

## 【県北圏域】

## ケアマネジャーを対象とした「退院調整の現状調査」の結果

## 調査の概要

## 1 目的

平成28年度に病院とケアマネジャーが連携を取りやすくするためのルールを策定し、その運用状況を関係者により定期的に検証、必要な見直しを行っていくこととしている。

ルール運用後の連携状況を把握するため、ケアマネジャーを対象に調査を実施した。

## 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2年6月～7月

## 4 調査対象

県北地域のケアマネジャーが所属する機関

(1) 居宅介護支援事業所

(R2.4.1現在；157ヶ所、追加回答施設1ヶ所)

(2) 地域包括支援センター (R2.4.1現在；39ヶ所)

## 5 調査内容

## (1) 概要

医療と介護の連携の状況は、退院の際の、病院側と在宅介護支援側（ケアマネジャー）の連携状況を把握することにより、その実態を把握することが可能と思われる。については、ケアマネジャーを対象として、対象期間に扱った退院ケースについて、病院からの連絡状況を調査する。

## (2) 対象期間

令和2年6月～7月 (2ヶ月分)

## (3) 主な結果

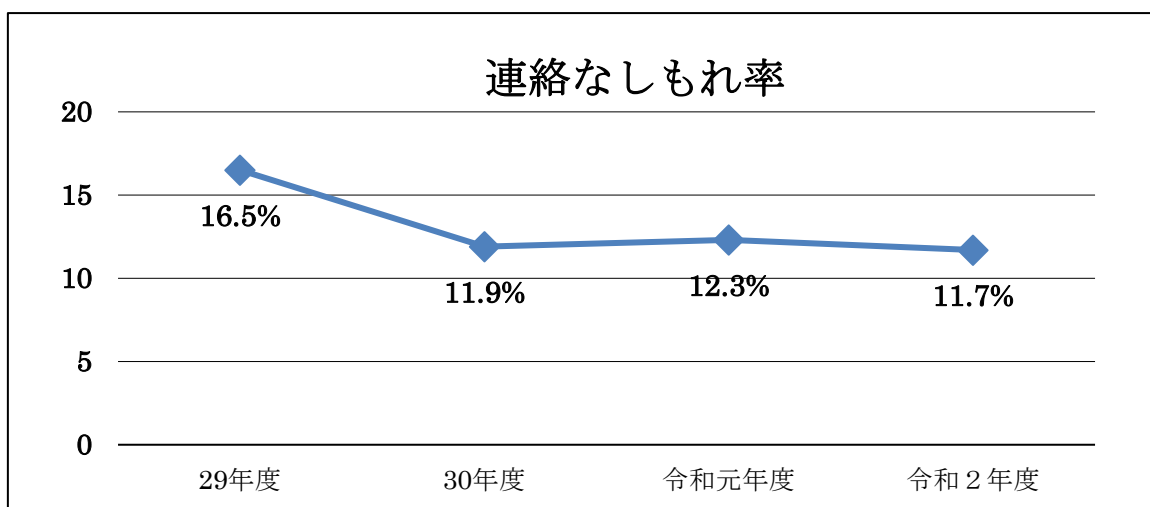
## ① 回答数（事業所数等）

種別	対象数	回答数	回答率 (%)
居宅介護支援事業所	158	136	86.1
地域包括支援センター	39	39	100.0
計	197	175	88.8

② 退院患者数と連絡の有無（2ヶ月間：令和2年6～7月）

種別	人数	連絡の有無		連絡なし もれ率 (%)	令和元年度 (%)
		あり	なし		
要介護	771	700	71	9.2	8.7
要支援	175	135	40	22.9	26.2
(小計)	946	835	111	11.7	12.2
その他	1	1	0	0.0	22.2
合計	947	836	111	11.7	12.3

\* 「その他」は、要介護度認定申請中など。

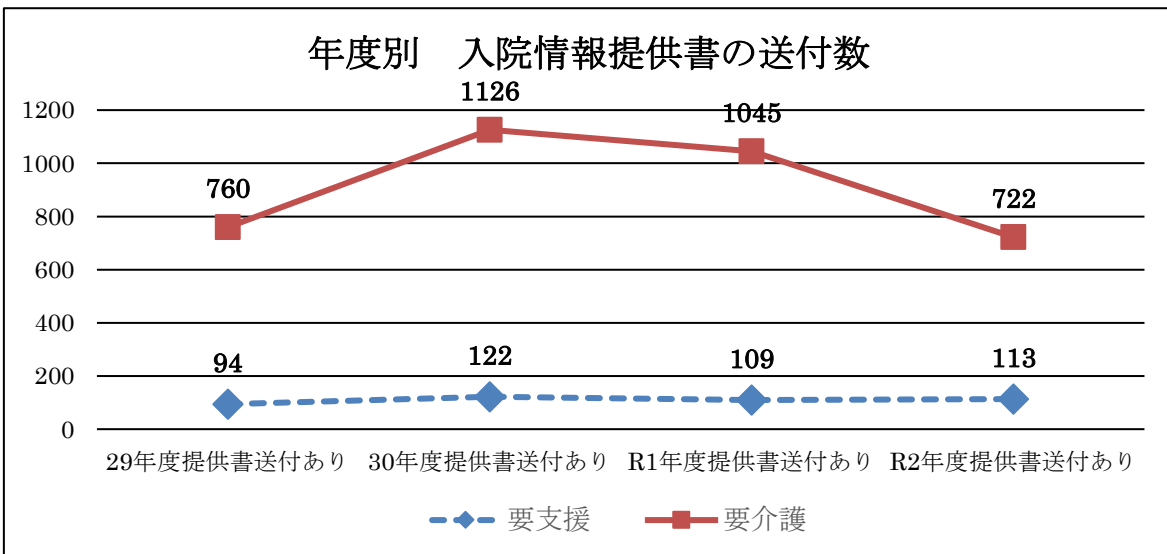
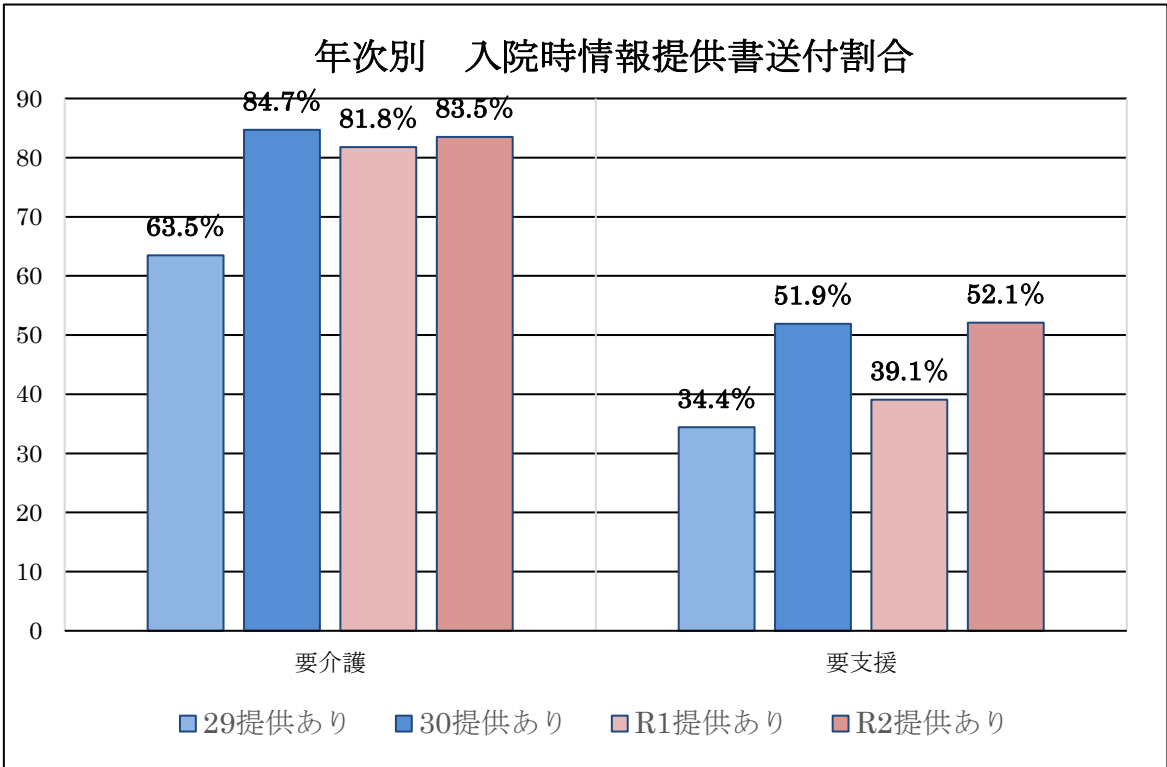
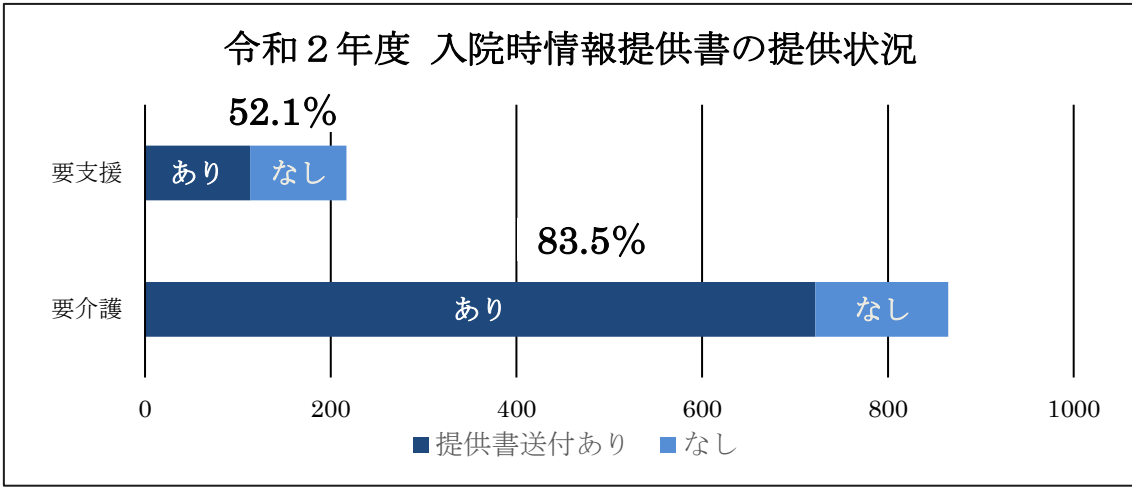


③ 入院先病院内訳（圏域別）

県北	県中	会津	その他	計
932	13	1	1	947

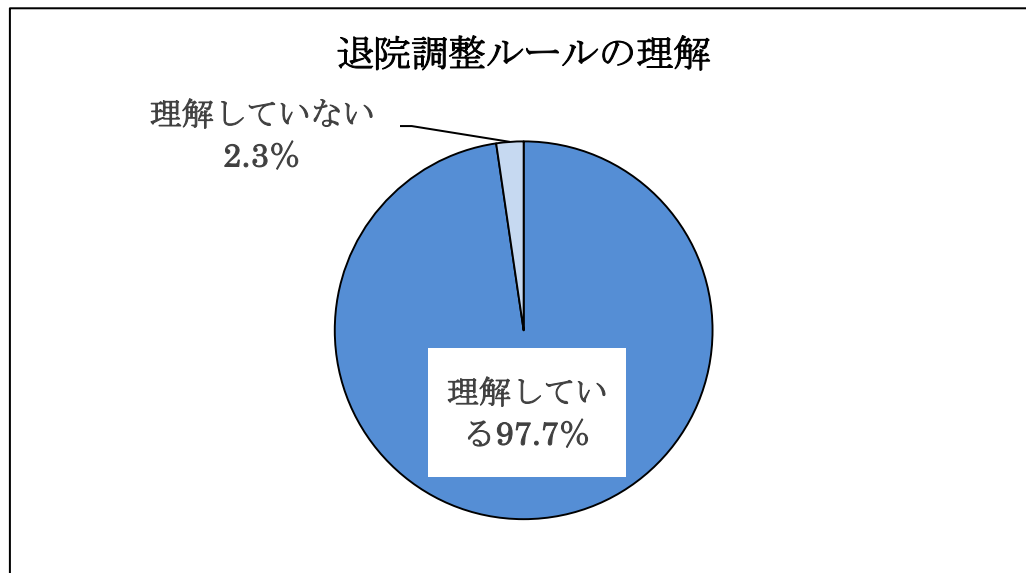
④ 入院患者数と入院時情報提供書送付数（2ヶ月間：令和2年6～7月）

種別	人数	提供書送付数	提供あり (%)	元年度 (%)
要介護	865	722	83.5	81.8
要支援	217	113	52.1	39.1
合計	1082	835	77.2	74.2



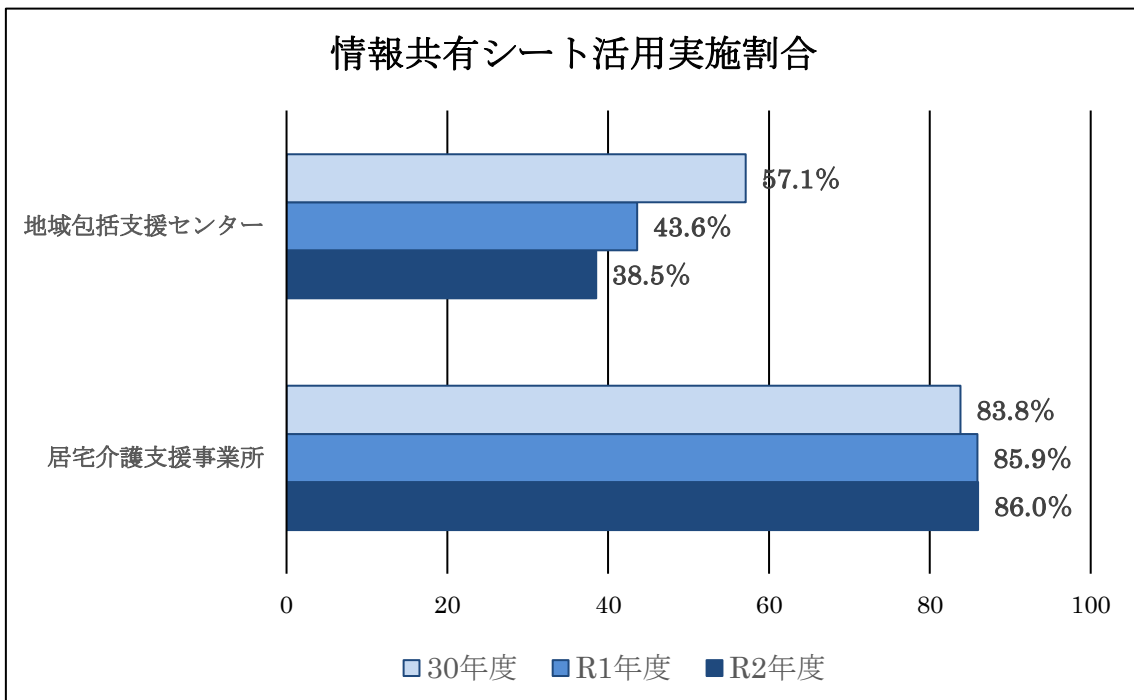
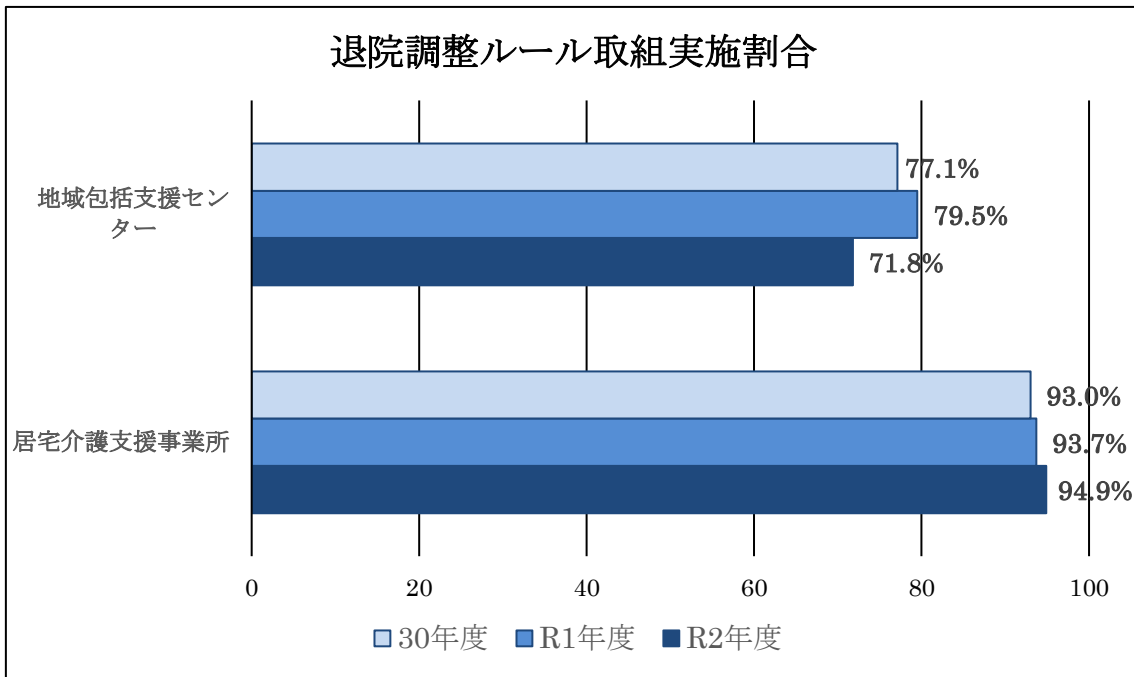
⑤ 退院調整ルールを理解

種 別	理解している	理解していない
居宅介護支援事業所	132	2
地域包括支援センター	36	2
計	168	4



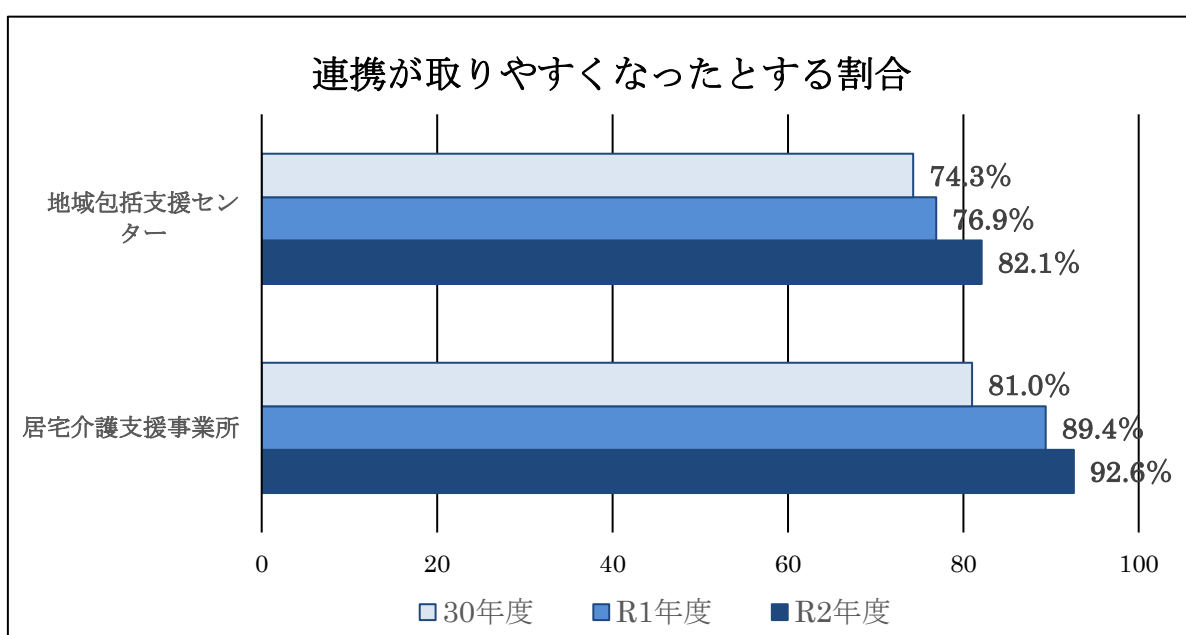
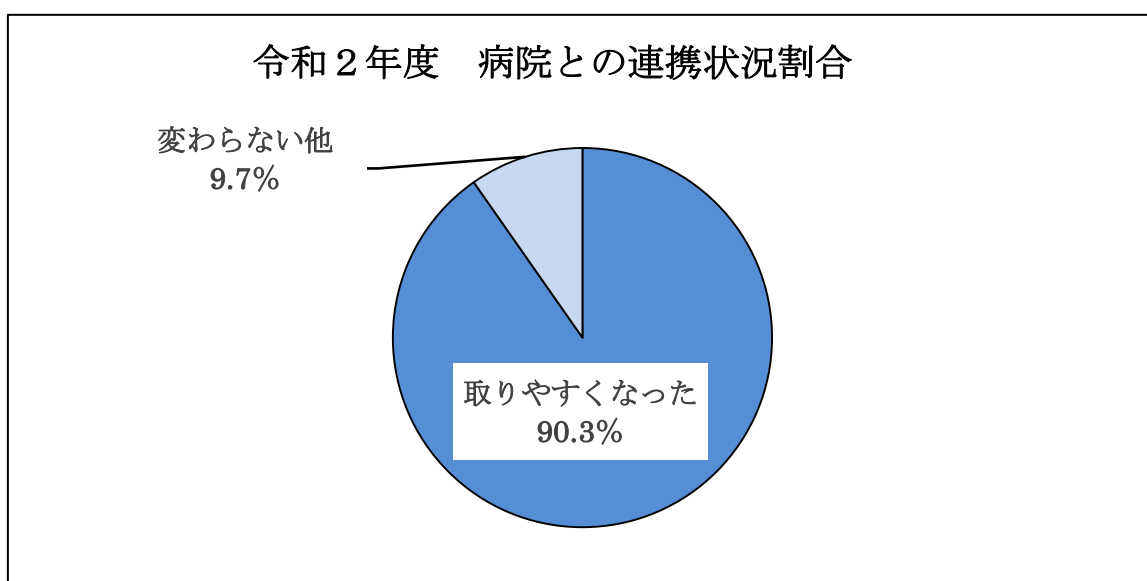
⑥ 退院調整ルール取組状況

年度		居宅介護支援事業所	地域包括支援センター	計
30	回答数	142	35	177
	取組実施数 (%)	132 (93.0%)	27 (77.1%)	159 (89.8%)
	シート活用数 (%)	119 (83.8%)	20 (57.1%)	130 (78.5%)
R1	回答数	142	39	181
	取組実施数 (%)	133 (93.7%)	31 (79.5%)	164 (90.6%)
	シート活用数 (%)	122 (85.9%)	17 (43.6%)	139 (76.8%)
R2	回答数	136	39	175
	取組実施数 (%)	129 (94.9%)	28 (71.8%)	157 (89.7%)
	シート活用数 (%)	117 (86.0%)	15 (38.5%)	132 (75.4%)



⑦ 病院との連携及びカンファレンスの状況

年度		居宅介護支援事業所	地域包括支援センター	計
30	回答数	142	35	177
	連携が取りやすくなった (%)	115 (81.0%)	26 (74.3%)	141 (79.1%)
R1	回答数	142	39	181
	連携が取りやすくなった (%)	127 (89.4%)	30 (76.9%)	157 (86.7%)
R2	回答数	136	39	175
	連携が取りやすくなった (%)	126 (92.6%)	32 (82.1%)	158 (90.3%)



## 【自由記載から抜粋】

### 退院調整ルールについて

#### <理解していない理由>

- ・新人職員など充分理解できていない職員もいるため。
- ・活用する機会が少ないため。

#### <退院調整ルールに基づいて取り組まなかった理由>

- ・退院時に必要な調整、連携は部署内で共有はしているため。
- ・入院時には、医療機関へ連絡を入れ退院前の日程調整などに取り組んでいるが、医療機関側からの連絡が乏しい。
- ・予防の方は加算がないため活用しなかった。
- ・同じ病院に何回か入院しているため、情報提供書は送付しなかった。
- ・電話等での問い合わせで済んでいる。
- ・時間が経ってから、入院したことを把握したため
- ・退院後に本人から事後連絡があったため
- ・急な入退院では、時間が取れず取り組めない。
- ・短期間の入院のため
- ・特に医療機関から求められなかったため。
- ・介護保険申請案内含め、医療機関からの新規相談が多いため、情報共有や退院前カンファレンス等を可能な限り行い、暫定でサービス調整実施の場合もある。

### 情報共有シートを活用しなかった理由

#### <情報共有シート以外の様式を使用>

- ・以前より、事業所で使用しているシートを使用
- ・厚労省の参考様式を使用
- ・市の実態把握表を利用、病院も了解
- ・有料老人ホームのサマリーで足りたため。

#### <電話等による情報共有>

- ・MSW より連絡時に電話で詳しく説明した
- ・電話でたいいの情報共有で充分であるケースについてはシートを活用していない。
- ・入院期間が短く連絡がきた際に、あと数日で退院というケースが多く、電話でのやり取りも多かった。

#### <その他>

- ・情報共有シートは使いにくい
- ・偶然電話し、入院したことを後日知ったケースがあった。
- ・予防の方は加算がないため活用しなかった。
- ・入院時連絡がなく、入院の把握が出来なかったため。
- ・入院期間が短いため、また、入退院を繰り返しているなどの理由から、病院側から不要といわれた。
- ・新たにシートに情報を落とすのがなかなか大変。

## 医療機関との連携の取りやすさについて今までと変わらないと感じた理由

- ・今までも基本情報等、情報共有していたため。
- ・以前から連携が取りやすい病院と取りにくい病院があり、相談員によって対応が全く違うためどちらとも言い難い。

## うまくいっている点、工夫していること

### <うまくいっている点>

- \* 転院の際、転院先の相談員も知らせてくれ連携がうまく行った（大原総合病院）
- \* 新規ケースの退院前相談には、病院での面会が出来るようにご配慮いただいた。
- \* 年末年始や休日など地域連携室が営業していない日でも「県北地域在宅緩和ケア社会資源情報」で入退院時連携部門より窓口や連絡先が分かりやすくなっていて、とてもよく活用している。
- \* 生活、家庭環境を伝える事で先の生活について話し合うことが出来た
- \* 入院によって ADL の低下がみられるかどうか不明な時は入院中にリハビリの状況を見学させていただき、入院が長期に担っている時中間報告としてくれる病院があり大変良かった。
- \* 入院の時点で早めの調整を必要とする患者さんの情報共有をすることで、在宅での問題点や課題を把握してもらえ、入院中にもその課題に対してアプローチしてもらえるので大変助かっている。今年度はコロナの影響でなかなか病院に伺えないため、情報収集に我々も工夫しながら行っていきたいと考えている。
- \* 入院中、途中経過、退院前とこまめに連絡と状況説明があり、今後の計画をするにあたり、本人の状態がイメージ出来て良かった。
- \* 病院側がリハビリの様子を動画で撮ってくださり、カンファレンスの際、出席者全員で確認することができた。口頭や文書だけでなく、動きが見られたのは退院後のサービスを調整するうえでとても良かった。
- \* 入院中の情報提供があり、その後の支援の方向性が検討しやすい。今回はコロナ禍の中、連携が取りにくい中でも居宅側、病院側から何らかの手段で情報を共有しようとする努力はしていた。
  - ・入院時も家族からの連絡が早急にあった。
  - ・連携が早く取れ、情報収集ができケアプラン作成し易かった。
  - ・退院後の在宅への介護サービス等がスムーズに移行することが出来るようになった。
  - ・個人的に活用していた書式よりは簡略化されている。
  - ・コロナ禍で面会できませんが、情報提供等で連携を図ることで連絡しやすくなっていると思います。
  - ・看護サマリーの詳しいものを頂けること。
  - ・病院側から経過を含めて連絡をいただくことが増えた。
  - ・担当ケアマネであることで本人の様子を聞きやすくなる
  - ・入院中にソーシャルワーカーより本人の ADL の変化や自宅生活に戻った際の注意点を知らせて頂けるためサービス事業所と情報共有し退院後のサービス調整がスムーズとなっている。
  - ・現在、新型コロナウイルス感染予防のため面会が出来ないが、病院の相談員さんからこまめに情報頂き、体調など確認もでき、退院までの見通しも的確にいただけた。



- ・入院時情報提供を送る事で、入院中の様子を電話で伺うことがしやすくなりました。
- ・共通ルールの調整ルールがある事で、病院や他事業所とのやり取り（取り掛かり）がスムーズである。
- ・退院前にカンファレンスへの参加の求め方が病院側よりあり、余裕をもって退院の運びになってきて医療機関との連携は取り易くなっている。
- ・入院中の本人や家族の不安に思っていることや意向の確認ができ、サービスの調整が行いやすい。特にコロナの影響で、直接意向の確認が出来なかったのも。
- ・病院の相談員から退院前に連絡がきて情報のやり取りが出来た。
- ・病院への連絡をする負担感が、ルールを活用することで、軽減されている。
- ・病院の相談員さんの対応も、積極的であると感じます。
- ・退院 2~3 週間前から状況を教えて頂けている。サービス導入がスムーズにできている。
- ・連携を持つことで更に顔の見える関係となり、より連携が取りやすくなっている。
- ・情報共有がしやすくなった。
- ・以前に比べると、病院からの情報開示が受けやすくなり、やりとりがスムーズになった。
- ・入院中のリハビリの経過等を随時報告していただき、退院前のカンファの日程調整してもらいサービス調整に役立った。
- ・入院時、早急に情報を送付する事で、医療機関からも早めに連絡をいただけるようになった。
- ・以前より医療機関からの連絡が増え今後の方針等について相談しやすくなった。
- ・先生からの説明、話に声を掛けてもらえることも多くなり、情報収集しやすくなった。
- ・コロナ感染を恐れて、ご家族が転院時病院に来てくれないケースがあった。ケースワーカーさんと協力して退院することが出来た。
- ・状況を連絡いただけると在宅に戻ってからのイメージや必要なサービス等も調整しやすい。
- ・必要に応じて病院側から連絡が入る。本人がしっかりしており状況把握ができる場合や状況に変化がない場合などは、退院直前の連絡になる事もあるが特段支援には影響しない為、問題はない。
- ・連携を図ることで、相談員さんの顔も分かり退院調整に関わらず相談しやすくなった。
- ・退院転院についても連絡をもらうことが出来る。
- ・入院中の状況など把握しやすく、退院調整に慌てなくても済んでいる。
- ・利用者がすぐに入院を知らせてくれる事で、医療機関との連絡も早い段階で取れるようになった。
- ・家族状況や退院に向けて問題になりそうなことなど、共有しながら退院支援が行えた。（すぐの退院でも大丈夫かそうでないか、など）
- ・入院時から連絡いただくことで、医療の必要性や在宅環境の整備の必要性を検討する事が出来ている。
- ・反対に病院から連絡が来ることが多い。
- ・書面での情報に加え、電話でこれまでの生活状況、家族状況を伝えるようにしている。担当相談員より返事をもらうと安心する。全く返答ない病院もあり効果不明も感じた。日頃、付き合いの薄い医療機関と、相談ツールが合うことでとりあえずの繋ぎや関係性が出来る事が助かる。

- ・近隣の医療機関では、連携も取りやすく、退院後のサービス調整がしやすい
- ・(医療機関の)相談員と連携することで医療系のサービスの調整がスムーズだ。
- ・入院時病院から連絡がない場合でもケアマネから連絡し、退院時の連絡がスムーズになった。
- ・早い段階で退院後を見据えたやり取りができるようになった。
- ・医療機関側の担当者が明確になり色々お問い合わせしやすくなった。
- ・県中医療圏の病院との連携だったが、情報共有シートの様式があることで必要な情報を適切に提供できた。
- ・担当のMSWの方が分かり、入院中の状況を変化がある度、教えていただけるので退院に向けてのサービス調整がしやすい。
- ・地元の(安達地区)医療機関とは、あらかじめ相談したり連絡が来たりと相談員さんと話しやすくなり、とても連携しやすくなった。大きな病院でも連携について理解があり、こちらからの相談には、早く対応していただけている。
- ・退院調整ルールが定着し、相談しやすくなっている医療機関が多い。
- ・医療機関にも在宅でのサービスの利用状況を把握していただけるのは良い。
- ・退院に向け、早めに病院から連絡が頂けるので退院後のサービス調整にゆとりが持てる。家族も気持ちの準備や退院後の生活を考える時間が持てる。
- ・ケアマネとして、あまり関わったことがない病院でも情報共有シートを送付することで、その後のやり取りがスムーズに感じる。
- ・コロナウイルスの兼ね合いで退院前カンファレンスが開催できない場合でも、病院から情報共有シートを頂けると、関連事業所と情報共有に役立てることができる。病院から口頭で伝えられるより、書面で確認できるので助かっている。
- ・病院の相談員から体の状態等の連絡が入るようになったと感じる。

### <工夫していること>

- ・面会できない中で本人の意向をMSWとの密な連携で確認、共有している。
- ・入院中の目標設定がしやすいよう自宅での生活状況等を出来るだけ細かく情報提供させてもらっています。
- ・病院とケアマネが連携する必要性も日頃から説明するようになっている。
- ・家族からの連絡があり次第、できるだけ早くFAXするようになっている。
- ・入院の情報が分かった時点で医療機関へTELしている。
- ・入院の情報があれば、地域連携室に連絡して担当を確認している。
- ・医療機関との連携を取るのが必要になった時には、スムーズな連携が図れるように心がけている。
- ・入院がわかった時点で速やかにまずは医療機関に電話している。
- ・TELでも話した上でシートを活用している。
- ・他科受診の件でも伝える。
- ・情報としてサービス計画書を添付している。
- ・共有シートだけでなく、TELなど口頭で本人の状況だけでなく、家族の介護力なども伝え環境を整えてから退院できるよう連携を図っています。
- ・新規で、その病院、相談員さんに関わる時は、情報シートを持参し顔の見える関係を作るようになっている。
- ・連携シートを退院時活用している。

- ・フローチャートを職員の目につきやすい所に置く
- ・入院が長引きそうな利用者は、時々相談員と連絡を取り様子を確認し、その情報を在宅で利用していた事務へ連絡している。
- ・医療・安心セットの活用。
- ・書面での情報に加え、電話でこれまでの生活状況、家族状況を伝えるようにしています。
- ・家族より入院の連絡をもらった時には、早めに病院へ連絡を入れるようにしている。
- ・様式を利用しながらも、誤解が出やすい事もすべて口頭で付け足して行っている。
- ・状況把握後、すぐに連絡を入れ情報交換をする様にしています。
- ・情報共有シートは活用してないが、法人のサマリーで連携を取っている。
- ・契約の際、ルールについて説明し保険証類と一緒にケアマネジャーの名刺を保管して頂くよう利用者に依頼している。
- ・入院中もコロナの影響で面会が制限されるため、こまめにMSWと連絡を取り治療経過や方針などを確認するようしていた。
- ・入院時に退院時には入院中の経過や治療状況等を聞き確認したい旨、病院ソーシャルワーカーに伝えている。
- ・包括支援センターの専門部会(社会福祉士)主催で近隣の医療機関の医療相談員と意見交換会を実施した。
- ・ケアプランソフトに付属している様式を採用して、入力効率化と管理のし易さを図っている。
- ・退院時の電話連絡時に相談員さんから現在の状況で早急に対応する事等の聞き取りをし、退院準備をスムーズにする。
- ・利用者様が入院した時は情報共有シートを送るだけでなく、必ず電話で連絡し情報の共有化を図っている。
- ・家族より連絡が入った時は、担当MSWを通じて情報共有シートをお渡ししている。可能であれば入院中に状況確認を実施。
- ・今年度、町から「安心セット」を配布して頂いたので訪問時に保険証等を一つにまとめておくよう説明している。(国見町)
- ・家族に「入院したらケアマネに連絡ください」と伝えておりうまく連絡がもらえれば入院時の連携もスムーズに行うことができる。
- ・退院後通院先の病院に退院してからの自宅での様子を折に触れ伝えるようにしている。
- ・新型コロナウイルス感染予防に伴い、情報共有シートはほぼFAXで提供している。病院側もそれを望んでいる。

#### <その他>

- ・書類上の連絡は上手く行っているが、本人や家族への理解を得る事が難しいように思った。
- ・当たり前的事ではあるが、1日でも早く入院時の情報提供を行い、苦慮している部分がある。
- ・今後はWEB会議なども取り入れていく流れになっていくと思われるので、そのための環境整備をしていきたい。
- ・現在はコロナの影響も大きく、電話やFAXを活用することも多い

## 改善を要する点

### <本人・家族側>

- ・本人、家族から入院した報告がない場合があり、入退院を把握できない事がある。
- ・入院したことが分からない状況で退院になるケースもある。病院側だけでなく、家族や利用者にも再度、退院調整ルールについて周知していく必要があると思った。(特に介護保険制度初めて利用する方など)
- ・家族、本人達ももっと理解感があると良い。

### <病院側>

- ・MSWの言動が患者・家族への配慮に欠ける事が多々あり、注意すべき点がある。もう少し丁寧な対応が必要と思われる。
- ・MSWと調整していたケースの転院の連絡が欲しい。
- ・病院の相談員さんによっては、連携がうまく図れない時がある為、こちら側よりこまめに連絡し関係性を築き連携が図れるようにしていく
- ・リハビリ目的で転院をしているにも関わらず、認知症で指示が入らないとの理由転院後1日で退院となった。前の病院とリハビリ先の病院の連携をしっかりと図ってほしい。
- ・退院前、病院側から事前の情報提供が欲しい。(特に新規)
- ・入院中の状態変化など報告欲しい。
- ・転院の連絡が欲しい。
- ・未だに病院の都合やMSWの都合で退院の話を勝手に進められている。以前より今日退院します。明日退院します。と言う報告が多くなってきている(一部の決まったMSWが関わるとこのような事が起こる為、意識の統一を図って欲しい)
- ・総合病院とかかりつけ医との連携。
- ・医療機関より在宅への流れが面倒なのかどうか、詳細なアドバイスが得られなかった。
- ・経験が浅いのか、知識の問題なのか、MSWによってはMSWが担うべき役割を在宅支援者側に求めてくることがある。
- ・施設優先のアドバイスになってしまい、家庭事情についての検討会の場がなかった。
- ・白内障 OPE など短期入院の方の連絡調整が課題。退院後、点眼薬が 本人一人でできず、(認知症のため) 家族から相談が入るケースがあった。
- ・MSWが入院中の情報提供を個人情報の関係で…と出したがらないが、在宅での情報を求めてくる。
- ・本人や家族の希望とは別の在宅支援者(居宅や訪看)を調整してしまうケースがあった。MSWと個人的に連携が図りやすいからとの理由で選定するのはどうなのか…。
- ・退院の情報を相談員も知らないうちに家族へ連絡があった。
- ・いまだに個人情報と言って経過等の情報をくれない、同意書の意味がない。
- ・情報を送っても内容を読んでいないと感じる時があった。
- ・病院、MSWによって【踏み込み】【関わり】の度合いに差があり、苦慮している部分がある。
- ・入院期間が短い場合、医療機関からの連絡がこない事がある。サービス事業所への連絡もあるので、連絡は頂きたい。

- ・病院でのリハビリの目標が在宅生活に根差したリハビリ目標になっていない事がある。病院でもっと在宅生活をイメージした、希望値だけでなく現実を直視したリハビリになるようにしてほしい。
- ・情報共有シート持参しても、こちらから数回催促しないと全く情報を得られない。
- ・新型コロナウイルス感染症予防の為、入院中の面会が制限されている事から AD や本人・家族の意思確認が難しくなっている。こんな時だからこそ在宅と本人・家族を MSW がうまく繋いで欲しいのだが、病院の外の事（生活状況や介護保険制度）を MSW が知らないので、結局退院してからのサービス調整に非常に苦慮する。
- ・総合病院で他科をまたいで入院とか、緊急的に数日間の入院だと、病院側が包括に介護保険の申請を依頼するものにも関わらず、自分のところでは意見書が書けないと言う矛盾を言うてくる。たらい回しの結果、困るのは本人・家族なので改善はできないものかと思う。
- ・情報共有シートを持参した担当ケアマネの所属や氏名が間違っていた。
- ・相談員と病棟の連携に疑問がある。
- ・特に、がん末期の調整について、病院で本来行うべき IC や調整を包括や居宅に丸投げする事例が増えている。MSW が知識や調整不足なのであれば、がん末期については専門看護師や医療職を配置してほしい。総合病院でがん末期（治療が出来ない状態）になったので当院では見れませんかと明らかに厄介払いをするような対応はやめてほしい。緩和ケア病院に繋ぐとしても、もう少し丁寧に IC をしたり調整をして欲しい。
- ・病院によって対応が違う事がある。
- ・退院する 1 週間前には連絡欲しい。ケアマネ抜きで、病院と家族とで退院日設定し、明日退院と連絡がくる事がまれにある。
- ・入院先医療機関の相談員によって対応のバラつきが大きい。全く連絡がない相談員もいればこまめに連絡をくれる方もいる。一番ひどかったのが入院中と退院後では状況が違うので入院中の情報がなぜ必要ですか？と相談員より。
- ・連携シートを前後で比較できるように返事が欲しい。
- ・家族もケアマネも本人の様子を退院ギリギリまで知る事が出来ない。
- ・電話や FAX にて入院中の心身状態の変化の情報をもっとまめに共有したい。
- ・患者の状態が明らかに「要介護」の状態でルールに則ったケースでも、包括に連絡が入る時がある。
- ・転院時のサマリーは転院先にしか行かない事が多い。リハビリ転院の方が多いので状態確認のためにも報告が欲しい。
- ・情報共有シートを提供しているが、退院時活用シートの返却が無いため今後の改善点として退院時シートの活用を行っていただきたい
- ・医療機関の病棟と相談員の温度差がある（医療機関内での取り組みの調整が必要）
- ・情報提供をしているが医療機関で提供書の内容を確認せず、聞いてくる。
- ・MSW によっては、アセスメントが不足していると感じることが多い。連携する上でも適切な調整などの対応をお願いしたい。
- ・病院から提出される情報が、共有シートでないことが多い。
- ・入院した時に、家族から連絡がある場合とサービス事業所から連絡がある場合があった時は、医療機関へこちらから連絡することが多い。
- ・計画入院だったため退院時サマリーがもらえなかった。入院時の情報シートが生かされていない。

- ・退院の際なるべく早めに退院日とADL状況を教えて頂きたい。
- ・情報提供シートの退院時特記事項は病院から記載されて戻ってきたことはない。
- ・大きな基幹病院は、明日明後日の退院との連絡が多く、調整の時間がない。
- ・医療機関から退院決定と同時に新規相談が入る場合でサービス調整時間が少ない場合がある。
- ・情報共有シートを活用し「カンファレンスの希望」「主治医からの説明の希望」に「有」としても連絡がないケースがあった。また、入院以前に本人、家族から確認した意向を入院時に伝えても、病院側で詳細な意向の確認をしないまま、退院調整の連絡が来ることがあった。
- ・病棟の看護師と家族が退院日を決めてしまうケースがあった。相談員の方がいる病院であれば役割の明確化が必要ではないかと思った。
- ・医療機関の相談員さんによって対応が全く違う。
- ・初めて連携したHPで対応してくれる担当がいない。
- ・情報提供の説明をしても無反応。まだ周知されていない可能性あり。
- ・転院する場合でも、入院時情報提供書を送った場合は、連絡が欲しい。
- ・例えば医大に入院し情報提供書を出す、転院となると退院に向けて調整する相手先は別な病院になってしまう。転院先へ情報提供書を出しても入院加算の対象となってくれない
- ・ルールだからとか加算に必要なだからと言われ、情報を催促されると送付したくない時もあった。
- ・入院3日以内に病院に連絡しても、大きな病院ほど担当MSWが決まっていなかったり、患者様の病状などを把握できていないので、入院後の様子を聞けない。担当が決まってから連絡をくれる病院もあるが、何の連絡もないところもある。退院の連絡をくれない病院も増えている。
- ・病院のカンファに呼ばれて出向いたが、待たされている間に医師、看護師、家族のカンファを終了していた。相談員が同席できず、段取りが悪かった。退院後サマリーももらえなかった。
- ・入院を繰り返す利用者が、前回と違う病棟に入院した際に連携課の担当が変わってしまい、申し送りを1からしなくてはならなかったことがあった。
- ・退院時のサマリーが在宅での利用サービスと異なっている点はあまり見ていないのかなと思う。会議の時に訂正している。
- ・退院カンファ時に具体的な個別性の退院指導が始まることがある。
- ・「この状態では介護が大変なので施設の方が良いですね」と病院側に言われると家族はその気になり気持ちもはなれてしまう。施設の空きもなく在院日数が長引いてしまいます。
- ・看護サマリーに薬の内容の記載があると助かる。
- ・「連絡」という基本的なツールは共通して満たしてほしい。
- ・病院ごとに相談窓口が違い名称もいろいろあるため戸惑う。また同じ病院内でも担当者が変わることで対応が違う。できれば窓口の一本化、外部や患者家族と連携しやすい体制と作ってほしい。
- ・転院時は先に入院した病院から情報を提供してほしい。ケアマネからの情報提供は入院前の状況になってしまいそこから大きく変わっていることも多い。

### <ケアマネジャー側>

- ・入院時に病院への連絡漏れ
- ・基本書式に無くても、伝えるべき項目が介護支援専門員によっては正確に伝えられていない現実がある。
- ・入院が急な場合で入院期間が短期間の場合入院時情報提供書作成が間に合わない事例がありました。(入院後3日間以内に情報提供する事は難しかった)
- ・病院相談員より要望があれば、シートを作り送っているが、そうでなければ既存の基本情報で代用し、口頭で伝えてしまいシートをなかなか活用できていない。
- ・病院のMSWさんとは連携は図れていると思っておりますが勉強不足です。
- ・新しく入職した職員でルールを知らない職員がいる。新人向けの説明会があるとよい。
- ・入院時電話にて情報提供がほぼ済んでしまい提供書の送付が遅れる、または送らずに終わってしまう。
- ・退院時サマリーが本人や家族へ渡されている際、ケアマネの確認が遅れてしまう事がある。病院から誰に渡しているのか、事業所へ郵送なのか確認不足があった。

### <情報共有シート>

- ・共有シートを送っても、それを使っての返信はないので退院時特記事項の欄はいらないと思う。
- ・情報共有シートは、注意しないといけないことを伝えたいので、生活状況・環境状況など記入するところがあるといいと思う。
- ・主治医名の記載

### <新型コロナウイルス関係>

- ・コロナウイルスの影響もあるが、退院前カンファレンスを開いてほしい。
- ・今はコロナ禍のため、病院面会が出来ないところが多く電話でのやり取りをしているが、実際の状況や生活上の問題が分かりづらい。
- ・コロナ禍で病院の面会制限もあり、状態把握が難しい面がある。相談員さんからの聞き取りを行うが、情報不足がある。
- ・現在の状況が続くようであれば、オンラインの活用を増やしていく必要がある。
- ・コロナ禍で、病院でのやり取りではなく、包括を紹介され来所される家族が多くなっているが、病院からの事前連絡もなく、家族も突然来所されるケースが少なくない。病院、来所者から一報入れて頂けると良い。
- ・コロナのため退院前の会議を病院で実施できないまま自宅に退院するケースが多くなっている。
- ・コロナウイルス感染予防のため、直接のやり取りができず、FAXで情報を送信する場面がある。
- ・感染症等の蔓延でご家族すらご本人に面談や面会が出来なかったが、ご本人の状態を知る看護師さんや相談医さん、リハスタッフ、各事業所、ご家族と感染症が蔓延しないように時間を区切ったり、面談する人数を制限したり、各事業所が一同に会するのではなく、分散してカンファレンスを開催しました。
- ・新型コロナウイルス感染予防の観点から、家族、ケアマネや関係事業所が入院中の本人と面会ができず、情報が不足したまま退院後の支援を行うため、退院後に再調整などの手間が増えている。

## <その他>

- ・末期がん申請の方、包括入らず居宅で動いた方がいいケースもある。
- ・情報共有シートをスピーディーに渡したいが、休みが入ると遅くなってしまう。
- ・オンライン会議を提案されたが、自分の職場はオンライン会議の可能な環境ではない。
- ・利用者の身体状況により転院になった場合、転院先の病院への情報提供はどうすればよいか。
- ・県北と県南で対応が違うためやり取りがしにくい。
- ・開業医院や精神科、心療内科などより積極的に連携を行う努力をしていきたい。
- ・必要な事項は別途記載して提出しているので、問題ないと思う。

## 病院関係者に聞きたいこと

### <退院関係について>

- ・退院後生活がうまくできなければすぐに再入院の可能性が高いと思われる方について、退院前の自宅訪問や在宅サービス事業所との話し合いを行っていると思うが、十分に実施できているか。それについての課題と考える点を伺いたい。
- ・退院許可が下りたら、どのくらいの期間内に退院しなくてはいけないのではないのか。
- ・誰がどの時点で退院を決めて家族に連絡をしているのか。
- ・包括としては、退院後暫定の計画でサービスが開始されないケースでも、入院時に共有しているケースであれば退院の報告をいただければ有難い。
- ・サ高住・老健に入所中だと、施設の担当者とやり取りしており、ケアマネが退院を知らなかった。IC,カンファレンスに呼ばれない事があった。

### <情報について>

- ・なるべく生活状況やサービス利用状況等分かりやすく記載しているつもりではあるのですが、現在ケアマネが提供している情報で不足がないのかお聞きしたいです。
- ・ケアマネジャーの提供室情報(情報提供書)がどのような形で活用されているのだろうか。  
病院側が必要な情報が網羅されているとは思えないため、具体的項目を知りたい。
- ・病院として情報共有シート以外に介護支援専門員から必要な情報があるか。退院時の役割として介護支援専門員に特に協力を依頼したいことはあるか。
- ・こちらからどんな情報を送ると役に立つのか知りたいです。どのような連携を図ると病院から円滑に退院できるか。もしお気づきの点があれば教えてほしい。
- ・病院としては情報共有シートのどの部分が記入(重要視)されていることを望んでいるのでしょうか。どの情報が欲しいのでしょうか。

### <情報共有シート等について>

- ・転院の時は、情報共有シートは転院先に申し送られていないのでしょうか。
- ・相談員に手渡すが、病棟でも活用されているのか、不明なこと、どのように活用されているのか、知りたい。
- ・新型コロナウイルス発生時、コロナ禍での連携に取り方についてシートやサマリーを早期に送付してほしい。
- ・入院時情報提供書での返信はやはり書きづらさがあるのでしょうか?私たちとして



- も看護サマリーで詳しいものを頂けているので満足ではあります。
- ・情報共有シートを送るだけで、その後どう使用されているかわからない。
  - ・このツールやシートは本当に必要なのかどうか？
  - ・渡された情報共有シートをどのように活用しているか聞きたい。
  - ・共有シートを送付しても、届いていたことすら知らなかったと病院の相談員に言われたことがある。どこまで活用されているのか？
  - ・退院後の情報共有シートの取り扱いはどのようにしているのか？
  - ・情報共有シートと独自のシートでは、どちらが見やすいでしょうか。

### <その他>

- ・住宅型有料老人ホーム・サ高住と自宅の違いをご存じですか？
- ・在宅生活において注意すること
- ・暫定の場合の動きについて（明らかに要介護状態の場合、包括へ連絡が入る。）
- ・コロナ禍で、介護認定の申請や家族との相談で困っている事や要望など。
- ・互いに加算を取るためのツールになっているように強く感じています。
- ・入退院を繰り返している方についての対応、情報共有はどうするか（同じ月に入院して退院して、また入院等）
- ・認知症が強くマスクを外してしまう利用者さんの対応として病院では何か対応策はありますか？ コールを持ってもらい駐車場で待つ、又は別室対応等は？
- ・新型コロナウイルス感染予防の対策と共に、退院に向け検討している情報発信の具体策について教えて頂きたい。
- ・病院内の各部署の体制によるものかと思うが、入退院の連携は病棟と医療相談室（若しくは地域連携室など）でうまく図れているのか。

### ～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、令和元年は 12.3%と前年より 0.4 ポイント上昇したが、令和 2 年は 11.7%と改善された。
- 入院時のケアマネジャーから病院への情報提供実施率も、令和元年は 74.2%と前年より 5.5 ポイント低下したが、令和 2 年は 77.2%と改善された。
- 退院調整ルールの理解については、「理解している」との回答が 97.7%を占めた。開所したばかりの事業所や入退院する利用者がいない事業所からは、「理解していない」とする回答が見られた。
- 退院調整ルール取組実施数(%)は、令和元年 164(90.6%)が令和 2 年 157(89.7%)と微減した。情報提供シートの活用数(%)も、令和元年 139(76.8%)が令和 2 年 132(75.4%)と活用している割合は減少していた。居宅介護支援事業所の 94.9%が活用していたが、地域包括支援センターでは 71.8%にとどまった。
- 病院との連携及びバカンファレンスの状況では、「連携が取りやすくなった」とする回答が令和元年では 86.7%であったのが、令和 2 年では 90.3%と増加した。

以上より、退院時の病院からケアマネジャーへの連絡のもれ率がわずかに下降し、入院時のケアマネジャーから病院への情報提供実施率も前年より上昇していた。

今年度は前年度まで調査期間を6月～8月まで集計しているところを7月～8月に変更したため、比較する際は注意が必要であるが、県北圏域のもれ率は、平成29年度から一定の推移をたどっていることから、病院とケアマネジャー間での入退院調整支援が浸透していることがわかる。

今後は、連携の継続と、スムーズな在宅移行に向け入退院調整や連携・支援の質の確保が、課題となる。

アンケートの自由記載欄「改善を要すること」等でも課題が示唆されている。

具体的には ① **家族・本人への周知について**

- ・ 家族や本人が退院調整ルールを知らない。
- ・ 家族や本人が担当ケアマネジャーに入院の連絡をしない。
- ・ 家族や本人への理解を得ることが難しい。

② **入退院・転院の連絡について**

- ・ 入院していた病院が転院したことをケアマネジャーに連絡しない。

(例 急性期病院→リハビリ病院へ転院転科する際に連絡がない。)

- ・ 入院期間が短い場合、医療機関からの連絡が来ない。

③ **介護保険サービス等、在宅療養生活の調整に関して**

- ・ 病院からの退院時期の連絡が遅いため、調整が間に合わない。

④ **地域包括支援センターへの依頼に関して**

- ・ オンライン会議を提案されたが、職場が可能な環境ではなかった。
- ・ コロナ禍で、病院のやりとりではなく、包括を紹介され来所する家族が増えた。また、直接のやりとりができず、ファックスで情報を送信する場合がある。

⑤ **病院内の入退院調整連絡・連携体制に関して**

- ・ 対応職員によって、入院状況情報が異なっていた。
- ・ 相談員、MSWによって対応に差がある。(経験・知識・退院後の在宅療養に対する理解等により)
- ・ 退院調整ルールが定着し、医療機関に相談しやすくなった。

⑥ **情報の共有・情報共有シート等に関して**

- ・ 病院で必要な在宅療養、生活に関する情報を知りたい。
- ・ 情報共有シートが使いにくい。独自のシートを使用。

⑦ **個人情報の取り扱いに関して**

- ・ MSWが個人情報の関係で…と情報提供を出してくれない。

⑧ **カンファレンス等について**

- ・ 退院前カンファレンスは必要。

等があげられていた。