

令和3年度第3回 筑紫地区多職種多機関連携研修会

～同職種と考える医療介護連携～

研修報告

開催日：令和3年11月29日

場 所：筑紫医師会 体育館

今回の研修会は、筑紫地区の有床医療機関の入退院支援を担当されている方々を対象に開催致しました。 参加者数:36名(23医療機関)

グループワークのテーマは、

①筑紫地区「入退院時の情報共有の仕組み」

入院中、退院時に医療機関が出来ること・ケアマネジャーへ期待すること

②「在宅での看取りに向けての支援」について

実際の支援内容、望むこと(社会資源、他職種に対して)

医療機関の形態、病床機能ごとにグループに分かれ意見交換をして頂きました。ご参加のみなさま、貴重なご意見をありがとうございました。後半には、自由時間を設け、名刺交換・情報交換をして頂きました。

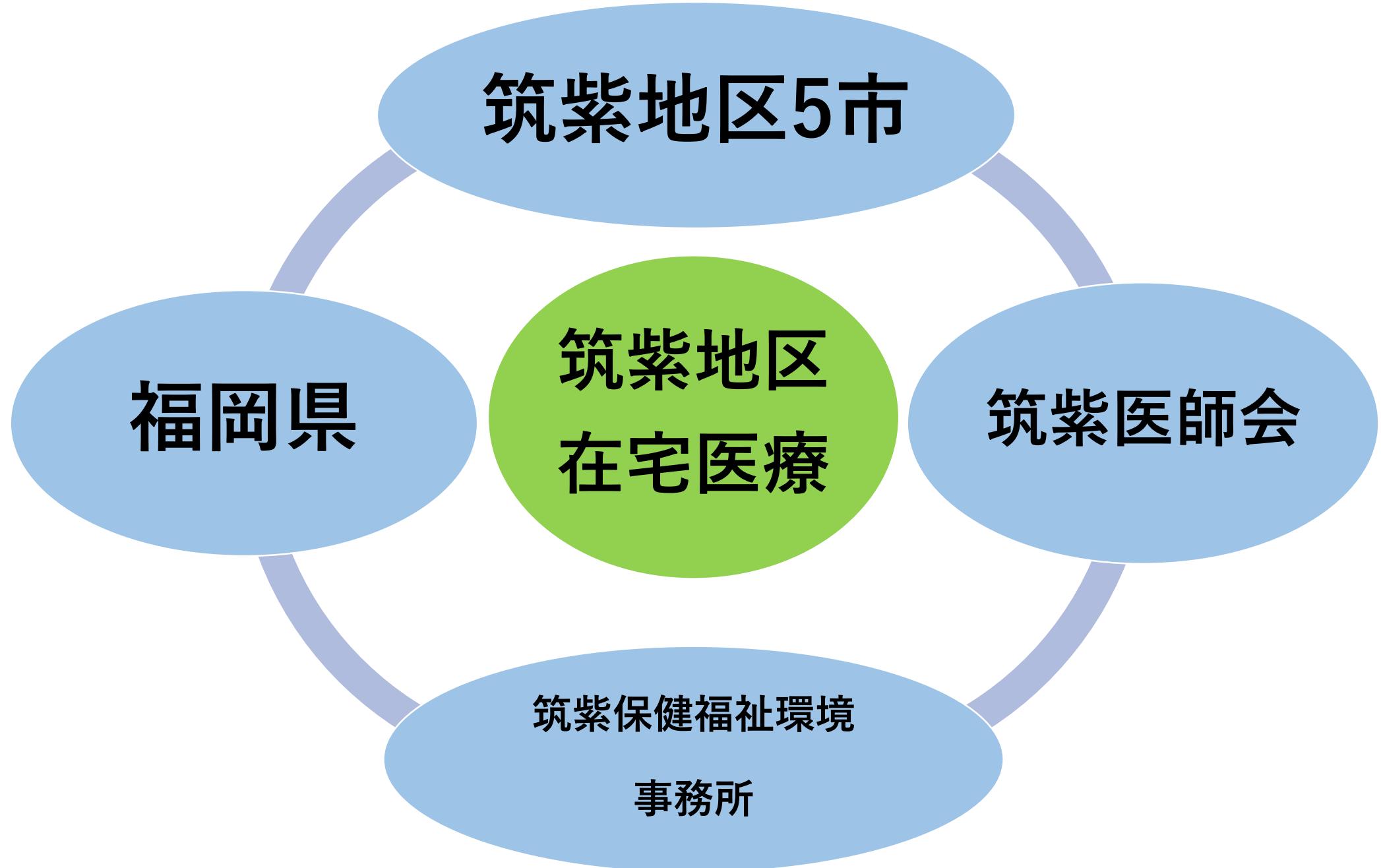
アンケートからは、多くの方に連携意識の変化(91%)があり、研修内容に満足(88%)して頂けたことが分かりました。

筑紫地区の多職種連携のめざす姿に近づくよう、今後も、みなさまの地域づくりへのご参加をお待ちしております。

①

筑紫地区の
在宅医療介護連携
の取り組み紹介

②



地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムが目指すもの

- 👉 住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる

住み慣れた地域＝なじみの人間関係があるところ

自分らしい暮らし＝マイペースに生活できる気楽さ

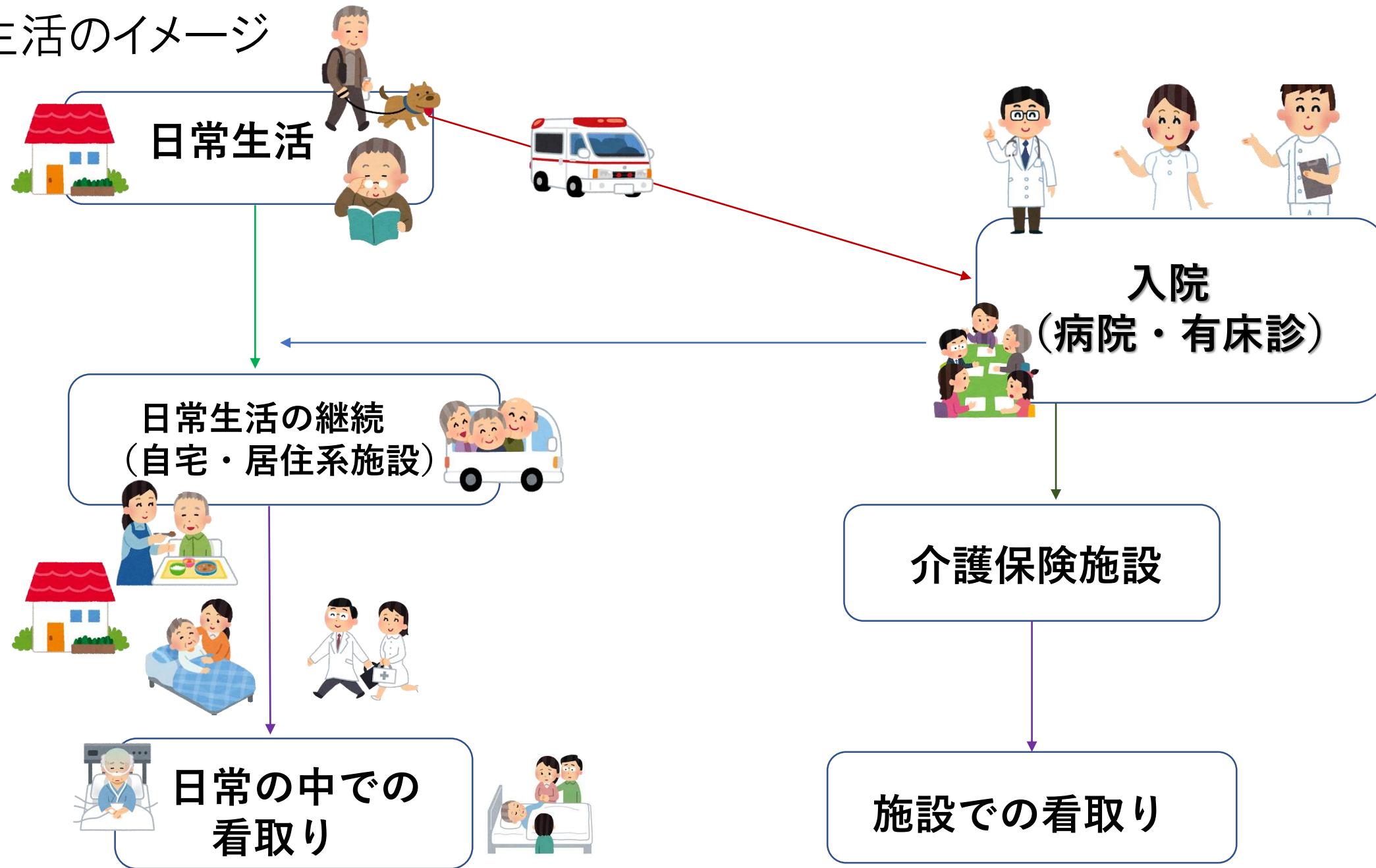


私たちに求められていること・・・

そこに住まい続けることが出来るように支援すること

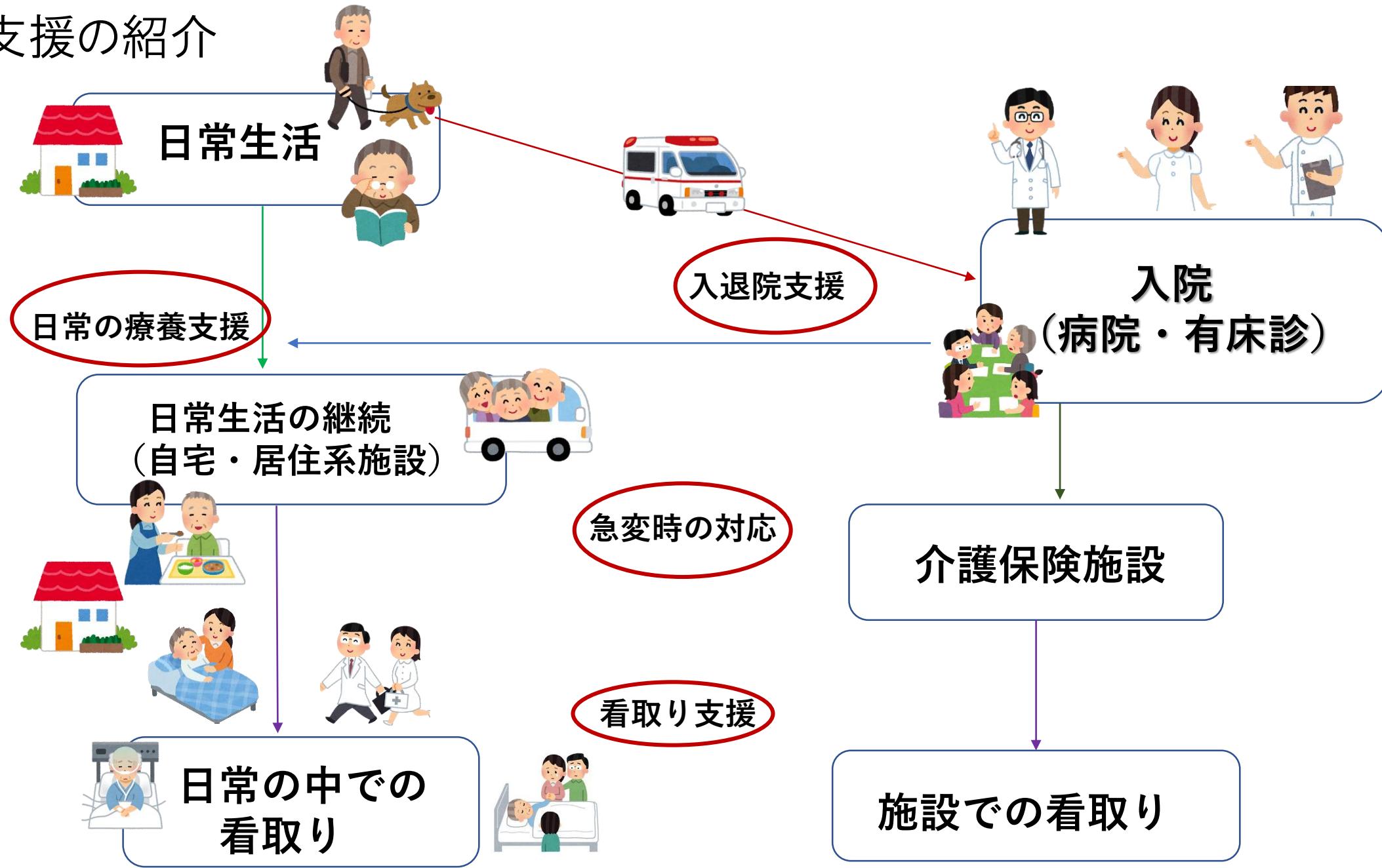
生活のイメージ

時間の流れ



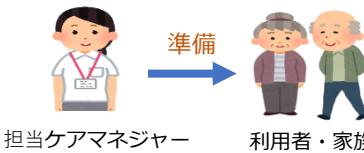
支援の紹介

時間の流れ



対象：筑紫地区の医療機関に入院する筑紫地区の要支援・要介護認定者（すべての入院）

日 常



準備

準備

- ① 契約(更新)時に自分の名刺等と医療保険証、介護保険証、お薬手帳をセットにする説明をして了承を得る*
- ② モニタリングの時に、セットと提示について声掛けをする

*居宅介護支援の提供開始にあたり利用者に対して入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先の医療機関に提供するよう依頼することは義務付けられています

入院時



保険証セットを提示する



- ① ケアマネの名刺等(保険証セット)を確認する
② 担当ケアマネに入院したことを知らせる



- ③ 入院窓口を確認して 入院時情報交換 ※医療・介護共有シート
- ③-2 入院報告 介護保険サービス事業所等

入院中



情報交換



- ① 経過や状態等の情報提供、退院後のサービス等についての相談対応や助言
② 各種制度や施設情報等の情報提供 ③スケジュールの共有

退院時



- ① 退院時情報提供 ※医療・介護共有シート
※退院前カンファレンスの開催

- ② 退院報告
介護保険サービス事業所等

転院時



転院後の連携については、本人・家族、ケアマネと話し合って決め 入院中の医療機関が転院先へ伝える

退院後



ケアマネジャーはモニタリング結果等を医療機関へ状況報告する

2.意見交換

1) 筑紫地区

「入退院時の情報共有の仕組み」を進める

A

地域包括ケア

B

有床診療所

C

地域包括ケア
回復期 等

D

急性期
精神

E

療養型

F

急性期

入退院支援

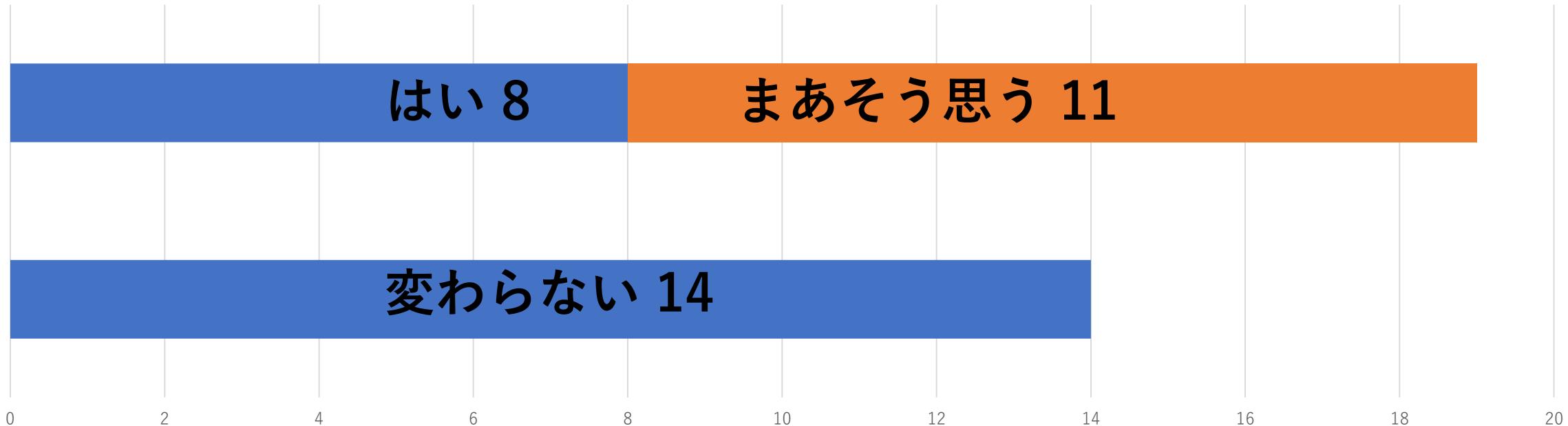
ご協力
ありがとうございました

- ケアマネジャーの把握
- 入院の知らせ
- 退院の知らせ

ケアマネジャーの把握

【連携室】 33人中19人

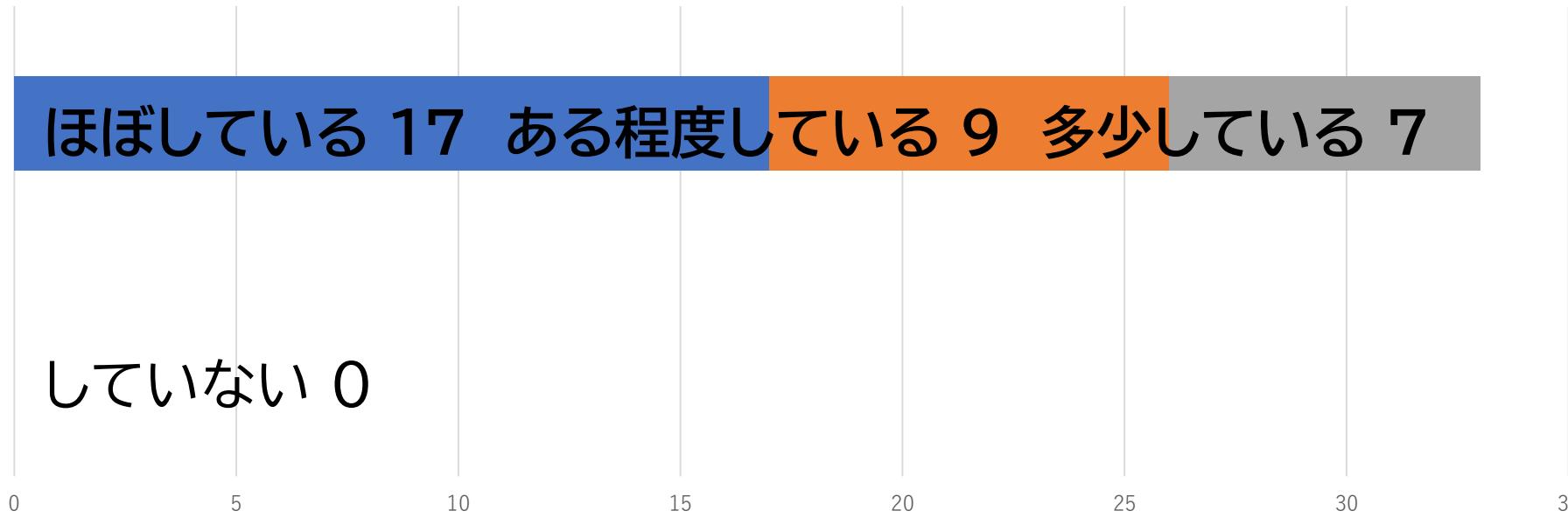
「分かり易くなった」



入院の知らせ

【連携室】 33人中33人

「連絡を入れている」



ケアマネジャーの回答

入院の知らせ

190人中90人

「連絡が増えた」

退院の知らせ

190人中103人

「連絡が増えた」

対象：筑紫地区の医療機関に入院する筑紫地区の要支援・要介護認定者（すべての入院）

日**常**

準備

準備

- ① 契約(更新)時に自分の名刺等と医療保険証、介護保険証、お薬手帳をセットにする説明をして了承を得る*
- ② モニタリングの時に、セットと提示について声掛けをする

*居宅介護支援の提供開始にあたり利用者に対して入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先の医療機関に提供するよう依頼することは義務付けられています

入院時

保険証セットを提示する



- ① ケアマネの名刺等(保険証セット)を確認する
② 担当ケアマネに入院したことを知らせる



入院中



情報交換

- ① 経過や状態等の情報提供、退院後のサービス等についての相談対応や助言
② 各種制度や施設情報等の情報提供 ③ スケジュールの共有

退院時



- ① 退院時情報提供 ※医療・介護共有シート
※退院前カンファレンスの開催

- ② 退院報告
介護保険サービス事業所等

転院時



転院後の連携については、本人・家族、ケアマネと話し合って決め入院中の医療機関が転院先へ伝える

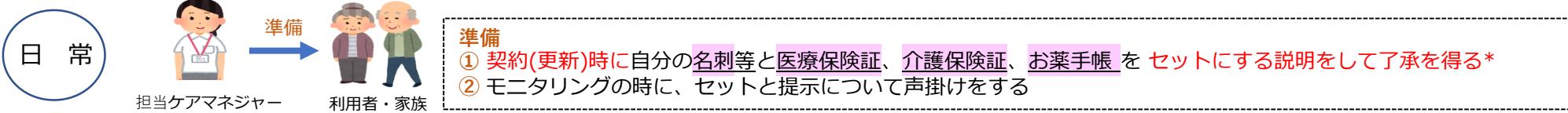


退院後

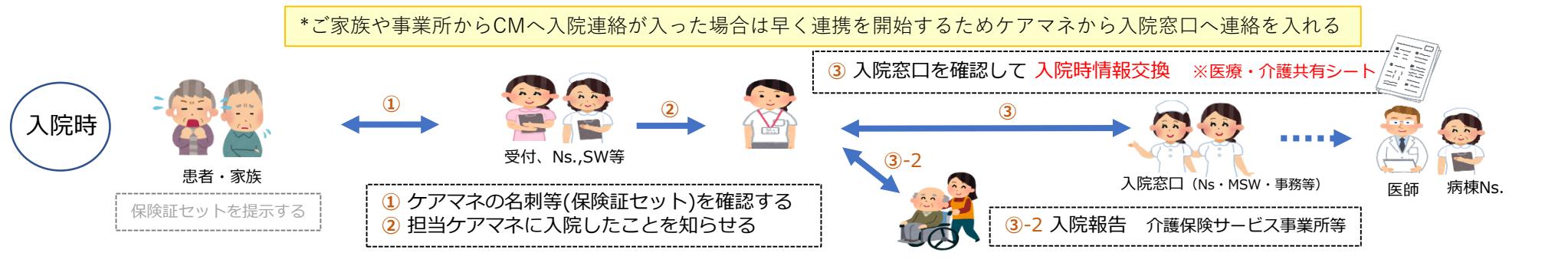


ケアマネジャーはモニタリング結果等を医療機関へ状況報告する

対象：筑紫地区の医療機関に入院する筑紫地区の要支援・要介護認定者（すべての入院）



*居宅介護支援の提供開始にあたり利用者に対して入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先の医療機関に提供するよう依頼することは義務付けられています

**入院中**

- 連携室(Ns,MSW)
- 情報交換
① ② ③
- ① 経過や状態等の情報提供、退院後のサービス等についての相談対応や助言
② 各種制度や施設情報等の情報提供 ③ スケジュールの共有

退院時

- ① 退院時情報提供 ※医療・介護共有シート
※退院前カンファレンスの開催
- ② 退院報告 介護保険サービス事業所等

転院時

- 転院後の連携については、本人・家族、ケアマネと話し合って決め 入院中の医療機関が転院先へ伝える

**退院後**

- ケアマネジャーはモニタリング結果等を医療機関へ状況報告する

ケアマネジャーが、 急な退院で困ること・退院連絡がほしい理由

- ・アセスメント⇒プラン作成⇒サービス調整のために**時間が必要**である
- ・福祉用具を使用する場合は、調達に**時間が必要**である
- ・入院前と退院時の変化（身体機能、医療行為）が大きいほど準備や調整に**時間がかかる**ので早めに連絡が欲しい
- ・ご家族からケアマネへの退院連絡は不確実なので、直接、医療機関から退院連絡をもらいたい
- ・自宅の**準備が整うまで**の待機としてのショートステイは予約が簡単に取れないことを知っておいて欲しい

急な退院でも困らなくていいように、入院時から

定期的に連絡を入れるようにする

連携室にも早めに退院連絡が出来ない如何せんし難い状況
がある。ゆえに、入院時から継続して

入院中も連絡を取り合うような気風の熟成が必要
である

入院中

★元の生活の場(日常)へ帰るために必要な支援を明確化しましょう



- ① 経過や状態等の情報提供、退院後のサービス等についての相談対応や助言
- ② 各種制度や施設情報等の情報提供
- ③ スケジュールの共有

①②③ は、
ケアマネジャー 退院が決まる前(在宅療養決定時)から
情報交換を行うことで区分変更や退院
後のサービス調整・ケアプラン作成等
に備えます

入院中



①



★医療側は積極的に医療系サービスの必要性や退院後の留意事項について情報提供

- ・病気が及ぼすADL/IADLへの影響
- ・退院後に新たに必要となる事柄
(医療処置 看護 リハビリ)

①



★在宅に向けた課題把握のための患者の状態確認・情報収集

介護区分変更やケアプランの変更が必要か早期に医療側の見立てを把握する

退院に向けたスケジュールがイメージしやすくなります

- ・治療経過、退院時の状態予測
今後の治療、看護、リハ計画、病状の変化の見通し、おおよその入院期間(退院日の目安)等
- ・退院後の生活課題

②



★生活支援や介護サポートの必要性を検討

居宅環境、生活状況に応じた生活、介護指導 医療管理の有無と内容 ケア内容

在宅療養に向けて残された課題 本人・家族の受け止め方

③

退院までの大まかな日程を共有しましょう

- ・退院前訪問指導の予定
- ・退院に向けた院内多職種カンファレンスの開催
- ・退院の見込みなど

入院中

どのような**タイミング**で情報を伝えているか？
効果的な**タイミング**はいつか？

どのような**方法**で伝えているか・伝えることができか？

ケアマネジャーには、どのような**動き**を求めるか？
どのような内容の**情報**がほしいか？

A

地域包括ケア

B

有床診療所

C

地域包括ケア
回復期 等

D

急性期
精神

E

療養型

F

急性期

退院時



転院時



転院後の連携については、本人・家族、ケアマネと話し合って決め入院中の医療機関が転院先へ伝える

①

★医療・介護共有シート等を活用して情報を共有しましょう(退院前カンファレンス等)

- ・在宅療養に関する患者本人・家族の意向と対応方針のすり合わせ
- ・退院前の最終的な本人・家族の状況、退院後の生活のイメージを共有し、新たなサービスの導入や対応が必要かどうか判断し、ケアプランを作成

①



は、退院後切れ目なく必要な医療・介護サービスが受けられるよう、退院直前までの全身状態や処置内容、指導状況等を伝え、必要書類を渡しましょう

※ケアマネジャーが分かりやすい表現を心がけ情報提供するようにしましょう

転院時



は、ケアマネジャーの情報や連携について患者様・ご家族の意向を確認して転院先へ伝えます

退院後



ケアマネジャーはモニタリング結果等を医療機関へ状況報告する

①



- ・入院を繰り返しやすい疾患や不安定な状況は、医療・看護サービスにつなぐ
- ・介護サービス等の提供体制や住居環境の整備等の準備、調整

②

利用する介護保険サービス事業所へ退院することを知らせます
退院時には、本人の状態にあった適切なサービスがサービス提供事業所から提供されるよう調整しましょう

退院時

ケアマネジャーからの相談には、
どのように応じているか？

ケアマネジャーには、
どのような動きを求めるか？

入院中

①

相談対応・助言・情報提供

医療機関ができること

ケアマネジャーへ期待する(してほしい)こと

入院中

③

スケジュールの共有

医療機関ができること

ケアマネジャーへ期待する(してほしい)こと

退院時

①

退院時情報提供

医療機関ができること

ケアマネジャーへ期待する(してほしい)こと

在宅での看取りに向けた支援

1. 在宅での看取りに向けた具体的な支援内容

2. 在宅での看取り支援において望むこと

①社会資源的に・・・

②他の職種への要望

3. 情報交換

- 得意分野
 - 受入れ状況
 - 依頼の流れ
 - 必要情報
- などなど

目指す姿



- ✿ 自分以外の職種の役割りや動きを理解しており、相互に相談や働きかけができる。
- ✿ 情報を共有し、利用者（患者）のために活用できる。



2.意見交換 グループワーク

1) 筑紫地区「入退院時の情報共有の仕組み」を進める

急性期/精神

できること

(入院時)

- ・ 入院前面談でシステム確立
- ・ 入院時にケアマネへの連絡 来院日を調整

入院中①③

- ・ 入退院支援カンファ Zoomの活用 少人数で.
- ・ 情報シートについては要検討
- ・ 書式は定めず必要な情報が記載されていればいい
- ・ CMからの連絡は減少。相互にやり取りする意識を。

退院時①

- ・ 看護サマリー⇒訪問看護ステーション 退院支援計画書 返書管理の徹底
- ・ 情報共有として退院前カンファレンスを積極的に。→30分と定めてZoomで実施
- ・ 退院前、退院後訪問で確認

CMに期待すること

(入院時)

- ・ 入院時情報提供書 ケアプランも併せての送付（3日以内）
- ・ カンファへの参加（必要時）

退院時①

- ・ ケアプランの再作成

回復期・包括ケア病床等

できること

(入院時)

- ・ 入院前に家族面談をするので、ある程度情報は得ている
- ・ 入院当日にTEL 介護保険証で確認できない時は遅れる
- ・ 入院当日に連絡ではなくCMから来ることも
- ・ 家族と本人に了承を得た上で連絡 以前トラブルがあった
- ・ 遠方の方だと確認するのに時間を要する
- ・ アセスメントシートについては、こちらから求めるようにしている

入院中①③

- ・ 方向性が変わった時にはその都度
- ・ 病院のカンファのタイミングで
- ・ 家屋調査のタイミング
- ・ 入院期間半ばでCMに現状報告をする
- ・ 区分変更申請の必要性（CMと連携）
- ・ 入院中にサービス調整が必要か（CMと連携）

退院時①

- ・ CMへ看護添書（サマリー）の提供
- ・ SWサマリーをつける
- ・ 医療介護共有シートを参考に独自の情報シートを連携室が作成し提供

- ・ 改善状況の問合せ

- ・ 普段から連携をとっておく

- ・ 薬情の提供

- ・ 食事の情報の提供

- ・ リハビリの様子をビデオ作成し見せる

CMに期待すること

(入院時)

- ・ 入院時のCMからの情報が前のもの（古い）なので最新の情報が助かる
- ・ アセスメントシートなどをいただきたい

入院中①③

- ・ ご家族からCMへ連絡があったら、一度病院に連絡がほしい
- ・ 入院中も関わってくれると助かる 病院には言えないこともCMには言えたり。CMが間に入って上手くいくこともある

退院時①

- ・ 経過のなかで方針が変化することも理解してほしい
- ・ 区分変更
- ・ 退院前にプランの確定ができると安心して送り出せる
- ・ 退院後でもプランが決まったらスケジュール表を頂けるとうれしい

療養型

できること

入院中①③

- ・ 入院時方針の報告 →方針が変更になったとき
- ・ 急変時の状態報告 • 退院の目途が立った時→予定を伝える
- ・ 家屋調査の予定等 • ADLのゴール設定
- ・ 自宅、施設へ退院の場合は情報提供を行う（急に退院が決まる場合もあるため）
- ・ 療養病床入院・・・退院予定がない為、あまり連絡しないことが多い

退院時①

- ・ 退院可能な状態であることの共有（ゴールかOK）
- ・ ケアマネ、家族等への情報発信 • 面会

CMIに期待すること

入院中①③

- ・ 在宅での情報（家族背景） • 経済事情・情報
- ・ キーパーソン、主介護者等の関係 • 入院中の患者状況を見に来てほしい

退院時①

- ・ 面会して、退院までの全身状態（病状・ADL等）を実際に来院して見に来てほしい

有床診療所

（入院時）

- ・ 共有シートの活用は？ CMとしても実際には使用していない人が多いのではないか
- ・ 二度手間になる（CMとして加算があるわけではない） 国の指定のシートは加算とれる
- ・ 情報シート 各々ある書式は殆ど来ている 医療側としては一部でよい
- ・ 入院時情報が全くない人（老老）もいるので電話して情報をもらう
- ・ 転院時は情報もらうことX
- ・ 保険証に名刺 →今はほとんどない CM・居宅次第という印象

できること

入院中①③

- ・ 退院前カンファの開催 • 家屋調査や訪問時の情報提供

退院時①

- ・ （共有シートを？）もちろん返すことは殆どなし
- ・ 退院前カンファ 書式は医院のもの →今はコロナでなし
- ・ 住宅改修の必要 →ご本人なしで調査 訪問や家屋調査などで情報
- ・ 終末の患者は集まらないと、やりにくい
- ・ 診療科によることもある
- ・ この2年スムーズにいかないことが多い 患者のためになりづらい

CMIに期待すること

（入院時）

- ・ 入院時情報 シートにこだわらず早めにほしい

2) 「在宅での看取りに向けての支援」について

1. 在宅での看取りに向けての具体的な支援内容

【急性期／精神】

- ・退院前カンファ⇒家族の意向（受け入れ、覚悟、思い）と医療サイド（どのタイミングで帰るのか）の摺り合わせ
- ・訪問医を探すのがとても難しい
- ・訪問看護ステーションのバックアップ
- ・症状コントロールが出来る訪問診療医を探して依頼（症状や病気に合わせて医師を選択）
- ・看取りまでという患者は意外と少ない。ギリギリまで家で、その後病院で看取り。
- ・他県や域外の場合、医師会、基幹病院に相談
- ・訪問看護↔訪問診療 情報提供
- ・訪問診療医の調整は必須。
- ・救急外来との情報共有
- ・退院前カンファで情報共有（最期を迎える準備を。）

2) 「在宅での看取りに向けての支援」について

1. 在宅での看取りに向けての具体的な支援内容

【回復期／地域包括ケア】

- ・バックベッドの準備をして安心していただく。
- ・介護保険申請（がん患者等）、アセスメント、フルにサービス（訪問系）導入
- ・リモートで
- ・自宅↔病院行き来しながら（地域包括ケアでレスパイト入院）
- ・ぶれる家族に対して・・・
- ・患者家族の意向のズレはないか？の確認
- ・カンファを通して家族の受け入れを促す

2) 「在宅での看取りに向けての支援」について

1. 在宅での看取りに向けての具体的な支援内容

【有床診】

- ・在宅で無理となって入院される方が多い
- ・月20件の看取り
- ・方向転換はいつでもOKとしている
- ・「一回帰りたい。」という思いに掛け調整
- ・訪看、訪問診療などとの調整
- ・看取り⇒看護師と医師がそろそろという目途つく
- ・バックベッドの確保が重要

2) 「在宅での看取りに向けての支援」について

1. 在宅での看取りに向けての具体的な支援内容

【療養型】

- ・入院⇒在宅看取りを視野に退院調整
- ・患者の状態から退院可能であるかアセスメントして早急に対応する
- ・患者の状態、気持ちが変わらないうちに早急に対応する
- ・家族が看れる状況であるかを判断し、CMとサービス調整（在宅医と訪看を探してもらう）
- ・介護指導
- ・本人意思確認（家族と気持ちのズレがないようにする）
- ・バックベッドの保障

2 在宅での看取り支援において望むこと

①社会資源的

【急性期／精神】

- ・看取りまで可能な医師の開拓

【回復期／地域包括】

- ・どんな状況になっても本人・家族が安心できる社会資源
- ・在宅医の開拓

【有床診】

- ・人的資源：老々介護、本人がどうしても帰りたい 最近やっと24時間訪看など出来始めた一人では難しい 夜中もおむつ替えに来てくれるとか
- ・経済的支援：年金の無い若い人が困窮しないようにしてほしい（医療保険の負担が3割。パートナーが仕事を辞めて看る、お子さんがまだ学生であるときなど負担が大きい。）

2 在宅での看取り支援において望むこと

②他の職種への要望

【急性期／精神】

- ・ 入院前在宅サービスが入っている場合、自宅にいるときから家族がどう考えているのか？
- ・ 最期は医療職の介入が最も重要（訪問看護、訪問診療など）
- ・ 元々、サービス介入があった方⇒ACPを中心に意思決定支援をしてほしい。入院が始まりではなく、自宅で過ごしている時から話し合いをお願いしたい。

【回復期／地域包括】

- ・ ケアマネの理解

【有床診】

- ・ CMのレベルの平坦化 知識や経験の面から看取りをみれないケアマネがいる。どうしても元CMのほうが・・・。

【療養型】 ※「ここまで話し合いが出来ていない。」

アンケート結果

参加者36名 回答数35 回収率97%

① 研修参加前に比べ、医療介護連携について意識の変化がありましたか。

とても変化あり (8) やや変化あり (24) 変わらない (3) ⇒変化があった91%

② 勉強になったこと、参考になった情報等があれば教えてください。(複数選択可)

他医療機関との情報交換(21)

情報提供のタイミング(19)

情報提供・共有の方法(18)

看取り支援の役割 (13)

筑紫地区の取組み (7)

その他 (1) (タブレットの活用 介護支援連携指導)

③ 本研修会の満足度を教えてください。

とても満足(20) やや満足 (11) 普通 (4) ⇒満足感あり88%

④ 同職種との研修の場合、開催してほしい研修内容がありましたらご記入ください。

- ・ 入院時の情報共有・入退院連携支援加算・入退院支援の時期的な介助の仕方
- ・ コロナ下での入院方針決定
- ・ 退院支援共同加算 退院時カンファレンスについての研修会 (Zoomでどのように運用しているのか等)
- ・ 退院支援カンファレンスについて・共通の連携シートの活用
- ・ 院内連携・退院支援の看護師の役割
- ・ 連携室のみではなく病棟Ns.リハスタッフを含めた入退院支援の研修
- ・ ACPのすすめ方→ICのタイミングをどう取っているか Dr.の意識改革のためにしている工夫
- ・ 機能別（急性期、回復期、療養型、クリニック）相談室の業務内容共有
- ・ 症例検討会（病院機能によって支援内容の違いがあるかもしれない）
- ・ 病院ごとのカラーはあると思います。日々の業務で感じる思いや今後の展開等フリートークで共有できると有難いです

④ 同職種との研修の場合、開催してほしい研修内容がありましたらご記入ください。

- ・在宅医療について
- ・在宅スタッフとの交流
- ・在宅支援での多職種（コメディカル）とのケーススタディなど
- ・医療分野と介護分野の「メンタルバリア」について現場の意見を聞く機会
- ・多職種での研修をぜひ増やして頂きたいです

⑤ 一緒に研修を受けたい職種を教えてください。（複数選択可）

- | | | |
|-----------------|---------------|--------------|
| 訪問看護師 (22) | 病棟看護師 (16) | 連携室スタッフ (16) |
| 介護支援専門員 (14) | 医師 (11) | リハビリスタッフ (7) |
| 通所・訪問介護スタッフ (5) | 薬剤師 (4) | |
| 歯科医師・衛生士 (1) | その他(1) (包括職員) | |

⑥ 入退院支援の際に訪問診療に関することで、お困りのこと等ございましたらご記入ください。

- ・入院のタイミングと情報提供が少ない
- ・入院時、患者情報を早急に共有出来たらと思います
- ・病診連携での情報共有
- ・訪問看護事業所の選定は、訪問診療のDr.にお願いしていいのかどうか
- ・開業医の先生が忙しいだろうと思うので相談するタイミングが難しい
- ・選び方が分からない 病院から？CMから？今後長く付き合うのはCMなのでCMに連携しやすい病院を選択してほしい
- ・看取りに関する訪問医の情報 得意とする分野等の情報
- ・訪問診療の選び方が不明（得意な診療など） 医師会などが取りまとめをして頂けたら。
- ・在宅医、訪看etcの一覧があると助かります。もしHPにあるのであれば申し訳ありません
- ・看取り対応可能な先生が少ない

⑥ 入退院支援の際に訪問診療に関することで、お困りのこと等ございましたらご記入ください。

- ・筑紫地区は訪問診療の先生がまだまだ足りない気がします。1事例でいいので診療所やクリニックの先生にも関与してほしいと思います
- ・筑紫地区の先生方にはいつもお世話になっています。在宅医の先生がまだまだ少なく地域差も感じております。今後も在宅医の先生が増えてくれると有難いです
- ・当院で対応が難しい患者のご対応をまわりの医療機関（特に内科）の訪問診療でご対応頂けています。ありがとうございます
- ・在宅の先生方には日々お世話になっております。今後ともよろしくお願ひいたします

⑦ 自由記述欄（感想、気づき、その他 他職種への質問・要望など）

- ・コロナ禍になってCMからの情報がない事が多く、入院中の連絡も少ない
- ・テーマの関連性があると良かったと思います
- ・連携し易くなりました（特にケアマネ情報を家族が把握している 名刺など）
- ・経験が浅くとっても参考・勉強になりました。自院が出来ていない事に気づけて、帰って出来るようにしたいと思いました
- ・久しぶりの研修がとても充実したので、明日からの仕事に反映させたいと思います。
- ・情報共有の場はとても大切だと思いました。有意義な時間となりました。
- ・他の病院の方と顔を合わせて情報交換できる貴重な機会となりました。
- ・コロナでなかなか会う機会がない中、顔の見える連携が出来、とても有意義な時間を過ごすことが出来ました
- ・今回のような研修はとても励みになります
- ・今回このような機会を作つて頂きありがとうございます。定期的に参加できればと思います
- ・大変勉強になりました・貴重な機会をありがとうございました・ありがとうございました（6）
- ・今後共宜しくお願ひします（2）
- ・徳洲会病院もZoomでのカンファしています。広報お願ひします