

令和元年度「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

病院代表者

(回答数：32)

部署	回答数	割合(%) n=32
1 入退院支援関係部署	22	68.8
2 外来	0	0.0
3 管理部門	8	25.0
4 病棟	0	0.0
5 その他	2	6.3
合 計	32	100.1

記入者の基礎資格（複数選択可）	回答数	割合(%) n=32
1 医師	3	9.4
2 看護師	13	40.6
3 社会福祉士	10	31.3
4 精神保健福祉士	8	25.0
5 その他	2	6.3
介護支援専門員、事務局職員		
合 計	36	—

Q1-1 貴病院の入退院支援部署の職員数 (令和元年11月末日現在)		
	回答数	割合(%) n=32
1 1名	4	12.5
2 2名	4	12.5
3 3名	6	18.8
4 4名	3	9.4
5 5～9名	10	31.3
6 10名以上	5	15.6
合 計	32	100.1

Q2 令和元年10月中に貴病院に入院した患者について、下記の項目の件数を御記入ください。

2 ケアマネジャー等から 入院情報提供書が届いた数	回答は以下の項目で集計		回答数	割合(%) n=32
	1	あり	17	53.1
2	なし	4	12.5	
3	件数は把握していないが実績あり	9	28.1	
4	不明	2	6.3	
合 計			32	100.0

3 患者の担当ケアマネジ ャー等を、市町に確認した 数	回答は以下の項目で集計		回答数	割合(%) n=32
	1	あり	2	6.3
2	なし	20	62.5	
3	件数は把握していないが実績あり	6	18.8	
4	不明	4	12.5	
合 計			32	100.1

Q3-1 貴病院を退院した患者について、下記の項目の件数を御記入ください。

2 介護支援等連携指導料算定件数	回答は以下の項目で集計		《令和元年10月中》		《平成30年10月中》	
			回答数	割合(%) n=32	回答数	割合(%) n=32
1	あり	15	46.9	16	50.0	
2	なし	17	53.1	15	46.9	
3	件数は把握していないが実績あり	0	0.0	0	0.0	
4	不明	0	0.0	1	3.1	
合 計		32	100.0	32	100.0	

3 退院時共同指導料1算定件数	回答は以下の項目で集計		《令和元年10月中》		《平成30年10月中》	
			回答数	割合(%) n=32	回答数	割合(%) n=32
1	あり	1	3.1	1	3.1	
2	なし	30	93.8	28	87.5	
3	件数は把握していないが実績あり	0	0.0	1	3.1	
4	不明	1	3.1	2	6.3	
合 計		32	100.0	32	100.0	

4 退院時共同指導料2算定件数	回答は以下の項目で集計		《令和元年10月中》		《平成30年10月中》	
			回答数	割合(%) n=32	回答数	割合(%) n=32
1	あり	6	18.8	3	9.4	
2	なし	25	78.1	26	81.3	
3	件数は把握していないが実績あり	0	0.0	1	3.1	
4	不明	1	3.1	2	6.3	
合 計		32	100.0	32	100.1	

(以下5～8は「令和元年10月中」のみ回答)

5 3、4の退院前カンファレンスにケアマネジャー等が参加した数	回答は以下の項目で集計		回答数	割合(%) n=32
	1	あり	7	21.9
2	なし	18	56.3	
3	件数は把握していないが実績あり	5	15.6	
4	不明	2	6.3	
合 計		32	100.1	

6 3、4の退院前カンファレンスを実施した上で更に、退院時情報提供書(看護サマリー等)書面でケアマネジャー等へ情報提供した数	回答は以下の項目で集計		回答数	割合(%) n=32
	1	あり	5	15.6
2	なし	19	59.4	
3	件数は把握していないが実績あり	6	18.8	
4	不明	2	6.3	
合 計		32	100.1	

7 3、4は実施していないが、退院前カンファレンスにケアマネジャー等が参加した数	回答は以下の項目で集計		回答数	割合(%) n=32
	1	あり	16	50.0
2	なし	6	18.8	
3	件数は把握していないが実績あり	10	31.3	
4	不明	0	0.0	
合 計		32	100.1	

8 3、4は実施していないが、退院時情報提供書（看護サマリー等）書面でケアマネジャー等へ情報提供した数	回答は以下の項目で集計		回答数	割合(%) n=32
	1	あり	15	46.9
	2	なし	6	18.8
	3	件数は把握していないが実績あり	11	34.4
	4	不明	0	0.0
合 計			32	100.1

Q3-2 ケアマネジャー等に退院時情報提供を行わなかった患者がいる場合は、情報提供を行わなかった主な理由を御記入ください。

- * 短期間の入院のため、入院前の状態から変化がなかった。
- * 入退院を繰り返しており、入院前の状態から変化がなかった。
- * 急遽退院が決まり、情報共有の場を設定できなかった。
- * 退院先が施設だった。
- * 患者が死亡した。

Q4-1 貴病院で、退院時情報提供の様式は決まっていますか。		回答数	割合(%) n=32
1	決めている。	27	84.4
2	決めていない。	5	15.6
合 計		32	100.0

(Q4-1で「1決めている」を選択した場合) 様式を選択		上記1の回答数の内訳	上記1の割合(%)の内訳 n=32
1	病院独自の様式	25	78.1
2	厚生労働省様式例	1	3.1
3	置賜保健所様式	0	0.0
4	その他	1	3.1
合 計		27	—

Q4-2 退院時情報提供書(Q4-1)の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。

《良いと思うこと》

- * 看護サマリーとして簡潔にまとめられている。
- * 電子カルテと連動しているので、提供しやすい。
- * 退院独自の様式を検討する中で、関係機関と情報共有したい内容、必要な情報は何かを考え、様式に反映させたことは、連携において意義のある取組みだった。
- * 退院時情報提供書についての問い合わせはなく、不都合は感じていない。
- * 様式が決まっていることで、作成の時間短縮につながっている。
- * 「村山地域入退院支援の手引き」を参考に、使用している独自様式に追加した。

《課題・改善が必要と思うこと》

- * 病棟看護師が作成しているが、手間と時間がかかる。
- * 地域関係事業所等へ引き継ぎたい(ケアマネジャーが望む)内容を、記載できる欄があるとよい。
- * 看護師以外の職種(リハビリスタッフやソーシャルワーカー等)の支援内容も記載できるとよい。
- * 患者、家族への病状説明(内容と受け止め方)、患者、家族の意向等を書き込もうとしたが、難しかった。
- * 患者の生活の土台となる情報収集が不足している。
- * 書式を統一した方が、情報の共有と質の向上が期待できる。
- * 退院時情報提供書の使用頻度が少なく、使い慣れていない。
- * 作成する看護師によって、提供する情報量にムラがある。
- * 他の医療機関の情報を基に、様式の変更を検討する。

Q5-1 貴病院で、手引きの周知をどのように行っていますか。 (複数選択可)			
		回答数	割合(%) n=32
1	院内で研修会を行った。	7	21.9
2	会議で報告した。	15	46.9
3	文書で回覧した。	22	68.8
4	その他 *院内連絡会、医看ミーティング、リンクナース研修会を活用して周知した。 *看護部主任副主任会議での説明。 *入退院委員会で委員に報告。今後院内研修会で周知しようと考えている。	9	28.1
合 計		53	—

Q5-2 手引きを院内で周知するための課題について教えてください。
<p>《スタッフへの教育》</p> <ul style="list-style-type: none"> * 専門である退院支援部署スタッフが、入退院の流れや連携のポイントをしっかりと把握すること。 * 退院支援部署スタッフが、診療科、病棟及び地域側と連携・調整が適切にできること。 * 方法や手段だけでなく、手引きを意味することが、教育として取り入れていくことが課題。 * 職員等が、ケアマネジャーの役割を正しく理解していない。 * 病院と在宅との隔たりがあるのか、地域包括ケアシステムの構築について深めることが必要。 * 周知が限定的なため、徹底した入退院支援ができていない。 * スタッフにより対応がまちまち。レベルアップが必要。 * 手引きについての定期的な研修会の開催。 <p>《スタッフの意識と行動の変化》</p> <ul style="list-style-type: none"> * 看護師とケアマネジャーを退院支援チームの一員と捉え、情報を共有する意識を底上げすることが課題。 * 入退院部署が直接介入するため、他部署、多職種の関心が低い。 * 各部署で周知はしているが、一部のスタッフの活用に留まっている。 * 周知の問題ではなく、浸透と定着の度合い、行動への反映が大事。 * 手引きを回覧しても、浸透していない現状がある。 * 退院のために、必要時にはケアマネジャーと連携するといった意識が変わっていない。 * 退院がゴールではなく、患者の生活を支えるという意識を持つことが、取り組むべき課題。 * 医療介護連携に、受け身的な職員をいかに巻き込むか。 * 退院支援調整は、入退院支援室で行うものと思っているスタッフが少なくない。 * 入退院支援に携わっている認識が低い。 <p>《院内の体制》</p> <ul style="list-style-type: none"> * 通常業務で手一杯であり、手引きの利用まで至らない。 * 医療連携室が退院調整を行っている。退院支援看護師の配置があれば周知が進む。 <p>《意見》</p> <ul style="list-style-type: none"> * 手順書のようなものを作成し、それを基に日常業務を行うことが課題。 * 手引き運用の予定はない。 * 手引きの枚数が多く、見づらい。 * 手引きの浸透と定着、行動への反映について、どの程度求めるのかの尺度がない。

令和元年度「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

病院スタッフ

(回答数：121)

所属（一つ選択）	回答数	割合(%) n=121
1 入退院支援関係部署	53	43.8
2 外来	5	4.1
3 管理部門	2	1.7
4 病棟	57	47.1
5 その他	4	3.3
合 計	121	100.0

記入者の基礎資格（複数選択可）	回答数	割合(%) n=121
1 医師	0	0.0
2 看護師	75	62.0
3 社会福祉士	31	25.6
4 精神保健福祉士	16	13.2
5 その他	4	3.3
合 計	126	—

Q1 手引きを見たのはいつですか（複数選択可）	回答数	割合(%) n=121
1 3月中に保健所からの通知を見た。	15	12.4
2 3月26日の医療・介護合同会議に参加した。	27	22.3
3 3月中に院内でミーティング等で説明があったので見た。	26	21.5
4 3月中に県のホームページで見た。	4	3.3
5 3月中に院外の会議等で見た。	3	2.5
6 4月以降に保健所からの通知を見た。	4	3.3
7 4月以降に院内でミーティング等で説明があったので見た。	41	33.9
8 4月以降に県のホームページで見た。	5	4.1
9 4月以降に院外の会議等で見た。	11	9.1
10 見たことはない（今回のアンケートで初めて見た）。	13	10.7
11 その他	13	10.7
*勤務異動の際、説明を受けた。 *手引きがあることは知っているが、見ていない。 *3月以前に、院内会議で説明があった。 *見たことはあるが、時期を覚えていない。		
合 計	162	—

Q2 手引きについてどのように活用しているかを教えてください。（複数選択可）	回答数	割合(%) n=121
1 入退院支援関係部署で活用している。	46	38.0
2 病棟で活用している。	22	18.9
3 ケアマネジャー等と連携するポイントの確認のために活用している。	41	33.9
4 院内スタッフへケアマネジャーの役割等の周知に活用している。	12	9.9
5 病院内では活用していない。（活用していない理由を記入ください。）	26	21.5

	<ul style="list-style-type: none"> * 手引きを見たことがなかったため、周知されていない。 * 基本の中身は、院内フローと同じため。 * 施設への退院が多く、在宅退院が少ないため。 * 精神科では、手引き活用が有効ではないケースが多い。 * 退院転院を急ぐ場合が多いため、段取りを踏む余裕がない。 		
6	その他	19	15.7
	<ul style="list-style-type: none"> * 状況に応じて活用しているが、内容はこれまでの入退院支援とかわらないので、「改めて」見ながら業務を実施するということはあまりない。 * 活用すべきであるが、余裕がなく手引きを振り返る時間がない。 * 現在使用する部署に勤務していないため。 * 自部署では活用していないが病棟では活用していると思う。 * どういうものか分からない。 * 実践はしているが、その都度活用したりはほぼしていない。 * 実際に活用して退院支援をしたことはなかったが、退院支援の研修で見たので今後活用したい。手引き自体は院内にあったようだが、病棟では周知されていなかった。 * まだ活用する機会がない。 * 施設への退院や死亡退院、転院が多く、在宅へ退院する患者がほとんどいないため、活用できていない。 * 訪問看護師との連携が主となっている。 * 手引きそのものの活用は、あまり周知されていないが、事前にケアマネジャーが来院してくれるため情報を共有し、退院カンファレンスを行うことで在宅につないでいる。 * 外来勤務のためあまり活用することは少ないと感じる。外来通院時何か問題があったときはカルテ参照している。 * 最近、見直しを作成した。退院支援マニュアルに手引きがあり活用している。 * どのように活用しているか把握していない。外来での使用はない。 		
合 計		166	—

Q3 ケアマネジャー等が作成した入院時情報提供書を見たことはありますか。			
		回答数	割合 (%)n=121
1	見たことがある。	110	91.0
2	見たことがない。	11	9.1
合 計		121	100.1

Q3で「1見たことがある」を選択した場合)入院時情報提供書についてどのように考えているかを教えてください。(複数選択可)			
		回答数	割合 (%)n=110
1	在宅時の生活状況や患者本人の思いなど患者支援に必要な情報を得ることができる。	93	84.5
2	病棟と連携して活用している。	40	36.4
3	入退院支援に積極的に活用している。	42	38.2
4	情報提供があることで治療や看護に役立つ。	55	50.0
5	情報提供されても活用しないことがある。	8	7.3
6	必要な項目が不足している。(どのような項目ですか?)	9	8.2
	<ul style="list-style-type: none"> * 患者、家族に病院との情報共有について理解があるかどうか。 * 退院に際して検討が必要な課題や理由について。 * 金銭的な不安などがあるかどうか、情報があれば記載いただけると助かる。 * 経済状況について分かれば情報があると便利。(今後、施設入所をする場合に参考になる。) * 当院は眼科病棟であるため、自宅や施設では自分で点眼しているか、または家人、施設スタッフ等が介助しているかなど。 		

	<p>*認知症の有無、かかりつけ医、既往歴（発症時期等）について知りたい。</p> <p>*介護保険の「認定日」の欄はあるが、「初回認定日」という項目があれば（ケアマネの個人名、事業所名は伏せてよい。それが分かるといつ頃から支援が必要になっていたのか明確になる。当院精神科のため生活歴を丁寧に聴取する関係で、「いつ」から「誰」が関わったのか、現況だけでなく過去の分も追えるとよい。</p>		
7	その他	11	10.0
	<p>*様式が細かく情報が見つらいと感じることがあり、見やすくかつ共通のものがあると良い。</p> <p>*FAXでの情報提供の場合に文字が見えにくいことがあるので、フォントの大きさなど配慮してほしい。</p> <p>*ケアマネジャーによって、情報の内容や詳しさにばらつきがある。</p> <p>*事業所ごとに、入院時にすぐに対応される場所、中盤や後半にくださるところ、入院自体知らなかったところなど、様々。また、同じ事業所でも患者家族とケアマネジャー等の関係性でも異なるのかもしれない。シートによっては行間や文字が細かすぎて FAX では読み取れないもの、患者名がわかりにくいもの、ケアマネジャーからほしい情報（ADL 等ではなく）がないもの、などもあるがその反面わかりやすく院内共有がともしやすいものなど、事業所または担当ケアマネジャーによって色々。折角用意くださるので、有意義なもの場合はとても有難い。</p> <p>*こちらから要求しないとこない。ケアマネジャーによっては、情報がほとんど無いこともある。</p> <p>*周知されていないため、病棟では活用まで至らない。</p>		
合 計		258	—

Q4-1 手引き運用後（4月以降）のケアマネジャー等との連携状況につ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=121
1	ケアマネジャー等へ情報提供しやすくなった。	18	14.9	
2	ケアマネジャー等へ情報提供・連絡する機会が増えた。	31	25.6	
3	ケアマネジャー等からの連絡が増えた。	30	24.8	
4	医師からの病状説明にケアマネジャー等が同席する機会が増えた。	9	7.4	
5	退院カンファレンスの開催が増えた。	12	9.9	
6	退院前カンファレンスへケアマネジャー等の参加機会が増えた。	19	15.7	
7	入院早期から、退院後の生活について、本人、家族とケアマネジャー等と一緒に検討することが増えた。	24	19.8	
8	退院の見込みが立ち次第、速やかに担当ケアマネジャー等に連絡するようになった。	22	18.2	
9	ケアマネジャー等から退院後の状況報告が増えた。	7	5.9	
10	日常的にケアマネジャー等と連絡等が取りやすくなった。	12	9.9	
11	情報提供に関し、手引きを運用しても事前に本人や家族の了承を得ることに苦慮する。	2	1.7	
12	特に変化を感じていない。	39	32.2	
13	その他	15	12.4	
	<p>*現時点では、病棟から直接ケアマネに連絡することはほとんどないが、情報共有は必要であると思っている。</p> <p>*救命ではあまり関わりが無いが病棟に早期につなげるため情報を取り記録に残し院内の地域医療部と連携を取っている。</p>			
合 計		240	—	

Q4-2 手引き運用後のケアマネジャー等との連携状況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=121
1	入院時に連絡がなく、治療や看護に困ることがある。	20	16.5	

2	患者、家族が担当ケアマネジャー等を覚えておらず、連携開始に苦慮することがある。	56	46.3
3	退院した後も連携が必要と思われる患者であっても、退院するとケアマネジャー等からの情報提供がないことがある。	19	15.7
4	日常的にケアマネジャー等と連絡等が取りづらい。	11	9.1
5	ケアマネジャー等の医療知識・理解が十分ではないと感じることがある。	16	13.2
6	ケアマネジャー等への手引きの周知が必要。	11	9.1
7	その他	25	20.7
<p>*病棟スタッフとしては、直接ケアマネジャーと連絡することは少ないが、病棟担当のMSWを介してやり取りができていると思う。</p> <p>*事業所やそのケアマネジャー等によって、差が大きい印象です。会議や連携会に積極的に参加できていない方々などのボトムアップが必要なのではないでしょうか。</p> <p>*業務内でタイムプレッシャーを感じており、情報提供に十分な時間がかけられない。要点をしばってほしい、またはあらかじめ退院支援担当に質問項目を提示していただけると幸いです。</p> <p>*状態問わず退院前カンファレンスを求められ、病棟看護師が必要と感じず、間に挟まれる事があり困る。</p> <p>*入院後にケアマネジャーの関わりが希薄になることもある。</p> <p>*ケアマネジャーとKP以外の家族との関わりがなく、家族の介護力が比較できないことがある。</p> <p>*地域医療支援部とケアマネジャーとの連絡が密であり、地域医療支援部担当者を通して情報を得たり、支援を共同することができている。</p> <p>*現場職員への周知と必要性の理解、運用の拡大。</p> <p>*退院後の生活状態を外来においても継続できるようにしたいと考えている。外来スタッフも気になる患者においては声をかけたり、確認したりできるが、すべての患者にできているとは言えない。ケアマネジャーが気になることは遠慮なく、外来スタッフにも連絡が取れるようになれば良いと思う。</p>			
合 計		158	—

Q5 手引き運用後に、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。

《退院前カンファレンスをして、退院支援がスムーズだった事例》

- *主治医、担当Ns、MSW、本人、家族、かかりつけ医、ケアマネジャーで、退院前合同カンファレンスを行い、本人の強い希望通り自宅へ退院となり、かかりつけ医でのフォローとなった。
- *かかりつけ医、訪問看護師、訪問介護士、MSWも入っての退院前カンファレンスを行い、本人、家族の心配や不安を軽減した上で退院できた。

《ケアマネジャーからの情報提供が、退院支援に役立った事例》

- *自宅状況や介護状況を知ることができ、退院支援に役立った。
- *入院早期に情報提供書をもらい、早期からケアマネジャーと連絡を取ることができた。
- *入院早期に情報提供書をもらったことで、退院後のサービス調整がスムーズだった。
- *入院前の生活状況や本人の性格等を知ることができ、より生活に即した支援ができた。
- *患者、家族の意向を情報提供してもらい、支援がスムーズにできた。

《関係機関との連絡がスムーズにできた事例》

- *ケアマネジャーが、患者の状態を確認に来てくれ、直接治療経過、退院後の注意点等を伝えることができた。
- *介護保険未申請者が、急に外泊、退院が決まった時、地域包括支援センターに連絡したら、相談に対応してもらえた。
- *ケアマネジャーの連絡先が明確で、スムーズに連絡が取れ、本人の希望する退院支援につながった。
- *退院の目処がついた段階で、早期にケアマネジャーに連絡をし、必要なサービス調整をしてもらえた。

Q 6 手引き運用後に、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（それぞれの事業所側、病院側、本人や家族等の理由が分かるように）御記入ください。

《入院時情報提供に課題がある》

- *入院後、全く連絡のないケアマネジャーが、まだ多い。
- *本人、家族からのケアマネジャー情報が曖昧で、ケアマネジャーからも連絡がなかった。
- *ケアマネジャーからの情報提供が、10枚以上の記録のコピーで要点を得ないものだった。

《病院とケアマネジャーのコミュニケーションに課題がある》

- *病院側とケアマネジャーで、病気に関する考えが一致せず、なかなかサービス利用につながらなかった。
- *病院に連絡なく、施設入所の方向性を決め、病院の治療プランを確認せずに、予定された入院期間よりもかなり長い待機期間を提示された。
- *病院に連絡なく、患者の状況を見に来る、リハビリに顔を出す。事前に連絡をもらえれば、より正確でたくさん情報が得られると思う。

《生活保護受給者の対応》

- *入院時、状態が悪く、自宅への退院が困難であると思われ、担当ケースワーカーに介護認定の申請と、ケアマネジャーの選定を依頼したが、入院に対する考え方が違い、介護サービスを利用できるようになるまで、時間を要した。
- *独居生活だったが、ADL低下に伴い、息子のいる市の施設入所を希望。担当ケースワーカーに依頼したが、市町同士連携が思うように進まず、退院支援に時間を要した。

《夜間、休日の対応》

- *担当ケアマネジャーと連絡が取りたくても、土日やお盆休み等で事業所が休みで、早期の介入が必要なケースだったが、情報共有につながらなかった。
- *認知症の患者が、金曜日の夜間に入院した。家族がいないため、担当ケアマネジャーから情報をもらいたかったが、土日で休みのため、退院支援が進められなかった。

Q 7 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。

《課題》

- *医師、病院スタッフへの周知が必要。
- *手引きのルールへの定着が課題。
- *病院と在宅の必要な情報のすり合わせを繰り返す必要がある。
- *入院早期にケアマネジャーからの情報が得られないと、活用しにくい。タイムリーに情報がほしい。
- *介護保険の調査が終わらず、退院が遅くなることもある。
- *介護保険申請中で、結果が出る前に退院となることがある。一次判定を病院で把握できると退院調整しやすい。

《改善点》

- *ケアマネジャーからの情報提供書は、1枚程度にまとめてほしい。
- *退院後、外来でも活用できる工夫があるとよい。
- *手引きの内容は、説明がないと分かりにくい。読みづらい。

Q 8 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。

- *病院側、介護側の顔の見える関係づくりが必要。定期的なディスカッションがあるとよい。
- *入院が決まった時点で、ケアマネジャーから情報提供があるとよい。
- *ケアマネジャー、病棟スタッフへの周知を継続。
- *ケアマネジャー、病棟スタッフのスキルアップが必要。
- *かかりつけ医が、どのような療養をしていくか、最期を迎えるか、本人、家族と話してくれるとよい。

令和元年度「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

訪 問 看 護

(回答数：24)

Q1 手引きを見たのはいつですか（複数選択可）	回答数	割合(%) n=24
1 3月中に保健所からの通知を見た。	11	45.8
2 3月26日の医療・介護合同会議に参加した。	9	37.5
3 3月中に事業所内のミーティング等で説明があったので見た。	4	16.7
4 3月中に県のホームページで見た。	1	4.2
5 3月中に事業所外の会議等で見た。	0	0.0
6 4月以降に保健所からの通知を見た。	2	8.3
7 4月以降に事業所内でミーティング等で説明があったので見た。	0	0.0
8 4月以降に県のホームページで見た。	3	12.5
9 4月以降に事業所外の会議等で見た。	2	8.3
10 見たことはない（今回のアンケートで初めて見た）。	0	0.0
11 その他	2	8.3
*市町村の研修にて。 *令和元年9月20日合同会議に参加。		
合 計	34	—

Q2 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=24
1 活用している	5	20.8
2 活用していない	19	79.2
合 計	24	100.0

(1) 活用してよかったと思える点について教えてください。

- *流れが分かりやすくなった。
- *退院前カンファレンスを開いてくれるようになった。
- *退院後、看護サマリーを速やかに出してくれるようになった。
- *情報が得られやすくなった。

(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。

- *関係機関一覧が1枚にまとまっているとよかった。

手引きを活用していない理由を教えてください。

- *紙ベースは、使いにくい。
- *訪問看護は、関わりが少なく、ケアマネジャーの依頼によるので、活用まで至らない。
- *手引きの内容を、理解していない。
- *日ごろから連携が取れている。
- *入院時は、主治医に訪問看護情報を提供している。手引きをどのように活用したらよいか分からない。
- *ケアマネジャーと病院側の手引きのため。

Q3 手引き運用後（4月以降）に、村山地域の病院から貴事業所に、医療保険での訪問看護利用が見込まれる場合（手引きP5）の問合せや相談がありましたか。	回答数	割合(%) n=24
1 あった	15	20.8
2 なかった	9	79.2
合 計	24	100.0

(Q3で「1あった」を選択した場合)(1) 問合せや相談の件数を教えてください。		上記1の回答数の内訳	—
1	件数は把握している。 件数：11件、32件、1件、8件、10件、2件、4件	7	—
2	件数は把握していない。	8	—
合 計		15	—

Q4 手引き運用後に、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=24
1	病院へ情報提供しやすくなった。	2	8.3	
2	病院へ情報提供する機会が増えた。	0	0.0	
3	病院からの連絡が増えた。	5	20.8	
4	医師からの病状説明に同席する機会が増えた。	1	4.2	
5	退院前共同カンファレンスへの参加機会が増えた。	4	16.7	
6	退院時に在宅生活に必要な情報を得やすくなった。	4	16.7	
7	退院後の状況報告をする機会が増えた。	1	4.2	
8	日常的に病院と連絡等が取りやすくなった。	2	8.3	
9	入院早期から、利用者や家族・病院と連携できるようになった。	1	4.2	
10	退院時期の把握がしやすくなった。	3	12.5	
11	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。	0	0.0	
12	特に変化を感じていない。	14	58.3	
13	その他	4	16.7	
<p>*4月に事業を開始したばかりで変化がわからない。 *医療依存度の高い方の退院後の新規で訪看を利用する場合、今までは病院連携室から退院前の調整連絡を受けていたが、ケアマネジャーからの連絡が多くなった。ケアマネジャーの情報だけでは不足していると感じる事があった。 *まだ実際に行っていないのでわからない。 *連携室からの連絡が多くなった。(病院にもよるが)</p>				
合 計			41	—

Q5 手引き運用後の病院との連携について課題だと感じる事があれば教えてください。(複数選択可)			回答数	割合(%) n=24
1	提供した情報が活用されていないように感じる。	5	20.8	
2	3日以内の情報提供は困難。	0	0.0	
3	病院内で情報の共有がうまく行っていないと感じる。	6	25.0	
4	退院直前に支援を求められ、対応に困ることが多い。	8	33.3	
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。	8	33.3	
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。	11	45.8	
7	日常的に病院と連絡等が取りづらい。	3	12.5	
8	病院側で手引きの周知が必要。	7	29.2	
9	病院との連携に躊躇してしまう。	3	12.5	
10	必要性を感じているが業務多忙で対応できない。	2	8.3	
11	その他	7	29.2	
<p>*経済的な理由で、十分な介護サービスが使えない場合など、どう支援するか苦慮すると思う。今まで歩いていた人が、入院治療中に歩けなくなったら、在宅介護が困難になるなど考えることが必要。 *連携の必要性を感じている病院と、そうでない病院の差が大きい。 *退院を決める時に Dr から Ns への情報提供が遅いと思われる。巡診の時などに患者さんとのみ決めてしまう場面が多いように感じる。</p>				
合 計			60	—

Q 6 手引き運用後のケアマネジャー等との連携状況につ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=24
1	ケアマネジャー等へ情報提供しやすくなった。	0	0.0
2	ケアマネジャー等へ情報提供・連絡する機会が増えた。	3	12.5
3	ケアマネジャー等からの連絡が増えた。	3	12.5
4	入退院支援に必要な情報を得やすくなった。	4	16.7
5	入院早期から、退院後の生活について、本人、家族とケアマネジャー等と一緒に検討することが増えた。	2	8.3
6	退院の時期について、担当ケアマネジャー等から以前より早く連絡がくるようになった。	4	16.6
7	日常的にケアマネジャー等と連絡等が取りやすくなった。	1	4.2
8	情報提供に関し、事前に本人や家族の了承を得ることに苦慮する。	0	0.0
9	特に変化を感じていない。	12	50.0
10	その他	3	12.5
*訪問看護から退院について意見を言うと、面倒くさがられる時がある。			
合 計		32	—

Q 7 手引き運用後のケアマネジャー等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=24
1	入院時に連絡がなく困ることがある。	1	4.2
2	患者、家族が担当ケアマネジャー等を覚えておらず、連携開始に苦慮することがある。	1	4.2
3	退院前の情報提供がなく困ることがある。	4	16.7
4	退院時の情報提供がなく困ることがある。	4	16.7
5	日頃から入院等を見越した意思決定支援が必要。	5	20.8
6	日常的にケアマネジャーと連絡等が取りづらい。	0	0.0
7	ケアマネジャー等の医療知識・理解が十分ではないと感じることがある。	7	29.2
8	訪問看護事業所内の手引きの周知がすずまない。	6	25.0
9	ケアマネジャー等への手引きの周知が必要。	3	12.5
10	その他	3	12.5
*退院前に状態変化がないからと、カンファレンスが開催されないことがあるが、カンファレンスは必要。			
合 計		34	—

Q 8 手引き運用後に、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。
*退院前カンファレンスに、かかりつけ医も出席してもらい、情報共有することができた。顔の見える関係ができたので、退院前に変更があっても連絡もらうことができた。

Q 9 手引き運用後に、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(それぞれの事業所側、病院側、本人や家族等の理由が分かるように)御記入ください。
*ケアマネジャーから新規依頼があったが情報が乏しく、連携室や病棟から情報収集した。連携室や病棟看護師は、体制を整えてから退院を考えていたが、主治医が早期退院を進めてしまった。医師の理解が必要。
*介護保険未申請者で、病院の相談室と病棟看護師らの情報が異なっており、連携が取れていないと感じる。
*家族と訪問看護事業所は、退院後の生活イメージができていたが、病院側は、退院後の生活イメージができず、意見の食い違いがあった。病院は、退院後の生活について、積極的に情報収集した方が良いと感じる。

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。

- *退院後、病院と連携を取りたいと思っても、窓口が分からない。
- *病棟看護師の理解と周知が必要。
- *記録用紙を統一した方が、分かりやすい。
- *手引き運用は、退院支援に関わるスタッフ一人一人（医師、看護師、栄養士、薬剤師等）が、知っておくことが大切。
- *退院後、何を介護保険で利用するか（利用する必要があるか）見極めてから、手続きを進めてほしい。

Q11 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。

- *急な退院が多く、ケアマネジャーが十分情報収集、調整する時間がないように思う。
- *入院早期から、退院後の生活を想定し、本人、家族、関係機関の関係を構築できると、連携がスムーズになると思う。
- *医師の参加が増えるといい。
- *手引き運用が進んでいるためか、病院からの連絡が増えている。在宅をイメージした、カンファレンス等になっており良いと思う。
- *退院後の様子を病院にフィードバックすることが、病院が在宅を知る機会になると思う。どこに情報提供したらよいか明らかにしてほしい。
- *住民が、病気になっても、家で過ごせることを、もっと理解してもらうことが大切。本人の意思が尊重されるようになればいい。
- *医師の理解と協力が必要。
- *家族の介護疲れへの対応として、もっと気軽にレスパイトできるとよい。

令和元年度「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）管理者 （回答数：124）

サービス等種別（一つ選択）	回答数	割合(%)n=124
1 居宅介護支援事業	103	83.1
2 小規模多機能型居宅介護	20	16.1
3 看護小規模多機能型居宅介護	1	0.8
合計	124	100.0

Q1 貴事業所の所属のケアマネジャーは何名いますか。 (令和元年1月末日現在)		
	回答数	割合(%)n=124
1 1名	36	29.0
2 2名	28	22.6
3 3名	19	15.3
4 4名	21	16.9
5 5～9名	18	14.5
6 10名以上	2	1.6
合計	124	99.9

Q2 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。

- * 病院、介護支援専門員ともに共有できるシステムになるとよい。
- * 病院、介護支援専門員ともに周知を継続する。
- * 病院では、病棟まで手引きについて浸透していない。
- * 医療と介護をつなぐ連携室等の部署には、手引き運用の理解を深めてほしい。
- * 担当者が不在のために、情報が得られないことがある
- * 情報提供している内容が、病棟スタッフやリハビリスタッフ等に伝わっていない。
- * 手引き P3（3）退院時の連絡の項目で、「退院の見込みが立ち次第速やかに～（目役：退院1週間前ころまで）の目安の記載をなくしてほしい。（1週間前の連絡では、サービス調整の時間が少ない。休日等事業所が動けない時期も含めると、実質調整する時間が少ない。）
- * 期間の縛りについて（例：入院時情報連携加算→入院後3～7日の情報提供）。
- * 業務内での迅速な情報伝達が困難（医療機関と事業所の勤務時間帯のずれ）。
- * 様式に書かれない情報で、伝えたいことは口頭で説明するが、退院調整担当者に伝わっていないことがある。
- * 正確な情報を速やかに共有するために、インターネットの活用を医療機関全体で行ってほしい。
- * 書面だけでなく入退院の際の支援の重要性を、主治医・病棟看護師に啓発が必要。
- * 入院前の情報は、これまでの状態がよいのか、入院直前の情報がよいのか迷う。
- * 病院から求められないと情報提供書を作成せず、口頭で伝えることがある。
- * 様式に記載する内容が多く作成に時間がかかる。
- * コメダルスタッフ全員が参加すると、退院後の自宅での医療的な注意点などのアドバイスを得やすくなる。
- * 病院側の対応がまちまちである。
- * 支援がスムーズにいくように、ケアマネジャーの確認、連絡を必須にする。
- * 各市町村単位で行っているケアマネ連絡会等の場を利用して、運用の徹底を図ることが必要。
- * 病院によって対応や考え方が違い、手引き通りには行かないが、ある程度標準化が必要。
- * 病院、利用者、ケアマネジャー共に理解が必要。継続した周知、定期的な確認必要。
- * ①伝達方法の改善 「例 PCやメールにより医療機関との情報共有（医師や看護師、PT、OT等）」、
②情報に補足、または修正の連絡をする時の伝達方法の改善「例 連絡しても担当者が不在により後日の情報提供となる為」※①②をする際は、「医療機関と福祉施設との連携」の同意を得る等をして情報の管理をする。

Q3 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。

- * 情報提供書を受け取った後、どの程度活用されているのか見えない。
- * 在宅での見取りに関して意識の相違がある。
- * すべて病院連携室を通せるとよい。
- * 家族から、病院で誰に相談したらよいか分からないと連絡をもらうことが多い。入院時に病院の相談員の存在を家族に説明してほしい。
- * 今以上に、退院時の情報共有をして、利用者の在宅復帰がスムーズになるとよい。
- * 入院時、診察券入れに中に、ケアマネジャーの名刺を入れ、家族から病院側に知らせてもらうようにしている。
- * 連携室に連絡しても病棟に伝わっているのか不安がある。医師や看護師、相談員等どこまで情報共有しているか疑問。
- * 医療側、介護側で統一した認識をもちながら連携していくことが大切。
- * 救急搬送時、ケアマネジャーが付き添っているにも拘らず、入院のための病状説明時、医師から退席するよう言われた。病院、医師への連携の必要性を周知してほしい。
- * 急な退院の連絡は、サービス調整の時間が短く大変。早めの連絡をお願いしたい。
- * 医療側と介護側の合同での話し合いを重ねてもらい、情報連携しやすくなったように感じる。
- * 情報シートは、複数あり戸惑う。
- * 退院までの限られた時間で、在宅環境の分かるケアマネジャーが積極的に動くことが大切。
- * もっと簡単に情報提供できるツールがあれば、よりスムーズに支援につながる。
- * 基準や様式例よりも、在宅、施設の介護支援専門員と病院とがお互い協力しながら、患者（利用者）支援をして行くことが重要であると思う。
- * 入院中の相談はあくまで病院、退院前からの支援は居宅介護支援、地域包括支援センター、施設などで、その隙間をつなぐ。それぞれが役割を理解することが重要。
- * 医療 SW と退院支援看護師の視点が異なる場合がある。
- * 入院時に病院へ情報提供した内容が、転院することになった時、転院先に伝わらないことがある。
- * 手引き P2（1）「入院時」の情報共有の項目で、入院時情報提供書の提出を目安として入院後 3 日以内となっている。金曜の夜に入院した場合など 3 日以内は難しい。
- * 市町立病院は、制度が構築されていない場合があるため、取組み状況をインターネット等で確認できるとよい。
- * 病院側、介護側共に、連絡が来るだろうと待ちの姿勢ではなく、情報交換を積極的にすることが大切。
- * 情報様式に頼らず、実際のやり取りが退院に繋がっている実際例が多い。以下に退院後の在宅生活のイメージを共有し、早期に相談を進めていけるかが課題。
- * まだ活用できていない。
- * 患者の状態を電話で問い合わせても、個人情報だからと教えてもらえないことがある。
- * ケアマネジャーを調整する際、連携室と地域包括の連携に不安を感じることもある。
- * 実際は、病院のやり方に合わせるしかない。
- * 様式を統一した方がよい。
- * 1 枚のシートにおさめるために、文字が小さい。

令和元年度「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：264）

サービス等種別（一つ選択）	回答数	割合(%)n=264
1 居宅介護支援事業	241	91.3
2 小規模多機能型居宅介護	22	8.3
3 看護小規模多機能型居宅介護	1	0.4
合 計	264	100.0

記入者がお持ちの資格（複数選択可）	回答数	割合(%)n=264
1 主任介護支援専門員	129	48.9
2 介護支援専門員	169	64.0
3 その他	45	17.0
介護福祉士 (31) 社会福祉士 (14) 社会福祉主事 (3) 看護師 (3) 保健師 (1)	精神保健福祉士 (1) 認知症ケア専門士 (1) 歯科衛生士 (1) 理学療法士 (1)	
合 計	343	—

Q1 手引きを見たのはいつですか（複数選択可）	回答数	割合(%)n=264
1 3月中に保健所からの通知を見た。	33	12.5
2 3月26日の医療・介護合同会議に参加した。	75	28.4
3 3月中に事業所内のミーティング等で説明があったので見た。	62	23.5
4 3月中に県のホームページで見た。	18	6.8
5 3月中に事業所外の会議等で見た。	15	5.7
6 4月以降に保健所からの通知を見た。	11	4.2
7 4月以降に事業所内のミーティング等で説明があったので見た。	57	21.6
8 4月以降に県のホームページで見た。	17	6.4
9 4月以降に事業所外の会議等で見た。	44	16.7
10 見たことはない（今回のアンケートで初めて見た）。	10	3.8
11 その他 *市内研修の情報提供。	7	2.7
合 計	349	—

Q2 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=264
1 活用している	191	72.3
2 活用していない	73	27.7
合 計	264	100.0

（1）活用してよかったと思える点について教えてください。

- *フローをみて対応を確認できた。
- *情報が伝えやすい。
- *支援の流れが明確になった。
- *病院との連携がしやすくなり、退院後のより良い支援につながっている。

- * 情報提供シートが書きやすくなった。
- * 病院に情報提供することで、本人・家族の意向を尊重することができた。アセスメントの補完になる。
- * 病院担当者と共通の認識をもって利用者支援ができる。
- * 病院側が提供してもらいたい情報が分かった。
- * 積極的に情報を提供できるようになった。
- * 病院の連絡担当部署がわかってよかった
- * 病院側からケアマネジャーを確認する連絡が増えた。
- * 常に確認できるようになった。

(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。

- * 病棟への周知が不足しているのか、病棟主体の退院支援はスムーズでない。
- * 情報提供書は、記載する欄が多く作成するのが大変。
- * 入院情報提供先が、病院により違う。
- * 様式に、住所、電話番号の記載欄がない。家族欄が狭い。
- * 病棟と直接連絡を取るケースもあるが、日々担当が変わり連携しづらい。
- * 提供している情報がどの程度役に立っているか疑問に思うことが多い点。
- * 山形市フローもあるため、混乱する。統一してほしい。
- * 病院側の周知が不十分と感ずることがある。
- * 様式が複数あり混乱する。

手引きを活用していない理由を教えてください。

- * 活用する状況がなかった。
- * よく理解していないから。
- * 内容を確認したが、これまでしていたことと変わらないため。
- * 山形市フローに慣れている。
- * 今までと同じ対応を続けているから。
- * 見ていない。
- * 病院連携室と直接やり取りしているから。
- * 手引きに目を通したが、難しかった。
- * 独自様式を使用しているため。

Q3 手引き運用後（4月以降）に、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=264
1 病院へ情報提供しやすくなった。	156	59.1
2 病院へ情報提供する機会が増えた。	77	29.2
3 病院からの連絡が増えた。	117	44.3
4 医師からの病状説明に同席する機会が増えた。	28	10.6
5 退院前共同カンファレンスへの参加機会が増えた。	47	17.8
6 退院時に在宅生活に必要な情報を得やすくなった。	83	31.4
7 退院後の状況報告をする機会が増えた。	17	6.4
8 日常的に病院と連絡等が取りやすくなった。	73	27.7
9 入院早期から、利用者や家族・病院と連携できるようになった。	52	19.7
10 入院早期から、病院と連携できるようになった。	103	39.0
11 退院時期の把握がしやすくなった。	66	25.0
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。	27	10.2
13 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。	2	0.8
14 特に変化を感じていない。	40	15.2
15 その他	15	5.7

* 相談員ではなく、病棟看護師と連絡を取るときにも、このシステムが浸透してきていると感じる。(情報病院によって違いはあるが、病院側もケアマネによって違いがあると思っている)

<p>だろうなとも思う。)</p> <p>*入院者なくまだ情報提供できていない。</p>		
合 計	903	—

Q 4 手引き運用後の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=264
1	提供した情報が活用されていないように感じる。	74	28.0
2	3日以内の情報提供は困難。	65	24.6
3	病院内で情報の共有がうまく行っていないと感じる。	84	31.8
4	退院直前に支援を求められ、対応に困ることが多い。	68	25.8
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。	64	24.2
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。	61	23.1
7	日常的に病院と連絡等が取りづらい。	11	4.2
8	病院側で手引きの周知が必要。	66	25.0
9	ケアマネジャー等側で手引きの周知が必要。	20	7.6
10	病院との連携に躊躇してしまう。	9	3.4
11	業務多忙で対応できない。	13	4.9
12	その他	22	8.3
<p>*家庭と病院とでは介護に違いがある。家庭での希望を病院に伝えるが、治療期間は仕方ないことが多いと思う。</p> <p>*病院によって情報を活用いただけていないと感じる。</p> <p>*退院を決めるにあたり、医師も看護師等とともに患者、家族の意向を確認してもらおうとよい。</p> <p>*緊急時の対応に時間を要することを家族、本人に詳しい説明がされない状況で退院が決まっていることがあった。</p> <p>*自分の担当の利用者が、同時多発的に入退院することがあり、時間がなく迅速な対応が難しい。</p> <p>*病院によって相談員と連携を取るところ、看護師と連携を取るところの違いがあり戸惑う。統一してほしい。</p> <p>*インターネットの活用。</p> <p>*今回の手引きに限らず、退院時の連絡がこないことが多い。</p> <p>*（一部）病院側でも手引き通りの手続きを指定してこない。</p> <p>*連携室とケアマネジャーが連携し対応検討している時に、病棟側より違う意見が直接家族に伝えられてしまうことがあった。窓口を統一してほしい。</p> <p>*対応して下さった担当看護師さんによって、情報がまばらなときがある。</p> <p>*緊急時の対応。</p>			
合 計		557	—

Q 5-1 手引き運用後、病院に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=264	
1	提供した。	233	88.3
2	提供していない。	31	11.7
合 計		264	100.0

(Q 5-1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)		回答数	割合 (%) n=233
1	置賜保健所様式	7	3.0
2	山形市推奨様式	75	32.2
3	河北町（県立河北病院）様式	40	17.2
4	厚生労働省様式例	56	24.0
5	その他	55	23.6

<ul style="list-style-type: none"> *ND ソフトシステムの様式 *ほのぼのソフト *自社独自の書式 *ポピーの様式 R1 年 9 月発行分 *介護請求ソフト内蔵様式 *神奈川県様式
--

(Q5-1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。		
	回答数	割合 (%) n=31
1	入院した利用者がいなかった。	18 58.1
2	その他	13 41.9
<ul style="list-style-type: none"> *入院した方がすぐに亡くなってしまった為。 *3日以内に情報提供書を作成するのが困難。 *入院と同時に登録解除となった為。 *日数が過ぎてしまい、結果口頭で伝えた。 *金土日の短期間の入院だった為。 *状態に大きな変化が見られなかった為。 *同じ病名で入退院を繰り返す利用者が多かった *情報提供書を作成しているが、連泊者のみ作成しているので、自宅で介護されている方は電話で情報提供が主になっている。 *併設病院の入院がほとんどであったため、必要なかった。 		

Q5-2 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=264
1	入院時、必要な情報を十分に伝えられる。	61	23.1
2	入院時、情報提供するまでの時間が短縮された。	65	24.6
3	使用することで利用者の情報が整理しやすくなった。	105	39.8
4	不足している情報等に気付けるようになった。	79	29.0
5	退院時、必要な情報を十分に収集できる。	26	9.8
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。	10	3.9
7	その他	32	12.1
<ul style="list-style-type: none"> *病院側でみてくれているか、活用してくれているか不明。 *家族の関わり方など様式に当てはまらないことは別紙で提供している。 *様式に関しては特に改善点はないと思われるが様式の情報が入院に生かされるのかが疑問。 *アセスメントシートを添付し提供している。どの様式が一番適しているか分からない。 *入院直前の薬の情報の把握がなかなかできず、薬の説明書をつけられないことが多い。 *業務、曜日、地域の都合上、3日以内に不足の情報を網羅することが困難なことがある。 *業務多忙でなかなか記入する時間がとれない。 *入院直後に在宅への展望を確認されても、すぐに考えられない。 			
合 計		378	—

Q6-1 病院への情報提供について、令和元年10月中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=268
1	入院前	8 3.0
2	3日以内	212 79.1
3	4～7日以内	34 12.7
4	8日以上	3 1.1
5	提供なし	10 3.7
6	その他	1 0.4
合 計		268 —

入院時情報提供の方法（複数選択可）		回答数	割合(%) n=258
1	持参	163	63.2
2	メール	3	1.2
3	F A X	57	22.1
4	郵送	15	5.8
5	電話	41	15.9
6	面談	17	6.6
7	受診付き添い	2	0.8
8	その他	1	0.4
合 計		299	—

Q6-2 Q6-1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=10
1	入院したことを把握できなかった・把握が遅れたため。	5	50.0
2	多忙により情報提供ができなかったため。	4	40.0
3	過去の入院時と利用者の状態に変化がないため。	2	20.0
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。	0	0.0
6	その他	15	150.0
<ul style="list-style-type: none"> *入院してすぐに亡くなってしまったため。 *入所している施設側から情報提供されていたため。 *入退院を繰り返しており、その都度 MSW とやり取りしている。 *退院して一週間もたたずの入院だったため。 *救急搬送での入院となりタイミングが合わなかった。 			
合 計		26	—

Q7 令和元年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=174
1 有	138	79.3
2 無	36	20.7
合 計	174	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=174
1 退院時情報提供書の提供	45	25.9
2 看護サマリーなど書面での情報提供	106	60.9
3 退院前カンファレンスにて情報提供	99	56.9
4 病院訪問時の口頭での情報提供	70	40.2
5 提供がなかった	14	8.0
6 その他	17	9.8
<ul style="list-style-type: none"> *他病院に転院。 *電話で情報共有。 *病状再発あり、受診。 *退院後にこちらから連絡しサマリーを出してもらった。 *サマリー依頼したが口頭での情報提供に変更された。 *医療相談員より、入院中経過・ADL等電話にて情報提供受けた。 *家族より前日に連絡があり、退院日を変更。 		
合 計		351

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=174
1	ケアプラン提出	64	36.8
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	19	10.9
4	電話	36	20.7
5	その他	10	5.7
＊退院後定期通院時に報告。 ＊家族より受診の際報告。 ＊かかりつけ医が退院と同時に変更となった為病院へ報告していない。 ＊入退院を繰り返している人の為特にその後の報告はない。 ＊聞かれれば。 ＊死亡。			
合 計		129	—

1か月以内の再入院の有無		回答数	割合(%) n=174
1	有	32	18.4
2	無	131	75.3
3	不明	3	1.7
4	未確認	0	0.0
合 計		166	—

利用者が退院後困っていることの有無		回答数	割合(%) n=174
1	有	32	18.4
2	無	123	70.7
3	不明	3	1.7
4	未確認	2	1.1
合 計		160	—

Q8-1 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=264
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）	37	14.0
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）	29	11.0
3	その他	4	1.5
＊ほのぼのソフト ＊自社フロー			
合 計		70	—

Q8-2 他のフローを活用している理由を御記入ください。	
≪山形市フロー≫ ＊山形市のフローは、基本的流れとして、すべきことの抜けがないか、チェックの意味も含めて活用している。一連の流れが見やすいと思います。 ＊支援の方向性が見極められる。 ＊入院から退院時に必要な調整や課題が具体的に示してあるので、家族にも医療との連携、医療サービスを利用する際の説明に活かすことができる ＊山形市内の利用者が多いため。 ＊以前から手元にあり、すでに活用しているため。 ＊見やすい。分かりやすい。 ＊山形市が推奨する様式がついているから。 ＊使い比べて、使いやすと感じたから。	

《村山地域退院支援フロー》

- * 参考にすることで、退院調整がスムーズにできる
- * 入院時から退院時まで取り組むべき支援が分かりやすく記入されている。
- * 時系列にケアマネが行うべき作業が明確にわかるため。
- * 文章が簡潔で読み易く、頭で整理するのが楽。
- * ルール・経過に伴う役割・準備の確認が分かりやすい。
- * 分かりやすい。
- * コンパクトな様式のため、入力するのにあまり時間がかからず、スピーディーに情報提供できるから。

《その他》

- * ソフト内で必要記載部分が、アセスメント書式等により反映されるため。
- * 自社フローだから。

Q9 手引き運用後に、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。

《情報提供したことを活用してもらい、うまくいった事例》

- * 家族の希望する生活を記入したところ、その思いを汲みとって支援してくれたMSWがいて、大変ありがたかった。認知症の度合いも勘案しゴールできると判断の上、動いてくれた。現状の確認も都度行い、退院の頃には、そのサービスが整ってスムーズに退院できた。
- * 自宅での生活や利用者の大切にしている事を伝え、家族と連携し、介護指導の機会をなるべく持ち、入院前の生活になるべく近づけるよう、病院スタッフと共に取り組んだこと。
- * 患者や家族の思いや望む暮らしが、書面で伝えられたことで支援がスムーズに行えた。

《相談窓口が明確になり、うまくいった事例》

- * 病院のSWが介入してくれるケースが多くなり、こちらも介入しやすい。
- * 相談窓口が病院側・居宅共に明確に確認できたことにより、退院予定になったときにスムーズに連携が取れ、入院中に退院後の支援を調整することが出来た。

《在宅の生活イメージを共有できた事例》

- * 病状によりリハ転院をしていただき、在宅生活のイメージをしながら入院前の状態に近い状態で退院できたことが良かった。
- * 退院前に自宅の状況を確認するために、一時外出し自宅の状況観て生活のイメージ等病院側と連携を図ることができた。

《患者、家族の意向に沿った支援ができた事例》

- * 80代すい臓がん末期男性。自宅での生活を希望。家族の介護力があまり期待できない状況で退院。通院も大変な中で外来通院をしなければならず、在宅医の話も出ていたが、なかなかつながらず、結局救急入院となった。次の退院時に連携室を通し、在宅医への紹介をしていただき現在は安心して在宅で過ごすことができている。
- * 脳出血の方で在宅か転院かを決める際に、それぞれの立場（本人、家族、病院、居宅、提供事業所等）で意見を出し合い、今後の課題・目標を整理し、皆が納得した上で自宅へ戻ることができた。以前であれば状態等から転院になったと思う。
- * 早期に左側麻痺で歩行不可能と主治医より話があり、それでも家族は自宅介護を決めた為、その後のリハビリや住環境の整備、介護者への介護指導など、退院前に十分な準備ができ、早期に自宅へ戻りたいと言う本人の思いもかなえられた。

《関係者との話し合いで、うまくいった事例》

- * 退院時に1度だけではなく、2度退院前カンファレンスが出来る本人、家族の退院後のイメージが付きやすいと感じる。また、カンファレンス以外にも看護サマリー等頂戴できる事でケアプランに反映しやすい。
- * 在宅介護が困難で施設希望と家族が受入れに消極的ではあったが、相談員と頻りに連携を図り、入院中に本人、家族、病院スタッフ（医師・リハ職）と一緒に自宅訪問して家屋調査での情報共有を

行い、退院までの課題の見直しや環境整備を行いながら数回カンファレンスを経て、スムーズに在宅介護へ支援することができた。現在は介護サービスを利用しながら自宅での生活を継続。

* 脳梗塞により右半身不随で退院となった利用者:退院の1ヶ月以上前からケアマネに連絡いただき、本人、家族、病院、介護の担当者で何回か話し合いの機会を持つことができた。退院を目指して病院のリハビリ担当者が自宅訪問し住宅改修のアドバイスを受け住宅改修が行うことができ、外泊を何度か試したことで本人家族ともに退院後の生活イメージが付き、不安軽減し予定より早期に退院することができた。

* 病院の相談員などが中心になり、主治医との話し合いの場、家族との話し合いの場、リハビリの状況などを確認できる場を設定して頂いた事で、本人、家族、サービス事業所共に今後の方針など共通理解した上で退院する事ができ、スムーズに自宅での生活に移行が可能であった。

《手引きを参考に、整理できた事例》

* 自宅で最期を過ごしたいという患者様の支援が手厚く、見取りまでの間に入退院を2回繰り返したが、チーム全体が同じ思いで支援を行うことができた。介護支援専門員としては医療的なケアには入ることはできないが、手引きを参考にしながら自分のやるべきことを整理し他の専門職に何とかついていけたような気がする。

* 時間軸を確認し、ご本人様・ご家族様の意向を把握し支援に繋がられた。

Q10 手引き運用後に、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(それぞれの事業所側、病院側、本人や家族等の理由が分かるように)御記入ください。

《カンファレンスがないまま退院した事例》

* 何度も誤嚥性肺炎をおこし入退院を繰り返している要介護5の利用者:入院時、「退院時は調整必要になるため、退院の目処がいたら早めに連絡欲しい」と病院に連絡したが、病棟看護師から「直接来ないと話ができない」と言われた。その後すぐ「3日後に退院が決まりました」と家族から連絡が入る。連絡が来たのが木曜日の夜。翌週月曜日からサービス開始しなければいけない状況。理解力乏しい家族で何度も誤嚥を繰り返しており、この機会に病院で関係者皆が集まりカンファレンスを行いたかったが、時間調整ができなかった。

* 体調が安定していない状態でも、病院側で退院支援を進めるので、自宅受入を万全の状態で行うために奔走して準備しても、結局体調悪化で退院延期になり、一人に対して何度も退院支援のために遠方の病院に足を運ぶことがあった。

* 要支援認定を受けていた方が入院した時、当時担当だった包括支援センターの職員が状態確認と区分変更の認定調査の立ち合いなどで2度ほど面談を行った経過があったようだが、その後、認定結果で要介護となったため、当居宅介護支援事業所へ退院支援を依頼された。サービス調整のために病院の方へこちらからも面談を2度ほどお願いしたのだが、病院の方から「何度も面談を重ねており、これ以上面談の調整は難しい」と言われたことがあった。病院側の事情も理解できるが、居宅支援側の業務にも前向きに協力頂きたいと感じた。

* 90代女性胆のう炎で入院。退院の際胆管チューブを入れたまま退院となった。病院から退院の連絡がなかった。チューブの管理方法の指導もないままの退院だったため、退院後に入院していた病院の病棟へ連絡し家族、訪問看護師へチューブの管理方法を教えてもらうこととなった。退院前のカンファレンスが必要だった。

《情報提供した内容が、病院内で共有されていない事例》

* ソーシャルワーカーに情報渡したが、病棟まで情報が降りていなかった。

* 入院時情報提供書提出後に、提供書に記載されている内容について、病棟スタッフから問い合わせがあった。その後同じ内容でリハビリスタッフからも問い合わせがあり、病院内で情報共有されていないと感じた。情報共有がなされると、退院後の生活を見据えた支援にはつながらないと思う。

《病院から連絡がないまま退院した事例》

* 入院時情報提供書を届けたが、病院から退院の連絡がないまま、退院していた。

* 入院時の情報を持参する際、MSWに退院分次第教えてもらいたいとお伝えはするが、退院の連絡ないまま、家族より「退院してきた」と報告があった。病院の方に連絡し入院時の様子をサマリーでも構わないので頂きたいとお願いしたが、「退院後はサマリーをお渡しできない。入院中に状況確認をして貰いたい」と言われた。その方は入院前と身体状況等に変化はなかったのが良かったとは思いましたが、状態に変化がなくても、退院が決まり次第TELでの連絡は必要と思いました。

Q 1 1 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。

- * 情報提供の用紙が、医療側も居宅側も統一した書式であると情報もより共有しやすいと思う。
- * 入院時に情報をお伝えしても退院時の連絡が病院によって差がある。共通の認識を持って対応することが大切。
- * 医療機関（病棟）の周知が不十分。
- * 事業所内での各介護支援専門員への周知が課題。
- * 電話で、入院時の状態を確認しようとしても、「個人情報だから・・・家族に聞くか、直接来てください」と言われ、速やかに情報が得られない。
- * 連携室に連絡したことが、病棟に伝わっていないことがある。

Q 1 2 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。

- * 情報共有では、患者様の健康状態だけではなく、本人を取り巻く周囲の状況も考えながら支援が必要なため、在宅復帰に向けて一緒に支援してほしい。
- * 少し前に比べると、病院側からも積極的に連携を図ろうとしてくれるようになった印象がある。
- * 手間をかけて、入院時情報提供書を作成しても、2～3日で退院してしまうケースもある。業務量が増えた。
- * お薬手帳のように、携帯しやすいものがあれば、入退院の連携がスムーズかと思う。
- * わかりやすいデータベースの作成。インターネットの活用。
- * 独り暮らし、高齢世帯や身寄りのない方など複雑な家族関係にある現在の状況で、本人、家族の環境を理解し、柔軟な入退院支援が必要だと思われる。
- * 主介護者になる方の理解力に配慮した説明、本人を取り巻く環境を理解する事が必要。その為には、本人を含め、関わる全ての方、職員や事業所との情報の共有、連携が必要かと思われる。
- * 病棟看護師、リハビリスタッフ、ソーシャルワーカー等との連携が取りやすくなった。

令和元年度「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

地域包括

(回答数：26)

Q1	手引きを見たのはいつですか（複数選択可）	回答数	割合(%) n=26
1	3月中に保健所からの通知を見た。	10	38.5
2	3月26日の医療・介護合同会議に参加した。	17	65.4
3	3月中にセンター内のミーティング等で説明があったので見た。	2	7.7
4	3月中に県のホームページで見た。	0	0.0
5	3月中にセンターの会議等で見た。	1	3.8
6	4月以降に保健所からの通知を見た。	4	15.4
7	4月以降にセンター内のミーティング等で説明があったので見た。	1	3.8
8	4月以降に県のホームページで見た。	2	7.7
9	4月以降にセンター外の会議等で見た。	7	26.9
10	見たことはない（今回のアンケートで初めて見た）。	1	3.8
11	その他	1	3.8
合 計		46	—

Q2	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=26
1	活用している	12	46.2
2	活用していない	14	53.8
合 計		26	100.0

（1）活用してよかったと思える点について教えてください。

- * 病院から、入退院時の連絡が増えた。情報共有できるようになった。
- * 病院側の退院フローが明確で分かりやすい。
- * ケアマネジャーがいない方の退院支援等関わった時、病院との連携が取りやすくなった。
- * 病院からの情報提供に ADL に関する情報が増えた。
- * 担当ケアマネジャーとして、病院側に情報提供すべき内容が明確化されているため、連携が図りやすい。
- * 職員間で勉強し、受け持ちの利用者が入院した際は必ず入院時情報提供書が必要であると確認し合えるようになった。
- * 医療側と介護側の考えが大体同じ方向を向くことができるようになった。

（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。

- * 必要ないと思われる自立した患者さんについても対応を求められることがあった。
- * 退院連携については日々行っているのでも、日常的に活用することはない。
- * 業務量が増えた。
- * 介護予防には加算がないこともあり、早急な情報提供が出来ない。
- * 入院時、病院から連絡がくるものと思っていたが、連絡がないまま退院した。

手引きを活用していない理由を教えてください。

- * 入退院に関わる件数が少ない。
- * 入退院時、医療機関と連携は取るが、書面については基本情報程度で、推奨様式の活用まではしていない。
- * 自立度が高い高齢者に関わるが多いため、利用者自身又は家族から、情報提供が十分できる。
- * 入退院時の情報提供は、加算対象ではないことが、積極的な活用につながらない。
- * これまで実施していたように、電話等で対応している。

- *医療機関との連携がある程度図られている。
- *業務量が多く、手引きの内容を確認する時間や余裕がない。

Q3 手引き運用後（4月以降）に、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=26
1	7	26.9
2	3	11.5
3	13	50.0
4	2	7.7
5	8	30.8
6	7	26.9
7	0	0.0
8	8	30.8
9	2	7.7
10	6	23.1
11	1	3.8
12	1	3.8
13	6	23.0
14	1	3.8
*介護保険サービス利用前提で相談があるので、アセスメントの結果介護保険が必要ない場合でも不要な申請やサービスの利用につながってしまう。介護予防の意識の啓発ができない。		
合 計		65
		—

Q4 手引き運用後の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=26
1	2	7.7
2	7	26.9
3	7	26.9
4	11	42.3
5	10	38.5
6	7	26.9
7	1	3.8
8	4	15.4
9	3	11.5
10	0	0.0
11	6	23.1
12	4	15.4
*退院時、ケアマネジャーにつなぐケースも、家族に地域包括支援センターへ相談に行くよう助言される。		
*きちんと本人、家族の意向（退院後在宅か施設か）が確認されていない状態で包括の介入を依頼される。		
*病院ごとに対応が異なるため、連絡が取りづらい。		
*病院ごと個別な対談などで、支援展開の確認を行えばよいと思う。		
合 計		62
		—

Q5-1 手引き運用後、病院に入院時情報提供書を提出したことがありますか。		回答数	割合(%) n=26
1	提供した。	11	42.3
2	提供していない。	15	57.7
合 計		26	100.0

(Q5-1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)		回答数	割合(%) n=11
1	置賜保健所様式	0	0.0
2	山形市推奨様式	3	27.3
3	河北町(県立河北病院)様式	3	27.3
4	厚生労働省様式例	1	9.1
5	その他	4	36.4
*独自様式			
*手引き掲載様式(県立河北病院と河北町)			

(Q5-1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。		回答数	割合(%) n=15
1	入院した利用者がいなかった。	0	0.0
2	その他	15	100.0
*電話で、基本情報を提供している。			
*自立度の高い高齢者が多いため、患者本人又は家族から、情報提供が十分できる。			
*業務多忙のため、情報提供書作成や活用ができない。			
*情報提供前に退院した。			
*基本情報の提供のみ済ませていたため、後日情報提供書を持って行っても断られた。			
*フェースシートで十分。			
*入院を知ったのが遅かった。			
*病院から求められない。			
*予防プランの居宅支援事業所委託ケースが多く、直接担当しているケースでの入院した利用者はいなかった。委託先での提供状況までは確認していない。			
*情報提供が義務付けしていないため。			

Q5-2 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=26
1	入院時、必要な情報を十分に伝えられる。	5	19.2
2	入院時、情報提供するまでの時間が短縮された。	3	11.5
3	使用することで利用者の情報が整理しやすくなった。	3	11.5
4	不足している情報等に気付けるようになった。	3	11.5
5	退院時、必要な情報を十分に収集できる。	2	7.7
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。	1	3.8
*本人の意向(在宅希望、救命か延命等:独居の方など)			
7	その他	5	19.2
*包括がすべての住民を必ずマネジメントをしているわけではないので、マネジメントしていない方の情報提供を求められることについては対応困難である。			
*文字や項目が細かく見えにくいかもと感じる。			
*入院前の在宅での状況を伝えることで、リハビリの目標が設定しやすい。			
合 計		22	—

Q6-1 病院への情報提供について、令和元年10月中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=35
1	入院前	3	8.6
2	3日以内	16	45.7
3	4～7日以内	5	14.3
4	8日以上	4	11.4
5	提供なし	7	20.0
6	その他	0	0.0
合 計		35	—

入院時情報提供の方法（複数選択可）		回答数	割合(%) n=28
1	持参	8	28.6
2	メール	0	0.0
3	FAX	5	17.9
4	郵送	0	0.0
5	電話	17	60.7
6	面談	6	21.4
7	受診付き添い	2	7.1
8	その他	1	3.6
合 計		39	—

Q6-2 Q6-1の入院から情報提供までの期間で「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=7
1	入院したことを把握できなかった・把握が遅れたため。	6	85.7
2	多忙により情報提供ができなかったため。	3	42.9
3	過去の入院時と利用者の状態に変化がないため。	6	85.7
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	28.6
6	その他	1	14.3
*入院時に付き添っているため。			
合 計		18	—

Q7 令和元年10月中に病院へ入院したケアプランを作成したケース以外で、病院に入院時情報提供を行ったケースはありましたか。あった場合は、提供を行った事例の概要を御記入ください。

		回答数	割合(%) n=26
1	あった。	3	11.5
*認知症あり身寄りのない方で、急性疾患により入院となった高齢者。 *契約していないケース。自宅で食事量低下、身体機能低下と相談を受け受診。介護保険申請を検討していたため、経過を含め情報提供した。 *退院に向けての情報共有。7月より〇〇病院入院。9月より△△病院入院。その両病院とも、情報共有している。			
2	なかった。	23	88.5
合 計		26	100.0

Q 8 令和元年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=25
1	有	18	72.0
2	無	7	28.0
合 計		25	—

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=25
1	退院時情報提供書の提供	6	24.0
2	看護サマリーなど書面での情報提供	11	44.0
3	退院前カンファレンスにて情報提供	12	48.0
4	病院訪問時の口頭での情報提供	3	12.0
5	提供がなかった	3	12.0
6	その他	1	4.0
*家族より電話があり、退院を知り、病院へ連絡をした。			
合 計		36	—

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=25
1	ケアプラン提出	5	20.0
2	ケアプラン以外の文書提出	2	8.0
3	病院訪問時等に口頭で情報提供	1	4.0
4	電話	8	32.0
5	その他	0	0.0
合 計		16	—

1か月以内の再入院の有無			
	回答数	割合(%) n=25	
1	有	2	8.0
2	無	23	92.0
3	不明	0	0.0
4	未確認	0	0.0
合 計		25	—

利用者が退院後困っていることの有無			
	回答数	割合(%) n=25	
1	有	7	28.0
2	無	16	64.0
3	不明	1	4.0
4	未確認	0	0.0
合 計		24	—

Q 9 令和元年10月中に村山地域の病院から退院した利用者のうち、ケアプランを作成しない利用者で、病院から退院時情報提供があった利用者はありましたか。あった場合は、提供を行った事例の概要を御記入ください。

	回答数	割合(%) n=26	
1	あった。	4	15.4
*脳梗塞の入院患者で病院側の依頼で退院前カンファレンスに参加。大きな心身障がいはなく、本人家族共に公的サービスの利用希望がなかった。			
*病院に肺炎で入院。退院後住宅改修の必要性ありと情報ありカンファレンス参加し、情報提供を受ける。退院後手すり必要なしの結論。			
*退院後サービス利用が必要と考えられる方についての、情報提供。要支援認定者については担当をつけ対応したが、要介護認定者については居宅介護支援事業所のケアマネを紹介。			

2	なかった。	22	84.6
合 計		26	100.0

Q10 手引き運用後に、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。

- *腰部圧迫骨折で入院。単身高齢者で身寄りには他に住む兄弟のみのケース。日常的に支援協力を依頼できる親族がいないことから、患者本人の不安が強く病院側から早めと、退院予定2か月前から介入。病院相談員と共に本人の不安要素に対する具体的な対応策、改善策を検討し、自宅での生活をイメージしたリハビリ計画を立ててもらったことで、支えが必要ではあるも日常生活は自立できるようになった。公的サービス利用は必要なく自宅で生活を再開できている。
- *入院時に情報提供を行っていたため、在宅での機能レベルをリハ職が把握してくれ、入院時の状態（動けない、歩けないなど）ではなく、入院前の状態に近づけるよう自宅状況に合わせたリハビリをしてもらった。

Q11 手引き運用後に、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（それぞれの事業所側、病院側、本人や家族等の理由が分かるように）御記入ください。

- *入院したと家族より連絡あり、病院に電話と情報提供書をFAXしているにも関わらず、病院側より家族が担当者が分からないと言われたため、家族に病院へ電話して欲しいと言われ、再度電話した。家族に病院に連絡していると言っていたため、情報を共有されていないと、不信感を持たれた。
- *病院医療SWの見解が対象利用者、若しくは家族にしっかり伝わらずに「理解していないため相談をお願いしたい」ということがある。

Q12 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。

- *リハビリ転院の際に、急性期病院退院時も病院に言われて包括に来所された人がいる。退院時は包括に必ずしも連絡する必要は無いのでは。
- *病棟看護師にも、手引きについて周知してもらえると良いと感じる。
- *要介護認定を持つ方の場合、担当ケアマネがいなければ地域包括支援センターへ連絡とあるが、病院MSWも居宅ケアマネを探す手伝い出来るのではないのか？地域包括支援センターへの相談について工夫が必要。
- *医療機関、居宅事業所等まだまだ「入退院支援の手引き」が周知されていないように感じる。様々な機会をとおし、広く周知されるよう、研修会等を開催して頂きたい。
- *運用というより病院の在宅退院イメージがなかなか持てずに助言がうまくいかないのではないのでしょうか？
- *センター内での手引きについての情報共有が必要と感じる。

Q13 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。

- *在宅医療の提供できる開業医が不足している。訪問診療が必要になると、以前からのかかりつけ医から主治医を変更せざるを得ない場合があり、患者さんや家族が在宅療養や介護をあきらめる要因になってしまうことがある。患者さんや家族に寄り添い、チームで対応できる在宅医療のできる医療機関が増えるよう、体制整備をしてほしい。
- *病院でも退院に当たってアセスメントをしてその結果本人や家族にサービス等提案して下さっていると思うのですが、包括側でのアセスメントとの違いがあり、必要ないと思われるサービス提供がなされ、本人、家族もその気持ちになってしまっていることがあり、その修正が難しくなる。サービス提案の前に、病院から包括なり、居宅なりに連絡していただき、一緒に相談していけると良い。
- *退院前の住宅環境確認の際も、連絡いただくとよりよい支援ができると思う。（連絡をいただいている病院もありますが）
- *在宅で独居が難しい人を急に退院させる事がある。カンファレンスを開催できる期間が必要。
- *入院前にケアマネジャーや包括の関わっていないケースでは、病院側で退院後の生活について本人や家族の意向を確認したり、アセスメントをしてもらえると、退院支援でもスムーズに連携が図れるかと思う。（例えば在宅か施設か、本人と家族の意向のズレ、家族の力等）

- *日頃からの連携室等との関わりが必要。
- *病院訪問も含め、適切かつ迅速な対応が必要。
- *週末や年末年始に限らず、通年退院相談が多い。
- *退院後の方向性が決まらないうちに包括に相談があり対応に苦慮している。
- *家族、本人の意向が違い調整が必要な場合も包括に連絡があり対応を求められた。(本人は在宅、家族親族は施設など)
- *手引きの運用が各方面で充実してくることで、今後より入退院支援体制がとりやすくなると思われます。周知の繰り返しが必要ではないかと思う
- *病院に3日以内で情報提供しているものを、病院内でも早めに共有をして欲しい(医療連携室にFAXしているが、病棟ではまだ見ていないと言われることがある)。
- *「入院したら、医師から介護保険申請してくるよう言われた。」等の理由で来所する住民が大変多い。介護保険サービスの利用希望がない場合も見受けられ、町民としては、医師から言われると申請に行かなければいけないとの固定観念が強い。町民としては、在宅に戻るとはとても大変不安である上、様々な制度を活用する場合もあり、在宅連携室の支援を得ながら、町民が不安なく支援が得られるような連携を図ることができるよう共通理解が深められればと感じる。
- *各包括支援センターごとに支援イメージが同じとは限りませんし対象者の状況次第で展開が変化する。日ごろから、個別に支援展開のイメージ共有を行い実際在宅に帰る前に聴き取るポイントを共有しておくことが必要だと思う。

令和元年度「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

在宅医療・介護連携拠点

(回答数：8)

記入者の基礎資格（複数選択可）		回答数	割合(%) n=8
1	看護師	3	37.5
2	社会福祉士	0	0.0
3	保健師	2	25.0
4	事務	3	37.5
5	その他	1	12.5
*介護支援専門員			
合 計		9	-

Q 1 手引きを見たのはいつですか（複数選択可）		回答数	割合(%) n=8
1	3月中に保健所からの通知を見た。	5	62.5
2	3月26日の医療・介護合同会議に参加した。	6	75.0
3	3月中に拠点内でミーティング等で説明があったので見た。	0	0.0
4	3月中に県のホームページで見た。	2	25.0
5	3月中に拠点外の会議等で見た。	0	0.0
6	4月以降に保健所からの通知を見た。	2	25.0
7	4月以降に拠点内でミーティング等で説明があったので見た。	1	12.5
8	4月以降に県のホームページで見た。	2	25.0
9	4月以降に拠点外の会議等で見た。	0	0.0
10	見たことはない（今回のアンケートで初めて見た）。	0	0.0
11	その他	1	12.5
*3月以前の会議等で見た。			
合 計		19	-

Q 2 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=8	
1	活用している。	5	62.5
2	活用していない。	3	37.5
合 計		8	100.0

(1) 活用してよかったと思える点について教えてください。

- *関係者に説明し、手引きの活用を要請した。
- *医療機関との連携が取りやすくなった。
- *管外の医療機関について、病院情報一覧（「村山地域入退院支援に関連する関係機関一覧」）が参考になった。
- *医療側、介護側の役割が、互いに理解できるようになった。
- *確認方法を共有できた。

(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。

- *手引きの周知がなっていない。

手引きを活用していない理由を教えてください。

- * 入退院支援に関わることが少ない。1件、隣県の病院 SW と連携したが、手引きを確認せずとも連携できた。
- * 病院との連携が取りにくい。会議をしても実際の動きがないのか、相談はない。
- * 拠点として活用する機会がない。

Q3 手引き運用後（4月以降）に、村山地域の病院から貴拠点に、医療・介護連携（手引き P5 ※注1）の問合せや相談がありましたか。

		回答数	割合 (%) n=8
1	あった。	2	25.0
2	なかった。	6	75.0
合 計		8	100.0

(1) 問合せや相談の件数を教えてください。

- * 1件、3件

(2) (1) の問合せに対してどのように対応したかその概要を教えてください。

- * 病院の連携室職員が担当ケアマネジャーを市に問い合わせたが回答してもらえなかったとのことで、拠点から市役所へ手引き記載の対応方法について説明した。
- * 病院の連携室等と共同しながら、担当のケアマネジャーの調整を進めた。担当のケアマネジャーが決まるまでの間は、本人や家族からの聞き取り等を行い、担当のケアマネジャーが決まり次第、スムーズに引継ぎが行えるようにした。

Q4 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。

《課題》

- * 現場の活用状況について聞きたい。地域と病院で共有できているのか、拠点としては分からないのが現状。
- * 関係者の顔の見える関係をどの様に図るかが、次の課題。
- * 地域包括支援センターでは、入院時情報を提供するようにしたが、退院時、病院からの情報が返ってこない。
- * 退院後、在宅での担当者会議開催前に、緊急を要し、訪問看護師が訪問するケースや医療依存度の高いケースは、退院当日から訪問する場合がある。病院からの看護サマリーをケアマネジャーが持っている場合もあり、必要な情報を得ることが遅くなることがある。
- * 病院、事業所、施設内での周知が進んでいない。研修会等に参加するのは、相談員が多く、病院や事業所等職員への伝達がうまく行われていないように感じる。
- * 拠点として、周知活動を続ける必要がある。
- * 病院と施設の連携が課題。

《改善点》

- * 手引き P3 (4) 退院時の情報共有に記載されている、退院時に出されたサマリーや必要書類を関係機関に早めに提供することや、『退院後の情報共有も大切です』の部分を含め、新たに (5) として退院後もしくは退院直後の情報共有の項目を設けて明示することも必要ではないか。
- * 病院と訪問看護間のルールを追加する必要があるのか検討が必要ではないか。
- * 再発、重度化防止の点からも、「退院時」までの準備段階だけではなく、「退院直後からの関わり」も大切と思う。
- * 病院入院後、施設入所するケースもいるため、その連携についても手引きを作成してほしい。

Q5 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。

《周知関係》

- * 短期間で作成したこともあり、浸透が難しいと思う。誰の何のための入退院支援における連携なのかの掘り下げと共有が不十分。
- * 職種間の理解と不足している点の認識を、継続して周知する機会が必要。
- * 病棟スタッフや外来スタッフも入退院支援に携わるため、病院全体に向けた入退院支援の重要性や手引きの運用の周知が必要。

《その他》

- * ツールの前に共有すべき理念として新潟市の「医療・介護連携10の心得」が参考になった。
- * 顔の見える関係づくり。
- * 思いやりを持って、連絡を取り合い情報共有を行うこと。
- * それぞれの専門領域を理解し、担当する部分、委ねる部分ができるようになるとうい。
- * 村山地域で医療が完結しないケースもあり、他地域の入退院支援ルールや手引きを学びたい。

令和元年度「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

市 町

(回答数：14)

記入者の基礎資格（複数選択可）		回答数	割合(%)n=14
1	行政職	10	71.4
2	保健師	6	42.9
3	その他	0	0.0
合 計		16	—

Q 1	手引きを見たのはいつですか（複数選択可）	回答数	割合(%)n=14
1	3月中に保健所からの通知を見た。	10	71.4
2	3月26日の医療・介護合同会議に参加した。	8	57.1
3	3月中に内部のミーティング等で説明があったので見た。	0	0.0
4	3月中に県のホームページで見た。	0	0.0
5	3月中に市役所（役場）外の会議等で見た。	0	0.0
6	4月以降に保健所からの通知を見た。	4	28.6
7	4月以降に内部のミーティング等で説明があったので見た。	0	0.0
8	4月以降に県のホームページで見た。	1	7.1
9	4月以降に市役所（役場）外の会議等で見た。	2	14.3
10	見たことはない（今回のアンケートで初めて見た）。	0	0.0
11	その他 *業務上、検討段階から見ていた。 *3月以前から。	2	14.3
合 計		27	—

Q 2 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=14
1	活用している。	9	64.3
2	活用していない。	5	35.7
合 計		14	100.0

（1）活用してよかったと思える点について教えてください。

- *病院・地域（ケアマネジャー）の動きが分かったことで、打ち合わせがしやすくなった。
- *事務フローの確認ができた。
- *退院支援フロー図を使い、申請者に適正な申請について説明しやすくなった。確認方法を共有できる。
- *関係者に、地域と医療の介護連携の現状について説明しやすくなった。
- *病院の連携室に連絡する時、別冊が役立つ。
- *地域包括支援センターで活用している。

（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。

- *文字数が多く、わかりづらい部分がある。

手引きを活用していない理由を教えてください。

- *活用する機会が少ない。（直営地域包括や拠点が主で対応しているため）
- *市で対応するケースは、虐待等の困難ケースが多く、手引き通りには対応しきれない。

Q3 手引き運用後（4月以降）に、村山地域の病院から貴市町に、病院が担当ケアマネジャー等を把握できない場合（手引きP2）の問合せがありましたか。		回答数	割合(%) n=14
1	あった。	4	28.6
2	なかった。	10	71.4
合 計		14	100.0

（Q3で「1あった」と回答した場合）
（1）問合せや相談の件数を教えてください。

* 1件

* 件数は把握していない（3）

(2) (1)の問合せに対してどのように対応したか教えてください（複数選択可）。		回答数	—
1	一旦電話を切ってから担当ケアマネジャー等から病院にかけ直し情報提供した。	3	—
2	一旦電話を切ってから市町からかけ直し、情報提供をした。	2	—
3	常に連携を取っている担当者からの電話だったので、一旦電話を切らずに情報提供をした。	0	—
4	その他	0	—

Q4 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。

* 病院の看護師等に、手引き内容を理解してもらいたい。

* 入院時、地域から情報提供しても、退院時必ずしも退院連絡票が送付されてこない。

Q5 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。

* 本アンケート調査結果から現状や課題を把握し、手引き活用促進や手引きやフロー図を活用した研修等取り組みたい。

* 早すぎる申請は、不利益が生じる場合がある。

* 入退院時の新規・区分変更の申請等の調査のタイミングが難しい事例がある。調査時期の判断が可能な体制づくりが必要。

* 病院側が介護保険の申請を案内する場合、退院の目処がたってからにしてほしい。

* 顔の見える環境づくりが必要。病院や施設の各担当者名簿があるとよい。