

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

### 居宅介護支援事業所（小規模多機能含む）管理者（回答数：123）

サービス等種別（一つ選択）	回答数	割合(%)n=123
1 居宅介護支援事業	103	83.7
2 小規模多機能型居宅介護	20	16.3
3 看護小規模多機能型居宅介護	0	0.0
合 計	123	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5年4月1日現在)		
	回答数	割合(%)n=123
1 1名	35	28.5
2 2名	30	24.4
3 3名	25	20.3
4 4名	18	14.6
5 5～9名	15	12.2
6 10名以上	0	0.0
合 計	123	100.0

Q2 令和4年度に貴所属内で手引きの周知を行いましたか。		回答数	割合(%)n=123
1	行った。	74	60.2
2	行っていない。	48	39.0
	無回答	1	0.8
合 計		123	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=74
1	事業所内で研修会を行った。	15 20.3
2	会議で報告した。	15 20.3
3	文書で回覧した。	47 63.5
4	その他	7 9.5
*一人事業所のため。 *R4年度は行っていません。H31手引きが送られてから、ファイルを作って書類閲覧の場所に置いていた。 *1人ケアマネなので、文章を拝読しました。 *共有フォルダに保存中 *口頭で説明 *ケアマネ自ら行った。		
合 計		84 —

### 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。

- \* (単に事業所側の課題に過ぎないと思いますし、もし既にされているとしたら申し訳ありません。) 事業所内に、他に居宅ケアマネージャー業務を知る職員がいない小規模多機能ケアマネージャーの場合、前任者からの引継ぎを基に業務をすることが多いと考えられる。その短い引継ぎ期間にこの手引きの存在が知らされず、宝の持ちぐされになってしまうこともあるように思う。  
新しく着任した居宅/小規模多機能ケアマネージャー、あるいは全ケアマネージャー宛に定期的なお知らせ文書やアドバイスがあるといいと感じた時があった。
- \* 山形市の事業所は山形市のフローを活用すれば済んでしまっている。村山地区のみではなく、山形県内で運用できれば良いのではないかと思う。フローチャートを作ってほしい。
- \* 特にありません。
- \* 活用できていなく運用状況なし。
- \* 自分が使用していないために、他からも要望もなく、特に問題視しておりませんでした。
- \* 「入院時情報提供書」についてですが、お薬の情報については入院された時点ですでにご家族より提供されている為、書ききれないこともあり、「ご家族より提供」と記載し、記入していないことが多いです。  
情報提供が活用されていないのではないのかと思う時があります。
- \* 対応窓口の、連絡対応可能の時間帯等も記載があると有難い。
- \* ケアマネ側の伝えたい内容、病院側の知りたい内容が網羅されているか。細かい部分は電話で直接話したほうが伝わる。
- \* 多くの情報があり、作成にかかった時間や人的に大変ご苦労なことと存じます。実際現場の状況を申し上げると簡素化されたものが一番と思っております。
- \* 「山形市入退院支援フロー（地域版）」を使っているため「村山地域入退院の手引き（別冊）」を活用させてもらっております。入院時、病院の相談室宛に山形市で作成した「入院時情報提供書」をFAXさせていただいており、おおむね連携できていると感じておりますが、他の病院へ転院した場合には、連絡がないことが多く残念に思っております。また、亡くなった際にも連絡がありません。
- \* 入退院支援は個々にできていると感じるが、当事業所として改善点を挙げると、手引きを文書だけで回覧するのではなく、所内研修として手引きやフローを確認する作業を行い、普段の支援を省みる機会を設けたいと思う。
- \* 私が無知なだけかもしれませんが、そういった手引きがあることさえ知らなかったので「こういうものがある」と知ってもらえるような活動に力を入れて頂けたらいいかと思えます。今回初めて手引きを見ましたが、中身はとても役に立つものだと感じたので
- \* 手引きはわかりやすく、いいと思いますが、一事例ごと状況は違うので、退院後は自宅で生活できるのか、本人、家族の意向を確認し、動かなくてはならなく、退院まで時間がない時が多く、あせって動いていると感じています。
- \* 他様式含め、内容更新あれば事業所内で周知共有している。情報提供書については、法人で使用しているソフの独自様式を用いることが専ら。
- \* 新人教育の場面では活用できるものだと思います。
- \* 分かりやすくまとまっているかと思えます
- \* 昨年7月より同法人内の事業所より異動で赴任してきました。勉強不足のため、このような手引きがあることを知りませんでした。
- \* 西村山地域の病院とは顔の見える関係性が確立しており、手引きをもとにスムーズな入退院支援が実施できていると感じている。
- \* 退院時の病院側の対応にばらつきがある。退院時情報提供書、看護サマリー、リハビリ情報をケアマネ宛にきっちり用意してくれる病院もあれば、「書類などは特に用意しない」という病院もある。手引きの周知などをお願いしたい。  
居宅支援事業所側も入院時の対応で至らぬ点は多々あると思う。手引きに沿った適切な連携の為、新任職員や学び直しをしたい職員向けの研修会、周知の勉強会などがあれば当事業所の職員にも参加させたいと思う。
- \* コロナで退院支援時、zoom や電話・紙面でのやりとりでの支援が主だったので、感染症時の対応部分を追加する等
- \* 活用させていただいています。特に改善点などありません。
- \* 現状でよいと思えます。
- \* H30年の第1回村山地域「地域包括ケアシステム構築に係る医療・介護合同会議」から参加していま

す。

現在ケアマネは4名おりますが、それぞれ当時所属する事業所は違っていても何かしら情報を得る・参加することができる立場におり、発足理由や経過を理解している為改めて周知することはしていませんでした。また、入退院時の医療機関との連携も確立しており、手引きに特に大きな変更・修正が無かったことも周知しなかった理由です。課題や改善すべき点があるとすれば、数年に1回の改定やホームページの更新等があれば周知する機会ができると思います。

\*改善点ではないのですが、新人ケアマネもいるので手引きを活用させていただいております。病院側が提供してもらいたい情報、病院の情報等分かりやすく記載されているので指導する際も説明しやすいです。

\*コロナの影響もあり、病院によって対応が違う場合があるため、必ずしも手引き通りではなかった。

\*コロナ禍で情報提供はFAXまたは郵送で行って来ました。できればこれからもFAXや郵送での情報提供を継続してほしいと思っています。手引きに従って介護支援専門員から連携室の相談員へ情報提供を行っていますが、時々病棟の看護師から情報提供を求められることがあり、同じ情報を病棟の看護師用に送ったことがあります。連携室と病棟で同じ情報を共有してもらえるとありがたいと思います。病状によって短期間で入退院を繰り返す方がおります。情報としてはほとんど変わらない場合もあります。現状、その都度情報提供書を送付していますが、変更点がない場合は電話等でお伝えすることにしてもらえるとありがたいと思います。

\*運用に慣れてきているので特にありません。

\*事業所には、厚労省、国、山形県、市等々、様々なアンケートや調査、手引きが数多く送られてきて、全てを整理し、対応していくことが難しい。手引きをみて対応することが、望ましいが直接病院の連携室とやり取りをするようになってしまっている。

\*手引の運用については会議で報告するか、文書閲覧にするか、近日中に決定して実行する。どのタイミングで周知するか判断するべきでした。管理者の自分がまず、手引をしっかり、読んで、理解し、説明できる様にしないといけない。

\*手引きの内容を検証したところ、通常行っている入退院業務とほぼ同様であったため、手引きとしての活用は殆ど無い

\*特にあまりかかわりの少ない病院と連携するときはとても参考になり助かってる。

\*河北町には統一の様式があり、町のケアマネや包括、医療機関や保険者とも連携した書式である為、変更する際の手順などが難しいと感じる。入退院の仕方や各医療機関の窓口などは手引きを作成していただいたことで有効ではあるが、各自、顔の知れた相談員とのやりとりや、いざという時はネットを活用し自分で調べてそれぞれのスタイルで連携を図っている現状が思う。

\*事業所としてまだまだ周知不足のところがあり医療機関に適切な情報を提示していたか判断に迷うところがありました。

\*入退院時の支援について、基本的な約束ごとが明確になっており、事業所において確認することができて大変良かった。今後も利用者や家族の不安を解消するため、連携を図り支援していきたい。

\*使用していて問題ない状況です。

#### Q 4 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。

- \*相談員の抱えている案件が何件までなのかケアマネージャーは知らないで教えてほしい。連絡してもつながらない時が多い。  
家族との関りをしっかりしてほしい。ケアマネージャーに任せることが入退院の支援だと思い込んでいる。
- \*現在の内容で良いと思います。
- \*退院日時のみが先走りしてコロナ禍で本人と直接面会ができない（状況がわからない）退院調整は大変だった。
- \*なし。
- \*患者様ご利用者が不利益にならないよう担当者で振り返り（検証）が出来れば良いと思いました。  
Q2 コメント→4.その他 R4.7月、居宅開設。すみません。周知行っていませんでした。今年度は周知して活用していきたいと思います。
- \*ずっとケアマネをしておりますが、以前と違い、病院からも積極的にケアマネの方へも連絡が来ますので、よくなっていると思います。
- \*コロナ禍の折にはご家族様より「全く状況がわからなくて」とよくお聞きすることがありました。居宅ケアマネジャーとして、連絡を取らせて頂いたりではありますが、ご家族様はなかなかそれができない状況が多くあります。面会ができるようになった病院も多く、現段階ではその状況も解消されるのでしょうか、病院とご家族様との情報共有がなかなかできていなかったことが残念でした。
- \*カンファレンスにて、担当主治医が同席不可の場合日常生活におけるの注意事項や留意点等事前に、病院で確認して頂くとは有難いです。
- \*病院側から利用者の変化があった場合には密に連絡がほしい。
- \*Dr より退院許可が出ると、もちろん最初に家族に話すのは仕方ないが、介護力にあわせたサービス調整が間に合わなかったりするので、必ずケアマネにも連絡してほしい。
- \*それぞれの連携機関で活用されているか？ケアマネが情報シートを持参しても内容は確認されずに再度質問を受けることがあります。最低限の情報でせめて A4 サイズだといいいのではないのでしょうか？
- \*コロナ禍でなかなか面会が難しかったこともあるが、主介護者が本人の認知症症状をしっかりと理解できないまま退院になったケースがあった。退院した日の夜に暴力をふるい、翌日に包括支援センターや行政が関わり、他の精神科病院へ入院となった。ケアマネも訪問看護師も、在宅復帰は困難であると MSW へそのように訴えていたが「医師が、一旦自宅へ帰るようにと言うため帰るしかない」と言われ自宅退院となった。事件に発展する可能性があったため、もう少し話し合いを重ねる必要があったケースだったと思われる。主介護者の介護力や環境を見極め、慎重に進めていく必要があった。
- \*退院前に本人が自宅へ外出、外泊をしたり、MSW や PT、OT などが自宅を訪問し退院前の環境整備ができていたが、コロナ禍のため、しばらくそれができていない。本人も家族も、在宅復帰に対しイメージがわからないまま退院し、混乱することが増えている。コロナも落ち着いてきたため、外泊ができなくても短時間の外出でもできるといいと思う。
- \*以前より、入退院支援時に HP とのやり取りは増えてきているが、コロナが落ち着いてきているにもかかわらず ENT 時のカンファレンス予定がなかったり、ENT 当日に連絡を受けることがある。ENT 時の準備等も必要なため、連携を強めたいと感じている。
- \*スムーズな入院退院支援ができるよう活用させていただきます。宜しく願い致します。
- \*入退院支援にあたり、ケアマネとしては、各病院の MSW と連携する機会が非常に多いが、MSW の方の対応（スキル）に差があると感じる事がある。例としては、新規で患者の情報を頂く際、医療保険情報がない（生活保護等）、現病歴のみで 既往歴がない（今の状況しか見ていない）、対象者やその家族がどのような生活を望んでいるか聞き取りなく居宅のケアマネに繋ぎ、詳細をアセスメントしていくと、結果、小規模多機能等へ繋がる場合もある。ケアマネが格別対応ができていない訳ではなく、今後、個々のケアマネの自己研鑽もそれぞれ必要だと考えているが、各病院の MSW 同士が普段どのような支援をしているのか、MSW 同士もケースワーク等でスキルを磨いてはどうかと考える。
- \*入院前と同じ状態で退院でき、介護サービスも継続し利用できる時はほっとします。しかし、高齢もあり、ADL が低下し、自宅での生活が難しい時は、家族に施設について説明し、申し込みもしていただくこととなります。長く入院させてくれる病院と短期間で退院と言われる病院があり、病院の相談員と連携をとりながら、サポートしていますが、家族の不安や大変さを感じています。
- \*病院ではケアマネが提供した情報をどのように活用・共有されているのか。情報提供していても、未だに連絡頂けないまま自宅退院となり、慌ててサービス調整するケースがあります。

- \* ケアマネジャーで病院側へ情報提供をして相談員へ担当ケアマネジャーの挨拶をしても、退院の連絡やご逝去されたとの連絡がないこともあった。  
同じ病院の相談員間でも、ケアマネジャーとの情報提供や関わり方に温度差がある。
- \* 病院の連携室からも密に連絡を下さるようになっており、以前よりも入退院時の病院とケアマネの連携は密になってきていると感じております。一つ感じている部分としては入院中の状況について現況がなかなか把握できない部分があるため、もちろん継続してケアマネからもこまめに連携室を通して状況の確認は行いますが、状況に応じて連携室からも経過の連絡を頂けたらありがたいと感じております。
- \* 入退院支援をより良い支援にしていくためには、居宅ケアマネ側と病院ソーシャルワーカーとの連携が必須だと思います。数年前と比較すれば、ソーシャルワーカーの配置も増え、だいぶ入退院時の連携が取れるようになってきている印象です。居宅ケアマネ側も入院時に情報提供することで、加算の算定ができるようになり、ほとんどの場合において、入院時までもない時期に病院へ連絡をいれていると思います。入院時の情報提供が適切に病院内で情報共有され、退院の目的が立った時点でスムーズに居宅ケアマネ側に情報が入ることを希望します。
- \* 入院時情報提供したあとに、担当となる医療ソーシャルワーカーの連絡があれば対応しやすいかと思えます。状態から、すぐに医療ソーシャルワーカー必要なくとも、その旨の情報があればより良い退院支援に繋がると思えます。
- \* コロナ禍で、退院カンファレンス等が実施できず、どのような身体状態か本人の状況を確認できず退院後の支援をしなければならず、不安も多かった。本人や家族が安心して自宅に戻れるよう今後も支援していきたいため、病院からの情報は貴重です。
- \* 定期的に研修会実施してほしい。
- \* コロナ禍が開けつつあるので、より一層顔の見える関係性の構築を日頃から作ることがより重要かと感じています。
- \* 作成されている手引きは専門職向けの読み込みが必要なものである。患者さんや家族向けの簡単なリーフレットがあれば入退院支援を受ける側の理解も深まりより良いものになっていくのではないかと思う。
- \* 病院の窓口や担当者によって、相談や支援に対して差がある。
- \* 以前に比べ、入退院支援の連携が強化されてきたと感じております。また、退院後も連携しやすく大変助かっております。
- \* ここ2か月の間に4名の利用者さんの入院があり、入院時情報書を病院側に提出したが、その内2名が退院時も転院時も何も病院のソーシャルワーカーからの連絡はなかった。入院中の様子の報告も頂けず、ただ単に病気側で加算が欲しくて連絡しているとしたか思えない病院があった。
- \* ケアマネからの情報は、入院時、3日以内に届けるようにしています。病院によっては、退院時サマリーの内容かわ少なく、自宅で生活するのが大変だった。もう少し生活に出来るための情報が欲しいです
- \* 確認という意味で時々使わせていただいております。
- \* 同じ目標を共有するというを常に意識して、支援に繋がっています。
- \* 情報提供することで、双方が知り得ていない状況を知ることができることで、支援に繋がっていくことができていると思う。
- \* 情報提供書をファックス送信すると、文字が見えないため役に立たないような話を聞いたことがある。データ通信の利用も有効と思うが、個人情報保護の面で不安がある。
- \* 在宅の様子と入院中の様子の共有を密に行なっていく必要がある。
- \* 医療側(医師)からの意見や要望をお聞きしたいです。例えば経過や問題点(家族関係等)を整理して記入しますが、「もっと簡潔に」なのか「もっと詳しく」なのか気になります(カルテとケース記録の違い)。お互いの疑問・意見を交換しながらブラッシュアップできればと思います。
- \* 病院の担当者によって対応が変わる場合があります。担当医の影響もあるとは思いますが、できる限り統一していただければ助かります。また、直接お会いすることが難しかった期間は、ソーシャルワーカーの方の見立てが重要でしたが、退院後大きくかけ離れていたりしていました。家族の方も面会できなかったため、情報が少な過ぎたような気がします。病棟看護師と連携室の情報が食い違っているようなこともありました。今後、面会などは徐々に解除されていくことで、情報量は増えると思いい心配はしていませんが、情報の共有が一番必要と思います。
- \* 新型コロナウイルス感染対策のため、面会はまだまだ難しい医療機関が多いようです。今後、面会しての

状態確認ができるようになることを希望します。

- \* コロナ禍で連携室の相談員とお会いする機会がなかったので、意見交換会の再開を希望します。
- \* 入院は予測できず、急を要する事が多い為、日頃から情報の整理と資料の準備が必要だと考える。
- \* コロナ禍で面会での情報提供が減っていた。顔の見える関係づくりができればよいと思います。
- \* 利用者の入院時は、なるべく早めに情報提供をしている。しかし、退院が近くなっても病院の連携室から連絡がないことが多い。
- \* 新型コロナウイルス感染症の対策で入院時、入院中、退院支援時に本人はもちろん、病院職員との面と向かっての情報共有がうまくできていなくてもどかしい。しかし、その中でも電話連絡等でこれまでもできてきたことを強みに、今後、以前の様に制限がなくなった時には質の高い情報共有ができる様に努めていきたい。
- \* 運用により情報の共有はより良くなると思うが、退院時の支援は在宅生活が可能かどうかの判断が重要なので、本人、家族、担当医や看護師、連携室担当者等が話し合う席に担当ケアマネも加えていただければ、介護サービス等の地域資源の活用で在宅生活可能な例も増えると思う。
- \* 入退院支援で、一番必要なのは窓口となる事業所の担当者がしっかりと理解し、動ける事であるが、働き手不足の昨今では、技術や介護の知識不足も比例して起きており、窓口対応することができる力量のある職員は、現場対応となる傾向があり、入退院支援に十分な時間を掛けれていないかもしれない。法人内での改善と効率的な仕組みが必要と感じる。
- \* 医療機関(医師)によっては退院の準備が整えられない状況で「明日、退院」と、相談の余地なしという場合があるので、疾患だけでなく家族状況等含め生活全体を医師にも理解していただきたいと思う事がある。MSW が間に入ってくださるが、医師の意見が強い。
- \* 自宅退院する場合、準備もあるので退院するまでの期間が短いととても厳しい時がある。
- \* 事業所から病院等には月に2回程度あるが訪問している。そこでお互いにスムーズに情報交換が出来れば、効率的に効果的に退院時に患者様やご家族様に負担を掛けずに出来ると思う。まずは、ご相談してもらいたい。
- \* 退院時は 家族に対する在宅介護の意思確認と介護認定申請を可能なかぎり早急に行うべき
- \* コロナの影響でなかなか本人と直接会って面談等ができないため、ZOOM 等でのオンライン面談可能かどうかの情報があると助かる。
- \* 近年はコロナ禍で、入院中の面会も出来ず、退院時のカンファレンスも映像を見ながら行っていました。ご本人様に1度も会わずにサービスをスタートさせていたこともありました。今後は、本来の入退院支援の形に戻るのか、新しい形を模索していくのか分かりませんが、スムーズな入退院支援が行えるようにしていきたいと思います。
- \* 情報提供をしても、退院時サマリーを出してくれない病院がある。
- \* 情報提供をしても、退院時サマリーを出してくれない病院がある。
- \* 病院の場合、担当利用者が入院すると病院の地域連携室の担当 SW からケアマネジャー宛てに病棟案内(どこに入院しているか等)、担当 SW の挨拶を記入した用紙を FAX してくれる。家族が多忙でケアマネジャーに連絡をするのが遅れたとしても確実に入院情報を得られる。「入院していたのを知らなかった。」ということがなく、とても助かっている。
- \* コロナ禍であっても、ケアマネ側としては、本人との面会や状態の確認、本人の在宅の環境や介護の状況などを考慮していただいた上での退院調整を図れるように、もっと医療側との情報交換や連携を高めていく必要がある。
- \* 入退院支援の手引きがございますので事業所内にて適切な運用に努めていきたいと思います。
- \* 各病院の地域医療支援部担当 MSW との連携と家族との連絡を密に行い、退院支援がスムーズに行えるよう心がけています。
- \* 手引きに記載されている、必要とする情報を参考にして伝えている。伝えるべき情報がわかりやすく、連携も図りやすくなる。
- \* 病院や担当の主治医の先生のお考えにより入院させてもらえる場合、退院に関しても時間を頂ける場合や退院を迫られる場合もあります。コロナ禍であったため病院への訪問も制限があった状況ではありますが家族やケアマネが同席してのカンファレンスの開催で不安な点や不明な点を確認し合い家族が安心し在宅で介護ができる体制を整備できたらと思います。病院や SW、退院担当看護師によって入退院支援の違いもありますが逆にケアマネジャーに求めることなど課題なども教えていただくことでスキルアップにつなげていきたいとの思いがあります。
- \* いつも本人や家族の気持ちに寄り添って支援が出来ればと思っています。