

令和元年 第2回医療・介護合同研修会 次第

令和1年10月25日(金)

豊川市民病院 講堂

18時～19時

1. はじめに

担当：立松

- ・メンバーの背景、職種は別紙参照。

2. 事例紹介 (5分)

- 1) 脳出血後で医療依存度が高い患者の在宅に向けた退院支援について
別紙参照 (各テーブルに配布)

3. 事例検討 (18時10分～35分)

☆職種や背景の異なるメンバーがそれぞれの立場から意見交換を行います。

患者・介護者の為、私たちに出来ることは何かを考えます。

- ・各グループには担当者会メンバーを配置していますが、ご協力をお願いします。

「意見交換の主なテーマ」

- 1) 医療依存度の高い患者への支援はどんなことが必要か
- 2) 退院できるかどうか、はっきり決まっていない場合、ケアマネージャーには、どんなタイミングで相談され、介入されるといいか？
- 3) 介護者の体格的におむつ交換などの身体介護が困難だが、どんな指導、支援が出来るか

4. グループ発表 (18時35分～18時50分)

5. まとめ

担当：志田

6. お知らせ

12月の研修会ご案内

担当：内藤

7. アンケートの記入をお願いします。

令和元年度、第2回医療・介護合同研修会（事例検討会）参加者アンケート結果

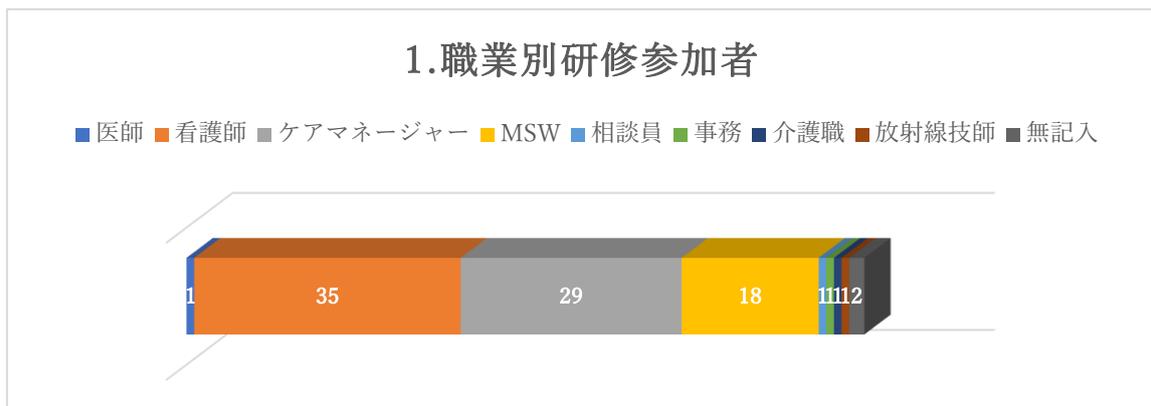
令和1年10月28日

豊川市在宅医療サポートセンター

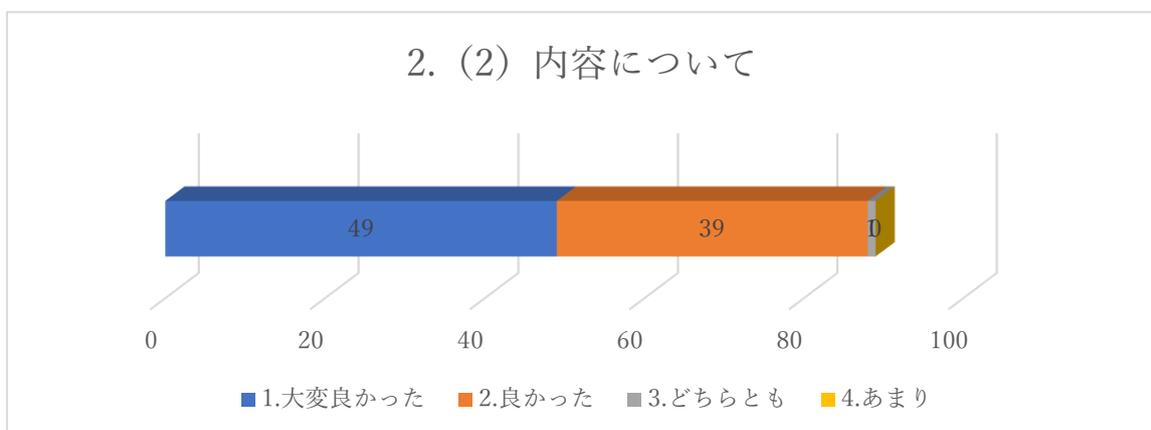
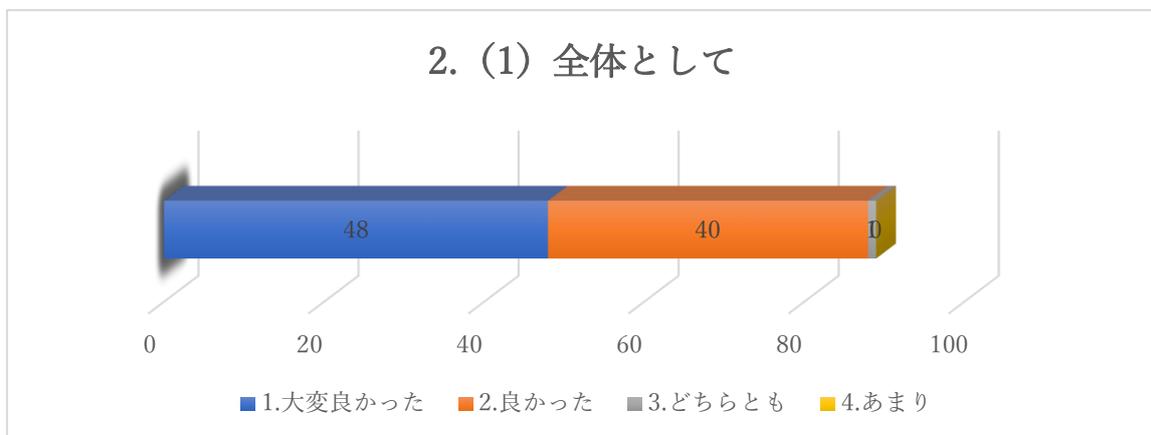
柳生逸子

☆ 研修参加者 97名（アンケート回収 89名）

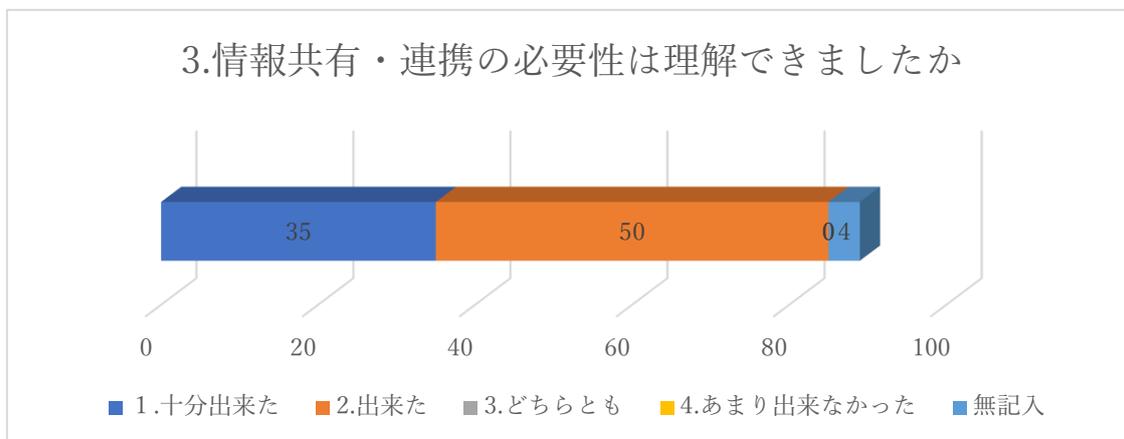
1. 職種別参加者



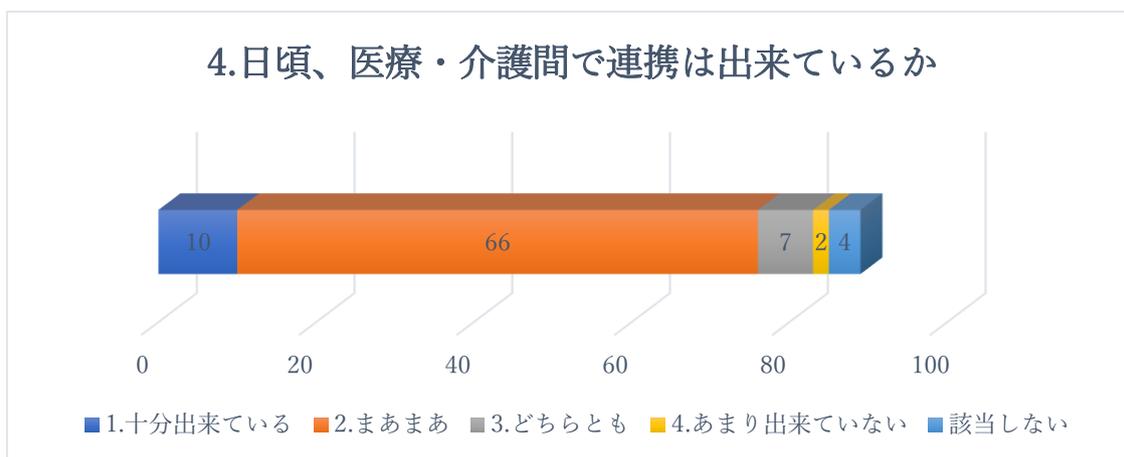
2. 研修会「情報共有・連携の在り方を考えるについて



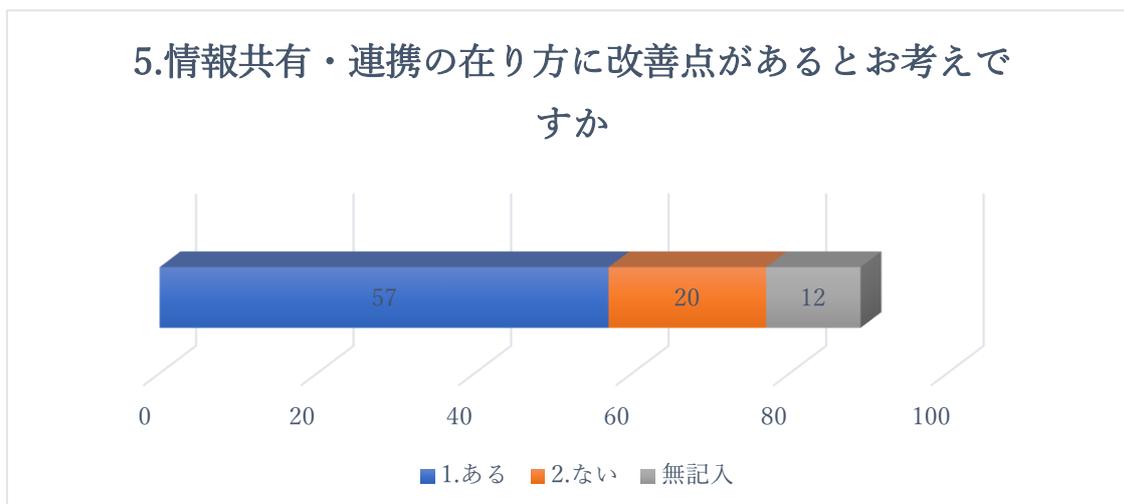
3. 今回の研修を通して、情報共有・連携の必要性は理解できましたか



4. 日頃、退院支援・調整に関して、医療職員と介護関係職員間での情報共有・連携は出来ていますか。



5. 情報共有・連携の在り方に改善点があるとお考えですか。



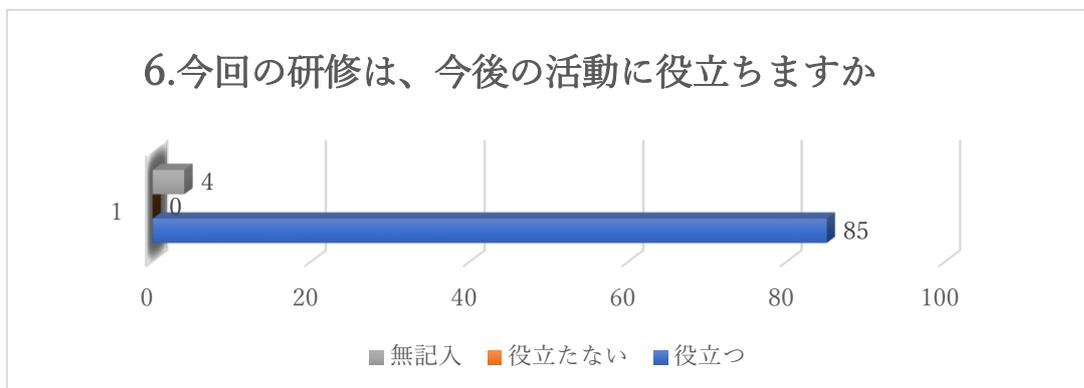
「ある」と答えられた方は具体的な改善点をお書き下さい。

- ・市内の連携は進展を感じるが周辺の他市への進展も必要ではないか
- ・もっと早く在宅復帰を目指してほしい。病院は在宅及び在宅を支えるデイ・ショート施設の施設情報をもっと知る努力をしてほしい。
- ・電子連絡帳などの使用。各機関の相談担当窓口（担当者）をわかりやすくする。
- ・今回の研修でも出ていたように平時から医療・介護者が連携し、顔を見て話し合いが出来る機会を設ければ良いと思います。
- ・病院スタッフさんから医療的な手技が出来ますとの情報があったが、いざ、退院してみると「本人の体でやったことが無い」と言われ慌てたことがありました。しっかりした情報を伝えて頂きたい。
- ・介入のタイミングが早い又は、遅い（連携の）
- ・退院について、在宅に戻る場合は早く在宅側（ケアマネ）へ伝えて欲しい。介護サービスについては、在宅へ戻ると状況（家族の介護や経済等）変わるので入院中に選択せず、ケアマネに任せて頂ければ、
- ・誰とどのタイミングで連携を取るかが重要だと思います。
- ・お互いに遠慮もあるが、連携がスムーズにできればより良い支援が出来ると思うので、今後も強化出来たらと思います。
- ・入院された患者さんの経過について変化がある時は連絡頂けると良いと思う。
- ・会って相談出来る環境を少しでも作ってほしい。お互いの職場を知る。
- ・相互理解
- ・普段から病院、老健等の相談員と話す機会があれば、お互いに気軽に相談しやすいと思います。
- ・お互いに連携しやすい方法を検討していく必要があると思います。具体的には…。
- ・病院での面談の時間（家族との相談の在り方）家人も働いている為、土日や夕方が望ましいか病院の都合だけでなく、家族の様子も考えてほしいと思った。病院は月～金の 9 時～17 時までになってしまうケースがあった。
- ・電話連絡が主な手段となっている。他にも方法があると良いが、
- ・病院側と在宅の調整に少しズレがある。連絡後すぐに退院もあり、困る。知らないうちに退院していた。
- ・病院側から困った点、生活環境からみて困った点は違うので、早い段階で関わり、具体的に確認していくことが重要。
- ・急遽、退院になるケースだと連絡も直前になり、十分な支援が出来なくなることもある。
- ・日頃の連携の強化を行う。
- ・情報共有して理解しやすいように伝える。
- ・退院前カンファレンスが必要ならば何回も出来るが良いという意見があった。
- ・ケアマネさんへの相談のタイミング。病院看護師と訪問看護師さんとの連携。

- ・もっと早い段階でのケアマネへの依頼をして良かったのだと思いました。蜜に連携を取るようにしていきたい。
- ・スピード感がそれぞれの都合で合わない時がある。
- ・双方のコミュニケーションや顔の見える関係性を築けること
- ・文書での情報提供がつかみにくい。頂いた情報を病棟と共有できない時がある。
- ・早めに相談する。
- ・常に最新の情報を提供していく必要があると思いました。
- ・ダメかと思っても相談してみる。早めに多職種が関われば良い方法が見つかるかもしれない。
- ・多職種が気軽に相談できるとお互い情報共有しやすいと思いました。
- ・病院側はケアマネに早く、(特に新規) 依頼した方が良い。
- ・介護関係職員の本当に知りたい情報を病院は提供出来ているのか考えます。時間が許せば病院看護師として悩むことについても相談したいと思いました。(在宅看護に向けて)
- ・ケアマネージャーや施設の特徴、スキルを理解したい。
- ・研修で顔の見える関係を作る。
- ・それぞれの職種で考え方に違いがある為、話し合う機会を早めに行う。
- ・ケアマネージャーへの連絡、タイミングのポイントイメージが付きました。
- ・在宅に戻る人に具体的な在宅での過ごし方等をケアマネさんの目線で指導して貰えると家族や患者のイメージがわかりやすくなると思う。
- ・病院で指導する方法と在宅での方法が違くと家族が戸惑う。
- ・受け手と送り手の知りたい情報が異なる。退院前カンファレンスは早めに実施してほしい。カンファレンスの前に一度、会議する事も必要かもしれません。
- ・介護同士、医療同士は連携が取れていると感じることはあるが、医療介護がもう少し連携が取りやすくなると支援しやすいと思う。
- ・入院当初の情報だけでなく、入院中も継続的に
- ・顔の見える関係づくりを継続していくことが大切だと思う。
- ・今回の意見交換で出た各関係機関の視点、考え方のギャップをどう埋めていくか一つずつ検討する機会が持てると良い。



6. 今回の研修は、今後の活動に役に立ちますか。



7. その他、感想・自由意見等（全文をそのまま記載）

- ・他事業所、他職種と意見交換する機会は少ないのでこの形のグループワークを続けてほしい。
- ・多職種の意見を聴くことが出来て非常に参考になりました。又、機会があれば参加を希望したいと思う。
- ・研修を通して横の関係が出来、日頃の退院調整に繋がれば良いと思います。
- ・それぞれの立場、環境が違う。地域、医療、福祉として全体でそれぞれの役割、強みが活かせるように協力できる体制にして行きたい。個々の事業所が話せる場が必要だと思いました。
- ・病院側のNSやMSWより早く介入をお願いして施設へ入ってしまう場合もあり、遠慮してしまう。ケアマネ側としては、この在宅介護が実らなくても次の支援、顔の見える関係が構築でき、スムーズに次が動けると思います。
- ・医療機関の窓口も病棟看護師であったり、サポートセンターだったり異なる事もある為、まずは院内で情報共有が必要だと思いました。
- ・テーマが具体的でグループ検討がスムーズに出来たと思います。
- ・もう少し時間があればいいと思う。
- ・在宅に繋がらないケースもあったということで、今後、家族の意思確認が出来たら早い段階でケアマネさんに相談、情報提供して行こうと思います。
- ・色々な立場の方から意見を聴けて、今後、役に立ちそうな情報も得られ大変良かったです。ありがとうございました。
- ・病院としては、ケアマネさんに遠慮してしまう傾向にある為、なるべく早めに相談が出来るような関係性を作って行きたい。
- ・色々な立場の方から話が聞けてとても参考になりました。自宅に帰りたい気持ちがあるのであれば、それに対しての支援を全力でやりたいと思います。
- ・多組織、多職種でのグループワークはとても勉強になりました。本日はありがとうございました。

- ・他の市町村と比較しても豊川市の連携はスムーズであると感じています。今後も積極的にこのような場を作って頂きたいと思います。
- ・どうしようもない事だと思いますが、介護認定のことです。認定調査から判定結果が出るのが一か月かかるのは長いと思う。せめて2週間くらいが…。
- ・準備がすごいと思いました。ありがとうございました。
- ・色々な職種の方と事例検討が出来て意見を聴くことが出来て良かった。顔見知りになってどんどんいい関係を作っていけたらいいなあと思いました。
- ・事例はもう少しイメージ出来る内容が良いと思う。
- ・在宅で支援できることなど看護師サイドからも家族に情報提供できるようになりたいと思った。
- ・回復期・療養型病院の方のお話も聞けて良かったです。
- ・家族の思いだけで退院はとても難しい。退院後の生活イメージや様々なサービス支援の仕組みづくりが無いと介護力が低下し、長続きできず、共倒れになると知りました。サービスが途切れることなく提供できるよう頑張っていけたらと思いました。
- ・ケアマネ、訪問看護師等、他の職の方達の考えを知ることが出来た。顔の見える関係を作る。情報交換の大切さを知った。

8. グループワークでの意見（一部抜粋して記載）

- ・ギリギリの紹介でなく、早めの紹介が良い。（ケアマネによって違う場合もあるが…）在宅では、物品が違う等出てくるので訪問する必要がある。老健、ショートステイ等使いながら在宅へと戻る事も出来る。
- ・病院としては退院が決まれば早めに退院して貰わなければならない。医療依存度の高い人は病院側からあまりにも説明してしまうと在宅とのギャップで困る事もある。（介護する人のやりやすい方法で指導する）早めにケアマネに相談してほしい。
- ・自宅に近い環境で退院指導をしてほしい。
- ・家族の意見の一致、自宅へ帰るのであれば、ケアマネに声をかける。（最低2週間必要）サービスや不安については寄り添って行きたいので、退院が決まらなくても早めに連絡してほしい。ケアマネの選定が重要である。経験があるケアマネに依頼する。



☆皆様、お疲れ様でした。今後ともご協力をお願いします。