

生駒市医療介護連携ネットワーク協議会

在宅医療介護推進部会

令和6年度活動報告書（案）

令和7(2025)年7月

生駒市医療介護連携ネットワーク協議会 在宅医療介護推進部会

目 次

1	はじめに.....	1
2	在宅医療介護推進部会の役割.....	2
3	在宅医療介護推進部会の開催.....	2
4	ロードマップ及びロジックモデル.....	3
5	令和6年度の具体的な取組.....	6
6	令和7年度の計画.....	10
	資料1 在宅医療介護推進部会に関する規程.....	11
	資料2 令和6年度 在宅医療介護推進部会員名簿（令和7年3月31日時点）	13
	資料3 生駒市入退院調整状況調査結果報告【運用7年後調査】（別冊）.....	14
	資料4 地域医療介護連携ICT化基盤高度化事業（やまと西和ネット）.....	14

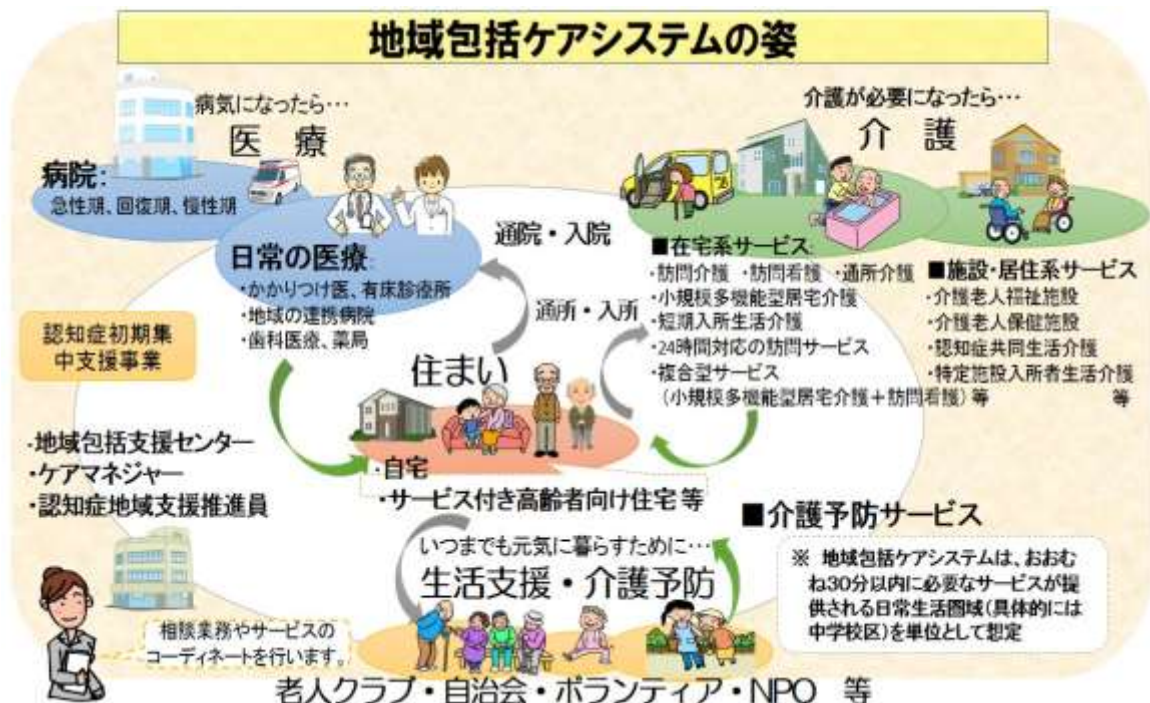
1 はじめに

生駒市における高齢者数は今もなお伸び続けており、2025年4月の高齢化率は29.9%となり、2040年は36.1%と見込まれている。中でも、医療や介護が必要となる割合が高まる後期高齢者数が前期高齢者数を上回り、今後、ますます医療や介護を必要とする対象者は増加するものと考えられる。

こうした状況を踏まえ、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、地域包括ケアシステムの実現に向けて、平成28年3月から「生駒市医療介護連携ネットワーク協議会」を立ち上げ、「在宅医療介護推進部会」と「認知症対策部会」を設置し、その取組を推進している。

2040年には、団塊ジュニア世代が65歳以上となり、高齢者人口がピークを迎える時期となる。そのため、在宅医療介護推進部会では、2040年のめざすべき姿を「本人が望む場所での生活が可能であり、専門職、担い手、サービスの受け手、誰もが暮らしやすくなっている」と設定し、実現までのロードマップおよび、PDCAを実行するための「在宅医療・介護連携推進事業の目標を達成するための設計図」を作成した。

医療・介護関係者の相互理解や情報共有により、生駒市全体で顔の見える関係づくりを進めるとともに、患者・利用者が医療や介護のサービスを切れ目なく利用できる体制の構築及びサービスの質の向上と市民啓発に努めていきたいと考える。



2 在宅医療介護推進部会の役割

在宅医療介護推進部会においては、下記(ア)～(ク)の事項について協議を行うものである。

- (ア)地域の医療・介護の資源の把握
- (イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- (ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
- (エ)医療・介護関係者の情報共有の支援
- (オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援
- (カ)医療・介護関係者の研修
- (キ)地域住民への普及啓発
- (ク)在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

3 在宅医療介護推進部会の開催

開催年月日	会議の内容
【第1回】 令和6年 6月27日	(1) 報告 ①令和5年度 第3回在宅医療介護推進部会 グループワーク のまとめについて ②令和6年度 在宅医療介護推進部会のスケジュールについて (2) 全体協議 ①入退院支援における多職種連携研修会について ②看取りの環境整備について
【第2回】 令和6年 10月24日	(1) 講演 テーマ ロジックモデルを活用した在宅医療介護連携推進事業 の取組評価について 一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 松本 佳子 氏 (2) 報告 ①在宅医療・介護連携推進事業の目標を達成するための設計図 について ②令和6年度 多職種連携研修会について
【第3回】 令和6年 11月28日	(1) 報告 ①生駒市 在宅医療・介護連携に関する調査報告書について (2) グループワーク テーマ 第2回在宅医療介護推進部会の講演をふまえ「スキル 向上」や「連携体制構築」のための取組について

開催年月日	会議の内容
【第4回】 令和7年 2月19日	(1) 報告 ①令和6年度 第3回在宅医療介護推進部会 グループワーク 検討結果について ②令和6年度活動報告/令和7年度スケジュール（案）について (2) 全体協議 ①在宅医療・介護連携推進事業の目標を達成するための設計図 を用いた令和6年度の評価について ②令和7年度 多職種連携研修会について ③令和7年度以降の取組内容について

4 ロードマップ及び在宅医療・介護連携推進事業の目標を達成するための設計図

在宅医療・介護連携推進事業の手引きにおいて、本事業はPDCAに基づき実施すること、また、地域のめざすべき姿を必ず設定し、その目的を実現するために、達成すべき目標を4つの場面ごとに設定することが重要とされた。

そのため、地域の目指すべき姿を「ロードマップ（P4）」として示すとともに、事業評価を実施するための「ロジックモデル」の作成を行った。ロジックモデルの名称は、なじみにくいということで、「在宅医療・介護連携推進事業の目標を達成するための設計図（P5）」（以下、設計図）と称することとした。

設計図は、事業評価を行うために活用するため、「具体的取組（個別施策）」や「指標」は、毎年度末の在宅部会にて評価し、見直し及び修正を行うものとする。

また、設計図の「具体的取組（個別施策）」の進捗状況によっては、ロードマップにおける「令和9年の状態」や「令和12年の状態」の見直しも必要に応じて実施する。

ロードマップ					
令和22年(2040年)に達成したい状況 本人が望む場所での生活が可能であり、専門職、担い手、サービスを受け手、誰もが暮らしやすくなっている					
目的	令和6年	令和7年	令和8年	令和9年	令和12年の状態
医療介護の多職種連携の 強化・促進	(A) 入退院調整マニュアルの運用	カブタス等と病院担当者が連携によりスムーズな退院調整につなげた事例を共有し、入退院支援のスムーズ化が図られている ・ケアマネ等と病院担当者が入退院時に患者の情報を共有できている ・ケアマネ等と病院担当者が入退院時に患者の情報を共有できている ・施設(介護住宅等含む)担当者と病院担当者が退院時に患者の情報を共有できている ・施設(介護住宅等含む)担当者と病院担当者が退院時に患者の情報を共有できている			【入退院支援】 市民が安心して地域から病院、病院から地域へと療養の場を移行することができる
	(B) 多職種連携研修会	【多職種連携研修会の開催(2回/年)】 部会員を中心とした事例報告 事例・取組報告 【多職種連携研修会の体制整備・事務局】 庁内の情報共有、発信方法の整備、受講者情報の共有			【日常の療養支援】 市民が住み慣れた地域で、疾患・介護態に応じて必要な多職種協働による医療・ケアを受けることができる
	(C) 同業種連絡会の開催	【同業種連絡会の開催】 各業種の意向確認、関係構築 【在宅部会と連動する体制整備】			医療・介護従事者が多業種のサービスや特長を把握し、本人に必要なサービスを適切に紹介するための連携体制ができてきている
	(D) 急変時の療養支援の体制構築	各種調査やデータ等から現状把握・分析 連携体制整備・急変時対応シート(仮)の作成			【急変時の対応】 市民が在宅療養中に病状の悪化があった時に、日時を問わず診療を受けることができる
	(E) 看取り体制の整備	現状把握 看取り体制(病診連携、病病連携、医介連携)の構築整備 調査等の継続による現状把握			
看取りの環境整備	(F) 専門職への普及啓発	現状把握 部会員等を中心とした事例報告 看取り各1回/年(再発) ファシリテーターの育成(専門職) グリーフケア現状把握(体制、実施状況) 必要に応じて、啓発・体制整備の方法を検討			【看取り】 市民が住み慣れた自宅や介護施設など利用者自身が望む場所で看取りの医療・ケアを受けることができる
	(G) 看取りの市民意識調査	現状把握のための体制整備 意識調査実施・分析 普及啓発の取組検討 普及啓発の拡大 【普及啓発の体制整備】 想いを伝える「私ノート」配布・運用 ワークショップ開催 ファシリテーターの育成(市民等) 市民フォーラムなどでも講座開催			市民が人生最期の医療やケアについて考えることができる
	(H) 想いを伝える「私ノート」等の普及啓発	小・中学生向け出張授業 教育機関への普及啓発検討 教育機関への普及啓発体制整備			小・中学生が人生会議(ACP)について家族と取りくむことができる 福祉(医療)系の学生が人生会議に興味を持つことができる
	(I) 学校における福祉教育	連携型BCP・地域BCP策定支援			【災害・新興感染症発生時】 市民が災害・新興感染症発生時も継続してケアを受けることができる
	(J) 連携型BCP・地域BCPの策定				

(2025. 2.19時点)

在宅医療・介護連携推進事業の目標を達成するための設計図(2025.2.19版)

4つの 場面	具体的取組(個別施策)	指標(数値)	番号	令和9年(2027年)の目標(中間アクトガム)	指標	番号	令和12年(2030年)の目標 (中間アクトガム)	指標	番号	令和22年(2040年)の目標 (最終アクトガム)	指標
入居後支援	(A) 事例検討会	事例検討開催数/参加者数	b)人材育成・スキルアップ	1 クラマナ等と病院担当者が定期的にスルーズな遠隔調整につながる事例を共有し、入院支援のスキルが向上している	1 クラマナ等と病院担当者の関係が構築できている(心通ずき安全が保たれている)	1	市民が安心して地域から病院へサービスを受け、誰もが暮らしやすくなっている	1 在宅医療のQOLが向上している(生活満足度、医療費負担軽減、在宅医療の普及率、在宅医療の認知度、在宅医療の利便性)	1	令和22年(2040年)の目標(最終アクトガム)	在宅医療のQOLが向上している(生活満足度、医療費負担軽減、在宅医療の普及率、在宅医療の認知度、在宅医療の利便性)
	(B) 入居調整・コミュニケーションの運用	入居調整実施数/参加者数		2 クラマナ等と病院担当者が入院時に患者の情報を共有できている	2 クラマナ等と病院担当者の関係が構築できている(心通ずき安全が保たれている)		市民が安心して地域から病院へサービスを受け、誰もが暮らしやすくなっている	1 在宅医療のQOLが向上している(生活満足度、医療費負担軽減、在宅医療の普及率、在宅医療の認知度、在宅医療の利便性)		令和22年(2040年)の目標(最終アクトガム)	在宅医療のQOLが向上している(生活満足度、医療費負担軽減、在宅医療の普及率、在宅医療の認知度、在宅医療の利便性)
日々の療養支援	(C) 同業連合会の開催	同業連合会開催数/参加者数	a)体制整備・b)人材育成・c)多職種・多機関連携	3 施設(介護施設等)が入院時に患者の情報を共有できている	3 施設(介護施設等)が入院時に患者の情報を共有できている	2	市民が安心して地域から病院へサービスを受け、誰もが暮らしやすくなっている	1 在宅医療のQOLが向上している(生活満足度、医療費負担軽減、在宅医療の普及率、在宅医療の認知度、在宅医療の利便性)	1	令和22年(2040年)の目標(最終アクトガム)	在宅医療のQOLが向上している(生活満足度、医療費負担軽減、在宅医療の普及率、在宅医療の認知度、在宅医療の利便性)
	(D) 在宅医療の推進	在宅医療推進数/参加者数		4 クラマナ等と病院担当者が遠隔時に患者の情報を共有できている	4 クラマナ等と病院担当者の関係が構築できている(心通ずき安全が保たれている)		市民が安心して地域から病院へサービスを受け、誰もが暮らしやすくなっている	1 在宅医療のQOLが向上している(生活満足度、医療費負担軽減、在宅医療の普及率、在宅医療の認知度、在宅医療の利便性)		令和22年(2040年)の目標(最終アクトガム)	在宅医療のQOLが向上している(生活満足度、医療費負担軽減、在宅医療の普及率、在宅医療の認知度、在宅医療の利便性)
急変時の対応	(E) 看取り体制の整備	看取り体制整備数/参加者数	a)体制整備	5 医療・介護・介護従事者が急変時対応について本人・家族と共有できている	5 医療・介護・介護従事者が急変時対応について本人・家族と共有できている	3	市民が安心して地域から病院へサービスを受け、誰もが暮らしやすくなっている	1 在宅医療のQOLが向上している(生活満足度、医療費負担軽減、在宅医療の普及率、在宅医療の認知度、在宅医療の利便性)	1	令和22年(2040年)の目標(最終アクトガム)	在宅医療のQOLが向上している(生活満足度、医療費負担軽減、在宅医療の普及率、在宅医療の認知度、在宅医療の利便性)
	(F) 看取りの体制整備	看取り体制整備数/参加者数		6 医療・介護・介護従事者が急変時対応について本人・家族と共有できている	6 医療・介護・介護従事者が急変時対応について本人・家族と共有できている		市民が安心して地域から病院へサービスを受け、誰もが暮らしやすくなっている	1 在宅医療のQOLが向上している(生活満足度、医療費負担軽減、在宅医療の普及率、在宅医療の認知度、在宅医療の利便性)		令和22年(2040年)の目標(最終アクトガム)	在宅医療のQOLが向上している(生活満足度、医療費負担軽減、在宅医療の普及率、在宅医療の認知度、在宅医療の利便性)
看取り	(G) 看取りの体制整備	看取り体制整備数/参加者数	a)体制整備	7 医療・介護・介護従事者が急変時対応について本人・家族と共有できている	7 医療・介護・介護従事者が急変時対応について本人・家族と共有できている	4	市民が安心して地域から病院へサービスを受け、誰もが暮らしやすくなっている	1 在宅医療のQOLが向上している(生活満足度、医療費負担軽減、在宅医療の普及率、在宅医療の認知度、在宅医療の利便性)	1	令和22年(2040年)の目標(最終アクトガム)	在宅医療のQOLが向上している(生活満足度、医療費負担軽減、在宅医療の普及率、在宅医療の認知度、在宅医療の利便性)
	(H) 看取りの体制整備	看取り体制整備数/参加者数		8 医療・介護・介護従事者が急変時対応について本人・家族と共有できている	8 医療・介護・介護従事者が急変時対応について本人・家族と共有できている		市民が安心して地域から病院へサービスを受け、誰もが暮らしやすくなっている	1 在宅医療のQOLが向上している(生活満足度、医療費負担軽減、在宅医療の普及率、在宅医療の認知度、在宅医療の利便性)		令和22年(2040年)の目標(最終アクトガム)	在宅医療のQOLが向上している(生活満足度、医療費負担軽減、在宅医療の普及率、在宅医療の認知度、在宅医療の利便性)
看取り	(I) 看取りの体制整備	看取り体制整備数/参加者数	a)体制整備	9 医療・介護・介護従事者が急変時対応について本人・家族と共有できている	9 医療・介護・介護従事者が急変時対応について本人・家族と共有できている	5	市民が安心して地域から病院へサービスを受け、誰もが暮らしやすくなっている	1 在宅医療のQOLが向上している(生活満足度、医療費負担軽減、在宅医療の普及率、在宅医療の認知度、在宅医療の利便性)	1	令和22年(2040年)の目標(最終アクトガム)	在宅医療のQOLが向上している(生活満足度、医療費負担軽減、在宅医療の普及率、在宅医療の認知度、在宅医療の利便性)
	(J) 看取りの体制整備	看取り体制整備数/参加者数		10 医療・介護・介護従事者が急変時対応について本人・家族と共有できている	10 医療・介護・介護従事者が急変時対応について本人・家族と共有できている		市民が安心して地域から病院へサービスを受け、誰もが暮らしやすくなっている	1 在宅医療のQOLが向上している(生活満足度、医療費負担軽減、在宅医療の普及率、在宅医療の認知度、在宅医療の利便性)		令和22年(2040年)の目標(最終アクトガム)	在宅医療のQOLが向上している(生活満足度、医療費負担軽減、在宅医療の普及率、在宅医療の認知度、在宅医療の利便性)

5 令和6年度の具体的な取組

【入退院支援】

(1) 多職種連携研修会の開催（詳細は、P 8 参照）

(2) 生駒市入退院調整マニュアルの運用

病院から在宅、在宅から病院への円滑な連携を図ることを目的に、「在宅医療介護推進部会」の下に「入退院調整マニュアル運用ワーキンググループ」を設置し、奈良県地域包括ケア推進室（現、奈良県地域包括支援課）及び郡山保健所に協力をいただき、生駒市入退院調整マニュアルを作成し、平成30年4月から運用を開始した。

【入退院調整マニュアル開始7年後 入退院調整状況調査】

目的：入退院調整マニュアルの運用7年後における入退院調整の現状や、医療と介護の連携による効果と課題を把握

調査対象：・市内病院 6ヶ所
・市内介護事業所 40ヶ所
 ┌ 居宅介護支援事業所 28ヶ所
 ├ 小規模多機能型居宅介護事業所 4ヶ所
 └ 看護小規模多機能型居宅介護事業所 1ヶ所
 地域包括支援センター 7ヶ所

・期間：令和7年1月1日～1月31日

回答数：市内病院 6ヶ所（100%）、市内介護事業所 38ヶ所（95%）

調査実施期間：令和7年1月23日～2月10日

調査結果（概要）

【ケアマネ調査】

	運用前	1年後	2年後	3年後	4年後	5年後	6年後	7年度
退院調整率	69.7%	83.0%	82.5%	74.5%	73.7%	79.4%	73.1%	66.2%
退院時カンファレンスの開催	29.9%	27.5%	46.2%	17.7%	19.0%	11.1%	24.1%	23.2%
入院時情報提供書	22.7%	55.0%	65.7%	60.0%	56.3%	61.6%	65.1%	67.2%

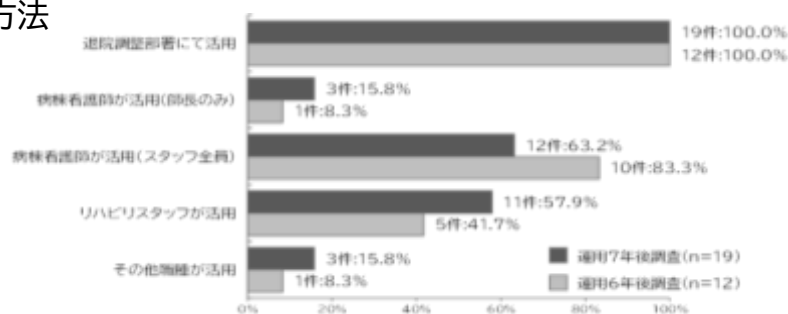
○入退院調整マニュアル認知率 96.7%、マニュアル使用状況 84.4%

【病院調査】

※令和3年度(4年後調査)からは主に退院調整を行っている方向けに実施

	1年後	2年後	3年後	4年後	5年後	6年後	7年度
マニュアル使用率	76.5%	58.5%	91.7%	91.7%	100.0%	82.3%	90.4%

○入院時情報提供書及び地域包括支援センターから提供された情報の活用方法



【日常の療養支援】

(3) 在宅医療・介護連携に係る相談窓口の運用

地域の医療・介護関係者等から在宅医療・介護連携に関する相談等を受け付け、連携調整・情報提供等により、その対応を支援するための窓口を開始した。一般財団法人生駒メディカルセンターに委託し、平成30年4月から事業開始となった。

- ・名称：生駒市在宅医療・介護連携支援センター
- ・相談日：毎週水曜日と金曜日
(祝日及び年末年始を除く)
- ・相談時間：午前の部 午前9時～正午まで
午後の部 午後1時～午後5時まで
- ・場所：セラビーいこま メディカル棟内



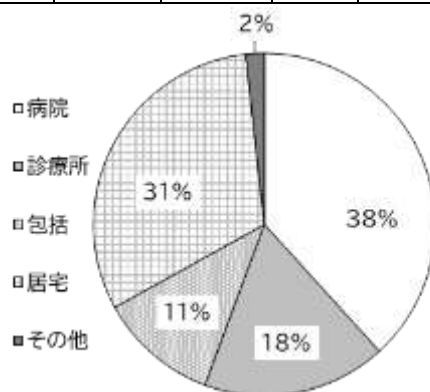
【令和6年度 生駒市在宅医療・介護連携支援センター 活動実績】

- ・相談件数：115件（電話相談 115件、その他 0件）
- ・紹介経路

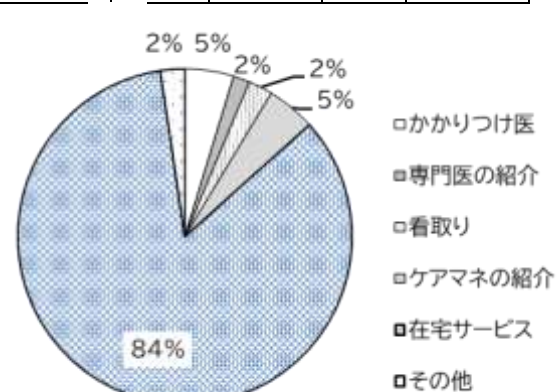
令和6年度	病院	診療所	薬局	訪問看護	訪問介護	通所系	施設系	支援センター 地域包括 支援事業所	居宅介護 支援事業所	その他	合計
件数	44	20	0	0	0	0	0	13	36	2	115

・援助内容

令和6年度	かかりつけ医	専門医の紹介	看取り	転院調整	ケアマネの紹介	在宅サービス	施設	事業所への助言	その他	合計
件数	6	2	3	0	6	107	0	0	3	127



【紹介経路】



【援助内容】

(4) 多職種連携研修会

在宅医療・介護を担う多職種の専門職に対して研修を行うことにより、医療介護に従事する人材の育成を行うとともに、意見交換を通じて顔の見える連携の場を作るために開催。

今年度は、「人生会議（ACP）」と「入退院調整マニュアルの活用」をテーマに、実施。

日時	内容	参加者数
【第1回】 令和6年 7月29日	【講義】+【グループワーク】 ・人生会議(ACP)とは どうやって本人・家族に説明するか、実施のタイミング 講師:おうちの診療所 院長/ (株)omniheal 代表取締役 石井 洋介 氏	65 名
【第2回】 令和6年 11月29日	【講義】+【グループワーク】 ①ボードゲーム(名称:エンディングゲーム)の体験 講師: おうちの診療所 理学療法士 横田 達之 氏 ②人生会議(ACP)について 講師:おうちの診療所 院長/ (株)omniheal 代表取締役 石井 洋介 氏	35 名
【第3回】 令和6年 12月4日	【実践報告】+【グループワーク】 入退院調整マニュアルの活用方法 報告者: 宅見 あゆみ 氏(生駒市立病院 地域医療連携室) 上野 陽子 氏(近畿大学奈良病院 患者支援センター) 桐木 強 ((医)松下会 東生駒病院 地域医療連携室) 山口 俊洋 氏((医)学芳会 倉病院 地域医療連携室) 北村 香織 氏(生駒市社会福祉協議会地域包括支援センター) 森 里恵子 氏((医)和幸会 阪奈中央ケアプランセンター)	30 名

【急変時の対応】

(5) 生駒市医療・介護・介護予防情報ナビの運用

平成30年5月からインターネットを活用して、市内の医療機関、介護事業所、介護予防教室等を検索できるように「生駒市医療・介護・介護予防情報ナビ」の運用を開始している。令和4年5月のリニューアルにより、レイアウトが変更となった。

市民向けオープンサイト「けあプロ・Navi」と関係機関向け「ケア倶楽部」にて年に1回の事業所情報の更新を行い、情報提供を行っている。

【看取り】

(6) どこでも講座の実施

人生会議（ACP）の普及啓発を目的に下記のとおり実施。

- ・対象：
市内に住むか市内へ通勤・通学している人を主な構成員とし、10人以上の参加者を集めることができる団体・グループ
- ・内容：
想いを伝える「私ノート」の作成やボードゲーム、カードゲームなどを通して、人生会議（ACP）を知り、自分が受けたい医療やケアについて考えるための講座
- ・実績：
10回実施 延べ169人参加

【災害・新興感染症発生時（連携型 BCP・地域 BCP の策定）】

(7) 令和6年度「在宅医療の災害時における医療提供体制強化支援事業」
（厚生労働省医政局）

- ・目的：
実効性がある災害時の医療救護体制の整備を目的に、平時からの病院、診療所、薬局、行政の連携強化を図る
- ・内容：
生駒市医師会、市内6病院、生駒地区薬剤師会、生駒市、奈良県による医療救護体制に関する見直し会議の開催

【その他関連事業】

(8) 市民フォーラム（生駒地区医師会市民健康講座）

一般市民の方が専門医(整形外科医)による講演を通して、腰・ひざ等の痛さの考え方や対応を学び、高齢者が寝たきりにならないための予防や健康に過ごすためのヒントを得ることを目的に実施。

日 時:令和6年12月15日(日)午後2時～午後4時

場 所:コミュニティセンター 文化ホール

参加者数:217名

(第1部)

テーマ:腰やせなかの痛み 一病院に受診すべきチェックポイントー

講 師:近畿大学奈良病院 整形外科 医学部講師 山崎 顕二 先生

(第2部)

テーマ:あなたのお膝は大丈夫ですか？

講 師:(医)社団松下会白庭病院 院長 小林 章郎 先生

6 令和7年度の計画

令和7年度 在宅医療介護推進部会 スケジュール												
	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
医療介護の多職種連携の強化・推進	【入退院支援】							【多職種連携研修会②(11月12日)】 ○事例報告+グループワーク		【調査実施:2月頃】 運用状況調査 (マニュアル運用8年後)		
	【日常の療養支援】											
	在宅医療介護 推進部会		【第1回 7月17日】 ○部会長・副部会長の選任 ○設計図に関する説明 ○急変時・看取りに関する取組						【第2回 11月~12月頃】 ○急変時・看取りに関する取組 ・「私」ノートの活用について ・急変時対応シート(仮)の作成について 等		【第3回 2月~3月頃】 OR7事業の評価 OR6事業計画(案) →設計図に基づき事業評価	
	同職種連絡会 ・ 多職種連携研修会					【多職種連携研修会①(10月頃)】 ○連携強化(特に新人)を目的に研修会を実施 ⇒講義(生駒市を知る)+グループワーク						
【急変時の対応】												
			【時期未定】 ○医療・介護・介護予防情報ナビによる事業所情報調査									
【看取り】の環境整備	専門職対象											
	市民対象		【どこでも講座等の実施:適時】 ○想いを伝える「私ノート」、ボードゲーム等を活用した講座を実施							【市民フォーラム:11/4 開催】 テーマ:ACP(人生会議)		
【連携 域携 B型 CB PCP P・地	連携型BCP・ 地域BCP の策定									【連携型BCP・地域BCP策定を目的として取組を実施予定】 ○令和5年度、令和6年度はモデル事業として実施 ○令和7年度も継続実施		
備 考												

資料1 在宅医療介護推進部会に関する規程

在宅医療介護推進部会に関する規程

(趣旨)

第1条 生駒市医療介護連携ネットワーク協議会開催要綱第6条第1項の規定に基づき、関係機関に意見を求めるために在宅医療介護推進部会（以下「部会」という。）を設ける。

(協議事項)

第2条 部会において意見又は助言を求める事項は、次のとおりとする。

- (1) 地域の医療・介護の資源の把握
- (2) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- (3) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
- (4) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- (5) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- (6) 医療・介護関係者の研修
- (7) 地域住民への普及啓発
- (8) 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

(部会長等)

第3条 部会に部会長及び副部会長を置く。

- 2 部会長は部会員の互選により定め、副部会長は部会長が指名する部会員を持って充てる。
- 3 部会は部会長が招集する。
- 4 部会長は、部会の事務を総理し、部会の調査、検討の結果を協議会に報告する。
- 5 副部会長は、部会長を補佐し、部会長に事故があるときは、その職務を代理する。
- 6 部会長は、必要があると認めるときには、部会の会議に部会員以外の者の出席を求め、意見を聴き、又は説明を求めることができる。

(庶務)

第4条 部会の庶務は、地域医療課において処理する。

- 2 部会における会議の内容は、地域医療課において記録し、文書化する。

(施行の細目)

第5条 この規程に定めるもののほか、部会に必要な事項は、参加者に意見を求めた上で定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

(在宅医療介護推進部会の設置及び運営に関する規程の廃止)

- 2 在宅医療介護推進部会の設置及び運営に関する規程（平成28年4月1日施行）は、廃止する。

部会構成員

生駒市医師会

生駒市内病院

生駒市歯科医師会

生駒地区薬剤師会

訪問看護ステーション

地域包括支援センター

居宅介護支援事業所

訪問介護事業所

通所介護事業所

介護老人福祉施設

介護老人保健施設

小規模多機能型居宅介護施設

郡山保健所

生駒市

その他市長が必要と認める者

資料2 令和6年度 在宅医療介護推進部会員名簿（令和7年3月31日時点）

氏名	役職等	関係機関名
萩原 洋司	一般社団法人生駒市医師会 副会長	生駒市医師会
上原 正弘	一般社団法人生駒市医師会 理事	生駒市医師会
宅見 あゆみ	生駒市立病院 地域医療連携室 主任	生駒市内病院
上野 陽子	近畿大学奈良病院 看護部 患者支援センター看護長	生駒市内病院
桐木 強	医療法人社団松下会 東生駒病院 地域医療連携室 次長	生駒市内病院
山口 俊洋	医療法人学芳会倉病院 地域医療連携室 副主任	生駒市内病院
佐々木 昇	生駒市歯科医師会 副会長	生駒市歯科医師会
倉本 孝	一般社団法人奈良県薬剤師会 理事	生駒地区薬剤師会
高山 雅子	医療法人和幸会 阪奈中央訪問看護ステーション 管理者	訪問看護ステーション
北村 香織	生駒市社会福祉協議会 地域包括支援センター 管理者	地域包括支援センター
吹留 一芳	医療法人和幸会 阪奈中央ケアプランセンター 所長	居宅介護支援事業所
池田 幸広	愛友ケア居宅介護支援センター 代表取締役	居宅介護支援事業所
久本 真吾	医療法人社団松下会 訪問介護ステーションエリクシール 管理者	訪問介護事業所
井上 太	社会福祉法人宝山寺福祉事業団 やすらぎの杜 延寿 施設長	通所介護事業所
森本 公子	社会福祉法人宝山寺福祉事業団 特別養護老人ホーム梅寿荘 次長	介護老人福祉施設
山岸 史和	介護老人保健施設グランファミリア 事務係長	介護老人保健施設
行徳 牧恵	株式会社ライフケア創合研究所 小規模多機能いこいの家26 管理者	小規模多機能型居宅介護施設
三原 文子	奈良県郡山保健所 健康増進課長	郡山保健所

資料3 生駒市入退院調整状況調査結果報告【運用7年後調査】(別冊)

資料4 地域医療介護連携ICT化基盤高度化事業(やまと西和ネット)

平成29年度から総務省の補助金を利用し、ICT基盤の強化を図ることを目的に、やまと西和ネットの取組を進めている。当初、近畿大学奈良病院に事務局を置いていたが、令和3年4月にセラビーいこま内(生駒市医師会隣)に移転。

【目的】

西和医療圏の病院・医科歯科診療所・薬局・介護事業所で、申し込みをした患者の病名・薬・検査結果などの医療情報や介護情報をICT(情報通信技術)で共有することで、より安全で質の高い医療・介護・健康サービスを提供していく。

【令和6年度の取組】

◎住民・施設の利用環境改善のために、以下の取り組みを進めた。

1. 「デジタル同意書ソリューション」… 従来の手書きの住民同意書と併せて、スマホにQRコード(右参照)を読み込み同意登録できるシステムを開発→普及に務めた。
2. 「入退院調整ソリューション」… 入院・退院時の連絡・情報共有の困難な事態を解消(業務改善)するため、医療機関と介護現場(ケアマネジャー等)間のコミュニケーションIT化を進めている。
3. 実務担当者会議の開催… (特に上記2の進展のため)施設の実務担当者向けに、やまと西和ネットの基本操作やコミュニケーションボードの操作と運用ルール等を説明する会議を開催した(年2回)。



【参加施設】

医科診療所 12カ所、歯科診療所 2ヶ所、病院 6ヶ所、薬局 3ヶ所、
訪問看護ステーション 3ヶ所、介護事業所 13ヶ所

計 39ヶ所

(令和7年3月31日 時点)

【参加対象者】

生駒市を含む西和医療圏の病院、医科歯科診療所・薬局・介護事業所など、
やまと西和ネット参加施設を利用する市民等

5,983名

(令和7年3月31日 時点)

【事務局】

一般社団法人 西和医療圏地域医療介護連携推進協議会
(やまと西和ネット事務局)

生駒市東新町1-3



生駒市入退院調整状況調査 結果報告

【運用 7 年後調査】

令和 7 年 3 月
生駒市

目 次

1	調査の概要	1
2	ケアマネジャー等担当ケースの概要	2
3	ケアマネジャー等調査における退院ケース	3
4	ケアマネジャー等調査における入院ケース	13
5	ケアマネジャー等調査の結果概要	20
6	病院（地域医療連携室）調査の結果	41
7	病院（退院調整部署）調査の結果	43
8	調査票	45

1 調査の概要

(1)調査の目的

平成 29 年度に作成した生駒市入退院調整マニュアルの運用 7 年後における入退院調整の現状や、医療と介護の連携による効果と課題を把握し、マニュアル見直しの必要性を検討するための基礎資料とする。

(2)調査方法

項目	内容		
調査内容	<table><tr><td>(病院:地域医療連携室) ・病院の概要 ・マニュアルの周知状況 ・入退院調整に関する担当部署 (病院:入退院調整担当者) ・マニュアルの使用状況 ・マニュアルを使用しての感想 ・マニュアルを使用していない理由 ・入退院調整マニュアルに関する意見 ・医療介護連携で参考となるもの ・人生会議(ACP)の認知と取り組み ・「想いを伝える『私ノート』」の使用状況 </td><td>(介護) ・担当ケースの概要 ・入退院調整の連絡状況 ・入退院調整の問題 ・マニュアルの認知 ・マニュアルの使用状況 ・マニュアルを使用しての感想 ・マニュアルを使用していない理由 ・入退院調整マニュアルに関する意見 ・医療介護連携で参考となるもの ・人生会議(ACP)の認知と取り組み ・「想いを伝える『私ノート』」の使用状況 </td></tr></table>	(病院:地域医療連携室) ・病院の概要 ・マニュアルの周知状況 ・入退院調整に関する担当部署 (病院:入退院調整担当者) ・マニュアルの使用状況 ・マニュアルを使用しての感想 ・マニュアルを使用していない理由 ・入退院調整マニュアルに関する意見 ・医療介護連携で参考となるもの ・人生会議(ACP)の認知と取り組み ・「想いを伝える『私ノート』」の使用状況	(介護) ・担当ケースの概要 ・入退院調整の連絡状況 ・入退院調整の問題 ・マニュアルの認知 ・マニュアルの使用状況 ・マニュアルを使用しての感想 ・マニュアルを使用していない理由 ・入退院調整マニュアルに関する意見 ・医療介護連携で参考となるもの ・人生会議(ACP)の認知と取り組み ・「想いを伝える『私ノート』」の使用状況
(病院:地域医療連携室) ・病院の概要 ・マニュアルの周知状況 ・入退院調整に関する担当部署 (病院:入退院調整担当者) ・マニュアルの使用状況 ・マニュアルを使用しての感想 ・マニュアルを使用していない理由 ・入退院調整マニュアルに関する意見 ・医療介護連携で参考となるもの ・人生会議(ACP)の認知と取り組み ・「想いを伝える『私ノート』」の使用状況	(介護) ・担当ケースの概要 ・入退院調整の連絡状況 ・入退院調整の問題 ・マニュアルの認知 ・マニュアルの使用状況 ・マニュアルを使用しての感想 ・マニュアルを使用していない理由 ・入退院調整マニュアルに関する意見 ・医療介護連携で参考となるもの ・人生会議(ACP)の認知と取り組み ・「想いを伝える『私ノート』」の使用状況		
調査の対象	(病院:地域医療連携室) ・市内病院 6 ヶ所 (病院:入退院調整担当者) ・入退院調整に関する業務を専任で行っている者 (介護) ・市内の居宅介護支援事業所及び小規模多機能型居宅介護事業所等に所属するケアマネジャーと地域包括支援センター職員 125 人 ・居宅介護支援事業所 28 ヶ所、地域包括支援センター7 ヶ所、小規模多機能型居宅介護事業所 4 ヶ所、看護小規模多機能型居宅介護事業所 1 ヶ所		
調査実施期間	令和 7 年 1 月 23 日～2 月 10 日		
調査方法	調査票を郵便にて送付、FAX または持参等による回収		
回答数 (回収率)	(病院:地域医療連携室)6 ヶ所(100.0%) (病院:入退院調整担当者)21 人 (介護)38 ヶ所(95.0%) ・市内の居宅介護支援事業所及び小規模多機能型居宅介護事業所等に所属するケアマネジャーと地域包括支援センター職員 122 人(97.6%) ・居宅介護支援事業所 26 ヶ所(92.9%)、地域包括支援センター7 ヶ所(100.0%) 小規模多機能型居宅介護事業所 4 ヶ所(100.0%)、看護小規模多機能型居宅介護事業所 1 ヶ所(100.0%)		

※ケアマネジャー等調査の結果は、全体の集計結果と過去の調査結果の比較を行ったことに加えて、市内の居宅介護支援事業所及び小規模多機能型居宅介護事業所等に所属するケアマネジャーと地域包括支援センター職員とを分けて集計を行い、両者の比較を行った。本報告書内では、市内の居宅介護支援事業所及び小規模多機能型居宅介護事業所等に所属するケアマネジャーの集計結果を「居宅介護支援事業所等」、地域包括支援センター職員の集計結果を「地域包括支援センター」と表記する。

※図表において、各質問の回答者数 (n) を基数とした百分率 (%) は小数点第 2 位を四捨五入しているため、図表の各項目の数値を足したものと文章中の数値が一致しない場合がある。

2 ケアマネジャー等担当ケースの概要

(1)担当ケースの概要(調査対象期間:令和 7 年 1 月 1 日～1 月 31 日)

(件)

		計	要介護	要支援	その他 (介護保険申請未、 新規申請中・ 区分変更中)
全体	担当ケース数	3,991	2,711	953	327
	給付管理数※	3,229	2,397	764	68
	退院ケース数	99	64	9	26
	入院ケース数	137	103	20	14
居宅介護支援 事業所等	担当ケース数	2,951	2,671	170	110
	給付管理数※	2,586	2,397	135	54
	退院ケース数	69	62	1	6
	入院ケース数	110	101	6	3
地域包括支援 センター	担当ケース数	1,040	40	783	217
	給付管理数※	643	0	629	14
	退院ケース数	30	2	8	20
	入院ケース数	27	2	14	11

※給付管理数:介護保険サービスの提供実績に基づき介護報酬請求の資料を作成する給付管理業務を行っているケース数

3 ケアマネジャー等調査における退院ケース

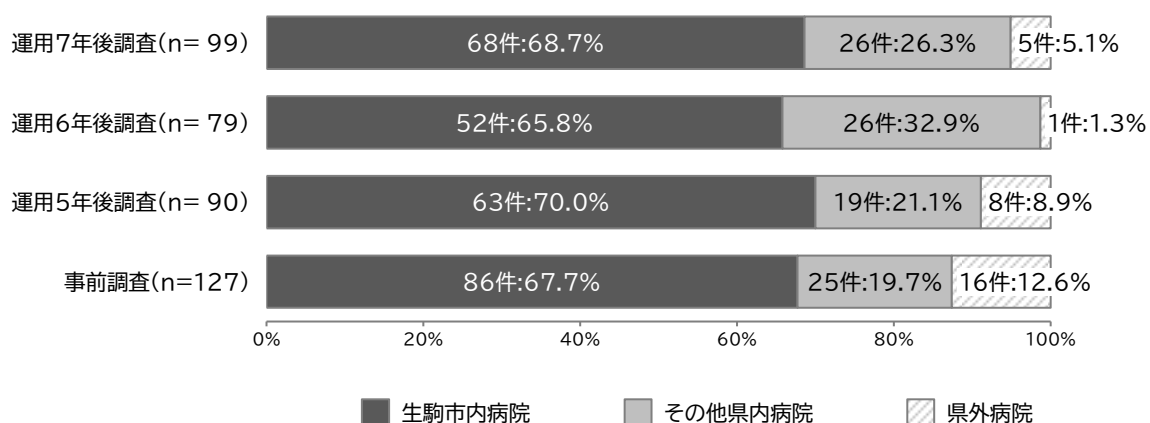
(1)退院された病院の内訳

[全体の結果]

調査対象期間における退院ケース 99 件のうち、「生駒市内病院」からの退院が 68 件（68.7%）で最も多く、「その他県内病院」26 件（26.3%）、「県外病院」5 件（5.1%）が続いている。

[過去調査との比較]

いずれの調査でも「生駒市内病院」が最も多くなっている。



※事前調査:入退院調整マニュアル作成のために行った調査(平成 29 年 10 月実施)

[居宅介護支援事業所等と地域包括支援センターとの比較]

居宅介護支援事業所等、地域包括支援センターともに「生駒市内病院」が最も多く、それぞれ 47 件（67.1%）、21 件（72.4%）となっている。

	上段:件 下段:%	合計	生駒市内 病院	その他県内 病院	県外 病院
全体		99 100.0	68 68.7	26 26.3	5 5.1
居宅介護支援事業所等		70 100.0	47 67.1	21 30.0	2 2.9
地域包括支援センター		29 100.0	21 72.4	5 17.2	3 10.3

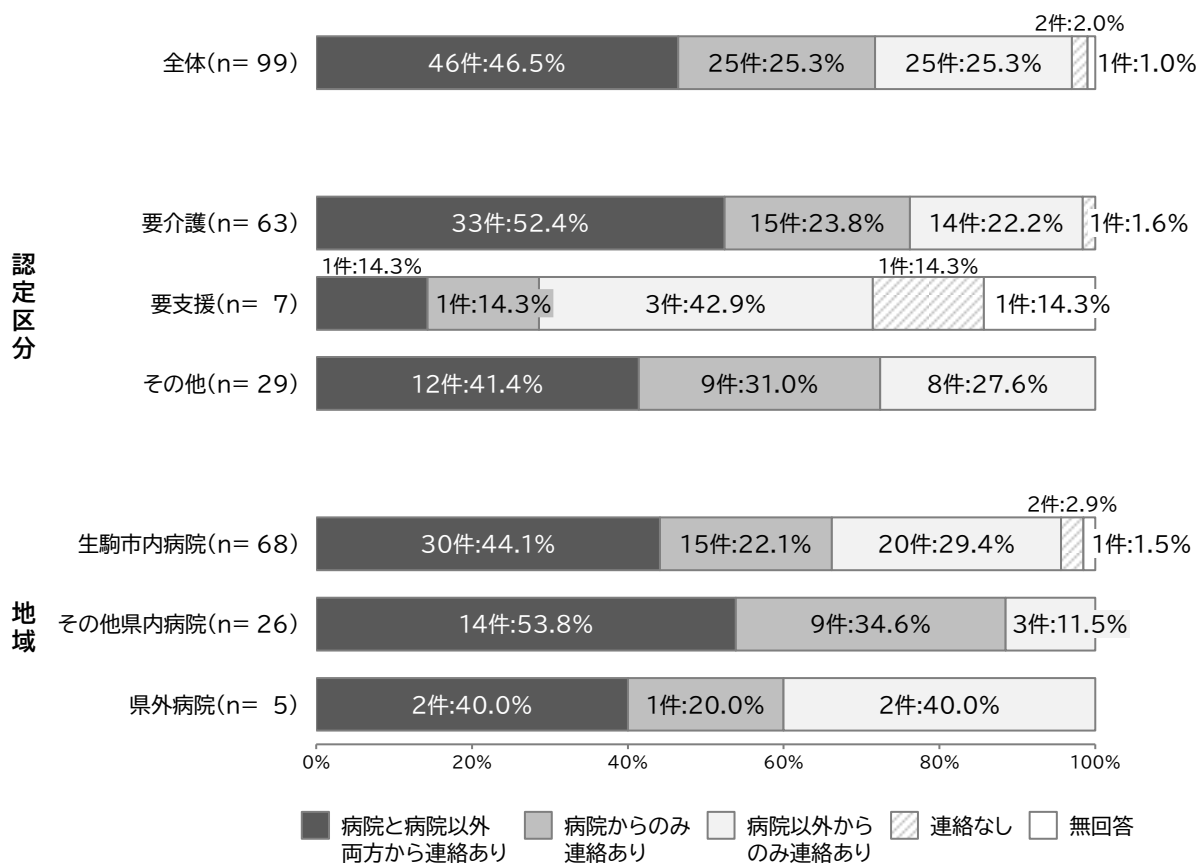
(2)退院調整の連絡の有無

[全体の結果]

病院から退院調整の連絡があったケースは全体では 71 件 (71.7%) で、病院以外からのみの連絡は 25 件 (25.3%) となっている。

認定区分別にみると、病院から退院調整の連絡があったケースは、要介護では 48 件 (76.2%)、要支援では 2 件 (28.6%)、その他では 21 件 (72.4%) となっている。

地域別にみると、病院から退院調整の連絡があったケースは、生駒市内病院では 45 件 (66.2%)、その他県内病院では 23 件 (88.5%)、県外病院では 3 件 (60.0%) となっている。



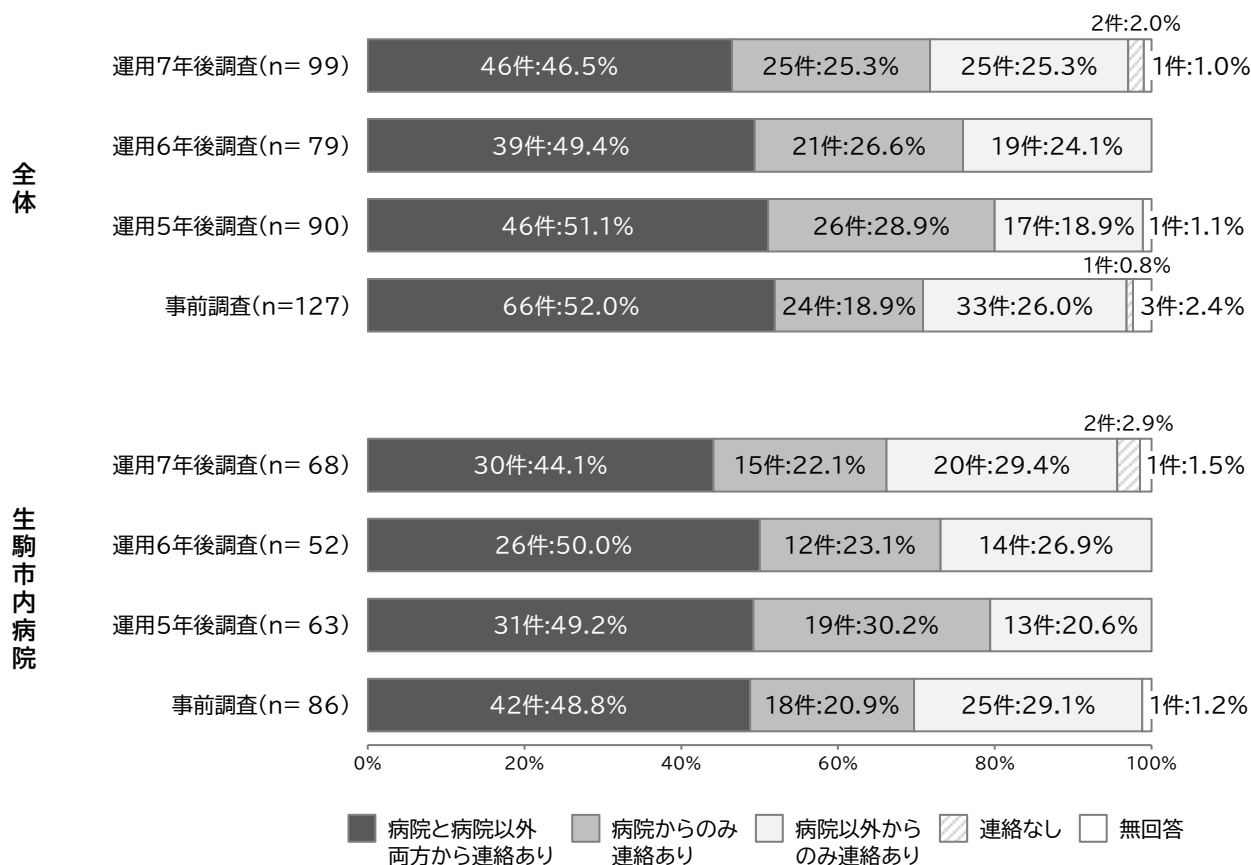
■認定区分「その他」の内訳

	合計	病院と病院以外 両方から連絡あり	病院からのみ 連絡あり	病院以外からのみ 連絡あり	連絡なし	無回答
申請未	3 件	-	2 件	1 件	-	-
新規申請中	14 件	5 件	4 件	5 件	-	-
区分変更中	12 件	7 件	3 件	2 件	-	-
事業対象者	-	-	-	-	-	-

[過去調査との比較]

病院から連絡があった割合は、今回調査では 71 件 (71.7%)、運用 6 年後調査では 60 件 (75.9%) となっている。連絡がなく退院となるケースは、運用 5 年後調査、運用 6 年後調査で 0 件あったが今回調査では 2 件 (2.0%) となっている。

生駒市内病院について病院から連絡があった割合は、今回調査では 45 件 (66.2%)、運用 6 年後調査では 38 件 (73.1%) となっている。



[居宅介護支援事業所等と地域包括支援センターとの比較]

病院から連絡があった割合は、居宅介護支援事業所等では 54 件 (77.1%)、地域包括支援センターでは 17 件 (58.6%) となっている。

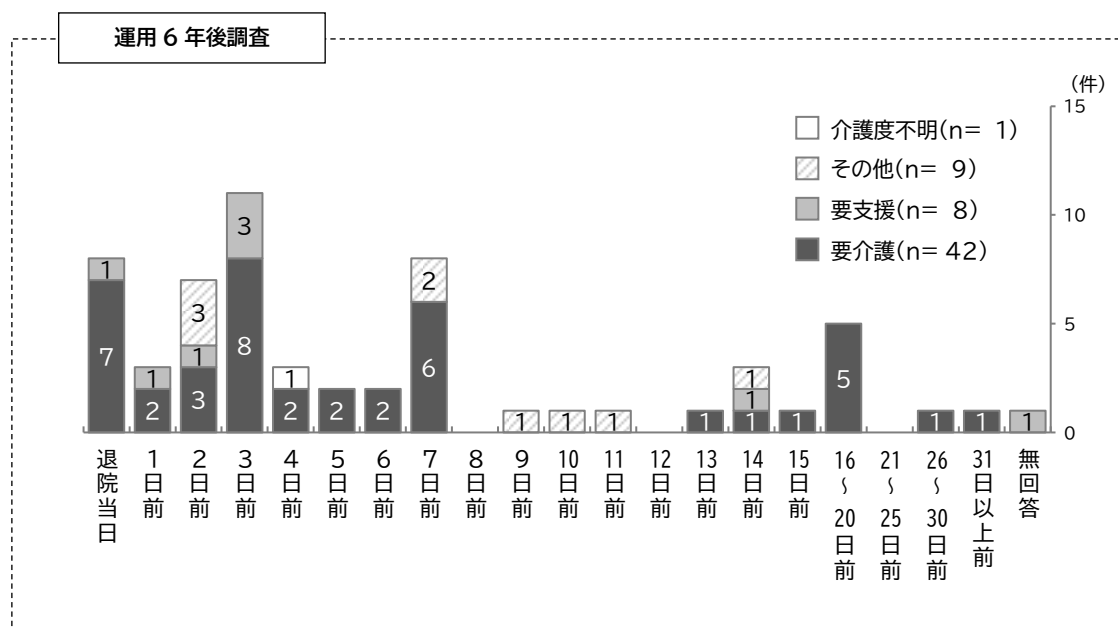
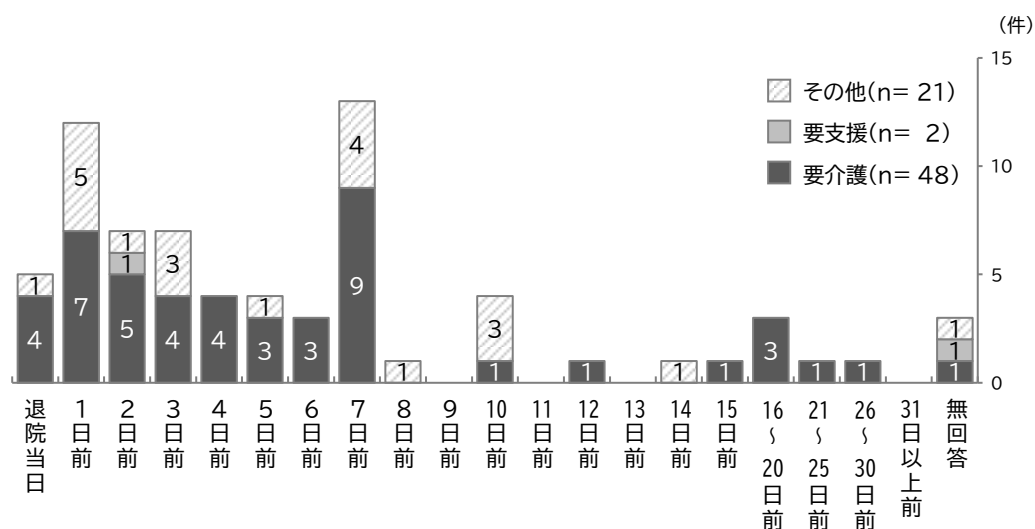
	合計	病院と病院以外 両方から連絡あり	病院からのみ 連絡あり	病院以外からのみ 連絡あり	連絡なし	無回答
上段:件						
下段:%						
全体	99	46	25	25	2	1
	100.0	46.5	25.3	25.3	2.0	1.0
居宅介護支援事業所等	70	36	18	15	1	-
	100.0	51.4	25.7	21.4	1.4	-
地域包括支援センター	29	10	7	10	1	1
	100.0	34.5	24.1	34.5	3.4	3.4

(3)退院の連絡時期

[全体の結果]

連絡時期では、「7 日前」が 13 件（18.3%）と最も多く、次いで「1 日前」が 12 件（16.9%）、「2 日前」と「3 日前」がそれぞれ 7 件（9.9%）となっている。当日までに連絡があった 68 件（無回答 3 件を除く）のうち、44 件（64.7%）が 3 日前時点で、33 件（48.5%）が 5 日前時点で連絡がありと回答している。生駒市で退院調整の連絡時期の目安としている 14 日前時点では 7 件（10.3%）、7 日前時点では 26 件（38.2%）となっている。

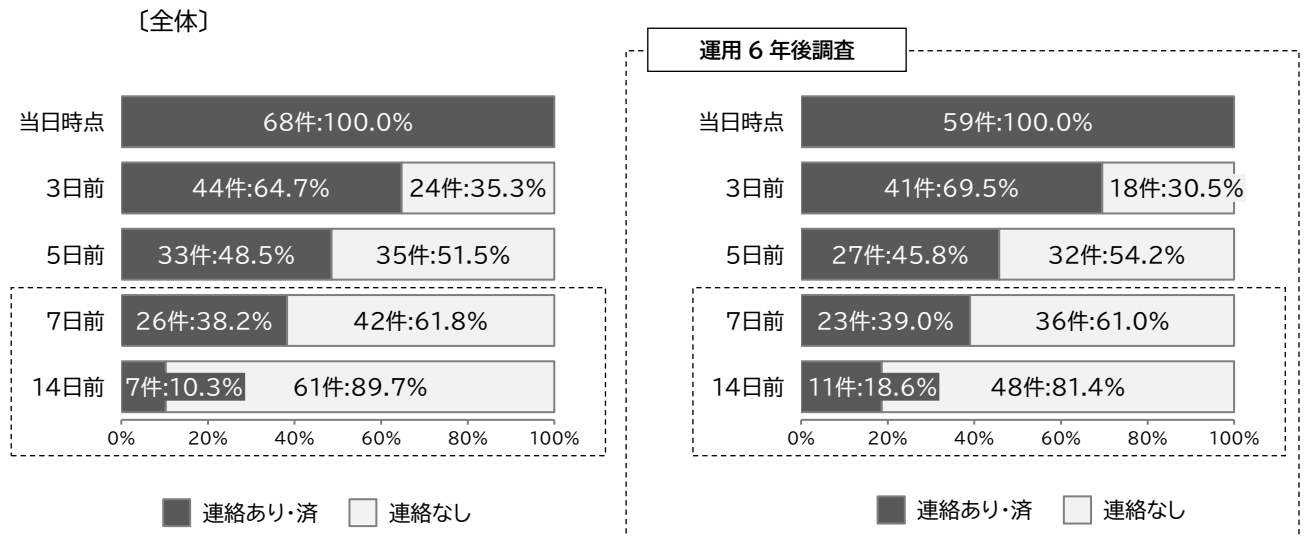
■病院からの退院調整の連絡時期(認定区分別)



〔過去調査との比較〕

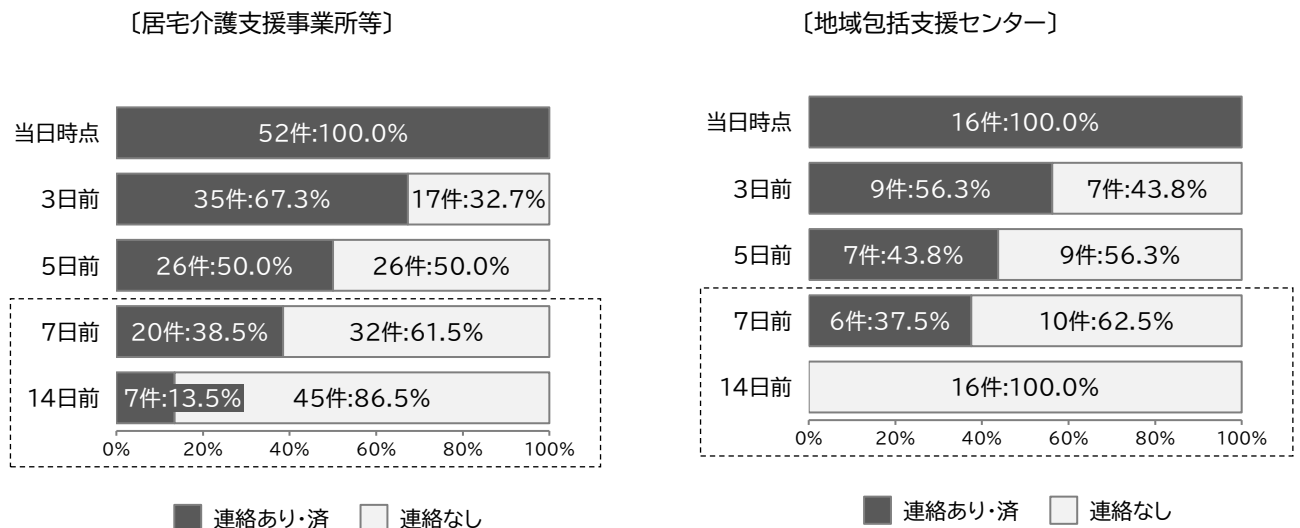
今回調査は3日前時点では44件（64.7%）、運用6年後調査では41件（69.5%）となっている。
また、14日前時点では今回調査は7件（10.3%）、運用6年後調査では11件（18.6%）となっている。

■当日までに連絡があった場合の時点別累計件数と割合（無回答を除く）



〔居宅介護支援事業所等と地域包括支援センターとの比較〕

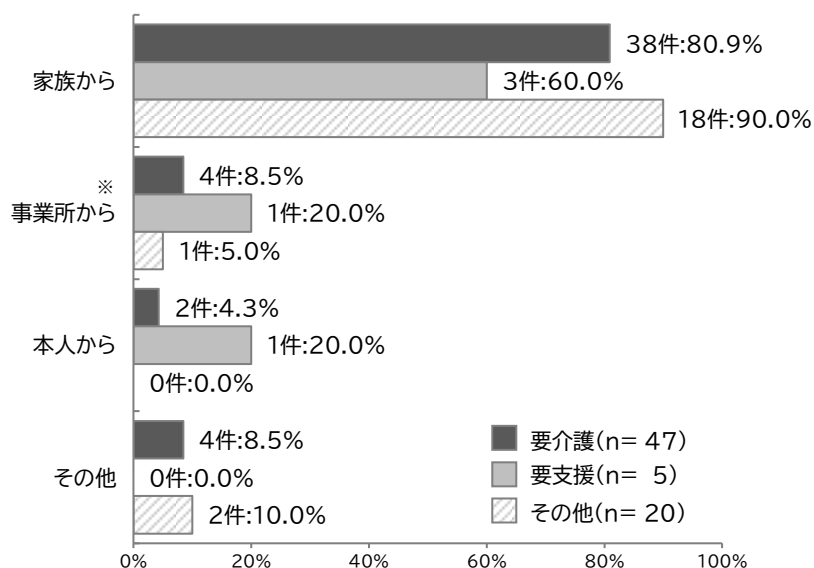
14日前時点では居宅介護支援事業所等は7件（13.5%）、地域包括支援センターでは0件（0.0%）となっている。また、3日前時点では居宅介護支援事業所等は35件（67.3%）、地域包括支援センターでは9件（56.3%）となっている。



(4) 病院以外からの退院の連絡(複数回答)

[全体の結果]

病院以外から退院調整の連絡があったケースは全体では 72 件で、「家族から」が 59 件 (81.9%) で最も多く、「事業所から」6 件 (8.3%)、「本人から」3 件 (4.2%) が続いている。



※72 件には病院からの退院調整の連絡の有無における無回答 1 件が含まれる。

※「事業所」は、サービス提供事業所を指す。

その他の内訳
・地域包括支援センター(3 件) ・住宅型有料老人ホーム(2 件) ・高齢者住宅

■認定区分「その他」の内訳

	合計	家族から	事業所から	本人から	その他
申請未	1 件	1 件	-	-	-
新規申請中	10 件	10 件	-	-	-
区分変更中	9 件	7 件	1 件	-	2 件
事業対象者	-	-	-	-	-

[居宅介護支援事業所等と地域包括支援センターとの比較]

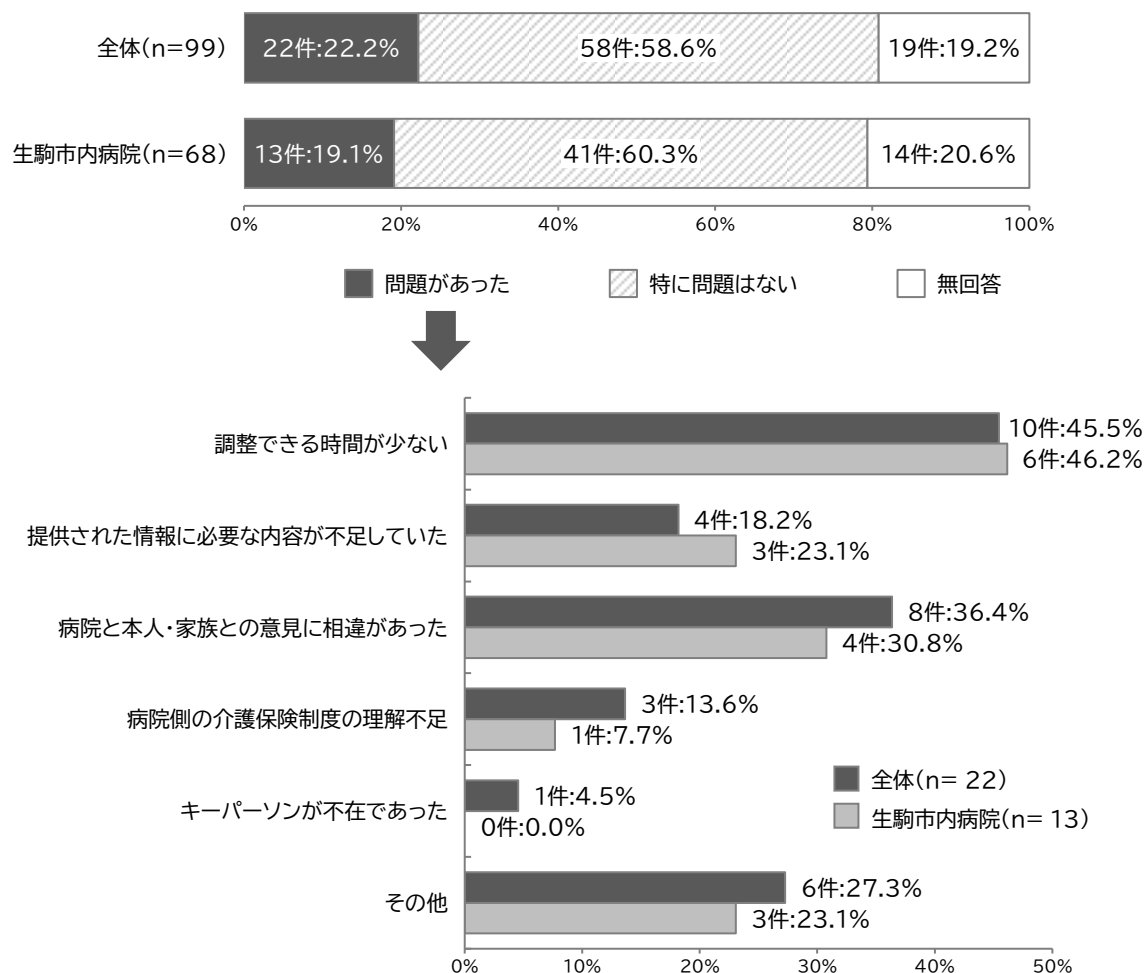
居宅介護支援事業所等、地域包括支援センターともに「家族から」が最も多く、それぞれ 39 件 (76.5%)、20 件 (95.2%) となっている。

	上段:件 下段:%	合計	家族から	事業所から	本人から	その他
全体	72 100.0	72	59 81.9	6 8.3	3 4.2	6 8.3
居宅介護支援事業所等	51 100.0	51	39 76.5	5 9.8	3 5.9	6 11.8
地域包括支援センター	21 100.0	21	20 95.2	1 4.8	-	-

(5)退院調整に問題があった場合の理由(複数回答)

[全体の結果]

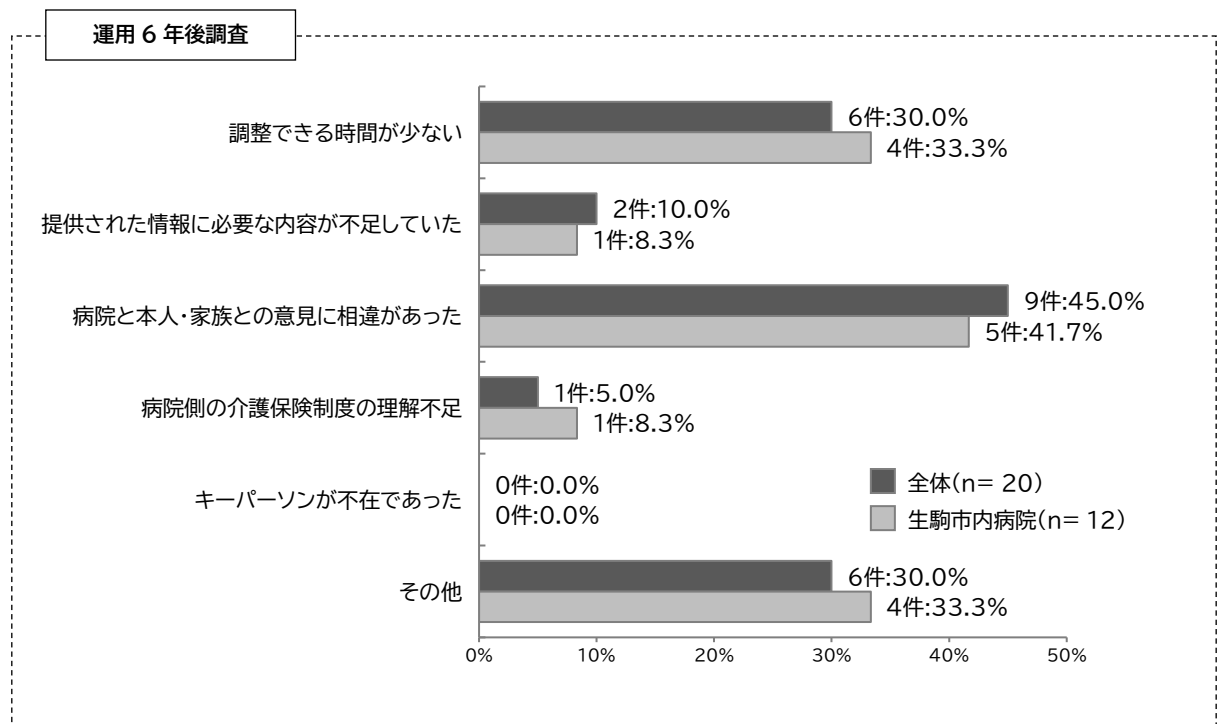
退院ケース 99 件のうち退院調整に問題があったケースが 22 件 (22.2%) あり、その理由は「調整できる時間が少ない」が 10 件 (45.5%) で多く、「病院と本人・家族との意見に相違があった」8 件 (36.4%) が続いている。



その他の内訳(全体)
・入院した連絡はあったが、転院した連絡がなかった
・家族が認知症で日程がきめにくかった
・遠方
・本人・家族の強い希望
・要介護が出そうな状態であり、直接病院から居宅介護支援事業所を案内してもらえようお願いしたが、「こちらではわからないので、居宅介護支援事業所を」という返事がサマリー等も無しであった

[過去調査との比較]

退院調整に問題があったケースは、今回調査では 99 件のうち 22 件 (22.2%)、運用 6 年後調査では 79 件のうち 20 件 (25.3%) となっている。



[居宅介護支援事業所等と地域包括支援センターとの比較]

退院調整に問題があったケースは、居宅介護支援事業所等で 14 件 (20.0%)、地域包括支援センターで 8 件 (27.6%) となっている。

	合計	問題があった							特に問題はない	無回答
		調整できる時間が少ない	提供された情報に必要な内容が不足していた	病院と本人・家族との意見に相違があった	病院側の介護保険制度の理解不足	キーパーソンが不在であった	その他			
上段:件 下段:%										
全体	99 100.0	22 22.2	10 10.1	4 4.0	8 8.1	3 3.0	1 1.0	6 6.1	58 58.6	19 19.2
居宅介護支援事業所等	70 100.0	14 20.0	8 11.4	4 5.7	6 8.6	1 1.4	－ －	2 2.9	39 55.7	17 24.3
地域包括支援センター	29 100.0	8 27.6	2 6.9	－ －	2 6.9	2 6.9	1 3.4	4 13.8	19 65.5	2 6.9

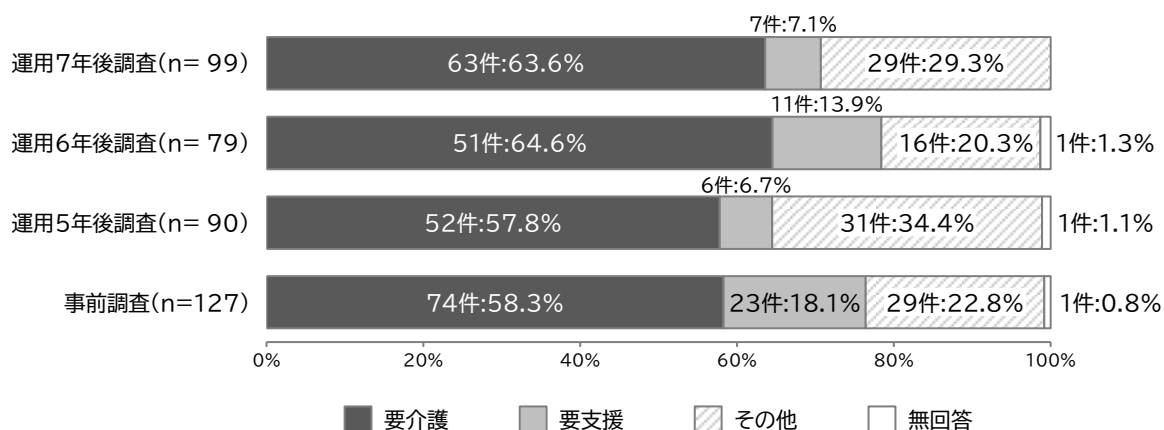
(6)退院時の介護保険の認定状況

[全体の結果]

退院ケース 99 件について、退院時の介護保険の認定状況は、「要介護」が 63 件（63.6%）最も多く、「その他」29 件（29.3%）、「要支援」7 件（7.1%）が続いている。

[過去調査との比較]

いずれの調査でも「要介護」が最も多くなっている。



[居宅介護支援事業所等と地域包括支援センターとの比較]

居宅介護支援事業所等では「要介護」が 60 件（85.7%）、地域包括支援センターでは「その他」が 20 件（69.0%）で最も多くなっている。

上段:件 下段:%	合計	要介護						要支援		その他			
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	不明	要支援1	要支援2	申請未	新規申請中	区分変更中	事業対象者
全体	99 100.0	14 14.1	23 23.2	11 11.1	7 7.1	7 7.1	1 1.0	2 2.0	5 5.1	3 3.0	14 14.1	12 12.1	-
居宅介護支援事業所等	70 100.0	13 18.6	22 31.4	11 15.7	7 10.0	6 8.6	1 1.4	-	1 1.4	-	3 4.3	6 8.6	-
地域包括支援センター	29 100.0	1 3.4	1 3.4	-	-	1 3.4	-	2 6.9	4 13.8	3 10.3	11 37.9	6 20.7	-

(7)退院時カンファレンスの有無

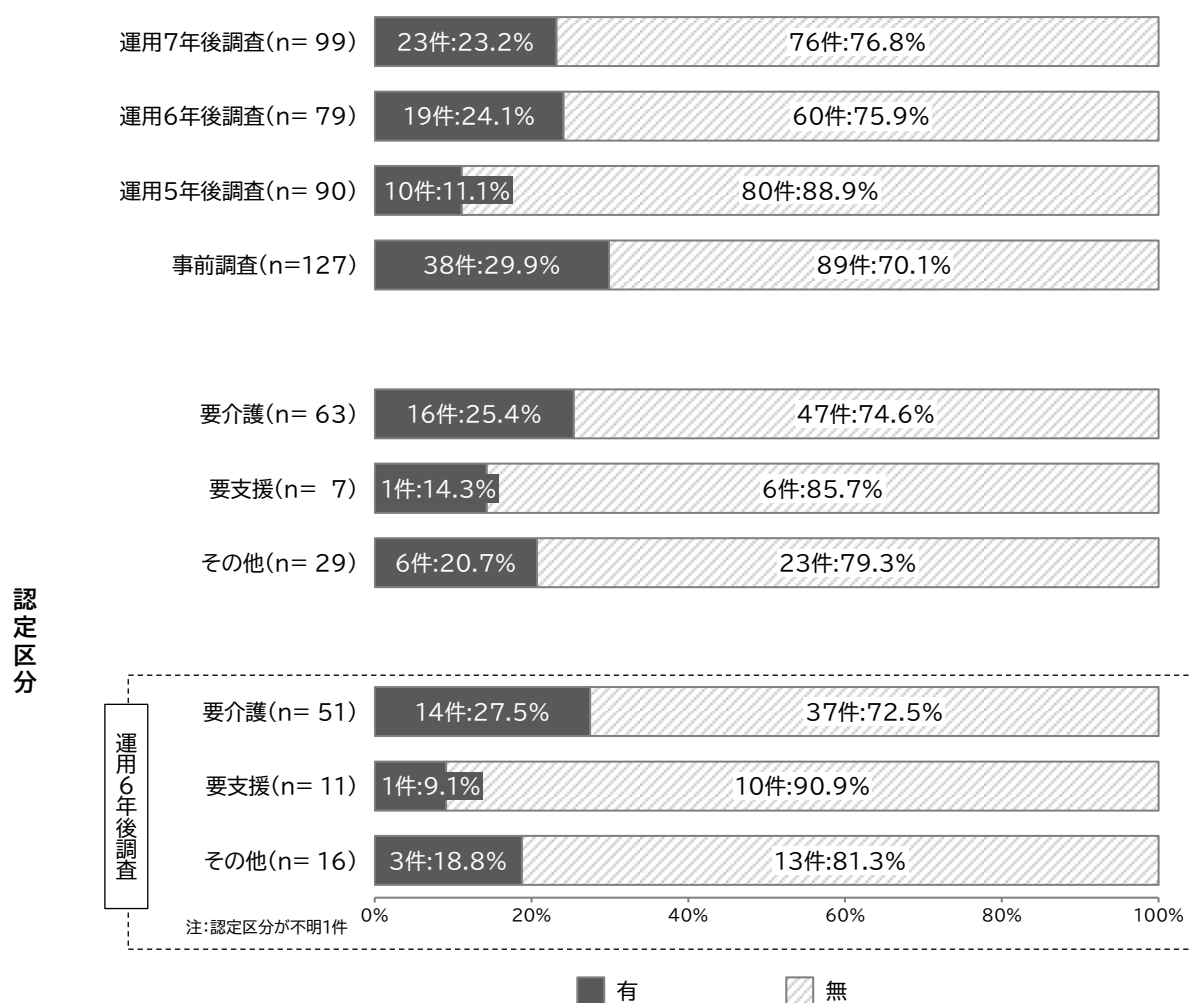
[全体の結果]

退院時カンファレンスの開催は 23 件 (23.2%) となっている。実施方法は全 23 件が「対面」開催でオンライン開催は 0 件となっている。

認定区分別にみると、開催割合は要介護で 16 件 (25.4%)、要支援で 1 件 (14.3%)、その他で 6 件 (20.7%) となっている。

[過去調査との比較]

退院時カンファレンスの開催は、今回調査では 23 件 (23.2%) となっており、運用 6 年後調査の 19 件 (24.1%) とほぼ同じ割合となっている。



[居宅介護支援事業所等と地域包括支援センターとの比較]

退院時カンファレンスの開催は、居宅介護支援事業所等では 19 件 (27.1%)、地域包括支援センターでは 4 件 (13.8%) となっている。

	上段:件 下段:%	合計	有	無
全体		99	23	76
		100.0	23.2	76.8
居宅介護支援事業所等		70	19	51
		100.0	27.1	72.9
地域包括支援センター		29	4	25
		100.0	13.8	86.2

4 ケアマネジャー等調査における入院ケース

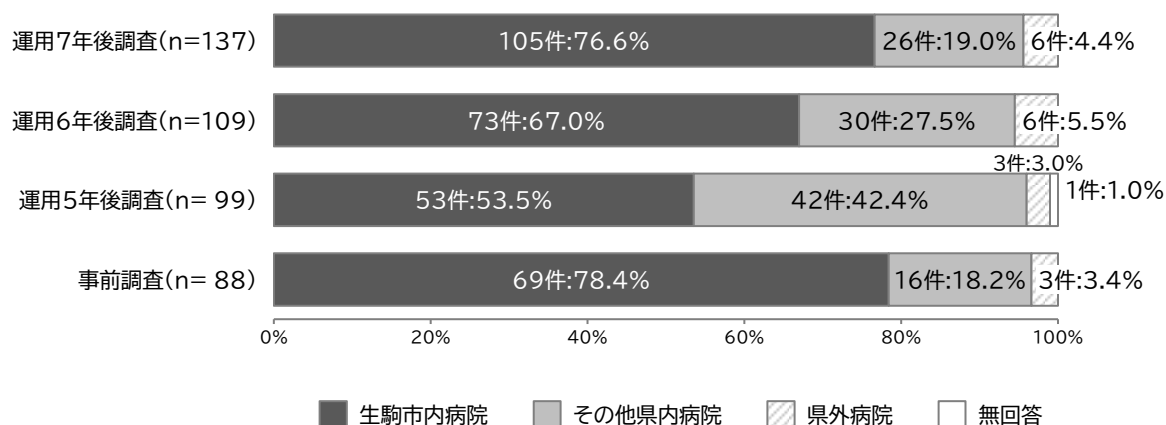
(1)入院された病院の内訳

[全体の結果]

調査対象期間における入院ケース 137 件のうち、「生駒市内病院」への入院が 105 件（76.6%）で最も多く、「その他県内病院」26 件（19.0%）、「県外病院」6 件（4.4%）が続いている。

[過去調査との比較]

「生駒市内病院」が運用 5 年後調査で 53 件（53.5%）、運用 6 年後調査で 73 件（67.0%）、今回調査で 105 件（76.6%）と増加している。



[居宅介護支援事業所等と地域包括支援センターとの比較]

居宅介護支援事業所等、地域包括支援センターともに「生駒市内病院」が最も多く、それぞれ 83 件（75.5%）、22 件（81.5%）となっている。

	上段:件 下段:%	合計	生駒市内病院	その他県内 病院	県外病院
全体		137	105	26	6
		100.0	76.6	19.0	4.4
居宅介護支援事業所等		110	83	22	5
		100.0	75.5	20.0	4.5
地域包括支援センター		27	22	4	1
		100.0	81.5	14.8	3.7

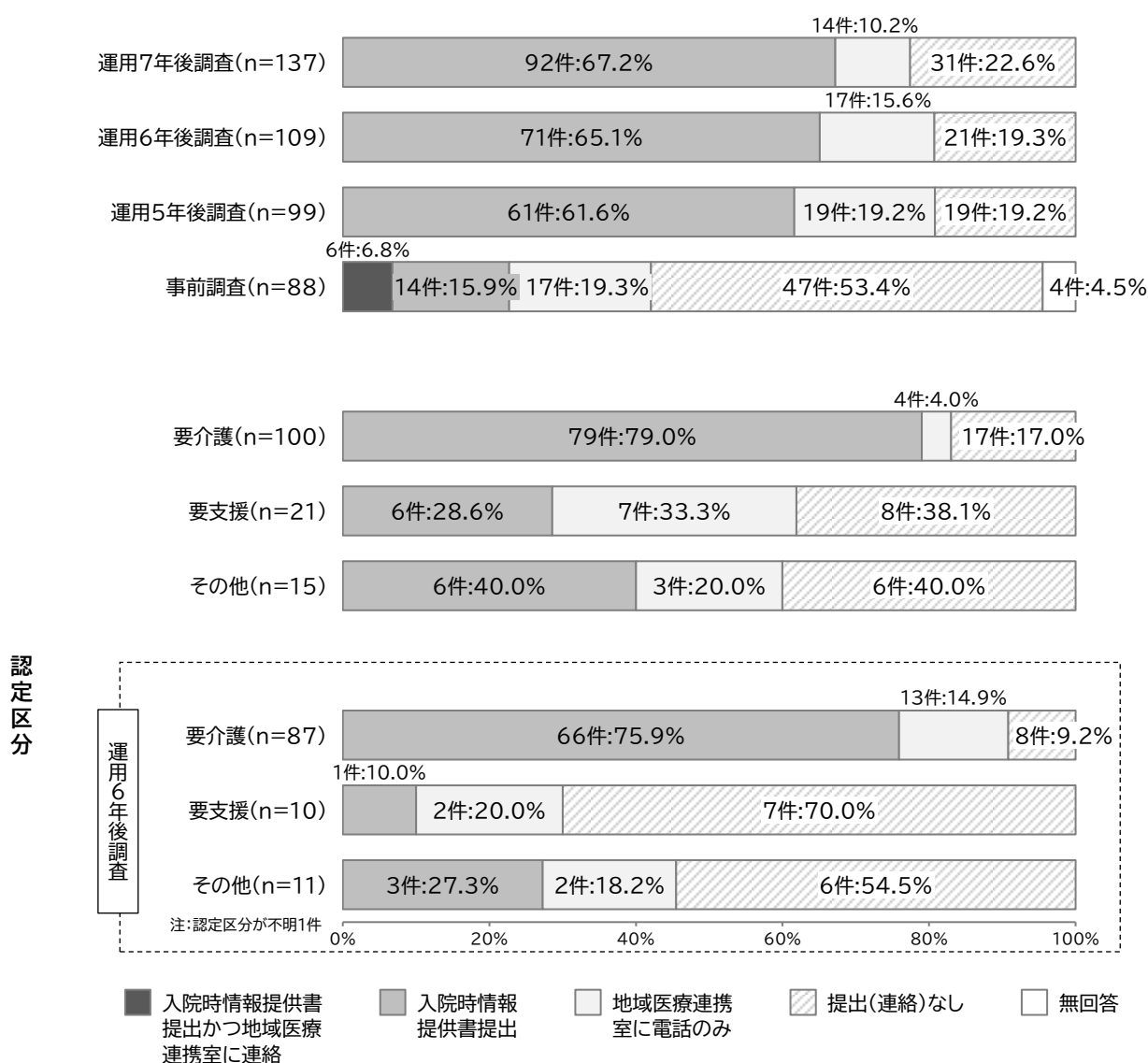
(2)入院時情報提供の方法

[全体の結果]

調査期間における入院ケース 137 件のうち、入院時情報提供では、「入院時情報提供書提出」が 92 件 (67.2%) と最も多くなっている。認定区分別にみると、要介護では入院時情報提供書を提出しているケースが 79 件 (79.0%)、要支援では 6 件 (28.6%)、その他では 6 件 (40.0%) となっている。

[過去調査との比較]

入院時情報提供書を提出しているケースは、今回調査では 92 件 (67.2%)、運用 6 年後調査では 71 件 (65.1%)、運用 5 年後調査では 61 件 (61.6%)、事前調査では 20 件 (22.7%) となっている。



※「運用 5 年後調査」以降は「入院時情報提供書提出かつ地域医療連携室に連絡」の選択肢はなし。

■認定区分「その他」の内訳

	合計	入院時情報 提供書提出	地域医療連 携室に連絡	提出(連絡) なし	無回答
申請未	4 件	2 件	2 件	-	-
新規申請中	5 件	-	1 件	4 件	-
区分変更中	6 件	4 件	-	2 件	-
事業対象者	-	-	-	-	-

〔居宅介護支援事業所等と地域包括支援センターとの比較〕

居宅介護支援事業所等では「入院時情報提供書提出」が 87 件（79.1%）、地域包括支援センターでは「提出(連絡)なし」が 13 件（48.1%）で最も多くなっている。

上段:件 下段:%	合計	入院時情報 提供書提出	地域医療連 携室に連絡	提出(連絡) なし	無回答
全体	137 100.0	92 67.2	14 10.2	31 22.6	- -
居宅介護支援事業所等	110 100.0	87 79.1	5 4.5	18 16.4	- -
地域包括支援センター	27 100.0	5 18.5	9 33.3	13 48.1	- -

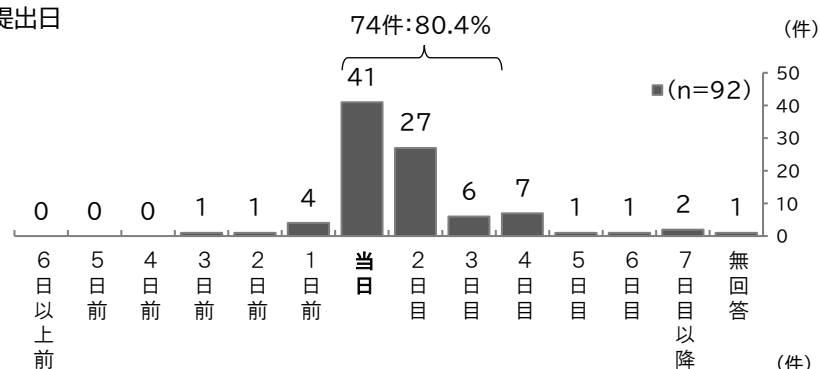
(3)入院時情報提供の時期

[全体の結果]

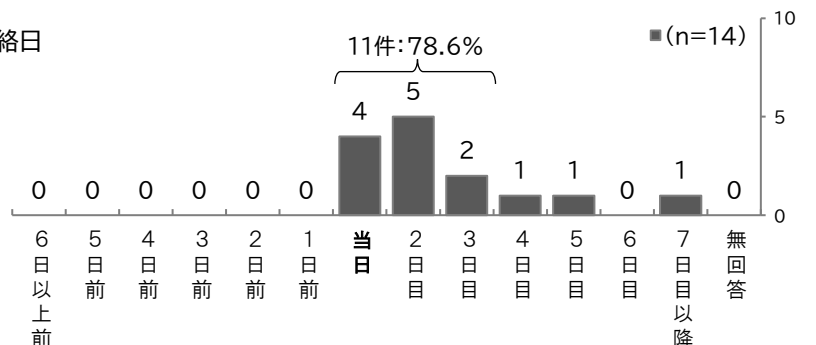
入院時情報提供書を提出した 92 件のうち入院日前日までの提出は 6 件 (6.5%)、入院当日から 3 日目の間に提出があったのは 74 件 (80.4%) となっている。

地域医療連携室への連絡を行った 14 件のうち入院日前日までの連絡は 0 件となっており、入院当日から 3 日目の間に提出があったのは 11 件 (78.6%) となっている。

■入院時情報提供書提出日



■地域医療連携室連絡日



[居宅介護支援事業所等と地域包括支援センター別の入院時情報提供(連絡)時期]

入院前および入院から 3 日目以内に入院時情報提供書の提出があったのは、居宅介護支援事業所等では 75 件 (86.2%)、地域包括支援センターでは 5 件 (100.0%) となっている。

地域医療連携室への連絡日が入院から 3 日目以内にあったのは、居宅介護支援事業所等では 3 件 (60.0%)、地域包括支援センターでは 8 件 (88.9%) となっている。

■入院時情報提供書提出日

	上段:件 下段:%	全体	3日前	2日前	1日前	当日 (1日目)	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目 以降	無回答
全体		92 100.0	1 1.1	1 1.1	4 4.3	41 44.6	27 29.3	6 6.5	7 7.6	1 1.1	1 1.1	2 2.2	1 1.1
居宅介護支援 事業所等		87 100.0	1 1.1	1 1.1	4 4.6	38 43.7	26 29.9	5 5.7	7 8.0	1 1.1	1 1.1	2 2.3	1 1.1
地域包括 支援センター		5 100.0	-	-	-	3 60.0	1 20.0	1 20.0	-	-	-	-	-

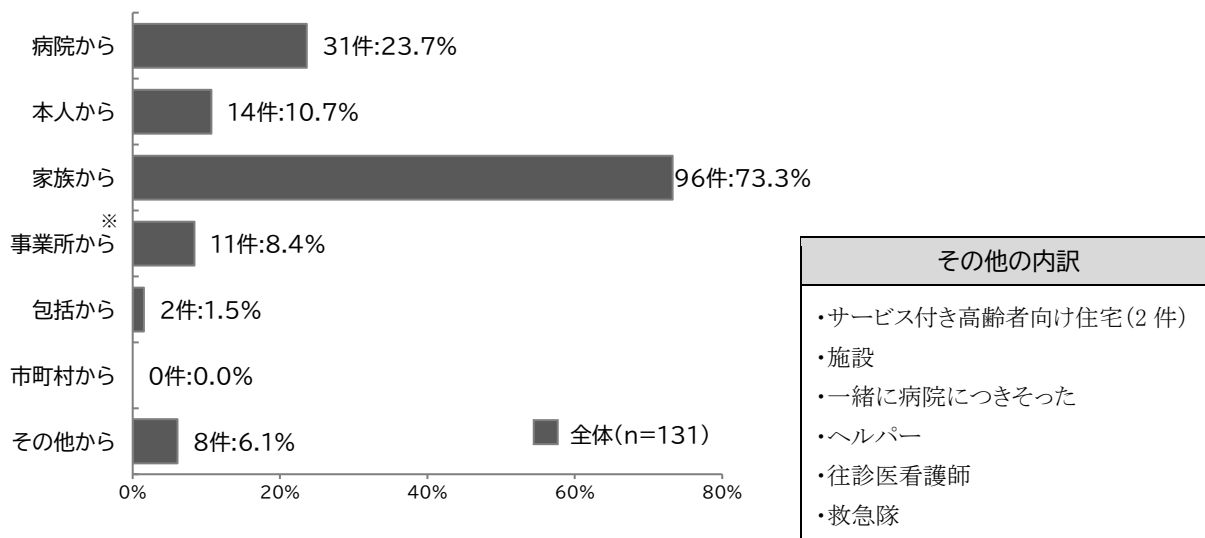
■地域医療連携室連絡日

	上段:件 下段:%	全体	3日前	2日前	1日前	当日 (1日目)	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目 以降	無回答
全体		14 100.0	-	-	-	4 28.6	5 35.7	2 14.3	1 7.1	1 7.1	-	1 7.1	-
居宅介護支援 事業所等		5 100.0	-	-	-	2 40.0	1 20.0	-	-	1 20.0	-	1 20.0	-
地域包括 支援センター		9 100.0	-	-	-	2 22.2	4 44.4	2 22.2	1 11.1	-	-	-	-

(4)入院の連絡(複数回答)

[全体の結果]

入院の連絡があった131件のうち、「家族から」が96件(73.3%)と最も多く、次いで「病院から」31件(23.7%)、「本人から」14件(10.7%)、「事業所から」11件(8.4%)が続いている。



※「事業所」は、サービス提供事業所を指す。

※入院ケース137件のうち6件は「入院の連絡」について無回答

■認定区分別の内訳

	合計	病院から	本人から	家族から	事業所から	包括から	市町村から	その他から
申請未	4件	-	-	2件	1件	-	-	1件
新規申請中	5件	2件	-	3件	1件	-	-	-
区分変更中	6件	2件	-	4件	2件	-	-	1件
事業対象者	-	-	-	-	-	-	-	-
要支援	20件	6件	5件	9件	1件	2件	-	-
要介護	95件	20件	9件	77件	6件	-	-	6件

※認定区分無回答が1件あるため、認定区分別の合計と全体の件数は一致しません。

[居宅介護支援事業所等と地域包括支援センターとの比較]

居宅介護支援事業所等、地域包括支援センターともに、「家族から」が最も多く、それぞれ80件(76.2%)、16件(61.5%)となっている。

	上段:件 下段:%	合計	病院から	本人から	家族から	事業所から	包括から	市町村から	その他から
全体		131	31	14	96	11	2	-	8
		100.0	23.7	10.7	73.3	8.4	1.5	-	6.1
居宅介護支援事業所等		105	24	11	80	7	-	-	7
		100.0	22.9	10.5	76.2	6.7	-	-	6.7
地域包括支援センター		26	7	3	16	4	2	-	1
		100.0	26.9	11.5	61.5	15.4	7.7	-	3.8

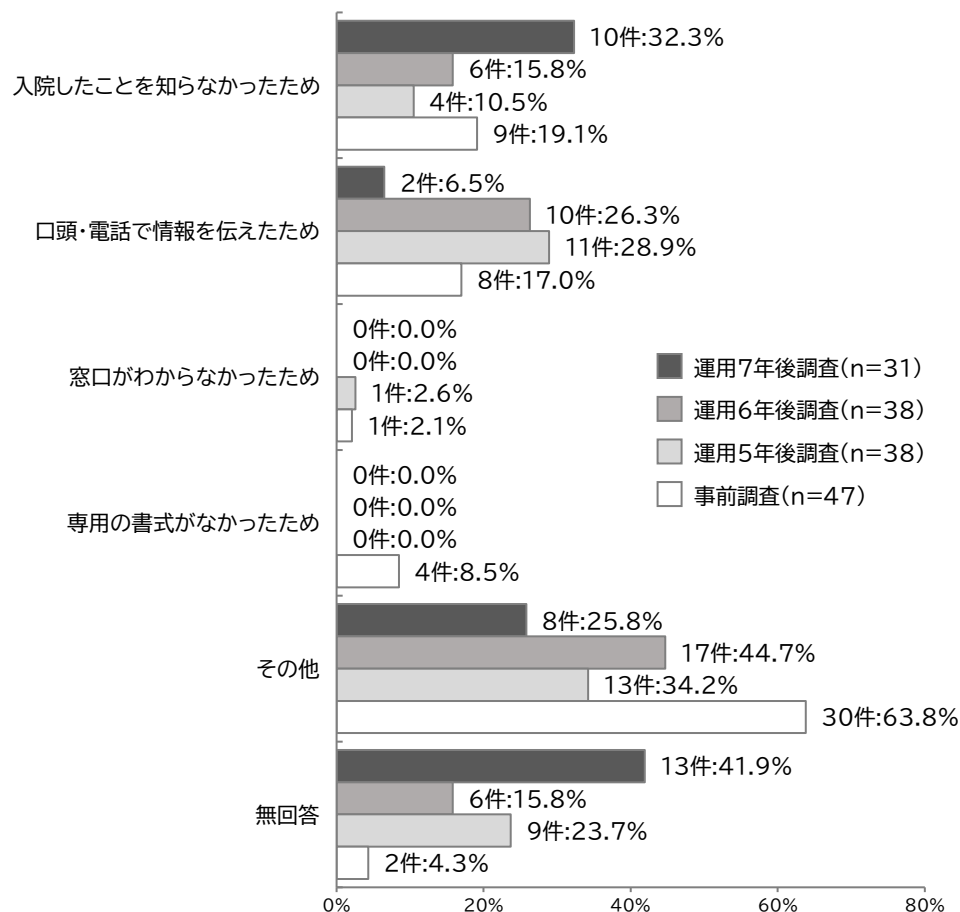
(5)提出・連絡しなかった理由(複数回答)

[全体の結果]

提出（連絡）なしの 31 件について、入院時情報提供を行わなかった場合の理由は、「入院したことを知らなかったため」が 10 件（32.3%）で最も多く、次いで「その他」8 件（25.8%）、「口頭・電話で情報を伝えたため」2 件（6.5%）が続いている。

[過去調査との比較]

今回調査では「入院したことを知らなかったため」が 10 件（32.3%）と、過去の調査と比べて多くなっている。



※事前調査の「その他」には「除外ケースのため」を含む。

その他の内訳(全体)
・年始での休み(2 件) ・退院されてすぐに入院されたため(2 件) ・転院のため ・前回入院時の状態と大きな変化がなく必要性がなかったため ・新規利用者のため ・入院から日にちがたっていたため

[居宅介護支援事業所等と地域包括支援センターとの比較]

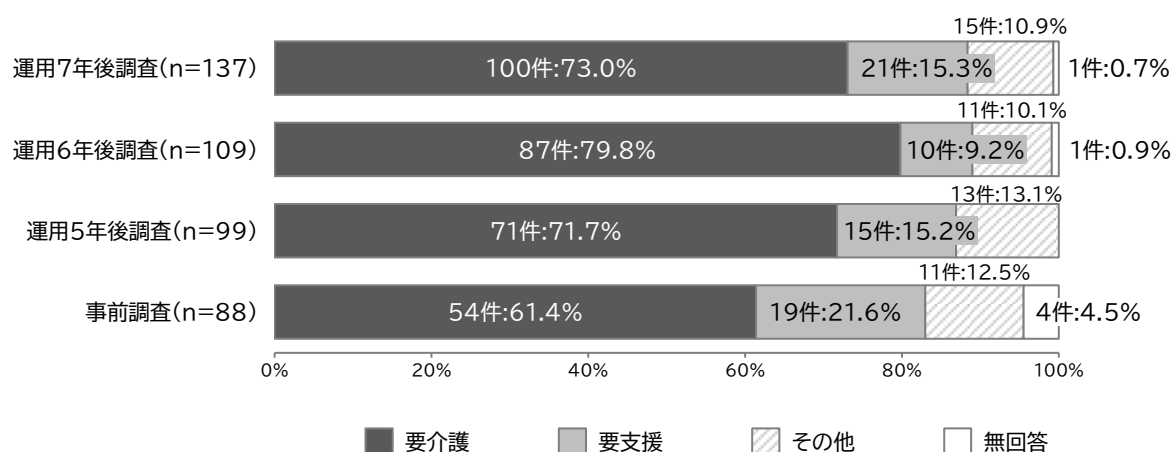
居宅介護支援事業所等では「入院したことを知らなかったため」が9件（50.0%）、「その他」が7件（38.9%）となっている。

上段:件 下段:%	合計	入院したことを知らなかったため	口頭・電話で情報を伝えたため	窓口がわからなかったため	専用の書式がなかったため	その他	無回答
全体	31 100.0	10 32.3	2 6.5	－ －	－ －	8 25.8	13 41.9
居宅介護支援事業所等	18 100.0	9 50.0	1 5.6	－ －	－ －	7 38.9	2 11.1
地域包括支援センター	13 100.0	1 7.7	1 7.7	－ －	－ －	1 7.7	11 84.6

(6)入院時の介護保険の認定状況

[全体の結果]

入院時の介護保険の認定状況は、「要介護」が100件（73.0%）で最も多く、「要支援」21件（15.3%）、「その他」15件（10.9%）が続いている。



[居宅介護支援事業所等と地域包括支援センターとの比較]

居宅介護支援事業所等では「要介護」が98件（89.1%）を占め、地域包括支援センターでは「要支援」が16件（59.3%）、「その他」が9件（33.3%）となっている。

上段:件 下段:%	全体	要介護							要支援		その他				無回答
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	不明		要支援1	要支援2	申請未	新規申請中	区分変更中	事業対象者	
全体	137 100.0	35 25.5	25 18.2	17 12.4	15 10.9	6 4.4	2 1.5		4 2.9	17 12.4	4 2.9	5 3.6	6 4.4	－ －	1 0.7
居宅介護支援事業所等	110 100.0	34 30.9	25 22.7	16 14.5	15 13.6	6 5.5	2 1.8		2 1.8	3 2.7	1 0.9	1 0.9	4 3.6	－ －	1 0.9
地域包括支援センター	27 100.0	1 3.7	－ －	1 3.7	－ －	－ －	－ －		2 7.4	14 51.9	3 11.1	4 14.8	2 7.4	－ －	－ －

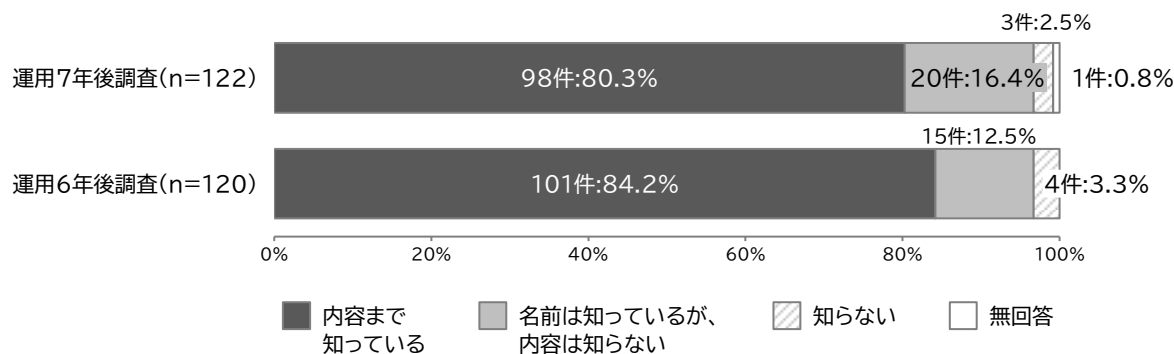
5 ケアマネジャー等調査の結果概要

(1)入退院調整マニュアルの認知

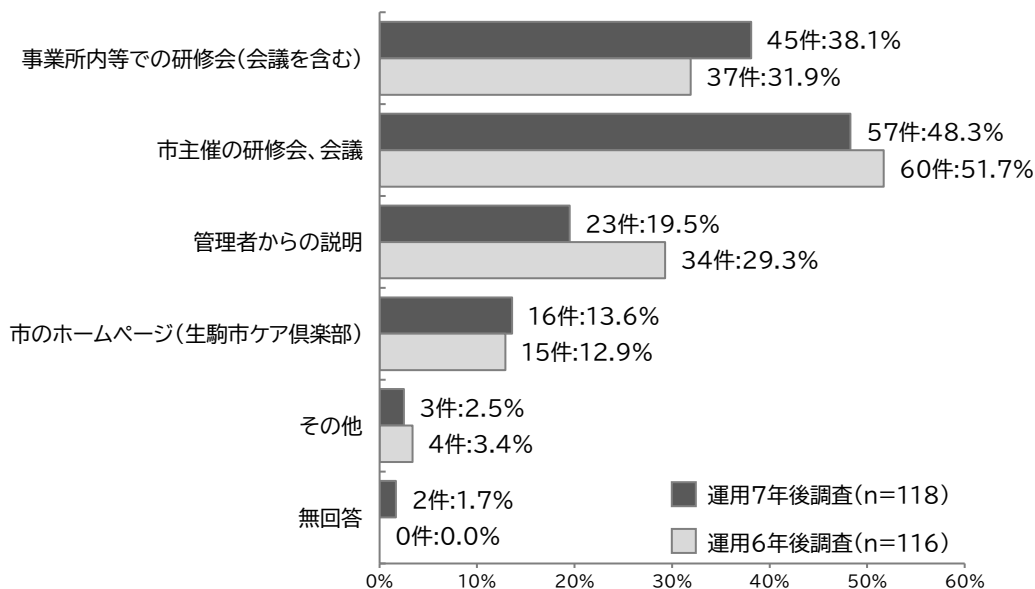
[全体の結果]

入退院調整マニュアルの認知状況は、「内容まで知っている」98件(80.3%)が最も多く、次いで「名前は知っているが、内容は知らない」20件(16.4%)、「知らない」3件(2.5%)が続いている。

知った方法は「市主催の研修会、会議」が57件(48.3%)で最も多く、「事業所内等での研修会(会議を含む)」45件(38.1%)、「管理者からの説明」23件(19.5%)が続いている。



■知った方法(複数回答)



その他の内訳
・自部署での伝達 ・マニュアルを持っている(2件)

〔居宅介護支援事業所等と地域包括支援センターとの比較〕

「内容まで知っている」は居宅介護支援事業所等では 68 件（79.1%）、地域包括支援センターでは 30 件（83.3%）となっている。

知った方法は、居宅介護支援事業所等、地域包括支援センターともに「市主催の研修会、会議」が最も多くそれぞれ 42 件（51.2%）、15 件（41.7%）となっている。

上段:件 下段:%	合計	内容まで知っている	名前は知っているが、 内容は知らない	知らない	無回答
全体	122 100.0	98 80.3	20 16.4	3 2.5	1 0.8
居宅介護支援事業所等	86 100.0	68 79.1	14 16.3	3 3.5	1 1.2
地域包括支援センター	36 100.0	30 83.3	6 16.7	－ －	－ －

■知った方法(複数回答)

上段:件 下段:%	合計	事業所内等での研修会 会議を含む	市主催の研修会、会議	管理者からの説明	市のホームページ 生駒市ケア倶楽部	その他	無回答
全体	118 100.0	45 38.1	57 48.3	23 19.5	16 13.6	3 2.5	2 1.7
居宅介護支援事業所等	82 100.0	33 40.2	42 51.2	13 15.9	13 15.9	1 1.2	2 2.4
地域包括支援センター	36 100.0	12 33.3	15 41.7	10 27.8	3 8.3	2 5.6	－ －

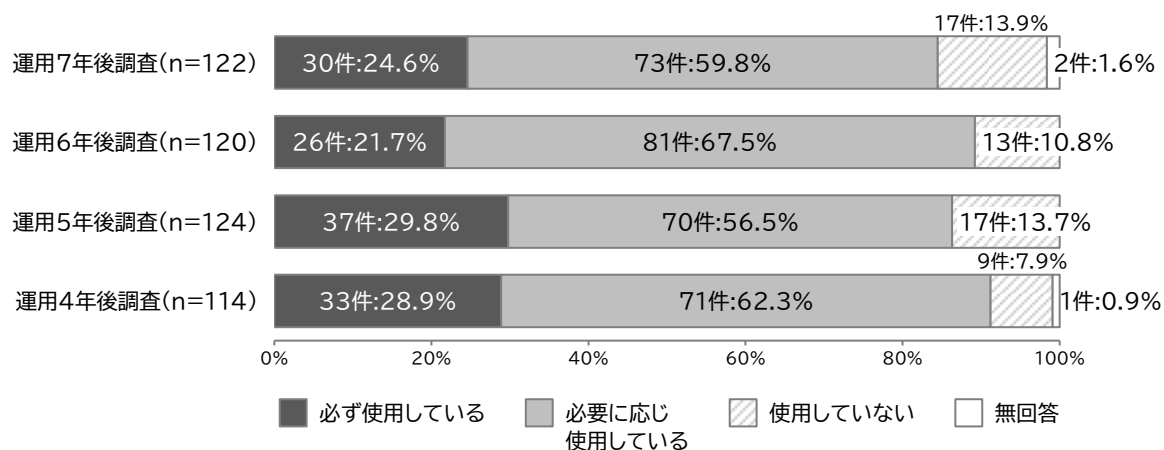
(2)入退院調整マニュアルの使用状況

[全体の結果]

入退院調整マニュアルの使用状況は、「必要に応じ使用している」が73件(59.8%)で最も多く、次いで「必ず使用している」が30件(24.6%)となっており、8割以上のケアマネジャーは入退院調整マニュアルを使用している。

[過去調査との比較]

今回調査は、過去3年の調査よりも入退院調整マニュアルを使用している割合がやや低くなっている。



[居宅介護支援事業所等と地域包括支援センターとの比較]

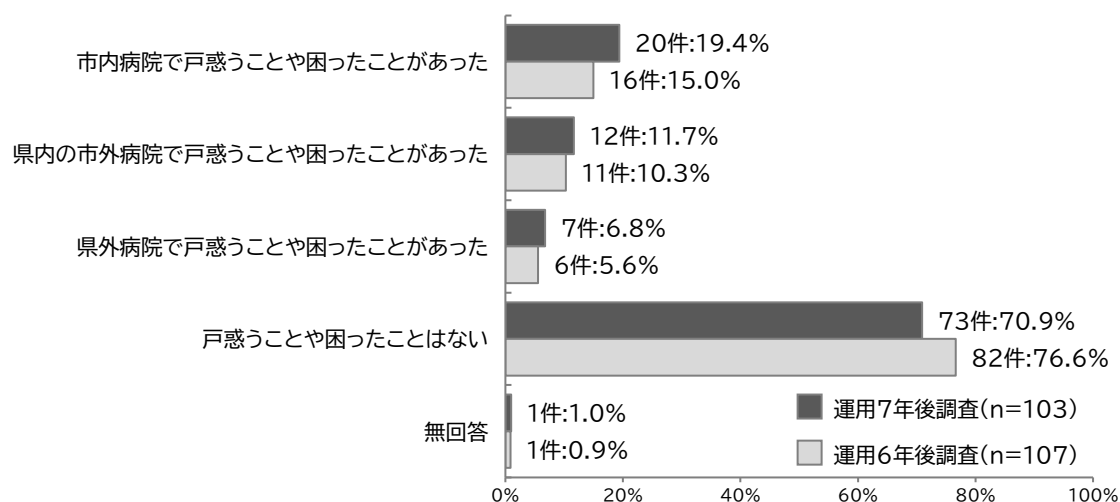
居宅介護支援事業所等、地域包括支援センターともに「必要に応じ使用している」が最も多く、それぞれ49件(57.0%)、24件(66.7%)となっている。

	合計	必ず使用している	必要に応じ使用している	使用していない	無回答
上段:件					
下段:%					
全体	122	30	73	17	2
	100.0	24.6	59.8	13.9	1.6
居宅介護支援事業所等	86	22	49	13	2
	100.0	25.6	57.0	15.1	2.3
地域包括支援センター	36	8	24	4	—
	100.0	22.2	66.7	11.1	—

(3)入退院調整マニュアルの手順に従い対応して、戸惑うことや困ったこと(複数回答)

[全体の結果]

入退院調整マニュアルの手順に従い対応して、「戸惑うことや困ったことはない」が 73 件 (70.9%) で最も多く、「市内病院で戸惑うことや困ったことがあった」20 件 (19.4%)、「県内の市外病院で戸惑うことや困ったことがあった」12 件 (11.7%)、「県外病院で戸惑うことや困ったことがあった」7 件 (6.8%) となっている。



[居宅介護支援事業所等と地域包括支援センターとの比較]

居宅介護支援事業所等、地域包括支援センターともに「戸惑うことや困ったことはない」が最も多く、それぞれ 52 件 (73.2%)、21 件 (65.6%) となっている。

	合計	市内病院で戸惑うことや困ったことがあった	県内の市外病院で戸惑うことや困ったことがあった	県外病院で戸惑うことや困ったことがあった	戸惑うことや困ったことはない	無回答
上段:件 下段:%						
全体	103 100.0	20 19.4	12 11.7	7 6.8	73 70.9	1 1.0
居宅介護支援事業所等	71 100.0	11 15.5	9 12.7	7 9.9	52 73.2	- -
地域包括支援センター	32 100.0	9 28.1	3 9.4	- -	21 65.6	1 3.1

■入院時(市内病院)

内容	居宅事業所等(件)	包括(件)
退院前の自宅訪問(療法士)を依頼しても、「していない」と断られることが多かった	1	-
前日に病院から退院の連絡があったためサービスの調整に慌てた	1	-
相談員宛に情報を送ってほしいと言われて送るが、家での本人の様子などを詳しく書いていても、病棟側でまったく目が通されておらず、連携を取れないことがよくあった	1	-
地域連携室に問い合わせるとまだ担当が決まっていないと言われた	2	1
入院が終業時間に近くなると、当日の情報提供が難しい	1	-
病院の相談窓口がわからない	2	-
退院時にご家族に連絡するように言われたが、家族は退院直後で何に困るかわからない様子だった	-	1
明らかに要介護の状態である方であっても地域包括支援センターに連絡がある	-	4
「医療連携」の窓口が複数ありどこに連絡してよいか迷う	1	-
入院後早々に転院されることがわかっていたので、入院時情報提供書は転院先にも渡していただくよう伝えていたが、渡されていなかった。いつ転院したか連絡がないので、退院間際まで転院先とケアマネジャーの間で連絡調整がなく、家族関係や自宅の事情などもっと早く伝わってれば、病院側の介入の仕方も違ったのにとと思われる事例があった	1	-
担当のソーシャルワーカーがわからない場合、電話の受付から担当ソーシャルワーカーにつないでもらうのに時間がかかった	-	1

■入院時(県内の市外病院)

内容	居宅事業所等(件)	包括(件)
入院が終業時間に近くなると、当日の情報提供が難しい(再掲)	1	-
病院の相談窓口がわからない(再掲)	2	-
明らかに要介護の状態である方であっても地域包括支援センターに連絡がある(再掲)	-	1
対応窓口が地域連携室以外で入院病棟で行う場合が結構ある	1	-
施設からの情報で十分だと連絡があった	1	-

■入院時(県外病院)

内容	居宅事業所等(件)	包括(件)
入院時情報は提出するも退院のときには連絡も無く、サマリーも作成していただかず、退院時何度かこちらからアクションを起こしてやっと作成していただいた	1	-
入院が終業時間に近くなると、当日の情報提供が難しい(再掲)	1	-
病院の相談窓口がわからない(再掲)	3	-
対応窓口が地域連携室以外で入院病棟で行う場合が結構ある(再掲)	2	-

■退院時(市内病院)

内容	居宅事業所等(件)	包括(件)
区分変更について、病院がすでに知っていることをわざわざケアマネジャーが書いて市に持っていくパターンが多く、その後は在宅に帰らないケースが多いので、申請を出すだけで終わっていることが多い(再掲)	1	-
区分変更の必要性はないと考えていたが、病院側が先に区分変更申請を出していた	-	1
福祉用具事業所の選定や手配の依頼があり、いくつかの事業所はお伝えできるが、本人の状況がわからないので、事業所とのやり取りを依頼し、対応していただいた	-	1
要介護が出そうな状態であり、直接病院から居宅介護支援事業所を案内してもらえようお願いしたが、「こちらではわからないので、居宅介護支援事業所を」という返事がサマリー等も無しであった	-	1
連絡がない状態で物事が進むことがあった	2	1
患者のことで他職種の情報や返答、連携は薄い	-	1

■退院時(県内の市外病院)

内容	居宅事業所等(件)	包括(件)
区分変更について、病院がすでに知っていることをわざわざケアマネジャーが書いて市に持っていくパターンが多く、その後は在宅に帰らないケースが多いので、申請を出すだけで終わっていることが多い(再掲)	1	-
区分変更の必要性はないと考えていたが、病院側が先に区分変更申請を出していた(再掲)	-	1
本人や家族が要介護認定等の申請をすることができる場合は自身で申請をするよう促すとマニュアル記載があるが、代行申請を進められていた	-	1
自立度が高く、介護申請の対象ではない人だが、退院後に栄養状態の確認等の対応をしてもらえないか病院から連絡があった。退院後、訪問すると介護申請が必要な方であり、たちまち ADL が低下し、在宅生活が困難になった	-	1
リモートでカンファレンスに招待していただいたが、つながらずできなかった	1	-
直接、病棟が対応することがある	1	-
窓口が統一されていない	1	-

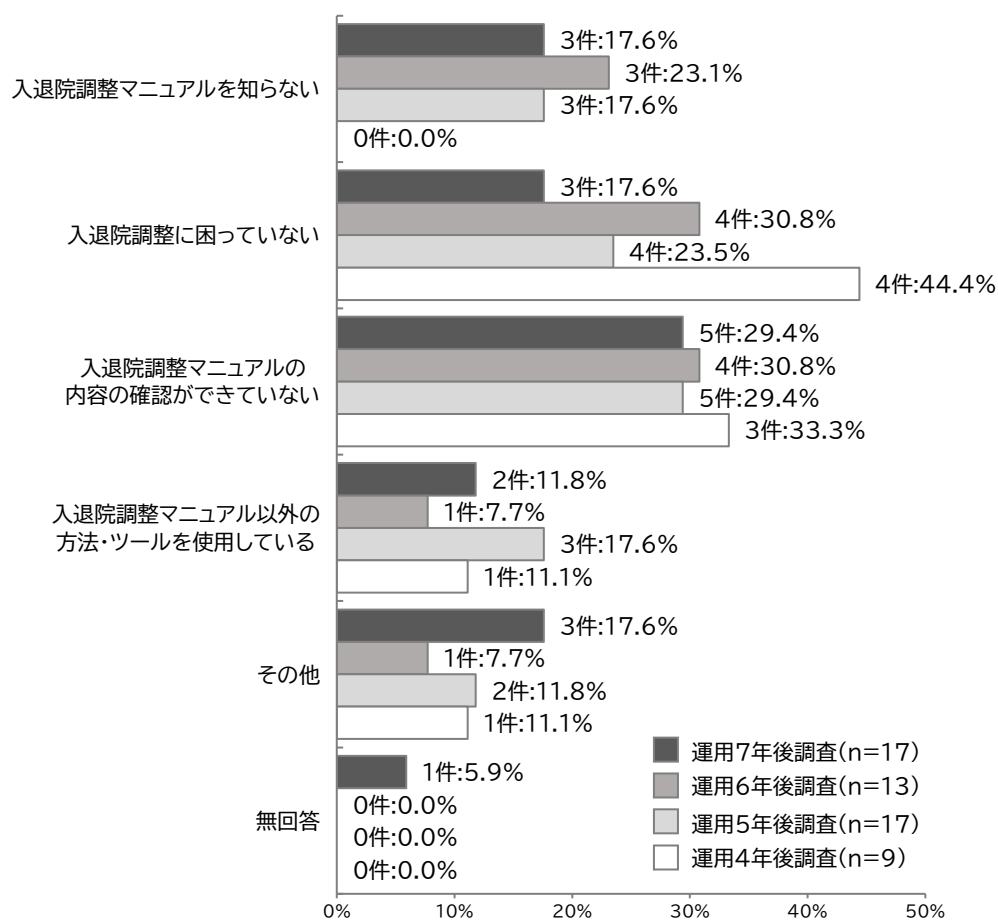
■退院時(県外病院)

内容	居宅事業所等(件)	包括(件)
直接、病棟が対応することがある(再掲)	1	-

(4)入退院調整マニュアルを使用していない理由と今後の使用意向

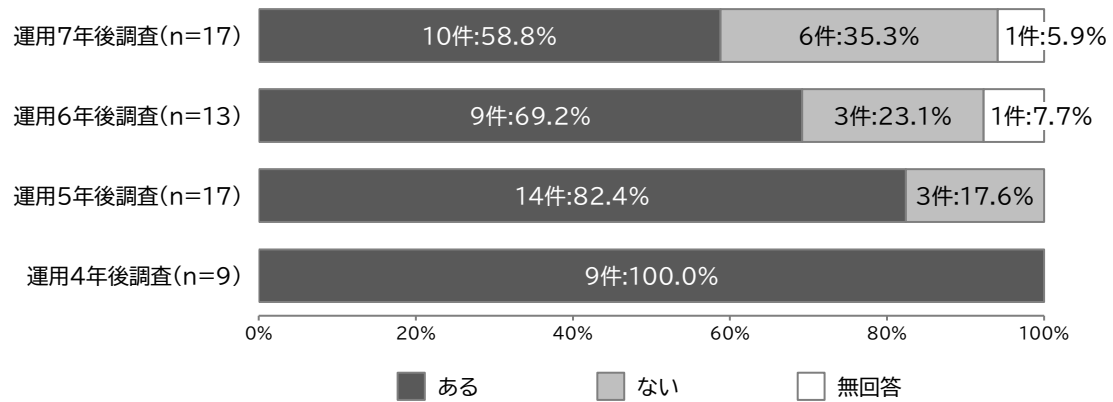
【全体の結果】

マニュアルを使用していない理由は、「入退院調整マニュアルの内容の確認ができていない」が5件（29.4%）で最も多く、「入退院調整マニュアルを知らない」「入退院調整に困っていない」「その他」がそれぞれ3件（17.6%）で続いている。



「入退院調整に困っていない」理由
・電話や基本情報の共有で調整できているため ・マニュアル通りではないが、元々病院との調整はしているため
「入退院調整マニュアル以外の方法・ツールを使用している」の内訳
・別の市の医療情報提供書を利用 ・入院時情報提供書を使用している。フェイスシートから移動できるため
その他の内訳
・知っているが、使っていなかった ・担当利用者が少なく、入院対象者がいなかったため ・メディカルソーシャルワーカーとの連携を図っており、都度問題を解決できているため

今後の使用予定については、「ある」が10件（58.8%）、「ない」が6件（35.3%）となっている。



「ある」の理由
・必要なときがくるかもしれないと思うため ・医療機関もマニュアルにそった対応をしているので、スムーズに調整する上で確認しておく必要があるため ・今後担当ケースを持ち、関わる機会が増えるため ・勉強として、マニュアルの確認をしておくのはよいと思うため ・解決できない問題がおこらないよう、忘れた頃に読み返したい ・マニュアルを知って、利用できるようになりたいため ・今後役立てていきたいため ・内容を理解してから使用したい

「ない」の理由
・とりあえず地域包括支援センターに相談してくれたらよいと思う。マニュアルがあると「明らかに要介護なのに何で地域包括支援センターに連絡してくるんだ」となることがあるので、特にマニュアルは気にしない ・今後入院対象となった場合は検討していきたい ・現状困っていないため(2件) ・詳細な内容を読む時間がない

〔居宅介護支援事業所等と地域包括支援センターとの比較〕

マニュアルを使用していない理由は、居宅介護支援事業所等では「入退院調整マニュアルを知らない」「入退院調整マニュアルの内容の確認ができていない」「その他」がそれぞれ 3 件（23.1%）、地域包括支援センターでは「入退院調整マニュアルの内容の確認ができていない」が 2 件（50.0%）と最も多くなっている。

マニュアルの今後の使用意向については、「ある」が居宅介護支援事業所等で 8 件（61.5%）、地域包括支援センターで 2 件（50.0%）となっている。

■入退院調整マニュアルを使用していない理由

	合計	入退院調整 マニュアル を知らない	入退院調整 に困ってい ない	入退院調整 マニュアル の内容の確認 ができて いない	入退院調整 マニュアル 以外の方 法・ツールを 使用してい る	その他	無回答
上段:件 下段:%							
全体	17 100.0	3 17.6	3 17.6	5 29.4	2 11.8	3 17.6	1 5.9
居宅介護支援 事業所等	13 100.0	3 23.1	2 15.4	3 23.1	2 15.4	3 23.1	- -
地域包括 支援センター	4 100.0	- -	1 25.0	2 50.0	- -	- -	1 25.0

■今後の使用意向

	合計	ある	ない	無回答
上段:件 下段:%				
全体	17 100.0	10 58.8	6 35.3	1 5.9
居宅介護支援 事業所等	13 100.0	8 61.5	5 38.5	- -
地域包括支援 センター	4 100.0	2 50.0	1 25.0	1 25.0

(5)入退院調整マニュアルについて、意見・要望

内容	居宅 事業所等 (件)	包括 (件)
良い点、助かった点		
情報を提出するので、本人の状態等が電話で聞きやすくなり、書類関係も頼みやすくなった	1	-
各病院と連携がとりやすくなった	2	1
地域医療連携室とのやりとりはおおむねできている	2	-
生駒市内においては入退院調整がマニュアル作成時に比べてスムーズになってきている印象を受ける	-	1
研修会で顔を合わせて話し合いができて、わかりやすかった。今後も定期的にこのような場があればよい	1	-
医療連携の連絡先、営業時間、情報を送る前の連絡の可否等をまとめていただき、助かっている	1	-
困った点		
以前に比べて連携はとりやすくなっているが、書面を出していても明らかに目を通してもらっていないと感じることがよくある。内容を把握してもらっていないのは残念である	1	-
マニュアルに基づいているが、病棟看護師等の理解がない	1	-
情報を送っても病棟が変わると伝達されていないことがあるため、どこまで利用されているのかわからない	-	1
新規で担当地域包括支援センターに連絡があることが多いが、本人・家族に利用できるサービスを既にお伝え済みであり、家族から相談があったときに、サービス利用前提でお話があるので困るときがある	-	1
周知ができていないのか、介護レベルでも病院より地域包括支援センターに電話がかかることがある	-	1
休日に入院された場合、連絡がないときもあり、情報提供が遅れることも多い。短期間に入退院を繰り返された場合、内容にあまり変化がないときがある	1	-
病院によっては地域医療連携室ではなく、病棟看護師からの連絡が入り、連携しにくいときがある	2	-
病院側の意識が高まっているのを感じるが、地域医療連携室とも調整が必要なケースも病棟からつながっており、後手になるケースがある	1	-
コロナになってから病院内でのカンファレンスなどがしにくくなっている	1	-
退院の日程について病院から何も連絡がなかったことがあった	1	-
改善してほしい点、要望		
周知がまだ統一できていないように思う。県外や大きな病院になると余計に対応の遅れを感じる	1	-
退院までにもう少し余裕を持った日程をお願いしたい。情報収集や在宅サービスの準備が整わない状態で、退院日だけが決まって依頼が来ることもある	1	-
入退院やサービス調整をスムーズに行い、利用者が困らないようにするため何度もアンケートを重ねているが、医師が認識していないと、突然退院を決めて地域医療連携室の方も困っていることが多いように思うので、医師への働きかけもお願いしたい	1	-
SNS など利用してやりとりが簡潔にできるようになってほしい	1	-
マニュアル通りにいかないこともあるので、常にイレギュラー対応ができる工夫も必要だと思う	2	-
新規申請(介護保険)の際は特に、患者の情報を正確にケアマネジャーに伝えてもらわないと、介護保険で何が必要かの調整がしにくく、本人・家族の不利益につながるため、今後は家族・本人の性格、何を訴えているのか、ADL 全般、予想される生活像などのアセスメントをしっかりとってほしい	1	-
フォーマット入力にする等、簡素化してほしい	1	1
マニュアル通りにいかないこともあるので、「気軽に相談してほしい」ということをアピールしてほしい	-	1
情報提供書で、すでに病院が情報把握している欄はなくてもよいと思う	-	1
本人・家族の意向を主治医に伝えてほしい	1	-
IT の導入	1	-
退院時に在宅支援でほしい情報が網羅されていないので、服薬内容、退院処方、今後の受診なども書式にあればよい	-	1
病院によって対応の仕方が様々なので、ある程度統一してほしい	2	-
病院側が入退院マニュアルの存在を知らないケースがあるように思われるので、研修などを強化して周知していただきたい	-	5

内容	居宅 事業所等 (件)	包括 (件)
ケースの振り分け先を明確化、詳細化して的確に機関につなげるようなシステム作りがあるとよい	-	1
細かい情報について連携はとれるが、項目が多いため作成に時間を要するので、簡潔に必要な情報が伝えられたらよい	-	1
居宅介護支援事業所への啓発	-	1
その他		
入院時情報提供について、介護ソフトの形式を使用しているが、ACP の項目が追加されたので、今後は平時からの話し合いの必要性を感じている	1	-
退院後の生活についての注意事項や方向性についてどうあるべきかのマニュアルが重要	-	1
在宅復帰、特に独居の場合は支援が必要なので積極的な連携をしていきたい	-	1
生駒市内であれば、現在の物でよい	1	-

(6)入退院調整や医療介護連携について参考になるもの

内容	居宅 事業所等 (件)	包括 (件)
やまと西和ネット	1	-
MCS の活用で医療介護連携がスムーズに行えている	3	-
オンライン会議など	1	-
全老健協会の研修では、医療介護の連携について実施されていることもある	1	-
研修会などに興味がある	-	1
新人職員が入職するたびに、OJT でマニュアルの説明を行っている	-	1
多職種連携研修会に必ず職員が出席する様にしている	-	1
守秘義務は伴うが、サービス担当者会議(カンファレンス)等、本人・家族の同意があれば、AI での記録等の導入や診察情報の電子化において、情報伝達のスピード化を求めたい	-	1

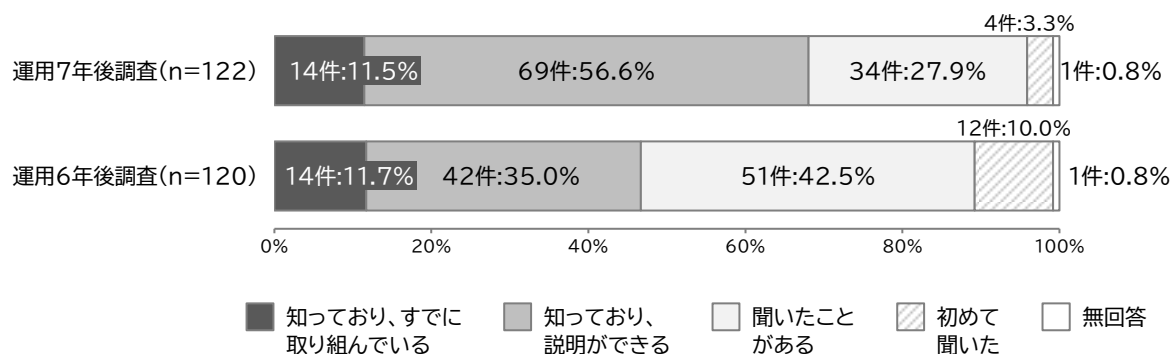
(7)人生会議(ACP)の認知度

[全体の結果]

人生会議（ACP）の認知度は、「知っており、説明ができる」が69件（56.6%）で最も多く、「聞いたことがある」34件（27.9%）、「知っており、すでに取り組んでいる」14件（11.5%）が続いている。

[過去調査との比較]

「知っており、すでに取り組んでいる」と「知っており、説明ができる」を合計した認知度は、運用6年後調査では56件（46.7%）、今回調査では83件（68.0%）と、認知度が上昇している。



[居宅介護支援事業所等と地域包括支援センターとの比較]

居宅介護支援事業所等、地域包括支援センターともに「知っており、説明ができる」が最も多く、それぞれ48件（55.8%）、21件（58.3%）となっている。また、地域包括支援センターでは「知っており、すでに取り組んでいる」が9件（25.0%）となっている。

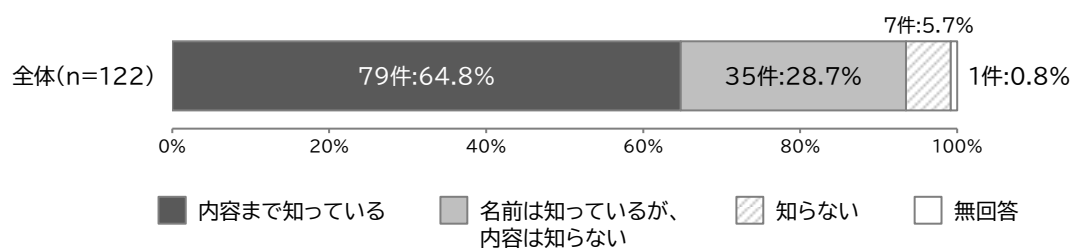
上段:件 下段:%	合計	知っており、 すでに取り組 んでいる	知っており、 説明ができ る	聞いたこと がある	初めて聞い た	無回答
全体	122 100.0	14 11.5	69 56.6	34 27.9	4 3.3	1 0.8
居宅介護支援 事業所等	86 100.0	5 5.8	48 55.8	28 32.6	4 4.7	1 1.2
地域包括 支援センター	36 100.0	9 25.0	21 58.3	6 16.7	－ －	－ －

■行っている取組みの内容

内容	居宅 事業所等 (件)	包括 (件)
家族から相談を受けたときに紹介している	2	－
生駒市の「私ノート」をお渡ししている	1	－
介護予防教室等で周知・配布している	－	6
市役所に依頼して、地域住民に対する勉強会の開催	－	1
タイミングを大切にしながら、思いの聞き取りや事前提案を行っている	1	－
前職から ACP を生かしながら患者と関わってきている	－	1
特に一人暮らしの方の意思決定や緊急時の対応時のために提案・説明している	1	1

(8)「想いを伝える『私ノート』」の認知度

「想いを伝える『私ノート』 - まだ元気やけど言っとくわ - 」の認知度は、「内容まで知っている」が79件（64.8%）で最も多く、「名前は知っているが、内容は知らない」35件（28.7%）が続いている。



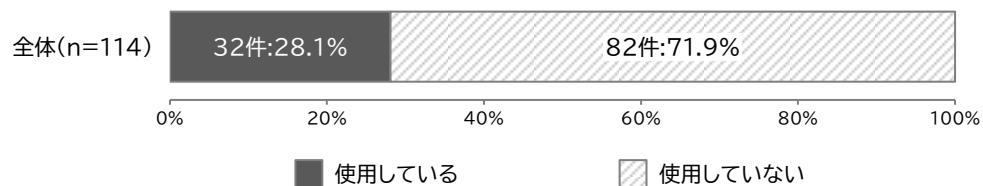
〔居宅介護支援事業所等と地域包括支援センターとの比較〕

居宅介護支援事業所等では「内容まで知っている」が48件（55.8%）、「名前は知っているが、内容は知らない」が30件（34.9%）となっている。地域包括支援センターでは「内容まで知っている」が31件（86.1%）を占めている。

	合計	内容まで知っている	名前は知っているが、内容は知らない	知らない	無回答
上段:件 下段:%					
全体	122 100.0	79 64.8	35 28.7	7 5.7	1 0.8
居宅介護支援事業所等	86 100.0	48 55.8	30 34.9	7 8.1	1 1.2
地域包括支援センター	36 100.0	31 86.1	5 13.9	－ －	－ －

(9)「想いを伝える『私ノート』の利用状況

「想いを伝える『私ノート』 - まだ元気やけど言っとくわ -」の利用状況は、「使用している」が 32 件 (28.1%)、「使用していない」が 82 件 (71.9%) となっている。



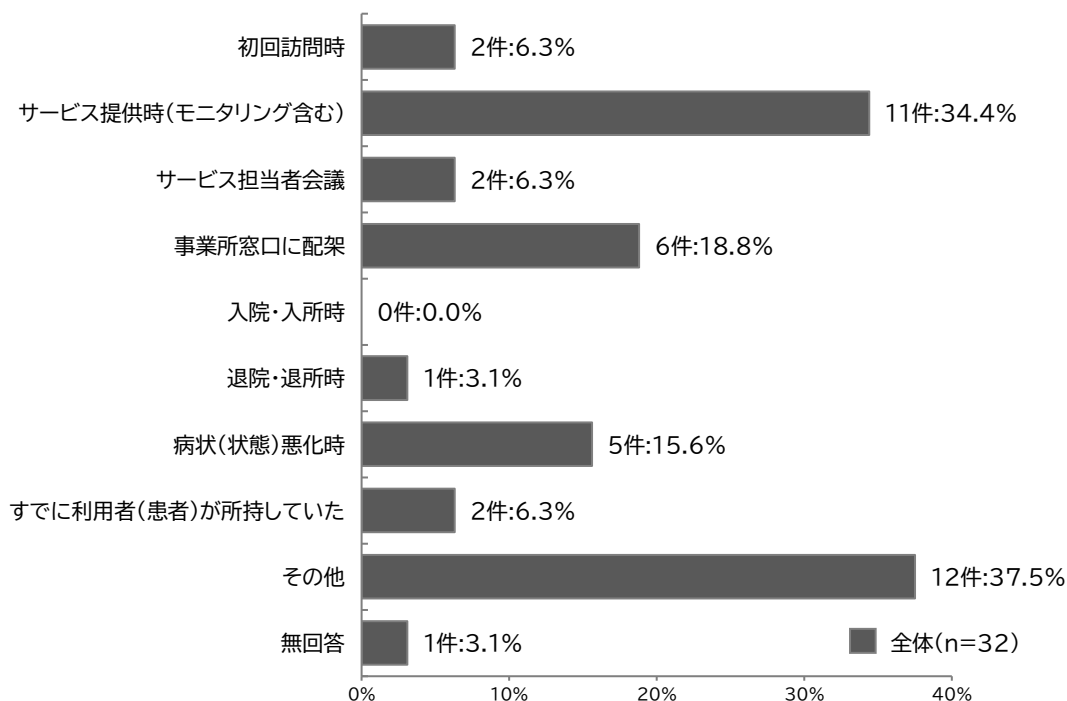
[居宅介護支援事業所等と地域包括支援センターとの比較]

「使用している」は、居宅介護支援事業所等で 15 件 (19.2%)、地域包括支援センターで 17 件 (47.2%) となっている。

上段:件 下段:%	合計	使用して いる	使用して いない
全体	114 100.0	32 28.1	82 71.9
居宅介護支援 事業所等	78 100.0	15 19.2	63 80.8
地域包括 支援センター	36 100.0	17 47.2	19 52.8

(10)「想いを伝える『私ノート』の利用場面(複数回答)

「想いを伝える『私ノート』 - まだ元気やけど言っとくわ -」をどのような時に利用者（患者）・家族等へ渡しているかについては、「その他」が12件（37.5%）で最も多く、「サービス提供時（モニタリング含む）」11件（34.4%）、「事業所窓口に配架」6件（18.8%）、「病状（状態）悪化時」5件（15.6%）が続いている。「その他」の記入内容をみると、介護予防教室で利用したとの記入が多い。



その他の内訳
・介護教室で配布(6件) ・状況を見ながら渡せるタイミングで渡した(2件) ・ACPなどに関わる相談があったとき(2件) ・毎月の訪問で課題が出た時に紹介し、次回訪問時に届けている

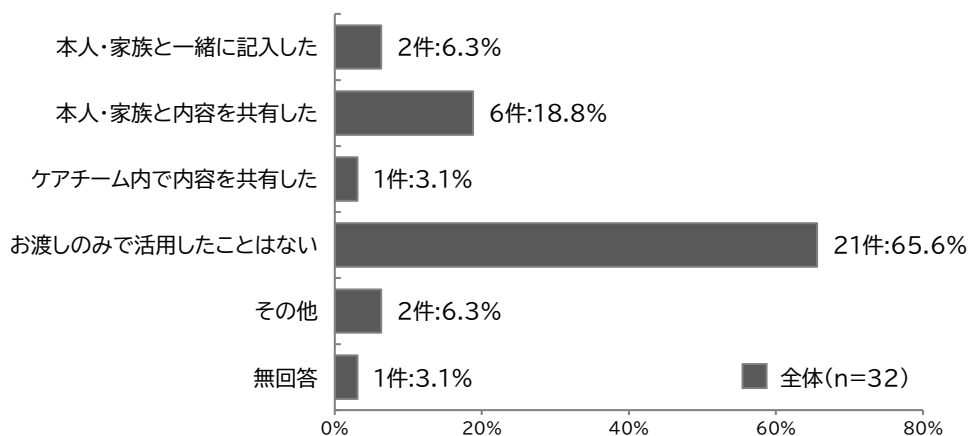
〔居宅介護支援事業所等と地域包括支援センターとの比較〕

居宅介護支援事業所等では「サービス提供時（モニタリング含む）」8件（53.3%）、地域包括支援センターでは「その他」10件（58.8%）が最も多くなっている。

	合計	初回訪問時	サービス提供時 (モニタリング含む)	サービス担当者会議	事業所窓口に配架	入院・入所時	退院・退所時	病状(状態)悪化時	すでに利用者(患者)が 所持していた	その他	無回答
上段:件 下段:%											
全体	32 100.0	2 6.3	11 34.4	2 6.3	6 18.8	- -	1 3.1	5 15.6	2 6.3	12 37.5	1 3.1
居宅介護支援 事業所等	15 100.0	- -	8 53.3	1 6.7	1 6.7	- -	1 6.7	4 26.7	2 13.3	2 13.3	- -
地域包括 支援センター	17 100.0	2 11.8	3 17.6	1 5.9	5 29.4	- -	- -	1 5.9	- -	10 58.8	1 5.9

(11)「想いを伝える『私ノート』の活用方法(複数回答)

「想いを伝える『私ノート』 - まだ元気やけど言っとくわ -」を活用したかについては、「お渡しのみで活用したことはない」が 21 件 (65.6%) で最も多く、「本人・家族と内容を共有した」6 件 (18.8%) が続いている。



その他の内訳
・介護予防教室で記載した ・生駒市地域医療課の方に来ていただき、サロン参加者と一緒に取り組んだ

〔居宅介護支援事業所等と地域包括支援センターとの比較〕

居宅介護支援事業所等、地域包括支援センターともに「お渡しのみで活用したことはない」が最も多く、それぞれ 10 件 (66.7%)、11 件 (64.7%) となっている。

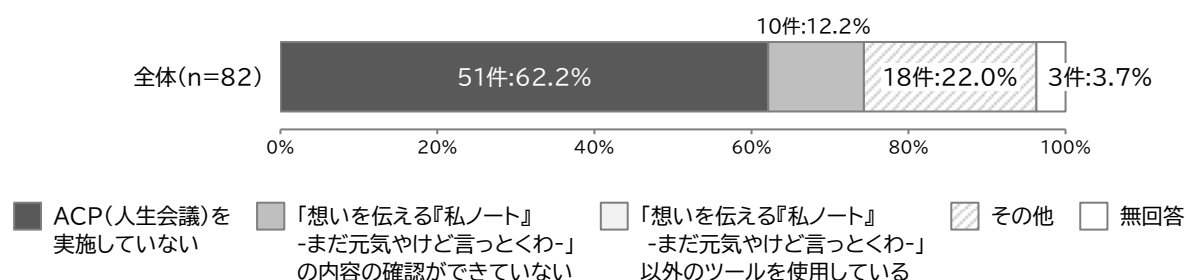
	合計	本人・家族と一緒に記入した	本人・家族と内容を共有した	ケアチーム内で内容を共有した	お渡しのみで活用したことはない	その他	無回答
全体	32 100.0	2 6.3	6 18.8	1 3.1	21 65.6	2 6.3	1 3.1
居宅介護支援事業所等	15 100.0	2 13.3	3 20.0	－	10 66.7	－	－
地域包括支援センター	17 100.0	－	3 17.6	1 5.9	11 64.7	2 11.8	1 5.9

(12)「想いを伝える『私ノート』」を利用者へ説明するときに、難しい(説明しにくい)点

利用者へ説明するときに、難しい(説明しにくい)点
・今までは「エンディングノート」と呼ばれており、抵抗感が強く、説明の仕方次第では失礼にあたる点 ・病名を伝えていないがん患者の方に説明すると、本人が自分はもう長くないと思われるかと思い、説明できなかった ・地域包括支援センターはまだ比較的元気な人を相手にすることが多いので、「困っていないから書くことがないわ」と言われてしまうことがある ・もしものときのことを考えたくない方もいる ・今後の事を真剣に考えている人は自分でも準備されていますが、そうでない方には説明だけするようにしている ・独居の場合、まず本人からか、もしくは家族経由から渡した(説明した)方がよいのか悩む ・記入までなかなか進んでいない ・本人が認知症で自分の思いを書くことは難しい ・利用者が真面目に取り組まれるので、書く順番を意識してしまったり、わからないことがあると困っていた ・量が膨大なので、ノートを見て圧倒される方が何名かいた ・「家族に伝えてある」と言われて、本人が書く気持ちにならない ・すでに介護サービスを利用しており利用者との間で共有できている情報が多くあったが、前から順番に書き進めてしまうと、P10 あたりで疲れて必要な項目までたどりつけなかった

(13)「想いを伝える『私ノート』」を使用していない理由

使用していない理由は、「ACP（人生会議）を実施していない」が51件（62.2%）で最も多く、「その他」18件（22.0%）、「『想いを伝える『私ノート』 - まだ元気やけど言っとくわ - 』の内容の確認ができていない」10件（12.2%）が続いている。



その他の内訳
・「私ノート」が手元に1冊しかないため使用できない ・使用したいが、まだその機会がない(6件) ・どういうタイミングでどのように伝えるかがよくわからない ・ACP 自体の認知度が低い ・本人・家族の性格もあり、マッチしそうならお渡ししたいと思っている(2件) ・利用者からの問い合わせやアクションがない(2件) ・認知症の方が多く、記入が困難なため ・作成する時間がない ・会議という形式ではなく、カンファレンス、モニタリング、雑談でその人を知る事は日々行っている

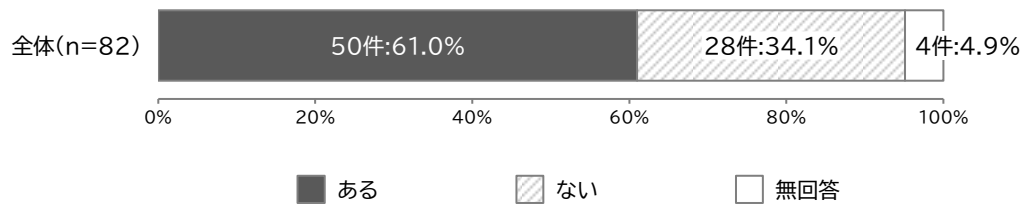
[居宅介護支援事業所等と地域包括支援センターとの比較]

居宅介護支援事業所等、地域包括支援センターともに「ACP（人生会議）を実施していない」が最も多く、それぞれ39件（61.9%）、12件（63.2%）となっている。

	合計	ACP（人生会議）を実施していない	「想いを伝える『私ノート』 - まだ元気やけど言っとくわ - 』の内容の確認ができていない	「想いを伝える『私ノート』 - まだ元気やけど言っとくわ - 』以外のツールを使用している	その他	無回答
上段:件 下段:%						
全体	82 100.0	51 62.2	10 12.2	- -	18 22.0	3 3.7
居宅介護支援事業所等	63 100.0	39 61.9	9 14.3	- -	13 20.6	2 3.2
地域包括支援センター	19 100.0	12 63.2	1 5.3	- -	5 26.3	1 5.3

(14)「想いを伝える『私ノート』の使用予定

今後の使用予定は、「ある」が50件（61.0%）、「ない」が28件（34.1%）となっている。



「ある」の理由
・必要に応じて用いる(15 件) ・とてもわかりやすく、高齢の方にも記入しやすい様式になっているため(2 件) ・元気な間にしておくと、いざというときに困らないと思う(5 件) ・使用するタイミングや伝え方を考えていきたい(9 件) ・1 人暮らしの方などには、特に活用していきたい(3 件) ・いつ何時何があるかわからないので(2 件) ・サロンの取組みなどでも色々話せることがあると思う ・意思決定の困難そうな方や意向がぶれそうな人には活用したい ・利用者(家族)も最近、必要性を示されるようになっていく ・「想いを伝える『私ノート』」の内容はとてもいいものだと思うため ・内容を把握し、利用者の方へも勧められるようになりたい(4 件) ・具体的に一部分のみの話をして、記入までには至らなかった

「ない」の理由
・機会がないため(5 件) ・ACP を行っていないため(3 件) ・必要であると認識はしているが、タイミングが難しい(3 件) ・どのように活用するのがよいかを検討できないため ・本人の意思を決めるにあたり、こちらからの伝え方が難しいと思う(2 件) ・内容を確認していないため(3 件) ・話し合いの中で意思を聞くこと、確認することは行っている(2 件) ・家族に声かけのみしているため

〔居宅介護支援事業所等と地域包括支援センターとの比較〕

居宅介護支援事業所等、地域包括支援センターともに「ある」が最も多く、それぞれ 38 件 (60.3%)、12 件 (63.2%) となっている。

上段:件 下段:%	合計	ある	ない	無回答
全体	82 100.0	50 61.0	28 34.1	4 4.9
居宅介護支援 事業所等	63 100.0	38 60.3	22 34.9	3 4.8
地域包括 支援センター	19 100.0	12 63.2	6 31.6	1 5.3

(15)「想いを伝える『私ノート』について、意見・要望

「想いを伝える『私ノート』-まだ元気やけど言っとくわ-」について、意見・要望

- ・すべての方にとって、とても意義がある良いノート(3 件)
- ・カラーで見やすく使いやすい。今後の自身の医療行為に関しても、考えを巡らせられる 1 冊
- ・どんな状況になっても自己決定が可能であるという点が素晴らしい
- ・記録し残しておく事で個人の意思が家族で把握でき、できる限り本人の希望に沿った形で取り組むことができる(3 件)
- ・法的な遺言書だけでは伝えきれない思いを残すことができる点で非常に意味がある
- ・元気であってもいつどうなるか分からないので、このノートに記録しておくで家族も安心(3 件)
- ・ご家族が病状説明を受け、本人にどのように伝えようか迷っていると相談を受けた際に、私ノートを紹介した。家族で共有できていない思いが意外とあるので良いきっかけになる
- ・なかなか家族の中でも、今後どういった経緯をたどっていくのかイメージがつきにくい事もあると思う。またどのタイミングでどういった形で話をすればよいか解らないと思うので、このノートをきっかけにご自身の意思を聞き取る事ができればと思う
- ・私ノートの講座に取り組ませていただいたが、その中で「このノートは本当にいい」と他市の友人にも勧めている人もおられた。まだ何も考えていない方でも、きちんとノートの意図を伝え、ちょっと家族に残しておこうかなと考える方もおられた
- ・銀行や預金の把握も含めて事前に話し合うきっかけ作りの必要性を感じている
- ・入院中に活用して欲しい。家に戻られたときに聞ける状態でない場合がある
- ・本人が認知症になってしまった時はこのノートは書けないため、そうなる前に本人が本人らしく人生を歩んで行く中で、ノートにふれ、考える機会を積極的に作ったほうが良い
- ・医療側からお渡ししてもらった仕組みがあれば、ケアマネジャーとしては関わりやすい。介護も最後まで伴走するが、まずは本人・家族が”死”に対して向き合う心構えが必要
- ・「想いを伝える『私ノート』」を紹介すると、今を生きるという気持ちのある人や家族との意向と違い、落ち込む方もおられる。紹介するタイミングが重要
- ・人によって受け止め方が違う
- ・ターミナル患者の人には、本人の意思がないとこういう話題は家族でもない正直難しい
- ・「私ノート」の内容を見られるのが嫌だと言われた方がおられた
- ・1 冊しかないで、配布してほしい(2 件)
- ・積極的に活用することを考えると、市役所や地域包括支援センター以外の事業者である程度の数の「私ノート」を持っているのが良い
- ・配布機会を増やして下さい
- ・公共施設に、持ち帰りができる形で設置していただければありがたい
- ・もっと市で周知して欲しい。介護保険課の窓口にと
- ・もっと冊子を配ってほしい。事業所にもっとストックする等、市役所でも配布して、皆さんが意識を持ってもらえたら話しやすくなる
- ・市民への認知を推進する事が先(4 件)
- ・以前に参加した研修では参加者の年齢層は高く見受けたので若年層向けにも周知して広まれば良い

- ・高齢の方が知らないので、市から広報してもらえるとありがたい
- ・利用者も家族も知らないのでもっと生駒市が力を入れて、介護保険の認定が出た時保険証と一緒に送ったらどうか
- ・ある一定の年齢に達した人全員にノートの存在と内容を周知する方法があれば良いと思う。自分の思いを言葉で伝えるに
くなくなった人にとっては難しい
- ・家系図が書きにくい。離婚、未婚、養子など自由に記入できる方がよい
- ・かかりつけの欄が少ない
- ・A3 で両面プリントにしたら冊子になるように、ページの順番を合わせたデータがあるとありがたい
- ・A4 サイズ 1 枚～2 枚にまとめた簡易版があれば、説明しやすい
- ・血圧やお薬手帳サイズであれば、大事な冊子と一緒に保管できてよい
- ・文字の大きさやノートのサイズ等もちょうどよい
- ・私ノートと同じようなものが色々な企業などからも出ており、それぞれに特化した内容が入っていて参考になるので、私ノ
ートも良い部分は取り入れたらよい
- ・市が作成した私ノート以外に色々出ているので、他のエンディングノートを利用されている方もいる
- ・どの部分が空欄になっているかをリサーチして、改良することもあってもよい
- ・アセスメントの中で伝えていこうと思う
- ・サービス提供・利用の関係から聞いていくことは困難な事であり、地域づくりと一緒にすすめ、元気な時から関り、どんな方
か知っていく事で、その人が求める事を実現してあげられるような仕組みになるようにしたい
- ・日々の雑談の中で、家族に伝えたい思いを持っていらっしゃるかを察知して、お渡しするのが良い
- ・場合によっては活用したい
- ・利用者と一緒に考えて書くようにしたい
- ・こんなことを伝えておいたのでうまくいった、などという事例があれば教えてほしい
- ・再周知のための研修会の開催、またはホームページなどで閲覧できるようにしてほしい
- ・普段何となく最後について考えていても、いざ説明しようと思うと難しいと思うので、自分の考えや思いをまとめるのに、大
変良いツールだと思う
- ・内容について理解できない事もあり、ACP の考え方を学んでいきたい
- ・改めて内容を確認したい(2 件)
- ・持ち歩いていないので、お渡しする機会(お渡ししようと思う事)がない
- ・具体的に記入等の支援までには至っていない。また見直したい

6 病院(地域医療連携室)調査の結果

問5 入退院調整マニュアルを使用するにあたり、院内で周知を行いましたか。

(1つに○)

- | | |
|-------------------|-------|
| 1 周知を行った | (3 件) |
| 2 周知をしていないが今後行う予定 | (2 件) |
| 3 周知していない | (1 件) |
| 4 周知できない | (0 件) |

問5-1 「1 周知を行った」場合、周知の対象としたスタッフとその方法(例:職員向け研修会、マニュアルの回覧など)を教えてください。(当てはまるものすべてに○)

1 医師⇒	対象:	①全ての医師	②病棟医師 (2 件)	③外来医師	④その他
	方法:	ア. 職員研修会	イ. 会議	ウ. マニュアルの配布、回覧 (2 件)	エ. その他()
2 看護師⇒	対象:	①全ての看護師 (2 件)	②病棟看護師(師長のみ)	③病棟看護師(スタッフ全員) (1 件)	
	方法:	④外来看護師	⑤退院支援看護師	⑥その他	
		ア. 職員研修会 (1 件)	イ. 会議	ウ. マニュアルの配布、回覧 (2 件)	エ. その他()
3 リハビリスタッフ⇒	対象:	①全てのリハスタッフ (1 件)	②PT (1 件)	③OT	④ST ⑤その他
	方法:	ア. 職員研修会	イ. 会議	ウ. マニュアルの配布、回覧 (2 件)	エ. その他()
4 MSW⇒	対象:	①全ての MSW (3 件)	②管理者のみ	③その他	
	方法:	ア. 職員研修会 (1 件)	イ. 会議 (2 件)	ウ. マニュアルの配布、回覧 (1 件)	エ. その他()
5 栄養士⇒	対象:	①全ての栄養士	②管理者のみ (1 件)	③その他	
	方法:	ア. 職員研修会	イ. 会議	ウ. マニュアルの配布、回覧 (1 件)	エ. その他()
6 薬剤師⇒	対象:	①全ての薬剤師	②管理者のみ (1 件)	③その他	
	方法:	ア. 職員研修会	イ. 会議	ウ. マニュアルの配布、回覧 (1 件)	エ. その他()
7 その他⇒	対象:	職種名()			
	方法:	ア. 職員研修会	イ. 会議	ウ. マニュアルの配布、回覧	エ. その他()

問5-2 「2 周知をしていないが今後行う予定」の場合、いつ頃、どのように周知予定ですか。

いつ頃：

- ・今年度中
- ・来期予定

どのように（誰に対して、どのような方法を用いてなど）できる限り具体的に記載をお願いします）：

- ・院内の入退院支援マニュアルに掲載している「生駒市入退院調整マニュアル」を最新版に差し替え、病院職員に伝達する
- ・メディカルソーシャルワーカーには、全員周知しているが、他職種に関しては、異動、退職等により、その都度通知していないので、全体研修として、地域連携室が主体となり、実施予定

問5-3 「3 周知していない」「4 周知できない」の場合、その理由を教えてください。

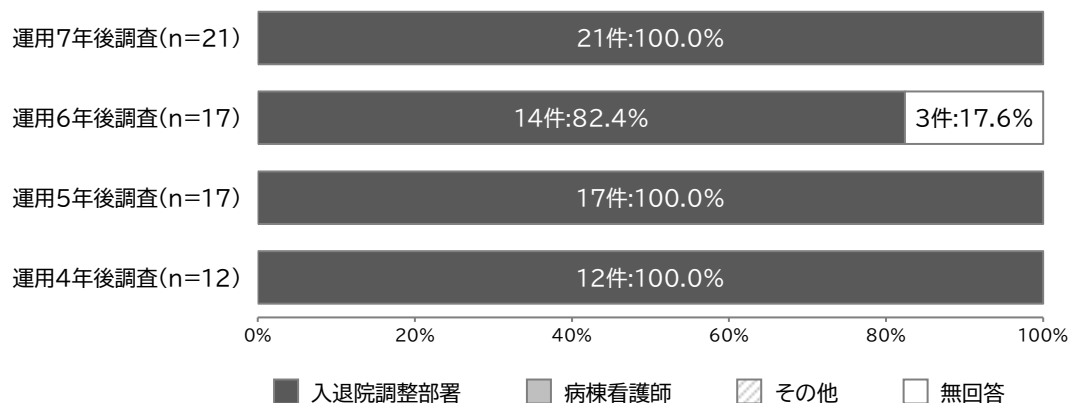
周知していない(できない)理由：

周知方法が決まっていない。今後検討していく予定。

7 病院(退院調整部署)調査の結果

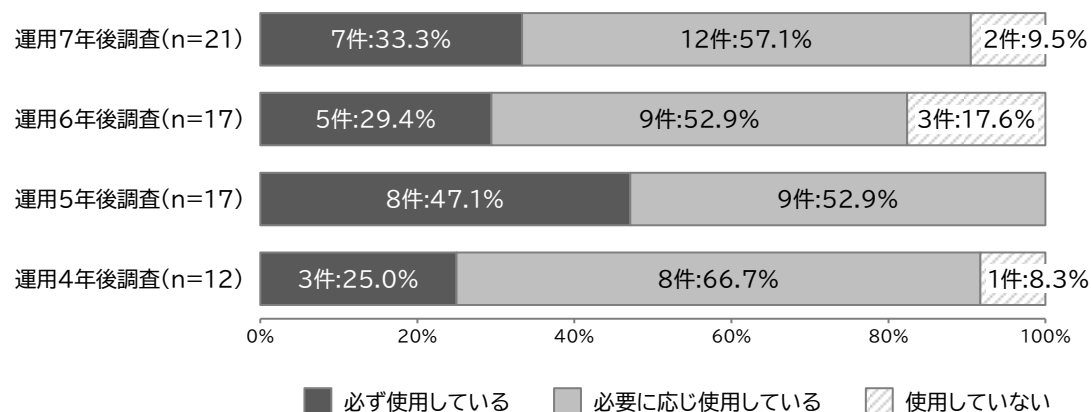
(1)回答者

今回調査の回答者（入退院調整に関する業務を専任で行っている者）は、「入退院調整部署」が 21 件（100.0%）となっている。



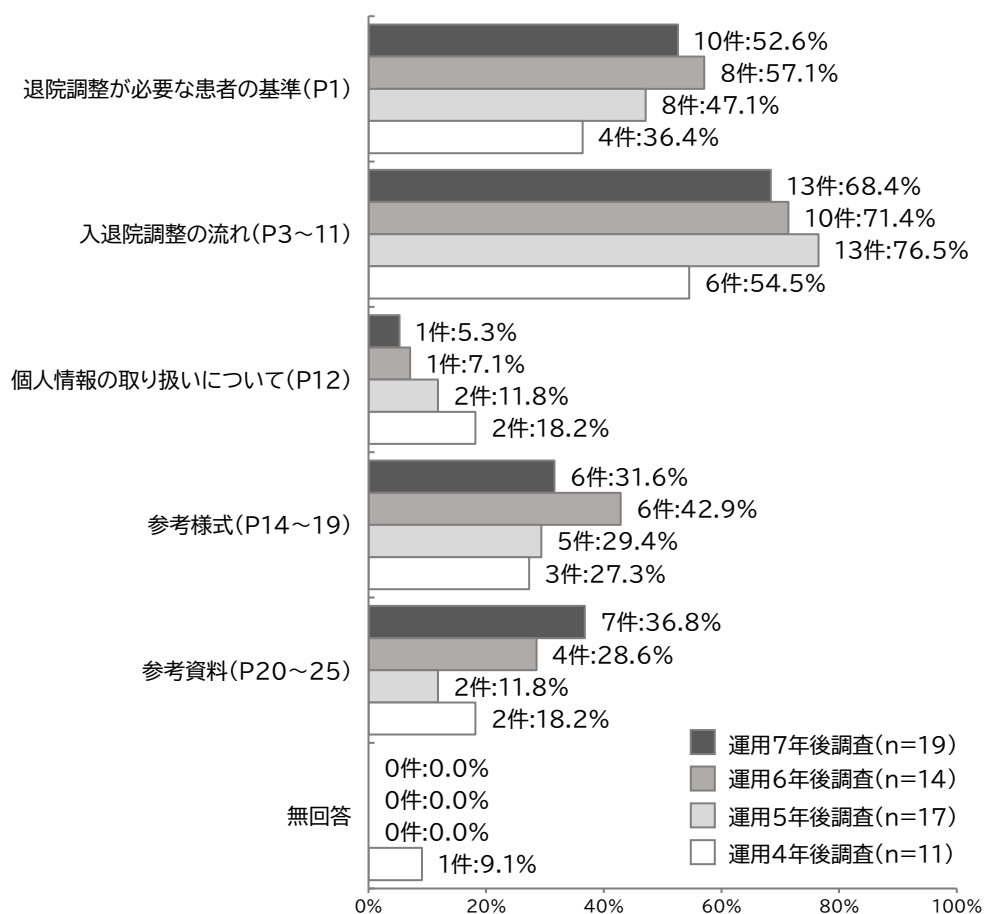
(2)入退院調整マニュアルの使用状況

入退院調整マニュアルの使用状況は、「必要に応じ使用している」が 12 件（57.1%）で最も多く、「必ず使用している」7 件（33.3%）、「使用していない」2 件（9.5%）が続いている。



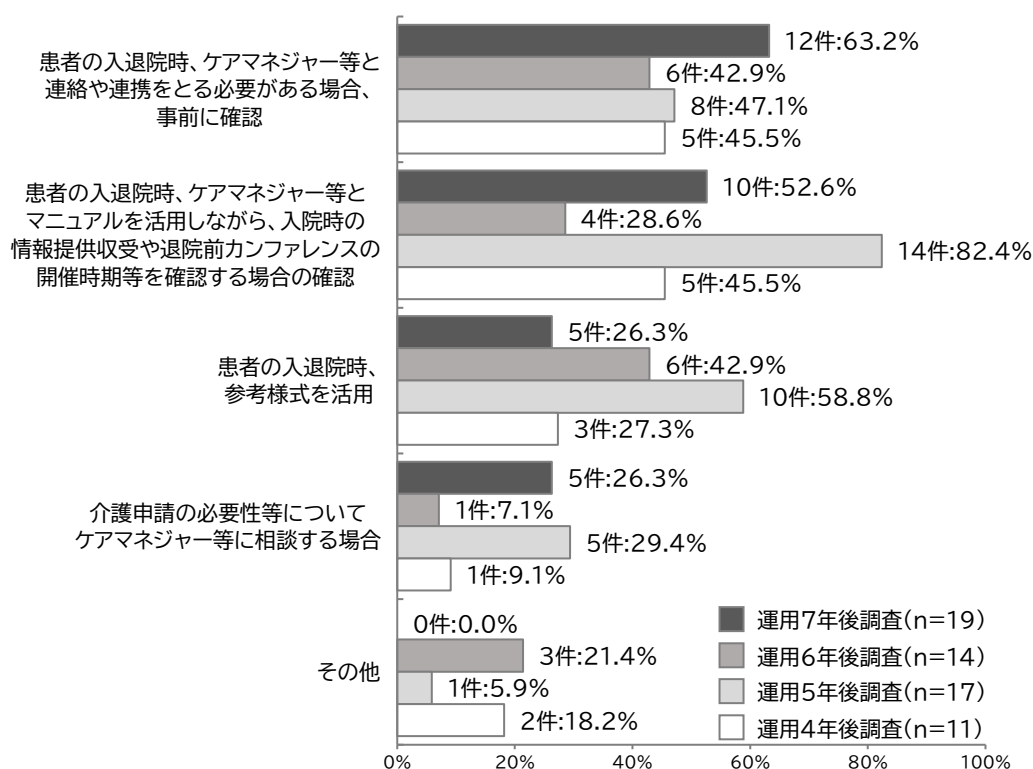
(3)入退院調整マニュアルで活用している項目(複数回答)

入退院調整マニュアルで活用している項目は、「入退院調整の流れ (P3～11)」が 13 件 (68.4%) で最も多く、「退院調整が必要な患者の基準 (P1)」10 件 (52.6%)、「参考資料 (P20～25)」7 件 (36.8%)、「参考様式 (P14～19)」6 件 (31.6%) となっている。



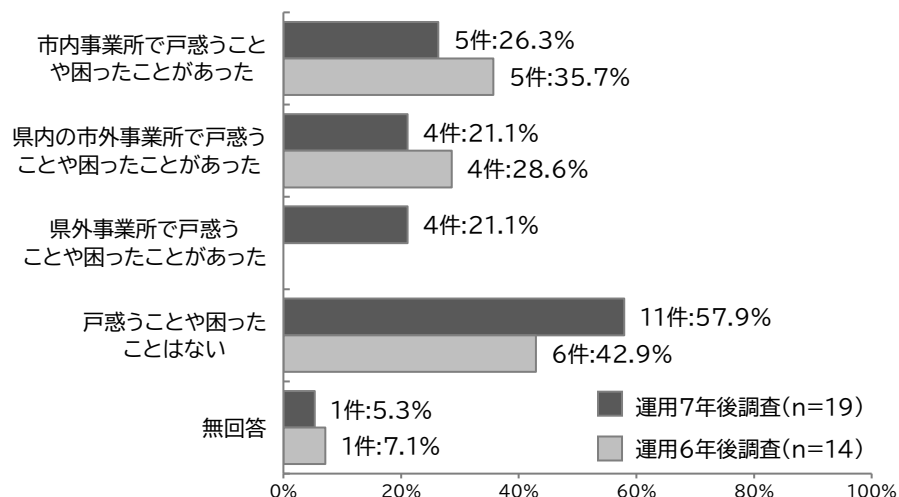
(4)入退院調整マニュアルの活用場面(複数回答)

入退院調整マニュアルの活用場面は、「患者の入退院時、ケアマネジャー等と連絡や連携をとる必要がある場合、事前に確認」が12件(63.2%)で最も多く、「患者の入退院時、ケアマネジャー等とマニュアルを活用しながら、入院時の情報提供収受や退院前カンファレンスの開催時期等を確認する場合の確認」10件(52.6%)、「患者の入退院時、参考様式を活用」と「介護申請の必要性等についてケアマネジャー等に相談する場合」のそれぞれ5件(26.3%)が続いている。



(5)入退院調整マニュアルの手順に従い対応して、戸惑うことや困ったこと(複数回答)

入退院調整マニュアルの手順に従い対応して、戸惑ったことや困ったことの有無は、「戸惑うことや困ったことはない」が 11 件 (57.9%) で最も多く、「市内事業所で戸惑うことや困ったことがあった」5 件 (26.3%)、「県内の市外事業所で戸惑うことや困ったことがあった」と「県外事業所で戸惑うことや困ったことがあった」のそれぞれ 4 件 (21.1%) が続いている。



■入院時(市内事業所)

内容	件数
入院前からの課題を記載していただくのはありがたいが、病院だけでは解決できないため、他機関も巻き込んでほしい	2
情報提供を依頼したが、もらえなかったケースがあった	2
病歴、入院歴、日常生活の様子等、記載の内容ではわかりにくかった(記載されていない)	2

■入院時(県内の市外事業所)

内容	件数
入院前からの課題を記載していただくのはありがたいが、病院だけでは解決できないため、他機関も巻き込んでほしい(再掲)	1
情報提供を依頼したが、もらえなかったケースがあった(再掲)	1
病歴、入院歴、日常生活の様子等、記載の内容ではわかりにくかった(記載されていない)(再掲)	2
市外や県外でルールの違いがあり、困惑した	1

■入院時(県外事業所)

内容	件数
情報提供を依頼したが、もらえなかったケースがあった(再掲)	1
病歴、入院歴、日常生活の様子等、記載の内容ではわかりにくかった(記載されていない)(再掲)	2
市外や県外でルールの違いがあり、困惑した(再掲)	2

■退院時(市内事業所)

内容	件数
時々、情報提供書が来ないときがある(除外ケースでない方)	1

■退院時(県内の市外事業所)

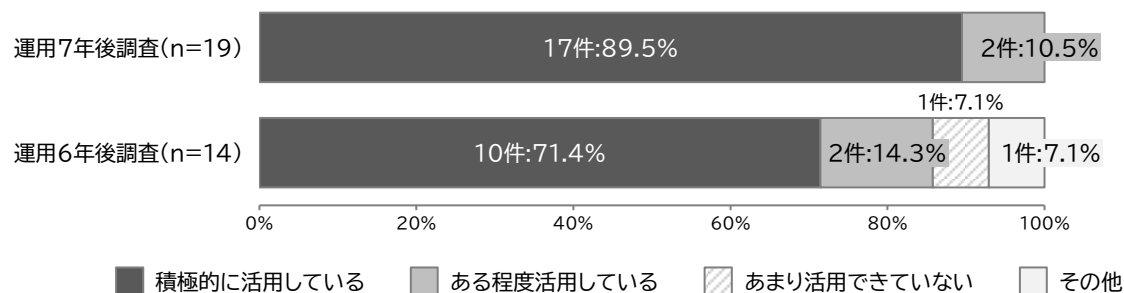
内容	件数
時々、情報提供書が来ないときがある(除外ケースでない方)(再掲)	1
介護保険の新規申請の際の相談先がわからなかった	1

■退院時(県外事業所)

内容	件数
時々、情報提供書が来ないときがある(除外ケースでない方)(再掲)	1
介護保険の新規申請の際の相談先がわからなかった(再掲)	1

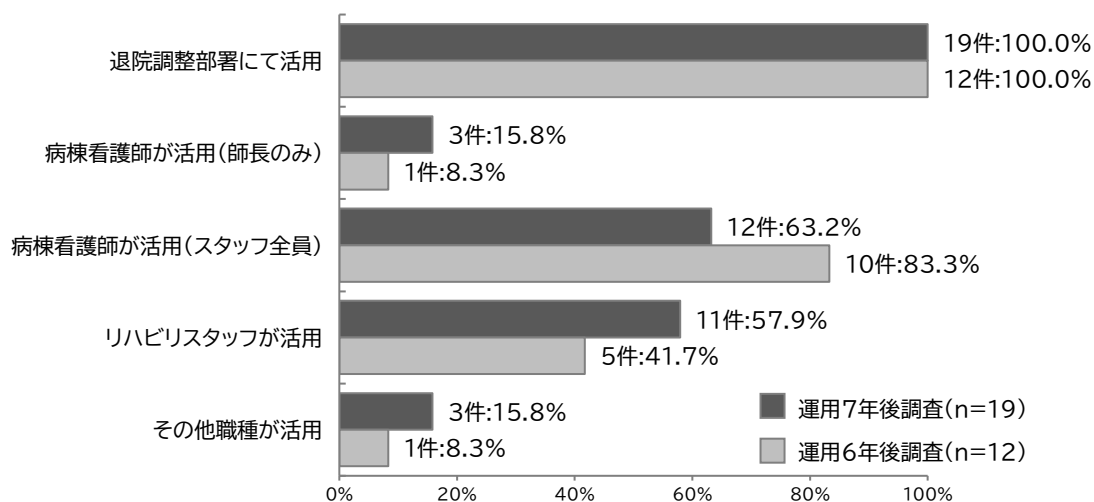
(6)入院時情報提供書及び地域包括支援センターから提供された情報の活用状況

入院時情報提供書及び地域包括支援センターから提供された情報の活用状況は、「積極的に活用している」が17件（89.5%）を占めている。



(7)入院時情報提供書及び地域包括支援センターから提供された情報の活用方法(複数回答)

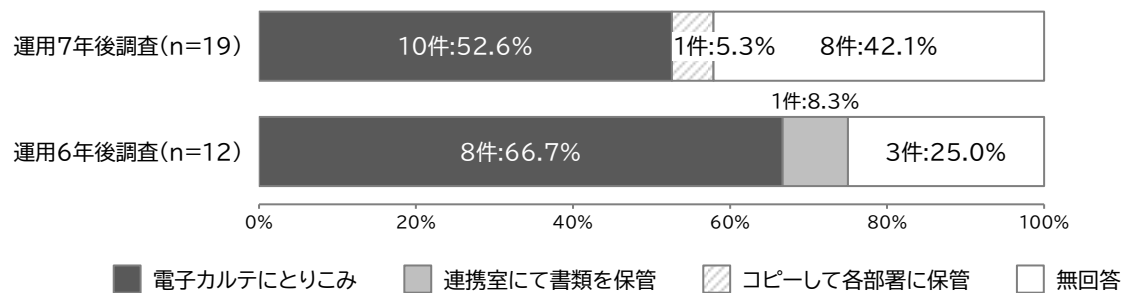
どのように活用しているかは、「退院調整部署にて活用」が19件（100.0%）で最も多く、「病棟看護師が活用（スタッフ全員）」12件（63.2%）、「リハビリスタッフ活用」11件（57.9%）が続いている。



その他の職種の内訳
栄養士(3件)

(8)入院時情報提供書及び地域包括支援センターから提供された情報の共有

どのような方法で多部署にて情報共有を行っているかは、「電子カルテにとりこみ」が 10 件 (52.6%) で最も多く、「コピーして各部署に保管」1 件 (5.3%) が続いている。

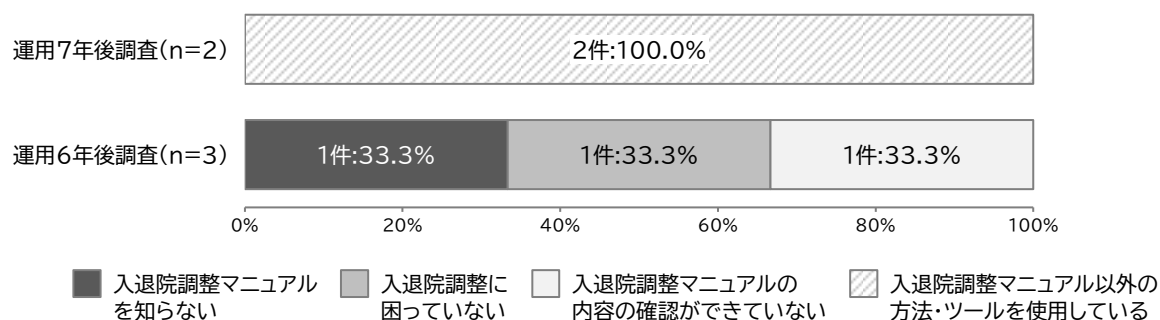


(9)どのような情報が活用されているか

内容	件数
通院頻度や利用しているサービス	10
家族構成やキーパーソン	8
介護力・ADL	15
生活状況	8
食事状況	2
医療処置・生育歴・既往歴	2
趣味	1
ケアプラン	2
患者や家族の意向	1
かかりつけ医の情報	2
すべての項目が活用されている	1

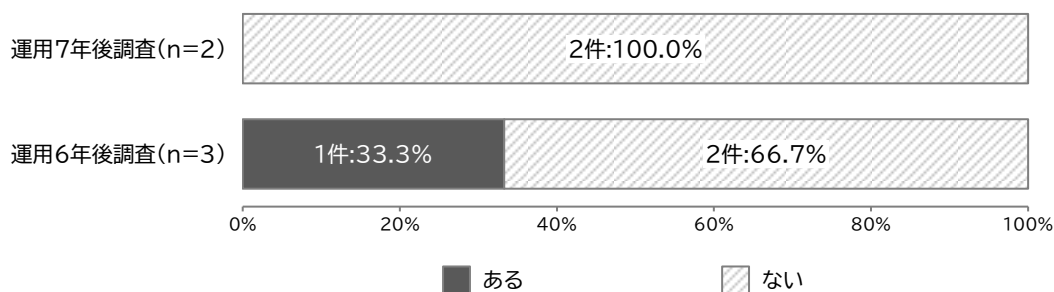
(10)入退院調整マニュアルを使用していない理由と今後の使用意向

マニュアルを使用していない理由は、「入退院調整マニュアル以外の方法・ツールを使用している」が2件（100.0%）となっている。



「入退院調整マニュアル以外の方法・ツール」の内容
院内のマニュアルに沿って調整している(2件)

今後の使用予定については、「ない」が2件（100.0%）となっている。



「ない」の理由
・院内の動き方では活用しづらいため ・平成30年から内容が更新されていないため

(11)入退院調整マニュアルについての意見・要望

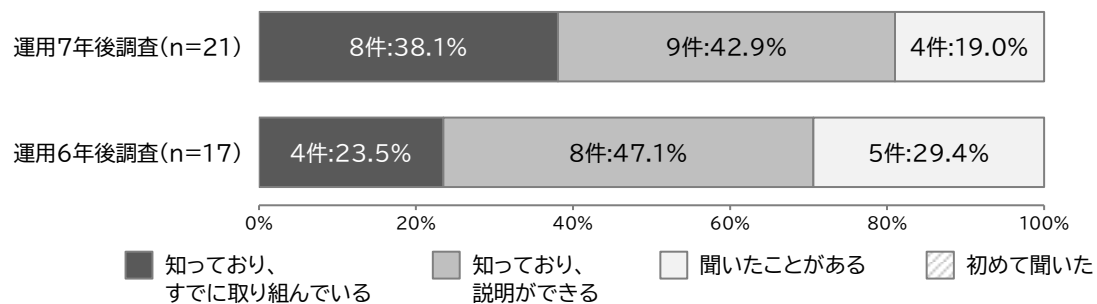
内容
入院時、情報提供書と一緒にケアプランを送ってもらいと、さらに自宅での生活がわかりやすく知ることができると思う
ケアマネジャーとの連携時にどのような情報があればスムーズに連携できるかはわかりやすい
マニュアルに沿って連携がとれていると思う。今後も活用し、調整業務を遂行していきたい
積極的に活用していきたいと思う
居宅介護支援事業所一覧が「平成 30 年現在のもの」となっているので、最新情報なのかわかりづらい
入退院支援時に利用しており、大変便利だと思う

(12)入退院調整や医療介護連携について参考になるもの

内容
西和ネットの活用
ケアブックという入退院支援業務の負担軽減・効率化をサポートするクラウドサービスが、東大阪地域で数多く利用されている

(13)人生会議(ACP)の認知度

人生会議（ACP）の認知度は、「知っており、説明ができる」が 9 件（42.9％）で最も多く、「知っており、すでに取り組んでいる」8 件（38.1％）、「聞いたことがある」4 件（19.0％）が続いている。

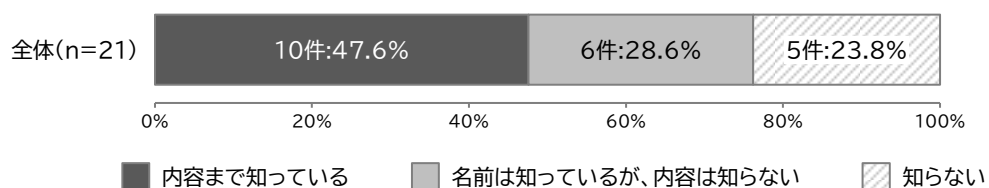


■行っている取組みの内容

内容	件数
院内全体で院内研修を行い、ACPに取り組むようにしている	3
すごろくやエンディングノートの実施	2
病院内での ACP 委員会に参加している	2
入院・外来・退院の患者・家族にパンフレットを渡し、案内している	1
当院で「わたしのもしも手帳」を作成し、配布・設置している	2

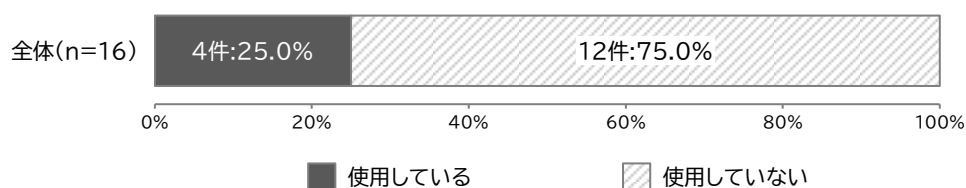
(14)「想いを伝える『私ノート』」の認知度

「想いを伝える『私ノート』 - まだ元気やけど言っとくわ -」の認知度は、「内容まで知っている」が 10 件（47.6%）で最も多く、「名前は知っているが、内容は知らない」6 件（28.6%）、「知らない」5 件（23.8%）が続いている。



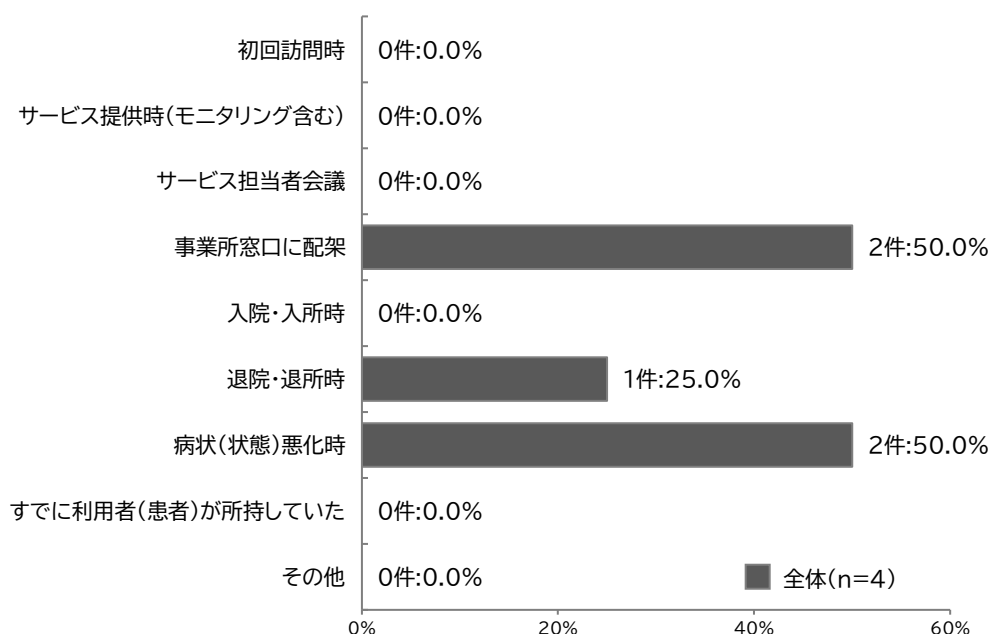
(15)「想いを伝える『私ノート』」の利用状況

「想いを伝える『私ノート』 - まだ元気やけど言っとくわ -」の利用状況は、「使用している」が 4 件（25.0%）、「使用していない」が 12 件（75.0%）となっている。



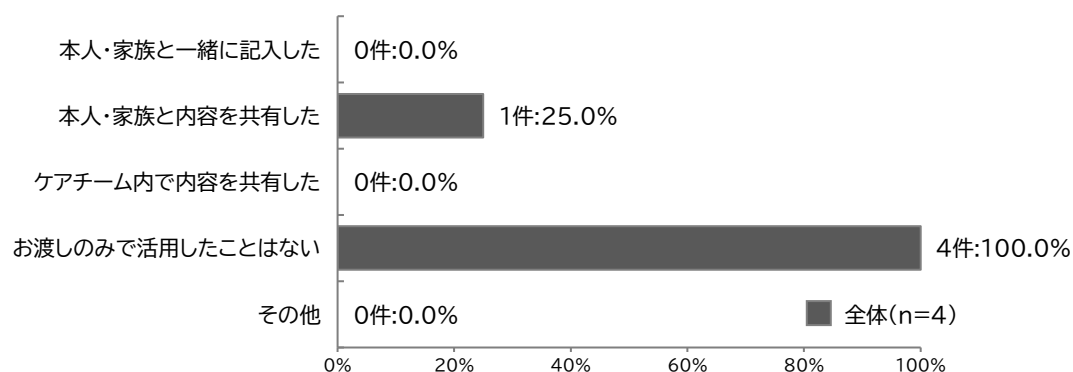
(16)「想いを伝える『私ノート』の利用場面(複数回答)

「想いを伝える『私ノート』 - まだ元気やけど言っとくわ -」をどのような時に利用者（患者）・家族等へ渡しているかについては、「事業所窓口に配架」と「病状（状態）悪化時」がそれぞれ 2 件（50.0%）となっている。



(17)「想いを伝える『私ノート』の活用方法(複数回答)

「想いを伝える『私ノート』 - まだ元気やけど言っとくわ -」を活用したかについては、「お渡しのみで活用したことはない」が 4 件（100.0%）で最も多く、「本人・家族と内容を共有した」1 件（25.0%）が続いている。

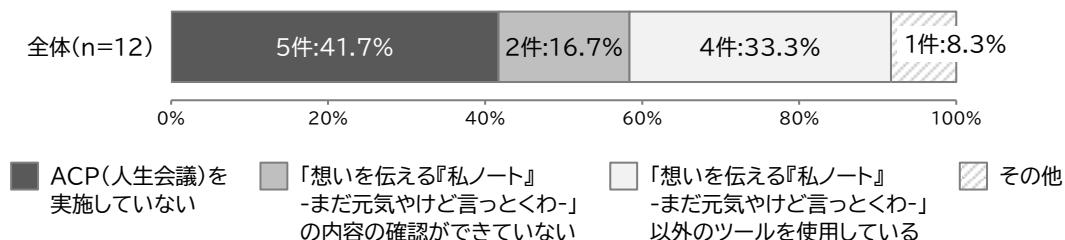


(18)「想いを伝える『私ノート』を患者へ説明するときに、難しい(説明しにくい)点

患者へ説明するときに、難しい(説明しにくい)点
後でゆっくり書くわという方が多く、本当に記入したものは見たことがない

(19)「想いを伝える『私ノート』」を使用していない理由

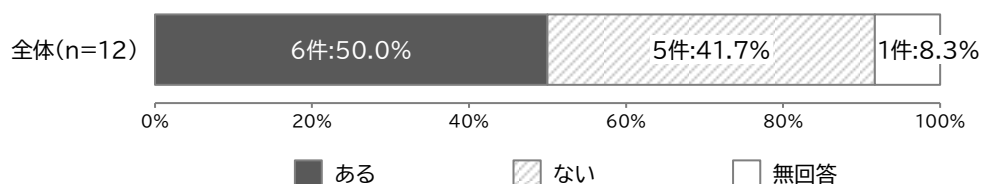
使用していない理由は、「ACP（人生会議）を実施していない」が5件（41.7%）で最も多く、「想いを伝える『私ノート』 - まだ元気やけど言っとくわ - 」以外のツールを使用しているが4件（33.3%）、「想いを伝える『私ノート』 - まだ元気やけど言っとくわ - 」の内容の確認ができていないが2件（16.7%）が続いている。



「想いを伝える『私ノート』 - まだ元気やけど言っとくわ - 」以外のツール
・近畿大学奈良病院、ACP 推進ワーキンググループ作成のパンフレットを使用している ・当院で作成の冊子を活用している ・わたしの「もしも」手帳
その他の内訳
現在、ACPを検討中で、使用までには至っていない

(20)「想いを伝える『私ノート』」の使用予定

今後の使用予定は、「ある」が6件（50.0%）、「ない」が5件（41.7%）となっている。



「ある」の理由
・将来の変化に備え、患者を主体に家族や近い人、医療ケアチームが繰り返し話し合いをする必要があり、なるべく早い段階で介入する必要があるため ・人生において重要なことだと思うため ・内容を確認してから使用する ・生駒市の冊子をお使いの方もおられると思うので、臨機応変に対応していきたい(2件)
「ない」の理由
・病院で作成されたパンフレットがあるため ・院内に別のツールがあるため ・使用する内容、目的が明確に院内統一されていない ・病院として ACP について取組みが十分にされておらず、院内の職員に広く浸透させることから始めなくてはならない ・現在は使用予定はないが、検討していきたい

(21)「想いを伝える『私ノート』」について、意見・要望

「想いを伝える『私ノート』-まだ元気やけど言っとくわ-」について、意見・要望
・すごくよいものであると思うが市民になかなか伝わっていないのが現状なので、情報伝達の方法を検討していくとよい ・使用した方はどういったメリットまたはデメリットがあったかの事例やデータがほしい ・どこで手に入るか不明 ・目にする機会を増やせるように、色んな場所に置いてもらいたい ・内容を確認後に利用の検討をしたい ・大変丁寧に作りこまれている

8 調査票

(1) ケアマネジャー等調査

生駒市入退院調整状況調査 調査票

事業所名:

介護支援専門員等1人につき複数枚の時

枚目

※ 本調査票は、貴所属の介護支援専門員等お1人に1枚ずつ回答をお願いします。欄が不足する場合はコピーをお願いします。
 ※ 回答いただく際は、別紙送信票に事業所毎に介護支援専門員等の数と送付人数をご記入の上、調査票とともに
 令和7年2月10日(月)までに生駒市地域医療課あてFAX(または E-mail、郵送、持参)にてご回答ください。

※介護支援専門員1人につき複数枚の時はこの欄は1枚目のみ記入してください。		要介護	要支援 (事業対象者含む)	その他(介護保険申請未、新規申請中・区分変更中)
1	令和7年1月中に関わったすべてのケース数 (給付管理に関係なく市外居住者、1月からの新規担当、入院中のケースなど全て含みます) *()内は給付管理数	件 (うち 件)	件 (うち 件)	件 (うち 件)
2	関わったケースのうち、令和7年1月の1ヶ月間に病院から退院したケース数 ※除外ケース(下記参照)を除いた件数	件	件	件
3	関わったケースのうち、令和7年1月の1ヶ月間に病院に入院したケース数 ※除外ケース(下記参照)を除いた件数	件	件	件

◆ 上記「2. 退院したケース数」の内訳をご記入ください。(記載欄が不足の場合は、コピーしてご記入ください。)

本調査に係る除外ケース	・短期入院や検査入院等で、状態変化がない場合 ・化学療法を目的として入退院を繰り返しているケースで、大幅な状態変化がない場合
-------------	---

(市外利用者を含む) 利用者	退院された病院名 ※市外・県外も含む。 市外の病院は、市町村名も記載	病院からの退院調整の 連絡の有無と時期 ※市町村・包括を通じて連絡があったケースも含む (家族、事業所等からの連絡は対象外とする) (1つに○)	病院以外からの 退院の連絡 ※あった場合のみ (複数回答可)	退院調整に問題があった 場合の理由 (複数回答可)	退院時の介護保険の状況 ※要介護、要支援の方は介護度も()内に回答 (1つに○)	退院時ケアカンファレンスの有無 (1つに○)
1	市町村名 ()	1 連絡なし 2 退院当日に連絡あり 3 退院()日前に連絡あり	1 家族から 2 事業所から 3 本人から 4 その他 ()	1 調整できる時間が少ない 2 提供された情報に必要な内容が不足していた 3 病院と本人・家族との意見に相違があった 4 病院側の介護保険制度の理解不足 5 キーパーソンが不在であった 6 その他() 7 特に問題はない	1 申請未 2 新規申請中 3 区分変更中 4 事業対象者 5 要支援() 6 要介護()	1 有(対面) 2 有(オンライン) 3 無
2	市町村名 ()	1 連絡なし 2 退院当日に連絡あり 3 退院()日前に連絡あり	1 家族から 2 事業所から 3 本人から 4 その他 ()	1 調整できる時間が少ない 2 提供された情報に必要な内容が不足していた 3 病院と本人・家族との意見に相違があった 4 病院側の介護保険制度の理解不足 5 キーパーソンが不在であった 6 その他() 7 特に問題はない	1 申請未 2 新規申請中 3 区分変更中 4 事業対象者 5 要支援() 6 要介護()	1 有(対面) 2 有(オンライン) 3 無
3	市町村名 ()	1 連絡なし 2 退院当日に連絡あり 3 退院()日前に連絡あり	1 家族から 2 事業所から 3 本人から 4 その他 ()	1 調整できる時間が少ない 2 提供された情報に必要な内容が不足していた 3 病院と本人・家族との意見に相違があった 4 病院側の介護保険制度の理解不足 5 キーパーソンが不在であった 6 その他() 7 特に問題はない	1 申請未 2 新規申請中 3 区分変更中 4 事業対象者 5 要支援() 6 要介護()	1 有(対面) 2 有(オンライン) 3 無
4	市町村名 ()	1 連絡なし 2 退院当日に連絡あり 3 退院()日前に連絡あり	1 家族から 2 事業所から 3 本人から 4 その他 ()	1 調整できる時間が少ない 2 提供された情報に必要な内容が不足していた 3 病院と本人・家族との意見に相違があった 4 病院側の介護保険制度の理解不足 5 キーパーソンが不在であった 6 その他() 7 特に問題はない	1 申請未 2 新規申請中 3 区分変更中 4 事業対象者 5 要支援() 6 要介護()	1 有(対面) 2 有(オンライン) 3 無
5	市町村名 ()	1 連絡なし 2 退院当日に連絡あり 3 退院()日前に連絡あり	1 家族から 2 事業所から 3 本人から 4 その他 ()	1 調整できる時間が少ない 2 提供された情報に必要な内容が不足していた 3 病院と本人・家族との意見に相違があった 4 病院側の介護保険制度の理解不足 5 キーパーソンが不在であった 6 その他() 7 特に問題はない	1 申請未 2 新規申請中 3 区分変更中 4 事業対象者 5 要支援() 6 要介護()	1 有(対面) 2 有(オンライン) 3 無

※次ページは入院したケースの内訳をご記入ください。

事業所名: _____

介護支援専門員等1人につき複数枚の時 枚目

◆ 上記「3. 入院したケース数」の内訳をご記入ください。(記載欄が不足の場合は、コピーしてご記入ください。)

本調査に係る除外ケース	・短期入院や検査入院等で、状態変化がない場合 ・化学療法を目的として入退院を繰り返しているケースで、大幅な状態変化がない場合
-------------	---

利用者(市外利 用者を含む)	入院された病院名 ※市外・県外も含む。 市外の病院は、 市町村名も記載	入院時情報提供の方法と時期 (1つに○)	入院の連絡 ※あった場合のみ (複数回答可)	入院時情報提供書を提出しなかった場合 及び連絡しなかった場合の理由 ※要介護認定者のみ (複数回答可)	入院時の介護保険 の状況 ※要介護、要支援の 方は介護度()内 に回答(1つに○)
1	市町村名 ()	1 入院時情報提供書提出 提出日:入院()日前 当日 入院()日目 2 地域医療連携室に電話のみ 提出日:入院()日前 当日 入院()日目 3 提出(連絡)なし	1 病院から 2 本人から 3 家族から 4 事業所から 5 包括から 6 市町村から 7 その他から ()	1 入院したことを知らなかったため 2 口頭・電話で情報を伝えたため 3 窓口がわからなかったため 4 専用の書式がなかったため 5 その他()	1 申請未 2 新規申請中 3 区分変更中 4 事業対象者 5 要支援() 6 要介護()
2	市町村名 ()	1 入院時情報提供書提出 提出日:入院()日前 当日 入院()日目 2 地域医療連携室に電話のみ 提出日:入院()日前 当日 入院()日目 3 提出(連絡)なし	1 病院から 2 本人から 3 家族から 4 事業所から 5 包括から 6 市町村から 7 その他から ()	1 入院したことを知らなかったため 2 口頭・電話で情報を伝えたため 3 窓口がわからなかったため 4 専用の書式がなかったため 5 その他()	1 申請未 2 新規申請中 3 区分変更中 4 事業対象者 5 要支援() 6 要介護()
3	市町村名 ()	1 入院時情報提供書提出 提出日:入院()日前 当日 入院()日目 2 地域医療連携室に電話のみ 提出日:入院()日前 当日 入院()日目 3 提出(連絡)なし	1 病院から 2 本人から 3 家族から 4 事業所から 5 包括から 6 市町村から 7 その他から ()	1 入院したことを知らなかったため 2 口頭・電話で情報を伝えたため 3 窓口がわからなかったため 4 専用の書式がなかったため 5 その他()	1 申請未 2 新規申請中 3 区分変更中 4 事業対象者 5 要支援() 6 要介護()
4	市町村名 ()	1 入院時情報提供書提出 提出日:入院()日前 当日 入院()日目 2 地域医療連携室に電話のみ 提出日:入院()日前 当日 入院()日目 3 提出(連絡)なし	1 病院から 2 本人から 3 家族から 4 事業所から 5 包括から 6 市町村から 7 その他から ()	1 入院したことを知らなかったため 2 口頭・電話で情報を伝えたため 3 窓口がわからなかったため 4 専用の書式がなかったため 5 その他()	1 申請未 2 新規申請中 3 区分変更中 4 事業対象者 5 要支援() 6 要介護()
5	市町村名 ()	1 入院時情報提供書提出 提出日:入院()日前 当日 入院()日目 2 地域医療連携室に電話のみ 提出日:入院()日前 当日 入院()日目 3 提出(連絡)なし	1 病院から 2 本人から 3 家族から 4 事業所から 5 包括から 6 市町村から 7 その他から ()	1 入院したことを知らなかったため 2 口頭・電話で情報を伝えたため 3 窓口がわからなかったため 4 専用の書式がなかったため 5 その他()	1 申請未 2 新規申請中 3 区分変更中 4 事業対象者 5 要支援() 6 要介護()

「入院時情報提供の方法と時期」における入院日数の数え方について

入院日当日＝1日目、次の日を2日目…として提出時期をご記入いただくようお願いします。

(例)1/1に入院した場合

…	12月31日	1月1日	1月2日	1月3日	…
…	入院日前日 (入院1日前)	入院日当日 (入院1日目)	入院 2日目	入院 3日目	…

- ・入院1日目に書類を提出した場合は、『当日』に丸をつけていただきますようお願いします。
- ・入院の翌日以降に書類を提出した場合、上記の数え方で書類の提出時期をご記入ください。

◆令和6年4月以降の入退院調整マニュアルの運用状況についてご記入ください。

問1 入退院調整マニュアルを知っていますか。(1つに○)		
1 内容まで知っている	2 名前は知っているが、内容は知らない	3 知らない

問1で「1 内容まで知っている」「2 名前は知っているが、内容は知らない」を選択した方のみお答えください。

問 1-1 入退院調整マニュアルをどこで知りましたか(複数回答可)	
1 事業所内等での研修会(会議を含む)	2 市主催の研修会、会議
3 管理者からの説明	4 市のホームページ(生駒市ケア倶楽部)
5 その他()	

問2 入退院調整マニュアルを使用していますか。(マニュアルを随時確認しなくても、マニュアルに則った運用、対応ができている場合は1を選択してください)(1つに○)	
1 必ず使用している	⇒ 問2-1
2 必要に応じ使用している	⇒ 問2-1
3 使用していない	⇒ 問3-1～問3-3へ

問2-1 入退院調整マニュアルの手順に従い対応して、戸惑うことや困りになったことがありましたか。(複数回答可)	
1 市内病院で戸惑うことや困ったことがあった 2 県内の市外病院で戸惑うことや困ったことがあった 3 県外病院で戸惑うことや困ったことがあった 4 戸惑うことや困ったことはない⇒ 問 4 へ	下記に戸惑うことや困った内容を記載し、 該当する医療機関に○を付けて下さい。
内容(入院時)	医療機関
例)最低限の情報はまず電話でも構わないとマニュアルに書いてあるが、書面を早く出してと病院に言われた。	① 市内病院で 2 県内の市外病院で 3 県外病院で
例)病院の担当窓口や連絡先が分からない。	1 市内病院で 2 県内の市外病院で ③ 県外病院で
	1 市内病院で 2 県内の市外病院で 3 県外病院で
	1 市内病院で 2 県内の市外病院で 3 県外病院で

内容(退院時)	医療機関
例)区分変更の必要性はないと考えていたが、病院側が先に区分変更申請を出していた。 調整なく訪問看護や訪問リハビリの導入の話を本人家族と進められていた。	1 市内病院で ② 県内の市外病院で 3 県外病院で
例)本人や家族が要介護認定等の申請をすることができる場合は、自身で申請をするよう促すとマニュアル記載があるが、代行申請を進められていた。	1 市内病院で 2 県内の市外病院で ③ 県外病院で
	1 市内病院で 2 県内の市外病院で 3 県外病院で
	1 市内病院で 2 県内の市外病院で 3 県外病院で

問2で「3 使用していない」を選択した方のみお答えください。

問 3-1 使用していない理由は何ですか。(1つに○)	
1 入退院調整マニュアルを知らない 2 入退院調整に困っていない(理由:) 3 入退院調整マニュアルの内容の確認ができていない 4 入退院調整マニュアル以外の方法・ツールを使用している ⇒ [内容:] 5 その他 ⇒ [理由:]	
問3-2 今後、使用予定はありますか。(1つに○)	
1 ある	2 ない
問3-3 上記を回答した理由を教えてください。	

◇すべての方がお答えください。

問4 入退院調整マニュアルについて、ご意見・ご要望があればご記入をお願いします。
問5 その他入退院調整や看取りなど医療介護連携につきまして、他市町村や他施設で取り入れている活動や研修会、フォーラム開催や IT 等のシステム導入など、参考になるものがあればご記入をお願いします。

コロナを経て、在宅介護や看取りを希望される方が増えています。本市では令和5年度に生駒市版エンディングノートである「想いを伝える『私ノート』-まだ元気やけど言っとくわ-」を作成しました。

今後、在宅療養者の急変時や入退院調整時に備えて、ACP の普及啓発をすすめていく予定です。このことに伴い、以下の内容についてご回答をお願いします。



↑想いを伝える
「私ノート」はこちら

問6 人生会議(ACP)をご存じですか。(1つに○)
1 知っており、すでに取り組んでいる ⇒問6-1へ
2 知っており、説明ができる ⇒問7へ
3 聞いたことがある ⇒問7へ
4 初めて聞いた ⇒問7へ

問6で「1 知っており、すでに取り組んでいる」を選択した方のみお答えください。

問6-1 どのような取組みを行っているかご記入をお願いします。

問7 「想いを伝える『私ノート』-まだ元気やけど言っとくわ-」を知っていますか。(1つに○)
1 内容まで知っている ⇒問8へ 2 名前は知っているが、内容は知らない ⇒問8へ 3 知らない ⇒問10へ

問8 「想いを伝える『私ノート』-まだ元気やけど言っとくわ-」を使用していますか。(1つに○)
1 使用している ⇒ 問8-1～問8-3へ 2 使用していない ⇒ 問9-1～問9-3へ

問8-1 「想いを伝える『私ノート』-まだ元気やけど言っとくわ-」をどのような時に利用者(患者)・家族等へお渡ししましたか。(複数回答可)		
1 初回訪問時	2 サービス提供時(モニタリング含む)	3 サービス担当者会議
4 事業所窓口に配架	5 入院・入所時	6 退院・退所時
7 病状(状態)悪化時	8 すでに利用者(患者)が所持していた	
9 その他(		)

問8-2 「想いを伝える『私ノート』-まだ元気やけど言っとくわ-」を活用しましたか。(複数回答可)		
1 本人・家族と一緒に記入した	2 本人・家族と内容を共有した	3 ケアチーム内で内容を共有した
4 お渡しのみで活用したことはない	5 その他()	
問8-3 「想いを伝える『私ノート』-まだ元気やけど言っとくわ-」を利用者(患者)へ説明するときに、難しい(説明しにくい)点があれば、その箇所について教えてください。		

問8で「2 使用していない」を選択した方のみお答えください。

問9-1 使用していない理由はなんですか。(1つに○)	
1 ACP(人生会議)を実施していない	
2 「想いを伝える『私ノート』-まだ元気やけど言っとくわ-」の内容の確認ができていない	
3 「想いを伝える『私ノート』-まだ元気やけど言っとくわ-」以外のツールを使用している ⇒ 内容:	}
4 その他()	
問 9-2 今後、使用予定はありますか。(1つに○)	
1 ある	2 ない
問 9-3 上記を回答した理由を教えてください。	

◇すべての方がお答えください。

問 10 「想いを伝える『私ノート』-まだ元気やけど言っとくわ-」について、ご意見・ご要望があればご記入をお願いします。

以上です。ご協力ありがとうございました。

(2)病院調査

生駒市入退院調整状況調査 調査票（病院用）

*入退院調整に関する業務を専任で行っている方全員がお答えください。

回答者(1つに○): 入退院調整部署・病棟看護師・その他()

問1 入退院調整マニュアルを使用していますか。(マニュアルを随時確認しなくても、マニュアルに則った運用、対応ができている場合は1を選択してください)(1つに○)

- | | |
|---------------|-------------|
| 1 必ず使用している | ⇒問1-1～問1-4へ |
| 2 必要に応じ使用している | ⇒問1-1～問1-4へ |
| 3 使用していない | ⇒問2-1～問2-2へ |

<問1で「1 必ず使用している」または「2 必要に応じ使用している」を選択した方のみお答えください>

問1-1 入退院調整マニュアルで活用された項目はどこですか。(複数回答可)

- | | |
|----------------------|-------------------|
| 1 退院調整が必要な患者の基準(P1) | 2 入退院調整の流れ(P3～11) |
| 3 個人情報の取り扱いについて(P12) | 4 参考様式(P14～19) |
| 5 参考資料(P20～25) | |

問1-2 入退院調整マニュアルはどういう場面で活用されましたか。(複数回答可)

- | |
|---|
| 1 患者の入退院時、ケアマネジャー等と連絡や連携をとる必要がある場合、事前に確認 |
| 2 患者の入退院時、ケアマネジャー等とマニュアルを活用しながら、入院時の情報提供收受や退院前カンファレンスの開催時期等を確認する場合の確認 |
| 3 患者の入退院時、参考様式を活用 |
| 4 介護申請の必要性等についてケアマネジャー等に相談する場合 |
| 5 その他() |

問1-3 入退院調整マニュアルの手順に従い対応して、戸惑うことやお困りになったことがありましたか。(複数回答可)

1 市内事業所で戸惑うことや困ったことがあった 2 県内の市外事業所で戸惑うことや困ったことがあった 3 県外事業所で戸惑うことや困ったことがあった 4 戸惑うことや困ったことはない⇒ 問1-4へ	下記に戸惑うことや困った内容を記載し、該当する事業所に○を付けて下さい。
内容(入院時)	医療機関
例)目安の日程を大幅に過ぎて情報提供があり、自宅での様子が見えずあまり参考にならなかった。	1 市内事業所で ② 県内の市外事業所で 3 県外事業所で
	1 市内事業所で 2 県内の市外事業所で 3 県外事業所で
	1 市内事業所で 2 県内の市外事業所で 3 県外事業所で

内容(退院時)	医療機関
例)新規申請のため、事業所の連絡先や担当窓口が分からなかった。	1 市内事業所で 2 県内の市外事業所で ③ 県外事業所で
	1 市内事業所で 2 県内の市外事業所で 3 県外事業所で
	1 市内事業所で 2 県内の市外事業所で 3 県外事業所で

問1-4 入院時情報提供書及び地域包括支援センターから提供された情報について活用されていますか。
(1つに○)

- 1 積極的に活用している ⇒問1-4-1、2、3へ
2 ある程度活用している ⇒問1-4-1、2、3へ
3 あまり活用できていない ⇒問1-4-4へ
4 その他 ()

問1-4-1 「1 積極的に活用している」「2 ある程度活用している」の場合、提供された情報についてどのように活用されていますか。(あてはまるものすべてに○)

- 1 退院調整部署にて活用 2 病棟看護師が活用(師長のみ)
3 病棟看護師が活用(スタッフ全員) 4 リハビリスタッフが活用
5 その他職種が活用(職種:)

問1-4-2 「1 積極的に活用している」「2 ある程度活用している」の場合、どのような方法で多部署にて情報共有を行っていますか。(1つに○)

- 1 提供された情報をカルテに記入
2 カルテと一緒に保管
3 電子カルテにとりこみ
4 連携室にて書類を保管
5 コピーして各部署に保管
6 その他()

問1-4-3 「1 積極的に活用している」「2 ある程度活用している」の場合、どのような情報が活用されていますか。

問1-4-4 「3 あまり活用できていない」の場合、提供された情報を活用しづらい理由について記入してください。

<問1で「3 使用していない」を選択した方のみお答えください>

問2-1 使用していない理由はなんですか。(1つに○)

- | | |
|------------------------------|-------|
| 1 入退院調整マニュアルを知らない | |
| 2 入退院調整に困っていない(理由: |) |
| 3 入退院調整マニュアルの内容の確認ができていない | |
| 4 入退院調整マニュアル以外の方法・ツールを使用している | |
| ⇒ | { 内容: |
| 5 その他 ⇒ | { 理由: |

問2-2 今後、使用予定はありますか。(1つに○)

- | | |
|----------|---|
| 1 ある(理由: |) |
| 2 ない(理由: |) |

<すべての方がお答えください>

問3 入退院調整マニュアルについて、ご意見・ご要望があればご記入をお願いします。

--

問4 その他、入退院調整や看取りなど医療介護連携につきまして、他市町村や他施設で取り入れている活動や研修会、フォーラム開催やIT等のシステム導入など、参考になるものがあればご記入をお願いします。

--

コロナを経て、在宅介護や看取りを希望される方が増えています。本市では令和5年度に生駒市版エンディングノートである「想いを伝える『私ノート』-まだ元気やけど言っとくわ-」を作成しました。

今後、在宅療養者の急変時や入退院調整時に備えて、ACP の普及啓発をすすめていく予定です。このことに伴い、以下の内容についてご回答をお願いします。



↑想いを伝える
「私ノート」はこちら

問5 人生会議(ACP)をご存じですか。いずれか1つをお選びください。

- | | |
|--------------------|--------|
| 1 知っており、すでに取り組んでいる | ⇒問5-1へ |
| 2 知っており、説明ができる | ⇒問6へ |
| 3 聞いたことがある | ⇒問6へ |
| 4 初めて聞いた | ⇒問6へ |

問5-1 問5で「1 知っており、すでに取り組んでいる」を選択した方のみお答えください。
どのような取組みを行っているかご記入をお願いします。

--

問6 「想いを伝える『私ノート』-まだ元気やけど言っとくわ-」を知っていますか。(1つに○)

- | | |
|------------------|--------------------------|
| 1 内容まで知っている ⇒問7へ | 2 名前は知っているが、内容は知らない ⇒問7へ |
| 3 知らない ⇒問9へ | |

問7 「想いを伝える『私ノート』-まだ元気やけど言っとくわ-」を使用していますか。(1つに○)

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| 1 使用している ⇒ 問7-1～問7-3へ | 2 使用していない ⇒ 問8-1～問8-3へ |
|-----------------------|------------------------|

問7-1 想いを伝える「私ノート」-まだ元気やけど言っとくわ-をどのような時に利用者(患者)・家族等へお渡ししましたか。(複数回答可)

- | | | |
|-------------|---------------------|-------------|
| 1 初回訪問時 | 2 サービス提供時(モニタリング含む) | 3 サービス担当者会議 |
| 4 事業所窓口配架 | 5 入院・入所時 | 6 退院・退所時 |
| 7 病状(状態)悪化時 | 8 すでに利用者(患者)が所持していた | |
| 9 その他() | | |

問7-2 「想いを伝える『私ノート』-まだ元気やけど言っとくわ-」を活用しましたか。(複数回答可)

- | | |
|------------------|-------------------|
| 1 本人・家族と一緒に記入した | 2 本人・家族と内容を共有した |
| 3 ケアチーム内で内容を共有した | 4 お渡しのみで活用したことはない |
| 5 その他() | |

問7-3 「想いを伝える『私ノート』-まだ元気やけど言っとくわ-」を利用者(患者)へ説明するときに、難しい(説明しにくい)点があれば、その箇所について教えてください。

◇問7で「2 使用していない」を選択した方のみお答えください。

問8-1 使用していない理由は何ですか。(1つに○)

- | |
|--|
| 1 ACP(人生会議)を実施していない |
| 2 「想いを伝える『私ノート』-まだ元気やけど言っとくわ-」の内容の確認ができていない |
| 3 「想いを伝える『私ノート』-まだ元気やけど言っとくわ-」以外のツールを使用している
⇒ 内容: |
| 4 その他 () |

問8-2 今後、使用予定はありますか。(1つに○)

- | | |
|------|------|
| 1 ある | 2 ない |
|------|------|

問8-3 上記を回答した理由を教えてください。

◇すべての方がお答えください。

問9 「想いを伝える『私ノート』-まだ元気やけど言っとくわ-」について、ご意見・ご要望があればご記入をお願いします。

--

以上です。ご協力ありがとうございました

生駒市入退院調整状況調査 調査票（地域医療連携室用）

※回答は、あてはまる番号を○で囲んでください。
 ※具体的な数値等をご記入いただく部分では、該当がない場合には必ず「0」とご記入ください。わからない場合は「-」を記入してください。
 ※令和6年1月末日現在の状況をお答えください。

問1 病床数	床				問2 病棟数	病棟		
問3 種類別病床数	一般	地域包括ケア	療養（医療）	療養（介護）	回復期リハ	障害者	その他	
	床	床	床	床	床	床	床	
問4 地域連携部門の有無	1 あり 2 なし		MSW	人	退院調整看護師	人		
			1人あたり担当患者数(月平均)	人	1人あたり担当患者数(月平均)	人		

問5 入退院調整マニュアルを使用するにあたり、院内で周知を行いましたか。
 (1つに○)

- | | |
|-------------------|--------|
| 1 周知を行った | ⇒問5-1へ |
| 2 周知をしていないが今後行う予定 | ⇒問5-2へ |
| 3 周知していない | ⇒問5-3へ |
| 4 周知できない | ⇒問5-3へ |

問5-1 「1 周知を行った」場合、周知の対象としたスタッフとその方法(例:職員向け研修会、マニュアルの回覧など)を教えてください。(当てはまるものすべてに○)

1 医師⇒	対象:	①全ての医師	②病棟医師	③外来医師	④その他
	方法:	ア. 職員研修会	イ. 会議	ウ. マニュアルの配布、回覧	エ. その他()
2 看護師⇒	対象:	①全ての看護師	②病棟看護師(師長のみ)	③病棟看護師(スタッフ全員)	
		④外来看護師	⑤退院支援看護師	⑥その他	
	方法:	ア. 職員研修会	イ. 会議	ウ. マニュアルの配布、回覧	エ. その他()
3 リハビリスタッフ⇒	対象:	①全てのリハスタッフ	②PT	③OT	④ST ⑤その他
	方法:	ア. 職員研修会	イ. 会議	ウ. マニュアルの配布、回覧	エ. その他()
4 MSW⇒	対象:	①全ての MSW	②管理者のみ	③その他	
	方法:	ア. 職員研修会	イ. 会議	ウ. マニュアルの配布、回覧	エ. その他()
5 栄養士⇒	対象:	①全ての栄養士	②管理者のみ	③その他	
	方法:	ア. 職員研修会	イ. 会議	ウ. マニュアルの配布、回覧	エ. その他()
6 薬剤師⇒	対象:	①全ての薬剤師	②管理者のみ	③その他	
	方法:	ア. 職員研修会	イ. 会議	ウ. マニュアルの配布、回覧	エ. その他()
7 その他⇒	対象:	職種名()			
	方法:	ア. 職員研修会	イ. 会議	ウ. マニュアルの配布、回覧	エ. その他()

問5-2 「2 周知をしていないが今後行う予定」の場合、いつ頃、どのように周知予定ですか。

いつ頃：

どのように（誰に対して、どのような方法を用いてなど）できる限り具体的に記載をお願いします）：

問5-3 「3 周知していない」「4 周知できない」の場合、その理由を教えてください。

<すべての方がお答えください>

問6 入退院調整に関する病院相談窓口一覧を別添の書類にご回答ください。

以上です。ご協力ありがとうございました。