

令和2年度「諫早市入退院支援連携ガイドブック」アンケート調査票 **【ケアマネ・相談員用】**

アンケートをご回答いただく際の留意点

- ・ケアマネジャー、相談員 お一人につき、1枚ずつ回答をお願いします。
- ・事業所名及び記入者名は、提出の確認及び内容確認にのみ使用し、外部には出しません。

1. 記入者情報

①事業所名		②記入者氏名		④サービス等種別	
				(居宅) <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	
③連絡先					
T E L		F A X		(介護保険施設) <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他()	
Email					

2. 「諫早市入退院支援連携ガイドブック」のフロー・連携時の様式について

*該当するものにチェック し、()には具体的な内容を書いてください。

Q1 「諫早市入退院支援連携ガイドブック」(以下、ガイドブック)をご存知ですか？

1. 知っている

2. 知らない

別紙「諫早市入退院支援連携ガイドブックのご案内」を是非ご覧ください。



Q2 「入退院支援連携フロー図」(ガイドブックP3参照)を活用していますか？

1. 活用している

2. 活用していない

どのように活用していますか？
(複数選択可)

活用していない理由を教えてください。
(複数選択可)

1. 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。

1. 入退院支援のプロセスを理解しているため、フローがなくても行動できる。

2. 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。

2. 医療機関側との共有が十分でなく、活用できない。

3. 入退院支援に漏れがないか確認している。

3. フローの内容に合意できない部分がある。

↓
どのような点ですか？また、改良案があれば教えてください。

4. 新人職員、実習生等への教育、指導など。

5. 入退院支援の流れを利用者・家族と確認

6. その他

※活用しているが、部分的に使いづらい、改良点などご意見があればご記入ください。

4. 全体的または部分的に使いづらい。

↓
どのような点ですか？また、改良案があれば教えてください。

5. その他

次のページにお進みください。

Q3 推奨様式である「入院時情報提供書」(ガイドブックP7参照)を活用していますか？

1. 活用している



活用して感じたことを教えてください。(複数選択可)

- 1. 入院時、必要な情報を伝えられる。
- 2. 入院時、情報提供するまでの時間が短縮された。
- 3. 使用することで利用者の情報が整理しやすくなった。
- 4. 不足している情報等に気付けるようになった。
- 5. その他
※活用しているが、部分的に使いづらい、改良点などご意見があればご記入ください。

[]

2. 活用していない



活用していない理由を教えてください。(複数選択可)

- 1. 独自の様式を使用しているため。
- 2. 厚生労働省の推奨様式を使用しているため。
- 3. 使いづらい部分がある。

↓
使いづらい部分を具体的に教えてください。
(例: 自由記述欄が小さい、必要な項目が不足等)

[]

↓
上記の使いづらい部分が改善された場合、推奨様式を使用しますか。

- ①使用する ②検討する ③使用しない

4. その他

[]

Q4 推奨様式である「退院時情報提供書」(ガイドブックP8参照)を医療機関から受け取ったことがありますか？

1. 受け取ったことがある



退院時情報提供書について教えてください。(複数選択可)

- 1. 必要な情報を得ることができる。
- 2. 情報が見やすく情報収集が効果的にできている。
- 3. 記入漏れがある。
- 4. 実状と異なる情報が記載されている時がある。
- 5. 必要な項目が不足している。
- 6. その他

↓
どのような項目ですか？お気付きの点を下欄に記入ください。

[]



次のページにお進みください。

3. 医療機関との連携状況について

Q5 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教えてください。(複数選択可 ☑)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 医療機関へ情報提供しやすくなった。 | <input type="checkbox"/> 7. 退院後の状況報告をする機会が増えた。 |
| <input type="checkbox"/> 2. 医療機関へ情報提供する機会が増えた。 | <input type="checkbox"/> 8. 日常的に連絡等が取りやすくなった。 |
| <input type="checkbox"/> 3. 医療機関からの連絡が増えた。 | <input type="checkbox"/> 9. 特に変化を感じていない。 |
| <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"/> 10. その他 |
| <input type="checkbox"/> 5. 退院時カンファレンスへの参加機会が増えた。 | |
| <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。 | |

Q5-2 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ふこと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"/> 6. 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。 |
| <input type="checkbox"/> 2. 週末の入院の場合、3日以内の情報提供書の提出 | <input type="checkbox"/> 7. 日常的に連絡等が取りづらい。 |
| <input type="checkbox"/> 3. 医療機関内で情報の共有がうまく行っていないと感じる。 | <input type="checkbox"/> 8. 退院直前に支援を求められることが多い。 |
| <input type="checkbox"/> 4. 支援が必要だが、連絡なく退院するケースがある。 | <input type="checkbox"/> 9. 医療的知識に自信が持てないため連携に踏み出せない。 |
| <input type="checkbox"/> 5. 必要性を感じているが業務多忙で対応できない。 | <input type="checkbox"/> 10. その他 |

Q6 現在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(※1)へ入院(転院)したケースすべてについてケースごとの内訳をご記入ください。

※1 入院(転院)先が、協力医療機関以外の医療機関の場合もご記入ください。

※2 ただし、検査入院、短期間の入院などは、今回のアンケートでは記載いただかなくても結構です。

No	①入院していた医療機関名 (例: ○○病院、△△医院)	②種別 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転院	③入院(転院)連絡をしたのはどちらですか			④入院時の情報提供
			医療機関から電話	ケアマネから電話	お互いに連絡なし	「有り」で諫早市の推奨様式を使用した場合は☑にチェック
1		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転院	<input type="checkbox"/> 3日以内 <input type="checkbox"/> 4日以降	<input type="checkbox"/> 3日以内 <input type="checkbox"/> 4日以降	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3日以内 (<input type="checkbox"/> 推奨様式で提供) <input type="checkbox"/> 4日以降 (<input type="checkbox"/> 推奨様式で提供) <input type="checkbox"/> 不要
2		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転院	<input type="checkbox"/> 3日以内 <input type="checkbox"/> 4日以降	<input type="checkbox"/> 3日以内 <input type="checkbox"/> 4日以降	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3日以内 (<input type="checkbox"/> 推奨様式で提供) <input type="checkbox"/> 4日以降 (<input type="checkbox"/> 推奨様式で提供) <input type="checkbox"/> 不要
3		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転院	<input type="checkbox"/> 3日以内 <input type="checkbox"/> 4日以降	<input type="checkbox"/> 3日以内 <input type="checkbox"/> 4日以降	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3日以内 (<input type="checkbox"/> 推奨様式で提供) <input type="checkbox"/> 4日以降 (<input type="checkbox"/> 推奨様式で提供) <input type="checkbox"/> 不要
4		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転院	<input type="checkbox"/> 3日以内 <input type="checkbox"/> 4日以降	<input type="checkbox"/> 3日以内 <input type="checkbox"/> 4日以降	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3日以内 (<input type="checkbox"/> 推奨様式で提供) <input type="checkbox"/> 4日以降 (<input type="checkbox"/> 推奨様式で提供) <input type="checkbox"/> 不要
5		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転院	<input type="checkbox"/> 3日以内 <input type="checkbox"/> 4日以降	<input type="checkbox"/> 3日以内 <input type="checkbox"/> 4日以降	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3日以内 (<input type="checkbox"/> 推奨様式で提供) <input type="checkbox"/> 4日以降 (<input type="checkbox"/> 推奨様式で提供) <input type="checkbox"/> 不要
6		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転院	<input type="checkbox"/> 3日以内 <input type="checkbox"/> 4日以降	<input type="checkbox"/> 3日以内 <input type="checkbox"/> 4日以降	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3日以内 (<input type="checkbox"/> 推奨様式で提供) <input type="checkbox"/> 4日以降 (<input type="checkbox"/> 推奨様式で提供) <input type="checkbox"/> 不要

※表が足りない場合は追加印刷(コピー)してください。

次のページにお進みください。

Q6-2 現在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(※1)から退院したケースすべてについてケースごとの内訳をご記入ください。

※1 協力医療機関以外の医療機関から退院したケースもご記入ください。

※2 ただし、検査入院、短期間の入院などは、今回のアンケートでは記載いただかなくても結構です。

No	① 自宅等への 退院元医療機関名 (例:〇〇病院、△△医院)	② 医療機関からの 退院見込連絡 (一つ選択☑)	③ 退院時カンファレンスの開催 及びケアマネの参加 (一つ選択☑)		④ 退院時の情報提供について 「有り」で諫早市の推奨様式を 使用した場合は☑にチェック
			開催あり	開催なし	
1		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有り (<input type="checkbox"/> 推奨様式で提供) <input type="checkbox"/> 無し
2		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有り (<input type="checkbox"/> 推奨様式で提供) <input type="checkbox"/> 無し
3		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有り (<input type="checkbox"/> 推奨様式で提供) <input type="checkbox"/> 無し
4		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有り (<input type="checkbox"/> 推奨様式で提供) <input type="checkbox"/> 無し
5		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有り (<input type="checkbox"/> 推奨様式で提供) <input type="checkbox"/> 無し
5		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有り (<input type="checkbox"/> 推奨様式で提供) <input type="checkbox"/> 無し

※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 「諫早市入退院支援連携ガイドブック」への要望、ご意見などがあればお願いします。

Q8 「諫早市入退院支援連携ガイドブック検討会」で検討してほしいこと、期待していること、要望などがあればお願いします。

*アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

○記入後はFAX・郵送・Emailなどで**1月29日(金)**までにご提出ください。

○提出先・問い合わせ先: 諫早市高齢介護課 認定・包括ケア班 中島、中村
TEL: 0957-22-1500(内3258) FAX: 0957-22-0431
Email: korei@city.isahaya.nagasaki.jp

