

第15回大垣市在宅医療・介護連携推進事業多職種連携研修会 グループワーク書記記録まとめ

ワーク1 西濃医療圏退院支援ルールを使ってみた感想・意見を話そう

① 情報提供・連絡のタイミングについて

- ・3日以内には病院へ情報を送るようにしている（CM）
- ・3日以内に看護サマリーを渡すのは難しい（訪看）
- ・ケアマネがいる場合、入院時情報提供書をすぐにもらえるようになった
- ・患者が入院された際に、病院からスムーズに連絡が来るようになり心強い。
- ・今までは家族からの連絡であったため、入院の混乱で忘れられていることもあった。今は患者が入院されてから半日から翌日程度で病棟看護師から入院の連絡がある（CM）
- ・入院が決定したら速やかにケアマネに連絡することで、早期に患者情報が準備できている。
- ・入院時情報収集する際に、在宅医療の担当者を確認し、入院当日から遅くとも翌日に連絡をしている（病院）
- ・退院カンファレンスの連絡のタイミングも、急な退院だと日程調整がタイトになってしまう
- ・退院後、すぐに看護サマリーがあるのでスムーズな支援に繋がる
- ・ケアプランを欲しいと言われ、入院の状況がわからない中でプランが立てられないこともある。
- ・入院連絡があった際には情報提供シートを早急に作成するも、業務に追われて後回しになってしまうこともある。Fax等を活用し、素早く提供できるように工夫している
- ・入院日を含めて3日以内、できる限り早く入院時情報提供シートの提出を心がけている。以前のものに比べて情報提供シートの記入がしやすくなり速やかに記入し情報を送れるようになった（CM）
- ・病棟Ns側も担当関係なく担当CMへ入院連絡するようにしている（病棟Ns）
- ・日頃から本人・家族へ入院が決まった場合は医療連絡を図っていく必要性を伝え情報提供の同意を得ておくようにしている（CM）
- ・ルール化されて動きがスムーズになった

② 情報共有・連携について

- ・看護サマリがケアマネにだけしか届いていなく、訪看に届いていないことがある（病棟Nsがケアマネ・訪看の区別・線引きができていない）
- ・退院前のカンファレンスで情報共有することで、退院後のスムーズな支援につなぐことができる
- ・人員の関係ですべての症例においてMSWが関わることができず、直接退院する場合もある。
- ・サマリーのやり取りなど、訪看と連携が図れている（病棟Ns）
- ・コロナ禍でなかなか直接会えなかったり、退院前カンファレンスもできない状況で、書面でスムーズに情報をもらえるのは非常にありがたい。
- ・長く介入している患者の場合、病院でも知っておいてほしいと思うことや伝えたいことは、入院時情報提供シート以外に別紙で情報提供している。（CM）
- ・コロナ禍の現在、認知症などの方の情報ありがたい。
- ・患者・家族からの情報とケアマネジャーの情報を合わせると良い量になる。情報は看護計画や退院支援に役立てている。人物像の把握や退院時の目安になる。（病院Ns）
- ・ケアマネジャーから、入院時情報提供シート内容の患者情報の提供を求められる。情報提供しながら、訪問看護師もサマリを記載して病院に提供すると、重なる情報が多いのではないかと思うこともある（訪看）
- ・退院カンファレンスは入院中の状況を直接話を聞いて知る大切な機会。できるだけ開催してほしい。
- ・入院時情報提供書を午前中にFAXしたが、午後にまだ届いていないと催促の連絡が入った。まず病院内に届いていないか確認をしてほしい
- ・入院時情報提供書の作成を医療機関側からせかされることがあった。また、内容がしっかりと伝わったか心配な場合がある。
- ・入院前から担当CMがいるかないかで、支援の流れが大きく異なる（新規でCMを選定する場合は、退院調整看護師やMSWが支援する）
- ・看護サマリーの情報に今後どうしていきたいか詳細に伝えていただけると良い（Dr）
- ・西濃圏域は他地域に比べて退院時のカンファレンスをしっかりとやってもらえるという印象。まとまっていてやりやすいと感じている。
- ・歯科医師は退院カンファレンスに参加する機会がない、ぜひ声をかけてほしい

③ 退院支援ルールの内容・様式について

- ・病院の窓口がわかりにくい（病棟看護師、MSW、退院調整看護師の場合がある）
- ・ルールがあって、流れがわかりやすくなった。看護サマリも受け取れスムーズになっている
- ・情報提供シートの中身が簡潔でよくわかる（3日以内に出している）
- ・入院時情報連携シートが統一しているため情報がわかりやすい・今の様式は以前のものよりも内容が充実してきて使いやすくなった。

- ・様式に使い慣れていない・独自のものを使っている
- ・サマリーの書式が乳児・小児には使用しにくい
- ・包括に連絡いただく場合、サービス利用をされていない人だと書面で提供する情報がない。把握している状況のみ電話で伝えている。
- ・CMはルールは知っているが書式は以前からのものを使っている
- ・情報提供シートよりも、サマリの方がより詳しい内容が記載されており、わかりやすい。
- ・情報の内容の見直し、職種間のサマリ内容の重複に関する検討が必要か
- ・様式の中にサービス内容や家での食事量の情報を入れてもらえると、より在宅での生活でのイメージができる。
- ・病院よりカンファレンスシートを出していただけるようになりCM側としては加算算定が迷わずできるようになった（CM）
- ・訪問看護Nsさんも退院支援ルールの様式の看護サマリーを使っている。病院のもの共通して使いやすい
- ・自分の面しかわからなかったが、退院支援ルールを見て、周りの人（CM、HP、訪看など）の動きがわかった
- ・予防の方には加算がない。担当する方には流れに沿って対応している。総合相談としての関りをしている
- ・以前に比べ退院支援ルールを使うことで共有ルールが確立できていると思う（CM）
- ・病院Nsはルール自体を知らないことが多い。ただ、連携は早くなったと感じる。
- ・退院支援ルールの策定メンバーであるが作成してから時間がたっているため、周知がされていないところがある

ワーク2 退院支援を行った中で出た問題点・課題を抽出しよう

① 情報提供・連絡のタイミングについて

- ・ケアプランを退院後にもらうことが度々ある（病院Ns）
- ・家屋調査ができない。家族には難しいため、ケアマネに相談してほしい
- ・病院からの看護サマリが郵送で送られてくることがある。タイムラグが起きるので、もう少し早くほしい（CM）
- ・拡大カンファレンス（在宅への主治医・訪問看護師の参加等）開催する場合は、招集に時間がかかるので退院の方向が出た時点で早期の連絡をお願いします（CM）
- ・在宅の患者で介護認定は受けているがサービスの利用がない方は、情報提供できるものがなく困った。
- ・看護サマリーを作成してからの合同カンファレンスへの参加は難しい
- ・「入院3日目以内」のルールが時間的に厳しい状況の時もある。
- ・予定入院だと長くて3か月後に入院という場合もある。どのタイミングでCMに連絡すると良いか？（退院支援Ns）
- ・ガン末期の人は状況の変化が速い。もう少し早く病院から情報がもらえると良い（CM）
- ・本人の希望で急速退院となったケースで困ることがある。面談ができず、何も情報がない状態で支援をすることが大変（訪看）
- ・小児では特に退院のタイミングが重要となるので退院前訪問も利用しながら情報提供できると良い
- ・若くて末期がんな方など自宅に帰る決心がつかずに急に退院が決まることも多く、準備の時間がないこともある。心構えができるように主治医が患者に寄り添って話を聞いてもらえると良いのではないかな。また土日に退院となるとCMや事業所が動けないこともある。（主介護者が日中仕事でいないことが多く調整が難しい）→早めにゴール（退院）が設定できるように連携強化が必要
- ・大垣徳洲会病院は、病棟ごとに担当所が決まっていることで連絡が取りやすい。入院から退院までの期間に状態等適宜情報を頂ける。退院に向けて本人・家族と密に連絡を取り相談していける
- ・入院が長くなり、入院前と入院後で大きくADLが大きく変わった場合は退院が決まれば早めに連絡を頂きたい（PT）
- ・退院前にケアプラン原案を病院に提供するためには、現在退院時にいただく看護サマリーを退院前に早めにいただきたい（入院後の状態を反映したケアプラン作成するため）（CM）
- ・薬局との連携するタイミングが難しい
- ・入院時に病院からケアプランを求められる。退院時はわからないので病状経過をみて考えたい（CM）
- ・新規利用者はカンファレンス等開催していただけるが、入退院を繰り返す等長い期間にわたる利用者についてはカンファレンスを開いてもらえず以前の情報を得ることができないことがあるが関わるに当たって以前の情報もあとありがたい（訪看）

② 情報共有・連携について

- ・伝達経路が複数あると混乱することがあるため改善する必要がある
- ・連絡調整はケアマネにしてほしい。（家族の認知度を把握してほしい。情報提供シートに家族の認知度を記載してあるが病棟Nsが見ていない？）家族の認知度が低い状態で、家族に連絡が行き、在宅に戻ること迷ってしまった事例があった。
- ・主治医と家族が会えない中、退院調整、決まり事などの流れに患者（利用者）が置き去りにされていることを感じる。

- ・在宅の患者で介護認定は受けているがサービスの利用がない方は、情報提供できるものがなく困った。
- ・カンファレンスを開催した時と開催しなかった時では、退院後の支援が変わってくる。開催した時の方がスムーズに支援ができ上手くいっていると感じる（MSW）
- ・ケアマネ宛に病棟Nsから電話連絡があるが、出れないときがあるため留守番電話に病棟名や患者名だけでも入れてほしい。すぐに対応ができない
- ・PTはADLの面での意見が言えても、医学的な安全面などのアドバイスはできない。
- ・主治医からのインフォームドコンセントがうまく家族に伝わっていないことがあった。
- ・退院カンファレンスに、医師に参加してもらいたいが調整が難しい。主治医にも理解してもらえるように病院内でも投げかけを行う。
- ・コロナの影響で訪問できず、患者の情報がわからないままカンファレンスをしたことがあった。
- ・コロナ禍で退院前カンファレンスを行うことが難しい場合や患者さんに会えないこともあり、より一層、情報提供や連携が困難になった
- ・コロナ禍で面談ができず、関係者が顔を合わすことが少ない。家族や本人の想いのすり合わせができないこともある。病院側が本人の想いを聞き、CMに伝えたり、家族の想いを病棟Nsに伝えるなど、連携していくことが大事

- ・情報をどこに送ったらよいか窓口がわかりにくい（病院：相談室、入退院支援センター、病棟）
- ・退院後に歯科が関わるときは本人の状態が落ち着いた時が多く、3～4か月前のサマリーを見ることもある。退院時のカンファレンスに参加し、退院時から関われると良い
- ・サマリの情報が不足していると感じることがある。退院後にデイサービスを利用しようと計画したいが、入浴の目安などがあるとよい。
- ・誤嚥性肺炎を繰り返す患者さんの口腔ケアを在宅療養においてスムーズに進めることができた。
- ・慢性疾患の場合は、比較的スムーズに連携を図ることができる。一方、がんなどの終末期の患者さんの連携においては、情報提供や連携を図ることが難しく感じる
- ・そもそも在宅医療の資源が乏しく、ニーズがあっても対応が難しいケースがある（上石津地区）
- ・病院では十分な連携が図れないまま、明日、明後日と急に退院が決まることがしばしばあり在宅サービスが整わないまま退院を迎えなければならない事がある（CM）
- ・新人看護師から患者が入院したという情報が入るが、その際も連携と考えているが「私にはわかりません」「先輩に代わります」といわれる時がある。情報共有できないこともある。（CM）
- ・退院カンファレンスも担当看護師が参加できず、情報を把握できていない場合もある。事前に情報をまとめたり、文書にってもらえると良い。
- ・担当Nsによって認識が違うことがある。すり合わせが必要
- ・退院後訪問の情報共有ができていない（ケアマネ・訪看など）

事例：60代ALS：退院して、家族の気持ちが180度変化してしまった。訪看・福祉用具介入することを拒む。年齢が若いだけに受け入れできていなかった。病棟ではどのように話していたのか、しっかり情報共有できていなかった。コロナの影響で面会できず家族は在宅希望が強い。

- ・病棟でも退院の方向性が決まった時点でCMに連絡するようにと伝えているがNs間に温度差があり受け持ち以外でも連絡を取るNsもいればそうでないNsもいるので、連絡が遅れることがある。

③退院支援ルールの内容・様式について

- ・物品や書類が、退院時はっきりとしないことがある。衛生材料などの量や内容が家族に説明されていない
- ・サマリーだけでなく、細かな部分を伝えていかなければならないと思う
- ・入院時内服薬は持参して、それを使うルールとなっているが、昔は返していた
- ・退院時サマリーの内容がわかりやすいのでありがたい。しかし、患者が帰宅されて訪問時に内容を確認したいが入手した順番であるため、すぐに見ることができない場合がある。
- ・ADLや身体状況など備考欄など記載できる場所があると良い。
- ・業務的に点数化している実情もある。
- ・退院前から関り、在宅復帰を目指す目的なのに、加算ありきで動いている。
- ・繰り返し入院する方の場合、病状がほとんど変わらない場合、同一書類で本当によいのか。医師がカンファレンスに参加できないことも多く、口頭で済ませている時がある。
- ・各病院によってカンファレンス内容が異なり、点数加算が難しい
- ・知りたい情報に違いがあり、今後すり合わせが必要か（例：歩行の項目は屋内歩行と屋外歩行の情報が知りたい）（リハビリ）

ワーク3 今後退院支援ルールを有効に活用してムズに在宅に移行するには、どのようにすれよいか話し合おう

① 情報提供・連絡のタイミングについて

- ・患者（利用者）本人、家族の理解が追い付いていない点
- 理解できていないありきで指導をしていくことを行っているができれば退院日を平日にしてもらおうとありがたい。退院時から関わるのをスムーズにできるように考慮した曜日の退院がよい。訪看が対応しやすい（土日24時間対応、家族の都合もあることは十分承知している）
- ・カンファレンスをして退院する人は順調に支援できていると感じる。急遽退院が決まるような場合は、状況に応じてCMにだけでも情報提供してほしい

- ・病院が情報提供する際、介護保険の認定のない人は訪問看護に情報提供する等、対面での面談ができない中で優先順位をつけて情報提供してもらえるとスムーズに支援ができると思う。
- ・リアルタイムで伝わっていくシステムができると良い。
- ・情報提供の3日ルールも土日を含むと対応が遅くなってしまう。病院としても、家族からCMに伝えてもらうように依頼、少しでも早く情報が共有できるように心がけていく。
- ・入院後新規申請される利用者については申請のタイミングを知らせてほしい（CM）
- ・コロナ禍でカンファレンスの開催が難しい状況ではあるがカンファレンスに参加すると書類以上の情報を得られるのでできる限りカンファレンスを開いてもらいたい（PT）

② 情報共有・連携について

- ・病棟Nsの対応が個々で違いすぎる（加算ありきで動きを統一しているためルールをしっかり理解し統一してほしい）
 - ・主治医のカンファレンス参加が難しい点
- 病院内で周知、院長に退院支援ルールを手渡し、カンファレンス開催回数等のデータを示す。・カンファレンス開催のはじめの10分のみ病状説明、医学的見解の時間を設ける。事情がある場合は途中退席してもらうなど工夫を行う。主治医の参加あるか否かでは患者の満足度も高くなる。カンファレンスも締まる。
- ・訪問時、看護サマリーの内容を確認できないことがあるため多職種分のコピーを準備していただけるとよい。
 - ・薬の情報が欲しい。退院前のカンファレンスに医師、薬剤師の参加もあると情報が豊富になり充実する。
 - ・看護師と顔を見て話ができると良い。ZOOMを利用して情報提供ができるとありがたい。
 - ・年齢的なことを考えると家族がZOOMを利用することができるかは疑問がある。何とか対面での面談ができる世の中になってもらえるとよい
 - ・コロナ禍で対面での面談やカンファレンスの開催は難しい状況があるが、退院支援においてできる限りカンファレンスを開催していくという意識が大切
 - ・中間サマリーがあるとケアプランを暫定的にでも立てることができるのでは
 - ・関わっている患者とは限らないが、困っていることがあれば緩和ケアセンターに相談してもらってもよい
 - ・病院に対して、ケアマネからどういったことを知りたいのか要望をもらえるとNsも対応しやすい
 - ・歯科医師の退院前カンファレンスの参加も可能。大垣市歯科医師会に連絡をすると訪問診療などにも対応する（Dr）
 - ・患者の退院後に、情報を確認できる窓口があるとよい。現在はMSWに連絡をしている（CM）
 - ・リハビリのサマリーにADLの予後予測があるとよい（CM）
 - ・サマリーがどのような形でどこに届くのか、どんな情報が必要か知りたい（リハ）
 - ・退院前カンファレンスに薬剤師として参加、医師と一緒に退院後の薬のセレクトなどを把握できることが大きなメリット。今後は芭蕉ネットも活用しながら、情報共有を進めたい。
 - ・グループホームも今は看取りに力を入れている。入院中に食事が取れていないからとグループホーム以外を病院側から患者家族に提案されることもある。まずは状態等について施設にも投げかけや声掛けをしてほしい。可能な限り住み慣れた場所で最後まで過ごせるように連携していきたい
 - ・サマリーの情報などリハ入院の際にも重要、もっと病棟内部でもスタッフに連携の大切さを伝えて周知していきたい。
 - ・ガン末期の利用者が病院から在宅に戻られたとき、病院の医師からの情報が大きく違うことがある等、医師間の情報共有があまりない。今後医師同士の連携を図って行く必要がある（Dr）
 - ・入院時歯科医の記入欄があるが、退院後の情報が入ってこない。「食べることは大事」なので今後連携して支援していけるようにしたい（歯科医師）
 - ・コロナの影響で、病院に足が運べない、担当者会議の見合わせ、FAXや簡易連絡のみ、というケースが増えている。情報収集する意識がかけているのではないか。家族自身も状況がわからないままの退院で戸惑うことも多いのではないか。情報共有・連携という意味をもう一度考えなければならない。
 - ・看護サマリーに義歯は無と記載されていても、家族が義歯を持参されてくることがある。正しく情報を収集し、記載することが大切。
 - ・業務に追われてカンファレンスに参加できない時もあった。改善点としたい。
 - ・送り出す側と受け入れる側がもっと共有し結果として加算が取れると良い

③ 退院支援ルールの内容・周知について

- ・家族寄りに目線を下げて家族指導を行う
 - ・退院は平日を勧めてほしい。緊急時対応ができるため。（家族が土日の退院希望（仕事休み）があるため難しいのは理解しているが。）
 - ・一時外泊・外出が医療保険対応でできるため活用してほしい。退院後の生活がイメージできる。
 - ・コロナがなければ1週間くらい入院時に付き添ってあげ家族がイメージできるのではないか。24時間のうち1時間ほどで指導して家族はできると思ってしまう。リアリティに欠ける。
 - ・物品など退院時に家族に説明が不足している点
- 病院側は最低限家族に手渡ししている。家族に衛生材料等を退院後購入してもらう際に、医療品をというよりは市販品に置き換えたり、例示できるものがあるとわかりやすい。訪看につなげた内容にしてもらいた
- ・特別指示書の医師への依頼について、ケアマネは指示提示するのか不明確な点

→主治医から指示をもらうのに訪看Nsが直にやり取りをしている。ケアマネからの指示提案で声掛けしている例もある。地域によっては病院内医師が訪看指示書を書かないケースもある。それぞれのケースや地域によってケースバイケースである

- ・病院からの紹介状が直前である点

→病棟で前日までには通知できるよう周知していく。

入院時の内服持参、退院時処方の日数、薬のダブリがある点。

→退院時、次回受診時まで又は最近2週間処方される。カンファレンス時に薬剤師も同席できるといい

- ・退院支援ルールをどんどん活用し、ますます使いやすくなると良い。

- ・看護サマリーの直接のやり取りも大切であるが、コロナのありファックスでの情報はできないか→すでにファックスでのやり取りは行っているため、今後もぜひ活用していただきたい。

- ・病棟ナースが関与しているのか、相談室が関与しているのか、病院内では把握できていても明文化はされておらず、外部からはどこに相談したらよいかわからないので病院としてはわかりやすくしていく必要がある

- ・退院カンファレンス時もサマリーを活用し担当看護師が休みの場合にも関係機関へ情報が伝わるよう、退院を見据えて病院内および関係機関と連携し動くことが大切。

- ・ターミナルでの告知について、家族が十分な受け入れができていないケースもある。本人や家族の望む生活ができるように、医師からの寄り添った対応や関係機関との情報共有強化が必要。

- ・今回のような研修を通して、周知していくことも有効である

- ・顔のわかる相談員がいることで連携が図りやすく安心感につながるので各病院の窓口、担当者の情報は常に最新のものを頂けるとありがたい（CM）（大垣中央病院は担当部署名が変更になっています）

- ・新人CMにとっては、退院支援ルールがマニュアルとなり自信をもって、入院～退院に向けて経験を積んだCMと同じレベルで支援していくことができるのでぜひ読み込んでもらいたい（CM）

- ・CMは多く書面を交わしてできるだけ多く情報を得て、SWも具体的な生活状況を知ることで、書面が主ではなく、患者が主役となれるような関りをしていかななくてはいけない。