

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

地域包括

(回答数：18)

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=18
1	活用している	8	44.4
2	活用していない	10	55.6
合計		18	100.0

(1) 活用して良かったと思える点について教えてください。

- * 新人職員へ連携の仕方など具体的に確認できる。
- * 病院との連携がとりやすくなったと思います。
- * このシステムが共有されることで互いに必要な連携を図れる
- * 手引き「別冊」については、病院と連携をとる際の連絡先（電話番号や部署の名称、担当者の氏名）をすぐに調べることができる。入院時に情報を提供したり、経過の確認、外来受診時の依頼をしたりしている。情報提供書、退院時情報収集用シートは活用していない。
- * 基本的な約束ごとが明確されていることで、共通認識の下で連携支援が可能になる。
- * 入院中の状況が把握できるようになったため、退院後のイメージがつくようになった。また、以前比べ退院前に連絡を頂けるようになった。
- * 関係機関の情報が得られる
- * 統一したルールにより連携しやすくなった

(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。

- * 文字が多い、図があるとわかりやすい
- * 退院時の連絡など、約束事が遵守されていないことも見受けられる
- * 特になし

手引きを活用していない理由を教えてください。

- * 入院時は病院へ連絡とり、担当している利用者の情報は電話等ですみやかに伝えていきます。又、退院前にも相談員と連絡を取り合い、必要な対応をしているためです。
- * 地域包括支援センターは直接給付管理していない方も対象としているため、タイムリーに手引きに沿って情報提供することが難しい。
- * 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
- * 加算がない。本人が自身で受け答えできる。電話でやり取りしている。
- * 包括での直接担当件数が少ないことや入退院時の直接的な関わりよりも居宅介護支援事業所へつなぐ役割が殆どであるため
- * 入退院のケースが少ない。
- * 入院が次第連絡を取っており、手引きができたからと特に変わらなかった
- * 入院の際には電話で口頭で状況を伝えることが多いため。生活状況をご自分で伝えられる方もおり、後日入院したことを聞いたりするケースがあったため。
- * 病院側から求められていない。

Q 2 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=18
1	病院へ情報提供しやすくなった。	5	27.8
2	病院へ情報提供する機会が増えた。	6	33.3
3	病院からの連絡が増えた。	10	55.6
4	医師からの病状説明に同席する機会が増えた。	0	0.0
5	退院前共同カンファレンスへの参加機会が増えた。	2	11.1
6	退院時に在宅生活に必要な情報を得やすくなった。	10	55.6
7	退院後の状況報告をする機会が増えた。	1	5.6
8	日常的に病院と連絡等が取りやすくなった。	10	55.6
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。	5	27.8
10	退院時期の把握がしやすくなった。	7	38.9
11	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。	2	11.1
12	特に変化を感じていない。	2	11.1
13	その他	1	5.6
* 新規の相談が多いと感じている。またその中でも要介護見立てでも包括支援センターに連絡が入る。利用者(患者)のため、まっすぐつないでほしい。			
合 計		61	—

Q 3 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=18
1	提供した情報が活用されていないように感じる。	1	5.6
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	33.3
4	退院直前に支援を求められ、対応に困ることが多い。	12	66.7
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	38.9
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。	5	27.8
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。	3	16.7
9	ケアマネジャー等側で手引きの周知が必要。	2	11.1
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。	0	0.0
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。	0	0.0
13	その他	4	22.2
* 介護保険申請を希望されるが退院後の生活のイメージがない。サービス希望がない場合もと りあえず介護保険申請という場合もある。			
* 新規の場合、入院早期の段階で介護認定申請を勧める病院があります。これからリハビリの 予定がある場合等は、状態が変化する可能性があるためタイミングを逃すの申請でもよい と思うのですが			
* 予防や総合事業担当だと情報提供しても報酬の加算がないため、文書ではなく電話のみにな ってしまう			
* 病院によって情報提供・確認の対応が異なるため、必要な情報が得られないことがある			
合 計		40	—

Q4-1 令和4年度に病院あて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=18
1	提供した。	4	22.2
2	提供していない。	14	77.8
合 計		18	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=4
1	置賜保健所様式	0	0.0
2	山形市推奨様式	0	0.0
3	河北町(県立河北病院)様式	1	25.0
4	厚生労働省様式例	0	0.0
5	その他	3	75.0
<ul style="list-style-type: none"> * 普段作成している基本情報 * 当センターシステムから必要事項が網羅されている基本情報 * 内容が網羅されている独自の様式 			

(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=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
<ul style="list-style-type: none"> * 依頼がなかったため。 * 情報提供書作成の時間がなく、ケースの基本情報の活用や電話等で情報提供を行った。 * 電話での情報提供となっている。 * 電話等でのやりとりで、情報提供書までの活用までは至りません。 * 包括での直接担当件数が少ないことや入退院時の直接的な関わりよりも居宅介護支援事業所へつなぐ役割が殆どであるため * 電話で行うことが多い。家族がいる場合は行わないことが多い。また、病院からも特に求められなかった。 * 提出するのを忘れてしまった。 * 提出の依頼を受けたことがないため * 提供書活用の認識が不足していた * 病院側から要請がなかった。本人・ご家族がしっかり対応できるケースであり、退院後は老人保険施設に入所となり在宅支援が終了した。 			

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=18
1	入院時、必要な情報を十分に伝えられる。	2	11.1
2	入院時、情報提供するまでの時間が短縮された。	1	5.6
3	使用することで利用者の情報が整理しやすくなった。	0	0.0
4	不足している情報等に気付けるようになった。	0	0.0
5	退院時、必要な情報を十分に収集できる。	1	5.6
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	1	5.6
* 入院前までの経過を伝えられる			
合 計		5	—

Q5-1 病院への情報提供について、令和4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=16
1	入院前	2	12.5
2	3日以内	9	56.3
3	4～7日以内	2	12.5
4	8日以上	1	6.3
5	提供なし	2	12.5
6	その他	0	0.0
合 計		16	—

入院時情報提供の方法（複数選択可）		回答数	割合(%) n=14
1	持参	2	14.3
2	メール	0	0.0
3	FAX	1	7.1
4	郵送	0	0.0
5	電話	12	85.7
6	面談	1	7.1
7	受診付き添い	1	7.1
8	その他・不明	0	0.0
合 計		17	—

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=2
1	入院したことを把握できなかった・把握が遅れたため。	1	50.0
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。	0	0.0
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。	2	100.0
6	その他	3	150.0
*大腸ポリープの内視鏡手術のみで1週間くらいと聞いていたため *入院したケースがなかった。 *入院期間が7日以内であったため			
合 計		6	—

Q6 令和4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。	2	11.1
*入院時包括で関わりがないか、問い合わせサービス拒否でプラン作成に至らず実態把握していた情報提供した *要介護認定申請中で救急搬送され、状況が家族からも把握できずこれまでの経過の問い合わせがあり、対応した。 受診の予約をしていたが、来院しなかったため病院から問い合わせがあった。			
2	なかった。	16	88.9
合 計		18	100.0

Q7 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=4
1	有	3	75.0
2	無	1	25.0
合 計		4	—

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=4
1	退院時情報提供書の提供	0	0.0
2	看護サマリーなど書面での情報提供	0	0.0
3	退院前カンファレンスにて情報提供	1	25.0
4	病院訪問時の口頭での情報提供	1	25.0
5	提供がなかった	1	25.0
6	その他 *電話	1	25.0
合 計		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）		回答数	割合(%) n=4
1	ケアプラン提出	0	0.0
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	0	0.0
4	電話	2	50.0
5	その他	0	0.0
合 計		2	—

1か月以内の再入院の有無		回答数	割合(%) n=4
1	有	0	0.0
2	無	3	75.0
3	不明	0	0.0
4	未確認	1	25.0
合 計		4	—

利用者が退院後困っていることの有無		回答数	割合(%) n=4
1	有	0	0.0
2	無	3	75.0
3	不明	0	0.0
4	未確認	0	0.0
合 計		3	—

Q 8 令和4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、提供があ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	22.2
	<ul style="list-style-type: none"> *がんのターミナル期の方で、要介護認定申請中。在宅での療養希望あり居宅介護支援事業所のケアマネとともに退院調整した。 *新規で退院時支援に係る情報提供は随時あります。 *再通院や介護保険申請をすすめたが本人拒否。退院後、見守りを願いたいと電話で情報提供。 *退院支援・暫定利用 		
2	なかった。	14	77.8
合 計		18	—

Q 9 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。

- *退院前に病院でのカンファレンスに参加させてもらい、退院後の生活について病院側と福祉関係者が話し合い、リスク管理することができた。そのため本人、家族、在宅で関わる関係者が困ることなく、退院後スムーズに在宅生活を送ることができた。
- *特にありません
- *退院に合わせて福祉用具のサービス調整を行った。
- *退院前に認定が確定している患者様の支援
 - 病院側にご本人、家族の意向を明確に確認して頂いたケース
 - 退院前に自宅訪問ができたケース
 - 退院に関してご家族が前向きで協力的なケース など
- *病院を退院する際に医等療相談室主導で訪問看護の利用について調整していただき、カンファレンスを経て退院と同時に訪問看護の利用が出来、スムーズに対応できたケースがありました。
- *病院相談室から地域包括支援センターに電話が入り、難病の診断があった方で、本人に介護保険申請を案内した旨報告があった。本人が来所し、サマリーを地域包括支援センター宛て頂くことができ、スムーズにサービスに繋がられた。

Q10 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。

- * 退院支援にあたり、担当ケアマネがいるにも関わらず、本人と家族（夫）が施設探しに苦慮している。とのことで、地区役員より包括に連絡が入ったという事例あり。
担当ケアマネに聞くと、在宅復帰は見込めず、本人の状態がわかっている病院と家族ですすめるとなったため、ケアマネは静観。病院は、高齢の夫に対し、施設の一覧を渡し、多少の情報提供し、あとは家族で決めて下さいとなり、家族は混乱しました。結果的に、入所施設決められず、病院相談室がショートステイを探して退院支援したということです。
- * 家族が本人の状態がわからないまま、病院側から一方的に退院を勧められてしまい困ることが最近多い。家族の思いを聞かれないまま退院を勧められたことが課題であると思う。
- * 急な退院決定で、十分に情報共有が出来なかった。
- * MSW から連絡があり、居宅ケアマネの調整を行っていたところ、訪問診療に変更となり、訪問診療でサービス調整を行ったため、サービス事業所がすべて変更となった。
- * 病院入院中、本人と在宅での生活イメージやサービスの必要性が十分に共有されないまま介護保険申請された方の支援
病院入院中介護保険を申請する際、病院相談室から包括支援センターに申請代行を依頼受けた。（申請用紙がないというので市HPからのダウンロードをもとめた。しかし、親族が腰痛があつて提出できず包括支援センターが来院し申請書を市へ提出してほしいと相談室職員は言う。包括は本人が在宅に戻るといふ理由があつたので協力することにした。しかし病院に行つたところ本人は実際文字の記入ができず、結果、親族が来所もしくは市役所へ申請していただくことにした。在宅へは戻らず施設入所を検討された。）
- * 暫定利用が多い
退院決定時点で認定申請を行っていない
退院直前の連絡、しかも暫定が多く、調査すら入られていないケース
ご本人、家族の意向を確認せずに支援を依頼されるケース など
- * 特にありません。
- * 要介護申請中で退院する際に、在宅での受け入れ準備に要する期間が、例えば退院カンファレンスも含め最低でも1週間の期間が必要である。近々の退院が決まってからの調整は大変であり、多忙とは思いますが、連携室の方から早めの相談等をお願いしたい。
入院中で明らかに要介護状態で、在宅に戻るにあたり何らかのサービス支援が必要であっても、介護保険の申請がされていないケースもあり、準備に間に合わず、利用者様が安心して在宅で過ごせる環境を整えることができず困る。

Q 1 1 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。

- *手引きに、退院時ケアマネジャーがついていない場合は包括支援センターへ連絡し、担当ケアマネジャーを決定するための支援を行うとありますが、あきらかに要介護状態の方はまっすぐ居宅へつないでほしい。入院前の関わりの有無についての問合せはしてもらって構わないが、包括が入ってしまうと、本人・家族が混乱します。
- *手引きの運用については、病院側が意思疎通の図りにくい要介護者に対して対応しやすいことが目的であるのだろうが、包括と居宅で手引きの取り扱いに差があることが問題であると思う。
- *地域包括支援センターでは総合相談窓口として、日々様々な相談を受け付け対応しております。入退院支援についても相談を受けることが多く、令和4年はコロナ禍でしたので病院への面会中止に伴い、直接包括へ退院相談、介護保険申請代行、状態確認できないままサービス（福祉用具含め）調整する場面も多くありました。また、コロナ禍で県外の親族が来られず、安否確認を依頼されたり、入退院について市外親族と連絡を取り対応すり場面も多くありました。要介護を見込み、介護保険申請代行後はケアマネジャーにおつなぎするか、在宅をあきらめ、施設を紹介する方が多く、今回のアンケートのもとになる令和4年10月に遡り事例を洗い出す作業は困難を極め、アンケート記入することが叶いませんでした。利用者ごとの内訳が記入できず申し訳ございません。記入がないのは連携がなかったのではないことをお伝えしたく記入させていただきました。
- *特にありません。
- *加算があるわけでないので使用する場面がない
- *文字を少なくわかりやすくしてほしい
- *もし、手引きの情報提供書、情報収集シートで統一を図るのであれば、まず、病院側にその旨を伝えてもらおうと、居宅、包括でこの様式でくださいと言われれば対応していくようになると思う。今は様式の指定なく、なんでもいいので言われるため、作成に時間のかからないものを提出している
- *退院支援が必要な者との判断後、速やかに地域包括支援センターへの連絡とあるが、退院直前の連絡も多く、退院前の何日前までとの改善を求めたい
- *入院時に介護認定は時間がかかるため、早めに介護申請をするように言われたと介護申請されるが、サービスの希望がなかったり、退院時にはサービスが必要のないケースがある。状況を見極めてからすすめて欲しい。
- *この手引書は各事業所できちんと活用されているのでしょうか？

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。

- *入院中から退院後の生活がイメージができて、本人も家族も安心できるよう、退院支援のカンファレンスをタイムリーにしっかり行なってほしい。
- *退院前に気になるケースについて情報提供をいただくことが増えた。特に新規で退院の準備が必要な方の場合、入院直後病院から第一報連絡いただくと助かります。
- *家族関係やぜいたく環境により、退院後の生活に複数の課題を抱えている方が多く見受けられるので、これまで以上に医療機関との連携は重要と思います。
- *本人が意思表示でき自分で連絡調整する場合もあり、担当者が把握できないケースもある。要介護見込みである場合でも包括に病院から連絡が来る。介護見込みとわかっている場合は包括を通さずに入院先のMSWが居宅ケアマネの調整してほしい。
- *病院から早めの連絡があるとよい
- *日頃から連携室等と連携を関わりをもつことで、スムーズな退院支援ができると思う。
- *要介護申請中で退院する際に、在宅での受け入れ準備に要する期間が、例えば退院カンファレンスも含め最低でも1週間の期間が必要である。近々の退院が決まってからの調整は大変であり、多忙とは思いますが、連携室の方から早めの相談等をお願いしたい。入院中で明らかに要介護状態で、在宅に戻るにあたり何らかのサービス支援が必要であっても、介護保険の申請がされていないケースもあり、準備に間に合わず、利用者様が安心して在宅で過ごせる環境を整えることができず困る。