

「諫早市入退院支援連携ガイドブック」アンケート調査結果【概要版】

1. 調査の目的

平成30年4月から運用を開始している「諫早市入退院支援連携ガイドブック」（以下、ガイドブック）について、ガイドブックの活用状況や運用後の入退院支援における現状、医療機関とケアマネージャーの連携による効果と課題を把握する。

2. 調査の概要

項目	内容
調査実施期間	令和2年12月18日（金）～令和3年1月29日（金）
調査対象事業所数	協力医療機関（病院）：13か所 協力医療機関（診療所）：14か所 居宅介護支援事業所：53か所 地域包括支援センター：5か所 小規模多機能型居宅介護：9か所 介護保険施設：23か所 計：117か所
調査対象者	(1) ガイドブック協力医療機関で入退院支援に携わっている部署 または担当者【各機関1枚】 (2) 市内居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、 小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員 (3) 市内介護保険施設の介護支援専門員
主な調査内容	(1) 「諫早市入退院支援連携ガイドブック」の活用状況について (2) 「入退院時情報提供書」「退院時情報提供書」の活用状況について (3) 医療機関とケアマネージャーの連携状況について（ガイドブック運用後の変化、課題等）

3. 調査結果

(1) 調査票配付事業所等及び回答数

■医療機関

	配布医療機関数	回答数	回収率
全体	27	24	88.9%
病院	13	12	92.3%
診療所	14	12	85.7%

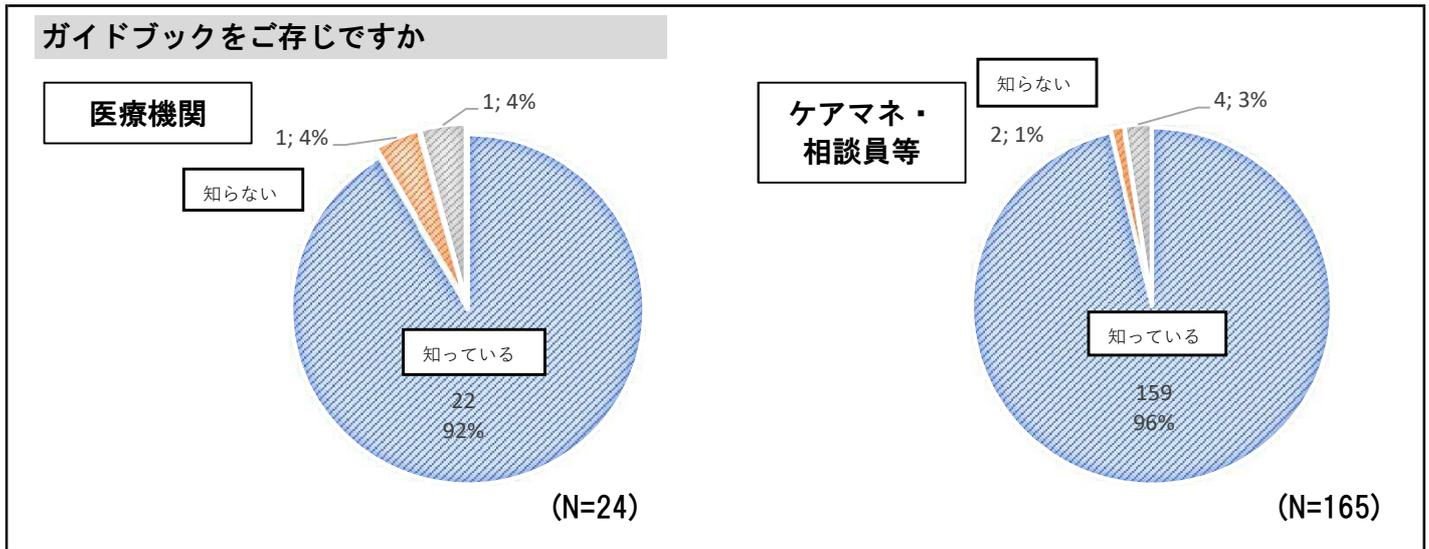
■ケアマネージャー・相談員等

	配布事業所数	回答数(事業所)	回収率	回答者数
全体	90	81	90.0%	165
居宅	53	47	88.7%	99
包括	5	5	100.0%	33
小規模	9	9	100.0%	9
施設等	23	20	87.0%	24

(2) 調査結果概要

①ガイドブックについて

医療機関については、92%、ケアマネジャー・相談員等については、96%で多くの関係者に認識されている。



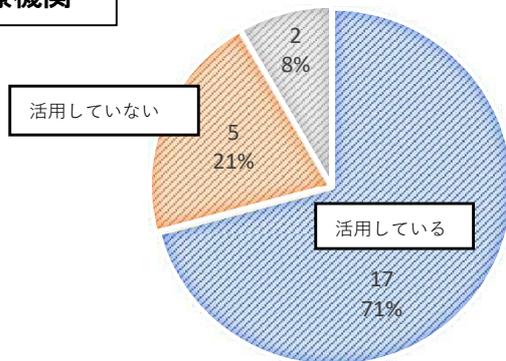
②ガイドブックのフロー図の活用について

医療機関では、71%、ケアマネジャー・相談員等は、60%がフロー図を活用。

主に「入退院支援時の行動プロセスや支店の確認・振り返りに活用」という意見が多かった。

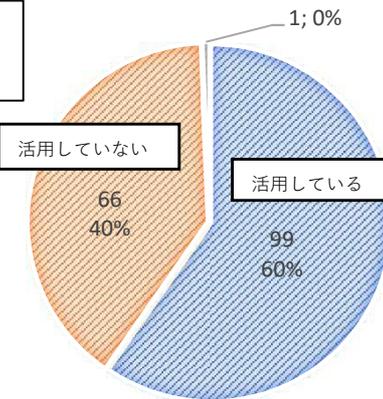
フロー図を活用していますか

医療機関



(N=24)

ケアマネ・相談員等



(N=165)

フロー図の活用方法について【複数回答】(上位3つ)

■医療機関

医療機関側の入退院支援時の行動プロセスや視点の確認、振り返りなど。	14	82.4%
ケアマネ等の入退院支援時の行動プロセスや視点の確認、振り返りなど。	11	64.7%
入退院支援に漏れがないか確認している。	7	41.2%

■ケアマネージャー・相談員等

自身の入退院支援時の行動プロセスや視点の確認、振り返りなど。	71	71.7%
入退院支援に漏れがないか確認している。	44	44.4%
他職員と入退院支援時の行動プロセスや視点の確認や振り返りなど。	34	34.3%

フロー図を活用していない理由について【複数回答】(上位3つ)

■医療機関

入退院支援のプロセスは理解しているため、フローがなくても行動できる。	3	60.0%
使いづらい	1	20.0%
その他	1	20.0%

(その他意見)

- ・直接的な連絡が多い。(診療所)

■ケアマネージャー・相談員等

入退院支援のプロセスは理解しているため、フローがなくても行動できる。	47	71.2%
その他	9	13.6%
医療機関側との共有が十分でなく、活用できない。	4	6.1%

(その他意見)

- ・知らなかった(特養)
- ・使う機会がなく忘れていました。今後活用したい。(居宅)
- ・特定の病院への入院が主で、電話にて連携が可能なため(特養)

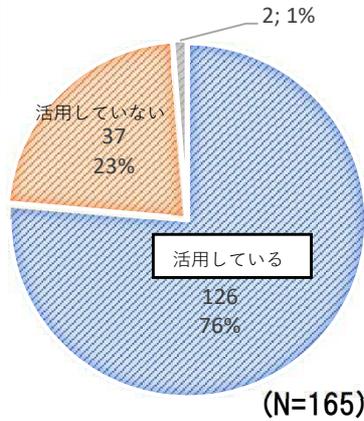
③「入院時情報提供書」について

76%のケアマネジャー・相談員等が推奨様式を活用。「入院時、必要な情報を伝えられる」との意見が多く、活用していない理由としては、「独自の様式を使用しているため」が最も多かった。

また、医療機関ではケアマネジャー等から92%が入院時情報提供を受け取っており、「必要な情報を得ることができる」が最も多かった。

入院時情報提供書を活用していますか

ケアマネ・
相談員等



活用して感じたこと【複数回答】（上位3つ）

■ケアマネジャー・相談員等

入院時、必要な情報を伝えられる	106	84.1%
使用することで利用者の情報が整理しやすくなった	60	47.6%
入院時、情報提供するまでの時間が短縮された	55	43.7%

活用して感じたこと【複数回答】（上位3つ）

■ケアマネジャー・相談員等

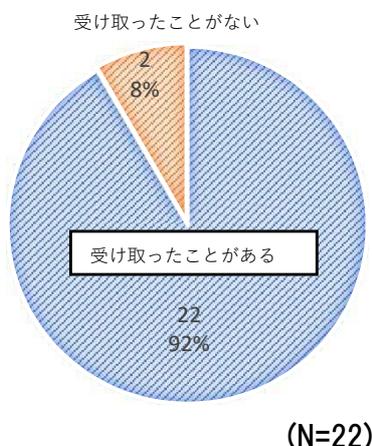
独自の様式を使用しているため	30	81.1%
その他	9	24.3%

（その他意見）

- ・諫早市在住の入退院該当者がおられませんでした。（居宅）
- ・入院先より求められた場合に活用し、求めが無ければ基本情報、ケアプランを送付している。（包括）
- ・利用者基本情報を使用している。（包括）
- ・入院時に看護・介護職員が付き添い、病院の様式に記入しているため。（特養）

入院時情報提供書を受け取ったことがありますか

医療機関



受け取って感じたこと【複数回答】（上位3つ）

■医療機関

必要な情報を得ることができる	20	90.9%
情報が見やすく情報収集が効果的にできている	14	63.6%
記入漏れがある	3	13.6%

受け取った情報の活用方法

【複数回答】（上位3つ）

■医療機関

病棟やリハビリなど、他部署と共有している	20	83.3%
家族背景や入院前の状況把握に役立っている	20	83.3%
退院後の目標設定やサービス調整に活用している	15	62.5%

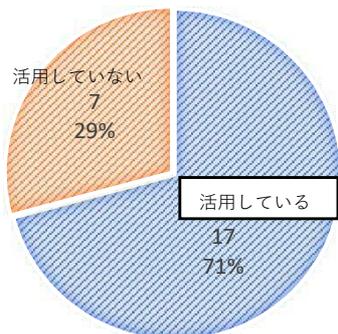
④「退院時情報提供書」について

71%の医療機関で推奨様式を活用。「情報が整理しやすい」「記入欄が小さく、必要な情報を書き込めないことがある」等の意見が多く、活用していない理由としては「院内の所定の様式を使用しているため」が最も多かった。

また、ケアマネジャー等は医療機関から85%が退院時情報提供書を受け取っており、「必要な情報を得ることができる」「情報が見やすく効果的に情報収集ができる」等の意見が多かった。

退院時情報提供書を活用していますか

医療機関



(N=24)

活用して感じたこと【複数回答】(上位3つ)

■医療機関	
情報が整理しやすい	11 64.7%
退院後に必要になる情報が整理されているため、情報を伝えやすい	8 47.1%
記入欄が小さく、必要な情報を書き込めないことがある	13 76.5%

記入スペースを広げる等、カスタマイズして記入	8
リハサマリー等の資料を追加で添付	7
電話で情報提供	4
カンファレンスや面談などで情報提供	4
その他	2

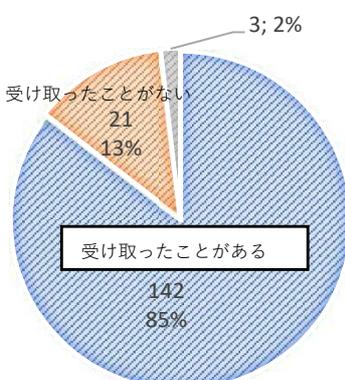
退院時カンファレンスの実施	2
ケアマネジャー等との面談	2
電話	2

活用していない理由【複数回答】(上位3つ)

■医療機関	
院内の所定の様式を使用している	6 85.7%
別の方法でケアマネジャー等と情報共有している	3 42.9%
院内で現在導入しているシステム改修が難しい	1 14.3%

退院時情報提供書を受け取ったことがありますか

ケアマネ・



(N=165)

受け取って感じたこと【複数回答】(上位3つ)

■ケアマネジャー・相談員等	
必要な情報を得ることができる	127 89.4%
情報が見やすく情報収集が効果的にできている	77 54.2%
必要な項目が不足している	19 13.4%

※「退院時情報提供書」の項目に関する主な意見(一部抜粋)

- ・病名や内服薬など、診療情報提供書参照や別紙参照と書いてあるが、診療情報提供書・別紙と一緒に添えてない。
- ・退院後の通院について(例えば、かかりつけ医で継続or入院していた病院に外来通院(初回予約日))(居宅)
- ・時記事項が簡単に記入されている時がある。(経過及び治療状況の欄にもう少し、経過や特に現在の病状・留意点等を記入してほしい)(居宅)
- ・認知面についての情報記入項目を増やしてほしい。(居宅)

⑤医療機関との連携状況について【ケアマネ・相談員等】

ガイドブック運用後の、医療機関との連携状況の変化について【複数回答】

医療機関へ情報提供しやすくなった	109	66.1%
医療機関からの連絡が増えた	76	46.1%
医療機関へ情報提供する機会が増えた	64	38.8%
退院時に在宅生活に必要な情報を得やすくなった	60	36.4%
日常的に連絡等が取りやすくなった	44	26.7%
退院後の状況報告をする機会が増えた	23	13.9%
退院時カンファレンスへの参加機会が増えた	23	13.9%
特に変化を感じていない	19	11.5%
医師からの病状説明に同席する機会が増えた	12	7.3%
その他	9	5.5%

※その他の意見（一部抜粋）

- ・医療機関もだが居宅ケアマネや施設間での急な情報のやりとりにも活用することが増えた。（老健）
- ・お互いに情報共有をしていこうという意識が高まったように感じる。（居宅）
- ・病院側に担当ケアマネであることを伝えることにより、退院までの流れが円滑に行える。（居宅）
- ・まだ受け取ったことが無い。（特養）
- ・一時期増加したが、7月頃より退院時連携カンファレンスが減っている。情報が得にくくなった。（居宅）
- ・医療機関から退院時の情報提供書が送付される場合も多いのでそのままサービス事業所へ情報提供がしやすくなった。（居宅）

ガイドブック運用後の医療機関との連携について課題だと思う事【複数回答】

週末の入院の場合、3日以内の情報提供書の提出	64	38.8%
退院直前に支援を求められることが多い	37	22.4%
支援が必要だが、連絡なく退院するケースがある	28	17.0%
医療機関側が在宅生活のイメージ等を十分に持っていない	26	15.8%
医療機関内で情報の共有がうまくいっていないと感じる	21	12.7%
その他	21	12.7%
提供した情報が活用されていないように感じる	17	10.3%
必要性を感じているが業務多忙で対応できない	4	2.4%
日常的に連絡などが取りづらい	2	1.2%
医療的知識に自信が持てないため連携に踏み出せない	2	1.2%

※その他の意見（一部抜粋）

- ・コロナ禍でカンファレンスがなかなかできない状況での、方法伝達すべき様式の改良など。（居宅）
- ・診療所は情報を渡す仕組みがないところが多い。（居宅）
- ・病状説明や退院時のカンファレンスへの参加の機会をもっと増やしてほしい。（小規模）
- ・看護サマリーを本人や家族へ渡された際は、ケアマネに情報が来なかったり、届くのが遅くなることもある。（居宅）
- ・必要性を感じているが多忙な際は入院時情報を毎回すぐに提供できない時がある。その際は、とりあえず口答で留意点等を電話でお伝えしています。（居宅）
- ・周知できているHPと出来ていないHPの差が大きい。周知しているHPはすぐ連絡があり対応出来るが、周知できていないHPは入院日を過ぎて連絡なく、サービス事業所から入院したとの報告あり、連携が遅れることがある。（包括）
- ・入院時情報の提供行うが、連絡なく退院し退院時情報ないケースがあった。（居宅）

⑥ケアマネジャー等との連携状況について【医療機関】

ガイドブック運用後の、ケアマネジャー等との連携状況の変化について【複数回答】

ケアマネジャー等からの情報収集に応じる機会が増えた	15	62.5%
ケアマネジャー等からの連絡、情報提供が増えた	13	54.2%
ケアマネジャー等から退院後の状況報告が増えた	10	41.7%
早期に入院時の情報が得られるようになった	10	41.7%
病棟看護師等のケアマネジャー等が同席する機会が増えた	9	37.5%
退院時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	4	16.7%
特に変化を感じない	3	12.5%
入院時に患者、家族から担当ケアマネジャー等の氏名等の情報が得やすくなった	2	8.3%
日常的に連絡等がとりやすくなった	2	8.3%
その他	1	4.2%

※その他の意見

- ・ 普段行っている支援を用紙によって具現化できている。（病院）

ガイドブック運用後のケアマネージャーなどへの連携についての課題【複数回答】

患者、家族が担当ケアマネジャーなどを覚えていないことがある	11	45.8%
退院後の状況報告はまだまだ少ない	8	33.3%
日頃から入院等を見越した意思決定支援が必要	7	29.2%
入院時に連絡がないケースがある	7	29.2%
病院側が在宅医療・介護についての知識が足りないと感じる	5	20.8%
入院時の情報提供が早期にもらえないことがある	5	20.8%
連携の必要性を感じているが業務多忙で対応できない	3	12.5%
病院側が在宅生活のイメージを持っていないと感じる	3	12.5%
その他	2	8.3%

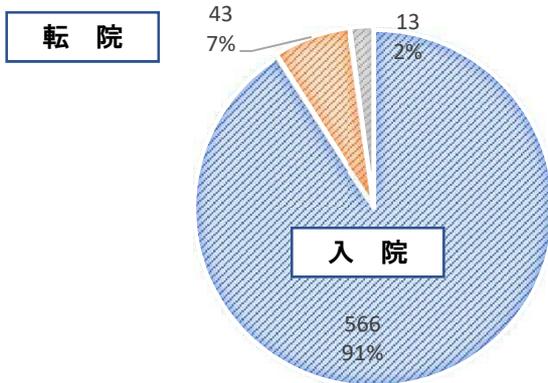
※その他の意見

- ・ 今回の入院に伴って生じた問題ではなく、入院前からの問題については、ケアマネージャーさんが主体的に担当して頂きたいです。（病院）
- ・ 紹介元より情報を得ることが多い。必要に応じ連携できている。（病院）

⑦入院の状況

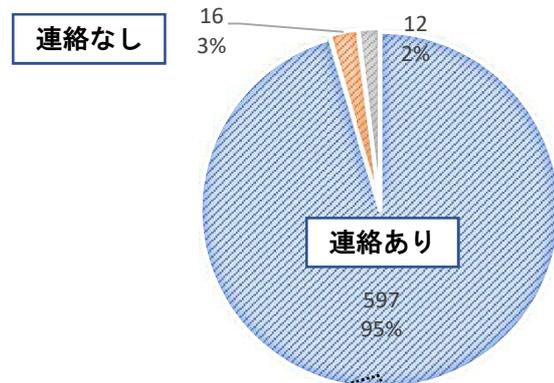
ケアマネジャー・相談員等が担当しているケースで「令和2年8月～11月末」までの期間に医療機関へ入院（転院）したケースは625件であった。

入院・転院の状況



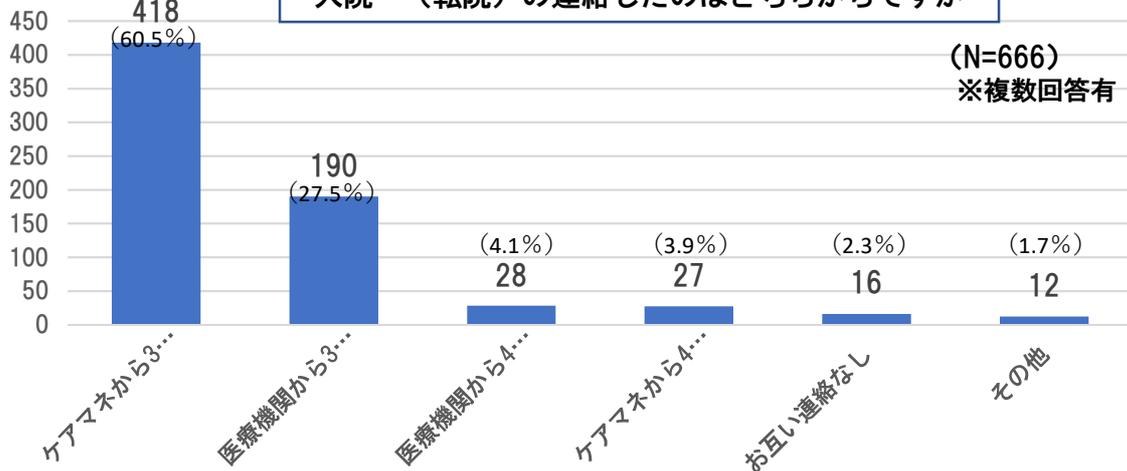
(N=625)

入院時の連絡状況

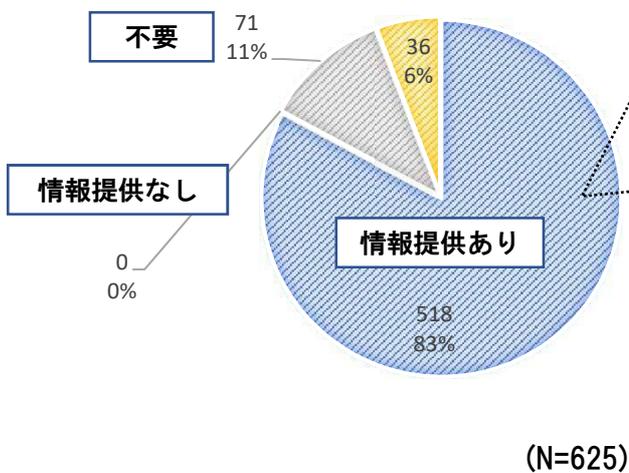


(N=625)

入院（転院）の連絡したのはどちらからですか



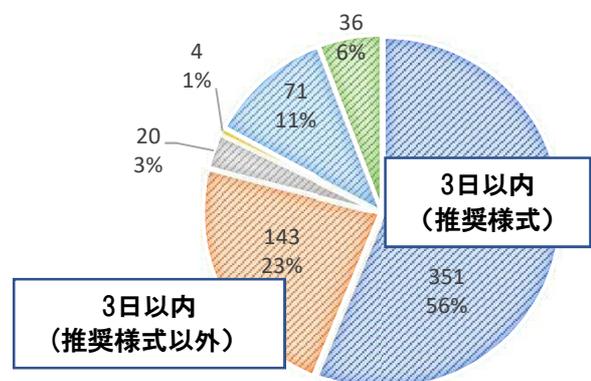
入院時の情報提供について



(N=625)

情報提供までの日数・推奨様式の使用の有無

○3日以内に情報提供あり： 79.0%
うち、推奨様式使用： 67.8%



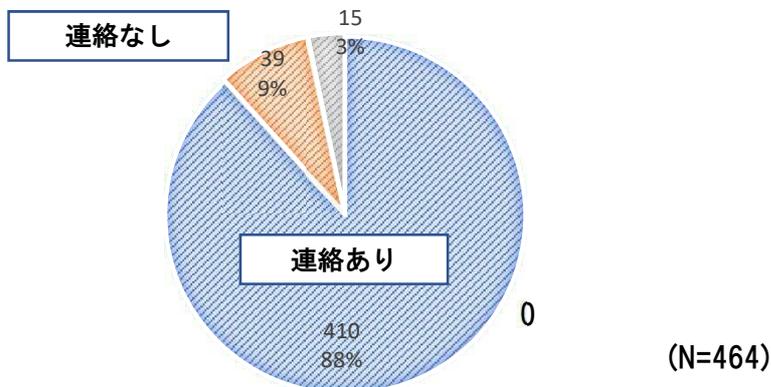
(N=625)

⑧退院の状況

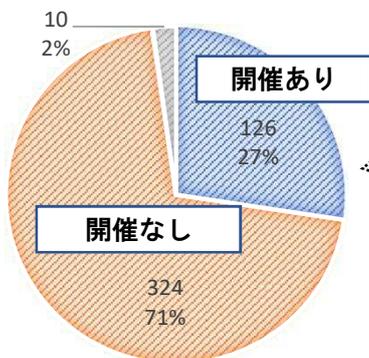
ケアマネジャー・相談員等が担当しているケースで「令和2年8月～11月末」までの期間に医療機関から退院したケースは464件であった。

退院時の情報提供について

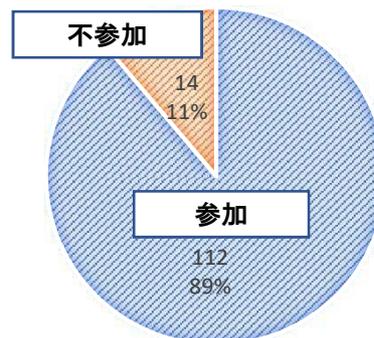
1. 退院見込の連絡について（医療機関⇒ケアマネ等）



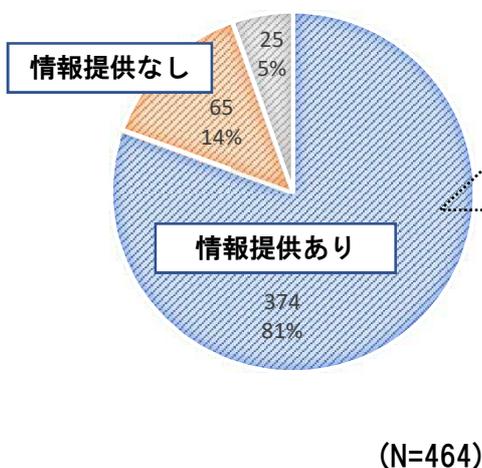
退院時のカンファレンスの開催について



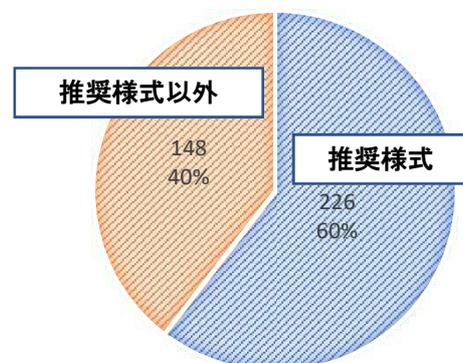
退院時カンファレンスへの参加状況



退院時の情報提供について



推奨様式の使用状況



〈医療機関〉

		内容
1	連 携	ケアマネ側から情報（入院時情報提書）をいただく機会がスタート開始時期と比べて少なくなっている。（病院）
2		入院時に連絡がある機会が増えたが、電話で口頭での情報提供のみで入院時情報提供書がいただけない場合がある。コロナ禍で面会ができないため、情報提供するうえで非常に役に立っている。（病院）
3		P3入退院支援連携のフロー「4）入院中の患者情報を双方で共有し、相互に協力して退院に向けた調整を開始」に関して、退院の連絡や経過報告が遅くなるのが時々あり申し訳なく思っています。こちらからの連絡待ちではなく必要に応じて問い合わせもお願いしたいです。また、急性期病院においては急な入院となることと同様に退院も急に決まることがあることをご理解頂きたいと思えます。（病院）
4	様 式	退院時情報提供書の『リハビリ(内容・目標)』は、入院前と状況が変化なければ、あえて記入する必要はないと思うし、ほとんど”下肢筋力低下の予防”がメイン、デイサービスしか利用しない方は記入する必要はないので、『リハビリ』の記入スペースはここまで必要ない。その分『経過・治療状況』のスペースをもっと広くしてほしい。（診療所）
5		ガイドブックP9～P10居宅介護支援事業所一覧も包括支援センター一覧と同様に、圏域別にまとめてあるとわかりやすいと思えます。（病院）
6	そ の 他	情報提供書を基に、患者さんご家族に再確認ができ、大変助かっている。（診療所）
7		ある程度情報の共有はできているので、もっと活用をしていきたい。とても良いものが出来ているので活用していくためにも様子（他職種）を見ながら、事例添付をしていければ良いのではと思う。（病院）

〈ケアマネジャー・相談員〉

		内容
1	連 携	情報提供等がしやすくなり、非常に助かっています。（居宅）
2		現在コロナの影響でほとんど退院時のカンファレンスがない状態であるので、情報提供はとても重要と思われます。今後も密に医療との連携をとっていかないといけないと思いました。（居宅）
3		医療連携の必要性について再考できる機会となっています。苦手意識は少なくなっています。コロナ禍の中で入院すると退院まで会えなかったのが、退院時の情報は役立ちました。（居宅）
4		協力医療機関が多くなっていけば、ますます連携がとりやすくなって助かると思います。（居宅）
5		平時の連携が課題であると思う。情報提供の内容について深めていく必要性を感じる。定期的なモニタリングが必要なのではないか。（居宅）

6		ガイドブックの運用により、病院側からの入院の連絡は、基本いただけるようになり、CM側も積極的に連絡するようになったと思います。お互いの連携は図れるようになったと思います。（包括）
7		退院先が自宅でなかったとしても、転院先や退院先の情報が欲しい。知らないうちに退院されていることがある。また、入居施設の方だと、施設だけに連絡されることがある。退院先の情報提供を促してほしい。（居宅）
8		転院される際、転院先より連絡をいただくのは嬉しいが、入院時医療連携シートの依頼がある為、転院先の病院へも担当ケアマネからの入院時医療連携シートを渡して頂くと助かります。病状や服薬など、情報を出来る範囲で教えて欲しい。担当医からの在宅生活で留意点も記載して頂くと嬉しいです。※個人情報の件に関しては理解している。（居宅）
9		連絡を取りやすい時間帯だったり、病院と連携を取りやすくなるかと思いました。（居宅）
10	連携	ガイドブックのおかげで、業務の流れが定着し、すべての医療機関において連携しやすくなったと感じます（居宅）
11		参考にさせていただいています。医療・介護の連携には特に問題意識もなく、これまでも業務を行っていました。元看護職という強みが私にはあり、医療連携で他のケアマネが言われるほど、業務に困難をきたすことは全くありませんでした。（居宅）
12		ガイドブックや推奨様式の活用が浸透してきて、医療機関との連携があれば図りやすくなりましたし、書類だけのやり取りだけでなく、顔の見える連携がしやすくなったことで、退院後のフォローアップや外来受診の際の相談などもしやすくなり、利用者支援にとっても役立っていると感じます。利用者が長崎市や大村市の病院に入院される場合も、推奨様式を活用させて頂いています。こちらからの情報提供のみでその後の連携がなかなかうまくいかないのが現状です。地域ごとの連携方法があると思いますので、そのような情報もお共有したり、今後諫早市から隣市とで共有できるツールなどができるとよりいいのかなと思っています（居宅）
13		ガイドブックが無いころに比べると情報の連携高官はやりやすくなった。継続して使用していく予定です。（小規模）
14	様式	退院されて帰ってこられたら、すぐバイタルを図るのですが、熱発されていることや苦しようにされていることが珍しくありません。退院前にバイタルを測定し、「退院時情報提供書」に記入して頂けると（そういう項目を創って頂きたい）、すぐ又入院ということも少なくなるのではと思います。（居宅）
15		特にありません。ADL等の欄が少なく狭い気もしますが、ある程度は必要事項を伝達できますし、その他お伝えすることは時記事項に記入できるので良いと思います。（居宅）
16		提供書の書式の内容は、基本情報とプランにも含まれており、書き写す手間もあります。（包括）

17		情報提供書内に「(夜間)睡眠」を入れてほしい。(包括)
18		今後、定期的に連絡先等の情報更新を行っていただけると非常に助かります。(居宅)
19		内容が必要な所のみピックアップされていて、分かりやすい、使いやすいです(包括)
20		今回の様式になり入力しにくくなっている(居宅)
21	様	連携様式を使用しての情報の送付が習慣となっている(居宅)
22	式	協力医療機関窓口一覧が見やすく、分かりやすいと思います。(小規模)
23		情報提供書の書式があるので、記入しやすいです。病院への連絡もしやすいです。ありがとうございます。(居宅)
24		退院時情報提供書の様式が決められており、スピーディな情報提供書作成ができ、とても助かっています。病院の連携室の方からも、そういった意見を聞きます。(居宅)
25		病院、事業所はもう運用していると知っているところが、少ないと思います。(特養)
26	周知	このようなアンケートを元に、ガイドブックの実施活用状況を把握し、必要に応じてアップデートをお願いします。また、ケアマネ/医療機関への周知の強化をお願いします。定期的にケアマネやNSWの交代があるため。(特養)
27		ガイドブックにはありません。(居宅)
28		入院時、医療機関とのやりとりは看護師が行っており、意見等はありません。(特養)
29		作成後、モニタリングや修正変更がなされていない。昨年アンケート後からの改善点について検討してほしい。また、以前より平時の連携についてガイドラインの作成が話題となっているが進行状況を教えてほしい。(居宅)
30	その他	PC入力中にデータが消えます。家族構成の入力ができません。改善をお願いします。(居宅)
31		今後も活用していきます(居宅)
32		退院時にケアマネぬきでCWと施設職員が退院日を決めている。(居宅)
33		介護と緊急時に入院する医療機関とでは、仮に入院時シートに記載していたとしても利用者の介護度に準じた介護を行うことは難しいと考えている。又、急な環境の変化によって、普段の様子と大きく変わることもありえる。(居宅)

〈医療機関〉

		内容
1	連携	医療機関→ケアマネの退院時情報提供書について、ケアマネの意見を聞かせてください。(病院)
2	様式	『退院時処方』も変更や追加がなければ記入する必要はないと思う。なので、この項目は作らず、必要な方は薬情を別紙追加すればいいのではないか。(診療所)
3	その他	本アンケート Q6-2「5.日ごろから入院等を見越した意思決定支援～」のあり方について。(病院)
4		医療機関によっては、シートをサマリーとして活用しているところがあるが、情報量が少ないことが多いと感じる。シートを活用できているとは感じているが、ある一定の評価をするためにワーキンググループを開催して、現場の意見をもっと集約してほしいと感じる。(病院)

〈ケアマネジャー・相談員〉

		内容
1	連携	精神科との連携は現在もしているので、今後協力医療機関に加えていただくと、もっとスムーズになると思います。(居宅)
2		入退院について医療機関/ケアマネ双方に情報の共有および共通認識が進めばうれしく思います。また、昨今のICT促進について、医療機関・介護施設・居宅介護支援事業所などで、さらに情報の共有が円滑にできるよう、クラウド上やネットワークで共有できるシステム構築を期待します。(特養)
3	様式	転院の際の連携があいまいになっているので、入院時情報提供書に転院の文字を入れて、どちらかに○をつけられたら良いと思われます。(居宅)
4		入院時、病院への情報提供をする際、認知面から徘徊等の伝えたい行動や問題行動等を記入するところが現在の書式では伝えづらく、独自で作成した書式でお渡ししている現状です。病院とスムーズに連携が取れるように、お互い気持ちよく情報交換等できるといいと思います。(居宅)
5		入退院時の窓口、入退院支援連携への周知を再度お願いしたい。(居宅)
6		病名や内服薬など、診療情報提供書参照や別紙参照と書いてあるが、内容が書いてないので記入してほしい。(診療情報所・別紙と一緒に添えてない。)(居宅)
7		病名や内服薬等、診療情報提供書参照や別紙参照と書いてあるが、内容が書いてないので、記入するか診療情報提供書・別紙を一緒に添えてもらえるようにしてほしい。(居宅)
8		そのまま継続でいいと思います。(居宅)
9		3日以内は非常に厳しい時がある(時期によりますが)、5日以内で検討をお願いしたい。(居宅)

10	様 式	諫早市で統一すると、とても便利になると思いますので、ぜひ一斉に諫早市入退院支援連携ガイドブックにします等の号令なりを、していただけたらと思います。（特養）
11		ガイドブックがある事で市内、統一した支援ができるので、引き続き利用していきたいと 思います。（老健）
12		細やかな見直しを行い、より良いシステムになるように働きかけを行ってほしい。（居宅）
13	そ の 他	回答としての外れと思いますが、医療・介護・障害と別れているのではなく、将来的に福祉 全般で組み合わせられるシームレスな支援が出来るようになるというと思います。（居 宅）
14		退院することを家族に知らされておらず、当日に迎えに来ないと病院から電話があったとい うことがありましたが、ガイドブックにはありません。（居宅）
15		コロナ禍で面談が出来ない状況が続いている。書面だけではなく（内容）ご本人の意向や受 け止め方、不安など、在宅で支援するための必要な情報が不足に感じる。（居宅）
16		ケアマネ個人の意識の問題ではないでしょうか。主治医への聴取、敷居が高い等と言ってい る段階でアウトかと。ガイドブックはとても参考になると思います。ケアマネは医療職にも 認めてもらえる職種でありたいと考えます。（居宅）
17		形も大事だが、医療機関側が患者の退院先によって、退院支援の在り方を考えることができ る。居宅介護支援事業所や地域包括支援センターが、入院先で利用者がどんなことで困りそ うか。これらのことについて、まずは想像をめぐらすことを担当者としてできるようになる ことが大事だと思います。諫早市内の居宅、包括、医療機関の連携における好事例を紹介し て、それらを義務的にしていくのではなく、できることを少しずつ真似することができたら 徐々にいい方向に向かうような気がします。（居宅）