

〈研修報告〉

令和7年度

入退院支援勉強会

と き：令和7年6月30日（月） 18：30～20：00

ところ：筑紫医師会 体育館



令和7年6月30日(月曜日) 令和7年度入退院支援勉強会

【内容】

- 1.筑紫地区の医療介護連携の取組紹介
- 2.入退院支援勉強会～入院中の情報共有を考える～

参加者数75名（内訳）

筑紫管内医療連携室	28名
小規模多機能型居宅介護事業所	4名
地域包括支援センター	14名
診療所	2名(医師1名、看護師1名)
居宅介護事業所	24名
看護師	3名(病棟2名、外来1名)



次第Ⅰ

筑紫地区の医療介護連携の取組紹介



地域包括ケアシステムが目指すもの

👉 住み慣れた地域（馴染みの人間関係があるところ）で、
自分らしい暮らし（選択肢のある暮らし）を人生の最期まで続けることができる



求められる支援

” お気に入りの場所に住まい続ける “
ことを支援すること

可能な限り

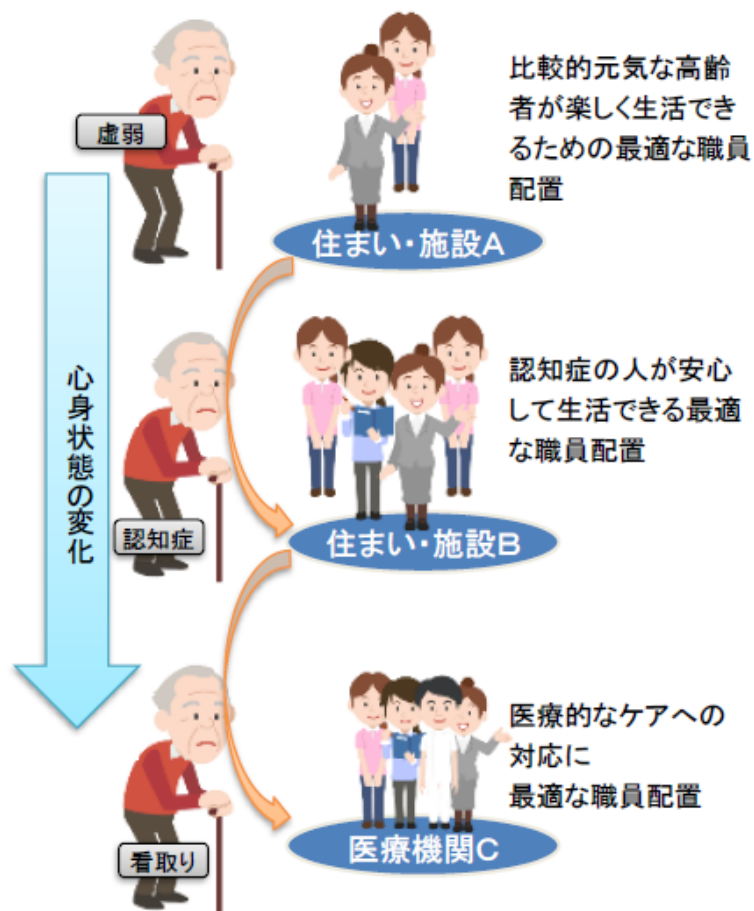


居所変更させない支援

なじみの関係を維持するためには「人にケアを合わせる」

人がケアに合わせる仕組み

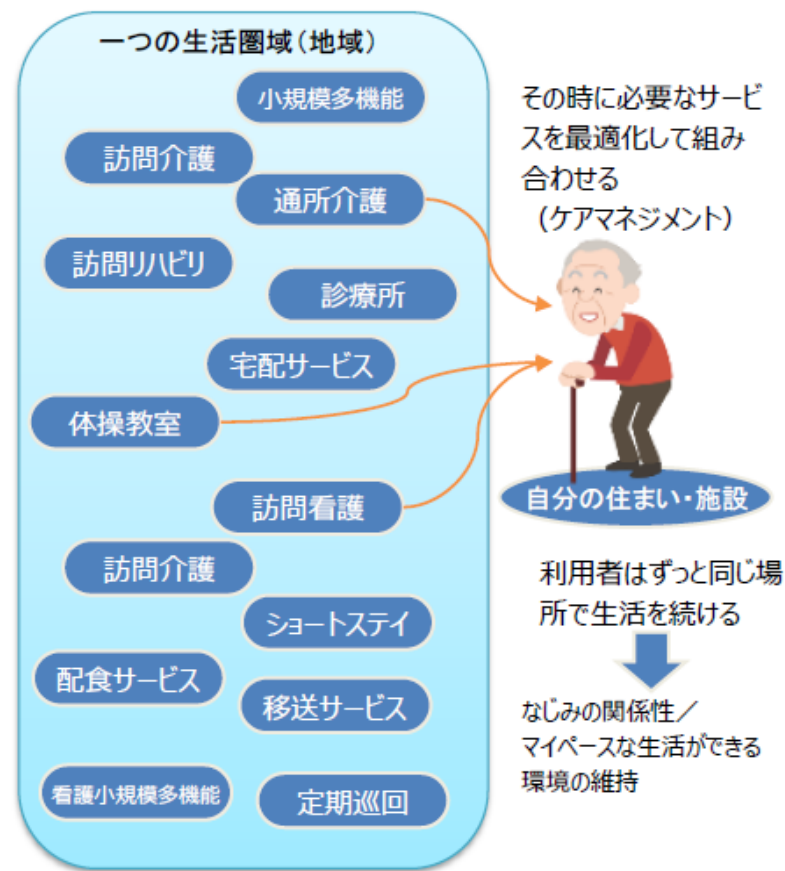
施設単位でパッケージ化（最適化）された仕組み



最後は「病院」が前提のケアシステム

人にケアを合わせる仕組み

地域単位でパッケージ化（最適化）された仕組み



最後まで「今の場所」が前提のケアシステム

筑紫地区の在宅医療・介護連携が

目指す姿



- ✿ 自分以外の職種の仕事の役割や動きを理解しており、相互に相談や働きかけができる。
- ✿ 情報を共有し、利用者(患者)のために活用できる。

4場面別に医療介護連携を推進

日常の療養支援

入退院支援

急変時の対応

看取り

場面ごとに合わせて使って欲しいもの

日常の療養支援



先生、忙しそう・・・いつなら相談していいかなあ？
あの先生とは初めてだから、相談しにくいなあ・・・
相談するなら、電話？FAX？



相談方法確認表



医師への相談方法確認表の一例

帆足医院		住所：筑紫野市二日市西1-8-11			
		☎ : 922-2746			
診察同席	個別面談	電話相談	FAX相談	メール相談	
○	○※1	×	×	×	
【問合せ時間】☆ 相談窓口担当者： 看護師 山本 典子					
月	火	水	木	金	土
16:00 ～ 17:00	16:00 ～ 17:00	16:00 ～ 17:00	16:00 ～ 17:00	16:00 ～ 17:00	×
【コメント】 ※1 事前に調整の上、お越しください。					
ひぐち内科胃腸 クリニック		住所：太宰府市大佐野3-1-51			
		☎ : 408-3538			
診察同席	個別面談	電話相談	FAX相談	メール相談	
○	○※1	○408-3538	○408-3635	info@higuchi-c.com	
【問合せ時間】☆ 相談窓口担当者：なし					
月	火	水	木	金	土
～	～	～	～	～	～
【コメント】 ※1： 事前に調整の上、お越しください。					

場面ごとに合わせて使って欲しいもの

入退院支援

ケアマネさん、いるのかな？

ケアマネさんはどなた？



医療機関スタッフ

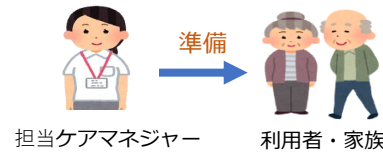


入院患者さん

筑紫地区 入退院時の情報共有の仕組み **医療・介護関係者用**

対象：筑紫地区の医療機関に入院する筑紫地区の要支援・要介護認定者（すべての入院）

日常



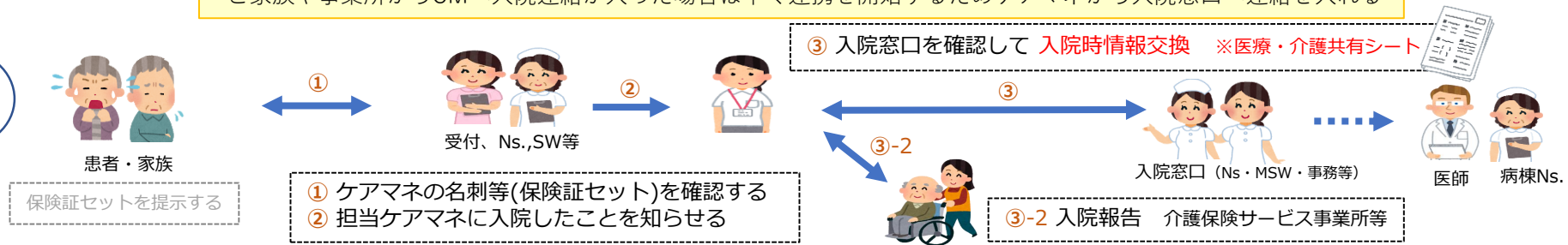
準備

- ① 契約(更新)時に自分の名刺等と医療保険証、介護保険証、お薬手帳をセットにする説明をして了承を得る*
- ② モニタリングの時に、セットと提示について声掛けをする

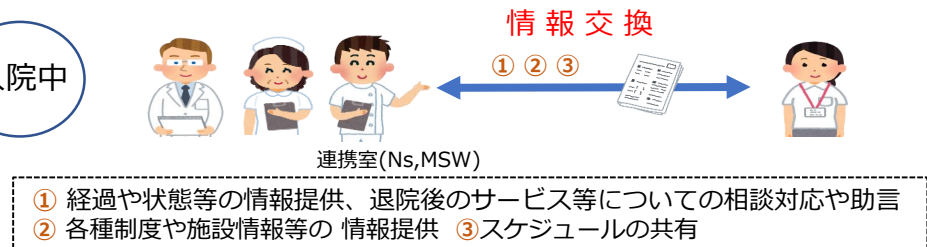
*居宅介護支援の提供開始にあたり利用者に対して入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先の医療機関に提供するよう依頼されています

*ご家族や事業所からCMへ入院連絡が入った場合は早く連携を開始するためケアマネから入院窓口へ連絡を入れる

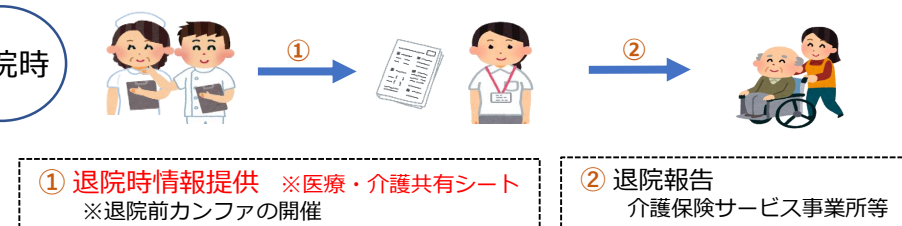
入院時



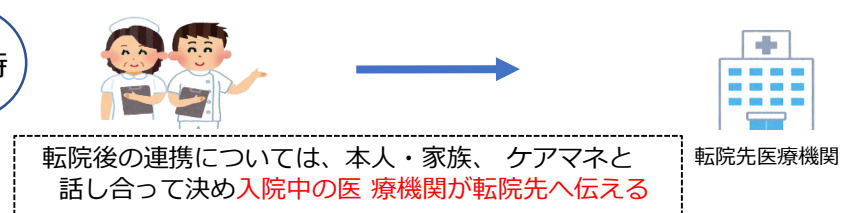
入院中



退院時



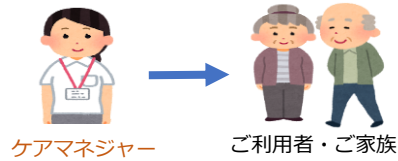
転院時



退院後



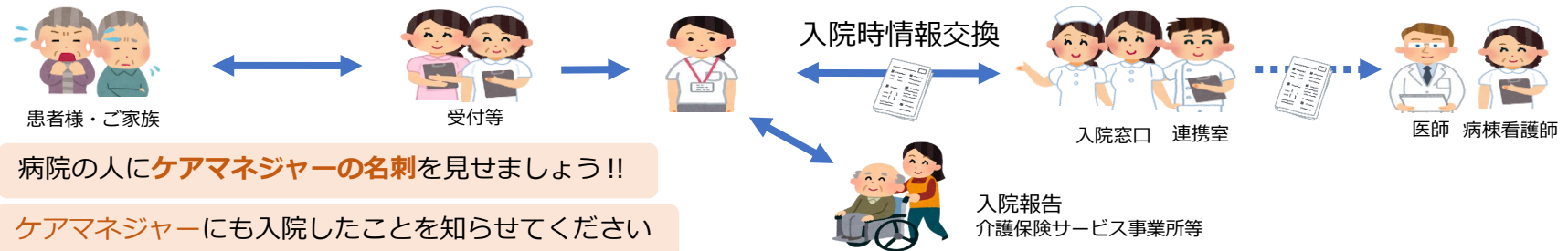
日常



医療機関に行くときは**ケアマネジャーの名刺**・医療保険証・介護保険証・お薬手帳を忘れずに!!



入院時

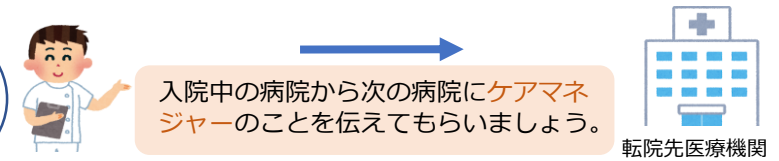


入院中



ケアマネジャーは安心して退院後の生活が始められるように病状やリハビリ内容、退院日などの情報交換をおこないます → スケジュールの共有

転院時



退院時



退院後



筑紫地区では、医療・介護関係者がご利用者様の入院時から退院後の在宅生活に向けたサポートを行い、早く不安なく元の生活場所に戻ることを目指してこの取り組みをしています。もしも入院された場合、保険証セットを提示することで、ケアマネジャー等が入院したことを早く知ることができ、連携も早く始まります。医療と介護が連携することで切れ目なく介護サービスが提供され、安心した療養生活につながります。

筑紫地区では、医療・介護関係者がご利用者様の入院時から退院後の在宅生活に向けたサポートを行い、早く不安なく元の生活場所に戻ることを目指しています。
もしも入院された場合、保険証セットを提示することで、医療と介護の連携が早く始まります。
介護サービスを切れ目なく利用できるなど安心した療養生活につながります。

準備

保険証セット



医療機関に行くときは忘れずに持って行きましょう!!

入院時



病院の人に **ケアマネジャーの名刺** を見せてください。

ケアマネジャーにも入院したことを知らせてください。

入院中

転院時

退院時

退院後

ケアマネジャーはご利用者様・ご家族様が安心して退院後の生活を始め、
継続できるように、病状やリハビリ内容、退院日などの情報交換を行います。



利用者さま



入院



病院の誰と連絡を取ったらい
いんだろう？

病院のどこに情報を提供したら
いいのかなあ・・・



ケアマネジャー

筑紫地区 入院先医療機関 窓口一覧表

入院先医療機関の体制や、患者の入院時の状態や疾患により、その後の連携の在り方が異なります。訪問のタイミング等は窓口へ相談しましょう。
※所在地ほか詳細情報は『医療機関検索』または『資源ガイドブック』をご覧ください。

筑紫野市	医療機関名称	窓 口 連絡先	＜患者担当者なし又は未確定の場合＞ 病棟Ns.への情報提供（○ かまわない ▼ 困る）
	小西第一病院	地域医療連携室 9 2 3 - 2 2 3 0	○ 止むを得ない場合は病棟でもかまわない
	杉病院	地域医療連携室 9 2 3 - 6 6 6 7	○ 院内で情報共有しているため直接病棟でもかまわない
	高山病院	地域連携室 9 2 1 - 1 1 1 9 (直通)	▼ 基本的には窓口へ 時間外や休日の入院の際は病棟でも構わない
	筑紫野病院	医療連携室 9 2 6 - 2 2 9 2	○ 状況によってSWが対応する場合あり
	済生会二日市病院	患者支援センター 9 2 3 - 1 5 5 1	○ 事前連絡後 担当者へ
	福岡大学筑紫病院	地域医療支援センター	○

医療機関名：
ご担当者名： 様



医療・介護共有シート



入院日 年 月 日 → CM 記入日 年 月 日 → 情報提供日 年 月 日

患者氏名： 生年月日： 年 月 日生（才） ☐男 ☐女 住所： TEL： 

※利用者(患者)/家族の同意に基づいて情報提供しています。退院前に右記項目についての聞き取りをおこないます。

※下記の情報については主にCMが記入します。 聞き取り日 年 月 日 / 年 月 日

入院前
担当CM氏名： 事業所名：
TEL： FAX：

退院・在宅移行期 / 退院後
医療機関名： 医師名： (職種：)
TEL： FAX：

主介護者(★)	氏名	TEL	続柄・年齢	(才)	要介護程度(両患者は○で囲む)
キーパーソン(★)	氏名	TEL	続柄・年齢	(才)	
※主介護者と異なる場合は					

退院予定日 年 月 日 (曜日)

今回治療した病名 ①
②
③

症状・病状の

不安・痛みの

薬に関する情報事項
注意して欲しいこと・早く主治医や訪問看護師へ知らせたい状態

その他特記事項

入院時の第一報

- ◆ 新しい情報を提供
- ◆ 簡単に記入できる
- ◆ 医療機関が基本的に知りたい項目
- ◆ 不足情報は直接のやり取りで補う

生活状況	
居内・居外の特徴	
飲んでいる薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (お薬手帳にあり <input type="checkbox"/> なし)
口腔内状態の特記	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (口開閉不全・嚥下障害あり <input type="checkbox"/> なし)
その他特記事項	

入院前のADL等

起き上がり ☐自立 ☐つかまりながら出来る ☐杖や介助を必要としている

座 位 ☐自立 ☐背もたれが必要 ☐必要なし

転 動 ☐自立 ☐要介助 ☐手摺・杖 ☐手引き

食事動作 ☐自立 ☐一部介助 ☐全介助 ☐経口摂取困難

食事形態 ☐工夫なし ☐工夫あり ()

水分とろみ ☐必要なし ☐必要あり ()

排泄方法 ☐トイレ (口洋 ☐和) ☐ポータブル ☐その他

排泄動作 ☐自立 ☐指導 ☐拭く・洗う・衣類の上へ ☐その他

入 浴 ☐自立 ☐一部介助 (口シャワー浴 ☐浴槽内)



退院後

起き上がり ☐自立 ☐つかまりながら出来る ☐杖や介助を必要としている

座 位 ☐自立 ☐背もたれが必要 ☐必要なし

転 動 ☐自立 ☐要介助 ☐手摺・杖 ☐手引き

食事動作 ☐自立 ☐一部介助 ☐全介助 ☐経口摂取困難

食事形態 ☐工夫なし ☐工夫あり ()

水分とろみ ☐必要なし ☐必要あり ()

排泄方法 ☐トイレ (口洋 ☐和) ☐ポータブル ☐その他

排泄動作 ☐自立 ☐指導 ☐拭く・洗う・衣類の上へ ☐その他

入 浴 ☐自立 ☐一部介助 (口シャワー浴 ☐浴槽内)

その他特記事項

➡ 1枚でADLの変化が分かる ➡

【注】入院時情報連携加盟の認定には居宅サービス計画書が必要

医師会

医療機関検索

看護学校

訪問看護
ステーション

在宅医療・介護
連携支援センター

ケアプラン

筑紫中央地域
産業保健センター

ダウンロード

リンク集

在宅医療・介護 連携支援センター

スクロール

事業内容

活動内容 ***各種関連資料のダウンロードは[こちら](#)**

地域の
連携推進
検討会議

*連携の
仕組み・
ルールづくり

医療・介護
関係者の研修

ここをクリック!!

ダウンロード



医療関係の方向け



一般の方向け



その他



筑紫地区医療・介護資源ガイドブック

[令和7年度 全体PDF 筑紫地区医療介護資源ガイドブック](#)

ダウンロード

- [①訪問診療・往診可能 診療所・病院一覧\(筑紫医師会\)](#)
- [②筑紫地域病院情報一覧\(筑紫医師会\)](#)
- [③筑紫地域有床診療所情報一覧\(筑紫医師会\)](#)
- [④訪問歯科診療・車椅子対応可能医療機関一覧\(筑紫歯科医師会\)](#)
- [⑤在宅訪問可能薬局一覧\(筑紫薬剤師会\)](#)
- [⑥訪問看護ステーション看護ケア情報 \(2024.10.04\)](#)
- [⑦居宅介護支援事業所](#)
- [⑧訪問介護事業所](#)
- [⑨通所サービス \(通所介護・地域密着型・認知症対応型・通所リハビリテーション\)](#)
- [⑩\(看護\)小規模多機能型居宅介護事業所](#)
- [⑪定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所](#)
- [⑫認知症対応型共同生活介護\(グループホーム\)事業所](#)
- [⑬その他\(施設等\)](#)

動画研修申し込み

＜研修用動画の貸出し＞

「動画で知る医療介護連携」

「終末期の身体変化」

「ACPの基本と多職種連携」

利用目的：筑紫地区にある医療・介護の事業所で

実施する研修の視聴用資料として用いる

視聴方法：DVDおよびYouTube（限定的公開）

在宅医療・介護関係者に対する相談対応

(例) 訪問診療医を探してほしい

訪問看護ステーションを探してほしい

医療機関への相談が困難なとき

等々・・・

筑紫医師会在宅医療介護連携支援センター



092-408-1267

4場面別に医療介護連携を推進

急変時の対応

救急要請時の情報共有

看取り

施設の看取り力向上

これらの場面でも医療介護連携が促進できるように会議、研修やツールの検討等を行っています。



次第2 入退院支援勉強会

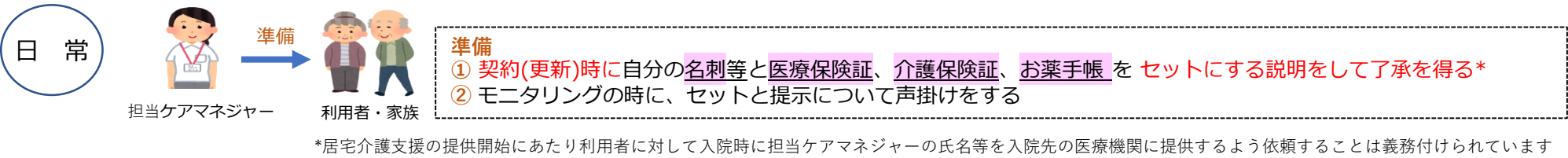
～入院中の情報共有を考える～



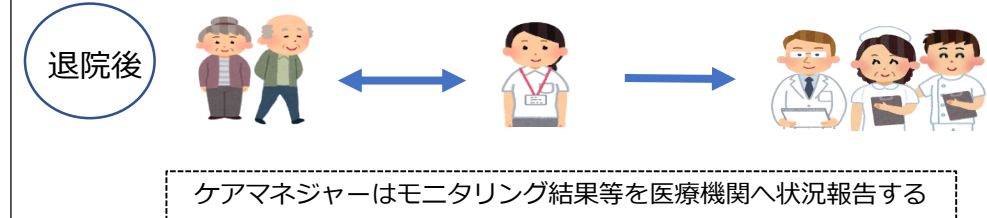
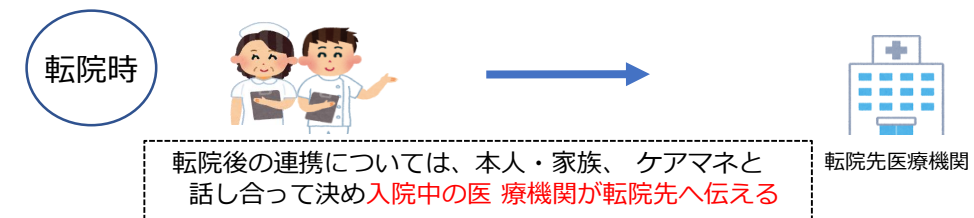
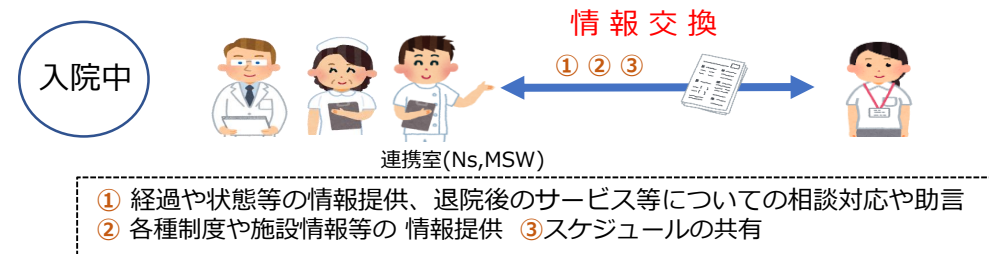
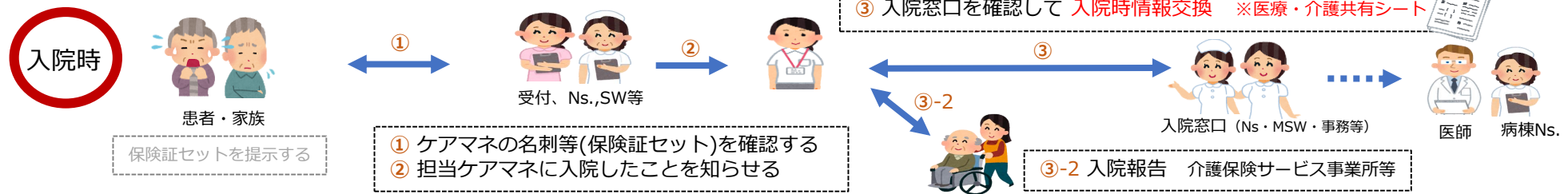
「入院時」「退院時」の情報連携の現状

筑紫地区 入退院時の情報共有の仕組み **医療・介護関係者用**

対象：筑紫地区の医療機関に入院する筑紫地区の要支援・要介護認定者（すべての入院）



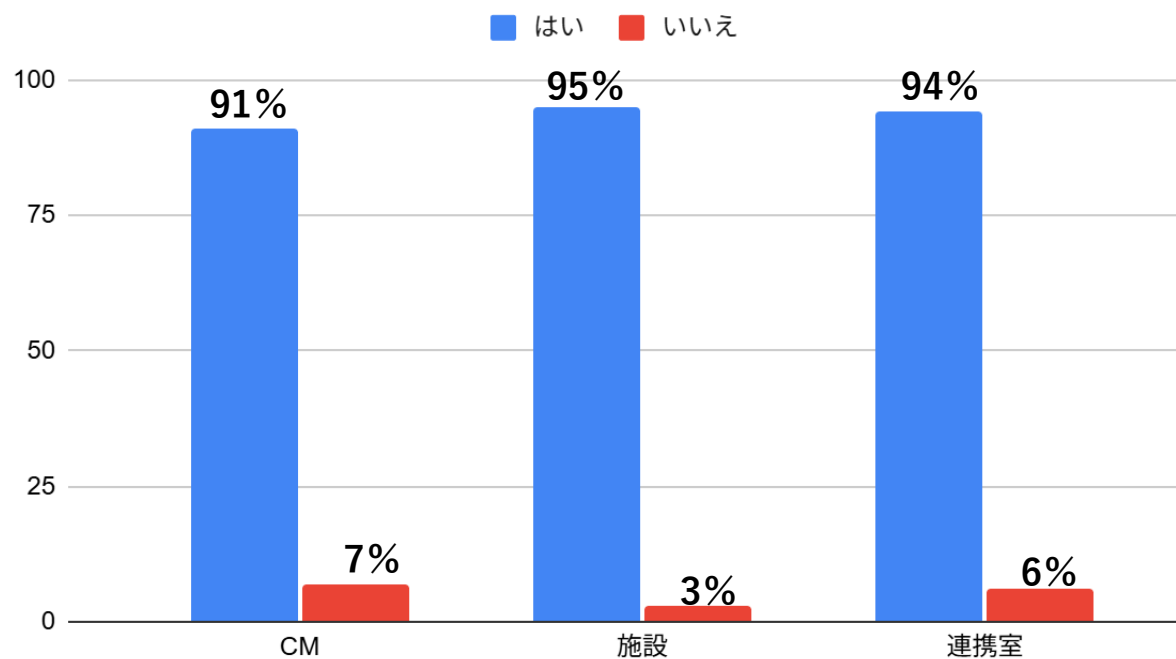
*ご家族や事業所からCMへ入院連絡が入った場合は早く連携を開始するためケアマネから入院窓口へ連絡を入れる



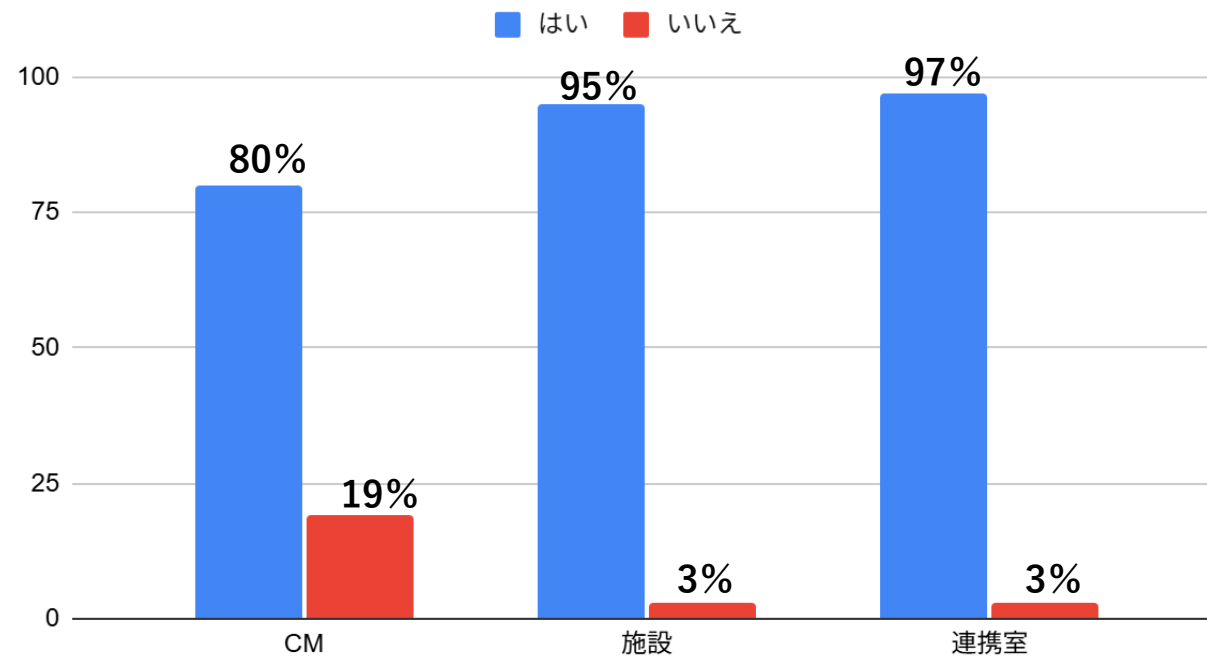
入退院時情報連携に関する調査結果

～令和6年度 筑紫地区在宅医療・介護連携推進の取組に関するアンケート調査票より～

問5) 入院時の情報連携ができていますか？

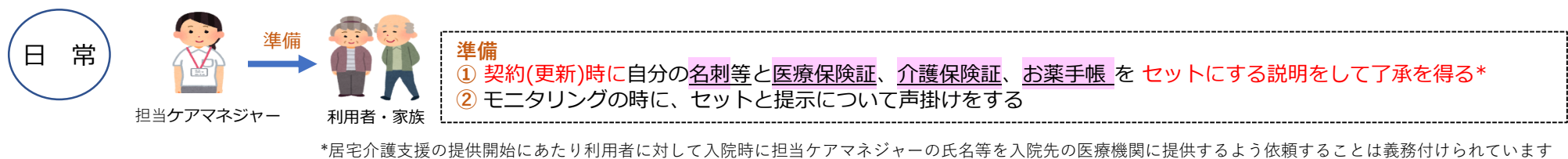


問6) 退院時の情報連携ができていますか？

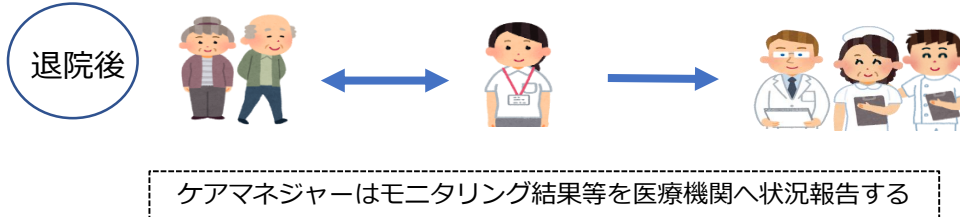
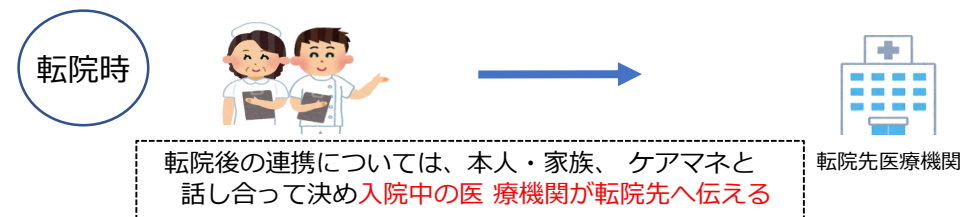
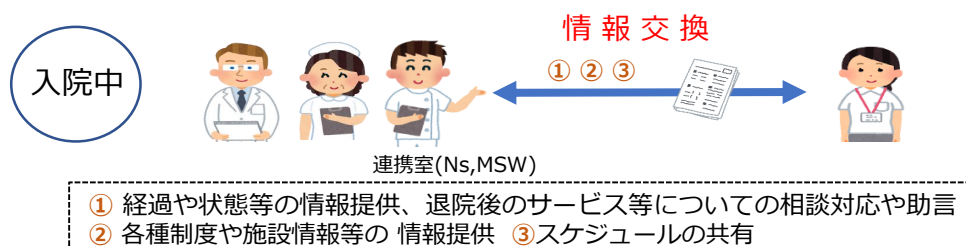
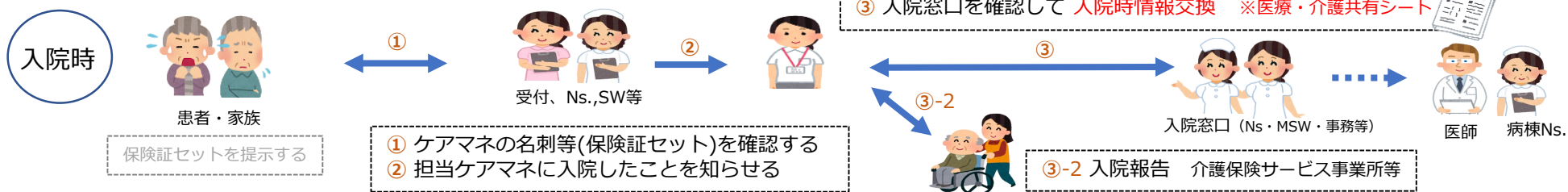


筑紫地区 入退院時の情報共有の仕組み **医療・介護関係者用**

対象：筑紫地区の医療機関に入院する筑紫地区の要支援・要介護認定者（すべての入院）



*ご家族や事業所からCMへ入院連絡が入った場合は早く連携を開始するためケアマネから入院窓口へ連絡を入れる



1) これまでの入退院支援勉強会の振り返り

令和5年度

令和4年度の年度末調査から分かった
退院支援が上手くいかない**原因**

お互いの動きを知らない
情報交換不足

改善に向けての意見交換を実施

ケアマネジャーの気づき	医療機関の気づき
<ul style="list-style-type: none">・ 知りたい情報を明確にする・ 途中経過を聞く・ 出向いて聞く・ 自分から連絡を入れる	<ul style="list-style-type: none">・ 早期から情報共有をする・ 担当CMへ早めに相談をする・ 途中経過を報告する



入院中のかかわりが薄い＝声を掛けていない

令和6年度

意見交換)

テーマ：入院中の「情報共有」実行できていますか？

①声掛けしそびれていた理由や原因は何だろう？

②”途中経過の情報共有“具体的な動きを考えよう！！

ケアマネジャーが考える原因

- ・遠慮、躊躇して聞けない
- ・どこに連絡をしたらいいのか分からない
- ・誰にどう話したらよいか分からない
- ・何かあったら連絡をくれるだろうと思ってしまう
- ・そもそも入退院、転院を知らないことがある
- ・病院に入院したことで安心していった
- ・情報を整理できていない時
- ・情報をいつ送るか戸惑う
- ・医療機関の担当者が分からないから
- ・すれ違いで連絡が取れない
- ・多忙

いつ？誰に？
が分からず待ちの姿勢
になってしまっていた

医療機関が考える原因

- ・長期になると途中経過の報告のタイミングが難しい
- ・窓口が定まっておらず、伝言ゲームになるようなことがある
- ・すぐに介入できていない。インテーク取れない
- ・スピードが求められるがあまりに連絡しそびれている
- ・仕事の忙しさで連絡をしそびれている
- ・患者、家族の意向に沿って支援するために忘れがち
- ・CMが受け身の姿勢である
- ・他の業務を優先するがあまりに連絡をしそびれることがある
- ・急性期は展開が早いので
- ・入院初期の患者からCM情報を聴き取るのは難しい
- ・情報を取っている間に転院、退院になる
- ・CMが入院前の状況をよく知っているということを認識していない
- ・CMがいるようなサ高住や住宅型の場合、どちらのCMに連絡いいのか分からない

タイミングを逃して
しまい、連絡をしそ
びれていた

その他の意見

【CM】

- ・CMとしては、退院前に情報が欲しい。退院前でよい。入院中は病院の対応。
- ・入院中の経過はあまり必要とは思わない
- ・入院中はどのような情報が欲しいか分からない
- ・医療面の情報が必要なのか？と思ってしまう
- ・介護力に関する情報等この時点で必要なのか？
- ・個人情報があるから伝えにくい

情報共有の必要性は？
どんな情報がある？

【医療機関】

- ・途中経過の情報の必要性はCMで違うように感じる

改善に向けての提案

【医療機関】

- ・カンファレンス等のタイミングで報告をする
- ・窓口を定める
- ・出来るだけ早く、CMに担当を知らせる
- ・大事なタイミングで連絡→急性期:1週間～2週間 在宅か転院 地域包括ケア病棟:1ヶ月後
- ・食事場面などzoomの活用
- ・入院後早めにCMに連絡をすることでその後も連絡しやすくなる
- ・入院した時におおよその入院期間を伝えておく
- ・家族の同意を得た上で、ICの同席をお願いする。連携室も普段から同席をする
- ・病棟からCMに伝えるというシステム
- ・月1回のカンファレンスでCMに連絡を取るようになっている
- ・時間を気にせず連絡をしてもらい、折り返し連絡をする
- ・施設にCMが付いていて、CMが誰なのか迷ったときは、可能なら両方するか、1人のCMへ伝達をお願いする
- ・途中経過の確認の連絡は定期的にする
- ・方向性が変わる等、何かあった時は医療機関から連絡をするようにする

【ケアマネジャー＝CM】

- ・病院での担当(窓口)を知る(把握)。まずは、MSW、連携室に連絡
医療機関の担当者を把握する

改善に向けての提案

【双方】

- ・連絡を取ったタイミングで、次の連絡の約束を取る
- ・日にちを決める
- ・お互いさまなので遠慮せず連絡を取る
- ・一日おいて連携を図る

「連絡を取り合いましょう！」

- ・顔を合わせる機会(研修等)

「顔なじみになりましょう！」

- ・家族を巻き込んでスムーズになるようにCM、家族、病院の連携を取る
- ・パスの作成

「仕組みがあるといいね！」



2) 意見交換

「連絡を取り合いましょう！」

～入院中の知りたい情報とタイミング～

・いつ聞いたらいいかな？

・あのことを教えてほしいなあ～

・細かいことだけど、尋ねてみたいなあ～

・誰に尋ねたらいいかな？



＜グループワークでの意見交換のまとめ＞

勉強会では、医療機関とCM双方が入院中に欲しい情報やそのタイミングについて意見交換を行いました。タイミングに言及する意見を記録から拾うことができず、双方が求める情報のみをまとめました。

ケアマネジャーが退院支援で知りたい情報

『退院・転院の計画と見通し』

項目	意図・背景
退院・転院の予定と時期	介護サービス開始のタイミング調整、 家族・関係機関との連携準備
一時帰宅の可否	自宅環境の確認、 介護者の負担見積もり
家屋調査の必要性	福祉用具・住宅改修の検討 材料

『医療・ケアの状況把握』

項目	意図・背景
治療・病状の経過	退院後の医療的配慮、通 院・服薬管理の必要性
入院前後のADL変化	生活支援の必要度判断、 サービス内容の選定
入院中のリハビリの様子	継続的な機能訓練の必要性 の判断
精神状況・認知機能	認知症対応、見守り体制の 検討
主治医の継続性	医療連携の継続、訪問診療 の可否判断

ケアマネジャーが退院支援で知りたい情報

〈本人・家族の意向と支援体制〉

項目	意図・背景
家族・本人の意向確認	ケアプランの方向性決定、意思尊重の支援
高齢独居・身寄りなしケース	緊急時対応、地域支援体制の構築
介護者への指導内容	介護負担軽減、安全なケアの実施支援

〈制度対応・会議の実施〉

項目	意図・背景
退院前カンファレンスの有無	多職種間の情報共有、支援方針の統一
区分変更の必要性和対応者	介護保険サービスの適正利用、申請手続きの準備

〈多職種連携・情報共有〉

項目	意図・背景
情報提供のタイミング	サービス開始の準備、関係機関との連携強化
ENTへの連絡・サマリー	専門的ケアの継続、医療情報の共有
デイケア・訪問看護との連携	退院後の支援体制構築、役割分担の明確化
退院後の注意点・連携方法	ケアマネによる見守り・調整の質向上

医療機関が退院支援で知りたい情報

〈全病床機能に共通する情報ニーズ（基盤的項目）〉

医療機関が求める情報	補足
入院前のADL・生活状況	自立度、支援の必要性、生活パターンなど
家族構成・介護力・キーパーソン	実技・精神面・時間帯による差も含む
住環境・住宅構造	段差、トイレ、ベッド配置、福祉用具の配置など
認知機能・行動特性	徘徊、転倒歴、こだわり、癖など
サービス利用状況	訪問系・通所系、単位の余裕、内服管理など
経済状況	年金、負担割合、金銭的余裕など
かかりつけ医・通院先	紹介状作成や退院時処方に必要
本人・家族の意向	ACP、看取り、療養場所の希望など
家族の支援体制・関係性	協力体制、覚悟、反対意見なども含む
ケアプラン・フェイスシート	入院時に生活背景を把握するため

医療機関が退院支援で知りたい情報

〈急性期病床ならではの〉

特有の情報ニーズ	補足
入院初日に生活状況や行動特性の詳細が欲しい	特に徘徊・異常行動・こだわりなど
治療方針に繋げるためのADL・介護力の早期把握	入院早期に必要
高齢者虐待対応の有無	入院前の状況把握として
自宅退院の可能性判断	退院支援の初期段階で必要
ACPの初期情報	意思決定支援の準備として

〈地域包括ケア病床ならではの〉

特有の情報ニーズ	補足
退院後のサービス利用予定	訪問看護の有無、指示書の要否など
医療保険か介護保険かの区分	訪問看護の制度選択に関わる
紹介状作成に必要な通院先・処方日数	退院支援に直結
初期加算に関連するACP情報	在宅希望の背景と本人の意向
家族のマンパワー・資金・協力体制	在宅支援・施設調整に必要な情報

医療機関が退院支援で知りたい情報

〈回復期病床ならではの〉

特有の情報ニーズ	補足
発症前の状態と現在の能力の比較	リハビリ目標設定と支援計画に必要
元のADLを目指すか、転帰先検討か	区分変更や施設選定に関わる
支援体制のレベルと制度活用	要介護度、制度の活用状況など
自宅改修やスロープの必要性	家族の希望と現実のギャップも含む
カンファレンス参加可能性	病棟での調整に関わる情報

〈療養病床ならではの〉

特有の情報ニーズ	補足
家族の状況・金銭面・病識	長期療養・施設申込の判断材料
看取りの体制づくり	ACPの進行状況と家族の覚悟
医療行為の可能な範囲（施設）	転院先の選定に関わる

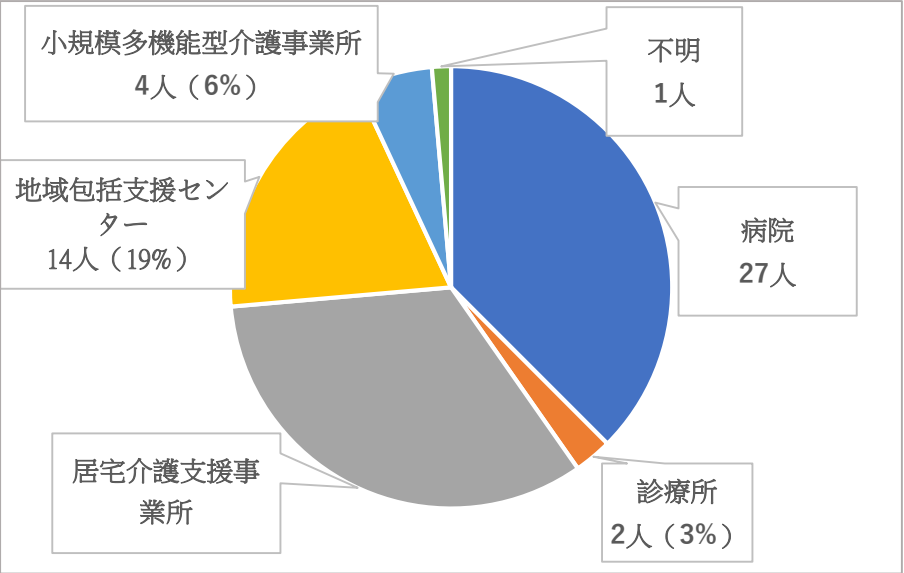
〈精神科病床ならではの〉

特有の情報ニーズ	補足
認知症患者が利用できるサービス	訪問系・通所系の選定支援
生活歴・家庭状況	支援計画の背景理解に必要
情報提供・相談の適切な時期	精神的負担を考慮したタイミング調整

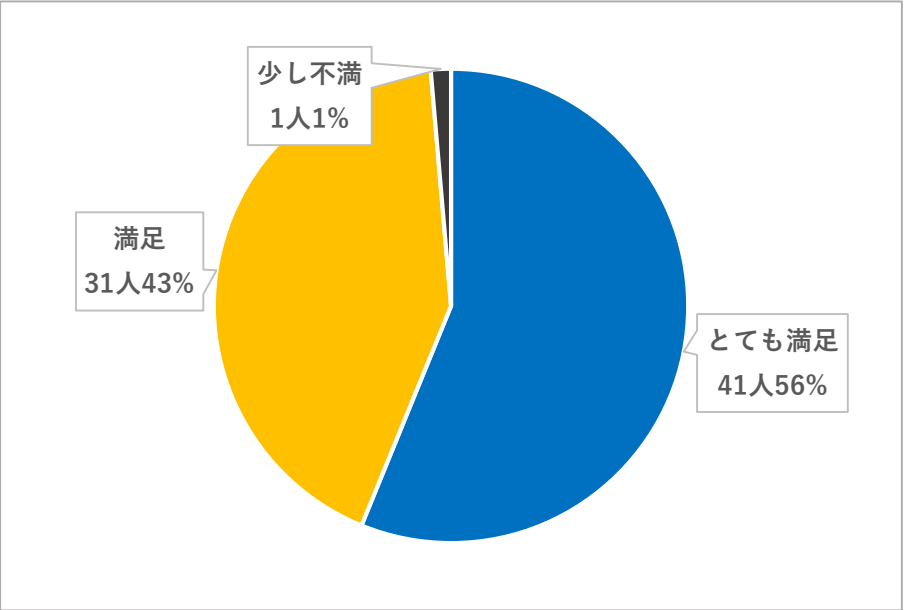
アンケート調査結果

《回収率：73枚（97.3%）》

1.アンケート回答所属機関



2.本日の勉強会はいかがでしたか？



2) 満足度の理由

病院	とても満足	振り返りができて良かった
		ケアマネジャー、他の病床を持っているHPと意見交換、情報共有ができた為
		ケアマネジャーの生の意見が聞けてよかった
		ケアマネジャーの意見を聞くことができ、今後の支援に役立つと感じた
		入退院支援の中で、お互いのタイミングについて話し合う場がなかったので今回話し合うことができて良かった
		CMが退院時に病院側に欲しい情報が分かったので今後連絡しやすいと思う
		多職種の方とお互いの情報共有ができた。病院も急性期、包括、回復期の違いが分かった
		ケアマネの困っていることを沢山聞く事ができて病院側の事情を聞くことができました
病院	満足	CMの本音や連携に対する不安、不明なところを率直に聞くことができました
		医療機関、地域との温度差、家族との温度差なども再認識した。日頃の関係の取り方を再考できた
		ケアマネジャーの意見を多く聞くことができてよかった
		素直な意見を聞くことができた。何でも早めに聞いていいことを知れてよかった
		CMの実際の困りごと等が聞けて情報提供のあり方を学んだ
		ケアマネジャーの希望がわかったため、どんどん連絡しようと思いました
		いろいろな本音が聞けて面白かった
		多職種で話せる場として大変有意義だった

2) 満足度の理由

診療所	とても満足	生活支援サービス、地域によっての使用できるサービスの違いがあり、地域によってサービスを考えていかないと、思った
		ケアマネと病院との意見交換や情報共有をどうしているか、勉強になりました
居宅介護事業所	とても満足	お互いに必要としている情報が分かりあえた
		情報交換（MSW）が出来、今後、更なる連携回数を多く持つ必要性を感じました
		入院時～退院までの流れが色々聞くことができた
		SWの方達と話ができ情報が得られて良かった
		CM,SWお互いのすり合わせが出来てより距離感が近まった
		連携が必要となる病院のMSWの方等と意見交換ができたこと
		病院の状況も分かり、MSWの意見が聞けた
		定期巡回、小多機、福祉サービスが保険者によって充実しているところ、そうではない地域が分かった
		病院のMSWの方が聞きたい内容を知ることができた
		楽しく意見交換ができた
	満足	実際の病院の状況が分かり良かった
	少し不満	高度な勉強会で疲れた

2) 満足度の理由

包括支援センター	とても満足	急性期、一般、包括の医療機関、包括、居宅と多職種の方との話がとても勉強になった
		研修に参加されないところが連携を望んでいるのか気になった
		医療機関の方々のほしい情報や内情について知ることができた
		医療機関か分からの困りごと、連携が図りたいことが分かり良かった
		病院側も連携を望んでいることが分かり良かった
		医療側、ケアマネ側両方の意見が聞けたのでとても勉強になった
		細かいところまではないができて良かった
		連携する相手方の内部の事情なども知ることができて良かった
		意見交換できて良かった
		病院側の意見を聞くことができ、自分が出来ていなかったこと等に気づくことができた
小規模多機能型居宅介護事業所	満足	情報共有のツールについてどの程度の情報を落とし込めば良いのか分からない等があり勉強になった
		病院内の事情や他ケアプランセンターで意識されているところを聞いてとても参考になった
	とても満足	ソーシャルの方、包括の方などいろんな方と情報交換できて良かった
		病院の方々や居宅を含め、様々な考え等を知ることが出来て良かった
	満足	急性期、地域包括ケア病棟、療養型の病院の方々に、居宅からの質問ができ答えが聞けて良かった

3) 本日、参加したことで意識に変化があれば教えてください。

- ◆筑紫地区の医療介護連携のツールや取組を改めて見てみようと思った…16 (23.2%)
- ◆持ち帰って自分の医療機関や事業所で情報共有の内容・タイミングを見直そうと思った…40 (58%)
- ◆お互い（連携室⇔介護支援専門員）に相談がし易くなりそうだ41 (59%)
- ◆その他
 - ・保険者によっての社会資源が色々とあり、情報収集したい…1 (1.4%)
 - ・精神科の事情が分かり、今後の対応に役立ちそう…1 (1.4%)
 - ・タイミングのすり合わせが出来た（家屋調査やカンファレンス）
 - ・担当する時名刺を入れる声掛けを忘れることがあるので、出来るだけ忘れないようにしようと思った…1 (1.4%)
 - ・入院中にSWよりACPに取り組んでおられることを知りとても助かると感じた…1 (1.4%)
 - ・それぞれの機関の役割や苦勞が分かった…1 (1.4%)
 - ・急性期、療養棟の役割に応じたタイミングの使い方を見直したい…1 (1.4%)
 - ・地域別でのサービス、利用事業所をもっと知ろうと思った…11 (1.4%)
 - ・ケアプラン支援ソフトに入っているツールを使用しています。新たなツールに、氏名から何から入力する必要があるのは正直手間に感じます…1 (1.4%)

4) 意見交換の中で実際に実務に取り入れてみようと思えたことがありましたらお書きください

病院	在宅での生活状況を見据えた情報提供、本人、家族の思いをしっかりと情報収集していきたい
	転院調整時受入れ可能なHPへ、ケアプラン、フェイスシートなど診療情報提供書と一緒に送付する。ケアマネジャーとのやり取りをするタイミングに連携室で話してみようと思う
	なるべく早くケアマネジャーに連絡しようと思った
	CMとのやり取りの中でPTや家族の反応や意向について情報共有していきたい
	入院中にケアマネジャーの方も家族の意向を言聞いてもらったり、一緒に動いてもらう
	出来るだけ早く情報共有をお互いしたいと思っていることが分かり、CMを把握次第直ぐに連絡をいれよと思う
	退院前カンファレンスの機会を増やす
	ケアマネジャーに、困っていることや聞きたいことがないか伝えていきたいと思った
	ケアマネジャーと連携を図るタイミング。家屋調査の頻度を増やす
	退院後の生活への注意点、家族や本人の意向など細かく情報共有したいと思いまいた
	入院中のADLの変化や家族の思いなど共有していきたい
	定期巡回、小規模多機能の両方で迷うケースを振り返ってみようと思った。①入院すぐ②途中経過のTel
	4点セットの確認、家屋調査の情報、居宅プランの確認、一日のスケジュールなどの把握
	退院の方向性が決まった際にこれまでの治療経過を含めて情報共有をしていくこと。本人、ご家族が抱えている不安ごと等もケアマネジャーと共有していくこと
	患者の状態についてケアマネジャーの方に実際に見に来ていただくという意見があり、実務に取り入れては思った
	虐待事例など疑いのある時は、すぐに連絡しても良いということで連携を図っていきたい
	CMに退院前の状態を見てもらえるよう調整していきたい
	とりあえず連絡すること

4) 意見交換の中で実際に実務に取り入れてみようと思えたことがありましたらお書きください

診療所	病院内でのACPの取組み、連携
居宅介護支援事業所	自宅看取り時（詳しく）トイレまで何m、手摺の位置など積極的にHPへ出向いたりTel病院と積極的に連携を取り、お互いに良い関係が気付けると良いと思った
	入院日にすぐ連絡をしても担当MSWが決まっておらず無駄になりそうなことを伺った
	連絡を入れて良いことが分かった
	入院の連絡が入ったら、すぐに病院に連絡をして情報を伝えようと思った
	入退院時に限らず、経過確認を含め病院に出向く必要があると感じ実行しようと思った
	情報連携の時に医療の方が知りたいと思っておられる項目が分かったので、意識して情報提供したい
	SWとのまめな連絡
	急性期病棟は1～2週間と期間が短いので積極的にケアマネ発信で情報収めた方が良い事が分かった
	病院と積極的に連携を取り、お互いに良い関係が気付けると良いと思った
	思い立ったらまず、電話連絡することを心掛けようと思いました
	医療介護連携ツールを使用してみようと思った
	定期巡回、小規模の情報をもって学びたい
	保険証類が全て入るポーチや手帳を、ご利用者様にプレゼントしても良いのかなと思った
	医療側の連携の様子を確認し、丁寧に対応されていると感じた。ポイントを押さえて尋ねることの大切さを感じ取り入れていく
	病院で本人や家族意向の聞き取りをされている。ACPの確認をされていることもあり、病院への連携の際CMから聞いてみようと思う
	連携をとるために入院中に訪問し情報収集に努め、退院後の支援に役立たせる
	リハビリの様子を見に行く、月1回くらいはTelで状況確認など。在宅時の様子を丁寧に伝える努力
	関係性のない病院へも待ちではなく、こちらから連絡を行い連絡頂ける関係を持ちたい

4) 意見交換の中で実際に実務に取り入れてみようと思えたことがありましたらお書きください

地域包括支援センター	病院との連携を積極的に行うようにしたい
	組織内の情報共有の在り方を再確認したい
	SWとのまめな連携
	本人、家族のこれからの病状管理や生活の意向確認をしようと思った
	入院したら早目の連絡を行う
	名刺を本人や家族に渡す際に、入院の際はケアマネが付いていることを必ず伝えて頂けるよう声掛けも行っていく
	ケアマネをしているが、いつも連携室の方とは話が出来ている。今日、連携室の方と話や悩みを聞くことが出来、気持ちを汲みながら連携できるのではと思った
	積極的な連携
	CMも入院時のADLの情報を知りたいが、医師側も同じく入院前のADLを知りたいと思っておりぜひ情報交換をしようと思った
	市外のHPでレスパイト入院も受けてくれることが分かり、連携をとりたいと思った。様々な事業所、機能のHPの方針や算定改正などで知らない事も多かったので意見交換は有意義だった
	他市の福祉サービスへの理解を深めていきたい
	基本情報を出来るだけ早めに提供しようと思った
	連携ツールを改めて見ながら、利用できるところで使用しようと思った

4) 意見交換の中で実際に実務に取り入れてみようと思えたことがありましたらお書きください

小規模多機能型 居宅事業所	取り入れられることは行っていたつもりだったが、もう少し踏み込んで病院の方に聞いて良いことがわかった情報共有を強化してみようと思う
	小規模や定期巡回など地域密着型サービスは本人の生活に合わせて支援しやすい。もっとインフォーマルサービスを繋げていく必要がある
	思いついた時にすぐ連絡
不明	連携する程でもないが、双方向ともに情報はあって困らない事です。本人第一で行えることはどんどん共有できたらと思う

5) 本日の内容や運営等へのご意見や感想その他連携場面での困りごと等何でもご自由にお書きください

- ・改めて、普段電話や仕事での付き合いのある方々と意見を混ぜ合わせるのが楽しいと思いました
- ・大野城市が区分変更申請を中々受け入れない事で、困っていると知った。何故でしょう？
- ・ある程度自由に意見交換が出来たので、今までの会の中で一番出席して良かったと思った
- ・意見交換、お互いの困りごとがよく分かった
- ・顔が見えるこの勉強会に参加できて良かった
- ・経験を重ねて困りごとを多く持っていきたいと思う
- ・多職種交流の場を多く行ってほしい
- ・急性期の状況が分からない為、急性期病棟の役割をCMの方にも詳しく伝えてもらった方がいいのかと思います
- ・しばらく参加できていなかったが、参加でき良い時間になりました
- ・とても有意義な会となった
- ・自由なやり取りの時間が長く、話がしやすかった
- ・転院先にも入院時に渡した在宅時の情報が伝わっていると助かる
- ・医療機関との連携を図る良い機会となった
- ・勉強になった
- ・月末の月曜日、夜の研修は参加調整が厳しいです
- ・とても良い勉強会でした。他の方と話ができる機会は貴重です。これからも出来る限り参加したい