

## 「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

## 1. 調査の目的

平成30年4月から運用を開始(令和3年12月改訂)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、ガイドブック記載内容の改善点や入退院時の連携状況を把握し、ガイドブックの改訂に資することを目的とする。

## 2. 調査の概要

項目	内容
調査実施期間	令和6年12月2日(月)～令和6年12月18日(水)
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 : 48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 : 7か所 介護保険施設 : 23か所 計: 110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【各医療機関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) 「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 (2) フロー・情報提供書の気づき、改善点等について (3) ACPIについて (4) 入退院時における医療機関とケアマネジャーの連携状況について

## 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	18	66.7%
病院	13	11	84.6%
診療所	14	7	50.0%

## ■ケアマネジャー・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	83	65	78.3%	116
居宅	48	42	87.5%	66
包括	5	5	100%	30
小規模	7	5	71.4%	5
施設等	23	13	56.5%	15

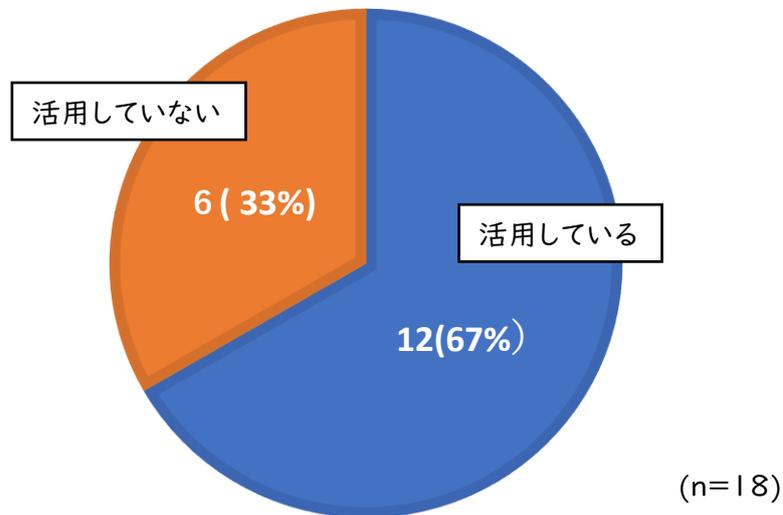
## 2. 調査結果

Q1.「入退院支援連携ガイドブック」に掲載している「入院時情報提供書」、「退院時情報提供書」を活用していますか

### 【医療機関】

医療機関の67%は「活用している」と回答。

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」が多かった。



### ■活用していない理由 ※複数選択可

独自の様式を使用している	4
	66.7%
その他	2
	33.3%

### ■その他理由

・2020年4月から全床休床中(診療所)

・情報提供書など(診療所)

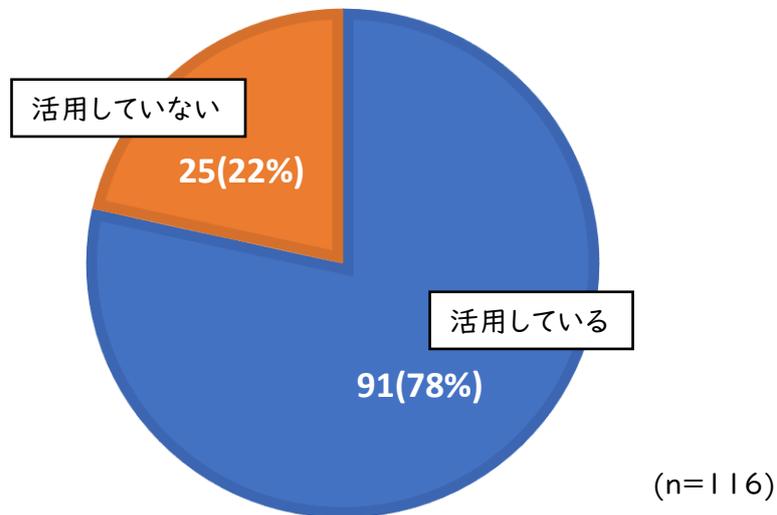
Q1.「入退院支援連携ガイドブック」に掲載している「入院時情報提供書」、「退院時情報提供書」を活用していますか

**【ケアマネ・相談員】**

ケアマネジャー・相談員等は78%が「活用している」と回答。

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」が多かった。

その他の理由としては「利用者基本情報」や「ケアプラン」を活用しているという意見があった。



■活用していない理由 ※複数選択可

独自の様式を使用している	18 62.1%
その他	11 37.9%

■その他理由

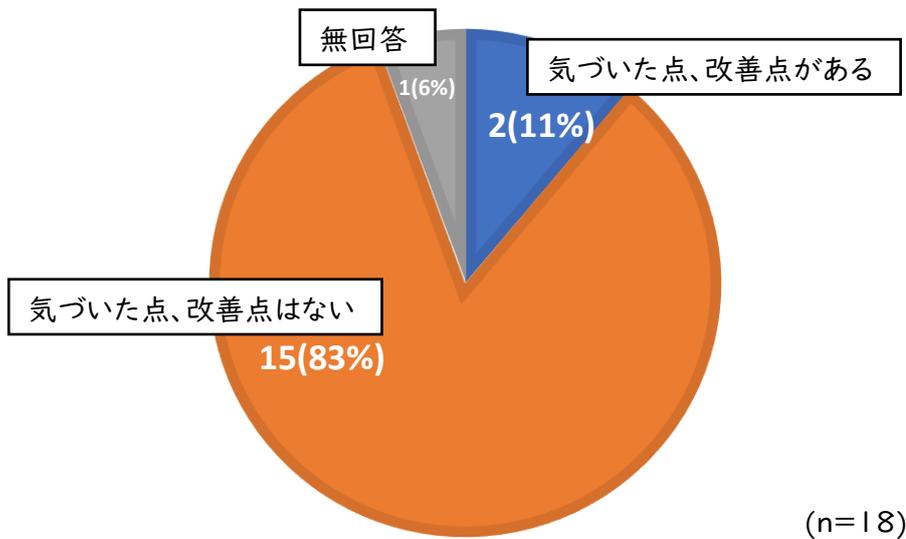
・利用者基本情報とケアプランを活用している。(包括6)
・知らなかった。活用機会がない。(包括)
・以前は使用していたが、現在は厚生労働省の「退所時情報提供書」を使用している。※入院時も算定可能。(特養)
・入退院の調整は、主にケアマネージャーがされている為。(介医)
・職場の方に聞いている(居宅)

Q2.入退院支援連携フローについて気づいた点、改善点はありますか

【医療機関】

医療機関の11%は「気づいた点、改善点がある」と回答。

気づいた点、改善点として「顔の見える関係作りが必要」「転院先へ情報が来ない」という点が挙げられた。



■気づいた点、改善点

・入院時情報提供書の持参は必須となっておらず、FAXや郵送による提供が多い。コロナ以降、時に顔の見える関係作りが乏しいように感じます。入院時情報提供書ではなく、基本情報のFAXをいただくこともあります。基本的な情報に加えてケアマネさんのアセスメントや今後の課題にどう対応予定なのかなど方向性も知りたい所です。当院としては、入院時情報提供書が活用しやすいです。(病院)

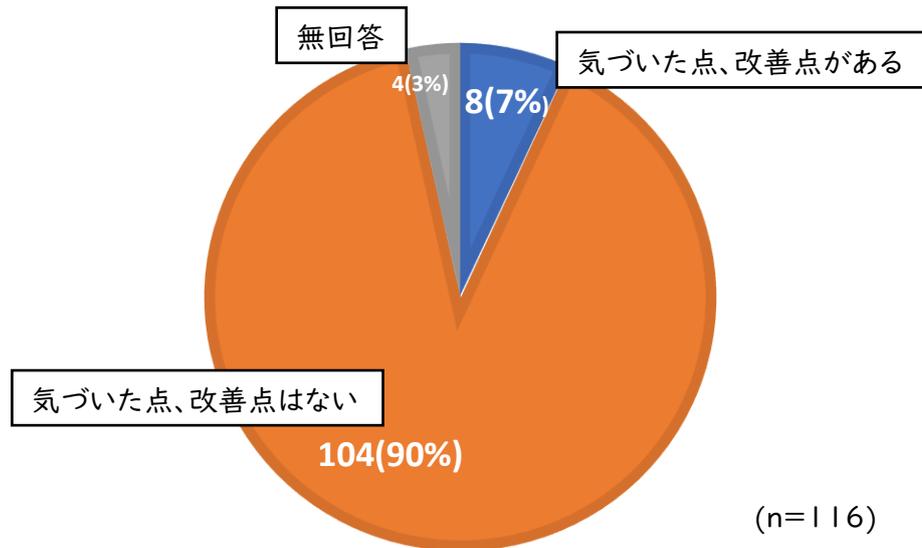
・入院後にケアマネより、「最初入院した医療機関へ情報提供しているんですが……」と言われることがあるのですが、転院した場合には次の医療機関には最初の医療機関からケアマネの情報が来ることはないので、同じ内容で構わないので、改めて情報をいただくと助かります。(病院)

Q2.入退院支援連携フローについて気づいた点、改善点がありますか

【ケアマネ・相談員】

ケアマネジャー・相談員の7%は「気づいた点、改善点がある」と回答。

気づいた点、改善点として「『3日以内の連絡する』を『入院当日又は翌日』に修正した方がいい」という点が挙げられた。



■気づいた点、改善点

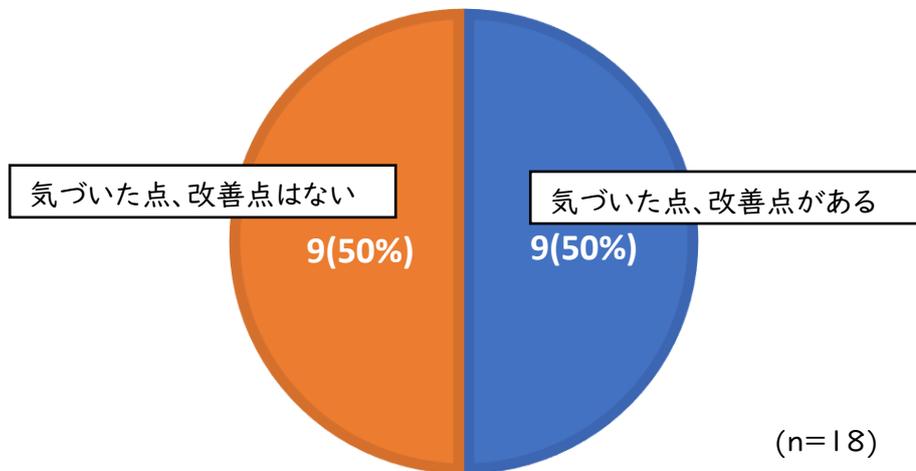
・「3日以内に連絡する」を、「入院当日又は翌日」に修正した方が良い(居宅2)
・連絡いただいた時作成。入院した際は、連絡ない場合が多い。また、不必要の可能性もあり、作成しない。(包括)
・2)のどちらか早いほうが、3日以内に連絡となっていますが、病院で徹底されているところとそうでないところがある。1)の段階で、ご本人や家族に説明していても連絡がない事もあるので、周知されると助かる。(居宅)
・入院前に病院から連絡が入ることもあり、対応が早いと感じることがあります。(包括)
・予定入院の場合(包括)
・フロー4)の転院された場合、転院先とケアマネの挨拶程度のやり取りは必要と思いますが、再度2)のやり取りは必要ないのではと感じております。情報提供書のやり取りは転院前後の病院間で行って欲しいです。転院前の経過などケアマネの方では詳しく分からない為、入院当初の情報しか提供出来ません。転院の場合は入院時連携加算の対象にもなりません。(居宅)

Q3. 入院時情報提供書について気づいた点、改善点はありますか

【医療機関】

医療機関の50%は「気づいた点、改善点がある」と回答。

気づいた点、改善点として「認知症・精神疾患についての記入欄を設ける」が最も多く、次いで「服薬管理についての記入欄を設ける」が多かった。



■気づいた点、改善点 ※複数選択可

口腔管理についての記入欄を設ける	2 11.8%
服薬管理についての記入欄を設ける	4 23.5%
認知症・精神疾患についての記入欄を設ける	5 29.4%
医療処置についての選択肢が少ない (インスリン自己注射実施など)	3 17.6%
その他	3 17.6%

■その他意見

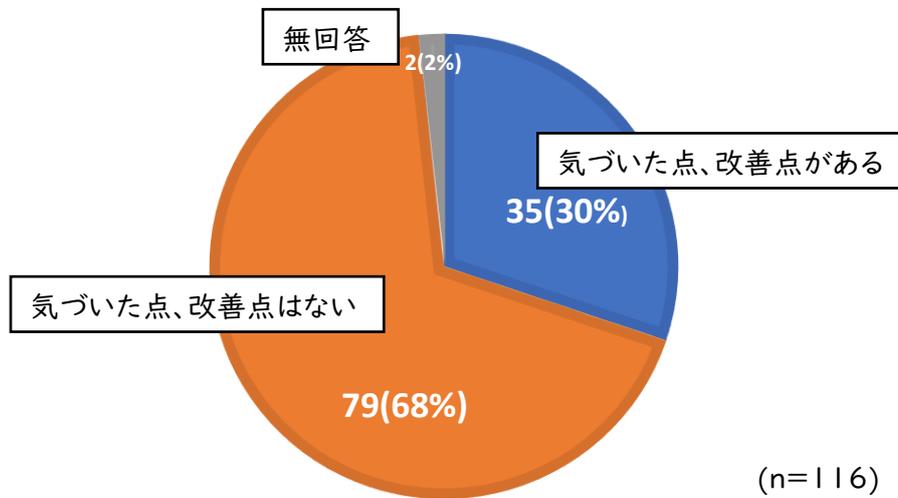
・移動方法について、屋内外それぞれの記入欄があるとありがたい。(病院)
・排泄について、日中・夜間それぞれの記入欄があるとありがたい。(病院)
・包括のケアマネから入院時情報提供書の書式で情報提供を受けたことはありません。包括では、この書式を利用して情報提供を行うことはないのか。(病院2)
・各項目の記述欄が小さい。(診療所)

Q3. 入院時情報提供書について気づいた点、改善点はありますか

【ケアマネ・相談員】

ケアマネジャー・相談員の30%は「気づいた点、改善点がある」と回答。

気づいた点、改善点として「認知症・精神疾患についての記入欄を設ける」が最も多く、次いで「服薬管理についての記入欄を設ける」が多かった。



■気づいた点、改善点 ※複数選択可

口腔管理についての記入欄を設ける	10 14.7%
服薬管理についての記入欄を設ける	12 17.6%
認知症・精神疾患についての記入欄を設ける	24 35.3%
医療処置についての選択肢が少ない (インスリン自己注射実施など)	6 8.8%
その他	16 23.5%

■その他意見

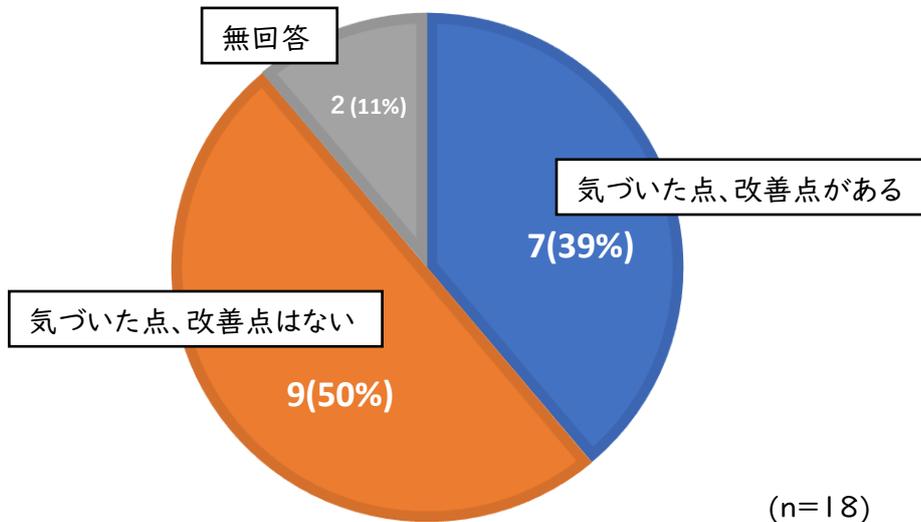
・特記に記載するので、問題ないと思っています。(居宅4)	・キーパーソンとの関係性(居宅)
・移動方法に「歩行器」「手引き歩行」を追加してもらいたい(居宅・小多機)	
・認知症の方の入院に際して、認知症疾患名(アルツハイマー型まで)選択方式を行い、現在の様子などを具体的に記入する箇所があればと思います。(居宅2)	
・入院前と退院後の服薬内容に変更があり、できれば退院時の薬説明が記入されていれば助かります。(居宅)	
・宛先の記入欄が欲しいです(居宅)	・家族構成の欄が入力しにくい(居宅2・小多機)
・様式が居宅用だと思いながら使用しています。施設用もあればいいと思います。(特養)	
・一部介助の内容記載ができるスペースがほしい。備考欄が足りない時がある。(居宅2)	
・生年月日を入力したら、年齢が自動反映するよう設定していただけたら助かります。(居宅)	
・記入日 報告日を独自に作りかえております レセプトの請求よりです(居宅)	
・心身の状況枠がもう少し広いと書きやすいと思います。(包括)	
・更衣欄の備考の□ □(□2箇所)の注釈がないので空欄にしています。コメントあった方がチェックしやすい。(居宅)	

Q4.退院時情報提供書について気づいた点、改善点はありますか

【医療機関】

医療機関の39%は「気づいた点、改善点がある」と回答。

気づいた点、改善点として「認知症・精神疾患についての記入欄を設ける」が最も多く、次いで「服薬管理についての記入欄を設ける」、「医療処置についての選択肢が少ない」が多かった。



■気づいた点、改善点 ※複数選択可

口腔管理についての記入欄を設ける	2 12.5%
服薬管理についての記入欄を設ける	3 18.6%
認知症・精神疾患についての記入欄を設ける	4 25.0%
医療処置についての選択肢が少ない (インスリン自己注射実施など)	3 18.6%
その他	4 25.0%

■その他意見

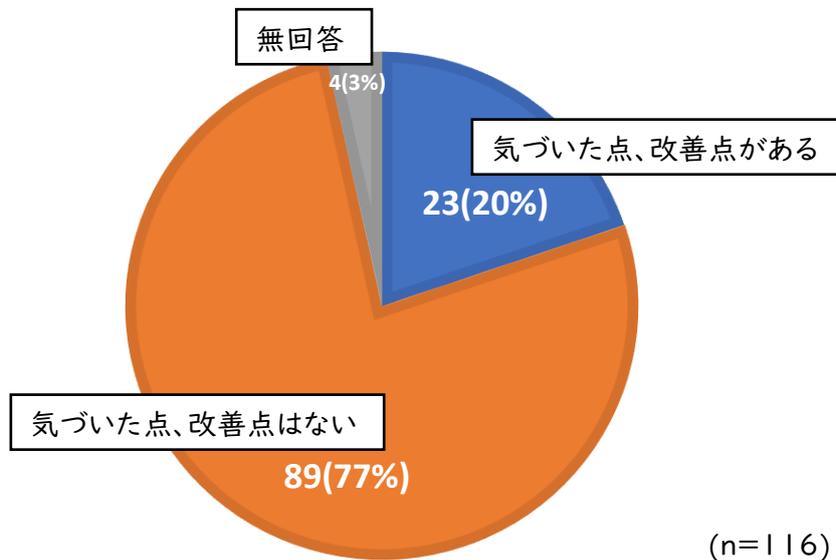
・入院時情報提供書と同様に介護認定に関するチェック項目があると助かる。(診療所)
・家族構成の欄があるといい。(病院)
・食事：お粥の選択肢、フリーの欄があるといい。(病院)
・いつもケアマネへの情報提供時はもちろん、医療機関への転院などの時にも看護サマリーとして活用させていただきます。(病院)
・特記事項の欄が狭い。(病院)
・各項目の記述欄が小さい。(診療所)

Q4.退院時情報提供書について、気づいた点、改善点はありますか

【ケアマネ・相談員】

ケアマネジャー・相談員の20%は「気づいた点、改善点がある」と回答。

気づいた点、改善点として「認知症・精神疾患についての記入欄を設ける」が最も多く、次いで「服薬管理についての記入欄を設ける」が多かった。



■気づいた点、改善点 ※複数選択可

口腔管理についての記入欄を設ける	6 12.5%
服薬管理についての記入欄を設ける	12 25.0%
認知症・精神疾患についての記入欄を設ける	13 27.1%
医療処置についての選択肢が少ない (インスリン自己注射実施など)	7 14.6%
その他	10 20.8%

■その他意見

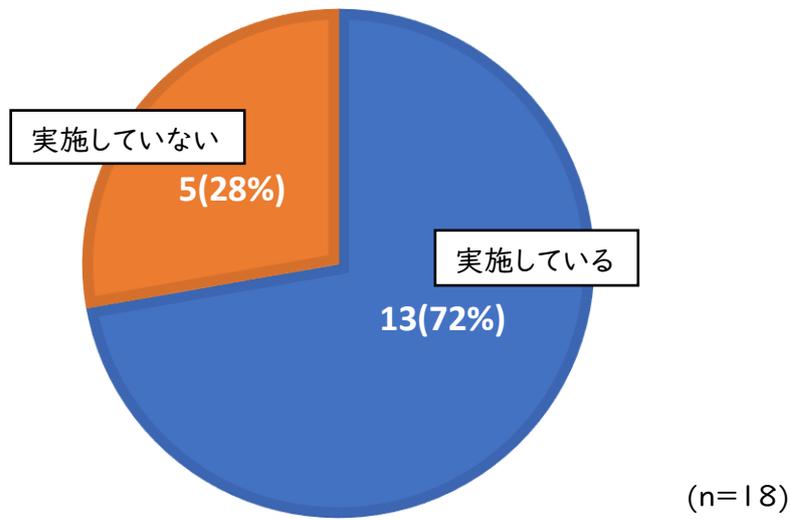
・リハビリ状況(居宅2)
・体重(心不全や糖尿病) (包括)
・入院中の様子、特記などがあれば、詳細な情報が欲しい。(居宅3)
・認知症周辺症状による特別な対応を知りたい。センサー使用や柵での拘束等入院時に実施した内容等。 (小多機)
・介護保険申請の有無。サービス利用についての希望の有無。(包括)
・簡単に記入されていて、状況が今一つ把握できない時もあります。(居宅)
・服薬管理というか、退院時の服薬内容の記載をお願いしたい。「退院時情報提供書」を早目に頂けると助かる。(居宅)
・退院後に注意する事など、もう少し詳しく記入してほしい。(小多機)
・諫早市の病院から頂いた記憶が、ほとんどありません。(紹介自体が少ないからかもしれません。)長崎市の病院からは病院独自の書類は頂いています。(居宅)

Q5.本人や家族に治療や看取りについての希望を把握するため、ACPを実施していますか

【医療機関】

医療機関の72%は「実施している」と回答。

実施していない理由として、「実施に向けて取り組んでいる段階」という意見があった。



■実施していない理由

・取り組みの段階(病院)

・当院では必要ない。(診療所)

・病状説明に加え意向確認など行うが多職種が集う形でACP会議としては行っていない。(病院)



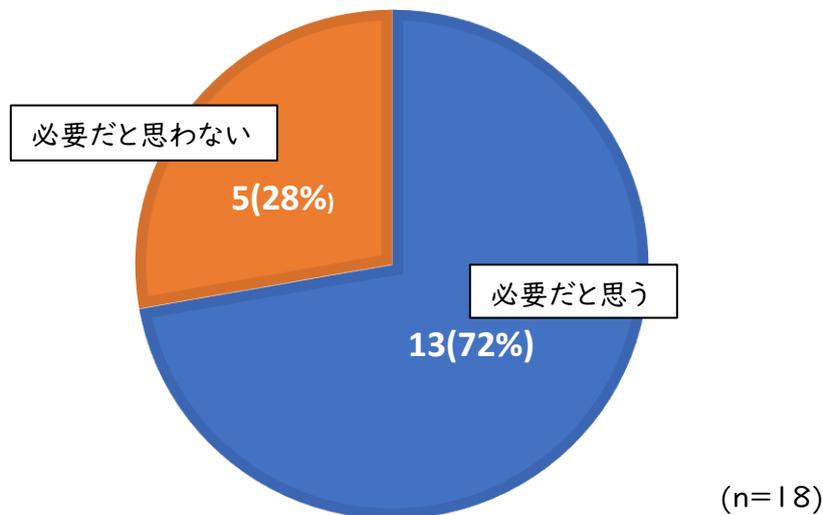
Q6.「入院時情報提供書」及び「退院時情報提供書」にACPに関する記入欄は必要だと思いますか

【医療機関】

医療機関の72%は「必要だと思う」と回答。

「本人や家族の意向を確認、共有できる」ので必要だと思うとの意見があった。

一方で、「入院後自院で最終確認する」ので必要だと思わないという意見もあった。



■必要だと思う理由

・情報共有しやすい。(病院)
・入院後の治療や看取りの方針を検討する際に参考になる。が、A4サイズ1枚に入りきらないかも…。(病院)
・どの時点でどこまで説明しているかを把握するため(病院)
・重要な情報だと考えるから(診療所)
・作成時での意向は共有しておく必要ありと考えるため(診療所)
・本人、家族がどのような考えを持っているのか共有できるため。共有した内容で適切なサービス・ケアが提供。(病院)
・介護施設での看取りについてなど施設で取り組まれているACPの情報は有用です。(病院)
・ACPIについて確認をするため、改めて本人・家族と話す時に参考になるから。(病院2)
・入院後もACPは必要となるため、入院前の時点のACPを知っておくことができるのは有用だから。(診療所)
・急変時の対応がスムーズになる。(診療所)
・意向確認は都度毎に確認が必要であり、また変化する可能性もあるため事前把握ができるのであればありがたい。(病院)

■必要だと思わない理由

・ACPIに関する記載となると、スペースの関係で記載内容が不十分になったり、本人や家族の考えがきちんと伝わらないのではないかと思います。「特記事項」欄などに、記載するといいいのではないのでしょうか？(病院)
・当院では必要ではない。(診療所)
・記載してあったとしても、必ず自院で最終確認をすることになると思われるため(病院)

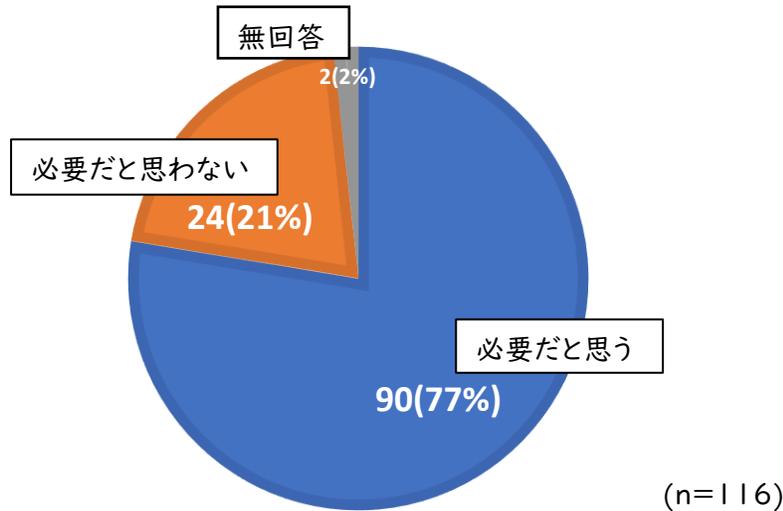
Q6.「入院時情報提供書」及び「退院時情報提供書」にACPに関する記入欄は必要だと思いますか

【ケアマネ・相談員】

ケアマネジャー・相談員の77%は「必要だと思う」と回答。

「本人や家族の意向を確認するきっかけになる」ので必要だと思うとの意見があった。

一方で、「意向は随時変わる」ので必要だと思わないという意見もあった。



■必要だと思う理由(ご意見多数のためP22~24に掲載)

・ご家族の意向をある程度把握できていれば、急変時の対応時に参考となる為(老健)
・本人、家族の思いを知ってほしい。また、入院したことで変化があったのかを知りたい。(特養)
・入院・退院が話し合えるきっかけになると思う。(包括) ・入退院で考える機会になると思います。(居宅)
・ACPに関する記載は、病院でも施設でも把握が必要だと思う。(特養)
・必ず聞き取れるとは限らないが、意向を聞けるタイミングがあれば記載してもいいと思う。しかし、意向も変わる場合があるので…その都度確認が必要と思う。(包括)
・どの程度の治療を望まれるのか(延命処置など)、記載は必要だと思います。(居宅)
・これから介護を受ける本人、家族も考え方をアップデートする必要があると思う。「縁起でもない」といわれる。(居宅)
・入院の原因にもよるが、本人や家族の意向確認を記載することも必要と思う。(居宅)
・状況に応じて記入できる欄があれば必要だと思う。(居宅)
・長く施設にいと、最後までどうしたいのか?等、なかなか考えられない家族が多い。入院時などの機会に、少しずつ考えてもらうのは良いかもしれない。(小多機)

■必要だと思わない理由(ご意見多数のためP22~24に掲載)

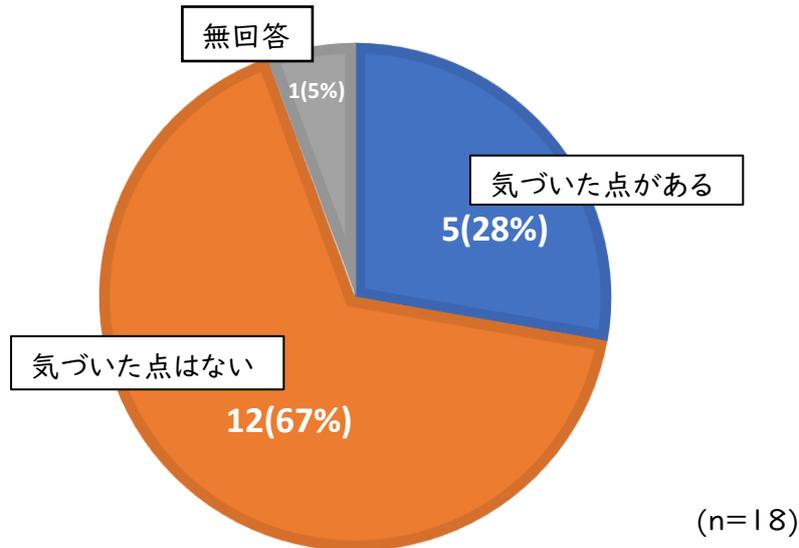
・希望があることなど極力入力しているので記入欄までは必要無いのかなと思います。(居宅)
・もし記載欄があっても、こちらの聞き取りがうまくできないと空白になると思われる為。(居宅)
・把握が難しい内容であり、ACPについての意向は随時変化するので(居宅)
・本人の意向はケアプランを添付することで共有が出来ると思われるため。(包括)
・ご家族等へACPの周知があまり出来ていないように感じられるから。(小規模)
・状況に応じ、必要情報だと判断できた際に記載すればよいと思う。(居宅)
・特記事項に記載すれば良いと思う。ACP欄を設け、記入しても最新の情報ではない。人は考えが変わるもの。(小多機)
・その時点の本人の意思を再確認できるならば、あった方がよいと思います。後で、その情報を扱う場合にも、その時点での意思であって、扱う時点での意思の再確認が必要であることを明記しておく方がよいと思います。(意思は変わることがある前提をしっかりと共有する。)(包括)

Q7.入退院時におけるケアマネジャーとの連携について気づいた点がありますか

【医療機関】

医療機関の28%は「気づいた点がある」と回答。

気づいた点として「入院前の様子を共有でき、退院支援に活かすことができる」という点が挙げられた。



■気づいた点

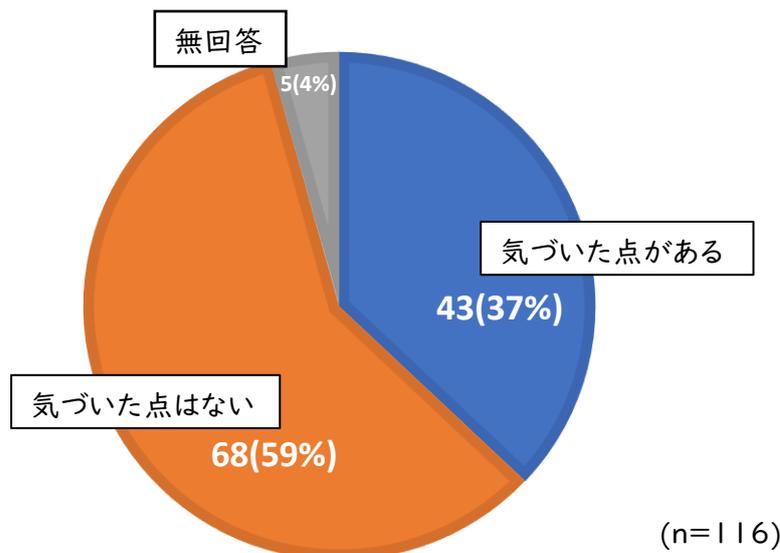
- |  |
|--|
| ・入院前の状態・家屋の状況を把握されており、退院調整の時に、自宅での生活に必要な動作等、詳しく助言をしていただけるので、入院中のリハビリも退院に向け、取り組むことが可能になる(病院)  |
| ・入院時に付き添う家族にもよるが、担当ケアマネが分からないことがまだまだある。お薬手帳など普段使用するものへ記載する等、工夫ができないでしょうか。(病院)  |
| ・ケアマネとは顔の見える連携を行いたいと思っています。こちらが出向くことができないのが心苦しいのですが、電話での連携ではなく、ぜひ当院へおいていただきたいです(病院)  |
| ・検査入院など情報書のやり取りは必要なさそうなケースでも書類がFAXされてくることもある。(事前連絡等なく) 当院では「入院時情報提供書が来ている場合は、退院時情報提供書を出す」としているため、1泊予定の検査入院で記載することがない、負担になると病棟看護師の意見あり。(病院) |
| ・自宅での様子が問題点を共有できることで、退院支援に活かすことができます(病院)   |

Q7.入退院時における医療機関との連携について気づいた点がありますか

【ケアマネ・相談員】

ケアマネジャー・相談員の37%は「気づいた点がある」と回答。

気づいた点として「情報提供窓口に迷う」、「医療機関によって対応が様々」という点が挙げられた。



■気づいた点(ご意見多数のためP25に掲載)

- ・ガイドブックができて、以前よりも連携を取りやすくなったと感じる。お互いに通常化してきていると感じる。(居宅・小多機2)
- ・医療連携室や相談員がいる病院へ、連携が取りやすいです。医院への入院で、誰と情報のやり取りをしたらいいかかわからない時がある。担当看護師さんとの連携が難しく感じる。(居宅2・包括2)
- ・病院によっては、入院時情報提供の依頼はあるが、退院時は電話の連絡のみである(居宅2)
- ・利用者の状態によって退院前カンファレンスがある時とない時があり、行われな時は状態の把握が難しい時がある。(居宅)
- ・状態が大きく変わったり、看取りの状態で退院される時は情報提供書や電話でのやり取りだけでなく、しっかり退院前カンファレンスを行ってもらえると、その後より密に支援していけると思ったことがある。(居宅)
- ・医療連携室との連携時に病棟より書類(情報)提供依頼があるので、どちらと連携とれば良い?と、戸惑う時があります。(居宅2)
- ・医療機関によって対応が様々で、情報提供を行っても全く連絡をくれない病院もあり情報提供が活かされていない気がする時もある(居宅2)
- ・入院時には家族にCMの確認や情報依頼はあるが、入院中の経過の連絡などはあまりなく、急に「状態が良いのでいつでも退院できます。」と連絡が来て調整が大変だった事があったのでもう少し情報提供をして欲しい。(小多機・包括)
- ・共通のフォーマットを使用することで、必要な情報が共有されやすいので良いと思う。病院によっては個人情報観点から、病院からの情報提供がされない場合がある。(病院から連絡があるまで または、退院間近にならないと病院と直接連携が図れない。)(特養・居宅)
- ・連携がうまくできる病院とそうでない病院との差がある。急性期や回復期の違いでもなく、病院によって、入院先へ情報提供した内容が、転院先には申し送られないとの事だが、多少なりとも入院前の状況について、病院から転院先に伝えて頂ければ、転院先とももう少し連携がしやすくなるを感じる。(居宅)
- ・退院する時点で、サービス利用の必要性が高い患者さんについては、医療機関側から包括の介入やケアマネジャーとの連携につなげてほしい。(包括)
- ・退院情報提供が郵送、手渡しのケースが多い(居宅)

Q8.「諫早市入退院支援連携ガイドブック」への要望、意見などありますか

**【医療機関】**

・担当ケアマネがいる場合の多くは、入院時に同様式で情報をいただいています。本人・家族の情報ではわかりづらいことがあるため、担当の方やサービス内容がすぐわかったり、ケアマネ目線での本人を取り巻く状況もすぐにわかるので、退院調整に大変役立っています。(病院)

・個人情報取り扱いについて、患者・家族に同意をとってから連携開始となると、即時連携が難しいです。当院としても、対策について検討は行いますが、入院前から担当者会議等で事前に同意を得てもらう対応は可能でしょうか。(病院)

・情報共有のベースとして ということ、何から何まで盛り込まないといけないということではないのかと。実際に、ケアマネと直接話し、いろいろと情報交換ができています。ケアマネ・介護度不明のケースはまだまだ多く、ケアマネから連絡をいただくと助かっている。(病院)

Q8.「諫早市入退院支援連携ガイドブック」への要望、意見などありますか

【ケアマネ・相談員】

・この書類があり、とても助かっています。(居宅)

・書式がある為連携は取りやすいです。(包括)

・入院時情報提供書については、毎回活用させていただいています。(居宅)

・現行でO.K。(居宅)

・既存の情報書で対応してほしい。毎回手間。(基本情報orケアプラン) (包括)

・系列に施設があるのですが、施設まで浸透をしていない様子がある。(居宅)

・医療機関が事業所の一覧を新しい情報に書き替えてほしい。(居宅)

・病院の中で往診が可能な病院がどこなのか分かれば助かります。(居宅)

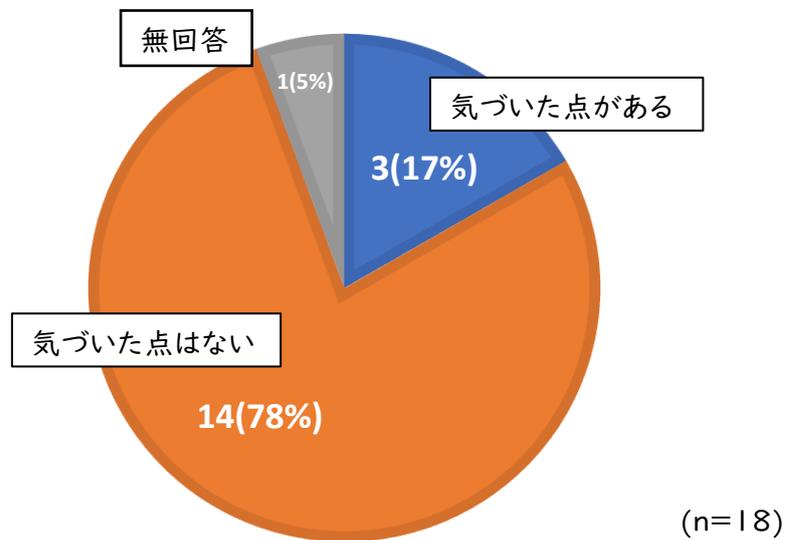
・ガイドブックの定期的な更新を希望します。(小多機)

Q9.入退院時における他職種（ケアマネジャー以外）との連携について気づいた点がありますか

【医療機関】

医療機関の17%は「気づいた点がある」と回答。

気づいた点として「かけはしいさはやのホームページにある高齢者施設の一覧が役立っている」という点が挙げられた。



■気づいた点

・かけはしいさはやのホームページにある高齢者施設の一覧は知りたい情報が記載されている。情報確認してから、施設の方へ連絡できるので、とても良いと思う。(病院)

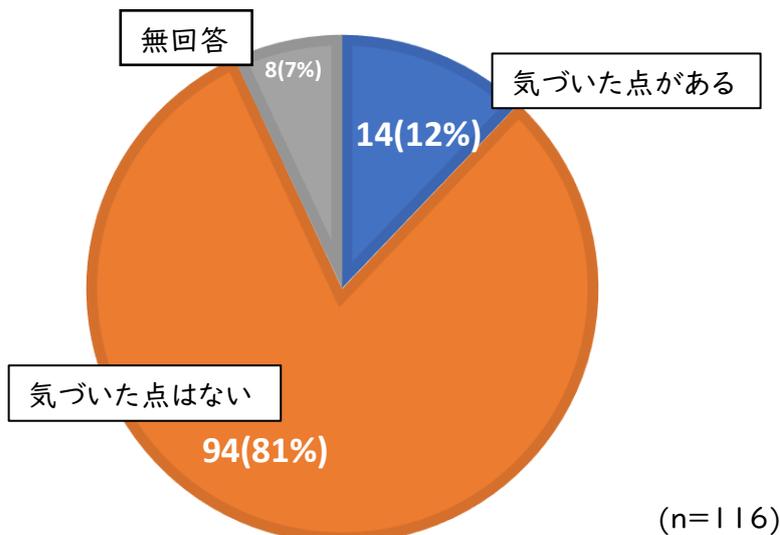
・入院時に障害者分野からも同様式のようなツールがあるとよい。(病院)

Q9.入退院時における医療機関以外の他職種との連携について気づいた点がありますか

【ケアマネ・相談員】

ケアマネジャー・相談員の12%は「気づいた点がある」と回答。

気づいた点として「退院時に入院中のリハビリ状況を知りたい」という点が挙がった。



■気づいた点

- ・退院後にリハビリを継続したいと考える時に、入院中のリハビリの状況がわかると、リハビリ職へつなぎやすいです。(居宅)
- ・入院中に福祉用具を使った種類や使い方、認知機能の低下で指示が通ったかなどリハビリ職のコメントが欲しいときがある。(包括)
- ・入院中は、リハビリを実施することが多いと思うので、リハビリ状況について知りたい時がある。(居宅)
- ・リハビリをしている場合、退院後、リハビリに繋げる為にリハビリサマリーが欲しい。栄養士からのアレルギーの情報も欲しい。(居宅)
- ・退院の日程を事前に知らせてほしい(包括)
- ・通所型サービス事業所によって利用者のご家族から入院したと事業所に連絡が入っても、ケアマネへの連絡を数日後、もしくは毎月の利用報告で事業所より知らせが入ることがある。(包括)
- ・情報提供書のフォームが決まっており、退院後サービス再開までの情報共有がしやすくなった(居宅)
- ・感染対策で、未だ病院での面談が簡単にはできないので、退院前に各関係機関との連携がしにくいと感じることがある。(居宅)
- ・家族だけでなく、各サービス利用中に体調不良や怪我など気づくことも多いので、情報共有は本人に携わる人すべてにおいて必要だと思う。(居宅)
- ・必要な支援機関同士の共通理解が大切だと思います。(居宅)
- ・医療機関によっては「個人情報だから、家族に聞いて下さい。」と、情報提供が全くできないケースがある。(居宅)
- ・退院時に利用者の状態を把握してから福祉用具等用意したいが、コロナ以降、それが叶わないことが多い。(居宅)
- ・サービス事業所に入院の連絡が必要。特に福祉用具は国保連合会が日時を厳しく管理しており正確に伝えることが重要(居宅)
- ・入院した時の情報なので、入院するまでの生活状況、様子など記入はできるので、今のままでいいと思います。一つの連携ツールなので、ここから深めていければいいと思います。(居宅)

Q10.医療・介護の連携にあたり、市で検討してほしいこと、期待していること、要望などありますか

### 【医療機関】

- ・情報提供書の活用や受け取った側が「こういう情報の記載がなくて困った」等、他の医療機関や事業所での話や活用、工夫についてもお聞きできる機会があればと思います。(病院)
- ・今回のようなガイドブックの見直しの機会があると、自分達も再確認や新たな情報を知ることできるので、良いと思う。(病院)
- ・身寄りがいない方や虐待への対応、包括支援センターやケアマネへの過度な負担を解消するための仕組みづくり(病院)
- ・身寄りなしの高齢者に対する関わりについて一入院し、退院支援を行うにあたり、経済面(金銭管理支援者がいない)(病院)
- ・本人のパーソナリティ、認知症などの理由で難渋するケースが増加しています。そのような患者様は、転院や施設入所もスムーズにいかないことが非常に多いです。治療が終了したら、包括と同様、行政の方にも速やかな介入・協力をお願いしたいです。当院も含め、地域で包括的な関わりを強化、推進したいと考えています。(病院)
- ・意思疎通困難であり身寄りがいない方に対する検討(成年後見人:積極的な市長申し立て等)(病院)
- ・施設の空室状況が一覧で分かるサイトがあれば非常に助かると思います。(他県で実施されているところがあるようです)以前、グループホーム協議会のフェイスブックがありましたが、稼働されなくなっています。かけはしいさはやの施設一覧は活用させてもらっています。(病院)
- ・介護職の担い手不足問題(病院)

### 【ケアマネ・相談員】

- ・病院によっては、本来CMが情報発信をすべき事も、医療系に先に連絡している事がある。(居宅)
- ・相談員やSWがいない医療機関で担当スタッフの方が介護保険サービスの事をあまり良く理解されていなかった事があったので、研修会等をして欲しいです。(小多機)
- ・Q7-1に記載した事を踏まえて、データ連携等のシステム構築も必要になってくるのではないかと(居宅)
- ・医療機関の代行申請について(包括)
- ・栄養士、言語聴覚士など専門職の方に相談したい事があった場合に助言が欲しい事がある。(居宅)
- ・各医療機関ごとにケアマネが主治医と面談がしやすい時間帯、いわゆるケアマネタイムを設定してもらいたいです。(包括)
- ・病院先で要る、要らないがある。(包括)
- ・退院後の利用先受け入れ先拡大(居宅)
- ・退院前カンファレンス等、サービス事業所に参加して欲しい。(居宅)
- ・入退院時とは関係ありませんが、医療系サービスを利用する際の医師への確認について諫早市で統一した書式を作って頂けると助かります。(居宅)
- ・定期的に顔を合わせて問題点について話す機会を作って欲しい(包括)
- ・入院時に情報シートを使用し情報を渡しているが、事業所で作っている情報を打ち替えるのが非常に面倒臭い。内容が明記されていればわざわざ作り替える必要はないのではないかと。(居宅)
- ・入退院情報提供書がせっかくあるので、医療機関側もきちんと活用して頂けるように助言などをお願いしたいです。(居宅)
- ・平時医療連携におけるシートを作成してほしい。(居宅)
- ・主治医との連携がもう少しスムーズにいくようになってほしい。(居宅)
- ・診療所の入院に際しては、入退院情報について知らない方もいるので、再度説明してほしい。(居宅)
- ・引き続き医療機関へ連携して行ってほしいと伝えてほしい。(包括)
- ・医療・介護が双方ともに理解が深まり、良い連携ができるよう、今後ともよろしく願いいたします。(特養)

Q11. 今回のアンケート調査について気づいた点などありますか

### 【医療機関】

・退院時情報提供書が今後活用できそうなので、連携に積極的に使用していきたい。(病院)

### 【ケアマネ・相談員】

・情報発信については、保険者なのか病院側の取り決めなのか不明であるが、入院時情報を求める事があっても、退院時は電話一本のみの病院もあり、統一をして頂きたい。(居宅)

・医療機関で連携に差がある。ある医療機関は丁寧な連携を行っている。入院時の確認も早急にあり、家族から連絡がない場合も把握ができる。(居宅)

・県外の病院へもこの様式を使用させて頂きました。(小多機)

・書類があり、とても助かってます。(居宅)

・入退院時の情報提供書は、日頃から活用させて頂いてます。日常的な作業に追われ、色々深く考える時間が持ててないです。今後、気づいた点がありましたら、随時「かけはしいさはや」に相談、お尋ねをしたいと思えます。(居宅)

・令和6年の改正で、情報提供を更に迅速にできるに心がけていますが、定型のフォームがあるので、時間短縮につながっていると感じます。(居宅)

・簡素化、合理化していかないとケアマネ不足は解消しないと思う。今ある書類で対応してほしい。(包括)

・いつもご親切にありがとうございます。(居宅)

・このように、施設からの声を聞いてもらいありがたく思っています。施設から病院への要望はいえない…という事が多くありますので。(小多機)

・匿名ではないアンケートの場合、当たり障りのない意見のみになると思います。(包括)

・Google foamでのアンケートは回答しやすかったです。(介医)

## 意見まとめ

Q6.「入院時情報提供書」及び「退院時情報提供書」にACPに関する記入欄は必要だと思いますか

### 【ケアマネ・相談員】

#### ■必要だと思う理由

・本人の意向がとても大切になるので(特養)
・本人・家族の意思確認が出来る為(居宅)
・入院時に必要との事で、質問しやすい。また、退院時情報提供書に記載があると、その時のACPがわかるため。(居宅)
・連携がとれるためです。(居宅)
・共通認識をするため(包括)
・どのような意向なのか把握するため(特養)
・前もって、人生の最後を考えることは重要だと思う。(包括)
・今後の方針がわかり共有して支援できる(包括)
・その後のことを踏まえて情報があつたら助かります(特養)
・ケアの方向確認のため(居宅)
・本人の意向尊重の為(特養)
・病院もほぼ確実に最期の対応について確認されるが、介護の現場、在宅生活上においても意思確認、意思表示されていることを知って欲しい。(居宅)
・ACPに関する情報を共有できる為。(介医)
・入院時にACPについて必要性があるとの意見があれば、本人、家族に話をしやすい。(居宅)
・治療等の参考になると思う。(居宅)
・本人の思いを情報共有できるので記入欄があってもいいと思います(介医)
・自身の意志表示は必要。意志表示ができなくなった場合に支援者(家族)がその意志に支えられることがある。(包括)
・意思決定ができ十分な聞きとりができていた場合の情報は参考になると思う。しかし思いや考えに変化があったときを見逃してしまう不安はある。(包括)
・せっかくの会議を設けたから。(居宅)
・本人の意向が共有できる(居宅)
・治療をどこまで望むか共有したい(包括)
・記載していれば尋ねるタイミングがある(包括)
・入院時、在宅生活時の確認のため。(居宅)
・ケアの方向性がわかりやすい。御希望に添いやすい(特養)
・本人と思いを汲み取って治療を進めることができるから。(包括)
・医療介護の連携にもかかわるので(包括)
・病院からの記載があればその後の話し合いがしやすくなると思う。(居宅)
・それを元に話を勧められると思うため。(居宅)
・関連のある内容と思われるため。(包括)
・ACPの機会を設けている、必要などあれば、把握し支援に向けて一緒に動ける。(包括)
・記載があれば、方向性が明確と思う。(包括)
・記載欄があれば、ACPに取り組みやすくなる可能性があると考えられる。(包括)
・情報共有すべき内容なので。(特養)

・本人の意向を知りたいから。(居宅)
・入院中に治療方針が決まった場合に内容を知りたい(居宅)
・必ず会議で共有できるとは限らないので、把握している意向の情報共有は必要だと思う。(包括)
・事前の備えのイメージ共有が重要だと考えるため。(包括)
・ケアを行う上で意識付けができるから。(居宅)
・最期について、事前に知っておく必要があるため。(包括)
・聞き取り辛いからです。(居宅)
・ご本人・ご家族の今後の意向がわかっていると、次の支援・提案がやりやすくなる。(小多機)
・事前に意向がわかっているれば、連携の上でもスムーズかと思います。(居宅)
・CMからは、本人・家族に聞きづらい所なので、医療関係者より聞きとってもらい、退院時情報提供書に記載頂くと良いと思います。(居宅)
・今後の意向を踏まえた支援が必要。(居宅)
・退院時に医療機関で確認してもらえたら、話のきっかけになると思う。(居宅)
・高齢の方の入院、手術に関して予期出来ない事がありえるから。(居宅)
・認知症の方を高齢者が介護する事が困難な場合、在宅で看取りが出来るか?判断に困る。(居宅)
・病院側からすると、入院時の参考になると思う。(聞き取りが難しい。)(居宅)
・高齢者の入院では、急変などがおきやすい。その時の医療機関での対応を迅速に行うためにも必要と考えます。選択肢でチェックする程度。(居宅)
・病状や日常生活を踏まえると 一緒に考えていけないといけない。(包括)
・退院のタイミングがACPが話しやすいと思います。(居宅)
・退院時情報提供書に記載があると、今後の話を検討できる。(居宅)
・ケースバイケースとは思いますが、今後の支援の参考としたい。(居宅)
・書ける範囲で書くが、医療機関でも必ず取り直して欲しい(包括)
・最期の過ごし方、過ごしたい場所など、方向性が示され共有する事で支援しやすいと思うため。(特養)
・入所前に状況が把握できると、今後につなげやすいため。(老健)
・入所時にDNARをとらせてもらっている。本人・家族の意向を先に聞いておいて方が状態変化時は、相談しやすい。(老健)
・終末期で退院される時は、特に必要だと思います。(居宅)
・末期の方は今後、家族や本人の希望があると思うし、今後医療がひっ迫する事も考えられるので、家族でどうするか考えても良いと思われる。(居宅)
・病状などによります。(居宅)
・必要であれば、記入する。(居宅)
・高齢で90歳以上は特に確認しておいた方が良い。家族によっては心臓マッサージ等希望、急な死亡時に死後CTを希望され、訴訟に持ち込まれる場合もある。命の価値観のすり合わせがある。サ高住や施設入所等も確認した方が良いと思われる。(居宅)
・入院という一つのきっかけで意識してもらおうのもいいと思う。(包括)
・情報共有の為(居宅)
・ACPを行うきっかけになりそうだと思うため。(居宅)
・急変時や急な入院時には、家族の理解不足や気持ちの動転が見られるため。(居宅)
・説明の有無や病状理解、受け取り方など、把握したい。(居宅)
・病院で説明を受けていると、退院後関わりやすくなると感じている。(居宅)

・その人によるとは思います。まずはACPIについてのしっかりとした説明と同意が必要かと思います。 (居宅)
・ご本人のご意向を伝えることができる。(居宅)
・それぞれの立場で確認する方がよい。1回聞いて、それがそのまま継続されると家族・本人の意向が変化した時に気付けない。(居宅)
・ACP 直前だと冷静な判断ができないから。(居宅)
・対象者に退院時情報があればスムーズに話が進むと思う。(居宅)
・高齢の方は最期をどこで迎えたいか?家族にもどうしたいか?お尋ねするようにしています。又、どこまでの延命処置を望んでいるのかも聞いています。記載が必要か迷う所もあります。(居宅)
・退院後のサービス調整や転院先など事前に家族、本人の考えを伝えておく事で、よりスムーズな連携が出来ると思う。家族も上手く伝えられない場合もある。(居宅)
・入院時情報提供書は、緊急時に確認できるよう必要最低限の情報でいいと思う。(居宅)
・記入があれば、今後の援助がしやすくなるのではないか。(居宅)

■必要だと思わない理由

・業務作業が増えるため。(包括)
・希望を確認する良い機会になると思うが、対象者が限られるのではないか。(包括)
・対象の有無がある。要支援・要介護。(包括)
・その時々で考え、思いが変化するため。(包括)
・特記事項に記載しているため(居宅)
・入院時に医療機関が確認するから。事前に確認できている場合は、備考欄に書けばよい。(居宅)
・大まかな話し合いは行えているものの、記載するほどの細かな話し合いは行えていない方も多いため。 (小多機)
・特記事項に記入している。(居宅)
・話し合いを持って確認していくことだと思うので。関係者も一緒に考えていく機会を作ってもらいたい。 (居宅)
・事前に確認されたものが、入院時にも変わってないと言い切れないから。記入欄をつけるなら、ACPを実施した時の状況(場所)や年月日も記載すべきと思います。(居宅)
・必要であればチェックのみ。(居宅)
・小さな欄には収まらない。本人、家族の思いも詳しく伝えたい。(居宅)
・情報量が多すぎる、個別で聞き取りする(包括)

Q7.入退院時における医療機関との連携について気づいた点がありますか

【ケアマネ・相談員】

■気づいた点

・連携室以外の部署から情報提供が求められたとき(包括)
・退院時の家屋調査があれば有り難いです(居宅)
・病院で対応が様々(包括)
・医療連携室のない病院だと退院時情報提供書を貰えず、退院の報告や口頭での報告になる。(居宅)
・介護サービスの調整に必要な情報をもらえない時がある(包括)
・必要としている医療機関と、特に必要と感じていない医療機関があるので。(居宅)
・病院からの退院時情報の内容がうすいと感じる事があった。(居宅)
・情報があれば連絡も取りやすい(包括)
・病棟NSより連絡あるが、不規則勤務もあり連携取れない。(包括)
・提供書記載以外に家族関係等の情報が事細かに伝えられる(電話)(居宅)
・Q2.同様 退院が'急'です。(居宅)
・病院にSWがおられない所もあり、病棟に尋ねたりするが話の内容が通じていないこともある。相談員を一人おいてほしい。(居宅)
・面会に行けないため、入院生活がわからない。施設で継続してケアを行っていくにあたり、戸惑う事が多い。多忙とは思いますが、より詳しく説明や指導をいただけるとありがたい。又、退院日が突然、決まったりして困る事がある。もう少し密に連絡がほしい。(小多機)
・個人情報なので、提供する方法が難しい、FAXでいいものなのか?郵送であれば、今、時間が掛かることがある。直ぐ欲しいと言われる医療期間に対しては持参することもある。名前、住所などを消してFAXすることもあり。(居宅)
・入院してすぐは連携室の方も把握が難しく3日以内(加算で)としていますが、情報を渡すだけになっている様にも思います。日がたてば、本人様の病状や詳しいことも聞くことができます。(居宅)
・ある医療機関は施設、通所等いくつもあり、入退院で関わるがソーシャルワーカーが居ない為、看護師とのやり取りになるが言葉がきつく、電話での連携が取りづらい。(居宅)
・退院の時期やその後について、時々、連携室からの情報と家族の意向との相違がある場合が見受けられる。急性期病院から早期の退院となり、家族はまだ他の医療機関等での入院、療養を希望されており、施設側も状態が安定していない入居者に不安がある状態で受け入れた所、結果、すぐに再入院(繰り返し)となったケースもある。家族への説明や意向を確認しないまま、施設側と退院調整を行い、家族は何も聞かされていないと困惑されることもある。気持ちはわからなくもないですが、施設側としては在宅復帰の加算重視なのかなと思ってしまうこともしばしばあります。医療機関によっては、連携室の方であっても介護サービスの事を理解いただけていない、感覚が違うなど感じることもあります。ちなみに、私は元医療職ですが…。(特養)
・退院情報もサマリーも出してもらえない医療機関もある。(居宅)
・連携が良くない医療機関がある。緊急入院時、医療連携室にFAX送信しても17時で終了。緊急搬送された救急外来では同一院内なのに情報がみれないので再送付を強いられた。20時事業所に自宅から戻り再送信。平日、日中も入院時情報提供書を送付し、到着確認しても担当がだれかわからないと言われる。退院時に連絡がないことも多い。予約入院に関しても情報提供を入院日の9時~12時に送付を強いられる。前日に送付を申し出てもやめてくださいと言われる。退院時の連携も在宅側(ケアマネ・訪問看護)を日時指定で来院カンファレンスを指定しておきながら、担当者が別の予定とダブルブッキングしており主治医の説明もなく家族を呼んでいるかもわからな事例が5件連続している。(居宅)