

## 【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の実用状況を把握し、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7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 (R6.6.1現在：133ヶ所)  
 (2) 地域包括支援センター (R6.6.1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、課題等

○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7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	133	127	95.5%	400
地域包括支援センター	39	38	97.4%	144
計	172	165	95.9%	544

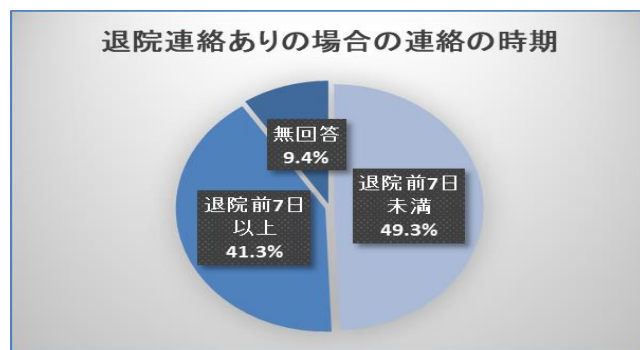
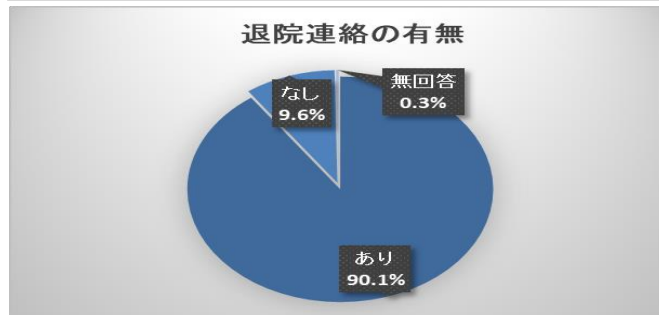
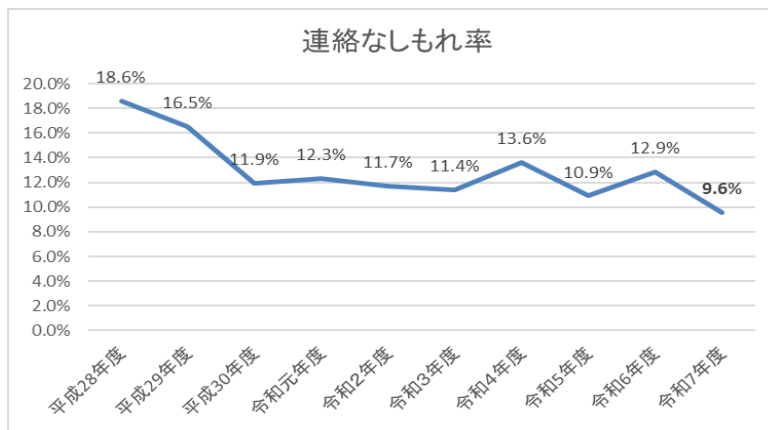
※6/1時点における廃止事業所除く

## (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7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	無回答	退院前 7日未満	退院前 7日以上	無回答	
要介護	794	738	53	3	391	351	52	6.7%
要支援	154	119	35	0	77	41	36	22.7%
その他	23	18	5	0	11	9	3	21.7%
合計	971	875	93	3	479	401	91	9.6%

※その他には申請中、事業対象者、死亡、非該当、未申請、無回答を含む

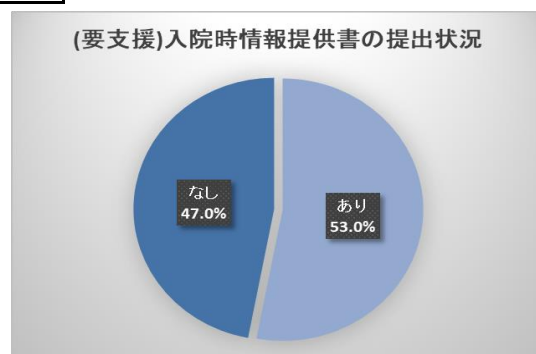
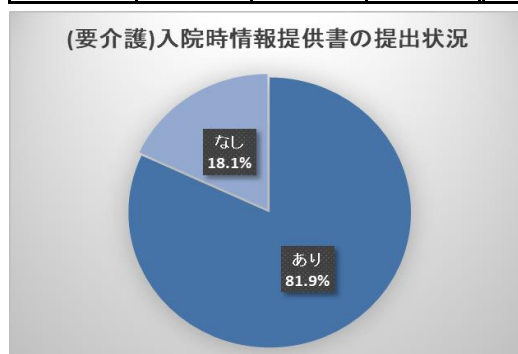


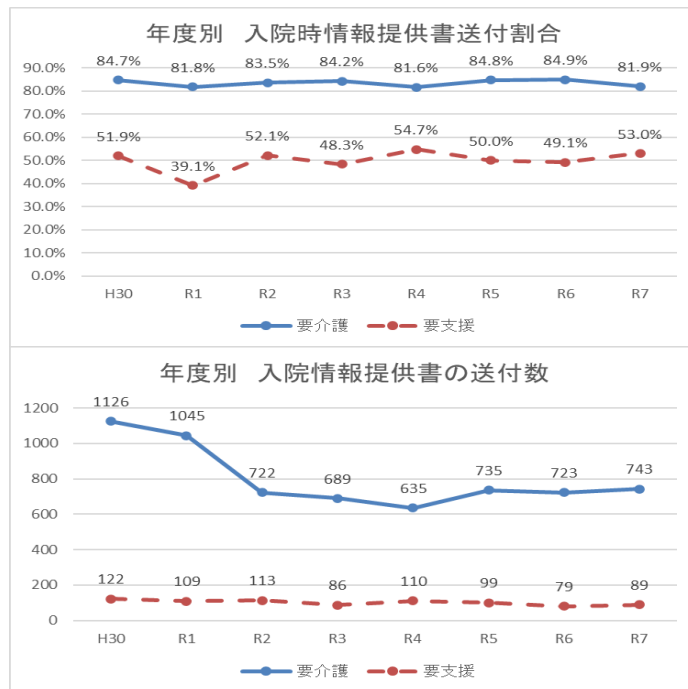
## ②入院先病院内訳（圏域別）

圏域	県北	県中	会津	県外	合計
人数	945	22	1	3	971

## 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6年度
要介護	907	743	81.9%	84.9%
要支援	168	89	53.0%	49.1%
合計	1075	832	77.4%	79.2%





#### ④課題と感じていること等

##### ○施設入所や死亡

- ・（お悔やみ情報から）亡くなったことがわかりこちらから連絡をした。
- ・入院後永眠。共通用紙について、間に合わない時には自身の使用している基本情報を送ったことがある。分からないことがある際には都度確認するようにしている。
- ・区分変更にて要介護となり施設入所方向となった。その際に施設側から退院の連絡があった。行き先が分かればそれでも良いが、それでよいのか疑問が残った。

##### ○急な入退院、変更

- ・急な退院で調整が難しい。
- ・1泊2日の入院だったため、病院でも把握できなかった。
- ・カンファレンスで退院日が翌日となった。
- ・ターミナルの方の為、急ぎの退院となった。
- ・相談員が休みの日に、家族と病棟看護師で退院日を決めた為、相談員も把握できていなかった。CMへの連絡は退院日前日夕方であった。
- ・入院時に入院計画の連絡があったが、本人都合により急遽連休前の早期退院となり、退院当日の連絡あり。
- ・入院中の問題行動による強制退院や、認知症で治療困難による退院。
- ・退院前の準備はカンファでスムーズに打ち合わせたが、退院直前のDrの判断で大きく覆り、大変な思いをした。
- ・緊急の入退院のため情報提供できず、当日の連絡だった。
- ・入院中、転倒を繰り返し、早めの退院となった。
- ・退院後すぐに入院することとなり、看取りでの入院になった。

##### ○連絡なしや遅れ、家族からの連絡

- ・6日前～当日の連絡、退院後の連絡
- ・入院期間が長かったにもかかわらず、退院が迫ってから介護保険申請の依頼あり。退院に向けて福祉用具調整が必要であり、慌ただしかった。
- ・退院前日には連絡来たが、退院が決定したなどの事前連絡はなし。
- ・退院の前日に家族より初回相談。担当のMSWはその日休みで他のMSWが対応。サービス調整、介護保険の申請など急な対応で家族や事業所、居宅も時間外の対応で迷惑がかかった。
- ・抗がん剤治療の為、入退院を繰り返している事例で、こちらから事前にコンタクトをとらないと退院日の連絡はない。
- ・入院・転院の連絡なく、その後家族から報告を受けた。
- ・救急搬送で入院。家族からも連絡がなく、退院後に訪問した訪看から報告あり。

- ・退院前日の福祉用具調整で時間が無く、焦ってしまった。
- ・入院時情報共有シートを送付したが、折り返しの連絡がなかった。ご家族より連絡があり、こちらから再度連絡を行った。
- ・サービス調整の必要性などを判断するための、退院に向けた事前連絡が無く困った。ケアマネ側から電話確認を毎回していた。
- ・3日後に退院するよう連絡がきた。サービス調整がつかず家族・ケアマネともに苦労した。
- ・（介護サービスの申請が）未申請。病院から退院の連絡なく、ある事情で市が退院を把握。市より退院当日に退院の件と即日訪問依頼の連絡があり、退院を把握した。
- ・ご夫婦での入院で要介護の夫のケアマネに連絡が入るも、包括への連絡なし。
- ・入院連絡はあったものの、退院後に家族からサービス利用に向けた電話相談有。
- ・透析の調整あり。ADL大きく変わらず、退院日に家族より連絡あり。
- ・前日の連絡。ADL回復しサービス利用は不要とMSW側の見立てがあったがもう少し早めの連絡をいただき相談を進められるとよい。
- ・家族への退院についての説明が、退院日の2日前にあり、家族への説明が少ないと感じている。
- ・短期間や状態が変わらない場合は入退院の連絡がこない。
- ・担当のケースワーカーによって連絡の有無のズレがある。

#### ○カンファレンスやサマリー等退院前の調整

- ・退院調整をしてほしいと病院から依頼のあった家族の情報についての提供が、ややスムーズにできなかった。
- ・介護保険申請して2カ月以上経っての結果であったため、ケアマネージャーにつなぐところも自宅に戻ってからとなってしまった。
- ・退院の連絡は直前であったが、それでも事前に病院に本人の状態確認にケアマネージャーが行くことができたので、良かった。
- ・医療情報や経過に関しては十分な情報提供があるが、本人の意向確認を直接したい場合がある。面会制限を超えて柔軟な対応を検討してほしい。
- ・サマリーはなく、電話連絡のみだった。
- ・退院前の状態確認に人数制限あり。事業所が参加できない。
- ・退院日当日、病院系列の老健に入所後、FAXでサマリーを受けた。
- ・新規申請の対象について、訪問看護の導入に時間がかかった。
- ・現在の心身の状況や治療内容を事前に連絡いただいたのは良かった。
- ・受け入れ相談時の入院時情報を事前に知りたい。
- ・利用者の病状、入院中の情報、退院後の注意点などであると良い。
- ・在宅看取りでの退院のため、時間があまりなく退院時カンファレンスができず情報が少なかった。

#### ○病院内の連携

- ・本人と主治医間で決定した退院が、家族や支援者と共有されずサービス利用準備が間に合わなかった。
- ・連絡があった日付と実際の退院日が違った。病棟との連携ができていない様子がある。
- ・相談員、看護師、家族の情報が共有されていないため、退院日の把握に時間がかかった。
- ・病棟と医療連携室が連携取れていない。
- ・問い合わせるまで医療連携室が入院したことを把握できない。
- ・入院後、状態把握で面談を実施した2日後にICになった。家族も何度も病院に足を運ぶようになってしまった。MSWにより対応の差を感じる。

#### ○短期入院

- ・短期入院（3～4日）の際、情報提供間に合わない。
- ・短期間の入院で状態変化がない場合だと、連携を取る間もなく退院になってしまい、入院の機会を活かし調整したくてもできないことがある。
- ・一泊の予定入院のため、入院日が確定した時点で連絡あり。
- ・要支援⇒退院直後に区分変更し要介護
- ・急遽入院となり、入院計画が1週間未満と短期間のため、退院前に連絡があるだけでありがたい。

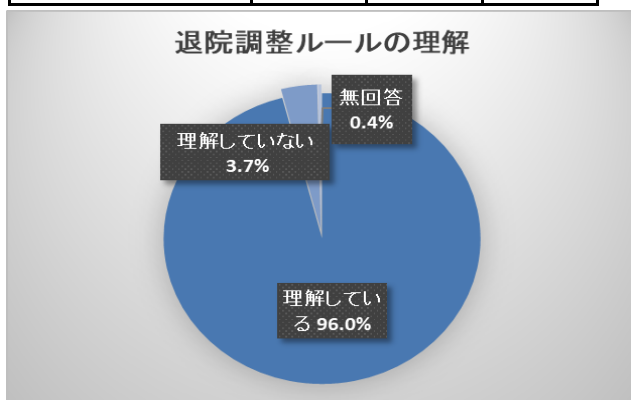
## ○その他

- ・ 家族は退院を不安に思っているが、相談員は問題なしだと思っていた。
- ・ 入院日数が長いと状態が低下。日数検討した。
- ・ 地域包括より引き継いだため、入院時の手続きができなかった。
- ・ 本人の強い希望とはいえ、退院後体調不調があり、治療が不十分だった。
- ・ 家族の気持ちの代弁ができるとよい。
- ・ 連携室に電話が繋がりにくい。
- ・ 定期的に抗がん剤治療で入院しており、変わりがなければやり取りしていない。

## (2) 個人票

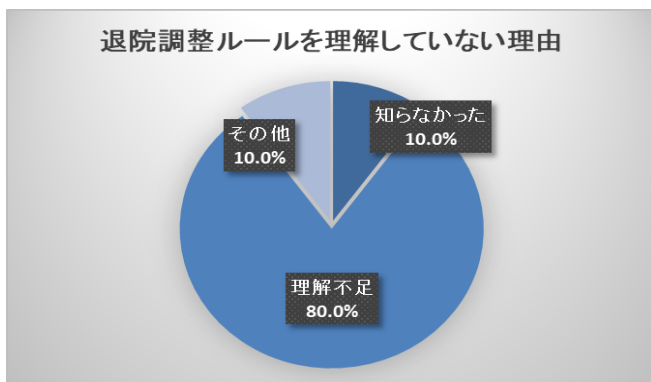
### 問1①退院調整ルールを活用方法について理解しているか

種別	理解している	理解していない	無回答
居宅介護支援事業所	390	9	1
地域包括支援センター	132	11	1
計	522	20	2



### 【退院調整ルールを理解していない理由】

種別	知らなかった	理解不足	その他
居宅介護支援事業所	1	6	2
地域包括支援センター	1	10	0
計	2	16	2



## その他

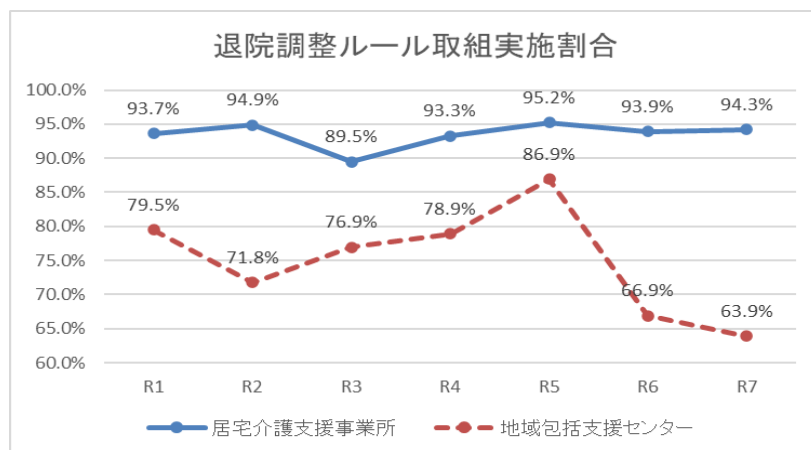
- ・ 存在は知っているが、内容が分からない。
- ・ ケアマネ業務に携わってまだ間もないので理解しきれていない。

②ルール（手順）に基づき取り組んだか/④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
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%
R6	回答数	413	130	543
	取組実施数	388	87	475
	実施率	93.9%	66.9%	87.5%
	情報共有シート活用数	367	65	432
	活用率	88.9%	50.0%	79.6%
R7	回答数	400	144	544
	取組実施数	377	92	469
	実施率	94.3%	63.9%	86.2%
	情報共有シート活用数	365	66	431
	活用率	91.3%	45.8%	79.2%

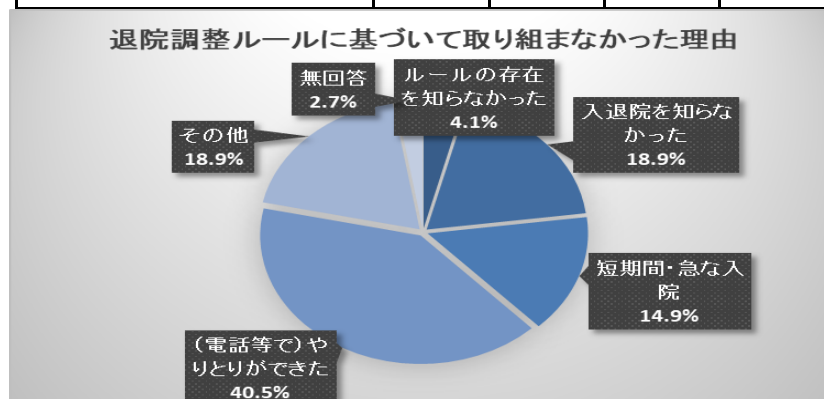
※取組実施数無回答：包括1件

※情報共有シート活用数無回答：居宅2件、包括2件



【退院調整ルールに基づいて取り組まなかった主な理由】

種別	ルール の存在を 知らな かった	入退院を 知らな かった	短期間・ 急な入院	(電話等 で) やり とりがで きた	その他	無回答
居宅介護支援事業所	1	2	5	6	8	1
地域包括支援センター	2	12	6	24	6	1
計	3	14	11	30	14	2

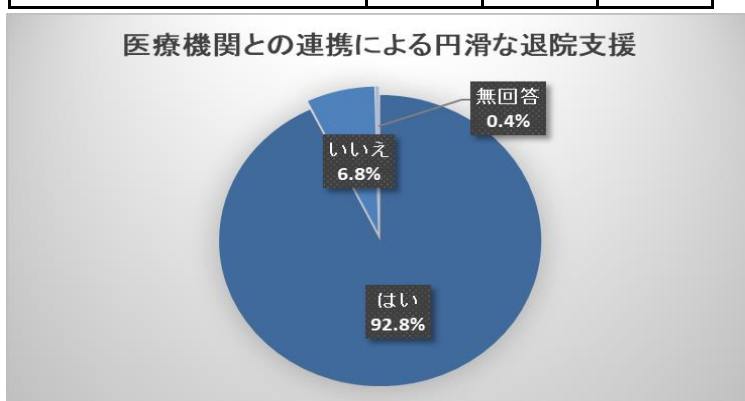


その他

- ・入退院した利用者がいなかった。
- ・介護認定が決まらないうちに入院となった。
- ・病院へ訪問しMSWなどと情報共有を行えた。
- ・短期間やかかりつけ医の医療機関への入院の際は情報共有シート不要と回答いただく場合が多く、電話でのやり取りを退院調整ルールとみなして対応した。

③医療機関との連携により、退院支援について円滑に進められていますか。

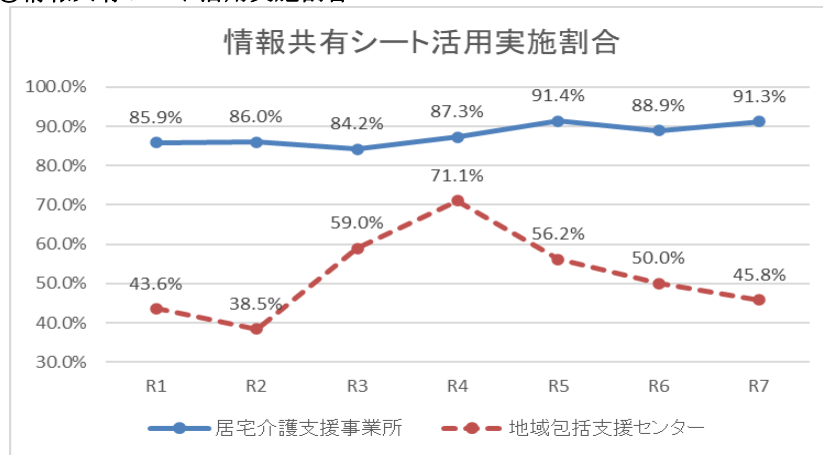
種別	はい	いいえ	無回答
居宅介護支援事業所	377	22	1
地域包括支援センター	128	15	1
計	505	37	2



○いいえ（円滑な退院支援が進まなかった）とした理由

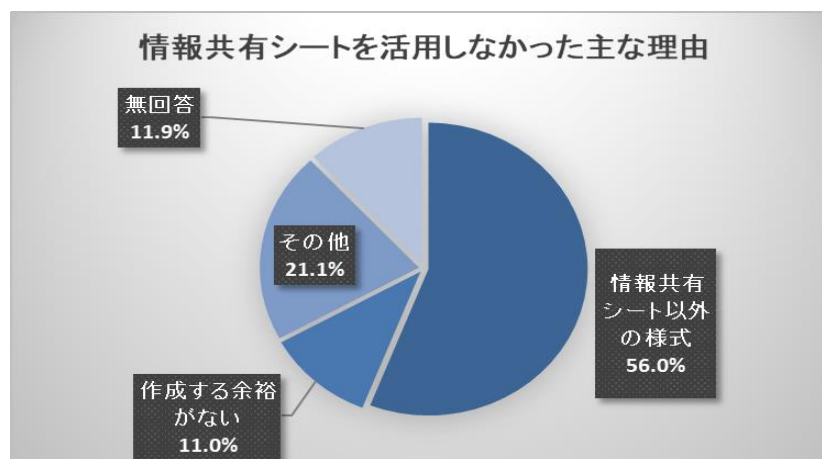
- ・医療機関や相談員によって一方的な退院報告となっていることもあり、全てにおいて連携が図られ、円滑な対応とはいえない。
- ・退院の連絡は、本人やサービス事業所からが多い。
- ・こちらは入院したことが分かっている時には、事前に担当であることなど情報提供している。医師と患者との間で退院日を決めてしまい、ソーシャルワーカーまで話が行かずに気がついたら退院していたということがあった。
- ・病院の相談員が施設の情報不足で円滑に進まなかった。病院の相談員が話を受け入れず話が家族と病院で進んでしまった。
- ・情報連携シートを送っても入院期間が短い場合、退院の連絡がギリギリになる事がある。
- ・医療機関、又は医療相談員によって対応は様々で、担当ケースについての連絡や（情報共有シート等で）情報を送っても、退院、転院の連絡が全くないケースもある。
- ・病院での退院前カンファが少なくなってる。
- ・円滑に進められるケースも多いが、場合により退院直前の連絡や医師から家族へ直接連絡し退院が決定しているケースがある。
- ・特定の病院では入院してもかなり日数が経ってからの連絡で、退院の前日に連絡がきたりするので円滑な支援が出来ているとは言えない。
- ・退院ケースカンファレンスを行わないケースが増えているが、全身状態に大きな変化があった場合、退院時に必要なサービスの調整がされずに退院して自宅へ帰ってきてから、利用者本人、家族が困る事があるため、改善が必要だと感じる。
- ・入院前の状態と大きく変化があった場合は連絡もらうが、短期間の入院などは連絡ないことが多い。
- ・本人、家族都合もあるが退院日2～3日前に退院するからと担当制をとったケースが3件あった。できる限り対応するが難しい時がある。

#### ④情報共有シート活用実施割合



#### 【情報共有シートを活用しなかった主な理由】

種別	情報共有シート以外の様式	作成する余裕がない	その他	無回答
居宅介護支援事業所	24	3	3	3
地域包括支援センター	37	9	20	10
計	61	12	23	13



#### ○情報共有シート以外の様式の種類

- ・実態把握票
- ・システムの基本情報
- ・独自様式
- ・フェイスシート
- ・アセスメントシート
- ・厚生労働省の様式
- ・リハビリテーション報告書と看護サマリーの利用。
- ・ソフト活用
- ・入院情報シート

#### ○その他の理由

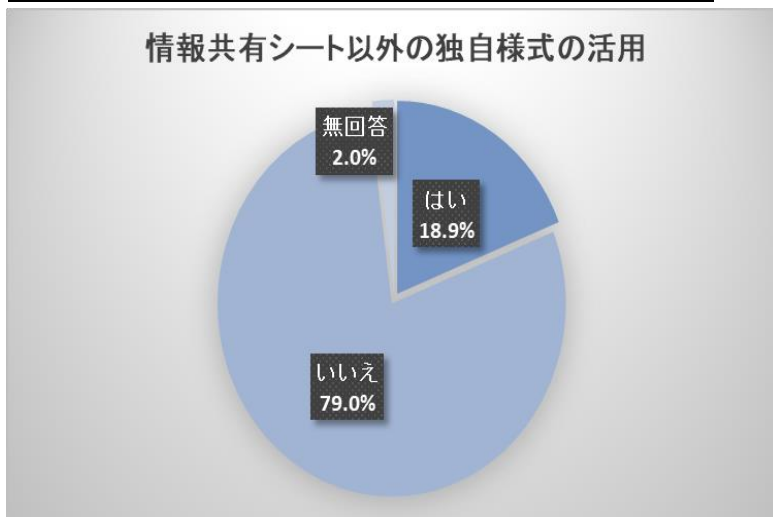
- ・医療機関からの送付依頼が無かったため。
- ・短期間の入院の為。
- ・退院後の事後報告（サマリー等によるもの）だったため、作成できず。
- ・電話でやりとりしたため。
- ・該当期間に入退院を確認した利用者がいなかった。



- ・入院時の様子の共有のみであったため。
- ・転院によるものや、急な入院ではなく病院側から連絡があり、情報共有ができていた為、今回は使用していない。

#### ⑤情報共有シート以外の独自の様式活用の有無

種別	はい	いいえ	無回答
居宅介護支援事業所	48	344	8
地域包括支援センター	55	86	3
計	103	430	11



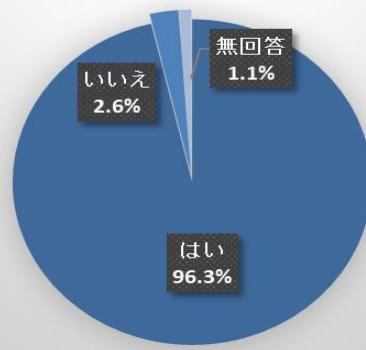
#### ○活用している場合の様式

- ・包括地域包括支援センター「実態把握票」
- ・〇〇市様式「高齢者福祉利用支援等の相談表（実態把握票）」
- ・相談受付表や利用者基本情報
- ・基本情報シート(事業所独自のものを含む)
- ・相談票
- ・普段使用している包括のシステムの基本情報やケアプランなど
- ・当包括作成の情報提供書
- ・必要な時は別紙も送付（シートと一緒に）
- ・自社専用様式
- ・（病院で使用しているものを含む）サマリー
- ・同事業所の２３項目の基本情報共有アセスメントシート  
(内容的には入院時情報連携内容も含めれているため、転記など書類作成の手間が省けている。)
- ・介護ソフト
- ・システムから投影できる社内様式
- ・入院情報シート
- ・事業所独自のフェイスシート、アセスメントシート
- ・事業所で使用しているフェイスシート(状況に応じて使用)
- ・事業所使用ソフトからのフェイス、アセスメント、プランの抜粋

#### ⑥事業所内での退院調整ルールの周知状況

種別	はい	いいえ	無回答
居宅介護支援事業所	389	6	5
地域包括支援センター	135	8	1
計	524	14	6

## 事業所内での退院調整ルールへの周知状況



### ○いいえ（退院調整ルールが周知されていない）とした理由

- ・ ルールの詳細は理解していないが、病院からの指示と利用者・家族の意向に沿うことで大きな問題なく支援を行うことができていたため、周知不足を問題としていない。
- ・ 特段、事業所内で退院調整ルールについて話す機会がない。
- ・ 事業所内で言及されたことがなく、今回のアンケートで初めて存在を知った。
- ・ 業務が忙しく周知に手が回らない。ルールが複雑で理解が難しい。
- ・ 学ぶ機会があまりなかったため、実際の入退院の事例を経験し理解を深めていきたい。
- ・ それぞれの理解度にばらつきがあり、周知されているとはいえない。
- ・ 説明や学習会の未実施
- ・ 担当利用者が入退院する状況にならなければ、退院調整ルールについて詳しく周知はしていない。

### ○その他の意見

- ・ 経験年数が少ない職員への周知が不足している。
- ・ 話題にあがることがない。

## ⑦その他

### ○うまくいっている点

#### （地域連携室・MSWとの連携、早めの情報共有）

- ・ 病院の地域連携室と定期的に情報交換を行うことで、患者の退院予定や必要なサービスの把握が早まり、介護サービスの準備が円滑に進んだ。結果として、退院当日から必要な支援が途切れることなく提供できた。
- ・ 退院調整ルールがあることで、病院の相談員と情報のやり取りができるため調整しやすくなった。
- ・ 入退院を繰り返しているケースでは、相談員さんとの電話連絡のみで状況把握・共有できている部分が多い。そのため、ケースによっては新たな情報のみFAXにて情報をお送りすることもある。
- ・ 入院判明後、包括よりその日のうちか、遅くとも翌日には入院先の病院へ連絡を差し上げるようにしている。→病院側では退院調整、包括側では退院後の支援がしやすいと感じる。
- ・ 情報シートに加えて家族への電話連絡による情報共有。本人家族への説明と医療機関との連携等
- ・ 圏域内の方で関わっていなかった方でも、退院調整が必要な方については、病院より連絡を頂けている。
- ・ 情報算定期間の期間算定に無理があり、多忙の業務中で短期の入院は相談員に電話で済ませる時があるが、うまくいっている。
- ・ 計画的なりハビリ入院等の場合は、電話で病院と連携を図り、計画的な支援の見通しを立てている。
- ・ 医療機関相談員との連携は図りやすくなり連絡もスムーズである。情報提供FAX後、直接電話で話をするようにしている。
- ・ 病院から要請があれば可能な限りの訪問や、自ら訪問し名刺交換等を行い、医療相談員と顔の見える関係が構築できるようにしている。病院から電話をいただく前にケアマネジャーから電話して、入院後の状況やその後の見通しなどを事前に聞くようにしている。
- ・ できるだけスピーディに情報提供を行うようにしている。シートの他に直接担当と会話し情報共有をするよう心がけることで退院支援がスムーズに進むことが多くなった。
- ・ 入院後、連絡を行い、担当者が決まっていなくても先に（早めに）情報を送り、担当者が決まった際に改めて連絡をし（いただき）、情報提供を行い、現在の状況、課題の共有を図っている。

- ・入院前後の状況変化について随時確認し、退院に向けての課題の洗い出しを早めに行い、スムーズに退院出来るよう病院側と共有している。
- ・入院になった際の連絡を頂く事が早くなったと感じている。家族や医療相談の方から直接の電話を受ける事もある。週末になると、連絡が取れなくなる事で、早めに一報を頂いた件はありがたい。
- ・家族に利用者が入院した際は、ケアマネにも連絡と病院の相談員さんへ担当ケアマネが誰か伝えて欲しい事を、事前に伝えているためか病院の相談員との連携がスムーズにできている。
- ・家族から入院の連絡があった場合は入院先の病院に電話連絡を行い、担当ワーカーの確認、状態の確認を行うようにしている。
- ・連絡を待つばかりでなく、必要に応じて退院の見込みがつくころに訪問し、状態を確認する機会を持つことができるよう、病院相談員と連携を取るようにしている。
- ・生活歴を病院側と共有することで、自宅に戻る上での課題が共有できる。
- ・情報共有シート以外で必要事項を添付することで、MSWさんへ情報が伝わりやすいように工夫している。また、補足として電話を行ったり時間があれば持参するなどし話が行えるようにしている。
- ・利用者様の退院にあたり、細やかな対応について（例：介護タクシーの手配、何階の病棟へ利用者を迎えに行けば良いか等）相談員さんと打ち合わせる。また退院時の処方薬など確認するなどまめに連絡を取ることで連携がうまくいっている。
- ・個々の病院の相談員さんによっては、きちんと連絡をまめにくれるところもあり、送ったシートをきちんと見てくれている。送ったシートで返答してくれ連携が取れている。
- ・問題のある利用者様が入院するかもしれないと思った場合はMSWへ事前に連絡し病院側の受け入れ体制や状況を確認している。→お互いに情報共有する事でスムーズに物事が進められている。
- ・「顔の見える関係作り」として、〇〇市内の各包括の主任介護支援専門員部会で医療関係（主に医療相談員）との情報交換会を開催しているので、連携、相談しやすくなった。
- ・退院調整ルールでケアマネジャーと病院ソーシャルワーカーと連絡をとる形はできてきたと思う。コロナが5類になり退院カンファレンスや退院前訪問などにもケアマネジャーが同席する機会も増え、より連携が図れるようになったと感じる。
- ・相談窓口や担当者が明確な医療機関だと相談や対応が順調にできる。
- ・入院期間又は退院予定日等について、医療機関、担当ケアマネジャー、及びサービス事業所間で共通理解が図れるよう情報共有に取り組んでいる。
- ・コロナ禍を経て未だ病院へ伺える機会も少ないため、顔を合わせたことのない相談員さんも多い。そのため、連絡を取り合う中で印象に残ってもらえるようコミュニケーションを大事にとるよう心がけている。
- ・身寄りに薄い方や経済的に余裕がない方など入院当初のみではなく定期的に訪問しMSWと情報共有できるようにしている。
- ・入院時に連携を取らせていただくことで、退院の際にはスムーズに病院からの連絡が入り入院中の状態から在宅に戻られてからご利用様が不自由なく安心して自宅で生活を開始できるので連携ができていい。
- ・入院病棟の主治医名、担当看護師名が退院時サマリーに記入していただくようになりました。在宅に戻られて、ご本人ご家族と面談する時に、とても情報共有がしやすくなったと感じます。
- ・入院時の動きや退院の予定など、入院先の医療機関からも情報がいただけるので、在宅療養に向け必要なサービス調整がスムーズであることが多い。また、コロナ禍を過ぎて、医療機関からの声掛けにより退院前のリハビリテーションの見学やカンファレンスの参加等も可能になっている。

#### （カンファレンスによるスムーズな退院支援）

- ・退院前カンファレンスを多職種で実施することで、患者の生活背景や支援体制を共有でき、退院後の支援がスムーズに開始できた。特に、訪問リハビリやケアマネジャーとの連携が早期に図れたことで、在宅療養への不安が軽減された。
- ・カンファレンスやICにはできる限り同席させてもらい、現状の把握と関係機関との連携を図るようにしている。
- ・在宅に戻る際、状態が大きく変化、または本人、家族との連携がうまくいかない人はケアマネ側から必ず退院前カンファをお願ひするようにしている。
- ・退院時カンファレンスは積極的に参加するようにし、顔の見える関係性づくりを大切にするよう心がけている。関係性の構築から、その後の支援もスムーズに運ぶ事が増えたと思う。

#### (情報共有シートや独自様式の活用)

- ・在宅での状況が分かるように詳しく書くようにしている。
- ・MSWまで情報が下りていない場合もあるが、なるべく早く連絡を取り、連携するようにしている為、独自の様式で情報を送付している。
- ・家族等から入院したことを知らされた際は、こちらから病院へ連絡し、情報共有シートを活用し情報提供している。
- ・情報共有シートを活用する事で医療機関との連携がとりやすい。退院時期についても事前に連絡欲しい事をお願いしやすい。
- ・入院したことが分かったら早急に病院に情報共有シートを送付している。入院したばかりで担当の相談員が決まっていなくても、シートを送付していると後日、担当の方が決まったら連携が取りやすくなっている。
- ・看護サマリーもケアマネ宛にいただけることも多く助かっている。担当MSWと直接話が出来ない時も、情報共有シートを送付する事で情報が伝えることが出来ている。
- ・担当者が休日の場合も出勤職員がシートをFAXできるよう基本的な内容を各々作成し、当日中にFAX出来ていた。
- ・介護保険情報ケアプランを添付し、入院前の生活をイメージしていただけるよう心掛けた。
- ・利用者の治療に対しての意向を聞くようにして、書くようにしている。
- ・情報連携シートの活用により、情報の提供がしやすくなっている。シートに、退院後のご家族の意向などを記入するなどし、退院後の生活への移行がスムーズにできるようにしている。
- ・情報共有シートの記入も慣れて来て、時間をかけすぎなくなってきた。在宅の生活や介護状況など病院側が想像できるように意識して記入している。入院時の状態と退院時の状態の違いを1枚の用紙でみえると良いと思う。
- ・固定の様式しか認めないとは言われていないことで、担当者が休みの際も作ってあるフェイスシート、アセスメントシートを出勤している職員で送信し早めに医療機関との連携がはかれている。
- ・共有シートがあることにより、要点が整理された情報交換が可能になっている。
- ・情報シートは流通しており、医療相談からも依頼されるようになったのですぐ提出でき、情報の共有も早期にできている。
- ・備考・特記などの欄に個別に伝達しやすい情報を書いて利用している。

#### (退院調整ルールへの活用)

- ・調整ルールを用いる事で後の生活のイメージが付きやすい(課題整理や事前の対策など)。
- ・退院調整ルールが開始され、互いに情報共有するメリットということに対して重要性を感じていると思われる。情報提供することが目的ではなく、質の向上に繋がられていると思う。また、以前は外来への活用に課題もありましたが、スムーズな活用に繋がっている。
- ・長年のやり取りのため、双方で欲しい情報の依頼など行うことが出来ている。
- ・〇〇市内の病院では退院調整ルールについて浸透していることもあり、病院側が早めに連絡をくださることによって面談の日程調整もスムーズにできている。
- ・連携ツールとしては、病院にも周知されており、活用できている。

#### (その他)

- ・退院時、在宅サービスの調整がスムーズにできている。
- ・居宅の事業所内での工夫で、医療機関への入院当日の連絡ができる件数が増加した。(居宅内で利用者の状況を共有していることで、他ケアマネジャーが連絡を受けた時点で即時対応している。)
- ・在宅での情報や家族の性格含めた情報を伝えられ円滑に退院できるようになった。
- ・退院後の生活に切れ目がないように専門職からの意見を取り入れてサービス内容に組み込むことができている。
- ・居宅との契約時に入院した際には病院とやり取りがある事を事前に伝えている。
- ・本人の意向、家族の意向を病院側に伝えることで、病院側でも再度確認して頂け、退院時の支援がスムーズに行っている。
- ・入院前に利用していた介護サービスなど利用者様の入院中の身体状況をどれくらいの変化があったのか目安として参考にできる。退院後の生活に対しての目標を設定しやすい。

## ○改善を要する点

### ○本人・家族側

- ・院内の連携室や相談員の存在を家族が知らない場合がある。
- ・連絡がないまま退院してしまう方もいる。

### ○病院側

#### (入退院連絡もれ)

- ・予防の方は、病状が重症化しない限り病院から連絡がこないケースもある印象。
- ・家族から病院に言われたので区変したと後日報告があったケースもあった。給付管理等にも影響するため連絡をいただきたい。
- ・運用が始まり年を追うごとに連絡がない病院が増えているように感じる。また、同一の病院でも相談員によって連絡方法やタイミングが異なる場合もある。
- ・情報共有シートで情報提供しても担当MSWさんより連絡がもらえないことがある。担当MSWが決まった時点での連絡や退院時サマリーの送付があると助かる。
- ・カンファレンスの参加や主治医からの説明は、ケアマネにしたらどちらも希望するのは当たり前なので、この2つの項目は当然病院側が行うものとしてもらいたい。希望をしても連絡すらくれない所が殆どである。
- ・退院調整の面談時、本人の状態に変化がみられていたが、面談当日まで連絡がなく、一本連絡が欲しい。
- ・退院間近だけではなく、容態の変化やご家族のご意向を伺ったらこちらにも伝えて欲しい。
- ・入院利用者の担当ケアマネージャーと名乗っても、入院の有無すら教えてもらえない病院があったため、病院には柔軟に対応してもらいたい。
- ・包括で介護保険が未申請者についての連絡が入ったが、「退院したら一応様子を見てほしい」との連絡の後、退院日決定の連絡を依頼していても連絡が来ないことが何度かあった。
- ・利用者が入院となった連絡がなく、情報共有シートの作成や提供が遅れることがある。入院時、ご家族からも連絡するよう伝えることも必要。

#### (退院連絡の遅れ)

- ・病院側からの新規のケースで、多問題を抱えている状況の中、必要最小限の調整だけをしてすぐに退院となったことがあった。入院中に相談員が早く介入してできることもあったのではと思う。
- ・退院当日または、退院数日前にサービス調整の連絡が入る場合、サービス提供側の調整が困難になるケースもある。
- ・介護サービスが必要な方が退院するとき、急な対応をお願いされることがある。
- ・入院時の連絡が遅く、退院近くに病院から連絡が来ることがある。居宅からのみでなく、病院サイドから居宅・包括への連絡ツールがあれば、情報共有ができると思われる。
- ・病院によっては急な退院により、サービス調整必要時は自宅に帰ってからになり、病院の情報がサマリーのみで申し送りになる事もある。入院時情報シートを送っていても、退院時サマリーを頂けない事もある為、サービス調整や情報の共有の事も考えて欲しい。
- ・退院前の連絡が直前となることもあり、退院前の調整が出来ない。入退院が夕方～夜間、祝祭日の場合、翌営業日まで連携が出来ない。
- ・救急病院となっている所は連絡が遅い傾向にあるので改善して欲しい。

#### (病院や相談員による対応のばらつき)

- ・病院によって対応に温度差がある。
- ・各病院での対応（情報提供の仕方やつなぎ方等）にバラツキがある。※包括へのつなぎかた（ターミナルのケース、暫定ケース等包括につないでくる病院が多い。）
- ・浸透している反面、病院によっては退院直前で連絡がきたケースもあり。まだ連携が図り難かったりする場面に遭遇することもあります。
- ・病院によっては退院に向けての進め方が異なる（家族へ、転帰先の相談をケアマネにするよう話しがあった）ため、本人、家族が不安なく転帰先を選択出来るような支援の工夫（どこまでの説明を誰が行うかの確認）が必要であると感じた。
- ・やはり医療機関により活用の差はあるのかと感じる。退院時に、情報共有シートにて返答してくれる場合もあり、居宅介護支援事業所としての病院へのツールとして活用は出来ているため、引き続き活用していく。（必要に応じて追加・修正等しながら）
- ・特に県北地区以外の病院の場合はやりにくさを感じてしまう。近隣以外の病院とは顔の見える関係づくりは難しい。

#### (病院内の情報共有)

- ・病棟担当者の意見交換がなく、状況確認に相談員を通す事となり、スムーズに対応できない事がある。
- ・入院直後に連絡しても患者さんの状況はわからず、補足（文章にしづらい内容）を伝達したくても出来ない事もあった。担当MSWがきまっていなくても情報伝達はお願いしたい。
- ・認知症のある方の入院は難しいと感じてる。本人の希望で退院になると調整が間に合わない。

- ・病院で退院日が決まってしまう、相談員も把握していない事がある。
- ・連携室相談員さん宛てに入院時情報をFAXをしているが、情報が病棟看護師にわたっていない様子が見られた。居宅など連携介入していただければと思います。
- ・病院によっては、退院について相談員が把握していない（病棟看護師が調整しているなど）ことがあると聞いたことがあり、家族とケアマネジャーが把握している内容が異なり、サービス調整が困難になったことがあることから、窓口は一本化してほしい。
- ・病棟と連携室間の連携不足を感じる事が多い。入院後に病棟Nsから家族へ早めに包括へ相談するようにと話を受け対応しても、連携室では入院したことを把握していないことがある。

#### （転院時の連携）

- ・転院時にMSW同士で包括が関わっている事が共有されていなかった。
- ・転院した際、シートを共有されている時とない時がある。（同じものを送っているのものでそれでも良いのですが）
- ・転院した際に転院先とのやりとりが途切れがち。転院先のワーカーが誰か教えてもらった時はやりとりがスムーズだった。

#### （その他）

- ・入院中、もしくは退院後転院後などに医療費の支払いに関する事で対応してほしいと依頼されることがあるが、支払いに関しては、病院側で対応を検討していただきたい。
- ・お互い不在が多く時間を要する点
- ・ケアマネジャーの業務範囲について医療機関・医療関係者のご理解をいただきたい。※ケアマネジメントに係る諸問題に関する検討会（厚生労働省）にて、中間整理された内容の周知をお願いしたい。
- ・転院や退院後、老健に入所する場合の状況確認がしにくいところ。
- ・入院情報連携加算について、情報を提供する期間を短くしてスピーディーに行うことは理解できるが、週末など自分も休みのため、情報を送っても加算を取れない事がある。
- ・FAX以外（メールやMCS等）でもやり取りできるようにしてほしい。（特に病院）
- ・入院活用が大半で、退院時活用はない。
- ・退院時状態が変わっていても、必要なサービスの調整がされずに退院して自宅へ帰ってきてから、本人・家族が困る事があるため、改善が必要だと感じる。
- ・何もサービス希望がないが、退院してくる方の訪問をMSWから依頼されるので包括を案内してくれさえすればそれで良いと思う。
- ・病院内ソーシャルワーカー変更時の連絡がないことにより連携が滞ってしまう。
- ・精神科病院でも退院調整ルールを情報のツールとして活用してほしい。連携が難しくほぼ情報のないまま退院してくるケースも今までもった。
- ・情報が薄いケースは入院の連絡が本人や家族あるいは医療機関からもなく、時間が経ってから発覚し、退院時の支援が効果的に行えない時もある。地域包括が関与したという履歴を本人も当方もどう印象づけるのか、工夫が必要。

#### ○ケアマネ側

- ・入院時情報を口頭で伝えて、基本情報のみを送る場合ある。※特に週末や連休前の退院では、訪問系サービスの調整が困難となり、患者・家族に不安を与えてしまうこともある。早期介入の仕組みづくりが必要。
- ・休祝日前日の入院時の情報は遅れてしまうが、病院側より急がされる場合あり。
- ・情報共有シートはできるだけ3日以内に送るように努力してるが、送れないこともあります。ケアマネジャー側が思っているだけかもしれないが、今更ほしいかなと感じることがある。
- ・総合相談で新規で介護保険の申請中の方や、これから介護保険の申請を希望する方が退院して行く場合には、退院の調整まで時間がない事が多く、支援が後手に回ってしまう事が多い。

#### ○情報共有シート

- ・必要事項をもう少し簡素化できると良い。
- ・病院からの情報は共有シートというよりもサマリーで頂くことが多い。
- ・実態把握表以外にシートを作るのは負担・大変。
- ・お互いに連携の中で必要な情報があれば、追記できるようにしたい。他の様式を使用している方は、内容に不足を感じているのか？を伺いたい。
- ・本人の意向を書くスペースがあると良い
- ・情報共有シート以外のものでもよいものがあったら教えて欲しい。
- ・特に問題はないが、退院時は看護サマリーが届くことが殆どで情報共有シートについてどのように理解されているのかが分からない。
- ・退院時等の状況は看護サマリーの方を活用しているのであまり活用していない。
- ・ADLの特記事項ももう少しチェック箇所があれば作成しやすい。
- ・毎年情報共有シートも変更になっているが、新しい書式に変更になる度業務負担が増えてしまうだけに感じてしまう。

- ・ジェノグラムが記入しずらく、アセスメントシートより貼り付けている。
- ・リハビリの状況や、骨折後などの禁止動作などは口頭での確認やリハビリ担当に文書で別にもらったりしているため、備考欄の活用については検討の余地があると思われる。
- ・情報共有シートの活用において病院サイドから、このツールを使つての返信がないです。サマリーなどでいただくので、このツールの右側はいらないような気がする。
- ・認知症についての項目で改善はされてはいるが、一般病棟に入院した場合、認知症状を詳しく書きにくい。
- ・県内で様式を統一してもらえれば良いかと思う。
- ・2枚でなく1枚にまとめてもらおうと書きやすい。

#### ○加算関係

- ・高い算定報酬の期間には無理があり、見直してもらったり電話での情報提供も算定してほしい。
- ・1日～3日と加算期間が短いため土日が入ってしまうと加算がとれない。
- ・加算Ⅰの入院当日の情報提供は難しい場合が多い。(家族や病院から入院の連絡が入るのが遅い場合も多いため)。せめて翌日までは加算Ⅰを算定できるようにしてほしい。様式が細かく見づらい。
- ・居宅の入院時情報提供加算は日数の制限を超えると算定できない。算定できなくても情報提供する必要はあるので、行っている。報酬に反映されない業務もやらなくてはいけないというジレンマを感じる。

#### ○退院調整ルール運用について今後必要なこと

##### (研修や事例検討会等によるルール周知や情報共有)

- ・職員の異動や新規採用職員も出てくるため、全体での説明会等があるとありがたい。
- ・実際の支援事例をもとにした個別事例検討会の定期開催。
- ・関係機関との連携強化や情報共有を密にする。
- ・それぞれの立場での役割の確認をするような研修会の開催。
- ・うまくいった例・うまくいかなかった例の提示。
- ・SWの書類作成の負担は増えるが、退院前にカンファレンス等で関係者が集まることが出来れば、情報共有も出来、病院にとっては加算もとれる。
- ・課題と対策の共有の機会。
- ・医師や病棟への連携の必要性の周知
- ・意見交換会が必要と感じる。
- ・SWとの交流を含めた、個別事例検討会や研修会。
- ・新人の方・病棟看護師への周知。今年度も精神科PSWの合同会議参加もお願いしたい。
- ・身寄りのない方について、もう少しわしく(マニュアルとはいかないが)あると良い。
- ・会議で話し合った内容が書面では分かりにくく、伝達の機会があればわかりやすいと感じる。

##### (情報共有シートの活用)

- ・短期間で入退院を繰り返す方の場合、シートより電話連絡でのやり取りの方が迅速に行えると思われる。
- ・利用者の入院当日の情報共有シートを作成・提供することが困難。急な入院は間に合わない。
- ・FAXでの病院とのやり取りよりも、直接病院へシートを持参したほうが、連携がより密になると考える。
- ・退院者が重なってしまうとシートを送付する手間が大変。
- ・退院時には、病院からはサマリーを頂いているため病院側はあまり活用していないイメージがある。
- ・何度も同じ疾患で入院される方について、送付しようとしたら不要といわれたこともあり、と提供していいか悩む。また、退院して間もなく入院した場合は情報提供は必要か？(介護保険の報酬で言えば月1回しか算定できず要支援の方の場合は報酬なし。)
- ・相互に事務量が増え負担が増すのため、必要に応じた活用で良いのでは。
- ・病院側が入院時に必要な情報として感じている部分や、今の情報量で十分なのか知りたい。
- ・紙ベースのほか専用のアプリなどでの情報共有などあるとよい。
- ・主治医からの説明の希望はほとんど無に○がついている。有に○をつけるケースはどんなケースか、ガイドラインがあると良い。

#### (関係機関との連携)

- ・医療機関、居宅、包括、行政等との顔の見える関係づくりが必要と思われる。
- ・身寄りのないケースではケアマネや医療機関以外にも行政など必要な機関との連携も出来るようにしていきたい。
- ・以前は連携会議が開催されていたので、今は行われていないのか？
- ・介護保険に対する意思等の知識と理解を推進してほしい。理解がない場合、医師の一声で家族と支援者が振り回されている時もある。
- ・病棟看護師と医師と本人・家族で退院を決めてしまい、相談員が退院の前日に知ったという事が無いように。
- ・MSWや連携室の部署がない場合のシートの送付先はどうするか。
- ・導入していない（ルールを把握していない）病院へのアピール
- ・気づいたら別医療機関へ転院となっていた場合、情報共有が上手くいっていない時がある。病院間でやり取りできる手段などあれば良い。
- ・リハビリ職との連携（入院時のリハビリ計画書など、専門すぎて見方が分からない）
- ・医療・介護の複合ニーズへの対応強化として、認知症患者や85歳以上の高齢者増加への対応
- ・高齢者の救急搬送が増加する中、退院後のADL低下を防ぐための早期からの連携が重要
- ・顔の見える関係づくり。定期的な状況確認がとれる関係性。

#### (その他)

- ・家族のサポート体制の確認、退院後の生活状況を定期的に確認し必要に応じたサポートの提供
- ・アンケートは終了しても良い。
- ・退院カンファをしてから退院日までが空いたことで状態変化があった。よって、状態が変わった際には連絡が欲しい。
- ・加算の料金が低く算定要件が厳しい。
- ・主治医から家族へ、分かりやすく説明をしてほしい。
- ・介護保険を新規申請されると、入院セットが自宅に郵送される市町村があると聞いたことがあり、入院漏れ率の改善を目標にしたいのであれば、予算上可能ならサービスを開始（ケアプラン作成届出提出）した際に、入院セットがご自宅に郵送されれば、入院時病院側へのもれ率がある程度は抑えられるのではないかと。
- ・県北と県中の圏域では温度差があると感じている。（特に、県中の医療機関で入退院の連絡が後手後手、担当相談員が曖昧である）。
- ・独居の方（特に認知機能の低下が生じている方やご家族が遠方に住んでいる方）に関しては、調整に手間取る事が多い。今後このような方が増えていく事が予想され、その場合の調整方法について仕組み作りが必要になるのではないかと。

## 問2 情報共有シートの外来部門の活用

### ①課題

#### ○病院側

- ・外来となると看護師メインでの対応であるため、看護師等への（介護保険制度等含め）理解が必要になり伝わりづらいところがあると思う。
- ・入院患者だけではなく、外来患者に対しての相談ができると助かる。
- ・外来での短時間の外来診察では医師には伝わりにくいため、外来担当のワーカーと連携を図ることにより医師にも生活状況が伝わる。支援者（居宅・包括）も外来患者に対しても相談できるという。
- ・病院によってはこまめに包括へ連絡をくださる相談員がおり、やはり病院の相談員との顔の見える関係性づくりが非常に大切だと実感し、連携するうえで今後の課題でもあると思う。
- ・SWまで情報が下りておらず、関与が消極的なことがある。院内・職種の関係性にも違いがあり、どこに連絡したらいいかわからないことがある。
- ・外来部門となると相談員がついておらず、過去には外来看護師もどこまで介入していいのかと迷っていると話されていた。
- ・病院の退院調整部署のSW通しているが、外来へ直接やり取りでも大丈夫なのか心配がある。外来看護師などは、業務が多忙でやり取りをすることが難しいのではないかと考えた。
- ・ケアマネジメントに係る諸問題に関する検討会（厚生労働省）にて、中間整理された内容の周知をお願いしたい。
- ・病院の外来看護師の協力が必要であり、定期通院患者や利用者に早めに共有できれば悪化予防につながるのだから良い。
- ・窓口の明確化。外来ケースは結果「対応できません」もある。連携について共有してほしい。



- ・外来の患者さんには相談員は関わらないと言われたことがある。外来の方にも関わってもらえるような病院に向けた共通理解を求める必要がある。
- ・窓口がNsになるといつも同じ方に相談できるとは限らなくなる事
- ・個人情報についての医師の認識の差や連携についての温度差がある。通院時の同席も認められなかったことがある。
- ・外来部門でどのような情報が必要か、フォローにどのような視点が必要かの理解が不十分。
- ・外来患者の対応に関しては窓口の確認など必要かと思う。どの段階でこういった場合に情報共有シートを利用するかなどある程度共通の認識は必要。
- ・医師がどう説明したのかを知りたいと思うことが時々ある(利用者、家族が受けたニュアンスの違い)が、連絡が取りにくい。
- ・大きな病院や複数の科を受診している場合、連携が少なく情報が共有しにくい。
- ・対象者をどのように定めていくのか、検討して欲しい。
- ・外来で活用することにより、医療側の負担が増えるのではないかと思われ、理解や周知が課題だと考える。
- ・退院後、外来受診者の体調変化時の連携先について、どこに相談したら良いかわからないため退院時に関わった相談員へ連絡している。
- ・情報共有シートの病院側の周知の仕方に課題があると思われる。各病院によって窓口が違うことや、外来医の周知理解に時間がかかると思われる。
- ・総合病院等は医療連携室があり、連携しやすいが個人のクリニックでの活用ができるのか誰と連携するのかが課題(送付先の明確化)。
- ・医療機関からの報告方法(電話連絡かFAXなのか)、ケアマネの情報提供頻度(毎回受診時か必要時か)。
- ・相談員さんがいない病院は連絡がしにくいところがある。ケアマネとしてはどこの病院にも制度が利用されている状況になれば大変ありがたい。
- ・外来部門との連携を図るためには、クリニック等入院設備を持たない病院への説明が大切になってくるのではないかと感じる。
- ・かかりつけ医が開業医の場合、受診状況や情報提供を依頼するも相談窓口が受付の方だったり、診察中の先生だったりするため、伝え方や電話をする時間に難しさを感じることもある。
- ・医療機関ごとに対応が異なる為、ツールの運用について、事前に周知されているとスムーズで良いと思う。
- ・ある程度の情報は医療機関で把握していると思われるが、こちらからの情報について医療機関側ではどの程度必要なのか不明なところがある。
- ・連携室がない外来部門との連携は、情報共有シートがあっても連携はしづらいのではないかと。
- ・精神科外来との連携がうまくいかず、現在のケースの状況がどのようになっているのか把握できず、連携できない。
- ・個人病院だと相談員の在籍がなく、活用の仕方がわかりにくい状況があるため、医師会と連携しながら、活用や書式についての検討も必要ではないかと思われる。
- ・外来にMSWがいない医療機関がある場合、受付で初期対応した場合、どこまで対応してもらえるのか疑問。ケアマネの負担だけが多くなるのかなど心配。
- ・外来看護師や医師一人ひとりにルールについて周知できるとより効果的に活用できると思う。
- ・外来診療時に本人の全体像をどこまで理解していただけるかは、病院や診療科ドクターにより差異が出ると思われる。
- ・どこの病院に行っても同じ様式のものを使用すると思う。

#### ○ケアマネ側

- ・電子化のシステムでも事業所によってシステムあり・なしで手段が違ってくる。
- ・当該シート作成にかかるケアマネの負担、労力。
- ・書類だけが増えていくこと、訪問診療を行っているところとの必要な情報整理が必要。
- ・外来受診のたびにシート作成を行うとなると、業務量が多くなり、かえって共有が難しくなると感じる。
- ・日々の業務に追われていて余裕がなくシートの活用は出来ない。必要があればその時に外来に確認をしているのにこの件についての必要性を感じない。するとすれば、虐待疑いや生活困窮等の困難ケースのみ等の範囲等に限定してほしい。
- ・情報提供を行うことで同行せずに診察が受けられるようになるとありがたい。また、事前の情報提供方法が統一されていないので統一書式があれば使用してみたい。
- ・外来では使用してなかったので、今後活用したい。

### ○情報共有シートの活用及びタイミング

- ・定期外来の方についてシートを活用するタイミングはどのような形を想定しているか。
- ・紙よりも、データのやり取りでよりスムーズに情報を共有でき、セキュリティも高くできる方法を考えた方がいいのではないかな。
- ・外来からいただく情報とはどこまでいただけるのか。
- ・普段使用している様式など情報共有シートの様式以外でもよければ負担が少なく活用できると思う。
- ・個人情報の保護の観点からどこまで（外来部門）ならいいのか、内容的にはどこまで出すのが課題とを感じる。
- ・どのように運用するかの確認やルール作りが必要と思われる。
- ・退院時の同席が出来ない時にDrと本人との調整の時に間に入るため、書面など分かりやすいものがあれば良いと思われる。
- ・必要に応じて減らせる部分を検討する必要があるのではないかなと思う。
- ・病院退院時に処方される薬の処方日数、処方内容があるとかかりつけ医の受診をいつまで行えばよいかの目安になる。
- ・入院と外来では相談内容、伝えたい事が違うので、別のシートが良いと思う。
- ・外来部門で必要な項目のみを載せた方が限られた診療時間で活用しやすいと思う。
- ・外来でのシート活用が必要なのか、なぜシートが必要なのか等を十分に議論し展開できるかが課題ではないかな。
- ・シンプルかつ決まったフォーマットがあれば使いやすい。

### ○その他

- ・入院時に提供した在宅情報が外来部門にも渡りようになるのであれば、なお切れ目のない支援が可能になる。その際、誰とやり取りをすれば良いかも情報提供されているとスムーズかと思われる。
- ・在宅での状況共有に加え、外来での病状管理等の情報共有の連携をスムーズに行うために相談員さんとの連携が必要と思う。
- ・状態変化時の情報伝え漏れを予防していきたい。
- ・連携は大切であるが、双方の業務負担は大きくなる。
- ・入院病棟のある外来のみの活用になるのか、将来的にはクリニックまで範囲を拡大する方向であるのか等、詳細がわかりにくい。
- ・個人情報を取り扱うため、ご本人・ご家族への説明が必要。（口頭での確認のみで良いのか？）
- ・外来となると、入院時の情報提供より迅速な対応が必要になると思う。受診時に限らず、日頃から病院とケアマネの情報連携が必要だと感じる。
- ・病院によっては、個人情報保護法の観点から受診の状況などを教えて頂けない場合や、担当の相談員の方が利用者の事を把握していない場合もある為、情報共有シートを活用する事で、連携がスムーズに図れるようになる事は良いことだと思う。

## **②将来、外来での活用の際に追加して欲しい項目**

### ○簡単で使いやすい様式

- ・簡単で使いやすいものが多い。
- ・外来業務は多忙のため、簡単な用紙で分かるものでもよいのではと思う。（ポイントを絞った内容にして、Drに伝えられるものを）
- ・病棟や待合室での問診に替えられるものに出来るよう、項目を整理し、大き目のフォントで印字された見やすいものが病院では必要ようです。

### ○医師・看護師の情報や意見等

- ・担当医・担当看護師名・診療科を入れる箇所がほしい。□
- ・現状の様式でも電話でもいいので、情報送付に対して何らかのリターンがほしい。外来の場合、こちらから聞かないと返事がない場合も多い。
- ・ご利用者の身体と精神状態について。主治医へ医療面での相談内容。
- ・主治医への質問や医師からの在宅療養上の指導、アドバイスの記入欄
- ・現在の状況からケアマネより訪問看護やリハビリなど医療的サービスの利用の必要性について記載し、それに対する意見を記載する欄。
- ・主治医意見書作成時に医師へ自宅での生活状況を情報提供したり、医学的管理が必要なサービスの種類を計画書に位置付けたい場合の可否判断。疾病により生活上配慮すべき留意点など、意見が得られる共通のツールがあるとよい。
- ・通院している科が多い利用者様がいたるため、在宅医の欄を増やしていただきたい。

#### ○特記・追記欄

- ・現在もままでも良いがケアマネを感じる不安等が記載できる欄があれば良いと思う。（外来の主治医がどのような情報が必要か確認してもらうと良いか）
- ・福祉用具や医療系サービス利用の確認を医師会の書式のFAXすることがある。以前別の自治体で丸を付けるだけで作成できる互いに簡略化されたものを見たことがあり、外部間に追記があると便利かと。
- ・「県北退院調整ルールとして作成された様式」などの公式である旨の文書があると良いと思う。自由記載欄があると助かる。
- ・外来受診後に変更となった薬の内容やそれによって在宅で注意する点等、在宅側から主治医に相談したいことなどの情報が記入できるところがあるとよい。

#### ○在宅における注意点等

- ・退院後の生活を想定した情報提供を詳しく記入する欄
- ・在宅生活での注意点、調整が必要そうなサービスについて、次回の診察日
- ・服薬状況や生活状況の変化、リスク管理や日常生活の注意点など

#### ○本人や家族の情報・意向

- ・ご本人の意向やご家族の意向欄があると良い。
- ・家族の協力度合いとケアマネの負担分
- ・通院のみだと、キーパーソンとなる家族の状況や連絡先、他病院での今までの治療の経過等、入院の患者さんとは違いMSWも掴みきれていないことが多いと思う。情報共有の為に必要な項目をしっかりとシートに盛り込んでいく必要があると思う。
- ・身長、体重、四肢のマヒ、拘縮の有無
- ・生活歴や趣味・嗜好など
- ・普段の生活がわかるような項目
- ・本人の特性的なこと
- ・ADLの特記事項の部分が詳しく記載できるようにしてほしい。
- ・在宅でのバイタルや食事・水分摂取などの詳しい項目があると良い。看護師や主治医が簡単に目を通せる様なシートだと良いと思う。

#### ○服薬情報

- ・変更(追加)になった薬
- ・退院時処方の有無と処方日数
- ・複数の医院や科を受診している旨を記入できる項目。例えば、処方箋の情報なども含む。
- ・処置や服薬の管理が可能かどうか

#### ○通院方法

- ・通院の方法（介護タクシーの利用があるか？など）
- ・受診方法、支援者の有無(通院・受診中)
- ・「受診時、本人のみ」「家族付き添い」診療説明の可否、家族は付き添い必要か？
- ・通院の方法や協力者の有無、在宅で投薬や病状管理、生活管理に支援者や協力者があるのか（日中独居も含めて）など。

#### ○主な相談内容

- ・病歴だけではなく、現在気になる症状や相談したい内容も記入できる欄があると良いと思う。
- ・その時どんな症状で1番相談したい事がわかる様式。
- ・情報共有したい事項、ドクターに見ていただきたい内容が強調されるようなシートでないと、活用の意味がないと思われる。
- ・具体的に医師に相談や内容を記載する項目およびそれを回答いただく方法（ルール）

#### ○外来で必要な情報

- ・前回の運用評価会議で病院の知りたいことを聞いたことから、病院外来で知りたいことの項目を聞き取り、現状以外のものがあれば追加するとよいと思われる。
- ・現在、医師との連絡にはサービス担当者会議の照会文書を活用しているが、医療サービスへの指示など連動できればいい。
- ・外来部門でどんな情報が必要かを聞いていただけるとよい。

#### ○その他

- ・病院によって排便状況を確認される（最終排便の日）
- ・定期通院、緊急通院における経過を記載できる欄を設け、1枚で情報提供できるシートであれば良いのでは。
- ・こういった連携を想定しているのかによってシートの内容検討が必要と思われる。
- ・電話で済むことも多く、書類先行の考えになっては業務が増える。
- ・個人情報使用同意
- ・今のシートで「入院」の記述に「通院」を選択式にすることや 入院履歴が記入できる欄があると良いと思う。
- ・追加するか？の前に、外来の方々のほうで受け入れてくださるのか？心配です。
- ・ケアマネジメント連絡用紙の内容（目標とする生活、生活状況、援助の経過、現状の問題点と課題）
- ・現在の主治医の記載はあるが、自宅にいたときの記載がないケースが多い。新規の方の場合など、あると助かります。
- ・在宅介護サービス提供事業所のコメント欄
- ・日常生活の状況が分かりやすいよう、前回の受診と今回の受診時で変化があった本人の状況を記載する欄があると伝わりやすいと思う。

～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いるが、令和7年度は9.6%と過去最も低く10%を切る結果となった。
- 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81.9%、要支援が53.0%であり、要介護は横ばい、要支援はこの数年若干上がってきている。
- 退院調整ルールを理解については、「理解している」が96.0%であった。「理解していない」と回答した理由としては、理解不足が80%を占めた。
- 退院調整ルール取組実施割合は、居宅介護支援事業所で94.3%、地域包括支援センターで63.9%であり、包括支援センターは昨年より更に比率が下がっている。退院調整ルールに基づいて取り組まなかった主な理由としては、電話等でやり取りができたが40.5%、入退院を知らなかったが18.9%、短期間・急な入院が14.9%であった。
- 医療機関との連携により、退院支援について円滑に進められているとしたとする割合は92.8%であり、円滑に進められていないとする理由としては、病院による対応の違いや連絡なし・遅れ、急な退院調整等が挙げられた。
- 情報共有シートの活用割合は、居宅介護支援事業所で91.3%、地域包括支援センターで45.8%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が56.0%、作成する余裕がないが11.0%を占めた。その他の理由としては、退院後の報告、電話でのやりとり等が挙げられた。
- 情報共有シート以外の様式については18.9%が独自様式を活用しており、種類としては実態把握票、基本情報シート、相談票、独自の情報提供書、アセスメントシート、サマリー、フェイスシート、介護ソフト等が挙げられた。
- 事業所内での退院調整ルールの周知状況については、96.3%が周知しているであった。周知されていないとした理由としては、事業所内での周知機会がない、理解や学習不足、理解度のばらつき等が挙げられた。
- うまくいっている点としては、地域連携室・MSWとの連携、早めの情報共有、カンファレンスによるスムーズな退院支援、情報共有シートや独自様式の活用、退院調整ルールの活用等が挙げられた。
- 工夫している点としては、情報共有シートに加えて電話連絡による情報共有、本人や家族への説明、情報共有シート記載の工夫や迅速な送付、医療機関との連携等が挙げられた。
- 改善を要する点について、病院側の要因としては、入退院連絡の漏れ・遅れ、病院や相談員による対応のばらつき、病院内の情報共有、転院時の連携等が挙げられた。ケアマネ側の要因としては、情報共有シート送付の遅れ、時間的な余裕のなさ等、他に情報共有シートの簡素化や加算期間の短さなどが挙げられた。
- 退院調整ルール運用について今後必要なこととしては、研修や事例検討会等によるルール周知や情報共有、情報共有シートの活用、関係機関との連携、その他県内医療圏全域で連携の必要性や情報伝達の考え方について統一した体制の必要性、独居の方の調整方法の仕組みづくり等が挙げられた。
- 情報共有シートの外来部門の活用についての課題としては、外来における連携窓口の明確化、看護師や医師との連携、外来部門で必要な情報、複数外来の対応、外来部門での周知、ケアマネの仕事量の増加、情報共有シートの活用及びタイミング、個人情報の取扱い等が挙げられた。