

令和6年度「入退院支援連携強化研修会（ガイド編）」
グループワークで出た意見まとめ

◆ズシる原因（認識のズシはどこにあるのか？なぜ、ズシるのか？）

<医療>

ズシはどこにあるのか？

（考え、体制など）

- ・環境変わる事で認知低下などおこるかもしれない。できるだけ早く帰りたい！
- ・できるだけ早く自宅へ帰したほうが、回復が早いイメージがある
- ・在宅のイメージがつかない
- ・期限の制約が壁、病院により違うこと理解してほしい
- ・病院だとリスク回避してしまう
- ・退院時の時間がなくてカンファの時間を作れないこともある
- ・退院前カンファに関わる看護師スタッフが患者さんの状態を把握していない
- ・院内での情報共有が課題（日勤と夜勤看護師でもズシ）

（医療の環境）

- ・病院で整った環境（病院スタッフの促しによる姿、見守り当たり前）
- ・回復病棟と包括病棟との違い
- ・リハ室で患者がいる中での姿
 - *リハ室ではできているが病室に戻るとできていない→環境が違うからか？

（職種の視点、認識など）

- ・院内のズシ
 - *各専門職のイメージの差
 - 病院内スタッフ間のズシ（ADL等）
 - リハと病棟の差がある
 - *リハ：頑張る
 - 病棟：疲れ、倒れたりしては困る
 - MSWと病棟看護師のコミュニケーション不足によるズシ
- ・医師、リハビリ評価について、病院で大事なこと自宅で大事なことの違い
 - *病院側は入院した時の状態が基準になるから、「改善した」という判断が「自宅
でできるまでの改善」ではないことも
- ・家族と病院のズシ（入院目的）
 - *家族がきいていないことがある
- ・家族とMSW、看護師の認識のズシ

<介護>

ズレはどこにあるのか？

(考え, 体制など)

- ・「医療」って敷居が高い。病棟に直接はききにくい。
- ・退院カンファレンスなし, 家屋調査はあり ?がいっぱい

なぜ, ズれるのか？

(環境など)

- ・地域のズレ
 - ＊地域資源の差もある
- ・家族が聞いている！C内容が全く伝わってこない
- ・連携に伝えている。病棟まで伝わっている？

<共通>

ズレはどこにあるのか？

(情報伝達時の表現など)

- ・共通言語に見えるがズレがある
 - 「年齢相応」
 - 「全介助, 一部介助, 自立」←在宅と病院: 患者が主体的に動けるか, 医療者が誘導, セッティングしての自立か
- ・主語が足りない事が実際の状態とのズレができる
- ・ムセの表現の違い
- ・一部介助って, どんな感じ? =情報あいまい
- ・食形態がわかっても食べさせ方など伝わっているか
- ・食事: ピューレとペーストのちがい
- ・見守りと自立の境目の表現

(情報伝達方法, タイミングなど)

- ・書面だけのやり取りだと伝わらないこともある
- ・電話ならズレ生じる
- ・情報を相手が必要としているか

(目指すゴールについて)

- ・ゴールがちがうとズレる
- ・到達点にギャップあり

(環境イメージ)

- ・できるADL しているADL (主体的) この違いは, 環境イメージの違い
- ・立場が違う。病院 (悪い状態を見ている) と家。
- ・病院と在宅の自立が違う現実

- ・在宅と病棟との環境の違い
(双方の理解度など)
- ・ズレに気づいていない(修復はできる)
- ・受け取り方のズレ, 理解度のズレ
*なぜそういうことを尋ねるか意図を汲めていない

◆ズレる事で困る事は何か?

- ・結局患者さま困る
- ・状態像の差, 動作の違いで元の生活ができなくなる
- ・移動能力の査定(退院前訪問)の時, 本人張り切る! →実は違う
→退院後, 大きなギャップになる
- ・退院前の薬剤師の介入はむずかしい? 退院後に困った時が多い
- ・退院したらADLおちていた。
- ・病棟としては, できるだけ早く自宅へ帰してあげたほうが回復が早いイメージもある
「家に帰ったら何とかなる」「家に戻ってから考えましょう」
転倒して再入院などが多い
- ・退院先が在宅か施設かでもズレの影響は変わる
- ・医師から家族へ帰れるかどうか? →家族はOK(看護師は大丈夫?) →後々家族困る

◆ズレに対する対応

<医療>

- ・退院前訪問の時に, 在宅スタッフ(CM, 福祉用具, 訪リハ)がいて情報提供できたらいい
- ・家屋調査に訪看, 訪リハもきてほしい(忙しそうで声をかけにくい)
- ・回復期, 地域包括ケア病棟でも, カンファレンスにケアマネさんも来てもらいたい
- ・担当病棟看護師のカンファレンス参加調整
- ・リハビリの様子を見てもらおうとよい

<介護>

- ・撃沈を覚悟で病院看護師にきく!(正しい情報をつかむ)
- ・退院直前ではなく段階的な情報提供で在宅側の覚悟や体制準備できる
- ・ご家族の介護力の評価: 早い段階で情報のすりあわせをする!!
- ・在宅にもどれる条件を具体的に伝える!

<共通>

体制づくり

- ・ 知りたい人が知りたい情報を知っている人に聞ける体制
 - * 相手のおかれている状況を理解しつつ・・・マナーが大事

時期など

- ・ 早い段階で情報のすり合わせ
 - * ケアマネとMSWと自宅での生活、環境について話しておくといい。
入院中にCMから家の様子についての情報があればリハビリにいかせる
- ・ 情報がほしければ、こっちも情報をすばやくしよう
- ・ 退院直前ではなく段階的な情報提供
- ・ 退院調整前に、リハ、支援者との連携、共有必要。
- ・ タイミングを図る

情報共有の工夫

(言葉の使い方)

- ・ わかりやすい言葉を使う
- ・ かみくだいて説明が大切
- ・ 「年齢相応」と言わない！→個人によって異なる（主観）
- ・ 横文字を使用しない！
- ・ できるADL、しているADLの伝え方
- ・ 具体性が必要 各職種の評価の具体性
 - * 「自立」ってどこまでできるの？何をもって自立？自立って何？
〇〇ができたら帰れるなど、伝えていこう
おおむね：実際にどれくらい？→数値化
ADLの変化←数値化でわかりやすく
- ・ サマリーの内容：項目がこまかいとよい。どこまでが一部介助かなど
 - * 文章化したほうがわかりやすい
一部介助について→「手をそえる、おしりあげる」等と表現する
何を、どのように介助するか
誰にでもわかるように書く
- ・ 伝える工夫（なにを目的にするか）
- ・ 情報提供→細かな所まで伝える（家の状態、使っているもの等）
移動・排泄・食事 詳しくしりたい

(視覚的な共有について)

- ・ 画像、動画などを利用したり、YouTube
- ・ 見るのがわかりやすい、介助の方法など見える化
- ・ 目で見える情報の伝達

*聞くだけじゃなくて直接見る、見ないとズレに気づかない

- 動ける状態、家族に見てもらう
- 実際に見て電話だけでなく事前にやりとりをおこなって疑問を明確化

(対面での共有について)

会って話すことも大切

対面カンファの重要性→ズレが少ない。方向性の確認ができる

*家族カンファレンス、退院前カンファレンス

(方向性の共有について)

- 退院先での行動を想定できるか？それをどう伝えるか？
- リハではできても生活でできるのか認識をそろえる
- 情報のすり合わせとタイミング
- 家族視点と介護力を想定しよう！！

*双方の“このくらい”の基準（ムセの概念も各職種によって違う）

ADLの具体性とレベルの質問がポイント

ズレに対する認識について

- 話し合う事が「ズレ」を修正
- そもそもズレていると思って対応する
- ズレて当たり前じゃない！？ズレている前提で話をする
 - *各職種の表現方法もちがう。間にはいつている人の聞き方大事
- ズレをズレと感ずるかどうかが大切。ズレを指摘できる自分か？
ズレたら修復することが大切。修復できる自分か？

◆その他の意見

- 在宅の方→嚥下機能低下している方が多い。
何かないと（ムセなど）嚥下評価（検査）をすることはならない
難しい
- 在宅での食形態問題！！
認知症・夫婦・生活保護・お金問題
義歯が合っていない→見逃されがち、食欲低下でまた合わなくなる
入れ歯がない→食欲低下 訪問歯科で治す
- 入院する都度 ADL 低下が起こる→なぜ？
- 日常生活がリハビリ→どこまで？
- 言語化することの難しさ書面だと難しい
- 口答では伝わらず、サマリーのみ
- サマリー役立っている？→役立っているよ
- リハ添書欲しい（CM）→渡すの迷うのでうれしい（病棟）