

介護関係者が病院と連携するしくみ

～ 患者・家族の視点からみた

医療と介護の連携とは～

入院により、患者・家族の生活環境が大きく変わる時、私達医療と介護関係者は、患者や家族にとって、どのような連携のしくみを持っていけば、安心を提供できるのでしょうか！？平成28年に作成された連携フロー図を基にグループワークの中で、自由な意見交換ができるように企画しています。病院職員と介護関係職員が顔を合わせて日常の体験から、より良い連携のしくみを見出しましょう。

日時

平成30年12月14日（金） 午後6時～7時

場所

豊川市民病院講堂

対象者

患者（利用者）に関わる病院と地域の多職種の方

内容

- ①市内全病院の紹介（それぞれの病院の特徴がわかる資料配付）
- ②回復期病院（3医療機関）共通で作成した連携フローチャートを紹介
- ③グループワークと全体会
グループ毎に「介護・医療における地域連携フロー図」を基に病院との連携のしくみについて話し合う

問い合わせ

豊川市医師会 在宅医療サポートセンター TEL0533-56-7011（担当：岩間）

【主催】豊川市退院調整担当者会

参加申込書

締切：12月5日（水）

「医療・介護合同研修会」に参加します。

事業所名： _____

ご芳名（複数名記入可）

氏名： _____

職種： _____

平成30年度 第4回 医療・介護合同研修会 次第

テーマ「「介護関係者が病院と連携するしくみ」
～本人・家族の視点からみた医療と介護の連携とは～

平成30年12月14日(金)

18時～19時

豊川市民病院講堂

17:30 受付開始

18:00 研修開始

18:02 市内病院紹介

<豊川市内各病院の機能紹介と連携窓口の担当者紹介>

18:15 回復期病院の役割とフローチャートの説明

<患者・家族の立場に立った居宅との連携フローチャート>

18:20 グループワーク

テーマ「「介護者が病院と連携するしくみ」について

18:50 まとめ

19:00 終了 アンケート記入

第4回医療・介護合同研修会「介護関係者が病院と連携するしくみ」

グループワーク毎の意見集約

H30年12月26日

豊川市医師会在宅医療サポートセンター

岩間三枝子

【 1G 】

- ・(居宅) 病院側の医学的評価と家族の思いのずれ。
この事例の結果をみると医学的判断を重視した結果であったと感じた。
- ・情報のずれ。実際の生活や介護の実際の中で見えてくるものがあるので病院側が判断する前に介護側に相談してほしい。ケアマネは本人のみならず家族の理解力や介護力も把握していることが多く在宅での様子が見えてくる。
- ・(病棟) 病院スタッフが家族の情報を活かせてなかったのではないか。この事例では家族が献身的なので家族からの情報をもっと引き出せるように積極的に知ろうとして知る！という姿勢が必要だったと思う。
家族の方向性にまずは十分に寄り添ってそこから医師への相談をしても良かったのではないか。
- ・献身的な家族ばかりではない。家族の介護力や理解力に問題がある場合は介護職員が積極的に関わっていることが多いので早い段階で協力を求めていくことが必要。
- ・家族が初めて経験する出来事に対してどのようにアプローチをしていくべきなのかを考えさせられた。
- ・病院側、ケアマネ側お互いに忙しいであろうと遠慮してしまうが紙面で得る情報は限界があるので訪問してもらえると助かる。
- ・総合病院ならではの情報の把握についての課題ではあるが予め連絡をくれれば情報を共有して相談に乗れる体制は出来ると思う。
- ・(居宅) 連絡票を FAX しているが病院側はどう思っているのか。入院してしまうと一旦介護は離れてしまうが継続的に連絡(訪問)を行うことでスムーズな退院に向けて動くことが出来る。
- ・回復期バージョンのフロー図で「入院期間中はいつでも来院・面会可能です」と書かれていたことで遠慮していた部分があったが必要な連携を取りやすくなったと感じた。

【 2G 】

1. 介護関係者と病院職員とのズレはどうして起こるか？

- ・入院時に CM から情報提供を FAX しているが、入院時連携連絡票だけでは限度がある。細かいところまで伝えきれないのが現状だと思う。やはり、入院してからの口頭での情報提供も必要ではないか？

病院側としても入院前の生活スタイルが見えてこない。

病院と在宅では時間のズレを感じる。スピード感が医療と介護では違う。

病院としては入院後、退院できる人は早期の退院支援を行うため時間をかけての意向確認などは難しいケースもある。

CMとしては、入院後3日以内の家族への今後の意向の確認も難しい。

入院後しばらくたってからの意向の確認も必要。

- ・入院時のCMからの情報提供と、病棟が欲しいと思っている情報にズレがあるのではないかな。
- ・入院前の状況や、入院時の家族の希望がわかれば、対応も変わると思うが。
- ・医師からの病状説明を受けても、家族が内容を把握していない。家族が本当に理解できているのか？
- ・医師からの説明時にCMにも同席してもらえたらと思うが、どこまで声をかけていいのか悩む。
- ・退院支援の時にズレが生じていた。

2. お互いのズレを最小限にするにはどうしたらいいか？

- ・家族の希望をくみ取れていれば、思いがくい違うことはなかったのではないかな。
- ・家族の意向がはっきり決まっていなまま在宅退院する患者様はたくさんいる。
家族は不安な状態であり、本当に在宅の受け入れで正しいのか？
もう少し病状や身体状況などから、今後どうすればいいのか話が出来ると関わりやすいのではないかな？
- ・入院時の連携連絡票だけでなく、入院後しばらくたってから確認することも必要。
家族に相談して、本当に在宅 or 施設で大丈夫か話をしてから退院へ。
- ・入院後のCMの訪問のタイミングが難しい。病棟はCMが、CMは病棟が忙しいのではないかな？と待ちの状態になってしまう。
CMとしては、病棟からちょっとした変化のタイミングや決断の時など教えてほしい。
- ・医師からの説明の時にCMに同席してもらえると、家族の理解力や入院前の生活も踏まえて家族にフォローできるのではないかな。
実際に、家族を通してCMへ同席を依頼されることもある。

【 3G 】

1. 介護関係者と病院職員とのズレはどうして起きるか？

- ・入院時に、情報提供書をいただく。いただいた情報内容だけで、「さらに聞き取る」ということはしていない。在宅での状況がみえないままになっている。
- ・入院時にすぐに退院の話をされる。急性症状の状態、判断がつかないにもかかわらず聞いてくる。
- ・相談員の役割りがなされていない。
- ・担当医が在宅での生活が見えてない。医療だけを見て判断して、ケアをみていない。
- ・一度の説明だけでは、本人、家族は理解も判断のできないし、思っっていてもうまく伝えられないこ

とを理解されていない。説明したら理解されたと判断している。

- ・病院内だけの判断で、在宅関係者との連携が薄い。
- ・情報の共有が十分でない。
- ・在宅関係者は入院すると、どの時期に介入が必要かがわからない。病院の具体的な流れがわかってない。
- ・医師の説明が絶対となり、患者・家族の思いのすり合わせがないまま、意思決定が先行してしまう。
- ・連携の内容が医師に伝わっているか？

2. お互いのズレを最小限にするにはどうしたらいいか？

- ・入院後、1週間以内に相談員が家族と面談し話しあっている。(病院相談員)
- ・情報提供書より患者の在宅状況が見えない時は、家族、ケアマネジャーより更に掘り下げた情報収集をする。(情報提供書内容と入院時の状態アセスメント)
- ・主治医の説明時に、ケアマネジャーにも同席してもらう。(意思決定時には特に同席があるとよい。) 病院内の連携とケアマネジャーとの連携
- ・どのタイミングで介入してよいかわからない。入院しても途切れずに関わっていきたと感じている。(ケアマネジャー) タイミングを行動化できたらいい。
- ・情報提供書だけで、伝わらない意向等は直接申し送りをもつ。
- ・本人・家族の揺らぐ思いに寄り添い、心が揺らぐ場合は何度でも「意思決定」の支援をする

【 4G 】

1. 病院と居宅のズレはなぜ起こるか？

- ・入院時連携連絡表がFAXになり病院に出向かないので、早期の情報の共有が難しい。
- ・入院時の本人家族の意向は急変する前のもので、急変し入院した時の意向は、すぐに聞き取りできずに連絡表に記載するのは難しい。
- ・入院すると家族の気持ちは揺れ動き、入院前の意向とかなりズレる。
- ・患者の認知レベルの変化があると、家族も受け入れできない。
- ・病院側も治療が最優先で、治療が終わればすぐに退院となってしまう。
- ・病院側が求めている情報がもう少し具体的に分かれば、情報提供できる。
- ・居宅支援は、退院する時の状態の結論から在宅サービススタートになるので、入院中(治療中)は、なかなか連携ができない。
- ・有料ホーム等に入所している人にも、細かな退院指導がほしい。
- ・情報のやり取りがしっかりできていれば、ズレは起きないのでは。

2. お互いのズレを最小限にするにはどうしたらいいか？

- ・家族に病状等の説明を聞いても、理解力の問題もあり正確に伝わらないため、医師からの病状説明時にケアマネも同席させてもらえる体制があるとよい。
- ・医師の状態説明は、突然行われる時があり、ケアマネの同席を確認する時間がない時がある。前も

って、ケアマネから家族に、医師からの説明時には日時を連絡してくれるように依頼しておくべき。

- ・退院については、患者の全体を見て判断する医師と病状を見て判断する医師がいる。
急に退院となるとズレが生じてしまうので、その時は退院担当者が積極的に介入し、入院した時の状況と現在の状況の把握やどこにどんなサポートが必要でどんなサービスを導入する必要があるかを見極め、絞り込んで具体的に居宅ケアマネに伝えるようにしている。

【 5G 】

1. 提供している情報と必要としている情報のズレがなぜ起きてしまうのか？

生活主体の場と医療主体の場の捉え方の違いが根本にあって、共通の言語が共通の理解になっていないことも多い。

- ・例えば、「在宅希望」という言葉だけでは、病院側にはあまり響かないように思われる。どのようになったら、家に帰りたい・・・と言った具体的な表現の方が当然として伝わりやすい。

2. お互いのズレを最小限にするにはどうしたらいいか？

- ・患者様本人やご家族の想いをくみ取ってもらうためにも、なるべく具体的な内容を踏まえて伝えていく工夫が必要ではないか？
- ・そしてさらに、情報を伝える側には、その想いを伝える努力と、情報を受け取る側にはその想いを読み取る努力、双方が必要。
- ・どのような内容であれ、患者様やご家族の「想い」を大切に扱う姿勢が大切。
- ・そのためにも、病院や施設などは「想い」をアセスメントする能力を身に着け、今後の方向性を示唆していく役割を担っていきたい。

【 6G 】

1. 家族と病院職員のズレは何故起きるか？

- ・家で食事が出来ていたイメージが家族には強くある。入院後の状況を言葉で説明してもイメージしにくいのではないか。

→ I Cの時に言葉で病状を説明する（話を聞くだけだと、そんなはずはないと言われる家族が見られる）だけでなく、病院での食事の様子などを家族に直接見て頂く機会を作り、家族が理解しやすいように、現在の状況報告をする。

専門の人から説明をした方が良ければ、食事のことであればS Tや栄養士から説明するなど、家族が理解しやすい方法を考えて、可能であればであるが、家族が理解できるまで説明する。

2. 介護関係者と病院職員とのズレはどうして起きるか？

- ・情報提供書に書ききれない内容は、別紙に記載し、患者入院後早目にF A Xをする。
直接病棟に出向くことが出来る場合は、担当の看護師と会い、補足の情報を口答で説明する。
- 情報提供書はすぐにもらっても、病棟ですぐに確認できる時と出来ない時がある。

→入院後、ケアマネから病棟に連絡を頂いた場合は、地域連携センター（連携室）を通して連絡を頂けると良い。（病棟は勤務交代制で担当者不在の時がある）

→急変患者でない限り、状況がどうなっていくかわからない。入院して環境の変化によるものもあると思うので、入院後すぐに「家族の思い」等を聞くことは難しい。

急変の患者でなければ、入院後2～3日くらい後に、家族に「家族の思い」を確認して、退院支援を進めていくことが出来ると良い。

3. お互いのズレを最小限にしていくにはどうしたらいいか？

- ・ケアマネが病棟に来るときは、患者の状況が分かってからの方が説明しやすい。

朝早くでなく、事前に連絡を入れて頂き、午後に来て頂けると患者把握もできていて説明しやすい。

- ・ケアマネ側は、病院から連絡があれば対応する準備はできている。

病院側の思いと家族の思いにズレを感じたり、自宅での様子がわからないなどあれば、ケアマネに連絡を頂ければ対応する。

→ケアマネと病棟との連携は地域連携センター（連携室）を通して、在宅支援に向けて必要な情報共有ができると良い。

【 7G 】

1. 介護関係者と病院職員とのズレはどうして起きるか？

- ・情報提供書は提出するが、詳細までは書けていない。
- ・いつどのタイミングで、どのような情報を補足すればいいのか、介護側ではわからない。
- ・ケアマネによっては、利用者が入院後早目に病棟に出向き、担当の看護師と出会い、状態把握のための情報ももらう。その時に、補足の情報を口答で提供する。
- ・病棟では、情報提供書以外に口頭でもらった情報は、「ショートサマリー」欄に記載をする。しかしどの情報を残すかは、看護師の判断による。ショートサマリーは誰でも見ようという意志があれば見れる。ショートサマリーは一週間毎に更新をする決まりになっている。
- ・病院側と介護側での時間の流れ方が違い、時間のズレが起こる。
- ・介護側は、落ち着いてから帰ってきてほしいという思いがあり、病院の早い動きに戸惑う。
- ・病棟では、情報提供書に書かれた内容を活用するかどうかは、看護師の判断による。

2. 入院前と入院後の状態のギャップをどう認識するか？

- ・認知症の場合は特に、環境の変化によって入院後の状態は大きく変化する可能性がある。出来ていたこともできなくなることは大いに考えられる。
- ・病棟の看護師は、入院前の状態との比較は困難。家族から情報を聞いて把握する行動はとるが、ケアマネに連絡を取って情報を得るという発想はなかった。
- ・ケアマネとしては連絡をもらえば、情報提供をしたいという気持ちはあるので、連絡してほしい。

3. お互いのズレを最小限にしていくにはどうしたらいいか？

- ・病棟の看護師は、医師が家族に退院支援について話を始めようとしているという動きは察知できる。その時に、家族に「退院に向けた話し合いをする場所に、ケアマネの同席を希望しますか」と確認する。同席の希望があれば、可能であれば、家族からケアマネに連絡をしてもらえるように依頼をする。出来なければ看護師又は地域連携センターから連絡を入れてもらう。

【 8G 】

1. 介護関係者と病院の職員のズレはどうして起きるか？

- ・情報共有が不足していた。
- ・家族の思いが病棟に伝わっていなかった。
- ・医療(病院側)は生命維持が最優先に、介護側は生活のことを考えている。この立場の違いがズレの原因。

2. お互いのズレを最小限にするにはどうしたらいいか？

- ・認定看護師と担当看護師との連携が必要。
- ・医師や病院スタッフの話は絶対と家族は思っている。その時の状況に応じて対応策があることをご家族に説明しなければならなかった。
- ・医師や病院側からの話がされる前に、ご家族の思いや意向を確認し、その上でいろいろな方向性が提示できるとよい。
- ・退院調整看護師やケアマネが家族の意向を聞く。
- ・多職種で集まり、話し合いをするべきだったが、現実的には家族に会えない等の理由で難しい。
- ・家族に対しても説明が不足している。安心材料をあげることが必要。
- ・本人や家族の希望を事前に情報収集しておくことが大切。

【 9G 】

1. 病院と居宅とのズレはなぜ起きるのか？

- ・(居宅) 自宅での生活と入院した状態のズレが大きく、病院の言っていることが分からない。
- ・(病棟) 院内で医師と看護師の連携・擦り合わせ不足
- ・(居宅) この事例では飲水テストは問題がない→経口継続困難 この意味することが分からない
他事例でも誤嚥のリスクがどの程度か分からず、責任が取れないから安全策を選択
病院は関わりの時間が短く、家族の思いをくみ取れない。
入院中は食べられなくても、自宅の環境では意外と食べられるケースがある。
- ・(居宅) F A Xでのやり取りは限界がある。情報不足が起こる。入院による変化が想定できない。
- ・(訪看) 両方の立場が分かる。お互いに医療が分からない、生活スタイルが分からない。
慣れた家族の介助に関しては、事前に形を作っておけばよい。
- ・(居宅) 生活歴や人柄、家族関係、事前の意思表示が選択肢を大きく左右する
専門職と家族の間に「食べられないことの重大さ」の違いがある。

2. お互いのズレを最小限にするにはどうしたらいいか？

- ・失敗する過程を踏むことで、思いや覚悟を作る時間になる事例もある。
- ・入院すると居宅ケアマネも少し離れることがある。情報を得る側になってしまう。正確な情報を得ないと無責任に発言できない。
- ・病棟もケアマネに対して待ちの姿勢になることがある。来た時に話を聞こうかと。
- ・お互いに忙しいだろうと遠慮する。敷居が高い。お互いに待ち状態となっている。
⇒積極的な姿勢が必要

3. まとめ

- ・「治療の状況や入院中の状態が分からない介護」と「もともと生活状況や生活スタイルが分からない医療」の情報の差が大きくあることに気づいた。
- ・紙面で伝わらない「思いや覚悟」の情報が不足していることが大きい。
- ・お互いに待ちの状態になりがちなので、ズレが発生しないように積極的な情報収集と情報発信をしたい。

【 10G 】

- ・（訪看）嚥下の状況については在宅でもムラがある。
嚥下訓練を急ぎすぎているのではないか。在宅では様子を見ていく時間を持つが、入院ではスピード感に違が生じる。
家族の思いを何処まで汲んでいるか。
- ・（訪看）経過が長いケースにおいては判断が早すぎるのではないか。
S Tいる施設や医療機関に転院の可能性もある。
- ・（居宅）認知症の人は、家でなければ食べられない、環境にかなり影響されやすい。
- ・（居宅）家族がスピードについていけず困惑したが、フォローが必要となる。
- ・（MSW）市民病院からの相談紹介があったケースは、入院を機に食べられなくなった人。さくら病院では一般病棟があり、S Tが一ヶ月介入した。評価をして今後の方向性を出す。
- ・（施設）老健では、専門職がいる中で、肺炎の再発防止として、ある程度トレーニングを行う。
家族の介護力についての情報も大事。
- ・（福祉用具）用具の相談を受ける。病院から紹介されて家族が購入していくが、家族の理解力の低さや想像力の欠如がかなりあると感じる。在宅での相談役が必要となる。少し先の見通しを説明していく。
- ・（病棟）本人や家族の思い、介護力の情報が必要。
介護サービスを使っていない人は、好きな物を持って点滴が必要
ピックを入れたまま退院するケースもある。丁寧な説明に心がけている。
病院内コミュニケーション不足がある。家族とのコンタクト、医師からのIC時間調整しにくい。

【 11G 】

- ・ 情報提供用紙の内容だけでは情報が不足している。チェック項目だけでは日常生活の状況が分かりにくいものもある。

病院看護師は入院時の状況と照らし合わせて、必要な情報を得る必要がある。

ケアマネジャーも情報提供用紙だけでは伝えきれないという情報があるのではないか。

お互いに欲しい情報・伝えたい情報の確認が必要である。

- ・ いつ行けばいいのか分からない。

入院診療計画書に予定ではあるが入院期間が書かれているため、参考にできるのではないか。

病院で話ができる時間帯を聞いておくと会いやすいか。

顔を見て話をした方が、確認をしあいながらの情報交換ができるので良い。

治療の目途が立っていなくても、退院に向けて必要になりそうな普段の情報を知ることは必要である。病院から家族だけでなくケアマネジャーや施設職員に連絡をし、情報を得る。今回の事例のように実際の場で情報交換することが効果的なこともある。

- ・ ケアマネの動きとしては、入院→情報提供→数日後に家族に連絡→様子を見に行くようにしている。 家族によっては状態を理解できていない人や意見が言えないもいるため、医師からの I C に立ち会い、補足をしている。

家族への I C ⇔ ケアマネが確認 ⇔ 病院との確認



ズレの修正ができるのではないか？

- ・ 名古屋ではほいっぷネットワークのようなシステムを活用している。病院がほいっぷネットワークを活用してもらおうと情報交換がしやすいと思うが、それはできないか？
病院としての情報管理の考えの中での利用のため、現在の活用となっている。

【 12G 】

1. 病院と居宅のズレはなぜ起きるのか？

- ・ (居宅) 入院時の情報提供は、入院時即座に作る物で、細かいところまで記載できていない。
- ・ 入院すると治療の場であり、情報提供後は意識が薄れてしまう。
- ・ 病状も家族から聞き取る為、細かい状態がわからず、病状の把握も困難となっている。
その為、いつどのタイミングで誰に、どの様に情報提供していいか分からない。
- ・ 病院への電話はしにくい。
- ・ キーパーソンや家族の状況等多くの情報を伝えたいが、病院がどんな情報をいつ欲しいか分からない。
- ・ (病棟) 入院時はケアマネに連絡を入れているが、次にどのタイミングで連絡していいか分からない。
- ・ 看護師によっては、上手に伝えられないので、早めに電話するようにしているが、うるさがられないか不安。
- ・ 急に病棟へケアマネがきても、担当とは限らないし午前中だと情報を集めていないので十分な情報を出す事が出来ない。

- ・(福祉用具) ベッドを借りたいと家族から電話が入ることもある。
未だ介護保険も申請しておらず介護保険の相談から始まることもある。

2. お互いのズレを最小限にするにはどうしたらいいのか？

- ・話し合いの場が必要。
- ・正確な病状を共有する。
- ・治療の進行度に応じて、情報のやり取りの場があると良い。
- ・家族によって思いも異なる。家族の思いも統一する必要がある。
- ・求めている情報にズレがあるため、有って話し合う場が必要。

↓

- ・病状説明時にケアマネも同席したほうが良い。
(家族を通じて依頼して、ケアマネも同席できるようにする事が大切。)(話し合いの場にもなる。)
- ・治療の進行具合、病状の変化に伴い、病棟看護師から電話連絡が有れば、その場その場で必要な情報を提供することが出来ると思う

福祉用具の立場として：入院中の家族から突然ベッドを借りたいと電話が入ることがある。未だ介護保険も申請しておらず、介護保険の相談から始まる場合もある。

↓

退院に向けて、家族への説明と理解した事の確認をしていくことが必要。

以上

「第4回医療・介護合同事例検討会」アンケート結果

豊川市医師会在宅医療サポートセンター

岩間 三枝子

実施日：平成30年12月14日

参加者：101名

回答者：86名

回答率：85%

1. (1)参加者所属団体名及び人数の内訳

①介護保険関係事業者 56名

(介護支援専門員 37名・看護師 9名・管理栄養士 1名・計画作成担当者 1名
事務員 2名・生活相談員 2名・社会福祉士 1名・福祉用具 2名)

②医療機関関係職員 43名

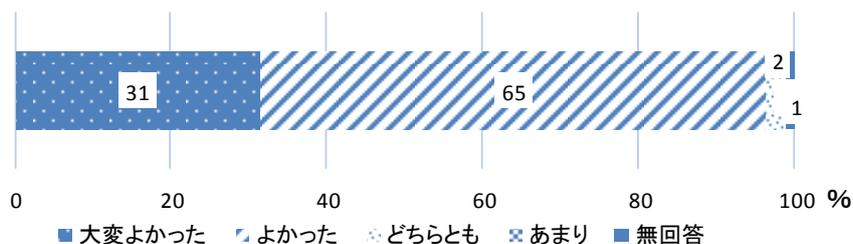
(看護師 26名・医療相談員 7名・介護支援専門員 1名
管理栄養士 1名・社会福祉士 7名・放射線技師 1名)

③行政関係者 2名

2. 「介護関係者が病院と連携するしくみ」について

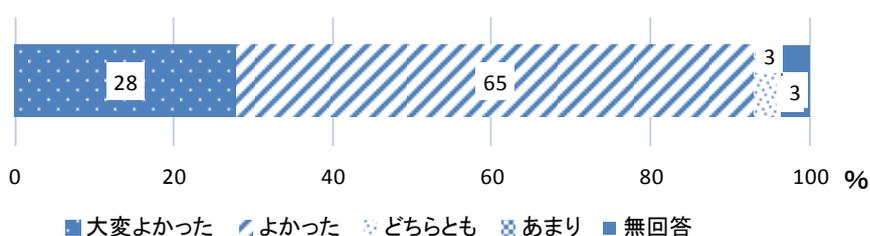
①全体として

大変よかった	27人
よかった	56人
どちらとも	2人
あまり	0人
無回答	1人



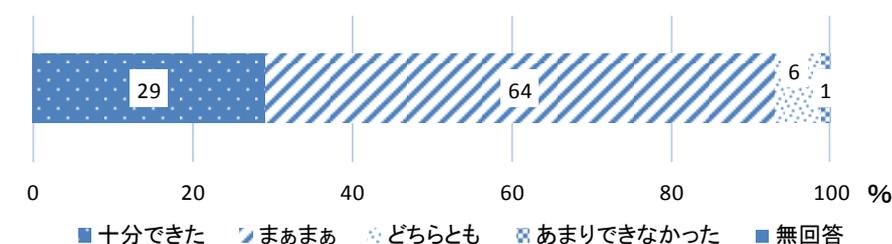
②内容は？

大変よかった	24人
よかった	56人
どちらとも	3人
あまり	0人
無回答	3人



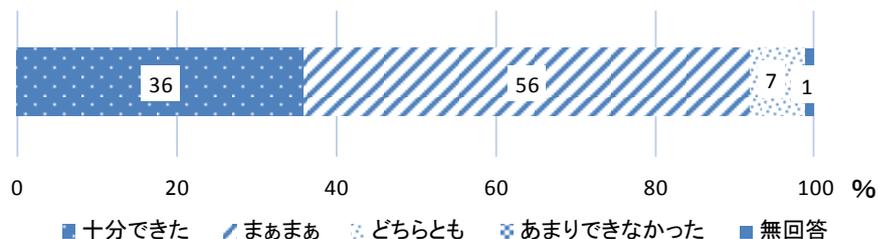
3. 病院紹介において、それぞれの病院が持つ機能について理解できましたか。

十分できた	25人
まあまあ	55人
どちらとも	5人
あまりできなかった	1人
無回答	0人



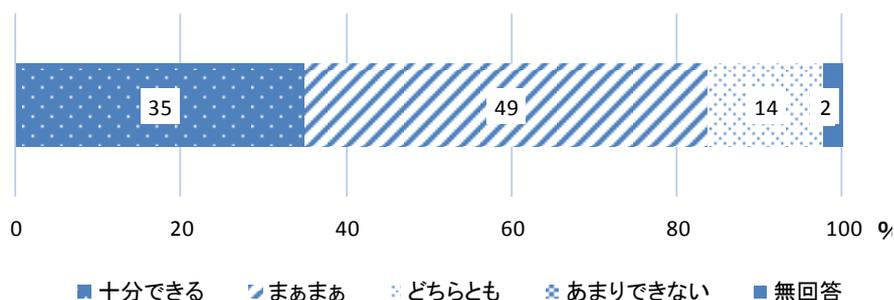
4. 回復期病院の地域連携フロー図は理解出来ましたか。

十分できた	31人
まあまあ	48人
どちらとも	6人
あまりできなかった	0人
無回答	1人



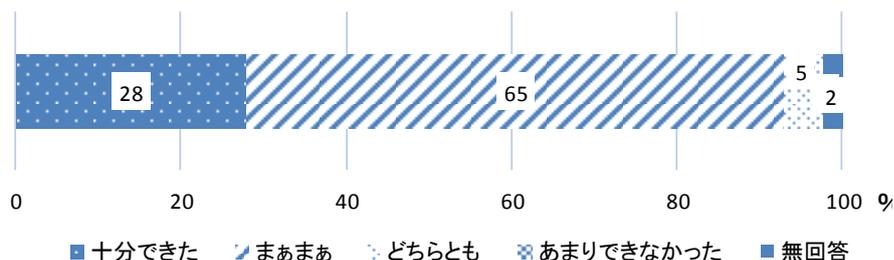
5. 病院紹介・回復期病院の地域連携フロー図は、活用できますか。

十分できる	30人
まあまあ	42人
どちらとも	12人
あまりできない	0人
無回答	2人



6. グループワークでは、本人・家族の視点に立った連携について十分な話し合いができましたか。

十分できた	24人
まあまあ	56人
どちらとも	4人
あまりできなかった	0人
無回答	2人



出来たと回答された方はどんな点が良かったか、出来なかったと回答された方はもっと深めたかった内容をお書きください。

【医療関係】

- ・それぞれの立場からの意見が出て、大変参考になった。
- ・家に帰ることになった場合、こんな筈ではなかったということがないようにするには、病院での経過や本人家族のICの理解度をお互いに知る必要がある。
- ・お互いの思いが共有できた。
- ・ケアマネも病院看護師もお互いに“忙しいのでは”という思いがあり、なかなか連絡が取れないということが分かった。
- ・ケアマネとの連携不足。十分な情報が得られるためにもっとケアマネと連絡を取る。
- ・お互いの立場を知ることで、情報共有の仕方を考えることができた。
- ・様々な職種がどうしたら良いか、自分の職種から改善点などを話せて良かった。
- ・時間が足りなかった。
- ・多職種の立場で抱える思いを知ることが出来て参考になった。

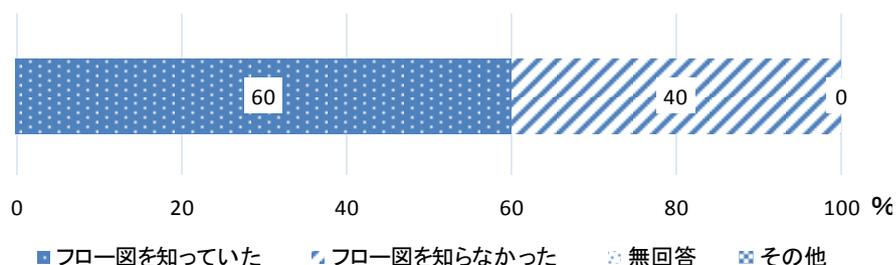
- ・家族側の思いを退院調整する時に共有できるようにケアマネや医師・看護師が、ズレのないように情報交換する必要がある。
- ・いろいろな職種の方がいたので、いろいろな意見が聞けた。

【介護関係】

- ・病院側と在宅側のスピード感にかなりのズレがあることが認識できた。在宅側で相談にのった際に、家族の理解度等によりスピードにのれていない事もよくある。
- ・時間が短かった。
- ・病院に入院したら、ケアマネは病院に来て下さい、と顔が見える関係で連絡を取りやすくなる。病院の思い、家族の思いと摺合せができる。
- ・情報の出し方や、情報の共有が大切。多忙な業務の中で、どのように今後していくのか、解決策は出ず。
- ・病院側の話をもっと聞きたかった。
- ・いろいろな意見が出て、話し合いができた。
- ・事前に本人や家族の意向を確認し、入院時に伝えることが大事だと思う。
- ・職種の違う人たちのいろいろな意見が聞けた。
- ・病院の担当者が困っていることなどを知ることができた。
- ・患者や利用者の立場に立ち考える大切さ。
- ・各職種の方から生の声が聞けた。
- ・グループ内ではできた。私が何とも知識がなく・・・。
- ・医療と介護のズレを改めて認識できた。どのように摺合せをしていくのか？検討の場があれば参加したい。
- ・お互いの退院調整の思い、不備な点の理解ができ参考になった。
- ・今後は家族の思いを伝えていく。家族と本人が今後どうしたらいいか？どう望んでいるか情報共有できるようにする。
- ・立場により見方の違いがあり、意見が聞けて良かった。
- ・ズレが生じた場合、病院職員から直接家族に話してもらおうと良い。
- ・時間が足りなかった。もう少し話し合いたいと思った。
- ・いろいろな職種の方の意見が聞けて良かった。
- ・もう少し話し合いたい点はあったが、参考になった。
- ・ズレが分かることで、伝える情報に工夫ができるかと思う。
- ・身近な事例で分かりやすかった。
- ・医療・施設・ケアマネ等、専門的意見を聞くことができた。

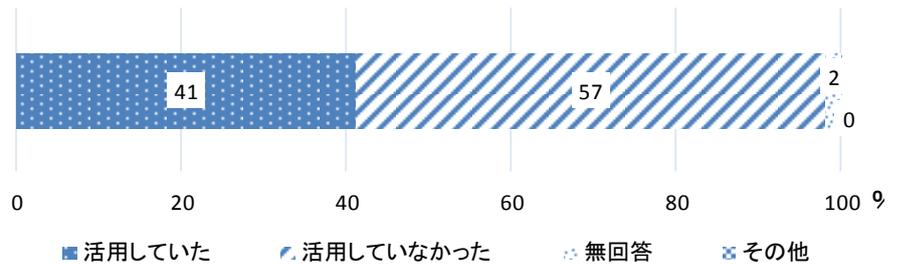
7. 急性期病院の「介護・医療の地域連携フロー図」を知っていましたか。

フロー図を知っていた	51人
フロー図を知らなかった	34人
無回答	0人
その他	0人



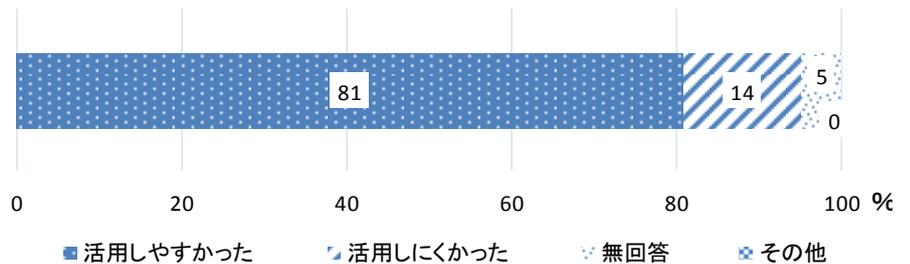
①知っていたと回答された方は、活用していましたか。

活用していた	21人
活用していなかった	29人
無回答	1人
その他	0人



②活用していたと回答された方は、フロー図は活用しやすかったですか。

活用しやすかった	17人
活用しにくかった	3人
無回答	1人
その他	0人



③ 活用しにくかったと回答された方は、どんな点を改善したらよいと思いますか。

【医療関係】

- ・病院看護師の入院中フローは分かりやすいが、介護・医療の連携になるとかかわりが良く分からない。
- ・小さくて見にくい。

【介護関係】

- ・外来からだけでなく、緊急(救急搬送の場合)もあると良い。
- ・途中の関わるタイミングが見えにくい。(疾患等によりタイミングが違う)

8. その他、自由意見がありましたら、何でもお書きください。

【医療関係】

- ・グループワークの声が聞こえにくかった。
6月にやった事例ということに気づかず、その時のモヤッと感をきれいに忘れていた。時間を置かずグループワークが出来たらより良かった気がする。
- ・介護と医療のズレを少しでも少なくするために、カルテの共有も必要ではないかと思う。高齢者の増加や独居・生保も増加しているので、情報が欲しいときに分かれると、医療者側も介入しやすいことあるのと思った。
- ・グループワークで意見が出てきたところで終わってしまったので、いろいろな立場での考えをもう少し聞くことができると良かった。
- ・グループワークの時間がもう少しあると良いかと思う。
- ・一人の患者にいろいろな人が関わっているので、情報をもらうタイミングや、何を知りたいか等、まとめておく必要があると思った。
- ・それぞれの職種によって立場があるが、必ず情報は共有することが大事だとつくづく思った。
- ・必要だと思う情報は、病院側と家族側ではズレがあるのか。
- ・グループワークがとても活用できる内容で良かった。ありがとうございました。

【介護関係】

- ・病院紹介は、顔の見える関係作りの最初として良かった。
今後連絡をとりやすい。
グループワークは時間が足りない。
- ・大変ですが、一時間でのディスカッションはなかなか難しい。
- ・ACPについて意見交換できる場があると良いと思う。
- ・勉強になった。ありがとうございました。
- ・フロー図はその都度見ないが、流れが出来ており、実際に行っていることが多い。
- ・グループワークの時間をもう少し長くって頂いた方が意見交換を密にできたかと思う。
この様な場に初めて参加した。
次回も参加できたらと思う。良い時間をありがとうございました。
- ・施設内でのことしか分からず、ケアマネと病院との連携を知ることができた。
フロー図の流れに沿って情報を受けるばかりの立場。
グループワークの内容を照らし合わせ勉強させて頂く。ありがとうございました。
- ・入院の時点で連絡票を作成するが、入院の経過の中で不十分な点も出てくる。
途中で何度か情報共有を行う重要性を再認識した。
- ・医療と介護、お互いに話さないと始まらない。
- ・もっとみんなが資料を事前に見てきてくれると良かったな。
- ・家族ごとに理解度や行動力が違うので、説明した手ごたえやその後の経過で、再度の説明などが必要なことがある。
- ・所属や職種を超えて意見交換ができた。
他の人を否定することなく、フラットな話し合いがとてもよかった。
- ・事例を通してお互いのズレの認識は出来たものの、本人の状態・環境・病院と自宅では全然違うため、難しい問題である。ケアマネとして、ACPの所で、家族に考えてもらったり、子供に意見を伝える努力をする方を促していきたい。
- ・時間が短く、細かなところまでは話し合えなかった感じだった。

以上

総合青山病院

- ① リハビリテーション科、内科など、全19診療科
- ② 41床（回復期リハ病棟）、52床（医療療養病棟）、137床（急性期病棟）
- ③ 47、9日（回復期リハ病棟）、102、7日（医療療養病棟）
- ④ 総合病院内の回復期リハビリテーション病棟、療養病棟であり、医療従事者の高い患者さまの受け入れもしています。また訪問看護ステーション、在宅介護支援センターも併設されており在宅医療への移行もスムーズに行えます。
- ⑤ 地域連携室に診療情報提供室をFAX→入院科定食→入院の可否の連絡→日程調整等、入病
- ⑥ 地域医療連携室に医療相談員4名、遠隔調整看護員1名を配置しています。
- ⑦ 回復期病棟（1室）20名（1室）、4000円（1室）
※療養病棟はなし、2人部屋はあり





