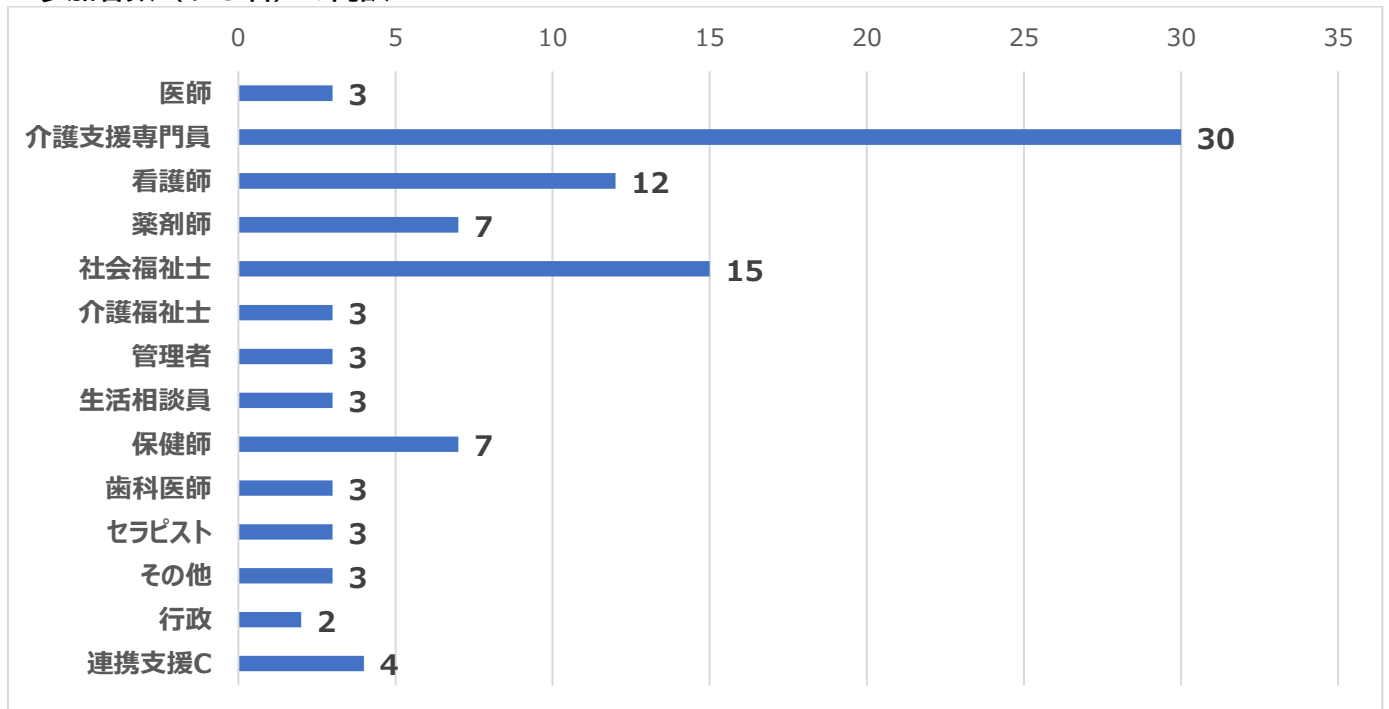


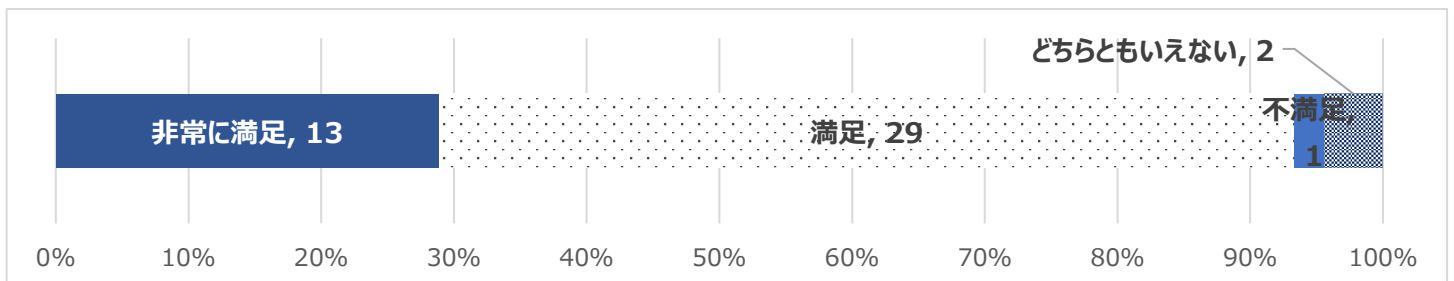
令和6年度 医療と介護の連携検討会[Zoom 夜]

- 1 日 時 令和6年7月12日(金) 18:30~20:00
- 2 開催形式 Zoom ミーティング
- 3 内 容 高齢者の予期せぬ入院~スムーズな連携のためにできること~
- 4 参加者数(98名)の内訳



5 アンケート集計 (n=45)

問 1.本日の満足度はいかがでしたか？



非常に満足

- ・より多くの意見を聞くことができた。[社会福祉士]
- ・いろいろな立場の方の話が聞けた。[薬剤師]
- ・現場の意見の共有ができたため。[保健師]
- ・多職種の方のその立場からの意見や、実際の連携について具体的に聞くことができたから。[CM]
- ・それぞれの立場でテーマについて現状と課題や連携の意見を話しあうことができました。[包括]
- ・多用な関係機関の方からお話を伺うことができ、充実した研修となりました。デイサービスの職員としてまず求められるのは、ご家族様、ケアマネジャー等との信頼関係の構築だと考えます。日頃からコミュニケーションをとることで、いざというときに連携が滞りなく行えるような関係性の構築が大切だと思いました。[生活相談員]
- ・医療介護様々な職種と交流でき、推しも聞けた。50分は長いと思ったがあっという間で、また参加したいと思いました。[管理者]
- ・いろいろな職種の方の連携に関する考え方を知ることができ、ケアマネとして求められる利用者からの情報のとり方を考えるきっかけができた。またお薬手帳の利用方法など見落としていた部分にも気づかせていただいた。[CM]
- ・医療介護の現場では研修の場も細分化されていることが多いと感じており、普段の業務では利用者さん(患者さん)個人の情報のやりとりのみに留まってしまうため、今回のように一般化された課題について話し合える機関は貴重だったと思います。医療現場・介護現場双方の業務を理解しあう機会が少ないため、「これをやってほしいのに動いてもらえない」と不満を抱いてし

まうことも多いと思うのですが、お互いの業務内容を理解し、役割を再確認することで、多職種が尊重しあった連携が実現する一助になったのではないかと思います。[社会福祉士]

- ・皆、同じような悩みを持ちながら仕事をされているとわかったので。[看護師]
- ・普段、他の職種の方はお会いする機会がないので、実際色んな話が聞いて勉強になりました。[薬剤師]
- ・多職種の方の意見を聞くことができた。どの職種もそれぞれ苦慮していることがあり、大変な資料（情報提供）を作成、連絡をとりあっているのが理解できました。相手の事を思えばこそ、情報を多く提供できないかと考えてしまうけれど、独居や身寄りのない人、次につなぐことを考慮すると、情報の選別が必要と感じました。[訪問看護師]
- ・障害の事業所の細やかな対応を知ることができた。薬局への連絡の意識がうすかったことに気づいた。[看護師]
- ・他の職種、なかなか話せない方と交流、連携できて本当によかったです。初めましての方がほとんどでしたが、逆に普段聞けない意見を聞いて、貴重な機会でした。[保健師]

満足

- ・他職種、多職種の意見を聞くことができた。[CM]
- ・いろんな職種と意見交換ができました。[CM]
- ・様々な職種の話が聞けた。[CM]
- ・色々な方から貴重な話を聞いた。[福祉用具専門相談員]
- ・他職種のそれぞれの立場に立った考えが覗けた。[薬剤師]
- ・他職種間での話ができたと。[介護福祉士]
- ・他職種との連携で、利用者さんの情報共有している。[看護師]
- ・いろんな職種の方の話が聞いて参考になった。[訪問看護師]
- ・課題を共有でき、自分の中でも今後気をつけるべき事項を認識できた。[生活相談員]
- ・他職種との連携が図れるため [CM]
- ・普段あまり関わりのない職種の方の意見を聞くことができたから[薬剤師]
- ・普段あまり関わりのない他職種の話を聞くことができた。[理学療法士]
- ・リラックスした雰囲気の情報共有や現状報告ができた。[CM]
- ・前回は入退院についてはグループワークをしたと思います。[CM]
- ・ケアマネさんが多いグループだったので、ケアマネさんの意見をたくさん聞いて参考になりました。[理学療法士]
- ・薬剤師、管理栄養士、看護師と他職種からの課題がわかり、違った視点での話ができたと。[CM]
- ・多事業所で抱える問題や課題を共有できました。解決には至りませんが、いろいろ方法があると感じ、参考にしていきたい。[CM]
- ・他の事業所（他の職種）の方と日頃あまり関わることがないので、自分のテーマに沿った想いとはまた違う感想等、意見を聞くことができ、とても良い経験になりました。[デイサービス介護職員]
- ・Zoomなので質問しにくかったのですが、司会の方が話をふってくださいってよかった。[CM]
- ・皆さんの考えていることがよくわかりましたし、同じような意見もたくさんあって、自分だけではなかったと安心しました。[CM]
- ・グループワークが主であったが、進行がスムーズで意見交換、各自の立場、考え方の共有が有意義だった。[CM]
- ・様々な意見交換できたのですが、グループワーク 50 分は長すぎると思います。司会者の方の負担が非常に大きいような…。話す人も限られてしまうので、もっと現状の問題点などの全体意見が欲しかった。具体的なテーマだと話しやすいのでは。[CM]
- ・色々な職種の方々の日頃の悩みや仕方の内容がわかった。いろいろな職種の方々の話を聞いてよかった。[CM]
- ・他職種の方の意見を聞くことができ、とても有意義だと思いました。病院の先生のお考えを直接伺えたら、もっと良かった。[CM]
- ・普段話す機会のない職種の方と話すことができ良かったです。職種によって目のつけどころの違いがあり、新たな気づきがあり、参考になりました。また、自分達が行っていること等に間違いがない事が再確認できました。[介護福祉士]
- ・小グループでのフリーな検討会で、リラックスした雰囲気に参加ができました。[CM]
- ・各機関、困っていることがわかったので。[社会福祉士]
- ・様々な職種、事業所の方の意見や現状を知ることができてよかった。[社会福祉士]

不満足

- ・議題が抽象的だった。「高齢者の急な入院の課題」と問われても様々な背景があり、具体的な内容で検討したかった。[CM]

どちらともいえない

- ・ケアマネさんに、歯科には入院情報が伝わらない事をお話できたことは良かったですが、退院後はどう支援していくのは未解決だからです。[歯科医師]
- ・在宅で支援をするグループワークメンバーであり、入院中にスタッフが困っている場面が細かくわからず、急な退院に困る場面の方が多かった。[保健師]

問 2.今年度は Zoom2 回と 4 会場で開催しました。この開催方法について、ご意見・ご感想をお聞かせください。

[Zoom が参加しやすくてよい]

- ・よいと思います。Zoom だと参加しやすいと思います。[CM]
- ・よいと思います。Zoom 開催は参加しやすかったです。[保健師]
- ・Zoom の方が参加しやすかった。[訪問看護師]
- ・Zoom だと参加のチャンスが増える。今後もオンラインで開催してほしい。[管理者]
- ・業務の都合で顔を合わせての参加が難しいところもあり、Zoom での研修を取り入れていただきありがたい。[生活相談員]
- ・家庭があり、直接参加することが難しい場合もあるので、Zoom があると助かります。[理学療法士]
- ・会場での参加ができないので、Zoom で参加できるのはありがたいです。[理学療法士]
- ・Zoom を使用することで、遠方の方も参加がしやすく、色々な方が参加でき、よりよい検討会が行えると思いました。自身も Zoom 初参加でしたが、よい感じました。[デイサービス介護職員]
- ・参加しやすかったので良かったです。[薬剤師]
- ・Zoom で受けたが、移動しないことで参加しやすくなった。[CM]
- ・会場へはなかなか行けず、Zoom の開催がありよかったです。[看護師]
- ・Zoom は会場へ出向く必要がないので参加しやすい。[社会福祉士]

[選択肢があつてよい]

- ・参加方法を選べるので、参加しやすい。[CM]
- ・選択肢が多いことはよいことだと思います。[薬剤師]
- ・選択肢が増えて、参加しやすかった[薬剤師]
- ・都合に合わせて参加できるので、オンライン、会場の組合せは良いと思う。[CM]
- ・参加する機会が増えるので良いと思います。[歯科医師]
- ・どこかに参加できるので良いと思う。[CM]
- ・良いと思います。[介護福祉士][CM]
- ・参加しやすかった。ただ実参加会場の参加人数が少なくなるか心配。[生活相談員]
- ・集合が難しい方や日程が合わない方も参加しやすいので、とてもいいと思います[CM]
- ・この方法は大変良いと思いました。[CM]
- ・Zoom 研修に慣れていないのに参加し、自分にあった研修方法で参加したいと思いました。研修方法を選べるというのはとても良いことだと感じます。運営する方は大変だと思いますが、ありがたいです。[訪問看護師]
- ・Zoom がいい人、会場がいい人とそれぞれで時間帯、場所も人によって都合が違うので、今年度の方法は非常に助かります（夜は絶対参加できない人もいます）。開催者の方々はとても大変だと思いますがありがとうございます。[CM]
- ・参加したい方法を選べるので良いと思った。[CM]
- ・自宅だったり会社だったり、自分にとって負担にならない開催方法だったと思います。また昼と夜とあり、仕事が済んでの参加も可能だったのでよかったです。[介護福祉士]
- ・自分にあった選択できて良いと思う。[CM]

[グループワークに関すること]

- ・Zoom だと大分市全域の人が集まれるので良い試みだと思う。せっかくなので、地域を寄せずにグループをつくってみるのもアリかなと思った。今回、会場、Zoom と選ぶことができたのもよかった。[CM]
- ・グループワークの導入もスムーズで、顔の見える連携づくりのハードルが低く、広範囲で行えるようになったのでは[社会福祉士]
- ・Zoom でもかなり臨場感のある話ができてよかった。[薬剤師]
- ・Zoom でのグループワークを初めて体験しましたが、とてもわかりやすく、とても良かったと思いました。[CM]
- ・色々な職種でそれぞれの状況がわかってよかった。もう少し時間が欲しかった。[CM]
- ・小人数でのグループ編成でしたので、主催者は準備など大変だったと思いますが、とてもリモートとは思えないくらい、膝を突き合わせてセッションができたと思います。[CM]
- ・司会の人が大変な役だと思った。1人1人意見を聞く、時間を確認など。[CM]
- ・うまく意見が言えるように設定してもらい助かりました。今後も参加していきたいです。[看護師]

[改善、検討してほしい]

- ・会場は Zoom 参加希望状況から 2 会場ぐらいが良いのではないか [包括]
- ・会場や時間帯によって参加人数の偏りが出てしまうのが少し気になった。[社会福祉士]
- ・今回の 6 回をふまえ、参加人数から Zoom、会場の割合を検討してほしい。個人的には Zoom の方が医師の参加しやすさから良いのではないかと思う。[CM]
- ・時間帯にもよるが、会場の方が意見交換はしやすい。しかし夜になると、Zoom で致し方ない。[保健師]

[その他]

- ・今回 Zoom 参加だったので、次回は会場参加してみたいです。[CM]
- ・次回は会場に参加したいと思います。[CM]
- ・Zoom でもよりよい研修ができた。[看護師]
- ・全域で広い範囲を対象にするのは交流、連携の意味でもよいと思う。関わる方々は広く、いろいろな職種の方なので[保健師]

問 3.今後この検討会で、多職種で検討（意見交換）したいテーマがあれば、教えてください。

- ・今回のことで、医療機関の方と看護師や地域連携と意見交換したいと思いました。[CM]
- ・退院時の医療と介護の連携 [保健師]
- ・退院時の連携や入院中の連携について[CM]
- ・医療と介護の連携 2 [CM]
- ・高齢者の急な入院、身よりのない方の入院等は奥が深い。またお願いしたい。[CM]
- ・今後も医療と介護の連携は必須です。継続したいです。[保健師]
- ・通院、入院それぞれでお互いが把握したい情報、またそのやりとりにおいてハードルと感じている部分。[社会福祉士]
- ・退院時の情報共有[CM]
- ・サービス事業所間の連携など[介護福祉士]
- ・入退院ルールの介護未認定の要介護の可能性ありのケアマネ連絡の推進化について [包括]
- ・かかりつけ医、急な受診時の病院の選び方。[管理者]
- ・患者、利用者の状態についての職種による認識のすり合わせ[生活相談員]
- ・熱中症などで、緊急入院をさせないために、日々どう連携をすれば状態悪化が防げるだろうか？ [CM]
- ・各職種から他職種に希望することや改善点について[薬剤師]
- ・リハ職に特化した検討会があれば、参加させていただきたいです。[理学療法士]
- ・ACP について[CM]
- ・精神疾患やアルコール依存症、難病の方の支援。[CM]
- ・大分医療ネットについて[薬剤師]
- ・連携ノートの活用。[看護師]

- ・どうしてもケアマネの意見が中心になってしまうので、薬剤師さんやサービス事業所の方々も意見出しやすいテーマが良いのでは[CM]
- ・最近では病院に高齢者が入院してきたり、担当になったりすると、今の社会問題（認知症で 1 人暮らし、キーパーソン遠方など）で様々な問題があるケースが多いと感じる。そのような人の問題や解決した方法など、実例を含めて検討してはどうでしょうか？[CM]
- ・最近また感染症が流行しつつあります。医療面や介護の現場での対応や連携の話をしてみたい。[介護福祉士]
- ・入退院にテーマをしぼった今回の会で、歯科医師から話を聴けたのはよかったが、関わる機会の少ない立場でもあるとのことで少し困らせてしまった。薬剤師さんの話も聴いてみたかったです。[社会福祉士]

6 グループワーク協議

- 1) 高齢者の予期せぬ入院の場面において、どのような連携をしていますか？
- 2) 患者・利用者中心の支援をする上で、スムーズな連携のためにできることは何でしょうか？

1 グループ

[現状・課題→解決策等]

- ① 緊急時（そうでない時も）、ケアマネジャーに貴重品や必要物品を持ってきてほしいと頼まれることがある。
 - 入院セットを用意しておくよう、本人に促している。
- ② 基本的には、入院時病院から連絡がくるのでそれほど困らなくなったが、時々時間が経ってから入院の連絡があったり、知らないうちに入退院していることがある。
 - 緊急時の連絡先一覧（保険証、家族の電話番号、ケアマネの名刺情報等）を書いた紙の保管や保管場所を決め、担当者会議時に共有しておく。事業者が訪問した際に予期せぬことが起こることもある。
- ③ 入退院の連絡があれば書面（基本のフォーマット）で送るが、本当に欲しい情報（日頃の様子、性格、意向、価値観など）は送れていない。普段の生活には関わらないが、緊急時に探すと遠戚が見つかることもある。
 - 今年の7月～、大分医療ネットワークがスタートしたため、医療機関の登録が増えれば活用できる。
 - 日頃から ICT を活用し、タイムリーな情報共有を行うことで連絡しやすい。急な退院の調整なども回避できる。

2 グループ

[現状・課題→解決策等]

- ① 本人、家族がケアマネの名前を覚えていないこともあり、医療機関は探すのに苦労している。
- ② ケアマネジャーは入院の連絡がこないこともあり、情報共有できないこともある。
- ③ 独居の方は、ケアマネ、家族、キーパーソンを探すのが大変。
 - かかりつけ医が救急搬送を必要か判断し、医療機関へ連絡し、状態を報告し、つなげる。
 - ケアマネジャーは、入院した際に担当ケアマネがいることを伝えていただけるよう、担当者会議の度に本人と家族へ伝え、共有する。
- ④ コロナで家屋調査ができなかったり、本人、家族、サービス提供者等、不安な状態で退院することもある。
 - 入院前と状態変化ない場合など、退院カンファレンスがないときもある。
 - 退院前のカンファレンス実施。（相談員がいるところはなるべく）
- ⑤ 退院前にしっかりとアセスメントができない状態で、情報提供できない。
 - 相談員がいない病院では、連携したい時に誰に連絡したらいいかわからない。
 - 少しの変化があった場合は、すぐに多職種で共有しあう。ヘルパー、訪看等も状態変化はすぐに連絡して、連携をとる。
 - 歯科治療中での入院の場合、病院と連携をとり、口腔フォローするときもある。

3 グループ

[現状・課題→解決策等]

- ① 在宅医療と入院病院との情報共有、BCP の整備が必要。
 - 急変時の対応もまとめているが、時間外でカルテが手元にないこともあり、デジタル DX の導入を検討している。
- ② 要支援の方や家族と同居している方は連絡がとりやすいが、独居の方の情報共有が困難。
 - お薬手帳にケアマネ自身が名刺を入れたり、本人と家族に入院時にはケアマネを伝えてもらうよう日頃から依頼。
 - 利用者をとりまく支援者が顔の見える関係ができるとスムーズ。

③患者情報のデジタル化が課題。事業所の枠を越え、医療と介護の情報共有手段がすすむとケアマネの動きも変わる。

→医療と介護の連携ネットワーク構築も検討しているが費用面もある。今後すすんでいくところ。

現行は、入院時に家族や連携室と密に連携をとるようにしている

4 グループ

[現状・課題→解決策等]

①ケアマネジャーに入院連絡が入らないことがよくある。情報を送る際、形式があり計画表をそえて送ると加算もとれる。

→入院時、担当ケアマネを伝えてもらうことを、契約時に伝える。入院時に名刺も一緒に渡してもらう。

SW やキーパーソンと密に関わる、信頼関係をつくる。本人、家族の相談に常によくのって、話をする。

②薬局は施設の入院先の医師がお薬手帳をみて、確認の電話があったりするが、連絡がないことがほとんどである。

→お薬手帳が途中で止まっていたり、医療機関ごとに使い分けていたりするので、内服状況がわかるようにする

③障害事業所は医療との関わりが多く、入退院を想定し常にサマリーを用意して、新しい情報を入れるようにしている。

→主治医へ毎月情報提供し、信頼関係をつくる。

5 グループ

[現状・課題→解決策等]

①自宅と施設入所の場合で、ケアマネの動きが異なり、施設の方が直近の情報がある。

退院時に与えられた情報と ADL などの実際が異なる場合があり、正確な情報が欲しい。

→共通のフォーマットを用い、情報共有に使用する。

②身寄りがない、キーパーソンが遠方にいる場合は、在宅スタッフの通常業務の枠以上の対応をしなければいけないことがある。

→医療機関、在宅、それぞれが互いの業務内容や立場に理解を示し、尊重することが大切。

③ACP について、今のうちに話し合っておくことは重要だが、元気な時に終末期のことをイメージしづらいのではないか？

→もしバナゲームなどを用いた啓発活動。

④顔の見える連絡づくりが重要。電話や FAX に頼らない連携のプラットフォームがあれば、スムーズな連携ができる。

→セキュリティや現場のスタッフ個人レベルでの課題はありそうだが、ICT の活用。臼杵氏など自治体ごとにはあるので、共有化標準化できれば。2026 年、全国医療情報プラットフォーム活用できれば。

6 グループ

[現状・課題→解決策等]

①入院医療機関でも入院期間が比較的長いケースが多いため、入院中に本人や家族から情報収集をしている。

②退院予定日の連絡が 1 週間前後であることが多く、環境調整を行うにあたって時間が足りない、間に合わない。

→医療機関からケアマネには、限度があるが早目の連絡をする。

③患者や家族が「ケアマネ」という言葉を認識していない人が多い。ケアマネをケアマネと思っていないため、入院先で問われても答えることができず、連絡や連携が遅くなる。

→お薬手帳等にケアマネの名刺を貼る。名刺が最も有効。うろ覚えや覚え間違いの可能性もあるので、名刺があるとよい。

④調剤薬局に入退院の連絡があることはほとんどないので、連携しようがない。連絡をもらえれば、情報提供や連携できることもあると思う。

→入院時、お薬手帳を持参し提示することで、持参した薬との整合性の確認やかかりつけ医、疾患等もある程度の情報がわかる。薬局に連絡することで、処方内容や把握している情報を伝えることができる。

⑤通所サービスへの入退院の報告は、本人や家族からもらうことがほとんどであるが、詳しい内容がわからない。

→退院前等のカンファレンスに関係事業所にも出席してもらい、対象者の情報共有を行う。

⑥「医療機関とケアマネの連携」はあるが、「医療機関と事業所との連携」はない。

→退院後、サービス利用の際に予測される問題等への解決策や対応方法を検討しておく。

⑦サマリーだけでは分からない部分も多い。

→医療機関によっては、退院後の相談に対する専用ダイヤルがあるため、活用すると細かいことも聞ける。

⑧関係者不明の時には、医療機関は地域包括支援センターに連絡している。

7 グループ

[現状・課題→解決策等]

- ①キーパーソンはわかっているのに、なかなか連絡がとれないことがあった。
→キーパーソンの緊急連絡先を1つではなく、職場の連絡先を把握したり、2つ3つ知っておく。
- ②利用者や利用者家族ではなく、サービス事業所から入院の連絡を受けることがある。
病院側は認知症があると本人からの情報収集が難しいこともあり、ケアマネや包括と連携がとれると助かる。
→保険証やお薬手帳と一緒に名刺を保管してもらったり、常日頃からの声掛け。連携、フィードバックが大切。
- ③病状により対応や連携方法が違う。SW がないところなどは連携が難しい。
→入退院時情報共有ルールの周知が大切。医療機関によっては人員体制などから業務が難しくったり事情もある。
居宅や包括内においても医療機関との連絡、連携をとる際の事業所内での教育も大切。
相手側の立場や業務をお互いに理解し、協力することが、患者・利用者中心の支援につながる。
- ④事業所、家族、病院など関係機関が連絡、調整が、勤務体制や家族と連絡がつく時間により、時間を要することがある。
→電話だけでなく、ICT などを活用し、業務の効率化も大切。

8 グループ

[現状・課題→解決策等]

- ①入院医療機関がケアマネの名前を聞いてもわからないことが多い。住所地包括に電話してわかることがある。
顔はわかるが、名前がわからない。
→本人の保険証の中に名刺を2枚入れることで、大体連絡をもらえる。その際に介護力等の情報も伝えている。
ケアマネであることがわかると、入院医療機関は入院時の情報を伝えるようにしている。
- ②通所事業所に入院の連絡が病院からある。ケアマネからも連絡をもらい、ホワイトボードで事業所内で共有している。
- ③薬局に入院先から、手帳を持っていないので薬の詳細を教えて欲しいという問い合わせはよくある。
→身元がわかる人からの問い合わせには薬剤情報を教えているが、直接きてもらわないと教えられないこともある。
大きい薬局では規制しているところもある。
- ④利用者が体調不良で通所を早退した連絡を、ケアマネが受けた。自宅に電話しても伺ってもおらず、病院に問い合わせたが個人情報ということで教えてもらうのに時間がかかった。緊急時は教えてもらえるといい。
→ケアマネだということがわかれば入院時の情報を教えるようにしている。
- ⑤薬局に処方箋をもってきてもらう際、代理の家族や施設職員が来る時があるが、本当に代理の人かわからない。
→お薬手帳の最後のページにケアマネ情報を記載したり、名刺を挟んでもらえるよう、活用してほしい。
- ⑥ちょっとした変化も事業所からケアマネに情報提供もらえるといい。ケアマネも注意していく。

9 グループ

[現状・課題→解決策等]

- ①連絡がとれるように、お薬手帳や保険証と一緒に名刺を渡すように伝えている。
- ②病院も事業所がわかると、そこからケアマネに連絡が入る。
- ③歯科医、薬局が入院を知らず、退院されてからのケアが大変な時もある。
- ④利用者が「ケアマネ」の言葉が出ない、理解できていない。
→本人の情報を書いたもの（もしもカード等）を、救急時のために共通の場所、見える所におく。
連絡先等の確認を担当者会議時に行う。
ICT の活用。アナログ対応、顔の見える関係も必要。
市民の人の意識づけを行っていく。

10 グループ

[現状・課題→解決策等]

- ①予定外の入院は慌てる。入院の荷物を訪看に持参するよう、頼まれたりする。
→家族とも密に連絡をとるようにしている。かかりつけ MSW とこまめに連絡をとっている。
冷蔵庫に訪看の連絡先を貼っており、もしもカードを貼る。

入院バックをつくっておく。入院になったらどうするか、日頃から会議で話すようにしている。

②退院前カンファレンスで話合っても、本人や家族の意向が反映されていないことがある。

病院は忙しいので患者の気持ちを聞きとりにくい。患者自身も認知症等で、自分の気持ちを伝えられないことがある。

→入院前の状態を知る人が入院中にもっと関わり代弁するとよい。

エンディングノートをもっと活用すると良いが、名前がよくない。

DM 手帳みたいなもっと簡単なノートで思いを知れたらよい。緊急連絡先やもしもカードも入れる等。

家でどう過ごしたいか、気になっていることは何か、記入することでリハビリの目標にもなる。

11 グループ

[現状・課題→解決策等]

①連携室があるかないかで、調整が違う。

②キーパーソンがいないため入院手続きをすることがある。入院が決まっても、手続きができず入院できないことがあった。

③キーパーソンがいない場合の入院の準備。自費ヘルパーを依頼できればいいが、できない場合はケアマネが行うこともある。

④入退院時に連絡しても返事がないことがある。

⑤薬局には、ケアマネにもよるがケアマネからの連絡はあるが、病院からの入退院の連絡がないことが多い。

⑥現在、薬が不足していることがあり、退院時に処方が変わった時に薬局で取扱いがない薬を手配が難しいので、病院から事前に連絡が欲しい。

⑦入院中はケアマネとの関わりが少ないので、退院後の食事管理、栄養指導はどうなっているのか、気になっていた。

→ケアマネとの連携を図るために、こまめに報告するようにしている。

入院した時に聞かれたことを必ず伝えてようにしている。

各事業所、病院と頻回に連携がとりやすい。

入院の報告を受けた時には、病院に連絡するようにしている。

12 グループ

[現状・課題→解決策等]

①担当利用者に常日頃から、「ケアマネジャーは〇〇です」と繰り返し伝えている。

②地域の病院の医師に対し、担当ケアマネジャーとして利用者の状況を伝えることで入院がスムーズに行える。

③訪看として、サマリーに担当ケアマネジャーの名前を書くようにしている。

→自宅で倒れた場合、救急隊や警察が屋内を探すが、外で倒れた時のために携帯用のもしもカードがあると有効。

④いつの間にか入退院していることがあり、対応できない。退院 1 週間前には連絡、退院前カンファレンスを開催してほしい。

⑤マイナンバーカードの手続きが難しく、高齢者には困難なので、行政の対応が必要。

→訪看でもマイナンバーカードの利用で加算がとれるようになった。普及させ、DX で患者基礎情報がわかるとよい。

13 グループ

[現状・課題→解決策等]

①薬局で家族にケアマネジャーの確認をするが把握していない。

→もしもカードはすぐよい取組みだと思うので、皆にもってほしい。

エンディングノートや介護保険証を持ちあるく人はいないので、救急隊が本当に欲しい情報だと思う。

→薬に関しては、本人が許可した場合はマイナポータルで情報がとれるようになり、情報が得やすくなっている。

②訪問看護が介入していない時の医療連携は難しい。

→もらった情報を実際にケアをする介護士、カンファレンスができるように情報提供を行っている。

③退院日が決まる前に情報共有のために退院前カンファレンスが病院で開催されるが、以前に比べスムーズになった。

④ショートステイで聞きたいこと、ADL、入院した経緯を聞きたい。ケアマネは病院での出来事を把握しづらい。

⑤退院カンファレンスが開催されない場合、家族にサマリーを渡しており、ケアマネの手に届くまでにタイムラグがある。

→可能であれば、退院前に FAX でもらえると、調整が早く行える。

14 グループ

[現状・課題→解決策等]

- ①介護保険サービスの利用がある人は連携がとりやすいが、利用がない人は入院しても受入れ先と連絡がとれないことがある。
→連携室がない場合などは窓口がわからないことがある。ケアマネに同意を求められることがあり困る。
- ②元々の状態から、どのように ADL が変化したかわかると介入しやすい。
→入院先がわかれば、訪看から生活状況を伝えるようにしている。
- ③入院中にどのような介助をしていたのか知りたい。
→情報シートを利用するようにしている。プラスで足りない場合は口頭で連携をとっている。
- ④担当者会議等、全て終わった後に情報がくることがあり、早目に情報が欲しい。
- ⑤普段よりこまめに連携をとっていく必要がある。事業所より、ケアマネではなく、家族から急に連絡がくこともある。
- ⑥事業所が使用するものも含め、情報共通シートがあればよい。
→病院がどのような情報を知りたいか、事前に知っておくことも大切。

7. 講評・感想/まとめ

介護支援専門員

Zoom であり会場ではなかったが、少人数で和気あいあいと意見交換をすることができた。こうした顔の見える関係を重ねていくことが大事ということに改めて気づいた。同じグループに医療機関の看護師さんがおり、「こうした機会に積極的に参加するようにしている」と話していたのが非常に印象的だった。こういう機会を大事にしていくことが、いろんな立場のいろんな職種の話をお聴きになり、「こうした仕事だったらこういう考え方をするんだ」「こうしたことが求められているんだ」ということがわかり、参考になった。求められていることに応えていくには、ケアマネとしてどういう風に利用者さんと話し、おさえ、伝えていかないといけないということがわかったように思う。

医師

自身が印象に残ったのが、コロナ禍で退院前カンファレンスがなかなかできない状況があり、病院によっては患者さんの状態が十分にアセスメントできない状態で退院を迎えることになり、ケアマネが非常に苦労しているということだった。入院期間中にしっかりアセスメントを行い、情報提供することをしていかないといけないと感じた。

入院前から入院時情報提供書等を活用して、施設にもそうした計画書を渡し、退院支援に結びつけている。そうした順繰りとまわる関係づくりができるといいなと思った。

デイサービス管理者

医療従事者、ケアマネ、居宅、包括と様々な現場の人がいる中で、それぞれが連絡を待つのではなく、情報を聞いた上でデイサービスとしてどう動いたほうがいいのか？それを積極的に行うことで利用者さんの退院時の利用がスムーズになるんだなと感じた。現場のスタッフにもそうした話を伝えていきたいと思った。

医師

今後、緊急時においては ICT を用いた情報共有というのが非常に重要になってくるんだなと感じている。ただこうした顔の見える関係、アナログからデジタルに進化したとしても、人間同士の関係は変わらないのかなと思っている。1 人の人をどう支えていくか？様々な職種の人々の視点が重要だと思っている。こうした機会を通じて、すでにいろいろな対応を一緒に行っている人もいると思うが、こうした形でさらに見える関係をつくっていくことがベースになると考えた。

まとめ（地域包括支援センター）

今年度はじめて、全市統一テーマで開催をした。1 回目今日で 6 回続いていく。会場で直接会って話をする利点もあるし、Zoom でそれぞれに応じた参加ができる利点もある。これまでは包括圏域で行っていたが、顔の見える関係、横のつながりをつくっていきましょと、そうした目的で開催してきた。今回のテーマも難しいテーマではあったが、一緒に考えて、話をして、積み重ねていくことでゴールに向かっていけるのかなと思った。今年度の開催した意見を参考にしながら、来年度また参加したいと思ってもらえるような会をつくっていききたいと思っている。