

# 令和7年度大隅地域入退院支援ルールに係る医療・介護合同会議(報告)

○日時: 令和8年1月27日(火)14時30分～16時

○場所: 大隅地域振興局 別館2階大会議室

○開催形式: 参集形式

○出席者: 病院担当者 18医療機関(21名)

ケアマネ代表者 19事業所・地域包括支援センター(19名)

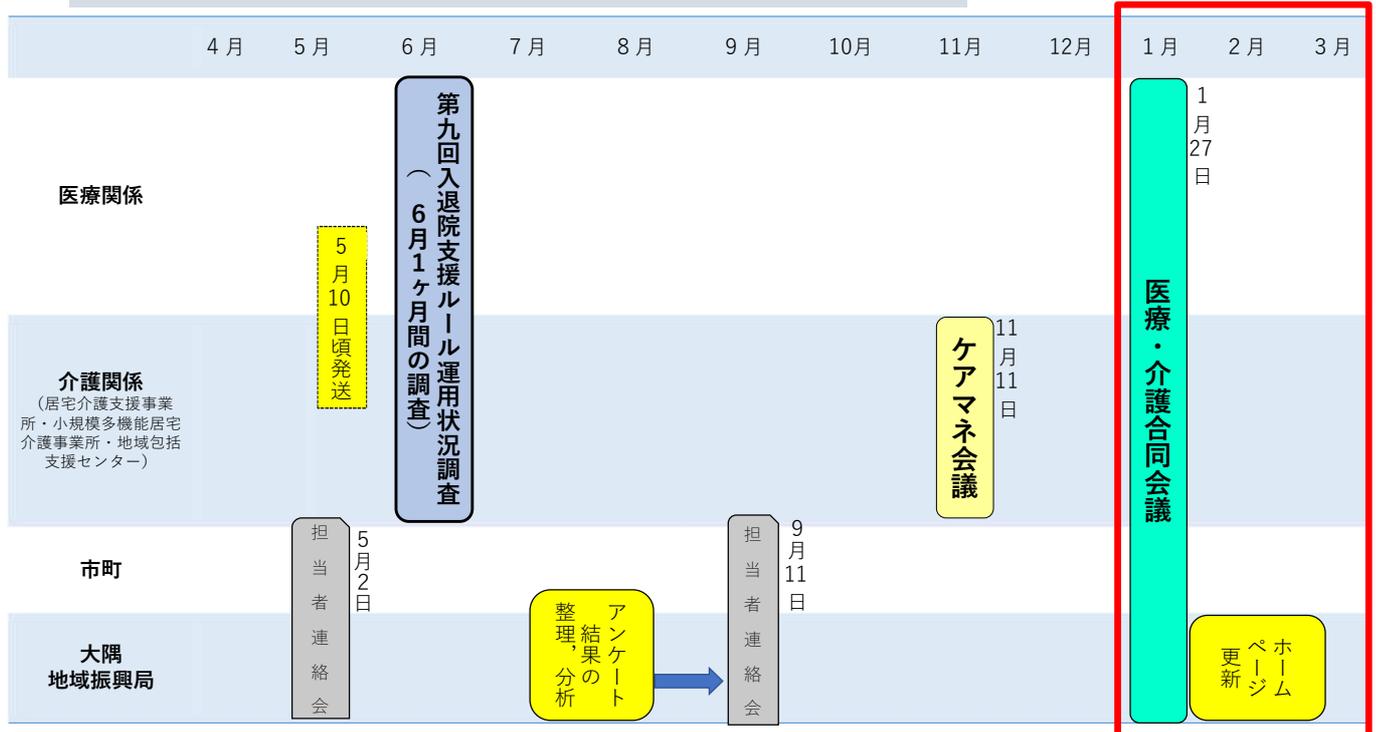
行政 8市町(15名), 大隅地域振興局 5名

計 60 名

## ○協議事項一覧

協議番号	協議内容
1	支援に役立った項目(内容)やその活用方法について(報告)
2	入退院支援においてケアマネから病院担当者をお願いしたいこと
3	入退院支援において病院担当者からケアマネをお願いしたいこと
4	情報共有の方法(手段)について
5	様式について

## 令和7年度 大隅地域入退院支援ルールのスケジュール



## 協議1：入退院支援ルールに基づく情報提供を受け、支援に役立った項目（内容）やその活用方法

### ケアマネからの御意見

令和7年度メンテナンス調査結果から



#### ADL,内服状況, 本人・家族の意向

本人・家族の意向をお聞きすることで、早めに地域のサービス事業者への連絡ができ、空き状況などを確認した上で、本人・家族の面談に参加できた。退院後のサービス支援についてより具体的に話しができた。

#### 医学的注意事項

誤嚥性肺炎を繰り返さないように食事形態について注意事項を伝えられた。

低ナトリウム血症で塩分を補うため、お粥に塩をかけたところ、摂取量が増えず、ふりかけにして塩分を補ったところ摂取量が増えたため、対応方法を共有できた。

#### 患者・家族への病状説明の内容とその受け止め方, 今後の希望, 看護を行っている気になったこと

退院後の介護サービス等の導入を検討できた。在宅、施設での注意喚起ができた。

#### 食事形態

同じような食事形態や水分の粘度調整等利用される通所事業所でも確認、準備することができた。

#### 服薬管理状況

糖尿病患者で低血糖で入院。認知症あり。薬の管理が行えず、糖尿病治療薬がインスリンから内服に変更になった。退院後、自宅を訪問したところ、自宅に余っていたインスリンを打ち、内服も併用していた。関係者と連携し、かかりつけ薬局へ返却した事例

3

### ケアマネ会議結果から



- **退院前の訪問**ができ、住宅改修、福祉用具の見極めができるようになった。
- 入院中に医療機関スタッフが自宅訪問されていて**家屋内の写真や段差などを含めた情報**をもらったのでスムーズに在宅でのサービスを調整できた。
- 本人の情報だけでなく**家族の性格や特徴**など事前に知らせてもらえると心構えができ、支援がしやすかった。
- パーキンソンで入退院を繰り返していたケース、**食事の体勢や内容、形態、リハの状況など専門職（管理栄養士やリハ職）からの意見や実際の様子**を見ることができたことで、在宅復帰に向けた準備に役立った。
- **入院中のリハビリの様子**を見学させてもらった。歩行器や車いすが必要か、どのようなものを使用していたかを確認し、福祉用具の会社と連携にもつながり助かった。
- 手引きP8～P9の**退院支援の手順**に沿って支援できた事例

なんととっても**退院前カンファレンス**が有用

→家族の支援力等を含め、多職種や本人・家族、ケアマネで話し合えることは大切。退院に向けての支援、本人の思いを**医師**とも共有できた。

## 病院担当者からの御意見

令和7年度メンテナンス調査結果から



### 本人の性格や生活歴、趣味や楽しみ

面談時に関係性を築きやすい。

### 在宅での生活の様子、住環境

リハビリ等退院への課題を抽出しやすい。目標設定の参考になる。

### 生活歴、本人・家族の生活の意向

本人・家族の意向に寄り添いながら退院支援や治療方針を決めていくことができる。

### 家族同士の関係性

面談や連絡時に気を付けて対応することができる。

### 家族関連情報

入院中のキーパーソンはあくまで連絡先としての役割が大きいいため、在宅でのキーパーソンが異なることがある。今後の意向確認などする場合、実際関わりの深い方に同席していただくことができる。

5

## 協議2：ケアマネから病院担当者をお願いしたいこと

### ケアマネからの御意見

- ・入院をしていた方が、3日前に退院しており、サービスを明日から受けたいと御家族から連絡が来てサービス調整のため慌てたことがあった。
- ・他院へ転院した際や死亡の際にケアマネへの連絡が来ないことがある。死亡の際は、サービス利用の停止や福祉用具返還の手続きがあるため、連絡をいただきたい。
- ・退院に向けてのカンファレンスに参加し、情報収集したが、その後状態が大きく変化したケースがあった。退院までに状態が大きく変化した場合は知らせて欲しい。



### 〈お願いしたいこと〉

- ・退院の連絡をできるだけ早くいただきたい（手引きP4上段）  
→院内の他職種にも改めて繰り返し周知して欲しい
- ・他院へ転院された場合や死亡された場合、ケアマネにも一報して欲しい（手引きP4中段）
- ・退院時情報共有シートを作成する際には、現在のADL等を確認の上、作成して欲しい。

6

## 協議3：病院担当者からケアマネにお願いしたいこと

### 病院担当者からの御意見

- ・ 家族状況や本人、家族の意向の記載が少ない場合があり、連絡して補足の情報をお願いすることがある。
- ・ 記載のADLと入院時のADLがかけ離れているものがあつた。いつ時点の情報かわかるとありがたい。
- ・ ケアマネによっては、ケアプランの「基本情報」を提供して下さる場合がありますが、「入院時情報提供シート」の方が直近の在宅での様子や生活歴等が簡潔にまとめられていてありがたい。



### 〈お願いしたいこと〉

- ・ 入院時情報提供シートを作成する際に、可能な限り“生活歴”や“家族等の情報”を充実させて欲しい。
- ・ 入院時情報提供シートの内容について、提供前に最新の情報となっているか改めて確認して欲しい。
- ・ 情報提供していただく際の様式は、可能な限り「入院時情報提供シート」を提供していただきたい。

7

## 協議4：情報共有の方法（手段）について

### これまでの会議、メンテナンス調査での御意見

FAXでは字が潰れて見にくい。メールでの提供だと転記ができる。費用がかからなくて済むので積極的に活用して欲しい。



- ・ 事業所によりネット環境が異なる。
- ・ 病院から一言「メールで送って」と言ってもらえると送りやすい。



- ・ 送信・受信、それぞれ医療機関によって、情報共有の方法の優先順位が異なる。
- ・ 送信・受信ともにFAXを希望する医療機関が多いが、メールを希望する医療機関もある。  
→メールでの情報のやり取りを希望する医療機関が明確にわかるよう、手引きの連絡窓口一覧（手引きP26～28）に掲載する。
- ・ 今後、条件が整えばメールを活用したい、活用できると回答している医療機関もある。

**重要!**

### 情報提供シートを送付する際のポイント

- ・ どのような方法で送付するかの手段について、お互いに意向を確認し合ひましょう
- ・ 特にFAXで送付する場合は、**字の大きさを配慮**する、Excelで作成する場合は、**記載しない項目は削除**する等お互いに思いやりをもった情報提供を。  
分かりづらい部分は**お互いに確認し合ひましよう**。

8

# 協議5：様式について



・様式1「入院時情報提供シート」の受け取り「時間」は必要なので  
 しょうか？



・入院時情報提供シートの受け取り「時間」を省略する→異議なし

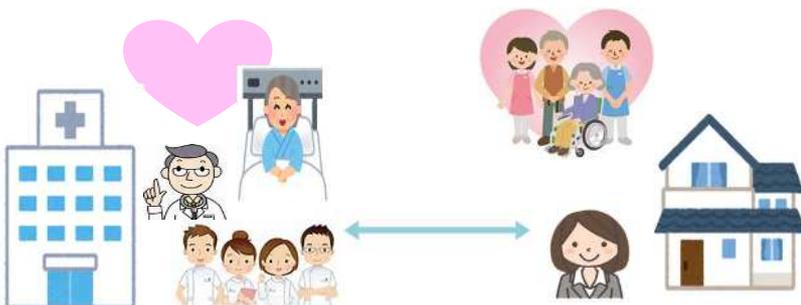
9

◎大隅地域入退院支援ルール手引き、各様式等はコチラです↓↓  
 <インターネット検索方法>

- ①鹿児島県ホームページ > 地域振興局・支庁 > 大隅地域振興局 > 健康・福祉 > 大隅地域入退院支援ルールを運用しています
- ②「大隅地域入退院支援ルール」で検索してください。

※手引きについて説明した動画 (YouTube) も掲載しています。引継ぎ等で御活用ください。

協議結果に基づく手引きや様式の修正及びホームページへの掲載は、令和8年2月中を予定  
 しています。準備が整い次第、ご案内しますのでしばらくお待ちください。



今後も高齢者等が安心して  
 住み慣れた地域で望む暮らしが  
 できるよう、支援に必要な情報の  
 引継ぎを行っていきましょう。