

平成 30 年 6 月 1 日

関係各位

豊川市医師会在宅医療サポートセンター
岩間三枝子

平成 30 年度医療・介護合同事例検討会開催のご案内

平素は地域包括ケア推進に向けて、ご理解とご協力をいただき、ありがとうございます。

さて、一昨年から開催しています、病院関係職員と介護関係職員合同の事例検討会も三年目を迎えました。患者さんや市民を支える力を身につけていけるように、事例をとおして、お互いの共通の課題を話し合う場としていきます。

お忙しいとは存じますが、ご参加いただけますようご案内申し上げます。

記

事例検討テーマ

「情報共有・連携のあり方を考える」

—意思の疎通が困難で、経口摂取が出来ないと思われた認知症高齢者の退院に向けた取り組みを通して—

日 時：平成 30 年 6 月 21 日（木） 18 時～19 時

場 所：豊川市民病院 1F 講堂

対 象：市内医療機関の関係職員 介護関係職員 （市外でも可）

主 催：豊川市退院調整担当者会

その他：資料は 6 月中旬頃配付予定

※ お問い合わせ先 在宅医療サポートセンター ☎56-7011（担当：岩間）

以上

参加申込書

締切：6 月 14 日（木）

「医療・介護合同事例検討会」に参加します。

事業所名 _____

ご芳名（複数名記入可）

氏名 _____

職種 _____

職種 _____

職種 _____

F A X 送信先：(0533) 56-7012 在宅医療サポートセンター
電子@連絡帳からの送信も可能です。

平成30年度合同事例検討会



情報共有・連携のあり方を考える

摂食・嚥下障害看護認定看護師 青谷 豊子

本事例を選んだ理由



高齢者が増加する今日、医療・介護・家族の連携は
とても大切である。認知症高齢者に対するケアにつ
いて、共に検討する機会を持ちたいと考えた。

事例紹介



- 80歳代 女性

- 現病歴

入院2～3日前から、37.0～38.0度台の発熱があった。
近医を受診したが症状改善せず、救急搬送され誤嚥性肺炎と診断を受けた。

- 既往歴

アルツハイマー型認知症

高血圧

入院前の生活の様子(情報提供用紙)

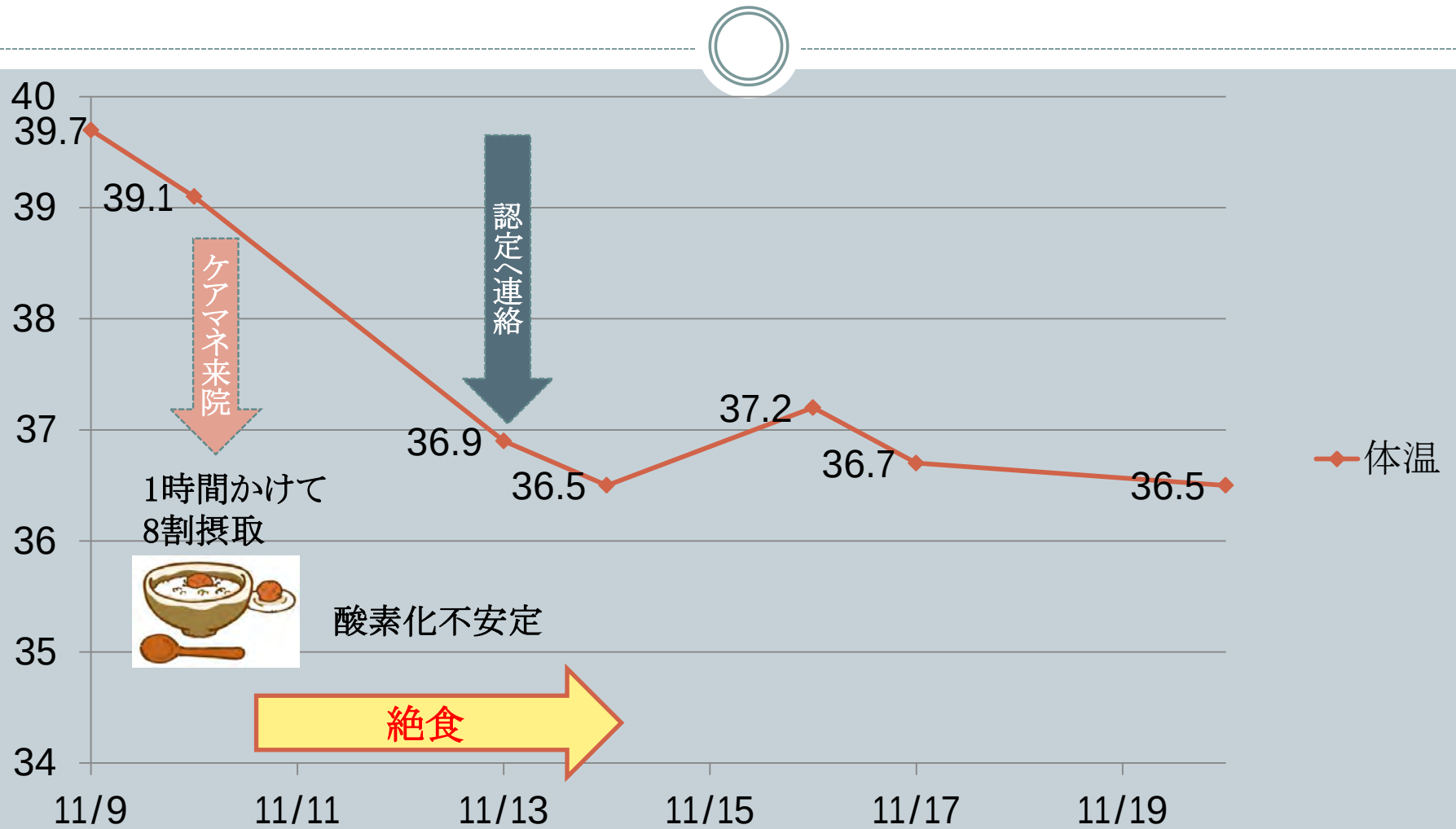


- 要介護5
- 訪問診療、小規模多機能サービスを受けている
- 日常生活自立度
 - 全般的に全介助が必要。ベッド上で暮らしている。
 - 移動は全介助で車椅子
 - 嚥下障害有り きざみ食 水分トロミ
 - 意識障害あり
- 家族や介護状況

夫と別棟で暮らしていたが、歩けなくなってから隣に住んでいる長男家族と生活していた。(主介護者:長男嫁)

- 本人・家族の意向
自宅で最期まで過ごしたい

入院後の経過



11月14日 嚥下機能評価結果

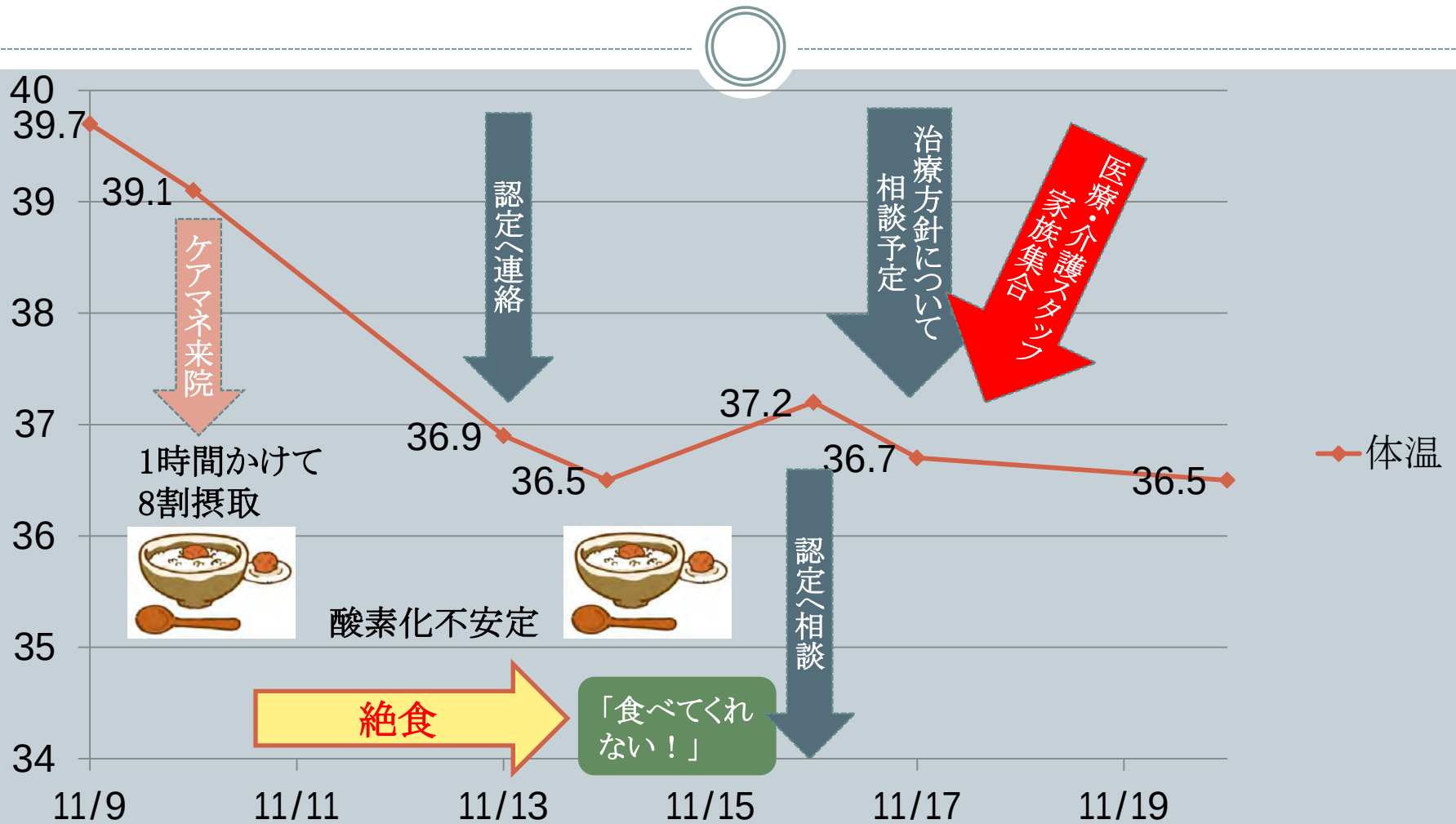


- 認知症が有り、指示従名不可。意思疎通図れない。
- 歯牙欠損無く、動揺歯無し
- トロミ水テスト⇒口腔内に水が入ると、反射的に嚥下運動有り。追加嚥下はできない。
- フードテスト ⇒開口は不十分だが、食物が口腔内に入ると嚥下運動がみられる。
- 頸部聴診 ⇒湿性音なし

誤嚥に注意は必要だが、環境を整え介助方法を注意すれば経口摂取可能である。

⇒病棟看護師へ注意点を伝え、医師より許可有り翌日昼から食事再開を試みた。

入院後の経過



医療・介護スタッフ・家族集合で行ったこと。



「食べられる現状を見てもらいたい」

- 姿勢が保てず車椅子坐位では前傾姿勢になる
 - ベッド上で食事摂取できるように調整。緊張を和らげる。
- 介助方法
 - 快刺激に努める
 - 開口が乏しいため、食具の工夫
 - 口で食物が認識できるように工夫する
- 実際に食べている姿をみんなで確認する
- 自宅や介護現場での様子を聞き、どのような工夫をしたら良いか話し合う
 - 主介護者へ介助方法の練習と摂取量確保するために協力依頼

医療・介護・家族が集めたときの思い



- 医療スタッフ

「誤嚥性肺炎を起こした経緯と重度の認知障害があり、経口摂取を続けることは難しいのではないかと考えた。食べられるならば食事は継続する。」

- 介護スタッフ

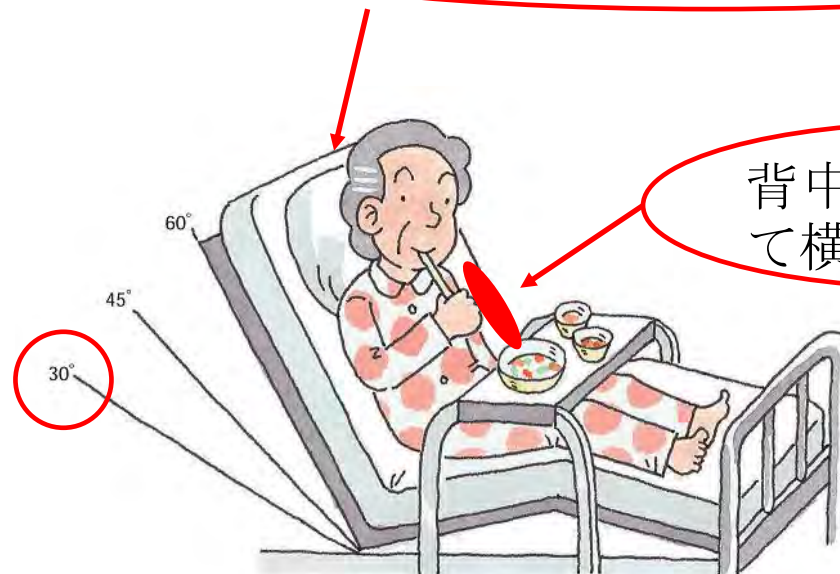
「食事が続けられないかもしれないと聞き、驚いた。今まで硬いものもおいしそうに食べていたのに。」

- 家族

「食事は車椅子と思い込んでいて、介護は大変だった。家では少ししか食べる事ができなかった。」

退院に向けてリーフレット作成

枕を2個使って高くしましょう



向井美恵ほか編 [清水充子] : NursingMook 20, 学習研究社 2003 : p.108

食物は唇の内側に乗せて、自分で取り込んでもらいましょう

平たい小さなスプーンを使いましょう

情報の追加



各職種からの情報を追加してください。



検討内容



- それぞれの立場での思いがあります。認知症高齢者の食事摂取に対してどのように考えますか。
- 経口摂取を断念する状況を招かないために、どのような情報の共有や連携の工夫が必要だと考えますか。

「医療・介護合同事例検討会」要旨

1. 実施年月日

平成 30 年 6 月 21 日（木）18 時～19 時

2. 場所

豊川市民病院 講堂

3. 参加人数

147 名（医療関係者 76 名・介護保険関係事業者 67 名・行政職その他 4 名）

4. テーマ 「情報共有・連携の在り方を考える」

～意思の疎通が困難で、経口摂取が出来ないと思われた認知症高齢者の退院に向けた取り組みを通して～

5. スケジュール

18：00～18：05 開会あいさつ・オリエンテーション 担当：内藤（豊川市民病院地域連携センター主幹）

18：05～18：15 事例紹介 担当：青谷摂食嚥下認定看護師

18：15～18：30 情報の追加

18：30～18：55 事例検討

18：55～19：00 閉会のあいさつ 担当：内藤

6. 内容

青谷認定看護師から事例紹介と事例検討の課題の説明を行った。

本事例に係わった方から情報の追加を行った。

1) 情報の追加

○プライマリナース（代読 青谷）

「どうすれば連携できるんだろう」というところでの意見

患者はADLが全介助で意思の疎通が図れなかった。調子のよいときには「なんだん」と発語があった。家族は面会回数が多く、協力的だった。食事摂取量にムラがあったので、介助者は方法でばらつきがあって苦慮した。介護側から得たかった情報としては、ADL・食事の内容・食事摂取の量・摂取時の姿勢（ベッドか車イスか）、介助方法・家族の介護の協力体制・自宅の状況など。入院時に食事を食べていた人に見えなかったもので、どのように介助していたのかももう少し詳しい情報をこちらからも聞くよかった。

○病棟師長 鈴木（前年度病棟師長）

スタッフからは、食べてくれないとだいぶ悩み青谷認定看護師に相談したことを聞いていた。青谷認定看護師が患者の特性を捉えて経験とコツと家族からの情報を得て、「こういう風にすると食べるよ」という話を聞いて驚いた。下唇の上に載せると、シュシュシュッと吸い込んで、咀嚼というか飲み込める。「こういう食べ方をするんだ」とスタッフもみんなが見て驚いた。実際に数人のスタッフが見たことを、他のスタッフに伝達をして情報を共有し、介助方法を共有することにより統一した方法で介助することができた。情報の共有ができていないときは、半分あきらめて「点滴をして転院になっちゃうのかね」と言っていたが、食べることができることがわかって、この人の望みである家に帰れるねと喜び合った。家族も協力的で一緒に練習をしたことでその技術を習得できたと思う。

○担当ケアマネジャー 長谷（小規模多機能型居宅介護施設）

自宅で発熱があり、急に 39 度まで上昇し緊急入院になった。当施設には週 6 日通所し、1 日だけ自

宅で過ごしていた。施設では食べられる状態だったので、転院の話が出たと家族から聞いて、「どうして」っていう状況だった。医師から「食べられなくなるかもしれないから」と言われて家族も動揺されている状況だった。入院後に情報提供書を記入して情報提供を行ったが、書面通りに書くと簡素なものだった。もっと具体的な情報をこちらからどのように行なえば良いか、と話をしていけば連携ができたのではないかと反省している。

○青谷認定看護師

すぐに情報提供用紙を持ってきてくれたので当院としては有り難い状況だった。

○担当ケアマネジャー 長谷

入院したときに先生から家族に「1週間くらいかな」と言われたので、私たちもそのくらいに受け止めていた。退院間近に1回様子を見ましようと考えていた。再度来院した時には予定通りではなく、不安感をいだいた。

2) 検討内容

○青谷認定看護師

この方は重度の認知症で、意思の疎通が図れないが、家では硬いものを食べていた。誤嚥性肺炎で入院したのは初めてだった。入院時の診断は、「誤嚥性肺炎なのか、細菌性肺炎なのかちょっとわからない」というような肺炎だった。本日の検討課題の一つとして、認知症高齢者は、本当に食べられるのかなと思いがちだが、認知症高齢者の食事摂取に関して皆さんどのように考えるか。

○脳神経外科クリニック小池医師

いくつかの質問がある。

- ①覚醒度はどの程度だったか。
- ②意識レベルの変動の有無。
- ③VE/VFは実施したか。
- ④側臥位でうまくいったというのは、試行錯誤の結果か。
- ⑤咽頭残留がなかったという確認の仕方についてだが、本当になかったのか。

○青谷認定看護師

- ①発語はなかったが、自発開眼はしていたので覚醒はしっかりしていた。
- ②意識レベルの変動はなかった。始めの3日間は発熱もあり、ちょっとぼんやりとはしていたと思う。
- ③入院中には行っていない。当院は耳鼻科受診をしてVE/VFを行う。私に関わり、そこまでの評価をしなくても食べられるのではないかの判断をし、VFという流れにはならなかった。
- ④客観的な情報というわけではないが、試行錯誤しながらの結果である。
- ⑤咽頭残留がなかったとは必ずしも言い切れなかったと思う。フィジカルアセスメントをしただけなので、喉の音を聞いて食物が残っているような音が聞かれるか聞かれないかというところで、残っている可能性があるかないかの判断までしかできていないのでそこまでの評価になる。

○脳神経外科クリニック小池医師

嚥下の後の湿性・嗝声をみて、認知症の方の嚥下というのは大事だと思う。注意障害を伴ってくるので、本人が注意して嚥下がしっかりできるというものでもない。認知症だからといって嚥下ができないというのは悔しいので何とかしてあげてほしいと思う。訓練の仕方だが、間接訓練と直接訓練をわけるとすると、こういう方には間接訓練はなかなかできにくい。徹底的に直接訓練をするには安全性を確保して行うということになる。側臥位も右下なのか、左下なのかどっちかを決めなくてはいけない。30

度は安全な一番いい角度だと思うが、それでも頭の角度や顎の引き方によっても嚥下の仕方は変わってくる。十分安全な角度を確保するためにもVFなりVEを実施して、これは安全だと客観的な評価をして欲しい。これからもぜひ積極的に取り組んでいただきたい。

○田中内科田中医師

今後も丁寧に食事を介助することで誤嚥性肺炎を起こさないでいける。質問として、嚥下訓練はSTの範疇と思っていたが、どうか。

○青谷認定看護師

嚥下訓練のSTとの関わりは、嚥下チームで取り決めをしている。ある一定のレベルからはSTにお願いをしている。当院は食事の調整で食べられる方は認定看護師が対応するというにしているので、今回の症例については認定看護師で対応した。嚥下チームで、こういった患者を担当し、医師や言語聴覚士にも情報共有をして一緒に検討しあいながらすすめている。

○田中内科田中医師

私が見ている患者で、一時肺炎を起こして、嚥下のテストの結果胃瘻を作ったと勧められたが、奥さんは「それまでするのは嫌だ」と拒否し、胃瘻を作らず今でも経口で経過している人がいる。肺炎は心配だが、丁寧に食べさせてもらえば、時間はかかるかもしれないがうまくいくのかなと、自分の症例を含めて、今回の症例の印象である。

○青谷認定看護師

この方も1時間くらいかかり食べており、疲れるので30分くらいで切り上げてという話しをした。その症例・症例に合せていく必要がある。指示が入らなくてもこの人は食べられるのではないか、能力はあるのだろうかという視点をもって見ていくことが大事かなと思っている。

○脳神経外科クリニック小池医師

体重の増減は重要な情報。もともとかなりやせの強い人かどうか、体力のない人はサルコペニア、嚥下のサルコペニアがある。評価が必要だと思う。1回の食事にかかる時間は45分前後がリミットだと思う。実用的な嚥下で食事を経口摂取で取るとすれば、それを超えるようであれば否実用的な嚥下であるという印象を持つ。経口摂取の時間制限が必要と思う。

○担当ケアマネジャー 長谷

現在施設において、この方は、30度の側臥位でリードスプーンを使って、お口のところに当てると開口され、咀嚼する。嚥下まで見届けてゆっくり行っている。時間は30分程で、目も開けてくれているので安定している。

○青谷認定看護師

とても元気にされているということですね。

○豊川市民病院消化器内科中村医師

転院時に胃瘻の適応があるかどうかは、消化器内科で検討して決めている。可能な限り胃瘻は作らずに頑張ってもらおう方向にしている。

○青谷認定看護師

もう一つの検討課題は、経口摂取を断念する状況を招かないようにするために、どのような情報の共有が必要か、みなさんのご意見をいただきたい。

○担当ケアマネジャー 長谷

入院情報提供書では細かいところまで書き切れないので工夫が必要だと思う。入院時に食べてくれないという状況だったら、一度在宅の支援者と情報を共有する必要がある。

○青谷認定看護師

ケアマネジャーが病院に来られた時に、担当の看護師に会えない、医療と介護を繋げたいのにうまくいかないというようなこともあると思う。急性期の立場で情報提供を受ける側として、どんな情報を教えてもらいたい、こんな工夫があったらと思うことはないか。

○豊川市民病院病棟看護師

情報提供書を持ってきてもらっても、入院中に「今こんな状態です」と患者の状態を伝えるというやりとりだけになってしまうこともある。のちのちその紙を見ながら患者の入院前の生活を考えると、「あ、こんなところはどんなのだろう」とふと疑問に感じ、詳しく知りたいことが出てくる。その時にはケアマネジャーは帰られていないという状況になってしまうことがある。

○豊川市民病院地域包括病棟師長 中村

80代・90代の高齢者は「昔、自分が食べていたものがやっぱり好き」と言われる方が多い。食べる意欲というのは嗜好が影響していると思う。また、デイルームにて大勢で食べると、寝てばかりでいた人がちゃんと起きる。一人でなく皆と一緒に食べる、嗜好を見ることは食欲に繋がると思う。

○ケアプランセンター佐名川ケアマネジャー 倉田

「情報の共有の仕方」という課題について、事例検討で気付くのは、それぞれの思いが全然違っていて、家での様子が病院にうまく伝わっていない。今の師長の話でも、どんなものをどんな風に食べていたのか、そういうことが伝わりにくいという話があった。私たちも情報提供書でいち早く自宅の様子を病院に伝えようと努力をしている。その後は少し、病院での治療の経過にお任せするようなどころもある。どのタイミングで・どんな情報をもっと欲しいのか、こちらからどんなことを伝えたらいいのかと情報提供書を書きながらいろいろと考えている。連絡をいただくと伝えることもある。そういったところをケアマネジャーとしても日々悩みながら行っている。今年から情報提供用紙の見直しもあり、お互いわかりにくい部分もあると思う。まだまだ改善していかなければならない点もあると思うが、もしケアマネジャーからの情報の渡し方について、検討したほうがいい点、現在考えていることがあれば、ケアマネジャーからも意見を出して欲しい。施設から病院へということもあるが。

○アイ居宅介護支援事業部ケアマネジャー 林

私たちは利用者に自宅で普段接しているが、入院すると随分状況が変わる。なるべく早い段階で情報提供をさせていただいているつもりだが、さっき倉田さんが言われたように病院が必要としている情報が、そこにきちんと載せられているのかどうかとちょっと分からないところもある。一方的な情報提供ではなく、病院側としてケアマネジャーに「こういった情報も下さい」というような問い合わせがあれば、「この部分は」ということで情報提供できるのかなと思う。お忙しいとは思いますが、必要な情報があればケアマネジャーにも声を掛けてもらえるといいと思う。

○ケアプランセンター佐名川ケアマネジャー 倉田

長谷さんからも退院の時には行くが、その途中で「何か連絡をもらえば一緒に検討できたのではないか」という話もあった。

○豊川彩幸ケアマネジャー 竹本

情報提供はさせてもらっているが、元気で在宅に居たときの状況と、入院後の状況でかなり状況が変わっている場合がある。脳梗塞を起こした方に「食事は自分で食べていた」という情報が役に立つのか悩むところである。入院後状況が変わって「食事が開始となったが、家ではどのような形で食べていたか」と聞いてもらえばすぐに提供していきたい。FAXでも何でもいいが、何か方法はあると思う。

○豊川市民病院地域連携センター 退院調整看護師 鈴木

入院後数日以内にご本人の面談に伺った。その時食べられないような状況かと予想をしていた。もしかして点滴で転院になるという場合にはそのような説明をすることになる。自宅に帰れるようになったら、受け入れ施設の受け入れ条件を確認させてもらい、ご家族が望むこと、ご本人が帰りたい場所に帰れるように支援していきたい。

○青谷認定看護師

急性期の私たちは「こんな情報が欲しい」と明確に伝えることをしていかなければいけない。情報提供だけではなく「顔の見える関係」でいたいと思うので、直接、話を聞きながら生活の場に戻るための方法を共に考えて行けたら、戻ることができるかなと思う。そこには必ず、家族がいなくてはいけないと思うので、家族と一緒に考えていけば、今回のような「もしかしたらあきらめなくちゃいけないの。どうしてだろう」という不安な思いを家族が抱くことがなかったのではないかなと思う。

○司会 内藤

今日 150 人ほど集まっていたき、皆さんの関心の高さを感じた。出来る限り在宅で過ごすことができるようにするために課題は多い。患者の在宅での日常生活がどうだったのか、忙しい中でも情報共有を行っていく必要がある。

今年度、豊川市退院調整担当者会で医療と介護合同研修会を予定しているので、みなさん関心のあるものに参加していただきたい。

以上

文責：豊川市民病院地域連携センター主幹 内藤

在宅医療サポートセンター 岩間

「医療・介護合同事例検討会」研修会アンケート結果

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6月21日

参加者：147名

回答者：127名

回答率：86.4%

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 67名

(ケアマネジャー39名・介護士5名・管理者4名・訪問看護師13名
相談員3名・管理栄養士1名・福祉用具専門相談員2名)

②医療機関関係職員 76名

(医師4名・看護師48名・MSW、相談員15名・管理栄養士3名
歯科衛生士1名・PT ST3名・ケアマネジャー1名・介護士1名)

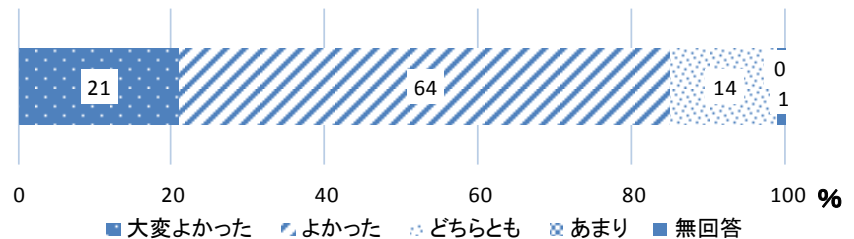
③行政職その他 4名

(保健所事務1名・介護高齢課2名・訪問マッサージ師1名)

2. 「情報共有・連携の在り方を考える」について

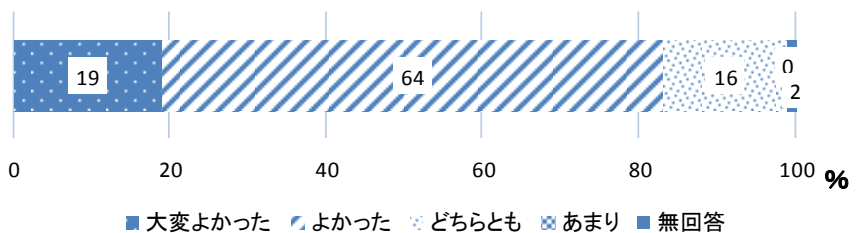
①全体として

大変よかった	27人
よかった	81人
どちらとも	18人
あまり	0人
無回答	1人



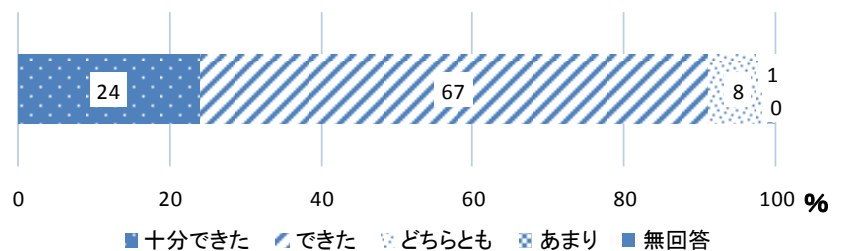
②内容は

大変よかった	24人
よかった	81人
どちらとも	20人
あまり	0人
無回答	2人



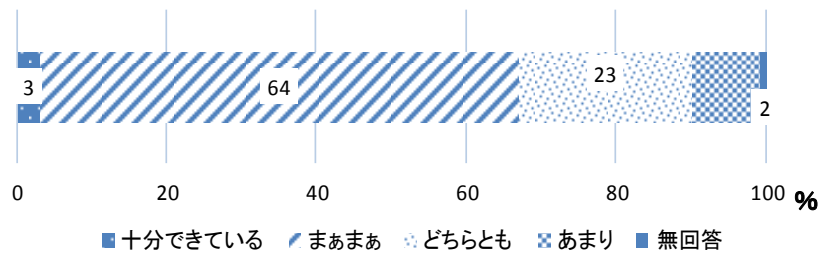
3. 情報共有・連携の必要性の理解

十分できた	31人
できた	85人
どちらとも	10人
あまり	1人
無回答	0人



4. 日ごろの情報共有・連携について

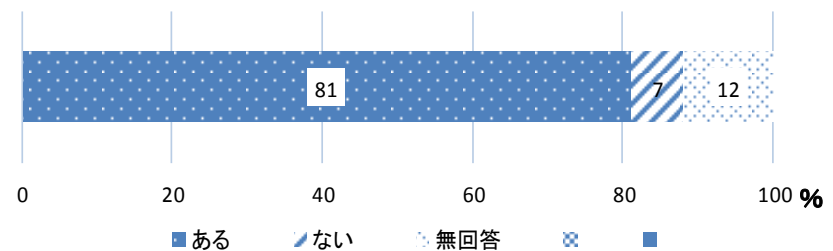
十分できている	4人
まあまあ	81人
どちらとも	29人
あまり	11人
無回答	2人



5. 情報共有・連携の在り方の

改善点の有無

ある	103人
ない	9人
無回答	15人



改善点があると回答された方は、具体的な改善点をお書きください。

【医療関係】

- ・ 当院では、市民病院からの転入が殆どの為、在宅のケアマネとの連携や情報収集が殆んどできていない。在宅に退院する際には連携は図れていると思うが…。改善できるといい。
- ・ 在宅に帰ることが決まった時点でのケアマネへの連絡や、情報提供になりがち。
入院中もっと密に連絡をとり合うことが必要だと思った。
- ・ わからないこと、聞きたいことがあれば聞いていくことが必要。どうしても忙しいので、迷惑かけるかもという思いはあるが、連携という意味で必要性があると思う。
- ・ お互い待つだけでなく積極的に情報交換していく必要があるのではないかな。
- ・ 今は退院困難が予測される場合、早期（3日）にかかわることが必要とされている。情報をいかにやりとりするかが大切と感じた。
- ・ 長期入院の方の場合、情報共有を改めて実施したい。入院時、退院前のみではなく。
- ・ 必要時、担当者でなくても情報交換が行いやすい連携のしくみをつくる。（10）
- ・ 行ってきた事、注意点を書面にするとうまく伝わらない時がある。ケアマネや介護施設スタッフと直接会ってコミュニケーションがとれるといい。（8）
- ・ 入院する前の患者の食事の様子をDVD（動画）で情報提供する。文面の文書だと、喰い違いが生じる可能性が高い。
- ・ 出来ればケアマネに病院に来てもらって話を聞きたいが、ケアマネによってはFAXだけで、来院されない方もいる。入院中に途中で来てもらいたい時がある。家族も遠方でなかなか来られない方もいるので、是非病院に来て欲しい。
- ・ ケアマネへの質問をタイムリーにできるよう、メールなど病院の窓口があるといいと思う。
- ・ お互いの立場をさらに理解していくと、より連携が図れると思う。
- ・ 何の情報を知りたいのか具体化させる。（2）
- ・ タイムリーな情報交換が退院支援に必要だと改めて思った。メインは病棟の動きになると思うが病棟と連携し、サポートしていく役割を担っていかれたらと思った。

- ・当院の問題として、明確なフローチャートがないので、今後確立できたら、患者個々による連携のタイミングが計れて良いと思った。
- ・食事に関しての内容をもっと積極的に情報をもらう必要がある。食事場面に関わっていく必要性を感じた。
- ・介護を含めた合同カンファ等を多く開催できると良い。(3)
- ・病前の生活の状況など、ケアマネから情報提供を受けるが、それを病院内でうまく活用できていないと感じた。在宅と病院を繋ぐ窓口として、病院側に必要な情報は何か、もらった情報をどのように活かすかが課題だと感じた。
- ・どのような情報が必要かはすぐには分からないことが多い。しかしお互いの顔がみえる関係づくりで、相談したいときに気軽に声かけられると良い。
- ・認知症や障害者の方はそれまでの食習慣を把握することが難しい。家族や施設の方からの情報は大変ありがたく、情報共有は必要と感じている。
- ・療養病棟に転入してきた時、次をどう考えるのか、問題点をあげてみようと思った。
- ・欲しい情報がすぐに手に入らない。教えたいが、どこまで必要？温度差を感じる。
※患者を思う気持ちはひとつなのに……。
- ・担当ケアマネがいる場合は速やかに情報を欲しい。入院後何日も経過してからの時もある。
- ・患者を生活の場へお返しするためには、生活歴が重要。
- ・入院によって家族との関係が薄れていく傾向がある。ケアマネからは「退院が決まったら連絡ください。」と言われ、なかなか連携が難しいケースがある。

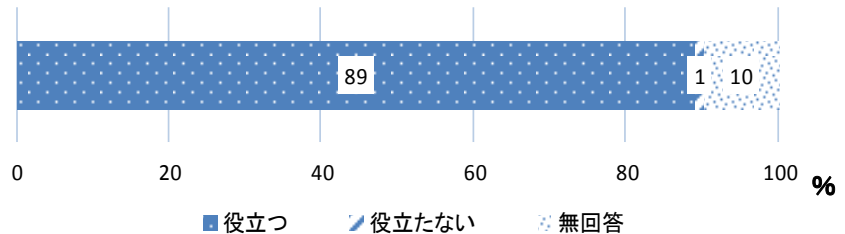
【介護関係】

- ・入院したら、退院カンファレンスまで情報共有の場がないため、帰宅後の生活に支障が出る事がある。在宅での生活について病棟看護師はもう少し考えてほしい。退院に向けての指導も徹底してほしい。
- ・退院前カンファレンス時に病棟職員は入院の経過を理解されている為か、内容として上がってこないことがある。
- ・入院前と違う状況になられて退院される場合、退院までの期間をもっと余裕をもって支援されるといいと感じる。ご家族やご本人が安心して帰れるように可能なら退院前カンファレンスは、ぎりぎりではなく開催していただけたらいいと思う。カンファレンスで話し合っただけで問題を解消して退院できるとよい。
- ・私たち訪問も、患者入院後、48時間以内に看護サマリーを提供させて頂いているが、必要な情報が提供できているかは、日々不安に思っていた。本日の研修にあった様に、問い合わせれば、もっと情報の共有ができると思う。
- ・本人の生活の視点に立ち、今後も更に情報を共有し、やり取りをしていけるとよいと思う。
- ・施設毎に退院後の受け入れ条件が違うので、どの様な事がすれば帰れるかを確認していかないと家族が迷ってしまう。
- ・施設入所の条件に、経口摂食であることが多い。実際の食事摂取の様子など面談時にみせてあげればと思う。また、施設から在宅復帰する際も、本人の様子をみて頂き、ケアマネや家族に情報提供ができたらと思う。
- ・以前は入院連携票を直接持っていくようにしていたが、プライマリー看護師が決まっていない場合もあり、連携票に情報を追加提供することが出来ないことが多かった。
本日の研修にも意見があったが、必要なことは、直接連絡して欲しいと思う。

- ・状態が安定して退院まぢかになってからの病院側からの問い合わせや、情報提供を頂ければ、より安全な在宅生活に繋がると思う。
- ・連絡後に病院へ来院しても、担当看護師に会えない。会える時間帯等を伝えて欲しい。(4)
- ・入院連絡票・名刺を届けても、知らない内に退院しておられた。連絡は頂きたいと思う。
- ・退院時に再発防止の注意事項を退院連絡票に記入して欲しい。情報が不足している。介護者側から聞いても伝えられない方もいる。
- ・在宅での生活と入院時の状態には大きな違いがある。情報提供時必要な情報を詳しく聞いて欲しい。
- ・先日、入院連絡票を早く提供しようとFAX送付。(土日の入院のため)後日改めて、入院状況、今後の生活へのアセスメントの為に訪問した。しかし当日の担当看護師からは、「今は治療中のためお答えできません。ご飯は食べています。O2はやったりやらなかったり」と、あいまいな返答でまったく情報収集できなかった。訪問時間も配慮したつもりだった。退院も病院からではなく、家族から連絡しますと言われることがある。入院連絡票の意味がない。お年寄りには入院することで、少しずつ変わると知って欲しい。
- ・研修で話が出たように、入院後、途中伝達でも、双方で話し合う必要があると思った。勉強になった。
- ・入院時は情報提供を行うが、退院までの連携をどうとれば良いのか？
- ・病院側の判断のみで、退院後のことを決定されるのではなく、関連する人達との話し合いの中で最善策を見つけていく必要がある。(2)
- ・退院調整では、医療的なことが中心となり、生活面が後にされがち。自宅で問題なく生活できている方も多いが、退院してから困るケースもある。
- ・病院が何の情報を必要としているかわからない。ケースバイケースだと思うので、病院側から必要なタイミングでケアマネに連絡をして欲しい。(8)
- ・「ほいっぷ」を使うと、デイや施設の情報がダイレクトに入ってきて早い。「ほいっぷ」の利用をすすめる。(2)
- ・必要と思われる情報は、情報をもっていると思われる人に積極的に聞いていく必要がある。そうすることで、色々な可能性が広がる可能性がある。
- ・利用者の必要な情報を持っている職種は違う中で、面談の調整をする際、あらかじめ情報をお伝えしている。当方としても可能な限り、情報が取れケア及びリスク管理に活かしていきたい。
- ・入院中でも、聞きたい情報や確認したい事をやりとりするしくみがあるとよいと思う。
- ・退院支援・調整については、カンファレンスの開催等よく共有できてきて、在宅ケアに活用できるが、入院時点での情報には改善点が多い。普段の様子をもう少し詳しく提供できれば良いと思う。
- ・入院連絡票の内容は薄い。詳しくなくても把握していないこともあるので申し訳ない。家族からの情報提供でも十分ではと思う時もある。
- ・在宅に戻るためには、病院側は、しっかりと本人が家に戻れる状態になってから、又、家族はサービススタッフ（介護）任せではなく、自分たちで看るのだという覚悟を持ってから退院を決めてほしい。相談員さんはケアマネ任せにせず、責任を持って調整をしてもらいたい。
- ・早い段階で情報提供（要望）があると対応しやすいと思う。
- ・入院時に在宅の様子が分かりやすいように、必要な情報提供ができるようにするには、どうしたら良いか考えていきたい。

6. 今後の活動に役立つか

役立つ	113人
役立つしない	1人
無回答	13人



7 その他、感想・自由意見等がありましたら、何でもお書きください。

【医療関係】

- ・時間が少ないですね。
- ・色々な立場からの話が聞けてためになった。(4)
- ・転院調整を行う中で、嚥下に対する情報を聴取しているつもりでいるが、VE、VFなど行っていれば、検査の有無、結果、経口摂取見込みを面談時に教えて頂けると転入後からスムーズにST評価・訓練に入れるのではないと思う。
また、経口摂取を続けるためには、在宅では家族の協力が必要であり、退院指導としてどのような指導を行っていれば、在宅で困らずに、スムーズに継続していけると考えているのか、在宅に携わる人からの意見がきけると良いと感じた。
- ・業務に追われ、なかなか、ケアマネとの交流がもてないのが現状。顔のみえる交流がとれば、より良いケアができるのではないかと考える。有意義な検討会だった。(3)
- ・グループワークだったら、もっと意見がでたのではないと思う。(3)
- ・Sky p等のライブ配信による情報提供。(挿絵省略) → 嚥下・食事形態・ADL・意識レベル・どの程度の食物が必要か
- ・情報交換がタイムリーに、その都度、細やかに行う必要があると改めて感じた。
- ・施設や、在宅での介護や看護方法に問題があることはないか。それにより、入院、治療して在宅や施設に戻っても再度同じことにならないか。
- ・歯科は口腔の専門であるのに食事のことにあまり関わっていないことを感じている。今後このような研修会に声をかけてもらえるとありがたい。
- ・患者の実際を見て多職種で共有することが大切だと思う。
- ・食事のことや何か困ることがあればケアマネへ連絡し、相談していこうと思った。
- ・自宅での食事内容だけでなく、体勢等、細かく情報を聞く事が学べて良かった。(2)
- ・事例発表や質疑応答の声がとても聞きづらかった。次回は改善して欲しい。
- ・治療方針として経口摂取を継続する事例ばかりではない。高齢社会になり、本人の意思が確認できる時とできない時がある。ケースにより対応は様々だが、医療・介護の連携の大切さが、本日参加してとても参考になった。
- ・他の人の意見をもっと聞きたかった。
- ・意見があまり出ず残念だった。
- ・転院する患者が多いため、ケアマネとの連携が少ない。担当ケアマネと直接話ができると、情報用紙にない情報も聞くことができる。
- ・経口摂取を断念する状況を招かない取り組みは素晴らしい。
- ・食事については反対に、家で摂取できなくなり病院へ入院し、とたんに食べられるようになる

ケースもある。家族の協力が得られない場合はどうするか。

- ・当院は整形で、転倒して入院する事が多い。手術目的も多い為、情報の中に、身長、体重項目があったらありがたい。(体動困難になってからの測定は難しいので)
- ・緊急入院時の必要な情報は、在宅と病院ではポイントが合わない。
必要な情報が必要なタイミングで共有できるために、連携はとても重要だと思う。
- ・当院でも嚥下訓練をしている患者がいるが、その方も意思疎通ができない(脳梗塞)。S Tがいないので、管理栄養士、O Tがトロミつきお茶で少量ずつしているが、開口して飲んでくれるので、意欲はあるかもしれない。しかし、むせもあるので、このまま訓練を続けていいのか分からない。以前は市民病院で、少量の経口摂取と、経管栄養の併用、食事内容の提供はあったが、どのように食事介助しているかは分からなかった。そういう情報もあると嚥下訓練の参考になりそうと思った。
- ・療養病院へ転院し、当初、経口摂取の予想もつかなかった患者が、長期療養中に、予想外に経口摂取できるようになるケースがある。そんなときは、急性期や前院でのS T評価、嚥下評価はどうだったのかと思う時が時々ある。(当院療養HPは、S TやVFがないので)
- ・患者さん、利用者さんを第一に考えたら、どんな行動を起こせばいいか必然的にわかるのではないか。
- ・急性期では治療優先となり、病棟での制限が強いと感じる。ただ、P Tや家族の“思い”は忘れてはいけないと思う。治療に目途がついたら、もう一度情報共有をしたい。
- ・入院中に、今後の治療方針について、家族、医療、介護で話し合う場があると良いと思った。
- ・これだけ多くの方が集まって、取り組んでいこうという、市の取り組みは大変だが、これからも継続していただけるとありがたいと思う。ケアマネから活発なかかわりを持っていただけるとより良いと思う。これから回を重ねられるとかなうのではないか。

【介護関係】

- ・マイクの声が聞き取りにくかった。(5)
- ・意見がしっかりとディスカッションできるまでの関係になっていない。今回の研修でも意見を言いにくい空気があった。
- ・ケアマネは病院に遠慮していると思っていたが、病院の看護師も遠慮されているのかなと思った。
- ・顔の見える関係には共感した。
- ・連携は進んでいると感じた。
- ・もう少し、具体的にグループワークにしてディスカッションできると良いと思う。(3)
- ・入院中いつでもケアマネを呼んで欲しい。患者さんの思い実現のために、一緒に考えていきたい。
- ・相談員さんによって、調整の仕方がさまざま、ケアマネがかかわり始めると、家族が不安をかかえたままにいる場合も多い。退院に向けての意向確認をしっかりと頂けるとありがたい。
- ・現在、4月から使用する様になった入院情報提供書が細かすぎて入力に時間がかかる。この情報でいいのか?と思う。
- ・嚥下を必要とする人にかぎってパタカラなどの嚥下体操に参加しない。
- ・食事のときに“背中に枕をあてて横向きに”で、どうして横向きにするのか良くわからない。横向きの方が飲み込みやすいのか。
- ・入院患者は、「ほいっぶ」で連携はだめなのか? (※介護施設等を利用していた方の場合)

- ・他職種からの意見等、参考になった。
- ・認知症という事で線をひかず、連携をとることで、可能性をさぐれるのは良いと思う。
- ・本人、家族の意向を尊重して…と在宅に戻ってくるが、介護力がとても重要だと思う。
入院後の変化に家族がどこまで対応できるのか検証が必要だと思う。
- ・本当は聞きたいこともあり、興味もあったので参加したが、質問はできない雰囲気も……。事前にアンケート等で意見を求めてもらえば、もう少しふみこんだ、それぞれの立場で話し合えたかと思う。

※5の改善点についてのご意見及び、7の自由意見について

同様の意見はまとめさせていただきました。

（数字）は、同様の意見者の人数です。

また、内容が変わらない範囲で、字句の変更を一部させていただきました。

ご了承ください。

