

研修会

令和6年度

入退院支援勉強会

参加者:74名

内訳)筑紫管内医療機関連携室33名

居宅介護支援事業・地域包括支援センター専門員41名

日 に ち: 令和6年6月26日(水)

時 間: 18:30~20:00

場 所: 筑紫医師会 体育館



次第1

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

筑紫地区の在宅医療・介護連携が
目指す姿



- ✿ 自分以外の職種の役割り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

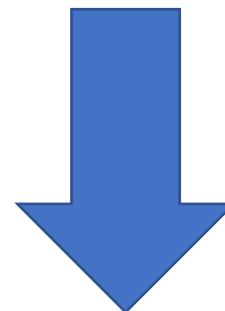
日常の療養支援



先生、忙しそう・・・いつなら相談していいかなぁ？

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

日 常



準備

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することは義務付けられています

入院時



保険証セットを提示する



受付、Ns.,SW等



- ① ケアマネの名刺等(保険証セット)を確認する
② 担当ケアマネに入院したことを知らせる

③ 入院窓口を確認して 入院時情報交換 ※医療・介護共有シート



③-2 入院報告 介護保険サービス事業所等



医師 病棟Ns.

入院中

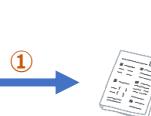


情報交換
① ② ③

連携室(Ns,MSW)

- ① 経過や状態等の情報提供、退院後のサービス等についての相談対応や助言
② 各種制度や施設情報等の情報提供 ③スケジュールの共有

退院時



- ① 退院時情報提供 ※医療・介護共有シート
※退院前カンファの開催

- ② 退院報告 介護保険サービス事業所等

転院時



転院先医療機関

転院後の連携については、本人・家族、ケアマネと
話し合って決め 入院中の医療機関が転院先へ伝える

退院後



ケアマネジャーはモニタリング結果等を医療機関へ状況報告する

ケアマネジャーは入院中も頼りになります!!

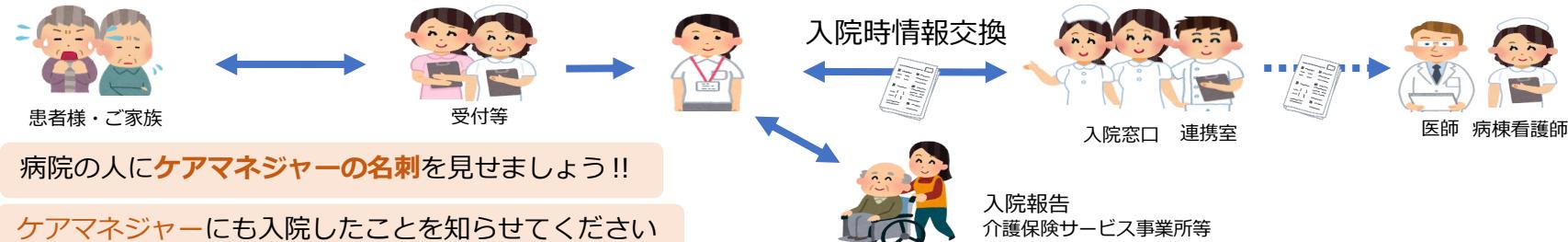
日常



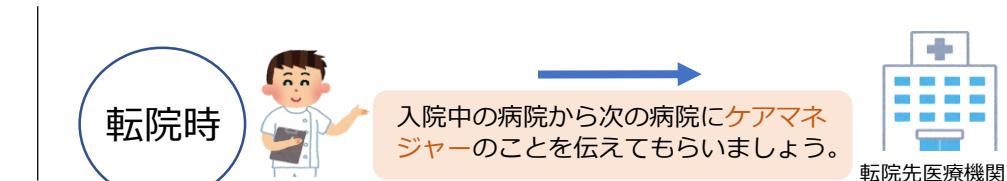
医療機関に行くときは**ケアマネジャーの名刺・医療保険証・介護保険証・お薬手帳**を忘れずに!!



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

退院時



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。

ケアマネジャーは入院中も医療機関と連携することができます！

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しい
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。

医療機関名称	窓 口	<患者担当者なし又は未確定の場合> 病棟Ns.への情報提供 (<input type="radio"/> かまわない <input checked="" type="radio"/> 困る)
	連絡先	
小西第一病院	地域医療連携室 9 2 3 – 2 2 3 0	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 事前連絡後 担当者へ
	地域医療支援センター	

医療機関名:
ご担当者名: 標



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)の医療情報に基づいて情報提供しています。退院時に右記項目についての聞き取りをおこないます。

入院前	担当CM氏名: TEL:	事務所名: FAX:	※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
-----	-----------------	---------------	---

主介護者(▲) ※主介護者と異なる場合	氏名: TEL:	年齢: (才) 折り返し事項:	原帳構成図(両患者は○で囲む)
キーパーソン(★) ※主介護者と異なる場合	氏名: TEL:	年齢: (才) 折り返し事項:	

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	
屋内・屋外の特徴 飲んでいる薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [お薬手帳]あり <input type="checkbox"/> なし
口腔内状態の特徴 その他特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [歯科受診中・義歯]あり <input type="checkbox"/> なし

入院前のADL等

起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまりながら出来る <input type="checkbox"/> 扶助起こされている
座り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 椅子にかけたまま [固定化]
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要守り <input type="checkbox"/> 手摺・杖 <input type="checkbox"/> 手引車
食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取
食事用具	<input type="checkbox"/> 工夫なし <input type="checkbox"/> 工夫あり
水分とりみ	<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要あり
排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ ([洋・和]) <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/>
排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 排導 <input type="checkbox"/> 拭く・洗う・衣類の上げ下ろし
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 ([シャワー浴・口浴])

【付】入院時情報整理加算の算定には専用サービス封筒(

※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

調理・在宅 移行期／ 退院時	医療機関名: TEL:	回診者: (職種:) FAX:
----------------------	----------------	---------------------

退院予定日	年 月 日 (曜日)
今回治療した病名	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③
症状・病状の変化	

入院中～退院時の情報収集

- ◆ ケアプランに反映できる
- ◆ 入院先に記載依頼もOK

薬に関する留意事項	
計算してほしいこと・早く 主治医や訪問看護師へDDら せてほしい状態	
その他特記事項	

退院

起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまりながら出来る <input type="checkbox"/> 扶助起こされている
座り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 椅子にかけたまま <input type="checkbox"/> 固定化

いき ([自立・介助])

特記事項

→ 1枚でADLの変化が分かる →

在宅医療・介護 連携支援センター



スクロール



事業内容

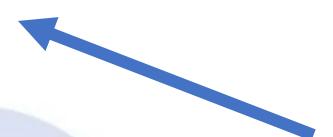
活動内容

*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6年度 全体会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（筑紫医師会）](#)
- [②訪問診療・往診可能病院（筑紫医師会）](#)
- [③筑紫地域病院情報一覧（筑紫医師会）](#)
- [④筑紫地域有床診療所情報一覧（筑紫医師会）](#)
- [⑤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）](#)
- [⑥在宅訪問可能薬局一覧（筑紫薬剤師会）](#)
- [⑦訪問看護ステーション看護ケア情報（2024.3.7）](#)
- [⑧居宅介護支援事業所](#)
- [⑨訪問介護事業所](#)
- [⑩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）](#)
- [⑪（看護）小規模多機能型居宅介護事業所](#)
- [⑫認知症対応型共同生活介護（グループホーム）事業所](#)
- [⑬定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所](#)



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」

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

看取り

これらの場面でも医療介護連携が促進できるように多職種間の話
し合いや研修等を行って参ります。



次第2

『途中経過』の情報共有を考える



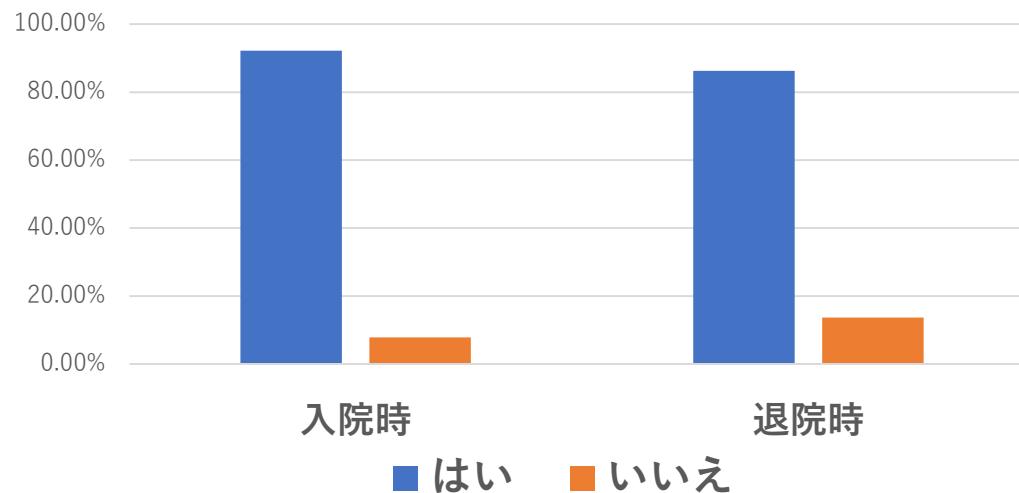
入院時と退院時の連携の現状

※令和5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より

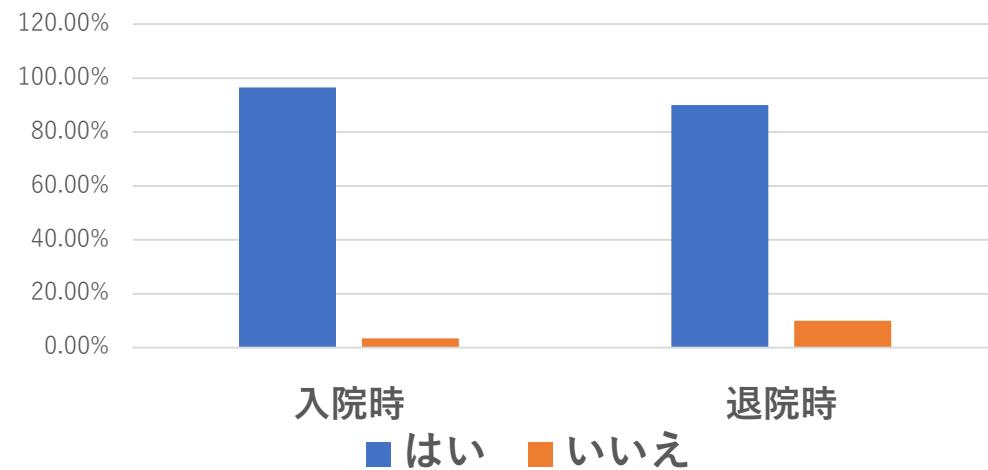
問5) 利用者（患者）の『入院』について情報連携ができますか

問6) 利用者（患者）の『退院』について情報連携ができますか

ケアマネジャー



医療機関



1) 令和5年度 医療・介護共有シート勉強会の振り返り

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と思う原因

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



声を掛けていない=入院中のかかわりが薄いことに気づいた

日常



準備

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することは義務付けられています

入院時



保険証セットを提示する



- ① ケアマネの名刺等(保険証セット)を確認する
② 担当ケアマネに入院したことを知らせる



③ 入院窓口を確認して 入院時情報交換 ※医療・介護共有シート



③-2 入院報告 介護保険サービス事業所等



医師 病棟Ns.

入院中



情報交換



連携室(Ns,MSW)

- ① 経過や状態等の情報提供、退院後のサービス等についての相談対応や助言
② 各種制度や施設情報等の情報提供 ③スケジュールの共有

退院時



- ① 退院時情報提供 ※医療・介護共有シート
※退院前カンファの開催

- ② 退院報告 介護保険サービス事業所等

転院時



転院先医療機関

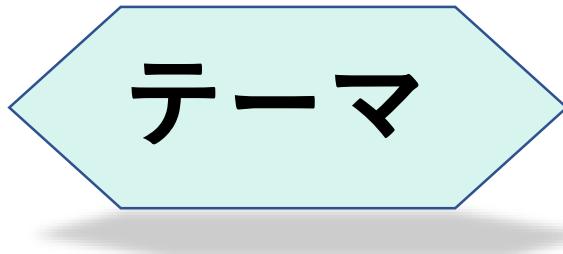
転院後の連携については、本人・家族、ケアマネと
話し合って決め 入院中の医療機関が転院先へ伝える

退院後



ケアマネジャーはモニタリング結果等を医療機関へ状況報告する

2) 意見交換) 入院中の「情報共有」・・・実行できていますか？



①声掛けしそびれてたなあ・・・
～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 !!～

～19：40まで

入院中の情報共有について意見交換

①～声掛けをしそびれていた原因や理由は何だろう？～

【ケアマネジャー＝CM】

- ・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ぬ
- ・家族も職種を把握しておらず、情報がキャッチできない
- ・誰にどう話したらよいか分からぬ
- ・何かあつ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た
- ・情報を整理できていない時
- ・情報をいつ送るか戸惑う
- ・精神科に入院すると閉鎖的な部分があり連絡を取りにくい
- ・医療機関の担当者が分からぬから
- ・多忙
- ・すれ違いで連絡が取れない

入院中の情報共有について意見交換

①～声掛けをしそびれていた原因や理由は何だろう？～ つづき

【医療機関】

- ・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ことがある
- ・すぐに介入できていない。インターク取れない
- ・スピードが求められる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が入院前的情况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

入院中の情報共有について意見交換

②～途中経過の情報共有の具体的な動き(工夫など)を考えよう～

【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
- ・一日おいて連携を図る
- ・顔を合わせる機会(研修等)
- ・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

【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

入院中の情報共有について意見交換

②～途中経過の情報共有の具体的な動き(工夫など)を考えよう～ つづき

【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している
- ・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

入院中の情報交換について懐疑的な意見

【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ぬ
- ・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

【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

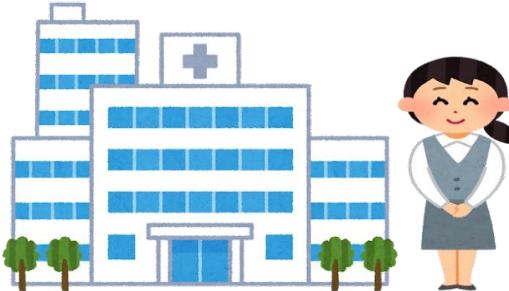
途中経過の情報共有で良かったこと

- ・家屋状況の連絡をもらい、退院支援に繋げることが出来た

その他

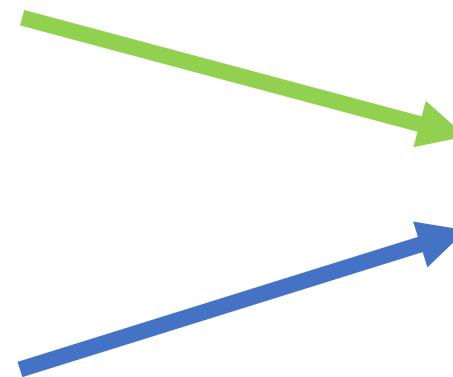
- ・ケアマネと病院の壁を感じなくなりました
- ・自宅に入ってくれない家族に困っていたら、病院から家屋調査を申し出てくれたので自宅内に入ることが出来た
- ・入院中は、SWが主導であるが、詳細はCMが詳しい
- ・動きがありそうな時に連絡を貰えるようになった
- ・自宅ではなく、施設に退院した時に声を掛けそびれる
- ・医療介護共有シートが繁雑で活用しにくい
- ・24時間以内に250点の加算が付くがなかなか出せない
- ・家屋調査を実施することで、情報を知りやすくなつた
- ・CMから連絡を入れて欲しい
- ・独居、身寄り無し、ケアマネに一報入れて欲しい
- ・虐待事例等の特殊事例は早めに
- ・CMは出来れば出向いて情報共有する
- ・書面だと一方的になりやすい

かかりつけ医への報告・相談のお願



連携室 入退院支援担当者

○○さんが入院をされました。診療情報の提供をお願いします
退院後は訪問診療が必要な状態です。先生は訪問可能ですか?
○○病院へ転院となります 等々



ケアマネジャー

○○さんが救急車で△△病院へ入院しました
○○さんが入院を希望しています
○○さんの退院日が決まりました



介護現場で役立つ医療連携ハンドブック

※冊子は下記より閲覧可能です。



- ・  [印刷用PDF](#) (PDF : 21081KB)

福岡県在宅医療・介護職員 カスハラ相談センター

<div[](http://www.123rf.com/450x450/1103/11030001/11030001_001.jpg)

サービス利用者やその家族等からのハラスメントで
「怖いな」「困ったな」と思ったとき、
まずご相談ください。

平日 9:00~19:00 (12/29~1/3除く)

相談できる方

- 県内の在宅医療・介護事業所※に従事する方(管理者を含む。)
 - 県内在住で県外の在宅医療・介護事業所に従事する方(同上)
 - 県内行政機関の職員

- ③ 在宅医療を評価する医療機関、訪問看護事業所、在宅生活支援事業所提供する実務的な研修、在宅訪問看護、看護ケア・ステーション、訪問リハビリデーション事業所、訪問介護事業所、訪宅介護事業所、訪問浴槽事業所、定期点検、随時対応訪問看護事業所、訪問看護随時事業所、小規模複数施設訪問看護事業所、看護小規模複数施設訪問看護事業所。

ご相談する際の詳細は
裏面をご参照ください。



相談窓口専門医は植田昌浩（植田昌浩連携医療企画部基幹看護師）が担当します（アソシエイト看護師／看護人材確保対策室）からの要請を受け、株式会社カイ・エス・エスが実施しています。

次のような行為は「ハラスメント」に該当します。

〈精神的暴力〉

個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為。

（例）

〈身体的暴力〉

身体的な力を使って危害を及ぼす行為。

(例)

＜セクシャルハラスメント＞

意に添わない性的誘いかけ、
好意的態度の要求等、性的
ないやがらせ行為。

（例）

- ・必要もなく体を触る
- ・ヌード写真やアダルトビデオを見せる

ハラスメント対応に困ったときは、
ひとりで抱え込まず「早めに」ご相談ください。

「福岡県在宅医療・介護職員カスハラ相談センター」では

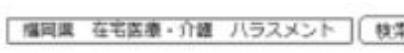
- ✓ ご相談は匿名でも利用できます。
 - ✓ プライバシーは厳守します。お聞きした内容を無断で勤務先や他機関にもらすことはありません。
 - ✓ 必要に応じて、無料の法律相談も可能です。
 - ✓ 詳細なことでも相談をお受けします。まずはお電話を！

★ ハラスメントに適切に対応することは、
利用者に対する円滑で継続的なサービス提供にもつながります

八、總覽要項

この相談窓口で受け付けるご相談は、在宅医療・介護現場における利用者やその家族等からの暴力・ハラスメントが対象です。対象に該当しない行為（上司や同僚からのハラスメント等）に関する相談や、相談対象ではない方からの相談などはお受けできませんので、「みんなの相談110番」（窓口 0570-003-110）など、別のお相談窓口をご利用ください。

その他の福岡県の取組は、
福岡県庁ホームページに掲載しています。





オフィスのこと

プロフィール

講演のお知らせ

日々のメモ便り

在宅ケア移行の為のヒント

お問い合わせ



Profile

宇都宮 宏子 うつのみや ひろこ

1959年 福井出身

1980年 京都大学医療技術短期大学部 看護学科卒業
医療機関で看護師として勤務、高松の病院で訪問看護経験し在宅ケアの世界に入る。

1992年、京都の訪問看護ステーションで勤務、介護保険制度創設時、ケアマネジャー・在宅サービスの管理・指導の立場で働きながら、病院から在宅に向けた専門的な介入の必要性を感じ
2002年、京大病院で「退院調整看護師」として活動。
2012年4月より、『在宅ケア移行支援研究所』起業独立。
医療機関の在宅移行支援、地域の医療介護連携推進、在宅医療推進事業研修・コンサルテーションを中心に活動。

【その他の公的活動】

- 京都大学医学部人間健康科学学科非常勤講師
- 聖路加国際大学 在宅看護学臨床教授
- 京都府看護協会：在宅ケア推進協議会委員・在宅療養移行整備事業委員・研修担当委員（看取りサポート人材・在宅療養移行支援）
- 東京都看護協会（退院支援強化事業委員長）
- 奈良県 面倒見のいい病院評価指標作成委員
- 奈良県立医科大学在宅看護特別教育プログラム委員
- 滋賀県東近江退院支援ルール評価検討事業アドバイザー
- 聖路加国際大学教育センター「退院調整看護師養成プログラムと活動支援」企画メンバー
- 京都ACP看護研究会共同代表
- 日本ホスピス・在宅ケア研究会理事
- 京都式認知症ケアを考えるつどい実行委員

【受賞】

- 京都府知事看護功労賞（2014年）
- 佐川看護特別賞（2014年）
- 厚生労働大臣賞 優良看護職員（2017年）

研修会のご案内

9月3日（火）19:00～20:30

春日市 クローバープラザ

講演者：【宇都宮宏子氏】

【入院決定時から始まる“退院支援”
～人生の再構築をチームで支援できていますか～】

アンケート結果 回収率 92%回答数68(参加者74名)

満足度: 100% (とても満足47.8%+満足52.2%)

参考になったところ: 取り組み紹介 … 44.8%
(複数回答可) 情報連携の傾向 … 55.2%
意見交換 … 92.5%

理由

～医療機関～

- ・ケアマネさん達と顔を合わせられた
- ・様々な医療機関、小多機、包括の方々と貴重な情報交換が出来ました
- ・初めて会う方々と検討することが大変有意義だった
- ・様々な医療機関、事業所の方々と意見交換ができました。顔の見える連携に繋がると思います
- ・入退院支援を行う中で、日頃多くの連携を図っている医療や介護機関と情報共有ができたことがとても有意義な時間となった
- ・色々な立場からの意見や、近況など聞く事が出来、とても勉強になりました
- ・意見交換の時間を十分にとってあり、議題に関連した他の病院の取り組みを知ることができた
- ・地域におけるケアマネの動きが少し理解できた。お互いの立場で、どのような活動がされているか、情報共有ができた

満足度：100%（とても満足47.8%+満足52.2%）

理由

～医療機関～

- ・内容の濃い意見の交換ができました
- ・様々な立場、役割の意見が聞けて参考になった
- ・それぞれの立場から意見交換ができた
- ・普段、やり取りさせていただく事が多い他業種の方の意見を伺うことができた為
- ・意見交換の時間が長く、良かったとおもいます
- ・筑紫地区の取り組み 連携について考えさせられた
- ・いつも助けてもらっているケアマネさんと、情報共有ができたよかったです
- ・初めて勉強会に参加させて頂きました。機能が異なるHP,CM, 同じ回復期のHSWの方と、日頃思っていたことを聞けて勉強になりました。もっと、連携を図っていこうと思えました
- ・ケアマネージャーさんの希望が聞けて良かったと思います

～居宅介護支援事業所～

- ・他職種の方の話を聞くことが出来た
- ・地域の取組の歴史を知ることが出来た
- ・他業種の方から、6月改正についての内容が聞けた。包括病棟の入院について理解できた
- ・立場が違えば、情報 要・不要もあり、こういう機会があれば理解が深まると思う
- ・皆様のご意見が聞けて良かったです
- ・MSWの方との意見交換ができ、日頃の疑問も聞く機会ができました
- ・意見交換がためになつた

満足度：100%（とても満足47.8%+満足52.2%）

～地域包括支援センター～

- ・他者の意見も聞くことができ、日頃の疑問点も解決することが出来た。今後の業務に活かしていきたい
- ・いろいろな病院の方、ケアマネージャーと情報交換ができたため
- ・病院のSW,NS,それぞれの立場での意見を聞くことができ、よい意見交換となつた
- ・顔を合わせて交換会ができてよかったです
- ・グループワークができ他職種の方と顔見知りになれるので、とても良かったです
- ・SWの方の意見、考えを聞く機会が今まであまりなかったので勉強になつた
- ・病院の情報を得られたこと。ソーシャルと関係がつくれたこと
- ・医療従事者とのお話を聞いて貴重な時間になつた
- ・色々な職種の方から、他法の話が聞けた。知らない連携のツールも知ることができた
- ・他職種の方々と、知識が薄い部分などを、情報共有ができとても良い学習ができた
- ・病院側へのTELするタイミング、FAXでも良いというのが分かり、良かった
- ・医療介護連携の取組について学ぶことができ参考になった
- ・顔の見える連携ができた。病院、在宅どちらの意見も聞くことができた

～小規模多機能～

- ・病院側からの意見や現状が良く分かり、情報の渡し方等が分かった
- ・顔を合わせて話が出来て良かったです

～施設～

- ・施設以外の病院、SW、地域包括等の本音が聞けてよかったです
- ・立場にちがう意見を知ることが出来た

★意見交換の中で実際に取り入れたいと思ったこと

～医療機関～

- ・積極的に情報共有→電話など
- ・病院担当者とCMの直接的なやり取りの中で次回の情報交換の時期や日程を調整しておく
- ・情報シートの作成・活用
- ・情報収集のシステム化。遠慮せず、連絡をする
- ・病棟の方で情報をとり、連携室で情報のチェックをする体制の構築。CMへ連絡をとるタイミングの仕組み化
- ・地域のケアマネへ入院時、中、に情報をすることが必要
- ・他職種や他法人の方との関係の構築。
- ・途中経過の共有
- ・転院の際のCMへの連絡をぬけないようにしたい
- ・患者、家族、情報や病状を今まで以上に定期的に連絡しようかと思います。
- ・介護保険の区変申請をCMに依頼していたが、一旦、本人からはなれているので、業務外となる。⇒当HPではお願いしていたので、HP内でMSWができるよう検討できたら、、、と思う。
- ・退院時の支援カンファレンスの実施 ・家屋調査の実施を積極的に行うようにする。
- ・これまで相手が多忙ではないかと思い、連携を図る機会を逃がしていたことが分かりました。相手も同じように気を遣ってくださったので、積極的に連絡していきます。

★意見交換の中で実際に取り入れたいと思ったこと

～居宅介護支援事業所～

- ・利用者入院中の病院との連絡について、気になった時は遠慮せずに連絡しようと思いました
- ・退院前カンファへの参加意向あることを、入院時に病院に伝えておくこと
- ・CMの仕事の整理を国の方でやっていこうとする中、個人個人での動きをし、他職種がCMへ間違った認識もあり、情報共有必要
- ・途中経過の電話をしたいと思いました
- ・回復期、転院された場合、1週間たって経ってから状況確認したいと思います
- ・改めて、入院当日～ 担当ケアマネである事を知らせようと思った

～地域包括支援センター～

- ・MSWへ積極的に連絡を行う
- ・病院側との連絡を遠慮せずに行い確認、共有すること。マネジメントの担当へのCM情報を入院時など伝えるように話すこと
- ・病院への確認など、遠慮せずに積極的に行っていこうと思う。・自宅の様子や生活環境など、詳細に伝えていく
- ・密に連絡をとること
- ・入院中の担当の方の経過について、必要な時に、都度病院に確認の連絡をさせてもらおうと思う
- ・積極的に自分から連絡を入れる。名刺は複数枚配る
- ・月1回はTELしてみる。すれ違って情報がとれない時はFAXする
- ・臆せずに連絡をとる

★意見交換の中で実際に取り入れたいと思ったこと

～小規模多機能～

- ・病院の事情が分かり、連携の仕方や方法のヒントを貰えたような気がします
- ・電話を活用 病院に合わせた電話時間etc…

～施設～

- ・遠慮せず、気になったところは、電話で問い合わせる
- ・実際に面会して情報を取る
- ・zoomで見せてもらう
- ・入院時に医療機関からCMに連絡する

★その他、意見

- ・日頃なかなか顔を合わせる機会が無いため、定期的にこういう情報共有や意見交換ができる場を設けていただけだとありがたいです
- ・顔の見える連携
- ・みなさまのお話を聞き、勉強になりました。また参加させていただきたく思う
- ・多くの方々に参加いただいた会でとても勉強になりました
- ・気楽に参加できる研修をふやしてほしい
- ・医療機関にむけての(対象とした)研修を実施してほしい
- ・メンバーがとても話しやすく、このメンバーは連携が図りやすいなと思いました
- ・参加させて頂きありがとうございました