

令和 8 年度

伊勢崎佐波地区退院調整ルールメンテナンス会議

令和 8 年 7 月 17 日

在宅医療介護連携センターいせさき・たまむら

目 次

退院調整ルールメンテナンス会議の案内送付数と出席数	1
[1] 挨拶	1
伊勢崎保健福祉事務所企画福祉課	
[2] 令和7年度退院調整状況調査についての報告	1
群馬県健康福祉課 医療・福祉連携推進室（資料②参照）	
[3] 退院調整ルールの現状につて	1～2
伊勢崎佐波ケアマネジャーの会 会長	
伊勢崎市病院代表	
[4] MCS の便利な活用方法について	2
在宅医療介護連携センターいせさき・たまむら（資料③参照）	
[5] グループワーク	
テーマ： 県の報告を受けての感想	
退院調整のための病院窓口一覧を用いての確認	
相談のタイミングや方法、連携するうえで工夫している事	
○グループワークのまとめ	2～7
1 グループ 高齢者相談センター北・三郷、伊勢崎市民病院	
2 グループ 高齢者相談センター南・茂呂、大島病院	
3 グループ 高齢者相談センター殖蓮、伊勢崎佐波医師会病院	
4 グループ 高齢者相談センター宮郷、脳血管研究所附属美原記念病院	
5 グループ 高齢者相談センター名和、鶴谷病院	
6 グループ 高齢者相談センター豊受、原病院	
7 グループ 高齢者相談センター東、石井病院	
8 グループ 高齢者相談センター境、伊勢崎福島病院	
9 グループ 高齢者相談センター赤堀、伊勢崎市民病院	
10 グループ 玉村町地域包括支援センターにしきの園・角田、角田病院	
○発表とまとめ	7
[6] 県の総括 群馬県健康福祉課 医療・福祉連携推進室	7
添付資料 ① 次第（P8）	
② 令和7年度退院調整状況調査についての報告（P9～10）	
③ MCS の便利な活用方法について（P11～12）	

退院調整ルールの会議の案内送付数と出席者数

送 付 先	送付数	出席者
伊勢崎市居宅介護支援事業所	64 か所	38 人
玉村町居宅介護支援事業所	15 か所	6 人
小規模多機能	9 か所	1 人
看護付き小規模多機能	4 か所	0 人
伊勢崎佐波病院入退院担当者	11 か所	10 人
伊勢崎市高齢者相談センター	9 か所	11 人
玉村町地域包括支援センター	2 か所	2 人
伊勢崎保健福祉事務所	1 か所	1 人
群馬県健康福祉部	1 か所	2 人
伊勢崎市ケアマネジャーの会	1 か所	1 人
ゲスト（あんなか/渋川）	2 か所	2 人
伊勢崎市地域包括支援センター	1 か所	2 人
玉村町地域包括支援センター	1 か所	2 人
医師会、いせたま	2 か所	1 人
合 計	120 か所	79 人

[1] 開催にあたり、伊勢崎保健福祉事務所企画福祉課 課長 秋山 恵美子 氏より
保健福祉事務所からは、本事業のこれまでの経緯と、今後の入退院支援ルールの継続的な運用に期待する旨の挨拶があった

[2] 退院調整ルールについて報告 群馬県健康福祉課 医療・福祉連携推進室 内田 萌美 氏
(添付資料 ②参照)
群馬県健康福祉部より、「退院調整ルールについて」をテーマに、令和 7 年度退院調整状況調査結果を中心とした報告が行われた。調査結果では、退院調整ルールの運用状況や退院調整漏れの状況、入院時情報提供書の送付状況などについて説明があり、県全体及び伊勢崎圏域の推移が示された。

また、退院支援が適切に行われていると感じる割合については、県全体で平成 29 年度の 75.2%から令和 7 年度は 78.3%へ、伊勢崎圏域でも 72.2%から 78.3%へと向上しており、病院と介護支援専門員（ケアマネジャー）の連携が着実に進んでいることが報告された。

最後に、退院調整ルールの目的は、住民が入院・退院を経ても住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる地域づくりであることが改めて示され、今後も病院、介護支援専門員をはじめとする関係機関が連携し、それぞれの知見を生かしながら取り組みを推進していきたいとの説明があった。

[3] 退院調整ルールの現状について

伊勢崎佐波ケアマネジャーの会 会長 島田 幸治 氏

ケアマネジャー代表からは、退院調整ルールの運用開始から年数を重ね、入院時情報連携シートの作成や活用が定着し、病院の医療ソーシャルワーカーとの連携も円滑になってきているとの報告があった。また、病院とケアマネジャーが互いに働きかけながら連携を進めることで、以前よりスムーズな退院支援が行われているとの意見が示された。

一方で、退院調整が円滑に進まなかった事例については、背景や要因を具体的に共有し、成功事例とあわせて検討することで、今後の改善につながるのではないかと提案があった。また、病院や担当者による対応の違いも踏まえながら、顔の見える関係づくりを継続し、お互いに意見交換を重ねていくことの重要性が述べられた。

病院代表 鶴谷病院 星野 裕一 氏

病院代表からは、令和 8 年度診療報酬改定において、病院とケアマネジャーが日頃から信頼関係を築き、継続的に連携していくことの重要性がこれまで以上に求められているとの説明があった。また、退院調整状況調査の結果については病院側も真摯に受け止めており、認識不足や情報共有の不足などの課題を踏まえ、各病院において改善に取り組んでいく考えが示された。

さらに、病院とケアマネジャー双方が日頃から顔の見える関係づくりを進め、率直に意見交換を行いながら、より円滑な退院支援につなげていくことの重要性が述べられた。

- [4] MCS の便利な活用方法について 在宅医療介護連携センターいせさき・たまむら 奥野 時伸
※詳細は別添資料「MCS 活用紹介資料」を参照。

在宅医療・介護連携センターからは、MCS（メディカルケアステーション）の活用について紹介を行った。実際の画面を用いながら、病院とケアマネジャー等が「つながり」機能を活用して入退院支援シートの送受信や情報共有を行う方法、「相談」機能を活用した多職種への相談や情報交換の方法などについて説明した。

また、MCS は時間や場所を問わず安全に情報共有ができることや、多職種が日頃からつながりを持ち、円滑な連携や相談体制の充実につながるツールであることを紹介し、今後も積極的な活用を呼びかけた。

- [5] グループワークまとめ CM：ケアマネ Hp：病院

①グループ

CM：病院により差が開いてきた。

Hp：入院加算の 250 単位が当日になったが、病院側が周知されていない。

また、突然 FAX で送ってくるようなケースもあった。

CM：市民病院は平均 10 日の入院で、退院シートを作る時間がないのが現状。

CM：家屋調査をしてもらおうとありがたい（ケアマネ）

Hp：日程が早いので調整が大変

CM：「地域ケア」と「老健」の役割が似ている、重なっているかも。

病院は「老健」よりも「地域ケア」の方がつなぎやすい、ケアマネからすると「老健」の方が相談しやすい。

Hp：二泊三日の検査入院の場合、CM から入院シートが届く場合がある。シートはそんなに必要なのか？ その都度退院シートを作るのが大変。

CM：入院シートは検査入院でも算定が出来るためではないか、退院時シートはの場合必要としないので、シートにそのあたりが分かると良い。

加算のための連携ではなく、連携をした事で加算があるようにしたい。

書面ではなく直接会えるほうが良い。

Hp：市民 Hp は面談・面接が出来る、見に来てくださいと言うスタンスです。

まとめ：※病院によって差が開いた印象。

※加算ルールはそれぞれの立場で知っていても、相手側のルールを知らない。

※支援の人は加算がない。

※一泊入院や予定入院も加算は可。

※県レベルで決めたり書式が作れると良い。

※お一人様、単身の方の入退院支援について、面談のつもりが IC 同席だったりする。

②グループ

- ・ケアマネさんに聞きたい、在宅でどういうサービスを使っていたかを聞きたい。
退院連携シートなく、SWから退院連絡もない、家族から知らされた。
退院前に家屋調査があると助かる。利用者さんの状態を見せてもらおうと助かります。
- ・サービスについて分かると良い。(SW)
- ・生活保護対応の入院時に対応して欲しい。

○入院情報

- ・入院情報加算があるので提出行う。
- ・多忙でSWに情報を直接渡すの大変、出来れば日数(加算とるのに)少ないので、FAXの方が早期提出できる。
- ・SWと顔が見える関係、SWも中々忙しく難しいと思われる。ただ日頃より親しい方だと連携しやすいので、顔が見える関係は大切だと思う。

③グループ

第3グループでは、病院相談員、ケアマネジャー、施設職員が参加し、入退院時の情報共有について活発な意見交換が行われた。入院時情報連携シートは、遅れても提出することや電話による補足など、状況に応じた柔軟な対応が重要であるとの意見があった。

また、円滑な退院支援には、日頃から病院とケアマネジャーが顔が見える関係を築くことが重要であり、デジタルツールを活用した情報共有も、そのような信頼関係があってこそ効果的に活用できるとの意見が出された。

そのほか、家屋調査や退院前カンファレンスにおける情報共有、ケアプランの活用、MCSの運用方法などについても意見交換が行われ、日頃からの情報共有や関係づくりの重要性が改めて確認された。

④グループ

○県の報告を受けて

- ・連携シートは使いやすくだいぶ浸透しているが、本当に病院の欲しい情報になっているのかという疑問がある。
- ・退院時情報シート(結局アセスメントシートを作っている)より、サマリーをもらえると良い。(けあまねより)
- ・入院時の情報はケアマネからもらっているが、ケアマネに情報を渡せていない。シートは本当にケアマネとして必要なものだったのか疑問。
- ・退院が急に決まることがあるので、書類を作るのが間に合わない。他の方法で情報共有をしている(家屋調査など)
- ・要支援の人だと余り状態が変わらないで戻ってくる。
- ・昔は退院について包括に相談に来たが、病院の相談員が機能するようになってきたと感じる。(相談する場所が分かり易くなった)。心配で包括に来ることがあった。

○窓口一覧について

- ・病院によって関わり方の温度差がある。(病院の個性なのか)
→不安だとケアマネに相談が来てします。
- ・病院の看護師から家族に「もう退院してもよい」と言ってしまう事があり、混乱してしまう事がある。
- ・退院前にケアマネが来てくれると、より詳しい情報提供ができる。
- ・病院前カンファレンスをお願いしたいけど、病院が忙しそう。
- ・窓口が分かりづらい事があるので、包括でケアマネが間に入っている。入院中もご家族のフォローをしている。(そういう役割がある)

○相談のタイミング(入院情報)

- ・「持ってきてほしい」と希望があるが、FAXにしてしまう事がある。出来るだけ持っていくようにしている、MCSが活用できそう。
- ・持っていくのは移動の時間が大変なので、FAXになってしまう。
- ・タイミング→入院から7日以内に連絡をしないとはいけな。退院前も7日前という決まりがあるが、地域ケア病棟は平均20日しかいられないので、気がついたら退院していたという事がある。全部が予定通りにいかない事があるので、なるべく頑張りたい。

- ・検査入院の時はどうするのか？短い期間で入退院を繰り返す場合は送った方が良いのか？
→送ったら「要らない」と言われたケースもある。
- ・病院によってやり方が違うので統一して欲しい（希望）。

⑤グループ

○県の報告を受けて

- ・退院前カンファレンスで、とある病院で住宅改修、福祉用具、デイサービスを決めたが、退院日に本人が拒否（サービス全て）、サービスに繋がらないのでFAXが出来なかった。他の病院では退院前カンファレンスの時に、リハビリの様子を見たりしてプランに繋がられた。
- ・2週間くらいの入院の連絡が無かった。短い入院期間でサービス変更が無ければ漏れてしまう事もあるかも。病院によって退院前情報シートの送付が遅れる。シートを作成する担当者も違うからかもしれない。
- ・何度も入院しているならシートは埋まっているけど、突然の入院だと、当日入院時情報シートを作るのは大変。
- ・ソーシャルワーカーによって情報がもらえず、口調も厳しく、心理的に病んでケアマネが変更になったことがある。
- ・退院情報サマリーFAXに渡すパターン・・・情報がすぐに分らず困るので、事前に送ってもらいたい。
- ・退院、入院知らなかったパターンがたまにある。
- ・骨折時整形であればリハビリの様子を見る機会があるが、内科的なものだとなかなかその機会がないので、情報を教えてもらいたい。「病院から来てくださいと言われないと行きにくい。」
- ・入院する時、CMの情報（情報無くても入院できる）は二次的。退院の時にCMは情報が欲しい。⇒一方通行
- ・入院中変化が少ない方に関して情報をもらえない事があるので、自分から病院に連絡を入れたり、病院へ様子を見に行くようにしている。
- ・受け持ちがどれくらい入院している？ 1人～2人位？ 少ない人数なら定期的に病院に連絡を入れるのはどうか？（かけすぎると「またか」と思われるかも。）
- ・CMの方から連絡の意識付けをするのも良いかも。
- ・自分には担当ソーシャルワーカー（相談員）がいないと言われることがある。

⑥グループ

○県の感想

- ・グラフの推移について連携が出来てない方、連携しているつもりだがなかなか。病院をあげて周知していきたい。
- ・情報提供している。退院時の情報がもらえない事がある、病院によって差がある。
- ・ケアプランの反映が…退院時情報を利用者が持ってきてくれるが、退院の後なのでプランに反映できない、退院前に情報をいただくとありがたい。
- ・当日中に送るがH pから退院時の情報がもらえない。藤岡は連携が出来ていない。
- ・blankがあった、連携は出来ているが担当者会議の後にもらった。
- ・ケアマネの方が情報を送っている

○病院窓口一覧について

- ・原H p、退院が決まったらF a・CMと連携が必要であれば状態確認、連携を強化していきたい。来院でも大丈夫、入院の時はF A Xでも大丈夫。
- ・F A X助かる。退院時にF A Xで情報をもらいたい。
- ・持ってきて下さいと言われると、困ってしまう時がある。
- ・家屋調査あたりまえだった→転職→当たり前でなくなった。
- ・退院前に家屋調査（歩行状態が確認できるので）ありがたい。
- ・電話すると、担当が病名を分らない、後になって教えてくれる。
- ・病院によって病名など教えてもらえない。
- ・入院中に相談したい、工夫している所、工夫して欲しいところ。
- ・相談員に相談、難しければ折り返してもらっている。
- ・病院による。
- ・病院によっても、個人情報同意してもらっているなので、情報交換できる。
- ・多くの所教えてくれる。
- ・介護医療の連携、医療が上。10年前と比べれば改善。

⑦グループ

○県の報告の感想

- ・「Hp からの引継ぎや連絡がない」が多い点が気になる、入院時はやっているのに。
- ・いつの間にか退院というケースがある、患者と医師との話だけで退院という事も。
何の準備もなく帰るとトラブルが起きたりする事も
→シートがあれば退院時も調整漏れが少なくすむと思う。
シートが来ていても SW が退院調整の必要が無いと判断する場合がある。
シートを送るだけでなく、担当の SW へ「〇〇してほしい」との連絡を入れたほうが良いか。
病棟が変わると SW に引き継がれない場合があるので注意。
- ・病棟担当者がいて、石井病院は7人いる。
- ・治療の事や病気の事は家族からと言われることがある。
家族や患者より先に、情報がケアマネジャーに先に行ってしまう事を防ぐため。
病院に来てもらって、本人や家族の前で聞き取りをしてもらおうと良い、
→事前に言ってもらえれば、病棟看護師からも話が効ける。(14:00~16:00が良い)
病院での担当者会議も事前に聞いてもらえればOK。(石井 Hp の場合病棟による?)
- ・シートを繰り返し入院している人の場合、毎回必要か?
→退院時シートを
- ・入院中何度も連絡はしないが、退院が見えてきた時にしている。
- ・折り返しの電話がない時にはかけてあげた方が SW としては良い(様々なケースで動いているので)。
- ・情報をもらう時、主治医の先生の名前が入っていない事がある。
→必要な情報があれば聞いてもらってOK。
- ・病院としては、シートは、入院時シートはケアプランまでは大丈夫。
- ・退院前の様子を見に来ていただいた後のシートは必要か?
→サマリーの方が助かる(看護・リハ)、栄養サマリーも欲しいプランに反映できるので
- ・患者さんや家族に渡すと受取が遅れるの
→CM に直接だとありがたい。
- ・退院時の指示書の配慮をいただけるとありがたい、期間の抜けがない様に。

⑧グループ

○県からの発表についての感想

- ・定着していると感じているが・・・。
- ・短期間の入院では MSW が付く前に退院(スタッフ連携が難しい時がある)。
- ・Hp と話しやすくなった。
- ・Hp 側の方が、意識が薄い?
- ・100%しています。
- ・シートを患者が無くしてしまう(見つからない場合は再送付も出来る)
→シートの渡し方は?
CM に直接(退院前に FAX などでも送れる、サマリーと同封)。
- ・住宅型やショート利用中の方は、提供が遅れがち。

○窓口に関して

- ・入院時に電話して FAX をするか、持参するか。
- ・係わりのある病院が決まっているので、窓口シートは活用がしやすい。
- ・ほとんど FAX が主流、持参してもらえると患者との情報共有がしやすい。
- ・退院前カンファレンスは、病院によって違いがある。

○MCS を利用してるか

- ・「大井戸診療所・みんなの伊勢崎クリニック」、訪問診療をしている Dr. (Dr. が参加していないと気楽)
- ・単位、事業所、個別の CM。

○連携での工夫

- ・Hp での取り組みは? 平時からの CM との連携)
- ・CM の参加、IC や Dr. と家族の話し合いの場など。
- ・在宅での看取りに向けて。
- ・CM からのシートの提供が無くても、退院シートを作る様に指導。

○CM としての取り組み

- ・入院時情報を出来るだけ早く提出。

- ・外来でお世話になっていれば平時からの連携。
- ・初の入院であれば、来院しながら共有していく。
- ・連携のしやすさが Hp によって違う。
- ・担当 CM を病院に伝えてもらう（本人・家族より）名刺を保険証他と一緒に保管する事を伝える。

○病院

- ・加算増点したのでさらに早く CM との連携、情報共有を目指す。
一般→地域包括

○病院に求めることは

- ・退院後の受診日は？
予約の出来ない Dr.もいる→薬が終わる前にと伝える。予約があれば、本人確認や Dr.への連絡が出来る。

○その他

- ・予防の方もシートを出す。
- ・顔の見える連携を目指す。
- ・Hp の対応しやすい時間帯の情報。
- ・退院前の連携を持っている
→リハビリの様子、退院前カンファ、家屋調査
- ・レスパイト入院時は情報提供しない場合もある。
- ・Hp と CM の関係作り。
- ・MCS の利用時、皆で仲良く。
- ・調整したのにサービスに繋がらず。
- ・短期間の入院では連携もあり。
- ・内科的だと本人の様子を見に行くことが少ない。
→情報提供をして頂けると良い
- ・シートを出さずとも入院できるが、退院の時はシートが欲しい。
- ・CM から定期的に Hp に連絡して、Hp の方に意識づける。
- ・退院時の連携シート → サマリーで代用か？
- ・Hp に行ったが、スタッフへの情報の聞き取りが難しかった。
- ・平時からシートを作成しておくのは？
→日頃からの繋がりを目指す。
- ・入院から退院、在宅療養へのスムーズな移行を。

⑨グループ

○感想・課題等

- ・加算が取れないと情報を送るのが遅くなった場合、情報提供しない事もあるかも。
- ・Hp からの立場として問題なく退院した方、入院期間が短い方は CM の情報が漏れてしまう事があると思う。
どの様な方は連絡無くて良いか、どの様な方が、情報が欲しいのか聞きたい。
→入院前と状態が変わった方は連絡が欲しい。
- ・退院支援が入るのはどうしたケースか？
→転院等あれば介入。院内で退院支援のカンファを行っている。
- ・退院後の支援について、CM と SW で相談しながら進められると良い。
- ・Hp と同じところの居宅としては、入院中の様子等も見やすいが、知らずに退院してしまう事もある。
- ・入院時の情報シート、FAX より持参が良い（Hp 側は加算が取れる）。
Hp 側としてはプランもあると良い。
- ・短期間や状態変化なければ、情報のやり取りなしで進めてしまう場合もある。
- ・入院の連絡が翌日になってしまう事がある。CM がどこの誰かが把握できない事あり。
- ・骨折して入院となっても、本人が退院を希望した場合家で動けない状況もあるが仕方ないのか？
→治療拒否である対応が難しい。
- ・退院に向け CM への連絡は状況にもよるが、行き先が決まった時点。
- ・入院して 3 日以上たってしまうと、ケアマネが病院へ連絡するのをためらう事があるが、→日にちがたっても連絡はウエルカム。
- ・退院前カンファは何かサービス追加が必要な場合など。
- ・退院連携の Ns がいるが、まずは担当 SW への連絡？

→患者ごとの担当が対応していく。

入院中に病棟が変わっても、担当が変わらない事もある。

- ・退院後の行き先を決める際、どのタイミングで CM へ連絡を入れるのが良いのか？

→行き先検討のタイミングでの連絡が欲しい。

- ・入院中にケアマネが施設を勝手に探すのは良いのか？

→情報共有しながら行えるのはありがたい。

- ・退院時の情報シートが反映できているか？

→Hp でのアセスメント出来るようになり、プラン作成に役立っているか？と言うと微妙。

⑩グループ

入院時情報連携シートの活用は定着しており、退院支援に向けた情報共有の重要性が改めて確認された。

一方で、病院では退院時連携シート以外にもサマリー等で情報提供が行われている場合があり、調査結果との違いについて意見が交わされた。

また、MCS については登録しているものの十分に活用できていない現状が共有され、今後の普及と活用促進への期待が示された。さらに、病院訪問時に患者との面談はできても、医療スタッフから十分な情報を得ることが難しい場合もあることから、より円滑な情報共有の必要性が挙げられた。

【全体を通して見えた主な意見】

- ・病院ごとに退院支援や情報共有の運用方法に違いがあり、対応に差を感じるという意見が多く聞かれた。
- ・入退院連携シートは定着してきている一方で、短期入院や検査入院時の運用方法や必要性について、課題や疑問が挙げられた。
- ・退院時の連絡や情報提供が十分でないケースもあり、退院時サマリーや退院前の情報共有を望む声が多く聞かれた。
- ・円滑な連携には、日頃からの顔の見える関係づくりや、職種間のコミュニケーションが重要であるとの意見が多く挙げられた。
- ・病院と CM 双方が、お互いの制度や加算の仕組みを理解することが、より円滑な連携につながるとの意見があった。
- ・MCS など ICT の活用に期待する意見があり、情報共有手段として今後さらなる活用が望まれた。

【グループワーク総括】

- ・各グループでは、入退院時情報連携シートの活用や退院時の情報共有、病院と CM との連携方法などについて、活発な意見交換が行われた。
- ・共通して、円滑な退院支援には、日頃からの顔の見える関係づくりに加え、電話や MCS 等を活用したタイムリーな情報共有が重要であるとの認識が共有された。
- ・また、短期間の入院時における連携のあり方や情報提供の方法、退院時サマリーの活用、MCS のさらなる活用など、今後の運用改善につながる多くの提案や課題が挙げられた。
- ・今回のグループワークで共有された多くの意見は、今後の入退院支援ルールの運用改善や、多職種間のより円滑な連携を進めていくための参考となる内容であった。

県の総括 群馬県健康福祉課 医療・福祉連携推進室 室長 杉山 智法 氏

グループワークでは職種や立場を超えて、患者・利用者やその家族を中心に据えた活発な意見交換が行われており、真剣な議論の中にも和やかな雰囲気が感じられたとの講評があった。

また、県が作成した資料を活用しながら、現行ルールの改善に向けた具体的な検討が行われたことは大変意義深く、今後の取組への励みになるとの言葉があった。

さらに、退院調整ルールは、入院から退院、在宅療養まで切れ目のない支援を実現するための重要な仕組みであり、制度改正や地域の実情を踏まえながら継続的に見直しを行うことが重要であると述べられた。今後も医療・介護・行政が連携を深め、地域包括ケアシステムの推進と、住民が住み慣れた地域で安心して療養生活を送ることができる体制づくりにつなげていくことへの期待が示され、閉会の挨拶とされた。

次 第

日時 令和 8 年 7 月 17 日（木） 13 時 30 分～

場所 メガネのイタガキ文化ホール伊勢崎

2 階 大会議室

1. 開 会

2. 開会のあいさつ 伊勢崎保健福祉事務所 企画福祉課 秋山 恵美子

3. 令和 7 年度退院調整状況調査結果概要

群馬県健康福祉課 医療・福祉連携推進係 内田 萌美

4. 退院調整ルールの現状について

(1) 伊勢崎佐波ケアマネジャーの会代表

特別養護老人ホームゆたか理事長・施設長 島田 幸治

(2) 伊勢崎佐波地区病院代表 鶴谷病院 地域医療連携室 星野 裕一

5. MCS の便利な活用方法について

在宅医療介護連携センターいせさき・たまむら 奥野 時伸

6. グループワーク

- ・ 県の報告を受けての感想
- ・ 病院窓口一覧表の確認
- ・ 相談のタイミングや方法、連携するうえでの工夫について
- ・ 意見交換による発表とまとめ

7. 各代表によるグループワークの感想

8. 閉会の挨拶 群馬県健康福祉課 医療・福祉連携推進室 室長 杉山 智法

9. 閉 会

令和8年7月17日
群馬県健康福祉部 健康福祉課
医療・福祉連携推進室

本事業での「退院調整」の用語の定義

- ⇒医療・介護の切れ目ない提供を行う

- 平成27年度：
国モデル事業として渋川地域で実施
- 平成28年度：
県内5地域で実施(前橋・藤岡・沼田・太田・館林)
- 平成29年度：
県内6地域で実施(高崎・伊勢崎・安中・富岡・吾妻・桐生)

全圏域で実施

[illegible]

① 多くの高齢者

- ⇒ 入院時、介護保険証を持っていません。別居の家族は見つけれません。
⇒ 担当ケアマネの名前を覚えていません。ヘルパーの名前から探します。

② ケアマネの訪問

- ⇒ いきなり病棟に来られても対応できません。
⇒ いきなり質問されても分からないことも多いです。

③ ケアマネへの連絡

- ⇒ 入院前と変化なく退院する場合に連絡は必要？
早く連絡すると退院が決まったら連絡して！って言われるし...

◆地域連携室では、多くの患者さんの対応で一杯です。

◆介護保険制度を理解している病棟看護師はあまり多くいません…。

こんな退院が続くと、病院も疲弊します

ケアマネさんが退院準備を手伝ってくれるから、退院調整が簡単、楽になった。

退院調整なし退院がなくなって楽。

退院直前の引き継ぎがなくて楽。

看護師が笑顔で迎えてくれるので、病院的敷居が低くなった。

看護師

ケアマネ

目的：
要介護・要支援状態の患者が病院から退院する際の介護支援専門員への引継状況等を調査し、退院調整漏れ等の実態を把握する。

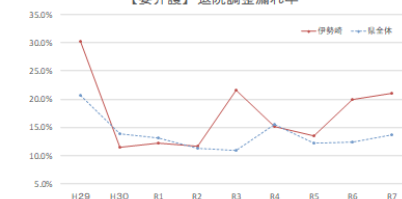
対象：

- 地域包括支援センター
- 居宅介護支援事業所
- 小規模多機能型居宅介護事業所
- 看護小規模多機能型居宅介護事業所 に属するケアマネジャー

対象事業所数：931箇所
回答事業所数：619箇所（回答率66.4%）
回答者数：1,547名

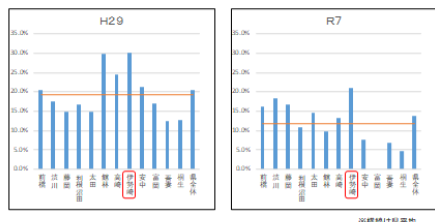
期間：令和7年10月の1ヶ月間

【要介護】退院調整漏れ率

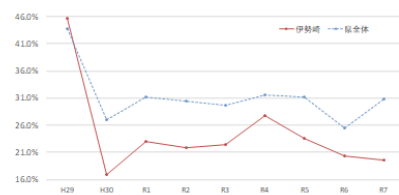


	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
退院	162	182	181	164	162	158	96	100	124
連絡無	49	21	22	19	35	24	13	20	10

【要介護】 病院圏域別 病院からの引継ぎ連絡なしの割合



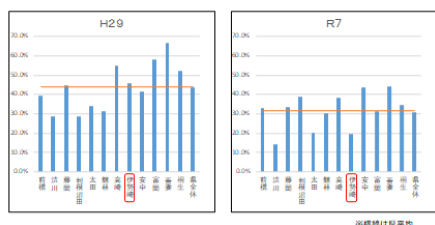
【要介護】 入院時情報提供書未送付率



【要介護】 入院・情報提供書の送付無の件数(利用退田)

	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
入院	195	244	181	178	183	191	123	133	133
送付無	89	41	22	39	41	53	29	27	26

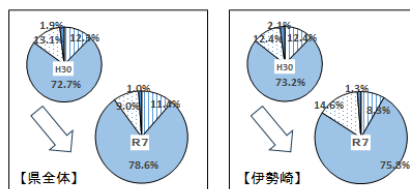
【要介護】 事業所圏域別 入院時情報提供書未送付率



退院調整ルール運用後の評価

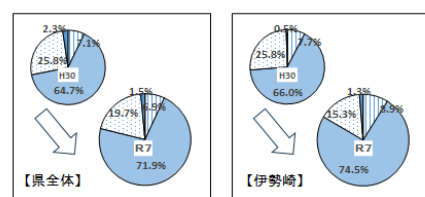
1 医療機関からの情報提供をケアプランに反映できたか。

□ 非常にそう思う □ そう思う □ そう思わない ■ 全くそう思わない



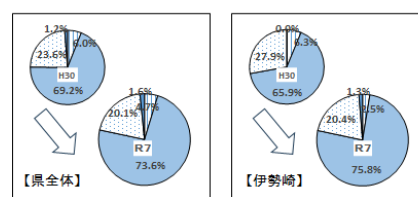
2 退院調整ルールは、病院に周知されていると思うか。

□ 非常にそう思う □ そう思う □ そう思わない ■ 全くそう思わない



3 退院支援(連絡・情報収集等)がうまくいっていると思うか。

□ 非常にそう思う □ そう思う □ そう思わない ■ 全くそう思わない



誰もが住み慣れた地域(場所)で
安心して暮らせる地域を作るため、
皆さんの知恵と心を結集して取り組みましょう。



ご清聴ありがとうございました。

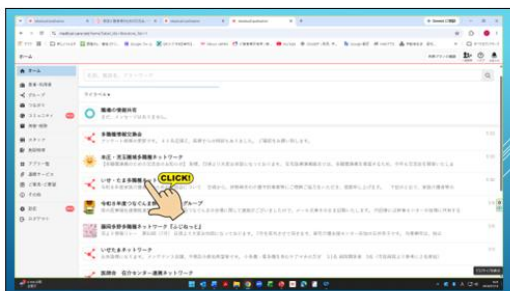
2026/7/27

MCSの活用について

- MCSを活用した連携のご案内
- MCSで広がる連携のかたち
- MCSを活用した情報共有と相談について
- MCSでもっと便利に、もっとつながる

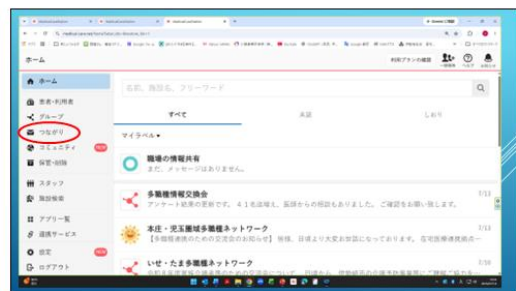
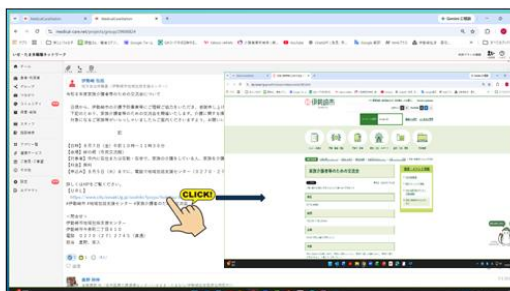
今日お伝えしたいこと

- 「つながり」を利用した入退院支援シートの送付
- いせ・たま多職種ネットワークのご紹介
- MCSを活用した相談について

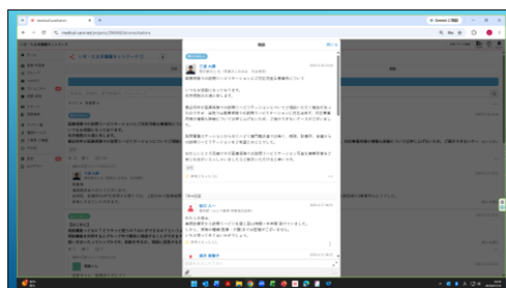


1

2026/7/27



2



最後に

「MCSって難しそう。」 「使えるかな。」 そう思われる方もいらっしゃると思います。でも、毎日使う必要はありません。

「必要な時だけ。」 「見るだけ。」 「送るだけ。」 それでも十分です。そして、使ってみて、『自分には合わないな。』と思ったら、いつでも退会できます。

まずは一度、『いせ・たまた多職種ネットワーク』をのぞいてみませんか。皆さんの日頃の連携に役立つツールとして、ぜひ気軽にご参加いただければと思います。