



医療と介護連携アンケート報告

入院・退院時の連携に関して



八王子介護支援専門員連絡協議会

主任介護支援専門員連絡会

医療介護連携部会

1. アンケートの目的

医療や介護を必要としている方々が住み慣れた地域で暮らしていくためには医療と介護の連携が必要と言われており、その為に顔の見える関係を構築できるよう、八王子市もしくは地域包括支援センター、介護支援専門員連絡協議会主催で研修会や交流会などが行われてきました。

その中でお互いの業務内容を理解するために時にはアンケート調査を行うこともありました。

しかし、ケアマネジャーを対象に医療職の方々との連携についてのアンケートは数多く行われてきましたが、医療職の方がケアマネジャーとの連携についてどのように考えているのかを問うアンケートは多くありませんでした。

そこで、今回は医療職の方々に対してアンケートを実施し、忌憚のない意見をいただくことで、今後医療との連携をどのようにしていくべきか、私達ケアマネジャーが考える材料にさせていただきたいと思えます。

同時に他の病院で勤務されている医療職の方がケアマネジャーとの連携に対してどのように考えていらっしゃるのか目を通していただき、参考にさせていただけたら幸いです。

2. アンケート協力医療機関（23 機関）

永生病院 恩方病院 北原国際病院 北原リハビリテーション病院
駒木野病院 三愛病院 城山病院 仁和会総合病院
清智会記念病院 相武病院 多摩病院 多摩丘陵病院
多摩南部地域病院 東海大学医学部附属八王子病院 東京医科大学八王子医療センター
東京天使病院 日本医科大学多摩永山病院 八王子山王病院 平川病院
右田病院 南多摩病院 みなみ野病院 陵北病院 (アイウエオ順)

3. アンケート実施期間

令和元年 12 月～令和 2 年 2 月

4. アンケート回答者

医師 医療相談員 セラピスト

①－ 1 入院時のケアマネジャーからの情報提供の際に
医療機関側として良かったこと、助かった事例
はありますか？

*** 在宅での様子を知ることが出来た。**

- ・入院前の生活状況について知ることができた。
家族構成、キーパーソンについて知ることができた。
入院前に受けていたサービスを知ることができた。
- ・家族背景、自宅での過ごし方等、どのようなサービスを利用しているか家族からとり切れない情報。
- ・家族背景や家庭の事情等、ご本人達から出てこない内容の情報。
- ・在宅での様子がわかり助かっている。(本人の ADL、家族の情報、サービスの詳細)
- ・ご家族背景や今までのご様子等、こちらが情報収集できていなかったことを教えて頂けるのでありがたい。
- ・元々どのような生活をしていた方なのか、本人・家族以外の方からの情報があるとこちら側の視点も変わってくる場合があります。アセスメントの材料になります。
- ・単身の方で家族の来院がない患者などは生活背景を把握できるため助かります。
- ・ご家族から入院前の生活は聞いているが、ご家族が高齢であったり、遠方だったりすると詳細を聞けないので CM から情報を頂いて助かったことがありました。
- ・入院前の ADL やご家族状況など、生活状況や家族関係が複雑な場合に支援の役に立った。
- ・担当ケアマネジャーさんがわかるとサービス内容や生活状況が分かるので助かります。また家族中の関係性もわかりやすいです。
- ・緊急入院で意識障害があり、本人から家族の情報等の聞き取りが困難な時にケアマネジャーから家族の情報を教えていただいた。
- ・病前の様子 (Pt の生活、PtFa の性格、サービス) を教えていただき、支援に生かされた。
- ・家族に代わり同行来院して下さり、本人の様子や普段のケア、サービスの利用状況について説明があった。
- ・特に初診の場合、上記内容や本人の基本情報を整理して情報提供下さった。
- ・入院時情報提供書について家族から入院前の情報を得ることが多いが、情報が整理され

ていないことも多いため、情報を頂けるのはありがたい。介護度も MSW が記載したり病院として把握しておくといい場面が度々あるためありがたい。(介護保険利用に関する情報提供書 (=介護支援連携指導料)、リハビリ総合実施計画書、外来リハある方は介護申請有無によりリハ算定できる日数制限あるなど)

- ・また家族についてのアセスメントを教えて頂けるのは MSW としての関りの参考にさせて頂けますのでありがたいです。
- ・入院してから忙しくて会うことが難しくなっていたご家族様に代わってご本人の入院前の生活について情報共有させていただいたこと。
- ・入院時に生活歴や ADL の情報があるとありがたい。一括管理していないので総数は分からないが、情報が相談室や病棟に来ているのが少ないように感じる。
- ・入院時に利用しているサービスや、生活状況について早期に知れるので患者や家族にアプローチしやすい。
- ・入院前の生活状況 (身体機能、精神状態、家屋状況、サービス利用状況、福祉機器など) を伺って、入院早期から退院設定やゴール設定をできたこと。
- ・本人、家族、以外の第三者として情報を提供してくれるので現状がよくわかり助かる。
- ・長くかかわっている CM だと、家族の状況や今まで困っていたことなど (経過も含めて) よく把握しているので情報量が多くて助かる。
- ・最近はや早い時期に情報をくれるので家での状況を把握しやすい。
- ・入院前の ADL がわかり、在宅か施設かの設定がしやすい。
- ・生活の状況、キーパーソン、経済面等教えていただいて大変助かります。
- ・今までの生活、家族状況等詳しくうかがえること。
- ・自宅での生活状況や家族キャラ等の情報が細かくとれると助かります。
- ・特に緊急入院の時など、生活状況やサービス内容が分かるので退院支援の際に助かります。また、KP 不在や身寄りなども同様。
- ・利用したサービス実際どうだったか、キャラクター的なこと、協力体制など
- ・日常的な ADL や様子が詳しく知れることが良かった。自宅での生活など家族の様子も知ることができてありがたい。
- ・本人の性格、家族背景、家屋環境等の情報を提供してくれたケース、リハの進行に応じて適切な対応してくれたケース
- ・自宅での様子がよく分かるので退院までに何が条件になるか分かりやすくなる。
- ・家族関係や本人の元々の性格等 (好きだったこと) を知れて大変助かりました。
- ・電話で担当 CM です、と連絡をいただいたり、その際に入院前の生活情報を頂けた

- ・自宅での生活状況やもともとの ADL が分かる。
その方の人柄や家族関係が分かる。緊急入院の場合、それらを聴取できないことがあるため助かります。
- ・病前の生活状況を知ることが、とても重要なことなので助かっている。
- ・入院（緊急時）の際に、家族情報等を素早く把握できるため助かる。
- ・利用サービス内容がわかり、ENT 時の調整にもスムーズ。
多職種も含めて、自宅の生活イメージはしやすくなっています。
- ・今までの生活、ご家族状況が詳しく伺える事
- ・基本情報や入院前ケアプランを文書でいただいた事
- ・身寄りのないケースなど、家族に確認できない今までの自宅での生活の様子、課題などいただき助かった
- ・在宅での生活状況や介護者の情報を伝えてもらった時
- ・情報シートやケアプランは入院前の生活を知ることができ助かっています
- ・電話や来院でお話しできると、これまで何を大切にご本人やご家族が生活をされてきたか聞く事が出来て良かった。
- ・転院の時など事前にケアプランや生活状況を資料や電話で教えて頂いたとき助かりました。
- ・フェイスシートの提供、TEL や来院して下さり在宅での様子や家族の状況等教えてもらえ助かる。患者さんの理解、退院支援に役立つ。
- ・生活歴や在宅時の生活の様子がわかって良かったです。
- ・在宅時の支援経過の情報提供により、退院後の生活状況がイメージしやすくなり、課題の抽出にも役立ちました。
- ・家族から情報と違い、客観的な視点がもらえて助かります。
- ・家族の事情も情報としてもらえて助かっています。(家族の事情…介護力が限界にきているなど)
- ・在宅の介護サービスの利用内容や CM の名前、日頃の状態を情報提供していただけると入院中や退院後の生活に生かすことが出来る。
- ・在宅の頃の細かい様子を情報提供していただいた。
- ・本人情報や家族情報を文面で頂けた。事前に精神科の入院で医保が見込まれるのでその説明をして頂けたこと。
- ・家族情報や連絡先を教えて頂いたことで入院までに事前準備がスムーズにできた。
- ・病状や家族状況等詳しく把握しており、スムーズに入院相談を受けることが出来た。

- ・ 家族状況を詳しく教えて下さり、ご家族の性格等も事前に把握できた。
- ・ 生活歴・家族の情報があった時。
- ・ 入院前の ADL,IADL 生活状況がわかり現状の評価に役立った。
- ・ 家族は動転されていることも多いので既往など医療情報や家族を含めた支援者の役割がわかって助かった。
- ・ 患者本人の体調が悪く、生活歴が聴取できないとき、CM から聞いた。
- ・ 転院依頼があった医療機関からの情報よりもより正確な情報提供してもらえたことが何度もある。(家族のこと経済面)
- ・ 持っている情報(家族との関係)を細かく文書で頂けたり、ケアマネが接しての様子や印象を詳しく教えていただけた。
- ・ 家族情報や入院前のサービス内容が確認できて助かる。
- ・ 身寄りのないケースは特に助かる。
- ・ 独居・身寄りのない方が増えており、CM がいると状況わかり助かる。
- ・ 入院前の本人像がわかる。
- ・ 緊急連絡先の情報
- ・ 入院前の生活の様子が変わり入院中の生活に生かすことが出来た(家でしていたことはなるべく入院生活でもしてもらおう)⇒退院時のスムーズな支援につながる。
- ・ 入院前の生活状況、家族状況、慢性疾患、主治医等の情報が得られ入院中の治療方針が立てやすい。

***その他**

- ・ 虐待、DV 等サマリーには記入しにくい細かな経緯や内容を伺えた時はとても助かりました。
- ・ 多問題ケースで CM より書面にて情報提供あり、TEL にて連絡も下さった。
- ・ 金銭管理(地域権利、後見人)の手続きが取れているケースの金銭や親族の連絡先の把握ができています。
- ・ ケアマネからの情報提供はご本人やご家族と違い整理された情報でとても助かる。
- ・ 特に、ケアプランであれば、要介護度や使用しているサービスまで分かり助かる。
- ・ 特に介護保険情報は、ご本人・ご家族から口頭であると正確ではないのでケアマネから書面で頂けると安心感がある。
- ・ 関わりのある家族が見つからず、いない方の場合、一番本人を知り把握してくれており相談ができた。

- ・入院時の同意書に関しても事前に教えて頂く等、医療保護入院についての理解を持ち、対応して頂ける機関が増え、助かっている。
- ・家族は頻度高くデイサービスを入れたいと思っているが、本人が集団生活になじめず導入できていない等とサービス利用の背景など教えていただいた時に退院支援に役立ち、とても有難かったです。
- ・必要な情報提供は相談室に情報を届けてもらっても病棟に渡すだけなので、面会時に病棟に渡す形でも良い。
- ・入院時に介護サービスを利用している方が少なく、CMからの情報提供を受けたケースはほとんどございません。
- ・退院先として施設入所を家族に提案してくださったり、自宅退院に向けて何が必要か（自宅の改装など）検討していただいたこと。
- ・入院前からCMと本人、家族との関係性ができており、意向をくみ取られていたので方針が立てやすかった。
- ・入院後、病院で行った退院支援部門介入の必要性アセスメントでは、介入不要となったが、ケアマネから連絡をいただいたことで課題が明るみになり、介入につながった。介入が必要と判断・介入を希望される場合は、連絡をいただきたい。
- ・身寄りのない方は特にCMからの情報が頼りになる。適切な情報提供してくれて助かった
- ・ケースを選ばない方。『どんとこい』で臨んでくれる方に助けられます
- ・趣味や特技を取り入れたレクリエーションを実施する事で本人の意欲向上につながったと思います。
- ・比較的スムーズに対応してもらえることが多いので助かります。
- ・最近では入院の加算ができたことでCMからの情報増えている。
- ・かかりつけ医がいる時事前に紹介状の手配をしていただき、家族の意向も確認したうえで相談してもらった。
- ・何に困っているか、今どこかかかりつけがあるのか、病歴について等の情報がしっかりとあるととても助かる。
- ・ケアプラン、アセスメントシートのFAX+電話で最近の様子を聴くことでかなり全体像がイメージしやすくなる。
- ・在宅で関わる中での今後の見立てをどう考え家族や本人と共有していたか、入院時にそこがわかると「どの部分が解消されれば元々希望されていた方針を再度考えられるか」病院でもこれまでの経過と合わせて方針が立てやすい。

- ・ 既往等詳細に教えて頂き助かりました。
- ・ ぎりぎりの生活されていた、施設入所を考えていた等、入院を気に今後の生活を検討する必要がある方の早期情報提供がスムーズな退院支援につながった。
- ・ ケアマネを把握していない本人・家族もいるので入院情報をいただくことで MSW としては担当ケアマネを確認することにもつながった。
- ・ 家族が CM、居宅名、連絡先を知らないことがある。⇒包括に連絡する。居宅の連絡先が分かると助かる。
- ・ 入院の初期段階から MSW の介入が必要か判断する際助かった。
- ・ サービス再調整や転院の必要性の判断の指標がわかる。
- ・ どのような状態になるとサービスの再調整や転院が必要となるのかの情報があるととても助かります。

①-2 入院時のケアマネジャーからの情報提供時に 何か困ったことやご要望等はありますか？

* ACP について

- ・入院する前から ACP を行なってほしい。
- ・ACP について。
- ・ACP について医療や生命維持に対する日頃の発言等があればうれしいです。
- ・緊急連絡先、ACP、金銭管理等の情報がとれていない。

* 情報提供について

- ・いきなり、入院時の情報提供書が来ると困る。やはり、事前に連絡を頂きたい。
特に、ご本人・ご家族に同意を得ているか確認したい。
- ・事前の電話連絡なく、いきなり患者様の入院時情報提供書が病院 FAX に送られてくる
ときは、事務も誰に渡すべきなのか困ったり、相談室直通の FAX に送られてくるとき
も一度 MSW に電話連絡を頂ければと感じることがあります。
- ・入院時情報シートを送っていただくとき、単なる情報提供なのか、退院支援部門の介入
が必要とされる課題を抱えたケースで、退院支援部門の担当者と具体的なケースの情報
共有を目的としているのかがわかりにくい。課題があるケースについては、情報シート
も送付時に退院支援部門に一報頂けるとありがたい。入院替えからすでに在宅療養が限
界だったケースに関しては入院後早期に連絡をいただきたい。
- ・FAX だけ送られてくる、または病棟 Ns に書類を渡しに行くなどのケースあり、病院に
よって書類受付窓口違うのでまず MSW に電話入れてほしい。
- ・在宅の情報を FAX のお願いをすると情報提供していただき、困ってはいない。

* 病院任せ

- ・「入院になったんですね。そろそろ自宅は限界だったんです。あとはよろしくお願い致
しまーす。」やもともと経済面や家族関係など、発生していた問題に対して、入院を機
に病院で解決してください。病院から言って下さい、という対応が目立つ。
こうなる前に在宅にいるときから対応してほしいということがある。
- ・入院前の相談では「レスパイトで」と言われて、入院してから「実はもう家は無理だど
思います」等情報が変わってしまう事。

- ・時々「入院したら担当ではない」という意識の強い方がいる。情報の受け渡しまでは責任持ってやってほしい。
- ・トラブルがあったとか施設入所を勧めていたなどの情報は入院時に伝えてほしい。
- ・入院当日、翌日はまだ担当決まらず、問い合わせいただいても、状況をこたえられないことがあります。情報提供であれば、連携室あてでお願いします。
- ・代表 FAX は病院 1 F の医事課に送付されるためタイムラグが生じる（1 日かかることもあり）情報提供は連携室直通 FAX（清智会記念病院：042-624-0788）へ。
- ・CM から情報を送る際には、MS が絡んでいないこともあるので入院病棟宛てが良い。病院代表 FAX へ、あて先を記載していただければ。
- ・入院時の情報シートの活用は院内でも模索中。シート送付の際必要に応じて個別にわかるようにしてほしい。
- ・CM から自宅状況の情報提供はとても助かる。F a や本人からのききとりもやはり視点が違う。
- ・情報を提供してもらえるのか。誰に伝えたのかわかりにくい

*とにかく入院

- ・困ったら取りあえず入院と考えられることがある。
- ・いきなり入院させてほしいと言われても救急病院で、医師が判断することなので困る。
- ・かかりつけの医療機関に事前相談をされないで入院以来があるので可能であればかかりつけ医にまず相談してほしい。
- ・「とにかく入院させてほしい」という相談で困ったことがあります。入院となるかは Dr の判断次第で、当院だと脳外科的な疾患が否定されたら入院とならない可能性もありますので、その点をご理解いただけると有難いです。
- ・CM が「困っている」「入院させてほしい」の気持ちが強く、詳細説明してくれなかったり、精神科への入院の理解が低かったりしたときに困った。本人の状態や家族の意向を確認したうえで連絡してほしい。
- ・何故 病院への入院が必要かという点が不明瞭なまま「とにかく入院をさせてほしい」と押し切ろうとする人がいます。・・・医療的観点で何が必要なのかを教えて（考えて）いただきたいです（社会的理由なら施設入所の検討を）
- ・特に入居中の方で（施設がお困りなのはよくわかるのですが）医療機関での入院治療後、どうするかイメージが伝わってこないときはやや困ります。医療保護入院時の家族同意について説明してもうまく伝わらず、とにかく入院させてくださいと言われたこと

とも。

* 情報が少ない、持っていない

- ・あまり情報提供がありません。
- ・相談時に本人や本人の周りの情報が少ない事。関係機関の連絡先が分からない、家族の意向が分からない、事前情報と実際の続柄が異なっていた事があった等。
- ・入院前の生活状況を把握されていなかった。特に家族の支援について伺えると助かります。
- ・情報をあまりお持ちでないとき。(CM になって間もないケースなど)
- ・家族等の有無について、不明といわれることがある。→生活保護の場合、CW、市長同意等の方法があるため、わかる範囲で情報をまとめてほしい。
*そもそも連絡が無く、情報を取るのに時間を要すると困ります。
- ・入院前からCMがたずさわっていましたが、家屋環境等聞いても「わからない」との返答だったこと。
- ・入院前の生活状況がつかめない事や、家族と連絡が取り辛い時困る。
- ・家族状況、金銭状況が不明確で困った。
- ・頂いた情報と本人の状態が異なっていたこと。
- ・情報が全く把握できておらず、家族が入院に同意しているかわからない状況で、かつ本人からも同意が取れない状況の中、入院させてほしいと予約もなしに連れてこられてしまったとき。
- ・CM からの情報提供の方法はまちまち。入院時に情報をくれるケアマネは 10 名中 2 人程度。入院したという情報がすぐにケアマネに届いていないこともある。MS からも患者さんに、入院したことを CM さんに伝えて下さい、とお伝えしているが。
- ・虐待疑われるケースで CM、高齢支援課が介入していたが、PT が入院した際に情報提供がなかった。
- ・事業所に連絡した際にいつ出勤かわからないなど情報がなくて困る。

* 個人情報について

- ・入院中「病状を教えてほしい」とTELにて問い合わせをいただくことがしばしば・・・個人情報であることのご理解を
- ・病状や退院の目途など、家族に確認する前にMSWへ尋ねられることがある。個人情報なのですべてに応じられず困ることがある。

- ・*家族がいない方や理解が難しい家族の場合は対応することもあります…
- ・家族から了承がない中での連絡について。個人情報で伝えられないため。

*CMについて

- ・困りごとの主体が本人ではなくケアマネになってしまっている。区別して取り組んでほしい。
- ・具体的な困りごとではなく「家族の理解が悪い」「近所の人から困ると言われた」「通所先からも断られた」など何が問題なのかわからない相談。
- ・当院は精神科対応することが多い。その状況が精神症状なのかどうか、話を聞いてもわからないことがある。
- ・できなかったこと等については詳細に教えて頂けることが多いが、ストレングスに教えて頂きたい。
- ・ご家族に「平川病院に相談に行くように」とお話しされ、事前の連絡なしに突然ご家族が来院されることがあるので、家族からでも事前に電話連絡をお願いしたい。
- ・入院して間もないときに理由不明な退院前カンファレンスの希望
- ・CMさんの思いだけで「大変な家族」といった情報を詳細なくざっくり言われるとこちらも色メガネで見てしまう。(反対に少し身構えて関わることも出来るのですが)
- ・ご本人やご家族が入院時の聞き取りの時に意外とケアマネさんや事業所の名前がわからない時があります。(ヘルパーさんや訪看さんの連絡先を記入されることが意外と多いのかも)入院時連携加算の為の説明が意外と浸透されていないかと思うことが個人的にあります。
- ・本人だけでなく家族や関わりのある医療機関の情報等は事前にCMさんにも共有されていると良いのではないかな。
- ・緊急時に搬送されてきて、ケアマネが不在で情報が取れずに困ることがある。
- ・本人や家族の意思確認をせず、CMの思いで療養先を選定することがあり、やりづらさを感じることもある。
- ・MSWがあったことのない患者の情報を一気に話をきて「先生につたえておいてください」と一方的に話されることが稀にある。
- ・入院するにあたり、何故当院に(療養病床)相談するのか?と思う案件が多く見られる。急性期レベルの時も多々ある。
- ・CMの技量に個人差があり、要領を得ないことがある。
- ・入院後、本人の様子を見にひとりで来られることがありますが、退院支援に一報頂ける

と嬉しいです。なるべく同席し、共有したいと思います。

- ・担当 CM がいるはずなのに、患者・家族が事業所名や連絡先を知らないことがあるので、常時、連絡先を控えておくように伝えていただけたらと思います。
入院したことを知らない CM や入院時情報提供がないことも多いです。
- ・入院相談時、ご家族が本人の状況がわからなかったり判断能力に乏しい場合 CM に同席してほしいと思うケースあり（ご家族任せのことがある）
- ・入院中に様子を見に来てくれないと、電話で話していても話が通じなくて困る。
- ・方向性が在宅に決まっていることに対して、その方向性に対して反対してくると困る
それを実現できるように考えてもらいたい（一緒に考えたい）
- ・一方的に話しての得ず話が長い
- ・ケースを選ぶ方 困難ケースをさける方 何とかしてください（入院相談になるが）
- ・身寄りのない方が緊急入院した際、数日たってから CM より連絡が入り、「なぜ入院したことを教えてくれないんですか！！」と病棟 NS が怒鳴られたようです。病院に連絡する義務はありますか？
- ・「家はもう無理です」と言われた時、びっくりします。
- ・CM にもよるが病院の機能や目的を理解していない（知識がない）方もいる。
- ・入院直後に電話が来て、今後の方向性を聞かれても分からないので困る。
できれば、入院後、1日～2日後であれば、担当は決まる。しかし、方向性はすぐにはわからない。
- ・すべてのケースにソーシャルワーカーが介入しているわけではないため、「担当誰ですか？」と聞かれても困る。
- ・退院前提の理解が薄い時があった。
- ・病院のリハビリ担当者や医師と話して結論を出す前に退院の時期など色々聞かれて答えられず困ったことがありました。

***その他**

- ・介入しているサービスが入院時の時にわかると退院時の時に必要なサービスや追加するサービスがイメージつきやすいと思われれます。
- ・KP が不在だったとき。
- ・医療保護入院時、どこに連絡すればよいか決まっていない。
- ・特に思い当たりませんが、自宅退院のための到達目標が明確なケースはやりやすいです。

- ・困ったことはありません。
要望は「①-1」に加えて、在宅から入院に引き継ぎたい課題があれば教えていただきたいです。
- ・書式が違うので、ある程度統一した書式だと見やすいかと思います。
- ・家屋状況を入れていないものもあるので、間取りなどがあると退院調整時に助かります。
(情報があると、入院早々から在宅退院可能な目標が設定しやすいです。たとえば、階段昇降できないと在宅は厳しいなど。)
- ・リハビリ等進める際の参考になるので、間取り等があると助かります。
- ・精神科への入院相談の際、医療保護入院の同意者になり得る家族等の有無がわからず困った。(医療保護入院できない)
- ・家族と連絡が取れていない。同意がとれなくて困ることがある。
- ・入院患者すべてに MSW 介入していないので、退院に関して事前に伝えることが難しいケースあり。
- ・在宅から入院に引き継ぎたい課題があれば教えて頂きたい。

②-1 退院時の CM との連携で良かったこと、助かったこと などありますか？

* 迅速な対応、調整

- ・入院によって ADL 等の大きな変化があった方に対してすみやかにサービスを調整して在宅に迎えてくれた時。
- ・退院日設定後、スムーズに退院できたとき。
カンファレンスの日程調整や在宅に関わるヘルパー、訪看、訪診等の調整を行ってくれたとき。
- ・退院時にスムーズに動いてもらえた時、ヘルパーさん手配等早めに動いてくれた時。
- ・カンファレンスの日程調整等在宅チームについて CM さんが調整してくれる時。
- ・すぐに日程調整をして来てくれる方は助かる。
- ・ケアマネが来ることで先の見通しが付くケースは助かる。
- ・レスポンスが早く、建設的に話が進み助かるケースがある。
- ・早期にショートステイの調整などをしていただいたことがあり、助かりました。
- ・早急にプランの再調整をして頂き、早期退院することが出来て助かりました。
- ・急な退院に対応してくれた。患者さんを見に来て下さる CM さんには助かります。
- ・サービス導入をスムーズに手配して下さった。(特に元々ついている CM さん)
- ・必要なサービスや医療機関との調整をおこなってくれて、退院後のサービス導入がスムーズであった等、退院後のフォローについて対応してくれた事。
- ・退院前カンファをすぐに(1、2日で)ご予定調整頂けたときに先の見通しが立ってありがたかったです。
- ・また余裕があるときに家族と相談して下さって、仮のプランを作って退院前カンファレンスにご参加頂いたことがありました。
家族もイメージが付きやすいと思いますしたたき台になって良かったと思います。
とにかくレスポンスが早いことが急性期病院にとってはありがたいです。
- ・地域に戻った後に安全に暮らしていけるか心配だった患者様に対し、デイサービスの調整など行なっていただけましたこと。
- ・医療ケアや病状に臆さず、適したサービスの準備、提供を迅速に整えられる。
- ・短期間の調整でも快く受けてくれて助かった。
- ・急性期の病院の特性上、急な退院や重症例の退院などが多いですが、いつも丁寧に対応くださっています。

- ・急ぎの調整の時にも、本人のニーズに合わせサービスを調整してくれたことはとても助かった。
- ・ショート先を急いで探してくれたこと。
- ・新規依頼時「本人に会いに行きます」と言ってもらえたのはありがたい。
- ・退院のめどをお伝えすると、その日に合わせてサービス調整をされていて下さる方。治療後の退院がスムーズなのでとても助かります。
- ・カンファの同席とその後のサービス調整をしていただき助かった。
- ・事前に本人を交えて在宅で必要なサービス調整をしてくれた。
- ・退院前カンファに同席していただき、福祉用具の手配、準備をして頂いたことでご家族も安心して退院を受け入れられた。
- ・介護保険認定調査票の取り寄せの際、CMに依頼し迅速に対応していただきスムーズに特養に申請することが出来た。
- ・病院まで出向いてくださると治療的なことも伝えやすく助かる。退院前訪問等で福祉用具やサービス事業所への声かけタイムリーにしてくれるのであり難い。
- ・いつもカンファに来院してもらい（早めに調整してもらい）助かります。
- ・医療ケアや病状に臆さず、適したサービスの準備、提供を迅速に整えられる。
- ・退院前カンファレンスに積極的に参加してもらえることが多く、助かっている。

*** 本人・家族との信頼関係と医療機関への橋渡し**

- ・どんっとこい!! という感じでPtやFaとコミュニケーションをとりながら在宅の調整をして下さるので頼もしい。
- ・患者や家族との面接に同席してもらい、より具体的な在宅生活を患者や家族がイメージすることができた。
- ・患者、家族の手続きのサポートをして頂いたこと。（家族面談の同行などや当院への来院時の付き添いなど）
- ・自宅の環境を知ってくれていた為、具体的な退院プランが立てやすい。
- ・入院からADLが低下した際にどのように療養するか話し合う機会をもっていただけでいいようで、本人、家族も転居先についてイメージをもった上で相談できたことが良かった。
- ・家族との信頼関係が出来ており、本人だけでなく家族への対応も行ってくれた事。
- ・関係各所とのやり取りのコツを教えて頂き、自身で調整を行う時に役立った。
- ・回復期の場合は、家屋評価や担当者会議からCMにかかわっていただくことが多く、

入院時から情報提供が図れて助かっています。

- ・ MSW から説明して伝わらないことでも、CM から伝えてもらうとスムーズに理解してもらえることがある。→本人の性格や在宅の様子をわかっており、在宅復帰後のイメージができていたからだと思う。
- ・ ご家族が頼りない場合に支えとなってくれたこと。
- ・ 高齢の家族で、忘れてしまうことが多い際に一緒に話を聞いてフォローしてくれたこと。
- ・ 家族など支援者に具体的なサービスなようや生活の見立てなどイメージを持って頂ける。
- ・ 本人やF a の今までの希望や利用状況、キャラクター等から合いそうなサービス（デイなど）のご提案などHE への同行でENT後のイメージがつかみやすくなること。
- ・ CMから自宅状況の情報提供はとても助かる。F a や本人からのききとりよりもやはり視点が違う。
- ・ 事前に TEL にて情報伝達をした内容を元にして、退院前カンファレンスの時点で、サービスの具体的な提案ができるように準備をしてくださった。在宅療養に不安が強い方の退院前カンファレンスの時に、ケアプランの案を複数作成して持参してくださったときは、本人家族も具体的なイメージができてとても助かった。
- ・ カンファレンスで同じ方向性を確認し、「いつでも帰ってきてください」と言って頂けると、ことらも在宅側に安心してお願いできます。
サービス利用調整におけるネットワークの良さ、帰ってからの様子で柔軟に対応を検討していただける場合は、本人・家族の安心感も強い。
- ・ 退院前に患者家族がCMさんと会えるのは、「より安心感を持って退院できる」という点が大きいです。
基本在宅サービスの細かいところ（どのような特徴があるとか、どのよう日は厳しいとか）はわからないことが多く、より自宅の生活を充実させることができる。
- ・ 自宅介護、生活のイメージがつきにくいFA,本人にも寄り添ってもらえると安心されます。
- ・ ご家族が頼りない場合に支えになってくれた事。
- ・ 高齢のFeで忘れてしまうことが多い際に、一緒に話を聞いてフォローしてくれた事
- ・ 家族の受け入れ態勢や能力に応じて、サービスを整えてくれると助かる。
- ・ 在宅が少し心配なケースでもサービスを細かく設定していただき安心してお帰しすることができた

- ・家屋評価で同行してもらい詳細なご自宅での行動を伝えてもらうことで、ご本人に合わせた提案ができた。
- ・本人に面会してくださり直接お話しできた
- ・家族とのコンタクトをとってくれること。
- ・もともとの本人、家族と CM の関係性が良いと退院後のサービスにうまくつなげてもらいやすい。
- ・状態が安定していて本人も退院を望んでいても、家族の受け入れ状態がわからないときに CM から教えていただけると助かる。
- ・通所先などを一緒に考えて頂けたとき。本人や家族の意向を聞いて動いていただけると安心。
- ・入院中の本人に会いに来て様子を知った上で退院後のサービスについて相談できたこと。
- ・忙しい中来院して本人・家族と退院後の話が共有でき、本人・家族も安心感が得られた。
- ・退院前カンファレンス以外でも本人や家族とのやり取りの中で必要時に来院して下さることでスムーズに退院までつながった。
- ・サービスの案内により、具体的な在宅生活のイメージが付き家族との共有にもつながります。
- ・退院前の家屋評価は一度で病院・本人・家族・CM・在宅側の三者で情報共有できるのでとてもありがたい。
- ・カンファレンス前のやり取りやカンファによって本人・家族の不安が少なくなるところ。退院後のイメージがつかみやすい。
- ・退院前に患者家族が CM さんとあえるのは「より安心感を持って退院できる」という点大きい。

***カンファレンスや家屋評価等の有効活用、事前準備や情報の共有**

- ・在宅のリアルな視点からの助言を頂いた時。
- ・カンファレンスで暫定のケアプランを頂いた時、イメージが付き易く良かった。
- ・家族や地域の情報に詳しく、総合的にサービス導入を提案していただいたこと。
- ・スムーズに帰れるケースはいいですが、課題が多いケースは関係機関が集まって情報共有し、方向性が定まると支援がスムーズです。
- ・在宅支援に関して、CMさんが詳しく色々調べて下さることがとても助かる。

- ・問題点をしっかり整理したうえで適切な提案をしてくれるCM。
 - ・しっかり話を聞いたうえでできること、できないことを整理してくれるCM。
 - ・現在のリハビリの状況や心身機能を含めてプラン等を考えていただいたこと。
 - ・ケアプランの相談の際、複数の提案を用意して下さったこと
 - ・他領域（障害）にも積極的に連携とってもらい包括的に患者さんをサポートしてくれた
 - ・来院して情報共有してくれること。
- 退院カンファレンス等の参加はもとより、カンファレンス時に暫定プランと作ってくれたり、在宅事業所にも声掛けして召集してくれること。
- ・退院先選定支援（決定）する際に、自宅生活を維持するようで、サービスプラン作成が可能か。病状説明や中間ケースカンファレンスに参加していただいた時。
 - ・退院前カンファレンスの際にデモプラン準備され、各サービス事業所への参加を案内していただいている時。
 - ・退院前に入院時の状況報告や退院するにあたって在宅の方側の考えが共有できた事が良かったです。（たとえば、どの程度のADLになれば良いのか、病状や服薬など）
 - ・家屋調査をすることによって、在宅支援者、病院の支援者、患者、家族、みんなが退院後の生活のイメージが持ちやすい気がします。
 - ・退院前カンファレンスに出席してもらえると、情報共有がしやすいです。
 - ・CMが付いているとカンファレンスの時に参加してもらえて自宅にスムーズに戻れることが多い。
 - ・施設や介護サービス等、社会資源の情報提供をしていただいた。
 - ・どんなケースでも快く来往してくれた。
 - ・地域についてよくご存じなので通院先についてのご提案など頂けると助かる。
 - ・カンファレンスや家屋評価に積極的に参加して下さり助かります。
 - ・具体的なサービスやプランを提示してもらえる。
 - ・せっかく退院しても生活環境が整わず再入院されることがあり、退院後の支援（入浴や福祉用具、住改など）頼めるところ。
 - ・CMの範囲外だが入院中の今後についてケースカンファレンスに参加してもらえた（自宅退院が困難な場合でも）

*** 家族不在や支援困難事例等の対応**

- ・身寄りがない方のケースでCMがKPとして動いてくれた
- ・入院後すぐに支援が途切れるのではなく親身になって退院先の施設を探してくれた。

- ・特養申し込みを協働してくれた事（所見欄に在宅での様子を記入していただくと助かります。

***その他**

- ・電話での情報提供
- ・ご本人・ご家族が「家で」と熱望しているのに、「無理」と一方的に消極的な対応をされると、みんなが不安になります。
- ・家屋評価は回復期にほぼ行っている。包括ケアも行くようにしている。一般病棟は必要に応じて。二人体制のためスタッフの状況により実施できない場合もあり。

②-2 退院時の CM との連携で何か困ったことやご要望等は

ありますか？

* 退院時「在宅に戻るのは無理」と言われた。

- ・「こんな状態では在宅では無理」と言われてしまった時。
(ご本人が帰宅を希望しているにもかかわらず)
- ・入院したことで ADL 低下で自宅や施設は無理！と最初から言われてしまうと... 困ります。なんとか帰れないか、方法はないのか一緒に考えてほしいです。
- ・介護者が在宅生活や介護に不安を感じているのを支えるどころか逆に在宅が難しいと不安をあおる。
- ・CM が自宅 ENT は難しいと考え、サービス調整が難渋したとき。
- ・「自宅は無理だと思います。えっ？帰ってくるんですか？どうすればいいんですか？」と介入にネガティブな場合、調整が進まず、本人・家族の希望が叶わなくなる。本人の現状や医療情報を把握しないまま、現実性の低い提案を家族にしており、当方で行っていた支援内容とずれが生じ、家族が混乱してしまう。
- ・一度は帰したいと考えていても「家では無理です」と言われた時に在宅支援目指す中で(特に回復リハ病棟・包括病棟)老健提供あると病棟機能上辛いときあります。←事前に共有しておきたい点です。
- ・特に独居の方に関してですが、入院した時点(その時の本人の状態を見ない)で「もう自宅は無理です」などと一方的に断られてしまうことがありました。患者本人も含め、もう少し話し合いを重ねたかっとなと思うところはありません。
- ・ご家族の退院希望を「絶対無理です」と協力してもらえず「家族に施設を勧めてください」と言われたこと。(主治医は在宅可と判断していたにも関わらず)
- ・治療の経過も伝えたが、退院が具体的にになった際に「本当に在宅で生活できるのか」「本人に合うサービスはない」「どこも断られる」など唐突に言われる。家族に自宅で介護するのがいかに大変かを退院直前に話す。
- ・退院前のカンファの際「自宅は無理です」という前提で話をされると話し合いにならないことがある。
- ・「在宅は無理」という前提で話をされるとなかなか折り合いが付かない。
- ・「受けてくれるデイサービスが無いかもしれないので退院は困る」と言われた。入院時より病状が落ち着いているから退院の許可が出たので本人の話を聞いてほしい。

- ・退院の話が出た段階で入院前より抱えていた問題が浮上し、方向性の検討や調整がその時点から必要になった。
- ・退院の話を進めようとしたところ、前々から存在していた生活問題で「帰せない」と言われることがある。事前に情報を知らせてほしい。

*** 退院後の方向性について勝手に(または医療機関抜きで)話を進められてしまった。**

- ・病状や薬等の関係で老健やリハビリ病院に行けない方もいるのに CM さんが「リハビリ病院に行った方がいい」と言った等情報提供している場合があり困ったことがある。
- ・いろいろな事情があり、在宅方向の話をしていたのが、施設やリハ病院の方向に話をされ困った。そのような話をされる場合には事前に相談してほしい
- ・ケアマネ自身が在宅に戻ることに限界を感じ、転院や施設入所を積極的に家族にすすめるようなことがあった。あくまで患者や家族の自己決定であり、そこを支援して欲しいと感じた。
- ・自宅退院を歓迎されていない時は困る。長期的な入院を提案されると困る。(認定調査まで、認定が出るまで)
- ・退院が決定してから、患者・家族に転院を勧めることがあり、退院調整が振り出しに戻る場合があります。そういうときは事前には、事前にご相談いただきたい。
- ・本人の状況を確認しないまま、リハビリ転院や老健入所を家族に勧められたこと。
→病状的に難しいことがあるが、ケアマネからの提案を全面的に聞き入れてしまい病院からの話が入らなくなる。
- ・自宅退院希望で退院できる人にも、CMがワンクッションの転院を勧めたりする。→方向が一致していないと困る。(事前に病院側と話しあう時間をとってほしい)
- ・Fa と話が進んでいて、こちらが知らないこともあり、情報共有しにくいこともあります。
- ・方向性を決める際に CM さんの意見が強いとき。
「自宅は無理」など、根拠やアセスメントも伝えてほしい。
- ・勝手に Fa と話をして、方向性や今後のどうするかを決めてしまうことがある。
- ・回復期や地域包括は ENT 先として基本的に老健 NG ですが、CM より勧められた方がいる。
- ・退院時期を指定されることがあります。(ex, 月末(月初)は忙しいので月半ばにしてほしい。)
- ・ご家族と話をどんどん進めてしまい、事後報告をいただくこと

- ・回復期リハビリ病棟や包括ケア病棟利用の家族に老健利用案内をしてしまう。
- ・CM と家族で話が進んでしまい、状況にそぐわないプランができてしまっていることがある。CM のことを信用している家族が多いので、家族に提案する前に病院にも状況確認してもらいたい。
- ・方向性は主治医の判断に基づき決定していくこととなります。方向性についてご提案いただく場合には家族に提案する前に病院にも相談の一報をいただくと助かります。
- ・「暖かくなるまで入院させてください」「レスパイトなのでショートお願いします」と言われたことがある。入院の意味が分かっていないのでは？

*** 連絡しても返事がなかったり、連絡が付きづらく退院カンファへもスムーズに参加してもらえない。**

- ・CM さんも忙しいとは思いますが... 外出や会議などでなかなか連絡がとれないことがありました。
- ・月の前半でも、今月中は行けないと言われてしまうと困る。
- ・明らかにサービス調整が必要なケースでも、退院後に調整するからと言われカンファレンスやリハビリにも見学に来ない方もいる。
- ・カンファレンスに CM が参加しないことがある。
- ・退院前カンファに参加できないと言われてしまうことが多い。お忙しいのは承知しているが本人・F a も不安が残ると思う。
- ・退院カンファレンスの際にサービス事業所へ連絡が出来てなかった。
- ・連絡しても返事がなかったり、連絡が取りづらい CM は困る。
- ・連絡調整の進み具合がわからない、情報が来ないときは困る。進捗状況の情報提供ができると良い。
- ・退院前カンファの依頼をした際、カンファは退院してからやるので必要ない、と CM から言われたことがあった。

*** 本人・家族・病院間調整をうまくやってもらえず、退院までにサービス調整が間に合わない。**

- ・退院できる状態なのに在宅サービスが整わずに退院が延びる。
数日ならいいが、それが数週間待ちになる時は困る。
- ・退院前カンファレンスで福祉用具が必要なケースであったが、福祉用具の方の調整が上手く行かずに困ったことがある。
- ・退院準備に間に合わないとご本人・ご家族が大変になることがあった。

- ・病院として考える地域で必要なサービスとケアマネさんが必要と考えるサービスが異なり、再調整に時間がかかってしまったことがありました。
- ・退院後のサービスについて、私たちがイメージしていること、ご本人やご家族がイメージしていること、CMがイメージしていることのすり合わせがうまくいかずに困ったケースは時々あります。
- ・事前に TEL にて情報伝達をしても、カンファレンスを行ってからサービスの検討・調整が開始される。サービスの調整が間に合わず退院が延びる。
- ・ケアプランが間に合わないため退院を延期してほしいと言われたこともあります。(通所先が見つからないため)

* 書類関係

- ・看護サマリー等は、自然に発行されるものと勘違いされている方がいるが、必ず MSW 等に一言声かけを頂きたい。依頼がなければ発行されない。
- ・訪問看護指示書は特にご依頼頂かないこともありますが、一声お声かけて頂けると漏れなく対応できます。
- ・カンファレンスをしているのに（デイサービスのみの利用なのに）看護サマリーが欲しいといわれる。→全員に書くわけではない。

* 医療への苦手意識？ケアマネの資質や力量？

- ・CMさんの力量やフットワークにばらつきがあり、依頼時に戸惑う。
 - ・CMから何も提案がないことがある。
 - ・最低限の段取りが出来ていないCM「(家屋調査に改修業者を呼んでいない)
 - ・退院後の生活への提案について丸投げのCM。
 - ・自分の考えや事業所への事情に固執するCM。
 - ・医療機関との連携を苦手に行っているのか医療面への介入をしたがらず困ることがある。
 - ・リハビリの意見はあまり重視されていないことがあり、不安を感じました。
 - ・在宅医療に強い方とそうでない方の差が大きいように感じる。
- 退院前カンファレンスの開催希望があったのにカンファの進行や情報などに主体性がなく、サービスなどの案や今後についての考えがない人は困る。
- ・時間の長い人は困る。
 - ・要点がまとまらないと困る
 - ・家族の意向に沿ったプランを組んで頂けない

- ・患者様ではなく CM の困っていることばかり話す。また、家屋評価の場で患者と家族に説教を始めてしまう CM がいる。話しても在宅の様子がイメージできない。
- ・こちらの言うことが理解できてないような方に困った。知識不足なのか？経験不足なのか？
- ・約束ごとを忘れてしまう時。
- ・病院から情報提供にあまり必要性を感じていないような方もいて、退院時の送り出しに不安を感じる事もあります。
- ・入院後、本人とのかかわりがなくなったことで退院支援時に連携できないと言われた。
- ・退院調整の際連絡したところ、明らかに嫌そうな態度を示された。
- ・精神科疾患があると警戒されてしまう。
- ・あまり積極的に関わっていただけず訪問してもらえないことがある。

*その他のご意見

<入院前から、顔の見える連携と情報共有を！>

- ・急な退院になることもあり、ご迷惑をおかけしていると思いますが、早期の調整にご協力いただければと思います。
- ・積極的に進めてくださる行動力はあるが、本人の精神的なペースとの差異があり本人が疲れてしまう事があったので一つ一つ本人と確認しながら行っていければと思う。
- ・担当の方が入院中の時、電話のみの確認よりも病院に来ていただき、顔の見える連携が良いと感じます。
- ・「顔の見える関係性」を作っていけると良い。病棟に顔を出してくれると患者様の様子もよくわかると思うし、現状の把握、退院時の課題の情報共有もできやすい。
- ・院内では退院に向けて医療面はもちろん、その方の生活面、背景を含め本当によく話し合い検討をしています。その時に現在（入院前の）サービスがわかっていると更にご本人の生活がより具体的になっている気がします。CM さんもイメージが付きやすいようです。
- ・サービス調整次第で退院日を決められるような時は退院前カンファレンスで退院日を決めたいことがあります。福祉用具の業者の自宅訪問可能日などある程度の日途で良いので具体的に相談できるとありがたいです。
- ・医療相談員も同じ敷地で働いていても気を使っている。手術、外来、検査などがあり、何曜日の何時ならつかまりやすいか、調べながら連絡を取っている。気軽に連絡できる

形ではなく、苦勞がある。

- ・経験年数が少ない CM さんへの事業所内サポートができていないのか、連携がうまく取れなかったり、病院に丸投げの場合もある。
- ・介護保険外のサービス（訪問診療等）は自分の仕事ではないため、病院で調整して欲しいといわれ、びっくりすることがあった。
- ・包括によって動きが遅いことがある。
- ・入所の方針になった場合、本人にどこがっているか、CM が本人の性格やこれまでの経過を知っているため、一緒に検討してほしい、（丸投げされることが多い）
- ・スムーズに帰れるケースはいいですが、課題が多いケースは関係機関が集まって情報共有し、方向性が定まるとスムーズです。
- ・地域包括を通してケアマネ選定を行った場合、地域包括に伝達した情報がケアマネに共有されていない。急性期病院の入院期間が3か月と認識されている方がいる。なるべく入院期間を延ばしてほしいと依頼される。
- ・退院が近くなってから、今までの在宅での困りごとを伝えてくる方。
在宅で困ったことがあったら、入院時に教えていただきたいです。
- ・サービス調整を ENT 後にしますということがありますが、早期のデイ利用を勧めたいことがある。
- ・退院カンファレンスについて、今後は訪問薬剤などより連携したいのでご協力していただけると有難いです。
- ・病院から離れた地域の住まいだと、退院後に新たに受診先を設定する場合、どこのクリニックが良いかなどわからない事もあります。地域に根ざしているケアマネジャーさんの視点でおすすめのクリニックを紹介してもらえると助かるかな…と思います。
- ・医師は時々サービスを入れれば何とかなる、なんとでもなると思っている。ケアマネの善意で持ち出しで何とかしようと思わず、限界やサービスでやってあげていることははっきり突き付けてほしい。なんとなく慣習で済ませず理論や背景、代替案があれば納得するかもしれない。
- ・精神科へ入院する場合の精神保健福祉法（入院形態や同意者）を知ってもらえるとあり難い。
- ・退院という限りのある時間の中で動いていかなければならないため、早め早めに情報共有して動いていきたい。
- ・短期間の入院や介入していない方についての情報は伝えることが困難で、病棟のサマリーあれば送りますが、口頭の場合もあります。

③-1 リハビリスタッフの方にお伺いします。家屋評価実施の際に CM と同行する際に良かったこと、助かったことなどありますか？

*** CM が家族や事業所のつなぎ役になってくれる**

- ・福祉用具が必要な時、福祉用具専門相談員の調整し同行してくれるので助かる。
- ・家屋改修や、福祉機器の手配が早く助かっています。また入院前の動作について、具体的に説明してくれてありがたい。
- ・家屋調査をする時は、必ずケアマネを呼ぶことにしている。
- ・CM が家族や事業所のつなぎ役になってくれるので心強い。
- ・その家に適切な福祉用具を提案してくれた。
- ・福祉用具が必要な時、福祉用具専門相談員の調整し同行してくれるので助かる。
- ・ターミナルの時にまれにしか家屋評価にはいかないが、福祉用具、住宅改修、CM が同席してくれると一回でいろいろなことが決められるので助かる。
- ・入院中の ADL を伝えておくと、その情報を活かしてくれる。
- ・自宅の状況を家族より詳しく理解していること。(段差、上りかまち、玄関等)
- ・患者の状態や家屋状況から予想し、提案に至りそうな機器等を事前に用意してくれる CM。
- ・CM さんが同行すると助かる。
- ・情報共有することで退院が安心してできました。
- ・用具や改修の業者手配していただけた (同行も)
- ・家屋評価で同行してもらい詳細なご自宅での行動を伝えてもらうことでご本人に合わせた提案ができた
- ・その場でサービスの相談、Pt の身体機能もみていただける。
- ・現状の身体、認知機能において、実際に見ていただくことで退院後の生活がイメージしやすくなり、サービスなどの導入がスムーズに進むことが助かります。
- ・患者だけでなく家族の生活状況や困っていることを教えていただけた。
- ・その家に最適な福祉用具の提案をしてくれる
- ・本人へ面会に来てくださり直接、話ができた。
- ・ケアマネジャーが、福祉用具業者にも声掛けし同行があると本当に効果的で助かります。

- ・フットワークが良くて要望に対する確認や代替手段をスムーズに考えてくれる人
- ・サービス事業者と直決することのこと。
- ・家屋評価当日までに連絡が取れて、各業者との連携をスムーズに摂ってくれて助かった
- ・多方面から本人様へのアプローチできる
- ・家屋評価当日までに連絡が取れて、各種業者との連携をスムーズにとってくれて助かった。
- ・患者本人の現状や家屋の状況など、お互いに把握でき、福祉用具なども入れやすいと思います。
- ・家屋改修や福祉用具の利用など当該患者の介護認定状況や介護プランの状況等を踏まえて、その必要性等の判断が可能となる。
- ・事前にどのように進めるか、何をするかを共有しておくともスムーズに進むと感じている
- ・話が早くまとまる
- ・その場の進行を取り仕切ってくれる人
入院中の情報やこちらの要望を組んで動いてくれる人
- ・実際の患者様の状態を見てもらえ、動作レベルを直接伝えられてよかったー
- ・お願いするとほとんどのCMが参加してくれるのでスムーズにできている。
- ・利用者の身体状況と課題点を共有し必要に応じて福祉用具の提案や手配がスムーズに行える。
- ・リハビリスタッフの意見だけでなく、在宅のCMが賛同してくれると、患者・家族が納得してくれる。またサービスのアドバイスもその場で受けることができ、ながれがスムーズになる。
- ・家屋改修や福祉用具の利用など当該患者の介護認定状況や介護プランの状況等を踏まえて、その必要性等の判断が可能となる。

* 入院前の様子がわかる

- ・退院時にすでにサービスを考えてきた人
- ・（もともとかかわっているCMの場合）過去もご本人や家屋の情報を提供してくれて助かった
- ・受傷前の情報が得られ、現実的なプランが建てられる。
- ・要介護度の情報（限度給付額等）を基に具体的なサービス内容を相談できて助かった。
- ・入院までの生活状況を伝えてくれるので、退院までにできるリハの課題を絞りやすい。
- ・サービス導入について、具体的にプランが立てやすくなるのではないかと思います。

- ・(元々関わっている CM の場合) 過去のご本人や家屋の情報を提供してくれて助かった。
- ・入院までの生活状を伝えてくれるので、退院までにできるリハの課題を絞りやすい。
- ・自宅の状況を家族より詳しく理解していること (段差・上がり框・玄関など)
- ・本人や家族は退院したら元の生活ができると思っていてイメージが付かない中、CM がいるとうまく説明してくれて助かる。

③-2 リハビリスタッフの方にお伺いします。家屋評価実施の際に CM と同行する際に何か困ったことやご要望等はありますか？

* 必要関係機関を呼んでいない等

- ・家屋改修が必要にもかかわらず改修業者を呼んでいない CM.
- ・家屋評価のときに福祉用具の業者がいると良いというのは聞かれます。
- ・福祉用具専門相談員の調整をスムーズにしてもらえないと困る。
- ・人により家屋改修や福祉機器について知識がなく、要望が通らないケースがあった。
- ・専門業者さんが来られないと正しい情報が伝えられなかったり、家屋訪問が二度手間だったりすることがある。
 - ・リハビリの見学にぜひ来てほしい。
- ・カンファレンスや見学の際には KP だけでなく他の介護者（例：息子や娘）も来てもらえると 1 度で指導できるので助かる。
- ・福祉用具の担当者を連れてきてほしい。カタログ等があると尚助かる。デモ用品を用意してほしい。
- ・CM が来ないので本人や家族の話だけで曖昧だった。
- ・自宅退院の予定の方は最初の担当者会議（リハカン）には同席してほしい。
- ・退院間近ではなく、早目に 1 度本人の様子を見に来てほしい。（電話では伝わりにくい）
- ・専門業者さんが来られないと正しい情報が伝えられなかったり、家屋訪問が二度手間だったりすることがある

* 自分の意見ばかり通そうとする。

- ・リハビリスタッフは本人の状況と、本人、家族の希望に沿ってサービスを提案しますが、時々 CM の考えを若干強引に押し進める状況があり、その際は困りました。
- ・直接、話をしているのに「リハビリサマリーが欲しい」と言われる。→効率的にしたいので書類は減らしたい。
- ・ご家族の考えが家屋評価の前に CM とお話になられていた場合の話が進みすぎている場合（リハと Fe が十分に話をできていればよいのですが我々が不十分なこともあるの

で) 現実的ではない設定を修正しなければいけないこともあるそのようなことが少なく済むように我々も CM と事前に TEL などでお話させていただく機会をお願いしたい
(多くの場合快くお話の機会を設けていただいております。ありがとうございます)

- ・患者様でなく CM の困っている事ばかり話す。また、家屋評価の場で患者と家族に説教を始めてしまう CM がいる。話をしても在宅の様子がイメージできない

*** 時間が足りない。時間がかかる**

- ・家屋評価の際、当院スタッフが遅れてしまった時、寒いと言い帰ってしまうことがあった。結局後で来てくれましたが、どうでしょうか。
- ・当日の流れや、滞在時間が事前に確認できず、現場での話し合いが十分でないことがある。
- ・来ないので家族が連絡したら別件対応で来られないとの返事あり、早めの連絡が欲しい。
- ・時間が少なく詳しく話せないことがある。
- ・退院の話し合いに備えてサービス内容の案を考えてこない人はその場で今後のことが決定できないので困る
- ・話が長く、時間通りに終了できない人
- ・家屋評価で戻った時に居宅契約を始める CM がいて困った。病院へ戻る時間があり、本人も疲れてしまうので。

*** その他**

- ・困ったことはありません。メリットの方が多い。最近、送迎はご家族にお願いしたり、タクシーを頼んでいただいている。以前は病院の車を出していましたが、色々な問題があり、現在はしていない。
- ・特になし。
- ・自宅以外（在宅扱いになる施設）も家屋評価に行きたいと思うことがある（認知症の人が多いため書面上での情報の身では患者様の反応、動きが予想しにくい）
- ・入院前の ADL や家屋の情報があると退院の ADL の目標設定にできるので事前に情報があると良い。また、退院の許可が出た時点でリハビリの見学の依頼をしている。
- ・仁和会病院は退院前の住宅評価に基本的に PT は行かない（マンパワーの問題で）
- ・介護プランについて患者からの要望等、情報を可能な限り頂きたい。リハビリスタッフからの情報を併せて今後の最善の方法を検討したい。

- ・ 自助具や杖に関心が薄い人がいる。(自分で行うことが一番大切という考えが強すぎる
ことがある)

④－1 CM から、利用者の状況に対しての先生への問い合わせや情報共有のやり取りの中で良かったこと、効果的だったこと等はありますか？

* 入院に際して

- ・入院前の家の情報が入り、良かった。
- ・入院前の ADL など情報を頂けると助かる。
- ・入院時に、付き添ってくださり、自宅での生活について詳しく聞けること
- ・入院に際し Fe が渋っていたときに CM が家族を説得してくれて助かった
- ・入院時は先生との間に相談員が必ず入り担当が付きます。窓口にしてください。

* ケアマネからの情報提供

- ・近隣トラブル等通院時の様子から伺えない情報や内服・飲み忘れ等普段の情報の提供、他科受診時の様子を他院へ確認の上、提供して下さった事。
- ・上記をわかりやすく用紙にまとめて下さったり、或いは直接 Dr に話して頂けたことでの確な状況把握に繋がった。
- ・Dr が本人だけの判断ですすめていく治療に不安を感じた時、第三者から生活の様子、家族の様子が聞けた時。
- ・医師が自宅の様子を知り治療の方針や今後の方針を検討する時の参考になった時。
- ・本人の意思や家族の思い、経済状況も含め、トータル的な情報を提供してくれるとやりやすい。
- ・こちらではわからない家族状況や生活状況など教えてくれること。
- ・Fa と本人のかかわりなど社会背景も理解してくれていること。
- ・家族関係、家屋状況、本人の性格、趣味など
- ・服薬状況（本人が飲みたくないなどの理由）を細かく報告していただき対応しやすい。
- ・入院中の経過や病状に関する問い合わせの際、入院前の生活状況を教えてくださり、お互い情報交換ができ、退院に向けた課題も共有することができた。
- ・普段の生活を（実際の生活の様子）伝えていただけのこと。
- ・口頭だけでなく、最近の状況について記録して情報提供していただいた。
- ・本当に状態が悪化してどうしようもなくなる前から事前に相談あり、情報共有が出来て

いたこと。

- ・ご家族の状況を教えていただくのは有難い。
- ・生活の様子が伝わることで薬の要請、生活改善のための介入が可能になる。
- ・主たる介護者についての情報提供があると在宅の可否について検討しやすい。

*カンファレンス等への参加

- ・やはり一番は利用者様やサービスに係るスタッフが顔を合わせて情報共有を図ることが一番だと考えますのでサービス担当者会議が有効だと考えます。
- ・電話等だと、主治医に繋げないこともあるのでカンファレンスなどに参加頂き、生活状況や退院に向けた課題などを共有いただくと支援しやすくなります。
- ・ファカン設定時に来院して頂き、直接質問して頂くのが一番スムーズです。
- ・電話等だと、主治医に繋げないこともあるのでカンファレンスなどに参加頂き、生活状況や退院に向けた課題などを共有いただくと支援
- ・身体状況や今後の見通しを伝え、共有することで、次のアクションを考え、動いてくださるとき。
- ・ケアプランの提供やカンファレンスの参加・文書での問い合わせ・受診時同席
- ・実際の注意事項等を伝えることができ、その後の生活につながる。
- ・今までの治療のことやPt、Faの人となりを共有して頂けるのはとてもありがたい。
- ・DS中の本人の様子を共有していただき、病院や自宅では見せない顔（表情）をしていることを知ることが出来た。
- ・入院中何度か途中経過を共有する中で、退院前から自宅での生活を支援者がイメージできた（入院中からDCの見学などをして退院前カンファもスムーズ）
- ・認知症の患者さんのICの時、同席していただき、医師の話が不明の時一緒に聞き説明して下さり助かる場面がありました。家族だけでは不安の時助かります。
- ・医師との情報共有が確実にできるので助かる。
- ・病院での様子と在宅の様子で異なることもあり、治療へのコンプライアンスが悪かったり実際の在宅の様子を共有することで病院のアプローチを効果的に行うこともできる。ケアマネジャーが考える緊急と、医療関係者が考える緊急には違いがあると思う。
- ・利用者の（受診・ムンテラ）に同席していただけるとお互い話が分かりやすい。
- ・今までの治療のことやPt、Faの人となりを共有して頂けるのはとてもありがたい。

* 同行受診

- ・ 診療時に同席してもらったことはよかった。（利用者だけでは診療内容理解に不安があるときなど）DR・CM・MSW で情報共有できた。
- ・ 外来への同席、入院中の病状説明の場への同席は効果的と思われる。
- ・ 本人・家族へ医師から病状説明の際に医師や家族の了解の上で立ち会って頂いた時。
- ・ 外来同行して直接 Dr と話してもらおうと助かる。来院前に MSW に電話入れてもらえれば時間調整して立ち会うこともできる。
- ・ 外来の時の同席は特に事前に先生に伝えていただかなくてもご本人、家族の了承があれば大丈夫ですが、受付で伝えていただいた方が良いです。

* 文書に関して

- ・ 軽度者申請等の意見は、口頭で済むと効果的。
- ・ 「軽度者申請」等主治医意見書を求められた際に具体的に記入していただきたい内容を示していただけるケースがあったが医師も記入し易かった。「軽度者申請」等も病院の書式は診療情報提供書（介護情報提供書）を使用。
- ・ CM が事前に文書を用意して、患者・家族経由で主治医に確認してもらえて助かる。
- ・ Dr（調布）CMから文書での情報交換あり便利（文通のような、文書料なし）
ex 外来にかかるまでではないが浣腸の回数の指示をあおぐ
- ・ 書類等の依頼はできるだけ退院に間に合うように相談員から先生に依頼します。
- ・ 介護ベッドについての問い合わせはコメントだけで良いため MSW が間に入ることで患者様の役に立てるような働きかけが出来て良いと感じます。

* その他

- ・ 実際の注意事項等を伝えることができ、その後の生活につながる。
- ・ ご本人やご家族の意思決定支援ができており、ご本人、ご家族の意向を代弁できる。そして退院に向けてのサービスの組み直しの提案ができる。
- ・ 退院後の様子や病状に関して気になっていた患者様の現状を知ることが出来て安心したことがありました。

- ・身内からの提案ではデイサービスにつながらないため、主治医から提案して欲しいという相談で、実際に利用に至ったと聞いたことがあるので「医師」という立場を使うのは効果的かとは思いますが。
- ・生命に関わるなど、緊急の度合いによっては医師に電話して頂いても構わない。
- ・本人が病院を変えたい場合、公正中立に次の病院を探してもらえ
- ・患者の退院後の生活を想像し問題となりそうなところを抜け目なく、質問してもらえとありがたいです。
- ・理解力の弱い家族に対し CM が主導権を取りサービス調整をしてくれたケースは助かった。
- ・ご本人やご家族の意思決定支援ができており、ご本人、ご家族の意向を代弁できる。そして退院に向けてのサービスの組み直しの提案ができる。
- ・まごころネットの活用をしてもらえするため、関係機関の丈夫お共有がしやすくなった。
- ・当院の病院見学をして頂いた CM は顔がわかる関係になり、相談していただくことが多くなった。
- ・ヘルパー事業所が対応に苦慮しているケースでは、CM が介入して病院にいることで冷静な検討ができる。
- ・直接のやりとりはされていないと思います。
- ・経験がない
- ・わかりません

④－２ CM から、利用者の状況に対しての先生への問い合わせや情報共有のやり取りの中で何か困ったことやご要望等はありますか？

* CM からの相談や依頼に関して

- ・ CM さんより病状や見立てなど問い合わせされるもイメージ？（理解）がつかないよう
で会話がかみ合わない。ご家族よりも先に「在宅はムリ」と言い出してしまう。
- ・ 話した内容が二転三転し情報が不明瞭であった。
- ・ 担当になると調整終了後も患者のことを把握していると思われている。外来にずっと
ついていられる訳ではないので、Fa の代わりに聞いて欲しいと言われても困る。
- ・ 全症例に担当がついている訳ではないので Dr への伝言を頼まれると困る。
- ・ 外来の方で、誰も担当者がいない方での問い合わせは、難しいことがある。
- ・ 数年前に一度だけ外来で受診した患者様のことについて詳細を聞かれ答えられず困った
ことがありました。
- ・ CM 自身が状況を理解していないまま病院に相談し、病院から他の関係者に連絡を取っ
て調整した。
- ・ CM から MSW 経由で細かな確認事項の相談をいただくことがありますが、緊急でなけ
れば家族外来診察時に家族や本人から先生に質問をするなど対応してもらえると助かり
ます。
- ・ 「自分がいけないから外来に立ちあってほしい」という要望には必ずしも応えられない
ことを説明しても、納得してくれない CM がいる。
- ・ 具合が悪いがどうしたらいいか？と連絡してくる CM がいるが、受診を勧めてほし
い。
- ・ 急ぎかどうか、何を聞きたいのかきちんと伝えてほしい。（すぐに対応できないことも
あるので）
- ・ CM から入院させてほしいとの依頼。→本当に必要か？CM 自身が困っているのではな
いか。本人は入院したがっているかどうか。冷静に判断して情報をまとめてほしい。
- ・ 間に挟まれ、無理な要望、難しい要望の調整は困ります。
- ・ 食事など療養食に対しての問い合わせで病院と同じようにはできないと思うが、細かく
きかれること。
- ・ 「〇〇さんが受診するので、先生に～で困っていると伝えてください」「付き添いがつか

ないので、先生に〇〇と伝えてください」など、全く知らない患者について伝言を頼まれも困る。

- ・「先生を説得してください」と言われると困ってしまいます。
- ・「(医師に) 伝えて欲しい」と頼まれる。一方通行で良いものか…と迷います。
- ・先生に伝えるのはどうかとずっと悩まれている CM さんがいることを聞いたことがある (理由として先生に連絡することが緊張する。この内容はわざわざいうことではないなど判断されたいなど) 院内の MSW を活用してもらえればありがたい。
- ・医師への確認を依頼されることが多いが、MSW も Dr とコンタクト取りにくいことが多々ある。(特に外来・非常勤医師など) 書面を患者に持たせるなど、なるべく直接コンタクト取ってほしい。

* CM 同行について

- ・初診時、本人からの聴取が困難な場合、書面以外に関係者が同行して頂けると助かる。
- ・外来患者様は MSW 未介入のことが多いため電話の問い合わせではカルテの情報しかありません。できれば診療同行して頂いて直接 Dr に確認していただいた方が良いこともあります。Dr はケアマネの同行は事前の確認不要です。
- ・担当がついていない患者だと、本人の様子がわからず、状況についても Dr に確認しなければやり取りができないため、まずは本人・Fa への Tel や受診の同行等を考えていただきたい。
- ・外来日が直近にあるが、SW に医師への伝言を頼まれた時に、外来に同行して頂いたり、内容を書面にまとめて頂くなどの対応をしてくださると助かります。
- ・主治医に伝えたいことがある場合は本人に同伴し、診察に同席していただいた方が、情報が正確だと思う。よく「主治医に伝えてください」との問い合わせがあるが、相談員も常にカルテを確認しているわけではないので、タイムラグが生じやすい。

* 利用者情報について

- ・お問い合わせに関して個人情報のやりとりの承諾を利用者、家族から得ているのか口頭でいいので教えて頂きたいです。
- ・外来に付き添えないので聞いてくださいと本人同意もない中での情報提供を求められた時。
- ・まずは家族から情報をとり、病院に問い合わせをする際にはそのことを必ず家族へ了解をとってから問い合わせしてほしい。

- ・本人、家族の了承なしにお電話をいただくことがあるため、まずは本人・家族にご確認いただきたいです。
- ・状況の問い合わせは、まずご家族にさせていただくのが良いです。病名・病状・予定入院期間など、医師は第三者には説明しません。CMさんと名乗られても、個人情報保護の観点から照会が必要で即答できない場合があります。
- ・何も情報がないこと。
- ・情報が届くのが遅いこと
- ・早めに情報が欲しい。事前に送っていただくとありがたい
- ・病状は家族にしか伝えることが出来ません。必要時には家族に確認してください。医師に伺うのが良いでしょう。

* 書類について

- ・数年前に退院支援の担当を行ったケースに対して、今でも介護ベッドの軽度者利用に対しての主治医コメントをMSWに求められる。
- ・常には受診がなく、介護保険の意見書だけの時に単発で受診し、CMから意見求められても先生が戸惑うこともある。退院後のケアプランの提出は特に必須ではありません。（東京天使病院では退院時加算を取っていないので）先生はあまり見ないと思いますが、相談員の方では退院後のプランがわかるので役立ちますし、無駄ではないです。
- ・突然FAXが送られてきて、Drの意見を書いて送り返してほしいと言われたこと。
- ・主治医ではないのに「書類を書いてもらわないと困ります」と言われたこと。
- ・「要介護〇が取りたいので、そのように書いてほしい」と何回もご要望いただくことがありますが、お気持ちは伺いますが現状以上のことは書きがたいです。決定するのは行政です。
- ・書類作成の依頼は一度でお願いしたい。
- ・福祉用具の軽度者申請、看護サマリー、通所介護利用時の入浴の可否の範囲の書類などは一度でお願いできるので助かる。CM向けの看護サマリーも作成している。
- ・軽度者への福祉用具の必要性など、Drから意見が欲しい場合は患者さんが外来受診の際に書面をもってきてくれば、Drは認識しているので渡していただければ良い。
- ・「浅黄色」の「主治医意見書作成のための質問票」については、「医事課」宛てに送ってもらえれば助かる。
- ・本人が直接Drに書類を渡すと、どう処理されたかわからないことがあるので、事務局やMSWにDrに書類を渡したことを伝えてほしい（特に非常勤のDrが書類を書くタイミ

- ングを病院側が見えていないので) 主治医への伝言を頼まれるが内容には限度がある。
- ・退院後、担当者会議で看護サマリーを読み上げ、本人が Dr から聞いた説明と違う、と怒り受診しなくなってしまったことがある。サマリーや情報提供書の中にはデリケートなことも記載してあるので、配慮してほしい (本当のことが書けなくなってしまう)

*その他

- ・専門分野や視点が異なるので一方的な要求をされると戸惑う。
- ・カンファレンス等で決まった事を変更するのであれば、予めお声がけ頂ければ困るので徹底して欲しい。
- ・詳しく教えてくれないとき。
- ・入院後、家族と連絡を取っておらず、CM 側で意向を確認していないとき。
- ・全症例ではありませんが、担当者会議開催の際に仮のケアプラン等の資料があると、ご本人、ご家族にも情報が伝わりやすいと思います。
- ・急な判断を求められたとき。急な入院の依頼を受けたとき。
- ・本人の意向よりも CM の意向が強いとき。(本人との関係性が築けていないとき)
- ・何も情報がないこと、情報が届くのが遅いこと。早目に送ってほしい、事前に送っていただけるとありがたい。
- ・家族関係、家屋状況、本人の性格趣味など、何を聞いてもわからないと言われる時。ケアプランはこちらで決めるからリハビリの意見はいらないような時。
- ・まとめて聞いていただければ、他は特にありません。
- ・患者の面会に来られる際は、ぜひ病棟 NS または退院支援部門と情報共有したいと思いますので、お声がけいただけたらと思います。
- ・忙しい方が多いと思うが最低限、連絡が取れるようにしてほしい。以前、TEL してもつながらず折り返しもなかったケースあり
- ・主治医や担当リハビリが推奨するサービスではなく、実際には CM が希望するサービスが提供されることがある。(双方に乖離があるのかもしれない…)
- ・病棟の機能や期限を理解し期限の中で余裕をもって動いてほしい
- ・わかりません
- ・Dr 直にかかわることが少ないので特にない
- ・CM 力量にばらつきを感じる。差がすごくある。ENT 前なのに決まってないことも多いことも。入院期間制限あり家族指導が組みにくくなる
- ・伝言で済むなら良いのですが、1 つの情報から、次の知りたい情報が生まれるかも知れ

ません。お互いに時間の都合はつけにくいとは思いますが…。

- ・情報が不足していたり、ご家族への説明が不十分だと適切な病棟へのご案内が出来なかったり、入院当日にご家族から「退院させたい」と言われることもあります。入院前の事前準備がしっかりできているとこういったケースが減り、非効率的な状態ではなくなることが増える。
 - ・病院としてもまだ方針が決まっていない中で家族の施設を勧めたり「入院したからもう関係ない」といわれること。一緒に考えて行けるといいと思います。
 - ・入院してすぐ（当日や翌日）に病状や退院のめどを聞かれても検査中や経過観察中のことが多くお答えできない。⇒目途が立ったら教えてほしいという内容ならばわかる。
 - ・その他、病院側としてCM側（在宅側）のどのような情報が一番欲しいか？
- ⇒最期も含めご本人やご家族の希望、特別なこだわりや特徴、特段の事情などがあれば、教えて欲しい。

⑤ 医療機関として連携を取りやすいと感じる CM はどのようなタイプですか？

* 医療機関の機能を理解している CM

- ・現在の社会情勢を理解して（地域包括ケアシステム、在宅のみならず施設、病院の機能も理解し、トータル的に PT の意思決定支援ができる方）多職種チームでその人にとって良い方向を考えられる前向きな CM さんですと大変連携が取りやすいです。当院の機能も理解していただけると助かります。
- ・立場の違いを理解された上で冷静にケアマネとしての判断を説明なさる方。その上で建設的な話し合いができるととても連携が取りやすいです。
- ・急性期病院の役割を理解されている方。（同意意見 1名）
- ・医療機関の役割や機能を理解して下さっている方。
- ・病院の根拠となる法律を理解して下さる方。
- ・当院の機能（特徴）を知ってもらえていれば、入院相談から決定までスムーズになると思う。
- ・救急病院でもあるので、話は遠回しでなく率直に話してくれると良い。
- ・病院の事情や入院治療についてある程度ご存じか、わからない質問していただけると幸いです。各々、希望が異なることがあっても、折あいながら前向きに話あえることを願います。
- ・CM さんに限らず、連携がとりやすい人は自分の対応範囲をしっかりとわきまえている事が基本です。
- ・精神科への入院形態を把握し家族との調整にも協力的な方。
- ・精神科への理解がある。（①医保について②緊急の場合でも受け入れが出来なかったり予定入院にしたりすることがあるなど）本人の状態を把握している。
- ・寒い時期の退院調整の際、退院時期を“暖かくなったら…”などと、病院や家族の意向に沿わない事を家族にすり込まない人。
- ・face to face の関係を作ってくれる方（こちらが動けないので）
- ・MSW から相談しやすい（MSW は余り外に出られないので、来院してもらえると助かる）
- ・現状を理解した上でどのような状況で病院に何を求めるのかをはっきり提示していただけると連携が取り易い。

- ・うまく代弁してくれる

* 利用者と家族に寄り添った CM

- ・患者・家族の思いをくみ取れる CM。
- ・患者さんに対して親身であり、かつ客観的に考えてくださる CM さん。
- ・患者さん、ご家族にとって「今」そして「今後」何が最善なのかを一緒に考えてくださる CM さん。
- ・迅速で患者思いの方はありがたいと思います。
- ・本人に寄り添う CM。
- ・利用者に寄り添って考えてくれる方。
- ・主体は利用者というスタンスでサポートしてくれる人。
- ・利用者思いな方。
- ・利用者のペース、希望を大切にしてくれる人。
- ・一緒に本人のことを考えてくれる。
- ・柔軟に動いてくれる方。きっちり方にはまっておらず、本人の為、F a の為に動いて下さる方。
- ・話し合いができる方。
- ・話を聞いてくださる方。
- ・本人・家族との関係が良好な方。
- ・患者・家族との関係性が築けている方
- ・本人・家族の意向を大事にしてくれる方。以前、在宅復帰に向けた退院前カンファレンスの際、医師も本人・家族も同意しているのに、CM だけが在宅復帰を反対されたことがあった。本人、家族の気持ちを理解し希望をかなえてくれるように一緒に考え動いてくれると助かる。
- ・SW もですが患者、家族のことを個別化し、その人にあわせて柔軟に対応して下さる方。
- ・利用者本位でありながらも、専門家としての判断、提案していただける人。
- ・どうしたら実現に近づくかを考えることを続けてくれる人。
(実現できるかは別として)
- ・CM さんの思いではなく、本人・家族にとって、どのような方向性が良いか、一緒に考えられるとありがたいです。
- ・全ての不安をなくしてから退院となるケースは少ないので、家族の気持ちを後押し

してくれる方だと連携を取りやすいです。

- ・一緒に悩んでくれる CM

*** サービス調整力のある CM**

- ・ヘルパーさん手配など早くしてくれる方。
- ・退院に向けた環境調整やサービス調整などの進捗などの情報についてマメに連絡が取りやすい CM。
- ・他機関につなげる場合、一緒にやってくれる CM
- ・癌末期でもご自宅へ帰ることを希望するケースも多く、残された時間がないため、一緒に早急に動いてくださる CM さんには本当に感謝いたしております。

先日も患者さんが「明日帰りたい」とおっしゃり、CM さんの全力のご協力でかなえることができました。新規の依頼にもかかわらず、私の TEL から 30 分で当院へ駆けつけ、本人・家族と面談し、細やかにお気持ちやご意向を確認し、その日のうちにヘルパーさんの手配完了し、夜八時過ぎまでかけてベッド、P トイレ、車いすなどを搬入して下さいました。当院へ向かう車の中でヘルパー事業所への打診まで済ませていたことにも脱帽です。（もちろんヘルパー事業所、福祉用具さんへも大変感謝しております。）

お陰様で翌日無事にご退院できました。それからわずか一週間で在宅見取りを迎えましたが、最期までご本人とお家族の希望に沿った在宅療養を叶えられたのは CM さんを中心とした皆様のお力添えと心から感謝しております。CM さんには患者・家族にとっての最善を一緒に目指していただくことを常にお願ひしたいと思っております。

- ・早めにスケジュールを決め、家族や施設と調整できる方。
- ・入院を機に変化が色々あることに冷静に対応、サービス提供の見直しができる。
- ・相談室に連絡しなくても直接受診同行してもらって良い。
- ・情報発信を適宜行い、必要なサービスを提案してくれる方。
- ・ご本人やご家族の希望をしっかりと聴取して、入院中からデイなどのサービス照会や見学調整を取れる方
- ・これまでの経過を認識していてサービス導入の背景等を説明できる。
- ・利用者に伴って状況判断等してくれる。
- ・サービスの提案をして頂きつつ、HP での評価より提案することも聞き検討して下さると連携しやすいと感じます。

*** 医療知識に明るい CM**

- ・ 医療用語に明るい方。
- ・ 医療情報に詳しい。
- ・ 医療面の知識があり、各医療機関の特性をおさえている方。
- ・ 医療的見識を持っていらっしゃる方。
- ・ 医療依存度が高い患者でも対応できる方
- ・ ある程度の医療に対する知識があり、医師・看護師など在宅における医療職種の中でも、Swのように本人主体・生活の視点を持っている方。
- ・ ある程度医療知識がある人、もしなくても具体的に不明な点や疑問点を提示することが出来、在宅時の医療や看護師と連携が取れている人。
- ・ 医療依存度が高いので、医療と在宅を一緒に考えてくれる人。

*** 社会資源や介護保険に精通している CM**

- ・ 社会資源の知識が豊富で、利用者にとっての選択肢がディスカッションできる方。
- ・ 家族関係や社会資源をよく理解されている方
- ・ 介護保険制度はもちろん周辺制度も精通している。
- ・ 在宅生活を送る上で受けられるサービスをよく理解していて、ケースに沿った提案ができる、また、それらの限界についてもきちんと家族に情報提供できる人。
- ・ 一緒に退院支援に取り組み、サービスの提案等をしてくれる。病院スタッフが知識不足な在宅サービスの情報について、積極的に補ってくれる。病気があっても、医療行為があっても、自宅で生活できるよと患者家族の背中を押してくれる方。逆に、入院を機に施設入所を病院側に勧めてもらおうとする方とは連携取りにくいです。
- ・ お互いの専門性を通して意見交換できる
- ・ 地域の情報を多く持っていてニーズに合わせた組み合わせ、工夫を講じられる。

*** フットワークが軽い CM**

- ・ 病院からの相談対応時のレスポンスができる方。
- ・ 同行受診やカンファレンスに参加頂ける方。
- ・ 積極的に行動して下さる方。
- ・ 少しの変化でも報告を下さる方。
- ・ 丁寧な対応をして下さる方。
- ・ 柔軟に対応して下さる方。

- ・緊急時の対応が早い。
- ・フットワークが軽いこと、連絡調整が早くて情報がすぐくるとスムーズでやりやすいです。
- ・フットワークが軽い（同意見 2名）
- ・フットワークが軽い・融通効く・機転が早い。
- ・フットワークの軽いCM。（同意見 1名）
- ・フットワークの軽さ、その利用者に必要とされる支援のポイントを押さえられている人。
- ・対処が迅速な方。
- ・患者状況を病院に見に来てくれる。
- ・間所の様子をすぐ見に来てくださる方
- ・入院中定期的に面談して下さる方
- ・病院・病棟へ顔を出してくれる
- ・定期的に連絡あり、訪問・来院していただける方。
- ・入院中に本人に会いに来てくれる（すごく喜びます）
- ・病院まで会いに来てくれる方、様子を電話で聞いてくれる。
- ・こまめに連絡をくださる方。
- ・まめに連絡を取ってくださる方
- ・連絡が取り易く行動が早い方。
- ・早めに（事前に）相談してくれる。
- ・連絡が取り易い。
- ・電話がつながりやすく折り返しも早い。また協力的な方。
- ・電話が繋がりやすい。
- ・連絡が取りやすく、即日対応していただける方。
- ・電話がつながりやすい（つながらなくても折り返しの連絡をいただける。病院の都合も考慮してくれる。「入院したらもう関係ありません」というスタンスではない方。
- ・本人・家族と関係性が良いCM。連絡が取り易い。サービス等の進捗状況をマメに情報提供してくれるCM。
- ・家族との信頼関係が築かれている
- ・積極的にコミュニケーションをとろうとしてくださる方。疾病知識などに疎くても病名の幅はある程度決まっているので、詰まるところは慣れです。なので、めげないで、学ぼうとする姿勢があれば、前向きに対応できます。
- ・受け答えが明るい方。＜入院時等早期の情報提供がスムーズな退院につながる＞

- ・どんなケースでもスムーズに対応してくれる方。明らかに在宅が難しいかな、と思うケースでも最後まで話を聞いてもらいたい。
- ・自宅への退院を積極的に考えてくださる方
- ・在宅生活に向けて、病院から責任をもって引き継いでくれようとする様子が伝えるタイプ
- ・在宅へ帰すことが心配なケース、家族の対応が難しいケースなどお願いするのが申し訳ない場合も多いのですがその際に「1回在宅でやってみましょう」と前向きな対応をしてくださる方（姿勢を見せて）

*** アセスメント力や情報発信力などがある CM**

- ・本人、家族と「次に〇〇になった時にどうしようか」と予測をたてて話し合いがされている、それをしようと試みている CM。
- ・正しい情報の提供ができる方。
- ・適切な情報提供を行ってくれる
- ・入院前の状況を教えてくれる
- ・間違った情報提供をしない方。
- ・情報提供を快くしてくれる CM は連携が取りやすい。
- ・ご本人やご家族のことをよく知っていらっしゃる情報共有して下さる方。
- ・患者家族の内情をよく知っている方
- ・在宅での様子や利用者、家族の治療、介護に対する意向を把握している人。
- ・在宅生活での問題点をしっかりと伝えてくれる。
- ・穏やかで問題点をしっかり整理でき適切な提案ができる CM。
- ・今何が課題か、優先させることは何か等のアセスメント力の高い人。
- ・必要だと思われるサービスをご提案もしていただき現状もよく聞いていただける話しやすい方。
- ・利用者を取り巻く環境を客観的に評価しながら連携しようと考えてくれる方
- ・患者さんの現状（ADL や病状、家族の介護力）を理解しサービスを提供できている。

*** 人柄が良い CM**

- ・明るくおおらかなタイプ
- ・利用者さん、ご家族の心をつらつらつかむコミュニケーション対人力&人柄
- ・感情的にならない方。

- ・押しが強すぎない方。

***その他**

- ・顔の見える関係で相談してくれる。(八王子山王病院：「様式1」：連絡票ほとんど使っていない。「様式2」：250円)
- ・CMからこういう時は連絡欲しいと言ってくれれば連携が取り易い。
- ・退院カンファ前までに介護連携指導や家族同意をしておいてくださると調整し易いので助かります。
- ・病院の若手スタッフの経験の少なさをサポート指導してくれるタイプ
- ・要点を抑えた連携であればOK 外来同席などありがたい。何でもかんでもなく
- ・NSはNS資格のCMとやり取りしやすいと、今後連携に加算取れるとよい
- ・↑ほとんど…NS上がりはいない…と説明し理解しているが…とのことである。逆にNSであると知慮などに口尻際してきたり自分の領域を超えてくる人…は逆に困る
- ・要望だけでなく相談という形で話してくださる方。