

# 2020年度 拡大版(灘区・東灘区合同)地域医療連携室交流会報告

発行:2020年11月26日

灘区医療介護サポートセンター 西面 佐川

東灘区医療介護サポートセンター 長友 飯野



隣接する灘区と東灘区は、中央区に集中する基幹病院との入退院や通院、両区への転院も多く、区を超えて病院や事業所間の連携が行われています。今回、互いの区の強みを活かした継続的な窓口連携を行うために、病院間や病院と在宅のスムーズな連携を目指して、灘区・東灘区が合同で地域医療連携室交流会を開催することにしました。

- ★研修名 2020年度 拡大版地域医療連携室交流会～病院と在宅の円滑な連携を目指して～
- ★日時 令和2年10月14日(水) 第1部 16:00～17:00 第2部 18:30～19:30
- ★場所 灘区文化センター5階大会議室

## 【事前アンケート報告】



今年度はコロナ禍で面会制限がある中、患者さんの入退院時においてどのような支障がありどのような対応がとられているかなどを事前に把握し、拡大版地域連携室交流会を効果的に行う目的で入退院時連携のアンケートを8月に実施しました。コロナ禍でお忙しい中、ご協力くださいました病院、居宅介護支援専門員の皆さまにお礼申し上げます。

### <アンケート回答者>

- ・基幹病院、灘区・東灘区の病院関係者 55名
- ・灘区・東灘区の居宅介護支援専門員 109名

### <アンケート内容>

- ・入退院時の情報共有に支障があったか
- ・情報共有で難しかったこと、工夫した点
- ・家族との情報共有、退院時カンファレンスの開催ケース
- ・病院間(転院時)の情報共有について
- ・Web環境について

### <結果>

- ・入院時と退院時の情報共有ともに支障(変化)があったと答えた病院・在宅関係者は半数前後ですが、情報を受け取る側の方が、より支障を感じています。
- ・退院時の情報共有で難しいこととして病院・在宅共に、「患者家族の意向の確認」「患者の全体像の把握」が上がりました。これは病院間の情報共有についても同じでした。また、入院中のリハビリやADLについては、患者に会えないため、情報を伝える側も受け取る側も難しさを感じています。
- ・家族との情報共有の時間が、  
病院⇒「増えた」14%、「減った」42%、「変わらない」42%  
在宅⇒「増えた」28%、「減った」9%、「変わらない」61%  
でした。面会制限の中での家族への情報提供の難しさも大きな課題となっています。

### <情報共有の工夫点>

- ・電話、FAXが増えた ・Webの利用(面談、動画を送る)
- ・入院時連携シートや看護サマリーを詳しく記載し、必要な情報を添付する ・早めの連携

### 入退院時の情報共有について

★入院時	支障があった	支障はなかった
病院	51%	45%
居宅	40%	59%
★退院時		
病院	53%	42%
居宅	61%	38%

### 退院時の情報共有で難しかった内容(複数回答)

#### <病院>



#### <在宅>



### アンケートから

#### 1. 患者家族の意向の確認

##### <病院>

- ・家族に電話で本人の状況を理解してもらう事が難しい
- ・家族は病状説明だけで、本人を見ていないので不安が強い
- ↓
- ・意向の確認ができない
- ↓
- ・退院調整に時間がかかる

##### <在宅>

- ・本人、家族に会えない(自分の目で確認できない)
- ↓
- ・退院後の意向が不明 本人・家族の意向に相違がある
- ↓
- ・アセスメントしづらい サービスの調整が遅れる サービス事業所的な確かな情報を伝えられない

## 【拡大版地域連携室交流会】



<目的> これからの With コロナ時代の連携方法や情報共有の仕方を考えて、患者(利用者)さんにとってより良い退院支援につなげる。

<参加者> 61名(第1部:37名、第2部:24名)、

【所属区の内訳】 灘区:25名、東灘区:27名、中央区:9名

【属性】 基幹病院、一般病院、訪問看護ステーション、居宅介護事業所、その他

<内容>

★事前アンケート説明後、グループワークで架空事例検討

★本人と家族の意向(家へ帰りたいという想い、病気や障害に対する受け止め方、等)の捉え方。意向の相違がある時の支援。自己決定を尊重する支援について話し合いました。

○事例1:大腿骨頸部骨折後の患者の退院支援

- ・家族の意向でサービスが決定してしまう傾向が最近多い。MSWは今まで以上に本人の意向をしっかりと聞き取り、ケアマネにバトンタッチをする必要がある。
- ・入院連携シートや看護サマリーが大切で、具体的な記載が必要。
- ・情報共有の工夫として、動画の利用や短時間でのカンファレンスが必要。

○事例2:終末期がん患者が在宅で最期を迎えることを希望しながら病院で亡くなったケース

- ・ケアマネが積極的に動いてくれる(カンファレンスの希望など)と助かる。
- ・家族の不安を明らかにし、在宅でのサービスでどのようにフォローできるかについて具体的に説明をする。
- ・先を見据えた説明を行って具体的なイメージを作る。そのために、ZOOMを活用した会議や動画の活用も有効。

<参加者アンケートから>

・在宅が感じたこととして、病院と家族との意向の橋渡しをする重要な役割が在宅にある。病院側は、病棟看護師から患者の「意向(自分がどうしたいかという考え)」を早期に退院支援部門へ伝え、家族や在宅側に橋渡しをする役割がある。

・病院も在宅も患者・家族の意向をすり合わせるの難しいと感じているので一緒に考える。会えなければ、動画などでの動作確認等工夫をする。

などのご意見を頂戴しました。

また、今後も合同交流会を希望するかの質問に、95%の方が希望すると回答がありました。



### 《編集後記》

昨年計画してきた拡大版地域連携室交流会を開催するか迷いましたが、このような状況下でも病院と在宅の連携は行われており、事前のアンケートからもお互いの状況を知ることが必要だと感じました。コロナの感染予防対策に重点を置き、短時間で2部に分けての開催、マスク・フェイスシールド着用での話し合いとしました。会話しにくい、聞き取りにくい、時間も足りない等のご意見を多くいただき、研修会の開催方法については、試行錯誤している現状です。今回の皆様のご意見を参考に今後の研修会に活かしていきたいと思えます。

また、初めて2区のサポートセンターが共催することで、合同で行う利点があると感じ、次年度以降も合同交流会を継続していきたいと思えます。

今回、病院と在宅がそれぞれの状況を知り、どのように情報を共有する工夫ができるかなどが話し合われ、お互いの立場を知る貴重な機会となりました。ご参加ありがとうございました。

