

入退院支援（入退院ルールアンケート結果）

■入退院支援ルールの課題：どうしたら活用を推進することができるか

入退院支援について各職種委員の意見（令和4年第3回協議会から抜粋）と多職種アンケート「現状と希望する連携」の課題分類表

（1）課題や希望する連携について、委員からの意見は黒色、アンケートから抜粋したものは赤色と青色で記載している。（2）集計した課題を3つ（①ルール内容 ②使い方、運用 ③活用の啓発不足）に分類して検討している。

①ルールに関する事

各専門種	現状と課題	希望する連携	現在のルール記載	具体案
病院相談員	<ul style="list-style-type: none"> ・病院独自の患者サマリーあり、シートを活用することは難しい。 ・包括から要支援の方の情報がない。聞き取りでは要介護か要支援か曖昧な場合が多い。 ・退院支援看護師が積極的に関与し、中心になって動いている病院もある。 	要支援から区分変更がある方もいるので包括から情報があるとありがたい。	情報共有する。要介護、要支援で分けていない。	<p>周知する</p> <p>-</p>
ケアマネ	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟の看護師と医療相談員に統一した連絡のやり取りができるシステムが無 	やり取りができるシステムの構築があるとありがたい。	連携手段例として、MCSを記載している。	MCSについて周知
看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・終末期や急な退院の時はルール通りにいかない。 ・退院前カンファは、出来るだけ行ってほしい。 ・退院時、病院からのサマリーはあるが、退院調整共有情報記録書などは見たことがない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院時にできるだけ退院前カンファレンスを開催してほしい。 ・お看取り、何か加算がつくようなかたは退院前カンファレンスを行ってほしい。 ・退院時期の目安など、わかる範囲内で教えていただきたい。 ・介護申請状況などは把握してもらいたい。 ・必要なケアやこまめな処置、また本人家族が理解が乏しい場合は、カンファレンス等で指導をみたいと思う。 ・看護サマリーにも医師の指示を反映していただくと助かる。 ・ケアマネから連絡を受け、状況は聞くが、訪看からの疑問に対しても口答で対応。先生とのやりとりの書面は欲しい。 自宅に帰ってきて、話と違うことが時々あるので。 ・入院中のサマリーに加え、家族、介護者にどこまで説明、指導が行われているか情報として欲しい。病院で出来ていることも自宅では難しい状況が考えられる。退院後の生活をイメージし、MSW、CMでよく検討してもらいたい。 	<ul style="list-style-type: none"> シートは強制ではないので各事業所の判断に任せている。 退院見込判断基準、連絡判断目安を設けている。 情報提供シートに記載欄がある ケアマネと病院の連携を具体例としてあげている。看護師への情報提供について具体的な記載はないが、これを参考にルールの活用を推奨している。 情報共有シートに家族や介護者にどこまで説明、指導がおこなわれているかについて、注意点の項目はあるが、具体的な項目はない。 	<p>（各職種への理解と配慮）</p> <p>-</p> <p>周知する</p> <p>周知する</p> <p>周知する</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>留意事項に多職種向けに現ルールに準じた活用を推奨する一文を載せる</p> <p>シート項目や補足の検討</p>
介護福祉士		<ul style="list-style-type: none"> ・退院前カンファレンスの実施徹底（+参加調整するための時間が欲しい） ・退院前カンファレンス前にADL等の情報をもらいたい。（カンファレンス時にプランの提案をするため 	<ul style="list-style-type: none"> 関係者（多職種）にお知らせすることになっている。 情報提供シートに記載欄がある 	<p>周知する</p> <p>周知する</p>
作業療法士		<ul style="list-style-type: none"> ・退院後すぐにサービスの利用開始が決定しており、入院先で退院調整会議を開催する場合は、会議開催のお知らせ（連絡）をいただくと助かる。（サービス利用開始前に顔合わせや、身体状況、生活状況、病状等の情報収集ができ、スムーズな利用開始や他事業所（サービス）との連携が図れるため 	関係者（多職種）にお知らせすることになっている。	周知する
介護福祉士	<ul style="list-style-type: none"> ・病院が「在宅へ退院が可能」と判断する基準の徹底が乏しい。 ・退院前カンファレンスの未開催が多い感じがする ・連携する時の医療機関側の窓口の明確化 		退院見込判断基準、連絡判断目安を設けている。	<p>周知する</p> <p>-</p> <p>-</p>
地域包括	<ul style="list-style-type: none"> ・要支援は加算がないので病院へ情報を送っていない。元気な方が多いので入退院を把握できていない場合もある。 		情報共有する。要介護、要支援で分けていない。	周知する

②使い方、運用に関する事

各専門種	現状と課題	希望する連携	現在のルール記載	具体案
病院相談員	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスが必要な方は基本相談員が入っているが、漏れてしまうこともある。 ・元気でサービスの必要ない方は退院支援を行っていない（相談員がつかない場合が多い） ・相談員を付けるかどうかの判断は加算のある週1回のカンファレンスで判断している。 ・入院時、患者情報の聞き取りは行っているが、ケアマネの名前は分かるが事業所は分からないなど、情報が曖昧な場合も多い。 ・ケアマネから入退院連絡シートを持参してきた場合は患者サマリーを渡すようにしているが、出来ていない場合もある。 		在宅時、ケアマネから事前に本人や家族に伝えて置く。入院時は介護保険証等で確認すると記載されている	<p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>周知する。</p> <p>-</p>

ケアマネ	<ul style="list-style-type: none"> 入院時、病院へ情報提供したが病院内で伝達されていなかったり、退院日の連絡が無かったり、退院時患者サマリーがなかったりする場合があります。 退院の確認をしても病院相談員が決まっていなく、連絡が取れないことや退院の連絡が遅い時がある。 <p>・ソーシャルワーカーのかたが忙しく、中々つかまらない。大きな病院では看護師から連絡いただくことも多いが、それぞれ名前も違い統一されていない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 入院後、治療方針や入院期間の目安が分かった段階で連絡を頂けると在宅調整があるので助かる。 状態の変化がある時に福祉用具の準備を事前に整えたい時もあるので、なるべく早めに退院の連絡が欲しい。 	各病院により担当職が違うので相談員、看護師と明言して いなく病院担当者としている。退院7日前までにケアマネに 連絡する。	- ルールの周知
地域包括	<ul style="list-style-type: none"> 要介護認定を持っている方が入院した時には連絡を貰いたい。医療と介護保険の給付に影響があり、過誤申請の煩わしさがある。退院後の給付調整もスムーズに行き、連絡あるとありがたい。 	<ul style="list-style-type: none"> 問い合わせした病院が受け入れできない場合、情報があれば入院時に受け入れしてもらえそうな病院を教えて欲しい。 要介護認定を持っている方が入院した時には連絡を貰いたい。 	各医療機関によって担当が違う為、病院担当者として記載 情報共有することになっている。	- (病院への理解) 課題の周知

③ルール活用の啓発に関する事

各専門種	現状と課題	希望する連携	現在のルール記載	具体案
病院相談員	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネからの入退院連絡シートが届いていない場合も多く、病院内でも浸透していない。 ルールについて、必要不可欠と認識している方は少なく、時々活用しているという認識。 レスパイト入院に関して、介護施設のショートの際は、日時指定でいつからいつまでと相談がある時に対応に苦慮する。(入院ベッドを利用いただくため) 新規で相談を受けてもらえるケアマネジャーがすぐに見つからないことがある。 かかりつけ以外で訪問診療を導入するときなど、サポートセンターへ連絡するというルールは知っているが、その他、何があるのか分からない。冊子などがあるのか。それも知らなかった 元々在宅であった問題を入院すると全て入院中にMSWに対応してもらって解決を、と求められることに困っている。例として、認知症がひどく元々施設を考えていた、病的には退院可能でADLも入院前と変わらなくても入院中に施設探しを求められることが多い。在宅側も入院したのであとは病院で動いてもらうとの認識が強いようなので、在宅でできることも考えてもらいたいと感じる 	<ul style="list-style-type: none"> 入退院連絡シートを貰えるとありがたい。 急性期には連携シートが届いているが以降回復期、慢性期病院には送られていない場合があり、送って貰いたい。 <p>・施設入所方向で考えている人、検討している人は事前に情報共有をお願いしたい。 ・入院前に施設探しをしている情報がある場合は具体的な施設名等を教えて欲しい。</p>	<p>情報共有することになっている。</p> <p>強制ではなく適時調整するとしている。</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>三郷市のホームページと毎年4月に各事業所に配布している医療介護マップに掲載している。</p> <p>施設入所の情報提供についての具体的な記述はない。在宅に戻る際の必要な情報提供としている。</p>	<p>ルールの周知</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>(三郷市のケアマネ空き情報の活用)</p> <p>冊子、情報の周知</p> <p>ルールが使えるか検討</p>
ケアマネ	<ul style="list-style-type: none"> 福祉用具やヘルパーの調整で困ることがある。 認知症状が入院中に強く出て、入院期間が短縮されたケースがあった。急な退院で、準備が大変となった。 コロナ禍以降、退院調整の会議や、退院前の病院スタッフによる家屋調査等の機会が減っており、情報が十分得られないことがある。 入院中の連絡の窓口が不明確 入院中にMSWがついておらず、面談調整等一方的な都合であった。 ご本人が自宅に 独りで過ごすことは危険である。介護者が不在の状況でありながら病状、体調が回復したからと退院となる。 (早めの相談なしに) 入院時介護情報を病院側に連絡した上で送っているが、確認されていない。必要な情報をいただけない。 <p>・救急搬送時を含め、受け入れ先の病院がすぐに見つからず困ったということが時々ある。受け入れ先を探すのに苦慮することが多い。</p> <p>・医療機関から家族への情報提供が不十分ときがある。</p> <p>※市内の病院とは連携も取りやすく、大きく困ることはありません。</p>	<p>早めの連絡をして欲しい。</p> <p>病院の窓口の明確化 入院時に必ずMSWに介入して欲しい。</p> <p>・利用者の状態が分かるように連絡が欲しい。 ・退院時の調整だけでなく、入院されたかた、かつ回復の見込みがなさそうなどの情報も教えていただくと助かる。 ・在宅環境や家族の介護力等、ケースによって個別性が高いので、入院中からそういった部分を情報共有しながら退院に向けての支援をしていけると良いと思う。</p>	<p>早めの情報共有をお願いしている。</p> <p>-</p> <p>三郷市内の病院について、対応窓口連絡先の記載あり</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>連絡をお願いしている。</p> <p>家族への情報提供の記載はない</p>	<p>-</p> <p>-</p> <p>周知する</p> <p>-</p> <p>(在宅医療介護への理解不足)</p> <p>-</p> <p>-</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ・入院中、相談員が介護保険の区分変更申請をしていたが、ケアマネに報告がなく介護度が一つ上がっていたことを知らないまま請求業務をした際、返戻になってしまった。 ・病院に登録していた住所地から転居しており、情報が古いままで以前の住所に家がなく、退院対応の際に混乱したことがあった。 ・退院時にタクシーの手配を頼まれたことがある。（病院側がすることではないか） ・救急搬送後の入院時に家族が来るまで引き留められた。（長時間） ・地域包括ケア病棟レスパイト入院にて、処置や状況が大きく変化しても退院調整会議や説明がなく、在宅スタッフでの調整は全くないこと。 ・家族に病状説明だけ行い、在宅調整会議を行わなくてもいいと病院は思っているのかと思うことがある。 <ul style="list-style-type: none"> ・在宅⇄入院だけでなく、施設⇄入院、在宅⇄施設入退所などもあるとよいかもしれない。 ・業界全体への周知不足 ・市内からでも周知していけたらと思う。活用されている感はない。また、同じ病院でも連絡いただく方と全くない方と、その違いが何なのか不明。こちらから連絡を入れても気に留めていない方がいる。 	<p>退院調整会議を開催して欲しい</p> <p>情報を文章でも口頭でもいただくこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・そもそも「入退院支援ルール」の内容を、病院のスタッフに周知されていないので、まずは周知し実行されることを望む。 ・ご本人状態が安定するまでに時間がかかるのは分かるが、早めの連携と密な報連 相をしていきたい。 ・在宅復帰が難しい場合、本人、家族が分かるように説明をしていただきたいと思う ・入院の連絡をいただけると助かる。連絡をいただける家族ばかりではないし、独居のかたもいるので。 <ul style="list-style-type: none"> ・書式が PDF ファイルだと手書きで作成しないといけないので、PC で入力できる書式にしていきたい。 	<p>情報共有することになっている。</p> <p>情報共有シートに住所欄はない</p> <p>なし</p> <p>なし</p> <p>情報共有することになっている。</p> <p>なし</p> <p>シートデータはエクセルファイルでMCSで配布している。</p>	<p>課題の周知</p> <p>課題の周知</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>課題の周知</p> <p>病院へのルール周知</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>周知する</p> <p>(別ルール?)</p> <p>周知する。 データを三郷市のホームページに載せる</p>
<p>看護師・保健師</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護申請中でケアマネがはっきり決まらず退院。訪問の回数など困ることがあった。特指示を出す程でもなく。 ・週末やGW、年末年始等のベッドコントロールで、やむを得ず退院し施設入所される場合、すぐに状態悪化した時は再入院、受け入れを優先していただけないことがあり困った。 ・多忙とは思いますが、電話しても担当者と連絡つかず、折り返しもなく、一か月経過。結局入院中に亡くなったと往診に確認して知ったことがある。 			<p>-</p> <p>-</p> <p>課題の周知</p>
<p>介護福祉士</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の病状の悪化 等、在宅と病院内での見通しの違いがある。 ・医療機関側のルールの理解 			<p>課題の周知</p> <p>ルールの周知</p>
<p>その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・【管理者】三郷市内の医療機関とは良好な連携がとれているので、困ることはほぼない。他県の医療機関において、退院時に（日時が決まり次第）病棟から連絡が来るはずでしたが、連絡なく本人が退院していた。また、本人も連絡して来ないことがあった。 ・【管理者】病院の相談員が土、日、祝にいないことで入退院の調整に時間がかかる。 	<p>【管理者】情報共有、会議等を早めに連絡頂けると良い。</p>		<p>(情報共有の大切さを周知)</p>

作成者：三郷市在宅医療介護連携サポートセンター 川島幸道

2026年1月26日