

令和2年度 入退院時支援部会について

1. 部会長の選任について

部会長：齋藤（恭）委員

副部会長：石井委員、齋藤（直）員、酒井委員

2. <身寄りのない方への入院時の対応について>

今年1月以降、武蔵野赤十字病院が高齢者支援課を通じて地域と連携した件数は14件。

地域と連携がある場合



早期に関係者でオンテーブルし、情報共有。
地域とつながり退院後も見据えた対応が出来る。



スムーズな退院・転院につながる。

地域との連携が無い場合



取りあえず退院させる事が優先
…この後の生活等があるのだから見通しが持てない。



オンテーブルしない
…地域につながらない。

* オンテーブル：すべての問題点を（テーブルへ持ってきて）討論、議論する。＝カンファレンス

<地域と連携が取れた好事例を通して意見交換>

- ・ 病院だけ、地域だけでは判断できない課題が見えたところで相談するとスムーズにいく
- ・ 流れが出来ていけば丸投げにならない。
- ・ 転院前のカンファレンスで情報共有が出来るのはありがたい。
- ・ みんなで集まると気づきがある。
- ・ オンテーブルする場所や誰が声をかけて始めるのかが課題。
- ・ ある程度の組織を作り、オンテーブルしないと単独の組織で設定するのは難しい。

<連携に必要なこと>

- ・ 情報提供の体制（入院を機に情報提供できる関係等）
- ・ ツールの検討
シート… 医療側と介護側が双方向に情報交換ができる
フローチャート…どんなところにつないだら良いのか分かり、多くの人が活用できる。

3. <今後の取り組み>

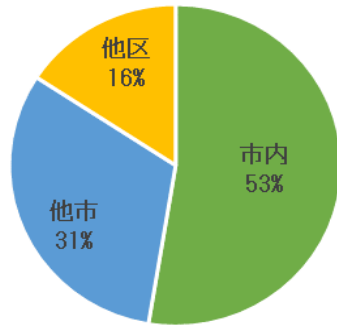
- ・ 様々な考えがある。限られた期間でまとめるのは難しい。
- ・ 次に集まれるかわからないが、たたき台を作り、部会員の意見を聞く。

4. 入院時情報連携シートの活用について（まとめ）

令和2年1月～6月分（19名分）

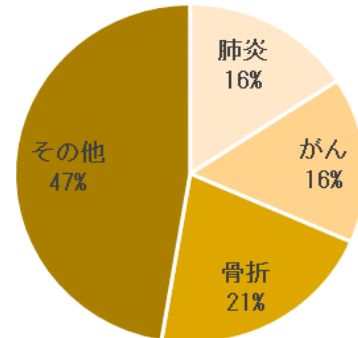
① 入院した病院の所在地

入院した病院の所在地

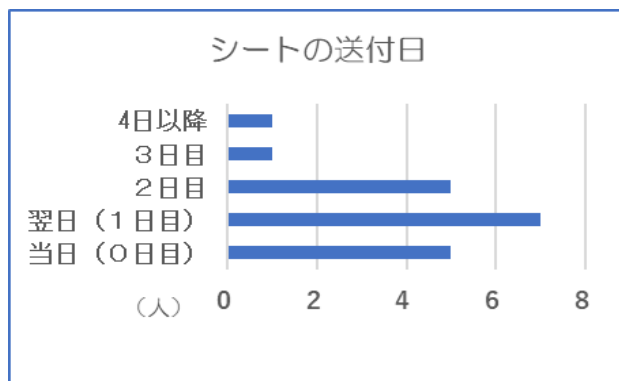


②入院した原因疾患

病名別入院者数



③ 情報連携シートの送付日



④ シートの使い勝手

認知症自立度、意見書と調査票分けて書けない。
介助方法など枠が限られており、状況が細かく書けない。
既往歴の記入場所が欲しい。入院病名とは違う骨折など病院が把握していなくリハビリに影響が出たケースがあったため。
かかりつけ医+他科受診などの情報欄が小さい。

⑤ シートを活用した効果

相互の理解に役立ったと思う。事前の情報提供が出来て良かった。
情報提供（サービス・介護状況）後、病院側が家族フォローし、機能低下進まず退院。MSWから退院に際して情報がもられた。
最近の変化を報告することが出来た。感染予防対策のため、カンファレンスは行えなかったが、MSWとのやり取りで、連携できた。
在宅復帰を目標に入院しており、自宅での様子を知らせることでリハビリを共有できるのではないかと期待。
なし。退院予定など病院から連絡がなかった。