

全国医療ソーシャルワーカー協会会長会

2016年度 退院支援動向調査報告書

2017年7月

全国医療ソーシャルワーカー協会会長会

1 はじめに

全国医療ソーシャルワーカー協会会長会（以下会長会）は2009年に発足し、全国の医療ソーシャルワーカー協会のネットワークとして相互の交流、情報交換、連携を深めてきた。その後、さまざまな人の尽力により47都道府県すべての医療ソーシャルワーカー協会ならびに日本医療社会福祉協会の加入が実現し、名称に見合ったグループへと成長できた。

その過程で、各地の個別的な状況を互いに知ることができるとともに、個々の事情を越えての「医療におけるソーシャルワーク」「ソーシャルワーカー」といった共通する課題にも目が向くようになってきた。そのひとつの成果が2013年に実施した「全国医療ソーシャルワーカー基礎調査」であり、この結果、各協会の会員数から「保健医療機関のソーシャルワーカーの人数」に迫ることができた。

2016年4月の診療報酬改定において、従来の「退院調整加算」が「退院支援加算」と名称が変わり、あわせて「1」「2」「3」という区分の中で算定要件が定められ、「1」においては院内院外との連携の在り方や退院支援に向けてのアプローチについての要件も新たに設けられた。私たちの業務が診療報酬上の評価を得ることは、医療にソーシャルワークをしっかりと根付かせるための大きな課題であったのだが、一方で、診療報酬での評価により、ソーシャルワークが診療報酬を算定するための業務に留まってしまいう危険もはらんでいることに気付かされた。例えば、退院支援加算算定にまつわる院内カンファレンス、計画書作成、患者・家族との面接、院外との連携事務に時間が割かれてしまい、患者・家族の生活課題にまでアプローチできなくなったり、「退院先を決める」ことに偏った関わりに陥り、患者・家族の個別的状況を踏まえた支援ではなく、「限られた選択肢からとりあえずの退院先を決めてもらう」だけの仕事が行われていたりなど、本来医療ソーシャルワーカーが行うべき役割が果たせなくなっているという危惧があちこちで見聞きされるようになった。

以上の背景を踏まえ、会長会役員会では、2016年夏に「退院支援加算」を巡る現場の状況を把握すべく調査を行うことを決め、2017年に各協会でも実施できるように準備した。調査票で届けられたのは、全国の病院・医療ソーシャルワーカーの一部にすぎないが、調査の趣旨に賛同し、業務に追われる中で調査の機会を利用して取りまとめられたデータ、そして現場のリアルな状況であった。ご協力くださった協会、ならびにソーシャルワーカーの皆様に感謝しつつ、調査結果を取りまとめた報告書をお届けしたいと思う。

本報告書では、一般的なまとめ方に沿って、調査方法・分析手続き・結果・考察の順に取りまとめている。同時に、自由記述に寄せられたソーシャルワーカーの声、この貴重な情報を多くの人と共有いたしたく収載することにした。ぜひ、「今、病院で起こっていること」をありのままにご覧いただきたいと思う。

2 調査の方法

調査票は、大阪医療ソーシャルワーカー協会が2016年6月に実施した調査項目を基に、「退院支援加算1」に焦点づけて、会長会役員会にて検討し、退院困難な要因にかかる社会生活上の諸課題を尋ねる項目、加算1取得による変化を尋ねる項目を追加していった。また、加算算定の実態を把握すべく、退院患者数・算定件数も尋ねることとした。

方法としては、調査時期は各協会に任せるものの、回答内容は「2016年12月」時点で統一することとして定点にて全国調査を行えるように設定した。調査票は郵送・ファクシミリ・メールのどちらでも配布・提出可能とし、各協会の裁量にて調査が実施できるようにした。

3 分析手続き

提出された調査票は各協会にてデータ入力を済ませ、データファイルを会長会事務局へ送付してもらった。2017年6月までに27都道府県協会より1102件のデータが届けられた。これは、厚生労働省病院動態調査として公開されている2016年12月現在の全国病院8440施設のうち13.1%に相当する施設数である。

なお、届けられたデータのうち、以下の項目に該当するものは正確なデータとみなせないと判断して分析より除外、もしくは欠損値として処理することとした。

- ・記載すべき中項目をすべて未記入の調査票は、信頼性に乏しいとみなして分析より除外
- ・ソーシャルワーカーの人数「ゼロ」で加算算定：退院支援部門の人員配置基準として疑義あり、信頼できないデータとして加算算定件数は削除
- ・病棟数 退院患者数と比べて明らかに大きい数値は病床数記載と思われるため削除

また、入手したデータより「退院支援加算算定率(%)」を算出したが、この結果において「100%以上」となったものについては、退院支援加算の算定基準から考えてありえないデータとみなして「算定件数」のデータを削除した。

以上の手順により一部データを整理・削除することになったが、提出された全件を有効回答として以降の分析に用いることにした。

4 結果

(1) ソーシャルワーク部門の状況

もっとも基本となるソーシャルワーカーの人数を見ると、平均 3.8 ± 2.63 名であった。最少0名から最多は24名と幅は見られた。最近3年間での人員変化については、「増員した」507施設(46.0%)、「変化なし」472施設(42.8%)とこの2項目が半々の比率であったが、中には「減少した」ところが111施設(10.1%)あった(他に無回答=12施設)。各々の理由を尋ねてはいないが、約1割もの施設でソーシャルワーカーが減った事実は気になることである。

また、病棟数では最少1・最大35で、1病棟あたりのソーシャルワーカーの配置人数を算出すると平均0.97名と、回答した施設では、ほぼ1病棟に1名のソーシャルワーカーが勤務している結果であった。ただし、雇用形態(常勤・非常勤・パートなど)や実際の担当業務などは調査していないので、実態として「1病棟1名配置」とは言えない点は注意すべきである。

(2) 退院支援加算の状況

加算の届出状況は、いずれかの退院支援加算を届け出ているのが843施設(76.5%)。その内訳は

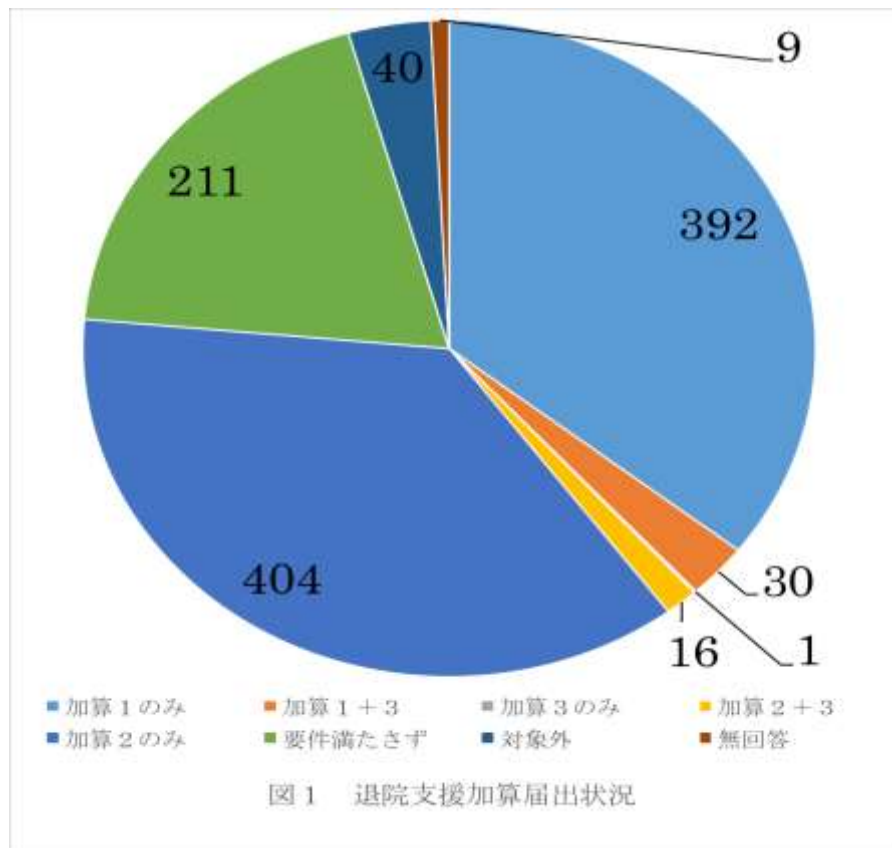


図1のとおりであるが、まとめると「退院支援加算1」422施設(38.5%)、「退院支援加算2」420施設(38.4%)、「退院支援加算3」47施設(4.3%)となっている(%は無回答8施設を除いての百分率、以下同じ)。退院支援加算1と3の両方を届け出ているのが30施設、退院支援加算2と3の両方では16施設と、退院支援加算3についてはほとんどの施設で、加算1か加算2も算定できる体制を有していた。

一方で、「算定要件を満たさず届け出していない」ところが211施設(19.3%)と2割近くの病院が未整備の状況であったほか、「いずれも対象外」も40施設(3.7%)あった。

2016年度の改定で「病棟配置」の退院支援職員が加算1の算定要件として示されたが、「病棟配置退院支援職員」について職種ごとに人数を調べたところ、1施設あたりの平均値では、「社会福祉士」平均1.9±2.02名と最多で、続いて、「看護師」1.1±2.36名・その他0.3±1.65名であった。退院支援看護師の活躍が業界紙ではよく取り上げられているが、ソーシャルワーカーが活躍している病院では社会福祉士のほうが優位なのかもしれない。

退院支援部門においても、退院支援部門の専従者としている職種を調べると「社会福祉士」としているところが716施設(69.8%)を占めており、平均人数でも1.5±1.70名と最多であった。「看護師」は0.8±1.30名、「その他」0.3±0.91名とここでも社会福祉士が数的に優位な体制であった。

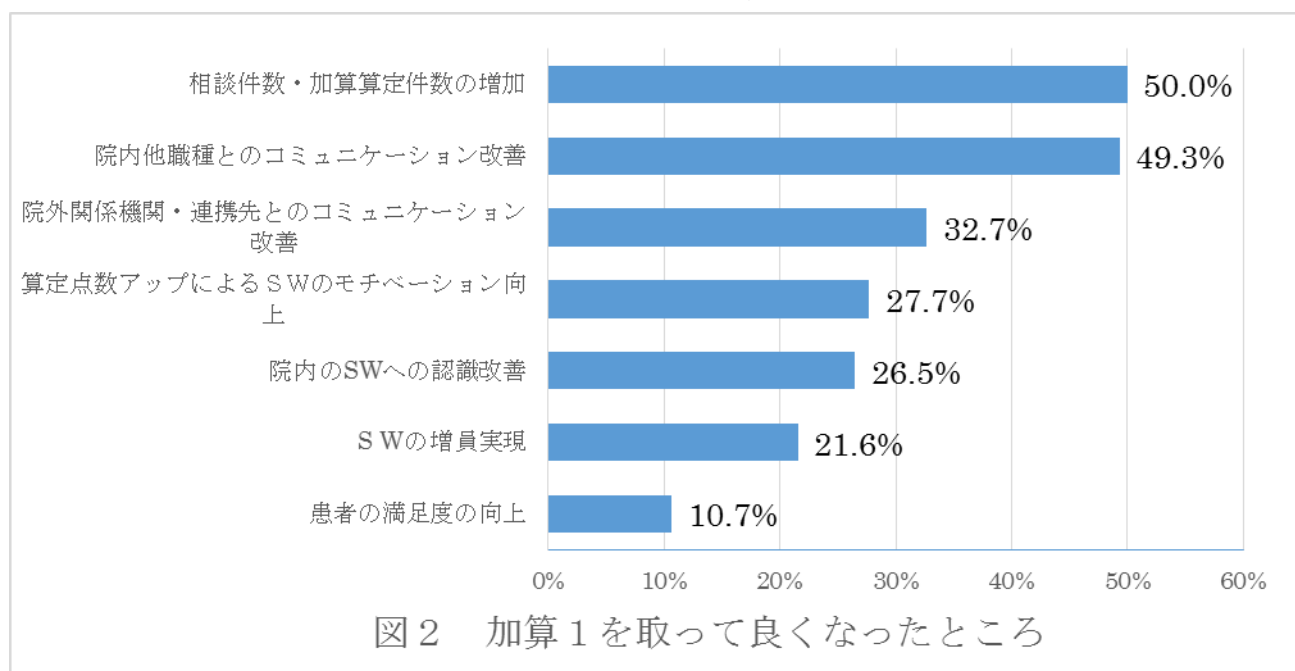
では、実際にどれくらい退院支援加算を算定しているのだろうか。)

全病棟における2016年12月の算定実績は、施設ごとの平均件数が48.0±100.23件であった。また、標準偏差が示すように、最小値0件・最大値933件と施設ごとに算定件数には大きな開きがある。当該月の退院冠者数より算定率を計算してみると、こちらも0%~100%までと大きな開きが見られ、平均すると14.7±18.82%とさほどの率ではなかった。もちろん、算定要件に示されるとおり、

退院困難な要因を有する患者でないとは算定できないので、退院困難ではない患者は自動的に算定対象から除かれるわけであり、また死亡退院においても算定できないので、病院全体で考えた場合に必ずしも高い算定率になるわけではなかろう。算定率を吟味できるほどの調査ができたわけではないので、この点については今回これ以上の検討はできない（ちなみに、2016年12月の退院患者数は平均294.8±412.26名、最小0名・最大2666名である）。

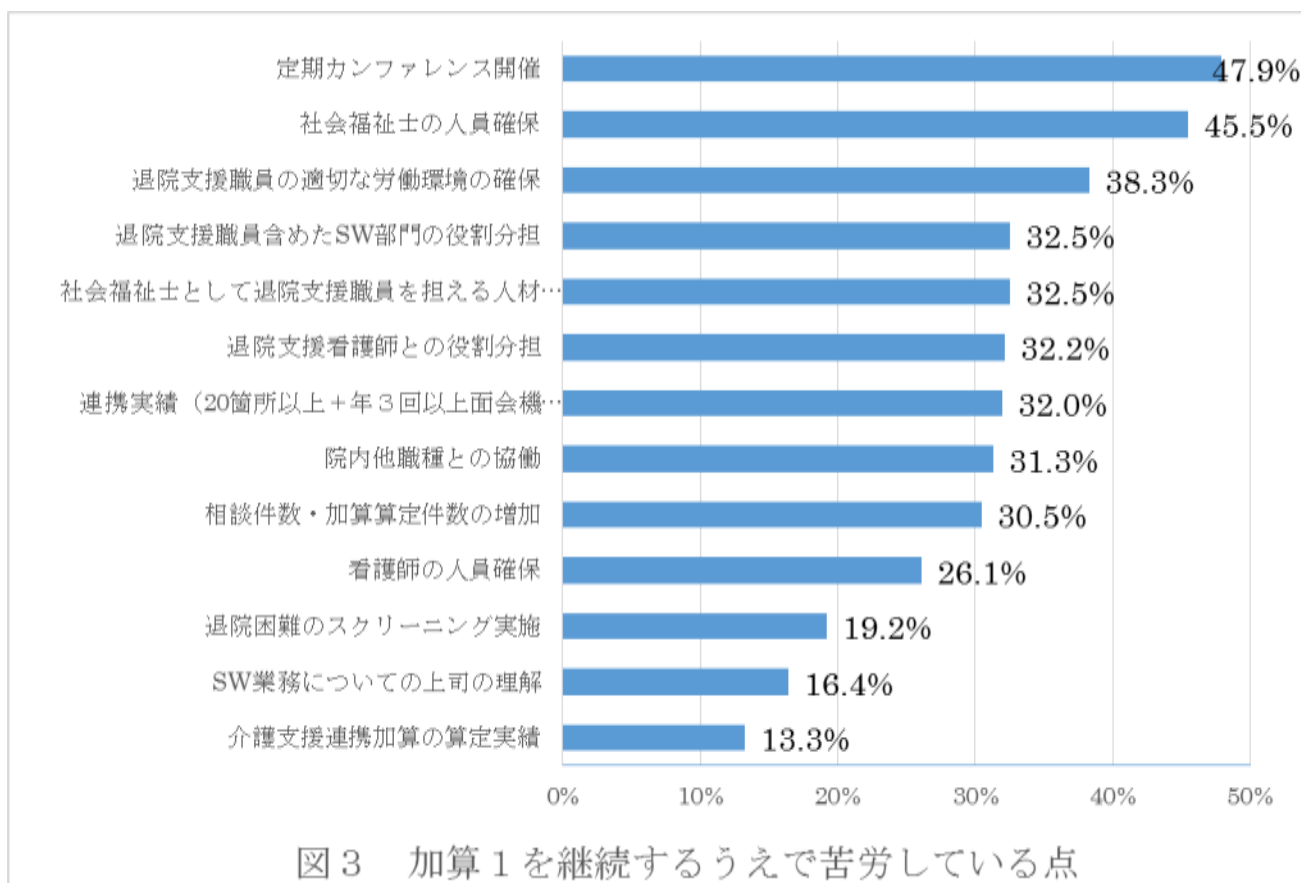
（3）退院支援加算算定による病院およびソーシャルワーク部門への影響

今回多くの複雑な要件を盛り込まれた加算1に絞って検討するために尋ねた2項目について、退院支援加算1を届け出ている422施設の回答をまとめてみた。ひとつめの「退院支援加算1を取って良くなったと感じているところ」については（図2）、半数の211施設（50.0%）が「相談件数・加算算定件数の増加」を挙げていた。ほぼ同程度の208施設（49.3%）では、「院内他職種とのコミュニケーション改善」を挙げており、加算1の体制が業務の活性化につながったものと推測された。続いて、「院外関係機関・連携先とのコミュニケーション改善（138施設、32.7%）」「算定点数アップによるSWのモチベーション向上（117施設、27.7%）」「院内のSWへの認識改善（112施設、26.5%）」「SWの増員実現（91施設、21.6%）」の順である。



一方で、「患者の満足度の向上」は45施設、10.7%程度にとどまり、業務においてはプラスの要因に働いてはいるものの、それが実際にユーザー・レベルではどうなのかという手ごたえを感じるどころまでは進んでいないのかもしれない。

ふたつめの「退院支援加算1を継続するうえで苦勞している点」では、「定期カンファレンス開催（202施設、47.9%）」「社会福祉士の人員確保（191施設、45.5%）」の2点をほぼ半数の施設が挙げていた。（図3）算定要件のひとつである「多職種によるカンファレンス」は週1回以上開催する必要があり、担当ソーシャルワーカーは必然的にカンファレンス開催日に出勤しなければならない。また、該当する病棟には配置できないと算定できないため、相応の人数も配置しておかなければな



らない。このあたりの苦勞が垣間見える回答であろう。「退院支援職員の適切な労働環境の確保(161施設、38.3%)」「退院支援職員含めたソーシャルワーク部門の役割分担(137施設、32.5%)」「社会福祉士として退院支援職員を担える人材養成(137施設、32.5%)」「退院支援看護師との役割分担(136施設、32.2%)」「連携実績(20箇所以上+年3回以上面会機会)の確保(135施設、32.0%)」「院内他職種との協働(132施設、31.3%)」「相談件数・加算算定件数の増加(129施設、30.5%)」の7点は約3分の1の施設が挙げたものだが、業務の進め方や業務量に対応した体制作りで苦心している様子うかがえる。以下、順に「看護師の人員確保(110施設、26.1%)」「退院困難のスクリーニング実施(81施設、19.2%)」「ソーシャルワーク業務についての上司の理解(69施設、16.4%)」「介護支援連携加算の算定実績(56施設、13.3%)」と続いていくが、「介護支援連携加算の算定実績」が最少なのはすでに介護支援連携加算を容易に算定できるだけの介護支援事業所との連携体制が構築されている効果とは言えないだろうか。

(4) 退院支援加算1と加算2の分岐点

①ソーシャルワーカーの人数

1施設あたりの平均人数を見ると、加算1届出施設では4.8±2.69名、加算2届出施設では3.4±2.42名であり、t検定を行ったところ、両者の間には1%水準にて統計的に有意な差を認めた。「病棟数」で比べると加算1では平均6.4病棟、加算2だと5.1病棟、また「退院患者数」では平均447.8名と280.8名であり、同様にt検定を行ったところ、いずれも加算1・2間で1%水準にて統計的に有意差を認めた。

また、この3年間での人員増減との関連を調べたところ、次ページの表1に示すように、加算1届出施設では「増員した」ところが多く、一方、加算2届出施設は「変化なし」「減少した」が多い

傾向があり、「スタッフが確保できていたか否か」が加算1届出のひとつの要因になっていたことがうかがえた。

以上の結果からは、規模の大きな病院のほうが、また、最近増員を図っていた病院のほうが加算1の届出施設となっている様子が推測される。つまり、ソーシャルワーカーの人員確保、および退院支援に従事する看護師はじめ体制を整えるうえでは、「病院の規模の大きさ」が加算1取得において有利に働いているのではないかと推測できよう。

表1 「3年間で的人员増減」と「退院支援加算1・2」のクロス表

		退院支援加算施設区分		
		加算1 算定施設	加算2 算定施設	合計
3年間での 人員増減	増員した	241	175	416
	変化なし	145	191	336
	減少した	34	46	80
	合計	420	414	784

Pearson のカイ 2 乗=20.527 p<.000

②算定状況

「算定件数」の平均は、加算1届出施設 89.5±127.39 件、加算2届出施設 31.5±77.14 件と大きな開きがあった。また、退院患者に占める算定数を見た「算定率」においても、加算1届出施設 23.4%、加算2届出施設 13.6%と約 10%もの開きがある。分散分析において、「算定件数」「算定率」とともに加算1届出施設と加算2届出施設との間には 1%水準にて統計的に有意な差を認めた。この結果からも、両者の体制の違いが算定実績にも顕著に表れているものと考えられる。

(5) 退院支援加算届出に至っていない施設の状況

今回の調査には「算定要件を満たさず届け出していない（未届施設）」病院 211 施設からも回答をいただいた。割合としては、全体の約 2 割に相当する件数であり、これらの病院の状況も見ておきたい。

ソーシャルワーカーの人数では、平均 2.8±2.27 名、最少 0 名から最多は 19 名と幅も見られた。病棟数では平均 3.2±2.60、平成 28 年 12 月の退院患者数では平均 67.6±82.45 名といずれも全体の平均を下回る数値であった。これらの結果からは、比較的規模の小さい病院、入退院の頻度が少ない機能を有する病院が多く含まれていることが推測できた。

このグループの特徴をさらに探るために、加算1・加算2届出施設と比較してみる。「未届施設」「加算1届出施設」「加算2届出施設」の3群について、「ソーシャルワーカーの人数」「病棟数」「退院患者数」において分散分析により比較した結果が次ページの表3である（参考までに、表2において各群の記述統計も示しておく）。いずれの項目においても 1%水準にて統計的に有意差を認めており、3群の間での比較が可能であることが確かめられた。そこで、等分散性の検定結果に基づくと3群の間には分散が等しいことが認められなかったため、Games-Howell の検定により多重比較を行った。その結果、表3・表4に示すとおり、3群間には統計的に有意な差異が認められた。表2で示す結果と合わせると、「未届施設」よりも「加算2届出施設」のほうが、さらに「加算2届出施設」よりも「加算1届出施設」のほうが、ソーシャルワーカー数・病棟数・退院患者数のいずれにおいても有意に多くなっていることが分かる。すなわち、加算1届出施設は、比較的規模の大きな、またソーシャルワーカーの人員体制が充実しており、ついで加算2届出施設、未届施設の順になっ

表2 「未届施設」「加算1届出施設」「加算2届出施設」の3群の記述統計

		度数	平均値	標準偏差	最小値	最大値	グループ間 変動
SWの人数	加算1算定施設	417	4.77	2.686	0	17	
	加算2算定施設	417	3.44	2.421	1	24	
	未届施設	211	2.75	2.265	0	19	
	合計	1045	3.83	2.625	0	24	
	モデル			固定効果 変量効果	2.501		
病棟数	加算1算定施設	375	6.35	4.857	1	35	
	加算2算定施設	371	5.12	4.865	1	28	
	未届施設	167	3.24	2.6	0	24	
	合計	913	5.28	4.664	0	35	
	モデル			固定効果 変量効果	4.534		
平成28年12月 退院患者数	加算1算定施設	392	447.8	470.042	0	2666	
	加算2算定施設	387	280.76	403.071	0	2269	
	未届施設	196	67.59	82.447	0	806	
	合計	975	305.07	417.4	0	2666	
	モデル			固定効果 変量効果	393.393		

表3 「未届施設」「加算1届出施設」「加算2届出施設」の3群による分散分析の結果

		平方和	自由度	平均平方	F値	有意確率
SWの人数	グループ間	678.174	2	339.087	54.232	0.000
	グループ内	6515.178	1042	6.253		
	合計	7193.352	1044			
病棟数	グループ間	1136.991	2	568.496	27.658	0.000
	グループ内	18704.634	910	20.555		
	合計	19841.625	912			
平成28年12月 退院患者数	グループ間	19267993	2	9633996.499	62.252	0.000
	グループ内	150424866.8	972	154758.093		
	合計	169692859.8	974			

ていると言えよう。このことは、加算1届出施設の特徴というよりも、相応の規模・体制が退院支援加算届出施設となるには必要であることを示唆しているのではないだろうか。そして、医療機関の経営戦略を考える上では、医療機関の努力で対応できるものなのかどうかを検討することも考慮すべきかもしれない。

表4 多重比較 (Games-Howell) の結果

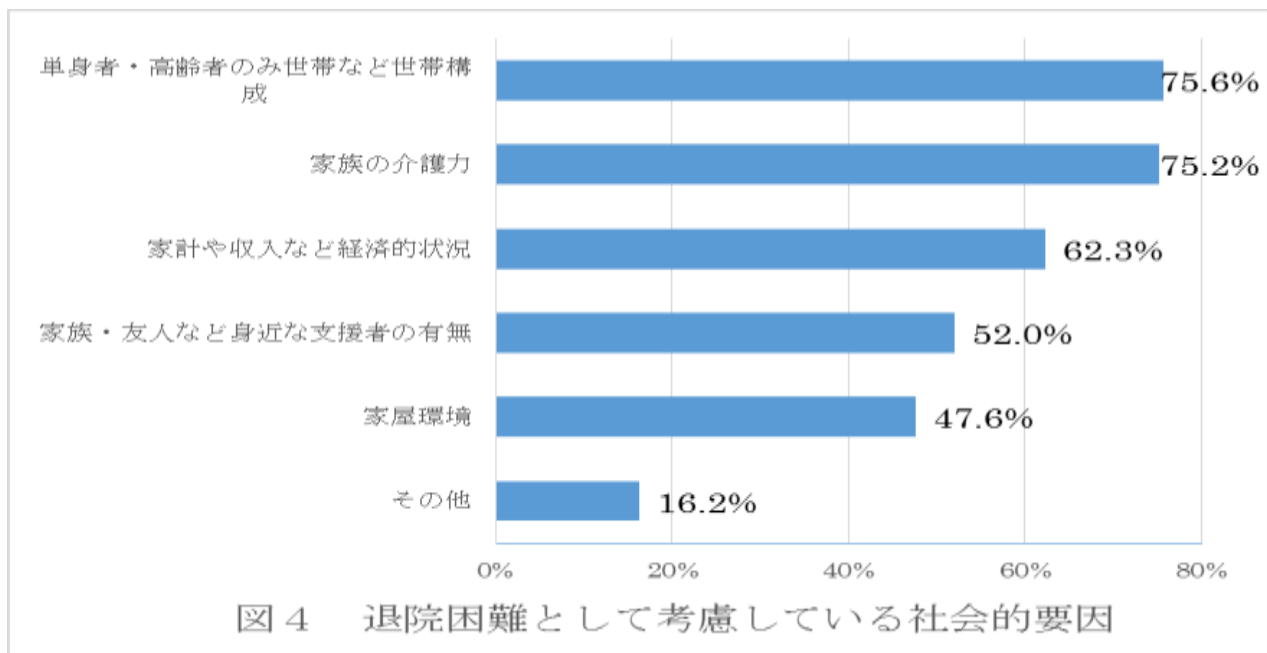
従属変数	(I) 退院支援加 算施設区分	(J) 退院支援加 算施設区分	平均値の 差 (I-J)	標準誤差	有意確率	95% 信頼区間	
						下 限	上 限
SW の人数	加算1 算定施設	加算2 算定施設	1.330*	0.177	0.000	0.910	1.750
		未届施設	2.020*	0.204	0.000	1.540	2.500
	加算2 算定施設	加算1 算定施設	-1.330*	0.177	0.000	-1.750	-0.910
		未届施設	.690*	0.196	0.001	0.230	1.150
	未届施設	加算1 算定施設	-2.020*	0.204	0.000	-2.500	-1.540
		加算2 算定施設	-.690*	0.196	0.001	-1.150	-0.230
病棟数	加算1 算定施設	加算2 算定施設	1.235*	0.356	0.002	0.400	2.070
		未届施設	3.114*	0.322	0.000	2.360	3.870
	加算2 算定施設	加算1 算定施設	-1.235*	0.356	0.002	-2.070	-0.400
		未届施設	1.879*	0.323	0.000	1.120	2.640
	未届施設	加算1 算定施設	-3.114*	0.322	0.000	-3.870	-2.360
		加算2 算定施設	-1.879*	0.323	0.000	-2.640	-1.120
平成28年12月 退院患者数	加算1 算定施設	加算2 算定施設	167.031*	31.36	0.000	93.390	240.670
		未届施設	380.209*	24.46	0.000	322.690	437.730
	加算2 算定施設	加算1 算定施設	-167.031*	31.36	0.000	-240.670	-93.390
		未届施設	213.178*	21.319	0.000	163.050	263.310
	未届施設	加算1 算定施設	-380.209*	24.46	0.000	-437.730	-322.690
		加算2 算定施設	-213.178*	21.319	0.000	-263.310	-163.050

* 平均値の差は 0.05 水準で有意

(6) 退院困難な要因における社会的要因

退院支援においては、「身元保証人問題」にも見られるように、患者の社会経済状況により退院困難に陥ることが少なくない。退院支援加算1・2では、退院困難な要因をスクリーニングすることになっているが、そこでは患者の生活背景はどれくらい考慮されているのだろうか？算定要件では具体的に示されていないので、今回、すべての施設を対象に、具体的な項目を挙げて尋ねてみた。

結果、「何らかの社会的要因を考慮している」のは全体の925施設、83.9%にのぼっている。退院支援加算算定を届出ている843施設に限ると781施設、92.7%とほとんどの退院支援加算算定施設では「何らかの社会的要因を考慮」している現実が把握できた。つまり、ソーシャルワーカーが配置されている病院では、患者の退院にあたってはソーシャルワーカーが生活背景を考慮し、そこを踏まえての支援を行っていると言えよう。見方を変えれば、患者の生活背景へのアプローチを抜きにして退院支援は成立しないとも考えられる。主だった項目は選択肢として答えてもらったが、その結果は、図4に示すとおり、介護者や住居の状況、費用負担の問題が退院困難な大きな要因とみなされていた。具体的にどのような事柄を考慮しているのか、「その他」として自由記述でも挙げてもらった。主なものを整理のうえ下記に列挙しておく。患者の個々の生活状況に即した、実に多様な要因が考慮されていることが伝わるのではないだろうか。



【退院困難として考慮しているその他の要因】

虐待や虐待疑い、ネグレクト／潜んでいた家族関係・地域の関係に課題／家族に認知症や精神疾患があり、コミュニケーションや意思決定が困難／高額な処方薬／医療依存度が低い・高い／家族の理解力／家族関係の悪化、家族と疎遠／身元引受人がない／行旅・住所不定者／無保険者／介護支援専門員等が現状把握をされないまま、もう介護保険の利用も更新も勧めず転院のみを強く推し進めようとする場合等、外部の勝手な判断で家族が立ち往生している時／脳血管疾患後、転院元が施設や病院／介護保険対象外の若年者／外国人／地理的問題（居住地・退院先が僻地や介護サービスが少ない地域等）／キーパーソンが親族以外／制度の狭間にいる人／社会的役割遂行に支援をきたす（本人が主介護者だった、病気により母・妻の役割が果たせない、復職出来ない等）／老健入所者／地域で提供可能なサービス量の少なさ／患者・家族間での方向性の不一致／市町村や地域包括支援センターなどとの連携が必要な場合／医療行為への対応における地域格差／退院後に必要な医療処置が患者・家族で行えない／透析患者の通院問題／人口変化／入院前のケアプラン見直しが必要／介護保険以外の制度が必要な場合

5 考察

(1) 退院支援加算への取り組み

今回の調査により、退院支援加算については、体制整備・算定率など病院ごとに大きな違いが見られた。算定率にもばらつきが大きく、また、算定率も約15%に止まっていたことから、費用対効果の観点から算定要件をクリアすることよりも、退院支援加算を算定しないほうが得策との判断が働いているのではないだろうか。サンプル数が充分ではなく、データも揃っていないものの、各施設の平均在院日数なども勘案すれば、退院支援加算の算定要件に拠らずとも適切な入退院が図られている可能性も考えられる。

その一つの要素として、人員の確保が挙げられる。加算1と加算2の施設とを比較した結果からは、やはり「規模の大きな病院」「増員を実現していた病院」のほうが加算1を取得している比率が

有意に高かった。加算1では病棟配置の退院支援職員が専任で必要なため、人員確保は大きな課題のひとつである。ここをクリアするには、人員が確保できるだけでなく、人員配置が可能なだけの全体の体制が整っている必要がある。現状、人員体制の確保については、大病院のほうが有利だったのかもしれない。

(2) 退院支援加算にかかる評価

以上のような状況にあって、加算1・2に関わらず、ソーシャルワーカーは社会生活上の様々な課題を抱えながら入院生活を送っている患者・家族に対し、退院支援の過程で、社会生活上の課題解決も図りながら退院後に適切な療養環境を構築できるよう関わっていることが推測された。言い換えると、ソーシャルワーカーは社会生活上の課題解決なくしては病院を退院できない患者・家族を支援し、地域での生活につなげていることがうかがえる。これは、日常業務を振り返れば容易に同意できるものあり、特に高齢化の進展により、高齢者のみから成る世帯、子供たちが就職・結婚を機に遠方で暮らすようになり支援者たる家族が身近にいない高齢者、認知症などにより適切な意思決定や判断に困難を有する高齢者は年々増えている。また、生活にゆとりを持てるだけの年金を受給している高齢者は多くない。このような状況で、退院後の生活に向けて支援を行おうとすれば、相談支援のための面接において、また支援の過程においてさまざまな困難に直面するであろう。そのことの表れが、「退院困難な要因」として多数の社会的要因が挙げられた結果である。

しかし、一方では、入院期間短縮の流れもあり、ソーシャルワーカーは早期退院と患者の抱える生活課題の解決との狭間で苦闘していることも伝わってくる。特に、加算1算定施設においては「相談件数の増加」も見られ、より適切な退院支援を行うためには、診療報酬において相談体制や別の評価指標に沿った診療報酬での評価により、適切な退院支援体制を構築に繋げることが望まれるのではないかと。「加算1継続のため取り組んでいること・工夫していること(資料1)」を自由記述で尋ねてみたところ、ここにつながる取り組みを数多く記載していただいた。それぞれの知恵と工夫の詳細をソーシャルワーカーで広く共有し、加算1算定施設にとどまらず、保健医療機関でのソーシャルワークに活用していくことも課題として指摘しておきたい。

(3) 退院支援加算1によるソーシャルワークへの影響

退院支援加算1では、算定要件に院内・院外問わず多職種連携が展開されていることを設けている。そのため、定期的な病棟でのカンファレンス・地域の医療・介護施設との情報交換を行う必要があり、それが「加算1の効果」の回答にも反映されていた。一方で、定期的なカンファレンス開催は「加算1継続で苦勞する点」としても半数の施設が挙げており、また、適切な労働環境の確保に苦勞しているところから、時間的な拘束・労働時間の増加によるソーシャルワーカーの業務負担が増加していることもうかがえた。週1回カンファレンス開催としても、複数の病棟を担当する退院支援職員だと担当分の病棟カンファレンスに出席しなければならず、カンファレンス開催時間は必ず勤務しなければならない。必然的に、労働時間の一部を割かねばならず、また、開催日以外に休みを取ることになる。さらに、「入院7日以内」に患者もしくは家族とコンタクトを取ろうとしても、週休2日ベースの勤務だと残る5日で行わなければならず、また相応の記録も記載していくとなると、日々の業務の密度も濃くなり、時間外労働により補わなければ要件をクリアすることも困難なのではないだろうか。

個々の具体的な状況は、加算1にまつわる自由記述項目「退院支援加算のあり方(資料2)」にて具体的に記載されているので、ぜひ各地から寄せられた現場の声を熟読いただきたいと思う。大変

さを抱えながらも、「何とか適切な支援を」と奮闘する様子がいくつも綴られており、その努力には頭が下がる思いである。こうした現場の努力を協会としてどのように支えていけば良いか、寄せられた現場の声にどう応えていくかを考えた時、医療におけるメゾ＝マクロレベルでのソーシャルワークが課題になっていることを痛感する。

6 おわりに

今回、27 協会の協力により現場の声と合わせて退院支援加算をめぐる動向を把握することができた。様々な制約の中で、なんとかソーシャルワークを展開しようという苦労・努力を伺い知ることができたのは本調査の大きな成果であろう。一方で、47 都道府県のうち 27 の協会が参加したに止まった点は、「全国調査」と胸を張れる結果ではないのも正直なところであり、本調査の限界でもある。また、加算 1 算定施設に焦点づけた結果、それ以外の医療機関の実状を把握できていないところもある。すべての医療機関が加算 1 算定施設になるはずもなく、加算 1 算定施設以外で行われている退院支援がいかなるものなのかも無視して良いことではない。今後、実状を把握するためにはより精緻な調査を行うべきであろう。

しかし、限定的であっても、このような診療報酬制度について、多数の地域での状況を集めてここまで紹介してきたデータを得ることができたのは、医療ソーシャルワークの歴史上始めての成果であるのは間違いない。この成果を還元することで、次回はもっと多くの協会が調査に参加してもらえるようになることを願いたい。ちなみに、会長会の構成団体のひとつである日本医療社会福祉協会では、本調査をもとに厚生労働省への診療報酬改定にかかる要望書作成にあたり、退院支援に含まれている「生活支援」の要素を打ち出せるようにと「退院支援加算」の名称変更の要望へと反映させている（詳細は日本協会HP参照 <http://www.jaswhs.or.jp/report/sw20170601.php>)。今後の診療報酬改定の議論、また平成 30 年度改定の内容にはぜひ注目していただきたい。

もちろん、調査結果、そして現場の声が集まったからといって、仕組みがすぐ変わるわけではない。そのギャップの存在を受け入れ、かつ、どうすればよりよい仕組みが作れるのかを見極め、継続的に必要な作業を続けていくことが自分たちの課題であろう。今回の調査をそのためのきっかけにするとともに、各地のソーシャルワーカーにも今後の協力をお願いして報告を終えることとする。

〔資料 1：加算 1 継続のため取り組んでいること・工夫されていること〕

病院として退院支援システムの検討と見直し。記録、統計等、業務の効率化の検討と改善／退院支援加算を算定する部署（連携室）と困難世帯等の福祉相談重視の退院支援を担当する部署（福祉相談室）を完全に分離し、コミュニケーションを取りながら役割分担をしています。スムーズな役割分担となっています。／年 3 回の面会ができるよう、また相手先の病院の状況把握のため、以前に比べて外出して見学に行くことが多くなりました／院内での他職種間連携をしっかりと行っています。（カンファレンスもそうですが、早めの情報共有や患者さんについて相談しやすい環境など）／退院支援のしくみを、加算をとることで、看護師（部）に定着、浸透させることができた。退院支援部門に看護師が配属されケース分担をしている。お互いのコミュニケーションが重要で、部署を統一することになった。（地域連携、患者サポートセンター）同部署ではあるが、医療福祉相談室に室長を置き、機能を独立させるよ

う努めている。／連携実績の確保も兼ねて、基幹病院との定期的なカンファレンスを実施している／入院時のアナムネ聴取に声かけをソーシャルワーカーにしてもらい二重にして話を聞かないよう初回面接を行っています／介護支援専門員や施設との連絡調整などはできるだけ病棟看護師に対応してもらおうようにしている(ソーシャルワーカーがすべてのケースで介入していくことは時間的にも、マンパワー的にも困難なため)／入院前にご家族と面談を行い、退院困難になる要因を聞き取りしている。その内容については、院内スタッフにも共有できるようにしている。／看護部と定期的にミーティングを設け、退院支援システム構築について話し合いを行った。また、現在も退院支援看護師と週1回ミーティングを設け、改善点の話し合いを行っている。／定期カンファレンスにおいて、主治医の病棟回診時に他職種(看護師、リハ、栄養、ソーシャルワーカー)も参加し、患者様のベッドサイドで現状の情報共有、今後の方針について話し合いを行っている。転院の方の受け入れ時にはなるべくご家族と面談している。／産休育休中のスタッフがいたため、1月1日時点では算定実績が非常に少ないですが、復帰後はスクリーニングを実施する役割を決めたことで算定件数の増加につながった。ソーシャルワーカーの定期ミーティングを密にすることで、連携機関との面会実績などの把握をし、漏れなく運用している。／看護師によるスクリーニングの実施、ソーシャルワーカーによるカンファレンスの調整、必要な支援の実行が一連の流れとなるようシステム作りをおこなっている／毎朝、退院支援担当でミニカンファレンスを実施し、情報共有している／時代の流れ(診療報酬 etc)に合う業務の流れと意識づけ／担当病棟の固定化、各科定期カンファレンスへの参加、院内他職種との情報共有／退院支援看護師との連携強化。入院時に対応したソーシャルワーカーが担当ソーシャルワーカーとなり、退院までを一連の流れで支援する。／院内で入退院のフロー図を作っており、その図の流れに沿って入院から退院までの支援を行っています。入院が決まれば早い段階でソーシャルワーカーを呼んでもらい、初期面談につながるようにしています。／入院時より早期介入に心がけており、患者様、ご家族様と早い時期より退院支援に関わるようにしている。／まだ退院支援の各職種との連携が(特に看護師)課題であり、その調整を模索中／毎朝新規入院患者リストを作成し、ラウンド／病棟やリハビリとの連携を密に行っている／退院支援委員会を設置し各部門の担当者が一緒に検討している／業務の効率化を図り負担を軽減する。スーパーバイズの実施／加算ありきではなく丁寧な相談支援、退院支援を行った結果加算が算定できるといい。加算の前に地域医療体制の充実がないと退院させられない／介入手順の見直し、介入タイミングの早期化／加算要件を満たすため病棟看護師の協力を仰いでいる／算定状況を各部署にアナウンスしている。受け入れを増やすため地域に向けた勉強会を実施している。／病棟看護師と連携を強化している／前方支援はソーシャルワーカー、後方支援は看護師が担うようにした／社会福祉士の確保が困難／院内・院外ともに連携を大切にしている／退院支援の質向上を図るため各セッション、各職種に、その核となるべきリーダー育成チームを構成している。そのチーム内で退院支援についての啓発や業務の効率化について検討し加算算定の継続に寄与している／加算1の算定予定はありませんが、後方施設や開業医との懇親会を定期的に開催しています／病棟ごとに主となる疾患も違い、同じようにカンファレンスなどが取り組めない。病棟によって算定しやすいところとそうでないところがでてくる。算定している病棟ではほぼ毎日15分程度看護師、ソーシャルワーカーでカンファレンス実施／スクリーニングは病棟看護師に行ってもらい、退院を入院時から意識してもらっています。スクリーニングでは問題なくても、少しでも退院に不安があればソーシャルワーカー(病棟担当)に話をしてもらっています。ソーシャルワーカーが各病棟にほぼいるため、連携が取りやすくなったように思います。／入退院センターを強化(人員増員)し、入院時のス

クリーニング実施を徹底している／看護部門との連携／部門ミーティングの開催／入院7日以内の面談のため看護師により家族との面談の記録をしている。週2回の退院支援カンファレンスを多職種で行っている／看護師主導で病棟配置しているため、病棟看護部門との連携はスムーズである。入院時病棟スタッフによるスクリーニングの実施→主治医からの退院調整依頼。／部門専従看護師とのコミュニケーション。各病棟担当ソーシャルワーカーの介入の必要性についてのスクリーニング。／「7日以内の関係職種との連携」について、曜日を決めて病棟とカンファレンス実施。祝日にあたる場合は前後日に移動して対応している。毎日病棟担当者が病棟看護師とスクリーニングし記録に残している。／病棟にいるリンク看護師と協力し、なかなか面会に来院されない家族が来院された際に Call をもらうようにしている。／退院支援委員会で事例検討し、他職種との協働、地域特性の理解を深めている。／フォローアップにつき退院支援部門ができることを検討中／入院患者全ケース全介入。退院支援部門専従者が算定数の集計を行っている。専任ソーシャルワーカーが毎日退院患者の把握を行い、3日に1日カンファレンスを行っている。医事課、看護部、総務課と退院支援の現状、協力しあえることについて定期的に協議を行っている。／カンファレンスの参加、質の向上のためカンファレンスシートの修正、他部署、他職種との密なコミュニケーションを意識的に行っている。／病棟の退院支援に関するカンファレンスと記録の充実／退院支援加算1に関わらず加算によって増える業務は、なるべく効率的にし、診療報酬の改定があっても、同質の退院支援ができる仕組みをつくること／自宅退院が増えてきている（療養型）／入院決定時から働きかけを行っている／入院時に面接を実施／算定漏れなどの要因の確認と改善／病棟に退院支援看護師を配置／診療報酬の算定の為の要件となる各項目を効率よくこなせるように、カルテ記録時にはテンプレートを活用するなどして工夫している／当院は大規模ケアミックス病院にて、患者様の病棟間移動が頻回に行われ、病棟スタッフとソーシャルワーカーとの情報共有機会が不足していました。昨年10月より退院支援加算を算定することで、社会的要因に関わる情報と治療に関わる情報をお互いに交換する機会が増えました。そのメリットを引き続き広げていきます。／施設基準に沿うように体制（書類等）を整えている。退院調整加算の時と基本的には変わらない。／患者への退院支援、地域や関係機関との交流や連携／毎朝、病棟でのカンファレンス（夜勤→日勤への申し送り）に参加し情報収集。週1回病棟ごとに師長、リーダー看護師、ソーシャルワーカー、リハビリなど参加して退院支援カンファレンス実施。／病院内に退院調整委員会を作り各病棟長と話し合い対応している／各病棟・リハスタッフ・医師とのカンファレンスの定着を図るため、院内で啓発活動をしている（退院支援はソーシャルワーカーだけがするものではなく病院全体で取り組むこと！！と伝えている）／社会福祉士取得者の確保のため、系列グループ内でソーシャルワーカーの異動を依頼した。入院1週間以内の退院支援カンファレンスを行う為に、看護部と頻回のミーティングを行い、実施後も評価のミーティングを行っている。／迅速な介入（情報収集～インテーク～アセスメント）／病棟看護師、退院調整看護師と連携し、役割分担をしながら算定数増加に向けて取り組んでいる。退院支援職員以外のソーシャルワーカーも、それぞれの病棟で担当の中心となる人物を決め、その病棟の患者の把握をするよう努めている。そうすることで連携がはかりやすく退院困難要因を抱えた患者に早期アプローチできる。／ソーシャルワーカーと退院支援部門看護師との連携・協働／カンファレンスをできるだけ7日以内に予定。関係機関と面会会議を確保できるように会議へ参加。医師と家族との面談時に関係者の参加も声かけ。退院支援加算の要件をみたせるようなテンプレートを利用し、カルテ記載が効率的にできるようにする。／毎朝のスクリーニングチェックのカンファレンス実施／7日以内のカンファレンスの他に、定期的な病棟カンファレンスを

実施している／スクリーニングシートの内容の見直し、更新／7日以内にソーシャルワーカー部門の本人、家族面談が実現できるよう取り組んでいる／人員の確保。とれているということのアピール。年々UP。する点数獲得のための目標設定／退院支援にかかわっている人が各部門でわかるよう、院内LANでの共有／院内シートの作成／ソーシャルワーカーの役割分担（病棟担当が少ないソーシャルワーカーに困難事例を担当してもらおう等）／介護支援専門員来院時に専用の面会簿を作成、病棟スタッフの意識付け／こまめなカンファレンスの開催／病院全体として取り組んでいる（看護部の協力と理解を得る努力をしている）／退院調整看護師（病棟の）の教育・支援を行っている／定期カンファレンスは各病棟2/週、曜日と時間を決めて行っている。退院支援連絡委員会があり、各病棟より看護師の参加と退院支援看護師・ソーシャルワーカーも全員委員となり、院内全体で退院支援に取り組んでいる。毎月1回あり、各病棟の加算の件数報告なども行っている。また、1/月退院支援部門のミーティングを行い、意見交換を行っている。退院支援看護師を中心にソーシャルワーカーや医事課に算定漏れがないか等毎月振り返り確認している。／医局カンファレンスに参加し毎日スクリーニングを実施／まず3日以内に支援が必要である患者を病棟看護師が抽出しソーシャルワーカーにて状態確認を行っている／算定漏れ関わり漏れの内容にしている／関係医療機関・介護保険関係との面会を積極的に行う／7日以内のカンファレンスの実施がすべての患者には行っておらず（人員不足のため）、実際には退院支援をしているのに加算が取れないことがあります。今後の課題として3日以内のスクリーニングと7日以内のカンファレンスをルーティン業務に取り組む方法を検討していく予定です。／退院支援に関する新たなマニュアルの作成／連携実績のために地域連携室内全ソーシャルワーカーが担当分けし、他機関への訪問を行っている／カンファレンスの議事録や面会簿の作成ができるよう病棟専任ソーシャルワーカーが管理／専従ソーシャルワーカーもチェック漏れないように工夫している／毎日入院一覧表にてカンファレンスができていない患者をチェックする／これまでの活動が評価された結果であるため、引き続き継続することで加算1を継続できるのでは、と考えています／スクリーニングの実施、結果について、電子カルテのシステムの中に取り入れている／毎朝前日入院の方のスクリーニングのため、退院支援看護師、ソーシャルワーカーと共に病棟ラウンドを行い、その場で病棟配属看護師と打ち合わせを行っています／週2で開催している各カンファレンス。各病棟で退院支援リンク看護師育成を検討している／入院時から、1人1人の患者さんを看護師がチェックできる体制づくりと、ソーシャルワーカー間の情報共有に努めています／H29年1月1日付で始めたばかりのため、取り組み方法についても模索中です／ソーシャルワーカーの人員を減らさない。ソーシャルワーカーの質の担保・向上。／退院困難要因の抽出、計画書作成、署名などの漏れがないようにするため、部門内でチェック体制を整え、業務にあたっている／退院支援委員会で退院支援加算要件を満たす、継続できるよう対策の検討、周知をしている／他病院・他機関との面会機会確保のため計画を立てたり調整を行っている。スクリーニング、面接や退院支援計画など、職種に関わらず理解し認識する。／介護支援連携加算は看護師と話し合い病棟看護師とセラピストを中心に算定。ソーシャルワーカーは相談業務を中心に働くようにしている。／退院支援加算1の算定要件を病棟に適宜アナウンスしまわっている（3日以内の抽出及び7日以内のカンファレンスは病棟の協力が必須であるため）／今後ソーシャルワーカーの人数減となることから他の届出との兼務ができないため人員確保に苦労している／在宅支援に向け病棟スタッフ看護介護の意識向上ができるよう短時間でカンファレンスを開催している。病棟介護も家屋調査へ参加してもらい病棟内でも取り組みができるよう工夫している。／病棟看護の積極的な介入が必要なため退院支援に積極的に取り組んでもらうようまずは声掛けをす

る。アセスメントをしっかりとしてもらいカンファレンスに臨んでもらう。／以前から退院調整加算1を算定してきたので下地はある／一日休むだけで多大な業務量と負担が発生するため、なかなか休まないという工夫！？／退院支援加算1については、看護部が中心で展開している。看護がスクリーニング・計画書作成に特化している。／各病棟が週2回カンファレンス開催を行っている。参加人数確保のため、ソーシャルワーカー・看護師が時間を作り、担当が休みの時は代理をたてるようにしている。／病棟、退院調整看護師、ソーシャルワーカーが共通の考え方をもって、協働して取り組む／退院支援看護チームを発足し、各病棟にリンクナースを配置／地域の開業医へ医師と週1～3回営業活動を開始／定期的に多職種（院内・院外）で集まり、グループ討議や事例検討など行っている。／ソーシャルワーカー部門で担っていた退院支援を、加算届出を機会に看護部の継続看護委員会で取得フロー・プロセスを検討してもらい、組織的に多職種が関われるように取り組んでいる。／法人として考えており、新入職者の確保など積極的に増員を進めた／加算1を早期に取り組むためにソーシャルワーカー部門単独で患者・家族に計画書の説明をしています。他の部門との連携はカンファレンス時に報告ができるように只今模索中です。／スクリーニングからカンファレンスまでのシステム作りをしっかりとすること／毎日病棟ラウンドを行い、病棟看護師に退院支援の必要性や具体的な介護支援専門員等との連携方法の伝授／カンファレンス時間を決め、各病棟へソーシャルワーカー・退院支援看護師が参加している。カンファレンス記録や参加者名のチェック、計画書の内容など再度漏れないかソーシャルワーカーで確認している。／患者・家族との面談（7日以内）をクリアするのがしんどい。油断するとあっという間に7日過ぎてしまう。わざわざ電話して来てもらうほどのこともないので、置手紙をおいている（来たならソーシャルワーカー呼んでと）。／院内に退院支援ワーキングチームを立ち上げ、ソーシャルワーカー、退院支援看護師、病棟看護師とで情報共有や退院支援の流れを決めるなど話し合っている／退院調整看護との共同カンファレンスなど情報が偏らないよう配慮している／ソーシャルワーカーだけでは限界があるため、病棟看護師に協力をお願いしている／救急入院時に病棟より相談室へ連絡が入り、ワーカーが家族と面接することにしています／できるだけ新たな事務作業や業務負担を増やさないように元々利用していたシステムやツールを活用するようにしている／病棟専任1名の他、不在時でも対応できるよう副担当者を1名配置し、2名体制をとっている／地域医療連携室の職員と社会福祉士部門専従と一緒に連携機関に計画的に訪問している／入院時に病棟看護師よりスクリーニングを行ってもらい、カンファレンス内容は病棟で記載してもらいなど、病棟看護師からも協力してもらっています／現状だとだいたい患者が対象になり、件数が多くカンファレンスが大変なため、スクリーニングでチェックがついても、問題ないケースはあえて対象外にしている場合もあります…／退院調整看護師と社会福祉士で毎日病棟にラウンドに行き病棟看護師とスクリーニングシートを元にカンファレンスをしています／退院支援専従の看護師を中心に各病棟に配置された退院支援看護師と月1回会議を持ち退院支援の充実向上に努めている／電子カルテへの記録の標準化、単純化。病棟とのカンファレンス、院外関係者とのカンファレンス設定の効率化。一面談にゆっくり時間が割けない悩み。／院内退院調整委員会の組織強化を図り、医事担当事務・病棟看護師・社会福祉士が協力し、入院時スクリーニング、アセスメント、面談、退院支援カンファレンスを体系的に行えるようにしている。電子カルテ内にシートを作成し、名簿管理し、進行状況が誰でも確認できるようにしている。／他職種（看護師、リハスタッフ）と連携してスクリーニング、カンファレンスを実施している。社会福祉士の病棟配置、病棟内での主治医別担当制による業務分担。／看護師による入院時の生活、身体状況全般の聞き取り。看護師・ソーシャルワーカーによる退院支援ラウンド（回診）

の実施。／チェックリスト確認－病棟看護師、家族との面談で現状把握アセスメントしている。現場に足を運ぶ、ベッドコントロール会議に参加し、病棟師長、ソーシャルワーカー、退院支援看護師、情報交換を密に行うようにしている。／院外事業所が来院された時には、個別の患者さんのカンファ以外に連携についての話しを行い、年3回の面会としていくこと。／栄養士、薬剤師、リハビリ、看護師、ソーシャルワーカーがそれぞれの専門課題を挙げ、それぞれ計画書に記載して自分達のやる事を明確に文章にして患者さん家族へ説明している／入院時のスクリーニングの徹底を呼びかけている／書類が多くなっていますので、簡略化できる書類は簡略化するとともに算定要件が満たされる様書式の変更を行っています／計画書の立ち上げをソーシャルワーカーがするだけでなく、病棟看護師も担当することで、入院時カンファレンスの実施を意識づけ、算定要件の成立漏れがないようにしている／病棟担当制を実施し、入院後はすぐに家族面談を行うようにしている／ソーシャルワーカー部門の独立に向けての組織づくり／退院支援カンファレンスとして、専従社会福祉士、専従退院支援看護師、病棟の退院支援職員が毎日決まった時間に病棟のラウンドを行っている。情報共有やソーシャルワーカー介入ケースの早期の発見にも役立っている。／退院支援カンファレンスの充実、退院支援看護師との連携強化／各病棟リンクナースの知識向上と支援員との連携／各病棟で毎日退院支援カンファレンスを実施するようになり、前日入院者のアセスメントを行う仕組みを作った／看護部と相談し、算定件数を増やすために協働しています／日報に連携先がピックアップできるようにしている。毎朝のミーティングで算定の声掛け／入院時からの介護支援専門員との連携／ミーティングを朝夕強化し情報共有に勤めている／多職種・特に看護・介護部との連携／継続させるための取り組み・工夫に当てはまるか分からないが、昨年までの退院調整加算（現在の退院支援加算2）と現在算定している退院支援加算1の実績や業務量・患者満足度等を考慮し比較・評価等を行い今後の算定について一度議論する方向で検討中。／カンファレンスに参加できない場合のソーシャルワーカー同士のフォロー、情報共有のためのコミュニケーションが増えました／多職種カンファレンスの継続。連携実績の記録／定期訪問の年間計画を建て、面会で確認したい内容について院内で集約したうえで訪問に行っている／関連機関・連携先とのこまめな面談と記録／カンファレンス開催に関して、出来るだけプライマリー看護師が出席できるよう日程調整している／月1回連携室で算定実績を報告し、できなかった理由を分析／月1回ソーシャルワーカーと病棟の退院支援看護師で会議を実施し現状把握、対策、事例検討を行う／退院支援加算専用の共有入力画面の作成／人材養成を目的に週2回、ソーシャルワーカー内で事例検討を実施／介護支援連携加算実績を得る為、週1回ソーシャルワーカー内で介護支援に関する事例検討を実施／フローチャートを作成し共有している／計画書の説明の際は、ソーシャルワーカーと看護師同席で実施／電子カルテ内へ文書の導入し情報を共有させる／入院初日に患者や家族と面談の場を設けている（夜間入院は翌日）／マニュアルの作成／入院初日に患者家族と面談を実施／加算について院内で理解を図る為に勉強会実施／退院までに必要な指導や書類関係に関するチェックリストを作成／電子カルテに書式をとりこんだ。着手した時点で付箋を付けわかりやすいようにした。入院時に本人・家族と面談し計画作成の着手を行うようにしている。／各自の支援能力を向上させるための研修参加、学習の継続が望まれる。業務の中でやりがいがあるサポート。／入院時カンファレンスの実施、コストの取りもれがないよう確認／退院調整加算の条件において、入院してから短期間で判断し介入が必要であったため、院内でのシステムを構築した。入院時の病棟の業務にスクリーニングを行い、早期に対象者を把握し（2回/Wのカンファレンス）介入できるようにした。／インテーク面接の充実、ソーシャルワーカー部門での勉強会・情報共有／退院支援を行うにあたり、

患者サポートセンターとして立ちあげ、部会を定期開催とした。電子カルテ上でのスクリーニングアセスメントの継続評価とデータ等の繁栄のシステムを改訂中。／当院では退院支援加算について算定要件を満たせないため、届出が出来ていない状況です（H29.1月時点）／病棟担当制ではあるが、困難ケースなどは部門内でのカンファレンスにて情報共有しフォロー体制を整備／定期カンファレンスは週2回、曜日を月・木に決めて開催している／入院初日にソーシャルワーカーの自己紹介と相談室の案内を行い、できるだけ早期にアセスメントを行うようにしている／頻回なチームカンファレンスの開催／病棟へ情報収集に赴き、退院支援介入が必要と思われる患者情報を早期に得るようにしている／週1回30分程度のミーティング実施し他病棟を知る。普段からケースについて相談しあう。／入院翌日に病棟スタッフと情報共有実施し、その後も定期カンファ実施。介護連携の実績は一覧表作成している。／病棟にて退院支援カンファレンスを毎日実施し、その中で退院困難患者を共有している／病棟に退院支援コアナースを配置。ソーシャルワーカー部門では経験年数によりもれがでないよう、チェックリスト作成。／継続させるための工夫と言うより加算1を取るための責務をこなしているのが実情／スクリーニング、計画、カンファレンス等に関わる書式について電子カルテ上で連動することにより、退院支援介入患者についての情報をわかりやすくする。／入院初日、看護師によるアナムネ聴取後、スクリーニングの対象となる患者に対し初回面接を実施すること。入院患者の情報を院内で共有すること。／ソーシャルワーカーの体制確保／カンファレンスの定期化と個別カンファレンスの実施／看護師体制が厳しい中で経験年数の少ないソーシャルワーカーの負担にならないように／7日以内の面接で抽出した患者を週2回のカンファレンスで取り上げることで抜けてしまうことを防ぎ、祝日等の開催できない場面を想定して対応している／ソーシャルワーカーが共有できるパソコンのフォルダを用いて医療機関の面会した実績を更新、共有できる仕組みとしている／退院支援部門でミーティングを行い、困難事例等スムーズに行かないケースは皆で共有して問題解決にあたっている。退院支援部門に任せっきりの調整は支援者にかかる負担が大きくなるため病棟看護師らにも支援の一部を担ってもらえるよう働きかけをしている。／7日以内のカンファレンスをチームによるラウンド式にして効率化を図っている／病棟看護師とも連携し、看護師からも介護支援専門員へ連絡を入れるように取り組んでいる／共同カンファレンスの日程調整やカンファレンス用紙の準備等をソーシャルワーカーが行っており、看護師の業務負担を図っている。退院支援計画書の項目をチェック方式にすることで記入しやすい様になっている。／定期カンファレンスと病棟配置退院支援職員として、対象患者の治療経過、退院に向けての状態把握に努めています／増員が望まれる／支援業務のフローとマニュアルをまとめた／定期カンファレンス実施について、該当者についてはモレのないよう病棟・ソーシャルワーカーにてダブルチェックしている。（新規入院にういては1W以内のカンファレンスを徹底するため）／初回カンファレンス時の記録については別紙作成し、ソーシャルワーカーがカンファレンス時記載している。（看護師の業務を軽減するため）／退院支援職員業務をソーシャルワーカーが担当するため、退院支援職員業務の明確化と現業務のスリム化に取り組んでいる／退院、在宅療養をすすめるためには病院だけでなく、地域そのものをみなおす必要があると思います。老健や特養にも積極的な病院からの入所が必要だと思ふし、そのための体制整備（加算や看護師の配置等）を考えてはどうでしょう。また看多機なども増えてほしいと思ふ。そうすれば、加算などなくてもおのずと在宅に帰れると思ふ。各地域で医療と福祉を総合的に考える職種、業職を超えたつながりや横のネットワークで社会への働き方をすすめていければ良いと思ふ。／多職種との連携、協力体制／退院支援に関わるカンファレンスで看護師と退院支援職員の役割分担をある程度行い、負担過多にならない

ようにしている／定期カンファレンスが行われるように各病棟配置の退院支援パスとの勤務が合うよう病棟師長と相談している／人員確保が切実な問題です／カンファレンス実施の日程調整を病棟と確実に行うようにしている。(部門)／カンファレンス前の情報収集を十分に行いカンファレンスが中味のあるものになるよう準備している(病棟、部門共に)／担当職員の勤務スケジュールにあわせて定期カンファレンスの日時を動かしている。看護部の全面協力による専任看護師の配置。／定期的な会議／退院支援職員の病棟日誌を作成／入院早期の時点で看護師と社会福祉士が合同でカンファレンスを行うことで、医療面・生活面をふまえ、課題の整理、方針の統一ができ、より退院後の生活を意識した支援が行えるようになったため、今後も継続していきたい／ソーシャルワーカーによる退院支援作業部会を発足し、退院支援システムの構築を平成27年より開始。多職種に対して運用上の理解・周知は図られているため。退院支援加算1をシステム化(+マニュアル作成)するには大きな苦労もなく、協力が得られている。／定期カンファレンスの実施については、固定の日時を決め実施している。カンファレンス実施後の同日入院者が出た場合は、ソーシャルワーカー発信にて臨時のカンファレンス日程調整を行い実施している。／カンファレンスに社会福祉士を2名参加させ、休んだ時に互いにカバーできるようにしている／定期カンファレンスが祝日にあたる場合は前後の日で調整して開催している／増員要求。退院支援に関わる支援スキルアップ教育。／入院時からソーシャルワーカー・看護師が介入している／介護支援専門員ジャー、施設関係者の受付をソーシャルワーカー部門に設け連携を取りやすくした／看護部の退院支援委員会にソーシャルワーカーが参加し各病棟のリンクナースと協働している／退院支援パスの作成および運用／1病棟2人ではなく、2病棟2人の退院支援職員の配置／他職種(特に看護師)に「業務が加算算定につながっている」ことを伝えることで他職種の退院支援に取り組むモチベーションの維持につながっている／業務多忙や年末年始などの長期休暇でカンファレンス開催できない時は、無理に行わない／面接をして本当に退院困難なのか抽出して必要な患者に必要な支援が必要な時間と量を行えるべき。家族知人など支援者がいない場合や経済的な問題がある場合には必要な支援に時間が必要なケースもあります。／退院支援加算1の20か所と年3回の連携について評価されるのはよいですが、会うだけではなくて、実際に連携先にソーシャルワーカーも出かけて見学し対象者にあった退院先の選定に活かしていこうという行動も重要だと考えます／入院説明時にスクリーニングを実施。入院時に再確認を行う／緊急入院患者へ病棟担当のソーシャルワーカーが入院時に入院説明・スクリーニング・面談実施／スクリーニング・面談実施に漏れないように、入院決定時点で各担当ソーシャルワーカーへの連絡を院内全体で徹底している／介護支援専門員との連携を早期の段階から密に行うように心がけている／近隣連携事業所との会合に積極的に参加し、又会合を開催している／退院支援加算1の要件をこなせる人材の育成。1病棟2名の専任体制とし、漏れが出ないような体制としている／エクセルで患者の進捗を管理できるようなシートを作成し活用。スクリーニングや面談に漏れないように管理している。／当院では毎日病棟ごとにカンファレンスを行っていること(関係部署)これには入院時カンファ、退院前カンファ(家族同席)も含む／フローチャートの作成、病棟への周知、実績の全スタッフへの周知／当院連携室は二人体制(ソーシャルワーカー1、看護師1)なので業務内容が多岐にわたり、人員確保に苦慮している。今後増員も検討ではある。／外来病棟看護師へスクリーニングの協力、独自のシート活用。退院支援加算取得のためだけでなく、分析ツールの材料としても活用している。／定期的に関係機関を訪問し、面会の機会を作っている。毎日の回診に同行し退院に関する情報をチームで共有している。／週一回の異職種とのカンファレンス、定期的な他機関への訪問、初回・中間カンファレンスの実施／経過を見ているところ

です／特にありません。毎日必死のパッチです。

〔資料 2：退院支援加算のあり方〕

カンファレンスの実施に迫られ、院内の相談員とのコミュニケーションが薄くなっているため、工夫して時間をつくり相談業務全体の底上げをしていきたい／ソーシャルワーカーの人数確保に苦労している。給与の問題、しんどい仕事との認識されている。給与が必要／施設基準が50床に社会福祉士ひとりとかになればよい／退院支援1では①支援の中身が形骸化する、②クライアントへの継続した支援が病棟担当制によって阻害される、③初任者の育成に課題が生じる。そのため、実践力の低下を招く。病棟専任という配置基準ではなく何床に対してが望ましい。そのためにはエビデンスづくりや厚労省に対する働きかけが必要。／世の中の人々の意識に迫りついておらず医療機関が悪者になるような支援というものはいったい誰の利益を生むのであろう／病棟単位でない職員配置の基準が望ましい。退院支援は担当者のみがするものではなく、目標は退院や行き先が決まることではないので、認識や名称の変更が望まれる。／病状説明や今後の医療管理の必要性についてのチームとしての評価が適切になされず、早期の相談支援者への介入にのみつながっているように思います。チーム医療の評価と患者への説明が評価される算定要件となれば、内容が充実していく気がします。／病棟配置要件をなくす一支援が病棟ごととなり、地域の病院では、繰り返す入院など支援の継続性が必要であるにもかかわらず保てない。地域包括ケア病棟には必置、常勤換算1など。／当院の場合、退院支援加算の導入前からカンファレンス、面談を定期的実施しており、他職種ともよく連携をとっていたので、今回はそのシステムに退院支援加算をあてはめただけですので、大きく変化はありません。／面接時間(入院7日以内)は患者のニーズに合わない面接になることがある。時期の設定は必要ないです。／看護部門、リハビリ部門等、ソーシャルワーカー以外の部門からの積極的な関わりを期待したい。／当院は、病院の特性上この加算のためにソーシャルワーカーを増員することはできませんし、看護師も配置できません。近隣では看護師で対応している病院の方が多いので、結局のところ今後どうなるのか不安に思うところです。／退院支援の内容も重要だが、最終評価(患者、家族の自己決定を尊重した支援となっていたかどうか)と、退院後の生活のフォローアップについても考えていくべきと思います。／当院は退院支援にあたる職員が少ない状況なので、今後充実していければと思います。／退院支援加算1を取れるように準備はしているが、連携実績など高いハードルがあり、悩みどころではある。お盆ごろと年末に挨拶訪問にソーシャルワーカーが他病院などに行っているが、20ヶ所を3回は業務をこなしながらでは厳しいです。その辺りがもっと現場の状況にあった要件となればいいなと思います。／しばらくは現状での対応しかできないのでは?こうした調査でエビデンスを収集してソーシャルワーカーが退院調整に関わる意義を客観的に示すことができればいいと思います。あと問題は「ソーシャルワーカー≠退院支援専門職」ということをどう周知するかだと思います。／急性期病院から転院してくる際に退院支援加算1を算定してこられますが、十分とは言えない退院支援を非常に感じます。転院させることが退院支援と認識されるのではなく、患者の最終的な生活場所等まで見据えた関わりを担っていただきたいです。600点を算定するという重みを急性期の病院もしっかり認識していただきたいと思います。／人材の確保は報酬上で調整できるが、退院支援の質は組織や個人の意識によるところにあり、医療ソーシャルワーカーの職業としての質の向上を目指す必要がある。／加算算定の基準 etc に対し、算定コストが低く思う。(配置人員、カンファレンス、書類作成)コストが低い為、結果的に経営面を考えると多数に算定する必要あり、本当に必要な患者への関わりがう

すくなる。多くの病院でソーシャルワーカーが中心で、動いていると思う。その場合ソーシャルワーカーの負担も多くなるため、ソーシャルワーカーへの負担減が必要。／連携実績の確保が時間的にも難しい。／ソーシャルワーカー業務が病院によってちがうことが多く病院の中のスタッフの理解が乏しく、協力がえられにくい。／患者さんが住み慣れた在宅へスムーズに退院できるように、入院早期から他職種が協力して退院支援を行えるようになりたいです。／早期介入が重視されているが、必要な支援が必要な時にあることが大切だと思う。急性期病院では入院患者の状況確認に追われ、本来の支援に時間を割けなくなっている。病院機能に応じた基準を設定してほしい。／算定の施設基準の中で、入院後7日以内のスクリーニング、面談が難しいことがあり、病状経過に照らし合わせ「必要」と判断した時にでも算定が可能になれば良いと思うが…。／加算1取得に向けて病院も動いていますが、ソーシャルワーカーなど退院支援部門のスタッフへの負担が大きくなっているのが現状です。／入院時に支援不要となっても入院後、1週間経過した後に状態悪化があり、支援の必要があった際に多職種で関わるが、プランの立案が1週間以内にできておらず、算定できない。そういうケースも、必要と判断されて立ちあげたら算定できる様になってほしい。／転院で来られた患者さまの加算が紹介元で取っているのか、取っていないのかわかりにくいことが多いので、加算の状況等も転院時に教えてもらえたらと思います。／算定要件として、他機関との連携（20施設以上、年3回以上）のカウントをどのようにとるのか等具体例があればもっとわかりやすい／病院として退院支援に関わる職員の増加への取り組みが行えるようなもの。また、退院支援への理解が広がるようなもの。／診療報酬を上げてほしい、死亡退院もちゃんと評価してほしい／退院支援加算の目的は適切な退院先に適切な時期に退院できるよう支援することである。退院支援加算1の入院後7日以内のカンファレンスはケースによっては早すぎることもあり、患者スタッフともに負担になっている。／加算のための支援ではなく支援の結果加算が付いているという事を忘れないようソーシャルワーカー全員で認識することに努めています。／担当者一人当たりの受け持ち上限120床が辛い。1病棟1ソーシャルワーカーにしてほしい／入院後1週間以内にカンファレンスをするための準備が大変／現在は加算評価だが、将来減算評価にならないことを祈っている／人手が足りなく、早期介入が困難／退院支援を要した患者個々の退院支援内容を評価し報酬を付与してほしい／DPC係数に反映させてほしい／当院のように病棟数が多い病院は人員確保が一番の問題。社会福祉士の新規採用もしてもらえず再雇用看護師や時短看護師が配置予定だが、その配置すら難しい状況。しかし、看護師ばかりが増えてワーカー数は増えない（増やせない）ため質の問題が懸念される。資格内訳の配分を検討すべきと考える。／入院当初からの介入の実現（後手になっているのが現状）／退院支援加算が算定できるだけの人的配置は当然必要ですが、その他の業務に対応できる体制が各医療機関に必要です。具体的にはがん拠点病院ソーシャルワーカー、回復期リハビリテーション病棟ソーシャルワーカーの専従化、緩和ケアチームや救急対応などへの評価が考えられます。また、現任者を増やしていくためにも、各分野の現任者研修の他に、管理者の研修の充実も必要と思われます。／生活上の困難を抱えている方は支援に非常に時間がかかります。スクリーニングが間に合わないこともあり、結果的に算定できずということがよくあります。一方、一週間くらいで何となく退院支援して算定というケースと矛盾を感じています。／この度の退院支援の改定において、早期に情報収集・多職種における情報共有を可能とする院内の体制を見直すきっかけとなったと思う／連携実績の確保の必要性が分からない。算定要件にソーシャルワーカーが位置づけられたことで、ソーシャルワーカーは退院支援だけを行う人という認識を他部門に与えやすく、退院支援以外のソーシャルワーカー業務に他部門の理解が得られなくなっていく可能性

がある／退院支援に関するスクリーニングについてですが、本来は入院時の状況を確認している医師、病棟看護師が主体的に取り組んでほしいところです。社会福祉士の職域拡大に反する意見かもしれませんが、本来的にはソーシャルワーカーは相談援助職という位置づけからスクリーニングや調整業務にまで手を広げることは賛同しかねます。／入院当初のスクリーニングでは退院困難な要因がないと思われる患者が、入院当初では把握できなかった問題点や病状等の経過で新たに退院困難な要因が入院して7日以降に発生したケースでは現行の制度だと退院支援加算の算定が出来ない問題がある。こういったケースでも退院困難な要因が発生してすぐに評価や対応が出来ていれば算定できるような改定が望まれる／地域包括ケア病棟での算定／地域包括ケア病床や緩和ケア病棟でも退院支援加算がとれるようになったらよい／中山間地域にある病院では、病棟へ退院調整専従の職員配置が困難な状況がある。地域連携室＝退院調整部門となっており、職員は様々な業務を兼務している。当院では常勤社会福祉士（ソーシャルワーカー）と非常勤看護師（看護師）2名体制での退院調整を行っている。ソーシャルワーカー：地域連携業務（紹介・逆紹介）・外来患者相談対応・介護事業等の企画・運営、外部介護支援専門員との連絡調整・各種書類作成、退院調整等 看護師：週3日勤務のため、病棟退院調整専従対応 との役割分担を行い日々の業務をこなしている。そのため、地域連携業務をして地域関係機関を回る時間を割くことが難しい状況がある。また、地域の社会資源が限られており、「20の連携先」を確保することが困難。当地区に診療所2か所、診療圏内にはプラス3か所となるが、地区も広範囲に広がっており簡単に訪問することは困難。退院調整加算をとるために、新人ソーシャルワーカーの採用が進んでいるようだが、介護保険制度も知らない、知らないことを公言できるソーシャルワーカーが果たして調整できるのか？との不安が強いひいては、ソーシャルワーカーの質を問われているようにも感じる。地域包括ケアシステムはあくまでもシステム（ツール）であると考えます。地域包括ケアシステムの中でソーシャルワーカーの役割を考えると、一ツールとして扱われるだけではないかと考えます。「住み慣れた地域で済み続けることが出来る地域作り」のためにソーシャルワーカーに何が出来るかを考え行動していくことが必要なのではないのでしょうか？ そうしないと、退院調整という名目での追い出し係となりうるのでは、と懸念します。加算ばかりに目を向けるのではなく、ソーシャルワーカーとしての危機感を持ち日々業務に取り組むことが一番必要なのではないかと考えます。／加算をとるためだけの連携にならないように願っています。／早期介入が必要とされているが、患者家族によっては、”退院支援”という言葉に不安を増長することもあり、算定における「7日以内の面談」に除外項目があるとよいと思う。／加算をとれた方、職員へのインセンティブがあればいいのと思います。／カンファレンスを7日以内に実施するには、現在超過時間となっている。7日以内のしほりが必要か疑問です。／日頃ソーシャルワーカーとしてあたり前に行っていたことが加算という形で評価されたことは嬉しいが、算定できるからという理由で取り組むことはしたくないと考えてしまう。ソーシャルワーカー本来の業務もきちんと意識する必要があると感じる。社会福祉士に限定しているため、今後社会福祉士を持っていけばソーシャルワーカー業務ができるという構図にしてほしくないと思う。／ソーシャルワーカーの役割が退院支援にフォーカスされすぎることによって抵抗と危機感を感じる。力のあるソーシャルワーカーならチャンスと思えるが、急増した経験も少ないソーシャルワーカーは病院のシステムに巻き込まれて、社会福祉の実践者としての役割を見失ってしまっている。／ケアミックスの病院のため算定対象が少ない。また、どの病棟もソーシャルワーカーにて支援したPTに算定できることが望ましい。／本人家族を含め、多職種と共有できる計画になるとよいと考えています。／難しいことはありますが、社会福祉士実習、医療機関実習等で実践につな

がる実習を行えるよう養成校側と現場側で体制づくりが必要と考えます。人材養成を行い現場に出た際に、1マンパワーとして早期に動けるようになると退院支援加算1の体制に重きを置いたソーシャルワーカー支援ができるのではないかと思います。現状は加算1を満たすための働きに流される傾向が多いと思います。／加算取得にあたり、どの病院も理解しやすい解説がされ、援助内容に差が出ないこと。医療ソーシャルワーカーの基礎資格である社会福祉士養成技術の向上により、合格率も上昇、人員不足を防ぐこと。それによりソーシャルワークが円滑に行われること。／病院の規模が小さい、病床数が少ないなどで複数の加算に対応する専従者をそれぞれ配置することが困難な施設にとっては、もう少し兼務可能になると良い。1病棟20床でも、60床でも専従1名必要になるのは如何か。／ご家族に署名を頂く書類ばかりが増え面倒をかけている印象。元々使用している様式を利用できれば効率的では。／退院調整は既に当然実施すべきことであるため、加算という位置づけでなく、入院基本料に包括させソーシャルワーカーの配置を算定条件とする必要があると感じます。／ようやく社会福祉士として加算に位置付けられたにも関わらず、質が伴っていない現状があるため、退院支援の中身について理解を深める必要があると思う。／看護師の専従配置が難しいため、社会福祉士か看護師どちらかの専従で加算が取れるようになったらいい。／地域連携部署における社会福祉士、看護師等の増員、病棟配置が今後の課題であると考えております。／病院規模が小さいため、加算が増員につながらない／看護師の確保が困難なため加算が取れない／事務的な仕事が増えた。／加算分が残業代で消える。／地域連携パスの評価が見えない／制度自体がわかりにくい／病院規模が小さいため、加算が増員につながらない／ソーシャルワーカーとして働く者は、社会福祉に対する想いを抱いていると思います。退院調整加算（退院支援加算）の算定が開始されて以降、所属施設から加算算定による収益増を求められるようになり、それにとられる傾向にあるワーカーも少なくないのではないのでしょうか。加算算定は、ソーシャルワーカーの存在意義を示すには有効ですが、それだけがソーシャルワーカーの役割ではありません。ソーシャルワーカーとして倫理綱領や業務指針を遵守しながらも、各医療機関の機能、役割、方針などの狭間で悩みを抱えているワーカーも多いと思いますが、どんな状況下においてもソーシャルワーカーとしての立場とプライドを保ちながらソーシャルワーカー業務を行うことはできるはずです。医療機関にソーシャルワーカーが配置されている意義を認識し、基本（倫理綱領）に立ち返り業務を行うよう留意すべきと考えています。／「入院3日以内の抽出」「7日以内の面談」など早期介入が求められている。スピード感を重視することで退院させるだけの係りにならないように注意したい。／平成29年3月1日付けで退院支援加算1の届け出をしたところです。／現在退院支援加算の届け出はしていませんが、退院支援加算を算定している病院のソーシャルワーカーの方に話を聞くと、患者・家族への説明や多数のカンファレンスへの参加に負担を感じておられるよう感じました。スタッフの不足が解消され、体制が整えば当院も届け出を検討していくと思います。／要資格者という算定要件だけではなく、経験年数（実績数）を明確にした施設基準にすることで、充実した退院支援が出来るのでは。／退院支援の加算の為だけの退院支援とならないような支援のあり方が望ましいと思いますが、日々追われているような気がします。／当院は回復期単独の病院であるが、患者一人に必ずソーシャルワーカーが担当で付くことになっている。今後経営のことを考えると退院支援加算も算定した方が良いとは思いますが、とにかく入院、リハ、栄養計画書など書類が多すぎる。患者家族も一体何の書類を受け取りサインをしているのかわからないのでは？とにかく加算等を取るたびに書類が増える仕組みをなんとかできないかと思う。／入院7日以内に・・・と条件があるが、特に問題なさそうでも途中から状況等変化があり、介入必要になるケースは多々あります。

しかし7日以内の条件を満たしていないため、算定はできないがかなりの量の内容で介入している。期限条件の見直しが欲しい。／病棟を異動するたびに退院支援職員の担当が変わるのは患者さんとの関係が築きにくいと、病棟専任制ではなく、退院支援部門の専従者数を病棟数により設定するシステムであるとありがたいと思っています。／ハイリスクにならない人にも、医療者の目を向けてケアをする必要がある。「ハイリスク者のみに積極的に関わる」というスタッフの誤解を生みかねないし、もう少し設定に工夫はできないものか。／当院は回復期病棟と一般病棟があります。加算1の申請の前に加算2（一般病棟）をH29.4届出する予定です。理由は、介護支援連携指導料を年間退院患者の15%算定できないためです。H30.4加算1の届出に向けて「実績づくり」が必要な状況です。H28.7より退院支援部門に看護師が2名配置されることになりました。その他の課題は、「退院支援加算」とは別に、回復期リハIを届出るとソーシャルワーカー専従が必要になる為、人員の配置の振付、要望の見通しが立たないことです。加算で一番の問題は、退院支援部門だけが頑張る！院内スタッフのモチベーションを高めていく研修など足並みそろえる工夫が課題です。「20施設以上と年3回の面会」について、当院は広域に患者を受け入れ退院支援している。地域単位が異なる場合、イイ仕事（介護支援専門員との打ち合わせ、サービス会議）をしていますが、母数が多いが同じところと3回まで到達しないので、見直しを期待したい。根拠が不明。／当院は人員不足で全ての仕事を丸投げされます。独居、認々老々世帯の支援には時間がかかり遅々としてすすみません。多職種の連携の必要性を感じます。／ソーシャルワーカー（社会福祉士）のみの算定条件になるように協会でも努力して欲しい。（数も充足できるように）／ソーシャルワーカー増員になり、ソーシャルワーカー部門の中での情報共有や育成など新たな課題が出てきた／介入件数が増え、一人ひとりの患者様と接する機会が減った。／退院支援カンファレンスを入院して1週間以内の人で行っているが、その後の個別カンファレンスをなかなか持てないため、必要時個別カンファにて退院までの調整をこまやかにしていきたい。／カンファレンスが充実はしたが、他カンファレンスとの兼ね合いがあり、思うように出来ないこともあるため、他のカンファレンスと兼ねられるように出来たら効率が良いと考える／退院支援以外のソーシャルワーク展開がしづらくなる懸念に対して、医療におけるソーシャルワーカー支援そのものが大切という認知を拡げていく必要性ありです。「自らを退院屋だ」と自称するソーシャルワーカーもいます／通院中（外来）からつながる退院支援を十分に評価して欲しい／退院支援1は人員の確保、病院の方針、連携実績（面会機会）等、要件が合わないと思ってしまう／社会福祉士の資格を認知されることが推進されたと思います。しかし、ソーシャルワーカーの役割と人員確保と、看護師の役割強化のための働きかけなど、課題山積と感じます。当院も4月から届出をめざしていますが、看護師主導でやってもらっています。／加算要件をより明確にすることが、現場の業務負担の面からは望ましい／加算ありきではなく、本質的に退院支援の向上につながっていくことが望ましい／退院後の評価を含めての加算が望ましいと思う／長期的目標に自宅での生活をみすえたりハ転院なども該当にして欲しい／ソーシャルワーカーではなく退院調整係になりつつあると思います。本来のソーシャルワーカーの基本的な視点を再認識していかないと存在意義がなくなります。／職員配置やカンファレンス開催期限を設定するよりも、退院支援の内容を重視した加算になって欲しいと考えます。診療所やソーシャルワーカー一人の職場では要件をみたせないこともあると思います。／昨年度と異なり、依頼を受ける側より相談・ニーズを伺いに行く、という体制になった。病棟専任の退院支援職員のスキルによって、課題の把握、察知に偏りが出てしまうため、その均一化をOJTでも行わなければならないと感じている。／永眠した方への算定が可能になると良いです。手厚く支援する方も多いので。

／外来でのかかわりも退院支援と密接にかかわります。入退院支援として捉える必要あり／3日以内に抽出されず、その後の経過により支援恵が必要になった方の場合への考慮（例：難病、Ca発見が後となった場合）／「病棟専任」を看護部長が届出を行うのは不可であるかどうか（北海道の例）／点数を上げて、そこに組織の評価がつくことにジレンマを感じています。メリットもあればデメリットもある。加算がついて「入院時の予測を捉えて方向性を決める人」にソーシャルワーカーがなっている気がして自戒します。どのようになれば望ましいかという点においては「退院」に限らず評価対象となれるようにしてほしい。／退院支援についての看護師の役割がわかりづらい。急性期からの受入れにあたり、当院へおくってくる時の内容があまりにもバラつきがある。院内でも、看護師自身が何をすべきかわかっていない現状で、当院ではほぼソーシャルワーカーが誘導している。／看護基準の在院日数にとらわれず、時間をかけて納得のいく行先に入れるようすすめていきたい。これらをクリアすることが加算1の要件云々よりも大事なことだと思う。／日以内に患者・家族との面談、7日以内のカンファレンス、と日を限定されているが患者の状態によって適切なタイミングがあるのであるか？／担当ソーシャルワーカー、病棟専任がいるのであれば、退院支援部門の専従者は必要か？結局個々のケースに介入するわけではなく必要性が分からない。／病棟専任が”ソーシャルワーカーか看護師”となっているが、ソーシャルワーカーと看護師では役割、業務内容が異なるところがあり、”ソーシャルワーカーと看護師”両方のほうがうまく役割分担できるのではないか／連携実績確保のためか、各々の病院や地域で連携会議が行われているが、月によっては複数回（3.4回）重なっていることもあり少ない人数の中から外出者を出すことに負担がある。市や職能団体（県毎）などで、取りまとめて効率的な買いになるように取り組めないかと思うことがあります。／支援する患者が多く、話をじっくり聞いていません。もっと人数を増やし対応することが望ましいと考えます。／近隣の病院と、空床・待機情報や対応できる衣料処置等、web上での情報共有ができないか検討中です。この辺りも評価していただけないかなと思います。／今後、高齢者患者数が増え続けるのはわかるが、障害者の方も一定数いるため、障害者サービスとの連携も評価に入れていただきたい。／ほぼ全員のスクリーニングをソーシャルワーカーがしている状態であり負担が大きい／入院時に病棟でのスクリーニングがもう少し明確にできるとさらに効率が上がり負担が減ると思う／関わる数だけでなく支援の質を保つことも必要／より早期に病棟と退院支援に向けた情報共有をするという意味では、一つのきっかけになったかと思えます。ただし、ソーシャルワーカーの役割は退院支援だけにあるわけではないこと、院内での福祉の専門職としての役割を忘れでは本末転倒になりかねないと思っています。／退院支援加算1を算定しているものの、院内での動きに少し変化が見られたが、実際に患者にその恩恵が提供できているのかを考えたとき、さほど変化はないように感じている。国の医療費削減の為の施策の一つであると考えるが、真の患者のための加算制度をもう一度考えていただきたい。（退院のスピードはアップしている）／加算1になってから事務処理が多くなったが、現状では順調に算定できるようになっている。／簡単なケースでも困難ケースでも取得点数は同じ。困難ケース程時間とソーシャルワーカーの質が問われる。加算等をつけ点数の差別化を計れないか。／退院支援の押し売りにならないこと、本当に支援が必要な患者・家族に支援が行えること、そのためにソーシャルワーカーの本質を追求し力をつけていくことが必要だと思っています。加算により評価されることは、院内での発言力を高める点では重要ですが、加算だけで独り歩きしないよう、ソーシャルワーカー自身が努力していかないといけないと考えています。／経済的支援も退院支援に含まれるが、制度上含みにくくなっている。外来相談も在宅支援として含む加算（算定）としていただきたい。／20ヶ所以上や年

3 回以上の面会について、具体的に、数ヶ所でも可とするとなっているが、行なっている事例があまり発表されていないが、あればぜひ知りたい。2 病棟まで兼任となっているが急性期病院では、患者の入退院のスピードがはやく、2 病棟 1 人で担当するのは、かなり件数が多く厳しい。回復期とは異なるので配置基準を再考してほしい。／退院支援加算のために医師同席だったり、カンファレンスの回数も増加していますが、その中でソーシャルワーカーがどのように「支援」するのか、大きな課題だと思います。「加算のためだけの」カンファレンス、介護支援専門員に電話一本で終わるような「退院支援」は無意味だし、ソーシャルワーカーの地位がどんどん低下すると思う。／病院全体で退院支援に関する知識・理解が低く、教育が必要である／社会福祉士の必要性の理解について、よいバックアップになったと思います。今後より多くの患者さんに関われるよう、医師や看護師を巻き込んだ加算体制になると良いと思います。（※退院支援に関わる負担感が他職種から感じられるため。）／私達の業務に診療報酬上で評価がつき、経営の観点からも認められる点が出ていることは明らかにプラスである。ただソーシャルワーカーが介入したことによって数字に表れない部分で貢献している点もあり、医療経済上の視点からの評価が強くなりすぎることになってはならない。／日本中で 3 日以内抽出、7 日以内の面接を死守する傾向にあるように感じていて危惧を覚える。そのような密な介入が必要な病棟と、うすくていい病棟があるはず。ハイリスクを捻えるシステムができていれば、3 日以内・7 日以内はそれほど厳密にしなくてもいいと思う。（※3 日以内・7 日以内ができていないケースは算定しない、とか）／退院支援加算算定要件が厳しいように感じている。算定要件を緩和してほしい。年 3 回 20 以上の施設、医療機関との面会、退院支援専従、専任の配置基準。／加算を取る為の退院支援になることが無いよう、ソーシャルワークが行えることが大切だと思います／退院支援加算 1 の取得は小規模病院にとっては厳しい状況です。少ない医師数で外来・病棟・救急対応しています。しかし、合間でカンファレンスに取り組んでいます。1 週間以内のカンファ+家族面接は間に合わないことが多くあります。／病棟単位で仕事を限定されると休日の相談体制維持が難しい。専従から専任に緩和してもらいたいと思うことが有ります。／居宅側の加算が郵送でも取れるのでこちら側から来院を求めても難しい場合がある。介護支援専門員が来院してくれて病棟スタッフと情報交換するのはとても有意義なので出来る限り来院してもらえることが好ましいと思う。／高齢化や人口減少が進行している郡部の療養病棟で退院支援をしています。連携先が限定されており連携実績があげにくく退院支援加算 1 の届出が難しい状況です。／要件の緩和が必要と考える（面接、スクリーニング、カンファレンスの期限があまりにも短すぎる）急性期治療中 7 日以内に退院の意向等を確認するのは無謀な側面がある。深めた話ができないのが実情といえる。／もともと全患者へソーシャルワーカー担当制を適用しており入院早期に退院困難さを有する患者を抽出し支援を行ってきた。多職種による早期カンファレンス⇒患者や家族への説明や文書の交付も行ってきた。もともと使用してきた文書として別に退院支援加算のための文書が発生した手間を元々の文書へ一元化できればと思うのですが。／もう少し担当人数が少なくなれば内容も充実できる。他の事務が忙しすぎて作業化している。／算定条件が細かすぎます。3 日以内とか 1 週間以内とか計画書とかカンファレンスのメンバーとか。とにかく条件だけ成立させて形骸化しているか、まじめにやろうとする社会福祉士ほど疲弊しているか、どちらからでは？入院早期に退院の話をするのが支援という算定条件の一つという仕組みもいびつです。病棟担当として固定化されるのも問題で、外来相談も含めた幅広い社会福祉士としての人材育成にマイナスです。もっとシンプルな仕組みが望ましい、と思いつつ、そもそも個人的には社会福祉士が「早期退院支援士」の生産に加担することには反対です。／当院では看護部が中心に看護部が退院支援加

算算定ありきになり、指導が展開されている実態がある。看護の退院指導が退院支援とおきかえてよいのか？一部疑問もあるが、病院トップからの指示である場合、解釈が異なるのか？わからない。／診療報酬で評価してもらえようになったことはとてもうれしい事ですが、ソーシャルワーカーは退院支援をしているのではなく、生活支援の一環として退院支援もあるという視点が抜け落ちてしまったように思います。病棟配置というのも退院支援しか考えていないからであって、外来患者様や病院にかかる事のできない地域の方々を完全に排除した事になっているので、病院種別や地域性を配慮した人員配置を診療報酬で評価してもらえようにならないといけないと考えています。／「加算算定ありき」での医療体制、ソーシャルワークに陥っていないか？退院後に患者さん家族さんがどうなっているか？の検証が必要だと思います。／退院支援加算を取ることは、今の社会情勢を考えるとミッションのようになってきている気がします。しかし、「本来的なソーシャルワーカー業務をしなくては・・・」とよく聞きますが、現実には退院支援を（加算を含め）しているソーシャルワーカーがほとんどです。退院支援をがんばり、本来業務に回らなくなるということではなく、退院支援の中でいかにソーシャルワーカーとしての役割を果たすべきかを考えるほうが現実的な気がします。／介入が必要な患者に早期に介入することで、より良い支援ができるような、またソーシャルワーカーの認知度・理解度がより深まるような加算が望ましいと思います。／本来の退院支援加算の目的の通り、算定のプロセスを通して患者・家族を多職種で支えることができるよう院内外の連携の促進に結び付けていきたい。／ソーシャルワーカー・看護師が早期に関わる事は患者・家族にとっても前向きな体制ではあるが、実際に支援することを考えれば、人員不足過ぎだと思います。患者・家族と向き合える時間確保も必要だと思います。／単身の人など、本当に支援が必要（時間的に）な人に加算が付くならつけてほしい／退院支援看護師の充実（人員確保）／本来院内で協同して取り組む課題ですが現状ではソーシャルワーカーだけで運用しています／新しいシステムのあり方を、なぜ導入する必要があるのかを理解してからとり入れるべきだと考え、加算だけに目が向く医療そのものに問題があると考えます。しかし、ソーシャルワーカーが加算に加えて頂けた良い機会ですので、この機会をチャンスととらえて院内の連携を改善していきたいと思います／退院支援加算2を届け出ていますが、体制が整っていないため算定できていません／看護師の指示で業務をするソーシャルワーカーになってしまっているシステムに悩む／コスト重視になっているため、本来の「連携」とは意味が違っていることもある。コスト下げても良いのではと思う。／「3日以内のカンファレンス」や「7日以内の患者・家族面談」など、本当に必要とすることなのか？そういったしほりがないほうがソーシャルワーカーも病棟看護師も含め時間を有効に使えるのではないかと思います。／退院支援部門の専従・病棟配置退院支援職員の配置基準が厳しい。そもそも7日以内のカンファレンスに退院支援部門から2名出る必要性を感じられない。／加算ありきの支援ではソーシャルワーカーの役割の一側面にすぎないことを見失うことになると思うので、ニーズのアセスメントをルーティンに任せないことも大切だと思います／形式的な連携実績より、普段より長年継続的に続けて頂いている協会の活動が評価され、協会に入会していることで加算につながるような形になってほしい。そう評価される協会になってほしい。／本来のソーシャルワーク業務を圧迫しない範囲での算定要件にとどめてもらいたい。家族との面談を7日以内に実施しないとイケない等日数の制限を緩和してもらいたい。／退院支援加算2の場合、地域包括ケア病棟では退院支援を行っても加算が算定できない／人間的な関係で加算1が算定できないが、退院する多くの患者は地域包括ケア病棟を経由しての退院となるため加算1の算定は必須であるが、病院になかなか理解してもらえない。規模の大きな病院ほど人間的に余裕なく看護師等の増員も厳しい

との回答。中小規模に見合った人員でのスタッフ配置も考えていただきたい。／加算ありきではなく、患者が安心して退院できる仕組み作りに繋がって欲しい。／死亡退院時の算定について。死亡退院の場合は算定不可であるが、死亡退院事例であっても実際には入院当初から退院支援、医療福祉相談など濃厚介入が必要である患者も複数。介護連携指導は死亡退院って算定可であることを考慮すると、死亡退院時は算定不可である理由が不透明のように感じる。病院から地域に元気に退院できなかったとしてもそのプロセスはあり、ケースの積み重ねが結果的に市民啓発もつながるよう感じるため、死亡退院であっても退院支援加算は算定可が妥当であるように考える。／スクリーニングの時期。高度急性期の病院としては、入院1週間以内では病状が安定していなかったり、予後の見通しが悪ければDNARの説明となることもある。入院から7日以内となる時期は、患者や家族はこれからの大きな治療に対して不安や期待を抱いている時でもあり、そのタイミングに退院に向けての面接をすることは難しい場合も多い。また、3日以内にスクリーニングをしても、治療の結果や家族背景変化など入院当初とは状況が異なる場合などにて、実際再スクリーニングや支援介入が必要とするケースが多い。これらの理由から面接や計画書作成のタイミングは患者や家族の状況に応じた期間の設定ができるとうまいように思われる。／施設基準等 施設基準等。入院後3日・7日の縛りが厳しすぎて、休暇をとりやすくするためには、人員配置複数か退院支援加算2かどちらかの選択を迫られる。退院支援・医療福祉相談部署の人員配置にゆとりをもつことは、現状の診療報酬で困難を極める。退院支援加算2を選択すると、病院によっては必要な支援が患者に届きにくくなる可能性がある。現状の支援実績を維持し、尚且つ職員の家庭や社会背景など生活を考慮した働き方を実現するためには退院支援加算1の算定基準等の緩和または報酬上乘せが必要であるように感じる。／件数の算定ではなく、施設基準のみの評価にして欲しい。退院支援の質よりも、件数のみが評価されているように感じます。看護師か社会福祉士となっていますが、社会福祉士に限るような算定にして欲しい。／ワーカーの病棟担当制が望ましいです／まずは退院支援部門における人員の確保が必須であると感じる。その後、部門として軌道に乗せ、円滑な退院支援になるようにすることが重要であると考えます。退院支援加算ありきではなく、退院支援部門としての専門性を確立することが望ましいと考えます。その体制が早い段階から整い、地域や医療機関の規模で格差が生まれなくなっていけばいいと思う。／加算取得のためだけのおざなりな退院促進にならないよう、人員体制が十分にあり、加算を取るためではなく、患者さんやご家族が安心して退院できるような本来の支援を行った上に加算も取得できるというのが理想ですが、現実には厳しいです。／病院全体ではなく、病棟単位で上位加算が取得できるようになればいいと思います。(人員配置以外、加算1と同様に行っていますが、人員不足から上位基準の取得ができずにいます。病棟単位から認められれば、実績から人員増へ繋がられる場合もあるかと思っています。)／退院困難ケースで面談やカンファレンスなど何度実施しても退院支援加算の点数は同じという状況を改善して頂きたい／もう少し対象患者と対象外患者の区別がわかりやすくなればいいかなと思います／各病棟について、複数担当になるよう人員配置が必要／算定を取るための条件が多く、事務作業も増えてしまった。もう少しソーシャルワーカー本来の仕事ができるようにしてほしい。／専従という要件で外来、入院で担当者を分けているが効率の悪いことも多い。その辺りを少し緩和して頂けるとやりやすい。／必要な人にもれなく必要な支援を行い、それが加算につながっていけばいい。実績を重ねてソーシャルワーカーの底上げを目指したい。／退院支援における相談業務の位置付を明らかにする必要があります。※院内では「物的」に動かそうという考え方が強くなっています。／生活者に寄り添い社会保障制度を駆使し、生活支援、生活の再構築を支援するという本来のソーシャル

ワーカーとしての仕事ぶりが評価されて欲しいのだが、「退院をさせた」という直接結果に対し評価がされている今の形は残念に思う。とはいえ、ソーシャルワーカーの職域が評価されることへの第一歩なのだと信じて。／精神科ソーシャルワーカーのように配置加算として欲しい。転帰先がどうであれ（死亡だとしても）現在は社会的支援や連携が必要な人が殆どである。いつでも必要な相談ができる体制に対しての加算として欲しい。／ソーシャルワーカーの担当件数について、病床数に関する基準が設けられることにより、ソーシャルワーカーの必要数や業務の標準化が図れると考えました／形が不明確、解釈があいまいな点もあり、入院から書類づくりのために行っている部分もある本来の退院支援に対する評価の加算になるように、分かりやすい指針があると助かります。（書式や運用、人員等も）／加算により支援が一定評価されるようになったのは良いですが、加算要件を満たすことばかりが注視されるのではなく、支援そのものの充実が目指せると良いと思います／書類、多職種連携、時間的拘束が多く手間も多い。加算ももっとついても良いと思います。加算ありき、ではなく現場へ足を運び、直接面接し、アセスメントすることが大切だと思います。産科の方のチェックがつけにくく、加算につながらない。／国の方針としては入院ではなく在宅へということなので仕方がないが、転院の場合ソーシャルワーカーとしては支援の時間がかかり入るため、加算とならないことを残念に思う。／退院支援に対して加算が設けられたものの、当院としてはソーシャルワーカーが中心となり対応している現状がある。患者さんがまたその家族が安心して在宅等で過ごすために、関わるスタッフが退院後の生活をイメージして支援できればいいと感じている。／そもそも体制の課題もあり積極的に加算は取れていない状況がある。まだまだ退院支援についてHPとして確立できていないため、少しずつ整備していけたらよいと思う。／患者さん家族が満足するだけの退院ではなく、安心、安全に退院後の生活を送れるよう病院としてのしくみ作りをし、患者さん家族、地域、病院が協働して退院に向かって準備ができ関わった全ての人達が最善な支援、準備だったと思える事でしょうか。／「ソーシャルワーカーは退院調整」の構図ができてしまいそうで怖い／退院支援加算のための業務過多となり、本来のソーシャルワーク業務を逼迫しており工夫が必要／退院支援加算算定のための業務にかかる時間が増え、退院支援が必要な患者の抽出には効果的なのかもしれないが、本当に必要な患者への面談の時間がなくなっているように感じている。ソーシャルワーカーのモチベーションの低下につながってしまう。地域と連携し自宅での介護や看取りを増やしていくのであれば、自宅で看取りをすることに評価を。／退院支援加算については、加算点数が高くなったこともあり、病院経営状況を踏まえ、加算をとることがソーシャルワーカーへの期待につながっていると思います。退院支援は今までもソーシャルワーカーの業務として行ってきたことですが、それが点数化されることに関しては、良い面と良くない面があるのではないかと感じています。人員増加につながるといいですが、現実には病院ソーシャルワーカーへのなり手が少ない中、加算をとることが業務量を多くしているともとれます。スクリーニングやカンファレンスに時間がとられて、本来の退院支援やその他のソーシャルワーカー支援もできなくなっていると思います。病棟でのカンファレンスでは、スクリーニング項目を純粹にチェックすると、病名のみや緊急入院のみでチェックされることがあり、逆に言えば病名で該当せず、介護保険サービスにつながっていてそのまま問題なければチェックされないという矛盾があると思います。ソーシャルワーカーとしては、退院支援をきちんと行った患者さんにのみ加算をとるとか、そのくらいの心意気が必要ではないかと思っています。診療報酬にソーシャルワーカーの業務がより評価されることはありがたいことですが、本来の意味を見失わず、加算ありきにならないソーシャルワーカーの退院支援が行われるようになっていくとよいと思います。／退院調整はソーシャルワー

カーだけがするものではなく看護師他コメディカルもその一人と言う認識／仕組みを整えることが重要だが算定ありきでなく質の向上を目的とした仕組みが必要／病院ごとに退院支援は多様なはず／退院支援加算が急性期病院を想定した要件となっているためリハビリでは解決が難しい部分がある。そのためリハ病院の別途要件があっても良い。3日以内の抽出や7日以内のカンファレンスはリハ病院ではすでに行われている。／ソーシャルワーカーが関連する面談や連携業務の加算がとれば良いと思います／退院支援加算1となり、誰のための物なのか疑問を感じる人が多い。当院については、病棟編成と退院支援加算1の算定・退院支援部門のメンバー変更等も重なったため一概にはいえないところもあるが、業務量の増加・人員不足等もあり、一番大切にしたい患者様・家族様との関わりの時間が減っているのが現状である。たま、専任制となり業務負担が増加。これまで深く関わっていた患者様が別病棟に入院された際に関わるのが困難となってきており、患者満足度に繋がっているか疑問がある。また、各病棟に専任者が配置されたことで専任者に退院支援が任せきりになってしまい病棟看護師の意識低下の問題も浮上している。／退院支援加算のための計画書作成ではなく、患者様・医療者が共通の目標をもって協力してゆくためのツールであると考えています／入院から（入院調整から）退院支援は、はじまっているので入院支援部門と退院支援部門を分けて考える必要はないと思います／入院患者の生活面での問題を出来るだけ早く把握し、多職種が退院後の生活をイメージしながら治療を進めていくことが出来る体制が整っている、という意味で設けられた算定条件になると思う／退院支援に専従・各病棟に専任の要件では算定が難しい／退院支援部門の専従者の業務内容が不明確。（病棟配置のソーシャルワーカーと同様の動きが出来ない。）実際は、退院支援に動きたい。／加算をとることだけが目的になってしまう恐れがあるので退院支援の中身をもっと充実させていきたい／条件が厳しい／療養病棟を持つ病院として、退院患者の6割が死亡退院のため、同加算の対象となる患者の抽出が困難。また、退院先が見つからないケースがほとんどで退院支援の大体がグループ関連施設というのが現状（当院自体が体制の問題もあり、退院支援に対して注力していない現状がある）／急性期の状態では、1週間以内に方向性を決定し支援内容を決めていくことが難しい。2～3週間くらいの期間が必要だと感じている。／1週間以内のカンファでは見えない問題あり病棟と退院支援部門で情報共有の難しさがある／入院する前に一か所でまとめてできる部署（入院センター）などが設置されればスムーズにできそう／カンファが十分にできていないので、コミュニケーションを積極的にとっていきたい／人員減少に伴い来月から休止予定／行政が更に積極的介入し、限りある資源の活用を考えることが望まれる／退院支援を行うスタッフの質の向上がなされるといいと思う／スクリーニングの期間、計画作成までの期間にもう少し余裕がほしい／計画書がもう少し簡素化されれば、患者家族もイメージしやすいのでは／加算のための取り組みではなく退院支援に直結する取り組みでありたい／ソーシャルワーカー自身も退院支援の在り方を振り返る期会になればよい／同法人内の連携は認められないようで、その点を認めるようになってほしい／退院支援加算の対象となるような比較的早期に関われる方より、療養病床へ長期入院している患者の退院支援に苦慮することも多く、何らかの形で加算が付くようになってほしい／加算ありきではなく、加算ととるにふさわしい入院から退院への一連の流れにおける他職種連携と退院支援の質の向上が必要／社会福祉士の人材確保や長期休暇をとる場合の対応に苦慮している／無資格であっても専従者指導の下で相談業務を行う事も条件に加えてほしい／加算算定を第一義としたソーシャルワーク業務とならないように心がけたいものです／点数がもっとあがれば経営側も算定するために人員配置してくれるのではないかと思います／年間20件の面談については、普段の業務で軽く20はこえる動きを日頃からソーシャルワ

カーは行っている。しかしそれを文書に残すという業務が増え負担である。また、残し方（内容）がいまいちわかりづらくて手探りで文書に残している状況です。／入院して早期に患者の把握、退院困難な要因の抽出を多職種で共有するプロセスが重要だと思います。カンファレンスの時間を設け、患者さんの退院支援計画を立て、患者さんと課題を共有する事、目標達成に向けて支援することに意義があるのだと思います。／総合評価加算などスムーズに退院支援にかかわる他の算定とのリンケージも出来ればより良い支援になるのではと考えます。／退院支援に早期に介護支援専門員ジャー等の関係機関と連携を図ったら加算できるシステムがあるとよい。退院に向け、退院支援が困難・難航したケースにおいて加算のシステムがあるとよい（見極めは難しいと思いますが）／地域包括ケア病床を立ち上げてから、退院支援加算の算定件数がかなり減ってしまいました／退院支援加算を算定するため、カンファレンス等を設けるようにしましたが、一般病棟から回復期病棟や地域包括ケア病床へ転院・転棟していく方が多く、算定を取ることが難しいという状況があります／当院は精神科単科であり、報酬内容に違いがあると思いますので、共通部分だけ記入しております／退院支援加算は継続されることで部署での人員確保が充実される。人員が増えることで今まで以上に退院支援に十分な時間が取れるようになり患者・家族にとって良いことだと感じる。／退院支援部門の専従者が病棟配置の退院支援職員（専任）として退院支援に従事できない点の改善／加算を取ることばかりに目を向けすぎて、本来のソーシャルワークが十分できない状況にもあるので算定の要件などについてもっと熟考してほしい／ソーシャルワーカーの人員配置（病棟配置）に関して、病棟によっては配置するソーシャルワーカーの能力の差が出てくるので、教育にも力を入れる必要がある／介護支援連携指導料以外にも（障害福祉サービスの）相談支援専門員との連携も算定に入れてほしい／算定要件を満たすために、加算優先の業務となってしまう、他の業務を圧迫してしまう。要件について変更が必要と思う／今年度の改定で退院支援に係る職種の配置がより厳格になりました。国が退院支援部門の役割を重要視している事は非常に嬉しく思います。一方で必要人員を満たす事のみ偏り中身が伴わないうちに加算と取得しようという動きもあることは事実です。／病院側の一方的な支援計画で無く、患者家族との共同の話し合いの上での個々のニーズに沿った退院支援計画となるようにしたい／ソーシャルワーカーが介入し支援した場合に、加算がついてくるのがいい。現在、加算1を算定しているため、加算2が取れなくなった／各病棟における退院調整部門の専任を、看護師でなくソーシャルワーカーで配置してほしい／退院支援看護師とソーシャルワーカーの役割が不明確で、ソーシャルワーカーの専門性が発揮しにくい／退院支援した実績ばかりに評価があり、プロセスの評価や患者満足に繋がっていない。プライマリナースが看護計画の中で、退院支援に取り組む姿勢が低下していると感じている。他職種での協働作業のため、お互いが歩み寄りコンフリクトを発生させないような配慮や工夫が必要。／退院支援は以前から丁寧に行っており、これ以上の書類作成やカンファレンスを課せられると時間がなくなり患者さんに接する時間が減ることが懸念される／予算の関係もあるが、他の加算同様に定着したので加算がなくなることを望む。ただし、退院だけのソーシャルワーカーとなるべきではないと思う。／入院初期にはスクリーニング・カンファレンス・面談と密なかかわりがあるが、その後に継続した支援が出来ていないケースもある。当院の場合、主治医とのより一層の協働を行う必要がある。／早期に問題の発見や専門職種の介入に繋がっていければ良いと思う／地域で実施されているネットワーク研究会なども（連携20箇所以上年3回）実績に評価すべき／一人が担当できる病棟の制限を緩和してほしい／点数ありきで考えず、患者サービスの質を低下させないよう、スタッフの業務負担も考慮し算定へのシステム検討が必要。ソーシャルワーカー業務は退院支援のみでは

ないことに留意。／在院日数短縮の流れの中で、社会背景的に退院困難なケースも激増している。退院支援加算算定にともない、多職種で退院支援を行うという意識が浸透し、多職種で活発な連携をとる契機としたい。ソーシャルワーカーは早期退院のための退院調整を期待されているが、再度「支援」を行う職種であることを意識する必要がある。／算定ありきになりかねない。早期介入からの継続支援が必要だが、担当ケースが多くなり対応が困難になってしまう。すべてを実現させるには一人1病棟でないとできない。／退院支援に関わるスタッフの退院支援加算についての理解を深められるよう周知に努めたい／共通認識で患者さんの支援に関わることが望ましい／医師など早期にソーシャルワーカーが介入することの理解が得られない場合もある／高齢者や単身者が増えている中、支援を要する方も多く、支援内容も多様化しており、時間を要することも出てきている。早期に介入することで他職種とも密に連携をとることが出来るようになり、退院後も切れ目ない支援が受けられるように調整しやすくなればと考えている。また一方で、存在意義が一層問われてくるかと思うので、自分たちのスキルアップにも繋がればと考えている。／加算の可否に心を砕くのではなく、患者さんにとって本当の支援となる加算、システムであるように運用できる（される）ことを望む／地域包括ケア病棟入院料も算定しており、こちらにマンパワーを集約せざるを得ず、長期入院患者の支援が停滞。地域包括ケアシステムの中での退院支援加算と地域包括ケア病棟入院料の意義とすみわけ、ソーシャルワーカーの立ち位置を明確にする必要があるのではと思います。／病床数、200床未満の医療機関と200床以上のベッド数を有する機関では、退院支援に重きをおける人的パワーがあるかないかで大きく違いが生じると感じる。加算はほしいけど、看護師は専従にできない、しない機関ではソーシャルワーカーの力量の限界を感じる。各医療機関の現状等を勘案すると、早期に構造改革が必要と考える。精神領域と同じように、ソーシャルワーカーの配置、日加算を今後検討していくことがあげられると感じる。安易にただ件数だけをカウントとする価値が、組織の中に芽生えなければ良いと考えるが、民間系医療機関の苦しい？本来の中身を理解しないままただ件数・加算の収益だけを価値とする組織が蔓延しないことを祈念する。／域包括ケアの動きが広まる中でソーシャルワーカーの役割が大きくなることは望ましい。ソーシャルワーカーだけでなく他職種の協力が必要であり、そのための人員、人力も必要である。患者、家族の多様なニーズを無視することはできない。一人ひとりの生活の在り方、権利を叶えることができる、守ることが出来る制度であることが望ましい。／当院は古くからソーシャルワーカーが配置され病棟担当制をとり退院支援はもとより社会的困難を抱えている患者さんを支援していた。加算算定することにより〇〇円で評価される側面が出てきた。モチベーション upには全然つながっていない。／書類上の扱いで流れていくような形骸化したものにならぬよう加算を算定する方を厳選しています。そして、本人、家族と対面で話をする中で、退院支援加算の意義を誤解無いよう伝え、これから先、病院全体の流れがその方々を通して正しく広まっていくようにしたい。／退院支援、介護支援専門員や訪看ステーションとの連携など、元々行っていた業務が診療報酬として収益につながるのには嬉しいが、社会福祉士の経験年数や面談日などの期限厳守を求められ、カンファレンスの回数も増え負担になっている。／退院支援加算の要件を満たすため打ち合わせや退院支援看護師の育成など、本来の業務以外の時間が多く費やされることになるのが難しい点／現在の退院支援加算の算定要件、施設基準には「退院支援部門の設置」、「病棟への退院支援職員の配置」とあります。この要件基準の解釈から、当院では1人のソーシャルワーカーが2病棟を担当しています。言い方を変えれば、”2病棟しか”担当できない状況にあります（解釈が間違っただけであれば、ご教示いただきたいです）。今まで”2病棟”という制限のない、病院全体の中でソーシャルワークをして

きた当院のソーシャルワーカーにとって、現状は少し物足りない感があります。また、”2病棟”という制限はソーシャルワーカーという職種にとってはモットイナイと感じています。そのため、退院支援加算の要件や基準には「100床に対しソーシャルワーカー1人を配置」などといった基準にし、院内の制限を設けないようなかたちが望ましいと考えます。／退院支援職員の病棟配置は、1病棟1人の基準が望ましいと考える。ソーシャルワーカー（社会福祉士）の人材不足や、退院支援しきれないソーシャルワーカーが増えないか懸念される。／各病棟にソーシャルワーカー配置される形は進展したが、病棟間移動で担当ソーシャルワーカーの担当変更があってはならないと考えたい／現在、退院支援加算の算定の為、ソーシャルワーカーが中心となり動いているが、病棟看護師や病院全体での協力が必要と考えます／外来→入院→退院→通院（在宅生活）が切れ目なく支援を受け安心して過ごせるような取り組み（※加算は後からついてくるもの）／退院支援加算によって、ソーシャルワーカーの業務がしばられ、患者を病院の代表として早期に退院させるだけのものになることであれば良いことだけではない。患者家族の生活のあり方、ニーズ等が保障されるだけの必要な時間、準備期間、ゆとり、余裕を持った対応ができない環境での退院支援は問題を残す。ソーシャルワーカーの専門職の意味が問われ、モチベーションも関係してくる。／病棟配置ではなく担当ケース数（介護支援専門員のように）の上限を示して欲しかった。病棟毎に支援スピード・件数が極端に違ってコーディネートしづらい。／ソーシャルワーカー増員による実質的業務の専従化、看護師、他職の協力体制確立と制度理解推進／現在は病棟退院支援職員の配置をソーシャルワーカーとしているが、マンパワーが確保できれば看護師配置が望ましい／病棟専任ということは情報共有など行いやすいが、相談員が担当できる病棟数を決める必要があるのか・・・という疑問があります。一般病院の場合、相談員を増やすのに苦勞をするので・・・。／定期カンファレンス(7日以内)についてはここまで人材を本当に要するかと疑問を感じることもあります。中小病院やケアミックス病院は特に人材確保に大変かと思えます。／算定要件や施設基準が厳しくなればなるほど要件となる日数の制限や人員確保などに縛られ点数を取ることに注意が向き患者が置き去りようになってしまうことが懸念される。ただし、加算がつくことによりソーシャルワーカーだけでなく、他職種も退院支援の必要性や重要性を感じ積極的に取り組むことで、ひいては患者や患者家族が安心して退院を迎え、地域へ戻ることのできる流れができるとよいと思う。／加算としては、ソーシャルワーカーの必要性を認識してもらおうという意味ではとても重要だと思います。しかし、退院調整のみに特化されていくことには少々危機感を感じます。／平均在院日数や収益といった量で評価するだけでなく、退院支援の質を評価してゆく必要があると思います。看護師も社会福祉士も限られた人数の中でカンファレンスを無理くり実施して加算をとることに時間をとられすぎていないか、気になっています。／算定要件を満たすために、逆に本来の援助にかかる時間が減ったとの声をよく聴く／小規模病院では職員定数に限界があり、専門資格や専従要件を課されることそのものが苦痛となる／1病棟に1人の配置となればもっと手厚い退院支援が可能となる／現在の算定要件は退院支援を開始するための準備であり、退院支援の中身を評価したものではない。加算の算定を意識するあまり、内容の伴っていない支援は患者にとって不利益となる。／亡くなった方には算定できないというルールに疑問を感じます。「退院支援加算」という名称になっているが故の、致し方ないことかもしれませんが、私たちは、ターミナルの方や超重症な方など、生命が危険な方に対しても変わらない支援を実践しています。その方の転帰がどうなる見込みであろうと、「今ここにいる患者さん」を対象とした支援は変わりません。これが評価されないのは「退院支援加算」という名称になっていることの弊害であり、「患者支援」は必要と考えます。／住居がない、保険

未加入、さらに、患者は搬送時から意識障害あり意思表示できず、家族と疎遠或いは、連絡先の把握に日数を要した場合など、退院支援にかなり手をかけているが、加算1の算定要件を満たせないこともある。このような患者が増える状況を考え、加算1の算定要件に患者・家族との面談の除外項目があってもよいのではないか。／急性期病院である当院は入院翌日～遅くとも一週間以内に治療（手術中心）が開始されている。そのため、退院支援加算1の一週間以内の面接・カンファレンス実施は状況（状態）によっては退院支援に直結しづらいこともある。かつ、支援開始の認識・同意に対しても患者・家族へ進め方によっては、不安や不満を生じる可能性があるため、介入には多職種との連携＋コミュニケーションスキル（対人援助技術）が必要となる。退院支援はアウトリーチ型のため、携わる職種（当院ではソーシャルワーカー）の人材育成が併せて重要である。要望と言えば、入院後1週間以内というくくりだけでなく治療内容（方針）に柔軟に対応できると患者・家族の参加も促しやすくなると感じることが比較的多くある。／「加算が取れるから退院支援に取り組む」のではなく、「患者や家族が納得できる退院支援をすることに加算がついてくる」という意識で支援していきたい／社会福祉士が、「回復期リハ病棟体制強化加算1」、「認知症ケア加算1」、「患者サポート体制加算」、「退院支援部門専従専任」等に関係し、かなり配置（兼任）が大変になっています。どれも結局は『退院支援』に係るものと考えますので、その辺の整理が必要かと思います。／退院支援調整看護師とソーシャルワーカーが協働しやすい診療報酬上の設定／来年度以降、退院支援加算届出実施を検討中です／「ソーシャルワーカーの配置基準を設けるべき」…ソーシャルワーカーを置く病院が増え、ソーシャルワーカーの認知度も上がっていますが、その背景もあって業務量が膨大になっています。そして、その実態は「書類作成」や「連絡調整」の部分で大きくなっており、ソーシャルワーカーによっては”本人に会ったことがない””電話での確認のみ”など事務的な連絡調整になっているソーシャルワーカーがいることもよく聞く話です。しかし、そのようなソーシャルワーカーを一概に責められない側面もあり、治療の必要な患者様を受け入れられるように機能するためにやらなければいけないのも事実だからです。ソーシャルワーカーの量とともにソーシャルワーカーの質を確保するためには「適正な業務量」を考える必要があり、診療報酬の改定では「社会福祉士の設置」だけでなく「配置基準」を望みます。ソーシャルワーカー個人の能力もあると思いますが、個人的には常時支援するケースとしては25～30ケースが適正量と感じます。病床数で言えば50～60床に1名のソーシャルワーカーは必要なのではないかとおもいます。（※病院機能・診療科などによっても左右されるかもしれませんが）／退院支援加算は廃止し、（看護基準において退院支援部門は必須でスクリーニングも必須とし）ソーシャルワーカーの病棟配置を評価してほしい。算定のためのスクリーニングやカンファレンスではなく、必要な人に必要な時にソーシャルワーカーが介入できる仕組みが必要だと思う。／多職種の理解、協力体制の向上。早期介入、早期連携で1人でも多くのお患者様が希望できる場所へ退院できるような支援の実施。／退院支援において1つ1つのケースにどれだけの労力・時間がかかっているのか実情をアンケート等で調査し、それを踏まえた算定要件が設けられると良い。人員をそろえられたものの勝ちのような現在の算定要件にはやや疑問がある。算定要件に振り回され、本来力を入れるべき支援が手薄になるのでは本末転倒ではないかと思う。／早期介入することに対する加算だと思うので、早期介入早期退院を徹底できると良い／本人のみ、もしくは家族のみの面談実施となった場合でも加算が取れると良いと思う／患者本人、家族さんに分かりやすい文章で説明されればよいと思います／本当は入院診療計画通り進行できることが望ましいと思いますがプランの変更を早期に対応しなければならない／退院支援への早期介入について飛躍的に早くなったと思います。面談、面接が重視さ

れる中、ソーシャルワーカーの役割は期待されていると思います。／現在のまま現点数で継続してほしい／退院支援加算1の算定ができるように準備をしているところです。人材育成や連携体制カンファレンス。初回面談等要件のクリアに難しく思っています／（専従）要件を満たせなくなり届け出ることができなくなったが計画書作成などの一連の流れは継続して実施している。まず、（退院支援加算2）へ向けて努力しているが（専従）でなく（専任）になれば望ましいと思う。／退院支援に関わる者の専従化が必要（今は一人が専従でその他病棟ごとに専任）／多職種協働が不可欠（カンファレンス開催）となるため、多職員の理解・協力を得られるように取り組むことが大切か。ソーシャルワーカーへの負担増となるため実際取れていない。人員確保や人材育成が課題である。／当院は、精神科を母体とする医療機関であるため、所属するソーシャルワーカー総数としては24名と大規模となるが、一般診療科を担当するソーシャルワーカーはそのうちの3名と限られている現状がある。（※近年、精神科では診療報酬上。精神保健福祉法上、ソーシャルワーカー（精神保健福祉士等）の配置が義務付けられてきており、当院としてもソーシャルワーカーを増員し、体制整備に努めている。当院では患者サポート体制充実加算の届け出も行い、担当者を配置していることから、退院支援加算1を届け出するためには、退院支援業務に専従するソーシャルワーカーを新たに採用することが必須となる。人件費確保の意味でも、診療報酬上のさらなる評価を期待したい。）／小規模な病院でも算定できるよう要件が緩和されれば良いかなと思う／当院はH29年4月1日より全60床を療養病棟とし、うち13床を地域包括ケア病床となります。退院支援加算2を届け出予定です。連携室に看護師が少なく、スクリーニングにも苦勞している状況です。看護師の確保やカンファレンス開催等がもう少し充実するようになればと思っています。／退院支援加算1を取ることが理想で各病棟に支援スタッフが固定できることが望ましい／急性期の状況で介入する際、早期介入できる利点もありますが、本人、家族の精神面を考慮すると期限内での介入に苦慮する場合もあるため、猶予期間があればいいと感じています／加算という言葉がつくとどうしても回数や数字にとらわれがち…結果を出すことは大事なことだが、支援内容にも目を向けてもらえるような退院支援加算になればよいと思います／当院ではソーシャルワーカー中心の退院支援です。そのため看護師の退院支援に対する意識が低いのが課題です。今後医療改正が行われていく中で退院支援というものは非常に重要だと思います。病院全体でその意識を高めていく必要があると考えています。／

（以 上）