

## 種子島地域入退院支援ルール 令和5年度第1回運営会議

● 開催日 令和5年9月27日（水）

● 実施方法 Web会議方式

● 目的 ①ルール運用の現状と課題等を共有する  
②運用状況調査の調査項目について検討する

● 会次第

14:00 1 開会

14:10 2 入退院支援ルールについて …【1～18頁】  
・運用4年後調査（令和4年11月）について  
・令和4年度第2回運営会議について

14:20 3 運用状況調査票（案）について …【19～22頁】

14:35 4 意見交換  
①医療機関とケアマネ・市町分かれて意見交換（20分）  
②医療機関・ケアマネ・市町合同での意見交換（20分）  
・現在の運用状況の課題や気づいた点について  
・医療機関・ケアマネと情報共有したいこと  
・事前アンケートの意見・要望について

15:15 5 今後のスケジュールについて  
・第2回運営会議について

15:20 6 閉会

熊毛支庁健康企画課

## 種子島地域入退院支援ルール

### 1 種子島地域入退院支援ルールとは

患者の退院後の生活をイメージしながら、入院時から病院とケアマネジャーが情報を共有することで、退院する際に、必要な介護サービスをタイムリーに受けられるよう、退院に向けて、カンファレンスやサービス調整などを行うための、種子島保健医療圏域の連携の仕組みです。

平成30年10月からルール運用を行っており、ルール運用後は、運用状況を関係者により定期的に検証し、必要な見直しを行っていきます。

### 2 入退院支援ルールを適用する対象ケース

- ①入院前に介護保険サービスを利用していた人
- ②退院後に新たに介護保険サービスの利用を希望する人
- ③医療機関担当者が退院支援が必要と判断した人

#### 【介護保険制度について】

##### 1 介護保険制度とは

- ・介護保険制度は、居住地の市区町村（保険者）が制度を運営しています。
- ・40歳以上の人は、被保険者として介護保険に加入します。
- ・65歳以上の人は、市区町村が実施する要介護認定において介護が必要と認定された場合、いつでもサービスを受けることができます。
- ・また、40歳から64歳までの人は、介護保険の対象となる特定疾病により介護が必要と認定された場合は、介護サービスを受けることができます。

##### 2 介護保険サービスの対象者

###### (1) 65歳以上の人（第1号被保険者）

原因を問わず、寝たきりや認知症などで介護を必要とする状態（要介護状態）になったり、家事や身じたく等、日常生活の支援を必要とする状態（要支援状態）になった場合、認定を受け介護サービスを利用することができます。

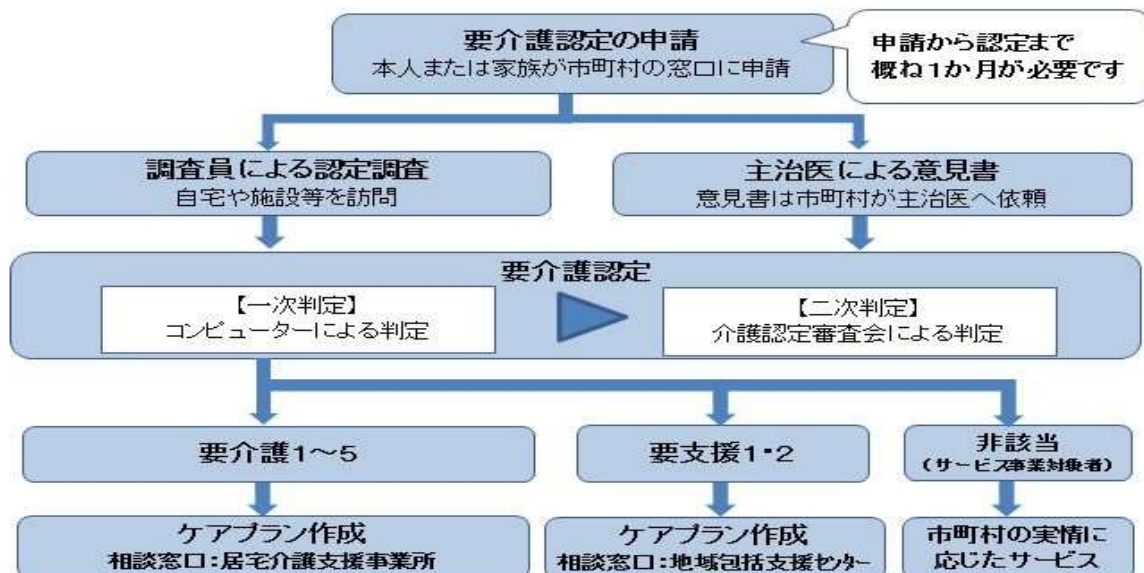
###### (2) 40歳～64歳までの人（第2号被保険者）

医療保険に加入していれば、老化が原因とされる病気（※特定疾病）により、介護や日常生活の支援が必要となった場合は、認定を受け介護サービスを利用することができます。

※特定疾病

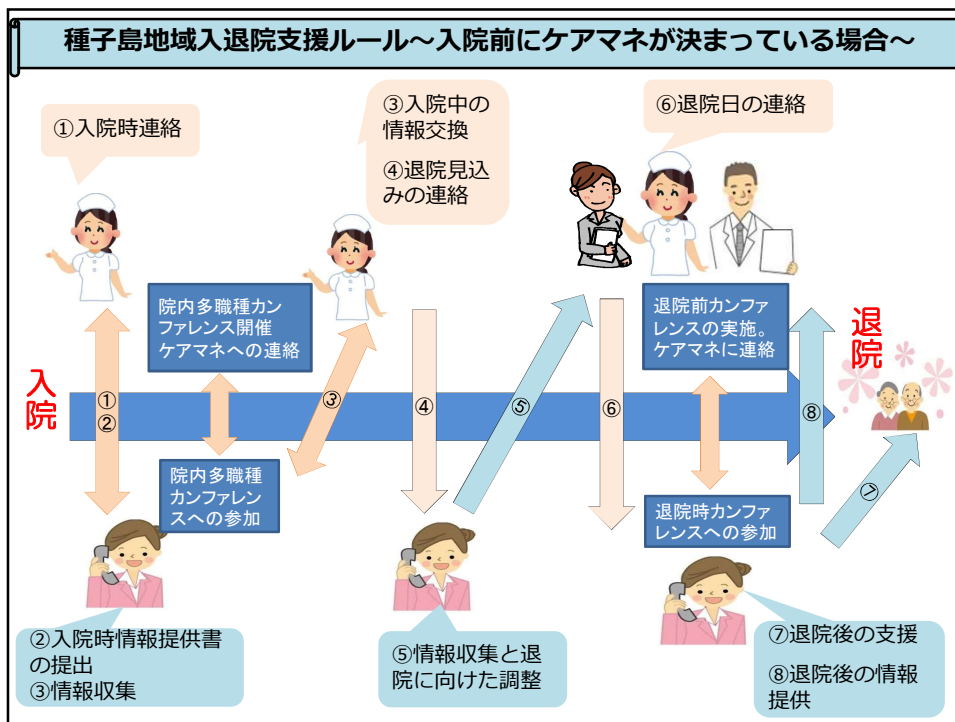
- |                                |             |
|--------------------------------|-------------|
| ①がん末期                          | ②関節リウマチ     |
| ③筋萎縮性側索硬化症                     | ④後縦靱帯骨化症    |
| ⑤骨折を伴う骨粗しょう症                   | ⑥初老期における認知症 |
| ⑦進行性核上性麻痺， 大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 |             |
| ⑧脊髄小脳変性症                       | ⑨脊柱管狭窄症     |
| ⑩早老症                           | ⑪多系統萎縮症     |
| ⑫糖尿病性神経障害， 糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症     |             |
| ⑬脳血管疾患                         | ⑭閉塞性動脈硬化症   |
| ⑮慢性閉塞性肺疾患                      |             |
| ⑯両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症    |             |

### 3 サービス利用までの流れ

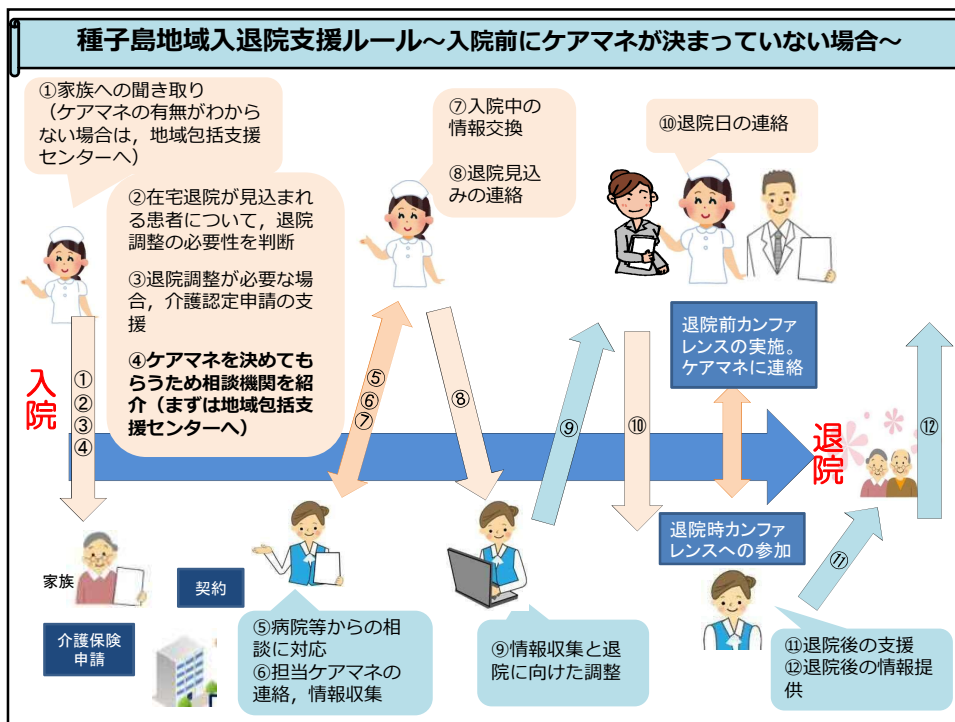


<ケアプラン作成の流れ>

- ①契約・面談（本人・家族）：退院後の住居， 家族支援の状況確認， 本人・家族の生活上の課題・ニーズの把握をしながら， 契約の手続きを行う
- ②病院からの情報収集：身体機能の低下の状況， 要因の分析， 生活機能の予後予測
- ③ケアプラン原案作成：自立支援， 課題解決に向け必要なサービスを想定
- ④サービス事業所との調整：事業所の選定， 事業所へ利用者情報の提供
- ⑤退院前カンファレンス：サービス事業所を交えた医療機関との引き継ぎ
- ⑥サービス担当者会議：サービス事業所間で目標・課題を共有， 事業所の役割分担を確認
- ⑦サービス提供開始（退院）



具体的な取組内容		
	医療機関	ケアマネジャー(CM)
在宅時		<ul style="list-style-type: none"> <li>☆利用者の入院を早期に把握するための工夫                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者や家族が医療機関に介護保険証の提出し、ケアマネの存在、連絡先等を伝えられるよう説明しておく。(重要事項説明書に記載する)</li> </ul> </li> <li>☆入院時に備えての入院時情報提供書の準備</li> </ul>
入院	<b>① 入院時連絡</b> ・ 家族への聞き取りや介護保険証等により担当ケアマネの連絡先を確認し、ケアマネに連絡 <div style="text-align: center; background-color: #f8d7da; padding: 5px;">入院を把握したどちらか早い方が連絡</div>	<b>② 入院時情報提供書の提出(持参・郵送・FAX等)</b> ・ 入院を把握したら、病院に連絡 ・ 介護保険証の提示 ・ 入院時情報提供書を作成次第、病院に提供。
	※ 本人・家族等に確認し、院内多職種カンファレンスの開催をケアマネに連絡 ※ 院内多職種カンファレンスへの参加	
退院調整期間	<b>③ 入院中の情報交換(必要時やケアマネが求めた時)</b> ・ 入院の経過、リハビリの時期や治療方法 ・ 在宅退院の可能性など <div style="text-align: center; background-color: #f8d7da; padding: 5px;">入院時から1週間程度での情報交換</div>	<b>③ 情報収集</b>
	<b>④ 退院見込みの連絡(退院目途がつき次第、速やかに)</b> ・ 在宅退院の方は、退院許可後、ケアマネに連絡。調整に時間がかかるケースについては、より密な連携をとる。 ※ 可能であれば、退院前カンファレンスを実施。ケアマネに連絡。	<b>⑤ 情報収集と退院に向けた調整</b> ・ 退院後の生活に向け、ケアプランの作成をする。 【ケアプラン作成の流れ】 1) 情報収集(本人、家族、病院等より) 2) ケアプラン作成 3) サービス事業所等との調整 4) サービス担当者会議等
退院後	<b>⑥ 退院日等の連絡</b> 退院日が確定したら本人・家族の同意を得て速やかにケアマネに連絡(情報共有ツールとして退院・退所情報記録書等を活用。)	※ 退院前カンファレンス等がある場合は、参加。(日頃から病院・家族に声をかけておく。)
		<b>⑦ 退院後の支援</b> <b>⑧ 退院後の情報提供</b> (医療系サービスを利用する人はケアプランを主治医へ提出)



具 体 的 な 取 組 内 容		
	医療機関	ケアマネジャー
入院	① 家族への聞き取りや介護保険証等により担当ケアマネがないことを確認。 ※ 本人・家族等へ確認しても、ケアマネの有無が不明な場合は、地域包括支援センターに確認。	(担当ケアマネが決まるまでの間) ※ 在宅退院が見込まれ、なおかつ退院後、新たに介護保険サービス利用が必要と思われる方の入院について、先にケアマネが把握したら、病院に情報提供する。
退院調整準備期間	② 病状がある程度安定し、在宅退院が見込まれる患者について、退院調整の必要性を判断する。 【退院調整が必要な患者を参照】 ③ 退院調整が必要な場合、介護保険について説明、介護認定申請の検討について助言する。 ④ ケアマネを決めてもらうため相談機関を紹介(まずは地域包括支援センターへ)	⑤ 病院等から相談があったら、対応する。(介護申請認定後、契約手続き) ⑥ 担当ケアマネの連絡、情報収集
退院調整期間	※以降の流れは、「入院前にケアマネが決まっている場合」と同じ	
退院後		

## 【退院調整が必要な患者】とは？



支援者がいない人	独居, 高齢者世帯
	支援者がいない人
医療ニーズの高い人	入退院を繰り返している人
	認知症
	末期がん
	服薬管理が必要な人
	退院後, 医療系サービスが必要な人
	排泄に介助が必要な人
介護保険サービスの申請 (新規・変更等)が必要な人	見守りが必要な人(移動・排泄・食事)
	入院後, 状態が大きく変化している人
	介護保険申請していない人
	サービス利用で改善が見込まれる人
	住宅改修が必要な人
困難ケース	虐待, その疑いがある人
	生活困窮者
退院後の生活に不安を感じている人	

記入日： 年 月 日  
入院日： 年 月 日  
情報提供日： 年 月 日

## 入院時情報提供書

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

医療機関名：

事業所名：

ご担当者名：

ケアマネジャー氏名：

TEL：

FAX：

利用者(患者)／家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

### 1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	男 女
		生年月日	明・大・昭	年 月 日生	
住所	〒	電話番号			
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	住居の種類（戸建て・集合住宅）、__階建て、居室__階、エレベーター（有・無） 特記事項（ ）				
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） 有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 総合事業対象				
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			<input type="checkbox"/> 医師の判断	
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断	
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> __割 <input type="checkbox"/> 不明		障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（身体・精神・知的）	
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他( )				

### 2. 家族構成／連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他（ ） * <input type="checkbox"/> 日中独居				
主介護者氏名	(続柄・才)	(同居・別居)	TEL		
キーパーソン	(続柄・才)	連絡先	TEL		

### 3. 本人／家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照
入院前の家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照

### 4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> その他（ ）
-----------------	--

### 5. 今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居（家族構成員数 名） * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他（ ）
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要（ ）
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外（氏名 続柄 ・ 年齢 ） <input type="checkbox"/> その他（特記参照）
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める（ <input type="checkbox"/> 十分 ・ <input type="checkbox"/> 一部 ） <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない
家族や同居者等による虐待の疑い*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
特記事項	

### 6. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり ・具体的な要望（ ）
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり

\* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

R1.9月修正版

7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況		部 位 (右上肢・右下肢・左上肢・左下肢)				褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )			
		なし	軽度	中度	重度	<input type="checkbox"/> 移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
A D L	移 動	自立	見守り	一部介助	全介助	<input type="checkbox"/> 移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	移 乗	自立	見守り	一部介助	全介助	外出手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 電動カー <input type="checkbox"/> 知人・家族の送迎 <input type="checkbox"/> タクシー			
	更 衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助
	整 容	自立	見守り	一部介助	全介助	ADLに関する特記事項				
	入 浴	自立	見守り	一部介助	全介助					
		清拭	シャワー浴	一般浴	機械浴					
食 事	自立	見守り	一部介助	全介助						
食 事 内 容	食事回数	( ) 回/日 ( 朝 時頃 ・ 昼 時頃 ・ 夜 時頃 )				食事制限	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー				UDF等の食形態区分				
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
口 腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)				
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
排 泄 *	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
睡眠の状態		良	不良 ( )		眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
喫煙		無	有 _____本くらい/日		飲酒	無	有 _____合くらい/日あたり			
食事・口腔・排泄・睡眠 喫煙に関する特記事項										
コ ミ ュ ニ ケ ー シ ョ ン 能 力	視力	問題なし	やや難あり	困難	眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )				
	聴力	問題なし	やや難あり	困難	補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	言語	問題なし	やや難あり	困難	コミュニケーションに関する特記事項:					
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難						
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ( )								
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ( )								
入 院 歴 *	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由: _____ 期間: 年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明								
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて								
入院前に実施している医療処置*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )								

8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種: )
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者: _____ ・管理方法: _____)		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方を守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
お薬に関する、特記事項			

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(フリガナ)	診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = ( ) 回 / 月

\* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連



# 退院・退所情報記録書

## 1. 基本情報・現在の状態 等

記入日： 年 月 日

属性	フリガナ	性別	年齢	退院(所)時の要介護度 ( <input type="checkbox"/> 要区分変更 )			
	氏名	様 男・女	歳	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) ・要介護( ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし			
入院(所)概要	・入院(所)日： 年 月 日 ・退院(所)予定日： 年 月 日						
	入院原因疾患(入所目的等)						
	入院・入所先	施設名		棟	室		
	今後の医学管理	医療機関名：			方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療	
① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	①	②	③	疾患の状況	*番号記入 安定( ) 不安定( )	
	移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ( )					
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず					
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ( )				UDF等の食形態区分	
	嚥下機能(むせ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時々・常に)			義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)	
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良				入院(所)中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ( )				眠剤使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
② 受け止め/意向	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	<本人> 退院後の生活に関する意向						
	<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方						
	<家族> 退院後の生活に関する意向						

## 2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	禁忌事項	(禁忌の有無)		(禁忌の内容/留意点)		
症状・病状の予後・予測		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)		例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか 等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。				
在宅復帰のために整えなければならない要件						
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)			会議出席	
1	年 月 日				無・有	
2	年 月 日				無・有	
3	年 月 日				無・有	

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

種子島地域退院調整ルール 参加医療機関窓口一覧

令和4年11月現在

No.	医療機関名	所在地	ケアマネとの退院調整を担当する部署			入院前に担当ケアマネが決まっている場合					入院時に担当ケアマネが決まっていない場合			
			部署名	TEL	FAX	ケアマネからの「入院時情報提供書」の持参先	ケアマネからの「入院時情報提供書」の送付先	ケアマネに電話連絡する人(部署)	ケアマネとの面談の主体となる人(部署)	ケアマネに退院日を連絡する人(部署)	家族に介護保について説明する人(部署)	ケアマネとの契約について支援する人(部署)	契約後のケアマネとの連絡をとる人(部署)	
1	種子島医療センター	2階病棟 (外科・脳外・整形)	病棟師長又は連携室	0997-22-0960	0997-22-0992 (連携室直通)	連携室 (土日祝除く)	連携室 (FAX 22-0992)	病棟師長又は連携室	病棟師長又は連携室	病棟師長又は連携室	連携室	連携室	病棟師長又は連携室	
		3階西病棟 (内科・眼科・小児科)												
		3階東病棟 (地域包括ケア)												
		4階病棟 (回復期リハ)												
891-3198	西之表市西之表7463													
2	せいざん病院	891-3104	西之表市住吉3363-2	連携室	0997-28-3331	0997-28-3336	連携室	連携室	連携室又は外来看護師	病棟師長又は連携室, 病棟看護師	病棟師長又は連携室, 病棟看護師	連携室	連携室	連携室
3	中種子クリニック	891-3604	熊毛郡中種子町野間6481-1	病棟	0997-27-3222	0997-27-3202	外来	外来	病棟師長又は病棟	病棟師長又は病棟	病棟師長又は病棟	病棟	病棟	病棟担当看護師
4	公立種子島病院	891-3701	熊毛郡南種子町中之上1700-22	病棟	0997-26-1230	0997-26-6790	病棟師長又は連携室	病棟師長又は連携室	病棟師長又は連携室	病棟師長又は連携室	病棟師長又は連携室	病棟師長又は外来看護師又は連携室	病棟師長又は外来看護師又は連携室	病棟師長又は外来看護師又は連携室

## 種子島地域退院調整ルール 居宅介護支援事業所一覧

令和5年3月現在

※市外局番は「0997」です。

	事業所名	郵便番号	所在地	電話	FAX
1	わらび苑居宅介護支援事業所	891-3101	西之表市西之表3087番地2	22-2612	22-2614
2	社会福祉法人西之表市社会福祉協議会 指定居宅介護支援事業所	891-3117	西之表市桜が丘7779番地94	23-2885	22-0757
3	居宅介護支援事業所 百合砂	891-3116	西之表市鴨女町92番地1	23-6165	28-3912
4	ひまわり 居宅介護支援事業所	891-3101	西之表市西之表14449番地5	23-5581	28-3077
5	居宅介護支援事業所 義福	891-3101	西之表市西之表7765番地3	22-1232	22-2388
6	種子屋久農業協同組合 指定居宅介護支援事業 西之表事業所	891-3111	西之表市西之表西町 6972番地	23-3971	22-9831
7	平安閣介護支援センターつばさ	891-3101	西之表市西之表14889番地5	28-3370	28-3778
8	ありがとう	891-3115	西之表市天神町3-12	22-9787	22-9788
9	南界園居宅介護支援センター	891-3607	熊毛郡中種子町田島327番地1	27-8184	27-8184
10	社会福祉法人 中種子町社会福祉協議会 指定居宅介護支援事業所	891-3604	熊毛郡中種子町野間 6584番地2	080- 8560- 1509	27-1660
11	居宅介護支援センター おたつめたつ	891-3601	熊毛郡中種子町納官 5170番地	24-8555	27-7496
12	種子屋久農業協同組合 指定居宅介護支援事業くまげ事業所	891-3604	熊毛郡中種子町野間 5281	27-3738	24-2203
13	芙蓉苑居宅介護支援センター	891-3701	熊毛郡南種子町中之上 1702番地4	26-2320	26-2347
14	社会福祉法人 南種子町社会福祉協議会 指定居宅介護支援事業所	891-3701	熊毛郡南種子町中之上 2283番地	26-1703	26-1730
15	ケアプランえがお	891-3702	熊毛郡南種子町平山149番地	070- 1498- 4895	26-7373
16	居宅介護支援事業所がじゅまる	891-3701	熊毛郡南種子町中之上 2759番地8	28-3471	28-3796

種子島地域退院調整ルール 小規模多機能型居宅介護事業所一覧

令和5年3月現在

※市外局番は「0997」です。

	事業所名	郵便番号	所在地	電話	FAX
1	小規模多機能型居宅介護事業所いなほ	891-3101	西之表市西之表14887-2	23-4137	23-5115
2	小規模多機能ホームこころ	891-3604	熊毛郡中種子町野間11279番地	27-3390	27-3390
3	小規模多機能ホームあかり	891-3704	熊毛郡南種子町中之下1858番地1	26-2526	26-2526

種子島地域退院調整ルール 地域包括支援センター一覧

	事業所名	郵便番号	所在地	電話	FAX
1	西之表市地域包括支援センター	891-3193	西之表市西之表7612	23-5225	23-5228
2	中種子町地域包括支援センター	891-3692	中種子町野間5186	27-1223	27-1086
3	南種子町地域包括支援センター	891-3792	熊毛郡南種子町中之上2793-1	24-1660	24-1660

種子島地域退院調整ルール全般に関する相談窓口  
 熊毛支庁保健福祉環境部健康企画課(西之表保健所)  
 電話：0997-22-0777

# 種子島地域退院調整ルール 運用状況調査結果

～運用4年後調査(令和4年11月)～

熊毛支庁保健福祉環境部

## 調査対象者

- 介護支援専門員調査:17か所, 37人回答
  - ・居宅介護支援事業所13か所
  - ・小規模多機能型居宅介護事業所1か所
  - ・地域包括支援センター3か所
- 医療機関調査:4か所  
看護部, 連携室職員

## 調査対象期間

- ・令和4年11月(運用4年後)

## 退院調整実態調査・退院

### 介護支援専門員対象調査

調査時期	退院した利用者数	医療機関から情報提供を受けたケース	割合(%)
R04.11月	62	57	91.9
R03.11月	72	63	87.5
R02.11月	51	48	94.1
R01.11月	55	45	81.8
R01.5月	67	52	77.6
H30.12月	58	42	72.4
H29.5月	81	62	76.5

### 医療機関対象調査

調査時期	退院患者のうち介護保険受給者	退院患者のうちケアマネと退院調整を実施した数	割合(%)	退院調整したケースのうち退院前カンファレンスを実施した数	割合(%)	介護支援等連携指定料金算定
R4.11月	47	36	76.6	25	53.2	25
R3.11月	63	58	92.1	5	7.9	26
R2.11月	71	63	88.7	5	7.0	0
R元.11月	67	55	82.1	22	32.8	0
R元.05月	73	70	95.9	32	43.8	0
H30.12月	111	89	80.2	23	20.7	0

- ・ケアマネ調査の退院調整率は昨年よりも高くなっている。
- ・医療機関調査の退院調整率は、運用開始時と比べて低くなっているが、退院前カンファレンス実施率は高くなっている。

## 退院調整実態調査・入院

### 介護支援専門員対象調査

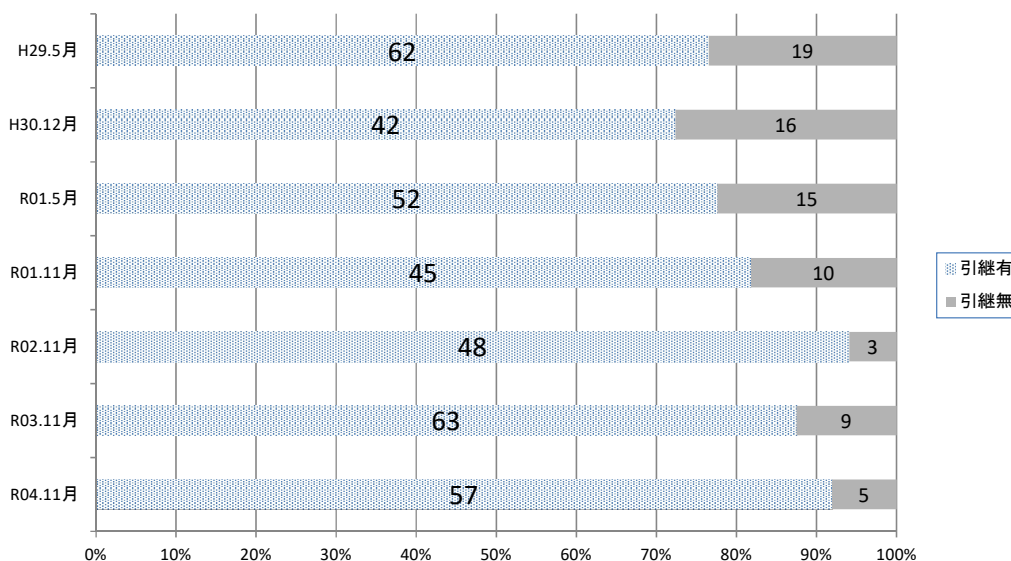
調査時期	入院した利用者数	医療機関に情報提供したケース	割合(%)
R04.11月	57	53	93.0
R03.11月	75	72	96.0
R02.11月	57	54	94.7
R01.11月	59	53	89.8
R01.5月	59	57	96.6
H30.12月	50	41	82.0
H29.5月	76	55	72.4

### 医療機関対象調査

調査時期	入院患者のうち介護保険受給者	入院患者のうちケアマネから病院へ情報提供のあった数	割合(%)	入院患者のうち病院からケアマネへ連絡した数	割合(%)
R4.11月	65	64	98.5	62	95.4
R3.11月	82	78	95.1	75	91.5
R2.11月	78	51	65.4	75	96.2
R元.11月	77	43	55.8	69	89.6
R元.05月	86	45	52.3	32	37.2
H30.12月	100	61	61.0	43	43.0
H29.05月	109	36	33.0		

- ・ケアマネ調査、医療機関調査ともに、90%以上情報の受け渡しができおり、運用開始時と比べ高い割合で推移している。

## 退院した利用者についての医療機関からの引き継ぎについて(経年)



・年により多少のばらつきはあるが、運用開始時より、引継有の割合は高くなってきている。

## 退院した利用者の状況(介護支援専門員調査より)

### 退院した利用者(n=62)

	医療機関内訳				介護度内訳									
	計	島内 ルール 参加	島内 ルール 外	島外	計	退院 申請中	退院事 業対象	退院 要支1	退院 要支2	退院 介護1	退院 介護2	退院 介護3	退院 介護4	退院 介護5
退院時 引継有	57	52	0	5	57	4	2	3	2	6	10	11	10	9
退院時 引継無	5	5	0	0	5	0	0	0	0	2	1	0	2	0
計	62	57	0	5	62	4	2	3	2	8	11	11	12	9

	退院先内訳			入院期間内訳				
	計	自宅	施設	その他 ※	計	10日 以内	1か月 以内	1か月 以上
57	41	11	5	57	15	24	18	0
5	4	0	1	5	1	4	0	0
62	45	11	6	62	16	28	18	0

※その他内訳(6)  
ショートステイ3  
有料老人ホーム1  
転院2

- ・退院時引継は57人、引継無は5人。
- ・島外医療機関からの退院は5人全員引継ぎ有。
- ・引継無の退院先で最も多いのは、自宅の4人であった。

## 退院した利用者の状況(介護支援専門員調査より)

### 退院時引継有の状況(n=57)

退院・退所情報記録書活用の有無				
退院・退所情報記録書	記録書以外	無	双方同意で省略	計
18	37	0	2	57

医療機関からの情報提供方法 (複数回答可)					カンファレンス 参加の有無			情報のケアプラン 作成への活用		
退院 面接	退院 TEL	退院 FAX	退院 メール	退院 郵送	参加 有	参加 無	計	活用 有	活用 無	計
14	47	39	0	1	5	28	33	39	18	57

- ・医療機関から退院時引継有のうち、書面による情報提供を受けたのは55人(96.5%)である。記録書使用(28人)より記録書以外使用(37人)が多い。
- ・医療機関からの情報提供方法は、TELとFAXの両方を活用しているところが多かった。

## 入院した利用者の状況(介護支援専門員調査より)

### 入院した利用者(n=57)

	入院医療機関			介護度内訳								
	島内 医療 機関	島外 医療 機関	計	退院 事業対 象	退院 要支1	退院 要支2	退院 介護1	退院 介護2	退院 介護3	退院 介護4	退院 介護5	計
入院時 引継有	52	1	53	1	1	5	11	9	10	10	6	53
入院時 引継無	3	1	4	1	0	0	1	0	1	0	1	4
計	55	2	57	2	1	5	12	9	11	10	7	57

### 入院時引継有の状況(n=53)

入院時情報提供書活用の有無					医療機関への情報提供方法 (複数回答可)				
入院時情報提供書	提供書以外	無	双方同意で省略	計※	入院 面接	入院 TEL	入院 FAX	入院 メール	入院 郵送
40	9	0	5	54	4	28	43	0	1

※ 情報提供書・提供書以外の両方回答が1件あり

- ・入院時引継有は52人、引継無は3人。
- ・入院時引継有53人のうち、書面を活用した情報提供は48人であった。



## 介護支援専門員調査（R4.11月）記述欄

A. 連携がスムーズにいった事例	
A-1	種子島医療センターに圧迫骨折にて入院した事例。88歳女性。家族世帯。入院シートの提出後、退院前の区分変更相談。入浴動作、排泄動作等情報提供を頂く。専門職の意見を頂き、スムーズに在宅でのサービス提供を受けることが出来た。
A-2	医療センター4階リハビリ病棟のリハ職と退院前の家庭訪問を行い、退院時に間に合うように住宅改修の検討ができました。
A-3	最近では、医療センター連携室の皆さまが多種にわたりご配慮下さるため、以前に比べ、連携しやすくなっており助かっております。 主治医側へお願いしている「照会」についてもCM側の照会依頼目的をご理解した上で、適切な回答を下される先生が増えており助かってます。回答日と担会開催日が前後する事が今後の課題です。
A-4	面会ができない期間も相談室との連携でスムーズにいきました。
A-5	退院近くなるとリハビリより本人様の状態を教えたくたさるので、退院後の生活や事業所も状態を大まかに予想でき準備できるので、慌てずスムーズになり、退院後の生活ができています。
A-6	種子島医療センターに脳梗塞にて入院していた事例。要介護3 夫婦二人暮らし、リハビリ職との連携がスムーズにでき、住宅改修の手すり位置や昇降段差の設置など身体のサイズ、動き、動線に合ったものが出来ました。本人からも手すりを利用して自宅でもリハビリが出来るとの言葉がありました。
A-7	退院前にリハビリ担当と本人が自宅にて、自宅内の状況や本人の動きの確認等を行い、住宅改修の必要な場所のアドバイス等を受けることが出来た。
A-8	MSWと連絡がよくでき、病棟に聞かなくても対応してくれることが多く良かった。
A-9	コロナ感染が少し落ち着いたため、入院中の面会が出来るようになり、直接本人の今後の意向とリハ担当からも直接状態を聞くことが出来たため、スムーズな退院となりました。
A-10	種子島医療センターに膀胱炎にて約二か月入院された事例、要介護3 男性 連携室やリハスタッフからも随時連絡をいただき専門職からの意見も十分に聞き取ることが出来た。退院前の病棟でのサービス担当者会議はまだ開催することができなかったが、リハビリの時間に合わせてCMが面会を実施し、短い時間ではあったが移乗動作などの様子を本人了承のもと動画に撮らせていただいた。その動画を退院前のサービス担当者会議で参加者に見てもらい、本人の状態について具体的なイメージを持つこと、福祉用具の利用についても専門的な見地から活発な意見交換ができた。主介護者からも「病院には面会に行っていたが、立ち上がったたりするところは見てなかったので見れてよかった」との言葉があった。
A-11	各医療機関とも連携室から状態が落ち着いたり、途中経過の連絡を頂けるので、退院後の行き先やサービス等の調整を余裕をもって出来ている。
A-12	ご家族のライン面会に同席させていただき、入院中の状況等、確認ができ、退院後の支援がスムーズに行えました。内服の変更等の状況を教えて頂いたことで、独居、認知症の方の管理体制等対策もできました。
A-13	種子島医療センターに脳梗塞にて入院。入院当初は独居、要介護1であったが、入院情報提供シートをもとに病院スタッフから連絡をいただき、退院後のサービスなど予後予測を踏まえ区分変更申請を行うことができた。また、退院1週間前には本人のリハビリを受けている時間に面会を行うことができ、より具体的に専門職の方の意見を聞くことができ、ご家族との意見の確認の際参考になった。

A- 14	医療ニーズの高い利用者になりますと、病院からの細かな情報がありますと、在宅での準備諸々スムーズに運べます。ここ最近、コロナ禍にて面会、面談が行えない為、スムーズに事が運べた事案が少ないように感じます。利用者の情報については、要所所で情報提供をいただき大変助かっております。
A- 15	病院内での面会はなかなかできませんが、電話での定期的な連絡や現状での評価をFAX頂けるのでありがたいです。家の調査も写真でのやり取りになってしまいました。が、まあまあうまくできるように工夫が出来るようになってきました。
A- 16	ALS発症し、家族介護在宅不可、独居、1泊だけでも在宅でとの家族の思いを病院に伝え、入所前に自宅に帰れるよう調整。1か月前から連絡を取り合い、病院、施設、家族と連携し、日時の設定も柔軟に対応。病院から自宅への福祉車両、福祉用具の手配、自宅での福祉用具利用等、環境設定等、また、吸引等胃ろう栄養の専門職意見等参考に手配を進め、無事に1泊だけの在宅を過ごすことができました。家族の絆も深まった気がします。
A- 17	PTより身体状況や注意点など詳しく聞けたのでサービス事業所への連絡、福祉用具の選定に役立った。
A- 18	公立種子島病院に入院。糖尿病が悪化し、退院後からインシュリン投与となった。退院前に医師より家族に説明があった。同席させてもらい、退院後の家族の対応等聞き取りを行う事ができた。また、今までコロナ感染防止の為に帰省できなかった息子が利用者の様子について把握する事ができた。今まで電話等で情報提供をしていたが、自分できいたりみたりする事ができてよかった。今後の方針等もスムーズに話しをすることができた。
A- 19	種子島医療センターに慢性腎不全憎悪で入院していた事例。要介護1で94歳男性。独居。入院時情報提供書を提出し、コロナ感染予防のため面会制限があったが状態変化や今後の方向性について家族の思いを医療ソーシャルワーカーに伝えるなど連携をとった。退院はできず他界されてしまったが、最期に遠方の家族が本人と会うこともでき、感謝の気持ちを伝えられていた。
A- 20	87歳女性。一人暮らし。娘帰省中に体調が悪くなりADL低下が見られ、介護認定申請をする。その後、歩けなくなり病院受診。慢性硬膜下血腫にて緊急入院。回復病棟に転棟時連携室から連絡あり。その後面会して本人から直接退院後の希望や現状を確認することができ、居宅CMに引き継ぐ事ができた。
A- 21	入院中から相談あり。島外の病院に入院されている若年の新規相談者。本人にはお会い出来ない状態でしたが、病院リハ職と密に連絡を取り合い住宅改修をおえた安全な自宅への退院ができた。本人はもとより何度も専門職の方に意見を求めながら高さ調整なども行え改修が行いやすかった。
A- 22	入院後、病院から連絡がきた事で事業所へ早めの連絡ができた。サービスの調整もできた。
A- 23	予定より早い退院許可が出たが、サマリや区分変更申請に伴う段取りなどサービスの調整がスムーズに出来た。家族の都合もあり、急遽退院となったが、事業所との連携もスムーズに出来た。
A- 24	種子島医療センターに入院していた事例・要介護5・左大腿部骨折認知症があり夫、娘さんと二人暮らし。退院後担当することで入院先の看護師やPTと早めに連絡を取りながら看護サマリを頂き本人にも説明ができ、福祉用具の活用・訪問看護サービスの準備等がスムーズに行えた。
A- 25	パーキンソン疑いで入院していた（島外HP）パーキンソンの診断により難病申請や障害者手帳の申請・区分変更などスムーズだった。何より診断ができたことが良かった。家族も医師からの説明で理解され、ケアマネも十分に説明を貰ったため、利用者と家族に説明がしやすかった。

## B. 連携がスムーズに行かなかった事例

- B-1 連絡の取りにくさはあるが、直接病棟へ連絡する等工夫している。
- B-2 今月退院された方ですが、病院側と退院前情報の中に現状など、Nsサイドの把握不足で担当CM側への情報提供の中にそれらの情報が入っておらず、退院時Dr. から家族へムンテラした内容をDr. 分照会回答欄へ記入下さっており、ベッドマット等の差し替えが必要となった。それに伴うケアプランの作り直しも発症し、事務処理が煩雑となり困りました。
- B-3 居宅に退院予定や本人様の状況連絡はあるのに、ご家族様にそういった連絡が病院側から入っておらず、ご家族様がご立腹、病院側にかかなりの不信感を持たれたことがあった。
- B-4 本人さんの性格と折り合いが悪く、なかなか相談が進みませんでした。
- B-5 退院までの間、入院時情報提供シートを活用し病院スタッフとも連絡をとりあっていたが、退院当日バルーンを挿入していることがわかった。バルーン挿入していたため、慌てて退院先の施設に確認する結果となった。
- B-6 電話や書面でのやりとりは言葉のニュアンスが変わったり、不備が生じることが多くなるような気がします。自分自身への反省点もありますが、リモートなどを活用し、自分の目で確かめ、確認事項等しっかり押えられるようにしたいと感じています。
- B-7 骨折で入院、手術後にせん妄が現れ、リハやNsの介入が拒否的になり、全快を見込まれていたが、入院期限満了で退院。入院中何度もオンライン面会を試みるも本人の意識が変化することはなかった。スタッフの皆さまにはたくさんの心配と応援を頂いて感謝しています。
- B-8 シャント造設のため、入院。当初1泊の入院予定だったが、様子を見るということで、「退院は未定」。「退院は未定」のまま進捗状況の申し送りもなくサービス期間への連絡も遅れ、提供事業所等の調整にバタバタさせてしまいました。
- B-9 入院中の状態を確認し明らかに福祉用具が必要だと思われたが、家族からの同意が得られず搬入せず退院となったが、退院直後に家族から依頼があり、バタバタと搬入になった。
- B-10 転院するはずが、主治医の方向性の違いに納得できず退院。パーキンソンによりリハビリが重要であり、リハビリするための入院だったにも関わらず、リハビリは実施できないということで翌日には急に退院となった。

## C. その他

- C-1 病院でのケースカンファレンスがあれば、各専門職との意見交換・情報収集・歩行性の確認がよりスピーディに確実にできると考えます。
- C-2 病院のSWの情報を頂いて、動きやすい面と入退院が月に3回とか多くあった場合に、又は3か月連絡、各一回ずつ短い入院を繰り返す場合に同じ内容をお送りする必要があるのかなと思うことがあります。
- C-3 島内の医療・福祉他の連携がより一層改善される事を切に願います。
- C-4 種子島医療センターのMSWとのやり取りの中で、MSWの業務内容について疑問を持つことがある。（すべて病棟Nsやリハにつなげ対応しないことがある）
- C-5 現在入院中の新規利用者がいます。家屋調査ができるとのことで検討しています。スムーズな退院と退院後の支援がしっかりとできるようにと思っています。

C-6	入院中家族が面会できるようになり、良かった。
C-7	退院時の情報提供が種子島医療センターからない。連携室に催促してもらえることもあるが、ほとんどリハビリサマリーのみ提供で看護サマリーはなし。本人、家族も専門知識に乏しく、病気や治療内容を理解していないこと、説明がされていないこともある。コロナ禍でカンファレンスも無いようなので情報提供してほしい。
C-8	連携室に聞き取りするより病棟Nsやリハに聞き取りした方が早い時がある。連携室の情報と病棟Nsの情報が違う時があります。そういった場合、どうしたら良いでしょうか。
C-9	コロナ感染症のリスクも考慮しなければならず、大変だとは思いますが、以前のようにリハビリスタッフの家屋調査が行えるとありがたいです。こちらも病院に写真付きで分かりやすく書類を送り説明していますが、限界があるように感じます。本人も在宅に帰るモチベーションがあがったり、ご家族も施設一択の考えだけでなく実際に本人の様子を見て、在宅の方向性も検討しやすくなるのでは・・・。転倒が怖く、施設を・・・と希望される家族が多いので。
C-10	今現在抱えている利用者様で入退院を繰り返される方がいます。在宅ではすぐに体調不良を訴えられます。訪問看護等の利用で本人の安定・安心につながればと考え、病院へも意見を提案しますが、Drとの壁が立ちあがるような気もして・・・世間で耳にする「ケアマネタイム」が出来たらなあ〜と考えることもあります。主治医と直接会って面談を行うことはとても大きな壁ですが、自分自身も苦手意識を克服していきたいと考えてます。
C-11	中目医院、高岡医院が入院をストップしたことで、今まで以上に行き場のない方は、在宅で施設の選択になろうかと思えます。医療ニーズの高い方のケアの方法など医療専門職による公開講座などたくさんやって欲しいです。
C-12	最近では、MSWとの連携が定着し、入院時の情報提供、退院予定の事前連絡状況報告などで在宅調整にあわてることが少なくなってきたと感じます。
C-13	コロナ禍で病院内でのケース会議に参加する事が少なくなり書類でのやり取りが多くなっていますが、足りないところは電話で聞きながらプラン作成に役立てています。
C-14	コロナ感染予防のために面会制限やカンファレンスができない部分もありますが、入院されたらすぐに病院と連携してスムーズに在宅復帰支援を行っていきたくないと想います。
C-15	医療センターは退院時サマリを提供してほしい。
C-16	入院してからいつのタイミングで情報収集していいのかと思いつつ収集が遅れる場合がある。(反省) 病状の説明以外に療養上の注意点やアドバイスを本人・家族にも説明していただければ助かります。
C-17	コロナ感染拡大防止の為、面会ができず、しばらく様子を観てから作成したことがある。 ケアマネとして入院情報提供書を作成し、入院先に提出しますが入院先の病院側からの入院中の経過報告がなくこちらから連絡し聴くことが多いです。
C-18	コロナで面会できない状態もあり、職員も少ないということもあり、情報はあまりもらえない。病院からのカンファレンスや、医師からの説明等により入院中から情報を貰えるのはとてもありがたい

## 医療機関調査（R4.11月）記述欄

### 3 ①ケアマネとの連携に関して、うまくいった事例・スムーズにいった事例

- ・状況確認を含め、ご家族と一緒に来院し、本人の状況を確認でき、院内スタッフとの情報共有を図ることができた。
- ・ケアマネを通して地域の支援者とシームレスな支援を築けたことで、再入院の可能性の高い独居の方が在宅支援を継続できている。

### 3 ②ケアマネとの連携に関して、スムーズにいかなかった事例

なし

### 4 その他

なし

## 種子島地域退院調整ルール 令和4年度第2回運営会議 議事録

1 日 時：令和5年3月3日（金）14時～15時30分

2 場 所：WEB会議形式（熊毛支庁第2会議室⇒島内5か所）

3 出席者：12名（代表ケアマネ2名，医療機関4名，市町包括3名，支庁3名）

### 4 内容

#### （1）入退院支援ルールについて保健所から説明

- ・今後「種子島地域退院調整ルール」は，名称を「種子島地域入退院支援ルール」として，運用を継続する。

#### （2）種子島地域退院調整ルール運用状況調査結果（運用4年後調査）について保健所から説明

#### （3）意見交換

（調査結果を踏まえて意見交換したいこと，現在のルール運用の課題や気づいた点等について）

##### 【医療機関からの意見】

- ・入院の際に，退院調整ルールの指定の用紙でないこともあるが，形式の用紙で頂きたい。
- ・ケアプラン等について，1か月くらいの間であれば，状態が変わらない人なら，情報は必要ないのではないか。状態が変わったりする方についてはください。
- ・病院から中間の経過報告をするかについては，なかなか病院から自発的にはなかなか難しい。聞かれたことについては答えることができるので，ケアマネ側から聞き取りをしてほしい。
- ・連携室の情報がタイムリーな情報でないこともある。病棟側との意見が違うようなことは，聞き直していただければと思う。
- ・退院について家族が知らなかったということについては，病院からはケアマネと家族両方へ連絡するため，ケアマネが先に知っていても，やんわりと対応をしてほしい。病院から家族へ必ず連絡は行うため，それを待ってほしい。
- ・面会については，なかなか現状リモート面会が多い。必要に応じて検討するので，まずは相談してほしい。
- ・在宅に帰る人のサービス利用について，難しいところもあると思うが，サービスを上手く使えるようにケアプランの作成をお願いしたい。

##### 【ケアマネ・市町からの意見】

- ・退院時連携はとれていると思っているが，医療機関の退院患者のうちケアマネと退院調整を実施した割合が7割と低くなっているのはなぜか。
- ⇒アンケート調査において医療機関とケアマネとで事業対象者の取扱が違うため数が違った。来年

度のアンケート調査の際に検討する。

- ・ケアマネとしては、連携は上手くいっていると思う。

- ・ケアマネと本人とスタッフでオンラインでつながることができたら、本人の意向を確認でき、これからの生活をどうするか考えることができるのではないかと思う。全員は難しいので、全員ではなくていいので、連携室といい方法を考えていきたい。

⇒オンラインは全然対応できるので、相談してほしい。本人にもリモートの機械を持っていき、顔を見ることは可能。本人の理解としては難しい場合もあるが、顔を見る、雰囲気を知ることは可能かと思う。

#### (4) 今後の進め方について

- ・運用状況調査の結果の還元については、今後検討し対応する。

種子島地域入退院支援ルール運用状況調査票 (医療機関用)

平成30年10月から「退院調整ルール」を運用しておりますが、医療と介護の連携をより充実したものとし、切れ目のない療養支援を行うため御意見をお聞かせください。

Table with 4 columns: 病院名, 連絡先, TEL ( ), 記入者. Sub-headers: 部署, 氏名, 職種.

1 「入退院支援ルール」の部署等で変更点がありますか? ( ある ・ ない )



<ケアマネとの入退院支援を担当する部署> ※「ある」場合は、変更か所を下記に記載して下さい。

Table with 5 columns: 部署名, TEL, FAX.

<入院前に担当ケアマネが決まっている場合>

Table with 2 columns: Question (e.g., ケアマネからの「入院時情報提供書」の持参先), Answer.

<入院時に担当ケアマネが決まっていない場合>

Table with 2 columns: Question (e.g., 家族に、介護保険について説明をする人), Answer.

2 ケアマネとの連携について、令和5年11月の1か月間の状況を、下記に御記入ください。可能な範囲で御回答をお願いいたします。 介護支援等連携指導料算定件数 件

Table with 4 columns: Patient type (入院患者/退院患者), Insurance status, Description of cases, and Number of cases.

※退院調整とは、患者の退院前カンファレンスやケアマネと病院担当者との個別面談、電話や文書 (FAX, メール等) 等の連絡を含みます。

◇「種子島地域入退院支援ルール」は、現時点では、在宅と医療機関との入退院に限定して運用されています。



(FAX: 0997-22-1846)

熊毛支庁保健福祉環境部(西之表保健所)片平 行

調査票 No. 2  
〈提出期限〉 月 日 ( )

3 「入退院支援ルール」を運用して、ケアマネとの連携に関して、うまくいった事例やスムーズにできなかった事例があればお聞かせください。

① 連携がスムーズにいった事例

② 連携がスムーズにできなかった事例

4 その他ご意見等 (あれば記入)

ありがとうございました

種子島地域入退院支援ルール運用状況調査票(介護支援専門員用)  
※複数の介護支援専門員が所属する事業所は、介護支援専門員の人数分提出してください。

事業所名		ケアマネジャー氏名		TEL		FAX	
------	--	-----------	--	-----	--	-----	--

I 令和5年11月中に医療機関(有床診療所を含む)から退院したケースがありますか? (ある・ない)

※ある方はそのケースの内訳を下記にご記入ください。↓

No.	退院した医療機関名(市外も含む)	医療機関からの引き継ぎの連絡	情報提供方法(複数回答可)	介護区分		退院後の行き先
	入院期間	退院情報記録書活用の有無		情報のケアプラン作成への活用の有無		
(例)	種子島病院 ( 17 ) 日・月・年	有・無 退院情報記録書記録書以外・無 双方同意で省略	TEL・FAX・メール・郵送 面接(カンファレンス参加有・無)	申請中 ※事業対象者 要支援 要介護 ( 2 )	有・無	自宅・施設 その他 ( )
1	( ) 日・月・年	有・無 退院情報記録書記録書以外・無 双方同意で省略	TEL・FAX・メール・郵送 面接(カンファレンス参加有・無)	申請中 事業対象者 要支援 要介護 ( )	有・無	自宅・施設 その他 ( )
2	( ) 日・月・年	有・無 退院情報記録書記録書以外・無 双方同意で省略	TEL・FAX・メール・郵送 面接(カンファレンス参加有・無)	申請中 事業対象者 要支援 要介護 ( )	有・無	自宅・施設 その他 ( )
3	( ) 日・月・年	有・無 退院情報記録書記録書以外・無 双方同意で省略	TEL・FAX・メール・郵送 面接(カンファレンス参加有・無)	申請中 事業対象者 要支援 要介護 ( )	有・無	自宅・施設 その他 ( )
4	( ) 日・月・年	有・無 退院情報記録書記録書以外・無 双方同意で省略	TEL・FAX・メール・郵送 面接(カンファレンス参加有・無)	申請中 事業対象者 要支援 要介護 ( )	有・無	自宅・施設 その他 ( )
5	( ) 日・月・年	有・無 退院情報記録書記録書以外・無 双方同意で省略	TEL・FAX・メール・郵送 面接(カンファレンス参加有・無)	申請中 事業対象者 要支援 要介護 ( )	有・無	自宅・施設 その他 ( )

※事業対象者とは、介護認定を受けずにチェックリストによって事業の対象となった者

II 令和5年11月中に医療機関(有床診療所を含む)へ入院したケースがありますか? (ある・ない)

※ある方はそのケースの内訳を下記にご記入ください。↓

No.	入院した医療機関名(市外も含む)	医療機関への引き継ぎ	情報提供方法(複数回答可)	入院時情報提供書活用の有無	介護区分	
				入院時情報提供書提供書以外・無 双方同意で省略	事業対象者	要支援 要介護 ( )
(例)	種子島クリニック	有・無	TEL・FAX・メール・郵送・面接	入院時情報提供書提供書以外・無 双方同意で省略	事業対象者	要支援 要介護 ( 2 )
1		有・無	TEL・FAX・メール・郵送・面接	入院時情報提供書提供書以外・無 双方同意で省略	事業対象者	要支援 要介護 ( )
2		有・無	TEL・FAX・メール・郵送・面接	入院時情報提供書提供書以外・無 双方同意で省略	事業対象者	要支援 要介護 ( )
3		有・無	TEL・FAX・メール・郵送・面接	入院時情報提供書提供書以外・無 双方同意で省略	事業対象者	要支援 要介護 ( )
4		有・無	TEL・FAX・メール・郵送・面接	入院時情報提供書提供書以外・無 双方同意で省略	事業対象者	要支援 要介護 ( )
5		有・無	TEL・FAX・メール・郵送・面接	入院時情報提供書提供書以外・無 双方同意で省略	事業対象者	要支援 要介護 ( )

裏面へ

Ⅲ 「入退院支援ルール」を運用して、医療との連携に関して、うまくいった事例や連携がスムーズにできなかった事例があればお聞かせください。

(例1) 種子島病院に脳梗塞にて入院していた事例。要介護2, 75歳男性, 夫婦2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1週間前に病棟看護師より連絡があり, 退院前カンファレンスに参加。福祉用具導入や住環境の整備等, 専門職による意見を聞くことができ, スムーズに在宅へ移行できた。本人・妻からも, 「安心して退院できる」との言葉があった。

①連携がスムーズにいった事例

②連携がスムーズにできなかった事例

Ⅳ その他ご意見等(あれば記入)