

【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6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. 4. 1現在：140ヶ所)
- (2) 地域包括支援センター (R6. 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、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6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	140	131	93.6%	413
地域包括支援センター	39	36	92.3%	130
計	179	167	93.3%	543

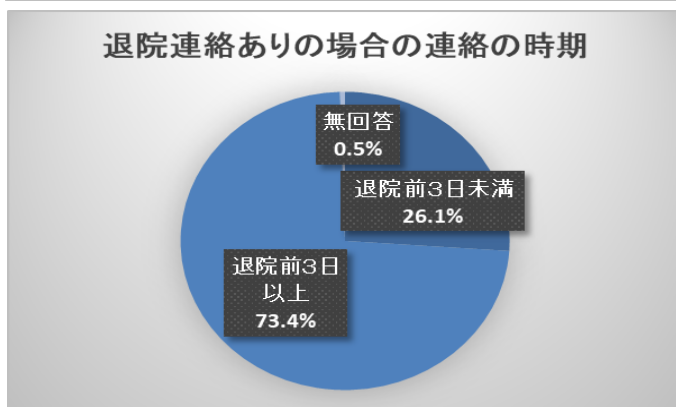
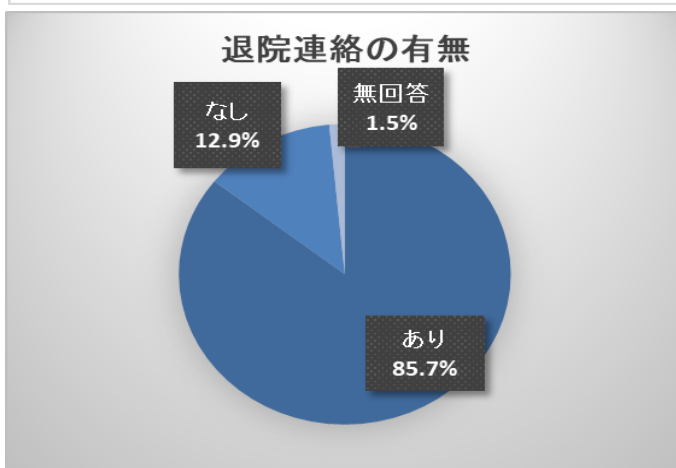
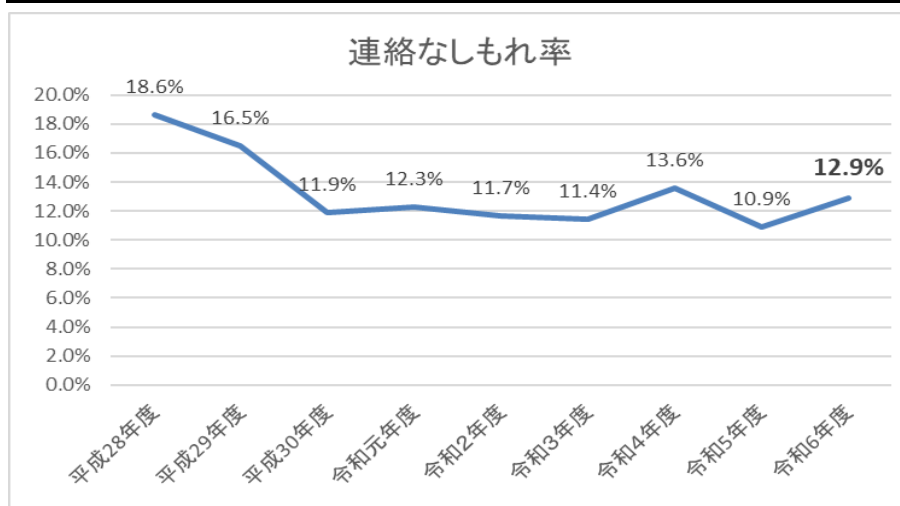
※6/1時点における廃止2事業所、休止中8事業所除く

（他に6～7月中に上記の休止1事業所を含む3事業所廃止）

(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6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3日未満	退院前3日以上	無回答	
要介護	796	702	81	13	163	535	4	10.2%
要支援	147	106	41	0	46	60	0	27.9%
不明	6	5	0	1	3	2	0	0.0%
合計	949	813	122	14	212	597	4	12.9%

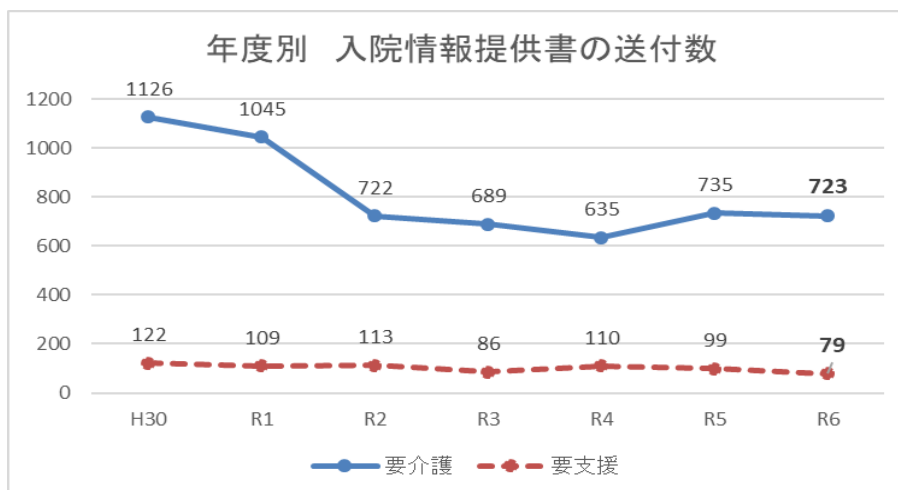
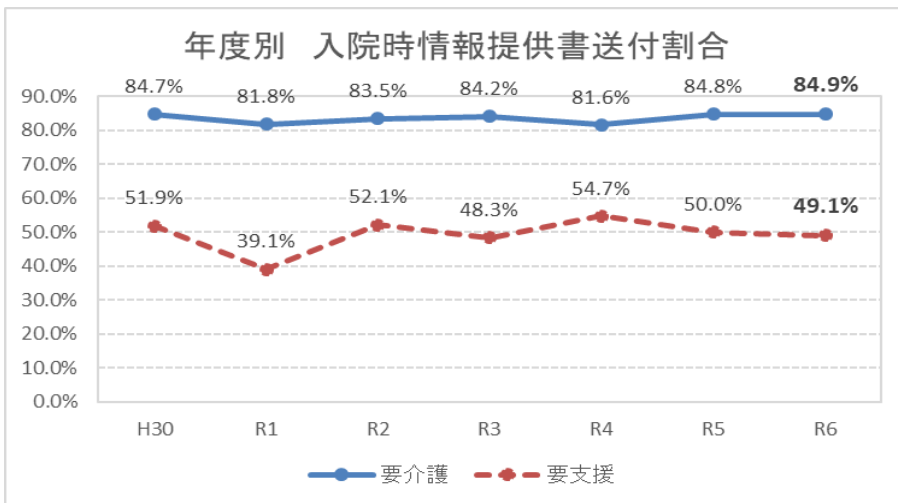
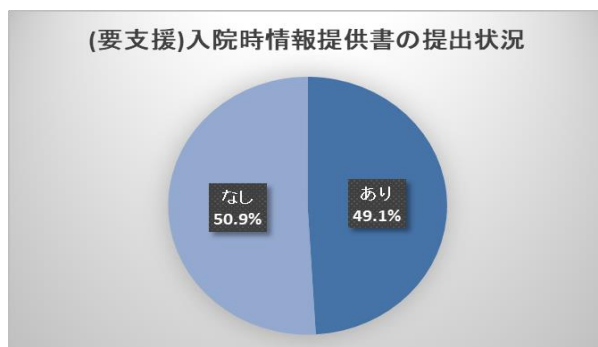
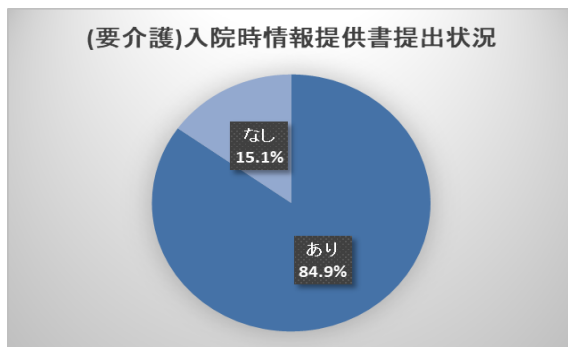


②入院先病院内訳（圏域別）

圏域	人数
県北	920
県中	25
会津	2
その他	1
不明	1
合計	949

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5年度
要介護	852	723	84.9%	84.8%
要支援	161	79	49.1%	50.0%
合計	1013	802	79.2%	78.3%



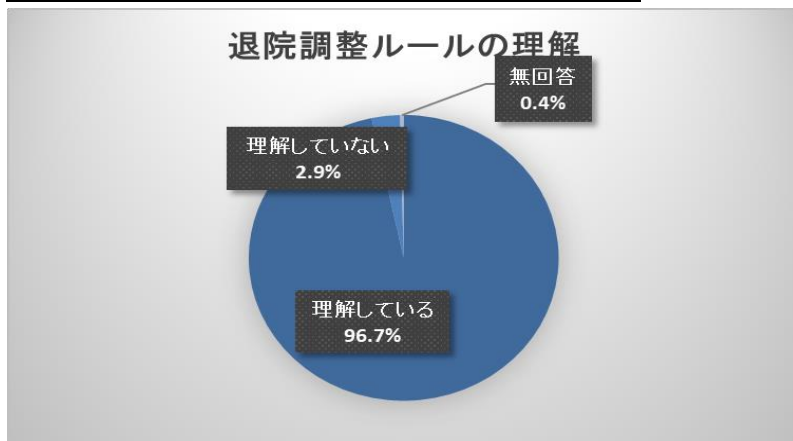
④課題と感じていること等

- 退院後の施設入所や死亡退院における対応
- 短期間の入院時における対応
- 急な入退院や変更に応じた対応
- 連絡なしや遅れ
 - ・後日再入院した際に入院していた事を知った。
 - ・一人暮らしの緊急入院だったが、ケアマネが知らないうちに入院し退院していた。独居高齢者の緊急入院に対して対応が不十分
 - ・退院当日の連絡の為サービス調整が困難であった。
 - ・退院後、介護サービスを新たに利用の場合は、調整の時間も必要であるため、もう少し早めに連絡が欲しい。
 - ・家族からの連絡が遅れた。入退院時の連携について周知不足と感じた。
 - ・骨折入院だったにも関わらず退院時の状態報告がなされず、利用者様の在宅支援が後手に回ってしまった。
 - ・入退院を繰り返している方で検査目的入院のため、入院時の情報提供はなかった。
- カンファレンスやサマリー等退院前の調整
 - ・退院前カンファレンスがなかった。軽度でも退院後の生活に影響するので開催してほしい。
 - ・本人、家族との顔合わせや自宅での生活について共有する機会が必要だった。
 - ・家族は退院調整を希望していた。家族の意向確認してほしい。
 - ・ENT（退院）後のリハビリに関する調整が不十分だった。
 - ・退院前の調整をするため本人の状態を把握したかった。
 - ・主に家族と退院後の調整を行った。
 - ・2度カンファ実施。きちんと情報共有出来た。
 - ・退院前に面会ができ、アセスメントが出来た事が良かった。
 - ・訪問診療へスムーズに移行できた。
 - ・退院時の本人の様子が分からない。看護サマリー等無かった。
 - ・退院の連絡以外にも治療の進捗等をご連絡いただき良かった。
 - ・退院前に数回にわたり面会やカンファ、主治医からのICもあり在宅医療への連携はスムーズにできた。
 - ・事前に直接面談の機会がなく的確な情報が得られなかった（未だに面会できない病院がある）。
 - ・入院中に認定調査を受け、結果は通院後で要支援1。自宅の影響でサービスが間に合わず再度区分変更の申請を行った。
 - ・医療依存度が高くなってからの退院の場合、家族介護力等事前に共有できると良かった（結局再入院となってしまったため）。
 - ・カンファに家族、主治医、看護師が同席したことにより、把握しやすかった。
 - ・退院調整するにあたりMSWが本人の身体状況を把握していない。
 - ・在宅看取りの方であるが、家族への介護指導を行ってほしかった。新型コロナウイルスの影響もあるが、家族を交えたカンファレンスを行いたかった。
 - ・入院中の状態把握ができない中での退院となり、退院後の検討会となったことで、サービス利用調整に時間がかかった。
 - ・入院中の検討会が開かれず、在宅での検討会を行った。主治医も参加していただいていたのが良かったが、入院中の検討会が望ましいと感じた。
 - ・サマリーが無かった。
- その他
 - ・病棟とMSW間の連絡にタイムラグがあると感じた。
 - ・高齢二人暮らしの支援に結びつくタイムリーな連絡をいただけて助かった。
 - ・退院してから、自宅で過ごすにあたり課題が多くでてきた。予防の方でも、相談員と情報共有を図りたい。
 - ・看取りの方で、状態が落ち着いている時期での在宅との話で、「急変時は救急搬送」と合言葉のように話しての在宅だったが、家族も事業所もしっかり対応していただき、いい経験となった。
 - ・転院後の情報提供

(2) 個人票

①退院調整ルールの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	405	7	1
地域包括支援センター	120	9	1
計	525	16	2



【退院調整ルールを理解していない主な理由】

- ・ 部署移動してきたばかりのため。

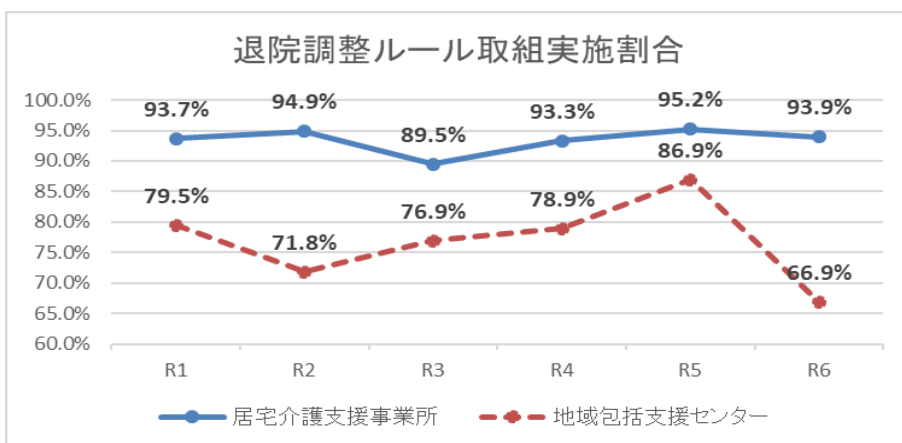
②ルール（手順）に基づき取り組んだか/③情報共有シートは活用したか

年度		居宅介護支援事業所	地域包括支援センター	計
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%
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%

※R1～R4は事業所ごとに回答、R5以降はケアマネ個人ごとに回答

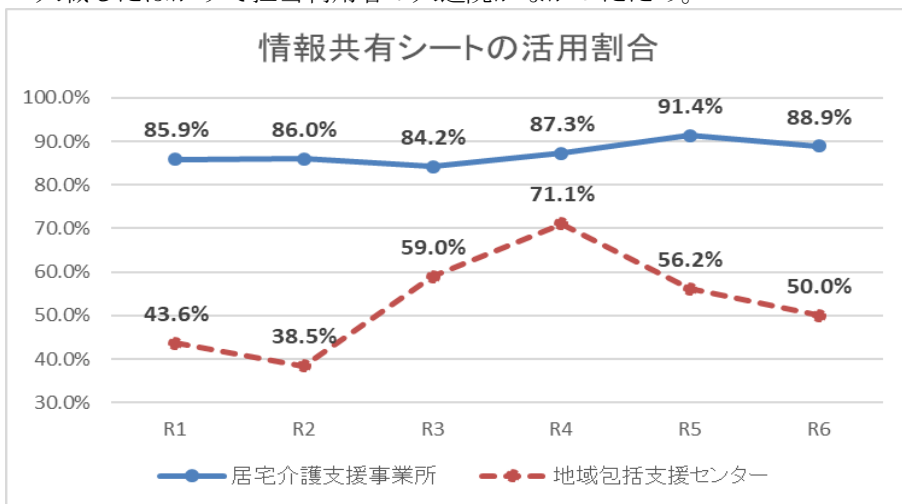
※取組実施数無回答：居宅2件、包括1件

※情報共有シート活用数無回答：居宅5件、包括1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】

- ・退院者がいなかった。
- ・ルールを活用する対象者がいなかったため。
- ・退院後、翌日に同じ病院に別な理由で入院になった。
- ・状況等について関係者と（電話で）やりとりができたため。
- ・家族から入院の連絡が来たのが遅かった為、相談員と電話でのやり取りだけになってしまった。
- ・入職したばかりで担当利用者の入退院がなかったため。



【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

- ・「実態把握票」を利用
- ・基本情報シートを活用
- ・アセスメントシート
- ・必要な情報のみ、書式として送った。
- ・普段の業務で使用しているシートを活用。情報共有シートへ転記する時間が取れないため。
- ・市の様式
- ・フェイスシート
- ・利用しているシステムの基本情報
- ・フェイスシート、当事業所様式を活用。情報共有シートも使用し、使い分けしている。

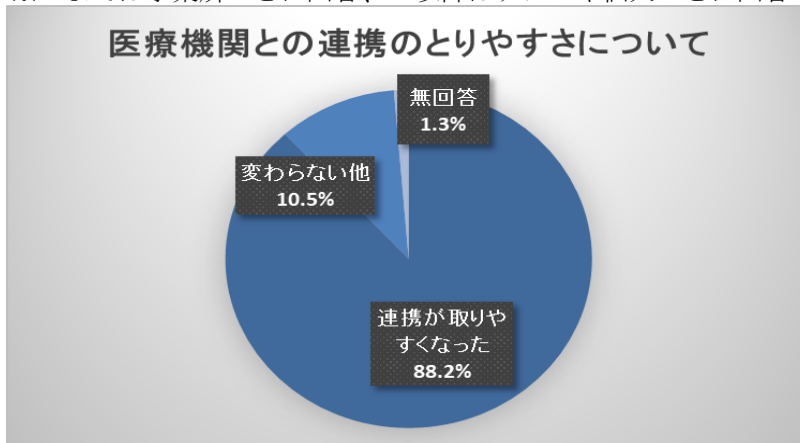
○その他

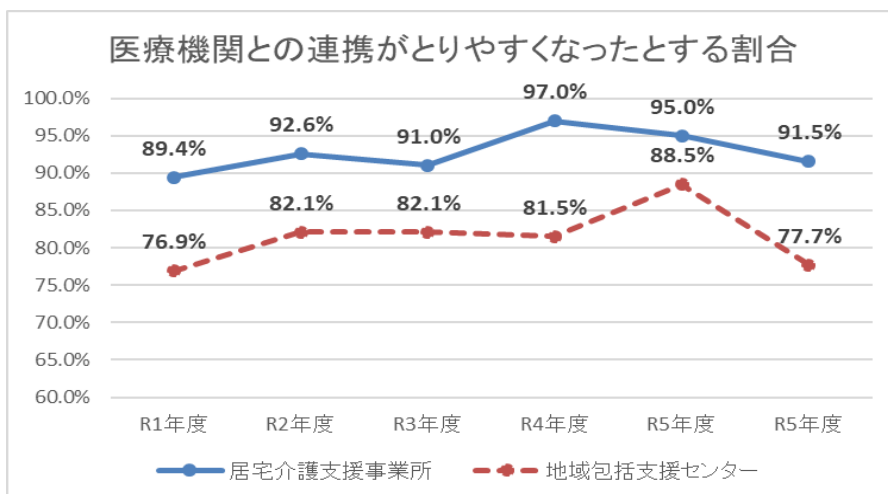
- ・情報共有シートの存在を知らなかったため。
- ・電話連絡で間に合うとの話だった。退院時のカンファレンスがなく、軽度でも退院後の生活に影響するので開催してほしい。
- ・退院者なしのため。
- ・入院してから時間がかかってしまったため、電話でのやり取りを行った。
- ・かかりつけ医であったため。
- ・短期間の入院であったため。
- ・入院、退院したことがわからなかったため、使用するタイミングがなかった。
- ・持っている情報が少なく、電話でやり取りしたため。
- ・急な退院だったため。
- ・複数回入院しているため。

④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
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%
R6	回答数	413	130	543
	連携が取りやすくなった	378	101	479
	%	91.5%	77.7%	88.2%

※R4までは事業所ごとに回答、R5以降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）】

- ・要支援者の場合、本人がしっかりしてる方が多いことから、入院時本人が相談員とやり取りを問題なく行える場合が多く、包括とつながっていることが分からない時がある様子。
- ・退院の連絡がこない。
- ・密に連携を図る医療機関も、めったに連絡してこない医療機関も変わらないため。
- ・連携が取りやすくなった部分もあり、そうでない場合もあり、平均を取ると変わらない。
- ・病院の相談員の考え方で対応がそれぞれ違う。
- ・具体的に情報が役立っているか分からない。
- ・情報提供しても、担当者が決まっていなかったりと連絡が遅れることがある。
- ・連携は取れていると思うが、送りっぱなしな感じなので連携に役に立っている！の実感はあまり無い。
- ・もともと連携ができていた。
- ・相談員を通さず、病棟看護師から直接家族に退院日の連絡があった。連休の前の日に電話で、連休明けに退院と連絡があり、あまりにも急なことなので、退院を延期するように依頼するも1日しか延びず、サービス調整を急いで行うことになった。病院相談員も退院当日に退院になることがわかったということがあった。
- ・電話でやりとりしている。
- ・手順としては以前と大きな作業自体の変更はないが、書式がある程度統一したことにより、MSW等に共通した認識ができた。
- ・入院することでADLの低下、区分変更となる事が多く、退院後の支援に繋がらない事が多い。

⑤情報共有シート以外の独自の様式

- ・実態把握票
- ・基本情報シート、アセスメントシート
- ・福島市の相談票（基本情報）を持っている。病院からの情報はサマリーで頂くことがほとんどである。
- ・業務で使用しているシステム書式の使用
- ・事業所独自の情報提供書
- ・「高齢者福祉利用支援等の相談票」
- ・嚥下検査をしている方は検査票も一緒に送る
- ・フェイスシート
- ・業務に多忙な場合は、病院側の手承を得て、通常業務で使用しているシステムの基本情報を送付したこともある。
- ・ジェノグラム、住宅図
- ・情報共有シート作成の余白が足りない場合、事務所様式の情報提供書を追加で使用している。
- ・基本情報以外の付加情報について。入院状況次第にもよる。
- ・ワイズマン介護ソフトフェイスシート
- ・緊急入院のため作成する余裕がなく、事業所の情報提供書をFAX送信した。

⑥外来部門との連携における課題

○家族との連絡

- ・ご家族からの連絡がなく、入院したことが分からない場合がある。退院後支援が必要な場合もあり困ることがある。
- ・時折だが、家族の意向をきちんと確認してから退院調整してほしい時もある。急に自宅退院と言われ、家族も「自宅は無理」となったケースもある。
- ・日中連絡を取りづらい家族の対応

○転院時の情報共有

- ・入院先と転院先で入院時情報提供書が共有されていない事が多々見受けられる。転院先の医療機関から情報提供依頼がある。できれば病院同士での連携も意識して頂きたい。
- ・遠方の病院への入院で、退院後に住い近くの診療所や病院への紹介・引継ぎについて、医療機関間の情報提供はあるが、その内容についてケアマネジャーとして十分に把握できず在宅でのケアプランを作成しなければならないことがある。
- ・回復期病院より、転入院してきたばかりの方へ即関わって欲しいと連絡されることが多い（2～3ヶ月後の退院見込み）入院中の適切な評価がなく、確実な退院が決まらないまま介入してもサービスにつながらないことがある。

○外来における連携窓口

- ・外来受診時、ご家族が主治医に伝えにくい場合ケアマネからソーシャルワーカーを通してお話をお願いすることがあるが、外来看護師や医師に意図が伝わっておらずスムーズに入院等がいかないことがある。
- ・利用者の定期受診前に情報提供を行っても、主治医まで情報が伝わっていない事がある。
- ・総合病院の場合、地域連携室では外来患者さんまでは把握しきれていないと言われるので、相談することに気を遣う。
- ・外来の方の対応はないと返答されたことがあり、電話で問合せでも確認できず、受診付添いになったことがある。
- ・総合病院など大きな病院になるほど、外来通院者の状況について相談しにくいと感じることがあるが、大分少なくなってきた。
- ・受診同行しないと連携が難しい。相談窓口があると良いと感じた。
- ・総合病院等：病院によって、どこに相談すればよいかわからない。前回は相談室を通して話をしたが、今回は直接外来に伝えて欲しい等もある。
- ・開業医：窓口が受付の方だったり、看護師さんだったり直接医師に伝えてというところもあり難しさを感じる。介護保険制度、サービス内容等について理解が得られないこともある。
- ・担当ケースワーカーが決まっておらず、相談室や外来相談等の窓口が変わるたびに繰り返し状況を説明し、伝える必要があった。
- ・定期通院時の医師からの説明など、本人家族が十分に理解できておらず、相談室に連絡すると外来の方々には分かりませんと返答されたことがあった。
- ・外来になると、担当相談員が変更となり、情報が伝わっていない。再度、情報提供するがこれが一般的な対応で良いのか。
- ・入院をしていないとなかなか連携が取りにくい。
- ・大きな病院ではなかなか連携は取りにくい。入院者にはMSWが付くが、通院は誰に相談したのか不明。
- ・（一部の病院の）ワーカーからは、入院中の方でないかと…と返答があった病院もある。外来中の利用者は誰に相談すれば良いのか分からなくなった時があった。
- ・病院によっては、外来の場合取り合ってくれない事がある。
- ・外来部門との連携が薄いと、関係機関が知らないうちに通院が途絶えていた等の把握が難しい。
- ・外来患者さんの相談担当がないため、連携をとりたいためにどこに連絡していいか迷うことがある。また、「担当者不在で決定次第連絡します」との後、連絡がないため再度問い合わせることがあった。
- ・外来看護師が介護タクシーが必要と感じていることを、患者に直接言わずに（包括から）相談員に伝えたと自宅に（電話）連絡してくれと言われた。一度も会ったことがない包括から急に自宅に電話が来ることに不信感を抱きかねないと思われ、かかっている看護師や病院担当からの電話の方が納得できると思われた。
- ・入院したばかりで退院MSWが決まっていない医療機関だとスムーズに連携が取れないことがある。
- ・MSW等がない病院との連携、連絡がしづらい事がある。
- ・相談窓口が分からない時がある。（相談室、連携室等がない場合）
- ・病院により窓口となる相談員さんが不在の所は外来の相談が難しいと感じる。
- ・担当の相談員が明確ではない。
- ・病院によって相談員配置の有無により、連携のしやすさが大きく影響していると思われる。
- ・医療機関によっては相談する担当者がわかりにくいところがある。
- ・相談員がない医療機関等との連携がうまくいかない時がある。情報共有に関する相互理解と明確なルールがない。
- ・情報共有シート・プランをFAXし、電話連絡するが、担当者が決まっていない場合があったり、担当者が決まっても、実際見てもらえているのか疑問。カンファレンス希望ありにしても、呼ばれず、いきなり退院になってしまうことがある。
- ・窓口がいくつかある大きな病院だと、どこにどこまで相談してよいか迷いがある。
- ・相談員との連絡が取りにくい、担当者が分からない事がある。
- ・大きな病院の場合、入院時対応した職員の変更や、連絡を取りたい時に担当職員が休みのために連絡が取れなかったりする。
- ・入院してから退院までの連絡先（担当部署）と、退院後外来通院時の病院側の相談窓口が違う場合、その人の性格や癖などを初めから話す必要がある。

○看護師・医師との連携

- ・外来の忙しさのせいか、外来看護師がイライラしていて詳細まで情報を聞きにくい。
- ・診療所、クリニック等は相談員さんが不在の為、看護師さんとのやり取りとなるが、退院調整ルールが周知されていない事もある。
- ・入院と違いMSWが担当ではなく外来看護師さんとのやり取りになる。なかなか特定の看護師さんとは話せない。
- ・相談員が配置されていれば問題ないと思われるが、外来看護師と直接でのやり取りは担当した方の対応力や介護保険制度の理解度により、連携しにくい場合がある。
- ・外来担当の相談員さんがいない場合、外来看護師とのやり取りになるが、連携がスムーズにいかないことがある。
- ・夜間や週末、主治医不在時の受診においては、翌日または翌週に受診するように言われ受診ができない。入院等の相談ができないことが多い
- ・個人病院へ、医療のサービスを利用している方のケアプランを（事前に送ることは連絡して）送ったら「こんなものいらない」とTELがかかってきて困ったことがある。
- ・外来の場合、すべての方にソーシャルワーカーが担当がついているわけではないと理解しているが、何かあると連絡があるケースとないケースがある。受診の際、何か特記事項があったときに、本人や家族から話ができれば知ることができるが、知らずに病状などが悪化してから知るといふケースがある。
- ・相談員のいる病院は相談員を通し外来との連携ができるが、病院代表電話から外来に繋がれた場合、看護師なのか誰と話をしているのか分からないなど、コミュニケーションが難しい場合がある。また、病院によっては「外来では個人情報に関係で答えられない」と全く教えてもらえず、相談できないこともある。
- ・クリニックなどの相談員が不在の医療機関とのやり取りは、対応する窓口（看護師等）が変わると一から話をする必要があり負担に感じる。
- ・ご家族が付き添いなどしてくれる場合は良いが、ご本人1人での受診の場合、先生の指示や話の内容をよく理解されず帰宅され、あとから困る場合がある。ご本人の意向もあいまいに伝わってしまう事があり、受診前後で病院側とやり取りできる手段があれば良いと思う。医療相談員がいる病院なら可能であるが、相談員不在の病院（個人病院やクリニック）もあり連携で悩む部分がある。
- ・訪問看護利用希望時、本人または家族から、直接主治医に言ってもらえないと取り合ってもらえない事があった。近場に家族もおらず、本人も何度も受診することが難しい方に関しては電話でのやり取りでも受け入れてもらいたい。
- ・主治医のいない日に問い合わせをした際、主治医のいる日に再度連絡を取り直すよう言われる事がある。その場での返答はいただけなくとも、後日返答をいただく等の対応は難しいのか。
- ・担当している方が受診をした際、気になる事等があれば連絡いただきたいが、すべての病院で対応してくれるわけではない。対応してくれる病院が多いが、「個人情報だから」「担当者が分からなかったから」等と上手く連携できないことも少なくない。
- ・本人、家族のみで受診された場合でも、居宅につないでおきたい情報があった場合、本人家族の同意を得て連絡してほしい。
- ・医師や看護師との連携が取りやすい時間について考えている。対応しやすい時間が分かるとありがたい。
- ・MSWさんが居ない病院との連絡・連携に不安があることや、連絡に躊躇してしまうことがある。個人のクリニックでも、ケアマネとの調整窓口になる看護師がいるクリニックもある。
- ・退院調整ルールを理解していない医師がいる為、協力を貰えないこともある。

○情報共有シート

- ・情報シートを早急に作成し、送っても確認してもらえていないことがあった。
- ・提供先で欲しい情報が何かまだ良くわからない。提供しても役に立っているのか不安。
- ・医療機関で持っている情報以外でどういった情報がほしいのかがあまり伝わってこないため、情報シートを活用できていない。
- ・シート作成してもどこまで活用されているかわからない。
- ・外来通院者の場合、医師会と介護支援専門員協議会で作成した様式を活用し、相談や報告が出来ているが、医師によってはこのような書式で送ってこないで欲しいと連絡をもらったことがある。
- ・情報共有シートが外来の場で活用されているかどうかわからない。
- ・外来用シートがあれば簡潔にポイントを伝えられる。
- ・外来で情報共有できる共通様式があるとよい。共通様式があると対応しやすくなる。
- ・医療機関によって外来担当相談員を配置している所もあるが、どの様に連絡調整を行っていいか迷うことがある。入院時より、少し敷居が高い感じがある。外来で使用できるような共通ルールやシートがあると連携が取りやすくなると思う。
- ・外来だと大病院では、対応部署のやり取りに時間をかなり要することがある。（入院ではないが）開業医院だと一旦、妥当な方法をコメディカルに確認するつもりが、多忙な医師に変わり、迷惑をかけたことがある。入院・外来とも共通の医師会のFAX様式はあるが、○をつけるだけの報告や問合せ様式（県外の自治体で使用されているのを見た）が、あるとお互い短時間に要領を得たやり方が出来るのではないかと思う。今のものでも出来ないわけではないが。

○医療機関の対応

- ・各相談員さんの対応にばらつきがあるように感じる。必要な時には、この人ならやってくれるという人をお願いするようにしている。
- ・退院の日程報告が急な場合がある。
- ・連絡調整できる時間帯が限られている。
- ・在宅分野の事を知らない方も多く、情報共有がスムーズではない時もある。
- ・担当看護師との連携が病院内で取れていない事がある。窓口がMSWとなり、確認に時間がかかることがある。
- ・退院の連絡がない場合もある。電話でもいいので一報欲しい。
- ・病院によって、連絡方法や状況提供の仕方に違いがあるので、どこに、どの手段で連絡をするのが良いのかが分かる一覧などがあれば活用したい。診察時間に電話連絡をして良いものか、外来受診時の情報提供に戸惑いがある。
- ・医療ソーシャルワーカーが患者の状態の把握が難しい中でのやりとり
- ・時間がかかることや、相手側の迷惑そうな気配が分かる。
- ・メールが使えない病院はFAXか手渡ししかない。せめてメールを入れるように指示を出して欲しい。
- ・病院によっては、スムーズに連携が図れる所と連携がスムーズにいかない所がある。
- ・入院した日に連絡しても担当が決まっていなかったり、途中経過がわからないまま退院の連絡が来たりするのでせわしくなる事がある。
- ・急性期病院だと入院の連絡が来なかったりする。
- ・病院によりソーシャルワーカーの対応に温度差を感じる。
- ・入院した時点で、包括との情報共有をして欲しい。
- ・治療の面での対応はあっても、在宅での生活に関して踏み込んだ関わりがないため、話をしても理解してもらえない部分が多い。
- ・例えば、糖尿病を持病として持っている利用者で栄養指導をしてほしいと思った際に、どこに依頼すればいいか迷う。

⑦現在の情報共有シートへの希望

○他の様式を使用

- ・包括で関わっている利用者の場合には実態把握票の提出の電話連絡でシートを利用していない。
- ・情報共有シートを送っても同じ様式での返答はあまりない。看護サマリー等が多い
- ・病院から情報共有シートで退院時情報をもらう事はなく、サマリーをいただいている。病院側が情報共有シートを作成することが無いように感じる。利用している病院はあるのか？
- ・部屋が確保できないという理由で退院した後、（その日のうちに）サマリーをもとに自宅で担（当者）会を行うことが数回あった。
- ・当日の情報提供により情報共有シートを活用しなくなるかと思われる。フェイスシート、アセスメントシートで情報提供した方が効率的。

○追加事項等

- ・性格、介護や医療に対する考え方など。（認知症とは違う本人と家族の大変なところ）
- ・最初に作成した際、「これ以上で必要な項目は随時追加すればいい」としているため、ケースによって追加する項目はそれぞれ自由に追加すればよいと思うが、時代も変わっていることから、強いて言えば「本人・家族が在宅生活についてどういった意向を持っているか（入院前以上のADLの低下があった場合、施設入所またはなにかがあっても自宅で看取りたい、など）の項目はあっても良いかと思われる。
- ・大きな問題とは思っていないが、主治医意見書依頼する場合、依頼提供していても認知度が軽度評価となってしまう事がある。
- ・入院までの経過の記入の所（記入のスペース）をもう少し増やしてほしい。
- ・ご本人や、ご家族の意向や、退院後の生活の希望などの欄があれば良いと思う。
- ・追加ではないが、「療養上の問題」記載についてこれは在宅でなのか、病院で過ごす上でなのかよくわからず書いている。
- ・ADL等の項目の追加、認知症に伴う問題行動についての項目の追加
- ・退院時に返送があるとよい。
- ・ADL等の特記事項の欄がもう少し広いとよい。
- ・身長・体重
- ・家族も含めて課題だと、CMが感じている点など、自由記載の項目
- ・入院前のご本人の意志・意向について。入院後状態によっては、医師の変更がみられることが多いが、入院前の健全な心身時の意向を確認できた場合、記入していてもいいのではと思う。
- ・文章化する時間がない場合に、最低限必要な情報が上手く伝えることが出来るチェックシートがあると便利。
- ・追加はないが、チェック欄の拡大化。
- ・療養上の問題という項目だと具体的にどんな内容を記入していいか迷う。医師へのケアプラン交付も必要になったことから、（代替えとして）ケアプランを添付する形でも良いのかと思う。
- ・先生からの病気に対する制限情報を明確にしてほしい。（運動制限等）
- ・出来る範囲で良いので生活歴等入れて欲しい。
- ・家族構成について記載欄が今より広くなれば良いと思う。
- ・外来情報
- ・家族側に問題がある場合をはじめ、重層的な支援が必要な世帯の場合はシート以外でも電話等で直接病院側と連携を図っているが、シートへの追加も必要と思われる。
- ・現在の主治医の記載はあるが、自宅にいた時の記載はないケースが多い。新規の場合は、それ（自宅にいた時の記載）があると助かる。
- ・ADLについて詳しく記載したいが、枠が小さく書ききれない部分についてはどこに記載したらよいか。【退院時特記事項】とはどのような時に使用するのか。【療養上の問題】とは。情報共有シートを活用する前に、記載の方法について詳しく教えてほしい。どこに何を記載したらよいか分からない。

○現状維持

- ・個別に必要な情報は備考欄に追記している。
- ・備考欄があるため、患者様に応じて使い分けが出来る。
- ・あまり項目も多いと作成に時間がかかることや、必要な事柄は人それぞれ違うため、共有シート内に記載している。
- ・現状のままで良いと思う。
- ・シートを送る際に電話連絡で個別に必要な事項を伝えており、個別に必要なことは伝えられているので、新たに追加は複雑になるため、現状維持で良いと思われる。
- ・特段、追加してもらいたいものはない。必要な場合には、特記（備考）に記載するようにしている。

○その他

- ・この様なルールがある事で、医療機関との連絡が円滑にいくことが以前よりも多くなっている。
- ・町内の病院は連携しやすい。

⑧その他

○うまくいっている点

(スムーズな情報共有・連携のしやすさ)

・頻回に連携している医療機関では、当方からの連絡に対し電話でもスムーズに情報共有が可能である。また医療機関からもこまめに連絡が頂ける。入院の際にも予め電話で相談員と連絡をとり、書面での情報提供の流れが自然と形成されている。外来受診中の対象者で担当医へ確認したい事項がある時には、予め医療機関に相談のうえ、対象者の外来受診に同席して医師と連携することもある。

・ご家族やご本人の要望、在宅時での課題、入院し退院を機に調整必要と思われる事柄について、予め医療機関へ伝える事で、医療機関との足並みをそろえる事が以前に比べ容易になっていると思う。

・在宅での家族の意向や介護において困っていることを簡潔に伝えることができ、退院に向けての調整で参考にさせていただくことができている。

・入退院を繰り返す方なども、スムーズに医療機関と連携を取ることが出来ている。その際、状態等、こまめに連絡を頂いたり、こちらからも連絡を取る等、入院期間中にも連携を取ること、退院後の支援へスムーズに繋がると感じている。

・地域の病院から担当者の連絡が抜けることなく対応してもらっている。

・可能な限り情報提供をスムーズに行うようにしている。

・入院中も状況を確認するため、定期的に連絡を入れていることで退院の流れを把握することができている。

・各医療機関の相談員さんと密に連絡が取れるようになった。

・病院から、入院の連絡があるとスムーズに情報提供ができるようになり、内容によっては、入院中の様子を定期的に連絡を頂けるようになった。退院後について家族と前もって話ができることで家族も、医師からの電話や、面談で家族の意向を細かく伝えて頂け、それに合わせてリハビリできる病院へ転院や区分変更（意見書作成）をお願いしやすくなった。

・病院との連絡が取りやすい。

・大きな病院は相談員を通すことで連絡がとりやすくなっている。クリニックの場合は、受付を通してしている。

・予定している入院の場合、入院前に情報共有が出来るようになり、ケアマネ・病院側共に連携しやすくなったのではと思う。

・SWとケアマネ担当が明確になることで情報もスムーズであったり、退院時は前もって担当に連絡をくださったりと、すごく利点は多いと感じている。

・相談員のいる病院は相談員を通して話しがスムーズに進むので、退院時等の連絡も早く入り、サービス調整しやすい。

・情報提供により退院時の連絡・調整がスムーズになっている。

・町内の病院は、入院時の連絡や退院許可が出た時など、連絡あるので連携しやすい。

・現在の状態について必要な情報をスムーズに行え、在宅サービスにつなぐことができている。

・入院後病院から連絡が来るようになっている。

・担当利用者の場合は、入院した時点で医療機関からの連絡を頂けることが多く、早期に入院時情報を送付することができる。また、退院決定時点も連絡がいただけるため、退院後の対応をスムーズに行うことができる。既定の情報シートを活用することで意思疎通が図りやすい。

・入退院時連携加算の変更でより早く連絡を取れるようになった。

・退院時はサマリー等病院の様式でいただけることが多く、支障は感じていない。

・比較的近く、頻回に連絡を取り合ったり出向くことが多い病院とは、日頃から顔の見える関係が作れており、入退院時の連携もスムーズにできていると感じている。

・退院日の連絡や入院中の状況の説明があり、入院前と身体の状態が変わっている場合に、必要なサービスの調整がスムーズに行うことができている。

(情報共有シートの活用)

- ・様式にあてはめて記入できるので、都度記入漏れなどがなく、統一で情報を提供できる。
- ・情報共有シートを利用することで退院時、スムーズにサービスにつながる。退院時カンファレンスを行うことで家族の考えがかわったり、介護に意欲的になったりすることもある。
- ・以前よりも特記事項が多く書けるようになり、伝えたい内容が書きやすくなった。特に、認知症などは詳しく伝えたいと思う内容である。
- ・最低限、共有したい情報としてやり取りしやすいと思う。
- ・基本的に共有シートに関しては、院内外・居宅等のサービス導入にあたって、欲しい情報が盛り込まれている。県はこの共通様式に細々と細目を設けると却って煩雑になるので、普段の過程等は抄録を状況に応じて付加する形で良いと思う。
- ・入退院時には連絡や共有シートを活用すると意識付けが出来てきた。退院後スムーズに調整する事も出来ている。
- ・シートを作成し、相談員へ送付をする事で連絡が取りやすくなった。
- ・情報共有シートを送ることで、退院の連絡を頂いた時に利用者様の状態変化の確認や、サマリー等の情報を先にFAX送信依頼することができるので、サービス事業所との連絡調整がスムーズにできる。
- ・共通の様式なので確認しやすい。
- ・入院当日、病院から連絡が17時頃になることもあり、情報共有シートの作成やFAX送信に苦労するが、シートの内容記入も慣れてきたので、対応できることがうまくいっている。

○工夫していること

(電話連絡)

- ・シート項目以外の部分は、シートを送る際に電話連絡で直接お伝えしており、本人の人柄や趣味などをリハビリに生かして頂いている。
- ・シートも送るが、電話もして口頭で共有し、円滑にできるようにしている。
- ・情報共有シートの内容では記載しきれない細かな内容は、やはり口頭でなければ伝わりきらない部分がある。情報共有シート送付をさせて頂く確認の連絡をした際に、入院先の連携室相談員へ直接口頭で申し送りしている。
- ・シートを医療機関へ送る際に、必ず口頭でも情報を送り、担当CWと話をする事にしている。文章だけでは伝わり切れない事、受け取り方が変わってくるため。
- ・電話連絡で入院情報も聞き取りしている。
- ・情報共有シートに加え、電話にて情報共有を行っている。
- ・お送りする際、事前に電話のやり取りだけで在宅での生活状況や退院後の本人の生活への希望を共有する事ができるケースがある。病院側から「情報共有シート」の送付は不要と申し出を受ける事もある。必要時は双方で連絡を取り合う事もでき、大変あり難いです。
- ・書類を送るだけではなく、担当者は誰かを電話で確認し、都度経過確認ができる様にしている。退院が近づく前に経過を確認することで、急な退院になり対応が後手に回ることがないように注意している。
- ・連携シートに記載しきれないことは口頭で伝えるようにしている。入院が週末で入院から3日過ぎても家族環境や生活環境など必要な情報は電話連絡をしている。
- ・入院後も電話連絡等にて情報共有に努めている。
- ・FAXする前に担当者に連絡し状況がある程度伝えている。

(情報共有シートの活用)

- ・入院の連絡が入ったら、なるべく早く情報共有シートを送るようにしている。
- ・特記を活用したり、強調したい文章を太字などにしている。
- ・ADLのところでは、自立でも内容を記入している。家族構成では、家族が連絡が取れる時間を記入する。
- ・救急搬送され、入院になるか不明な場合も情報は作成しておく。翌日ケアマネが休みの時は他のケアマネが病院に連絡し、入院を確認した時にはすみやかに行えるようにする。
- ・自宅の状況を分かるようにしている。
- ・入院後、これから治療受けていく過程を念頭において記入している。
- ・自宅や通所サービスでのコミュニケーションの様子を書く。
- ・入院したことが分かった時点で、早めに情報共有シートを送るように心がけている。

(医療機関との連携)

- ・入院の情報が来た際に、まずは医療機関に連絡することとしている。情報連携が速やかに図れるよう努めている。
- ・可能な限り早めの情報共有を心がけている。

(利用者・家族への説明)

- ・利用者・家族へ入院時は、ケアマネへ連絡するように事前・定期的に説明する。入院時に使用する連絡カードの作成を行い、保険証入れに入れてもらう。

○改善を要する点（主な内容）

【本人・家族側】

- ・介護保険サービスの利用が不可避なのに、家族やご本人と先生だけで退院日を決定してしまい、医療相談員も退院を知らない場合のサービス調整が大変な点。
- ・入退院について家族に連絡してほしいと伝えてあるが、連絡がない。病院からも家族へ連絡の促しをしてほしい。

【病院側】

(入退院連絡もれ)

- ・病院によっては退院時、連絡をくれない。家族がいる場合に退院時に連絡が来ない事があるが、家族からも連絡が来ない場合もあるので、病院から連絡をしないのであれば、家族から包括に連絡するよう伝えてほしい。
- ・病院からの入院報告はないため、家族からの連絡が遅くなると提出も遅れてしまう。
- ・入院しても、病院や家族からも情報が入らず、2～3日過ぎてしまう事がある。早期の情報提供が難しい。
- ・実施から入退院の連絡が来ない事がまだあるので必ずケアマネに連絡するように伝えていきたい。
- ・情報を送っても連絡もなく、いつの間にか退院しているケースや、退院時のサマリーなど頂けないケースもある。相談員さんが忙しく、毎日のように連絡しても不在で連絡が取れない・取りにくい事もある。
- ・本人や家族の意向で、退院が急に決まってしまう事があり、その際の経過等の把握が出来ず、サービス調整に戸惑ってしまったことがあった。また、病院相談員が知らない間に退院となってしまう事もあり、病院からの連絡が退院後になってしまう事もあった。退院後のサービスに影響が出ないようにしたいので、早めの連絡をお願いしたい。
- ・入院をしても何の連絡もなく、共有シートも要請しないと送付がない病院（特に福島市）がある。病院の徹底をして欲しい。
- ・病院からのシートもなく、退院した連絡もなかったことがあり、情報共有シートの周知徹底が必要。
- ・情報共有シートを送付しても退院時の連絡がこない医療機関があり、意識に温度差があると感じる。
- ・情報共有シート等や電話でCMからMSWへ伝えていたにも関わらず、その後はMSWからの連絡がない時もある。（事例は少ないが）
- ・常日頃から支援が必要な方だからこそ、シートを送付し、連携依頼としているが、連絡なく退院しており、在宅が混乱となったケースがある。（MSWさんも忙しいと思われるが）
- ・病院側の認識も改めて欲しい。電話連絡や情報共有シートを送付しているのにも関わらず、退院の連絡もない時がある。退院後に利用者から退院を知るときがある。
- ・情報共有シートを送付しても病院から連絡がこないときもあり、いつのまにか退院していた時がある。連絡はほしいと思う。
- ・入退院時の連絡がなかったり、時期が遅れて連絡が来るところもある。結果、対象者のご家族等との連絡も遅れてしまうことになり、改善が必要ではないかと懸念している。（病棟と地域連携担当の相談員との情報共有の流れに問題があるのかとも考える。）
- ・退院時の連絡が全くない病院もある。
- ・介護予防ケアマネジメント担当の方が入院した場合は、当方も入院時情報を送付しているため、比較的スムーズに連携を図ることができているが、総合相談の方が入院した場合は、当方が入院したことを知らない事も多々ある。また、医療機関から退院の連絡がないまま経過し、利用者家族が困った時点で包括支援センターに連絡が来るため、支援が後手に回ってしまう傾向がある。総合相談の方の医療機関との連携をどのように図っていくかが今後の課題である。

(退院連絡の遅れ)

- ・6月～7月の間ではないが、病院により退院直前に連絡来ることあり。
- ・忙しいのか電話での連絡のやり取りが困難なことがあり、病状や状態の確認が退院日となってしまう事があった。状態変化のない方だったが、サービス調整が必要な事もあるので連絡が欲しい。
- ・退院までの日数が少なく、在宅への調整がしにくいと感じることがまだある。
- ・入院後、担当MSWが決まった時点で連絡をもらいたい。
- ・退院前は早めに連絡を頂きたい。
- ・病院によるが、退院の連絡から退院日までが短くサービスの調整が間に合わない時があった。また、本人や家族が介護保険サービスの利用を希望していないのに、居宅介護支援事業所へ担当依頼が来ることがあった。
- ・病院の担当者によっては、情報がしっかり把握できてない所もある。連絡が遅いところがあるので、こちらから連絡する。
- ・カンファも全くしてもらえない。退院の連絡が急にある。3～4日後（土、日挟んで）が一番多い。
- ・認知症の方だと急な退院になる事があるため、調整が困難な時がある。

(病院による対応のばらつき)

- ・病院によってやり方は違う。連絡を取る必要性のとらえ方に差がある。暫定やターミナルの場合のつなげ方（包括に集中しすぎる）
- ・入院時は必ず「情報共有シート」で情報提供をしている。ほとんどの医療機関から退院の連携はあるが、「看護サマリー」に関しては、いただけない医療機関も若干ある様子。退院時に文書での情報を頂けると、サービス事業所との情報共有もしやすいが。
- ・まだ面会制限があり直接会えない（状況を確認できない）病院もあり、紙面だけでは的確な情報が得られない場合もある。
- ・病院の相談員さんによって対応や連携にばらつきがあるので、連絡を取りながら調整するようにしている。
- ・うまくいくことが多くなっているが、対応にはばらつきがある。退院調整ルールを標準対応できるようにしていく必要がある。
- ・退院調整ルールが活用されていない病院がある。周知していただきたい。
- ・病棟看護師が退院ルールを知らない方がいるようなので、相談員を通して退院調整になることを周知してほしい。
- ・入院中の様子をこまめに連絡してもらえる場合と、そうでない場合がある。入院中に連絡がもらえず、こちらから問い合わせをしないと情報が得られないことがあるのは困る。
- ・病院によっては連携しづらいところもあるので、ルールについて周知を徹底してほしい。
- ・病院によって退院の連絡のみの所がある。退院後の生活の相談などしにくい。

(病院で必要な内容等)

- ・受け取る側（医療機関）の「記入の仕方や内容」についての意向があれば知りたい。それが改善につながると思う。
- ・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。
- ・病院側が特に必要としている情報がわからず、手当たり次第に書いている。
- ・病院側として、どれくらい居宅サービスについて情報が必要なのかを知りたいことから、検討する機会があると良いと感じた。
- ・頻繁に入退院を繰り返す利用者の場合には、生活状況にあまり変化がないことがある。その都度送るシートは直近の身体や健康情報ぐらいの内容となるので、どうかとも思うことがある。
- ・退院時のサマリー等は情報収集に大変助かっている。ケアマネからの入院時情報は病院としてどのような内容が一番欲しい内容なのか再確認したい。

(転院時の連携)

- ・情報送付後、転院の連絡がなかった。
- ・初回の入院先から在宅を経ず、そのまま転院となった場合、CMを介さないことがあり退院調整には関わることが出来ないこともある。

(新規や独居の場合)

・担当していない方などで、家族が相談に来る方も多く、新規の介護保険申請を病院から勧められたものの情報がないことがあり、病院で申請の情報提供を行った際などもお知らせ頂くとその後の連携などもより取りやすくなると思う。(次の日に退院するなど急遽の対応を取る場合もあるため)

・介護未申請の方で退院後、急遽家族より相談を受け、介護申請から支援がスタートし、必要な支援の提供が遅れるケースもある。本人に申請意向が無い場合でも本人の身体状況、世帯状況、家族の関わり方等から、再入院等リスクが高い方は退院前から包括へ情報提供頂けると、その後の支援もスムーズに行く場合があると感じている。

・それまで関わりが無く、入院を機に申請した方に対してのサービスの意向確認がされておらず、退院間近に家族からの連絡があり、病院へ情報提供を依頼することがあった。病院側はサービスを使わないと思っていたとのことだった。本人、家族とサービス利用についての意向確認を十分にしてほしい。

・独居高齢者の入院時の情報共有については、今後の課題だと思う。入院したことも分からず、退院して本人から「入院していたんだ」といった報告を受ける。

・入院中に介護申請し、認定がでない方については、入院中から包括だけでなく、居宅介護支援事業所の情報提供についても患者さんにして頂けるとありがたい。

・退院時に、明らかに「要介護」の認定の方でサービス利用の場合は、病院側で居宅の選定や連携を図って欲しい。(市外の病院で「近隣の居宅さんの情報が分からないから」という理由で、包括に退院にあたっての居宅の選定や、調整をお願いされる場合がある。こちらでも新規に関わる方の場合は、その方の顔も情報も分からない状態であり、困る部分がある。近隣の居宅事業所の情報をお伝えするので、その後の直接のやり取りについては、現在関わっている病院で詳しい情報を把握していることから、直接居宅とやり取りして欲しい。)

(カンファレンス)

・カンファレンスがある時は早めに連絡いただくと助かる。

・退院先が決まっていない時点で、退院先を相談するICや面接の場所にケアマネージャーに同席してほしいという連絡が多々ある。面接に同席しても自宅退院を希望せず施設入所方向になったり、さらなる治療やリハビリを希望され、転院方向になったりする場合がある。退院調整ルールは介護等の支援が必要な患者様が病院から在宅生活へスムーズに移行できるよう、病院とケアマネージャーが連携を深めるための仕組みだと思うため、在宅生活へ戻るかどうか分からない状況のところからケアマネージャーが入るのは、少し違うのかなと感じるところがある。

・退院日が明確になっていないまま、カンファレンスや担当者会議に参加依頼が来ることが多い。ご家族との話し合いが不十分なまま調整が進んでいるケースを多く感じる。

・カンファレンスの有無の判断が相談員によって違う。

・コロナ感染により、カンファレンスを実施しない医療機関もあり、詳しい情報が入手できない時がある。医師からの説明がない時など、PT, NS, SWからの詳しい情報・説明が得られるような機会を増やしてほしい。

(病院内の情報共有)

- ・退院時カンファだけでなく（サマリーのみ）で退院となる。加算変更で入院当日連絡をしても、担当CSWが未定で状況がわからないとの回答となる。
- ・当日に入院情報シートを送付しても、病棟まで情報が届かない場合が多い。
- ・退院調整ルールを病棟とMSW、外来部門とうまく連携しながら活用できるとよいのではないか。
- ・病院によっては、相談員と病棟看護師が把握している状況が異なり、退院調整時に家族が不安を覚えて包括へ相談ということがある。院内でシートを共有する仕組みが整理されると良い。
- ・退院調整の際、病棟看護師からの連絡と相談員からの連絡があるときがある。ラグがあるのしょうがないが、話の相違があり、困ることがある。

(個人情報)

- ・一部の病院で情報のやり取りが、家族じゃないとできないと電話でもサマリーすら頂けなかったという話を聞いた。どういう対応をしたらいいのか困る。
- ・担当しているというだけでは情報を教えてくれない病院がある。病院側から連絡があった際は情報提供してもらえらるが、事業所側から問い合わせた際は情報がもらえない。（以前虐待が疑われると連絡があったが、情報をもらえなかったことがあった。）
- ・病院によっては、病名や詳しいことなどは教えてもらえず、家族に聞いて欲しいと言われることもある。高齢で医師の話を理解していない家族もいるため、情報がうまく共有できないこともある。

(その他)

- ・PTやOTの意見は理想的で意見をどんどん言ってくれてありがたいが、本人・家族がその時はYesと言っても、本心が違っていることがあるので、ぐんぐん進めない方が良い時がある。
- ・相談員さんとケアマネのお互い様の精神を理解しながら連携するのが必要だと思う。
- ・MCSを導入して欲しい。そうすれば医療連携が早い。
- ・サ高住で受診から入院になった場合に情報を迅速に送っているが、聞き取りや情報確認で受診付き添い者が病院にいる時間が長くなってしまう。
- ・「一応、送ってください」等の言葉があり、何のための情報共有シートなのか。ただ加算を取るための物にならないよう、基本の理解が必要。
- ・入院中の様子など定期的にフィードバックいただけると、サービス利用の方針を早期に決めることができる。
- ・定着してきており、やりやすくなっている。
- ・退院調整を行っていた担当相談員に事情があり、数日不在になると他の相談員になるが、在宅生活支援において関わる事業所の役割も把握する必要がある。担当相談員2名体制だと困らないが、相談員が大変だと思う。
- ・介護保険申請の所でガン末期の場合、包括への連絡ではなく、居宅介護支援事業所への連絡も検討してほしい。
- ・退院日等、日程面でのやり取りが不十分と感じることはある。

【ケアマネ側】

- ・情報共有シートを作成する時間がない事もある為、送付が遅れることや、送付する前に退院になることもある。
- ・入院は予測できない。CM側の休日や事情により送れない事もある。加算はうれしいがCMは一人対応があるので不利。
- ・加算の条件が厳しくなったことで提供自体は大切な事だが、今まで取れていたものが取りにくくなった。
- ・自分の対応不足や知識不足の改善が必要。

【情報共有シートの見直し】

- ・食事の所で「水分制限、とろみ剤使用、嚥下障害」の記載があり、病院側で不必要なご利用者に対してとろみ剤を提供されていたことから、チェック式にするとよりわかりやすいと思われる。
- ・退院時はサマリーで情報提供を受けるので、情報シートの退院時の欄はほとんど使用していない。
- ・できれば退院時特記事項は、サマリー等で補えると思われるため削除し、入院時特記事項欄を広くしてほしい。
- ・もっと簡素化・簡略化して欲しい。
- ・内容が細かすぎて記入が出来ない。契約したばかりで入院されると、家族の意向まで分からない。
- ・前もって作成し更新する必要がある。
- ・パソコンが苦手であるため、この用紙もそうであるが、字体や大きさにばらつきがあるので統一して欲しい（セル等）。家族構成も、右側に例などあれば引っ張ってこられて楽になると思う。
- ・情報提供については、時に入院時にお知らせすることが多いので、作業の効率化できる箇所は簡単に入力できるようにしてはいかかと思う。
- ・情報共有シートは入院時に送付するだけで、退院時は使用しないものか。
- ・入院時情報共有シートを送付しても、退院時は病院からこのシートに記入して送り返される事がない。退院時はサマリー等頂けるのは有難いが、情報共有シートの存在は何処に行ってしまったのかと思う。
- ・ケアマネからは送付するが、病院から帰ってくることはほとんどない。普段のアセスメントシートとは別に作成するのは手間に感じる事もある。
- ・「入院時特記事項」の項目があるが、入院した直後の様子はCMには分からない。入院する前の普段の様子ならわかるが、病院側が記載する項目であるという解釈で良いか。
- ・印刷するとチェック欄が見づらい。
- ・精神科病院と連携していく場合は、疾患の特性にもよるためこのシートは使いづらいと思われる。
- ・病院でも丁寧に聞き取りがなされており、介護側からの共有シートが本当に役に立っているのか。各病院からの聞き取りですでに十分網羅されているのではないかと疑問に感じることもある。
- ・「療養上の問題」について、たくさんの選択肢を記入できるとよいと思われる。
- ・シートの内容がまだ薄い。
- ・病院によって、同じ様式でいただける病院と独自様式の病院がある。
- ・現状のままで良いと思う。
- ・能率のうえでは電子メールの活用が有効とも思われるが、介護・看護の現場ではまだまだ紙ベース情報が有効だという声も少なくない。
- ・病院からは、情報共有シートが送られることはなく、退院時サマリーを頂いているため、情報共有シートの退院時の記載の項目も必要ないのではないかと思う。

○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・情報共有）

・HPからの連絡が減り、家族から直接相談が入るケースが増えている。我々もそうだが、HPも人手不足で忙しい様子。ルールも良いが要は患者や本人がスムーズに退院できれば良いと思われるため、仕組みづくりよりも関わる人たちへの研修などが必要だと思う。

- ・研修会
- ・MSWへの更なる周知
- ・担当している利用者が、入院したことが分からずにいることがあり、情報共有シートが出せない事がある。入院などの連絡を頂けるルートが分かると良いと感じる。
- ・退院調整に関わる事例検討会などは法人内でも行っているが、退院調整ルールを用いた好事例等の共有などができるといいと思う。
- ・退院調整ルールを活用した事例を用いり、事例検討などを実施してもらえると課題点や今後の工夫点などが明確にできると思う。
- ・現在の課題や、今後改善したほうが良いと思われる内容について共有する機会。
- ・退院調整ルールが開始されてから、数年が経過し担当者なども大きく変更している可能性もあることから、事例検討などを実施してもらえると、現在の課題点や今後の工夫点などが明確に出来ると思われる。
- ・定期的な対面での意見交換（入院時・退院時、互いにどのような対応を行って欲しいかなど情報交換）が行えると良いと思う。
- ・家族や本人、病棟の先生に対しての退院後の介護保険サービス利用に必要な手続きについて、あらかじめ知ってもらうこと。
- ・今後MCSやICTの活用により、情報の共有対応をタイムリーに出来るようなルール・システムの構築に期待したい。
- ・どの医療機関であっても同じようにやり取りが出来るように周知徹底する事が望ましい。
- ・引き続き、入院後なるべく早期に情報共有を図っていく。
- ・病院やケアマネージャー、それぞれが退院調整ルールの仕組みや本来の目的を再確認することが必要と思う。
- ・必要で行っているのだから徹底させなければ意味がない。
- ・今後、独居世帯や老老介護、家族が遠方または疎遠、さらには身寄りのない方の対応が増加すると思われる。今のうちに関係機関が連携を強化していくために、お互いの役割を認識しながら相談ルートを整備できるような検討会等の開催が必要ではないか。
- ・医療と介護で共有シートを活用していくことで、活用前と比較しても連携が取りやすくなった。共有シート自体の認知度も広まっていると感じる。また、医療機関のSW・NSも、利用者の退院後の在宅で暮らしていくか、どうしていくかを一緒に検討する機会も増えたと思う。しかし、SWやNSが理解していてもDrの理解が少ない場合があることから、SWやNSが知らないうちにカンファレンスなく退院になってしまい、SWやNSも困惑していることもあった。せっかくの良いツールでもあるので、継続していくためにDrにも知ってもらえたらと思う。ケアマネ側への要望もあると思われるため、SWやNS・行政との意見交換会も引き続き実施していただけたらと思う。
- ・今までの様に、定期的に医療・介護が話し合える場があることが大事だと思う。
- ・今のルールが活用出来るようにすることが必要だと思う。
- ・事例を元に意見交換会を行い、どのような情報を入退院時に互いが必要としているのか共通認識を持つ機会があると、県北地域の連携がより深まると思う。
- ・医療機関との事例検討会等の勉強会が開催されるとよいと思う。
- ・各々の機関内で対処すべき課題があるので、機関同士、自治体と円滑なチームを迅速に構成できる方法があれば良いと思う。
- ・病院側に浸透できるように継続して関わっていただきたい。（特に急性期の病院）
- ・MCS（多職種連携コミュニケーションツール）の導入、メールの導入
- ・ICT連携が出来るようになってほしい
- ・ある病院に情報共有シートを送った後、本人の状況を伺いたいと言ったところ個人情報なので教えられないと言われた。情報共有シートの意味がないので病院側で再度、退院調整ルールの内容を把握してほしい。

- ・入院当日の情報収集が困難であり、入院日での情報提供はほぼ難しい。
- ・可能であれば病院からの入院連絡を頂き、当日の情報提供が出来ると思う。
- ・コロナが明けてもなお、退院前のカンファレンスの際、事業所の集まりに制限があること。
- ・電話での状況確認がその都度必要であること。
- ・基本的な事だが、入院期間が短めになっているため、入院した時点で情報共有できることが必要だと思う。
- ・家屋調査、退院前HPでの担当者会議
- ・医療と介護の理解が必要だが、在宅の受け入れ態勢が調整できない事には自宅退院・自宅生活は困難な事であり、利用者側の立場になって考えて欲しい。
- ・以前は退院時に訪問診療が必要と判断された場合、病院で訪問診療の医師を紹介して頂けたが、最近は家族からケアマネに（訪問診療医を）探して欲しいと言われるため、毎回難航し苦労する。具体的な案などは思案できていないが、退院調整ルールの中に訪問診療医院も連携対象として加わると家族もケアマネも多少安心できると思う。
- ・病院のMSWだけではなく、看護師の方にも在宅での生活に関して理解していただきたい。
- ・がん末期で急遽退院する場合のパスがあればよい。
- ・退院をする時に、状態によっては介護サービスの調整を行うため、状態の申し送りを明確にできるような連絡を頂きたい。
- ・転院したばかりでケアマネを決めておきたいと相談があるケースが多い。在宅生活が明確になった上で連絡が欲しい。
- ・最近は利用者家族の都合が優先してしまうケースが多くなっている。自宅に戻る準備が整わない状態で戻られることに不安がある。退院日の調整を多職種で連携しながら行えるようにしたいと考える。
- ・退院後に困って、初めて包括に相談に来る家族がいる。入院中の本人や家族の困りごとを拾うためのツールとして、退院調整ルールがもう少し効果的に活用できるとよいのではないかな。
- ・入院早々に家族から包括に相談があり、病院に問合せた際、MSWと病棟との間の温度差を感じることもある。また、MSWの知らないうちに転院していたということがあった。
- ・サービス調整不要な方の場合でも、相談があるかもしれないといった連絡が入ることで、その後の対応がしやすい。
- ・情報共有シートができ、コロナ禍などを経るなかで退院調整ルールの介護部門・医療部門の合同会議なども無くなっていったことにより、会議等があった頃を知らない相談員も増えてきている。相談員の「介護が必要ない」「入院中に申請しない」といった判断によって、退院後に家族が疲弊し相談に来ることも増えている。また、入院したことにより担当者が決まっていなくて連絡が来ない。結果、退院の当日になってサービスが必要との発言・連絡があることもあり、在宅をイメージして利用者が困らない対応を、共にしていく形を取れるようにしていきたい。
- ・入院報告が遅いケースがあり、退院直前に連絡が来て介護保険申請を依頼されることが多い。自宅環境を整備してから退院してもらいたいことから、早めに連絡をいただきたい。
- ・もし可能であれば入院した際に、医療機関からわかる範囲でケアマネ等に一報いただけるようにして欲しい。
- ・入退院リピーターの入院時の情報は、どこまで伝達すればよいか。
- ・退院調整ルールはすでに事業所の中では根づいており、今後も運用していくが、当日入院のみ加算が大きくなったことから病院からも家族からも、連絡がなければ対応できない。入院期間は未定でも、入院になった段階で第1報を連絡頂けると、居宅として当日中の連携シート送付は準備ができると思う。
- ・医療圏が異なることによってルールが全く異なるとは思えない。ベースの考え方は同じと認識しているので、どこの医療機関でも対象者が地域に戻る際の不利益が生じない対応を、関係者すべてが心得ることが必要かと思う。
- ・退院調整ルール運用について今後必要なこととして、今後さらにルールの見直しや、個別事例検討会等が必要であるのではないかな。

(情報共有シート)

- ・どのような形式で情報が欲しいかは、ケースバイケースになる事もある。簡易版や普段のアセスメントシート、計画書だけで良い場合もあるのではないかな。
- ・療養上の問題の項目に、どの様なことを記載する必要があるのわからない。
- ・本人の生活活動状況の欄が小さすぎて十分に記入できないので、独自で広げて記入している。
- ・書式も含め、定期的な見直しは必要と思われる。
- ・電話のみのやり取りよりも書面で記載されている方がわかりやすい部分もあることから、このまま継続できればとは思いますが、新たに情報共有シートを作成するのも大変な時もある。病院のソーシャルワーカーも忙しいと思うので、もう少し手間を省きながら連携できたらと思う。
- ・お互いこのシートで役立っているのか疑問です。退院時に使用されることは無いので、その箇所は削除してもよい。
- ・急性期病院からリハビリ病院へ転院の場合、転院先にもシートを求められる場合があるが、ADLが変わっていることが多く、シートは省略して担当の電話連絡のみに欲しい。また、急性期病院より転院先へ転送してもらえると有難い。
- ・現在、共有シートがどの程度活用されているのか、独自の様式で対応されている事業所などが多いのか等、現状を知りたい。
- ・病院には送っているが、どこまで活用されているのかは不安。
- ・退院時にいただく看護サマリーに、先生の意見もあると参考になると思う。
- ・退院時に本人の在宅生活での注意点などを詳しく知りたい。看護サマリーなど退院前にももらえると助かる。

(その他)

- ・退院調整ルールのゴールがわからない。毎年アンケートもそれなりに負担になっている。協力は惜しまないが、このまま1～2%の漏れ率の改善が退院調整ルールに関わる人の負担と比べてコストパフォーマンスはどうなのか疑問に思う。退院調整ルールの深化というが、目的地も分からずにそれは叶わないと思う。
- ・病院により退院調整をどこまでやるかという体制・内容にばらつきがあると感じる。ここまでは退院時はMSWが行い、ここからは在宅側がやるというマニュアルがあればスムーズに退院調整が上手く行くと思う。
- ・身寄りのない方の対応
- ・ケアマネと病院（相談員）との連携も大切だが、病院（相談員）から家族への身体状況の説明の連絡をお願いしたい。現状を把握できていない家族へケアマネから状況説明するのは、家族の受け取り方（感じ方）の様々なので難しい。
- ・基本的な入院の方の場合はスムーズに退院調整が図れるようになっているが今後、ひとり暮らしの方や認知症状のある方等、対応が困難な方の場合の調整方法の仕組みの検討や、成年後見制度・安心サポート等との連携を深めていく必要性も感じている。
- ・病院によって方法が違い、やり取りのしやすさなどに違いがある。また、大きな病院の場合は担当者やSWが変わってしまうなど関係性づくりが難しい。

～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6年度は12.9%と過去9年間で最も低かった昨年よりは若干比率が上がった。
- 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84.9%、要支援が49.1%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96.7%であった。「理解していない」と回答した理由としては、部署を移動してきたばかりのためが挙げられた。

退院調整ルール取組実施割合は、居宅介護支援事業所で93.9%、地域包括支援センターで66.9%であり、昨年より比率が下がっている。情報共有シートの活用割合は、居宅介護支援事業所で88.9%、地域包括支援センターで50.0%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、急な入退院、電話で情報共有等が挙げられた。
- 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91.5%、地域包括支援センターでは77.7%であり、どちらも昨年より下がっている。理由として病院による対応の違いや連絡なし・遅れ等が挙げられた。

外来部門との連携における課題としては、家族との連絡や転院時の情報提供のありかた、外来における連携窓口の不明確さ、看護師や医師との連携、情報共有シートの有効性、医療機関による対応の違い、個人情報の取扱い等が挙げられた。
- 情報共有シートについては他の様式を使用している方もいるが、追加事項としては、ADL等の項目、本人・家族の意向や希望、病気に関する運動等の制限情報、生活歴、外来情報、課題等自由記載、記載方法等があげられ、項目によって欄を広げたり、簡略化したチェックシートの希望があった。
- うまくいっている点としては、スムーズな情報提供、医療機関との連携のしやすさ、退院後のスムーズなサービス調整、情報シート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、病院側で必要な内容の検討、転院時の連携、病院による対応のばらつき、新規や独居のケースの対応、カンファレンスのありかた、病院内の情報共有、個人情報の取扱い等が挙げられた。また、ケアマネ側の要因としては、情報共有シート送付の遅れ、人手不足による送付漏れ、制度改正による加算条件に応じた対応の難しさ、対応不足や知識不足等が挙げられた。
- 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、研修会や事例検討会等の共通認識を持つ機会づくり、情報共有シートのあり方の検討、病院によるばらつきの解消、独居高齢者等の対応が挙げられた。