

# 1 令和4年度医療・介護合同会議(メンテナンス会議)の振り返り (書面開催報告書から抜粋)

日 時	令和5年1月 (※感染症による爆発的感染拡大防止のため)
対 象	医療機関 40機関中25機関回答 介護支援事業所 71機関中50機関回答
内 容	(1)令和4年度の実態調査報告書について (2)意見交換希望のあった事項について (3)ACPの普及啓発について

## (1)令和4年度の実態調査報告書について

- ・ 他市ケアマネの、医療機関への連携状況を知ることができて、大変参考になる。
- ・ ほぼ同感する事が記載されている。実施内容についての確に報告されている。両者の意見がよく分かる。
- ・ 共有シートがあることで連携も取りやすくなっており、ケアマネや医療機関との関係も密になっていると感じる。
- ・ 地域での状況が分かり、今の課題を共有できるので良いと思う。
- ・ 情報提供だけでなく、コロナでの対面や退院後の生活へ繋がるアセスメントをとれるような意見が多く書かれていた。
- ・ 退院後の生活を視野に入れた看護実践の提供や、在宅で利用可能な医療・福祉サービスとのスムーズな連携が必要と思われる。

## (2)意見交換希望のあった事項について

### ① 情報提供シートについて (加除修正点などを含めた意見)

#### 〈事業所の意見〉

- ・ 医療機関からの情報には、治療内容はしっかり記載されているが、退院後の在宅生活を見据えての情報も記載して欲しい。
- ・ 退院後の生活で注意すること等の内容を、詳しく記載して欲しい。
- ・ チェックのみでなく、具体的な情報を記載して欲しい。
- ・ 「一部介助」の内容の記載 (入浴介助など)があれば良い。
- ・ 情報が十分でない時は、電話で確認している。

#### 〈医療機関の意見〉

- ・ 対象者の生活歴の提供、記載があれば良い。
- ・ 栄養管理情報が添付されていないことがある。共有シートだけではチェックのみで情報不足を感じる。

### ② 入院中にコロナに感染した患者の、家族やケアマネへの連絡時期について

- ・ 退院のめどが立ったときは遅いので、状態が落ち着いた時が良いと思います。
- ・ 家族にはすぐ連絡したが、ケアマネにはしなかった。ケアマネに連絡しないといけないことを知らなかったが、対象者がいた場合は、退院前には伝えると思う。
- ・ 事例はないが、感染した場合はすぐに連絡するように計画している。

## (3) ACPの普及啓発について (取り組んでいること等)

#### 〈事業所の意見〉

- ・ 専門職向け研修を行っている。
- ・ モニタリング訪問時、本人や家族の理解度に合わせて進めている。
- ・ 利用者・家族へその都度説明している。
- ・ 本人や家族の意向を確認しながら、事業所又は法人で合同カンファを行っている。
- ・ 窓口は設けていないが、常に相談の対応は行っている。
- ・ 相談があった場合、対応できるように事業所で勉強会を行っている。

#### 〈医療機関の意見〉

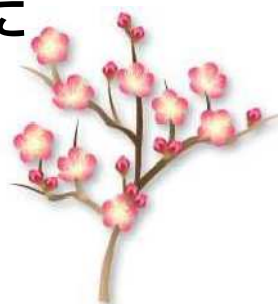
- ・ 今後のことも考えて行くことが必要になっている事を、面談中に説明している。
- ・ 入院時に、終末期の治療の意思確認を行っている。急変時には、蘇生治療の再確認を行っている。

令和5年度・令和6年度（案）南薩保健医療圏域入退院調整ルール of 事業スケジュール

年度	令和4年度	令和5年度				令和6年度(案)	
テーマ	入退院支援がなかったために困ったことになった患者さんや家族がいます。そのような事例を1例でもなくすために、退院調整ルールを活用しましょう。						
医療関係	1月 医療・介護合同会議 (医療機関・ケアマネ・市・振興局)	7月18日 企画運営会議① (医療機関代表・ケアマネ代表含む)	9月 退院調整状況確認アンケート調査	11月20日 企画運営会議② (医療機関代表・ケアマネ代表含む)	1月18日 医療・介護合同会議(サテライト開催) (医療機関・ケアマネ・市)	3月 打合せ 書面(市・振興局)	6月 企画運営会議 (医療機関代表・ケアマネ代表含む)
介護関係 (居宅介護支援事業所・小規模多機能居宅介護事業所・地域包括支援センター)							
市	<ul style="list-style-type: none"> <li>○各市の介護支援専門員(居宅等・包括)の調査実施, とりまとめ</li> <li>○介護支援専門員への会議開催通知(振興局から市を経由して通知)</li> <li>○会議出席, グループワークのサポート</li> </ul>						
南薩地域振興局	<ul style="list-style-type: none"> <li>○管内医療機関(病院・有床診療所)の調査実施, とりまとめ</li> <li>○医療機関・介護支援専門員への会議開催通知, 出欠とりまとめ</li> <li>○会議進行・企画・運営</li> </ul>						

退院支援がなかったために、困ったことになった患者さんや家族がいます。  
 そのような事例を1例でもなくすために、みんなで参加して「入退院調整ルール」を活用しています。

本人や家族への周知も地道に  
 継続していきましょう！



# 「南薩保健医療圏域入退院調整ルール」

運用後5年半にかかる

介護支援専門員運用実態調査報告

参加医療機関運用実態調査報告

(令和5年9月分調査)

5

《調査時期：令和5年9月》

## ■ ケアマネ対象アンケート調査

対象事業所数：68か所

回答事業所数：66か所

回答率：97.0%

回答ケアマネ数：200人

※退院者数186人，入院者数210人

※居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護事業所



## ■ 参加医療機関アンケート調査

医療機関数：43か所(病院 29か所，有床診療所 14か所)

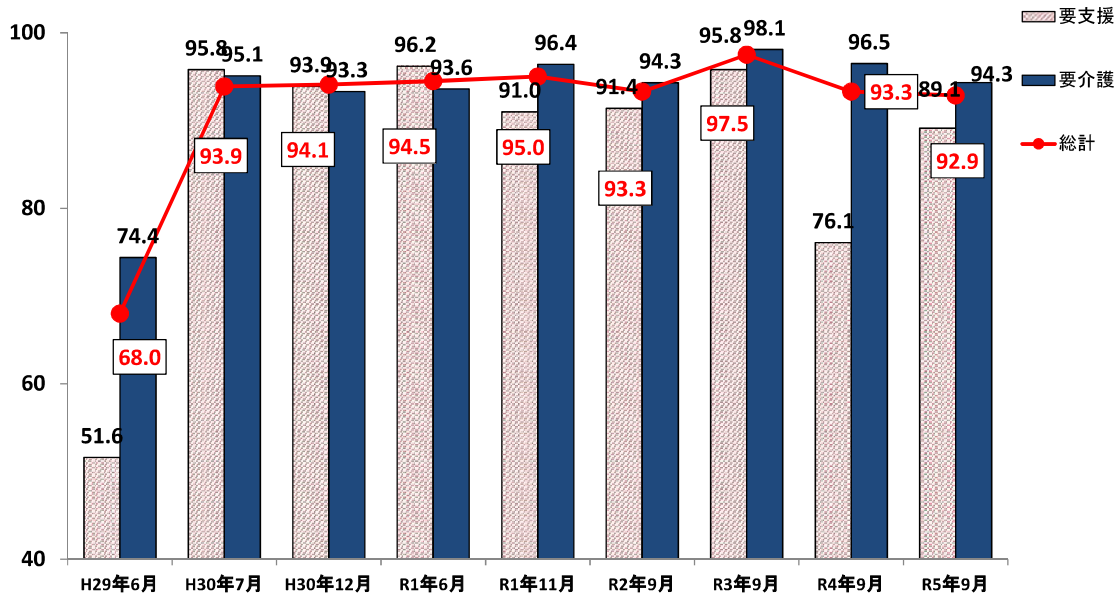
回答機関数：36か所

回答率：83.7%



6

## 入院時情報提供ありの推移



※総計は、事業対象者・申請中も含む  
入院総数 210人に対する比率

N=210

7

## 入院時情報提供ありの割合(市別)

	(件)		(%)		
	入院あり	引継あり	全体の引継ぎ率	要支援の引継ぎ率	要介護の引継ぎ率
枕崎市	30	28	93.3	83.3	95.7
指宿市	64	57	89.1	76.6	91.8
南さつま市	55	55	100.0	100.0	100.0
南九州市	61	55	90.2	90.0	92.0
計	210	195	92.9	89.1	94.3

N=210

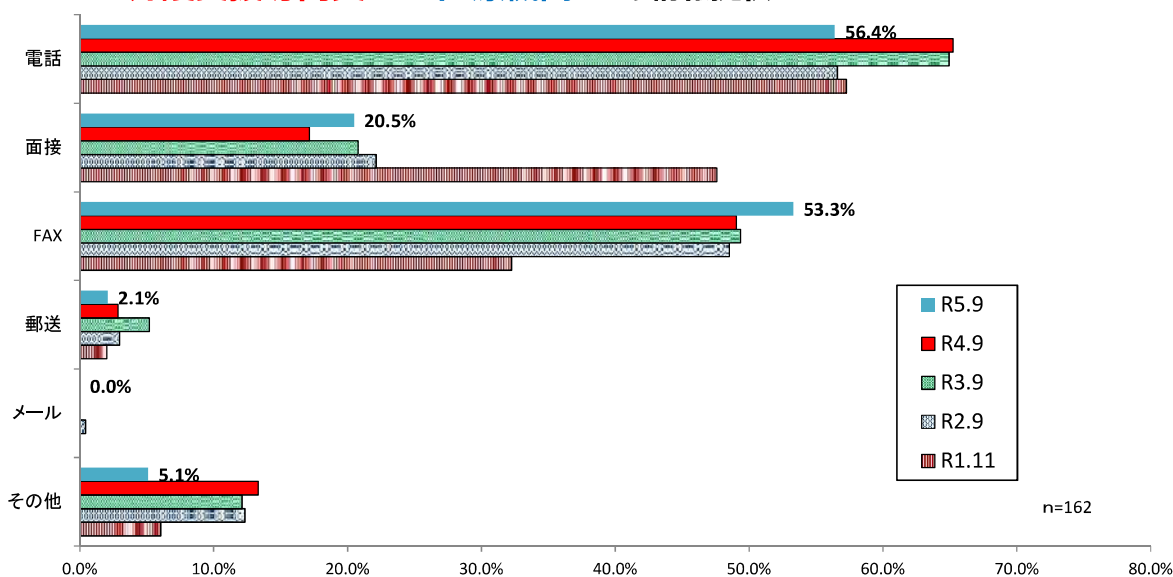
※ 南薩地域振興局内では、入院時の引継ぎ率 **92.9%**

8

<ケアマネ対象アンケート調査>

## 入院時情報提供ありの連携方法（複数回答）

介護支援専門員 → 医療機関 への情報提供

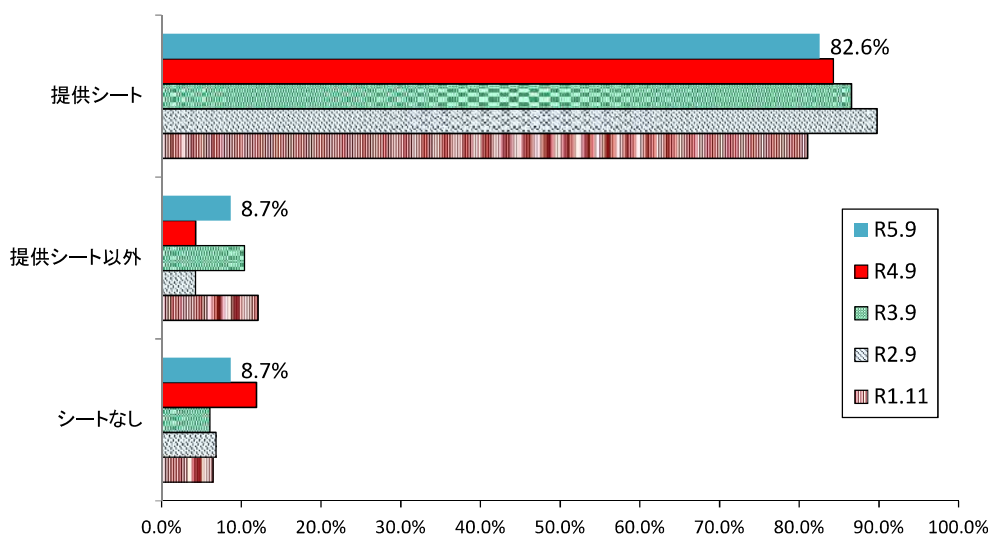


※入院総数195人  
 ※令和2年度から面接の割合が半減し、電話・FAXが増加している  
 ※その他内訳：医療機関に独自の情報提供書の利用3件、薬情報のみの提供2件  
 ※平成30年12月調査分から調査項目に「その他」を追加

<ケアマネ対象アンケート調査>

## 入院時情報提供ありの連携方法（複数回答）

介護支援専門員 → 医療機関 への情報提供



※ 入院総数195人  
 「シートなし」(17人)の状況  
 連携方法・・・書面、訪問、持参

N=195

## 入院時に情報提供のため連絡した時期

( 介護支援専門員 → 医療機関 への情報提供 )

	令和2年 11月調査	令和2年 9月調査	令和3年 9月調査	令和4年 9月調査	令和5年 9月調査
3日以内	92.7%	91.9%	94.3%	89.5%	82.6%
最速	入院前 12日	入院前 14日	入院前 7日	入院前 20日	入院前 17日
最遅	入院後 10日	入院後 17日	入院後 7日	入院後 30日	入院後 5日

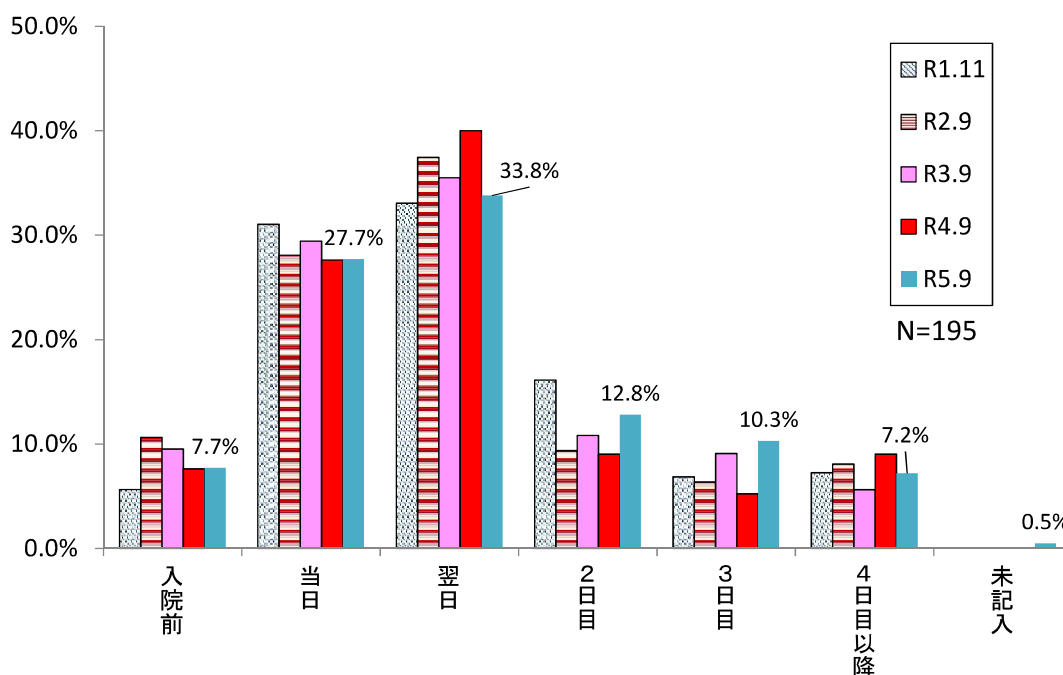
※令和5年9月調査では、入院4日以降が約8%、最遅日が5日となっている。

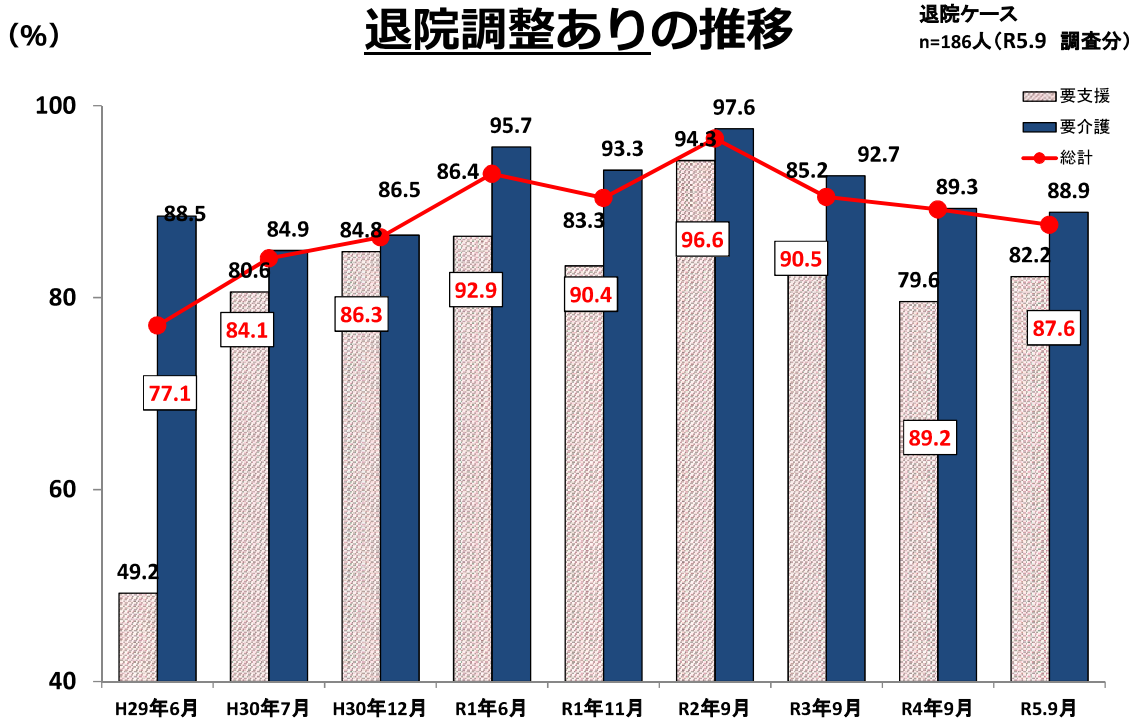
※入退院調整ルールでは、入院後3日以内の情報提供を目安としている。

※平成30年12月調査分から調査項目に「入院前」を追加

## 入院時に情報提供のため連絡した時期

( 介護支援専門員 → 医療機関 への情報提供 )





※退院総数186人、昨年より調整率1.6ポイント低下  
 ※R2年度は、**介護支援専門員** → **医療機関** への連絡 4件も含む

## 退院時調整ありの割合(市別)

	(件)		(%)	要支援・要介護の調整あり率 (%)	
	退院あり	調整あり	調整あり率	要支援	要介護
枕崎市	24	21	87.5	100.0	85.0
指宿市	67	54	80.6	72.7	83.7
南さつま市	43	39	90.7	90.9	90.3
南九州市	52	49	94.2	87.5	95.1
計	186	163	87.6	82.2	88.9

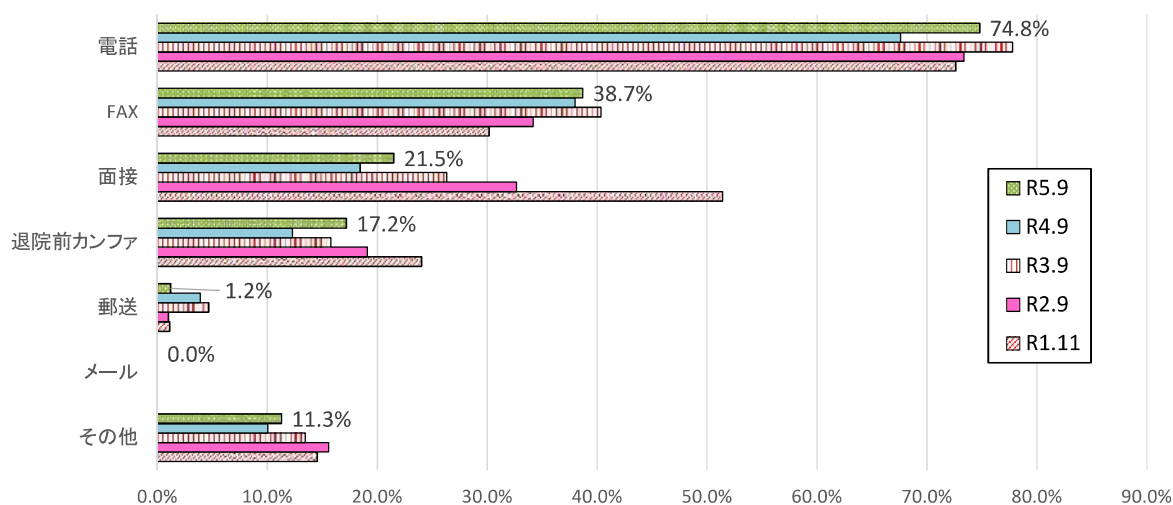
N=186

<ケアマネ対象アンケート調査>

# 退院調整ありの連携方法（複数回答）

医療機関 → 介護支援専門員 への情報提供

n=163 (R5.9調査分)



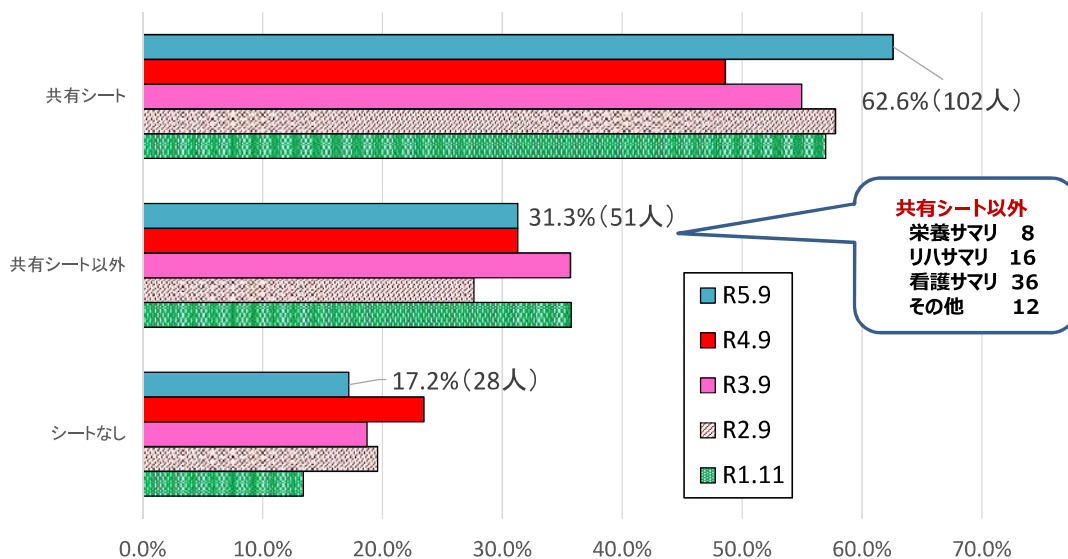
※退院人数186人 退院調整あり163人  
 ※平成30年12月調査分から調査項目に「その他」を追加  
 ※その他の内訳:持参15人(家族・本人・医療機関), 家屋調査1人,  
 ※令和2年度から面接の割合が減少し, 電話・FAXが増加している  
 ※退院カンファレンスの割合が増加している  
 ※R2.9分は、介護支援専門員→医療機関 への連絡も4件含む

<ケアマネ対象アンケート調査>

# 退院調整ありの連携方法（複数回答）

医療機関 → 介護支援専門員 への情報提供

n=163 (R5.9調査分)



※退院人数186人 退院調整あり163人  
 ※R2.9分は、介護支援専門員→医療機関 への連絡も4件含む



## 退院前の情報共有のため連絡が来た時期

医療機関 → 介護支援専門員 への情報提供

R2年度は、介護支援専門員 → 医療機関 への連絡した4件も含む

	令和元年 11月調査	令和2年 9月調査	令和3年 9月調査	令和4年 9月調査	令和5年 9月調査
7日以上前	37.4%	36.7%	31.0%	32.9%	34.4%
最速	47日前	90日前	35日前	50日前	34日前
最遅	退院後 4日	退院後 4日	退院後 3日	退院後 30日	退院後 7日

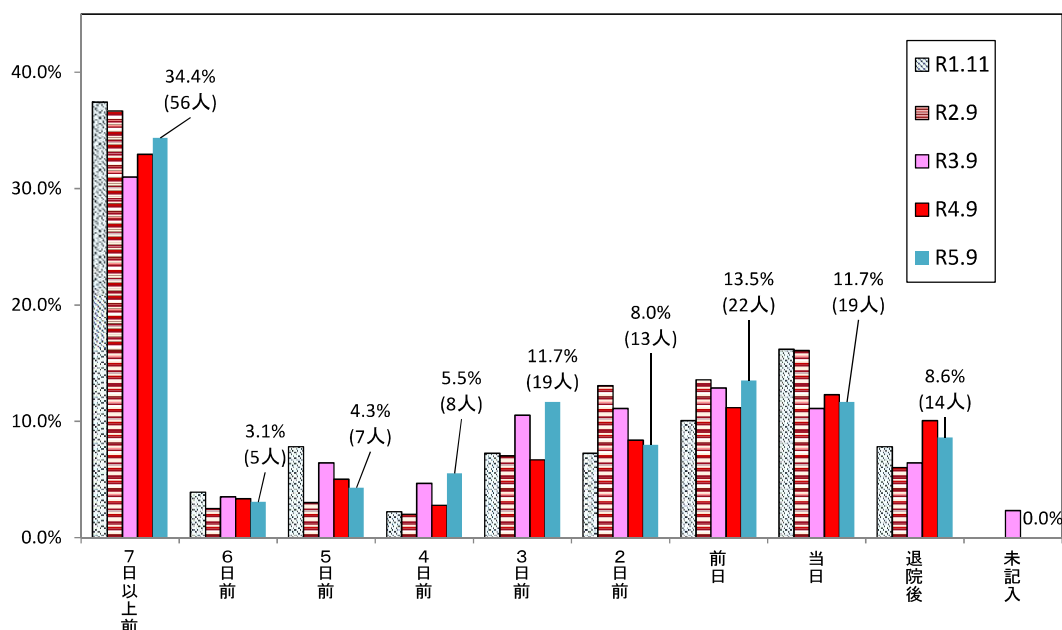
※入退院調整ルールでは、退院7日以上前の情報共有を目安としている。

今回7日以上前が56件で最も割合が高く、7日後1件ありました。

## 退院前の情報共有のため連絡が来た時期

医療機関 → 介護支援専門員 への情報提供

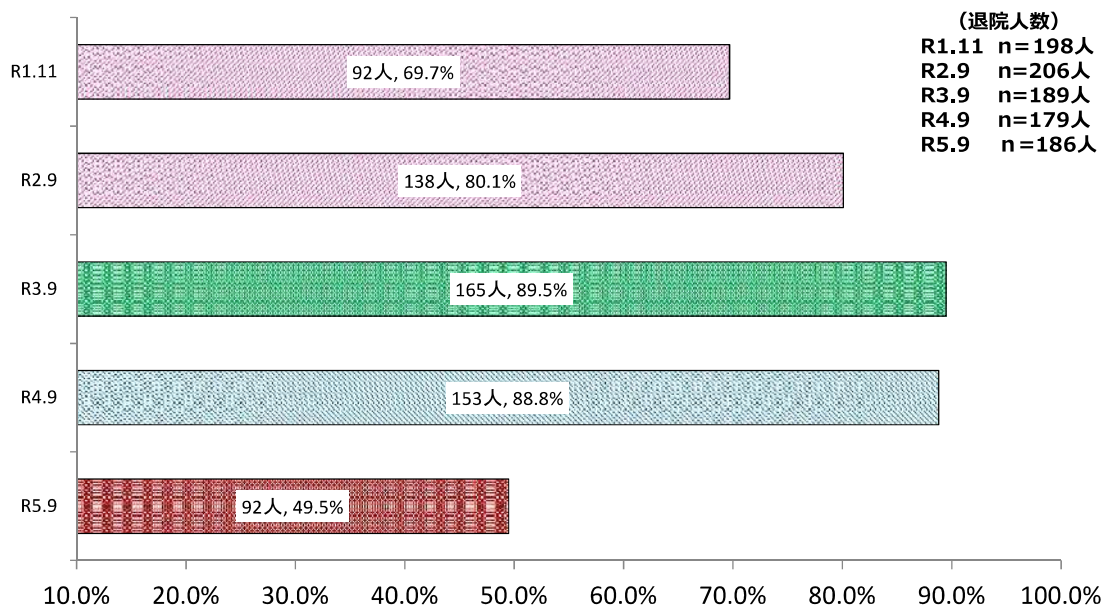
退院数 n=163  
(R5.9調査分)



※R2年度は、介護支援専門員 → 医療機関 への連絡した4件も含む

<ケアマネ対象アンケート調査>

## 退院時情報のケアマネジメントへの活用状況

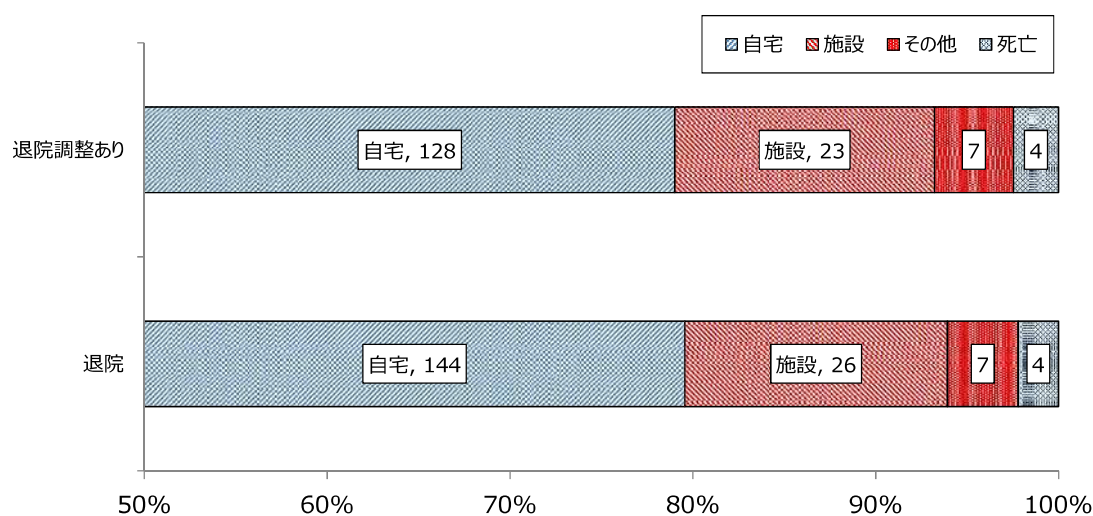


※R2年9月以降は、退院時情報も参考に検討し、ケアプランを変更しなかった場合も含む

19

<ケアマネ対象アンケート調査>

## ※退院先（転院・死亡等も含む） (R5年9月調査分)



20

## 退院時に「連絡調整なし」の方の状況

9月の運用状況調査で「退院調整なし」で自宅退院となった方についての理由

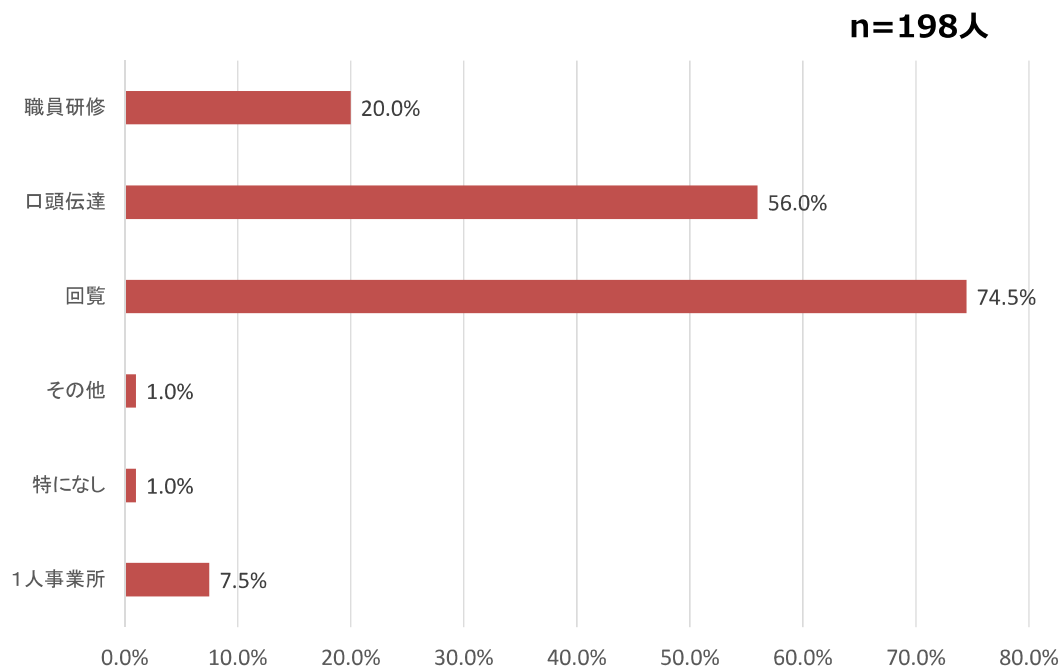
- ・ 状態変化なし 5人
- ・ 以前から知らされた入院だった 1人
- ・ 帰宅願望が強く、帰らされた 1人

※要支援から要介護に変更となった時や、初回認定の場合は、ケアプラン作成のために居宅介護支援事業所と契約を結び、ケアマネは利用者・家族と面談。関係機関と連絡をとってアセスメントを実施し、利用するサービスを提供する事業所を探し、ケアプラン（案）を作成します。介護保険サービス担当者会議を開催し、ケアプランを関係者で検討し、了承を得たら、介護サービス利用開始となります。このように介護サービス利用開始まで、時間を要しますので、退院前の連絡をよろしくお願いします。

21

### <ケアマネ対象アンケート調査>

#### 【職場での入退院調整ルールにかかる合同会議等内容の伝達状況】



22

## 勤務年数(介護支援専門員)

	0～5年	6～10年	11～15年	16～20年	21年以上	計
枕崎市	5	9	6	4	2	26
指宿市	27	12	8	3	4	54
南さつま市	34	13	5	4	1	57
南九州市	34	15	7	6	1	63
計	100 (50.0%)	49 (24.5%)	26 (13.0%)	17 (8.5%)	8 (4.0%)	200

※ 異動や配置転換もありますし、一概には言えませんが、勤務年数5年以下の方が約5割いらっしゃいます。

南薩保健医療圏域入退院調整ルールは、運用開始して5年半が経過します。

入退院調整ルールを周知し、継続してよりよく運用していくために、医療・介護合同会議でメンテナンスとモニタリングを行っています。

なお、入退院調整ルールは、南薩地域振興局のホームページに掲載してあります。

23

### <医療機関対象アンケート調査>

## 医療機関への調査結果

	医療機関数	回答機関数	回収率
参加医療機関	43か所	36か所	83.7%

※調査対象医療機関は、病院 29か所 有床診療所 14か所

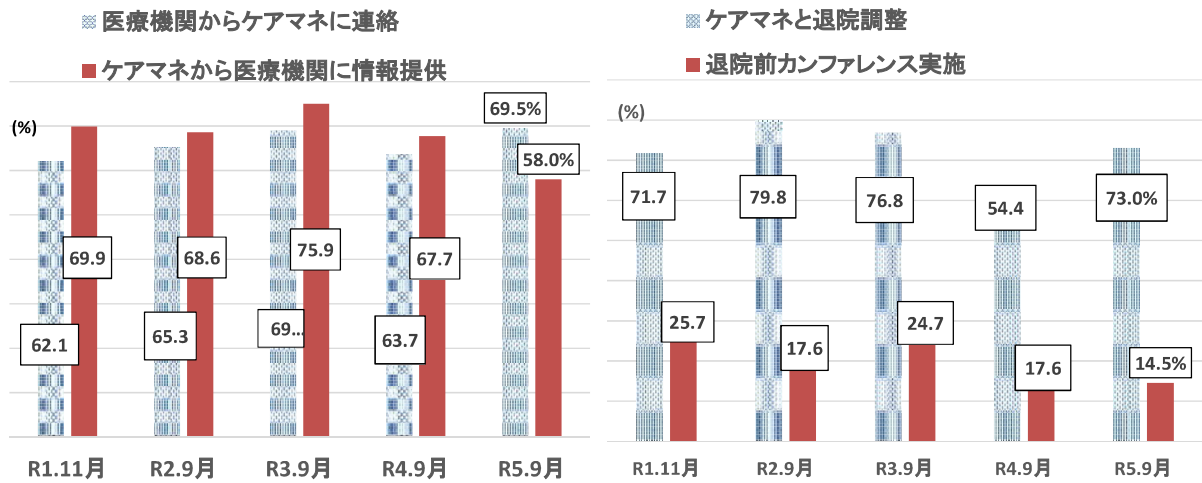
※未参加医療機関には、調査協力の依頼をしていません。

24

<医療機関対象アンケート調査>

※入院時の状況

※退院時の状況



N=36

※入院時の医療機関からケアマネへの連絡は増加しているが、ケアマネからの情報提供は昨年度に比べて減少している。

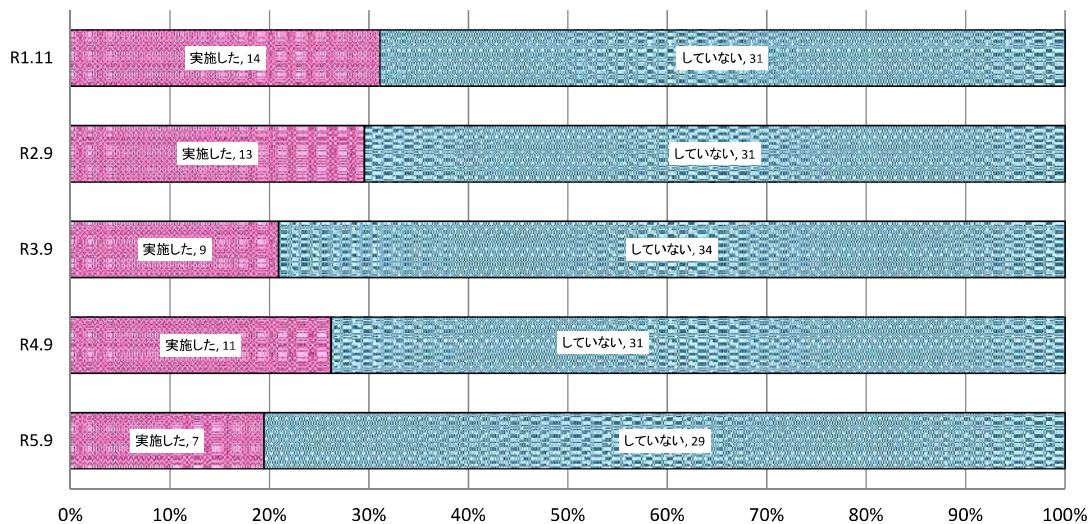
※退院前カンファレンスの実施件数は、感染症の影響のためか、減少傾向である。

25

<医療機関対象アンケート調査>

【入退院調整ルールに関する院内での研修状況】

R5 N=36



<アンケート調査票の質問内容>

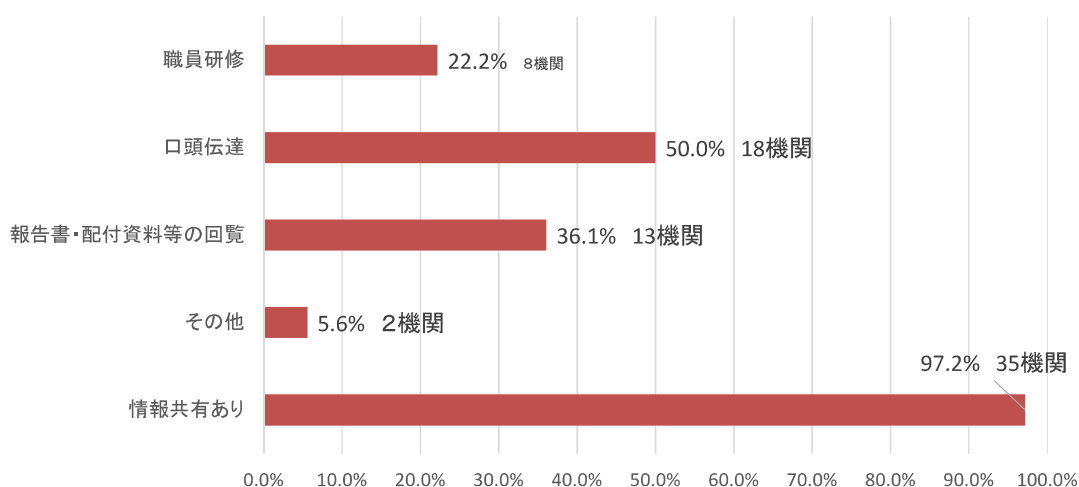
- ・令和元年11月調査(合同会議 令和2年3月中止 資料配付)・・・令和元年9月以降の院内研修実施の有無
- ・令和2年9月・・・直近の研修の有無を尋ね令和元年9月以降に職員研修実施
- ・令和3年9月・・・直近の研修の有無を尋ね令和2年9月以降に職員研修実施
- ・令和4年9月・・・直近の研修の有無を尋ね令和3年9月以降に職員研修実施
- ・令和5年9月・・・直近の研修の有無を尋ね令和4年10月以降に職員研修実施

26

## <医療機関対象アンケート調査>

### 【職場での入退院調整ルールにかかる合同会議等内容の周知】

参加医療機関  
n=36



※ 職員研修は、感染症の感染予防対策のため、集合形態での研修開催が難しくなっている。

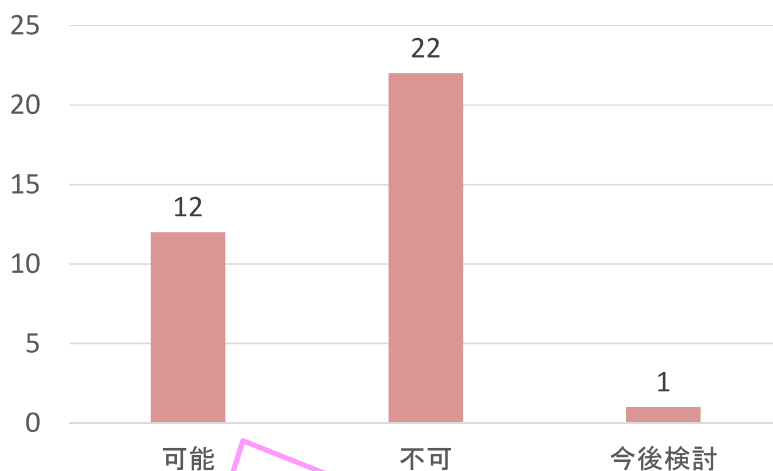
27

## <医療機関対象アンケート調査>

### 医療機関への調査結果

N=36  
1件未回答

#### ※退院時カンファレンス等でのWEB利用の可否



利用できるアプリ

- ・Webex 0件
- ・ZOOM 10件
- ・Skype, LINE, Teams, Google Meet 各1件

28

## (医療機関アンケートから抜粋) 他機関との連携, 院内連携で工夫している事など

### <他機関との連携>

- ・ 退院に向けての動きがある際や, 試験外泊等ある際は, 早めに連絡を行うようにしている。
- ・ COVID-19 第5類移行後, 面会や家族同伴での外出も全面制限を一部解除しており, 退院調整も格段に支援しやすくなった。本人・家族・ケアマネ・サービス事業所等が一堂に会して検討を進める必要性も改めて感じている。
- ・ ADLと認知面に変化のある方はご家族, ケアマネ, 施設職員の参加をお願いしてカンファレンスを行い生活に困らないように支援している。
- ・ 感染症が落ち着かないため, 医療機関でのカンファレンスができず, 書面にて対応している。

### <院内連携>

- ・ 電カルの掲示板機能を活用し, 支援内容や連絡してほしいことなど書き込むことで情報共有を行っている。

29

## (医療機関アンケートから抜粋) 情報提供シートの活用, 担当者不在時の対応等について

### <情報提供シートの活用>

- ・ 情報提供シートはFAX等で送付し, 共有を心掛けている。
- ・ 退院に対しては, ケアマネに現在の状況を電話で報告して連携をとり, 共有シートをFAXしている。

### <担当者不在時(週末・祝祭日)の対応>

- ・ 週末及び祝祭日は, 担当者不在のため, 平日に連絡して欲しい。
- ・ 週末や祝祭日に入院があった場合, 申し送りが途切れてしまい, 休み明けに担当ケアマネへ連絡し忘れることがある。
- ・ 週末に担当者不在時は, 週明けに連絡するか, 共有シート込みでFAXしてお知らせしている。
- ・ 院内では, 不在時でもメール等で連絡が取れる様にしている。

30

## (医療機関アンケートから抜粋) 課題やその他の意見

### <課題>

- ・ 認知症高齢者世帯(独居・夫婦のみ)でキーパーソンも遠縁の親戚や知人のみの状況で介護認定や在宅サービスが不明確で確認に苦慮するケースがある。
- ・ 退院支援ナースの育成に困っている。
- ・ 週末や祝祭日でも入院した旨をFAXでメモを送信しても構わないか?
- ・ 週末、祝祭日がケアマネと連絡取れない時など、困ることもある。

### <その他のご意見>

- ・ 新規で開設された事業所においては、シートを認識されていないところが見受けられる。
- ・ 学生の実習の際に、入退院調整ルールについて説明した。(実習内容項目に入退院調整ルールについて学習することが組み込まれている)

31

## (ケアマネアンケートから抜粋) 連携に関する現状

- ・ 短期間で大きな変化がなく退院する場合、連携室が把握しておらず、病棟看護師と医師、家族が退院を決定されているケースがある。その際はケアマネへの連絡が遅れる事がある。
- ・ 退院前にカンファレンスの連絡をもらったが病状悪化で入院延長となった。その後カンファレンスの話はなく突然退院となった。
- ・ 連携室の設置のない医療機関で、担当NSが夜勤等のシフトで不在が多く、情報交換や共有、サービスの調整にタイムラグが生じてしまうケースがある。
- ・ 地域連携室のある病院では連携がとりやすく、利用者さんの情報も見え、分かりやすいと思う。連携室がない病院では窓口が多数に分かれてしまうことがあり、情報が統一されていないことがある。そのため情報共有が正確に出来ないことがある。
- ・ 新型コロナウイルス感染症の影響で、退院前訪問やカンファレンス開催の機会が減っていると感じる。退院後の在宅生活への円滑な移行を支援するためには、積極的に退院前訪問やカンファレンス開催を検討して頂けるとありがたい。

32



## (ケアマネアンケートから抜粋) 医療機関との連携でうまくいっている点 ①

- ・ 日常的にMSWとの交流もありスムーズに調整できている。
- ・ 定期的に経過の報告があり情報共有出来ている。
- ・ 介護サービス事業所から利用者の入院した情報を得ることも多く医療機関へ連絡し状態を確認することができスムーズな対応につながっている。
- ・ 最近連絡がある程度徹底されてきてしっかり連携がとれるようになっている。
- ・ 退院前に病院訪問し、退院前の状態を確認、又、リハビリ担当者と自宅へ戻った後の生活動作について、助言、相談ができる。
- ・ 退院前に、PTらと自宅環境の確認や在宅での動き等を確認する機会を作り、家族を含め意見交換ができたことでスムーズな在宅につながった。
- ・ 情報シートで即座に必要な情報（連絡先）を共有できているが、生活の中での具体的な細かな情報はシートで伝わりにくいと感じるため直接担当者と口頭で情報共有を図っている。
- ・ 退院前のカンファレンスにて、動画でのリハビリ風景等、書面では伝わらないところまで分かりやすい。
- ・ 入院時だけでなく、入院中の経過など、随時、連絡が取り易くなった。

33

## (ケアマネアンケートから抜粋) 医療機関との連携でうまくいっている点 ②

- ・ 事前に転院先の連絡があったので、本人の所在がわかり今後の連絡、対応がとりやすい。
- ・ 事前にサマリーをFAXで送って下さり、主治医のICへの参加は了承して下さる。
- ・ 現在、各医療機関に連携室があったり、情報共有について理解されつつあることから、入退院等の連絡など、連携が図りやすくなってきている。
- ・ 入院時も感染対策で面会できないことが多いが、連携室からの情報提供、退院カンファレンスに呼んでくださり助かる。
- ・ 相談員さんがいると連携がはかりやすく、こまめに連絡をもらえるので調整しやすい。
- ・ 状況によるが、短時間面会や家屋訪問等、対応して下さることも増えてきたように感じる。
- ・ 提供シートがあることで、連携がとりやすい。
- ・ zoomでカンファレンスをしていただき本人の様子や詳しい事を聞いて良かった。

34

## (ケアマネアンケートから抜粋) 医療機関との入退院調整での課題

- ・ 入院・退院を繰り返す方については連絡を頂けない事（入院も退院時も）が多くなっているように感じる。
- ・ 担当によっては退院前の報告や連絡等の無い場合があり、退院後の調整が困難なことがある。
- ・ 同じ医療機関でも、担当の方によって連絡のある、なしがある。
- ・ 地域連携室と外来窓口との連携が上手に行えていないケースがある。
- ・ コロナ禍での面会制限、状態を直接確認できないことは引き続きの課題ではないかと考える。
- ・ 前日に、明日退院と連絡があり、サービス調整に困った。感染予防のため、入院中のアセスメントができない。
- ・ 長い入院になると、CMから連絡しないと、途中経過報告がない場合あり。

35

## (ケアマネアンケートから抜粋) 他の事業所や医療機関と協議・意見交換したいこと

- ・ 年末年始等連休が続く時の情報共有についてどのようにしたらよいのか。
- ・ 困難事例についてどのような内容がありどのような対策をしたのか。
- ・ 退院支援についての考え方（利用者様の状況や疾患よるので一概には言えないとは思いますが、例えば入院直後等なるべく早いうちからのカンファレンスにケアマネも参加して退院を見据えた支援を早めに開始する等をしていくことは実現可能か？等）
- ・ 他事業所の方々は、日頃どのような連携を図っているのか、知りたい。又医療機関の方からケアマネに対して意見を聞いてみたい。
- ・ 連携室の無い医療機関においては、連絡調整を行う際に誰に連絡をすれば良いか
- ・ 退院前の在宅利用者宅家屋調査において、病院側（PT,OT,ST）等参加等に関する取り組みについて
- ・ 今後メールで情報提供が行えるようになれば、業務の効率化にもなるのでは。
- ・ 居宅介護支援事業所の担当人数に独断で制限を決めているのか知りたい。（25人とか30人までとか）現状で決めていない場合、現状の業務の進捗はどのようになっているか知りたい。
- ・ 連携室と病棟スタッフの連携がどうなっているか知りたい
- ・ 現在の面会制限や感染防止をどのように取り組んでいるか

36

## (ケアマネアンケートから抜粋) その他のご意見

- ・ 情報共有シートをもとに連携室の方と直接話をすると、より状態確認を行うこと、本人・家族の意向を伝えることが出来て、ケアプランへ反映しやすいと思う。
- ・ 本人や家族の方に、特に退院後のことについて、しっかり理解してもらうことが大切だと思ふことがある。説明することはもちろんですが、家族の気持ちや状態を共有する時間が作れると良いのかなと思う。
- ・ 医療連携室があると情報共有がしやすい。
- ・ 主に連携室とのやりとりが多いが、担当看護師との関わりが得られたらと思うこともある。
- ・ 転院前後、病院間でこういった情報の引継ぎがあったのか不明で、もしかして引継ぎが上手くいっていないのでは。
- ・ 病院からは入院前と変わらないと言われたものの、体力低下も見られていたりするので、退院前は連絡が欲しかった。病院訪問し、状況確認は必要である。
- ・ 家族とはもっと密に連絡を取る必要性も強く感じた。
- ・ 通所リハビリより、退院時はリハビリ情報までセットで頂きたいと要望があった。
- ・ 退院前の家屋調査はすごく時間がかかる。ポイントを押さえてしていただきたい。