

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

病院スタッフ

(回答数：159)

所属（一つ選択）	回答数	割合(%)n=159
1 入退院支援関係部署	68	42.8
2 外来	16	10.1
3 管理部門	2	1.3
4 病棟	65	40.9
5 その他	8	5.0
6 無回答	0	0.0
合 計	159	100.0

記入者の基礎資格（複数選択可）	回答数	割合(%)n=159
1 医師	0	0.0
2 看護師	103	64.8
3 社会福祉士	42	26.4
4 精神保健福祉士	10	6.3
5 その他	8	5.0
6 無回答	4	2.5
合 計	167	—

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=159
1 行った。	41	25.8
2 行っていない。	116	73.0
3 無回答	2	1.3
合 計	159	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=41
1 所属内で研修会を行った。	7	17.1
2 会議で報告した。	12	29.3
3 文書で回覧した。	26	63.4
4 その他	4	9.8
合 計	49	—

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=159
1	入退院支援関係部署で活用している。	56 35.2
2	病棟で活用している。	27 17.0
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 14.5
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 3.1
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。)	50 31.4
<ul style="list-style-type: none"> *集中系であり退院支援までつながる患者がいないため。 *具体的な活用方法を周知されていないため *支援において、手引き確認を要する事が無かった *目を通したことはあるが活用には至っていない *なくても情報確認や連携がはかれている *入退院支援室の入院支援業務に就いており、活用する機会ない *実際も行っている内容ではあったが、手引きがあるということをしらなかった *周知を行っていないため *実際の業務と紐付かないところがある *内容を把握して、実践できている *手引きがあるのは知っているが、MSWにお願いしているから *入退院支援の流れは概ね理解しているため *必要ない(他同意見2件) *必要な時々で、ケアマネジャー等に確認しているため *手引きについて知らなかった *手引きの周知がなっていない *存在を忘れていた。活用方法が今一つ分からない *手引きに全て沿っているわけではないが、それに近いことをしている。ケアマネジャーとの連携や退院前カンファレンスは行っている *昨年までは。活用してなかった *入退院に関しては病院内で地域医療連携ファイルを作ってそれを活用している 		
6	その他	18 11.3
<ul style="list-style-type: none"> *救急外来の為該当なし *手引きがあることを知らなかった *当病棟内では使用していません。手引きの所在が確認できません *自己学習やスタッフ指導の時使用) *手引きがあることを知らなかった(他同意見2件) *病棟スタッフは支援の流れについて把握しているため *外来では活用していない *病院内での活用はあると思うが、所属として手引きは活用していない 		
合 計		179 —

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=159
1	見たことがある。	129 81.1
2	見たことがない。	24 15.1
3	無回答	6 3.8
合 計		159 100.0

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=129
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。	113	87.6	
2	病棟と連携して活用している。	56	43.4	
3	入退院支援に積極的に活用している。	52	40.3	
4	情報提供があることで治療や看護に役立つ。	80	62.0	
5	情報提供されても活用しないことがある。	5	3.9	
6	必要な項目が不足している。(どのような項目ですか?)	7	5.4	
	<ul style="list-style-type: none"> *実際の患者の情報ではなく、内容が異なることがある。特にADL、排泄 *家族背景。日常生活レベル(排泄状況、食事摂取、体勢や内服薬のみ込み状況など *出来れば良いのですが、身障等、何を何で何級もっているか等あったらうれしいかも。透析で長持っているとか、ぼうこう直腸で身障3級とか *経済面 *記載してくれているケアマネさんもありますが、家族関係や介護力のアセスメント、在宅でのACPの内容などがもう少しわかるとありがたい *家族も含めた長期プランの内容がない *在宅において介護者の状況、介護力や思いなどあれば参考になる 			
7	その他	3	2.3	
	<ul style="list-style-type: none"> *介護サービス計画書は週間スケジュールの把握ができる。ケアプランの目標設定が入退院支援時に役立つと感じる。 *入院時ともとのADLの差を知ることができる *担当MSWがケアマネージャー等と連絡を行い、病棟NSが直接関わることはないため 			
合 計		316	—	

Q4-1 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=159
1	ケアマネジャー等へ情報提供しやすくなった。	44	27.7
2	ケアマネジャー等へ情報提供・連絡する機会が増えた。	33	20.8
3	ケアマネジャー等からの連絡が増えた。	26	16.4
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。	5	3.1
5	退院カンファレンスの開催が増えた。	9	5.7
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。	12	7.5
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。	17	10.7
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。	38	23.9
9	ケアマネジャー等から退院後の状況報告が増えた。	3	1.9
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。	16	10.1
11	特に変化を感じていない。	31	19.5
12	その他	29	18.2
	<ul style="list-style-type: none"> *該当しない病棟であるためわからない *ICUなので連携の機会がない *担当MSWがケアマネジャー等と連絡を行い、病棟NSが直接関わることはないため *地域医療かられんらくがくる。) *MSWが連絡をとってくれるので直接はしない *活用していない *自部署では実際活用していないので分からない *地域医療部を通しての情報交換の機会が増えた *不明 *該当なし *対象患者がいなかった *手引きを使っていない *手引きは利用していない *利用開始したばかりなのでよくわからない *自宅退院する患者様は ほとんどおらず、病院への転院や施設への退院がほとんどで、ケアマネと関わる機会がほとんどない *直接ケアマネさんと関わる事があまりないため、意識していない *ケアマネと連携するケースはない(他同意見2件) *手引きの運用ができていない *運用できず失礼しております *コロナの為退院カンファレンスができなかった *外来ではケアマネジャーへの連絡についてはあまり行っていないが、先日訪問看護師との連絡、相談から、ケアマネジャーと連携する機会があった *COVID-19感染対策により、3～9いずれも回数の増加はできない状態にあった。しかし、2. 4. 5. 6は必要に応じて感染対策のもと継続はされている。 *連携の機会なし *活用により良くなったかはわからない。多少は影響があると思う。 *病棟勤務のため直接ケアマネジャーと関わっていない 		
合 計		263	—

Q4-2 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=159
1	入院時に連絡がなく、治療や看護に困ることがある。	33	20.8
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	35.2
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。	18	11.3
4	日常的にケアマネジャー等と連絡等が取りづらい。	10	6.3
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	10.1
6	ケアマネジャー等への手引きの周知が必要。	10	6.3
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。	7	4.4
8	その他	24	15.1
	<ul style="list-style-type: none"> *なし *活用していない *自部署では実際活用していないので分からない *急な入院であったりすると入院時情報提供者がいないことがあり、入院前の状況を知るのがむずかしい時がある(家族も普段介護をしている人ではない人が連れてきてくれた時) *不明 *ケアマネ等から入院早期に情報提供をいただきたい *該当なし *特になし(他同意見2件) *地域連携の担当スタッフまかせになっていることも多いと思っています *地域連携汁の退院支援担当ナースが関わってくれることがほとんどである *ケアマネジャーによっては、介護保険法や社会福祉法等の制度の理解が足りないのか法的根拠に反した柔軟性を欠いた反発をされる事もある *あまり関わる機会がないのでわかりません *コロナ感染症が5類移行した現在にあっても、外部からの病院立ち入りに制限があり、患者を直接見てもらうことが困難なため、状況を把握してもらうことに苦慮している *いつも積極的に情報提供してもらいENT支援にあたり助かっています *ケアマネジャーが必要とする情報がわかりづらい。質問形式の方が答えやすい *病院での介入で生活面で問題を感じ、地域医療部を通して患者と配偶者の介護申請状況を確認したかったが、個人情報なので教えられないと断られて事例があった。病院での情報収集に時間がかかった事例があった *連携の機会なし *直接的にはケアマネジャーと関わってない 		
合 計		174	—

Q5 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。

- *施設入所中の患者が継続した褥瘡処置が行えるか不安があり、施設スタッフと連絡し、来棟。動画撮影を行い、処置の継続を図った患者の不安軽減にもつながった。
- *入院時に情報提供書を持参された時は患者へのききとり等は簡単にすませることができ、必要な援助で提供できる。また退院時にケアマネ、訪看等が自宅に同伴（自宅で待つ）などの対応をしてくれた時があり、患者の状態もわかりスムーズと考える。
- *患者（ご家族）が強く退院をのぞめば、多少症状が安定していなくても外来や訪看のサポートで在宅医療を受けることができるという安心感があれば早期退院がスムーズにできる。
- *終末期にある患者様が自宅退院を強く希望され、医師、地域連携、看護師など数日の内に多職種と連携し、自宅へ退院することができた。
- *医師から、緩和医療が必要と説明され入院したが、本人・家族の話をうかがうと、「家で過ごしたい。家族が大事。夫が居ない時間帯が心配。」との発言があり、医師ケアマネ SMW、NS と拡大カンファレンスを行い、自宅に退院する事ができた。
- *家族の受け入れ、患者の思い、地域の担当者、病棟スタッフ、退院支援の担当者との連携が密に行われ、思いを確認しながら情報提供、共有ができるとスムーズにできていることが多いと感じます。
- *対象者と行政（市役所、役場など）の担当者との拡大カンファレンスを1回ならず複数回開催し、対象の気持ちも確認しながら（主治医にも確認し）道すじを作っていくことが大切だと思った症例がありました。
- *訪問看護がすぐ訪問して下さり、深津もすぐ訪問し、介護保険申請と並行しサービス調整下さったり、外部の方を拒む傾向のある家族への介入も上手く一芝居行って下さり、円滑に介護ニーズを抽出下さった包括さん。そこから並行してフォロー頂けた小多規さん。医療ニーズがある方だと、本人は難しく家人が疲弊している事が多いので、フォットワークが軽い訪看さんやケアマネさんには頭が下がります。感謝感謝。
- *最期を自宅で過ごしたいという患者に対し、早急に訪問診療、訪問看護を導入し退院することができた。
- *入院前の患者のADLに近づけられるよう援助した方。患者の希望を明確にし、家族がどんな状態なら退院後自宅で受け入れられるかを面接で明確にし、その状態にできた事例。
- *入院時に、Pt、Faにどの程度ADL、医療処置で自宅ENT可能か確認し、それに向けて、OP後離床を図り、ケアマネと情報共有を行い、早期ENTできた。
- *訪問診療や訪問看護、ケアマネージャーの調整による介護サービスを導入した際、訪問医は来れなかったが入院中に病棟看護師・家族・訪看・ケアマネが一同に病院で集まり、入院中の状況、退院後懸念されることなどを在宅側も含め相談できたことで、家族の安心につながった支援に結びつけられた。
- *在宅の状況が良くわかってくださっているケアマネージャーさんが積極的に関わって下さると、患者・家族もサービス調整を相談しやすく安心して退院されている。
- *（元々介護サービスを利用している患者）創処置が必要で入院していた患者があつたが、入院期間が長く自宅への退院を強く希望していた。MSWを介して連携を図ってもらいスムーズに対応することができた。
- *高齢者の独居だが、利用する施設やケアマネージャー、家族を含めた退院前カンファレンスを密に行い、患者本人が安心して退院した事例。
- *入院前より、今後の生活について、どう過ごしていきたいかなど、先を見通した話し合い(ACP含む)をすでにしてくださっていたこともあり、その情報をケアマネージャーより提供してもらい、退院支援に活かすことが出来た。
- *入院時の病院への情報提供を頂き、実調→カンファレンスとスムーズに来て下さるケアマネさんが多くいらっしゃる。
- *入院時の情報提供書に在宅で利用していたサービス内容が詳しく記載されており、退院後に必要な支援を検討する際に役立った。
- *本人と病院スタッフが退院前に自宅へ外出、訪問し、事前にケアの様子を写真に撮り個別のパンフレットを作成して自宅への受け入れがスムーズとなった。また、自宅に外出時介護部門のスタッフも同席してもらいケアの申し送りを行った。
- *高齢者の独居の方の支援。入院時に本人と家族の意向を確認し、介護保険の重要性を説明し、申請か

ら決定までの流れについて説明を行った。地域包括のケアマネに暫定でケアプランを作成してもらい、介護度が出る前に自宅に退院できた。

- * 担当ケアマネジャーが退院前に早めに自宅訪問したり、来棟し本人と面談してくださる方だと比較的退院支援がスムーズに出来ていると感じます。
- * がん患者で体調のコントロールができた時点で、自宅へ帰りたく希望した患者。家族の不安や迷いもある中、連携し自宅での生活が実現できたこと。
- * 主治医は在宅療養及び介護は困難病状と判断し施設入所を提案した。しかし、患者は自宅退院希望。また、介護サービス調整も退院後希望。退院支援担当者、リハビリ等と情報提供を行い、地域包括支援センターと連携、退院当日病で認定調査をうけて自宅退院した。
- * 超高齢慢性疾患患者の退院支援で自宅看取りを希望される家族の病状説明に担当ケアマネが同席した。意思決定支援と在宅医療及び環境調整をおこなった。
- * 癌末期のかんじゃさんで、ケアマネと連携し、入浴や、ベットなど、迅速に準備できた。
- * 他病院から、ガン末期の患者さんが、在宅看取りの退院調整で転院してきた患者さん。介護申請はしてあったが、認定調査がまだで、ケアマネも決まっていなかった。当院に、転院してきた日に、本人、家族の意向を確認し、在宅での看取りを強く希望しており、状態も良くなかったので、急ぐ必要があった。転院当日に、役場に認定調査の依頼をし、ケアマネも決めた。ケアマネさん、すぐに情報取りに病院に来てくれて、6日間の入院で在宅の準備してくて、退院カンファレンス、サービス担当者会議を開催した日に退院し、在宅で5日間だけであったが、家族に囲まれ、訪問看護を毎日利用して、在宅で最期まで過ごすことができた。
- * 自宅へ帰るだけでなく、面談をしながら、デイサービスを受けられる回数、ポータブルトイレなど準備、Bedの手配などをスムーズに行ってもらえることが出来た。
サービスの充実、家族への配慮など。
※入退院支援室が主にうごいてくださっているため、そこにこちらからそれに必要な情報を提供しているため、病棟の看護師がうごくことはあまりない。
- * 入院後の患者の状態を定期的にケアマネジャーと情報交換することで、入院前との相違点を共通理解していった。ケアマネジャーは想定される状態に応じてどのような介護サービスを取り入れることができるか適宜家族と連絡を取っていた。退院許可があり、退院前カンファレンスでは、患者の状態・家族背景に合わせたケアプランの提案がケアマネジャーからなされて本人・家族も承諾あり。スムーズにサービス利用できる準備がなされており、退院日がすぐに決定した。
- * 入院時からの早期介入・依頼により、退院許可がおりたらスムーズに自宅退院できた。
- * 脳梗塞の患者さんで妻と二人暮らし。二人とも高齢者で自宅へ退院を本人も妻も望んでいる。退院後、車椅子での生活だったが、自宅に退院することが出来た。
- * 退院前自宅訪問に、ケアマネジャーさんも来てくれて情報共有が出来ること。
- * 自宅で看取り希望の退院支援を行った際、ケアマネと数回カンファレンスを行うことで方向性を統一して退院支援できた。
- * ケアマネジャーと情報共有ができるようになり、変化があればすぐに連絡をし、退院に必要なサービスを整えていただけた。

Q6 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。

- *入院時に患者の情報をスムーズに頂くことができれば、患者のケアや支援にとまどうことなくスムーズにできると思う。入院後、数日経過してからの情報提供では、治療が終わっていることもあり、あまり意味がない。入院時、もしくは翌日くらいに頂けると大変ありがたい。
- *施設で誤えんや発熱があって、当院受診入院した時に情報提供が必要。
- *金銭管理の状況が不明確で、「特に独居またはそれに準ずる場合の支払いについてこまったケースがあった。
- *施設から入院しもとの施設にもどる手続きを進め日程も決まっていたのに数日前に施設側が退院日を違う日と置いていたため受け入れる準備ができなため2週間以上も延期となった方がいた。患者も退院決まりよこんでいたのがっかりしている姿がありました。
- *退院時に、終末期の在宅支援が整っていなかった。外来にて、患者家族の希望にそった在宅支援を整えることができた。連携室、訪看、往診の連携が短期間で整えることができた。
- *痰の吸引や在宅酸素導入になったり、食事もとれず経鼻経管や点滴となると、元いた施設に戻れなくなるケースがある。
- *情報共有のタイミングとしては退院が決まってなくとも現状をケアマネに伝えておきべきか、退院の目途が立ち残る医療処置が確定してから伝えた方がいいのか情報共有の時期について悩むことがある。
- *患者（夫）が緊急入院してきたが、妻に入院説明や連絡先について説明したところ、妻も認知能力の低下があり、病院から連絡しても連絡がつかず、ケアマネがいるかどうかも分からなかった。夫本人も認知症であり、同居の家族も妻のみであったため、その他の家族の連絡先も分からなかった。夫本人も認知症であり、「同居の家族も妻のみであったため、その他の家族の連絡先がわからなかった。
- *認知症があり独居。入院中帰宅願望強く退院支援が必要だが、退院支援行われずそのまま自宅退院となる。家族への理解や情報提供がうまくいかず患者本人は症状悪化し再入院となった事例。
- *入院時の情報提供時に、家族内の関係性などの情報が不足していたことで、家族に対して不快な思いをさせてしまったり、そのことが原因でラポール形成がうまくいかず、退院支援もスムーズに進まなかったことがありました。その擦り合わせのためにケアマネジャーにも負担をかけることになったため、はじめに情報が十分に貰えていたらと思うことがありました。
- *吸引等の医療行為があるため施設に入所を断られたり、家族から『ずっと入院させてほしい』と言われたりします。
- *当初の予定よりも早く退院が決まり、入院中の経過を十分に伝えられないケースがあった。独居でショートステイ等の利用が必須な患者であり、ケアマネジャーへの連絡が急だった事でサービス調整に影響が出かねなかった。
- *入院調整中、患者様家族やキーパーソンについての情報が少なく、入院した後に家族の理解が低く、協力を得られないケースがあった。療養期間が長期にわたる病院では、家族等とのやりとりが必要な場面も多いため、家族等の情報や意向も事前に知らせてほしい。
- *患者様本人の病状、症状に関する情報不足を感じることもある。
- *A氏が自宅で具合が悪くてケアマネ・訪看に連絡し、急患室受診した。受診時自宅で意識消失したこと、入院したいことを本人・家族から訴えなく、諸検査施工しその日は帰宅した。翌日当院の地域医療支援部から別の患者の件で訪看に電話した際、実はA氏が具合が悪く、病院受診した方がいいかと相談を受け、自宅で何度か意識消失したりしていたという情報が始めて病院側に伝わった。救急車で来院してもらい入院することとなったが、急患室に受診する際にケアマネや訪看からの情報提供があったら、症状が悪化する前に対応できることもあったのではないかと感じた。
- *病院から在宅へ退院する場合は事前に情報提供したり看護サマリーを渡したりするが、逆に入院になった場合は数日後にサマリーがFAXされてきたりする。ベッドは何を使っていたかADL状況食事の形態や摂取量など、入院時に得たい情報がある時はこちらから訪看やケアマネジャーに連絡を入れないと情報を得られない。
- *がんの診断を受け、入院治療または外来通院予定の70歳代の患者。同居家族：配偶者（80歳代）孫（20歳代）の3人。子供は1人だが、死別。子供の配偶者とはまったく連絡をとっていない。孫は1人で、キーパーソン。本人の兄弟が車で30分位のところに住むが、レクチャーと一緒に聞いてくれるが、実際の介入なし。本人の情報では、配偶者認知症あり。本人の介入なしでは生活が維持できない。孫は気にかけてくれているが、実際の介入なし。配偶者の介護申請はしているが、状況は分

からない。医師の方針は、抗がん剤治療が必要。外来通院治療が必要だが、生活を維持できるのか。医療者カンファレンス。配偶者の状況を確認し、治療のサポート体制を提案する。地域医療部と情報共有し、本人の同意を得て配偶者の状況を、地域包括ケアセンターに連絡する。個人情報なので教えられない。通院治療が始まり、本人の異常行動あり。孫とともに受診して頂き背景を確認。治療によるせん妄状態または認知症を疑う状態にあること、配偶者は認知症はなく、年齢相応の身体機能の低下はあるが問題は本人だったことがわかり、孫の同意を得て介入の依頼を行った。

- *やはり、独居で、キーパーソンが、県外だと、いままでのコロナかで、電話のやりとりで、誤解をうむこともあった。病院から、ケアマネ、患者家族の、伝言 GAME みたいになり、ニュアンスが変わることもあった。
- *患者さん側で、キーパーソンが、高齢者であったり、理解力の低い家族だったり、貧困世帯だったり、病院とケアマネさんとの情報共有はできても、患者さんや家族との情報共有が、難しい事例が増えています。
- *高齢者夫婦世帯の方が入院され要介護状態となり、在宅生活が難しいと思われたケース。
- *本人の希望は自宅に帰宅だったが、家族と本人の意向にずれがあった。
- *情報不足の場合もあるが、問い合わせ等で確認することで対応できている。こちらの対応不足でケアマネに迷惑をかけたことがあり、その後対応について話し合いを行い、改善を図った。入院の連絡をしても、情報提供がない施設もある。
- *若年層の介護支援が社会資源が少ないため使えるものがないため大変。生保なれず少しお金がある人への支援方法が大変。
- *心不全で数ヶ月で3回の入院を繰り返した際、食事及び塩分制限が十分でなく再入院となったケースがあった。背景として入院前に妻が他界し、食事を作らざるを得なくなった80歳代の男性であった。病棟でのアセスメントにより食事に関する介入が必要であるとされ、入退院支援室との連携により配色サービスの利用を行った。導入や再入院の原因に関して細やかなアセスメントが不足していたことや、生活背景を十分共有できなかったために導入が必要と判断するまでに時間を要した点を改善する必要があった。
- *独居、身寄りがないケースの増加
- *病院側として、個人情報の部分でケアマネさんにお伝えできる内容に限られることがあると感じています。こちら側も伝えたいところはあるのですが、ケアマネさんが、「病院から情報をもらえない」と思ってしまう部分はあるのでは、と感じています。病院内でも医師の考えなどもあるため、全てを伝えきれないことがあります。

Q7 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。

- *わからない。
- *病院内で周知していく。
- *退院支援については地域医療部と連携して行っているため、手引きについて把握していない病棟スタッフもいる。手引きの周知徹底しスムーズな退院支援を行っていく必要がある。
- *ケアマネが入院を把握するまでに時間がかかってしまうのではないかと。独居以外の患者が入院した時に家族がケアマネにすぐ連絡し、情報提供書が早期に受け入れるようなくみになってほしい。
- *今後手引きを確認します。
- *内容の把握ができていないため、今後手引きを確認したいと考えます。
- *不明。
- *ICTの活用により、もっと簡単に、また、スマートに情報共有できる仕組みがあるとよい。共有のツールがあるとよい。
- *特になし。
- *情報提供時いろいろと質問あり患者をうけ入れるのに情報を得ようとする姿勢が感じられますが入院時の情報提供書にはサラッとしすぎている時があった。
- *入院当初から病院側とケアマネジャーとで連携を図るため、現状（病状や退院見込み）を治療途中の経過で聞かれることがあるが、まだ家族や本人へ退院の説明がならないままに問い合わせが来た場合、返答に困ることがある。
- *なし。
- *あまり活用出来ていないので、部署内でも再度見直していきたいと思います。
- *活用出来ていないのでわかりません。
- *特になし
- *ケアマネ等へ手引きの周知が必要。
- *手引きの運用周知を広く世間一般に知らせる必要がある。
- *要介護認定のタイミングの記述について。病状が落ちついた時期とあるが、包括病棟であれば60日の期限となっており、落ちついてからの申請であれば、期日内の退院が非常に難しい。現在申請してから結果が出るまで、50～60日程度かかるのが現状である。その期間を短くすることが、早期の支援につながると思う。
- *使用していないのでわかりません。
- *当院の外来看護師への周知。診療報酬改定ごとに情報をバージョンアップする。
- *フローチャート式だとみやすいのか？また、あらかじめ、よくある質問をのせるとか。
- *手引きが出来た当初は、病院でも、職員で周知するための、勉強会を開催したが、その後はしていないので、院内で周知する必要がある。
- *入退院支援部署だけでなく病棟看護師にも手引きの周知を行い、スムーズな入退院支援を行っていききたい。
- *担当が熟知していくことが必要だと思う。
- *手引きがあまりにもこまごますぎてみづらい。例があつて良いのかもかもしれませんが。支援室向きではあるが病棟の看護師向きではない。（病院であれば）
- *手引きに関してスタッフ全員が知ることができるよう、退院支援に関しての関心を深めることに加え、手引きそのものを学ぶ、知る機会を設ける必要があると考える。もともと機能別看護を行っていた当院では、入退院支援に関し入退院支援室へ病棟における現状の申し伝えと、簡単な背景のみを伝えるのみで入退院支援室に任せるケースが多いと感じている。病棟スタッフが自ら必要な介入を考え、提案した上で入退院支援室と共に検討するような姿勢を取れる風土を定着させる必要があるのではないかと考える。
- *当病棟では、医療相談員に連絡すると、ケアマネジャーにコンタクトをとり、退院に向けて、やりとりしてくれるため、スタッフ内にしんとうがなかなかならず、課題である。
- *特になし。

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。

- *なし。
- *サマリーの統一ができると良い。
- *退院できる状況でも「日中家に誰もいない。」「何かあったら困る。」「帰ってきてほしくない。」「小さい子のめんどうをみるので精一杯。」など、様々な理由で退院できない患者は多い。包括支援センターの活用が不足しているのかも。
- *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・看護師等と検討し連携を強化していく。
- *コロナの事もあり、電話や書面、オンラインでの入退院支援であったため、入院中の患者の状態を家族も把握しきれない部分があった。入院支援の手引きを活用し、今後も情報共有に努め、入退院支援をおこなっていききたいと思う。
- *情報交換、情報共有を定期的を実施する。
- *病棟担当の入退院支援スタッフとの連携を図ることや、退院支援カンファレンス、退院前カンファレンスの定期的な開催による意見交換が必須であると考えます。
- *より良い支援を目指す限り、more better になって行くと思われます。お取り組み頂きありがとうございます。
- *コロナ5類移行後、対面での情報提供・退院前カンファレンスを徐々に再開しています。新規申請の方やADLに変化がある方などリハビリの状況も確認いただきたいと思います。ZOOM等でも対応可能なので包括さん・ケアマネさんにも来院いただく機会が増えればありがたいです。
- *各事業所との関係作りが大切かと思ひます。
- *退院困難患者（みよりなし、独居など）、こうけん人制度をもっと利用してほしい。（情報提供）行政の介入（山形市外も含めて）も早期におねがひしたい。
- *コロナ5類移行に伴い、今後は直接ケアマネジャーや患者、家族と一緒に会して情報共有が行えるようになるので、より具体的な退院支援が行えるようになることを期待しています。
- *入院時に在宅のケアマネジャーから情報をもらえると、病棟で食形態やADL状況（入院前の）を早めに把握できるため、入院当初から退院後の生活をイメージして関わるができる。
- *高齢者の独居や高齢者夫婦のみでの世帯が多くなってきているため、入院時から家族や支援者をふくめた退院支援の早期介入が必要だと感じる。
- *医療と介護との連携など、知識の差があったりはしますが、本人家族に対するアセスメントや、支援の方向性の共有が出来れば、同じ方向を向いてチームで関わっていくことが出来ると思ひています。これからも普段から連携していけたらと思ひます。
- *自宅での介護は困難なことが多く、医療行為があつても受け入れてくれる施設がもっと増えると思ひます。
- *患者・家族の意向と、医療職スタッフの意向が合わないことがあるため、普段から情報を共有していきたい。
家族や患者の思ひを聞く機会が少ないため、コミュニケーションを積極的にとり、今後どうしていきたいか聞く必要があると思ひう。
*いつもケアマネジャーさんには、丁寧に関わつて頂き、大変ありがたく。助かっています。
- *退院後の情報共有が手薄な印象を受ける。今後も入退院する可能性がある方だけではなく、退院後どのようなサービスが提供されたのかも含めてケアプラン等を送つていただけると助かる。
- *スムーズな入退院支援のために、院内でも手引きの周知等工夫して行つていきたい。また、日頃から事業所（ケアマネジャー）との連携を大切に、より良い支援に繋げたい。
- *各施設への連携を強化していく。
- *コロナ禍で面会禁止制限があつたため、患者さんの状態説明や会議を持てなかつたため、今後は開催のしかたを工夫しながら、ケアマネ等と連携がとれればよい。
- *コロナの影響で退院前カンファレンスを行えなかつた事が退院支援で大きな障害となつていた。そのためコロナ以前よりも詳細な情報提供が必要になり、困難な事が多くなつてきていた。今後は少しづつ改善していくと思われるが、関係者の密な連携がスムーズな退院支援につながつて行く。また動画なども活用して住んでいる自宅の状況などもわかるとなお良くなつてゆくと思ひう。
- *介護認定調査を依頼しても行つてもらふまで時間がかかる市町村もある。
在宅でのサービスがケアマネの力量にかかっているところもある。皆さん頑張つてくれていると思ひう

が、ぜひ豊富な知識の中から利用者にあった快適なサービスの提案をしてもらいたい。

- * 当院においては、地域医療連携室との協働にて各科医師との患者カンファレンスを行い、意思決定支援・退院支援につなげている。とりわけ地域治療連携室の力なくては入退院支援は語れない。地域には、行政支援を要する方々が在宅に埋もれており、ギリギリになって病院に搬送されてから介入開始となるケースが多くなっている。高齢世帯の独居においては誰も身寄りがいないケースがほとんど。介護申請あればなんとかなるが、それすらできないでいる方々もいる。地域、病院の連携はもちろんだが、介入が必要な状態であるにもかかわらず、申請すらできていない方々をどう拾い上げていくか、外来での介入も強化しているところである。また、施設入所中、看取り可となっている老衰に対しての意思決定が本人、家族となされていないまま救急搬送されとりあえず入院となるケースも増えており、各分野で意思決定の介入が不十分なままにならないよう調整が必要と思われる。
- * 在宅スタッフへの情報提供はカンファレンスやケアマネ面談も行うようにしているが、在宅への退院してからの状況はどうだったか亡くなるまでどのように過ごされたか、簡単でもサマリー等いただけると他の患者さんの今後の支援に役立てられると思う。
- * 独居、老人の二人暮らしのほうが入院する場合。例えば家族が遠方に住んでいてすぐに来院できない場合など、その時の連絡や対応の段取りをきちんととってほしい。ケアマネジャーが入っていないが支援が必要と思われる方がたくさんいる。老人の一人暮らしまたは二人暮らしの方への行政的な介入支援を厚く関わってほしい。お願いしたい。
- * 退院に向けたリハビリ見学や退院前カンファレンスにケアマネジャー以外に、施設のリハビリ担当者にも積極的に参加してもらい、直接情報を提供したい。
- * 病院と、介護の合同研修会の実施。
- * 当該病院の患者対象地域において高齢化の伸展、独居、身寄りがいない等社会的背景の多様化は日々増加傾向と感じている。地域包括ケアシステムの効果的な活用はさらに必要性を増す。とくに、ACP、DNARの引継ぎ、揺らぎへの支援の連携が課題と思う。
- * やはり、マンパワーにつきるとおもう。
- * 常に、顔の見える何でも相談できる関係を構築することが、大切だと思います。
- * 患者と家族の意見や思いの方向性が違うケースがあり、対応に迷う場合がある。良い支援とは？どのようにすれば良い支援なのか？と思う。
- * 上記 Q7 にも書いた通り、病棟と入退院支援室の連携を密度の濃いものにし、相互で検討できる環境を作る必要があるとかがえる。また、外来看護師との連携を行い継続看護を行う中で再入院時にアセスメント可能な生活状況や支援、ADL など様々な角度からの情報を共有する事で繰り返す入院を予防するために何が必要なのか？を各部署の視点を用いたアセスメントを統合することで、より良い看護に繋がると考える。
- * 介護保険の認定結果、暫定結果を知りたい。
- * 入院時より退院後の生活を見据えた関わりを行い支援していく。多職種との情報共有を密にしている。