

令和7年度「北上市入退院支援のハンドブック」活用連携会
～ 報告書/概要編 ～

1 目的

令和6年1月に2023年度版として改訂した「北上市入退院支援ハンドブック」を活用して、入退院支援に従事する医療や介護専門職等の連携推進と更なる資質の向上を図ることを目的として、令和6年度に引き続き開催する。

2 主催・共催

北上市入退院支援作業部会、地域包括支援センター主任ケアマネ部会

3 開催日時、場所及び参加人数

回	開催日時	会場	参加人数
1	令和7年10月23日（木） 13時30分～15時00分	岩手県立中部病院 2階 講堂	56

4 受講対象機関及び参加者

(1) 医療機関の職員

岩手県立中部病院、北上済生会病院、花北病院、北上駅前病院、ホームケアクリニックえん、市内診療所、近隣の入院医療機関

※ 入退院支援に従事する専門職員等（退院支援看護師、医療ソーシャルワーカー等）、外来業務に従事する看護師

(2) 介護事業所の職員

地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護、（看護）小規模多機能型居宅介護、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護

※ 入退院支援に従事する専門職員等（ケアマネジャー、相談員等）

5 内容

時間	項目	内容	講師等
30分	説明	きたかみいきいきプランについて	北上市長寿介護課
		「入退院支援ハンドブック2023年度版について～入退院支援はだれのため？私たちは何で困っているの？～」	北上市在宅医療介護連携支援センター
		「入退院支援ハンドブック2023年度版のSTEP0～4について実践的に確認しよう」	北上市入退院支援作業部会
60分	グループワーク (発表) (講評)	テーマ 「次へのステップに向けてお互いの共通理解を深めよう」 6・7人×8グループ	北上市入退院支援作業部会 地域包括支援センター主任ケアマネ部会

6 グループワーク（概要）

STEP0からSTEP3を各グループに割り振り、STEP4は全グループで話し合い、

医療側、介護側それぞれで“できている、できていない”ことや課題と感ずること、次へのSTEPにつながるなどについて共通理解を深めました。

【本ハンドブックは、以下のことを想定して作成されています】

- ◇ 医療・ケアチームが必要とする情報を確認できる。
- ◇ 医療・ケアチームの業務の標準化に活用できる。
- ◇ 医療・ケアチームの効率的・効果的な支援の展開に活用できる。
- ◇ 医療機関・介護事業所等の管理者等が教育マニュアルとして使用できる。

STEP0	「普段（在宅・施設）の生活」
STEP1	「入院時（3日以内をめやすに）」
STEP2	「入院中（退院調整期/家族への病状説明以降）」
STEP3	「入院中（退院確定/退院前カンファレンス開催）」
STEP4	「退院時から在宅・施設生活（退院後1か月程度）」

グループ	話し合ったSTEP	概要（キーワードなど）
A	STEP0・STEP4	STEP0：日々の記録詳細記入、訪問診療時に再確認共有 STEP4：情報共有大事、ケアマネ、外来との連携常に
B	STEP0・STEP4	STEP0：急変時事前準備、独居者の緊急連絡先確認 STEP4：カンファでの確認、CM調整、医療面の調整
C	STEP1・STEP4	STEP1：在宅情報提出、服薬再確認、緊急時対応ルール STEP4：退院時情報収集、介護側準備時間、在宅情報
D	STEP1・STEP4	STEP1：在宅情報大事、タイムラグあり、入院直後多忙 STEP4：通院・服薬の確認、外来とCMの連携不足
E	STEP2・STEP4	STEP2：介護申請連絡調整、退院、転院連絡 STEP4：在宅情報活用、転院時の対応、サマリー
F	STEP2・STEP4	STEP2：退院・転院連絡、CMと病院の連携、介護申請 STEP4：在宅情報（生活状況）
G	STEP3・STEP4	STEP3：カンファ、リハ職との共有、ACP、在宅生活 STEP4：医療的ケアの有無、ADL、介護タクシー
H	STEP3・STEP4	STEP3：カンファ、意思決定支援、施設と在宅の選択 STEP4：退院のタイミング、サマリーの活用、外来共有

※ 話し合いに関する詳細分析は、2月の入退院支援作業部会までに作成する。

7 アンケート結果まとめ

参加者：60名（アンケート回答者：52名）

① 職種を教えてください

職種	人数	割合
看護師（退院支援看護師含む）	10	19.2%
介護支援専門員（主任ケアマネ含む）	23	44.2%
医療ソーシャルワーカー	7	13.5%
社会福祉士	4	7.7%
生活・支援相談員	4	7.7%
サービス提供責任者	1	1.9%
看護学生	2	3.9%
介護職員実習生	1	1.9%
合計	52	

② 「北上市入退院支援ハンドブック」を知っていましたか

選択項目	人数	割合	前年度比
知っていたし活用したことがある	34	65.4%	+9.9%
知っていたが活用したことがない	14	26.9%	-8.1%
知らなかった	4	7.7%	-1.8%

③ 「特に大切なSTEP」、「難しい、うまくいってないSTEP」を教えてください

※複数回答あり

選択項目	特に大切なSTEP (N=74)		難しい、うまくいってないSTEP (N=44)	
	人数	割合	人数	割合
STEP0	14	18.9%	6	13.6%
STEP1	11	14.9%	11	25.0%
STEP2	14	18.9%	8	18.2%
STEP3	18	24.3%	7	15.9%
STEP4	17	23.0%	12	27.3%

「特に大切なSTEP」【理由】

STEP0（普段（在宅・施設）の生活）

- ・平素の備えが大切と考えている。それがあると入院から退院までスムーズと感じる
- ・入転院時に事前の意思確認・在宅情報があることで、入院中の生活や退院に向けての調整がスムーズになる
- ・どれも適切に働きかけられていると思う
- ・一人暮らしの方だと特に元気な時から準備しておくこと大切だなと感じている
- ・日頃からの準備がしっかりしていることでStep1につながると思うから。普段から医療と福祉の連携しやすさをつくるのが大切だと思う
- ・在宅情報を入院当日に提出することになっているが、病院へ持参してほしいと言われると日程調整が難しい時がある。FAXで済ませるとその後何も連絡がなく困ることもある

- ・入院前の準備、情報の把握はとても重要
- ・本人が入院前の心構え、準備を自覚、高齢者自身も万が一入院となった時についてイメージ準備
- ・利用者の情報の共有はとても大切なことと思う
- ・事前に備えておくと緊急時に役立つ
- ・「わたしのきぼうノート」を活用し、事前に本人の意向を確認しておく必要があると感じた
- ・わたしのきぼうノートを活用し、本人の意向を事前に確認するようにしている
- ・全てが大切だと思う。今一度の読み込みが必要

STEP1 (入院時/三日以内をめやすに)

- ・入院時の情報は退院時大切となる（意向が変わることもあるけど）
- ・地域で生活する患者さんの状況を知ることが支援に必要なことなので情報共有を大事に捉えている
- ・近年キーパーソンと連絡が取れないことが増えたように感じる
- ・緊急時だからこそ正確に迅速に対応したい
- ・入退院時に本人家族の意向や互いの連携をはかっていく事の大変さ
- ・病院で退院支援に関わっているのも最初の本人や家族の意向や情報収集が退院先に大きく関わるところと捉えて大切に関わっている
- ・入院時の生活状況や病状等を把握し、今後の療養生活につなげていくため、アセスメントが大切だと感じたため

STEP2 (入院中/退院調整期/家族への病状説明以降)

- ・入院中、退院目途がたつまでの間の連携は特に大切になると思う
- ・入院早期から病院・在宅での連携が重要と考えるから
- ・情報共有が医療と介護で特に相互作用を及ぼす時期と参加者の各発表から感じた
- ・家族や本人の希望に合わせて退院支援を開始させる
- ・介護保険申請に関してもう少し慎重になった方が良いと思う。入院翌日に申請してと言われるが、在宅の見通しが無い
- ・医療側と介護側の意向や見通しのすり合わせがその先につながるから
- ・在宅情報を活用しての情報共有、連絡をとりあうことにより、伝えきれないところの情報提供
- ・急性期～の変わり目であり、中間カンファレンスなどあればCMも見立て状況確認しやすい
- ・情報収集し家族や本人との面談を行い、退院調整を進めていくうえで大切
- ・退院が決まった後の説明や多職種連携も大切と考える
- ・本人の状態の変化があり、今後の見通しも立てはじめる時期のため

STEP3 (入院中/退院確定/退院前カンファレンス開催)

- ・退院後のサービスを定める上に重要な時期
- ・利用者様が住み慣れた自宅で住み続けることができるよう、何に注意することが必要か今後

のサービスについて共有する必要があるから

- ・入院中の様子や今までの生活、今後の生活の仕方を確認できる
- ・退院前カンファにむけた情報収集、アセスメントをしなければ退院前カンファでしっかりとした情報共有確認がされないと思うため
- ・退院後のケアについて情報の共有ができるため
- ・在宅に戻るにあたり、スムーズに生活していけるようにするため
- ・カンファレンス前に情報共有を行うことで医療者・介護側の意向があい、円滑に進めることにつながる
- ・全て大切だが、病院から在宅へつなぐ大事な情報共有の場だと思うので
- ・カンファレンスした方が情報共有しやすい
- ・本人・家族が安心して在宅に移行できるよう支援していきたいから
- ・入院中の状態変化を確認し元の生活に戻れるか重要であり、退院した後に急変や意向が変わることがないように注意している
- ・丁寧に次に主となる支援者への引継ぎが必要と思うので
- ・退院前カンファがあると在宅復帰時の調整が行いやすい

STEP4（退院時から在宅・施設生活/退院後1カ月程度）

- ・STEP4も大切と思う、外来の今後の活動に期待したい
- ・退院の情報が入ってこないことが多く、地域での在宅でのフォローが難しい
- ・在宅、施設へ戻るために情報共有、退院後すぐにサービスにつなげられるよう支援する必要があるため
- ・退院に向けて安心して生活できるようにサポートするため
- ・状態変化時の情報提供が大切だなと改めて感じた
- ・新規の方だと退院時の情報を不明のまま退院されることがあるのでご家族が困らないような支援をしたい
- ・情報があると入院した時も連携がスムーズ（お金どうする？誰に連絡する？）
- ・全て大切だと思うが、退院後、本人と支える介護が安心して暮らせるように
- ・入院中に退院に向けた情報の精査が必要
- ・入院中の様子を確認したうえで、在宅でどのように生活していけるのか分かるため
- ・入院から退院、在宅をうまくバトンタッチすることで、ご本人の生活の安定感が変わるので

「難しい、うまくいってない STEP」【理由】

STEP0 (普段 (在宅・施設) の生活)

- ・在宅と外来の連携
- ・外来、病院に限らず開業医も含めた連携のタイミングの難しさ
- ・一人暮らしの方が増えているので入院した時のことを相談することが必要だと思った
- ・特に大切であると同時にうまくいかない部分として転院先に在宅情報を渡すのかという部分、転院時に CM への連絡は家族なのか、転院前の病院なのかという部分は今後の課題といえる
- ・情報収集することが遅くなる
- ・主治医との連携や薬局、通院間隔等、把握できていない

STEP1 (入院時/三日以内をめやすに)

- ・全体に介護者家族状態の変化があることが多く、先に進むことが難しいことがある
- ・在宅情報を最新にしておくことの重要性
- ・退院後カンファや在宅情報等、HP⇄CM との情報共有が難しいのではないかと。共有できればスムーズに連携できるのではないかと
- ・入院時に情報提供するタイミング時間を作ることが難しい
- ・本人・家族の意向のズレがあった場合の対応が難しく思う
- ・家族のあせりがある。「どうしよう、どうしよう」こちらも状況がわからず傾聴する
- ・情報提供が遅くなる時があった
- ・担当患者全員の情報を把握しきれていない
- ・家族の関係や本人の状態から退院先がスムーズに決まらないことがある
- ・「在宅情報」について時間帯、出す側・受け手側の事情を考えると早く出すのが効果的にならないことがある
- ・入院の最初から施設と話してしまうことが多い。そうすると家族や本人は意向を伝えにくくなってしまう
- ・本人や家族の情報が得られず、具体的な情報がないと退院先が明確にならないケースにつながるケースがある

STEP2 (入院中/退院調整期/家族への病状説明以降)

- ・医療・介護側でずれが生じやすいことがわかった
- ・密な連携やカンファの調整をする前に退院になってしまうことが多く課題だと感じている
- ・病院側で情報を出すが遅かったりずれていたりする、お互いに連絡をシェアすることが大切
- ・情報共有に医療と介護ですれ違いがあるため、すり合わせが必要であることが分かった
- ・入院してから退院許可が出るまでの情報収集が不足なのだと感じた。入院期間が長くないので STEP2 はとんでいる気がする...
- ・家族からの話と病院からの話がかみ合っていないことがある

STEP3 (入院中/退院確定/退院前カンファレンス開催)

- ・退院前の情報共有の機会が少ないと感じる、退院前カンファでなくても情報共有したい
- ・退院許可後、具体的に進めていくうえで本人・家族の意向に合っているのか、不安を軽減し退院にもっていけるか等、支援に不安を感じる時がある
- ・退院後の状況の変化や意向の変化に応じた支援が難しく感じている
- ・いつ頃退院してくるのか、ケアマネ経由で早めに知りたい
- ・退院前カンファレンス実施出来ていない状況のため

STEP4 (退院時から在宅・施設生活/退院後1カ月程度)

- ・外来患者となってからの地域と病院のつながりが希薄になると感じている。病院側が考えていかなければならないことだと思う
- ・退院時にカンファレンスがあるとケアプランを渡すことができるが、ないと渡し忘れることもある
- ・外来との連携、申し送りが不足
- ・病院から施設への情報提供はあるが、家族が状況を知らないケースが多い
- ・病院では退院後の生活までは聞き取り、関りは外来のみ関わっていると思われるため
- ・家族との確認の不備等があり、すれ違いがあった
- ・かかりつけ医との連携があまりできていない
- ・退院後、外来への連絡を取るタイミングを逃してしまう
- ・退院後、HPとのやり取りが途切れてしまうので在宅に戻ってからも本人の情報共有が必要
- ・退院後もまた入院することがあるため難しいと感じることが多い
- ・退院後のフォローが不十分だと感じたため

④ 連携会に参加した感想

選択項目	人数	割合
良かった	42	80.8%
まあまあ良かった	9	17.3%
あまり良くなかった	1	1.9%
良くなかった	0	

1. 良かった

- ・経験不足で会にとっては不足であったと思うが、私にとっては勉強になってよかった
- ・患者さん・利用者さんにとって何が一番大切かを各々の立場で考えることができよかった
- ・それぞれの事情や思いを聞くことができ、今後の検討につなげていきたい
- ・医療側の状況を聞くことができた
- ・他職種、介護の意見を知ることができた
- ・ハンドブックの作成について知ることができ、今の連携があるのは顔の見える関係性がある

るからだと思った

- ・参加者は否定的な意見を言うことなく、お互いを尊重して話し合いができるメンバーで良かったと思う
- ・貴重な機会を設けていただきありがとうございました。時間的な制約のあるなかで運営も難しいことと思います。内容を絞って行ってもよいと思います
- ・様々な意見を聞いて良かった
- ・それぞれのステップにおける現状問題点を確認しあうことができた
- ・普段は医療に関わることが多く、介護、特に居宅のCMが何に困っているのかを聞くことができたことは今後の参考になった
- ・他の職種の方々の意見が聞くことができた
- ・とても勉強になった。HP側の考えと介護側の考えに多少ズレがあるとわかった
- ・他職種の方々の意見・情報を伺うことができたこと
- ・医療の方と直接お話ができてとても参考になった
- ・介護側のもやもやした思いも聞くことが出来てよかった
- ・医療と福祉が連携することでスムーズな入退院につながるし、連携することで入院を再度する人が少なくなり、地域で生活できる人が増えると思う
- ・病院側の思いが聞いてよかった
- ・それぞれの状況を確認できた
- ・お互いの顔の見える関係づくりとしてとても良い研修会だった
- ・医療側の思いも確認できた。申請・区変についてタイミング・退院転院の連携がうまくいかないこともあったが、病院側も考慮されていることを知り安心できた
- ・医療・福祉バランスの良いグループ構成でステップ0～4まですべて網羅出来てイメージが付きやすくてよかった。それぞれの立場で具体的な話が聞いて共有できた
- ・色々な職種、HPの相談員さんと今回のような話ができたのは良かった
- ・実際の病院や施設での課題や良いことを知ることができた。初めて参加してみたが、多職種の連携が次のステップにつながっていくため、研修会を開くことはとても大切だと改めて実感した
- ・他職種の方々とお話することができ参考になった
- ・顔の見える関係性を築ける大切な場だと思った
- ・入退院について職種同士、病院サイド側と色々な角度からの情報共有ができてとても参考になった
- ・医療と介護、福祉のそれぞれの動きが共有出来てよかった
- ・病院外のスタッフと気軽に情報共有ができ、楽しかった
- ・医療の方の意見や他事業所の対応など新しい情報を知り得てとても良かった
- ・他職種と共通理解ができたと思う。なかなか聞けなかった情報も聞けたのでよかった
- ・医療の方から直接お話しを聞くことが出来てよかった
- ・病院側の事情や入退院支援の流れについて知ることができた
- ・出来ていることが少なすぎて今後の支援の見直しが見えた
- ・北上市外からの異動で北上に来たばかりで分からないことだらけの状況で他職種の方々が

ら色々ご助言いただけ有意義な研修となった

- ・それぞれのできていること、新しい発見もあった
- ・確認が今更だげできた
- ・顔がお互いに見えて悩みや気を付けていることを話し合い、新たな発見になった。今後も継続して行ってほしい
- ・北上地域の介護・医療資源・多職種との連携について理解を深めることができた

2. まあまあ良かった

- ・普段ゆっくりお話しできることがないので、ざっくばらんにもう少しお話ししたい
- ・時間がたりなかった
- ・あらためて入退院支援の確認ができた
- ・介護側、医療側、それぞれの機関・立場での視点や考えを知ることができて有意義だった
- ・病院側の意見が聞けて良かった
- ・テーマをあげることに必死でせっかく同じテーブルに座った方と他の情報交換等できなかつたのでフリートークの時間を設けてほしい
- ・外来への居合わせ時間、ケアプランの提出窓口など、中部 HP、花北 HP の事情が分かり良かった
- ・ステップ2つだと時間が足りなかった。HP 再度と居宅サイドで情報共有する時間が足りなかった

3. あまり良くなかった

- ・会場が寒かった。GW で情報共有できなかつた。時間内に終わってほしかった

4. 良くなかった

① 北上市入退院支援のハンドブック連携会に参加して気づいたことや今後の業務に活かしたいことなどがあれば教えてください。(自由記載)

- ・多職種の意見等が聞けて勉強になった
- ・良好な連携をめざし今後もこのような研修会があればよいと思う
- ・事前に話し合う内容がわかっていたほうがより充実した内容の GW ができるのではないかと、次回は事前の連絡があるとよいです
- ・医療職の方の参加が多く、知らなかつた部分を確認することができた
- ・病院の看護師すべて(病棟、入退院支援、外来)が患者様の地域での生活に目を向けるようになれたらいいと考えている
- ・他のグループの発表からも共感や考えさせられることがあり良かった
- ・情報は常に最新
- ・お互い情報交換しあうことの重要性を感じた。入院になった時の連絡先、ケアマネ名を把握してもらうこと
- ・今までハンドブックを使う場面があまりなかつたが、北上にお住まいの高齢者の方々は在宅への希望が多く、今後うまく活用し連携につなげていきたい
- ・日々の業務の中で大切なポイントや視点を改めて振り返り、考えることができた

- ・レポートの課題に役立てていきたいと思う
- ・医療と福祉の関係者がみることができる電カルのようなものがあると楽だと思った
- ・介護申請って市役所窓口でもできるのでは？
- ・多職種のお話が聞けて勉強になった。病院側に家での様子やケアマネの思いがわかっていただけよう在宅情報をお届けしていきたいと思う
- ・ハンドブックのSTEPに従わなくてもそれぞれが積極的に疎通を取ることが大切だと感じた
- ・ハンドブックについて深めたいので、もっと多くの方々に参加してもらいたい
- ・まとめて話すというスキルにもつながると思うのでグループ発表の持ち時間は決めた方が良いかと思う。時間内に終われるようにだと助かる
- ・施設の入退所は病院の入退所と手続き（STEP）が似ているなどと思った。ハンドブック自体を施設でも活かせるようにしていきたい
- ・今後も参加したい
- ・時間に余裕があればよかった。良い研修なのでしっかりと時間をとった研修だとありがたい
- ・年に一回でもよいのでこういう連携会の機会があるのは良いと思った
- ・利用者に自分の名前と役割をしっかりと覚えていただくことに力を注ぎたい
- ・情報共有が必要
- ・病院へのケアプラン提出を再度徹底したいと感じた
- ・HP とケアマネ双方で気軽に意見を言えるようにしていきたい
- ・わたしのきぼう ノートの活用
- ・他職種との連携を密に取っていきたいと思う
- ・この研修は何回でも必要だと思う。他の業務もあり、わかっているけど考えが足りない時がある
- ・看護サマリーが在宅で気を付ける情報で役立っていると聞いて、役立つように作りたいと思った