

【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 30ヶ所

4 調査時期

令和5年7月

5 調査基準日

令和5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

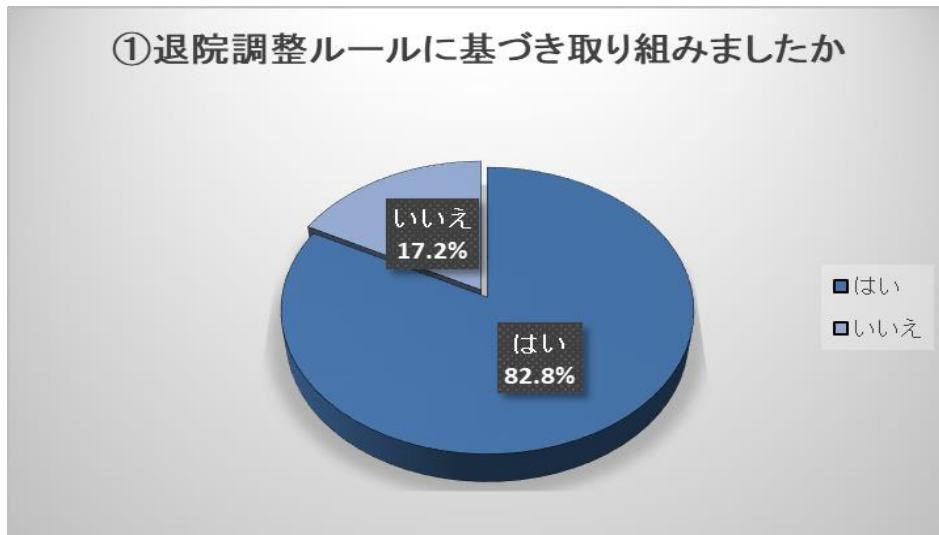
種別	対象数	回答数	回答率 (%)
退院調整ルール参加医療機関	30	29	96.7%

※梁川病院R5.7.31閉院のため

(1) 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
24	5	29
82.8%	17.2%	100.0%

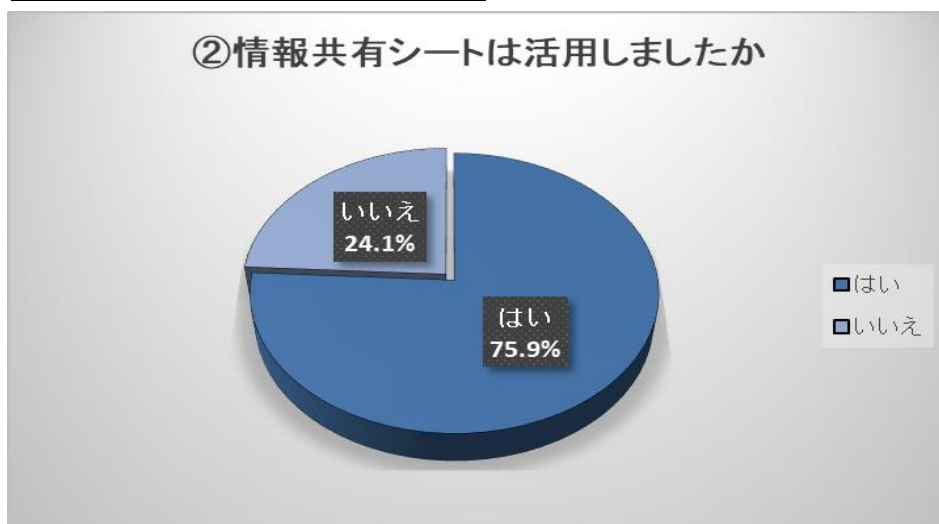


【取り組んでいない理由】

- ・現状は、病院独自の手順でおこなっている。
- ・退院調整ルールを利用せずに退院頂く方が多い。
- ・病院の様式がある。
- ・病院オリジナルの退院調整ルール（手順）やツール（様式）がある。

②情報共有シートは活用しましたか。

はい	いいえ	合計
22	7	29
75.9%	24.1%	100.0%



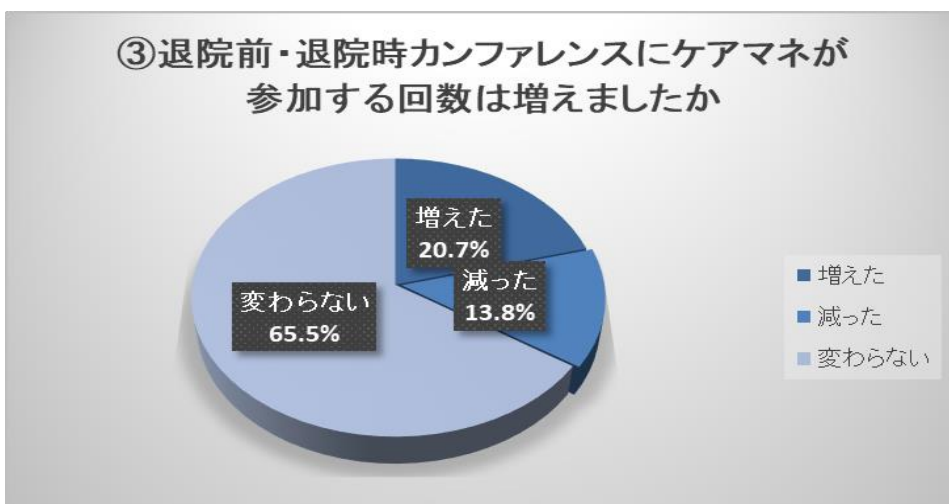
【活用していない理由】

- ・退院調整ルールを利用せずに退院頂く方が多い。
- ・基本は看護サマリーを使用。必要に応じて情報共有シートも使用している。
- ・サマリーを使用。
- ・病院で使用している看護サマリーで代用しているため。
- ・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で、この形は浸透されていないと思われる。
- ・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。

看護サマリーや
独自様式を使用

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
6	4	19	29
20.7%	13.8%	65.5%	100.0%



【減ったと回答した理由】

- ・コロナにより病院への立入りが規制されたため。5/8以降は徐々にであるが緩和され来院して頂いている。※リモートが主流であり今後増えていくものと思われる。
- ・コロナ後減少し、現在も変わっていない。
- ・コロナの感染対策より、制限がかかった。
- ・新型コロナ感染に伴うもの。

コロナ禍の影響による減少

【変わらないと回答した理由】

○以前から取り組んでいる

- ・元々カンファレンスを行っているため、変わらない。
- ・以前から退院カンファレンスにはケアマネも参加して頂いていた。
- ・退院調整ルール開始以後、担当医面談にケアマネがいる患者は同席を求めることが原則となった。そのためケアマネがつく入院患者数の増減のみが要因で、昨年度と比較するならば変わっていないと思われる。
- ・カンファレンス開催時は毎回参加して頂いているため。
- ・以前より退院前カンファレンスはケアマネジャー出席の上で実施している為。

- ・以前から必要なカンファレンスを行い、ケアマネが参加していた。
- ・必要時は随時連携。
- ・元々必要に応じて退院調整会議やケア会議等を行っているため。

○コロナ禍で減少したまま変わっていない

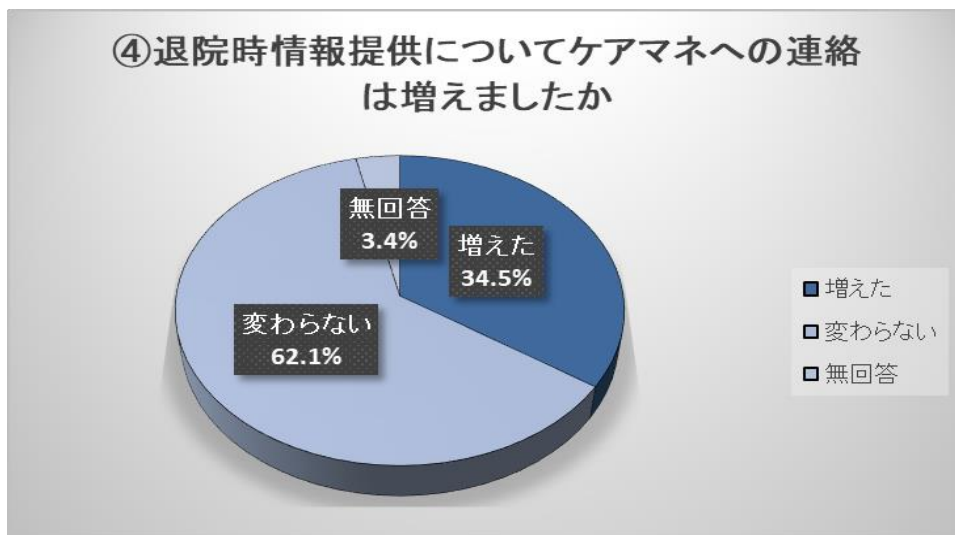
- ・病院の方針がコロナ対策を継続しているから当院はカンファレンスをしない。
- ・感染対策を維持しているため変わらない。
- ・コロナ禍のため。
- ・必要な場合は参加していただくが、感染症対策のため最小限にしている。

○その他

- ・月間の退院者が5～10名程度で、そのうち介護保険を利用する等、ケアマネと相談するケースが1～2名、無い月は0名の状況。
- ・入退院数の平均に大きく変動がない。
- ・特別養護老人ホームへの入所件数が多かった。

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	無回答	合計
10	0	18	1	29
34.5%	0.0%	62.1%	3.4%	100.0%



【変わらないと回答した理由】

- ・元々情報提供を行っているため、変わらない。
- ・以前から行っていたので特に増えたわけではない。
- ・ケアマネと従来から取り組んでおり、直近での変化は無し。
- ・退院調整ルール施行後すぐの頃は、把握できる件数も増加したのでこちらも増加したが、昨年との比較であれば変わりはないと思われる。
- ・以前からほぼ全ケース情報提供しているため変わらない。
- ・以前から退院時にはケアマネへ連絡し、看護サマリーが届くようにしている。
- ・退院時に看護サマリーで退院時情報提供を行う体制は変わっていない。

以前から取り組んでおり、
取組が定着している

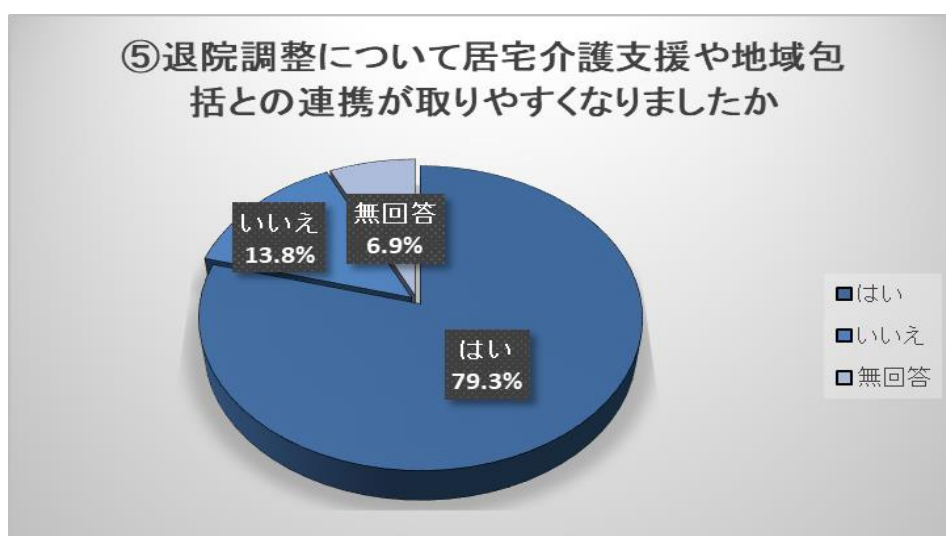
- ・月間の退院者が5～10名程度で、そのうち介護保険を利用する等、ケアマネと相談するケースが1～2名、無い月は0名の状況。
- ・入退院数の平均に大きく変動がない。
- ・変わらない。必要時連携。
- ・退院時の情報提供は以前から行っている。

【無回答に関する記載】

- ・退院する患者がいなければ退院支援はしない。

⑤入院前にケアマネが決まっていなかった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	無回答	合計
23	4	2	29
79.3%	13.8%	6.9%	100.0%



【いいえと回答した理由】

- ・連絡なくFAXを送付されることが増えたように思う。
- ・地域によるが、地域包括支援センターに相談すると病院でケアマネの選定を支援するよう回答受けることがあり、困る場合がある。
- ・包括から、病院で居宅ケアマネをさがしてくださいということがほとんどで大変だ。
- ・以前から連携は取りにくかったとは思わず、必要に応じて連携できていた。そのため、以前より取りやすくなったという表現にはあたらないが、普段から連携しにくいわけではない。

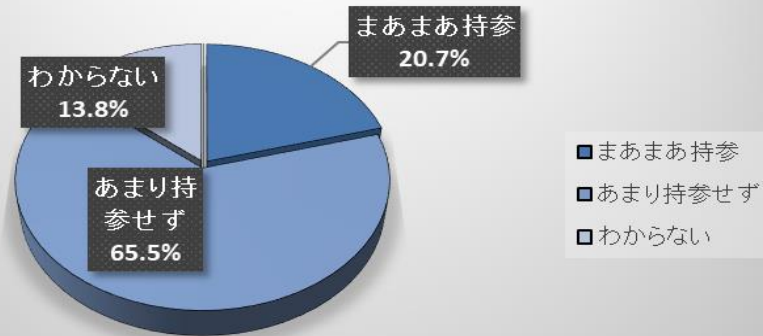
【無回答に関する記載】

- ・変わらない。必要時連携。

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	6	19	4	29
0.0%	20.7%	65.5%	13.8%	100.0%

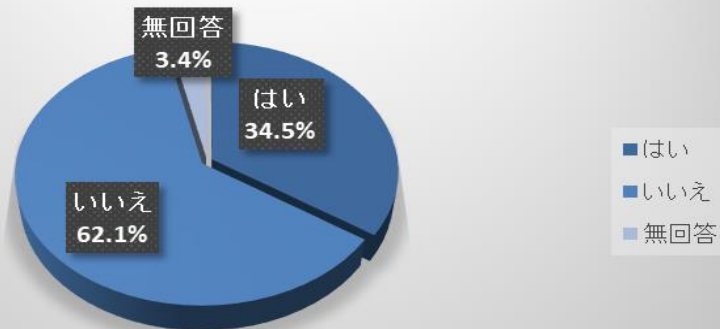
⑥入院時、介護保険証＋健康保険証＋ケアマネの名刺をセットで持参していましたか



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
10	18	1	29
34.5%	62.1%	3.4%	100.0%

⑥ー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



【いいえと回答した理由】

○聞き取り、情報共有シートで確認

- ・ケアマネの名刺に関しては、入院前の面談時に事業所名と担当者を口頭で聞き取りしているため、入院時名刺を持参しなかった方に、改めて周知はおこなっていなかった。
- ・口頭情報で調べている。
- ・介護保険証は提示してもらうよう依頼するが、名刺までは求めず口頭で確認している。
- ・ケアマネの担当者を確認している。
- ・セットで持参していなくても、口頭でケアマネの所属を確認することで足りるため。
- ・名刺持参は無い場合でも担当ケアマネのお名前、事業所等を伺い、必要に応じて連絡調整していた。
- ・持参されないのはケアマネの名刺。ケアマネから入院時情報共有シートが送られてくるので問題ないケースがほとんどである。

・病状説明や入院時の手続き等家族の負担が大きく、更に事業を説明しても理解が困難な場合が多い。ケアマネの名前・事業所等をお聞きして、電話連絡する事が多い。

○体制面

- ・周知をする余裕がなかった。
- ・入院のオリエンやICが次々とあり、周知する優先順位が低い。
- ・確認部署が病棟のため。
- ・新型コロナの関係でMSWと家族の接点は少ない。
- ・精神科のため
- ・介護保険証等の原本確認をしないため、持参しているか把握していないため。
- ・病院から周知するものだとは思っていない。（ほとんどケアマネ名刺忘れのため、ケアマネが周知するべき）

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）

○退院支援に早期から取り組める、スムーズに進められる

- ・入院前の担当者、サービス状況を知ることができ、退院をスムーズにすすめることができた。
- ・担当ケアマネとの相談や退院後の課題についての共有が可能のため、スムーズな退院調整につながっている。
- ・入院前の状況をケアマネより連絡をもらうことで、病棟スタッフとの情報共有、退院支援に早期から取り組むことができた。
- ・情報共有により早期に必要な支援を検討することが出来た。
- ・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。
- ・入院早期から共有、方向性の提示

○入院前の情報を本人、家族への関わりに生かせる

- ・入院したら互いにすぐに連絡しているので、入院前の様子分かりやすい。
- ・在宅での様子やもともとあった課題を入院時にケアマネと共有できたため、その内容をもって家族との面談に対応できた。
- ・入院前もしくは入院初期から、在宅での生活状況を把握した上で介入することができた。
- ・情報共有シートを活用することで入院前の状況把握がしやすくなった。□
- ・入院直後の情報共有で、患者・家族と関わる上で注意点を聞き、入院中の関わり方に気をつけることができた。

○ケアマネ等と連携しやすくなった

- ・救急搬送時に身寄りの所在が分からず、独居で軽度の知的障害があった患者が入院となった。居宅を引き受けてくれたケアマネが迅速、柔軟に対応してくれて早期退院ができた。その後は、介護サービスを受けて順調に在宅生活を送れている。
- ・ケアマネと共通ルールがあることで連携がしやすくなった。
- ・入院後にケアマネから情報提供書をいただくことが通例になった。
- ・当地域では以前より病院・居宅・施設などでコミュニケーションがとれていたが、今も同様。
- ・包括→病院→居宅等の連絡がスムーズに取れた。
- ・カンファレンスの開催がしやすくなった。
- ・外部機関との連携、ケア会議が増えて退院調整がスムーズになった。
- ・情報共有がしやすい。

・退院調整ルールによってケアマネからの情報提供が増え、退院後の連携が取り易くなった。

○その他

・一部ではあるが、リモート活用の他に口頭、書面での申し送りや確認事項について、都度やりとりを行うようにしている。

・専門職の視点からの情報がありがたい。

イ 改善を要する点（困っている点）

○情報共有が不十分、調整が間に合わない

・ケアマネが入院後の患者の状態を確認しないまま、状態に見合わない施設の調整がされてしまった事例があった。

・看護サマリーの完成が退院日ではなく後日となってしまうこともあったため、サー担実施時に間に合わないケースがあった。

・病院から包括へ急ぎで連絡をしても、対応が不十分で連絡に時間を要した。

・短期入院の方や、定期的に入退院をくりかえしている方の退院時連絡ができなかった。

・ご家族の意向で退院が早まり、支援方針が定まらなかった。

○コロナ禍の影響

・リモートでは伝わらない部分（例えば認知症の方の雰囲気）があり、上手く共有できなかったことがある。

・コロナによりケアマネさんが病院に来院することが減少。5類になってからもまだ改善していない。

○家族の理解

・家族がケアマネ事務所や氏名を知らない。（正しく覚えていない、かつセットを持っていない）

・外来及び入院の患者またはその家族の中に担当のケアマネの名前や事業所名がわからない方が一定数おり、担当のケアマネ探しに難渋することがある。

○その他

・新規での依頼の場合、家族・本人・チーム同士のすり合わせに行き違いになることがあった。（サービスの必要性や意向など）

・入院当日や翌日朝にケアマネより状況確認の連絡が入るが、状況確認は入院から数日後に問い合わせいただきたい。（病院の担当者を決めたり、家族へ情報提供の了解をとったり、病院内の調整に時間を要する。）

・身体症状も有する方の受け入れが少なく見つけにくい。

・急性期→慢性期で当院に転院してくるので、そこまでの情報が転院時にはこない。

ウ 退院調整ルール運用について今後必要なこと

○居宅介護支援事業所等、ケアマネごとの対応のばらつきを無くす

・退院支援ルールを正しく理解していないケアマネも増えてきたため、再度周知が必要ではないかと思う。

・居宅、包括の中の人によって対応のばらつきが多すぎる。

・ケアマネも、よく連携し動いてくれる方と動きが見えない方がいる。

○困難ケースへの対応

・ルール運用は問題ないが、独居や高齢夫婦世帯、疎遠な家族の対応に苦慮するケースが多い。病院だけで抱えるものではないが、初期対応にかかる負担が大きいことが課題と言える。

・独居、支援者がいない、経済面の課題があるなど多重課題があるケースのルールや動き方など共有させてほしい。

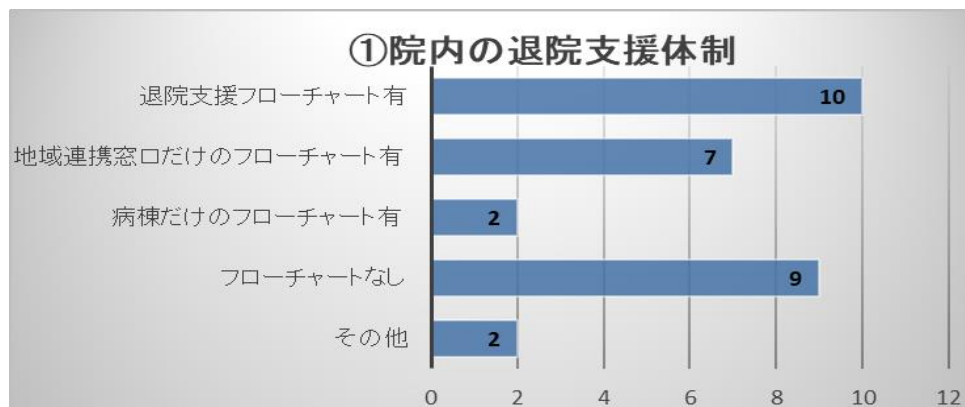
○その他

- ・情報共有シートの見直し。認知症の症状や精神症状を記載できるよう検討してほしい。
- ・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無いと思う。
- ・書類ありきにならずに、本人としっかりと向き合うことを忘れないことが大切だと思う。
- ・介護と医療の連携の促進
- ・現状を徹底していくことが必要。
- ・個別事例を挙げた勉強会

(2) 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
10	7	2	9	2	30
33.3%	23.3%	6.7%	30.0%	6.7%	100.0%



【「その他」に関する記載】

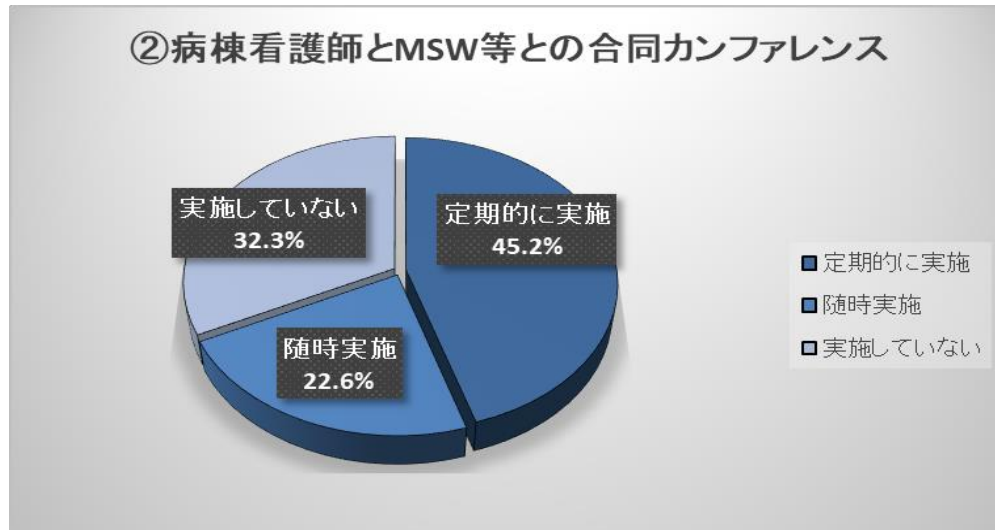
- ・必要に応じて担当する方々との退院前ケア会議等を行っている。
- ・退院支援フローチャートはあるが、院内で統一された形にはなっていない。

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
14	7	10	31
45.2%	22.6%	32.3%	100.0%

※定期的と随時の複数回答2件あり。

②病棟看護師とMSW等との合同カンファレンス



【「定期的実施している」場合の具体的内容】

- ・病棟や診療科によって違う
- ・診療科や病棟ごとに日時が決まっており、医師、病棟看護師、リハビリ、栄養士、薬剤師、医事課、MSW、退院支援看護師が参加。時間は30分程度。現在の患者の状況、方向性の確認、退院に向けての問題点を共有している。主にZOOMで行っている。
- ・ほぼ毎日、何らかの科や医師毎に15～30分程度、多職種（Dr・Ns・PT・OT・栄養士・薬剤師・SWなど）で行っている。
- ・毎週水曜日、30分程度。Ns、MSW
- ・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
- ・毎日20分、Dr, Ns, PT, OT, 管理栄養士, MSW参加
- ・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回病棟毎に曜日と時間を決めている。約30分～1時間、病棟スタッフ・退院支援看護師もしくはMSW・リハビリ・栄養士。退院先の希望にもよるが、具体的な支援や目標について話し合っている。
- ・医師毎に曜日と時間を固定して、看護師・医師・療法士・MSWなど多職種が集まり、カンファレンスを実施。
- ・各病棟毎に実施。週2回（火・金）14:00～、15～30分程度。
- ・毎週月曜日 30分程度 退院調整看護師、リハ、病棟看護師、MSW
- ・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
- ・入院7日以内、病棟にて、主治医（参加可能な場合） 病棟Ns. 退院支援職員 地域医療連携室
- ・各病棟、各診療科にて実施。

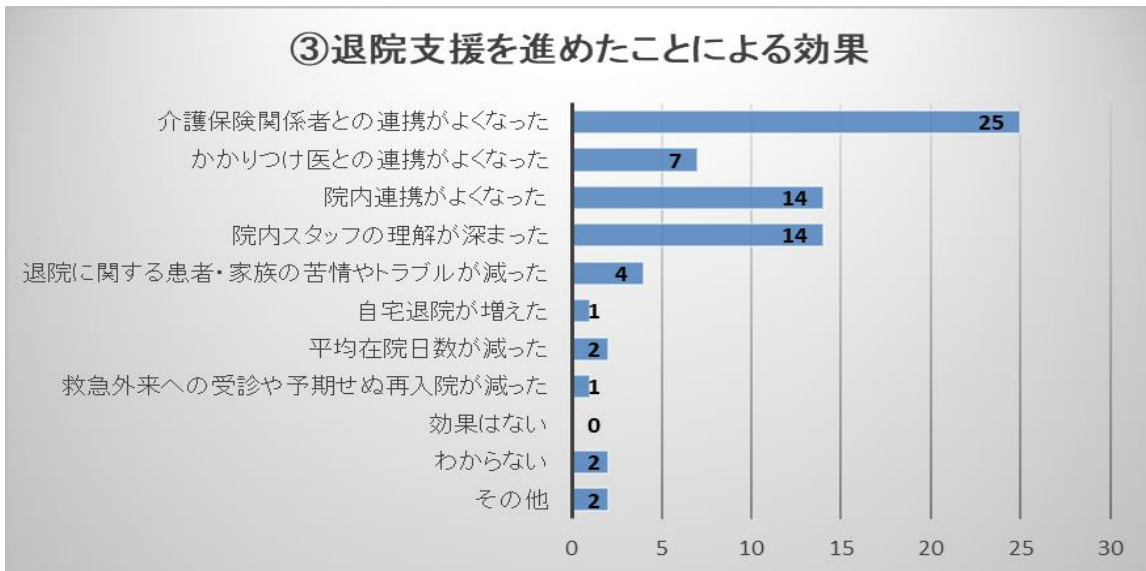
【「実施していない」場合の理由】

- ・合同のカンファレンスを行っているが、退院支援計画書作成のものではない。
- ・退院支援計画書は作成していないが、週1回病棟ごとに合同カンファレンスを行っている。
- ・退院支援計画書作成とは別に、カンファレンスを行っている。
- ・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。
- ・看護師の業務多忙な為、時間が取れない。
- ・病棟看護師の業務量が多く、時間が取りづらい。必要に応じて行っている。
- ・必要時に主治医、病棟看護師と精神保健福祉士が連絡調整している。

- ・カンファレンスの形をとらず、都度情報共有している。
- ・退院支援計画書を作成していないため
- ・退院支援は相談員が一人でやっており、計画書もない。

・必要に応じて、その都度情報共有している
・退院支援計画書の作成なし

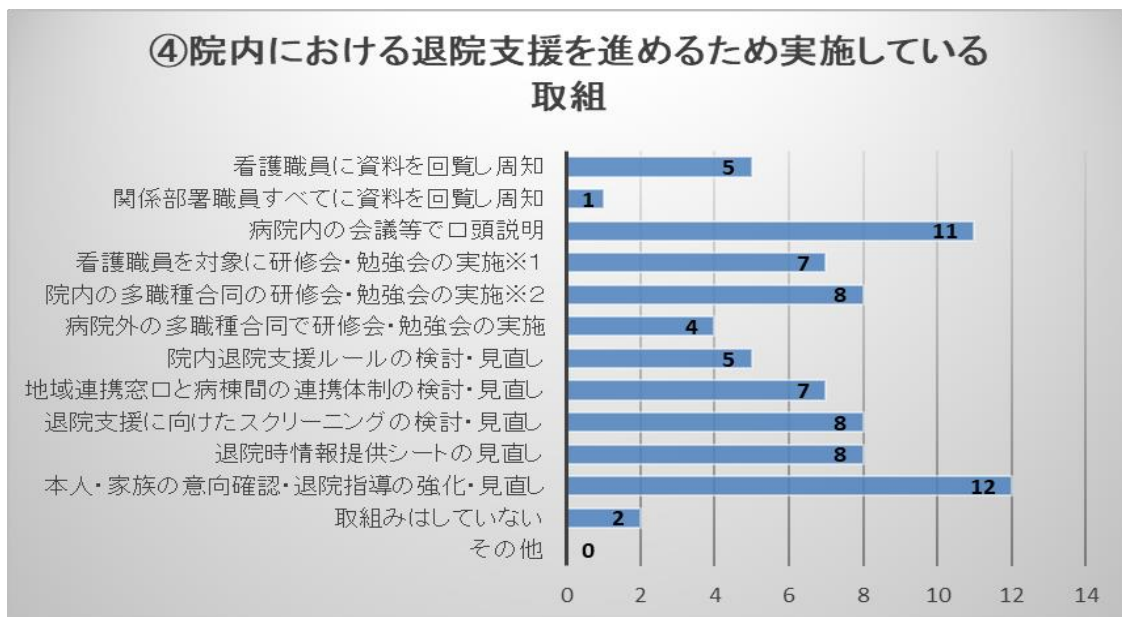
③患者・家族への退院支援を進めたことで効果があったと思われることについて（複数回答）



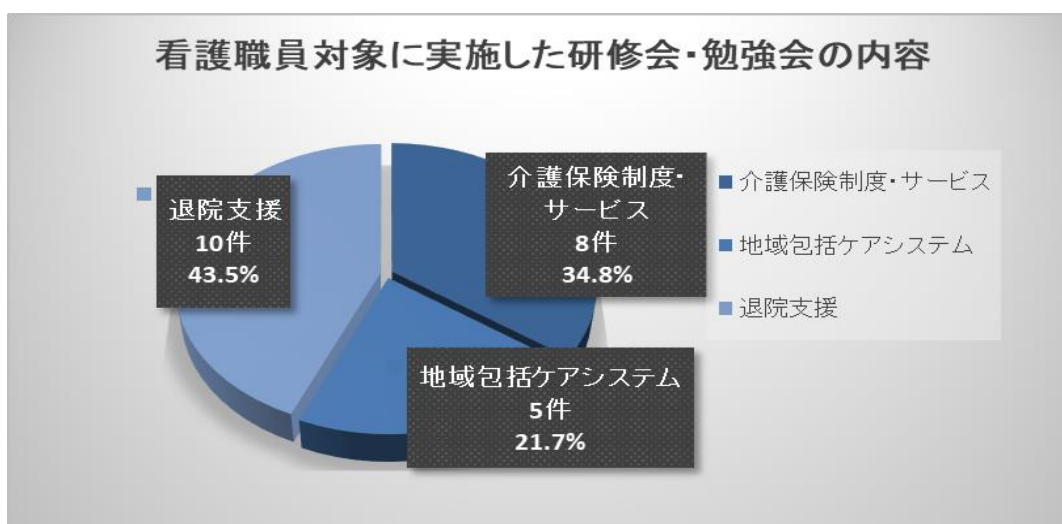
【「その他」の効果】

- ・患者・家族が安心して退院できるようになった。

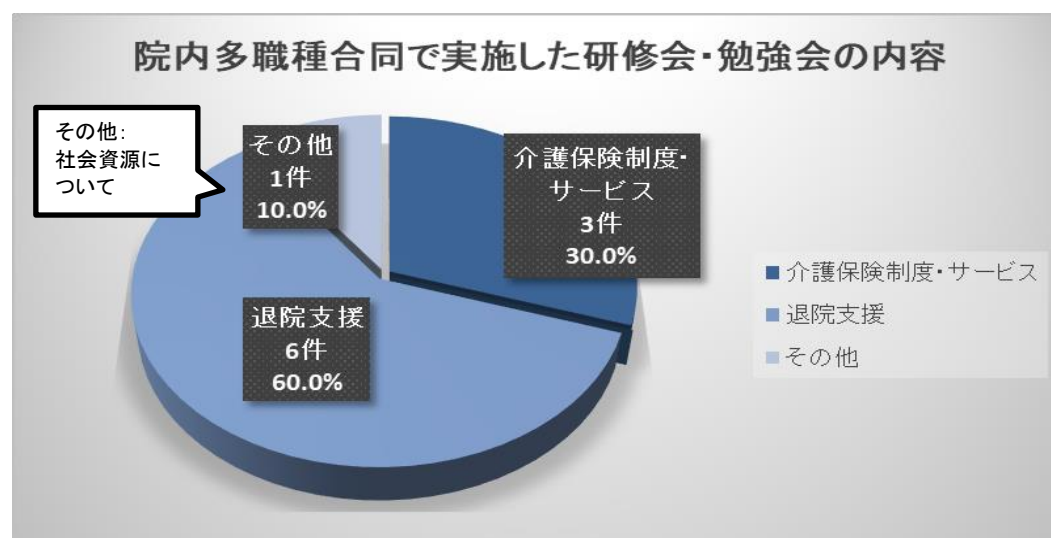
④院内における退院支援を進めるために、実施している取組について



※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



⑤ 院内における退院支援で困っていること

○困難ケースの対応

- ・サービスを導入したくても、経済的にきびしい方や、身よりがなく認知症等で意向の確認や諸手続をスムーズに行うことができない方等の処置について
- ・金銭的に不安のある方や、身寄りがいない独居の方の支援。入院前に包括等が関わっていないと退院調整に時間がかかってしまうこと。
- ・多重課題のあるケースの教育
- ・高齢夫婦二人暮らしでお互いに認知症があり、ADLの低下していることへの理解ができず、支援を受けられない。転倒や体調悪化を繰り返し、入退院している。
- ・虐待の疑いがある外来患者への介入。潜在化している場合の対応など。
- ・救急輪番（精神科病院）の23条通報に基づく入院や34条移送の患者さんについて、身体合併症の方が多く、精神科単科での対応に苦慮している。

○退院先の調整、退院後のサービス調整

- ・在宅へ退院希望の患者様で、ご自宅近くの医院などに訪問看護を希望されることが多いが、定員上限を超えている、訪問看護を行っていないなどというケースが多く、依頼できる訪問提携先が限られてしまっている点。

・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。

- ・金銭面で対象の施設が限られ、退院先が見つからないことがある。
- ・65歳以下で病状により自宅へ戻れず、障がいのグループホームでも適応困難な患者さんへの退院先の調整

○院内職員の理解、連携が不十分

- ・日々の業務に追われ、退院支援に目を向けてくれるスタッフがまだまだ少ないこと。
- ・看護職員に退院支援のことを伝えていくことが日々必要。
- ・他職種との役割分担。退院支援体制について、各職種で認識の違いがある。
- ・退院支援に対する理解に差があり、院内の他職種連携がとれていない。
- ・感染の状況で、患者や家族との対面の面接などが、難しい。また全体的に退院支援がMSWへ偏っている。
- ・多職種間の情報共有、意向のすり合わせが大変。
- ・治療を優先に考える医師と、生活を支える視点のその他の職種で、患者の退院に向けての目標を共有することが難しい。
- ・院内の分業（タスクシフトなど）がすすみ、患者の全体を理解するスタッフが少なくなった印象。

○その他

・食事の経口摂取不良の患者に対する延命行為に関して、医療者側と患者、家族側の認識が異なっていると感ずることがある。患者、家族は延命行為を希望しないとして経管栄養を拒否するも、中心静脈栄養は拒否しないということがあった。個人の価値観もあるが医療者側が十分に説明が出来ていないことも理由だと思われ、退院困難なケースが増える要因にも思える。

（3）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

- ・意向の確認や諸手続をスムーズに行うことができない方等のケースに対して、どのように対応しているか。
- ・金銭的に不安のある方や、身寄りがいない独居の方が入院した際の対応の流れについて、どうしているか知りたい。
- ・どういった患者の退院支援で困っているか、解決の為にどのようなアプローチをしているかを情報交換したい。
- ・独居、身寄りなしの患者の手続きを含む退院支援について
- ・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。
- ・医療依存度が高く、長期の医療行為が必要な方の退院調整について

○院内の体制

- ・退院支援における各職種の業務内容・分担について
- ・加算取得状況
- ・退院後のフォローアップについて
- ・退院支援計画書作成のため、病棟看護師とMSWとの合同カンファレンス実施方法についてどのようにしているか。
- ・看護部との情報共有、役割分担をどのようにしてるか。
- ・院内の退院支援の流れについて

○コロナ禍

- ・アフターコロナにおける退院支援についての対応について

- ・新型コロナウイルス感染症の5類感染症移行後に変更や変化のあった点を伺いたい。
- ・面会制限について

○その他

- ・延命行為に関する患者、家族への意向確認の流れ、段取り
- ・医師との連携をどのように図っているか。
- ・患者・家族の意向に沿った退院支援を進めるために院内外との連携で工夫していることを教えて欲しい。

(4) 地域包括ケアシステムの構築に向けての御意見

○研修会等の希望

- ・出張やオンラインによる研修会（医師や看護師向け）などがあると良い。できればその他の職種に対して行うのも良い。
- ・様々な制度を勉強する研修会（成年後見制度など）
- ・医療処置が多い利用者の在宅での事例

○関係機関との交流

- ・コロナにより互いの顔を知る機会が少なくなってしまった。まずはそこから改めて構築していきたい。
- ・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であれば良いと思う。

○連携に関する仕組みづくり

- ・地域での支援のつながり方や役割のフロー
- ・施設の空き状況や料金など一覧ですぐわかるような仕組みなどがあると大変助かる。
- ・退院だけではなく、外来通院患者の連携についても必要性が高いと感じている。システム作りが必要ではないかと思う。

○退院調整ルールについて

- ・これは、当病院も含めた再考する意見だが、退院調整ルールを地域包括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。
- ・退院調整ルール施行後かなりの時間が経っているので、こちらのアンケートの設問が適当なのか検討して欲しい。

○その他

- ・障害者施設なども高齢化となっているが、ACPについてや、急変時の対応など話し合われていない。また入院時、施設職員が様々な病院の書類にサインをしてしまうことが多い。
- ・地域包括ケアシステムの理解が浸透していないので、一般の方にもわかりやすく案内する必要性があると思う。
- ・地域を支える医療機関としての役割を果たすためには、機能分化や連携は必須と考える。

～まとめ～

- 退院調整ルールに基づき取り組んだ病院は82.8%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75.9%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、以前から取り組んでいるため変わらないという意見の他、コロナ禍により減少し、現在も感染対策を維持しているため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62.1%であった。理由として、以前から取り組んでいるためという意見が多く、取組が定着している状況が見えた。
- 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は、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が79.3%であった。一方で、ケアマネの選定の支援に関して困難さを感じる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65.5%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34.5%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、聞き取りや情報共有シート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、退院支援に早期から取り組み、スムーズに進められること、入院前の情報を本人や家族への関わりに生かせること、ケアマネ等との連携がしやすくなったことが挙げられた。
- 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が不十分であったり、調整が間に合わなかったりするケースがあること、コロナ禍によりケアマネと直接会う機会の減少、家族が担当ケアマネの所属を知らないことが挙げられた。
- 退院調整ルール運用について今後必要なこととしては、居宅介護支援事業所等やケアマネごとの対応のばらつきを無くすこと、独居や高齢者夫婦世帯、経済面の不安があるケースへの対応、情報共有シートの見直し等が挙げられた。
- 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（独居、高齢者夫婦世帯、認知症等により、意向確認や手続きがスムーズにできないケースや経済面の不安があるケース）の対応、院内職員の理解や連携が不十分であることが挙げられた。
- 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医療依存度が高いケースの対応、院内の体制、コロナ禍の対応等が挙げられた。
- 地域包括ケアシステムの構築に向けた意見としては、関係者向け研修会や関係機関との交流、連携に関する仕組みづくりへの意見等が挙げられた。