

令和6年度
「鹿児島保健医療圏域退院支援ルール」運用後9年半に係る
アンケート調査結果報告 (R6.6月分調査)

《調査対象》

- I 居宅介護支援事業所, 地域包括支援センター等
- II 参加医療機関

令和6年6月の
運用状況

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 **173カ所**, グループホーム等 **26カ所**
- 地域包括支援センター **22カ所** (サブセンター含む) (R6.6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

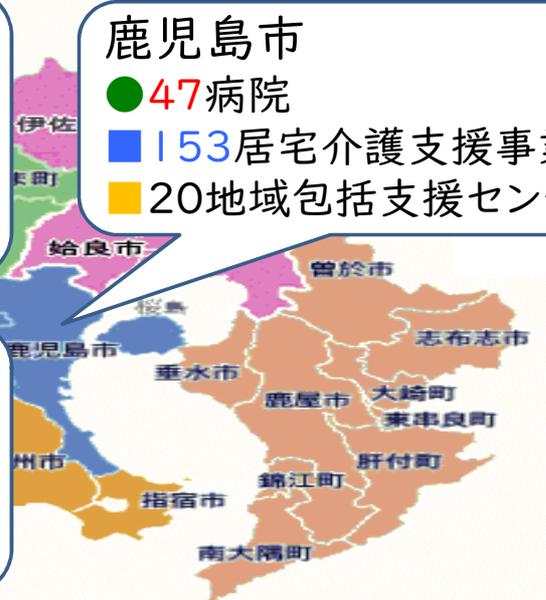
- 6病院
- 7居宅介護支援事業所
1小多機, 8グループホーム
- 1地域包括支援センター

鹿児島市

- 47病院
- 153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



居宅介護支援事業所 地域包括支援センター等にかかる調査結果

3

《調査時期：令和6年6月》



■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



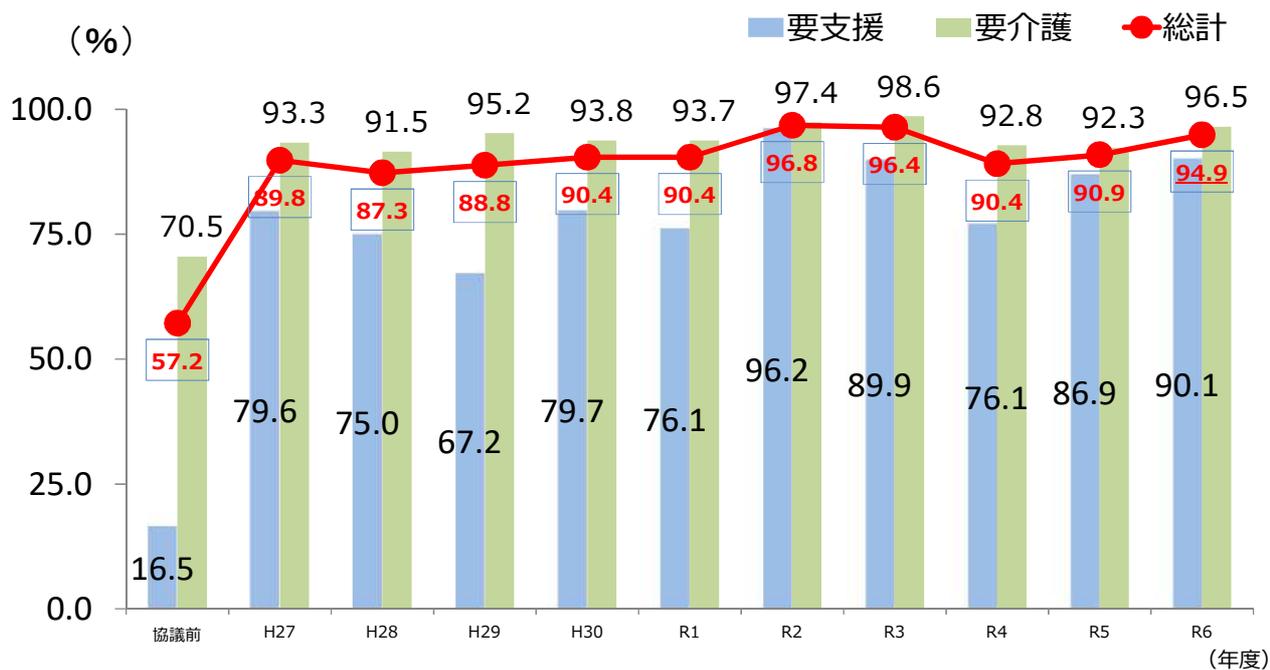
調査数：事業所数	221
回収数：事業所数	215
回収率	97.3%

R5年調査
調査数：事業所数 224
回収数：事業所数 218 回収率：97.3%



4

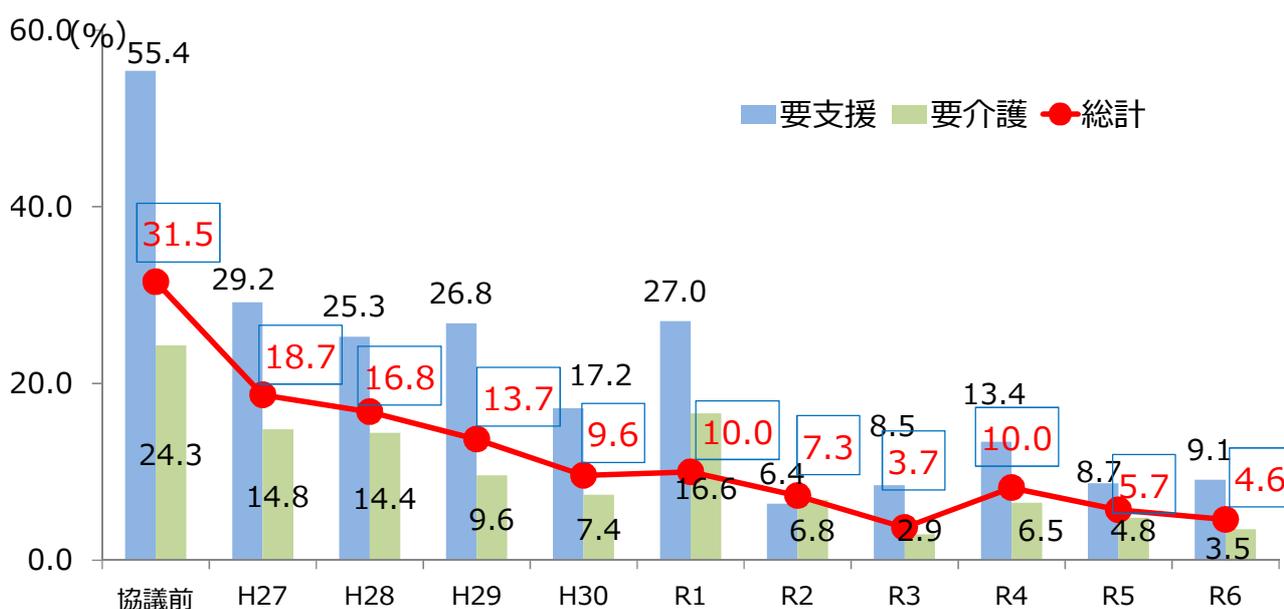
① 入院時の引継ぎありの変化



※ 事業対象者は要支援に含む

5

② 退院時の引き継ぎ漏れ率の変化



※1 事業対象者は要支援に含む(R3.6月調査分)

※2 運用4年半から、ケアマネから引き継ぎを求めた場合を、引き継ぎもれ「無」に計上

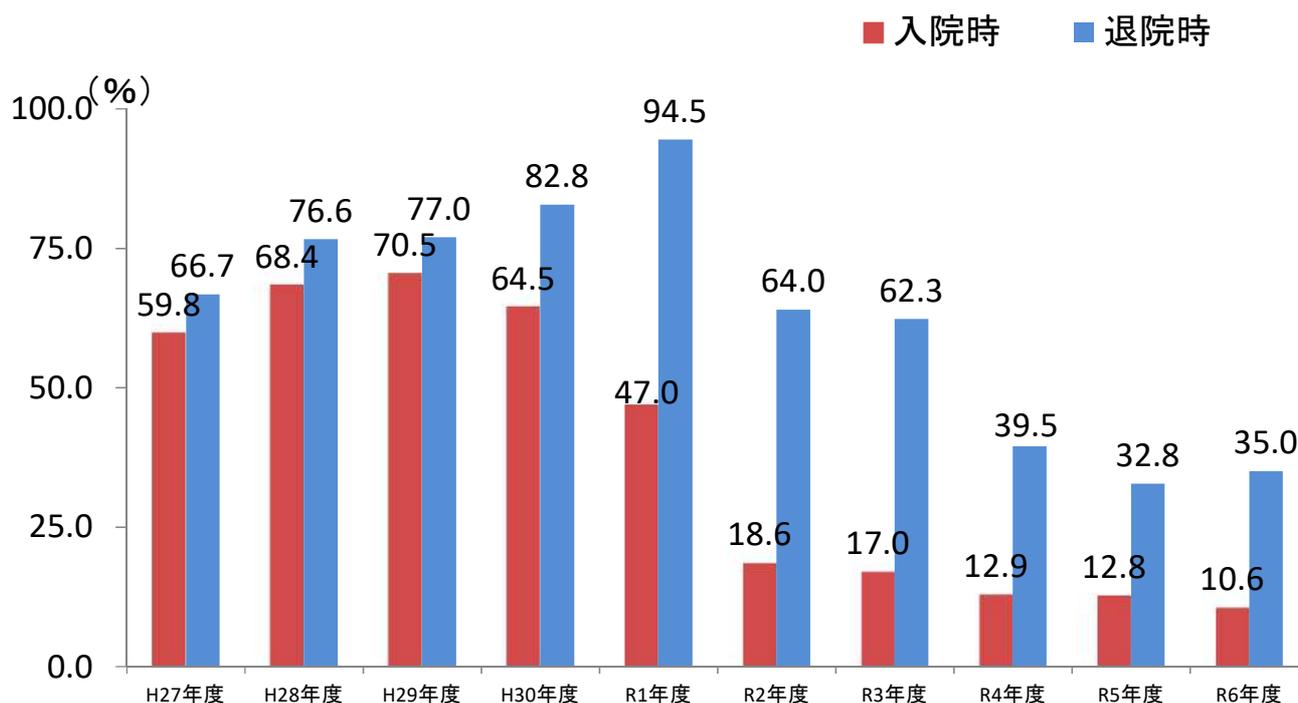
6

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	509	63.6%	394	63.1%
FAX	593	74.1%	226	36.2%
メール	3	0.4%	6	1.0%
郵送	6	0.8%	6	1.0%
○本人預け			151	24.2%
面接	85	10.6%	(カンファ有)114	18.3%
			(カンファ無)105	16.8%

7

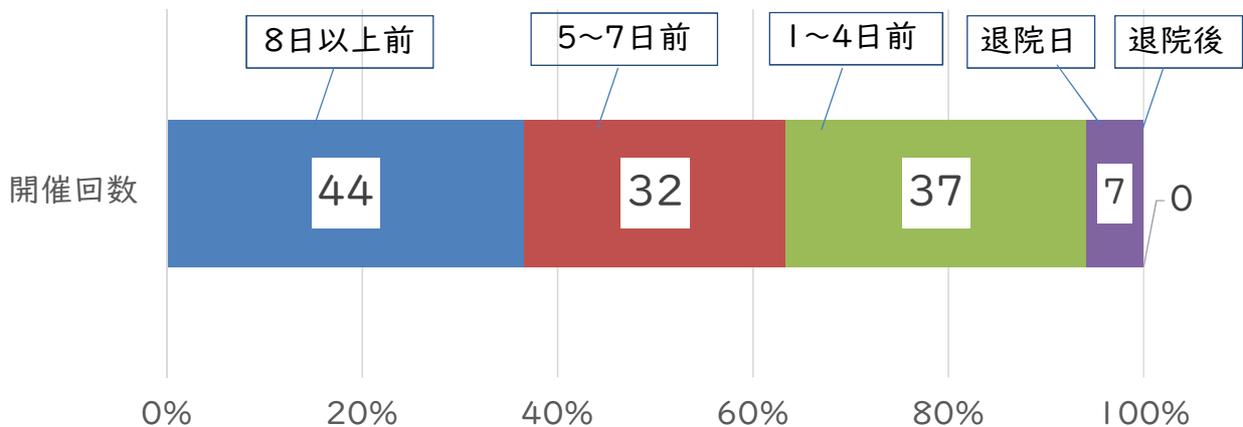
④ 面接による引き継ぎ状況の変化（入退院別）



※退院時は、面接及び退院前カンファレンスを含む

8

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：4事例
- カンファレンス以外でも連携あり（電話，FAX）：74事例

9

ルール活用で適切なサービスを提供出来た事例 1

1 入院時からの連携が、退院前のケアプラン作成に役立った。



大腿骨頸部骨折にて入院。79歳。子ども2人と3人暮らし。退院1週間前に地域連携室より家族を含め、地域連携室と理学療法士，福祉用具事業所，地域包括支援センターにて退院に向けて行う。

2階に居住のため，理学療法士による環境の確認や福祉用具導入や住環境の整備（手すり等）の意見，身体の清潔，閉じこもり・認知症予防にデイサービス利用等の意見を聞くことができ，スムーズに在宅に移行ができた。

10

ルール活用で適切なサービスを提供出来た事例 2

3 入院時からの連携により、多職種連携が図れ、スムーズに在宅移行できた

腰椎圧迫骨折のため、入院。要介護1, 85歳女性。本人, 夫(要介護4), 次男の3人暮らし。
入院時情報提供シートを提出していたところ, 退院前に地域連携室より電話があり, 医師からの病状説明に加え, 看護師から入院中の様子, リハビリ専門職よりリハビリの実施状況や注意点などの説明を聞いたので自宅療養について検討, 洗濯物を干すときは椅子に腰掛けて行うスタイルで工夫するなど調整が行えた。

11

ルール活用で適切なサービスを提供出来た事例 3

4 入院時からの連携により、多職種連携が図れ、スムーズに在宅移行できた

悪性リンパ腫にて入院しており一時は寝たきり状態となっていたが, 抗がん剤の治療を受け徐々に回復。入院時は要介護4, 77歳, 夫婦2人暮らし。在宅退院に向けて, 妻より居宅の依頼があり主治医, 地域連携室SW, 福祉用具事業所と退院前カンファレンスや電話での相談や連携を図り在宅退院調整。妻自身も持病を持っており在宅介護の不安を感じていたが, 福祉用具利用等についても主治医からも説明を行ってもらい, 住環境の整備を行い退院。
退院後の在宅生活についても, 随時病院の連携室と連絡を取り合い, 本人, 家族の不安や要望, 今後の対応等について密に連絡を取り合い「こんなに支援してくれるチームができて不安が解消され安心して在宅療養ができる」とお言葉があった

12

転院や転棟の際に情報共有がうまくいかず困った事例

- 転院の先に、再度情報を求められたりすることがあるため、転院先の病院同士でケアマネの情報を共有してもらえたら事務の負担が軽減される。
- 入退院、転院等の連絡が無く、入院時情報提供が遅くなったり、**退院準備ができなかった。**
- A病院からB病院へ転院された。事前に転院の連絡もあり、また転院当日、受け入れ先の医療機関の病棟看護師からも転院の報告を受け、看護師宛に入院時情報提供シート等をFAXで送る。しかし、翌日にB病院連携室より入院時情報提供の依頼があり、情報提供した看護師に電話を入れて確認をする。結果、看護師は受け取っていた。
- 転院や転棟の際には連絡（電話連絡がほとんど）がきており、情報共有が上手くいっていないと感じたことはあまりない。

13

入退院支援ルール参加病院にかかる アンケート結果

14

《調査時期：令和6年6月》



■参加病院アンケート調査

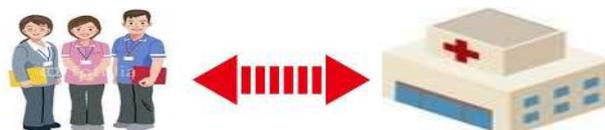
対象者：59病院看護師代表者・医療連携室
回収：58病院
回収率：98.3%



15

■参加医療機関調査（R6年度）

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	1,355	760	56.1
入院時に 病院からケアマネへ連絡 したケース		863	63.7

退院時の状況

介護支援連携指導料算定 252件

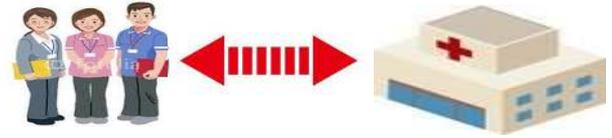
内 容	受給者	人数	割合(%)
退院時にケアマネと退院調整を実施したケース	1,372	1,148	83.7
退院時にケアマネと退院調整を実施して 退院前カンファレンスを実施 したケース		300	21.9

■退院調整の実施は、83.7%（R5年度89.3%）と減少、
 ケアマネとの退院前カンファレンスの実施は、21.9%（R5年度
 14.9%）と**増加**

16

■参加医療機関調査

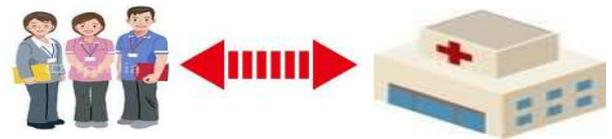
入院時の状況



	令和4年度			令和5年度			令和6年度		
	受給者数	人数	割合 (%)	受給者数	人数	割合 (%)	受給者数	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	1,386	651	47.0	1,133	688	60.7	1,355	760	56.1
入院時に病院からケアマネへ連絡したケース		765	55.2		756	66.7		863	63.7
参加医療機関(機関)	59			59			59		

17

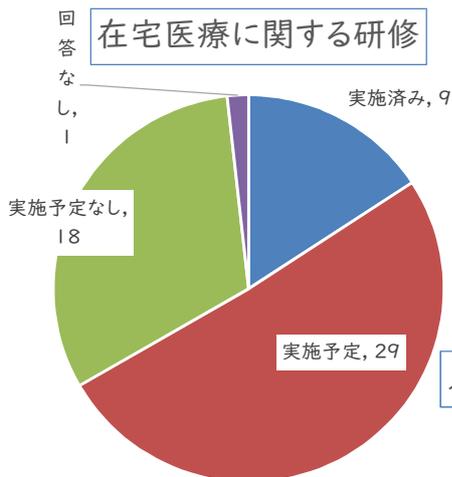
退院時の状況



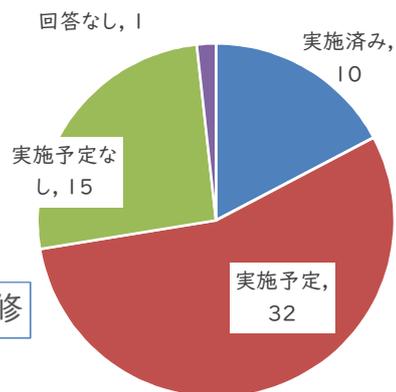
	令和4年度			令和5年度			令和6年度		
	受給者数	人数	割合 (%)	受給者数	人数	割合 (%)	受給者数	人数	割合 (%)
退院時にケアマネと退院調整を実施したケース	1,312	968	73.8	1,037	926	89.3	1,372	1,148	83.7
	人数		割合 (%)	人数		割合 (%)			
退院時にケアマネと退院調整を実施して退院前カンファレンスを実施したケース	217		16.5	154		14.9	300		21.9
介護支援連携指導料算定	143件			205件			252件		

18

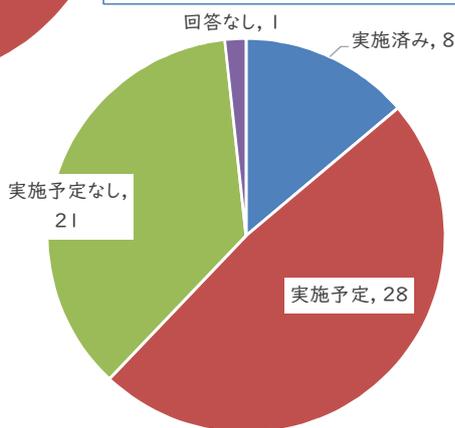
病院内での情報共有, 研修等での周知について



介護保険制度に関する研修



入退院ルールに関する研修



実施済み+実施予定

在宅医療	66.7%
介護保険制度	72.4%
入退院支援ルール	62.1%

ケアマネとの連携に関して よかったと思われる点や事例

- 入院中の様子だけを見れば独居は困難。施設入所を案内するレベルであったが、ケアマネとの情報共有の中で現状で独居生活を継続していたことが分かり、スムーズに自宅退院へ繋げることができた。
- 基本情報、在宅生活が把握でき、目標に向けて早めにリハを進めることができた。
- ご自身で今後の事を決めていきたい患者様に対し、頻回に来院しプランの相談や住宅改修の箇所・料金についての説明をしていただいたことで、スムーズな退院調整を行うことができた。

ケアマネとの連携に関して よかったと思われる点や事例

- 自宅の環境や家族の状況、介護力等をケアマネさんが把握しているのもので、その方にあわせてリハビリや支援、家族への伝え方など対策を練ることができ、良かったです。
- 転帰先や施設調整をする際に決めかねるご家族に対してケアマネ側からも後押しし一緒に関わってくださることで調整がスムーズだった。
- ご家族にキャラクターがあり、病院とご家族とのラポール形成には時間がかかることが予想されたが担当ケアマネとご家族との間ではすでにラポール形成されており、在宅までの調整をスムーズに進めることができた。

21

ケアマネとの連携に関して よかったと思われる点や事例

- 在宅医の先生からも今後の看取りに向けてまでお話くださり、結果的に家族、在宅医、訪看、施設、ケアマネ間でACPについて話し合う場も設けられた。
- 家庭内の状況を教えてもらえたため、入院中のリハビリに反映させることができた。退院前に必要となる福祉用具やサービスについて話ができ、退院後すぐにサービスが使えて良かった。
- ケアマネからの要望の欄の記載でケアマネが退院時に知りたい情報が分かり連携しやすかった。

22

ケアマネとの連携に関して課題と思っていること

《連携方法》

- ◆ お互い忙しく、ゆっくりと電話や対面でお話出来るタイミングがない。入院時や退院時のみの連絡になってしまっている。
- ◆ ケアマネとの情報共有の際、来院していただきたい場面があるが、コロナ感染対策の観点から本人への面会は控えていただいているという点があり、ケアマネにわざわざ資料だけを取りに来てもらうのは申し訳ない気持ちがある。
- ◆ 退院時(前)は直接情報収集に来て欲しい(状態変化の見られる方、長期入院の方)事業所によって対応が違う。
- ◆ 可能であればケアマネに来院してもらいカンファレンスがしたい。

23

ケアマネとの連携に関して課題と思っていること

《ケアマネに関すること》

- ◆ 市外での新規依頼調整の際に、閉所されている事業所や1名体制の事業所で対応困難(枠がいっぱい)等で調整に時間がかかる。事業所も少なめ。数カ所相談しないとイケない。鹿児島市内は比較的スムーズです。
- ◆ 地域包括支援センターへの連絡時、外勤で不在のことが多い。何らかのツールがあれば良いと感じた。
- ◆ ケアマネも不在のことが多いため、直接話をできないことも多い。

24

転院や転棟の際の情報共有での課題

- 前医から入院された患者さんで入退院を繰り返している方は、どこまでの（いつまでの）情報をケアマネさんをご存じかわからなくなることがある。
- 転棟前の病棟で自宅退院を目指して申し送りあるが、どの程度支援が進んでいるのか、多職種連携状態など把握されていないこともあり、課題だと感じている。
- 転院の場合、入院時に情報シートの提供があれば在宅情報が転院先に引き継げるが、シートがない場合はほとんど引き継げていないのが現状

25

転院や転棟の際の情報共有で工夫している事項

- 転院・退院等があれば、その都度チェックリストを記載し、報告もれが無いようにしている。
- 通常病棟看護師が入院している患者の情報提供をケアマネさんへ連絡するようにルール化されているが、病棟や看護師によっても連絡できているときとできていない時があり、地域連携室がどこまでするか不明確なことがある。入院時にケアマネさんが分かっている場合は、病棟だけで無く地域連携室からも一報入れ患者情報提供を行うようにしている。
- カルテに取り込み共有している。
- 転院前に看護サマリーを事前送付依頼している。

26