



### 3. 病院との連携状況について

Q2 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 )

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 病院へ情報提供しやすくなった。         | <input type="checkbox"/> 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。       |
| <input type="checkbox"/> 2. 病院へ情報提供する機会が増えた。        | <input type="checkbox"/> 10. 入院早期から、病院と連携できるようになった。          |
| <input type="checkbox"/> 3. 病院からの連絡が増えた。            | <input type="checkbox"/> 11. 退院時期の把握がしやすくなった。                |
| <input type="checkbox"/> 4. 医師からの病状説明に同席する機会が増えた。   | <input type="checkbox"/> 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。 |
| <input type="checkbox"/> 5. 退院前共同カンファレンスへの参加機会が増えた。 | <input type="checkbox"/> 13. 特に変化を感じていない。                    |
| <input type="checkbox"/> 6. 退院時に在宅生活に必要な情報を得やすくなった。 | <input type="checkbox"/> 14. その他                             |
| <input type="checkbox"/> 7. 退院後の状況報告をする機会が増えた。      | [ ]  |
| <input type="checkbox"/> 8. 日常的に病院と連絡等が取りやすくなった。    |  |

Q3 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 )

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 提供した情報が活用されていないように感じる。                 | <input type="checkbox"/> 8. 病院側で手引きの周知が必要。                   |
| <input type="checkbox"/> 2. 3日以内の情報提供は困難。                          | <input type="checkbox"/> 9. ケアマネジャー等側で手引きの周知が必要。             |
| <input type="checkbox"/> 3. 病院内で情報の共有がうまくいっていないと感じる。               | <input type="checkbox"/> 10. 病院との連携に躊躇してしまう。                 |
| <input type="checkbox"/> 4. 退院直前に支援を求められ、対応に困ることが多い。               | <input type="checkbox"/> 11. 業務多忙で対応できない。                    |
| <input type="checkbox"/> 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。 | <input type="checkbox"/> 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。 |
| <input type="checkbox"/> 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。              | <input type="checkbox"/> 13. その他                             |
| <input type="checkbox"/> 7. 日常的に病院と連絡等が取りづらい。                      | [ ]  |

Q4  
-1 令和4年度に病院あて入院時情報提供書を提供したことがありますか。

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 提供した。<br>↓<br>現在使っている様式を教えてください。(主なもの1つ) | <input type="checkbox"/> 2. 提供していない<br>↓<br>提供していない理由を教えてください。 |
| <input type="checkbox"/> 1. 置賜保健所様式                                  | <input type="checkbox"/> 1. 入院した利用者がいなかった。                     |
| <input type="checkbox"/> 2. 山形市推奨様式                                  | <input type="checkbox"/> 2. その他                                |
| <input type="checkbox"/> 3. 河北町(県立河北病院)様式                            | [ ]  |
| <input type="checkbox"/> 4. 厚生労働省様式例                                 |  |
| <input type="checkbox"/> 5. その他( )                                   |  |

Q4  
-2 様式を使用して、感じているものがあれば御記入ください。

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 入院時、必要な情報を十分に伝えられる。      | <input type="checkbox"/> 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。 |
| <input type="checkbox"/> 2. 入院時、情報提供するまでの時間が短縮された。   | [ ]  |
| <input type="checkbox"/> 3. 使用することで利用者の情報が整理しやすくなった。 |  |
| <input type="checkbox"/> 4. 不足している情報等に気付けるようになった。    | <input type="checkbox"/> 7. その他                                  |
| <input type="checkbox"/> 5. 退院時、必要な情報を十分に収集できる。      | [ ]  |

**Q5 病院への情報提供について、令和4年10月中に村山地域(山形市、寒河江市、上山市、村山市、天童市、東根市、尾花沢市、山辺町、中山町、河北町、西川町、朝日町、大江町、大石田町)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御記入ください。**  
 ※ただし、検査入院等や、入院前と退院時ではADLIに変化がない場合、概ね7日以内の入院は、今回のアンケートでは記載不要です。

No	①入院した医療機関名 (例:〇〇病院)	②入院から情報提供までの期間	③入院時情報提供の方法(複数選択可☑)
1		<input type="checkbox"/> 入院前 <input type="checkbox"/> 3日以内 <input type="checkbox"/> 4~7日以内 <input type="checkbox"/> 8日以上 <input type="checkbox"/> 提供なし <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 受診付き添い <input type="checkbox"/> その他 ( )
2		<input type="checkbox"/> 入院前 <input type="checkbox"/> 3日以内 <input type="checkbox"/> 4~7日以内 <input type="checkbox"/> 8日以上 <input type="checkbox"/> 提供なし <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 受診付き添い <input type="checkbox"/> その他 ( )
3		<input type="checkbox"/> 入院前 <input type="checkbox"/> 3日以内 <input type="checkbox"/> 4~7日以内 <input type="checkbox"/> 8日以上 <input type="checkbox"/> 提供なし <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 受診付き添い <input type="checkbox"/> その他 ( )
4		<input type="checkbox"/> 入院前 <input type="checkbox"/> 3日以内 <input type="checkbox"/> 4~7日以内 <input type="checkbox"/> 8日以上 <input type="checkbox"/> 提供なし <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 受診付き添い <input type="checkbox"/> その他 ( )
5		<input type="checkbox"/> 入院前 <input type="checkbox"/> 3日以内 <input type="checkbox"/> 4~7日以内 <input type="checkbox"/> 8日以上 <input type="checkbox"/> 提供なし <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 受診付き添い <input type="checkbox"/> その他 ( )
6		<input type="checkbox"/> 入院前 <input type="checkbox"/> 3日以内 <input type="checkbox"/> 4~7日以内 <input type="checkbox"/> 8日以上 <input type="checkbox"/> 提供なし <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 受診付き添い <input type="checkbox"/> その他 ( )
7		<input type="checkbox"/> 入院前 <input type="checkbox"/> 3日以内 <input type="checkbox"/> 4~7日以内 <input type="checkbox"/> 8日以上 <input type="checkbox"/> 提供なし <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 受診付き添い <input type="checkbox"/> その他 ( )
8		<input type="checkbox"/> 入院前 <input type="checkbox"/> 3日以内 <input type="checkbox"/> 4~7日以内 <input type="checkbox"/> 8日以上 <input type="checkbox"/> 提供なし <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 受診付き添い <input type="checkbox"/> その他 ( )
9		<input type="checkbox"/> 入院前 <input type="checkbox"/> 3日以内 <input type="checkbox"/> 4~7日以内 <input type="checkbox"/> 8日以上 <input type="checkbox"/> 提供なし <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 受診付き添い <input type="checkbox"/> その他 ( )
10		<input type="checkbox"/> 入院前 <input type="checkbox"/> 3日以内 <input type="checkbox"/> 4~7日以内 <input type="checkbox"/> 8日以上 <input type="checkbox"/> 提供なし <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 受診付き添い <input type="checkbox"/> その他 ( )

※表が足りない場合は追加印刷(コピー)してください。

**Q5 Q5-1の②で病院への入院時の情報「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。**  
 -2 (複数選択可☑)

- 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. 多忙により情報提供ができなかったため。
- 3. 過去の入院時と利用者の状態に変化がないため。
- 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。
- 5. 必要性を感じなかったため。
- 6. その他 ( )

**Q6 令和4年10月中に村山地域の病院から退院したケアプランを作成している下記※1～3を除外した利用者すべてについて、利用者ごとの内訳を御記入ください。①における「継続」は入院前から引き続き担当していた場合、「新規」は入院中に新規に担当してケアプランを作成した場合に☑してください。**

※1 検査入院等や、入院前と退院時ではADLに変化がない場合、概ね7日以内の入院は、今回のアンケートでは記載不要です。

※2 検査入院・白内障手術の入院などの症状悪化でない場合の3日以内の短期入院は除きます。

※3 病院との退院時情報共有が不足したことが理由と思われるものに限る。有の詳細はQ9も御活用ください。

No	①入院した医療機関名 (継続または新規☑)	③退院時に病院からの情報提供の有無 (複数選択可☑)	④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☑)	⑤1か月以内の再入院の有無※2	⑥利用者が退院後困っていることの有無※3
1	① 医療機関名  どちらかに☑ <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 退院時情報提供書の提供 <input type="checkbox"/> 看護サマリーなど書面での情報提供 <input type="checkbox"/> 退院前カンファレンスにて情報提供 <input type="checkbox"/> 病院訪問時の口頭での情報提供 <input type="checkbox"/> 提供がなかった <input type="checkbox"/> その他 [ ]	<input type="checkbox"/> ケアプラン提出 <input type="checkbox"/> ケアプラン以外の文書提出 <input type="checkbox"/> 病院訪問時等に口頭で情報提供 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 [ ]	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未確認
	② 1. 病院からの退院日の連絡 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 2. 連絡日(有の場合) 退院 ____ 日前				
2	① 医療機関名  どちらかに☑ <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 退院時情報提供書の提供 <input type="checkbox"/> 看護サマリーなど書面での情報提供 <input type="checkbox"/> 退院前カンファレンスにて情報提供 <input type="checkbox"/> 病院訪問時の口頭での情報提供 <input type="checkbox"/> 提供がなかった <input type="checkbox"/> その他 [ ]	<input type="checkbox"/> ケアプラン提出 <input type="checkbox"/> ケアプラン以外の文書提出 <input type="checkbox"/> 病院訪問時等に口頭で情報提供 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 [ ]	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未確認
	② 1. 病院からの退院日の連絡 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 2. 連絡日(有の場合) 退院 ____ 日前				
3	① 医療機関名  どちらかに☑ <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 退院時情報提供書の提供 <input type="checkbox"/> 看護サマリーなど書面での情報提供 <input type="checkbox"/> 退院前カンファレンスにて情報提供 <input type="checkbox"/> 病院訪問時の口頭での情報提供 <input type="checkbox"/> 提供がなかった <input type="checkbox"/> その他 [ ]	<input type="checkbox"/> ケアプラン提出 <input type="checkbox"/> ケアプラン以外の文書提出 <input type="checkbox"/> 病院訪問時等に口頭で情報提供 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 [ ]	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未確認
	② 1. 病院からの退院日の連絡 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 2. 連絡日(有の場合) 退院 ____ 日前				
4	① 医療機関名  どちらかに☑ <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 退院時情報提供書の提供 <input type="checkbox"/> 看護サマリーなど書面での情報提供 <input type="checkbox"/> 退院前カンファレンスにて情報提供 <input type="checkbox"/> 病院訪問時の口頭での情報提供 <input type="checkbox"/> 提供がなかった <input type="checkbox"/> その他 [ ]	<input type="checkbox"/> ケアプラン提出 <input type="checkbox"/> ケアプラン以外の文書提出 <input type="checkbox"/> 病院訪問時等に口頭で情報提供 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 [ ]	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未確認
	② 1. 病院からの退院日の連絡 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 2. 連絡日(有の場合) 退院 ____ 日前				
5	① 医療機関名  どちらかに☑ <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 退院時情報提供書の提供 <input type="checkbox"/> 看護サマリーなど書面での情報提供 <input type="checkbox"/> 退院前カンファレンスにて情報提供 <input type="checkbox"/> 病院訪問時の口頭での情報提供 <input type="checkbox"/> 提供がなかった <input type="checkbox"/> その他 [ ]	<input type="checkbox"/> ケアプラン提出 <input type="checkbox"/> ケアプラン以外の文書提出 <input type="checkbox"/> 病院訪問時等に口頭で情報提供 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 [ ]	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未確認
	② 1. 病院からの退院日の連絡 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 2. 連絡日(有の場合) 退院 ____ 日前				

※表が足りない場合は追加印刷(コピー)してください。

#### 4. その他

**Q7**  
**-1** 手引きの他に活用しているフローはありますか。

- 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)
- 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)
- 3. その他 [ ]

**Q7**  
**-2** Q7-1で選んだフローを活用している理由を御記入ください。

[ ]

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

[ ]

**Q9** 入退院支援の情報共有に課題があり、支援に困った事例があれば、事例の概要(事業所側、病院側、本人や家族等のそれぞれの理由が分かるように)御記入ください。

[ ]

**Q10** 手引きの運用について課題や改善すべき点があれば御記入ください。

[ ]

**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。

[Empty response area for Q11]

**※インターネットからの直接回答は、こちらからお願いします。**  
▽別添5【居宅介護】施設従事者調査（スタッフの方はこちら）

[https://apply.e-tumo.jp/pref-yamagata-u/offer/offerList\\_detail?tempString=03108](https://apply.e-tumo.jp/pref-yamagata-u/offer/offerList_detail?tempString=03108)



アンケートは以上です。貴重なお時間をいただきありがとうございました。  
インターネットからの直接回答の場合は、その旨を市町村役場あてご連絡ください。  
インターネットからの直接回答が困難な場合は、電子メール又はFAXにて市町村役場あて提出をお願いします。

問合先：村山保健所 保健企画課 企画調整担当 (Tel 023-627-1142)