

# 令和6年度第2回種子島地域入退院支援ルール運営会議議事録

I 日 時：令和7年2月18日（火）14時～15時

II 場 所：Web会議形式（西之表保健所診察処置室⇒島内8か所）

III 出席者：13人（代表ケアマネ2人、医療機関4人、市町包括5人、支庁2人）

## IV 内容

1 開会

2 運用状況調査～運用6年後調査（R6.11月）～結果について説明

3 意見交換

（1）入院時情報提供書の様式について

### 医療機関：

R6.12月頃から介護システムの中にある別様式の入院時情報提供書を提出してくるところが出てきた。FAXで送られてくるので文字が潰れて見えにくい。また、必要な情報が無かったり、別の情報があったりする。そもそも入退院のルールを作る当初にみんなで話し合って作った様式（情報提供書）があるのに、違う様式を使うのか？他の医療機関の状況を教えて欲しい。

### 地域包括支援センター：

種子島ルールの様式を使っている。ケアマネの中には、別の様式を使っている方も多い。みんなで決めた共通の様式を使った方が良いと言ったけれど、運用調査の調査項目「入院時情報提供書活用の有無」の覧に、入院時情報提供書・提供書以外・無・双方同意で省略と情報提供書以外と書かれているので、様式以外を使っても良いと思っているのではないか。

### 居宅介護支援事業所：

種子島では○○の同じシステムを導入している居宅が多い。バージョンアップで入院時情報提供書が少し変わった。年に何回か来られるので、様式について相談すれば、ルールの様式を入れてもらうことはできると思う。

### 事務局：

これまでどおりルールの中で作成した様式（入院時情報提供書）を使用していただく事にしたいと思う。代表ケアマネの方、包括支援センターの方は、周知をお願いします。また、システムにおける様式変更については、居宅介護支援事業所の方でお願いしてください

い。

## (2) 運用状況調査の調査項目の簡素化について

### **地域包括支援センター :**

入退院支援ルールも6年目、調整率も9割となり、今従事している方については浸透しているのではないかと思う。調査は必要なのでしょうが、「連携がスムーズにいった事例」とか「連携がスムーズにいかなかつた事例」という調査項目は要らないのでは、と思う。うちは居宅支援事業所の数も多いため、とりまとめに時間がかかる。

### **医療機関 :**

連携がスムーズにいった、スムーズにいかなかつたというやり取りは平行線になる。調査の期間が1か月間だけなので、事務量としては特に問題ない。連携についての項目（具体的な内容）は必要か？とは思う。

### **居宅介護支援事業所 :**

調査票への回答は負担ではない。連携について、何かあれば書いている。医療機関に直接言えないことも多いので、調査票に書くことですっきりする部分もある。

### **居宅介護支援事業所 :**

言いたいことを書ける良い機会となっている。

### **事務局 :**

調整率については、報告する必要があるため、調査自体は実施する必要がある。連携についての項目等、他の質問については今後検討するよう引継ぎたい。

## (3) その他

### **医療機関 :**

退院調整しようとしても、種子島には受け皿となるサービスや施設がない。とても逼迫している。退院できないでいる人もいる。

### **居宅介護支援事業所 :**

ショートステイを廃止していくところがでてきており、島内1か所だけになってしまふ。施設を希望される方には、鹿児島市を紹介しているところである。無い無い尽くしの資源の中で、どうやって退院後の調整をしていけば良いのか。入退院支援ルールよりも、退院処遇調整連絡会が必要なのでは。

### **地域包括支援センター :**

高齢者支援課でも毎日のように、この話題は出ている状況。それぞれの市町だけの問題

ではないので、島全体で考えていかなければならないと考えている。

4 ホームページへの掲載について

- (1) 種子島地域入退院支援ルール参加医療機関や居宅介護支援事業所等一覧における変更箇所を確認し、修正後ホームページへ掲載する。

5 今後の進め方について

- ・年度において2回程度運営会議を開催
- ・内容は、運用調査や調査項目についての検討や調査後の結果報告等について

# 種子島地域入退院支援ルール 運用状況調査結果

～運用6年後調査(令和6年11月)～

熊毛支庁保健福祉環境部健康企画課

## 調査対象者

- 介護支援専門員調査: 16か所, 35人回答
  - ・居宅介護支援事業所 12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

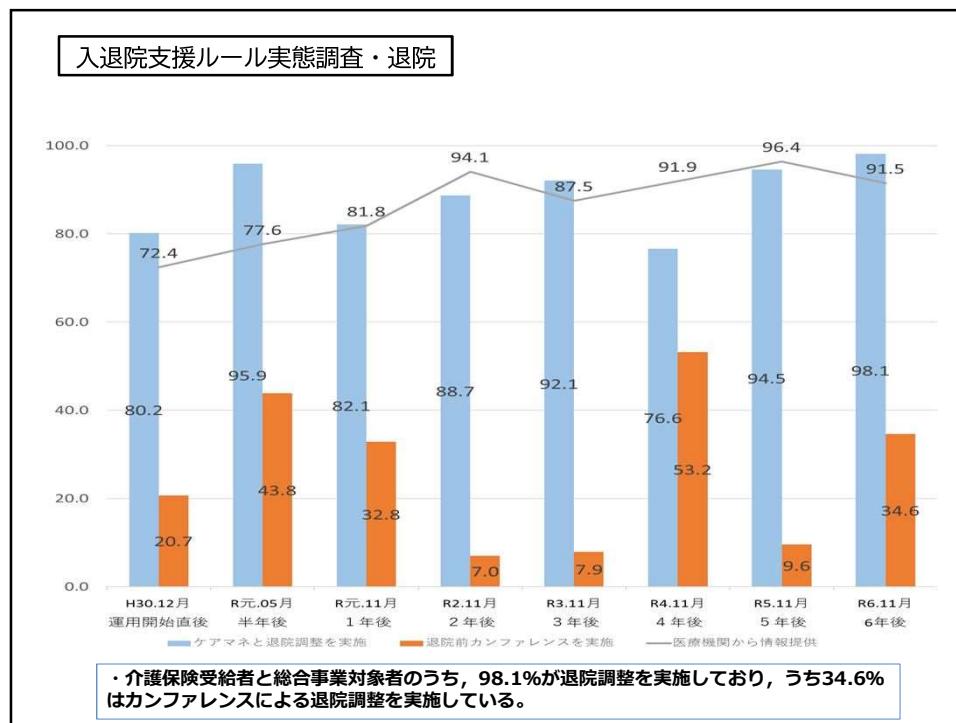
- 令和6年11月(運用6年後)

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(%)
R06.11月	59	54	91.5
R05.11月	56	54	96.4
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	78.5

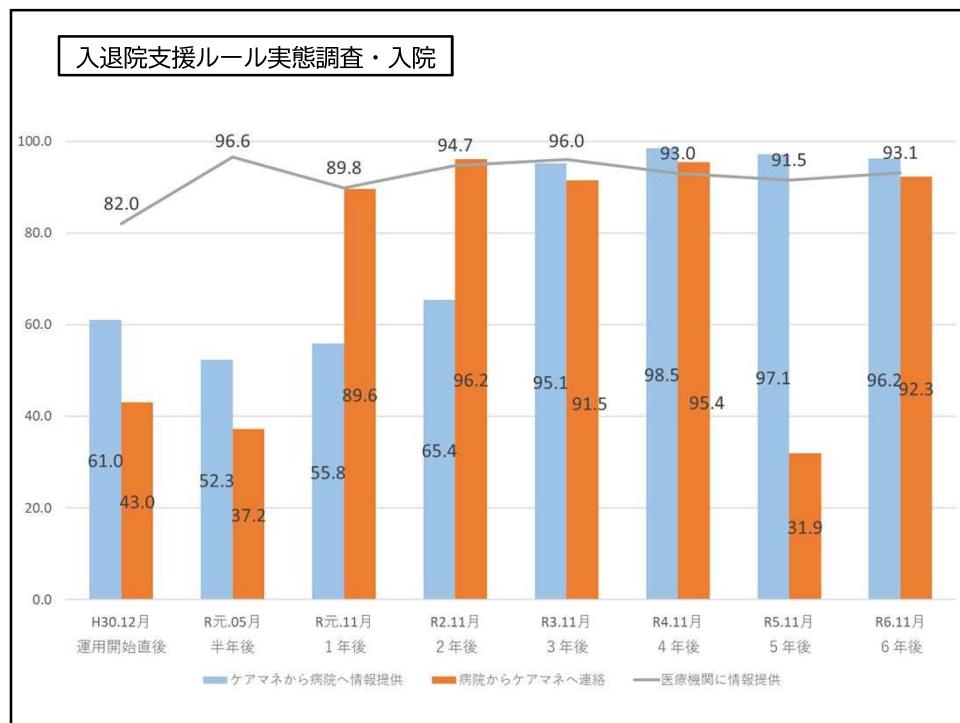
  

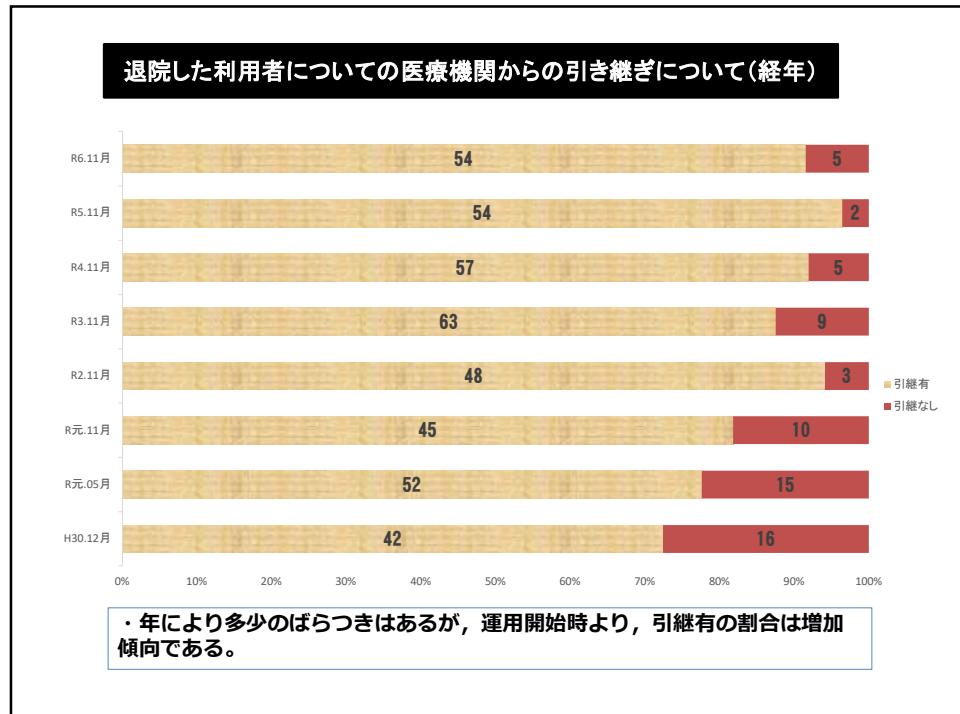
医療機関対象調査								
調査時期	退院患者のうち		退院患者①のうちケアマネと退院調整を実施した数	割合(%)	退院調整したケースのうち退院前カンファレンスを実施した数	割合(%)		
	①介護保険受給者数	②総合事業対象者数						
R0.11月	50	2	51	98.1	18	34.6		
R0.11月	53	2			5	9.6		
R4.11月	47	36			25	53.2		
R3.11月	63				5	7.9		
R2.11月	71				5	7.0		
R元.11月	67				22	32.8		
R元.05月	73				32	43.8		
H30.12月	111	89			23	20.7		

・ケアマネ調査の退院調整率は昨年度より低くなっている。  
 ・医療機関調査の退院調整率、退院前カンファレンスは昨年度と比べどちらも高くなっている。



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
R08.11月		58		54 93.1
R05.11月		59		54 91.5
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		入院患者①②のうちケアマネから病院へ情報提供のあった数
		①介護保険受給者数		割合 (%)
R6.11月		50		50 98.2
R5.11月		65		67 97.1
R4.11月		65		64 98.5
R3.11月		82		78 95.1
R2.11月		78		51 65.4
R元.11月		77		43 55.8
R元.05月		86		45 52.3
H30.12月		100		61 61.0
H29.5月		109		36 33.0
・ケアマネ調査では、92.3%、医療機関調査でも92.3%の情報の受け渡しができており、運用開始時と比べ高い割合となっている。				





**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=59)**

計	医療機関内訳			介護度内訳										
	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	
	54	49	0		5	54	2	1	4	8	11	10	6	9
退院時引継有														
退院時引継無	5	4	0	1	5	0	0	1	0	1	3	0	0	0
計	59	53	0	6	59	2	1	5	8	12	13	6	9	3

計	退院先内訳			入院期間内訳				
	自宅	施設	その他※	計	10日以内	1か月以内	1か月以上	期間不明
	54	42	6		54	13	25	16
5	5	0	0	5	1	3	1	0
59	47	6	6	59	14	28	17	0

※その他内訳:施設2,転院3,死亡1

・退院時引継有は54人、引継無は5人。

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=54)									
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					
13	32	5	5	55					

※情報記録書と記録書以外の両方回答が3件あり

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
17	38	30	0	2	10	37	47	35	19	54

\*未記入7

- ・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45人(81.8%)である。記録書使用(13人)より記録書以外使用(32人)が多い(うち1名は両方を使用している)。
- ・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=58)												
	入院医療機関			介護度内訳								
	島内 医療 機関	島外 医療 機関	計	入院 事業対 象	入院 要支1	入院 要支2	入院 介護1	入院 介護2	入院 介護3	入院 介護4	入院 介護5	計※
入院時 引継有	51	3	54	0	5	5	11	13	6	5	7	52
入院時 引継無	3	1	4	1	1	0	0	0	0	2	0	4
計	54	4	58	1	6	5	11	13	6	7	7	56

\*未記入2

入院時引継有の状況(n=54)									
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
42	4	2	6	54	5	16	43	0	0

- ・島内医療機関における入院時引継有は51人、引継無は3人。
- ・入院時引継有54のうち、書面を活用した情報提供は46人であった。

## 介護支援専門員調査抜粋 連携がスムーズにいった事例①

- ・入院時より、医療ソーシャルワーカーと連携をとり、退院前の状態確認で専門職より意見を聞くことができ、サービスの準備をすすめることができた。家屋調査で福祉用具導入や住宅改修の提案をすることで具体的に環境整備できた。また退院前カンファレンスをすることで細かいすり合わせができる、スムーズに在宅へ移行ができた。
- ・退院前カンファレンスにこれまで支援協力の得られていないご家族も交えて参加。専門職によるご本人の現状説明と退院後の生活に対するご意見、アドバイスをもらい、ご家族の支援協力の必要性の理解も得られ、ケアマネとしてもご家族との連携がとりやすくなった。
- ・入退院を繰り返すケースに対しては書面は省略しても、電話やカンファレンスにてより具体的な情報共有を行っている。
- ・退院後の不安が強いケース。入院期間中に連携室MSWと情報共有しながら本人、家族の面談を数回行い、退院後のニーズに沿ったサービス調整ができた。

## 介護支援専門員調査抜粋 連携がスムーズにいった事例②

- ・介護保険サービス未利用のため入院時情報提供シートの提出は行わなかったが、入院直後に連携室と互いに情報共有を行った。退院1か月前にはPSWとリハビリ担当者、ケアマネも同行し自宅環境や動作確認を実施。退院後の生活が本人・家族・関係者ともにイメージできた。退院前のサービス担当者会議においても、サービス担当者が直接病棟看護師へ詳細を聞き取るなどし、スムーズな退院へと繋がった。介護者も入院当初自宅での介護に不安が大きかったが、退院前に本人の状態を見ることができ、在宅介護に前向きになれた。
- ・退院予定が決まり次第、すぐ連絡をもらえたので、自宅の環境調整サービス調整が余裕をもって出来、本人も安心して帰宅でき、生活を再開することができた。
- ・連携室から主治医に働きかけて頂き、外来受診の予約や入院の相談ができ、家族も安心された。
- ・退院後の床ずれ悪化防止のために、病棟とサービス事業所との担当者会議をリモートで開催。処置方法について意見交換し、退院後の症状安定を図る事ができた。

## 介護支援専門員調査抜粋 連携がスムーズにいかなかつた事例

- ・新規利用者。契約も締結していない中、状態像も分からず書類のみの判断で退院調整の依頼があった。生活環境が整わなかつたり、再発のリスクがある利用者やサービス利用をしたことのない新規利用者はせめて1か月前の相談をお願いしたい。
- ・病院からは、食欲あり、状態落ち着いている(入院時より状態変化なし)との事で退院の2日前に連絡あり。退院後に面談を行つたが、体重減少、身体機能の低下が顕著であった為、区分変更申請を行つた。
- ・面談へ行つたが、本人は意思疎通が困難で、リハビリや看護師の情報のみで退院調整をしたが、情報が不足しており、ショートステイ先でトラブルになりかけた。
- ・事前に依頼していてもサマリー(薬の内容等)を退院前に貰うことが出来ず、退院後の担当者会議の際に伝えられない情報もあって、事業所等に後日伝えることになった。

## 介護支援専門員調査抜粋 その他①

- ・最近は、SWさんも慣れてきて、患者様が困らないようにケアマネに今後について早めに状況を知らせてくださるので様々な検討ができるようになりました。
- ・ソーシャルワーカーの方から随時ご連絡いただき助かっています。退院前の家屋調査やリハ計画書説明時の同席もできるようになり連携のしやすさが戻ってきました。
- ・コロナの5類化以降、本人への面会もできるようになって、退院時の連携が取りやすくなつていて感謝しています。リハビリについてもこちらから明確にどういう事ができるようになってほしいと伝えるとそれに対して訓練して下さるのでありがとうございます。
- ・コロナ禍の時期の習慣で病院へ足を運び、直接自分の目で確認し、言葉を交わすことの大切さを最近特に感じます。電話や書面で行う手段もありますが、人と人との直接的なつながりが今後の良いケアマネジメントにつながることを実感しました。

## 介護支援専門員調査抜粋 その他②

- ・リハビリ担当の方からの情報は入院中からいただいているが、看護師からの情報が遅れる傾向にあると感じる。各部署間の連携について(医事課と連携室、クラークと病棟など)今後検討していただきたい。
- ・種子島に介護サービスが少ない。施設はもちろん、ヘルパーやデイ、ショートも枯渇している。
- ・家屋調査については、かなり有意義に行えていると思う。
- ・最近は問い合わせをすることで医療機関からの情報提供がスムーズにいく例が多いと感じる。医療と介護の連携は患者様の生活へのQOLの維持には必要不可欠ということを感じている。
- ・入院連携でいつも思うことは、お互いが声を掛け合う姿勢だと感じている。
- ・入院時、退院時、ケアマネ、家族、施設との連絡調整をSWさんたちは丁寧にしてくださり助かっている。
- ・この運用をすることで病院との連携は十分すぎるほどとれるようになってると思う。連携がスムーズにいかなかつた場合の事例を出すことで何か今後に生かせることがあるのか。あまり変化がないと感じることもある。

## 医療機関調査抜粋

### ケアマネとの連携がスムーズにいった事例

- ・入院当日～3日程度で入院前情報が届くので、情報収集がスムーズに出来ている。
- ・面会や担当者会議やリハビリ説明の同席も実施されるようになり来院いただけるケアマネの方とは細かな情報共有が出来ている。
- ・自宅退院に向けて、退院前訪問をケアマネと一緒にでき、本人の状態、退院後のサービスの利用等、家族にもイメージをしてもらえた。

### ケアマネとの連携がスムーズにいかなかつた事例

- ・面会や連絡も少ないケアマネとの情報共有に関しては、電話(口頭)や書面(FAX)だけとなり、情報の共有が十分でない場合がある。

### その他

- ・ショートの予約がある方は、週間計画表の下の欄に直近の予約期間を記入いただけすると退院調整の参考になります。
- ・独居や身寄りのない方が増えてきており、入院時にCMさんに無理をお願いし恐縮です。すぐに対応くださるので助かっています。