

# A

## 「利用者・家族が安心・安全に入退院できるように私達ができること」

- 病院によって連携の密度がちがう。
- 医師との連携。→サービスに向けての調整日数を教えてほしい。
- 加算ありきの連携になっていないか。
- 繋がるタイミング、スピーディにスムーズに情報が欲しい。
- 一緒に考えてほしい。
- 情報をちゃんと見ているのか？ = 共有できているのか？ →病院
- コミュニケーション。顔の見える関係づくり。報連相。
- ケアマネを紹介する時→その方に合った事業所を相談できると良いな。
- 本人・家族に聞いてもケアマネ担当者がわからない。  
→包括支援センターやデイサービスへ確認する。
- 退院前カンファレンスの在り方について。  
(日時を決めてほしい)  
(サービスに向けての日数を教えてほしい)  
(退院日の決定権をDrではなく、Ns、MSWに与える)
- ケアマネとして、入院時から関わりたい。  
退院前だけでなく入院中の情報交換をもっと密にできるとよい
- ワーカー同士の連携がとれない場合もあった。  
→ケアマネは困惑

# B

## 「利用者・家族が安心・安全に入退院できるように私達ができること」

- 担当利用者が入院した時は、早めに在宅での様子やサービスの利用状況、家族状況などを入院先の担当相談員へ情報提供する。
- 誰の為の支援なのか考える。退院後のイメージ。
- 今回の研修会のような取り組み相手の機能を知ることで、配慮した対応ができる。
- 生活する地域の情報発信。
- 退院カンファレンスは必ず行われるのか？参加者はどんな方々か。
- 日常的な情報共有、顔の見える関係として勉強会や研修会を開く。
- 制度のことなど、勉強不足（私）
- OHPの機能・役割を知ってほしい。
- MSWと病棟看護師の介護保険制度の理解の差。
- 加算ありき！MSWとナースの温度差。社会資源を知らない事がある。
- 方向性が見えてきた時に集まって話したい。退院までにせめて2回。

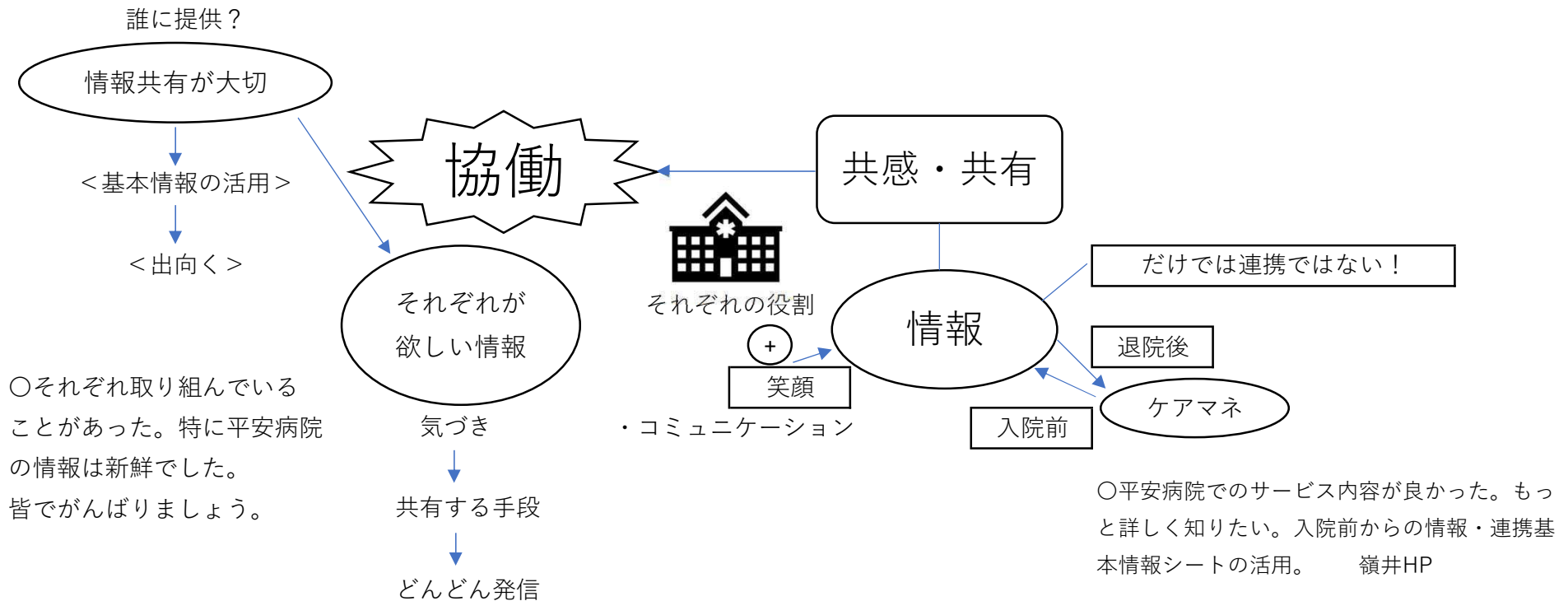
- もっともっと連携がスムーズに行けば良い地域になります。
  - ・様々な職種を知ることが大事。
  - ・話しやすい関係性を内外ともに作っておくことが大事。
  - ・入院時から退院後の事を見据えて取り組む事が大事。
  - ・相談しあえることが大事。
- 情報の共有（カンファレンス連携シート）
- 患者さんは来た所に戻す。
- 顔の見える連携づくりを行う。
- 直接出向く！！顔みて支援者（関係者）個々の情報も知ることによって連携しやすい。TELだけでは繋がらない。
- 電話、紙（書面）だけでなく、顔も見たい。
- 地域ケア会議に参加しよう。
- 病院によって入院期間がある。

共有したいこと→<ケアマネ・病院→連携で困ったこと>
気づいたこと→<日頃の連携が大事>
私たちにできること→<情報提供（早く）>

# C

## 「利用者・家族が安心・安全に入退院できるように私達ができること」

- お互いに話を聞きやすい関係づくり。
- 入院前の外来受診の時点情報収集。
- 院内での連携。
- 各職種の役割を改めて知った。入院前からの情報収集、コミュニケーションが大切。
- 顔と顔を合わせる。情報の共有と活用の仕方。
- 多職種連携について。
  - ・入退院時の情報共有→基本情報シートの活用  
(取り扱いについて) →コミュニケーションは直接会って！！
  - ・入院時情報→患者だけの情報ではなく地域資源の共有。
  - ・精神の支援。



**D**

**「利用者・家族が安心・安全に入退院できるように私達ができること」**

- 利用者の為にケアマネとして発信することはしていくことが大切。
- 入院した時から退院に向けて取り組んでいる。→早めに動く。
- ※後手後手になると在宅復帰が困難になる。
- 情報の連携が大切。

何を、どんな情報を  
求めているのか？

- 顔の見える関係の構築。
- 介護保険の制度が良く分かっていない！
- ケアマネ名刺の活用。
- 各病院機能を活かして病棟を選択する。
- お薬手帳に保険証等を入れておくとても助かる。  
(利用者への声掛け)

## 入退院支援のスムーズな連携に向けて

### 浦添総合病院

※急性期の課題として在宅復帰の受け皿が少ない。

- 自治会・民生委員との連携も重要。
- 市民の意識向上も大切。（市民公開講座等）
- リハビリからの情報提供がとてもありがたい。

### 同仁病院

<急性期・地域包括ケア病床・療養病床>

- ※入退院支援課発足
- 浦添市より委託を受けて予防事業等も実施
- 病院での勉強会や症例振り返りも大切。
- 今後は牧港中央病院でも検討中。
- ※浦添総合病院は実施。

E

「利用者・家族が安心・安全に入退院できるように私達ができること」

コミュニケーション

病院側が抱える問題 = 有料老人ホームの課題



どう考えるかを多職種で考える。



利用者の安心・安全な暮らし。

誰かがやる  
じゃない。  
皆がやる！

○リハビリからの  
情報共有がありがたい。

○協働・共感

協働



共感



共有

○病院内でも情報共有。

○お互いの弱みを知り分り合う。  
(言われないとわからないを当たり前だと受け止め合う)

気づき

○退院後の帰る場所。  
○入院中の介護保険の申請する  
タイミング。

スムーズな連携

できる事

入院中の経過、  
途中の連絡が  
ほしい

拘束

○日中は拘束せずに  
過ごせるか評価する  
試す (できるだけ離床する)

○早い段階で  
家屋調査。

勉強会

自ら

# F

## 「利用者・家族が安心・安全に入退院できるように私達ができること」

○病院のスタッフ（Ns等）にケアマネ等の在宅サービスの役割を知ってもらうことが重要。

○ケアマネジャーとして

- ・利用者の住んでいる環境、家族環境を共有できるように意識したい。
- ・退院時に課題となることを、在宅支援の観点から伝えていきたい。

○ケアマネがいても連絡がない。（気づいてほしい）

○生活が見えていない人、入退院を繰り返す人。

いろいろ気づいたら連携。役割を知る。



○入院中にこまめにみにいくことで退院後の生活がイメージしやすい。

○介護サービスを利用していない人を在宅に帰る場合の方法支援。

○提出した基本情報などは活用してくれているんですね。

どんな情報が入っていると良いのかわかった。地域や自宅での生活をもっと書いていこうと思った。

○在宅生活情報シート（普段の生活情報）家族構成が詳しくあれば。

○病院側は方針が決まった時点でケアマネや包括に相談（連絡）する。（タイミングが大事）

○病院側・在宅側がお互いに分かっている事、分からない事を知ることがスタートである。誰がやるというのではなく、皆でやるということ。

○顔の見える連携。

○病院の立場も大切であるが、地域をつなぐ為の努力も大切だと考えると、対象者も自分事にするための努力。

○共通語

- ・お互いを知る為には強み・弱みを知る。
- ・限界は、何のサービスが有る・無い。

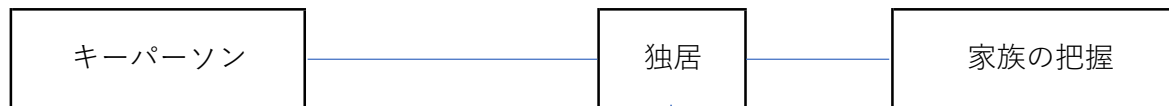
○退院支援の課題はどこも共通だと感じた。それぞれの機関の役割、機能を理解して情報共有・連携していく。

○病院から急に退院となって自宅に戻り、環境やサービスも整っていないまま、困って相談に来る方がいます。退院前に病院と連携してスムーズに家に帰ることができるようにしてあげたい。

○独居の方で、民生員の方に入院先に様子を見に行ってもらいたいが、プライバシーの保護で苦情に繋がり難しい現実がある。

○病院の退院に向けての取り組みが在宅生活に対して、いろんな形で進んでいることを取り入れていきたい。

※情報共有が大切



・居宅・包括がなりそうになることがある。

・キーパーソンが変わることがある外来時点で把握（病院側）する。

← 救急では難しい！！

・家族に迷惑をかけたくない

# G

## 「利用者・家族が安心・安全に入退院できるように私達ができること」

○ケアマネさんへ

・お忙しいと思いますが、利用者様が入院された際には、是非来院して頂きたいです。顔を合わせて情報を交換し退院を見据えたお話をしたいです。

☆ケアマネは医療と介護をつなぐ要☆

○病院へ入院された際、本人、家族様より担当ケアマネへ連絡するように伝え、病院からの連絡も欲しい。

入院された事が分からない時もあるので。。。

また、情報を持っていくときに渡す方が分からないので。

○病院もケアマネもお互いが情報を知りたがっている。

○お互い知っているだろうと思うことがある。

○入院日等、情報の引継ぎや連携が大事。

○病院へ連携シートを送付しますが、こういった内容があれば役に立つのでしょうか？

○基本的にTELやFAXしますが、メール等、SNSを使えたら楽になるかなと思う。

○連携室の方と退院支援課の方の業務の違いが分かっていません。どちらに相談したら良いとかがあれば知りたいです。

○皆さんと会えると相談しやすいです。

○浦添市の病院は連携しやすい情報も伝わってくる壁をあまり感じない。

○人と人をつなぐ連携が大切。

○個人情報提供は出向いて行っている。病院側からこなくて家族からカンファレンスの事とかを聞くことがある。主治医からケアマネから積極的に確認してもいいのでは？と言われた。

1人で60名くらいみている。全員の退院情報が把握できない事もある。

### <話し合った内容>

・ケアプランがあると助かる。

・ケアマネが病棟へ来てくれると退院のイメージがしやすくなる。

・浦添総合病院

前方連携→かけはし ※外来・セカンドオピニオン新たな入院の支援

後方連携→退院支援課 ※入院患者の退院・転院支援

○入院していることを家族が教えてくれない事もあるので、病院から教えてくれたら有難い。

# H

## 「利用者・家族が安心・安全に入退院できるように私達ができること」

○多職種間でのコミュニケーションが大切。また、入院前のリハビリの背景を知り、支援の仕方を考える必要性。

○地域の受け皿も大切だと感じた。近隣との繋がり。家族・友人との繋がり。

○コミュニケーション（顔の見える関係）多職種の連携。主治医の意見。生活環境。家族との連携。

○地域の相談窓口が意外に住民は知らない。コミュニケーション。浦添市共通の入退院情報シートが必要。

○地域の資源を意外と知らなかった。連携のための書類様式がいろいろある。病院相談員と顔の見える関係を作っていきたい。→病院に足を運ぶ。カンファレンスに参加したい。

○コミュニケーションの大事さを知った。病院の機能、役割を知り、連携の大切さを知った。顔の見える関係を作っていくこと。

○早い段階から連携したい。情報共有のスピード。ケアマネの存在をしらない患者が多く、辿り着くまでに時間がかかる。それぞれ連携の方法が違う。一緒に考えて欲しい。

○精神のアパート等の状況。

40歳から64歳の介護認定者の相談窓口。本人以外の問題の発見の相談。

○急性期での経鼻胃管（NG）患者が増えている。回復期後も家族のリハビリ希望が多い。

入院前情報を共有することで退院支援がスムーズに行える。多職種連携、コミュニケーション大切さ。



# I

## 「利用者・家族が安心・安全に入退院できるように私達ができること」

○介護保険の事を現場、対象者が知らない  
→退院支援の為にケアマネ呼んで勉強会。

○病院に足を運び顔の見える関係。名刺を2枚。  
お薬手帳に介護保険証、名刺を入れ込む。

○コミュニケーション。

○カンファレンスに呼んでほしい。  
方向性を早めに話したい。段階的に。  
→自宅、ホーム、転院

○2025ネットワークは、どうなっているの？  
・情報収集、情報共有、福祉会員（リハ）  
・ルール→共通の様式

○制度  
・介護保険調査待ち、改善待ち。

○顔の見える関係が大事。市民向けの情報提供。



病院内で、介護保険の仕組みについて

○様々な関係機関が目指す所が一緒だった

スムーズな連携

住み慣れた地域での生活

- ・受け入れ
- ・実情

# J

## 「利用者・家族が安心・安全に入退院できるように私達ができること」

○自宅に退院したら再入院を繰り返す。（転落リスクあり）  
本人的には自宅に帰りたいと訴え強い。

○何故帰れないのか、入院中に在宅メンバーも含めて  
カンファレンスが必要。

○他職種同士で情報交換し合う。共有することで  
他職種の役割を理解し合える。

○他職種で病院に入院中に、在宅サービスメンバーも  
ラウンドして、利用者の情報共有する。

○法人をこえた他職種連携が必要。

○医療と介護お互いの機能を知る為に、勉強会をする。  
→お互いに本人のために頑張っている取り組みがわかる。  
お互いを知る。

○共有・共感・協働

○在院日数が限られている中、在宅での各種サービスの利用までに  
時間がかかる。退院から在宅支援を共に考えたい。（社会資源等）

○各病院・ケアマネ・包括の役割を知る。分からない事を聞き  
合える関係性を作る。人と人との関わり。

○家族からケアマネに言っていない場合は、  
→顔の見える関係が必要

○病院側が知りえない情報を、ケアマネが持っている。  
共有していきたい。

○患者利用者が頻回に入院する人の場合、どのような生活を  
送っていたのか、包括が介入できるので相談してほしい。  
（安否・食事・気になること等）

○気になっていることがあるのに情報が共有されていない。

○ケースワーカー（CW）と連携したいので、連絡ほしい。  
→ケアマネジャー

○病棟ナースと相談員の連携。

・在宅と病院の機能説明を聞く、知ることが第一歩。  
気軽に聞ける関係性が大事。

・相談窓口と人がわかると支援しやすい。（コメディカル）

↓ 誰からでも連絡があると支援にいかせる。

# K

## 「利用者・家族が安心・安全に入退院できるように私達ができること」

○入院前からケアマネから情報収集し、課題把握している。

課題解決に向けて動いている。

○情報共有大切！！

- ・早めに「方向性」を決めることでケアマネも関係事業所も連携できる。本人の認識も統一することで不安もなくなる。
- ・連携のガイドライン（浦添市版作成）。

○色々な所で情報共有。

（入院前・入院時・退院前）

○声かけられてから退院がはやい。

○ケアマネから

- ・入院時情報は早めに届ける。・入院内の様子（状態）が欲しい。
- ・ケアマネ側から入退院支援室に要請する。
- ・フロアナースやリハビリ担当に積極的に情報収集する。
- ・退院後のサービス調整。
- ・ケアマネの名刺を保険証に入れてもらうことで、入院時にケアマネが分からないというのをなくす。
- ・振り返り。
- ・包括より個人情報の難しさ。
- ・50人、60人に1人なので情報共有が難しい。

○入院前情報によりスムーズに退院に繋がっていることがわかった。

○退院支援について退院前に情報を早めにほしい。

○情報を待っているのではなく、動かないといけない。

○顔の見える関係を作りをしていく。

○入院前支援の取り組みについて

- ・入院前→入院中→退院と関わりが持てて、退院後の生活にスムーズに移行できると感じた。

○できること。

- ・ケアマネとして病院と密に関われる。
- ・退院後のより良いサービスにつなげられる。
- ・病院スタッフ（Ns、PT、OT等）の介護保険勉強会とか？  
※逆もあり

・早めの調整、こちらから病院へ連絡。

・退所前カンファレンスにケアマネもいれている。

→利用者の状況も知れて早めに対応しやすい。

・顔が見える化。情報共有。

○入院前に居宅ケアマネから情報収集、生活の場もきちんと情報提供している。

○入院中に在宅サービスメンバーも一緒に病棟をラウンドして、今後どのようなサービスにつなげられるか。情報共有している。

○各病院は各々入退院支援について多職種でカンファなどしながら、調整している。（気づいた事）

○退院前の情報を円滑に伝達したい。（共有したいこと）

○退院前カンファは直前だとケアマネが来院しづらい為、ケアマネから逆に入院中や退院に来院可能日を伝えてほしい。

○医師との連携がうまくいっていない。

→退院前カンファレンスの活用。

○各病院や施設の役割・機能をしっかり理解する。