

令和2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

集計日：2021年2月25日

病院代表者

(回答数：33)

部署	回答数	割合(%) n=33
1 入退院支援関係部署	25	75.8
2 外来	0	0.0
3 管理部門	3	9.1
4 病棟	1	3.0
5 その他	4	12.1
合計	33	100.0

記入者の基礎資格（複数選択可）	回答数	割合(%) n=33
1 医師	0	0.0
2 看護師	11	33.3
3 社会福祉士	13	39.4
4 精神保健福祉士	9	27.3
5 その他	1	3.0
介護支援専門員、事務局職員		
合計	34	—

Q1-1 貴病院の入退院支援部署の職員数	《令和2年10月中》		《令和元年10月中》	
	回答数	割合(%) n=33	回答数	割合(%) n=32
1 1名	3	9.1	4	12.5
2 2名	3	9.1	4	12.5
3 3名	8	24.2	6	18.8
4 4名	1	3.0	3	9.4
5 5～9名	12	36.4	10	31.3
6 10名以上	5	15.2	5	15.6
合計	32	97.0	32	100.1

Q2 令和2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	《令和2年10月中》		《令和元年10月中》	
		回答数	割合(%) n=33	回答数	割合(%) n=32
1	あり	15	45.5	17	53.1
2	なし	6	18.2	4	12.5
3	件数は把握していないが実績あり	11	33.3	9	28.1
4	不明	1	3.0	2	6.3
	合計	33	100.0	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	《令和2年10月中》		《令和元年10月中》	
		回答数	割合(%) n=33	回答数	割合(%) n=32
1	あり	3	9.1	2	6.3
2	なし	18	54.5	20	62.5
3	件数は把握していないが実績あり	6	18.2	6	18.8
4	不明	6	18.2	4	12.5
	合計	33	100.0	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2年10月中》		《令和元年10月中》	
		回答数	割合(%) n=33	回答数	割合(%) n=32
1	あり	15	45.5	15	46.9
2	なし	18	54.5	17	53.1
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	0	0.0
合 計		33	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2年10月中》		《令和元年10月中》	
		回答数	割合(%) n=33	回答数	割合(%) n=32
1	あり	2	6.1	1	3.1
2	なし	28	84.8	30	93.8
3	件数は把握していないが実績あり	1	3.0	0	0.0
4	不明	2	6.1	1	3.1
合 計		33	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2年10月中》		《令和元年10月中》	
		回答数	割合(%) n=33	回答数	割合(%) n=32
1	あり	3	9.1	6	18.8
2	なし	29	87.9	25	78.1
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	1	3.0	1	3.1
合 計		33	100.0	32	100.0

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	《令和2年10月中》		《令和元年10月中》	
		回答数	割合(%) n=33	回答数	割合(%) n=32
1	あり	4	12.1	7	21.9
2	なし	24	72.7	18	56.3
3	件数は把握していないが実績あり	4	12.1	5	15.6
4	不明	1	3.0	2	6.3
合 計		33	100.0	32	100.0

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	《令和2年10月中》		《令和元年10月中》	
		回答数	割合(%) n=33	回答数	割合(%) n=32
1	あり	4	12.1	5	15.6
2	なし	23	69.7	19	59.4
3	件数は把握していないが実績あり	5	15.2	6	18.8
4	不明	1	3.0	2	6.3
合 計		33	100.0	32	100.0

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	《令和2年10月中》		《令和元年10月中》	
		回答数	割合(%) n=33	回答数	割合(%) n=32
1	あり	13	39.4	16	50.0
2	なし	10	30.3	6	18.8
3	件数は把握していないが実績あり	7	21.2	10	31.3
4	不明	3	9.1	0	0.0
合 計		33	100.0	32	100.0

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	《令和2年10月中》		《令和元年10月中》	
		回答数	割合(%) n=33	回答数	割合(%) n=32
1	あり	14	42.4	15	46.9
2	なし	6	18.2	6	18.8
3	件数は把握していないが実績あり	10	30.3	11	34.4
4	不明	3	9.1	0	0.0
合 計		33	100.0	32	100.0

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ADLと変わらない状態で、問題なく退院が決まる場合は、ケアマネジャーも来院せず、情報提供も求められない場合が多い。
- * 家族に情報提供してもいいかを確認し、病院からは連絡しないでほしいとの希望があった場合。
- * 入院時ケアマネジャー等から入院時情報提供や電話連絡がなく、退院時の依頼がなかった。
- * 転院の患者であった。
- * 自宅への退院の場合および算定対象でない場合、特に依頼がない場合は作成していない。

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=33
1 決めている。	25	75.8
2 決めていない。	8	24.2
合 計	33	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=25
1 病院独自の様式	24	96.0
2 厚生労働省様式例	0	0.0
3 置賜保健所様式	1	4.0
4 その他	0	0.0
合 計	25	—

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》

- * 施設・在宅同じ看護サマリーで提供している。
- * 様式は決めた方がよい。

《課題・改善が必要と思うこと》

- * 精神科の特色を盛り込みたいと考え、独自の様式を作成した。
- * 他病院の書式の項目などで、参考にしたい点などがあるが、物理的な面で簡単に追加や改正ができず、口頭で伝えている。
- * 内容が人によって様々である。どこあてに(病院・施設・ケアマネジャー)書くか、どういう情報が必要かによって内容を考慮すべきである。在宅に退院する方へのサマリーとしては情報不足になってしまう。

Q5-1 今年度、貴病院で手引きの周知を行いましたか。		回答数	割合(%) n=33
1	行った。	14	42.4
2	行っていない。	19	57.6
合 計		33	100.0

(Q5-1で「1行った」を選択した場合) 貴病院で、手引きの周知をどのように行いましたか。(複数選択可)		回答数	割合(%) n=14
1	院内で研修会を行った。	2	14.3
2	会議で報告した。	6	42.9
3	文書で回覧した。	7	50.0
4	その他	3	21.4
*会議で報告した。 *院内で研修会を行った。 *文書での回覧や、電子カルテのメール機能などで周知した。			
合 計		18	—

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"> *リンクナースを活用して周知するのが一番良いと考えているが、どのように活用するか等詳細を決めていない。入退院支援に関心を持ってもらうことが必要。 *定期的に勉強会や研修会が必要。 *新入職員への周知の方法を検討している。昨年度は研修会などで周知をしたが今年度は開催できていない。 <p>《スタッフの意識と行動の変化》</p> <ul style="list-style-type: none"> *退院カンファレンスに病棟の看護師も積極的に参加すること。 *病棟と医療福祉相談室間で定期的な検討の機会をつくっており、手引きの利活用をという話題にはなるが、職種間の意識に違いがある。 *入退院支援に関して受け身的な職員に対してどうかかわっていくか。 *大まかな手順は理解しているが、スタッフにより周知度が違う。 <p>《院内の体制》</p> <ul style="list-style-type: none"> *周知する場所、時間、周知方法等の確保。 *研修会や会議による周知は、コロナ禍で開催を控えている。 *退院支援の流れが決まっておらず、ケアマネとの連絡が充分でないことがある。 *連携部門の設置により退院支援(後方支援)の方向性がある程度定まったところで、再度手引きを活用、スタッフへの周知を図っていく予定。 *実践事例に基づく周知となることが望ましいが、自宅退院が少ない状況があり、経験値が蓄積されていない。 *ケアマネジャーへの情報提供書作成をどのスタッフがするのか検討中。 *自宅退院者が少ないため周知されにくく、手引きの活用までに至らなかった。 *入退院支援部署では重宝しているが、入院病棟ではメリットより業務量の増加等の負担に感じる方が勝っていると思われる。 *退院支援マニュアルに取り込んでいるので、周知と活用の評価。 <p>《意見》</p> <ul style="list-style-type: none"> *手引きであるため、ある程度理解できれば運用方法は各施設で行うものである。 *周知した後どこまで対応するか現場任せになっている。

令和2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：83)

所属（一つ選択）	回答数	割合(%) n=83
1 入退院支援関係部署	37	44.6
2 外来	7	8.4
3 管理部門	2	2.4
4 病棟	34	41.0
5 その他	3	3.6
合計	83	100.0

記入者の基礎資格（複数選択可）	回答数	割合(%) n=83
1 医師	0	0.0
2 看護師	43	51.8
3 社会福祉士	23	27.7
4 精神保健福祉士	19	22.9
5 その他	0	0.0
合計	85	—

Q1 貴所属内で、手引きの周知を行いましたか。	回答数	割合(%) n=83
1 行った。	38	45.8
2 行っていない。	45	54.2
合計	83	100.0

(Q1で「1行った」を選択した場合) 周知をどのように行いましたか。		
(複数選択可)	上記Q1の回答数の内訳	上記Q1の割合(%)の内訳 n=38
1 所属内で研修会を行った。	6	15.8
2 会議で報告した。	8	21.1
3 文書で回覧した。	27	71.1
4 その他	4	10.5
合計	45	—

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=83
1 入退院支援関係部署で活用している。	36	43.4
2 病棟で活用している。	20	24.1
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。	23	27.7
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。	5	6.0
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。)	24	28.9
*通常の退院支援と同様のため病院内では活用していない。 *入退院支援部署以外で特に病棟で周知がされていないため、村山地域入退院支援の手引きがあるのを知らなかった。 *救急室、集中治療室、産科が主、等の理由で運用していない。		

	<p>*細かすぎて逆に使いづらい。 *在宅退院のケースが少ない、長期入院を希望している家族が多い等、退院支援を行うケースがほとんど無い。 *わからないことはMSWや入退院支援室へ直接聞いている。</p>		
6	その他	8	9.6
	<p>*退院支援マニュアルに保存しており、必要時に閲覧できるようにしてある。 *「手引き」を見たことがない。</p>		
合 計		116	—

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=83
1	見たことがある。	78 94.0
2	見たことがない。	5 6.0
合 計		83 100.0

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=78
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。	67 85.9
2	病棟と連携して活用している。	34 43.6
3	入退院支援に積極的に活用している。	31 39.7
4	情報提供があることで治療や看護に役立つ。	46 59.0
5	情報提供されても活用しないことがある。	6 7.7
6	必要な項目が不足している。(どのような項目ですか?) *当院は眼科単科病院であるため、自宅や施設での点眼方法の項目がほしい。自己点眼なのか、施設スタッフや家人が施行しているか等。 *本人の思い、大切にしていること(普段の会話や行動から感じられることなど) *ACPについての項目	3 3.8
7	その他	1 1.3
	*情報量が多すぎ、細かくて非常に見づらい。患者名がわかりにくい。背景の塗りつぶしが多くFAXだと内容が読めない。生活状況にしばった内容のみで良い。	
合 計		188 —

Q4-1 手引き運用後(H31年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=83
1	ケアマネジャー等へ情報提供しやすくなった。	21 25.3
2	ケアマネジャー等へ情報提供・連絡する機会が増えた。	25 30.1
3	ケアマネジャー等からの連絡が増えた。	24 28.9
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。	7 8.4
5	退院カンファレンスの開催が増えた。	6 7.2
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。	13 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。	20 24.1
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。	27 32.5
9	ケアマネジャー等から退院後の状況報告が増えた。	2 2.4
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。	11 13.3
11	特に変化を感じていない。	24 28.9

12	その他	10	12.0
	<ul style="list-style-type: none"> * 始まった頃は効果を実感したが、最近はケアマネジャーから連絡ないこともしばしばある。 * コロナ禍の状況もあって、直接会ってのやりとりが減った。 * ケアマネジャーから文章で入院前の情報をもらいやすくなった。 * 入院時、ケアマネジャーへ連絡し説明するようになった。 		
合 計		190	—

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=83
1	入院時に連絡がなく、治療や看護に困ることがある。	11	13.3
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。	35	42.2
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。	12	14.5
4	日常的にケアマネジャー等と連絡等が取りづらい。	1	1.2
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。	12	14.5
6	ケアマネジャー等への手引きの周知が必要。	4	4.8
7	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。	3	3.6
8	その他	12	14.5
	<ul style="list-style-type: none"> * 地域連携室の病棟担当者が連絡を行ってくれるので、直接ケアマネジャーと連絡を取り合うことがなく、それほど困ったことはない。 * 入院時情報提供書をお願いしたら数か月前の他病院退院時のサマリーをそのまま提供された。状態が変わっている所も多かったため、入院前の状態を教えてほしい。 * 入院でサービス終了となる方も多い。 * 転院してきた患者の情報がケアマネジャーから届かない。 		
合 計		90	—

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。
<p>《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》</p> <ul style="list-style-type: none"> * 退院に向けた主治医から家族へのインフォームドコンセント時、ケアマネジャーも同席、家族とも病状やADLの変化についての情報が共有され、スムーズに退院後の介護サービス利用へ移行できた。本人や家族の意向を一緒に確認し、退院後の生活に反映できた。 * 入院早期から退院後の生活について、本人・家族・ケアマネジャーで検討しており、利用するサービスもあらかじめ調整していて、退院の許可がおりてから、スムーズに自宅へ退院できた。入院時にいただいた情報を病院内の多職種とカンファレンスで共有しながら退院支援を行えた。
<p>《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》</p> <ul style="list-style-type: none"> * 発症・入院でADL低下があった患者がいたが、ケアマネジャーから家族が自宅での介護を希望している情報を、入院早期に教えていただいたことで、スムーズに連携できた。事前に家族の意向・気持ちを理解することは肝要と思った。 * 性格が難しい患者で、接し方の注意点を事前に確認できたことでスムーズに話を進めることができた。
<p>《関係機関との連絡がスムーズにできた事例》</p> <ul style="list-style-type: none"> * 在宅での様子を情報提供いただくことにより、退院のめどがついた段階で、退院前訪問でリハビリスタッフと患者の自宅に伺う際、ケアマネジャーへの同行依頼がしやすくなった。 * 独居の方であったが、多少ADLが低下しても、在宅での生活を希望したため、関係機関と連携を図り退院支援を行い、在宅生活ができた。 * 普段の外来通院時よりケアマネジャーと関わることが多くなったため、入院時のコミュニケーション

ンがとりやすくなり退院支援がスムーズになっている。

- * 化学療法で定期的に入退院を繰り返している患者で、在宅時の様子がわかり連携できた。
- * 訪問リハビリを行っている患者で、痛みのコントロール状態や運動レベルが把握できた。
- * ADL 自立していた方が骨折の痛みにより動けなくなり入院。圧迫骨折等の入院は痛みが残っている状態で退院になることが多く入院期間がある程度決まっていることも多いため、早期に介護保険を申請し、地域包括支援センターや居宅介護支援事務所に介入してもらっている。

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》

- * 情報が最新でないことがあり、ADL やサービス内容が違うことがあった。
- * 老夫婦の2人暮らしで、担当のケアマネジャーを2人共知らず、また、市役所に確認しても個人情報のためとなかなか情報提供してもらえなかった。

《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》

- * （特にコロナの問題の後から）転院後の連携がとりにくく、ケアマネジャーも転院したことを知らない事例が増えた。
- * 高齢夫婦の認知症、家族が近くにいらない、経済的な困窮者等の困難事例が増えてきている。コロナの関係で流行地域からの来県は控えてもらっている状況。意思決定支援を進めるのが難しい。ケアマネジャーだけでは対応が難しい場合は地域包括センターの協力が必要な事例が増えてきている。

《意思決定支援に難渋した》

- * ケアマネジャーがいない、独居していた患者。家族が現在の患者の身体状態に対しての理解が難しいケース。家族は、自宅に戻り入院前の生活に戻ってほしい希望だが、現状は独居が厳しい状況。家族に説明しながらも、担当者会議開催し、居宅サービスを利用しながら生活できるよう提案し、家族・本人了承。退院準備のため外出したところ、施設希望へ家族の意向が変化。ソーシャルワーカーとケアマネジャーとで再度家族に説明し、有料老人ホームのSS利用となり退院。

《介護保険申請手続き対応》

- * 退院見込みの段階で、家族に市役所で介護保険の申請手続きに行ってもらおうことがある。しかし、手引きを理由に、まだ早いと申請を受けてもらえないことがあった。マニュアルも大事だが、個別に対応していただきたかった。

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》

- * 以前各部署に配布され、村山地域入退院の手引きがあることは知っていたが、病棟では周知、活用されていない。
- * 入退院支援室に頼りすぎているところがあるので、手引きにもう少し目を通すよう働きかける必要がある。
- * 退院後の患者の生活についてのフィードバックがあれば、自分たちの退院支援の評価が出来、見直しや改善に繋がられる。
- * 新型コロナウイルス感染症が蔓延するなかで、家族や在宅チームとの連携がスムーズにすすまない状況があり、どのように進めたらいいか悩む。
- * 本人が自宅退院を希望しても、家族が介護できない、ケアマネジャーも自宅無理だろうと判断し施設に退院した方がいた。手引きがあっても、現実には家族が判断し決めてしまう。ケアマネもあきらめてしまう。

《改善点》

- * 手引きは読みこまないと理解するのに時間がかかる。誰にでも簡単にわかりやすいと、手引きを見る機会が増えると思う。
- * 情報提供の様式が統一されると見やすく良い。

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。

- *入院時情報提供書は詳しい情報を得ることができるので、相談依頼時に提供してもらうことでスムーズな支援につながる。在宅での様子や介護サービス利用時の様子について情報提供があると、受け入れ前の準備をする際にもとても役立つ。
- *入院時に退院先を把握しておく。状況により変更も可能という事を家族に伝える必要がある。
- *退院時情報提供書の統一化。
- *今後も継続してケアマネジャーとこまめに連絡を取り合っていくことが大事。ケアプランを見せてもらいながら、疑問に思ったことやわからないことを聞くこともある。
- *ケアマネジャーの聞き取り時にリハビリ見学も行っている。実際のADLの様子を見学してもらうことで、退院後の生活のイメージの構築や福祉用具等の必要物品を準備する際に役立っている。
- *コロナの影響で顔を合わせてのカンファレンスの機会が減り、情報共有が滞ってしまうことがあった。今後、感染状況に左右されない方法も検討していく必要がある。
- *病院側とケアマネジャーがコミュニケーションをとる機会を年に数回もうける。
- *慢性疾患を持っている高齢者の方は徐々に状態が低下していくことが予測される。どのように過ごしたいのかを、具合が悪くなる前に確認しておくことが大切。
- *人生会議が行われている場合は、その意思決定を受け継いでいけると良い。

令和2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：13)

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=13
1	活用している	3	23.1
2	活用していない	10	76.9
合 計		13	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。

- *確認しながらでき連携しやすい。
- *ケアマネジャー、SWが退院支援してくれているため、とても助かっている。
- *情報の共有がしやすい

(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。

- *病院との連絡が取りづらいところがなかなか改善しない。

手引きを活用していない理由を教えてください。

- *主に病院とケアマネジャー中心の手引きのようで、訪問看護での活用方法があまりない。
- *医療保険での訪問でも、ほとんどの方にケアマネジャーがいるので、ケアマネジャーからの情報を得られる。
- *支援の流れを把握しており、今までも連携を取って問題が無く行えている。
- *常日頃の連携をしている内容が多い。
- *自施設でのサマリーを活用しており、そのサマリーで在宅での生活を伝えることができる。

Q2 手引き運用後（H31年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=13
1	あった	7	53.8
2	なかった	6	46.2
合 計		13	100.0

(Q2で「1あった」を選択した場合) (1) R2年4月以降の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。	5	—
件数：30件、28件、7件、6件、3件			
2	件数は把握していない。	2	—
合 計		7	—

(2) (1)の問合せで対応に苦慮したことがあればその概要を御記入ください。

- *コロナの影響で、病院に出向いての情報をいただくことができない場合もあり、状態把握ができないまま訪問看護を開始するケースもあった。
- *訪問看護サービス利用だったが、65歳以上ということで介護保険申請の手続きを進めていたが、非該当の可能性もあり相談があった。本人、家族に手続きの負担がかかってしまった。訪問看護の利用だけの場合の周知がまだ不足していると実感した。

Q3 手引き運用後に、病院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=13
1	病院へ情報提供しやすくなった。	3	23.1
2	病院へ情報提供する機会が増えた。	3	23.1
3	病院からの連絡が増えた。	2	15.4
4	医師からの病状説明に同席する機会が増えた。	1	7.7
5	退院前共同カンファレンスへの参加機会が増えた。	2	15.4
6	退院時に在宅生活に必要な情報を得やすくなった。	1	7.7
7	退院後の状況報告をする機会が増えた。	0	0.0
8	日常的に病院と連絡等が取りやすくなった。	0	0.0
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。	0	0.0
10	退院時期の把握がしやすくなった。	1	7.7
11	特に変化を感じていない。	8	61.5
12	その他	2	15.4
*今年度はコロナ感染症のため、退院サマリーのみのことが多く、退院カンファレンスは緩和のみ数件で情報が不足していた。			
合 計		23	—

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=13
1	提供した情報が活用されていないように感じる。	3	23.1
2	3日以内の情報提供は困難。	2	15.4
3	病院内で情報の共有がうまく行っていないと感じる。	2	15.4
4	退院直前に支援を求められ、対応に困ることが多い。	6	46.2
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。	4	30.8
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。	4	30.8
7	日常的に病院と連絡等が取りづらい。	0	0.0
8	病院側で手引きの周知が必要。	1	7.7
9	病院との連携に躊躇してしまう。	0	0.0
10	必要性を感じているが業務多忙で対応できない。	2	15.4
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労する。	0	0.0
12	その他	3	23.1
*新規のケース依頼が病院からではなくケアマネジャーからくる方が多くなった。退院前カンファレンスが行われない場合もあり、状態が把握できない。 *新型コロナウイルス感染症の影響で、直接、病院に利用者の状態を確認しにいけない。			
合 計		27	—

Q5 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=13
1	ケアマネジャー等へ情報提供しやすくなった。	3	23.1
2	ケアマネジャー等へ情報提供・連絡する機会が増えた。	2	15.4
3	ケアマネジャー等からの連絡が増えた。	5	38.5
4	入退院支援に必要な情報を得やすくなった。	4	30.8
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。	0	0.0

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。	3	23.1
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。	0	0.0
8	特に変化を感じていない。	6	46.2
9	その他	2	15.4
	*手引き運用以前より連携しているケアマネジャーは連絡等きちんとしていたため変化は感じていない		
合 計		25	—

Q 6 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=13
1	入院時に連絡がなく困ることがある。	1	7.7
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	7.7
3	退院前の情報提供がなく困ることがある。	2	15.4
4	退院時の情報提供がなく困ることがある。	2	15.4
5	日頃から入院等を見越した意思決定支援が必要。	3	23.1
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。	2	15.4
8	訪問看護事業所内の手引きの周知がすすまない。	3	23.1
9	ケアマネジャー等への手引きの周知が必要。	1	7.7
10	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労する。	0	0.0
11	その他	1	7.7
	*ケアマネジャーにより対応が違う。		
合 計		16	—

Q 7 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。
特になし

Q 8 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。
<p>*コロナの影響で面会制限があり、家族も、実際の患者さんの状況を理解できていないし、病院側も家族指導ができないという状況もわかった。</p> <p>*末期癌の方でまだ退院許可がおりていなかったが、本人が退院したいと強く希望され、退院してしまっている。自宅でのフォローの為訪問看護をお願いしたいと依頼があり、情報がほとんどないまま訪問看護が開始となった。開始すぐに体調不良で入院となるが、数日で退院を希望し退院を繰り返していた。本人の意向と家族の意向が違っており、継続した支援が難しいかと感じていたが、数回目の退院から、病院で訪問診療でフォローして下さり、連携を取りながら支援が出来るようになった。</p>

Q 9 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。
*特になし

Q 10 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。
<p>*退院が決まったら早めに連絡がほしい</p> <p>*病院で開催する担当者会議が少なくなっている。自宅に帰ってからの調整で、管が入っているが家族指導もされていなかった事例があった。</p> <p>*ケアマネジャーから退院の連絡があるが、患者の状態については、情報が不足していることがある。実際に訪問すると状態が大きくかわっていることがあるため、訪問看護を利用している方は、ケア</p>

マネジャーと訪問看護とセットで、連携を取った方がより良い支援ができるのではないかと。

*コロナ禍で退院前カンファレンスへの出席が減ったように感じている。電話やFaxでの情報共有はできているが、情報の不足を感じる時もある。リモートでもカンファレンスを開催できればと思う。ケアマネジャーには退院の連絡が入っても、ケアマネジャーと病院の打ち合わせだけでカンファレンスが開催されず退院するケースあり。特に新規で訪問看護を導入する場合はカンファレンスがあれば良い。訪問看護側から退院後の様子を伝える機会が少なく、どのように情報共有していけばいいか(病院側の負担にならないような手段)課題と考えている。

令和2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：135）

サービス等種別（一つ選択）	回答数	割合(%) n=135
1 居宅介護支援事業	104	77.0
2 小規模多機能型居宅介護	31	23.0
3 看護小規模多機能型居宅介護	0	0.0
合 計	135	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2年10月末日現在)		
	回答数	割合(%) n=135
1 1名	44	32.6
2 2名	29	21.5
3 3名	21	15.6
4 4名	24	17.8
5 5～9名	16	11.9
6 10名以上	1	0.7
合 計	135	100.0

Q2 貴所属内で、手引きの周知を行いましたか。		回答数	割合(%) n=135
1	行った。	92	68.1
2	行っていない。	43	31.9
合 計		135	100.0

(Q1で「1行った」を選択した場合) 周知をどのように行いましたか。 (複数選択可)		
	上記Q1の 回答数の内訳	上記Q1の割合 (%)の内訳 n=92
1	事業所内で研修会を行った。	19 20.7
2	会議で報告した。	25 27.2
3	文書で回覧した。	53 57.6
4	その他	7 7.6
*ケアマネジャー一人なので、施設長、看護師には周知してもらっている。 *一人の事業所なので、自己周知で入退院の都度確認している。 *ケアマネジャーのみで手引きの内容を確認した。 *新人研修で使用（訪問看護、居宅介護支援）		
合 計		104 —

Q3 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。
《運用の課題》 *入院時に手引きに沿った動きをしても、退院時の連絡がないなど、うまく手引きが機能していない。 ケアマネジャーと同様に病院のMSWや病棟の担当者などにも周知徹底する必要がある。 *利用者のかかりつけの病院や村山地区の病院等にある医療連携室や入退院支援の際に、常にどこに連絡すればいいのかを事業所内でも把握しておくことが必要。
《書式について》 *その病院によって、入退院の情報提供者が違うので、窓口を1か所に統一してほしい。医療機関によっては診療科目によって担当者が異なることもある。 *在宅療養支援の手引きにあったような医療機関一覧（担当部署等）も入っていると良い。

- * 退院時サマリーと退院時情報収集シートの内容がリンクした様式を作成してほしい。
- * ページ数が多く、もう少し簡略化されているバージョン等あればいい。
- * 情報提供様式が、電子媒体対応でプルダウン方式など、記載しやすい形態になれば、より活用が進む。
- * 地域共通の情報提供のフォーマットを作成し、それを使っての情報伝達の項目や順番を決めておくと、どのタイミングでどの資料、情報を提出するか分かりやすくして連携が取りやすくなる。
- * ケアマネジャー視点の山形市の時系列フローを業務や研修に活用している。
- * 現在の新型コロナウイルス感染症の状況では正常な運用ができておらず、現状に適したチャートがあっても良い。

《よかったところ》

- * 家族が病院側から促されて担当ケアマネジャーのことを伝えてくれるので、シートに加えて直接の情報交換がしやすくなった。
- * 良くまとまっていて使いやすい。入院前の情報を記入しやすく、退院後、どのように生活したいかを医療機関に具体的に説明でき連携ができる。
- * 入院時情報提供書がそのまま使いやすいため、手引きを特に必要とせず記入して提出している。病院との連携が図れるようになってきている。

Q4 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。

《病院との連携》

- * 情報提供をする側として、どのようなことを病院側が知りたいのかわからない。
- * 入院された際に連携室で家族に「ケアマネはいるか、連絡はしたか」など聞いてほしい。
- * 病院によって、連携室の人が対応する場合と直接病棟の看護師が対応する場合がある。病棟の看護師は、介護保険制度について経験が少ないことがあり、また日によって担当が変わるので、連携室との連携が図れるようにしてほしい。
- * 連携室と病棟間の情報共有がうまく行っていない医療機関がある。退院時、情報と実際の状況が食い違っている場合がある。
- * 住宅改修や福祉用具の導入が必要な場合に、退院前一時外出の形で病院のリハの担当者が利用者と一緒に自宅を訪問し、環境について相談できるとよりよい支援につながる。ポータブルや手すりなど実際に退院後はあまり使わないケースもあるので、専門職から利用者、ケアマネジャーに助言してほしい。
- * 介護保険の申請が早く、状態が安定する前に認定調査が行われ、退院時に状態が変わっている場合があるので介護保険申請のタイミングを見て欲しい。
- * 病院によっては訪問看護を利用しないと、看護サマリーをもらえないこともあるが、訪問看護の利用の有無に限らず、情報として看護サマリーをもらいたい。また、在宅退院でも施設利用しているなら提供してほしい。
- * MSW に退院前の連絡を直接依頼しても、連絡なく退院していることがある。病院でご逝去された場合に居宅介護支援事業所への連絡がこない。
- * 退院後の情報共有は、特に精神科などからは、あまり好まれていないようである。退院後の自宅での様子を報告したがまずは様子を診てくださいとの答えであった。病院側が在宅での支援状況を知ることで今後の医療、介護の関係性を深めることになるのではないかと。

《成功している・実践できている》

- * 医療と介護の隔たりのようなものはだいぶなくなり、入退院支援室、連携室、相談室等の入退院に関わる部署との連携は改善されている。電話の対応も丁寧にしてもらい連携できていると感じる。
- * 入院については、連携を図るようにしている。予防の方の入院のケースも多いため、予防の利用者にも入院加算を国では考えてほしい。
- * 担当相談員とメールでのやりとりができれば良い。
- * 救急搬送されると、家族も突然の事なのでケアマネに連絡するのを忘れがちである。済生館で連絡のお知らせを渡してくれていて、家族から連絡をもらうことが数回あった。とても助かる。

《新型コロナウイルス感染症対応》

- * コロナ対策で面会ができないため本人の意向確認がしにくい。書面や電話でやり取りしても細かいニュアンスが伝わらない。新規の退院支援がやりにくい。現状では、退院時に自宅に行ってサービスを検討することになるケースも出てきている。今後、退院が近くなった場合など面会を柔軟に対

応してほしい。

*コロナ禍の中、病院等へ面会ができず利用者の状況が全くわからない。こういったコロナ禍での入退院支援のあり方について検討していただきたい。あらたな仕組みが必要だと思う。

*コロナ禍において、手引き運用や運用後の成果報告などの会議が難しい状況。可能であればオンライン会議等の方法で情報共有をしてほしい。

令和2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：262）

サービス等種別（一つ選択）	回答数	割合(%)n=262
1 居宅介護支援事業	233	88.9
2 小規模多機能型居宅介護	29	11.1
3 看護小規模多機能型居宅介護	0	0.0
合 計	262	100.0

記入者がお持ちの資格（複数選択可）	回答数	割合(%)n=262
1 主任介護支援専門員	101	38.5
2 介護支援専門員	183	69.8
3 その他	39	14.9
介護福祉士（30） 社会福祉士（13） 看護師（4）	精神保健福祉士（2） 保健師（1） 社会福祉主事（1）	
合 計	323	—

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=262
1 活用している	169	64.5
2 活用していない	93	35.5
合 計	262	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。

- *入院から退院後の在宅生活まで切れ目ない支援を行う上で、医療機関との連携を図ることができる。また、本人家族が在宅生活再開の不安軽減に繋がっていると思う。
- *病院への情報提供や窓口が明確にわかる。比較的早い段階で退院に向けて動けるようになった。
- *なぜ必要なのか詳しく記載されているので、わかりやすい。
- *連携方法を忘れた時に確認している。
- *自分の行動の見直し確認、新人オリエンテーション、多職種への退院支援説明に使用。
- *利用者家族へわかりやすいように説明ができる。連携の振り返りができる。
- *標準的な流れを示してくれているので、入院から退院に向けての具体的な対応・流れを確認できる。
- *フロー図をみながら退院に向けた準備の確認を行っていくことができよい

（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。

- *入院時情報書、退院時情報収集シート様式の文字が小さくなり、見にくく、字数が多くなると入れにくい。
- *項目が決まっているので、詳細な情報を伝えたい時に不便を感じる。口頭での報告になる。
- *コンピューターシステムと連動していないので、記入に時間がかかる。
- *金曜日の夕方に入院が決まった場合に情報提供の時間がない時がある。

手引きを活用していない理由を教えてください。

- * 運用前から同様の支援をしていた。
- * 各病院の入退院室の相談員との連携が図れるようになり、本人、家族への説明も手引きを確認しなくても業務が行える。
- * 入院時情報提供書が分かりやすいため手引きを必要としない。
- * 山形市版の入院支援フローを活用している。
- * ND ソフトシステムを使用。
- * 事業所独自の記入用紙を使用している。
- * 日々の業務に追われ、見ながらする時間がない。
- * 今まで入退院の加算を算定していなかった。
- * 連携室から直接連絡を頂いている。

Q2 手引き運用後（H31年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=262
1 病院へ情報提供しやすくなった。	164	62.6
2 病院へ情報提供する機会が増えた。	101	38.5
3 病院からの連絡が増えた。	127	48.5
4 医師からの病状説明に同席する機会が増えた。	30	11.5
5 退院前共同カンファレンスへの参加機会が増えた。	49	18.7
6 退院時に在宅生活に必要な情報を得やすくなった。	118	45.0
7 退院後の状況報告をする機会が増えた。	26	9.9
8 日常的に病院と連絡等が取りやすくなった。	77	29.4
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。	55	21.0
10 入院早期から、病院と連携できるようになった。	108	41.2
11 退院時期の把握がしやすくなった。	73	27.9
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。	34	13.0
13 特に変化を感じていない。	31	11.8
14 その他	16	6.1
* 手引き運用前の状況がわからないが、手引きがあつて連携しやすいと思う。 * ここ1～2年、病院から退院する際の病院からの連絡や情報提供が、家族を通してではなく、直接病院から施設に早目の段階でスムーズに来るようになった。		
合 計	1009	—

Q3 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=262
1 提供した情報が活用されていないように感じる。	45	17.2
2 3日以内の情報提供は困難。	57	21.8
3 病院内で情報の共有がうまく行っていないと感じる。	77	29.4
4 退院直前に支援を求められ、対応に困ることが多い。	60	22.9
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。	56	21.4
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。	53	20.2
7 日常的に病院と連絡等が取りづらい。	8	3.1
8 病院側で手引きの周知が必要。	35	13.4
9 ケアマネジャー等側で手引きの周知が必要。	13	5.0
10 病院との連携に躊躇してしまう。	12	4.6
11 業務多忙で対応できない。	17	6.5
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。	1	0.4

13	その他 *訪問や面談等にて連携室とケアマネジャーの連絡の取りづらさがある。 *3日以内は、郵送での提供の場合、いつの時点での3日かわからない。間に土日祝が入ると、提供に時間がかかる。 *相談員の方とはよく話をするが、病棟と意思疎通が出来ているのかはわからない。	27	10.3
合 計		461	—

Q4-1 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=262
1 提供した。	233	88.9
2 提供していない。	29	11.1
合 計	262	100.0

(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)		
	回答数	割合(%)n=233
1 置賜保健所様式	5	2.1
2 山形市推奨様式	96	41.2
3 河北町(県立河北病院)様式	38	16.3
4 厚生労働省様式例	50	21.5
5 その他	44	18.9
*施設独自の様式 *介護ソフト会社で作成した様式 *コンピュータシステム内の様式		

(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。		
	回答数	割合(%)n=29
1 入院した利用者がいなかった。	17	58.6
2 その他	12	41.4
*今まで入院時の加算を算定していなかった。 *3日以内の情報提供困難だった。		

Q4-2 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=262
1 入院時、必要な情報を十分に伝えられる。	72	27.5
2 入院時、情報提供するまでの時間が短縮された。	77	29.4
3 使用することで利用者の情報が整理しやすくなった。	115	43.9
4 不足している情報等に気付けるようになった。	71	27.1
5 退院時、必要な情報を十分に収集できる。	30	11.5
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ずる部分がある。	11	4.2
7 その他	25	9.5
*病院側が知りたい情報の全てが網羅されているかわからない。 *本人の生活状況を記載する欄が少ない。 *書くことが多すぎて時間を要す。 *様式の用紙に書き慣れておらず、今まで使用してきた独自のものを使用している。 *データが重い。 *今後は様式を使用していきたい。		
合 計	401	—

Q5-1 病院への情報提供について、令和2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=182
1	入院前	3	1.6
2	3日以内	143	78.6
3	4～7日以内	23	12.6
4	8日以上	3	1.6
5	提供なし	10	5.5
		182	100.0

入院時情報提供の方法（複数選択可）		回答数	割合(%) n=173
1	持参	57	32.9
2	メール	0	0.0
3	FAX	92	53.2
4	郵送	17	9.8
5	電話	32	18.5
6	面談	1	0.6
7	受診付き添い	4	2.3
8	その他	4	2.3
合 計		207	—

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=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。	2	20.0
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。	3	30.0
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	9	90.0
＊入院期間が土日月の3日間だった。 ＊退院直後の再入院で必要性を感じなかったため。 ＊入院時の加算を算定していなかったため。 ＊家族が入院病院の看護師であり、家族より情報を伝えた。			
合 計		18	—

Q6 令和2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=131
1	有	118	90.1
2	無	13	9.9
合 計		131	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=131
1	退院時情報提供書の提供	40	30.5
2	看護サマリーなど書面での情報提供	102	77.9
3	退院前カンファレンスにて情報提供	67	51.1
4	病院訪問時の口頭での情報提供	47	35.9

5	提供がなかった	5	3.8
6	その他	11	8.4
	*電話でのやりとり *死亡退院		
合 計		272	—

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=131
1	ケアプラン提出	37	28.2
2	ケアプラン以外の文書提出	4	3.1
3	病院訪問時等に口頭で情報提供	17	13.0
4	電話	46	35.1
5	その他	4	3.1
	*退院後の初回外来受診前に、MSWへ近況報告した *訪問看護からの主治医への報告のみ。		
合 計		108	—

1か月以内の再入院の有無		回答数	割合(%) n=131
1	有	11	8.4
2	無	121	92.4
3	不明	2	1.5
4	未確認	1	0.8
合 計		135	—

利用者が退院後困っていることの有無		回答数	割合(%) n=131
1	有	20	15.3
2	無	107	81.7
3	不明	4	3.1
4	未確認	3	2.3
合 計		134	—

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=262
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）	50	19.1
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）	18	6.9
3	その他	9	3.4
	*どちらも活用している。 *事業所独自の様式 *NDソフトシステム *入退院時連携に係る診療・介護報酬 *特になし		
合 計		77	—

Q7-2 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》

- * 山形市内にある居宅介護支援事業所である為。
- * 参加した研修会で講師より推薦された。
- * 入院から退院後の在宅生活について切れ目なく支援を行うにあたり活用している。
- * 山形市内の医療機関との調整、連携を図る機会が多いことより活用している。動きがわかりやすく記載されているのでイメージしやすい。
- * やりとりの手順と、情報などにぬげがないか、一連の流れの再確認等で活用している。
- * ケアマネジャーの視点で行動のエビデンスが明確に記載されている。

《村山地域退院支援フロー》

- * 北村山地区医療、介護多職種連携研修会に参加し、学習内容を参考にした。
- * 事業所内で周知したため。
- * 同様の形式の物を使用していたから記入しやすい
- * 病院ごとに連絡が明記されており便利。
- * わからなくなった時には活用するようにしている。
- * 経過に沿って流れを確認できる。
- * 箇条書きで見やすい

《その他》

- * 「ポピーネットやまがた」を使って、フローを使い流れを確認しながら、一つ一つ対応している。
- * 入院時にはすぐ「やまがた・かみのやま・てんどう医療福祉相談室パンフレット」を開いてFAXの送信先を確認している。
- * 地域の流れを幅広く把握し、連携をスムーズにとるためどちらも活用している。
- * 利用者の市町で使い分けている。
- * 定期的にある業務ではない為、都度確認でき、見やすい（入退院時連携に係る診療・介護報酬）
- * 認定情報、ケアプラン内容等の一部がそのまま転用できるため作業効率上便利。（NDソフトシステム）
- * 入退院時連携室から直接連絡を頂いているため利用していない。

Q8 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》

- * 家族から入院の連絡を受け、入院前の情報を早い段階で知らせることで入院中のリハビリに活かすことができ、退院後も自宅で過ごしている。
- * 初回入院時せん妄と不穏があり、家族の付き添いなどで対応していた。退院前より病院との情報共有を行い、環境整備やサービス調整でスムーズに退院した。その後化学療法目的で数回入退院を繰り返したが、その都度入院時情報を提供することで、在宅での様子を病院側で把握できたとのこと。退院のたびに病院側より情報提供あり、訪問看護との連携も密に行うことができ、退院後はスムーズに在宅療養を行っている。

《情報提供されたことを活用して、うまくいった事例》

- * コロナ禍で入院中の面談が頻回にできない中、連携室のMSWから病院側、本人側の情報提供があったので問題なく在宅復帰に繋がった。
- * 退院日が予定よりも早くなったが、病院側からきちんとした説明と現在の状況を聞くことができ、退院後のサービスをスムーズに開始することができた。
- * 自宅復帰にむけてサービスを確認するためにリハビリしている姿を見に来てほしいと言われることが多くなった。

《多職種連携でうまくいった事例》

- * 指定難病の方。4か月間の入院中に、連携室MSWと何度も電話で連絡を取り合った。コロナ禍での面会制限の中、病院で多職種カンファレンスを3回開催。病院スタッフが出向いての家屋調査ができず、家族から自宅内の導線を撮影してもらい病院スタッフが確認。ケアマネジャー、福祉用具担当者が自宅に訪問し、退院後の福祉用具を検討した。無事に退院し、本人の力を活かした生活を送ることができている。

*半年以上の入院生活。退院後に新しいアパートでひとり暮らしをすることとなった独居の方。退院前カンファレンス後に家屋評価のため外出許可を取り、本人・家族・病院リハスタッフ・福祉用具事業者等と生活動線、ベッド、ポータブルトイレ配置など環境整備について相談を行った。退院後の環境を本人が確認した事で安心して退院できた。多職種で情報共有できていたため、退院後の状況変化にも本人、家族の意向を速やかに把握することができた。退院まで病院から適切な情報提供があったためスムーズに対応ができた。退院後の生活についても、病院に報告を行った。

*脳出血にて入院した男性の退院支援。高齢世帯で妻と2人暮らし。麻痺残存し自宅へ戻るため、本人も妻も不安が大きかった。MSWからは、退院2か月ほど前から家族へ居宅選定の助言、ケアマネジャーへ早期に情報提供あり、何度か病院へ訪問。退院前に病院PTが自宅へ同行訪問し、実生活での課題をしっかりと見極めた上での環境整備、介護サービスの調整を行った。外泊を繰り返して退院。

*医療ニーズはあるにもかかわらず、在宅にいる頃から訪問看護の利用を拒否していた本人・家族へ、入院中に提案し、退院後の利用につながった。

《患者、家族の意向に沿った支援ができた事例》

*末期癌の利用者。家族が自宅での看取りを希望。入院中に医師、看護師、各サービス事業者とカンファレンスし情報共有とサービス提供への具体的な話し合いができた。退院後、自宅でもスムーズなサービス提供ができ、数日後亡くなったが、利用者と家族の望む生活を送ることができた。

*胃癌術後のターミナル期。骨折後の廃用症候群から寝たきり状態の要介護4の方。高齢者世帯。面会・退院前カンファレンスにて多職種より情報収集できた。終末まで在宅を希望された本人・家族意向に沿い、在宅復帰に向けてサービス調整（訪問診療、訪問看護、訪問介護、訪問入浴、居宅療養管理指導、福祉用具貸与、短期入所生活介護）。サービスが複数関わるため、退院前・退院後の2段階でサービス担当者会議を開催し情報共有。現在も在宅療養を継続している。

Q9 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。

《病院から連絡がないまま退院・転院した事例》

*退院について、病院側から連絡が来ない場合がある。

*MSWと電話で情報交換していたにもかかわらず、いつのまにか他の病院へ転院していたことがあった。

《病院の情報提供が、在宅の実際と乖離している事例》

*病院ではトイレの歩行も介助が必要で、夜間はおむつ交換で対応していたため、高齢の夫の負担を考え、退院時カンファレンスの中で、ポータブルトイレの購入、訪問介護利用の方針を決め手配した。実際退院してみると、ポータブルトイレは使用せずトイレに歩行、夫に介護力があり、訪問介護も1回の利用で中止となった。病院での状況と自宅での状況が極端に違い計画を見直すこととなった。

*夜間吸引の必要がないとの話だったが、実際は夜間も吸引が必要だったなど、病院できいていた状態と異なる状態だった。

*環境が整っている病院でスムーズに立ったり歩いたりできても、寒くて段差の多い住宅では転倒のリスクが生じることがある。退院後の生活をイメージしたテーマを、退院前のカンファレンス等で話し合い、本人の自立を支援した方がよい。

《病院内の連携について》

*MSWと病棟看護師間の情報共有がなっておらず、ケアマネジャーと家族へ伝わる話にズレがあった。（ケアマネジャーにはMSWから退院支援の依頼があったが、家族は病棟看護師から、まだ退院できる時期ではないといわれた。）

*利用者が入院した際の情報提供が病院側では周知されておらず、退院に向けた話もケアマネジャー側から連絡をしなければ進まない。退院の連絡も利用者の家族から聞く事が多い。

*退院前会議で確認したことが、退院時に実際行われず、急な手配をすることになった事例があった。会議では胃ろうや吸引に関する物品は一通り持たせる話だったが、吸引カテーテルや栄養チューブが入っておらず、病院に問い合わせるとそれらの物品の払い出しはできませんと言われた。会議で教えてもらえればあらかじめ準備できたが、いずれもすぐに使用する物品だったため、家族も不安な様子だった。

*入退院支援について相談室ではなく、直接病棟とやり取りをする病院もある。相談室は、介護保険

や社会資源に精通している方が多く、話が通じやすい。

- *入院に付き添った機会に情報提供書をお渡ししたが、病院から家族に提供書よりもっと詳細な情報の記載を求められた。介護者が高齢のため記入できない部分が多く代理で行う必要があった。
- *新型コロナの影響で退院の当日まで本人に直接会えないままにケアプランを作成しないとけない。本人への面会も制限されているため、家族も本人の状況がよくわからず退院に対して不安が大きくなる傾向がある。

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。

- *病院によっては病棟が窓口になるところもあるため、手引きを医療相談員だけでなく、病棟の看護師などにも周知していく必要があると思う。
- *どれくらい退院後のために医療者側の役に立っているのか活用しているかが不明。
- *外来通院で困っている方に対する支援がどのような仕組みになっているかわからない。
- *通常の退院支援と、地域連携パスの患者の退院支援の違いに戸惑う（退院後の主治医の先生が決められない等）。
- *入力情報がリンクできる、自組織の運用システムを活用するのが、最も業務効率化が図れる。医療と介護の専門職だけに限らず、情報を繋ぐことに関わるメーカーにも入退院支援の手引き・フローについて学習頂き、様式が選択できる、手引きに沿った情報が入力できる、等の改善を図ってほしい。
- *現在コロナ禍ということで、入院時情報提供書をFAXしてから郵送するという方法をとっている。今後はメールやネットワークなどで情報提供、情報共有ができるようになれば良い。
- *定期的にZoom等を使った病院側・事業側合同のオンライン会議・研修をぜひ広く行って頂きたい。
- *入退院シートの様式を幾つか紹介していただきたい。
- *退院時サマリーと退院時情報収集シートの内容がリンクしたものに統一すると情報共有しやすいのではないか。
- *アンケートの記入に時間がかかることもあり、チェック式などとりかかりやすいものだと良い。
- *入退院に限らず、開業医の先生がかかりつけ医の場合の往診への変更や状態低下時の入院や退院、かかりつけ医へ戻り在宅復帰する場合の医療と介護の連携がスムーズにいかないことがある。

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。

- *入院しても利用者様の生活が途切れることなく継続するためのフローの活用と考えるため、入院時の情報提供を役立ててほしい。
- *病院の相談員はもとより看護師や医師に、介護保険サービス等についての知識や退院後のイメージを持ち、理解してほしい。
- *最近の入退院した場合、病院側から早いうちに連絡がくるようになり、病院まで本人の状態や方向性がわかりやすくなった。
- *安易に施設入所を勧めるのではなく、ご本人や家族の希望があれば出来るだけ在宅退院が可能となるように、退院後の生活をイメージした治療を行って欲しい。
- *連携室の方とは顔の見える関係になり、入退院以外でも相談できる相談員の方もできて頼りになる。
- *現在、コロナの対応で退院前会議ができず、必要時MSWだけでなく電話で看護師やリハビリのスタッフから直接助言があり参考になった。
- *新規利用者については顔の見える関係が望ましいが、入退院を繰り返している利用者や連携をたびたびしている利用者はメールやネットワークなどの活用もどうか。
- *小規模多機能のケアマネも居宅と同じケアマネであるが「退院・退所加算」は算定できない。加算はないが情報が欲しいために病院に行っている。小規模多機能にも加算が算定できるようになるともっと積極的に関われる。

令和2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	7	26.9
2	活用していない	19	73.1
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。

- * 連携室との情報共有や、入院～退院、退院後の流れ、その間にしなければならないことが分かりやすい。
- * 病院の相談窓口や担当の相談員が把握でき、連携がとりやすくなった。
- * 家族の関係性が複雑な場合に連絡方法など、情報を共有できる。
- * 退院支援にあたり、入院前にケアマネジャーがいる場合といない場合について、各対応方法が示されているため、地域包括支援センターの役割を整理して対応しやすい。

(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。

- * 手引きの利用の認識が病院によって差があるため、利活用できない事がある。

手引きを活用していない理由を教えてください。

- * 手引き自体を把握していなかった。
- * 要支援認定者の入退院支援にあまりなじまないため。また、総合相談としての対応の入退院支援の際は、特段、手引きを活用しなくても連携を図れていることが多いため。
- * なかなか文書では伝えきれない事や、調整をして頂くのに何度も連絡調整が必要な複雑なケースが増えているため直接医療相談室に情報提供を電話で行っている。
- * 大まかな流れは理解して対応しており、活用しなくても病院との連携が可能のため
- * 活用する機会がない
- * 利用者基本情報やアセスメントシートを活用しているから
- * 病院側からの申し出がない。申し出があれば基本情報を提出することもある。

Q2 手引き運用後（H31年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	病院へ情報提供しやすくなった。	8	30.8
2	病院へ情報提供する機会が増えた。	3	11.5
3	病院からの連絡が増えた。	19	73.1
4	医師からの病状説明に同席する機会が増えた。	1	3.8
5	退院前共同カンファレンスへの参加機会が増えた。	4	15.4
6	退院時に在宅生活に必要な情報を得やすくなった。	12	46.2
7	退院後の状況報告をする機会が増えた。	0	0.0
8	日常的に病院と連絡等が取りやすくなった。	7	26.9
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。	8	30.8
10	退院時期の把握がしやすくなった。	14	53.8
11	退院日まで間があまりないと感じても比較的対応できるようになった。	1	3.8
12	特に変化を感じていない。	4	15.4
13	その他	3	11.5

<p>*もともと、病院の相談員との連携が図れていた（特に退院時）</p> <p>*病院によって情報を提供してくれるところ、くれないところとまちまち。病院側でも本人の状況を把握できていない。情報を求められた場合に提供している。個別ケースによっては、受診前に関わり詳細を連絡し繋ぐこともある。</p>		
合 計	84	—

Q 3 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 提供した情報が活用されていないように感じる。	2	7.7
2 3日以内の情報提供は困難。	6	23.1
3 病院内で情報の共有がうまく行っていないと感じる。	10	38.5
4 退院直前に支援を求められ、対応に困ることが多い。	11	42.3
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。	7	26.9
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。	3	11.5
7 日常的に病院と連絡等が取りづらい。	0	0.0
8 病院側で手引きの周知が必要。	4	15.4
9 ケアマネジャー等側で手引きの周知が必要。	2	7.7
10 病院との連携に躊躇してしまう。	0	0.0
11 業務多忙で対応できない。	4	15.4
12 情報提供に関し、事前に利用者や家族・病院の了承を得るのに苦慮する。	1	3.8
13 その他	5	19.2
<p>*センター内での活用に関し改めて確認が必要。</p> <p>*コロナによる面会制限や付添制限。</p> <p>*状態を聞く限り、要介護見込みと思われるが、包括の介入の依頼を受けたことがあった。本人、家族の意向や状態をきちんとアセスメントし、真っ直ぐ居宅ケアマネジャー紹介で良かったのではと思う。</p>		
合 計	55	—

Q 4-1 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=26
1 提供した。	12	46.2
2 提供していない。	14	53.8
合 計	26	100.0

(Q 4-1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=12
1 置賜保健所様式	0	0.0
2 山形市推奨様式	4	33.3
3 河北町(県立河北病院)様式	2	16.7
4 厚生労働省様式例	0	0.0
5 その他	6	50.0
<p>*村山地域入退院支援手引き</p> <p>*個別診療補助に必要な情報提供をした</p> <p>*独自の様式。※手引きの内容を網羅しているもの。</p>		

(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。			
	回答数	割合(%) n=14	
1	入院した利用者がいなかった。	0	0.0
2	その他	14	100.0
*入院したことを後に知った。 *訪問看護を利用していた方だったので、訪問看護師が情報提供していた。 *家族が対応していた。 *病院から連絡があった際には、電話での情報提供となってしまう、情報提供を求められることもないため、作成をすることなく過ぎている。 *急なケースであったため、電話や面接で対応した。 *要支援者の場合は互いに必要性を感じない。 *多くの割合で介護予防プランを居宅介護支援事業所に委託しているため、委託居宅介護支援事業所が情報提供している。			

Q4-2 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。	1	3.8
3	使用することで利用者の情報が整理しやすくなった。	4	15.4
4	不足している情報等に気付けるようになった。	2	7.7
5	退院時、必要な情報を十分に収集できる。	0	0.0
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。	0	0.0
7	その他	2	7.7
*独自の様式を使用しているため。			
合 計		14	—

Q5-1 病院への情報提供について、令和2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=32	
1	入院前	1	3.1
2	3日以内	15	46.9
3	4～7日以内	5	15.6
4	8日以上	3	9.4
5	提供なし	7	21.9
6	その他	1	3.1
合 計		32	—

入院時情報提供の方法 (複数選択可)			
	回答数	割合(%) n=25	
1	持参	5	20.0
2	メール	0	0.0
3	FAX	4	16.0
4	郵送	0	0.0
5	電話	17	68.0
6	面談	3	12.0
7	受診付き添い	1	4.0
8	その他・不明	5	20.0
合 計		35	—

Q5-2 Q5-1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。	2	28.6	
2	多忙により情報提供ができなかったため。	0	0.0	
3	過去の入院時と利用者の状態に変化がないため。	2	28.6	
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	0.0	
6	その他	4	57.1	
＊新規の利用者 娘からの相談だった。 ＊病院側から求められていない。 ＊他病院からの転院だったため、現状の把握ができていなかった。 ＊家族が病院から情報を聞き、ケアマネジャーに伝えてくれたため、病院との直接のやり取りは無かった。				
合 計			10	—

Q6 令和2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。	5	19.2	
＊家族や近隣住民から相談がきているが、本人の拒否でサービスに繋がらないケース。訪問時自宅で動けなくなっており救急搬送。一人暮らしで家族も遠方のため病院に付き添い情報提供した。 ＊サービス利用につながらない単身や末期がんのケースについて情報提供した。 ＊通所サービス休止し数か月経過している患者。家族から心疾患で入院したとの情報提供あり、その後病院MSWより問い合わせがあった。口頭でのみ情報提供した。 ＊要支援の父と要支援の長男の二人暮らし。家族の関係性や介護者に多くの問題があるため、情報を伝えた。				
2	なかった。	21	80.8	
合 計			26	100.0

Q7 令和2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=26
1 有	21	80.8
2 無	5	19.2
合 計	26	—

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=26
1 退院時情報提供書の提供	1	3.8
2 看護サマリーなど書面での情報提供	12	46.2
3 退院前カンファレンスにて情報提供	12	46.2
4 病院訪問時の口頭での情報提供	1	3.8
5 提供がなかった	6	23.1
6 その他	5	19.2
＊電話での情報提供 ＊栄養サマリー ＊リハビリ情報提供書		
合 計	37	—

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=26
1	ケアプラン提出	2	7.7
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	1	3.8
4	電話	15	57.7
5	その他	1	3.8
合 計		19	—

1か月以内の再入院の有無		回答数	割合 (%) n=26
1	有	3	11.5
2	無	23	88.5
3	不明	0	0.0
4	未確認	0	0.0
合 計		26	—

利用者が退院後困っていることの有無		回答数	割合 (%) n=26
1	有	8	30.8
2	無	18	69.2
3	不明	0	0.0
4	未確認	0	0.0
合 計		26	—

Q8 令和2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。 *緩和ケア病棟に入院中。要介護認定申請中の状況で、自宅への退院に向けて調整を図った。家族関係の課題があり、居宅介護支援事業所の介護支援専門員とともに退院支援を行った。 *要支援見込みで契約、担当者会議を開催し、サービス導入（暫定）としたが、認定が要介護認定となり、サービス計画費の請求ができなかった。 *糖尿病の教育入院をしていた方について、独居であり脳梗塞等の既往があるため、後々包括でのかわりが必要になる方かもしれないと情報提供を受けた。 *脳梗塞後、退院の方向でリハビリ中。家族が退院後は施設（老健）入所を考えているため、施設紹介を希望。情報提供を受け対応した。 *がんターミナル期。認定申請代行の依頼のため情報提供があった。 *脳血管疾患で入院中。せん妄等あり介護認定でも要支援認定でも対応できる居宅介護支援事業所の紹介希望の相談があった。 *心疾患で入院中。自宅での服薬管理に不安があるので、介護認定申請し訪看利用を勧めしてほしいと相談があった。	7	26.9
2	なかった。	19	73.1
合 計		26	—

Q 9 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。

- *急性心筋梗塞で入院し退院の日が決まっていたが、介護者が体調を崩してしまい、急遽ショートを利用して退院することになった。ショートの日程調整ができるまで、退院日を延期し、退院前のカンファレンスができた。
- *包括が継続的に相談を受けている生活保護受給者。急性硬膜下血腫で入院し、退院にあたり居住環境や親族の支援が伴わず、居宅事業所によるサービス導入を行った。病院で退院日の調整が行われ、連携ができた。
- *入院中にADL低下がみられた。自室からトイレまで5メートル歩行必要との情報を伝えたところ、そのための練習もしたため、スムーズに自宅でトイレでの排泄ができ、ADL維持できた。

Q 10 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。

- *病棟と連携室の対応（理解度）の違いに苦慮したケース。単身キーパーソンなし。入院時に包括で付き添い、主治医、病棟、連携室へ事情等を説明した。翌日、病棟から入院時の必要物品をそろえてほしい、成年後見人の申し立て手続きをケアマネジャーが直ちに対応してくださいと連絡があった。包括はケアマネジャーではないし、マネジメント契約もしていない利用者（患者）であり、包括では対応できない旨を連携室を通して伝えた。
- *退院が急に決定、週末に退院と決定した場合、情報共有が困難。
- *退院の調整時、電話では情報を伝えられないと言われ、病院側と日程を調整し訪問した。病棟で対応してくれたスタッフは患者の状況を把握しておらず、情報収集に時間を要した。病院側の協力が得られず退院前カンファレンスを行えなかった。
- *家族が「病院から介護保険申請をするように言われた」と、市の窓口申請を申し行ったが、家族は介護保険サービス利用を考えていなかったため、申請が受理されなかった。紹介されて包括で相談してみても、サービス利用の希望がない方がいる。
- *新型コロナ感染症感染予防のため、病院での面会に制限がかかると手引きの通りには行かない場合もある。
- *入院時に病院へ情報提供（電話及び情報提供書）を行っても「退院時は訪問看護以外には情報提供書を提出していない」と言われる病院がある。

Q 11 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。

- *コロナの影響で家族も包括も本人の状況が把握できず、より良い支援の構築ができない。退院支援の依頼があるが、コロナのため本人に面会することができず、退院後自宅で初面談というケースが多くあり、今後の課題と感じる。
- *様式自体はできる範囲で簡便な方が使いやすい。

Q 12 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。

- *入院中で、申請したほうが良いと言われて相談されることがあるが、サービス利用希望も特にないような方もいる。退院=申請ではない。
- *入院している病棟と、医療福祉の相談室との院内連携が図れていないケースは、対応に苦慮する。
- *特に整形外科系の入院で、手術後に介護保険申請の相談を受けるが、福祉用具使用や福祉用具を安価で購入するためのツールとして申請する説明を受けている。術後の回復で福祉用具等を使用しないで自立できるケースも多く、申請のタイミングを考慮してほしい。
- *個人情報の観点から、本人や家族に聞くように言われ詳しいところまでの情報が得られない場合がある。家族より同意を得て電話している場合は、ある程度の所までの情報を教えて欲しい。特にコロナで病院面談もできない事もあり、スムーズに退院支援するための情報が欲しい。
- *連携室と連絡をとり病院に訪問したが、病棟側の対応が冷たい時がある。忙しいのも分かるが、連絡を入れて訪問しているので、きちんと対応してほしい。
- *要介護5で退院後は施設入所という方向性が決まった時に、「施設は家族で探して下さい」と言われ、困っているというケースがあった。担当のケアマネジャーも契約終了していた。本人の病状・心身の状態が一番よく分かる病院の方が施設側と調整をしていただけると、家族も混乱なくスムーズな退院支援ができるのではないかと思います。
- *新型コロナの感染防止の為、家族面会制限されており、患者の情報が全く家族に伝わっておらず、

退院時に状況を聞き戸惑う家族が多い。事前に家族にフォローをお願いしたい。

- * 退院後介護サービスにつながらない患者でも、高齢夫婦二人暮らしや単身高齢者など気になる方の情報提供を包括にいただくと地域に帰ってから様子を見に行くことができる。
- * 介護サービスの暫定利用に関し、良かれと思い進めて下さる場合があるが、軽度の方は退院後にサービス調整可能なためケアマネジャーと事前に調整いただきたい。
- * 新型コロナの感染防止の為面会制限があるが、退院時福祉用具（歩行器やシャワー椅子等）の機種等リハビリ職と選定の助言をいただいてスムーズに退院できた。
- * MSW がいても病棟の看護師と直接やり取りする病院もあり、介護保険やサービスなどの状況がわからないため、退院の調整がしづらかった。MSW に入っていただくとスムーズである。
- * 医療ソーシャルワーカーの育成、コミュニティーソーシャルワークの視点を強化していく対策が必要。

令和2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	4	50.0
2 社会福祉士	0	0.0
3 保健師	2	25.0
4 事務	0	0.0
5 その他	2	25.0
*介護支援専門員		
合計	8	—

Q1 医療と介護の連携充実と切れ目ない療養支援の実現のため、関係者等へ手引きの周知をしていますか。		回答数	割合(%)n=8
1	周知している。	5	62.5
2	周知していない。	3	37.5
合計		8	100.0

手引きの周知方法や周知先を教えてください。

- *ケアマネジャー等対象の研修で、入退院支援における医療との連携などのテーマで、講師を担当する場合、手引きや手引きに付属した病院窓口リストの紹介と活用について話している。
- *下の（2）の取り組みに関連させて、居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・病院への周知、運用促進につなげる。

その他、手引き活用促進に係る取り組みを行っている場合はその内容を教えてください。

- *特に、手引き内の病院窓口リストに関して活用を進めている
- *北村山公立病院と介護関係者が参加する研修会で使用した。
- *「寒河江市西村山郡あんしん手帳」を準備。（お薬手帳カバーを活用し担当者の連絡先や名刺貼付）管内の医療・介護保険サービス利用者で、担当者が必要と思われる方に配布する。利用者が入院した際に、病院でも早期に担当者を把握し、双方の情報共有につながることを期待し活用を試みている。活用の際に病院側にも文書で紹介した。

手引きを周知していない理由は何ですか。

- *直接入退院に関わっていないため
- *コロナ禍で施設や事業所まわりも行うことができていないため、周知の機会を持つことはできていない。しかし、入退院支援について苦慮するケースの情報ほぼないため、手引きの流れは頭に入っているのではないかとと思われる。

Q2 手引き運用後（H31年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。	3	37.5
2	なかった。	5	62.5
合計		8	100.0

（1）（Q2で「1あった」と回答した場合）
うちR2年4月以降の問合せや相談の件数を教えてください。

- *1件（回答数3）

(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。

- *介護保険サービス事業所について情報提供した。
- *病院の連携部署より入院中に介護保険申請を行う場合は必ず包括を通さなければならないのかとの問い合わせがあり、手引きにはそのような記載はなく、取決めでもないことを説明し、これまで通りの対応で問題ないと回答した。包括を通すようにとの対応を行った窓口へ状況を確認の上、手引きは取決めではないことを説明した。
- *医療機関について（在宅主治医）の問い合わせに情報提供。その後、拠点でまとめた管内の医療機関・介護事業所情報冊子、マップを医療連携センターに提供し連携時の資料として活用いただいている。

(3) (1) の問合せで対応に苦慮するようなことがあればその概要を御記入ください。

(なし)

Q3 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。

- *窓口担当者が代わると手引きの解釈が変わってしまうことがある。
- *ケアマネジャーはじめ地域多職種が、どの程度必要性を認識しているかよくわからないので、知ることができれば周知しやすい。
- *手引きを病院と地域双方で共通理解すること。
- *病院の外来の役割や連携についての記載等があってもいいのではないかと思います。

Q4 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。

- *研修会、連絡会の機会を通して手引きについて発信していくことが大切。
- *地域と病院の相互理解、共有はまだまだである。プロジェクトチーム会議は、双方の接点となる場なので、課題共有の場としていければいい。
- *医療と介護の連携推進に向けて、手引きを活用することがひとつのきっかけになっている。今後も入退院支援の現状に合わせて記載内容の見直しをしていくことは必要。

令和2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	8	57.1
2 保健師	6	42.9
3 その他	0	0.0
合 計	14	—

Q1 医療と介護の連携充実と切れ目ない療養支援の実現のため、関係者等へ手引きの周知をしていますか。		
	回答数	割合(%)n=14
1 周知している。	12	85.7
2 周知していない。	2	14.3
合 計	14	100.0

手引きの周知方法や周知先を教えてください。

【周知方法】

- *手引きを印刷し配付
- *介護サービス調整会議で周知
- *印刷物として会議時等、適宜配布
- *アンケート調査結果の送付による周知
- *支援者向けの研修会を通して周知
- *在宅医療・介護連携連絡会議を開催し周知。
- *ケアマネジャー部会にて周知。

【周知先】

- *医療機関
- *地域包括支援センター
- *居宅介護支援事業所
- *在宅医療・介護連携室
- *町内介護サービス事業所
- *介護施設
- *関係ケアマネジャー

その他、手引き活用促進に係る取り組みを行っている場合はその内容を教えてください。

- *病院と介護関係者が入退院支援や意思決定支援をテーマに研修など行い、手引きの活用促進につなげている。
- *個別の支援事業発生時に調整、話し合いに利用。
- *定期的に周知し確認を行う。
- *地域包括支援センターに依頼し、居宅介護支援事業所に啓発してもらっている。
- *ケアマネジャーへの連絡会にて、居宅介護における退院・退所加算について確認を行った。

手引きを周知していない理由は何ですか。

- *直営の地域包括支援センターであり、機会がなかった。
- *市業務委託先の在宅医療・介護連携拠点にて周知を行っているため、市独自の周知は行っていない。

Q2 手引き運用後（H31年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。		5	35.7
2	なかった。		9	64.3
合 計			14	100.0

（Q2で「1あった」と回答した場合）
（1）うちR2年4月以降の問合せや相談の件数を教えてください。

*70件、件数は把握していない

（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。	2	—
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。	3	—
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	—

（3）（1）の問合せで対応に苦慮するようなことがあればその概要を御記入ください。

*急な認定調査の依頼や、早急にサービスを導入してほしい等の要求への対応に苦慮している。

Q3 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。

- *今後も、内容は必要に応じて見直し、改良していく必要がある。
- *活用促進に向けて、手引きを活用したことによる好事例などを広めていく必要がある。
- *手引きの活用を周知しているなかで、市内事業所でも徐々に活用が進んでいる。
- *市窓口での新規介護認定申請時に話を伺うと、介護サービスを希望していない方や、認定審査で介護認定に至らない方がいる。市窓口での申請前に包括支援センターへの相談をご案内いただきたい。
- *県内の各病院（特に大きな病院）の担当により、考え方が多少違う場合があるため、情報を共有できるよう医療機関、行政、各介護施設とのさらなる連携、話し合いの場が必要。

Q4 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。

- *連携強化・推進のためには繰り返し継続した取組が必要。入退院支援のさらなる充実に向けて、好事例の横展開や多職種による事例を通じた研修、病院内・事業所内での勉強会などが促進され、多くの支援者が関心を持ち、経験を重ねられる機会が必要。
- *病院によっては、早期に申請を勧めたり、入院直後やリハビリ転院が決まっている方に入院と同時に申請するよう勧められて家族が市の窓口に来所される。介護保険は、申請日から暫定利用でサービスが使えるので、認定に時間がかかってもサービス利用に影響はありません。入院後間もない等、調査対象者の心身の状態が安定するまでに相当期間を要すると思われ、介護保険によるサービスの利用を見込めない場合は、必要時、申請者に対して、一旦申請を取り下げ、状態が安定してから再度申請するよう説明している。（※がん末期の方や退院後すぐに施設入所を考えている方等は早急に対応）
- *介護保険の新規及び区分変更申請の時期の判断は、在宅チームと入院先病院と共同で、適正な時期に申請をお願いしたい。