

令和5年度 「鹿児島保健医療圏入退院支援ルール」
**居宅介護支援事業所等及び
 参加医療機関アンケート調査結果**



鹿児島地域振興局保健福祉環境部健康企画課

鹿児島保健医療圏域入退院支援ルール参加状況

- 病院 **59カ所** [急性期・回復期を中心とした病院等]
 - 居宅介護支援事業所 **175カ所**, グループホーム等 **27カ所**
 - 地域包括支援センター **22カ所** (サブセンター含む) (R5. 6現在)
- * 圏域内介護支援専門員全員と予防プラン作成者

いちき串木野市

- 6病院
- 8居宅介護支援事業所
2小多機, 8グループホーム
- 1地域包括支援センター

鹿児島市

- 47病院
- 154居宅介護支援事業所
- 20地域包括支援センター

日置市

- 6病院
- 13居宅支援事業所
4小多機, 13グループホーム
- 1地域包括支援センター

【調査時期】 令和5年6月



(1) 居宅介護支援事業所、
地域包括支援センター等 アンケート調査



調査数: 224事業所
回収数: 218事業所
回収率: 97.3%

(2) 参加病院アンケート調査

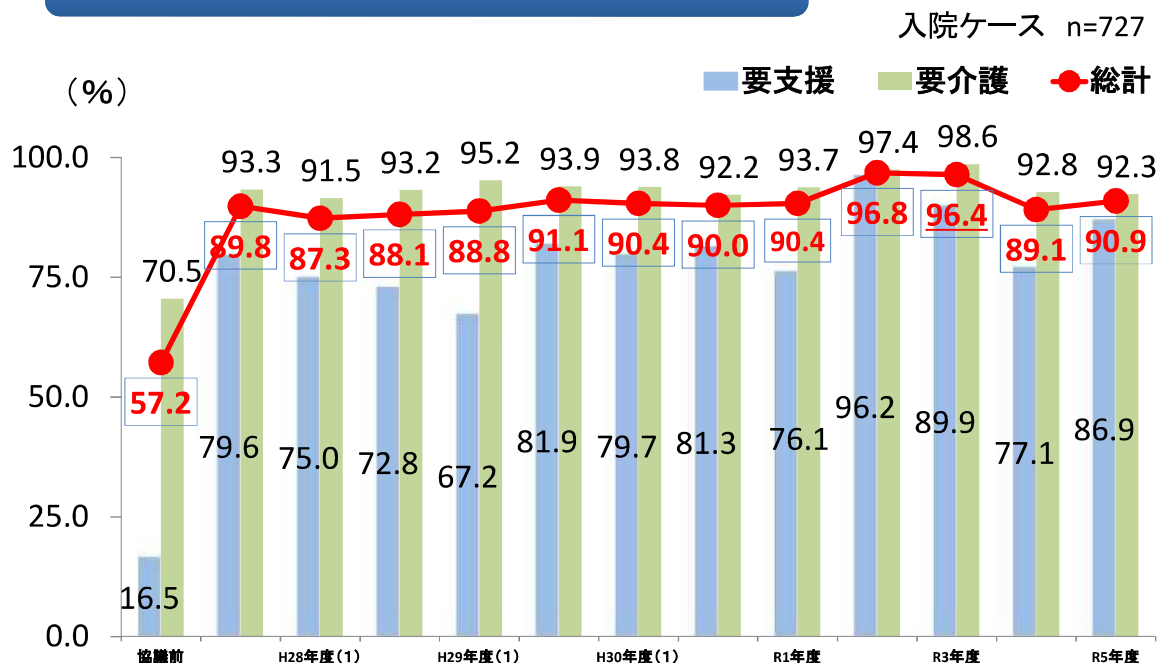


対象者: 59病院看護師代表者・医療連携室
回収: 58病院
回収率: 98.3%

3

(1) 居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等 アンケート調査

① 入院時の引継ぎありの変化

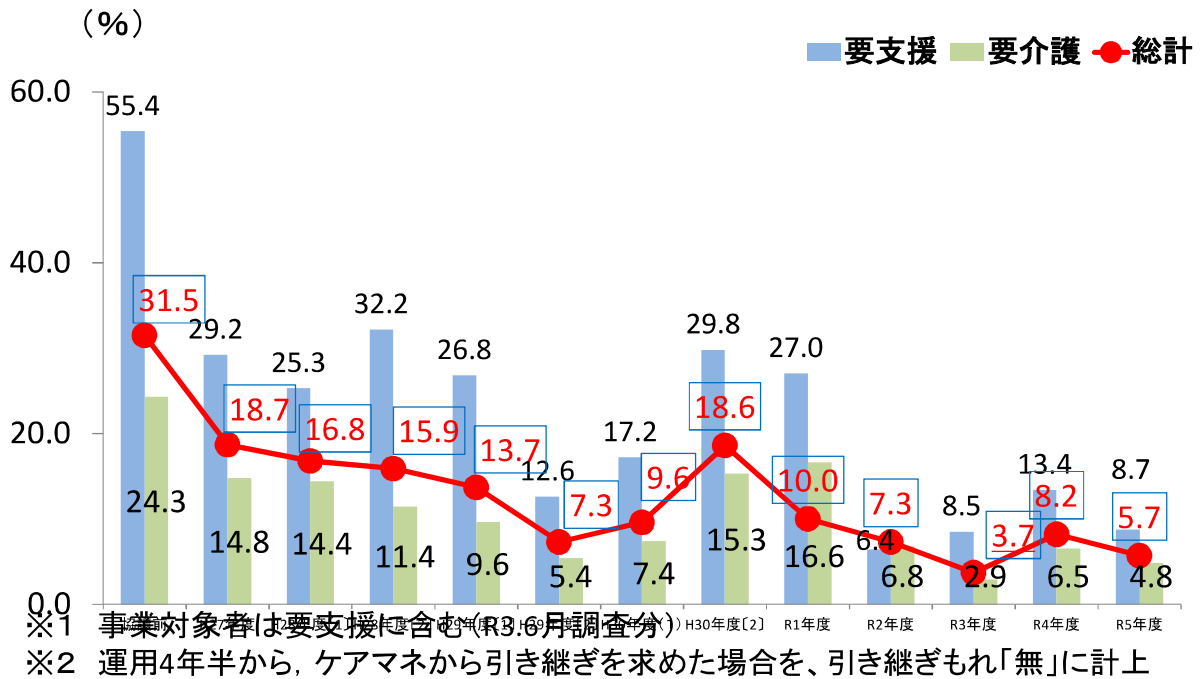


※ 事業対象者は要支援に含む

4

② 退院時の引き継ぎ漏れの変化

退院ケースn=583



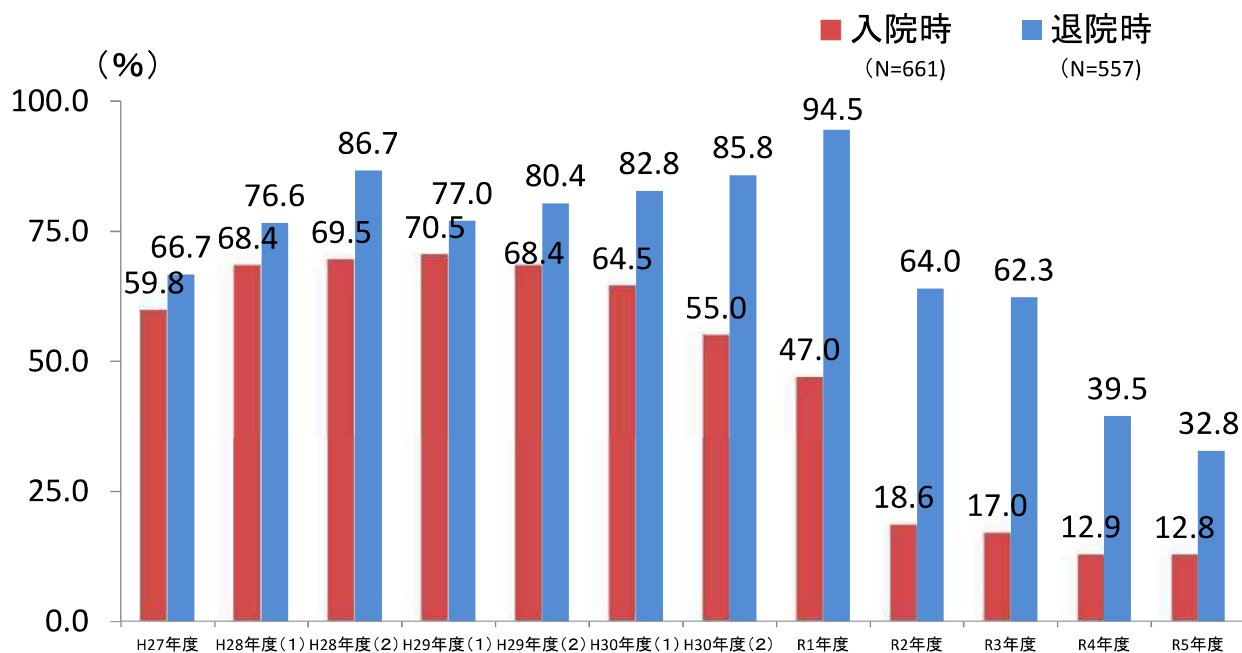
5

③ 情報提供方法 (複数回答)

	入院時		退院時	
	回答数	回答率	回答数	回答率
TEL	435	65.8%	341	61.2%
FAX	509	77.0%	173	31.0%
メール	5	0.7%	9	1.6%
郵送	10	1.5%	8	1.4%
○本人預け			115	20.6%
面接	85	12.8%	(カンファ有) 94	16.8%
			(カンファ無) 89	15.9%
合計	1,044	157.9%	829	148.8%

6

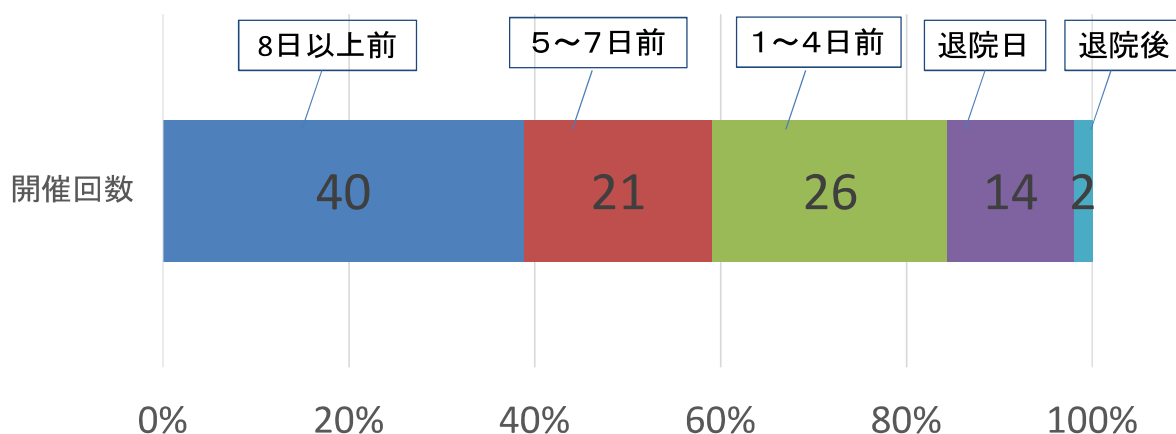
④面接による引き継ぎ状況の変化(入退院別)



※退院時は、面接及び退院前カンファレンスを含む

7

⑤情報提供(退院前カンファレンス)の開催時期

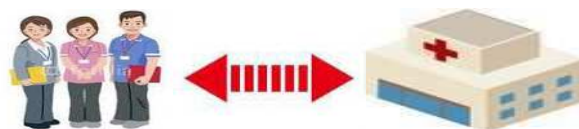


○カンファレンスを複数回(2回以上)開催: 6事例

○カンファレンス以外でも連携あり(電話, FAX): 58事例

8

(2)参加病院アンケート調査



①入院時の状況

内 容	受給者	人数	割合(%)
入院時にケアマネから病院に連絡があったケース	1,133	688	60.7
入院時に 病院からケアマネへ連絡 したケース		756	66.7

②退院時の状況

介護支援連携指導料算定 205件

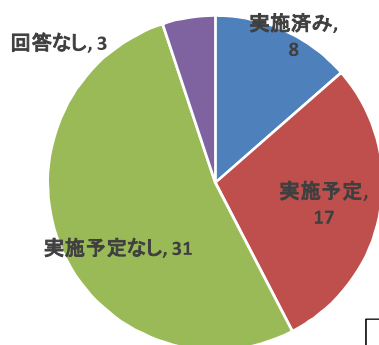
内 容	受給者	人数	割合(%)
退院時にケアマネと退院調整を実施したケース	1,037	926	89.3
退院時にケアマネと 退院前カンファレンスを実施 したケース		154	14.9

■退院調整の実施は、89.3%(R4年度73.8%)と**増加**,
ケアマネとの退院前カンファレンスの実施は、14.9%(R4年度16.5%)と**減少**

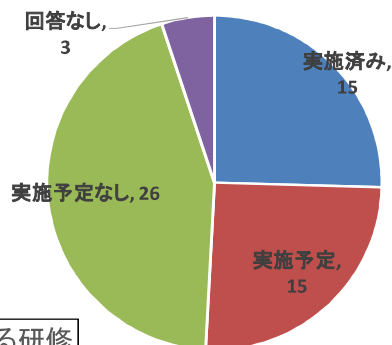
9

③病院内での情報共有、研修等での周知について

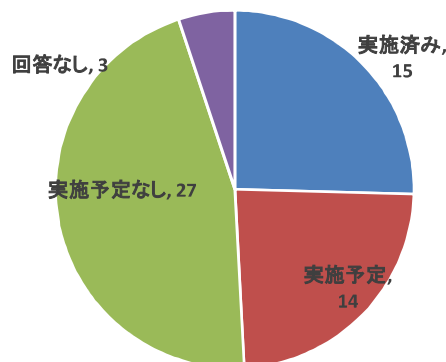
在宅医療に関する研修会



介護保険制度に関する研修



入退院支援ルールに関する研修



ルール活用で適切なサービスを提供出来た事例1

1. 病院に慢性腎不全の増悪があり、食事や水分摂取に関する指導目的で入院。

要介護2。78歳男性。一人暮らし。近隣に長女様が在住。入院時情報提供シートを送付する事で在宅復帰に向けての困り事を共有する事が出来た。

シートを活用したり、タブレット端末やラインも活用し、オンラインで家屋調査を行ったり、会議も行う等、シート以外のツールも活用する時代になっており、良い連携が図れていると思う。



11

ルール活用で適切なサービスを提供出来た事例2

2. 病院に心不全増悪で入院していた事例。要介護2，90歳女性。一人暮らし。

入院時情報提供シートと電話にて情報共有していたところ、定期的に入院中の状況や家族とのやりとり、今後の方向性についてなどの情報提供をいただくことができ、退院後施設への入居についての検討や入居先の選定が行えた。

退院一週間前には施設を含めた病院でのカンファレンスで状況を共有し、その後の入居施設での支援がスムーズに移行できた。

12

ルール活用で適切なサービスを提供出来た事例3

3. 病院へ骨折で入院された要介護度2の79歳女性、夫と二人暮らし。

本人は転倒に対するリスクについての認識が薄く、家族は福祉用具に対して懐疑的なため対応に苦慮していた。

入院時情報提供シートにて上記の件を記載していたため、看護師より連絡を頂き、主治医やセラピストからリスクや必要性を説明してもらうことが出来た。そのことで、歩行器の利用が開始でき、退院後の在宅でも歩行器を使用して転倒を予防することができた。

13

ケアマネとの連携に関してよかったこと①

- 在宅での生活がイメージしやすくなり、具体的な退院支援につながられた。
- 退院前カンファレンスを通して入院中の患者様の様子や退院後の継続した医療処置等がスムーズに引継ぎができ、その後のケアプラン作成に活かすことができていた。
- 介護度が高い方の在宅退院調整時に、家族と一緒に状態を確認して頂き、その場でサービス提案や退院後の不安等のヒアリングができた。そのことで、入院生活と退院後の生活に大きなギャップが生じないようにつながった。

14

ケアマネとの連携に関してよかったこと②

○ 在宅で生じていた課題への対応につながられた。

- パーキンソン病の患者が配偶者と閉鎖的な生活を送っていた。ケアマネ設定後に連携をとり、生活状況を把握することができた。その後、適正なサービスの導入に至ることができた。
- 客観的な視点での在宅生活の様子が把握できたため、ご家族が、ご本人にとって適切ではないケアをしていることがわかった。正しいケア方法を入院中に家族指導することができた。

15

ケアマネとの連携に関して課題と思っていること①

《ケアマネとの認識の違い》

- ◆ 生活重視の在宅と、医療介入の病院では知りたい情報内容に違いがある。必要時電話やFAX等での収集になるため、介入にタイムラグが生じる。
- ◆ 入院すると病院側で全て方向性を検討して貰えると考えるケアマネもいて、お任せ状態になる。それぞれの役割を確認することが必要だと思う。

《情報提供について》

- ◆ 入院時情報提供シートをもらうまでに数回連絡する必要がある。
- ◆ ケアプランの提供依頼をしても、もらえないことがある。
- ◆ 入院時退院時の連携が、今でもFAXでのやり取りになっている(コロナ禍の延長状態である)。

16

ケアマネとの連携に関して課題と思っていること②

《連携方法》

- ◆ 面会制限で患者の現状を伝える方法に限られる。患者と面会ができないのでケアマネも来院されず電話が多い。
- ◆ 面会制限は少しずつ緩和しているが、患者の状態が完全に伝わらない状況での退院調整のため、ケアマネへ迷惑をかけている。

《ケアマネに関すること》

- ◆ 居宅担当ケアマネの担い手がおらず、探すのに一苦労。ケアマネ事業所の選択どころではない。退院支援準備が円滑になされにくい。

《連携のタイミング》

- ◆ 生活重視の在宅と、医療介入の病院では知っておきたい情報内容についての違いがある。必要時電話やFAX等での収集になるため、介入にタイムラグが生じる。

17

入退院支援のために工夫していること①

1 退院調整部門① 34病院(回答44病院中)

- ・こまめにケアマネと連絡を取り、家族面談等の際も、ケアマネになるべく声をかけるようにしている。
- ・できる限り直接対面やweb等を活用し顔を合わせた連携を行うようにしている。
- ・報連相の徹底。患者様の退院、転院先も担当ケアマネに必ず伝達する。
- ・各部門から情報収集し、退院の話が出る前にフェイスシートを作成。家族、ケアマネに提供している。
- ・リハビリの動画を撮影し、ケアマネへ情報提供を行う。

18

入退院支援のために工夫していること②

2 事務部門 5病院(回答40病院中)

- ・金銭面で不安がある場合は、退院調整部門と情報共有している。
- ・入院時に介護保険証の提示を求め、院内で情報共有できるようにしている。

3 病棟看護師 30病院(回答42病院中)

- ・退院に向けてのIC時担当ケアマネへ連絡して同席してもらう。
- ・自宅にある物を活用した個別的な退院指導を実施。
- ・医療依存度の高い患者の退院時に手技指導を計画的に行う。
- ・治療後の療養先や介護保険利用を本人、家族に意向確認する。
- ・病棟訓練を実施。必要時に介護指導のパンフレットを提供している。
- ・転帰先に向けた対応ができるよう院内で情報共有している。
- ・適切な服薬管理に繋がられるように院内薬局と服薬への取り組み実施する。
- ・院内で自立に向けた排泄面への取組支援を行う。

19

入退院支援のために工夫していること③

4 外来看護師 10病院(回答42病院中)

- ・入院前スクリーニングを実施して、リスク要因を病棟で継続して対応している。また、担当ケアマネを把握したら確認までしている。
- ・今後外来診療がある場合は、状況に応じて外来看護師と情報を共有。
- ・提供する看護サマリーを外来看護師に確認してもらう。

5 医師 15病院(回答40病院中)

- ・希望があれば病状説明や在宅療養の問題点について話をする機会を設けている。
- ・訪問診療につなげる場合は、退院前カンファレンスに同席してもらい、情報共有する。

20

入退院支援のために工夫していること④

6 リハビリ部門 26病院(回答43病院中)

- ・介護指導や日常生活の動きなど必要時に患者様・家族様・事業所宛にパンフレットを作成し提供する。
- ・在宅環境の確認を行い、環境にあった動作訓練等を行う。

7 薬剤部門 12病院(回答40回答中)

- ・一包化の検討や抗がん剤等は注意点等の指導を薬剤師に依頼
- ・必要時、調剤薬局にサマリーを提供する等、連携している。
- ・退院に向け、薬剤の整理(主に減薬)を医師にお願いしている。

8 栄養部門 18病院(回答44病院中)

- ・食事形態, 治療食, 民間の配食サービスの案内, 指導を栄養部門に依頼している
- ・ケースによっては、家族向けの資料を作成, 提供している。
- ・必要時家族への栄養指導にケアマネも同席してもらう。