

【県北圏域】

ケアマネジャーを対象とした「退院調整の現状調査」の結果

**調査の概要**

1 目的

平成28年度に病院とケアマネジャーが連携を取りやすくするためのルールを策定し、その運用状況を関係者により定期的に検証、必要な見直しを行っていくこととしている。

ルール運用後の連携状況を把握するため、ケアマネジャーを対象に調査を実施した。

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3年6月～7月

4 調査対象

県北地域のケアマネジャーが所属する機関

(1) 居宅介護支援事業所

(R3.4.1現在；157ヶ所)

(2) 地域包括支援センター (R3.4.1現在；39ヶ所)

5 調査内容

(1) 概要

医療と介護の連携の状況は、退院の際の、病院側と在宅介護支援側（ケアマネジャー）の連携状況を把握することにより、その実態を把握することが可能と思われる。については、ケアマネジャーを対象として、対象期間に扱った退院ケースについて、病院からの連絡状況を調査する。

(2) 対象期間

令和3年6月～7月 (2ヶ月分)

(3) 主な結果

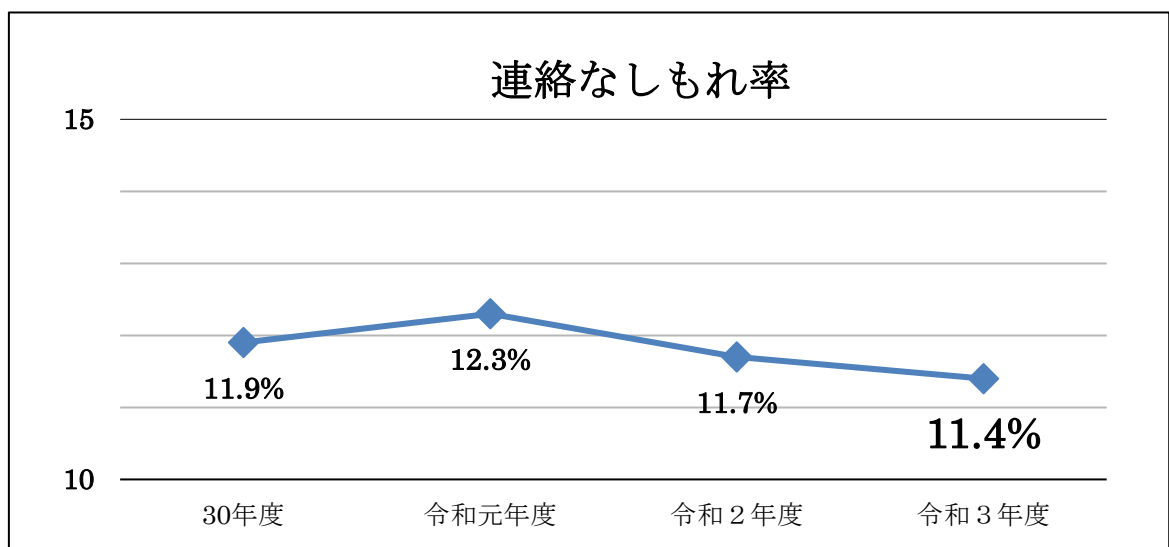
① 回答数（事業所数等）

種別	対象数	回答数	回答率 (%)
居宅介護支援事業所	157	133	84.7
地域包括支援センター	39	39	100.0
計	196	172	87.8

② 退院患者数と連絡の有無（2ヶ月間：令和3年6～7月）

種別	人数	連絡の有無		連絡なしもれ率 (%)	令和2年度 (%)
		あり	なし		
要介護	686	623	63	9.2	9.2
要支援	185	149	36	19.5	22.9
(小計)	871	772	99	11.4	11.7
その他	1	1	0	0.0	0.0
合計	872	773	99	11.4	11.7

\* 「その他」は、要介護度認定申請中など。

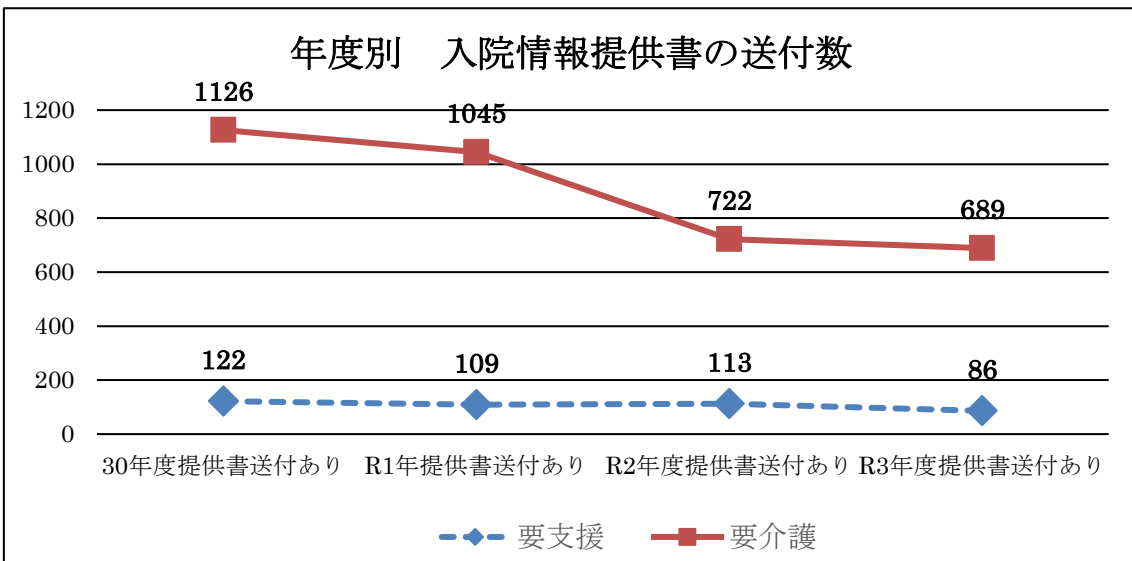
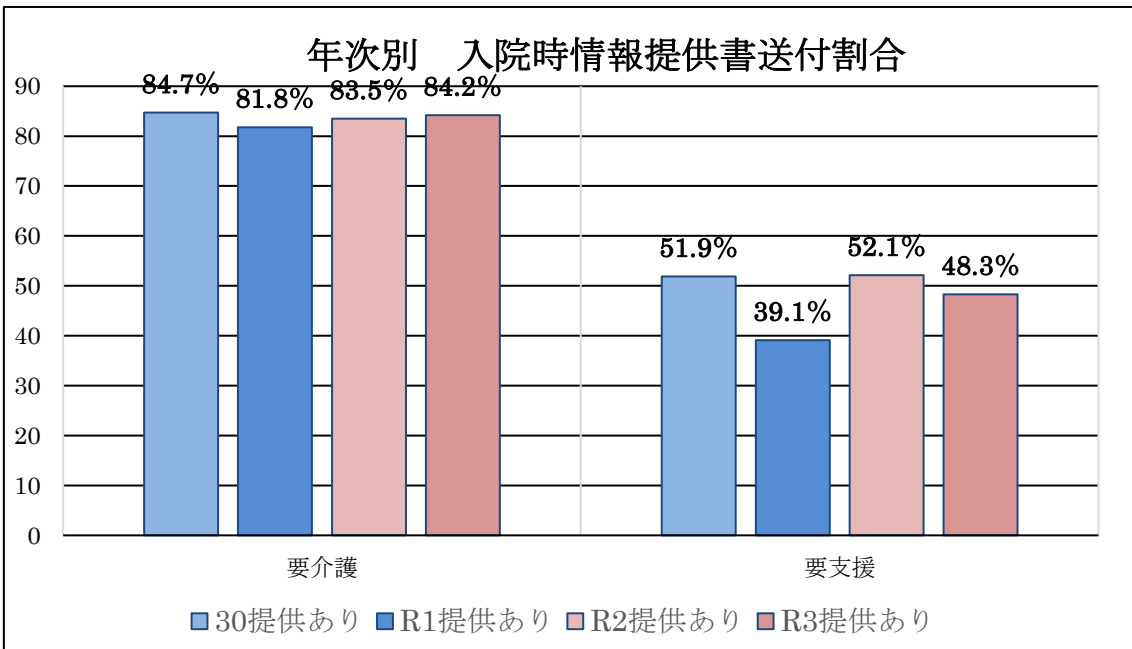
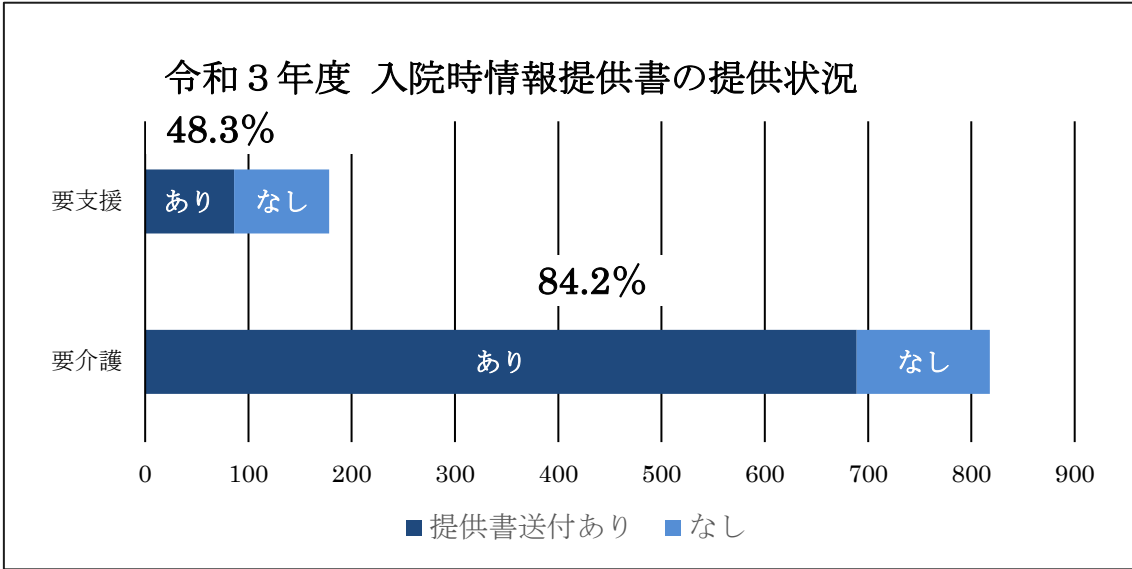


③ 入院先病院内訳（圏域別）

県北	県中	会津	その他	計
853	15	0	4	872

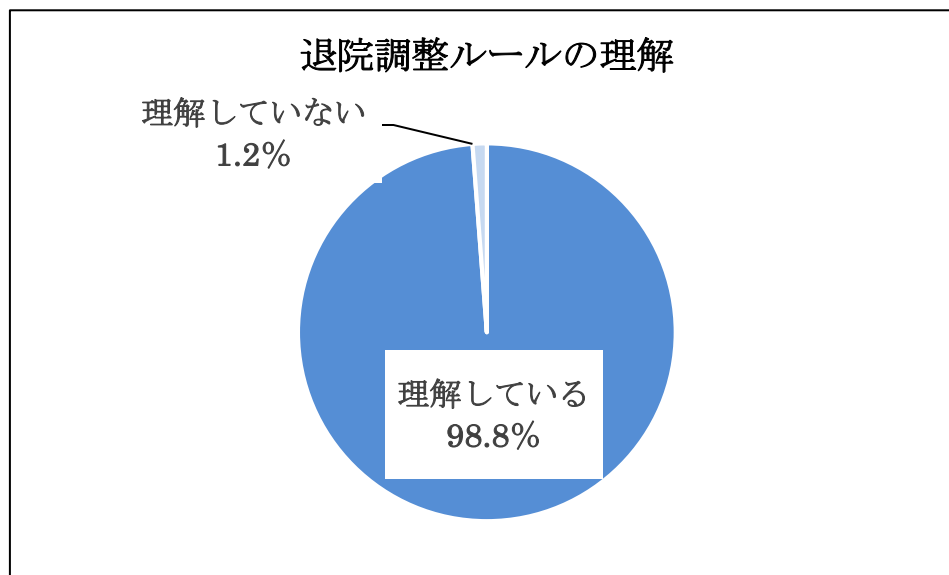
④ 入院患者数と入院時情報提供書送付数（2ヶ月間：令和3年6～7月）

種別	人数	提供書送付数	提供あり (%)	2年度 (%)
要介護	818	689	84.2	83.5
要支援	178	86	48.3	52.1
合計	996	775	77.8	77.2



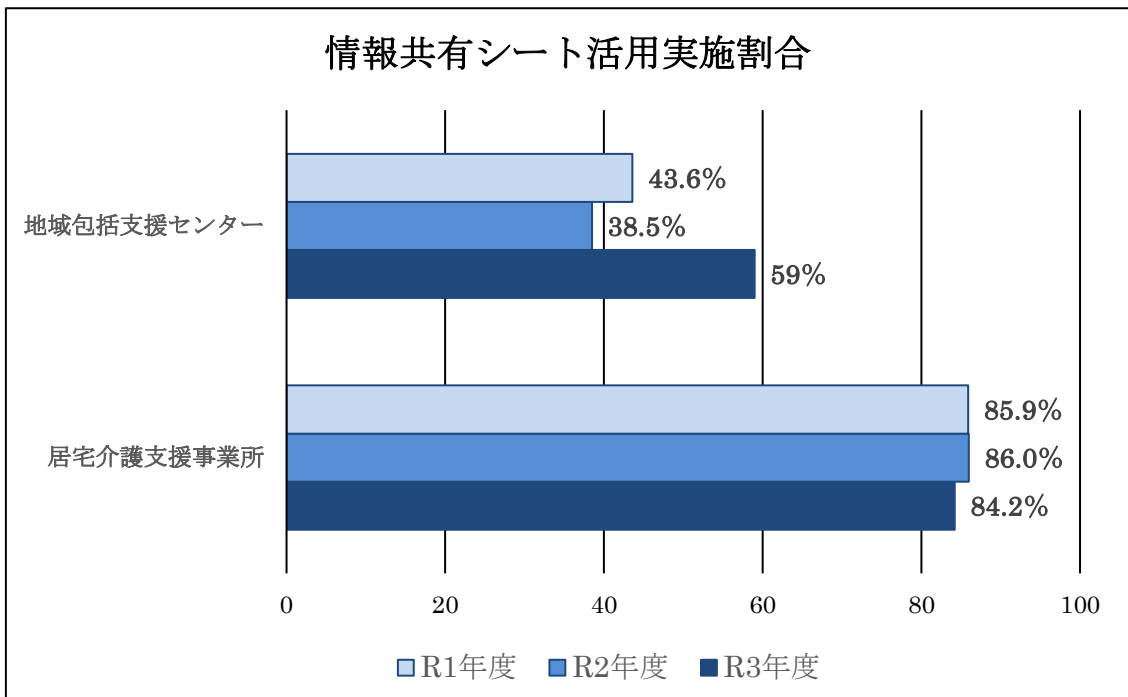
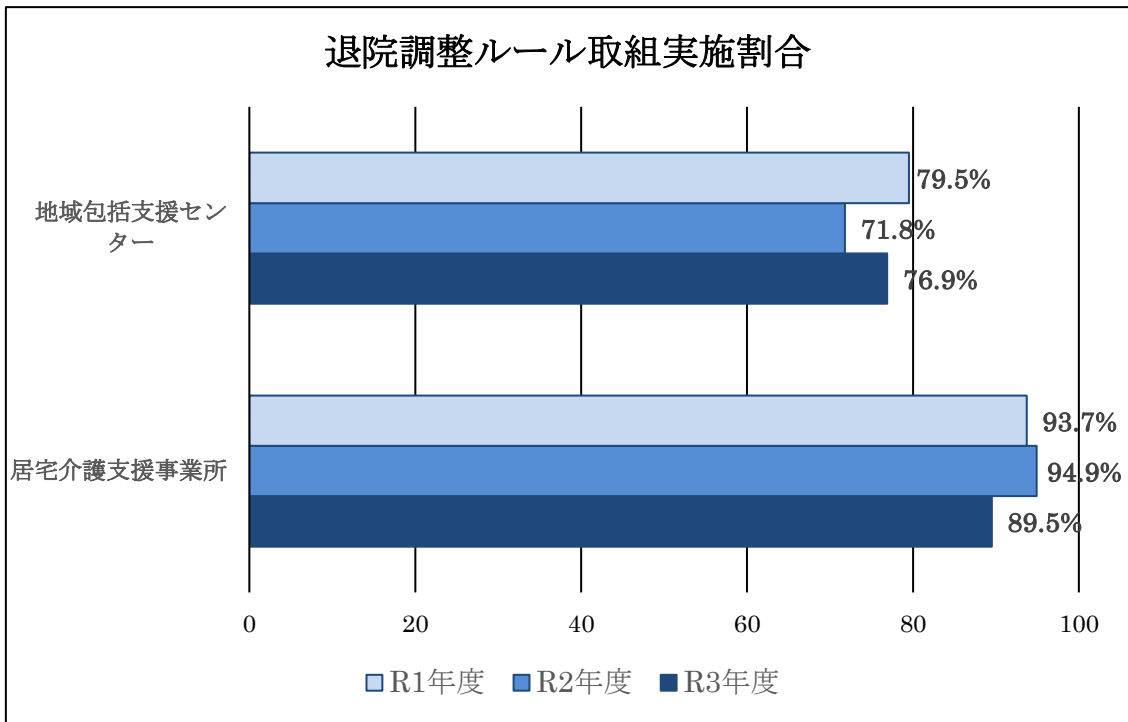
⑤ 退院調整ルールを理解

種 別	理解している	理解していない
居宅介護支援事業所	126	1
地域包括支援センター	37	1
計	163	2



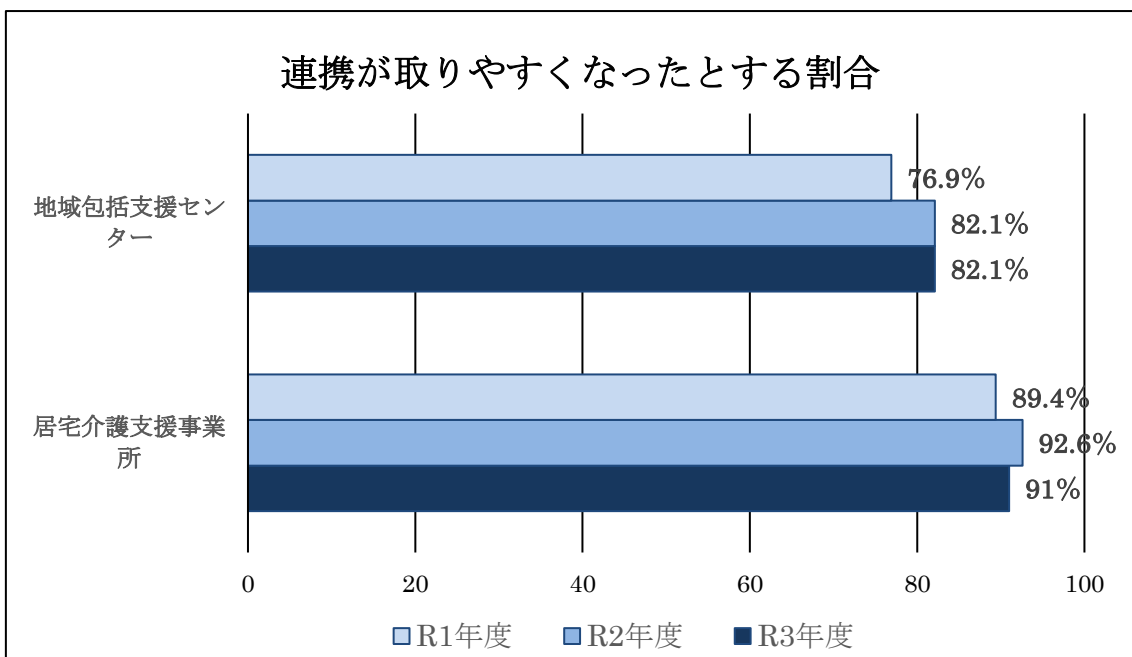
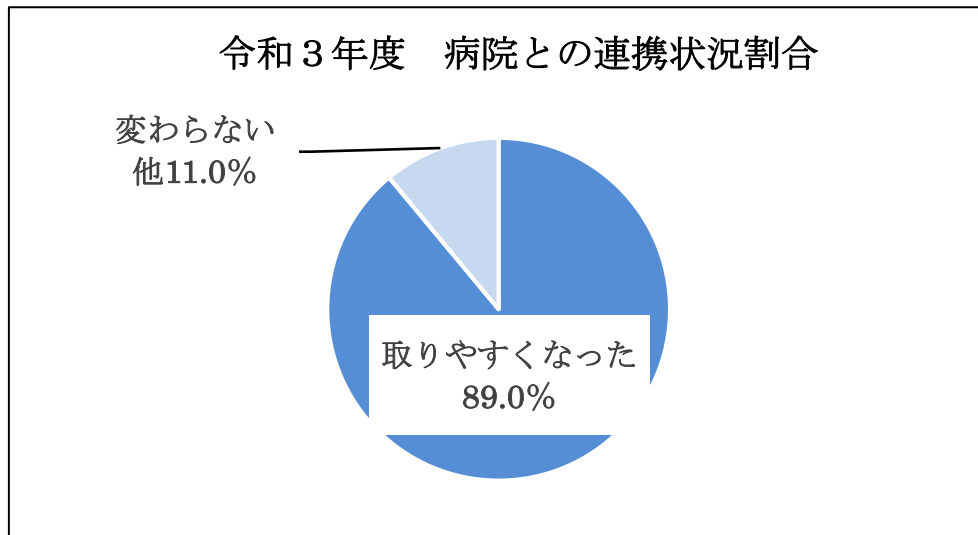
⑥ 退院調整ルール取組状況

年度		居宅介護支援事業所	地域包括支援センター	計
R1	回答数	142	39	181
	取組実施数 (%)	133 (93.7%)	31 (79.5%)	164 (90.6%)
	シート活用数 (%)	122 (85.9%)	17 (43.6%)	139 (76.8%)
R2	回答数	136	39	175
	取組実施数 (%)	129 (94.9%)	28 (71.8%)	157 (89.7%)
	シート活用数 (%)	117 (86.0%)	15 (38.5%)	132 (75.4%)
R3	回答数	133	39	172
	取組実施数 (%)	119 (89.5%)	30 (76.9%)	149 (86.6%)
	シート活用数 (%)	112 (84.2%)	23 (59.0%)	135 (78.5%)



⑦ 病院との連携状況

年度		居宅介護支援事業所	地域包括支援センター	計
R1	回答数	142	39	181
	連携が取りやすくなった (%)	127 (89.4%)	30 (76.9%)	157 (86.7%)
R2	回答数	136	39	175
	連携が取りやすくなった (%)	126 (92.6%)	32 (82.1%)	158 (90.3%)
R3	回答数	133	39	172
	連携が取りやすくなった (%)	121 (91.0%)	32 (82.1%)	153 (89.0%)



## 【自由記載から抜粋】

### 退院調整ルールについて

#### <理解していない理由>

- ・職員の入替わりがあり、十分に周知できていない。
- ・利用したケースが少なく、理解しているとは言えない。

#### <退院調整ルールに基づいて取り組まなかった理由>

- ・有料老人ホームからの入院であったため、施設からサマリーを送付。
- ・末期癌で何度も入退院がある為。
- ・利用者入院時、すぐに連絡しても担当者が決まっていなかったり必要ない場合も有る。為、病院側から情報提供の依頼があった際に対応している。
- ・職員の入替わりがあり、十分に周知できていない。
- ・要支援、事業対象となると、ルールに基づかず電話のみの対応。
- ・退院の連絡が当日など、急な為。情報共有シートは利用していない。
- ・入院した連絡がなく、分からなかった。
- ・病院相談員との連携は、上手く図れていたが、情報提供シートなど活用は不十分。
- ・病院独自のサマリーを利用。

### 情報共有シートを活用しなかった理由

#### <情報共有シート以外の様式を使用>

- ・PCソフトにほぼ同じ内容のものがある為そちらを使用。
- ・国の示した様式で行った。
- ・使用しているフェースシートを活用。
- ・包括で使用している書類を使用。
- ・新たに記載する時間がなかったため、既存の物を使用した。
- ・転記する時間の効率化を図るため、当事業所内で使用しているソフトの様式を活用。
- ・自身でアセスメントした様式を使って提供している事が多かった。

#### <電話等による情報共有>

- ・電話での対応で大丈夫だったため。病院から、基本情報で大丈夫と言われた。
- ・病院で情報を把握しており、電話のみの対応。

#### <その他>

- ・末期癌で何度も入退院がある為。
- ・作成の時間なく、基本情報を送らせて頂いた。
- ・病院からの返送がいただけなかった。
- ・新規での対応が主なため、情報共有シートの活用は行っていない。
- ・都度ではできなかった。
- ・かかりつけや入院歴のある方ばかりだったため、省略可と言われた。
- ・5月の入院時に共有シート提出しており、6月の再入院時には提出はなかった。
- ・入退院を繰り返しており口頭で現状報告したケースあり（緊急）

## 医療機関との連携の取りやすさについて今までと変わらないと感じた理由

- ・コロナ禍により、本人の状態を直接確認する事ができず情報も退院直前になって入ってくる人が多い。

## うまくいっている点、工夫していること

### <うまくいっている点>

- ・病院の窓口が明確化されており連携が図りやすい。
- ・入院がわかった時点で病院の相談員へ(情報共有シートを送付する前に)連絡して退院時もスムーズに介入できている。
- ・医療ソーシャルワーカーと病状経過もまめに連携し情報共有できた。医療ソーシャルワーカーの話しを受けて家族と今後の生活の相談ができた。病状やADLが分かりやすく、退院後のサービス調整が出来ている。
- ・情報共有シートをやりとりしたことをきっかけに、自分からも積極的に連絡を取りやすくなったと思う。
- ・シートなどを基に電話で詳細を確認し、同じ方向を向いての調整がよりし易くなったように思う。
- ・病院の相談員さんとの連携の際にリハスタッフや看護師から在宅に戻る際への注意点や在宅に戻った際に必要な住環境等についてのアドバイス等が退院前のカンファレンス以外でも調整してもらえる様になりました。また長期で入院されているご利用者であれば、一般病棟や急性期病棟からリハビリ病棟に移る際、ご家族との面談時に立ち合わせて貰いご家族の意向やご本人の意向を確認する事が出来るようにして貰えるようになった。
- ・入院連絡を頂くのは、ご家族からが多く、3日以内を意識して送っている。様式の活用も慣れてきている。
- ・現在はファックスで情報提供を行っているため、「担当者に渡して」と依頼、担当者が決まるとすぐに連絡を頂ける。面会できないが、病状など聞くことができ、そのため退院に向けて早めに準備する事もでき、とてもうまくいっている。
- ・病院の連携室や相談室へ入院時情報を伝えている。退院時サマリーをもとに各事業所へ詳細な状態や看護上の注意点やリハビリ内容等を共有する事ができサービス再開がスムーズに行えている。
- ・何回か連絡を取り合っているうち、担当者の名前を覚えられるようになった。顔が見えるような感覚で話できる。オンラインカンファレンスを段どってもらった。事業者に好評だった。
- ・病院側でうまく日程を調整してくれている。
- ・利用者家族もケアマネが医療機関への情報提供を行うことを理解して来ている為、入院の時点で連絡をもらえるようになってきている。相談員との連携が以前より図れるようになった。
- ・家族が、病院へ担当ケアマネの事を伝えられるようになり、連絡を病院へすると、担当の医療ソーシャルワーカーが決まっていたり、入院後の情報についても把握して下さっている場合が多くなった。担当の医療ソーシャルワーカーがズームなどを活用してくださることも多く、助かっている。
- ・入院の連絡が家族から入った時は、病院の相談員さんに情報を送らせていただ



- くことを話すが、病院の相談員さんも、介護保険のサービスを利用しているか、担当ケアマネは誰かと聞いてくれるので、連絡等スムーズになっている。
- ・病院からの連絡がない時は、ケアマネから入院確認等の連絡を行っている。
  - ・家族関係や介護の状況などを伝える事で、退院の目安や在宅介護方法の検討を共通理解のもと進める事が出来ている。
  - ・病院から新規相談を受ける場合に情報共有シートが活用されていると、この取り組みが浸透してきていると実感する。
  - ・殆どの場合、退院の話がそろそろ出そうだという時点で病院側から相談が来るため、段取りよく調整を行う事が出来ている。
  - ・コロナ禍で退院調整時、リモートで行うことが多いが、病院側より積極的にズーム等を使用しているカンファレンス開催、参加の声掛けが多くなった。
  - ・情報シートを出すことで、入院中の様子を医療機関に聞きやすくなっている。
  - ・各病院とも医療連携室を窓口にして対応している。事前に看護サマリーの提供や状態変化がある場合の情報提供により、サービス提供もしやすい状況にある。退院後のサービス担当者会議がスムーズにできている。
  - ・病院側のケースワーカーが介護保険サービスを利用していることの把握に繋がった。
  - ・介護保険申請していない方が退院した際に病棟看護師より役所で申請するよう言われ、申請後、認定調査員が調査時に早めにサービス必要な状況をみて包括への連絡が何度かあり、病院側に退院時やその前に包括へ相談するよう依頼し、退院後暫定でもスムーズなサービス利用につながるようになった。
  - ・早めの情報提供や連携がとれたので、病院に出向いてのドクターからの病状説明や今後の方針を聞いた。さらに別日には食事提供の様子を詳しく看護師、言語聴覚士、ソーシャルワーカーから家族とともに説明を受け、実際に食事提供の場の見学などもできて、在宅の多職種の方々に申し送ることができた。
  - ・退院時の情報共有シートが以前よりも項目ごとに医療機関で記入されているので、退院後サービス調整する上でとても分かりやすくなった。
  - ・コロナの影響でカンファレンスがほとんどできない状況だが、事前にきちんと情報をいただけるので、助かっている。医師や看護師からの「自宅での注意点」は、とても参考になる。

#### <工夫していること>

- ・ご家族から入院の連絡があった時はすぐに医療機関に問い合わせている。
- ・途中の経過も含めて細目に状況を確認するようにしている。
- ・コロナの影響で以前のように直接会って面談する機会は減ってしまったが、その分こまめに連絡を取り合うようにしている。ズーム等活用している。
- ・通院レベルから問題のあるケースについては、こまめに病院と連携を図るようにしている。
- ・居宅独自の「支援経過報告書」を活用し、主治医へ必要な情報提供や欲しい指示が伝わりやすいようにしている。
- ・病院によっては、ズームでのカンファレンスを開催して頂けるので、コロナ禍でも顔を合わせた開催の工夫がされていて良いと思う。書面だけでなく、電話でも病院相談員と情報共有をしている。

- ・ご本人を取り巻く環境（生活状況、家族関係）など分かりやすく簡潔に記載するように心がけている。
- ・入院したとわかり次第、入院先の病院に連絡をし、入院時情報提供書を送付するよう心掛けている。
- ・事前に病院医療ソーシャルワーカーと連絡を取り合い、互いにどんな情報が必要かを確認している。
- ・定期治療入院の際は、モニタリング後の情報を提供している。
- ・備考に家族の病状、受信状況、家族関係などを記載している。
- ・こちらから連絡する。家族の意向を把握しておいて、必要時伝えられるようにしている。自宅環境を把握しておく。
- ・入院時はケアマネよりすぐに入院時情報共有シートを提出するようにしている。退院時は退院が決まった時に医療連携室よりすぐに連絡をもらうようにして、状況に応じて退院後のサマリーを頂いたり退院前カンファレンスを開催して頂いている。
- ・自宅でのADL状況、介護状況をできるだけ詳しく伝えている。
- ・家族に退院調整ルールについて説明している。
- ・コロナ禍において、医療機関に入ることが難しい状況であっても、可能な限り電話や文書での情報収集を行い、リモート等を活用し補っている。
- ・コロナ対策で面会が難しいため、できるだけ詳しく情報共有シートを書くようにしている。
- ・家族と同居の方は、家族が病院から受けた連絡内容を確認し、医療機関へ家族が返答する前に家族の受入状態の把握と今後の支援の方向性について一度確認している。そのうえで、家族が不安に感じていることをケアマネが医療ソーシャルワーカーへ連絡している。
- ・入院になった場合、「病院にケアマネの名刺を見せて」と家族に依頼し、保険証と一緒に保管してもらっている。
- ・病院担当者となるべく顔を合わせて話す機会を持つよう努力している。
- ・利用者に、入退院時ソーシャルワーカーと連絡を取る事を伝えている。

#### <その他>

- ・病院のケースワーカーとの連携が取り易くなった。退院調整のアンケートを継続して行っていることも連携を意識することに繋がっていると思う。
- ・現在のコロナ禍において、通常の手順とは違ったケースも起こりうる為、ケースワーカーさんと相談しながら情報を得ていくしかないと思われた。

#### 改善を要する点

##### <本人・家族側>

- ・家族からケアマネや病院相談員等へ何も話さないと、全く分からない状況にある事もある。
- ・ご家族から連絡が遅れてしまうため、再度訪問時入院した際に連絡をくださるよう伝えていく。
- ・利用者・家族に現状の把握をしてもらい、退院後の生活を一緒に考えることが大切と思う。退院してから「こんなはずではなかった」と入院中と退院後

の生活に差がでてしまわないよう、入院中から在宅に合わせた介護指導が必要と考える。コロナ禍で面会も難しい状態であるが、対応が必要である。

#### <病院側>

- ・病院によっても違いがあるため、ルールの再確認が必要。
- ・同じ医療機関でも相談員によって連携の仕方、方法にばらつきあり、スムーズにいかないケースもある。
- ・入院前のADLや家族状況を入院時に情報提供しても、それが退院時の調整に反映されないことがある。
- ・未だ、病院の都合で入院期間が短くなり突然退院する事案がある。入院時に提示した入院期間が短くなる場合においても、その可能性がある場合は、ケアマネへの事前連絡を怠らないでほしい。(サービス事業所と情報共有する時間が持てず、サービスを開始するまで家族様が負担になったので)
- ・情報提供を行っても、退院時にサマリー等の情報提供がない病院もあるので退院時にはサマリー提供を行ってもらえる様に改善して欲しい。
- ・病院によっては、本人の状態を質問しても、よくわからないと回答を得られない時もあった。同じ医療機関へ入退院を繰り返している方でも、双方で連絡を取り合う必要はあると思った。
- ・以前より情報は頂けますが、明日退院と急に連絡が来ることがあり大変困るケースもある。
- ・入院時情報提供した際は、退院時の特記事項についての情報は病院側から最低限欲しい。
- ・治療拒否している場合でも包括に繋げてほしい。
- ・時折、新規にも関わらず退院してから「こういう方が退院しました」と連絡があるため、そこから初回訪問、調整となると整うまでに時間を要する場合がある。自宅退院に向けて課題がある場合はできるだけ退院する前に連絡を頂きたい。
- ・独居で入院前と異なる様態なのに退院当日午前「本日退院」と言われ、患者と家族の退院後の生活支援に調整困難な状況有。事前に連絡調整していても遅れた。相談員不在時の病院内の代替対応、フォロー体制構築を希望する。
- ・面会ができない中で、情報を(入院中の様子やリハの経過)省略されると正しく想像できない。
- ・病院→病院へ転院する際の情報共有がうまく行っておらず、退院後、本人や家族が困ったケースがあった。
- ・家族からの連絡があり、情報共有シートを出すことができるが、何度も入退院を繰り返している方は病院からも情報があるとありがたい。
- ・退院連絡が早すぎて、実際の状態が変わっていることがある。適切な時期に連絡いただきたい。
- ・要支援なのか、要介護なのか見極めてから連絡して欲しい。退院するからと包括へ連絡が来るので、退院後、自宅訪問すると介護保険サービスの利用については考えていない方は多い。ソーシャルワーカーから介護保険制度があるので、その時は包括へ連絡してください。程度の情報でもいいのではと感じている。
- ・退院時サマリーはサービスに繋ぐため退院日当日もしくは早く欲しい。入院時

担当ケアマネが分かっているときは病院からケアマネに連絡して欲しい。

- ・前もって退院等の連絡が無く、退院当日もしくは退院後数日で家族より対応等緊急の相談があり、ケアマネや事業所と緊急訪問し申請やサービス調整をするケースがあり、退院前に連絡があるとより、スムーズに対応する事ができる。
- ・カンファレンス後の状況変化が伝わってこない事があった。
- ・入院中、医師の回診の際、退院の話が出ると、家族はあせってケアマネに連絡が来る。相談員へ連絡すると病棟看護師と連携が図れておらず、後手後手になってしまう。病棟看護師、相談員と連携を密にしてほしい。
- ・病棟と医療ソーシャルワーカーの連携が課題と考える。家族は病棟の看護師から様々なことを言われ、ケアマネは医療ソーシャルワーカーを窓口にして連携しているため、病棟での考えが医療ソーシャルワーカーに伝わっていないことが多いようである。
- ・退院許可直後のショート調整は困難な場合が多いので、調整期間が欲しい。短期間の入院でも可能な範囲で連絡をお願いしたい。
- ・病院内での情報や窓口の一本化が必要。

#### <ケアマネジャー側>

- ・医療機関の相談員が使う専門用語がわからない時がある。ケアマネも勉強が必要。
- ・ケアマネは情報をもらうのを待つだけではなく、情報収集方法にも工夫が必要と思われる。

#### <情報共有シート>

- ・共通の用紙でやりとりができれば、とても有り難い。
- ・ファックスの場合、具体的にどこまでの個人情報載せて良いかわからない。
- ・薬情、リハビリ情報の欄がなくわかりづらい。
- ・ケアマネが記載するところの枠をもう少し取って欲しい。
- ・生活歴、家族関係、金銭的なこと、自宅に帰った後の生活と繋がるような書式だと良いのでは…と思う。
- ・県北地区の様式と県中地区(他も含む)の様式が違う。入院時と退院時と分かれており、記入しやすいと思った。
- ・情報共有シートの活用は必ずではなく、臨機応変の利用で良いと感じる。
- ・事業所のシステムから情報共有シートが作成できるとよい。
- ・情報共有シート(ADL)の記入欄が漠然としていて(移動・移乗・食事・排泄・入浴・更衣)などについてはもっと細かく記載できるようにした方が分かりやすいと思われる。身長や体重欄もあると良いと思う。
- ・基本フォーマットでは必要情報が書ききれない。
- ・包括としては加算がないので、活用する事は少ないと思う。病院から情報共有シートを頼まれたことはない。
- ・何度も入退院を繰り返している方は、担当ソーシャルワーカーと前回入院した後の変更時のみの連絡で済ませている。

### <新型コロナウイルス関係>

- ・コロナ禍で退院時カンファレンスが難しく、状況が把握しにくい。
- ・コロナ禍で家族も本人も会えないがズームで「初めまして」の利用者は特に、在宅に戻ってきたときに実際あうと体格や動き（ADL）に差があると感じる。
- ・コロナ禍なのでご本人に面談が出来ない為、ご本人の状況が殆ど判らない状況でサービスの利用ありきで計画書を退院時カンファレンスに合わせて作らないといけない事がある。事前にご本人の状況や状態、本人、家族の意向の把握が行える機会が必要と思われる。
- ・コロナ禍での面会制限により、状態確認は電話・文書のみとなる事が多いため、リモートによる面会やサービス担当者会議を取り入れて頂けると有り難いと思う。（感染者の状況にもよると思うので、出来る範囲で）

### <その他>

- ・予防の方の情報提供した時にも、加算がついたら良いと思う。
- ・入院期間が長いと経過が分からなくなる
- ・病院からの連絡より家族からの連絡のほうが早く、行き違いになることがある。
- ・オンライン等の活用での情報共有

### 退院調整ルール運用について今後必要なこと

- ・情報共有シートを使用したカンファレンス
- ・ルール自体については、浸透してきたところでもあり、見直しをするというよりは徹底を図っていくということでもいいかと思うが、反面「形骸化」しないよう工夫する必要がある（何のためにルールを作り、運用しているのか、という目的を忘れないように）。何をもって評価するか、ということが必要ではないか。そろそろ「やってみて具体的にどうなのか」の振り返りをしてもいいと考える。当法人で今年度、退院事例からうまくいった事例、いかなかった事例を関わった職種で振り返り、次の支援につなげる、という取り組みを行っている。こうした振り返りを行うことで、より「連携って必要なのね」と理解でき、より質が向上していくのではないかと思う。
- ・オンライン等の活用での情報共有。
- ・個別事例の発表など、集合研修やウェブ研修などがあると良いと思う。
- ・共通の認識（医療と介護）
- ・全ての病院が理解し活用をしているというわけでは無いように感じる。個人情報扱うため注意を要するのは分かるが、スムーズに退院から在宅生活へ繋げるのであれば、本人の情報共有等、病院⇄事業所の共有が各病院・事業所の規定で「教えられない」ということにならないように、ルール見直しをしていただくとよい。
- ・医療圏域ごとではなく、県で統一の退院調整ルールだと連携しやすい。（住所により、入院医療機関の医療圏域が異なるため。特に県北圏域と郡山圏域間）
- ・継続して活用していくことが重要。
- ・定期的なルール見直しは必要かと思う。

～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、令和元年の 12.3%より令和 2 年は 11.7%と 0.6 ポイント下降し、令和 3 年は 11.4%とさらに改善された。
- 入院時のケアマネジャーから病院への情報提供実施率は、令和元年の 74.2%より令和 2 年は 77.2%と 3 ポイント上昇し、令和 3 年は 77.8%とさらに改善された。
- 退院調整ルールを理解については、「理解している」との回答が 98.8%を占めた。従業員の入替があった事業所や入退院する利用者がいない事業所から、「理解していない」とする回答が見られた。
- 退院調整ルール取組実施数(%)は、令和 2 年 157 (89.7%)が令和 3 年 149 (86.6%)と減少した。情報提供シートの活用数 (%) は、令和 2 年 132 (75.4%) が令和 3 年 135 (78.5%) と活用している割合は増加していた。居宅介護支援事業所の 84.2%が活用していたが、地域包括支援センターでは 59%にとどまった。
- 病院との連携状況では、「連携が取りやすくなった」とする回答が令和 2 年は 90.3%であったのが、令和 3 年では 89.0%と減少した。

以上より、退院時の病院からケアマネジャーへの連絡のもれ率がわずかに下降し、入院時のケアマネジャーから病院への情報提供実施率も前年より上昇していた。

今年度も前年度と同様に令和元年度まで調査期間を 6 月～8 月まで集計しているところを 6 月～7 月に変更したため、比較する際は注意が必要であるが、県北圏域のもれ率は、平成 30 年度から一定の推移をたどっていることから、病院とケアマネジャー間での入退院調整支援が浸透していることがわかる。

今後は、連携の徹底と継続、スムーズな在宅移行に向けた入退院調整や連携・支援の質の確保が課題となる。

運用に関して研修や個別事例検討会を望む声があげられており、アンケートの自由記載欄「改善を要すること」等でも課題が示唆されている。

具体的には

① 家族・本人への周知について

- ・ 家族や本人へ退院調整ルールの周知と、理解を得る必要がある。
- ・ 家族や本人が担当ケアマネジャーに入院の連絡をしない。

② 入退院・転院の連絡について

- ・ 入退院、転院の連絡がない。
- ・ 入院期間が短い場合でも連絡がほしい。
- ・ 明日、明後日の退院と急な連絡が多い。

③ 介護保険サービス等、在宅療養生活の調整に関して

- ・ 退院直前での連絡では在宅サービス調整が間に合わない。

④ 地域包括支援センターへの依頼に関して

- ・ 要支援なのか、要介護なのか見極めてから連絡して欲しい。
- ・ サービス調整ないまま退院され、退院後包括に相談の連絡があった。

⑤ 病院内の入退院調整連絡・連携体制に関して

- ・ 入院前のADLや家族状況を入院時に情報提供しても、それが退院時の調整に反映されないことがある。
- ・ 病院の看護師と医療ソーシャルワーカーとの連携が取れておらず、家族へ伝える内容に相違等あり。

⑥ 情報の共有・情報共有シート等に関して

- ・ 自宅に帰った後の生活と繋がるような書式だと良いと思う。
- ・ 情報共有シートの記入欄が漠然としている。
- ・ オンライン等の活用での情報共有

⑦ 個人情報の取り扱いに関して

- ・ ファックスの場合、具体的にどこまでの個人情報を載せて良いかわからない。

⑧ カンファレンス等について

- ・ コロナ禍で退院時カンファが難しく、状況が把握しにくい。

等があげられていた。