

令和5年 意見交換会グループワーク 内容まとめ

〈会場参加〉

	テーマ	
グループ	① 入退院時に支援がないとどのようなことが起こるでしょうか。 何が問題になるでしょうか。	② 患者さんの不利益が生まれないために、私たちに何ができるでしょうか。 何をすべきでしょうか。
1	<p>入院時</p> <ul style="list-style-type: none"> ・困ったケース：独居の方で認知症の方が緊急入院となりご本人が喋れない状態。ケアマネジャーさんの名刺があったので何とかあった。 →外来の時点でご家族の連絡先を聞いておかないと次の病院への紹介もできない。 ・地域連携室がどこから支援を始めたらいいかわからない。 ※どういうケアが入っているかチェックリストにしておく ※冷蔵庫の中に情報を入れておくなど ・入院の手続きができない ・連絡先が分からない ・初動が遅れてしまう ・情報収集が難しい ・ゴール設定が難しくなる <p>退院時</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院したことを知らなかった →家に帰る準備（設備やサービス）ができない ・薬の管理ができないまま退院してしまいすぐに再入院となってしまう ・退院後の生活に不安が生じる 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域介護支援センターの活用（住民の情報データベースがある） ・多職種どうしの日頃のコミュニケーション ・人の育成（担当した人によってサービスに差が生じるのは良くないので…） ・カンファレンスへの参加 ・正確な情報の伝達やそれを得るアクション（準備に時間がかかることもあるのでスピードも大切） ・身体的不利益、心理的不利益がないよう利用者の思いに寄り添う。
2	<p>入院時</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ADLの状況がわからない ・自宅の構造、家族構成（介護力やキーパーソン）、サービス利用状況、既往歴や服薬状況、排泄など（自宅ではトイレに行ってたけど…）などの情報収集に時間がかかる（一から聞くしかない） ・ケアマネジャーからの情報と違う点も（認知がある場合） 	<ul style="list-style-type: none"> ・正確な情報を次の職種につなげられるように ・退院前に先に歩行器を使ってもらうなど退院後に不足するものを確認する ・家屋調査のタイミングを図る（1ヵ月前くらいが理想）ことで材料（手に入りにくい時期も）や職人さんの確保ができる ・区分変更などの早めの申請 ・薬剤師と薬の情報共有をする（冷蔵庫に貼る等わかりやすくする）

	<ul style="list-style-type: none"> ・入院前の様子がわかると治療や支援がしやすくなる。 ・DNAR の確認ができておらず望まない医療も… ・誤った情報でケアをされると本人が困る ・リスク管理にも役立つ（認知なのかせん妄なのか） ・本人の意思表示の難しさ ・情報がスピーディーに伝わる ・歩行状態など動画だとわかりやすい ・悪化している等の評価がしにくい ・身寄りのない人はどうしたらよいか？ <p>退院時</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家屋調査等早めに準備ができる（ないと支援が遅れてしまう） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ACP（本人の思いに寄り添う） ・入院期間をなるべく短く、自宅で生活できる様に検討する ・カンファレンス（顔の見える話し合い）に参加 ・本人家族の意向の仲介 ・地域とのつながりを持つ ・人の育成、教育
3	<p>入院時</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院（医療機関）が一からその方の状態等の情報収集をする必要があるので結果としてリハビリ（支援）が遅れる ・時間的資源のロスになる <p>退院時</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家に帰った後の生活へスムーズにつながらない ・時間的資源のロスになる ・情報収集をする必要がある（住宅改修、ベッド購入の必要性など） 	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリについて、ゴール設定のため早期からの目標の共有が必要 ・歯科治療が途中でつなげられなかった ・目標設定の必要性 <ul style="list-style-type: none"> ※サービス（介護保険申込みや住宅改修など）や通院の必要性の検討 ・お薬手帳や残薬調整などの情報提供 ・退院時、「情報の集約」「話す」「みる」「行く」ことの実践 ・動画などでポータブルトイレの使用状況を確認
4	<p>入院時</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自己主張の強い家族などの共有ができない ・本人が情報を教えてくれない方の緊急連絡のとり方（本人と1対1となる） ・在宅につなげるための情報、背景がみえない ・持参薬の薬剤情報が全くなしの場合は困る ・他科受診の場合、治療方針の統一性の把握が難しい。一からの検査となると、治療代、税金も上がる。入院等長くなるとADL低下、 	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬状況の共有（飲めてる、飲めてない等）は必須 ・本人が連絡している場合も直接ケアマネジャーへの連絡を入れるようにしている ・短期入院も多いので早期に連絡する ・身体のレベルを共有していけたらと思う ・訪問看護師がファーストコールとなるが緊急時の連絡先がつかない場合もある。スムーズな対応ができるよう緊急時の連絡先を確認する ・入院期間の確認をする。逆算して連絡し、

	<p>認知機能低下につながる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・飲み合わせの悪い薬もある <p>退院時</p> <p>(ターミナル期)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ACP (本人の望む生活、最後は病院・自宅希望なのかなどの気持ち) を伝えてもらえない ・独居の方なのに退院日前日まで看護師が配薬していた ・内服出来てない人が多く家族支援が全くない ・リハ職からの評価がないと在宅復帰プランを作成しづらい 	<p>こちらからの要望を伝えるようにしている (退院1週間前)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院時カンファには、必ず出る。退院前にはケアマネジャーと共に足を運ぶようにしている ・挨拶は退院してからよりも病院で行う (本人の安心感が違うのでは…) ・自分から関係事業所に連絡し円滑な連携を心がけている ・シートは共通のものとしてしまうと打ち直す手間がでる ・お薬手帳を薬局別で分けている人がいるので、お薬手帳は1冊にとの声掛けから始める ・最終排便、最終入浴の情報が欲しい。 ・栄養、食事形態の情報をもらっても自宅で同じように準備できない ・訪問看護師、ケアマネジャー、通所等事業所によって欲しい情報は違う。記入する際は、その点を意識するといいいのでは? ・ターミナル期に特に近々の情報が重要。この方は何故家に帰るのか? など…
5	<p>入院時</p> <ul style="list-style-type: none"> ・突然の入院、計画入院で異なる (紹介の場合は情報が必要) ・確認の手間がかかる ・普段関わっている人がスムーズに共有できる ・どんな生活をしていたのか不明←紹介の場合は情報 (病気、薬) ・1人暮らしの方の同意をどうするか ・入院になったら連絡がくる ・残薬が多いケースでは、救急搬送されると搬送先の病院で「内服しているのになぜ悪化したか?」となる ・ADL の状況など生活が見えないためどこまでをゴールとするかが不明 ・情報ゼロ→在介、包括、公民会長に確認が必要 <p>退院時</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・日頃の情報や市外の情報を自分たちで探して情報を集める。情報は多い方がいい。 ・退院時、家族が主体となる ・かごネットなどを活用して時間に余裕をもてる仕組み作りや、情報をやりとりしやすい環境や電話、FAX 以外の電子媒体を上手く活用して効率を上げる、情報の集約等を行なうことで十分な準備期間ができる

	<ul style="list-style-type: none"> ・家に帰す→容易だが情報を渡す先がないと元の在宅に返しているのか？ ・やり取りができることで1つ1つの確認ができる ・薬について入院前後かわっている場合に本人にも伝わってないことがある 	
6	<p>入院時 (想定できないが…)</p> <p>作業療法士：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ゴールを立てられない <p>相談員：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院予約時点で情報提供依頼する ・入院前の状態 (ADL) に戻したい ・夜間などは事故につながりやすい ・退院時誰につなげばいいか。本人支援、想い、生き方の確認が後手にまわりロスが生じる <p style="text-align: center;">↓</p> <p>退院時</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院時の行先が分からない ・支援内容の検討ができない 	<ul style="list-style-type: none"> ・入退院時の情報収集に積極的なアクションを起こす ・家族への説明を丁寧に行う ・退院時の家屋調査や指導について、在宅生活を想定して行う (その際ケアマネジャーから声かけする) ・特別な医療がある場合に退院前カンファや面接で指導・説明を行う ・退院後のフォローアップ ・本人の想いに寄り添って近づく。自分だったら…自分の家族だと思って関わる
7	<p>入院時</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院生活にすごく不安を感じる ・患者さんの情報が分からないと、酸素が必要なケースなどで患者さんがくる前に準備ができず環境を整えられないので情報が必要 ・キーパーソンが分かれば、情報の優先順位や誰からとればいいのか分かる ・できていたことは何だろう？リハビリもどういったことをすればいいの？本人、家族の大切にしていたことは？知りたい情報を得られる <p>退院時</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自宅に帰ってから、どこにどんなふうに連絡すればいいか分からない、不安である ・本人さんがしっかりしていればいいが、周りの協力者が必要な場合は、支援が必要！大切だよ ・看護師は在宅に帰った時の想像がつくか 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院した時に退院を考えて介入していく ・介護保険って本当に必要かどうか見極めてほしい ・介護度の情報共有 ・患者が退院に不安だったら、退院時にケアマネジャーがついていけるのか？ ・クリニックに患者が診察に来られて、「？」って時がある。診察がスムーズにいかない時、診察後に介護保険を受けていないか聞いて、不安だったら連携室につないでいる。 ・ケアマネジャーとしては、入院前の状況を3日以内に共有することで退院に向けた支援が出来るのか？ ・在院日数が残っているが、それ以前の退院を考える ・実際面会できるといい ・カンファレンスなどに積極的に情報をもらいにいきたい ・本人の目標は在宅か施設なのかを知る

	<p>な？お互いの情報共有が必要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬の管理など… <p><課題></p> <ul style="list-style-type: none"> ・量が多くて書くのが大変 ・休みがあると3日以内って難しい 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師から在宅医師へ途中経過を渡していいかを確認 ・かかりつけ医を含めての連携
8	<p>入院時</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅での生活がわからないと治療にも影響がある ・背景がわからない ・いつ退院してくるかわからないため、在宅でのサービスへの準備ができない（退院後の支援ができない） ・入院時の情報提供がないと入院生活に影響がでる（例：認知症） ・本人、家族の意向がわからないと支援ができない <p>退院時</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅へ戻る場合、退院へ向けての目標設定ができない ・再入院のリスクがある ・本人、家族の意向がわからないと支援ができない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ACP など本人や家族の思いを共有することでトータルなケアができる ・多職種のカンファレンスがあることでいろいろな方向性でサポートできる ・ケアマネジャーの細かい情報提供があると病院側も支援につながる ・切れ目なくサポートできる ・情報交換をして共有することで、良いケアができる ・在宅と医療がチームで支援に結びつけることができる
9	<p>入院時</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活状況がわからない ・キーパーソンがわからない ・院内各職種の情報共有ができない <p>退院時</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅での生活ができなくなる（入院中のADLがわからない） ・医療管理の変更などがわからない 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時、ケアマネジャーだけでなく事業所からの情報提供もあってよいのでは ・積極的な情報提供のやり取り。情報があるからこそ本人像を見据えた退院につながる ・情報シートの工夫 ・病院事業所連携も必要
10	<p>入院時</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院前のADL、病状などの評価をするにあたり、入院前の情報がないと比較できない ・入院時から退院に向けた援助が必要で、家族の意向や介護力などの情報がないとスムーズに支援に入れない 	<ul style="list-style-type: none"> ・連携シートを作る前に電話でも確認してみる ・院内の意思決定、方針を早めに情報提供する ・動画を使ったり、笑顔で話してみる、ゆっくり話してみる、あいさつしてみる ・退院支援で施設、居宅で迷っていても可能

<ul style="list-style-type: none"> ・入院、治療にも、本人の意思表示があいまいなことが多く家族等の代理判断や合意、協力が必須 ・独居の人が救急車で搬送され、意識障害等あるとどうしようもない <p>退院時</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院後のケアプランが、一から情報収集やアセスメントをとり、退院直後の支援がアウトになることで転倒骨折や病状悪化して再入院のリスクがある ・支援がオンタイムでおこなえない 	<p>性があれば「～かも」の形で連絡する</p> <p>急性期は病状、状況が変化するため、MSWと病棟の連携も強化してみる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・MSW→ケアマネジャーへの情報提供もADL、IADLなどもう少し具体的にしてみる ・データなど活用する（スケジュールや休みが重なっていて互いに忙しいため） ・研修会 ・タイムリーな情報共有
--	--

〈Web 参加〉

1	未回答	未回答
2	<p>入院時</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1人暮らしの人が多くなっており、ケアマネジャーがいない場合で口が聞けない状態の人は、在宅でどのような生活をしているのかわからなくて困る ・情報収集が難しくなる ・退院の調整がうまく進まない ・家族、本人から連絡がない以外はケアマネジャーやサービス事業者に入院の情報が伝わらずサービスの調整が困難となる ・薬剤師としては、なかなか入院した情報が入らない。このような研修に参加していかなければ、入院情報の把握の関係機関として上がっていない。ウェブなどを用いて情報共有できればありがたい ・入院時の状況がわからないと、ADL、認知機能面など回復の目標が見えない。自宅での生活が想像できないと、入院中の看護の方針にも影響が出る <p>退院時</p> <ul style="list-style-type: none"> ・相談員が1人体制。結構情報がこない場合が多い。在宅生活の情報の把握が遅くなり、調整が遅くなってしまう ・退院情報がないと、皆で情報共有ができな 	<ul style="list-style-type: none"> ・情報の共有がないと、患者、家族に同じことを聞いてしまう。多職種との連携がスムーズになるためには情報共有が必要。また、何回もしゃべって嫌な思いをしなくて済む ・口頭でやりとりするばかりでなく、家の写真などがあれば、家屋の様子が理解しやすい ・基本のルールに則って情報共有や連携をしていくことが大切。それにより、困りごとが減り、スムーズに物事が運んでいると思う ・本土と島の違い。福祉用具は2週間に1回しか搬入できない。動画などで病棟と繋いで退院時と同時に同じ型の福祉用具を準備して退院即利用開始にしなければ、2週間後の搬入となると、その間に転倒してしまう。本人が退院して再入院することがないように、退院までにZOOMでも電話でも病院スタッフ、コメディカルに何度も電話連絡している。家族よりもケアマネジャーがより多く電話している。 ・退院カンファレンスが重要である。 ・多職種を入れたカンファレンス（オンライン含む）実施し、特に薬剤師の先生を入れていただくと内服管理の指導を退院後在宅の管理に活かすことができる ・島の場合、退院時カンファレンスは退院1週間前では遅い。リハビリを同時進行してい

	<p>い。退院後の支援の方向性が決められない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬剤師の立場からは、情報がないと何もわからず、一から家族などに情報を聞く必要あり ・帰ってからの状況が見えないと、どういった支援が必要かがわからない ・ADLがわからない。家で動けなかった。家屋調査に入ってくださっているが、その状況もわからないことがある 	<p>る中、並行して理学療法士にファックスでも家族状況を報告して、足の上がり具合など細かく情報共有している</p> <ul style="list-style-type: none"> ・嚥下状態の退院時情動的なものはあるのか？例えば内服では、一包化なのか、つぶしなのか、簡易懸濁法か…などの手法の情報が在宅支援の専門職に提供されているのかなど ・退院後の在宅生活は、多職種の連携がないとケアマネジャー1人での支援では行えない ・緊急入院での情報共有となると、実際大変。何日以内に情報提供を、と言われても実際お互い時間的に余裕がない場合もあると思う ・緊急でこられる患者様も多い。その際、例えば、とろみ食などの食事形態やリハビリスタッフ側からの普段のADLの状態などは必要な情報である。島に帰られた患者様のその後の自宅生活は本当に大変なんだな〜とわかった。病院側が退院後の療養に迷惑かけないように、情報共有のタイミングや、早め早めの退院連携が必要であると再認識したところ
3	<p>入院時</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院側は病歴がわからない ・スタッフ同士直接顔を合わさないと伝わらないことがある <p>退院時</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院後の生活の破綻、転倒リスクや認知機能の低下など把握できない ・家族の心構えができない ・患者状態が入院前と退院後で大きく変わってしまった場合、情報がないとびっくりしてしまう（初動が遅れる） 	未回答