

令和6年度
伊勢崎佐波地区退院調整ルールメンテナンス会議
報告書

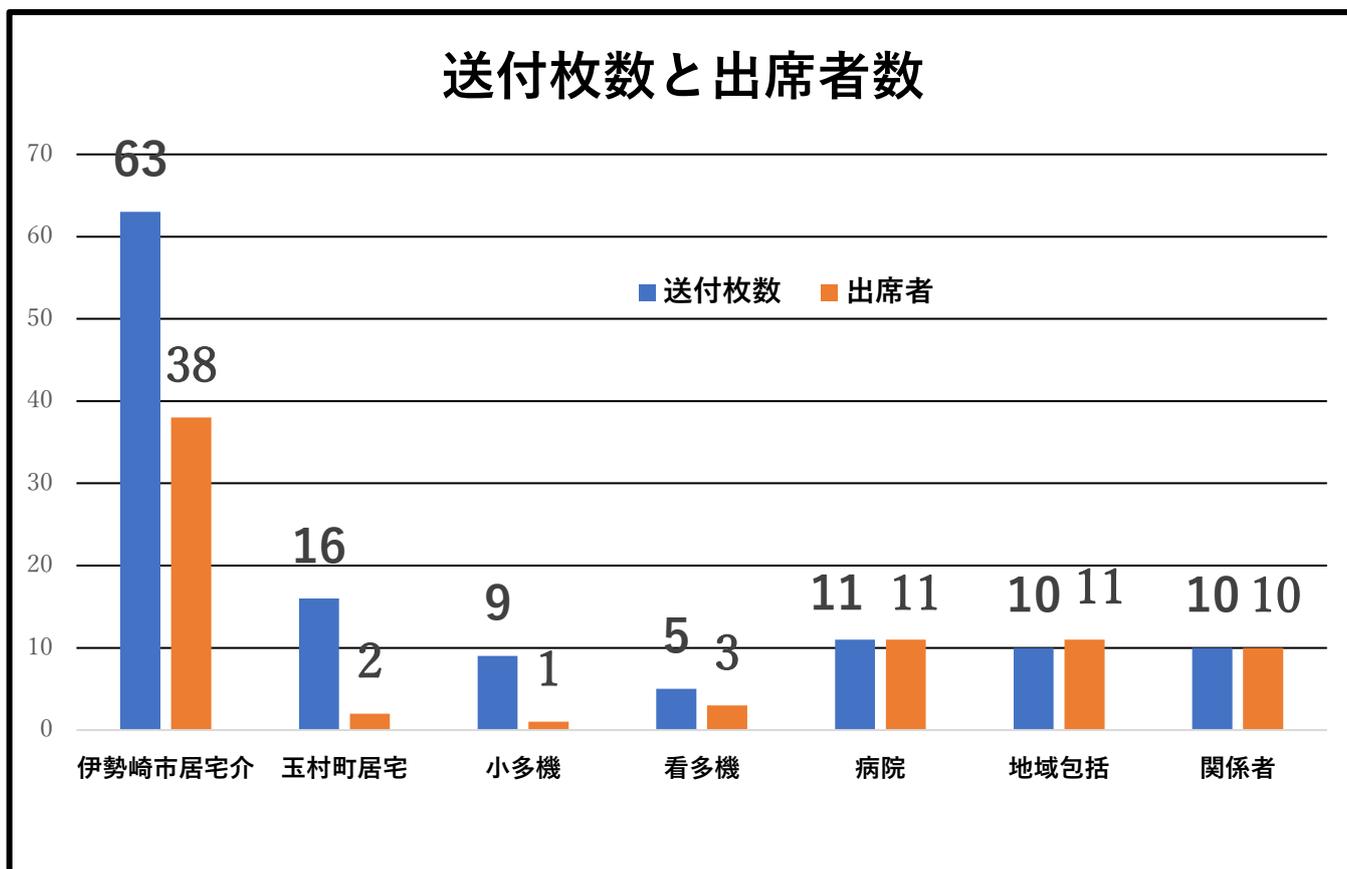
令和6年7月19日
在宅医療介護連携センターいせさき・たまむら

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率	1
[1] 挨拶	2
伊勢崎保健福祉事務所企画福祉課	
[2] 退院調整ルールについて	2
群馬県健康福祉課 医療・福祉連携推進室	
[3] 退院調整ルールの現状について	2～3
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] 事務連絡	
国が示した入退院シートの〈在宅用〉に関して	3
玉村町地域包括支援センター	
いせ・たま多職種ネットワークの案内	3
[5] グループワークまとめ	
テーマ：・県からの報告を受けての感想。	
・これからの連携の取り組み。(MCS等も含めて)	
・切れ目のない支援を行うためには、私たちは今何を求められているのか。	
・さらにステップアップしていくためには、どうしたらよいか。	
1 グループ 高齢者相談センター北・三郷、伊勢崎市民病院	4
2 グループ 高齢者相談センター南・茂呂、大島病院	4～5
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	5～6
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	6
5 グループ 高齢者相談センター名和、群馬県立精神医療センター	6～7
6 グループ 高齢者相談センター豊受、原病院	7
7 グループ 伊勢崎市地域包括支援センター、せせらぎ病院	7～8
8 グループ 高齢者相談センター東、伊勢崎福島病院	8
9 グループ 高齢者相談センター境、鶴谷病院	8～9
10 グループ 高齢者相談センター北・三郷、石井病院	9
11 グループ 玉村町地域包括支援センターにしきの園、角田病院	10～11
発表とまとめ	11～12
* 添付資料	
① 次 第	13
② 退院調整ルールについて	12～19
群馬県健康福祉課 医療・福祉連携推進室	
③ 「いせ・たま多職種ネットワークの案内」	22～26
在宅医療介護連携センターいせさき・たまむら	

退院調整ルール会議の案内送付数と出席率

送付先	送付枚数	出席者	出席率	
伊勢崎市居宅介護支援事業所	63	38	60.30%	
玉村町居宅介護支援事業所	16	2	12.50%	
小規模多機能	9	1	11%	
看護付き小規模多機能	5	3	60%	
病院	11	11	100%	
地域包括支援センター	10	11	110%	1施設2名出席あり
関係者・演者	10	10	100%	
合計	124	76	61.30%	



[1] 挨拶 伊勢崎保健福祉事務所企画福祉課 吉田 康弘 氏

退院調整ルールは、伊勢崎佐波地区においては平成26年度から運用開始となっております。運用開始後のルールの見直しのために、このメンテナンス会議を定期的に行っております。令和3年度からは全県的に市町村運営を移行しており、委託先である在宅医療介護連携センターいせさき・たまむらが会議を行っております。入退院時の切れ目のない支援のために、病院とケアマネジャーがそれぞれの状況をお互いに理解していただく貴重な会だと思います。本日の会議を通してさらに連携体制が充実していけるよう、本日はよろしくお願い致します。

[2] 群馬県健康福祉課 医療・福祉連携推進室 根岸 良子 氏

【退院調整ルールについて報告】(添付資料②参照)

[3] 伊勢崎佐波ケアマネジャーの会 会長 島田 幸治 氏

〈現状について〉

私からケアマネジャーを代表してお話させていただきます。今回のメンテナンス会議の目的は色々な情報共有です。この後のグループワークでも是非より良い意見交換をしていただき、今現在の実態等が分かってくれば良いかなと思います。

私に聞こえてくる情報としては、実務者レベルでは以前にも増して情報連携が取れてきているという事です。そんな中でも色々な手違いがあったりとか、情報漏れがあったりとか、そういう事もあるのかなと思います。それがどの様な原因で起こるのかという事が、集まった中で話し合えれば、何か一つの対策も見えてくるのかなと。

私たちが日頃行っている仕事で、市民や県民の方のニーズにお答えできればと考えております。最近病院と施設(在宅)の間でも色々な連携を取ることが多い中、ケアマネジャーの仕事も段々と広がりつつあります。色々な問題にも対処していかなければいけない仕事になりつつあります。それをケアマネだけが抱えるのではなく、色々な人と連携を取りあい関わっていく中で、解決できる様になっていけたらいいのかなと思いますし、そのための下地作りの場所なのではと思います。

医療の現場でもケアマネジャーと病院の相談員とのやり取りで、連携が図れていると思いますが、せっかくこういった場を設けていただいたので、今日は解決できなくても繋がりを作る事で、また後日連絡を取り合ったりとか、そういう関係作りをしていけたらいいのかなと思います。ですので本日は是非積極的に参加していただく事をお願いしたいと思います。私からは以上となります、ありがとうございました。

病院代表 鶴谷病院 星野 裕一 氏

皆さんこんにちは鶴谷病院医療ソーシャルワーカーの星野と申します。本日お集まりのケアマネジャーの皆様、そして高齢者相談センターの皆様には日ごろ大変お世話になっており、改めて感謝申し上げます。

本日の会議は、地域のケアマネジャーの皆さんとともに、退院調整や地域連携の推進に向けて非常に重要な議論になると考えております。私たちワーカーは、患者さんやそのご家族が病院を退院された後も安心して生活できるよう、日頃支援を提供しております。しかしそれだけではなく、地域の各機関や関係者の皆様とのご協力がやはり必要不可欠と考えております。地域連携が強化される事で、患者さんのニーズにより適切に対応し、地域全体でも医療サービスの質を向上させることが出来る

と考えています。

本日はグループワークという事で、退院調整における様々な課題や成功事例、そして地域連携のさらなる強化策などについて、皆様のご意見を伺いたいと考えております。私たちワーカーとケアマネジャーの皆さんと共通する目標の一つとして、繰り返しますが患者さんが退院後も安心して暮らせるような、環境づくりの構築を支援していく事があげられると思っております。そのためには医療や介護医療だけでなく、介護福祉などの先にわたる分野の連携が必要となってきます。

グループワークでは皆さんの協力とお知恵をお借りして、参加された皆さんが具体的なビジョンやプランを立てていける事が、今日の目的の一つと思っております。どうぞ積極的にご参加いただき、ご意見をお聞かせください。この会議が伊勢崎佐波地区の医療とケアの質を向上させる礎となることを願っております。本日はよろしく願いいたします。

宣伝になりますが、今年の海の日は7月15日になります、毎年ソーシャルワーカーデーとして制定されてまして、群馬県に限らず全国の都道府県でこの時期に様々なイベントを開催しています。実は当県でも明日前橋の社会福祉総合センターで開催を予定しています。今回も講師の方にテーマとして災害支援を目指してという事で、大阪からケアマネジャーの方を呼んでいます。東日本熊本地震の時に、午後1時に現地に入って長期災害支援で当たられたケアマネジャーのお話ですので、明日になりますが申し込みはまだ受け付けております。チラシもここにありますので、興味のある方がいましたら是非ご参加いただけると嬉しいです。

[4] 事務連絡

①国が示した入退院シートの〈在宅用〉に関して（添付資料③参照）

玉村町健康福祉課 高齢政策係（地域包括支援センター）係長 高田 誠 氏

本日はお忙しい中お集まりいただき誠にありがとうございます。私から国が示した入院時情報提供シートについて、簡単ですが説明させていただきます。今までの物とは若干様式が変わり、令和6年度から入院時情報提供情報提供書〈在宅用〉という様式で、今年度から新しくなりました。内容もほんの一部変わっております。可能な限りで結構ですので、新しい様式を使用していただければと思います。また、こちらの新しい様式ですが「いせ・たま」のホームページからダウンロードできますので、是非ともこちらの様式を使っていただければと思います。よろしく願いいたします。

②いせ・たま多職種ネットワークの案内（添付資料④参照）

[5] グループワークのまとめ

1 グループ 高齢者相談センター北・三郷、伊勢崎市民病院

●退院調整や入退院シートに関して

- ・支援連絡が無い（加算ないし）自分で連絡できるから。
- ・病院から連絡をくれる事が増えてきた。
- ・退院時の記録はあまりもらわないで看護サマリで代用。ケアマネが埋めている？
- ・訪問看護からの看護サマリ、退院時記録が普及してきた。
- ・市民病院の面会時間は 13 時～19 時の間で時間は 15 分（受取依頼書に家族のサイン、直接会って加算）。石井病院は一人だけ。
- ・情報だけもらっても福祉用具の選定すら難しい。。
- ・市民病院は退院時期の相談にのってくれる人もいる。
- ・退院調整がやり易くはなった。
- ・癌の末期の情報が遅くて大変。照射退院はいつ？福祉用具やベッドはどおする？。
- ・先生は来てくれない。
- ・市民病院は緩和ケア病棟の先生から明日退院みたいな話はある。
- ・先生は介護保険を理解しているのか？

●身寄りのない人の退院はどうしよう？

- ・福祉サポートは亡くなった方は後回し
- ・すぐに対応してくれるところ
かぶらぎさん（ほほえみの会）
NPO おてら（お金をおろしたり、亡くなった時に布団など保管してくれる）
- ・生保で身寄りがないと慎重になる。
- ・これからは完全お一人様が増えてきて大変になるかも、入院時に「ケアマネが服を持ってきて」とかになるのか。
- ・入院セットの請求書を送っても支払いがない事もある。
- ・病院とケアマネで知っているキーパーソンが違ったりする、連絡先が増えたらいいと思う。
- ・福島病院は情報が早い（居宅が無いから？）

●情報提供

- ・DM専門の診療所は、自分でインスリンが打てない人には食事が摂れても摂れなくても使用できる薬に変更してくれた。
- ・診療所とライン登録しているが、在宅では無理とか言わない、話しやすい先生。
- ・訪問専門の診療所の 1 つは 24 時間OK。
- ・連絡が取りにくい診療所がある。
- ・訪問をしてくれる診療所もある。
- ・細かく照会状を書いてくれる診療所もある。
- ・薬局サービス担当者会議の時に白紙で帰ってきた。

2 グループ 高齢者相談センター南・茂呂、大島病院

●県からの報告を受けての感想

- ・情報共有シートのやり取りが増えてきている傾向ではあるが、ケアマネが担っている患者の場

合は電話などでの連携もしている。

- ・用紙より電話の方が多いかは病院によって異なる。送っても病棟には届いていない、MSW 止まりでいる状況もあり、2度3度と話す事が多い。情報連携が病院内でとれていないのか？係る人が複数だと特に起きやすい。
- ・死亡の時の調整は円滑にすすめていきたい。「用紙が埋まってなくて」の場合もあり、医療との壁があり聞きづらさもあるので。
- ・現場の病棟に情報シートが伝わっているか？ 急性期は生活歴の情報がどこまで必要なのか？ 医療側からの必要な情報内容とケアマネ側との温度差があると思われる。急性期以外の病棟では生活状況なども知りたいので必要ではある。急性期は時間との勝負もあるので。
- ・退院のカンファレンスに参加した看護師が情報を把握していない事も多い、シートを参照してもらえれば話がスムーズなのだが。最低限の情報は一体化していると思うが。
- ・平成30年～比較すれば、現在は連携が取れている印象。

●病院の窓口について

- ・各病院に合わせて対応しているが、電話するのが望ましい。
- ・カンファレンス・面会は制限が緩和してきているので、その都度対応をしている。
- ・病院はコロナなどで一時期行いづらい事もあったが、フォーマットもありやり取りしやすくなった。

●さらにステップアップしていくには

- ・話しやすいMSWがいるとやり取りがしやすい。顔が分ると安心感があるので、書類は手渡しする様になっている事もある。
- ・退院前に情報が欲しいと伝えるようにしている。
- ・リハビリ見学はありがたいが、リハビリ中は動けているのに退院後にADLが下がる。実際の状態がそぐわない、退院しないと分からない事が多い。
- ・住環境にそったリハビリメニューで対応してもらおうが、病院の日常と自宅での日常に差異があるので難題と思っている。
- ・退院がせわしくなく、用具レンタルなども慌ただしい。
- ・リハビリ中は本人が頑張っているのに、入院中に自宅内を整えておきたいが、住宅改修は出来ないため、説明不足で「後からでないと」と言う時もある。
- ・病院は治療し「治ったから帰れる」と、それで終わりですぐに帰したが、ケアマネはその後の調整をするが大変。1クッションで地域包括病棟に転棟などがあればいい。退院後に状態が低下しても再入院の相談もダメだと言われ、サービスで固めていくしかない。病院もいろいろな諸事情があり、回転率も分かるが対応をして欲しい。
- ・精神病での転院の処遇も、本人が「帰りたい」と言っているからと退院を早める場合もあるが、入院日数の兼ね合いもあるため、退院近くになったらケアマネが呼んでと。

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

●県からの報告を受けての感想

- ・連携は良くなっている。入院時のシートも100%ではないが、前に比べると持ってきてもらえる。入院後すぐに持ってきてくれる事が多い。

●病院窓口一覧を用いての連携

- ・コロナ前と比べ退院前に面会が出来る様になっている。当日入院は難しいがFAXの方が送り易

い。追加で聞きたい部分がある場合は電話で連絡して、FAXで送るのがスムーズか。

- ・家族の状況などシートに入らない部分などは、手間だけど必要な人もいる。
- ・退院時シートを家族に手渡しで調整は大丈夫か？→大丈夫。
- ・福祉用具購入が決まっていた、住宅改修も決まっていたが許可が下りないでクレームになった。
- ・特養の空きとすぐに入れるのとは違う。退院先を調整してもらえるのはありがたいが、退院後すぐに特養にはなかなか入れないので、連絡や空白期間をどうするのか決められるようにしたい。

●さらにステップアップしていくには

- ・退院前カンファレンス。入院前と状態が大きく変わっている時はカンファレンスをして欲しい。
- ・他市との違い。桐生ではMSWの連絡が多かった。
- ・利用者のグループで情報がわかる、誰が見ているかわかる。事業者や利用者の加入が少ないのが今後の課題。末期の人は早く情報が欲しい。
- ・背景があるので、伝えた方がよい事は事前に伝える方が、連携がスムーズに行くのではないか。
- ・癌末期で在宅の往診が付けられないケース、余命短い、家に帰る、救急隊と先生で話をした。2日目で亡くなった、基本往診を付けて欲しい（ケアマネ+訪看+往診医）3点セット。

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

- ・入院が1週間後に分った。
- ・病院からケアマネに連絡するようにしている。利用者家族が担当のケアマネが誰だかわからないケースもある。遅れても情報をいただくとありがたい。
- ・支援だと加算が付かない。
- ・立て続けに入院した時は書けない場合もある。
- ・入院を繰り返す場合は変わったところのみ伝えてもいいのではないか。
- ・病院側は退院の時にはケアマネに連絡するように決まっている。本人が急遽退院してしまい連絡が取れない時もある。
- ・前橋日赤は情報を送るとFAXでお礼が来る。
- ・転院をした時は情報提供書が行っていない。
- ・前橋協立病院は退院カンファレンスを頻回にしている。
- ・入院・退院支援カンファレンスで介入を検討している。
- ・家屋調査をしてもらうとありがたい、一時退院。
- ・医療系サービスの医師の意見をもらう事は迅速には難しい。
- ・病院側でも担当が先生の都合をみて、書いて頂けるように調整をしている。
- ・癌末期の方の退院時には、すぐにケアマネが担当者会議を開けるよう、主治医の意見書や軽度者レンタルの意見書などがあるとスムーズ。

5 グループ 高齢者相談センター名和、群馬県立精神医療センター

●県からの報告について

- ・シート送付は習慣化できている。すでに退院している事もあった。
- ・転院時に送付しなかった時に、退院時に情報を得る事が出来なかった。
- ・退院時に病病連携のシステムが組み込まれていない。
- ・コロナ禍の状態に戻りつつある。
- ・入院当日の送付は難しい状況がある。要支援者も送付する様にしている（加算が必要ではないか）

- ・新しいシートが書きやすくなっている。
- ・入院の算定が増えた、当日は連絡出来る時間が遅いと対応できない。
- ・入院を繰り返しているケースの時に、送付をしたほうが良いか悩む。
- ・精神保健福祉士としてシートを活用している、加算の仕組みが良く分からない。
- ・お互いの加算の仕組みが分かれば、さらに良くなるのでは。
- ・MCS は訪看が介入しているケースで使用したことがある。

6 グループ 高齢者相談センター豊受、原病院

●現状の良い点や課題

○良い点

- ・入院時情報提供書、一度作ってあると再入院した時に少々直す程度で送れる。
- ・看護サマリ、退院時は多くの情報をいただけたのでプランに反映できた。

○課題

- ・退院情報書のみでは情報が薄いので、なかなか情報を得られない病院もある。

○良い点

- ・退院期限の連絡等が早めに連絡をいただいているように思う。本人・家族の意向を聞いて準備が出来る。

○課題

- ・退院に猶予があるようだったが、急に退院となってしまった。

●病院側として

- ・入院時情報シートをいただいて助かる。期限がきちり決まっている病院ではないので、慌てさせる事は無いが、急に退院希望というケースがあるので、慌てさせてしまって申し訳ないと思っている。

○課題

- ・「生保」情報は MSW の方にもケアマネにも早く得たい。

●MCS について

- ・MCS 活用でやり易いと感じる

○課題

- ・先生が発信してくれるとやり易い。OFF 時にも入ってくるというデメリットもあるのでは？

7 グループ 伊勢崎市地域包括支援センター、せせらぎ病院

- ・入院等情報がまだわからず、何を情報提供してよいかわからない。
- ・独居の人は退院数日前には連絡が欲しい。
- ・急に「退院してもらわないと」と電話が来ることがあり、慌ててしまう事がある。
- ・病院での退院時、担当者会議は多職種の方が参加してもらえ、プランに反映できてありがたい。
- ・管理栄養士の情報は在宅での食事に役立つ。
- ・F A X での受け渡しが多い、まず電話をしてから F A X している。
- ・直接持参して欲しいというところがあるが、持参しても窓口に渡すだけの場合も多いので、直接持参するメリットをあまり感じられない事もある。
- ・新しい在宅版の入院時情報提供書は詳細になっていて今後活用していきたい。

- ・入院前、入院中の状況が分るので連携は必要。
- ・入院時の病院会議等に日時が決められてから連絡が来ることが多いので、日程調整が難しい事がある。

8 グループ 高齢者相談センター東、伊勢崎福島病院

●退院時の時に聞きたい内容

- ・医療系サービス導入の際、病院のMSWに相談した時に快く対応してもらえるとありがたい。医師によりハードルを感じる。
- ※患者全員にMSWがついていないが、外来の患者に関しては医事課に、入院患者はとりあえずMSWに相談してもらえばよい。医師も付箋などで焦点をあてて書いてもらい、提出してもらえるとありがたい。
- ・医師が介護保険の事を理解してくれるようになっている。癌の方の予後を、Faxなどを含めてしっかり教えてくれて助かった。自宅にスムーズに帰れるようになっている。退院した方の通院が難しい時に往診の声掛けをしてくれて、生活のアドバイスをしてくれてありがたかった。
- ・本人の状態について「歩けない、ADLが下がっている」のに、変わらないとの退院で困ってしまった。退院の連絡がない病院もあつたりするので、病院によって差がある
- ※福島病院ではインフォームドコンセントに同席しても大丈夫です。
- ・退院・退所情報記録だけではなかなか伝わらない。
- ※看護師が作成しているので、不足している事はMSWに聞いて欲しい。

●入院時に欲しい情報

○ACPについて

- ・生活保護で独居。後見人をどうしたら良いかが第一。どんな病状であってもキーパーソンは誰が関わっているのか、延命治療についてはどうするのかは必ず聞いている。死生観を日常の中から見出す。(CM)
- ・本人が実際に思っているキーパーソンと違う事があるので、しっかりと伝えられたら。突然現れるキーパーソンと話をした事はないが、病院でも対応は難しい。(MSW)
- ・担当者会議でも100歳越なので自分で決められない。終末期で食べられないのは家族が可哀そうと言う。決めていても実際の場面では判断が変わる事も多いため、その都度話をする事も必要。すぐ動いてくれる家族と、そうでもない家族がいる。(CM)
- ・医師が「家では無理だよ」と。MSWの目線ではどんな状態でも、家族が自宅の生活を望めば在宅での生活につなげてあげたい。(MSW)
- ・ケアマネも覚悟が必要、普段から協力している在宅医療のチームがあるといい。(CM)

9 グループ 高齢者相談センター境、鶴谷病院

●県からの報告を受けて

○病院から連絡もなく突然の退院について

- ・急に退院が決まる場合がありMSWに伝わってこない。退院の日を家族の希望を優先する場合がある。
- ・退院も一緒に相談できると良い。
- ・入院前と状態が変わらない場合連絡が少なくなる。

・退院を家族とケアマネに言わない事により、配食サービス等に支障が出た。土日の退院が多く、あらかじめ分かっていると困る時がある。

●切れ目のない支援のためには

- ・病院によっては病院から家族への情報提供はあっても、病院からケアマネへの情報提供がない場合がある。(CM)
- ・書類の情報と現状が違う事があるため、直接利用者に会う事が一番良い。(CM)
- ・退院支援看護師からケアマネに情報を伝える場合もある。(MSW)
- ・家族も面会できない場合、本人の状況が分からない。(CM)

●さらにステップアップしていくためには

- ・顔を合わせて。病院の制限の中で出来るだけ多くする事が一番重要ではないか。
《顔の見える関係作り》

●窓口一覧を用いての連絡の確認

○入院時情報提供書について

- ・字が小さいと読みづらいか。
- ・重要な情報は直接 MSW に渡し、話をしながら伝えた方が良いのではないか。
- ・誰（どこ）に渡したらよいのか。
- ・MSW 以外も共有するのか。

※病院によっても違うが病棟にも持っていきます。以前に比べて病棟看護師の介護保険への理解が深まっている。看護師からケアマネへサービスの提案をする事もある。

●MCS の活用について

- ・職場のパソコンでしか見る事が出来ないのも、自分のスマホを使うのはちょっと抵抗がある。
- ※機材を含めた課題が多くあるのかも。

10 グループ 高齢者相談センター北・三郷、石井病院

●退院調整ルールについて

- ・担当者の名前は誰宛で

※地域連携室で良いです。病院に渡すのは F a x でも構わないです。ケアマネが忙しければ遅れて問題は無いし、抜けている情報があっても仕方がない。

●MCS について

- ・どんな人とやり取りをしているのか？

※事業所を越えて参加できている。「チャットワーク」を利用している業者もある。

- ・情報共有ツールが複数あるとやりづらい。
- ・個人のスマホに頼ってしまうのはどうか。
- ・今は紙ベースでの情報のやり取りになっているが、将来的には SNS で情報共有できると良いのでは。
- ・運用ルールを作らないと難しい。

●共有シート

- ・退院調整ルールが出来る前は、ケアマネがどの事業所の誰かを調べるのが大変だった。
- ・要支援の人の場合は、ケアマネを探す場合に一度包括に連絡をする。
- ・加算がないので、看多機から入院情報提供書を病院に提供する事がない。(看護サマリは出す)

11 グループ 玉村町地域包括支援センターにしきの園、角田病院

①前橋日赤病院で特定のMSW（若い人）は退院者の性別と住所のみの連絡で、担当ケアマネの依頼をしてくる。不明点が多い中で受託するも、個人情報とは+退院日のみでその他一切なく、関係機関と連携を図る意識は少ない。退院に際し困惑する家族と連絡を取り合い、何とかした経緯があった。地域包括に相談するも、そのMSWに対しては同様に困っているとの返事があり、医療機関MSWへ意見する事は経営にも響くと考え、意見しづらい状況が続いている。

※本日改善策を協議するも良い手立ては特になし。

②伊勢崎市内のある病院では、ほぼ毎回退院前連絡が一切無く利用者退院に至る事が多い。まれに家族から退院前にケアマネに連絡があった時にMSWに情報を問い合わせるも、「家族より確認するように」との返答もあるが、家族は詳しい事が分からない事が多い。退院調整ルールや統一された書面を活用する意識もなく、連携を図れず困る事が多々ある。

③退院時、訪問看護や住宅改修など必要と考える場合、医師の意見等が必要になる事が多い。医師が返答・記載しやすい書面はどのようなものかを確認し合う。MSWより家屋の状況や支援体制など、少し詳しく記載していただく事で全体像の把握に繋がるとの意見もあり。

※今後の書面作成に繋げていく。

④退院に際し介護保険申請や区分変更申請など行う事が多い。認定調査員は期日までに調査票を整えるようにしているが主治医の意見書は遅れる事が多く、結果的に退院後のサービス調整に影響が出る時もある。

※委託費も違う状況で不平不満は以前より多くあり、「制度的な問題は何か」との意見も出る。

⑤ケアマネより

- ・退院前の情報を医療機関へ確認すると、病棟看護師が返答する時が多い。その際に以前確認した情報と異なる時があるがどうしてだろうか？

MSWより

- ・生身の身体であるため、心身状態・内服薬・処置方法・リハビリ経過など、カルテがタイムリーに変更されるため、接遇や記録にタイムラグが生じる事が多々ある。そのため病棟看護師がその時に診ている状況と、MSWが書面で確認する時で返答内容に違いが生じる時もある。

※院内での連携自体で時間差も生じている状況であるため、両専門職の意見に一同納得。

⑥MSWより

- ・患者の意向を第一に考え、在宅生活復帰に向け支援やリハビリを進めているが、家族やケアマネの一言で支援方向が在宅から施設や転院へ一変する時があり、困惑しながら対応する時がある。担当ケアマネから離れたいのでは？と思える時もあるが、どうしてだろうか？
- ・ケアマネより、退院し在宅復帰する際に、その方の支援体制や全体像、在宅生活での限界など考え転院や施設入所の方向で意見をさせてもらう時もある。決して担当ケアマネから離れたいとは思っていないと思うが、トータルで最善策に進めているのではと考える。

※今回の会議にて意見交換をする中で、各専門職及び家族等支援者の立場や考えの違いがあるため、同じ席で顔を合わせ協議する中、利用者を含め皆が納得できる着地点（最善策）が見つかるよう話し合いの機会を持ち合わせる事が大切な業務である事を確認し合える。

⑦MSWより

- ・退院の予定は無いが確認の連絡をしてくるケアマネは少なくないが、どうしてだろうか？

ケアマネより

- ・医療機関から急な退院の連絡があり、ケアマネも家族も困惑する時が多いため、適宜確認する事で業務の予定を立てやすい事が理由として考えられる。特に月の上旬は前月実績業務、下旬は翌月調整や訪問等で多忙であるため、中旬に確認することが多い。

※両専門職にて確認し合えた事で、今後のより良い連携に繋げていく事を確認し合う。

●感想

- ①～⑦の内容の意見交換を進める中で、日頃から顔の見える関係作り、ポイントを明確に絞り込んだ連携や伝え方、本人含め関係者が話し合える機会の確保、皆が納得できる着地点を探す支援等が大切だと確認し合うことが出来た。

発表を聞いての意見

病院代表 鶴谷病院 星野氏

グループ3の中で、家屋調査を出来るだけ病院にお願いしたいというお話が出ましたが、当院でもいつも「コロナ禍、コロナ禍」の中で入院するのも大変なんですけど、最近はコロナも落ち着いてきましたので、家屋調査に出る機会が結構増えてきました。家屋調査に行く目的は様々だと思うんですが、看護師と行ったりとか、やはり多いのはリハビリの視察です。どこの病院もそうだと思いますが、家屋調査に結構乗り気ですぐに来てくれます。お願いすると「是非是非行きたい」と言ってくれるぐらいで、本当に意気込んでいます。

逆に知らないんですね家とかその地域を、だから私としても是非。病棟も看護師さんとかが200人くらいと、予測ではもうどんどん出てきて。患者さんがどういう所で生活してるのかというのを是非見ていただいて、色々な事を吸収して来て欲しいなと思っています。逆にケアマネさんとして自分たちに対して、家屋調査にどういう事を求めているのかちょっと聞きたいなと思っているのですが、どうでしょうか何方か説明出来るでしょうか、よろしくをお願いします。

※4 グループから

家屋調査ですけど、出来れば福祉用具の選定をする時の参考になったりとか。あとは実際にその方が自宅に戻った時の生活に合わせたサービスの提供とかですね。なので実際に入院されてから退院する時に、本人の状態とかで自宅でどういう様な動きをするとか、想像がちょっとでもつきやすくするためにも、ぜひ家屋調査の様子を教えていただければと思います。

星野：ありがとうございます。

ケアマンジャンの会代表 島田様

お疲れ様でした。やはり事例など皆さんが話をされてるという事は、すごくありがたいなと思いました。自分では「こう思うんですけど」という事に対し、他の方からの意見をもらえる事で多角的な分析にもなるのかなと思いました。

皆さんはそれぞれ所属も違います、経験値もそれぞれだと思いますが、やはりこういう所で一つの事例検討をする事ですごく役立つなど。「自分は大変だと思ったけど、もっと大変な人もいるんだな」という事にもなったりもします。今日は名刺交換もされてたみたいですので、これを機に何かの時には是非「ちょっと連絡取ってみようかな」みたいな事をしていただければと思います。

私たちはこの基本の会議もそうですが、ネットワーク化という形で色々な人と繋り、そこに情報が流れて色々な事が出来たりします。自分の発想外のところからも、様々な知恵だったりとか工夫とい

うのが飛んできます。そういった物を自分の肥やしに出来るかなと思ったりもしますので、専門職同士だけではなく地域の方とも繋がれます。

先ほど星野様が、病院のスタッフの方が地域と繋がるという事を言われてました。まさにそうかなと思います。ケアマネというのは逆にご家族や利用者ですね。ご家族の方は地域とも繋がっています、そういった繋がりが必要になってきます。そういったネットワーク、網の目がどんどんどんどん細かくなっていくと、何かの時に引っかかるという様になるのかなと思いますので、こういった機会をまた作っていただいて、そこで知り合った同士で連絡を取りあえるような、そんな形でお願い出来ればと思います。

閉会

和 6 年度 退院調整ルール「メンテナンス会議」

次 第

日時 令和 6 年 7 月 19 日（金） 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. あいさつ

伊勢崎保健福祉事務所 企画福祉課 課長 吉田 康弘

3. 令和 5 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 根岸 良子

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

島田 幸司

(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. グループワーク

意見交換による発表とまとめ

6. 事務連絡

・入院時情報提供書及び退院・退所情報記録書の変更について

・いせ・たま多職種ネットワーク（MCS）の案内

9. 閉 会

退院調整ルールについて

本事業での「退院調整」の用語の定義

- ・・・患者の居宅への退院準備の際、
病院から介護支援専門員（ケアマネ）
に引き継ぐこと

⇒医療・介護の切れ目ない提供を行う

2

退院調整ルールについて

令和6年7月19日
群馬県健康福祉部 健康福祉課
医療・福祉連携推進室

1

医療介護連携調整実証事業 (退院調整ルール策定)

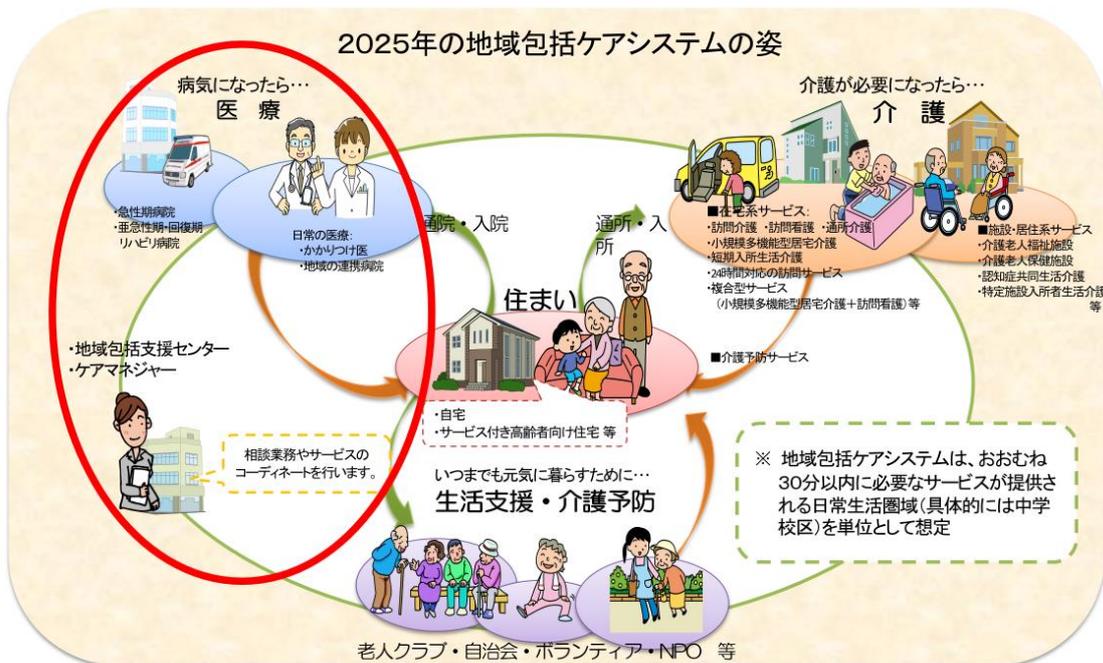
- 平成27年度：
国モデル事業として渋川地域で実施
- 平成28年度：
県内5地域で実施(前橋・藤岡・沼田・太田・館林)
- 平成29年度：
県内6地域で実施(高崎・伊勢崎・安中・富岡・吾妻・桐生)



全圏域で実施

3

地域包括ケアシステム実現に向けた 退院支援ルールの位置づけ



4

退院支援ルールがないための**病院の苦勞**

① 多くの高齢者

- ⇒ 介護保険証を持って入院しません。別居の息子は保険証を探せません。
- ⇒ CMの名前を覚えていません。ヘルパーの名前からCMを探します。

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、一人暮らしや健康保険証の無い人の対応で一杯です。そんなに多くの方の対応は出来ません。
- ◆ 介護保険制度の事を知っ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

5

この地域ルールの互いのメリット



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。



看護師



ケアマネ

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なって楽。

看護師が笑顔で迎えてくれるので、病院の敷居が低くなった。



6

調査概要

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

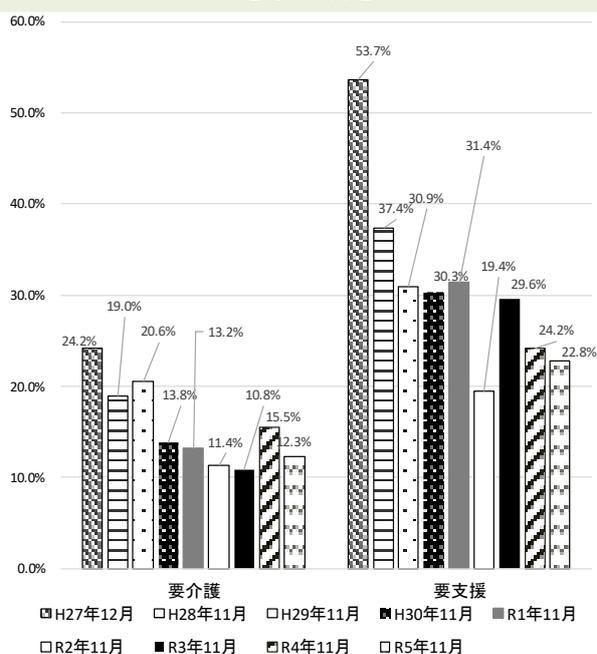
対象事業所数：975箇所

回答事業所数：529箇所（回答率54.3%）

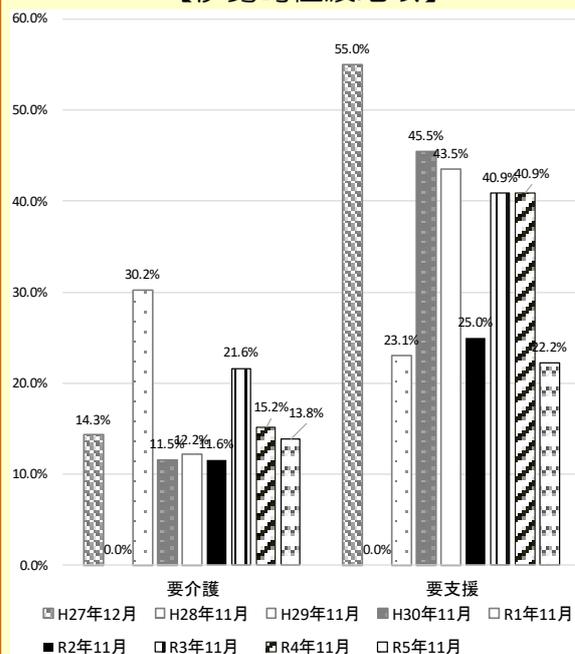
回答者数：1,407名

期間：令和5年11月の1ヶ月間

病院から退院調整の連絡がなかった割合
（退院調整漏れ率）
【県全体】

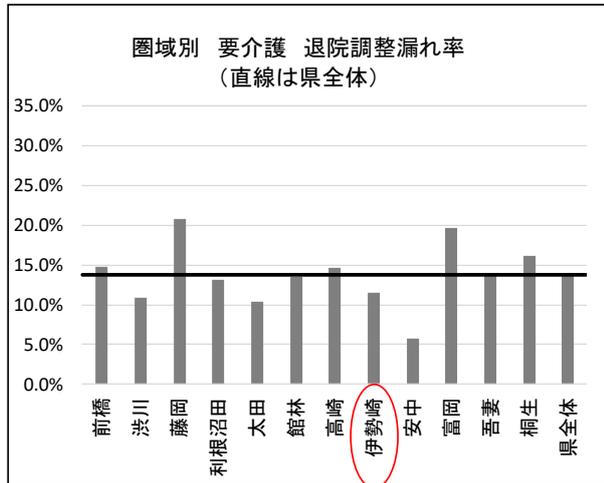


病院から退院調整の連絡がなかった割合
（退院調整漏れ率）
【伊勢崎佐波地域】

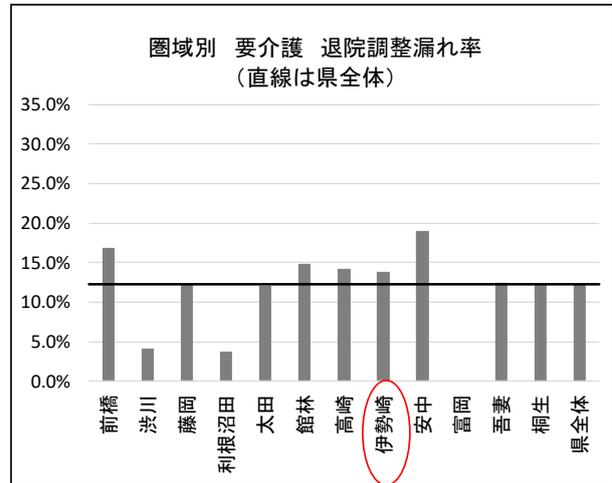


退院した病院圏域別（要介護のみ） 病院からの引継ぎ連絡なしの割合

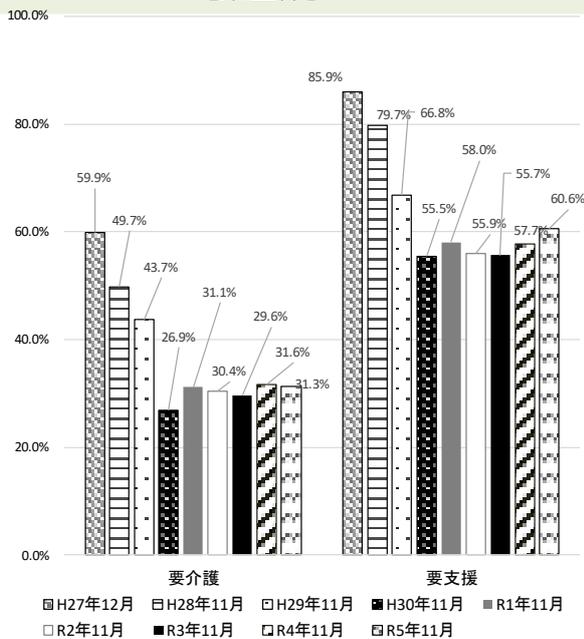
H30年11月



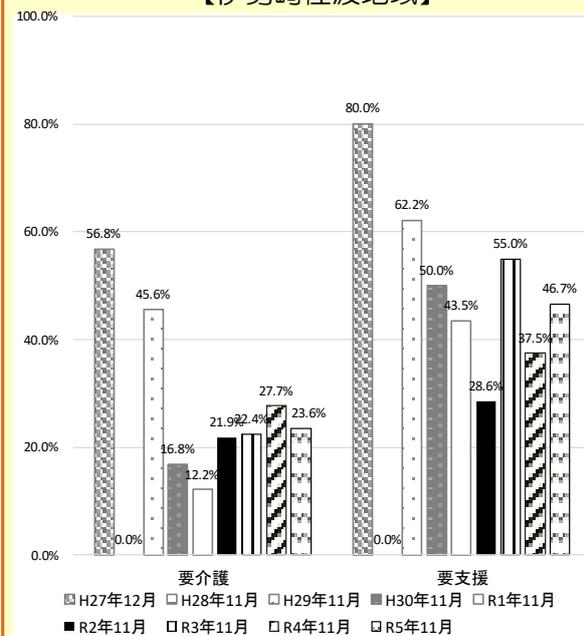
R5年11月



ケアマネジャーが患者の入院時情報提供を行わなかった割合
(入院時情報提供書未送付率)
【県全体】



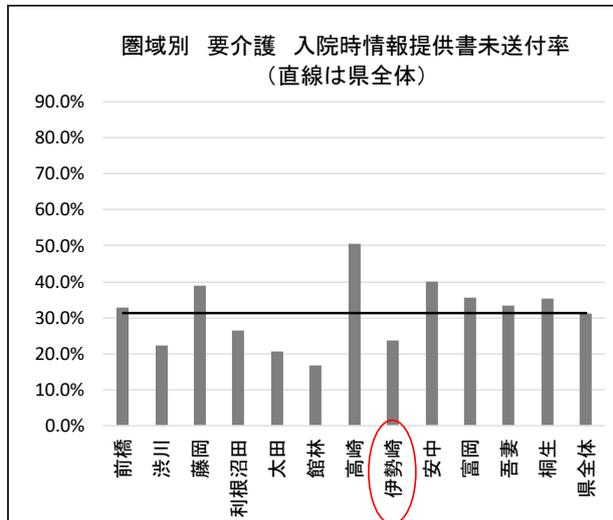
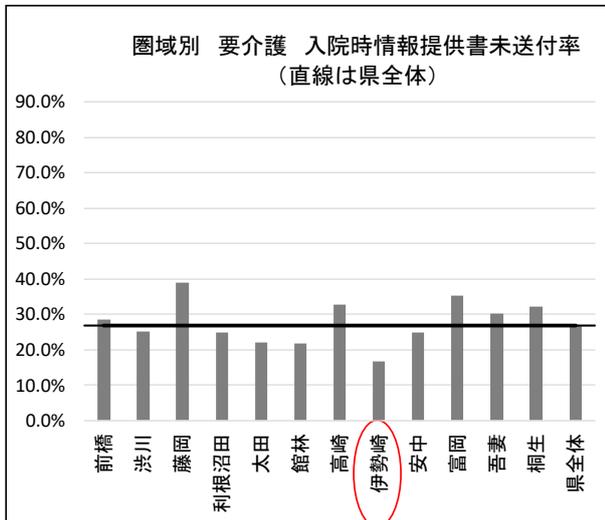
ケアマネジャーが患者の入院時情報提供を行わなかった割合
(入院時情報提供書未送付率)
【伊勢崎佐波地域】



事業所圏域別(要介護のみ) 入院時情報提供書の送付なしの割合

H30年11月

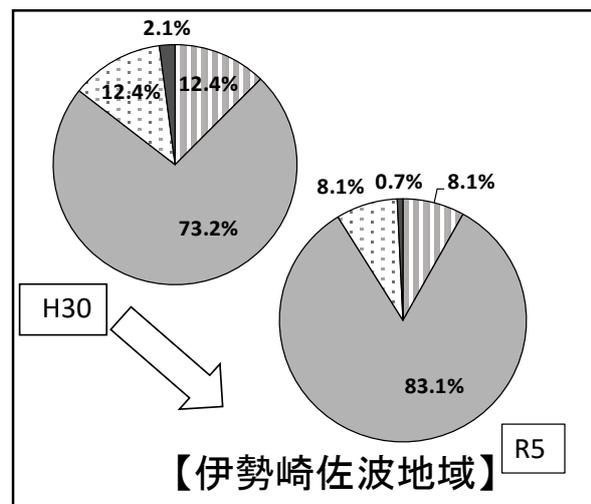
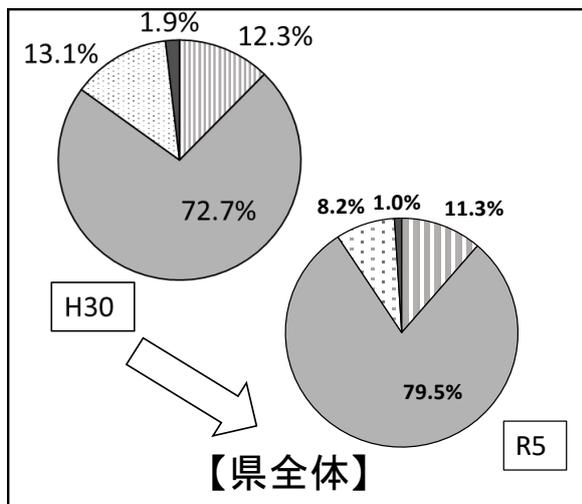
R5年11月



退院調整ルール運用後の評価

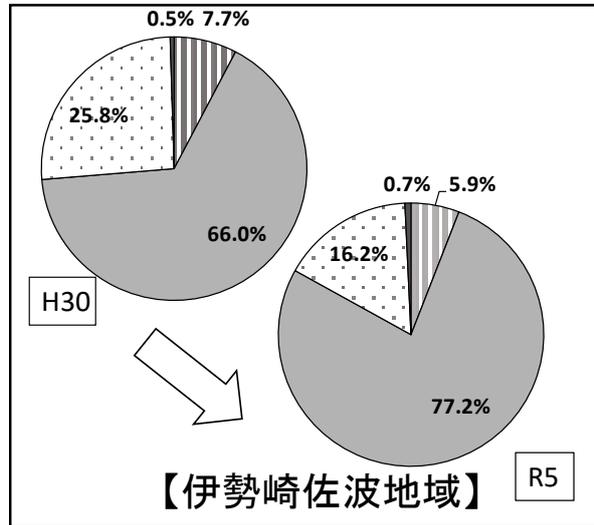
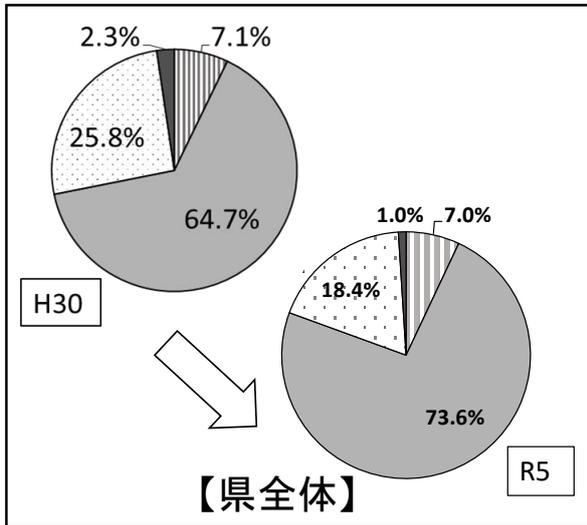
問1 医療機関からの情報提供をケアプランに反映できたか。

- ①非常にそう思う ②そう思う
 ③そう思わない ④全くそう思わない



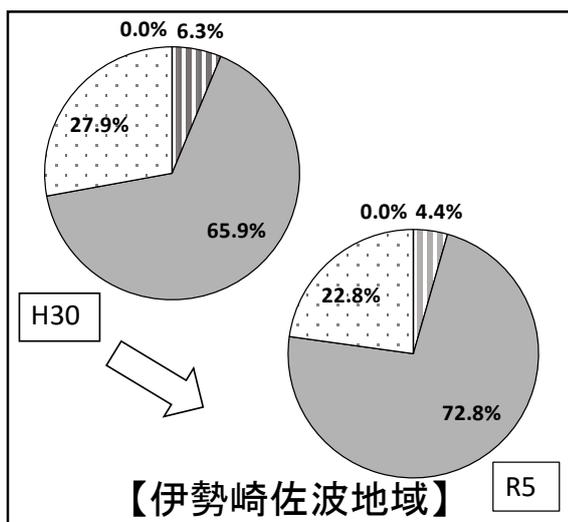
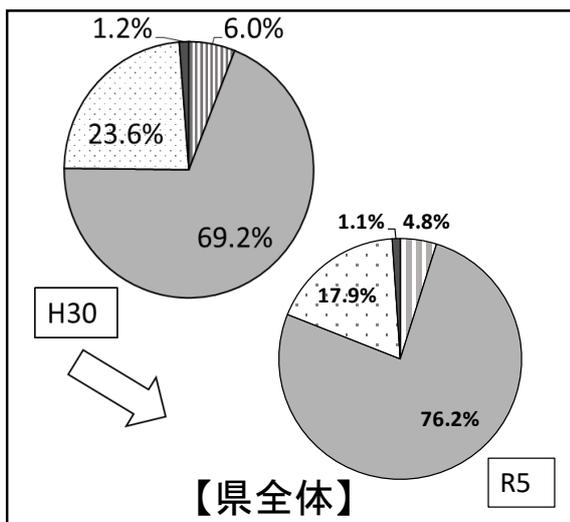
問2 退院調整ルールは、病院に周知されていると思うか。

- ①非常にそう思う ②そう思う
 ③そう思わない ④全くそう思わない

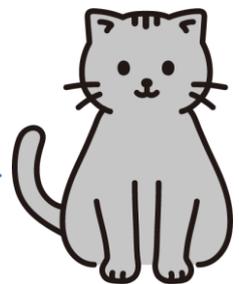


問3 退院支援(連絡・情報取得等)がうまくいっていると思うか

- ①非常にそう思う ②そう思う
 ③そう思わない ④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。

別紙 1	入院時情報提供書 <在宅版>		記入日： 年 月 日
			入院日： 年 月 日
			情報提供日： 年 月 日
医療機関名： ご担当者名：	←	事業所名： ケアマネジャー氏名： TEL： FAX：	
利用者(患者)/家族の同意に基づき、_____年___月___日時点の在宅生活における利用者情報(身体・生活機能など)を送付します。是非ご活用下さい。			
1. 利用者(患者)基本情報について			
氏名 (フリガナ)	生年月日		西暦 年 月 日生
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請		
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 割 <input type="checkbox"/> 不明	障害手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (身体・精神・知的)
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()		
2. 家族構成/連絡先について			
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ()		
主介護者氏名	(姓 名) (同 居・別 居)	電話番号	
意思決定支援者(代諾者)	(姓 名) (同 居・別 居)	電話番号	
3. 意識状態について			
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや弱あり <input type="checkbox"/> 困難	意識状態	<input type="checkbox"/> 会話が支障がない <input type="checkbox"/> 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる <input type="checkbox"/> 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる <input type="checkbox"/> 会話が成り立たないが、意識はある <input type="checkbox"/> 意識がなく、無言である
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや弱あり <input type="checkbox"/> 困難		
眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
4. 口腔・栄養について			
摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分(とろみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 薄い - <input type="checkbox"/> 中間 - <input type="checkbox"/> 濃い)
食形態(主食)	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 ()	食形態(副食)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他 ()
義歯使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分 - <input type="checkbox"/> 総)	左右両方の歯までしっかりかみ砕かれる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
特記事項			
5. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付			
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種：)
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者：) 管理方法： ()		
服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(介助内容：) <input type="checkbox"/> 全介助		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方を守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
6. かかりつけ医について			
かかりつけ医療機関 1	かかりつけ医療機関 2		
医師名	医師名		
かかりつけ医療機関 3	かかりつけ歯科医療機関		
医師名	歯科医師名		
かかりつけ薬局	訪問看護ステーション		
7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報			
※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること			
意向の話し合い	<input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している (最終実施日： 年 月) <input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない (<input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外)		
※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載			
本人・家族の意向	<input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照 (書類名：)		
話し合いへの参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (氏名：) (氏名：) (氏名：) <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他 ()		
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容※			
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関共有のいない内容		

8. 入院前の身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について

病状の状況	<input type="checkbox"/> 右 upper 肢	<input type="checkbox"/> 左 upper 肢	<input type="checkbox"/> 右 lower 肢	<input type="checkbox"/> 左 lower 肢	褥瘡等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位・深さ・大きさ等)				
褥瘡等への対応	<input type="checkbox"/> エアーマット	<input type="checkbox"/> クッション	<input type="checkbox"/> 体位変換 (時間毎)		<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> なし				
移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
移動 (厚外)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他	移動 (厚内)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他	
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	排糞	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
入院前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> アセスメントシート (フェイスシート) <input type="checkbox"/> その他 ()									
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()									
認知機能の状況	みまものの必要性：日常生活で安全に過ごすための程度はかの人によるみまものが必要か									
	<input type="checkbox"/> 見守ってもらうことなく過ごすことができる				<input type="checkbox"/> 1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる					
	<input type="checkbox"/> 半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる				<input type="checkbox"/> 30分程度ならみまもってもらいながら一人で過ごすことができる					
	<input type="checkbox"/> 常にみまものが必要である									
	見当識：現在の日付や場所等についての程度認識できるか									
<input type="checkbox"/> 年月日はわかる				<input type="checkbox"/> 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる						
<input type="checkbox"/> 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かがわかる				<input type="checkbox"/> その場にいる人が誰かがわからないが、自分の名前がわかる						
<input type="checkbox"/> 自分の名前がわからない										
近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか										
<input type="checkbox"/> 常に覚えている				<input type="checkbox"/> たまに (週1回程度) 忘れることがあるが、考えることで思い出せる						
<input type="checkbox"/> 思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出せることもある				<input type="checkbox"/> きっかけがあっても、自分で思い出せる場所をほとんど思い出せない						
<input type="checkbox"/> 忘れたこと自体を認識していない										
遂行能力：テレビ、エアコン、電動ベッド等の電化製品を操作できるか										
<input type="checkbox"/> 自由に操作できる				<input type="checkbox"/> チャンネルの送りなど普段している操作はできる						
<input type="checkbox"/> 操作間違いが多いが、操作方法を覚えてもらえれば使える				<input type="checkbox"/> リモコンを認識しているが、リモコンの使い方がよくわからない						
<input type="checkbox"/> リモコンが何をするものかわからない										
過去半年間における入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明									
	<input type="checkbox"/> あり (頻度： <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回以上) (直近の入院理由： 期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日)									

9. 入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等

介護/医療の状況・本人の関心等	介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等 同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画(1)～(3) <input type="checkbox"/> アセスメントシート (フェイスシート) <input type="checkbox"/> その他 () ペット飼育の有無： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 特記事項：								
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. 今後の在宅生活の意向について (ケアマネジャーとしての職員)

住環境 ※可能な写真や写真などが添付	住居の種類 (戸建て・集合住宅) _____ 階建て、 居室 _____ 間、 エレベーター (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 特記事項：								
在宅生活に必要な要件									
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ()								
退院後の支援者	<input type="checkbox"/> 家族の支援が見込める (<input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部)				<input type="checkbox"/> 家族以外の支援が見込める (<input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部)				
	<input type="checkbox"/> 支援は見込めない				<input type="checkbox"/> 家族や家族以外の支援者はいない				
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ				<input type="checkbox"/> 左記以外 (氏名： _____ 続柄： _____ 年齢： _____)				
家族や同居者等による虐待の疑い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()								
特記事項									

11. カンファレンス等について (ケアマネジャーからの希望)

「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望 ()								
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望 ()								

いせ・たま多職種ネットワーク

在宅医療介護連携センターいせさき・たまむら 奥野

目 的

- 多職種間の繋がり
- 近年多発する大きな災害
(地震・台風・大雨・土砂) のための利用

○多職種間の繋がり

○情報提供

各種団体が企画する研修会・勉強会
資格の更新等に係るもの

○学びの場

専門職からのアドバイス等

災害時で活用できる

大きなグループが役立った事例 (豊中市)

地震や台風など災害が起きた時

テレビでは広域情報や被害の大きい場所の情報ばかり
知りたいのは自分たちの患者(利用者)がいるエリアの情報
停電で電話やFAXはつながりにくい
電子カルテも立ち上がらない…



MCSで呼びかけ
『虹ねっとcom』(400人超のグループ)

- 医療介護スタッフからピンポイントの情報がどんどん共有された
 - ・安否確認、被災状況
 - ・電柱が倒れて通行できない道路がある
 - ・電車がストップしている
 - ・エレベーターが止まっている建物がある…
- 画像で被害状況の確認ができた
- 訪問看護に連絡しHOT患者宅の酸素残量が確認できた

注 意 点

○個人情報 は自分で管理

自分で載せない限り個人情報は洩れません

○営利目的は禁止

施設の空き状況やサービスの案内など。

○誹謗中傷は行わない

個人や施設に対しての批判や不満等

医療・介護・行政が一体となった 多職種ネットワーク



いせ・たま多職種 ネットワーク

伊勢崎市と玉村町では、医療・介護・行政が一体となったネットワークをMCSで構築していきます。

地域がひとつの大きなネットワークでつながることで、医療・介護関係者等の連携や協働がより円滑に行えたと期待できます。地域包括ケアシステムを充実させ、地域力を高めていきましょう。是非とも皆様のご参加をお願いします。

*MCSは医療介護専用の非公開型SNSです。厚生労働省の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」経産省・総務省の「医療情報を取り扱う情報システム・サービスの提供事業者における安全管理ガイドライン」に基づいた利用ができます。全ての情報やデータのやり取りは暗号化されて、改ざんや漏洩等を防いでいます。管理権限に応じたアクセスコントロールや情報共有の可否等を管理できます。全国の医師会でも多数採用され、群馬県医師会からも医療介護連携ツールとして推奨されています。安心して利用できる地域ぐるみのネットワークは、平常時にもより災害時にも大活躍立つことは間違いありません。是非ともご参加ください。このシステムを活用していきます。

*『いせ・たま多職種ネットワーク』は在宅医療介護連携センターいせさき・たまむら（いせたま）が管理者となって取りまとめます。

登録方法は裏面へ⇒

「いせ・たま多職種ネットワーク」参加申込書

「いせ・たま多職種ネットワーク」に参加を申し込みます。

所 属	
氏 名 (職 種)	
連 絡 先	
MCSに登録する (登録済) メールアドレス	
カタカナで 読み方を記入	

ご登録防止のため、詳細（0ゼロか0オー）な記号をお願いします。

記入例	za-renkei5@isesa-med.or.jp 〒4111801 伊 勢 市 玉 村 町 5 番 7 1 号 伊 勢 医 療 介 護 連 携 セ ン タ ー い せ た ま
-----	--

下記のQRコードで
お申込できます



連絡方法はいずれの手段でも構いません。
いせたま FAX : 0270-75-5112
TEL : 0270-75-5111
MAIL : za-renkei@isesa-med.or.jp