

# 令和7年度「県北医療圏退院調整ルール」運用評価会議

病院・ケアマネジャー・地域包括支援センター代表者合同会議

グループワーク記録用紙（ 1 グループ） ホスト：福島市

【スタートのグループメンバー】病院1、病院15、居宅14、包括5、包括13

【2巡目のグループメンバー】病院7、居宅19、包括3、居宅27

## 1.急な入退院・短期入退院時の連携を、よりスムーズにするには？

1 G

- ・包括：担当家族からの連絡ないまま入院の連絡が入る→そこを少しでも整理したい。
- ・県北医療圏はやりやすい。
- ・毎日毎日のTel、裏の見えない支援…立場が変わると（所属の中で）見え方が変わる。ex.病院Ns→相談室Ns
- ・あんしんセット：担当CM明記のものがほしい。（HP側からも）→誰が〇〇なのか、わからない。担当探しが始まり、時間のロス
- ・（HPの中で）すみわけ→連絡者が変わるとその先の連絡（連携）が途絶えてしまう。  
→年末年始など長期の休暇時は特に連絡者が不在になってしまい、スムーズにいかない事例がある。  
HPでのルールもある（原則）＋臨機応変に連絡できる人が連絡することの徹底。ex.病棟Nsも躊躇せず連絡できるような判断の徹底ができるように。  
事業所とHPの緊急の連絡先を把握する。整理しておく。  
※緊急連絡先はみんな書いてあるものか？→だいたい書いてある。
- ・情報提供書を最初から完べきではなとも良く、あとの基本情報はFaxなり、速やかに相手方へ送れること。

2 G

- ・HP相談員：1週間前のルールの前に「了承」の問題。
- ・急な入退院→サマリーが未完のまま受け入れになる。
- ・精神HP：急な退院になりやすい。備えておいてバタバタしないようにする。情報シートを使えるようにしておく。

## 2.明日から私たちが意識すること・取り組むこと

2 G

- ・名刺をしつこく入れてくる。（目の前で）貼る。お互いに業務把握しておくこと。
- ・短期入院増えている。入院時、CM情報がない。→最終的には手掛かりがない時は行政へ。
- ・HPのワーカー：人数少、忙しい。連絡ないときは連絡して歩み寄る。互いの業務、仕事の流れ、業務量など、分かり合ってギスギスしないようにやっていくことも大切。

グループワーク記録用紙（ 2 グループ） ホスト：二本松市

【スタートのグループメンバー】済生会、第一HP、けやきの村、東和包括

【2巡目のグループメンバー】柞HP、南東北川俣居宅、サンサンケアステーション、福島中央包括

## 1.急な入退院・短期入退院時の連携を、よりスムーズにするには？

○急な入退院

- ・担当がいる場合は家族に確認する。担当者がいない場合は包括に連絡する。
- ・介護認定の有無→福島市の場合は介護保険係に確認する。
- ・あんしんセットの持参を周知。→入院セットに入れてもらう。
- ・急なEntのところでも連絡を入れるようにしている。

○急なEnt

- ・長期休暇の際の連絡方法→病棟からの発信をお願いしたい。Ns以外の職種、事務職等から連絡を頼めるのかにもよる。
- ・支援者側（医療・包括or居宅）仕方ないよねと言える関係にいることも大事。
- ・事前に情報提供している。Entする可能性がある旨を伝えておく。

○短期入院等

- ・HP4からも連絡が来ることがある。
- ・情報シートを翌日まで（居宅）加算があるため。（土日以外）そのため、フェイスシートになってしまっている。
- ・1泊2日の入院でも一応サマリーを送っている。（検査入院でも）

## 2.明日から私たちが意識すること・取り組むこと

- ・あんしんセットを持参できるよう、そろえておく。（財布、保険証入れ）→入院の際に確認し、電子カルテに入れている。
- ・カルテを包括で作成し、すぐ取り出せるようにしている。

### 3.その他（1.2以外の内容）

- ・専門職間ではルールを知っているが、家族までは知らない。独居の方へのアプローチをどのようにするか？
- ・Entの時はサマリーを送っている。

<まとめ>

- ・あんしんセットの周知・持参
- ・HPでスクリーニングをして、ひろいあげる。お願い。情報シートとして情報が欲しい。
- ・入退院の場合は、包括・居宅・HPで互いに情報の共有をするようにしていきたい。

グループワーク記録用紙（ 3 グループ） ホスト：伊達市

【スタートのグループメンバー】 もりえの、枡病院、せいふう、白沢、北福

【2巡目のグループメンバー】 病院2、病院14、居宅10、居宅21、居宅25

### 1.急な入退院・短期入退院時の連携を、よりスムーズにするには？

- ・もりえの：大体情報共有できているが、HPによって差がある。「担当が決まっていない」といわれている間にEntしてしまうこともある。
- ・枡HP：大体のHPは病棟で担当が決まっている。担当を把握できていないだけの時もある。あんしんセットを持ってくる人は殆どいない。どんだんご連絡もらえれば対応したい。
- ・HP側はシートをもらえると電子カルテ上でスキャンして全員見れるのでもらった方がよい。
- せいふう：HPによって差がある。「早急にご連絡ください」と書いても連絡が来ない、返答がないことがある。（今日も事例があった。）救急搬送先がわからず、消防本部に問い合わせたHPが分かった。
- ・短期入院だと相談員決まらずにEntしてしまうことがある。家族から聞いてEntを知ることある。「あんしんセット」にしても、いざ受診の時に取り出してしま...

白沢包括：HPとの連絡は少ない。介護保険の申請時に困ってしまう。一報いただくとありがたい。まずは相談していただきたい。（代行申請もできるので ICT機器）受け持ち以外の相談増えている。

北福：病棟から介入依頼をもらって介入する。3日以内のルールはあるが、タイムラグが生じてしまう。ケアマネから情報をもらって早期介入しやすい。家族はケアマネに連絡することが多いと思うので、ケアマネから連絡もらいたい。（ケアマネは昨日今日あった相談員より話しやすい。）

- ・1週間後に同じ疾患で入院すると介入せずにEntすることもある。あんしんセットはあまり見たことがない。

病院2：あんしんセット持参しない方が多い。（特に救急）持っていないくとも本人・家族から教えていただきカバーしている。あんしんセットの普及。（相談員だけでなく、病棟Nsも）CMや包括など担当いない方が苦慮している。

居宅25：急な入退院、軽症だと相談室⇄本人のやり取りではなく、病院Ns⇄CM直接やり取りしてもいいんじゃないか。関係づくり。

居宅10：（加算の関係）連休をはさむとだいぶ経ってからになる。ある先輩は入院になりそうときは予め送っておくこともある。→先にもらっておく分にはHPとしては大丈夫との話であった。

「家族とどんな生活をしていかし」の情報が知りたい、家族からの提供情報と違うこともお互いある。経済状況、家族構成

### 2.明日から私たちが意識すること・取り組むこと

- ・顔の見える関係づくり継続
- ・情報共有シート「特記事項」の部分をしっかり入力したい。「転院時」の活用は？
- ・あんしんセットの周知

グループワーク記録用紙（ 4 グループ） ホスト：本宮市

【スタートのグループメンバー】 県立医大、枡病院、南東北川俣居宅、あづま脳外科居宅、清水東包括

【2巡目のグループメンバー】 にじのまち、本宮社協、赤十字、安達包括、福島南病院

### 1.急な入退院・短期入退院時の連携を、よりスムーズにするには？

- ・短期間でもそれぞれの役割分担をしておく。もし急な退院になったら…など先を予測して役割分担をしておく。
- ・顔の見える関係を作っておく。この人なら連絡できるという関係。
- ・あんしんセットの周知をしていく。使ってもらえるように市町村も努力を。（ケアマネ、利用してるサービスも把握してない人は多い。）
- ・病院の中（病棟看護師）での退院調整ルールの周知をする。（相談員はある程度理解してくれている。）※東北の動画など良いと思った。
- ・入院してきた時の見立てをたてての動きをしている。
- ・利用者、家族にケアマネを知ってもらうために、ケアマネの名刺等を渡す。口ずっぱく入院したら病院へ伝えるよう言っておく。
- ・キビタンケアネットのように情報共有できるツールがあると良い。（情報共有できるシステムがあると良い。）
- ・まずは電話をする（もらう）。その後生活状況の情報共有必要。
- ・土日祝前に情報シートの送付をしておく。←加算との兼ね合い、※情報共有シートを前もって作っておくとよい。

### 2.明日から私たちが意識すること・取り組むこと

- ・顔の見える関係づくり
- ・担当ケアマネについて、家族、利用者さんに入院時は病院に必ず伝える旨の周知。繰り返し話をしておく。あんしんセットの持参も伝える。
- ・できれば事前に情報共有シートを作成しておけると良い。（急な入院時に情報を追加して送れるぐらいになると良い。）

### 3.その他

- ・家族と疎遠な独居高齢者が増えている。ケアマネよりヘルパー頼りにしてる人も。
- ・ヘルパー、民生委員からの情報提供もある。→平時から関係する方との情報共有、連携が大切。※一人暮らしの方---あんしんカード（ケアマネの名前など記載）
- ・みまもりもりん、名刺財布に入れる。
- ・あんしんセットを揃えていないことがある。見たとしても分からないことが多い。
- ・情報シートの土日祝の扱い。
- ・あんしんセット→目立つものを！

#### グループワーク記録用紙（ 5 グループ） ホスト：桑折町

- 【スタートのグループメンバー】 県立医大、福島南、JAふくしま未来、飯坂北包括
- 【2巡目のグループメンバー】 桑折包括、本宮市、福島包括、東和包括、南東北病院

### 1.急な入退院・短期入退院時の連携を、よりスムーズにするには？

・土日祝日等、休日に家族から入退院の連絡を受けても事務所が閉まっていて週明けの報告になる。それでも良いか？「入院しそうだ」の時点で送ることもできるか？

→病院は送ってもらえば記録を残すので申し送りできる。シートを全部埋めなくても良い。連絡先が分かればやり取りできる安心感がある。週明けでも構わない。

- ・入院当日だと加算「1」、翌日以降だと加算「2」になる。ここはどう考えたらいいのか？（事前提出）
- ・包括とケアマネでは利用者・家族の意識が違う。包括はご家族からの連絡が来ないことも多い。加算の有無は関係なく、相談・連絡あれば対応している。
- ・主病が泌尿器科→今回肺炎で入院、担当の包括がごこなのか、ご家族、利用者に浸透していないのか。
- ・病院側から、ケアマネさんが訪問に出ていることも多く連絡がつきにくい。→病院（相談員）もつながりにくいといわれる。携帯だとケアマネさんが本人かどうか不安でかけにくい。

### 2.明日から私たちが意識すること・取り組むこと

- ・あんしんセットに名刺を入れておくことをやってみる。
- ・先生と家族で退院日を決めた。調整が大変だった。
- ・円滑にするための退院調整ルール。急な退院もあることを踏まえ、普段から顔の見える関係大事。
- ・ご家族とのつながり、入退院時の連絡依頼、病院との連携を深めていく。
- ・誰が困る？市民の方が退院調整ルールを知らない。広報を。
- ・相談員さんはルールを知っているが、病棟には？
- ・あんしんセットは面倒。財布に入れるのは？
- ・土日の共有、加算が頭をよぎる。
- ・日頃から見えるところに名刺を貼っておくとか、誰が見てもわかるようにしておく。
- ・このような場に参加して出てきたことを持ち帰る。
- ・プランに「入院した時は担当ケアマネに連絡を」の一文を入れている。
- ・要支援の方だと福祉用具ぐらいいしか利用がなく、担当の方の記入がないことも多い。
- ・「担当」のみならず「事業所」としての対応。
- ・「あんしんセット」の周知がほとんどできていなかった。今回チラシなども作られたので今後に期待。
- ・病院からの連絡は電話が多く、紙をもらったことはほとんどない。

### 3.その他

- ・一番相談員さんが知りたいのは？→ADLもそうだが、家族、キーパーソンが誰かを早く知れたら良い。家族とどんな生活をしているか。
- ・計画入院2割-入院してからでなく、事前に送る。

#### グループワーク記録用紙（ 6 グループ） ホスト：国見町

- 【スタートのグループメンバー】 清水西包括、心、村上病院、南東北福島病院
- 【2巡目のグループメンバー】 せいふう、ファミリー、栞記念病院、あだたら

### 1.急な入退院・短期入退院時の連携を、よりスムーズにするには？

- ・包括：実態把握表の活用→親族からの
- ・居宅：タイムリーに病院から連絡来るとも多い。病院による違いもある。
- ・病院①：任意入院時の急な退院の対応が難しい。（72時間以内）精神の部分もある為調整が難しい。家族の同意あれば更なる入院も可能（約3か月）
- ・病院②：長期入院できるため、急な退院等はありません。→7日前を目安に報告できるように話し合い。
- ・国見：退院が明日の新規申請でその日に訪問あり。
- ・ルールの周知と連携が大事。
- ・居宅：ケアマネから報告しても病院からの連絡がない。相談員が決まっていない等。シートは活用できている。MCSのアプリでの共有が良い。
- ・居宅：病院からの入院目安をいただく。定期的な連絡、相談が抜けてしまうことがある。治療拒否での急な退院もある。調整が難しい。顔の見える関係で相談しやすくなる。
- ・居宅：加算の事務等で多忙なことも。入院時には病院や家族との確認。

<h2>2.明日から私たちが意識すること・取り組むこと</h2> <ul style="list-style-type: none"> <li>・普段からの報告、連絡体制</li> <li>・早めの相談</li> <li>・スピード感をもって</li> </ul>
<p>グループワーク記録用紙（ 7 グループ） ホスト：川俣町</p> <p>【スタートのグループメンバー】あづま脳神経外科、寿光会、ファミーユ、にじのまち、福島市中央東包括</p> <p>【2巡目のグループメンバー】</p>
<h3>1.急な入退院・短期入退院時の連携を、よりスムーズにするには？</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>・早めの連絡。見込みが分かり次第、早めのカンファ・面談</li> <li>・転院（レスパイトも可）・在宅に帰る・施設以外はケアマネ連絡不要OK。状況に応じて。※必要な情報を必要な時に。</li> <li>・だいたい退院時にケアマネから病院に連絡してみる。→状態の変化について確認。支⇔介 急な調整は困難</li> <li>・不穩、帰りたい意向→帰って落ち着くことも。</li> <li>・あんしんセット（緊急時の連絡先含む）の説明&amp;確認。ケアマネの確認は行政でもOK。</li> <li>・病棟と相談員との連携。イニシャルだとわからないことも。</li> </ul>
<h2>2.明日から私たちが意識すること・取り組むこと</h2> <ul style="list-style-type: none"> <li>・あんしんセットの活用、周知。</li> <li>・ご本人・家族、支援者との関り、連絡体制</li> </ul>
<h3>3.その他</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医も（あんしんセット）</li> </ul>
<p>グループワーク記録用紙（ 8 グループ） ホスト：保原包括</p> <p>【スタートのグループメンバー】あづま脳神経外科、寿光会、しらすわ、すかわ</p> <p>【2巡目のグループメンバー】済生会、国見包括、わたり、白沢包括</p>
<h3>1.急な入退院・短期入退院時の連携を、よりスムーズにするには？</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>・HP：入院したい患者さんからCMを聞いて、わかり次第電話している。（MSWより）→認識できていない場合は、入院した時本人のみやりとり。遠方etc.で家族がCMをわからない。CM：HPの担当者がなかなか決まらないうり取りが難しい。（他圏域）</li> <li>・HP：担当者はわかるが、事業所名はでなかったり、その逆もある。</li> <li>・HP：転院時（急性期→療養）にもこのシートがあるとよりスムーズ。これまではサマリーでのやりとりが中心。退院調整ルールの方が情報量多い。</li> <li>・HP：自宅の介護環境を知りたい。CMは加算の関係で当日に情報提供したい。</li> <li>・CMとしても1回ですべてを聞けないこともある。関わってすぐだと薄い情報になる。足していけると良い。</li> <li>・CM：正直なところ、この情報はHPで活用できますか？HP：ADLや備前の所がありがたい。生活状況が分かると良い。HPとして、ここははずせないということか？HPは家族背景が分かると良い。</li> <li>・CM：「本人の生活活動状況」「療養上の問題」はなるべく多く書くようにしている。</li> <li>・CM：短期入院の時、あまりADLが変わらない時は禁忌事項のみ教えてもらおうと大丈夫。</li> <li>・まず、電話連絡の時、忙しそうだとなるべく必要最小限でやり取りできると良い。</li> </ul>
<h2>2.明日から私たちが意識すること・取り組むこと</h2> <ul style="list-style-type: none"> <li>・院内での共有。病棟でキャッチしたことをMSWと共有。</li> <li>・電子化してツールの共有。Drとの共有。</li> <li>・家族がいなくときの対応の事前検討を事業所内でしておく。</li> <li>・平時から情報シートを記入しておくとう活用しやすい。</li> <li>・担当がいな時は電話に出た人がまず受け止めるようにする。HP側もCM側も。</li> <li>・介護が必要になりそうな時、早めのゴール共有をする。退院後の生活状況を想定しながら情報を共有する。</li> </ul>
<h3>3.その他</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者さんの入院する圏域が異なると、ルールの様式が異なるのでちょっと大変。県内でなにか統一できないか。</li> <li>・電話だけではなく、「顔の見える関係」はとても大切。この評価会議はとても良い。</li> <li>・MSWのみでなく、Nsも活用しやすいと良い。（日曜連絡できる場所が分かると良い）</li> <li>・病院内に「知っている人」をどう作るか→病院の人も外の活動に参加できると良い。</li> <li>・あんしんセットを持参できている人は良いが、持っていない人ほど調整が難しい。本宮では介護認定を受けた人にフォルダーを配布している。☆本人のニーズを叶えていくためのツール</li> <li>・HP：週末入院で帰宅。MSWが知らぬ間に…。特に年末年始等。そのような場合の対応を事前に話し合いができると良い。</li> </ul>

<p>グループワーク記録用紙（ 9 グループ） ホスト：福島市在タッチ</p> <p>【スタートのグループメンバー】 柊記念、東北、谷居宅、梁川包括</p> <p>【2巡目のグループメンバー】 HP48、8、24、27、包括2</p>
<p><b>1.急な入退院・短期入退院時の連携を、よりスムーズにするには？</b></p> <p>・HP（整形）：予約入院2割、2週間で退院、装具作成、痛み・座薬、リハビリの方と共有。MSW-CM シートからの情報。急な退院はMSWを通じて。</p> <p>・急な退院、もう退院だから「Dr」の線引き。情報のやり取り。Ns：急な入院、必要な情報はCM・包括から知らないことが後からきて助かる。CMが来てくれる。</p> <p>・包括：HP→MSWが知らないことあり、家族が連絡。土日に決まったり、急ぎでない時もある。急な調整をしないとイケない。できるでしょと思われるのかもしれないが、1週間ぐらいあると助かる。3日でもきつい。</p> <p>・MSW・病棟Ns・Dr-ルールを知らない。HPでは早く退院、21日以上おけないなど。</p> <p>・入院は患者が落ち着かない。-自宅退院されても家族が大変。受け入れをどうするか。不安定な状態。退院をひっくり返すことは大変。</p> <p>・CM：不穏の方、入院前に情報シートで共有、活用。できれば事前にMSW-CMやりとりしやすい関係を作っておく。</p> <p>・MSW：CMに情報シートをもらいたいと言ってよいと言われ安心しました。CMは内容、診断名を聞かれる。</p> <p>・Ns：不穏な方、CMわからないと連絡できない。精神科は診断まで長い。</p> <p>・医大は入院前に面談を行うが、CMわからない人もいる。一人暮らし、民生委員。</p> <p>・包括：加算とれないけど大丈夫。支援がしっかりしていると連絡が来ないが連絡してほしい。</p> <p>・MSW：急な退院。やっちはいけないこと気を付けないといけないことなど。</p> <p>・顔が見える関係づくり、緊急連絡カード、Qちゃん（冷蔵庫に入れる情報）</p> <p>.</p>
<p><b>2.明日から私たちが意識すること・取り組むこと</b></p> <p>・顔が分かる関係づくりの大切さ</p> <p>・病院Ns、Drにルールをわかってもらう機会を作る。</p> <p>・あんしんセット：包括の名刺を入れていない。もらえていない。連絡カード：緊急連絡先がない方へ聞いていくようにする。MSWが誰でもいつでも聞いてもよいように。</p> <p>・連絡がスムーズだと本人の家族が安心する。</p>
<p>グループワーク記録用紙（ 10 グループ） ホスト：福島市在タッチ</p> <p>【スタートのグループメンバー】 柊記念、東北、本宮社協、ふくしま緩和ケア、桑折包括、</p> <p>【2巡目のグループメンバー】 りんごの里、そんぼケア、もりえの、梁川包括、寿光会</p>
<p><b>1.急な入退院・短期入退院時の連携を、よりスムーズにするには？</b></p> <p>・シート：入院3日目だったり、情報なかなか。一訪看さんが入院時同行し、情報がわかりやすくスムーズに入ってよかった。訪看に依頼するとお金がかかる？</p> <p>・短期でも予定の入院だと情報を集められる。</p> <p>・知らないで退院しているパターンがある。HPからも連絡が来なかったり、HPもCMが誰か分かかっていても連絡くれないときもある。</p> <p>・入院したら連絡くださいと口酸っぱく言うようにしているが…。</p> <p>・診察が長引いて夕方になってしまったり、MSWに連絡するのが遅くなったりしてしまう。担当MSWが決まるまで時間がかかったり。</p> <p>・名刺を分かるようにしておくことは大事。</p> <p>・包括のケースはノーマークになりがち。</p> <p>・Drが急に退院を決める。</p>
<p><b>2.明日から私たちが意識すること・取り組むこと</b></p> <p>・計画入院2割、救急8割。前もって情報を送れると良い。</p> <p>・急な退院：不穏な方が多い。入院時からの細やかな情報交換大事。看護サマリーには病状のこののみ。転院時にも家族背景、ももとの状態等、シートに細やかに書いてあると助かる。</p> <p>・あんしんセット：HPにもってきたのを見たことがない。名前も覚えていない。ちゃんと持っていくんだよ、聞かれたらこう答えるんだよと念を押しておく。</p> <p>・シート：内容盛りだくさん。1日2人は無理。ツールの選択肢も増えると良い。予め作っておくことも良い。1か月前の情報でもないよりはよい。直前の情報を書き加える程度で。</p>
<p>グループワーク記録用紙（ 11 グループ） ホスト：伊達在タッチ</p> <p>【スタートのグループメンバー】 あだたら、赤十字、柊記念、ほのぼの、国見包括</p> <p>【2巡目のグループメンバー】 県医大、大原、村上、めぐみ居宅</p>
<p><b>1.急な入退院・短期入退院時の連携を、よりスムーズにするには？</b></p> <p>・病気・ケガくりかえす利用者さんに対して予防についてのケアプランをたてる。自分が休みの時に連絡体制を決めておく。</p> <p>・院内での連絡体制は整い始めている。（入退院説明・窓口からの連携）</p> <p>・とにかく気づいたら電話1本の連絡をする。</p> <p>・病院内で相談員に変更があったら連絡があれば連携しやすい。</p> <p>・担当者が休みの時でも連絡できるような連絡体制を整えておく。</p>

<h2>2.明日から私たちが意識すること・取り組むこと</h2> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネの担当者がわかる。</li> <li>・家族への連絡→そこからの情報</li> <li>・外来受診後入院。任意入院の場合-急な退院もあることを伝え、退院後のプランを立てることを依頼。</li> <li>・早い段階での調整、お互いに。</li> <li>・あんしんセットの必要性。</li> <li>・いかに入院したことに気付けるか→お互いに。</li> </ul>
<p>グループワーク記録用紙（ 12 グループ） ホスト：伊達在タッチ</p> <p>【スタートのグループメンバー】赤十字、ケアプランにほんまつ、そんぼケア、川俣町包括、国見包括</p> <p>【2巡目のグループメンバー】福島第一、寿光会、ほのぼの</p>
<h2>1.急な入退院・短期入退院時の連携を、よりスムーズにするには？</h2> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院側：家族からの情報（居宅どこ？→（行政→）包括に連絡つなく）家族からの情報はしっかり聞く。退院時は情報共有シートではなく、看護サマリーでお返ししている。（柔軟に）Qごとに退院の連絡。</li> <li>・生活保護：路上で倒れて所見なし。困ったとき：認知症等で治療にならないケース、入院中のせん妄（環境・お金・介護が重なったときが大変）。</li> <li>・在宅で大変だった状況の方（施設を探していたり）：脳外科と連携バス（60日間）→包括へつなく。Drは「病名」を相談員へ、Drに生活状況も報告。</li> <li>・入院時救急搬送-CMがついている場合、シートを作るのも手間、別な人も続くと…。</li> <li>・生活状況：キビタン健康ノートの活用。ICT</li> <li>・スムーズにするには？病・介：情報共有も、即時性で対応できるものの取り決めがあっても？病：早く頂ければ口頭でも全然OK。</li> </ul>
<h2>2.明日から私たちが意識すること・取り組むこと</h2> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院：ケアマネと密に連絡を取り合う。連絡しても担当者不在になる。介：入院がわかった時点で連絡してよいか？（病院：OK）</li> <li>・ICTの導入→同意必要だが、将来的に活用を。</li> </ul>
<h2>3.その他</h2> <ul style="list-style-type: none"> <li>・土日、急な対応の備え。</li> <li>・近所からの情報も頼りになる。急な場合、入院がわからない時がある。</li> </ul>
<p>グループワーク記録用紙（ 13 グループ） ホスト：辰星会居宅</p> <p>【スタートのグループメンバー】大原、わたり、まるごと居宅、あづま脳外科居宅</p> <p>【2巡目のグループメンバー】栞記念</p>
<h2>1.急な入退院・短期入退院時の連携を、よりスムーズにするには？</h2> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入退院を繰り返す方、同HP系サービスを利用している。→提出しない判断もした。情報は入っているだろうし…。</li> <li>・病院としては紙媒体があった方がメモ追記含め、電子カルテに取り込みできた方が良い。</li> <li>・電子カルテが同一なら良い。→電話1本でもやりとりができれば良いのかな？</li> <li>・入院時にケアマネ名刺なし。入院直後にケアマネに連絡した方が良いものか？→3日以内、ケアマネできれば即日→HPからの情報（診断、転換時）</li> <li>・家族から先に連絡が来る。HPから連携シートをもらう事はない。書類はない。あんしんセットがないからマイナンバーカードの番号→今回のチラシが活用されればと思う。</li> <li>・HPから連絡が来なかった。Ns、MSW、CM 介護保険あり</li> <li>・急な入院の時、ケアマネの名前が分からない→包括に連絡が来る。つながっていれば情報収集できるが、ないとわからない。→最終は家族の連絡先を市へ確認。</li> <li>・退院について病名で判断。認知症などで自宅に帰されても…。</li> <li>・個人情報や家族への連絡拒否がある。入院も難しくなることも…。退院したいができそうもない。Ns→MSWへ相談。</li> <li>・事務所の休みでも連絡受けられる。Fnt対応できるようにしておけると良い。</li> </ul>
<h2>2.明日から私たちが意識すること・取り組むこと</h2> <ul style="list-style-type: none"> <li>・HP→CM まず第一報を！入院期間の目安も共有したい。MSW・Ns</li> <li>・あんしんセットを初めて知った。退院時に周知したい。</li> <li>・あんしんセットの周知を改めて 包括、Nsへ</li> <li>・Nsからの発信を含め連携</li> <li>・誰のシートを送ったかわからない…。どのようにするか検討課題。</li> </ul>
<p>グループワーク記録用紙（ 14 グループ） ホスト：伊達すりかみ荘指定居宅</p> <p>【スタートのグループメンバー】わたり、めぐみの風、りんごの里、大原</p> <p>【2巡目のグループメンバー】東北、ケアプランにほんまつ、しらさわ、まるごと居宅</p>
<h2>1.急な入退院・短期入退院時の連携を、よりスムーズにするには？</h2> <ul style="list-style-type: none"> <li>・急な退院となり、サービスの調整が困難な時がある。（訪問介護、訪問看護等）</li> <li>→事前にCMが病院へ情報提供しておく。（急な退院となると困る。）</li> <li>・各病院のワーカーに入院した人の情報が下りてくるのが2～3日後。</li> <li>→病院のシステムをCMも理解しておく。</li> </ul>
<h2>2.明日から私たちが意識すること・取り組むこと</h2> <ul style="list-style-type: none"> <li>・あんしんセット（特に名刺）を利用者及び家族に徹底してもらう。→声掛け</li> <li>・病院内でもあんしんセットの確認を徹底する。</li> </ul>