

退院支援の事例分析による
在宅医療・介護への円滑な移行のための

介護職視点を取り入れた 在宅医療・介護連携促進

に関する調査研究事業

チェックリスト案

令和2年3月

4. 退院支援チェックリストの検討

(2) 退院支援において課題を残さないためのチェックリスト（案）

退院支援において課題を残さないためのチェックリスト（案）については、アンケートの課題が残った事例の発生要因（3.2.5(2)）の選択肢に対し、ワークショップで課題があった事例を取り上げて検討したグループの結果を分類して検討を行った。

アンケート設計の際に7個提示していた選択肢に対し、さらに19個の分類が得られた。特に「コミュニケーション不足・認識の違い」については多岐にわたる詳細な提案があり、さらに38個の分類が得られたため、細分類として整理した。

重要度が50ポイント以上であった項目は、「医療行為や患者の状態等に対する患者・家族側の理解不足（66.7）」「コミュニケーション不足・認識の違いにおける対策（58.4）」「退院先の事情（生活状況、介護状況等）に対する病院職員側の理解不足（58.2）」の3つとなった。医療の専門的な情報と、在宅での生活環境のような個別に異なる内容の情報共有・理解が不十分であることにより、ちょっとした段差や手すりの有無などで病院ではできていた行動が在宅ではできない、在宅での環境により病院で想定していた処置が実施できないなどのギャップが発生していることが伺える。

具体的なチェックリスト（案）は以下に示す。

表 4-2 退院支援において課題を残さないためのチェックリスト（案）

項目	重要度スコア	分類	細分類	実施すべき内容	改善策の提案	具体例
医療行為や患者の状態等に対する患者・家族側の理解不足	66.7	現状理解		・患者本人の現在の状況について、本人、家族が理解しているかを確認する。	・説明に専門用語が多いこと等から、家族、本人が理解できているか否か確認する。 ・患者さんへの情報提供・共有（サービス等の情報、本人の意思確認） ・入院時に本人、家族さんに病態の管理を病院から繰り返し説明し本人、家族に病態管理を認識させる。また、ケアマネージャーに日々の情報を提供し、万が一再入院された場合ご自宅での管理が難しいことを病院に伝えていただく	・専門用語を分かりやすく説明する、内容を理解できているか確認する。 ・繰り返し説明する。 ・ケアマネージャーと情報共有する。
				・老化や病状の悪化によりどのような経過をたどるかを本人、家族に伝え、病気の受容につなげる。 ・退院や再入院となる病状等について伝える。	・老化すること、この病気が悪化したらこのようになるという見通しを普段から家族、本人に伝え、病気の受け入れにつなげる。 ・リハビリで退院後のイメージを持ってもらう。支援者、ヘルパーに病院リハの見学してもらっても良いのではないかと。 ・つなぐ前に本人家族に病状、これからの見通し、必要な医療、介護の情報を伝え、本人・家族の理解の程度を説明書の写しなど文書で伝える。 ・退院時に帰る基準について、どういう状態であれば家に帰れるか、どういう状態であれば再入院とか退院ができないとか、具体的に話し合う機会ができればよかったのではないかと。 ・入院時に本人、家族さんに病態の管理を病院から繰り返し説明し本人、家族に病態管理を認識させる。また、ケアマネージャーに日々の情報を提供し、万が一再入院された場合ご自宅での管理が難しいことを病院に伝えていただく。	
				・必要な医療措置や介護の内容についての情報を伝える。	・家族が医療・訪問看護の必要性を理解する。HP スタッフ主体で身内、キーパーソンへの啓発、教育を行う。 ・入院中に本人へ教育として、薬を詰めて飲む練習をする。難しい場合はヘルパーの介入を、地域包括支援センターに依頼する。 ・つなぐ前に本人家族に病状、これからの見通し、必要な医療、介護の情報を伝え、本人・家族の理解の程度を説明書の写しなど文書で伝える。 ・本人の望む生活を実施してもらいながら問題点を考える。	
				・病院と家族の認識の差を解消する。	・病院と家族の認識の差を埋める。 ・家族は転院先（リハビリテーション病院）のことを理解していたのか不明であり、急性期病院で病状や予後、転院先の	・病院機能の違いを理解してもらう。（例：急性期病院、リハビリテーション病院等）

4. 退院支援チェックリストの検討

項目	重要度スコア	分類	細分類	実施すべき内容	改善策の提案	具体例
					<ul style="list-style-type: none"> 病院機能をしっかり説明する。 ・回復期リハ病院の役割をケアマネジャーに理解してもらう。 ・退院前カンファレンスで医療側と介護側とで、医療と介護の認識の違い、例えば医療現場では普通に使われる「血圧の変動に注意してください」が、介護現場の実際になると血圧のどの辺の変動なのか、例えば「おふろは血圧が上がると幾つ以上になったらおふろは中止してください」とか、そういう細かい点を確認するなど、密な情報共有をする。 ・家族には希望を持たせるため、楽観的な説明されているので、患者本人や家族のいないところでスタッフ間での情報共有のカンファレンスを行い、予後に関する情報共有の行き違いがないようにする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・血圧の変動に注意してください、とは具体的にどのようなことなのかを伝える。(例：数値の幅、入力を中止する目安の数値) ・本人や家族には希望を持たせるため、実際よりも楽観的な説明がなされている場合がある。
				情報共有が必要なケース	<ul style="list-style-type: none"> ・特に慎重な情報共有が必要な場合は、注意する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・がん末期でストーマなどの処理がある場合は退院カンファレンスを開催する。
コミュニケーション不足・認識の違いにおける対策	58.4	タイミング、時期	入院前	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅で過ごしているときから急変時のことを確認しておく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅で過ごしている時点で急変時のことを確認しておき、元気な時から「ACP」について考えていく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・元気なうちからアドバンス・ケア・プランニングについて考える。
			入院時	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時から退院を見据えて、入院中から病院と在宅・介護の関係者が連絡を取り合い、連携する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院中、退院時の情報がサービス担当者に伝わる、共有する。 ・入院期間の中間で病院と在宅が連絡を取り合って退院後の調整を行う。入院時点で退院を見据えて連携する。 ・入院時のカンファレンスを主治医、MSW、看護師、ケアマネジャー等の多職種で開催し、特養に帰れるかの退院の見込み、帰れる見通し立った時の段取り、施設からの情報提供を含め、カンファレンス内容を充実させる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医、看護師、MSW、ケアマネジャー等の多職種が参加した入院時カンファレンスを開催する。
			退院前・退院時	<ul style="list-style-type: none"> ・患者本人、家族、関係者との情報共有を実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院時に受診の目安を情報共有することで再入院が減少できるのではないか ・家族とのコミュニケーション、退院前後カンファレンスの充実 ・情報共有の徹底、退院前の合同カンファレンスの実施（自宅の調査、ADL 状況など） ・退院カンファレンスの適切な時期に開催する。退院直前でなく早めに情報共有する ・退院時カンファレンスに主治医をはじめ関係職種が入り密に連携を取る。何度かカンファレンスをする。 ・退院時の患者への情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院前カンファレンスに多職種が参加する。 ・退院直前でなく退院準備に向けたリードタイムが確保できるタイミングで実施する。 ・退院時に病状が悪化して受信すべき目安を伝える。 ・自宅環境や ADL 等退院後の生活に関わる情報も共有する。
			退院後	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後も病院に相談できる環境を作る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族とのコミュニケーション、退院前後カンファレンスの充実・病院は退院後も相談にのり、退院後に認定看護師、病院スタッフが訪問などをして思いの違いを埋める。 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族とのコミュニケーションチャンネルを構築する。・退院後カンファレンスを開催する。・病院職員が訪問する。
			早めに	<ul style="list-style-type: none"> ・早い段階から幅広い情報収集と、状況と在宅目標を共有することで、支援策を検討する時間を確保し、支援の完成度が高まる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・早めにケースと在宅生活目標を共有することで、長期にわたって支援策を検討でき、支援の完成度が高まる。 ・情報収集のタイミングが遅かった、浅かったので、早期から本人以外からも情報収集する ・退院までの準備期間が短い 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者本人以外からの情報収集を早め実施する。
			状態変化時	<ul style="list-style-type: none"> ・状態が変化した時の情報共有手段と対応を明確化しておく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・状態が変われば病棟からケアマネジャーに連絡を貰う。一度で不十分な場合は複数回 ・退院時カンファレンスに主治医をはじめ関係職種が入り密に連携を取る。何度かカンファレンスをする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院中の状態変化については病棟からケアマネジャーに連絡することをルール化しておく。
対象者		介護・在宅	<ul style="list-style-type: none"> ・介護・在宅に関わる担当者に 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院中、退院時の情報がサービス担当者に伝わる、共有する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・カンファレンスに介護職が参加する。 	

4. 退院支援チェックリストの検討

項目	重要度スコア	分類	細分類	実施すべき内容	改善策の提案	具体例
				入院中、退院時の情報を共有する。	<ul style="list-style-type: none"> ・退院カンファレンスに必要な情報提供について、両者（病院、在宅）お互いに、伝達情報はしっかりと準備して、単にやるだけではなく、しっかりと情報共有することが大事。 ・医療機関、本人・家族の意向、在宅ケア担当者・行政等の連携を密にもつ ・病院スタッフと介護職とのカンファレンスをもっと設ける。カンファレンス後に状態変化があれば、そのことも伝達し情報共有したほうが良い。 ・ケアをする側、病院で治療する側が、その患者の状態、習慣、疾患の終末像をしっかりと共有し治療やケアに当たる。そういう説明をお互いしていく。 	・カンファレンス後に状態が変化した場合場合は情報共有する。
			ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーから病院に在宅の環境について伝える。 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅時に係わったケアマネジャー等の方々から、病院に入院前の生活、背景、在宅環境を伝える。病院側、在宅側、お互いのコミュニケーションが大事 ・ケアマネジャーより提供される情報を病院で活用し再入院を減らす。 ・情報共有カンファレンスメンバー、家族の理解 ・入院時のカンファレンスを主治医、MSW、看護師、ケアマネジャー等の多職種で開催し、特養に帰れるかの退院の見込み、帰れる見通し立った時の段取り、施設からの情報提供を含め、カンファレンス内容を充実させる。 	・入院前の生活、家族関係、近隣関係、自宅環境等。
			介護職員	<ul style="list-style-type: none"> ・本人と身近に接している介護職員からの情報収集を実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師からしたら、身近に接している介護職員からの情報が欲しかった。勇気を持って相談員なり看護師なりが病院の医師に言う 	・相談員、看護師が窓口になる。
			在宅医	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医と連携して情報共有すると効果的である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種参加の退院前カンファレンス実施。特に在宅医の参加は効果的 ・退院前カンファレンスに医師が参加できるように病院側、ケアマネジャーが確認すべきだった。 ・状態が変われば病棟からケアマネジャーに連絡を貰う。 ・入院時に家人、ケアマネジャーと連携をとっていいのかの確認をする ・在宅医も退院時カンファレンスに参加して頂く。又は在宅医の意向を予め確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医が退院前カンファレンスに参加できる日程で調整する。 ・入院時から、家族やケアマネジャーと相談して在宅医との連携をとれる体制を構築する。
			訪問看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅で患者本人と接する機会が多い訪問看護師の関りも重要である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院、往診、本人、家族の意思疎通ができていなかったが、思いのずれを在宅で訪問看護師が聞き取りして埋める。退院後の改善策を病院が地域と一緒に考えて考える。外来時に話し合いをする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院、往診、本人、家族の意思疎通ができていなかったが、思いのずれを在宅で訪問看護師が聞き取りして埋める。退院後の改善策を病院が地域と一緒に考えて考える。外来時に話し合いをする。
			病院	<ul style="list-style-type: none"> ・病院内で多職種で情報共有すること。 ・医療機関、本人・家族、在宅ケア担当者、行政等との連携をとる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院カンファレンスに必要な情報提供について、両者（病院、在宅）お互いに、伝達情報はしっかりと準備して、単にやるだけではなく、しっかりと情報共有することが大事。 ・医療機関、本人・家族の意向、在宅ケア担当者・行政等の連携を密にもつ ・病院スタッフと介護職とのカンファレンスをもっと設ける。カンファレンス後に状態変化があれば、そのことも伝達し情報共有したほうが良い。 ・退院時カンファレンスに主治医をはじめ関係職種が入り密に連携を取る。何度かカンファレンスをする。 ・病院内で病棟、外来、地域連携が情報共有、連携する ・入院時のカンファレンスを主治医、MSW、看護師、ケアマネジャー等の多職種で開催し、特養に帰れるかの退院の見込み、帰れる見通し立った時の段取り、施設からの情報提供を含め、カンファレンス内容を充実させる。 ・ケアをする側、病院で治療する側が、その患者の状態、習 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院内、病院外とのカンファレンス等により、連携体制を構築する。 ・病院内での医師、看護師、リハビリ職等職種を超えた情報共有。 ・MSW を窓口として、病院、在宅や本人・家族や行政との情報共有。

4. 退院支援チェックリストの検討

項目	重要度スコア	分類	細分類	実施すべき内容	改善策の提案	具体例
					慣、疾患の終末像をしっかりと共有し治療やケアに当たる。そういう説明をお互いしていく。 ・院内で医師、看護師、リハビリなど職種をこえて病状などの情報を共有する。	
			医師	・医師間の連携、医師と他職種との連携が重要である。	・退院時カンファレンスに主治医をはじめ関係職種が入り密に連携を取る。何度かカンファレンスをする。 ・医師間の連携 ・医師の理解を得て、家族との連絡の役割分担を共有する	・退院前カンファレンスに医師が関わる。 ・本人や家族との連絡について医師が感知する。
			看護師	・病院内で医師と看護師のコミュニケーションをとる。	・病院内の医師と看護師のコミュニケーションを図る。看護師も患者や家族の思いを医師に伝える必要性	・病状だけでなく、必要に応じて本人、家族の思い等について医師に伝える。
			病院側窓口	・病院側の窓口としてコミュニケーションの要となる。	・気軽に問い合わせできる窓口担当・信頼関係の構築 ・病棟担当の退院支援相談員の活用	・気軽に相談できる関係づくり。 ・病棟担当の退院支援相談員の活用
			本人・家族	・本人、家族からの情報収集を行い、意向を把握して進める。	・家族とのコミュニケーション、退院前後カンファレンスの充実・医療機関、本人・家族の意向、在宅ケア担当者・行政等の連携を密にもつ・退院時の患者への情報提供・医師の理解を得て、家族との連絡の役割分担を共有する・入院時に家人、ケアマネージャーと連携をとっていいのかの確認をする・情報収集のタイミングが遅かった、浅かったため、早期から本人以外からも情報収集する・家族に働きかける。・本人の情報取寄せをできる限り早く行う。	・
			行政	・必要に応じて行政担当者との連携を密に持つ。	・医療機関、本人・家族の意向、在宅ケア担当者・行政等の連携を密にもつ	
		内容	病院に伝えるべきこと・介護側に伝えるべきこと	・カンファレンス開催前に共有すべき情報を確認する。	・退院カンファレンス前に病院側と施設側で伝えたいこと、聞きたいこと、どのような情報を共有する必要があるか確認し合い、必要な職種の方に参加してもらう。	
			入院前の生活・環境	・入院前の生活、拝啓、在宅環境、状態、習慣等について把握し、医療側が生活の視点を持つ。	・在宅時に係わったケアマネージャー等の方々から、病院に入院前の生活、背景、在宅環境を伝える。病院側、在宅側、お互いのコミュニケーションが大事 ・入院前、入院後の情報共有をした上での情報共有。(医療者側が生活に視点を置く) ・ケアをする側、病院で治療する側が、その患者の状態、習慣、疾患の終末像をしっかりと共有し治療やケアに当たる。そういう説明をお互いしていく。	・在宅時に関わったケアマネージャー等から情報収集する。 ・ケアをする側、病院で治療する側が、その患者の状態、習慣、疾患の終末像をしっかりと共有し治療やケアに当たる。
			ADL	・ADLについて正確に情報共有する。	・情報共有の徹底、退院前の合同カンファレンスの実施(自宅の調査、ADL状況など) ・自宅が病院から遠く本人の体力がなかったため、PTと福祉用具関係者だけで自宅に行った。外出外泊の時に合わせて日程調整し、本人とPTと一緒に在宅に行き、生活動作の確認をするべきだった。	・自宅が病院から遠く本人の体力がなかったため、PTと福祉用具関係者だけで自宅に行ったが、退院後の在宅環境に不備が発生した。
			各職種の役割	・各職種の役割、得意分野について互いに情報発信し理解しあう。	・カンファレンスでケアマネージャーとしてできること、在宅支援に役割を説明しておく。	
			入院後の状況	・入院後の患者の状況を介護側が把握する。	・入院前、入院後の情報共有をした上での情報共有。(医療者側が生活に視点を置く) ・介護側が病院まで足を運び、お互いに患者の状態を把握	

4. 退院支援チェックリストの検討

項目	重要度スコア	分類	細分類	実施すべき内容	改善策の提案	具体例
			今後の見通し	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時、退院時に今後の見通しを関係者で共有する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時のカンファレンスを主治医、MSW、看護師、ケアマネジャー等の多職種で開催し、特養に帰れるかの退院の見込み、帰れる見通し立った時の段取り、施設からの情報提供を含め、カンファレンス内容を充実させる。 ・ケアをする側、病院で治療する側が、その患者の状態、習慣、疾患の終末像をしっかりと共有し治療やケアに当たる。そういう説明をお互いしていく。 ・退院時に受診の目安を情報共有することで再入院が減少できるのではないか 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時のカンファレンスを主治医、MSW、看護師、ケアマネジャー等の多職種で開催し、特養に帰れるかの退院の見込み、帰れる見通し立った時の段取り、施設からの情報提供を含め、カンファレンス内容を充実させる。 ・ケアをする側、病院で治療する側が、その患者の状態、習慣、疾患の終末像をしっかりと共有し治療やケアに当たる。 ・退院時に受診の目安を情報共有することで再入院を減らすことができるのではないか。
			ACP、本人の思い	<ul style="list-style-type: none"> ・元気な間から本人の思いを共有し、アドバンス・ケア・プランニングを進める。 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅で過ごしている時点で急変時のことを確認しておき、元気な時から「ACP」について考えていく・家族間でも本人の思いの共有し、主治医、ケアマネ、関係者の間でアドバンス・ケア・プランニングを立てていく。・病院内の医師と看護師のコミュニケーションを図る。看護師も患者や家族の思いを医師に伝える必要性・早めにケースと在宅生活目標を共有することで、長期にわたって支援策を検討でき、支援の完成度が高まる。・急性期病院の段階で揺れ動く本人の思いを看護職との会話からキャッチし情報共有していく。リハの転院先でも患者の意見、家族の思いを確認しすり合わせる必要がある。・病態が悪くなった時に、病院も在宅スタッフも、本人や家族に「入院を希望するか」「自宅で過ごしたいか」について意向を確認する。意向を踏まえて、ニーズに合った在宅医を選ぶ。・急性期の病院は特に家族背景を含めた入院前情報を活かしてケアマネジャーから病院に早期に情報提供をする（家族背景など）。その際本人の思いのくみ取りは普段接している看護師中心で行い、チームで共有する。・ACP、そのタイミングがどこであったらよかったか（状態の見きわめ） 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅で過ごしている時点で急変時のことを確認しておき、元気な時から「ACP」について考えていく。・家族間でも本人の思いを共有し、主治医、ケアマネ、関係者の間でアドバンス・ケア・プランニングを立てていく。・急性期病院の段階で本人の思いを看護職との会話からキャッチし情報共有していく。リハの転院先でも患者の意見、家族の思いを確認しすり合わせる必要がある。・病態が悪くなった時に、病院も在宅スタッフも、本人や家族に「入院を希望するか」「自宅で過ごしたいか」について意向を確認する。意向を踏まえて、ニーズに合った在宅医を選ぶ。・急性期の病院は特に家族背景を含めた入院前情報を活かしてケアマネジャーから病院に早期に情報提供をする（家族背景など）。
		手段	カンファレンス	<ul style="list-style-type: none"> ・カンファレンスは実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療側と在宅側との退院後のイメージが違うので退院カンファレンスを持つことで再入院を減らす。 ・カンファレンスで情報共有を深化 ・情報共有の徹底、退院前の合同カンファレンスの実施（自宅の調査、ADL状況など） 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療側と在宅側との退院後のイメージが違うので退院カンファレンスを持つことで再入院を減らす。
			カンファレンス前にすべきこと	<ul style="list-style-type: none"> ・カンファレンス前に知りたい情報、伝えたい情報や解決したいことなどを確認し、事前準備をしておく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院カンファレンス前に病院側と施設側で伝えたいこと、聞きたいこと、どのような情報を共有する必要があるか確認し合い、必要な職種の方に参加してもらう。 ・退院前カンファレンスの開き方として時間の制限もあるためある程度の目的や内容を詰めておく必要がある。 	
			情報共有の程度	<ul style="list-style-type: none"> ・ケースに応じて必要なレベルの情報共有を実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険を受けていない新規のケースだった。丁寧に情報共有する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険を受けていない新規のケース等は丁寧に情報共有が必要。
			家族とのコミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> ・本人以外に家族への働きかけや家族からの情報収集が重要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族とのコミュニケーション、退院前後カンファレンスの充実 ・家族に働きかける。 ・プラン変更 料金から息子が変更、だれがどのように移行するのか、息子への提案（現ケアマネ） 	
			関係構築	<ul style="list-style-type: none"> ・コミュニケーション 	<ul style="list-style-type: none"> ・コミュニケーション（顔の見える関係）をとって情報交換す 	

4. 退院支援チェックリストの検討

項目	重要度スコア	分類	細分類	実施すべき内容	改善策の提案	具体例
			築	・しやすい関係づくり。	・病院と施設間で話しやすいムードづくりをする。	
			本人とのコミュニケーション	・本人との信頼関係を築き、思い、希望を聞き取る。	・急性期病院の段階で揺れ動く本人の思いを看護職との会話からキャッチし情報共有していく。リハの転院先でも患者の意見、家族の思いを確認しすり合わせる必要がある。 ・本人と信頼関係を築く、安心感を持ってもらう。	
			体制	・病院窓口の明確化。	・病院の窓口を明確化する	
			訪問看護師の役割	・訪問看護師からの本人の思いを聞き取り、在宅と病院のギャップを埋める。	・病院、往診、本人、家族の意思疎通ができていなかったが、思いのずれを在宅で訪問看護師が聞き取りして埋める。退院後の改善策を病院が地域と一緒に考えて考える。外来時に話し合いをする。	
			退院後・外来	・退院後の外来の機会などを活用し、退院後のフォローを実施する。	・病院、往診、本人、家族の意思疎通ができていなかったが、思いのずれを在宅で訪問看護師が聞き取りして埋める。退院後の改善策を病院が地域と一緒に考えて考える。外来時に話し合いをする。 ・病院は退院後も相談にのり、退院後に認定看護師、病院スタッフが訪問などをして思いのずれを埋める。	・病院は退院後も相談にのり、退院後に認定看護師、病院スタッフが訪問などをして思いのずれを埋める。 ・外来時に話し合いをする
			行政・地域	・地域や行政に必要な情報提供や、本人や家族に制度情報の提供を行い、適切な支援につなげる。	・介護保険が申請中で認定がまだの時は地域包括支援センターに、困っていると声をかける。 ・入院を機に地域のネットワーク作りにつながる支援（関係の再構築等） ・入院中に得た情報は些細な内容でも、地域へ情報提供し、キーパーソンをとりまく環境についてもきちんと評価する（キーパーソンへの負担軽減として各種サービスについても事前に提供しておく）	・介護保険が申請中で認定がまだの時は地域包括支援センターに連絡する。 ・入院を機に地域のネットワーク作りにつながる支援を行う。（関係の再構築等） ・入院中に得た情報は些細な内容でも、地域へ情報提供し、キーパーソンをとりまく環境についてもきちんと評価する。（キーパーソンへの負担軽減として各種サービスについても事前に提供しておく）
			対面のコミュニケーション	・対面でのコミュニケーションを実施しておくことで、その後のコミュニケーションも円滑に進む。	・サマリーだけでなく顔を合わせて情報共有することが分かりやすく、その後の連携がとりやすい。 ・在宅、施設側からは、病院から声をかけてもらった方が状態を見に行きやすく、病院側は、忙しい中、来てもらうのに、この状態位で見に来てもらってもいいのかと気を使っていたので、お互いに声をかけ合う。 ・とろみの具合、食事の形態等も、施設の方に実際に来てもらい、目で見てもらい共有する。	・サマリーだけでなく顔を合わせて情報共有することが分かりやすく、その後の連携がとりやすい。 ・在宅、施設側からは、病院から声をかけてもらった方が状態を見に行きやすく、病院側は、忙しい中、来てもらうのに、この状態位で見に来てもらってもいいのかと気を使っていたので、お互いに声をかけ合う。 ・とろみの具合、食事の形態等も、施設の方に実際に来てもらい、目で見てもらい共有する。
			書面、画像の活用	・書面や写真を活用する。	・栄養サマリー（写真付き）を参考にする。 ・カンファレンスから退院までに患者さんの状態が変化したら、書面（情報提供書）や電話などで在宅スタッフに情報を提供する。	・栄養サマリー（写真付き）を参考にする。 ・カンファレンスから退院までに患者さんの状態が変化したら、書面（情報提供書）や電話などで在宅スタッフに情報を提供する。
注意すべきケース	・特に注意すべきケースには丁寧に対応する。	・自立支援から介護保険、自立支援と介護保険のサービスを利用しているケースは配慮する。 ・過去に掘り下げていなかった。	・自立支援から介護保険、自立支援と介護保険のサービスを利用しているケースは配慮する。 ・過去に掘り下げていなかった。			
退院先の事情（生活状況、介	58.2	入院前の状況	・入院前のADL等を共有する。	・入院前のADL等を病院へ伝え共有する		
		住環境	・入院前の住環	・症状が良いときに住環境アプローチ	・症状が良いときに住環境アプロー	

4. 退院支援チェックリストの検討

項目	重要度スコア	分類	細分類	実施すべき内容	改善策の提案	具体例	
護 状 況 等) 対 する 病 院 職 員 側 の 理 解 不 足				境について情報収集・アセスメントを実施する。	<ul style="list-style-type: none"> 入院前の住環境や病状（予後）などの情報収集・アセスメント 自宅階段の状況（段差他）を把握（病院でも家屋調査する、家族からの写真等 自宅での生活をイメージするために自宅訪問できる人員などの環境を整備する。 病院側が自宅訪問にハードルが高いことを地域と共有し、一人で抱えないで例えばケアマネージャーに協力を依頼し自宅の状況を確認する。 退院支援の際に病棟 NS が住環境まで把握していなかったことから、情報の共有の仕方 を書面でなく口頭で行う。 理想を言えば、病院看護師、理学療法士等が自宅を見に行く。 	<ul style="list-style-type: none"> 手を「行う」。 自宅階段の状況（段差他）を把握（病院でも家屋調査する、写真を活用する等。 自宅での生活をイメージするために自宅訪問できる人員などの環境を整備する。 病院側が自宅訪問にハードルが高いことを地域と共有し、一人で抱えないで例えばケアマネージャーに協力を依頼し自宅の状況を確認する。 退院支援の際に病棟 NS が住環境まで把握していなかったことから、情報の共有の仕方 を書面でなく口頭で行う。 理想を言えば、病院看護師、理学療法士等が自宅を見に行く。 	
				家族・人間関係	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の生活環境における家族や周囲の人間関係を把握しておく。 	<ul style="list-style-type: none"> キーパーソンが不在の場合はそのこと自体を共有・退院時のカンファレンスで退院後のサービス、生活の見通し、介護者の能力、地域の協体制の把握を共有（朝起きてから 1 日のスケジュールにどう生活をする予定か。1 週間単位ではどうなのか。介護者が実際にどういふに介助できるのか。全体の、マスタープランが共有できていなかった。退院のときのカンファレンスだったので、それを思い返す時間がなかったのも 1 つの原因） 急性期の病院は特に家族背景を含めた入院前情報を活かしてケアマネージャーから病院に早期に情報提供をする（家族背景など）。その際本人の思いのくみ取りは普段接している看護師中心で行い、チームで共有する。 妻（認知症）のフォローも必要であり、併せて行う。 キーパーソンの関与不足に関して、関わってくれる方への協力要請が必要である。 	<ul style="list-style-type: none"> キーパーソンが不在の場合はそのこと自体を共有。 キーパーソンの関与不足に関して、関わってくれる方への協力要請が必要である。 退院時のカンファレンスで退院後のサービス、生活の見通し、介護者の能力、地域の協体制の把握を共有（朝起きてから 1 日のスケジュールにどう生活をする予定か。1 週間単位ではどうなのか。介護者が実際にどういふに介助できるのか。急性期の病院は特に家族背景を含めた入院前情報を活かしてケアマネージャーから病院に早期に情報提供をする（家族背景など）。その際本人の思いのくみ取りは普段接している看護師中心で行い、チームで共有する。
				退院後の生活イメージ	<ul style="list-style-type: none"> 生活環境の情報収集結果に基づき、患者の病状、ADLを考慮し退院後の生活についてイメージを具体化する。 	<ul style="list-style-type: none"> 入院前の住環境や病状（予後）などの情報収集・アセスメント 退院後の自宅での生活イメージを病棟看護師とも共有 退院時のカンファレンスで退院後のサービス、生活の見通し、介護者の能力、地域の協体制の把握を共有（朝起きてから 1 日のスケジュールにどう生活をする予定か。1 週間単位ではどうなのか。介護者が実際にどういふに介助できるのか。全体の、マスタープランが共有できていなかった。退院のときのカンファレンスだったので、それを思い返す時間がなかったのも 1 つの原因） 病棟看護師が在宅生活をイメージできるようにする。退院前カンファレンスなどで家での生活のイメージ、リスクを伝え、帰ってからのフィードバックを細かにする。 早期から在宅と医療者が連携し、医療者は在宅のイメージを想定する。 自宅での生活をイメージするために自宅訪問できる人員などの環境を整備する。 退院後の生活がイメージできていなかったでイメージする。 医療面の指導が中心、生活の支援が不足していた。 がん末期、日中独居等の患者背景から、今起こっていること、今後起こりうることについて多職種で情報共有していく。 	<ul style="list-style-type: none"> 病棟看護師が在宅生活をイメージできるようにする。退院前カンファレンスなどで家での生活のイメージ、リスクを伝え、帰ってからのフィードバックを細かにする。 がん末期、日中独居等の患者背景から、今起こっていること、今後起こりうることについて多職種で情報共有していく。

4. 退院支援チェックリストの検討

項目	重要度 スコア	分類	細分類	実施すべき内容	改善策の提案	具体例
			在宅の要望	・在宅側の要望について、ケアマネジャーが窓口となって病院側に伝える。	・在宅側の不安や要望が病院側に伝わってこないで、入院時の情報提供書にケアマネジャーが記入する。できれば退院時カンファレンスを行い口頭で話す。	・書面、退院前カンファレンス等で伝える。
その他	45.3		薬剤師の関り	・薬剤師が薬を確認する。	・ケアマネジャーを介しての訪問や処方箋薬局の薬剤師が訪問して薬を確認	
			ネットワーク形成	・本人が情報発信できる体制や地域で見守る体制を構築する。	・サービスの中に当てはめるのではなく、何かあった時に本人が発信できる体制や、地域で見守る体制を整える（民生委員、自治会長、大家さん、ケアマネ、行政、包括等）	・民生委員、自治会長、大家さん、ケアマネ、行政、包括等
職員の技能・訓練不足	44.4			・複数関係者のコーディネート、調整が必要。	・ケアマネジャーの力、気遣い（受け入れ体制、気持ち） ・生活イメージを含めたサマリーが書けると良かった。	
職員の疲労や高負荷な勤務体制	35.6					
手順書の整備不足	35.6		様式	・必要な情報項目について共通フォーマット化する。 ・記載ルールを作る。	・病院からのサマリー内容のフォーマット化、必要な情報の簡略化 ・多職種がかき込める共通様式の開発、活用 ・介護保険の状況等がわかる統一した仕組みを作る。 ・保険証にケアマネの名刺を入れる。	・病院からのサマリー内容のフォーマット化、必要な情報の簡略化 ・多職種がかき込める共通様式の開発、活用 ・介護保険の状況等がわかる統一した仕組みを作る。 ・保険証にケアマネの名刺を入れる。
			役割分担の明確化	・各職種の役割、担当する内容を共有する。	・係わる職種の役割分担（どこまでできるか、できないことなど）	
			ルール化	・入院時の連絡体制、書面の受け渡しなどをルール化する。	・入院したら地域包括支援センターに連絡するなどのルールを作る（京都府で統一） ・ケアマネジャーへ看護サマリーのお渡し、連絡を出来るだけすべての症例で行う。	

4. 退院支援チェックリストの検討

4.2.2 組織同士で対応、患者・家族等個人との対応

4.2.1 で得られた「退院支援をうまく進めるためのチェックリスト（案）」「退院支援において課題を残さないためのチェックリスト（案）」について、さらに病院や在宅関係者の組織同士の対応で実施すべきことと、患者・家族等個人とのやり取りにおいて実施すべきことについて、再分類、整理を実施した。

(1) 組織同士の対応において実施すべきチェックリスト（案）

組織同士の対応で実施すべきチェックリスト（案）については、13 項目、20 分類、22 細分類が該当した。うまく進めるためのチェックリスト（案）からが7項目、課題を残さないためのチェックリスト（案）からが6項目と、それぞれからほぼ等分に項目が該当した。

具体的なチェックリスト（案）は以下に示す。

表 4-3 組織同士の対応において実施すべきチェックリスト（案）

項目	重要度スコア	分類	細分類	実施すべき内容	改善策の提案	具体例
入院中に在宅医療者や介護職への連絡・情報共有を実施	88.4	関係者のすり合わせ・協働		・退院時に病院スタッフ、在宅スタッフが多職種ですり合わせし、お互いに必要な情報を交換、協働する。	・ケアマネジャーと地域スタッフ、病院職員の知りたい内容に違いがあるので情報交換してすり合わせていく必要がある。在宅支援者が欲しい情報を入れる。 ・退院時に病院スタッフ、在宅スタッフが多職種で協働する	
			目標と現状の共有	・患者本人の現状と退院に向けた目標を、病院、ケアマネジャー、家族等の関係者で共有する。	・退院後の施設職員、家族に入院中の様子（食事、リハビリ）を見てもらい納得。退院に向けての患者の目標を病院、施設職員、家族が共有できた ・病院の転院が決まっていたり、在宅では家事等に不安があるというスタッフの決めつけがあったものの、本人の思いを聞いて、関係者・地域が動いて在宅に帰れた。	・食事、リハビリ、ADL 等
			早くからの情報共有	・退院に向けて入院中の段階から、病院と在宅スタッフの情報共有を実施する。	・在宅スタッフの欲しい情報を確認し、早めの情報収集（介護、看取り etc）、サマリー提供等で共有を早いタイミングで行う	
			情報が途切れやすいポイント	・ケアマネジャーや担当者の変更になるなど情報が途切れやすいポイントに注意する	・要支援から要介護に変わる時、ケアマネジャーが変わるため途切れやすいよう連携する。	・要支援から要介護に変わる時
退院カンファレンスの実施	88.1	退院前カンファレンス	・退院前のカンファレンスは必ず実施する	・事前の退院前カンファレンスを出来る限り実施		
在宅医療者や介護職に対して退院に関する連絡・情報共有（退院日連絡等）	87.4	入院期間と目標の共有		・病院と在宅で入院期間とそれぞれの期間における目標を共有する	・目標を達成するための入院期間の提示（病院は治療期間、在宅は ADL の改善）	・病院での治療目標と必要な入院期間 ・在宅での ADL 改善目標
			退院後の生活イメージの共有	・入院時に退院後の生活のイメージを患者から聞き取り、実現に向けて必要なことを実施する	・入院時に聞いた退院後の生活のイメージを、そのまま退院時に反映できるようにする。	
			本人情報（入院中）の把握	・入院中に患者から情報を把握する	・入院時支援の際、患者の状況、家族の状況、入退院歴、関わりのあるケアマネジャーの有無等を全ての患者さんではないが確認しており、今後、このような作業を標準化する。	・患者の状況（自宅環境、入退院歴、ケアマネジャー等） ・家族の状況（構成、就労状況、主たる介護者等）
			本人情報（入院時以外）の把握	・ケアマネジャー等キーパーソンを通じた情報収集	・他院に入退院した状況ケアマネジャーを通して共有できる体制を構築する。	・他院への入退院状況

4. 退院支援チェックリストの検討

項目	重要度スコア	分類	細分類	実施すべき内容	改善策の提案	具体例
病院内の情報共有を実施 (病棟スタッフとMSWのカンファレンス実施等)	85.7		入院時からの情報共有	・入院時から早めの情報共有を実施し、適切な準備や体制構築を目指す。	・入院時から情報共有が図れた。地域スタッフと病棟看護師で必要な院内スタッフを選定し、外部スタッフは地域から声かけ、院内スタッフは病棟スタッフから声かけして、スタッフを揃えた。	・在宅スタッフと病棟看護師で情報共有し、必要な院内スタッフを選定
			病棟スタッフとの情報共有	・院内の病棟スタッフ同士の情報共有を適切に行う。	・病棟スタッフの情報共有が事前にはかれた。	
常日頃から交流会等を通じて顔の見える関係を構築	78.9			・地域の関係者との日ごろからの関係づくり		・ケアマネージャー、在宅医など在宅サイドのキーパーソンと、病院スタッフとの関係構築 ・患者家族等を通じた関係構築
病院内で退院支援に関する勉強会や職員の育成を実施	60.3					
コミュニケーション不足・認識の違いにおける対策	58.4	対象者	介護・在宅	・介護・在宅に関わる担当者に入院中、退院時の情報を共有する。	・入院中、退院時の情報がサービス担当者に伝わる、共有する。 ・退院カンファレンスで必要な情報提供について、両者(病院、在宅)お互いに、伝達情報はしっかりと準備して、単にやるだけではなく、しっかりと情報共有することが大事。 ・医療機関、本人・家族の意向、在宅ケア担当者・行政等の連携を密にもつ ・病院スタッフと介護職とのカンファレンスをもっと設ける。カンファレンス後に状態変化があれば、そのことも伝達し情報共有したほうが良い。 ・ケアをする側、病院で治療する側が、その患者の状態、習慣、疾患の終末像をしっかりと共有し治療やケアに当たる。そういう説明をお互いしていく。	・カンファレンスに介護職が参加する。 ・カンファレンス後に状態が変化した場合は情報共有する。
			ケアマネージャー	・ケアマネージャーから病院に在宅の環境について伝える。	・在宅時に係わったケアマネージャー等の方々から、病院に入院前の生活、背景、在宅環境を伝える。病院側、在宅側、お互いのコミュニケーションが大事 ・ケアマネージャーより提供される情報を病院で活用し再入院を減らす。 ・情報共有カンファレンスメンバー、家族の理解 ・入院時のカンファレンスを主治医、MSW、看護師、ケアマネージャー等の多職種で開催し、特養に帰れるかの退院の見込み、帰れる見通し立った時の段取り、施設からの情報提供を含め、カンファレンス内容を充実させる。	・入院前の生活、家族関係、近隣関係、自宅環境等。
			介護職員	・本人と身近に接している介護職員からの情報収集を実施する。	・医師からしたら、身近に接している介護職員からの情報が欲しかった。勇気を持って相談員なり看護師なりが病院の医師に言う	・相談員、看護師が窓口になる。
			在宅医	・在宅医と連携して情報共有すると効果的である。	・多職種参加の退院前カンファレンス実施。特に在宅医の参加は効果的 ・退院前カンファレンスに医師が参加できるように病院側、ケアマネージャーが確認するべきだった。 ・状態が変われば病棟からケアマネージャーに連絡を貰う。 ・入院時に家人、ケアマネージャーと連携をとっていいかの確認をする	・在宅医が退院前カンファレンスに参加できる日程で調整する。 ・入院時から、家族やケアマネージャーと相談して在宅医との連携をとれる体制を構築する。

4. 退院支援チェックリストの検討

項目	重要度スコア	分類	細分類	実施すべき内容	改善策の提案	具体例
					・在宅医も退院時カンファレンスに参加して頂く。又は在宅医の意向を予め確認する。	
			訪問看護師	・在宅で患者本人と接する機会が多い訪問看護師の関りも重要である。	・病院、往診、本人、家族の意思疎通ができていなかったが、思いのずれを在宅で訪問看護師が聞き取りして埋める。退院後の改善策を病院が地域と一緒に考えて考える。外来時に話し合いをする。	・病院、往診、本人、家族の意思疎通ができていなかったが、思いのずれを在宅で訪問看護師が聞き取りして埋める。退院後の改善策を病院が地域と一緒に考えて考える。外来時に話し合いをする。
			病院	・病院内で多職種で情報共有すること。 ・医療機関、本人・家族、在宅ケア担当者、行政等との連携をとる。	・退院カンファレンスで必要な情報提供について、両者（病院、在宅）お互いに、伝達情報はしっかりと準備して、単にやるだけではなく、しっかりと情報共有することが大事。 ・医療機関、本人・家族の意向、在宅ケア担当者・行政等の連携を密にもつ ・病院スタッフと介護職とのカンファレンスをもっと設ける。カンファレンス後に状態変化があれば、そのことも伝達し情報共有したほうが良い。 ・退院時カンファレンスに主治医をはじめ関係職種が入り密に連携を取る。何度かカンファレンスをする。 ・病院内で病棟、外来、地域連携が情報共有、連携する ・入院時のカンファレンスを主治医、MSW、看護師、ケアマネージャー等の多職種で開催し、特養に帰れるかの退院の見込み、帰れる見通し立った時の段取り、施設からの情報提供を含め、カンファレンス内容を充実させる。 ・ケアをする側、病院で治療する側が、その患者の状態、習慣、疾患の終末像をしっかりと共有し治療やケアに当たる。そういう説明をお互いしていく。 ・院内で医師、看護師、リハビリなど職種をこえて病状などの情報を共有する。	・病院内、病院外とのカンファレンス等により、連携体制を構築する。 ・病院内での医師、看護師、リハビリ職等職種を超えた情報共有。 ・MSWを窓口として、病院、在宅や本人・家族や行政との情報共有。
			医師	・医師間の連携、医師と他職種との連携が重要である。	・退院時カンファレンスに主治医をはじめ関係職種が入り密に連携を取る。何度かカンファレンスをする。 ・医師間の連携 ・医師の理解を得て、家族との連絡の役割分担を共有する	・退院前カンファレンスに医師が関わる。 ・本人や家族との連絡について医師が感知する。
			看護師	・病院内で医師と看護師のコミュニケーションをとる。	・病院内の医師と看護師のコミュニケーションを図る。看護師も患者や家族の思いを医師に伝える必要性	・病状だけでなく、必要に応じて本人、家族の思い等について医師に伝える。
			病院側窓口	・病院側の窓口としてコミュニケーションの要となる。	・気軽に問い合わせできる窓口担当・信頼関係の構築 ・病棟担当の退院支援相談員の活用	・気軽に相談できる関係づくり。 ・病棟担当の退院支援相談員の活用
		内容	病院に伝えるべきこと・介護側に伝えるべきこと	・カンファレンス開催前に共有すべき情報を確認する。	・退院カンファレンス前に病院側と施設側で伝えたいこと、聞きたいこと、どのような情報を共有する必要があるか確認し合い、必要な職種の方に参加してもらう。	
			各職種の役割	・各職種の役割、得意分野について互いに情報発信し理解しあう。	・カンファレンスでケアマネージャーとしてできること、在宅支援に役割を説明しておく。	
			入院後の状況	・入院後の患者の状況を介護側が把握する。	・入院前、入院後の情報共有をした上での情報共有。（医療者側が生活に視点を置く） ・介護側が病院まで足を運び、お互いに患者の状態を把握する。	

4. 退院支援チェックリストの検討

項目	重要度スコア	分類	細分類	実施すべき内容	改善策の提案	具体例
		手段	カンファレンス	・カンファレンスは実施する。	・医療側と在宅側との退院後のイメージが違うので退院カンファレンスを持つことで再入院を減らす。 ・カンファレンスで情報共有を深化 ・情報共有の徹底、退院前の合同カンファレンスの実施（自宅の調査、ADL 状況など）	・医療側と在宅側との退院後のイメージが違うので退院カンファレンスを持つことで再入院を減らす。
			カンファレンス前にすべきこと	・カンファレンス前に知りたい情報、伝えたい情報や解決したいことなどを確認し、事前準備しておく。	・退院カンファレンス前に病院側と施設側で伝えたいこと、聞きたいこと、どのような情報を共有する必要があるか確認し合い、必要な職種の方に参加してもらう。 ・退院前カンファレンスの開き方として時間の制限もあるためある程度の目的や内容を詰めておく必要がある。	
			情報共有の程度	・ケースに応じて必要なレベルの情報共有を実施する。	・介護保険を受けていない新規のケースだった。丁寧に情報共有する。	・介護保険を受けていない新規のケース等は丁寧な情報共有が必要。
			関係構築	・コミュニケーションしやすい関係づくり。	・コミュニケーション（顔の見える関係）をとって情報交換する。 ・病院と施設間で話しやすいムードづくりをする。	
			体制	・病院窓口の明確化。	・病院の窓口を明確化する	
			退院後・外来	・退院後の外来の機会などを活用し、退院後のフォローを実施する。	・病院、往診、本人、家族の意思疎通ができていなかったが、思いのずれを在宅で訪問看護師が聞き取りして埋める。退院後の改善策を病院が地域と一緒に考える。外来時に話し合いをする。 ・病院は退院後も相談にのり、退院後に認定看護師、病院スタッフが訪問などをして思いの違いを埋める。	・病院は退院後も相談にのり、退院後に認定看護師、病院スタッフが訪問などをして思いの違いを埋める。 ・外来時に話し合いをする
			行政・地域	・地域や行政に必要な情報提供や、本人や家族に制度情報の提供を行い、適切な支援につなげる。	・介護保険が申請中で認定がまだの時は地域包括支援センターに、困っていると声をかける。 ・入院を機に地域のネットワーク作りにつながる支援（関係の再構築等） ・入院中に得た情報は些細な内容でも、地域へ情報提供し、キーパーソンをとりまく環境についてもきちんと評価する（キーパーソンへの負担軽減として各種サービスについても事前に提供しておく）	・介護保険が申請中で認定がまだの時は地域包括支援センターに連絡する。 ・入院を機に地域のネットワーク作りにつながる支援を行う。（関係の再構築等） ・入院中に得た情報は些細な内容でも、地域へ情報提供し、キーパーソンをとりまく環境についてもきちんと評価する。（キーパーソンへの負担軽減として各種サービスについても事前に提供しておく）
			対面のコミュニケーション	・対面でのコミュニケーションを実施しておくことで、その後のコミュニケーションも円滑に進む。	・サマリーだけでなく顔を合わせて情報共有することが分かりやすく、その後の連携がとりやすい。 ・在宅、施設側からは、病院から声をかけてもらった方が状態を見に行きやすく、病院側は、忙しい中、来てもらうのに、この状態位で見に来てもらってもいいのかと気を使っていたので、お互いに声をかけ合う。 ・とろみの具合、食事の形態等も、施設の方に実際に来てもらい、目で見てもらい共有する。	・サマリーだけでなく顔を合わせて情報共有することが分かりやすく、その後の連携がとりやすい。 ・在宅、施設側からは、病院から声をかけてもらった方が状態を見に行きやすく、病院側は、忙しい中、来てもらうのに、この状態位で見に来てもらってもいいのかと気を使っていたので、お互いに声をかけ合う。 ・とろみの具合、食事の形態等も、施設の方に実際に来てもらい、目で見てもらい共有する。
書面、画像の活用	・書面や写真を活用する。	・栄養サマリー（写真付き）を参考にする。 ・カンファレンスから退院までに患者さんの状態が変化した	・栄養サマリー（写真付き）を参考にする。 ・カンファレンスから退院まで			

4. 退院支援チェックリストの検討

項目	重要度スコア	分類	細分類	実施すべき内容	改善策の提案	具体例
					ら、書面（情報提供書）や電話などで在宅スタッフに情報を提供する。	に患者さんの状態が変化したら、書面（情報提供書）や電話などで在宅スタッフに情報を提供する。
入退院支援に関する手引書やルール作成や活用	58.1					
退院先の事情（生活状況、介護状況等）に対する病院職員側の理解不足	58.2	入院前の状況		・入院前のADL等を共有する。	・入院前のADL等を病院へ伝え共有する	
		在宅の要望		・在宅側の要望について、ケアマネジャーが窓口となって病院側に伝える。	・在宅側の不安や要望が病院側に伝わっていないので、入院時の情報提供書にケアマネジャーが記入する。できれば退院時カンファレンスを行い口頭で話す。	・書面、退院前カンファレンス等で伝える。
その他	45.3	薬剤師の関り		・薬剤師が薬を確認する。	・ケアマネジャーを介しての訪問や処方箋薬局の薬剤師が訪問して薬を確認	
職員の技能・訓練不足	44.4			・複数関係者のコーディネート、調整が必要。	・ケアマネジャーの力、気遣い（受け入れ体制、気持ち） ・生活イメージを含めたサマリーが書けると良かった。	
職員の疲労や高負荷な勤務体制	35.6					
手順書の整備不足	35.6	様式		・必要な情報項目について共通フォーマット化する。 ・記載ルールを作る。	・病院からのサマリー内容のフォーマット化、必要な情報の簡略化 ・多職種がかき込める共通様式の開発、活用 ・介護保険の状況等がわかる統一した仕組みを作る。 ・保険証にケアマネの名刺を入れる。	・病院からのサマリー内容のフォーマット化、必要な情報の簡略化 ・多職種がかき込める共通様式の開発、活用 ・介護保険の状況等がわかる統一した仕組みを作る。 ・保険証にケアマネの名刺を入れる。
		役割分担の明確化		・各職種の役割、担当する内容を共有する。	・係わる職種の役割分担（どこまでできるか、できないことなど）	
		ルール化		・入院時の連絡体制、書面の受け渡しなどをルール化する。	・入院したら地域包括支援センターに連絡するなどのルールを作る（京都市で統一） ・ケアマネジャーへ看護サマリーのお渡し、連絡を出来るだけすべての症例で行う。	

4. 退院支援チェックリストの検討

(2) 患者・家族等個人との対応において実施すべきチェックリスト（案）

患者・家族等個人の対応で実施すべきチェックリスト（案）については、7項目、21分類、14細分類が該当した。うまく進めるためのチェックリスト（案）からが3項目、課題を残さないためのチェックリスト（案）からが4項目と、それぞれからほぼ等分に項目が該当した。

具体的なチェックリスト（案）は以下に示す。

表 4-4 患者・家族等個人との対応において実施すべきチェックリスト（案）

項目	重要度スコア	分類	細分類	実施すべき内容	改善策の提案	具体例
入院前のADLや生活背景等といった患者情報の収集	83.9	本人・家族の認識を把握		・本人、家族が病状や今後の見通しについてどのように認識しているか把握する。	・本人と家族が主治医からどのように説明を受け理解しているかを情報共有。	・主治医からどのように説明を受け、どのように理解しているか。
			本人・家族の意向を把握	・病棟スタッフ、MSWなど病院職員や、在宅スタッフにより本人、家族から聞き取り、退院後の生活に関する意向を把握する。	・病棟スタッフ、MSWが家族の意向を確認し経済な問題での不安を把握した。 ・入院中から家族の意向（患者さんの状態。（嚥下状態を含む））を病院側と在宅スタッフが十分話し合い、情報を共有すること。 ・本人の意志の再確認し、「リハビリして家に帰る」という言葉を引き出した。本人、家族、支援者、みんなが「家に帰る」という共有の目標ができた。	・リハビリして家に帰りたい ・施設への入所 ・経済的な問題
		急変時等退院後の対応の把握	・退院後の急変時の連絡や対応について協議する	・急変時の連絡、対応について十分に協議された。		
その他（入院時以外、日ごろから実施すべきこと）	69.1	入院する状態になる前に日ごろから実施すべきことの共有		・病気が悪化して入院する前の準備を促す活動を実施する	・病気悪化前に健診などの促進ができるとよい。 ・入院してからだと時間がかかるため、元気なうちに後見人をたてる。	・行政と連携して病気悪化前の検診を促進 ・後見人を立てる
			入院までの事前準備	・入院が決まってからの準備期間を活用する	・準備期間があった。	・病院、在宅で共有して欲しい情報を整理しておく
		心構え		・ボランティア力を発揮する。（有効である場合もある）		
医療行為や患者の状態等に対する患者・家族側の理解不足	66.7	現状理解		・患者本人の現在の状況について、本人、家族が理解しているかを確認する。	・説明に専門用語が多いこと等から、家族、本人が理解できているか否か確認する。 ・患者さんへの情報提供・共有（サービス等の情報、本人の意思確認） ・入院時に本人、家族さんに病態の管理を病院から繰り返し説明し本人、家族に病態管理を認識させる。また、ケアマネジャーに日々の情報を提供し、万が一再入院された場合ご自宅での管理が難しいことを病院に伝えていただく	・専門用語を分かりやすく説明する、内容を理解できているか確認する。 ・繰り返し説明する。 ・ケアマネジャーと情報共有する。
			病気の見通し	・老化や病状の悪化によりどのような経過をたどるかを本人、家族に伝え、病気の受容につなげる。 ・退院や再入院となる病状等について伝える。	・老化すること、この病気が悪化したらこのようになるという見通しを普段から家族、本人に伝え、病気の受け入れにつなげる。 ・リハビリで退院後のイメージを持ってもらう。支援者、ヘルパーに病院リハの見学してもらっても良いのではないかな。 ・つなぐ前に本人家族に病状、これからの見通し、必要な医療、介護の情報を伝え、本人・家族の理解の程度を説明書の写しなど文書で伝える。 ・退院時に帰る基準について、どういう状態であれば家に帰れるか、どういう状態であれば再入院とか退院ができないとか、具体的に話し合う機会ができればよかったですか。	

4. 退院支援チェックリストの検討

項目	重要度スコア	分類	細分類	実施すべき内容	改善策の提案	具体例	
					<ul style="list-style-type: none"> 入院時に本人、家族さんに病態の管理を病院から繰り返し説明し本人、家族に病態管理を認識させる。また、ケアマネジャーに日々の情報を提供し、万が一再入院された場合ご自宅での管理が難しいことを病院に伝えていただく。 		
				必要な医療行為・サービスの理解	<ul style="list-style-type: none"> 必要な医療措置や介護の内容についての情報を伝える。 	<ul style="list-style-type: none"> 家族が医療・訪問看護の必要性を理解する。HP スタッフ主体で身内、キーパーソンへの啓発、教育を行う。 入院中に本人へ教育として、薬を詰めて飲む練習をする。難しい場合はヘルパーの介入を、地域包括支援センターに依頼する。 つなぐ前に本人家族に病状、これからの見通し、必要な医療、介護の情報を伝え、本人・家族の理解の程度を説明書の写しなど文書で伝える。 本人の望む生活を実施してもらいながら問題点を考える。 	
				医療者とそれ以外の人のギャップ	<ul style="list-style-type: none"> 病院と家族の認識の差を解消する。 	<ul style="list-style-type: none"> 病院と家族の認識の差を埋める。 家族は転院先（リハビリテーション病院）のことを理解していたのか不明であり、急性期病院で病状や予後、転院先の病院機能をしっかり説明する。 回復期リハ病院の役割をケアマネジャーに理解してもらう。 退院前カンファレンスで医療側と介護側とで、医療と介護の認識の違い、例えば医療現場では普通に使う「血圧の変動に注意してください」が、介護現場の実際になると血圧のどの辺の変動なのか、例えば「おふるは血圧が上がれば幾つ以上になったらおふるは中止してください」とか、そういう細かい点を確認するなど、密な情報共有をする。 家族には希望を持たせるため、楽観的な説明されているので、患者本人や家族のいないところでスタッフ間での情報共有のカンファレンスを行い、予後に関する情報共有の行き違いがないようにする。 	<ul style="list-style-type: none"> 病院機能の違いを理解してもらう。（例：急性期病院、リハビリテーション病院等） 血圧の変動に注意していただき、とは具体的にどのようなのかを伝える。（例：数値の幅、入力を中止する目安の数値） 本人や家族には希望を持たせるため、実際よりも楽観的な説明がなされている場合がある。
				情報共有が必要なケース	<ul style="list-style-type: none"> 特に慎重な情報共有が必要な場合は、注意する。 	<ul style="list-style-type: none"> がん末期でストーマなどの処理がある場合は退院カンファレンスを開催する。 	<ul style="list-style-type: none"> がん末期でストーマの処理がある。
コミュニケーション不足・認識の違いにおける対策	58.4	タイミング、時期	入院前	<ul style="list-style-type: none"> 在宅で過ごしているときから急変時のことを確認しておく。 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅で過ごしている時点で急変時のことを確認しておく、元気な時から「ACP」について考えていく。 	<ul style="list-style-type: none"> 元気なうちからアドバンス・ケア・プランニングについて考える。 	
			入院時	<ul style="list-style-type: none"> 入院時から退院を見据えて、入院中から病院と在宅・介護の関係者が連絡を取り合い、連携する。 	<ul style="list-style-type: none"> 入院中、退院時の情報がサービス担当者に伝わる、共有する。 入院期間の中間で病院と在宅が連絡を取り合って退院後の調整を行う。入院時点で退院を見据えて連携する。 入院時のカンファレンスを主治医、MSW、看護師、ケアマネジャー等の多職種で開催し、特養に帰れるかの退院の見込み、帰れる見通し立った時の段取り、施設からの情報提供を含め、カンファレンス内容を充実させる。 	<ul style="list-style-type: none"> 主治医、看護師、MSW、ケアマネジャー等の多職種が参加した入院時カンファレンスを開催する。 	
			退院前・退院時	<ul style="list-style-type: none"> 患者本人、家族、関係者との情報共有を実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院時に受診の目安を情報共有することで再入院が減少できるのではないか 家族とのコミュニケーション、退院前後カンファレンスの充実 情報共有の徹底、退院前の合同カンファレンスの実施（自宅の調査、ADL 状況など） 退院カンファレンスの適切な時期に開催する。退院直前でなく早めに情報共有する 退院時カンファレンスに主治医をはじめ関係職種が入 	<ul style="list-style-type: none"> 退院前カンファレンスに多職種が参加する。 退院直前ではなく退院準備に向けたリードタイムが確保できるタイミングで実施する。 退院時に病状が悪化して受信すべき目安を伝える。 自宅環境や ADL 等退院後の生活に関わる情報も共有する。 	

4. 退院支援チェックリストの検討

項目	重要度スコア	分類	細分類	実施すべき内容	改善策の提案	具体例
					り密に連携を取る。何度かカンファレンスをする。 ・退院時の患者への情報提供	
			退院後	・退院後も病院に相談できる環境を作る。	・家族とのコミュニケーション、退院前後カンファレンスの充実 ・病院は退院後も相談にのり、退院後に認定看護師、病院スタッフが訪問などをして思いの違いを埋める。	・家族とのコミュニケーションチャネルを構築する。 ・退院後カンファレンスを開催する。 ・病院職員が訪問する。
			早めに	・早い段階から幅広い情報収集と、状況と在宅目標を共有することで、支援策を検討する時間を確保し、支援の完成度が高まる。	・早めにケースと在宅生活目標を共有することで、長めにわたって支援策を検討でき、支援の完成度が高まる。 ・情報収集のタイミングが遅かった、浅かったので、早期から本人以外からも情報収集する ・退院までの準備期間が短い	・患者本人以外からの情報収集を早めに実施する。
			状態変化時	・状態が変化した時の情報共有手段と対応を明確化しておく。	・状態が変われば病棟からケアマネジャーに連絡を貰う。一度で不十分な場合は複数回 ・退院時カンファレンスに主治医をはじめ関係職種が入り密に連携を取る。何度かカンファレンスをする。	・入院中の状態変化については病棟からケアマネジャーに連絡することをルール化しておく。
		対象者	本人・家族	・本人、家族からの情報収集を行い、意向を把握して進める。	・家族とのコミュニケーション、退院前後カンファレンスの充実 ・医療機関、本人・家族の意向、在宅ケア担当者・行政等の連携を密にもつ ・退院時の患者への情報提供 ・医師の理解を得て、家族との連絡の役割分担を共有する ・入院時に家人、ケアマネジャーと連携をとっていいかの確認をする ・情報収集のタイミングが遅かった、浅かったので、早期から本人以外からも情報収集する ・家族に働きかける。 ・本人の情報収集をできる限り早く行う。	・
			行政	・必要に応じて行政担当者との連携を密に持つ。	・医療機関、本人・家族の意向、在宅ケア担当者・行政等の連携を密にもつ	
		内容	今後の見通し	・入院時、退院時に今後の見通しを関係者で共有する。	・入院時のカンファレンスを主治医、MSW、看護師、ケアマネジャー等の多職種で開催し、特養に帰れるかの退院の見込み、帰れる見通し立った時の段取り、施設からの情報提供を含め、カンファレンス内容を充実させる。 ・ケアをする側、病院で治療する側が、その患者の状態、習慣、疾患の終末像をしっかりと共有し治療やケアに当たる。そういう説明をお互いしていく。 ・退院時に受診の目安を情報共有することで再入院が減少できるのではないか	・入院時のカンファレンスを主治医、MSW、看護師、ケアマネジャー等の多職種で開催し、特養に帰れるかの退院の見込み、帰れる見通し立った時の段取り、施設からの情報提供を含め、カンファレンス内容を充実させる。 ・ケアをする側、病院で治療する側が、その患者の状態、習慣、疾患の終末像をしっかりと共有し治療やケアに当たる。 ・退院時に受診の目安を情報共有することで再入院を減らすことができるのではないか。
			ACP、本人の思い	・元気な間から本人の思いを共有し、アドバンス・ケア・プランニングを進める。	・在宅で過ごしている時点で急変時のことを確認しておき、元気な時から「ACP」について考えていく ・家族間でも本人の思いの共有し、主治医、ケアマネ、関係者の間でアドバンス・ケア・プランニングを立てていく。 ・病院内の医師と看護師のコミュニケーションを図る。看護師も患者や家族の思いを医師に伝える必要性 ・早めにケースと在宅生活目標を共有することで、長めにわたって支援策を検討でき、支援の完成度が高まる。	・在宅で過ごしている時点で急変時のことを確認しておき、元気な時から「ACP」について考えていく。 ・家族間でも本人の思いを共有し、主治医、ケアマネ、関係者の間でアドバンス・ケア・プランニングを立てていく。 ・急性期病棟の段階で本人の

4. 退院支援チェックリストの検討

項目	重要度スコア	分類	細分類	実施すべき内容	改善策の提案	具体例
					<ul style="list-style-type: none"> ・急性期病院の段階で揺れ動く本人の思いを看護職との会話からキャッチし情報共有していく。リハの転院先でも患者の意見、家族の思いを確認しすり合わせる必要がある。 ・病態が悪くなった時に、病院も在宅スタッフも、本人や家族に「入院を希望するか」「自宅で過ごしたいか」について意向を確認する。意向を踏まえて、ニーズに合った在宅医を選ぶ。 ・急性期の病院は特に家族背景を含めた入院前情報を活かしてケアマネージャーから病院に早期に情報提供をする（家族背景など）。その際本人の思いのくみ取りは普段接している看護師中心で行い、チームで共有する。 ・ACP、そのタイミングがどこであったらよかったか（状態の見きわめ） 	<ul style="list-style-type: none"> 思いを看護職との会話からキャッチし情報共有していく。リハの転院先でも患者の意見、家族の思いを確認しすり合わせる必要がある。 ・病態が悪くなった時に、病院も在宅スタッフも、本人や家族に「入院を希望するか」「自宅で過ごしたいか」について意向を確認する。意向を踏まえて、ニーズに合った在宅医を選ぶ。 ・急性期の病院は特に家族背景を含めた入院前情報を活かしてケアマネージャーから病院に早期に情報提供をする（家族背景など）。
		手段	家族とのコミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> ・本人以外に家族への働きかけや家族からの情報収集が重要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族とのコミュニケーション、退院前後カンファレンスの充実 ・家族に働きかける。 ・プラン変更 料金から息子が変更、だれがどのように移行するのか、息子への提案（現ケアマネ） 	
			本人とのコミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> ・本人との信頼関係を築き、思い、希望を聞き取る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期病院の段階で揺れ動く本人の思いを看護職との会話からキャッチし情報共有していく。リハの転院先でも患者の意見、家族の思いを確認しすり合わせる必要がある。 ・本人と信頼関係を築く、安心感を持ってもらう。 	
			訪問看護師の役割	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護師からの本人の思いを聞き取り、在宅と病院のギャップを埋める。 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院、往診、本人、家族の意思疎通ができていなかったが、思いのずれを在宅で訪問看護師が聞き取りして埋める。退院後の改善策を病院が地域と一緒に考えて考える。外来時に話し合いをする。 	
			注意すべきケース	<ul style="list-style-type: none"> ・特に注意すべきケースには丁寧に対応する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自立支援から介護保険、自立支援と介護保険のサービスを利用しているケースは配慮する。 ・過去に掘り下げていなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自立支援から介護保険、自立支援と介護保険のサービスを利用しているケースは配慮する。 ・過去に掘り下げていなかった。
退院先の事情（生活状況、介護状況等）に対する病院職員側の理解不足	58.2	住環境		<ul style="list-style-type: none"> ・入院前の住環境について情報収集・アセスメントを実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・症状が良いときに住環境アプローチ ・入院前の住環境や病状（予後）などの情報収集・アセスメント ・自宅階段の状況（段差他）を把握（病院でも家屋調査する、家族からの写真等 ・自宅での生活をイメージするために自宅訪問できる人員などの環境を整備する。 ・病院側が自宅訪問にハードルが高いことを地域と共有し、一人で抱えないで例えばケアマネージャーに協力を依頼し自宅の状況を確認する。 ・退院支援の際に病棟 NS が住環境まで把握していなかったことから、情報の共有の仕方 を書面でなく口頭で行う。 ・理想を言えば、病院看護師、理学療法士等が自宅を見に行く。 	<ul style="list-style-type: none"> ・症状が良いときに住環境アプローチを「行う」。 ・自宅階段の状況（段差他）を把握（病院でも家屋調査する、写真を活用する等。 ・自宅での生活をイメージするために自宅訪問できる人員などの環境を整備する。 ・病院側が自宅訪問にハードルが高いことを地域と共有し、一人で抱えないで例えばケアマネージャーに協力を依頼し自宅の状況を確認する。 ・退院支援の際に病棟 NS が住環境まで把握していなかったことから、情報の共有の仕方 を書面でなく口頭で行う。 ・理想を言えば、病院看護師、理学療法士等が自宅を見に行く。
		家族・人間関係		<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の生活環境における家族や周囲の人間関係を把握しておく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・キーパーソンが不在の場合はそのこと自体を共有・退院時のカンファレンスで退院後のサービス、生活の見通し、介護者の能力、地域の協力体制の把握を共有 	<ul style="list-style-type: none"> ・キーパーソンが不在の場合はそのこと自体を共有。・キーパーソンとの関与不足に関して、関わっ

4. 退院支援チェックリストの検討

項目	重要度スコア	分類	細分類	実施すべき内容	改善策の提案	具体例
					(朝起きてから1日のスケジュールにどうい生活をする予定か。1週間単位ではどうか。介護者が実際にどういふうに介助できるのか。全体の、マスタープランが共有できていなかった。退院のときのカンファレンスだったので、それを思い返す時間がなかったのも1つの原因)・急性期の病院は特に家族背景を含めた入院前情報を活かしてケアマネジャーから病院に早期に情報提供をする(家族背景など)。その際本人の思いのくみ取りは普段接している看護師中心で行い、チームで共有する。・妻(認知症)のフォローも必要であり、併せて行う。・キーパーソンの関与不足に関して、関わってくれる方への協力要請が必要である。	てくれる方への協力要請が必要である。・退院時のカンファレンスで退院後のサービス、生活の見通し、介護者の能力、地域の協力体制の把握を共有(朝起きてから1日のスケジュールにどうい生活をする予定か。1週間単位ではどうか。介護者が実際にどういふうに介助できるのか。・急性期の病院は特に家族背景を含めた入院前情報を活かしてケアマネジャーから病院に早期に情報提供をする(家族背景など)。その際本人の思いのくみ取りは普段接している看護師中心で行い、チームで共有する。
		退院後の生活イメージ		・生活環境の情報収集結果に基づき、患者の病状、ADLを考慮し退院後の生活についてイメージを具体化する。	・入院前の住環境や病状(予後)などの情報収集・アセスメント ・退院後の自宅での生活イメージを病棟看護師とも共有 ・退院時のカンファレンスで退院後のサービス、生活の見通し、介護者の能力、地域の協力体制の把握を共有(朝起きてから1日のスケジュールにどうい生活をする予定か。1週間単位ではどうか。介護者が実際にどういふうに介助できるのか。全体の、マスタープランが共有できていなかった。退院のときのカンファレンスだったので、それを思い返す時間がなかったのも1つの原因) ・病棟看護師が在宅生活をイメージできるようにする。退院前カンファレンスなどで家での生活のイメージ、リスクを伝え、帰ってからのフィードバックを細かにする。 ・早期から在宅と医療者が連携し、医療者は在宅のイメージを想定する。 ・自宅での生活をイメージするために自宅訪問できる人員などの環境を整備する。 ・退院後の生活がイメージできていなかったのでイメージする。 ・医療面の指導が中心、生活の支援が不足していた。 ・がん末期、日中独居等の患者背景から、今起こっていること、今後起こりうることについて多職種で情報共有していく。	・病棟看護師が在宅生活をイメージできるようにする。退院前カンファレンスなどで家での生活のイメージ、リスクを伝え、帰ってからのフィードバックを細かにする。 ・がん末期、日中独居等の患者背景から、今起こっていること、今後起こりうることについて多職種で情報共有していく。
退院前訪問の実施	57.9	病院職員が訪問		・退院前に家屋の環境をリハビリ担当のスタッフ等が訪問して把握する	・事例患者は患者宅への訪問、段差等の解消ができた。 ・退院前の家屋調査	・退院前に自宅訪問、段差等の解消
		病院からの訪問以外の住環境の把握方法		・ケアマネジャーや在宅スタッフから自宅環境の聞き取り	・自宅退院患者全てに介入する必要があるため患者訪問を実施していく。現状は患者訪問がマンパワー不足で出来ていないが、事前にケアマネジャー等に自宅訪問してもらう	・見取り図や写真を活用する ・事前に病院サイドが確認したいポイントを伝えておく
その他	45.3	ネットワーク形成		・本人が情報発信できる体制や地域で見守る体制を構築する。	・サービスの中に当てはめるのではなく、何かあった時に本人が発信できる体制や、地域で見守る体制を整える(民生委員、自治会長、大家さん、ケアマネ、行政、包括等)	・民生委員、自治会長、大家さん、ケアマネ、行政、包括等

4. 退院支援チェックリストの検討

4.3 まとめ

4.3.1 チェックリスト（案）の構成

ワークショップではうまくいかなかった事例に関する発表が多かったため、チェックリスト（案）の分量は「課題を残さないためのチェックリスト（案）」の方が多くなった。また、項目ごとの重要度スコアは、「うまく進めるためのチェックリスト（案）」の方が相対的にポイントが高くなっており、集約化できている可能性がある。

「うまく進めるためのチェックリスト（案）」「課題を残さないためのチェックリスト（案）」からさらに「組織同士の対応において実施すべきチェックリスト（案）」「患者・家族個人との対応において実施すべきチェックリスト（案）」への再構成を実施したところ、分類された項目としては「組織同士の対応において実施すべき項目」の方が多く、多くの内容について組織的な対応において解決、改善が進む可能性があることが示唆される。

4.3.2 項目ごとの重要度

今回のチェックリスト（案）は、アンケート結果に加え、ワークショップで得られた意見を網羅的に取り上げて作成したため、内容が多岐にわたり、場合によっては必要とされない項目も含まれていると考えられる。実用的に運用するためには、全てのケースで最低限必ず実施すべき項目、ある特徴を持った事例において実施すべき項目等、優先順位を判断できる重みづけを実施するといったブラッシュアップが必要である。今回の検討では重要度スコアを算出し、項目ごとの重要性の比較はある程度実施できるが、重要度スコアは項目間の相対比較のための値にとどまり、現場で必ず実施すべきことが判断できるような絶対的な指標には至っていない。今後、現場へのグループインタビューやアンケートによって、チェックリスト（案）についてより精緻化が求められる。

4.3.3 具体化

今回のチェックリスト（案）において、どのような状況（患者本人の疾病、家庭環境等）において、どのようなことを実施すべきかといった具体例は、ワークショップで指摘があった事項について整理した。ただ、今回は指摘があった項目にとどまり網羅的な例とはなっていない。本チェックリスト（案）の具体例を実施すれば必要な事項がすべて実施できるわけではない点には留意されたい。また、事例ごとの判断を現場に求めるのではなく、個々の担当者の能力や経験則に依存せず、誰でも運用できる内容となるよう、具体例を充実することが望ましい。

4. 退院支援チェックリストの検討

(2) 退院支援において課題を残さないためのチェックリスト（案）

退院支援において課題を残さないためのチェックリスト（案）については、アンケートの課題が残った事例の発生要因（3.2.5(2)）の選択肢に対し、ワークショップで課題があった事例を取り上げて検討したグループの結果を分類して検討を行った。

アンケート設計の際に7個提示していた選択肢に対し、さらに19個の分類が得られた。特に「コミュニケーション不足・認識の違い」については多岐にわたる詳細な提案があり、さらに38個の分類が得られたため、細分類として整理した。

重要度が50ポイント以上であった項目は、「医療行為や患者の状態等に対する患者・家族側の理解不足（66.7）」「コミュニケーション不足・認識の違いにおける対策（58.4）」「退院先の事情（生活状況、介護状況等）に対する病院職員側の理解不足（58.2）」の3つとなった。医療の専門的な情報と、在宅での生活環境のような個別に異なる内容の情報共有・理解が不十分であることにより、ちょっとした段差や手すりの有無などで病院ではできていた行動が在宅ではできない、在宅での環境により病院で想定していた処置が実施できないなどのギャップが発生していることが伺える。

具体的なチェックリスト（案）は以下に示す。

表 4-2 退院支援において課題を残さないためのチェックリスト（案）

項目	重要度スコア	分類	細分類	実施すべき内容	改善策の提案	具体例
医療行為や患者の状態等に対する患者・家族側の理解不足	66.7	現状理解		<ul style="list-style-type: none"> 患者本人の現在の状況について、本人、家族が理解しているかを確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> 説明に専門用語が多いこと等から、家族、本人が理解できているかを確認する。 患者さんへの情報提供・共有（サービス等の情報、本人の意思確認） 入院時に本人、家族さんに病態の管理を病院から繰り返し説明し本人、家族に病態管理を認識させる。また、ケアマネージャーに日々の情報を提供し、万が一再入院された場合ご自宅での管理が難しいことを病院に伝えていただく 	<ul style="list-style-type: none"> 専門用語を分かりやすく説明する、内容を理解できているか確認する。 繰り返し説明する。 ケアマネージャーと情報共有する。
				<ul style="list-style-type: none"> 老化や病状の悪化によりどのような経過をたどるかを本人、家族に伝え、病気の受容につなげる。 退院や再入院となる病状等について伝える。 	<ul style="list-style-type: none"> 老化すること、この病気が悪化したらこのような見通しを普段から家族、本人に伝え、病気の受け入れにつなげる。 リハビリで退院後のイメージを持ってもらう。支援者、ヘルパーに病院リハの見学してもらっても良いのではないかと。 つなぐ前に本人家族に病状、これからの見通し、必要な医療、介護の情報を伝え、本人・家族の理解の程度を説明書の写しなど文書で伝える。 退院時に帰る基準について、どういう状態であれば家に帰れるか、どういう状態であれば再入院とか退院ができないとか、具体的に話し合う機会ができればよかったのではないかと。 入院時に本人、家族さんに病態の管理を病院から繰り返し説明し本人、家族に病態管理を認識させる。また、ケアマネージャーに日々の情報を提供し、万が一再入院された場合ご自宅での管理が難しいことを病院に伝えていただく。 	
				<ul style="list-style-type: none"> 必要な医療措置や介護の内容についての情報を伝える。 	<ul style="list-style-type: none"> 家族が医療・訪問看護の必要性を理解する。HP スタッフ主体で身内、キーパーソンへの啓発、教育を行う。 入院中に本人へ教育として、薬を詰めて飲む練習をする。難しい場合はヘルパーの介入を、地域包括支援センターに依頼する。 つなぐ前に本人家族に病状、これからの見通し、必要な医療、介護の情報を伝え、本人・家族の理解の程度を説明書の写しなど文書で伝える。 本人の望む生活を実施してもらいながら問題点を考える。 	
				<ul style="list-style-type: none"> 病院と家族の認識の差を解消する。 	<ul style="list-style-type: none"> 病院と家族の認識の差を埋める。 家族は転院先（リハビリテーション病院）のことを理解していたのか不明であり、急性期病院で病状や予後、転院先の 	<ul style="list-style-type: none"> 病院機能の違いを理解してもらう。（例：急性期病院、リハビリテーション病院等）

4. 退院支援チェックリストの検討

(2) 退院支援において課題を残さないためのチェックリスト（案）

退院支援において課題を残さないためのチェックリスト（案）については、アンケートの課題が残った事例の発生要因（3.2.5(2)）の選択肢に対し、ワークショップで課題があった事例を取り上げて検討したグループの結果を分類して検討を行った。

アンケート設計の際に7個提示していた選択肢に対し、さらに19個の分類が得られた。特に「コミュニケーション不足・認識の違い」については多岐にわたる詳細な提案があり、さらに38個の分類が得られたため、細分類として整理した。

重要度が50ポイント以上であった項目は、「医療行為や患者の状態等に対する患者・家族側の理解不足（66.7）」「コミュニケーション不足・認識の違いにおける対策（58.4）」「退院先の事情（生活状況、介護状況等）に対する病院職員側の理解不足（58.2）」の3つとなった。医療の専門的な情報と、在宅での生活環境のような個別に異なる内容の情報共有・理解が不十分であることにより、ちょっとした段差や手すりの有無などで病院ではできていた行動が在宅ではできない、在宅での環境により病院で想定していた処置が実施できないなどのギャップが発生していることが伺える。

具体的なチェックリスト（案）は以下に示す。

表 4-2 退院支援において課題を残さないためのチェックリスト（案）

項目	重要度スコア	分類	細分類	実施すべき内容	改善策の提案	具体例
医療行為や患者の状態等に対する患者・家族側の理解不足	66.7	現状理解		・患者本人の現在の状況について、本人、家族が理解しているかを確認する。	・説明に専門用語が多いこと等から、家族、本人が理解できているか否か確認する。 ・患者さんへの情報提供・共有（サービス等の情報、本人の意思確認） ・入院時に本人、家族さんに病態の管理を病院から繰り返し説明し本人、家族に病態管理を認識させる。また、ケアマネージャーに日々の情報を提供し、万が一再入院された場合ご自宅での管理が難しいことを病院に伝えていただく	・専門用語を分かりやすく説明する、内容を理解できているか確認する。 ・繰り返し説明する。 ・ケアマネージャーと情報共有する。
			病気の見通し	・老化や病状の悪化によりどのような経過をたどるかを本人、家族に伝え、病気の受容につなげる。 ・退院や再入院となる病状等について伝える。	・老化すること、この病気が悪化したらこのような見通しを普段から家族、本人に伝え、病気の受け入れにつなげる。 ・リハビリで退院後のイメージを持ってもらう。支援者、ヘルパーに病院リハの見学をしてもらっても良いのではないかと。 ・つなぐ前に本人家族に病状、これからの見通し、必要な医療、介護の情報を伝え、本人・家族の理解の程度を説明書の写しなど文書で伝える。 ・退院時に帰る基準について、どういう状態であれば家に帰れるか、どういう状態であれば再入院とか退院ができないとか、具体的に話し合う機会ができればよかったのではないかと。 ・入院時に本人、家族さんに病態の管理を病院から繰り返し説明し本人、家族に病態管理を認識させる。また、ケアマネージャーに日々の情報を提供し、万が一再入院された場合ご自宅での管理が難しいことを病院に伝えていただく。	
			必要な医療行為・サービスの理解	・必要な医療措置や介護の内容についての情報を伝える。	・家族が医療・訪問看護の必要性を理解する。HP スタッフ主体で身内、キーパーソンへの啓発、教育を行う。 ・入院中に本人へ教育として、薬を詰めて飲む練習をする。難しい場合はヘルパーの介入を、地域包括支援センターに依頼する。 ・つなぐ前に本人家族に病状、これからの見通し、必要な医療、介護の情報を伝え、本人・家族の理解の程度を説明書の写しなど文書で伝える。 ・本人の望む生活を実施してもらいながら問題点を考える。	
			医療者とそれ以外のひととのギャップ	・病院と家族の認識の差を解消する。	・病院と家族の認識の差を埋める。 ・家族は転院先（リハビリテーション病院）のことを理解していたのか不明であり、急性期病院で病状や予後、転院先の	・病院機能の違いを理解してもらう。（例：急性期病院、リハビリテーション病院等）

4. 退院支援チェックリストの検討

(2) 退院支援において課題を残さないためのチェックリスト（案）

退院支援において課題を残さないためのチェックリスト（案）については、アンケートの課題が残った事例の発生要因（3.2.5(2)）の選択肢に対し、ワークショップで課題があった事例を取り上げて検討したグループの結果を分類して検討を行った。

アンケート設計の際に7個提示していた選択肢に対し、さらに19個の分類が得られた。特に「コミュニケーション不足・認識の違い」については多岐にわたる詳細な提案があり、さらに38個の分類が得られたため、細分類として整理した。

重要度が50ポイント以上であった項目は、「医療行為や患者の状態等に対する患者・家族側の理解不足（66.7）」「コミュニケーション不足・認識の違いにおける対策（58.4）」「退院先の事情（生活状況、介護状況等）に対する病院職員側の理解不足（58.2）」の3つとなった。医療の専門的な情報と、在宅での生活環境のような個別に異なる内容の情報共有・理解が不十分であることにより、ちょっとした段差や手すりの有無などで病院ではできていた行動が在宅ではできない、在宅での環境により病院で想定していた処置が実施できないなどのギャップが発生していることが伺える。

具体的なチェックリスト（案）は以下に示す。

表 4-2 退院支援において課題を残さないためのチェックリスト（案）

項目	重要度スコア	分類	細分類	実施すべき内容	改善策の提案	具体例
医療行為や患者の状態等に対する患者・家族側の理解不足	66.7	現状理解		<ul style="list-style-type: none"> 患者本人の現在の状況について、本人、家族が理解しているかを確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> 説明に専門用語が多いこと等から、家族、本人が理解できているか否か確認する。 患者さんへの情報提供・共有（サービス等の情報、本人の意思確認） 入院時に本人、家族さんに病態の管理を病院から繰り返し説明し本人、家族に病態管理を認識させる。また、ケアマネージャーに日々の情報を提供し、万が一再入院された場合ご自宅での管理が難しいことを病院に伝えていただく 	<ul style="list-style-type: none"> 専門用語を分かりやすく説明する、内容を理解できているか確認する。 繰り返し説明する。 ケアマネージャーと情報共有する。
			病気の見通し	<ul style="list-style-type: none"> 老化や病状の悪化によりどのような経過をたどるかを本人、家族に伝え、病気の受容につなげる。 退院や再入院となる病状等について伝える。 	<ul style="list-style-type: none"> 老化すること、この病気が悪化したらこのような見通しを普段から家族、本人に伝え、病気の受け入れにつなげる。 リハビリで退院後のイメージを持ってもらう。支援者、ヘルパーに病院リハの見学してもらっても良いのではないかと。 つなぐ前に本人家族に病状、これからの見通し、必要な医療、介護の情報を伝え、本人・家族の理解の程度を説明書の写しなど文書で伝える。 退院時に帰る基準について、どういう状態であれば家に帰れるか、どういう状態であれば再入院とか退院ができないとか、具体的に話し合う機会ができればよかったのではないかと。 入院時に本人、家族さんに病態の管理を病院から繰り返し説明し本人、家族に病態管理を認識させる。また、ケアマネージャーに日々の情報を提供し、万が一再入院された場合ご自宅での管理が難しいことを病院に伝えていただく。 	
			必要な医療行為・サービスの理解	<ul style="list-style-type: none"> 必要な医療措置や介護の内容についての情報を伝える。 	<ul style="list-style-type: none"> 家族が医療・訪問看護の必要性を理解する。HP スタッフ主体で身内、キーパーソンへの啓発、教育を行う。 入院中に本人へ教育として、薬を詰めて飲む練習をする。難しい場合はヘルパーの介入を、地域包括支援センターに依頼する。 つなぐ前に本人家族に病状、これからの見通し、必要な医療、介護の情報を伝え、本人・家族の理解の程度を説明書の写しなど文書で伝える。 本人の望む生活を実施してもらいながら問題点を考える。 	
			医療者とそれ以外の人のギャップ	<ul style="list-style-type: none"> 病院と家族の認識の差を解消する。 	<ul style="list-style-type: none"> 病院と家族の認識の差を埋める。 家族は転院先（リハビリテーション病院）のことを理解していたのか不明であり、急性期病院で病状や予後、転院先の 	<ul style="list-style-type: none"> 病院機能の違いを理解してもらう。（例：急性期病院、リハビリテーション病院等）

