

令和7年12月

【県北圏域】退院支援に関する病院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、病院における退院支援体制や取組状況等の現状把握を目的とした調査を実施する。

2 調査主体

県北保健福祉事務所 保健福祉課高齢者支援チーム

3 調査対象

県北医療圏退院調整ルール参加医療機関 28ヶ所

4 調査時期

令和7年7月

5 調査基準日

令和7年6月 1日

6 調査内容

- 各病院の病床種類、病床数、退院調整担当部門、外来受診時連絡先担当部門等
- 退院調整ルールの活用状況等
- 病院内の退院支援体制及び取組状況

7 調査結果

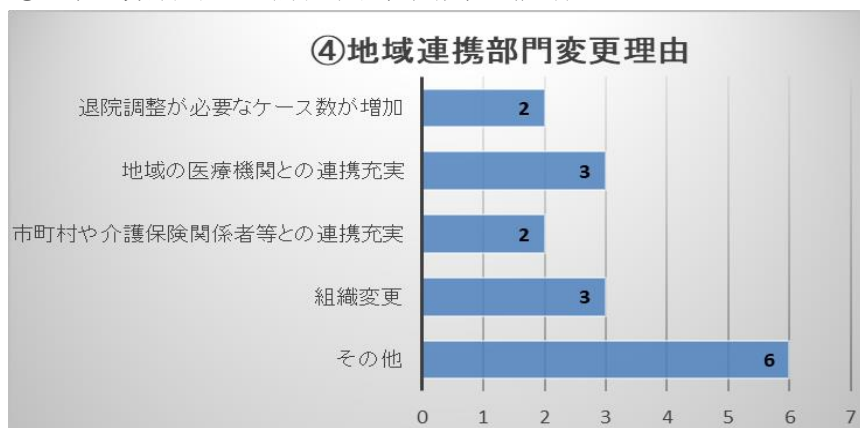
回答数

| 種別 | 対象数 | 回答数 | 回答率 (%) |
|---------------|-----|-----|------------|
| 退院調整ルール参加医療機関 | 28 | 28 | 100.0% |

I 病院内担当部門

| 部門 | あり | なし | 変更あり | 変更なし |
|----------------------|----|----|------|------|
| ④地域連携部門 | 28 | 0 | 13 | 15 |
| ⑤ケアマネとの退院調整担当部門 | 28 | 0 | 1 | 27 |
| ⑥入院提供書連絡担当部署 | 28 | 0 | 1 | 27 |
| ⑦外来受診時ケアマネからの連絡先担当部門 | 27 | 1 | 1 | 26 |
| ⑧入院時提出書持参の際の提出先 | 28 | 0 | 1 | 27 |

④地域連携部門変更（部門名称、総数、内訳等）理由



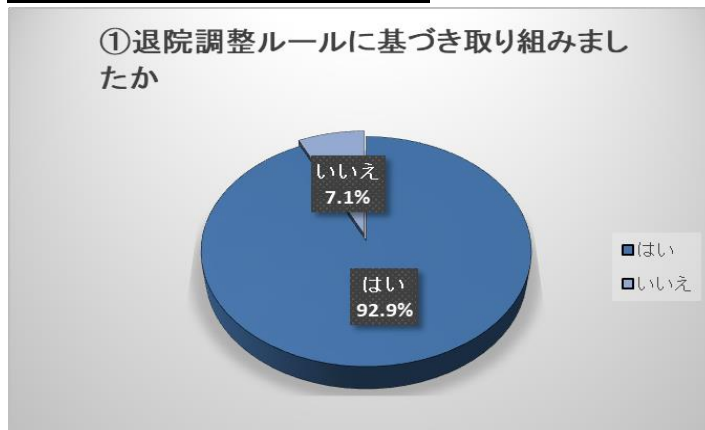
その他の理由

- ・入退院支援強化のため
- ・人員を増やして医療サービスの向上や組織力を高める為
- ・院内にて部署異動があったため
- ・人員配置の見直し
- ・入院前面談の開始にあたり増員となったため
- ・人事異動

Ⅱ 福島県県北医療圏退院調整ルールを活用等について

①退院調整ルールに基づき取り組みましたか。

| はい | いいえ | 合計 |
|-------|------|--------|
| 26 | 2 | 28 |
| 92.9% | 7.1% | 100.0% |

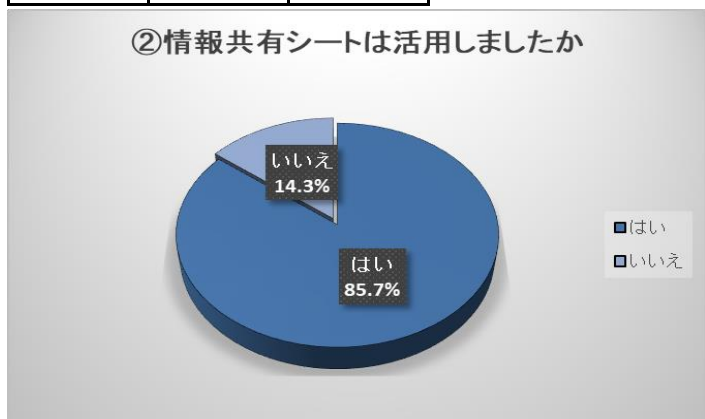


【取り組んでいない理由】

- ・退院支援の必要性に応じて連絡しているため、介護保険を利用しているすべての患者のケアマネに連絡はしていない。
- ・個別に対応している。

②情報共有シートは活用しましたか。

| はい | いいえ | 合計 |
|-------|-------|--------|
| 24 | 4 | 28 |
| 85.7% | 14.3% | 100.0% |



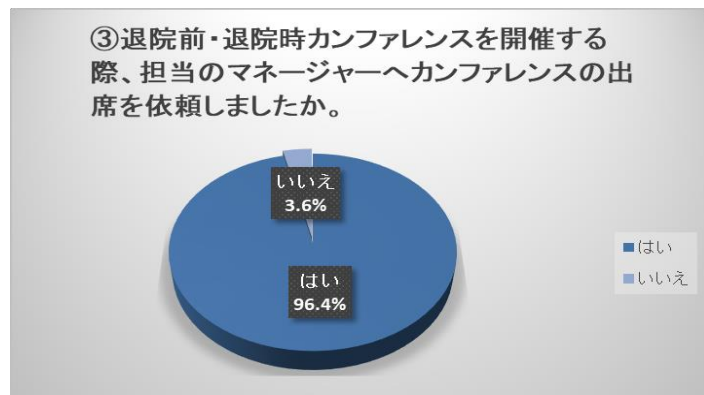
【活用していない理由】

- ・当院の看護サマリーを代用することが多いため。
- ・個別に対応している。
- ・使用しているツールがある。
- ・病院オリジナルの情報共有シートを使用している。介護保険連携指導シート（退院時連携シート）を使用している。

看護サマリーや連携シート、
別なツール等の使用

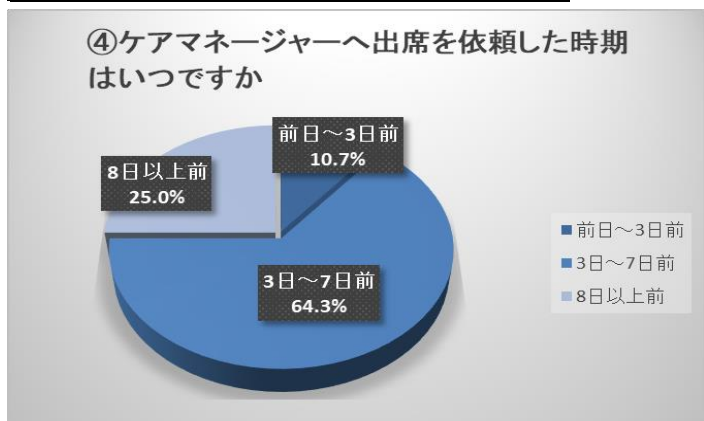
③退院前・退院時カンファレンスを開催する際、担当のケアマネジャーへカンファレンスの出席を依頼しましたか。

| はい | いいえ | 合計 |
|-------|------|--------|
| 27 | 1 | 28 |
| 96.4% | 3.6% | 100.0% |



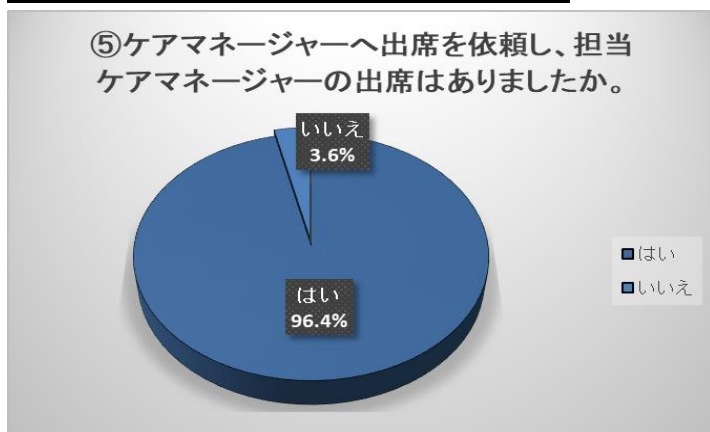
④ケアマネジャーへ出席を依頼した時期はいつですか。

| 前日～3日前 | 3日～7日前 | 8日以上前 | 合計 |
|--------|--------|-------|--------|
| 3 | 18 | 7 | 28 |
| 10.7% | 64.3% | 25.0% | 100.0% |



⑤ケアマネジャーへ出席を依頼し、担当ケアマネジャーの出席はありましたか。

| はい | いいえ | 無回答 | 合計 |
|-------|-------|------|--------|
| 22 | 4 | 2 | 28 |
| 78.6% | 14.3% | 7.1% | 100.0% |

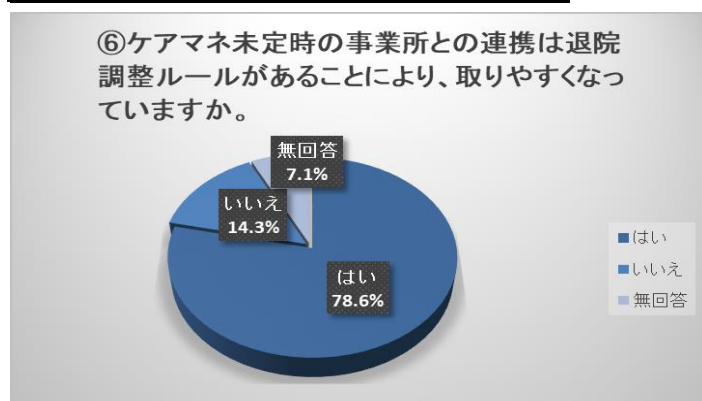


【欠席の理由】

- ・日程調整がつかない場合

⑥入院前にケアマネジャーが決まっていない場合の退院調整について、居宅介護支援事業所や地域包括支援センターとの連携は、退院調整ルールがあることにより、取りやすくなっていますか。

| はい | いいえ | 無回答 | 合計 |
|-------|-------|------|--------|
| 22 | 4 | 2 | 28 |
| 78.6% | 14.3% | 7.1% | 100.0% |



【いいえの理由】

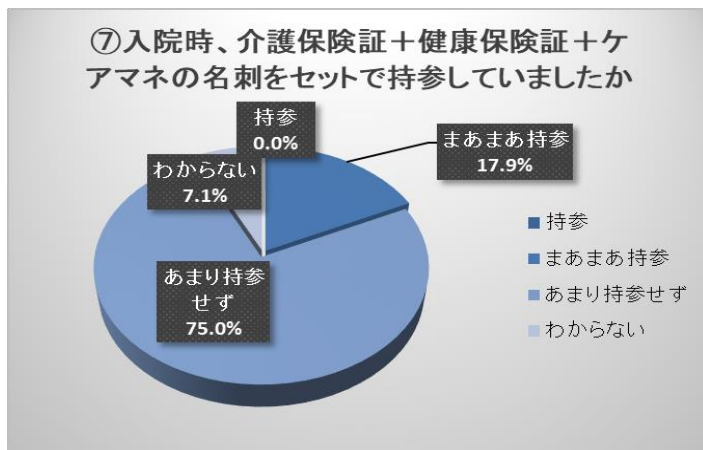
- ・ルール前と比較して明らかに取りやすくなったとは言えない。
- ・退院調整ルールというよりも、医療保護入院者の退院支援委員会の開催時に地域援助事業者として参加していただいたり、通常のケア会議時（退院調整会議に管轄の包括等の参加要請）に連携している。
- ・ルールが出来る前から、包括や居宅と相談をしていた。

【無回答の理由】

- ・退院調整ルールを利用していないので「はい」「いいえ」にチェックできない。

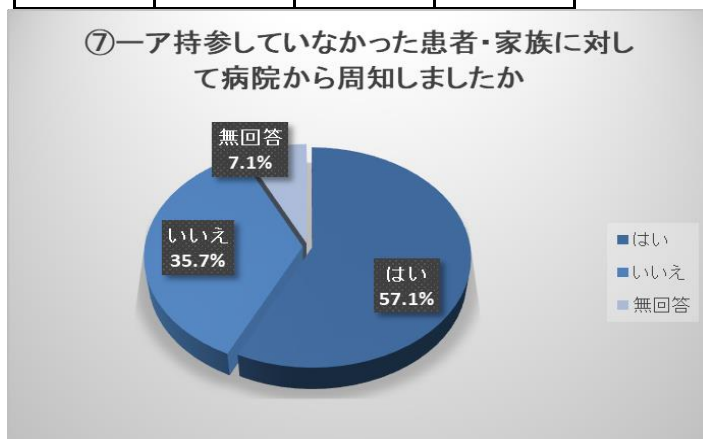
⑦入院時、患者・家族は、「介護保険証＋健康保険証＋ケアマネの名刺」をセットで持参していましたか。

| 持参 | まあまあ持参 | あまり持参せず | わからない | 合計 |
|------|--------|---------|-------|--------|
| 0 | 5 | 21 | 2 | 28 |
| 0.0% | 17.9% | 75.0% | 7.1% | 100.0% |



ア 持参していなかった患者・家族に対して、病院から周知しましたか。

| はい | いいえ | 無回答 | 合計 |
|-------|-------|------|--------|
| 16 | 10 | 2 | 28 |
| 57.1% | 35.7% | 7.1% | 100.0% |



【いいえと回答した理由】

○口頭確認等

- ・患者・家族からケアマネジャーの情報を聞き取りしたうえで連携を図っており、支障なく支援を行えているため。
- ・ケアマネジャーの名前は口頭で本人や家族に確認していた。
- ・ケアマネの連絡先等が必要な際は家族等に確認し連絡が取れていた。

○病院内の体制

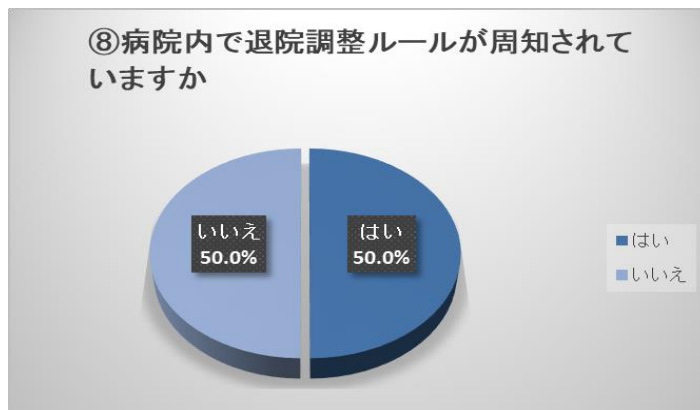
- ・入院時対応するのが看護師であるため、伝えるタイミングを逃している。
- ・院内での退院調整ルールの周知不足。

○その他

- ・周知する時間がない。
- ・入院時に健康保険証を確認済のため周知しなかった。
- ・統一されたケース等あれば良いが、名刺は高確率で持参なし。
- ・必要な時に確認をしているため。
- ・担当のケアマネがどなたかはお聞きしたが、ルールの説明まではしなかった。

⑧病院内で退院調整ルールが周知されていますか。

| はい | いいえ | 合計 |
|-------|-------|--------|
| 14 | 14 | 28 |
| 50.0% | 50.0% | 100.0% |



【「はい」の場合、周知方法】

- ・内部研修で周知し、各病棟・部署に手引きを置いている。
- ・周知徹底されるまで長年言い続けた。
- ・退院調整看護師より各病棟へ伝達し周知。
- ・内部研修で周知。
- ・口頭でスタッフへ周知、担当Nsへ書面での情報共有等。
- ・看護部門は退院調整看護師が主体となって勉強会、周知している。コメディカル部門へは新入社したりハビリ職への勉強会の際にMSWが周知している。
- ・内部研修やカンファレンスで周知。
- ・電子カルテへ取り込み、共有をおこなっている。

【その他】

- ・関係部署には周知されているが、すべての職員とは言えない。
- ・周知はしているが、新しいスタッフが入職すると認識が薄れてしまうため定期的な内部研修が必要である。

⑨その他、退院調整ルールについて

ア うまくいっている点（良かった点）

○多職種での情報共有による支援

- ・入院してすぐに情報共有シートを頂けると、早期から他職種でアセスメントできる。また、早期から本人・家族・CMなどと面談することでスムーズな退院支援に繋がる。
- ・情報共有シートを多職種と共有しつつ退院後の生活や支援の検討を行っております。

○入院前の情報による早期の退院支援

- ・在宅での生活を把握することが出来るため退院前指導の参考にしている。
- ・情報共有シートにて入院前の身体状況や利用サービス、家族関係や生活背景等が網羅されており入院前の患者自身を理解するのに役立っております。
- ・入院時のADLや介護サービスの利用状況が分かりやすい。
- ・情報共有シートを基に入院前の状態が把握でき、入院時から退院を見据えて考えることができた。入院後も定期的な電話でのやりとりで入院後の状態が共有でき、スムーズに退院できた。
- ・入院時情報シートやケアマネからの連絡を基に入院後のスクリーニングや病棟スタッフや多職種とのカンファレンスで情報を共有し、入院前の状況をイメージしながら早期の退院支援につなげている。
- ・入院前の患者の状態がわかるようになり、退院に向け必要な支援及び目標が設定しやすくなった。カンファレンスの開催がしやすくなった。

○ケアマネ等との連携

- ・自宅退院が困難と思っていたが、外出などにケアマネに同行してもらい準備が進んだ。
- ・連絡がスムーズになっている。
- ・入院時に情報共有シートの送付、ケアマネージャーからの連絡が入る。
- ・入院中、ケアマネージャーを選定し、担当を依頼する際に、情報共有シートを用いて、情報提供することで、円滑に連携することができた。
- ・あきらかに介護が必要と思われる患者さんで、外来より、介護保険申請の打診、地域包括との連絡など、スムーズに進めることができた。
- ・ケアマネージャーからの情報提供が早期にあると、入院後すぐの回診やカンファレンス等で、在宅での情報が院内で共有できる。
- ・積極的にケアマネージャーが関わってくれることで、関係各所との調整がスムーズになる。それにより終末期の患者さんも自宅退院できることが多くなったと感じる。

○その他

- ・患者・家族の利益につながった点。
- ・内部も外部もルールがあることで連携がスムーズ。
- ・ケアマネが付いていない場合でも連絡を取り円滑に退院までの連携をとることができた。

イ 改善を要する点（困っている点）

○情報共有シートの有無やその内容

- ・ 情報を依頼してもらえなかったことあり。（サービス利用していないため情報がないと言う人もいた。）
- ・ 急性期病院からの転院がほとんどの為、当院には在宅での共有シートはあまり届くことがない。
- ・ 個人でやってる居宅から「情報共有シートは使ってない」と言われ、市によってなのか居宅によってなのか違いがある。
- ・ 送付されてくる情報共有シートの氏名等が隠されており本人の情報と判断しづらいシートがあります。各事業所の個人情報の取り扱いルールに合わせた形で、本人の情報と分かるような働きかけを頂けると助かります。
- ・ 情報共有シートの内容の記載があまりないまま頂く時もあり、詳しい内容がほしい。

○その他

- ・ 早期の退院（治療終了や治療中断）となり退院支援が追い付かないことがある。また、医師の退院日時指定があり担当者会議やサービス調整が間に合わないことがあった。
- ・ 本人と家族の意見の食い違いがあった場合、病院としては本人が自宅で生活できそうだったため意向に添えるよう支援したかったが、関係機関が施設の方向でしか相談に乗ってもらえなかったため、本人の意向に添った支援を行えるようにチームとして関わってほしい。
- ・ サービス調整に時間がかかる。（面談や家屋調査をしてもサービスが曖昧だった人がいる。）
- ・ コロナ後のケアマネの来院頻度減。
- ・ 要介護は持っていたが、サービスの利用につながらず、包括に相談するも、聞き手になるばかりで、一向に進まなかったことがある。
- ・ 入退院を繰り返している方や短期入院の方などの退院時の連絡ができない点があった。
- ・ 情報を送る事だけが、目的となっているケースがある。（電話でのやりとりがあると良い）
- ・ 患者や家族が介護認定を受けている、サービスを利用しているという認識がないと（特に福祉用具のみのケース）把握が遅れる場合がある。
- ・ 外来及び入院の患者またはその家族の中に担当のCMの名前や事業所名がわからない方が一定数おり、担当のCM探しに難渋することがある。
- ・ ケアマネージャーの質の均一化。

ウ 退院調整ルール運用について今後必要なこと

○困難ケースへの対応

- ・ 困難ケースや課題があったケースを事例検討。
- ・ 困難ケース等の退院支援。

○勉強会、研修会、事例検討会等

- ・ お互いの立場、役割を理解しあえるよう、勉強会・研修会が必要と感じます。
- ・ 個別事例の検討会などがあると、かかえこみがちな案件についても解決策が講じられるのではないかと考える。
- ・ 多職種対象の研修

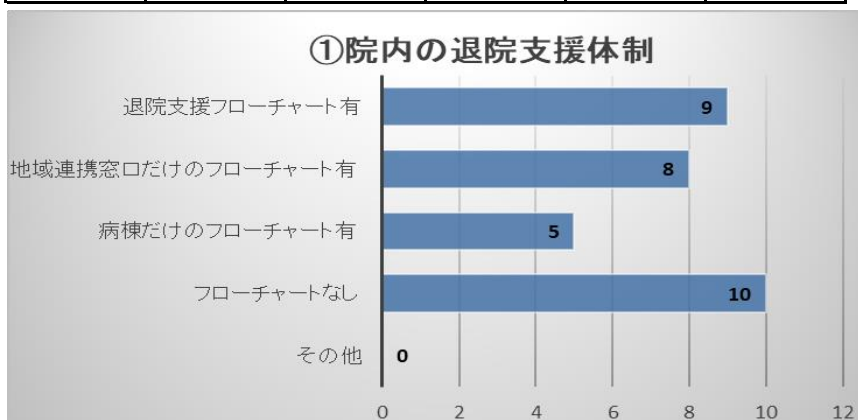
○その他

- ・ 施設利用に際しての待機時間の軽減が図れないか？
- ・ ルールの見直し
- ・ 定期的なルール見直しと周知
- ・ 病院、ケアマネ、患者自身それぞれにルールの周知を継続していくことが地道でも必要に感じます。
- ・ 退院後の患者さんの在宅での様子も共有できればと思う。
- ・ 電話、Fax以外の文書のやり取りとしてメールを活用することで、決まったやり取りをする事業所、病院をメールアドレス登録（エクセルの保護機能でパスワードロックかければ尚安心）しておけば、Fax送信間違い等の心配もなく、個人情報保護の観点からも安心して活用できる見通しがあるのではないか。
- ・ 退院に限らず、外来も含めた連携体制

Ⅲ退院支援に関する病院内の取り組みについて

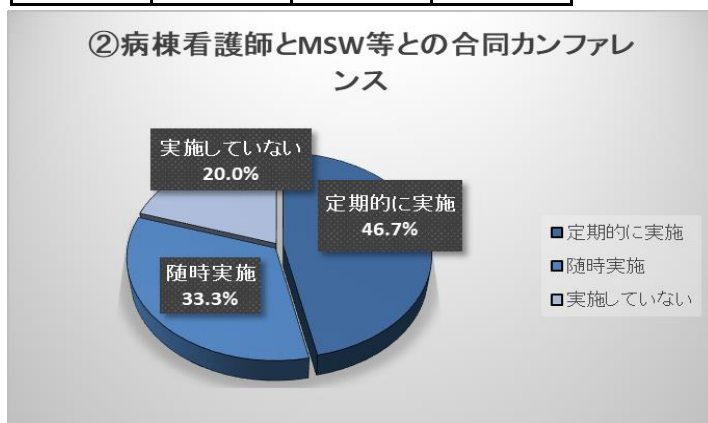
①院内の退院支援体制について

| 退院支援フローチャート有 | 地域連携窓口だけのフローチャート有 | 病棟だけのフローチャート有 | フローチャートなし | その他 | 合計 |
|--------------|-------------------|---------------|-----------|------|--------|
| 9 | 8 | 5 | 10 | 0 | 32 |
| 28.1% | 25.0% | 15.6% | 31.3% | 0.0% | 100.0% |



②退院支援計画書の作成のため、病棟看護師と医療ソーシャルワーカー（MSW）等との合同カンファレンスを実施していますか。

| 定期的実施 | 随時実施 | 実施していない | 合計 | |
|-------|-------|---------|--------|----------|
| 14 | 10 | 6 | 30 | (重複回答あり) |
| 46.7% | 33.3% | 20.0% | 100.0% | |



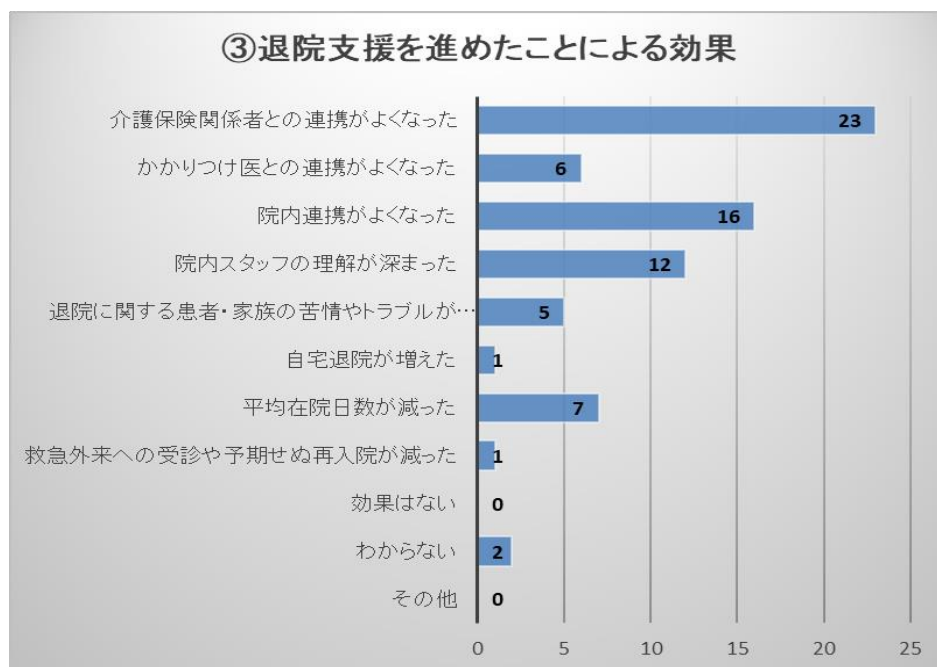
【「定期的実施している」場合の具体的内容】

- ・毎日、各病棟20分間実施、その他必要時適宜開催 退院支援専従看護師 病棟看護師 MSW 他必要時医師・栄養士・理学療法士の参加
- ・病棟によって月2～週1回。30分程度。参加スタッフは医師、看護師、リハビリスタッフ、MSW、薬剤師が参加
- ・週に1～2回、30分程度で実施。医師や看護師・薬剤師・栄養士・リハビリ・MSWなど参加。個別ケースのカンファレンスやケースをレビューする方法にて実施している。
- ・退院支援計画書は作成していないが、入院して1週間以内くらいで初期カンファを行っている。毎週木曜日、1時間で4～5人位のカンファを常勤医師4名、病棟看護師、リハビリ、社会福祉士、薬剤師、管理栄養士参加し、治療状況、今後の治療方針、社会的背景等
- ・入院7日以内、各病棟の決まった時間帯に1人約15～30分、参加者：病棟Ns・リハ・MSW、内容：カンファ用紙に沿って
- ・週3回 時間を決めて新規入院患者1人5分程度で退院調整フロア担当者、統括、MSW、病棟スタッフとの合同カンファレンス。
- ・病棟毎に曜日を定めている。所要時間は30分程度。参加職種は、医師、病棟看護師、退院支援看護師または医療相談員、理学療法士、管理栄養士。
- ・毎週曜日固定（Dr 別）30分以内。Dr、Ns、リハ、MSWが参加。薬剤師、栄養士は書面参加。
- ・毎週火、金の週2回 14時～各病棟において、MSW、入退院支援看護師、病棟看護師で15分程度開催している。
- ・週1回 30分程度 社会福祉士、病棟看護師、リハビリ、管理栄養士、薬剤師等が参加している。
- ・毎週、月曜日と金曜日の午後、退院調整看護師、担当看護師、リハビリスタッフ、MSWで実施
- ・退院支援カンファレンス 入院7日以内、10分程度、病棟看護師・退院支援看護師・MSW等
- ・各病棟・各診療科にて実施
- ・院内独自のクリニカルパスカンファレンスを実施している。入院時から1ヶ月目、2ヶ月目、3ヶ月目に実施。（主治医、Ns、OT、栄養士、薬剤師、PSW）

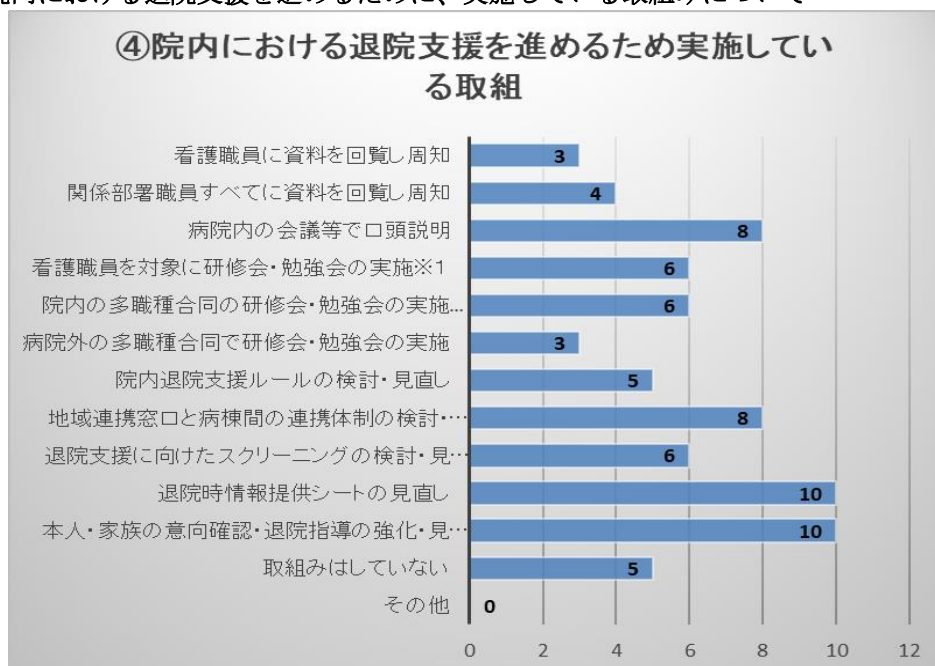
【「実施していない」 場合の理由】

- ・カンファレンスは実施しているが計画書は作成していない。
- ・当院には退院支援計画書は存在しない。
- ・カンファという枠組みではなく、常時の申し送り等を活用している。
- ・退院支援計画書作成のためではないカンファレンスを定期的に行っている。

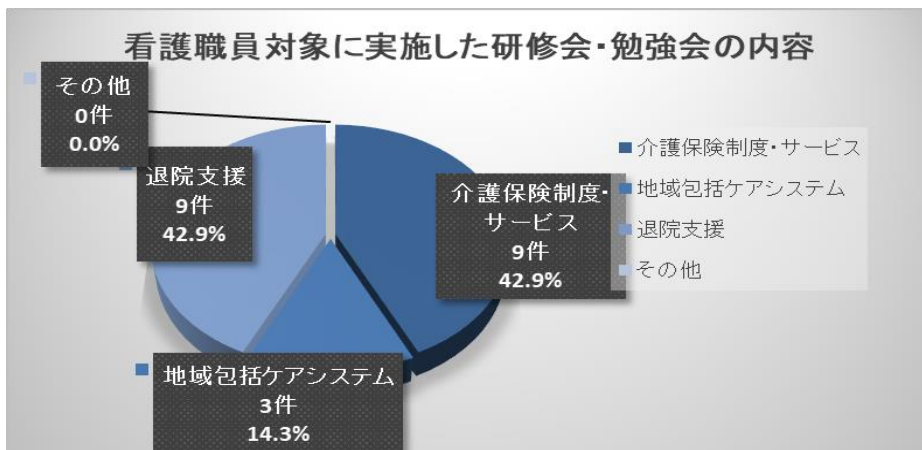
③患者・家族への退院支援を進めたことで効果があったと思われることについて（複数回答）



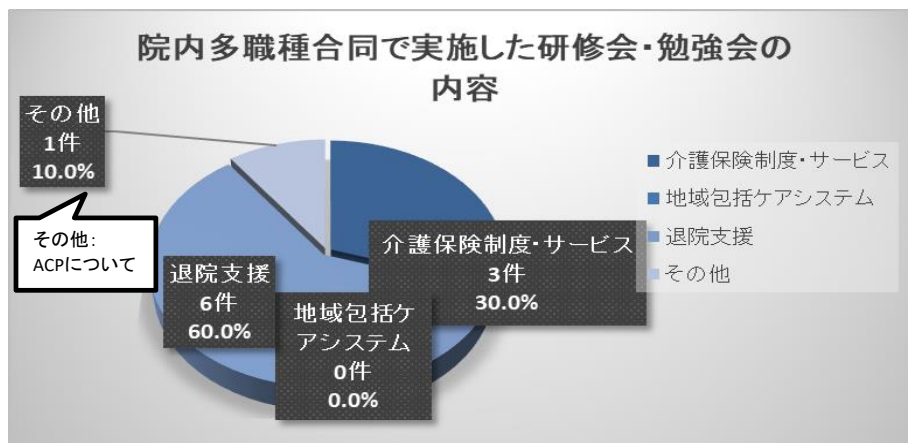
④院内における退院支援を進めるために、実施している取組みについて



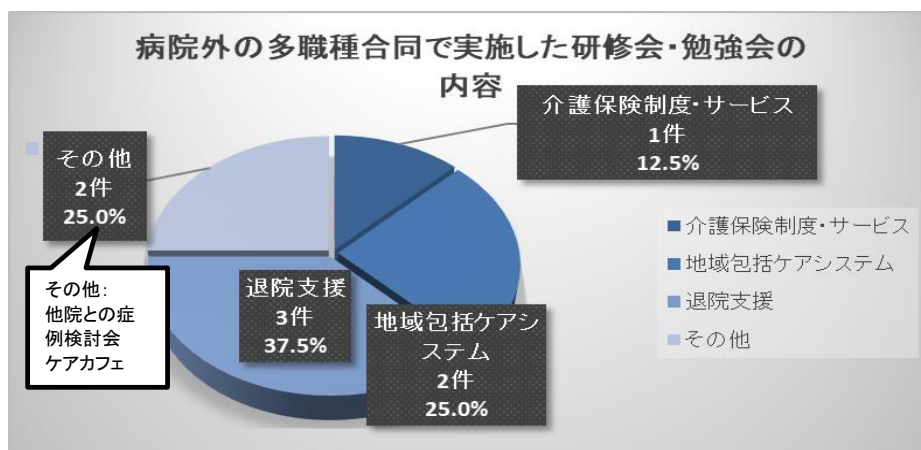
※ 1 看護職員対象に実施した研修会・勉強会の内容



※ 2 院内多職種合同で実施した研修会・勉強会の内容



※ 3 病院外の多職種合同で実施した研修会・勉強会の内容



⑤院内における退院支援で困っていること

○困難なケースの対応・支援

「おひとり様」「身寄りなし」の方の支援—本人の意向と病状が一致していないと自宅退院が困難な場合もあり、手続きやサービスの調整に難渋する。

- ・身寄りなし事例。多重課題をもつ事例
- ・身寄りがない方の夜間・休日の対応先
- ・金銭面や介護力、家族の課題など様々な課題がある方、困難ケースの進め方や多職種との連携
- ・身寄りのない患者、家族の関係性が悪い方との退院支援は、相談窓口に困り、サービス調整に時間がかかる。
- ・身寄りがいない、家族の協力が得られない患者さんについても、身元引受人の関係で退院支援が進みにくい時がある。

○退院先の調整

- ・認知症の方の受け入れ先が中々見つからない。また、受け入れ先が見つかるまでの期間、病院で療養していただくしかないが、認知症患者が増加するに比例し、看護スタッフの介護負担も大きい状況にある。
- ・遠方に家族がいらして、地元にはいない入院者については、施設入所が困難な場合がある。
- ・在宅生活が厳しい入院患者さん本人が、施設入所を拒否する。結果、入院がロングステイ化する。

○病院内での多職種連携の困難さ、理解度の違い、MSWへの業務負担

- ・介護保険制度をよく知らないまま、「サービスを使えば大丈夫ですよ」と話をしてしまう他職種がいる。
- ・方針や退院許可の確認に時間がかかる。カンファレンスに時間がかかる。職種によって周知されていることに対して認識や理解の差がある。
- ・多職種が忙しく一緒に面談をする時間が限られており、課題のすり合わせ、今後の方向性を検討するのがMSWだけになってしまうことがある。
- ・退院支援は退院支援部門だけで行うものではなく、多職種が協働して行うという意識付けが進めば良いと思っています。
- ・医師間で退院についての意識について差があり、入院の長期化、患者への説明が不足している。
- ・院内の退院支援体制について。コロナ渦は面会制限もあり、入退院センターで本人や家族の意向のすり合わせなどを担当する場面が多かった。面会制限が緩和しても病棟の受け持ち看護師のプライマリーが不十分の場面が多く、意思決定支援や意見のすり合わせなどを退院支援看護師が担っており、業務負担が大きい。
- ・退院後の生活像をイメージして退院準備をする（家族への指導等）ことが、病棟で判断できない。MSWの指示待ち。早めに介入できるようにNsとコミュニケーションを図っていく。
- ・家族背景や金銭面、生活環境の問題に関して院内スタッフと共有するが、理解に関してはスタッフ毎に温度差があり、「なぜ退院させられないのか」と言われ続け苦しい思いをしながら退院支援に当たる場面がある。
- ・退院調整がどうしてもMSW任せになってしまう。
- ・院内の分業（タスクシフト）が進み、患者の全体を理解しているスタッフが少なくなった印象。

○その他

- ・病院の医師と在宅の医師を繋げることに苦勞することがある。
- ・いまだに80代で介護保険申請をしていない方が多い。
- ・行政、ケアマネなどとの連携を図っているが、退院に関する切迫感に温度差があり、退院支援に時間がかかってしまうことがある。
- ・意思決定支援について
- ・退院調整が進んでいる途中で、体調が悪化してしまうことがある。
- ・入院患者さんの金銭管理について（約定書締結以上の現金を持参される方や逆に手持ち金がない方）

IV外来部門における情報共有シート活用のための追加項目

- ・特にはないが、身内や連絡先の情報を最新のものにしていただきたい。また、その方との関係性が良好なのかなど詳細な情報をいただきたい。
- ・つなぎ役となるスタッフの人員確保が必要であり、地域連携に関わることのできる人材の確保が課題。
- ・項目はこれでOKだが、どのように外来で活用するのか、今後検討します。
- ・本人及び家族の現在の意向やこれまでの考え方等があると、外来での療養支援に反映できるように感じます。
- ・本人の所得段階の表記
- ・外来通院時の介助者の有無、通院方法、かかりつけ調剤薬局
- ・普段のADLと体調不良時現在のADLが比べられるように書かれると、分かりやすい。高齢のため、症状の訴えができないことも多いため、客観的で具体的な状態があると診察の手がかりになると思う。
- ・家族構成（図）、使用寝具 布団かベッド、入浴頻度（傷ケガの処置時参考にできる）
- ・かかりつけ医の有無、現ADL、サービス利用内容。
- ・家族構成、協力的かどうか。
- ・医師・MSW・ケアマネの通信欄
- ・通院方法、服薬状況などの情報共有もできれば。

V退院支援について、他病院と情報交換したい内容

○困難ケースの対応等の情報共有

- ・金銭管理に課題のある方、身寄りがない方の夜間・休日の対応先に対する対応。（マニュアルの有無など）
- ・いわゆる困難ケースや、入院が長引いている患者さんに対する対応方法など。
- ・医療依存度の高い方や認知症の方、独居世帯、高齢者世帯など、退院困難な患者の退院支援をどのように進めているか、事例も踏まえて情報交換したい。
- ・事例（困難事例等）の共有

○病院内の体制

- ・他病院の退院支援の流れ（院内）
- ・退院調整における、病棟看護師の介入について
- ・医師との連携をどのように図っているか。
- ・院内の退院支援システムについて

○その他

- ・ケースが複雑化しており病院だけで解決することができないため、多方面での介入やサポートの需要が高まっている。
- ・カンファレンス内容や用紙、頻度・施設の空き情報収集や相談の仕方
- ・入院～退院までの中で各職種から本人・家族への関わり・アプローチの方法（ICのタイミング、面談回数など）
- ・訪問医や訪看、介護サービス事業所、施設等が医療処置やケアをどこまでできるのかや、どんな病状や生活背景の方が受け入れられるのか等の情報を共有できると、退院調整に生かしやすいと感じています。
- ・退院支援の実際、地域との連携方法、介入患者層。
- ・加算関係について

VI地域包括ケアシステムの構築に向けての御意見

○意見交換会等

- ・アンケートをもとにした実情の共有や、課題に対する具体的な対策などを検討できる機会があるといい。
- ・制度の狭間で支援に難しさがある方の対応など共有できる研修や体制作りの共有。
- ・医療と福祉の現場で働く人達が意見交換できる機会が定期的にあれば良いと思います。

○その他

- ・公的サービスだけでは、埋められない状況の患者がいます。ボランティアなどについての情報などもまとめてほしいです。
- ・在宅医療について地域住民へ普及啓発を行う。
- ・在宅医療への理解が深まると、自宅で療養するイメージを持ちやすくなるため恐怖感や不安感の低減につながるのではないのでしょうか。
- ・身寄りのない方への支援をルール化してほしい。行政介入は必須のため行政や担当者によってスピード感が違う。在院日数が短くならない。病院→行政へ連絡、1w以内に親族調査していただき連絡が欲しい。身寄りのない方の成年後見制度、首長申し立ての手続きが半年以上かかるため、こちらもマニュアル化して必要な人に必要な支援を行ってほしい。ケアマネとの連携よりも行政の関りが薄い。
- ・地域包括ケアシステムの構築について、一病院で実用できる方法を具体的に教えてほしいです。
- ・各関係機関との顔の見える関係性の構築。

～まとめ～

- 昨年より外来受診時ケアマネからの連絡先担当部門の有無についての項目を設けたが、担当部門なしは1病院のみであった。
- 退院調整ルールに基づき取り組んだ病院は92.9%あり、それ以外の病院においても、必要な場合のみや個別対応など独自に退院調整に取り組んでいる。
- 情報共有シートを活用している病院は85.7%あり、それ以外の病院においても、看護サマリーや連携シート、ツールの利用など別な様式を使用している。
- 今年度からの質問で、退院前・退院時カンファレンスを開催する際、日程調整がつかなかった1件以外、全ての病院がケアマネージャーに出席を依頼し、64.3%が3日～7日前までに出席を依頼している。
- 入院前にケアマネが決まっていない場合、退院調整ルールがあることによって居宅介護支援事業所等との連携が以前より取りやすくなったと回答した病院は78.6%であった。一方で、ルール前と比較して明らかに連携がとりやすくなったとは言えず、通常からケア会議に参加してもらったり、以前から相談をしていたとの意見があった。
- 入院時、患者・家族の「介護保険証＋健康保険証＋ケアマネの名刺」セットの持参については、「あまり持参していなかった」と回答した病院が75.0%であった。持参していなかった患者・家族に対して周知した病院は35.7%であり、周知しなかった病院においては担当ケアマネの情報の口頭確認の他、院内でのルールの周知不足や必要な時のみ確認といった意見があった。
- 病院内で退院調整ルールが周知されている病院は50%で、周知方法としては、内部研修や勉強会、カンファレンスのほか、口頭・手引き・文書・電子カルテ等による周知があげられた。一方、すべての職員に周知されているとはいえず、定期的な研修が必要であるとの意見があった。
- 退院調整ルールについて、うまくいっている点（良かった点）としては、多職種での情報共有による支援検討や、入院前の情報による早期の退院支援、ケアマネ等との連携によるスムーズな調整、患者や家族の利益にもつながるとの意見が挙げられた。
- 退院調整ルールの改善を要する点（困っている点）としては、情報共有シートがもらえなかったりその内容が適さないとの意見があった。また、早期退院でサービス調整が間に合わなかったり、家族がケアマネの連絡先がわからない、ケアマネによって対応が異なるなどの意見があった。
- 退院調整ルール運用について今後必要なこととしては、困難ケース等の退院支援についての事例検討、勉強会・研修会・事例検討会のほか、施設利用における待機時間の軽減、ルールの見直し、病院・ケアマネ・患者へのルール周知の継続、メールの活用、外来も含めた連携体制などが挙げられた。
- 退院支援計画書の作成のための合同カンファレンスの頻度としては、定期的46.7%、随時33.3%で、実施していないとした場合でも、カンファレンスは実施しているが退院計画書は作成していないといった意見が複数あった。
- 病院内における退院支援で困っていることとしては、困難ケース（身寄りのない方、金銭面や介護力、家族の課題等様々な課題がある方）の対応・支援、退院先の調整、病院内での多職種連携の困難さ、理解度の違い、MSWへの業務負担等が挙げられた。
- 外来部門における情報共有シート活用のための追加項目としては、身内や連絡先の最新情報、本人・家族の現在の意向やこれまでの考え方、本人の所得段階、外来通院時の介助者の有無、通院方法、かかりつけ調剤薬局、普段のADLと体調不良時現在のADL、家族構成（図）、使用寝具、入浴頻度、かかりつけ医の有無、通信欄、服薬状況等が挙げられた。
- 退院支援について他病院と情報交換したい内容としては、困難ケースの対応等の情報共有、病院内の体制、カンファレンス内容、施設の空き情報収集や相談の仕方、各職種から本人・家族への関わり・アプローチの方法、退院支援の実際、地域との連携方法、介入患者層、加算関係等が挙げられた。
- 地域包括ケアシステムの構築に向けた意見としては、関係機関との意見交換会、ボランティア等の情報、在宅医療について地域住民への普及啓発、身寄りのない方への支援のルール化、一病院で実用できる具体的方法、各関係機関との顔の見える関係性の構築等の意見が挙げられた。