

平成29年度沖縄県入退院支援連携デザイン事業
「在宅医療・介護連携推進事業に係る意見交換・見学会」
＜南部・中部圏域：浦添総合病院会場＞

実施主体：沖縄県、一般社団法人沖縄県医療ソーシャルワーカー協会
実施日：平成30年03月08日（木）

グループワーク「医療・介護関係者の情報共有」について
～工夫していること・できていること～

Aグループ

①病院で工夫していること

病院側と地域

- ・情報共有シート内容見直す予定
- ・県ソーシャルワーカー協会
DVDをみながら記入する。浦添市板作成中。
- ・生前-個人的にもらいに来る。かかりつけ医と相談して記載可

②地域で工夫していること

浦添市医師会

- ・情報共有デザインシート取り入れる予定

北大東

- ・現状 福祉用具レンタル、デイケア来年度開設予定
- ・ケアマネ不在。介護申請できていなかったが、ケアマネを年単位で委託して申請を進めている。
- ・月2回地域ケア会議。保健師2人態勢になったので
- ・家族介護が主で、サービスに対しての偏見が強くてサービスを受けられずにいる。
- ・地域住民：ヘルパーの講習を受けているが実技が未で、独居の方からサービスを導入していく方向で動いている。
- ・寝たきりの方：本当の施設に入所している。

宜野湾市

- ・在宅医療、介護連携、Dr.主導で行ってきた。地域に普及啓発を行っている。

③これから一緒に取り組みそうなこと(個人として、所属部署・部門として、関係機関として)

- ・浦添総合病院、琉球大学、中部徳洲会：意見交換会を行う。お互いの情報交換する
- ・ケアマネ→施設あて、市独自の情報共有シートを作成した(ADL、服薬、キーパーソン)
- ・消防に声をかけて情報共有シートの中にDNRの項目を入れて情報を共有する
- ・話し合う機会を設ける

Bグループ

①病院で工夫していること

- ・入院した時にケアマネから情報をもらうようにしている。
- ・那覇市立では担当ケアマネが情報シート(←今後は市内で共通になるのか?)を病院に持っていくようにしている
- ・入院三日以内にスクリーニングしている。要介入なのか担当ケアマネがいるのかをみる。要介入の判断は10項目あって1つでもチェック入れれば要介入にしている。看護師が行っている。本人・家族の希望も記載している。担当ケアマネがいる人は、ケアマネから情報もらう。担当ケアマネなしの時は包括へ相談している。
- ・患者情報共有シートの作成-各専門職のサマリーを添付するように。
- ・2025の立ち上げ

②地域で工夫していること

- ・病院から情報提供あった時は、面会
- ・退院なる前に、カンファをお願いして環境調整にとりかかるようにする。困難ケースには地域の受入れに時間かかる場合も、入院したことが分かったら、面会に来ることもしている。在宅にいるときとの違いをみにいく。申請も市に受け入れてもらうよう一声そえる。
- ・入退院を繰り返さないための工夫、支援の導入、連携、予防。

③これから一緒に取り組みそうなこと(個人として、所属部署・部門として、関係機関として)

- ・訪問看護の調整につなぐこともケアマネージャーとの連携強化、顔の見える関係がつかれると良い
- ・行政が医療連携の担当ではあるが、病院から一方くる窓口が分かると良いと思う。
- ・少し困難なケースはケアマネー人では難しいので包括まきこんでいくといいかも。
- ・入退院繰り返す患者さん、重症化しすぎると支援が難しく地域ケア会議に病院担当者の参加と一緒に検討できるのでは？

Cグループ

①病院で工夫していること

- ・入院きたら情報交換。FaへCMへの連絡？なのでHPからも連絡とる。翌日には退院後(中・長期)に向けてのカンファに関係職が入り検討(ラウンドして1/W)している。困ってることのアドバイスをDr.も。
- ・この人の状況を情報得るためにCM来てもらう。離島はFAXで
- ・公立HPと包括と連携
- ・Dr.からのfaへの初めての説明にCMも入ってもらうようにしている
- ・入院Ptの介保申請の方のスクリーニングシートをとっている(サービス調整会議)(予防に)

②地域で工夫していること

- ・一人暮らしの日中不安の方に包括(相談場所)への相談を促す。直接包括へ連絡する。
- ・身寄りのない方などかけはしを連携でき、直接医師(浦添総合HP)とやりとりできる
- ・CSWとの話し合いで情報共有や早期介入する方の見極め
- ・関係機関、多職種で連携していく
- ・病院に足を運んで情報収集する

③これから一緒に取り組みそうなこと(個人として、所属部署・部門として、関係機関として)

- ・入院中の事を自宅でできるのか？
- ・情報交換(CMへのつなぎで安心してもらえる)
- ・自分が家出見るとしたら、を考えながら関わる
- ・施設の情報(受入れ)可能か？を収集
- ・地域での様子、状況を伝えるようにする
- ・病院から効率的に情報をもらう

Dグループ

①病院で工夫していること

- 情報共有・・・デザインシート使用
- 大島・・・ケアマネ委託、本島からの受入れ難しい。地域性が強い。2回/月ケア会議

Eグループ

①病院で工夫していること

- ・スクリーニングでケアマネの有無を確認。退院時にはケアマネなども含め退院支援カンファレンスを行うようにしている(直接会う)→毎回はできていないけど、努力している。
- ・ほしい情報を言っただけだと、情報提供がやりやすくなる。
- ・術前センター→ケアマネがいる方に対しては先情報提供ができる。ケアマネへの情報提供をすることで、入院や手術をする情報を前もって提供できる
- ・情報共有シートを作成中→連携パスのようなものを在宅は求めている

②地域で工夫していること

- ・直接出向く(会う)→情報収集して資源を整える(1週間くらい余裕があればいい！！)
- (退院前カンファレンスイメージ)
- ・入院時に病院に連絡する

③これから一緒に取り組みそうなこと(個人として、所属部署・部門として、関係機関として)

- ・情報共有シートを作成し、共有する→わかりやすく総括する。特に食事(形態)の情報は重要
- ・身寄りがない