

## 令和元年度 第2回 県立中央病院との意見交換会 開催しました！

今回で3回目となる意見交換会（1回目：平成31年1月、2回目：令和元年7月）は、お互いの立場を理解し、信頼できる関係づくりを目指して、妙高市主任ケアマネと中央病院看護師が意見交換会を行いました。

### 開催概要

- 日 時：令和元年12月6日（金）14時から15時
- 会 場：県立中央病院 講堂
- テーマ：スムーズな入退院時支援を行うために、お互いの立場を理解し、信頼できる関係づくりを目指す。
- 参加者：35名 県立中央病院入退院支援委員看護師、退院支援看護師、病棟師長  
妙高市主任介護支援専門員、在宅医療推進センターコーディネーター  
上越市、妙高市
- 内 容：（1）入退院支援に関する質問の回答 （2）グループワーク・発表



### （1）入退院支援に関する病院からの質問に対し、ケアマネが回答を報告しました



病棟の看護師さんから入退院支援に関する質問を事前にいただき、各事業所の回答をまとめたものを報告させていただきました。

「入院したことが家族からケアマネに伝わっている場合でも、病院から連絡があるまで待っているか」「入院中、病院に様子を見に来る頻度に基準はあるか」など、日々の関わりのなかで感じている具体的な質問に対し、妙高市の事業所の考えをお伝えしました。

報告は、てるてるぼうず  
清水主任介護支援専門員



### （2）グループワーク 急性期病院から在宅につなぐために

4グループに分かれて、日頃の支援を振り返り、それぞれの事情に「なるほど」「そうだねー」とうなずきながら、意見を交わしました。

今回は病棟師長さんも参加してくださり、ケアマネの声を直接聞くことで、連携について病棟内で共有することの大切さをお話しされていました。





病院から在宅へ  
つなぐために

ホンネで  
グループワーク

### 《グループワークの主な意見》

- 方向性を決める際、病棟看護師と本人家族だけでなく、ケアマネも交えて面談する。
- 主治医のICの前に、病院側と方向性の擦り合わせができれば、本人の思いを尊重した「在宅へのイメージ」を共有し、主治医へ発信できる。
- 入院時に主治医の治療方針、本人の意向、家族の受け止め方が、お互いに共有できたら退院に向け必要な支援や役割分担ができるのではないかと。
- 病院もケアマネもお互いが、「退院→自宅」という認識で入退院支援をする。
- 医療処置がなくても、退院直後に訪問看護を有効活用する。
- 病棟は地域連携連絡票を見ながら、その人の暮らしをイメージする。とても助かっている。ケアマネは本人の意向、家族の受け止め方などの記載を行うと、担当が毎日変わる病棟内でも情報共有がしやすい。

### 主任ケアマネの感想

とても前向きな意見が出されていました。病院とケアマネはお互いが大切な存在だと思うので、「うまくやっていこう」という気持ちで協力し合って仕事をしていきたいと感じました。

自宅へ帰りたと思う本人のためにも、医療と介護の専門職が連携して、本人・家族が納得できる方法を一緒に考えていきたいと思っています。そして、本人や家族の思いを、どんどん病院側へ発信していきたいと思っています。

### 在宅医療推進センターの相澤コーディネーターからも感想をいただきました

本会は、3回目の開催になりました。初回から参加させていただき、2つの大きな変化を感じています。

1つ目は、相手を理解しようとする姿勢が発言の中にも感じられること

2つ目は、緊張感がやわらぎ、本音で意見交換が出来てきたこと です。

お互いのことが分かるにつれ、相手の状況を受け入れ歩み寄ることを始めているのだと思います。会が終わってもしばらく席を立たずに話し込んでいる姿は、頼もしさと希望を与えてくれました。

市民の方が住み慣れた地域で暮らし続けるために、  
今後も医療・介護が連携し、チーム意識を持って頑張っていきたいと思っています！

