

病院＋地域事業所 多職種入退院連携を考える

「この入院を機に〇〇したい」って！？交流会レポート

2026年6月10日発行 発行元 地域医療部

交流会の目的

在宅療養を支えるスタッフが抱く「入院を機に課題を解決したい」という思いと、早期退院を求められる現在の医療制度とのギャップを埋め、患者の願いを支援する連携を構築しよう

- ・ **多職種チームの構築：**専門職が動きやすいチーム作りを行い、患者(利用者)の生活を支援する共通認識を高める
- ・ **病院経営と制度の理解：**在院日数の短縮が求められる理由(DPC 制度など)を共有し、限られた期間でできることを検討する
- ・ **東葛病院の方針共有：**病院の病棟編成や在宅拡大の方針のもと、専門性を最大限に発揮できる実行可能なモデルを模索する

2026年4月25日 介護部・ケアマネジャー主催 勤医会職員40名が参加

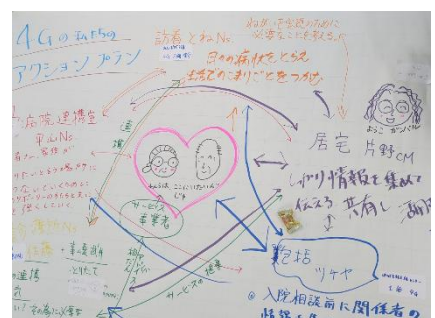
東葛病院患者サポートセンター・通所リハビリ・居宅介護支援事業所・訪問看護・看多機・診療所・包括支援センターなどから、看護師・ケアマネジャー・セラピスト・介護福祉士・事務

1. 患者サポートセンターより「医療制度と病院経営の困難の実態」

- ・ 看護体制の現状 10:1 入院基本料へ再編成による超多忙化
- ・ DPC(包括払い制度)の仕組みにより、特定の期間内(特にⅡ期以内)での退院を追求しなければならない経営的至上命題の提示 1 疾患 1 入院による持ち出し

2. 事例検討(2つの症例)から①事実、予測、アプローチを整理し、介入の余地を見当 ②「明日から自分たちができること」「連携に求められること」をアクションプラン立案

- ・ 事例1：パーキンソン病で独居、嚥下機能低下による緊急入院。調整に79日間を要し入所となったケース
- ・ 事例2：息子からの虐待(ネグレクト)が疑われる認知症高齢者の社会的入院の相談ケース



事例検討から浮き彫りになった「地域と病棟の課題」

- 地域の現状と課題: ケアマネジャー側において、平時からの予後予測や適切な対応、および ACP の発信が不足しており、急変時や入院時に初めて課題が表面化する
- 病院の現状と課題: 病棟スタッフ(10:1 入院基本料の多忙さ)が目の前の急性期治療に追われるあまり、目の前の患者が「在宅生活に戻ったときの具体的なイメージ」が不十分
- 連携手段の課題: 書面だけのやり取りに頼ることで、数字や文字には表れない「意思決定が詰めきれない事情」や「家族の本音・葛藤」といった本当に必要な“見立て”が可視化されていない。

3. 連携アクションプラン立案

アクション	地域事業所の役割	病院(患サポ・病棟)の役割
平時	ACP や生活への願いを確認 『心づもり』へ蓄積 関連機関で共有	入院直後 Cf で意向の確実な共有 と認識の齟齬防止 効率的な継続看護:ICT ツール(カナミック等)活用し在宅に入っていく
入院～ 14 日目	入院相談前の段階から情報を集約 14 日目に『そろそろどうですかシート』発信 ケアマネも『そろどう』活用で、病院任せにしない地域主体の退院調整への関り	患者サポートセンターによる 3 コール以内の迅速な受付病棟へ在宅生活イメージを共有
退院調整	効率的な継続看護:ICT ツール(カナミック等)やオンラインを活用し主体的に調整 19 日以内の退院を意識した動線確保、入院中からの在宅支援調整	

ここは相互に！
意識的に！

次のアクション構想:地域から病院へ!「双方向レクチャー」の展開

- ① 在宅従事者が日頃から働かせている「この人には介入・調整が必要だ」というアンテナを病院スタッフも学ぶため、「在宅側から病院へ発信する」を企画。将来的には病棟のリンクスタッフ会議等と連動し、退院支援の考え方や How-to を年間通して学ぶ土壌作り
- ② 訪看作成の心づもりシートをベースにパ斯的に活用
情報だけでなく見立てを書けるようにする。ラフなシートで。そろそろどうですかシートに肉付け案