

【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 29ヶ所

4 調査時期

令和6年7月

5 調査基準日

令和6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

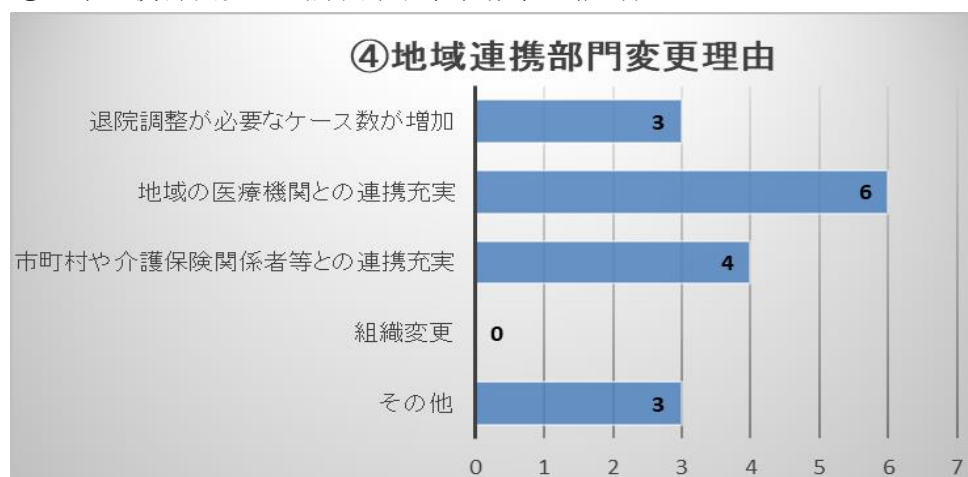
回答数

| 種別 | 対象数 | 回答数 | 回答率 (%) |
|---------------|-----|-----|---------|
| 退院調整ルール参加医療機関 | 29 | 29 | 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 | 29 | 0 | 9 | 20 |
| ⑤ケアマネとの退院調整担当部門 | 29 | 0 | 2 | 27 |
| ⑥入院提供書連絡担当部署 | 29 | 0 | 2 | 27 |
| ⑦外来受診時ケアマネからの連絡先担当部門 | 27 | 2 | / | / |
| ⑧入院時提出書提出先 | 29 | 0 | 2 | 27 |

④地域連携部門変更（部門名称、総数、内訳等）理由



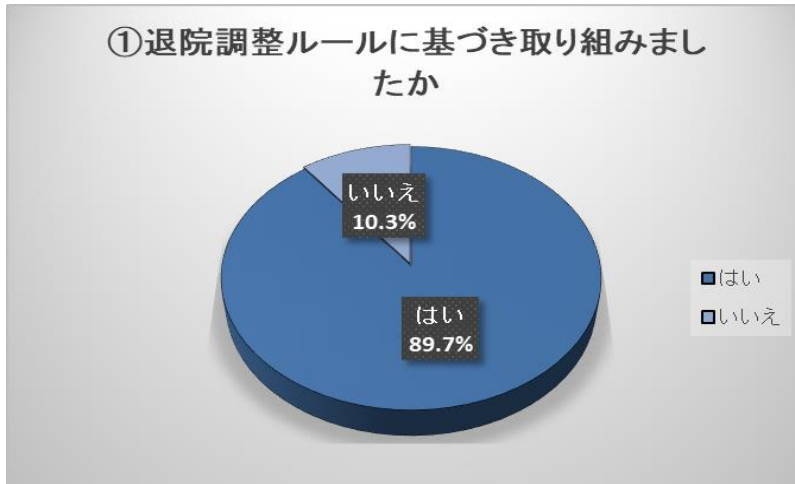
その他の理由

- ・社会福祉士の資格を新しく取得した職員が出たため
- ・人員配置の見直し
- ・管理者の異動

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 | 3 | 29 |
| 89.7% | 10.3% | 100.0% |

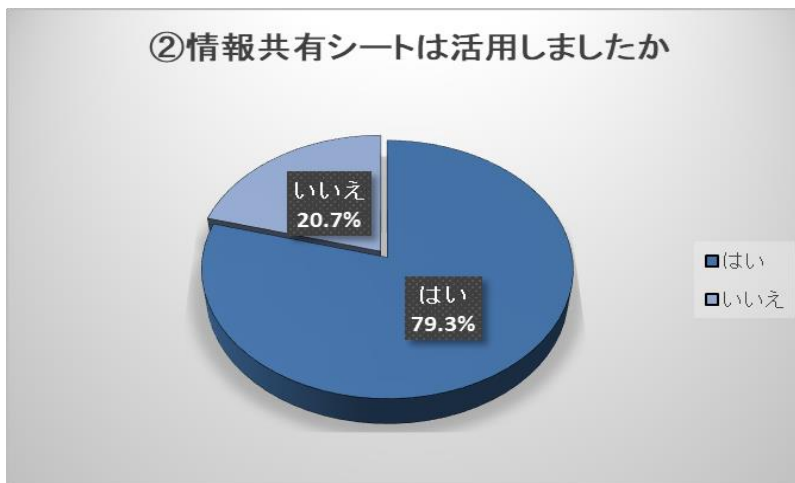


【取り組んでいない理由】

- ・個別に対応している
- ・看護サマリーを使用

②情報共有シートは活用しましたか。

| はい | いいえ | 合計 |
|-------|-------|--------|
| 23 | 6 | 29 |
| 79.3% | 20.7% | 100.0% |



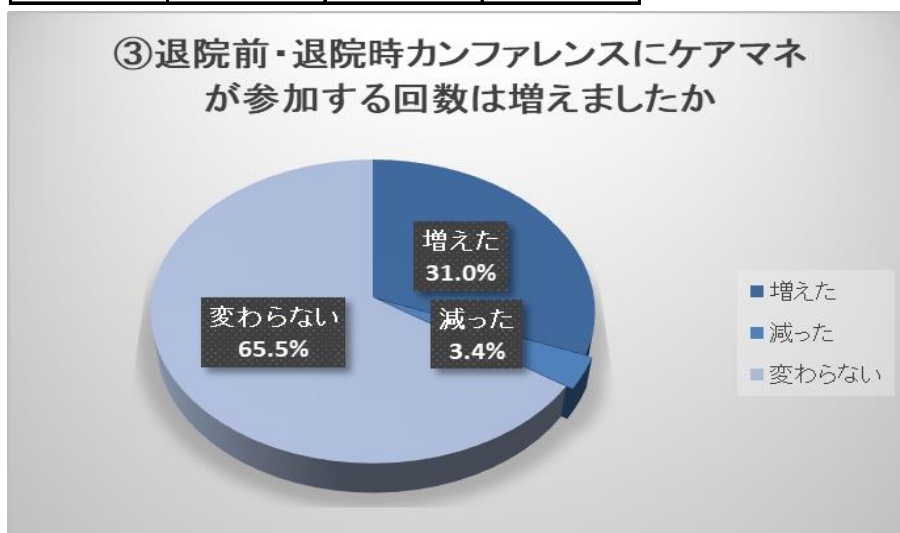
【活用していない理由】

- ・サマリー等を使用
- ・個別に対応している
- ・看護サマリーを使用
- ・活用の仕方が統一されておらず、入院時に入院時提供書及び情報共有シートの提出があったり、無かったりという形がまだあるように思われる。
- ・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。

看護サマリー等別な様式使用、活用方法が統一されていない

③退院前・退院時カンファレンスにケアマネが参加する回数は、以前より増えましたか。

| 増えた | 減った | 変わらない | 合計 |
|-------|------|-------|--------|
| 9 | 1 | 19 | 29 |
| 31.0% | 3.4% | 65.5% | 100.0% |



【減ったと回答した理由】

・退院調整ルール開始時は増えたが、その後コロナ流行などにより回数は減少し、コロナ解除後も増えていない（コロナ以前に戻らない）現状である。

【変わらないと回答した理由】

○以前から取り組んでいる

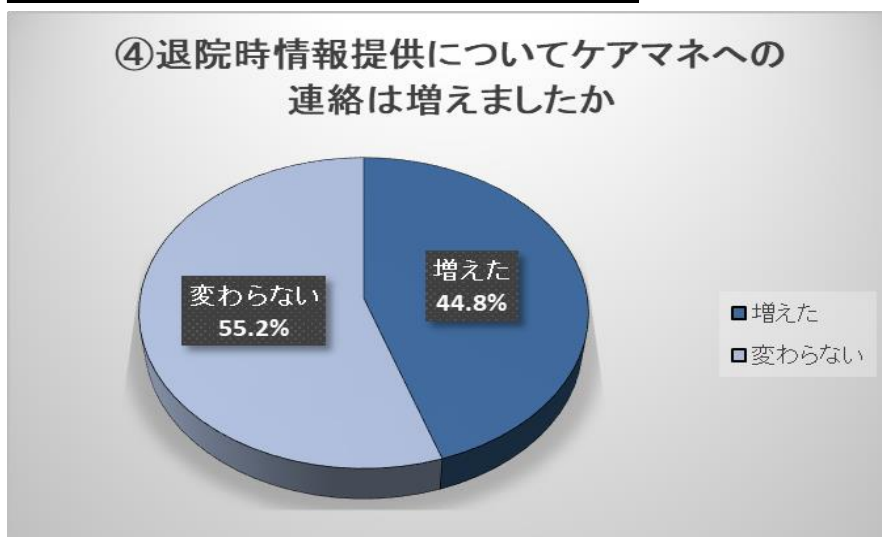
- ・ルールに基づいて対応しているため
- ・以前から同様に行っているため
- ・以前からケアマネにも参加してもらっているため
- ・以前よりカンファレンスを行い、参加してもらっていた
- ・ルール策定前からケアマネジャーとの連携は図っており、実績として大きな変化は見られていない。
- ・カンファレンス開催時には必ずケアマネジャーさんに出席していただいている。
- ・もともと必要に応じて参加を依頼しているため
- ・定着している
- ・必要に応じて退院調整会議やケア会議等を行っている。

○その他

- ・当院では特例を除き、退院時カンファレンスは行っていない。
- ・自宅退院につながるケースが少なく、施設入所になる場合が多いため。
- ・ケアマネとの連携の頻度が少ない（介護保険利用者以外の入退院が多い）。
- ・事前の情報共有のみで問題なく、退院時カンファレンスが不要な場合や、退院日までに日程調整の都合がつかないなどの様々な理由で、カンファレンスの回数に大きな変化はない。

④退院時情報提供について、ケアマネへの連絡は、以前より増えましたか。

| 増えた | 減った | 変わらない | 合計 |
|-------|------|-------|--------|
| 13 | 0 | 16 | 29 |
| 44.8% | 0.0% | 55.2% | 100.0% |



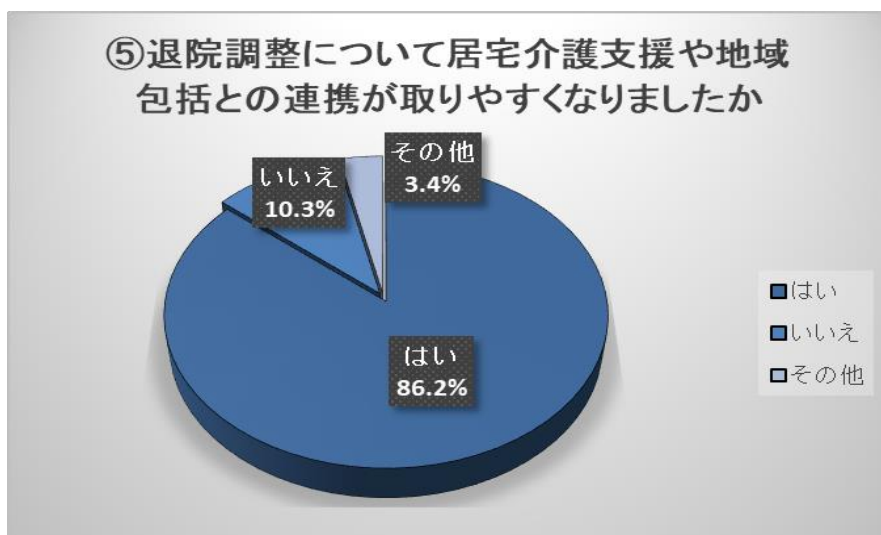
【変わらないと回答した理由】

- ・ルールに基づいて対応しているため
- ・以前から同様に行っているため
- ・ルール策定前からケアマネジャーとの連携は図っており、実績として大きな変化は見られていない。
- ・退院調整ルールの有無にかかわらず退院時はケアマネに連絡は必須
- ・徐々に定着してきた。慣れてきている。
- ・当病院管内は、病院とSWが近い関係がもともとあり、気兼ねなく相談できる環境であった。
- ・もともと、ケアマネが決まっている方については連絡を入れているため。
- ・ケアマネとの連携の頻度が少ない（介護保険利用者以外の入退院が多い）
- ・定着している
- ・以前からお互いに連絡を取り合っている
- ・ルール以前から退院時にはサマリーを提出している

以前から連携しており、取組が定着している

⑤入院前にケアマネ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、以前より取りやすくなりましたか。

| はい | いいえ | その他 | 合計 |
|-------|-------|------|--------|
| 25 | 3 | 1 | 29 |
| 86.2% | 10.3% | 3.4% | 100.0% |



【いいえと回答した理由】

- ・そこまで取りやすくなったようには思わない。包括センターは地域格差がある。
- ・退院調整ルールの有無で、ケアマネがないケースの調整が取りやすくなった実感がない。

【追記事項】

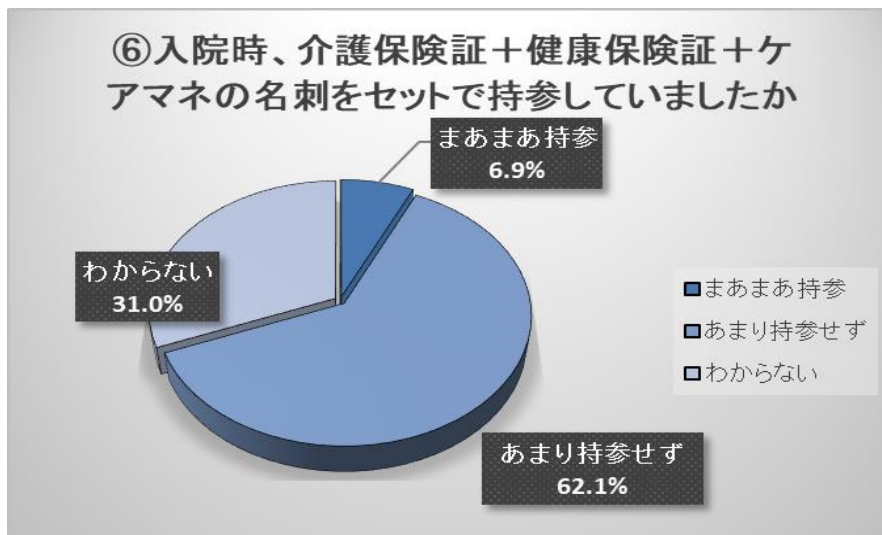
- ・取りやすくなはなったが、一部の地域包括支援センターからは、要介護が見込まれる場合には病院でケアマネジャーを選定するように案内を受けることがある。

【その他に関する記載】

- ・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。

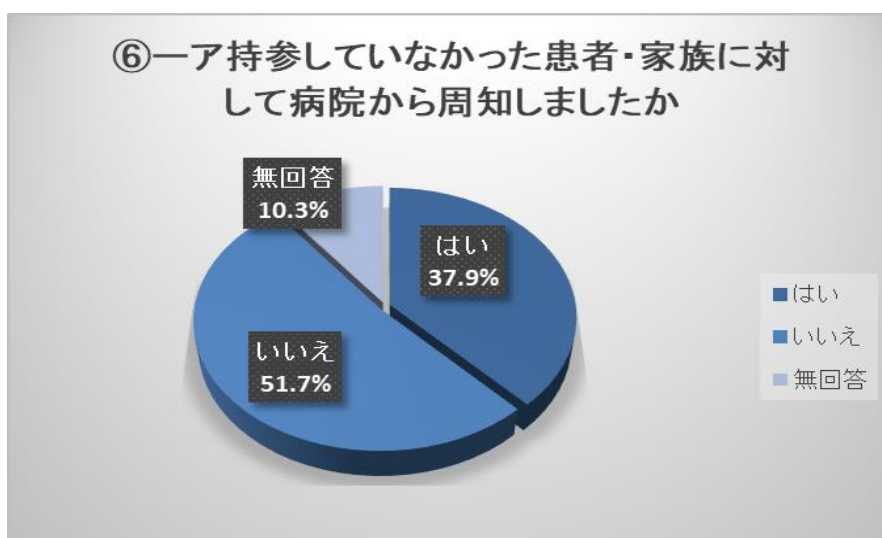
⑥入院時、患者・家族は、「介護保険証+健康保険証+ケアマネの名刺」をセットで持参していましたか。

| 持参 | まあまあ持参 | あまり持参せず | わからない | 合計 |
|------|--------|---------|-------|--------|
| 0 | 2 | 18 | 9 | 29 |
| 0.0% | 6.9% | 62.1% | 31.0% | 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 |
|-------|-------|-------|--------|
| 11 | 15 | 3 | 29 |
| 37.9% | 51.7% | 10.3% | 100.0% |



【いいえと回答した理由】

○聞き取り、口頭確認

- ・患者家族の同意のもと、ケアマネジャーとの連絡調整ができれば支援に支障はないため、退院調整ルールの周知までは実施しなかった。
- ・事業所名がわかれば、電話で確認できるから。なかには、名刺は無いという方もいるから。
- ・ケアマネの氏名等は口頭で確認した。
- ・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。
- ・患者家族への聞き取りにより介護保険証の有無やケアマネへの連絡を行っていた。
- ・入院前に担当のケアマネ・事業所を家族から聞取りしている。

○病院内の体制

- ・入院時に直接会う機会がなく、事務で案内が難しい。
- ・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。

○その他

- ・ルールについての理解が得られないケースが多いため。
- ・ケアマネの名刺までは求めなくても問題ない。
- ・入院時は健康保険証以外必要ない。他の物を持ち込んだことで過去にトラブルになったことがある。
- ・ケアマネジャーの名刺持参までは周知していない。
- ・当院では医事課職員が保険証などを確認しており、保険証についてはの内容のみを確認している。ケアマネの名刺については確認していない。
- ・担当者や連絡先が分かれば良いため

⑦ 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）

○早期の退院支援や情報共有による課題把握

- ・情報共有があることで受け入れ側もスムーズに準備をして頂けるようになったと感じている。
- ・入院時より課題を共有したことで、退院支援へ繋げることができた。
- ・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。
- ・入院前の在宅での生活課題や抱える問題などが把握できることにより、早期に課題に対してアプローチや注意を行うことができた。
- ・適宜情報共有を行ったり、カンファレンスを開催したりしているため、退院支援が滞りなくできた。

○入院前の情報による対応のしやすさ

- ・入院初期から、担当ケアマネジャーがいること、家族構成及び生活背景、入院前のADLと利用中のサービスなどを知り得るため、非常に助かっている。患者の状態が入院前と比較して変化がないかの確認作業が多職種で行うこともできている。
- ・入院前の生活や、介護サービスの利用状況の把握がしやすくなった。
- ・本人・家族の背景が詳しく分かり、対応しやすくなった。
- ・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効果

- ・ケアマネジャーと早めに連絡がつくようになり、退院時にも早めに来院してもらい、協力をいただくことができる。
- ・入院時に担当CMがわかるので、早い段階で情報共有がしやすい。
- ・CMから早期に情報をもらえるので、家族状況などが面談前にわかってよかった。
- ・情報共有が活発になった。
- ・ケアマネジャーとの連携が増えたことで、退院の見通しが立った時点での連絡をとることの意識が強まった。
- ・ケアマネも病院スタッフも同じルール上での退院調整が出来るので調整はしやすくなったと思う。
- ・サービス調整や施設利用者について積極的にケアマネが関わってくれることにより、円滑に退院がすすめられた。
- ・情報共有しやすい。
- ・担当ケアマネが決まっていなかったが、連絡を取ってから退院後のサービス導入まで円滑に調整をしていただけた。
- ・ケアマネに連絡する事が当たり前のことになった。大きな変化ではなくても連絡を入れる、と言う意識につながっている。

イ 改善を要する点（困っている点）

○情報共有の遅れ

- ・居宅名が分からないことが多く、繋がるまでに時間を要することがある。
- ・情報共有シートがいただけないといったことや、折り返しの連絡がないことがあったため、スムーズな共有ができるとありがたい。
- ・課題が複雑で多重している方への多機関への働きかけや、役割分担に時間がかかることがある。
- ・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。
- ・地域包括支援センターが担当の場合だと、情報シートが届かないケースも多い。しかし、退院時のサマリーは必要といわれる。お互いの情報共有が必要かと思われる。
- ・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。
- ・入院があらかじめ分かっており、ケアマネも付いていたが、お互いに担当者連絡先が分からなかったことにより、情報共有シートの確認が遅れた。

○その他

- ・入院時情報共有シートの内容が古いことがある。
- ・開始当初はケアマネの来院が増えたが、改正により情報共有シートを持参からFAXでも良いと変更となり、ケアマネの来院回数は減った印象がある。病院側としてはケアマネに来院いただかないと加算が取れないので、改正後のケアマネの（来院）回数は減っている。
- ・ケアマネの個人的な意見が先入観となってしまう、中立的な立場での対応が難しくなってしまったことがあった。
- ・担当ケアマネにより、患者への関り方が違い、サービス調整にかかる日数も変わる。ケアマネの力量を均一化して欲しい。
- ・入院時にケアマネジャーからの提出はありますが、退院時やカンファレンス時にあまり使われていない。
- ・本人・家族・病院の要望や意見をお伝えしても、すぐ動いてもらえず、サービス調整が遅れたケースがあった。
- ・書面での情報提供を求められるため、負担が大きい。

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

- ・課題が複雑で多重しているケースに対する役割や、基本ルールなどの共有、ケース会議など
- ・基本的なルールは共有されているため、困難ケースなどの退院支援について共有・検討できる機会があるとよい。
- ・親族等の身寄りのないケースも増えており、そういったケースをケアマネと病院だけでは対処できない為、行政での対応方法の整備をお願いしたい。
- ・基本的な対応は十分対応可能。身寄りのない方の対応で各機関との連携強化を図りたい。

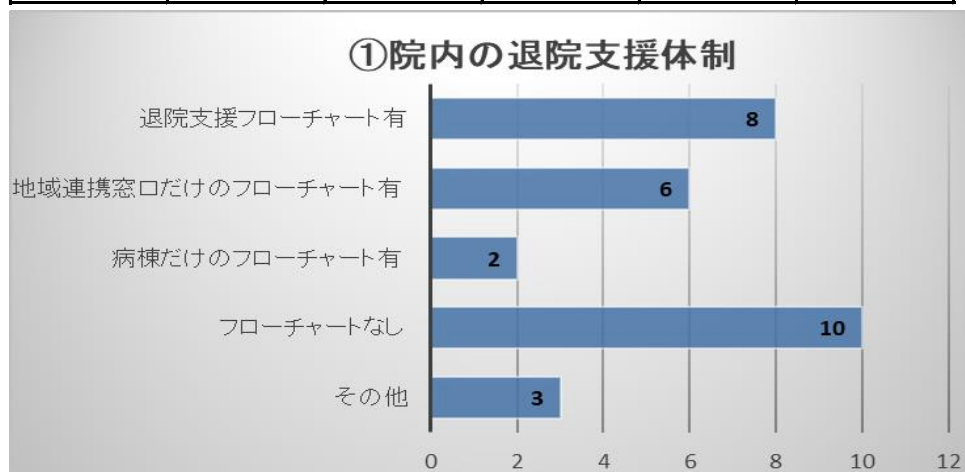
○その他

- ・介護施設等からの入院患者や、新規入所の方の受け入れまでの調整に、時間がかかりすぎではないかとの意見もある。
- ・その時代に合わせた見直しができるとういと感じる。ルールありきにならないように。
- ・漏れ率を下げることを目指すのであれば、当事者（要介護者およびその家族）への周知を強化した方がよいと思う（介護保険被保険者証の交付時に案内するなど）。一部のCM等は、入院時情報共有シートの作成自体が負担に感じているようなので、システム上のフェイスシートと組み合わせて良いなどの検討も必要かと思われる。
- ・情報提供方法について検討したい。
- ・継続すること
- ・シートを送る、受け取ることだけが目的にならないよう、お互いに連絡等を行っていく必要があると思う。
- ・退院調整ルールに則った統一した書類・連絡方法が、共有・実施が出来ればスムーズに進むのではないかと思われるが、病院側の周知が徹底されておらず、スムーズではない。
- ・ケアマネによって対応にばらつきがあるため、再度周知していく必要がある。

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 |
|--------------|-------------------|---------------|-----------|-------|--------|
| 8 | 6 | 2 | 10 | 3 | 29 |
| 27.6% | 20.7% | 6.9% | 34.5% | 10.3% | 100.0% |

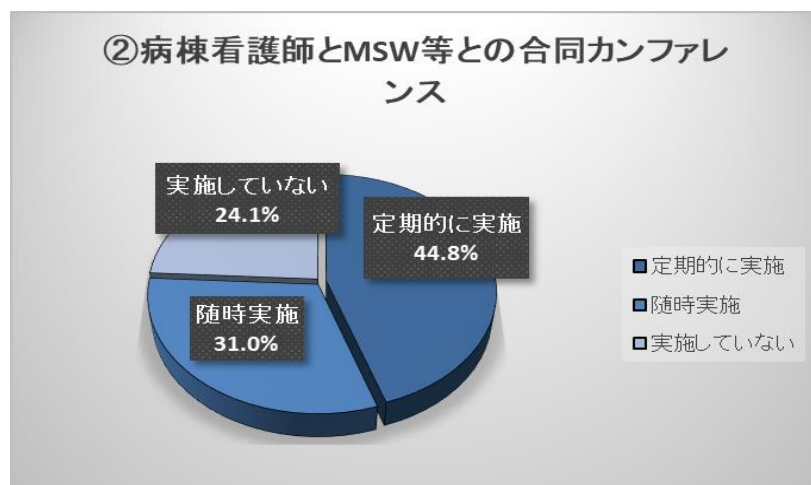


【「その他」に関する記載】

- ・地域連携窓口と病棟のそれぞれの退院支援フローチャートを作成している。
- ・退院支援フローチャートはあるが、院内で統一された形にはなっていない。

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 |
|-------|-------|---------|--------|
| 13 | 9 | 7 | 29 |
| 44.8% | 31.0% | 24.1% | 100.0% |



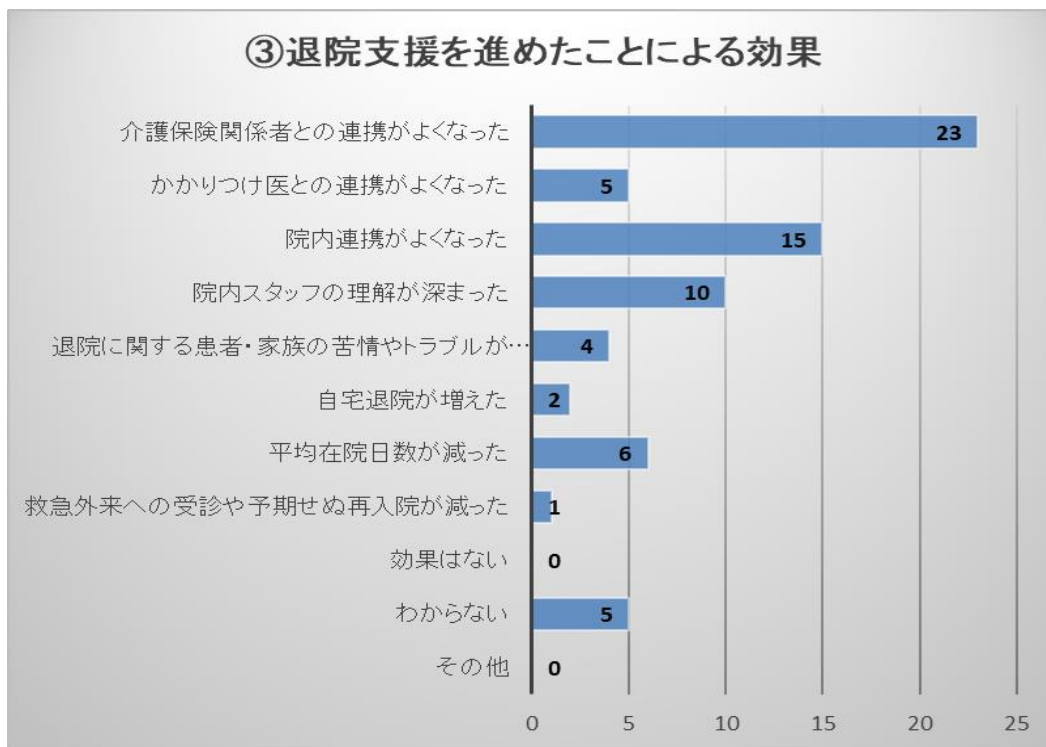
【「定期的実施している」場合の具体的内容】

- ・各病棟毎日20分間、病棟Ns. 担当相談員、（地域連携室）支援専従Ns.
- ・週1回30分 医師・看護師・リハビリ・MSWが参加（病棟によって変動あり）
- ・週1回30分程度 SW. Ns. PT. OTなどそれ以外にも随時実施している。
- ・週1回30分～1時間 MSW、Ns、事務
- ・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：病棟看護師・リハビリスタッフ・担当相談員・退院支援部門スタッフ、内容：カンファレンス用紙に沿って
- ・週3回 15～30分程度 病棟スタッフ、MSW、退院調整Ns.、フロア担当Ns. 参加で入院期間、予測のゴール、退院先など
- ・週1回 30分 リハビリ、栄養士、病棟Ns. 退院支援Ns. MSWなど
- ・医師ごとに曜日と日時を設定し定期で実施している。所要時間は、1患者あたり3～5分程度。参加職種は、医師、看護師、療法士、栄養士、薬剤師、MSW。
- ・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。
- ・病棟ごとに日時をきめ、30分程度で開催している。看護師、リハ、MSW、管理栄養士、薬剤師など参加。
- ・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
- ・都度10分程度、退院支援、病棟Ns.、退院目標、問題点など
- ・各科・各病棟単位、30分程度 Dr.、Ns.、リハなど

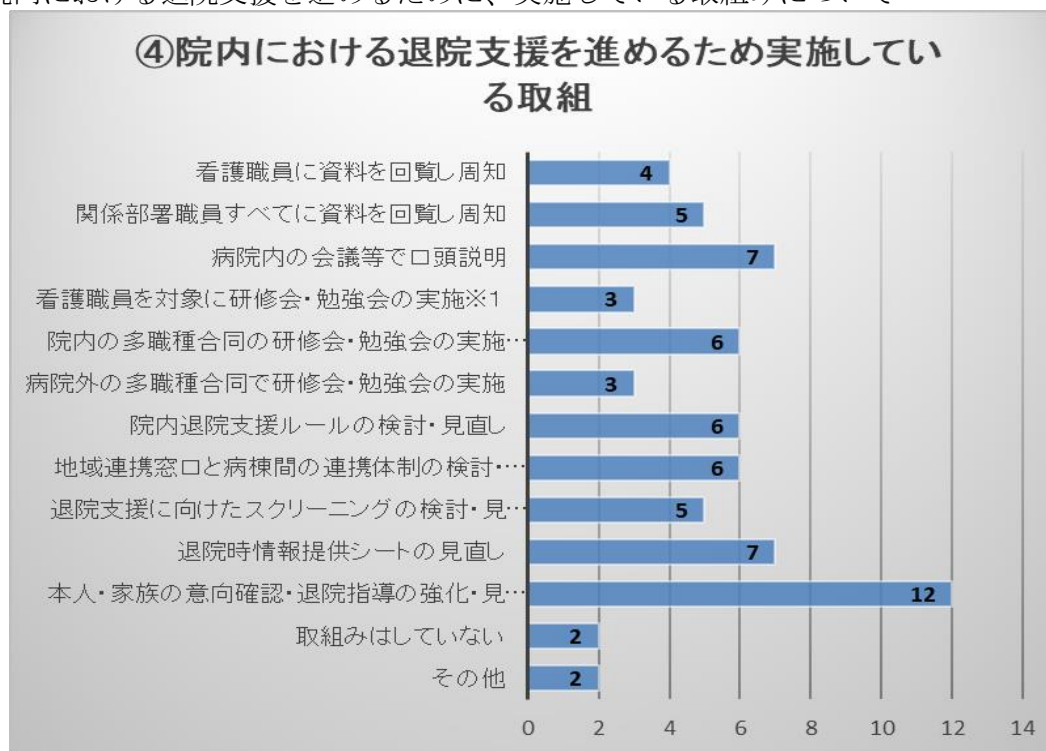
【「実施していない」場合の理由】

- ・合同カンファは行うが、計画書作成の為には行っていない。
- ・行う理由がないため。ただ、改めて（合同カンファレンスの）場を設けるということでなく、日々の情報交換のなかで計画書作成ができています。
- ・当院には退院支援計画書は存在しない。
- ・退院支援計画書の作成のための合同カンファレンスは、実施していない。
- ・その都度、情報共有しているため。
- ・退院支援計画書作成のためではないカンファレンスを行っている。

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）



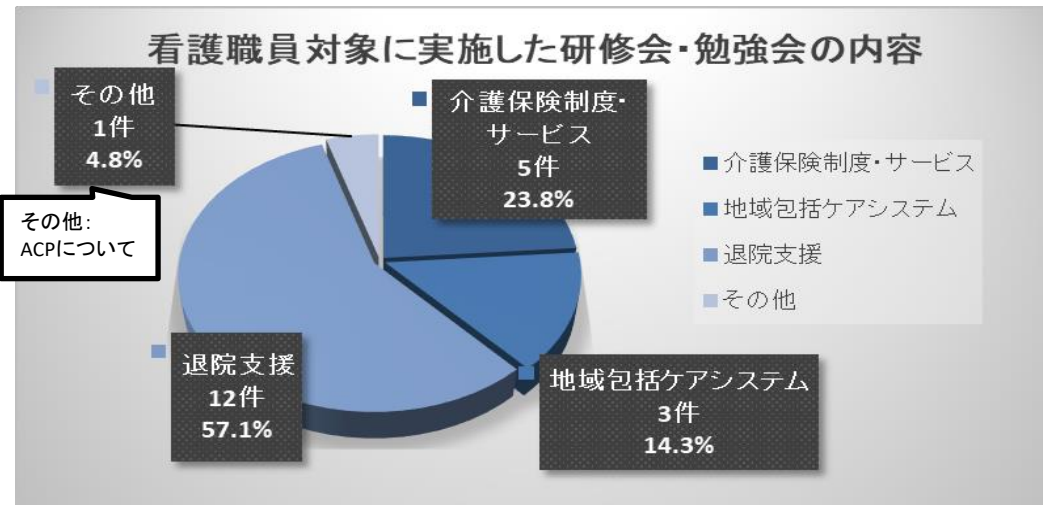
④院内における退院支援を進めるために、実施している取組みについて



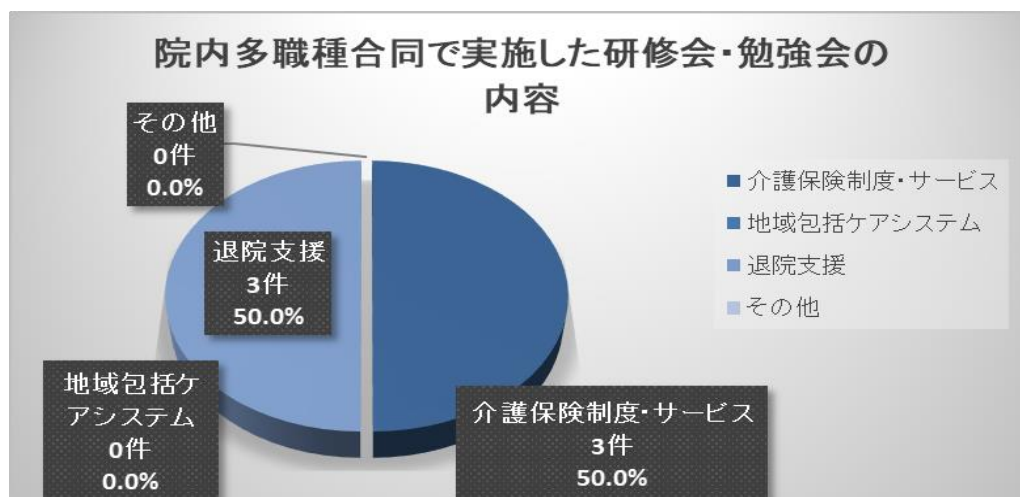
【「その他」の取組】

- ・医療保護入院者への退院支援委員会の開催
- ・個別対応

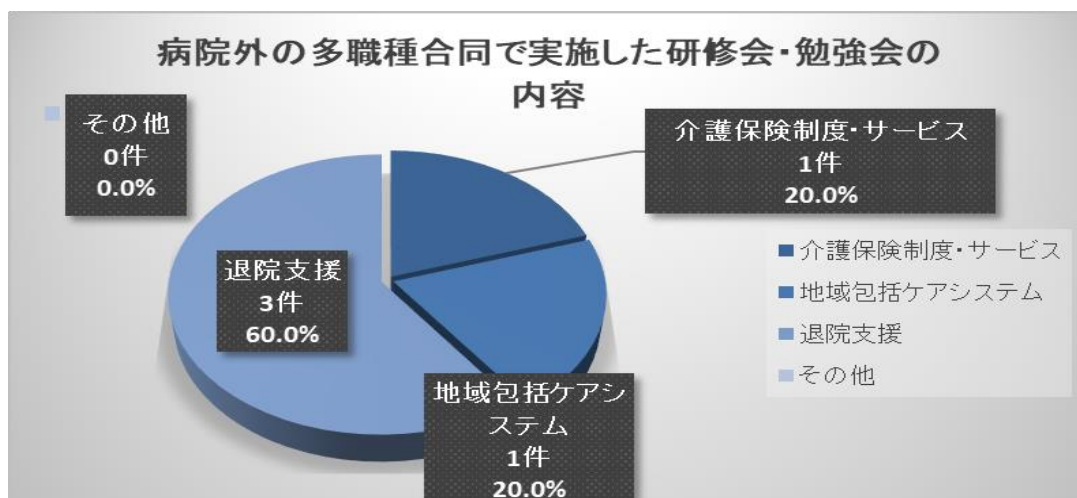
※1 看護職員対象に実施した研修会・勉強会の内容



※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

- ・退院調整ルールに該当しない困難事例への対応、身寄りのない方への支援
- ・8050問題など、入院している患者だけでなく、その子どもも支援が必要なケースが多い。親である患者が入院することで、子ども（成人）の生活が困難となるケースもある（食料がない、お金が引き落とせないなど）。高齢者の部門だけでなく、複数の関係機関の介入が必要になってきているなど感じている。

○退院先の調整

- ・入院期間が短くなっている中で、病院でできることは限られてしまうため、在宅サービス、地域連携がより重要になっていると感じる。
- ・GHと連携する際、情報がないことが多く、HPから電話で（ADLや生活の様子について）問い合わせる情報を得ている。
- ・院内では概ねうまく行っているケースが多いが、認知症がある患者の場合、転倒リスクなどもあり、現場からは早期退院を求められている。一方で、サービス調整に時間がかかることもあり、そこにギャップが生まれると感じている。
- ・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。
- ・特に急性期では治療後すぐ退院を求められるが、在宅との時間感覚は違いがあり、調整に困る。
- ・退院先の確保。
- ・長期入院者の退院支援（環境の変化を好まず、退院支援が難航することがある。）
- ・家族が遠方において地元にはいない入院者について、施設入所は地元には家族がいないと入所できない。

○病院内職員の認識のばらつき、多職種連携の困難さ、人手不足

- ・退院準備には一定の時間を要するということが、今ひとつ浸透していない。というよりも病院は治療の場が当然であり、生活再建は退院してからというのが一般的である。
- ・院内の退院支援に向けた計画のすり合わせ方
- ・多職種連携について、サービスを組めば何とかかなると思っているスタッフがいる。
- ・院内多職種に退院支援に関する理解と協力をさらに求めていきたい。（患者家族の意向確認や退院に向けた課題の評価など）
- ・退院支援カンファレンス開催方法の見直し など
- ・医師間の延命行為・看取りについての意識考え方の差を感じる。
- ・病院スタッフ（看護師、リハビリスタッフ等）の人手不足。
- ・他職種の退院支援への関心が薄い。
- ・多職種連携の難しさを感じる（価値観の違い）。
- ・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の共有をするが、理解に関してはスタッフ毎に温度差があり、（他院内スタッフより）「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。
- ・職員間で退院調整や退院後支援に関する認識にばらつきがある。
- ・通常業務で時間がなくなり、院内の体制づくりをする人材がいらない。

○その他

- ・病院から求められていること、本人と家族の希望の間に挟まれることが多く、葛藤することがある。
- ・感染対策による制限があるため、退院支援がしづらい。
- ・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。

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

- ・追加項目はないが、予定入院の場合、情報は入院してからではなく入院が決まった時点で送って欲しい。
- ・網羅しているため現状でOK。
- ・入院含めて、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の導入状況に関する項目があってもよいと思う。
- ・既存の項目で先ずは良いかと思う。
- ・退院時の交通手段、付き添い者の有無と関係についての項目。
- ・緊急連絡先（外来の場合早急に連絡を取らないといけない場合が多いため）
- ・連絡先が共有シートに記載されていても電話がなかなか繋がらないケースが多い。
- ・意思決定支援に関する内容の項目。
- ・家族関係についての情報を記入する項目。
- ・身寄りがない方の場合、関係機関の介入の有無（他の支援機関の担当者、連絡先など）についての項目。
- ・家族構成・連絡先・キーパーソンについては、詳細に知りたい。

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

- ・身寄りがない方の対応（MSWの業務の範囲、何か基準があるのか）について
- ・身寄りがない方の転帰先の情報が欲しい。（受け入れてくれる施設など）
- ・身寄りがいない・経済面に課題がある・自宅環境に課題があるなどの困難ケースに対応する場合、どのような院内外との連携を図っているか知りたい。
- ・身寄りなしの方や制度の狭間の方の対応方法について
- ・身寄りのない方への対応について。身元引受人がいなく、施設申込もなかなか出来ず、亡くなった場合の対応などにも苦慮するため。
- ・困難事例の対応について相談できる場があるといいと感じる。
- ・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。

○病院内の体制

- ・入院前～入院中～自宅退院における他病院での退院支援の中で、患者家族、ケアマネジャー、院内多職種の間を時系列で振り返るような機会があれば。
- ・退院支援をどのようにやっているか、流れや方法をたくさん聞いて参考にしたい。
- ・退院支援を行っている人数、退院支援をどうすすめているか。
- ・医師との連携をどのように図っているか。

○その他

- ・包括支援センターへのつなぎとその後について（依頼したまま途絶えてしまうことがある）。
- ・毎年この項目を聞かれるが、聴取内容に対する対応策や実施予定案、データの収集など、今どのようなことをされているのか。進捗を開示いただきたい。
- ・支援を行う上での困りごとなど。他院と共有することにより、必要な社会資源の開発へとつながることや、共通の課題が見つかる可能性がある。
- ・支援介入から退院までの一連の流れを具体的に話してみたい。

VI地域包括ケアシステムの構築に向けての御意見

○研修会・勉強会等

- ・相手の相談にのる上での面接技術の向上が、支援に関わるスタッフは常に必要と感じる。
- ・身寄りのない方が増えている中で、本人の意思決定支援をどう支えていくか。医療同意についての課題など検討して行く必要があるかと思う。特に、施設入所者の場合では施設の方に同意を求めてしまったり、施設の方も同意してしまったりすることが時々あることから、意思決定支援や権利擁護について研修を行っていく必要があると感じている。

○関係機関との意見交換会

- ・医療と福祉の現場で働く人達の意見交換できる機会が、定期的であれば良いと思う。

○連携のありかた

- ・困難ケースなど市で対応することが難しい場合があるため、どのように関係機関と連携を図っていく必要があるかアドバイスいただきたい。
- ・地域包括ケアシステムの構築をしていくためには、病院や施設の垣根を超えた連携が求められ、地域での課題（在宅医療や小児医療の不足など）も潜在しているかと思う。このような課題解決には行政力が必要かと思われるため、引き続き尽力願いたい。

○退院調整ルールについて

- ・退院支援調整ルールを地域包括支援ケアシステムに位置付けた使い方をしていくなれば、精神科領域にも使える書式・内容を検討しなければならないと思われる。

○その他

- ・困難ケースへの対応など（お金がない、身寄りがない、意思が確認できない、サインできないなど）
- ・CMとの連携に関しては、もう何年もこの会議を通じていろんな話をしているので、代表者合同会議やGWなどは十分実施したと感じる。むしろ、地域包括ケアシステム構築に向けて過去アンケート含めて書かれているような、病院やCM事業所だけでは対応困難な問題点について改善策を講じてほしい。
- ・地域包括ケアシステムの理解がまだまだ浸透していないと感じる。一般の方にも理解できるよう、噛み砕いた内容での啓蒙活動が必要だと思う。

～まとめ～

- 本年より新たに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、2病院については担当部門なしとの回答であった。
- 退院調整ルールに基づき取り組んだ病院は89.7%あり、それ以外の病院においても、独自の手順で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79.3%あり、それ以外の病院においても、看護サマリーや独自の様式を使用している。
- 退院前・退院時カンファレンスにケアマネが参加する回数は、以前と変わらないと回答した病院が65.5%であった。理由として、以前から参加してもらっているため変わらないという意見の他、カンファレンスが不要な場合や施設入所の場合もあることから、全体として変わらないという意見があった。
- 退院時情報提供に関するケアマネへの連絡回数については、以前と変わらないと回答した病院が55.2%であった。理由として、以前から連携しているためという意見が多く、取組が定着している状況である。
- 入院前にケアマネ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86.2%であった。一方で、退院調整ルールの有無でケアマネがいないケースの調整が取りやすくなったとはいえないという意見があった。
- 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62.1%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37.9%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を、聞き取りや口頭で確認しているという意見が多かった。
- 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、早期に退院支援に取り組めたことや、情報共有による課題が把握できたこと、入院前の情報による対応のしやすさ、ケアマネ等との連携によるスムーズな調整等が挙げられた。
- 退院調整ルールについて、改善を要する点（困っている点）としては、ケアマネとの情報共有の遅れや制度改正によるケアマネの訪問回数減、負担の大きさ等が挙げられた。
- 退院調整ルール運用について今後必要なこととしては、課題が複雑で多重な方や身寄りのない方等の困難なケースへの対応、情報共有シートの見直し、病院内での周知、ケアマネによる対応のばらつきの解消等が挙げられた。
- 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、家族も支援が必要なため複数の関係機関の介入が必要なケース等）の対応、退院先の調整、病院内職員の認識のばらつき、多職種連携の困難さ、人手不足等が挙げられた。
- 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、ACPの導入状況、退院時の交通手段、付き添い者の有無とその関係、緊急連絡先、意思決定支援に関する内容、家族関係、身寄りがない方の場合の関係機関の介入の有無等が挙げられた。
- 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、上記困難ケースの対応に加えて病院内の体制、支援を行う上での困りごと、支援介入から退院までの一連の流れ等が挙げられた。
- 地域包括ケアシステムの構築に向けた意見としては、研修会や勉強会、関係機関との意見交換会、連携のありかた、退院調整ルールの見直し、対応困難な問題点についての改善策の構築、一般の方への啓蒙活動等の意見が挙げられた。