# 令和5年度 稙田4圏域合同地域連携検討会　報告書

1　日　時　令和５年 10 月 20 日（金）18:45～20:00

2　会　場　稙田市民行政センター　大会議室

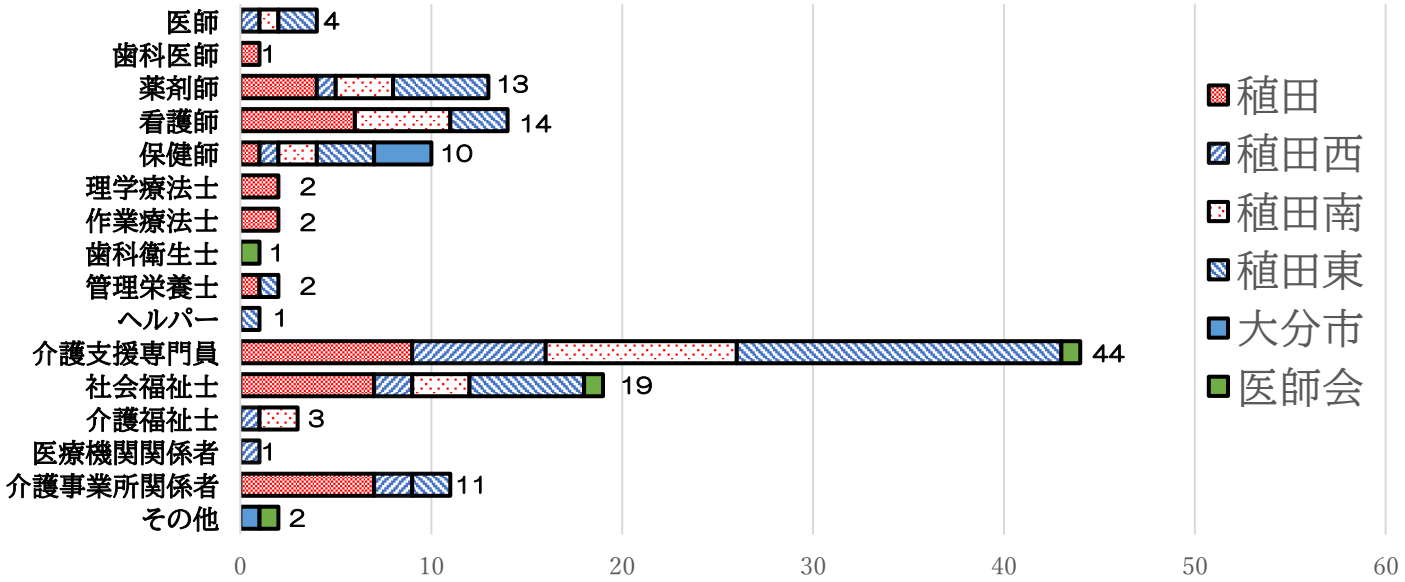
3　内　容　①発表・事例紹介

発　　表：アルメイダ病院 医療連携室 医療ソーシャルワーカー　　山本 琢也 氏

事例紹介：稙田地域包括支援センター　センター長　　松本 あゆみ 氏

②グループワーク　「救急搬送からの在宅医療・介護 ～退院時の連携を考える～」

## 4　参加者数（１３０名）の内訳

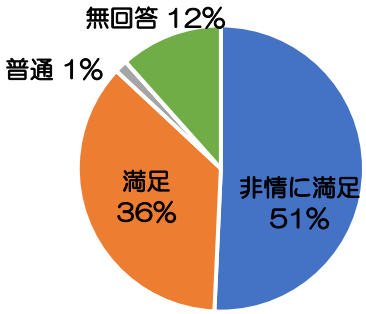



## 5　アンケート集計　（アンケート回答数６９名）

**1.本日の地域連携検討会はいかがでしたか？**

**問 1-(1)** 満足度をお尋ねします。（いずれか一つに〇を付けてください。）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 非常に満足 | 35 | 51% |
| 2 | 満足 | 25 | 36% |
| 3 | 普通 | 1 | 1% |
| 4 | 不満 | 0 | 0% |
| 5 | 非常に不満 | 0 | 0% |
| 0 | 無回答 | 8 | 12% |
| | 合計 | 69 人 | 100% |




**問1-（2）今回の地域連携検討会のテーマ、規模（包括圏域での単独または他圏域との合同）、その他開催方法について、ご意見があればお聞かせください。**

➢検討会テーマについて

・他職種の含まれたグループ構成で良かったと思う。テーマが大きく結論があやふやな感じだった。”顔の見える関係作り”はすでに云われていることなので、その先に何が必要なのか考えたい。【看護師】

・規模は良かったと思います。 話し合うテーマは複数あっても良いのかなと思いました。【社会福祉士】

・テーマは連携について。規模は同規模で良いと思います。もう少しグループワークの時間が欲しかったです。【介護支援専門員】

・合同で開催されたので、日頃から連携している多くの事業所の方と会うことができてよかった。ただ、医療機関の参加が少なく、事例がソーシャルワーカーの質を問われるようなテーマだったので、他の病院の実情も聞きたかった【社会福祉士】

・数年ぶりの開催でしたが、顔を会わせることは非常に良い会と改めて感じました。内容的に医療機関関係者の方が圧倒的に少なかったため、病院のソーシャルワーカーの肩身が狭くなるようなグループワークになったのではないかと感じました。【事務長】

・困難事例、ひきこもりの家族が支援者の場合。【訪問看護師】

## ➢開催方法・内容

### 対面・集合形式がよい

・今回のように集合形式での開催の方が各事業所の方の生の声が聞けるので良いと思います。急な受入れ要請等、他の事業所の工夫点等聞けて良かったです。【老健　支援相談員】
・顔をあわせて、目を見て話せる形がよかったです。【介護福祉士】
・顔を合わせてグループワークが出来て良かったです。【相談員】
・対面で良いと思います。【事務長】
・対面で良かったと思います。【介護支援専門員】
・対面で集合する形の研修は、久しぶりだったのでとても良いと思います。【介護支援専門員】
・顔が見える関係作りとしては、対面開催が一番いいと思います。【介護支援専門員】
・直接、顔を会わせての研修も良かったと感じました。【介護支援専門員】
・久しぶりに集合研修で盛り上がった。【介護支援専門員】
・今回のように顔を会わせての意見交換は、とても良いディスカッションの場になりました。Zoom だけでは話が進まないところが顔を合わせることで活発な意見が交わせました。【介護支援専門員】
・圏域で集まり、顔の見える関係は良かったです。【介護支援専門員】
・日々の業務の中で切実に困りごととして感じている部分を他職種や同じ立場の他事業所の方と話せたことは非常に有意義でした。Zoom も良かったけれど、やはり対面の良さも今回は強く感じました。【介護支援専門員】
・対面はとても楽しかったです。【介護支援専門員】

### 開始時間

・多職種の連携がこれからはもっと必要となってくると思います。また、勤務中はなかなか時間をとれないこともあり、今回の時間帯は私にとってはありがたかったです。【介護支援専門員】

### 内容

・グループワークは是非してほしいです。直接話ができるのも、やっぱりよいと思います。【施設　介護支援専門員】

### 開催規模

#### 合同開催で良い

・合同での検討会で他地区の情報も聞けたので良かったと思います。【生活相談員】
・合同会議の方が普段会わない方と会え、意見が聞けるので良かったと思います。【職種不明】
・地域連携を強化していくのであれば圏域別にグループを作るのもありではないかと思う。【薬剤師】
・他職種の苦労やほしい情報を知ることができ、勉強になった。今後も今回の規模での他圏域と合同開催を希望します。【主任介護支援専門員】
・合同で良い。顔を合わせる機会ができる。【主任介護支援専門員】
・合同研修で多職種連携で学ぶことが多い。【介護支援専門員】
・同規模にて対面で行えればと思います。【介護支援専門員】

#### 合同と単独の両方

・実際に顔を合わせグループワークを行うことで、お互いの立場からの思いを伝え合うことができ、非常に良かったです。今後も 4 圏域合同での開催を行いつつ、単独でも行い交流を深めていけるとありがたいです。【薬剤師】

## ➢開催方法・内容・開催規模について

・テーマ、規模、開催方法共に良かったです。【介護支援専門員】
・次回も同じ様な形で。【介護支援専門員】
・今日の形態のままで良いと思います。【介護支援専門員】
・これまで通りで良いです。【介護支援専門員】
・継続的に開催できる様に頑張ってください。【医師】

## ➢検討会の感想

### 専門職の意見が聞けて良かった

・久しぶりのグループワークでした。多職種とのワークで各職種から直接意見を聞ける時間は大変有意義なものでした。ありがとうございました。【介護支援専門員】
・包括支援センターの方が積極的に意見を引き出してくれて最初から活発な意見交換ができて勉強になりました。色々な職種の方の意見が聞けて改めて専門職の連携を感じました。これだけの規模で集まるのは貴重な機会だと思いました。【介護福祉士】
・普段話すことのない職種の方と話すことができて良かったです。【薬剤師】
・とても活発な意見交換ができて良かったです。【訪問看護　管理者】
・他職種での意見交換は有意義でした。【看護師】
・色々な方と意見校ができて良かった。【訪問看護師】
・他職種から専門的な意見が聞け、工夫していること、困っていること、今後の課題等たくさんの学びがありました。【看護師】
・初めての参加でしたが、多職種での検討会はいろんな意見が聞けて良かったです。【看護師】
・普段言えない困りごとを他事業所と共有できるのはいいと思いました。【管理職】
・他職種の方とグループディスカッションを通して学ぶことも多くあり、勉強になりました。【相談員】

### 顔の見える関係作りに役立った

・多くの人と会えるチャンスをありがとうございました。ケアマネジャー同士でもつながれて良かった。【介護支援専門員】
・顔の見える関係が出来て、とても良かったです。【介護支援専門員】
・医療・介護の専門職の方々と直接話ができ、入退院時にどんな情報がもらえると連携が取りやすい等、把握することができました。多職種の方々と顔が見える関係作りができ貴重な時間が過ごせました。【介護支援専門員】

### その他の意見

・話した【薬剤師】
・素晴らしい会でした。【薬剤師】
・大変勉強になりました。【主任介護支援専門員】
・とても良かったです。【主任介護支援専門員】

## 問 1-（3）本日の地域連携検討会に参加して、新たに、あるいは改めて気付いたことや今後の業務の参考になったことがあれば、お聞かせください。

### 他職種理解

・多職種のかかえている問題や考えが聞けて参考になった。【薬剤師】
・日々の業務に皆さん苦労していると思いました。【介護支援専門員】
・薬局という立場では患者様のリハビリに励んでいる姿は想像でしかイメージできず、今回のお話を聞けてとても参考になりました。【薬剤師】
・医療介護の立場を尊重できた。【介護支援専門員】
・同じ問題に対応するにしても、それぞれの立場での限界があることを感じたので、他職種、他事業所と繋がることが大切だと改めて感じました。【介護支援専門員】
・医療側と介護側の視点の違い、考え方の違いなど共感しました。その距離感をいかに埋めていくか今後の課題にしていきたい。【介護支援専門員】
・他の職種の立場も考えて連携をしていくことの大切さに改めて気付いた。【介護支援専門員】
・在宅医も連携に一生懸命なことが分かった。【介護支援専門員】
・医療ソーシャルワーカーの重要性、多忙性を感じた。【医師】
・立場が違う方からのお話を聞けたので、ヒントになること共感できることがありました。例えば福祉用具やヘルパーの素早い対応が急な退院のカギになること。【介護福祉士】
・病院側と在宅側とでそれぞれに必要な情報の交換ができて大変良かったです。【介護支援専門員】
・入院時に病院がどんな情報がほしいのか、ソーシャルワーカーが入院してすぐにどんな動きをしているのか分かりました。スムーズに退院に繋いで安定した在宅生活を送れるようケアマネジャーとして必要な情報収集をしっかり行っていきたい。【介護支援専門員】
・各専門職が、それぞれの立場で利用者のために頑張っているのだと感じ自分も頑張ろうと思いました。【介護支援専門員】

### 連携について

・連携の重要性。【訪問看護　管理者】
・医療・介護連携【訪問看護師】
・医療の立場と、介護の立場でしっかり連携を図っていければ問題点も少しずつ解消されていくのではないかと思います。【介護支援専門員】
・ファシリテーターの進行も上手で、そのことも勉強になった。おかげで、相手の意見を聞いて、自分の意見を考えることができ、在宅医療・介護連携時のポイントを学ぶことができた。【介護支援専門員】

### 情報共有について

・連携、情報共有が大切だと思いました。【事務長】
・情報共有ができる多職種の連携がとても大切だと感じました。【介護支援専門員】
・情報共有の内容やタイミングが重要だと感じました。【社会福祉士】
・病院と在宅に戻る際の連携、ケアマネジャーとも協力しながら情報共有できたら良いと思う。【看護師】
・「急な退院」という話でたくさん聞き、今後の情報共有のあり方について、勉強になりました。【MSW】
・在宅医療には多職種との連携が重要になる事を改めて感じた。【看護師】
・関係機関との情報共有や担当者会議、家屋調査など関係者で共有することの重要性を確認できました。【社会福祉士】
・家屋調査が行けない時に病院リハ職から家族へ家の写真を撮ってもらうと協力を得やすい事。【相談員】

### 他職種への積極的な働きかけ

・病院として適切なコミュニケーションの取り方を考える必要がある。【社会福祉士】
・改めて問い合わせる事、積極的にすることが必要だと思いました。【介護支援専門員】
・直接会うことに勝る連携はないと思いました。【介護支援専門員】
・もっと多職種に相談、連携しようと思いました。【介護支援専門員】
・他事業所と常に連絡を取りあうことが必要だと思いました。【介護支援専門員】
・日頃から他事業所との連携を密にする必要があると思いました。【老健　支援相談員】
・細かな連携に勤めたいと感じました。【介護支援専門員】
・医師のおっしゃる通り、医療と介護の双方が能動的に動くことで密に連携を図ることができ、利用者や家族が困ることはないと思い参考になりました。【事務長】
・受け身にならずに。【看護師】
・薬剤師ができる事を増やしていきたい。【薬剤師】
・カンファレンス等でしっかり発言していくこと、当たり前ですが改めて考えました。【作業療法士】

### 他職種の意見が聞けて良かった

・日常診療だけでは、あまり関係や交流することのない職種の方々の話（体験談）を伺えたのは勉強になりました。【歯科医師】
・他職種の意見が聞けて良かった。【薬剤師】
・他職種の意見が聞ける機会はなかなかないので、参考になる事が多かった。【施設　介護支援専門員】
・多事業所の方々と意見交換ができ大変勉強になりました。【介護支援専門員】
・参加者の経験された話を聞けることが参考になります。【介護支援専門員】
・多職種の方の意見。【相談員】
・他職種の方々のいろんな視点から考えや意見を聞けて、自分の視点では気付かなかったことを知れて良かったです。【相談員】

### その他の意見

・困ったことがあれば、それぞれの専門職の方々に相談していいのだという安心感。【介護福祉士】
・ケアマネジャーの参加者数が多く連携の必要性を感じている人が多いのだと思いました。【介護支援専門員】
・医療の制度のこと、高額療養費のことが不勉強で、同じ医療保険でないと合算できない等が理解できていなかった。ベテランのケアマネさんの実体験は、本当に参考になる。【介護支援専門員】

・医療と介護の連携が重要であることは周知されているのに、連携不足の課題が続いている原因が何なのか…と改めて考えさせられた（職場の人員不足？個々の力量の問題？）。 大分県は人口に対する医療機関が少ないため、病床数が足りないらしい。それが、医療機関の病床逼迫につながり、治療が終了した方（介護問題の有無は問わず）が退院しないと救急医療が成り立たないので、在宅介護に早期に移行せざるを得ない状況を生み出していると思う。コロナ 5 類になった後、コロナ肺炎で入院し ADL 低下して自宅で看れなくなり、リハビリ転院先を探しても、数週間待ちの状況だった。【社会福祉士】
・これまで在宅と無関係の所で働いていました。初めての事ばかりで参考になりました。【薬剤師】
・入院時から退院を見据えた支援の大切さを改めて感じました。【管理栄養士】
・社会性の変化、入院時から退院調整に入ること、文面より対面。【介護支援専門員】
・顔の見える関係作りが大切だと思います。【介護支援専門員】

## 問2　今後の連携検討会で希望するテーマとその理由。

### 連携について

・在宅で療養する方を支えるために必要な連携とは【訪問看護　管理者】
・同じ在宅医療・介護の連携に関して【社会福祉士】
・医療・介護の連携で医療側と介護側が知りたい情報をそれぞれ出し合い、共有ができればと思います。【介護支援専門員】
・ケアマネが各テーブルにいたので、次回は「ケアマネに聞きたいこと、ケアマネの依頼したいこと」として話をしてもらいたい。【介護支援専門員】
・医療と介護の視点の違いについて【介護支援専門員】
・所属施設等の特色や職種の現場の声を聞きたいと思いました。同じ稙田地区にどのような現場があるのか知りたいと思った事と、知る事で連携を深めていきたいと思ったので。【介護福祉士】
・大きなテーマも大切だとは思いますが、まずは多職種の連携、情報共有がスムーズになるよう整備することが優先かと思います。【薬剤師】
・ICT を活用した効果的な連携方法について、今後は不可欠になってくると思うので。【介護支援専門員】

### 看取り等、場面設定をした内容

・エンディングノートなどの活用をどのようにしているのかなど終末期の利用者様への対応をどのようにしているのかを聞いて参考にしたいと思っています。【介護支援専門員】
・看取りに対する取り組み、どのタイミングで検討していくか。【老健　支援相談員】
・新規について、急な退院（またあってもよいですね）、看取りについてなど、連携が大切だと思います。【薬剤師】

### 特定の専門職を中心とした支援について

・リハビリについて、リハビリという言葉が運動やマッサージとして使われる印象があるので改めて考えたい。【作業療法士】
・現在入院される患者様で薬をお持ちいただくケースが多いと思いますが、お持ちいただくお薬で分からない点や管理方法について共有できればと思います。【薬剤師】
・服薬管理、栄養管理が困難な独居高齢者の対応。【社会福祉士】

### 特定の疾患について

・認知症ケアについて連携を図った支援を【介護支援専門員】

### 多問題、困難事例等

・経済的な支援について（借金などお金のトラブルの対応について）。【介護支援専門員】
・身寄りのない認知高齢者の事例検討。後見人制度を利用して契約や経済面は解決できても、医療行為の同意はできない。医療行為の判断が必要になった場合、後見人、医療機関とケアマネ等はどのように対応するのがベストなのか共有したい。【社会福祉士】
・介護サービスにつながっているケースはいいが、様々な事情を抱えて支援が必要と思われるのに介入拒否などで支援に繋がらないケースをどう支援していくか。地域包括支援センターは、担う業務が多岐にわたり、人員不足の問題もあり、負担が大きいように思う。【社会福祉士】
・様々な事情により介入が困難な世帯に対しての連携について。【社会福祉士】
・家族の患者離れについて、介護が進む背景にある問題だと先生よりご意見いただいた。【生活相談員】

### 資源について

・デイ以外に地域で一緒に作業や食事をする場所、子ども食堂の発展型みたいなものができないか。【介護支援専門員】

### その他の意見

・どのようなテーマでも参加したいです。【相談員】
・テーマは思いつきませんが、より多くの人と話せる機会があるといいなと思います。【事務長】

## 問3　日々の業務の中で、多職種連携について感じていることをお聞かせください。（困っていること、上手くいっていること、他の職種に対する要望、自分たちで取り組んで行きたいこと等）

### 困っていること

・医療・介護との連携がそれぞれ忙しくて時間が取れないことがある。【薬剤師】
・最近連携が取りやすくなったと感じる反面、大きな病院での連携の難しさを感じています（退院前カンファとかないのです）。【介護支援事業所】
・連携を図るうえで、介護の面や生活環境の調整に目が行きがちですが、栄養、歯科、薬の件の調整・フォローが不十分なことを感じることがあります。【事務長】
・ケアマネさんとの情報共有に関して、どこまでお伝えすることが良いのか。【社会福祉士】
・情報共有がうまくいかない（連絡漏れ等）ことが多いので、そこの整備をしていきたい。【薬剤師】

### 上手くいっている、心掛けていること

・こまめに、ケアマネさんや他事業所のソーシャルワーカーさんと連携をとっています。【相談員】
・特に困ったことはないです。ソーシャルワーカーさんの力を感じます。【介護支援事業所】
・褥瘡の方について、常に訪看と情報交換を行いながら行えているので、処置内容の連続性が保たれ早期完治への取り組みができています。【介護支援事業所】
・定期的に訪問し、連絡しやすい環境になるよう努めています。【老健　支援相談員】
・お互いを思いやって仕事をする事が最も円滑に連携が図れるコツだと思います。【介護支援事業所】

### 他職種等への要望

・入院を知っている場合、情報や連絡をいただけるとありがたいです、【MSW】
・包括での門前払いの対応を極力止めてください。【医師】
・ソーシャルワーカーの方と関わる中でもそれぞれの病院や施設での対応の違いを感じます。相手からみればケアマネも同じと思いますが連携時の注意点、決まり事を再度確認できるとよいですね。【介護支援事業所】
・歯科医師としては、入院或いは在宅医療を必要とする患者さんに対しての口腔ケアについて、どのように積極的に関わっているかという点。【歯科医師】
・他職種の方からの情報がすごく参考になることがあります。情報交換をもっと気軽にできるようなツールがあればと思います。【薬剤師】

### 取組んでいきたいこと

・薬局（薬剤師）が関わって行けること、手伝えることを増やしていきたい。【薬剤師】
・積極的に退院に向けて動いていけるよう、自分自身でも心掛けていきたいと思いました。【介護支援事業所】

### 他職種との関係構築

・連携していくためにもやっぱり対面で会って意見交換するのは大切だと思った。【看護師】
・OPEN な関係作りを行うには顔が見える環境作りが必要なので今後も対応していきたい。【介護支援事業所】
・他圏域の多職種と「顔の見える関係作り・社会資源づくり」をテーマにシリーズで開催してほしい。(多職種とのコミュニケーションが利用者の資源になれるよう)【介護支援事業所】
・もっと積極的な集まりが必要と思う。担当者会議のみでなく ACP やケアカンファレンス等。【訪問看護　管理者】
・顔見知りが増えることで連携が取りやすくなり稲田圏域の住民には安心して住めて何があっても任せられる住環境になっていくことと思います。「あの地区は良いよ」と言われてみたい。【介護支援事業所】

### 連携に関してのご意見

・在宅での生活を支えるためにはそれぞれの専門職が能力を発揮して一人を支える大きな力になるよう活動していくことが大切だと感じた。【看護師】
・利用者の幸福のために関係機関が能動的に行動して、連携が図れていくといいと思った。【社会福祉士】
・１つの職種で患者様の全てを把握することは難しく、また仮にできたとしても医師が話したようにその職種に任せっきりなり、かえって患者様との距離が広がってしまうような事になると思います。連携の意識を持ち意見交換をすることで多職種あっての自分だと再認識できると感じました。【薬剤師】
・高齢者世帯や独居、家族がいても遠方や就労で介護に関われないといった方が増えています。要介護状態になり在宅生活を継続していくためには、多様なサービスが求められます。そのためには多職種がしっかり連携が取れることが大切だと感じました。個々で会ったり、連絡を取ることはありますが、今回のような検討会では、より多くの職種の方と直接意見の交換ができたのでとても良い時間が過ごせました。今後に支援に活かしたいです。【介護支援事業所】

### 自己研鑽に取組んでいきたい

・私は基礎資格が介護福祉士で医療面での知識が低いと思い、自己研鑽しています。日頃より多職種の方より助言をいただくことでケアマネ１人で考えなくていい状況であり、チームケアをこれからも大切にしていきたいです。【介護支援事業所】
・日々の業務に追われ、もう少しこうしたいと思ってもそれをどう進めていけば良いかモヤモヤする事がある。勉強して他の職種と連携できる事で解決していけるようになりたいと思います。ありがとうございました。【介護福祉士】
・日々その日の業務に追われて過ごしており、もっと自己啓発の取り組み、人権とかに鈍くならないようにしたい。【介護支援事業所】
・自分の勉強不足で、ご迷惑をおかけすることがあるため自己研鑽に励みたいと思います。【相談員】

### その他のご意見

・今回が初めての参加で、色々な意見が聞けて良かったことです。【介護支援事業所】
・自分も含め、よく頑張っていると思いました。【職種不明】

## ６　グループワーク協議
# 「救急搬送からの在宅医療・介護　～退院時の連携を考える～」

### （1）現状を共有しましょう

**医療機関から退院し自宅や施設への移行で苦労したことや、工夫されていること。**

**1グループ**

・急な退院時の対応が大変（特に新規だと情報が少ない）
・退院時の初回面談（３日以内）医療ソーシャルワーカーと看護師で連携して急な退院にならないように対応しているが…。
・医療としては退院状況なのに在宅の調整が間に合っていない。
・精神科との連携
・ケアマネジャーも決まっていない、家族が遠方、キーパーソン不在
・認知症対応、生活困窮対応
・服薬管理ができない　→　お薬カレンダーを使っても無理
・自己注射のハードルが高い。
・支援拒否がある方の退院を、どのように支援するか。
・本人が直希望して退院するが、家族は受け入れできていない。

**2グループ**

・コロナになってから当日の退院連絡（ソーシャルからの連絡が減った）→　連絡をこまめに取る
・入院時に入院時連携シートで情報提供する。
　ソーシャルワーカーが決まらず、看護師から加療報告もある　→　情報整理
・入所会議をするにあたり、情報収集。施設の空きあれば、他の施設も検討。
・独居や色々な状況あり。
　ここまでに退院の目標を決める状態　→　目標に向けてリハビリに取り組む
　長く入院すると依存度が高くなる。
　家族に負担。
・処方内容が変わる（入退院を繰り返す）→　準備や在庫のない時があり、患者を待たせてしまう。
・在宅
　ADＬ低下しているが、まだ介護認定は出ていない（介護申請し退院）。
　状況に合わせて対応、考える場（多職種）
　フェイスシートでは身体状況等、全て伝わらない。
　生活歴があると関わりやすい。
　急な連絡に工夫して対応している。
　医療依存度が高い　→　対応、改善方法。

**3グループ**

**ケアマネジャー**

・状態が大きく変わり、玄関も上がれず帰れる状態にないときがあった。自宅に帰ることを見越したリハをしてほしい。余裕をもって退院できるときは、家に帰るとき、こういうところが困ると病院に伝えるようにしている。
・急な退院でも、すべきことをして間に合わせているが経験が短い方はどう動けばいいか難しいと思う。担当の利用者が急に退院する際、ケアプランが変わるかどうかを素早く把握しなければいけない。
・コロナ禍での急な退院の新規依頼は医療機関からの情報のみで状態把握が難しい。その状況で仮の見立てをしなければいけない。ソーシャルワーカーによっては丁寧に頻回に電話しても嫌がらず対応してくれるので、ありがたい。
・コロナが落ち着いても、最近、本人に会わせてもらえないので、どんな状態で帰ってくるのか全然分からなかった。
・転倒して治療後にリハビリ転院を家族もソーシャルワーカーも考え、その方向で進めていたが、認知症のご本人が自宅に帰ると言い出して急に退院することとなった。自宅の階段を上り下りができないと帰れなかったが、理学療法士が訓練し、こういう方法ならできるところまで行ったので自宅に帰ることができた。

**包括**

・病院に行って情報をもらえても本人に会わせてもらえない。

**理学療法士**

・回復期にある場合は、回復期ケア病棟、地域包括ケア病棟で退院準備ができるが、急性期の場合は長く入院できないので準備が間に合わない。そのような状態で自宅に戻ったときは心配。介護支援専門員や看護師との情報のやり取りが難しい。深刻なケースでは情報のやり取りをしていくが、受入側は、どういう状態のときに情報のやり取りをしたいかを聞きたい。

**看護師**

・施設の方が入院したとき、決められた期限までに退院しなかったので退所を求められ、帰る先が見つからずに困った。

介護福祉士

・施設入居者で認知症がある方は、精神面では馴れたところに帰った方がよいが、リハビリが必要なときは、まずリハビリができるところを経由して戻った方がいいと思うことがある。
・コロナ禍になって本人に会えなくなり、退院時の状態が分からず困った。帰れる状態にないのではと思ったこともある。
・リハビリの結果ではなくリハビリの期間だけで退院が決められてしまうので困っている。

**4 グループ**

**薬剤師**

・家庭での環境を整えた上で、退院させたいと思っている。

**訪問看護師**

・急に退院する時は、病状等の情報が入ってこなくて困る。自宅での活動力、自宅で必要な医療を知りたいと思っている。そのためには、ケアマネや病院との連携が必要。

**ケアマネジャー**

・医療機関から在宅に戻る場合、環境調整を一気に行わないといけない。なので、退院が急だと調整が大変。

・入院時の情報が３日以内という決まりがあるので情報提供するが、その時に医療機関側の担当（ＭＳＷ）が決まってないことがあり、提供の速さが活かされない。また書面の下の方に、「退院日を知らせてください」と記載しているのに連絡が来ず、電話をすると「あー、ホントだ、書いてますね」という感じでおざなりにされ退院時の連携ができていない。退院後に状態が不安定になり再入院したこともあり、現在では退院前カンファを行うようになり、改善した。

**老健ケアマネ**

・老健は薬の制限があり受入れまでに時間がかかる。すぐ入所できないことに対して家族の理解を得るのが難しい。

**包括職員**

・包括は介護申請すらしていない人と関わる。急な入院で介護保険の利用が見込まれて暫定となる時、情報が無い。本人の状態が分からないまま退院してしまう。暫定での介護保険利用という部分に苦労を感じる。

**5 グループ**

・**施設相談員**：退院の翌日から通所利用希望者の利用までの流れを決めることが大変！

・**介護支援専門員**：連携前に退院してしまっている（急な退院）。

・**医師**：医療ソーシャルワーカーなどが、入院時にどのくらいで退院できるか見通しができていない。
急な退院となれば、すぐに指示書が出せない。
急に担当者会議に呼ばれること。

・**薬剤師**：薬局で扱っていない薬が必要な時。

・**医療ソーシャルワーカー**：入退院の回転が速い！入退院時に情報の共有を必ずしてほしい。

・**地域包括支援センター**：病院と家族の意見に食い違いがある。

**6 グループ**

・地域包括支援センターより、退院をするために担当ケアマネジャーになってほしいとの急なお願いがある。
→ 急な退院により、サービスの調整に苦労する。

・胃ろう等の医療処置に関する連携は実践と指導では変わる。

・病院より、入院中に関係性の悪化がありケアマネジャーの変更がある。
→ 退院２日前に家族との初めての面会で、サービス等の調整が決まらないまま自宅退院となった。家族構成的にもどのようなサポートが必要かを決めることに時間がかかった。
次回の通院先も決まっていない状態、変更申請の時期、施設の選定ができていない状況。

・入院期間に関して、急な退院は追いつくことができない。

・家族の意向、本人の意向等でズレが生じると難しい。
→ サービスの調整が考えていた通りにならない場合あり。

・金銭的な問題で、負担限度額に関してのトラブル。 → 事前の説明と実際にかかる金額に違いがある。

**7 グループ**

**看護小規模多機能型居宅介護（介護支援専門員）**

・コロナでアセスメントできない、当日初めて会ってみると思った以上に動けないという事があった。
→ 一旦、泊っていただき ADL を確認し福祉用具を選定する等、情報がうまく取れない（事前にいただく情報が全然違うこともあった）。随時サービス内容を組み替えながら対応した。

**訪問看護ステーション（作業療法士）**

・急性期からの急な退院、週末の退院、主治医と連携が図れない、退院したが動けずその日に救急搬送。
→ 急な退院でケアマネジャーも対応しきれない、もう少し連携が図れるといい。介護者への指導も不十分

**病院（社会福祉士）**

・施設から来て、大きく状態が変わった時に施設にまた戻れるのか。戻れないケースもある。家族は戻りたい気持ちがあるが、施設側が受け入れをしたいけど、あやふやな回答の時があり相談時期を迷ってしまうことがあり、退院調整に困る。

**薬局（薬剤師）**

・退院後、紹介された病院、薬局共に情報が少なく、内服情報も分からない。ALS で自分で薬も出せない方、情報がなく、事前に情報あると違ったのかなと感じた。

**居宅介護支援事業者（介護支援専門員）**

・コロナで退院した時、説明されていない、すり合わせできていない時が多々あった。
面会できないためソーシャルワーカーやリハビリ職からも説明してもらってアプローチするようにした。
指導は大体１回（急性期病院は特に）。
家の中の動作確認が不十分で退院したが生活できないことがあった。

**クリニック（栄養士）**

・退院後に在宅開始する際のカンファレンス。コロナ中は情報（食事）が少ない。病院によって提供される形態などが違う。退院後に同じように準備できない。独居や老々介護になると支援が難しくなる。

食事・栄養指導なしで退院した場合、入院前よりも水分にトロミが必要となること等があっても、訪看が介入しても栄養まで十分に支援できない。退院時に管理栄養士の介入を検討した方がいい。
食事の形態、大きさ、体重等の情報があるといい。

**8 グループ**

・入院中に「できる」と聞いていたが退院後に会った時、トイレにも行けない状況だった。聞いていた内容と違った。
・コロナ禍、情報収集が大変だった。退院を拒否する方がいて連携に困った。
・自宅に退院したが自宅での生活が難しく、急に対応できないかと聞かれた（施設職員）。
・家族と本人の意向が違い、すり合わせが大変だった（コロナ禍で面会時間が短いため）。
・ターミナルの方、急な退院（本人、家族の意向、医者からの目線）。
・退院前カンファレンスができれば、サービス調整ができやすかった。
・急変したときの救急搬送、家族との連絡が難しい。
・緩和ケアの方が入所することもある。夜勤は 1 人体制なため、対応が難しい場合もあった。もしもの時は訪問看護師に連絡することを決めている。
・お薬手帳で入退院歴を確認することができた。
・急な退院の時、家族や多職種との連携、福祉用具の早急な対応。ヘルパー、訪問看護師の早急な対応。
・緊急入院後、介護認定の申請を病院に聞くが、なかなか返事がなく結局、転院先でと言われた。
・在宅に戻った時、思っていた以上に費用がかかり、利用者からクレームがあった。
・家族が定期的に、衝動的な失踪をするケースがあった。

**9 グループ**

**看護師**

・病院の連携室から照会される。コロナ禍では調整会議ができなかった、最近は調整会議が復活。調整会議をすることで、環境面（ベッドの位置、福祉用具を設置する場所など）が把握できる。家族や本人から家の状況聞いても、自宅の様子が違うことが多く自宅にあるものでは代用できないことが多い。環境を整えるために時間がかかる。

**医療ソーシャルワーカー**

・病院と在宅では違い、在宅に行くと家族に沿った話を医師がしてくれる。病院と在宅の場面違う。自宅へ帰すタイミングを見極めるのも重要。

**ケアマネジャー**

・入退院に伴い身体状況が大きく変わった人は、色々なサービスに繋げられるよう調整が必要。家族によっては受け入れ状況に違いがある。
・面識のない人を受け入れるときは、福祉用具を 2 種類用意する。
・本人の意向と家族の意向にずれがあるときは、困ることがある。

**薬剤師**

・在宅で薬剤師の訪問を受け入れてくれない人もいる。服薬調整するだけならわざわざ家に来なくてもいいなど。その時は訪看や Dr などから話をしてもらう。

**医師**

・ケアマネは医療介護を繋ぐ要。SW は医療の要。どちらの職種も経済状況や支援の状況などトータルで患者を把握してほしい。能動的に動く！
・入院したその日から退院調整が必要→どんな状況で退院するか Dr は見立てる。元々の ADL の確認など。退院前に自宅を訪問することで、どんな支援が必要かある程度プランニングできる。
・在宅医として…退院前カンファをほとんど希望している。入院中に在宅医、主治医、Ns が顔合わせをして、どんな支援が必要になるかを病院と相談しておくことが必要。患者も安心できる。

**10 グループ**

・インスリンの自己注射が必要だが、糖尿病の合併症で目も見えにくくインスリンの目盛りを合わせて打つことができず、自己管理ができない方。息子との 2 人暮らしで息子は 1 日中仕事でほぼ不在。最終的にはデイサービスを利用しインスリン注射は 1 回/W、経口薬は毎食から 1 日 1 回に減らすことができた。
　→ このような調整を相談を受けてからケアマネジャーがしないといけない。病院から丸投げされることが多い。病院側で手技を覚えて帰ってほしいが、時間もかかり限界もあるのかなと思う。
・病院から特養に入所された方。自殺願望のある方だったが事前情報にはなく、入所日にナースコールを使い、首を縛っていた。よくよく聞けば入院中も何度か自殺行為があった様子。デリケートな情報であるため懸念されるとは思うが、そういう情報こそ、しっかり情報共有してほしいと思う。
・退院して在宅へ戻る時に、食形態の変わった食事を誰が作ったり準備するのか事前に情報共有ができないことが多い。栄養士も在宅に戻る際には病院の栄養士と在宅で支援していく栄養士が一緒に対面で情報共有できたことがあり、患者にとっても良い事だと思った。
・在宅に関わる栄養士が少なく食事で困っていても、どこに相談していいのか分からないと言われたことがある。地域の中に相談できる人が何人かいるといいと思う。
・退院後、自己注射ができない方がデイに来た。その際に事前の情報も少なく見守りでいいのか、本人がどこまでできるのかなどの情報共有ができていないことがあった。
・在宅は家族が遠方の方も多く、契約や緊急連絡、緊急時の対応が困る。できるだけ家族と密に連絡を取ることを心掛けている。コロナ禍等で対面が難しい場合等も zoom の活用や書面を送るなど工夫している。
・歯科では、患者が入院し在宅に戻ってこられた際の口腔内は、口腔ケアがでいていないことが多い。二の次になってしまいがちだが、口腔内の保清もしてもらいたいと思う。

**11 グループ**

・暫定で自宅に帰る際のケアマネジャーへの情報の種類、必要なものは何か？
・退院前カンファレンスで情報共有されたことが継続看護されておらず、同じ症状で再入院された。
・認知症診断を早めにされていれば支援の方法が見えてくる。
・ケアマネジャーとの同行訪問
・入院中の早めの申請。結果が出てからの方が動きやすい。
・情報共有を密に行うことの重要性。

**12 グループ**

**地域包括支援センター・居宅介護支援事業所**

・(困) 新規申請者、退院当日に病院より連絡があり、転倒のハイリスク者でサマリー等なく対応に困った。
・(善) 退院日が決まって、当日まで２週間ほどあると余裕がある。
・(善) 連携相手が１人（医療ソーシャルワーカー等）となっていると調整しやすい。
・(善) 元々担当している方。医療ソーシャルワーカーより中間、退院前カンファレンスを開いてもらった時。
・(善) 医療ソーシャルワーカーがいない病院でも、事務の方と上手くできたこともある。自分の介入方法、工夫などスムーズに行った例もある。

**看護多機能**

・(困) 事業所に入っている情報と家族が知っている情報が違うときの対応に困った。

**訪問看護ステーション**

・(困) 余命が患者に伝えられていない状況で退院したときに、対応に困った。（何をどこまで伝えているか、病院とケアマネジャーでのニアミス）
・(善) 担当者会議の内容に家族の課題、マンパワーなどが入っていると助かる。看護につなげている。

**薬局**

・(善) 施設側とやりとりすることが多いが施設の対応（複数の職員でも）で困ったことはない。

**医師**

・訪問診療をするようになり患者がどういう生活ができるようになるか、などを考えるようになった（病院勤務時は、いかに病気を治すかにクローズアップした思考だった。今思えば退院前の会議に医師が不在なのは不思議だと思う）。
　→ 病院勤務の医師に自宅生活を考えてもらえるような介入を他職種が言ってもいいのでは？
　　例）退院後の通院方法、見守る家族がいるのかなど。

**介護支援専門員**

・認知症や家族事情で薬を１日１回にできないか？という相談は医師や薬剤師へ失礼にならないか…。
　→ 医師：主治医が自分に移行するなら OK。
　　薬剤師：OK です。

**１３グループ**

・お金がない、身寄りがない人が増えており、そういった人への支援が難しい。
・10 年前と比べても、介護保険サービスがいきわたり、本人と家族にとって、「してもらうのが当たりまえ」の認識をもつことが多い。権利としての主張があり、いろいろやってあげたいけど、それをいうととんでもないことまでお願いするので、ここまでしかできませんと言わざるを得ない。そうすると、「あの人はしてくれたのにね」など言われてしまう。
・民間保険でも「介護保険」「認知症保険」があり、そうした保険と混合しているケースがあり、説明に苦慮する。

**１４グループ**

・家族指導や家屋調査できないまま退院。
・本人の状態も家の状態もわからない退院。
・本人、家族と話す機会がない退院。
・写真で共有したりしていたが退院後すぐに転倒し再入院というケースもあった。
・ソーシャルワーカーが退院調整してくれるのはとても助かっている。逆にソーシャルワーカーがいない病院で医師との直接のやり取りは難しかったりする。
・家族が認識不足なことが多いので、しっかり話をしてみるところからスタートするようにしている。
・制度上の問題。
・退院前カンファレンスをしていただくようお願いして、入院中から関わるようにしている。
・地域包括病棟の必要性。
・いかに早く退院調整にとりかかるか、そのためにどれだけの情報を収集できるかが課題。

**１５グループ**

・薬局は何ができるのか、病院を訪ねて関係性をつくっているところ。
・老々介護。施設に入ってほしいが本人は入りたくない、本人の意思尊重が難しい。
・入院後、状態が変わって帰ってきた時どうすればいいか。訪問看護師とケアマネジャーは一緒が多い。
・家族の退院後のイメージが違うことがある（軽く考えている）。ケアマネジャーは様々なリスクを考えている。ソーシャルワーカーとすり合わせがうまくできるとよい。ソーシャルワーカー、病院によって連携の取りやすさは様々。
・タイムリーな支援が大切。
・退院後、医療行為が必要な時にどうつなぐか。
・癌末期、支援に入ってくれる訪問看護師はいるが、居宅が見つからないことがある。同法人の居宅が担当することがあり、顔合わせできるようになり、連携が取りやすくなった。

・情報収集は限られている。家に帰ったらどうか、病院では大丈夫だが情報が見えることが大事。
・入退院ルールがあるが、入退院時の情報共有できていないケースがある。医療と介護の連携をどのように工夫したらいいか。

**１６グループ**

**施設**

・特にないが、救急側が求めている事を聞きたい。サービス受け入れしてくれない声もよく聞く。

**連携室**

・救急車が多いためベッドは満床　→　ケアマネジャーにすぐ協力お願いをする。患者が多く事前調整に手が回らないこともある。

**訪問看護師**

・救急病院からの退院で、退院前のプランで困った。このあとすぐに入院して再度調整（自宅環境の整備）をした。
　→　事前にケアマネジャーと調整する必要性がある。

**薬局**

・なんの薬なのか確認の電話がある（一包化の中身）。　→　すぐに FAX している。
・退院後、残りの薬が少ないと言われることがある。
　→　入院時にお薬手帳を持っていないのでは？
　　「ここでは？」という話で電話をしてくる。該当者をみて病院へ電話して薬局を確認するなどしている。

**ケアマネジャー**

・ターミナルの方、丁寧に調整できた。「急な退院」という事があまりない。
・「急な退院」の時はショートを利用して調整することもある（ショートが空いていないこともある）。
・「治療が終わったから何日に退院」と電話のみ、しかし ADL の低下があることもある。

## （2）問題点の抽出と検討

### ①いただいた意見から問題点を拾い上げてみましょう

**１グループ**

・包括ケア病棟で対応。病床回転率上げないと受入れができない。
・マイナンバーカードで重複管理
・各種グレーゾーンを作って連携ができる。
・薬は３年持つ、残薬整理が大変。

**２グループ**

・医療依存度の高い人の退院支援。本人たちの意思決定する場に在宅メンバーは呼ばれず
・ソーシャルワーカーの担当変わった際に連絡がなく、追っていけずケアマネジャーに声がかからない。
・密に連携がとりにくい。
・誰に声をかけたらいいのか分からなくなる。
・患者に関わっている専門職が分らない。顔を知っていると気軽に連携がとりやすくなる。

**３グループ**

・入院前と退院時で状態が大きく変わるとき
・急な退院でも、すべきことをして間に合わせているが、経験が短い方はどう動けばいいか難しい。
・病院に行って情報をもらえても本人に会わせてもらえない。
・コロナ禍での急な退院の新規依頼は、状態把握が医療機関からの情報のみで仮の見立てをするので難しい。
・入院が長くなると退所を求められることがある。
・回復期は回復期ケア病棟等で退院の準備ができるが、急性期は長く入院できないので準備が間に合わない。
・リハビリの結果ではなくリハビリの期間だけで退院が決められてしまうので困っている。

**４グループ**

・介護力など家族の思いもあり在宅が無理となるのだが、本人が自宅に退院できないことを理解しないまま、施設に入る。本人と家族の気持ちが噛み合っていない。
・すべての情報を繋がりのあるすべての事業所に伝えることは難しい、全てが見えているわけでもない。
・入院が長くなればなるほど、精神面やトイレがどうなのかなとか、もうデイには戻って来ないのかも知れないな…と思う。
・退院直前の薬の変更は、変更後の経過を病院の薬剤師が見られないため変え辛い。
　インスリン注射などは退院後に入所できる施設の選択肢が限られたり、採血して調整をしないといけない薬の場合に採血をせず調整もせずに帰すのは、できないと言うか難しいところがある。
・急遽、本人の状況も分からないまま「在宅に戻りたい」という時が、大変。訪問看護師
・退院時には、病院からしか情報がもらえないが、老健はどこかに帰さなければならないので自宅での生活は病院の方に訊いても分からない。
・在宅に帰るというのは重要なところになると思う。家族の介護力に問題があると難しい。
・住環境が把握できるという点で、家屋調査は重要。

**5 グループ**
・退院期日までに必ず家に帰ると思っている人が多い。自宅に帰ったため、また急変する。
・入院時にケアマネジャーと病院とで連絡
・様子を見られないため、ケアマネジャーから伝えられた ADL と病院での ADL が違う。
・退院時に患者の情報が全くない（訪問看護師）。
・退院時カンファレンスは、職種が多いほど日程が合わない。
・家族の介護離れが進んでいる。介護が進むにつれて離れていく、施設に預けて終わり。

**6 グループ**
・医療スタッフと本人・家族との意思疎通ができていない。
・退院時に実際に帰った時の状況をどこまで考えられるか。 → 継続できないケアもある。
・退院後に介護保険の利用をしなくなる。
・本人の介護拒否。

**7 グループ** 記録なし

**8 グループ**
・入院中の患者の急な退院について。特にターミナルの方、状態が安定している今のうちにというケースもあった。
・医療機関からみた本人、在宅支援からみた本人の ADL の状況の差異。
・「明日退院」と言われること。入院期間 1 か月と聞いていたのに 3 日で退院した方がいた。
・肺炎で入院、病院から入院前の状況と聞いていた。肺機能は戻っているが杖歩行から車イスに代わっていた。

**9 グループ**
医師
・病院から在宅へ戻るとき→連携室が在宅側と連絡を取る
・入院したらケアマネが病院や家族に連絡を取り、すぐに動く
・今後は ICT の利活用も必要になるのでは
介護支援専門員
・入院は知っていたが気づいたら退院している場合あり→積極的に病院へ連絡を取る！

**10 グループ**
・医療（病院）と介護側の視点が異なるのか、お互いの重要ポイントが違うことがあったりする。そういう時に情報の共有が難しいと感じる。
・医療側は在宅に戻す際に「介護者」の介護力をどのように図っているのか気になる。
・在宅に戻った際に多職種で対面して直接問題点等を検討し、確認することは大切だと思う。

**11 グループ**
・情報共有：早めの連携、早めの情報提供、担当ケアマネジャーへの連絡は病院によって違う。家族のいない方が入院したときの対応。
・介護保険申請のタイミング：入院中のタイミング（医療処置中は受付されない）
・暫定の場合は連携が特に必要。

**12 グループ**
・困った時は待つのではなく、自ら働きかける。
・退院の情報をいつもらえるかでスムーズさが変わる。

**１３グループ**
・お金がない、身寄りがない人が増えており、そういった人への支援が難しい。

**１４グループ**
・退院前カンファレンスは大事。
・在宅支援する側からすると退院前カンファがあることはありがたい。
・ソーシャルワーカーがいない病院の対応は？
・家族の認識不足という問題は多い → 退院前カンファレンスの重要性
・コミュニケーションは積極的におこなう。

**１５グループ**
・入退院ルールあるが、入退院がスムーズにいかないことがある。
・入院時にケアマネジャーが情報を渡したが、退院時に病院からこない。
　病院が情報をみきれていない、状態が分かるケースは病院からケアマネジャーに連絡している。
　病院に情報がほしいと、頼みにくい。
・病院と在宅の違い。
・訪問看護師の指示書を医師からもらうのが難しい（訪問看護は必要ないという医師）
・ケアマネジャーが見つからない。

**１６グループ**

・退院前カンファレンスをできればしてほしい（退院後すぐにスタートできるように）
・退院前の調整が重要　→　どれくらい前からあるとよいか？
・主治医から退院許可が出てからカンファレンスだと、入院期間が長くなり患者に迷惑をかけてしまう。
・入院時に担当ケアマネジャーや包括を看護師が確認する。不明な時はソーシャルワーカーへ相談している。
・次の受診日を考えて退院時処方を２週間にして出す。　→　２週間だと助かる。
・屯用薬がない事もある　←　カンファレンス必要
　　ターミナルの方など薬局が持参しないといけない（高齢者だけでない世帯も対象）
・要介護 4～5 の重度の方はサービスが多いので安心。軽度の方はサービスが少ないので心配。
・急な退院：老健やかかりつけの医師の所に入院するなどワンクッション置いて、在宅に移行できるといい。
　　認定のない人、軽度者がショートや老健を利用できない（難しい）。

**②どのような仕組みなどがあると、その問題点が改善されていくでしょうか？**

**１グループ**　　記録なし

**２グループ**

・転倒リスクなど一番危険な時、サービス介入するまで退院して一度在宅に戻る（スピード感）
・顔合わせの場（会議などたくさんの人が集まる場）があると多職種との連携が取りやすくなる。
・情報共有：週１回、母体病院とのミーティングでどういう方がいるのか伝え合う。
・患者の服薬情報や他の情報を、他の機関へ共有。
　FAX　→　膨大な量になり見落とす。
　電話　→　一番早く内容が伝えやすいが、時間がとられる。

**３グループ**

●入院前と退院時で状態が大きく変わるとき
・何ができ、できないかが分かれば動きやすい。ターミナルの場合ある程度、病院で段取りをしていると受けやすい。
・ターミナルの方を受けるが、基本的には退院前カンファレンスを病院にお願いしている。患者とも顔を会わせた上で、１週間以内の退院でも介護支援専門員もそこにいてくれるので、大方の環境整備をした上でスタートできる。

●急な退院でも、すべきことをしてなんとか間に合わせている。経験が短い方はどう動けばいいか難しい。
・早く情報をもらいたい。短期間にすべての申請だとか、プランだとか、アセスメントをしなければならない。

●病院に行って情報をもらえても本人に会わせてもらえない。
・病院や感染状況によって違い、面会についての情報発信がないから、いつも会わせてもらえないと思ってしまう。その都度問い合わせしなければならないのか。

●コロナ禍での急な退院の新規依頼は、状態把握が医療機関からの情報のみで仮の見立てをするので難しい。
→　暫定と認定結果が違い利用者の自費負担となることはないか。
・暫定は軽めに作っている。要介護２は出てほしいと思うことはある。がん末期の方は、１週間で変わることがある。
・暫定のときは必ず包括を呼ぶ。
・暫定でショートを使う時は迷う。自費が出そうで怖い。
・ターミナルの方は殆ど要介護が出るが、たまに要支援が出るので結果が出るまで安心できない。
・変更申請時に、要介護１が出てしまってはいけないので、念のため居宅の介護支援専門員を呼ぶようにしている。

●入院が長くなると退所を求められることはあるか。
・退所期限を延ばしてもらえることもあるが、認知機能の悪化で受け入れてもらえないこともあった。帰る場所がないが、長く入院しているとＡＤＬも低下するので早く退院させたいと思う。
・グループホームでは医療が必要になってくると、うちでは対応できないということはある。
・家族と相談しながら。それでも一旦帰してほしいと言われ、そこからまた、他の施設を検討するということになる。

●回復期は回復期ケア病棟等で退院の準備ができるが、急性期は長く入院できないので準備が間に合わない。
→　退院前の家屋調査を行うことはあるか
・回復期とか地域包括ケア病棟で長期的に入院できるときはある。急性期でも要望があれば自宅に伺い環境調整を行うこともできる。急性期で急な退院はあまりないが、リハを経由しないで退院はあると思う。リハを経由しての急な退院はあまり覚えがない。
・骨折などなく、ただ打撲などで 1～2 週間動けないような方は地域包括ケア病棟という回復期の対象にはならないが、もし帰るのが不安ということであれば、そこに一旦入院できる。
→　リハビリの情報共有とかでいい案はあるか？
・添書等も居宅サービスにつながっていく方、担当のセラピストとかに宛て添書等を出せば、ケアマネジャーも目を通してもらえるので、次のサービスにつながるような形で申し送り的な形で作っている。
・連携室がやり取りをするが、入浴動作など身体的側面に関わることは連絡いただければ理学療法士が直接やり取りさせていただく。
・院内で各部署に回し薬局や訪問看護師に渡しているが、居宅事業所の方に送ることは多分ない。
・添書があれば助かる。急な退院のときとか、それを見ながら本人に会えなくても、暫定でプランを作れる。
・ＡＤＬだけでなく疾患の治療の経緯とか医療的なことが書いてある文書があることによってじっくり把握できる。

**4 グループ**

・すべての情報を繋がりのあるすべての事業所に伝えることは難しい、全てが見えているわけでもない。
　→　担当者会議が重要な場になってくるかと思う。
・退院時には、病院からしか情報がもらえないが、老健はどこかに帰さなければならないので自宅での生活は病院の方に訊いても分からない。
　→　元のケアマネジャーや家族から聞き取りを行う。
・入院をキッカケに新規申請となった時は情報がなく、自宅では何も困っていなかったということが多い。（一同同意）
　→　入所時に、家族に「どこまでだったらできますか」ということと、「どこまでいけば（機能回復すれば）おうちに連れて帰れますか」みたいなゴールについては、最初に訊くようにしている。
・退院直前の薬の変更は、変更後の経過を見られないため変え辛い。薬剤師（病院）
　→　帰る施設が分かった段階で、「うちはこういう施設です（看護師配置の数や時間帯などによって、医療行為のできる／できないがある）」ということが分かっていれば、先生と相談して薬の変更ができる時間がほしい。ＭＳＷが気を効かせて相談してくれる。連携室に言ってもらえれば、薬についての資料を作ることができる
・在宅に帰るというのは重要なところになると思う。家族の介護力に問題があると難しい。
・住環境が把握できるという点で、家屋調査は重要。
　→　退院が決まった時に、家族は「うちでは無理、施設に」と言っても、ケアマネから見ると在宅でも大丈夫なのかなと思うことがある。「施設に行く前にショートを使い家に帰る訓練をする」という提案をして在宅に戻り最期まで家で過ごせた方も居る。２段構えで、そこは老健の役割になるのだろうが、介護度を持っている方はそういう使い方もしている。
　ショートの場合は病院にお迎えに行って（送迎の費用は実費負担）２週間位過ごしてもらってトイレや食事などをみて、帰られた。家族も了解して、施設に入らなかった人も居た。

●情報共有してほしい情報

・病状とか食事形態などの情報は病院からもらえるが、「家族の介護力」とかそういったことは知っておきたい。
・施設としては、お薬情報はとても欲しい。情報があればより安心してケアができる。
・急遽入院された方の状況がコロナ禍で面会できず、伝聞や書面でしか知ることができなかった。退院後の状況は、会ってみて初めてわかる。入院中の状況を知ることができると、そこでデイで受け入れられるかどうかの判断ができる。
・本人が入院前に利用していたサービスも退院後の本人の意欲に関わってくる。デイを使っている方というのは、「デイに行く」という意気込みがあるが、退院後から利用を開始する場合、目的とか生きがいが本人もイメージできない。
・担当者会議をする前に、入院前とどう違うかといった情報や対応の仕方、送迎の仕方をお伝えしておくのが本意
・担当者会議といった場が、やはり重要になってくるかと思う。関係者が集まって、本人の情報を共有することが大事。骨折→リハビリで入院→在宅復帰なら、リハを行う病院のＭＳＷに、家屋調査を依頼している。自宅で本人ができないことが予測できると、効率よくリハビリも行える。

**5 グループ**

・家族の介護離れが進んでいる。介護が進むにつれて離れていく、施設に預けて終わり。
　→　県外の家族が 1～2 年だけでも見てくれると、少しでも良い方向へいく。
・情報の共有：カナミックは利用者のことが分かるので助かる。もっと多くの場所で利用してほしい。

**6 グループ**

・医療の金銭面に関して病院での適切な説明

**7 グループ**　　記録なし

**8 グループ**

・家族から情報収集、リハビリや医療ソーシャルワーカーから情報収集
・退院前カンファレンスをする。情報共有する。

**9 グループ**　　記録なし

**10 グループ**

・在宅に戻すにあたり、問題を抱えている事例であればより退院前カンファレンス等を積極的に開催してもらい情報共有できると良い。
・退院前カンファレンスも事前に在宅側が依頼することが多いので、医療側も何かしらキャッチしてもらい取り巻きを増やせるようなことができたら（広がっていくと）いいと思う。

**11 グループ**

・ケアマネジャーへの連絡方法のマニュアルがあるといい。
・連携室のある医療機関は連携しやすい、連携室のない医療機関は難しいのでマニュアルと周知が必要。
・マイナンバーを利用し情報共有できないか（現在は普及できていない）
・医療ネットワークを活用
・簡単な情報でも早めに情報共有をする。

**12 グループ**

・困った時は待つのではなく、自ら働きかける。
　→　入院連絡の時に退院前調整に要する時間を先方と共有する。

**１３ グループ**

・お金がない、身寄りがない人が増えており、そういった人への支援が難しい。
　頼める人がいる場合は探すが探し方も難しい。自治委員や民生委員の情報も確実ではなく強制できない。
　地域の人にお願いする時は頼む内容に気をつけている。見守りや声掛けはいいが、身体や金銭が絡むと頼めない。
　どうしようもない時は後見人を検討するがお金がないとそれも難しい。
　　→　ケアマネジャーにお願いすることとなり何とかしてくれるが、ケアマネジャーの負担が大きすぎるのではないか？
・受診同行でお金はかかるけど、付き添いをお願いできる支援がある。身寄りがない人はそういったものを活用していくことも大事ではないか？
・支援者が支援者としての枠を越えていくしかないのでは？家族がいなければ家族になるしかない。ケアマネだけではなく、事業所も医療機関もみんながそうした意識をもってくれると、身寄りがない人を支えることができる。

**１４ グループ**

・入院中、医師からのインフォームドコンセントの際に退院前カンファレンスを設定する。
・退院前カンファレンスで完全に調整することは難しい。退院後の訪問看護師の特指示も利用するとよい。
・医師でも患者の生活を見るとなると、色々な情報があるとありがたい。気軽に声をかけてください。
・退院前カンファレンスには、できるだけ専門職が出席して確認や調整をし合うことが大事。
・退院前カンファレンスに参加しやすい環境作りも患者のためになる。

**１５ グループ**

・入退院時の情報共有をどのようにしたらいいか
　→　入院時：ケアマネジャーから病院に様式で渡している。病院はアセスメントシートをもらうことが多い。
　　※アセスメントシートのみでは分かりにくいので基本情報も送っている。（ケアマネジャーから）
　　退院時：もらう情報が病院によって違う。（訪問看護師）
　　医療と介護がお互いで話す場があるとよい。
　　カナミックを使い、それぞれの場で情報共有できている法人もある。

**１６ グループ**

・入院した時点で予定期間を予想する。入院予定はあくまで予定で早くなることもある。
・訪問看護を利用している人は早めに医療ソーシャルワーカーなどと連携することが大事。
・入院中のリハビリは頑張っている患者が退院後はそうでもないことがある。