

平成 27 年度高齢者リハビリテーションの機能強化事業 都道府県医療介護連携調整実証事業 報告書

資料編：二次医療圏等のコーディネーター組織の担当者向け退院調整ルール策定マニュアル

平成 28(2016)年 3 月

株式会社日本能率協会総合研究所

目次

目次	2
I. 事業の概要	1
1. 事業の背景と目的	1
2. 事業の実施内容	2
3. 事業の実施体制	9
II. モデル二次医療圏の事業内容	11
II-1. 青森県津軽医療圏	11
1. 地域診断	11
2. 推進会議	14
3. 組織化と協議の状況	16
4. 退院調整が必要な患者の基準	19
5. 策定した退院調整ルール	20
6. モデル事業県のレビュー	22
II-2. 福島県県中医療圏	24
1. 地域診断	24
2. 推進会議	27
3. 組織化と協議の状況	29
4. 退院調整が必要な患者の基準	32
5. 策定した退院調整ルール	33
6. モデル事業県のレビュー	35
II-3. 群馬県渋川医療圏	36
1. 地域診断	36
2. 推進会議	39
3. 組織化と協議の状況	41
4. 退院調整が必要な患者の基準	44
5. 策定した退院調整ルール	45
6. モデル事業県のレビュー	47
II-4. 福井県奥越医療圏	49
1. 地域診断	49
2. 推進会議	51
3. 組織化と協議の状況	53
4. 退院調整が必要な患者の基準	55
5. 策定した退院調整ルール	56
6. モデル事業県のレビュー	58
II-5. 奈良県東和医療圏	60
1. 地域診断	60
2. 推進会議	64

3. 組織化と協議の状況	66
4. 退院調整が必要な患者の基準.....	69
5. 策定した退院調整ルール	70
6. モデル事業県のレビュー	72
II-6. 鳥取県西部医療圏	75
1. 地域診断	75
2. 推進会議	77
3. 組織化と協議の状況	79
5. 策定した退院調整ルール.....	85
6. モデル事業県のレビュー	89
II-7. 佐賀県北部保健医療圏	92
1. 地域診断	92
2. 推進会議	94
3. 組織化と協議の状況	96
4. 退院調整が必要な患者の基準.....	99
5. 策定した退院調整ルール.....	100
6. モデル事業県のレビュー	102
II-8. 宮崎県日南・串間医療圏	103
1. 地域診断	103
2. 推進会議	105
3. 組織化と協議の状況	107
4. 退院調整が必要な患者の基準.....	110
5. 策定した退院調整ルール.....	111
6. モデル事業県のレビュー	114
III. オブザーバー府県のメンテナンス報告.....	116
III-1. 岩手県.....	116
III-1-1.宮古保健所	116
III-1-2.県央保健所.....	119
III-2. 富山県砺波医療圏	122
III-3. 和歌山県新宮・東牟婁圏域.....	126
III-4. 京都府中丹東圏域	130
III-5. 滋賀県大津圏域.....	133
III-6. 徳島県東部Ⅰ（南部Ⅰの一部を含む）圏域	136
III-7. 大分県中部医療圏域.....	139
III-8. 鹿児島県鹿児島圏域.....	141
資料編.....	147

I. 事業の概要

1. 事業の背景と目的

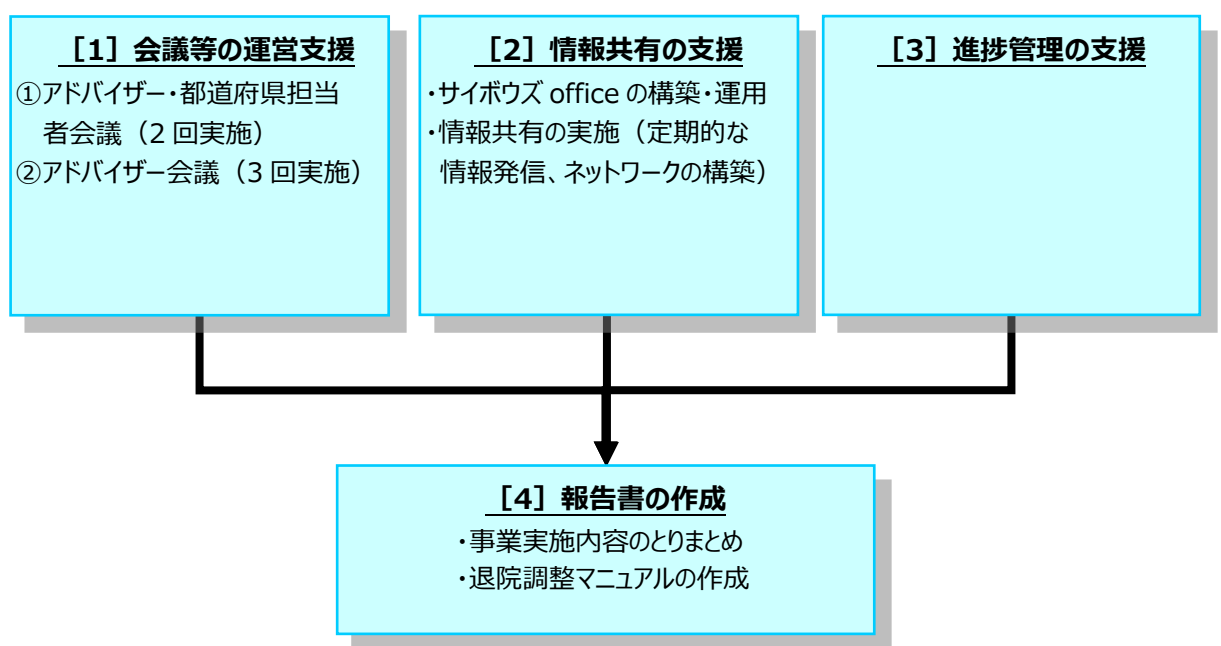
(1) 目的

県の調整のもと、モデル圏域の市町村、介護支援専門員（以下、「ケアマネジャー」という）、病院等が協議しながら、退院調整が必要なケースを定義づけ、病院・地域の介護連携に関する相談窓口を計画化することにより退院調整のルールを策定し、病院から地域への移行の際、地域の実情に応じたシームレスな連携の実現を目的に本事業を実施した。

(2) 実施主体

実施主体は厚生労働省、当該事業に係る事務は老健局老人保健課において行うものとし、受託先である株式会社日本能率協会総合研究所は、その事務の支援を行った。

(3) 実施フロー



2. 事業の実施内容

(1) 会議等の運営支援

① 会議の対象者

各会議への参加者は以下のとおり。

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 (以下、「担当者・アドバイザー合同会議」という)	アドバイザー会議
・アドバイザー ・都道府県担当者 ・モデル二次医療圏担当者	・アドバイザー ・モデル都道府県担当者 ・モデル二次医療圏担当者
	(傍聴) ・モデル都道府県以外の担当者

② 開催日時

開催日時	平成 27 年 6 月 3 日 (水)	平成 27 年 10 月 26 日 (月)	平成 28 年 3 月 8 日 (火)
開催会場	東京 アットビジネスセンター東京駅八重洲通り 501 号室		東京 ビジョンセンター東 京 Vision Hall
担当者・アドバイザー合同会議		第 1 回 13 : 00 ~ 15 : 30	第 2 回 13 : 00 ~ 15 : 30
アドバイザー会議		第 2 回 15 : 45 ~ 17 : 45	第 3 回 15 : 45 ~ 17 : 45

(2) 担当者・アドバイザー合同会議

① 第 1 回

日時	平成 27 年 10 月 26 日（月）13：00～15：30
会場	東京・アットビジネスセンター東京駅八重洲通り 501 号室
議題	1. 本事業に関する挨拶（厚生労働省老健局老人保健課） 2. 行政説明 （1）在宅医療・介護連携推進事業の実施状況調査等について（厚生労働省老健局老人保健課） （2）地域医療介護総合確保基金における取組等について（厚生労働省保険局医療介護連携政策課） 3. 在宅医療・介護連携の取組についての報告 （1）在宅医療・介護連携の醸成を目的とした多職種研修について（東京大学高齢社会総合研究機構） （2）都道府県による市町村支援について（滋賀県健康医療福祉部） （3）在宅医療・介護連携推進事業の取組について（東京都北区健康福祉部） 4. 質疑応答
資料	資料 1-1；在宅医療・介護連携事業について 資料 1-2；平成 27 年度在宅医療・介護連携推進事業 実施状況調査結果（速報値） 資料 1-3；地域医療介護総合確保基金における取組等について 資料 2-1；在宅医療・介護連携の醸成を目的とした多職種研修について 資料 2-2；在宅医療・介護連携推進に向けた取り組み 資料 2-3；市町村による在宅医療・介護連携推進事業の取組について 参考資料 1；在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.1
参加者	66 人

②第2回

日時	平成 28 年 3 月 8 日（火）13：00～15：30
会場	東京・ビジョンセンター東京 Vision Hall
議題	1. 本事業に関する挨拶（厚生労働省老健局老人保健課） 2. 行政説明 （1）在宅医療・介護連携推進事業の推進に向けた今後の取組と都道府県の役割について（老健局老人保健課） （2）地域医療介護総合確保基金の都道府県計画について（保険局医療介護連携政策課） （3）在宅医療に関する施策について（医政局地域医療計画課） ・質疑応答 3. 意見交換・ディスカッション：在宅医療・介護連携の推進にかかる医療部局と介護部局の役割分担について ①現在の役割分担の状況について ②在宅医療・介護連携を推進する上での役割分担についての課題 ③課題の解消に向けた工夫について ・発表
資料	資料 1－1；在宅医療・介護連携推進事業の推進に向けた今後の取組と都道府県の役割について 資料 1－2；地域医療介護総合確保基金の都道府県計画について 資料 1－3；在宅医療に関する施策について 資料 2－1；意見交換の実施にあたって 資料 2－2；在宅医療・介護連携の推進に係る医療部局と介護部局の役割分担について（記入用紙） 参考資料 1；平成 27 年度 在宅医療・介護連携推進事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果（概要）
参加者	86 人

(3) アドバイザー会議

①第1回

日時	平成 27 年 6 月 3 日（水）13：00～17：15
会場	東京・アットビジネスセンター東京駅八重洲通り 501 号室
議題	1. 本事業に関する挨拶、アドバイザー紹介 （厚生労働省より） 2. 都道府県医療介護連携調整実証事業における退院調整ルールの策定について （アドバイザーより） 3. 退院調整ルール策定における関係者の調整の実際について （アドバイザーより） 4. 情報共有の仕組みについて （日本能率協会総合研究所より） 5. 実施府県における平成 27 年度の事業計画等について （各都道府県より）
資料	資料 1；在宅医療・介護連携の推進について 資料 2；地域全体で活用されるルール作りを目指して 資料 3；退院調整ルール策定の実際 資料 4；情報共有の仕組みについて 資料 5；実施府県における事業計画案 参考資料 1；アドバイザー組織の設置要綱 参考資料 2；アドバイザー一覧 参考資料 3；平成 27 年度事業実施府県リスト
参加者	57 人

②第2回

日時	平成 27 年 10 月 26 日（月） 15：45～17：45
会場	東京・アットビジネスセンター東京駅八重洲通り 501 号室
議題	1. 都道府県医療介護連携調整実証事業における退院調整ルール策定の流れ （姫路市 健康福祉局 長寿社会支援部） 2. 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発表 （各府県） ・ 質疑・意見交換 3. 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発表 （各府県） ・ 質疑・意見交換
資料	資料 1；都道府県医療介護連携調整実証事業における退院調整ルール策定の流れ 資料 2；モデル二次医療圏における退院調整ルールの策定状況 参考資料 1；アドバイザー組織の設置要綱 参考資料 2；アドバイザー一覧 参考資料 3；事業実施府県リスト
参加者	56 人

③第3回

日時	平成 28 年 3 月 8 日（火）15：45～17：45
会場	東京・ビジョンセンター東京 Vision Hall
議題	1. 平成 26 年度実施県（モデル二次医療圏）における退院調整ルール策定・運用後の現状について（老健局老人保健課） 2. モデル二次医療圏における退院調整ルールの策定結果について（各府県） ・質疑・意見交換 3. モデル二次医療圏における退院調整ルールの策定結果について（各府県） ・質疑・意見交換
資料	資料 1；平成 26 年度実施県（モデル二次医療圏）における退院調整ルール策定・運用後の現状 資料 2；モデル二次医療圏における退院調整ルールの策定結果について 参考資料 1；アドバイザー組織の設置要綱 参考資料 2；アドバイザー一覧 参考資料 3；事業実施府県リスト
参加者	73 人

(4) 情報共有の支援

① サイボウズによる情報の共有

モデル二次医療圏域の保健所等の担当者、都道府県担当者及びアドバイザーのネットワークを構築するために情報共有の仕組みを立ち上げ、運用する。情報共有の仕組みとしては、サイボウズ Office10 を使用し、情報共有を支援した。

なお、都道府県及び市町村における情報セキュリティ対策及びセキュリティポリシーを踏まえ、ユーザビリティに配慮して運用を行った。

■ 利用者内訳（15 都道府県）

	都道府県数	二次医療圏域数	アドバイザー数
平成 27 年度 新規参加都道府県 <モデル事業県>	9 県	9 圏域 (1 圏域／都道府県)	6 名 (1 名／1～2 都道府県)
平成 26 年度から 継続参加都道府県 <オブザーバー県>	6 府県	13 圏域 (新規 1 圏域＋継続 1 圏域※／都道府県) ※岩手県のみ 2 圏域	—

② サイボウズで使用する主な機能

利用者の範囲と主な機能は下記のとおりを想定している。初めてのログインから、掲示板の利用方法、ファイルのアップロードの方法など、実際の画像データを用いた手引書を作成する。

掲示板機能	利用者間における情報共有及び質疑応答の場として使用した。複数人による現地視察に係る調整や、現地視察や打合せで持ち帰った案件の追加整理や追加議論等を行い、調整役の都道府県や保健所が円滑に事業を実施できるようにした。
ファイル共有機能	利用者間のデータ授受を簡便化し、共有を促進。掲示板でもファイルを添付することが可能なため、ファイル共有機能では、データ蓄積機能をその役割とした。
スケジュール機能	打合せ日程や会議日程の全員への周知や、事業実施にあたっての関係者間の調整のため、スケジュール機能を用いた。

■ 画面作成例

掲示板トップページ

登録者	更新日時	登録の種類	タイトル	内容	添付データ
提案用	3月3日 21時21分	質問・相談	現地視察について	現地視察について質問です。先日の会議資料で、〇医療圏では〇〇をしているとありました。当医療圏の場合は△△なので、どのようにしようかと考えています。どなたか、アドバイスをお願いします。	
提案用	3月3日 21時21分	進捗報告	3月初めの進捗報告	当医療圏の進捗状況を報告します。概ね概略通りに進んでいます。	図2.png
提案用	3月3日 21時20分	質問・相談	新しい総合事業について	現在、関係団体の洗い出しを行っています。そこで、既に昨年度に実施されたご担当者様にご相談させていただきたく。関係者向けの周知・啓発として、どのようなことをされたのでしょうか。御意見いただけますと幸いです。	
都道府県 A	3月3日 14時09分	質問・相談	進捗管理について	先日の会議で進捗管理について説明がありましたが、その資料はいつサイボウズに掲載されるのでしょうか。	

(5) 進捗管理の支援

モデル事業県については、第1回アドバイザー会議で発表された事業計画通りに進んでいるか、期中にヒアリングを行い、サイボウズにアップした。

また、オブザーバー府県については、メンテナンス報告を依頼し、進捗状況について把握した。

(6) 報告書の作成

情報共有・議論等の内容を整理するとともに、本事業の振り返りの一つとして、モデル事業県に対しアンケートを実施し、本事業の成功ポイントや改善点を実施した当事者目線で把握し、モデル事業圏域以外の圏域や県において、自立的に取り組めるよう報告書のとりまとめを行うとともに退院調整マニュアルを策定した。

3. 事業の実施体制

(1) アドバイザー組織の設置

①要綱

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市町村に対し、都道府県と連携して、退院調整ルール策定等の技術的支援を行うに当たり、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アドバイザーにより構成する。

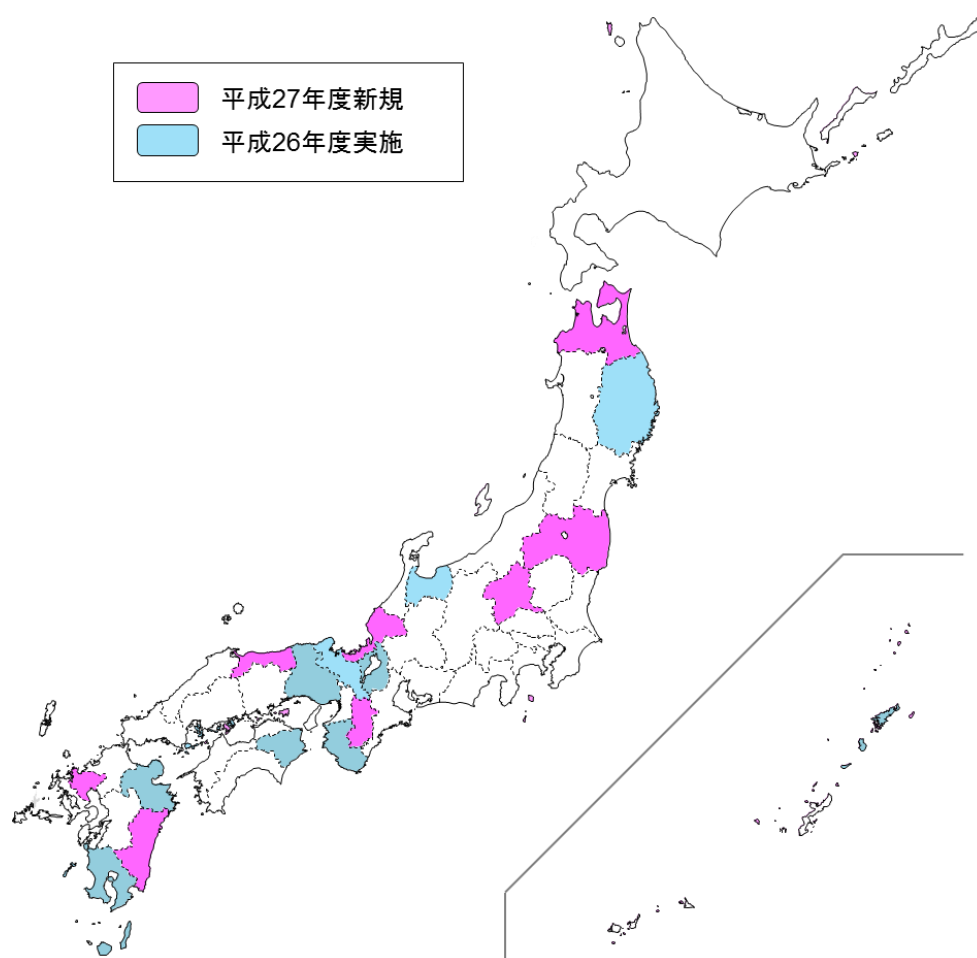
3 アドバイザー組織の運営等

- (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

担当県	所属・氏名（敬称略）
長野県・福島県	兵庫県丹波県民局 丹波健康福祉事務所（丹波保健所）所長 逢坂 悟郎
青森県・群馬県	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
福井県	富山県砺波厚生センター（保健所）所長 大江 浩
奈良県	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
鳥取県	兵庫県但馬県民局 豊岡健康福祉事務所（豊岡保健所）所長 柳 尚夫
佐賀県・宮崎県	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

(2) モデル事業参加都道府県



都道府県		
北海道・東北ブロック		
	青森県(H27)	岩手県(H26)*
	福島県(H27)	
関東ブロック		
	群馬県(H27)	
中部ブロック		
	富山県(H26)*	福井県(H27)
近畿ブロック		
	滋賀県(H26)*	京都府(H26)*
	兵庫県(H26)	奈良県(H27)
	和歌山県(H26)*	
中国・四国ブロック		
	鳥取県(H27)	徳島県(H26)
九州ブロック		
	佐賀県(H27)	大分県(H26)
	宮崎県(H27)	鹿児島県(H26)*
17都道府県		

*平成 27 年度オブザーバー府県

Ⅱ. モデル二次医療圏の事業内容

Ⅱ-1. 青森県津軽医療圏

1. 地域診断

(1) 圏域の状況

①基本情報(特に記載のない情報は平成27年5月15日現在)

項目	数	単位
市町村数	8	力所
総人口	293,008	人
面積 ^{*1}	1,597.73	km ²
高齢化率 ^{*2}	29.4	%
圏域内病院	(数) 22	力所
	(病床) (4,368)	(床)
うち急性期病床を持つ病院	(数) 17	力所
	(病床)	(床)
入院完結率	93.3	%
入院患者流出率	6.2	%
郡市区医師会	3	力所
看護協会地区部会	1	力所
ケアマネ登録数	234	人
ケアマネ協会	(数) 1	力所
	(組織率)	%
地域包括支援センター(圏域内のセンター数、市町村別、直営・委託等の状況)	7力所:弘前市(委託)、1力所(直営):黒石市、平川市、大鰐町、1力所(委託):西目屋村、藤崎町、田舎館村、板柳町	

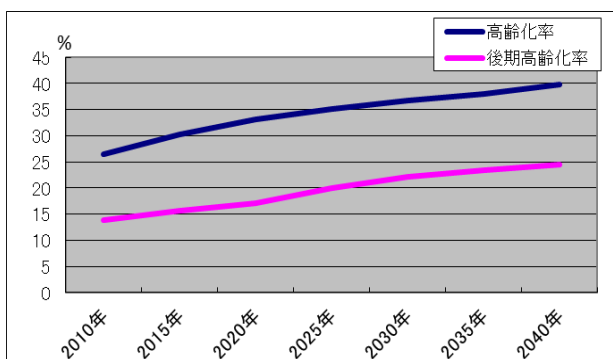
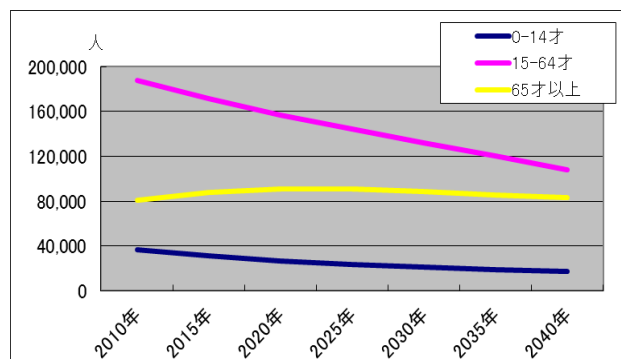
*1 H22.10.1現在

*2 H27.2.1現在



②圏域における人口動態推計

2010年対2025年の生産年齢人口減少率:23%、後期高齢者数の増加率:22.6%



(2) 退院調整の現状についての聞き取り内容

<ケアマネジャーの認識>

- MSW が配置されている医療機関との関係は良好である。
- 連携室がない場合は誰に相談すればよいかと悩む。
- 急に退院が決まっても、早期にサービスを調整するのが難しい。
- 退院時カンファレンスを実施する病院もあるが、できるだけ病院で実施してもらい、ケアマネジャーにも声かけしてほしい。

<地域包括支援センターの認識>

- うまく連携できている病院もあるが、病院によって温度差を感じる。
- 急に退院が決まったと連絡があり、早急に対応を迫られることがある。
- 退院や入院の連絡もない場合もある。介護保険の申請後のサービスについて十分な説明がなされないまま地域に帰ってくることもある。
- 病院の支援窓口が明確でないことがある。
- 退院時サマリーがあればケアプランの作成がしやすい。
- 病院側の病状説明等を利用者や家族が理解できていないことも多い。
- 病院の都合による退院支援であり、患者本位でない場合もある。

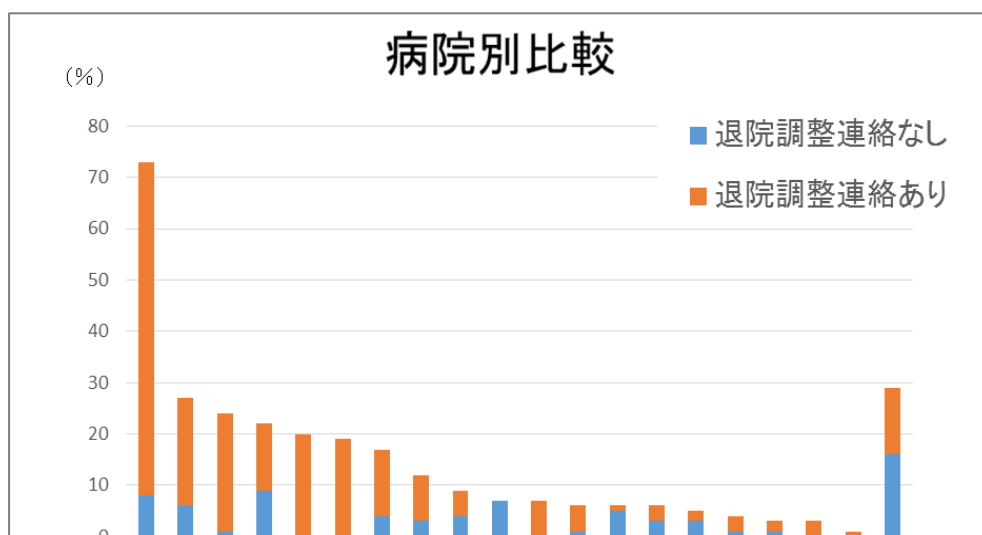
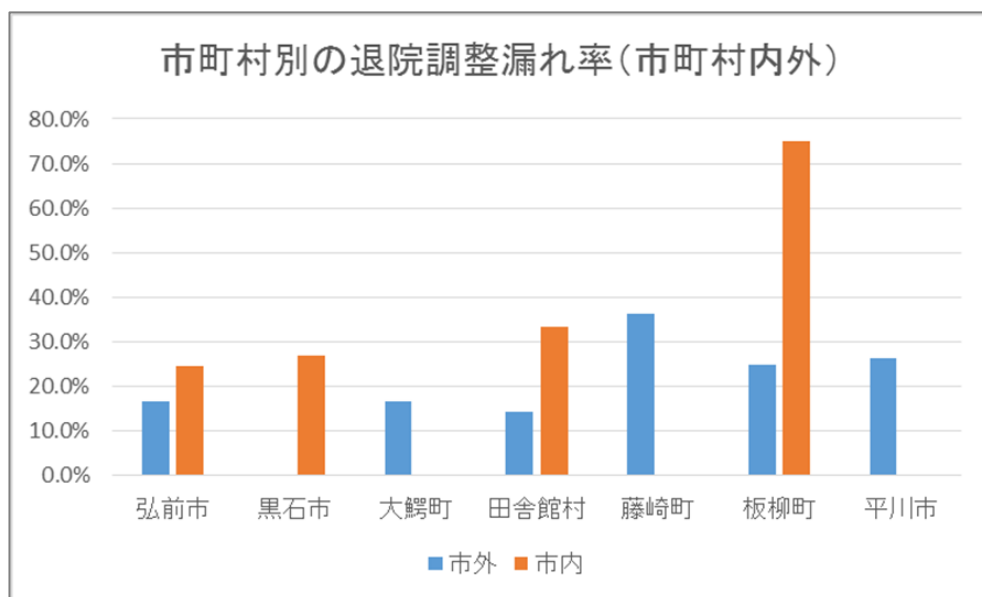
(3) 退院調整アンケート結果

<退院調整率>

日付	要支援		要介護		合計	
	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし
平成 27 年 6 月	20/38 (52.6%)	18/38 (47.4%)	177/224 (79.0%)	47/224 (21.0%)	197/262 (75.2%)	65/262 (24.8%)

<入院時情報提供書提出率>

日付	要支援		要介護		合計	
	提出あり	提出なし	提出あり	提出なし	提出あり	提出なし
平成 27 年 6 月	9/426 (2.1%)	417/426 (97.9%)	133/247 (53.8%)	114/247 (46.2%)	142/673 (21.1%)	531/673 (78.9%)



2. 推進会議

(1) 医療と介護の連携推進(在宅医療・介護連携推進事業を含む)に向けた支援状況

在宅医療・介護連携推進の所管課	健康福祉政策課（包括ケア）、医療薬務課（在宅医療確保）、高齢福祉保険課（在宅医療・介護連携推進事業）
在宅医療・介護連携の庁内の連携体制	関係課の合同の会議等は設置しておらず、随時情報交換を行うことで連携を取っている。
都道府県庁（または保健所）が実施している主な取り組み	●老人福祉圏域ごとに、市町村が在宅医療・介護連携の情報交換を行う組織を設置する。（参画メンバーの予定は、各市町村在宅医療・介護連携担当課、地域包括支援センター、保健所） ●在宅医療介護連携推進研修会予定。 ●津軽医療圏において、保健・医療・福祉・介護の連携強化を図るため、関係者が地域の実状に合った包括的なサービス提供体制の有り方等について意見交換する場を設けている。
在宅医療・介護連携推進に向けた問題点・課題	●市町村によって、在宅医療を行う医療機関や介護サービス事業所等の資源に差があり、特に医療・介護資源が少ない地域では、取り組みが進まない可能性がある。 ●取り組みの中心的な役割を担う地域包括支援センターの人員体制等が限られている中で、在宅医療・介護連携推進事業に取り組むマンパワーの不足が懸念される。 ●医療介護連携調整実証事業のモデル医療圏となる津軽医療圏では、管内にある3医師会の中、現在、弘前市医師会が在宅医療支援センターを設置し、相談窓口、地域資源調査・把握、市民への啓発を行っているのみで、今後の取組促進が望まれる。

(2) 事業実施体制と退院調整ルール作成に向けた現状と課題

県庁の体制	健康福祉部高齢福祉保険課、健康福祉部健康福祉政策課、医療薬務課
保健所の体制	中南地域県民局地域健康福祉部保健総室(弘前保健所) 健康増進課 (医師、保健師、薬剤師、事務 計8人)
退院調整ルール作成に向けた現状と課題	●医療機関によっては、入院時患者の状況を把握し、困難ケースについては、入院時からの早期支援をしており、連携がスムーズにしている。 ●病院地域連携室と地域の関係者の情報交換や研修の場があるので、日頃から顔の見える連携が実施できているものの市町村の参画は少ない。 ●退院させたくても受け入れ施設がない、家族が協力できないなど受け皿の課題がある。 ●入院時介護保険申請をしていない患者の退院調整に時間がかかる。 ●身寄りのない一人暮らしの患者や人工透析患者については、ケアマネジャーがいないと調整が困難である。 ●圏域外へ退院する患者の退院支援についても検討する必要がある。（他管内からの入院患者も多い）

(3) 退院調整ルール作成に向けた事業計画

開催 時期		目 的	参 加 者					
			医療機関 (看護部長等)	ケアマネジャー 代表	ケアマネ ジャー	市 町 村	地域包括 支援センター	その他
H27 5月	医療機関等関係団体・市 町村への説明	事業実施にあたり、関係機関からの理解 を得る。	○	○		○	○	○ 医師会等
5月28日	市町村担当者会議	各関係機関の職員がモデル事業の内容と 進め方を共有する。				○	○	○ 医師会等
6月25日	市町村担当者会議	市町村と県の役割分担についての合意形 成を図る。				○	○	
7月	ケアマネアンケート	ケアマネを対象に退院調整の現状把握			○	○	○	
8月28日	組織化に向けた病院協議	退院支援を向上させるために、ケアマネ との協議する必要性を説明し、病院の ネットワーク化を図る。	○			○	△	○ アドバイザー
10月21日	第1回ケアマネ協議	退院支援ルールを圏域の全ケアマネで共 有するためのケアマネのネットワーク化 を図る。			○	○	○	
11月	病院調査	退院調整の具体的な実施方法について訪 問調査	○					
11月18日	第2回ケアマネ協議	退院支援ルールを圏域の全ケアマネで共 有するためのケアマネのネットワーク化 を図る			○	○	○	
12月14日・ 1月～2月	病院・ケアマネ会議 (2回開催予定)	病院・ケアマネの役割の確認、退院支援 ルール案の検討を行う。	○	○		○	○	○ アドバイザー
1～2月	退院支援ルール策定に向 けた 病院・ケアマネ協議	退院支援ルール策定と運用にあたっての モデル圏域関係者の合意形成を図る。	○	○		○	○	○ 医師会等

3. 組織化と協議の状況

現地支援(1回目)

	第1回市町村担当者会議	第2回市町村担当者会議	病院協議 第3回市町村担当者会議
実施日	H27.5.28	H27.6.25	H27.8.28
参加者 (職種・人数)	・市町村担当者 9人 ・地域包括支援センター 14人 ・県介護保険担当課、保健所 9人 計 32人	・市町村担当者 7人 ・地域包括支援センター 13人 ・県介護保険担当課、保健所 9人 計 29人	<病院協議> ・病院関係(17病院) 33人 ・市医師会、介護支援専門員協会 支部 8人 ・市町村 9人 ・地域包括支援センター 16人 ・県介護保険担当課、保健所 9人 ・他管内保健所 5人 ・厚労省 1人 計 81人 <市町村担当者会議> ・市町村 8人 ・包括支援センター 14人 ・県介護保険担当課、保健所 9人 ・他管内保健所 5人 ・厚労省 1人 計 37人
協議内容	1. 説明 ①在宅医療・介護連携推進事業について ②医療介護連携調整実証事業について 2. 意見交換 各地域包括支援センターにおける退院調整の現状について	1. 説明 平成27年度都道府県医療介護連携調整実証事業第1回アドバイザー会議の概要について 2. 意見交換 管内ケアマネジャーへの退院調整の状況確認アンケートについて	<病院協議> 1. 講演 退院調整ルール策定を目指して(アドバイザー 兼子氏) 2. 意見交換 退院調整ルール策定に向けて <担当者会議> 1. 講演 ケアマネジャーのネットワーク化への戦略 2. 意見交換 今後の事業の展開について
協議結果 (合意できたこと等)	・本事業の概要について説明し、市町村支援の一環として実施することは共通認識できた。 ・地域包括支援センターからは連携については、病院や担当者によって違いがあることなど課題の共有もできた。	・7月に実施予定であるケアマネジャーアンケート調査の実施方法等について市町村担当者と協議し合意した。	・本モデル事業への取り組みを進めていくことに対する理解が得られた。 ・病院として、本事業をどのように具体的に進めていけばいいか等悩んでいる様子が見受けられたが、最終的には17カ所全ての医療機関が、本事業への参加意思を表明した。
課題	・ルールのイメージをもつのが難しく、連携の必要性は理解できるが、どうルール作りするのか十分理解できなかったと思われる。	・市町村担当者は、市町村事業としての認識を持つことが難しく、主体的な関わりをするまでにはいたっていない。	・参加者の理解度に差があったため、次回の病院・ケアマネジャー協議までに、病院に対して今後実施すべきことを整理し、個別に説明していく必要がある。 ・各病院が、実際どのような様式を用いて、誰が窓口となって地域と情報共有・連携しているか等について確認する必要がある。
感想	・市町村担当者も事務局もルール案のイメージが持てないまま開催していたので、踏み込んだ意見交換をすることができなかった。	・市町村担当者で検討する機会が多くなり、事業に関して理解が深まってきているとは思いますが、具体的な作業イメージが持てないまま協議していた。 ・会議参加者はもちろん、事務局も事業のイメージを共通認識していく必要がある。	・協議への参加者が本事業について理解・整理するのに時間を要した。

	ケアマネジャー協議 1	ケアマネジャー協議 2	病院－ケアマネジャー協議 1
実施日	H27.10.21	H27.11.18	H27.12.14
参加者 (職種・人数)	・居宅介護支援事業所等のケアマネジャー144人 ・市医師会、介護支援専門員協会支部6人 ・市町村8人 ・地域包括支援センター14人 ・県介護保険担当課、保健所9人 計 181人	・居宅介護支援事業所等のケアマネジャー129人 ・市医師会及び介護支援専門員協会支部等7人 ・市町村8人 ・地域包括支援センター14人 ・県介護保険担当課、保健所8人 計 166人	・病院関係 18病院36(17病院＋弘大病院) ・弘前市医師会及び介護支援専門員協会支部5人 ・市町村8人 ・地域包括支援センター14人 ・居宅介護支援事業所13人 ・事務局11人 ・県保健所(弘前保健所を除く)6人 計 90人
協議内容	- 講演 医療介護連携調整実証事業について - 情報提供 ケアマネジャーアンケート調査結果報告 - グループワーク ①要介護だが病院から引継ぎがなく苦慮した事例 ②病院から引き継いでほしい患者の基準 ③病院から情報提供してほしい項目 ④病院と連絡をとるために必要な項目 - ケアマネジャー代表選出案について	- 確認事項 ケアマネジャー代表者の決定 - 報告 第1回ケアマネジャー協議グループワークのまとめ - グループワーク ①入退院支援における連携の流れ ②病院から引き継いでほしい患者の基準 ③病院の連絡先 ④退院調整に必要な日数 ⑤病院から退院に向けて情報提供してほしい項目 ⑥病院への入院時情報提供書の提出率が低い理由 - 意見交換 退院調整ルール案について	- 報告事項 退院調整ルール策定に向けたこれまでの取組 - 説明事項 各病院の退院調整の現状及びケアマネジャー協議について ①病院から ②ケアマネジャーから - 検討事項 退院調整ルール(案)について
協議結果 (合意できたこと等)	・本事業を進めていくことに対する理解が得られた。 ・グループワークでは、日頃の思いが率直に語られた。 ・病院から引き継いでほしい患者の基準や情報提供してほしい項目等を検討した。 ・ケアマネジャー代表者を選出した。	・退院ルール案について、グループワークでは、各ケアマネジャーから活発に意見が出され、全体で意見交換することで共通理解につながった。 ・病院・ケアマネジャー協議に参加するケアマネジャー代表者の選出を行った。	・退院ルール策定に向けたケアマネジャー協議までの結果を病院側に報告した。また、病院側からケアマネジャー側に対し、退院調整、地域連携の取組について報告した。 ・ケアマネジャー協議を通じてまとめた退院調整ルール案をもとに、病院からの意見を受ける等により協議をした。
課題	・病院協議に向けて、実際の病院の取り組み状況を把握する必要がある。	・病院・ケアマネジャー協議に向けて、ルール案の修正内容を確認する必要がある。	・出された意見をもとに、次回までに退院調整ルール案の修正を行うこととした。 ・病院に対するルール案の説明はこの協議が初めてであったことから、病院内の意見を集約する時間を設けることとした。(郵送で意見集約)
感想	・管内の居宅事業所132カ所のうち114事業所の参加が得られ、この事業に対する関心の高さが伺われた。 ・1回目の協議で、事業説明と4つの項目を検討したが、参加したケアマネジャー全員が、この事業を理解し、意見交換できたか疑問が残る。2回目の協議で確認が必要。形にならないルールを作り上げるということを伝え、検討することの難しさを感じた。	・ケアマネジャー同士のグループワークは、日頃の悩みや課題も多く出され、非常に有意義であったと思われる。 ・グループワークで出された意見について、もう少し全体討議をする時間を設けることができればよかった。 ・ケアマネジャーとしてのルール案については検討したが、ケアマネジャー全体に周知する難しさも感じた。	・これまで病院とケアマネジャー対象に実施した協議の開催時期や回数の違いもあって、両者に温度差を感じた。 ・病院とケアマネジャーの役割等についてもそれぞれの立場から説明してもらったので、ある程度理解してもらえたのではないかと思います。 ・退院調整だけでなく入院時の調整を含めた入退院調整ルールを検討することとしたことから、流れがスムーズになったと思われる。

	病院－ケアマネジャー協議 2	第 4 回市町村担当者会議
実施日	H28.1.20	H28.3.14
参加者 (職種・人数)	・病院関係 18 病院 42 人 (17 病院＋弘大病院) ・弘前市医師会及び介護支援専門員協会支部 5 人 ・市町村 8 人 ・地域包括支援センター13 人 ・居宅介護支援事業所 10 人 ・事務局 10 人 ・県保健所(弘前保健所を除く)4 人 計 90 人	・市町村担当者 ・地域包括支援センター ・県介護保険担当課、保健所
協議内容	1. 検討事項「退院調整ルール(案)について」 ①病院からの意見等 ②病院相談窓口一覧について ③入退院支援の手引き(案)について ④ルール案の修正について ⑤意見交換 2. その他	1. 入退院調整ルールについて 2. 入退院調整ルールの手引きについて 3. 今後の進め方について
協議結果 (合意できたこと等)	・第 1 回病院・ケアマネジャー協議においてケアマネジャー側から提示した退院調整ルール案について、病院側から出された意見をもとに再度協議を行った。入退院支援における病院、ケアマネジャーの役割や情報共有の様式を若干修正を行った上で、退院調整ルール案は、病院、ケアマネジャー双方の合意により決定した。 ・決定結果をもとに退院調整のマニュアルとして「津軽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」を策定する予定。	
課題	・病院、ケアマネジャー間で意見交換しながらルールを修正したが、実践していく中で課題も多く出されると思われるので、随時修正が必要である。	
感想	・入退院ルール案については、それぞれの意見を取り入れて作成したが、実際の運用時には、様々な課題が想定されるので、運用状況や課題を整理するうえで、アンケート項目は十分検討していく必要があると感じた。 ・ケアマネジャーへの周知については、今後も確認していく必要があると思われる。	

4. 退院調整が必要な患者の基準

【ポイント】

- 病院から引き継いでほしい患者の基準については、ケアマネジャー協議のグループワークで話し合ってもらい、その後全体で意見交換した。
- グループワークでは少人数であったこともあり、活発に意見交換が行われ、現状を踏まえた基準が多く出された。
- グループワークで出された意見については、カテゴリー化しながら基準を整理した。
- 基準案については、2回目のケアマネジャー協議でケアマネジャー案を決定。その後病院・ケアマネジャー協議で合意し、大きな修正はなかった。

【決定した基準】

<認定がされていて担当ケアマネジャーがいる場合>

- ・入院時にケアマネジャーと契約している場合には、要支援・要介護に関わらず引継ぎ

<新たに介護保険サービスを受ける場合>

○明らかに要介護だと思われる患者（以下①～⑤）

- ①立ち上がりや歩行に介助が必要な患者
- ②食事に介助が必要な患者
- 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の患者
- ④日常生活に支障をきたすような症状がある認知症患者
- ⑤医療処置が必要な患者

○要支援と思われ、独居または家族に問題のある患者

5. 策定した退院調整ルール

(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合

【ポイント】

- 入退院の連携イメージを提示し、その流れをケアマネジャー協議で検討した。
- 入院時情報提供書の提出期間や退院調整にかかる日数については、病院とケアマネジャーの考え方に違いもあり、議論に時間を要した。（入院時は2日以内が遅くても7日以内に、退院時は概ね7日ができるだけ早急となった）
- ケアマネジャーは入院時情報提供書による情報提供を、病院は退院時サマリーによる情報提供することについては、病院・ケアマネジャーともすぐに合意が得られた。
- 退院調整時間聞き取りシートに関しては、病院側で記載するかケアマネジャーの聞き取りにするか議論することも多かった。また、ケアマネジャーの聞き取り時間が長いとの意見も出され、検討に時間を要したが、合同会議でそれぞれの意見を踏まえて合意することができた。

【決定したルール①】



(2)入院前にケアマネジャーが決まっていない場合

【ポイント】

- 入院前にケアマネジャーが決まっている場合と同様の流れの部分はすぐに合意した。
- 連携の基準については、ケアマネジャー協議のグループワークで出された意見をカテゴリー化した。要支援については、全数の対応は難しいとの意見もあり、一部の患者とした。病院・ケアマネジャー協議では大きな修正なく合意した。

【決定したルール②】



6. モデル事業県のレビュー

(1) 総括

- 医療と介護の連携の必要性は理解していたものの、圏域の現状や課題を把握していなかった
ので、この事業を通じて圏域の現状等を整理することができた。
- ケアマネジャー協議については、グループワークを実施したことにより、具体的な現状や課
題を把握することができたが、多くのケアマネジャーの意見を集約する難しさも感じた。
- 介護保険や医療保険に関する理解不足等もあり、入退院ルール案についてイメージするのが
難しかった。
- 病院長への保健所長からの事前説明については、効果的であったと思う。病院の体制に違い
があるため、ケアマネジャーが混乱しないよう、今後も課題の把握方法は十分検討する必要
があると思った。
- この事業を通じて、関係者との顔の見える連携ができるようになった。

(2) プロセス別

プロセス	悩み・問題点・課題等	対処方法・調整方法等
地域診断	人口動態等の既存データからの地域診断 は取り組みやすかったが、ケアマネジャーが 現場で抱えている課題を十分把握する機会 を設けることができなかった。	アンケートを実施したときに、自由記載を 設けたため、直接の声ではなく十分とはいえ ないかもしれないが、ケアマネジャーの現状 については把握できた。 事業は保健所内のチーム体制で進めてい たため、既存データを収集する際にも他課で 把握しているデータ（患者調査や病院報告 等）も、スムーズに把握することができた。
戦略策定	市町村は、平成 30 年までに実施すべきこ とが多いので、保健所がこの事業を実施す ることは協力的であったが、市町村によって 考え方に温度差もあった。	当初、1 回開催する予定であった担当者会 議は、病院協議終了後併せて開催するなど、 年度末までに 4 回の会議の開催を予定し、市 町村と協議等の内容を共有している。また、 居宅介護支援事業所には市町村から通知し てもらうなど、市町村業務であることの意識 付けも行った。
病院の組織化	病院に対しては、保健所から事業の概要を 事前に説明していたものの、担当職員等の理 解にばらつきがあり、1 回の病院協議では不 十分であり、各病院の理解度についても把握 できなかった。	病院長の理解を得るため、事前に保健所長 と対象となる管内の病院を訪問し、院長及び 関係職員に説明した。（保健所長による説明 には非常に効果があった。） 病院・ケアマネジャー協議前に主要病院に 訪問し、ケアマネジャー協議の経過について 説明を行った。
ケアマネジャーの組織化	ケアマネジャーが約 200 名参加し課題等を 情報交換する機会は非常に重要であり、良い 機会であったが、全体討議をしなければ、参 加者が共有できる内容にならなかったと思 われる。	事業開始前に、ケアマネジャー協会に事業 説明をし、事業への協力（協議への参加よび かけ等）を依頼した。 話し合った内容については、2 回目のケア マネジャー協議の中でまとめて説明するこ とで、他のグループから出された意見も共有 することができた。

プロセス	悩み・問題点・課題等	対処方法・調整方法等
ケアマネジャー協議	グループワークは活発な意見交換であったが、話し合う項目が多く、十分議論する時間がもてなかった。 発言するケアマネジャーの意見に流されてしまう傾向にあるので、全体での議論の時間を増やす必要があった。	グループワークはポストイットを用いて、できるだけ全員が意見を出し合えるよう工夫した。 グループワーク後の全体発表の時間では、それぞれのグループから出された意見を積極的に発言しており、参加者も現状は理解できたと思う。
病院・ケアマネジャー協議	ケアマネジャー協議は複数回（10月、11月）開催しているが、病院協議が早い段階（8月）で開催した1回だけだったため、12月に開催した両者協議までに時間が空き、両者に温度差があった。 各病院、事業所による退院調整の方法に違いがあるため、本ルールを理解して、実践できるか不安はある。	両者協議の前に病院関係者だけの協議の場を設けるか、2回開催したケアマネジャー協議の間に病院協議を実施するなど、工夫すべきであった。 ケアマネジャーに対しては、3月に開催する担当者会議終了後に市町村を通じて、手引きを送付する予定である。 モニタリングで課題を十分把握できるようなアンケート項目を作成する。
自治体(保健所)が苦勞した点	関係者が退院調整ルールのイメージを共有するまで時間がかかったこと。 協議終了後、次回の協議に向けて、関係者で十分話し合いする時間がもてなかった。 介護保険等に関する知識不足。	

Ⅱ-2. 福島県県中医療圏

1. 地域診断

(1) 圏域の状況

①基本情報（特に記載のない情報は平成 27 年 4 月 1 日現在）

項目	数	単位
市町村数	12	カ所
総人口	530,274	人
面積	2,406.29	km ²
高齢化率	25.5	%
圏域内病院	(数) 33 (病床) (7,399)	カ所 (床)
うち急性期病床を持つ病院	(数) 25 (病床) ※取扱注意 (3,729)	カ所 (床)
入院完結率	93.6	%
入院患者流出率	6.4	%
郡市区医師会	4	カ所
看護協会地区部会	2	カ所
ケアマネ登録数	2,285	人
ケアマネ協会	(数) 4 (組織率)	カ所 %
地域包括支援センター(圏域内のセンター数、市町村別、直営・委託等の状況)	計31カ所(郡山市17、須賀川市4、他各町1)、直営2カ所(石川町、小野町)	



②圏域における人口動態推計

震災の関係で圏域の推計人口がまだ公表されていません。

(2) 退院調整の現状についての聞き取り内容

<ケアマネジャーの認識>

- 介護保険ができた頃に比べると情報提供や連絡調整はスムーズになった。
- がん末期の方などの退院は急であることもやむを得ないので、入院中から病院との連携が図られていれば対応の心づもりができる。
- 病院からの退院の連絡がなかったり直前であったりして、対応に困るケースが多くある。
- サマリーの提供が遅い。サマリーは病状やリハの情報が多く、在宅生活に必要な情報が不足している。
- 個人情報等を理由に情報提供を断られることがある。

- 医療機関やMSWによって退院調整ルールや対応が異なるため、不慣れなケアマネジャーは困っている。
- 病院内で退院調整の必要性の有無は、患者の担当ナースの判断によるものが多いためスムーズに介護保険利用につながらない場合がある。
- 医療機関は、患者の家族の思いを聞き取ってくれないことがあり、なんでもケアマネジャーに聞いてやってくださいとなるなど、退院後のサービスや調整をケアマネジャーに投げ出してしまう。
- 医療機関では、MSW、リハ、家族で退院後の住環境サービスを決めた後でケアマネジャーに連絡が入る場合があり、生活に即したサービスでない場合がある。

<地域包括支援センターの認識>

- 以前に比べて退院時サマリーの提供がスムーズに行われている。
- 病院からの退院の連絡がなかったり直前であったりして、対応に困るケースが多くある。
- 医療機関側の地域包括支援センターや介護保険に対する理解が不十分。
(施設を包括で探してほしいと言われるなど。)
- 病院が伝えてくる情報と包括として必要な情報に食い違いがある。
- 病院内での連携（ドクター、ナース、MSW、地域連携室等）がとれていないと感ずることがある。

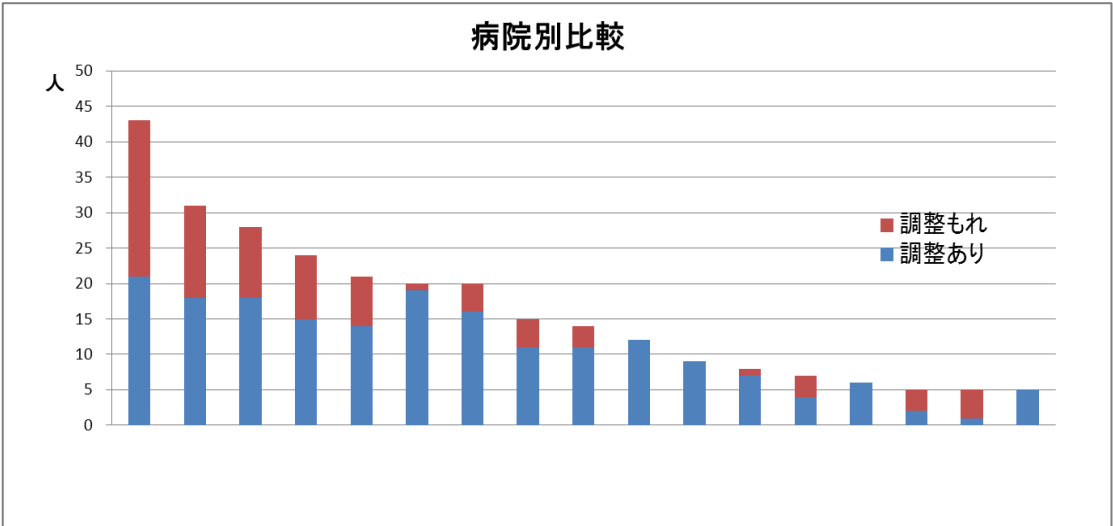
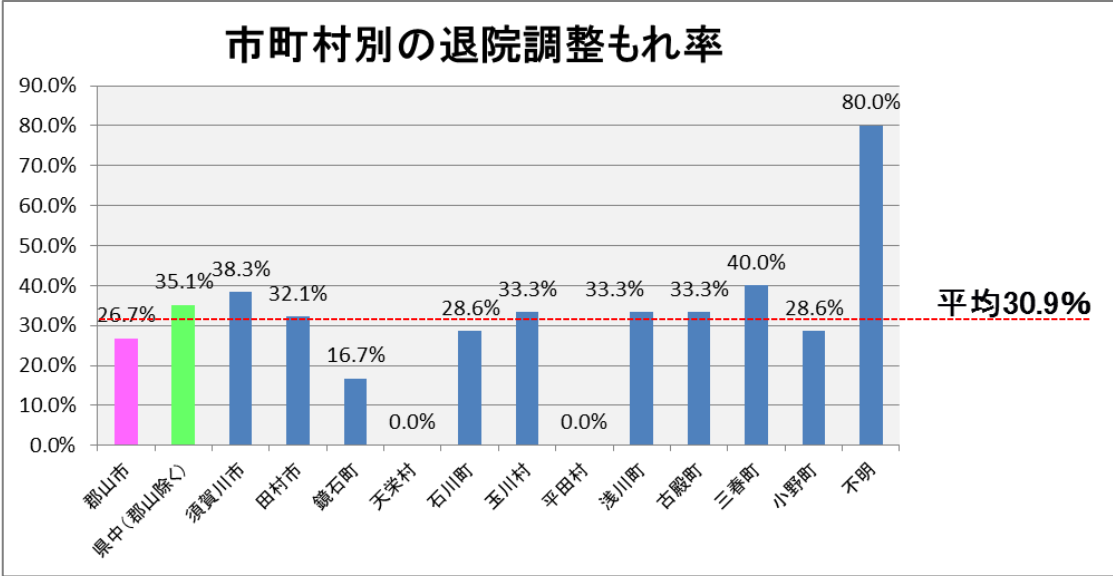
(3)退院調整アンケート結果

<退院調整率>

日付	要支援		要介護		合計	
	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし
平成 27 年 5 月	27/46 (58.7%)	19/46 (41.3%)	183/258 (70.9%)	75/258 (29.1%)	210/304 (69.1%)	94/304 (30.9%)

<入院時情報提供書提出率>

日付	要支援		要介護		合計	
	提出あり	提出なし	提出あり	提出なし	提出あり	提出なし
平成 27 年 5 月	4/39 (10.3%)	35/39 (89.7%)	96/302 (31.8%)	206/302 (68.2%)	100/341 (29.3%)	241/341 (70.7%)



2. 推進会議

(1) 医療と介護の連携推進(在宅医療・介護連携推進事業を含む)に向けた支援状況

在宅医療・介護連携推進の所管課	地域医療課（在宅医療の推進）、高齢福祉課（在宅医療・介護連携推進事業）
在宅医療・介護連携の庁内の連携体制	保健・医療・福祉・介護関係課による横断的な検討組織を設置。
都道府県庁（または保健所）が実施している主な取組	●福島県医療介護総合確保推進検討会（庁内） ●地域包括ケアシステム構築支援事業 ・トップセミナーの開催 ・市町村の先駆的取組に対する補助 ●地域包括ケアに関する方部別研修会 ●県中地域在宅医療・介護連携推進会議（県中保健福祉事務所） ●地域包括ケアシステム体制構築圏域別連絡会など
在宅医療・介護連携推進に向けた問題点・課題	●高齢化率が全国平均より上回っており在宅医療・介護連携の推進が喫緊の課題。 ●市町村は必要性は理解できるが、何から取り組めば良いかわからないと感じている。 ●医療と介護、相互に連携イメージが異なるため、どこまで歩み寄れるかが課題。 【NDB の分析結果】 ●入院機関とケアマネジャーの連携は全国平均並であるが、退院前訪問指導及び退院時カンファレンスはあまり行われていない。 ●退院調整加算があまり算定されていない。 【震災による影響】 ●医療・介護を支える人材の流出 ●避難等による住民の生活拠点の変化に合わせたサービス提供体制の整備

(2) 事業実施体制と退院調整ルール作成に向けた現状と課題

県庁の体制	高齢福祉課、地域医療課医療人材対策室
保健所の体制	県中保健福祉事務所 保健福祉課・医療薬事課・総務企画課 郡山市保健所 保健所総務課・地域包括ケア推進課 (所長、副所長、健康福祉部長、生活衛生部長、保健福祉課長、医療薬事課長(保健師)、総務企画課長、保健福祉課専門社会福祉主事、医療薬事課専門薬剤技師、総務企画課主査 [保健所] 所長、次長兼総務課長、保健師・助産師・看護師支援係長、同係主査 [地域包括ケア推進課] 課長、地域包括ケア係長)
退院調整ルール作成に向けた現状と課題	●地域連携室や MSW などが退院調整をしっかりと行っている病院がある一方、病院の規模の違いなどから退院調整を十分に行うことができていない病院もある。 ●病院とケアマネジャーが互いに必要とする情報と、実際に出される情報に食い違いがある。 ●個人情報等を理由に病院から情報提供を断られる場合がある。 ●郡山市に、病院等の社会資源が集中しているため、郡山市と周辺市町村の医療介護連携の取組の程度に差がある。

(3) 退院調整ルール作成に向けた事業計画

●平成 27 年 4 月	実施体制の構築 ・庁内、所内、本庁・保福・市のコンセンサス形成 ・管内市町村への説明
●5～6 月	関係機関・関係団体への説明・協力依頼 ・医師会、病院、地域包括、各種団体等
●6 月中旬	圏域内の退院調整に関する実態調査
●7 月 17 日	キックオフ会議(病院説明会)
●8 月 11 日	第 1 回ケアマネジャー説明会・検討会
●10 月 22 日	第 2 回ケアマネジャーによる検討会
●11 月 13 日	第 3 回ケアマネジャーによる検討会(代表者のみ)
●11 月 20 日	第 1 回病院・ケアマネジャー合同会議
●12 月	第 4 回ケアマネジャーによる検討会
●平成 28 年 1～2 月	第 2 回病院・ケアマネジャー合同会議
●3 月	退院調整ルールの決定・合意形成、 管内・県内全域の関係者へ周知・説明会
●4 月～	運用開始、PDCA サイクルによる検証・修正し、 県内全域への普及に向けた取組へ

3. 組織化と協議の状況

現地支援(1回目)

	事業キックオフ会議	ケアマネジャーの組織化 ケアマネジャー協議①	ケアマネジャー協議②	ケアマネジャー協議③
実施日	H27.7.17	H27.8.11	H27.10.22	H27.11.13
参加者 (職種・人数)	参加者約 180 名 ・病院関係者 75 名 ・地域包括支援センター 37 名 ・関係団体 20 名 ・管内外市町村 17 名 など	参加者約 280 名 ・ケアマネジャー172 名 ・地域包括 63 名 ・市町村担当者 14 名 ・関係団体 ・圏域外からの視察者 など	参加者約 215 名 ・ケアマネジャー149 名 ・地域包括 38 名 ・市町村担当者 14 名 ・関係団体 ・圏域外からの視察者 など	参加者約 25 名 ・ケアマネジャー代表約 25 名
協議内容	①福島県における地域包括ケアシステム構築に向けた取組について ②県中圏域における退院調整ルール策定を目指して(講話) ③退院調整に関するアンケートの結果 ④県中圏域医療介護連携調整事業スケジュール	①事業内容説明 ②ルール策定検討会 ・退院調整アンケート結果報告 ・退院調整もれ・不良事例の収集(GW) ・退院調整ルール原案の検討(GW) ・入院時情報提供書の提出率が低い理由(GW)	①前回の振り返り ②グループワーク ・ケアマネジャーとは ・退院調整ルールの具体的な流れについて ・退院調整が必要な患者の基準 ・在宅への退院が可能と判断する基準 ・退院カンファレンスで病院から提供してほしい情報 ③全体協議 ・上記事項のまとめ ④ケアマネジャー代表者選出	病院－ケアマネジャー協議に向けた作戦会議 ①「ケアマネジャーとは」のまとめ ②「退院調整もれ・不良事例」のまとめ
協議結果 (合意できたこと等)	・事業内容、今後の進め方等について、理解が得られた。 ・退院調整もれの現状について理解が得られた。	・事業内容、今後の進め方等について、理解が得られた。 ・グループワークでは、日頃の思いや考えが率直に語られていた。	・退院調整ルールを細かに分けて、参加者全員でグループワーク形式で、一つ一つ丁寧な検討がされた。 ・退院調整ルールの大まかなことは、理解が得られた。	・ケアマネジャーとは「退院調整もれ、不良事例」のまとめが出来た。 ・病院・ケアマネジャー合同会議でのプレゼン者も決まり、発表者の段取りが出来た。発表は、3 名が並んで行う形とした。
課題	・病院がこの事業に参加するかどうかの意思確認の必要性。 ・ケアマネジャーの組織化に向けた準備など。	・初回ということもあり、グループワークの各テーマについて、議論を深め、具体的な検討を行うことができていなかった。 ・今後、ケアマネジャーの意思統一をしっかりと図っていく必要がある。	・ルールとは自分たちで作り上げ、自分たちが使うものである。との認識をもっと自覚してもらうような支援が必要である。	・合同会議での発表者への個別支援が必要である。 ・発表、質疑応答に応える人などの役割分担が必要である。 ・事務局として、合同会議のケアマネジャーの発表時の支援について打合せが必要である。
感想	・病院関係者は、退院調整もれの実態を初めて聞いたので、その動揺を解決するのはこのルール策定であることを、丁寧に説明する必要があると感じた。	・非常に多くの方に参加していただけて良かった。一方で、意思統一を丁寧に行っていく必要があると感じた。 ・事業の説明を初めて聞いて、ルール案を具体的に検討するのはなかなか難しい感じがした。	・グループワーク形式で行ったので、参加者が自分の意見を充分に出せたと思っている。 ・検討することに不慣れなケアマネジャーも多く、病院に対する要望が多いように感じた。	・第 1 回目の代表者会議でしたが、ケアマネジャーは熱心に意見交換していたと感じた。 ・この熱心さを、ネガティブシンキングからポジティブに変換することが大切であると思った。

	病院－ケアマネジャー協議①	ケアマネジャー協議④	ケアマネジャー協議⑤	病院－ケアマネジャー協議②
実施日	H27.11.20	H27.12.16	H28.1.13	H28.1.15
参加者 (職種・人数)	参加者約 200 名 ・病院代表者 25 名 ・ケアマネジャー代表 25 名 ・病院関係者 31 名 ・居宅介護支援事業所 52 名 ・地域包括支援センター 31 名 ・関係団体 11 名 ・管内外市町村 11 名 など	参加者約 150 名 ・居宅介護支援事業所 91 名 ・地域包括支援センター 28 名 ・管内外市町村 14 名 など	参加者約 25 名 ・ケアマネジャー代表 25 名	参加者約 200 名 ・病院代表者 25 名 ・ケアマネジャー代表 25 名 ・病院関係者 31 名 ・居宅介護支援事業所 52 名 ・地域包括支援センター 31 名 ・関係団体 11 名 ・管内外市町村 11 名 など
協議内容	①事業実施経過報告 ②退院調整に関するアンケート結果報告 ③病院紹介 ④協議 ・ケアマネジャーからの報告 ・提案	①前回までの振り返り ②第 1 回病院・ケアマネジャー合同会議結果と課題の整理 ③グループワーク テーマ ・入院時情報提供書、退院調整共有情報について ・病院とケアマネジャーが相互に理解するためには	①退院調整ルール案に関する病院アンケートの結果について ②第 2 回病院・ケアマネジャー合同会議に向けた意見交換	①退院調整ルール案について ②入院時情報シート、退院調整共有情報について
協議結果 (合意できたこと等)	・ケアマネジャーとは、「退院調整もれの事例」など、病院側は真摯に受け止めていた。 ・ルールに関しては、大きな問題はないと、大枠で了解を得られた。	・病院の看護部長たちは、ケアマネジャーの役割を十分に認めていることを、ケアマネジャー代表者の発表で理解した。 ・ルールの中で使用する様式のうち、退院調整共有情報は、医療機関からいただけるものと、間違った認識であったことが判明した。	・病院アンケートから、細かい部分(日数など)について、次回の合同会議で決めるポイントを整理できた。 ・退院調整共有情報については、様式の形ではなく、共有する項目は何か。との理解を得られた。	・退院調整ルールについて、病院、ケアマネジャーの了解を得た。 ・病院窓口一覧表について、再度各病院ごとに確認する必要がある。
課題	・病院側は示されたルールを、院内で検討する必要がある。	・様式について、ケアマネジャー全体の認識を修正する必要がある。	・合同会議でのケアマネジャーの役割分担等を決める。	・病院窓口一覧表を完成をさせること。
感想	・病院の看護部長たちが、ケアマネジャーへ日ごろの感謝の気持ちを言葉にしたことで、ケアマネジャーの病院に対するネガティブシンキングに変化が見えたように感じた。 ・ケアマネジャーが病院看護部長と対等に協議することの意味の深さを実感した。	・病院・ケアマネジャー合同会議に参加したケアマネジャー代表者から感想を述べてもらったが、自分たちができることは何か、というようなポジティブな発言ばかりだったので、意識の変化を感じた。	・退院調整共有情報の件について、「ケアマネジャーとして、大事なものは様式の形ではなく、内容である。」と話すその一方で、「すでに試験的にこの様式を活用している。」との意見があった。退院調整ルールは自分たちが運用する。との意欲を感じた。	・ケアマネジャー代表者は、積極的に病院からの質問に答えていて、初回に比べると退院調整ルールに責任を持って策定しているように感じた。 ・病院からも、この協議から刺激をうけ、院内の退院調整部署の連携を始めた。と意見があり、退院調整ルールを待たずして動き始めたと思った。

	ケアマネジャー協議⑥	県中圏内市町村 担当者会議	全体説明会
実施日	H28.2.15	H28.2.29	H28.3.18
参加者 (職種・人数)	参加者約 25 名 ・ケアマネジャー代表 25 名	参加者約 12 名 ・市町村担当者 12 名	参加者 ・病院代表者 ・ケアマネジャー代表者 ・病院関係者 ・居宅介護支援事業所 ・地域包括支援センター ・関係団体 ・管内外市町村 など
協議内容	①第 2 回病院・ケアマネジャー合同会議の振り返りと課題の整理 ②退院調整ルールに関する介護報酬について ③退院調整ルールの手引き作成について ④様式パンフレット・住民向けリーフレットについて ⑤退院調整ルール全体説明会(3 月 18 日)について	①退院調整ルールの手引きの策定について ②様式パンフレット・住民向けリーフレットについて ③退院調整ルール全体説明会(3 月 18 日)について ④平成 28 年度以降の実証事業について	①報告・説明 県中医療圏退院調整ルールについて ②意見交換 退院調整ルールの運用に向けて
協議結果 (合意できたこと等)	・介護報酬の件は、参加者の理解を得られた。 ・退院調整ルールの手引きについて、ケアマネジャーたちにイメージがついた。 ・全体発表会の流れのイメージがついた。	介護保険の認定を受けていない方の場合、市町村の介護保険担当課への問い合わせが必要である。	
課題	・介護保険を受けていない方の場合の確認等、市町村担当者会議が必要である。	・退院調整ルールの手引きの表記内容について、市町村介護保険担当部署に確認する必要がある。	
感想	・ルール策定する過程で、常にケアマネジャー代表者検討会を開催してきた。このことは、ケアマネジャーはルール策定の核であることを、理解いただいたと感じている。 ・ケアマネジャーの発言も、前向きなものばかりであった。	・圏域市町村担当者会議を行ったことで、市町村ごとに対応が異なることが認識できた。 ・市町村間の情報交換ができたことは、お互いを理解する機会となった。	

4. 退院調整が必要な患者の基準

【ポイント】

- 1 病院から、「退院を判断するのは、医師の判断であるため、この基準は決められない。」との意見が多かった。
→「あくまで退院調整が必要と見込まれる患者の基準であり、退院の決定ではない。」というところの認識を一致させるまでには、何度も丁寧な説明を行った。
- 2 見逃してはいけない患者の部分で、「家族の介護力」の観点を盛り込みたい、と言う意見がケアマネジャーから出た。
→ それに近い状況に（家族がいても、高齢、疾患等により介護力が乏しいなど）を追加した。

【決定した基準】

- 1 必ず退院調整が必要な患者（要介護）
 - ☐ 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
 - ☐ 日常生活に支障をきたすような症状がある認知症◎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](#)へ連絡
- 2 上記以外で見逃してはいけない患者（要支援の一部）
 - ☐ 独居か、それに近い状況（家族がいても、高齢、疾患等により介護力が乏しいなど）で、調理や掃除など身の回りのことに介助が必要
 - ☐ (ADLは自立でも) がん末期の方
 - ☐ (ADLは自立でも) 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

◇病院が「在宅への退院ができそう」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、入院後1週間程度で判断。
入院期間が3週間程度の場合、入院後2週間程度で判断。

5. 策定した退院調整ルール

(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合

【ポイント】

- 1 普段からの工夫のところ入院セットの物品として「かかりつけ医の診察券」を追加した。
- 2 「②入院時情報提供書」の送付病院に提出であったが、協議の結果「原則として電話連絡のうえ、持参する」となった。協議内容は、様式を検討した際に、かなりの細かい項目を加えるような意見が出たが、「様式を持参し、不足内容は、口頭で説明すればいいのでは」と、共通認識を得られた。

【決定したルール①】

	病 院	ケアマネジャー（ケアマネ）
在宅時 ↓		◇利用者の入院を早期に把握するための普段からの工夫 ○ 担当する利用者に、 ケアマネの名刺 を、『医療保険証』・『介護保険証』・『かかりつけ医の診察券』・『お薬手帳』と一緒に保管し、入院の際には「入院時セット」として持参するよう伝えておく。 ○ 利用者・家族に、入院したらケアマネに連絡するよう伝えておく。
入 院 ↓	①入院時連絡 ○ 聞き取りや介護保険証、医療保険証等により担当ケアマネを把握し、入院したことを、原則として 3日以内 に連絡。 ⚡「病院がケアマネを把握」又は「ケアマネが入院を把握」、どちらか早いほうが相手にアプローチ。	②入院時情報提供書の送付 ○ 入院を把握したら提供書を作成し、原則として 3日以内 に病院に提供（ 原則として電話連絡の上、持参する ）。
退院の見込 (入院後 1週間程度) ↓	③患者の退院見込を連絡 ○ 入院後 1週間程度を目途に、「在宅への退院が可能かどうか」を判断。 ○ 可能と判断されたら、原則として 退院予定日の7日前 までに、ケアマネジャーに連絡。	④患者情報の収集と在宅への退院に向けた調整開始 ○ 病院から退院見込の連絡があったら、退院調整のための利用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、病院と調整する。
退院調整 ↓	⑤入院中の患者情報を共有し、相互に協力して退院に向けた調整を実施 ○ 病院担当者（看護師・MSW）とケアマネの退院調整開始面談 ○ 患者や家族の意向を確認し、介護サービスを調整 ○ 退院前カンファレンスの開催 ○ 退院時情報の提供 など	
退院日決定 ↓	⑥退院日を連絡 ○ 主治医の許可した退院日をケアマネに連絡	
退院後	⑦サマリーの提供（必要に応じ）	⑧ケアプランの提供（必要に応じ）



入院前から、担当ケアマネが決まっている患者については、要介護・要支援を問わず、必ず引き継ぎを行うこと。

(2)入院前にケアマネジャーが決まっていない場合

【ポイント】

- 1 介護保険認定の有無は、本人、家族も不明なこともある。
→「市町村介護保険担当課へ問い合わせる。」と追記した。
- 2 介護保険申請の支援後、ケアマネジャーへ連絡するが、居宅介護支援事業所等の受入（空き状況）の確認、ケアマネジャー決定までの期間は、圏域の市町村により対応が異なる。
→「③ケアマネジャーの選定を支援」の項目を追記した。

【決定したルール②】

	病 院	ケアマネジャー（ケアマネ）
入院 	◇患者・家族への聞き取りや、介護保険証、担当ケアマネの名刺の有無等により、 担当ケアマネが決まっていないことを確認 。 ※要介護認定を受けているかどうか分からない場合は、 市町村介護保険担当課 に問い合わせる。	
退院の見込 （入院後 1週間程度）	①退院調整の必要性の判断 ○入院後1週間程度を目途に、「 在宅への退院が可能かどうか 」を判断。 ↓ ○「 退院調整が必要な患者の基準 」に基づき、退院調整が必要かどうかを判断。 ②患者・家族への介護保険についての説明、申請の支援 ○①により、退院調整（介護保険の利用）が必要と判断された患者や家族に介護保険の説明をし、申請等を支援。 ③ケアマネジャーの選定を支援 ○必要に応じ 市町村介護保険担当課 と相談・調整し、ケアマネの選定を支援。 ④患者の退院の見込を連絡 ○①により、退院調整が必要と判断された患者について、退院の見込を、原則として 退院予定日の7日前までに、③で選定したケアマネに連絡 💡要介護と思われる者（中重介護）⇒ 居宅介護支援事業所 要支援と思われる者（軽介護）・判断に迷う者⇒ 地域包括支援センター	⑤患者情報の収集と在宅への退院に向けた調整開始 ○病院から退院の見込の連絡があったら、退院調整のための利用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、病院と調整する。
退院調整	以降の流れは、前提『(1)入院前にケアマネジャーが決まっている場合』の⑤以降と同じ。	
退院日決定		
退院後		

6. モデル事業県のレビュー

(1) 総括

① 取組の成果

1 地域全体で取組、ルールを策定

病院関係者、ケアマネジャー、市町村、地域包括支援センター、関係団体など多くの方々が、約1年間、検討・協議を行い、自ら運用するルールを自ら意思決定をし、策定した。

2 顔の見える関係

病院（医療側）とケアマネジャー（介護側）、ケアマネジャー同士がお互いの立場を理解し合い、信頼関係が構築された。

3 連携強化

県と市町村の協働による事業の取組であり、行政間、医療担当部署と福祉担当部署の連携が強化された。

4 新たな職種間の連携開始

多職種が同じ目的達成のために顔を合わせる機会であり、薬剤師とケアマネジャーとの連携など、職種間の連携が始まった。

② 今後の展望

1 退院調整ルールの周知

今回事業に参加した病院、ケアマネジャーだけでなく、現在参加していない病院や有床診療所、小規模多機能型事業所などにきめ細やかに周知し、理解を得ることが必要である。

さらに、周知する対象者としては、本人、家族、住民はもちろんのこと、民生委員、地区組織など住民の生活に密着しているソーシャルキャピタルを活用した周知も必要である。

2 退院調整ルールの見直し

- ・「退院調整もれ」の現状調査を行う。
- ・退院調整ルールの評価を行い、見直しをする。
- ・医療依存の高い方など、対象者を拡大した退院調整ルールへの活用も視野に入れた見直しも必要である。

3 他医療圏との調整を進める必要がある

(2) プロセス別

プロセス	悩み・問題点・課題等	対処方法・調整方法等
地域診断	【聞き取り調査】 聞き取り者により設問のニュアンスが異なる	ケアマネジャーへの設問項目の統一化

Ⅱ-3. 群馬県渋川医療圏

1. 地域診断

(1) 圏域の状況

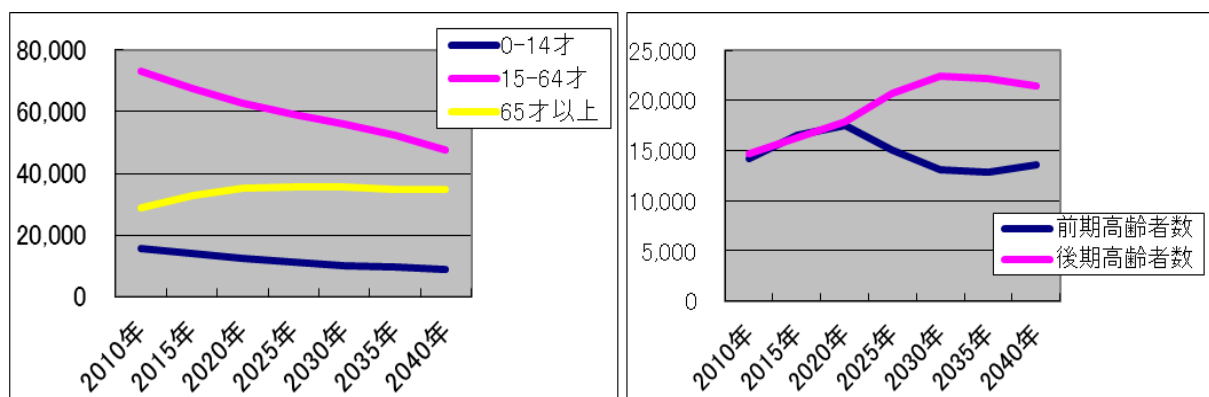
①基本情報（特に記載のない情報は平成27年5月1日現在）

項目	数	単位
市町村数	3	力所
総人口	114,917	人
面積	288.86	km ²
高齢化率	27.7	%
圏域内病院	(数) 11 (病床) (2,263)	力所 (床)
うち急性期病床を持つ病院	(数) 7 (病床) (846)	力所 (床)
入院完結率	58.4	%
入院患者流出率	41.6	%
郡市区医師会	1	力所
看護協会地区部会	1	力所
ケアマネ登録数	96	人
ケアマネ協会	(数) 1 (組織率) 92.0	力所 %
地域包括支援センター(圏域内のセンター数、市町村別、直営・委託等の状況)	渋川市:1力所(直営) 榛東村:1力所(委託) 吉岡町:1力所(委託)	



②圏域における人口動態推計

2010年対2025年の生産年齢人口減少率：18.8%、後期高齢者数の増加率：41.2%



(2) 退院調整の現状についての聞き取り内容

<ケアマネジャーの認識>

- 病院側の窓口がわかりにくい。
- 病院、相談員によって対応に温度差がある。
- 退院までの期間が短く、準備時間が少ないことも。事前に支援会議で調整できると上手くいく。
- 退院後の生活を想定したり、家族の介護力を見極めていないとつながっても在宅にならないことがある。
- お互いの役割を理解し、顔の見える関係ができていると上手くいく。

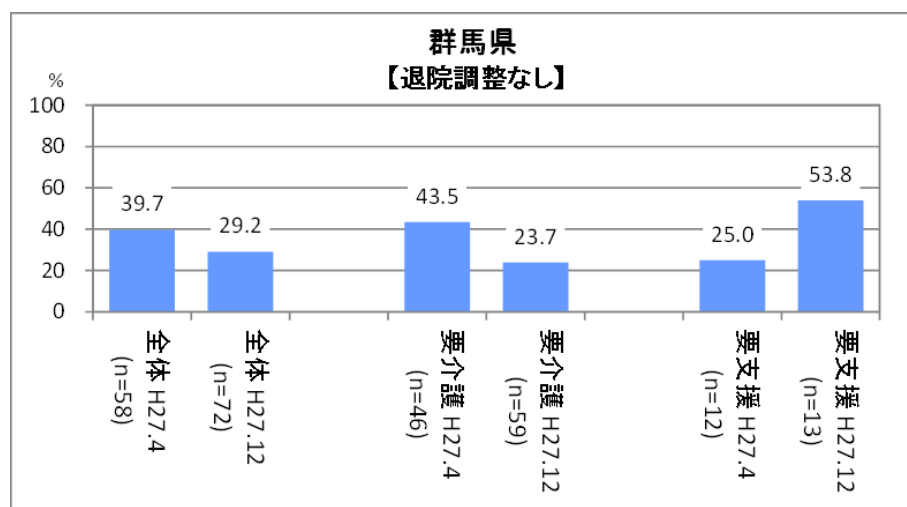
<地域包括支援センターの認識>

- 一人暮らしや経済困窮者については、病院の地域連携室が対応し、ある程度のラインに則った対応ができている。
- 一見問題ないと思われる方について、病院からの指示がばらばらであるため、介護認定の時期等が不適切であったり、家族が不安になる等の問題がある。

(3) 退院調整アンケート結果

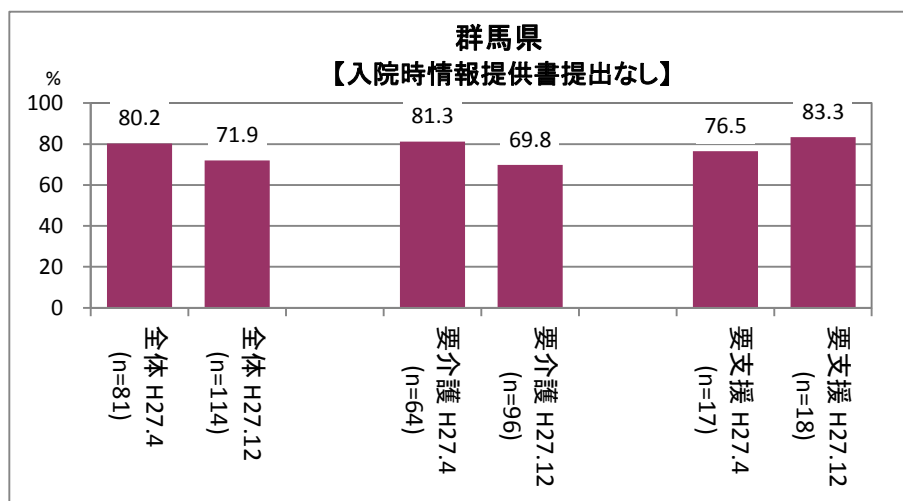
<退院調整率>

日付	要支援		要介護		合計	
	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし
平成 27 年 4 月	9/12 (75.0%)	3/12 (25.0%)	26/46 (56.5%)	20/46 (43.5%)	35/58 (60.0%)	23/58 (39.7%)
平成 27 年 12 月	6/13 (46.2%)	7/13 (53.8%)	45/59 (76.3%)	14/59 (23.7%)	51/72 (70.8%)	21/72 (29.2%)

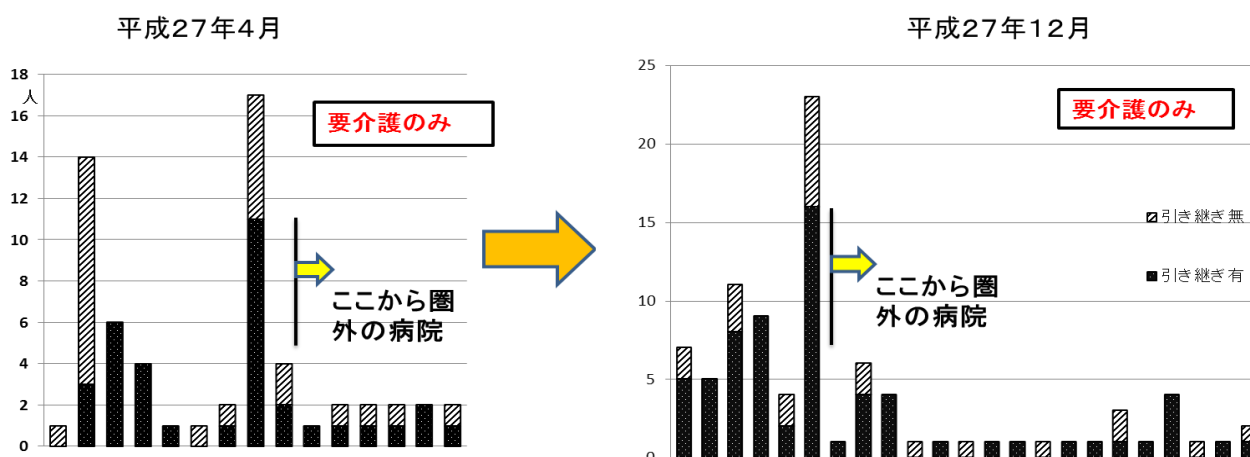


<入院時情報提供書提出率>

日付	要支援		要介護		合計	
	提出あり	提出なし	提出あり	提出なし	提出あり	提出なし
平成 27 年 4 月	4/17 (23.5%)	13/17 (76.5%)	12/64 (18.8%)	52/64 (81.3%)	16/81 (20.0%)	65/81 (80.2%)
平成 27 年 12 月	3/18 (16.7%)	15/18 (83.3%)	29/96 (30.2%)	67/96 (69.8%)	32/114 (28.1%)	82/114 (71.9%)



病院別比較



2. 推進会議

(1) 医療と介護の連携推進(在宅医療・介護連携推進事業を含む)に向けた支援状況

在宅医療・介護連携推進の 所管課	医療介護局 地域包括ケア推進室（在宅医療確保）、（在宅医療・介護連携推進事業）
在宅医療・介護連携の庁内 の連携体制	平成 27 年度、健康福祉部に医療介護局を新設、地域包括ケア推進室、医務課、介護高齢課の 3 課室の連携体制を作った。
都道府県庁（または保健所） が実施している主な取組	● 在宅医療の確保 ・在宅医療基盤整備事業 ・在宅医療・介護連携パンフレット作成 ・在宅医療人材育成事業 等 ● 在宅医療・介護連携推進事業 ・医療・介護関係団体等との協議の場の設置・開催支援 ・課題把握のための基礎調査 ・医療介護連携トライアル支援事業 ・先進事例等研修会 ・県民の理解向上のための研修等事業
在宅医療・介護連携推進に 向けた問題点・課題	● 県内市町村のほとんどが、平成 27～29 年度の間、実施を猶予する見込みとなっている。 ・医療行政を所管せず、郡市医師会とのつながりが、健康診断、予防接種等に限定されている市町村が多い。市町村や各医療圏により、医療・介護資源が大きく異なる。 ・在宅医療提供体制は、地域により大きな差がある。 ・郡市医師会で、新たな受託事業を行える十分な事務局体制を持つところは少ない。 ● 医療関係者・介護関係者の意見が多様である。 ・郡市医師会、各病院、各関係団体に対し、丁寧な説明と全体調整が必要。 ● 圏域と保健福祉事務所の管轄、郡市医師会の所管区域が相違する地域があり、整理が必要。

(2) 事業実施体制と退院調整ルール作成に向けた現状と課題

県庁の体制	地域包括ケア推進室、医務課・介護高齢課
保健所の体制	（所長・医監）総務福祉係・保健係 （総務福祉係：事務 1 人、保健係：保健師 2 人）
退院調整ルール作成に向けた 現状と課題	現状 ● 病院によって、ケアマネジャーとの連携状況に差がある。 ● ケアマネジャーと病院とのコミュニケーションがうまくいっていない場合がある。 ● 利用者が入院したことが、ケアマネジャーに伝わっていない。 課題 ● 退院時、介護認定を受けていない場合のルール作り。 ● 介護が必要な方について、病院とケアマネジャーを確実につなぐためのルール作り。 ● 病院医師と地域でのかかりつけ医をつなぐための方法。

(3)退院調整ルール作成に向けた事業計画

- 市町村等担当国会議
- 医療介護連携調整病院会議（7月）
- 医療介護連携調整ケアマネジャー会議（7、8、9月）
- 医療介護連携調整合同会議（10月）
- 医療介護連携調整ケアマネジャー会議（11月）
- 医療介護連携調整合同会議（12月）
- 医療介護連携調整ケアマネジャー会議（1月）
- 医療介護連携調整合同会議（2月）
- 医療介護連携調整ケアマネジャー会議（3月）

3. 組織化と協議の状況

現地支援(1回目)

	病院会議①	ケアマネジャー協議①	ケアマネジャー協議②	ケアマネジャー協議③
実施日	H27.7.2	H27.7.14	H27.8.11	H27.9.11
参加者 (職種・人数)	計 87 名 参加者(62名):AD、病院職員、市町村職員、保健福祉事務所職員、県庁職員 オブザーバー(25名):渋川地区医師会長、理事、各中核市・保健福祉事務所職員	計 92 名 ケアマネジャー72 名 市町村職員、保健福祉事務所職員、県庁職員 20 名	計 86 名 ケアマネジャー69 名 市町村職員、保健福祉事務所職員、県庁職員 17 名	計 80 名 ケアマネジャー61 名 市町村職員、保健福祉事務所職員、県庁職員 19 名
協議内容	ア 講演 渋川圏域における退院調整ルール策定をめざして イ 病院紹介 ウ グループワーク・意見交換 ①アドバイザーの講義を聴いて、質問したいことを検討 ②「退院調整が必要な患者の基準(案)」について、質問、感想、問題点等を検討	ア 事業説明 イ 担当者紹介 ウ グループワーク・意見交換 ①連携がないことで利用者が困った事例 ②退院調整ルール(案)について ③退院調整共有情報(案)について	ア 前回協議の報告 イ グループワーク・意見交換 ①利用者が困った事例の選出 ②新規患者で、病院から引き継ぎをしてほしい患者の基準 ③病院が在宅可能と判断する時期、ケアマネジャーが退院調整に要する期間 ④「退院調整共有情報」について	ア オリエンテーション 退院調整ルールの内容等について再確認 イ 前回協議の報告 ウ 代表者選出 エ グループワーク ①「在宅へ退院調整が必要な患者の基準」 ②「病院が在宅可能と判断する時期及びケアマネジャーが退院調整に要する期間」 ③「退院調整共有情報の内容」 オ 代表者会議 グループワーク内容について確認
協議結果 (合意できたこと等)	圏域内すべての病院(小児専門病院除く)が、会議の趣旨に賛同し、当実証事業に参加を表明。	圏域内 9 割以上の居宅介護支援事業所が、説明内容及びグループワークでの検討内容を各事業所へ持ち帰った上で、当実証事業への参加を表明。	引き継ぎしてほしい患者の基準、退院調整に必要な期間等について一定の合意を得た。	代表者を選出。 引き継ぎしてほしい患者の基準、退院調整に必要な期間等について詳細を検討の上、最終的には代表者に一任することとした。
課題	運営側の役割分担、会議の進行等の準備が必要。	より深い議論となるための会議の開催準備が必要。	退院調整に必要な期間が 14 日となった。 ケアマネジャー代表の選出は、ケアマネジャー同士の話し合いで決めるのが望ましい。	病院・ケアマネジャー会議の開催前に再度代表者会議を行い、発表内容の確認、プレゼンテーション実施者を決める。 病院側はケアマネジャーのように病院相互の協議を行っている訳ではないので、必ずしも同じ基準では動かないことをケアマネジャー代表者に承知してもらおう。
感想	医療介護連携調整実証事業の初めての会議ということで、病院からどのような反応が示されるか不安があったが、全病院から参加表明が得られ順調なスタートが切れたことに安堵した。	大勢のケアマネジャーの参加が得られたことで会議の第 1 関門を突破できたことの安堵感とともに、3 回の会議でケアマネジャー全員の意見集約ができるのかという不安感を持った。	会議後のケアマネジャーからの匿名意見で、既に結論ありきで、行政側に誘導されている感じがするというものがあり、良かれと思ってしまう言葉が不信感をもたられる場合があると知り、進め方の難しさを感じた。	代表者は、各グループからの推薦を基本とし、地域別のバランスを見て追加推薦する方法で、スムーズに決まった。 3 回の会議内では時間が不足し、病院・ケアマネジャー合同会議の前に、追加打合せを実施したが、ケアマネジャー代表に選出された方々が有意義な意見交換を行い、納得のいく統一意見がまとめられたことは、大変良かった。

	病院－ケアマネジャー協議 ①	ケアマネジャー協議④	病院－ケアマネジャー協議 ②	ケアマネジャー協議⑤
実施日	H27.10.8	H27.11.12	H27.12.17	H28.1.14
参加者 (職種・人数)	計 84 名 参加者 (60 名):AD、病院職員、ケアマネジャー代表者、市町村職員、保健福祉事務所職員、県庁職員 オブザーバー (24 名): 県医師会理事、渋川地区医師会長、各中核市・保健福祉事務所職員	計 76 名 ケアマネジャー 58 名 市町村職員、保健福祉事務所職員、県庁職員 18 名	計 75 名 参加者 (64 名): 病院職員、ケアマネジャー代表者、市町村職員、保健福祉事務所職員、県庁職員 オブザーバー (11 名): 県医師会理事、渋川地区医師会長、各中核市・保健福祉事務所職員、厚生労働省	計 76 名 ケアマネジャー 59 名 市町村職員、保健福祉事務所職員、県庁職員 17 名
協議内容	ア オリエンテーション、退院調整状況アンケート調査結果 イ 各病院から自院の紹介ウ ケアマネジャーの役割及び病院への要望事項の説明エ 病院・ケアマネジャー両者による協議(グループワーク形式) ①退院調整を要する患者の基準(案)について ②退院調整に要する日数について ③退院調整共有情報について	ア 病院・ケアマネジャー合同会議報告 イ 12 月 17 日の合同会議に向けての論点整理等 ウ グループワーク ①要介護の継続ケースで入院した場合の退院調整期間 ②入院時情報の提供が少ない理由 ③病院からケアマネジャーに利用者の入院を知らせてもらう工夫 ④入院時情報提供シート(案)	ア 流れの確認 イ 各病院での検討事項の報告(検討状況、運用ルール案) ウ 協議 ①退院調整を要する患者の基準 ②退院調整期間について: 新規、継続 ③入院時情報の必要性、様式と取り扱い ④退院調整共有情報	ア 病院・ケアマネジャー合同会議報告 イ グループワーク ①退院調整を要する患者の基準 認知症の表現 ②入院時情報様式の取り扱い 利用者の入院を知らせてもらう工夫 ③退院調整共有情報の取り扱い ウ「退院調整ルール」手引き案を提示
協議結果 (合意できたこと等)	引き継ぎしてほしい患者の基準、退院調整に必要な期間等について、ケアマネジャー側とのグループワークで理解を深め、案を病院に持ち帰って検討することとした。	①要介護の継続ケースで入院した場合の退院調整期間は 1 週間程度 ②入院時情報は、病院から求められないので不要と思っていた。 ③利用者の入院を知るのには、工夫が必要 ④入院時情報提供シートは提出できる	①在宅可能・退院調整が必要な患者の基準は概ね合意 ②新規も継続ケースも退院調整期間は、「概ね 1 週間」 ③病院はケアマネジャーからの情報提供が必要 病院が、ケアマネジャーを把握しやすい工夫が必要 入院時情報提供は、FAX 可。送信時電話連絡する。	①「認知症が疑われる精神症状及び認知症状」とする。 ②入院時情報様式の確認。入院を知らせてもらう工夫了解。FAX 送信方法、了解。 ③退院調整共有情報は、病院側に作成してもらえるように交渉する。
課題	話題が、これまで介護保険利用のない新規の方となったため、要介護の継続ケースについて議論がされていない。 継続ケースが入院した場合、退院調整期間は 1 週間でよいか要確認。 ケアマネジャーは、利用者の入院を把握できないことを病院側に理解してもらう必要がある。	病院に入院時情報をつなぐように努めるが、実際、病院が入院情報を必要としているかを合同会議で確認することとした。	①退院調整が必要な基準は「日常生活に支障をきたすような症状がある」に改めるべき ②入院時情報提供書の様式 ③利用者の入院を知らせてもらう工夫案(介護保険証に事業所の電話番号記入、ケアマネジャーの名刺挟む等) ④退院時情報共有シートの使用法(聞き取り用・看護サマリーをもらう・看護サマリーにシート内容を盛り込む)	退院調整共有情報について、前回の合同会議の状況から、病院側に作成を求めるのは困難ではないかという意見もあったが、もう一度、病院側が書いてくれるよう交渉することになった。 病院側の足並みが揃わない場合、追加で病院会議が必要か。診療報酬の裏付けがないと困難か。
感想	「新規の場合は」「入院が 14 日位の場合は」といった前提条件がないと、何日で連絡をしようかといった具体的な数値に落ち着かない状況であった。 ケアマネジャー側は 3 回の会議を通じて意思疎通がなされているが、病院側は 7 月の病院会議以来 2 回目ということで、ケアマネジャーからの提案について、病院の理解が若干不十分のように感じた。	利用者の入院を知る工夫についての協議は、グループワークでは意見が出ていたものの、全体発表ではあまり意見がなく、協議方法としてグループワーク形式にこだわらなくてもよいのではないかと感じた。	病院側では、ケアマネジャーからの入院時情報は是非欲しいとの意見で、ケアマネジャーの疑問が解決し、両者の意見交換の有用さを全参加者が認識できる良い事例となった。退院時情報共有シートについては、病院からの看護サマリーの写しでよいのではとの提案に、ケアマネジャー代表の総意として対等に協議することが難しく、次回に持ち越す形となってしまい、協議の難しさを感じた。	退院調整共有情報について、ケアマネジャーの間で本音や折衷案など忌憚のない意見が出て、活発な意見交換ができるようになったのはケアマネジャー会議の積み重ねの結果であることを実感した。

	病院－ケアマネジャー協議③	病院会議②	ケアマネジャー協議⑥
実施日	H28.2.9	H28.2.22	H28.3.1
参加者 (職種・人数)	計 78 名 参加者 (57 名): 病院職員、ケアマネジャー代表者、市町村職員、保健福祉事務所職員、県庁職員 オブザーバー (21 名): 次年度予定市町村・保健福祉事務所・病院・団体職員	計 31 名 病院職員 16 名 市町村職員、保健福祉事務所職員、県庁職員 14 名 オブザーバー (1 名): 次年度予定保健福祉事務所職員	計 81 名 ケアマネジャー 57 名 市町村職員、保健福祉事務所職員、県庁職員 20 名 オブザーバー (4 名): 次年度予定市町村・保健福祉事務所職員
協議内容	ア 流れの確認 イ 協議 「退院調整ルール」手引き案 ①退院調整を要する患者の基準 認知症の表現 ②退院調整共有情報の取り扱い ウ 報告 ・12 月ケアマネジャーアンケート結果 ・今後のスケジュール	協議 「退院調整ルール」手引き案 ・退院調整共有情報シートの使用について	報告 ①前回病院・ケアマネジャー合同会議(2/9)及び第 2 回病院会議(2/22) 概要報告 ②「退院調整ルール」手引き(渋川圏域版)について ③ケアマネジャーアンケート結果 ④今後のスケジュール ・完成版手引きの通知方法 ・周知方法 ・来年度の事業内容
協議結果 (合意できたこと等)	①「日常生活に支障を来すような精神症状又は認知症状」とする。 ②退院調整共有情報の取り扱いについては、病院会議を別途開催し協議することにする。	・退院調整共有情報シートを使っていくこととする。 ・介護保険新規患者は、病院がシートを作成し、ケアマネジャーに渡すこととする。 ・継続患者は、状況に応じフレキシブルに対応する。 ・ケアマネジャーの欲しい情報のうち、ジェノグラム以外を入れ、様式を整えた。	①退院調整を要する患者の基準、了解 ②退院調整共有情報の取り扱いは以下のとおりで了解 ・介護保険新規の患者については、病院が作成しケアマネジャーに渡す。 ・継続の患者については、状況によるので両者の相談で決める。 ・様式の変更、了解
課題	退院調整共有情報を病院が作成するか、看護サマリー等により代用できないか、診療報酬上はどうか等の検討が必要。	・病院側は、当初、診療報酬上対応可能な様式を検討したが、困難なため、今回は、患者のために、情報を記載してケアマネジャーに渡すことにした。 ・病院の負担軽減のため、様式を病院が記載するのは新規患者のみとした。 ・継続患者は、両者が相談して対応することになった。 ・ジェノグラムは、作成していない病院もあるので統一様式からは削除した。	・実際に運用して行く中での課題を来年度検討する。 ・漏れ率が高い状態が続く病院への対応。 ・新規居宅介護支援事業所への周知。
感想	病院ごとの対応の温度差があり、合同会議の間に病院のみ集まった意見交換の場があれば、退院調整ルールへの共通理解も深まり、ケアマネジャーの提案に対して各病院の立場を尊重しつつ、自分の病院の確実な意見を出せたのではないかと感じた。今回はケアマネジャーと病院が対等に意見を出すことができていた。	病院側がケアマネジャーの要望に真摯に向き合ってくれ、積極的に様式の修正にあたり、新規については病院が退院調整共有情報シートを提供しようということでも合意してくれたことは、画期的な対応であり、臨時で病院会議を開催したことは大変意義があった。	9 か月をかけて協議を行い、ケアマネジャー同士のつながり、県・保健所・市町村(地域包括支援センターを含む)の連携が深まったことが、最大の成果と感じている。

4. 退院調整が必要な患者の基準

【ポイント】

- 圏域内 10 病院のうち、精神病床が主な病院が 3 病院あり、これまでケアマネジャーとの退院調整に困難を感じていたことから「精神症状のある方」の明記の希望があった。
- 基本的に要介護相当の方も要支援相当の方も、居宅介護支援事業所に連絡を入れることになった。市町村からの委託状況により、事業所一覧表に○または☆印を付け表示した。
- 病院が迷った時、困った時は、地域包括支援センターに連絡することになった。
- ケアマネジャーは、市町村からの委託を受け、介護保険申請の代行ができること、認定後のサービス調整も合わせて関わる方が効率的であることを病院が理解し、連絡先について了解が得られた。

【決定した基準】(要介護認定されていない患者)

1 65 歳以上の方

(ア) 退院調整が必要な患者

- ①立ち上がりや歩行に介助が必要な方
- ②食事に介助が必要な方
- ③排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中
- ④日常生活に支障を来すような精神症状または認知症状のある方
⇒ 居宅介護支援事業所一覧の○（要介護）の事業所へ連絡

(イ) それ以外で見逃してはいけない患者

- 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、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
⇒ 居宅介護支援事業所一覧の☆（要支援）の事業所へ連絡

- (ウ) 迷った場合や、上記ア・イに該当するが、本人・家族が希望しなかった等、困ったとき
⇒ 地域包括支援センターへ連絡

2 40 歳以上 65 歳未満の方

患者が介護保険の対象となる特定の疾病、かつ、退院調整が必要な患者の基準の状態であった場合

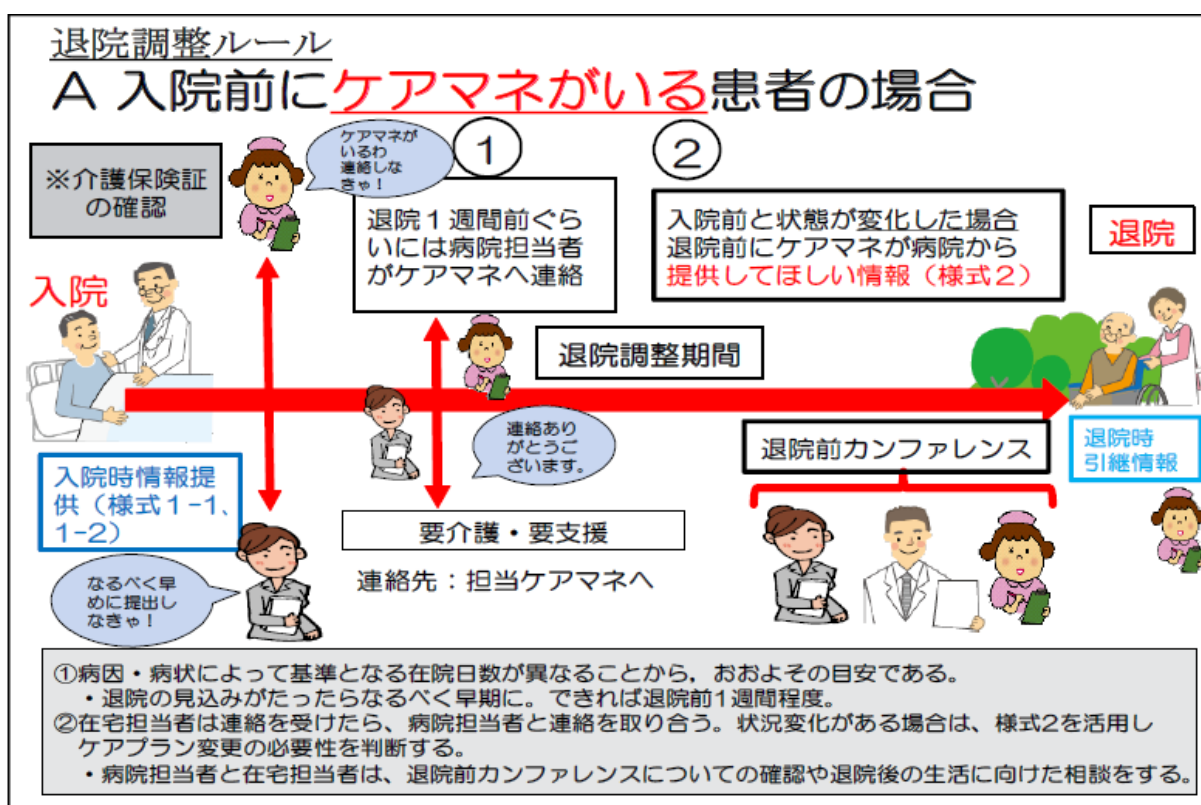
5. 策定した退院調整ルール

(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合

【ポイント】

- 1 ケアマネジャーは、「病院がケアマネジャーの情報をほしいと思っている」ことが分かり、積極的に情報提供することになった。
- 2 退院調整期間は、ケアマネジャー会議で議論を重ねた上、病院意見の、概ね、を入れ「概ね1週間」となった。
- 3 病院とケアマネジャーが連絡を取り合って、退院調整を行う中で、様式を使用することになった。

【決定したルール①】

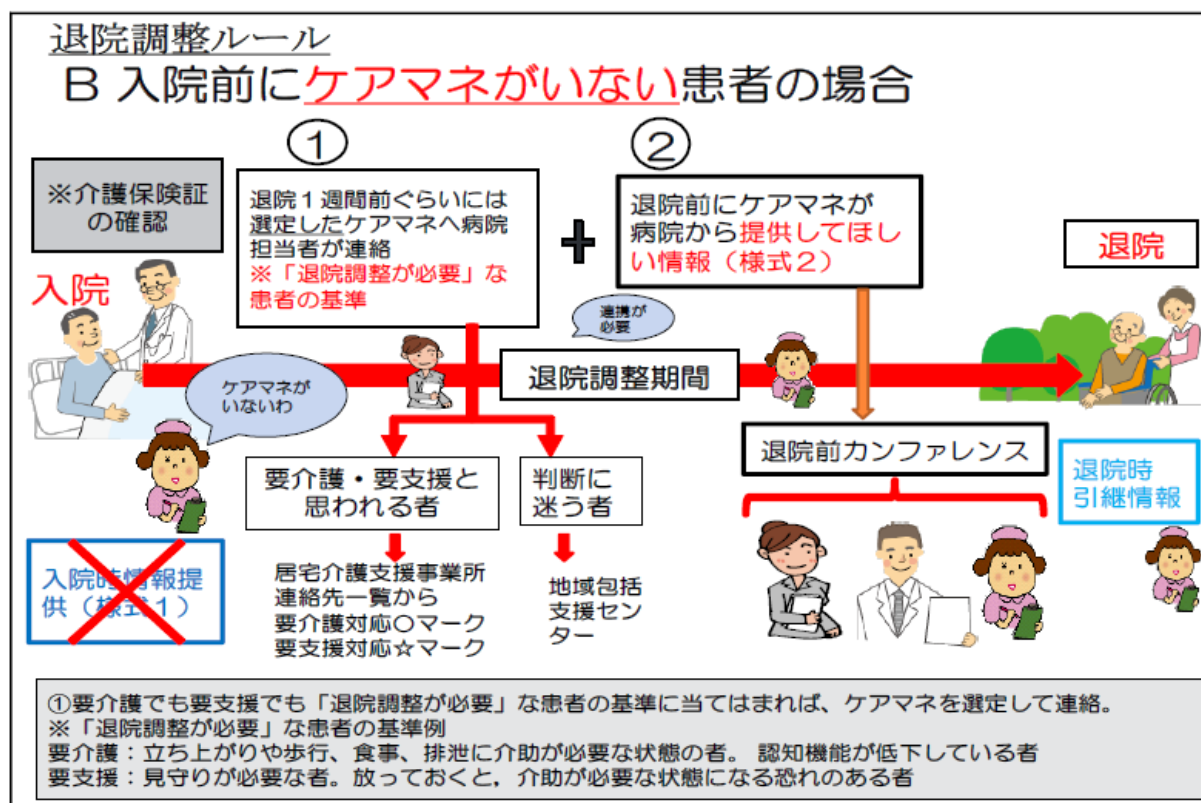


(2) 入院前にケアマネジャーが決まっていない場合

【ポイント】

- 1 退院調整期間は、新規でも「概ね1週間」となった。
- 2 基本的に要介護相当、要支援相当とも、居宅介護支援事業所に連絡を入れ、迷ったら地域包括支援センターに連絡することになった。
- 3 病院は、新規患者について退院調整共有情報シートを作成し、ケアマネジャーに渡すことになった。

【決定したルール②】



6. モデル事業県のレビュー

(1) 総括

- 事業を行って良かったことは、病院もケアマネジャーも、意識して連携を取ろうとするように変化してきていること。
- ケアマネジャー会議、病院ケアマネジャー合同会議でも、多くの意見が出ていたが、最後のケアマネジャー会議では、一つも質問・意見がなかった。これは、皆が意見を言い、納得・満足したからだと思う。誇りを持って使っていきたい。
- 病院・ケアマネジャーの「困っている人を何とかしたい」という強い思いと、地元の医師、ケアマネジャー、MSW の連携の良さ、事務局のチームワークが成果につながった。「皆ですれば動く」という事業の進め方も学べた。
- 今後、ルールを使い方次第で、双方の垣根が高くも低くもなる。
- 連絡漏れ率の高い病院や新規事業所への対応も行う必要がある。
- 市町村として、在宅医師-ケアマネジャーの連携等、事業を引き継いでいきたい。
- 一市町村では、この事業はできなかった。
- 「在宅医療・介護連携推進事業」のうち、「ア. 資源の把握」「ウ. 切れ目のない支援」「エ. 情報共有」「ク. 関係市町村連携」に関わる事業だった。

(2) プロセス別

プロセス	悩み・問題点・課題等	対処方法・調整方法等
地域診断	・本事業に対する地域の病院の反応や居宅介護支援事業所の反応が不明だったので、事業実施に不安があった。 ・事業実施前まで一部のケアマネジャーと事例を通じた関わりがあったのみだったため、ケアマネジャーが抱えている問題点等状況を把握しておらず、事業実施に向けての感触もわからない状況だった。	・関係する全病院、数カ所の介護支援事業所に対し個別に訪問し、聞き取り調査を行ったことで、協力的な感触が得られ、課題を把握できた。
戦略策定	・市町村が協力的だったため、各々の役割について問題なく検討できた。 ・群馬県では、広域センターの役割と本事業の内容が一致せず、広域センターに協力依頼をしていない。	
病院の組織化	・会議の趣旨が協力依頼と事業参加の確認であり、「組織化」のイメージがつかめなかった。 ・既に各病院の院長看護部長等(病院によって異なる)に説明し、協力依頼済みであったことから再度の事業参加の確認は必要か疑問だった。 ・病院協議の場も必要ではなかったか。 ・病床機能等の違いがあり、合意形成がむずかしい。	・各病院の退院整時の困り事についてグループワーク等で共有しておく、次のケアマネジャー会議に生かせると思われる。 ・本事業では各病院組織内での協議に重きが置かれているが、病院間の協議の場があると他の病院の情報が収集できるので、病院内での協議にも良い。

プロセス	悩み・問題点・課題等	対処方法・調整方法等
ケアマネジャーの組織化	・何をもって組織化なのか？わかりづらかった（賛同か？参加か？ケアマネジャー協会加入率なのか？）。 ・グループワークの進行役が難しかった。	・組織化というと、会長副会長等がいる独立した組織のイメージがある。 ・ケアマネジャーの組織としてはケアマネジャー協会の地区支部があることから、新たな協議会を作るのは困難と感じた。 ・各市町村が協働でケアマネジャーの意見を取りまとめてケアマネジャー代表者と共に病院に意見を言うという事業の意味内容が理解できれば、「組織化」という言葉は使わなくて良い。
ケアマネジャー協議	3 回実施として計画を立てたが、進捗状況によっては2 回でもよかったかもしれない（マニュアルに合わせて実施するものと思ひ込みがあったかもしれない）。 ・ケアマネジャー全体の意見の統一が難しい。 ・2 時間では話し合いが終わらないことが多く、時間設定に苦労した。	・結論ありきではなく、住民が困らないためのルールづくりということを念押ししながらやってきたので、結果的には、自分達のルールづくりのため、徐々に積み上げることができた。 ・代表者会議の開催。 ケアマネジャー代表者を決め、行政は事務局に徹した。
病院・ケアマネジャー協議	・病院側の話し合いの時間を作る必要があったのではないかと。 ケアマネジャー協議は複数回行われ、ケアマネジャー同士のつながり、協議内容の理解も回を重ねるごとに深まって行くが、病院のみの協議は示されていないので、病院間の意見交換や協議の理解に不安を感じながら合同会議を開催した。 ・進行、まとめが難しい。 ・病院は病床の違いがあり統一に持って行くのは大変（内科、外科、整形外科等の病床機能にも違いがあり、精神科病床には特に違いがあった）。 ・病院と事務局との事前の意見交換の機会があると良い。事前討論の場があれば、病院の考えがわかり事務局も心構えが出来る。	事前資料の提出を依頼したり、説明に出向きながら意見を確認する等、会議の場で病院としての意見がもらえるよう工夫した。 病院協議も合同協議前に少なくとも1 回は実施した方が病院の協議への理解も早かったのではないかと考える。
自治体(保健所)が苦労した点	・スタッフ間及びケアマネジャー代表の共通認識を図ること。 ・すでに結果ありきで行政の意向に沿ってやらされているという反発を感じているケアマネジャーが少なからず存在していた。 ・時間のかかる打合せが多く、参加者の調整が難しい（事前打ち合わせ、準備、反省会など）。 ・会場の確保。 ・進行（司会はずべての経過を承知していないと難しい）。	・事前の打ち合わせ(会議含む)をきめ細かく実施。 ・行政主導にならないよう、運営方法も検討。 ・ケアマネジャー主体で協議してもらうよう、行政側はなるべく、話し合いをリードするような発言をしないよう配慮した。

Ⅱ-4. 福井県奥越医療圏

1. 地域診断

(1) 圏域の状況

①基本情報（特に記載のない情報は平成27年4月1日現在）

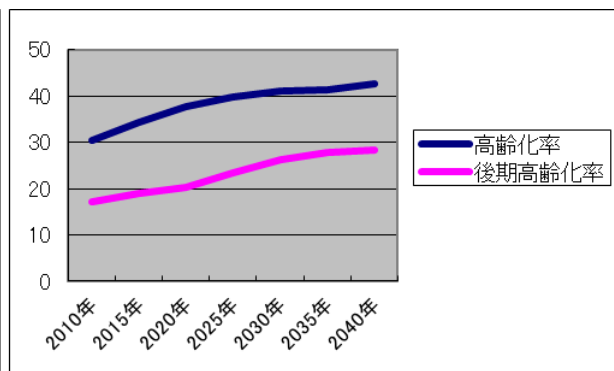
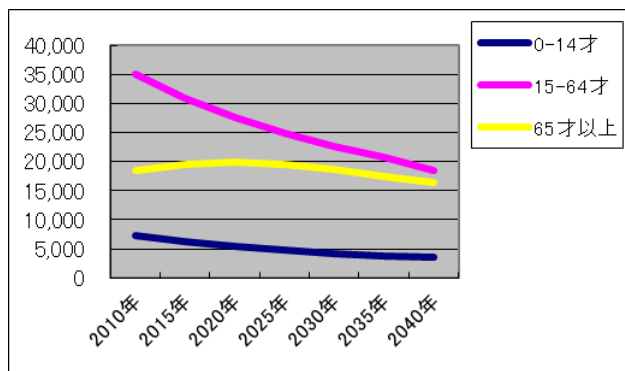
項目	数	単位
市町村数	2	カ所
総人口 ※	56,854	人
面積	1,125.98	km ²
高齢化率（H26.10.1時点）	33.3	%
圏域内病院	6	カ所
	546	（床）
うち急性期病床を持つ病院		カ所
		（床）
入院完結率	54.0	%
入院患者流出率 （H23.11 福井県患者調査）	46.0	%
郡市区医師会	2	カ所
看護協会地区部会	1	カ所
ケアマネ登録数 （居宅介護支援事業所で働くケアマネ数）	69	人
ケアマネ協会	1	カ所
	85.7	%
	（18カ所加入）	
地域包括支援センター（圏域 内のセンター数、市町村別、直 営・委託等の状況）	大野市 1カ所（直営） 勝山市 1カ所（直営）	

※人口は平成27年4月1日



②圏域における人口動態推計

2010年対2025年の生産年齢人口減少率：29%、後期高齢者数の増加率：1.1%



(2) 退院調整の現状についての聞き取り内容

<ケアマネジャーの認識>

- 病院の情報提供や連携の方法が病棟によっても異なることがあり、戸惑う。
窓口の一本化をお願いしたい。
- 退院の許可から退院までの時間が短く、家庭の環境の準備が間に合わないことがある。
- 病院から決まった様式で退院時情報をもらえると、加算の様式を作成しやすくありがたい。

<地域包括支援センターの認識>

- 医療機関内で連携室と病棟をつなぐ体制をとってもらいたい。
- 医師に入退院の情報提供の必要性を理解してもらうには、在宅に強い医療機関の看護師を育て、その看護師から医師に働きかけてもらうとうまくいく。

(3) 退院調整アンケート結果

<退院調整率>

日付	要支援		要介護		合計	
	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし
平成 27 年 4～6 月	29/46 (63.1%)	17/46 (36.9%)	103/144 (71.5%)	41/144 (28.5%)	132/190 (69.5%)	58/190 (30.5%)

<入院時情報提供書提出率>

日付	要支援		要介護		合計	
	提出あり	提出なし	提出あり	提出なし	提出あり	提出なし
平成 27 年 6 月	4/19 (21.1%)	15/19 (78.9%)	34/64 (53.1%)	30/64 (46.9%)	38/83 (45.8%)	45/83 (54.2%)

2. 推進会議

(1) 医療と介護の連携推進(在宅医療・介護連携推進事業を含む)に向けた支援状況

在宅医療・介護連携推進の所管課	長寿福祉課（在宅医療・介護連携推進事業）
在宅医療・介護連携の庁内の連携体制	健康福祉部 地域医療課、健康増進課
都道府県庁（または保健所）が実施している主な取組	●市町単位での在宅ケア体制整備への支援（平成 26 年度～） 介護保険者である市町が主体となり、郡市医師会等と連携しながら進める、地域の実状に応じた在宅ケア体制整備を支援 （補助スキーム） ○事業主体：市町 ○補助率 10/10 ●地域の在宅医療を支える人材の育成（平成 27 年度～） 超高齢・多死社会においても県民の在宅療養の希望に応えられるよう、在宅医療・介護のリード役となる支援拠点を設けて「地区単位での新規実践者向け研修」を支援 ○福井県在宅医療サポーターセンター（県医師会館） ①医師等を対象とした在宅医療実践研修 ②在宅医療関連の研修情報等の発信 ③地区医師会での 24 時間体制整備の支援 ○福井県在宅口腔ケア応援センター（県歯科医師会館） ①歯科医師等を対象とした在宅医療実践研修 ②口腔ケアの相談対応と訪問スタッフ紹介
在宅医療・介護連携推進に向けた問題点・課題	●市町圏域を越えた医療・介護サービスの提供の強化 ①市町外の病院を含めたスムーズな在宅移行の支援 （現状） 福井県北部にある奥越医療圏（モデル地域）と丹南医療圏では、急性期病院が集中する福井・坂井医療圏への入院事例が多く見られる。 （課題） これまでに各医療圏域で進められてきた、医療・介護合同での退院支援に関する取組成果も含めて、二次医療圏のエリアに捉われない広域でのルール整備が必要である。 ②在宅患者に対する急変時のバックアップ病床の確保 （現状） 市町単位での在宅医療・介護連携のモデル事業として、坂井地区で在宅患者に対してバックアップ病床を紹介するシステム（制度）を整備。 （課題） モデル事業を参考とした市町単位での取組を支援しつつも、本庁・健康福祉センターが郡市医師会に対して、医療資源を踏まえた整備案を提示して、実際のシステム（構築）につなげていくことが必要である。

(2) 事業実施体制と退院調整ルール作成に向けた現状と課題

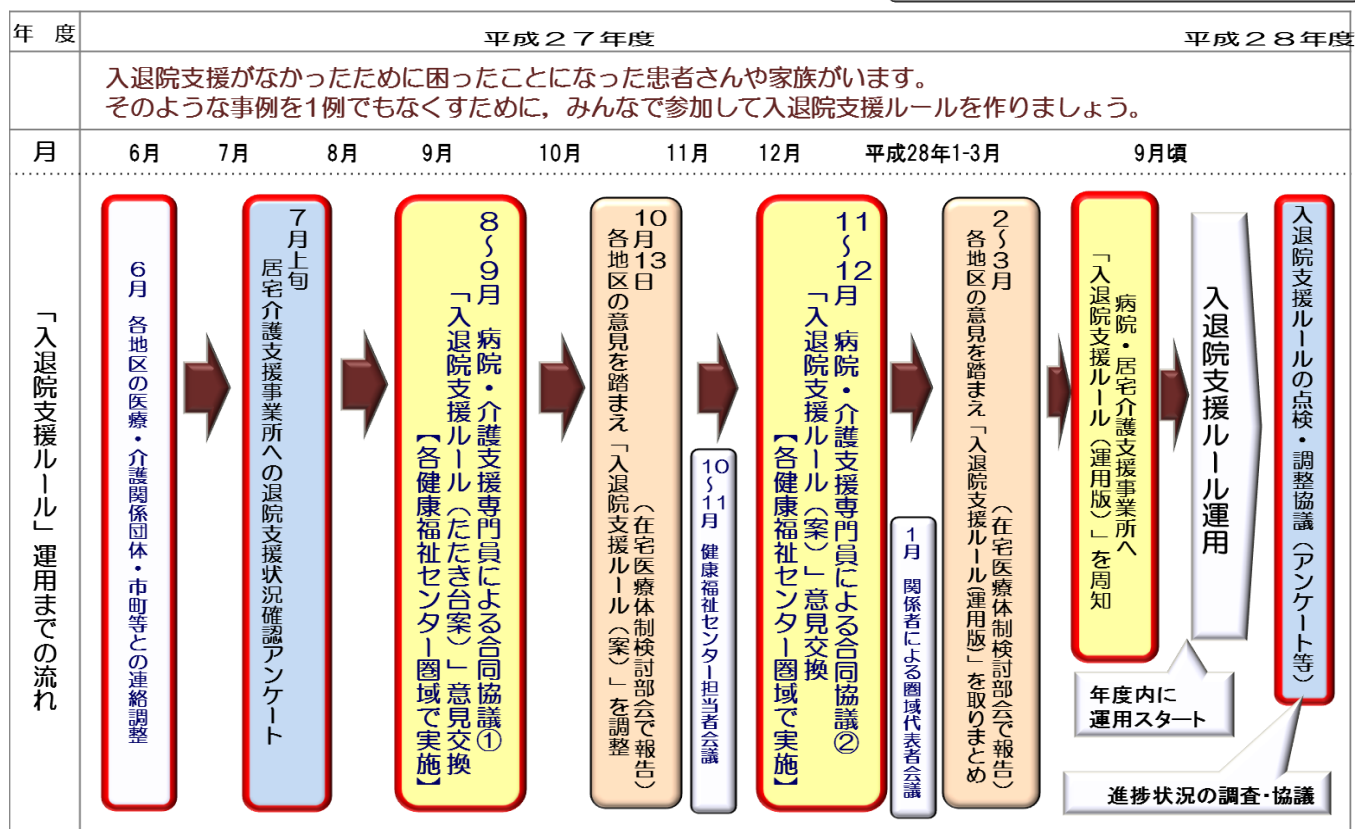
県庁の体制	健康福祉部長寿福祉課・地域医療課・健康増進課
保健所の体制	奥越健康福祉センター 地域保健福祉課 (保健師 6 人、栄養士 1 人、放射線技師 1 人、事務 2 人)
退院調整ルール作成に向けた現状と課題	●医療 (現状) ・退院調整のルールを設けている病院について、基本的には病院と介護間で連携が取れている状況。 (課題) ・看護師など全てのスタッフが介護側との情報共有を徹底しているとはいえない。 ●介護 (現状) ・病院から書面で受け取っている病状と実際が異なる。 ・家族や本人にどこまで告知しているかわからない場合がある。 (課題) ・病院によって提出・収受する書類の様式が異なる。 ・病院の連携担当者が明確に把握できていないため、患者情報の共有やサービス提供の相談を行う際に困ることが多い。

(3) 退院調整ルール作成に向けた事業計画

「入退院支援ルールづくり」スケジュール(案)

赤太枠…健康福祉センター・市町が中心となって実施

黒細枠…本庁が中心となって調整



3. 組織化と協議の状況

現地支援(1回目)

	ケアマネジャーの組織化	ケアマネジャー協議	病院－ケアマネジャー協議①
実施日	H27.5.21	H27.8.12	H27.8.28
参加者 (職種・人数)	居宅介護支援事業所 17 名 県長寿福祉課 2 名 奥越健康福祉センター 2 名	居宅介護支援事業所 26 名 地域包括支援センター 4 名 県長寿福祉課 3 名 奥越健康福祉センター 4 名	アドバイザー 居宅介護支援事業所 6 名 管内病院(看護師 10 名、SW2 名、ケアマネジャー 1 名) 管外病院(看護師 3 名、SW1 名、事務 1 名) 地域包括支援センター 4 名 県長寿福祉課 3 名 奥越健康福祉センター 5 名 県内健康福祉センター 11 名
協議内容	・退院調整ルール策定の事業説明 ・ケアマネジャーアンケートの実施について	・退院調整に関して困ったこと ・今後、退院調整がうまくいくために必要なこと ・退院時、病院からほしい情報	・退院調整に関する課題について ・退院調整ルール案の検討
協議結果 (合意できたこと等)	・事業参加について了解 ・現在、情報提供様式がない病院があるため、本事業で作成した様式を使ってもらえるとよい。	・入院時の患者情報や家族の状況を積極的に病院に伝える努力をする。 ・独居や家庭環境上問題がある場合、早い段階で病院に伝え退院調整がうまくいくようにする。	・情報提供を 100% に持っていけるよう、病院とケアマネジャーお互いに協力が必要。 ・介護保険証にケアマネジャーの名刺をはさみ、入院時は健康保険証と一緒に病院に持参するよう本人・家族に依頼する。 ・病院から地域包括支援センターをすすめる場合、「介護保険申請手続きに行くように説明」ではなく、「相談に行くよう説明」とする。
課題	・報酬加算の様式が不十分であるとして加算が認められないことがあるため、加算資料として使える様式にしてほしい。	・入院中の医療処置や介護の指導不足により、家族が退院後のイメージをうまくもてないことがある。 ・病院から急に退院の連絡があり、本人・家族の意向の確認、十分なアセスメントができないことがある。	・要支援については、十分に入院時情報提供ができていない。 ・急性期病院は退院 5 日前の連絡は厳しい。
感想	・事業実施については了解が得られ、退院調整ルール策定について共通認識を持つことができた。	・病院との相互の情報提供をスムーズにし、退院調整が受けられずに困った患者・家族をなくしていこうという目標に向け、ケアマネジャー自身も努力すべきという想いがあることがわかった。	・急性期病院では退院 5 日前の連絡は難しいという意見もあったが、入院時に担当ケアマネジャーを把握するための努力をしていることがわかった。 ・病院、ケアマネジャー双方がお互いの役割を理解しながら、情報共有等について協力が必要という共通認識が得られたのではないかな。

	ケアマネジャー協議	病院－ケアマネジャー協議②	圏域代表者会議
実施日	H27.11.18	H27.12.15	H28.2.16
参加者 (職種・人数)	居宅介護支援事業所 21 名 地域包括支援センター4 名 県長寿福祉課 2 名 奥越健康福祉センター4 名	アドバイザー、厚生労働省 居宅介護支援事業所 6 名 管内病院(看護師8 名、SW2 名、ケア マネジャー1 名) 管外病院(看護師 3 名、SW2 名、事 務 1 名) 地域包括支援センター4 名 県長寿福祉課 2 名 奥越健康福祉センター5 名 県内健康福祉センター7 名 計 43 名	各圏域の代表者 居宅介護支援事業所 6 名 病院(看護師 7 名、SW2 名、相談員 2 名) 地域包括支援センター5 名 県長寿福祉課 4 名 健康福祉センター10 名 計 36 名
協議内容	①病院・ケアマネジャー協議結果、県 全体での検討経過報告 ②グループワーク ・利用者の入院を早期に把握する方 策について ・入院時情報提供を増やすには ・退院支援開始の連絡について ・退院前カンファレンス・共同指導に ついて ・新たに介護保険利用が見込まれる 場合	①8 月 28 日病院・ケアマネジャー協 議の振り返り、県全体での検討経過 報告 ②全体協議 ・退院支援ルール案の検討	○福井県「退院支援ルール」案につ いて ・圏域別協議の主な意見と対応につ いて、最終的な意見調整
協議結果 (合意できた こと等)	・健康保険証、介護保険証、お薬手 帳をセットで保管し、入院時に持参す る。 ・主治医に確認が必要な事項をあら かじめ看護師等に伝えておく。 ・退院支援開始の連絡が特に早くほ しい人(新規・ターミナル・医療依存 度が高い等)について病院の理解を得 る。 ・入院時情報シートですべてを伝えよ うとするのではなく、病院に出向いた 際大切なことは口頭で伝える。 ・ケアマネジャーの確認のため、地域 包括支援センターだけでなく、市町 介護保険担当課一覧を添付する。	・県全域で通用する共通ルールとす ることについて合意。 ・退院支援情報共有シートは、お互 いに情報を取り合う、共有シートと して使う(病院が事前に記入することは 難しいが、ケアマネジャーがほしい情 報を早期に集めることは可能。情報 交換のためのツールとして使用す る)。	・福井県全圏域で適用するルールで あることを合意。 ・患者情報の提供をシートの提出以 外(電話連絡)もありうる表現に変更。 ・ケアマネジャーに退院支援開始の 連絡をするタイミングの判断が難し い。病院とケアマネジャー双方が入 院時から連携に努める。 ・転院時の情報共有について追記す る(病院は転院が決まったらケアマネ ジャーに連絡し、転院先の病院に担 当ケアマネジャーについて情報提供 する)。 ・病棟看護師とは連絡がとりにくい ため、病院窓口一覧に対応可能な時 間帯を入れることとした。
課題	・退院前カンファレンスが病院からの 一方的な情報提供になり、十分に在 宅に向けての課題を話し合う場にな っていないことがある。ケアマネジャ ーと看護師らで課題の検討を行うた め、事前の情報提供が必要。 ・退院支援共有情報シートを病院が 記入しケアマネジャーに提供すること は可能か確認が必要。	・ケアマネジャーとしては利用者が入 院した際急性期病院に送った情報を 転院先に引き継いでほしいという希 望があるが、病院としては個人情報 であることや、情報としては古いこと もあり入院時情報提供書のコピーを 転院先に送ることは難しい。	・他圏域の協議に参加していない病 院にも病院窓口一覧の情報提供の 依頼が必要。 ・ケアマネジャー、病院双方に自分 たちのルールとして活用してもらうた めの働きかけが必要。
感想	・病院とケアマネジャーの情報共有が すすむことで、退院前カンファレン スの改善(効果的な持ち方)につながる のではないかな。	・地域連携室をもつ急性期病院から の意見だけでなく、管内の規模の小 さい病院の意見も聞くことができた。 ・ケアマネジャー協議で多くの意見 をもらったがすべてを盛り込むことは 難しい。 ・今後、総合事業の対象者にも適用 できるような検討が必要。	・退院支援開始の連絡を何日前にす るか等、数字では明確にルールとし て記載できないこともあり、病院・ケ アマネジャー双方が連携に努めるとい う記載になった部分もあった。 ・福井県全体での退院支援ルールと するため、各圏域の代表者が集まり 最終的にルールを決定する場をも ち、合意を得ることができた。

4. 退院調整が必要な患者の基準

【ポイント】

- 病名をいれない方がよいという意見もあったが、ガン末期と記載がないと介護保険につながらないこともあるため、そのまま記載することとなった。
- 「介護保険申請について地域包括支援センターに相談に行くよう説明する。」ことをルール化したが、介護保険申請がかえって負担となる場合もあるので、地域包括支援センターでは介護保険以外のサービスについても助言できるとよい。

【決定した基準】

入院前にケアマネジャーがいない場合

病院担当者は、患者が介護保険サービスの利用を希望する場合や、病院担当者が下記の目安から退院支援が必要と判断した場合は、家族などに居住地の市町役場または地域包括支援センターに介護保険サービスの利用について相談に行くよう説明する。

＜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
- ② 食事に介助が必要
- ③ 排泄に介助が必要、またはポータブルトイレを使用中
- ④ 認知症の周辺症状や全般的な理解の低下がある
- 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ことに介助が必要
- ⑥ ADL は自立でもガン末期で介護保険サービス利用が必要
- 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

入院前にケアマネジャーがいる場合

病院担当者は、患者が在宅退院できそうと判断できれば、ケアマネジャーが退院準備に必要な期間（ケアプランの作成、事業所との調整等の期間）を考慮して、入院時情報提供があったケアマネジャーに退院支援開始を連絡する。

＜在宅退院ができそうと判断する目安＞

1. 病状がある程度安定した状態である
2. 在宅での介護ができそうな状況である

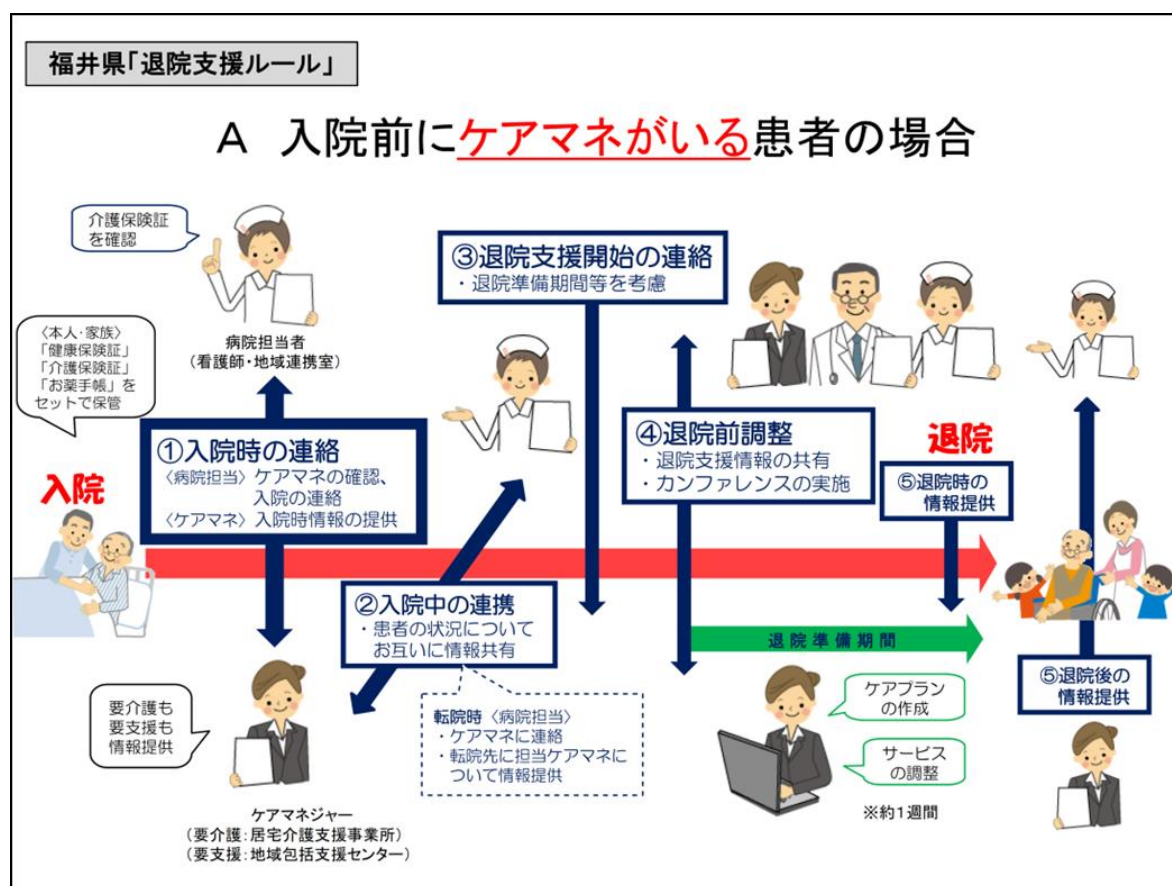
5. 策定した退院調整ルール

(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合

【ポイント】

- 病院とケアマネジャー双方が入院時から連携に努めることを強調した。（入院中の連携についても記載）
- ケアマネジャーは1週間～10日前に退院支援開始の連絡をほしい。病院は5日前でも厳しいなどの意見あり。議論の結果、どのタイミングでケアマネジャーに連絡すればよいか判断が難しいということで、「ケアマネジャーが退院準備に必要な期間を考慮して」という記載となった。
- 退院支援情報共有シートは病院側で記載することは難しいため、必要な情報を院内で収集し、カンファレンス等でケアマネジャーと情報共有する際のツールとして活用。
- 転院時の情報共有について意見があり、ルールに追記。

【決定したルール①】

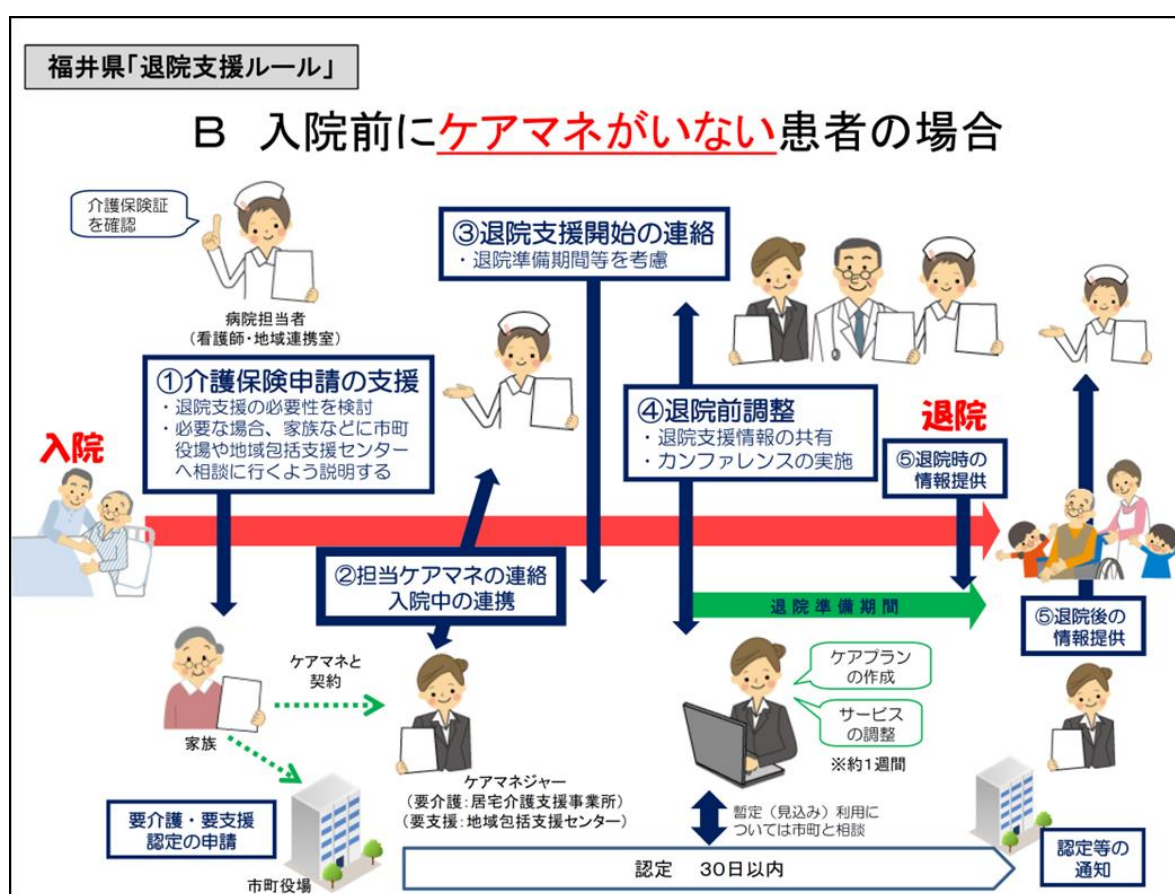


(2)入院前にケアマネジャーが決まっていない場合

【ポイント】

- 介護保険を利用しない方がスムーズに行く場合もあるため、地域包括支援センターに「介護保険申請に行くよう説明する」という表現から「相談に行くよう説明する」という記載に変更した。
- 入院中の介護保険申請の場合、退院後にしか認定が下りない人が多いため、フロー図に要介護認定等の申請期間を明記した。

【決定したルール②】



6. モデル事業県のレビュー

(1) 総括

【協議参加者からの感想】

- これまでも個々に病院とケアマネジャーの連携はとられていたと思うが、病院・ケアマネジャー協議を実施することで、ケアマネジャー全体の意見として病院側と議論することができ、お互いの事情や役割への理解が深まったのではないかなと思う。
- 退院前カンファレンスにおいて、病院からの情報をケアマネジャーが一方的に聞き取ることが多く、自宅に戻ってからの課題の検討ができないという声もあったが、情報共有シートの検討によってケアマネジャーが必要とする情報が明確となり、事前に院内で収集してもらうことで、今後効果的なカンファレンスの開催につながるのではないかなと感じた。

【事業担当者】

- 各健康福祉センターの担当者を集めた会議を開催し、各圏域ごとの検討状況等について情報共有を図るとともに、代表者による会議を開催することによって、県全域で適用する退院支援ルールを取りまとめることができた。
- 今後、病院・ケアマネジャー双方に退院支援ルールの周知を図り、自分たちのルールとして実践してもらうことが重要。

(2) プロセス別

プロセス	悩み・問題点・課題等	対処方法・調整方法等
地域診断	奥越圏域の入院患者流出率は46%で、そのほとんどが急性期病院が集中している福井・坂井医療圏に流出している。奥越圏域のみの退院支援ルールでは、うまく機能しない。	奥越圏域の人の受診が多い圏域外の急性期病院2ヶ所にも協議への参加を依頼。 県全体でのルール整備とする。
戦略策定	地域包括支援センターには、市町の担当及び必要支援者のケアマネジャーとして、県と共同で事業を実施する意識を持ってもらうことが必要。 県全体の退院支援ルールを整備するため、各保健所担当者間での共通認識が必要。	地域包括支援センターに事業への協力を依頼。ケアマネジャーアンケートを連名で実施、ケアマネジャー協議でのグループワークでファシリテーター等を依頼。 地域包括支援センターが把握している病院とケアマネジャーの連携上の課題の聞き取りを実施。 保健所の担当者を集めた会議を実施し、ルールの策定方法等を協議。
病院の組織化	奥越圏域の病院は急性期病院1カ所を除き小規模の病院であり、地域連携室は設置していない。 病院の規模が違うため、病院説明会での組織化は難しい。	病院・ケアマネジャー協議に出席依頼する病院を訪問し、事業説明を実施。ケアマネジャーと連携する上での課題、退院調整の状況を確認。 管内医師会長及び病院長への事業説明を実施。
ケアマネジャーの組織化	ケアマネジャーが1人の事業所は会議に参加しにくい。	ケアマネジャー連絡会を通じて各ケアマネジャーへの周知を図った。 ケアマネジャー協議の結果を欠席したケアマネジャーにもメールで周知。

プロセス	悩み・問題点・課題等	対処方法・調整方法等
ケアマネジャー協議	病院への要望が多くなるが、ケアマネジャーとして自分達ができることについても意見をだしてもらう必要がある。	グループワークのファシリテーターには事前説明において、病院への不満とらないよう、また自分達ができることの意見をだしてもらうよう依頼。
病院・ケアマネジャー協議	病院・ケアマネジャーの双方がお互いの現状や役割を理解しながら情報共有等について協力が必要。 1 回目の協議では急性期病院からの意見が多く、奥越圏域の小規模の病院は意見をだしにくい状況であった。 病院は看護サマリーをだすが退院直前となるため、ケアマネジャーが退院準備をするための情報としては時期的に遅い。	退院支援ルールたたき台をもとに、病院・ケアマネジャーともこのルールで動けるか協議を実施。 病院・ケアマネジャー協議の後、病院を訪問し、看護師長に退院支援ルールの適用が可能か意見を聴取した。 退院支援共有情報シートはお互いに情報を取り合う共有シートとして使用。 入院中からお互いにこまめに情報を取り合う。
自治体(保健所)が苦労した点	病院・ケアマネジャー協議において、お互いの立場の中で議論が平行線となり、ルール案の項目について、実施を強制するように受け止められることがあった。	アドバイザーから協議のポイントとともに、助言をもらうことで参加者の理解が得られた。

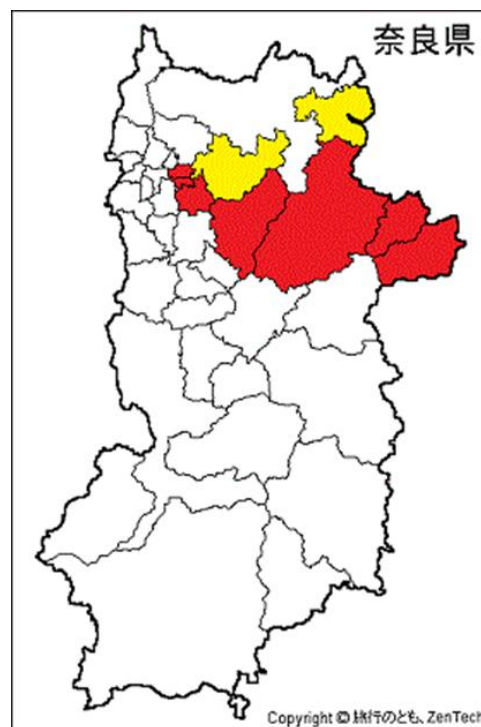
Ⅱ-5. 奈良県東和医療圏

1. 地域診断

(1) 圏域の状況

①基本情報（特に記載のない情報は平成27年4月1日現在）

項目	数	単位
市町村数	7	カ所
総人口 ※1	144,839	人
面積 ※1	505.12	km ²
高齢化率 ※1	29.86	%
圏域内病院 (数)	7	カ所
(病床)	1,044	(床)
うち急性期病床を持つ病院 (数)	7	カ所
※2 (病床)	788	(床)
入院完結率 ※3 (NDB:受療動向データより)	56.99	%
入院患者流出率 ※3 (NDB:受療動向データより)	43.01	%
郡市区医師会	2	カ所
看護協会地区部会	1	カ所
ケアマネ登録数	645	人
ケアマネ協会 (数)	県内 1	カ所
(組織率)	4.3	%
地域包括支援センター(圏域 内のセンター数、市町村別、直 営・委託等の状況)	圏域内10カ所 (直営3カ所、委託7カ所)	



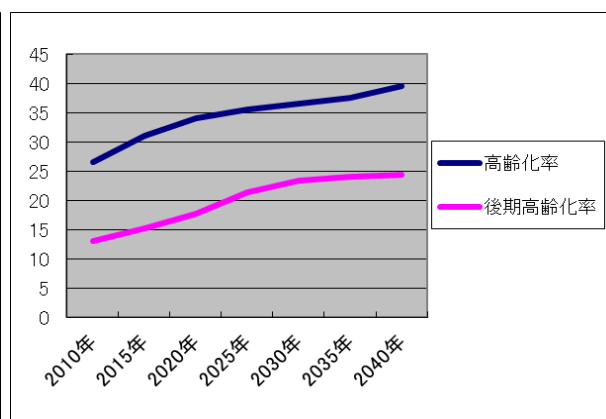
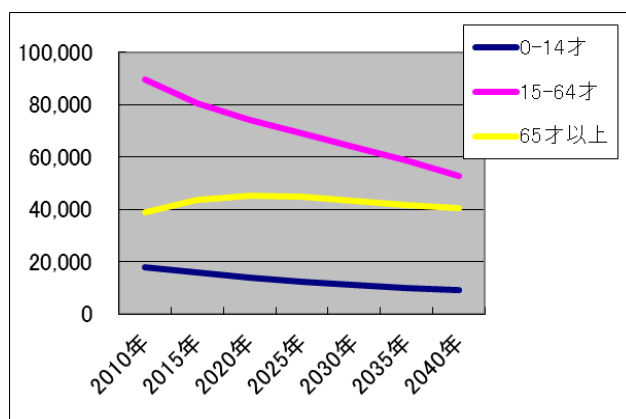
※1は平成26年10月1日

※2は平成26年7月1日

※3は平成24年度東和医療圏

②圏域における人口動態推計

2010年対2025年の生産年齢人口減少率：23%、後期高齢者数の増加率：40%



(2) 退院調整の現状についての聞き取り内容

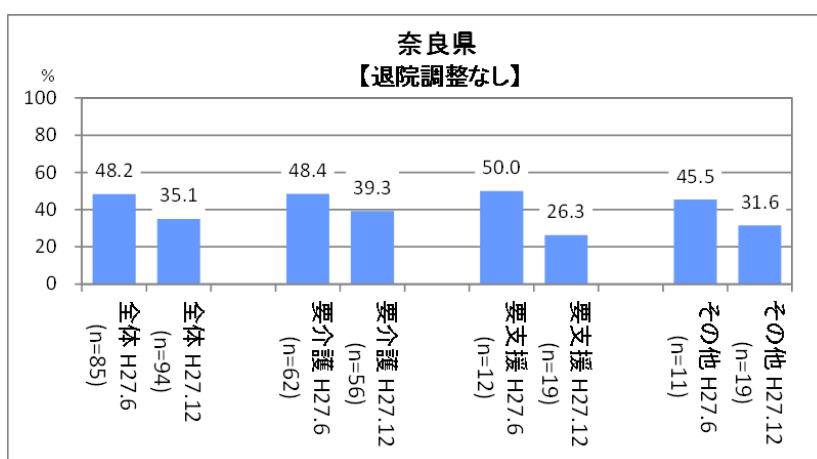
	ケアマネジャーの認識	地域包括支援センターの認識
①担当ケースが入院したことの情報はどこから入手するか？	・家族、訪問看護、事業所等から連絡が入ることが多く、病院からの連絡はない。	・家族、事業所等から連絡が入ることが多く、病院からの連絡はほとんどない。
②担当ケースが入院した場合の対応について	・入院の情報をキャッチしたら、すぐ病院へ訪問し、ナースステーションへ情報提供書を提出し、自宅での情報を伝えるようにし、退院日が決まったら連絡を入れてほしい旨伝えている。しかし、病院によっては、業務が忙しいのに、急に来られても対応できないと言われることもあり、なかなか患者さんの情報を聞けないこともある。 ・事業所によって、事業所の方針もあるため、ケアマネジャーの動き方も異なる。入院時と退院時では状態が異なるため、退院前しか訪問しないケアマネジャーもある。ケアマネジャー側にも、情報を把握し、情報をキャッチしようという意識が必要。	・入院の情報をキャッチしたら病院へ訪問しているが、情報提供書については、支援困難が見込まれる方について情報提供している。情報提供書と名刺を渡して、退院日がきまったら知らせてほしい旨依頼するも、病院からは退院を知らせてもらえない。このため、情報提供書を提出しないケースもみられる。 ・包括(ケアマネジャー)によって、仕事のスタンスや調整の丁寧さが違う。(温度差がある。)
③病院の医療スタッフとの情報交換について	・ケアマネジャーは、福祉系のケアマネジャーが多いため、医療スタッフへの連絡が取りづらいつと感じている。専門用語などわからないことがある。	・福祉系のケアマネジャーは病棟医療スタッフとの情報交換がしにくいと感じている。
④退院が決まった時の対応について	・退院日についても、病院に連絡を依頼していても、連絡がない場合が多い。普段から、家族と連絡を取るように心がけ、家族から退院日の連絡をもらうことが多い。 ・退院カンファレンスは、病院が必要と考えるケースについて実施されているが、患者さんに関わった医療スタッフがそれぞれ報告し合うスタイルとなっており、なかなか、患者さんの退院後の生活を見通した検討がされていない。	・退院カンファレンスは、病院がスムーズに帰したいと思うケースについて連絡がある。要支援の方については、ほとんど退院調整はない。 ・退院調整については、ある程度日数が必要。特に住宅改修等が必要な場合は、早めの調整が必要。
⑤病院との連携での問題点、課題について	・ケアマネジャーが決まっているケースでは、退院後のことはすべてケアマネジャーに任せきりという病院もある。患者さんの状態の変化も踏まえ、病院側にもケアマネジャーと一緒に考えるというスタンスを望む。	・病院内の連絡窓口が一本化されていないため、連絡がスムーズにとれない。
⑥退院調整もれの事例等	・寝たきり状態でバルーンを留置されている方でも、病院から介護保険の説明もなく退院してくるケースがある。退院後、家族から、入浴に困って、事業所に相談があった。	・がん末期で、退院時にADLに問題がない場合、連絡がなく退院されている。がん末期の場合は、状態が変わりやすいので、早急な対応が求められる。

(3)退院調整アンケート結果

<退院調整率>

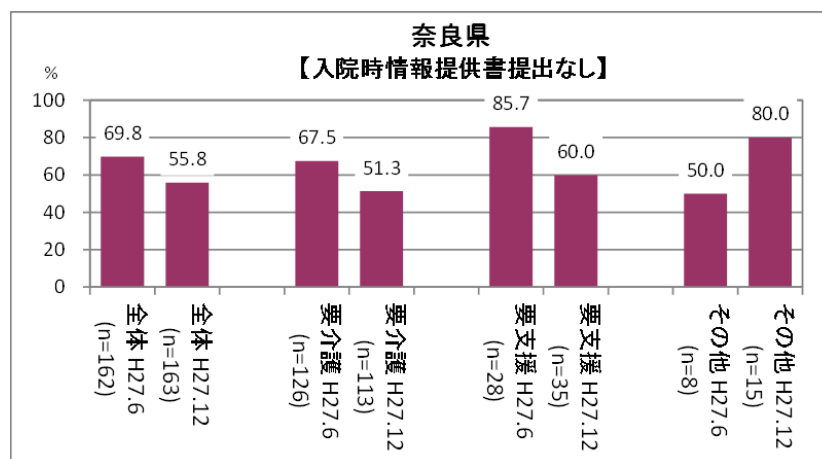
*その他：介護保険申請中、未認定

日付	要支援		要介護		その他		合計	
	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし
平成 27 年 6 月	6/12 (50.0%)	6/12 (50.0%)	32/62 (51.6%)	30/62 (48.4%)	6/11 (54.5%)	5/11 (45.5%)	44/85 (51.8%)	41/85 (48.2%)
平成 27 年 12 月	14/19 (73.7%)	5/19 (26.3%)	34/56 (60.7%)	22/56 (39.3%)	13/19 (68.4%)	6/19 (31.6%)	61/94 (64.9%)	33/94 (35.1%)

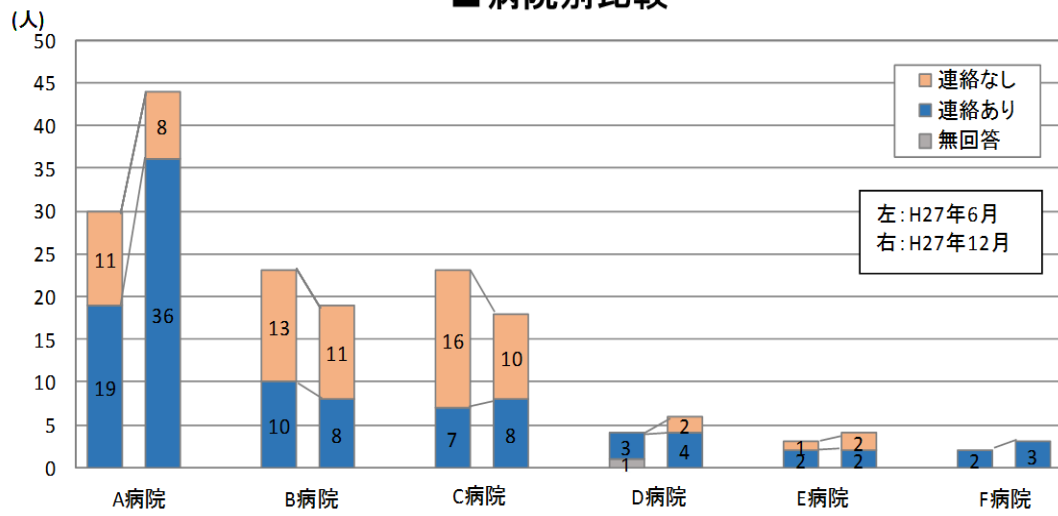


<入院時情報提供書提出率>

日付	要支援		要介護		その他		合計	
	提出あり	提出なし	提出あり	提出なし	提出あり	提出なし	提出あり	提出なし
平成 27 年 6 月	4/28 (14.3%)	24/28 (85.7%)	41/126 (32.5%)	85/126 (67.5%)	4/8 (50.0%)	4/8 (50.0%)	49/162 (30.2%)	113/162 (69.8%)
平成 27 年 12 月	14/35 (40.0%)	21/35 (60.0%)	55/113 (48.7%)	58/113 (51.3%)	3/15 (20.0%)	12/15 (80.0%)	72/163 (44.2%)	91/163 (55.8%)



■ 病院別比較



2. 推進会議

(1) 医療と介護の連携推進(在宅医療・介護連携推進事業を含む)に向けた支援状況

在宅医療・介護連携推進の所管課	地域医療連携課(在宅医療確保)、地域包括ケア推進室(在宅医療・介護連携推進事業)
在宅医療・介護連携の庁内の連携体制	在宅医療・介護連携に関係する所管課が会議等で集まり、情報共有や課題検討を行っている。
都道府県庁(または保健所)が実施している主な取組	【部局横断的な取組】 ・健康長寿まちづくり検討会議 庁内プロジェクトチームの一員である地域包括ケア推進室及び保健所が地域包括ケア推進支援チームとしてコアメンバーになり、本庁各課と在宅医療及び包括ケアのモデルプロジェクトを実施 【在宅医療連携に関する取組】 ・在宅医療連携体制構築事業 県保健所が多職種で協議会を設置し、連携課題抽出や多職種連携研修の開催等、地域包括ケアシステムを市町村に根付かせるための取組を推進 ・在宅医療体制整備事業 地区医師会、医療機関等が市町村単位で行う在宅医療・介護連携の取組に対して補助 ・在宅医療人材育成・普及啓発事業 地区医師会、医療機関等が行う医療従事者を対象とした在宅医療についての研修会や、県民を対象とした講演会、フォーラム等の取組に対して補助
在宅医療・介護連携推進に向けた問題点・課題	【医療】 ● 今後必要となる在宅医療の需要量や、不足している供給量の把握 ● 病院の看護部長や病棟看護師の地域への理解の促進 ● 地域を網羅する在宅医療チームづくりと資質向上のための環境づくり 【介護】 ● 医療に関する知識の向上 【行政】 ● 市町村における部局横断的プロジェクトチームの設置等組織体制づくり及び地域支援事業確立への支援 【共通】 ● 医療職と介護職が連携する際の言語の共通化(ツールの作成) ● 連携する際の窓口の明確化 ● 病院を核とした地域における多職種支援体制の構築 ● お互いの役割の理解 ● 24時間体制に向けた多職種支援体制の構築

(2) 事業実施体制と退院調整ルール作成に向けた現状と課題

県庁の体制	地域包括ケア推進室、地域医療連携課（担当課のみ）
保健所の体制	奈良県中和保健所 健康増進課 所長（医師）、健康増進課長（保健師）、母子・保健対策係長（保健師）、母子・保健対策係保健主査（保健師） 計 4 名（医師：1 名、保健師：3 名）
退院調整ルール作成に向けた現状と課題	【現状】 ● 病院 ・管内地域中核病院では地域包括ケア病棟が設置され、在宅復帰率 70%を目標に入院患者さんを在宅へ切れ目なく引き継ぐ必要がある。 ・病院が調整が必要と考えているケースは、地域へきちんと引き継いでいるため、退院調整漏れがあると考えていない。 ・ケアマネジャーが決まっていないケースについて、市町村によってどこに相談すればよいのか分かりにくい。 ● ケアマネジャー ・退院調整されず、退院日からサービスが受けられず困っている事例がある。 ・病院窓口が一本化されていないため、どこに連絡を取れば良いのか分からない。 ・医療スタッフとの情報交換について、専門用語が分からず困難を感じている。 【課題】 ・病院と地域で退院調整が必要なケースの認識が異なっている。 →退院調整の必要なケースの定義づけ（生活連携を視点に） →病院と地域で、情報交換についてのルール化（情報共有のための必要な項目、情報提供の時期など） ・病院、地域双方で介護に関する連携の窓口が明確でない。 →病院、地域の介護に関する相談窓口の明確化

(3) 退院調整ルール作成に向けた事業計画

● 平成 27. 4. 30	明石保健所 アドバイザーと打合せ
● 平成 27. 5～6 中	関係機関調整
● 平成 27. 7. 9	事業説明会（病院、市町村、地域包括支援センター等）
● 平成 27. 7. 9～23	退院調整状況調査
● 平成 27. 8. 31	医療介護連携調整会議（病院）
● 平成 27. 9. 18	医療介護連携調整会議（ケアマネジャー）
● 平成 27. 10. 14	医療介護連携調整会議（合同）
● 平成 27. 11. 13	医療介護連携調整会議（ケアマネジャー）
● 平成 27. 12. 16	医療介護連携調整会議（合同）
● 平成 28. 1 中～末	退院調整状況調査
● 平成 28. 1. 20	医療介護連携調整会議（合同）
● 平成 28. 2. 21	地域在宅医療・包括ケア連携会議

現地支援(1 回目)

現地支援(2 回目)

現地支援(3 回目)

3. 組織化と協議の状況

	事業説明会 (キックオフ会議)	病院会議	ケアマネジャー協議
実施日	H27.7.9	H27.8.31	H27.9.18
参加者 (職種・人数)	●参加機関:地区医師会、病院、市町村、地域包括支援センター、小規模多機能型、居宅介護支援事業所、県関係各課、事務局 計 119 名 ●職種:医師、看護師、主任ケアマネジャー、ケアマネジャー、保健師、社会福祉士、MSW、相談員	●参加機関:対象病院(6 病院)の看護部・地域連携室、県関係各課、事務局、傍聴(市町村職員等) 計 38 名 ●職種:看護師、MSW、PT、相談員	●参加機関:市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、小規模多機能型、県関係各課、事務局 計 100 名 ●職種:主任ケアマネジャー、ケアマネジャー、社会福祉士、保健師、看護師
協議内容	【報告】 ・奈良県における地域包括ケアシステム構築に向けた取組 ・保健所における地域在宅医療・包括ケア推進に向けた取組 【講演】 ・奈良県東和医療圏(旧桜井保健所管内)における退院調整ルール策定を目指して 【説明】 ・今後のすすめ方について(スケジュール、退院調整状況調査の説明・依頼) ・グループディスカッションについて	【講演】 ・奈良県東和医療圏における退院調整ルール策定を目指して 【報告】 ・退院調整状況調査の結果(速報)について ・各病院の退院調整状況について 【グループワーク】 ・退院調整が必要な患者の基準について ・退院調整ルール(案)について ・ケアマネジャーから入院時にほしい情報について	【講演】 ・奈良県東和医療圏における退院調整ルール策定を目指して 【報告】 ・退院調整状況調査の結果(速報)について 【グループワーク】 ・病院との連携状況の実例について ・病院から引き継ぎしてほしい患者の基準について ・退院調整ルール(案)について ・代表者の決定について
協議結果 (合意できたこと等)	・事業の主旨、内容、今後のスケジュール、それぞれの役割について参加者の理解を得られた。 ・また、事業への参加について再度合意を得た。 ・退院調整状況調査については、今後、市町村主体で実施していくこと、集計システムを作成・配布することを説明。	【退院調整が必要な患者の基準】 ・認知症状の程度、家族の介護力、ADL の変化があるケース(入院前後、昼夜)、再入院を繰り返している等の追加が必要。 【退院調整ルール(案)】 ●ケアマネジャーが決まっている場合 ・担当ケアマネジャーがわかっている場合、病院からケアマネジャーへの入院連絡は可能。(院内のルール化は必要) ・退院 5 日以上前の連絡については、内科疾患等の場合難しい場合がある。 ・入院時情報提供書は、入院 2～3 日以内にほしい。(入院時情報提供書の持参先の窓口の一本化が必要) →概ね国で示されているルールで運用していくことは可能 ●ケアマネジャーが決まっていない場合 ・病院は、どのケアマネジャーを選んでよいのか、どこに連絡すればよいのか困っている。→窓口を地域包括支援センター一本化に。	【退院調整が必要な患者の基準】 ・着脱、入浴に介護が必要、入院前後で ADL に変化がある、認知症があり、かつ独居かそれに近い状態等の追加が必要。 【退院調整ルール(案)について】 ●ケアマネジャーが決まっている場合 ・ケアマネジャーが決まっている場合は、病院からケアマネジャーに入院の連絡をしてほしい。 →ケアマネジャー側にできることとしては入院時情報提供書を必ず提出しようという意見も出ていた。 ●ケアマネジャーが決まっていない場合 ・認定を受けていない場合の連絡先としては、まずは病院から地域包括支援センターに連絡し、明らかに要介護状態の場合は、居宅ケアマネジャーに繋いだり、一緒に調整に入ることができる。
課題	・対象機関は、病院(6 カ所)、市町村(7 市町村)は全対象が参加。地域包括支援センター(9/10 カ所)、居宅介護支援事業所(42/60 カ所)、小規模多機能型(6/9 カ所)と対象事業所の 75%の参加であった。 ・欠席された事業所へは、事業説明会の資料、退院調整状況調査の依頼文送付し、本事業の主旨等の理解に努める。	・退院調整ルール(案)を各病院で運用していくために、退院調整が必要な患者の基準など、病棟も含め病院内部でコンセンサスを得てもらう必要がある。	・ケアマネジャーがついていない場合は病院から地域包括支援センターに連絡してほしいという意見が多かったが、ルール化することについては今後、地域包括支援センターの合意が必要。
感想	・保健所が平成 25 年度から多職種協働による在宅医療の支援体制の構築及び充実に取り組んできたこと、事業開始前に病院や市町村、地区医師会等の関係機関を訪問し、実証事業の事前説明を実施してきたこともあり、説明会にたくさんの方々に出席いただき、事業についての理解が得られたと考える。 ・また、アドバイザーより実証事業の進め方についてご講演いただき、事業のイメージ化ができ、理解が進んだ。	・会議をきっかけに、院内の退院支援体制等の院内ルールを見直していきたいなど前向きな意見が聞かれ、退院調整漏れの減少に向けて病院側の関心や意識が高まっているように感じた。	・今回の会議が、市町村を越えてケアマネジャー同士の交流の場となり、グループワークを通じて、ケアマネジャーそれぞれの「思い」を共有する場となったと思われる。 ・また、地域を越えての広域的な調整や、介護と医療を繋ぐ役割として、保健所に対する期待も大きくなってきていると感じた。

	病院－ケアマネジャー協議①	ケアマネジャー協議②
実施日	H27.10.14	H27.11.13
参加者 (職種・人数)	●参加機関:対象病院(6病院)の看護部・地域連携室、市町村、地域包括支援センター、ケアマネジャー代表、事務局、オブザーバー(在宅医、訪問看護師)、傍聴(市町村職員等) 計 64名 ●職種:看護師、MSW、PT、相談員、主任ケアマネジャー、ケアマネジャー、社会福祉士、保健師、医師	●参加機関:市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、小規模多機能型、県関係各課、事務局 計 97名 ●職種:主任ケアマネジャー、ケアマネジャー、社会福祉士、保健師、看護師
協議内容	【報告】 - 各病院の退院調整の状況について - 病院との連携状況の実例について - ケアマネジャーはこんな事例で困っている 【グループワーク】 - 退院調整が必要な患者の基準について - 退院調整ルール(案)について - 入院時にケアマネジャーから病院へ提供してほしい情報、退院前に病院からケアマネジャーへ提供してほしい情報	【報告】 - 第1回 病院・ケアマネジャー合同会議について 「退院調整が必要な患者の基準」「退院調整ルール」について 【グループワーク】 - 退院調整ルールについて - 入院時情報提供書について(入院時にケアマネジャーから病院へ情報提供したい項目について) - 退院カンファレンス等で病院からケアマネジャーへ提供してほしい情報について
協議結果 (合意できたこと等)	【退院調整が必要な患者の基準】 - 項目追加等の意見もだが、新人看護師でも判断できるようシンプルな項目で、まずは開始してみることで合意を得る。 【退院調整ルール(案)について】 ●ケアマネジャーが決まっている場合 - 入院後、病院から担当ケアマネジャーへ入院の連絡をする。 - ケアマネジャーは、病院から担当利用者の入院の連絡を受けたら、3日以内に入院時情報提供書を病院へ提出する。 - 退院の5日以上前にケアマネジャーに連絡する。 ●ケアマネジャーが決まっていない場合 - 認定を受けていない場合の連絡先としては、まずは病院から地域包括支援センターに連絡。 - 退院の5日以上前にケアマネジャーに連絡する。 - 白内障等の短期入院の場合は、このルールから除外。	【退院調整ルールについて】 ●担当ケアマネジャーが利用者の入院を察知するための工夫について - 病院担当者が担当ケアマネジャーを把握しやすいように、担当ケアマネジャーは日頃より、医療保険証や介護保険証等と一緒にケアマネジャーの名刺を保管するなどの工夫点について合意を得た。 【入院時情報提供書について】 - 家族の情報について記載する欄がほしい。 - 退院後に生活をしたい場所について記載する欄がほしい。 - サービス計画書を添付して提出してはどうか。 - この様式であれば10分程度で記載できる。 【退院カンファレンス等で病院からケアマネジャーへ提供してほしい情報について】 - 退院後の通院頻度や初回通院日を記載したい。 - 退院指導の状況を詳しく記載できる空欄がほしい。 - 退院・退所加算を算定するために必要な項目と合致しているか確認してほしい。
課題	・「退院調整が必要な患者の基準」については、再度、各病院内でシステムとして活用できる基準かどうかを確認する。 ・次回のケアマネジャー会議で、病院が連絡する際に、担当ケアマネジャーがわかる工夫等の検討が必要。また、ケアマネジャーから病院への情報提供の方法についてルール化の検討が必要。 ・病院とケアマネジャーで、介護保険の申請まで支援しても、市町村によって暫定等の対応の格差がある。 →今回対象の7市町村の介護保険担当課で、各市町村の対応状況について意見交換、対応を検討する予定。	・ケアマネジャー会議の意見をもとに入院時情報提供書及び退院調整情報共有書を修正し、次回の合同会議で病院とケアマネジャー代表に合意を得る。 ・退院調整ルールについて、ケアマネジャー全体の共通理解を図るため、これまでの協議でまとまった退院調整ルールを参加者が各所属に持ち帰り、周知していく必要がある。
感想	・今回は、初めての病院とケアマネジャーの会議であったが、双方の苦労している点や努力している点が相互理解できたと思われる。 ・立場が違えば、意見も異なるが、「まずは、取り組んでみよう！」という前向きな意見で合意が図れた。 ・異なる意見については、丁寧に拾い上げて、検討を重ねていきたいと考えている。	・ケアマネジャー会議は今回で最終となるため、参加者から感想を話してもらったところ、「市町村を超えてケアマネジャー同士で話し合うことができてよかった。」「他のケアマネジャーの熱意を聞いて自分もがんばろうと思った。」との声をいただき、退院調整ルールの策定をととして、圏域内のケアマネジャーの情報交換の場となり、ケアマネジャー同士のつながりや資質向上に繋がったように思う。 ・また、「この圏域の病院に行くと、病棟にもルールづくりの情報が入っており、退院調整がしやすくなった。」との声もあり、協議を行うことですでに退院調整の取組が進んでいることを感じた。

	市町村介護保険担当会議	病院－ケアマネジャー協議②	キックオフ会議
実施日	H27.12.4	H27.12.16	H28.1.20
参加者 (職種・人数)	●参加機関:市町村介護保険担当者、 県認定・給付等の介護保険担当者、地 域包括ケア推進室、保健所 計 24 名	●参加機関:対象病院(6 病院)の看護 部・地域連携室、市町村、地域包括支 援センター、ケアマネジャー代表、事務 局、オブザーバー(在宅医、訪問看護 師、PT)、傍聴(宮城県) 計 69 名 ●職種:看護師、MSW、PT、相談員、 主任ケアマネジャー、ケアマネジャー、 社会福祉士、保健師、医師	●参加機関:地区医師会、病院、市町 村、地域包括支援センター、小規模多 機能型、居宅介護支援事業所、県関係 各課、事務局、傍聴(市町村職員) 計 108 名 ●職種:医師、看護師、主任ケアマネ ジャー、ケアマネジャー、保健師、社会福 祉士、PT、MSW、相談員
協議 内容	【報告】 ・都道府県医療介護連携調整実証事 業の取組の経過について ・介護保険認定等にかかる対応状況調 査の結果について 【協議事項】 ・認定調査について ・暫定(見込み)利用について ・介護保険に関する問合せについて	【報告】 ・第 2 回ケアマネジャー会議について ・市町村介護保険担当会議について ・病院窓口一覧について 【グループワーク】 ・東和医療圏における入退院連携マニ ュアル(案)について(ルールの共通理 解及び、ルールをマニュアルに沿って 他のスタッフや関係者に説明することが できるか)	【報告】 ・都道府県医療介護連携調整実証事 業の取組経過について ・東和医療圏における入退院連携マニ ュアルについて 【グループワーク】 ・みんなで作った入退院調整ルール を円滑にすすめるために、自分の立場 でできること
協議 結果 (合意できた こと等)	【認定調査について】 ・入院中であっても申請は受け付けて いる。 ・主治医意見書の提出を待ってから、 認定調査を実施している保険者があ った。 【暫定(見込み)利用について】 ・状況を判断して、暫定利用は認めて いることがわかった。 【介護保険に関する問い合わせにつ いて】 ・介護認定の有無や担当ケアマネジャ ーを病院から問い合わせることにつ いて、市町村の窓口を確認した。 ・病院から問い合わせがあった場合 は、折り返し電話をかけることや、市町 村が担当ケアマネジャーに連絡を入 れ、担当ケアマネジャーから病院へ連 絡を入れてもらうことで対応する。	【東和医療圏における入退院調整マニ ュアル案について】 ・退院調整ルールを共通理解し、運用 してみても不具合は、次年度の協議の 上改訂していくことを合意した。 ・協議後の退院調整状況調査について は、市町村主体で実施する。(集計シ ステムの配布)	【ルールを円滑にすすめるために、自 分の立場でできることについて】 ・すでに圏域内の病院からケアマネジャ ーに連絡も入っており、ルールが動い ていることを実感しうれしかった。 ・他市町村のケアマネジャーや病院と直 接話し合う機会がなかったので、今回の 取組でお互いの現状や役割が理解で き、顔の見える関係ができた。 ・自分たちの意見が反映された様式が できた。この様式ならすぐに書いて情報 提供できる。 ・わからない言葉を話し合ったことでお 互いに分かりあうことができた。 ・院内や法人内でルールの周知を徹底 していきたい。 ・よりよい支援のために、自分の立場で できることを考えて取り組みたい。 ・病院窓口が一本化で行きやすくなる。 ・ルールや様式を活用して、もっとより よいものをつくっていきたい。 ・迅速にわかりやすい言葉で情報提供 をしていきたい。
課題	・認定調査や暫定ケアプランの考え方 については、県の認定・給付担当者か ら説明した。 ・制度の解釈について共通認識を持て たことで、利用者に不利益がでないよ うな認定調査や暫定利用等の対応につ いて協力していく。 →今回の協議内容については、第 2 回 合同会議で病院とケアマネジャー代表 に報告。	・ルール開始直後は、ルールの運用に 不備不具合が出ることも想定されるの で、病院、ケアマネジャー相互にお互 い相手に思いやりのある対応をしてい くということでもとまった。 ・事業を通して、各病院の退院調整の システム見直しや地域連携室と病棟が 協議を重ね、退院調整の窓口を公表す るに至ったが、引き続き、院内の連携調 整の必要がある。	・このルールができたことが連携の入り 口になるので、ルールをよりよいもの に見直していくために、ルールを運用す る中で不備があった点や変更が必要な点 はメモを取っておき、半年後の点検協 議で意見を出してほしいことを伝えた。 ・今回ルールを策定した 6 病院からは、 本圏域外の患者が退院する際も同様に ケアマネジャーや地域包括支援センタ ーへ連絡を行うため、他圏域の市町 村、地域包括支援センター、居宅介護 事業所等へ周知する必要がある。
感想	・今回の会議では、各市町村における 介護保険に関する事務の実際の取り扱 いについて情報交換することで、互い に参考にできる部分があったのではない かと思われる。 ・退院調整ルール案に記載する、認定 調査の時期や介護保険に関する病院 から市町村への問い合わせ窓口につ いても同意を得ることができ、病院とケ アマネジャーだけでなく、円滑なルール の運用に向け、市町村も協力し取り組 んでいくことを確認することができた。	・今回の合同会議で退院調整ルールに ついて共通理解を深めることができた。 退院調整ルール案をもとに、先行的に 取り組んだ病院があったため、実施し てみた不備も含めて共有し、ルール案 の修正を行うことができた。 ・グループワークではルール運用に向 けて前向きな意見を多く聞くことがで き、退院調整に向けての機運が高まっ てきていると感じた。東和医療圏にお ける退院調整ルールについてキック オフ会議で周知を図り、運用を開始し たい。	・キックオフ会議では、これまでの協議 の参加者から、マニュアルができたこ とだけでなく、病院とケアマネジャー が直接話し合いをし、ルールをつくる 過程で顔の見える関係ができたとい う意見を多くいただき、協議のプロ セスの重要性を参加者に感じ取って もらえたことがよかった。 ・このような取組を他圏域にも広げて いってほしいという声も多く聞かれ、 今後は他圏域でも同様の取組を広げ られるように働きかけていきたい。

4. 退院調整が必要な患者の基準

【ポイント】

- 病院会議で、「要介護認定を受けていない患者」の連絡先として、居宅介護事業所の選択が困難との意見があり、介護状態に関わらず地域包括支援センターへ連絡する案が出る。上記案については、ケアマネジャー会議でも合意を得られた。
- 要介護認定を受けていない患者すべてを、病院から地域包括支援センターへ連絡するのではなく、本人や家族に介護保険の利用の希望がある、また、病院が介護保険の利用が必要と判断したが利用を拒否されている方についても連絡することとなった。
- 合同会議では、双方から出た意見をまとめて事前に提示し、病院スタッフ、ケアマネジャー混合のグループで上記のポイントについて検討。上記については、合意を得ることができた。
- 要介護状態の「1項目でも当てはまれば」について、家族の介護力等を総合的に判断する方が良いのではないかと意見が多く出たが、アドバイザーより、「総合的な判断となると、病棟看護師の主観が入り、支援の必要な方が漏れてしまうことが考えられるため、その患者にとって何が必要なのかという視点で考えてほしい」という助言があり、まずは、「1項目でも当てはまれば」という基準で実施してみることにした。

【決定した基準】

●既に介護認定を受けている（担当ケアマネジャーが決まっている）患者

- ・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、要介護、要支援に関係なく引き継ぐ。

●担当ケアマネジャーへ連絡

- ・地域包括支援センター
- ・居宅介護事業所 等

●要介護認定を受けていない（担当ケアマネジャーが決まっていない）患者

介護保険の利用に本人・家族の希望がある。また利用の必要があるが拒否している。

1. 必ず退院調整が必要な患者（要介護）

- ・立ち上がりや歩行に介助が必要
- ・食事に介助が必要
- ・着脱、入浴に介助が必要
- ・排泄に介助が必要
- ・日常生活に支障をきたすような症状がある認知症（高次脳機能障害含む）

1項目でも当てはまれば

2. それ以外で見逃してはいけない患者（要支援の一部）

- ・在宅では、独居かそれに近い状態（老老介護、家族介護力が低い等）で、調理や掃除など身の回りのことに介助が必要
- ・入院時と退院時でADLが悪化している方、1日の中でもADLが変化する方
- ・認知症（軽度）があり、かつ独居かそれに近い状態（老老介護、家庭介護力が低い等）の方
- ・（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、在宅酸素、ストーマなど）が追加された方
- ・再入院を繰り返している方

●地域包括支援センターへ連絡

◆入院後1～2週間時点で、「在宅への退院ができそう」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
（参考）医療・看護必要度A項目がなくなる頃が目安

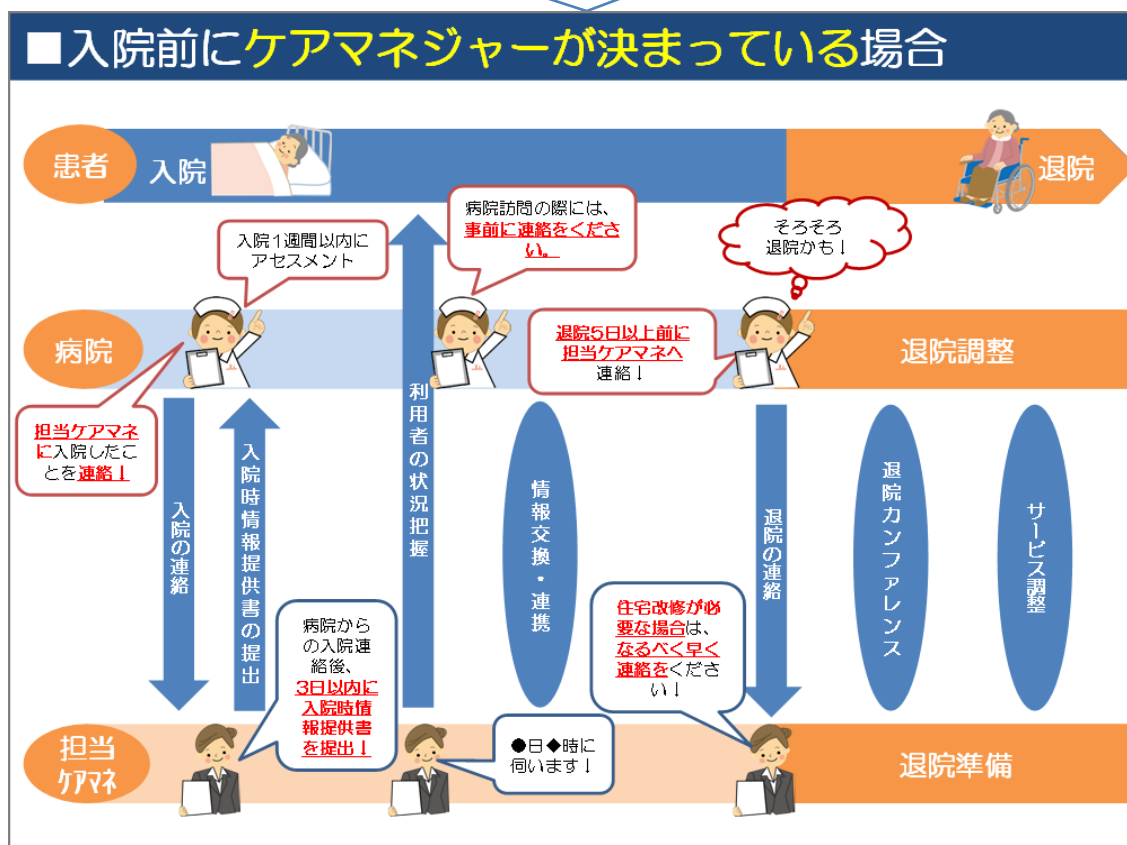
5. 策定した退院調整ルール

(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合

【ポイント】

- 病院会議、ケアマネジャー会議では、厚生労働省から示された「退院調整ルール」に基づき検討。
- 病院会議では、入院時に、担当ケアマネジャーが把握できない、また、入院 1 週間で退院に向けてのアセスメントを行うため、入院前の状況は入院後 2～3 日で情報提供してほしいとの意見が出た。
また、ケアマネジャーは突然病院に訪問し、情報提供を求めるが対応できないので、事前に連絡がほしい。退院の連絡は、短期入院の場合は 5 日以上前の連絡は難しいとの意見が出た。
- ケアマネジャー会議では、病院から入院の連絡があれば入院時情報提供書の提出は 3 日以内に可能だが、病院の窓口を一本化してほしい。また、退院連絡は最低 5 日以上前に連絡してほしい。
住宅改修等が必要な場合は、1 週間以上前に連絡をしてほしいとの意見が出た。
- 合同会議では、双方から出た意見をまとめ事前に提示し、病院スタッフ、ケアマネジャー混合のグループで上記のポイントについて検討。
- ケアマネジャーからは、医療保険証等に担当ケアマネジャーの名刺を入れたりするなどケアマネジャーがわかる工夫について提案。病院から入院の連絡があれば 3 日以内に入院時情報提供書を提出することで合意。
- 退院の連絡は、短期入院や検査入院を除き、退院 5 日以上前に担当ケアマネジャーへ連絡することで合意。

【決定したルール①】

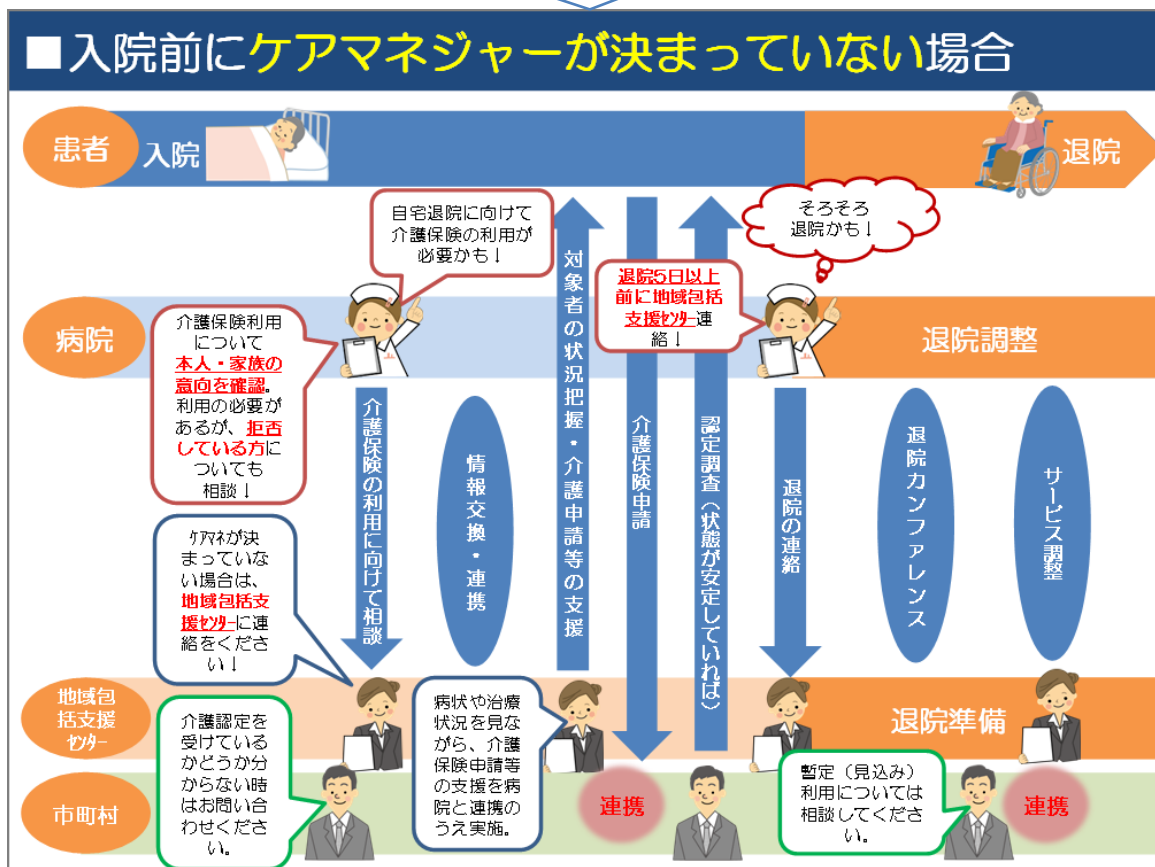


(2)入院前にケアマネジャーが決まっていない場合

【ポイント】

- 入院前にケアマネジャーが決まっていない場合については、病院会議で地域包括支援センターへ連絡窓口を一本化してほしいとの意見が出たが、ケアマネジャー会議で、地域包括支援センターより相談件数が増加することに対する不安の声が聞かれた。6月に実施した退院調整状況調査から、入院前に介護認定を受けていない方の人数を提示することで、了解を得ることができた。
- ケアマネジャー会議では、「退院調整が必要な患者の基準」に該当する方については、病院で介護保険の利用についての患者・家族の意向を確認すること、また、サービスを拒否している人に関しても、地域包括支援センターではインフォーマルなサービスも含めて相談が可能とのことで地域包括支援センターで窓口を一本化することとなる。
- 病院会議、ケアマネジャー会議で、各市町村で介護保険の対応に違いがあることが意見として挙げられたため、急遽、市町村介護保険担当学会議を開催。入退院調整ルールの円滑な運用に向けて、市町村としても協力できる取り組みについてルールに記載することとなった。
- 各病院の窓口の明確化については、本会議を通じて、各病院内で繰り返し議論され、詳細な窓口について公表された。

【決定したルール②】



6. モデル事業県のレビュー

(1) 総括

奈良県では市町村合併が進んでいないこと、病院が点在していることから、市町村を越えた広域的な在宅医療連携体制の構築は、保健所の重要な役割と考える。ルール策定を終え、病院・ケアマネジャー・市町村から、保健所の本取組に対する感謝の声が多く聞かれた。今回策定したルールでは、すべての意見を網羅することは困難であったが、「まずはやってみよう！！」が合言葉となり、半年後の評価を楽しみにする声も聞かれた。ルール策定とマニュアル策定が当初の予定通りに実施できたのは、話し合いのプロセスを重視し、論点を絞込み、毎回事前に原案を提示し、ポジティブシンキングに徹した取組の成果と考える。

検討のプロセスで、以下の取組を行ったことが結果につながったと考える。

- 地域の関係組織団体へ本庁と保健所が協力して個別訪問を実施し、事前説明と事後報告を行った。
- 合同会議では、病院スタッフ、ケアマネジャー、市町村担当者の混合メンバーでグループワークを実施し、お互いに対する要望や意見などを忌憚なく出し合った。また、毎回アンケートを実施し、個人の意見を集約した。
- 各会議の前には、地域包括支援センター、市町村担当者を集め、グループワークのファシリテーターの役割やテーマに沿った進め方について説明し、話し合いのポイントがずれないように工夫した。
- グループワークでは、厚生労働省のルール案等を紙面で提示し、論点を明確にすることで、「このルールでできるのか、できないのであればどのように変更すればできるのか」と前向きに話し合うように心がけた。
- 何度もグループワークを実施することで、自然に顔の見える関係づくりに繋がり、お互いの役割や退院調整で苦勞していること、工夫していることの理解が進み、自分の立場でできることを考える場となるよう参加者に繰り返し確認した。
- 退院調整状況調査の集計ソフトを作成し、各市町村介護福祉担当で調査を実施・評価できる体制を構築した。

(2) プロセス別

プロセス	悩み・問題点・課題等	対処方法・調整方法等
地域診断	1) 二次医療圏と保健所の管轄市町村が異なっている。 2) ケアマネジャー協会は県内に 1 カ所あるが、組織率が 4.3%と低い。 3) 地区診断では、地域包括支援センター、ケアマネジャーへのインタビューが少数となった。	1) 保健所と関係機関の関係性を考慮し、二次医療圏を基本に、保健所管轄地域に合わせて対象地域を設定。 2) ケアマネジャーへの取りまとめを市町村に依頼。 3) 事業開始後も、随時、地域包括支援センター、ケアマネジャーの声を聞くように心がけた。

プロセス	悩み・問題点・課題等	対処方法・調整方法等
戦略策定	1) 今回の実証事業に必ず参加してほしい病院、市町村、また直接参加しない関係機関について、事業内容の理解と協力が必要。 ・退院調整ルールをこの地域で使っていくには、関係者がみんなでつくったルールだという意識をもつことが必要なので、多くの関係機関の参加が必要。また、そのためにはそれぞれ所属先の理解が必要。 2) 退院調整状況調査の取りまとめは将来的に市町村ごとに実施し、在宅医療介護連携の評価等に活用。 ・市町村へ事前の事業説明の際、小規模多機能型居宅介護事業所や老人保健施設は対象になるのかの質問があった。	1) 説明会実施前に、保健所と県担当課が市町村、病院、県・地区医師会、病院協会、看護協会、ケアマネジャー協会を訪問し、事業について説明し協力を依頼。 ・説明会のオブザーバーとして地区医師会の出席を依頼した。 ・病院担当者やケアマネジャーに事業の実施趣旨を理解し、協力を促すため、市町村、地域包括支援センター、病院、居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所を対象に事業説明会を実施。 ・できるだけ多くの病院や居宅介護支援事業所等に参加していただくため、ルール策定までの会議開催日時（年間）を提示。 ・市町村、地域包括支援センターに対しては、事業説明会後にファシリテーターとしての役割について説明し、グループワークのすすめ方について理解を得た。 2) 市町村に対し、会議の出席及び退院調整状況調査の協力（未提出の事業所への声かけ及び2回目以降集計システムへの入力）を依頼。 ・小規模多機能型居宅介護事業所を事業の対象に追加した。
病院の組織化	1) 事前に病院への事業説明で全病院より実証事業参加の意向を確認していたので、病院の組織化を目的とした会議は実施せず、病院の看護部長、病棟看護師長、地域連携室担当者を対象とした病院会議を開催した。 2) 他病院の退院調整ルールを知らない。	1) 各病院の個別訪問時、院長に事業の趣旨説明をしたうえで、参加の意向を確認。会議へ地域連携室と看護部長の出席を依頼。 ・今回の対象圏域には、産科のみの病院もあったが、事前に事業説明に伺い、今回の対象病院からは除外した。 2) 各病院の退院調整状況について発表してもらうことで、他病院の取組を知り、院内の退院支援体制等の院内ルールの見直しにつながった。
ケアマネジャーの組織化	1) 退院調整状況調査については、市町村の協力を得て、全事業所より回答を得ることができた。 ・ケアマネジャー協議には、市町村、地域包括支援センターはほぼ全対象の参加があったが、居宅介護支援事業所、小規模多機能型については、1人ケアマネジャーの事業所もあり、全事業所からの参加は困難であった。	1) 会議に参加できなかった事業所には、当日の資料を送付し、協議内容を周知した。
ケアマネジャー協議	1) 全事業所からの協議への参加が困難。	1) ケアマネジャー協議については、参加しやすいよう開催日を月の中頃に設定した。 ・全事業所へ、会議前にFAX等で次回の会議での協議内容を周知し、当日の協議がスムーズに進むようにした。 ・グループワーク形式で協議を行ったが、会議前には必ず、市町村、地域包括支援センターを対象にファシリテーターの打合せを実施し、グループワークの進行がスムーズに進むよう調整した。

プロセス	悩み・問題点・課題等	対処方法・調整方法等
ケアマネジャー協議	2) 病院は退院調整漏れがあるとは考えていない。 病院から引き継ぎをしてほしい患者の基準について、 ①要介護認定を受けていない患者で、必ず退院調整が必要な患者の基準について「どれか1項目でも当てはまれば連絡する」となると介護認定申請が急増しないか、地域包括支援センターに連絡が入るケースが急増して対応できないのではという意見が出た。 ②要介護認定を受けていない患者で必ず退院調整が必要な患者の基準について病院から「介護認定の必要性をアセスメントして総合的に判断する」という意見が出た。(病院会議での意見) 3) ケアマネジャー代表、合同会議での発表者の決定について	2) 病院からの引き継ぎなし、引き継ぎ不良例をケアマネジャーから出してもらう際、引き継ぎがなかったことで利用者がどのような不利益を被ったのか、病院側がイメージできるように具体的な事例を出してほしいとアドバイザーから助言があった。 ①退院調整状況調査の結果では、介護認定を受けていないケースは14名/月であり、1包括あたりで考えると連絡が入るケースはそれほど急増しないと考えられる旨を説明した。 ②まずは、退院調整漏れをなくすために、新人の病棟看護師でも判断できるわかりやすい基準が必要であることを伝えた。 3) ケアマネジャー代表の決定は参加者間で協議し、また合同会議での発表者についても参加者みんなで決定するようにした。
病院・ケアマネジャー協議	1) 協議を行う形式について ・合同会議では、お互いの立場を主張したり、相互に要望し合ったりしないようにすることが課題。 2) 「退院調整が必要な患者の基準」について、項目の追加等の意見が多数出た。 3) 協議でまとめた退院調整ルールについて、病院やケアマネジャーが共通理解を図る必要がある。 4) 院内の病棟と地域連携担当との連携状況に病院によって差があった。	1) みんなでつくったルールだと認識してもらうために、参加者同士で意見交換ができるグループワーク形式で実施。 ・お互いに要望しあう場とならないように、病院、ケアマネジャー混合でグループワークを実施したが、同じテーブルで協議を行うことにより、相互に苦勞している点、努力している点を理解することができた。また、毎回、グループ編成を変えることで、病院と市町村・ケアマネジャーの顔の見える関係づくりにつながった。参加者にも大変好評であった。 2) 「退院調整が必要な患者の基準」は新人の病棟看護師でも判断できるわかりやすい基準が必要であり、ルールは半年ごとに協議をした上で見直すことを説明。 3) これまでの協議の意見をまとめて作成した「入退院連携マニュアル」をもとに、合同会議でルールの共通認識を深め、わかりにくい点等の確認を行った。 4) この事業を通じて、院内調整が進み、窓口の明確化が図れた。
自治体(保健所)が苦勞した点	1) ケアマネジャー事業所では、メールのない事業所も多く、連絡方法がFAX中心となり連絡が取りづらかった。 ・ケアマネジャーも多忙な中での事業参加であったため、資料作成は主に代表ケアマネジャー(発表者)と保健所を中心に作成せざるを得なかった。 ・1人ケアマネジャーが多く、参加できない事業所も多かった。	1) 合同会議で発表するケアマネジャーの意見は、事前に発表者と保健所で相談の上作成し、参加する他の代表ケアマネジャーへ事前にFAX等で周知するようにした。

Ⅱ-6. 鳥取県西部医療圏

1. 地域診断

(1) 圏域の状

①基本情報（特に記載のない情報は平成26年4月1日現在）

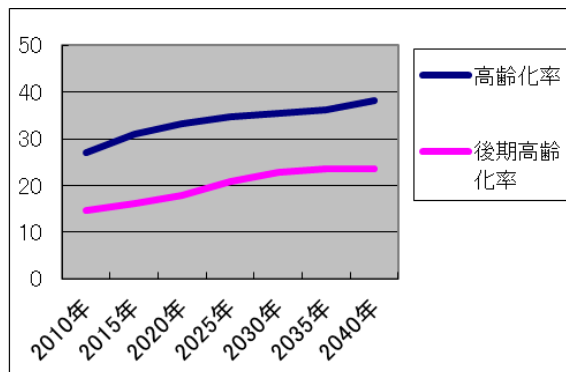
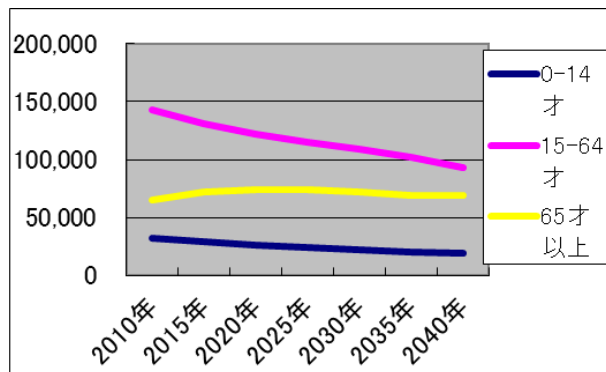
項目	数	単位
市町村数	9	カ所
総人口 ※	236,318	人
面積	1,208.41	km ²
高齢化率	29.1	%
圏域内病院	(数) 20 (病床) 3,606	カ所 (床)
うち急性期病床を持つ病院	(数) 9 (病床) 1,896	カ所 (床)
入院完結率	96.6	%
入院患者流出率	3.4	%
郡市区医師会	1	カ所
看護協会地区部会	1	カ所
ケアマネ登録数	951	人
ケアマネ協会	(数) 県会員数 515 うち西部圏域 191	カ所
地域包括支援センター(圏域内のセンター数、市町村別、直営・委託等の状況)	圏域内のセンター16カ所 米子市7カ所(委託) 境港市2カ所(委託) 大山町・日南町・日野町・江府町・日吉津村・南部町・伯耆町(直営) ※日吉津村・南部町・伯耆町は南部箕蚊屋広域連合	



※人口は平成26年3月31日

②圏域における人口動態推計

2010年対2025年の生産年齢人口減少率：20%、後期高齢者数の増加率：27%



(2) 退院調整の現状についての聞き取り内容

<ケアマネジャーの認識>

- 大きい病院は、ソーシャルワーカーを通して密に連携している。
西部圏域ではかなり退院連絡はできている。
- しかし時には連絡がなく退院するケースや主治医の理解がなくサービスが使いづらい場合がある。

<地域包括支援センターの認識>

- 介護部門は医療との連携が弱い。
- 圏域として、県で全体調整してほしい。

(3) 退院調整アンケート結果

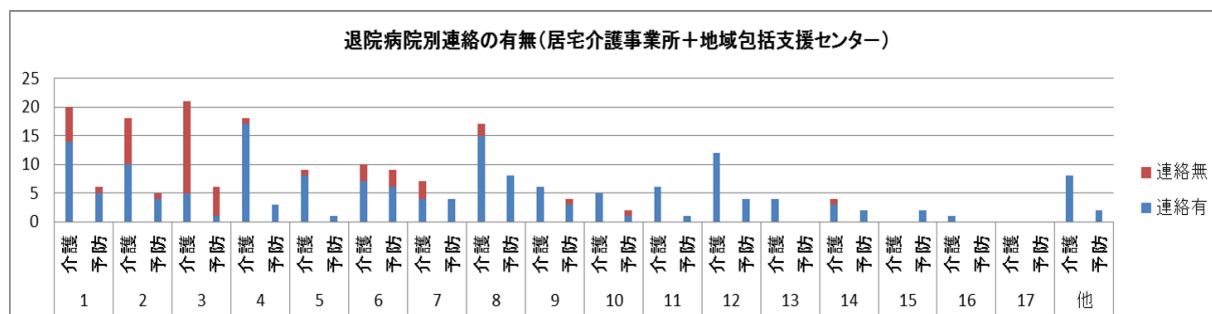
<退院調整率>

日付	要支援		要介護		合計	
	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし
平成 27 年 4 月	47/59 (79.7%)	12/59 (20.3%)	125/166 (75.3%)	41/166 (24.7%)	172/225 (76.4%)	53/225 (23.6%)

<入院時情報提供書提出率>

日付	要支援		要介護		合計	
	提出あり	提出なし	提出あり	提出なし	提出あり	提出なし
平成 27 年 4 月	23/47 (48.9%)	24/47 (51.1%)	136/192 (70.8%)	56/192 (29.2%)	159/239 (66.5%)	80/239 (33.5%)

病院別比較



2. 推進会議

(1) 医療と介護の連携推進(在宅医療・介護連携推進事業を含む)に向けた支援状況

在宅医療・介護連携推進の所管課	医療政策課（在宅医療確保）、長寿社会課（在宅医療・介護連携推進事業）
在宅医療・介護連携の庁内の連携体制	先行事例や好事例の情報提供、医療・介護資源に関するデータ提供等
都道府県庁（または保健所）が実施している主な取組	福祉保健局実施事業 ●居宅介護支援事業所集団指導:年1回 ●地域包括支援センター連絡会:年2～3回 ●西部圏域地域リハビリテーション推進 （連携指針に基づき作成したリハビリテーション連絡票と6か月後の維持期状況連絡票の運用） ●日野郡地域リハビリテーション推進協議会へ事務局として参画 ●西部地区医療連携協議会、在宅ケア研究会等に事務局として参画
在宅医療・介護連携推進に向けた問題点・課題	●在宅医療・介護連携推進について、圏域の中で、フォーマルインフォーマルを含めて、色々な動きがある ・西部在宅ケア研究会 ・西部医師会在宅医療推進委員会 ・在宅医療連携拠点事業（4病院）合同会議 ・西部地区医療連携協議会 ・脳卒中シームレス会議 ・認知症疾患医療連携協議会 （認知症疾患センター3病院） ・脳卒中、がん、糖尿病、 心筋梗塞地域連携パス推進委員会 ・真誠会コズミックリンク（地域資源一覧表を公開） ●圏域の中で、色々な退院ルールが部分的に動いている。既存のシステムを動かしつつ、圏域全体の底上げをするような退院ルールが必要 ・医師とケアマネジャーの連携シート ・日野郡医療介護連携情報提供書 ・脳卒中・がん地域連携パス ・リハビリテーション連絡票（退院時） ・6か月後の維持期状況連絡票 ●西部圏域では、かなり連携ができているのではないかと。退院ルールはかなり進んでいるが退院直前の連絡や退院後の連絡もあり→入院ルールも必要 ●ケアマネジャーからの要求だけでなく、医療機関からも相互の前向きな検討が必要 ●急性期病院と回復期病院等、病院機能により必要なルールが違うのではないかと

(2) 事業実施体制と退院調整ルール作成に向けた現状と課題

県庁の体制	福祉保健部長寿社会課、福祉保健部医療政策課
保健所の体制	西部総合事務所福祉保健局健康支援課 (医師 1 名、保健師 4 名、事務職 3 名)
退院調整ルール作成に向けた現状と課題	●退院連絡ができているといわれるが、実際の件数はどうか。現状把握が必要。 ●退院直前の連絡や退院後のルールもあるため、退院連絡の質の向上が必要。 ●各病院における院内の退院ルールについて、現状把握が必要。病院毎の退院調整率が確認された後、各病院に対して調整率を向上させるための検討依頼が必要。（例えば、病棟看護師の関与を推進する等） ●圏域の中で、様々な退院ルールが動いているため、既存のシステムを利用しながら圏域全体を底上げするような退院ルールが必要。

(3) 退院調整ルール作成に向けた事業計画

周知・協力依頼

地区ケアマネジャー協議会、市町村・地域包括支援センター、MSW 会

- 平成 27 年 6 月 医療・介護連携に係るアンケート調査実施
 - ・対象：地域包括支援センター、居宅介護支援事業所所属のケアマネジャー
 - ・病院毎に協力依頼（管内 20 病院）
 - ・病院連携室毎に連携状況の把握
- 平成 27 年 8 月 準備会の開催
 - ・講演、アンケート調査結果報告、グループワーク
 - ・問題点・課題の明確化、退院支援ルール作成に向けての調整
- 平成 27 年 9 月 医療関係者による「退院支援ルール」協議
 - ・医療介護連携関係者研修会
 - ・ケアマネジャーによる「退院支援ルール」協議
- 平成 27 年 10 月 代表者による「退院支援ルール」協議
 - ・医療・介護連携調整会議（全体会議）
- 平成 27 年 11～12 月 ケアマネジャーによる「退院支援ルール」修正会議
- 平成 28 年 2 月 医療介護連携調整会議（全体会議）
- 平成 28 年 3 月 退院ルールキックオフ説明会
- 平成 28 年 4 月 退院ルールキックオフ

3. 組織化と協議の状況

現地支援(1 回目)

推進官支援

	アンケート調査	準備会	病院協議①	ケアマネジャー協議①
実施日	H27.6	H27.8.6	H27.9.11	H27.9.17
参加者 (職種・人数)	・地域包括支援センターでケースを担当している者 ・居宅介護支援事業所のケアマネジャー	90 人参加 医師会 4、歯科医師会 2 薬剤師会 1、ケアマネジャー4、医療機関(看護職 19、SW 等 21)地域包括支援センター19、行政 14、福祉保健局 6	44 人 19/20 病院の参加、看護職 17、MSW 等 19、看護協会役員 厚労省推進官 県長寿社会課担当者 福祉保健局 5	99 人 地域包括支援センター 26、居宅介護支援事業所 67、福祉保健局 6
協議内容		1 講演 「医療介護連携調整実証事業の取組について」 講師：豊岡保健所所長 2 報告 ①事業概要、スケジュール説明②アンケート調査結果について 3 グループワーク「退院調整にあたる連携をスムーズに進める為に」	1 報告 ①事業説明②ケアマネジャーアンケート調査③準備会グループワークについて 2 グループワーク実施 準備会のグループワークの課題の 4 項目について協議	1 報告 ①事業説明②ケアマネジャーアンケート調査について③準備会グループワークについて 2 グループワーク実施 準備会のグループワークの課題の 4 項目について協議
協議結果 (合意できたこと等)	居宅介護支援事業所 63/68 事業所 ・地域包括支援センター 16/16 機関 ・ケアマネジャー 212 名 ・地域包括ケース担当者 56 名 ・退院調整率 76%	○グループワークで多くの意見が出た。 *まとめ方として、ケアマネジャーアンケート調査、グループワークの意見をまとめ、4 つの課題に分類し協議することとした。	グループワーク結果 *退院調整に関する医療機関とケアマネジャーの意見シート参照 グループワーク結果として課題解決、西部圏域のルール化するもの、その他ルールとはならないが今後検討するもの、ルールに配慮事項として加えるもの、研修会が必要なもの等があがった。	グループワーク結果 *退院調整に関する医療機関とケアマネジャーの意見シート参照 グループワーク結果として課題解決、西部圏域のルール化するもの、その他ルールとはならないが今後検討するもの、ルールに配慮事項として加えるもの、研修会が必要なもの等があがった。
課題		①入院時担当ケアマネジャーと連絡が取れない ②介護保険未申請の場合サービスが受けられず在宅で困る ③退院の早期連絡がない、必要な者の退院調整がない。連携・情報の共有機会が少ない ④退院時の情報共有	①入院時の連絡について ②必要な人が早く介護保険申請を受けられる体制づくり ③退院調整が必要な患者を早期に判断、早期に連絡 ④入院中の医療・ケアマネジャー連携 ⑤ケアマネジャーへの退院時情報提供 ⑥転院時の情報提供	
感想		・退院支援ルール策定に向けての意識付けができた。 ・病院側、ケアマネジャーの相互理解の必要性があることを再認識した。	・日頃の思いを話したい方も多く、時間が不足するくらい活発な意見交換の場となった。	・グループワークでは活発に意見交換がなされた。 ・病院への要望が多く出された。

	代表者協議①	調整会議①	代表者協議②	ケアマネジャー協議②
実施日	H27.10.8	H27.10.22	H27.11.27	H27.12.10
参加者 (職種・人数)	22 人 医療機関 8(看護職 3、SW 等 5)、ケアマネジャー 4、行政 3、地域包括支援センター 2、福祉保健局 5	94 人 医療機関 25(看護職 8、SW 等 17)、ケアマネジャー 37、医師会等 6、地域包括支援センター 21、福祉保健局 5	20 人 医療機関 9(看護職 6、SW 3)、地域包括支援センター 2、ケアマネジャー 代表 2、行政 1、県長寿社会課担当者 1、福祉保健局 5	72 人 地域包括支援センター担当者 18、居宅介護支援事業所のケアマネジャー 48、県長寿社会課 1、福祉保健局 5
協議内容	1 報告:事業概要 ・ケアマネジャーアンケート・準備会グループワークからの課題 ・グループワーク報告(医療関係協議、ケアマネジャー協議) 『退院調整に関する医療機関とケアマネジャーの意見』のシート参照 2 全体協議 『退院調整に関する医療機関とケアマネジャーの意見』のシートに沿って検討した。	1 報告 ・医療・介護情報の連携構築事業経過 ・医療関係者による協議について ・ケアマネジャーによる協議について 2 グループワーク 代表者協議にてルール案 4 項目と配慮事項をピックアップし、それについての意見を出し合う。	報告及び協議 事業の経過説明 グループワークまとめ 入退院調整ルール案及び留意事項について 協議 入退院調整ルール案 留意事項について	・報告 ・ルール案説明 ・グループワーク ルールについて 入退院調整の試行にあたって
協議結果 (合意できたこと等)	①お互いに連絡をとりあう。 ・担当者の確認では、介護保険証の確認、行政への確認について ②地域包括支援センターに繋ぐ ・申請判断に困る場合は地域包括へ ・行政も必要時には緊急対応可能 ③必要時に連絡をとりあう。 ・退院時カンファレンスは参加するよう調整する ・治療計画が家族に示された場合は、ケアマネジャーが家族から聞く ④退院時の看護サマリーの送付 ・様式の統一は不要 ・在宅生活の視点で ⑤転院時の在宅ケア票の送付	グループワーク結果 ・代表者協議で策定したルール案 4 項目 ・配慮事項については概ね大きな変更事項はなかった ・ケアマネジャー、医療機関それぞれの立場で情報を交換した。	入退院ルール案 ケアマネジャーが決まっている場合 入院時 ・医療機関・ケアマネジャーは早期に連絡をとりあう ・ケアマネジャーは担当ケースの在宅サマリーを連携室等へ送付する 入院中 ・医療機関とケアマネジャーは相互に連絡をとりあう 退院時 ・医療機関は早期に退院サマリーを送付する ・転院時は医療機関から転院先にケアマネジャー情報を連絡する ケアマネジャーが決まっていない場合 ・介護保険の新規申請がない場合は、医療機関から家族等に申請を勧める	・グループワーク ルール案に沿って確認事項・ルール試行の具体的な方法について話し合う。
課題	・ルール案として『調整会議』で確認するとともに、ケアマネジャー及び医療関係者別に細かく詰める必要のある事項について決める必要がある。	・出された意見を集約し、再度代表者協議にてルール案として策定する必要がある。	・ルール案が決定し、ケアマネジャー協議、医療機関協議へ提示する。	・質問や確認事項、意見があるが、これまでも出された内容もあった。
感想	・ルールはシンプルに段階的に進める。①と⑤の課題を中心に活発な意見交換の場となった。②③については、地域包括やケアマネジャー、医療機関とのコミュニケーションを密に取る必要がある。修正・追加について調整会議にて協議が必要と感じた。 ・双方の現状を知りあえる場となった。	・グループワークではお互いの立場を再度理解する場となった。 (医療機関とケアマネジャーが初めて一堂に介した形)	・ルール案が決定し、順調に進められている。	・会議の度に同じ内容の質問や確認事項、意見が出ており、Q&A 集等で共通認識を図ることが必要。

	病院協議②	代表者協議③	調整会議 (キックオフ会議)
実施日	H27.12.16	H28.1.20	H28.2.4
参加者 (職種・人数)	27 人 ・医療機関 21 人 (看護職 6、SW 等 15) ・県長寿社会課 1 ・福祉保健局 5	20 人 ・医療機関 11 人 (看護職 7、SW 等 4) ・ケアマネジャー2、行政 2 ・福祉保健局 5	96 人 ・医師会、歯科医師会、薬剤師会 ・看護協会、介護支援専門員協 連絡協議会西部支部等 6 ・医療機関 28(看護職 7、SW21) ・ケアマネジャー32 ・市町村 4 地域包括支援センター14 ・県福祉保健部 3 中部・西部福祉保健局 9
協議内容	・報告 ・ルール案説明 ・グループワーク ルールについて 入退院調整の試行にあつて	・報告 入退院調整ルール策定経過 ケアマネジャー協議報告 医療関係者による協議報告 医療機関連携窓口一覧 ・協議 修正ルール案について	・報告 入退院調整ルール策定経過 入退院調整ルール案について 各機関連携窓口一覧 主だった機関より窓口説明 ・グループワーク
協議結果 (合意できたこと等)	・グループワーク ルール案に沿って、確認事項・ ルール試行の具体的な方法に ついて話し合う。 ・連携について 顔の見える関係づくりの必要性 ・退院調整についての実際 急性期病院看護職より退院調 整の基準について意見がでる。 基準として示しているものは要因 であり、基準は病院毎にすでに あり、それぞれに動いている。	・修正ルール案について協議 ルール案と付随資料を示す ①ルール案 ②ルール案についての留意事 項 ③対応方針 ④入院から退院までの流れ図	報告事項について ・報告した「ルール案」及びル ール案に付随した資料について は、特に意見なく了解が得られ た。 ・入退院調整ルールは平成 28 年 3 月から開始する。 グループワークでの意見 ・回復期病院からは、退院調整 パスがあるので、今までどおり対 応する。 ・日頃意識して取りくんでいるこ と、同じこと。 ・連携がとりやすくなった。 ・一覧表を活用する。 ・新人や経験が浅いケアマネジ ャーは活用できる。 ・全ての病棟・看護師に周知して いきたい。
課題	・ルール案について 文言や文書構成について修正 を求める意見がでる。	・「退院調整の基準」について急 性期病院より「基準」と「要因」に ついて意見が出る。 基準は病院毎にあるが出せ ないと主張。 ・「入退院調整の基準」の語句が 適切ではないため、「介護保険 や介護予防サービス等の新規申 請が必要な人を選ぶための目 安」と変更する。	・「入退院調整基準」については 「介護保険や介護予防サービス 等の新規申請が必要な人を選ぶ ための目安」と変更したまま決定 となる。 ・施行後、メンテナンス時に急性 期病院の退院調整基準につい て状況を把握し、明らかにする必 要がある。 ・決定事項を関係機関、団体に 通知する。
感想	・1 月から試行を計画していた が、延期とし、再度代表者協議 にてルール案の修正を行うことと した。 ・試行中止とし、再度代表者協議 を実施するが調整が難しい。	・代表者協議での意見を集約し、 修正ルール案を策定し代表者に 提示し、調整会議提出準備を行 った。	・ルールが決定となり 3 月から施 行開始する。 ひとまずスタートできるが、急性 期病院の「入退院調整基準」に ついて核心部分を明確にできな いまま先送りすることとなってしま った。

	医療機関の意見（ 9. 1 1 ）		ケアマネジャーの意見（ 9. 1 7 ）		検討ポイント	ルール案
	院内でできること・したいこと	ケアマネ等への要望	取り組んでいること、 取り組みたいこと	医療機関等への要望		
1 入 院 時 介 護 保 険 申 請 有	① ケアマネがわかる場合の連絡 ・病院から報告（3日・1週間以内） ・お互いに連絡し合う。 ② ケアマネがわからない場合の 連絡 ・行政に問い合わせる。 ・介護保険担当課、居宅支援事業所 一覧を各病棟に置いておく。 ・緊急連絡キットの活用 ③ ケアマネを把握したらカルテ に記載しておく。 ④ 病院はケアマネの情報をちゃ んと聞く。 ・入院前の生活状況を把握できれ ば、入院中の医療・ケア・リハビ リに生かすことができる。	① 入院把握のための方法 ・介護保険証・医療保険証にケアマ ネ名・事業所名記載） ② ケアマネが入院を把握したら 病院へ連絡してほしい。 ・できるだけ早く・3日以内・一週 間以内 ・サービス提供者が入院を把握した らケアマネに連絡する。 ③ 入院把握したら必ずケア連絡 票を出してほしい。 ④ 【行政】に対して、病院からケ アマネ問い合わせた時に連絡 先を教えてほしい。	① ケアマネが患者の入院を早く 把握できるようにする。 ・患者・家族との関係づくりや、介 護サービス事業所との連携を密 にする。 ・患者や家族がケアマネや居宅事業 所を医療機関に伝えるように説 明する。 ・家族は患者が入院したことをケア マネに伝えるよう説明しておく。 ②速やかな入院時の連絡、在宅ケア 票の提出 ・入院連絡は、ケアマネ、病院が双 方で連絡し合う。 ・ケアマネは在宅ケア票を提出 困りごと ・相談窓口がなく病棟看護師との連 絡とる際に夜勤等で不在の時に 連絡ができない。	① 【行政】に対して、病院からの 問い合わせに、居宅事業所（ケ アマネ）について対応して欲し い ② 【かかりつけ医】に対して、入 院先に担当ケアマネの情報も 提供してもらえるとよい ③ 連絡窓口について ・病院の窓口が分からない ・病院毎に連携室か病棟なのか窓口 が不明確 ・病院側の窓口を一つにして欲し い。圏域の病院窓口一覧が欲し い。 ④ 医療機関が介護保険、担当ケア マネを確認しやすくする。 ・介護保険証で居宅事業所を確認。 ・保険証に居宅介護支援事業所とケ アマネの氏名を記載する。 ・ケアマネの名刺を保険証に一緒に 保管する。	1 入院時の連絡について 例) ・病院側・ケアマネ側で早く把 握した方が連絡する。(でき るだけ早く) ・把握したケアマネは医療機関 に在宅ケア連絡票を送る。 ・ケア連絡票の様式・項目 ・入院を把握するための工夫は 各機関で可能な取り組みを努 力する。 ・連絡窓口の一覧作成 →局で一覧表を作成 (必要な項目は?) 例) ・行政は医療機関から担当ケア マネの問い合わせがあれば回 答 →可能か	◎お互いに連絡を取り合う 担当者の確認 ・介護保険証を確認する ・情報の問い合わせ 折り返しの連絡を行う等 連絡先一覧の作成 連絡窓口 市町村毎の連絡の取り方
2 介 護 保 険 未 申 請 の 場 合	① 介護保険申請が必要か判断 ・担当ナースが判断できること。 ・入院時カンファレンスで判断でき ること。 (院内の連携体制・MSW の介入) ・院内で介護保険制度の勉強会を実 施する。 ・チェックリストがあるとよい。 ・本人・家族の希望を良く聞く。 ② 関係機関との顔の見える関係 づくり ・関係機関の連携構築 ・定期的、事あるごとにケアマネに 連絡	① 【行政】介護保険の申請の必要 な人への迅速な対応 ・申請の際は、すぐに調査に入って ほしい。 ・包括支援センターに申請時からか かわってほしい。 ・超特急判定：早く認定の決定をし てほしい。 特例判定をつくる。2週間以内に してほしい。 ② 新規の患者のケアマネは患者 の情報把握をきちんとする。 ③ ケアマネにも医療的な知識を 持ってほしい。	① 介護保険必要者が認定・サービ ス利用がスムーズにできるシ ステムをつくる ② 介護保険新規申請時は包括支 援センターに相談する。 ・ゴールを見極め、申請時期等も含 めて相談 ③ リハ病院への転院が決定して いる場合は申請する。 困り事 ・がん末期のケースでそのまま退院 され、外来通院時に外来看護師よ り地域包括支援センターに相談 され申請手続き行ったが全て遅 くなったことがあった。	①【行政】介護保険新規申請の際は、 すぐに調査に入りサービスが早 期に開始できるよう対応して欲 しい。 ②医療スタッフに在宅療養を理解 してもらいたい。 ③ 介護保険申請の要・否の判断基 準を明確にする	2 必要な人が早く介護保険申請 を受けられる体制づくり 例) ・担当ナース（医療機関）が介 護保険制度をよく知り、必要な 人の判断ができる。 ・医療機関は、必要な患者・家 族に制度を説明し申請を勧め ると同時に地域包括支援セン ターに連絡する。 ・地域包括支援センターは相談 にのる。 例) 行政は、申請があればすぐに 調査に入り、認定を早期に出 す。 →可能か	◎地域包括支援センターに繋ぐ ・申請について判断に困る場合に は地域包括支援センターに繋ぐ ・行政も必要時には緊急対応可能 ・制度理解が必要 医療関係者は介護保険制度 ケアマネは医療制度

3 入院中・退院連絡	① 退院目通しの把握をできるだけ早期に行える院内のルールづくり ・ケアマネに早期に伝える。 ・担当ナースは入院時から退院を見据えた関わりを意識する。 ・入院期間の見通しを把握する。 ② 退院の目途が具体的にたてばケアマネに連絡する。 ③ 介護保険申請が必要な場合、家族へ申請について説明 困りごと ・相談しても、在宅は無理、施設入所なら対応しかねると言われる。 ・本人・家族のサービス拒否 ・本人・家族の情報提供拒否	① ケアマネに病院にどんどん来てほしい。 ・本人家族への病状説明時 ・入院時カンファレンスへの参加 ・退院の目途が立ったころ ・退院時カンファレンス ・退院時環境整備のための家屋訪問 ・患者・家族の顔を見にきてほしい ・退院目途の問い合わせをケアマネからも積極的にしてほしい。 ② ケアマネは入院期間を把握する	① 積極的に連絡をとり連携を図り、患者の情報を共有する。 ・入院時説明、治療方針 ・入院方針に沿って本人・家族の意向を明確に調整する ・ケースカンファレンス ・家屋調査の同行 ・退院時カンファレンス等への参加 ②ケアマネが主治医と情報交換する機会をつくりたい	① 院内で退院調整が必要なケースの流れを作って欲しい。 ②退院時カンファレンスより前に調整を図りたい ③ 退院の日時はサービス調整がきちんと整ったうえで決めてもらえれば助かる ④ 最低何日か前に退院日を教えて欲しい	3 退院調整が必要な患者を早期に判断、できるだけ早期に連絡（②の課題とも重なる） 例）・担当ナースは、入院時から退院を意識し、できるだけ早期に、退院調整の必要性を判断、入院期間の見通しを把握し、ケアマネに伝える。 ・退院調整必要な患者の基準作成の必要性。 4 入院中の医療・ケアマネ連携 例）・ケアマネはどこまで病院訪問・連絡が可能か。（優先度、頻度など最低限ルール）	◎必要に応じて連絡をとりあう 方法は訪問、電話等いろいろ 優先度・頻度は一律にできない 連絡・カンファレンスへの参加 ・退院・入院早期のカンファレンスは都合がつけば参加 ・治療計画が家族に示された時には、ケアマネが家族から聞く 退院調整が必要な患者の基準 ・病院側はきちんとしたものはないが基準はあるとのこと
	4 退院時情報提供	① ケアマネは情報提供書にどんな情報が欲しいのか知りたい。（必要な情報のリスト作り） ・看護サマリーの必要性を確認したい。 ②転院時は、ケアマネが転院先に在宅ケア票を持って行ってほしい。	① 医療機関からの注意点の確認を具体的にする。 ② 知りたい情報、退院時に欲しい情報を事前に示しておく。 ③ 病院と退院後のかかりつけ医との連携 ④ 情報のフィードバックについて ・退院後の様子は報告した方がよい ・サマリーにチェックがあると情報を返すことを統一することもできる。	①看護サマリーの統一 ・在宅生活の注意事項を必ず入れる ・退院サマリーの中に生活の中の医療の視点が欲しい（生活をイメージしての指導） ② 退院時カンファレンスについて ・必ずレジュメを準備し情報の共有を確認できるようにして欲しい。 ・在宅での生活を想像して、生活動作、介護状況、リハビリ目標、排泄介助、おむつ交換の方法等の確認を具体的にしたい。 ・若い医師や看護師が在宅生活をイメージできるよう医療スタッフのフォローが必要 ・病院挙げての総合教育が必要 ③ 連携室の相談員数が少ないことも問題 ④転院した場合、在宅ケア票が転院先に送付されるよう統一して欲しい	5 ケアマネへの退院時情報提供 例）・医療機関は、退院時情報提供書、看護サマリーをケアマネに送付。 ・様式の統一、項目の検証 ・ケアマネが欲しい情報は何かリストアップ ・ケアマネからのフィードバックは必要か。 6 転院時等の情報提供 例）・医療機関はケアマネからのケア連絡票の写しをサマリーに添付して送付する。	◎退院時看護サマリーの送付 看護サマリーについて ・サマリーの様式の統一は不要 ・在宅生活を見越した生活上の留意点を盛り込んで欲しい 転院時の情報提供 ・急性期病院から回復期病院への入院時の在宅ケア票の送付については、病院側がケアマネの作成した在宅ケア票を送ることに問題がある。 ・回復期病院が直接担当ケアマネに在宅ケア票をもらう事は可能

4. 退院調整が必要な患者の基準

【ポイント】

◎ケアマネジャーから退院調整の基準についての要望が出ていたが、医療関係者との調整がつかないまま介護保険未申請の方を選定する基準に変更してまとめた。

【経過】

H27/9/18 ケアマネジャー協議（グループワーク意見）：ケアマネジャーからの現状・課題、退院調整がない場合、サービス調整に困る。

10/8 代表者協議：退院調整が必要な基準、連携室に繋がらず直接病棟から退院するケースの退院調整や方法の検討が必要と意見あり。

10/22 調整会議：グループワークの議題にしたが意見出ず。

11/27 代表者協議：退院時調整基準を具体的に決めようと協議したが、「入院時アセスメント」が「退院調整基準」で、退院調整実施していると反応。

事務局でマニュアルをもとに退院調整基準を設定

12/16 病院協議：退院調整基準ではなく、退院調整が必要な要因である。この基準は介護認定者全例に退院調整をすることを徹底。

H28/1/20 代表者協議：退院調整ルール活用の対象者、事業の目的を再確認した。

【決定した基準】

H28/1/20 代表者協議

ルールの修正、退院調整基準を設定するため急性期病院の看護部長を代表者メンバーに加えて協議を実施。

退院調整基準を設定するために、連携不良事例を提示した協議を計画したが、ケアマネジャーから医療機関との良好な関係を維持したいため、事例の提出について拒否あり。

協議では調整基準はもれを防ぐためなら、病棟看護師への情報提供のあり方の工夫が必要と入院時情報提供書記載内容の追加をした。

※介護保険・介護予防サービス利用者及び今後利用が必要となる者

- ①ADL の状況から生活支援が必要な方
- ②入浴・排泄において支援が必要な方
- ③独居または昼間独居になる方
- ④調理等の家事が困難な方
- ⑤がんや特定疾病のある方
- ⑥医療ケアが必要な方
- ⑦内服の自己管理に支援が必要な方
- ⑧ターミナルの方
- ⑨家族が遠方である等家族の介護力確保が難しい方
- ⑩その他特に支援が必要な方

5. 策定した退院調整ルール

(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合

【ポイント】

①入院時

*入院時の連絡方法を明確にして相互に連絡を取り合う

担当ケアマネジャーの把握の方法

・介護保険証での確認・市町村担当課へ問い合わせ

各種連携一覧の作成

*顔の見える連携に配慮する

郵送・FAX だけでなく、電話や直接病院訪問する

*入院時情報提供書に欲しい情報について、入院から退院後までの支援に関連するため入院情報提供書に盛り込む内容について要望があり、ルールに別添として加える

*入院時診療計画書から入院予定期間を把握する

②入院中

*ケアマネジャー、医療機関、必要性を感じた方から連絡し、できるだけ早期にカンファレンス等の情報が得られるよう連絡を取り合う

*入院時カンファレンス、家屋訪問、退院前カンファレンス等へ参加する

③退院時

*退院情報提供書について、盛り込む内容についてケアマネジャーから要望があり、ルールに別添として加える

*転院時に、ケアマネジャーに連絡があるとよいが、急性期病院ではケアマネジャーへの連絡はできない。転院先医療機関がケアマネジャーに連絡を取る

【決定したルール①】

①入院時

- 医療機関・ケアマネジャーは早期に連絡を取り合う
- ケアマネジャーは、担当ケースの入院情報提供書を連携室等へ情報提供する

②入院中

- 医療機関とケアマネジャーは、相互に連絡を取り合う
- ケアマネジャーは、連絡を取り合う中で、患者状況や退院目安の把握に努める
- 医療機関は、ケアマネジャーに退院予定を早期に連絡する

③退院時

- 医療機関は、ケアマネジャーに退院時情報提供書で情報提供する
- 転院時は、医療機関から転院先へ、ケアマネジャー情報を連絡する
- 転院時、入院プロセスの最初に戻り、転院先医療機関とケアマネジャーが相互に連絡を取り合う

【西部圏域 入退院調整ルール】

鳥取県西部圏域における入退院調整ルール(※)

〈入院前にケアマネが決まっている場合〉

対象者：介護保険・介護予防サービス
利用者及び利用が必須な者

①入院時

- 医療機関・ケアマネは、早期に連絡を取り合う
- ケアマネは、担当ケースの入院時情報提供書を連携室等へ情報提供する

②入院中

- 医療機関とケアマネは、相互に連絡を取り合う
- ケアマネは、連絡を取り合う中で、患者状況や退院目安の把握に努める
- 医療機関は、ケアマネに退院予定を早期に連絡する

③退院時

- 医療機関は、ケアマネに退院時情報提供書で情報提供する
- 転院時は、医療機関から転院先へ、ケアマネ情報を連絡する
- 転院時、入院プロセスの最初に戻り、転院先医療機関とケアマネが相互に連絡を取り合う

〈入院前にケアマネが決まっていない場合〉

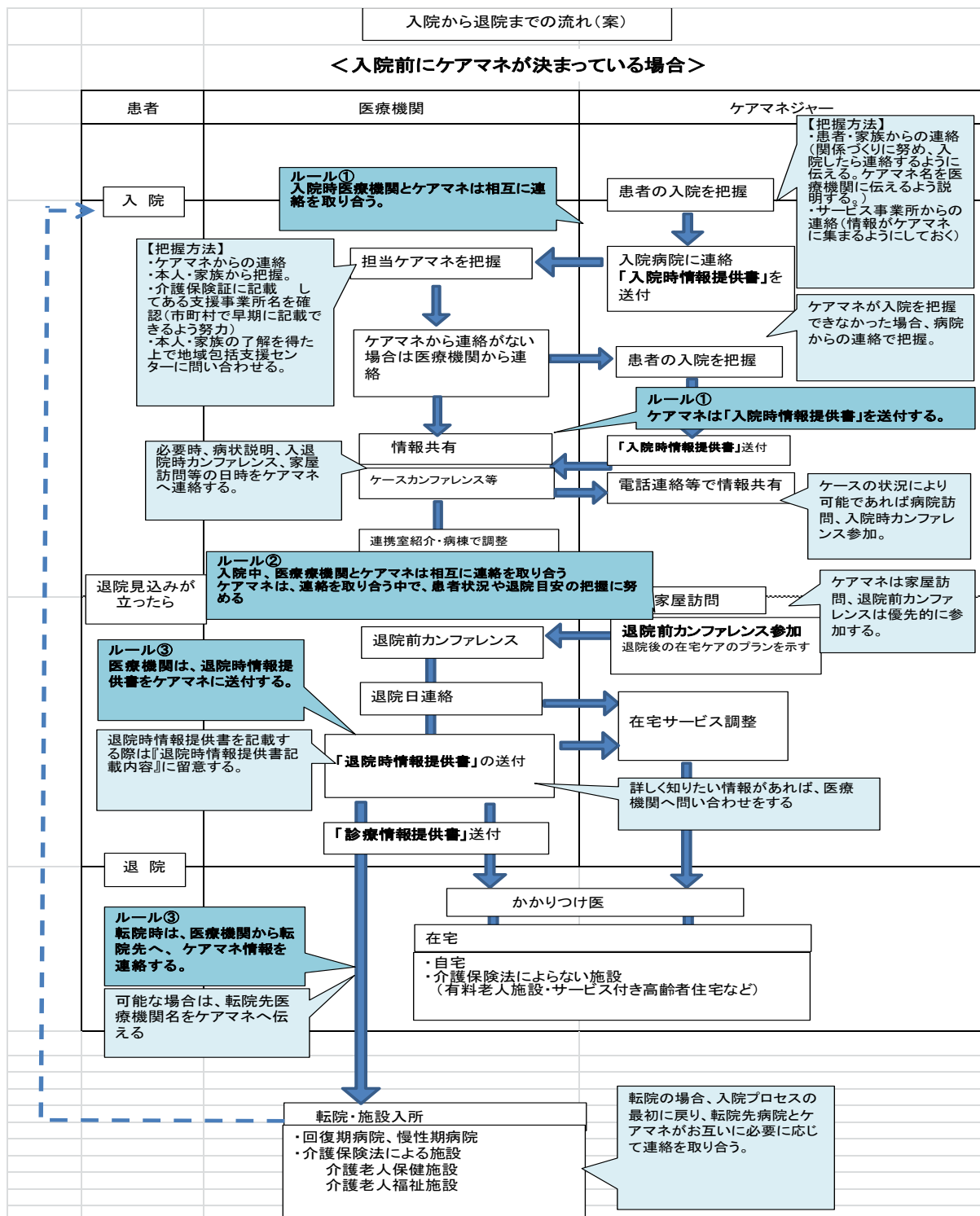
④入院中

- 介護保険や介護予防サービスの新規申請が必要な場合は、医療機関から患者・家族に申請を勧める(別添3)

目的：事業対象者が、入院時から退院後まで切れ目ない支援を受けられる

目標：関係者は、事業対象者が在宅生活で困らないよう、入院時から退院時までに必要な情報を相互に取り合うことができる

鳥取県西部圏域医療・介護情報の連携体制構築事業



(2) 入院前にケアマネジャーが決まっていない場合

【ポイント】

- *介護保険や介護予防サービスの新規申請が必要な人を選ぶための目安をルールに別添として加える
- *申請に迷う場合には地域包括支援センターに相談する

【決定したルール②】

④入院中

- 介護保険や介護予防サービスの新規申請が必要な場合は、医療機関から患者・家族に申請を勧める

ルールが定着するよう 4 点を作成し各機関の統一を図る

- 1 留意事項 ルールに沿って、医療機関、ケアマネジャー、市町村、地域包括支援センターが動けるように手順や配慮点をまとめた
- 2 対応方針 グループワークの中で何度も意見として出たが、今回ルールや留意事項に入らないものを Q&A 方式にまとめた
- 3 フロー図 ケアマネジャーがいる場合といない場合の入院から在宅に向けての患者（ケース）の動きを中心に、ルール及び留意事項を図式化した
- 4 各機関の連絡先一覧
 - ①医療機関連携窓口一覧
 - ②市町村・地域包括支援センター一覧
 - ③居宅介護支援事業所一覧各機関が連絡をとりやすいよう一覧とした

6. モデル事業県のレビュー

(1)総括

- 計画修正しながら柔軟に取り組んだ

年度当初の計画では「ケアマネジャーによる協議」「医療・介護合同会議」を実施し、ルールを策定していく計画であったが、病院側からの要望により「医療関係者による協議」を追加した。また、「ケアマネジャーによる協議」、「医療関係者による協議」に「代表者による協議」を追加しながら柔軟に取り組んだ。

- 意見集約の難しさ、対応方針の作成

- ・協議・会議は、グループワーク形式で実施し、多くの意見が出された。出された意見を吸い上げ、まとめることが難しく、次の協議の準備に時間を要した。
- ・ケアマネジャー協議では参加者が固定されているわけではなく、毎回同じような意見が出がちであった。出た意見に対してその場では解決するが、再度同じような意見が出されるため、頻回に出てきた意見をまとめ、関係者が共通認識した事項としてまとめた。

- 病院機能の違いによる調整の難しさ

- ・ルールに対して回復期病院は今までどおりに実施し、何ら問題なくルールに対応できる。
- ・急性期病院では、全数が地域連携室をとすることは不可能であり、病棟看護師による退院支援が必要であり、看護師の退院調整の視点が鍵となるが、病院の取組に期待される。
- ・全病院で共通のルールを策定することで、ハードルを低くした形での対応となり、ルールと言うよりも対応方針的なものとなった。施行後アンケート調査の実施・意見聴取してメンテナンスする必要がある。

- 成果について

- ・ケアマネジャー、医療機関の相互の理解が図られた。協議・会議を進める中で調整が図れるようになった、連携が早くなったとの声が多く聞かれた。ルール策定により動きやすくなる。経験の浅いケアマネジャーについては退院調整の指針となる。

- 今後の取組として

- ・ケアマネジャー、看護師がそれぞれに研修を実施し、制度等の理解を図ったり、事例をとおして連携を検討することが必要である。

- 福祉保健局の機能として

- ・福祉保健局は保健・医療と福祉の機能を併せ有し、中間的立場で調整をすることが可能であった。
- ・地域医療構想の調整も同時期に実施し関係機関の協力が得られた。
- ・今後市町村との連携・協働により地域包括ケアシステムを構築する必要がある。

(2) プロセス別

プロセス	悩み・問題点・課題等	対処方法・調整方法等
地域診断	・入院完結率 96.6%、流出率 3.4%で、ほぼ圏域内で完結している。 ・圏域内でフォーマル、インフォーマルを含めて医療機関と在宅を繋ぐ様々な動きがあり、圏域内で共有されていない。 ・アンケート調査により、圏域退院調整率 76%であった。 ・病院毎の調整率 100%～20%代と差が生じた。	・圏域内でのシステムの運用状況や課題を把握しておく必要がある。 ・既存のシステムを活用しながら圏域内全体の底上げを図る入退院調整ルール策定を行う。
戦略策定	・圏域内全病院及び居宅介護支援事業所、地域包括支援センターの参加・協力体制のもとに事業展開が必要。 ・医療機関が入退院調整するために人的配置や体制を大きく変えなくてもできることを前向きに考えてもらえるような働きかけが必要。 ・当初はケアマネジャー協議から調整会議へと進める計画であった。医療・介護それぞれの意見をまとめる場が必要。	・全病院をまわり、院長、事務長、看護部長、連携室等への事業説明と参加・協力を依頼し、全病院から承諾を得た。 ・市町村には、年度はじめに事業説明を実施した。 ・居宅介護支援事業所には、集団指導の場にて本事業の説明を行い、ケアマネジャー協議の場で同意を得た。 ・退院調整率等をもって直接病院へ出向き説明した。(病院長、事務長、看護部長、連携室等) ・協議の場では低率の病院に意図的に対応する配慮を行った。理解して欲しい看護部に参加を求めたいが、多忙で出席いただけない状況が多かった。 ・今後も個別に対応していく方針である。 ・ケアマネジャー協議だけでなく医療機関協議の場を作った。お互いの意見をすりあわせる場として代表者協議を設定した。
病院の組織化	・発言力の強い病院の意見に影響されやすく全体としての意見となりにくい。	＊圏域内病院には、様々な機会を捉え事業及び事業経過の説明を実施した。 ・医療機関の各種会合等での調整 ・全病院まわり ・在宅医療連携拠点事業の取り組み時 ・医療社会事業協会研修時 ・全病院から事業参加協力の承諾を得た。 ・多様な病院の意見をとりまとめ、代表して発言してもらう組織化、意識付けが必要であった。
ケアマネジャーの組織化	・ケアマネジャー連絡協議会の組織率は低率。 ・ケアマネジャーの代表者は対応能力が高く、退院調整が不慣れなケアマネジャーの意見を吸い上げにくかった。	・ケアマネジャー連絡協議会の県会長、地区支部長と連携を図りながら対応した。 ・できるだけ多くのケアマネジャーに参加してもらうよう、様々な機会を捉え説明を実施した。 ・ケアマネジャー協議時のグループワークの中では多様な意見をひろいあげるよう努力した。

プロセス	悩み・問題点・課題等	対処方法・調整方法等
ケアマネジャー協議	・毎回出席者が異なるため、グループワークが積み上がらず、同じ内容の意見が繰り返しでることもあった。決まった対応方針をふまえての協議が必要。	・意見の中でルールにできないものは対応方針（Q&A）としてまとめた。 ・グループワークでは病院の立場も理解しながら意見を出していただけるよう働きかけた。 ・ケアマネジャーの対応能力の向上については、連絡協議会、県レベルでの両者の研修が必要。 ・この事業を通じて圏域全体の関係者意識が高まることによって個人の力量も向上することが期待できる。
病院・ケアマネジャー協議	・『退院調整』の定義について曖昧なまま進めていた。それぞれとり方が異なることが判明した。 ・ケアマネジャーは病院側の意見に押されがちであった。	・ルールには定義を明確に盛り込み、策定途上のルールを微調整した。 ・「ルール」だけで現せない状況については、「留意事項」、「対応指針」を作成し、具体的に動きやすい状況を作った。 ・お互いの立場を理解し、話し合いを行うように働きかけた。 ・ケアマネジャー、病院がお互いの代表者による協議を実施し、より実行可能なルールを策定するようにした。
自治体(保健所)が苦労した点	・事業計画ではケアマネジャー協議、病院協議、調整会議をそれぞれ2回計画していたが、ケアマネジャー、病院協議を実施後には代表者協議での調整の必要性が生じ、代表者協議を3回追加した。事業計画で決まっている日程に追加しての代表者協議であり、準備等日程的に大変ハードであった。 ・グループワークで出た意見の吸い上げや「見える化」に苦労した。 ・まとめを次の協議に提示し、次の展開に結びつける方法・資料づくりが難しかった。	・関係機関の協力を得て事業を進めている。 ・スタッフ間の協力体制のもと実施している。(スタッフはじめ全職員の協力体制のもと)

Ⅱ-7. 佐賀県北部保健医療圏

1. 地域診断

(1) 圏域の状況

①基本情報（特に記載のない情報は平成26年4月1日現在）

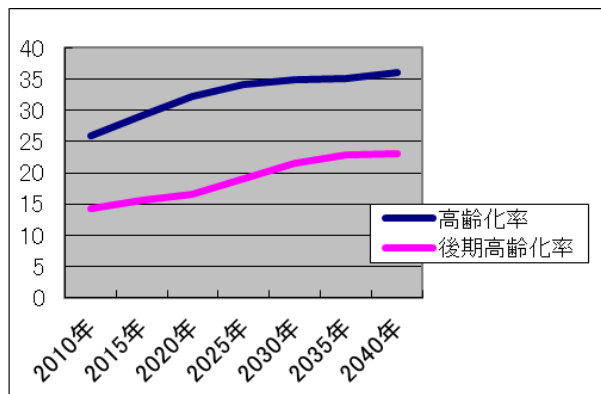
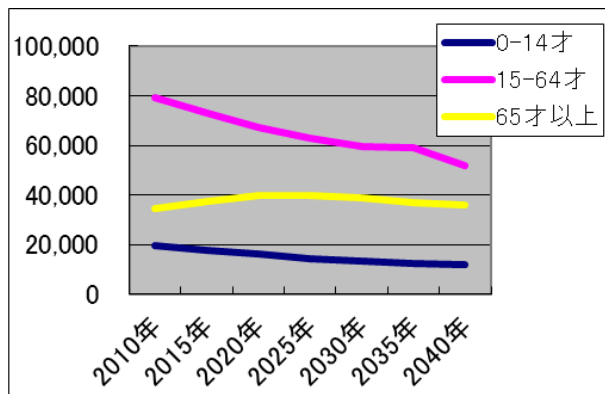
項目	数	単位
市町村数	2	カ所
総人口 ※	133,305	人
面積	約523.54	km ²
高齢化率	29.2	%
圏域内病院	(数) 18 (病床) 2,134	カ所 (床)
うち急性期病床を持つ病院	(数) 5 (病床) 874	カ所 (床)
入院完結率	85.0	%
入院患者流出率	14.4	%
郡市区医師会	1	カ所
看護協会地区部会	1	カ所
ケアマネ登録数	636 (内ケアマネ協会登録数231人)	人
ケアマネ協会	(数) 1 (事業所数41)	カ所
地域包括支援センター(圏域内のセンター数、市町村別、直営・委託等の状況)	圏域内センター数 5カ所 (唐津市:直営 1カ所 サブセンター 3カ所 (出張所 1カ所) (玄海町:直営 1カ所)	

※人口は平成25年3月31日



②圏域における人口動態推計

2010年対2025年の生産年齢人口減少率：21%、後期高齢者数の増加率：20%



(2) 退院調整の現状についての聞き取り内容

<ケアマネジャーの認識>

- 担当している方が入院されたら、病院に連絡し「要介護度・利用していた介護保険サービス・連絡先」を伝えている。
- 病院によっては、退院前のカンファレンスに参加している（カンファレンスの日程調整をケアマネジャーとされる病院もある）。

<地域包括支援センターの認識>

唐津市

- 退院調整をしている医療機関はあり、医療機関に連携室があるところは、連絡室が主になって入退院の調整をし、連携室がないところは、ソーシャルワーカーや病棟師長等が調整をしている。

玄海町

【介護予防支援提供時】

- ①入院時には、病院に連絡し「要介護度、利用していたサービス、地域包括支援センターの連絡先」を伝えている。
- ②病院から退院前のカンファレンスがあったときは出席している。
- ③主治医から介護保険サービスの利用について提案があったときは、ソーシャルワーカーと連携をとりながら、プラン変更を行った。

【二次予防事業対象者時】

- 入院時に病院に連絡し、「利用している二次予防事業・地域包括支援センターの連絡先」を伝えている。
- 退院前にソーシャルワーカーから現状のサービス利用内容について問い合わせがあることが多い。

(3) 退院調整アンケート結果

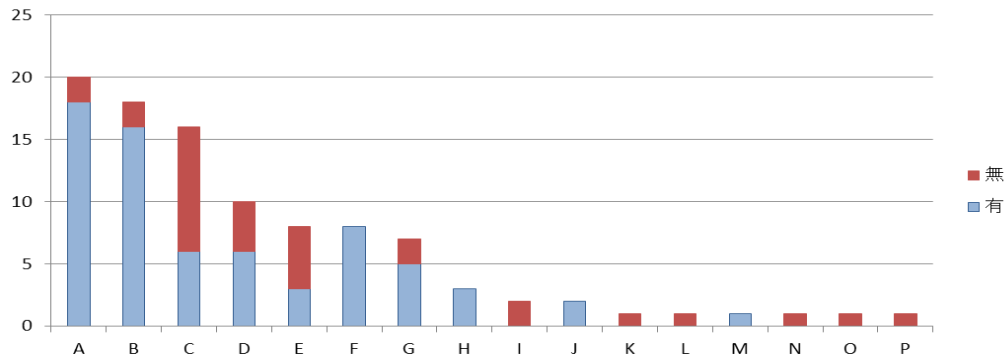
<退院調整率>

日付	要支援		要介護		合計	
	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし
平成 27 年 6 月	21/34 (61.8%)	13/34 (38.2%)	53/84 (63.1%)	31/84 (36.9%)	74/118 (62.7%)	44/118 (37.3%)

<入院時情報提供書提出率>

日付	要支援		要介護		合計	
	提出あり	提出なし	提出あり	提出なし	提出あり	提出なし
平成 27 年 6 月	2/51 (3.9%)	49/51 (96.1%)	56/101 (55.4%)	45/101 (44.6%)	58/152 (38.2%)	94/152 (61.8%)

病院別比較



2. 推進会議

(1) 医療と介護の連携推進(在宅医療・介護連携推進事業を含む)に向けた支援状況

在宅医療・介護連携推進の所管課	医務課（在宅医療・介護連携推進事業）、長寿社会課（連携推進事業への取組支援、平成 27 年度より）
在宅医療・介護連携の庁内の連携体制	医務課、長寿社会課合同での市町、保険者向け、説明会を開催
都道府県庁（または保健所）が実施している主な取組	●医務課（在宅医療連携推進事業） 在宅医療推進のため、県医師会・郡市医師会等と連携をし、多職種のための情報交換や協議の場の創設、県民の在宅医療への理解の促進を図っています。また、24 時間 365 日医療を提供できる体制の確保のために、医療機関間の連携も推進しています。 ●長寿社会課（在宅医療・介護連携推進事業、平成 27 年度より） 市町（保険者）が医療・介護連携のための事業を円滑に実施できるよう、今回のモデル事業を活用しながら、市町、介護保険者の取組を支援します。 ●保健福祉事務所（難病医療提供体制整備事業） 重症難病対策ネットワーク会議で、地域医療・在宅支援者が重症神経難病患者の在宅支援のあり方を検討したり、従事者研修会等を実施し、資質向上に努めています。
在宅医療・介護連携推進に向けた問題点・課題	●玄海町は小規模な自治体であり、急性期の治療が必要となった場合は、二次保健医療圏である唐津市の医療機関に入院されることが多い。通院に関しても、唐津市の医療機関を利用される方もいる。よって、唐津市の医療機関との連携も重要であるため、在宅医療・介護連携推進にあたっては、連携が必要である。 ●県、市町での関係課・所管課や役割を明確にしなければならない。 ●難病の患者に対する医療等に関する法律の制定により、難病患者数の増加が見込まれ、在宅支援従事者の資質向上をさらに進めていく必要性がある。

(2) 事業実施体制と退院調整ルール作成に向けた現状と課題

県庁の体制	佐賀県 長寿社会課、医務課
保健所の体制	唐津保健福祉事務所 (所長・保健監・課長・係長・保健師 (8月～嘱託看護師追加))
退院調整ルール作成に向けた現状と課題	唐津市 ●退院調整についての現状の詳細な把握はできてない。 ●大きい医療機関や精神科では、介護保険・訪問看護サービスが必要な患者、末期がん患者、病識が薄い患者、家庭看護や介護のキーパーソンがいない患者等で必要と思われる場合に実施されている。 ●医療機関によっては、退院調整（保険点数等の説明も含む）について、医療機関内のスタッフ（医師・看護師等）に説明し、入院時から退院調整をする意識付けを行い、退院調整を推進しようとしているところがある。 玄海町 ●退院調整ルールはなく、ケアマネジャーと病院とが連絡を取り合い、対応している。介護認定を受けていない方で、退院後の生活が気になるという患者の場合は、本人の了承をもとに、医療ソーシャルワーカーから地域包括支援センターへの情報提供がある。 ●軽微な状況で入院されたときは、情報提供がないこともある。

(3) 退院調整ルール作成に向けた事業計画

～平成 27 年 7 月	関係課との協議、関係機関・団体との調整
7 月～	病院や看護師、MSW への説明
7 月 17 日	ケアマネジャー説明会、アンケート調査
9 月 2 日	医療部会・代表者会議
10 月 7 日	ケアマネジャーグループワーク①（昼・夜）
10 月 19 日	ケアマネジャーグループワーク②
11 月 25 日	第 1 回 医療介護合同部会
12 月 9 日	病院部会
12 月 15 日	ケアマネジャーグループワーク②
平成 28 年 1 月 20 日	第 2 回医療介護合同部会
2 月	第 3 回医療介護合同部会（説明会）

3. 組織化と協議の状況

現地支援(1回目)

	ケアマネジャー説明会	医療部会	代表者会議	ケアマネジャーグループワーク①
実施日	H27.7.17	H27.9.2	H27.9.2	H27.10.7 昼夜各1回
参加者 (職種・人数)	・居宅介護支援事業所： 管理者・ケアマネジャー ・市町包括：ケアマネジャー 計 90 名	・アドバイザー・管内病院 (看護部長、MSW 等)16 カ所 30 名・市町包括 2 市 町 11 名・地区医師会(医 師 3)・看護協会(P 平成 N1)・ケアマネジャー協議 会代表(ケアマネジャー 6)・県長寿社会・医務課・ 県内保健福祉事務所 11 名 計 68 名	・アドバイザー・管内病院 4 カ所 8 名・地区医師会 (医師 3)・看護協会(P 平 成 N1)・ケアマネジャー 協議会代表(ケアマネジ ャー6)・県長寿社会・医 務課・県内保健福祉事務 所 計 46 名	・ケアマネジャー①79 名 ②26 名・ファシリテータ ー(ケアマネジャー代表) 15 名・県長寿社会課、 市町包括支援センター、 保健福祉事務所 10 名 計 130 名
協議内容	1. モデル事業の概要説 明 2. アンケート調査の協力 依頼とアンケートの配布	1. 事業概要の説明 「佐賀県北部保健医療圏 域における退院調整ル ール策定を目指して」 鹿児島県伊集院保健所 長 2. 全体スケジュール・ア ンケート結果説明 3. 意見交換	1. 主旨説明 2. アンケート結果報告 3. 今後の進め方、概要 説明 4. 意見交換	1. 事業概要説明 保健監 2. アンケート結果報告 3. 医療部会報告 4. 退院調整状況につい て報告 済生会唐津病 院 MSW 5. グループワーク ・不具合事例や退院支援 時必要な情報等検討
協議結果 (合意でき たこと等)	-	・本事業を進めていくこ とに対する理解が得られ た。 ・アンケート結果、管内入 院の完結率が高くルール 作りは有意義である。 ・退院支援の現状や困っ ている事など共有し退院 支援の重要性の理解が 深まった。 ・病院の規模や機能の違 いから支援状況の差があ る事やケアマネジャーが 周知されていない状況の 共有ができた。	・担当ケアマネジャーに ついての周知の必要性 がある。 ・内々で話していたことを 全体で皆で持ち寄って話 す場でとても意義があ る。 ・ルール作りは努力をし た以上の事が返ってきて 医療側にもプラスになる ことである。	・不具合事例の共有がで きた。 ・入院の入口出口の連携 が大事であり、お互いの 窓口共有や事前の連絡 がまず必要である。 ・入退院時連絡のために 家族や事業所等へケア マネジャーの周知や工夫 が必要である。 ・協議結果を基にケアマ ネジャー代表でルール案 のたたき台を作成し次回 再度検討する。
課題	-	・ケアマネジャーから退院 時の連絡・情報がほしい という意見が出ている一 方、入院時情報提供書 のもらいも高かった。 ・病院からケアマネジャー がわからず探すのに苦労 している、と意見が多くあ がった。	・ケアマネジャーは情報 をもらうだけでなく入院時 の情報もきちんと渡さなけ ればいけない。 ・MSW 不在の病院もあり 退院支援にはマンパワー の問題も考慮したシステ ムをつくらないといけな い。	・病院職員や家族へ介護 保険やケアマネジャーの 仕事や役割について伝 える必要がある。 ・医療と介護それぞれの 立場、制度の相互理解と 足りない部分を補完する 事が必要である。
感想	・モデル事業の概要とア ンケートの目的を共有で きた。	・管内病院の約9割(産科 小児科を除く)の参加が 得られ、関心の高さがう かがえた。 ・圏域の将来像や退院時 連携の現状を伝えるよい 機会になった。	・医療部会から引き続き の会議で、それぞれの立 場から前向きな意見を聞 くことができた。	・参加しやすいよう昼・夜 の部と同じ内容で2回の グループワークを行っ た。42 事業所中 41 カ所 から 120 名のケアマネ ジャーの参加があった。 ・初回でもあり困っている 現状の意見が多く、医療 側の役割の理解には至 っていない状況であっ た。

現地支援(1回目)

	ケアマネジャー グループワーク②	医療介護合同会議①	病院部会①	ケアマネジャー グループワーク③
実施日	H27.10.19	H27.11.25	H27.12.8	H27.12.15
参加者 (職種・人数)	・ケアマネジャー38名、ファシリテーター(ケアマネジャー代表)14名、県長寿社会課、市町包括支援センター、保健福祉事務所8名 計60名	厚労省1名、先生1名、管内病院14カ所25名、医師会3名、看護協会1名、介護支援専門員協議会8名、市町・包括:11名、県本庁4名、当所6名、他保健福祉事務所5名、学生3名、ケアマネジャー1名 計69名	管内病院14カ所24名、市町包括4名、県担当課2名、保健福祉事務所5名 計40名	ケアマネジャー40名、ファシリテーター6名、市町包括8名、県担当課1名、保健福祉事務所3名 計58名
協議内容	1.前回までの振り返り 2.ルール案たたき台の紹介 3.グループワーク発表 4.今後の予定について	1.経過報告 2.情報提供(①介護保険法と介護支援専門員の役割 ②個人情報の保護と活用について) 3.退院支援ルール案について(説明と検討) 4.院内における退院支援ルール(案)について	1.各病院から院内退院支援ルールの流れを報告 2.グループワーク (1)退院支援ルール案について (2)参考資料について	1.退院支援ルールについて 2.対象患者について 3.入院時情報提供書について 4.参考資料の位置づけについて
協議結果 (合意できたこと等)	・支援の流れをチェックシートで確認していく。 ・ケアマネジャーの明確化のために本人や家族への周知と名刺を挟む等の工夫が必要である。 ・病院窓口担当の一覧がほしい。 ・不具合事例を病院へ伝える。 ・上記を検討し、最終はケアマネジャー代表に一任された。	・各病院はルール案や協議結果を院内に持ち帰り、次回の病院部会で意見をだしてもらう。また、院内での支援の流れを検討してきてもらう。 ・ケアマネジャー側は、病院からの質問を持ち帰りグループワークで議論してもらう。	・入院時情報提供書は遅くとも2～3日以内にほしい。 ・入院時情報提供書の様式は統一してもらいたい。 ・担当ケアマネジャー名を患者・家族に確実に伝えてほしい。 ・疾患の特性上、長期化する場合も多く入院の見込が立てにくい精神科の特性を理解してほしい。 ・退院前カンファレンスは患者の状況に合わせ病院が必要と判断した場合に行いたい。	・入院時情報提供書は、1週間以内に提供する。 ・入院時情報提供書の様式は統一せず、今後協議する。 ・対象患者は、在宅退院で病院が必要と判断した者。(在宅とは、自宅・宅老所・養護老人ホーム・住宅型有料老人ホーム等)
課題	・今回出た意見を元にケアマネ代表でルール案を細かくつめる必要あり。	・個人情報の取扱いについて、病院、市町等確認が必要である。	・個人情報保護は病院ごとに再確認が必要である。	・様式の統一は、意見がわかれたが、最終的に今後協議するに至った。
感想	・グループワークは活発に意見交換ができていた。	・対座しての会議の形式上、活発な意見交換が難しかったとの意見も多かった。 ・資料の事前配布の必要性があった。 ・病院側は、院内周知についても考えることができていた。	・各病院使用しているスクリーニングシートや看護サマリー等の様式を持ち寄ってもらい、活発な意見交換ができていた。	・参加者アンケートからも方向性を理解し、積極的に病院へ出向くようにしたい等前向きな意見も出るよう変化した。

	医療介護合同会議②	医療介護合同会議③	病院部会②
実施日	H28.1.20	H28.2.17	H28.2.17
参加者 (職種・人数)	管内病院 14カ所 25名、市町・ 包括:10名、県本庁 3名、当所 4名 傍聴者:保健福祉事務所 6 名 計 48名	管内病院 15カ所 26名、医師会 4名、看護協会 1名、介護支援 専門員協議会 9名、市町・包 括:10名、居宅介護支援事業 所:59名、県本庁 4名、当所 6 名 計 144名	管内病院 14カ所 25名、玄海町 包括:1名、県本庁 2名、当所 6 名 計 36名
協議内容	1. 経過報告:病院部会・ケアマ ネジャーグループワーク報告 2. 退院支援ルール案の検討 (1)確認事項:①院内の退院支 援ルール②個人情報 (2)手順様式の最終確認、合議 (3)運用に向けて	1. 事業概要 2. 経過報告 3.「退院支援ルールの手引き」 説明 4. 「院内における退院支援ル ール」について 5. 退院支援ルールの運用開 始時期 6. 個人情報 7. 来年度以降の体制について	・グループワーク テーマ:「退院支援ルールの運 用に向けて(周知や体制等の課 題について)」
協議結果 (合意でき たこと等)	・病院側から、原則書面での情 報提供を望まれたが、介護側 は「可能な限り」と回答される。 ・病院側から退院支援ルール 策定後の周知を行政へ希望さ れる。 ・入院時にケアマネジャーが不 明の場合の連絡先について、 個人情報保護条例に基づき対 応するので代表電話にかけて ほしいと回答される。 ・運用時期は、説明会後の試 行期間後に次年度から正式開 始で医療介護とも合意された。	・退院支援ルールの内容につ いて承認された。 ・退院支援ルールの運用時期: 本会議後～3/31 試行期間、 4/1～正式運用に承認された。 ・来年度以降も地域支援事業と して市町を中心に継続していく ことの確認ができた。 ・個人情報の取扱いについて は今後の課題となっている。	・初診時、介護保険の有無を医 事課で把握し、入院情報に活 かしていく。 ・院内での研修会等で、ルール や介護保険制度の周知を行っ ていく。
課題	・文言の一部修正は、介護側で 修正後、文書で病院側に再度 確認を取る作業が必要。 ・個人情報については、持ち帰 り回答してもらう事になった。	ルールの周知として、行政の広 報や関係機関への通知等、県 や市町と調整が必要である。	住民をはじめ医療職への介護 保険そのものの周知が必要で ある。
感想	・病院側は、周知運用の意見 交換を希望され、次回の合同 会議後に病院部会を開催する 事になった。 ・介護側は今後の研修会等で 周知していく予定である。	・地区医師会も実施に向け協 力的である。	・年度内に研修会を予定したり 体制の変更等を予定している 病院の情報共有化できた。

4. 退院調整が必要な患者の基準

【ポイント】

1. 退院支援ルールの対象患者

- 初回の医療介護合同会議で、手引きに明記がなかったため、病院部会で対象がわかりづらいと意見があった。
- ケアマネジャーグループワークにおいて検討した病院と介護で認識の違いが生まれない表現を手引きの最初に示し2回目の合同会議で合意された。

2. 退院支援に用いる基準

- ケアマネジャーグループワークで出た意見を代表者会議で検討し、作成した叩き台(案)を初回の医療介護合同会議で示した。
- 院内で検討してもらい、すでに各病院のスクリーニングシートがある病院では重複する部分が多かったり、基準が不明確な病院はこの基準を参考にする等したため2回目の合同会議で合意に至った。

【決定した基準】

1. 退院支援ルールの対象患者

- ・入院前に居宅ケアマネジャーが担当していた方。
 - ・在宅に退院する患者で、病院が必要と判断した方。
- ※在宅とは、自宅・宅老所・養護老人ホーム・住宅型有料老人ホーム等を想定する。

2. 退院支援に用いる基準

(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）

- ・病状がある程度安定した状態である
- ・在宅での介護が可能そうである

(2) 入院前にケアマネジャーがいない場合

(介護保険の認定を受けていない、またはケアマネジャーが決まっていない患者)

- ・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
- ・日常生活に支障をきたすような症状がある認知症がある
- ・在宅では独居に近い状況で、調理やそうじなど身の回りのことに介助が必要
- ・ADLは自立でもがん末期である
- ・新たに医療処置が追加された（膀胱バルーンカテーテル留置、経管栄養、吸引など）

5. 策定した退院調整ルール

(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合

【ポイント】

- 入院時情報の提供の時期を病院部会では2, 3 日以内を希望されたが、ケアマネジャーグループワークで1 週間以内になった。また情報提供は書面でと希望されるも可能な限りという表現に留まったが、全体説明会で書面希望の病院は口頭で依頼を行った。
- 院内ルールにて病院毎に情報提供の方法について依頼を行った。
- 入院時情報提供書を統一してほしいと病院部会で希望があったが、ケアマネジャーグループワークで意見が分かれ、結局今の時点では統一しないという結論に至った。

【決定したルール①】

①入院時の情報提供、ケアマネジャーの確認・連絡

【ケアマネジャーがすること】

- 健康保険証、お薬ノート等にケアマネジャーの名刺を添付する。
- 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依頼しておく。
- 要支援、要介護にかかわらず、全ての利用者について、入院を知れば速やかに病院へ1 週間以内を目処に可能な限り書面で情報提供する。（情報提供は電話、FAX も可）
- 検査入院の患者については、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、情報提供について決める。

【病院担当者がすること】

- 入院時の聞き取りでケアマネジャーを確認する。
- 健康保険証、お薬ノート等に添付されているケアマネジャーの名刺を確認する。
- 介護保険証に記載している事業所を確認する。
- 本人や家族から介護サービスの利用について確認する。
- 患者が契約しているケアマネジャーの事業所に、可能な限り入院を連絡する。

②入院期間の見込み

【ケアマネジャーがすること】

- 入院期間の見込みを確認したい場合は、病院に問い合わせる。（本人、家族に問合せてわからない場合）

【病院担当者がすること】

- 概ねの入院期間の見込みをケアマネジャーに伝える。

③退院支援開始の連絡

【病院担当者がすること】

- 退院支援基準に基づき、退院準備の日数をできる限り多く残すことを考慮した上で、担当ケアマネジャーに退院支援の開始を連絡する。
（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。）

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）

【ケアマネジャーがすること】

- 看護サマリーは病院担当者へ事前に相談し受け取りに行く。病院へ受け取りに行けない場合は、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。
- 必要な情報は、カンファレンス時に収集する。カンファレンスがない場合必要に応じて病院へ連絡・出向いて情報収集する。

【病院担当者がすること】

- カンファレンスについて、ケアマネジャーへ日程等の連絡を行う。

(2)入院前にケアマネジャーが決まっていない場合

【ポイント】

個人情報の取扱いで、入院時ケアマネジャーが全くわからない場合の相談窓口について、当初から要望があがっていた。また、合同会議では病院から市町へ事例もあげ要望されたが、市の個人情報保護条例に基づき回答する旨の説明がなされたにもかかわらず担当課の連絡先の掲載に留まった。

【決定したルール②】

①退院支援の必要性の検討

【病院担当者がすること】

- 退院支援基準に基づき、退院支援の必要性を検討する。
- 患者、家族に介護保険の概略を説明し、居宅介護支援事業所の選択について、助言する。
- 患者、家族が居宅介護支援事業所の選択に戸惑いがある場合には、唐津市、玄海町の介護保険の相談窓口を紹介する。
- 患者、家族が居宅介護支援事業所を選択した場合は、居宅介護支援事業所へ連絡する。

②退院前調整

【ケアマネジャーがすること】

- 病院担当者から支援依頼があれば、病院で、患者、家族と面談し、介護保険の詳細の説明や手続きの代行を行う。
- 患者、家族に今後の意向を聞き取りした上で、退院支援を開始する。

6. モデル事業県のレビュー

(1) 総括

- 医療・介護の組織体制（病院・居宅介護支援事業所・市町・包括）の違い、職種（ケアマネジャー・医療職）による立場の違いを改めて考える機会となり、連携を図る難しさと相互理解への工夫の必要性も感じた。
- 立場の違う組織における共通のルール策定は、お互いの仕事・役割への理解から、とできるだけ当事者の意見で協議できるよう努めたが、なかなか難しい作業であった。
- 住み慣れた地域でその人らしく生活するための支援は立場は違っても目的は同じであることを共有できた。（病院とケアマネジャーの中心には患者がいるという意見があった。）
- 会議毎、参加者へアンケートをとり、話し合うプロセスを経るごとに退院支援への意識向上・理解・周知へつながる過程を知ることができた。また今後の方向性や課題も把握できた。
- 制度改正の時期にこそ、広域的な地域診断に基づく PDCA サイクル、個別から地域課題への視点及び部署横断的な連携と協働での保健活動の重要性を感じた。

(2) プロセス別

プロセス	悩み・問題点・課題等	対処方法・調整方法等
地域診断	データ収集は、本庁医務課・長寿社会課・保健福祉事務所等で対応したが、把握が難しいところもあった。	国の会議前には関係者で、情報を持ち寄り情報の共有化を図った。 地域の介護保険関連の情報や退院支援状況は、市町包括支援センターから介護側の状況は記入してもらった。
戦略策定	モデル事業の目的について、県、保健福祉事務所、市町包括で次年度の流れまで認識した上での共有化が難しかった。	国の会議後や各会議毎に本庁・保健福祉事務所・市町との打合せ会を行い役割分担等、スケジュールを確認した。
病院の組織化	県で県医師会への説明後に保健福祉事務所等で病院訪問を行い事業への参加を促したため、病院の受入れはよかった。	病院部会を行ったが地域の病院同士、退院支援に関する協議をする場として貴重なきっかけになった。
ケアマネジャーの組織化	包括がケアマネジャーの取りまとめを行ったが協議会としての組織化がまだ浅く、包括の意見を誘導する形になった。	本来の目的をその都度伝え、包括との打合せ後にケアマネジャー代表との打合せを行った。
ケアマネジャー協議	3 回グループワークを行ったが、ファシリテーターである包括やケアマネジャー協議会理事等にグループワークの目的進め方等の認識の違いを埋める作業に時間を使った。	ケアマネジャーの意見を吸い上げるため、会議やグループワーク後は毎回アンケートを行い、解決策に結びつけるよう働きかけた。
病院・ケアマネジャー協議	ケアマネジャーは代表者、病院は全病院で合同会議を行った。 初回は活発な意見がでなかった。また病院側と介護側での認識の違いが当初からずっとあった。	意見が出やすいよう、病院部会の班を活かした座席の工夫や意見交換の仕方等、事前調整をより丁寧に行い工夫した。
自治体(保健所)が苦労した点	・本庁、保健福祉事務所、包括が共通認識をもち進めていく事が難しかった。 ・プロセスを大事にする事業であるが、成果物としてどこまで今年度に達成するべきか判断に悩んだ。	・行政主導にならないよう、次年度からのことも考えできるだけ、医療介護当事者同士の意見を出しやすいよう配慮した。 ・後半は、今年度中か今後か課題を振り分けて考えるようにもっていった。

Ⅱ-8. 宮崎県日南・串間医療圏

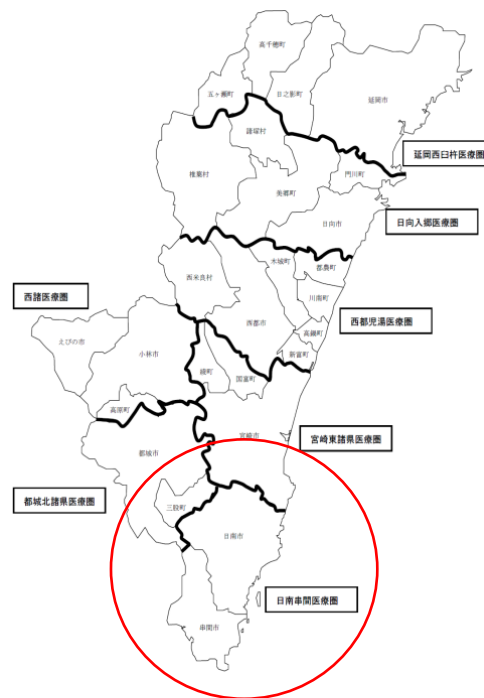
1. 地域診断

(1) 圏域の状況

①基本情報（特に記載のない情報は平成25年10月1日現在）

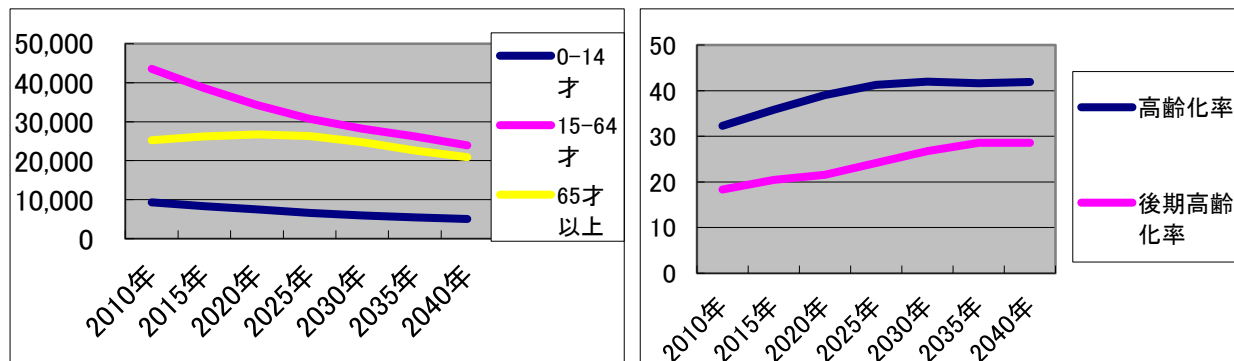
項目	数	単位
市町村数	2	カ所
総人口	74,979	人
面積	831.10	km ²
高齢化率(2市平均)	34.95	%
圏域内病院 (H22. 10. 1現在)	12	カ所
(病床)	(1,896)	(床)
うち急性期病床を持つ病院	(数)	カ所
(病床)	—	(床)
入院完結率(23年度調査)	81.4	%
入院患者流出率(23年度調査)	18.6	%
郡市区医師会	1	カ所
看護協会地区部会	1	カ所
ケアマネ登録数	373 (日南270、 串間103)	人
ケアマネ協会	(数) 2 (組織率※) 約28	カ所 %
地域包括支援センター(圏域 内のセンター数、市町村別、直 営・委託等の状況)	日南市4カ所(全て委託:全て異なる 社会福祉法人) 串間市1カ所(委託:市社協)	

※ケアマネ組織率は、当該2市の事業所に所属しているケアマネを
当該市のケアマネ登録数で除して算定



②圏域における人口動態推計

2010年対2025年の生産年齢人口減少率：30%、後期高齢者数の増加率：1.1%



(2) 退院調整の現状についての聞き取り内容

<ケアマネジャーの認識>

- 医師からの情報がとりにくい
- ケアマネジャーが医師から情報をもらう際、情報提供料を請求される
- 退院したことがケアマネジャーに伝わっていない、または直前に連絡がくることがある
- 入院時に名刺を渡しても病院から連絡がない
- 病棟看護師と連携室の連携や情報共有が乏しい
- 連携室がない病院等の窓口が分からない

<地域包括支援センターの認識>

- 主治医意見書の精度にばらつきがある
- 医師への内容聞取りの際、情報料を取られる場合があり、医師とのかかわりが難しい

<病院（連携担当看護師、MSW）の認識>

- 介護系（医療系）ケアマネジャーの医療（介護）に関する知識不足
- 病院への情報提供が少ない
- 多職種との連携が薄い
- 連携室を活用してほしい
- MSW、地域連携室のスタッフ不足
- 看護師と医師の連携不足

(3) 退院調整アンケート結果

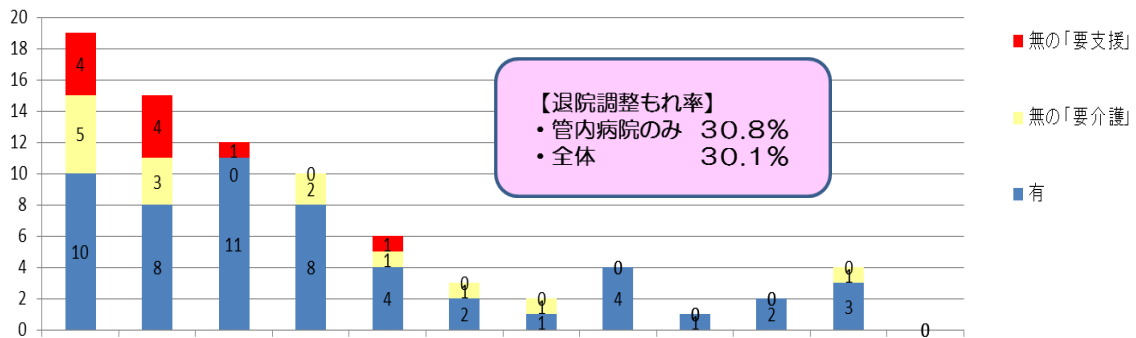
<退院調整率>

日付	要支援		要介護		合計	
	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし
平成 27 年 6 月	56/74 (75.7%)	18/74 (24.3%)	7/17 (41.2%)	10/17 (58.8%)	63/91 (69.2%)	28/91 (30.8%)

<入院時情報提供書提出率>

日付	要支援		要介護		合計	
	提出あり	提出なし	提出あり	提出なし	提出あり	提出なし
平成 27 年 6 月	40/85 (47.1%)	45/85 (52.9%)	2/15 (13.3%)	13/15 (86.7%)	42/100 (42.0%)	58/100 (58.0%)

病院別比較



	要介護	要支援	認定前	全体
管内病院	23.0%	66.7%	0.0%	30.8%
管内診療所	25.0%	0.0%	0.0%	22.2%
管外病院・診療所	40.0%	0.0%	0.0%	33.3%
計	24.3%	58.8%	0.0%	30.1%

2. 推進会議

(1) 在宅医療と介護の連携推進(在宅医療・介護連携推進事業を含む)に向けた支援状況

在宅医療・介護連携推進の所管課	長寿介護課医療・介護連携推進室（在宅医療確保及び在宅医療・介護連携推進事業）
在宅医療・介護連携の庁内の連携体制	在宅医療、在宅医療と介護の連携推進については、長寿介護課医療・介護連携推進室で一元化している。
都道府県庁（または保健所）が実施している主な取組	●平成 27 年組織改正で、本庁に医療・介護連携推進室を設置し、在宅医療、在宅医療・介護連携推進事業を所管。 ●平成 30 年 4 月から、市町村が在宅医療・介護連携推進事業を円滑に実施できるよう、医療・介護総合確保基金を活用して、地域支援事業に移行するまでの設置に係る費用（人件費、研修費用等）を支援している（二次医療県ごとに予算措置）。
在宅医療・介護連携推進に向けた問題点・課題	●市町村支援について、保健所にどのように関わってもらうか、県としてのビジョンが示せていない。 ●各郡市医師会と市町村との連携について、市町村から支援を求められているが、これまで、県と各郡市医師会との関わりがなく、どのように関わっていけば良いかが整理できていない。

(2) 事業実施体制と退院調整ルール作成に向けた現状と課題

県庁の体制	福祉保健部長寿介護課医療・介護連携推進室
保健所の体制	日南保健所健康づくり課（主任保健師 1 人）
退院調整ルール作成に向けた現状と課題	●現状 管内病院については、全ての病院が協議に参加し、事業について同意を得ている。また、第 1 回病院・ケアマネジャー合同協議までに、3 回協議を予定している。 ケアマネジャーについては、合同協議までに 2 回協議を予定している。 ●課題 これまでの 2 回の病院協議により、病院の組織化がしっかりされている一方、ケアマネジャーについては、ケアマネジャー連絡会はあるが、連絡会に参加しないケアマネジャーもいて、多数のケアマネジャーを巻き込んだ協議をするにはどうすればいいか悩んでいる。 また、病院の結束が強いため、病院の意見に引き込まれないよう、合同協議の進め方について工夫が必要である。

(3) 退院調整ルール作成に向けた事業計画

予定	内容
平成 27 年 6・7 月	関係団体等への説明（県医師会、県看護協会、県介護支援専門員協会、南那珂医師会、県看護協会日南串間地区、管内病院）
7・8 月	ケアマネジャーアンケートの実施
8 月 31 日	第 1 回病院協議会
9 月 29 日	第 2 回病院協議会
10 月 20 日	第 1 回ケアマネジャー協議会
11 月 9 日	第 3 回病院協議会
11 月 17 日	第 2 回ケアマネジャー協議会
12 月 1 日	第 1 回病院・ケアマネジャー協議会
平成 28 年 1 月 26 日	第 4 回病院協議会
1 月 28 日	第 3 回ケアマネジャー協議会
2 月 16 日	第 2 回病院・ケアマネジャー協議会
3 月 3 日	退院調整ルール運用説明会

3. 組織化と協議の状況

現地支援(1回目)

	ケアマネジャーの組織化	第1回病院協議	第2回病院協議	第1回ケアマネジャー協議
実施日	H27.7.15、8.6	H27.8.31	H27.9.29	H27.10.20
参加者 (職種・人数)	串間市ケアマネジャー連絡会及び日南市ケアマネジャー連絡会の会員	37人(病院:看護師長、看護部長、看護主任、SW、事務長) 7人(行政:市町村、保健所)	35人(病院:看護師長、看護部長、看護主任、SW、事務長など) 11人(行政:市町村、保健所) 22人(オブザーバー:管内訪看、ケアマネジャー連絡会、管内地域包括支援センター、管外市町村・保健所)	施設ケアマネジャー 居宅介護支援事業所 地域包括支援センター ケアマネジャー連絡会会長 行政 合計 70人
協議内容	【説明内容】 モデル事業の概要説明、ケアマネジャーアンケートの説明・配付	病院の課題と現状	課題の重要度・緊急度の分類	①退院調整の現状と課題 ②課題の重要度・緊急度の分類 ③課題に対する解決策
協議結果 (合意できたこと等)	—	グループワークで出た課題を、ケアマネジャーの課題、院内連携の課題など11のキーワードに分類	キーワードを、緊急度・重要度の高低順に分類	退院なしの連絡、退院直前の急な連絡、病院窓口が不明など、大きく8つに課題が分類された。解決策については、56の解決策が提案された。
課題	—	分類した緊急度・重要度の高いものについて、解決策を検討していく予定である。 ケアマネジャー協議でも、同様の流れで解決策を検討していく予定であるが、それぞれの解決策をどのように結びつけてルールとしてまとめるか、検討が必要である。		病院の解決策と突き合わせて、共通している事項はルールに盛り込むが、共通しない解決策をどうやってあわせていくかが課題
感想	モデル事業の概要、ケアマネジャーアンケートの目的について共有できた。	当該二次医療圏では、医療系多職種でのグループワークがよく行われているため、グループワークの進行はスムーズであった。		市町村を越えてケアマネジャーだけで協議するのは初めてということだったが、グループワークの進行はスムーズであった。

	第3回病院協議	第2回ケアマネジャー協議	病院－ケアマネジャー協議①	第4回病院協議
実施日	H27.11.9	H27.11.17	H27.12.1	H28.1.26
参加者 (職種・人数)	病院:看護師長、看護部長、看護主任、SW、事務長など 行政:市町村、保健所 合計 38 名	施設ケアマネジャー 居宅介護支援事業所 地域包括支援センター ケアマネジャー連絡会会長 行政 合計 57 名	看護師長、看護部長、看護主任、SW、事務長など 施設ケアマネジャー 居宅介護支援事業所 地域包括支援センター ケアマネジャー連絡会会長 行政 合計 92 名	病院:看護師長、看護部長、看護主任、SW、事務長など 行政:市町村、保健所 合計 44 名
協議内容	①退院予定患者のケアマネジャーへの連絡時期 ②ケアマネジャーへの引き継ぎが必要な患者の基準 ③入退院に係るケアマネジャーの課題、院内連携、病院の体制の3つについての解決策	①退院調整に必要な期間 ②どのような患者について引き継ぎがほしいか ③入退院時に必要な情報	【説明内容】 これまでの各協議の結果と協議結果から提案するルール案 【協議内容】 ①入院時にどうやったら病院はケアマネジャーを把握できるか ②ケアマネジャーはいつどのように情報提供するか ③退院前カンファレンスをする場合、どの時期に連絡があったら良いか ④退院前カンファレンスをしない場合、ケアマネジャーはどのように退院を把握するか	①前回の第1回合同協議を踏まえ、6つのルールとルールに向けて双方が取り組みたいことを入退院調整ルール(コンセンサスブック)として提案 ②入退院時に使う書式の検討
協議結果 (合意できたこと等)	①入院時に入院診療計画について情報提供をするという意見多数 ②認知症の症状がある、独居、老老世帯、転倒、新たなサービスが必要ななどの意見が提案された ③課題に対して139の解決策が提示された	①必要な期間は10日から1週間程度という意見多数。入院時に病院から入院診療計画書の情報をもらえると良いという意見も多数。 ②排泄、お風呂、食事などが自立できない、椅子などに座れない等 ③退院時に必要な情報は、疾患名、内服薬、入浴など23の事項、入院時に提供する情報は、認定の状況、氏名等の基本情報、服薬など14の事項が提案された	これまでの協議から、病院・ケアマネジャーが解決策として合意したものを、5つのルール案として提示し、このルール案に対して病院・ケアマネジャーが工夫できることを①から⑤についてグループワークした	①ルール案を大きく変更する意見なし ②書式については削除してもいい項目、追加項目について意見あり
課題	③について、10月20日開催したケアマネジャー協議でのケアマネジャーの解決策と突き合わせて、共通している事項はルールに盛り込むが、共通しない解決策をどうやってあわせていくかが課題	退院前の〇日前というところはケアマネジャーの個人差や、退院後に必要となるサービスの内容により必要とする期間がまちまちであったが、10日から1週間が多数であった。入院前におおよその入院期間の目安を教えてもらえれば良いという意見も多数あった。	退院前カンファレンスについては、個人でとらえ方がばらばらであり、退院前カンファレンスについてはルールに盛り込むことが難しい(または定義付けをしてルールに盛り込む必要がある)	なし
感想	院内連携、病院の体制など、病院内部についての解決策が多数出ている。	ケアマネジャーが退院時の課題より、入院時の関わりで課題を感じているところが印象的であった。	アドバイザーより、モデル圏は入院時の書面による情報提供率が低いことを踏まえ、病院から情報をもらうことだけを協議するのではなく、ケアマネジャーが主体的に動くための協議をしてはどうかとのアドバイスがあった。この視点は、これまでの協議の視点になかったもので、とても参考になった。	ルール案については、グループワークで出た意見のうち多数から挙げた意見をまとめたもの、という前置きをしたため、大きく変更するという意見はなかった。 書式案については、記入するという視点に立っての意見が挙げられた。

	第 3 回ケアマネジャー協議	病院－ケアマネジャー協議②	第 2 回代表者会議
実施日	H28.1.28	H28.2.16	H28.3.3
参加者 (職種・人数)	施設ケアマネジャー 居宅介護支援事業所 地域包括支援センター ケアマネジャー連絡会会長 行政 合計 53 名	看護師長、看護部長、看護主任、SW、事務長など 施設ケアマネジャー 居宅介護支援事業所 地域包括支援センター ケアマネジャー連絡会会長 行政 86 名	南那珂医師会会長、県看護協会 日南・串間地区理事、ケアマネ ジャー連絡会会長、地域包括 支援センター、行政
協議内容	①前回の第 1 回合同協議を踏 まえ、6 つのルールとルールに 向けて双方が取り組みたいこと を入退院調整ルール(コンセン サスブック)として提案 ②入退院時に使う書式の検討	①入退院調整ルール(コンセン サスブック)及び書式について の意見交換 ②運用規程案について	入退院調整ルールの承認、 ルールの運用規定の承認
協議結果 (合意でき たこと等)	①ルール案を大きく変更する意 見なし ②書式については削除しても いい項目、追加項目について 意見あり	①ルール案及び書式を大きく 変更する意見なし ②運用規程案について大きく 変更する意見なし	入退院調整ルール及びルールの 運用規定について修正意見 なく承認された
課題	なし	なし	特に急性期病院では対応でき ない場合があるのではという意 見があったが、お互いの立場を 尊重して、できる場合・できない 場合があるということを共有する ことが大事であり、次年度の協 議の場を活用して継続して伝え ていく必要があると感じた。
感想	ルール案については、グルー プワークで出た意見のうち多数 から挙げた意見をまとめたも の、という前置きをしたため、大 きく変更するという意見はなか った。 書式案については、記入する という視点に立っての意見があ がった。	これからの運用について、年 1 回のケアマネジャーアンケート と年数回の協議を提案したが、 煩雑というような意見はなか った。モデル事業を通じた連携構 築を実感した。	ケアマネジャー連絡会会長か ら、今後ケアマネジャーの主体 的な行動が求められるので、ケ アマネジャーにより差が生じな いよう、質の向上に取り組みた いという意見、医師会長から、 ケアマネジャーだけに負担がか からないよう、病院(医師も含 め)協力していきたいとの感想 があった。

4. 退院調整が必要な患者の基準

【ポイント】

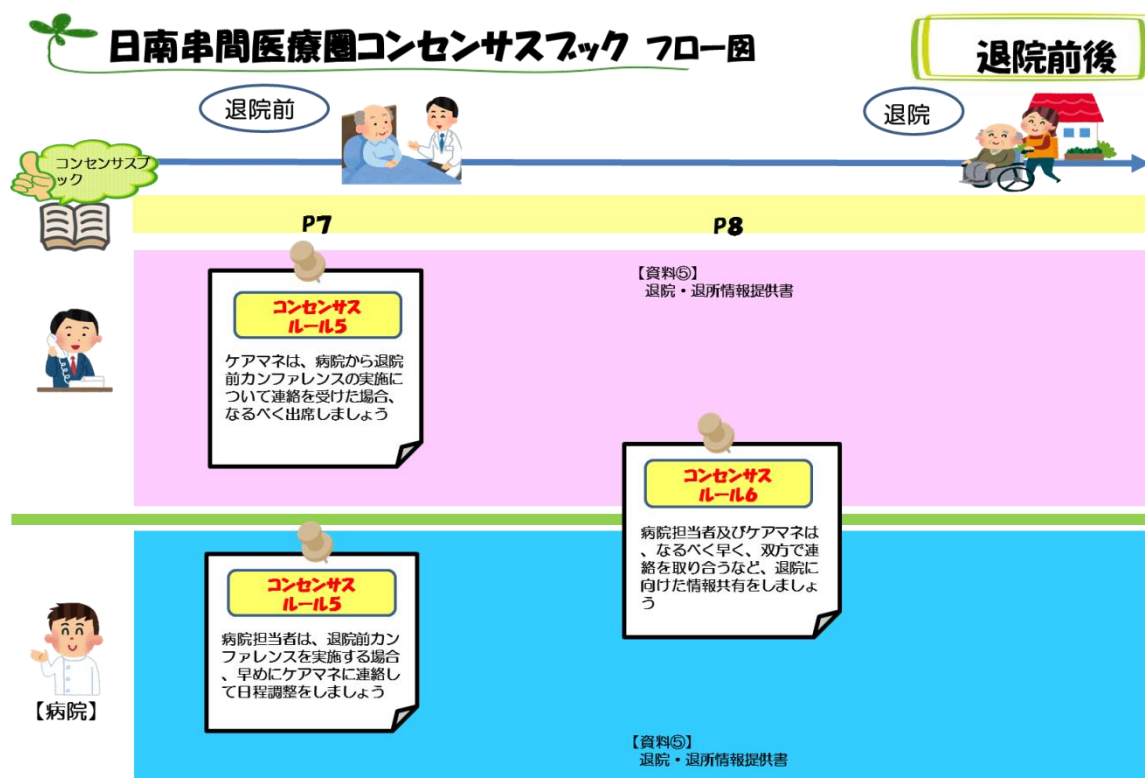
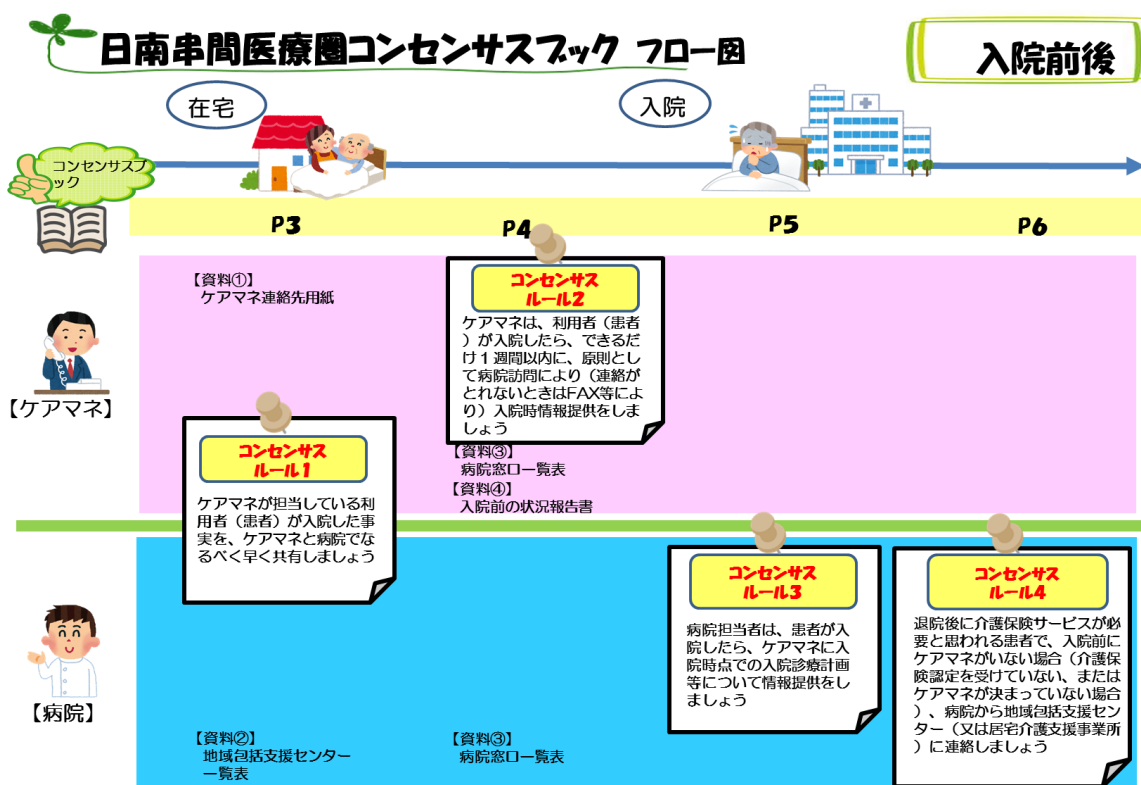
- 第2回目のケアマネジャー協議で、どのような状態の患者について引き継ぎが欲しいかをグループワークした。ケアマネジャー協議での多数の意見として、要介護の人で引き継ぎが欲しいのは、排泄が自立できていない、お風呂に介助が必要、ベッド等に座れない、薬・服薬の管理ができない、歩行が自立していない、流動食等の人など。要支援の人で引き継ぎが欲しいのは、杖などがあれば歩行できる、ポータブルでの排泄はできる、偏食で食事量が少ないなど。要介護要支援どちらにも当てはまらないが引き継ぎが欲しい人として、末期がんでADLは自立している人などの意見があがった。
- 第3回目の病院協議で、どのような状態の患者についてケアマネジャーへの引き継ぎが必要と判断するかをグループワークした。病院協議での多数の意見として、認知症の人、ストーマを造設している人、食事・入浴・排泄・口腔ケアができない人、夜間の状態が不穏な人、介護力の低い人の意見があがった。

【決定した基準】

退院調整が必要な患者の基準について、ケアマネジャー、病院、それぞれで話し合ったが、患者の基準をルールにいれるという意見がなかったため、基準の決定には至らなかった。

ケアマネジャーがいる人が退院するときは、状態にかかわらずケアマネジャーへ連絡し、ケアマネジャーがいない場合は、病院の判断により地域包括（または居宅）へ連絡するという事になった。

5. 策定した退院調整ルール



(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合

【ポイント】

- 病院協議、ケアマネジャー協議それぞれで、課題と解決策を協議したが、その中で、退院の連絡も大事だが、入院時の関わりがまず大事という意見が多数あがっていた。
- 病院からは、「入院時にケアマネジャーに病院訪問をしてもらう」、「ケアマネジャーが病院訪問をしたら、入院診療計画書の情報を提供する」という意見、またケアマネジャーからは、「病院に入院時に介護保険証を確認してもらい、ケアマネジャーがいることが分かったら居宅等に連絡する」、「ケアマネジャーが病院を訪問する時に、病院が在宅での生活をイメージできるよう情報提供をする」等、具体的・積極的な行動が提案された。
- そこで、第 1 回の病院・ケアマネジャー合同会議では、入院時に病院はケアマネジャーに連絡し、ケアマネジャーは病院に情報提供をすることをルールとし、このルールがうまくいくために、双方がどのような工夫をすればいいかというグループワークをした。

【決定したルール①】

【コンセンサスルール 1】

ケアマネジャーが担当している利用者（患者）が入院した事実を、ケアマネジャーと病院でなるべく早く共有しましょう

○ケアマネジャーが取り組みたいこと（抜粋）

- ・ケアマネジャーの名刺を保険証やお薬手帳に入れる
- ・介護サービス事業所への声かけ など

○病院が取り組みたいこと（抜粋）

- ・入院時の聞き取りでケアマネジャーのことを聞く、不明の際は包括へ連絡
- ・介護保険証を確認する など

【コンセンサスルール 2】

ケアマネジャーは、利用者（患者）が入院したら、できるだけ 1 週間以内に、原則として病院訪問により（連絡が取れないときは FAX 等により）入院時情報提供をしましょう

○ケアマネジャーが取り組みたいこと（抜粋）

- ・事前にアポを取って訪問する など

○病院が取り組みたいこと（抜粋）

- ・ケアマネジャーに入退院調整の窓口がわかるようにしておく など

【コンセンサスルール 3】

病院担当者は、患者が入院したら、ケアマネジャーに入院時点での入院診療計画等について情報提供をしましょう

○ケアマネジャーが取り組みたいこと（抜粋）

- ・入院が 1 か月以上にわたる際は、必要に応じて病院訪問等をしましょう など

○病院が取り組みたいこと（抜粋）

- ・ケアマネジャーに退院までの期間など概ねの見込みを伝える など

(2) 入院前にケアマネジャーが決まっていない場合

【ポイント】

- 入院前にケアマネジャーがいない場合、どのような基準の人を居宅等につなぐかについては、ケアマネジャー、病院、それぞれで話し合ったが、患者の基準をルールにいれるという意見がなかったため、基準の決定には至らなかった。
- 担当者打ち合わせ会議（地域包括、市町村、県をメンバーとして、病院協議・ケアマネジャー協議の進めかたを話し合う会議）において、ひとまず病院から包括へ連絡するというので、意見が一致した。

ただし、居宅介護支援事業所とやりとりできる病院もあるため、地域包括支援センターへの連絡が集中しないよう、「地域包括支援センター（または居宅介護支援事業所）に連絡」とした。



【決定したルール②】

【コンセンサスルール 4】

退院後に介護保険サービスが必要と思われる患者で、入院前にケアマネジャーがいない場合（介護保険認定を受けていない、またはケアマネジャーが決まっていない）、病院から地域包括支援センター（または居宅介護支援事業所）に連絡しましょう。

○ケアマネジャーが取り組みたいこと（抜粋）

- ・病院から連絡を受けたら速やかに訪問しましょう など

○病院が取り組みたいこと（抜粋）

- ・患者等に同意を得た上で、速やかに地域包括支援センター（または居宅介護支援事業所）に連絡する

6. モデル事業県のレビュー

(1) 総括

- 当初、モデル事業の内容が理解できておらず、実施するエリアも決まっていなかったため、年度当初は本当に実施できるのだろうかと不安だった。このため、スケジュール、協議のテーマといった事業の進め方などについて方針を示すことができず、実施する医療圏の保健所、2市、包括には負担が大きかったことと推察している。
- そのような中、事業がここまでできたのは、県保健所の地元病院を含む関係者への丁寧な説明、2市との調整等によるものであり、医療・介護の連携は保健所の力が欠かせないということに改めて実感した。
- 協議はグループワークを重ねて実施したが、グループワークの進行の仕方や、グループワークで出た意見を分類して、ルールという形にしていく作業が大変難しかったが、グループワークでみんなが話し合ったことがよかったという意見もあった。

(2) プロセス別

プロセス	悩み・問題点・課題等	対処方法・調整方法等
地域診断	【県】 データ収集については、本庁関係課の資料を調べて対応できた。 情報収集については、年度当初は、実施医療圏域が選定されておらず、また、本庁担当がモデル事業のスキームが理解できていなかったため、聞き取りの対象者に協力を取り付けることができず、事業のスタートに影響があった。 【保健所】 退院調整における地域のきめ細やかな観察や特徴の把握を行わないまま、事業開始となったため、市や関係者と連携し展開していけるのか不安だった。管内の課題を知り、関係者へ取組の根拠を示すためにも、他の二次医療圏と比較する等の事前準備期間が必要だったのではないかと考える。	【県】 情報収集は、主な包括や主な病院を個別訪問して行ったが、その訪問時に協力を求めるところまではいかなかったため、事業を進めながら、包括・保健所・市町村に協力をもらった。 【保健所】 市関係者と今後の方針について共通認識を図るため、事業開始前に情報共有を行った。市は、知り合いのケアマネジャーや看護師から退院調整の現状等を事前に情報収集していた。保健所では把握できない課題、現状を知る機会となり、取組を進める上で有効だったと考える。
戦略策定	【県】 年度当初はモデル事業のスキームが理解できていなかったため、保健所、市町村に対して事業の進め方などの方向性を示すことが難しかった。	【県】 厚労省担当者会議を経て、保健所、市町村、県本庁との役割分担表をつくり、それぞれの役割を明確にした。 また、事業を進めながら、必要に応じて役割分担を見直した。
病院の組織化	【県】 病院主導で多職種研修会・勉強会が熱心に行われている地域であること、保健所が病院への個別訪問を行い、事業への参加を促したこと等から、病院の組織化については課題はなかった。	【県】 病院が熱心すぎるあまり、ケアマネジャーの事業への参加が敬遠されないよう、県や市でケアマネジャー連絡会で事業の説明をするなど、事前説明は丁寧に行った。

プロセス	悩み・問題点・課題等	対処方法・調整方法等
病院の組織化	【保健所】 病院の医療連携科を中心に多くの参加をいただいたが、よりきめ細かなルール策定に向け、病棟看護師（主任等）の意見も反映できなかった。	【保健所】 電話や打合せ時に連携科職員を通じて、急性期病棟や精神科病棟師長の出席を依頼したが、多忙を理由に断られた。今後は、本事業を機に、師長との関係構築も視野に入れた取組が必要と考える。
ケアマネジャーの組織化	【県】 ケアマネジャー連絡会が立ち上がったばかりの市もあり、組織化はこれからという状況であった。	【県】 組織化はこれからという市については、そのケアマネジャー連絡会に県が出席して、ケアマネジャーアンケートの目的とその結果の説明を行った。
ケアマネジャー協議	【県】 13くらいのグループをまとめながら3回グループワークを行った。 グループワークで出た個々の意見を分類して、共通できることを見つけながら、一つにまとめていく作業が大変だった。 また、ファシリテーターとなる地域包括と市町村にグループワークの目的などを理解してもらうのが大変だった。	【県】 協議の前には、包括・市町村を交えた担当者会議を必ず開催した。 担当者会議では、前回のグループワークのまとめを報告して、その結果からみえる次のグループワークのテーマとグループワークの進め方について話し合った（7回程度）。 この担当者会議が、病院協議、ケアマネジャー協議よりも大変だった。
病院・ケアマネジャー協議	【県】 病院、ケアマネジャーの代表者を選出して協議するのではなく、事業に参加する病院・ケアマネジャー全員を対象として、グループワークの手法で行った。 病院・ケアマネジャーの人数は均衡していたが、活発な意見がでる協議になるかが不安だった。	【県】 病院協議・ケアマネジャー協議のグループワークのメンバーを毎回同じにして、顔なじみとなったことで、どちらかだけが意見を言いやすいという雰囲気なることはなかった。
自治体(保健所)が苦労した点	【県】 保健所に協力してもらうまでの過程と、すべての協議をグループワークで行ったので、グループワークの話し合いの結果をまとめながらルールに作り上げていく作業が大変だった。 【保健所】 - 関係者で十分な議論がされないままスタートしたため、2市やケアマネジャー等からの意見や情報を事業に反映させていくための整理、まとめが大変だった。 - 説明資料作成や協議のまとめに時間がかかり、負担増となった。	【県】 厚生労働省の会議の復命を丁寧に行った。 グループワークのまとめについては、分類して、共通できることを見つけながら一つにまとめていく作業を地道に行った。 【保健所】 上司の助言、確認をもらいながら取組を進めた。 また、他自治体の退院調整ルールについて情報収集し、検討の一材料とした。

Ⅲ. オブザーバー府県のメンテナンス報告

Ⅲ-1. 岩手県

Ⅲ-1-1. 宮古保健所

(1) 圏域の状況（平成 26 年度報告書より）

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ジャー事業所のネットワーク化を行った上で、病院・ケアマネジャー協議を継続し、地域共通の退院調整ルール運用を実現。

神奈川県より少し広い面積に、85,000 人の人口。沿岸部だが、大部分は山林。冬季は、救急車で 1 時間以上かかるところも。

① 基本情報(特に記載がない情報は平成 27 年 2 月 1 日現在)

項目	数	単位
市町数	4	カ所
総人口	85,086	人
面積	2,672	km ²
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	4	カ所
	-	カ所
ケアマネジャー事業所数	33	カ所
郡市区医師会数	1	カ所

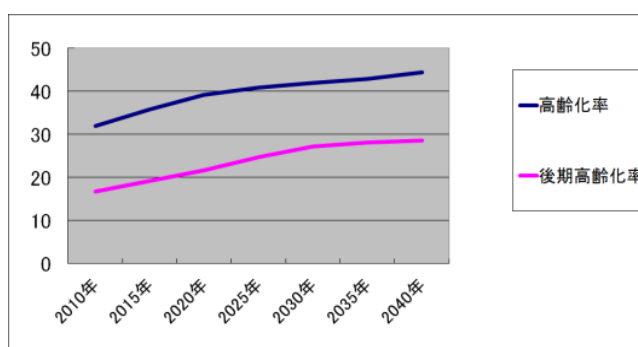
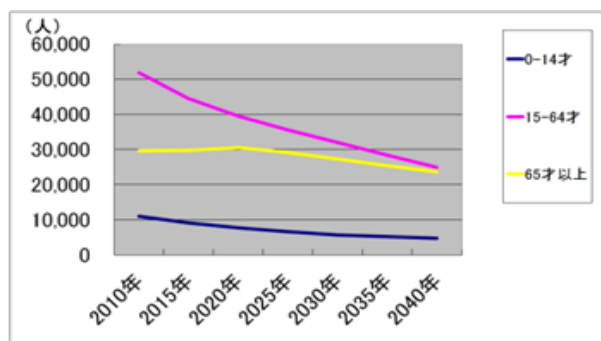
※ 人口は平成26年10月1日現在

※ 入院完結率は平成24年調査



② 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：14%



(2) 行政の組織体制と圏域の参加率

①行政の組織体制(平成 28 年 2 月 1 日現在)

行政	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、医療政策室 【担当課】 長寿社会課
	保健所の体制	管理課（事務職 3 名）

②圏域の参加率(平成 28 年 2 月 1 日現在)

圏域内の病院参加率	100%
圏域内の急性期病床を持つ病院の参加率	100%
圏域内の地域包括支援センター参加率	100%
圏域内のケアマネジャー事業所参加率	100%

(3) 退院調整率・入院時情報提供率の推移

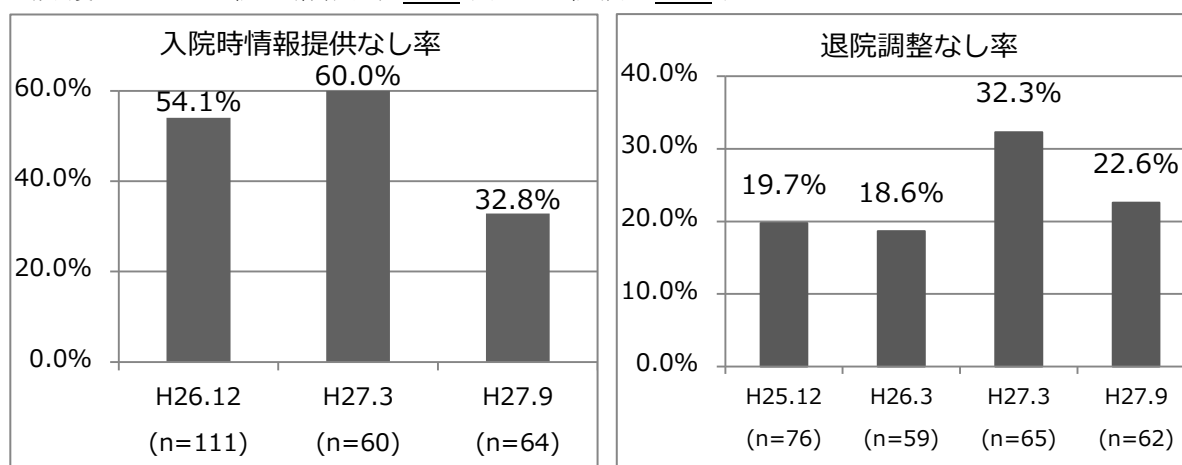
<退院調整率>

日付	要支援		要介護		合計	
	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし
平成 25 年 12 月	—	—	61/76 (80%)	15/76 (20%)	—	—
平成 26 年 3 月	—	—	48/59 (81%)	11/59 (19%)	—	—
平成 27 年 3 月	—	—	44/65 (68%)	21/65 (32%)	—	—
平成 27 年 9 月	—	—	48/62 (77%)	14/62 (23%)	—	—

<入院時情報提供書提出率>

日付	要支援		要介護		合計	
	提出あり	提出なし	提出あり	提出なし	提出あり	提出なし
平成 26 年 12 月	1/4 (25%)	3/4 (75%)	51/111 (46%)	60/111 (54%)	52/115 (45%)	63/115 (55%)
平成 27 年 3 月	0/0 (-)	0/0 (-)	24/60 (40%)	36/60 (60%)	24/60 (40%)	36/60 (60%)
平成 27 年 9 月	0/0 (-)	0/0 (-)	43/64 (67%)	21/64 (33%)	43/64 (67%)	21/64 (33%)

要介護における入院時情報提供なし率及び退院調整なし率



(4) メンテナンス協議

実施日	第1回 平成27年6月23日(火) 15:00～16:30 (35名出席) 第2回 平成28年1月15日(金) 14:00～16:15 (45名出席)
評価	○病院スタッフと介護関係者の情報共有・連携強化が図られた。 ○以前に比べ、現場の看護師の理解が深まってきているように感じる。 ○共有シートの項目が整理されており、情報提供を行いやすくなった。
課題や変更・追加された事項	○検査入院や短期入院、入退院を繰り返すケースにも情報提供すべきか判断に迷うことがある。 (対応) ・「退院調整の調査対象外としても可」とするケースとして、「検査入院、入院期間が1週間以内で病状が変化する可能性が低い」という項目を追加する。 (医療側または介護側で必要と判断した場合は、退院調整を実施) ・入退院を繰り返すケースについては、入退院を繰り返す度に病状が悪化することもあり、引き続き退院調整の対象とすることとした。 ○入院時情報共有シートに入院日と情報提供日の記載欄を設けた方が良い。 (介護報酬加算のため)。 (対応) ・記入欄を設けることとする。 ～引き続き検討すべき事項～ ○依然として退院直前に連絡を受けることがあり、在宅生活に向けた十分な準備期間をとれないケースがある。 ○病棟により在宅支援への話し合いの温度差がある。また、医師と看護師、MSWとの間で退院時期等の意見が一致しないケースがある。 ○個人情報保護に関して、本人や家族の同意を得るのに苦労する。また、FAXやメール等でのやり取りも多いが、誤送信などの恐れもある。 ○転入院の際に、介護側から提供した入院時情報共有シートを病院間でやり取りしてもらおう仕組みにできないか。

Ⅲ-1-2.県央保健所

(1) 圏域の状況

盛岡市を中心に、本県の基幹病院を擁しているとともに、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を経て「盛岡保健医療圏域入退院調整ガイドライン」を作成し、入退院調整の仕組みづくりを行った。

①基本情報(特に記載がない情報は平成28年2月1日現在)

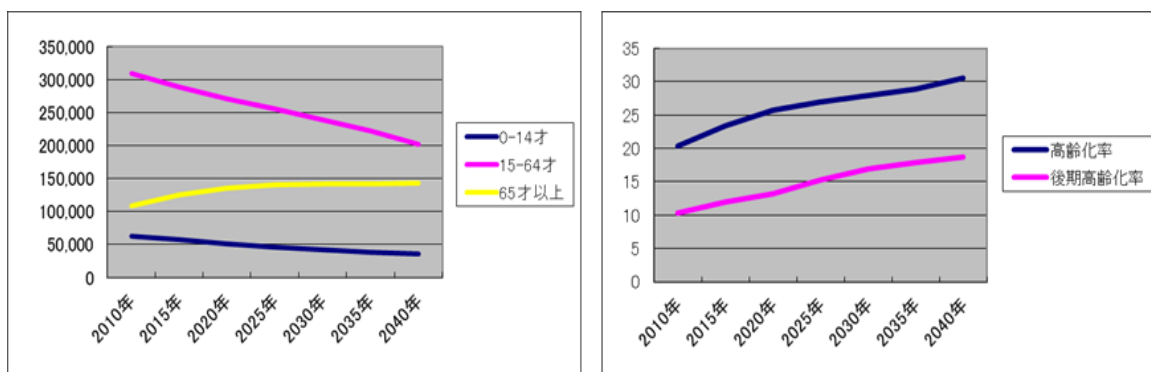
項目	数	単位
市町数	8	カ所
総人口	479,842	人
面積	3,642	km ²
65歳以上高齢者数	(人数) (比率)	121,025 25.2
入院完結率	97.7	%
圏域内病院数	38	カ所
うち急性期病床を持つ病院数	3	カ所
地域包括支援センター設 置数	(直営) (委託)	6 8
ケアマネジャー事業所数	165	カ所
郡市区医師会数	3	カ所



※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

②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：14%



(2) 行政の組織体制と圏域の参加率

① 行政の組織体制

行政	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、医療政策室 【担当課】 長寿社会課
	保健所の体制	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) 盛岡市保健所 企画管理課 (事務職 1 名)

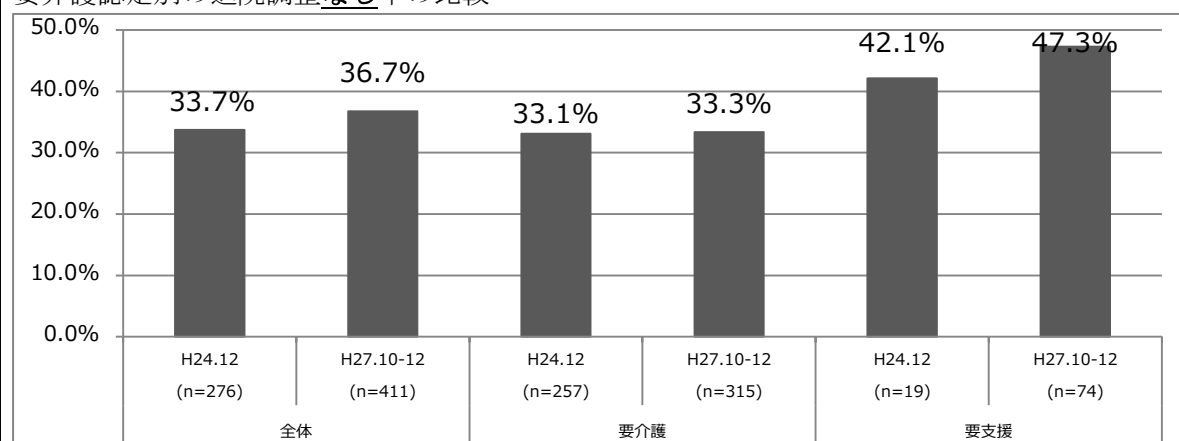
② 圏域の参加率（平成 28 年 2 月 1 日現在）

圏域内の病院参加率	81.1%
圏域内の急性期病床を持つ病院の参加率	100%
圏域内の地域包括支援センター参加率	93.8%
圏域内のケアマネジャー事業所参加率	72.4%

(3) 退院調整率の推移

日付	要支援		要介護		合計	
	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし
平成 24 年 12 月	11/19 (57.9%)	8/19 (42.1%)	172/257 (66.9%)	85/257 (33.1%)	183/276 (66.3%)	93/276 (33.7%)
平成 27 年 10 月～12 月	39/74 (52.7%)	35/74 (47.3%)	210/315 (66.7%)	105/315 (33.3%)	260/411 (63.2%)	151/411 (36.7%)

要介護認定別の退院調整なし率の比較



(4) メンテナンス協議

実施日	第1回 平成27年4月30日(火) 16:00～17:30 (20名出席) 第2回 平成28年2月23日(金) 14:00～16:15 (18名出席)
評価	○退院支援及び日常の療養支援に係る医療介護連携の状況は概ねうまくいっている。 ○情報共有シートの項目が整理されており、迷いなく情報提供を行いやすくなった。(しかしながら共有シートについては改善を要する点もある) ○行政が医療介護連携の仕組みづくりを行ったこと自体を評価する意見があった。
課題や変更・追加された事項	○退院調整もれについて ・前頁の退院調整率は、ケアマネジャーが利用者の退院をいつ知ったかという問いで、便宜上、退院直前以降のものを「退院調整もれ」と整理したため、本来の「退院調整もれ」とは異なるものである。 ・上記の評価にもあるように、連携の状況はうまくいっており、普段の連携がしっかりしていれば、退院の連絡が退院後になっても、スムーズに在宅へ繋いでいけるケースもある。 → 定期的に調査を行うが、その際、「在宅生活に支障が出たか」も調査することとする。 ○「盛岡圏域入退院調整支援ガイドライン」(以下「ガイドライン」とする)の使用状況について ・ガイドラインの認知度は高い(93%)が、利用方法は病院・事業所のルールとして使用しているケースと、参考程度に使用しているケースとが半々。 ・病院内では、地域連携担当部署はガイドラインの存在を知っているが、外来・病棟には十分周知されていない施設もある。 ・特に、医療介護連携について、ルール化をしていない病院・事業所には、ガイドライン等についての周知が必要である。 ○医療職の介護保険に関する理解について ・病院の連携室の職員が介護保険や在宅支援について理解していても、病棟職員で充分理解されていないケースが散見することから周知が必要である。

Ⅲ-2. 富山県砺波医療圏

(1) 圏域の状況(平成 26 年度報告書より)

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ジャー事業所のネットワーク化を行った上で、病院・ケアマネジャー協議を継続し、地域共通の退院調整ルール運用を実現。

①基本情報(特に記載がない情報は平成 27 年 2 月 1 日現在)

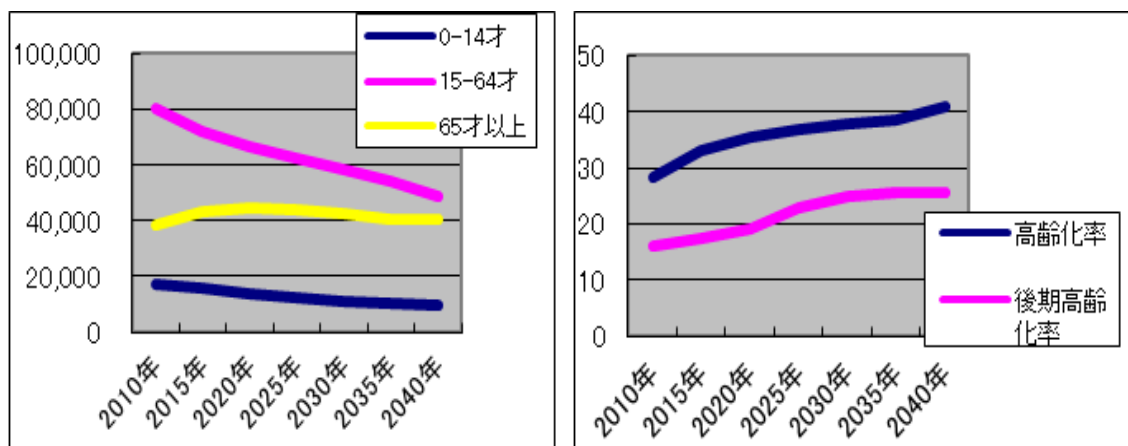
項目	数	単位
市町数	8	カ所
総人口	479,842	人
面積	3,642	km ²
65 歳以上高齢者数 (人数)	121,025	人
(比率)	25.2	%
入院完結率	97.7	%
圏域内病院数	38	カ所
うち急性期病床を持つ病院数	3	カ所
地域包括支援センター設 置数	6	カ所
(直営)		
(委託)	8	カ所
ケアマネジャー事業所数	165	カ所
郡市区医師会数	3	カ所

※人口は平成 25 年 10 月 1 日



②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%



(2) 行政の組織体制と圏域の参加率

①行政の組織体制

行政	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	砺波厚生センター本所 保健予防課地域保健班（保健師 5、栄養士 1）、 企画管理課企画調整班（保健師 2、栄養士 1、事務 1） 小矢部支所 地域健康課（保健師 4）

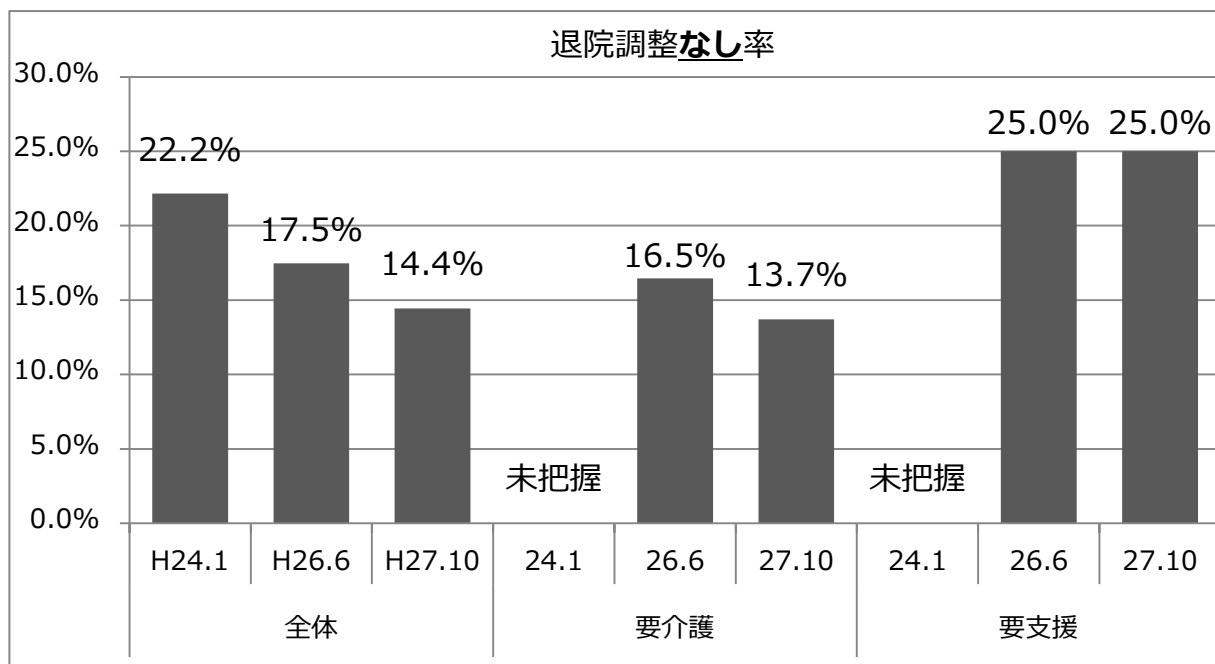
②圏域の参加率（平成 28 年 2 月 1 日現在）

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の参加率	100%
圏域内の地域包括支援センター参加率	100%
圏域内のケアマネジャー事業所参加率	98.1%

(3) 退院調整率・入院時情報提供率の推移

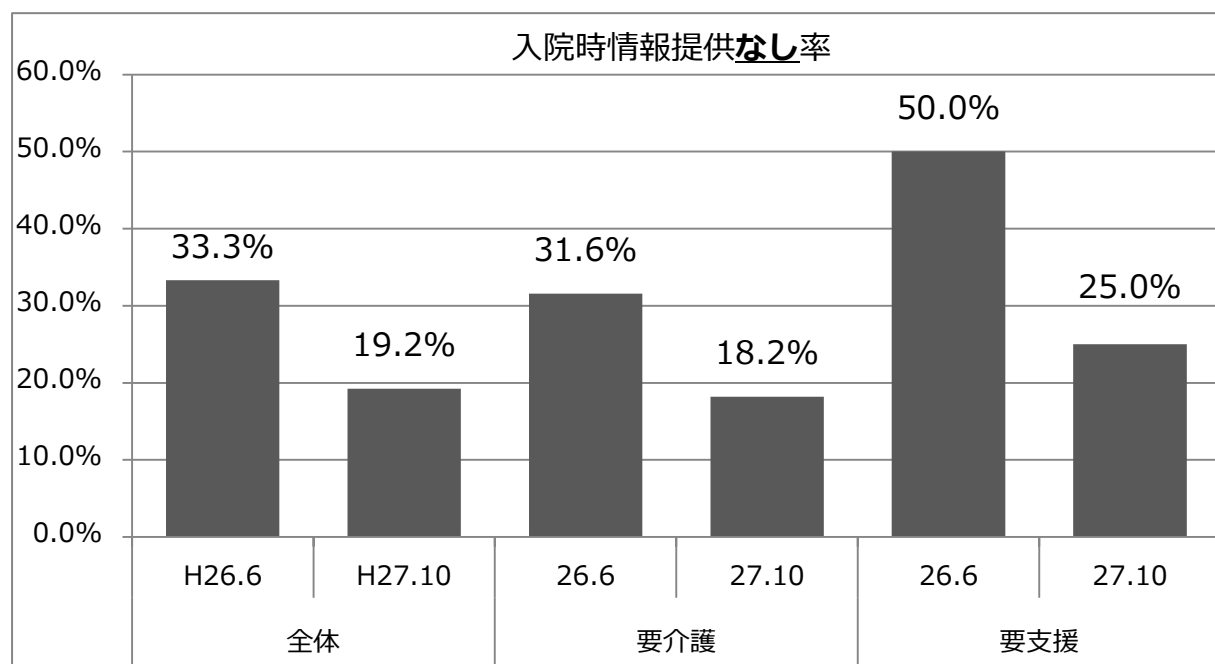
<退院調整率>

日付	要支援		要介護		合計	
	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし
平成 24 年 10 月	/	/	/	/	362/465	103/465
	(%)	(%)	(%)	(%)	(77.8%)	(22.2%)
平成 26 年 6 月	6/8	2/8	66/79	13/79	85/103	18/103
	(75.0%)	(25.0%)	(83.5%)	(16.5%)	(82.5%)	(17.5%)
平成 27 年 10 月	6/8	2/8	63/73	10/73	83/97	14/97
	(75.0%)	(25.0%)	(86.3%)	(13.7%)	(85.6%)	(14.4%)



<入院時情報提供書提出率>

日付	要支援		要介護		合計	
	提出あり	提出なし	提出あり	提出なし	提出あり	提出なし
平成 26 年 6 月	4/8 (50.0%)	4/8 (50.0%)	52/76 (68.4%)	24/76 (31.6%)	60/90 (66.7%)	30/90 (33.3%)
平成 27 年 10 月	6/8 (75.0%)	2/8 (25.0%)	54/66 (81.8%)	12/66 (18.2%)	63/78 (80.8%)	15/78 (19.2%)



(4) メンテナンス協議

実施日	平成 28 年 2 月 15 日（月） 13:30～15:30（42 名出席）
評価	<医療機関> ・ケアマネジャーの積極的な問い合わせにより、連絡が取りやすくなった。 ・ケアマネジャーからの入院時情報提供書が増えた。 ・退院に向けての基準が明確になりケアマネジャーとの連携がしやすくなった。 ・スタッフ間の意識が高まり、病棟、地域連携室との連携が強化された。 <ケアマネジャー> ・窓口が明確になり連絡しやすくなった。 ・病院、病棟においてケアマネジャーの受け入れがよくなった。 ・状態に変化があれば早めに連絡が入るようになり、家族を含めて話し合うことが可能となった。
課題及び 確認事項	・入院時、本人、家族が担当ケアマネジャーの名前を言えるようにする。 ・入院時に、医療機関は治療が終了したら退院、転院することを本人、家族に説明する。 ⇒退院調整を円滑に進めるためには、医療機能の分化、連携について住民への啓発が必要である。 ・本人、家族、医療機関、ケアマネジャー間での情報の共有化を図る。 家族とケアマネジャーの連携を強化する。 ⇒退院時カンファレンスだけでなく、入院時、入院中に行われる主治医からの病状説明時にケアマネジャーの同席を図る。 ・要支援か非該当かの見極めが難しい場合は、地域包括支援センターに相談するよう家族に勧める。 ⇒介護予防・日常生活支援総合事業を活用（管内は平成 28 年 4 月から実施予定）し、自立支援、生活支援体制を図る。 ・福祉系のケアマネジャーが多いことから、病名だけでなく、どんな状態なのか、予後等も含めて情報共有を図る。 ・医療介護連携調整と同時に、病院間連携、病診連携、開業医とケアマネジャーとの連携についても検討する。 ・医療機関は介護保険の学習会を、ケアマネジャーは医療保険制度、診療報酬についての勉強会を開催する。
追加事項	・居宅介護（予防）サービス計画作成にかかる情報提供書の開業医版を作成した。 <今後> ・入院・入所時情報提供書の見直しを図る。 ⇒医療機関から、本人の状況（認知機能、生活状況等）、家族の状況（キーパーソン、関係性、今後の意向等）、生活状況（住環境、日程、生活スケジュール等）について要望あり。 ・診療報酬改定による退院支援に関する評価の施設基準に準じた担当者等、各病院の情報公開一覧表を作成する。

Ⅲ-3. 和歌山県新宮・東牟婁圏域

(1) 圏域の状況(平成 26 年度報告書より)

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。

①基本情報(特に記載がない情報は平成 27 年 2 月 1 日現在)

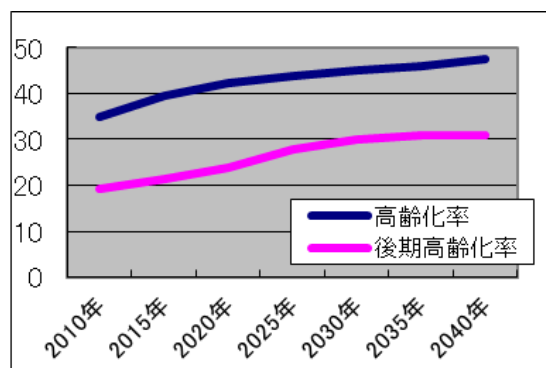
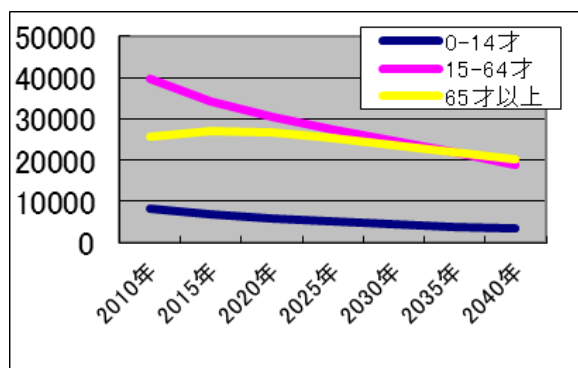
項目	数	単位
市町数	6	カ所
総人口	73,256	人
面積	923	km ²
65 歳以上高齢者数 (人数)	26,418	人
(比率)	36.1	%
入院完結率	78.3	%
圏域内病院数	8	カ所
うち急性期病床を持つ病院数	3	カ所
地域包括支援センター設置 (直営)	5	カ所
(委託)	2	カ所
ケアマネジャー事業所数	38	カ所
郡市区医師会数	2	カ所



※人口は平成27年1月1日

②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%



(2) 行政の組織体制と圏域の参加率

①行政の組織体制

行政	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	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）

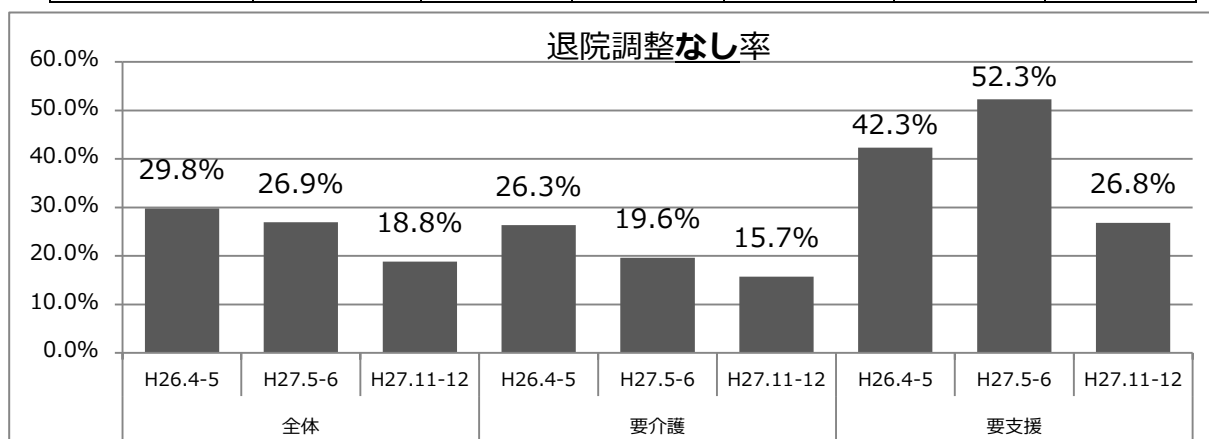
②圏域の参加率（平成 28 年 1 月 1 日現在）

圏域内の病院参加率	75%
圏域内の急性期病床を持つ病院の参加率	100%
圏域内の地域包括支援センター参加率	100%
圏域内のケアマネジャー事業所参加率	100%

(3) 退院調整率・入院時情報提供率の推移

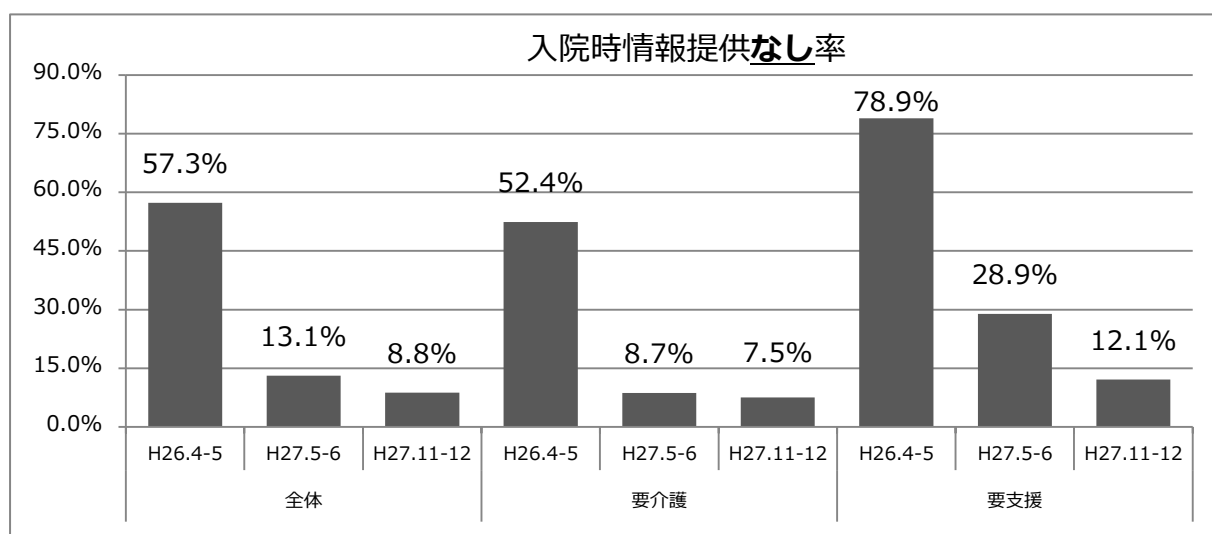
<退院調整率>

日付	要支援		要介護		合計	
	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし
平成 26 年 4 月・5 月	15/26 (58%)	11/26 (42.3%)	70/95 (74%)	25/95 (26.3%)	85/121 (70%)	36/121 (29.8%)
平成 27 年 5 月・6 月	21/44 (48%)	23/44 (52.3%)	123/153 (80%)	30/153 (19.6%)	144/197 (73%)	53/197 (26.9%)
平成 27 年 11 月・12 月	30/41 (73%)	11/41 (26.8%)	91/108 (84%)	17/108 (15.7%)	121/149 (81%)	28/149 (18.8%)



<入院時情報提供書提出率>

日付	要支援		要介護		合計	
	提出あり	提出なし	提出あり	提出なし	提出あり	提出なし
平成 26 年 4 月・5 月	4/19 (21%)	15/19 (78.9%)	40/84 (48%)	44/84 (52.4%)	44/103 (43%)	59/103 (57.3%)
平成 27 年 5 月・6 月	32/45 (71%)	13/45 (28.9%)	147/161 (91%)	14/161 (8.7%)	179/206 (87%)	27/206 (13.1%)
平成 27 年 11 月・12 月	51/58 (88%)	7/58 (12.1%)	136/147 (92%)	11/147 (7.5%)	187/205 (91%)	18/205 (8.8%)



(4) メンテナンス協議

実施日	第1回 平成27年9月16日 14:00-15:30 (37名出席) 事前打ち合わせ ①ケアマネジャー 平成27年8月7日 14:00-15:30 (22名出席) ②病院 平成27年8月20日 14:00-15:30 (16名出席) 第2回 平成28年3月11日 事前打ち合わせ ①ケアマネジャー 平成28年2月12日 ②病院 平成28年2月24日
評価	◇看護師とケアマネジャーの連携がとれるようになった。 ◇ケアマネジャーは病院に行きやすくなり、看護師と話がしやすくなった。 ◇ケアマネジャーが退院支援をしやすくなった。
問題点・課題等	◇医師によっては、家族との話し合いで、急な退院となることもある。 →(メンテナンス協議の結果) 看護師が医師と連携し、退院連絡が事前に出来るように調整していく。 ◇入院支援した方が亡くなったとき、ケアマネジャーは病院から連絡をもらいたい。 →(メンテナンス協議の結果) 死亡の連絡は、基本的にはご家族からケアマネジャーにしてもらおう。 ケアマネジャーが退院連絡を病院からもらっていて、退院準備をしていたケースが急に亡くなった場合のみ、病院からケアマネジャーに連絡をする。 ◇ケアマネジャーの名刺を保険証に添付することとしたが、入院時ついていないことが多い。 →(メンテナンス協議の結果) ケアマネジャーは名刺を保険証にクリップ等で留めているが、受診時に外されることも多い。 保険証・ケアマネジャーの名刺等が入るケースの利用を検討する。

Ⅲ-4. 京都府中丹東圏域

(1) 圏域の状況(平成 26 年度報告書より)

地域内の各病院毎にそれぞれケアマネジャー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ジャー事業所のネットワーク化を行った上で、病院・ケアマネジャー協議を継続し、地域共通の退院調整ルール運用を実現。

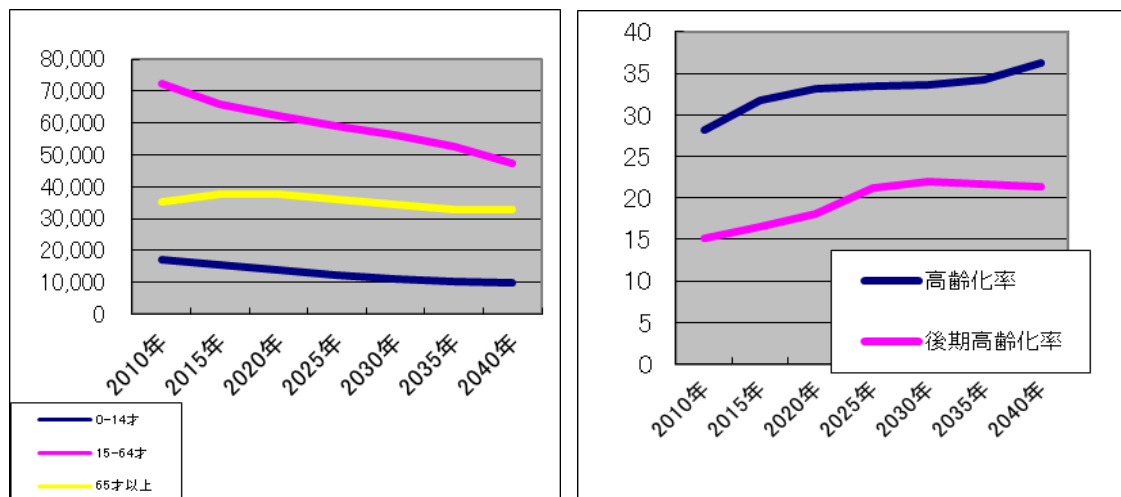
①基本情報(特に記載がない情報は平成 27 年 2 月 1 日現在)

項目	数	単位
市町数	2	カ所
総人口	122,386	人
面積	689	km ²
65 歳以上高齢者数 (人数)	37,366	人
(比率)	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 (直営)	2	カ所
数 (委託)	9	カ所
ケアマネジャー事業所数 ※小規模多機能事業所含む	49	カ所
郡市区医師会数	2	カ所



②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%



(2) 行政の組織体制と圏域の参加率

① 行政の組織体制

行政	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 【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	・企画調整室 ・保健室 ・所長 ・次長 医師・保健師・事務（7名）

② 圏域の参加率（平成27年4月1日現在）

圏域内の病院参加率	81.8%
圏域内の急性期病床を持つ病院の参加率	100%
圏域内の地域包括支援センター参加率	100%
圏域内のケアマネジャー事業所参加率	100%

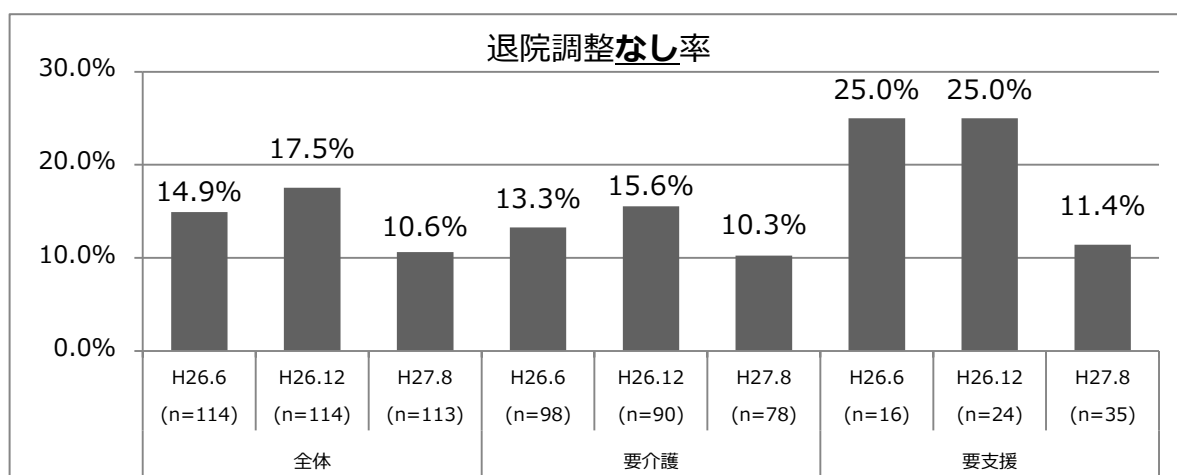
(3) 退院調整率・入院時情報提供率の推移

< 退院調整率 >

日付	要支援		要介護		合計	
	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし
平成26年6月 (取り組み前)	12/16 (75.0%)	4/16 (25.0%)	85/98 (86.7%)	13/98 (13.3%)	97/114 (85.1%)	17/114 (14.9%)
平成26年12月 (ルール運用)	18/24 (75.0%)	6/24 (25.0%)	76/90 (84.4%)	14/90 (15.6%)	94/114 (82.5%)	20/114 (17.5%)
平成27年8月 (ルール運用)	31/35 (88.6%)	4/35 (11.4%)	70/78 (89.7%)	8/78 (10.3%)	101/113 (89.4%)	12/113 (10.6%)

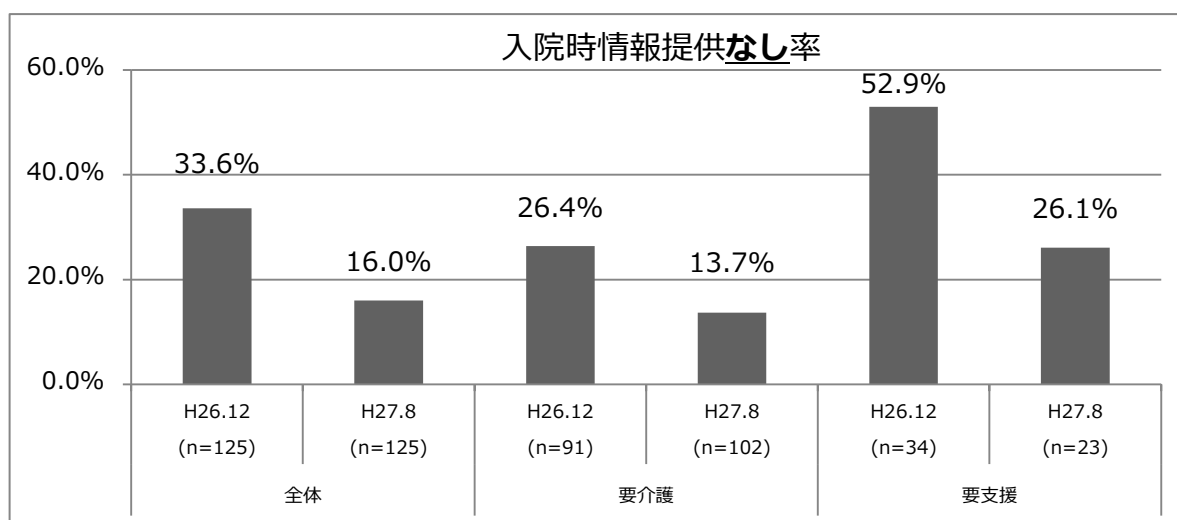
備考：「退院の3日未満の時期(退院直前)」に情報提供のあった割合

「平成26年6月:8.8%」→「平成26年12月:8.8%」→「平成27年8月:12.4%」



<入院時情報提供書提出率>

日付	要支援		要介護		合計	
	提出あり	提出なし	提出あり	提出なし	提出あり	提出なし
平成 26 年 12 月 (ルール運用前)	16/34 (47.1%)	18/34 (52.9%)	67/91 (73.6%)	24/91 (26.4%)	83/125 (66.4%)	42/125 (33.6%)
平成 27 年 8 月 (ルール運用後)	17/23 (73.9%)	6/23 (26.1%)	88/102 (86.3%)	14/102 (13.7%)	105/125 (84.0%)	20/125 (16.0%)



(4) メンテナンス協議

変更・追加した 事項	・「病病、病診連携」との関連性についての記述を、「入退院連携マニュアル」の目的の部分に加筆。 ・運用上の留意事項の欄に、「かかりつけ医」「本人・家族」との連携・関係づくりについての記述を加筆。 → 両事項とも、当然の事項であることから記述していなかったが、再確認の意味も含め、マニュアルに加筆した。 ・関係機関一覧表の更新
---------------	---

Ⅲ-5. 滋賀県大津圏域

(1) 圏域の状況(平成 26 年度報告書より)

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ジャー事業所のネットワーク化を行った上で、病院・ケアマネジャー協議を継続し、地域共通の退院調整ルール運用を実現。

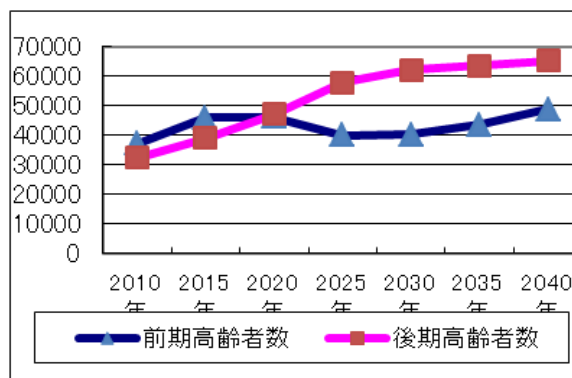
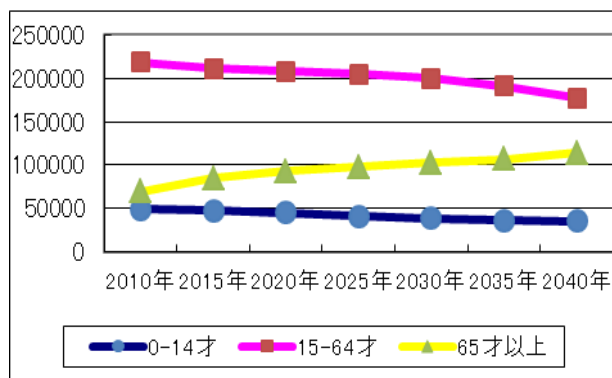
①基本情報(特に記載がない情報は平成 27 年 1 月 1 日現在)

項目	数	単位
市町数	1	カ所
総人口	342,633	人
面積	464	km ²
65 歳以上高齢者数	78,786	人
(比率)	23	%
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	7	カ所
(直営)		
数	0	カ所
(委託)		
ケアマネジャー事業所数	140	カ所
郡市区医師会数	1	カ所

※人口は平成 27 年 1 月 1 日



②圏域における人口動態推計



(2) 行政の組織体制と圏域の参加率

①行政の組織体制

行政	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	・（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）

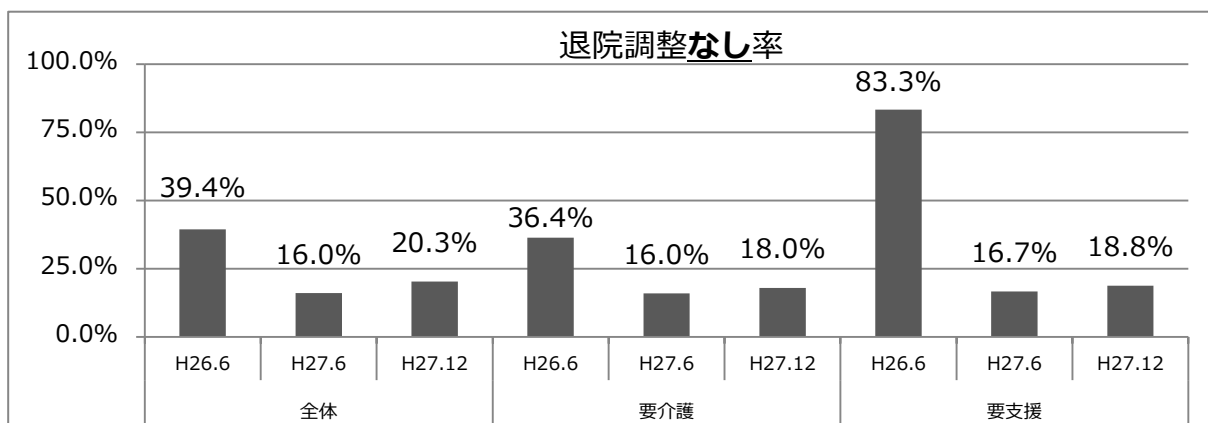
②圏域の参加率（平成 28 年 2 月 1 日現在）

圏域内の病院参加率	100%
圏域内の急性期病床を持つ病院の参加率	100%
圏域内の地域包括支援センター参加率	100%
圏域内のケアマネジャー事業所参加率	-%

(3) モデル事業の成果退院調整率・入院時情報提供率の推移

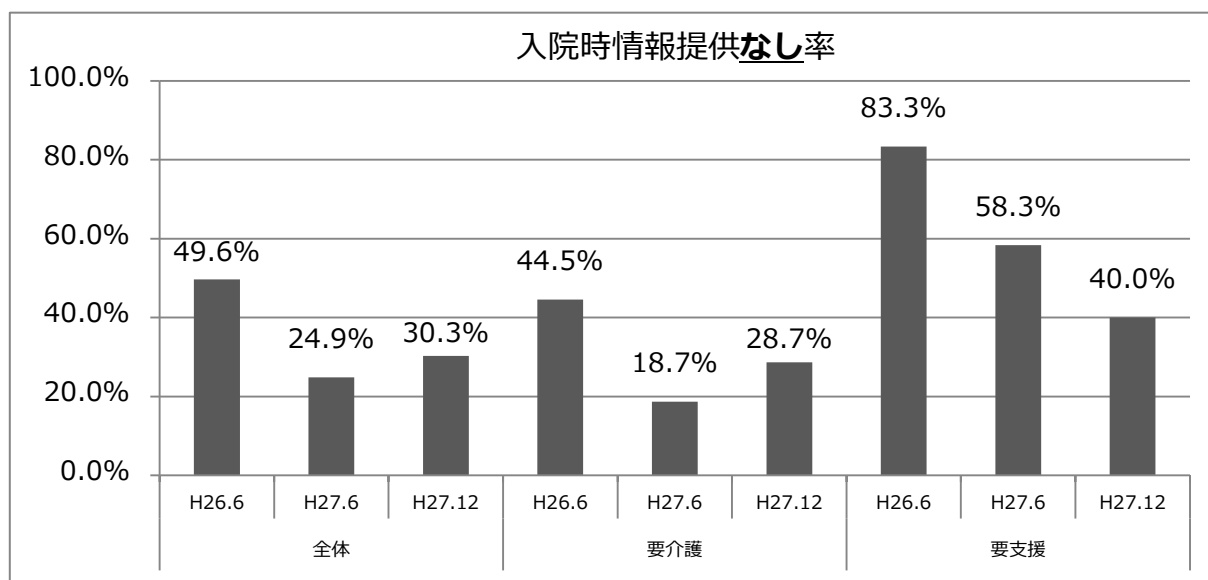
<退院調整率>

日付	要支援		要介護		合計	
	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし
平成 26 年 6 月	1/6 (16.7%)	5/6 (83.3%)	62/99 (62.6%)	36/99 (36.4%)	65/109 (59.6%)	43/109 (39.4%)
平成 27 年 6 月	15/18 (83.3%)	3/18 (16.7%)	119/144 (82.6%)	23/144 (16.0%)	134/162 (82.7%)	26/162 (16.0%)
平成 27 年 12 月	13/16 (81.25%)	3/16 (18.75%)	99/122 (81.1%)	22/122 (18.0%)	116/148 (78.4%)	30/148 (20.3%)



<入院時情報提供書提出率>

日付	要支援		要介護		合計	
	提出あり	提出なし	提出あり	提出なし	提出あり	提出なし
平成 26 年 6 月	3/18 (16.7%)	15/18 (83.3%)	66/199 (55.5%)	53/199 (44.5%)	69/137 (50.4%)	68/137 (49.6%)
平成 27 年 6 月	15/36 (41.7%)	21/38 (58.3%)	157/193 (81.3%)	36/193 (18.7%)	172/229 (75.1%)	57/229 (24.9%)
平成 27 年 12 月	21/35 (60.0%)	14/35 (40.0%)	149/209 (71.3%)	60/209 (28.7%)	170/244 (69.7%)	74/244 (30.3%)



Ⅲ-6. 徳島県東部Ⅰ（南部Ⅰの一部を含む）圏域

(1) 圏域の状況

① 基本情報（特に記載がない情報は平成 26 年 10 月 1 日現在）

項目	数	単位
市町村数	13	カ所
総人口	498,717	人
面積 ※1	906	km ²
65 歳以上高齢者数 (人数)	136	人
(比率)	27.2	%
入院完結率 (平成 23 患者調査(東部Ⅰ))	94.3	%
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 (直営)	5	カ所
(委託)	13	カ所
ケアマネジャー事業所数	210	カ所
郡市区医師会数	6	カ所

※1 平成 25.10.1 現在

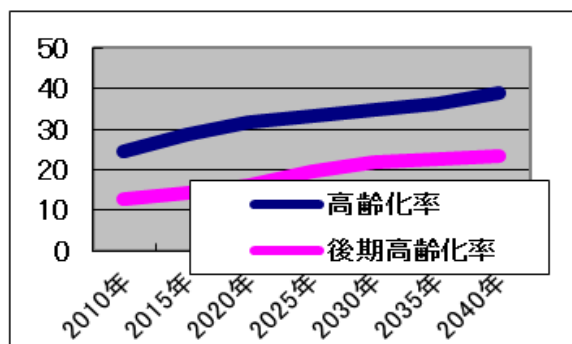
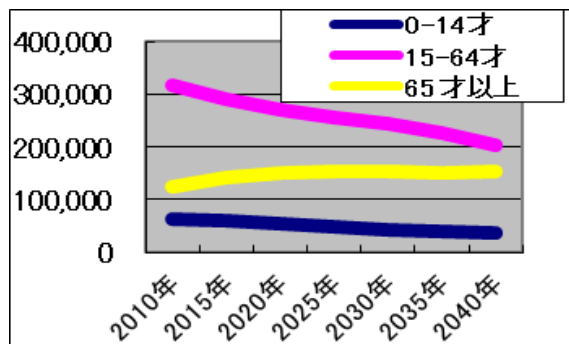


徳島保健所管内

(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)

② 圏域における人口動態推計

2010 年対 2025 年の生産年齢人口減少率：19%、後期高齢者数の増加率：42%



(2) 行政の組織体制と圏域の参加率

①行政の組織体制

行政	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、薬務課、 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	徳島保健所 所長 医療企画担当 保健師 3 名

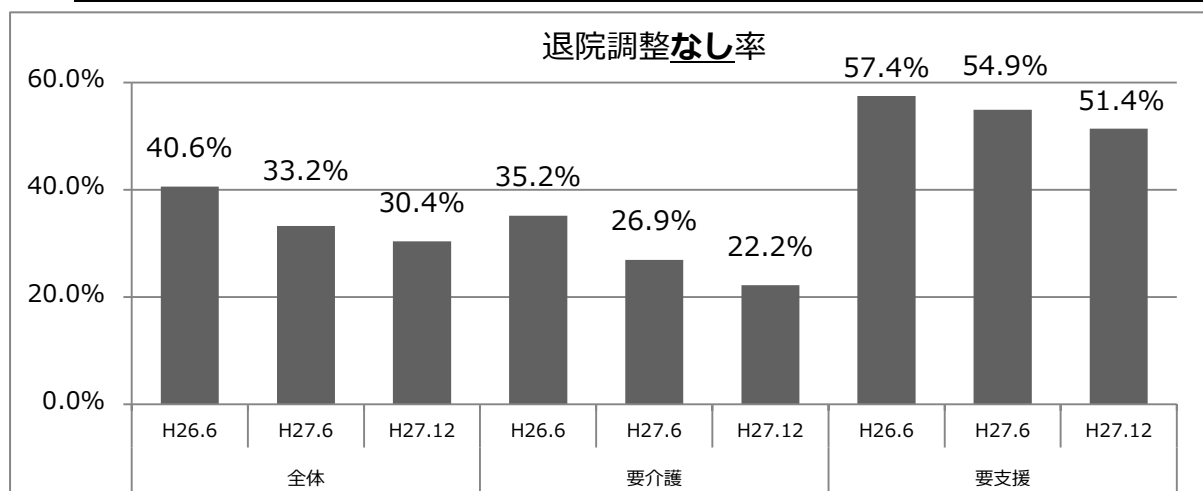
②圏域の参加率(28 年 1 月 1 日現在)

圏域内の病院参加率	93.3%
圏域内の急性期病床を持つ病院の参加率	100%
圏域内の地域包括支援センター参加率	100%
圏域内のケアマネジャー事業所参加率	100%

(3) 退院調整率・入院時情報提供率の推移

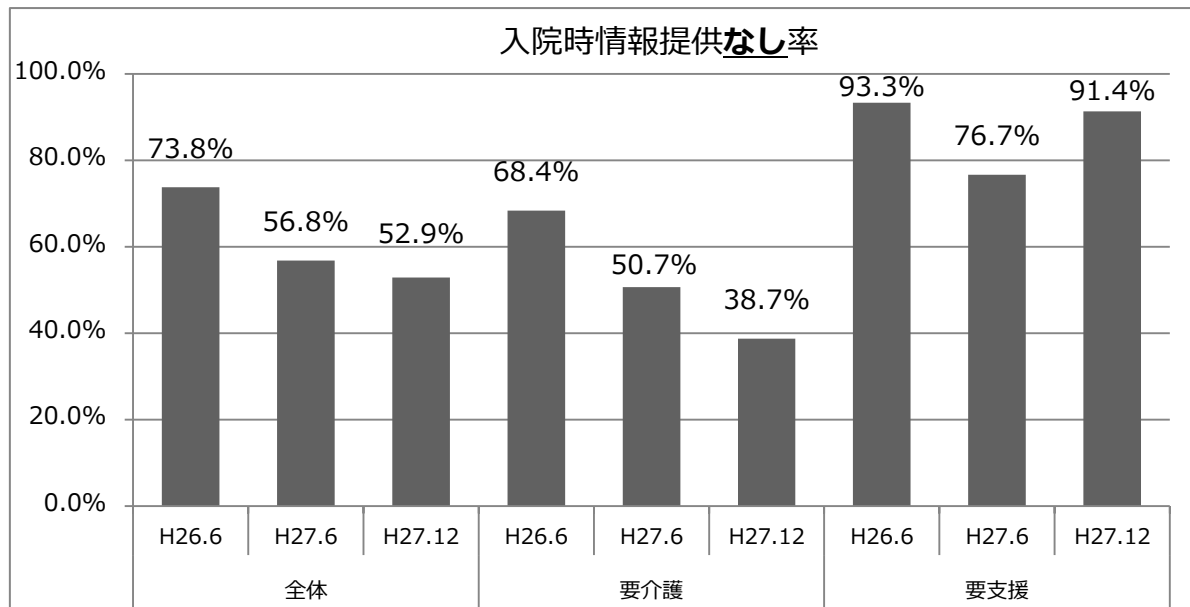
<退院調整率>

日付	要支援		要介護		合計	
	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし
平成 26 年 6 月	40/94 (42.6%)	54/94 (57.4%)	190/293 (64.8%)	103/293 (35.2%)	230/387 (59.4%)	157/387 (40.6%)
平成 27 年 6 月	32/71 (45.1%)	39/71 (54.9%)	179/245 (73.1%)	66/245 (26.9%)	211/316 (66.8%)	105/316 (33.2%)
平成 27 年 12 月	52/107 (48.6%)	55/107 (51.4%)	214/275 (77.8%)	61/275 (22.2%)	266/382 (69.6%)	116/382 (30.4%)



<入院時情報提供書提出率>

日付	要支援		要介護		合計	
	提出あり	提出なし	提出あり	提出なし	提出あり	提出なし
平成 26 年 6 月	5/75 (6.7%)	70/75 (93.3%)	86/272 (31.6%)	186/272 (68.4%)	91/347 (26.2%)	256/347 (73.8%)
平成 27 年 6 月	21/90 (23.3%)	69/90 (76.7%)	144/292 (49.3%)	148/292 (50.7%)	165/382 (43.2%)	217/382 (56.8%)
平成 27 年 12 月	10/116 (8.6%)	106/116 (91.4%)	193/315 (61.3%)	122/315 (38.7%)	203/431 (47.1%)	228/431 (52.9%)



Ⅲ-7. 大分県中部医療圏域

(1) 圏域の状況

① 基本情報(特に記載がない情報は平成 27 年 1 月 31 日現在)

項目	数	単位
市町村数	4	カ所
総人口 ※	570,509	人
面積	1,191	km ²
65 歳以上高齢者数	138,521	人
	24.3	%
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設	0	カ所
置数	22	カ所
ケアマネジャー事業所数	175	カ所
郡市区医師会数	5	カ所

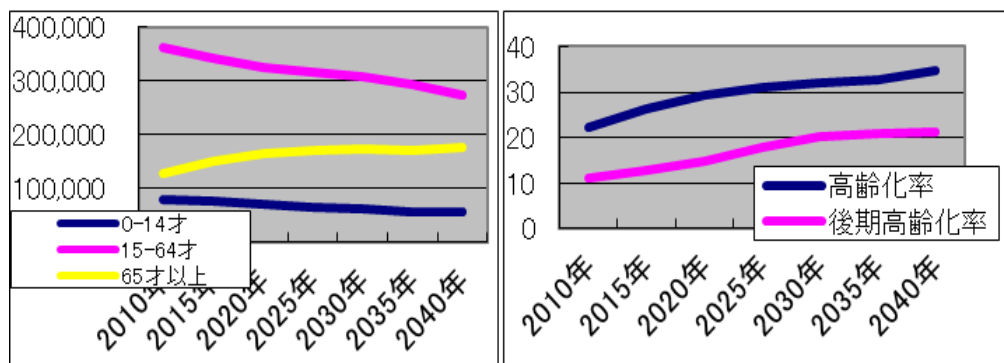
※人口は平成 25 年 10 月 1 日



中部医療圏域
(大分市、臼杵市、
津久見市、由布市)

② 圏域における人口動態推計

2010 年対 2025 年の生産年齢人口減少率：13%、後期高齢者数の増加率：56%



(2) 行政の組織体制と圏域の参加率

①行政の組織体制

行政	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、高齢者福祉課、福祉保健企画課 【担当課】 福祉保健企画課
	保健所の体制	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）

②圏域の参加率

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の参加率	100%
圏域内の地域包括支援センター参加率	100%
圏域内のケアマネジャー事業所参加率	約 70%

(3) 退院調整率・入院時情報提供率の推移

<退院調整率>

日付	要支援		要介護		合計	
	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし
平成 27 年 5 月	81/116 (69.8%)	35/116 (30.2%)	273/331 (82.5%)	58/331 (17.5%)	354/447 (79.2%)	93/447 (20.8%)

<入院時情報提供書提出率>

ここまでの調査は実施していない。

Ⅲ-8. 鹿児島県鹿児島圏域

(1) 圏域の状況(平成 26 年度報告書より)

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、ケアマネジャー協議及び医療・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支援ルール運用を開始。

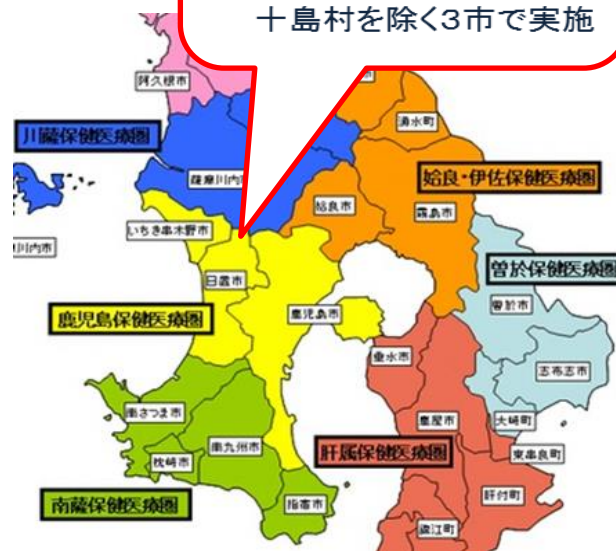
①基本情報(特に記載がない情報は平成 26 年 3 月 1 日現在)

項目	数	単位
市町数	5	カ所
総人口	687,989	人
面積	1,045	km ²
65 歳以上高齢者数 (人数)	164,372	人
(比率)	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	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 ※	カ所
ケアマネジャー事業 所数	183	カ所
郡市区医師会数	3	カ所

※ (うち、鹿児島市本部 1 件を含む)

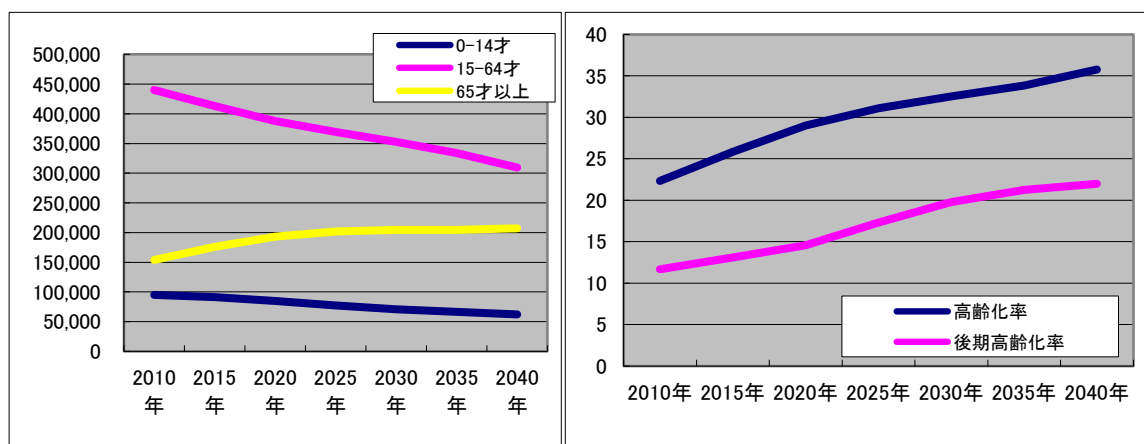
鹿児島保健医療圏域

鹿児島市、日置市、いちき串木野市、三島村、十島村
※今回の事業は三島村、十島村を除く3市で実施



②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%



(2) 行政の組織体制と圏域の参加率

①行政の組織体制

行政	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】 保健医療福祉課、健康増進課、障害福祉課 薬務課 【担当課】 介護福祉課
	保健所の体制	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

②圏域の参加率（平成 27 年 10 月 1 日現在）

圏域内の病院参加率（47 病院）	55.3%
圏域内の急性期病床を持つ病院の参加率	68.1%
圏域内の地域包括支援センター参加率	100%
圏域内のケアマネジャー事業所参加率	100%

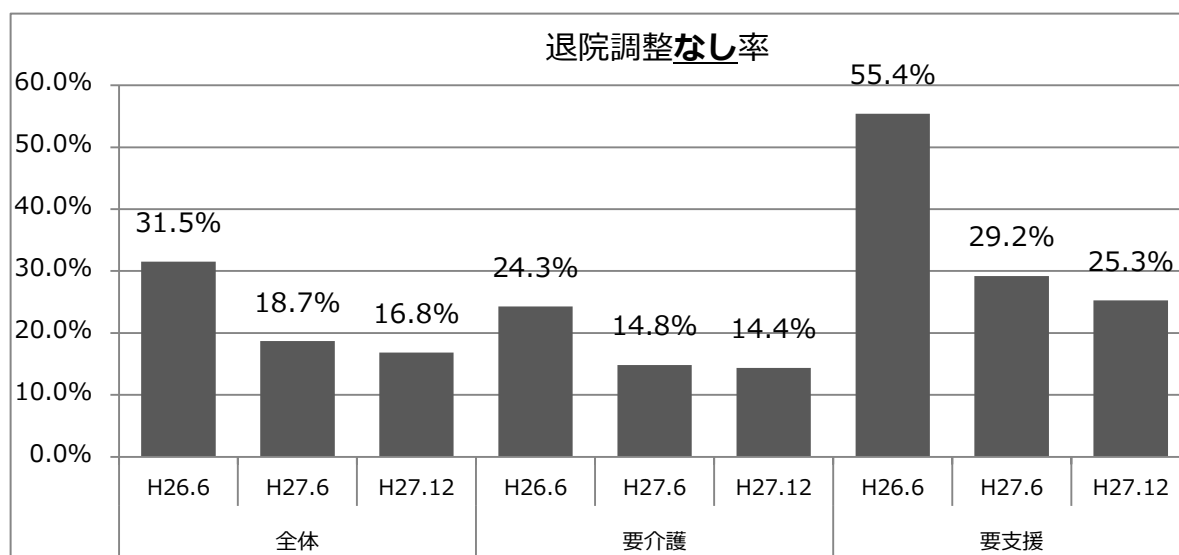
※対象病院は、急性期・回復期の病院とした。（小児科除く）

(3) 退院調整率・入院時情報提供率の推移

<退院調整率>

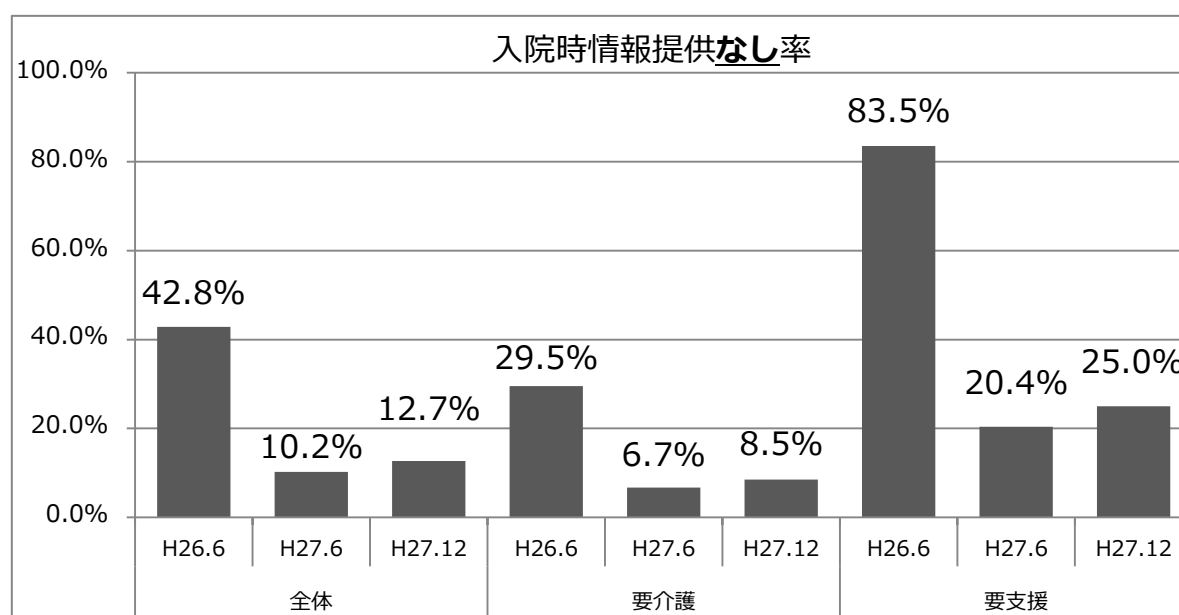
日付	要支援		要介護		合計	
	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし	調整あり	調整なし
平成 25 年 11 月～ 平成 26 年 1 月 ※（3 か月間）	41/70 (58.6%)	29/70 (41.4%)	131/155 (84.5%)	24/155 (15.5%)	172/225 (76.4%)	53/225 (23.6%)
平成 26 年 6 月 (1 か月間)	37/83 (44.6%)	46/83 (55.4%)	206/272 (75.7%)	66/272 (24.3%)	243/355 (86.5%)	112/355 (31.5%)
平成 27 年 6 月 (1 か月間)	63/89 (70.8%)	26/89 (29.2%)	207/243 (85.2%)	36/243 (14.8%)	270/332 (81.3%)	62/332 (18.7%)
平成 27 年 12 月 (1 か月間)	71/95 (74.7%)	24/95 (25.3%)	280/327 (85.6%)	47/327 (14.4%)	351/422 (83.2%)	71/422 (16.8%)

備考 ※鹿児島市を除く（日置市、いちき串木野市のみのデータ）。



<入院時情報提供書提出率>

日付	要支援		要介護		合計	
	提出あり	提出なし	提出あり	提出なし	提出あり	提出なし
平成 26 年 6 月 (1 か月間)	15/91 (16.5%)	76/91 (83.5%)	196/278 (70.5%)	182/268 (29.5%)	211/369 (57.2%)	158/369 (42.8%)
平成 27 年 6 月 (1 か月間)	82/103 (79.6%)	21/103 (20.4%)	279/299 (93.3%)	20/299 (6.7%)	361/402 (89.8%)	241/402 (10.2%)
平成 27 年 12 月 (1 か月間)	84/112 (75.0%)	28/112 (25.0%)	302/330 (91.5%)	28/332 (8.5%)	386/442 (87.3%)	56/442 (12.7%)



(4) メンテナンス協議

実施日	介護支援専門員代表者会議（平成 27 年 9 月 8 日）開催
評価	・連絡がとりやすくなり、カンファレンスに参加する機会が増えた ・退院後の生活を考えてもらえるようになった
問題点・課題等	退院調整の阻害要因や介護支援専門員側の努力が必要な点 ■連絡に関すること ・病院から退院や転院の連絡がないことがある ・急な退院連絡やカンファレンス開催の連絡があり業務の都合がつかないことがある ■周知に関すること ・退院支援ルールの周知が不足している ・介護保険制度や介護支援専門員の業務に関して理解が不足している ■連携に関すること ・窓口と病棟の連携が取れていないところがある ■その他 ・転院時の取り決めがされていない ・短期間の入院の場合の退院支援ルールの適用が難しい

「医療との連携をはかれば、ケアマネジャーの質も伴って良くなる。医療機関に足を運べば必要な情報を入手できるので当然スキルも上がる」※会議に出席した介護支援専門員の一言です。

実施日	医療・介護合同会議（平成 27 年 9 月 16 日）開催
狭義	■連絡・調整に関すること ・カンファレンスの連絡調整が不十分で介護支援専門員の調整がつかない ■周知に関すること ・病院職員にも介護支援専門員にも退院支援ルールの周知不足がみられる ■転院時の情報に関すること ・転院時の転院先への情報提供が不足している ■その他 ・参加病院以外の病院へ退院支援ルールの説明が難しい ・病院の連携窓口の情報修正が遅い
評価	・退院時に顔の見える連携ができて患者の不安軽減につながった ・情報を病院内カンファレンスで活用し職員で共有して対応できた
問題点・課題等	●退院調整は早めに行い、病院と介護支援専門員で日程調整を丁寧に行っていく ●病院や事業所で情報回覧ではなく、研修会や検討会等を行い情報共有を図りながら取り組む ●介護支援専門員協議会等で組織的な情報伝達や情報共有に取り組む ●入院時情報共有シートを転院先につないだり、看護サマリー等の情報に入院時情報を入れ込む ●ホームページをタイムリーに更新していく

※運用後1年の評価を実施する

平成28年1月にアンケート調査を実施

平成28年3月に「介護支援専門員代表者会議」「医療・介護合同会議」を開催

鹿児島保健医療圏「退院支援ルール」ってなんですか？

●急性期、回復期の病院から在宅へ患者が円滑に移行するために、介護保険の適用が考えられる「退院患者の情報をもれなくケアマネジャーにつなぐためのシステムです。」
●病院とケアマネジャーと行政が協議して作ったルールです。

鹿児島市・日置市・いちき串木野市で平成27年2月から運用しています

退院支援ルールづくりのプロセス(平成26年7月～平成27年1月)

1. 医療部会 (63病院参加)
2. ケアマネ協議 (4回) (延べ442人参加)
3. 医療・介護合同会議 (2回) (43病院・代表ケアマネ26人参加)
- ネットワーキング (30病院・ケアマネ145人参加)

多くの入退院に参画してもらい協議を行いました。平成27年2月から運用を開始しています。

退院支援ルール

【入院前にケアマネがいる患者の場合】

【入院前にケアマネがいない患者の場合】

・退院の連絡を早めにいただくことで、ケアマネジャーが退院時カンファレンスへ参加しやすくなります。
・お互いを知り、顔の見える関係づくりができます。

情報共有シート

【入院時情報共有シート】
入院時から情報を共有することで、入院から在宅までの切れ目のない支援の提供を行うためのシートです。

【退院時支援情報共有シート】
ご本人や家族が地域で安心生活をするための情報を共有するためのシートです。
※情報共有シートについては「退院支援ルールの手引き」をご覧ください。

退院支援ルールの手引き

ホームページに掲載していますのでご利用ください。
アドレス <http://www.pref.kagoshima.jp/ak06/chiki/kagoshima/kenko/20150201.html>

参加病院だけでなく多くの医療機関と連携して、在宅での生活に向けた支援を一緒に考えていけたらと思います。

事業所名	ケアマネ名
電話番号	
【メモ】	

関係者へ周知推進のためリーフレットを作成してメールで配信
ホームページへも掲載

資料編

二次医療圏等のコーディネーター組織の 担当者向け退院調整ルール策定マニュアル

**都道府県医療介護連携調整実証事業
アドバイザー組織**

目次

はじめに

I. 退院調整ルール策定の目的.....	1
1. 背景	1
2. 入退院時の医療と介護の連携の現状と課題	2
3. 事業の目的及び期待する効果	5
4. 在宅医療・介護連携推進事業における本取組の位置づけ	7
II. 退院調整ルール策定の概要.....	8
1. 退院調整ルール策定の枠組み	8
2. 取組の流れ.....	9
3. 取組の概要.....	10
III. 具体的な手順とポイント	12
STEP1 地域診断.....	12
STEP2 運営会議.....	14
STEP3 関係者の組織化.....	17
STEP4 病院・ケアマネジャー合同協議	32
STEP5 退院調整ルールの運用と運用状況の把握（点検協議）	44
IV. その他	47
1. 留意点（主要な保健所担当者が異動するときの注意点）	47
2. Q&A.....	48
3. 参考資料	50

はじめに

少子高齢化は人口減少とも連動しながら、我が国の重要な課題の一つです。国立社会保障・人口問題研究所によると、2060年には総人口が9000万人を割り込み、高齢化率は40%近い水準になると推計されています。これからの我が国は、複数の疾患を有することが多く、多様な課題を抱え、心理的社会的にも継続的ケアを必要とする高齢者等の増加への対応が最重要課題です。地域で可能な限り生活を継続できるためには、医療はもとより、予防・介護・生活支援・住まいに関係する機関や団体が、本人・家族の選択と心構えを基本とした多角的・包括的支援を行う地域包括ケアシステムの構築が不可欠です。

そのためには、それぞれの地域特性を踏まえた細やかな対応が不可欠であることから、住民に身近な自治体である市町村の役割が大切とされています。介護保険や福祉対策等、一元的に提供される制度設計が作られています。ただし、医療については一部の都市部を除いて、多くの自治体において同一自治体で完結することは少なく、高度急性期や急性期医療等を中心として、二次医療圏やさらに複数の医療圏単位といった広域で行われることが一般的です。

また、急性期以降の回復期、慢性期の患者の医療やケアについては、医療機関同士の連携はもとより、医療と介護、福祉等との連携が必要です。我が国を支える生産年齢の人口割合が50%まで減少するとされるなか、将来の医療需要推計を基に、それぞれの地域においてステージ毎に保健医療福祉介護の体制づくりを進めるための地域医療構想との連携も重要です。立場の異なるサービス提供者間の調整、居住地以外の医療機関との広域調整、医療計画、地域医療構想との連動など市町村で総合的に進めるには負担が大きいと考えられます。都道府県や保健所が積極的に支援していくことが求められます。

保健所長会では、地域包括ケアシステムの推進を重要テーマの一つに掲げて、積極的に役割を果たしていくこととしています。本マニュアルでは、都道府県の中でも、とりわけ医療との接点が多い保健所が、本事業において担う役割、考え方や様々な経験、工夫等を記載しておりますので、今後の地域包括ケアシステム構築に向けた取り組みの参考にいただけると幸いです。

平成 28 年 3 月

都道府県医療介護連携調整実証事業アドバイザー

(鹿児島地域振興局保健福祉環境部長 兼 伊集院保健所長)

宇田 英典

I. 退院調整ルール策定の目的

POINT!

- 重度な要介護状態となっても、自分らしい暮らしを、住み慣れた地域で続けることができるよう、その地域の実情に合った地域包括ケアシステムの構築が求められている。
- 病院職員と介護支援専門員（以下、ケアマネジャー）の連携（退院調整）は在宅での療養生活が必要となる患者・利用者が療養生活を継続する上で重要である。
- 退院調整ルール策定の組織化の過程、また、協議の過程において、必要な連携体制やネットワークが構築され、日常的に在宅医療・介護連携が図られるようになる。
- 退院調整ルールを策定し運用することで、患者がシームレスなサービスの提供を受けられるようになり、できる限り住み慣れた地域で生活を継続したいという希望を実現することができる。

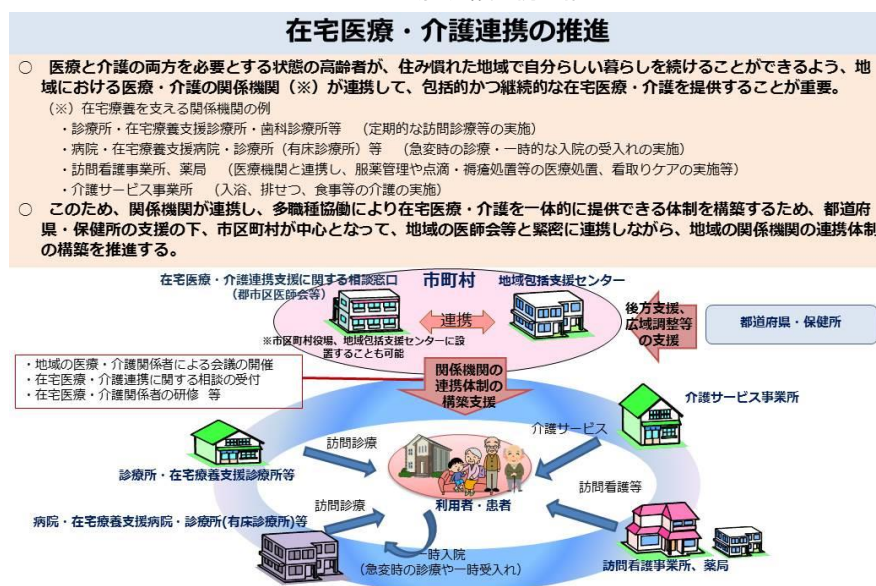
1. 背景

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、自分らしい暮らしを、住み慣れた地域で人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が包括的に提供される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。

疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養しつつ、自分らしい生活を続けるには、地域における医療・介護の関係機関が連携し、包括的かつ継続的な在宅医療・介護サービスを提供できることが必要である。しかし、医療・介護の相互の役割や機能等の理解が十分でないこと、介護職が感じる医療職に対する心理的な垣根の高さ、双方ともに多忙である等により、医療・介護の連携が十分に図れていない場面もみられる。

医療・介護の連携は、それぞれが個別に努力すればできるものではなく、医療・介護連携を推進するため、都道府県・保健所の支援の下、市町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する必要がある。

図 1 在宅医療・介護連携の推進



※本マニュアルにおいては、入退院の連携に関わる主な医療機関である「病院」と主な介護側の職種として「介護支援専門員」との連携を主な対象としているが、地域の実情に応じて有床診療所における入退院連携も含めて検討することが望ましい。

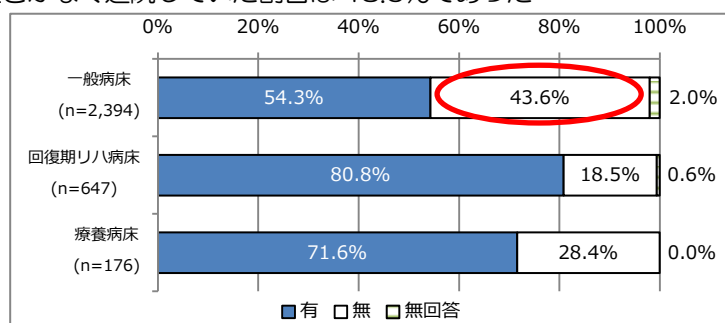
2. 入退院時の医療と介護の連携の現状と課題

医療と介護の連携は、いくつもの場面で行われるが、入退院時における医療と介護の連携は、在宅での療養生活が必要となる患者・利用者の療養生活を継続する上で、その最初の窓口であり、この連携を円滑に進めるためには、病院職員とケアマネジャーの退院調整が重要である。

病院への入退院時の退院調整率及び情報提供率の現状

○介護報酬改定検証調査（26年度実施分）リハビリテーションにおける医療と介護の連携に関する調査研究

居宅介護支援事業所の利用者のうち、病院（一般病床）から退院時に介護支援専門員への引き継ぎがなく退院していた割合は43.6%であった



○都道府県医療介護連携調整実証事業（平成26年度）

入院時に情報提供がなかった割合（ケアマネ⇒病院） 33%～74%

退院時に退院調整がなかった割合※（病院⇒ケアマネ） 15%～41%

※病院から退院した利用者のうち、退院前に病院からケアマネへの引き継ぎがなかった割合

	岩手県 盛岡	岩手県 宮古	富山県 砺波	滋賀県 大津市	和歌山県 新宮	京都府 中丹東	兵庫県 但馬	徳島県 徳島保健所	大分県 中部	鹿児島県 鹿児島
入院時情報提供書 提供なし (%)			33	50	57		53	74	66	44
退院調整なし (%)	34	19	18	39	30	15	20	41	27	31

病院職員とケアマネジャーの連携が適切に行われていないケース

各地域での協議の様子から連携が適切に行われていないケースは次のように考えられる。

【入院時（ケアマネジャー⇒病院職員）】

□ケアマネジャーの利用者への訪問は原則月1回程度であるため、利用者の入院を把握できず病院へ情報提供ができないケース

【退院時（病院職員⇒ケアマネジャー）】

（要介護認定を受けていない患者の場合）

□新規に要介護認定を申請し、在宅介護の導入が必要な患者であるが、ケアマネジャーに連絡が行われないケース

（要介護認定を受けており、担当ケアマネジャーがいる場合）

□比較的要介護度が低く、家族の介護力が充足しているために、ケアマネジャーへの事前の連絡が行われないケース

退院調整ルールにより問題解消が期待できる具体的なケース

下記の事例は、退院調整ルールを策定した地域の協議において、実際に起きた事例として報告されたケースであり、このようなケースの発生を関係者の連携により可能な限り少なくすることが退院調整ルール策定の目的である。

退院調整されずに退院したケース

○ 病院と自宅の環境の違いに配慮しないケース

- ・入院中は車いす移動で排泄は自立していた。
- ・自宅ではベッドがなく、布団に寝ることになった。
- ・床からの立ち上がりができないため、トイレに行けず失禁状態になった。
- ・家族がおむつ交換を続け、疲れ切っていたのを民生委員が発見しケアマネに連絡。
- ・退院 10 日目にベッド、通所介護が提供されたが、本人及び家族の介護負担は重度化した。

○ 退院後、生活機能の低下を近隣住民が発見したケース

- ・高齢者 2 人世帯、老老介護。
- ・退院時に病院から療養指導を受けたらしいが、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。
- ・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。

退院調整不良のケース

○ 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

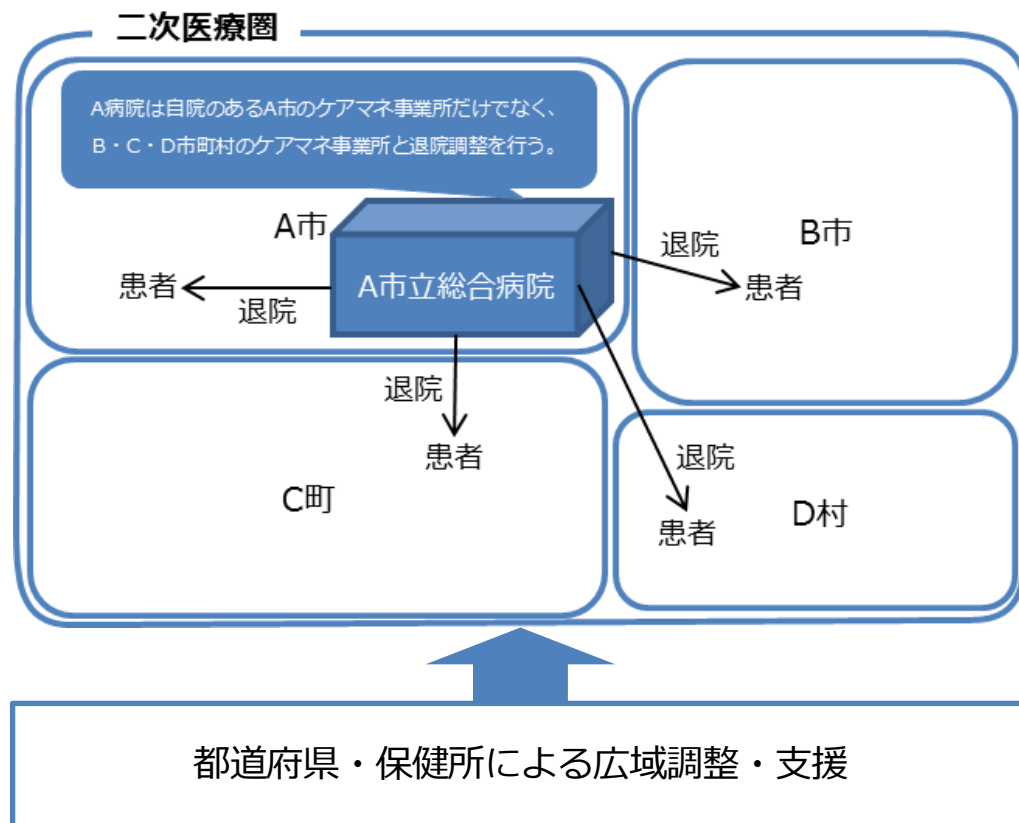
- ・高齢者 2 人世帯、老老介護。
- ・摂食が困難な状態で経管栄養中。
- ・摂食方法について家族の理解が得られないまま退院調整が進められ、医師と患者家族の関係が悪化した状態で包括に相談あり。
- ・病院から訪問看護の意見書の作成が拒否され、主治医を探す所から支援を行った。

○ がん末期で、病院とケアマネの連携が不十分なまま退院したケース

- ・胆管がん末期。老老介護。介護保険は申請中。
- ・病院とケアマネとの調整は「退院にはベッドが必要」のみ。
- ・ケアマネが、同法人の訪問看護に同行を依頼し訪問。胆汁パック、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。
- ・家族は、バルーンパックの捨て方も習得できていなかった。

また、病院職員とケアマネジャーとの入退院時の連携を促進するための取組については、広域的な医療を担っている病院での入退院の場合、複数の市町村にまたがる連携を考慮する必要があります、単独の市町村による取組では難しい。

このため、二次医療圏など広域的な枠組みで検討することが必要であり、広域の保健福祉行政を担う都道府県・保健所による調整・支援の下、地域の病院職員、介護支援専門員、市町村が参画して、円滑な入退院連携について協議を行うことが有効である。



3. 事業の目的及び期待する効果

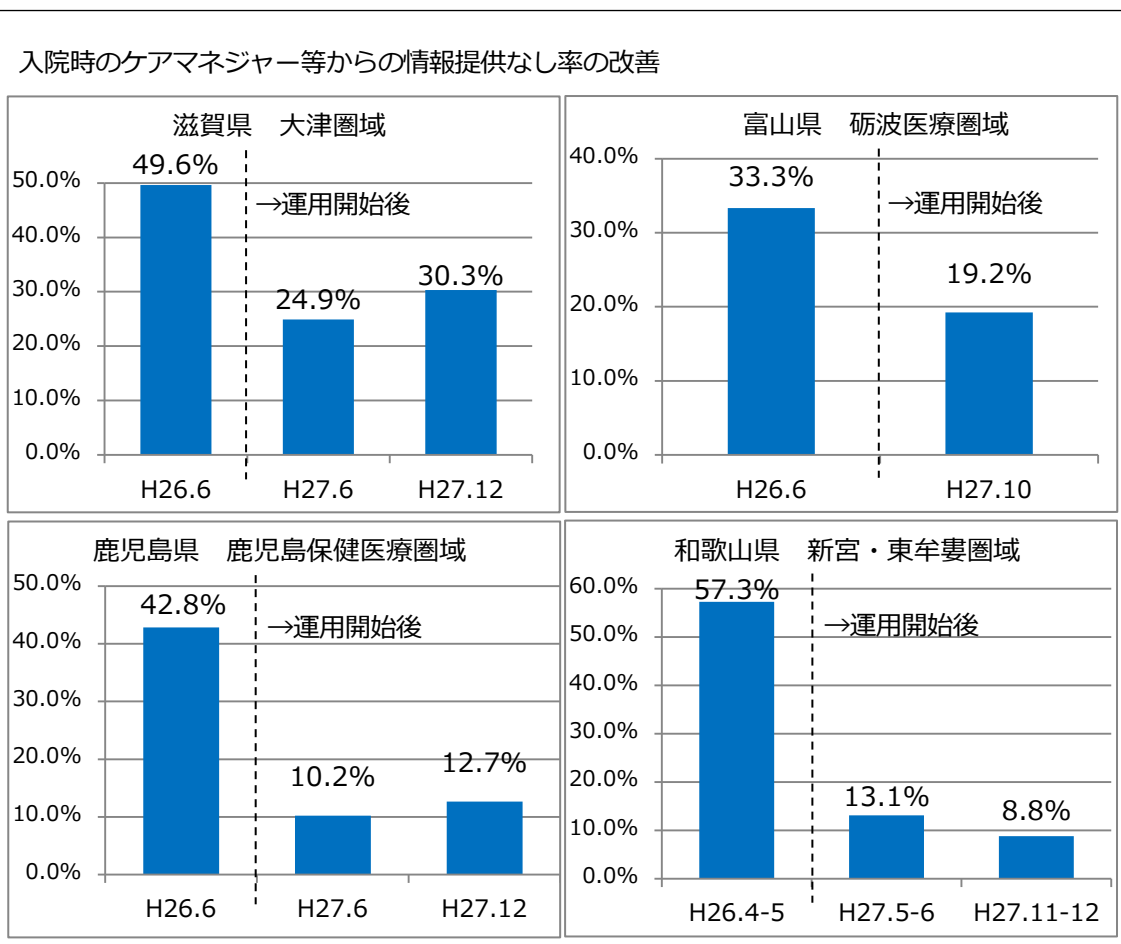
退院調整ルールとは、要介護状態の患者の居宅への退院準備の際に、病院職員からケアマネジャーに、患者についての必要な情報を引き継ぐ手順のことである。

地域における入院時と退院時の実態を把握した上で、医療・介護の関係者を集めた協議の場で連携を図るルールを策定し、関係者がそのルールを遵守・連携を継続することにより、ケアマネジメントを受ける患者に対し、適切でシームレスなサービスを提供することが目的である。

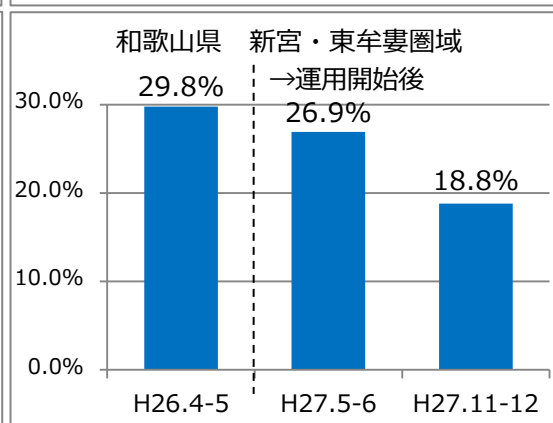
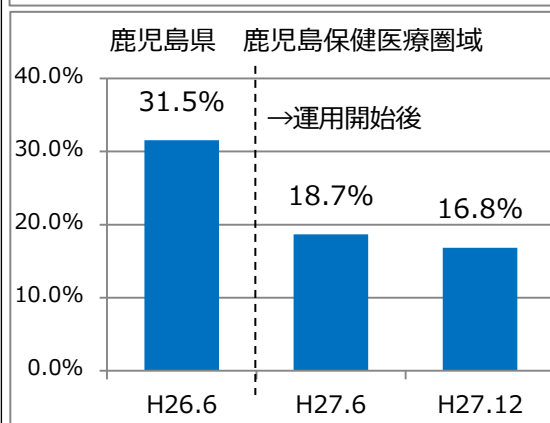
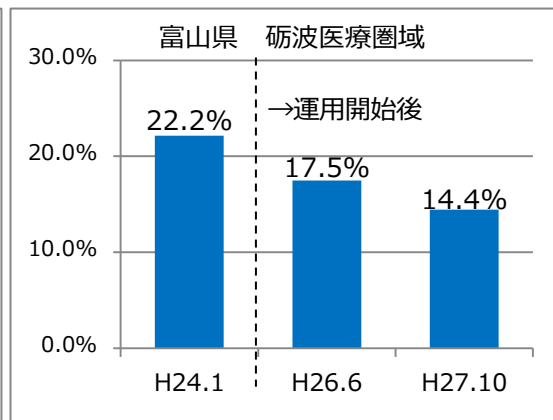
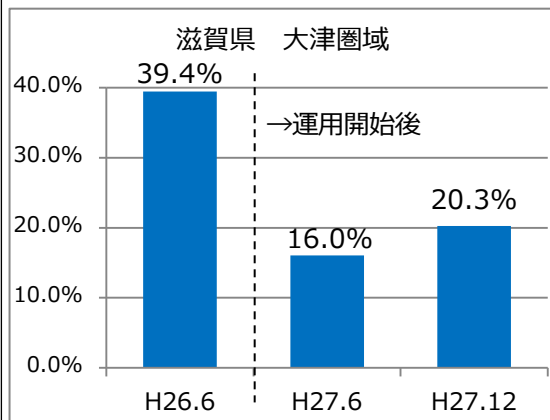
退院調整ルールを策定し運用することで、患者がシームレスなサービスの提供を受けることができるようになり、できる限り住み慣れた地域で生活を継続したいという患者の希望を実現することができる。

退院調整ルール策定には、医療機関やケアマネジャーの組織化が欠かせない。組織化の過程、また協議の過程において、必要な連携体制やネットワークが構築されることにより、日常的に在宅医療・介護連携が図られることとなる。従って、この取組は地域包括ケアの推進に資するものとなる。

退院調整ルールを策定、運用している地域における病院と介護支援専門員との入退院時の連携の改善状況は次のとおりである。



退院時の退院調整なし率の改善



4. 在宅医療・介護連携推進事業における本取組の位置づけ

在宅医療・介護連携の推進に向けた取組として、平成27年度より在宅医療・介護連携推進事業が開始されている。

実施可能な市町村は平成27年4月から開始し、全市町村が平成30年4月までに、8つの（次図の（ア）～（ク））事業項目を全て実施することが求められている。

本マニュアルにまとめた取組における退院調整ルール策定は、二次医療圏内における複数市町村の共同による検討事項であるため、「（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携」の取組の一つに該当するが、入退院時の医療・介護関係者の情報共有の仕組みを整備するという側面から捉えれば、「（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援」の取組として整理することもできる。

なお、都道府県・保健所がより主体的な役割を担い、都道府県と市町村の共同事業などにより一市町村の立場として参画する場合であっても、当該市町村として、入退院時の課題を意識し、その解決に向けて、どのような取組が必要であるのか主体的に検討することが当然重要である。

図2 在宅医療・介護連携の推進に向けた取組



Ⅱ. 退院調整ルール策定の概要

1. 退院調整ルール策定の枠組み

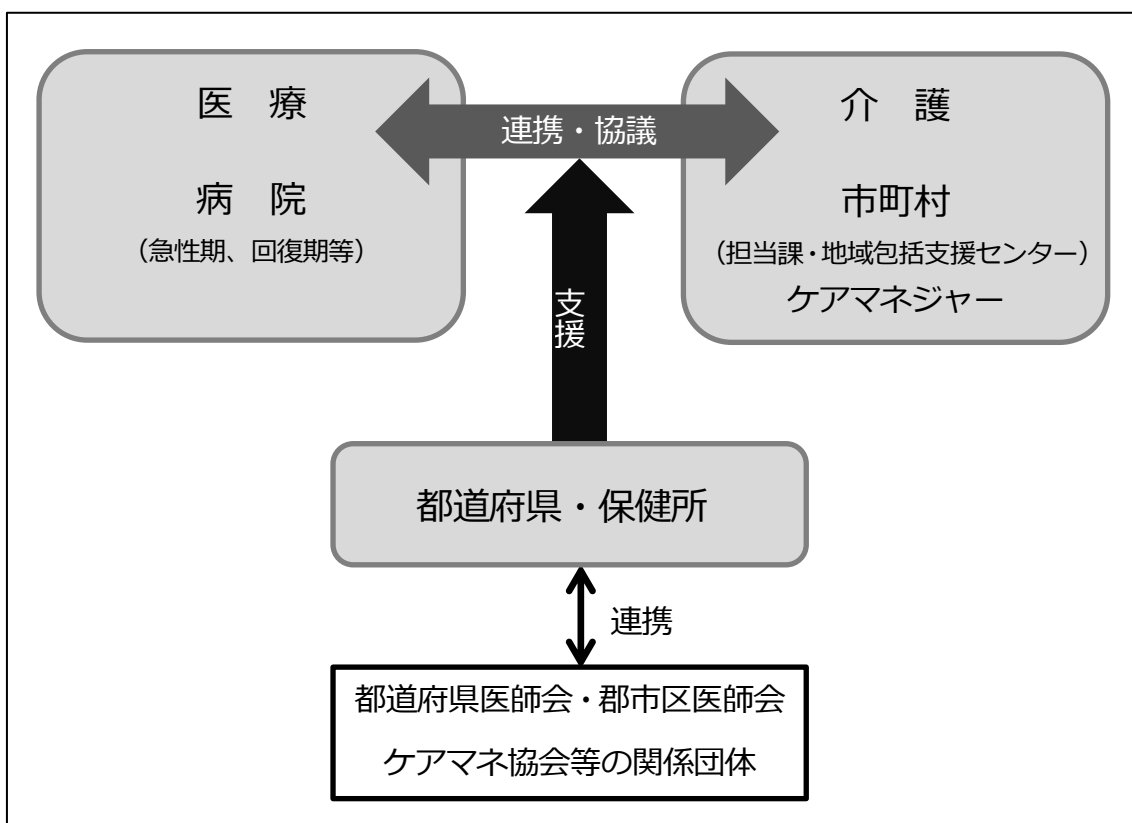
これまで医療提供体制に関しては、入院に係る医療を提供する単位として二次医療圏や三次医療圏を対象に都道府県が中心となって構築してきたが、地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護の連携に関しては、介護に係る施策の主体となる市町村が主体的に取り組むことが求められている。

しかしながら、地域医療構想においても医療システムの構築は二次医療圏を原則としていることから、地域包括ケアシステムを構築する1つの手法である退院調整ルール策定においても、都道府県の支援の下、地域の医師会等と連携しつつ、取り組むことが必要となる。

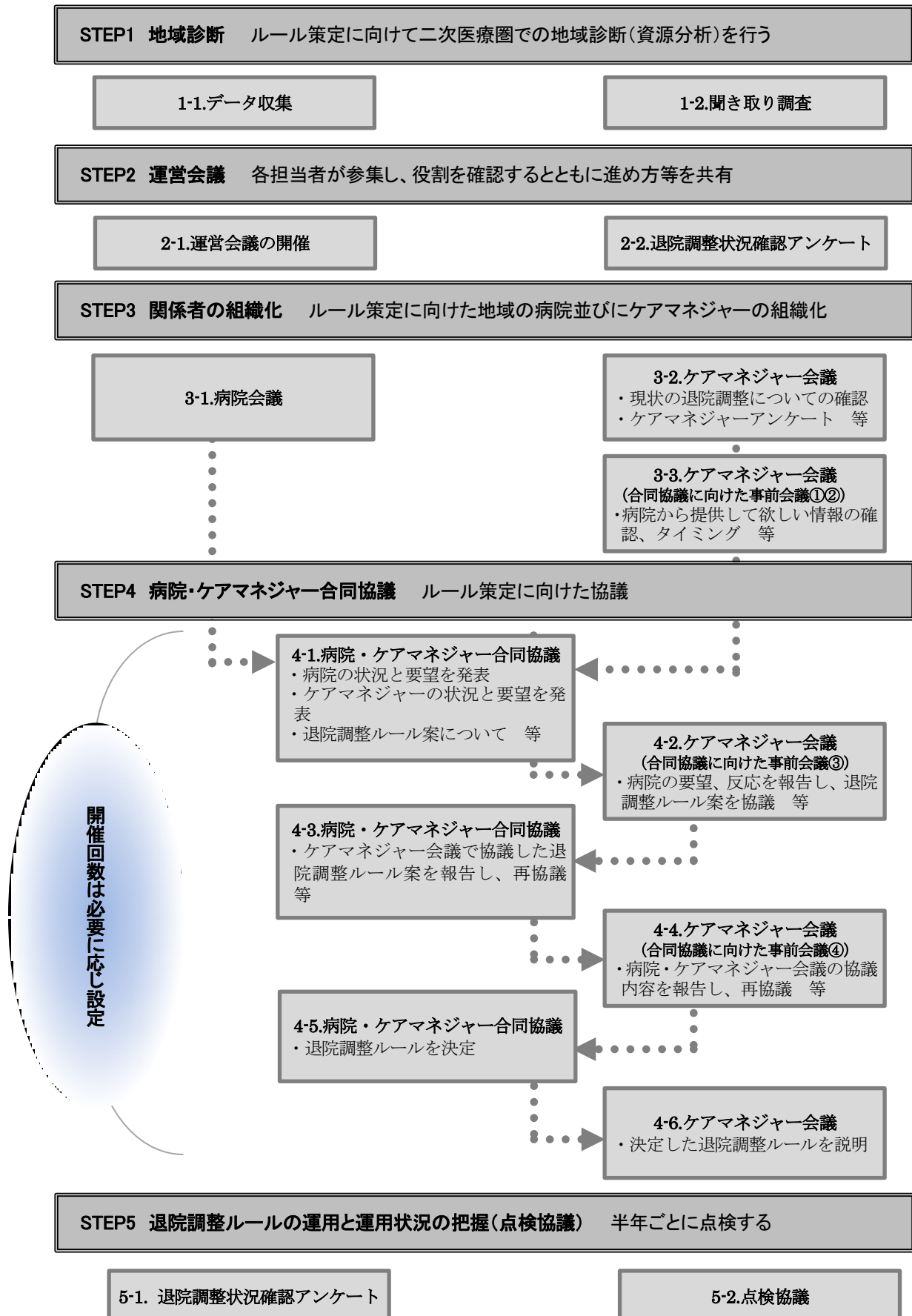
また、都道府県が市町村を支援するには、様々な課題に対し協働して対応する体制が欠かせないが、都道府県が多数の市町村の状況を把握した上で適切に支援することが困難である場合もある。そのため、退院調整ルール策定では、二次医療圏に1か所以上設置されている出先機関である保健所等を活用し、都道府県とともに検討することが効果的である。

なお、連携推進を支援するにあたっては、地域医療構想調整会議等、医療・介護関係者が集まる既存の会議体を活用するなど効率的に検討を進めることも重要である。

図 3 二次医療圏における退院調整ルール策定の枠組み



2. 取組の流れ



3. 取組の概要

STEP1 地域診断

二次医療圏（以下、圏域）での退院調整ルール策定へ向けて、簡単な地域診断（関係機関の情報収集、人口動態推計、入院完結率等）を行う。

各種調査や計画等のデータ収集及び医療・介護関係者への聞き取り調査によって、現状を把握する。

STEP2 運営会議

運営会議とは、都道府県、保健所、市町村、主な地域包括支援センターの担当者が参加する退院調整ルール策定における取組目的を共有し、以降の取組方法について合意形成するための会議であり、コーディネーター組織の役割を担う。

➤ 参考資料 1：退院調整状況確認アンケート票（案）（P.16）

STEP3 関係者の組織化

退院調整ルール策定に向けた協議には、病院会議（病院看護部やメディカルソーシャルワーカー（以下、MSW）等の病院関係者のみの協議の場合）、ケアマネジャー会議（多数のケアマネジャーによる協議の場合）がある。

組織化については、都道府県・保健所・市町村等が関係機関と調整しながら、組織化を進める。

<病院会議>

ケアマネジャーと協議することを前提に、病院の代表者が集まり、取組の趣旨や入退院における現状の把握、ケアマネジャーからの入退院時の連携のルールに関する提案についての検討・共有を目的とする会議である。

退院調整ルール策定に向けたケアマネジャーとの協議を目的に、病院の代表者が参加する会議であることから、圏域内のできる限り多くの病院をとりまとめる。

病院の代表者とは、医師や、入退院時にケアマネジャーとの連携の多くを担う、看護師の代表としての看護部長や、地域連携室の職員（MSW や看護師等）などが望ましいが、専門医がほとんどを占める病院の医師にとって、看護師や MSW が日常業務の中で行うことが多い入退院の調整に関する連携協議への参加は困難であることも多い。そのため、病院からは看護師の代表である看護部長や地域連携室の職員が参加することが一般的である。

<ケアマネジャー会議>

退院調整ルール策定に向けた圏域内の病院組織との協議を目的に、圏域内の全ての居宅介護支援事業所の代表者が参加する会議である。退院調整ルールを圏域内の全てのケアマネジャーで共有するためには、圏域内の全居宅介護支援事業所が参加する組織を新たに形成する必要がある。

現状の退院調整ルールについての確認やケアマネジャーの中での病院に対する要望のとりまとめ、また、病院・ケアマネジャー合同協議の協議内容をケアマネジャー

で協議し、圏域内のケアマネジャーの合意形成を行う。

- 参考資料 2：退院調整の事例（P.24・P.25）
- 参考資料 3：退院調整が必要な患者の基準（原案）（P.26）
- 参考資料 4：退院調整共有情報シート（案）（P.29）

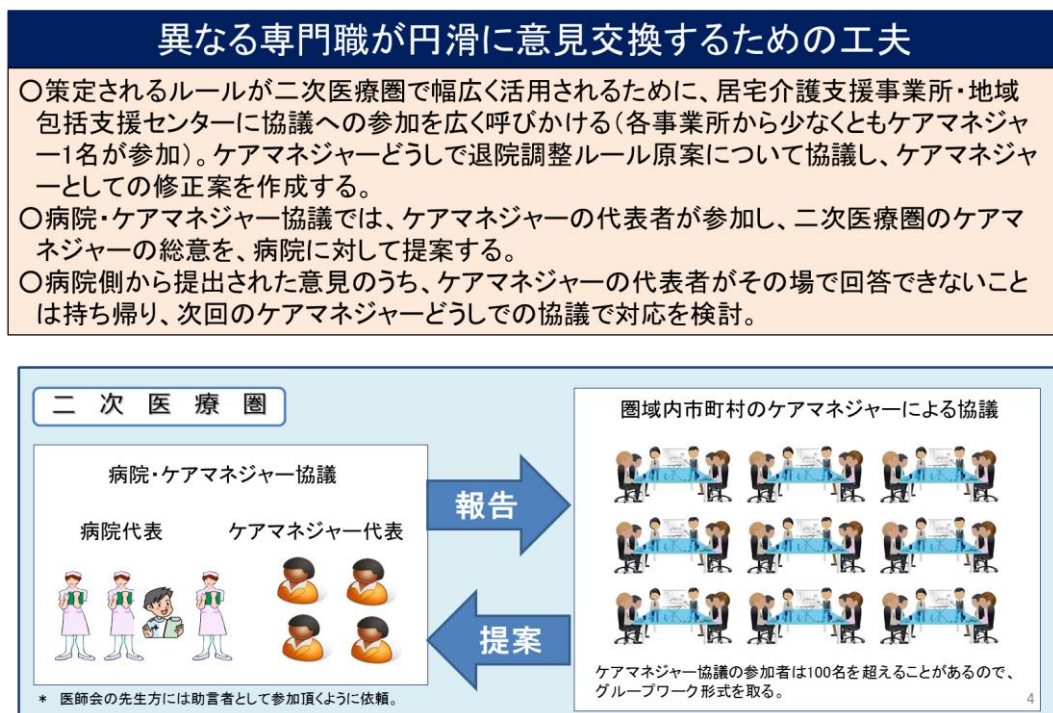
STEP4 病院・ケアマネジャー合同協議

病院会議及びケアマネジャー会議の代表者等による協議の場である。本協議では、各会議で取りまとめられた意見を交換し、退院調整ルールの方針、合意を目指す。

退院調整ルールの方針、運用開始時期・方法（書式等含む）の合意形成を行うとともに、退院調整ルール運用後の点検協議の場とする。

- 参考資料 5：病院アンケート（案）（P.35）
- 参考資料 6：入院時情報提供シート（案）（P.36）
- 参考資料 7：病院の窓口・運用方法一覧（案）（P.39）

図 4 異なる専門職が円滑に意見交換するための工夫



STEP5 退院調整ルールの運用と運用状況の把握(点検協議)

策定した退院調整ルールを運用し、医療・介護の連携を図る。

どのようなルールでも定期的なメンテナンスが必要である。病院・ケアマネジャー合同協議を定期的に行い、退院調整ルールの点検協議を行う。

運用後、半年ごとに病院・ケアマネジャー合同協議を開催し、データを基に退院調整ルールの運用状況と具体的な課題について協議する。

- 参考資料 1：退院調整状況確認アンケート票（案）（P.16）

Ⅲ. 具体的な手順とポイント

STEP1 地域診断

データ収集

STEP1-1

地域の現状を把握するため、データを収集し、分析する。

圏域での入院完結率や圏域外への入院の程度を把握することは、圏域内の住民の入退院の流れを把握する上で、重要な情報である。

その他にも関係団体（郡市区医師会、看護協会、地域包括支援センター等）の有無をはじめ、退院調整ルール策定への参加や協力を求める際に必要な情報を把握する。

役割

保健所等：圏域内の病院、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等の状況把握

※地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の状況把握については、各市町村が行うことも考えられる。

CHECK

- ☐ 基本情報（圏域内の市町村数、総人口、面積、高齢化率、圏域内病院数・病床数、うち急性期病床を持つ病院数等）
- ☐ 圏域での入院完結率や入院患者流出率（医療計画、患者調査を参考に）
- ☐ 圏域外への入院の程度（圏域別に分析）
- ☐ 郡市区医師会や看護協会の情報（存在する地域、連絡先）
- ☐ ケアマネジャーの情報（ケアマネジャー協会等の有無、組織率、連絡先）
- ☐ 地域包括支援センターの情報（圏域内の市町村別に調査。担当する日常生活圏域、直営・委託別、連絡先）
- ☐ 圏域における人口動態推計およびグラフ作成

POINT!

【取組対象圏域の設定】

（奈良県）

- ・二次医療圏と保健所の管轄市町村が異なっていたが、保健所と関係機関の関係性を考慮し、二次医療圏を基本に、保健所管轄地域に合わせて対象地域を設定した。

（福井県）

- ・圏域の入院患者流出率は46%で、そのほとんどが急性期病院の集中している二次医療圏に流出していた。当該圏域の受診が多い圏域外急性期病院2か所に対し協議への参加を依頼した。また、当該圏域のみの取組では機能しないことから、県全体でのルール整備を行うこととした。

【情報収集】

（佐賀県）

- ・データ収集は、関係各課が情報を持ち寄り情報の共有化を図った。

聞き取り調査

STEP1-2

現場の実態を把握するには、聞き取り調査が有効である。

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、主な地域包括支援センター及びケアマネジャー協会のケアマネジャーへ聞き取り調査を行うとともに、退院調整ルール策定への協力を取り付ける。

地域包括支援センターとケアマネジャーの認識にズレや温度差が無いか（地域包括支援センターはケアマネジャーの現場感覚を理解しているか）、ケアマネジャーの地域包括支援センターへの信頼度はどの程度か等を把握する。

役割

保健所等：圏域内の地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等の状況把握

市町村・地域包括支援センター：保健所等と協力し、市町村内の退院調整の現状や居宅介護支援事業所の状況把握

CHECK

- ☐ 主な地域包括支援センター（直営優先）数か所への聞き取りと本取組への協力依頼
- ☐ ケアマネジャー協会等のケアマネジャーへの聞き取りと本取組への協力依頼

POINT!

【アンケートの作成】

（青森県）

- ・アンケートではケアマネジャーの課題の把握を行った。自由記載を設けたことで、ケアマネジャーの現状の把握に役に立った。

（福島県）

- ・聞き取り者によりニュアンスが異ならないようケアマネジャーへの設問項目は統一した。

STEP2 運営会議

運営会議の開催

STEP2-1

コーディネーター組織である保健所、市町村、地域包括支援センター間で、今後の進め方などを検討する運営会議を開催する。

県は、県内における主な関係団体との調整、保健所は圏域における病院・ケアマネジャーの調整、市町村および地域包括支援センターは市町村内のケアマネジャーのとりまとめを担当すること等の役割を確認し、以降の取組方法やスケジュールについて合意形成する。

役割

都道府県：県医師会・郡市医師会等関係機関に取組の趣旨や方法を説明し、理解を得る。その後、適宜、進捗状況を共有する。

保健所：保健所等が主催する運営会議に参加する関係者を招集する。本マニュアルを元に病院会議、ケアマネジャー会議、病院・ケアマネジャー合同協議に向けた手順を策定する。

市町村・地域包括支援センター：保健所と協力し、病院会議、ケアマネジャー会議、病院・ケアマネジャー合同協議に向けた手順を確認する。

CHECK

- ☐（病院種別・疾病を問わない）圏域内における病院の組織化の意義と手順の確認
- ☐圏域内の全ての居宅介護支援事業所の組織化の意義と手順の確認

POINT!

【コーディネーター組織の意識合わせ】

（青森県）

- ・当初、市町村によって考え方に温度差があったが、運営会議を、病院協議終了後に併せて開催する等、年度末までに4回の会議を行うこととし、市町村と協議等の内容を共有した。また、居宅介護支援事業所には市町村から通知してもらうなど、市町村業務であることの意識付けも行った。

（福井県）

- ・県全体で退院支援ルールを整備するため、各保健所担当者間での共通認識が必要であった。保健所の担当者を集めた会議を実施し、ルールの策定方法等の協議を行うことで共通認識が得られた。

【事前説明会の開催】

（奈良県）

- ・退院調整ルールは関係者みんなで作ったルールという意識を持つことが必要であり、多くの関係機関の参加が必要。また、そのためにはそれぞれの所属先の理解が必要となるため、市町村、地域包括支援センター、病院、居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所を対象に説明会を開催。できるだけ多くの病院や居宅介護支援事業所等に参加していただくため、ルール策定までの会議開催日時（年間）を提示した。

退院調整状況確認アンケートの実施

STEP2-2

居宅介護支援事業所を対象に退院調整状況確認アンケート（1ヶ月間の入退院分）を実施する。

取組開始の段階で、圏域での退院調整状況を得ておくと、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、コーディネーター組織（都道府県、保健所、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。さらに、その後の関係機関への調整の際に、説得力のある説明ができ、協議への参加意欲を高める事ができるとともに、圏域内の病院やケアマネジャーを組織化する際にも有効なデータとなる。

要支援者、要介護者を合わせた情報を得るため、アンケートの対象はケアマネジャー、地域包括支援センターとする。

役割

保健所等：退院調整状況確認アンケートをとりまとめる。

市町村：病院・ケアマネジャー間の連携に関する議題の提出に向けて、保健所等の支援を受け、地域包括支援センターと協力して、退院調整の状況確認アンケートを実施する。

地域包括支援センター：市町村が実施する退院調整の状況確認アンケートの補助を行う。

CHECK

- ☐ 調査の意義と手順確認（配布・回収・集計・分析のスケジュールや督促の有無など）
- ☐ 「退院調整状況確認アンケート票（案）」（参考資料 1(P.16)）を参考に、アンケート票を確定
- ☐ アンケートの実施（配布・回収）
- ☐ アンケート結果から退院調整率（退院時にケアマネジャーに引き継ぎがあった率）等を確認

POINT!

【アンケートの回答率を上げる工夫】

(福井県)

- ・地域包括支援センターに協力を依頼し、アンケートを連名で実施した。

(宮崎県)

- ・組織化はこれからという市のケアマネジャー連絡会に県が出席して、ケアマネジャーアンケートの目的とその結果の説明を行った。

参考資料 1：退院調整状況確認アンケート票（案）

〇〇圏域における病院と介護との連携について、今後、病院と協議しつつ充実した利用者支援を可能とするために、ご意見をお聞かせ下さい。

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	注. 引き継ぎには、退院前の多職種カンファレンス以外に、病院職員との簡単な面談を含めます。
1		有・無	介護・予防	注. 介護支援専門員から引き継ぎを求めた場合は「無」としてください。
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

4. 病院との退院時の引き継ぎでうまくいった点や、問題点を記述ください(できるだけ、病院名も)

例) 〇△病院: 入院時情報提供書を持っていこうと電話したけど、たらい回しにされた。結局、連絡なしで退院。

※ ケアマネジャーお1人に1枚ずつ回答をお願いします。不足の場合はコピーをお願い致します。

※ 〇月〇日()までにご返送ください。

ご協力ありがとうございました。

このまま、下記のFAX番号に送信してください。

FAX番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 △△市地域包括支援センター ■〇 行

STEP3 関係者の組織化

退院調整ルール策定に向けた協議には、病院会議（病院看護部長や MSW 等病院関係者のみの協議の場）、ケアマネジャー会議（多数のケアマネジャーによる協議の場）、病院・ケアマネジャー合同協議（病院とケアマネジャー代表者による協議の場）の 3 種類の会議が必要となる。コーディネーター組織は関係機関と調整しながら、病院およびケアマネジャーの組織化を進める。

病院の組織化とは、ケアマネジャーとの協議を目的に、圏域内のできる限り多くの病院をとりまとめることをいう。病院の代表者としては、看護部長および MSW を想定している。

ケアマネジャーの組織化とは、圏域内の病院組織と協議するために、圏域内の全居宅介護支援事業所をとりまとめることをいう。ケアマネジャーの会議には、居宅介護支援事業所毎に 1 名以上は参加するよう調整し、協議の流れから退院調整ルール策定までを圏域の居宅介護支援事業所全体で共有できるようにする。

コーディネーター組織の担当者は、各会合の前後にできるだけ打合せを行い、今後の進め方を確認する。保健所は、コーディネーター組織の中心として、病院やケアマネジャーの中間に立ち、両者に信頼されるよう心がける。そのためには、病院（医療）に意見が言いにくいと感じているケアマネジャーに病院との対等な協議が行えるよう支援する。

病院向けおよび病院・ケアマネジャー合同協議の際のオリエンテーション・司会は保健所等が担うが、ケアマネジャーを対象とした会合についてはコーディネーター組織で役割分担する。

圏域内には、病院が参画している様々な組織があるが、ケアマネジャーとの協議を目的とする組織は存在しないことが多い。そのため、各病院の看護部を代表する看護部長や圏域の看護協会に参加を呼びかけ、退院時の効率化・円滑化を図るために、ケアマネジャーと協議をする必要性があることを説明する。その際、病院長・看護部長等の理解を得られやすくするために、地域の郡市区医師会及び都道府県医師会への説明と理解を得ておくことが必要である。郡市区医師会への働きかけについては、同じ職種である保健所長の役割が重要となる。

看護協会には、病院の看護部長が参加していることが多いため、看護協会が圏域と同じ範囲の組織であれば、看護協会に呼びかけることでケアマネジャーとのスムーズな協議の開始が期待できる。看護協会の設置が圏域と違う範囲であれば、圏域内にある病院の看護部長が集まることができるよう工夫し、呼びかけを行う。いずれにしても、看護協会の協力を得ることで、病院組織のまとまりが良くなるとともに、協議からの脱落を防ぐ効果が期待できる。なお、多くの病院において退院調整を担っている地域連携室などの地域連携部門（MSW・退院調整看護師）に対しても十分な配慮が必要である。

保健所が看護部長等に対し、病院・ケアマネジャー合同協議を行い、退院調整ルールを共有するという、今回の取組について説明する。それを受けて、看護部長等が今回の取組について、病院長（理事長）の同意を得て、病院から保健所に協議参加の意向を連絡するよう求める。

市町村、地域包括支援センターも病院への説明会を傍聴し、病院側の反応を共有する。

解説 病院（看護部長）への説明の前に.....

病院の MSW・退院調整看護師の納得を得ることも重要

病院の地域連携室などの地域連携部門（MSW・退院調整看護師）が、退院調整が困難な事例など、多くの退院調整を担っている。ケアマネジャーにとって病院での大きな味方である MSW の協力が得られないと、ケアマネジャー業務への支障をきたす可能性もある。MSW は、病院とケアマネジャーの連携にとって、重要なパートナーであることを十分に認識したうえで、保健所が、病院への説明会だけでなく、MSW（退院調整看護師も）の納得を得ることも、円滑な実施のためには非常に重要である。

役割 -----

都道府県・保健所：会議を主催し、圏域内の病院代表者を招集。ケアマネジャーとの協議に向けて組織化する。

市町村・地域包括支援センター：圏域内の病院組織化の状況を確認し、保健所等と共通認識をもつ。

CHECK

- ☐ 地域の郡市区医師会及び都道府県医師会への事前説明
- ☐ 看護協会への事前説明と協力の依頼
- ☐ 地域の病院へ個別に事前説明（病院長、看護部長、地域連携部門（MSW・退院調整看護師））
- ☐ 地域の病院の参加意向確認
- ☐ 病院会議（看護部長等）の開催
- ☐ 病院への説明会開催後、市町村・地域包括支援センターと共通認識を図るためのミーティング開催

POINT!

【事前説明・事前調整】

（鳥取県）

- ・医療機関が入退院調整を今よりも円滑にするためには人的配置や体制を大きく変えなくても可能であることを前向きに考えてもらえるような働きかけが必要であり、退院調整率等（ケアマネ事業所へのアンケート調査の結果）をもって全病院をまわり、院長、事務長、看護部長、連携室等へ説明と参加・協力を依頼した。

（奈良県）

- ・病院会議のオブザーバーとして地区医師会の出席を依頼した。

（佐賀県）

- ・県が県医師会へ説明。その後、保健福祉事務所が病院訪問を行ったことで、病院の受入れはよかった。地域包括支援センターも一緒に病院訪問を行うとさらに協働への理解が深まると思う。

【情報共有】

（群馬県）

- ・各病院の退院調整時の困り事についてグループワーク等で共有しておく、次のケアマネジャー会議に生かせる。

【経過説明】

（青森県）

- ・病院・ケアマネジャー協議前に主要病院を訪問し、ケアマネジャー協議の経過説明を行った。

（青森県）

- ・病院協議と病院・ケアマネジャー合同協議の期間が空き、両者に温度差があった。両者協議の前に病院関係者だけの協議の場を設けたり、ケアマネジャー協議の間に病院協議を実施するなど、病院会議と病院・ケアマネジャー合同協議の期間が空く場合には工夫が必要である。

（鳥取県）

- ・圏域内の病院には、様々な機会を捉え経過説明を実施した（医療機関の各種会合、在宅医療連携拠点事業の取り組み時、医療社会事業協会研修時）。

（群馬県）

- ・事前資料の提出を依頼したり、説明に出向きながら事前に意見を確認する等、ケアマネとの合同協議の場で病院としての意見を出してもらえるよう工夫した。

コーディネーターの役割①：病院会議の留意点

○病院毎の退院調整状況のデータ公開については配慮が必要。

圏域内の各病院の退院調整率を把握した上で、病院会議に臨むことになるが、病院会議では病院名は公表せず、退院調整率だけを示し、退院調整ルールの必要性を理解してもらうことに注力する。なお、各病院の結果（要支援者・要介護者の退院患者数、事前の退院調整が行えた患者数、ケアマネジャーのコメント：良いもの、悪いもの）については、病院の希望に応じて、個別にフィードバックする。（「退院調整率」定期調査の情報公開がポイント）

○病院の負担とならないよう配慮が必要。

病棟看護師は多忙を極め、作成すべき書類も多いため、看護部長は病棟看護師に新たな退院調整業務を課すことは、業務や書類を増やすことになると考え、抵抗がある。この事実を理解した上で、病院側を説得するには、病棟看護師・ケアマネジャーともに業務負担とならない簡易なルールを策定することが求められる。

○病院職員は介護保険や要介護の状態像について詳しくない場合が多いことに留意が必要。

病院職員はケアマネジャーの役割について、家族の代わり（救急搬送に同伴する、おむつを持ってくる…）、退院先（各種介護保険施設やサービス付き高齢者向け住宅等）を探してくれる職種と誤解していることが少なくないので、ケアマネジャーの業務を正しく理解してもらうことも必要である。なお、このようなケアマネジャーの自発的な行為（無償）を否定するのではなく、伝え方に留意し、理解してもらうことが重要である。

どの地域にもケアマネジャー協会等の組織があるが、地域によっては組織率にバラつきがみられる。そのため、ケアマネジャー協会のみとの協議では、一部のケアマネジャーの参加となる可能性があるため注意が必要である。

1 事業所から 1 名の参加を求めると、福祉系・医療系が現状に即したバランスとなる。但し、地域によっては、100 名程度の参加者となる場合もあるため、会議を 2 回に分けるなど工夫する。人数が多くなると合意形成に時間がかかるが、病院との初回協議までにケアマネジャー側の合意形成ができていないと病院との協議がスムーズに進まないため、結論を無理に急がず、合意形成にいたるまで丁寧に協議を重ねることが必要となる。

実際の協議はグループワーク形式で行い、「退院調整ルール案に問題はないか」「病院から提供して欲しい情報は何か」などを議論し、修正すべき点とその根拠について話し合う。

ケアマネジャーの働き方は様々であるが、通常、単独で業務を担当していることが多いため、ケアマネジャー達の合意形成には時間を要することを、コーディネーター組織は理解した上で、グループワーク等の実際の協議を行う。従って、ケアマネジャーが退院調整ルール策定の必要性を理解し、退院調整ルール案の合意形成に至るまでには複数回のケアマネジャー会議を実施することとなる。

なお、ケアマネジャーの業務は、月の初旬と下旬が繁忙期であることを考慮し、ケアマネジャー会議の日程を月の中旬に設定すると参加率が高まる。

解説 ケアマネジャー間のグループワークの進め方.....

人数が多くなるため、合意形成にはグループワークの形式が有効

（役割）グループワークを行うにあたって、各グループに司会、書記、タイムキーパーを決める。多忙なケアマネジャーが集まったの会議であることを念頭に、制限時間内に合意形成が行えるよう、グループワークの進捗管理を徹底する。

（グループワーク）「退院調整ルール案：入院～退院の流れ」、「病院から提供して欲しい情報」...などについて順番に協議する。「どんなルールがいいですか？」というオープンな質問だと、なかなかまとまらないため、原案（参考資料 3 (P.26)）を提示し、修正を求めることを繰り返すと効率的である。

（発表）一つ目のグループの発表に続くグループには、重ならない項目のみ発表してもらうと時間を短縮できる。なお、修正希望の意見に対しては、その理由を確認し、合理的な理由か否かを全体で確認する。

役割

保健所等：地域包括支援センターによるケアマネジャーの組織化を市町村とともに支援。病院・ケアマネジャー合同協議へ向け、ケアマネジャー組織化の主旨やメリット・デメリット等を説明し、合意形成を促す。

市町村・地域包括支援センター：病院・ケアマネジャー連携に関する議題を提出するとともに、退院調整ルールの原案について、確認や修正の作業を繰り返し、保健所とともに、病院・ケアマネジャー合同協議の際に提案する調整ルールの作成に向けた作業を実施する。

CHECK

(会議開催に向けて)

- ☐ 日程調整（圏域に多くの居宅介護支援事業所が存在することがあるので、広く圏域内の事業所に「1 事業所から 1 名」の参加を求める）
- ☐ 会場の確保
- ☐ 議題決定
- ☐ 配布資料やグループワークの備品準備（模造紙、マジック、付箋など）

(会議の進め方)

- ☐ 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、圏域内の全居宅介護支援事業所が参加する組織を形成することの合意を得る。
- ☐ 退院調整ルール策定のメリットについて、ケアマネジャーの理解を得る。
- ☐ 要介護状態にも関わらず病院からの引き継ぎがなく退院し、その間に状態が悪化した、あるいは、直前の連絡で十分な調整時間が確保できなかった等の不良事例をケアマネジャーから収集する。（参考資料 2：退院調整の事例）
- ☐ 退院調整ルールは、今後のケアマネジャー会議、病院・ケアマネジャー合同協議で修正していくことを確認する。（参考資料 3：退院調整が必要な患者の基準（原案））

POINT!

【会議の開催】

(福井県)

- ・ケアマネジャーが 1 人の事業所は会議に参加しにくい。ケアマネジャー連絡会を通じて周知を図ったり、欠席者へはメールで周知を行った。

(鳥取県)

- ・ケアマネジャー連絡協議会の組織率は低く、ケアマネジャー連絡協議会の県会長、地区支部長と連携を図るとともに、できるだけ多くのケアマネジャーに参加してもらうよう様々な機会を捉え説明を実施した。

(奈良県)

- ・ケアマネジャー協議については、参加しやすいよう開催日を月の中頃に設定した。
- ・全事業所へ、会議前に FAX 等で次の会議の協議内容を周知し、当日の協議がスムーズに進むようにした。

【グループワークの進め方】

(奈良県)

- ・会議前には必ず、市町村、地域包括支援センターを対象にファシリテーターの打合せを実施し、グループワークの進行がスムーズに進むよう調整した。

(青森県)

- ・グループワークは付箋を使い、できるだけ全員が意見を出し合えるよう工夫した。また、グループワーク後の全体発表の時間では、それぞれのグループから出された意見を発表してもらうことで、情報共有を行った。
- ・発言するケアマネジャーの意見に流されてしまう傾向にあるので、全体での議論の時間を増やす必要があった。

(宮崎県)

- ・協議の前に、地域包括支援センター・市町村を交えた担当者会議を開催した。担当者会議では、前回のグループワークのまとめを報告し、その結果からみえる次のグループワークのテーマとグループワークの進め方について話し合った（7 回程度）。

(佐賀県)

- ・ケアマネジャーの意見を吸い上げるため、会議やグループワーク後は毎回アンケートを行い解決策に結びつけるよう働きかけた。

コーディネーターの役割②：ケアマネジャー会議での注意点……………

○ケアマネジャーの福祉の心を理解する。

(地域包括支援センターを含め) ケアマネジャーの役割は、「ケアプランを作成しサービス調整をすること」であり、入院患者の家族の代わりや、家に帰ることができない患者の施設探しなどは本来業務ではないが、それを正面から主張するケアマネジャーは稀である。

○ケアマネジャーと病院の働き方の違いに留意する。

ケアマネジャーは利用者の入院に気付かないことがある。その理由は、ケアマネジャーは要介護者について、原則、1 ヶ月に 1 回、要支援者で 3 ヶ月に 1 回会って状態を確認することになっていることが理由の一つとして考えられる。そのため、その間の入院には気付きにくい。家族、介護事業所から連絡が無い場合、利用者の入院に気付けないのが現状である。

この状況を自覚していないケアマネジャーもいるため、ケアマネジャー会議では、事前にケアマネジャー調査での入院時情報提供書の提出率を確認し、入院時情報提供書の提出率が少ない理由をケアマネジャーに投げかけ、その理由を考えるよう誘導し、事実確認と本取組の必要性をケアマネジャー全体として認識できるようにする必要がある。

これにより病院・ケアマネジャー合同協議において、病院に対し、利用者の入院にケアマネジャーが気付かないことがある理由を説明し、数日間の入院時情報提供書の提出がなければ病院からアクションを起こすよう促すことや、担当ケアマネジャーが分かりやすいよう、後期高齢者医療証や介護保険証に名刺を入れておくなどの提案につながる。

○ケアマネジャー（特に福祉系）は医療職との対話が苦手な傾向にあることに留意する。

医療系ケアマネジャーは医療職の対応に困難を感じないが、福祉系ケアマネジャーは困難に感じていることが多い。地域全体で活用される退院調整ルール策定を目指す場合、福祉系ケアマネジャーが多数を占めることに留意し、福祉系ケアマネジャーであっても実行できる内容であることを意識することが必要である。

○多職種カンファレンスは病院・ケアマネジャー双方にとってハードルが高い。

退院に向けた患者情報の引き継ぎのために、多職種カンファレンスの実施を検討する場合もあるが、病棟看護師にとって家族・医師を含めた多職種の日程調整を行うことは大きな負担となり、ケアマネジャーへの引き継ぎもれの一因となっている。病棟看護師に負担をかけないよう、無理をせずに、初回は最小人数での面談（病棟看護師とケアマネジャーが患者のベッドサイドで患者も含めた情報交換を行い、家族には後で説明するなど。）を行い、多職種カンファレンスが必要と判断されれば、改めて調整するよう誘導する。なお、医師の意見を強く求めるケアマネジャーも見られるが、医師にしか確認できないことか否かを整理し、医師への質問は最低限とするよう誘導することも求められる。疾病状況や服薬状況など、日常的なケアを実施している看護師からの情報提供で解決することが多い。

参考資料 2：退院調整の事例

(退院調整されずに退院した事例)

退院調整されずに退院した事例

○ 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

- ・ 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）
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ がん末期者に対する緊急認定が無い市町村では、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。

○ 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

- ・ エレベーターのない公団の 3 階に居住する独居者。
- ・ 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。
- ・ 買い物にも出られないとケアマネに相談あり支援を開始した。

○ 退院後、生活機能の低下を近隣住民が発見したケース

- ・ 高齢者 2 人世帯。
- ・ 退院時に病院から療養指導を受けたらしいが、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。
- ・ 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。

○ 病院と自宅の環境の違いに配慮しないケース

- ・ 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。

○ 誤嚥性肺炎で入退院を繰り返すケース

- ・ 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に連絡し、サービス調整を開始したが、退院 10 日後には肺炎で再入院となった。

参考資料 2：退院調整の事例

(退院調整不良の事例)

退院調整不良の事例

○ がん末期で、病院とケアマネの連携が不十分なまま退院したケース

- ・ 胆管がん末期。老老介護。介護保険：申請中
- ・ 病院とケアマネとの調整は、「退院にはベッドが必要のみ」
- ・ ケアマネが、同法人の訪問看護に同行を依頼し訪問。胆汁パック、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。
- ・ 家族は、バルーンパックの捨て方も習得できていなかった。

○ 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

- ・ 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。
- ・ 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が関与。
- ・ 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。

○ 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

- ・ 高齢者 2 人世帯。摂食が困難な状態で経管栄養中。
- ・ 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包括に相談あり。
- ・ 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。

○ 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（退院直前調整例）

- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。

参考資料 3：退院調整が必要な患者の基準（原案）

在宅への退院調整が必要な患者の基準

1. 入院前にケアマネジャーが決まっている場合

在宅退院の場合、状態に関係なく引き継いで下さい。

2. ケアマネジャーが決まっていない場合

①必ず退院調整が必要な患者（要介護レベル）

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

②それ以外で見逃してはいけない患者（要支援レベルの一部）

在宅では、独居または家族介護力が低い状態で、調理、掃除など身の回りのことや服薬管理に介助が必要な方（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など）が追加された方

⇒ 地域包括支援センターへ連絡

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、家族等による、在宅での介護が可能そうである

* 平均在院日数が2週間程度の場合、入院1週目で、
平均在院日数が3週間程度の場合、入院2週目で判断してください。

2016. 3. 改訂

病院・ケアマネジャー合同協議に向けて、現状の退院調整ルールを確認するとともに、ケアマネジャーの要望をとりまとめる。また、病院から提供して欲しい情報の確認も行う。

協議終了時には、参加者に対し、協議内容を協議に参加していないケアマネジャーへ伝達するよう求める。

「病院から引き継ぎをして欲しい患者の基準」について

協議のポイントとしては、すでにケアマネジャーと契約している患者については、要介護・要支援を問わず引き継ぐことを前提とするため、問題となるのは今まで元気だったにも関わらず、今回の入院により要介護・要支援状態になった患者への対応（要介護認定を受けていてもケアマネジャーと契約をしていない患者もこれに準ずる）である。ケアマネジャーは「病院から引き継ぎをして欲しい患者の基準」を提案することが求められる。

基準を検討するにあたって、病院職員の多くは、感覚的には要介護を理解しているものの、その判定基準については正確に理解していない場合があることに留意する。

解説 求められる判断基準とは

判断基準は患者の具体的な状態像で示す

病院にとって理解しづらい不合理な基準とならないよう注意

病棟看護師は「要介護」「要支援」の状態像を具体的にイメージできていない場合もある。新規申請患者について「要介護はケアマネジャー、要支援は地域包括支援センターのケアマネジャーに引き継ぎを」や「中重度はケアマネジャー、軽度は地域包括支援センターへ」というような大まかな提案では、判断が難しい。患者の受け手側であるケアマネジャー側の基準（要介護、要支援の一部）を、病棟看護師でも判断できるよう、具体的な状態像で、かつ簡潔に作成し提案することが求められる。

原案（参考資料3（P.26））の要介護認定の判定基準は、「歩行、排泄、食事に介助を要す、生活に支障を来す症状がある認知症」に1項目でも当てはまれば、要介護となる可能性が高い項目を設定しており、原案（参考資料3）を基に協議を行うと議論が拡散しにくい。

原案（参考資料3）を修正する場合には、簡潔な基準とすることを念頭に修正を行う。なお、無理に修正する必要はなく、特に異論がなければ修正なしでも構わない。

原案（参考資料3）では、要介護患者はケアマネジャーに、要支援患者は地域包括支援センターに引き継ぐことを原則とし、病院職員が迷ったときは地域包括支援センターに連絡して相談することとしているが、地域包括支援センターの業務状況については地域によって様々であるため、この原案については、ケアマネジャーと地域包括支援センターで意見が一致しないこともある。それぞれの地域の実情を踏まえ、お互いが納得した上で、かつ、実行可能な内容になるよう、保健所による調整が重要となる。

最も問題となるのは要支援状態の患者への対応である。要支援状態の患者をすべて引き継ぎ対象とすると、病院・地域包括支援センターの業務量を圧迫するため、要支援状態のうち、どのような状態であれば引き継ぎを求めるのかについて、十分検討する必要がある。

解説 引き継ぐべき要支援者とは.....

病院に入院している比較的「元気な高齢者」が介護保険申請をすると、かなりの割合が要支援と判定される。「元気な高齢者」について地域包括支援センターへ引き継ぎを行うことをルール化すると、病院・地域包括支援センターともに疲弊し、そもそも重要な「要介護状態の患者についてのケアマネジャーへの引き継ぎもれ防止」ができなくなる恐れがある。要支援者については、介護のプロである地域包括支援センター・ケアマネジャーでよく相談し、引き継ぐべき対象者の状態像について合意するまで検討する。（地域包括支援センターの業務が今後さらに増加する可能性について考慮することも必要）

役割 -----

市町村・地域包括支援センター：病院・ケアマネジャー連携に関する議題提出に向けて、市町村と協力してケアマネジャー組織における病院連携に関する意見をとりまとめる。

CHECK -----

- ☐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や当日の議題等）
- ☐病院からの引き継ぎ不良事例の収集
- ☐ケアマネジャーから提案する退院調整ルール案の作成（原案を、新人ケアマネジャーや医療系以外のケアマネジャーを含め、多くのケアマネジャーが使用できるように協議して修正）
- ☐ケアマネジャーが、病院から引き継ぎをして欲しい患者の基準作成（参考資料3を確認し、必要に応じて修正）
- ☐病院が在宅への退院可能と判断する基準の作成（参考資料3（P.26）を確認し、必要に応じて修正）
- ☐病院から提供して欲しい情報について検討（看護師やMSWから提供して欲しい（医師に聞いて欲しい）情報を確認）（参考資料4：退院調整共有情報シート（案）（P.29））

POINT! -----

【グループワークの進め方】

（群馬県）

- ・結論ありきではなく、住民が困らないためのルールづくりということを念押ししながら検討を行ったことで、結果的に自分達のルールづくりの意見を積み上げることができた。

（福井県）

- ・病院への要望が多くなるが、ケアマネジャーとして自分達ができることについても意見をだしてもらう必要がある。グループワークのファシリテーターには事前説明において、病院への不満にならないよう、また自分達ができることの意見をだしてもらうよう依頼した。

参考資料 4：退院調整共有情報シート（案）

退 院 調 整 共 有 情 報										担当ケアマネ()		
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()	午前・午後	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	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												
ADL	自立	監視	一部介助	全介助	病棟での様子							
移動方法	☐	☐	☐	☐	☐ 車いす ☐ 杖使用 ☐ 歩行器使用 ☐ 装具・補助具使用							
移乗方法	☐	☐	☐	☐								
口腔清潔	☐	☐	☐	☐								
食 事	☐	☐	☐	☐	☐ 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 ☐ 全粥 ☐ ミキサー (摂取量 割)							
					副食: ☐ 通常 ☐ 一口大 ☐ 刻み ☐ 極小刻み ☐ ミキサー(口とろみ付) (摂取量 割)							
					水分摂取量: 1日 ml とろみ剤使用 ☐ あり ☐ なし							
更 衣	☐	☐	☐	☐								
入 浴	☐	☐	☐	☐	入浴の制限: 無 ☐ 有 (☐ シャワー浴 ☐ 清拭 ☐ その他 ()							
排 泄	☐	☐	☐	☐	場所: ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ							
服薬管理	☐	☐	☐	☐								
療養上の問題	☐ 無 ☐ 有 (☐ 幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力 ☐ 介護への抵抗 ☐ 昼夜逆転 ☐ 不眠 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ 意思疎通困難 ☐ その他 ()											
医療処置	☐ バルーンカテーテル ☐ ストマ ☐ 気管切開 ☐ 喀痰吸引 ☐ 胃ろう ☐ じょくそう ☐ その他 ()											
家族への介護指導	☐ 有 ☐ 無 有の場合、理解の状況は: ☐ 十分 ☐ 不十分 (問題点:)											
感染症	☐ HBV ☐ HCV MRSA: 保菌 ☐ 発症(部位: ☐ 痰 ☐ 血液 ☐ 尿 ☐ 創部) ☐ その他											
リハビリ目標(リハビリから確認):												
備考欄												

病院・ケアマネジャー合同協議へ向けた病院への提案内容について確認を行う。参加者は前回に話し合った内容を覚えていないことも多いので、繰り返し、入念に決定事項について確認する。

ケアマネジャーの役割や、退院調整不良例、入院から退院までの流れ、退院 5～7 日前の引き継ぎの必要性等を確認する。また、「退院調整共有情報シート」＝病院から提供して欲しい情報については、病院に負担がかからないよう、できるだけ簡潔な内容にするよう努力する。

本退院調整ルールの原案では、病院の連携担当者（看護師・MSW）が、主治医から必要な情報を聞き取り、その後、病院の連携担当者とケアマネジャーが面談を行うことが基本となる。そのため、病院から提供して欲しい情報については、病院の連携担当者との面談を前提とし、詳しい内容までは不要とする。なお、「退院調整共有情報シート」に項目を追加する場合には、病院の負担を考慮し、その理由についても十分検討することが求められる。

解説 退院調整ルール策定の重要な点.....

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入院から〇日で判断し、ケアマネジャーに連絡し、病院・ケアマネジャーが協働して退院準備をすること

最終的な退院決定は医師が行うので、看護師、地域連携室ではコントロールできない。しかし、入院時から状態が安定してきて、在宅への退院ができそうな患者であるかどうかの判断については、医師との相談の下、看護師が判断することが可能である。また、最終的な退院の決定は退院直前に行われることもあるため、退院日が確実に決定してからケアマネジャーに連絡するのでは、遅い場合がほとんどである。そのため、退院日からの逆算ではなく、入院から〇日目に、在宅への退院が可能かどうか、ケアマネとの退院調整が必要かどうかを、判断することがポイントになる。この点については、病院との丁寧な協議を踏まえた上での合意が必要であるので、調整者は十分に留意すること。「退院の目処がついたらケアマネジャーへ連絡」は急性期病院には通用せず、（退院の目処がついたら、すぐ退院する）これでは、現状の改善につながりにくい。

病院・ケアマネジャー合同協議では、病院側の参加者は 1 施設 1～2 名の参加が見込まれる。あまり多くのケアマネジャーが参加すると、病院側の参加者数と不釣り合いになるため、病院・ケアマネジャー合同協議に参加するケアマネジャーの代表者について自薦・他薦で選抜する。誰も手を挙げないことを避けるため、事前の調整が必要となる。

役割

市町村・地域包括支援センター：病院・ケアマネジャー連携に関する議題提出に向けて、市町村と協力してケアマネジャー組織における病院連携に関する意見をとりまとめる。

CHECK

- 保健所からのオリエンテーション（前回までの流れと当日の議題等）
- 前回の積み残しと病院・ケアマネジャー合同協議へ向けた最終確認
 - ・病院からの引き継ぎ不良事例の収集（参考資料 2（P.25））
 - ・ケアマネジャーから提案する退院調整ルール案の作成
 - ・ケアマネジャーが病院から引き継ぎをして欲しい患者の基準の作成（参考資料 3（P.26））
 - ・病院が在宅への退院可能と判断する基準の作成（参考資料 3）
 - ・病院から提供して欲しい情報（参考資料 4（P.29））
- 地域包括支援センター・ケアマネジャー代表者選抜

POINT!

【丁寧な情報共有】

（佐賀県）

- ・意見の中でルールにできないものは対応方針（Q&A）としてまとめた。

（鳥取県）

- ・毎回出席者が異なるため、グループワークが積み上がらず、同じ内容の意見が繰り返しでることもあった。決まった対応方針をふまえての協議が必要で、グループワークでは病院の立場も理解しながら意見を出すよう働きかけた。

（青森県）

- ・ケアマネジャーが約 200 名参加し課題等の情報交換をする機会は非常に重要で、良い機会となる。検討内容を共有するためにも全体討議が必要である。話し合った内容については、2 回目のケアマネジャー会議の中でまとめて説明することで、他のグループから出された意見も共有することができた。

【ケアマネジャー代表の選出】

（奈良県）

- ・ケアマネジャー代表の決定は参加者間で協議し、また合同会議での発表者についても参加者みんなで決定するようにした。

STEP4 病院・ケアマネジャー合同協議

病院・ケアマネジャー合同協議（初回）

STEP4-1

各会合の最初にはオリエンテーションを入れ、「これまでの流れ＋本日の議題」を説明する。毎回、同じような説明を繰り返すことになるが、参加者は日々の業務に追われているため、前回の協議の内容を忘れがちである。

第1回目の病院・ケアマネジャー合同協議では、事前に病院にアンケートの結果を図表にした上で、各病院が自院の情報、退院調整の基本パターンを紹介し、ケアマネジャーへの要望を発表する。ケアマネジャーからの要望等については、地域包括支援センターが代表して発表する。

両者の要望を踏まえ協議を行う。なお、ケアマネジャーは病院職員に対し遠慮がちな発言となることが多いため、ケアマネジャー会議で合意した内容をケアマネジャー会議の総意として代表者が発表する形式を取る等、組織間の協議であることを意識させることが求められる。

病院職員の問題意識を喚起するため、不良な退院調整（退院直前のケアマネジャーへの引き継ぎや引き継ぎがないままの退院）によって、具体的にどのような問題が起こるかを多数紹介することは有効である。それにより、病院職員は、いかに多くの問題が生じているのかを実感することができ、ケアマネジャーとの協議を継続する意義について、病院職員の理解を促すこととなる。

解説 退院調整ルール策定の重要な点

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日以上余裕を持ってケアマネジャーを呼び、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

現状の課題を解決するための協議であるため、病院（病棟看護師が退院調整を担うか、あるいは、地域連携室がさらに頑張るか）・ケアマネジャー（退院1週間前に呼ばれてから退院準備を手伝う）の双方が仕事の仕方を一部変更する必要があることを理解しつつ調整していくことになる。

病院にはそれぞれの事情があるので、退院調整システムの変更を無理強いせず、各病院の事情に配慮しつつ、協議を進める。

病院・ケアマネジャー合同協議で検討すべき項目とその概略について、両者で合意するよう意見交換を行うが、ケアマネジャー会議で合意に至っていない項目については、その場で無理に答えることはせず、次回の病院・ケアマネジャー合同協議までの宿題事項とする。例えば病院のケアマネジャーへの引き継ぎがない退院割合が報告されると、病院側はその割合の高さに驚くとともに、「ケアマネジャーはどうして利用者の入院に気付かないのか？」という質問が出るのが考えられる。適切な回答がすぐにできない場合は、その場ではケアマネジャーからの回答を求めず、一度持ち帰り、ケアマネジャー会議で回答を考え、次回の合同協議の場で回答できるように準備する。

連携協議とは、「立場の違う組織間で、できること・できないことを説明し合い、納得の上で、互いの過剰期待をなくしていくプロセス」と考えると連携調整を進めやすい。

解説 病院・ケアマネジャー合同協議の進め方.....

病院・ケアマネジャー合同協議は、退院調整ルールに向けた合意形成の場であることを念頭に、効率的効果的な会議の進め方について検討を行う

病院・ケアマネジャー合同協議では、双方で検討した問題点・課題に対する解決策を検討し、その解決策に対する合意形成が求められるが、通常、合意形成には時間がかかり、コーディネーターの負担となる。合意形成までに短い時間で効率的効果的な会議運営ができるよう、事前に会議の進め方について検討し、場合によってはどのような意見ができるか、事前に情報収集することも必要となる。

なお、病院・ケアマネジャー合同協議をグループワークで行うと問題の深掘りとなったり、他の内容にまで話が拡散したりする場合があります、合意形成までにさらに時間がかかることがある。グループワークを行う場合は、合意形成がスムーズに行えるよう、具体的な提案に対して実施可能かどうかなど、各グループにクローズな議題を提示し、異なる意見（提案）が出た場合、その意見の扱いについてどうするのかを曖昧にせず、明確することが重要である。コーディネーターが議論の方向が拡散しないよう、適宜、軌道修正しながら進めて行くことが重要である。

役割

都道府県・保健所：会議を主催し、圏域における退院調整状況（アンケート結果）を共有するとともに、病院・ケアマネジャーの役割及び意見の共有、退院調整ルール案の提示と意見募集を行う。

市町村：保健所等の支援を受け、退院調整の状況確認アンケート結果を報告する。

地域包括支援センター：ケアマネジャー会議でとりまとめた要望等を発表し、病院側から出た意見を取りまとめる。

CHECK

- ☐ 保健所からのオリエンテーション
- ☐ 各病院が自院の紹介を行う
- ☐ 退院調整状況確認アンケート調査結果の報告
- ☐ 退院調整ルール案の説明
- ☐ （地域包括支援センターが）ケアマネジャーを代表して「ケアマネジャーの役割及び病院への要望」を発表
- ☐ 病院・ケアマネジャー合同協議で検討すべき項目
 - ・退院調整ルール案
 - ・互いに提供して欲しい情報について：書式案の検討（入院時に病院がケアマネジャーから提供して欲しい情報、引き継ぎ時にケアマネジャーが病院から提供して欲しい情報）（参考資料 4（P.29）、6（P.36））
 - ・退院調整を要する患者の基準について（参考資料 3（P.26））
 - ・病院が在宅への退院が可能と判断する基準について（参考資料 3）
 - ・院内で決めて欲しい 8 項目を説明（参考資料 5（P.35））

POINT! -----

【合意形成のための工夫】

(佐賀県)

- ・病院側と介護側での認識の違いが当初からあったため、病院部会の班をいかした座席の工夫や事前調整（特に介護側）等に時間をかけて行った。

(奈良県)

- ・みんなでつくったルールだと認識してもらうために、参加者同士で意見交換ができるグループワーク形式で実施した。お互いに要望しあう場とならないよう、病院とケアマネジャーが混合でグループワークを実施した。同じテーブルで協議を行うことにより、相互に苦労している点や努力している点を理解することができた。また、毎回、グループ編成を変えることで、病院と市町村・ケアマネジャーの顔の見える関係づくりにつながった。

(宮崎県)

- ・参加する病院やケアマネジャー全員を対象として、グループワークの手法で行った。病院・ケアマネジャー協議のグループワークのメンバーは毎回同じにし、顔なじみとなったことで、どちらかだけが意見を言いやすいということのないよう工夫した。

【ルールの策定】

(鳥取県)

- ・退院調整ルールだけで現せない状況については、「留意事項」「対応指針」を作成し、より実行可能なルールを策定するようにした。

(奈良県)

- ・「退院調整が必要な患者の基準」は新人の病棟看護師でも判断できる分かりやすい基準が必要であり、ルールについては半年ごとに協議をした上で見直すこととした。

コーディネーターの役割③：病院・ケアマネジャー合同協議の留意点.....

- 病院・ケアマネジャー合同協議では、ケアマネジャー代表者の支援を心がける。

ケアマネジャー代表者は病院からの質問に、うまく回答できない場合もある。その場合、コーディネーターである保健所担当者が、必要に応じて「ケアマネジャー協議ではこのような結論でした」等、ケアマネジャーの代弁をする準備が必要である。

また、ケアマネジャー代表者には前もって、個別に発言する際には「ケアマネジャー協議では・・・でした」と前置きをするように伝えておくと、発言しやすくなる。

- お互いの状況を理解するよう支援する。

急性期病院が退院を急ぐことについて「病院は患者の生活を理解していない」と不満を感じるケアマネジャーもいるが、診療報酬の関係等で急性期病院がどのような状況にあるのか病院側から説明してもらうと、ケアマネジャーに病院の実情が伝わり互いの理解が深まる。

- 互いの働き方の違いを理解するよう支援する。

病棟看護師は 2～3 交代制で 24 時間の看護（多数の看護師で分担し、多数の患者に対応）を提供している。一方、ケアマネジャーは一人で 35 人程度の利用者を受け持っており（一人に対応）、週休 2 日で夜間は当然休みである。介護サービス事業者は日曜日に休みであることが多く、ケアマネジャーは要介護者に最低 1 ヶ月に 1 回、要支援者で 3 ヶ月に 1 回会って状態を確認することになっている。

病院・ケアマネジャーの働き方の差は大きく、それを踏まえ、お互いの「できることとできないこと」を理解し合い、お互いへの過剰な期待と不満を減らしていくことが連携協議には求められる。

参考資料 5 : 病院アンケート (案)

〇〇圏域 病院アンケート

〇月〇日病院・ケアマネジャー協議用

〇〇保健所

1、病院名: _____

2、全病床数: _____ 床 病棟数 _____ 病棟

3、病床の種類別病床: 一般病床 _____ 床、回復期リハ病棟 _____ 床、障害者病棟 _____ 床
療養病床(医療) _____ 床、療養病床(介護) _____ 床、
その他: _____ 床

4、地域連携部門の有無: あり・なし MSW: _____ 人 退院調整看護師: _____ 人

5、ケアマネジャーへの退院調整を担当する部署

部署名: _____ FAX 番号: _____ TEL 番号: _____

6、標準的なケアマネジャーへの退院調整の手順

7、患者入院時にケアマネジャーが入院時情報提供書を FAX する際の送り先

部署名: _____ FAX 番号: _____ TEL 番号: _____

8、患者入院時にケアマネジャーが入院時情報提供書を持参する際の持参先

持参先: _____

必要な手順: (例: 事前に電話をして持参: その部署 _____ TEL 番号: _____)

8、ケアマネジャーへの要望、クレームなど(協議のため、忌憚のないご意見を記載ください)

参考資料 6：入院時情報提供シート（案）

平成 年 月 日

入院時情報提供シート(案)

事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX 番号	

氏名				生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女
緊急時連絡先	氏名	住所			続柄			電話番号				
家族構成図				住環境	□一戸建 □集合住宅 (階建て 階)エレベーター □有 □無							
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 () Tel:							
				要介護度	□申請中 □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								
				□訪問介護 (回/週) □訪問看護 (回/週) □通所介護 (回/週) □通所リハビリ (回/週) □訪問リハ (回/週) □短期入所 (回/週) □福祉用具貸与(内容:) □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	□	□	□	□	□車いす □杖使用 □歩行器使用 □装具・補助具使用							
口腔清潔	□	□	□	□	義歯: □有 □無							
食 事	□	□	□	□	□普通食 □治療食 (□糖尿病食 □高血圧食 □腎臓病食 □その他)							
					主食: □米飯 □全粥 □ミキサー 水分: とろみ剤使用 □あり □なし							
					副食: □通常 □一口大 □刻み □極小刻み □ミキサー(□とろみ付)							
更 衣	□	□	□	□								
入 浴	□	□	□	□	□自宅(浴室) □訪問入浴 □通所系サービス							
排 泄	□	□	□	□	場所: □トイレ □ポータブル □尿器 □オムツ							
服薬管理	□	□	□	□								
療養上の問題	□無 □有(□幻視・幻聴 □興奮 □不穏 □妄想 □暴力 □介護への抵抗 □昼夜逆転 □不眠 □徘徊 □危険行為 □不潔行為 □意思疎通困難 □その他 ()											
医療処置	□バルーンカテーテル □ストマ □気管切開 □喀痰吸引 □胃ろう □じょくそう □その他 ()											
連絡事項・その他												

(この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。)

次回の病院・ケアマネジャー合同協議までにケアマネジャーだけの協議を開催する。前回の病院・ケアマネジャー合同協議で出された病院からの疑問に答えるべく、ケアマネジャーの意見を統一する。

ケアマネジャー会議で、引き継ぎ時にケアマネジャーが病院から提供して欲しい情報を協議すると、「何でもたくさん欲しい。」というような議論になることがある。コーディネーター組織の担当者は、病院には病院の都合があり、全ての要望が実現するわけではないということと、なぜ、その情報が欲しいのかという根拠を示さないと病院職員が納得できないということを説明し、本当に必要な情報について協議を進める。

役割

保健所等：会議を主催し、病院・ケアマネジャー双方が必要な情報について協議し、病院・ケアマネジャーの情報共有の書式を策定する。

市町村：病院・ケアマネジャー情報共有の書式案を作成する（参考資料 4（P.29）、6（P.36））。退院調整ルール案を作成し、ケアマネジャー組織内の合意形成を促す。

地域包括支援センター：病院側から出た意見を報告する。ケアマネジャー会議において、退院調整にあたり必要な情報を検討し、市町村へ報告する。

CHECK

- ☐ 保健所からオリエンテーション（前回までの流れと病院・ケアマネジャー合同協議①の状況報告）
- ☐ 前回会合での病院の反応、病院からの質問に対する対応を協議、回答・修正案を作成
- ☐ 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を検討（参考資料 4、6）

各会合の最初にはオリエンテーションを入れ、「これまでの流れ＋本日の議題」を説明する。

地域包括支援センターは、ケアマネジャー会議での合意内容を、ケアマネジャーを代表して病院職員に向け発表する。この繰り返しにより、病院職員にケアマネジャーたちの合意した意見が伝わり、ケアマネジャー側が病院と対等な立場で議論できるという自信につながる。

2回目の病院・ケアマネジャー合同協議であり、前回、保健所から提案した議題について合意形成を促す。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とともに、情報提供の書式及びルール運用方法の検討を開始する。

役割

保健所等：会議を主催し、病院・ケアマネジャー双方が必要な情報について協議し、病院・ケアマネジャーの情報共有の書式を策定する。

市町村：作成した病院・ケアマネジャーの情報共有の書式案を提案する。

地域包括支援センター：ケアマネジャー会議においてとりまとめた「退院調整を要する患者の基準」を提案する。

CHECK

- ☐ 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（参考資料 4（P.29）、6（P.36））を最終確認
- ☐ （保健所から各病院に対し、事前に確認した上で）病院の運用方法を確認できる病院の窓口・運用方法一覧（参考資料 7（P.39））を作成し、最終確認

解説 退院調整状況アンケートの実施

合同協議を行っている途中で、アンケートを実施し、変化をみることも効果的

合同協議を重ねている中で、病院やケアマネジャーの意識が変わり、退院調整状況が改善している場合がある。協議開始前と運用半年後の中間となる、ルール運用開始直前にアンケートを取っておくと、退院調整ルール策定の取組が地域全体にどのような変化をもたらすか実感することができ、病院、ケアマネジャー双方のモチベーションが高まる。合同協議を行っている途中で、アンケートを実施し、変化をみることも効果的である。

参考資料 7：病院の窓口・運用方法一覧（案）

[illegible]

ケアマネジャー会議（合同協議に向けた事前会議④）

STEP4-4

次回の病院・ケアマネジャー合同協議は、退院調整ルール策定に向けた最終の協議となるので、それに備えてケアマネジャーの合意事項を確認する。

前回の病院・ケアマネジャー合同協議で出された病院からの疑問に答えるべく、ケアマネジャーの意見を統一する。

更にコーディネーターは、訪問介護やデイサービスなどを利用している方の場合でも入院に気付かない理由も問いかけ、自分たちで回答にたどり着くよう支援する。

役割 -----

保健所等：退院調整ルール策定と運用にあたっての圏域内関係者の合意形成を促す。

市町村・地域包括支援センター：前回の病院・ケアマネジャー合同協議において、病院側から出た意見等を報告。

CHECK -----

- ☐ 保健所からオリエンテーション（前回協議の積み残しと最終確認）
- ☐ 病院からの宿題・疑問（「なぜ、ケアマネジャーは利用者の入院に気付かないのか？」など）への回答を検討
- ☐ 病院側への要望の確認
- ☐ 退院調整ルールの最終確認

退院調整ルールの最終確認であり、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について、病院・ケアマネジャーの両者が確実に理解しているか、一項目ずつ確認していく。なお、議論を重ねた方がいいと考えた場合は、会議を追加開催することも検討する。

各病院での病院の運用方法については、原則的に各病院の方針を尊重する。但し、同一病院の病棟ごとに運用方法が違ような場合は、ケアマネジャー側で混乱するため、病院単位での統一方針を出すよう要望する。また、「入院から退院前までの手順」の理解不足やあまりに無理な運用が提案された場合には、その方法で問題ないかを確認し、必要に応じ修正を促す。

退院調整での診療・介護報酬の内容とその算定方法の説明は、実際にその報酬を算定している病院職員、ケアマネジャーそれぞれから具体的に説明してもらうと、参加者の理解が進む（説明者は事前に調整しておくとしスムーズである）。

退院調整ルールの運用開始の時期については、病院、ケアマネジャー両者の意向を会議の場で確認し、無理のない期日の設定を行う。

参加医療機関の看護部長及び地域医療連携室が病院全体として退院調整のルールに取り組みやすいよう、必要に応じ病院長宛に県の担当部署長や保健所長名での文書等を発出することも検討する。

役割

保健所等：退院調整ルール策定と運用にあたっての圏域内関係者の合意形成を促す。

CHECK

- ☐ 保健所からオリエンテーション（前回までの流れ、本日がルール策定へ向けた最終協議の予定であることを確認）
- ☐ 退院調整ルール（入院から退院前での手順、書式、各病院での病院の運用方法）を全体として合意
- ☐ 退院調整での診療・介護報酬の内容を説明
- ☐ 退院調整ルールの運用に入ることを確認
- ☐ 運用後半年毎に病院・ケアマネジャー合同協議を開催し、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）
- ☐ 様式集や相談窓口等について、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。
- 参考：鹿児島県鹿児島地域振興局ホームページ
<http://www.pref.kagoshima.jp/ak06/chiiki/kagoshima/kenko/20150201.html>
- ☐ 運用に関する苦情や相談等に関する窓口の設置と確認を行い、資料をホームページに掲載する。

ケアマネジャーへの説明会には、多くの居宅介護支援事業所の参加が見込まれるので、圏域単位ではなく、市町村単位で行う方法もある。市町村単位で説明会を行う場合には、保健所・市町村・地域包括支援センターで協議し、説明内容を統一しておく必要がある。

退院調整ルールが地域で適切に運用されるためには、できる限り多くの病院とケアマネジャーがその内容を理解することが求められる。そのため、各市町村担当課名で本会議の開催を広く居宅介護支援事業所に呼びかけ、全居宅介護支援事業所から1名以上は参加するよう働きかける。これまでのケアマネジャー会議に参加していない事業所については、地域包括支援センターから個別に呼びかけを行い、参加を促す。

役割

市町村・地域包括支援センター：決定した退院調整ルールを説明する。また、参加していない居宅介護支援事業所のケアマネジャーに対し、周知を行う。

CHECK

- ☐ 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、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
- ☐ 各市の地域包括支援センターが、市内の居宅介護支援事業所のリストと地域包括支援センターリストを作成。保健所が取りまとめて全病院に配布する。

POINT!

【キックオフ会議】

(奈良県)

- ・事業の取組経過及び「入退院連携マニュアル」について保健所から説明し、グループワークとして「みんなで作った入退院調整ルールを円滑にすすめるために、自分の立場でできること」をテーマに話し合いを行った。
- ・グループワークの発表では、
 - * 日頃会わない病院スタッフの方と会えて良い機会となった。すでに圏域内の病院からケアマネジャーに連絡も入っており、ルールが動いていることを実感し嬉しかった。
 - * 他市町村のケアマネジャーや病院と直接話し合う機会がなかったので、今回の取組で互いの現状や役割が理解でき、顔の見える関係ができた。
 - * 自分たちの意見が反映された様式ができた。この様式ならすぐに書いて情報提供できる。
 - * 分からない言葉を話し合ったことでお互いに分かりあうことができた。
- という声が聞かれ、このルールやマニュアルができあがるまでの過程で、病院とケアマネジャーが直接顔を合わせて協議を重ね、顔の見える関係ができたことやお互いの役割や現状を理解できたことが、円滑な退院調整を行うためにとても重要なことであると改めて感じた。
- ・今回策定した「入退院連携マニュアル」は、各市町村、地域包括支援センター、病院、事業所ごとに配布し、欠席された事業所へは、市町村から周知をしていただくよう依頼。また、ルールとマニュアル改定に向けた来年度のスケジュール案を提示し、よりよいルールの運用に向けて引き続きこの地域全体で取り組んでいくことを確認した。

(マニュアル作成)

参考：奈良県「東和医療圏における入退院マニュアル」（抜粋）

東和医療圏における 入退院連携マニュアル

一病院と地域で患者さんの心をつなぐ切れ目

平成28年1月
奈良県中和保健所

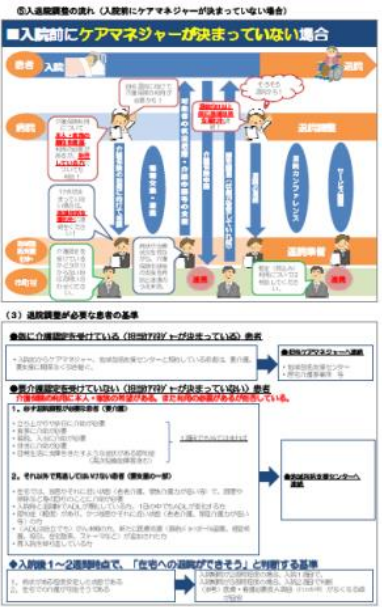
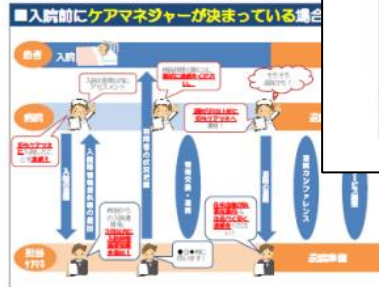
③病院と担当ケアマネジャーの情報交換について

- ・担当ケアマネジャーが、入院中に病院と情報交換を行う場合は、事前に病うえ説明することが望ましい。
- ・担当ケアマネジャーは、病院担当者と連絡を取りながら、入院中の利用である。

④退院の連絡について

- ・病院担当者、退院を希望する日より1週間前、担当ケアマネジャーに連絡の連絡を行う。
- ・退院希望の連絡を受けた病院担当者から連絡を受け、退院希望の連絡を受けたケアマネジャーは、退院希望の連絡を受けたケアマネジャーへ連絡する。
- ・退院希望の連絡を受けたケアマネジャーは、退院希望の連絡を受けたケアマネジャーへ連絡する。
- ・担当ケアマネジャーは、退院希望の連絡を受けたケアマネジャーへ連絡する。
- ・退院希望の連絡を受けたケアマネジャーは、退院希望の連絡を受けたケアマネジャーへ連絡する。

⑤入退院調整の流れ（入院前にケアマネジャーが決まっている場合）



STEP5 退院調整ルールへの運用と運用状況の把握（点検協議）

退院調整状況確認アンケートの実施（運用開始から6ヶ月後）

STEP5-1

点検協議を行うに当たり、退院調整ルールがどの程度守られているか、アンケートを実施し把握する。アンケート結果から、退院調整での病院からケアマネジャーへの引き継ぎ率の増加やケアマネジャーからの入院時情報提供割合の増加が確認できる。退院調整における病院からケアマネジャーへの引き継ぎ率について、病院別のデータを踏まえ、圏域としての課題、市町村を超えた退院での課題、病院機能別の課題等を分析し、点検協議に備える。

併せて、事前に病院の担当者に対し簡単なアンケートを行うと、病院・ケアマネジャー両者の退院調整ルールへの運用に対する印象（評価）を把握できる。

役割

保健所等：市町村からのアンケート結果をとりまとめる。

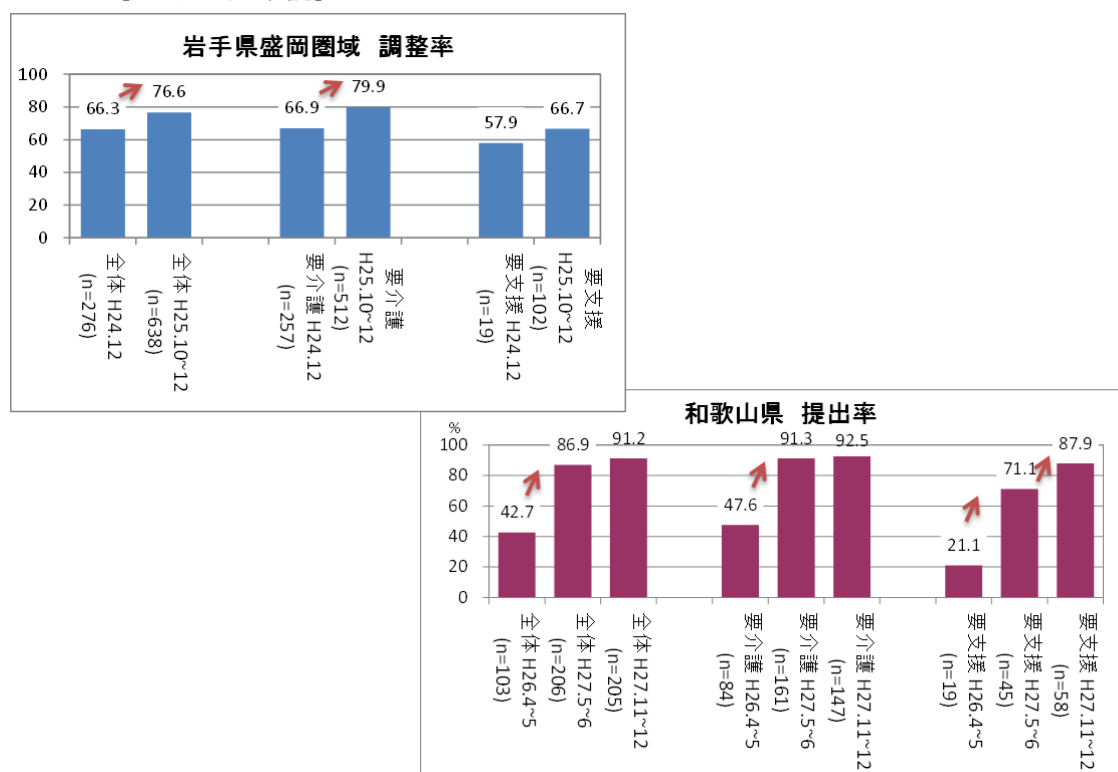
市町村・地域包括支援センター：居宅介護支援事業所に向けて退院調整状況確認アンケートを実施し、保健所等に報告する。

CHECK

□各市町村（地域包括支援センター）から、居宅介護支援事業所に向けて退院調整状況確認アンケート（〇月入退院分）の実施。（参考資料1(P.14)）

POINT!

【アンケートの実施】



退院調整ルール運用状況について点検し、改善点を検討するため、病院・ケアマネジャーの両者が参加する会議（点検協議）を開催する。どのようなルールでも、メンテナンスを行わず運用していると、地域の関係者から忘れ去られてしまうため、定期的なメンテナンスが必要である。

半年毎にケアマネジャーからの入院時情報提出率、病院の退院調整率（直前調整率もアンケートに盛りこめば測定可能）の推移から改善状況を把握する。定期的に圏域内病院別の退院調整率（直前調整率）のグラフを公開することにより、退院調整の状況が良くなった病院に自院の退院調整システムの修正を促し、退院調整率改善の必要性を実感できるようになる。

各病院が退院調整システムを修正するには時間がかかるため、圏域において改善が認められなくても、粘り強く点検協議を継続することが大切である。

圏域内の多くの病院とケアマネジャーが継続的に点検協議に参加し、繰り返し、病院別の退院調整率（直前調整率）グラフを元に議論ができるようになれば、本取組の目標である医療と介護のシームレスな連携の土壌となる。

なお、点検協議の前に60分程度、ケアマネジャー会議を行い、課題を整理しておくことよい（時間があれば、別の日にケアマネジャー、地域包括支援センターだけ集めても良い）。その後、病院・ケアマネジャーによる点検協議を行うと、グループワークでも本音を交えた有意義な意見交換ができる。

役割

保健所等：会議を主催し、退院調整ルールの運用状況を確認するとともに、退院調整ルールの具体的な課題を検討する。

CHECK

- ☐ 保健所からオリエンテーション（これまでの退院調整ルール策定までの経過を説明。病院、ケアマネジャー両者のアンケート結果、フリーコメントについて報告）
- ☐ 病院とケアマネジャー、別々にグループワークを行い、退院調整ルールの運用状況と課題、お互いへの要望をまとめる
- ☐ 病院、ケアマネジャーの合同協議で、それぞれのグループワークの内容を発表。圏域としての課題を確認し合う。
- ☐ 今後、半年毎の点検協議の継続を確認

POINT!

【評価】

（岩手県）

- ・病院スタッフと介護関係者の情報共有・連携強化が図られた。以前に比べ、現場の看護師の理解が深まったように感じる。共有シートの項目が整理されており、情報提供を行いやすくなった。
- ・退院支援および日常の療養支援に係る医療介護連携の状況は概ねうまくいっている。情報共有シートの項目が整理されており、迷いなく情報提供を行いやすくなった。

(富山県)

- ・医療機関からは、「ケアマネジャーの積極的な問い合わせにより、連絡が取りやすくなった。ケアマネジャーからの入院時情報提供書が増えた。退院に向けての基準が明確になりケアマネジャーとの連携がしやすくなった。スタッフ間の意識が高まり、病棟、地域連携室との連携が強化された。」、ケアマネジャーからは、「窓口が明確になり連絡しやすくなった。病院、病棟においてケアマネジャーの受け入れがよかった。状態に変化があれば早めに連絡が入るようになり、家族を含めて話し合うことが可能となった。」という評価が得られた。

(和歌山県)

- ・看護師とケアマネジャーの連携がとれるようになった。ケアマネジャーは病院に行きやすくなり、看護師と話がしやすくなった。ケアマネジャーが退院支援をしやすくなった。

(鹿児島県)

- ・ケアマネジャーからは、「連絡がとりやすくなり、カンファレンスに参加する機会が増えた。退院後の生活を考えてもらえるようになった。」、医療機関からは「退院時に顔の見える連携ができて患者の不安軽減につながった。情報を病院内カンファレンスで活用し職員で共有して対応できた。」という評価が得られた。

【問題点・課題等】

(岩手県)

- ・検査入院や短期入院、入退院を繰り返すケースにも情報提供すべきか判断に迷うことがある。点検協議の結果、「退院調整の調査対象外としても可」とするケースとして、「検査入院、入院期間が1週間以内で病状が変化する可能性が低い」という項目を追加した(医療側又は介護側で必要と判断した場合は、退院調整を実施)。なお、入退院を繰り返すケースについては、入退院を繰り返す度に病状が悪化することもあり、引き続き退院調整の対象とすることとした。
- ・退院調整のガイドラインの認知度は高い(93%)が、利用方法は病院・事業所のルールとして使用しているケースと、参考程度に使用しているケースとが半々。病院内では、地域連携担当部署はガイドラインの存在を知っているが、外来・病棟には十分周知されていない施設もある。特に、医療介護連携について、ルール化をしていない病院・事業所には、ガイドライン等についての周知が必要である。
- ・病院の連携室の職員が介護保険や在宅支援について理解していても、病棟職員で充分理解されていないケースが散見することから周知が必要である。

(富山県)

- ・退院時カンファレンスだけでなく、入院時、入院中に行われる主治医からの病状説明時にケアマネジャーの同席を図る。福祉系のケアマネジャーが多いことから、病名だけでなく、どんな状態なのか、予後等も含めて情報共有を図る。
- ・医療介護連携調整と同時に、病院間連携、病診連携、開業医とケアマネジャーとの連携についても検討する。

(和歌山県)

- ・医師によっては、家族との話し合いで、急な退院となることもあるため、メンテナンス協議の結果、看護職が医師と連携し、退院連絡が事前に出来るように調整していくこととした。
- ・ケアマネジャーの名刺を保険証に添付することとしたが、入院時ついていないことが多いため。メンテナンス協議の結果、ケアマネジャーは名刺を保険証にクリップ等で留めているが、受診時に外されることも多いので、保険証・ケアマネジャーの名刺等が入るケースの利用を検討することとした。

(京都府)

- ・「病病・病診連携」との関連性についての記述や運用上の留意事項の欄に、「かかりつけ医」「本人・家族」との連携・関係づくりについて、当然の事項であることから記述していなかったが、再確認の意味も含め、マニュアルに加筆した。

(鹿児島県)

- ・退院調整は早めに行い、病院とケアマネジャーで日程調整を丁寧に行うこと、病院や事業所で情報回覧ではなく、研修会や検討会等を行い情報共有を図りながら取り組むこと、ケアマネジャー協議会等で組織的な情報伝達や情報共有に取り組むこと、入院時情報共有シートを転院先につないだり、看護サマリー等の情報に入院時情報を入れ込むこと、ホームページをタイムリーに更新していくことなど、対策について取りまとめを行った。

IV. その他

1. 留意点（主要な保健所担当者が異動するときの注意点）

異動はいつも3月末に決まり、後任に引き継ぎをすることになる。

ここで問題になるのは、後任には、いままでの流れ（特に、病院とケアマネジャーが忌憚のない意見交換するための工夫など）がほぼ理解できないことである。前任者は十分に分かっているだけに、後任との間でギャップが生まれ、後々、対応に困る場合がある。

引き継ぎでは、少なくとも以下の内容について丁寧に申し送ることが重要である。

- ・ケアマネジャーは、病院（看護部・MSW）に対して意見を伝えにくいと感じていることが多いことから、そのことを考慮せず、いきなり一緒に協議を行うとケアマネジャーは本音の意見が話せないこと、ケアマネジャーが率直な意見を発言できる協議の場づくりに配慮してこれまでの連携協議を進めてきたこと
- ・そのため、手間はかかるが、まずケアマネジャー会議―病院・ケアマネジャー合同協議―ケアマネジャー会議―を繰り返し、ケアマネジャーの自由な発言を集約した内容を代表者（地域包括支援センター等）が病院側に発表するような方法をとってきたことにより、圏域全体の病院・ケアマネジャー連携につながったこと
- ・これまで、どのように進めてきたかと同時に、毎回の協議前にどのように作戦を練ってきたのか（保健所・市町村・地域包括支援センター間で「次回の病院・ケアマネジャー合同協議では、この課題についてどこまで進めるか」等）
- ・点検協議でも、ケアマネジャーだけで（病院とは別に）話し合う時間を取ることに

以上のことを、後任の方々に配慮しつつ申し送ると、成果を上げてきた連携協議がさらに実を結ぶ。

2. Q & A

(退院調整率について)

Q1：退院調整率の定義を教えてください。病院から地域包括支援センターに繋いだ場合や、その結果ケアマネジャーに繋がった場合などはどう考えればいいですか？

A1：退院調整率の調査では、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を見ます。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「退院調整なし」ではありません。

(病院の組織化について)

Q2：二次医療圏内の病院数が114あります。どのように絞り込めばいいのでしょうか？

A2：114病院は大変です。病院ネットワークを何に活用するかにもよりますが、退院調整のためだけであれば、「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参加いただくといいでしょう。また、将来、認知症の入退院ルールまで見据えれば、精神科病院も参加いただくといいでしょう（姫路市はこの方法で成功しています）。

(ケアマネジャーの組織化について)

Q3：病院については、圏域内のすべての病院から同意書を頂戴したが、居宅介護支援事業所に対しても全事業へ参加意思の確認をしたほうが良いのか？また、ケアマネジャー代表者決定後に、病院協議に向けた意思統一や確認のための事前打合わせは行うべきか？

A3：各事業所に対する確認については、最初の会議にどのくらい参加いただいたかによる。例えば、9割の事業所が1回目に参加されているのであれば、まずはそれで進めて、色々な集まりがある機会に情報提供を行うとよい。また、居宅介護支援事業所にメール登録して頂いて、進捗状況をメールで返したりというふうに、なるべくお金を使わずに情報共有するなど工夫するとよいでしょう。

(ケアマネジャーの参加意識の醸成について)

Q4：モデル地域では医師会主導でいろいろな研修会を行っており、病院の組織化は十分図られているが、ケアマネジャーについては連絡会はあるものの参加していないケアマネジャーもいる。多数のケアマネジャーを巻き込んだ協議を継続するにはどうしたらよいのか？

A4：ケアマネジャーが考えて合意した内容が、病院との協議の場で話し合われ、それが持ち帰って報告を受け、を繰り返すことが重要。病院・ケアマネジャー合同協議とケアマネジャー会議をきちんと繰り返していくことで、参加する意義を感じられるようになる。フィードバックがないと、「あれ？もうルールできたの？」となってしまう、「そんなルールなど知らない」と言われてしまうこともある。きちんと返すことがポイント。

(病院・ケアマネジャー合同協議に向けて)

Q5：ケアマネジャー代表者決定後に、病院協議に向けた意思統一や確認のための事前打合わせは行うべきか？

A5：圏域が広く、集まるのが難しいのであれば、メーリングリストを作ってメールで意見交換でも良い。不安を持って病院との合同協議に臨むことがないよう支援しましょう。

Q8：ケアマネジャー協議で、「入院時情報提供をしっかりとしましょう」と話をしても、「病院側が必要だと感じてくれない」などネガティブな感情が先行してしまい、建設的な検討ができない。その場合は、どうしたらいいのか？

A8：ケアマネジャーが「退院調整がない」という話をすると、病院側は「ケアマネジャーも入院時情報提供書を出さない」という議論になる。病院の指摘を受け、ケアマネジャー会議で「なぜ私たちは出さないのか」と出せない理由をみんなで考えてみる必要がある。答えを急がずに、ゆっくり進めることが大事。

Q9：受診行動が二次医療圏で完結しないため、県全体での退院調整ルール策定を目指している。既に情報提供の様式がある場合、それを否定するものではないということであったが、ケアマネジャーの意見として、県全体で運用するのであれば、情報提供の様式を統一した方が混乱は少ないとの意見もあり、様式を統一しないことで混乱は起きないか？

A9：様式については、全県下で考えると、他の地域ですでに使われている場合があるので、無理に統一をする必要はない。もし、県全体で統一を図るのであれば、関係者できちんと議論し、ルールを作らないとルールが機能しない可能性がある。

(報道機関への情報提供について)

Q10：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いますが、どのタイミングがいいでしょうか？

A10：病院・ケアマネジャー合同協議が順調に進み、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、その会合取材してもらおうとよいでしょう。実は、病院にとって、他院とルール決めることや、「退院調整率」の評価を行うことは、デリケートな話です。また、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、マスコミが入ってできる会議ではありません。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、初めての体験という方々が多いはずですので、慎重に丁寧に進めましょう。「ここまで来たら、もう大丈夫！」というタイミングで、マスコミを呼んでも遅くはないでしょう。

3. 参考資料

(1) 関係資料

○取組事例

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 年 3 月 三菱総合研究所）

同報告書は、厚生労働省ホームページの医療と介護の一体的な改革ページ内
医療と介護の連携に関する報告書等に掲載

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html>

○個人情報

「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」
（平成 22 年 9 月 17 日改正 厚生労働省）

厚生労働省ホームページの厚生労働分野における個人情報の適切な取扱いのた
めのガイドライン等ページに掲載

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html>

○その他関連する施策等の情報

- ・ 地域包括ケアシステム
- ・ 地域医療構想
- ・ 在宅医療の推進について
- ・ 地域医療総合確保基金

(2) アドバイザー組織について

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市町村に対し、都道府県と連携して、退院調整ルール策定等の技術的支援を行うに当たり、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アドバイザーにより構成する。

3 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。