

●研修対象者

居宅介護支援事業所職員、居宅サービス事業所、地域密着型サービス事業所、
地域包括支援センター職員、訪問看護ステーション職員、病院職員

●会場からの声

・ジャパンケア山形あかねヶ丘

フロー図の「退院時共同カンファレンス依頼と参加」、「担当者会議開催（引き続き病院で又は後日自宅にて）」の表記について誤解が生じる可能性があるため、退院・退所加算の算定要件に合わせた記載にしてほしい。退院時共同カンファレンスの情報を居宅サービス計画に反映する必要があるため、引き続き居宅サービス計画に基いた担当者会議が開催されることはないと考えられる。誤解のないように加算の算定要件などを詳しく載せてほしい。

パ 初答回答⇒フロー図の要点について説明書きを作成中。いただいた意見について検討する。

・湖山病院訪問看護ステーション山形営業所

病院の連携室を介さないで退院した場合であっても、病院の連携室あてに退院後の様子などをフィードバックしてもいいのか。

パ 初答回答⇒病院によって対応は変わるが、少しずつルール化できるようにしていきたい。フィードバックされた情報を退院に関わった職員に周知することは、退院後にカルテが格納されるなどの理由で難しい場合がある。

・国立病院機構山形病院

フィードバックされた情報を病棟へ伝達するのは難しい。

病棟看護師と連携室が退院後に自宅へ訪問している。訪問看護師とはなかなか日程が合わない。

・済生会訪問看護ステーション

患者・家族が在宅療養、訪問看護のイメージができず、サービス利用につながらないケースがあるため、病院看護師が在宅に訪問するなどすることで在宅療養、訪問看護の理解が深まるため、積極的に行ってほしい。

・みこころの園指定居宅支援事業所（パネリスト）

在宅療養、訪問看護のイメージができなかった患者・家族に対し、病棟の協力があり不安が解消されたケースがある。

・ジャパンケア山形桜田

医療機関と連携する機会が増えてきた。ケアマネジャーが患者・家族の代弁機能を担うこともある。連携先には些細なことでも報告し共有するようにしている。

・たきやま地域包括支援センター（パネリスト）

権利擁護の視点は見過ごされがちだが大事な視点。医療や生活リスクが大きい方が増えているため、ケアマネジャーだけでは対応が難しい場合は包括センターが積極的に協力する。支援する側は医療だけではなく生活も見る必要がある。

・山形市立病院済生館退院支援リンクナース（パネリスト）

高齢者のみ世帯、高齢者の独居が多くなり、家族が遠方などの場合は情報がスムーズに伝わらないことがある。

・至誠堂総合病院（パネリスト）

独居高齢者など社会的ハイリスクの方からは積極的に包括センター、ケアマネジャーに介入してもらい助かっている。特に、家族関係や家族のパワーバランス（誰を窓口にしたらいいか）などの情報は大変助かっている。

・ **居宅介護支援事業所六日町あいあい（パネリスト）**

今回の事例紹介したケースなどを通して、多職種連携することの大切さに気付いた。

・ **山形市立病院済生館医療相談室（パネリスト）**

このたびの研修で事例の振り返りをケアマネジャーとしたことで、病院に足りない事に気づくことができた。

・ **山形県立保健医療大学**

退院支援フローは、緩やかな連携をより強固にするために有効なツール。鶴岡の連携づくりに参加しているが、鶴岡では Net 4U という SNS が運用されているため、山形でも SNS による連携が進むことを期待する。

パネリスト回答⇒ポピーネットやまがたを広めていきたい。

・ **至誠堂総合病院（パネリスト）**

退院支援フローの流れを病院の医師、看護師にこそ知ってほしい。お互いのための退院支援フローにしていく必要があると感じた。