

令和7年度入退院支援ハンドブック活用連携会【グループワークのまとめ】

グループ	STEP 0	STEP 1	STEP 2	STEP 3	STEP 4
A	<p>〈出来ていること〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日々の記録は細かく入力するようにしている(記録システムからすぐ印刷できるので情報提供しやすい) ・何かあった時、HPIにケアマネの名前を伝えるよう話しておく ・訪問診療のため、医療情報は細かく確認できる ・地域のやり方が違う。事前に確認できていれば... ・訪問看護、訪問診療導入時、意向を再確認し共有する ・わたしのきぼうノートを活用し、日頃から意向確認しあう ・常に急変することを考えている 				<ul style="list-style-type: none"> ・役割分担(入院・退院)があり深掘りでき、担当でないところは情報共有連携している(入院支援、退院支援、MSW支援) ・外来とやり取りをして入院前の情報をもらえる ・退院が決まった後(カンファの後)の状態変化時もケアマネや施設へ伝えて共有出来ている ・入院時の本人の意向など、ケアマネなどへ伝えることが出来ている →必要なものの準備も出来ている(サービス調整) ・連携強化出来ている ・入院中に特養の申込を勧められてもすぐには入所できない ・入院中の状態を細かく連絡もらえることで退院後の状態を医師へ伝えやすい
B	<p>〈介護側〉</p> <p>◎備え</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一人暮らしの人が急に入院した時に家の鍵、薬の場所、衣類など入院セットの準備、置き場の確認、通帳などの貴重品等、在宅情報を事前に作成し万が一に備える ●困る ・急変し施設からHPへの場合、連絡しても家族になかなか電話が繋がらない。家族と連絡がつくまで処置や職員が待機となることもある。 ・入院うんぬんではなく、独居の人など早い段階で本人に入院したらどうするか確認が必要 <p>〈医療側〉</p> <p>◎備え</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身元不明で搬送された方などのケース(所持品で調べる) ・緊急連絡先の確保、CMついていると情報収集しやすい ・一人暮らしで繋がっていない方など(包括やCMが介入していない人) ●困る ・HPからHPへの転院で入院した時に家族がCMの名前がわからないこともあり、困る(デイの名前は出るけどCMの名前はわからないとか...) ・入院した時に家族がCMへ入院したと連絡を入れてもらえればよい(在宅情報のやり取りにつながる) 				<p>〈介護側〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院前カンファレンスで退院後の留意点を確認できるのは安心 ・急性期ゆえにカンファレンスまでの短い時間で行うが、実際家に帰った際どうか...はある ・リハ状況を確認し、在宅へ戻る方へはカンファ開催多い ・カンファするケースとして医療系サービス(訪問リハ、訪問看護、訪問診療)、CMからの依頼、新しい医療行為必要な方が多い <p>〈医療側〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療行為があり、自宅に帰る方に関しては訪問診療、訪問看護必要な人はカンファ開催(初期～検討) →CMにはプラン・サービスの調達してもらい、カンファレンスは最終確認の場として考えている。補足など家族支援、サービス調達が整ったら、退院の流れで考えている ・施設に戻るからという事情で逆に家族にHPでの状況が伝わっていないこともある ・退院する前の準備がしやすくなった(退院前に面会やNsと情報共有することができるから)
C		<p>〈介護側〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅情報をその日のうちか、次の日には出すようにしている ・ヘルパーが服薬等出来ていない場合、CMに共有するようにしており、CMから病院に伝える ・在宅情報はあるけど更新が必要な時がある ・家族との関係が不和なときの対応に困っていることがある <p>〈医療側〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族との関係から聞き取った情報も重要 ・スクリーニングシートと同様の内容が入っていて参考になっている <p>〈施設側〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・救急時の早朝・夜中にケアマネには連絡せず宿直が対応する等、ルールを作っている。家族(どのような関りか常に把握しておかなければと思う)も含め、誰が動けるか 			<p>〈介護側〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院が決まったら連絡するように家族に伝えている ・入所者が入院して状態が変わっていると受け入れできなくなり退院先を探さなければいけないことがある。施設側の体制を整える時間が欲しい ・カンファなくても情報だけでも欲しいと思う ・病院内でのリハビリの内容が家に戻るとやらない人が多い <p>〈医療側〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サマリーに課題を入れている ・在宅情報は全て目を通して退院に向けての参考情報にしている ・カンファ後に薬など変わった時の情報共有をするように努めている ・サマリーには転倒リスクや精神疾患など、気を付けることがあれば入れるようにしている ・退院前に家族が気を付けるべきところを習得できているのかを確認してから退院できるように心がけている
D		<p>～在宅情報について～</p> <ul style="list-style-type: none"> ・KP書くの大変、3人いけばもうすばらしい(姪の子供の知人、選択肢に当てはまらない) ・精神科であると家族の高齢化率が高く、身寄りのない方もいて支援の必要性の共有が難しい ・在宅情報、時間外のFAXだと行方不明になるため連絡を取ってから ・入退院を繰り返す方だと事前に在宅情報の提出もあり ・病棟と連携室との情報のタイムラグ ・在宅情報を出すタイミング、入院直後はみんなバタバタしている ・体重、デイ使っていないと難しい ・HP側は記載あればありがたい 			<ul style="list-style-type: none"> ・退院後、外来の患者になってから来院しない方もおり、服薬せず再入院する方もいる(指導はするがそもそも来ない、一人ひとりに声掛けできていない) ・退院後、外来患者となったからの一人一人の関りがうすい ・CMと外来の関りが少ないのでは?なかなか業務上... ・外来とケアマネジャーとの関係構築が課題、なかなか情報のやり取りができない ・外来となれば緊張するし、診療時間もきにしてしまう、対応しやすい時間帯は15時以降かな? ・介護タクシーが手配できない、つかまらない、誰が手配するのかの確認が大事 →受診、退院、転院、時間によって混ざっている ・見守りネットワークは家族背景にもよるかな ・退院後、入院したことをかかりつけ医に伝えられた方が良いかも? ・ケアプランの交付(Dr. かかりつけ医) →HPIはケアプラン提出が必須 ◎中部病院は主治意見書1番窓口、CPも欲しい ◎花北病院は事務窓口

グループ	STEP 0	STEP 1	STEP 2	STEP 3	STEP 4
E			<ul style="list-style-type: none"> ・新規介護申請の主治医の意見書について、転院前のDrか？転院先の Drか？ →申請時のDrに基本書いてもらう ・病院での調査日が決まっても退院・転院がまれにある ・整形、脳外はリハ転院先で介護申請していたが、申請してから在宅復帰 ・退院が間に合わないで考慮するようになった →退院・転院が近づいているとき、市へ連絡し調査日程を早めてもらう 		<ul style="list-style-type: none"> ・本人・家族への病状説明 ・老健(施設)は厚労省の様式が違う ・在宅情報がすぐに来て助かる。Ns、リハ等、病院多職種で共有できている ・ケアマネに来てもらい、一緒に退院支援、Drの説明を聞くが、急遽の場合は間に入って説明 ・在宅情報を渡すときに利用者さんの状況を直接聞くことができ、今後の方向性にもつながられる →直接病院にケアマネが来ることはどう感じている？ ◎何とか時間を作っているが担当がいけないときは他のケアマネがやむを得ず行く ◎ケアマネから細かく情報収集できる。ご本人にも会ってもらうこともある。家族も安心 ・転院の時、在宅情報が新たに欲しい →ケアマネにOKもらったら添付している。チェック欄に印があれば転院先に渡してもらえる(共通認識になってなかった？) ・看護サマリーの内容はあっているのか、十分か？ →サマリーない方は後でお願いできるのか？ →できる ・ケアプランはもらえるのか？ →退院後、プラン提示する
F			<ul style="list-style-type: none"> 〈介護側〉 ・リハ見学 ・HPから連絡ない。情報を教えてもらえず、家族に聞いてくださいと家族も理解できていないことがある(電話だと個人情報話せないのか？) ・小規模、HPからの受け入れ確認、本人の状態確認 ・知らないうちに退院 ・HPに今の状態についてこまめに問い合わせる ・申請のタイミングをHPと相談 ・「入院診療計画書」は家族に渡すもの ・本人の情報を知って見直しを立てたい 〈医療側〉 ・HP一週間以内カンファ→ワーカー、Nsと情報共有し退院に向けて方向づけ ・ケアマネからの情報が多すぎると整理が難しい ・ケアマネとHP、タイムラグがあり、ケアマネが知りたいことを伝えられないこともある ・HP申請早め(Dr、Ns) ・医師との面談がまだなこともある ・病状まだ家族にも説明していないと伝えられない... ・情報まだ共有できていないこともある... 		<ul style="list-style-type: none"> 〈介護側〉 ・在宅での様子をDrへ手紙
G			<ul style="list-style-type: none"> 〈できていないこと、気を付けていること〉 ・カンファに参加するようにしている ・意向確認はしっかり行う ・在宅へ戻った時のシミュレーションをしている ・自宅環境を確認してからカンファするようにリハスタッフへ依頼 ・HP:退院支援担当のみだけでなく各専門職から意見を頂くようにしている ・HP:家族の思いを医療側に伝えている 〈困っている、難しいと感じる場面〉 ・身寄りなし、本人の意思確認ができないと退院後の調整が難しい ・HP:ACPプランをたてて家に帰るが、すぐHPへ戻ってきてしまうことあり(やってみないとわからない) ・HP:資料をまとめるのが大変 ・カンファする方、しない方、退院後した方が情報たくさんあってよいと感じた ・病院でできていたことが自宅でできるのか、しっかり確認した方が良いと感じた ・退院までの時間 	<ul style="list-style-type: none"> 〈できていること、気を付けていること〉 ・カンファに参加するようにしている ・意向確認はしっかり行う ・在宅へ戻った時のシミュレーションをしている ・自宅環境を確認してからカンファするようにリハスタッフへ依頼 ・HP:退院支援担当のみだけでなく各専門職から意見を頂くようにしている ・HP:家族の思いを医療側に伝えている 〈困っている、難しいと感じる場面〉 ・身寄りなし、本人の意思確認ができないと退院後の調整が難しい ・HP:ACPプランをたてて家に帰るが、すぐHPへ戻ってきてしまうことあり(やってみないとわからない) ・HP:資料をまとめるのが大変 ・カンファする方、しない方、退院後した方が情報たくさんあってよいと感じた ・病院でできていたことが自宅でできるのか、しっかり確認した方が良いと感じた ・退院までの時間 	<ul style="list-style-type: none"> 〈出来ていること〉 ◎退院前カンファする 【HP】 ・新たに訪問看護導入等は必ずやるように ・医療的ケアが増えた方 ・在宅時、ケアがうまく出来ていなかった方についてしっかりお伝えする意味で行うようにしている 【ケアマネ】 ・ADL、状態が変化した場合 ・訪問診療、訪問看護を導入する際 ・医療依存が高い方 ・家族の意向を病院に伝える 〈困っていること〉 ・介護タクシーの手配(退院が近い場合) ・サマリーを出したが、介護側は役立っているのか →介護側は助かっている。専門用語、具体的な内容でお願いしたい
H			<ul style="list-style-type: none"> 〈居宅支援〉 ・入院中の情報を退院前に確認でき、スムーズに元の施設での生活に戻ることができている ・関係事業所を呼んでカンファレンスを行っている ・しっかり話し合っ退院したが、在宅に戻ってすぐ急変し家族の意向が変わってしまったことが続いた ・STEP3のカンファレンス時に2表の原案は作成できていなかった ・入院時の情報を得て原案を作ろうとしているところがある ・退院カンファレンスの主導を病院側に任せているようなところがある 〈HP〉 ◎できている◎ ・本人、家族の意思を尊重したかわりができていて、カンファレンスに活かしている ・多職種カンファレンスを実施して、あらかじめ情報共有している ◎できていないこと◎ ・担当Nsがカンファレンスに同席できない ◎気づいたこと◎ ・日程調整が難しく、家族が遠方で退院前カンファレンスが延期になることもあるため、「オンライン参加」にしてもいい ・在宅より施設へ...の方が多し(Drの考え...) ・なかなか家族がもしみるなら...のイメージを膨らませる機会が少ないかも ・退院前、訪問指導しているHPとなかなかしないHPとある。必要な人もいると思う 	<ul style="list-style-type: none"> 〈居宅支援〉 ・退院カンファレンスで話し合ったが家族と本人の意向で予定より早く帰ってこられて困った ・早まって退院の当日に伝えられたことがあり、パニックになった ・MSWも連休中で家族と病棟だけで退院日が決まっていた 〈HP〉 ◎疑問◎ ・サマリーを出しているが、この情報でケアマネは大丈夫か？ ◎気づいたこと◎ ・カンファレンスで決めた内容が実際にケアに反映されているのか、何か不足な情報があるか ◎出来ていること◎ ・付箋活用 ・退院時テンプレートに継続看護を記入して外来へ申し送りしている ◎出来ていないこと◎ ・外来Nsはあまり情報を見ることがない 	<ul style="list-style-type: none"> 〈居宅支援〉 ・退院カンファレンスで話し合ったが家族と本人の意向で予定より早く帰ってこられて困った ・早まって退院の当日に伝えられたことがあり、パニックになった ・MSWも連休中で家族と病棟だけで退院日が決まっていた 〈HP〉 ◎疑問◎ ・サマリーを出しているが、この情報でケアマネは大丈夫か？ ◎気づいたこと◎ ・カンファレンスで決めた内容が実際にケアに反映されているのか、何か不足な情報があるか ◎出来ていること◎ ・付箋活用 ・退院時テンプレートに継続看護を記入して外来へ申し送りしている ◎出来ていないこと◎ ・外来Nsはあまり情報を見ることがない