

【県北圏域】ケアマネージャーを対象とした退院調整に関するアンケート調査の結果

**調査の概要**

1 目的

県北医療圏退院調整ルール<sup>1</sup>の運用状況を把握し、必要に応じてルールの見直しを行うため、病院とケアマネージャー間の退院調整の現状把握を目的とした調査を実施する。

2 調査主体

県（県北保健福祉事務所）と県北圏域市町村（福島市、二本松市、伊達市、本宮市、桑折町、国見町、川俣町、大玉村）の共同実施。

3 調査期間

令和5年6月～7月

4 調査対象

県北地域のケアマネージャーが所属する機関

- (1) 居宅介護支援事業所 (R5.4.1現在：149ヶ所)
- (2) 地域包括支援センター (R5.4.1現在：39ヶ所)

5 調査内容

(1) 内容

○事業所票（事業所ごとに回答）

入退院した利用者の状況、退院連絡の状況、入院時情報提供書の送付状況等

○個人票（ケアマネージャーごとに回答）

退院調整ルールの活用状況、医療機関との連携状況等

(2) 対象期間

令和5年6月～7月（2ヶ月分）

6 調査結果

回答数

種別	事業所票			個人票
	対象数	回答数	回答率	回答数
居宅介護支援事業所	141	137	97.2%	419
地域包括支援センター	39	38	97.4%	130
計	180	175	97.2%	549

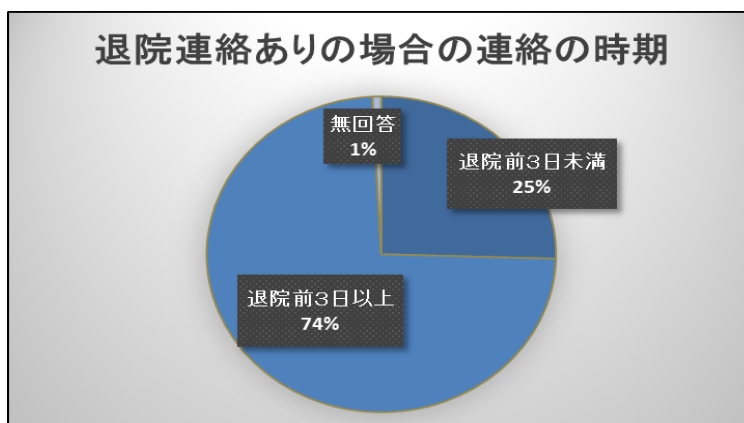
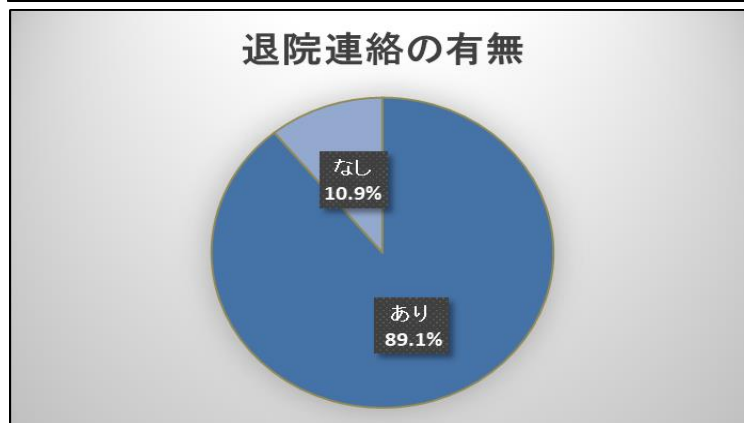
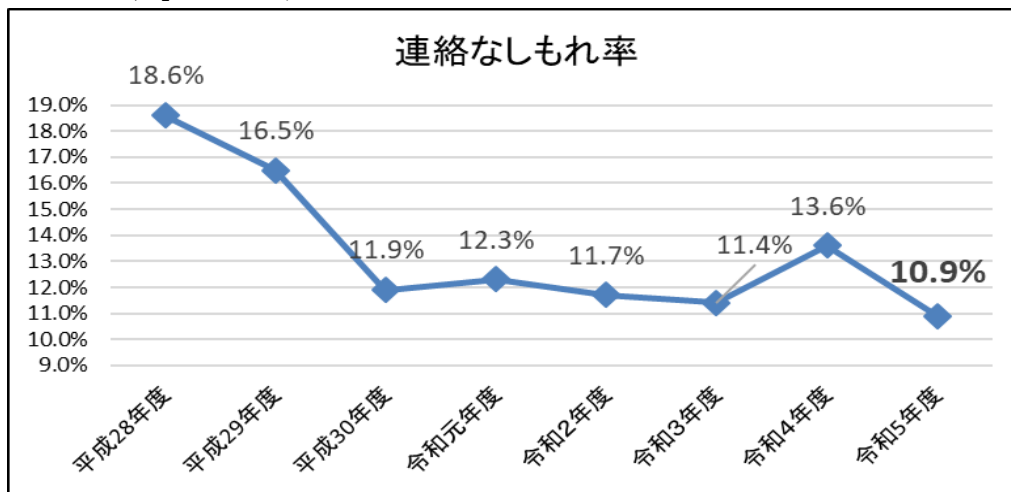
※休止中8事業所除く

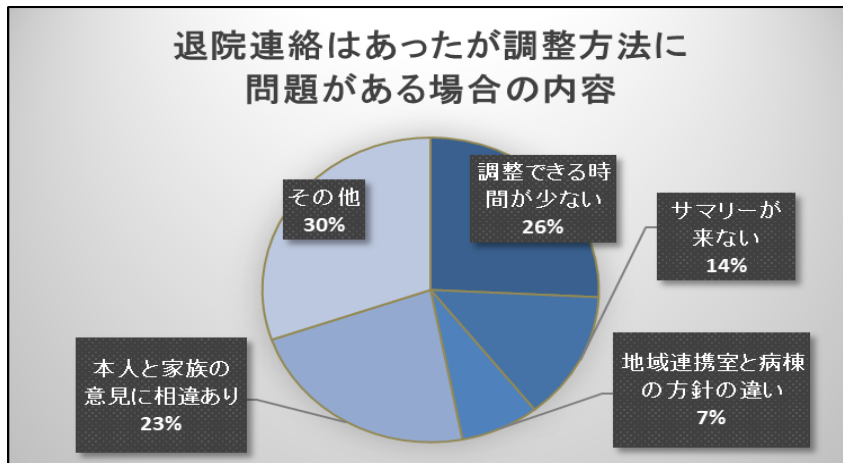
(1) 事業所票

①退院患者数と医療機関からの退院連絡の有無（2ヶ月間：令和5年6～7月）

種別	人数	連絡の有無		連絡ありの場合の連絡の時期			連絡なしもれ率
		あり	なし	退院前3日未満	退院前3日以上	無回答	
要介護	631	578	53	138	437	3	8.4%
要支援	185	149	36	47	99	3	19.5%
(小計)	816	727	89	185	536	6	10.9%
その他	1	1	0	-	-		0.0%
合計	817	728	89	-	-		10.9%

※「その他」は死亡者





【「その他」について主な内容】

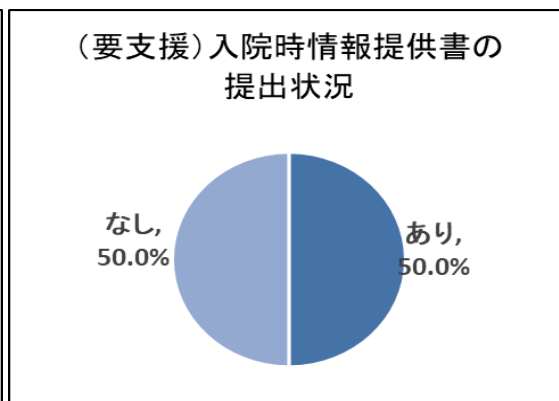
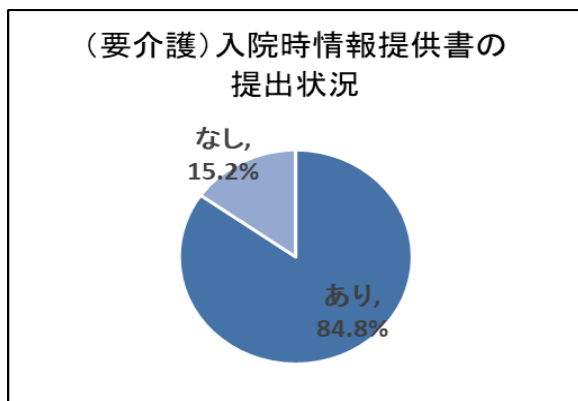
- ・ 本人の急な日程変更のため
- ・ 退院日の連絡が病院からはなかった
- ・ 退院日前日や退院後に連絡
- ・ 死亡退院
- ・ 入院期間が短かった
- ・ 本人への面会ができない為退院後のサービス調整となった

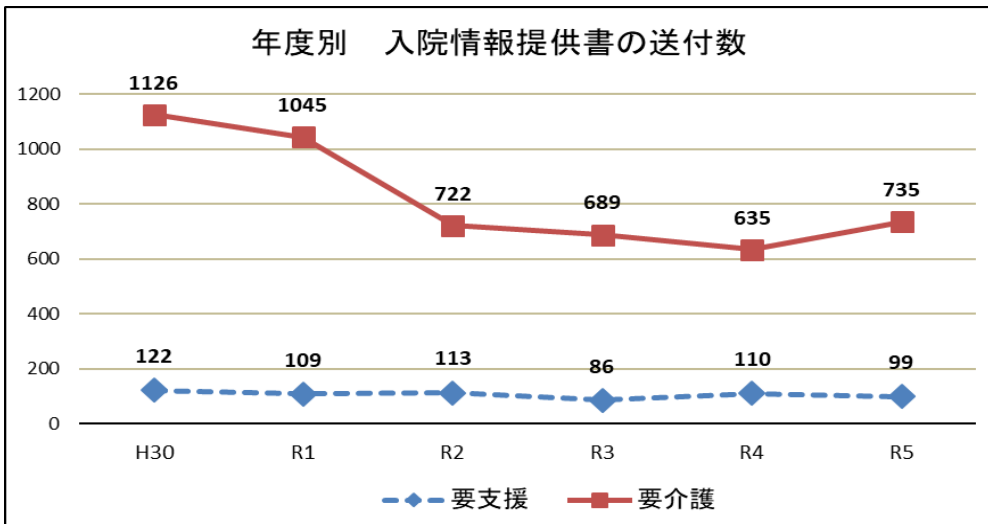
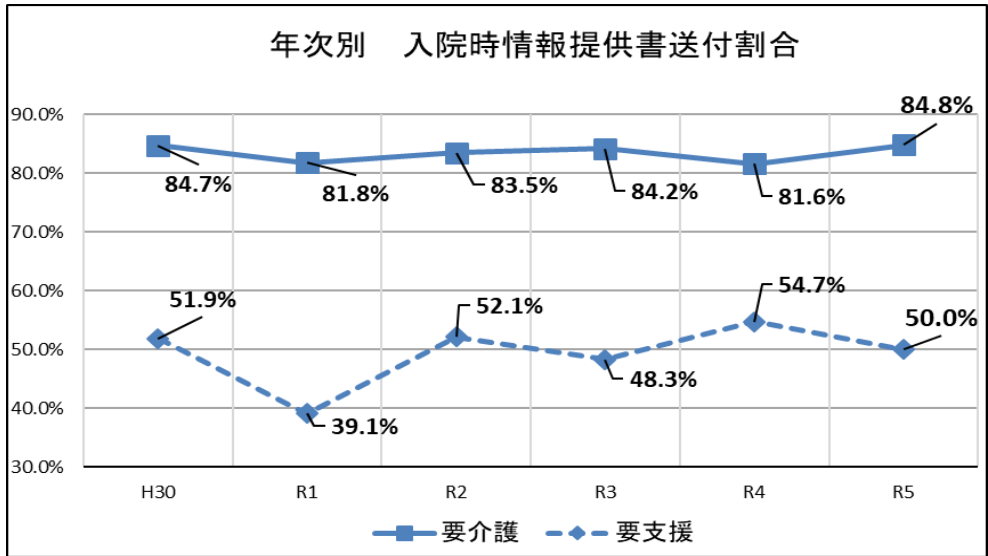
②入院先病院内訳（圏域別）

県北	県中	会津	相双	その他	合計
791	20	2	0	4	817

③入院患者数と入院時情報提供書送付数

種別	人数	提供書送付数	提供あり	令和4年度
要介護	867	735	84.8%	81.6%
要支援	198	99	50.0%	54.7%
合計	1065	834	<b>78.3%</b>	76.1%

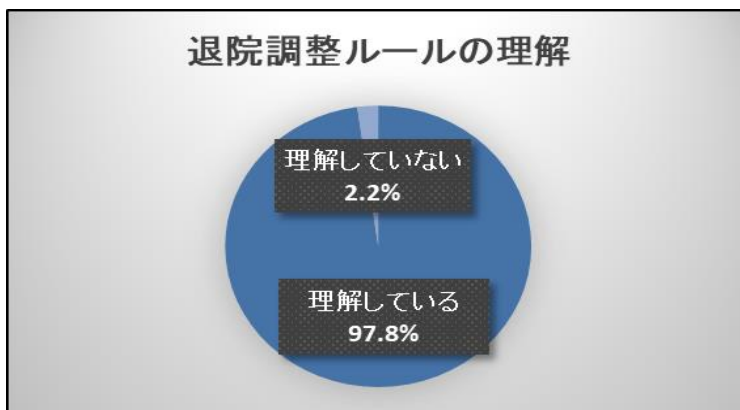




(2) 個人票

①退院調整ルールを活用方法について理解しているか

種別	理解している	理解していない
居宅介護支援事業所	411	7
地域包括支援センター	125	5
計	536	12



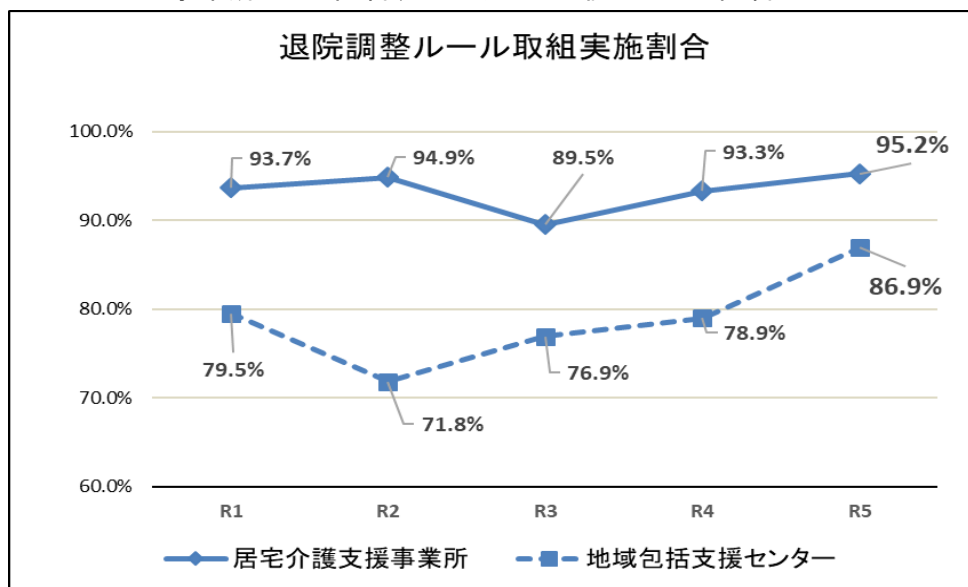
【退院調整ルールを理解していない主な理由】

- ・退院調整ルールがあったことを知らなかった
- ・自信がなかったので、このアンケートを機に再確認した
- ・手順等の説明はきちんとしてもらっているが、自分の中にちゃんと落とし込めていないため
- ・19年ぶりに業務再開し理解不足
- ・異動して間もなく不勉強なため
- ・新任のため、まだ内容等を習得していない

②ルール（手順）に基づき取り組んだか／情報共有シートは活用したか

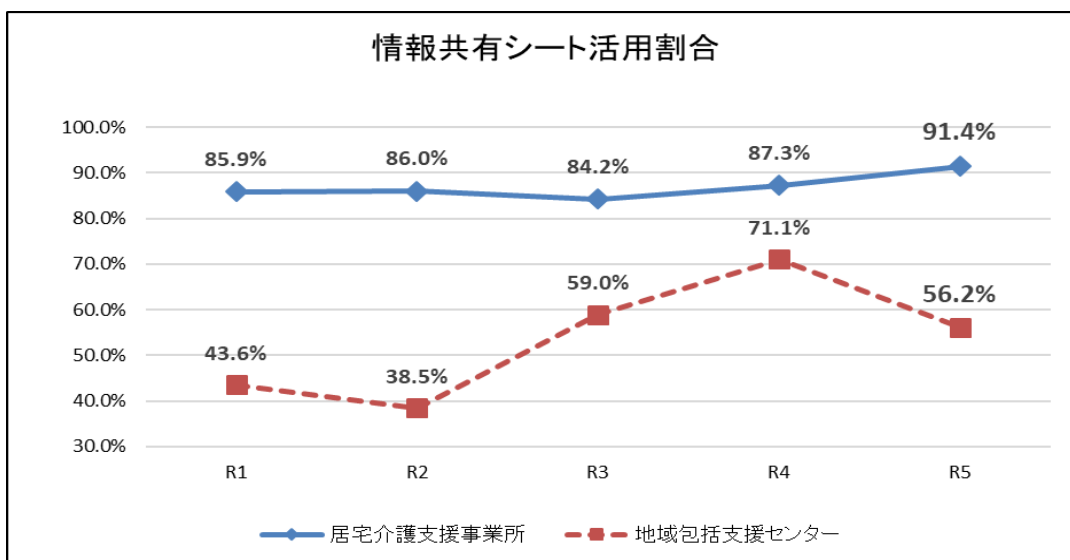
年度		居宅介護支援事業所	地域包括支援センター	計
R3	回答数	133	39	172
	取組実施数	119	30	149
	実施率	89.5%	76.9%	86.6%
	情報共有シート活用数	112	23	135
	活用率	84.2%	59.0%	78.5%
R4	回答数	134	38	172
	取組実施数	125	30	155
	実施率	93.3%	78.9%	90.1%
	情報共有シート活用数	117	27	144
	活用率	87.3%	71.1%	83.7%
R5	回答数	419	130	549
	取組実施数	399	113	512
	実施率	95.2%	86.9%	93.3%
	情報共有シート活用数	383	73	456
	活用率	91.4%	56.2%	83.1%

※R1～R5は事業所ごとに回答、R5はケアマネ個人ごとに回答



### 【退院調整ルールに基づいて取り組まなかった主な理由】

- ・対象者がいなかった
- ・入院したことがわからなかった
- ・短期間の入院だったため
- ・急な入院だったため
- ・退院調整ルールがあるのを知らなかった
- ・入退院について、MSWからの問合せ、連絡がなかったため
- ・頻繁に入院している方だったこともあり、相談員との電話のやり取りみで書式は使わず
- ・ご家族が状況やサービス内容など詳しく伝えた
- ・手持ちのアセスメントを送信した



### 【情報共有シートを活用しなかった主な理由】

#### ○情報共有シート以外の様式を使用

- ・高齢者福祉利用支援等の相談票（実態把握票）を利用
- ・普段使用している帳票（市作成「高齢者福祉利用支援等の相談票（実態把握票）」を利用
- ・担当MSWと電話連絡にて直接やり取りし情報共有を行っている
- ・電話連絡、介護保険システムの基本情報やケアプランを送付
- ・入退院繰り返している方の場合には情報提供書は送っていない。情報共有シートではなく、元から作成してある情報提供書を利用している。
- ・自分の事業所の書式のほうが記入しやすい。新規契約しすぐに入院した場合、参考の情報共有シートを全て記入することが困難。

#### ○情報共有シートを作成する余裕がない

- ・事業所で使用している様式を使用した。新たに作ると時間がかかってしまい、送付が遅れてしまうため。
- ・情報共有シートを新しく作成する時間がなく、情報提供書を使用している
- ・情報共有シートを使う事もあるが早急な対応の場合には独自のシートと活用したこともある

○情報を追加して使用している

- ・介護保険利用に簡単な週間スケジュールを加えている。家庭での状況がなるべく伝わるようには加筆。
- ・入院に至るまでの経過等をなるべく記入するようにしている
- ・必要に応じて家屋状況を記入

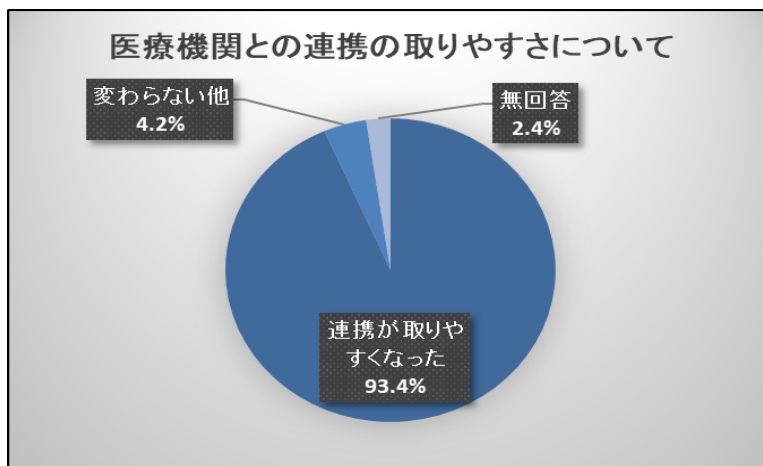
○その他

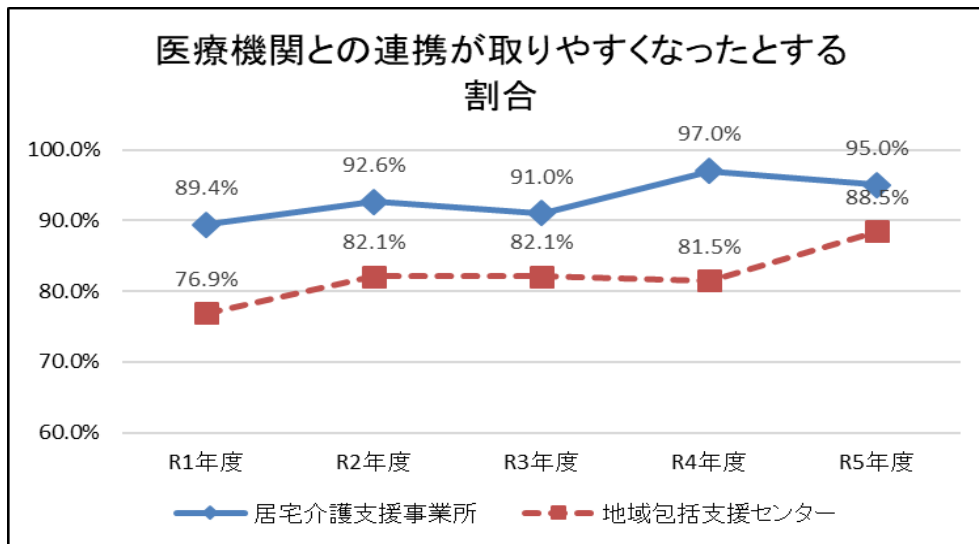
- ・医療機関が長く本人を診てきており、情報をほとんど知っておりデイや、連絡については本人がDrに話していたため
- ・家族からの入院連絡の為失念してしまった。入院前と同様のADLまで回復したこともあり連絡を怠った。
- ・対象者がいなかった
- ・退院後の調整が必要のない状態であったため
- ・いつの間にか入退院
- ・退院の見込みがないため
- ・入院について、MSWからの問合せ、連絡がなかったため
- ・情報共有シートがあるのを知らなかった

③以前に比べて医療機関との連携は取りやすくなったか

年度		居宅介護支援事業所	地域包括支援センター	計
R3	回答数	133	39	172
	連携が取りやすくなった	121	32	153
	%	91.0%	82.1%	89.0%
R4	回答数	134	38	172
	連携が取りやすくなった	130	31	161
	%	97.0%	81.5%	93.6%
R5	回答数	419	130	549
	連携が取りやすくなった	398	115	513
	%	95.0%	88.5%	93.4%

※R1～R5は事業所ごとに回答、R5はケアマネ個人ごとに回答





**【医療機関との連携の取りやすさについての記載（主な内容）】**

- ・情報共有シートがなかったころに比べると連携は図りやすくなったと感じるものの、ここ数年で連携が取りやすくなったとは感じていない
- ・ケアマネになって間もないため比較できない
- ・コロナの影響でFAXのやり取りとなり、顔の見える関係性がなくなってしまった
- ・オンラインから直接面会ができるようになったところで、情報収集や連携は取りやすくなった。病院によっては、まだオンラインのところもあり、情報が取りにくいところもある。
- ・どちらかといえば、入院時に連絡（情報共有）しているが、退院時（転院時）に連絡が遅れる時がある
- ・気軽に病院へ連絡して情報共有ができるようになったところもあるが、あまり連携してくれない病院もある
- ・県北の病院は良いが、県中（特に郡山市の大きな病院）の対応がひどい

**④うまくいっている点、工夫していること(主な内容)**

**○うまくいっている点**

**(退院調整がスムーズ)**

- ・入院が予定されている場合は、入院後にMSWより連絡いただくか、こちらからの連絡で退院までの流れがスムーズに進んでいると思う
- ・入院中の様子を随時知らせしてくれる病院があり、退院までの調整がとりやすくなった。初めに担当相談員がわかることで連絡しやすく、経過についても聞きやすい。
- ・入院時に、大体の入院期間を教えていただけることが多いので、助かっている
- ・退院時にはサマリーをいただけており活用している
- ・本人の希望や性格等を伝えることができている
- ・病院の相談員さんが比較的早めに連絡を下さり、退院前日自宅訪問も行うことが出来たこと
- ・退院調整ルールとして、利用者や家族も入院したらケアマネの名前を伝えることが定着してきた
- ・「そろそろ退院調整に入ります」との連絡があり退院後の準備に余裕をもてたことで有難いと思った



・退院許可が下りても、なかなか施設が決まらなったりする中で、退院調整看護師も一緒に施設を探してくださったりするので、スムーズに調整を行うことができた

#### （病院との関係構築）

・病院へ情報共有シートを送るとワーカーさんより連絡が入るようになった。家族からも、入院したことの連絡が早くなっている。

・病院側がケアマネの連絡を待っている様子があり、やり取りしやすい（以前は連絡はいらぬです、というような病院もあった）

・家族からの連絡より先に病院側から連絡がもらえたりした場合もあり助かっている。病院MSWとケアマネとが意識しながら関わるのが大事であり、このアンケートもそうだが、退院調整ルール検討会の存在は大きいと思う。

・退院調整ルールが浸透してきたことで、医療機関（特に大学病院等などの規模が大きい病院）と連携をとりやすくなったように感じる

・普段から会議、研修会等で顔の見える関係がとれているといざというときに、スムーズな対応に繋がる

・馴染みの相談員の方とは共有シートがなくても、お互いに気軽に連絡が取り合える関係性が成り立っている。ルールが運用されてからそうした輪が広がっている。

・退院後、支援の上で問題等があった際、再度相談しやすい環境となっている。また、緊急時等も相談すると、迅速に対応してもらっていることが多い。

#### （主治医との連携強化）

・担当ケースワーカーの方がはっきりとわかり情報共有や連携が取りやすくなった。主治医との連携も以前より取りやすくなったと感じる。

・相談員の方が先生との間に入ってくださることで、先生への質問がしやすくなった

・入院をきっかけに薬の管理のすすめ、訪問看護導入など必要なサービスにつなげられるよう連携した

・医療的なサービスに繋ぎやすくなった

#### （他の事業所との連携強化）

・ご本人様の状態把握ができる事で、各事業所へ伝達・退院後のサービスについての話し合いを持つことができています

・状態に変化がある場合、しっかりと連絡をもらえるので、退院後のサービス変更等各事業所に相談連絡が行いやすく助かっている

・退院時の連携の際には、他の事業所との情報共有の為のシートとしても活用することがある

#### （家族の安心につながっている）

・在宅サービスが整ってから退院できるようになり、ケアマネジメントを行う上でも余裕をもってできている。家族も退院するまで準備しやすいと話され、安心できるようになった。

・入院当日より連携をとることで家族様にも安心を与えることができる。退院までの動きがわかり退院後のサービス調整がスムーズになっている。

#### （コロナ禍での取組）

・直接面会できなくても、ZOOMの活用により利用者との面談やリハビリの様子なども確認できるようになり、助かっている

・コロナが5類になり、病院へ訪問して利用者に出会うことが可能になってきた。その為、本人の状態が確認しやすくなっている。

・ZOOMでの会議がうまく伝えられず、7月になってから直接入院先の病院で面接して会議したときは状況が把握しやすく情報が伝わった

・カンファレンスがZOOMでの開催が可能となり、各事業所が参加しやすくなった  
(情報共有シートの活用)

- ・情報共有シートの活用に慣れてきている。作成もスムーズ。
- ・情報共有シートが浸透されており、情報の共有が図りやすくなっている。また、情報をもとに医療機関からの退院後のサービスについていただく提案の精密さが向上している。
- ・書類が統一されているので、様式に悩まずに済む
- ・情報共有シートの様式に拘らず共有できるようになった

## ○工夫していること

### (病院への連絡のタイミング)

- ・共有シート提供後、入院3日くらい後に病院に連絡することで、情報を認識して下さっている為、ルールはうまくいっていると思う
- ・入院時にすぐ情報共有シートをFAXして、担当相談員が決定したら連絡をもらえるようにFAXに記載している
- ・情報の提供を早く送れるようにしている。3日以内目標としている。

### (本人、家族への説明)

- ・前もってご本人ご家族やサービス事業所へ説明を行っている為、おかげさまで入院に早く気付くことができています。入退院時には病院相談員さんに大変お世話になっている。
- ・本人に包括の名刺を保険証入れに入れるよう伝える。病院で聞かれたら、包括担当者を伝えるよう本人、家族に説明しておく。
- ・保険証入れや、おくすり手帳にケアマネの名刺を挟んでもらい、認知症利用者や救急車で運ばれた場合でも担当であることをわかるようにしている

### (情報共有シートの記載方法)

- ・認知症の症状などについては、予想される行為なども合わせて記入している
- ・生活、介護力などの情報を詳しく書き込み、退院時に何にどれだけ調整が必要か明確にわかるようにしている。そのため、サービス調整を整える時間をとってもらえたり、協力してもらえる病院ができた。
- ・認知症、理解度は直近のエピソードや、どういった部分で理解度が変化するかな等を細かく書いている

### (情報共有シート+αの情報提供)

- ・連携シート送付時点で、言葉でのやり取りも行うようにしている。入院中も相談員等と連絡を取り情報共有に努めているため、退院調整の連携が図りやすい。
- ・入院時は積極的に担当報告をする。家屋調査委や自宅環境の写真をお渡ししてリハビリに活かしていただけるよう連絡している。
- ・工夫点として、情報共有シートだけでは、情報が足りないこともあり、実態把握票をつけてお送りしている

### (顔の見える関係づくり)

- ・なんといっても顔の見える関係づくりだと思っている。普段のコミュニケーションが何よりも大切。情報交換の場づくりをもっと積極的に行って行きたい。
- ・できるだけ顔の見える関係づくりの為、持参できる場合などは直接お待ちしている
- ・カンファレンスや主治医からのインフォームドコンセントにも可能な限り同席を依頼し、医療機関との連携を図るようにしている

#### (こまめな連絡)

- ・こまめにMSWに連絡を入れ現状を確認し、MSWと一緒に退院に向けて進められるようにしている。また、自宅での様子、今後必要とされるものを事前に伝え、早めに対応できるようにしている。
- ・入院期間の把握をしている場合、退院調整の時、状態の悪化等について問い合わせしている
- ・退院後も、一度は在宅の様子を伝えるようにしている

#### (その他)

- ・誤送信防止のためFAX送付先の病院は登録している

### ⑤改善を要する点(主な内容)

#### ○本人・家族側

- ・代行申請の相談も多いが家族で申請できたのでは？と思うことも多い。サービス調整の必要が見込まれる時点で申請してほしい。
- ・本人と家族との間で思いのズレが生じる場合がある
- ・利用者からの入院の連絡がこなかった

#### ○病院側

##### (退院連絡もれ)

- ・要支援者のためか、退院時サマリーはほとんど届かない
- ・退院直前での新規相談は困る。新規の方は早めに調整してほしい。
- ・「情報共有シートの提出がないと、情報共有しない」と言われた病院があり、提出したにも拘わらず、連絡がなく、退院となったケースが何度かあった
- ・情報共有の電話はあるものの、いつの間にか退院になっていることが多々あった
- ・担当者が決まっていなくても情報共有シートを送付するが、その後担当者から連絡が入らないことがあった。白内障など決まった入院であっても連携を図りたいと思う。
- ・亡くなった時の連絡がこない
- ・ペースメーカーの電池交換等短期間の計画的な入院の場合、退院の連絡がなく、1週間ほど退院の事実確認ができなかった。その間に自宅で転倒していた。

##### (退院連絡の遅れ)

- ・退院の見込みや予定変更（転院や転棟の可能性など）あった場合、まだ不確かな情報であっても動きを知りたい為、早めに連絡がほしい
- ・退院当日の連絡があり、家族に連絡する時間が取れない。2～3日前には連絡が欲しい。
- ・入院中の利用者で体調の悪化が認められ、退院は見込めないという方が、急遽2日後に退院と連絡があり、カンファレンスもなく、変更も多々あった中で調整に苦慮したケースあり。在宅支援の対応ルールのマニュアル化を検討する必要があるのではないか。

##### (退院日についての連絡)

- ・大まかな退院時期を伝えてもらっていたが、具体的な日程を知らせねばならなかった為、サービス事業所への連絡が遅れたことがあった。具体的な退院日も教えていただきたい。
- ・ケアマネジャーに連絡なく、病院と家族で退院日を決めてしまうことがまだある。退院までの日数が数日しかないこともある。

- ・情報を提供し、電話等で連絡を取り合っても、退院の連絡がなく退院されることも一時期より多いため、せめて退院の連絡のみでもいただけると助かる

#### (カンファレンスの方法)

- ・ZOOMでのカンファレンスにもだいぶ慣れてはきたが、ご家族や本人の緊張感が強く、思ったように話せていない様子がある

- ・オンラインでの面会は、本人が特に状況や会話を理解することが困難。サービス担当者会議やカンファレンスは直接面会ができるとありがたい。

- ・ZOOMでの退院前カンファなど人数制限があると、事業所等が参加できず、十分なカンファができないことがある

- ・コロナ感染予防のため、まだ面会できない病院が多い。本人や家族が入院中や退院してからの生活に少しでも不安軽減ができるよう、面会できる体制があると良いと思われる。

- ・対面での面談や入院中の状態確認について、コロナ禍の感染予防の観点から難しさを感じている。オンライン活用の指針や推進などがあれば良いのではないか。

#### (転院のケースの連携)

- ・転院となった場合の情報提供が適切にできないことがある。医療機関同士の連携状況がよくわからないことがある。

- ・転院の場合（院内で急性期→リハビリ等も）転院先の連携が難しいこともある

- ・転院時、情報共有シートの提出を転院先から求められることがあり、病院名のみ修正して提出している

#### (病院による対応のばらつき)

- ・医療機関や担当者によって対応が異なることもある。様々な要因から同じようにできない部分はあると思うが、どの医療機関であっても同じように対応してもらえるといいのかなと思う。また、居宅など在宅支援者側でも状況に合わせた情報のやりとりや退院支援の工夫が必要なのかなと思う。

- ・病院により、連携をとることの積極性が違う。病院から、入院の連絡が入ることが、少なくなっているように感じる。家族から連絡がはいらないと入院したことがわからない。退院前のカンファレンスなど病院によっては、こちらからお願いしないと声がかからない。

- ・病院によって、丁寧に退院調整してくださる所もあれば、調整が必要な利用者様でも、全く何も連絡ないままの病院もある

- ・同じ病院でも相談員によっては退院の連絡がこないことがある

#### (退院時サマリーの情報不足)

- ・入院前と状態や食形態等に変更があったにも関わらず「変わりなし」との連絡があり、退院後にサマリーを確認すると早急に調整が必要な変更点があることがあった。事前にサマリーを提供してほしい。

- ・入院前に情報シートを病院に提出しているが、退院後にサマリーをもらえるとときとそうでないときがある

- ・連絡いただいた情報と退院後のご本人の状態に差があることがある。詳しい病状等の情報がないまま、退院後に訪問相談対応することがある。在宅介護に対する本人や家族の意向、事前の情報提供をお願いしたい。例) 介護保険申請中の場合、情報が少なく、暫定利用や居宅支援事業所の調整が難しい。ガン末期にて退院されるが、相談支援調整している間に急変し、再入院、死亡されるケースもある。

・ガン末期の方で余命短く、急遽退院になる場合、介護保険申請するが、退院の準備に際してどこが中心となって進めるか不明確。病院によっても違うため、県北だけでもいいので県北版ガン末期調整パス等できるとよい。どこがやるか不明確なため、バタバタするし、介護保険か自費かはっきりせず、介護保険認定調査も入る前に亡くなり、請求できないケースもある。末期で時間がない場合など、末期での医療保険の訪看と自費の福祉用具の準備などある程度、決め事ができるといいのではないかと考える。

・定期的に入退院（抗がん剤治療等）の場合、サマリーは提出しないと病院側より話があった。状況確認ができるよう、情報共有シートの退院前チェック欄にコメントを記載し、返却いただくようお願いしたい。

・新規の方の場合、病院訪問やカンファレンスが行えないため、サマリー以外に身体状況が詳しくわかる資料がほしい

・退院後、すぐに通所系サービスを利用したい方もいる。利用可能な目安（血圧等）や処置について教えてほしい。

・医療機関からの情報と、実際に家族からの聞き取りで、本人、家族の意向が噛み合わない時がある

#### （新規で関わるケースについて）

・新規で関わる方について、事前に退院の情報がなく退院していたり、家族に申請の説明がなく家族だけが退院後のご本人の生活に不安を抱えて包括に相談に来所する等、入院中にご本人の退院後の生活について家族と連携が取れていないケースが見られる

・入退院をきっかけに新規で相談されるケースの場合は、病院側から在宅側へ情報提供がないことが多い。転院に繋がる場合の情報提供の在り方、入院時、ADLが大きく変わる場合等の情報提供の在り方も必要なものなのか、見直しが必要かと思われる。

・介護保険新規申請の方の連絡が入り申請の支援を行うが、ADL回復しサービスの必要なく、退院となった場合や転院、入所となった場合に連絡が来ないことがある

#### （その他）

・医療が必要な方（腰の骨折により、自宅では動けなくなり食事も摂れない状態が悪化している）に対し入院はこの病院も空きがないから、包括へ相談して何とかしてといわれた家族が困って電話相談したということがあった。家族も疲弊し、本人もベッドから動けず、救急搬送をお願いした。本人に状態や家族の状況も考慮して、患者様が適切な医療を受けられるように考えてほしい。

・がん末期の方で、医師からの説明のとらえ方が本人、家族間でまちまちであった。本人、家族納得の上で在宅サービスの調整をすすめたが、差があることでサービスがスムーズに導入できないことがあったので、ケースによっては医師の説明時に同席をする必要があると感じた。

・病院、医師によって入院時のケアマネの対応や事前情報など求められることが変わってくるので、医師にも意見や改善点を確認してもらいたい

・退院についてMSWと家族との話し合いがないまま、「家族が退院させたいというので退院になります」と相談があった。少しは家族と話して方向性を決めてもらえるとありがたい。

・入退院の連絡は、MSW個人によることが多く、病院、連携室の業務として共有されるとよいと思う

・末期がん等終末期で在宅希望の方。MSWさんから直接居宅さんへ相談していただく方がご家族さんの混乱を招かずスムーズだと思った事例があった。

## ○ケアマネ側

### (情報共有もれ、遅れ)

- ・かかりつけ医（主治医）への入院で、2-3日の検査入院とのことで情報共有シートを出しそびれた件があった。入院した時点で速やかに作成、送付できるようにしたい。（反省点）
- ・入院先の病院で、疾患が発見されたが当該科がなく、早期に他院受診が必要と、急遽退院になったケースがいた。最低限の調整もされておらず、体調を崩し、再入院となってしまった。仕事が立て込んでいる時、電話で情報伝達は行いが、シート送付が遅れることがあったので改善したい。

### (情報共有の方法)

- ・病院側より「できている」と言われた際に、病院ではできているが、自宅の環境ではどうか？心配になることがある。特に短期間の入院の際。なるべく口頭で伝えるようにはしているが、状況に応じて写真等の活用も検討していければと思う。
- ・ぜひ、病院に訪問させて頂いて、MSWと顔の見える関係を築きたい
- ・急性期の入院については調整機関が短い為ために状態確認をしていく必要がある。
- ・長期入院は、患者様の体力低下やADLの低下が心配される。早期に退院ができるよう、本人や家族の意向を踏まえてケアマネからケースワーカーに相談していくことも必要かと思う。その点で病院と施設側で目的を共有できれば良いと感じた。
- ・連絡なく入院、退院となることもあるので、連絡はこまめに取れるようにしていく

### (アセスメント、意向確認不足)

- ・コロナ禍でもあったと思うが退院時アセスメント、本人の意向確認が薄かったと思う
- ・今回、独居の方で、入院した際には医師からも誰かの目がないと一人での生活は無理なので施設だと話があり、入院中に施設で調整するとのことだったが本人の強い希望で在宅にてサービス調整お願いしたいと話があり、退院前カンファレンスをZOOMにて行ったが、本人のみで家族の参加はなく、その場でできるだけサービスを整え退院。退院当日、家族往診の先生から、一人での生活は無理だと話があり急遽調整が必要となり、調整中に再度救急搬送となり再入院となってしまっていて本人だけではなく家族⇄病院⇄ケアマネとでもっとしっかり退院後について話をして対応していれば…と感じた。

## ○全般

### (情報共有シート見直しに向けて)

- ・退院時は看護、リハよりサマリーにて情報をいただいているため、入院時の情報として必要な内容を集約して、もう少し書きやすくするための書式の変更があっても良いと思う（A4 1枚にとか）
- ・シートの記入量が多く、いざ時間がない場合等窮屈に感じることもある。仕組みは定着していると思うので、ツールの見直し時期かとも思う。
- ・情報共有シートのADL部分の退院時のところが必要かどうか。病院からは情報共有シートでの返答ではなくサマリーでいただくことが多い。
- ・医療機関によって、薬の詳細の情報、内服方法、医療処方方法等の詳細が知りたいと求められた際、詳細を伝えるには、様式だけでは難しい。必要に応じて、訪問看護師とも連携と取ってもらえるように工夫しており、書面だけでは限界を感じることもある。

・情報共有シートの内容だけではご本人の在宅での生活状況を知っていただくには情報不足を考え、基本情報等在宅での生活がわかるよう追加のシートを送るようにしている。そのあたりの改善ができないか？また、情報共有シートの返送がないことがほとんどで、サマリーを代用していることが多い。となると情報共有シート自体の有効性はいかなものか？

- ・ADLを記入する欄が狭く、情報を入れきれず、別紙になることもある
- ・身体状況などの項目が小さすぎて、書ききれない時がある
- ・入院時の情報提供に際して、病院がほしい情報があれば知りたい（ケアマネが見落としがちな）
- ・病院からの連絡の際にも同じ情報共有シートの活用を希望したい
- ・地域ごとではなくシートの内容を統一して欲しい
- ・看護サマリーなどで情報が得ることができるため情報共有シートの「退院時特記事項」の活用がされたことがない。情報共有シートの見直しが必要ではないか。
- ・病棟入院中の先生と退院後の先生が別々の場合もあったような気がしますので主治医の項目があればいいと思う
- ・特記する事項のスペースを作ってほしい

#### （その他）

・ここ数年はコロナ禍で実際に関われないことも多く、本人の入院中の様子と実際に自宅に帰ってからのギャップが大きい場合が増えているように感じている。また病院、本人、家族の意向がまとまっていないという場合もあり、今後実際に顔を合わせた退院調整が増えると思われるが対策が必要かと思う。

- ・FAXでやりとりしているため個人情報の取扱いに不安を感じる
- ・個人情報の取り扱いについてのルールを明確にしてほしい（FAXで送る際）
- ・アンケートに「以前」とあるが、退院調整ルール策定時には「以前」とは策定前を指していたが、現在はルールを策定して数年経過し、何をもって以前というのかが曖昧になっている。一度振り返りと今後の事を話し合うべきではないか
- ・比較的若い年代の方では、自動車運転や復職等についても、本人の希望と能力との差が大きいまま退院し、「こんなはずではなかった」と、本人が精神的な落ち込みや焦りにつながっていることが多いと感じる
- ・事業所が休業の時、2～3日はすぐに過ぎてしまい、連絡から提出が時間に迫られることがある
- ・二本松市、本宮市内の医療機関は顔の見える関係性がある程度できており、連携も取りやすいが、県中、県北の医療機関の場合、面識も低く連携方法にも違いがあるのかもしれないが話が理解しにくい。できれば全県で同様の連携方法が確立できれば良いと思われる。

### ⑥退院調整ルール運用について今後必要なこと（主な内容）

#### ○ルールの周知、共通理解の場づくり

- ・医療相談員さんが、ルールにのっとって対応されても、現場に浸透しておらず、医師もしくは看護師と家族で退院を決定されることがある。退院してから困っているご本人、ご家族もおられるのでルールについても周知が必要と思う。
- ・退院調整ルールについての研修等が必要

・策定時からか仕事をしている人と、策定後から仕事を始めた人がいる。間にコロナ禍が挟まれており、ルールが形骸化していないか確認すべき時期にあるのではないか。ルールをルールたらしめるのは全員の共通理解できてこそ。集合研修などで一度基礎に立ち返り、今後の退院調整ルールを検討してはどうか。

・各病院やケースワーカーによって退院調整ルールの理解度に差があると思われるため、ルールについての勉強会などがあると良いかと思われる

・医療との連携を図るうえで医師、病院のケースワーカーとの連携がスムーズに図れるための意見交換会（それぞれの要望、希望等）が聞けるとよいと思う

・病院側と退院調整ルールを共有する機会

・個別事例検討会は必要だと思う。そのケースにより必要度は異なるが、検討会をすることによって在宅に戻ってからの必要なサービスであったり、誰が何をどのように支援していくかなど役割分担についても全体で確認、協議していくことができる。

・退院調整に伴う事例検討会などの企画は勉強にもなり、行ってほしいと思う。

・ルール運用について、事例等を通して、理解を深める機会があればいい。また、病院に送る情報として、在宅勤務等で担当者が不在の際、分かる範囲で早めに情報を送った方がいいのか確認したい。

#### ○情報共有シートのあり方の検討

・今後の医療介護連携システムを考えると、日々の業務で使用している介護業務システムから入院時情報提供書の出力が望ましいと思う。

・予防の方は、自分で入院前の状況を説明したり退院後の調整が必要ないことも多い。毎回情報共有シートをやり取りするのではなく、ケアプランを代わりにするなど応用を検討してもいいのでは？

・病院側で聞いている内容と重複している場合は省略できるように情報共有を円滑にしてほしい。情報共有シートはすべて埋めなくてもいいとか…。

・シート情報はあくまでも手段のひとつとして考えている。電話で情報を伝えても、シートで下さいと言われる。入院した時に早急の情報が必要かと思い電話で連絡をするが、シート入力の時間が取れないと情報が遅れてしまう。シートありきのMSWもいる。

・情報共有シートの使い方について、居宅の事業所により認識の差があるように感じる。使い勝手のよくないところは改善が必要だが、現状を工夫することで柔軟に活用できるという認識と、何のためにシートを作成するのか、という本来の目的（つまり、利用者情報が適切に医療につながり、次の退院支援に活用できるため）からずれると、「シートの作成が手間」という感想しか出てこない。この点の認識の統一が必要と思う。

・病院、居宅両方の立場を経験しているが、情報共有シートの使用方法について、共通の理解が必要なのかと感じる。現在は統一様式に基づいて実施しているが、あくまでも一つのツールであり、本来の目的が達成できるように連携できると良いのかなと感じる。利用者の状況について、単に「一部介助」「全介助」ではなく、詳細な状況をやり取りすることで、利用者像が共通認識できるよう、その状況により、柔軟に対応できるように認識の統一ができると良いなと感じる。

・入退院を繰り返す場合のシートの活用について（毎回出す必要があるのか？）

・病院も在宅サービス事業所も情報共有・連携が必要なことは理解している。その連携方法として「情報共有シート」がひとつのツールになったと思う。しかし、情報共有シートに県北と県南で違いがあることや、内容の見直しなど情報の充実についての意見交換が必要と感じる。



## ○外来通院時の連携ルールの検討

- ・通院時から活用できるようなルールを作成
- ・退院調整ルールができ入退院時における連携が定着しつつあり助かっているが、外来受診時の連携について困難さを感じることもある。退院調整ルールの様なルールや共通の様式等のご検討いただければありがたい。（一部他県の市町村単位であるようです。）
- ・入退院のみならず、外来通院での連携の取り方などについて連携がとりやすくなるという。居宅介護支援の通院時情報連携加算を活かせるようにしたい。

## ○独居高齢者等の対応

- ・身寄りのない方の支援。病院から救急搬送されたが、本人のキーパーソンが不明なため、入院させられず救急室でストップしているというケースがあった。医師法19条を考えると病院との連携だったり、もっと理解を深め合うことが重要課題だと思う。
- ・基本的な入退院時の連携は図れるようになってきていると思う。今後は一人暮らしや認知症のある方等、対応が困難な方のケースで、よりスムーズな連携、調整が図れるようになる仕組みが必要だと思う。

## ○その他

- ・状態が安定しないまま退院してこられても生活環境がすぐに整えられない。退院前に家の状況の実調を病院スタッフが実施して退院させてほしい。
- ・MSWと顔を合わせる機会が激減している。顔がわからない。
- ・ZOOMカンファの充実、顔の見える関係づくり
- ・相談員さんと連絡を取りたくて何度も連絡をしても別件対応中と話ができない。他のSWも情報を教えてくれない。忙しいのはわかるが、他のSWさんが対応してくれてもよいと思う。スムーズに調整を行うことが難しくなっていく。
- ・転院時の医療機関同士の情報交換が充分ではないことが続いている。できれば、治療情報だけではなく、退院にむけた家庭背景なども共有していただけると助かる。（※入院先の病院には情報提供しているが転院先には情報交換ができていないと思いき、事本情報提供は行っていない。念のため連絡をとると、家庭背景はよくわかりませんと、MSWに確認を取ることが多い為。確認後必要に応じて、入院した医療機関先と同様の内容の情報提供書を送るようにしている。
- ・病院によって丁寧な説明をしていただけることもあるが、専門用語がわからない場合もある。医療従事者の方にはそのことを分かってほしい。
- ・コロナ禍のため、いろいろな研修がZOOMになっているので交流がなく、自分のやっている情報共有に不安がある。以前のように研修会場で行えるよう望んでいる。
- ・かかりつけ医の中にはケアマネとの連携を嫌がる医師がいる。医療・介護の連携についての「医師への意識付け」がもう少し必要と考える。
- ・介護保険サービスの調整には、多少時間を要することをもう一度ご理解いただければと思う。

・退院が決まった段階でのご本人の心持がどれだけMSWや医師に理解されているか？疑問がある。治療が終わった段階で退院となるわけだが、本人が納得しないまま流れに沿って退院まで進んでしまい、病院側も、在宅側もマニュアルのように必要なことを淡々と進めてしまっていることに気づかないでいる。あくまでも本人支援であることを忘れずに関わることが必要。そのためには医療機関と在宅との振り返る機会として事例検討会などを進めていくことは重要だと思う。

・居宅の私たちにとってMSWは病院と在宅の窓口と理解しているが、各々の病院ではMSWの存在価値が低いとも聞く。病院の中で患者さんの状況を一番理解しているのは誰なのか、在宅復帰に関して一番スムーズに連携ができる人はMSWとの認識でよいのだろうか？そうでなければMSWの教育機関がもっと充実すればと思う。

・入院前にケアマネが決まっていないう要介護と思われる方（中重介護者）に関しては、病院から直接居宅介護支援事業所に紹介してほしい。入院先の患者の情報を知らない包括が、病院と居宅の間に入って取り計らうより、入院先中の退院調整は病院が主体となって、包括・居宅と連絡・連携を図る方が効率がよく、患者とその家族の満足も向上するのではないのでしょうか。

・退院調整、看護サマリ等を記入する担当と、相談員が別々で、相談員に内容を問うも、返答がもどることに時間を要している。

・精神関係の病院との運用がないので、今後ぜひ情報共有できる様になると良いと感じる。

・包括では多問題世帯に関わることも多くなっているため、精神科病院でもご本人の退院後の在宅生活を支えるためのルール作りが必要と思われる。病院と在宅（地域）が繋がるような退院調整・情報共有シート等があると良い。

・加算算定の目的で退院後関わりがなくなる場合は、カンファレンスへの参加や不用な情報提供は個人情報取扱い上課題と思われる。

・病棟看護師より区分変更の提案など直接家族にある場合あり。病院の相談員とケアマネで情報のやり取りをしているところに急に区分変更の話があると利用者、家族、ケアマネとも困惑する。メリット・デメリットがあるので病棟で区分変更はすすめないでほしいと思う。

・運用というより、毎年の検証の期間が、なぜ6月から7月という短い期間に限っているのか疑問。せめて半年とか、可能であれば年度内通してとか、長いスパンで検証できないのか。

～まとめ～

- 退院時の病院からケアマネジャーへの連絡のもれ率は、調査初年度から低下傾向で推移しており、令和5年度は10.9%とこれまでで最も低かった。
- ケアマネから病院への入院時情報提供書の送付割合は、要介護が84.8%、要支援が50.0%であり、経年で見ると横ばいで推移している。
- 退院調整ルールを理解については、「理解している」が97.8%であった。「理解していない」と回答した主な理由としては、業務を担当して間もないことによる理解不足等が挙げられた。
- 退院調整ルール取組実施割合は、居宅介護支援事業所で95.2%、地域包括支援センターで86.9%であり、経年で見るとどちらも上昇傾向で推移している。情報共有シートの活用割合は、居宅介護支援事業所で91.4%、地域包括支援センターで56.2%であった。活用しなかった主な理由としては、情報共有シート以外の様式を使っている、作成する余裕がない等が挙げられた。
- 医療機関との連携の取りやすさについては、「連携が取りやすくなった」とする割合が、居宅介護支援事業所では95.0%、地域包括支援センターでは88.5%であり、経年で見るとどちらも上昇傾向で推移している。
- うまくいっている点としては、退院調整がスムーズであること、病院との関係構築、主治医や他の事業所との連携促進等が挙げられた。
- 工夫している点としては、病院への連絡のタイミング、本人や家族への説明、情報共有シート記載の工夫、顔の見える関係づくり、こまめな連絡等が挙げられた。
- 改善を要する点について、病院側の要因としては、退院連絡もれ・遅れ、カンファレンスの方法、転院のケースの連携、病院による対応のばらつき、退院時サマリーの情報不足、新規のケースの対応等が挙げられた。また、ケアマネ側の要因としては、情報共有もれ・遅れ、情報共有方法、アセスメントや本人・家族の意向確認不足、情報共有シートの見直し等が挙げられた。
- 退院調整ルール運用について今後必要なこととしては、ルールの周知や共通理解の場づくり、情報共有シートのあり方の検討、外来通院時の連携ルールの検討、独居高齢者等の対応が挙げられた。