

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にされています。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させて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。

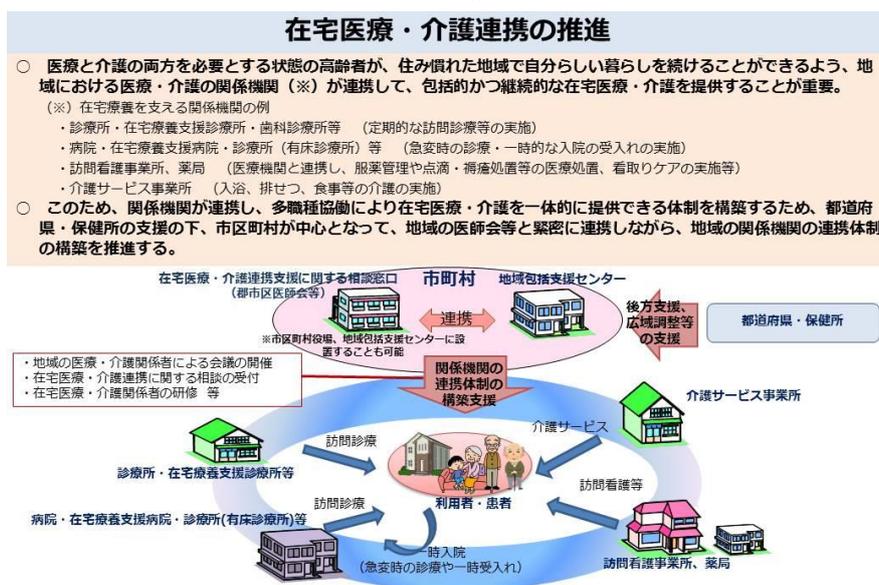
1. 背景

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。

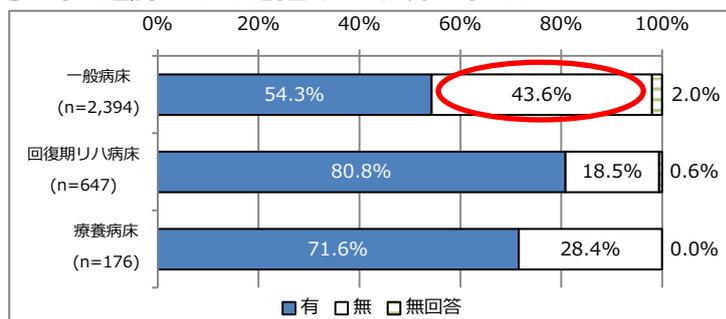
2. 入退院時の医療と介護の連携の現状と課題

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

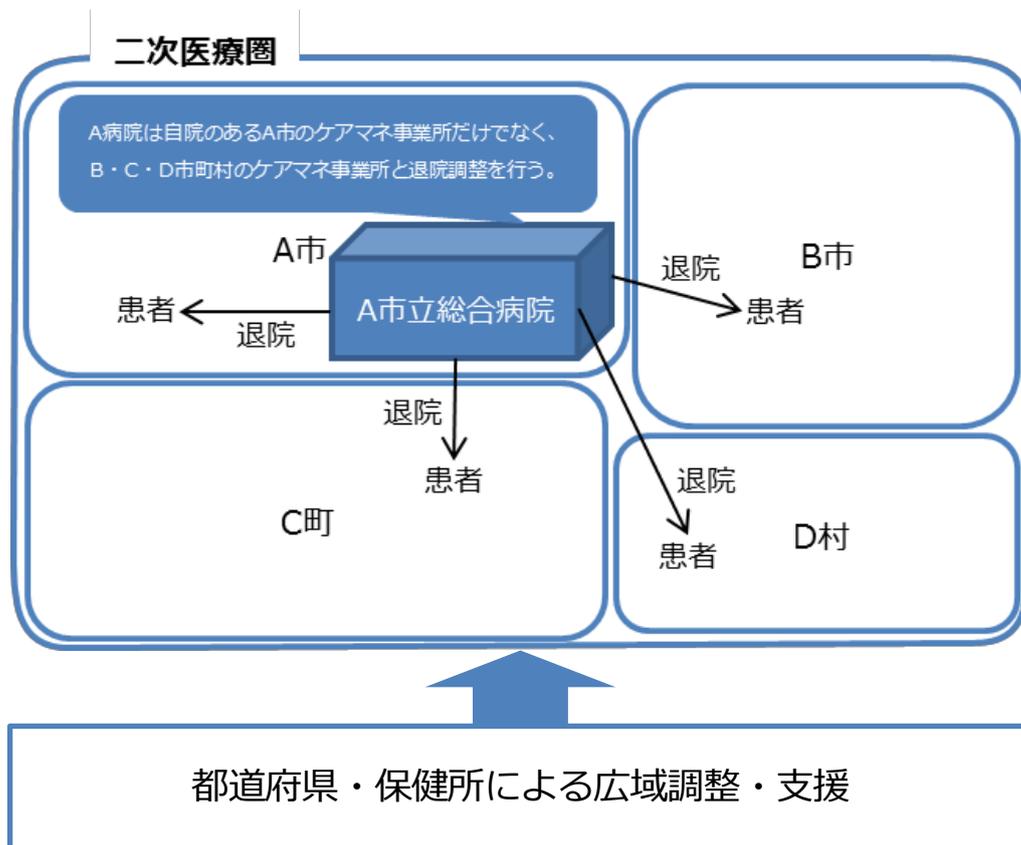
- ・高齢者 2 人世帯、老老介護。
- ・摂食が困難な状態で経管栄養中。
- ・摂食方法について家族の理解が得られないまま退院調整が進められ、医師と患者家族の関係が悪化した状態で包括に相談あり。
- ・病院から訪問看護の意見書の作成が拒否され、主治医を探す所から支援を行った。

○ 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、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

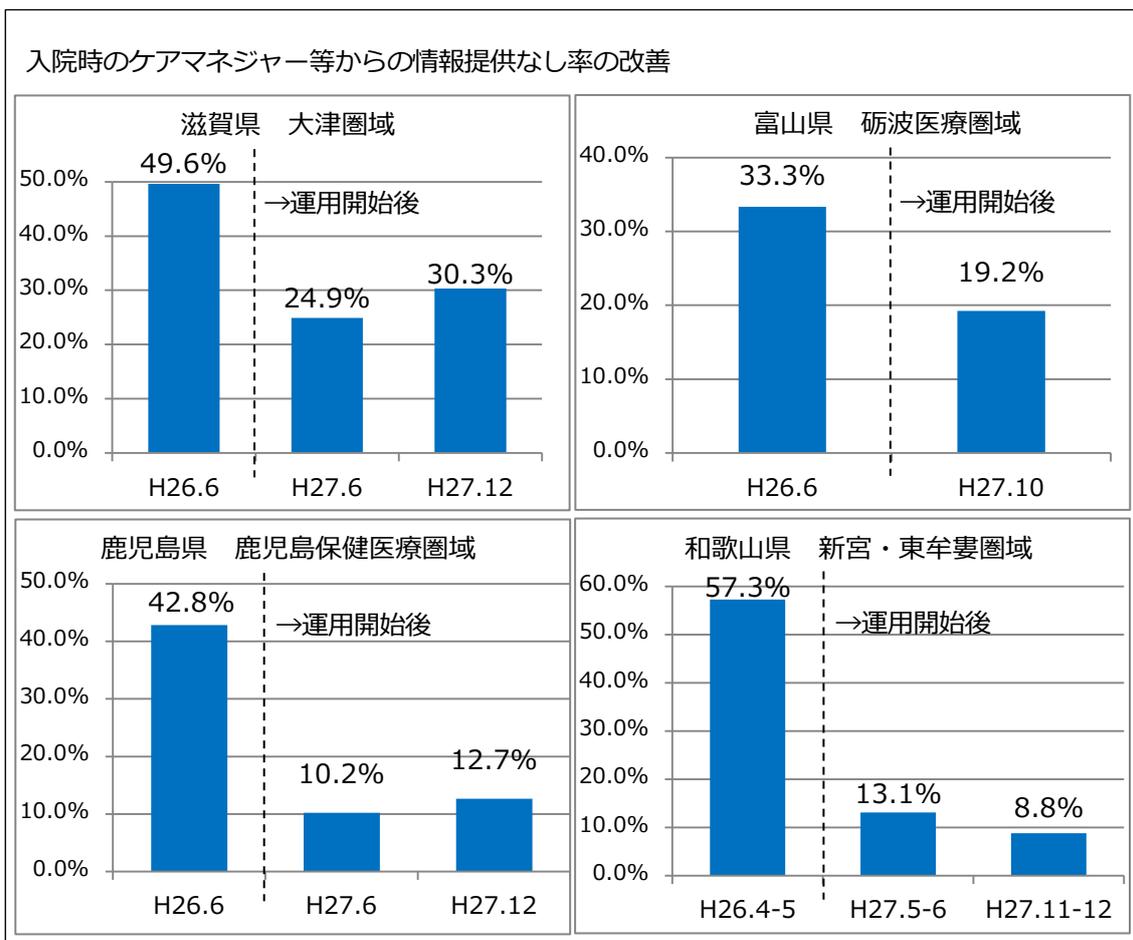
退院調整ルールとは、要介護状態の患者の居宅への退院準備の際に、病院職員からケアマネジャーに、患者についての必要な情報を引き継ぐ手順のことである。

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。

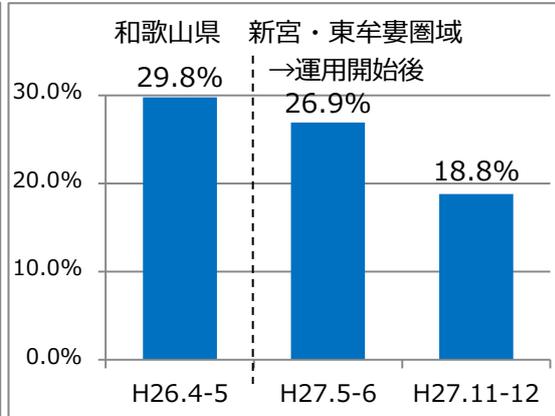
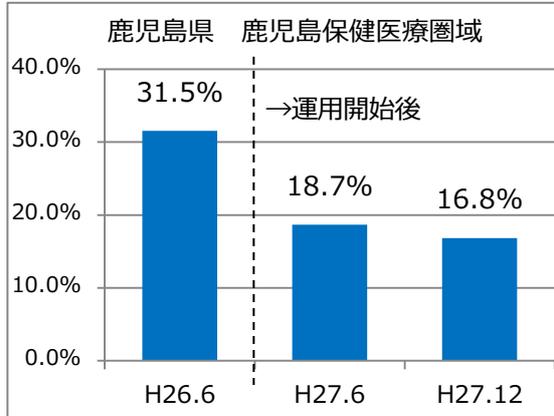
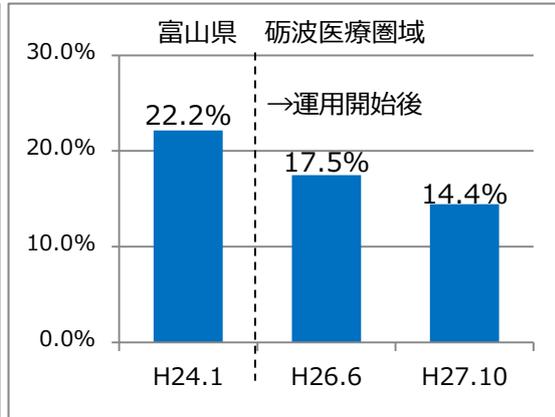
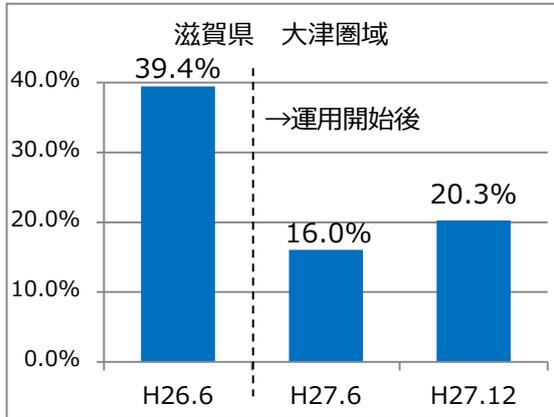
退院調整ルールを策定し運用することで、患者がシームレスなサービスの提供を受けることができるようになり、できる限り住み慣れた地域で生活を継続したいという患者の希望を実現することができる。

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

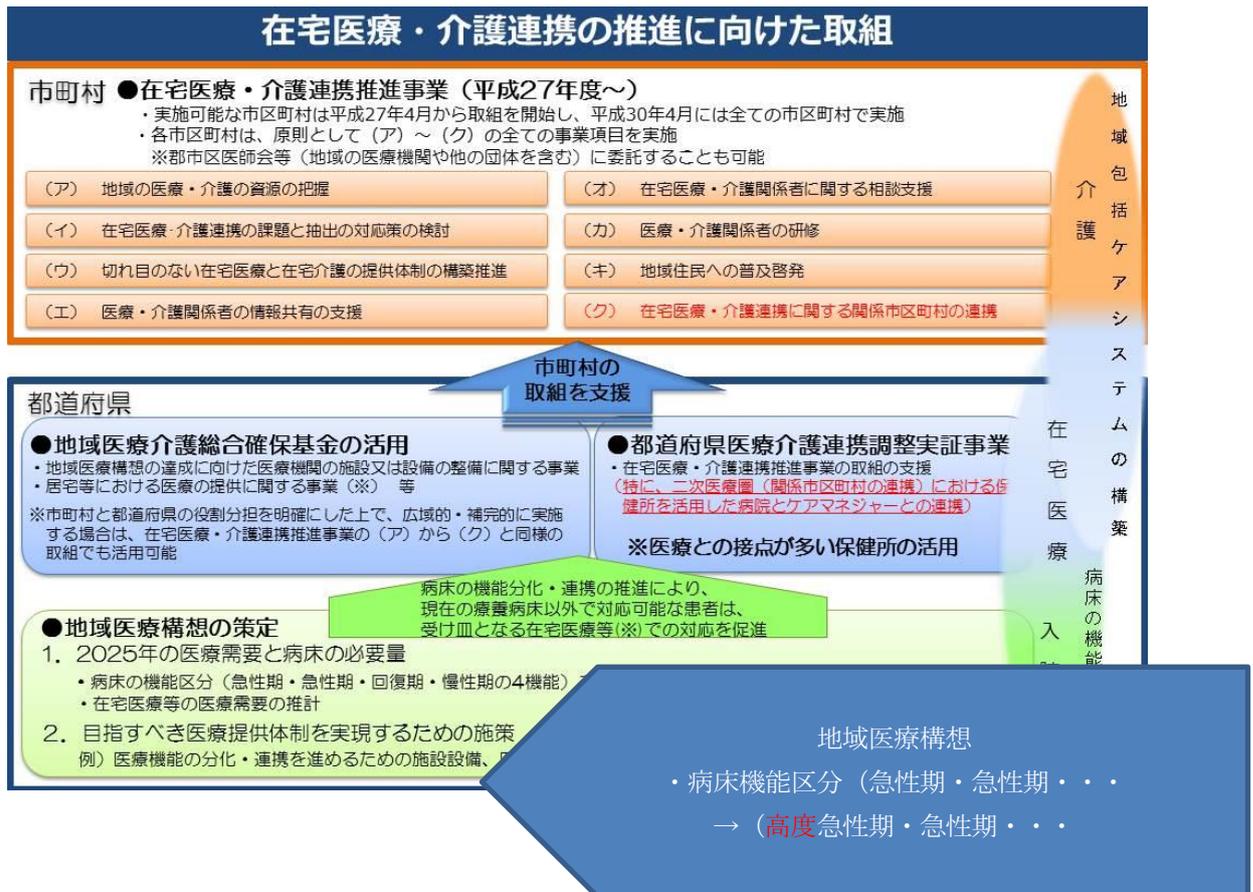
在宅医療・介護連携の推進に向けた取組として、平成27年度より在宅医療・介護連携推進事業が開始されている。

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

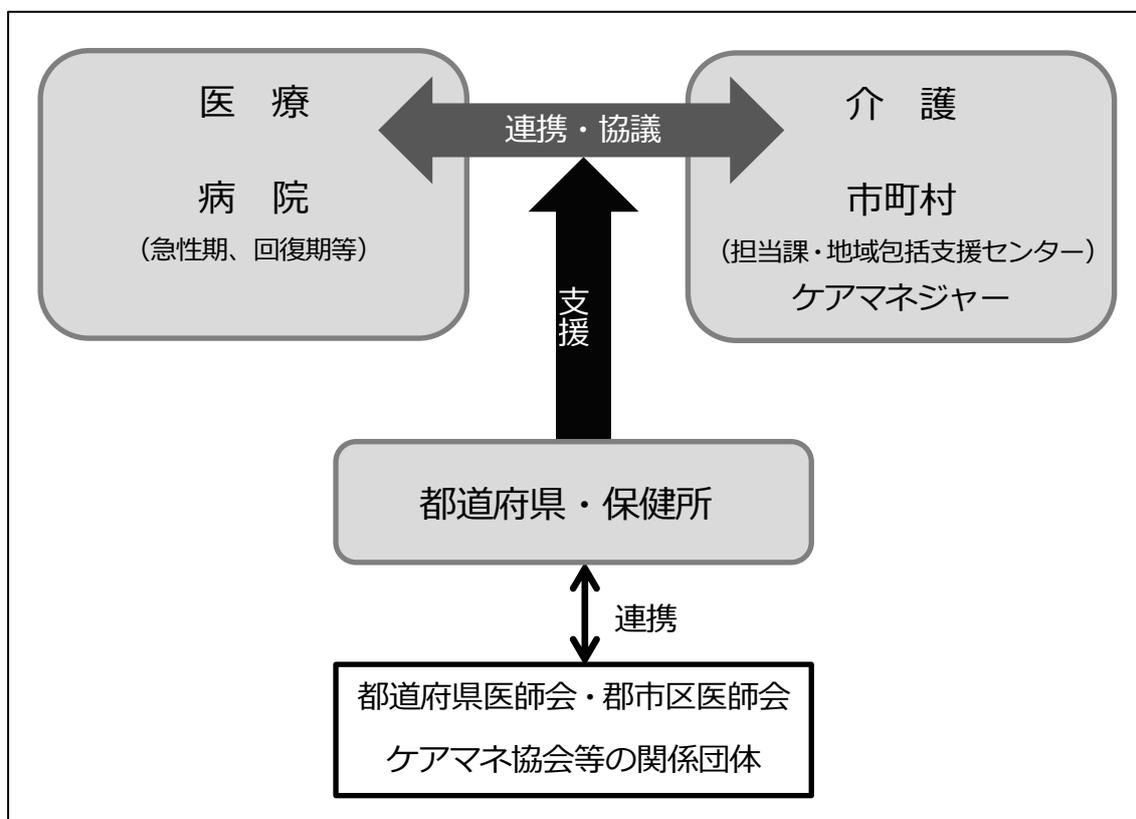
これまで医療提供体制に関しては、入院に係る医療を提供する単位として二次医療圏や三次医療圏を対象に都道府県が中心となって構築してきたが、地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護の連携に関しては、介護に係る施策の主体となる市町村が主体的に取り組むことが求められている。

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。

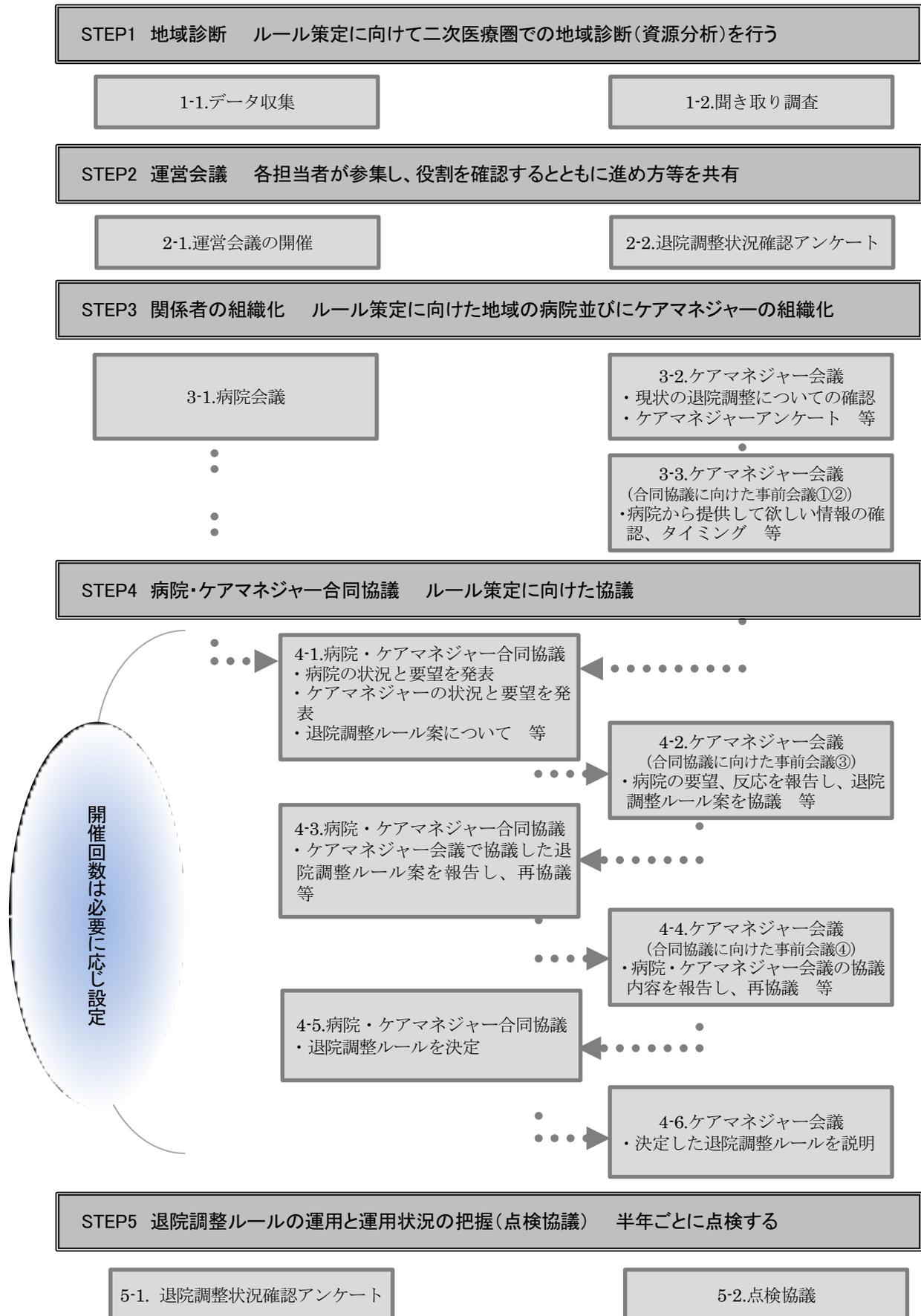
また、都道府県が市町村を支援するには、様々な課題に対し協働して対応する体制が欠かせないが、都道府県が多数の市町村の状況を把握した上で適切に支援することが困難である場合もある。そのため、退院調整ルール策定では、二次医療圏に1か所以上設置されている出先機関である保健所等を活用し、都道府県とともに検討することが効果的である。

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）

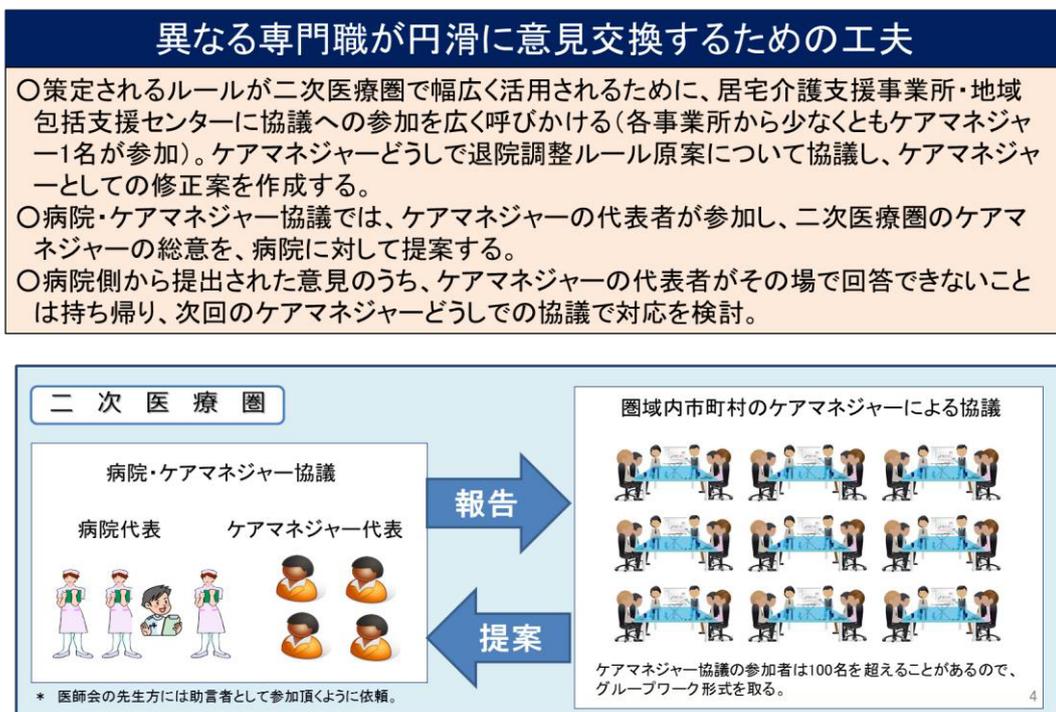
STEP4 病院・ケアマネジャー合同協議

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。

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おうなど、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。

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■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 ■□ 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のできるよう工夫し、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等で次回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つ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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用							
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> Kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 経管栄養							
					主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (摂取量 割)							
					副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(口とろみ付) (摂取量 割)							
					水分摂取量:1日 ml とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							
更 衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限:無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()							
排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ							
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他()											
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> その他()											
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合、理解の状況は: <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 (問題点:)											
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA:保菌 <input type="checkbox"/> 発症(部位: <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> その他											
リハビリ目標(リハビリから確認):												
備考欄												

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。参加者は前回は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日目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○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○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日以上の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)

- ・みんなで作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（一人で対応）、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		<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅（ 階建て 階）エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5						
		サービス利用状況								
		<input type="checkbox"/> 訪問介護（ 回/週） <input type="checkbox"/> 訪問看護（ 回/週） <input type="checkbox"/> 通所介護（ 回/週） <input type="checkbox"/> 通所リハビリ（ 回/週） <input type="checkbox"/> 訪問リハ（ 回/週） <input type="checkbox"/> 短期入所（ 回/週） <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（内容： _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____）								
ADL		自立	見守り	一部介助	全介助	要支援は必要事項のみ記入				
移動方法		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用				
口腔清潔		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
食 事		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食（ <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他） 主食： <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分： <input type="checkbox"/> とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 副食： <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー（ <input type="checkbox"/> とろみ付）				
更 衣		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
入 浴		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス				
排 泄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ				
服薬管理		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
療養上の問題		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他（ _____）								
医療処置		<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> 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。

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うような場合は、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いと、参加者の理解が進む（説明者は事前に調整しておくこととスムーズである）。

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の確認
- 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。
 - * 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。

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。

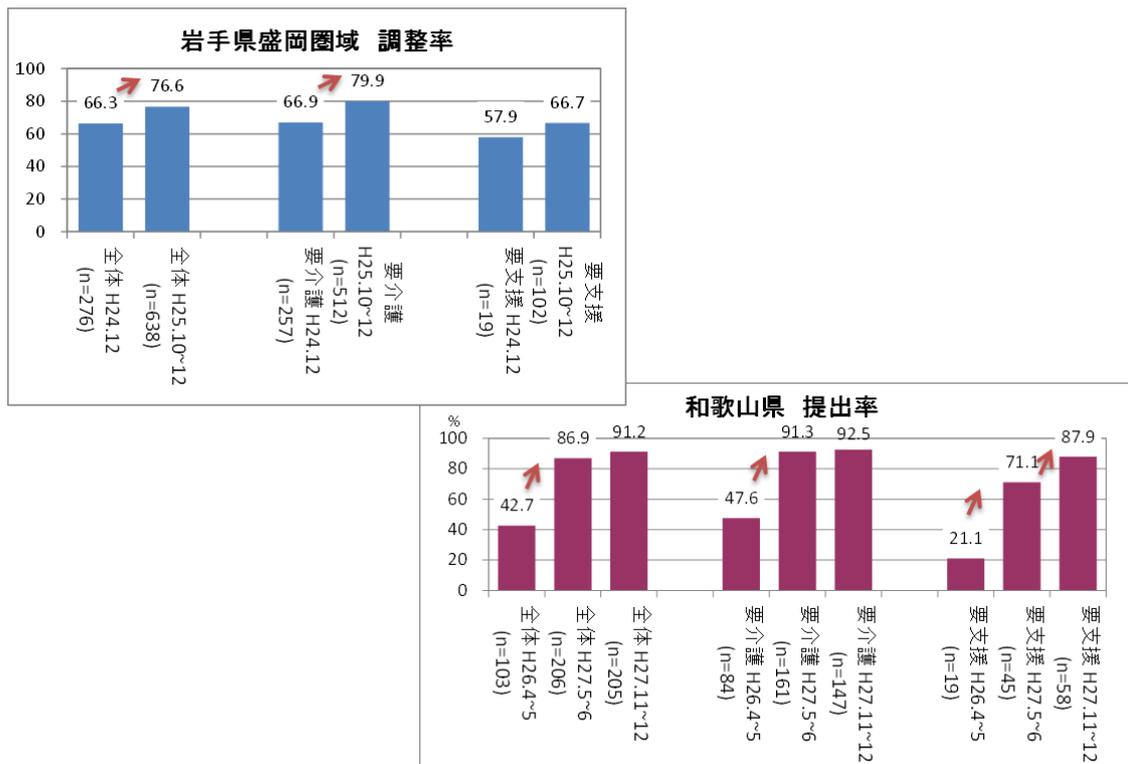
市町村・地域包括支援センター：居宅介護支援事業所に向けて退院調整状況確認アンケートを実施し、保健所等に報告する。

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（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。」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るが、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—を繰り返して、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のでしょうか？

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、その会合を取材してもらおうとよいでしょう。実は、病院にとって、他院とルール決めをすることや、「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。