

令和7年度 基幹病院と灘区・東灘区の病院と在宅との交流会報告

発行:2026年2月6日

灘区医療介護サポートセンター 西面 長友

東灘区医療介護サポートセンター 青山 三宅



隣接する灘区と東灘区は、中央区に集中する基幹病院との入退院や通院、両区への転院も多く、区を超えて病院や事業所間の連携が行われています。患者（利用者）・家族の望む退院後の生活を病院と在宅が同じ視点で支援できるよう、顔の見える関係の構築を目的として、灘区・東灘区医療介護サポートセンターが合同で「基幹病院と灘区・東灘区の病院と在宅との交流会」を開催しています。

今回は『入退院時の歯科との連携』にも視点を当て、多職種間で活発な意見交換ができました。

★研修名 令和7年度 基幹病院と灘区・東灘区の病院と在宅との交流会

「深めよう！入退院支援 part2～みんなで考える理想の退院支援～」

★日 時 令和7年10月9日（木） 18:00～20:30 ★場 所 御影公会堂 白鶴ホール

【開催報告】

★参加者 109名(病院:47名、在宅:52名、その他:10名)

★研修目標

- ①退院後の不安や恐れを軽減するために、病院と在宅の連携に必要な情報や工夫を具体的に整理することができる。
- ②多職種での意見交換を通じて、「支援とは何か」を改めて考え、明日からの実践に繋がるヒントを得ることができる。
- ③これまで関わりの少なかった専門職（例：在宅歯科医師含む）との連携の必要性について考えるきっかけになる。



★内容 第1部：『支援とは』～本人の望む暮らしを「共に創る」多職種連携の視点～

関西国際大学 教育学部教育福祉学科 准教授 山本 秀樹 氏



ここがポイント！➡退院前の患者の不安や恐れを解決すると、安心が生まれ「本当にやりたいこと」が患者から語られる。

問題解決はゴールではなく「共に創る暮らし」への入り口であること。

第2部：名刺交換・グループワーク（退院支援の事例検討）

★結果【事例検討 全体の意見まとめ】をご参照ください。

★アンケートから（研修会で印象に残ったこと） 「それぞれの立場から、事例に対して何ができるのか、何が課題となるのか、家族の不安解消のために何をすべきかを考え、忌憚のない意見交換ができた。」「不安など問題を解決しないと、本人の望む暮らしを聞き出すことができないということに気づくことができた。」「歯科医との意見交換の機会（歯科医の介入、病院への歯科往診、など）を持てたこと。」

★まとめ

今回の研修会では患者や利用者、その家族が退院後の生活で感じる不安や恐れに焦点を当て、病院と在宅が不安や課題と同じ視点で捉え、多職種での支援のあり方を考えることで、実務に活かすことができるよう検討しました。入院中から退院後まで、本人やその家族が抱える不安や悩みは変化していくものですが、あえて退院後の不安に焦点を当ててみました。

そして、グループワークでは事例を通して入院から退院までのプロセスを遡ってみることで、以下のようなことが挙がりました。

1. **情報共有の重要性**：入院前から退院後まで、病院と在宅チームが密に情報交換を行い、患者や家族のニーズを理解し、それに基づいた支援を提供する。
2. **多職種の関与**：医師、看護師、介護支援専門員など多職種が協力し、リハビリや生活支援を行い、課題を整理し解決していく。
3. **家族・介護者へのサポート**：特に妻への心理的サポートが重要であり、信頼関係を築きながら支援することが求められる。
4. **早期介入**：入院時から退院後を見据えた支援を行い、義歯の調整や薬の管理などを早期に行うことで、在宅生活の質を向上させる。
5. **退院前カンファレンス**：退院前に多職種が集まり、今後の支援と課題について話し合うことで、患者と家族が安心して退院できる。
6. **課題**：キーパーソンとなる高齢の家族など、介護保険未申請の方への支援や介入のタイミングや方法について。

参加された病院の方からは、「退院前に全て解決しておかないといけないというプレッシャーがあったが、在宅の方がこれだけ考えてくださると心強い」「在宅側と一緒に退院指導できれば患者の退院後の不安が少なくなるのではないか」「退院時に本人や家族の課題が残っても、退院後に在宅側と共に調整してもよい」というご意見もありました。



ご本人や家族、関係機関が協働して「望む暮らし」という価値を創造していくことが大切であること、異なる立場の専門職が集まり、互いの視点を理解し合うことなどを会場全体で共有することができました。

【事例検討 全体の意見まとめ】

＜介護保険新規申請のケース＞

	入院～転院前	転院後～退院前	退院直後	退院1週間
事例	<p>転倒し、腰椎圧迫骨折にて入院、高血圧、2型糖尿病（インスリン注射1日3回）</p> <p>本人（78歳）の思い、意向</p> <ul style="list-style-type: none"> ・背中が痛い！ ・痛みを何とかして、早く動けるようになりたい。 ・一人では外出られないで、妻を一人にするのは心配。 <p>妻（75歳）の思い、意向（精神的不安定で引きこもり）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一人では、外に出られない。買い物できない。一人になつたことがないので、生活できるのかな？ ・夫には早く良くなって帰ってきてほしい。 <p>経済面、他</p> <p>経済面：年金2人で30万円、貯蓄700万円、古いマンション持ち家</p>	<p>コルセットを装着し、2週間で痛みは緩和。血糖コントロールも良好。下肢筋力が低下し、自宅での生活が難しいと思われ、リハビリ目的で転院</p> <p>・痛みはましになったが、又転ぶのではないかと思うと、外に出るのが怖い。</p> <p>・リハビリを頑張って早く帰らないといけないと思うが、やる気が起きない。</p> <p>・義歎が合わず、ご飯が食べにくい。食欲もない。</p> <p>・妻のことは心配だが、このまま家に帰っても何もできないと思う。妻はあまり面会に来てくれないが、大丈夫なのか？</p> <p>・2週間たったが、夫はいつ帰るのか。近くのスーパーには、一人で何とか行けたが、すごく怖かった。ご飯を作るのもおっくうだ。</p> <p>・夫の面会に行きたいが、一人では怖い。</p> <p>妻は、医療や介護にお金を使いたくない。医療保険2割</p>	<p>インスリン注射：1日3回→2回に減、本人施行、訪問にて退院後2週間フォロー</p> <p>・痛みがなくなり、リハビリを頑張ることができるようになった。</p> <p>まだ外で転んだ時の怖さが残っている。</p> <p>・家に帰ったら、一人で湯船にゆっくりつかりたいが、病院と違い、浴槽が高いので、どうかな？</p> <p>・病院食だと血糖値は落ちているが、家に帰るとどうなるか不安。食事は出来合いの総菜が多い。</p> <p>・妻と散歩やドライブなど入院前にできることできるかな？よくなったら野球を見に行きたいが、無理だろうな…。</p> <p>・栄養指導を受けたが、自分には難しい。でも、また夫に入院されるのも困る。</p> <p>・夫のインスリン注射などは私にはできない。</p> <p>・夫がもう帰ってきてくれると思うと嬉しい。</p> <p>・主人が戻ってきてくれてよかったです。</p> <p>・買い物に行ってないので、主人と行きます。</p>	<p>・インスリンは自分で打てているが、回数が多いのがかなわんな。</p> <p>・足が不安定で腰も痛い時がある。</p> <p>買い物に行くのも一苦労や。</p> <p>・ご飯は毎日同じようなものになるな。</p> <p>血糖値が心配や。</p> <p>・布団もいいと思ったけど、やっぱり起き上がりが大変や。</p> <p>・入れ歯が合わへし、痛みがあるから外したままや。</p> <p>・退院してから、湯船に入るのが怖くてシャワーしかしていない。</p> <p>・毎日看護師さんが来るのが気になる。</p> <p>仕方ないけど、いつまで来るの？</p> <p>・主人がまた入院しないか心配。</p>
病院	<p>※早い段階から家族と関係性を築き、少しづつ指導をすすめる（妻の不安は強いが、妻の協力もある程度必要）</p> <p>※急性期から住環境や入院前の暮らしの把握</p> <p>①入院（急性期）は積極的医療の優先 疼痛コントロール、腰椎コルセットの装着 血糖コントロール（退院後に自己注射ができるのか、回数も含めて検討）</p> <p>②安静臥床で認知機能低下は必須なので、そのサポートも必要</p> <p>介護保険新規申請（転院する場合は転院先で） CMの選定</p> <p>急性期からの退院も想定し、在宅側（あんしんすこやかセンター）と入院時から連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院前の情報収集（民生委員からの情報など） ・本人の入院中の状況、妻の情報提供 ・妻への関わりを一緒に行う（妻が面会に来ないため、あんすこCを中心になってもらう必要あり） ・入院前からの困りごとは何か 	<p>転院後</p> <p>本人のめざす姿とリハビリ目標の設定</p> <p>本人の不安に対する支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外で転倒しない ・自宅での入浴 ・布団での臥床 ・糖尿病の管理 ・インスリン自己注射 ・食事が食べにくい（義歎の不具合） ・入院前の生活ができる <p>リハビリ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家屋の状況に合わせて起居動作評価 ・セルフケア指導（疼痛管理のためのストレッチなど） ・転倒防止のケア優先 ・外と一緒に歩く、何が不安なのか知る ・入浴動作 ・リハビリの進み具合から、本人の希望が叶うように、必要であれば福祉用具（ベッド、杖、手すり、シルバークーラーなど）、住宅改修などを入院中に検討する ・妻にも理解してもらう（リハビリの見学） <p>自宅環境の確認（家屋調査も含む）</p> <p>・丁寧な本人・妻への説明・指導</p> <p>・在宅側との情報共有</p> <p>糖尿病コントロール</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活指導、栄養指導（妻と本人）：自宅で可能な食事指導、必要であれば配食サービスなどの紹介 ・インスリン自己注射の手技の確立：回数は少なくできるか ・正確な服薬、低血糖等への対処 ・妻ができることは…できなくても知っておいてもらう必要あり 	<p>退院時に具体的な生活のイメージを持つ</p> <p>→退院前に自宅へ一緒に行き、生活イメージを持ってから退院調整を行う</p> <p>退院前カンファレンス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・関わる関係者はできるだけ参加 ・継続治療が必要であれば、歯科や薬剤師も呼んで欲しい ・退院後の不安や恐れを聞く、サービス利用などで解決できること、他のフォローも検討 ※必要な方は2回行うこと <p>退院後の担当者会議</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人・妻の希望 ・退院前カンファレンスで決まりたことの確認、ケーブルの共有 ・主治医との連携 ・サービス提供者間の連携 ・自宅の環境の調整など →追加で必要なサービスの有無 <p>インスリン回数が少なければ、毎日の訪問看護は必要ない</p> <p>※課題が残った場合、退院してから整えてよい（家族支援は特に）</p> <p>※妻の力をどう引き出すか</p>	<p>通所リハビリの事業所へ起居動作の情報提供、自宅で行えるリハビリの提案をしてもらう</p> <p>糖尿病があるため、定期的な運動量の確保が取れるような支援→外出時の歩行補助具の検討</p> <p>2週間後の担当者会議または情報共有、サービス変更など</p>
在宅	<p>在宅主治医から病院へ情報提供と共有</p> <p>あんすこC・民生委員と一緒に妻を支援→生活状況、不安の聞き取り精神状態を確認、医療へつなぐ</p> <p>必要に応じて介護保険の申請や障害者手帳の取得をすすめる→制度につながれば、介入できる</p> <p>妻との面談夫入院中に困っていること、できること・できないことの聞き取り</p> <p>妻が、医療や介護にお金を使いたくないと思っている理由を知る</p>	<p>妻が病院に面会に行けるよう支援</p> <p>→誰が行うのか</p> <p>→妻が入院中に関わる機会が多くなるが、妻ができることできないことがわかり、本人への支援に必要な課題が抽出できる</p> <p>→家族支援は入院中から</p> <p>在宅の生活をイメージしてもらう</p> <p>病院から在宅主治医へ今後の血糖コントロールについて情報提供と共有</p> <p>妻との面談退院後の不安・希望を聞きとり</p> <p>要支援2で利用できるサービスと費用</p> <p>近隣の方、民生委員とのつながり、関係性の把握弟、姪との交流</p> <p>本人の入院早期から、妻とあんすこC・民生委員・CM・障害などの関わりがあれば、妻の受け入れはしやすくなる</p>	<p>※課題が残った場合、退院してから整えてよい（家族支援は特に）</p> <p>※妻の力をどう引き出すか</p> <p>訪問看護師やデイサービスからの情報収集、退院後しばらくは、担当CMが頻回に訪問または情報収集する→課題抽出</p>	<p>妻「毎日看護師が来るのか？」→本人のみを対象に関わりすぎたのではないか？</p> <p>家族全員が家族生活を維持できるようにする</p>