

平成26年度高齢者リハビリテーションの機能強化モデル事業

都道府県医療介護連携調整実証事業

報告書

平成27（2015）年3月

株式会社三菱総合研究所





# 目次

<b>第1章 事業の概要</b> .....	<b>1</b>
1. 事業の背景・目的.....	1
(1) 背景と目的.....	1
(2) 都道府県・保健所等・市区町村が協働できる体制・信頼関係づくり.....	2
2. 事業の実施内容.....	3
(1) 全国会議開催状況.....	3
(2) 情報共有に係る支援.....	7
(3) 都道府県毎の会合に係る支援.....	15
(4) その他、本事業の円滑な運用のための支援.....	15
(5) モデル事業内容のとりまとめ.....	16
3. 事業の実施体制.....	24
(1) アドバイザー組織設置要綱.....	24
(2) アドバイザー名簿.....	25
<b>第2章 モデル二次医療圏の事業内容</b> .....	<b>27</b>
1. 岩手県盛岡圏域.....	28
(1) モデル二次医療圏の状況.....	28
(2) モデル二次医療圏の取組状況.....	29
2. 岩手県宮古圏域.....	46
(1) モデル二次医療圏の状況.....	46
(2) モデル二次医療圏の取組状況.....	47
3. 富山県.....	57
(1) モデル二次医療圏の状況.....	57
(2) モデル二次医療圏の取組状況.....	58
4. 滋賀県.....	68
(1) モデル二次医療圏の状況.....	68
(2) モデル二次医療圏の取組状況.....	69
5. 京都府.....	83
(1) モデル二次医療圏の状況.....	83
(2) モデル二次医療圏の取組状況.....	84
6. 兵庫県.....	105
(1) モデル二次医療圏の状況.....	105
(2) モデル二次医療圏の取組状況.....	106
7. 和歌山県.....	117
(1) モデル二次医療圏の状況.....	117
(2) モデル二次医療圏の取組状況.....	118

8.	徳島県 .....	128
(1)	モデル二次医療圏の状況 .....	128
(2)	モデル二次医療圏の取組状況 .....	129
9.	大分県 .....	141
(1)	モデル二次医療圏の状況 .....	141
(2)	モデル二次医療圏の取組状況 .....	142
10.	鹿児島県 .....	151
(1)	モデル二次医療圏の状況 .....	151
(2)	モデル二次医療圏の取組状況 .....	152

### **第3章 退院調整に取り組むための課題と工夫 ..... 165**

1.	退院調整ルール策定に向けた全体像 .....	165
(1)	退院調整ルールについて重要な点 .....	165
(2)	連携協議への参加者 .....	165
(3)	円滑な意見交換を実施するための工夫 .....	167
2.	退院調整ルール策定に向けたステップごとの課題と工夫 .....	168
(1)	退院調整ルール策定に向けた準備期 .....	168
(2)	退院調整ルール策定に向けて .....	174
(3)	退院調整ルール策定後 .....	200
(4)	その他の苦労した内容と対応策 .....	200
3.	まとめ .....	201

# 第1章 事業の概要

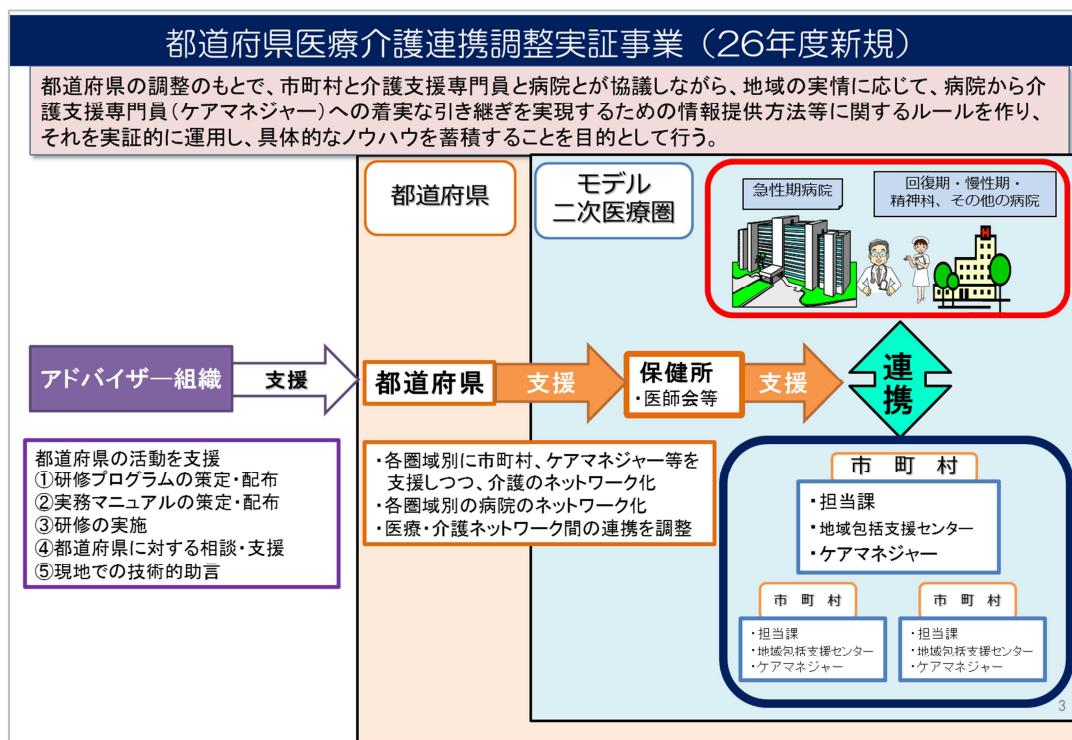
## 1. 事業の背景・目的

### (1) 背景と目的

団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）を構築することが求められている。地域包括ケアシステムは、地域の事情を良く把握している市区町村が中心となり、国や都道府県の支援の下、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要である。しかし、市区町村には在宅医療・介護連携推進事業をはじめ従来介護保険に位置づけられていなかった多様な事業の実施が求められており、そのため、都道府県による市区町村支援が重要となる。

本事業は、二次医療圏域（以下、圏域）内の病院と居宅介護支援事業所・地域包括支援センター（以下、ケアマネジャー）の連携協議の実践を通して、要介護状態で在宅に退院する患者に対する退院調整ルールを策定することを目的とした、都道府県の市区町村支援を強化するためのモデル事業である（図表1）。また、本事業では、圏域内の市町村が第6期介護保険事業計画における在宅医療・介護連携を推進する準備に対する支援も併せて行った。

図表 1 都道府県医療介護連携調整実証事業のスキーム



## (2) 都道府県・保健所等・市区町村が協働できる体制・信頼関係づくり

都道府県が市区町村を支援するためには、両者が様々な課題に対し協働して対応できる体制が必要である。しかし、都道府県が多数の市区町村の状況を把握した上で、適切に支援することは困難である。そのため、圏域に1箇所以上設置されている出先機関（保健所等）が、管内市区町村に対する具体的支援を行うことが期待される。

本事業では、都道府県・保健所等・市区町村が協働する体制をモデルとした。市区町村が当該市区町村内のケアマネジャーの取りまとめを行い、都道府県・保健所等は圏域内の病院の取りまとめと圏域内市区町村のケアマネジャー全体の調整を行うとともに、病院・ケアマネジャー協議の進行を行うという役割分担を行った。

事業を実施するために、都道府県・保健所等・市区町村は、適宜、情報共有を行いつつ進行していくことが重要であり、その過程で都道府県・保健所等・市区町村が協働できる体制・信頼関係づくりが実現される。今年度については、全モデル圏域の連携調整事務局の役割をとして保健所が担当した。

## 2. 事業の実施内容

本事業に係る以下の全国会議の開催支援を実施した。

### (1) 全国会議開催状況

#### (ア) 第1回都道府県 在宅医療・介護連携 担当者・アドバイザー合同会議

- ・日時：平成26年4月24日（木）10:00～13:45
- ・会場：国際ファッションセンタービル10階 KFC Rooms（101～103）
- ・議題：
  - ◇ 本事業に関する挨拶（厚生労働省より）
  - ◇ 行政説明（厚生労働省より）
  - ◇ 在宅医療・介護連携の先進地からの報告
    - ・ 都道府県の立場から（大分県庁高齢者福祉課より）
    - ・ 保健所の立場から（富山県砺波厚生センターより）
    - ・ 特別区の立場から（世田谷区保健福祉部計画調整課より）
    - ・ 二次医療圏での退院調整ルール策定の経験  
（兵庫県姫路市健康福祉局保健福祉推進室より）
  - ◇ 質疑応答
  - ◇ その他
- ・資料：
  - ◇ 資料1；在宅医療・介護連携の推進について
  - ◇ 資料2-1；在宅医療・介護連携の先進地からの報告（大分県）
  - ◇ 資料2-2；在宅医療・介護連携の先進地からの報告（富山県砺波厚生センター）
  - ◇ 資料2-3；在宅医療・介護連携の先進地からの報告（世田谷区）
  - ◇ 資料2-4；在宅医療・介護連携の先進地からの報告（兵庫県姫路市）
  - ◇ 参考資料1；アドバイザー組織の設置要綱
  - ◇ 参考資料2；国アドバイザー及び県アドバイザー一覧
  - ◇ 参考資料3；平成26年度事業実施府県リスト
  - ◇ 参考資料4；都道府県担当課室一覧
  - ◇ 参考資料5；地域包括ケア「見える化」システム（プロトタイプ）利用マニュアル
- ・参加人数：108名

#### (イ) 第1回アドバイザー会議

- ・日時：平成26年4月24日（木）13:55～18:00
- ・会場：国際ファッションセンタービル10階 KFC Rooms（101～103）
- ・議題：
  - ◇ 都道府県医療介護連携調整支援実証事業における退院調整ルールの策定方法説明  
（厚生労働省より）

- ◇ 情報共有の仕組みについて（株三菱総合研究所より）
- ◇ 退院調整ルール策定について（各都道府県より）
- ◇ 平成 26 年度における在宅医療・介護連携を推進するための取り組みについて（各都道府県より）
- ◇ 質疑応答
- ◇ その他
- ・資料：
  - ◇ 資料 1；退院調整ルール策定マニュアル（案）
  - ◇ 資料 2；情報共有の仕組みについて
  - ◇ 資料 3；実施府県における事業計画案
- ・参加人数：95 名

(ウ) 第2回都道府県 在宅医療・介護連携 担当者・アドバイザー合同会議

- ・日時：平成 26 年 10 月 9 日（木）13:00～15:45
- ・会場：アットビジネスセンター東京駅八重洲通り 5 階 501 会議室
- ・議題：
  - ◇ 本事業に関する挨拶（厚生労働省より）
  - ◇ 行政説明（厚生労働省より）
  - ◇ 在宅医療・介護連携の取り組みについての報告
    - ・ 市町村の立場から（横須賀市地域医療政策課、柏市保健福祉部福祉政策課より）
    - ・ 都道府県の立場から（和歌山県長寿社会課より）
    - ・ 保健所の立場から（大分県中部保健所より）
  - ◇ 質疑応答
  - ◇ その他
- ・資料：
  - ◇ 資料 1－1；在宅医療・介護連携の推進について
  - ◇ 資料 1－2；地域支援事業実施要綱の改正案（在宅医療・介護の連携推進業務）
  - ◇ 資料 1－3；地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針について
  - ◇ 資料 2－1；在宅医療・介護連携の取り組みについての報告（神奈川県横須賀市）
  - ◇ 資料 2－2；在宅医療・介護連携の取り組みについての報告（千葉県柏市）
  - ◇ 資料 2－3；在宅医療・介護連携の取り組みについての報告（和歌山県）
  - ◇ 資料 2－4；在宅医療・介護連携の取り組みについての報告（大分県中部保健所）
  - ◇ 参考資料 1；全国介護保険担当課長会議資料についての Q & A【9 月 19 日版】
  - ◇ 参考資料 2；地域支援事業実施要綱
  - ◇ 参考資料 3；都道府県担当課室一覧
- ・参加人数：121 名

(工) 第2回アドバイザー会議

- ・日時：平成26年10月9日（木）16:00～18:30
- ・会場：アットビジネスセンター東京駅八重洲通り5階 501会議室
- ・議題：
  - ◇ 都道府県医療介護連携調整支援実証事業における退院調整ルールの策定について（厚生労働省より）
  - ◇ モデル二次医療圏における退院調整ルールの策定状況について（各府県より）  
発表、質疑・意見交換
  - ◇ モデル二次医療圏における在宅医療・介護連携推進事業の活動について（各府県より）  
発表、質疑・意見交換
  - ◇ まとめ（厚生労働省より）
- ・資料：
  - ◇ 資料1；都道府県医療介護連携調整支援実証事業における退院調整ルールの策定について
  - ◇ 資料2；実施府県における退院調整ルール策定の実施状況
  - ◇ 資料3；実施府県における在宅医療・介護連携推進の実施状況
  - ◇ 参考資料1；アドバイザー組織の設置要綱
  - ◇ 参考資料2；国アドバイザー及び県アドバイザー一覧
- ・参加人数：90名

(オ) 第3回都道府県在宅医療・介護連携担当者・アドバイザー合同会議

- ・日時：平成27年3月9日（月）11:00～13:00
- ・会場：大手町ファーストスクエアカンファレンス Room B+C
- ・議題：
  - ◇ 本事業に関する挨拶（厚生労働省より）
  - ◇ 行政説明（厚生労働省より）
    - ・在宅医療・介護連携推進事業の手引きについて
    - ・医療・介護の総合的な確保に向けた取り組みについて
    - ・病床の機能分化・連携及び在宅医療の充実について
    - ・都道府県医療介護連携調整実証事業について
  - ◇ その他
- ・資料：
  - ◇ 資料1-1；在宅医療・介護連携推進事業の手引きについて
  - ◇ 資料1-2；医療・介護の総合的な確保に向けた取り組みについて
  - ◇ 資料1-3；病床の機能分化・連携及び在宅医療の充実について
  - ◇ 資料1-4；都道府県医療介護連携調整実証事業について
  - ◇ 参考資料1；在宅医療・介護連携推進事業の手引き（案）
  - ◇ 参考資料2；都道府県担当課室一覧
- ・参加人数：154名

(カ) 第3回アドバイザー会議

- ・日時：平成27年3月9日（月）14:00～18:15
- ・会場：大手町ファーストスクエアカンファレンス RoomB+C
- ・議題：
  - ◇ 都道府県医療介護連携調整支援実証事業における事業報告について  
（厚生労働省より）
  - ◇ モデル二次医療圏における退院調整ルールの策定状況について（在宅医療・介護連携推進事業の活動を含む）  
各府県より発表、質疑・意見交換
  - ◇ モデル二次医療圏における退院調整ルールの策定状況について（在宅医療・介護連携推進事業の活動を含む）  
各府県より発表、質疑・意見交換
  - ◇ まとめ（厚生労働省より）
- ・資料：
  - ◇ 資料1；都道府県医療介護連携調整支援実証事業における事業報告について
  - ◇ 資料2；実施府県による事業報告資料
  - ◇ 参考資料1；アドバイザー組織の設置要綱
  - ◇ 参考資料2；国アドバイザー及び県アドバイザー一覧
- ・参加人数：92名



## (2) 情報共有に係る支援

### (ア) 情報共有の仕組みについて

本事業においては、情報共有システム（サイボウズ）を活用して情報共有を行った。具体的には、スケジュール管理や掲示板機能を利用した質問・回答、会議資料等の共有、報告書の提出などを行った。サイボウズを活用して情報共有することにより得られたメリットは以下のとおりである。

図表 2 サイボウズ活用のメリット

#### ◆悩みの解決

医療連携、退院調整等について知見のあるアドバイザーが相談に乗ってくれる。

#### ◆気付きを得る

自地域以外の自治体担当者とアドバイザーのやりとりから有効な気付きを得ることができる。

#### ◆情報交換

会議日程を共有できるとともに、アドバイザー会議で知り合った他地域の担当者とタイムリーな日程調整・情報交換をすることも可能。

#### ◆関連資料の共有・提出

進捗報告の提出や各種書類の提出を行うことができるとともに、会議等で活用された資料を共有したり、事業遂行上作成した資料を、関係者全員で共有することができる。

サイボウズは、クラウド版のものを利用し、ログイン名（ID）とパスワードを知っていれば、インターネット経由で誰でも利用できるようにした。本事業の情報共有システムの URL は、以下のとおりである。

本事業での情報共有システム（サイボウズ）の URL

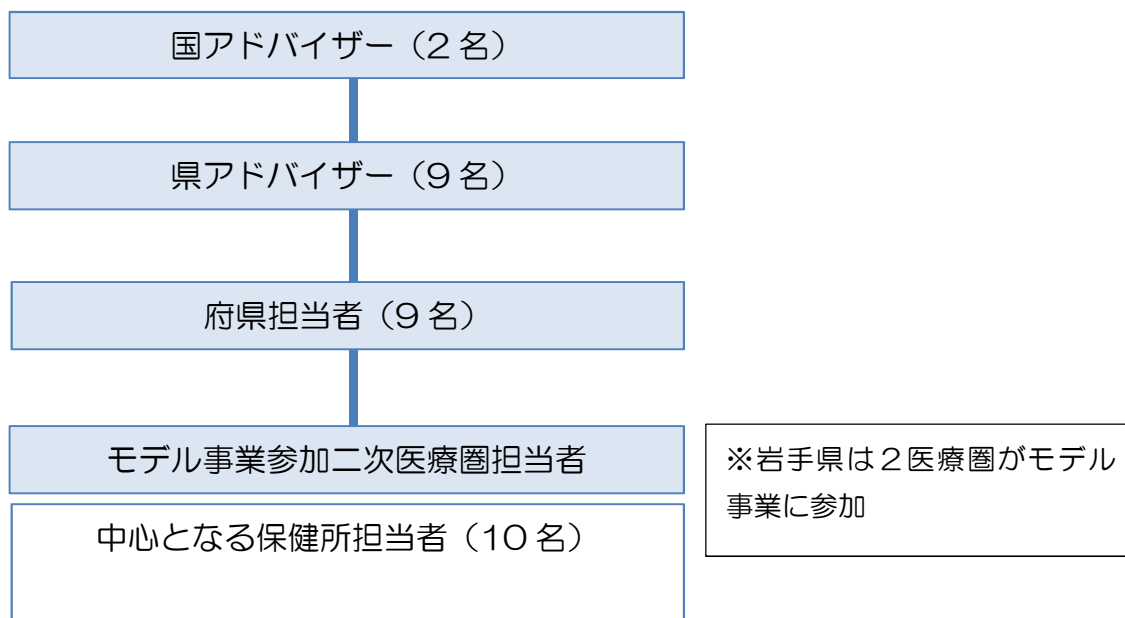
<https://i-renkei.cybozu.com/>

サイボウズのログイン名（ID）とパスワードは、事務局より各アドバイザー・自治体担当者あてにお送りし、パスワードを変更して利用していただき、都道府県・保健所のご担当者については、原則、1地域あたり1名のログイン名（ID）を付与した。

(イ) 情報共有システムを利用する関係者について

本事業における関係者の全体像は以下のとおりである。

図表 3 本事業における関係者の全体像



国アドバイザー、県アドバイザー、都道府県担当者が一度に情報共有できる仕組みを構築した。

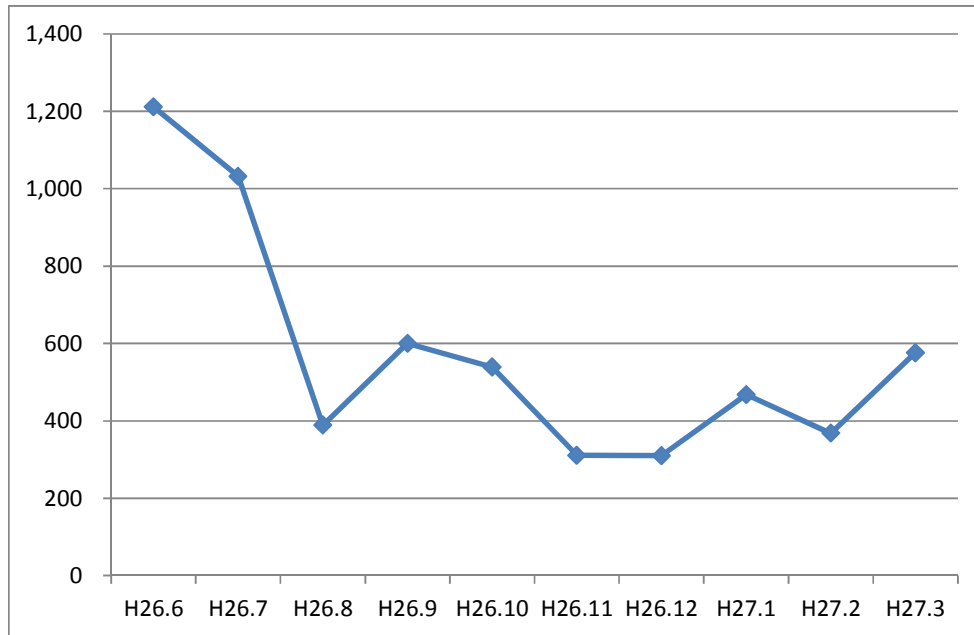
上記のメンバー全員（国アドバイザー、県アドバイザー、府県担当者、二次医療圏担当者、保健所担当者）が一度に情報共有できる仕組みを構築した。なお、府県および保健所におけるこれらの仕組みへの参加者は、各地域1名ずつとした。

なお、情報共有システム（サイボウズ）の利用状況は以下のとおりであった。

図表 4 情報共有システム（サイボウズ）年間アクセス数一覧

	平成 26 年							平成 27 年			合計
	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
アクセス数	1,211	1,032	389	600	539	311	310	468	368	576	5,804

図表 5 情報共有システム（サイボウズ）年間アクセス数の推移



※上記の表及びグラフは、平成 26 年 6 月 1 日～平成 27 年 3 月 27 日 18 時までのデータで作成

(ウ) 情報共有システムの機能について

情報共有システム（サイボウズ）には、情報共有に便利な複数の機能があらかじめ搭載されているが、本事業では利用しない機能もあるため、利用しない機能についてはトップページやメニューから削除をして、利用者が混乱をしないようにカスタマイズを行った。

図表 6 情報共有システム（サイボウズ）画面イメージ



情報共有システム（サイボウズ）で活用した情報共有のための機能は以下の機能である。

1. 掲示板機能  
質問をする、質問に回答する、質問への回答を確認する・返信する
2. ファイル共有機能  
ファイルを登録する、ファイルの内容を確認する
3. スケジュール機能  
スケジュールを登録する、スケジュールを確認する

以下、それぞれの機能について記載する。

① 掲示板機能

事務局からグループウェア利用者へのお知らせ等の情報発信のみならず、利用者が自ら情報発信する機能を提供した。また、書き込まれた情報に対して他の利用者がコメントを記入できるようにし、利用者同士で議論する場として活用した。サイトを閲覧しなくても掲示板への書き込みがあったことが分かるように、新規書き込みのメールで通知する機能も提供した。

図表 7 サイボуз Office 画面イメージ（掲示板機能）

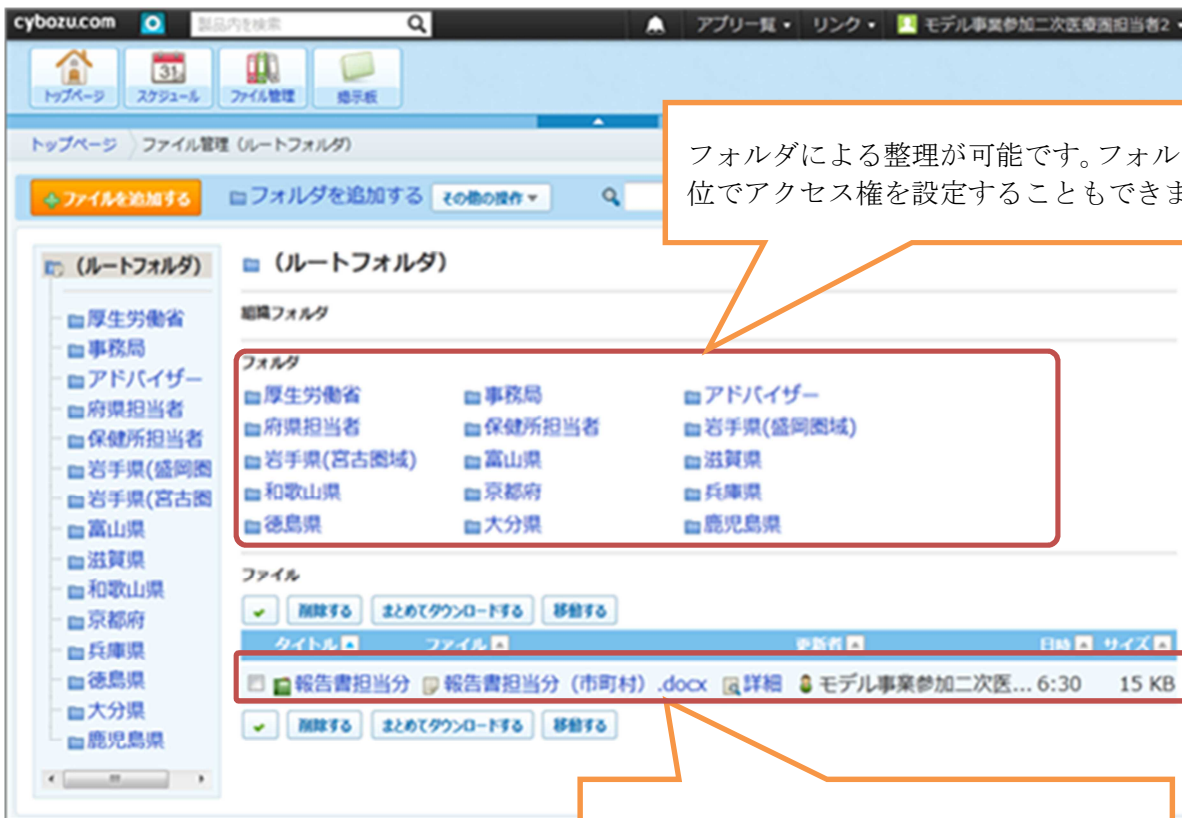


## ② ファイル共有機能

会議資料として配布したファイルなど、必要な資料のダウンロード・アップロードが行え、またフォルダによる分類機能やアクセス権の設定なども行うことを可能とした。特に、動画ファイルなどの大容量ファイルのやり取りなどに使用することが可能であり、ファイルの授受を効率化できた。

本事業においては、各地域における事業の進捗状況を適切に把握し、進捗が滞っている地域にはアドバイザーによる支援を行うなどの方策を立てる必要がある。そのため、各地域から定期的な進捗状況の報告を提出いただくことが望ましく、本機能を活用し、進捗報告やそれに類する情報提出について効率的に実施することが可能となった。

図表 8 サイボуз Office 画面イメージ (ファイル管理機能)

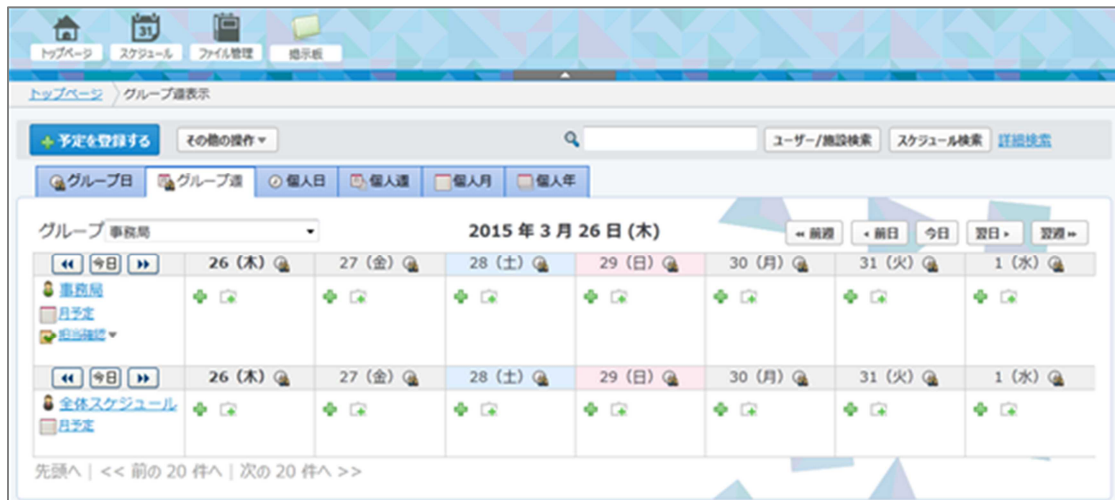


### ③ スケジューラ機能

個人のスケジュールを管理するだけでなく、事業全体のスケジュールを確認したり、他のユーザのスケジュールを閲覧したり、複数ユーザのスケジュールを調整することを可能とした。自分のスケジュールのみでなく、同一グループ（府県担当者とアドバイザー、事務局、事業全体のスケジュールなど）のみのスケジュールを一覧で表示したり、月単位でスケジュールを表示したりすることも可能とした。

本機能を活用して、各種会議の日程調整を効率的に行うことができた。

図表 9 サイボウズ Office 画面イメージ（スケジュール機能）



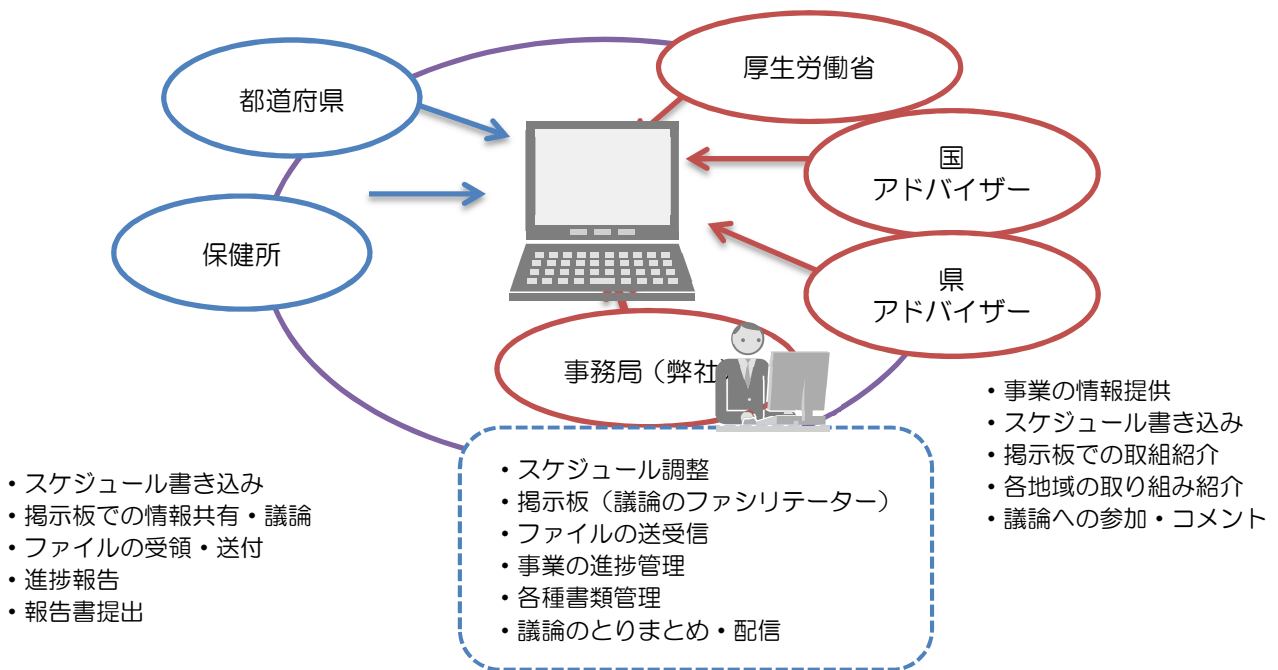
(工) 情報共有システムの管理体制について

グループウェアを活用するに当たり、使い方についての質問を受け付け、日程調整や資料配布・掲載の連絡や議論のファシリテートを行うための事務局として、専任の職員を一人配置し、管理・対応に当たった。

なお、やり取りは記録を残すためにグループウェアもしくはメールでのやり取りを基本として、場合によっては電話や FAX でも受け付ける等の柔軟な対応を行った。また、各種スケジュール管理や掲示板管理、事業の進捗や書類提出状況の管理及びとりまとめの配信などを実施した。

以下に情報共有のイメージを示す。

図表 10 情報共有のイメージ





### (3) 都道府県毎の会合に係る支援

モデル事業実施圏域に対し、国アドバイザーが現地を訪問し、地域の会合に参加・助言する等の支援を行い、国アドバイザーが現地会合に参加する謝金や交通費について支払いを行った。

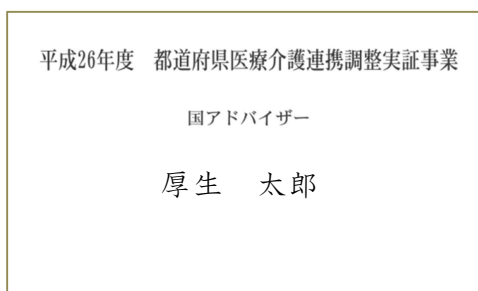
図表 11 国アドバイザーの会合参加日程

No.	都道府県	開催日	国アドバイザー
1	岩手県	8月4日～5日	吉村 信恵
2	京都府	10月31日	兼子 芳文

### (4) その他、本事業の円滑な運用のための支援

国アドバイザー2名および各都道府県アドバイザー11名を対象として、下記のとおり名刺を作成、配付した。各都道府県における現地支援等にて活用いただいた。

図表 12 名刺（例）



## (5) モデル事業内容のとりまとめ

### (ア) 本モデル事業の概要

モデル圏域内において、病院とケアマネジャーが協議して退院調整（要介護者等の退院時に病院からケアマネジャーに引き継ぐこと）ルールを作成する。このルールには、①要介護状態の患者についての入院から退院までの退院調整の手順、②病院・ケアマネジャーの役割分担、③情報提供の書式、④病院の連絡窓口と連携担当者の公開等が含まれる。また、ルール運用開始後は半年毎に点検協議を行い、病院・ケアマネジャー間で課題を確認する。

### (イ) 連携協議の参加者について

- A) 退院調整ルール策定の協議には、病院種別（急性期・回復期・慢性期・精神科）に関係なく、圏域内の病院に対し協議への参加を呼びかける。
- B) ケアマネジャーについては福祉系・医療系に関係なく、圏域内の全事業所に対し協議への参加を呼びかける。ケアマネジャーは多数になることが多いので、実際のケアマネジャーの協議では事業所から1名ずつの参加を求めることが多い。

### (ウ) 病院とケアマネジャーとの協議の手順

本事業では、策定された退院調整ルールが、圏域内の病院・ケアマネジャーに幅広く活用されるために下記の手順と工夫を行った。（図表 13、14）

#### A) 病院向け説明会

都道府県・保健所が、圏域内の病院に対して、本事業の概要、退院調整ルール策定について説明し、ケアマネジャーとの協議への参加を呼びかけた。

#### B) ケアマネジャーへの説明会

都道府県・保健所・市区町村が、圏域内の全ケアマネジャー事業所に、本事業の概要、退院調整ルール策定について説明し、すでに圏域内の多くの病院がケアマネジャーとの協議へ参加する意向を示している旨を説明し、病院との協議へ向けたケアマネジャーの協議への参加を呼びかけた。

ケアマネジャー事業所は圏域によっては多数存在するが、策定された退院調整ルールが幅広く活用されるように、できる限り多くのケアマネジャー事業所に説明するようにした。

#### C) 病院とケアマネジャーの公平な協議のために

過去の調査において、ケアマネジャーが医療機関との連携に負担を感じている現状が報告されている<sup>1)</sup>。そのため、本事業における病院・ケアマネジャー協議においても、ケアマネジャーが病院に対し忌憚のない発言ができない可能性が高いと想定された。公平な協議ができない場合には、ケアマネジャーの主体的参加が得られず、結果として策定した退院調整ルールが圏域で活用されない懸念がある。そのような状況を避けるための工夫として、病院・ケアマネジャー協議の前に、ケアマネジャーによる協議を複数回開催し、退院調整ルールについて、ケアマネジャーからの提案を作成するようにした。

病院・ケアマネジャー協議においては、ケアマネジャーの代表者がケアマネジャーからの提

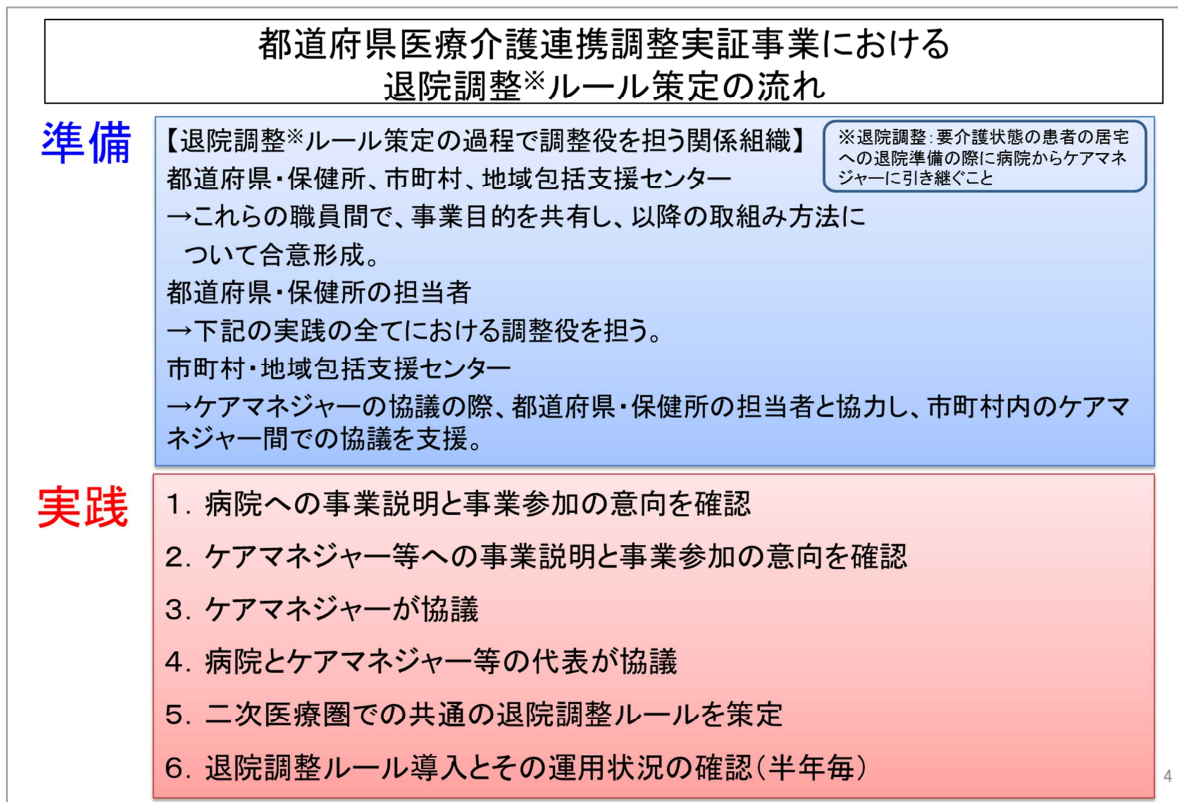
案内容を発表し、これに対し病院から意見を出す形式で議論を進めた。やや特殊ではあるが、この形式であると、ケアマネジャーが特定されないため、ケアマネジャーからの自由な発言・提案がしやすくなった。

病院からの意見に対しては、その場で回答できない内容についてはケアマネジャーの代表者がケアマネ協議の場に持ち帰り、ケアマネジャー協議で報告し対応案を検討した。これを次の病院・ケアマネジャー協議において、ケアマネジャー代表者が発表した。

このような協議形式を繰り返すことで、ケアマネジャーの協議への主体的参加を得ることができた

- 1) 出典：居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書（株式会社三菱総合研究所、平成 25 年度老人保健健康増進等事業）

図表 13 退院調整ルール策定の準備と実践



図表 14 退院調整ルール策定へ向けた協議の手順例

都道府県医療介護連携調整実証事業におけるアドバイザー支援				
	テーマ	参加者		
		看護部長 MSW 等	ケアマネ ジャー代表	ケアマネ ジャー
国の支援	1 病院の組織化	●		
	2 ケアマネジャーの組織化			○
	3 現状の退院調整ルールの確認			○
	4 病院から欲しい情報の確認			○
国の支援	5 病院、ケアマネジャーの要望を発表	●	●	
	6 病院の要望、反応を協議に参加していないケアマネジャーに報告し、再度協議			○
	7 ケアマネジャー間で協議した退院調整ルール案を報告。病院、ケアマネジャーで再協議	●	●	
	8 協議内容をケアマネジャーへ報告			○
	9 退院調整ルール決定	●	●	
	10 決定した退院調整ルールをケアマネジャーへ説明			○

注: 右側の注釈は、1, 2, 9, 10の行に適用される。

D) 退院調整の状況を把握する工夫

医療・介護連携の現状や改善を数値で示すことは容易ではない。病院での退院調整についても同様であり、従来、病院の退院調整システムの整備状況や地域連携室職員の主観に頼るところが大きかった。本事業では、退院調整の状況を数値で把握するために、圏域のケアマネジャーにアンケートを行い、調査月に退院した利用者について、退院した病院名、要支援・要介護の区別、病院からの退院調整の連絡の有無を調査した（図表 15）。これにより、モデル圏域での要介護状態での退院患者について、病院からケアマネジャーへの退院調整もれ率（引き継ぎなし退院が 13～36%）や、病院別の退院調整状況が把握できた（図表 16、17）。

同アンケートで、調査月に入院した利用者と入院時の情報提供についても調査することで、要介護状態での入院患者について圏域内のケアマネジャーの入院時情報提供の割合（提供なしが 31～68%）が把握できた。

どのモデル圏域でも、病院別の情報を含めて数値で退院調整状況を示すことで、病院が自院の退院調整についての問題意識を持ち、ケアマネジャーとの協議に参加するための動機付けに役立った。また、ケアマネジャーについては、ケアマネジャーから病院への入院時情報提供の割合が決して高くないことを認識したうえで、何が問題なのかを検討するきっかけとなった。

図表 15 ケアマネジャーへの退院調整に関するアンケート用紙

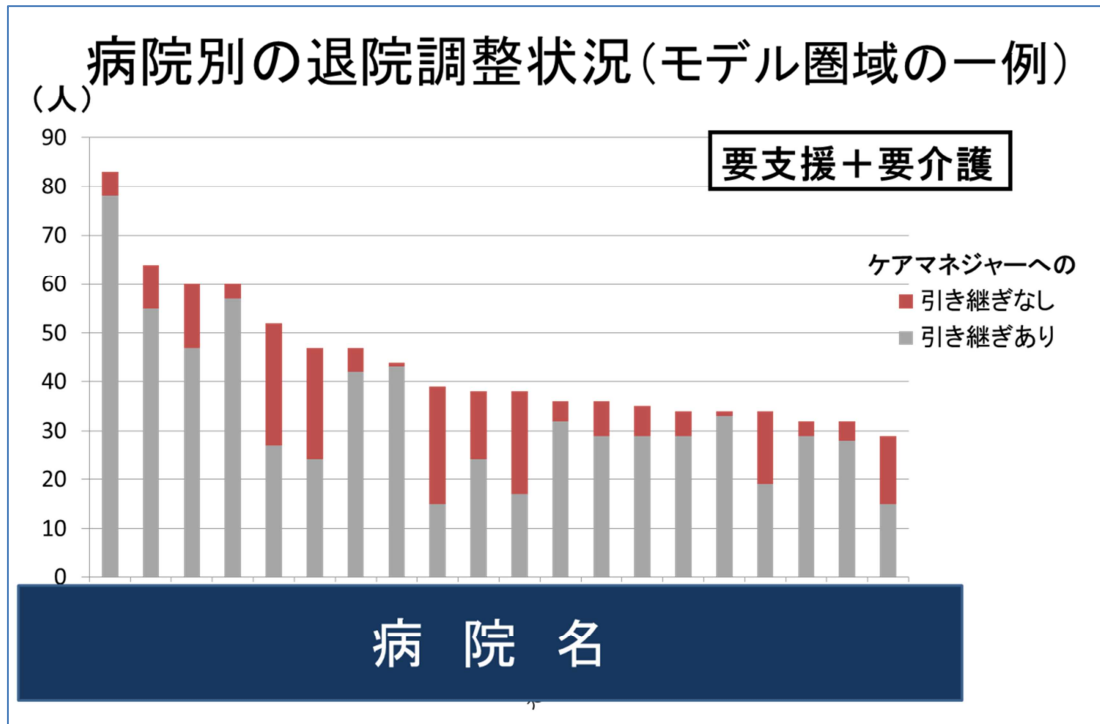
ケアマネジャーへのアンケート用紙(例)			
アンケート項目			
1. 現在の担当ケース数		(介護) _____ 件	(予防) _____ 件
2. 担当ケースのうち〇月中に病院から退院したケース数		(介護) _____ 件	(予防) _____ 件
* 今後の病院連携のため、上記2の件数(〇月中に病院から退院したケース数)の内訳等をご記入ください。			
利用者	退院された病院名(〇〇地区外の病院も)	病院からの引き継ぎの連絡	介護・予防の区別
1		有・無	介護・予防
2		有・無	介護・予防
3		有・無	介護・予防
4		有・無	介護・予防
5		有・無	介護・予防
6		有・無	介護・予防
7		有・無	介護・予防
8		有・無	介護・予防
9		有・無	介護・予防
10		有・無	介護・予防
3. 現在担当している利用者のうち、〇月中に病院に入院した件数		(介護) _____ 件	(予防) _____ 件
〇月中に入院したケースのうち、病院に入院時情報提供書をおくった件数		(介護) _____ 件	(予防) _____ 件

図表 16 モデル圏域における退院調整もれ率、入院時情報提供書もれ率(事業開始前後)

モデル圏域名	退院調整もれ率(%)			入院時情報提供書もれ率(%)		
	要介護	要支援	合計	要介護	要支援	合計
岩手県盛岡	33	48	34	/		
岩手県宮古	19	対象なし	19	/		
富山県砺波	17	25	18	32	50	33
滋賀県大津市	36	83	39	45	83	50
和歌山県新宮	26	42	30	52	79	57
京都府中丹東	15	25	15	/		
兵庫県但馬	13	34	20	60	34	53
徳島県徳島保健所管内	35	57	41	68	93	74
大分県中部	26	47	27	58	88	66
鹿児島県鹿児島	24	55	31	31	84	44

は未調査

図表 17 モデル圏域における病院別の退院調整状況（例）



E) 退院調整ルール(案)

国及び県アドバイザーからなるアドバイザー組織から、モデル府県に退院調整ルール(案)を提示し、それぞれのモデル圏域にて、病院・ケアマネジャー協議を数回実施することで、退院調整ルール(案)を地域の事情に合わせて修正し、これをモデル圏域での退院調整ルールとした。

退院調整ルール(案)では、要介護状態の患者がケアマネジャーへの引き継ぎをされないで退院することや、退院直前に引き継がれて介護サービスの調整が退院に間に合わないことを防止するため、退院前 5 日以上余裕を持って病院からケアマネジャーに退院調整の連絡を行うことにした。在院日数 12 日程度の急性期病院では、入院 7 日目に「在宅への退院が可能か、退院調整が必要か」を判断し、必要と判断された際にはケアマネジャーに連絡する。早い段階で連絡をうけることで、ケアマネジャーは以前より余裕を持ったサービス調整が可能となり、その代わりに病院での退院準備に協力することを病院と約束することで、病院とケアマネジャーの両者にメリットが生まれる。また、ケアマネジャーへの引き継ぎが無い状態で退院することや、退院直前に引き継がれることがなくなることで、要介護状態の患者がスムーズに在宅療養を開始することができるようになることが、何よりも大きな効果である。

この退院調整ルールを実現するために各病院が決定すべき項目は、以下の8項目である。  
 (入院前からケアマネジャーが決定している患者について)

- ①患者の入院時にケアマネジャーが入院時情報提供書を提出する窓口
- ②入院7日程度で、在宅への退院が可能かを判断する職員
- ③ケアマネジャーに電話連絡する職員
- ④ケアマネジャーと退院前カンファレンスを行う職員
- ⑤退院日が決定した後、ケアマネジャーに連絡する職員

(新たに要介護認定の申請を必要とする患者について)

- ⑥家族に要介護認定及び申請について説明する職員
- ⑦ケアマネジャーとの契約を支援する職員
- ⑧患者が契約したケアマネジャーに連絡し、引き継ぎを行う職員

上記①～⑧について、協議に参加する全病院がケアマネジャーに対し情報公開する(図表18)。

図表 18 モデル圏域で退院調整ルールに参加した病院による情報公開(イメージ)

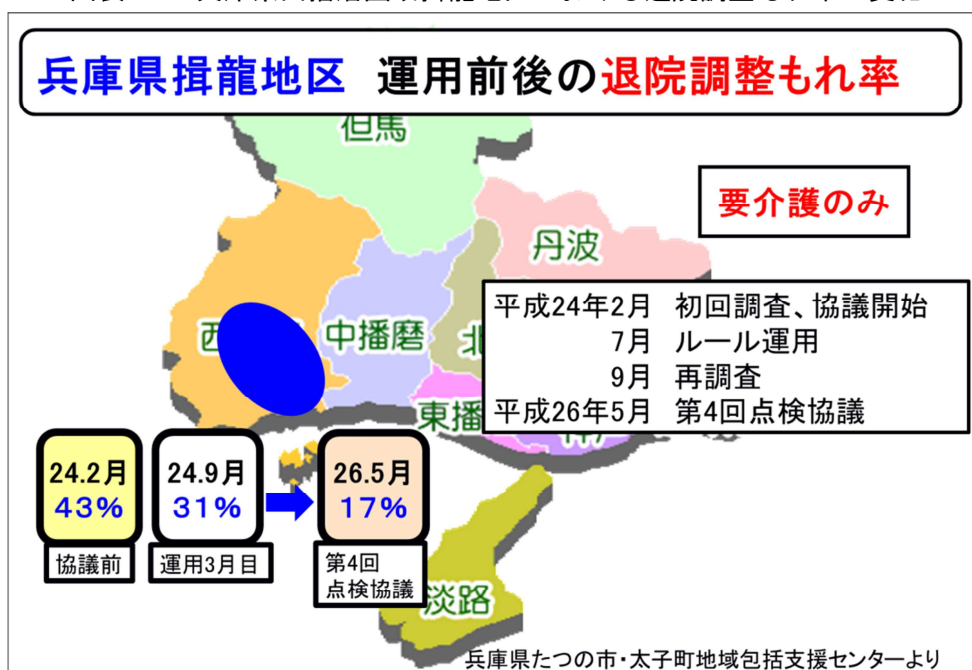
病院名	すでに介護保険を利用していた(CMが付いている)場合				新たに介護保険を利用する場合				
	①CMからの入院時情報はどこに? (電話をしてから手渡しの場合)	②退院調整の期間を残し、在宅判断は可能? FAXの場合	③誰がCMに電話をする?	④CMとの面談主体は?	⑤誰がCMに退院日を連絡する?	⑥誰が介護保険を説明する?	⑦誰がCM契約の支援をする?	⑧誰が契約後のCMと連絡をとる?	
〇〇病院	地域連携室または病棟(連携室に事前アポを)	地域連携室代表FAX:	x(Dr判断)	地域連携室、家族	地域連携室、状態確認の場合は病棟Ns	地域連携室、家族	地域連携室、または病棟Ns	地域連携室	地域連携室
〇〇センター	直接病棟に電話	地域連携室FAX:	Ns判断で○(Dr判断や家族希望でxの場合も)	病棟Ns	病棟Ns	病棟Ns	病棟Ns 又は地域連携室	病棟Ns 又は地域連携室	病棟Ns 又は地域連携室
〇〇病院									
□病院	<b>病院単位で統一。 内容については、各病院の判断に任せる。</b>								
〇〇総合病院									
△病院									
○病院									
■病院									
▲病院									
▽病院									

F) 退院調整ルール運用開始後は半年毎に点検協議を行う

作成した退院調整ルールは、運用後、定期的に活用状況を点検しないしていると、地域で忘れ去られ、運用されなくなることが少なくない。そこで、退院調整ルール運用開始後は半年毎に点検協議を行うことが望ましい。

また、退院調整ルール策定に向けた病院・ケアマネジャー協議により、両者の相互理解やそれぞれの問題意識が高まっても、退院調整状況がすぐに改善するとは限らない。そこで、半年毎にケアマネジャーへのアンケート調査、病院へのアンケート調査を行ったうえで、病院・ケアマネジャー協議を行うことが重要である。圏域及び各病院の退院調整もれ率や、ケアマネジャーから病院への入院時情報提供書の提出率の変化を確認し、圏域としての課題と解決策を検討する。過去、本事業と同様の退院調整ルール策定を行った地域においては、点検協議を繰り返すことで、退院調整もれ率が改善されたため、すぐに改善が見られなくても、あきらめずに点検協議を継続することが重要である（図表 19）。

図表 19 兵庫県西播磨圏域揖龍地区における退院調整もれ率の変化





## G) 国アドバイザーと県アドバイザーの役割

国アドバイザーは、各モデル圏域での病院向け説明会に参加し、圏域内の病院に対し、本事業の概要、退院調整ルール案と、事業実施によるメリットについて説明し、ケアマネジャーとの協議への参加を呼びかけた。また、第1回の病院・ケアマネジャー協議に参加し、協議内容等について助言を行った。国アドバイザーが、病院向け説明会と第1回目の病院・ケアマネジャー会議について現地支援を行った理由は、この2回の会議が、現地の事務局担当者（都道府県、保健所等）に、特に強い精神的ストレスを与えることが想定されたからである。また、病院向け説明会後には現地の事務局担当者に対して、その後必要となるケアマネジャーへの本事業参加の呼びかけと、協議の進め方について説明を行った。

県アドバイザーは、都道府県内の事務局担当者への支援を随時行い、事業が円滑に進行するように働きかけた。

### 3. 事業の実施体制

#### (1) アドバイザー組織設置要綱

本事業におけるアドバイザー組織の設置要綱は以下のとおり。

## 都道府県医療介護連携調整実証事業のアドバイザー組織 設置要綱

### 1 目的

在宅医療介護連携の推進に取り組む都道府県に対し、退院調整ルール策定等の技術的支援を行うにあたり、以下のとおりアドバイザー組織を設置する。

### 2 アドバイザー組織の構成員

アドバイザー組織は、二次医療圏における在宅医療介護連携の実践経験を有する「国アドバイザー」及び「都道府県アドバイザー」（以下、「アドバイザー」という。）により構成する。

#### ・国アドバイザー

各県に対し、二次医療圏における在宅医療介護連携の実践経験を活かした具体的な技術支援を行う。

#### ・都道府県アドバイザー

1 都道府県を担当し、国アドバイザーとともに都道府県および市町村が在宅医療介護連携を実践する中で抱える課題等に対する日常的な相談・支援を行う。

### 3 検討事項

- (1) 入院から自宅退院への円滑な移行、および在宅医療介護連携の推進にあたり必要と考えられる連携のルール等を検討し、都道府県担当者支援のための手引きとしてまとめる。
- (2) 上記(1)の手引きを基盤とし、担当する都道府県担当者からの相談に対して個別に支援するとともに、アドバイザー間で課題を共有し、解決方針の検討を行う。
- (3) その他事業実施過程において検討が必要となった事項について検討を行う。

### 4 アドバイザー組織の運営等

- (1) アドバイザー組織の運営は、老健局老人保健課が行う。なお、運営事務の一部を民間に委託することができる。
- (2) 前号に定めるもののほか、本アドバイザー組織の運営に関する事項その他必要な事項については、本アドバイザー組織が定める。
- (3) アドバイザー会議は原則として、非公開とする。

## (2) アドバイザー名簿

本事業におけるアドバイザー名簿は以下のとおり。

### 【国アドバイザー及び県アドバイザー一覧】

#### 【国アドバイザー】

	所属・氏名(敬称略)
	兵庫県東播磨県民局 明石健康福祉事務所 地域保健課 吉村 信恵
	姫路市役所 健康福祉局 保健福祉推進室 地域包括ケア担当 兼子 芳文

#### 【県アドバイザー】

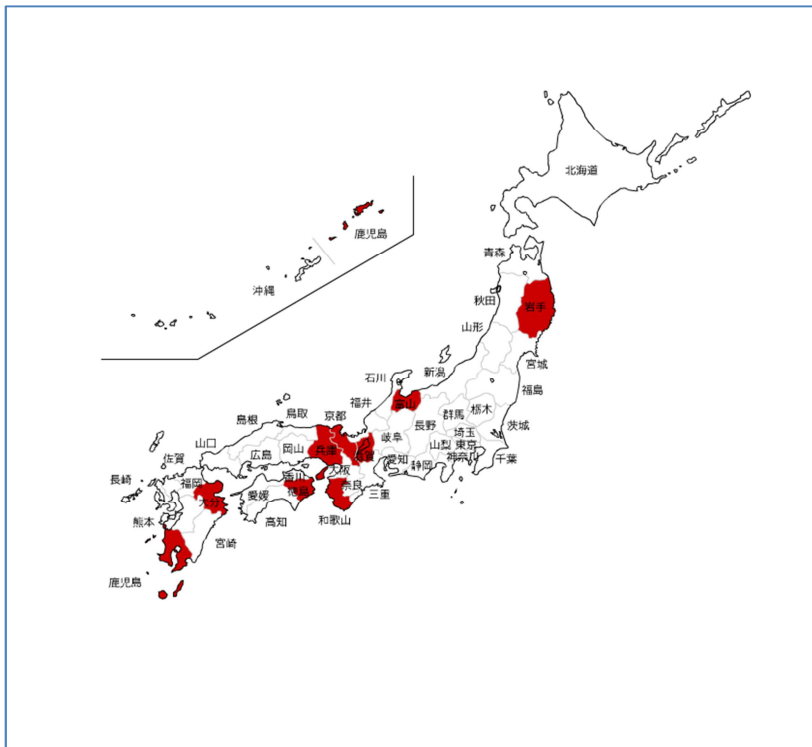
都道府県	所属・氏名(敬称略)
岩手県	いわてリハビリテーションセンター センター長 大井 清文
富山県	富山県砺波厚生センター(保健所) 所長 大江 浩
滋賀県	滋賀県健康医療福祉部 角野 文彦
和歌山県	和歌山県長寿社会課高齢者生活支援室 課長補佐 小西 秀文
京都府	京都府リハビリテーション支援センター 堀井 孝 (平成26年8月11日まで) 京都府中丹東保健所 所長 常磐 和明 (平成26年8月11日～) 京都府リハビリテーション支援センター センター長 武澤 信夫 (平成26年8月11日～)
兵庫県	豊岡健康福祉事務所 所長 柳 尚夫
徳島県	徳島保健所 所長 大木元 繁
大分県	中部保健所 所長 藤内 修二
鹿児島県	鹿児島県鹿児島地域振興局保健福祉環境部(伊集院保健所) 所長 宇田 英典



## 第2章 モデル二次医療圏の事業内容

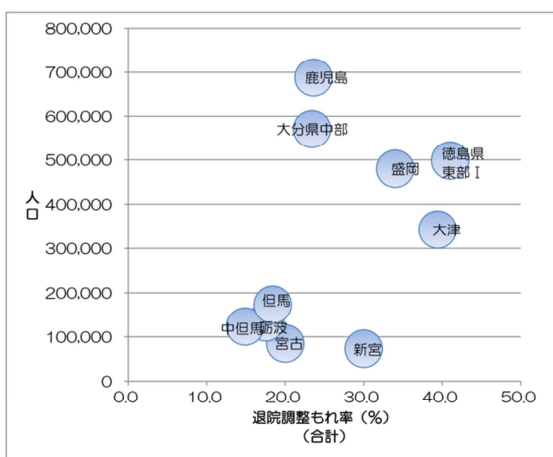
本事業の参加都道府県（圏域）と人口規模は以下のとおりである。

### ◇ 参加都道府県一覧



①	岩手県（盛岡圏域）
②	岩手県（宮古圏域）
③	富山県
④	滋賀県
⑤	京都府
⑥	兵庫県
⑦	和歌山県
⑧	徳島県
⑨	大分県
⑩	鹿児島県

### ◇ 人口規模別一覧



二次医療圏	人口	高齢化率 (%)	退院調整もれ率 (%)		
			要支援	要介護	合計
岩手県盛岡	479,842	25.2	48.0	33.0	34.0
岩手県宮古	85,086	34.9	-	20.0	20.0
富山県砺波	132,878	30.7	25.0	16.5	17.5
滋賀県大津	342,633	23.0	83.3	36.3	39.4
京都府中丹東	123,614	31.8	25.0	13.3	14.9
兵庫県但馬	173,172	32.5	34.0	12.6	18.4
和歌山県新宮	73,256	36.1	42.0	42.0	30.0
徳島県東部Ⅰ (南部の一部含む)	498,717	27.2	57.0	35.0	41.0
大分県中部	570,509	24.3	44.5	17.6	23.4
鹿児島県鹿児島	687,989	23.8	41.4	15.9	23.6

1. 岩手県盛岡圏域

岩手県盛岡圏域の状況

(1) モデル二次医療圏の状況

特徴

盛岡市を中心として、本県の基幹病院を擁し、社会資源が豊富。一方郡部（盛岡市以外）は、社会資源も限られる圏域。保健所、市町、地域包括支援センターが、地域毎の意見交換会及びワーキンググループによる検討を経て「盛岡保健医療・高齢者福祉圏域入退院調整支援ガイドライン」を作成し、入退院調整の仕組みづくりを支援した。

基本情報(平成27年2月1日現在)

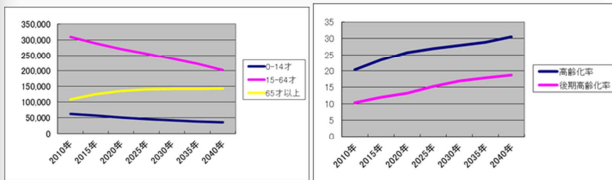
市町数	8	カ所	※人口は平成26年10月1日現在 ※入院完結率は平成24年調査
総人口	479,842	人	
面積	3,641.90	km <sup>2</sup>	
65歳以上高齢者数	121,025	人	
	(25.2)	(%)	
入院完結率	97.7	%	
圏域内病院数	38	カ所	
うち急性期病床を持つ病院数	3	カ所	
地域包括支援センター設置数	6	カ所	
	直営		
	委託	8	カ所
ケアマネ事業所数	165	カ所	
郡市区医師会数	3	カ所	



**盛岡圏域**  
(盛岡市、八幡平市、滝沢市、雫石町、葛巻町、岩手町、紫波町、矢巾町)

【圏域における人口動態推計】

2010年から2025年での、生産年齢人口減少率:18%、後期高齢者数の増加率:140%



○ケアマネへの引き継ぎがなかった退院の割合

日付	要支援	要介護	合計
2013年12月	14/29 (48%)	143/431 (33%)	157/460 (34%)

○入院時情報提供書の提出がなかった入院の割合

日付	要支援	要介護	合計
<b>調査未実施</b>			

○行政内の組織体制

都道府県の体制		保健所の体制	
医療・介護の横断的な定期協議に参加している課	長寿社会課、医療政策室	保健所名	事業に参加している課および職種(人数)
担当課	長寿社会課	県央保健所	医療介護課医療チーム(事務職、歯科医師、保健師 各1名)
		盛岡市	保健福祉部高齢者支援室(事務職1名) 保健所企画管理課(事務職1名)

圏域内の病院参加率	84.2%
圏域内の【急性期病床を持つ病院】参加率	100%
圏域内の地域包括支援センター参加率	100%
圏域内のケアマネ事業所参加率	67.9%

## (2) モデル二次医療圏の取組状況

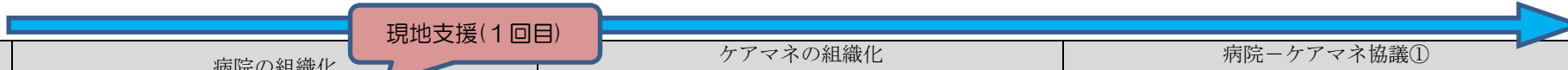
### (ア) 府県・保健所・市町村の協働体制の構築過程

体制構築への手順	平成 25 年度から開催している「盛岡圏域市町高齢者福祉（介護）・地域包括支援センター連絡会議」において各市町担当課及び地域包括支援センターに対し事業説明を行ったうえで、各種行事の際に会場設営・受付等の協力をいただいた。
----------	--

### (イ) 圏域内の関係機関との調整

市町村 (特に中核市)、 関係組織への調整	<p>【手順】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 郡市医師会長への説明、管内基幹（急性期）病院への説明、介護支援専門員協会総会への説明</li> </ul> <p>【工夫した点】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師会、基幹病院への説明は、院長及び看護師長の同席をお願いした。</li> <li>・ 当保健所が隔月で開催している盛岡圏域市町高齢者福祉（介護）・地域包括支援センター連絡会議や盛岡地区病院事務（部）長会等を利用して丁寧に説明を行いながら、事前の調整を行った。</li> <li>・ 盛岡市（中核市）は、高齢者支援室（平成 27 年度から長寿社会課）及び保健所が中心となり、ガイドライン策定に係るワーキンググループに事務局として参画した。</li> </ul>
各コーディネーターの役割	<p>都道府県担当者：厚生労働省、県アドバイザーとの連絡調整、保健所への支援、圏域間の調整支援、情報提供、予算管理</p> <p>都道府県アドバイザー：会議開催時の助言・調整、保健所への助言・情報提供</p> <p>保健所：関係機関への参加要請、調査の実施、会議の企画及び開催</p> <p>市町村：地域包括支援センターとしての参加</p> <p>地域包括支援センター：介護側協議時のファシリテーター、病院－ケアマネ合同会議（協議）時の介護側意見の代弁、とりまとめ</p>

(ウ) 各協議の状況、経過

			
	病院の組織化	ケアマネの組織化 ケアマネ協議	病院-ケアマネ協議① (紫波町、矢巾町)
	2014/8/4	2014/8/25	2014/10/23
参加者	30 病院から 58 名が参加 地域包括支援センター10 名 国アドバイザー等 3 名 県アドバイザー 1 名 盛岡市保健所 2 名 県担当課 1 名 保健所 5 名 (所長、事務 4 名) 計 80 名	介護支援専門員等 110 名参加 地域包括支援センター14 名 (グループワークのファシリテーターとして配置) 保健所 5 名 (副所長、事務 4 名) 県アドバイザー 1 名 計 130 名	介護支援専門員 12 名 病院担当者 10 名 (地区内、盛岡市内) 地域包括支援センター 7 名 (グループワークのファシリテーターとして配置) 保健所 4 名 (次長、事務 3 名) アドバイザー 計 34 名
協議内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・盛岡圏域の将来像</li> <li>・医療介護連携調整実証事業の説明</li> <li>・退院調整ルール策定の実際</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・盛岡圏域の将来像</li> <li>・医療介護連携調整実証事業の説明</li> <li>・退院調整ルール策定の実際</li> <li>・グループワーク (退院調整の不良事例、病院への要望、入退院時に必要な情報)</li> </ul>	病院説明会及びケアマネ説明会で出た課題・問題点を下記の 4 つに集約してその原因背景、解決策について意見交換を実施 (1 時間程度) 各グループでの意見交換の内容を発表 <ul style="list-style-type: none"> <li>・情報の提供</li> <li>・利用者の状態のタイムリーな把握、共有化</li> <li>・ネットワーク</li> <li>・制度・しくみの理解</li> </ul>
協議結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全ての退院調整を連携室で行うのは困難であり、病棟看護師の協力が不可欠。</li> <li>・独居の方へのサポートが課題となっている。</li> <li>・グループホーム等の中間施設が終の棲家となる状況もあり、地域での受け皿の整備が必要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・調整もれ率は比較的低いが、実際には、退院の直前調整など問題事例も少なくない。</li> <li>・病院においても在宅をイメージした退院調整を行ってほしい。</li> <li>・デジカメで自宅環境を撮影し、病院で在宅をイメージしたリハビリを行ったなどの好例もある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・【別紙】協議内容と協議結果をご参照ください</li> </ul>
課題	病院数は 38 あり、急性期病院、療養型病院、リハビリ病院、認知症療養病棟と異なるタイプの病院であり、それぞれの事情を踏まえたうえでの協議が行えるかどうかが課題である。	入退院時にほしい情報は、さまざまなケースを想定すると際限がなく、今後意見を整理していく必要がある。	どの会場でも出た意見としては、 <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院前から本人、家族、病院、ケアマネとの関わり方をもう少し工夫すれば良いのではないかと。</li> <li>・関連する制度を理解していない</li> <li>・情報提供シートが複雑すぎる</li> <li>・退院前カンファランスの開催の必要性に温度差などが挙げられた。</li> </ul>
感想	国アドバイザーによる丁寧な説明により事業に取り組む意識の醸成が図られた。 病院ごとに退院調整に係る取組みに差があることから、多くの病院が関わっていけることを意識しながら事業を進めていきたい。	居宅介護支援事業所の 7 割が出席したが、1~2 人事業所の出席率が悪かったので、開催時間の見直しなどを検討したい 出席率の低かった葛巻町の事業所への事業の周知方策を検討する必要がある。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町の意見を踏まえながらグループワークのメンバー構成ができたこと</li> <li>・会場選定やレイアウトなど市町に多くの協力をいただいたこと</li> <li>・意見交換会が終わってから、名刺交換をする光景もあり、少しずつ関係がつけられていく様子が見えてきた。</li> <li>・これまで取組のなかった病院から勉強させてほしいとの申し出があったこと。</li> </ul>





	病院－ケアマネ協議② (滝沢市、雫石町)	病院－ケアマネ協議③ (八幡平市、葛巻町、岩手町)	病院－ケアマネ協議④ (盛岡市)
	2014/10/29	2014/11/12	2014/11/18
参加者	介護支援専門員 22 名 病院担当者 18 名 (地区内、盛岡市内) 地域包括支援センター 8 名 (グループワークのファシリテーターとして配置) 保健所 4 名 (副所長、事務 3 名) アドバイザー 計 53 名	介護支援専門員 14 名 病院担当者 17 名 (地区内、盛岡市内) 地域包括支援センター 10 名 (グループワークのファシリテーターとして配置) 保険者 1 名 保健所 4 名 (次長、事務 3 名) アドバイザー 計 47 名	介護支援専門員 45 名 病院担当者 42 名 (盛岡市内外) 地域包括支援センター 9 名 (グループワークのファシリテーターとして配置) 盛岡市高齢者支援室 2 名 盛岡市保健所 1 名 保健所 6 名 (所長、副所長、次長、事務 3 名) 県庁長寿社会課 1 名 アドバイザー 計 105 名
協議内容	病院説明会及びケアマネ説明会が出た課題・問題点を下記の 4 つに集約してその原因背景、解決策について意見交換を実施 (1 時間程度) 各グループでの意見交換の内容を発表 <ul style="list-style-type: none"> <li>・情報の提供</li> <li>・利用者の状態のタイムリーな把握、共有化</li> <li>・ネットワーク</li> <li>・制度・しくみの理解</li> </ul>		
協議結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・【別紙】 協議内容と協議結果を参照のこと</li> </ul>		
課題	どの会場でも出た意見としては、 <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院前から本人、家族、病院、ケアマネとの関わり方をもう少し工夫すれば良いのではないか。</li> <li>・関連する制度を理解していない</li> <li>・情報提供シートが複雑すぎる</li> <li>・退院前カンファランスの開催の必要性に温度差などが挙げられた。</li> </ul>		
感想	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町の意見を踏まえながらグループワークのメンバー構成ができたこと。</li> <li>・会場選定やレイアウトなど市町に多くの協力をいただいたこと。</li> <li>・意見交換会が終わってから、名刺交換をする光景もあり、少しずつ関係がつけられていく様子が見えてきた。</li> <li>・これまで取組のなかった病院から勉強させてほしいとの申し出があったこと。</li> </ul>		



	ワーキンググループ①	ワーキンググループ②	ワーキンググループ③
	2015/1/7	2015/1/21	2015/2/3
参加者	<b>【メンバー】</b> 介護支援専門員 6名 病院担当者 5名（急性期病院、リハビリ病院） 地域包括支援センター 5名（直営 3名、委託 2名） <b>【事務局】</b> 盛岡市高齢者支援室 1名 盛岡市保健所 1名 保健所 2名（課長、担当） アドバイザー 計 21名	<b>【メンバー】</b> 介護支援専門員 6名 病院担当者 5名（急性期病院、リハビリ病院） 地域包括支援センター 4名（直営 2名、委託 2名） <b>【事務局】</b> 盛岡市高齢者支援室 1名 盛岡市保健所 1名 保健所 3名（課長、担当） 県庁長寿社会課 1名 アドバイザー 計 22名	<b>【メンバー】</b> 介護支援専門員 6名 病院担当者 5名（急性期病院、リハビリ病院） 地域包括支援センター 5名（直営 3名、委託 2名） <b>【事務局】</b> 盛岡市高齢者支援室 1名 盛岡市保健所 1名 保健所 3名（課長、担当） アドバイザー 計 22名
協議内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アドバイザーから、高齢者人口の推移、退院調整の必要性について説明</li> <li>・たたき台の全体の構成と各論の検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・名称の検討（ルールというと思わなければならないか）</li> <li>・入退院時必要な情報は何か</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前回会議を踏まえた変更点の説明</li> <li>・総論の文言整理</li> </ul>
協議結果	<b>【入院前のチェック項目について】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者にとって入院は一大イベント。なかなか入院した時どうするという話はしにくい。</li> </ul> ⇒ 心構えみたいな形で載せたい <b>【ケアマネが不明な場合の照会】</b> 市町によって違う。委託の包括ではわからない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ルール⇒ガイドライン</li> <li>・入院時の情報提供シートに「在宅復帰にあたり考慮いただきたい内容」を加えてはと言う意見⇒ 追加</li> <li>・退院前カンファランス時に退院時情報共有シートが完成していなければいけない</li> </ul> ⇒ 退院日決定の項目に移動	<b>【入院前のチェック項目について】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・外来通院時、付添者の有無や説明への理解度などで退院調整の必要性を把握できるのではないかな</li> </ul> ⇒ 追加する <b>【入退院情報共有シート】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・運用時に関係者が自由にアレンジできるようにしてほしい</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・名称の検討（ルールというと思わなければならないか）</li> <li>・入退院時必要な情報は何か</li> </ul>		
感想	ワーキンググループのメンバーは、もともとポテンシャルの高い方々だったので、発言に説得力があった。回を重ねていくうちに意見が活発になっていった。（まとめる側はとて大変でしたが…）その分、医療と介護の関係者の連携に対する意識、認識に差がなくなってきたと感じられた。		




	合同説明会（セミナー）	急性期病院長、管内医師会長、各種会議での説明
	2015/2/18	2月下旬～3月
参加者	介護支援専門員 108名 病院担当者 61名 地域包括支援センター 19名 盛岡市高齢者支援室 2名 盛岡市保健所 2名（所長、担当） 保健所 6名（所長、副所長、次長、事務 3名） 県庁長寿社会課 1名 アドバイザー 計 200名	<b>【急性期病院】</b> ・岩手医科大学附属病院 ・盛岡赤十字病院 ・岩手県立中央病院 <b>【医師会】</b> ・盛岡市医師会 ・岩手西北医師会 ・紫波郡医師会 <b>【各種会議】</b> 保健所運営協議会 など 盛岡圏域保健医療福祉連携協議会介護部会 盛岡圏域市町高齢者福祉（介護）・地域包括支援センター連絡会議 盛岡地区病院事務（部）長会
協議内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アドバイザーから、高齢者人口の推移、退院調整の必要性について説明</li> <li>・盛岡圏域入退院調整支援ガイドライン作成の経緯とガイドラインの説明</li> <li>・管内病院の退院調整の取組みについて説明（2病院）</li> </ul>	
協議結果		
課題		
感想		

# 【別紙】協議内容と協議結果

【紫】平成26年10月23日紫波郡 【西】平成26年10月29日盛岡西部 【北】平成26年11月12日盛岡北部 【盛】平成26年11月18日盛岡市

＜課題・問題点＞	＜原因・背景＞	＜解決策＞
<p><b>情報の提供</b> ① カンファランスへの参加 ② こまめな連絡 ③ 顔の見える関係</p> <p>退院情報をもらえなかった(サマリーなど)</p> <p>主治医との関係性を築くのが難しい。</p> <p>退院の連絡がなく、退院した本人よりTelがあって初めて退院を知ったため、在宅生活の準備が大変だった。</p> <p>① 医療連携シートを病棟の看護師へ渡しても、退院の連絡がなかった。</p> <p>急性期の疾患で、急な退院となり、準備ができず、調整が遅れてしまった。</p> <p>家族の話だけで動くと的確な支援が困難</p> <p>聞いた情報と実態の情報が違っていた</p> <p>② 在宅から入院する際、在宅での様子(ADL、家族の介護力、利用しているサービス)を情報提供していただきたい。担当者が誰かわかるだけでも助かる。</p> <p>★ 入院を知らなかった。家族からの連絡もない。Hpでケアマネがいるかどうかを聞かれなかった。</p> <p>③ 退院時のサービスの内容について、本人、Hp側で意見がくいちがう</p>	<p>① 病院からケアマネへの介護に絞った情報を提供できていない【西】</p> <p>① 情報を作成することに負担を感じている【紫】</p> <p>① 医師と対等に話せない【西・北・盛】</p> <p>① 双方が、どこの誰に確認すれば良いかわからないと感じている【西】</p> <p>① ケアマネが渡した情報が病棟までいっていない【盛】</p> <p>① 情報を整理するのに時間がかかる【盛】</p> <p>① 家族の思いが入ると情報がずれる【北】</p> <p>① ケアマネサイドはカンファランスをやってほしいと思っているが、病院サイドは負担に感じている。【紫】</p> <p>② ケアマネの名前はわかるが、事業所名や電話番号がわからなくて、連絡が出来ない【盛】</p> <p>③ 家族とケアマネの関係づくりが不十分。なんでもケアマネにお任せする家族がいる【北・盛】</p> <p>③ (老老介護のため)家族が担当ケアマネジャーを知らない。そのためケアマネをみつけるのに時間がかかる【紫・西・盛】</p>	<p>・ ケアマネと病院がそれぞれ必要としている情報は何かを理解すること【紫】</p> <p>・ できれば、1枚のシート(多くて両面)にまとめるようにし、負担にならないように。【紫・西】</p> <p>・ できれば、他圏域と情報シートの様式を同じにしたい【北】</p> <p>・ ケアマネも退院支援の流れを理解する必要がある(慣れる)【紫】</p> <p>・ 遠慮せずに病院にどンドン来てほしい(特に急性期は状態が変わるので)【西・北】</p> <p>・ ケアマネは家族とともに、どのようなケースであれば連絡をするかルールを決める【紫・盛】</p> <p>・ 全員が揃わなくても効果的なカンファランスが開けるよう工夫する(確認事項を事前に決める、時間をかけない 等)【盛】</p> <p>・ 本人・家族に名刺をわかりやすく持たせる・大きく貼っておくなど工夫をする【西・北】</p> <p>・ 入院計画書をもったら見せるようにあらかじめ話しておく【盛】</p> <p>・ 医療・介護の両方の保険証を病院に提出するように伝える【紫・北】</p> <p>・ 在宅、外来(診療所も含む)、入院と連携した対応が必要(情報の共有)【紫】</p> <p>・ 前情報を提供し合うことで病院(Ns)・在宅(ケアマネ)での連携がうまくでき、退院調整がスムーズ(特に独居の場合は必要)【紫】</p> <p>・ 退院時期になるとケアマネを窓口につながるようなシステム(やり方)を使っている状況【紫】</p> <p>・ 介護認定の情報に居宅の名前があるとわかりやすい【盛】</p>
<p><b>利用者の状態のタイムリーな把握、共有化</b> ① 早目の連絡 ② わかりやすい説明 ③ 適切な時期の介護申請・居宅依頼</p> <p>① 退院が数日に迫った状態で、サービス調整の依頼がある。</p> <p>① 新規で今すぐ退院させたいとの連絡がある</p> <p>③ 新規ケースで連絡が遅く、対応が後手に回って、その結果暫定ケアプランになり、適切な支援が行われない。</p> <p>入院がまだ必要と思われる段階で、居宅での支援依頼があった。</p> <p>★ 入院したら入院前情報の提供をお願いしたい。</p> <p>★ ADL低下を認めた時は、早急に区分変更を行っていただきたい。</p>	<p>① ADLに変更のない患者には、ケアマネへの連絡が遅くなり、急な退院となる。【紫・西】</p> <p>① 本人のADLについての情報共有、ツールが統一されていない【盛】</p> <p>① 新規はケアマネとの接触が少ない【北】</p> <p>③ どのようなサービスを使うか見えていないとスムーズにはいかない【北】</p> <p>③ 主治医意見書を書いてもらうが、状態が明らかに悪化しているのに前と同じ内容だった【盛】</p> <p>③ 区分変更はすぐには出来ない。様子をみたい時がある。【北】</p> <p>③ 区分変更すると、料金が変わるなど本人・家族の負担が増す【紫・北】</p>	<p>・ 病院から家族ではなく、ケアマネに連絡してもらい、原因等聞いたうえで申請する方向がベスト【紫】</p> <p>・ 区分変更する際には、ケアマネを同席させようという説明が必要【紫】</p> <p>・ 病院・地域との情報交換会の開催【盛】</p> <p>・ 医療相談室に医療と介護の両方がわかる人がいるとスムーズに進む【北】</p> <p>・ 専門職がそれぞれの専門性を主張するのではなく、お互いの違いを理解してそれをすり合わせる【北・盛】</p> <p>・ ケアマネとして苦手意識をなくすよう努力しなければならない【紫】</p>
<p><b>ネットワーク</b> ① 病院内のネットワーク ② 顔の見える関係 ③ 多方面への連絡調整</p> <p>① 病院内のネットワークができていない</p> <p>② 主治医との関係性を築くのが難しい。</p> <p>退院時のサービスの内容について、本人、Hp側で意見がくいちがう</p> <p>③ 病院での対応方法が本人家族に伝わっておらず、在宅生活にうまくつながらない</p> <p>急性期の疾患で急な退院となり、準備ができず、調整が遅れてしまった。</p> <p>★ 退院の連絡をすとう退院ですかとか、"家では無理です"とか迷惑そうに対応されることがあるので、自宅退院に関し、もっと積極的に支援していただきたい。</p>	<p>① 病棟と相談室の関係、相談室が病棟の情報を全て把握することが難しい【北・盛】</p> <p>① MSWがいない場合もある、窓口がいろいろある【西・北】</p> <p>② 家族は入院した理由がわからない(先生の説明が理解できないし、わからなくても聞けない知識が乏しい)【西・北・盛】</p> <p>② お互いの立場の理解不足がネットワーク構築の支障になっているように感じる。【紫】</p> <p>② 元々介護職なので、略語や医療用語が弱いことが、聞きたいことをうまく聞かない【北】</p> <p>③ 「敷居が高い」と言うが、介護サイドが「敷居」を作っているのでは?【北】</p> <p>③ 退院後の方向について、関係者間の調整が十分でないのではないか。【西】</p>	<p>・ ケアマネとして苦手意識をなくすよう努力しなければならない【紫】</p> <p>・ 入院を機に本人及び家族に対し病院の役割と地域の役割について説明した上で、どのように病氣と付き合っていくかを考えて話し合うことが必要【西】</p> <p>・ 行政側からの制度の周知、予防の段階での関わりが必要【北】</p> <p>・ 地域包括支援センターの活用【西】</p> <p>・ 退院後の生活(サービス利用)をイメージするため、病棟看護師のための介護保険研修会の開催【紫・西】</p> <p>・ 一時帰宅して、在宅の状況を確認する【北】</p> <p>・ 情報共有・提供については、誰にでも話をするのではなく、相談員、病棟長等限定する【西】</p>
<p><b>制度・しくみの理解</b> ① 介護保険への理解 ② 在宅生活に向けた準備 ③ 個人情報の取扱</p> <p>① 何でも介護保険でできていると思っている病院スタッフがいる。</p> <p>② 新規で今すぐ退院させたいとの連絡がある</p> <p>③ 新規ケースで連絡が遅く、対応が後手に回って、その結果暫定ケアプランになり、適切な支援が行われない。</p> <p>ADLの情報を病院に問い合わせたところ、個人情報だから電話では答えられないと言われた。</p>	<p>① 介護サービス等 制度の理解が不十分(家族も含めて)【紫・盛】</p> <p>① 介護保険の申請のタイミングが医療機関で異なる。【紫・盛】</p> <p>② 病氣やADL状況で介護保険申請の声掛けが難しいケースがある【紫】</p> <p>② 自宅での継続した療養が大切なのに、退院後の生活を考えず、治療すればOKと思っている医師・看護師が多い。【紫・西】</p> <p>② サマリー提供は入院時提供しているケアマネには出しているが、介護保険の利用者以外には提供していない。【紫】</p> <p>③ 顔と顔の見えない状態で患者の情報を教えることに迷いがある。個人情報保護の観点からも好ましくない。【紫】</p>	<p>・ 行政側からの制度の周知、予防の段階での関わりが必要【北】</p> <p>・ 地域包括支援センターの活用【西】</p> <p>・ 退院後の生活(サービス利用)をイメージするため、病棟看護師のための介護保険研修会の開催【紫・西】</p> <p>・ 一時帰宅して、在宅の状況を確認する【北】</p> <p>・ 情報共有・提供については、誰にでも話をするのではなく、相談員、病棟長等限定する【西】</p>

(工) 決定した退院調整ルールの内容



# 盛岡圏域 入退院調整支援ガイドライン

平成 27 年 3 月

盛岡広域振興局

岩手県県央保健所

# 目 次

I	ガイドラインの基本的な考え方	1
II	入退院調整の流れ	4
III	入退院情報提供手順	
	ステージ① 入院する前	5
	ステージ② 入院する時	6
	【退院支援の必要性の目安】	7
	ステージ③ 退院が決まった時⇒退院	9
	ステージ④ 退院から在宅生活へ	10
IV	参考様式	
	(様式1) 入退院情報共有シート	11
	(様式2) 退院時情報(提供・共有)シート	12
	資料	
	退院支援関係者連絡先	13
	ガイドライン作成経緯	15

## ・ ガイドラインの基本的な考え方

### ○ 入退院調整とは

高齢者の医療・介護が円滑に行われる情報共有の仕組み

特に退院調整とは入院から在宅への環境変化による対象(=患者及び家族)の不安・心配及び意向を把握し、支援体制を整えること。

### ○ 退院調整が必要な患者とは(例示)

- ・ 立ち上がりに歩行や介助が必要
- ・ 食事・排泄に介助が必要
- ・ 認知症の行動・心理症状や全般的な理解の低下
- ・ 入退院をくり返しているなど、在宅での(自己)管理が困難と想定

## ・ ガイドラインの基本的な考え方

### ○ 退院調整担当者とは

- ・ **医療** (医療連携室の退院調整看護師、医療ソーシャルワーカー、社会福祉士、病棟の看護師 など)
- ・ **介護** (居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、市町担当課)

### ○ 入退院調整の基本

- ・ **趣旨**  
ガイドラインは「ツール」。大事なものは日頃からの相互の信頼関係の構築に努めること。
- ・ **運用**  
本ガイドラインを使用できる範囲(当分は圏域内)  
ステージ毎の記載  
(入院前→入院時→退院決定→退院時)  
課題への対応(地域の課題は地域で、全体的なことは保健所)  
個人情報保護

## ・ ガイドラインの基本的な考え方

### ステージ毎の記載

何をするのか	病院 (看護師・医療ソーシャルワーカー等)	居宅介護支援事業所 (ケアマネジャー)
○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(留意事項)		

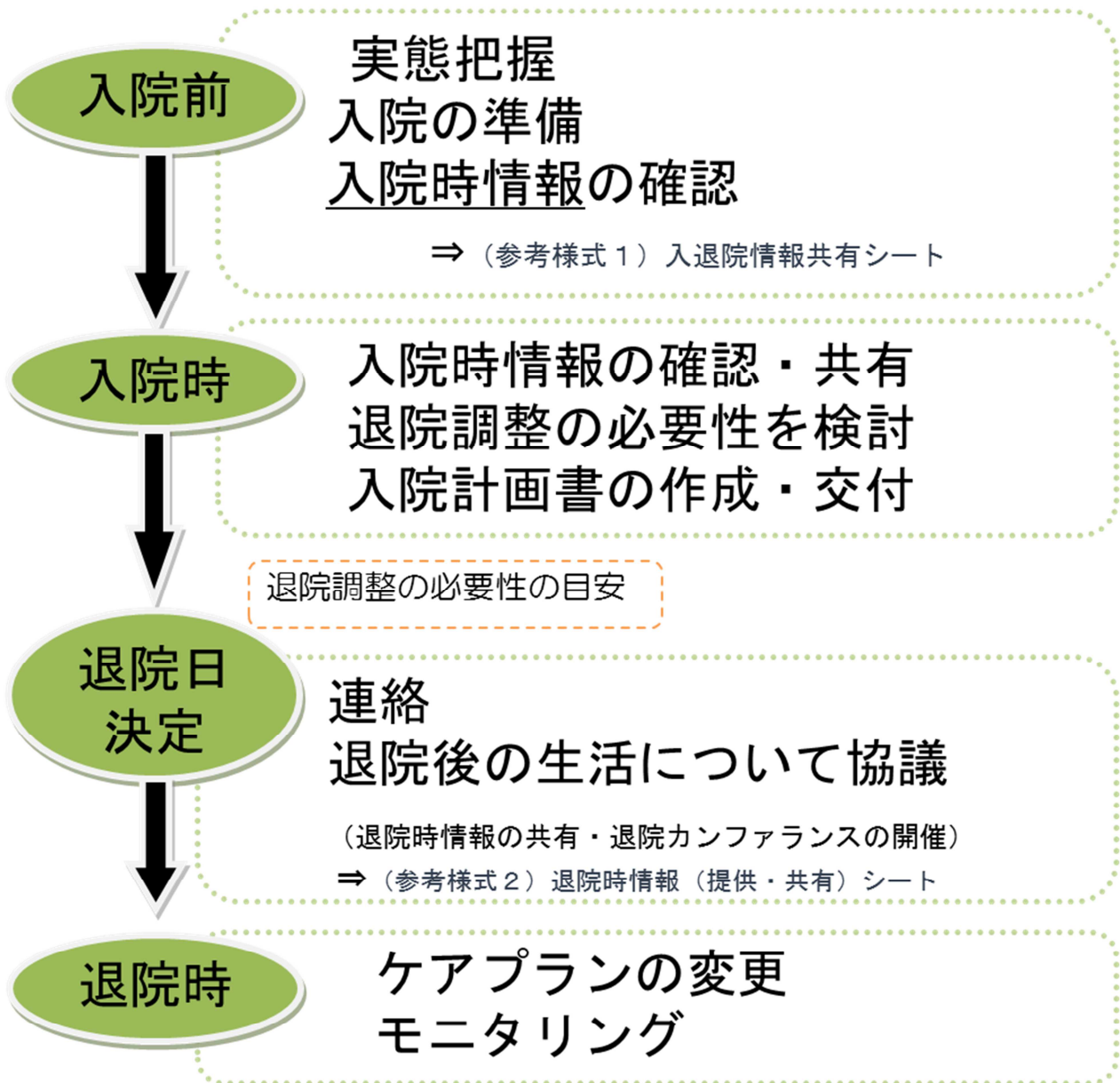
## ・ ガイドラインの基本的な考え方

### ○ 入退院調整の基本

- ・ 研修・普及  
所属職員へのガイドラインの徹底  
関連する諸制度(医療保険制度、介護保険制度)  
の理解  
社会資源の把握
- ・ 評価及び改訂  
半年に1回程度のガイドラインの改訂  
(メンテナンス)



## ・ 入退院調整の流れ



## 入院前

何をするのか	病院(看護師・医療ソーシャルワーカー等)	居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)
○ 実態把握	<input type="checkbox"/> 外来通院の場合、患者の状況等を把握※ <sup>1</sup> (必要に応じて、患者家族等への支援)	<input type="checkbox"/> 利用者の心身の状況や生活環境を把握。 <input type="checkbox"/> サービス利用の状況及びモニタリング、再アセスメントの励行
○ 入院の準備	※ <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> 必要に応じて病院担当者と入院の可能性等を聴取 <input type="checkbox"/> どのような場合、ケアマネジャーに連絡するようにすれば良いか、あらかじめ家族に説明する※ <sup>3</sup>
○ 入院時情報の確認		<input type="checkbox"/> (入院が予想される場合) 入院時情報の作成準備
<p>(留意事項)</p> <p>※<sup>1</sup> (例) 患者本人の状況、付添者の状況 など 認知症の患者や家族介護が見込まれない場合などは、必要に応じてケアマネジャーと連携をとることが想定される。</p> <p>※<sup>2</sup> 【病院】 入院案内のパンフレット等に記載される「入院時必要な物」の項目に、「介護保険証」、「担当ケアマネの名刺」等を追加する。</p> <p>※<sup>3</sup> 入(退)院時、利用者・家族との連絡を密にするためには、日頃からの信頼感に基づいた関係性が保持されることが必要になる。ケアマネジャーは、利用者及び家族に対し、病院は療養の場であって生活の場ではなく、いずれ家に帰ることを理解していただきながら、「その時どうするか」を日頃から話し合うよう心掛ける。 例) ○入院が決まった時 ○入院中に介護度の区分変更が必要になった時 ○退院日が決まった時 など</p>		

## 入院時

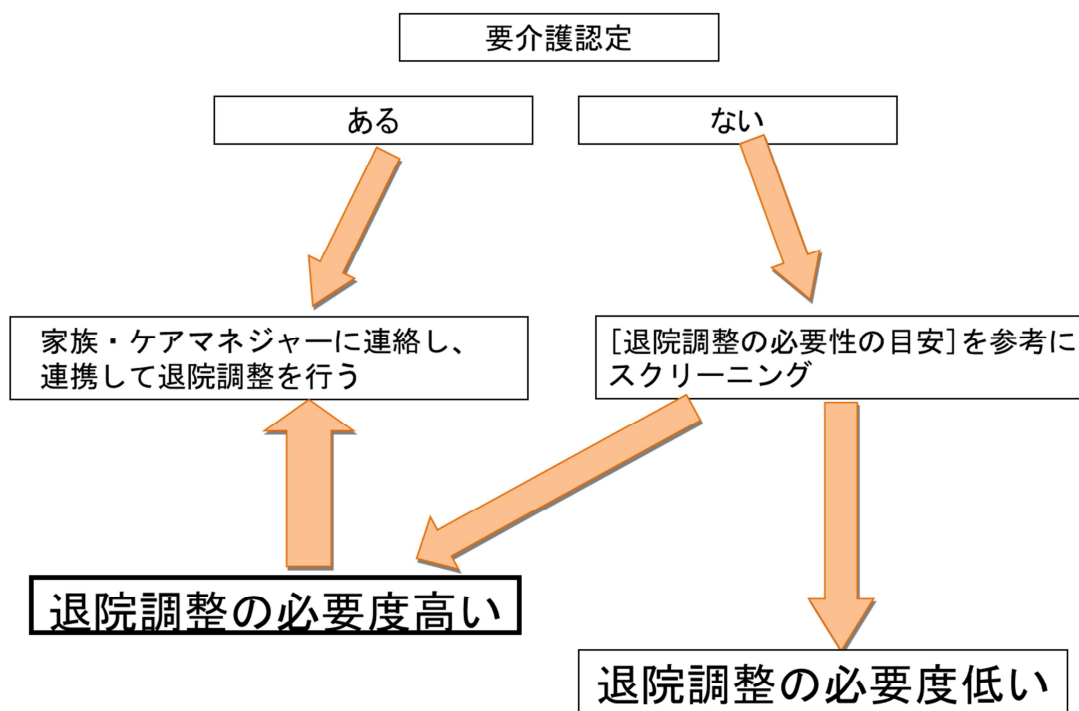
何をするのか	病院 (看護師・医療ソーシャルワーカー等)	居宅介護支援事業所 (ケアマネジャー)
○ 入院時の 情報確認・共有	<input type="checkbox"/> 介護保険証の確認※ <sup>4</sup> (申請中の場合は資格者証) <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーの確認・連絡 (家族経由または直接)	<input type="checkbox"/> 病院・家族への連絡、確認
		<input type="checkbox"/> <b>入院時情報共有シートの作成・提供</b>
○ 入院計画書	<input type="checkbox"/> 入院計画書の作成及び家族へ交付	<input type="checkbox"/> 家族から入院計画書の情報提供を受ける。
○ 退院調整の必要性を検討する。	<input type="checkbox"/> 各病院のスクリーニング・退院調整の必要性の目安等を利用し検討する。	<input type="checkbox"/> 病院との情報共有
○ 区分変更の必要性検討 (必要時)		
<p>(留意事項)</p> <p>※<sup>4</sup> 介護認定の有無等が不明の場合には、住所地の市町介護保険担当課に相談する。</p>		

# 参考様式 1

## 入院時情報共有シート

入院時情報共有シート				年 月 日	
御中				事業所名	
				担当者名	
				電話番号	
				FAX番号	
氏名		生年月日		年齢	性別
		明・大・昭 年 月 日		歳	男・女
緊急連絡先	氏名	続柄	住所		電話番号
既往歴					
要介護度 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5					
有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日					
家族構成図			家族・生活の状況に関する情報		
主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性			住環境 <input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅(階建 階)エレベーターあり・なし		
			サービス利用状況		
			<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> 短期入所(回/週) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(内容: ) <input type="checkbox"/> その他( )		
入院前のADL	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援は必要事項のみ記入
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 経管栄養( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他( ))
口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ( <input type="checkbox"/> 夜間のみ) 医療処置: <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
夜間の状態	<input type="checkbox"/> 良眠	<input type="checkbox"/> 眠剤使用( ) <input type="checkbox"/> 不穏( )			
認知症	なし・あり		(特記事項)		
徘徊行動	なし・あり				
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M				
その他の医療機関	( ) ( ) ( )				
在宅復帰にあたり考慮いただきたい内容					
連絡事項・その他					

## 退院調整の必要性の目安



## 退院調整の必要性の目安

退院調整の必要度高い	
① 家族の介護力	<input type="checkbox"/> 独居である <input type="checkbox"/> 介護者が75歳以上の高齢夫婦である <input type="checkbox"/> 同居家族はいるが介護力が低い、または介護の意志がない
② 日常生活の自立度	<input type="checkbox"/> 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること) <input type="checkbox"/> 移動に介助や見守りが必要である <input type="checkbox"/> 意志の疎通に支障がある <input type="checkbox"/> 薬剤や処置の必要性が理解できない <input type="checkbox"/> 繰り返しの説明が必要である
③ 認知機能の低下	<input type="checkbox"/> あり
④ 経済的問題	<input type="checkbox"/> 医療費、介護利用料金が負担になっている。
⑤ 患者の在宅療養への意思	<input type="checkbox"/> 患者本人が在宅で生活することに不安を訴えている。 <input type="checkbox"/> 同居者の有無にかかわらず必要な介護を十分に提供できる状況にないこと <input type="checkbox"/> 排泄に介護を要すること
⑥ 家族の在宅療養への意思	<input type="checkbox"/> 家族が在宅での療養を希望していない
⑦ すでに利用しているサービス	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> その他( )
⑧ 現在の医療処置	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 各種ドレーン <input type="checkbox"/> その他( )
⑨ その他	<input type="checkbox"/> 入退院を繰り返していること

## 退院日 決定

何をするのか	病院 (看護師・医療ソーシャルワーカー等)	居宅介護支援事業所 (ケアマネジャー)
○ 連絡	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 退院の連絡をうけ、退院後の生活、介護サービス内容について検討・調整 <input type="checkbox"/> 退院調整に関する家族の同意を得る。 <input type="checkbox"/> 病院担当者との面談
○ 退院後の生活について協議(退院時情報の共有・退院カンファランスの開催)	<input type="checkbox"/> 退院カンファランスの実施	<input type="checkbox"/> 退院カンファランスの参加
	<input type="checkbox"/> 退院時情報共有シートの作成・提供	
	<input type="checkbox"/> 退院後の生活について協議 ・ 本人・家族の意向を確認	
(留意事項)		

## 退院時

何をするのか	病院 (看護師・医療ソーシャルワーカー等)	居宅介護支援事業所 (ケアマネジャー)
○ ケアプランの変更 (必要時)		
○ モニタリング		<input type="checkbox"/> モニタリング、サービス調整
○ 外来通院への移行	<input type="checkbox"/> 外来通院の頻度、投薬、健康管理等の指示内容の情報提供 (随時)	
(留意事項)		



## 参考様式2 退院時情報 (提供・共有) シート

事業所名( ) 御中					年 月 日				
退院時情報(提供・共有)シート 病院名( )									
氏名			生年月日			年齢		性別	
			明・大・昭 年 月 日			歳		男・女	
面談日時		平成 年 月 日 ( ) 時 分～ 時 分				場所			
面談者		病院の連絡窓口 (所属)							
入院の原因となった病名									
合併症					退院予定日 平成 年 月 日 ころ				
病院主治医			在宅主治医		医療機関名( )				
キーパーソン			(続柄) (連絡先電話番号)						
病院から患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望									
ADL		自立	見守り	介助部	全介助	要支援は必要事項のみ記入			
移動方法		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用			
移乗方法		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
口腔清潔		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
食事		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食( <input type="checkbox"/> Kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 経管栄養( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他( ) )			
						主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分: とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (摂取量 割)			
						副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ムース状 <input type="checkbox"/> ミキサー (摂取量 割) (摂取制限 あり なし) <input type="checkbox"/> カロリー( ) Kcal <input type="checkbox"/> 水分摂取量( ) ml <input type="checkbox"/> 塩分( ) g <input type="checkbox"/> カリウム(生野菜・果物) <input type="checkbox"/> 納豆 <input type="checkbox"/> その他( )			
入浴		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( シャワー ・ 清拭 ・ その他 )			
更衣		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
排泄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ 医療処置: <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ			
服薬管理		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
療養上の注意		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 短期記憶障害 <input type="checkbox"/> その他( )							
医療処置		<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他( )							
感染症		<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA: 保菌 <input type="checkbox"/> 発症(部位: <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> その他							
退院指導の内容		<input type="checkbox"/> 有 (誰に 指導内容 ) <input type="checkbox"/> 無 理解の状況は: <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分(問題点 )							
介護保険制度の説明		<input type="checkbox"/> 有 (誰に 希望サービス ) <input type="checkbox"/> 無							
特記事項(在宅生活において留意いただきたいこと)									

(才) 事業全体についての感想

退院調整	都道府県担当者	苦労した内容と対応したこと：
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・実施圏域の設定に当たり、担当保健所の理解と協力を得ることに苦労した。</li> <li>・事業開始後は、保健所のリーダーシップと地域コーディネート力がいかんなく発揮され、特段の苦労はなかった。</li> <li>・県担当者としては、黒子に徹した。保健所との情報共有に努力した。</li> </ul>
		退院調整ルール策定に関わった感想：
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院調整もれに着眼してつくられた既存の医療介護の連携ルールはこれまでなかったと考えられることから、非常に有効な事業であると感じた。</li> <li>・策定した成果物よりも策定のプロセス（医療介護の全員参加による議論、協議、共感）が重要であるという価値観を事業参加者と共有できたことが最もよかった。</li> <li>・顔の見える関係はもとより、顔の見えない関係であってもやらなければならないものであり、関係者にはそうした価値観の変革を期待する。</li> </ul>
	保健所担当者	苦労した内容と対応したこと：
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・他の事業との時間配分がうまくできなかった。</li> </ul>
		退院調整ルール策定に関わった感想：
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・これまで退院調整について取組みがなかった病院から、勉強するつもりで参加させてほしいというお話をいただいた時はやってよかったと思いました。</li> <li>・ここまでの関係構築を図るためには1年間だけではできるものではないし、ここで終わることなく、関係を継続する努力が必要と思います。</li> </ul>

## 2. 岩手県宮古圏域

### 岩手県宮古圏域の状況

#### (1) モデル二次医療圏の状況

##### 特徴

過疎化が進み、社会資源も限られる地域において、保健所、市町村、地域包括支援センターが、地域内の全病院及び全ケアマネ事業所のネットワーク化を行った上で、病院・ケアマネ協議を継続し、地域共通の退院調整ルール運用を実現。

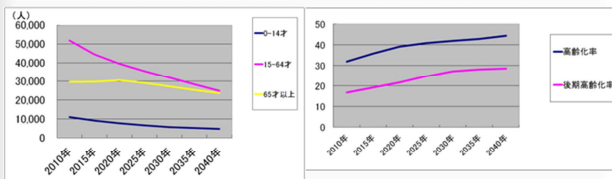
##### 基本情報(平成27年2月1日現在)

市町数	4 カ所	※人口は平成26年10月1日現在 ※入院完結率は平成24年調査
総人口	85,086 人	
面積	2,672.44 km <sup>2</sup>	
65歳以上高齢者数	29,665 人 (34.9) (%)	
入院完結率	73.7 %	
圏域内病院数	5 カ所	
うち急性期病床を持つ病院数	1 カ所	
地域包括支援センター設置数	直営 4 カ所 委託 - カ所	
ケアマネ事業所数	33 カ所	
郡市区医師会数	1 カ所	



##### 【圏域における人口動態推計】

2010年から2025年での、生産年齢人口減少率:69%, 後期高齢者数の増加率:114%



##### ○ケアマネへの引き継ぎがなかった退院の割合

日付	要支援	要介護	合計
2013年12月	0/0(-)	15/76(20%)	15/76(20%)
2014年3月	0/0(-)	11/59(19%)	11/59(19%)

##### ○入院時情報提供書の提出がなかった入院の割合

日付	要支援	要介護	合計
2014年12月	3/4(75%)	60/111(54%)	63/115(55%)

##### ○行政内の組織体制

都道府県の体制		保健所の体制	
医療・介護の横断的な定期協議に参加している課	長寿社会課、医療政策室	保健所名	事業に参加している課および職種(人数)
担当課	長寿社会課	宮古保健所	管理課(事務職3名)

圏域内の病院参加率	100%
圏域内の【急性期病床を持つ病院】参加率	100%
圏域内の地域包括支援センター参加率	100%
圏域内のケアマネ事業所参加率	100%



## (2) モデル二次医療圏の取組状況

### (ア) 府県・保健所・市町村の協働体制の構築過程

体制構築への手順	<p>所内協議（5月16日）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・関係機関の参加を確実にするための方策について協議（事前説明の徹底）</li> </ul> <p>盛岡局と協議（5月26日）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・圏域間での入退院患者や今後の県内波及を考慮し、アウトプットイメージを共有し連携しながら事業を進めることを確認</li> </ul>
----------	--

### (イ) 圏域内の関係機関との調整

市町村 (特に中核市)、 関係組織への調整	<p>【手順】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師会長への説明（5月21日）、管内5病院への説明（5月27日～6月6日）、介護支援専門員協議会理事会への説明（5月27日）、宮古市医療情報ネットワーク協議会医療と介護の連携委員会への説明（6月18日）、地域包括支援センター連絡調整会議での説明（6月26日）</li> </ul> <p>【工夫した点】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師会、5病院への説明は、全て保健所長が同行し、病院には院長及び看護師長の同席をお願いした。</li> <li>・既に市町村が行っている取組（宮古市医療情報ネットワーク協議会医療と介護の連携委員会：多職種が参加し、モデル事業参加者とも重なる。）との連携を意識しながら、事前の調整を行った。</li> </ul>
各コーディネーターの役割	<p>都道府県担当者：厚生労働省、県アドバイザーとの連絡調整、保健所への支援、圏域間の調整支援、情報提供、予算管理</p> <p>都道府県アドバイザー：会議開催時の助言・調整、保健所への助言・情報提供</p> <p>保健所：関係機関への参加要請、調査の実施、会議の企画及び開催</p> <p>市町村：地域包括支援センターとしての参加</p> <p>地域包括支援センター：介護側協議時のファシリテーター、合同会議時の介護側意見の代弁、とりまとめ</p>

(ウ) 各協議の状況、経過

	病院の組織化	ケアマネの組織化 ケアマネ協議①	ケアマネ協議②
	2014/8/5	2014/9/11	2014/10/17
参加者	5病院から14名が参加 (看護師長等7名、MSW等7名) 地域包括支援センター7名 国アドバイザー等3名 県アドバイザー1名 県担当課1名 保健所5名(所長、事務4名) 計31名	介護支援専門員等39名参加 (居宅介護支援事業所27名、施設等5名、 グループホーム7名) 地域包括支援センター7名 (グループワークのファシリテーターとして配置) 保健所4名(所長、事務3名) 計50名	介護支援専門員等34名参加 (居宅介護支援事業所25名、施設等6名、 グループホーム3名) 地域包括支援センター6名 (グループワークのファシリテーターとして配置) 県アドバイザー1名 県担当課1名 保健所3名(事務3名) 計45名
協議内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・宮古圏域の将来像</li> <li>・医療介護連携調整実証事業の説明</li> <li>・退院調整ルール策定の実際</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・宮古圏域の将来像</li> <li>・医療介護連携調整実証事業の説明</li> <li>・退院調整ルール策定の実際</li> <li>・グループワーク (退院調整の不良事例、病院への要望、入退院時に必要な情報)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入退院調整の改善方策</li> <li>・入退院調整ルール検討</li> </ul>
協議結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全ての退院調整を連携室で行うのは困難であり、病棟看護師の協力が不可欠。</li> <li>・独居の方へのサポートが課題となっている。</li> <li>・グループホーム等の中間施設が終の棲家となる状況もあり、地域での受け皿の整備が必要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・調整もれ率は比較的低いが、実際には、退院の直前調整など問題事例も少なくない。</li> <li>・病院においても在宅をイメージした退院調整を行ってほしい。</li> <li>・デジカメで自宅環境を撮影し、病院で在宅をイメージしたりハビリを行ったなどの好例もある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・普段からケアマネも、本人や家族等と入院時を想定した対応方法について話し合っておくことが必要。</li> <li>・医療と介護の情報共有に使用する統一した書式等があれば、お互いのやり取りがスムーズになる。</li> </ul>
課題	病院数は5つと少ないが、急性期病院、療養型病院、リハビリ病院、認知症療養病棟と異なるタイプの病院であり、それぞれの事情を踏まえたうえでの協議が行えるかどうかが課題である。	入退院時にほしい情報は、さまざまなケースを想定すると際限がなく、今後意見を整理していく必要がある。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個人情報の取扱い方法について整理が必要。</li> <li>・医療機関窓口の一本化。</li> </ul>
感想	全ての病院において看護師長に出席していただき、国アドバイザーによる丁寧な説明により事業に取り組む意識の醸成が図られた。 各病院において、医療連携室と病棟の温度差が感じられるので、その連携を深めることも意識しながら事業を進めていきたい。	居宅介護支援事業所の8割が出席したほか、施設やグループホーム等からの参加も多くあり関心の高さがわかった。 出席率の低かった山田町の事業所への事業の周知方策を検討する必要がある。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院からの連絡を待っているのではなく、ケアマネ側から積極的に情報提供する姿勢も必要との意見が多かった。</li> <li>・精神疾患を抱えるケースやターミナルケア等、ケアマネ単独での支援が困難なケースも多い。</li> </ul>

現地支援(2回目)

	病院-ケアマネ協議①	病院-ケアマネ ワーキンググループ①	病院-ケアマネ ワーキンググループ②
	2014/12/1	2015/1/23	2015/2/12
参加者	5病院から12名が参加 (看護師長等7名、MSW等5名) 介護支援専門員等12名参加 (居宅介護支援事業所9名、施設等2名、 グループホーム1名) 地域包括支援センター7名 国アドバイザー1名 県アドバイザー1名 県担当課2名 保健所4名(所長、事務3名) 計39名	5病院から7名が参加 (看護師長等4名、MSW等3名) 介護支援専門員等4名参加 (居宅介護支援事業所4名) 地域包括支援センター2名 保健所2名(事務2名) 計15名	5病院から7名が参加 (看護師長等4名、MSW等3名) 介護支援専門員等4名参加 (居宅介護支援事業所4名) 地域包括支援センター2名 県アドバイザー1名 保健所2名(事務2名) 計16名
協議内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>各病院からの現状報告</li> <li>介護支援専門員の業務</li> <li>退院調整の事例報告</li> <li>入退院調整ルールへの検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>調整ルールの詳細検討</li> <li>入退院時情報の提供様式</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>調整ルールの詳細検討</li> <li>入退院時情報の提供様式</li> </ul>
協議結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療と介護それぞれから事例報告を行い、お互いの役割や求められているものなどを共有することができた。</li> <li>退院調整ルールの詳細については、今後実務者レベルのワーキンググループを開催し、検討していくこととした。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「備考」といった漠然とした記載様式だと、担当者によっては記入しない場合もあるため、明確にする必要がある。</li> <li>普段からケアマネは、本人や家族等に対し、入院した場合にはケアマネに連絡するよう伝えているが、入院時は多忙であるため後回しになるケースが多い。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>当圏域の退院調整ルールについて概ね合意が得られ、次回は報告会を兼ねた医療介護合同会議を開催することとした。</li> <li>看護サマリーを介護保険事業所に提供している医療機関も多いが、今後、当圏域での退院調整ルールの趣旨を踏まえ適切に対応していく。</li> </ul>
課題	ケアマネ決定に係る相談窓口をどのように定めていくか検討が必要(包括、市町村又は病院が直接紹介)	利用者が入院した際に、ケアマネへ連絡する主体(本人・家族又は病院)をどのように定めるか検討が必要	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業評価の在り方について(評価指標設定の有無)</li> <li>家族の介護力の低下や介護サービスの不足等から、病院での退院調整に時間を要するケースが多い。</li> </ul>
感想	社会資源が限られていることもあり、普段の取組みの中で、関係者間の顔の見える関係が構築されていると感じた。 ただし個別ケースでは、お互いの業務への理解不足等も見られ、今後より一層の連携促進を図っていく必要がある。	<ul style="list-style-type: none"> <li>少人数での実務者レベル検討ということで、これまでにない具体的な意見も多く出された。</li> <li>例えば「一部介助」といっても、自宅環境等によって実際の自立度は異なるため、シートを提供した後も継続的な情報交換が求められる。</li> </ul>	入院前は家族等の介護により在宅生活を送っていたが、発病によりADLが大きく低下すると、病気自体は治癒しても在宅へ戻れないケースもある。 状態の変化に応じて、どのように対応していくかを、本人や家族等の間で普段から話し合っていくような地域への啓発活動も必要との意見が出された。



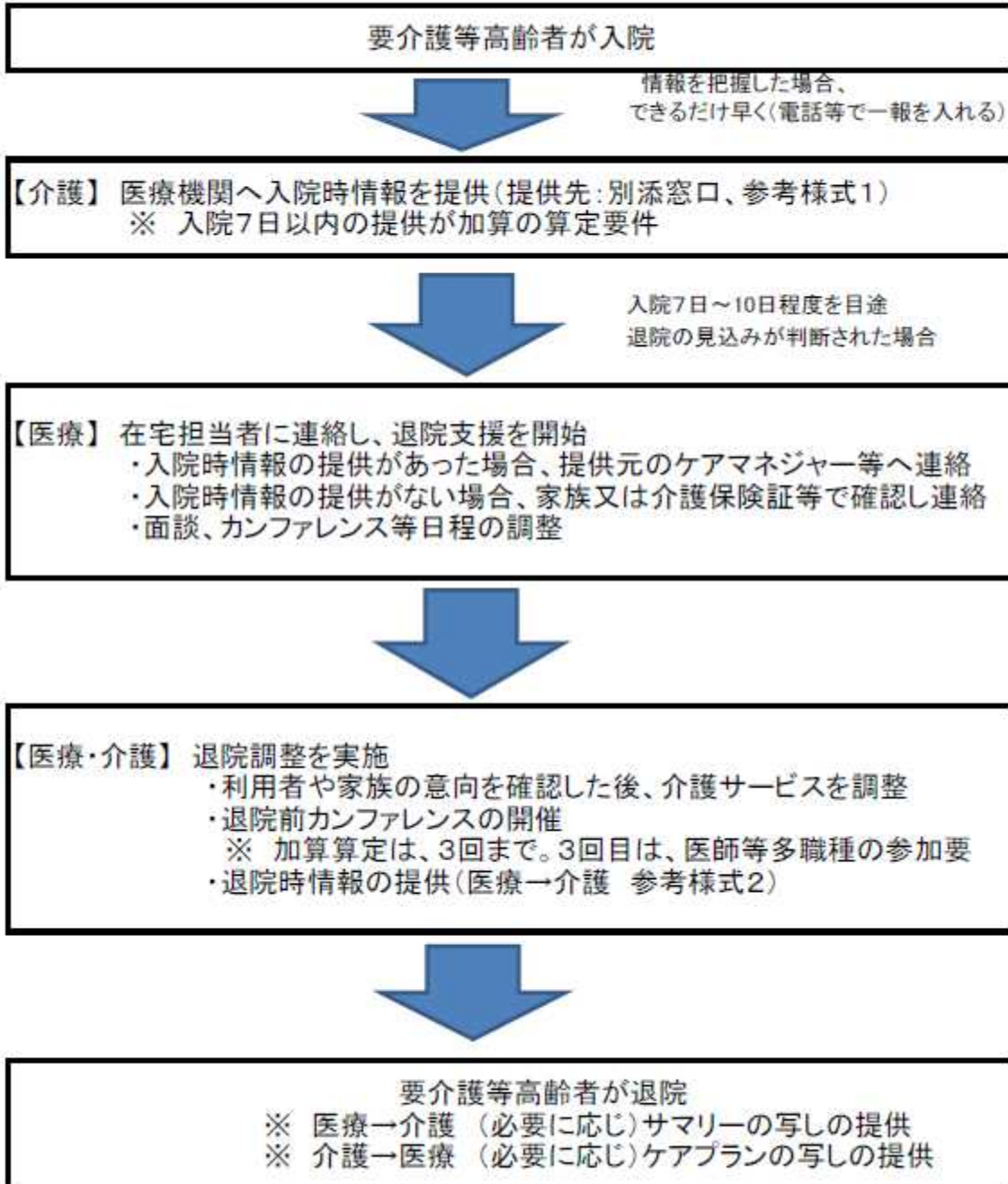
病院－ケアマネ協議② (報告会)	
2015/3/4	
参加者	5病院から13名が参加 (看護師長等5名、MSW等8名) 介護支援専門員等42名参加 (居宅介護支援事業所28名、施設等9名、 グループホーム5名) 地域包括支援センター6名 県アドバイザー1名 県担当課1名 保健所5名(所長、事務4名) 計68名
協議内容	・医療介護連携に係る現状と課題(県アドバイザーによる講話) ・入退院調整ガイドライン等の策定経過及び内容説明 ・病院及び居宅介護支援事業所からの事例報告
協議結果	・当圏域における入退院調整支援ガイドライン案、フロー図及び情報提供様式案について説明を行い、盛岡圏域との最終調整を行った後、決定することとした。 ・今後、年2回の退院調整調査を保健所が実施し、その調査結果をもとに、医療・介護連携調整会議を開催し、検証等を行っていくこととした。
課題	今後、取組が定着していくための方策について、医療・介護双方の意見を聞きながら検討していく必要がある。(ガイドラインの周知、メリットや改善点の把握方法、研修実施等)
感想	年度末の開催となったが、多くの参加者があり、医療介護連携に関する期待が感じられた。 行政機関や県立病院には職員の異動もあるため、取組が形骸化していかないようシステムを確立していく必要があり、運用開始初年度の取組が非常に重要と思われる。

(工) 決定した退院調整ルールの内容

## フロー図の作成(既に介護利用)

### 宮古圏域入退院調整ガイドライン案(フロー図)

【入院前に介護保険を利用していた場合】



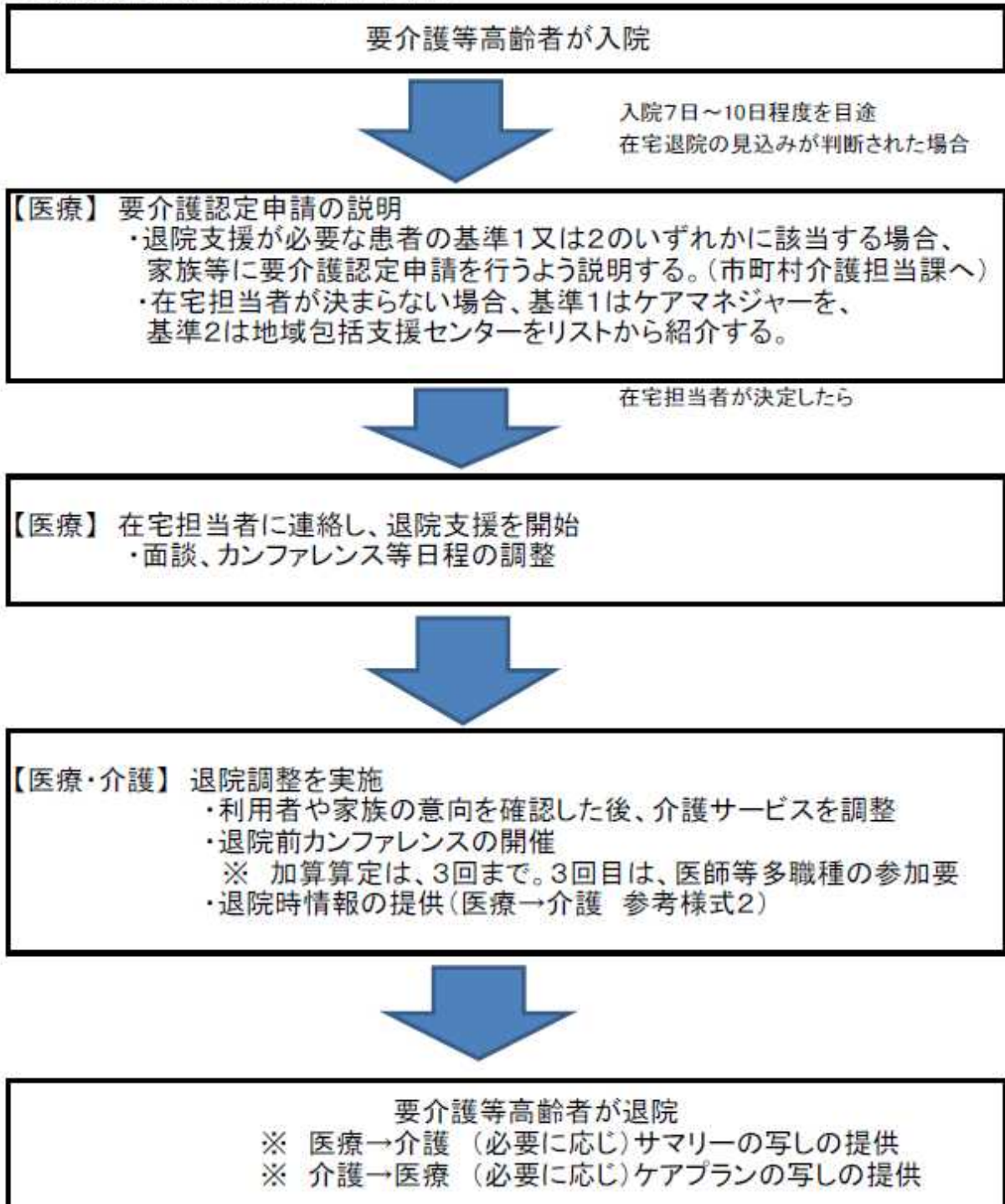
※ 当該圏域ルールは、強制力を持つものではありませんが、  
半年ごとにその実施結果を調査し、検証及び見直しを行うこととします。



# フロー図の作成(新規の場合)

## 宮古圏域入退院調整ガイドライン案(フロー図)

【入院後、新たに介護保険を利用する場合】



※ 当該圏域ルールは、強制力を持つものではありませんが、  
半年ごとにその実施結果を調査し、検証及び見直しを行うこととします。

# 支援が必要な患者の基準

退院支援が必要な患者の基準（介護保険の未認定の患者 ⇒ 地域包括支援センターへ連絡）

## 1 必ず退院支援が必要な患者（要介護）

- (1) 立ち上がりや歩行に介助が必要
- (2) 食事に介助が必要
- (3) 排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中
- (4) 認知症の行動・心理症状や全般的な理解の低下
- (5) 入退院を繰り返しているなど、在宅での（自己）管理が困難と想定

※ 1項目でも当てはまれば（さらに重度も含めて）

## 2 それ以外で見逃してはいけない患者（要支援の一部）

- (1) 在宅では、独居かそれに近いで、調理や掃除など身の回りのことに介助が必要
- (2) （ADLは自立でも）がん末期の方、新たに医療処置（膀胱バルーンカテーテル留置、経管栄養、吸引など）が追加された方

\* 入院前からケアマネジャー・地域包括支援センターと契約している患者については、要介護・要支援に関係なく引き継いでください。

## 入院後1～2週間時点で、「在宅退院ができそう」と判断する基準

- 1 病状がある程度安定した状態である。
- 2 在宅での介護が可能そうである。

\* 入院期間が2週間程度の場合、入院1週目で、  
入院期間が3週間程度の場合、入院2週目で判断してください。

# 入院時、退院時の情報提供様式参考例

## 入院時情報共有シート

様		事業所名	
		担当者名	
		電話番号	
		FAX番号	

氏名		生年月日		年齢	性別
		明・大・昭	年 月 日	歳	男・女
緊急連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号	
家族構成図		住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅(階建 階)エレベーター あり・なし		
主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性		在宅主治医	医療機関名( )		
		要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 要支援1・2 要介護 1・2・3・4・5		
サービス利用状況					
<input type="checkbox"/> 訪問介護( 回/週) <input type="checkbox"/> 訪問介護( 回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護( 回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ( 回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ( 回/週) <input type="checkbox"/> 短期入所( 回/週) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(内容: ) <input type="checkbox"/> その他( )					
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援は必要事項のみ記入
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 食べかす: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食( Kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 経管栄養( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他( )
					主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分:とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (摂取量 割)
					副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ムース状 <input type="checkbox"/> ミキサー (摂取量 割) (摂取制限 あり なし) <input type="checkbox"/> カロリー( )Kcal <input type="checkbox"/> 水分摂取量( )ml <input type="checkbox"/> 塩分( )g <input type="checkbox"/> カリウム(生野菜・果物) <input type="checkbox"/> 納豆 <input type="checkbox"/> その他( )
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ 医療処置: <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
療養上の注意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 短期記憶障害 <input type="checkbox"/> その他( )				
医療処置	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他( )				
連絡事項・その他					



退院時情報共有シート 担当ケアマネ( )

氏名		生年月日		年齢	性別
		明・大・昭 年 月 日		歳	男・女
面談日時	平成 年 月 日 ( ) 時 分～ 時 分			場所	
面談者				病院の連絡窓口 (所属)	
入院の原因となった病名					
合併症				退院予定日 平成 年 月 日 ころ	
病院主治医	在宅主治医		医療機関名 ( )		
病院から患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望					
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援は必要事項のみ記入
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 食べかす: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食( <input type="checkbox"/> Kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 経管栄養( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他( ) )
					主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分:とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (摂取量 割)
					副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ムース状 <input type="checkbox"/> ミキサー (摂取量 割)
					(摂取制限 あり なし) <input type="checkbox"/> カロリー( )Kcal <input type="checkbox"/> 水分摂取量( )ml <input type="checkbox"/> 塩分( )g <input type="checkbox"/> カリウム(生野菜・果物) <input type="checkbox"/> 納豆 <input type="checkbox"/> その他( )
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス <input type="checkbox"/> 把握せず
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ 医療処置: <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
療養上の注意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 短期記憶障害 <input type="checkbox"/> その他( ) )				
医療処置	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他( )				
退院指導の内容	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合、理解の状況は: <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分(問題点 )				
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA:保菌 <input type="checkbox"/> 発症(部位: <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> その他				
備考欄					

※ 圏域を超えた入退院調整のケースを想定し、ガイドライン案の大筋については盛岡圏域版を参考に作成、様式については調整し共通とした。

(才) 事業全体についての感想

退院調整	都道府県担当者	苦労した内容と対応したこと：
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・実施圏域の設定に当たり、担当保健所の理解と協力を得ることに苦労した。</li> <li>・事業開始後は、保健所のリーダーシップと地域コーディネート力がいかんなく発揮され、特段の苦労はなかった。</li> <li>・県担当者としては、黒子に徹した。保健所との情報共有に努力した。</li> </ul>
	保健所担当者	退院調整ルール策定に関わった感想：
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院調整もれに着眼してつくられた既存の医療介護の連携ルールはこれまでなかったと考えられることから、非常に有効な事業であると感じた。</li> <li>・策定した成果物よりも策定のプロセス（医療介護の全員参加による議論、協議、共感）が重要であるという価値観を事業参加者と共有できたことが最もよかった。</li> <li>・顔の見える関係はもとより、顔の見えない関係であってもやらなければならないものであり、関係者にはそうした価値観の変革を期待する。</li> </ul>
退院調整	保健所担当者	苦労した内容と対応したこと：
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・各病院の院長に理解を得ないとスムーズに事業が進まないと思われたので、保健所長がすべての病院をまわり事業説明を行った。</li> <li>・病院数は少ないものの、急性期、一般、リハ、精神と、それぞれ事情が異なるため、調整に当たり柔軟な対応を心がけた。</li> <li>・医療と介護の視点、目的の違いがあり、意見調整に苦労したが、国、県アドバイザーの助言等により解決できた事項が多かった。</li> </ul>
	保健所担当者	退院調整ルール策定に関わった感想：
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・当初、事業実施に対する不安が大きかったが、サイボウズによる情報共有、アドバイザーの指導・助言等による会議企画等のヒントや困った際の対応に対するフォローがあったので、後半は割とスムーズに実施することができた。</li> <li>・医療と介護の意見の隔たりはまだまだあり、これからが本番であるので、相互の理解が深められ、関係者の資質の向上と圏域の医療介護連携が推進されるよう、関係者との意見交換を密にしながら事業を継続していきたい。</li> </ul>

### 3. 富山県


## 富山県砺波圏域の状況

### (1) モデル二次医療圏の状況

#### 特徴

公的病院がすべての急性期、回復期医療を担い、地域包括支援センターを市直営で運営している郡部において、公的病院連携室連絡会を中核に、地域内の病院及びケアマネ事業所のネットワーク化を行った上で、病院・ケアマネ協議を継続し、地域共通の退院調整ルール運用を実現。

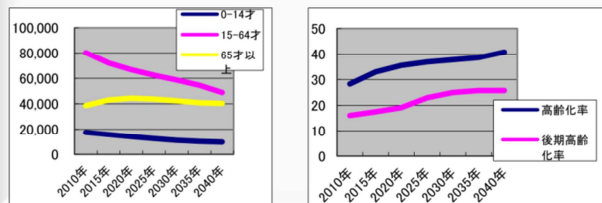
#### 基本情報(平成27年1月31日現在)

市町数	3 カ所	※人口は平成25年10月1日	
総人口	132,878 人		
面積	929.93 km <sup>2</sup>		
65歳以上高齢者数	40,829 人 30.7% (%)		
入院完結率	78.3 %		
圏域内病院数	16 カ所		
うち急性期病床を持つ病院数	4 カ所		
地域包括支援センター設置数	直営 3 カ所 委託 0 カ所		
ケアマネ事業所数	50 カ所		
郡市区医師会数	3 カ所		

**砺波医療圏**  
(砺波市、南砺市、小矢部市)

#### 【圏域における人口動態推計】

2010年から2025年での、生産年齢人口減少率:22%、後期高齢者数の増加率:14%



#### ○ケアマネへの引き継ぎがなかった退院の割合

日付	要支援	要介護	合計
26年6月	2/8 (25.0%)	13/79 (16.5%)	18/103 (17.5%)

#### ○入院時情報提供書の提出がなかった入院の割合

日付	要支援	要介護	合計
26年6月	4/8 (50.0%)	24/76 (31.5%)	30/90 (33.3%)

#### ○行政内の組織体制

##### 都道府県の体制

医療・介護の横断的な定期協議に参加している課	厚生企画課、医務課、健康課、くすり政策課、地域振興課、総合交通政策室、情報政策課、県民生活課、男女参画・県民協働課、商業まちづくり課、労働雇用課、建築住宅課、警察本部生活安全企画課、厚生センター所長・支所長会
担当課	高齢福祉課

##### 保健所の体制

保健所名	事業に参加している課および職種(人数)
砺波厚生センター本所	保健予防課地域保健班(保5、栄1)、企画管理課企画調整班(保2、栄1、事1)
小矢部支所	地域健康課(保4)

圏域内の病院参加率	87.5%
圏域内の【急性期病床を持つ病院】参加率	100%
圏域内の地域包括支援センター参加率	100%
圏域内のケアマネ事業所参加率	100%

## (2) モデル二次医療圏の取組状況


### (ア) 府県・保健所・市町村の協働体制の構築過程

体制構築への手順	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成 26 年 4 月、機構改革により高齢福祉課に地域包括ケア推進班設置</li> <li>・同年 6 月、地域包括ケアシステム推進会議</li> <li>・同年 7 月、あんしん在宅医療・訪問看護推進会議</li> <li>・同年 8 月、地域包括ケア推進会議幹事会、市町村ワーキング</li> </ul>
----------	--


### (イ) 圏域内の関係機関との調整

市町村 (特に中核市)、 関係組織への調整	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成 26 年 5 月、管内保健福祉部課長会議（各市、保健所）、保健師等リーダー連絡会（保健所、保健センター、地域包括支援センター）で事業説明・協力要請</li> <li>・同年 5 月、各公的病院長（事務長、看護部長同席）、各医師会長に個別に事業説明・協力要請</li> <li>・同年 6 月、医師会主催の研修会で事業説明・協力要請</li> <li>・同年 8 月、管内介護保険主治医研修会で事業説明・協力要請</li> </ul>
各コーディネーターの役割	<p>都道府県担当者： 全県的な研修会や連絡会を通じて、保健所及び市町村職員に対する退院調整支援のノウハウの普及を図る。</p> <p>保健所： 管内病院ネットワーク、ケアマネネットワークを構築し、病院・ケアマネ協議を進める。</p> <p>市町村： 市医師会と連携し市内医療介護連携を進めるとともに、保健所の広域的な取り組みに協力する。</p> <p>地域包括支援センター： 市医師会と連携し市内医療介護連携を進めるとともに、保健所の広域的な取り組みに協力する。</p>

(ウ) 各協議の状況、経過



	病院の組織化	ケアマネの組織化	ケアマネ協議
	2014/6/10	2014/7/4	2014/9/1 2014/9/26
参加者	病院看護部長 14 名 保健所所長、保健師 3 名	ケアマネジャー97 名 地域包括性センター6 名 公的病院地域医療連携室 看護師・社会福祉士 5 名 保健所所長、保健師 3 名	ケアマネ協議会役員 10 名 保健所所長、保健師 3 名
協議内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療介護連携調整実証事業について（説明）</li> <li>・各病院の退院調整について</li> <li>・地域連携パスについて</li> <li>・病床機能報告・地域医療ビジョン、新たな地域支援事業等について</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療介護連携調整実証事業について（説明）</li> <li>・退院調整もれ調査について</li> <li>・地域連携パスについて</li> <li>・病床機能報告・地域医療ビジョン、新たな地域支援事業等について</li> <li>・各病院の退院調整について</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院調整もれ調査結果について</li> <li>・退院調整不良例について</li> <li>・病院－ケアマネ協議の進め方について</li> </ul>
協議結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各病院内で、退院調整ルールを確認する</li> <li>・病院全体として取り組む</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・7 月中に退院調整もれ調査を実施する</li> <li>・今年度の重点テーマとして退院調整支援に取り組む</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院－ケアマネ協議の進め方について合意</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院によって、職員体制や入院患者状況に大きな違いがある</li> <li>・退院調整は連携室まかせになっている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院調整もれの原因と対応を明らかにする必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所によってケアマネの対応が異なる懸念</li> </ul>
感想	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管内病院全体の看護部長による会議は初めてであったが、保健所による病院立入検査で顔なじみであることが役立った</li> <li>・事前に各病院長・事務長に事業説明をしたことでスムーズに会議を開催できた</li> <li>・病院の看護師のなかには介護保険のことを知らない人も少なくない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネ協議会会長の指導力によるところが大きい</li> <li>・ケアマネ協議会からの要請により各病院からの退院調整の説明があったことは画期的</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネをバックアップして、病院－ケアマネ協議を戦略的に進める必要を感じた</li> </ul>



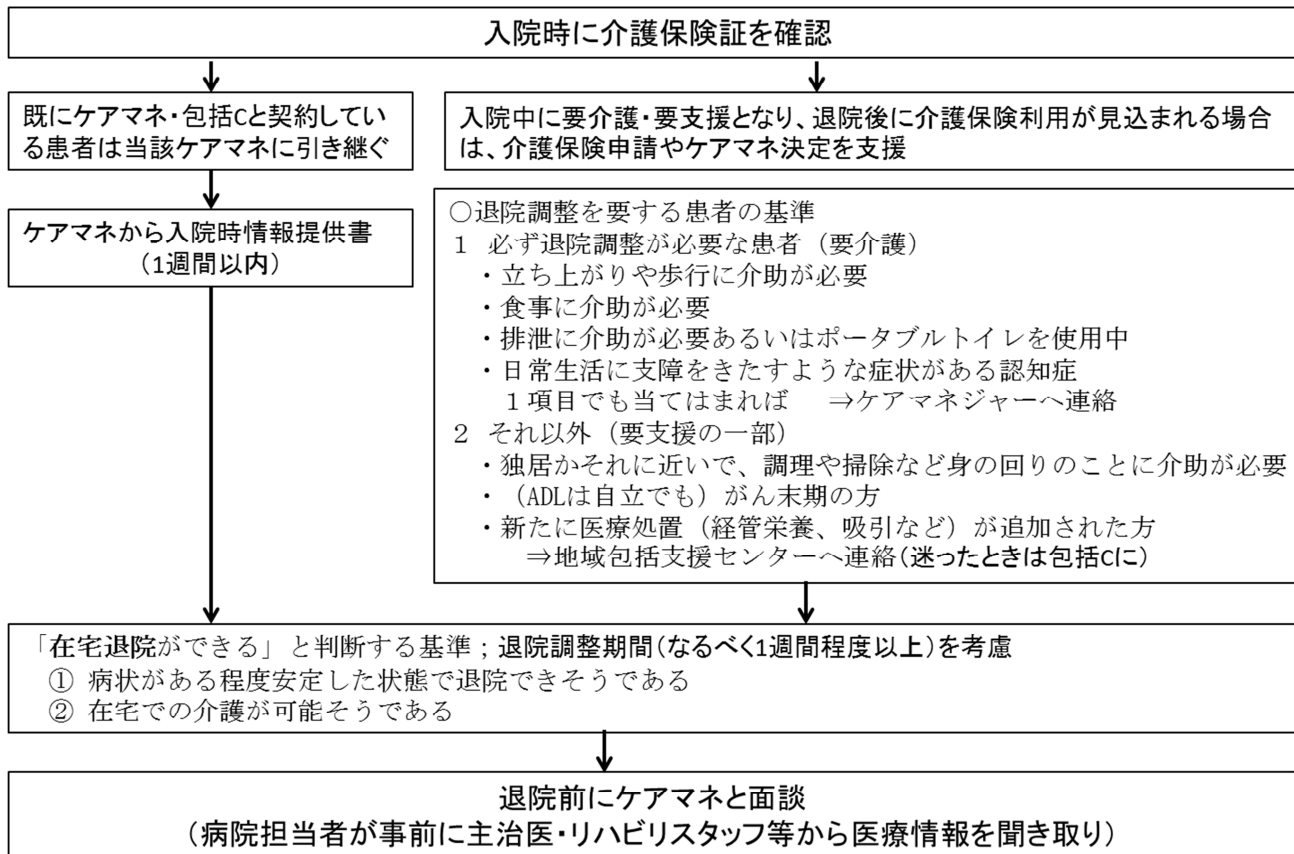
	病院－ケアマネ協議①	ケアマネ協議	病院－ケアマネ協議②
	2014/10/6	2015/2/17	2015/2/27
参加者	病院看護部長 14名 病院地域医療連携室 7名 ケアマネ協議会役員 7名 地域包括支援センター6名 介護保険組合 1名 保健所所長、保健師 3名	ケアマネ協議会役員 10名 保健所所長、保健師 3名	病院看護部長 14名 病院地域医療連携室 7名 ケアマネ協議会役員 7名 地域包括支援センター6名 介護保険組合 1名 保健所所長、保健師 3名
協議内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療介護連携調整実証事業のこれまでの取り組みについて</li> <li>・退院調整もれ調査結果について</li> <li>・退院調整不良例について</li> <li>・各病院の退院調整の具体的運用について</li> <li>・病院、ケアマネ相互の要望について</li> <li>・退院調整ルール案について</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院側に対する要望について</li> <li>・病院－ケアマネ協議の進め方について</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療介護連携調整実証事業のこれまでの取り組みについて</li> <li>・各病院の退院調整の具体的運用について</li> <li>・病院、ケアマネ相互の要望について</li> <li>・退院調整ルールについて</li> <li>・今後の取り組みについて</li> </ul>
協議結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各病院単位で退院調整の具体的運用をとりまとめ、ケアマネに公開する</li> <li>・定期的に病院－ケアマネ協議を開催し、モニタリングする</li> <li>・可能な範囲内で退院調整ルールを協議する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院－ケアマネ協議の進め方について合意</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各病院単位で退院調整の具体的運用をとりまとめ、ケアマネに公開する</li> <li>・定期的に病院－ケアマネ協議を開催し、モニタリングする</li> <li>・医療県内で退院調整ルールを運用する</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・継続的な取り組みが必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括Cには余裕がない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・継続的な取り組みが必要</li> </ul>
感想	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院側、ケアマネ側に負担をかけすぎないように弾力的な対応が必要と感じた</li> <li>・病床機能報告等も活用した評価指標の確立が期待されるように感じた</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新たな地域支援事業の対応等で地域包括Cには余裕がなく、可能な範囲内で対応するの必要を感じた</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院・病棟によって職員体制や患者像が異なり、統一的なルールは可能な範囲内の運用が必要と感じた</li> <li>・ケアマネによって在宅医療に関する理解に違いがみられ、研修が必要と感じた</li> </ul>



(工) 決定した退院調整ルールの内容

## 退院調整ルールの概要

要介護状態の患者の居宅への退院準備の際に病院からケアマネに引き継ぐ  
(退院直前のケアマネへの引き継ぎや引き継ぎがない自宅退院をなくす)



入院・入所時情報提供書

情報提供先医療機関等名  
担当医 内 科

先生 様

紹介元居宅介護支援事業者  
名 称  
所在地  
電話番号  
介護支援専門員名

以下のとおり利用者にかかる情報を提供いたします。

印

利用者氏名	性別	被保険者番号
利用者住所		
電話番号		
生年月日	大正 年 月 日 ( 歳 )	職業

総合的支援の方針(今回の入院により生じた介護支援専門員の在宅生活へ向けた要望・意向)

変化あり

変化なし

既往歴と発症年月日(把握しているもの)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

家族背景及び家族状況(キーパーソン)について

在宅での療養及び生活の経過について

医療系サービスの利用状況について

訪問看護 回/週  居宅療養管理指導  短期入所療養介護(老健・療養) 日/月

訪問リハビリ 回/週  通所リハビリ(デイケア) 回/週

介護(福祉)系サービスの利用状況について

訪問介護 回/週  通所介護(デイサービス) 回/週  短期入所生活介護 日/月

訪問入浴介護 回/週  福祉用具貸与(  特殊寝台  車いす  エアーマット  その他( ) )

通院医療機関と現在の服薬内容について

要介護状態等区分について

要支援1  要支援2  要介護1  要介護2  要介護3  要介護4  要介護5

認定の有効期間: 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)について

自立  J1  J2  A1  A2  B1  B2  C1  C2

認知症高齢者の日常生活自立度について

自立  I  IIa  IIb  IIIa  IIIb  IV  M

入院前(疾患発症前)の日常生活動作(ADL)の状況について

移動  自立  見守り  一部介助  全介助

食事摂取  自立  見守り  一部介助  全介助

方法  見守り  手引き  杖  歩行器

方法  箸  スプーン  自助具  フォーク

車いす  その他( )

排泄  自立  見守り  一部介助  全介助

口腔ケア  自立  見守り  一部介助  全介助

方法  トイレ  PTトイレ(  常時  夜間 )

方法  歯ブラシ  ガーゼ  スポンジ

おむつ(  常時  夜間 )

入歯(  あり  なし )

認知症の周辺症状

無  有

幻視  幻聴  妄想  昼夜逆転  暴言  暴行  介護への抵抗  徘徊

火の不始末  不潔行為  異食行動  性的問題行動  その他 [ ]

今後の在宅生活に向けた本人及び家族の要望・意向

本人

家族

現状の介護に関する問題点・課題(今後予測される生活上のリスクや介護力の評価等について)

備考(連絡事項等)

※退院前家屋訪問 及び 退院前カンファレンスへの参加を希望いたします。予定が決まり次第、連絡ください。  
 ※退院後、利用を予定する介護サービスの調整を適切に実施するためにも予定する退院日から10日前には  
 連絡をお願いします。

医療機関受け取り日 平成 年 月 日  
 受取者 署名



## 居宅介護(予防)支援計画作成にかかる診療情報提供書

居宅介護支援事業者 管理者 様

氏名		生年月日	
住所		既往歴	1. ( )年より 2. ( )年より 3. ( )年より

診断名	1. 2. 3.	胸部X線所見 <input type="checkbox"/> 直接 <input type="checkbox"/> 間接 肺野異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
自覚所見	1. 2. 3.	
身体所見 ( <input type="checkbox"/> に✓)	心音( <input type="checkbox"/> 純 <input type="checkbox"/> 不純) 不整脈( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 麻痺( <input type="checkbox"/> 全 <input type="checkbox"/> 片 部位: ) 嚥下障害( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 視力障害( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 構音障害( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 聴力障害( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 失語( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 失調( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	頭部MRI or CT所見 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
血圧	~ mmhg	心電図所見
尿検査	蛋白( ) 糖( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
血液検査	HBS抗原( ) HCV( ) アルブミン( g/dl) Hb( g)	
感染症	(特に梅毒、肝炎、MRSA、緑膿菌など、または、アレルギーのある場合に介護サービス利用者への影響について記載ください)	
食事状況 ( <input type="checkbox"/> に✓)	(糖尿病食、心臓病食、高血圧食等のカロリー・塩分制限等食事療法が必要な場合に記載下さい) <input type="checkbox"/> 糖尿食 単位 <input type="checkbox"/> 心臓病食 カロリー <input type="checkbox"/> 高血圧食 g <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 形態 <input type="checkbox"/> 軟菜食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> とろみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ゼリー	
リハビリの必要性 ( <input type="checkbox"/> に✓)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語療法 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下療法 <input type="checkbox"/> 口腔機能向上 <input type="checkbox"/> その他( )	
入浴時の注意事項 ( <input type="checkbox"/> に✓)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 酸素飽和度 <input type="checkbox"/> 姿勢保持角度 <input type="checkbox"/> 入浴禁(清拭施行) <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 全身浴 <input type="checkbox"/> 半身浴 <input type="checkbox"/> 部分浴(部位: )	
医療処置 ( <input type="checkbox"/> に✓)	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 経管栄養 [ <input type="checkbox"/> 胃 瘻 <input type="checkbox"/> 鼻腔 ] <input type="checkbox"/> 酸素療法 ( ) <input type="checkbox"/> ストーマ (部位: ) <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (部位: ) (大きさ: × ) <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> インシュリン(単位:朝: 昼: 夕: ) <input type="checkbox"/> 導尿 [ <input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 他者 ]	投薬内容についてご記入ください。(朝、昼、夕別の服薬)
医療系サービス利用にかかる留意事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

障害老人の日常生活自立度( ) 日常生活機能評価 /20点	認知症高齢者の日常生活自立度( ) HDS-R /30点
認知症の周辺症状( <input type="checkbox"/> に✓) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 [ ]	

上記のとおり、利用者にかかる診療情報を提供いたします。

医療機関の名称	記入年月日	
	医師氏名	④

◇ 各病院における退院調整ルール

平成27年2月27日現在

医療機関	すでに介護保険を利用している場合(入院前にケアマネが決まっている場合)					新たに介護保険を利用する場合(ケアマネが決まっていない場合)		
	1 病院の窓口(電話・FAX)は？	2 入院7～10日目までの「在宅可能」判断は可能？	3 誰がケアマネに電話連絡する？	4 誰がケアマネと面談する？	5 退院日が決まったら誰がケアマネに連絡する？	6 誰が家族に介護認定について説明する？	7 誰がケアマネとの契約を支援する？	8 契約したケアマネに病院のどの職員が連絡する？
市立砺波総合病院	病棟看護師または地域医療連携室 TEL 0763-32-3320 (FAXは地域医療連携室) FAX 0763-33-1591	大方は可能だが疾患によっては今後の見通しが立ち難く判断が困難な場合がある	病棟看護師または地域医療連携室	状態確認については病棟看護師	病棟看護師または地域医療連携室 家族	申請の声かけは病棟看護師 利用の説明は地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室
南砺市民病院	地域医療連携科 TEL 0763-82-0515 FAX 0763-82-0532	専門職としての判断は可能。当院では病棟、連携科でのダブルチェックが機能している。	入院後1週間以内に地域医療連携科MSWにて連絡する。家族がケアマネを把握していなくても連携科で入所前住所等から事業所に問い合わせる。	入院時情報提供書を持参する時点では地域医療連携科MSW。その後は病棟Ns、療法士など必要に応じて面談。	地域医療連携科MSW or 家族	IC時は主治医、Nsから説明。詳しくはその後に地域医療連携科MSWへ依頼する。	地域医療連携科MSW	初回等新規導入時は地域医療連携科MSW。その後は病棟Ns、療法士など必要に応じて連絡
公立南砺中央病院	地域連携室 TEL 0763-53-2228 FAX 0763-53-2205	基本は在宅支援。カンファレンス等でも在宅を検討している。おおむね判断は可能だが困難な場合がある。	地域連携室 入院したこと連絡は基本患者家族	地域連携室または患者の担当看護師	患者家族 地域連携室	主に地域連携室 病棟看護師からも説明することがある	地域医療連携室	地域医療連携室
北陸病院	地域医療連携室(病棟担当PSW) TEL 0763-62-1950 FAX 0763-62-1810	不可能な場合が多い。2週間程度での判断は可能。	PSW 看護師	Dr(主に治療経過)看護師(病棟内での様子)PSW(退院後の生活面・サービ調整など)	PSW 看護師 家族	医師 PSW 看護師	PSW	PSW 看護師
北陸中央病院	地域医療連携センター TEL 0766-67-1150 FAX 0766-68-3733	難しい場合もある	地域医療連携センター	MSW 退院支援Ns	MSW 退院支援Ns	MSW 退院支援Ns	MSW 退院支援Ns	MSW 退院支援Ns
あおい病院	TEL 0763-33-7888 FAX 0763-33-7900	病状、高齢、認知症の為困難	医療ソーシャルワーカー(介護支援相談員)	医療ソーシャルワーカー(介護支援相談員)	医療ソーシャルワーカー(介護支援相談員)	医療ソーシャルワーカー	医療ソーシャルワーカー	医療ソーシャルワーカー
砺波サンシャイン病院	入院相談担当者 今川 TEL 0763-33-0800 FAX 0763-33-7585	ケースバイケースだが、短期入院が少ないので不明	家族	当院のケアマネ	家族	当院のケアマネ	当院のケアマネ	当院のケアマネ
砺波誠友病院	支援サービス課 TEL 0763-33-7766 FAX 0763-33-6767	不可能	医療ソーシャルワーカー	医療ソーシャルワーカー	医療ソーシャルワーカー	医療ソーシャルワーカー	医療ソーシャルワーカー	医療ソーシャルワーカー
となみ三輪病院	事務所 TEL 0763-37-1000 FAX 0763-37-0800	不明	相談員(窓口)	相談員	相談員	相談員	相談員	相談員
ふくの若葉病院	相談部(地域連携機能あり) TEL 0763-23-1011(代) FAX 0763-23-1020	ほぼ可能	相談部職員:ケアマネ(病棟ケアマネ)・社会福祉士	相談部職員:ケアマネ(病棟ケアマネ)・社会福祉士	病棟ケアマネ	病棟ケアマネ	病棟ケアマネ	病棟ケアマネ
太田病院	病院受付電話 TEL 0766-67-0443 FAX 0766-67-4540	判断は容体によりケースbyケースで、可能もあり。	看護師	看護師	看護師	病院のケアマネ	病院のケアマネ・事務	看護師:病気について 事務:事務的なこと
小矢部大家病院	ソーシャルワーカー(地域連携部) TEL 0766-67-2002 FAX 0766-67-2288	可能かどうかをカンファレンスで話している	ソーシャルワーカー(地域連携部)	ソーシャルワーカー(地域連携部)	ソーシャルワーカー(地域連携部)	ソーシャルワーカー(地域連携部)	ソーシャルワーカー(地域連携部)	ソーシャルワーカー(地域連携部)
つざわ津田病院	連携担当者(事前に電話を) TEL 0766-61-8585 FAX 0766-61-8830	可能な人もいるが、実際在宅受け入れ不可能な人が紹介入院される	連携担当者	連携担当者	連携担当者 病棟社会福祉士	連携担当者 医事の入院担当者	連携担当者	連携担当者
西野内科病院	医療福祉相談室 TEL 0766-67-1730 FAX 0766-67-1798	時と場合によっては判断可能な事もある	医療ソーシャルワーカー	家族と医療ソーシャルワーカー、担当看護師	家族と医療ソーシャルワーカー	医療ソーシャルワーカー	医療ソーシャルワーカー	医療ソーシャルワーカー

(才) 事業全体についての感想

	都道府県 担当者	苦労した内容と対応したこと：
		・保健所や市町村の認識や取り組みに格差がある ⇒ 継続的な研修や連絡会を通じて取り組みのノウハウを普及。
		退院調整ルール策定に関わった感想：
		県内のモデル圏域以外の2圏域で独自に退院調整に取り組まれているが、今回の事業は標準的な退院調整支援の進め方として大変参考になった。
退院 調整	保健所 担当者	苦労した内容と対応したこと：
		・病院によって看護部長の力量が異なる ⇒ 保健所から院長・事務長に説明・協力要請し看護部長を支援。 ・病院によって連携室まかせになっている ⇒ 看護部長を病院の代表者とし、病院としての退院調整の取り組み及び病棟と連携室の役割を明確化。 ・病棟ごとで患者やスタッフの状況が異なる ⇒ ポイントを絞り、各病院の退院方針は病院単位でとりまとめ。 ・病院や事業所によって運営方針が異なる ⇒ あまり細かく決めすぎず、ルールは継続的に見直し、要支援は弾力的。 ・状態が安定してからの介護保険の申請と退院調整のための準備期間とにタイムラグが生じる ⇒ 介護保険組合のオブザーバー参加
		退院調整ルール策定に関わった感想：
		保健所におけるモデル事業の位置づけが曖昧であったが、従来からの地域リハビリテーション事業の延長として実施した。圏域医療計画・地域医療構想の取り組みや緩和ケア、認知症、難病などの取り組みと連動する必要性を感じた。

(カ) 第6期介護保険事業計画における在宅医療・介護連携を推進する準備と今年度の活動

体 制	モデル事業の都道府県担当課：
	高齢福祉課
	保健所の体制：
	保健所名：砺波厚生センター 退院調整ルール策定に関する担当課：保健予防課地域保健班 職種・人員：保健師5名、管理栄養士1名
モデル事業開始前の圏域での在宅医療・介護連携事業の状況	1. 圏域全体としての実施の有無：有 2. なしの場合、圏域内で実施していた市町村名： 3. 圏域内の市町村での担当課の有無：各市とも有（砺波市地域連携推進室、南砺市地域医療・ケア局地域包括課、小矢部市健康福祉課） 4. 実施状況 ・圏域として： 地域連携パス、緩和ケア・認知症ケア・難病ケアの研修会・連携会議等 ・市町村単位として： 各市医師会在宅医療支援センターを中心に多職種による研修会や事例検討会
準備期	情報収集（地域診断）で得た情報
	圏域での入院完結率：78.3%；H23、(85.1%；H20) 圏域外への入院の程度（圏域別）：砺波医療圏から、県外 5.4%、高岡医療圏 10.0%、富

山医療圏 5.0%

郡市医師会、看護協会について：各会の存在する地域：医師会は砺波医師会、南砺市医師会、小矢部市医師会の3カ所、看護協会は支部1カ所

ケアマネ協会等の有無、組織率：砺波地方居宅介護支援事業者連絡協議会 組織率 100%  
地域包括支援センター（圏域内の市町村別の数。直営・委託別）：3カ所；すべて各市直営

圏域での退院調整についての聞き取り調査の結果

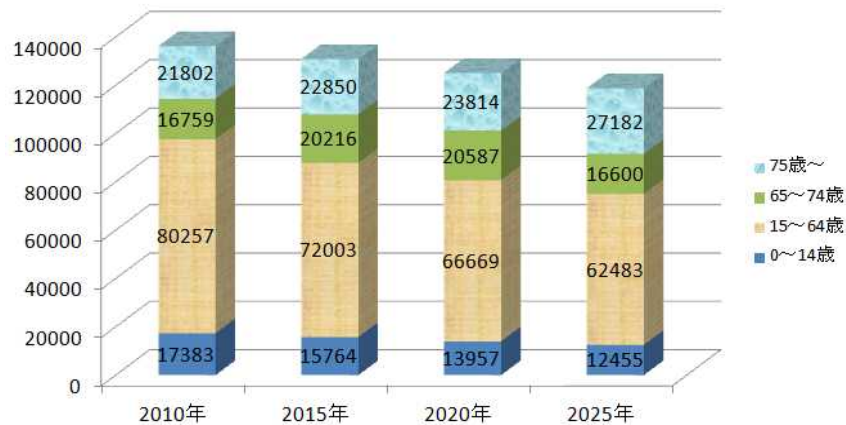
地域包括支援センターの認識

- ・医師や看護師からの情報入手が難しいことがある
- ・病院によって対応が異なる

ケアマネ協会のケアマネの認識

- ・医師や看護師からの情報入手が難しいことがある
- ・病院によって対応が異なる

圏域における人口動態推計グラフ



2010年から2025年での、生産年齢人口減少率：22.1%

後期高齢者数の増加率：24.7%

#### 戦略策定会議の状況

参加者（所属、職種、人数）：

保健所；医師1名、保健師2名

市町村；地域包括課1名（社会福祉士・ケアマネ）、病院の看護師6名、ワーカー7名

議論の内容と合意された戦略：

- ・ケアマネ協議会（砺波地方居宅介護支援事業者連絡協議会）会長が参画する砺波医療圏公的病院地域医療連携室連絡会（隔月開催）を退院調整の戦略会議として位置づける。
- ・地域リハビリテーション事業、圏域医療計画と連携しながら進める。
- ・厚生センター（保健所）が中心となって、医療圏全体の関係機関・団体との調整を行う。

課題：

- ・厚生労働省のモデル事業への理解（関係者がかしこまってしまう）
- ・病院によって入院患者状況や職員体制の違いが大きく、退院調整ルールはある程度、病院ごとで取り組まざるをえない
- ・病院全体としての取り組みが必要（病棟によって異なる）
- ・事業所によってケアマネの活動方針に違いがみられる

#### 市町村、関係組織への調整

参加者（所属、職種、人数）：

	<p>保健所；医師1名、保健師2名 市町村；地域包括課1名（社会福祉士・ケアマネ）、病院の看護師6名、ワーカー7名</p> <p>議論の内容と合意された戦略：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネ協議会（砺波地方居宅介護支援事業者連絡協議会）会長が参画する砺波医療圏公的病院地域医療連携室連絡会（隔月開催）を退院調整の戦略会議として位置づける。</li> <li>・地域リハビリテーション事業、圏域医療計画と連携しながら進める。</li> <li>・厚生センター（保健所）が中心となって、医療圏全体の関係機関・団体との調整を行う。</li> </ul> <p>課題：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・厚生労働省のモデル事業への理解（関係者がかしこまってしまう）</li> <li>・病院によって入院患者状況や職員体制の違いが大きく、退院調整ルールはある程度、病院ごとで取りまざるをえない</li> <li>・病院全体としての取り組みが必要（病棟によって異なる）</li> <li>・事業所によってケアマネの活動方針の違いがみられる</li> </ul>
実施期	<p>2014/6/10：管内病院看護部長会議 2014/7/4：砺波地域居宅介護支援事業者協議会 2014/9/1, 2014/9/26：ケアマネ協議会役員会 2014/10/6：病院－ケアマネ協議会 2015/2/17：ケアマネ協議会役員会 2015/2/27：病院－ケアマネ協議会</p>
来年度の在宅医療・介護連携に係る事業の予定	<p>モデル二次医療圏内</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院－ケアマネ協議会を継続的に開催</li> <li>・公的病院地域医療連携室連絡会（隔月開催）、保健師等リーダー連絡会（3ヵ月毎開催）、脳卒中連絡会（4ヵ月毎開催）で、医療介護連携の取り組みについて継続的に協議</li> <li>・圏域地域医療構想において医療介護連携について協議</li> </ul> <p>モデル二次医療圏における各市町村内</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・砺波医療圏の各市医師会在宅医療支援センターと市・地域包括支援センター（砺波市、南砺市、小矢部市）が連携し、保健所の支援のもとで多職種による医療介護連携（会議、研修、普及啓発等）に継続的に取り組む</li> </ul>
在宅医療介護連携事業の振り返り	<ul style="list-style-type: none"> <li>・二次医療圏で病院ネットワーク＋ケアマネネットワークを構築し、疾患を問わない医療介護連携を進める貴重な機会になった。標準的な退院調整支援の進め方として大変参考になった。</li> <li>・サイボウズによる厚労省や他県からの情報は大変役に立った。</li> <li>・県全体に取り組みノウハウの普及が必要。</li> <li>・今後、病院勤務医や医師会の退院調整に関する理解を進める必要。</li> <li>・介護保険地域支援事業での在宅医療・介護連携推進事業、地域医療構想（在宅医療）等との連携・調整が必要。</li> <li>・保健所事業としての位置づけを明確化する必要。</li> </ul>



## 4. 滋賀県

### 滋賀県大津圏域の状況

#### (1) モデル二次医療圏の状況

##### 特徴

中核市保健所としての管轄地域と二次保健医療圏域が同一である地域において、県、保健所（＝市）、地域包括支援センターが、地域内の全病院及び全ケアマネ事業所のネットワーク化を行った上で、病院・ケアマネ協議を継続し、地域共通の退院調整ルール運用を実現。

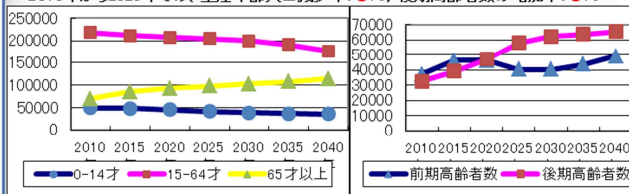
##### 基本情報(平成27年1月1日現在)

市町数	1 カ所
総人口	342,633 人
面積	464.10 km <sup>2</sup>
65歳以上高齢者数	78,786 人 23.0 (%)
入院完結率	82.3 %
圏域内病院数	15 カ所
うち急性期病床を持つ病院数	6 カ所
地域包括支援センター設置数	直営 7 カ所 委託 0 カ所
ケアマネ事業所数	140 カ所
郡市区医師会数	1 カ所



##### 【圏域における人口動態推計】

2010年から2025年での、生産年齢人口減少率：●％、後期高齢者数の増加率：●％



##### ○ケアマネへの引き継ぎがなかった退院の割合

日付	要支援	要介護	合計
26年6月	5/6 (83.3%)	36/99 (36.3%)	43/109 (39.4%) (介護度不明4名含む)

##### ○入院時情報提供書の提出がなかった入院の割合

日付	要支援	要介護	合計
26年6月	3/18 (16.7%)	66/119 (55.0%)	69/137 (50.4%)

##### ○行政内の組織体制

###### 都道府県の体制

医療・介護の横断的な定期協議に参加している課	
担当課	医療福祉推進課

###### 保健所の体制

保健所名	事業に参加している課および職種(人数)
大津	・(主担当)保健総務課(保健師1名) ・保健所参事(医師 1名) 【必要時】 ・保健総務課(理学療法士1名) ・保健予防課(保健師1～2名)

圏域内の病院参加率	100%
圏域内の【急性期病床を持つ病院】参加率	100%
圏域内の地域包括支援センター参加率	100%
圏域内のケアマネ事業所参加率	66.4%

## (2) モデル二次医療圏の取組状況

### (ア) 府県・保健所・市町村の協働体制の構築過程

体制構築への手順	<p><b>【県庁】</b></p> <p><b>【保健所】</b> 保健総務課において、医療介護連携事業を実施しており、同事業担当の保健師が本モデル事業を担当とした。</p> <p>4月30日 県医療福祉推進課と市保健所保健総務課とで、事業の主旨および役割について確認</p> <p>5月2日 市保健所保健総務課と市健康長寿課(地域包括所管課)とで事業の主旨、役割の確認、協力の合意を得る</p>
----------	---

### (イ) 圏域内の関係機関との調整

市町村 (特に中核市)、 関係組織への調整	<p><b>【手順】</b></p> <p>大津市内部においては戦略策定の段階で合意。また、地域包括に関しては6月4日に主任ケアマネの会議において、事業説明、取組みにおける協力を要請し、合意を得る。</p> <p>県・市の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、ケアマネ協議に対して、個別に説明と現状認識に関するヒアリングを行い、合意を得る。(5月中旬～下旬)</p> <p><b>【工夫した点】</b></p> <p>地域包括および各団体においてはこれまでからも、医療介護連携に関する独自の取組みをしているため、これまでの取組みを尊重しつつ、本事業との連動を図っていただけるよう配慮して説明を行った。</p>
各コーディネーターの役割	<p>都道府県担当者： 他圏域への波及を視野に、モデル保健所と一体的に事業に参画</p> <p>都道府県アドバイザー： 主として病院とケアマネ合同会議において最終議論のまとめと今後の方向性に関する指導助言</p> <p>保健所： 実践当事者</p> <p>市町村： ー</p> <p>地域包括支援センター： GW のファシリテーター、現場の声(ケアマネ)を吸い上げまとめ、次への議論に繋ぐ。事業推進のコア的役割</p>

(ウ) 各協議の状況、経過

現地支援(1回目)

	病院の組織化	ケアマネの組織化	ケアマネ協議①
	2014/7/3	2014/7/10	2014/9/16
参加者	(総数) 63人 ・病院 (13/15 病院) 24人 (うち看護部長 10人) ・大津市 (包括・その他) 18人 ・県 5人 ・その他関係団体 6人 ・その他行政 8人	詳細参加者数不明 ※市介護保険課主催の、介護サービス事業所対象の情報提供会の場を活用。 全体の参加者数は200~250人であるが、そのうちのケアマネの人数は不明	・居宅介護支援事業所 51/138 事業所 59人 ・包括 7/7 包括 9人 ・保健所 3人
協議内容	・事業説明 ・「各病院における退院紙片への取組みと課題」について意見交換	・事業説明および調査や協議への協力を依頼	・事業説明 ・アンケート結果説明 ・アンケート結果を踏まえてグループワーク ① 「連携」してほしい人(状態像) ② 退院支援に共有したい情報
協議結果	・モデル事業への積極的な参加について合意 在院日数の短縮化が進む中、病院(病棟看護師)としてもケアマネとの積極的な連携が更に必要であるため、モデル事業により両者が理解しあえる機会となるよう、病院としても積極的に参加する。	ケアマネ以外の職種も多く、一方的な発信の形になったため、ケアマネとの協議はない。	① 「連携」してほしい人(状態像) ② 退院支援に共有したい情報 の2点について、一定の案が出された。 これをもとに、次回の検討を行う。
課題	・病院の規模の格差が大きく領域も異なる中、どこまでのルール作りが可能か明確になっていない。 ・大規模な病院では複数の病棟に浸透させていくことが困難と予測される。	・このような取組みにおいては、現状でも積極的なケアマネと消極的なケアマネとが極端に分かれる。出来るだけ多くのケアマネに参加してもらうよう、周知と啓発を図る必要がある。	連携したいケースについて「全ての退院ケース」とするグループなど、課題を具体的に掘り下げていけないグループや抽象的な意見も多くあり、病院への提案をしていくためには、課題を整理して、具体性を持った提案になるようにしていく必要がある。
感想	事業開始にあたり、モデル事業でキーとなる一般病床を有する6病院に対しては、看護部長に対して直接説明とヒアリングを行って、協力的な感触を得ていたことで、比較的安心して会議を開催することが出来た。また、会議終了後のアンケートでも参加病院全てが協力の意思を明確にしていたため、期待の大きさを感じた。	6月中に、ケアマネ協との合意は出来ており、キーとなる人材の合意は得られていたが、このような取組みに積極的な「いつもの顔ぶれ」で終わらないようにするためには、どのように周知していくことが必要か悩む。	モデル事業においては、ルールやツールを作成することになるが、本来はルールやツールを活用して、コミュニケーションがうまく取れなければ連携は成立しないと考える。このためには「なぜそうするのか？」が説明できるケアマネのアセスメント力が、退院支援への成否に影響すると感じた。



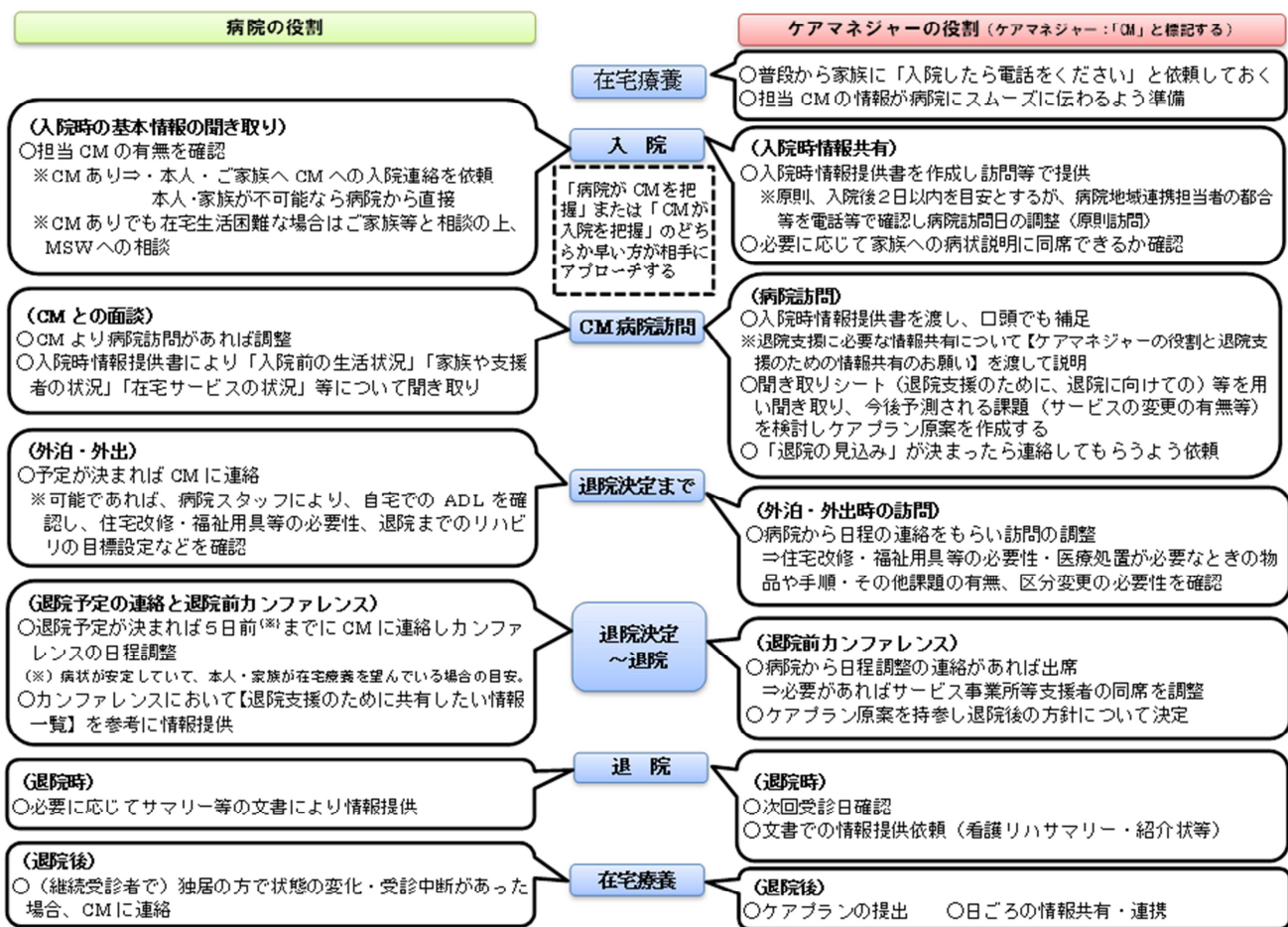
現地支援(2回目)

	ケアマネ協議②	病院-ケアマネ協議①	ケアマネ協議③
	2014/10/21	2014/11/27	2015/1/16
参加者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅介護支援事業所 50/138 事業所 64人</li> <li>・包括 7/7 包括 9人</li> <li>・保健所 3人</li> </ul>	(総数) 69人 <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院 (13/15 病院) 23人</li> <li>・介護支援専門員 9人</li> <li>・大津市 (包括・その他) 18人</li> <li>・県 5人</li> <li>・その他関係団体 6人</li> <li>・その他行政 8人</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅介護支援事業所 65/138 事業所 79人</li> <li>・包括 7/7 包括 9人</li> <li>・保健所 3人</li> </ul>
協議内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前回の内容を受けてグループワーク</li> <li>いつのタイミングでどのような連携、情報共有ができるか?</li> <li>※「ケアマネがいる場合」「新規で申請する場合」の2パターンについてワークシートを利用して協議</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業概要説明</li> <li>・アンケート結果説明</li> <li>・ケアマネの役割について説明</li> <li>・退院支援ルール案説明</li> <li>・退院支援ルール案等について意見交換</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院-ケアマネ協議①の報告</li> <li>・グループワーク</li> <li>①入院時情報共有の現状</li> <li>②退院時の情報共有のために、ほしい情報とその理由を明らかにする</li> </ul>
協議結果	「在宅～入院時～入院中～退院決定～退院～在宅」という時系列で、「ケアマネの役割」「病院の役割」に分けて整理した。	退院支援ルール案について基本的に合意	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時の情報共有のための方法や様式もルールに位置付ける必要がある</li> <li>・退院時の情報共有に必要な情報とその理由</li> </ul>
課題	退院支援ルール策定を焦点に協議をしてきたが、入院時の連携をいかに早く行うかが、その後の連携に大きく影響することが全体の認識となってきた。 今後、ケアマネとしては「入院をいかに早く把握するか?」という点についても協議を深める必要がある。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今回は活発に議論するところまではいかなかった。参加者の要望も踏まえて次回の合同会議では、病院・ケアマネ混合のグループワークを取り入れることとする。</li> <li>・今回の提案に対し、個々の病院における受け止めや課題について把握する必要がある (次回までに個別ヒアリング)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時の情報提供の有無、方法やタイミング、様式にケアマネの個人差が大きい</li> <li>・入院の情報がタイムリーに得られていないため、病院との連携に支障が出ているので、ルールの中に入院時の情報共有についても明確にする。</li> </ul>
感想	今回の協議を通して、入院が在宅療養のプロセスの一時点であることを改めて確認したように思う。 ルール策定においては、病院側の動きが不明なところが多く、ケアマネの要望というレベルであると感じる。 今後の、病院との協議の中で、病院の機能や動きを知りより現実的な提案にしていくことが必要であると感じる。	初回の合同会議であり、退院支援ルール案に対して、病院側からどのような意見が出るかが不安であったが、会議中も、会議後のアンケートにおいても前向きな回答が多く、少し安心した。しかし、未参加の病院もあり、個々の病院での受け止めについては今後の議論をスムーズに進めるために次回までに把握し、提案内容に反映させる必要がある。(県担当保健師と分担して個別にヒアリング実施する)	今回、入院時の情報共有について意見交換したことで、全体としてこの点についての重要性(「入院時情報共有が退院支援の結果に大きく影響する」こと)を共通認識できたと感じる。

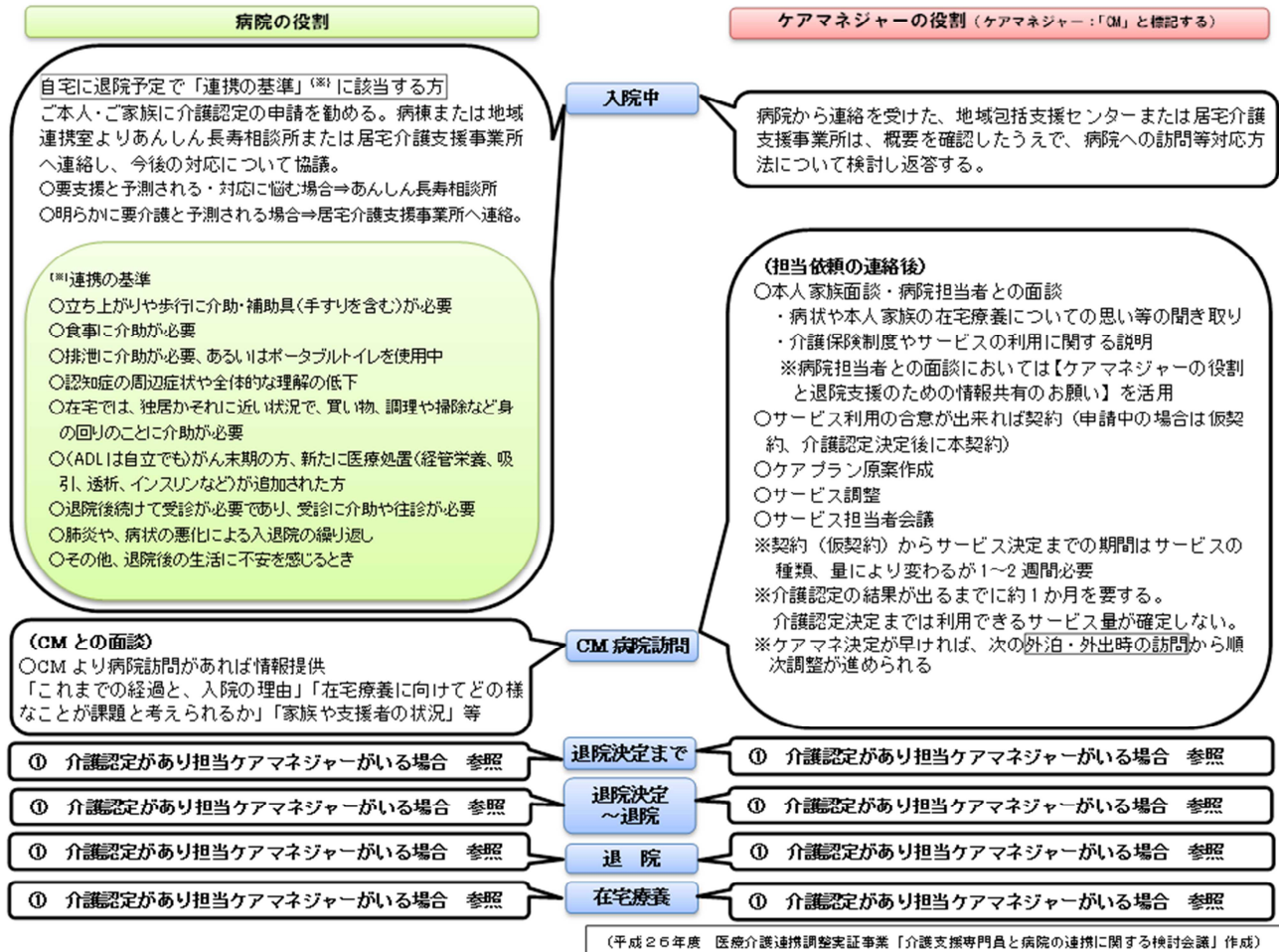
	病院－ケアマネ協議②	ケアマネ協議④	病院－ケアマネ協議③
	2015/2/4	2015/2/16	2015/3/20
参加者	(総数) 63人 ・病院 (13/15 病院) 24人 ・介護支援専門員 13人 ・大津市 (包括・その他) 13人 ・県 4人 ・その他関係団体 2人 ・その他行政 6人	・居宅介護支援事業所 65事業所 84人 ・包括 7/7 包括 9人 ・保健所 4人	(総数) 120人 ・病院 (14/15 病院) 22人 ・介護支援専門員 58事業所 70人 ・大津市 (包括・その他) 15人 ・県 3人 ・その他関係団体 1人 ・その他行政 (多圏域保健所) 9人
協議内容	・前回らの経過およびケアマネ協議③を受けての報告 ・グループワーク ①退院支援ルール原案について修正の必要な点と改善内容の具体策の提案 ②入院時情報共有 (特に利用者の入院) をスムーズに行うためには？	・前回らの経過および病院 - ケアマネ協議②を受けての報告 ・グループワーク ①終案についての確認 ②ニュアルの内容について	・「大津保健医療圏域における病院とケアマネジャーの入退院支援の手引き (試行版)」の内容と今後の運用スケジュールについての説明 ・グループワーク ルールを効果的に運用するために
協議結果	①原案についての大きな修正はなし ②利用者の入院についての情報共有についてケアマネ、病院双方ができることについての提案	①退院時情報提供書を病院に記載してもらおうか、ケアマネが聞き取るかで意見が分かれ、事務局で再検討することとなる。 ②退院支援ルールを含むマニュアルの内容について ※今回協議を受けての最終案を、次回の病院ケアマネ協議③までに全ケアマネ、全病院に提示し意見を聞き、次回会議に最終試行案を示すこととする。	手引き (試行案) で進めていく (運用スケジュール) H27.4～5月 周知・手引き配布 6月～ 試行開始 H27.8月・H28.2月 検討会議実施
課題	双方とも入院時の情報共有が退院支援を円滑に行うためのポイントであることは共有できた。 原案に対する大きな修正意見はなく、全体として前向きな意見が多く出ているが、こまごました点については運用しながら修正していく必要がある。	【上記協議結果①についての事務局検討結果】 ・退院時の情報はケアマネが聞き取りをすることとなる。 ・聞き取りシートについては、今回のケアマネ協議から様式案を示すが各自の判断で使用することを最終案とする。 ・また、ケアマネが病院スタッフとのコミュニケーションを円滑に行えるよう、入院時情報提供を行う際に、退院時に必要な情報を依頼するための資料を追加で作成することとなる。	・各病院の体制が違う中どこまで浸透させていけるか ・今回の協議に参加していないケアマネにどのように理解を得て浸透させていくのか ・経験の浅いケアマネがうまく活用していけるか ・今回のルールでケアマネの基本的な動きは整理できたが、病院の対象とする領域により連携における個別の課題もあり今後どのように整理していくか
感想	病院－ケアマネ協議①以降に全病院に対して、初回提案内容と、協議全体に対する意見をヒアリングした。この中で提案内容に対して大きな異論はなく、個々のヒアリングができたことで今回に向けての意識統一が図れていたと感じる。 なお、当初から懸念していたことであるが、本ルールは急性期での入院を主な対象としており、回復期・療養型、精神科の各領域における病院とケアマネの連携についての課題も聞かれており、今後の課題として検討していく必要がある。	退院時の情報共有について意見が分かれたが、事務局における再協議の結果として上記無いようになった。 ケアマネ自身が聞き取りをすることは、エネルギーの必要なことであるが、病院スタッフとのコミュニケーションの機会を増やすこと、アセスメント能力の向上につながるなどがあると感じる。経験の浅いケアマネであっても、自信をもって行えるよう、入院時情報提供を行う際の補足資料が効果的に活用され、コミュニケーションを円滑に行えることを期待する。	これまでの病院－ケアマネ協議のケアマネの参加者は代表数名であったが、最終回は試行案の説明をするため、できるだけ多くの病院関係者とケアマネに周知すること、および全体としてこれから取り組んでいくための意思統一を図ることを目的として、全ケアマネに参加案内をした。 今回、全体を通して約参加した事業所は3分の2であり、今後継続的に運用していくためには、全体へ浸透させることが重要な課題と感じる。

(工) 決定した退院調整ルールの内容

2 入退院支援における病院とケアマネジャーの連携 ～① 介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合～



2 入退院支援における病院とケアマネジャーの連携 ～② 新たに介護保険サービスを受ける場合～



### 3 ②ケアマネジャーの役割と情報共有について

(以下配布用リーフレット内容)

ケアマネジャーの役割と退院支援のための情報の共有についてのお願い

利用者（患者）様氏名

事業所名

担当ケアマネジャー

(連絡先：電話

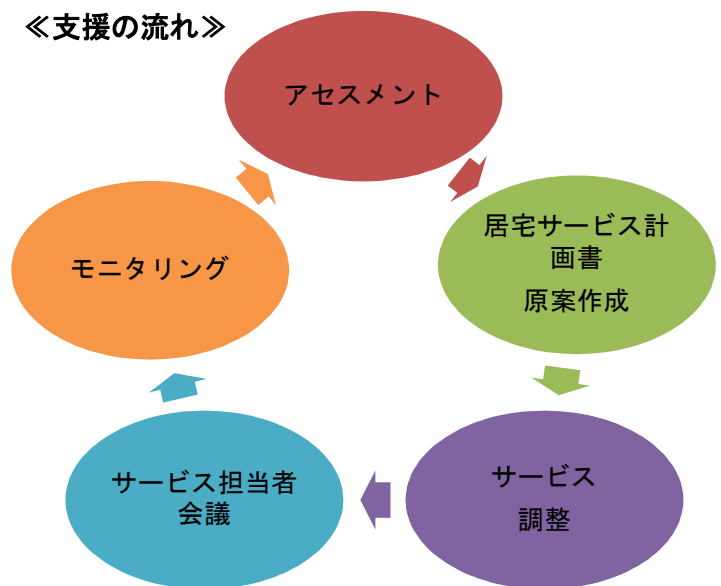
(連絡先：FAX

#### 【ケアマネジャーの役割】

○ケアマネジャーとは、「介護保険制度」において、要支援または要介護と認定された人が、適切な介護保険サービスを受けられるようにするために、介護サービス計画等を作成する専門職である介護支援専門員のことです。

○ご本人・ご家族の望まれる生活が実現できるように、医療・介護サービス関係者や地域の方と協力して支援をしていきます。

#### 《支援の流れ》



#### 【今後の支援にあたりお伝えしたいこと】

---

---

---

---

裏面に【退院支援のために共有したい情報一覧】がありますので、ご参照ください。

## 【退院支援のために共有したい情報一覧】

これらの情報は、一般的に必要な情報を掲載しています。個々の状況により、必要度、詳細、追加に必要な情報等については変わってきますので、担当ケアマネジャーと病院担当者との間で協議の上情報共有をします。

本人に関する こと	(医療に関すること)	・ 診断名	・ 今回入院の理由
		・ 病院からの「病状の説明内容」	・ 本人・家族の「受け止め方」・「今後の希望」
	(ADL) 介助の必要度	・ 移動方法	・ 食事摂取（嚥下の状況も含む）
		・ 更衣	・ 入浴
		・ 排泄	
	(認知症・理解力)	・ 理解力	・ 入院中の周辺症状の有無とある場合の対応
		・ 服薬管理	
家族に関する こと	(今後の治療)	・ 治療内容	・ 受診の必要性
		・ リハビリの必要性	・ 薬物治療内容
		・ 訪問看護への情報	
	(生活上の指示)	・ 食事制限（形態・水分・エネルギー等）・活動制限	
	(在宅に必要な医療処置)	・ 種類	・ 方法（新たに準備する物品の有無・準備状況も）
		・ 誰が処置をするか（家族の場合は習得状況）	
		(経済状況) ※入院中に変化があった場合	
その他 必要な 情報	・ 制度利用の有無	・ 金銭管理の担当	
	・ 世帯構成（別居の場合はその所在地）	・ 主介護者及び介護力	
	・ キーパーソン（金銭管理・介護・様々な方針決定などに関して）		
	・ 緊急連絡先	・ 家族の支援状況	
	・ 家族以外の支援者（公的な支援者・地域の支援者等）		

（平成26年度 医療介護連携調整実証事業「介護支援専門員と病院の連携に関する検討会議」作成）



## — 入院時情報提供書について —

### 「入院時情報提供書」の提案の背景と目的について

滋賀県介護支援専門員連絡協議会

会長 今井 悟

#### 1. 入院時情報提供書の提案の背景と位置づけ

国は、急増する後期高齢者の入院ニーズに対応するため、病院の平均在院日数の短縮化を推し進めています。こうした中、介護支援専門員には、要介護高齢者の「退院支援」に積極的に関わるとともに、「円滑な退院を支援する」ことへの貢献が求められています。

さて、我々が行った退院事例調査によると、

- ① 退院事例の約7割は急性期病床からの退院である
- ② 急性期病床からの退院患者の入院原因疾患をみると、肺炎や心疾患の方が多かったが、そのうちの約8-9割は、要介護者の入院である
- ③ 急性期病床からの退院患者に対し、退院前訪問指導は1割程度しか行われていない  
(自宅の療養環境や入院前の生活状況を、病院側は十分には把握できていない)

などがわかりました。これらの事実と国の施策動向から、「急性期病床との入院時の連携の強化を図ること」を解決すべき優先課題の一つと考えました。

今回、提案する「入院時情報提供書」は、この課題を解決(改善)するための「手段」として開発したものです(もちろん、急性期病床だけでなく、回復期リハ病床や療養病床から退院される場合にもお使い頂けるものとなっています)。

#### 2. 項目をどのように選定していったかー連携強化に向けてー

「連携」とは、お互いの強みと弱みを理解しあった上で、お互いの機能を補完しあうために行うものです。ただし、連携自体が目的ではなく、あくまで「要介護高齢者の退院をより円滑にする(安心して退院してもらう)」という共通目標を達成するために連携を行うのです。

では、病院専門職と介護支援専門員の、お互いの「強み」と「弱み」は何でしょうか。

今後、急性期病床では平均在院日数がさらに短縮される方向です(現在の17日が9日程度に)。そうすると、次のようなことが起こると想定されます。

- ・入院直後から「退院支援計画」の策定を開始せざるを得なくなる。
- ・退院前訪問指導などを行う時間的、人力的な余裕がなくなる。  
(入院前の生活状況や療養環境の、直接的な把握がより困難になる)
- ・入院期間中の「退院指導」が完結しなくなる  
(退院後を含めた継続指導(病院看護師と訪問看護師の役割分担と連携)が必要となる)。
- ・入院中のリハや看護(退院指導を含む)の提供に関しても、自宅退院に向けた焦点化(重点化)が必要となる(ゴール設定とゴール達成に向けた方法論の検討が重要となる)。

【入院時情報提供書（居宅介護支援事業所→医療機関）】※本情報提供に関しては、ご本人・ご家族の承諾を得ています。

病院担当者様（記入日：H\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 入院日：H\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日）

基本情報	フリガナ		性別	生年月日	年齢			
	氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	M・T・S ____年____月____日	____歳			
	住所							
	キーパーソン	( ) (TEL)						
入院歴	要介護度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( )						
	過去半年間の入院有無と原因疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (H____年____月____日～____年____月____日) (原因疾患)						
入院前の生活	屋内歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (移動手段) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他						
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない(入浴場所) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問入浴						
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (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 <input type="checkbox"/> パウチ						
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (食事形態) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> 経管栄養						
困りごと	入院前の生活上の困りごと	(本人の困りごと)	(家族の介護上の困りごと)	(住環境/用具使用上の課題)				
認知	認知機能	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 不明 (※ケアマネが入院前の状況を判断)						
	BPSD	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声を出す						
処置等	処置	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 (____ℓ/分) <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡						
	薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (内服) <input type="checkbox"/> 一包化 (外用) <input type="checkbox"/> 貼付 <input type="checkbox"/> 塗布 <input type="checkbox"/> 点眼						
医療支援体制	主治医	機関名	医師名					
		<input type="checkbox"/> 訪問診療 (頻度: ) (緊急時訪問対応) <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可						
	訪問歯科	機関名	(TEL)					
	訪問看護	事業所名	(入院前の訪問看護) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (緊急時訪問対応) <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可					
薬局	(TEL)							
週間計画		日	月	火	水	木	金	土
	午前							
	午後							
退院に向けて	自宅での生活継続に対する思い	(本人) <input type="checkbox"/> 強く希望 <input type="checkbox"/> 出来れば希望 <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> 不安 (家族) <input type="checkbox"/> 強く希望 <input type="checkbox"/> 出来れば希望 <input type="checkbox"/> どちらともいえない (本人次第) <input type="checkbox"/> 不安						
	ケアマネからみた生活上の一番の課題							
事業所名					担当者名			
所在地								
連絡先	TEL: ( ) -				FAX: ( ) -			

□裏面に住環境（玄関、居室、トイレ、お風呂、トイレやお風呂までの移動部分等）がわかる写真や見取り図を添付しています。



【退院調整のための聞き取りシート】  
 (【連携のための情報一覧】を基本に作成)

退院支援シート(ケアマネジャー聞き取り用)

記入者: \_\_\_\_\_

氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
面談日時	平成 年 月 日( )午後・午前 時 分～ 時 分			場所			
面談者				連絡先(所属名)			
入院理由(病名)							
退院予定日	平成 年 月 日頃						
①病院から本人、家族への「病状の説明内容」 ②「本人・家族の受け止め方」 ③「患者・家族の今後の希望」など							
今後の治療方針等	治療方針、受診計画、訪問看護への支持内容等						
在宅主治医							
次回受診	不要・在宅医へ・本院へ(受診科名: ) 平成 年 月 日( ) 時 分						
薬物治療	なし・あり(内容⇒ )						
リハビリ	なし・あり(内容⇒ )						
医療処置	なし・あり(内容⇒ ) ①内容:バルンカテーテル・ストマ・インシュリン・喀痰吸引・胃ろう・じよく瘡・その他 ②方法(誰が行う):訪問看護・家族(具体的には?)						
生活上制限	なし・あり(内容⇒ )						
ADL	自立	見守り	介助一部	全介助	病棟での様子		
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	車椅子・杖使用・歩行器使用・装具、補助具使用		
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	普通食・治療食( kcal・糖尿病食・高血圧食・腎臓病食・その他)経管栄養		
					主食:米飯・全かゆ・ミキサー (平均摂取量 割程度)		
					副食:通常・一口大・きざみ・ミキサー(とろみ付け:無・有)(平均摂取量 割程度)		
					水分摂取:1日 ml(制限:無・有(1日 ml))とろみ剤使用:無・有		
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴制限:無・有(シャワー浴・清拭・その他( ))		
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所:トイレ・ポータブル・尿器・オムツ		
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
理解力	問題なし・丁寧な説明必要・契約等困難						
療養上の問題	無・有(幻視・幻聴・興奮・不安・妄想・暴力・介護への抵抗・昼夜逆転・徘徊・危険行為・不潔行為・意思疎通困難 その他( ))						
経済状況	年金・生活保護・その他( )			金銭管理:本人・その他( )			
世帯構成	独居・高齢夫婦世帯・その他( )						
介護力	主介護者:			主介護者以外の支援者:			
家族の思い							
その他							

(平成 26 年度 医療介護連携調整実証事業「介護支援専門員と病院の連携に関する検討会議」作成)

(才) 事業全体についての感想

退院調整	都道府県担当者	苦労した内容と対応したこと：
		モデル的に大津圏域に限定して実施した今年度は、特に苦労をしたという思いは無い。今後、全県にどのように拡大していくか、早急に考えていかななくてはならないと認識している。
		退院調整ルール策定に関わった感想：
		医療と介護の連携の仕組みを構築していく過程を、丁寧に時間をかけて経験させてもらった。この考え方や手法は、他の地域の仕組みづくりに大いに活用できると思う。地域特性に応じた展開を応用編として実践していきたい。
	保健所担当者	苦労した内容と対応したこと：
		○包括の主體的な参加を促すこと⇒包括との直接的な意見交換の機会をできるだけ作るようにした。 ○病院側のネットワーク不足⇒病院への個別ヒアリングの実施（2回）・看護協会へのPR会議への参加要請 ○ケアマネ-病棟看護師の連携についての認識が低いこと⇒取り組みを知ってもらうため、学会や研修での報告、雑誌への投稿（日本看護協会機関紙「看護」）・マスコミへの情報提供
		退院調整ルール策定に関わった感想：
		○異職種間の連携において、言語、体制、価値観など多くの違いを整理し、すり合わせていくことが特に難しい。 ○今回は「急性期」病院を中心にルールの策定をしたが、全病院に参加してもらい意見交換することで、「回復期・療養型」「精神科」領域での病院とケアマネの連携の課題も見えつつあり、今回のルールを基本として各分野での応用、またそれぞれに応じた研修の機会を作る必要性を病院、ケアマネ、保健所が共通の認識を持たせたと思う（精神・難病担当保健師が今後の取り組みに参加し、これらについて考えていく役割を担う）。

(力) 第6期介護保険事業計画における在宅医療・介護連携を推進する準備と今年度の活動

体制	モデル事業の都道府県担当課：
	<p><b>【都道府県庁の体制】</b> 健康医療福祉部医療福祉推進課（在宅医療福祉推進担当・介護保険室）が事務局となり部内関係課を含む協議会を設置している。</p> <p><b>【医療・介護の横断的な定期協議の実施状況】</b> 参加している課：（庁内）医療福祉推進課、健康医療課、障害福祉課、薬務感染症対策課</p> <p><b>【事業の都道府県担当課】</b> 医療福祉推進課</p>
	保健所の体制：
モデル事業開始前の圏域での在宅医療・介護連携事業の	<p>1. モデル圏域の全市町村での取り組みの有無：有（大津市保健所管内）</p> <p>2. 1が「無」の場合、モデル圏域内で取り組みのあった市町村名：該当なし</p> <p>3. 取り組みが開始された時期：平成25年4月～</p>

状況	<p>4. 各市町村での担当課の有無および担当課：大津市保健所保健総務課</p> <p>5. 圏域内で行われていた取り組み：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ (H24～) 大津市医療福祉推進協議会</li> <li>○ (H25) 滋賀県在宅医療推進地域モデル事業実施： 医療福祉関係者合同研修会（多職種による企画会議（H24 滋賀県地域リーダー研修受講者を中心とした多職種と行政）により企画実施）</li> </ul>
準備期	<p>情報収集（地域診断）で得た情報</p> <hr/> <p>戦略策定会議の状況</p> <hr/> <p>市町村、関係組織への調整</p> <hr/>
実施期	<p>○市町医療・介護連携推進セミナーの開催（H25年度～）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・2025年を見据えた地域分析〔社会分析、需要分析、二次医療圏分析、19市町分析〕について（2014/8/27）</li> <li>・市町単位のグループワーク：テーマ「我がまちのデータから考えられること、考えなければならないこと」</li> </ul> <p>○市町在宅医療推進地域モデル事業補助（H25年度～）</p> <p>目的）在宅医療の推進に向け、地域特性の把握・分析、評価、多職種連携体制の構築や、従事する人材の育成、地域住民に対する普及啓発などに取り組む市町に対し、補助を行い、モデル事例を積み上げ、他地域への情報発信を行う。</p> <p>補助先）上限 3,000 千円×3 市町／年 (H25：大津市、彦根市、甲賀市 H26：野洲市、高島市、豊郷町)</p> <p>事業例)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 地域の資源状況把握・実態調査分析</li> <li>② 多職種協働による在宅チーム支援体制の充実強化</li> <li>③ 地域医師会を中心とする医療機関と介護事業者との協議の場の設置</li> <li>④ 病院のバックアップ体制の確保</li> <li>⑤ 24 時間 365 日の支援体制の構築</li> <li>⑥ 住民啓発</li> </ol> <p>○市町在宅医療・介護連携拠点機能整備推進支援（H23年度～）</p> <p>目的）在宅医療の推進には多職種連携が必須であることから、地域の多職種間の連携強化を図る拠点の整備が必要であることから、地域の実情に応じた拠点整備の促進を図る</p> <p>補助先)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① H23～26：地域医療再生基金を活用し、1カ所の二次医療圏で実施（湖北医療圏）</li> <li>② H23～27：地域医療再生基金を活用し、1カ所の二次医療圏で実施 (東近江医療圏)</li> <li>③ H24～25：地域医療再生基金を活用し、1カ所の二次医療圏で実施（湖東医療圏）</li> <li>④ H25～26：地域医療再生基金を活用し、2市で実施（近江八幡市、東近江市）</li> <li>⑤ H25～27：地域医療再生基金を活用し、1市で実施（守山市）</li> </ol> <p>事業例)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 主治医－副主治医制の検討実施</li> <li>② 多職種連携研修研究会の開催</li> <li>③ 在宅医療・介護連携サポートセンターの設置、運営 等</li> </ol>

来年度の在宅医療・介護連携に係る事業の予定	モデル二次医療圏内
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・来年度新規にモデル事業に取り組む予定はありませんが、大津医療圏が今年度策定した退院調整ルールの実践と評価を行うこととなっています。</li> <li>・全圏域において保健所が主体となって今年度のモデルを参考に退院調整ルール評価・検討を行う予定をしています。</li> </ul>
	モデル二次医療圏における各市町村内
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・上記のとおりです。</li> </ul>
在宅医療介護連携事業の振り返り	<p><b>【今後必要な事項】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院は、退院調整に向けて各病院内の組織化（システム化）に向けた協議を行うこと。</li> <li>・介護支援専門員が幅広くこのルールを活用するために、介護支援専門員の中で周知徹底を図ること。</li> <li>・組織を跨って協働で創りあげたルールを、具体事例をとおして使い勝手が良いものに継続的に実証・検証していくことが大事である。これからの勝負！</li> </ul> <p><b>【事業を実施した印象】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院と介護の連携基盤を作っていくベースの事業であった</li> <li>・多の事業にも波及、応用していける。</li> </ul> <p><b>【全県レベルでの取り組み】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院調整漏れ調査（県内の圏域比較）を行い、その分析をもとに、医療と介護が協働で連携の現状評価と推進に向けた作業を、保健所を中心に行っていきたい。</li> </ul>

## 5. 京都府

### 京都市中丹東圏域の状況

#### (1) モデル二次医療圏の状況

##### 特徴

地域内の各病院にはそれぞれにケアマネとの連携体制構築に取り組み始めていた地域において、京都府・府保健所、綾部市、舞鶴市が協働し、地域内の関係病院及び全ケアマネ事業所のネットワーク化を行った上で、病院・ケアマネ協議を継続し、地域共通の退院調整ルール運用を実現。

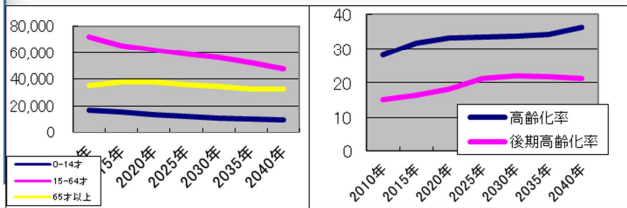
##### 基本情報

市町数	2カ所
総人口	122386人
面積	689.3 km <sup>2</sup>
65歳以上高齢者数	37366人 (30.5%)
入院完結率	83.4%
圏域内病院数	12カ所
うち急性期病床を持つ病院数	6カ所
地域包括支援センター設置数	直営 2カ所 委託 9カ所
ケアマネ事業所数 ※小規模多機能事業所含む	49カ所
郡市区医師会数	2カ所



##### 【圏域における人口動態推計】

2010年から2025年での、  
生産年齢人口減少率:18%  
後期高齢者数の  
増加率:20%



##### ○ケアマネへの引き継ぎがなかった退院の割合

日付	要支援	要介護	合計
H26年 6月	4/16(25.0%)	13/98(13.3%)	17/114(14.9%)
H26年12月	6/24(25.0%)	14/90(15.6%)	20/114(17.5%)

##### ○入院時情報提供書の提出がなかった入院の割合

日付	要支援	要介護	合計
H26年12月	18/34(52.9%)	24/91(26.4%)	42/125(33.6%)

##### ○行政内の組織体制

###### 都道府県の体制

医療・介護の横断的な定期協議に参加している課	リハビリテーション支援センター 高齢者支援課 地域包括ケア推進機構 医療課
担当課	リハビリテーション支援センター 高齢者支援課

###### 保健所の体制

保健所名	事業に参加している課および職種(人数)
中丹東保健所	・企画調整室 ・保健室 ・所長 ・次長 ・医師・保健師・事務(7名)

圏域内の病院参加率	75%
圏域内の【急性期病床を持つ病院】参加率	100%
圏域内の地域包括支援センター参加率	100%
圏域内のケアマネ事業所参加率	100%

## (2) モデル二次医療圏の取組状況

### (ア) 府県・保健所・市町村の協働体制の構築過程

体制構築への手順	<p>中丹東保健所および中丹東圏域リハビリテーション支援センターへの事業説明と事業実施のコンセンサス形成、京都府庁関係課間での事業内容および進め方についての情報共有。</p> <p>その後、本庁関係課等（リハビリ支援センター、高齢者支援課、医療課、地域包括ケア推進機構と対策監および副部長）による情報共有および協議の会を開催、保健所長会で取り組みを紹介、地域リハ支援センター連絡会での紹介等を実施。</p>
----------	---

### (イ) 圏域内の関係機関との調整

市町村 (特に中核市)、 関係組織への調整	<p><b>【手順】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・2市、医師会（綾部、舞鶴）、看護協会（綾部、舞鶴）、綾部地区ケアマネ協会に対して、事業開始前に事業趣旨、内容等の説明と協力依頼</li> <li>・昨年解散した舞鶴地区ケアマネ協会に対して、旧役員に取り組んできた内容などをヒアリング、事業への協力依頼</li> </ul> <p><b>【工夫した点】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・中丹東圏域で取り組む意義について、地域実状に配慮しつつ丁寧に説明を行い、関係機関の参加意欲を高めるよう努めた。</li> </ul>
各コーディネーターの役割	<p>都道府県担当者：厚生労働省（国アドバイザー）・府アドバイザー・保健所担当者との連絡調整、府内における事業位置付けの検討と普及の取り組みの実施、保健所担当者と共にネットワークの構築、協議の運営を実施。</p> <p>都道府県アドバイザー：事業全体の進捗管理、府内への事業の普及、都道府県担当者・保健所担当者へのアドバイスを実施</p> <p>保健所：直接的に病院・ケアマネのネットワーク構築を図り、病院・ケアマネ協議の運営およびルール作成を実施</p> <p>市町村：保健所の実施する病院・ケアマネのネットワーク化の取り組みを連携協力</p>

(ウ) 各協議の状況、経過



	ケアマネの組織化	病院の組織化	ケアマネ協議
	2014/8/22	2014/8/29	2014/9/29
参加者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等のCM：51事業所から56名（全59事業所）</li> <li>・市町村職員：2名（圏域内2市から各1名）</li> <li>・京都府関係者（保健所含む）：10名</li> <li>・圏域の地域リハビリ支援センターコーディネーター：1名</li> </ul> 計 69名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・圏域内の医療機関の看護部長および地域連携室MSW：9病院から17名（対象全9病院）</li> <li>・圏域地域リハビリ支援センターコーディネーター：1名</li> <li>・京都府関係者（保健所含む）：9名</li> </ul> 計 27名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・第1回目で選出された地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等のCMの代表：18名</li> <li>・市町村職員：2名（圏域内2市から各1名）</li> <li>・京都府関係者（保健所含む）：9名</li> <li>・圏域の地域リハビリ支援センターコーディネーター：1名</li> </ul> 計 30名
協議内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業説明</li> <li>・圏域内の退院調整に関する実態調査報告</li> <li>・各市域でのこれまでの取り組みの発表（ケアマネから）</li> <li>・グループ討議「病院との連携で困ったこと、病院への要望」、「ケアマネの立場からみた必要なルール」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業説明</li> <li>・圏域内の退院調整に関する実態調査報告</li> <li>・各病院からの現状報告「退院調整の時期や退院調整の必要な患者の選出方法等について」</li> <li>・意見聴取（情報共有）：「ケアマネ協議で出た意見の一部紹介」、「ケアマネとの連携で困ったことや病院からの要望」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院調整ルールに関する原案作成（病院側に提案するためになぜこのようなルールを提案したのかの理由も明確にしつつ作成）</li> <li>・病院-ケアマネ合同協議に向けた準備</li> </ul>
協議結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「圏域内の退院調整に関するルールは必要」</li> <li>・「今まで実施してきたことも含めて整理し直すことで良い関係を築いていきたい。」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「圏域内の退院調整に関するルールは今までのものを整理し直すことも含めて必要。」</li> <li>・「ルールが権利主張の材料だけにならないよう配慮する必要がある。」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「入退院調整ルール案」として病院側に提案する原案をケアマネ代表者合意の上で作成した。</li> </ul>
課題	対象圏域内における退院調整モレ率は低めの結果であったが、急な退院による直前調整を含めると調整で困ったケースは少なくないため、退院調整モレだけでなく情報共有の時期や質の部分も含めてルール作成する必要があり課題。	各病院の機能や体制によって対応できる内容に差異があり、今後、具体的なルールを作成していく上で病院側全体としての合意を図っていくかは課題。	相互の連携が深まれば情報の共有等は円滑となり、退院調整モレは減少することが期待できるが、急な退院（直前調整）でケアマネが困ることはなかなか減らないことが予想され、どのようにルールに盛り込むかは課題。
感想	圏域内の退院調整モレ率は低めの調査結果であったが、必ずしもケアマネさんの印象とは一致していない部分もある様子がみられ、今後、ルール作成していく上ではこの印象の不一致点へも配慮が必要であると感じた。	各病院ともそれぞれに今までから何らかの取り組みをされており、ルール作成（整理）には前向きであるが、今までの取り組みから外れる部分が生じた際の合意形成が難しそうな印象も受けた。	退院調整ルール作成ありきで進めると医療側と介護側の双方をルールで縛ってしまうような事態になりかねず、また、ルールが出来ても形骸化してあまり使用されないような物になる可能性もあるためこれらへの配慮も必要であると感じた。



	病院－ケアマネ協議①	病院－ケアマネ協議②	病院－ケアマネ協議③
	2014/10/31	2014/11/25	2015/1/13
参加者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全9病院の各病院代表：17名</li> <li>・地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等のCMの代表：15名</li> <li>・市町村職員：3名（圏域内の1市から）</li> <li>・京都府関係者（保健所含む）：7名、</li> <li>・地域リハビリ支援センター：1名</li> <li>・国アドバイザー：2名</li> </ul> 計 45名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全9病院の各病院代表：17名</li> <li>・地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等のCMの代表：17名</li> <li>・市町村職員：3名（圏域内の2市から）</li> <li>・京都府関係者（高齢者支援課、リハ支援センター、保健所）：10名</li> <li>・圏域地域リハ支援センター：1名</li> </ul> 計 48名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全9病院の各病院代表：18名</li> <li>・地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等のCMの代表：16名</li> <li>・市町村職員：1名（圏域内の1市から）</li> <li>・京都府関係者（保健所含む）：8名</li> <li>・圏域地域リハ支援センター：1名</li> </ul> 計 44名
協議内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業経過説明（病院協議・ケアマネ協議の概要を説明。）</li> <li>・病院側、ケアマネ側双方から入退院の現状についてそれぞれの立場から意見を紹介。</li> <li>・提案されたルール原案を基にグループ討議実施。</li> <li>・国アドバイザーからのアドバイス</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・これまでの経過と現状の確認（調査結果も含めて復習的内容）</li> <li>・入退院ルール原案の内容を検討（→病院・ケアマネ混合のグループに分かれて討議し、それぞれに発表いただいて、その内容について意見を聴取する形式で実施。）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・これまでの経過と現状の確認（調査結果も含めて復習的内容）</li> <li>・入退院ルール修正案の内容を検討（→出席者全員で修正案を討議していただく形式で実施。）</li> </ul>
協議結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「（圏域内の）入退院調整ルール」を病院側とケアマネ側の双方がともに協議しながら作成していくことを合意。</li> <li>・作成するルールは、「互いを縛るためのものとならないようなルール」とすることを決定。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院時情報提供内容について合意。</li> <li>・退院時カンファレンスは原則開催することとし、カンファ参加者は双方相談で決定（最少2名カンファもあり）することで合意。等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院の第一報は相互努力とし、入院7日目までに連絡が無ければ病院から連絡。ケアマネは原則、病院に入院時にも情報提供する。</li> <li>・退院の際に看護サマリーを原則ケアマネに提供する。ケアマネはケアプランを病院に提供する。等について合意</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・まだ相互の立場の理解は十分とは言えず、「相互に立場があること」と「相互の立場を尊重しながらのルール作成が必要」との認識を得た程度。今後は更に相互理解を深めつつ、具体的ルール作成を進める必要があり課題。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各病院の機能（急性期か、回復期か、療養病床中心か等）によって対応の可否に差があるため、微妙なルール設定が行いにくく、また、その事をケアマネ全員に理解してもらう必要があり課題。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院側・ケアマネ側ともに少し負担が大きいルールとなった感があり、ルール運用後に修正が必要である可能性が高い。（特に地域包括支援センターからの入院時の情報提供や全ケースに対する病院からの看護サマリー提供等）</li> </ul>
感想	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初めての合同協議のため、双方とも本音の意見が出にくい状況があったが、ルール内容の検討前の相互状況を含む自己紹介は終えることができた。次回以降、具体的ルール内容検討を重ねることで更に互いを知り合ってもらえるものと期待する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院側・ケアマネ側ともに代表者による協議のため、状況等もよく理解されており、内容の検討も比較的スムーズに進んだが、ルール活用は圏域内の全関係者に活用いただくことを常に意識する必要があると感じた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ルール作成において、必要性を基にした検討はなされたが、実現可能か（負担感が大きいかな）どうかの検討が不十分であったように感じており、運用後のメンテナンス協議の際にはこの視点での検討も必要だと感じた。</li> </ul>



H27年4月から運用開始

	<p>病院－ケアマネ全体会議①</p> <hr/> <p>2015/2/24</p>
参加者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全9病院の各病院代表：16名</li> <li>・地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等のCMの代表：68名</li> <li>・市町村職員：5名（圏域内の2市から）</li> <li>・京都府関係者（高齢者支援課、リハ支援センター、保健所）：10名</li> <li>・圏域地域リハ支援センター：1名</li> </ul> <p>計 100名</p>
協議内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業経過説明（これまでの協議で出た意見の紹介含む）</li> <li>・運用前調査結果の報告</li> <li>・入退院連携マニュアルの最終案の説明（最終案の承認）</li> <li>・ルール運用にあたっての意見交換（管内2市および京都地域包括ケア推進機構等から）</li> <li>・今後のスケジュール説明</li> </ul>
協議結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成27年度（4月1日）から入退院連携マニュアルの運用開始について</li> <li>・運用後半年頃のメンテナンス協議（振り返り協議）の実施について</li> <li>・運用数ヶ月後の運用後状況調査実施について</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・作成したルールを实际運用していく中で生じる不具合を修正する際、各病院や事業所の体制による不具合をどこまで認めたルールとしていくのか等の落とし所の模索。</li> <li>・もともと比較的連携の取れていた地域のため活用後の効果を見せにくく課題。</li> </ul>
感想	<p>ようやく「入退院調整ルール」が完成し、運用開始となったが、これからが本番であり、必要に応じてルールの修正を行うとともに、関係者にルールを活用し続けてもらうためにも活用で得られる効果を実感してもらえるよう工夫が必要。</p>

(工) 決定した退院調整ルールの内容

(中丹東圏域版)  
入退院連携マニュアル

～ 病院とケアマネジャーとの円滑な連携を目指して ～



平成27年4月

京都府

## 目 次

<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 入院時の情報提供のルール . . . . . 1           <ul style="list-style-type: none"> <li>①入院時の情報提供</li> <li>②病院が入院時に欲しい情報</li> <li>③入院時情報提供用紙</li> <li>④入院の第一報</li> <li>⑤要支援者の連絡</li> <li>⑥個人情報の適切な取り扱い</li> </ul> </li> <li>(2) 退院調整のルール（連絡時期・対象患者） . . . . . 2           <ul style="list-style-type: none"> <li>①2～3週間程度の入院期間の連絡時期</li> <li>②長期入院（3週間以上）や入院期間が未定の連絡時期</li> <li>③新規契約者の支援</li> <li>④退院調整が必要な患者 . . . . . 3</li> <li>⑤「退院調整を開始する」と判断する基準</li> </ul> </li> <li>(3) 退院調整のルール（退院前カンファレンスから退院） . . . . . 4           <ul style="list-style-type: none"> <li>①退院前カンファレンスの参加者</li> <li>②ケアマネジャーが退院前カンファレンスで欲しい情報</li> <li>③在宅退院時情報確認書（ケアマネジャー用）</li> <li>④退院日の連絡</li> <li>⑤看護サマリーの提供</li> <li>⑥退院後のケアプランの提供</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>事務フロー図（中丹東圏域における入退院連携マニュアル） . . . . . 5</li> <li>全病院の院内担当窓口等の一覧表 . . . . . 6</li> <li>参考様式1（入院時情報提供用紙：京都府共通患者情報提供書） . . . . . 7</li> <li>参考様式2（入院時情報提供用紙：舞鶴版サービス利用調書） . . . . . 8</li> <li>参考様式3（在宅退院時情報確認書ケアマネジャー用） . . . . . 10</li> <li>関係機関一覧表           <ul style="list-style-type: none"> <li>（病院、地域包括支援センター、小規模多機能型居宅介護事業所） . . . . . 11</li> <li>（居宅介護支援事業所） . . . . . 12</li> </ul> </li> </ul>
--	---

(目的)

医療と介護が連携を図ることにより、病院から在宅への復帰を円滑にし、退院後も安心して療養できる環境づくりを目的として、本マニュアルを作成する。

## (1)入院時の情報提供のルール

### ①入院時の情報提供

ケアマネジャー（地域包括支援センターを含む。以下同じ）は、担当する要介護者及び要支援者が入院した場合は、原則として入院時情報提供用紙（別添 参考様式1又は参考様式2）を病院にFAX又は担当窓口を持参する。（参照：病院窓口一覧表）

<情報提供を省略できる例>

検査のための入院、白内障等の短期入院（概ね1週間以内）で状態が変化する可能性が低い場合、入退院を何度も繰り返している場合 など

### ②病院が入院時に欲しい情報

- ・既往歴
- ・かかりつけ医（精神科等を含む）
- ・在宅中のADL
- ・療養上の問題点
- ・精神的な状況（認知症のレベル等）
- ・緊急連絡先、家族（介護力、協力的か等）、キーパーソン
- ・介護サービス利用状況（福祉用具の使用状況等）
- ・自宅の状況（住宅改修の有無、内容）

※ケアマネジャーは、上記の情報を病院に提供できるよう努力する。

### ③入院時情報提供用紙

ケアマネジャーが記入して、病院に情報提供するものですが、参考様式1又は参考様式2の使用は強制ではなく、現在使用中の様式等で上記②の内容が記載できる場合は、独自の様式を使用しても構わないものとする。

### ④入院の第一報

患者が入院したことを早期に把握してその後の調整を行うために、病院担当者と担当ケアマネジャーは入院がわかれば出来るだけ早く相互に連絡するように努める。

なお、ケアマネジャーからの第一報又は入院時情報提供用紙の提出がない場合（目安として入院後7日以内）は、担当ケアマネジャーが分かり次第、病院担当者から連絡する。

### ⑤要支援者の連絡

要支援者については、患者の状態（介護サービスが福祉用具貸与のみの場合など）に応じて、電話連絡等の簡便な方法による情報提供も可とする。

### ⑥個人情報の適切な取り扱い

医療介護の連携で必要な情報提供について、利用目的の院内掲示等や契約時の包括同意を取るなど、個人情報の適切な取り扱いを行う。

## (2) 退院調整のルール（連絡時期・対象患者）

### ① 2～3週間程度の入院期間の連絡時期（目安）

病院担当者は、下記④の患者に対して、**入院後7日目位で「退院調整を開始する」と判断する基準（下記⑤の基準を参照）**に合致するかを判断し、概ね基準を満たしている場合は、ケアマネジャーに連絡する。

なお、連絡時期の目安を入院後7日目とするのは、**できる限り退院の1週間前**（ケアマネージャと新規契約する方は出来る限り早く）にケアマネジャーへ連絡できるように設定しているためである。

〔一律的に入院後7日目位で連絡するのではなく、下記⑤の基準を概ね満たした時点でケアマネジャーに連絡する趣旨である〕

#### ◆運用上での留意事項

- \* 病院担当者は、入院時に面談や情報提供にて担当ケアマネジャーの有無を確認
- \* 病院からケアマネジャーへの連絡は、できるだけケアマネジャーに直接行う。  
（家族を通じての連絡は、正確に伝わらない可能性がある）
- \* 入院前と状態の変化がないという情報も大事な情報であり、「変化なし」の情報提供も含めて、退院時はケアマネジャーへの情報提供を行っていく。
- \* 他病院等へ転院する場合についても、ケアマネジャーに連絡を行う。  
（転院先から在宅退院や施設入所の相談対応時に、転院前の情報が必要）
- \* 急な退院となった場合は、直ちにケアマネジャーに連絡する。
- \* 病院から退院連絡がないと気づいた際は、ケアマネジャーから病院に確認する。
- \* ケアマネジャーは、入院中の患者の状態等を把握するため、病院担当者と連携を図りながら病院への訪問を行うなど、できる限り状態確認に努める。

### ② 長期入院（3週間以上）や入院期間が未定の連絡時期（目安）

#### ○ 中間連絡

病院担当者は、長期入院となる場合や入院期間が未定の場合は、**長期入院が判明した時点又は入院後2週間目位**で、入院状況や退院見込み等をケアマネジャーに、**中間連絡**する（その後の連絡は、必要に応じて適宜行う）。

ただし、入院時にケアマネジャーが退院見込み等を確認している場合は、省略することができる。

#### ○ 退院調整の連絡

病院担当者は、下記④の患者に対して、**退院調整を開始すると判断される基準（下記⑤の基準を参照）**を概ね満たす場合は、ケアマネジャーに連絡する。

（病院・ケアマネジャー間で連携が図れていれば、必要に応じて弾力的な運用可）

### ③ 新規契約者の支援（介護保険申請・ケアマネジャー決定）

病院担当者は、介護サービスが新規に必要なと思われる入院患者に対して、介護保険申請及びケアマネジャーを決定するための支援を行う。

なお、介護保険申請及び認定手続きに約1ヶ月間を要するため、**速やかに申請手続き及びケアマネジャーを決定**できるように努める。

#### <見込まれる介護度と連絡先>

- 中・重度者（要介護）の場合 ⇒ 居宅介護支援事業所へ連絡
- 軽度者（要支援）の場合 ⇒ 地域包括支援センターへ連絡
- 判断に迷った場合 ⇒ 地域包括支援センターへ連絡

④退院調整が必要な患者(退院時の状態で判断)

○退院調整が必要な患者

- ・入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- ・排泄、食事、立ち上がりや歩行に介助が必要
- ・退院後に医療処置(経管栄養、吸引、インシュリン、褥瘡、在宅酸素など)が必要
- ・在宅療養で介護力(家族等)に不安
- ・認知症の周辺症状や全般的な理解の低下
- ・悪性腫瘍(末期)、誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症
- ・住環境整備(住宅改修、福祉用具)が必要

⇒ 1項目でも該当すれば、ケアマネジャー又は地域包括支援センターへ連絡

○それ以外で、注意が必要な患者

- ・独居又はそれに近い方で、調理や掃除など身の回りの介助が必要
- ・食事制限(治療食、塩分、水分など)が必要、又は栄養指導が必要
- ・服薬管理に注意が必要
- ・アルコール依存症
- ・精神疾患、難病
- ・緊急入院、繰り返し入退院
- ・介護保険が未申請

⇒ 状況に応じて、ケアマネジャー又は地域包括支援センターへ連絡

※入院前に担当ケアマネジャーが既にいる場合は、入院前と状態の変化がなく退院調整が必要でないと思われる場合であっても、退院前には「状態の変化なし」の情報提供を含めて、ケアマネジャーには連絡する。

⑤「退院調整を開始する」と判断する基準

- ・病状がある程度安定した状態で、家族にも相談がされて在宅での介護が可能そうである。

※介護保険未申請や担当ケアマネジャーが決まっていない方で介護が必要と思われる場合は、速やかに申請手続き及びケアマネジャー決定のための支援を行う。

### (3) 退院調整のルール（退院前カンファレンスから退院）

退院前カンファレンスの開催は、病院担当者とケアマネジャーで相談の上で決定する（ただし、短期間入院、検査入院、レスパイト入院は除く）。

病院担当者は、ケアマネジャーに必要な情報（下記②を参照）を面談日までに院内の関係者から収集し、ケアマネジャーとの面談時に患者情報を説明する。

#### ① 退院前カンファレンスの参加者

退院前カンファレンスの参加者は、患者の状態等に応じて病院担当者とケアマネジャーで相談の上で決定する。従って病院担当者とケアマネジャーのみの場合もあり得る。

#### ② ケアマネジャーが退院前カンファレンスで欲しい情報 （アンダーラインは、特に主治医に確認しておいて欲しい内容）

- ・ 家族（キーパーソン）関係
- ・ 入院日、退院（予定）日
- ・ 食事の形態、塩分・水分・カロリー等の制限の有無
- ・ 禁忌事項
- ・ リハビリ、入浴時の制限（血圧・脈拍等）
- ・ 医療処置の内容、家族等への説明程度（誰にどの程度説明したか、告知状況）
- ・ 予後（どういふ場合に再受診するかの目安など）
- ・ 本人、家族の病気に対する受け止め
- ・ 退院後に想定される看護・介護上の問題
- ・ リハビリの情報
- ・ 病名、病歴、薬
- ・ 認知症及び感染症の状況
- ・ 移動の手段
- ・ 処方
- ・ 次回受診日 → 看護サマリーを参照する
- ・ 最終入浴日、最終排便日、睡眠状況 → 看護サマリーを参照する
- ・ 持ち帰り物品等 → 看護サマリーを参照する

#### ③ 在宅退院時情報確認書（ケアマネジャー用）

ケアマネジャーが、病院から退院調整で共有情報を引き継ぐ際に使用するものですが、参考様式3の使用は強制ではなく、現在使用中の様式等で必要な情報が確認できる場合は、独自シートを使用しても構わないものとする。

#### ④ 退院日の連絡

病院担当者は、退院日が決定したらケアマネジャーに連絡する。  
（退院前カンファレンス時に退院日が決定している場合は、連絡不要）

#### ⑤ 看護サマリーの提供

病院担当者は、退院時の看護サマリーを本人又は家族の同意を得た上で、原則としてケアマネジャーに提供する。（家族に渡す場合は、速やかにケアマネジャーに渡すように説明するとともに、ケアマネジャーにもその旨伝えておく）。

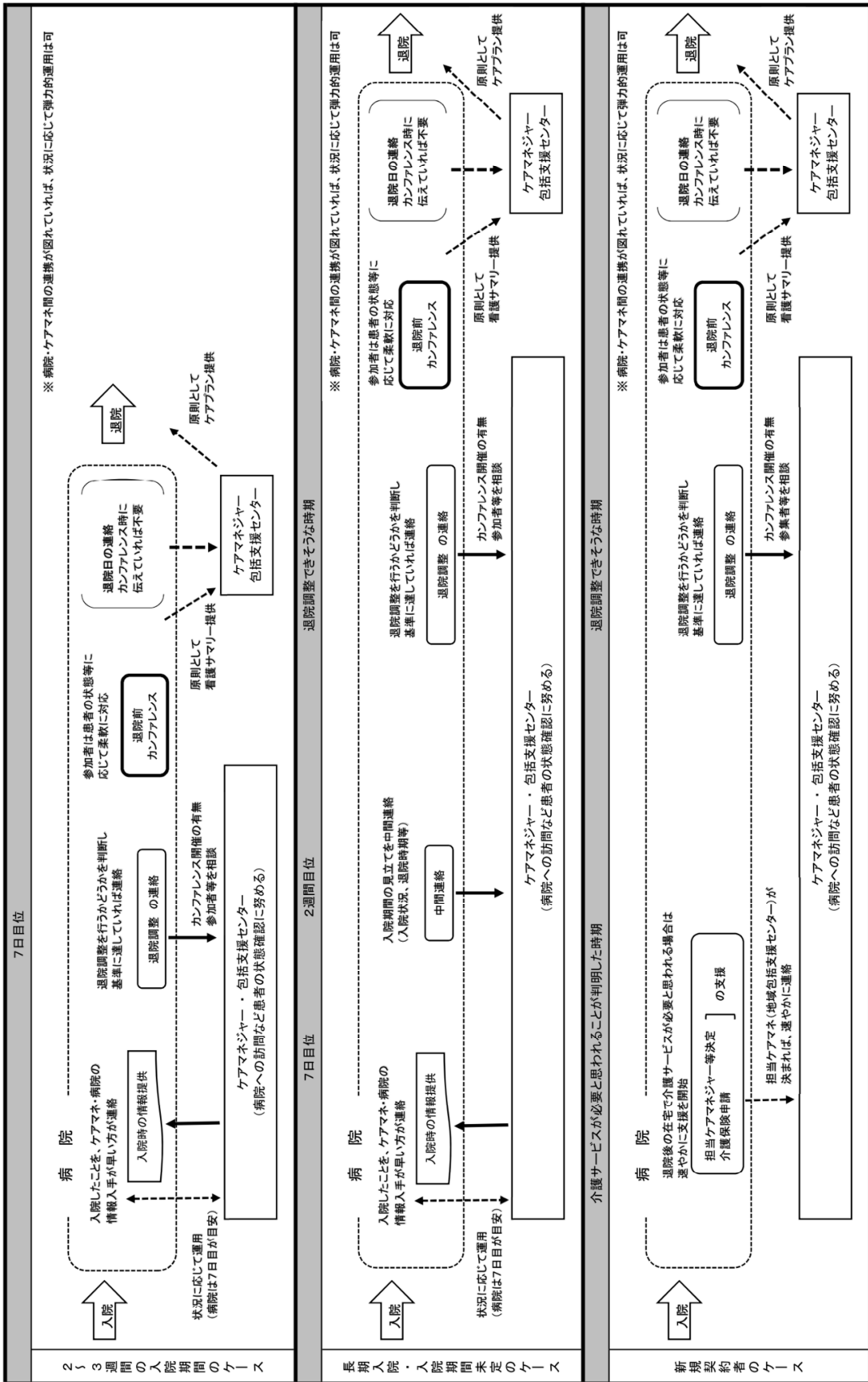
看護サマリーの取り扱いは、各病院の院内ルールに基づいて受け渡しをする。

#### ⑥ 退院後のケアプランの提供

ケアマネジャーは、原則として退院後にケアプランの写しを病院に提供する。



# 中丹東圏域における入退院連携マニュアル 事務フロー図



## 全病院の院内担当窓口等の一覧表

病院名	入院時にケアマネが決まっている場合						新たに介護保険を利用する場合			
	①CMからの入院時情報の提供先		CMへの連絡担当			CMとの面談主体	CMへの連絡担当	⑥介護保険の説明担当	⑦CM契約の支援担当	⑧契約後のCMと連絡担当
	持参の場合	FAXの場合	②入院の第一報	③中間連絡	③退院調整の連絡	④退院前カンファレンス	⑤退院日の連絡			
綾都市立病院	連携医療室 TEL 0773-43-0123 平日8:30～17:00	連携医療室 FAX 0773-43-0246 24時間受付	連携医療室	連携医療室	連携医療室	連携医療室	連携医療室	連携医療室	連携医療室	連携医療室
京都協立病院	よりそい支援連携室 TEL 0773-42-0440 できれば事前連絡を	よりそい支援連携室 FAX 0773-42-9459 平日8:30～16:30	よりそい支援連携室	よりそい支援連携室	よりそい支援連携室	よりそい支援連携室 又は 病棟看護師	よりそい支援連携室 又は 病棟看護師	よりそい支援連携室	よりそい支援連携室	よりそい支援連携室
綾部ルネス病院	医療相談室 TEL 0773-42-8601	医療相談室 FAX 0773-42-5252 平日8:00～17:00 土曜8:00～12:00	医療相談室	医療相談室	医療相談室	医療相談室	医療相談室	医療相談室	医療相談室	医療相談室
舞鶴赤十字病院	地域医療連携室 TEL 0773-75-4175 平日8:30～17:00	地域医療連携室 FAX 0773-75-4301	地域医療連携室	地域医療連携室 又は 病棟看護師	地域医療連携室 又は 病棟看護師	地域医療連携室 又は 病棟看護師	地域医療連携室 又は 病棟看護師	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室
舞鶴共済病院	地域医療連携室 TEL 0773-66-1508 平日9:00～17:00 (祝祭日は除く) できれば事前連絡を	地域医療連携室 FAX 0773-66-1548	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	病棟看護師 又は 地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室
舞鶴医療センター	地域医療連携室 TEL 0773-62-2680	地域医療連携室 FAX 0773-63-5836 平日8:30～17:15	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室
舞鶴市民病院	地域医療連携室 TEL 0773-60-9022 平日8:30～17:15 (祝祭日は除く)	地域医療連携室 FAX 0773-76-8730 平日8:30～17:15 (祝祭日は除く)	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室 又は 病棟看護師	地域医療連携室 又は 病棟看護師	地域医療連携室 又は 病棟看護師	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室
岸本病院	病棟窓口 TEL 0773-62-0018	事務室 FAX 0773-62-1137 平日9:00～17:00	看護師長	看護師長	看護師長	看護師長	看護師長	病棟CM	看護師長	看護師長
東舞鶴医誠会病院	医療相談室 TEL 0773-62-3603 できれば事前連絡を	医療相談室 FAX 0773-63-8107 平日8:30～17:00	医療相談室	医療相談室	医療相談室	医療相談室	医療相談室	医療相談室	医療相談室	医療相談室

(参考様式1)

入院時情報提供用紙 【居宅介護支援事業所等 → 病院】 京都府共通様式

御中 介護等の情報を提供いたします。入院中のケアや退院調整に御活用いただければ幸いです。

フリガナ 氏名		性別 男・女		生年月日 明・大・昭 年 月 日		歳													
利用者情報	要介護度	申請中		要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5					障がい等の認定	なし	身障( ) 難病( )	療育( ) 精神( )							
	障がい高齢者 日常生活自立度	自立	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2	認知症高齢者 日常生活自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
	食事	自立	見守り	要介助	介助内容:														
	食形態	普通食	その他	形態:															
	口腔清潔	自立	要介助	義歯・有・無	介助内容:														
	排泄	自立	見守り	要介助	介助内容:														
	排泄方法	トイレ	ポータブル	おむつ	介助内容:														
	入浴	自立	見守り	要介助	介助内容:														
	入浴場所	自宅風呂	通所	訪問入浴	介助内容:														
	移動	自立	見守り	要介助	介助内容:														
	移乗	自立	見守り	要介助	介助内容:														
	衣服の着脱	自立	見守り	要介助	介助内容:														
	睡眠の状態	良眠	問題あり	状況:															
	介護上、特に支障となる 点、注意すべき点等																		
住まいの 状況	住環境	一戸建て 集合住宅 階・エレベーター(有無)																	
	室内移動・外出・排泄・入 浴場面等での住環境上の問 題点及び住宅改造の必要性																		
家族情報	家族構成	単身 高齢者世帯 同居あり →																	
	特に留意すべき点																		
主介護者	フリガナ 氏名	様		続柄	同居・別居 (どちらかに○をつけて下さい)														
	TEL																		
ヘルパー	フリガナ 氏名	様		続柄	同居・別居 (どちらかに○をつけて下さい)														
	TEL																		
緊急時	フリガナ 氏名	様		続柄	同居・別居 (どちらかに○をつけて下さい)														
	TEL																		
介護に関する本人・家族の意向、生活機能が入院前より低下した場合に生じると予想される問題点、退院に際しての留意点等																			
退院調整・支援の必要性(あり、なし)																			
かかりつけ医																			
医療機関名				主治医															
居宅介護支援事業所 フリガナ作成(無・有) ※サービスの利用状況については添付のフリガナ1・2・3表、P15シート、フェイスシートなどを参照ください。																			
事業所名				担当介護支援専門員															
住所				TEL FAX メール															

作成年月日: 平成

(参考様式2)

# サービス利用調書 (利用者基本情報)

- 新規  継続 (前回相談日: 平成 年 月 日)
- 配食  安心支援システム  軽度生活援助  寝具洗濯
- 用具給付 ( )  介護相談
- 訪問型予防  通所型予防 ( )

相談日	平成 年 月 日		調査機関	担当者								
相談経路	→		相談方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> その他								
介護保険被保険者番号			【家族構成図】※家族関係等の状況についても要記載									
介護度	前回の介護度											
居宅介護支援事業所												
有効期間	~											
本人の現況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院・入所 ( )											
フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女								
氏名												
生年月日	年 月 日		歳									
住所			自治会名									
電話・fax	( fax )											
家族等状況	相	同	別	介	緊	氏名	続柄等	年齢	連絡先	協	電	話
サービス利用状況	公	的										
	非	公	的									
現病歴・既往歴と経過 (新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)	発症年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見書作成者☆)		経過	治療中の場合は内容						
					Tel	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他						
					Tel	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他						
					Tel	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他						
病歴等												
今までの生活												
本人の希望及び家族の意向												
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	時間	本人	家族	1日の生活過ごし方								
				趣味 楽しみ 特 技								
				友人・地域との関係								

本人の住環境	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 借家	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅	<input type="checkbox"/> 自室 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	住改の有無 備考	<input type="checkbox"/> 居室	<input type="checkbox"/> 浴室	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> 玄関	<input type="checkbox"/> その他	
障害等認定	<input type="checkbox"/> 身障 ( 級 )		<input type="checkbox"/> 療育	<input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 難病	備考					
年金等経済状況	<input type="checkbox"/> 国民		<input type="checkbox"/> 厚生	<input type="checkbox"/> 障害	<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> その他 備考					
障害生活自立度			認知症生活自立度								
身体状況	日常生活への支障等			備 考							
視 力	支障なし	支障あり									
聴 力	支障なし	支障あり									
言 語	支障なし	支障あり									
上 肢	支障なし	支障あり									
下 肢	支障なし	支障あり									
褥 瘡	なし	あり	部位				程度				
特記事項											
ADL	介助レベル		福祉用具等	備 考							
屋 外 動 作	自立	一部	全介								
屋 内 動 作	自立	一部	全介								
食 事	自立	一部	全介								
排 泄	自立	一部	全介								
入 浴	自立	一部	全介								
着 脱 衣	自立	一部	全介								
整 容	自立	一部	全介								
床 上 動 作	自立	一部	全介								
特記事項											
IADL	援助レベル		備 考								
調 理	自立	一部	全介								
掃 除	自立	一部	全介								
洗 濯	自立	一部	全介								
買 い 物	自立	一部	全介								
金 銭 管 理	自立	一部	全介								
服 薬 管 理	自立	一部	全介								
特記事項											
精神状況	日常生活への支障等			備 考							
意 思 疎 通	支障なし	支障あり									
理 解 力	支障なし	支障あり									
自 立 意 欲	支障なし	支障あり									
記 憶 力	支障なし	支障あり									
睡 眠	支障なし	支障あり									
	眠剤	なし	あり								
	寝室	ベッド	畳								
問題行動	支障なし	支障あり									
	<input type="checkbox"/> せん妄	<input type="checkbox"/> 暴言暴行									
	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 不潔行為									
特記事項											

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏 名

㊞

(参考様式 3) 在宅退院情報確認書(CM用)

担当ケアマネ ( )  
 記入日 平成 年 月 日

氏名			生年月日		
住所			年齢	歳	性別
病院の連絡窓口(所属)					
面談日時	( ) 時 分		～ 時 分		
面談場所			面談者		
入院の原因となった病名			合併症		
その他既往歴			退院予定日	平成 年 月 日頃	
病院主治医			在宅主治医		
病院からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望					
平成 年 月 日現在					
ADL	病棟での様子			退院後の制限の有無・特記事項	
移動方法	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用			リハビリの制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 血圧( ) 脈拍( )	
移乗方法					
口腔清潔					
食 事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 [ <input type="checkbox"/> Kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 肝臓病食 <input type="checkbox"/> その他( ) ] <input type="checkbox"/> 経管栄養 主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー(摂取量 割) 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> とろみ付) (摂取量 割)			塩分制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 水分制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) カロリー制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 食事の形態( )	
更 衣					
入 浴	入浴の制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他( )			入浴の制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 血圧( ) 脈拍( )	
排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ				
服薬管理					
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [ <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他( ) ]			禁忌事項:	
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> インシュリン( 単位) <input type="checkbox"/> 医療材料の調達( ) <input type="checkbox"/> その他( )				
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無    有の場合、理解の状況は <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分(問題点: )				
感 染 症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV    MRSA <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症 (部位 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> その他( )				
リハビリ目標(リハビリから確認)					
備考欄					

## 中丹東圏域 関係機関一覧表

### ● 病院

<綾部市>

	開設者	病院名	郵便番号	病院所在地	電話番号	FAX番号
1	綾部市	綾部市立病院	623-0011	綾部市青野町大塚20-1	0773-43-0123	0773-43-0246
2	公益社団法人京都保健会	京都協立病院	623-0045	綾部市高津町三反田1番地	0773-42-0440	0773-42-9459
3	医療法人綾富士会	綾部ルネス病院	623-0046	綾部市大島町二反田7番地の16	0773-42-8601	0773-42-5252

<舞鶴市>

	開設者	病院名	郵便番号	病院所在地	電話番号	FAX番号
1	日本赤十字社京都府支部	舞鶴赤十字病院	624-0906	舞鶴市字倉谷427	0773-75-4175	0773-75-4301
2	国家公務員共済組合連合会	舞鶴共済病院	625-8585	舞鶴市字浜1035	0773-66-1508	0773-66-1548
3	独立行政法人国立病院機構	舞鶴医療センター	625-0052	舞鶴市字行永2410	0773-62-2680	0773-63-5836
4	舞鶴市	市立舞鶴市民病院	624-0906	舞鶴市字倉谷1350番地11	0773-60-9020	0773-76-8730
5	医療法人岸本病院	岸本病院	625-0036	舞鶴市字浜1131	0773-62-0118	0773-62-1137
6	医療法人医誠会	東舞鶴医誠会病院	625-0007	舞鶴市字大波下小字前田765-16	0773-62-3606	0773-63-8107

### ● 地域包括支援センター

<綾部市>

	法人名称	事業所名	郵便番号	事業所所在地	電話番号	FAX番号
1	社会福祉法人 京都聴覚言語障害者福祉協会	綾部市東部地域包括支援センター	629-1242	綾部市十倉名畑町欠戸29番地の1	0773-21-5295	0773-21-5296
2	社会福祉法人綾部市社会福祉協議会	綾部市中部地域包括支援センター	623-0012	綾部市川糸町南古屋敷5-1	0773-43-2888	0773-43-2882
3	社会福祉法人 松寿苑	綾部市西部地域包括支援センター	623-0222	綾部市栗町土居ノ内31番地	0773-21-5011	0773-21-5106

<舞鶴市>

	法人名称	事業所名	郵便番号	事業所所在地	電話番号	FAX番号
1	社会福祉法人大樹会	大浦・朝来・志楽地域包括支援センター	625-0021	舞鶴市字安岡1076	0773-64-0086	0773-64-2608
2	社会福祉法人博愛福祉会	新舞鶴・三笠地域包括支援センター	625-0036	舞鶴市字浜606番地	0773-77-5001	0773-77-5011
3	社会福祉法人大樹会	倉梯・倉二・与保呂地域包括支援センター	625-0035	舞鶴市字行永1090-30	0773-77-5002	0773-63-0960
4	社会福祉法人安寿会	中舞鶴地域包括支援センター	625-0087	舞鶴市字余部下1167	0773-77-5003	0773-77-5013
5	社会福祉法人真愛の家	城北地域包括支援センター	624-0853	舞鶴市字南田辺1	0773-77-5004	0773-77-5012
6	舞鶴市	城南地域包括支援センター	624-0831	舞鶴市字女布406-3	0773-77-5005	0773-77-5090
7	社会福祉法人成光苑	加佐地域包括支援センター	624-0954	舞鶴市字八田962	0773-82-9303	0773-82-9304

### ● 小規模多機能型居宅介護事業所

<綾部市>

	法人名称	事業所名	郵便番号	事業所所在地	電話番号	FAX番号
1	特定非営利活動法人ふきのとう	山家小規模多機能型居宅介護施設やまぶき	629-1271	綾部市上原町木トラ1番地3	0773-45-1234	0773-45-1758
2	社会福祉法人 松寿苑	小規模多機能 ふれあい	623-0114	綾部市岡安町大道16番地	0773-44-8007	0773-44-8007

<舞鶴市>

	法人名称	事業所名	郵便番号	事業所所在地	電話番号	FAX番号
1	社会福祉法人真愛の家	ふれあいホーム真愛	624-0855	舞鶴市字北田辺41番地1、42番地	0773-75-0115	0773-75-0115
2	社会福祉法人大樹会	やすらぎ苑 余部の家	625-0087	舞鶴市字余部下921番地の2	0773-77-5371	0773-77-5372
3	社会福祉法人大樹会	やすらぎ苑 丸山の家	625-0066	舞鶴市丸山口町23番地1	0773-77-5890	0773-77-5891
4	社会福祉法人 長雲福祉会	若浦の里	625-0133	舞鶴市平1759番地1	0773-68-1920	0773-68-1921
5	社会福祉法人大樹会	オンブラージュ矢之助	625-0040	舞鶴市矢之助町28-7	0773-77-8077	0773-77-8078



## 中丹東圏域 関係機関一覧表

### ● 居宅介護支援事業所

<綾部市>

法人名称	事業所名	郵便番号	事業所所在地	電話番号	FAX番号
1 公益社団法人京都保健会	公益社団法人京都保健会あやべ協立診療所	623-0066	綾部市駅前通1番地	0773-42-3684	0773-42-6629
2 株式会社ヘルシーライフ	赤尾居宅介護支援事業所	623-0053	綾部市宮代町土代9-8	0773-42-9051	0773-42-5655
3 社会福祉法人丹の国福祉会	(福)丹の国福祉会在宅介護支援センターあやべ西	623-0236	綾部市小畑町埋野98の1	0773-48-0186	0773-48-0808
4 医療法人社団恵心会	介護老人保健施設綾部さくらホーム居宅介護支援事業所	623-0045	綾部市高津町遠所1番地611	0773-40-2166	0773-40-2167
5 綾部市	綾部市立病院 訪問看護ステーション	623-0011	綾部市青野町大塚20番地の1 綾部市立病院内	0773-43-0238	0773-43-0977
6 社会福祉法人綾部市社会福祉協議会	(福)綾部市社会福祉協議会	623-0012	綾部市川糸町南古屋敷5番地の1	0773-43-2881	0773-43-2882
7 社会福祉法人松寿苑	松寿苑居宅介護支援事業所	623-0034	綾部市田野町田野山2番地169	0773-42-0130	0773-42-1610
8 特定非営利活動法人どんぐりの家	特定非営利活動法人どんぐりの家	623-0005	綾部市里町向屋敷34番地	0773-42-6957	0773-42-3710
9 株式会社ニチイ学館	ニチイケアセンター綾部	623-0011	綾部市青野町館ノ後47	0773-40-1405	0773-40-1406
10 社会福祉法人松寿苑	高齢支援センター松寿苑居宅介護支援事業所	623-1122	綾部市八津合町寺町1の1・25番地	0773-54-9030	0773-54-9012
11 特定非営利活動法人ふきのとう	ふきのとう居宅介護支援事業所	623-1131	綾部市陸寄町下川原15番地	0773-55-0570	0773-55-0574
12 社会福祉法人 京都聴覚言語障害者福祉協会	綾部東部在宅介護支援センター	629-1242	綾部市十倉名畑町欠戸29番地の1	0773-46-0155	0773-46-0175

<舞鶴市>

法人名称	事業所名	郵便番号	事業所所在地	電話番号	FAX番号
1 医療法人弘愛会西村内科	(医)弘愛会西村内科さくらプラザ介護支援センター	625-0036	舞鶴市字浜782	0773-64-2661	0773-64-2575
2 公益社団法人京都保健会	公益社団法人京都保健会まいづる協立診療所	624-0912	舞鶴市字上安小字水カ199-30	0773-76-7883	0773-76-7821
3 医療法人社団晴友会	医療法人社団晴友会小谷整形外科医院居宅介護支援事業所	624-0816	舞鶴市字伊佐津51の3	0773-78-3455	0773-77-5588
4 医療法人荒木クリニック	荒木クリニック居宅介護支援センター	624-0823	舞鶴市字京田小字大角18番地の1	0773-77-1700	0773-77-1999
5 国家公務員共済組合連合会	すこやかかの森 在宅介護支援センター	624-0841	舞鶴市字引土630番地	0773-75-7875	0773-78-3005
6 医療法人医誠会	エスペラルケアプランセンター東舞鶴	625-0007	舞鶴市字大波下小字前田765番16	0773-66-5020	0773-66-5021
7 有限会社 ビア・サポート	有限会社 ビア・サポート居宅介護支援事業所	625-0034	舞鶴市竜宮町3番地の18	0773-64-4335	0773-64-4337
8 社会福祉法人大樹会	舞鶴市南在宅介護支援センター	625-0052	舞鶴市大字行永小字青山1090番地の30	0773-63-0950	0773-63-0960
9 社会福祉法人安寿会	在宅介護支援センター安寿	624-0912	舞鶴市字上安481番地	0773-75-8982	0773-78-2270
10 社会福祉法人真愛の家	在宅介護支援センター真愛の家	624-0912	舞鶴市字上安小字中ノ脇1697番地36	0773-76-8887	0773-75-1755
11 社会福祉法人舞鶴市社会福祉協議会	社会福祉法人舞鶴市社会福祉協議会	625-0087	舞鶴市字余部下1167	0773-62-7044	0773-62-7039
12 オリエンタル株式会社	オリエンタル株式会社	625-0052	舞鶴市字行永2036番地2	0773-65-1165	0773-65-1123
13 社会福祉法人大樹会	在宅介護支援センター やすらぎ	625-0021	舞鶴市字安岡小字中山1076番地	0773-64-2302	0773-64-2608
14 アサヒサンクリン株式会社	アサヒサンクリン在宅介護センター舞鶴指定居宅介護支援事業所	625-0067	舞鶴市森本町24-1 崎山ビル1階	0773-65-2565	0773-63-1970
15 株式会社メタルエッグ	株式会社メタルエッグ介護事業部あつふる	625-0020	舞鶴市字小倉222番地の5	0773-62-8377	0773-62-7855
16 株式会社ニチイ学館	ニチイケアセンター舞鶴	624-0945	舞鶴市字喜多1105-1 舞鶴21ビル1F・3F	0773-78-9206	0773-78-9208
17 社会福祉法人博愛福祉会	在宅介護支援センター グリーンプラザ博愛	625-0025	舞鶴市字市場390番地	0773-65-3705	0773-63-1250
18 医療法人社団鳥井医院	医療法人社団鳥井医院居宅介護支援事業所	624-0906	舞鶴市字倉谷1934番地13	0773-77-1176	0773-78-3351
19 株式会社日本福祉総合企画	株式会社日本福祉総合企画	624-0927	舞鶴市字平野屋19	0773-78-1711	0773-78-1811
20 合資会社小春日和	合資会社小春日和居宅介護支援事業所	625-0041	舞鶴市溝尻中町14番地1	0773-65-2401	0773-65-2411
21 医療法人岸本病院	医療法人岸本病院居宅介護支援センター	625-0057	舞鶴市南浜町1番地の3	0773-65-2102	0773-66-3202
22 有限会社 こころ	ケアプランセンターこころ	624-0102	舞鶴市字志高807番地の1	0773-83-3337	0773-83-3338
23 医療法人社団 外松医院	医療法人社団 外松医院居宅介護支援事業所	624-0928	舞鶴市字竹屋98番地の1	0773-78-3741	0773-78-3744
24 社会福祉法人成光苑	ケア・オフィス舞夢	624-0125	舞鶴市字桑飼上小字深田1088番地1	0773-83-0221	0773-83-0155
25 有限会社ひまわり	居宅介護支援事業所ひまわり	625-0062	舞鶴市森町24番地1	0773-65-2400	0773-65-2828
26 株式会社わかば	わかば居宅介護支援事業所	625-0060	舞鶴市桃山町2番地の12	0773-62-2855	0773-62-2855
27 合同会社めぐみ	祖母谷ケアセンター居宅介護支援事業所	625-0041	舞鶴市溝尻中町20番地の10	0773-62-1222	0773-66-1362
28 みじかな有限会社	みじかなケアプランセンター	624-0102	舞鶴市字志高553番地の5	0773-60-1020	0773-60-4298
29 医療法人社団 正峰会	アザレア舞鶴居宅介護支援事業所	625-0087	舞鶴市余部下1119番地	0773-65-3366	0773-65-3367
30 有限会社ヨシオカ	ケアプランセンターたんぼぼ	625-0056	舞鶴市倉梯町13番地2	0773-77-8007	0773-77-8008

(才) 事業全体についての感想

退院 支援	都道府県 担当者	苦労した内容と対応したこと：
		・外部関係機関はもとより、京都府内部の他部門等も含め、各時期ごと、それぞれの場面ごとに調整することが必要であり、それぞれの調整に苦労した。（しかし、事前に調整しておくことで後々の進行がスムーズにもなるため、「調整」の重要性を再認識もできた。） ・協議の運営についても、「本音の意見の引き出し」に努力を要し、また「出た意見から落とし所を見いだすこと」にも苦労した。
		退院調整ルール策定に関わった感想：
		・「入退院調整ルール」策定までのプロセスを通じてそれぞれの立場を知ることができ、また協議できる体制も構築できたことで他の事業にも活用が可能となり非常に有意義であったと感じる。 ・「入退院ルール」に関しては、これからが本番であり、今後のルール運用にあたり、必要な修正を行いつつ、活用したルールの効果を実感できるような工夫が必要であり、また京都府の他の事業との関連を持たせる必要性も感じる。
	保健所 担当者	苦労した内容と対応したこと：
		・全てを行政側が提示して決めるのではなく、病院とケアマネが自ら議論して、その中でルール作りを行ったとの感覚を持ってもらうことが重要であるため、関係者の意見の集約を行いマニュアルに反映することに苦労した。
		退院調整ルール策定に関わった感想：
		・病院やケアマネとの意見交換やルール作りの議論を通して、それぞれの立場や考え方の理解が深まり、顔の見える関係を一歩進んで構築することができたことは、非常に有意義であると感じた。

(力) 第6期介護保険事業計画における在宅医療・介護連携を推進する準備と今年度の活動

体 制	モデル事業の都道府県担当課：
	健康福祉部リハビリテーション支援センター
	保健所の体制：
	保健所名：中丹東保健所 退院調整ルール策定に関する担当課：企画調整室 職種・人員：所長（京都府アドバイザー）、次長、室長、副室長（保健所担当者）、 保健師2名、他に保健室から保健師2名 等
モデル事業開始前の圏域での在宅医療・介護連携事業の状況	1. 圏域全体としての実施の有無： 無し 2. なしの場合、圏域内で実施していた市町村名： 綾部市、舞鶴市 3. 圏域内の市町村での担当課の有無： 有り（綾部市高齢者介護課、舞鶴市高齢者支援課） 4. 実施状況 圏域として： 無し 市町村単位として： 綾部市：多職種連携在宅療養支援事業、舞鶴市：認知症初期集中支援推進事業

準備期	情報収集（地域診断）で得た情報
	<p>圏域での入院完結率：83.4%</p> <p>圏域外への入院の程度（圏域別）：丹後：0.9%、南丹：1.3%、京都・乙訓：7.3%、山城北：0.4%、他府県：6.7%</p> <p>郡市医師会、看護協会について： ケアマネ協会等の有無、組織率：綾部地区CM協会：90%以上、舞鶴地区CM協会：昨年度末に解散、現在存在せず。</p> <p>地域包括支援センター（圏域内の市町村別の数。直営・委託別）： 綾部市：3、舞鶴市：7 ※綾部市は全て委託、舞鶴市は委託6</p>
	戦略策定会議の状況
	<p>参加者（所属、職種、人数）：リハビリテーション支援センター、医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・事務、5名 中丹東保健所（所長・次長）・中丹東保健所企画調整室・中丹東保健所保健室、医師・保健師・事務、7名</p> <p>議論の内容と合意された戦略：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療介護連携の推進が今後さらに求められていくことについての共通理解を図り、本事業全体のスケジュールを確認。</li> <li>・実際に事業を進める前に、関係機関や団体等に十分に説明を行い、理解を得てから事業を実施すること。（併せてキーマンについてもリサーチする）</li> <li>・圏域内の入退院調整等に関する実状を先に調査し、その結果をもって病院・ケアマネに提案していくこと。</li> </ul> <p>課題：</p> <p>すでに独自に取り組みを行っている病院・事業所等もあり、改めて圏域内で統一のルールを作成することへの理解をどのように得るのか。また作成したルールを継続して活用してもらうための工夫や配慮が必要（まだ不十分で課題）。</p>
	市町村、関係組織への調整
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 手順：2市、医師会（綾部、舞鶴）、看護協会（綾部、舞鶴）、綾部地区ケアマネ協会に対して、事業開始前に事業趣旨、内容等の説明と協力依頼。</li> <li>2. 工夫：昨年解散した舞鶴地区ケアマネ協会に対して、旧役員に取り組んできた内容などをヒアリング、事業への協力依頼。</li> <li>3. 工夫：中丹東圏域で取り組む意義について、地域実状に配慮しつつ丁寧に説明を行い、関係機関の参加意欲を高めるよう努めた。</li> </ol>
実施期	<p>2014/8/22：第1回ケアマネ連携会議</p> <p>2014/8/29：第1回病院連携会議</p> <p>2014/9/29：第2回ケアマネ連携会議（第1回ケアマネ代表会議）</p> <p>2014/10/31：第1回病院・ケアマネ合同協議</p> <p>2014/11/25：第2回病院・ケアマネ合同協議</p> <p>2015/1/13：第3回病院・ケアマネ合同協議</p> <p>2015/2/24：第1回医療・介護連携推進会議（全病院・全ケアマネ合同会議）</p>
来年度の在宅医療・介護連携に係る事業の予定	<p>モデル二次医療圏内</p> <p>【中丹東圏域】</p> <p>参加病院数：9病院（圏域内病院の参加病院割合（%）：75% ※9病院/12病院（参加病院以外の病院：こども療育センター、自衛隊病院等）</p> <p>参加した急性期（病床を持つ）病院数： 9病院（圏域内の急性期病院の参加病院割合（%）：100%）</p>

	<p>参加ケアマネ事業所数： 49 事業所（圏域内のケアマネ事業所の参加割合（%）： 100%）</p> <p>参加地域包括支援センター数： 10 事業所（圏域内の地域包括支援センターの参加割合（%）： 100%）</p> <p>モデル二次医療圏における各市町村内</p> <p><b>【綾部市、舞鶴市】</b></p> <p>綾部市 参加病院数 3 病院、参加ケアマネ事業所 14 事業所、 参加地域包括支援センター数 3 事業所</p> <p>舞鶴市 参加病院数 6 病院、参加ケアマネ事業所 35 事業所、 参加地域包括支援センター数 7 事業所</p>
<p>在宅医療介護連携 事業の振り返り</p>	<p>都道府県担当者： 厚生労働省（国アドバイザー）・府アドバイザー・保健所担当者との連絡調整、府内における事業位置付けの検討と普及の取り組みの実施、保健所担当者と共にネットワークの構築、協議の運営を実施。</p> <p>都道府県アドバイザー： 事業全体の進捗管理、府内への事業の普及、都道府県担当者・保健所担当者へのアドバイスを実施。</p> <p>保健所： 直接的に病院・ケアマネのネットワーク構築を図り、病院・ケアマネ協議の運営およびルール作成を実施。</p> <p>市町村： 保健所の実施する病院・ケアマネのネットワーク化の取り組みを連携協力。</p>

## 6. 兵庫県

### 兵庫県但馬圏域の状況

#### (1) モデル二次医療圏の状況

##### 特徴

山間地が多く、県面積の4分の1を占める広域な郡部において、県、保健所、市町、地域包括支援センターが、地域内の病院及びケアマネ事業所のネットワーク化を行った上で、病院・ケアマネ協議を継続し、地域共通の退院調整ルール(案)を作成。圏域内医師会と圏域協議会の了解を得て、平成27年度前半に運用予定。

#### 基本情報 (平成27年1月1日現在)

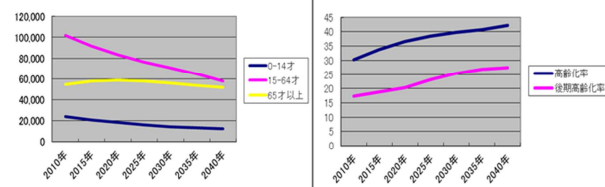
市町数	5カ所
総人口	173,172人
面積	2133.5 km <sup>2</sup>
65歳以上高齢者数	56,356人 32.5 (%)
入院完結率	75.2 %
圏域内病院数	12カ所
うち急性期病床を持つ病院数	2カ所
地域包括支援センター設置数	直営 5カ所 委託 4カ所
ケアマネ事業所数	66カ所
郡市区医師会数	4カ所

※人口は平成27年2月1日



#### 【圏域における人口動態推計】

2010年から2025年での、生産年齢人口減少率:25%、後期高齢者数の増加率:10%



#### ○ケアマネへの引き継ぎがなかった退院の割合

日付	要支援	要介護	合計
26年9月	17/50 (34%)	17/135 (12.6%)	34/185 (18.4%)

#### ○入院時情報提供書の提出がなかった入院の割合

日付	要支援	要介護	合計
26年9月	33/50 (66%)	54/135 (40%)	87/185 (47%)

#### ○行政内の組織体制

都道府県の体制		保健所の体制	
医療・介護の横断的な定期的協議に参加している課	高齢対策課 障害福祉課 障害支援課 医務課 疾病対策課	保健所名	事業に参加している課および職種(人数)
担当課	高齢対策課	豊岡健康福祉事務所	企画課(保健師1名) 地域保健課(保健師1名) 所長 副所長
		朝来健康福祉事務所	地域保健課(保健師1名) 所長
		但馬長寿の郷	地域ケア課(保健師1名 またはセラピスト1名)

圏域内の病院参加率	91.6%
圏域内の【急性期病床を持つ病院】参加率	100%
圏域内の地域包括支援センター参加率	100%
圏域内のケアマネ事業所参加率	100%

## (2) モデル二次医療圏の取組状況

### (ア) 府県・保健所・市町村の協働体制の構築過程

<p>体制構築への手順</p>	<p><b>【県庁】</b> 「地域リハビリテーション支援体制推進事業」（県単独事業）で既に構築されていた体制を活用。</p> <p><b>【保健所】</b> 老人福祉計画に関すること、また圏域健康福祉推進協議会が事務分掌上位置づけられている企画課の保健師が事業担当となり、地域保健課がバックアップする体制をとっている。</p> <p>5/1 に、圏域内の健康福祉事務所等担当者（朝来健康福祉事務所・新温泉健康福祉事務所・但馬長寿の郷）を招集し、圏域として進める事業であること、また医療介護連携は喫緊の課題であり、それぞれの事務所が同じ方向性をもって、役割分担しながら進捗させていくことを共通認識し、スタートしている。</p>
-----------------	---

### (イ) 圏域内の関係機関との調整

<p>市町村 (特に中核市)、 関係組織への調整</p>	<p><b>【手順】</b> 圏域内の地域包括支援センターは市町がほぼ直営していること、ケアマネの組織率が高いこと等から、事業に対するコンセンサスはケアマネ協会を中心に得ていった。ケアマネ協会の中に既に医療介護連携委員会があったので、そことの打合せは綿密に行った。看護師については、看護協会への根回しをしながら特に核となる急性期病院の看護部長等とは、同じく打合せを行った。市町、医師会等の関係者については、既存の会議を活用し、事業の周知を行った。</p> <p><b>【工夫した点】</b> できる限り既存の会議を活用し、事業への理解を得るよう心がけた。開始前に、事業を進めていく上で市町が混乱しないよう、圏域内の県機関間で共通理解と役割分担を行った。</p>
<p>各コーディネーターの役割</p>	<p>都道府県担当者： 関係団体への説明 都道府県アドバイザー： 各会議で議論する内容についての戦略的アドバイス、会議当日のあいさつと進行（議論の交通整理） 保健所： 調整もれ調査の集計、圏域全体のコーディネートとワーキングの進行管理、ルール手引き書（案）の作成 市町村： ケアマネのとりまとめ、ワーキングでの協議内容の発信と共有 地域包括支援センター： ケアマネのとりまとめ、ワーキングでの協議内容の発信と共有</p>

(ウ) 各協議の状況、経過

現地支援(1回目)

	ケアマネ協議	病院協議	病院-ケアマネ説明会 (決起集会)
	2014/6/13	2014/7/23	2014/9/11
参加者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町(地域包括支援センター)CM・保健師・社会福祉士 25人</li> <li>・居宅介護支援事業所等ケアマネ・管理者等 47人</li> <li>・保健所 6人</li> </ul> 計78人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・圏域内病院職員 看護師・MSW 28人</li> <li>・保健所 6人</li> </ul> 計34人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町(地域包括等)CM・保健師・社会福祉士 20人</li> <li>・居宅介護支援事業所等ケアマネ・管理者等 58人</li> <li>・圏域内病院職員 看護師・MSW 30人</li> <li>・医師会 3人</li> <li>・保健所等 14人</li> </ul> 計125人
協議内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業説明</li> <li>・グループワークにて退院調整上の困りごとと、圏域ルールの必要性について意見交換。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業説明</li> <li>・退院調整上の困りごとと、圏域ルールの必要性について意見交換。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業説明(厚労省現地支援)</li> <li>・ケアマネ協議・病院協議これまでの経過について説明</li> <li>・事業を実施する前提で、退院調整もれ調査の依頼</li> <li>・今後のスケジュール(ワーキング)について説明</li> </ul>
協議結果	「圏域ルールは必要」 「条件付きで作ってもよい」 「もう既に市で取り組んでいるので不要」と意見が三分した。事業実施については合意形成できず。	満場一致で「圏域ルールは必要」との結果。事業実施について合意できた。	事業実施へのケアマネ・病院双方の合意ができた。
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各市町で取組の経過と現状が違うため、圏域で一斉に足並みをそろえ、将来的にも必要だとの認識を共有することが困難。</li> <li>・CM側が医療機関の現状(DPC導入病院の状況、看護師の事務量など)をよくわかっていない。</li> </ul>		病院・CMともに個人レベルになる様々な意見はあるが、「圏域ルールを自分たちでつくる」との意識でワーキングに臨んでもらう必要有り。それぞれの組織の意見を集約したり周知できるメンバーの選定が必要。
感想	一筋縄ではいかなそうだが、それぞれにおもしろい反応だ。比較的真面目に取り組んでいる地域なので、各市町の経過や歴史が有り、それらも尊重しつつ、しかし決断すべきは決断すすめていきたい。	医療ビジョンも踏まえた今後の課題については、病院側の理解の方がよく、特に急性期病院にとっては切迫した問題としてとらえていることがわかった。	スタートラインに立ったばかり。実はここからが大変そう・・・

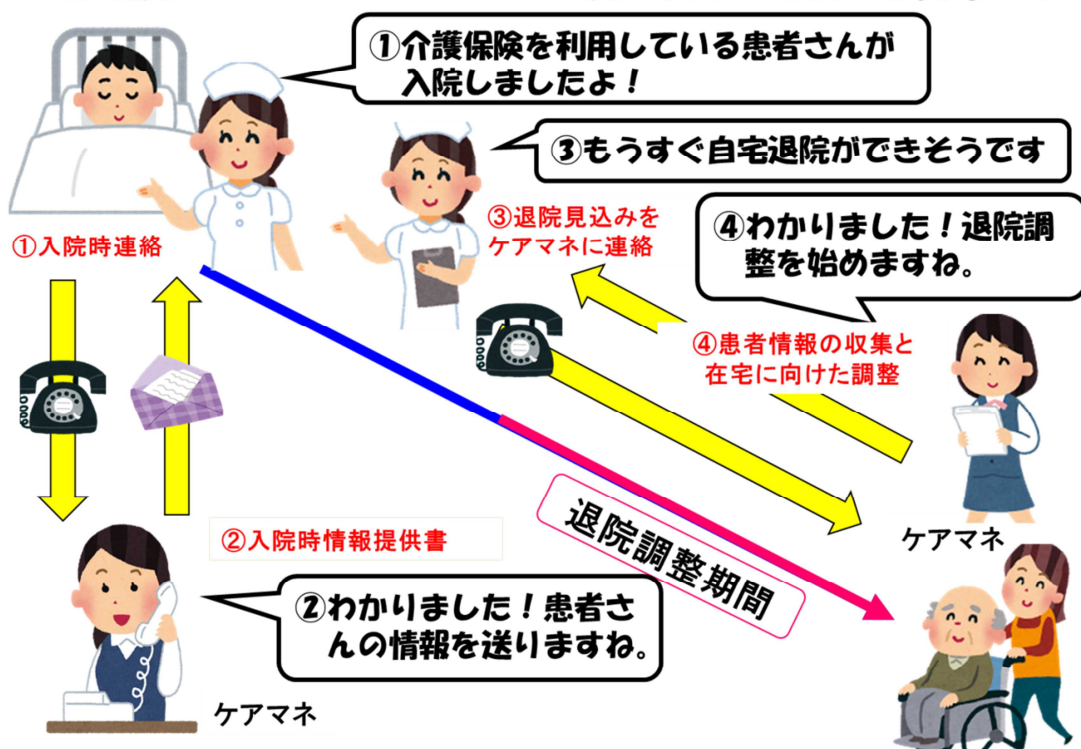


	病院－ケアマネ協議① (ワーキング)	病院－ケアマネ協議② (ワーキング)	病院－ケアマネ協議③ (ワーキング)	病院－ケアマネ協議④ (ワーキング)
	2014/10/27	2014/11/27	2015/1/20	2015/2/24
参加者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネメンバー7人(介護支援専門員協会より選出)</li> <li>・病院メンバー7人(看護協会より選出)</li> <li>・事務局8人</li> </ul> 計22人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネメンバー7人</li> <li>・病院メンバー6人</li> <li>・オブザーバー2人</li> <li>・事務局7人</li> </ul> 計22人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネメンバー7人</li> <li>・病院メンバー7人</li> <li>・オブザーバー2人</li> <li>・事務局6人</li> </ul> 計22人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネメンバー5人</li> <li>・病院メンバー7人</li> <li>・オブザーバー4人</li> <li>・事務局8人</li> </ul> 計24人
協議内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・これまでの経過説明</li> <li>・H26.9月のもれ率調査結果について</li> <li>・これからのワーキングの進め方についてオリエンテーション</li> <li>・「退院調整の必要な患者の基準」在宅退院の判断について」を検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険を利用している患者が入院したときの連絡方法について</li> <li>・宅退院の判断について</li> <li>・介護保険を利用していないが、退院調整の必要な患者の基準について</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前回からの宿題を確認・合意「患者が入院したときの連絡方法について」「入院時セットについて」「病院内での個人情報取扱いについて」「在宅への退院の判断について」</li> <li>・意見交換「入院時情報提供書について」「退院調整の必要な患者のめやすについて」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前回からの協議の続き「入院時連絡の際の入院治療計画書の活用について」「退院後の療養状況報告について」</li> <li>・意見交換「但馬圏域退院調整ルール(案)について」</li> </ul>
協議結果	もれ率調査結果の共有ができた。退院調整の必要な患者の基準については、病院のMSWとNs間で使用するスクリーニングシートを参考にし、次回までに考えてくることとした。	入院時の病院からケアマネへの連絡を確実にを行う方向でルール案がまとまりそう。病院は担当ケアマネがすぐにはわからず、連絡に時間がかかるという実態を踏まえて、ケアマネが利用者に入院時の備え(ケアマネが誰かわかるように)を提案しておくというよい方法を考えることができた。	上記のこと合意ができた。	入院時連絡の際に入院治療計画書を送付する案はボツ。代わりに、口頭で必要な情報は伝えることとなった。退院後の療養状況のフィードバックは、全ての病院にニードがあるわけではなく、ルール化は断念。ルール案について意見をもらった。
課題	時間に限りがあり、議論を深めていくにはルールを決められない。ある程度、宿題としてメンバーに考えてもらったものをワーキングのテーブルに乗せるといったサイクルが必要。	在宅退院を判断し、ケアマネに連絡するときのタイミングについては、「〇日前までに」とのリミットを設けるのは難しそう。妥協案が必要。	入院時情報提供書の様式については、各市町既存のものをそのまま使うことでルールをスタートさせることとなった。病院にとっては統一されている方がよいが、メンテナンスしながら考えることとした。	ここに来て、県医師会と本事業との不調和が浮き彫りになった。圏域医師会に対する説明はしてきたが、更に念入りな調整が必要そう。
感想	第1回目はこんなもんかなあ。ケアマネ・病院と一堂に会しているが、どちらかが話しにくいといった雰囲気はない。	今回から急性期病院のMSWにオブザーバーとして加わってもらった。急性期病院では、MSWが丸抱えしている現状もあり、そのことを伝えてもらうことで病院メンバーの院内体制を考えてもらうきっかけとなりよかった。	ワーキング→根回し+宿題→資料作り→ワーキング・・・核の部分は事務局内で相談するが、資料の内容や落としどころは担当のアイデアひとつ。孤独な作業だと思う。しかし、だんだんルールの形が見えてきた。これを、経験の浅いスタッフ同士でも動けるような手引き書のようなものに落としたいなあ。	ルール案については、病院・ケアマネ双方の意見を反映させ修正が必要。それにしても、好き放題言ってくれるものである。互いの意見の妥協点を見いだして、物事を決め、それを文章化することの難しさを思い知った。

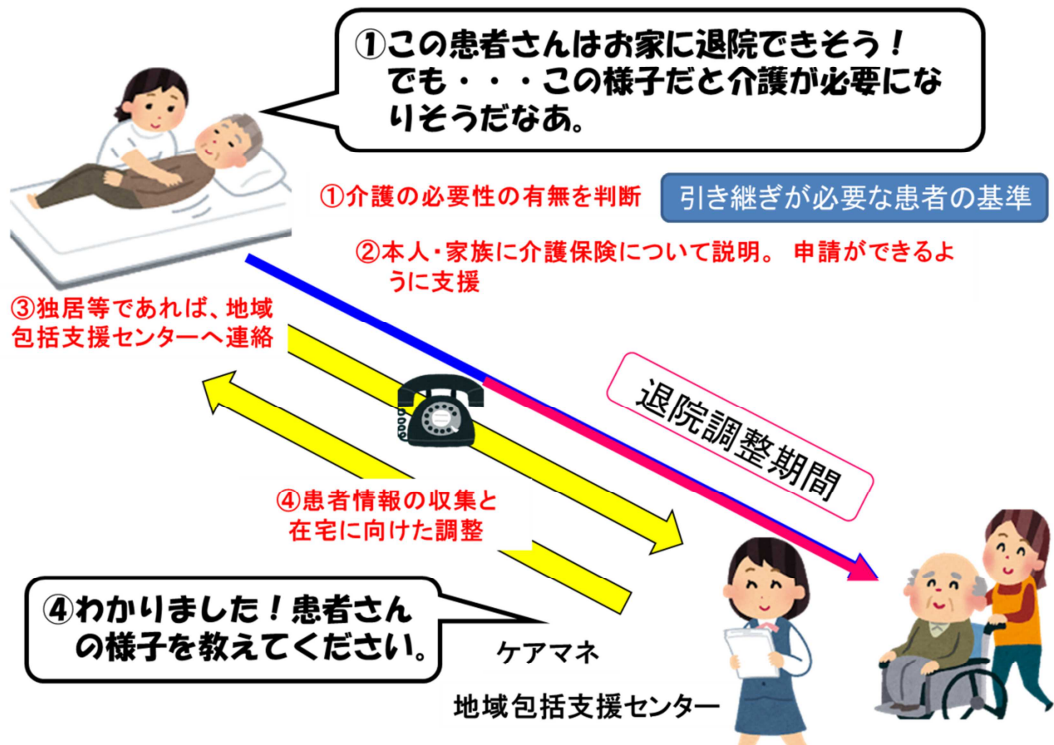
## 但馬圏域退院調整ルール(案)の概要

- 対象者は「介護保険利用者」と「今後介護保険の利用が見込まれる者」
- 患者の流れに沿って（時系列に）、病院とケアマネが守るルールを決める  
「患者が入院」「患者の退院見込みが出てきたら」  
「退院調整に向けて」「退院日決定」「退院後」
- 既にあるローカルルールや様式については温存  
市町と病院独自の濃厚なやりとりは続けてもらうが、同じルールを他の病院に求めないこと

### 入院前にケアマネがいる場合(介護保険利用者)



## 入院前にケアマネがない場合(介護保険利用見込み)



## 但馬圏域退院調整ルール(案)のポイント

### ➤ 入院時連絡の徹底

#### ルール①入院時連絡

「入院を受けた病院は、原則として入院の翌日から数えて3日以内に患者が入院したことを電話、又はFAXで担当ケアマネージャーに連絡する」

#### ルール②入院時情報提供書の送付

「病院から連絡を受けたケアマネージャーは、原則として連絡の翌日から数えて3日以内に、患者情報を病院に提供する」

# 但馬圏域退院調整ルール(案)の ポイント

## ➤ 退院見込みを伝えるタイミング

### ルール③患者の退院見込みを連絡

「退院見込みの判断がついたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに電話、またはFAXで連絡する」

→○日前までに・・・とは決められなかった。

リミットを設定することで、いきなり反則となる病院が！

「みんなが守れるルール設定にしましょう」

→リミットを設定しないことの副産物

「入院時連絡を徹底すれば、ケアマネはある程度の心づもりができるよね！」

「入院時連絡の時に、入院治療計画書にある治療見込み期間を伝えておいたらどう？」

# 但馬圏域退院調整ルール(案)の ポイント

## ➤ 退院後の療養状況報告について

ルール⑦必要に応じて、ケアマネは患者の療養状況を入院していた病院へ報告する










療養状況については、欲しい病院（回復期）と不要との病院（急性期）がある。無理のない範囲のルールにとどめる。



### 3. 但馬圏域退院調整ルール（介護保険利用者の場合）

#### （1）退院調整の流れ（圏域共通）

ここでは、介護保険利用者の退院調整について大まかな流れを示します。

	病院の動き	ケアマネジャーの動き
患者が入院	<b>ルール① 入院時連絡</b> 入院したことをケアマネジャーに連絡  介護保険を利用している患者さんが入院しましたよ！	<b>ルール② 入院時情報提供書の送付</b> 患者の在宅での様子を病院へ情報提供する  わかりました！患者さんの情報を送りますね。
患者の退院見込みが出てきたら	<b>ルール③ 患者の退院見込みを連絡</b> 主治医の指示により、患者が自宅へ退院できそうであることをケアマネジャーに連絡  もうすぐ自宅への退院ができそうですよ！	<b>ルール④ 患者情報の収集と自宅への退院に向けた調整を開始</b>  わかりました！退院調整を始めますね。
退院調整に向けて	<b>ルール⑤ 入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた調整を行う</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">                       例) 看護師/MSWとケアマネジャーの退院調整開始面談                 </div> <div style="text-align: center;">                       例) 電話や退院サマリーに基づく情報交換                 </div> <div style="text-align: center;">                       例) 退院前カンファレンス                 </div> </div>	
退院日決定	<b>ルール⑥ 退院日を連絡</b> 主治医の許可した退院日をケアマネジャーに連絡  退院日は○月○日になりました。	 了解しました！かかりつけ医の指示も得ながら調整しますね。

## (2) 退院調整の具体的なルール (圏域共通)

ここでは、但馬圏域退院調整ルールの具体的な内容について示します。

### I 患者が入院したら



#### ルール① 入院時連絡

入院を受けた病院は、原則として入院の翌日から数えて3日以内に、患者が入院したことと併せて患者の状態像、入院見込み期間を、担当ケアマネジャーに連絡する。

★患者が介護保険利用者である場合は、持参した介護保険証を確認し、担当ケアマネジャーへ入院したことを連絡する。



～ケアマネジャーは、利用者へ『入院時セット』の準備を促して!～

- 病院では、患者の担当ケアマネジャーが誰なのか、すぐにはわからないことがよくあります。
- ケアマネジャーは、普段から自分の担当する利用者に、入院に備えて①医療保険証 ②介護保険証 ③お薬手帳 の3点を『入院時セット』として準備し、入院の際には持参するように伝えておきましょう。
- 介護保険証には事業所名と連絡先、担当ケアマネジャーの氏名がわかるように、名刺の添付や記載をしておきましょう。



★患者の担当ケアマネジャーが誰かわからないときには、患者の居住する市町の地域包括支援センターへ問い合わせる。(連絡先はP 以降を参照)



#### ルール② 入院時情報提供書の送付

病院から連絡を受けたケアマネジャーは、原則として連絡の翌日から数えて3日以内に、患者情報を病院に提供する。

■入院時情報提供書の様式：各市町の様式があります。P 参照

★患者情報は、各市町の使用する入院時情報提供様式に記入し、病院へ提供する。書類の送付や持参については、各病院によって対応が異なるので注意。

(各病院の対応についてはP 以降を参照)

★要介護の患者については全員、情報提供する。要支援の患者についてはできるだけ情報提供する。

★患者が転院した場合も、受け入れ先の病院で同じルールを適用する。ケアマネジャーからの入院時情報提供書は、病院が転院時サマリーに添付して送っておく。

## II 患者の退院見込みが出てきたら



### ルール③ 患者の退院見込みを連絡

自宅への退院見込みの判断がついたら、病院は速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

★病院が「この人は自宅への退院ができそうだ！」と判断する患者の状態は、

- 主治医から在宅退院の指示があった
- 病状がある程度安定してきた
- 主治医から家族に、退院に向けての説明がされており、自宅での介護ができそう

などをめやすに考える。



～ケアマネジャーと調整する前に

退院支援に向けた病院内の調整を～



自宅への退院が可能かどうかは、医師、看護師、MSW、セラピスト等、院内の関係者の意見と、そして何よりも本人・家族の意向を確認の上、判断する必要があります。患者が入院したときから退院時のことを見据え、自院の状況に合わせて、院内関係者で患者情報が共有できるようにしておきましょう。

★退院の見込みが判断できたら、できるだけ早く担当ケアマネジャーに連絡する。。



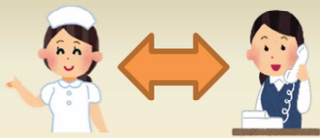
### ルール④ 患者情報の収集と自宅への退院に向けた調整を開始

退院調整を開始するために、ケアマネジャーは病院から患者の情報を収集する。

★ケアマネジャーは、病院から退院見込みの連絡があった時に、退院支援のための



患者情報の共有について、いつ、どこで、どんな方法で行うのかを病院と調整すること。情報共有の方法としては、電話、ケアマネジャーによる病院訪問、面談、カンファレンスなどがある。



**ルール⑤ 入院中の患者情報を共有し、お互いが協力して患者の退院に向けた調整を行う。**  
退院調整に向けた情報共有については、患者の状態や各病院の状況に応じた方法で、効率よく実施する。

■（参考）退院支援情報共有シート：P 参照

- ★病院は、ケアマネジャーが退院調整に必要な情報を、共有する予定の日までに院内の関係者から収集しておくといよい。
- ★ケアマネジャーが退院調整のために必要としている情報については P 参照。病院担当者の院内での患者情報収集用に本様式を使ってもよい。（既にそれぞれの様式を持っている場合は、その使用を妨げるものではない。）
- ★患者・家族および関係者を含めた退院前カンファレンスは、患者の状況に応じて病院が開催の是非を判断するので、ケアマネジャーはそのことを確認しておく。



#### ～個人情報の取扱いについて～



医療・介護関係者間の連携において、個人情報の漏洩には細心の注意を払わなければならないことは言うまでもありません。しかし、個人情報保護を優先するあまり、お互いの連携がうまくいかないのでは、結果的に患者・利用者に不利益となります。そこで、厚生労働省から出ている『医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン』を参考にしてください。

内容のポイントとしては

- 医療機関は、院内のどこか（外来の掲示板等）に「当院では、適切な医療・介護サービスのために、患者の個人情報はその患者が関係する医療・介護関係者に提供します。異論がある場合は申し出てください。」といった内容の文書を掲示しておき、反対がなければ患者の関係する介護事業者や診療所に個人情報を提供してよい。
- 介護事業者は、利用者との契約時に同意をもらうので、利用者が関係する医療・介護事業者には個人情報を提供してよい。
- ・・・ということになっています。

ガイドラインの抜粋：P 参照

(才) 事業全体についての感想

	都道府県 担当者	苦労した内容と対応したこと：
		県医師会から、ルールの方針にあたっては、検討段階から地元医師会と十分に連携すること、過去に同様のルールを策定した圏域において、地元医師会と十分な連携がなされていない場合は、当該ルールを再度検討し直すこと等の要望があり、県内全圏域の健康福祉事務所（保健所）に対し、地元医師会との連携に関する通知を発送したが、現在も継続して対応中である。
		退院調整ルール策定に関わった感想：
		「病棟看護師」と「ケアマネ」による退院調整ルールづくりという手法であるが、当然に必要とされる病棟看護師と病院医師、ケアマネとかかりつけ医の連携について記載がなく、連携の重要性が伝わっていない圏域があると感じられた。
退院 調整	保健所 担当者	苦労した内容と対応したこと：
		当圏域では病院・ケアマネの代表者が集まりワーキングという形でルールを決めていった。限られた時間（1回のワーキングは2時間）の中で議論・決定が必要だったため、①進行の見通しを立てた上でワーキングメンバーに宿題を指示し、②それをまとめて資料化し、③メンバーに見てもらって概ねの意見をもらっておく。この過程を経てから次のワーキングを開催するという繰り返りで、作業量が多く、調整に時間がかかった。モデル事業のスタイルと違い、病院・ケアマネそれぞれの全体の議論を通じた組織化を省いているため、ワーキングでの論点や決定事項をそれぞれの組織にフィードバックすることに工夫が必要で、毎回のワーキングの議事録とは別に、かわら版を作ってメンバー以外の関係者に発信したり、電話で進捗状況を知らせるなどしていた。
		退院調整ルール策定に関わった感想：
		時間をかければできそう、でも単年度でできあがるかどうか心配だった。地域包括ケアの仕組み作りを、丁寧にやることは必要だけれど悠長にはしてられないということが、この事業に関わることでよく理解できた。仕組み作りそのものに、しっかりした戦略と先の見通しがあれば、短期間でもできるという自信につながったし、システムという目に見える連携ができあがることにおもしろさを感じた。このような仕事の仕方が、今後、保健所に求められる機能だと思う。

## 7. 和歌山県

### 和歌山県新宮圏域の状況

#### (1) モデル二次医療圏の状況

##### 特徴

今までも保健所が音頭をとり圏域単位で医療と介護の連携の取組（先進地視察や懇談会開催等）を行ってきたが、より効果的・組織的な活動をと考えていたところに今回の国モデル事業の話があったため実施を決定した。

##### 基本情報(平成27年1月1日現在)

市町数	6	カ所
総人口	73,256	人
面積	923.4	km <sup>2</sup>
65歳以上高齢者数	26,418	人
	36.1	(%)
入院完結率	78.30	%
圏域内病院数	8	カ所
うち急性期病床を持つ病院数	3	カ所
地域包括支援センター設置数	5	カ所
直営	5	カ所
委託	2	カ所
ケアマネ事業所数	38	カ所
郡市区医師会数	2	カ所

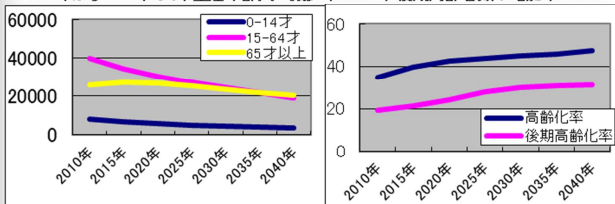
※人口は平成27年1月1日



新宮市、那智勝浦町、太地町、北山村、古座川町、串本町

##### 【圏域における人口動態推計】

2010年から2025年での、生産年齢人口減少率:31%、後期高齢者数の増加率:47%



##### ○ケアマネへの引き継ぎがなかった退院の割合

日付	要支援	要介護	合計
2014年4,5月	11/26(42%)	25/95(26%)	36/121(30%)
調査は1回			

##### ○入院時情報提供書の提出がなかった入院の割合

日付	要支援	要介護	合計
2014年4,5月	15/19(79.%)	44/84(52%)	59/103(57%)
調査は1回			

##### ○行政内の組織体制

###### 都道府県の体制

医療・介護の横断的な定期協議に参加している課	長寿社会課、高齢者生活支援室、福祉保健総務課、障害福祉課、医務課、健康推進課、各県立保健所
担当課	高齢者生活支援室

###### 保健所の体制

保健所名	事業に参加している課および職種(人数)
新宮保健所	所長 保健福祉課(保健師1名)
同串本支所	地域福祉課(保健師1名)

圏域内の病院参加率(精神科の2病院を除く)	100%
圏域内の【急性期病床を持つ病院】参加率	100%
圏域内の地域包括支援センター参加率	100%
圏域内のケアマネ事業所参加率	100%

## (2) モデル二次医療圏の取組状況

### (ア) 府県・保健所・市町村の協働体制の構築過程

体制構築への手順	県庁横断的な会議は既設の「医療と介護連携推進会議」（要綱設置）
----------	---------------------------------

### (イ) 圏域内の関係機関との調整

市町村 (特に中核市)、 関係組織への調整	<p>【手順】各市町村包括と介護保険主管課長を個別に説明に回り協力を取り付けた。</p> <p>【工夫した点】医師会とケアマネの顔の見える関係づくりで保健所の主導のもと包括を支援してきた。それが市町村からの信頼につながっていたことでスムーズな調整につながった。</p>
各コーディネーターの役割	<p>都道府県担当者：国との連絡調整。県内関係機関への協力要請や経過報告。モデル圏域への助言や協議への参加による実地支援。</p> <p>都道府県アドバイザー：都道府県担当者と兼任。</p> <p>保健所：保健所長は主に合同協議への参加による圏域アドバイザー。保健所内の意見調整及びリーディング。保健所担当者はモデル圏域での各協議の開催や意見調整等ルールづくりの組み立て役。</p> <p>市町村：包括への助言等のサポートや保険者としての提案等。</p> <p>地域包括支援センター：協議におけるケアマネへの助言等のサポートや市町村介護保険主幹課との調整。</p>

(ウ) 各協議の状況、経過

現地支援(1回目)

	病院の組織化	ケアマネの組織化	ケアマネ協議	包括間協議
	2014/7/8	2014/7/23	2014/9/11	2014/9/30
参加者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・6病院より看護部長、地域連携室職員</li> <li>・6市町村より高齢者福祉担当者及び地域包括支援センター</li> <li>・国アドバイザー・担当者</li> <li>・県アドバイザー</li> <li>・保健所担当者</li> </ul> 計60名程度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネジャー代表者</li> <li>・各地域包括支援センター職員</li> <li>・町福祉担当職員</li> <li>・県アドバイザー・担当者</li> <li>・保健所担当者</li> </ul> 計30名程度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネジャー代表者(市町村での地域ケア会議において募ったが希望者はなく、包括と相談して選出・依頼し、再度地域ケア会議で報告。)</li> <li>・各地域包括支援センター職員</li> <li>・町福祉担当職員</li> <li>・保健所担当者</li> </ul> 計30名程度	包括及び役場介護保険主幹課職員 13名
協議内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ルール策定協議策定の意義や手順等</li> <li>・フリーディスカッション</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ルール策定協議策定の意義や手順等</li> <li>・グループワーク</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・引き継ぎ不良事例確認</li> <li>・ルール案確認</li> <li>・引き継ぎ必要患者の基準</li> <li>・病院からほしい情報 ほか</li> </ul>	合同協議に向けての戦略会議 <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院引き継ぎを必要とする患者の基準</li> <li>・在宅退院の可否を判断する基準</li> </ul>
協議結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院調整ルール策定協議に病院として参加する旨合意</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院調整ルール策定協議に介護職として参加する方向で合意</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・次回病院間協議に臨むことで一致</li> </ul>	要介護・要支援に関わらず、引き継ぎが必要な患者は役場(包括)へ引き継ぐこととして、各役場で対応を検討する。
課題	特に課題はない。小さな圏域ゆえ病院と保健所は顔の見える関係が出来ており、スムーズに合意につながられた。	ケアマネがルール策定までの手順やゴールを具体的にイメージできていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・議題が多くて協議時間が足りなかった。</li> <li>・病院との連携における現状やケアマネの悩み等、本題からそれてしまいがちなため、[つくる作業]がおろそかになった。</li> </ul>	役場につなぐという方法はシンプルで病院にも分かりやすくケアマネへの着実な引き継ぎは期待できるが、人口規模の多い少ないによって、役場での対応可能な範囲に違いがある。
感想	国アドバイザーのプレゼンは看護部長さんたちの動機付けに大きな効果があった。	協議メンバーにマニュアルをひもとして理解してもらう必要があった。	患者の基準づくりは想像以上にまとめるのが難しい。協議メンバーの十分な理解と進行役の意見をまとめる采配が不可欠。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・役場への引き継ぎというローカルルールが提案されたことは、役場の住民サービスへの積極性という点で評価できる。</li> <li>・協議の方向によっては保健所担当者のコーディネーターは役場に対しても必要になることが分かった。</li> </ul>



現地支援(2回目)

	病院-ケアマネ協議①	ケアマネ協議	ケアマネ協議
	2014/10/20	2014/11/12	2014/12/8
参加者	<p>【病院】看護部長、病棟師長等、連携担当職員16名            【ケアマネ】代表メンバー8名            【包括】介護保険主幹課職員を含む11名            【国】アドバイザー1名            【県】担当者1名            【保健所】所長、担当者、関係職員10名</p>	<p>【ケアマネ】代表メンバー8名            【包括】介護保険主幹課職員を含む11名            【保健所】保健所担当者2名</p>	<p>【ケアマネ】代表メンバー8名            【包括】及び役場介護保険主幹課職員14名            【保健所】担当者2名</p>
協議内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院調整ルール案の説明</li> <li>・病院自己紹介</li> <li>・ケアマネプレゼン</li> <li>・退院引き継ぎに用いる基準等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院調整の手引き(素案)をもとに、ケアマネがいる</li> <li>・いない場合に分けたルール内容</li> <li>・退院引き継ぎに用いる患者の基準。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院調整の手引き(素案)をもとに、ケアマネがいる</li> <li>・いない場合に分けたルール内容</li> <li>・退院引き継ぎに用いる患者の基準</li> <li>・入院・退院時情報共有様式</li> </ul>
協議結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネの役割の理解(病院)</li> <li>・圏域内での退院調整の必要性を共有。</li> <li>・ルールの具体的内容の把握。</li> <li>・引き続きルールづくりに取り組むことで改めて確認。</li> </ul>	<p>素案に意見を集約して修正し、病院への提案内容を再度協議する。</p>	<p>病院に提案するルール、基準、様式に合意を得た。</p>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネから意見が出にくい。</li> <li>・形式的なあいさつ等に割く時間が多く、協議の時間を十分に確保できない。</li> </ul>	<p>圏域内の一部地域に既存のローカルルールとの整合性を付けるにあたり、地域(市町村)ごとに事情が異なるため、どこに基準を置いてケアマネ間で合意を得るか。</p>	<p>個々に違うケアマネ・包括の考え方や要望をまとめるコーディネートの難しさ。</p>
感想	<ul style="list-style-type: none"> <li>・フラットな関係で協議を行うには国アドバイザーの実地支援が効果的であり、また圏域担当者は実地支援によりコーディネートスキルを高められる。</li> <li>・施設探しはケアマネの仕事という誤解は病院に定着している。(誤解は解けた)</li> </ul>	<p>市町村役場からの支援を得られればよりシンプルで着実なケアマネへの引き継ぎルールが可能になる。しかしそのためには市町村役場間の調整という過程も必要になる。</p>	<p>保健所がケアマネの要望をしっかりと把握し、病院の立場を配慮するというポイントを理解してもらえれば、ある程度のところで「これでいきましょう。」とまとめていけると感じた。</p>

	病院間協議	病院-ケアマネ協議②	ルール説明会
	2015/1/15	2015/1/22	2015/3/13
参加者	病院の看護部長、病棟師長、連携室SW 11名	【病院】看護部長、病棟師長等、連携担当職員12名 【ケアマネ】代表メンバー7名 【包括】介護保険主幹課職員を含む8名 【県】担当者1名 【保健所】所長、担当者、関係職員7名	・ケアマネの参加率を高めるために、本所と支所で分け、10日以降15日までの間で日にちを設定し説明会を行う。 ・病院の代表メンバーも参加する。
協議内容	ケアマネ間で合意を得た提案をもとに病院間で事前協議 ・退院調整ルールの手引き ・退院調整に用いる患者の基準 ・入院・退院情報提供書様式	ケアマネ間で合意を得た提案をもとに協議 ・退院調整ルールの手引き ・退院調整に用いる患者の基準 ・入院・退院情報提供書様式	・地域包括支援センターとの共催で行い、市町村と県は一緒になって医療と介護の連携を推進していくことのアピールを行う。 ・病院の代表メンバーから「力を合わせて一緒にやっていきましょう。」というメッセージを伝えてもらう。 ・退院調整ルールの手引きと様式等の参考資料を県ホームページに掲載する。 ・ルールの運用開始に支障が出るような意見もなく、幸先のよいキックオフミーティングとなった。
協議結果	ケアマネから提案されるルール、基準、様式への逆提案を合同協議の場で改めて提案してもらうことになる。	ケアマネからの提案に病院からの逆提案を含めて修正したルール案で合意を得る。	
課題	・病院によって（急性期・リハビリ期・療養など）違う実情の病院意見をまとめる難しさ。 ・看護師とケアマネの医療と介護についての情報や知識の共有が十分でない。	・時間の制約がある中でいかに必要な課題に絞って協議を進行できるか。 ・相互理解を深め、協議らしい雰囲気が出来上がるまでには相当の回数と時間を要すること。	ケアマネに対してはコーディネーターである保健所から説明できるが、看護師への説明は病院任せになるため、ルールの共通認識にズレが生じる恐れがある。
感想	合同協議の前にケアマネからの提案を見てもらい、病院の意見を把握しておけば、ルール内容の落としどころをある程度準備できる。	合意を得たルールに強い縛りかけをするのではなく、「やってみないと分からないこともある。」「とにかくこのルールで一度やってみましょう。」という努力目標としてのルールであることや後のメンテナンスを強調しなければ合意を得るのは難しかったと思う。	病院メンバーも参加することで病院に対する説明になる。 またケアマネと病院がルールに基づいて一緒にやっていくという一体感が得られ、ルールの適正運用への意識付けにもなる。



(工) 決定した退院調整ルールの内容

資料 1

## 新宮保健医療圏域における 退院支援ルールの手引き



平成27年3月

## 新宮保健医療圏域における退院支援ルールについて

新宮保健医療圏域(新宮市・東牟婁郡。以下「新宮医療圏」という。)は高齢化と高齢者を支える働き手の減少が全国的にも進んでいる地域であり、医療と介護の連携推進は重要課題となっています。

広域的かつ組織的な連携推進の体制構築が課題となっていた新宮医療圏において、平成26年度、厚生労働省のモデル事業「都道府県医療介護連携調整実証事業」に参加し、病院や市町村等、医療と介護の関係機関の理解と協力を得て、厚生労働省や県庁の支援を得ながら、「二次医療圏における退院支援ルールづくり」に取り組みました。

ここでいう「退院支援ルール」は、要介護状態の患者が自宅へ退院するための準備をする際に、病院からケアマネジャーに着実に引き継ぐための情報共有のルールであり、新宮医療圏の一般病床や療養病床を抱える6病院と6市町村の地域包括支援センター及び事業所の在宅ケアマネジャー等約120名からの代表メンバーが協議を重ねて出来上がりました。

新宮医療圏の医療と介護を必要とする高齢者が、人生の最後まで自分らしく暮らし続けるための地域包括ケアシステム構築の一環として、この「退院支援ルール」を参考として活用してください。

### 資料1 新宮保健医療圏域 退院支援ルールの手引き

- ・「入院前にケアマネジャーがいる場合」
- ・「入院前にケアマネジャーがいない場合」
- ・「参考」入院・退院支援にかかる診療報酬及び介護報酬について

### 資料2 退院支援に用いる基準

- ・「基準1」入院前にケアマネジャーがいる場合  
「在宅退院ができそう」と判断する基準(看護師等による判断)
- ・「基準2」入院前にケアマネジャーがいない場合  
退院支援が必要な患者の基準

### 資料3 入院時情報提供書様式

### 資料4 退院支援情報提供書様式

### 資料5 病院運用ルール一覧表

## 新宮保健医療圏域 退院支援ルールの手引き

### 退院支援ルールにおける共通事項

- 1 自宅から入院して自宅へ退院する患者（利用者）を対象とする。
- 2 ケアマネジャー ＝ 地域包括支援センター、事業所の在宅ケアマネジャー。
- 3 病院担当者 ＝ 病棟看護師、地域医療連携室（連携担当者）。

### 入院前にケアマネジャーがいる場合

#### ①入院時の情報提供、ケアマネジャーの確認・連絡

・病院は患者が契約しているケアマネジャーの事業所に入院を連絡する。

・ケアマネジャーは全ての利用者について入院を知らせすみやかに入院時情報提供書を病院が指定する方法で提供する。

◇検査入院の患者は原則として情報提供や入院連絡の対象としないが、必要に応じて病院担当者とケアマネジャーで相談して決める。

◇ケアマネジャーは、要支援・要介護に関わらず、また入院後何日後かに関わらず情報提供する。

◇ケアマネジャーは利用者の入院に早期に気付くために下記のことをしておく。

- i 健康保険証にケアマネジャーの名刺を付けておく。
- ii 介護サービス事業所に利用者の入院に気付いた時はケアマネジャーに連絡する事を求めておく。
- iii 本人や家族に入院すればケアマネジャーに連絡することを依頼しておく。

◇病院は下記の方法によりケアマネジャーを確認する。

- i 入院時の聴き取りでケアマネジャーを確認する。（医療保険証に付いている名刺の確認、介護保険証に記載している事業所の確認、本人や家族から介護サービスの利用について確認する等）
- ii 聴き取り等によってケアマネジャーの有無や事業所が分からない場合、病院は患者の居住地の市町村役場へ確認する（次ページの下欄）。

【参照する資料】→入院時情報提供書 [資料3](#)

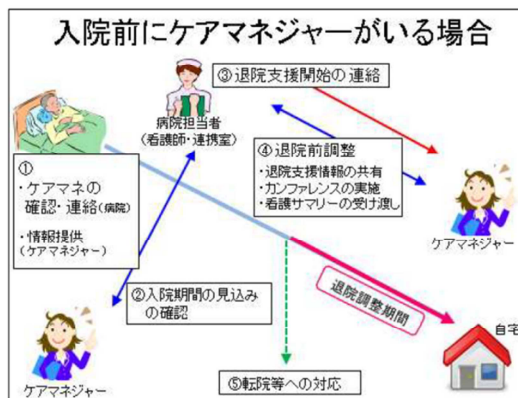
→病院運用ルールの項目① [資料5](#)

#### ②入院期間の見込み

入院期間の見込みを確認したい場合、ケアマネジャーは病院に問い合わせ、病院は概ねの見込みをケアマネジャーに伝える。

◇診療計画等を参考にした概ねの見込み期間であり、実際の退院が見込みより早く（遅く）なる可能性があることを踏まえた上での情報共有とする。

【参照する資料】→病院運用ルールの項目② [資料5](#)



### ③退院支援開始の連絡

病院担当者は退院支援に用いる基準の **基準1** に基づいて、患者が在宅退院ができそうと判断できれば、退院準備の日数をできるだけ多く残すことを考慮して、入院情報提供があったケアマネジャーに退院支援開始を電話連絡する。

◇実際の退院が早く(遅く)なることや転院・施設入所となる可能性があることを踏まえた上での連絡とする。

【参照する資料】→退院支援に用いる基準 **資料2**

→病院運用ルール一覧表の項目③、④ **資料5**

### ④退院前調整(退院支援情報の共有、退院前カンファレンス、看護サマリーの提供)

・下記 i ～ iv の手順で退院支援にかかる情報共有と退院前カンファレンス等を行う。

・看護サマリーを必要とする場合、ケアマネジャーは事前に相談(連絡)した上で病院へ受け取りに行く。

(病院へ受取に行けない場合は、提供方法について病院担当者とケアマネジャー間で相談して決める。)

(面談＝病院担当者とケアマネジャーのみの面談)

i 病院担当者からケアマネジャーに退院支援の開始を電話連絡し、その時に面談(カンファレンス)の実施について病院担当者とケアマネジャー間で相談して決める。

ii 病院担当者はケアマネジャーに提供する情報を面談(カンファレンス)までに準備しておく。

iii 面談(カンファレンス)時にケアマネジャーが病院を訪問して必要な情報を聴き取る。

iv 追加の面談(カンファレンス)については病院担当者とケアマネジャー間で相談して決める。

【参照する資料】→退院支援情報提供書 **資料4**

→病院運用ルール一覧表の項目④、⑤、⑥ **資料5**

### ⑤自宅以外に退院する場合

・自宅から入院して退院後に施設入所となる患者については、病院と施設担当で引き継ぎすることを原則とし、必要に応じて入院時の担当ケアマネジャーも情報提供等で協力する。

(ショートステイ(ショートステイの長期利用を含む)の場合はケアマネジャーが調整する。)

・転院した場合は、初めに入院した病院が転院先に入院時情報提供書を引き継ぐ。

・転院や施設入所する場合は、入院時のケアマネジャー事業所にその旨を電話連絡する。

(転院や入所を知らせることが目的であり、退院の引き継ぎを行うための連絡ではない。)

### 参考 各市町村の介護保険担当課窓口

市町村	担当課	担当係等	電話番号	備考
新宮市	健康長寿課	介護保険係	0735-23-3346	介護保険係直通番号
那智勝浦町	福祉課	介護保険係	0735-29-7039	介護保険係直通番号
太地町	住民福祉課	介護保険係	0735-59-2335	役場代表番号
北山村	住民福祉課	担当保健師	0735-49-2331	役場代表番号
古座川町	健康福祉課	高齢介護係	0735-67-7112	健康福祉課直通番号
串本町	福祉課	介護保険係	0735-62-0562	福祉課直通番号

## 入院前にケアマネジャーがいない場合

### ①退院支援の必要性の検討

病院担当者は退院支援に用いる基準の **基準2** を用いて退院支援の必要性を検討し、必要に応じて家族等に患者の居住地の市町村役場へ介護保険申請等の相談に行くように勤める。

◇40歳～64歳の場合、介護保険の対象となる疾病を確認する。

【参照する資料】→退院支援に用いる基準 **資料2**  
→病院運用ルール一覧表の項目⑦ **資料5**

### ②患者・病院担当者との面談

ケアマネジャーは入院患者の担当になることが決まれば、すみやかに病院に面談に行く。

◇患者(家族)及び病院担当者と面談を行い、後の退院支援について相談する。

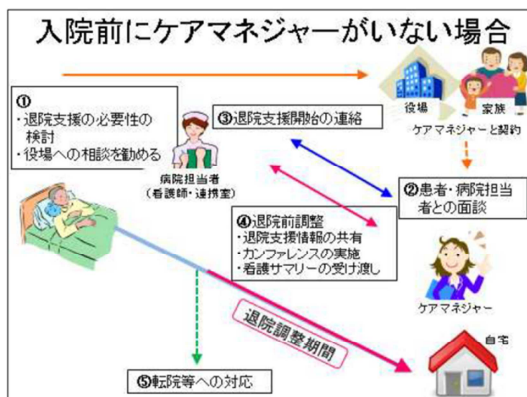
【参照する資料】→病院運用ルール一覧表の項目⑨ **資料5**

### ③退院支援の連絡

### ④退院前調整

### ⑤自宅以外へ退院した場合

ケアマネジャーがいる場合と同じ



## 参考 入院・退院支援にかかる診療報酬及び介護報酬

※算定にあたっては、各病院、各事業所で算定の要件を確認してください。

### 【病院】

①介護支援連携指導料 300点(1回目)

②介護支援連携指導料 300点(2回目)

③退院時共同指導料2 300点 ※

(医師等の職種3者以上と共同して指導を行う場合は加算 2000点)

※入院中の患者に対して、入院中の病院の医師が、在宅療養を担う医療機関の医師若しくは看護師、歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師又は居宅介護支援事業所の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行う場合に算定する。

### 【介護】(介護予防支援の場合は算定の対象となりません。)

①入院時情報連携加算 200単位(病院を訪れ面談して提供)、100単位(左記以外の方法で提供)

②退院・退所加算 300点(1回目)

③退院・退所加算 300点(2回目)

④退院・退所加算 300点(3回目) ※

※退院・退所加算を3回算定することができるのは、そのうち1回について、入院中の病院の医師とのカンファレンスに参加して、退院後の在宅での療養に必要な説明(上記【病院】に記載の※下線部)を行った上で、居宅サービス計画を作成し、居宅(地域密着型)サービスの利用に関する調整を行った場合に限る。

詳細は下記 URL を参照

[http://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/130700/kenkou/iryouken\\_taiin.rule.html](http://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/130700/kenkou/iryouken_taiin.rule.html)

(才) 事業全体についての感想

退院 支援	都道府県 担当者	苦労した内容と対応したこと：
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・現場の事務や調整は全て保健所担当者が担ってくれた。</li> <li>・県本庁としては県庁内関係者、県医師会等の団体、他の市町村や地域包括支援センターへの情報提供に努めた。</li> </ul>
		退院調整ルール策定に関わった感想：
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療と介護の連携は、なかなか結果や効果が見えにくい面があると考えていたが、今回のルール策定に関わって、これほどメリットがわかりやすい事業があるのかと感じた次第です。</li> </ul>
	保健所 担当者	苦労した内容と対応したこと：
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・担当者自身がルールづくりの具体的な課程をイメージできていなかったため、圏域内にある2保健所（本所と支所）間・ケアマネ間・市町村役場間での意見調整をリードできなかった。担当者なりの説明資料を作成しながらルールづくりの具体的な課程を確認・整理したことで協議メンバーの理解を得られるようになり、意見の調整や協議をリードできるようになった。</li> <li>・当初は議題から話がそれたり、折り合いが付けられなかったため、事前の意見調整をこまめに行ったことで合意できそうな落としどころを準備でき、協議を効率よくまとめられるようになった。</li> <li>・意見調整で積極的に動き回ったため、保健所担当者が熱意を持って大変そうにしているのが伝わり、「とりあえずはこのあたりでやってみようか」と協議メンバーの合意を得るための心理的ハードルを下げることに自然とつながったように思う。</li> </ul>
		退院調整ルール策定に関わった感想：
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・人口動態推計や退院調整漏れ率などデータで地域の課題を分かりやすく提示することで、立場の違う者を新たな取り組み巻き込む仕掛けづくりを学ぶことが出来た。また課題に直面する当事者として切実な問題として捉えてもらうことは、継続的な取り組みにつながられる。</li> <li>・利害関係がある者の意見を調整するにはまず両者の実情をよく知らなければまとめることは難しい。</li> <li>・本当の意味での「連携」はとても面倒で大変であり、コーディネートの大変さを痛感した一方でそのスキルを身につけられた。</li> <li>・ルール策定以降のメンテナンスを強調しておけば合意を得やすくなる。メンテナンスの担保は重要かつ有効である。</li> <li>・医療と介護の連携における広域支援（コーディネート役）という保健所の役割を、地域の医療・介護・市町村に対して明確に位置づけることができた。</li> </ul>

## 8. 徳島県

### 徳島県東部 I 圏域の状況

#### (1) モデル二次医療圏の状況

##### 特徴

県内人口の65%を管轄し、病院、事業所も集中している地域において、県、市町村、地域包括支援センター、各関係機関の協力の下、保健所が事務局となり、地域内の病院及びケアマネ事業所のネットワーク化を行った上で、病院・ケアマネ協議を行い、地域共通の退院調整の手引きの運用を開始。

##### 基本情報(平成26年10月1日現在)

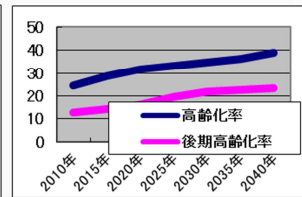
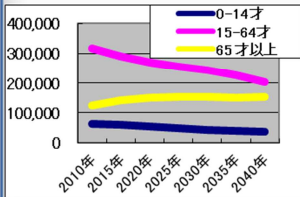
市町数	13	カ所
総人口	498,717	人
面積	906.04	km <sup>2</sup> (H25.10.1現在)
65歳以上高齢者数	135,742	人 (27.2%)
入院完結率	94.3	% (H23患者調査(東部I))
圏域内病院数	75	カ所
うち急性期病床を持つ病院数	22	カ所
地域包括支援センター設置数	5	カ所
直営	5	カ所
委託	13	カ所
ケアマネ事業所数	210	カ所
郡市区医師会数	6	カ所



**徳島保健所管内**  
(徳島市、鳴門市、小松島市、勝浦町、上勝町、佐那河内村、石井町、神山町、松茂町、北島町、藍住町、板野町、上板町)

##### 【圏域における人口動態推計】

2010年から2025年での、生産年齢人口減少率:19%、後期高齢者数の増加率:42%



##### ○ケアマネへの引き継ぎがなかった退院の割合

日付	要支援	要介護	合計
2014年6月	54/94(57%)	103/293(35%)	157/387(41%)

##### ○入院時情報提供書の提出がなかった入院の割合

日付	要支援	要介護	合計
2014年6月	70/76(93%)	186/272(68%)	256/34(74%)

##### ○行政内の組織体制

###### 都道府県の体制

医療・介護の横断的な定期協議に参加している課	医療政策課 健康増進課 長寿保険課 業務課 保健福祉政策課 障がい福祉課
担当課	医療政策課

###### 保健所の体制

保健所名	事業に参加している課および職種(人数)
徳島保健所	所長 医療企画担当 保健師3名

圏域内の病院参加率(H27.2.9現在)	93.3%
圏域内の【急性期病床を持つ病院】参加率(H27.2.9現在)	100%
圏域内の地域包括支援センター参加率(協議への)	88.9%
圏域内のケアマネ事業所参加率(協議への)	66.2%



## (2) モデル二次医療圏の取組状況

### (ア) 府県・保健所・市町村の協働体制の構築過程

<p>体制構築への手順</p>	<p>保健所長が県アドバイザーとなったことにより、平成 26 年 4 月から介護保険法の担当を健康増進担当から医療企画担当に変更し、医療企画担当が本事業の担当をすることになった。</p> <p>これまで、介護保険分野との縁が薄かったことより、関係機関・団体（医師会、看護協会、介護支援専門員協会、MSW協会）への事業説明及び協力依頼をするとともに、管内の一部の地域包括支援センターや居宅介護支援事業所を訪ね実態把握を行った。</p>
-----------------	--

### (イ) 圏域内の関係機関との調整

<p>市町村 (特に中核市)、 関係組織への調整</p>	<p><b>【手順】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師会 県医師会副会長へ説明、理事会にて説明(5月) 徳島市の医療介護連携事業会議時に説明(4月)</li> <li>・看護協会 専務理事へ説明、総会時理事会にて説明(5月) 施設代表者交流会時に事業説明(7月)</li> <li>・介護支援専門員協会 会長へ説明(5月)介護支援専門員協会総会時に協力依頼(6月)</li> <li>・長寿保険課の居宅介護支援事業所集団指導時にモデル事業の説明と退院漏れアンケート調査実施の協力依頼</li> <li>・医療ソーシャルワーカー協会理事会で説明(6月)</li> </ul> <p><b>【工夫した点】</b></p> <p>組織の会長等へまず説明し、既存の会議も活用して事業への理解を得るよう心がけた。管内市町村数が多いため、担当者会を開催して理解を得た。また、その会議には、本庁の医療政策課、長寿介護課の出席も依頼した。</p>
<p>各コーディネーター の役割</p>	<p>都道府県担当者：厚生労働省、県庁内関係課・関係団体との連絡調整、事業実施保健所の支援、対象外の地域の現状把握及び事業についての情報提供</p> <p>都道府県アドバイザー：事業の推進役、他のアドバイザーとの情報共有、県内保健所への情報提供</p> <p>保健所：事務局(会議の計画、実施)</p> <p>市町村：アンケートの集約、連携会議等への出席、事業の周知機会の設定</p> <p>地域包括支援センター：アンケートの集約、連携会議等への出席、事業の周知機会の設定</p>


(ウ) 各協議の状況、経過

現地支援(1回目)

	病院の組織化	ケアマネの組織化 ケアマネ協議	ケアマネ協議
	2014/7/30	2014/9/14	2014/10/14
参加者	管内75病院の内54病院79名参加 市町村・地域包括支援センター33名 徳島市医師会2名 国アドバイザー等2名 本庁3名 徳島保健所(所長 保健師)6名	第1部:94名 管内在宅介護支援事業所72名(57カ所) 市町村・地域包括支援センター20名 第2部81名 管内在宅介護支援事業所75名(56カ所) 管内市町村、地域包括支援センター6名 医療政策課2名 徳島保健所(所長保健師)4名	管内在宅介護支援事業所121名 市町村・地域包括支援センター28名 医療政策課2名 介護支援専門員協会事務局1名 徳島保健所4名
協議内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護連携医療介護連携調整モデル事業の説明</li> <li>今後のスケジュールの説明</li> <li>質疑</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業説明「徳島保健所管内における退院調整ルール策定をめざして」</li> <li>講義「入院日から始める退院調整」</li> <li>講義「徳島脳卒中地域連携バスの実施状況について」</li> <li>グループワーク               <ol style="list-style-type: none"> <li>退院調整案について</li> <li>病院からの引き継ぎにおける課題</li> </ol> </li> </ul>	グループワーク <ol style="list-style-type: none"> <li>病院からの引き継ぎの課題について 前回のグループワークで出された意見を基に、最も伝えたいことについて(根拠をそえて)</li> <li>退院調整ルールについて 案を基に追加・削除項目について根拠を含めながら話し合い</li> <li>病院協議に向けて代表者の推薦(グループ毎に)</li> </ol>
協議結果	今後の流れについて意見無し 協議への参加を持ち帰り返事を頂く	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院調整ルール案について検討開始</li> <li>病院協議にケアマネ代表20名程度選出することについて説明(ケアマネ協会からの推薦者12名 他は、協議参加者から地域性所属特性を考慮して決める)</li> </ul>	①について 入院時病院から連絡が欲しい等要望と共に、普段から本人家族に入退院時にケアマネに連絡するよう普段から伝えておくなど、ケアマネから気づきの意見も出た。 ①及び②について出された意見をケアマネ代表者で検討集約し病院協議にあげていく。
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院数が多いため、どの程度理解が得られて、運用が進むか</li> <li>急性期病院は、在院日数が短い(8日台)ため、1週間以内の入院時情報提供書の提出では、病院にとってタイムリーでなく、1週間程度の退院調整期間をとることは難しい。また、病棟看護師も介護保険について現在勉強中の段階であり、病棟から連絡するシステムができるかどうか不明</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院協議に向けたケアマネ代表者との打ち合わせをどう持つか</li> <li>2回目の協議で、病院からの引き継ぎにおける課題など病院との協議に出す意見がうまく決められるか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>根拠を添えて意見を出すと決めていたが、根拠が分かりづらかった。</li> <li>グループワークで出された意見や思いを病院との協議に反映するため代表者による集約が必要。</li> <li>どの職種も相手への無意識の期待があるが、「在宅介護支援サービスを利用する人のため」という視点を踏まえた協議となる必要がある。</li> </ul>
感想	管内病院数が多いため、事前に訪問し協力を依頼できたのは急性期病院のみとなったが、多くの病院に参加いただけた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療との連携を進めていくために、医療側に要望するだけでなくケアマネ側も改善していかなければならない点について少し気づいてもらえたように感じる</li> <li>医療、介護がお互いの制度、組織について理解が不十分である弊害もあるように感じた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>グループワークでは、「病院から在宅へ戻る利用者への支援のために必要な情報について」検討をお願いしたが、ケアプラン作成のために必要な情報について意見をまとめるグループもあり、業務量の関係などから、対象者を中心に考えることの難しいケアマネもいることを再認識した。</li> </ul>

現地支援(2回目)

	病院-ケアマネ協議①	ケアマネ協議	病院-ケアマネ協議②
	2014/10/30	2014/11/27	2014/12/11
参加者	病院：37病院(64人) 市町村・地域包括支援センター21人 徳島市医師会1名 国アドバイザー1名 本庁1名 徳島保健所4名	管内居宅介護支援事業所92名 介護支援専門員代表者16名 市町村・地域包括支援センター18名 医療政策課1名 徳島保健所4名	病院：40病院(67人) 介護支援専門員代表者14名 市町村・地域包括支援センター16人 徳島市医師会1名 本庁2名 徳島保健所4名
協議内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護支援専門員の役割と病院への希望</li> <li>退院調整ルールの検討</li> <li>病院の運用ルールと窓口一覧の作成について</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院調整ルール実施に向けた急性期病院の状況について</li> <li>退院調整ルール修正案について(手引き 入院時情報提供書 退院調整情報共有)</li> <li>居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、市町村一覧作成について</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院調整ルール最終確認(手引き 入院時情報提供書 退院調整情報共有)</li> <li>介護医療と介護に係る病院窓口一覧作成最終確認について</li> <li>居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、市町村一覧作成最終確認について</li> <li>今後の予定について</li> </ul>
協議結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護支援専門員の役割と病院への希望を理解していただいた。</li> <li>退院調整ルールの検討(意見をケアマネ協議に持っていく)</li> <li>病院の運用ルールと窓口一覧の作成について、各病院内で検討後回答をお願いします。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院調整ルール実施に向けた超急性期病院の状況について、参加者に関しては理解していただけたと思う。</li> <li>退院調整ルール修正案について(手引き 入院時情報提供書 退院調整情報共有)出された意見を代表者打合せで、病院協議に最終案を提示する。</li> <li>居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、市町村一覧作成する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院調整ルール修正案の了解(手引き 入院時情報提供書 退院調整情報共有)</li> <li>介護医療と介護に係る病院窓口一覧作成了解</li> <li>居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、市町村一覧作成了解</li> <li>今後の予定について</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>会議形式で行ったが、人数が多く意見を出しづらかったようで、全体では病院機能による急性期病院としての意見など発表してもらえず、不消化だった様子が見られたため、個別に病院(特に急性期病院)からの聞き取りを行うこととした。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>出席していないケアマネにも超急性期病院の状況を伝え理解を得る必要がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>出席していない他の病院にも超急性期病院の現状を伝え理解を得る必要がある。</li> <li>協議に参加していない病院へも、事業の説明を行い、できるだけ多くの病院に参加いただくことが必要である。</li> </ul>
感想	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアマネ代表者から、ケアマネの役割や退院調整のために一定期間が必要な理由等を説明いただいた。病院関係者は熱心に聞いておられ、相互理解の一助となったのではないかと感じた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険申請の目安の表記について、わかりやすく正確な表現にするため熱心に議論をしていただいたが、介護側でなかなかまとまらない表現が病院看護師に分かるか不安が残った。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院ケアマネ協議最後であったが、意見もまとまって良かった。</li> <li>病院、ケアマネ、行政より今回の事業に関する感想を話してもらったが、この事業の意図が伝わり、医療と介護の連携の推進に多少なりとも役だったように感じた。</li> </ul>



ケアマネ協議	
2015/1/15	
参加者	管内居宅介護支援事業所94名 介護支援専門員代表者14名 市町村・地域包括支援センター19名 医療政策課1名 介護支援専門員協会事務局1名 徳島保健所4名
協議内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院調整ルールについて報告（手引き 入院時情報提供書 退院調整情報共有）</li> <li>・講義（医療と介護の連携～安心して在宅療養に移行するために～ 講師 県ケアマネ協会副会長）</li> <li>・介護医療と介護に係る病院窓口一覧作成報告 居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、市町村 一覧作成報告</li> <li>・今後の予定について</li> </ul>
協議結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院調整ルール 病院窓口一覧 居宅介護支援事業所等一覧作成 3月1日から運用開始</li> <li>・半年に1回進行管理の会議開催 引き続きケアマネ代表者出席していただく。</li> <li>・半年に1回ケアマネに漏れ率アンケート調査実施</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネ全体にこの事業の主旨、連携の上での留意点などを理解してもらう必要がある。</li> </ul>
感想	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネ代表者から今回の手引きや様式を利用する際のマインド的な講義をしていただき、より主体的な取り組みに繋がると感じた。</li> </ul>

## (工) 決定した退院調整ルールの内容

平成 27 年 3 月 (Ver.1.1)  
東部保健福祉局 (徳島保健所) 発行

# 徳島保健所管内退院支援 (医療と介護の連携) の手引き

### 【入院後 1～2 週間時点で、「在宅退院ができる」と判断する基準】

- ① 病状がある程度安定した状態で退院できそうである
- ② 在宅での介護が可能そうである

### 【入院前に介護保険を利用していた場合】

#### (1) 入院時

居宅介護支援事業所・地域包括支援センター担当者(以下、在宅担当者)は、入院時情報提供書(様式1 入院時情報提供シートを参照)を病院が指定する担当窓口へ電話連絡の後、指定の方法で持参又はFAX番号に送信する。  
※事前に利用者本人に同意を得ておくこと。



顔を合わせて  
よりよい支援に!

#### (2) 退院支援の開始

病棟看護・地域連携室(以下、病院担当者)は下記(ア)(イ)の2パターンで退院支援の開始を在宅担当者に電話する。

#### (ア) 入院時情報の提供があった場合

病院担当者は、可能な範囲で在宅担当者の退院支援に必要な期間(ケアプランの修正、サービス事業所との調整期間)を考慮して、在宅担当者と退院支援開始面談の日程などの調整を行う。

#### (イ) 入院時情報の提供が無かった場合

家族又は介護保険被保険者証で在宅担当者を確認し、退院支援に必要な期間(ケアプランの修正、サービス事業所との調整期間)を考慮して、在宅担当者と退院支援開始面談の日程などの調整を行う。

※ 病院担当者から在宅担当者への連絡は、要支援から要介護への変更の可能性等に関係なく入院時情報提供元、介護保険被保険者証の記載事業所に連絡する。

#### (3) 退院前面談 [実施の可否は、病院担当者と在宅担当者で調整し病院が決定する]

- ① 病院担当者は、在宅担当者がケアプラン修正に必要な情報(様式2 退院支援共有情報シートを参照)を面談日までに院内の関係者から収集する。
- ② 病院担当者は、面談時に退院支援共有情報を在宅担当者に提供し、患者情報を説明する。
- ③ 退院前に追加の退院前カンファレンスや多職種での退院前カンファレンスの必要性などを確認する。
- ④ 本人の同意を得て、病院の看護・リハビリ・栄養などと在宅での看護、リハビリなど必要なサービスとの引継ぎとして実施する。

<報酬> 病院=介護支援連携指導料 300点(入院中2回に限り算定可能)  
(算定の要件は、各病院で判断する。)  
在宅(要介護のみ)=退院・退所加算 300単位  
(3回を限度。うち1回はカンファレンス参加が要件)

#### (4) 退院前カンファレンス [実施の可否は、病院担当者と在宅担当者で調整し病院が決定する]

<報酬> 病院=退院時共同指導料2 2,300点 \*詳細は「参考資料」参照  
在宅(要介護のみ)=退院・退所加算 300単位(上記(3)のうち、1回がこれにあたる)

#### (5) 在宅担当者は退院後にケアプランの写しを病院に提供する。

## 【退院後、新たに介護保険の利用が見込まれる場合】

### (1) 介護保険申請

病院担当者は、患者が下記の状態にある場合、家族などに介護保険被保険者証を持って本人・家族が契約を希望する居宅介護支援事業所又は住所地の地域包括支援センターへ介護保険申請の相談をするように説明する。

#### (介護保険申請の目安)

- (ア) 必ず退院支援が必要な患者 (要介護) ⇒ 1 項目でも当てはまれば、居宅介護支援事業所へ相談
  - ① 立ち上がりや歩行などに介助が必要な方 (例えば、常時介助者が手を引いたり体を支えるなどの介助)
  - ② 食事に介助が必要な方 (調理や配膳のみの場合は除く)
  - ③ 排泄に常時介助や見守りが必要な方
  - ④ 認知症の周辺症状や全般的な理解の低下があり、介助が必要な方
- (イ) それ以外で見逃してはいけない患者 (要支援の一部) ⇒ 地域包括支援センターへ相談
  - ⑤ 在宅では、独居かそれに近い状態で、調理や掃除など身の回りの周辺動作に介助が必要な方
  - ⑥ (ADLは自立でも) がん末期の方
  - ⑦ (ADLは自立でも) 新たに医療処置 (経管栄養、吸引など) が追加された方

#### 《40歳以上65歳未満の患者》

病院担当者は、介護保険の対象となる特定の疾病 (参考資料参照) で上記の状態であった場合は、家族などに医療保険証を持って本人・家族が契約を希望する居宅介護支援事業所又は住所地の地域包括支援センターへ介護保険申請の相談をするように説明する。

### (2) 在宅担当者との決定支援

病院担当者は、介護保険申請と並行して、下記の(ア)(イ)(ウ)のパターンで在宅担当者を決定するための支援を行う。

#### (ア) 居宅介護支援事業所を紹介 (要介護) するパターン

介護保険申請の目安①～④に該当する患者は、住所地の居宅介護支援事業所のリストを元に居宅介護支援事業所 (在宅担当者) との契約を支援する。

#### (イ) 地域包括支援センターを紹介 (要支援) するパターン

介護保険申請の目安⑤～⑦に該当する患者は、住所地の地域包括支援センターのリストを元に地域包括支援センター (在宅担当者) との契約を支援する。

#### (ウ) 要介護か要支援か迷う場合

介護保険申請の目安の①～④に該当するか迷う患者は、住所地の地域包括支援センターのリストを元に地域包括支援センター (在宅担当者) との相談を支援する。

以降の流れは、「入院前に介護保険を利用していた場合」の(2)以降と同じ。

※本様式は、介護報酬の各加算の主旨や厚生労働省標準様式に沿った内容を備えていますが、介護報酬は、国の定めるところに拠って、必要な情報を提供する、あるいは必要な情報の提供を得て、サービス計画を作成・サービスの利用に関する調整を行った場合に算定されるものですので、請求にあたっては国の通知をよくご確認ください。

※「様式1 入院時情報提供シート」及び「様式2 退院支援共有情報シート」は、医療と介護の円滑な連携を推進するための標準様式であり、他に独自の様式を用いることを妨げるものではありません。

※ この退院支援の手引きを活用して、患者・家族が安心して退院後の在宅生活をスタートするよう退院前カンファレンス (面談) を推進しましょう。

参考資料

【介護保険の対象となる疾病】(40歳から64歳)

- ① がん末期
- ② 関節リウマチ
- ③ 筋萎縮性側索硬化症
- ④ 後縦靭帯骨化症
- 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

【退院支援における介護支援専門員の役割】

対象者:介護(要支援)認定を受けている人・見込の人,かつ,事業所との契約が整った人  
条件:本人・家族が在宅退院(自宅とは限らない)の意思を持っている人  
業務:ケアプランを策定し適正なサービスの提供の支援を行うこと。

※退院支援の報酬を得るのは,在宅退院となりケアプランを作成した場合のみ

【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病院との引継ぎ
- 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)



【医療・介護連携に係る報酬(例)】

〔診療報酬〕

(1) 退院調整加算

- ①入院早期より、退院困難な要因を有するものを抽出し、その上で退院困難な要因を有する者に対して、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画の立案及び退院支援計画に基づき退院した場合に算定。
- ②スクリーニング体制整備、入院 7 日以内に退院支援計画策定着手、連絡・退院調整、調整内容を文書で提供すること。

退院調整加算 1 (急性期)

～ 14 日 340 点、15 日～ 30 日 150 点、31 日～ 50 点 (退院時 1 回)

退院調整加算 2 (慢性期)

～ 30 日 800 点、31 日～ 90 日 600 点、91 日～ 120 日 400 点、121 日～ 200 点 (退院時 1 回)

(2) 介護支援連携指導料：300 点

- ①退院後に介護サービスを導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業所等の介護支援専門員と連携し退院後のケアプラン作成につなげることを評価するもの。
- ②医師・看護師・社会福祉士・薬剤師・理学療法士・作業療法士、言語聴覚士、その他、退院後に導入が望まし介護サービスから考え適切な医療関係職種が、介護支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護サービス等の情報を提供した場合に入院中 2 回に限り算定。  
初回：介護サービス利用の見込みがついた段階  
2 回：実際の退院前
- ③患者の同意を得て、介護支援専門員から情報提供を求めるとし、ケアプランの写しを診療録に添付。また、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付。

(3) 退院時共同指導料 2

- ①入院中の病院の医師又は看護師等が入院中の患者に対して、患者の同意を得て、在宅担当医もしくは訪問看護ステーションの看護師等と共同指導を行った上で文書により情報提供した場合、入院中 1 回に限り 300 点を算定。
- ②①において、入院中の医師及び退院後の在宅療養を担う医療機関の医師が共同して指導を行った場合は 300 点を加算。
- ③①において、入院中の病院の医師が、在宅担当医若しくは看護師等、歯科医師若しくは歯科衛生士、薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等、居宅介護支援事業所の介護支援専門員のうちいずれか 3 者と共同して指導を行った場合に 2、000 点を加算(ただし、②の 300 点は加算できない)。

〔介護報酬〕

(1) 入院時情報連携加算

- ①利用者が病院又は診療所に入院する際、病院等の職員に対して、利用者の心身の状況や生活環境等の利用者に必要な情報を提供した場合は利用者 1 人に付き 1 月に 1 回を限度として算定。
- ②利用者が入院してから遅くとも 7 日以内に情報提供した場合に算定。  
入院時情報連携加算 I (訪問) 200 単位  
入院時情報連携加算 II (訪問以外) 100 単位

(2) 退院・退所加算：300 単位

- ①病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設、介護保険施設に入所していた者が退院又は退所し、居宅において介護サービスを利用する場合、入院・入所施設の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅でのサービス利用について調整を行った場合、3 回を限度として算定。(初回加算を算定する場合は、算定不可)
- ②ただし、1 回は「退院時共同指導料 2 の③」にあたる会議(カンファレンス)に参加し、居宅サービス計画を作成し、サービス利用に関する調整を行った場合に限る。

詳細は下記 URL を参照

<http://www.pref.tokushima.jp/docs/2015022000035/>

(才) 事業全体についての感想

退院調整	都道府県担当者	苦労した内容と対応したこと：
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・徳島保健所が主体的に事業を実施してくれたため、特段の苦労は無かった。</li> <li>・県庁内の担当としては、財政課はじめ内部の調整程度の業務で済む。</li> </ul>
		退院調整ルール策定に関わった感想：
	保健所担当者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入退院時の連携については、平成 25 年度から実施している「在宅医療連携拠点事業」において、当初より抽出されていた課題であったが、市町村、医師会といった事業実施主体では、どうしても病院長など医師をターゲットとして話し合いをしていたこと、徳島市に医療機関が集中していることから、市町村を越えての入退院が日常的であることなどから、上手く進んでいなかった。県、保健所がとりまとめ役となったこと、看護師とケアマネをターゲットに取り組みを進めたことが、ポイントであったと思う。</li> <li>・急性期病院の退院調整（地域連携室）の体制が不十分であること、ケアマネジャーのレベル（多職種との関わりに関する技術）の差など、地域医療の課題（新たに取り組むべき事業）が発見できた。</li> <li>・この取り組み自体が、入退院だけでなく、医療と介護の連携にも良い影響を与えたと思う。</li> </ul>
		苦労した内容と対応したこと：
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・会議や打合せなどの業務量が膨大で、他の業務へのしわ寄せがあった。</li> <li>・介護支援専門員代表者の決定にあたっては、事業所の実施主体や地域が偏らないように配慮した。</li> <li>・病院側、特に大病院では、必要性は理解していてもこの事業を完全に実施するには負担が大きいとの意見があったが、できるところからの協力をお願いし、理解を得た。</li> <li>・病院、居宅介護支援事業所等の関係施設数が多いため、会議を行う際、十分意見が反映できるような工夫が必要であった。</li> </ul>
退院調整ルール策定に関わった感想：		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・検討した手引きや様式を管内全ての病院、事業所へ周知を行い、少しでも多くの病院、事業所での利用を目指したい。</li> <li>・退院調整に際して、適切な介入が行えるよう、関係スタッフのスキルアップが必要である。</li> <li>・定期的なモニタリングを行いながら、システムの維持、向上を図っていく必要がある。</li> </ul>		

(力) 第 6 期介護保険事業計画における在宅医療・介護連携を推進する準備と今年度の活動

体 制	モデル事業の都道府県担当課：
	医療政策課
	保健所の体制：
モデル事業開始前の圏域での在宅医療・介護連携事業の状況	保健所名：徳島保健所 退院調整ルール策定に関する担当課：保医事企画担当 職種・人員：医師（所長）1名、保健師 3名
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 圏域全体としての実施の有無：</li> <li>2. なしの場合、圏域内で実施していた市町村名：徳島市、板野郡において、「在宅医療連携拠点事業」を実施。 ※今年度から小松島市、名西郡でも実施</li> <li>3. 圏域内の市町村での担当課の有無： 徳島市は保健福祉政策課、それ以外は介護保</li> </ol>

	<p>険の担当課となっている。</p> <p>4. 実施状況</p> <p>徳島市：キーパーソン3（医師、看護師、ケアマネ会議）、ケアマネ+（ケアマネと他の1職種との会議）、多職種連携会議（多職種による会議）、徳島市医師会に介護職等からの相談を受ける窓口設置</p> <p>板野郡：円卓会議（板野郡内の5町別の多職種連携会議）、多職種連携協議会（板野郡全体の多職種連携会議）、東徳島医療センター（入院医療機関）と地域の医療・介護関係者との連携会議</p>
準備期	<p>情報収集（地域診断）で得た情報</p>
	<p>○市町村間や地区医師会（郡市医師会より小さい範囲）間での温度差がある。</p> <p>板野郡は5つの町で構成されているが、市町村間、地区医師会間で在宅医療・介護の連携推進について温度差が大きいことが分かった。その中で、在宅医療連携拠点事業を郡として実施することにより、隣接する市町村の状況が分かりお互いの刺激となって取組が進むという効果もみられた。</p> <p>○地区によって住民の医療・介護に関する意識が大きく違う。</p> <p>同じ郡内でも、ある地域（比較的都市型）では、介護サービスを多く受けたいと考える方が多く、要介護度が改善することに否定的な住民が多いが、ある地域（山間地域）では、農業等を行うために機能回復を重要視する住民が多く、かなり悪くなるまで医療・介護サービスを利用しない住民が多い等、利用者側の意識にも地域差がある。提供体制を考える上で利用者側の意識についても気を配る必要がある。</p> <p>○市町村の事務員数の不足</p> <p>介護保険事業の増加など、業務が増加している中、ほぼすべての市町村で職員の増員ができない状況にある。</p> <p>在宅医療・介護の連携事業についても、市町村に任せるのではなく、郡市医師会、地域包括支援センター、地域の医療機関、各種職能団体、県（保健所含む）等の事務能力を少しずつ活用して進めていかなければ進まない。</p>
	<p>戦略策定会議の状況</p>
	<p>参加者（所属、職種、人数）：</p> <p>県：医療政策課、長寿保険課</p> <p>保健所；6保健所</p> <p>市町村；全市町村</p> <p>議論の内容と合意された戦略：</p> <p><b>【会議の内容と決定した戦略】</b></p> <p>県全体の戦略を策定する会議が無かったため、医療・介護・福祉の関係者・全市町村が参加する「在宅医療・介護推進協議会」を立ち上げることとした。</p> <p>7月11日に第1回の会が開催され、まずは関係職種間の理解を深める取組、市町村と医師会等との関係構築を重点的に行うこととなった。</p> <p>また、取組状況に市町村間の差があることから、先頭を走る地域にはモデル地域として積極的に支援をすると共に、大きく遅れる地域が出ないよう県（保健所含む）が関与し均てん化を図っていくこととなった。</p> <p>課題：<b>【取り組みを開始した際の課題】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・各市町村により状況が異なり、状況把握を行う必要がある。</li> <li>・市町村で共通する課題もあるが、市町村間の情報共有が十分ではなく、対応策等の共有ができていない。</li> <li>・各職能団体間の理解をお互いに深める必要がある。</li> </ul>

	<p>市町村、関係組織への調整</p> <p>【手順】</p> <p>①3月～4月上旬 各市町村に在宅医療・介護の連携を担当する担当者を決めていただいた。</p> <p>②5月～6月在宅医療・介護に関わる各職能団体に訪問し、在宅医療・介護の連携体制構築に向けて、協力要請（在宅医療・介護推進協議会の委員推薦等）を行うと共に、各職種の現状と課題について聞き取り調査を行った。</p> <p>【工夫した点】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村の連携担当者の決定については、一部の市町村で担当者が決まらない（事務分掌がない）といった自治体もあったが、介護保険法の改正などの情報共有のための窓口という位置付けとして、担当を決めていただいた。</li> <li>・在宅医療・介護推進協議会については、「徳島県地域包括ケア推進会議」という地域包括ケア全体について協議する会議の部会的な位置付けとすることで、各職能団体の長や理事などに委員となっただき、会員への情報伝達などが円滑に進むよう工夫した。また、在宅医療・介護の連携に積極的に取り組む郡市医師会（在宅医療連携拠点事業実施事業所）から委員を出していただくことで、議論が推進の方向に進むようにした。</li> </ul>
<p>実施期</p>	<p>7月：第1回 在宅医療・介護推進協議会の開催</p> <p>8月～9月：各市町村と徳島県 （医療政策課、長寿保険課）との意見交換（各市町村訪問）</p> <p>11月：各市町村間の意見交換会 （医療・介護の連携について、共通の課題をもつ市町村間でのグループワーク等）</p> <p>12月：第2回 在宅医療・介護推進協議会の開催</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○退院調整ルールについて全県下での策定を進めていくこと</li> <li>○訪問歯科医療連携室を各圏域に整備し、多職種と歯科との連携強化を図ること</li> <li>○リハビリ専門職と介護士との共同での研修の実施、介護士とリハ職が連携した要介護者の残存機能を活かしたリハビリ・介護の実施</li> <li>○関係機関が行っている医療・介護連携のための取組の共有化と合理化等が必要であるとの協議がなされた。</li> </ul> <p>3月：（各職種（職能団体）に対する理解の増進について） 在宅医療地域リーダー研修</p> <p>第3回 在宅医療・介護推進協議会</p>
<p>来年度の在宅医療・介護連携に係る事業の予定</p>	<p>モデル二次医療圏内</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○在宅医療・介護コーディネーター事業（退院調整ルールの策定後のフォローアップ等）</li> <li>○在宅医療地域リーダー研修（県全体の研修と保健所圏域ごとの研修を実施）</li> <li>○在宅医療支援のためのかかりつけ医研修（全人的な在宅医療を提供できる体制を構築するため、専門科以外の知識や技術を習得する研修を実施）</li> <li>○在宅歯科医療連携室運営事業（東部地域での連携室の設置運営）</li> <li>○後方支援病院への支援（複数の医療機関が連携して後方支援体制を構築した場合、とりまとめをする医療機関の体制整備）</li> </ul> <p>モデル二次医療圏における各市町村内</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○在宅医療連携拠点事業（徳島市、板野郡、名西郡、小松島市（勝浦町・上勝町）で実施）</li> <li>○在宅医療ネットワーク構築支援事業（連携拠点の整備に向けた取組（鳴門市：徳島県鳴門病院））</li> </ul>

<p>在宅医療介護連携 事業の振り返り</p>	<p>退院調整ルールの策定に取り組んだことで、ケアマネジャーが病院（特に高度急性期病院）の事情が理解でき、病院側もケアマネジャーの業務についての理解が深まったことで、在宅医療・介護の連携にも良い影響があると期待される。</p> <p>2次医療圏での取組を実施することにより、市町村間の良い意味での競争がおき、例えば昨年度は拠点事業を実施していなかった名西郡や小松島市などが在宅医療連携拠点事業を開始し、鳴門市が将来の拠点設置を目指して徳島県鳴門病院を中心とした連携体制構築を進めるなど、均てん化が進んだ。</p> <p>また、二次医療圏としては、南部医療圏に含まれる小松島市（3次救急医療機関である徳島赤十字病院が立地する）も事業対象としたことは、退院調整のみならず、医療と介護の連携、在宅医療を考える上でも非常に良かった。特に3次救急医療機関の地域連携室の現状（課題）が明らかとなったことにより、解決策の検討が可能となった。</p>
-----------------------------	---



9. 大分県

大分県中部圏域の状況

(1) モデル二次医療圏の状況

特徴

- ◆ 中核市である大分市保健所との連携強化  
事業の開始に当たっての協議、毎回の検討会前の戦略会議など、協議を重ねること  
で一体感が醸成。
- ◆ 福祉保健部関係課の連携強化  
これまでの庁内連携会議だけでなく、実際の事業に協働に関わることで、現状の課  
題や解決の方向性を共有することができた。
- ◆ 地域保健課長（保健師）のコーディネート機能の開花  
保健師の持つ、ネットワーク、調整能力、人柄などコーディネートに必要な機能を  
最大限に発揮。
- ◆ 市町村の在宅医療・介護連携推進事業の先鞭  
医療圏の4市にとり、27年度以降の在宅医療・介護連携推進事業をスムーズ  
に始めることができる。

基本情報(平成27年1月31日現在)

※人口は平成25年10月1日

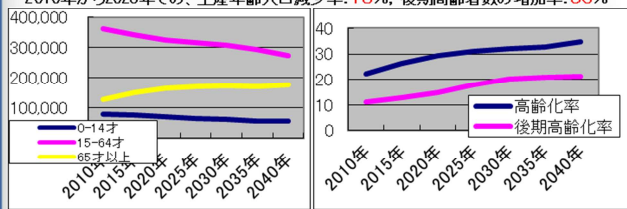
市町村数	4	カ所
総人口	570,509	人
面積	1,191.09	km <sup>2</sup>
65歳以上高齢者数	138,521 (24.3)	人 (%)
入院完結率	93.7	%
圏域内病院数	61	カ所
うち急性期病床を持つ病院数	7	カ所
地域包括支援センター	直営 0 委託 22	カ所
ケアマネ事業所数	175	カ所
郡市区医師会数	5	カ所



中部医療圏域  
(大分市、臼杵市、  
津久見市、由布市)

【圏域における人口動態推計】

2010年から2025年での、生産年齢人口減少率:1.3%, 後期高齢者数の増加率:5.6%



○ケアマネへの引き継ぎがなかった退院の割合

日付	要支援	要介護	合計
24年4~5月	98/220(44.5%)	141/801(17.6%)	239/1,021(23.4%)
26年5月	51/125(40.8%)	82/355(23.1%)	133/480(27.7%)

○入院時情報提供書の提出がなかった入院の割合

日付	要支援	要介護	合計
26年5月	150/171(87.7%)	293/504(58.1%)	443/675(65.6%)

○行政内の組織体制

都道府県の体制		保健所の体制	
医療・介護の横断的な定期協議に参加している課	・医療政策課 ・高齢者福祉課 ・福祉保健企画課	保健所名	事業に参加している課および職種(人数)
担当課	福祉保健企画課	大分市保健所	・所長 ・保健総務課(事務職1名、保健師1名) ・健康課(保健師1名) ・長寿福祉課(保健師2名)
		大分県中部保健所・由布保健部	・所長 ・地域保健課(保健師2名) ・健康安全企画課(事務職2名、保健師1名)

圏域内の病院参加率	57.4%
圏域内の【急性期病床を持つ病院】参加率	100%
圏域内の地域包括支援センター参加率	100%
圏域内のケアマネ事業所参加率	約70%

## (2) モデル二次医療圏の取組状況

### (ア) 府県・保健所・市町村の協働体制の構築過程


体制構築への手順	<p>中部保健所内および由布保健部のコンセンサス形成（4月30日、5月2日）          国のマニュアル案を提示し、保健所としての業務量がどの程度になるかについて認識の共有</p> <p>大分市へのモデル事業参画への提案と大分市保健所の役割についての検討（5月7日）          大分県庁関係3課へのモデル事業紹介と各課の果たす役割についての協議（5月8日）</p>
----------	---

### (イ) 圏域内の関係機関との調整

市町村 (特に中核市)、 関係組織への調整	<p><b>【手順】</b></p> <p>大分市へのモデル事業参画への提案と大分市保健所の役割についての検討（5月7日）          大分市保健所長に、大分市における事業の推進役として、関係者への調整をお願いしたい</p> <p>健康課長に、コーディネーターとして、会議に参加をいただきたい          長寿福祉課には、市内のケアマネジャーのとりまとめをお願いしたい</p> <p>大分市保健所長、連合医師会長、中部保健所長の三者の連名で大分市内の病院への文書の発出</p> <p>大分県庁の会議室が確保できなかった場合等に、会議の会場の確保をお願いしたい</p> <p>臼杵市、津久見市、由布市における在宅医療連携推進事業への説明（5月12～16日）          大分県医療ソーシャルワーカー協会へのモデル事業への協力要請と進め方についての協議（5月9日）          大分市連合医師会理事会でのモデル事業の説明と協力の要請（5月27日）</p> <p><b>【工夫した点】</b></p> <p>がん患者の在宅医療連携など、これまでの医療連携で構築したネットワークを活用</p>
各コーディネーターの役割	<p>都道府県担当者： 県医師会や看護協会、ケアマネ協会などとの調整</p> <p>都道府県アドバイザー： 説明会、合同会議、ケアマネ検討会等の方向付け</p> <p>保健所： コーディネーターとして、各会議の進行と意見調整</p> <p>市町村： 大分市は中心的なプレーヤーとして参加、由布市、臼杵市、津久見市はオブザーバーとして参加</p> <p>地域包括支援センター： ケアマネジャー検討会に代表が参加、その他、説明会や合同会議にも参加</p>



(ウ) 各協議の状況、経過



	病院の組織化	ケアマネの組織化	ケアマネ協議
	2014/7/1	2014/7～2014/8	2014/8/25 2014/9/17
参加者	47 病院から 91 名が参加 看護部長等 47 名 MSW等 44 名 地域包括支援センター20 名 県庁関係各課から 12 名 他の保健所から 10 名 関係職能団体から 6 名 医療圏内 4 市から 11 名 事務局（保健所） 23 名	圏域内 4 市において、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業者に対して、事業の説明及び、医療介護連携の課題についてのグループワークを実施し、約 400 名のケアマネの参画を得た。	各市のケアマネ代表 大分市 16 名 臼杵市 4 名 津久見市 2 名 由布市 4 名 計 26 名 保健所職員がコーディネーターとして、本庁関係課職員、MSW協会役員がオブザーバーとして参加
協議内容	医療介護連携調整実証事業についての説明 今後の中部医療圏における作業の流れ	医療介護連携調整実証事業についての説明 医療介護連携の実態調査への協力依頼 中部医療圏における医療介護連携の課題、病院への要望についてグループワークを実施	医療介護連携の実態調査結果の報告 退院調整ルールに向けての素案づくり ①「在宅等」の定義、②入院時の情報提供、③退院時連絡を行う患者の基準、④在宅等への退院「見込み」のタイミング
協議結果	今後の中部医療圏における流れについて合意 35 病院（圏域内のほとんどの急性期・回復期病院及び精神科の 5 病院）が参加を表明	入退院時の情報引継ぎの重要性とそのためルールづくりについて、コンセンサスを得ることができた。また、個人情報保護の問題や院内の連携の問題など、医療連携の課題についても把握することができた。	自宅だけではない「在宅等」に退院する患者で、要支援の高齢者も含め、連絡をもらう。そのためにも、要支援も含めて、入院時情報提供を行う。ケアマネが決まっていない場合の連絡先についてのルールの決定。
課題	病院の看護部長とMSWの両方が参加した病院がほとんどであったが、院内での病棟と地域連携室の連携が良好ではない病院も少なくないことから、双方の連携を促すような働きかけも必要。	中部医療圏の 600 名のケアマネジャーのうち、約 2 / 3 に対して、事業説明を行い、約半数から医療介護連携についてのヒアリングを行うことができたが、地域のケアマネ全員の参画を得ることは困難。	ケアマネが決まっていない場合、新規に介護認定を申請する（ケアマネに連絡をする）患者の基準についての議論ができていないので、11 月以降の検討課題としたい。
感想	ほとんどの急性期及び回復期の病院が参加することになり、幸先良いスタートを切ることができた。精神科病院からの参加があったことは想定外であったが、法改正を受けて、地域移行に向けての動きが加速していると思われた。	ケアマネが医療介護連携について、多くの課題を感じており、その解決のための今回の取り組みに対して非常に高いモチベーションをもっていることが感じられた。	26 名のケアマネ代表を 4 グループに分けて、退院調整ルールの素案づくりを進めているが、コーディネーターとして参画する保健師が上手にケアマネ代表の意見を引き出し、集約することができている。

	病院－ケアマネ協議①	ケアマネ協議	病院－ケアマネ協議②
	2014/10/22	2014/11/13 2015/1/26	2015/2/26
参加者	35 病院から 67 名が参加 ケアマネ代表 15 名 地域包括支援センター 11 名 県庁関係各課から 6 名 他の保健所から 13 名 関係職能団体から 9 名 医療圏内 4 市から 5 名 事務局（保健所） 20 名 国 2 名	各市のケアマネ代表 大分市 16 名 臼杵市 4 名 津久見市 2 名 由布市 4 名 計 26 名 保健所職員がコーディネーターとして、本庁関係課職員、MSW 協会役員がオブザーバーとして参加	33 病院から 61 名が参加 ケアマネ代表 13 名 地域包括支援センター 11 名 県庁関係各課から 4 名 他の保健所から 16 名 関係職能団体から 8 名 医療圏内 4 市から 5 名 事務局（保健所） 20 名
協議内容	①入退院時連絡に関する実態調査の結果説明 ②ケアマネから病院への要望のとりまとめ結果報告 ③各病院における退院調整状況（各病院から報告） ④ルール案について説明 ⑤ルール案について協議	①退院の際の連絡先 ②入院時情報提供内容 ③ケアマネが決まっている場合、退院時に情報提供をする対象者 ④ケアマネが決まっていない場合、情報共有が必要な患者の基準	①これまでの経過報告 ②修正した情報共有ルール案および Q&A の説明 ④病院での院内運用ルールの照会について ⑤来年度以降のスケジュール（特に、ルールの検証）についての説明
協議結果	情報共有を行う患者は在宅だけでなく、「在宅等」に変える患者とする。 要支援についても入院時、退院時の情報共有を行う入院時にケアマネからの情報提供が遅くなるので、病院からも情報提供する。	①退院の方向が決まったら、まずケアマネに連絡 ②ケアマネの連絡先に加え、フェイスシート等の提供 ③要支援も含む高齢者 ④国の基準を一部修正し、認知症高齢者は、疑いも含むこととする	修正した情報共有ルール案や Q&A については、病院側から特段意見が出なかったが、来年度のルール運用の検証については、退院漏れ率だけでいいのか、情報の質的な評価も必要ではないか等、積極的な意見が出された。
課題	施設に帰る場合、連絡をするのは、ケアマネか施設か DPC 算定医療機関においては、入院時に退院時期が分かるので、入院時のみの情報共有で良いか。 ケアマネから入院時の情報提供内容について	修正ルール案を病院及び代表以外のケアマネにも示して、意見を収集。 出された意見や疑問について、Q&A を作成して、情報共有ルールにつけることにした	連携シートの様式の統一について検討しないのかとの意見も出されたが、情報共有のための詳細な項目や様式については、27 年度以降の運用の中で検討が必要。
感想	病院とケアマネが情報を共有する法的な根拠について確認できた。 合同会議が終了後、主だった病院の看護部長らが自院の退院調整漏れ率を聞きに来る。漏れ率が大きい病院にとっては、インパクトは大きかった。	「退院調整ルール」では、既に急性期病院で導入されている「退院調整・調整ルール」と混同されるので、「入退院に伴うケアマネとの情報共有ルール」という名称を使うことにする。	ルール案について、意見が出なかったため、盛り上がり欠けるのではないかと危惧したが、運用後の検証について、積極的な意見が多く出され、病院側の「やる気」がうかがわれて、安心した。

(工) 中部圏域版入退院に伴う病院とケアマネジャーとの情報共有ルール

1 入院時の情報共有手順

病 院	ケアマネジャー
<p>入院時にケアマネジャーが関わっているか介護保険証等を確認し、担当ケアマネジャーを把握できた場合は、ケアマネジャーへ連絡します。</p>	<p>ケアマネジャーは、要支援・要介護認定を受けている利用者が入院したら、まず自分が担当ケアマネジャーであること（事業所名、連絡先）を病院へ連絡します。</p> <p>さらに、要介護の場合、できるだけ全ての利用者について、既存の連携シートやフェイスシート等を利用して病院へ情報提供します。</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>*ケアマネジャーは、利用者の入院を早期に把握できるよう下記の工夫をします。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者・家族に、ケアマネジャーの名刺（連絡先）を介護保険証、医療保険証、お薬手帳等と一緒に保管するように伝えます</li> <li>・利用者・家族に、入院したらケアマネジャーに連絡するように伝えます</li> </ul>

2 退院時の情報共有を行う患者：在宅等に戻る患者

3 退院時の情報共有のために、病院からケアマネジャーへ連絡するタイミング

病院は、退院の目処がいたら、まずケアマネジャーへ連絡します。

- (1) 病院は、入院時連絡で退院見込み時期がわかる場合は、そのときに（入院時連絡と合わせて）退院見込み時期を連絡します。
  - (2) 入院時連絡の段階で退院見込み時期が不明な場合、病院は、入院1週間後を目処に、カンファレンス等により、在宅等に戻れると判断したら連絡します。
- ※ ただし、ケアマネジャーから問い合わせることもあります。

4 退院時の情報共有手順

(1) 要支援・要介護認定を受けている場合

病院は、要支援の患者を含め、ケアマネジャーが病院に連絡した患者について、担当ケアマネジャーに連絡します。

可能であれば、退院前に病院からケアマネジャーへ連携シート等を渡します。間に合わなければ、取り急ぎ退院見込み時期のみを連絡します。

(2) 介護認定を受けておらず、新たに介護保険を利用する場合（ケアマネジャーが決まっていない場合）

病院は、患者・家族の了解を得て、下記のように対応します。

- ① 中重度の場合 居宅介護支援事業所を紹介
- ② 軽度の場合 地域包括支援センターに連絡

- ※ 迷った時は、地域包括支援センターに連絡
- ※ 退院時に情報共有が必要な患者の基準については、別紙「退院時に病院とケアマネジャーとの情報共有が必要な患者の基準（介護保険未認定の場合）」を参照
- ※ ケアマネジャーが決定した後は、「4 退院時の情報共有手順（1）要支援・要介護認定を受けている場合」と同様に対応

**退院時に病院とケアマネジャーとの情報共有が必要な患者の基準（介護保険の未認定の場合）**

退院時の情報共有が必要かどうか迷う場合は、下記を参考にしてください。

**1. 必ず退院時の情報共有が必要な患者（介護認定にて要介護の可能性あり）**

立ち上がりや歩行に介助が必要

食事に介助が必要

排泄に介助が必要、あるいは、ポータブルトイレを使用中

日常生活に支障を来すような症状がある認知症（疑いを含む）

（ADLは自立していても）がん末期

新たに医療処置（経管栄養、吸引、バルーンカテーテル留置など）が追加

1項目でも当てはまれば（さらに重度も含めて）

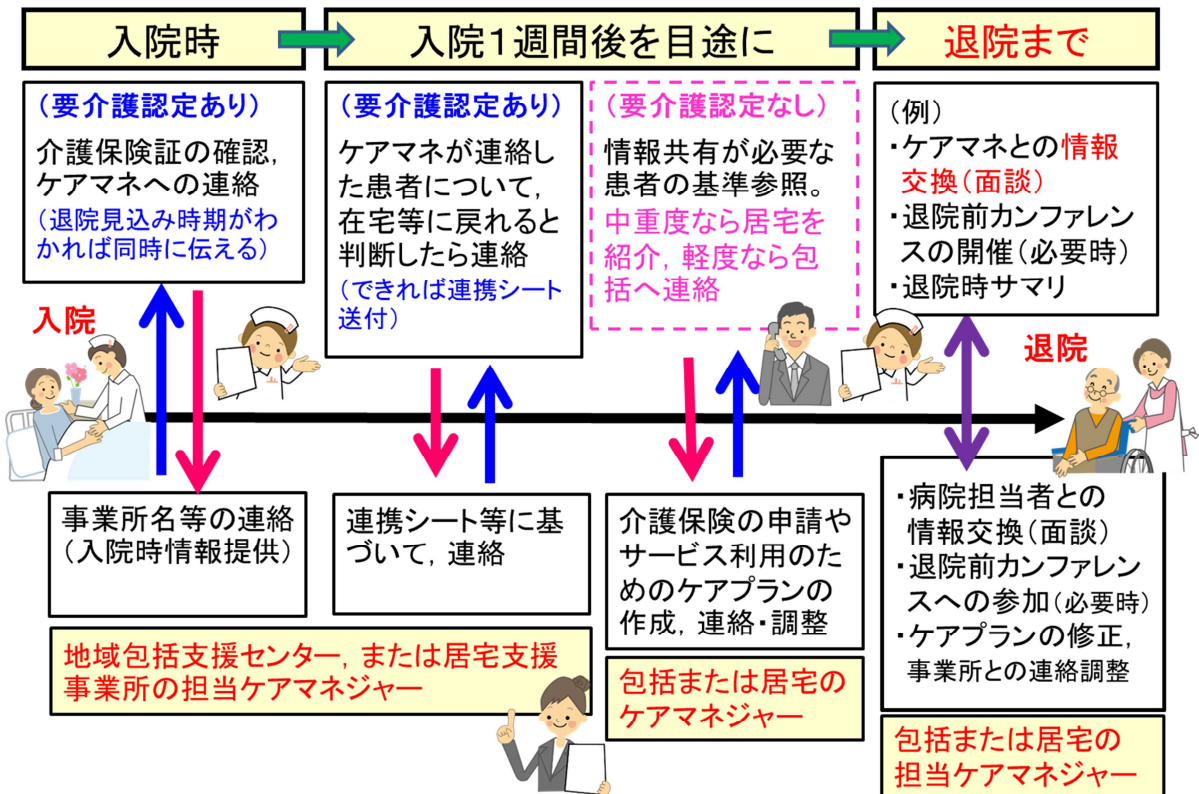
⇒ 居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）へ連絡

**2. 上記以外で退院時の情報共有が必要な患者（介護認定にて要支援の可能性あり）**

在宅では、独居かそれに近い状態で、服薬管理、調理や掃除など身の回りのことに介助が必要

⇒ 地域包括支援センターへ連絡

**入退院に伴う病院とケアマネとの情報共有ルール（概要）**



(才) 事業全体についての感想

退院調整	都道府県担当者	苦労した内容と対応したこと：
		福祉保健部の関係課を挙げて支援をする体制を構築すること。 実際には、福祉保健企画課が国との窓口になり、医療政策課は県医師会や看護協会との調整、高齢者福祉課は県のケアマネジャー協議会との調整を担当。
		退院調整ルール策定に関わった感想：
		県庁関係課が関係団体への調整だけでなく、毎回の会議にも参加していただき、大変心強かった。
	保健所担当者	苦労した内容と対応したこと：
		所内において、本モデル事業を実施するにあたってのコンセンサス形成過程が一番大変であった。最初にマニュアルを見せたために、作業の負担感が大きく、「ドン引き」された。大分市保健所の全面的な協力が得られたこと、本庁関係課の協力が得られたことも幸いし、動き出したら、「前のめりになって」進めることができた。
		退院調整ルール策定に関わった感想：
		保健師の持つ、ネットワーク、調整能力、人柄など、コーディネートに必要な機能を最大限に発揮し、地域保健課長（保健師）のコーディネート機能が開花するのを目の当たりにすることができた。 中核市である大分市保健所とは、事業の開始に当たっての協議、毎回の検討会前の戦略会議など、協議を重ねることで一体感が醸成され、連携を深めることができた。

(カ) 第6期介護保険事業計画における在宅医療・介護連携を推進する準備と今年度の活動

体制	モデル事業の都道府県担当課：
	福祉保健企画課、医療政策課、高齢者福祉課（国との窓口は福祉保健企画課）
	保健所の体制：
モデル事業開始前の圏域での在宅医療・介護連携事業の状況	保健所名：大分県中部保健所/中部保健所由布保健部/大分市保健所 退院調整ルール策定に関する担当課：地域保健課・健康安全企画課/地域保健課/健康課・保健総務課 職種・人員：医師1名、保健師2名、事務職2名/保健師2名/医師1名、保健師6名、事務職1名
	1. 圏域全体としての実施の有無：4市とも、平成24年度補正予算の地域医療再生基金を用いて、25～27年度の3年計画で実施 2. なしの場合、圏域内で実施していた市町村名：臼杵市は平成24年4月から、他の3市は平成25年10月から 3. 圏域内の市町村での担当課の有無：大分市：保健所健康課・保健総務課、臼杵市：保険健康課、津久見市：健康推進課、由布市：健康増進課 4. 実施状況 各市の在宅医療連携拠点整備事業の他に、がん在宅医療連携推進事業（平成23年度～）
準備期	情報収集（地域診断）で得た情報
	圏域での入院完結率： 圏域外への入院の程度（圏域別）： 郡市医師会、看護協会について：



	<p>戦略策定会議の状況</p> <p>【会議参加者（所属、職種、人数）】 4市で、それぞれ異なる 大分市以外は「コア会議」のメンバーのみ記載</p> <p>大分市：医師会（6名）、歯科医師会（2名）、薬剤師会（1名）、看護協会（1名）、栄養士会（1名）、訪問看護ステーション連絡協議会（1名）、MSW協会（1名）、地域包括（3名）、特養協議会（1名）、居宅介護支援事業者協議会（1名）、ケアマネ協会（1名）、ヘルパー協会（1名）、介護福祉士会（1名）、自治委員連絡協議会（1名）、民生員児童委員協議会（1名）、大分市保健総務課（事務2、保健師2）、長寿福祉課（事務1、保健師2）、保健予防課（事務1、保健師1、健康課（保健師2））</p> <p>臼杵市：コスモス病院（医師1、看護師2、MSW4、事務2）、臼杵市（保健師2、事務3）、医師会（医師2、事務1）、保健所（医師1、保健師2）</p> <p>津久見市：津久見中央病院（医師1、看護師2）、津久見市（保健師1、事務1）、医師会（医師1、事務2）、保健所（医師1、保健師2）</p> <p>由布市：JCHO湯布院病院（医師1、看護師2、事務2）、由布市（保健師2、事務2）、医師会（医師1）、保健所（医師1、保健師2）</p> <p>【会議の内容と決定した戦略】</p> <p>拠点病院、医師会、市、保健所の4者で「コア会議」を開催し、全体の方針を協議する。</p> <p>コア会議を中心に各職種の代表を巻き込んだ、「プロジェクト会議」を開催する。プロジェクト会議の下に4～6の作業班を置いて、具体的な取り組みを進める。</p> <p>【取り組みを開始した際の課題】</p> <p>市の中で、どの部門が担当課になるのかが不明確だったため、各市とも戸惑いがあった。</p> <p>平成27年度以降、市町村の事業として実施されるようになるまでの道程がイメージしづらかった。</p>
	<p>市町村、関係組織への調整</p> <p>【手順】 立ち上げから支援を行った、津久見市と由布市との調整手順を紹介する</p> <p>まず、市の保健担当課に本事業についての説明を行い、平成27年度以降、市町村事業になること、そのために、平成25年度から拠点となる医療機関とともに、3か年の事業を実施する意義について説明を行い、取り組みを促した。</p> <p>拠点となり得る医療機関に、市町村担当課長とともに訪問し、本事業の意義について説明を行い、「地域医療再生基金」への申請を促した。</p> <p>拠点となる病院の意向を確認しながら、医師会の事務局や担当理事に本事業の説明を行い、事業への参画を要請。</p> <p>【工夫した点】</p> <p>がん患者の在宅医療連携など、これまでの医療連携で保健所が構築したネットワークを活用した。</p> <p>事業の実施に不安が大きかったことから、保健所が「コア会議」のメンバーとして継続的に支援することを約束した。</p> <p>具体的にどのような取り組みになるのか、県内の先進事例の詳細な情報を提供した。</p>
<p>実施期</p>	<p>4市内、立ち上げから中部保健所が関わった由布市の取り組みの経過を紹介する</p> <p>2013/5：由布市健康増進課長、課長補佐、福祉事務所長、福祉対策課長に、地域医療再生基金を活用した在宅連携拠点事業について説明を行い、平成27年度に向けての取り組みを促す。（この際、湯布院厚生年金病院に事業計画の提出を要請養成する方向であることを説明）</p>

	<p>2013/5：湯布院厚生年金病院副院長、看護部長、副看護部長に地域医療再生基金を活用した在宅医療連携拠点事業への申請を要請（どのような事業が可能なのか、病院にとってのメリットは何か等を説明）（平成 26 年 4 月より、厚生年金病院から地域医療機能推進機構に移行することに伴い、地域医療への貢献が求められており、在宅医療や訪問看護への取り組みを検討していた！）</p> <p>2013/5：大分郡市医師会副会長（由布市の医師会代表）に、地域医療再生基金を活用した在宅医療連携拠点事業について説明し、由布市、保健所、厚生年金病院、医師会の四者が協働で事業を進めることを提案。医師会からは旧町（3町）から1名ずつ在宅医療に取り組む医師にメンバーとしてプロジェクトに参加してもらうことを提案し、候補となる3名の医師を紹介いただく。</p> <p>2013/6：旧3町の代表として参画してもらう医師に、本プロジェクトについて説明を行い、プロジェクト会議への参加について、了解を得る</p> <p>2013/7：由布市、保健所、厚生年金病院、医師会の四者からなる「コア会議」を開催。1年間の事業の概要、各職能の代表等、プロジェクト会議に参加してもらうメンバーの選定を行う。</p> <p>2013/8：各職能団体からの代表者の選定と、プロジェクト参加の要請</p> <p>2013/9：第2回コア会議。班編成の検討（モデル地区班、調査班、広報班、研修班、物忘れネットワーク班）</p> <p>2013/10：第1回プロジェクト会議。約30名が参加、全体会で事業の概要について説明をしたのち、5つの作業班に分かれて、協議。</p> <p>モデル地区班：旧湯布院町の在宅医療関係者によるワークショップの開催  調査班：高齢者サロンの参加者を対象に、在宅医療についての意識調査を実施  研修班：先進地（新潟県南魚沼市、長野県佐久市）への視察研修  広報班：市民向けの公開講座を26年の3月に企画、在宅医療、認知症についてのリーフレット作成  物忘れ班：認知症コーディネーターの養成 平成25年9月～26年3月 月1回 27名を養成</p> <p>2014/1：第3回コア会議。  各班の平成25年度の取り組みについての報告  3月の市民公開講座の企画について</p> <p>2014/3：市民公開講座 「皆で支える由布市の医療と介護 ～あなたは幸せに死ねますか？～」  基調講演 「今、なぜ、地域包括ケア（在宅医用、介護連携）が必要なのか」  由布市における在宅医療実態調査結果  由布市における在宅医療連携推進の取り組み</p> <p>2014/3：第2回プロジェクト会議  平成25年度の各班の取り組みの報告、3月の市民公開講座の報告  平成26年度以降の取り組みの方向性について確認</p> <p>2014/4：第1回コア会議  平成26年度の取り組み（各班の事業計画の概要を確認）</p> <p>2014/4：各班の作業会議の開催</p> <p>2014/5：第2回コア会議  各班の作業会議を踏まえて、26年度の具体的な取り組みについて報告と確認</p> <p>2014/5：第1回プロジェクト会議  平成26年度のプロジェクトの取り組み、各班の事業計画の報告  モデル地区班：昨年度作成した在宅医療のパンフを使って、出前講座を旧湯布院町で</p>
--	--



	<p>調査班：市民 2100 人を対象に、在宅医療についての意識調査、ソーシャルキャピタルも調査（健康増進計画や介護保険事業計画の実態調査の相乗り）</p> <p>研修班：先進地（富山県砺波市および富山市）に視察研修。10月に多職種協働研修の開催</p> <p>広報班：在宅医療連携ガイドマップの作成。市民啓発講座は、「健康立市推進の講演会とタイアップ</p> <p>物忘れ班：10月に徘徊模擬訓練の実施 SOS ネットワークの構築をめざす</p> <p>2014/9：第3回コア会議</p> <p>各班の進捗状況の報告、10月多職種協働研修についての詳細を検討</p> <p>2014/10：物忘れ班による認知症徘徊模擬訓練。100人を超える市民、関係者が参加</p> <p>2014/10：多職種協働地域リーダー研修。約60人が参加</p> <p>2014/11：研修班による先進地視察（富山県砺波市および富山市）に視察研修。富山型デイサービスの視察</p> <p>2015/1：第4回コア会議。各班の進捗状況の報告、2月に開催される由布市健康立市推進大会の企画について協議</p> <p>2015/2：由布市健康立市推進大会。約300人の市民が参加して、これまでの取り組みについて報告。</p> <p>2015/2：第2回プロジェクト会議。26年度の取り組みの評価と27年度の事業計画について協議。</p>
<p>来年度の在宅医療・介護連携に係る事業の予定</p>	<p>モデル二次医療圏内</p> <p>管内の4市とも引き続き、在宅医療連携推進事業に取り組む。 それぞれの実施体制については、次欄参照。</p> <p>モデル二次医療圏における各市町村内</p> <p>由布市は、これまでの2年間、JCHO湯布院病院が事務局として事業を運営してきたが、27年度からは由布市健康増進課が事務局となって運営することになっている（財源は地域医療再生基金28年度から地域支援事業に移行）。</p> <p>白杵市及び津久見市については、27年度までは、引き続き、地域医療再生基金による事業展開で、医師会立病院が事務局として、事業の運営を行うが、28年度以降は、市の地域支援事業に移行する予定。</p>
<p>在宅医療介護連携事業の振り返り</p>	<p>平成25年度より（白杵市は平成24年度より）、在宅医療連携推進事業に取り組んでいたため、今回の医療介護連携調整実証事業は、その一環として、スムーズに取り組むことができた。</p> <p>管内4市の担当者も、退院調整ルールの検討会にオブザーバーとして参加しており、平成28年度以降の地域支援事業の実施主体として、スムーズに取り組むことが期待される。</p>

10. 鹿児島県

鹿児島県鹿児島圏域の状況

(1) モデル二次医療圏の状況

特徴

急性期や集学的医療を中核市の病院に多くを依存する周辺地域において、保健所、市、地域包括支援センターが協働し、共通認識を図った上で、ケアマネ協議及び医療・介護合同会議を実施し、参加意向のある病院と全居宅介護支援事業所・地域包括支援センターにおいて退院調整ルール運用を開始。

基本情報(平成26年3月1日現在)

市町数	5 カ所
総人口	687,989 人
面積	1,044.87 Km <sup>2</sup>
65歳以上高齢者数	164,372 人 23.8 (%)
入院完結率	鹿児島市94.2 % 日置市45.7 % いちき串木野市42.6 %
圏域内病院数 (小児科除く)	85 カ所
うち急性期病床を持つ病院数	53 カ所
地域包括支援センター設置数	直営 4 カ所 委託 18(本部含む) カ所
ケアマネ事業所数	183 カ所
郡市区医師会数	3 カ所

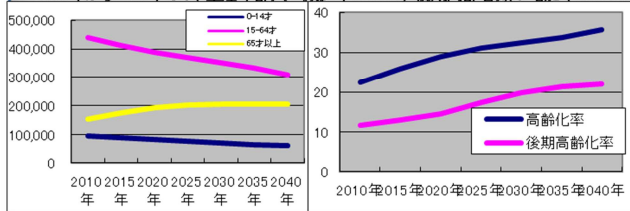
※今回の事業は三島村、十島村を除く



**鹿児島圏域**  
(鹿児島市、日置市、いちき串木野市、三島村、十島村)

【圏域における人口動態推計】

2010年から2025年での、生産年齢人口減少率:16.1%、後期高齢者数の増加率:39.5%



○ケアマネへの引き継ぎがなかった退院の割合

日付	要支援	要介護	合計
H25.11~ H26.1※	29/70(41.4%)	24/155(15.9%)	53/225(23.6%)
H26.6	46/83(55.4%)	66/272(24.3%)	112/355(31.6%)

※伊集院保健所管内のみのデータ

○入院時情報提供書の提出がなかった入院の割合

日付	要支援	要介護	合計
H26.6	76/91(83.5%)	82/278(29.5%)	158/369(42.8%)

○行政内の組織体制

都道府県の体制		保健所の体制	
医療・介護の横断的な定期協議に参加している課	保健医療福祉課 健康増進課 障害福祉課 業務課	保健所名	事業に参加している課および職種(人数)
担当課	介護福祉課	伊集院保健所	所長 健康企画課長 技術補佐(保健師) 企画管理係(保健師1名)
		鹿児島市	保健所保健総務課 長寿支援課

圏域内の病院参加率(小児科除く)	56.5 %
圏域内の【急性期病床を持つ病院】参加率	70.8 %
圏域内の地域包括支援センター参加率	100.0 %
圏域内のケアマネ事業所参加率	100.0 %

## (2) モデル二次医療圏の取組状況


### (ア) 府県・保健所・市町村の協働体制の構築過程

体制構築への手順	伊集院保健所によるモデル圏域への手上げ 県と合同で、鹿児島市保健所、介護の業務を担う長寿支援課への事業説明と協力要請 医療・介護の各団体への事業説明と協力要請
----------	---

### (イ) 圏域内の関係機関との調整

市町村 (特に中核市)、 関係組織への調整	<p><b>【手順】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 県庁、県保健所の担当者による事業説明、意見交換（事業開始前の準備段階から）</li> <li>・ 所長への説明や協力要請</li> <li>・ 中核市医師会（県医師会を含め）等、ステークホルダーへの説明と支援要請</li> <li>・ 中核市内の医療機関や居宅事業所への案内文書の発送、研修会等での受付等に関する役割分担</li> <li>・ 医療機関・ケアマネとの協議事項・結果に関して、毎回、中核市保健所と介護保険担当部署（長寿社会課）、両者へ情報提供</li> <li>・ その他、様々な介護保険関連研修会等での意見交換や関係性の維持</li> </ul> <p><b>【工夫した点】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 時点での事業内容・成果評価にとどまらず、今後の展開に向けた関係性の維持に配慮</li> <li>・ 上記手順と一部重複</li> </ul>
各コーディネーターの役割	<p>都道府県担当者：医師会・看護協会等の関係機関との県レベルの調整、中核市の保健所、関係課との調整（事業参画への依頼）</p> <p>都道府県アドバイザー：事業の推進、担当者への助言、会議等への参加による実地支援等、スーパーバイズ的役割。</p> <p>保健所：保健所管内の医師会・ケアマネ協議会等の関係機関との調整、管内市への協力依頼、会議等の日程調整、資料作成</p> <p>市町村：事業への参画及びケアマネへの協力依頼</p> <p>地域包括支援センター：事業への参画及び会議等でのファシリテーターの役割</p>

(ウ) 各協議の状況、経過



	病院の全体会	代表者会議	戦略会議
	2014/7/22	2014/7/22	2014/7/22
参加者	病院：139名(63カ所：鹿児島市50、伊集院13) →急性期・回復期病棟を有する病院(63)/全体(85) 医師会(県、市)：12名 県精神科病院協会：1名 看護協会(県、支部)：2名 介護支援専門員協議会(県、市)：9名 県医療ソーシャルワーカー協議会：1名 県精神保健福祉士協会：1名 鹿児島医療連携実務者協議会：3名 3市介護保険、健康増進担当者：17名 地域振興局：11名 介護福祉課：7名 伊集院保健所：6名	医師会(県、市)：12名 県精神科病院協会：1名 看護協会(県、支部)：2名 介護支援専門員協議会(県、市)：5名 県医療ソーシャルワーカー協議会：1名 県精神保健福祉士協会：1名 鹿児島医療連携実務者協議会：1名 3市介護保険、健康増進担当者：17名 地域振興局：9名 介護福祉課：7名 伊集院保健所：6名	3市介護保険、健康増進担当者：17名 介護福祉課：6名 伊集院保健所：6名
協議内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業概要の説明</li> <li>・全体スケジュール説明、意向調査について</li> <li>・意見交換会</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療介護連携調整会議のイメージ、ケアマネ協議の進め方</li> <li>・質疑応答</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全体スケジュール説明</li> <li>・意見交換会</li> </ul>
協議結果	事業の必要性の確認 意向調査への回答	事業の必要性の確認と今後の進め方についての確認	行政職員の認識の共有化が図られた
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・参加医療機関63カ所のうち参加意向の医療機関数</li> <li>・中核市の取り組み(保健所と介護保険所管部署の協働・組織体制)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業の必要性は認識できたと思うが、事業全体のイメージ化までできたか</li> <li>・既存事業との差別化に関する理解</li> </ul>	今後、事業を進める上でも重要な、中核市との認識の共有化が図られたか不安が残る。
感想	多くの医療機関からの参加が得られ、「退院調整」への意識の高さを感じた。	代表者の方々へ、今後の事業の進め方を説明したが、全体のイメージ化や既存事業との差別化のための事業整理の必要性を感じた。	中核市との共有化を図るために、今後も声かけの必要性を感じた。

	ケアマネ協議①	ケアマネ協議②	ケアマネ協議③
	2014/8/20	2014/9/17	2014/10/2
参加者	居宅介護支援事務所介護支援専門員：99名 地域包括支援センター介護支援専門員：24名 介護福祉課：5名 伊集院保健所：4名	居宅介護支援事務所介護支援専門員：91名 地域包括支援センター介護支援専門員：24名 介護福祉課：4名 伊集院保健所：4名	居宅介護支援事務所介護支援専門員：85名 地域包括支援センター介護支援専門員：24名 鹿児島市：1名 介護福祉課：6名 伊集院保健所：4名
協議内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業概要の説明</li> <li>・グループ協議の説明</li> <li>・グループ協議               <ol style="list-style-type: none"> <li>① 入院時の情報提供</li> <li>② 退院調整（退院時の情報の引き継ぎ）について</li> </ol> </li> <li>・グループ協議のまとめ及び今後の予定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・第1回介護支援専門員による協議のまとめ</li> <li>・退院調整に関するアンケート調査の結果及び要支援・要介護状態での病院からの引き継ぎ不良事例について</li> <li>・グループ協議の説明</li> <li>・グループ協議               <ol style="list-style-type: none"> <li>①退院調整が必要な患者の基準について</li> <li>②退院前カンファレンスにおいて病院からほしい情報について</li> <li>③入院後1～2週間で、「在宅退院ができる」と判断する基準について</li> </ol> </li> <li>・今後の予定について</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業目的及び前回までの経過報告</li> <li>・グループ協議の説明</li> <li>・グループ協議               <ol style="list-style-type: none"> <li>①要支援・要介護状態での病院からの引き継ぎ不良事例の確認</li> <li>②退院調整ルール（案）の確認</li> <li>③病院が在宅退院ができると判断する基準について</li> <li>④退院調整が必要な患者の基準について</li> <li>⑤退院前カンファレンスにおいて病院からほしい情報について</li> </ol> </li> <li>・包括支援センター・ケアマネ代表の選抜</li> <li>・今後の予定について</li> </ul>
協議結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院調整ルール（案）策定に向けて協議を重ねて取り組むことに合意</li> <li>・鹿児島保健医療圏での、退院調整アンケート調査への協力</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院調整が必要な患者の基準</li> <li>・退院前カンファレンスにおいて病院からほしい情報</li> <li>・入院後1～2週間で、「在宅退院ができる」と判断する基準</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要支援・要介護状態での病院からの引き継ぎ不良事例の合意</li> <li>・退院調整ルール（案）の合意</li> <li>・病院が在宅退院ができると判断する基準の合意</li> <li>・退院調整が必要な患者の基準の合意</li> <li>・退院前カンファレンスにおいて病院からほしい情報の合意</li> <li>・包括支援センター・ケアマネ代表（26名）</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括と居宅に勤務するケアマネの認識の違いが見られた。</li> <li>・ファシリテーターの役割が大きい。</li> <li>・居宅のケアマネ間での事業への取り組みに対する姿勢の格差</li> <li>・全体として事業のイメージが共有化されたか不安</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の基準、病院からほしい情報について、区別を理解させることが難しかった。</li> <li>・出された意見等を基準にまとめる作業が難しかった。</li> <li>・時間的制約もあり、ファシリテーターとの事前打ち合わせを行わなかったため、GWの方向性・まとめにグループごとの格差が生じた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療と介護の合同会議に向けてのこれまでの議論を踏まえた退院調整ルールの整理</li> <li>・当日の役割分担（ケアマネ、保健所保健師、県、市、アドバイザー等）。</li> </ul>
感想	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ファシリテーターとの事前打合せを行っていたので、各グループの協議はスムーズにできた。</li> <li>・多くの居宅介護事業所の参加が得られ、ケアマネさん達の取組へのモチベーションの高さを感じ、今後の進め方への責任も感じた</li> <li>・協議結果については、速報としてまとめ参加者・不参加者へ情報提供を行った。そのことで結果等を振り返り、共有化することができた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・3つの協議事項のなかで出された個別意見を深め、基準等について整理する時間が少なかった。</li> <li>・GWの各発表をファシリテーター・まとめていく全体進行者の役割が極めて重要である。</li> <li>・毎回、協議を行う前にファシリテーターとの事前打合せが必要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>協議を重ねるにつれ、各グループでの協議もスムーズで、熱のおびた内容になった。</li> <li>・居宅と包括、ケアマネ間での格差感が幾分縮小した。</li> <li>・基準等に関する整理は進められた。</li> <li>・参加者の人数も減少せず、モチベーションも維持できていると感じた。</li> </ul>

	病院－ケアマネ協議① 2014/10/23	ケアマネ協議④ 2014/11/18
参加者	参加意向のあった病院：41カ所41名（主な病院はほとんど参加意向） 代表介護支援専門員：26名、国のアドバイザー：1名、鹿児島市：3名、 県医師会事務局：2名、県関係者：4名、介護福祉課：5名、伊集院保健所：4名	居宅介護支援事務所介護支援専門員：73名 地域包括支援センター介護支援専門員：20名 鹿児島市：2名 介護福祉課：6名、伊集院保健所：4名
協議内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・開会あいさつ</li> <li>・経過報告               <ul style="list-style-type: none"> <li>①これまでの概要</li> <li>②退院調整に関するアンケート調査報告及び事例紹介</li> </ul> </li> <li>・情報提供               <ul style="list-style-type: none"> <li>①介護保険法と介護支援専門員の役割について</li> <li>②個人情報の保護と活用について</li> </ul> </li> <li>・質疑応答</li> <li>・退院調整ルール（案）の説明</li> <li>・意見交換</li> <li>・院内における退院調整ルール（案）について</li> <li>・その他</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・開会あいさつ</li> <li>・第1回医療・介護合同会議の報告</li> <li>・退院調整ルール（最終案）及び様式について</li> <li>・グループワークの説明</li> <li>・協議               <ul style="list-style-type: none"> <li>① 介護支援専門員の役割について</li> <li>② 介護支援専門員の限界について</li> </ul> </li> <li>・ケアマネ代表の確認</li> </ul>
協議結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・①「退院調整が必要」な患者の基準(案)と、②「在宅退院が可能」と判断する基準(案)については、担当ケアマネが決まっていない場合の連絡先について整理をする。</li> <li>・情報については、「お願いしたい。求めたい。」という内容である。</li> <li>・ケースによっては、簡単になることも予想される。</li> <li>・次に提示する「書式」との関連もあるので、ケアマネ協議で互いの負担にならないように検討。必須(生活の行動)の項目のみにし、あとは自由記載でもよいのでは。</li> <li>・ケアマネリスト、包括リストの配布</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院調整ルール最終案と様式について説明を行い合意。</li> <li>・ケアマネの役割や限界について、具体例を上げながら協議を行い、医療・介護の相互の負担感につながらないように、例示の提案</li> <li>・代表ケアマネの確認と合意</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネの役割について（業務）</li> <li>・利用者の入院に気づかない理由。すべてに出向いての情報収集は可能か</li> <li>・入院時情報提供書提出は、全て可能か。</li> <li>・①「退院調整が必要」な患者の基準(案)と、②「在宅退院が可能」と判断する基準(案)の整理。</li> <li>・居宅と包括への振り分け（スクリーニング）ルール。</li> <li>・退院調整ルール（案）の再掲示</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・協議の結果を、第2回医療・介護合同会議で提案できるように、ケアマネ発言等に工夫が必要。</li> <li>・共有認識ができるように、「退院調整ルール」(案)の作成。</li> <li>・たがいが負担感につながらない説明も必要。</li> </ul>
感想	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療と介護が一堂に顔を合わせたことにより、日頃の思いや業務への要望等を出したことに伴い互いの理解が進んだ。</li> <li>・ケアマネは自分たちの提供する入院時情報提供書が患者の支援に役立っていることを実感できた。</li> <li>・ケアマネの役割やケアマネの限界についての説明が、不十分であったので、第4回ケアマネ協議で、再度協議し、第2回医療・介護合同会議で理解を得る必要がある。</li> <li>・ケアマネの活発な発言のための工夫が必要（事前打合せをより具体的な内容に工夫をする）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・第1回医療と介護の合同会議の結果で出された内容で、残った課題について、検討し、第2回医療と介護の合同会議に向けて、内容を確認できた。</li> <li>・終了後に、代表ケアマネとの打ち合わせを行い、役割分担や内容の確認も行き、認識を共有した。</li> <li>・第2回合同会議の前に、事前打ち合わせを行うことも確認をしたので、ケアマネの発言を促進できるのではと感じた。</li> <li>・次回が、最終の合同会議になるので、協議ができるように、最終ルール案を提示できるようにする。</li> </ul>



	病院－ケアマネ協議②	退院調整ルール説明会 (キックオフミーティング)
	2014/12/15	2015/1/21
参加者	参加意向のあった病院：41カ所41名（主な病院はほとんど参加意向） 代表介護支援専門員：26名 鹿児島市：3名 県関係者：3名 介護福祉課：6名 伊集院保健所：4名	医療機関：51名（参加意向のあった病院43、参加意向のなかった病院8） 居宅介護支援事業所：128名 地域包括支援センター：20名 関係団体：18名 鹿児島市：3名 いちき串木野市：1名 県関係者：7名 介護福祉課：6名 伊集院保健所：3名
協議内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・開会あいさつ</li> <li>・これまでの経過報告と本日の議題について</li> <li>・介護支援専門員の役割について</li> <li>・協議</li> <li>① 退院調整ルール（案）について</li> <li>② 入院時情報提供シート（案）、退院調整情報共有シート（案）について</li> <li>③ 退院調整ルールの手引き（案）について</li> <li>・病院窓口、病院の運用方法の確認</li> <li>・その他</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・開会あいさつ</li> <li>・経過報告</li> <li>・退院調整ルールについて</li> <li>・今後のスケジュールについて</li> <li>・その他</li> </ul>
協議結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院調整ルール（案）について合意</li> <li>・入院時情報提供シート（案）、退院調整情報共有シート（案）について合意</li> <li>・退院調整ルールの手引き（案）について合意</li> <li>・病院窓口、病院の運用方法の確認と公表することについて合意</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院調整ルールの周知</li> <li>・2月1日からの運用</li> <li>・鹿児島県のホームページに、資料を公開する。</li> <li>・6ヶ月毎の退院調整状況確認（アンケート調査の実施）と、医療・介護連携調整会議を行い、見直しを行う。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険証を持っているか持っていないかを確認するための行政の窓口の一本化</li> <li>・意思表示が難しい方の対応を、この退院調整ルールの実施にかかわらず、どこが窓口となり、主体となってやっていくのか（医療・介護・行政それぞれ）</li> <li>・医療と介護が必要になる前に、意思表示の決定を国民のコンセンサスとしてつづいていくのか。（国民自らの努力、行政等の関わり）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院調整ルールの普及啓発、定着化</li> <li>6ヶ月毎の点検</li> <li>運用状況の把握（アンケート）、点検協議</li> </ul>
感想	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ルールづくりを通して、何とかしないといけないということが共有できた。</li> <li>・ルールを实际使いながら、地域にあったものに精度を高めていきたい。</li> <li>・報告会の開催</li> <li>・前回（10/23）の反省が活かされ、ケアマネから活発な発言があった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院調整ルールを、2月1日からの運用することについて、医療機関や居宅介護支援事業所に、文書をだすことで、周知が図れると感じた</li> <li>・資料等についても、鹿児島県のホームページに掲載されることで、利用の促進につながるのではないかと感じた</li> <li>・多くの参加者があり、関心度の高さを感じた</li> </ul>



(工) 決定した退院調整ルールの内容

## 鹿児島保健医療圏域退院支援ルールの手引き

### 1. 本手引きの作成にあたって

医療機関から在宅へ患者が退院するに際しては、「退院前から医療と介護が連携し、退院後の生活や療養を支えることができること」が求められています。

しかし、平成 26 年 8～9 月に実施した鹿児島圏域のケアマネジャーを対象とした「退院支援に関するアンケート調査」においては、31.0%（要支援：55.4%，要介護：24.3%）の退院支援もれがあることが分かりました（平成 26 年 6 月の 1 か月間の退院事例）。

このようなことから、本手引きは、医療と介護の連携を図ることで、より充実した患者支援ができ、円滑な在宅への移行を図ることを目的としています。

### 2. 本手引きのねらい

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、みんなで連携して「退院支援ルール」を実践しましょう。

### 3. 対象者

以下の①、②のいずれかの要件を有する者

- ①介護保険サービスを現在利用している患者か介護保険サービスの利用を希望する患者
- ②病院担当者が退院支援が必要と思った患者

### 4. 退院支援の手順

**【患者が入院してきたら】介護保険証を確認する**

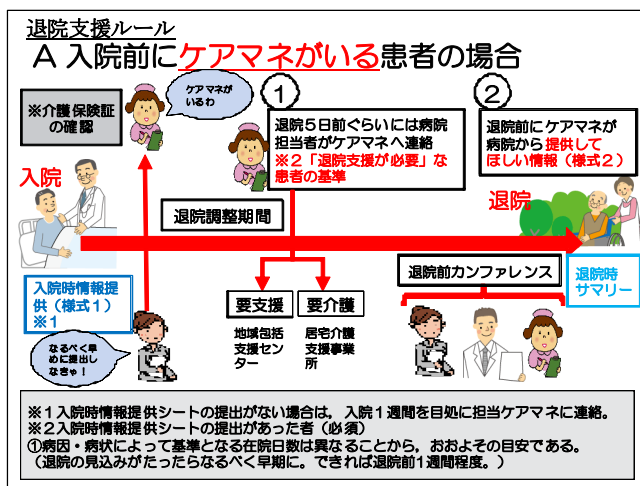
#### A【入院前に介護保険を利用していた場合】(ケアマネがいる患者の場合)

#### (1)入院時

ケアマネジャー・地域包括支援センター(以下、在宅担当者)は、入院時情報提供書(別紙様式 1 入院時情報提供シート)を参照)を病院が指定する F A X 番号又は担当窓口を持参する。

#### (2)退院支援の開始

病棟看護・地域連携室の退院担当者(以下、病院担当者)は下記(ア)、(イ)の 2 パターンで退院支援に関する連絡を在宅担当者(ケアマネジャー)に電話する。



#### (ア) 入院時情報の提供があった場合

病院担当者は、可能な範囲で在宅担当者の退院支援に必要な期間(ケアプランの修正、サービス事業所との調整期間)を考慮して、在宅担当者と退院支援開始面談の日程などの調整を行う。

#### (イ) 入院時情報の提供が無かった場合(入院一週間を目処に担当ケアマネに連絡)

家族又は介護保険証で在宅担当者を確認し、退院支援に必要な期間(ケアプランの修正、サービス事業所との調整期間)を考慮して、在宅担当者と退院支援開始面談の日程などの調整を行う。

※病院担当者から在宅担当者への連絡は、介護度変更の見込みの程度に関わらず入院時情報提供元、介護保険証の記載事業所に行く。

### (3)退院前カンファレンス(1回目)

- ①病院担当者は、面談日までに、院内の関係者から収集する。(別紙様式2 退院支援情報共有シートを参照)
- ②在宅担当者は、病院担当者と、面談し、退院支援共有情報を収集する。
- ③病院担当者は、在宅担者に患者情報を説明する。
- ④病院担当者は、退院前に追加の退院前カンファレンスや多職種での退院前カンファレンスの要否を確認する

#### 【報酬】

病院＝介護支援連携指導料300点(1回目) (算定の要件は、各病院で判断する)  
介護＝退院・退所加算300単位(1回目)

### (4)退院前カンファレンス(2回目)【実施の要否は病院担当者と在宅担当で調整し病院が決定する】

本人(家族)を交えて看護・リハビリ・栄養などと在宅での看護、リハなど必要なサービスとの引継ぎとして実施する。

※詳細な実施方法については各病院の指示にもとづく。

#### 【報酬】

病院＝介護支援連携指導料300点(2回目)  
介護＝退院・退所加算300単位(2回目)

### (5)退院時の共同指導【実施の要否は病院担当者と在宅担当で調整し病院が決定する】

入院中の患者に対して、入院中の病院の医師が、在宅療養を担う医療機関の医師若しくは看護師、歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうち、いずれか3者以上と共同して指導を行う。

#### 【報酬】

病院＝退院時共同指導料2 300点  
医師等の職種の3者以上と共同して指導を行う場合に加算 2,000点  
介護＝退院・退所加算300単位

### (6)退院時サマリー

病院は、看護・介護の引継ぎ書(退院後に想定される看護・介護の問題や最終排便日・入浴日、服薬内容)を在宅担当者に提供する。

※各施設の様式を使用

### (7)退院後

在宅担当者は退院後にケアプランの写しを病院に提供する。

## B【入院後、新たに介護保険を利用する場合】(入院前にケアマネがない患者の場合)

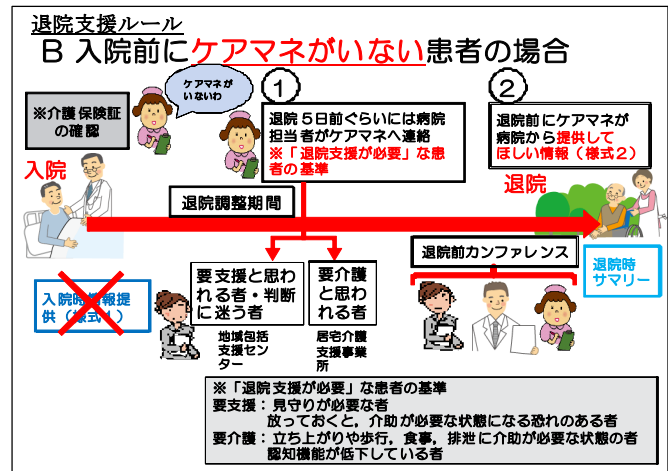
### ※「退院支援が必要な患者」の基準

#### 要支援:

- ・見守りが必要な者
- ・放っておくと、介助が必要な状態になる恐れのある者

#### 要介護:

- ・立ち上がりや歩行、食事、排泄に介助が必要な状態の者
- ・認知機能が低下している者



### (2) 在宅担当者との決定支援

病院担当者は、介護保険申請と並行して、下記の(ア)(イ)(ウ)のパターンで在宅担当者を決定するための支援を行う。

#### (ア) 地域包括支援センターを紹介するパターン(要支援者)

退院支援が必要な要支援者に該当する患者は、住所地の地域包括支援センターのリストを元に、地域包括支援センター(在宅担当者)との契約を支援する。

#### (イ) ケアマネジャーを紹介するパターン(要介護者)

退院支援が必要な要介護者に該当する患者は、住所地の居宅介護支援事業所のリストを元にケアマネジャー(在宅担当者)との契約を支援する。

#### (ウ) 要支援者か要介護者か判断に迷う場合

住所地の地域包括支援センターのリストを元に、地域包括支援センター(在宅担当者)との契約を支援する。

### 以降の流れは、A【入院前に介護保険を利用していた場合】の(2)以降と同じ

※ この退院支援ルールを活用して、介護支援専門員等多職種が参加した退院前カンファレンス(面談)を推進しましょう

### 退院支援ルールについての相談・苦情窓口

鹿児島地域振興局保健福祉環境部健康企画課 (伊集院保健所)

電話: 099-273-2332

鹿児島県介護福祉課

電話: 099-286-2111 (代表)

鹿児島市長寿支援課地域包括支援係

電話: 099-216-1186

## 1. 介護保険申請の手続き

### (1) 65 歳以上の患者

介護保険の申請を希望する場合、患者が下記の状態であった場合は、家族などが介護保険証を持って市町村の担当課へ介護保険申請の手続きに行く。

#### (介護保険申請の目安)

- ① 立ち上がりや歩行などに介助が必要な方
- ② 食事に介助が必要な方
- ③ 排泄に介助が必要な方
- ④ ポータブルトイレを使用中的の方
- ⑤ 認知症の周辺症状や全般的な理解の低下がある方
- ⑥ 在宅では、独居かそれに近い状態で、調理や掃除など身の回りの周辺動作に介助が必要な方
- ⑦ (ADLは自立でも)がん末期の方
- ⑧ (ADLは自立でも)新たに医療処置(経管栄養, 吸引など)が追加された方

### (2) 40 歳以上 65 歳未満の患者

介護保険の対象となる特定の疾病（下記の介護保険の対象となる疾病参照）で上記の状態であった場合は、家族などが医療保険証を持って市町村の担当課へ介護保険申請の手続きに行くように説明する。

#### 【介護保険の対象となる疾病】(40歳から64歳)

- ① がん末期
- ② 関節リウマチ
- ③ 筋萎縮性側索硬化症
- ④ 後縦靭帯骨化症
- 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

## 2. 退院支援におけるケアマネジャーの役割

対象者：介護（要支援）認定を受けている人・見込の人、かつ、ケアマネジャーとの契約が整った人

条件：本人・家族が在宅退院（自宅とは限らない）の意思を持っている人

業務：ケアプランを策定し適正なサービスの提供の支援を行うこと。

※退院支援の報酬を得るのは、在宅退院となりケアプランを作成した場合のみ  
（介護保険施設、転院先の紹介などは規定された業務ではない）

### 3. 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，契約の手続きとアセスメントを行う。

#### 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病院との引継ぎ

#### 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)

## 指定居宅介護支援事業所と地域包括支援センターとの違い (指定介護予防支援事業所)

	指定居宅介護支援事業所	地域包括支援センター (指定介護予防支援事業所)
法的根拠	介護保険法第46条第1項	介護保険法第58条第1項
主たる業務内容	要介護者(介護給付)のケアプラン作成に係る一連のマネジメント業務	・介護予防のマネジメント ・地域の高齢者等からの相談，助言，関係機関との調整 ・処遇困難事例等に対する支援
人員基準	介護支援専門員	主任介護支援専門員，社会福祉士，保健師等
ケアプラン作成の対象者	要介護1～5 ※地域包括支援センターから委託されている場合のみ要支援1，2	要支援1，2
マネジメント業務	<b>【要介護1～5】</b> ①介護支援専門員によるアセスメント ②サービス担当者との話し合い ③ケアプランの作成 ④介護サービス利用 ⑤一定期間ごとに要介護認定を更新	<b>【要支援1，2】</b> ①保健師等によるアセスメント ②サービス担当者との話し合い ③介護予防ケアプランの作成 ④介護予防サービスの利用 ⑤介護予防プログラム終了後，効果評価  <b>【非該当】</b> ①保健師等によるアセスメント ②介護予防プログラムの紹介 ③介護予防ケアプランの作成 ④介護予防プログラムの利用 ⑤介護予防プログラム終了後，効果評価

平成27年1月30日版(鹿児島県伊集院保健所)

詳細については，下記URLを参照

<http://www.pref.kagoshima.jp/ak06/chiiki/kagoshima/kenko/20150201.html>

(工) 事業全体についての感想

	都道府県担当者	<p>苦労した内容と対応したこと：</p> <p>保健医療圏域内に圏域内人口の9割が住む中核市を含んでいることから、中核市の保健所、在宅医療所管課へ協働を依頼した。 中核市保健所の会議への参加は得られたものの「協働」までは至らなかった。 各関係機関・団体の中核市の支部等には県担当者が事業説明に出向き、会議への出席等の協力は得られた。</p> <p>退院調整ルール策定に関わった感想：</p> <p>今回の取組を通じ、保健所機能の重要性を再確認できた。 医療は市町村圏域を超えた広域的な調整が必要なことから、中核市を含む圏域における退院調整ルール策定には県担当者の関与も必要と考えた。また、県全体への展開については今後の課題と考えている。</p>
	退院調整	<p>苦労した内容と対応したこと：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ゼロ予算事業のため、予算の確保（会場使用料等）、次回案内の通知を会議時に配布したり、メール等で行った。</li> <li>・中核市との調整に苦労したが、事業の説明、ケアマネ協議や医療・介護合同会議に出席してもらい、参加者の「生」の声を聞いてもらった。</li> <li>・ケアマネを対象としたアンケート調査の回答に対する精査については、照会をFAXで行った。</li> <li>・限られた人員と時間の中での資料作成については、組織内の協力体制と「気合い」で乗り切った。</li> <li>・ケアマネ協議や医療・介護合同会議の進め方については、事業所数も多いため、ファシリテーター役の包括職員や介護代表者との事前、当日の打合せを行った。</li> <li>・会議や打合せ、資料作成に係る業務量が膨大で、他の業務への影響があった。</li> </ul> <p>退院調整ルール策定に関わった感想：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・鹿児島圏域での退院調整ルール作成を行うことで、多くの医療機関、ケアマネの参加があり、伊集院保健所管内の課題であった、中核市の医療機関からの退院調整が、スムーズに行われると思われる。今後は、定期的なモニタリングを行いながら、システムの向上を図っていくことが必要である。また、参加意向の医療機関を増やす活動や診診連携、診療所からの退院調整ルールの作成も必要と感じた。</li> <li>・ケアマネ協議や医療機関との協議を重ねることで、それぞれの思いや課題を共有し、「みんなで作成した」ルールづくりを体感した。</li> <li>・ルールづくりを通して、初任期、中堅期、管理期、統括のそれぞれの保健師が関わることで、人材育成につながった。</li> <li>・退院調整ルールの策定に取り組んだことで、ケアマネが急性期等の医療機関の役割について理解が深まったことや、退院情報提供が医療機関の役に立っていることが実感でき、ルールづくりへの励みにつながった。また、医療機関についても、ケアマネの業務への理解が深まった。そのため、医療と介護の連携、在宅医療への理解が深まり相互作用が期待できる。</li> <li>・保健所として、ネットワークの構築の過程「顔の見える関係づくり」を体感することができた。</li> <li>・事業を進めながら、いろいろな工夫やアイデアがでてきた。</li> <li>・タイトなスケジュールのために、事業説明・打合せ・資料づくりと大変であり、また、</li> </ul>

		<p>他の業務との調整も必要であり、調整能力のスキルが身についた。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・事業を振り返ると、ケアマネ協議後に簡単なアンケートを実施し、参加者の生の声を把握し、次回協議に反映することが必要であったのではと考える。</li><li>・今後、退院調整ルールを通し、中核市や管内の市村が、医療と介護の連携について取り組めるような支援が必要である。</li><li>・広域的な連携では、中核市が主体性を持って取り組むことが極めて重要と感じた。</li></ul>
--	--	--





## 第3章 退院調整に取り組むための課題と工夫

### 1. 退院調整ルール策定に向けた全体像

退院調整ルールに向けた協議には、1) 病院（看護部、MSW等）のみの協議、2) 多数のケアマネジャーによる協議、3) 病院（看護部、MSW等）とケアマネジャー代表者による協議の3種類の会議がある。

#### (1) 退院調整ルールについて重要な点

退院調整ルールを策定する上で重要な点は以下のとおりである。

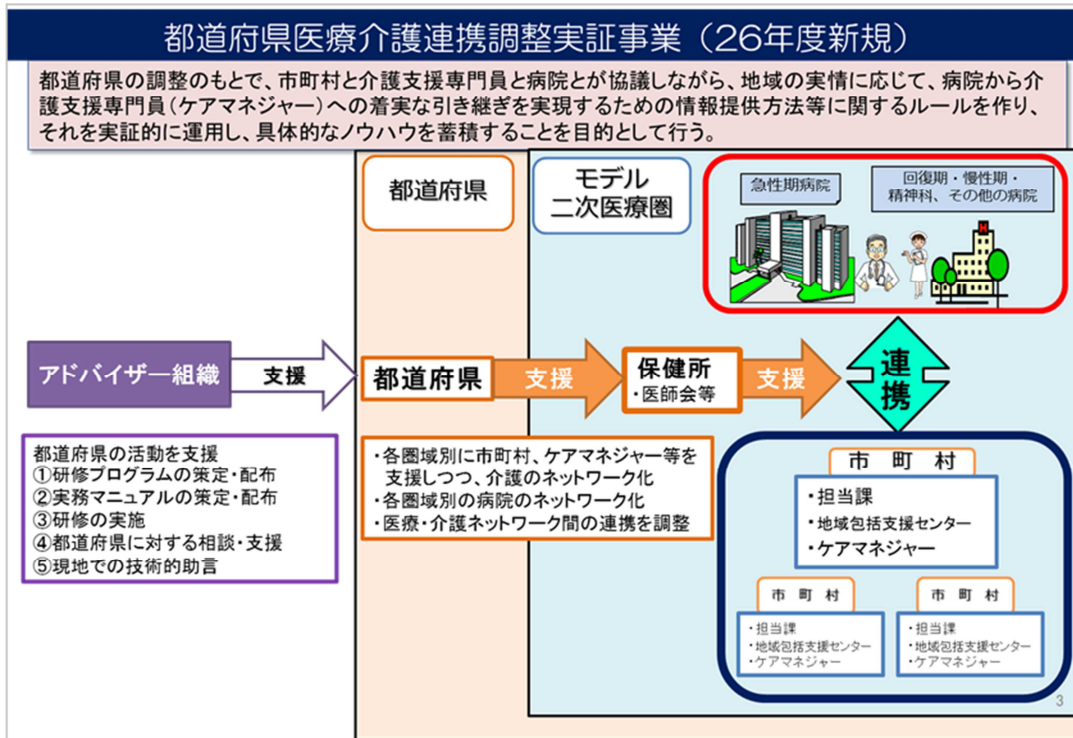
- ① 退院調整（ケアマネジャーへの引き継ぎ）を要する患者について、病院が、退院日から5日以上の余裕を持ってケアマネジャーに連絡し、以後、病院・ケアマネジャーが協働して退院準備をすること。
- ② ルールを運用した後に、半年毎の点検協議（病院・ケアマネジャー協議）を継続すること。

#### (2) 連携協議への参加者

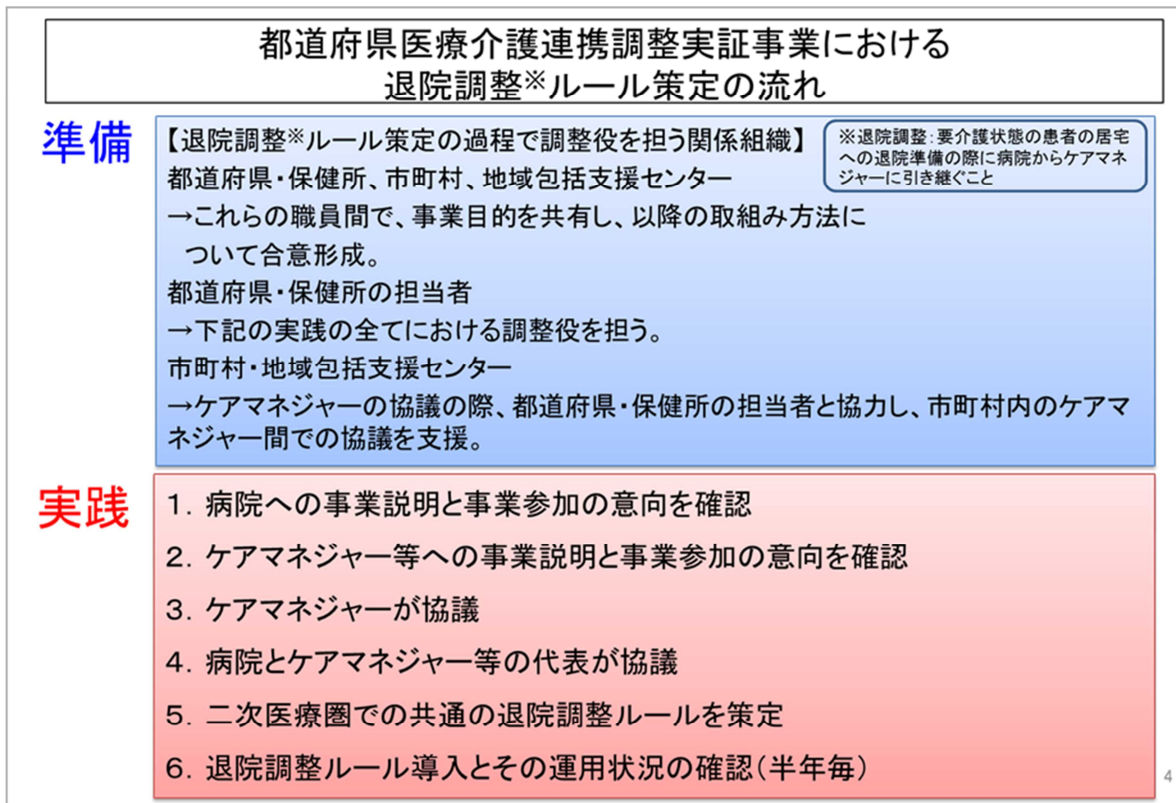
退院調整ルール策定のための協議の参加者について留意すべき点は以下のとおりである。

- ① 二次医療圏の病院とケアマネジャーの連携の改善を目的としているため、圏域内のできる限り多くの病院（病院の種別に関わらず）とケアマネジャー事業所・地域包括支援センターの参加を目標とする。
- ② 両者の連携を調整するのは、都道府県（保健所等）とし、市町村（地域包括支援センター）は自市町村のケアマネジャーをまとめることとする。

図表 18 二次医療圏における退院調整ルール策定の枠組み（再掲）



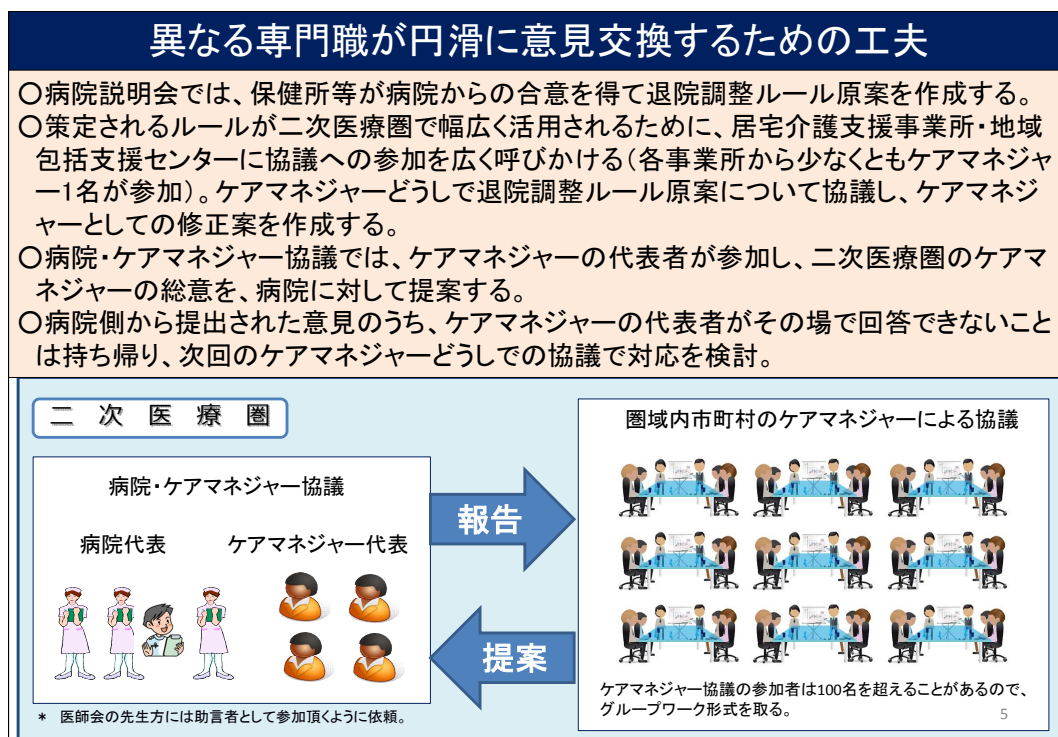
図表 19 都道府県（保健所等）、市町村、地域包括支援センターの役割と事業の流れ（再掲）



### (3) 円滑な意見交換を実施するための工夫

病院とケアマネジャーという立場の違い組織間で、互いの状況（できること、できないこと）を明らかにした上で、相手側への要望を出し合い、ルールを決めるためには、病院・ケアマネジャーの両者が忌憚のない意見を述べあえる工夫が必要である。

図表 20 円滑な意見交換を実施するための工夫



## 2. 退院調整ルール策定に向けたステップごとの課題と工夫

本項においては、10 圏域における事業実施を通じて、退院調整ルールを作成するにあたっての課題や工夫について、ルール策定までの段階ごとに整理した。

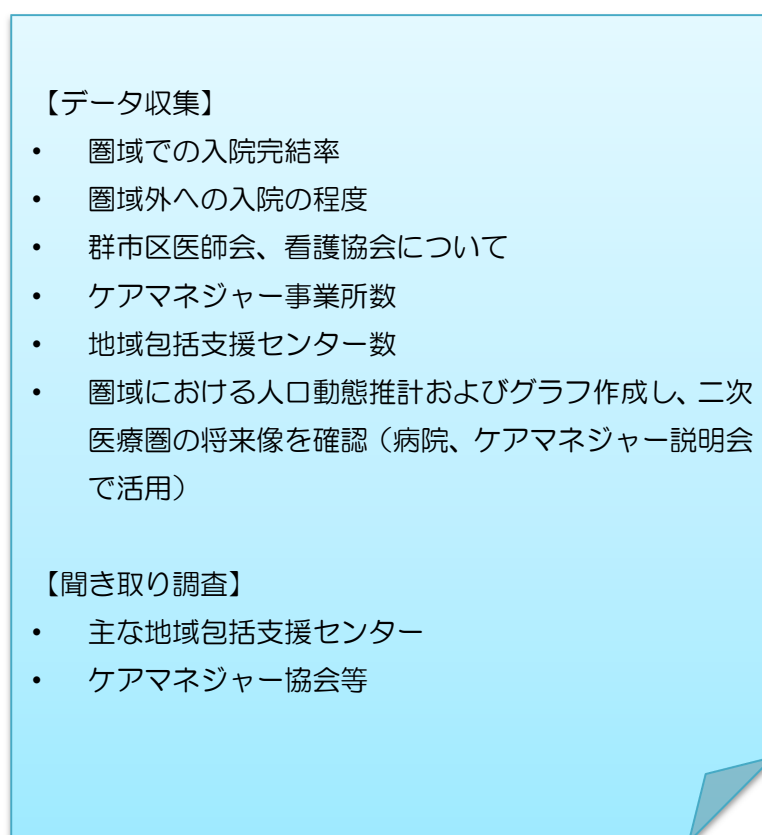
### (1) 退院調整ルール策定に向けた準備期

#### (ア) 地域診断（資源分析）

地域診断では、簡単な地域診断および人口動態推計を行う。また、聞き取り調査を行い、要介護者が退院する際の病院からケアマネジャーへの引き継ぎの状況について情報収集する。

保健所等が行う情報収集の項目を以下に示す。

図表 20 保健所等が行う情報収集項目の例



<p><b>【データ収集】</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 圏域での入院完結率</li><li>• 圏域外への入院の程度</li><li>• 群市区医師会、看護協会について</li><li>• ケアマネジャー事業所数</li><li>• 地域包括支援センター数</li><li>• 圏域における人口動態推計およびグラフ作成し、二次医療圏の将来像を確認（病院、ケアマネジャー説明会で活用）</li></ul> <p><b>【聞き取り調査】</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 主な地域包括支援センター</li><li>• ケアマネジャー協会等</li></ul>
--

#### (イ) 実施計画の策定

実施計画の策定においては、都道府県、保健所等、市町村主な地域包括支援センターなど各レベルのコーディネーターが参集し、モデル事業の内容と進め方を共有する。

#### A) 事業実施に向けた関係者の打ち合わせ

県、保健所等、市町村、主な地域包括支援センター等による事業実施に向けた打ち合わせのための会議を県が調整・開催し、モデル事業の内容と進め方を説明する。また、コーディネーターの役割について確認する。

- ▶ (病院種別・疾病を問わない) 圏域内の病院を組織化
- ▶ 圏域内の全てのケアマネジャー事業所を組織化
- ▶ 病院・ケアマネジャー協議を行い、退院調整ルールを共有し、運用開始
- ▶ 運用開始後は、半年後に、病院・ケアマネジャー協議を行い、運用上の課題を確認し、解決法を検討

会議等の開催は、「圏域内の病院とケアマネジャーによる退院調整を改善し、ケアマネジメントを受ける患者の利益に資することが目的」であり、地域事情に合わせて、会議の回数やタイミングを調整する。

図表 21 標準的な協議の流れとアドバイザー支援のタイミング（地域事情に合わせて検討）（再掲）

都道府県医療介護連携調整実証事業におけるアドバイザー支援					
	テーマ	参加者			
		看護部長 MSW 等	ケアマネ ジャー代表	ケアマネ ジャー	
国の支援	1 病院の組織化	●			ケアマネジャーへのアンケート 退院時の引き継ぎの有無等について (退院調整率)
	2 ケアマネジャーの組織化			○	
	3 現状の退院調整ルールの確認			○	
国の支援	4 病院から欲しい情報の確認			○	
	5 病院、ケアマネジャーの要望を発表	●	●		
	6 病院の要望、反応を協議に参加していないケアマネジャーに報告し、再度協議			○	
	7 ケアマネジャー間で協議した退院調整ルール案を報告。病院、ケアマネジャーで再協議	●	●		
	8 協議内容をケアマネジャーへ報告			○	
	9 退院調整ルール決定	●	●		
	10 決定した退院調整ルールをケアマネジャーへ説明			○	

## B) 退院調整状況を確認するアンケートの実施

各市町村（地域包括支援センター）から、ケアマネジャー事業所に向けて退院調整状況を確認するアンケートを実施する。各市町村で集計した結果を、保健所に集約して分析する。

事業開始の段階で、モデル圏域の退院調整状況を把握することで、圏域内外からの退院調整の程度を知ることができるとともに、都道府県、保健所等、市町村、地域包括支援センターの問題意識を高めることができる。また、病院説明会やケアマネジャー説明会でアンケート結果を公表することにより、両者を動機付けすることができる。

図表 22 ケアマネジャーへの退院調整に関するアンケート用紙（例）（再掲）

ケアマネジャーへのアンケート用紙(例)			
アンケート項目			
1. 現在の担当ケース数		(介護) _____ 件	(予防) _____ 件
2. 担当ケースのうち〇月中に病院から退院したケース数		(介護) _____ 件	(予防) _____ 件
* 今後の病院連携のため、上記2の件数(〇月中に病院から退院したケース数)の内訳等をご記入ください。			
利用者	退院された病院名(〇〇地区外の病院も)	病院からの引き継ぎの連絡	介護・予防の区別
1		有・無	介護・予防
2		有・無	介護・予防
3		有・無	介護・予防
4		有・無	介護・予防
5		有・無	介護・予防
6		有・無	介護・予防
7		有・無	介護・予防
8		有・無	介護・予防
9		有・無	介護・予防
10		有・無	介護・予防
3. 現在担当している利用者のうち、〇月中に病院に入院した件数		(介護) _____ 件	(予防) _____ 件
〇月中に入院したケースのうち、病院に入院時情報提供書をおくった件数		(介護) _____ 件	(予防) _____ 件

図表 23 モデル圏域における退院調整もれ率、入院時情報提供書もれ率（事業開始前後）（再掲）

モデル圏域名	退院調整もれ率(%)			入院時情報提供書もれ率(%)		
	要介護	要支援	合計	要介護	要支援	合計
岩手県盛岡	33	48	34	/		
岩手県宮古	19	対象なし	19	/		
富山県砺波	17	25	18	32	50	33
滋賀県大津市	36	83	39	45	83	50
和歌山県新宮	26	42	30	52	79	57
京都府中丹東	15	25	15	/		
兵庫県但馬	13	34	20	60	34	53
徳島県徳島保健所管内	35	57	41	68	93	74
大分県中部	26	47	27	58	88	66
鹿児島県鹿児島	24	55	31	31	84	44

は未調査



図表 24 苦労した内容と対応策の例

ケアマネジャー を 対 象 と し た ア ン ケ ー ト 調 査	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 苦労した点                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 500 人を越えるケアマネジャーの回答があるも、精査が必要なものが多く、その精査作業が大変だった。</li> </ul> </li> <li>→精査が必要なケアマネジャー1人1人に対して、回答内容の照会をFAXで実施。</li> <li>◆ 対応策                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 来年度については、地域包括支援センターの協力でアンケート配布・回収及び精査作業まで実施予定。</li> </ul> </li> </ul>
---	---

図表 25 サイボウズにおけるQ&A等（準備期）

<b>Q：県担当者より <u>新規で介護認定を受ける方について</u></b>	
①入院後、新規に介護保険の認定を受ける患者さんは、その後どのようなパターンで、ケアマネジャーにつながっていますか？	
②新規の方で、病院がケアマネジャーさんにつなぎ、関わっても、介護保険該当にならない場合、結果としてケアマネジャーさんはボランティアでも大丈夫なのでしょうか？	
A： 国アドバ イザー	①については、主に病院の地域連携室からの紹介ですが、中には病棟看護師からの紹介もあります。家族が地域包括ケアセンターに相談することもあります。 ②について、ケアマネジャーさんは、病院側が、ケアマネジャーの役割を理解していて、つなげたけれど、結果的に介護保険非該当になった、または、施設入所になってしまった。というのであれば、乗りかかった船として支援してくれる場合が多いです。 (病院側が、ケアマネジャーの役割を理解しているかが大事です。)

<b>Q：県担当者より <u>退院もれ率について</u></b>	
退院もれ率の定義は？病院から地域包括支援センターに繋いだ場合は含まない？また、その結果ケアマネジャーに繋がったのは、含まないのでしょうか？	
A： 国アドバ イザー	退院もれ率の調査では、1ヶ月間にケアマネジャーが担当している利用者が、病院から退院する前にケアマネジャーに連絡があったかどうかで、出しています。地域包括支援センターも要支援者のケアマネジャーもしているので、病院が地域包括支援センターにつないだ場合は「退院調整もれ」ではありません。

**Q：県保健所担当者より 報道機関への情報提供について**

本事業により、医療と介護が地域の高齢者のために一緒になって取り組んでいるということを住民や関係者に知ってもらうために、報道機関への情報提供を検討しており、下記のようなことを考えています。

1. 期待と懸念について

**【期待】**

- ① 病院とケアマネジャー・地域包括支援センターが高齢者のために頑張っていることを地域にアピールでき、評価される。
- ② 注目されることにより、参加者のモチベーションアップや方向性の統一につながる。

**【懸念】**

- ① 協議の内容がオープンにされる可能性があるため腹を割った意見が出にくくなる。
- ② 出た意見がオープンにされるとお互いの批判になりかねず、連携ではなく分裂になってしまう？

2. 提供内容について

- 案①事業の概要と予定を提供し、協議の取材は合同協議の最終回のみとする。
- 案②病院と介護から了解が得られれば、協議全て（場合により限定的）に取材を受ける。

3. 提供のタイミング

- 案①7月の1回目の病院及びケアマネジャー協議で提供内容などを提示し、了解が得られてから。
- 案②情報提供する旨を事前にお知らせしておき、1回目の協議から。

A：  
園アドバイザー

結論からいうと、病院・ケアマネジャー協議が順調に進み、もう1回協議をすれば「圏域の退院調整ルールが運用だ！」というタイミングで、マスコミに情報を入れ、その会合を取材してもらうのが賢明だと思います。

というのは、病院にとっては、他院とルール決めをすることや、他者（ケアマネジャー）から「退院調整もれ率」で評価されることは、従来の病院文化が変わるくらいデリケートなお話しです。一方、ケアマネジャーにとっても、病院に提案するための合意形成には、相当な「本音トーク」が要求されますし、病院・ケアマネジャー協議の場では、かなり明確に病院に対する意思表示をする必要があります。すごく、緊張するでしょう。マスコミが入ってできる仕事ではありません。

今回の事業は、病院・ケアマネジャー、コーディネーター（県、保健所、市町村、地域包括支援センター）にとって、初めて体験するという方々が多いはずですので、慎重に丁寧に進める方が得策です。

そこで、病院・ケアマネジャー、コーディネーターが、互いに信頼関係を共有し、「ここまで来たら、もう大丈夫！」となってから、マスコミを呼んでも遅くはないと思います。

**Q：県保健所担当者より 病院数が多い圏域における対象病院の絞り込みについて**

二次医療圏内の病院数が114あります。そのため、対象病院の絞り込みについて悩んでいます。たとえば、精神科病院をのぞく。また、病床数50床以上などの絞り込みで良いでしょうか。

A： 問題の「対象病院の絞り込み」についてですが、さすがに114病院を相手にするのは大変でしょうね。絞り込むとすれば、今後のことまで考えて、これから作る病院ネットワークを何に活用するかによるでしょう。退院調整のためだけなら、一番絞ると「一般病床がある病院（急性期病院）」で絞る方法があります。

これに、回復期リハのみの病院も入れましょうか。

将来、認知症の入退院ルールまで見据えれば、精神科病院もということになります（姫路市ではこの作戦が成功しています）。

## (2) 退院調整ルール策定に向けて

### (ア) 病院の組織化

圏域内の病院には様々な組織があるが、ケアマネジャーと協議することを目的とする組織は通常存在しない。そこで、圏域の看護協会及び各病院の看護部を代表する看護部長に参加を呼びかけ、現状の退院調整を向上させるためにケアマネジャーと協議する必要性を説き、ケアマネジャーとの協議を開始するため、圏域内の病院組織を形成するように促す。その際、病院長・看護部長等の理解を得やすくするために、地域の郡市区医師会への説明と理解を得ておくことが望ましい。

図表 26 医師会など関係機関への説明の例



2

図表 27 病院説明会のイメージ



図表 28 サイボウズにおけるQ & A等（病院の組織化）

<p><b>報告事項：国アドバイザー 第1回現地支援（病院の組織化）後の報告（その1）</b></p> <p>A圏域の第1回現地支援を終了しました。県、県保健所と中核市保健所の協力関係が構築されました。</p> <p>参加病院数は47病院（7精神科病院を含む）、91名の参加に加え、行政・地域包括支援センターからの参加者を加えると172名になったと聞いています。あまりの大人数にやや戸惑いましたが、事前の根回しが十分効いているようで、参加者の前向きな反応を感じる事が出来ました。その後の作戦会議も、82名という大人数でしたが、やはり事前の根回しのおかげで、十分な作戦会議となりました。</p> <p>他府県へのメッセージですが、今回は所長をはじめとした県・中部保健所の調整に我々が乗った形でした。市（中核市）の積極的参加という好条件のなかで、なんとかなりました。しかし、<u>中核市の参加を促す意図を含めた作戦会議の場合には、できる限り少人数での作戦会議の方が無難だ</u>と思いました。</p> <p><u>各府県の状況に合わせた、病院協議、作戦会議が行えるように事前調整を</u>させて頂きたいと思います。</p>	
<p>県アドバイザー</p>	<p>第1部が始まる前の打ち合わせ、第1部の説明会、第2部の作戦会議、そして、第3部の反省会と実に5時間にも及ぶ濃密な時間でした。気づいた点をいくつか挙げたいと思います。</p> <p>○説明会のあいさつで、モデル事業の意義を説明したのですが、医師会や院長に対して、事前にどのような調整をして、説明会の開催に至ったのかを説明すればよかったと思いました。わずか3分の主催者あいさつですが、ゆめゆめおろそかにできないなと思いました。</p> <p>○同様に、ケアマネジャーの意見をどのように集約するのか、そのあたりも説明しておくよかったと思います。</p>

<p><b>報告事項：国アドバイザー 第1回現地支援（病院の組織化）後の報告（その2）</b></p> <p>B圏域の第1回現地支援にいきました。</p> <p>6病院：18名、行政・地域包括支援センター：15名の参加がありました。保健所の事前調整で、病院の皆さんは連携協議に参加する意思を持って参加していました。</p> <p>私からは、他圏域同様、これからの退院調整ルール策定の流れを説明しました。その前にB圏域の人口動態推計を皆で見ましたが、「2040年には2人に1人は高齢者（限界集落圏域!）、3人に1人は後期高齢者」で、働き人口よりも高齢者数が上回るという事実が、ほぼ初めて共通認識されました。</p> <p>皆さんに、この推計をみて、この地域で老後を迎えることをどう思うか聞きましたが、全員、「この地域を出る気はない」とのことでした。それならば、この事業をきっかけに、皆さんで協力して「この地域で老後を迎えても誰も困らないような作戦を練ろうじゃないか」という機運が高まったように感じました。特に市町村が一緒に考える機会が乏しかったようなので、県・保健所と連動して知恵を集めていけば、案外、なんとかなりそうなアイデアがいくつか出てきました。</p>	
<p>B圏域 保健所 担当者</p>	<p>厚労省からお二方に実地支援が得られた事、またそこで圏域の悲惨な見通しを突きつけられた事はとても大きなインパクトだったようです。</p> <p>ほかの府県では中核市問題等人口規模が大きく関係機関も多い事が連携へのハードルでもあるようですが、全国的にはB医療圏のような限界集落的圏域は多くあると思います。</p>

そういった地域のモデルになることを一つの目標にします。
-----------------------------

#### (イ) ケアマネジャーの組織化

圏域内の病院組織と協議を重ね、退院調整ルールを圏域内の全ケアマネジャーで共有するためには、圏域内の全ケアマネジャー事業所が参加する組織を新たに育成する必要がある。

策定されるルールが二次医療圏で幅広く活用されるために、居宅介護支援事業所・地域包括支援センターに協議への参加を広く呼びかける(各事業所から少なくともケアマネジャー1名が参加)。ケアマネジャー同士で退院調整ルール原案について協議し、ケアマネジャーとしての修正案を作成する。

第1回ケアマネジャー協議においては、病院とケアマネジャーとの退院調整ルール策定について協議するために、圏域内の病院の組織化や退院調整ルール案について説明し、ケアマネジャーにそのメリットの理解を促す。退院調整ルールは、今後のケアマネジャー協議、病院・ケアマネジャー協議で修正していくことを確認する。また、要介護状態にも関わらず、病院からの引き継ぎがなかったことによる不良事例を収集する。

以下に、第1回ケアマネジャー協議における議事の例を示す。100人を超える参加者による協議においては、グループワーク形式が有効である。

図表 29 第1回ケアマネジャー協議における議事の例

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• 事業説明</li><li>• 入退院時の連絡に関する実態調査の結果説明(退院もれ率、退院調整で困った事例等)</li><li>• グループワーク等<ul style="list-style-type: none"><li>➤ 退院調整の必要な患者の基準</li><li>➤ 病院が在宅可能と判断する基準</li><li>➤ 退院前カンファレンスにおいて病院から提供して欲しい情報について</li></ul></li></ul> |
|---|

第2回ケアマネジャー協議においては、保健所からのオリエンテーション(アンケート調査の報告等)、退院調整ルール原案について協議・修正する。また、「ケアマネジャーがいない新規患者について、病院から引き継ぎをしてほしい患者の基準(要介護・要支援)、「病院が在宅可能と判断する基準」を確認(必要に応じて修正)、退院前カンファレンスにおいて病院(看護師・MSW)から

提供してほしい（医師から聞いてほしい）情報について確認する。

図表 30 第2回ケアマネジャー協議における論点の例

- 退院調整を行う患者は「在宅等」自宅以外に退院する患者を含むことでよいか
- 入院時情報の共有について要支援の高齢者も含むか
- 早期に入院したことを確実に把握する工夫
- 退院時に情報の引継ぎが必要となる患者の基準
- 退院調整のための連絡を受けるタイミング

図表 31 自宅退院の際に、退院調整が必要な患者の基準の例（マニュアルの参考資料より抜粋）

**自宅退院の際に、退院調整が必要な患者の基準**

1. 入院前からケアマネジャー・地域包括支援センターと契約している患者は、ケアマネジャー・地域包括支援センターに引き継ぐこと
2. 要介護認定の未認定で、必ず退院調整が必要な患者（要介護状態）
  - 立ち上がりや歩行に介助が必要
  - 食事に介助が必要
  - 排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中
  - 日常生活に支障を来すような症状がある認知症

※ 1項目でも当てはまれば ⇒ ケアマネジャーへ連絡  
(要支援レベルについては、ケアマネジャー協議で慎重に決定  
⇒ 地域包括支援センターへ連絡)

第3回ケアマネジャー協議においては、前回の議論の整理と、病院・ケアマネジャー協議へ向けた最終確認を行う。また、地域包括支援センター・ケアマネジャー代表者の選抜を行う。



図表 32 第 3 回、第 4 回ケアマネジャー協議における論点の例

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 第 1 回病院・ケアマネジャー協議で合意できたこと、再検討が必要なことの確認</li> <li>• 退院時の連絡先について（施設か、ケアマネジャーか）</li> <li>• 入院時の情報共有の内容（要支援、要介護の場合）</li> <li>• 退院時の情報共有の内容</li> <li>• 新規のケースの場合、情報共有を行う患者像（国の患者像の基準を提案）</li> <li>• 病院から退院支援のための連絡をもらうタイミング             <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 寄せられた意見に基づいて、ルール案の再検討</li> <li>➢ 退院の目途等について、病院から連絡がない場合、ケアマネジャーから連絡する旨を追加するか</li> <li>➢ 「退院調整が必要な患者の基準」の修正</li> <li>➢ 退院調整ルール運用に関する Q &amp; A 案について</li> <li>➢ 退院調整ルールの名称について</li> </ul> </li> </ul>
--

図表 33 ケアマネジャーの組織化において苦労した内容と対応方策の例

<p>ケアマネジャー協議の進め方</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 反省点             <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 回目のケアマネジャー協議では、事前にファシリテーター役の地域包括支援センター職員と打ち合わせを行っていたため、スムーズに協議が進んだが、2 回目は 1 回目終了後の短時間の打ち合わせのみだったため、ファシリテーター役が進行に戸惑ったとの意見あり。</li> </ul> </li> <li>◆ 対応策             <ul style="list-style-type: none"> <li>• ファシリテーター役の地域包括支援センター職員との打ち合わせを毎回実施。</li> </ul> </li> <li>◆ こうしたらよかった             <ul style="list-style-type: none"> <li>• ケアマネジャー協議後に簡単なアンケートの実施→参加者の生の声を把握し、次回の協議に反映。</li> </ul> </li> </ul>
<p>ケアマネジャー協議に全事業所が参加していない</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 対応策             <ul style="list-style-type: none"> <li>• 市町村と調整し、市町村事業と合同で、居宅介護支援事業所対象にルールについて説明を実施。</li> </ul> </li> </ul>

図表 34 サイボウズにおけるQ & A等（ケアマネジャーの組織化）

<p><b>Q：厚労省より</b> <u>どの程度のケアマネジャーに集まってもらい合意形成すればいいのか</u></p> <p>国アドバイザーの方々へ</p> <p>現在、各地で病院の組織化が進行しています。</p> <p>そこで、ケアマネジャーにいかに関わりかけて、どの程度のケアマネジャーに集まってもらい合意形成すればいいのかに、各地で悩んでいる状況があります。</p> <p>ケアマネジャー事業所が200を超える大分、鹿児島、徳島などは大変なことだと思います。</p> <p>そこで、兵庫県ですでに退院調整ルール策定を実現した経験者として、どの程度のケアマネジャーにどのように呼びかければ、スムーズなルール運用に結びつくのか助言をお願いします。</p> <p>よろしくお願いします。</p>	
<p>A：</p> <p>国アドバイザー</p>	<p>早速ですが、兵庫県中播磨圏域でのケアマネジャーネットワークづくりの経験を報告させていただきます。</p> <p>中播磨では、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、小規模多機能ホーム等、居宅の立場で病院との退院調整に関係する全ての事業所（約230箇所）に案内をしています。しかし、参加は、約50箇所の事業所の80名程度の参加です。その80名の中から、病院との協議に参加する代表者を選出するようにしています。</p> <p>また、この退院調整ルールは、ケアマネジャー側が地域全体でしっかり運用できないと、病院にはメリットが無いことが協議を進める上で理解して貰えるので、協議に参加しているケアマネジャーには、関係者（同じ事業所のケアマネジャーなど）への周知・啓発も同時をお願いしています。</p> <p>また、協議後は、結果をメールなどで報告するなど、知らない所で勝手に決まったルールにならないように常に配慮していました。また、地域包括支援センターには、ケアマネジャー研修の度に周知をお願いしています。勿論、病院との協議でルールが決まった後は、市の介護保険部局主催でケアマネジャーへの説明会を開催して運用開始と言った流れでした。</p> <p>簡単ですが、中播磨での活動報告です。</p>

<p><b>Q：県保健所担当者より</b> <u>ケアマネジャー協議後：「必ず退院調整が必要な患者（要介護）」について</u></p> <p>本日、ケアマネジャー協議の第1回目を終えました。</p> <p>協議の内容は</p> <p>① 退院調整もれと不十分な支援もれ事例の収集</p> <p>② 退院調整が必要な患者の基準の意見収集</p> <p>です</p> <p>「必ず退院調整が必要な患者（要介護）」について、このモデル事業では要介護の方はもともと退院調整が必要な患者のくくりに入っているの、基準を決める必要があるのかという点です。</p> <p>要支援（要介護状態）であれば基準を設ける必要はあるにしても、要介護である事をもって退院調整が必要としてもいいのではないかと思います… この点についてご教示願います。</p>	
--	--

A： 国アドバ イザー	<p>「退院調整が必要な患者」の基準の大前提は、「入院前からケアマネジャーがついている患者については、すべて引き継ぐ」ことです。</p> <p>難しいのは、「元気な人が、入院中に要介護状態の患者になった場合、新たにケアマネジャーに引き継ぐ基準」です。これは、ケアマネジャー側から病院側に提案しないとイケません。</p> <p>「要介護状態の患者」とはどのような状態かを、新人看護師でも分かる言葉で説明しています。病院職員で、「要介護状態の患者とはいかなるものか」を理解している人は多くないです。</p>
-------------------	---

### 報告事項：県保健所担当者より 第2回ケアマネジャー協議の協議内容等

第2回介護支援専門員による協議を開催いたしましたので、ご報告します。

内容は、

- ① 第1回介護支援専門員による協議のまとめ（10分）
- ② 退院調整に関するアンケート調査の結果及び病院からの引き継ぎ不良事例について（20分）
- ③ グループ協議（2時間15分、休憩10分）
  - （1）退院調整が必要な患者の基準について
  - （2）退院前カンファレンスにおいて病院からほしい情報について
  - （3）入院後1～2週間時点で、「在宅退院ができる」と判断する基準について
- ④ 今後の予定について（5分）

アンケート調査の結果については、データの精査等の時間がなかったため、速報という形で、報告しました。

グループ協議については、前回と同じグループメンバーで実施しました。協議内容の趣旨を理解するのが難しかったようで、（1）と（2）の協議が混在するなどしたグループもあり、軌道修正が必要なところもありました。なので、第3回については、ファシリテーターに協議内容の趣旨を事前にしっかりお知らせし、当日も打ち合わせをしてから実施する予定としています。

協議内容を一部掲載すると、退院調整が必要な患者の基準については、マニュアルにあるような例のほか、

- 医療ニーズの高い人（在宅酸素、インスリン、食事制限・特別な食事形態、経管栄養、褥瘡処置、がん末期等）
- 医療介護に対するコンプライアンスの低い（医療介護の拒否）人
- 認知能力が低下している人（場所、記憶、オリエンテーション等）
- 医療に対する理解が得られない人（認知症、うつ、せん妄、統合失調症等）
- 家族の協力体制が不十分な人（面会の頻度 等）
- 社会的に孤立している人（移動の手段がない、遠隔地（田舎）等）
- 入退院を繰り返している人
- 入院時にケアマネジャーが情報を提供した人

などが上げられ、留意事項としては、

※以上のうちいずれか（1つでも）、あるいは重複している場合

※患者、家族の希望の有無にかかわらず（これについては、要検討）

※病院側で、介護保険証の確認（担当のケアマネジャー、居宅）

担当ケアマネジャーありの人→居宅、担当ケアマネジャーなしの人→地域包括支援センター  
協議内容については、まとめたものを参加者へ第3回前にお知らせし、第3回の協議に臨んでいただく予定です。また、第2回ケアマネジャー協議の内容については、不参加の居宅には「速報」という形で報告する予定です。

国アドバ  
イザー

ケアマネジャー協議、お疲れ様です。

意見が噴出して大変でしょう。どの地域でもここが正念場です。ところで、『入院後1～2週間時点で、「在宅退院ができる」と判断する基準』ですが、どのモデル地域でも「もっと詳しく」との要望がケアマネジャーから出ています。介護の専門家としては当然の主張なのですが、この基準を使うのは看護師ですので、新人看護師でも簡易に使える（使おうと思える）基準にしてあげて欲しいと思います。

ケアマネジャーさんには「要介護状態をできるだけ易しく表現してあげて下さい」と説明するとスムーズかもしれません。

<< 退院調整がないことによる不良事例 >>

国アドバイザーおよび各モデル圏域からあげられた、退院調整が実施されなかったことによる不良事例の例を以下に示す。

図表 35 退院調整が実施されなかったことによる不良事例

がんの終末期の理解、在宅でのフォロー体制が無いまま退院したケース	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ がん末期。歩ける状態で退院。介護保険：未申請（制度説明も無し）。</li> <li>・ 退院後、急に歩行困難な状態にまで悪化。在宅かかりつけ医の助言で介護申請。</li> <li>・ ベッドなど福祉用具の手配を行うも認定が間に合わないまま死亡。レンタル料金が自費となってしまった。</li> <li>・ がん末期者に対する緊急認定が無い市町では、同様のケースでベッドが入らないまま亡くなるケースの報告も有り。</li> </ul>
がん末期で、病院とケアマネジャーの連携が不十分なまま退院したケース	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 胆管がん末期。老老介護。介護保険：申請中。</li> <li>・ 病院とケアマネジャーとの調整は、「退院にはベッドが必要のみ」。</li> <li>・ ケアマネジャーが、同法人の訪問看護に同行を依頼し訪問。胆汁バック、IVH、バルーンを装着。IVHのルートが短く、1モーターのベッドに仰向け身動きが取れない状態で寝かされ、腰部に発赤が出現していた。</li> <li>・ 家族は、バルーンバックの捨て方も習得できていなかった。</li> </ul>
癌末期で退院し、介護認定の途中でベッドも入らないまま死亡したケース	
	<p>癌の手術後で、衰弱していたが要介護認定がおりないまま退院。2日後にケアマネジャーに相談があった時には、布団に寝かされ、失禁状態で発赤もあった。すぐに体圧分散マット、ベッドの手配をし、本人より「体が気持ち悪い」との訴えがあり、ヘルパーにて清拭を行うが、まだ福祉用具が入らない。3日後には救急搬送され、死亡。</p>
乳癌末期で、サービス調整中に死亡したケース	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 退院時は歩行可。</li> <li>・ 退院後は1週間～10日後には、歩行不可で、ケアマネジャーに相談がある。</li> <li>・ 訪問診療をする開業医も決まっていなかった。</li> <li>・ サービス調整中に死亡。</li> </ul>
退院調整無しで退院し、部屋から外出が出来ないで過ごしていたケース	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ エレベーターのない公団の3階に居住する独居者。</li> <li>・ 下肢の骨折で入院、リハビリ後に介護申請のないまま退院。</li> <li>・ 買い物にも出られないとケアマネジャーに相談があり、支援を開始した。</li> </ul>
退院後、生活機能の低下を近隣住民が発見したケース	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者2人世帯。</li> <li>・ 退院時に病院から療養指導を受けたが、理解できていないまま退院。日常生活に支障をきたす状態になってから、近隣住民が気づき、地域包括支援センターに相談。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院時の病名も判らないため、文書で病院に問い合わせるも、料金が発生するなど支援に支障をきたした。</li> </ul>
<b>病院と自宅の環境の違いに配慮しないケース</b>	
	<p>病院では車いす移動で、排泄が自立していたが、自宅ではベッドがなく布団に寝ることになった。しかし、床からの立ち上がりができないので、トイレに行けず失禁状態になる。家族がおむつ交換を続け疲労しきったのを民生委員が発見しケアマネジャーへの連絡を行い、退院 10 日目にベッド、通所介護が提供された。しかし、本人及び家族の介護負担は重度化していた。</p>
<b>病院主導のプランが破綻し、在宅生活が困難となったケース</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>要介護 5。鼻注による経管栄養中で常に医学的管理が必要な状態。</li> <li>病院からの高齢者専用住宅で介護サービスが受けられると説明を受け、入居が決まった状態でケアマネジャーが関与。</li> <li>結果、入居先からのサービス提供は、介護サービスのみ。日常的に必要な訪問看護の自己負担額が想定とは違ったため療養病院に入院となった。</li> </ul>
<b>病院から在宅生活の支援が得られない状態で退院させられるケース</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者 2 人世帯。摂食が困難な状態で経管栄養中。</li> <li>摂食方法について家族の理解が得られないまま退院調整が進められ、医師と患者家族の関係が悪化した状態で地域包括支援センターに相談あり。</li> <li>病院から訪問看護の意見書の作成が拒否され、主治医を探す所から支援を行った。</li> </ul>
<b>病院と地域包括支援センターの退院調整が不十分な結果、退院後の住まいが無く、車で 2 日間生活していたケース</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院前に家賃を滞納しており、入院中に退去させられていた。</li> <li>病院は、金曜日に生活支援の必要性を地域包括支援センターに依頼。</li> <li>地域包括支援センターは、情報提供が金曜であったため翌日（土・日曜日）からの支援が困難と判断していた。</li> <li>結果、双方の調整が整わないまま土曜日に退院となったが、家が無いため車で 2 日間過ごしているところを地域包括支援センターが発見。熱中症もあり、再入院となった。</li> </ul>
<b>年末に急に退院させられるケース</b>	
	<p>年末にケアマネジャーへの引き継ぎなく、急に退院させられるケースがある。</p> <p>年末年始は居宅サービスの事業所は休みのところが多く、サービス調整は困難である。病院では環境が整っているため、排泄が自立していても、自宅では住環境も整っていないため、トイレに行けず失禁状態になったり、サービスに結びつかないまま状態が悪化したりするケースが多い。</p>
<b>病院での指導等が不十分なまま、誤嚥性肺炎で入退院を繰り返すケース</b>	
その ①	<p>誤嚥性肺炎で入院し、退院する本人、家族に病院は「栄養指導をした」というが、退院後すぐに退院祝いで寿司を食べるなど、指導内容を理解していない内容・形状の食事を摂り、10 日後には 40℃の熱を出し再び入院となる。</p> <p>「指導した」と「(本人・家族が)理解した」は違うということを病院が分かっていない場合が多い。</p>

その の ②	誤嚥性肺炎で入院し、抗生剤点滴で肺炎は治癒。嚥下（飲み込み）障害の評価や家族への食事形態の指導はなかった。おむつ交換が必要な状態で退院。退院7日後に家族がケアマネジャーに連絡し、サービス調整開始したが、退院10日後には肺炎で再入院となった。
<b>その他</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 引き継ぎ直後に退院した（家族からの連絡の場合も）。</li> <li>• 土日に急に退院した（事前連絡なし）。</li> <li>• 病院が「退院後はケアマネジャーが何でもしてくれるから」と患者に伝えていた。</li> <li>• 認知症で問題行動のある患者は、できるだけ早く退院させようとする。</li> <li>• 末期がん：ケアマネジャーへの引き継ぎなし退院。ベッドが来る前に死亡。</li> <li>• 90歳、肺炎：おむつ交換必要で退院。家族が疲労。7日でケアマネジャー連絡、サービス調整も肺炎再発し10日で再入院。</li> <li>• 骨折後、虚弱状態で退院。自宅閉じこもり状態のなか、認知症悪化。1ヶ月後にケアマネジャー連絡。</li> <li>• 入院中に認知症の周辺症状（夜間せん妄？）が出て、病院から退院勧められ退院。7日程度でケアマネジャー連絡も、家族は疲労困憊、本人状態悪化で再入院、寝たきり。</li> </ul>	

#### (ウ) 病院・ケアマネジャー協議の開催

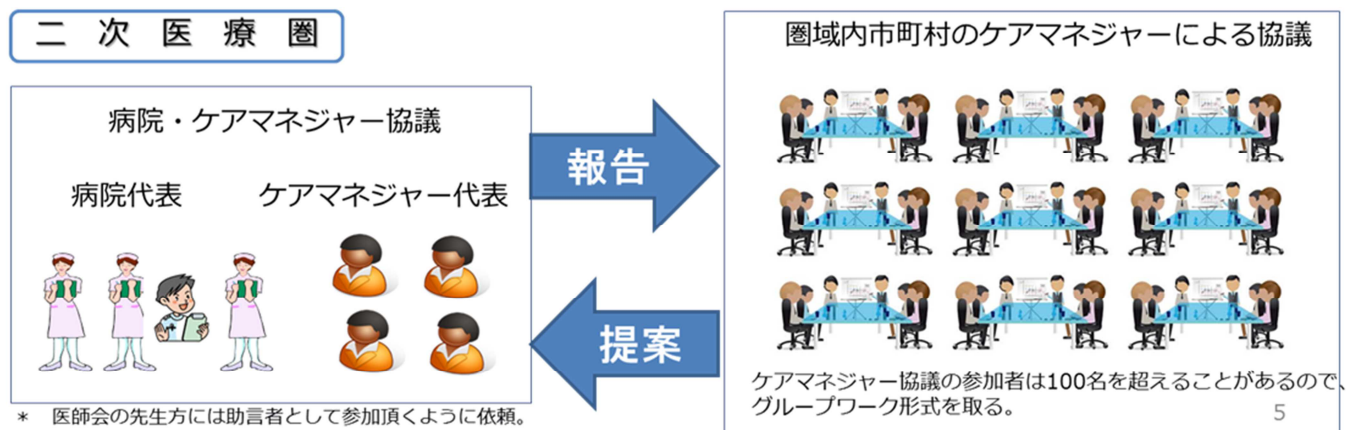
圏域における病院とケアマネジャーの協議では、両者の初顔合わせとなるため、保健所等のコーディネートのもと、病院・ケアマネジャーの両者の互いの状況や相手への要望を出し合い、相互理解を深める。

病院・ケアマネジャー協議では、ケアマネジャーの代表者が参加し、二次医療圏のケアマネジャーの総意を、病院に対して提案する。

病院側から提出された意見のうち、ケアマネジャーの代表者がその場で回答できないことは持ち帰り、次回のケアマネジャー同士での協議で対応を検討する。



図表 36 病院・ケアマネジャー協議の全体像のイメージ（厚生労働省作成資料）



A) 第1回病院・ケアマネジャー協議

第1回病院・ケアマネジャー協議においては、保健所からのオリエンテーション、ケアマネジャー（地域包括支援センター）への退院調整状況確認アンケート調査結果を再確認した上で、退院調整ルール案について説明する。また、病院向けアンケートに添って、各病院からの自院の紹介を行う。そして、ケアマネジャーの代表者が「ケアマネジャーの役割及び病院への要望、退院調整ルールのケアマネジャー修正案」を発表する。その後、病院とケアマネジャーによる協議を行う。

図表 37 病院・ケアマネジャー会議のイメージ



図表 38 第1回協議における主な意見

	意見・課題等
病 院	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 入院時の大まかな情報提供なら早い時期に実施可能。</li> <li>• 要介護認定を受けていない人ほど早めの連絡が必要。</li> <li>• ケアマネジャーから連絡をもらえると助かる（既往歴、生活歴、今後の希望など）。</li> <li>• 入院患者については可能な限り連絡してほしい⇒（ケアマネジャー）入院したことを把握できない場合がある。</li> <li>• 入院後1週間目にカンファレンスを行うので、それまでにケアマネジャーから連絡があると計画づくりに役立てられる。</li> <li>• 入院時に担当のケアマネジャーがいることをアピールしていただきたい。</li> <li>• 入院時にどのような情報を共有するのかという議論が大事。</li> <li>• 全入院患者の介護保険証を確認するのは難しい。</li> <li>• どのタイミングでケアマネジャーに連絡すべきか判断に迷う⇒（ケアマネジャー）連絡のタイミングについて基準が必要。</li> <li>• 施設に帰る場合、ケアマネジャーにも連絡が必要か。</li> <li>• 「在宅生活が可能」と判断した時点でケアマネジャーへ連絡したほうが、生活支援が良くできる。</li> <li>• 在宅退院が可能と判断する基準はアバウトな方が良い。</li> <li>• 個人情報保護を理由に病院からケアマネジャーに情報提供を渋るケースがある。</li> <li>• [急性期病院]入院時状況提供シートについて、在院日数が1週間を切るような病院ではこのルールでは運用が困難。様式について検討しないと運用は難しい。院内の体制を整えることがまずは必要であり、取り組めるよう体制を整えているところなので、すぐの参加は困難ということを理解いただきたい。</li> <li>• [急性期病院]地域連携室で全例の退院調整は困難。急性期病棟の看護師に在宅復帰のイメージはない。</li> <li>• [公立病院]特定の居宅介護支援事業所を紹介するのは難しい。</li> </ul>
ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 要介護認定が出ていない場合の対応はどこが行うか。暫定で判定しているが介護認定の審査会の結果と合わない場合が多い。⇒地域包括支援センターではどうか。</li> <li>• 転院した場合、転院先からもケアマネジャーに連絡が欲しい。</li> <li>• 病院の診療報酬の状況はケアマネジャーも知っておくべき（早期退院を迫られる状況）。</li> <li>• 病院内のルールを決めれば退院調整の状況は良くなる。</li> </ul>

<p>次回に向けた 検討事項・宿題</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 入院時の状況提供の内容（対象によってどのような内容を提供するか）。</li> <li>• 退院調整が必要な患者の基準。 <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 一 要介護と要支援を区分けするとの意図が、事務局側の認識にあまりなく、もう少し議論をした上で見直しを検討する。</li> </ul> </li> <li>• 在宅退院が可能と判断する基準、居宅と地域包括支援センターへの振り分け（スクリーニング）ルール。</li> <li>• 要介護認定を受けていない患者の地域包括支援センターへの連絡基準、介護保険の申請を新規に行う場合の患者の状態像について。</li> <li>• 介護保険の地域支援事業（在宅医療・介護連携）との調整。</li> <li>• 退院時の情報提供のタイミング。</li> <li>• 入院時から退院が決まっている患者（DPC適応の急性期病院では）は、どの時点でケアマネジャーに連絡するか。その他の患者はどうか？</li> <li>• 「ケアマネジャーから利用者全てについて入院時に情報提供する」という方法について、ケアマネジャーとして全ては不可能であることにどう対応するかという点（次回のケアマネジャー協議で「ケアマネジャーが利用者の入院に気がつかない理由」を検討へ）。</li> <li>• 提案した「連絡（判断）のタイミングを退院まで1週間を残して」から「入院から～日程度」のように、退院ではなく入院を基準としたタイミングに改める点。</li> <li>• ケアマネジャーが利用者の入院に気がつかない理由。すべてに出向いて情報収集は可能か。</li> <li>• 入院時情報提供提出は全て可能か。</li> </ul>
---------------------------	--

図表 39 第 1 回病院・ケアマネジャー協議における国アドバイザーからのアドバイス



- **【個人情報について】** 個人情報ガイドラインでは、病院職員が患者の担当ケアマネジャーに情報を提供することはOK。個人情報保護法への理解不足から、ケアマネジャーに病院からの情報が届かないという課題もあるので、双方が、病院としての保護法の取扱い、介護側としての取扱いを共有する時間を持ち、保護法の認識について共有することも必要なのではないかと。
- **【個人情報について】** 入院時にケアマネジャーが情報提供書を持参し、看護師と名刺交換すると、個人情報の問題はクリアする。
- **【ケアマネジャーへの連絡時期】** 平均在院日数から 7 日目（急性期の場合）。早めにケアマネジャーに連絡して話し合いの場をつくる。ケアマネジャーに早連絡すれば在院日数はもっと短くなるという事を分かりやすく病院に伝えてもらう。どうやって早く連絡するのかというのが「引き継ぎのタイミングをどうするか」である。入院中で介護サービスの暫定利用が必要と思われる患者（在宅急性期の患者）は退院 5 日前には連絡して欲しいということを病院に理解してもらう。
- **【療養病床】** 療養病床は入院期間が長いので、時間をかけて退院調整すると良い。
- **【退院調整を開始する判断基準】** 主治医の退院指示を待っていると退院調整の期間が取れない。看護師の判断でケアマネジャーと連絡を取っても良いのではないかと。
- **【体制について】** 広域連携で他市も関わることもあり、全体でのルール作りは必要。
- **【情報共有について】** ケアマネジャーは代表者での検討だったため、全ケアマネジャーへの周知徹底の方法が課題（一部地域において昨年度ケアマネジャー協議会が解散）。
- **【退院調整の準備】** 退院調整が必要と思われる患者は出来るだけカンファレンスにつなぎ、医師の「退院」指示が出た時には、すでに退院の準備が整っていることを目指す。
- **【急性期病院】** 平成 26 年度の診療報酬改定で、急性期病院には在宅等への復帰率 75%以上という要件ができて、病院としては大変だと思う。しかし、ケアマネジャーに引き継ぐことは患者の生活に重要であるし、病院の評判にも繋がっていくことであり、超急性期病院にこそ必要なルールであることを理解していただきたい。
- **【入院したことをケアマネジャーが気付けないのはなぜか】**
  - **【退院調整のタイミング】** 入院後〇日で、カンファレンスを行って、退院調整が必要かどうか決めてはどうか。
  - **【退院調整もれ率】** 超急性期病院で、スクリーニングシートを活用している病院で、退院調整漏れ率が高い。急性期の病院でも退院調整漏れ率が低い病院もある。自分の病院の退院調整漏れ率をぜひ活用していただきたい。
- **【協議の運営について】** 課題が出ていなかったため、もう少し時間をとって役割や課題を議論すると良いのではないかと。

## B) 第4回ケアマネジャー協議

はじめに、保健所から前回までの流れと病院・ケアマネジャー協議の状況報告を行う。前回会合での病院の反応、疑問に対する対応を協議し、入院時情報提供書、退院前カンファレンス情報提供書等の様式案について検討する。

## C) 第2回病院・ケアマネジャー協議

2回目の病院・ケアマネジャー協議では、前回保健所から提案した議題について合意形成を促す。情報交換書式及び病院側のルール運用方法の検討を開始する。また、ケアマネジャーから「退院調整を要する患者の基準」について提案を行う。

図表 40 第2回協議における主な意見

	意見・課題等
病 院	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 急性期病棟の看護師には在宅復帰のイメージができていく場合がある。</li> <li>◆ ケアマネジャーが入院に気づかないのはなぜか。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ モニタリングの間の入院（要支援は3か月に1回、要介護は1か月に1回）</li> <li>・ 一人暮らしの人</li> <li>・ ケアマネジャーから本人・家族への説明が足りない??</li> </ul> </li> <li>◆ 医療介護連携の評価は退院調整漏れ率でいいのか？</li> <li>◆ 病院としても連携状況の評価をしたい！</li> <li>◆ 情報提供の「質」についての評価はどうするのか？</li> <li>◆ 連携シートの様式の統一について検討しないのか？</li> </ul>
ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ ケアマネジャーは患者の入院に気づかない場合がある。</li> <li>◆ ケアマネジャーの業務以外の依頼は困る（家族の代行、施設探し、病院探し）。</li> <li>◆ 退院調整ルール運用のメリットは？ <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者のためになる</li> <li>・ 在宅復帰が円滑になる</li> <li>・ お互いの顔つなぎになる、距離が縮まる</li> <li>・ 加算が取れる 等</li> </ul> </li> </ul> <p>⇒患者のためだけでなく、病院・ケアマネジャー双方にメリットがある。</p>

#### D) 第5回ケアマネジャー協議

5回目のケアマネジャー協議では、保健所からのオリエンテーション（前回協議の積み残しと最終確認）、病院からの質問への回答についての検討や、病院側への要望の確認、退院調整ルールの最終確認を行う。

#### E) 第3回病院・ケアマネジャー協議

保健所からのオリエンテーション（前回までの流れ、ルール策定に向けた最終協議の予定であることを確認）の後、退院調整ルール（入院から退院前までの手順、書式、各病院での病院の運用方法）を全体として合意する。また、退院調整での診療・介護報酬の内容を説明し、退院調整ルールの運用に入ることを確認する。また、運用後半年ごとに病院・ケアマネジャー協議を開催し、退院調整ルールの運用状況と課題を確認することに合意する。

運用開始時に可能であれば、様式集や相談窓口について、使用しやすいように保健所等のホームページ上に掲載する。

図表 41 ホームページ上に様式集等の掲示の例（鹿児島地域）



説明会を開催後、参加意向のなかった病院へ参加意向の再調査を実施し、全居宅と参加意向病院へ運用開始の文書送付とホームページ掲載について知らせたモデル事業地域があった。



図表 42 退院調整ルール説明会における病院・ケアマネジャー等の意見

<p>病 院</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• それぞれ多忙な中での実施となるので、お互いの歩み寄りが大事だと思った。</li> <li>• 連携を強めることはとても大切。「在宅でもこうすればみられる」と分かれば、病院としても自信を持って患者を帰すことができる。</li> <li>• 幾度と試行錯誤されてルールづくりされたと思う。軌道に乗ったときが楽しみ。今後、医療・介護を担う人々もとても助かると思う。(初参加)</li> <li>• スタートまで10日しかないのは不安。始めは混乱があるかと思う。</li> <li>• やって見ないと判断できないので、やってみましょう。</li> </ul>
<p>ケアマネジャー等</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 病院の窓口が決まっていると連携も図りやすいので安心した。</li> <li>• 医療側と同時に説明を受けたことで、今後情報共有シートがうまく活用できるようになるのではないかと。</li> <li>• 賛同した病院だけではないので、足並みを揃えられないところが心配ですが、患者・家族の安心が得られるルールになったらいい。</li> <li>• 運用にあたって不安は大きいですが、スムーズに運用でき、利用者へより良い支援ができればと思う。</li> <li>• 今後の医療・介護の連携がうまくいくように思う。</li> </ul>
<p>関係団体・行政機関</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 全県下に広まってほしい(他保健所)。</li> <li>• 医療と介護の連携はとれていると思うが、病診・診々連携の強化も必要(医師会)。</li> <li>• 参加病院の一覧を見るとまだまだ少ないと思うが、他病院の参加はどのように促進していくのか。</li> <li>• 退院調整ルールの活用がすべての医療機関・介護関係者に普及され、住民の療養生活がよりよくなることを期待したい。(市)</li> </ul>



F) ケアマネジャーへの説明会

圏域のケアマネジャーへの退院調整ルールの説明、病院との協議内容、作成された退院調整ルールの報告、各病院の運用方法の確認、資料配布を行う。

図表 43 圏域内の病院による情報公開

全病院の情報公開（イメージ）									
病院名	すでに介護保険を利用していた(CMが付いている)場合					新たに介護保険を利用する場合			
	①CMからの入院時情報はどこに？ (電話をしてから) 手渡しの場合	FAXの場合	②退院調整の期間を残し、在宅判断は可能？	③誰がCMIに電話をする？	④CMとの面談主体は？	⑤誰がCMIに退院日を連絡する？	⑥誰が介護保険を説明する？	⑦誰がCM契約の支援をする？	⑧誰が契約後のCMと連絡をとる？
〇〇病院	地域連携室または病棟(連携室に事前アポを)	地域連携室 代表FAX:	×(Dr判断)	地域連携室、 家族	地域連携室、 状態確認の場合は病棟Ns	地域連携室、 家族	地域連携室、 または病棟Ns	地域連携室	地域連携室
〇〇センター	直接病棟に電話	地域連携室 FAX:	Ns判断で○ (Dr判断や 家族希望で ×の場合も)	病棟Ns	病棟Ns	病棟Ns	病棟Ns 又は地域連携室	病棟Ns 又は地域連携室	病棟Ns 又は地域連携室
〇〇病院									
□病院	<b>病院単位で統一。</b> <b>内容については、各病院の判断に任せる。</b>								
〇〇総合病院									
△病院									
○病院									
■病院									
▲病院									
▽病院									

G) 病院・ケアマネジャー協議において苦労した点等

本モデル事業における病院・ケアマネジャー協議でコーディネーターが苦労した点等について、下表に示した。

図表 44 病院・ケアマネジャー協議において苦労した内容と対応方策の例

病院・ケアマネジャー協議会議の進め方	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 回目の合同会議前に介護側代表者の打ち合わせを行った上で会議を進めたが介護側代表者の発言が少なく、協議が思ったように進まなかった。 ⇒介護側代表者との打ち合わせをより具体的に実施し、当日の会議前にも実施</li> <li>初めての合同会議で、どのような意見等が出るのか分からないこと（特に病院側から）。【多数】</li> <li>病院からの質問にどこまでケアマネジャー（病院）に答えてもらい、どこまで司会としてケアマネジャー（病院）を代弁するのか。またどこまで病院に問うかという点。</li> </ul>
--------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 病院とケアマネジャーをフラットな関係に導くには相当の時間を要する（特にケアマネジャーは意見を言いたがらない）。</li> <li>• 協議の方法など双方から意見が出やすい協議形式を考える必要がある。</li> <li>• 司会が双方の質疑を引き出しながらもうまくまとめながら進めるのは難しい。</li> <li>• ルール原案を提案したが、議論時間が予定していた時間では足りず、次回会議も合同会議として引き続きルール原案について、意見交換を継続することとなる（ルール原案を数日前に配布して目を通してもらっていたが、時間が不足と感じた）。</li> <li>• ケアマネジャーの代表が看護部長等からの質問に対して、これまでの議論を踏まえて回答することが十分にできなかった。→代表が回答するだけでなく、それを補佐する役割を決めておいた方が良かった。</li> </ul>
<p>協議に多くの時間を要する会議・ワーキングメンバー以外への情報共有</p>	<p>◆苦勞した点</p> <p>協議では多くの時間を要し、折り合いを付けられないことが多かった。（要望がたくさん出てくる。）</p> <p>メンバー外の関係者に「そなんん知らんわ！」と言われないようにする。</p> <p>◆対応策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 戦略会議のほかにも協議の前後に意見調整などの根回しをしておき、協議の場では合意内容の確認をするという状況を目指した。</li> <li>• 1回ごとのワーキングの議事録を作成し、すぐにメンバーに送付。メンバーの所属内で共有。</li> <li>• 議事録とは別に「かわら版」（要点をまとめた報告書）を作成し送付。地域包括支援センターから全居宅へ発信。</li> <li>• メンバー外の病院関係者には、かわら版の送付+電話。</li> </ul> <p>◆苦勞した点</p> <p>限られた時間（ワーキングは1回2時間）の中で物事を決めなければならない！</p> <p>◆対応策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 見やすい資料作成→ワーキングまでにメンバーに見ておいてもらう。</li> <li>• 宿題制度。</li> <li>• 当日のワーキングは「シナリオとオチ」を想定。</li> </ul>
<p>管内規模が大きく一同に会することが困難</p>	<p>◆対応策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 病院協議のための「介護支援専門員の代表者」を決めた（協会推薦12名とケアマネジャー会議出席者から推薦いただいた方の中から地域性・所属属性のバランスを考慮した8名計20名）。</li> <li>• 代表者とケアマネジャー協議後のまとめ、病院協議内容の事前検討を行った上で、病院協議を実施。</li> </ul> <p>※代表者は、非常に協力的で熱心に会議に出席 この取り組みは、病院と連携がしやすくなると好評。運用後の進行管理のための病院協議も同じ代表者をお願いすることができた。</p>

<p>ケアマネジャーへの説明</p>	<p>◆苦勞した点        ケアマネジャーメンバーがルールづくりの課程・内容を具体的にイメージできなかったため、当初は協議をスムーズに進められなかった。</p> <p>◆対応策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 担当者自身がきちんと整理・理解してかみ砕いた資料を用いるなどしてルールづくりを説明した。</li> </ul> <p>◆苦勞した点        ケアマネジャーにとって「退院調整に用いる基準」の使い方や基準の内容をイメージしにくく、最も時間を要した項目である。</p> <p>◆対応策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ マニュアルの参考資料と協議の集約意見を照らし合わせながら説明し、マニュアルに準じる内容に方向づけるようにして合意を得た。</li> </ul>
<p>協議に参加していない病院について</p>	<p>◆対応策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 協議に参加していない病院へ個々に訪問し、ルール説明と病院窓口掲載の意思を確認。</li> </ul>
<p>その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 全関係者に自分たちのルールであるという認識を持って使ってもらうこと。        → ケアマネジャー側は合同協議への参加は代表者のみのため、できたルールが自分たちのルールであると追認していただくための工夫が必要。</li> <li>・ 調整の大切さと大変さを改めて実感…事業を進めるにあたり府内部にも、外部関係機関にも、あらゆる時期のあらゆる場面で調整が必要であり、改めて「調整」の大切さ、大変さを再認識。</li> <li>・ 圏域内の一部で用いられている既存ローカルルールとの整合性。ルール案について、どこまで地域事情や病院事情を考慮してもよいか。病院や市町村ごとの対応可能な範囲に幅がある。</li> <li>・ ケアマネジャーからは退院前カンファレンスに参加しないと退院・退所加算が取れないとの声があり、連絡するだけでなく連携の質を踏まえた評価指標が必要。</li> <li>・ 病院（看護師）の介護保険制度（ケアマネジャー）についての理解が想像以上に十分でない（ケアマネジャーの病院事情の理解もしかり）。</li> <li>・ 各病院内で協議された退院調整ポイントをケアマネジャーに明示したことは大変感謝されたが、ケアマネジャーへの連絡方法等、病院間で対応が異なる点をどこまで調整すべきかが課題。</li> <li>・ 要介護認定を受けていない患者には対応できないとする居宅介護支援事業所がある。また、地域包括支援センターによって取り組む姿勢が異なりどこまで調整するかが課題。</li> <li>・ 今後の懸念は、院内パスの確立していない大規模病院で起こってくる「病棟ごとの対応の違い」についてはワーキングとは別に検討が必要。</li> <li>・ 病院側が、ケアマネジャーがなぜ、担当患者の入院に気づけないのかを理解</li> </ul>

	<p>しづらかった。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ケアマネジャーがDPC（診断群分類）など入院期間に影響及ぼしている制度について知らない。→協議の中で説明できなかったため、次回の協議の際にこうした制度について説明する。</li> </ul> <p>(感想)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>総合司会は副所長が、ワーキングそのものの進行は所長が実施。小規模なので万遍なくメンバーの意見が出せた。</li> <li>事前に事務局で詳細の打合せをし、ある程度シミュレーションどおりに運んだので特に困ったとは感じなかった。</li> <li>病院アンケートの回答内容を吟味しておけば、ある程度は準備できそうだが、国アドバイザーのやりとりを見させて頂くのが一番参考になった。</li> </ul>
--	---

図表 45 サイボウズにおけるQ & A等（病院・ケアマネジャー協議）

<p><b>Q：県保健所担当者より</b>     <u>ルール案における「ケアマネジャーがいない場合」について</u></p> <p>病院・ケアマネジャー合同協議に向けて準備を進めているところですが、質問とお願いがあります。ケアマネジャーとして提案するルール案の「ケアマネジャーがいない場合」について、認定→ケアマネジャーとの契約、情報提供に至るまでの流れを教えてください。</p>	
<p>A： 国アド バイザー</p>	<p>「ケアマネジャーがいない場合」の病院側の対応はやや難しいです。</p> <p>病院側が「この人は要介護認定が必要だと判断して、家族にケアマネジャーと契約するようにしている」ことが前提なので、「契約したケアマネジャーが電話する連絡先（病棟婦長、看護師など）」を書いた文書を家族に渡しておく、が比較的实施しやすい方法です。</p> <p>もっとも効率的な方法は、「病院内で決めてもらいたい項目」の7～8を一気に解決する手です。</p> <p>地域連携室がよく使う手ですが、</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①患者の状態をみて、患者の近所のケアマネジャーか地域包括支援センターを本人か家族に選んでもらい、そのケアマネジャーに連絡し、病院訪問を依頼する。</li> <li>②現れたケアマネジャーに要介護認定の「代行申請」を依頼する。</li> <li>③ケアマネジャーに暫定ケアプランをたててもらおう。 ⇒退院へ</li> </ol> <p>上記は、合理的な手段ですが、ケアマネジャーにとって「忙しくなるのでは・・・」との懸念がでるかもしれません。</p> <p>しかし、ケアマネジャーでなく家族が認定申請しても、ケアマネジャーが病院に呼ばれることになりやすく、早めに患者の存在に気付くことができるだけメリットがあると説得して、「代行申請」を病院全体に教えてあげる案もあります。ケアマネジャーとの交渉次第ですね。</p>

<p><b>Q：県アドバイザーより 要支援の方の加算、入院情報提供のモチベーションアップについて</b></p> <p>いよいよ、ケアマネジャーとの協議も佳境に入ってきましたが、入院時情報連携加算が、要支援の高齢者には適用されないことが、ケアマネジャーのモチベーションを下げないか少し気がかりです。</p> <p>当医療圏での実態調査でも、要介護高齢者については入院時情報提供率が 41.9%であったのに対して、要支援では 12.3%にとどまっています。この数値を上げようと働きかけたいところですが・・・</p> <p>退院・退所加算も同様に要支援の高齢者には適用されないこので、厳しいですね。診療報酬の介護支援連携指導料は要支援でも算定できるのに・・・</p>	
<p>A：</p> <p>国アドバイザー</p>	<p>要支援者について、入院時情報連携加算、退院・退所加算もケアマネジャーは算定することはできません。 2,000 円～3,000 円とはいえ、報酬での評価がないことは、もらえるよりもケアマネジャーのモチベーションを下げるかもしれません。</p> <p>参考) 兵庫県におけるある圏域では、平成 24 年 7 月に退院調整ルールの運用を開始しました。協議開始前の 2 月と 9 月との差を、現地支援の際にご覧に入れたと思います。</p> <p>注目して頂きたいのは、入院時情報提供の割合で、2 月には要介護でも 60%程度、要支援に至ってはデータさえ取れない状況でした。ところが、協議後の 9 月には、要介護で 80%程度、要支援では加算がつかないにも関わらず 50%程度に増加しています。</p> <p>私はこの結果に驚いて、ケアマネジャーに聞いて回りましたが、その理由は、要介護では「病院が利用者の入院時にどんな情報を欲しがっているのかが分かったから」、「入院に気付くのが遅くなっても、病院が情報を欲しいことが分かったので持参するようになった」という反応でした。</p> <p>要支援者については、「退院調整ルールの内容から、入院時情報提供書を病院に提供しないと、退院調整もれの危険性が高まることが分かったから送るようになった」とのことでした。</p> <p>ただ、病院・ケアマネジャー協議のなかで、要支援者の入院時情報提供書にはケアマネジャーの収入がないことを明らかにした上で、「患者の名前、ケアマネジャーの名前・事業所名、電話番号」だけの最低限度の内容でいいことに合意していました。</p> <p>兵庫県西部の他圏域でもでもほぼ同様に進んでいます。要は、「<u>病院が利用者の入院時にどんな情報を欲しがっているのかが分かったから</u>」という反応が出るような協議の進め方だと思います。報酬以外のメリットをケアマネジャーに示すことが、モチベーションを下げないコツかと思います。</p>

<p><b>Q：県保健所担当者より 看護師、病院担当者とケアマネジャーの面談に対する加算について</b></p> <p>報酬のことが良くわからないので、教えてください。介護報酬の分では、退院の 3 回目の加算は、「入院中の担当医等との会議に参加して、・・・退院指導料 2 の注 3」と書かれています。</p> <p>「看護師、病院担当者とケアマネジャーの面談」では 3 回目の加算は算定できないのでしょうか？</p>	
<p>A：</p> <p>国アドバイザー</p>	<p>ケアマネジャー算定できる退院・退所加算 3,000 円×3 回は、2 回目までは「看護師、病院担当者とケアマネジャーの面談」で算定可能ですが、3 回目には病院の退院時共同指導料 2 の注 3（病院主治医と、在宅系の多職種が加わるカンファレンス）が要件となります。多職種カンファレンスが必要な患者については、3 回目を取ればいいのですが、稀な事例と</p>



	<p>考えています。</p> <p>そこで、退院調整ルールでは、原則、病院・ケアマネジャーとも 3,000 円×2 回でいいじゃないか、と考えています。</p>
--	--

<p><b>Q：厚生労働省担当者より 協議で対応に困ったこと、持ち帰りになった事項</b></p> <p>各圏域における病院－ケアマネジャー協議の第1回目お疲れさまでした。国アドバイザーから、協議の様子や終了後のミーティング内容等について聞きました。</p> <p>事業担当からお願いがございます。今後、病院－ケアマネジャー協議が終了しましたら、以下の2点についてサイボウズで報告してください。</p> <p><u>1. 協議の場面でどのように対応すればよいか困ったこと。(これは、厚労省の国アドバイザーが登場してその場で調整に加わる場面になるかと思えます)</u></p> <p><u>2. 次回の2回目の協議に向けて、持ち帰りになった検討事項</u></p> <p>どこの府県でも陥りやすい問題や、検討課題は共通する内容が多いと思います。</p> <p>実施府県の中での協議状況の共有や、事務局の把握、他府県の事前準備のためにも、以上の2点については、必ず報告をお願いいたします。</p>	
<p>A： C 県保健 所担当者</p>	<p>この協議の必要性は病院・介護ともに理解を得られていますが、厚労省の国アドバイザーが協議に参加されるという事は、協議を続ける強力なサポートになったと感じます。</p> <p>1. 今回の協議での対応に困ったこと。</p> <p>①どんな質疑が出るかはやってみないと分からない点。</p> <p>②病院からの質問にどこまでケアマネジャー（病院）に答えてもらい、どこまで司会としてケアマネジャー（病院）を代弁するのか。またどこまで病院に突っ込むかという点。</p> <p>病院アンケートの回答内容を吟味しておけば、ある程度は準備できそうですが、国アドバイザーのやりとりを見させて頂くのが一番参考になりました。</p> <p>2. 次回への持ち帰り事項</p> <p>今回の提案内容は全て持ち帰りです。</p> <p>①「ケアマネジャーから利用者全てについて入院時に情報提供する」という方法について、ケアマネジャーとして全ては不可能であることにどう対応するかという点。</p> <p>②今回提案した「連絡（判断）のタイミングを退院まで1週間を残して」から「入院から～日程度」のように、退院ではなく入院を基準としたタイミングに改める点。</p> <p>③引き継ぐ患者の基準については、ケアマネジャー間で検討の余地があることや時間の制約により協議を先送りとしました。</p> <p>協議の方法など双方から意見が出やすい協議形式を考える余地はあります。また司会が双方の質疑を引き出しながらかまどめながら進めるのは相当難しそうです。</p>
<p>A： D 県保健 所担当者</p>	<p>合同会議で当日頂きました御助言につきましては、大変参考になりました。</p> <p>1. 今回の協議での対応に困ったこと</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・初めての合同会議で、どのような意見等が出るのか分からないこと（特に病院側から）</li> <li>・ルール案について、どこまで地域事情や病院事情を考慮してもよいか</li> </ul>

	<p>2. 次回の持ち帰り事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ルール原案を提案したが、議論時間が予定していた時間では足りず、次回会議も合同会議として引き続きルール原案について、意見交換を継続することとなる (ルール原案を数日前に配布して目を通してもらっていたが、時間が不足と感じた)</li> <li>・「退院調整が必要な患者」については、要介護と要支援を区分けするとの意図が、事務局側の認識にあまりなく、もう少し議論をした上で見直しを検討する</li> </ul>
--	--

**Q：県担当者より 新規の要介護状態の患者に対するケアマネジャーによる要介護認定申請について**

本県では、退院調整が必要な患者で要介護認定を受けていない患者（ケアマネジャーの決まっていない患者）については、①「要介護状態と思われる者」については、居宅介護支援事業所へ、②「要支援状態と思われる者、判断に迷う者」については、地域包括支援センターへ連絡することとして、ルール（案）を作成しています。

①の場合、病院から患者へ「居宅介護支援事業所」の一覧を示し、居宅介護支援事業所を選んでもらうこととなり、選ばれた居宅介護支援事業所のケアマネジャーが要介護認定申請を行うこととなります。

このやり方では、介護保険の適正な運用の観点から保険者が、患者や家族に対し介護保険制度の仕組みやサービスの利用方法等について指導する機会がなくなることが問題となります。

本県では、要介護認定を受けていても、サービスを利用することへの抵抗感や経済的な負担などにより必要なサービスを利用していない者がおり、要介護認定の適正化の観点から課題だと感じています。

また、介護保険サービス以外に必要な支援がある場合でも、保険者からその支援をうける機会がなくなることも気になる点です。これらの課題について、ご議論されている県がございましたら、どのような整理をされているかご教示いただけないでしょうか。

**A：**  
**国アドバイザー**

貴県の場合、新規の要介護状態の患者について「選ばれた居宅介護支援事業所のケアマネジャーが要介護認定申請を行う」と、代行申請を原則とするルール（全国的にも珍しいです）にしたことに対し、市町村（保険者）が不安を持ったのかと思います。

基本的には、

①病院は「退院調整が必要な患者の基準（介護保険の未認定の患者）」に基づいて介護認定が必要な患者を判断：この基準は要支援の部分をかなり搾っています。退院する高齢患者の状態に関係なく申請を勧める病院が多いので、この基準が各病院内に浸透すれば、新規申請数が減少するはずですが。

②要介護認定の申請は、原則として家族が行う（独居や家族に問題がある場合は、要相談）

③その上で、病院から患者へ「居宅介護支援事業所」の一覧を示し、居宅介護支援事業所を選んでもらう。

これが基本ルールであり、認定窓口としては従来通りの話です。保険者が、患者や家族に対し介護保険制度の仕組みやサービスの利用方法等について指導する機会は確保できません。その上、不要な新規申請数が減少するならば、保険者にとってこんないい話はないですね。



**Q：県アドバイザーより 病院・ケアマネジャー協議に訪問看護師を加えることについて**

10月に控えた病院・ケアマネジャー協議に、訪問看護師も加えてはどうかという提案が出てきました。

退院調整ルールの中に、訪問看護の活用に関する記載をどのような形で盛り込めるのか、検討が必要ですが、訪問看護師が、病院・ケアマネジャー協議に入ることによって、双方に早期からの訪問看護の活用を促すこともできると考える次第です。

これまでお話を伺った兵庫県での取り組みで、訪問看護師も入って一緒に協議という形をとらなかったのは、訪問看護師が入ることによって、病院とケアマネジャーとの協議が薄くなってしまおうという配慮からでしょうか？

病院・ケアマネジャー協議に訪問看護師を加えることの是非についてアドバイスをいただければ、幸いです。

A： 国アドバ イザー	兵庫県での取り組みで、訪問看護師も入って一緒に協議という形をとらなかったのは・・・ 退院調整の対象となる患者は、要支援の一部～要介護5まで幅広いため、その中で、訪問看護師の対象となる患者が多くはないと考えていたように思います。 病院・ケアマネジャー協議で精一杯だったとも言えます。 訪問看護師も一緒に協議もあり得ると思いますが、圏域内の多数の病院、ケアマネジャーの協議の調整を考えると、退院調整ルール策定後に「重度者向けに病院・ケアマネジャー・訪問看護の協議」へと段階的に進めた方が、成功の可能性が上がるように思います。
-------------------	---

### (3) 退院調整ルール策定後

退院調整ルールの運用後、半年ごとに病院・ケアマネジャー協議を開催し、退院調整ルールの運用状況と課題を確認する。

以下に、モデル事業の圏域における退院調整ルール策定後の予定の例を示す。

図表 46 退院調整ルール策定後の予定の例

(他院調整ルール運用に際して)	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 病院に対して、院内運用ルールの確認（誰が窓口になるかなど）</li> <li>• 圏域内の全病院、ケアマネジャーに退院調整ルールを周知する（各病院の院内運用ルールの一覧も配布）</li> <li>• 情報共有ルールの運用開始</li> </ul>
(半年後)	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 入退院時の情報共有の実態について調査（ルール運用のモニタリング）</li> <li>• ケアマネジャーアンケート調査</li> <li>• 病院へルールの運用状況の確認調査</li> <li>• 各市のケアマネジャー等に対して、運用状況の確認を行う</li> <li>• ルール運用状況についての検証会議</li> <li>• 病院窓口事業所等一覧の改定</li> </ul>

### (4) その他の苦勞した内容と対応策

モデル事業の圏域における予算や中核市を含む圏域等において苦勞した内容や対応策について以下に示す。

図表 47 その他 苦勞した内容と対応策

予算について	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 予算の確保</li> <li>• 次回の会議案内を会議時に配布</li> <li>• 会議の案内をメールで実施</li> </ul> <p>→インターネット環境がない事業所あり。</p> <p>→メールアドレスが法人代表のもののみで、事業所まで案内が届かない場合あり。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 会場の確保・日程調整</li> </ul>
中核市との調整	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 中核市へ出向いての事業説明または既存の会議等を活用し、事業説明を行い、事業に対する理解を求める。</li> <li>• ケアマネジャー協議や病院・ケアマネジャー会議に出席してもらい、参加者の生の声を聞いてもらい、必要性を体感してもらう。</li> </ul>

### 3. まとめ

今年度の都道府県医療介護連携調整実証事業においては、地域の病院とケアマネジャー各々を組織化し、保健所がリーダーシップを取って病院とケアマネジャーの連携会議を開催し、双方の要望を元に議論し、退院調整ルール策定を実施した。

本事業では退院調整ルール策定にあたり、地域診断を行い地域内の医療・介護資源を把握するとともに、退院調整実施状況や退院調整もれの状況を調査し、その結果を踏まえて都道府県や保健所、市町村、地域包括支援センター等が連携して取組を調整した。その後、組織化された病院とケアマネジャー双方とで議論を行い、地域の実態を踏まえた退院調整ルールを策定した。病院とケアマネジャーの連携においては互いの立場の代表者としての要望を提示するため、ルールの策定までには多くの議論が必要となるが、最終的には双方の立場を踏まえて調整案を作成し、互いが納得できるルールを策定して運用につなげていくことが可能となった。これにより、退院調整ルール運用の実現可能性は極めて高いものになると考えられる。

今後は、今年度のモデル事業に参加していない他の地域においても、本事業で実施した各ステップを踏まえ、病院とケアマネジャーの双方が協議を行うことで、実現可能性の高い退院調整ルールが策定されて運用につながり、ひいては地域において利用者・患者への病院から在宅まで切れ目のないケアの提供が可能となることが期待される。