできなかったことだと感じた。
- \* 家族・入院中の病院医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、退院後の医院の看護師、訪問看護などでのカンファレンスによりスムーズに退院支援を行うことができた
- \* 病院の入退院支援室の相談員より詳しく連絡をいただき、自宅への退院の際、自宅に環境を整えることができた。病院カンファレンスに参加できるようになり、本人、家族、看護師より話を聞くことで、十分な支援ができています。
- \* 退院前に自宅の様子を病院関係者と見に行き、環境整備ができた
- \* 病院の入退院支援室の相談員より詳しく連絡をいただき、自宅への退院の際、自宅に環境を整えることができた。病院にカンファレンスに参加できるようになり、本人、家族、看護師より話を聞くことで、十分な支援ができています
- \* ターミナル期の支援 早急な自宅環境整備が必要なケース
- \* 早めに退院の連絡や状態報告を受けることで、患者様の状態を把握することが出来たケース。
- \* 生活保護の独居の方で、糖尿病と右下肢動脈瘤から褥瘡潰瘍を発症し入院している方を紹介されました。ご本人は施設に入ると気遣いが大変だから、退院したら住み慣れた自宅アパートで過ごしたいと希望しており、連携室の相談員から小規模多機能型サービスを勧められました。褥瘡処置は訪問看護ステーションに依頼して、毎日訪問してもらえるようにしました。調理や内服薬の管理は自分で行うとお話してしたので、当事業所では週3回自宅訪問して掃除・洗濯の家事援助を行うことにしました。別れた奥さんが本当に独り暮らしできるか心配していましたが、毎日ご自身で日課を立てて生活しており、病気の悪化もなく、ご本人が望む生活を続けています。また、職員との信頼関係が構築されてからは、週1回入浴と褥瘡処置のために短時間の通いサービスを利用する事で、外出の機会を確保することができるようになりました。
- \* 入院中より連携室とのやり取りができ、訪問診療の紹介先が決まっていたため、退院後すぐに訪問診療を受けることができ、主治医との連携もスムーズにできた。
- \* コロナ禍でもリモートで歩行状態を実際に見せて頂き、確認できた。その際に、自宅環境をリハビリ職の方にも伝え、退院までのリハビリを実施頂いたり評価や福祉用具の選定情報となりスムーズに退院できた。
- \* コロナ禍でご本人との面会が難しい状況ではあったが、短時間でも面会できる時間を作って下さったり、リモートでの面会やご本人の動きを確認出来る機会を作って下さったことは、自宅での生活を予測しサービスを調整するためにはとても貴重な情報となった。
- \* ここ4～5年はコロナ禍で、入院中の面談等が十分に行えず、本人の意向を直接聞く機会が減少した。リモートを使用し会話を行うが、不慣れも有り今までの様な細やかな会話ができなかった。そんな中、病院相談員が間に入り、ケアマネが伝えたいことや聞き取りしたいことを十分に伝えて下さる事が多く有り、大変ありがたく、スムーズに事を運べたので大変良かった。
- \* 独居で両足の浮腫で入院した。(本人自身が救急車を呼んで入院を望んだ) 入院中にとっても元気になり、退院時は親戚の方の付き添いも拒否し、一人でタクシーで自宅退院した。とても活気ある存在の方なので、医療ソーシャルワーカーとのやり取りが密にできた。
- \* ご本人は入院中にガン末期の診断を受け寝たきりの状態となっていた。病院では在宅ではなく病院か施設を勧めたが、ご家族の強い希望により自宅で介護することとなった。病院側で往診のできる医院、訪問看護事業所へ連絡、同時にご家族からケアマネに新規依頼あり。後日、病院へ家族・ケアマネが訪問、オンラインで今後の主治医・訪問看護師、病院関係者が参加してカンファレンスが行われ、退院前にご家族・今後の主治医・訪問看護師・ケアマネが話しをすることができた。その場で今後訪問入浴・福祉用具の使用について相談になり、退院までケアマネが調整し退院となった。退院に向けて病院が動き出してから1週間での退院であった。
- \* 小規模多機能を退院後利用希望の方は、連泊を希望2～3ヶ月後に自宅に宿泊が出来、その後通いと宿泊の組み合わせで利用される方が7割、他入所待ちでの利用となっています。お知らせできる事例はないです。
- \* スtent術の患者様。医師よりリハビリ病院に転院の示唆もあったが、本人の在宅希望に寄り添って頂き、訪問リハの意見書も記入して頂いた。
- \* ご家族が在宅介護をやるという意識が強くそこに向けてチームが一丸になれた。自分から発信するという意識を互いに持つこと

- \* 自宅玄関に階段が 10 段前後あり、一段の高さや、幅を伝えたことにより、病院でのリハビリがそれに沿ったものとなり、退院後家族支援のみで自宅内には入れた。
- \* 腰椎圧迫骨折や、胸椎圧迫骨折で何度か入院した既往がある方で、退院前に、自宅での介護は難しいと感じている家族と、本人も自宅に戻ることを希望しているため自宅での介護を希望している家族があり、退院前に自宅での介護の方針に決まった。ある程度の準備期間が取れ対応でき助かった。
- \* 経鼻栄養や腹膜透析などの方でも、家族への指導が入院中きちんとできていると、在宅生活もスムーズにいくように感じる。あわせて、情報提供があれば、関係者で共有し、支援しやすい。
- \* 退院前にサービス担当者会議を開催し、訪問看護、福祉用具、弊社介護サービスでの多職種連携が具体的に行えた。
- \* 自宅環境を確認し、退院調整できた
- \* 透析を必要とする方が、自宅で、転倒骨折にて病院に入院 OP その後別の病院に転院され、透析治療を受けながらリハビリを継続し、自宅に退院するにあたり、事前に家族、病院の連携室と連絡を重ねながら、住宅改修にて自宅環境を整え利用者の状態や、情報を把握し、自宅退院後、不安なく本人、リハビリの事業所がスムーズにサービス利用に結び付けることができた。  
又別件で、救急搬送で病院に入院。脳梗塞発症、入院加療を経て、別の病院に転院し、4か月の入院期間を経て、自宅に退院するにあたり、事前に、家族、相談室からの連絡を受けて、担当リハビリ職員、担当の看護師からの申し送りと、本人が退院前に自宅外出した際に、担当 PT、担当 CM 同行にて自宅の家屋調査を行い、退院前に家屋環境を整え、自宅退院後、家族が不安なく自宅で介護す事ができるようになった。又、居宅事業所としても病院から退院時、各職種からのサマリーをいただき大変助かりました。
- \* 入院から開業医への紹介などがスムーズで、まめに情報提供していただき、退院カンファレンス時も医師の参加があり、家族への説明なども分かりやすく行ってくださり、また退院後の元々の主治医への連携もスムーズにして下さり、本人、家族とも安心して退院できた。
- \* 退院前に SP や Ns 等からの情報を担当 MSW が詳しく伝えてくれたので、福祉用具の設置場所や住宅改修の手すりの位置など退院前に決めておくことができ、スムーズに退院に繋げることができた事例があった。
- \* 末期癌の方。本人、ご家族が自宅へ退院希望されており、入院中に担当させていただく。病院からは、自宅の環境次第で退院可と言われ、慌てて調整をしたが、本人も家族も、思いを伝えて下さることで、どのように退院して、退院後はどのような生活をしていくかが具体的に提案できた。また、病院スタッフからも、入院中の情報収集ができ、サービス担当者会議を病院で行う事で、主治医の考えを聴くことができたことも良かった。
- \* 救急搬送の病院からリハビリ病院に転送され、退院 1 か月前辺りに家屋調査や介護力の判定を行っていただき、家族の介護指導をしてから退院になったケース、MSW とも密に連絡を取りあい家族の心配や退院後の自宅復帰もスムーズに行えました。
- \* 退院までの間にご本人さんの ADL をリハビリスタッフと共にケアマネも確認。何が不安な点が何が解決できれば自宅に戻れるかを退院指導看護師やリハビリ担当者それぞれの役割を明確にし介護指導や在宅に戻ってからの課題解決に向かい家族の不安も解消できた。

**Q 9 入退院支援の情報共有に課題があり、支援に困った事例があれば、事例の概要（事業所側、病院側、本人や家族等のそれぞれの理由が分かるように）御記入ください。**

- \* キーパーソンではない家族がドクターで、利用者が入院となった症状を専門としていることもあり、入院先のドクターと次々話を進めていた。看護師と MSW の話からの印象に過ぎないが、その利用者に関しては病院内であまり情報共有がされていないように感じた。また、その家族は利用者本人と別居しているために生活実情をあまりよく知らず、退院後の生活を容易に考えていたようだった。結局、やや急な退院となり、退院後の支援についてまだよく話し合えないままの見切り発車状態で在宅生活が始まった。入院前から在宅生活に不安を感じていたところに更に後遺症や日常の注意点が加わり、キーパーソンと事業所がその後の対応に追われた。
- \* 病院の連携室より、経済状況（生活保護受給者だった）情報の申し送りがなく、退院後にそのままサービスを提供してしまい返金や過誤請求の手続きをとる事になった。
- \* 特にありません。
- \* <腰椎第二圧迫骨折の方が在宅へ戻って生活がしたい>  
事業所側としては、リハビリが途中では在宅ではなく施設入所なのは。  
病院側は、主治医から退院の許可が出ているため在宅へ戻れると思う、と一方的。

本人や家族等は、コロナ禍のため面会ができていないので不安。また、介護保険の利用が初めてなので相談に乗ってほしい。

情報のみが錯綜して正しい情報が分からず、受け入れに時間を要した。

- \*入院中の本人状況が見えず、状況がわからない中で、在宅か施設かを判断することになり、本人や家族、又病院にも負担をかけることになったケース有。

#### 要介護4

家族側：誤嚥性肺炎で入院。家族は在宅介護の希望が強く、経口摂取できないことを知り、面会のできなかった本人の状態や全体像が見えない中で在宅時の主治医や訪問看護、また居宅ケアマネの他に、話しやすかった別の福祉関係者に相談。在宅を希望するならば主治医にCVポート勧められたため、希望し病院の主治医に直接相談。しかし、吸引が1時間おきに必要との情報が、家族に伝わっていなかったため、CVポート増設後、その負担が大きいことや主介護者も病気を持っていたため断念し、施設への入居となる。病院との在宅に向けての窓口は連携室ではなく、家族にとっては当初主治医となっていた。

病院側：ケアマネと情報共有はしていたものの、家族の窓口が先生となっていたため物事が先に進んでからの把握になっていたように思われる。

事業所側：家族の性格を知っていたにもかかわらず、情報提供が不十分であったために、窓口が一本化されずにそれぞれ違ってしまう、家族の気持ちを汲み切れなかった。また、病院側同様に状況把握が遅くなってしまっていた。

また、特異なケースではあったが、家族が相談した各関係者に事情を確認すると、ご家族の話とは違っており、良いようにご家族がとらえてしまっていたことも確認している。

- \*コロナ禍で本人との面会ができなかったこと
- \*情報共有にはメールやフォームでの報告が難しいため、FAXや持参をしなければならずタイムロスが発生しやすい。
- \*病院MSWの退職により、退院前カンファレンスがなく、家族が退院を決めてしまい再調整を行った経過がある。
- \*癌末期で生活保護、50代の男性だったが、病院からの連絡もなし。包括から連絡があり訪問するとほぼ動けない状況。病院からは病院にずっと入院出来ないからと説明された。他の選択肢が無かった。サービス調整もせず退院しており、本人の状況もわからない。病院に連絡すると、自宅に帰りたいと話すから退院したということだが、退院前に確認できることがあったのではないかと思う。本人も不安な気持ちになることなく過ごすことができたのではないかと思う。もっとわかりやすく病気の説明やサービスの説明等あり自宅に帰るメリットやデメリット意向の確認が必要だったのではないかと思う。
- \*情報提供したことに対しても、色々対応してもらい、連絡もまめに取り合っ、情報共有に関しては何も問題はなかったが、退院時に訪問看護や通所リハの利用がないことで、サマリーが無かった。わからないことは電話で聞いてもらって構わないとのことだったが、通所介護やショートステイ利用でもサマリーはあった方がよいので、できればサマリーはいただきたい。そのまま事業所さんに渡せるので私たちケアマネの負担が軽減できる。
- \*退院前、病院にて、本人面会と看護師からの情報提供あったが、実際退院すると、聞いていた状態像よりだいぶ悪い上、新規申請も行われていない状況で、その後のサービス調整が大変だった。家族となかなか連絡が取れないとの理由があったそうだが、暫定ですぐサービスが必要な場合は、せめて早めに連絡いただけるようにしてほしい。
- \*新規依頼が病院よりあり、対応。自宅退院希望と聞いていたので、本人の現在の状況を確認したり、自宅環境を確認しに行く等して対応していたが、本人の状況がご家族には伝わっておらず、また家族も疾病があり治療している状況にあり、病院に洗濯物を届ける際、本人と対面した家族が、現在の状況では自宅で介護ができないとの結論に至る。退院支援にあたり、病院側は、本人や家族の意向は聞き取りしていたが、肝心の本人の状態の把握や家族が介護できる状態にあるのか、自宅環境等、確認できていないものが非常に多くあった。どのような生活を望んでいるのか、今の状態はどうか、その介護をするのは誰なのか、どのような環境で生活をしていくのか、病院側はもっと情報をきちんと整理し、居宅のケアマネに繋いでいいのか、小規模多機能なのか、施設等のサービスなのかを確認する必要があると思われる。
- \*退院後の支援を依頼されたが、「小規模多機能へのつながりが必要だったのでは？」と思われるケースがあり、連携室に提案し、結果小規模多機能につながるものが何ケースもあった。本人の状態はもち

ろん、環境や家族の介護力など踏まえた上で、どこにつなげるといいのかの見立てをしっかりとしてほしい。

- \*まだ住宅改修などの環境が整っていないが入院期間の限度とのことで退院させられた。
- \*病院による対応に差がある。ケアマネのみならず、家族にもなかなか連絡がなく、それでいて突然の退院決定の連絡がくることがある。そうしたケースは時間的な対応が難しく、中途半端な退院支援となり、適切なサービス調整ができない。
- \*在宅酸素・膀胱留置カテーテル使用し、安静臥床指示で療養が必要なケースの退院について医師からの病状説明を受け、病棟と家族で退院が決められたも、上記ケースであり、病棟内では車椅子使用し座位保持で来たとの評価で、家族と一緒に自家用車で退院できる説明を受け、家族も退院を納得し、担当ケアマネへ「明日退院します。自家用車で良いと言われましたが、大丈夫でしょうか？」と連絡受ける。入院は呼吸苦で酸素濃度が上がらず在宅医の判断で救急搬送されたため、座位ではSPO2が80%代に急降下することを在宅サイドでは理解しており、ストレッチャー搬送が適応と考えおり、週末の急な退院で車の手配が困難であった。無理を言って一業者手配できたが、多数の業者に連絡をし、家族だけでは手配できなかったケースなので、退院が決まる際に退院方法も病院サイドでは確認が必要と思われる。
- \*MSWより歩行が出来ると聞き退院したが、歩行が全くできず排泄もままならず。退院は土日になることが多く、福祉用具も連絡がつかず、Pトイレやベッドの手配が出来ず家族、CMも困ったケースあり。MSWへ状況確認をしたところ、本人を見ていない様子で答えられず、病棟の看護師へ電話を回し、看護師から話を聞くことになった。病棟の看護師は忙しく迷惑をかけたように感じられた。
- \*コロナ禍で退院時の情報の共有が病棟と連携室で行えていなかったのか、退院時に連携室からいただいた情報が本人の状態と異なっており、3日後に別の病院に再入院したケースがありました。
- \*病院側に情報提供をしていたが、入院中に病棟が変わり相談員も変わった事でケアマネからの情報が伝わっていなかった。
- \*病棟看護師と家族で退院日が決まり、退院前日の夕方に「明日の午前中退院」との連絡入るが歩いて自宅に戻れる方ではなく、移動手段、受入等も調整が必要でなんとか夜に調整した経緯がありました。連絡頂くようご家族にお伝えしていても重要視されておらず、就労していると後回しになりがち。CMも様々予測し調整しますが、院内での窓口が1つだと確認漏れなく対応できると感じました。
- \*コロナ禍で、電話での情報でしか本人の状態を聞き取れず、実際退院してきたところ情報と全然違う状態であった。
- \*多くの方の退院日について病院から連絡がこないことが多い。サービス調整ができないうちに退院を迫られることも多い。
- \*入院中のリハビリ側の評価と病棟内でのADLに開きがあり、事前のリハビリの情報では「できる」と聞いていた内容が、実際退院後の自宅ではできないことが多い。退院前に病棟内でも実践や家族指導を行うよう依頼しても、家族や本人の理解が不十分なまま、「事前の取り決めの退院日となったから退院」と言われてしまう。サービス事業所とケアマネで共有できても、本人と家族の理解が得られないと、結局サービスの再調整が必要となり、在宅に戻ってからのサービス事業所側とケアマネの負担が大きくなる。
- \*精神科に3か月間程、入院している。主治医は入退院を繰り返しているもので、退院後は施設と言うも本人、家族は自宅での生活を希望している。主治医より言われて、介護保険 要介護変更申請をおこなったが、居宅のケアマネとして、どう動いたらいいのか。本人にとってどういう生活がいいのかわからない事例あり。
- \*高齢者夫婦世帯。妻が主介護者。入院前のADLの状況を詳しく伝えきれておらず、在宅復帰には最低限掴まり立ちができないと難しい状況であったが、退院前にその部分の確認が不十分であったため退院後に自宅に戻ったが在宅介護が困難ですぐにショートステイの利用が必要となったケースがあった。退院前にMSWと状態について確認したが、入院前とADLの状態はほとんど変わっていないとの情報がありその辺の確認が不十分であった。
- \*事業所側・・・普段の業務が忙しくて病院までは出向けない場合が多い。  
本人・家族は・・・本人、家族が納得し日程が決まれば退院は可能であると考えている家族が多い。ケアマネ、事業所など病院と連携していると捉えている家族が少ない。  
病院側・・・自宅に戻った場合のリスク、今後想定されるリスクなど、ケアマネからの十分な説明が無いとわからないことが多く、ご家族からの面談では判らないことが多い。
- \*病院から返信や連絡がこない。

- \* 情報共有での課題ではないかもしれませんがご家族及びご本人は退院後在宅復帰したいとの意向があり、病院側及び医師へ意向を伝達しておりましたが、医師より在宅復帰は無理ですので施設を探して下さいとの話があり、期日を決めないと入院期間がずるずる長くなるため、いつまで施設を決めて来れますかとの話となり、国民年金であり金銭面を考えるとすぐに答えを出すことは難しいとお伝えすると土日に入ってしまうので、明日（金曜日）まで決めて来て下さいと言われ困ったケースがありました。結果としては転院になりました。
- \* 家族がご本人の状態（心身機能の低下）を認める事が出来ず、退院後も無理な介護の方法をしてほしいと事業所へ要求してしまう事例が多い。退院時カンファレンスの時に病院側より今の身体状況にあった支援方法をとるように明確にご家族に指導して頂ければいいと思う。それにより結局また入院と退院を繰り返しているパターンが増えている様だ。
- \* コロナ禍ということもあり、面談が出来ず、リモートで退院調整するケースがあった。慣れない中での対応だったので苦勞した。治療が終わったという理由ですぐに退院するようにせかされた状態で退院され、結果的に家族様が病院に対して苦情を言うことがあった。
- \* 病院関係者は利用者の生活状況を心配されるのは十分に分かるが、その方それぞれの今までの生活も考えて支援して頂きたい。
- \* 病院によっては、退院時に看護サマリーをお願いするもいただけなかったことがあった。
- \* 自宅に帰す、帰してあげたい病院側の気持ちはわかるが、以前と状態が変わってしまった利用者の介護が自宅で可能なのか、家族状況や就労状況などをもっとアセスメントして欲しい。家族への聞き取りが難しいのであれば、退院が決まる前にケアマネにも聞いてほしい。
- \* 相談員と病棟で情報が伝わっておらず、同じ内容を何度も伝え直した。
- \* 独居女性が退院後は長女宅で生活を送る事になった。退院が近い状況で包括支援センターから当居宅に紹介された。本人は入院中筋力低下して長女自宅前の階段昇降が出来なくなってしまっていた。病院からリハビリや自宅環境を配慮したりリハビリや情報なく、退院時利用した移送業者と家族が手伝い、何とか長女宅に入ることができた。  
病院側：本人にせん妄症状認められるため、一刻も早く帰宅させたい。  
事業所側：移送は車椅子を8段の階段を上げる事ができないためストレッチャーを利用。しかし移送業者は8段の階段を上がるのは(業者が高齢で)難しいと渋るため、他業者に連絡すると、階段で水平をとる研修を受けていないため受けられないと断られた。  
本人：病院に不信感があった(宗教の施設と思い込んでいた)
- \* 病院からの情報と、実際退院した時の状況が全く違っており、家族がとまどってしまった。
- \* コロナ禍で面会できない時期に入院された方。  
家族が本人の状況が全く分からない状況の中、病院側より退院の話あり。病院は、当初からの予定と言いケアマネにサービス調整を依頼。ケアマネが家族に連絡すると、状態を受け入れられず話が前に進まない。在宅での介護に自信がないため、入所もしくは施設経由をお願いしたところ、本人は帰りたいたと言ってますし、時期的にもう遅いので、自宅に戻ってからケアマネに手続きをしてもらってくださいと言われたとのこと。家族が何も納得していない状況で退院したが、不満が強く、サービスは二転三転した。病院側と家族、病院側とケアマネがもう少し早く情報を共有できていたらと思った事例。
- \* 退院直前に熱発し、家族は理由を聞いていない、病院側は説明したと話が食い違っていた。家族は退院させたい一心で情報を聞き逃したのかもしれないが、結果的に病状悪化につながってしまったために、最後までしっかりと連携しなければならなかったと痛感したことがあった。
- \* 病院側の先生の見解がまちまちで異なり、家族が混乱してしまう事例があり、医療ソーシャルワーカーも聞かれても返答できないことがありました。病院内カンファレンスで意思統一した上でお願いする必要があります。病院により入院時に預り金制度を設けているところがあり、経済的困難な場合、医療ソーシャルワーカーが間に入り調整していただく必要がある。
- \* 在宅生活はもう難しいようなケースでも、在宅に照会がきたケース。家族の介護力やニーズを確認していただき、施設向きであれば、施設へご紹介いただければと良いのかと思いました。
- \* 病院側が、本人や家族とうまく退院後の事について話ができおらず、在宅か施設か思い込みで話を勧めてしまっていることがある。
- \* 病院での様子が現実と違いすぎたADLの低下等
- \* 病院によっては退院の連絡が直前になり、状態把握出来ないままの支援になってしまう事例があった。

- \* 地域包括センターから、退院したばかりの末期がんの方を紹介されました。家族と面会し退院の理由を聞くと、「末期がんなので主治医が匙を投げた」「県外にいる家族が自宅で過ごすように言ったから」と話がありました。介護保険の申請からサービス提供までの流れを説明し、サービスを受けるにはそれなりの時間がかかることを伝えて、再度包括支援センターの担当者と相談してほしいと話しました。また、病院の相談員が何の調整もしないまま退院させることはないと思い、面会后、電話で相談員へ確認したところ、退院にあたって介護保険の申請やサービス事業所の選定など調整を行っている最中だったけれど、家族が半ば強引に退院させたことが判明しました。包括支援センターの担当者が病院の相談員に状況確認して、介護サービスを利用にあたって正当な手続きを行ってからにしてはどうかと助言していれば、本人の気持ちに寄り添ったサービスが提供できたのではないかと思います。
- \* 介護サービスを利用しておらず、ケアマネジャーがついていない方で、退院後1か月ほどしてからご家族から相談を受けた。本人は認知機能の低下あり、正確な判断が困難。ご家族も退院時は介護サービスの必要性を感じていなかったと思われる。在宅酸素や尿カテーテルを使用している状態で、実際自宅では適切な介護が行えていなかった。入院中のリハビリでは歩行もできていた様子だが、退院後1か月ほどで歩行が出来なく寝たきりの状態となっていた。その後早急にサービス調整を行ったが、ADLの回復が難しい状態となっており、退院時スムーズに支援に入ることが出来ていれば、もう少し状態が維持出来ていたのではないかと感じるケースであった。
- \* 退院時にコロナ禍で本人に会えず、病棟の看護師と相談員を通じて退院の調整をしたが、家族の意向が病院側に伝わっておらず、相談員に話したが病棟看護師に伝わっていないことや病棟看護師に伝えただけ相談員に伝わっていない事もあり、家族と病院の間に入り話を整理しながら進めていく必要があり、対応に困った時があった。
- \* コロナ禍で病院に直接行けなかった時のことです。夫婦二人暮らしで家族も認知症で本人が主治医の話で一人で聞いていた事例です。ケアマネはソーシャルワーカーを通して入院中の状況や病状、退院支援について確認したいところですが、「病状は主治医から本人に伝えたことが全てです。ソーシャルワーカーからは伝えることができませんので本人に確認してください」との電話でのやり取りでした。退院してからのサービス調整をしましたが、本人が病気は治ったと理解して退院していますが、実際は症状が軽快したので退院で病気は治癒していないことが退院後看護サマリーの内容からわかりましたが、退院時の時点では本人の理解の相違に気づけず。退院後の次の受診まで病状のことは理解しないまま経過して、次の受診で治ってなかったと理解してそのフォローなどを訪問看護とケアマネで行った経緯があります。独居や高齢者世帯への家族の協力が得にくい場合は伝え方や退院支援に支障がでてくると思われます。
- \* 担当医師が患者や家族に万々がーを想定してか『在宅生活は難しい』と伝えるケースがまだまだ多く、施設入所や療養型の病院への転院のみが選択肢になり、ケアマネの存在理由がない。担当医の在宅サービスについての知識不足に起因していることも多いのではないかと。
- \* コロナ禍で本人との面談、連携室とのやり取りがスムーズに行う事が困難だった。情報の提供についても、本人が病院でのコロナ罹患となると、コロナ病棟での入院となる為、情報が役に立ったのかは不明。
- \* コロナの問題で病院での訪問調査ができないためなかなかうまく情報を取ることができない。zoom等で情報提供などしてはただけだが、訪問人数の制限で家族とは別となることもあり、情報共有がなかなか難しく感じることもある。
- \* 息子や本人の希望で急遽退院することになったケースで、状態かなり悪く、数日で状態悪化し救急車で再度入院することになった。連携室でも心配していたケースではあったが、息子が医師の許可があったから大丈夫だと言い、状態悪化時の判断が遅くなってしまったと感じた。
- \* 当初、病院側から KP と紹介された家族が若年性アルツハイマー病の方や反社会的勢力の方ということがあった。両方ともこちら側からの説明や話を通じず、再度 KP の選定や退院支援のサービス変更等があり、かなりの労力を要した。
- \* 家族は時間がない為、カンファレンスに一緒に出席したい
- \* 退院日の報告が退院当日で事前調査実施出来なかった。
- \* 本人は帰りたいとの思いが強く、早めに退院してほしいという内容を、家族にしっかりと説明がなされないまま退院されたこと。  
本人の入院の経過や状態が家族によく説明がなっていない(コロナの影響で面会ができないこともあり)、タブレットの動画のみではわかりずらく、伝わりづらく、退院後、本人の状態を自宅で見た家

族が困惑してしまったこと。

- \* 退院まで時間がないときに退院の連絡が入りサービスの調整が難しい
- \* 独居で、主介護者の妻も要介護認定を受けている。キーパーソンが親戚で、可哀そうだから自宅に戻したい。妻は自分も腰が痛く自分のことで精いっぱい。本人、帰りたいが、今まで同様にふたり暮らしは無理だと思っている。病院側としては、今自宅に帰らないと、レベルも低下し施設暮らしになってしまうが、現実的に全介助に近い状態の本人を、奥さんだけではいくらサービスを使っても難しいのでは？事業所側、ショート空きが無く、現実的に難しいが、少しでも自宅に帰りたい気持ちがあるなら、帰してあげたい。限られたサービスの為、調整等が困難。
- \* 入院中に介護保険の申請を行い暫定で介護4になる方を紹介していただいた。本人は家に帰りたいたいが状態や家族の介護量から現実的には無理な状況。家に帰れないがせめて朝日町の施設へとショートステイを利用することに。SMWは今は退院の時期、今を逃したら難しいと。家族と会い契約を行う必要な情報を作成しショートステイへ提供。明日明日事前面接し、退院、サービス利用という日に亡くなった。調製・情報作成・契約・連絡調整に何時間も費やし、実績がないのはただただがっかり、達成感のない業務は・・・・・・・・・・・・・・・・。ケアマネとしてもっと慎重に情報をとれば良かったのか？このような事例が続くのは避けたい。・・・・（ケアマネあるあるはなし）
- \* 数日後に病院側から退院と指示がありカンファレンス（医師参加せず）が開催されました。在宅で生活ができるADL回復がみられず、在宅での介護や環境整備も整っていない状況から退院支援の看護師に在宅での生活は難しいと伝えても「ショートを使ってください」とのこと、病院側の都合で話が進んでおり転院の提案も「医療行為は必要ない」と一点張りで退院となりました。（家族が後日医師に呼ばれ1週間退院が伸びましたが）制度上の達成率などの兼ね合いはあるにせよ、本人家族が納得が行く説明ができておらず、中立的ではなく片方に迎合するような担当職員が未だいることに疑問を感じざる得ませんでした。
- \* 入退院に限らず外来での受診時も在宅支援についてご検討を頂きたいこともあります。例えば寝たきりの方が何とか受診した際に点滴のため3～4日通院が必要と言われたり、転倒し受傷され歩行や寝起きが急にできなくなってしまったケースなど在宅での環境整備が早急に必要となる場合もあります。在宅でどのような状況や環境か、家族もうまく話せないことも多く相談を受けることが多い状況です。

#### Q10 手引きの運用の課題や改善すべき点があれば御記入ください。

- \* 現状は手引きの運用ができていけませんので今後の運用に当たり確認していきたいと思います。
- \* 医療、福祉の現場に違いがある。事細かく時間を費やし記述してもあまり目に留まらないようで、残念に思うことが多々ある。重要なことをピックアップして目に留まる内容に絞った方がお互いに簡素化され業務遂行にも影響がないと思う。
- \* 手引きが令和元年に作成されたもので、更新されていないため、見直す必要が全体的にあるかと思われれます。
- \* 現在の内容で良いかと思えます。
- \* 特になし。
- \* ご家族への十分な説明が必要である事を、前述のケースで再認識しました。また、全くこの問いへの回答ではないのですが、自分が担当していない方から相談を受けることもあるので、その際は全体像を把握していないにもかかわらず助言することは危険である事再認識しています。
- \* 事業所としての運用を考えると、所内で研修として手引きを確認したり、普段の入退院支援を省みる作業をしていく必要があると考える。事業所外で考えると、手引きがどこまで浸透しているのか疑問に感じる事もあり、多職種で運用していけるよう、研修の機会も必要と思われる。
- \* 細かすぎるフローチャートでは、逆に理解しにくい部分も生じてくると思います。
- \* 多忙とは思いますが、病院でも積極的に退院後の生活について、本人の生活環境を聞き取り頂き、現状で生活が可能かどうか、サポートしている事業所の理解を深めていただくためにも病院サイドでの手引きの理解が必要かと存じます。
- \* 所定の様式に情報を記載し直す手間を考えると、使用中のソフト内で自動的に必要な情報を取り込める厚労省様式を活用した方が、迅速に情報提供できていると感じます。医療側・介護側で共通の情報連携ツールを使用するなどして、効率的な情報共有ができれば、より連携しやすくなると思います。
- \* 病院側から連絡しなければならないような書式にしていきたい。
- \* 事業所内で手引きの共有を行っていないので改めて共有するようにしていきたいと思えます。

- \*後発で厚労省様式ができたが、切り替えをするべきかどうかがわからなくなっている。
- \*こちらからの情報提供の内容が、病棟へ共有されていない。書類のやり取りの身になっているような気がする。また、退院時の情報をもらう内容や方法に偏りがある。こちらから書面で送った場合は同じく書面で頂きたい。
- \*病院に問い合わせをすると連携室の事務の方なのか、たまに話が通じない人がある。「居宅支援？ケアマネ？？誰ですかそれ？」の様な対応をされるとこちらも困ってしまう。ぜひMSWさんだけでなく、連携室所属の職員皆さんに手引きの周知をお願いします。
- \*相談員が介入せず、病棟看護師とやり取りする病院は、日によって担当看護師が変わるため、情報の伝達がスムーズに行かず、困る場合がある。こちらから情報提供しても、退院になる旨の連絡を頂けないこともある。病棟看護師の間にこの手引きの内容がどの程度理解できているのか。各病院の課題だと思う。
- \*介護支援専門員の研修や市町村での研修、勉強会での活用により、もっと有効活用ができるのではないかと考える。その際に、介護支援専門員側だけでなく病院の連携室の医療ソーシャルワーカーの参加もあれば有意義な場になると考える。
- \*各担当者の思いが組み込まれているので、読み返して活用して行きたいと思う。
- \*在宅介護支援の流れ、病院の情報の流れなどがわかるようにした方が良いのではないのでしょうか。病院組織に寄る事なる現状があるのは理解していますが、基本的にはということがあると思います。
- \*画一の物にする必要はない
- \*手引きの内容を頭に入れておいて、活用出来るようにしておきたい
- \*コロナ禍で情報提供はFAXまたは郵送で行って来ました。できればこれからもFAXや郵送での情報提供を継続してほしいと思っています。手引きに従って介護支援専門員から連携室の相談員へ情報提供を行っていますが、ごく稀に病棟の看護師から情報提供を求められることがあり、同じ情報を病棟の看護師用に送ったことがあります。連携室と病棟で同じ情報を共有してもらえるとありがたいです。病状によって短期間で入退院を繰り返す方がおります。情報としてはほとんど変わらない場合もあります。現状、その都度情報提供書を送付していますが、変更ない場合は電話等でお伝えすることにしてもらえるとありがたいと思います。
- \*運用に関しては、私自身が他職員等にも申し送りの徹底を行わなくてはいけないと感じ、改善すべき点は特にありません。
- \*利用者さんの病状に際しての専門用語を活用しての説明は家族が理解するのに時間を要するので、ケアマネージャーが再度説明しなければならない。
- \*毎年、手引きを配布してもらいたいたい

#### Q 1 1 入退院支援をより良い支援にしていくために、御意見等があれば御記入ください。

- \*あくまでもケアマネージャー側からの、一方的で勝手な意見だが、入院時情報提供書が課題分析標準項目を満たしてアセスメント書式としても使えるものであれば、日常的に入力されているため、入院時にすぐに情報を提出できるように思った。
- \*金曜日の入院となれば、事業所が週末休みで、その後郵送での情報提供は3日以降となる。入退院支援をスムーズに行うためには情報提供は必須と思います。
- \*利用者様やご家族様に不利益にならないよう病院（MSW）と居宅CMと連携を図りながらお互いを理解尊重する気持ち（意識）を持つ事で弱みに目を向けられないよう強みを活かされるよう意識していく事ができれば更なる入退院支援のより良い支援を目指す事が出来ると思います。コーディネーター（中立者）による振り返り（検証）は必須と思います。よろしくお願い致します。
- \*入退院までの期間が短く、限られた情報での判断となってしまう。主治医との面談ができれば、正しい情報が得られると思う。
- \*これからも病院相談員と連携を図り、お互いに情報共有しながら対応していくことでより良い支援に繋がっていくと思います。
- \*転院時の情報共有に関して、入院期間にもよるが、居宅との契約終了や、支援費請求できない期間中になることもあり、積極的な介入にならないことが多いと感じます。また、転院先からの連絡も遅くなる事が多く、退院間近での調整となるようです。居宅復帰の見通しがあれば、病院→病院の情報共有を密に、そしてケアマネにも情報提供をお願いしたいです。
- \*地域医療連携室のMSW様や医師、病棟看護師様はいつも懇切丁寧に対応して下さいます。感謝しかありません。

- \* ご家族への十分な説明が必要である事を、前述のケースで再認識しておりまた、全くこの問への回答ではないのですが、自分が担当していない方から相談を受けることもあるので、その際は全体像を把握していないにもかかわらず助言することは危険である事再認識しています。
- \* 病院によっては病棟の看護師の方に都度話をし、という事で、窓口になる方が固定されていない時もあり、家族も誰に相談したらよいか分からない、と話されることがある。短期間の入院だとしても家族が相談しやすい環境だと良いと思う。
- \* 令和4年10月中に入院、退院者がいなかったので記載できずすみませんでした。
- \* 入院での状態変化の有無はご本人・ご家族にとって不安要素となるため、病院側とケアマネの連携が重要となることから、病院側も入退院支援につて今後も定期的な研修を継続してほしい。
- \* 病棟 NS の、利用者様が退院するにあたり自宅が生活の場になる事の配慮がない時が見られる。病院での状況は、答えて下さるが・・・。
- \* 居宅介護支援事業所連絡会等、介護保険領域では各事業所ごとに連絡会があり、情報を共有したり課題を検討するような場があると思われるが、医療の現場ではそういったものはあるのでしょうか。MSW 同士の連絡会や各病院で退院支援に関わる看護師さん同士の連絡会等、入退院支援は「多職種連携」が非常に重要であると思われるので、よりよい支援を目指すならば、同職種・異病院間での交流も必要ではないかと思います。
- \* 各病院でソーシャルワーク力に違いがあると感じる。ケアマネジャーに連絡会があるように、連携室での連絡会などはあるのでしょうか？そのような機会を作り、事例検討や情報交換などを是非していただきたい。
- \* ケアマネ側と病院側の共通認識をもっと高めていく必要があると思います。
- \* 病院では「できる」ことも在宅では「できない」ことが多くあります。
- \* 自宅で「生活できる」ように、医療と介護が連携し、協力者を互いに増やす取り組みが大事ではないかと考えます。環境が違えば、高齢者はとくに「できない」が増えますし、「できる」ようになるのは難しいです。病気が治れば生活できる訳では無いので、どうすれば生活できるかをお考えの上治療くださると良いのではないかと考えます。
- \* 入院時の情報提供において、病院側に必要な情報とは何かと改めて考えることがある反面、病院側でもこちら側が必要と感じている情報は何かをご理解いただいているのだろうかと感じることがある。例えば厚労省様式に「在宅生活に必要な要件」の項目があるが、そこに記載している内容に対しどのような配慮をいただいているのか等。より良いものにすべく、情報交換の場があっても良いと思われる。
- \* 本人の状況により、サービス調整が必要であるが、必要でないという家族もいる。また、金銭的にも難しい方も増えてきている。身寄りのない方もおり、今後が心配な状況。
- \* 一番は、病院側が面倒がらずに対応してくれるとかなりハードルが下がります。忙しい、面倒くさいを全面に出されると萎縮してしまい、なかなか連絡するのに気も腰も重いです…。
- \* より良い支援にしていくための意見ではないのですが、手引き作成のプロジェクトが立ち上がった頃に比べて、今は病院側でケアマネとの連携の重要性について意識して下さるようになったと感じています。特に以前は連携が難しかった病院さんとの退院時の連携がスムーズに行えるようになりました。とてもありがたいです。今後ともよろしく願いいたします。
- \* 入院情報提供表があることで、病院とのやり取りがスムーズになり、作成にあたり状況の再確認ができています。今後とも宜しく願い致します。
- \* 病院により、情報連携が難しいところもあり差があると感じる。
- \* ICT 活用による効率的な情報のやりとりができるようになればいいと思います。
- \* より一層医療機関との連携を密にしていきながら、本人・家族の在宅復帰を支援していければと思っています。
- \* 退院後の在宅復帰に向けて必要な ADL の状態やサービスについてもっと深く情報共有できる方法があればいいのですが。
- \* 現在は MSW を通して病院との連携が取りやすくなりました。自宅退院が困難となったケースでは、連携室で施設やショート先の情報を提供してくれることが増えています。病院側で情報収集されていることが感じられ、以前（ケアマネ歴 10 年です）と比べて変わったなど実感しています。
- \* Q9 にも記載しましたが障害があったとしても住み慣れた自宅でその人らしい生活ができるよう多職種が連携を図りながら支えていく地域包括ケアシステムを構築してる中で、ご本人の意向が医師の見解一言で大きく左右されてしまうのは果たして正しい支援なのかと疑問に思う部分があります。ケア

マネージャーとしてご本人の意向やその後のサービス体制等を含め、医師に理解してもらえるように説明する力が足りないことも痛感しております。

- \*特にありません。
- \*ご本人、ご家族が今の身体状況を理解し、在宅生活を継続するためにどのような事（注意）が必要なのか医師を含めた専門職の説明が重要と思います。ケアマネージャー、訪問看護等説明をしても聞き入れる事はほとんどありません。しっかり在宅生活のイメージが付きやすい説明が必要と思います。
- \*SW様には利用者の置かれている環境も加味して一緒に退院支援を考えてほしいと思う。
- \*病院側と在宅支援側の必要な情報は同じなのかどうか？お互いに必要な情報を出し合って、情報提供書の見直しが必要ではないかと思う。
- \*身寄りやキーパーソン不在のケースが増えており、ケアマネの仕事の範囲以外のことを求められることがある。救急搬送に付き添うと、入院になることが決まった後もなかなか帰してもらえず、日中からぶっ通しで帰宅が夜中になったこともある。病院側には、ケアマネはあくまでも支援者であり、身元引受人のような扱いをしないでいただけるよう周知してほしい。
- \*入院退院の際に、医療と介護が切れ目なくスムーズな連携ができればと思います。
- \*まだ、居宅介護支援事業所の勤務をして間もないため、内容についてはうまく返答出来ませんが、情報提供書があることで病院とのやり取りがしやすかったり、必要な情報を把握できて良い。今後も活用していきたい。
- \*情報共有と連携をしっかりとこなうことで利用者の安心が得られる。
- \*入院を機に、それまであまり関わってこなかった娘や息子などの家族と関わられるようになることが多くなりました。病院側で、きちんと呼んで説明して頂いているからこそと、ありがたく思っています。今後も、円滑な対応に努めたいと思います。
- \*コロナ禍でも、リモート等で情報をいただいたが、不十分と感じることがあった。しかし、病院側でも試行錯誤していると感じ、連携への協力的な姿勢が感じられた。
- \*コロナ前の様に集合して意見交換のできる機会が必要です。病院、居宅介護支援事業所も顔見知りになり、お互いの情報収集共有を図れることが重要である。
- \*退院前に病院にてカンファレンスに参加させていただきたい
- \*退院前に病院にてカンファレンスに参加させていただきたい
- \*特になし
- \*早期の情報提供によりいお互いが余裕をもって支援ができる環境作りが必要に思う
- \*治療する医療機関と、自宅に戻って生活する在宅支援側との連携が取りにくく感じる事がある。
- \*コロナ禍で連携室の相談員とお会いする機会がなかったので、意見交換会の再開を希望します。
- \*病院でのカンファレンスに出席できるよう調整しているが、隣市の病院等だと行き来に時間を要する事もある。退院後利用を予定している事業所の担当者によっては時間の調整が難しいこともあり、Zoom等を活用出来ると良いと感じることがある。
- \*ご本人の自宅での生活を代弁できる様に、日頃から情報の整理に努め、医療機関へのスムーズな連携が図れる様にしていきたい。
- \*Q9のように、特に退院時の支援は、退院が決まってからではなく、在宅生活が可能かどうかの検討時期からケアマネの意見も聞く必要があるのではないか。連携室担当者は地域の介護サービスや施設に対してとても熱心に勉強されていると思うが、医師と担当者の力関係もあると思われ、担当ケアマネの意見も担当医師に伝えられれば、より寄り添った退院支援につながるのではないかと。
- \*退院時、主治医やリハビリの先生からデイサービスやデイケアを勧められ、本人は自宅に早く帰りたい気持ちが強く、その介護サービスを了解する。そして介護保険での支援計画をするが、退院すると本人から拒否が見られ、再度支援計画をする時が見られる。退院時は本人、家族、病院側、担当ケアマネとの話し合い持つことが必要なのは、コロナ感染予防から機会がなくなっている。
- \*ケアマネ側でもきちんと入院時に連絡したり情報提供書を持参すると、病院からも退院時にサマリーや電話がくるなどきちんと連携が図れる。それが利用者のためになると思われる。コロナでなかなか病院にいけなかったが、今後コロナが少し落ち着いたので連携がとりやすくなると思われる
- \*介護認定を早めに受けておいてほしい
- \*地域の病院と包括支援センター・居宅支援事業所がどのような入退院支援をしているか知ることができてば、もっと支援しやすくなると思います。
- \*様々の事が緩和さら、面会も可能となっている病院も多くなっています。退院時のアセスメントも、本人と会話をしながら出来れば、信頼関係をとり易くなる事を期待します。

- \* 発信を自分から行なうということが大切であるということを一一人が気づき実践することがより良い支援につながると思います。
- \* 情報提供書の様式を統一してほしい・阿北町様式は項目が多すぎる・山形県内で様式を統一してほしい・庄内のポンテも参考にしてほしい
- \* 入院時の情報提供書を各居宅のケアマネージャーが提出した場合は、いかなる場合でも、退院時、病院からのサマリーは提出することを義務化してほしい。
- \* 早期連携するために日頃から情報のやり取りを行う必要があると感じた。
- \* 医師とのやりとりをスムーズにするため、医療系サービスを利用開始する際や、ケアマネ側が確認したい内容などの決まった様式でやり取りできるものなどあればいいと思う。
- \* 退院日が決まる前に連絡をもらえると、スケジュール調整がしやすく支援しやすくなる。
- \* 今後も本人・家族の気持ちを考え支援していきたい。業務に追われ、情報提供できないこともあるが、頑張っていきたい。
- \* コロナ感染で面会が出来ない時はいくら情報を貰っても「一見にしかず」で在宅での生活をイメージできず退院後のサービス調整に戸惑った事例がありました。最近は面会も2名迄は良いですと緩和されている病院もありスムーズに退院支援が出来るのではないかと思います
- \* ケアマネージャー側、病院側、対象に関わる全員が、同じ思いでいることが良い支援につながると思います。退院しても、病院と在宅が切れ目なく支援でき、連携がとりやすい環境作りも必要だと思います。
- \* 介護事業所側（相談員やケアマネ）から病院の対応を評価するシステムがあれば、公平を以てに医療と介護の意識の垣根を埋めることが出来るのではないのでしょうか。
- \* 医療・福祉が連携できる入退院についての研修会や勉強会があれば良いかと思います。
- \* ソーシャルワーカーより入院時の状況把握にHPに出向いたが、HPに到着するも、緊急対応に追われていると、ドタキャンされたことがあった。もう少し早めに連絡があっても良いのではないかと感じた。
- \* 入退院時はできるだけ早く病院側やご家族様と連絡を取り合い、今後の方向性について確認しておくことでその後の支援がスムーズにいくと考えている。