

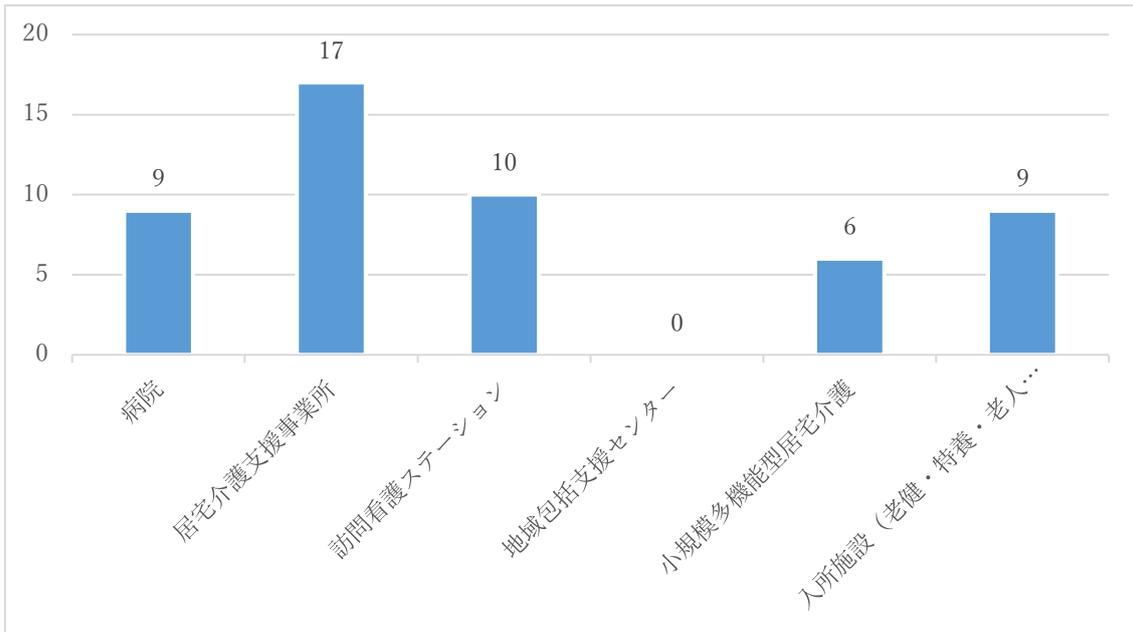
【資料 7】

令和 6 年度三郷市入退院支援ルールアンケート集計

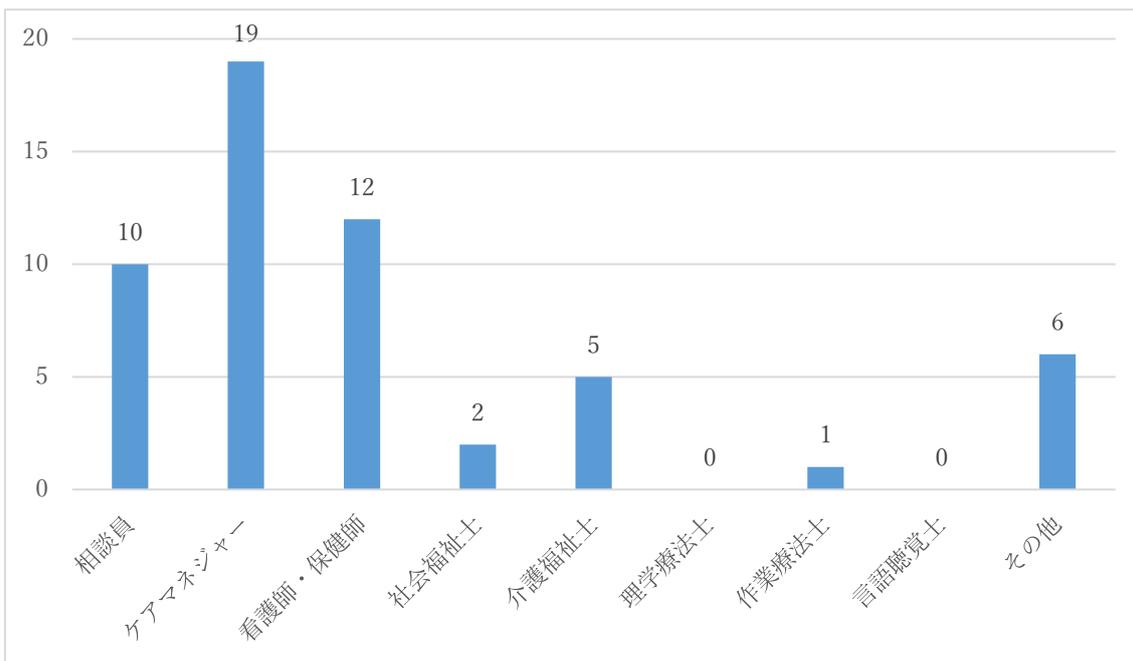
アンケート配付先：医療機関 5、訪問看護 18、包括 6、居宅介護支援事業所 28、入所系 29（合計 86 か所）

回答者数：49名（複数回答項目もあるため、必ずしも回答数と一致しません。）

1) 貴院（所）の事業は何ですか？

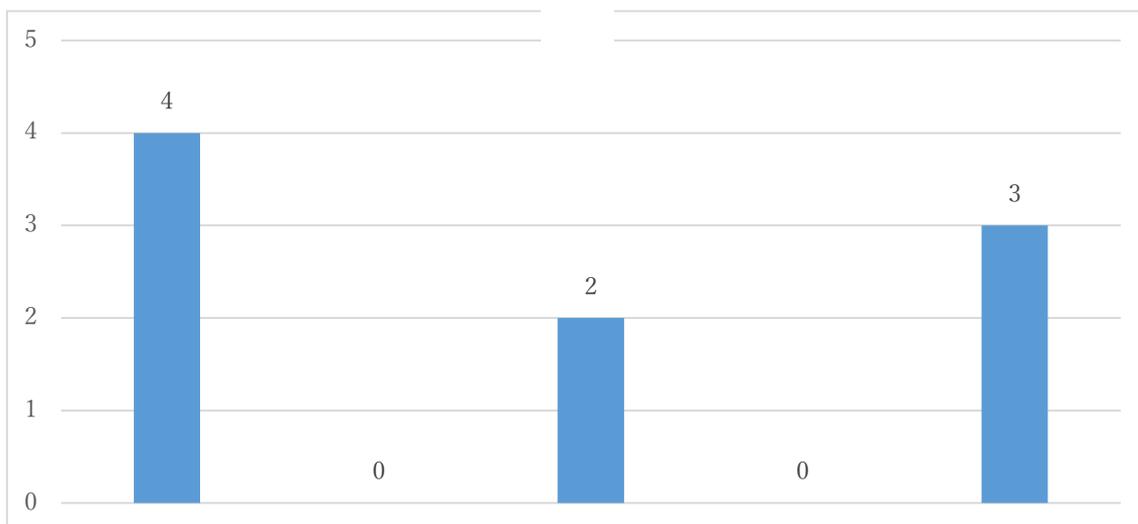


2) 回答者の職業は何ですか？



※（その他）の内訳・・・社内統括マネージャー1名、施設長1名、管理者4名

3) 病院の入退院支援に関わる方にお聞きします。入退院時の連携について、困った事がありますか？（複数回答可）



要介護の患者であっても健康状態によって担当がつかない事があり、対応できない場合がある

提供された情報が古いと

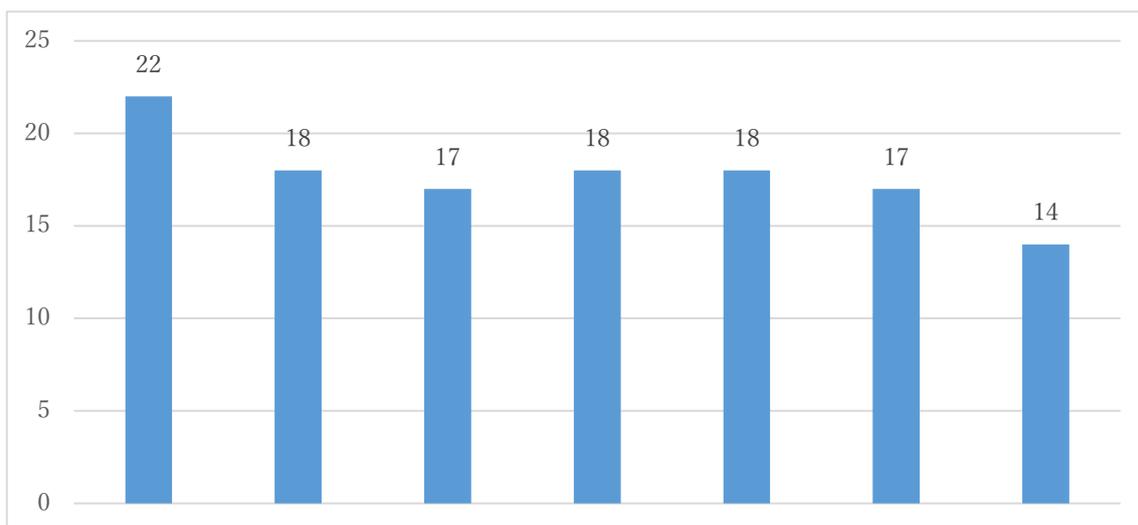
提供された情報が古いと

病院内で入退院支援ルールの周知が不十分

入院の連絡をしても情報提供がないことがある

事業所やケアマネジャーによって温度差がある

4) 在宅ケアのケアマネジャー・その他の方にお聞きします。入退院時の連携について、困った事がありますか？（複数回答可）



介護保険や在宅療養環境への理解不足

退院（転院）したことを知らなかった

病院から得た情報と実際のずれがある

経過や見通しの説明不足

退院後すぐに病状の悪化、再入院

退院が決まった後に連絡があった

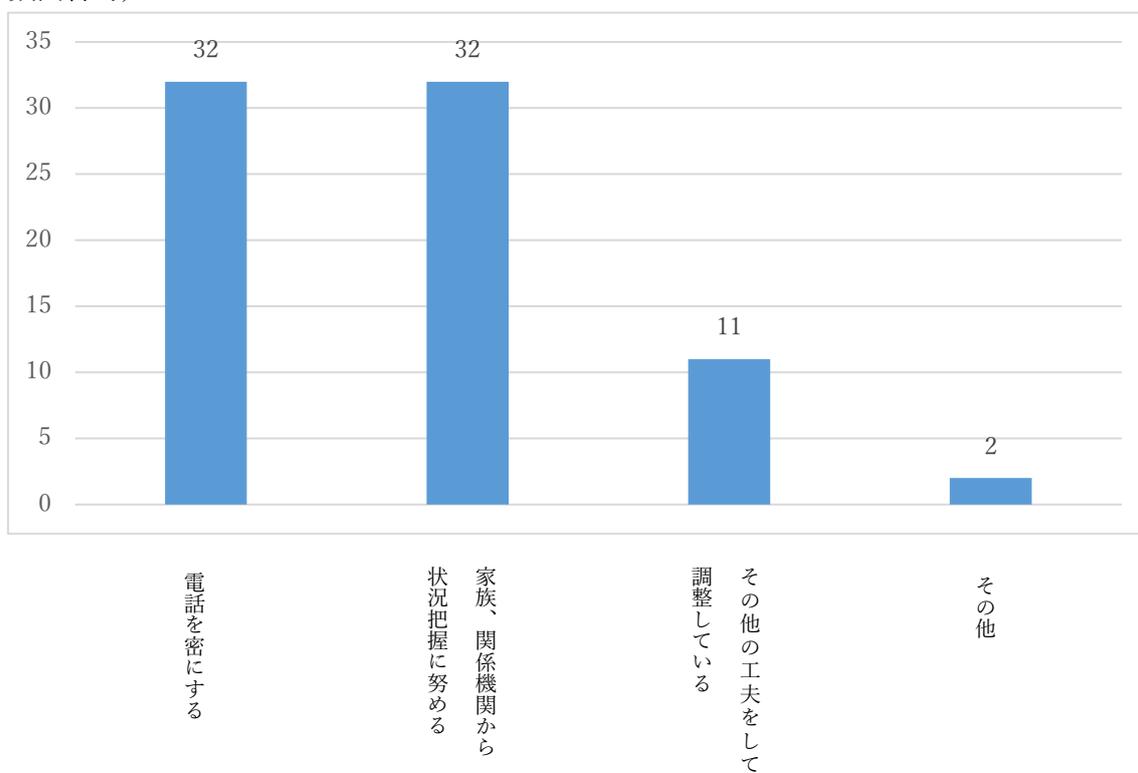
急に退院がきまった、早期に退院を迫られる

5) 皆様にお聞きします。3)、4)の項目以外で連携に困ったことはありますか？

<p>相談員</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・レスパイト入院に関して、介護施設のショートの際は、日時指定でいつからいつまでと相談がある時に対応に苦慮する。(入院ベッドを利用いただくため) ・新規で相談を受けてもらえるケアマネジャーがすぐに見つからないことがある。 ・元々在宅であった問題を入院すると全て入院中に MSW に対応してもらって解決を、と求められることに困っている。例として、認知症がひどく元々施設を考えていた、病状的には退院可能で ADL も入院前と変わらなくても入院中に施設探しを求められることが多い。在宅側も入院したのであとは病院で動いてもらうとの認識が強いようなので、在宅でできることも考えてもらいたいと感じる。
<p>ケアマネジャー</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉用具やヘルパーの調整で困ることがある。 ・認知症状が入院中に強く出て、入院期間が短縮されたケースがあった。急な退院で、準備が大変となった。 ・コロナ禍以降、退院調整の会議や、退院前の病院スタッフによる家屋調査等の機会が減っており、情報が十分得られないことがある。 ・入院中の連絡の窓口が不明確 ・入院中に MSW がついておらず、面談調整等一方的な都合であった。 ・ソーシャルワーカーのかたが忙しく、中々つかまらない。大きな病院では看護師から連絡いただくことも多いが、それぞれ名前も違い統一されていない。 ・ご本人が自宅に独りで過ごすことは危険である。介護者が不在の状況でありながら病状、体調が回復したからと退院となる。(早めの相談なしに) ・入院時介護情報を病院側に連絡した上で送っているが、確認されていない。必要な情報をいただけない。 ・救急搬送時を含め、受け入れ先の病院がすぐに見つからず困ったということが時々ある。受け入れ先を探すのに苦慮することが多い。 ・医療機関から家族への情報提供が不十分なきがある。 <p>※市内の病院とは連携も取りやすく、大きく困ることはありません。</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ・入院中、相談員が介護保険の区分変更申請をしていたが、ケアマネに報告がなく介護度が一つ上がっていたことを知らないまま請求業務をした際、返戻になってしまった。 ・病院に登録していた住所地から転居しており、情報が古いままで以前の住所に家がなく、退院対応の際に混乱したことがあった。 ・退院時にタクシーの手配を頼まれたことがある。(病院側がすることではないか) ・救急搬送後の入院時に家族が来るまで引き留められた。(長時間) ・地域包括ケア病棟レスパイト入院にて、処置や状況が大きく変化しても退院調整会議や説明がなく、在宅スタッフでの調整は全くないこと。
看護師・保健師	<ul style="list-style-type: none"> ・介護申請中でケアマネがはっきり決まらず退院。訪問の回数など困ることがあった。特指示を出す程でもなく。 ・週末やGW、年末年始等のベッドコントロールで、やむを得ず退院し施設入所される場合、すぐに状態悪化した時は再入院、受け入れを優先していただけないことがあり困った。 ・多忙とは思いますが、電話しても担当者と連絡つかず、折り返しもなく、一か月経過。結局入院中に亡くなったと往診に確認して知ったことがある。
介護福祉士	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の病状の悪化等、在宅と病院内での見通しの違いがある。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・【管理者】三郷市内の医療機関とは良好な連携がとれているので、困ることはほぼない。他県の医療機関において、退院時に(日時が決まり次第)病棟から連絡が来るはずでしたが、連絡なく本人が退院していた。また、本人も連絡して来ないことがあった。

6) 上記3)、4)、5)等の困った場合に、どのような対策や配慮を行っていますか？(複数回答可)



その他の工夫をして調整している	相談員	・入院に対しての当院の現状をお伝えする。
	ケアマネジャー	・必要により、退院前面談、病棟訪問で様子確認を行う。 ・MCSの活用 ・容態の急変など心配なので、入院が決まるまで職員は家族と一緒に付き添う。 ・FAXでのやり取りをし、文字にして内容を確認する。
	看護師・保健師	・新規依頼表で必ず確認する項目を決めている。 ・情報提供時、退院前カンファを開いて欲しい旨伝えている。 ・診療情報、サマリを確認してから調整させてほしいことを伝える。
	介護福祉士	・可能な限り早期の退院、調整会議を依頼。

	職種不明	・写真を送る
その他	ケアマネジャー	・重要な内容や必要な時は郵送でやり取りする。 ・病院スタッフに声掛けして病院で担当者会議を開催した。(コロナ禍では不可)

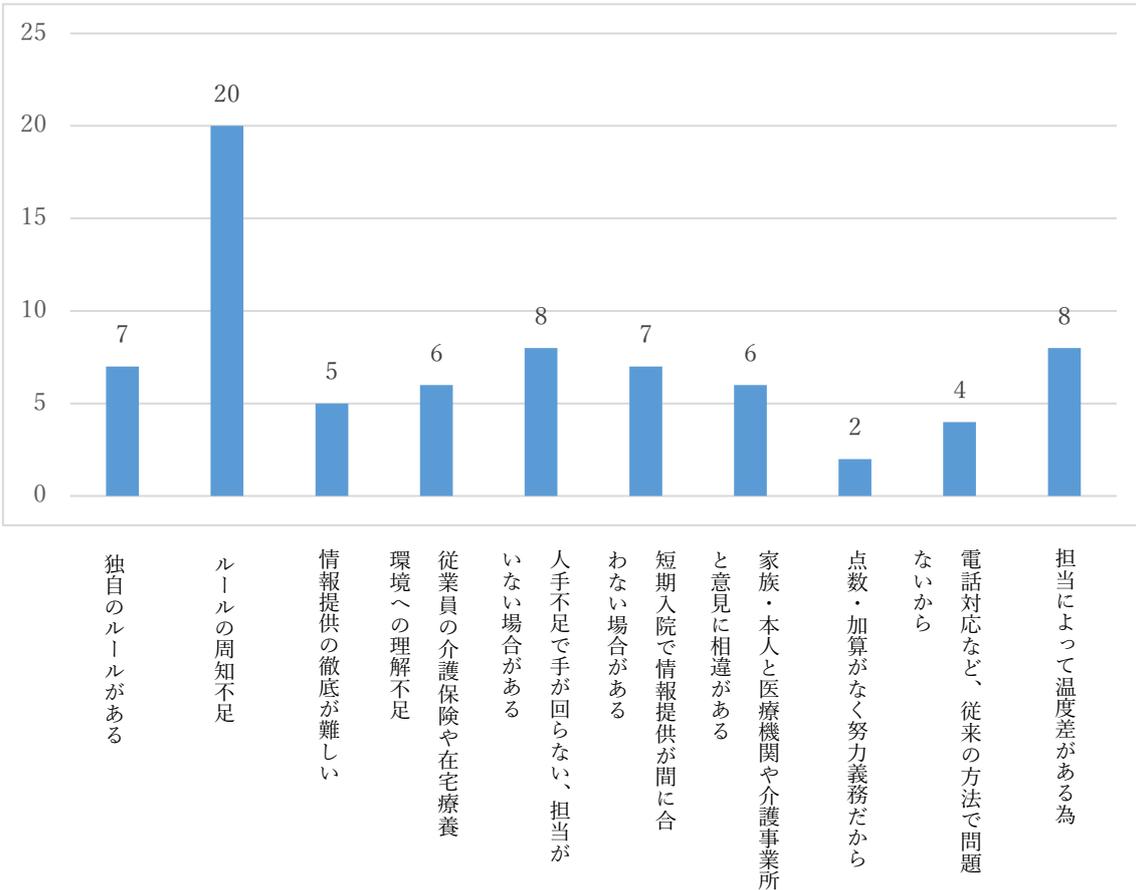
7) 病院またはケアマネジャー・訪看は入退院時にこうして貰ったら助かるなど望んでいることはありますか？

相談員	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期には連携シート（入院時情報提供）が届いているが、以降回復期、慢性期病院にはシートが送られてこないことが多く、工夫ができるとよいと思う。 ・入院前に施設探しをしていると情報がある場合、具体的に施設の名前などを含めて教えて欲しい。 ・施設入所方向で考えている人、検討している人は事前に情報共有をお願いしたい。
ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅復帰が難しい場合、本人、家族が分かるように説明をしていただきたいと思う。 ・入院時は必ず相談員さん（ソーシャルワーカー）に介入してほしい。 ・利用者の状態（像）がよく分かるように連絡を欲しい。（相談員、病棟Ns等から） ・在宅環境や家族の介護力等、ケースによって個別性が高いので、入院中からそういった部分を情報共有しながら退院に向けての支援をしていけると良いと思う。 ・早め早めの情報共有 ・退院時の調整だけでなく、入院されたかた、かつ回復の見込みがなさそうなどの情報も教えていただけると助かる ・入院の連絡をいただけると助かる。連絡をいただける家族ばかりではないし、独居のかたもいるので。 ・早めの連絡をしてほしい。 ・情報を文章でも口頭でもいただくこと。 ・ご本人状態が安定するまでに時間がかかるのは分かるが、早めの連携と密な報連相をしていきたい。 ・そもそも「入退院支援ルール」の内容を、病院のスタッフに周知されていないので、まずは周知し実行されることを望む。

	<ul style="list-style-type: none"> ・問い合わせした病院が受け入れできない場合、情報があれば入院時に受け入れしてもらえそうな病院を教えて欲しい。 ・入院後、治療方針や入院期間の目安が分かった段階で医療機関より連絡をいただくと助かる。 ・訪看を使用する際、指示書の手配をしていただくと助かる。 ・在宅調整が必要なかたに関わらず、退院日が決まってから連絡がくることもあり、困るときがある。 ・退院調整会議の開催 ・病院側の窓口の明確化 ・家族に病状説明だけ行い、在宅調整会議を行わなくてもいいと病院は思っているのかと思うことがある。
看護師・保健師	<ul style="list-style-type: none"> ・お看取り、何か加算がつくようなかたは退院前カンファレンスを行ってほしい。 ・退院時期の目安など、わかる範囲内で教えていただきたい。 ・介護申請状況などは把握してもらいたい。 ・必要なケアやこまめな処置、また本人家族が理解が乏しい場合は、カンファレンス等で指導をみたいと思う。 ・ケアマネから連絡を受け、状況は聞くが、訪看からの疑問に対しても口答で対応。先生とのやりとりの書面は欲しい。自宅に帰ってきて、話と違うことが時々あるので。 ・看護サマリーにも医師の指示を反映していただくと助かる。 ・退院時にできるだけ退院前カンファレンスを開催してほしい。 ・入院中のサマリーに加え、家族、介護者にどこまで説明、指導が行われているか情報として欲しい。病院で出来ていることも自宅では難しい状況が考えられる。退院後の生活をイメージし、MSW、CM でよく検討してもらいたい。
介護福祉士	<ul style="list-style-type: none"> ・退院前カンファレンスの実施徹底（+参加調整するための時間が欲しい） ・退院前カンファレンス前に ADL 等の情報をもらいたい。（カンファレンス時にプランの提案をするため）
作業療法士	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後すぐにサービスの利用開始が決定しており、入院先で退院調整会議を開催する場合は、会議開催のお知らせ（連絡）をいただくと助かる。（サービス利用開始前に顔合わせや、身体状況、生活状況、病状等の情報収集ができ、スムーズな利用開始や他事業所（サービス）との連携が図れるため）

その他	・【管理者】 情報共有、会議等を早めに連絡いただけるとよい。
-----	--------------------------------

8) 現在、自事業所内で三郷市入退院支援ルールを使用することが困難だと思うことはありますか？（複数回答可）



9) 入退院支援ルール内容について不十分と感じる点、活用しにくい点などありましたら、ご記入ください。

相談員	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期には連携シート（入院時情報提供）が届いているが、以降回復期、慢性期病院にはシートが送られてこないことが多く、工夫ができるとよいと思う。 ・かかりつけ以外で訪問診療を導入するときなど、サポートセンターへ連絡するというルールは知っているが、その他、何があるのか分からない。冊子などがあるのか。それも知らなかった。
ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> ・業界全体への周知不足 ・書式がPDFファイルだと手書きで作成しないといけないので、PCで入力できる書式にしていきたい。 ・在宅⇔入院だけでなく、施設⇔入院、在宅⇔施設入退所なども

	<p>あるとよいかもしれない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市内からでも周知していただけたらと思う。活用されている感はない。また、同じ病院でも連絡いただくかたと全くないかたと、その違いが何なのか不明。こちらから連絡を入れても気に留めていないかたがいる。 ・病院が「在宅へ退院が可能」と判断する基準の徹底が乏しい。 ・退院前カンファレンスの未開催が多い感じがする。 ・連携する時の医療機関側の窓口の明確化 ・医療機関側のルールの理解
看護師・保健師	<ul style="list-style-type: none"> ・退院時、病院からのサマリーはあるが、退院調整共有情報記録書などは見たことがない。 ・終末期や急な退院の時はルール通りにいかない。 ・退院前カンファは、出来るだけ行ってほしい。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・【管理者】病院の相談員が土、日、祝にいないことで入退院の調整に時間がかかる。

10) 三郷市入退院支援ルールを自事業所内で周知するために有効だと思うことはありますか？(複数回答可)

