

		適切な連携のあり方	
問題点		G 1 (同一職種)	G 2 (多職種)
1	<ul style="list-style-type: none"> ・サ高住はADL低下で受入れ困難。同じような施設でも対応力に差がある。 ・在宅施設にもどれなくなった原因。医療と生活のつながり。Bに戻る事が目標。 ・C医院受診後、元気がなくなり食欲も低下がみられたとのことだが、再度C医院の受診はしなかったのか？ ・D病院とC医院との情報のやり取りは？ ・誤嚥性肺炎の原因について、再発の可能性があるので精査すべき（食形態等について） ・誤嚥性肺炎の予防と対応は歯科のかかわり。 ・廃用性症候群の予防は認知症も含めて。 ・病初期に状態が悪化した時の高齢者住宅Bの早期対応ができれば… ・高齢者住宅Bで受入れ困難なのは仕方がないのか？ ・サ高住BのADL低下の基準？ ・E病院とGクリニックとの間での連携（情報提供）の問題（薬の数、休診など） ・E病院入院時にゴール設定をすべき。（サ高住Bでは、どのレベルで戻れるのかを確認すべき） ・E病院⇒D病院へ入院経過を報告すべき。 ・病院を転々としているが、本人や家族の希望や要望に関する情報が不明。 ・在宅施設とは？ ・D病院で処方してくれたのは幸い。 ・E病院への処方の追加依頼をGクリニックへの診療情報提供をしているとの理由で断られたのはなぜか？保険請求上できないのか？ ・診療情報提供と投薬の問題。 ・E病院 退院日とGクリニック受診日から退院処方日数をきちんと考量して処方すべきであった。 ・E病院 退院時に退院前カンファレンスが行われていたのか？ ・なぜE病院で追加処方できなかったのか？（事情の説明…） ・E病院は診療情報をしているとの理由で処方の追加を断っているが拒否できるのか？ ・E病院 退院時のGクリニック通院までの薬の確認不足。 ・E病院 薬が出せない。保険上の問題点。 ・E病院 退院決定時点で緊急時にどこで誰が対応するのか？を決めておくべき（特に緊急入院） ・D病院 MSW介入で何が変わったか？ ・残薬の不足を気付けなかったのか？調剤薬局で訪問対応できるところがあると思うが… ・Gクリニックが対応できない場合のサポート体制の確認が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・E病院での退院時カンファレンスをきちんと行っていれば（E⇒Gへの情報提供） ・Gクリニックへ残薬について、または、受診日を決めておけば、残薬をチェックできたはず。 ・Gクリニックが休診や夜間等で対応できない場合のバックアップする医療機関はどこが対応するのか？ ・サ高住が対応困難とした理由について、対応可否の基準とは？ 	<ul style="list-style-type: none"> ・C⇒Dへの情報提供は無かったのか。 ・在宅系Fで肺炎等が再発した場合、急性期のD病院へ受診すると思われるが、誰が連絡するのか？ ・全体をコーディネートできる人（ケアマネ）が必要では？ ・E⇒Dへ治療経過の報告が必要。再度Dへ受診した際にEでの経過がわかる方が良い。 <p>情報共有シートが必要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・使い方 ・内容 ・カンファレンスの内容の記載 ・ケアマネ情報 ・Aさんの情報 ・相手、各専門性を生かして共有していく

		適切な連携のあり方	
問題点		G 1 (同一職種)	G 2 (多職種)
2	<ul style="list-style-type: none"> ・誤嚥性肺炎になってしまった原因は？ ・誤嚥性肺炎の原因？口腔状態の確認等。 ・退院後の口腔ケア誤嚥性肺炎の既往があるため、歯科医師か衛生士の介入が必要。 ・80歳ということから→総義歯？部分義歯？誤嚥性肺炎？ ・Bサ高住、かかりつけ医がない？ケアマネは？ ・サービス付B、ADLをどこまで対応できるか表示すべき。 ・Bサ高住、入居者の受入れ条件を医療者側に伝えていたか？ ・Cクリニック、かかりつけ医をつくるようにすすめたか？ ・D病院のMSW・連携室 Bサ高住にコンタクト取ったか？ ・D病院よりサ高住Bにどの状況であれば戻れるかの確認がされていない。 ・担当ケアマネからの情報提供がされていない。 ・E病院退院時、カンファレンスはされたのか？ ・E病院入院中、Aさんやご家族の意向の確認はされていたのか？ ・退院時の内服日数の確認はされなかったのか？ ・ENT時情報提供し、次の診療費を確認し投薬調整をする。 ・E病院のMSW・連携室、Bサ高住とコンタクトを取ったか？ ・E病院、F施設、Gクリニックは退院前カンファレンスをしたか？ ・診療情報を出したら、もはやその患者を診る事はできないのか？せめて投薬はできないのか？ ・診療情報提供を出すと…追加はできない？ ・E病院のMSWへF施設の担当者からの相談はなかったのか？ ・Eへ入院時に退院時の方向性の確認を行う。CM⇄病院B リハのゴールを目途に 6/11~8/30 ・Gクリニックの予約日を逆算してEクリニックが投薬すべき。 ・Gクリニックの対応不足。 ・Gクリニックへの次回受診予約はされていない。 ・病態が回復しても受入先がスムーズに決定しない。 ・病院が休診日の対応先がない。 ・本人受診が可能ならどこでもOKなのは。 	<ul style="list-style-type: none"> ・E病院ENT時のカンファレンスがあれば、看護・リハの情報も！！ ・入居施設はどこまで対応ができるのか。 ・サービス調整の主体を決定する。 ・CMの動きが不明だった。 ・口腔内の確認。 	<ul style="list-style-type: none"> ・E病院の相談員と在宅系施設Fとの連携を図る。 ・サ高住の時のケアマネがD病院へ入院時に情報を伝える。今後Aさんがサ高住にもどれるのか？もどれないならどうするか？家族との連携。 ☆どのタイミングで、どこに相談していいのかわかる情報のツールをつくる。 ☆情報共有のための連携の用紙をつくり、活用する。 ☆ケアマネジャーが途切れなく、ついていけるような体制をつくる。

	問題点	適切な連携のあり方	
		G 1 (同一職種)	G 2 (多職種)
5	<ul style="list-style-type: none"> ・ E病院を退院し在宅系施設 Fへ入所。協力病院 Gクリニックへ転院時に内服の残数と受診時の確認ができていなかった。 ・ 9/2~9/4の休診の時の対応はどうするのか。 ・ 退院した E病院の協力が得られていない。 D病院の対応もすぐに得られていない。 ・ E病院でのリハビリは順調に進んだが、サ高住 Bに戻れるレベルを事前に把握したりリハビリのゴール設定はできなかったのか？ (退院準備) ・ E病院の退院処方余裕をもって。 ・ Gクリニックの休診の事前把握すべき。 ・ E病院の対応 (残薬不足) クリニック休診を考慮して必要分の処方をすべきであったか。(Gクリニックの休みの際の対応が事前にされていない。 Fの薬の確認。) ・ Gクリニックが休診であったにもかかわらず、診療情報提供しているので、E病院では薬処方してくれなかった。臨機応変に介入して貰えなかったのかと思います。 ・ E病院へ転院したくらいに、どの程度まで回復すれば元々のサ高住に戻ることができるのか確認しておいた方が良かったと思います。次の施設探しがスムーズに早く対応できたかもしれない。 ・ E病院では薬を出してくれなかった。(情報提供したあと、なぜ出すことができなかったのか?) ・ F施設 持参分の残薬のチェック不足。 Gクリニック情報収集不足。 ・ D病院ではなくて、E病院に受診すれば良かったのでは…。(なぜE病院ではだめだったのか?) ・ A D Lが回復したが、もともといた高齢者住宅 Bに断られた。 ・ 9/5に受診予定なのに残薬が足りるように処方されていない。 ・ 9/2~9/4クリニックが休み→フォローは? ・ もともといた E病院での処方が断られた。 ・ E病院から施設 Fへ転院する時、Gクリニックの受診日が9/5とわかっているのに、それまで間に合うだけの薬を処方しなかった。 ・ 施設 Fで9/5まで薬が間に合わないとわかった時点で、E病院へ追加依頼したが断っている。 ・ E病院でリハビリし肺炎発症前のレベルまで回復したのに、もともと居住していたサービス付き高齢者住宅 Bは入所ができないと断っている。 ・ E病院で退院許可がでた時点で、元々入所していた高齢者住宅 Bにもどれるのかどうかの確認をしているのかは不明。 ・ 家族の介入が全くみえない。 ・ Gクリニックの介入がもっと親切でもよかった。(臨機応変に対応する職員はいなかったか?) ・ どの程度の A D Lかわからない。(Aさん自身の力がみえない) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設 Fの確認不足。 ・ Gクリニックの受診日と残薬の確認。 ・ Gクリニックの受診日を E病院に伝えていたのか。 ・ E病院は在宅系施設 Fに残薬を何日もたせるか確認していない。 ・ E病院の看護師が薬の情報などをソーシャルワーカーや看護要約に記載して、施設との情報共有をしていない。 ・ ソーシャルワーカーがいない病院では、看護師が中心に行うことがある。 ・ E病院の看護師は施設 Fにまかせきりにしていた。 ・ D病院での対応に苦慮した。 ・ 元施設が A D Lに戻ったのにうけいれてない。(ケアマネが D病院へ情報を入れてない) ○施設との情報共有をどうするか。 ・ 退院前カンファレンス (E病院⇄F施設) ・ クリニックは予約がとれないこともあり施設の都合で受診日を決めることもあるので、退院前に受診日を伝える。 ①病院の知りたい情報②施設の知りたい情報③クリニックの知りたい情報⇒共通シート、メールなどのツールがあればよい。 ※ケアマネや家族も理解できる内容だともっとよい。 ・ サ高住のケアマネは受診した病院へ、どこまで回復すれば受け入れられるのか、などの情報を伝える必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 担当ケアマネが中心となって、各機関との連携。 ・ E病院退院前カンファレンス開催。(次回の受診日残薬等もわかったのでは…) ・ 連携できるルール・ツール (共通理解できるシート等) ・ 医療・介護の相互理解も必要。 (例) ・ MSWが入院中どのタイミングで退院調整するのか? ・ 要介護認定申請中の暫定の調整とか。 ・ 退院決定から在宅サービス (ケアプラン) まで CMがどの程度時間がかかるのか?

		適切な連携のあり方	
		G 1 (同一職種)	G 2 (多職種)
6	<p>《ADL》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ D病院からE病院へ移るにあたり、今後の生活を見据えていなかった(住宅Bへ戻れない) ・ ADLは肺炎発症前のレベルまで回復したとの事だったが、以前より低下していた(情報不足) ・ D病院で入院中にADLが著明に低下 <p>《連携》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 施設によって、かかりつけ医があるため、継続して診て貰えない ・ レターがあっても病院名が違っていると診て貰えない ・ E病院は退院時に次回の受診予定日までの薬を持参すべき(連携が不足) ・ 施設Fが受入時の残薬、次回受診日等の確認不十分 ・ E病院とGクリニック間の連携不足 ・ F施設入所後のG休診の時の対応先 ・ 残薬不足時のE病院での対応 ・ BとEの連携(ADLが違うこと) <p>《処方》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ E病院は内服の切れる日数の把握をせず退院させてしまった ・ E病院は内服の切れる日数を把握していないで退院させてしまったので追加の依頼は責任を持つべきであった ・ E病院退院時、継続してクリニック受診日の確認ができていない ・ E病院退院時、退院時処方の日数の確認不足 ・ 残薬不足(Gでの初診が9/5であること) ・ E病院退院時、G病院への受診日が決まっていたのに、少ない日数で処方していた ・ E病院へ処方の依頼を断られる病院の体制 <p>《今後の方向性》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 家族が出てこない。病院への入退院を繰り返すが、自宅退院の方向は？ 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院前カンファレンスが十分でなかった?(ケアマネの対応は?) ・ E病院は残薬確認をしっかりと行えていなかったのではない ・ D病院はサ高住Bに戻れるかも検討すべきであった ・ F施設は残薬確認をちゃんとすべきであった(9/2~4休診のため) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院間の連携を高める ・ 施設側からも連携を求める ・ 用紙の統一。誰が書いたかが分かると良い... ・ 同職種間での連携 ・ 組織の中での理解 ・ 顔の見える関係性

		適切な連携のあり方	
		G 1 (同一職種)	G 2 (多職種)
8	<p>問題点</p> <p>《薬》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ E病院退院時に十分な処方をしていなかった。(次回受診Gクリニックまでの予定が把握できていなかった) ・ 残薬の確認を早くすべきだった。 ・ 残薬が9/2に不足することがわかったようだが、内服薬の管理はどのように誰がなされていたのか？8/30入居時もしくは退院時に残薬を確認しておいたらよかったのでは？ ・ 退院から9/5受診日までの患者フォローが不明瞭。 ・ 在宅施設Fは利用者受入時、E病院との情報共有ができていなかったのではないかと？(受入時すぐ残薬の不足に気づけなかったのはなぜか？) ・ E病院が退院時に次回受診までの薬を準備(用意)する必要があった。 <p>《他》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ B施設とD病院で連絡がとれていない。※入院中の情報を伝えていたか？戻れる条件など ・ 受け入れ施設のやりとりが休み等でスムーズに流れない。 ・ 施設に連絡する時の内容が相手の理解できるように伝わっていない。 ・ E病院退院時にカンファレンスが行われていたか。 ・ 連携の壁？診療情報提供を行ったから内服薬の追加ができない…というのはシステム？そういう制度があるのか不明？ ・ E病院からの連絡をB住宅に連絡ができなかったのか？ ・ E病院とのMSW介入が必要。 ・ D病院でも対応に苦慮したとは、どのような点なのか？MSWがそこでどんな対応をすると受け取ってもらえたのか？(DはOKでGがダメな理由) ・ E病院へ転院した時点での受け入れ先。元々のサ高住Bの情報交換が早くできていれば良かった。(ADL) ・ ケアマネの対応。4月20日～27日の1週間経過観察が長かったと感じる・3～4日くらいで受診。 ・ E病院退院時に情報共有カンファレンス、Gクリニック受診までにフォロー。病院の役割、PTが不利益に 	<ul style="list-style-type: none"> ・ E病院を退院する時に、病院側と施設側、MSWを含め、情報共有・カンファレンスが必要。Gクリニックを受診するまで患者のフォローをどうするのか話し合う。 ・ E病院のMSWとケアマネとの情報共有によって住みなれた住宅に戻れることもある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 柔道整復師を知ってもらう。 ・ かかりつけ薬剤師の活用をしては？ ・ もう少し早くGクリニックと相談できるとよい。 ・ E病院を退院する前にカンファレンスした方がよい。 ・ F入所後の夜間対応(受診)をつめておく。 ・ 今後D⇔Fの調整をコーディネートする必要がある。 ・ CMが各所に情報提供できるとよい。 ・ そもそもBに戻れるかどうかつめていたか。 ・ 全体をコーディネートする人が居るとよい。 ・ 家族の意向を確認できるとよい。C医院の立ち位置？ ・ 娘、CM、HP、施設の役割分担を的確に行う。 ・ 医療・介護連携のためのツール(用紙)があるとよい(期待したい)

		適切な連携のあり方	
問題点		G 1 (同一職種)	G 2 (多職種)
10	<p>4/27発熱と意識レベルの低下がみられるまでの観察や連携の状態が悪いのでは。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・4/20内服開始後のバイタルサイン安定の判断が適切か発熱がないだけの判断？ ・4/20受診から日に日に状態が変わったなら再度受診が必要であったと思う。 ・E病院転院時より、もとのサ高住へ帰れるのか確認しておく必要があった。 ・Fは協力病院の休診日を把握しておくべきではないか？ ・E病院退院時持参薬の数(何日迄)の連絡(残薬の数) ・E病院での退院処方の不備。 ・E病院退院前にGクリニック受診日を予約し、予めの退院処方不足を防ぐ。 ・本人の意向、家族の意向はどこで誰がとらえているのか？ ・退院後、改めて受診という形で、E病院で処方できなかったか。 ・E病院を退院する際に次回Gクリニック受診までの内服を確認するべきであった。 ・E病院退院時点で残薬と受診日の確認不足(8/30の時点で調整すべき) ・Fへ入所した時に残薬確認と次回受診(Gクリニック)までの日数確認を行う。 ・Fへ入所する前に残薬の確認をするべきであったと思う。入所するにあたり、サマリー、情報提供は貰っていないのかな。 ・E病院に入院中、以前の高齢者住宅Bへ帰る為にどこまでADLが回復したらもどれるのか確認していたのだろうか。 ・サ高住入居中だが、食欲がなくなった時点で、受診した方が良かったのではないか。 ・Gクリニックへ診療状況の把握。事前の準備不足。 ・4/20早めの対応。救急搬送を防ぐべき。 ・食欲低下の時点でC医院に相談が必要。 ・退院調整を行う。カンファレンスは？ ・退院時カンファレンスを行っていなかったのか。 ・ADL回復レベルの判断。ズレがあったようだ。(以前のレベルに戻ったとの判断とある) ・E病院は処方の追加の依頼を受けていいのでは？(断った理由？) ・E病院が追加処方を断ったのはいかなものか。処方すべきではないか。 	<pre> graph TD A(4/20前後のころ) --> B(D病院) B --> C(E病院 入院~退院) D(融通がきかない) --> C E(受入前の不安) --> F(F施設) F --> G(入所後) </pre> <ul style="list-style-type: none"> ・誰が体調管理をしている？ ・サ高住とC医院の連携体制。 ・C医院の再診の必要の有無。 ・Nsの介入はあったか？ ・急搬を防ぐための工夫を。 ・本人、家族の意向は?? ・回復の意識の違い。 ・E病院とサ高住の連携。 ・CM, MSWの介入は？ ・情報交換、橋わたし。 ・退院前カンファレンスの開催を。 ・入所時の残薬、Gクリニック受診日の確認。 ・施設CMの介入は？ 	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期から入院になったタイミングで、病院からCMに連絡があったほうがいい。CMから病院に情報を流した方がいい。フェイスシートを送る。CMは重要！ ・カンファレンスが行われるべき顔の見える関係を作る。多職種が参加。D→E E→F Dのカンファレンス(家族、B、居宅CM、Dなど) ・Bで誤嚥性肺炎を防ぐために歯科の介入があったらよい。 ・カンファレンスを開く発信者、必要な時に適切な職種、複数回、だれでも発信できる環境づくりが必要。 ・Eの看護師さんが家族や本人の意向を聞くことが出来たのかも。看護師さんだけでなくリハスタッフや相談員→信頼関係が築きやすい。どの職種というわけではなく、いろんな人たちの間で情報が共有。院内での連携も大切。 ・E→Fの退院時カンファレンスが重要。

		適切な連携のあり方	
		G 1 (同一職種)	G 2 (多職種)
11	<p>問題点</p> <p>《本人の思い》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事例の中から、本人と家族の思い⇒意思決定支援が見えない。 ・問題となっている部分が本人に関わるのではなく、周囲のコーディネートの内容である。 ・ADL介3のままで対応できないB施設の中身がわからない。 <p>《本人のADL》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・DやEでの嚥下評価はあったのか。 ・食欲低下時もう少し早い対応ができなかったのか？ ・救急D病院での廃用性症候群への対応について。 ・誤嚥性肺炎ということで口の中の状態。食べれていたか。口腔ケア。 ・リハビリの期間延長はできなかったのか？サ高住戻れるレベルまで回復出来れば良かったのではないか。 <p>《CMの介入は？》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設とケアマネの連携不足。 ・トータル的に把握できている方がいなかった(実質的) ・D病院入院中にBサ高住へ戻る為の確認をしたのか？(身体状況・医療面) ・E病院を退院し施設Fへ入所となったがGクリニックの受診日はいつ決まったのか？退院の時点で決まっているのであれば、内服残薬の確認は？ <p>《カンファレンス・サービス担当者会議はあったのかな？情報共有！！》MSWの介入は？</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設F受入時の情報提供は話し合ったのか。 ・サ高住Bより施設Fへの情報提供があれば良いと思う。 ・F施設の協力病院(クリニック)の休診等の情報を知っていなかった。 ・E病院にリハビリ目的で入院した時点でサ高住Bとの連携は？元のBに戻れなかった場合を想定していたか？ <p>《薬について》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・F施設入所時、持参薬の確認をしていなかった為、Gクリニック受診まで薬が不足している事に気づけなかった。 ・E病院退院決定時点で、くすりの残りの確認や受診日の予約をとってあればよかったのではないか。 ・退院時に薬の処方をするのくらいしたらよいか確認されていなかったこと。(E病院) ・F施設での服薬管理が十分でなかった。 ・退院時処方時期について☆カンファレンスの開催はあったのか？その中で処方日数の確認。 ・服薬管理ができていないことに8/30時点で把握できていなかった。 ・E病院から施設Fへの入所前にGクリニックへの受診予約をした際、残薬の確認は誰が行う予定だったのか。 <p>《知りたい》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・E病院の診療情報提供に関する対応の悪さ。 ・診療情報提供をしていると処方出来ないのか？(制度上の困難あるのか)事情を説明して処方できなかったのか？ 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院前カンファレンスは行わなかったのか？(不明)残薬やクリニック受診日の確認はどのくらい行ったのか。病院側も施設側もお互いに確認すべきであったのでは？ ・退院後の戻る場所と本人のADLがどの位だと受け入れられるのかの確認などCMの動きがあったら良かったのでは…。 ・トータルでこの人を把握できる存在があれば…。 ・本人の思いが見えていない。 ・施設を移行する際にMSW的存在(窓口)があると良い。(すき間をつくらない連携) ・シームレス化とは、『輪・和』かな？！ 	<p>◎カンファレンスの内容の充実が必要</p> <p>D病院→E病院に転院時</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人、家族の意思の確認(どうありたいかのアウトカムを共有する) ・次の計画により、E病院につなげる(リハビリ) <p>E病院→F施設(居住等)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リハビリ、アセスメントを行う。(E病院、B施設、本人、CM、家族、F施設、リハ担当) ・B施設からF施設に住みかえの決定等。 ・次の計画につなげる(本人にとって何か必要) <p>※全てのカンファレンスにCMの介入が大切</p> <p>MSW⇔CMの情報交換</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病態の変化 ・サービスの調整が必要と思われる場合 <p>※施設内(ヘルパー)等の情報交換</p>

		適切な連携のあり方	
		G 1 (同一職種)	G 2 (多職種)
12	<p>問題点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 4月27日にレベル低下がみられているが、その前に気にならなかったのか(症状) ・ E病院でリハビリの後、退院に向けてのカンファレンスが十分に行われていなかったのでは？ ・ 退院する時のICで施設職員は入っていなかったのか？ ・ 施設でのレベルはどの程度までなら受け入れ可能だったのか？ ・ 内服薬開始後、どのくらいで安定したのか？ ・ 解熱剤は処方されていたのか？(処方内容はどうか？) ・ バイタルだけではなく、咳・呼吸状態はどうか？ ・ 水分摂取量はどのくらいだったのか？ ・ 薬についてENT処方が足りなくなった事は、連携室などで先に情報交換できなかったのだろうか。 ・ G病院は悪くないと思う。 ・ E病院への相談の仕方。 ・ (E病院の対応として)処方依頼の時、E病院の断る理由がおかしいのではないか。(次回Gクリニックのへつなぐために、足りる分を処方していないため) ・ E病院のカンファレンスのあり方が参加メンバーや内容等不十分だったのではないか？ ・ 退院時に処方日数と連携病院の(施設)休診日を把握していなかったのか？⇒受診日まで間に合う日数の処方を依頼しなかったのか？ ・ (E病院として)E病院退院の時、Gクリニックの次回受診9/5と決まっていたのであれば、薬をその分処方しなくてはいけなかった。(F施設)退院時にすぐチェックすると良かったのではないか。 ・ 熱の他に食欲も低下したのに様子をみていたのでしょうか？ ・ 4/20~27食欲低下の時点で再診が必要だったのではないか？ ・ 病院から病院の転院でADLが戻るのが遅れたのではないか。老健とは考えなかったのだろうか。 ・ 内服開始後、バイタル安定というのは熱がなかったという事なのか？誰がそれを判断していたのか？⇒ヘルパー？ケアマネ？サ高住のスタッフ？ ・ 最初に関わっていたケアマネ、家族の動きや話し合い等が行われていなかったのでは？ ・ 20~27日まで一週間も様子見は長過ぎ、3、4日で状態観察しC医院ともしっかりと相談した方が良かったのでは？ 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアマネジャー、ヘルパー、サ高住B、娘さんと情報共有をし、C医院と連携すべきだった。 ・ D病院→E病院への転院時、もっと連携先を広げ、検討すべきだったのでは。 ・ E病院前のカンファレンスの内容と、参加メンバーを拡大し、詳細な情報交換をすべきだった。(今後、依頼するクリニックの受診日と現在の残薬数を把握し、退院後支障がないようにする) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 転院時にカンファレンスを設け、情報共有をする。 ・ 入院時退院時にMSWだけではなく、ケアマネも各事業所や施設との連携を図り調整する。 ・ 病棟のスタッフが退院カンファレンスを必要としたときに行うべき。 ・ 施設に在住しているときに口腔状態、食事の形態等を把握すべき(誤嚥性肺炎予防) ・ 病院のカンファレンスにケアマネも呼んでほしい。

	問題点	適切な連携のあり方	
		G 1 (同一職種)	G 2 (多職種)
13	<ul style="list-style-type: none"> ・ E病院はGクリニックに情報提供書を提示しているが追加処方のみ対応してもよかったのではないか？ ・ E病院の対応について。 ・ E病院E N T時にGクリニック受診日は伝えられていなかったのか？←残薬不足が生じた原因では？ ・ Gクリニック休診日9/2~9/4→施設Fの把握不足。 ・ 姿勢の調整、誤嚥性肺炎予防につながる。 ・ 誤嚥性肺炎 口腔ケア、在宅歯科。 ・ 入院した時点で次の段階が予測できなかったのか(4/27) ・ バイタル安定していたが、呼吸器症状はなかったのか。(4月27日の間) ・ 4/20~4/27までの1週間で食欲低下していた→もっと早くに受診してもよかったのでは？(C医院に行ったとはいえ…) ・ 8/30E N T後、すぐに残薬チェックはしなかったのか？ ・ A D L回復していたようだが、サ高住Bで何故受け入れが困難となったのか？ ・ 施設F職員は入所時に残薬確認できていても良かったか？ ・ 退院時処方をしていれば良かったのと残薬を確認しておけば良かったのでは。 ・ 薬剤師の介入あったのか。 ・ 4/20~4/27この1週間で何かすることはなかったか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ C医院への再受診or違う病院への受診(相談も含め) ・ A D LがUPした状況で、E病院とサ高住Bでもっと話し合う必要。 ・ E病院とGクリニックが連携する上で事前連絡をしなければいけなかったのでは！ ・ 入院した時点で次の段階を把握する。 ・ E病院の柔軟な対応。(E N T前の連絡不足) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ケアマネさんが変わるのであれば情報共有が必要である。 ・ E病院からGクリニックへ行く時カンファレンス必要 (本人、家族、施設Fの相談員・N s・D r・ケアマネ※薬剤師、Gクリニックの相談員・N s・D r・ケアマネ) 緊急時対応の確認(Gクリニック受診まで) 誤嚥性肺炎予防のかかわり(歯科衛生士、栄養士) ・ A D L情報を共有・基準のすりあわせ。 ・ 本人・家族の意向の確認をその都度行うことが必要。 ・ 誰が何を担当するかが連携である。 ・ 情報を発信したり、受けとったりは双方向で行うことが大切。 ・ 病院の相談できる窓口が決まっていること大切。 ・ D病院とケアマネ・サ高住の情報・方向性の確認必要。⇒病院が変わる都度必要。 ・ 入院時点でのカンファレンスも必要。

		適切な連携のあり方	
問題点		G 1 (同一職種)	G 2 (多職種)
14	<ul style="list-style-type: none"> ・ B施設で体調不良になった時、C医院へ再受診できなかった ・ サ高住での経過不十分。もっと前に受診などを検討すべき ・ F施設は退院する時にいつまで薬があれば良いのか確認していたか ・ E病院からF施設へ退院する際の情報共有が不十分だった(退院日程、残薬の確認) ・ E病院退院時受診日と残薬の確認不足 ・ E病院とF施設でのコミュニケーション不足?(処方と受診日を照らし合わせる) ・ E病院から退院する際に残薬の確認や退院時処方の確認は行ったのかどうか ・ E病院からF施設へのENT時にENT処方が不足していることに気がつく ・ E病院で処方を出しているのに不足した場合は追加で処方してもらいたい ・ E病院を退院する時に施設Fは何日か分の処方が出ているか確認しなかったのか ・ E病院退院時に残薬、次回受診日の確認等できなかったのか ・ E病院では、肺炎発症前のADLに戻った。サ高住Bでは以前よりADLが低下している。 ・ 元々ADL低い(要介護3)。受け入れできない目安あるなら教えておくべき ・ 9/1に受診は出来なかったのか ・ D病院に受診するのであれば準備を説明したうえで予約し対応してもらっても良かったのではないか ・ 9/3D病院受診する前にD病院へ相談してから受診するともっとスムーズだったのではないか ・ F施設からE病院へ追加処方を依頼した時E病院で対応できなかった ・ E病院、Gクリニックへ情報提供しても処方出せないのが問題 ・ E病院が断った理由は妥当なのか ・ 入院時の情報共有、ENT時の情報共有 ・ CMとMSWの役割が? ・ ENTカンファレンスやったのか? ・ AさんがそもそもBサ高住に会っていたのか? ・ 共有意識、連携をみんなでしょう(ツール) ・ Aにとっての主治医って? ・ Bは本当に受け入れ×? ・ かかりつけ医の位置づけ? ・ マルメゆえの・・・ ・ サ高住のそれぞれの問題 ・ 肺炎に関して歯科の介入は? 	<p style="text-align: center;">担当窓口をはっきり</p> <p style="text-align: center;"> <ul style="list-style-type: none"> ・ お互いに情報共有をしっかりとる ・ 「わかっているだろう」をなくす ・ Gクリニックへの情報提供の仕方・方法をはっきり ・ 退院カンファレンスで情報共有する </p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 共通意識ありきの情報ツールで多職種が顔の見える連携を築く

	問題点	適切な連携のあり方	
		G 1 (同一職種)	G 2 (多職種)
15	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬を2日位あげてもいいのではという余裕のなさ ・施設BからD病院, E病院, F施設まで, トータルしてマネジメントする人の不在 ・9/3D病院へ受診する際の事前連絡がない ・F施設とGクリニックの調整不足 ・F施設がGクリニックの受診調整が不十分 ・在宅系施設Fの残薬の管理, 次回受診の予約の確認 ・サ高住Bでの受入要件の確認 ・入院前情報の不足・確認 ・D病院, E病院共に, どのような状態でBへ戻れるのか, 本人や家族が戻りたいと思っているのか等確認されていない ・E病院が十分な処方をしていなかった。また, 次の病院受診日の確認をしていない ・E病院とGクリニックの連携不足 ・E病院からB施設に戻れない。評価の違い ・Bは入院した時点で病院や本人・家族へ入居継続が難しいことを伝えていない? ・E病院が考える, もともののADLとBの考えるADL像がズレている。 ・在宅系施設がE病院に受診をしていない。 ・サ高住BからD病院へ入院した際のサ高住Bとの連携(戻れる条件, 戻れない条件) ・B施設で病気の対応ができないこと ・サ高住に戻る際, サービスの調整でどうにかして戻れなかったのか ・D・E病院における退院前カンファレンスがない ・協力病院Gの休診のお知らせ ・E病院からF施設へ退院する際の必要処方量の確認不足 ・処方が少ない理由でE病院に再度依頼した時のE病院の対応。MSWが介入してもE病院から処方をうけることはできなかったのか? ・E病院退院時に次のフォロー先の受診日と残薬の確認がされていない(MSW, Ns, CM<施設の方など誰も) ・E病院より退院する際, 処方日数を確認できなかったのか?病院に問題あり? ・残薬確認不足 ・E病院が処方薬の日数について計算ミス ・D病院からE病院へ転院する際の連携 ・D病院とB施設との協議が行われているのか? 	<ul style="list-style-type: none"> ・E病院退院前にカンファレンスを行っておいた方が良い ・施設に帰れるかもカンファレンスで理解できるのでは? ・D病院と高齢者住宅Bとの意見交換ができていたのか? ・DとEとBを含めて情報共有ができれば ・薬の件だけではE病院が薬をさせればいいのか? ・MSW, Ns。施設相談員等がいたにも関わらず薬を確認しないのは専門職が気付いてよ ・BかDとEに情報をできると良い ・EとDはBに情報を ・FとGの連携 ・C医院が治療をかかりつけ医院があれば良い ・かかりつけ医院, かかりつけ薬局があると良い 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーと情報があれば良い ⇒サ高住からADL低下があるなら家族も含め話し合い戻れたのではないか ・E病院でも診療情報提供書を出したらいいのではないか ・誤嚥性肺炎の時, D病院でリハビリができ防げなかったのか ・E病院の時, 薬剤師が関わっていればいいのか ・E病院の受入れは ・E病院が薬をなぜ出さないのか確認不足 ・Gクリニックのかかわりの役割は誰なのか?!カンファレンスが必要 ・D病院に行く前に連絡した方が良かったのでは ・BからE病院が断られたADLの基準はどうなっているか ・薬局でもかかりつけであれば気づいた ・残薬不足も退院カンファレンスで確認できたのでは ・入院から退院までのケアマネジャーのかかわりが無いのでは ・Gクリニックで処方して貰えば良かったのではないか ・C医院がもっと関わっていれば状態が悪化しなかったのではないか。1週間で状態が悪化した ・E病院が対応するべきだ ・退院時の確認。退院時カンファレンスは必要だが全員は無理

	問題点	適切な連携のあり方	
		G 1 (同一職種)	G 2 (多職種)
16	<ul style="list-style-type: none"> ・ E病院の退院時処方が足りなかったのに、追加処方の依頼を断った。 ・ 処方が足りない場合、直近までみていた病院が対応する必要性がある。D病院はリハビリ期間患者をみていないため。 ・ D病院からE病院へ転院する際、施設Bではどれくらいのレベルまでリハビリし回復すれば対応可能か確認した上で、転院調整していた方がスムーズに退院調整できたと思う。 ・ E病院とサービス付き高齢者住宅BでのAさんのADLに対する評価が異なっている。 ・ E病院はなぜ処方できなかったのか？ ・ なぜサービス付住宅Bは受入れないの？（元マネジャー、D病院との話はどうだったのか？） ・ E病院退院後のAさんのフォロー先であるGクリニックとの情報連絡不足。 ・ E病院退院時の残薬・退院時処方の確認不足。 ・ Gクリニックは在宅系施設Fへ休診日を事前に知らせていなかった。 ・ 在宅系F施設でGクリニック受診日までの日数をE病院退院までに調整する必要があった。 ・ 在宅施設Fは入所時に残薬を確認しなかった。 ・ E病院を退院する時のカンファレンスはあったのか。 ・ D病院から転院する時点でB施設への戻りの条件等の把握が必要だったのではないか。 ・ 6/10退院許可→8/30退院までの時間がかかりすぎている。 ・ 9/3D病院受診前にMSWへ相談した方が良かったのでは？ ・ 予約なしでD病院を受診。（Gクリニック宛の診療情報提供持参） ・ E病院退院時にGクリニックの初回の診察日を確認しておく必要がある。診察日にあわせた退院時処方。 ・ E病院はGクリニックの受診予定を確認せずに退院時処方を出した。 ・ E病院を退院前に在宅系施設Fの協力病院Gクリニックの次回受診日確認しておき薬の不足がないよう調整しておくべきであった。 ・ 8/30E病院→F施設への入所調整段階での退院時処方について話がされていなかった。 ・ 9/5の受診予定で9/2までしか薬がない。（ミス？確認不足？） ・ E病院退院時にE病院でGクリニック受診までの調整（受診日の調整or薬の処方日数など）が必要だった。 ・ E病院の相談員が介入していれば、薬処方できていたのでは…？ ・ ADL共有ツールの活用。 ・ もう少し早くリハビリ開始する前にサ高住に入る前に確認しておけばよいのではなかったか。 ・ 元々のサ高住の条件的なもの。 ・ ケアマネさんの動き、働きがみえない。不十分。→かわりがうすかった。連携の動きがわからない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院前にE病院とF施設とで次回受診日までの日数の確認が必要だった。 ・ D病院がB施設に戻れる条件を確認し、E病院に引き継ぐ必要があった。 ・ E病院でリハビリ中にB施設やケアマネと連携が必要だった（情報の共有） ・ E病院入院中にE病院、F施設でカンファレンスをした方が良かった。 ・ ADLの評価を統一することが大切。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院前の状態や意向を各機関と共有（コンタクトを密にする） ・ 各機関が情報の発信をするべき。 ・ 入院中、退院時のカンファレンス。 ・ 情報共有ツール等の活用。

	問題点	適切な連携のあり方	
		G 1 (同一職種)	G 2 (多職種)
17	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護3でサ高住の選択 ・自宅へ帰る事は不可能である ・サ高住入居にあたり、ケアマネがどのレベルまで生活が可能かどうか確認すること ・サ高住⇒D病院への情報提供 ・D病院へ入院した際、情報提供を行ったか（ケアマネが） ・退院の時点で残薬不足に気づくことができなかった ・E病院退院時にGクリニックの予約が決まっていたのに、受診までの残薬確認不足。関係者との連携不足 ・C医院受診後、救急搬送までの間に再受診の検討 ・入院までの経過に1週間、バイタルは安定との事であったが、元気がなくなり食欲も低下とのこと。この間に、もう一度受診という経緯に至らなかったのか？ ・前日から微熱があり、病院受診したがバイタルが安定しただけで日常生活の中で普段と違う所はなかったのか？ ・4/20～27で経過観察とあるが、もう少し早めの対応はとれなかったか ・サ高住Bが夜間帯の受入れが困難である ・リハビリでADLは回復しているはず… ・サービス付き高齢者住宅Bの受入れ困難（夜間帯の対応とは？どうにか検討することはできなかったのか？） ・転院後、本人のゴール、今後の生活がサ高住で可能かどうか、本人・家族・関係者 ・転院後の本人のゴール：今後の生活がサ高住で可能かどうか本人・家族・関係者を含めたカンファレンスが必要 ・E病院へ転院した際、次の方向性が話し合っているか ・Gクリニック受診が9/5なのに9/2の時点で残薬不足である ・最終病院のE病院はGクリニックに診療情報を提供していると言って断った ・入所時、次の受診時までの内服の確認をしなかったのか？ ・施設F：退院時に処方薬数を確認しなかった ・E病院：退院時の説明と確認に不足がある。処方薬日数の確認 ・家族やケアマネが分かるような、必要な情報が何なのかわかるツールがあったら良かったのでは？ ・残薬の確認不足 ・退院前カンファレンスの必要性 ・Drとサ高住のレベルの違いあり。入所時にどのレベル ・Gクリニックのサポートはどうか ・薬の不足となる部分の確認 ・E病院が出せないのはなぜ 	<ul style="list-style-type: none"> ・サ高住入居にあたり、ケアマネがどのレベルまで生活支援が可能か確認する。 ・4/20～27でケアマネとサ高住が情報共有できていれば、状態悪化及び入院を防げている。 ・ケアマネがD病院へ情報提供 ・D⇒E病院転院後、カンファレンス等開催し、今後の方向性を共有する。サ高住がそのレベルだと受入できるのかなど確認。 ・退院前カンファレンスの開催 ・退院前に残薬の確認（E病院、F施設、Gクリニック、ケアマネと連携）（入院～退院、ずっと同じケアマネだった？） 	<ul style="list-style-type: none"> ・E病院の退院前カンファレンスを行うべきだった。 ・それぞれの職種が必要な情報がわかるツールが必要 ・情報が一方通行 ・ADLの評価を統一する書式、ツールが必要

		適切な連携のあり方	
問題点		G 1 (同一職種)	G 2 (多職種)
19	<ul style="list-style-type: none"> ・4/20に診断して判断違いが生じていた。 ・元気がなく食欲がなくなっていた時点での受診が必要だった。 ・退院カンファレンスを行ったのか？ ・薬の管理はだれがやっていたのか。 ・E病院ではリハビリは順調に進んだが、住宅Bでは以前よりADLが低下していると言っており、リハビリのレベルの違い。 ・ADL低下後、肺炎発症前のADLレベルに戻ったのに受入が困難とは？ ・E病院へリハビリ目的で入院したのにも関わらずADLが回復しないのはなぜか？ ・E病院⇒F施設 Gクリニック⇒休診日の確認。9/5の予定が、なぜ9/2で無くなったか？ ・Bに戻る為の評価はしなかった？ ・8/30E病院退院後、F入所時に残薬不足に至ることが分からなかったのか？ ・E病院退院時に残薬の確認をしなかった。 ・E病院転院後、ADLも発症前まで戻ったが…なぜサ高住は受入しなかったのか？ ・退院前に退院時処方の確認をE病院のMSWとできなかった？ ・病院内での連携が上手くいっていない。 ・退院時カンファレンスの時に残薬の確認はしていなかったのか。 ・退院時に(8/30)Gクリニックへ受診できなかった？ 	<ul style="list-style-type: none"> ・4/20ヘルパー、CM、施設スタッフがC医院に適切な病状を伝えていれば良かった。⇒病状重篤化防止。 ・CMがD病院入院時に適切な情報を提供すれば良かった。 ↓ ・E病院転院時にCM⇒D病院に提供した情報がE病院に伝わってれば良かった。 ・E病院入院中にB施設への(外泊・家屋調査)を行えば良かった。(スタッフ間のADL認識共有) ・CMもE病院に行けば良かった。 ・E病院退院時カンファレンスを行っていたか(残薬の確認、役割分担) ・Gクリニック予約時に病院スタッフが退院時処方の日数を確認できれば良かった。 ・E病院に入院した時点で、B施設、リハスタッフ(E病院)にてゴールの設定をすべきだった。 	<ul style="list-style-type: none"> ★入院時カンファレンス★ ・本人の思いはどこにあったのか。 ・E病院からサ高住Bに戻るためのカンファレンス、カンファレンスの時期。 ・各病院とCMや多職種等との顔合わせ。 ・各施設、病院でのADLに対する考え、とらえ方の違い。 情報共有、目標設定、D病院⇒E病院へ性格な情報提供。 ・病院内での連携、病院からCMへアプローチ。 ・サ高住Bからどれほどの情報をもらえるか⇒次の病院にも引きついでいく。 ・F施設に入居⇒Gクリニックに受診するまでの間に急変した時の対応…。カンファレンスの必要性。

		適切な連携のあり方	
問題点		G 1 (同一職種)	G 2 (多職種)
20	<ul style="list-style-type: none"> ・ Gクリニックの受診予約を入れる時点で残薬を確認すべき⇒誰が？ ・ E病院退院時の残薬の確認が不十分。Gクリニック受診予定日を知らなかった？ ・ 内服できない患者（利用者）のリスクが優先されていない。 ・ 娘のクレームにもつながりかねない。 ・ E病院で肺炎発症前のレベルにまで回復したにもかかわらず、高齢者住宅Bに戻れなかった。 ・ E病院のリハビリ回復の目標をサ高住Bと共有しておくべき。 ・ E病院E N Tの際、次回受診（Gクリニック）までの処方調整が必要であった。 ・ E病院退院時に残薬数を確認できなかったのか。 ・ E病院退院時に残薬確認がされていない。（9/5にGクリニック受診予定になっている）在宅系施設Fも受けとり時に確認していない。 ・ 残薬の確認を誰がどの時点で行うべきだったか。 ・ 8/30退院時点で（もしくはその前に）残薬の確認をしていない。 ・ E病院退院前に関係者間でカンファレンスするべきだったのでは。 ・ E病院へ転院後、早い段階でE N T計画を作成し、B住宅に戻る為の目安（境界）を把握する必要があった。 ・ カンファレンス等で動きの具体化や顔の見える関係作りが行われていたか？ ・ E病院⇒Gクリニックに診療情報提供されている。医療機関同士の連携。医療⇄介護の連携図れていなかった。 ・ 施設Fで入所受入時にE病院との情報交換が不足していた。 ・ 職種間での調整方法はどのように行ったか。 ・ D病院からE病院へ転院する時にどこまでを回復目的とするか確認すべき。 ・ CMと加療経過を共有していたらB住宅へ戻る選択肢が減り、対応がスムーズに行えたのでは？ ・ 事前の調整なしでのD病院の受診。 ・ E病院に追加処方を依頼する際のルート選定。 ・ それぞれの局面で関わった職種が不明。 ・ C医院受診後の身体低下状況を誰が把握？⇒再受診につながらなかった？ 	<ul style="list-style-type: none"> ・ Aさんの情報を共有するシートがあると良い。 ・ Aさんを支援する鍵となる専門職がいると良い。 ・ Aさんに関するカンファレンスを適時行えると良い。 ・ Aさんの支援をつなげていく体制づくり。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ E病院から退院時カンファレンスが必要。 時期・B施設断られた時 ・ F施設入所が決まった時 参加者 本人、家族、担当CM（F施設）、病院スタッフ、Gクリニック（リハスタッフ、Ns、医師、MSW） ⇒B施設職員も参加したらベスト！ ☆職種間それぞれの役割を知っておくことが大切 内容 病状、リハビリ経過、ADLの状態、本人と家族の意向（B施設に戻りたい？戻るにはどうするか？）、薬の処方について ・ D病院⇒E病院転院時にカンファレンスが必要。（B施設も参加して） ☆本人、家族の意向を確認することが最重要！⇒方法としてカンファレンスがある。（早い時期に行う方が良い）リハビリの目標が明確になる。（職種で共有できる） ・ D病院入院中に担当がB施設に情報提供していければB施設戻る方法があったかもしれない。

	問題点	適切な連携のあり方	
		G 1 (同一職種)	G 2 (多職種)
21	<ul style="list-style-type: none"> ・以前からADLの低下があったなら、入院した時にサ高住にもどれないことを伝えていれば良かった。 ・サービス付高齢者住宅Bは、なぜADLが回復したのに受入れ困難？ ・サ高住Bの対応は問題ないのか。⇒ADLはリハで回復したはず。 ・元々サ高住で良かったのか。⇒退院後受入れない理由？ ・F施設入所前に残薬を確認出来なかったのか？ ・残薬不足はどうか？受診予約は誰が。 ・退院時、残薬の確認ができていれば良かった。 ・G病院受診日調整と残薬確認⇒合わなかった。 ・F施設は8/30の時点で残薬を確認しなかったか。そうしていれば9/1に間にあっている。 ・入院⇒退院。包括的な支援、継続的な支援ができていなかった。(その都度の対応になってしまったので) ・E病院でなんとか薬を処方できなかったのか？MSWいない？ ・E病院で退院後の受診日の確認と残薬の確認。 ・診療情報提供をしたからとの理由で、最後に入院していたE病院から処方しなかったこと。 ・残薬不足あるが、E病院処方しなかった。 ・9/3予約なしでD病院を受診。⇒先にMSWに相談した方が良かったのではないか。 ・担当CM、娘のかかわりが分からない。 ・救急搬送までに時間がかかっている。(7日間) ・Bサ高住で誤嚥性の気づき1週間の間の対応。施設がDrへ症状の伝え方。 	<ul style="list-style-type: none"> ・サ高住BのCMとD病院との連携不足⇒転院時にカンファレンスとかあれば良かった。 ・CMとD病院相談員との連携不足⇒連携があれば良かった。 ・病院同士の連携が必要。⇒DとE、EとG病院の連携。C病院へは。 ・本人と家族の意向の確認不足⇒CM、E病院が確認する。 ・B病院とC病院。 	<ul style="list-style-type: none"> ・情報共有するための共通ツール(紙とコンピューター) ・本人が持つ自身の医療・介護・福祉の情報。 ・各専門職の役割理解

		適切な連携のあり方	
		G 1 (同一職種)	G 2 (多職種)
24	<p>問題点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ D病院からE病院へ転院の際、サ高住Bの介護体制を把握する動きがあれば、そこに向けたリハビリの実施ができる。または早い段階で他の方向性を検討できる。 ・ ケアマネの動き。 ・ N sとの連携。 ・ 薬の管理。 ・ 病院の対応。 ・ サ高住に戻れるか否かをE病院は早い時点で確認しておく必要があった。 ・ 4/20C医院を受診後から、4/27の救急搬送まで1週間あり、バイタルが安定していたものの、状態低下が徐々にみられていたので早めに受診すべきであったのでは。 ・ 8/30退院時前より、F施設に入所する為の面談が行われていたと思うので、その時点で残薬の確認を行えば良かったのでは。 ・ 在宅系施設Fに入所するタイミング。 ・ Aさん支援のキーパーソンは誰なのかみえない。 ・ F施設入所の検討が十分になされなかったのではないか。 ・ 本人、娘さんに十分説明したか。 ・ サ高住BはE病院、F施設にきちんと情報提供したか。 ・ 9/2以前に残薬の確認。 ・ ケアマネとの連携。 ・ 病院断られる？何らかの指示は？ ・ Gクリニックが休診。 ・ Gクリニックへの情報提供がどう行われたのか（不十分） ・ F施設入所前の準備もれ。 	<ul style="list-style-type: none"> ①情報共有（カンファレンス）！！！！ ②タイミング（見極め） ③他機関の役割 ④明確化（対応範囲） ⑤薬の管理 	<ul style="list-style-type: none"> ・ コーディネータの存在が必要。 ・ 家族と密な相談・ケアマネとの連携。 ・ D・E病院においてゴール設定を早期に見出し対策を図る。 ・ どの地点でもケアマネとの情報共有が必要。 ・ 共通の言葉・ツール・カンファレンスの必要性。 ・ 各職種間の情報交換。 ・ 病院においてはA氏の情報を一番つかんでいるのは看護師。情報発信を積極的。

		適切な連携のあり方	
問題点		G 1 (同一職種)	G 2 (多職種)
25	<ul style="list-style-type: none"> 在宅系施設 F 9月2日で残薬が不足することを8月30日に入所となった時点で確認の方が良かったと思う 高齢者住宅 B かぜぐすり処方後 1週間も日に日に元気がなくなるも再受診しないのか？ E 病院が断ることが、そもそもの問題 E 病院→不足分を処方せず⇒G 病院へ情報提供しているから D 病院→最終的に処方した(制度上、処方できない訳でなければ G 病院が処方すべき) E 病院が回復期だったのなら、D 病院が処方？ E 病院との連携をもっと密に行えなかった？病院と施設との連携不足 E 病院 G クリニックへの診療情報提供後だが、一度だけでも処方できないものなのか？ C 病院の診断は正しかったのか？ A さん家族がどう考えているか。退院の際 E 病院とサ高住 B との情報共有不足。前もって E 病院がどの状態から戻れるか確認すること サ高住 B の受入れ基準を E 病院が早い段階で把握していなかった⇒結果として、2ヶ月半の間退院が延びた E 病院の退院時 在宅施設 F 入所時の残薬確認(管理)不足だったのではないのか 残薬不足が発覚したのであれば、その時に対応できなかったか E 病院退院時の残薬確認不足(退院時処方)尚のこと次回受診予定が分かっていたのか？ E 病院退院時に何日分処方になっているのかを把握しておくべきだった E 病院退院時に何日分処方になっているのかを把握しておくべきだった E 病院から F 施設への退院前に残薬の確認をしていないこと F 施設が E 病院に対して何日分退院処方が出るか確認しておくこと。それによって G クリニックの受診予定を早めたりできる 在宅系施設 F 8/30入所時に残薬確認の方が良いのではないのか？ 在宅系施設 F は協力病院の休診日を知っておくべきだった 病院・ケアマネ・施設の連携が見えない D 病院は何で A D L 低下を防ぐことしなかった 予約なしで D 病院を受診しているが、受診前に D 病院に連絡をとり事情を説明し対応してもらえるかの確認が必要と考える サ高住 B での受診までの判断は？ A D L は戻っているのに B 施設受け入れない？ 何の連絡もせずに D 病院を受診するのは。 	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャーの介入不足(病院と施設との間に入りコーディネートする) 施設 F の残薬確認 A さんの A D L 確認 家族の意向 本人の意向 受け入れ(医療)態勢の確認 食事形態(誤嚥性肺炎) E 病院が G クリニックへの情報提供連携があると良い C 医院へ付添いヘルパーと B サ高住との情報の共有 B・D・E の連携 サ高住 B から家族への相談 	<ul style="list-style-type: none"> 本人の意向、キーパーソンの考えは？確認したのか？ E 病院退院時カンファレンス必要。できなければ書面カンファレンスでも OK ではないか(病院⇄受け入れ側) 各職種の連携をとるタイミング カンファレンス開催の時期(本人の状態、次回受診日、クリニック休診時、緊急時の対応の確認)⇒F の相談員？ケアマネジャー？窓口は誰？F：ケアマネジャー、G：N s or 事務員、D・E：MSW、B：ケアマネジャー D 病院入院中にサ高住 B へ戻れないと分かった時点で、まずはカンファレンス開催

問題点		適切な連携のあり方	
		G 1 (同一職種)	G 2 (多職種)
26	<ul style="list-style-type: none"> ・ E病院で処方追加を断る (相談機関はなかったのか) ・ E病院の対応として、退院して間もないこともある為、処方の協力をしてほしい ・ F施設入所時の医療連携 (E病院などの受診方法) ・ E病院診療情報の提供後のフォローは? ・ 8/30 E病院が断る理由。Gクリニックへ診療情報提供をしたからという理由でなぜ断るのか ・ Gクリニックへ予約なし。MSWへの事前の相談 ・ E病院退院時カンファレンス等 (在宅への) ・ 在宅系施設F入所の際、残薬の確認 (E病院退院してからGクリニック受診までの) ・ E病院の退院時処方の数量の確認 ・ E病院とGクリニックの連携 (残薬について) ・ 担当ケアマネの医療連携不足 ・ ADL低下が著明であったことから、サ高住へ戻って生活が可能であったか、早いうちに予測できたのではないか。リハビリ後の動きも早くより準備できたのかな ・ 在宅系施設Fへ入所の際、E病院からの退院時処方を事前に確認できれば良かった ・ 9/2の時点で残薬不足なのに受診日9/5はなぜ?もう少し早く気づけないか ・ Fに入所時、残薬の確認をしていない ・ 残薬の事前確認不足 ・ E病院を退院する際、Gクリニックの受診日まで内服薬の確認していなかった ・ 残薬不足 ・ Gクリニックへの診療情報提供をしているとの事で断られる ・ Gクリニックへの受診日の調整 ・ E病院では、6/10 ADLのレベルが戻った。しかし、サ高住では以前より下がっていた。不一致している ・ 緊急時に受診できる医療機関を決めていない ・ 4/20日に日に元気がなくなり食欲低下。なぜ?原因は? 	<ul style="list-style-type: none"> ・ E病院と施設Fの事前情報確認 ・ E病院退院時、残薬の確認 ・ 転院時、施設入所時、担当CMを交えた情報共有の場の設定 ・ 病院受診 (D病院) 時、事前連絡・相談 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅系施設Fの協力病院がもう1つあっても良かったのでは ・ 本人の意思確認をし、方向性を決めるべきだったのでは ・ E病院が早い段階で次の方向性を考えるべきではなかったか ・ DからEへ転院の時、Bがゴールであることをきちんと伝えるべきでは ・ 誤嚥性肺炎があったことから、訪問歯科との連携を考えてみては? ・ お互いのきちんとした情報提供

		適切な連携のあり方	
		G 1 (同一職種)	G 2 (多職種)
27	<p>問題点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬が生命にかかわるようなものなのか？ ・残薬管理は本人が行う？病院・施設？ ・残薬の管理（本人or施設） ・薬剤の管理について、E病院退院時に残薬数が把握できていれば防げた事例。 ・在宅系施設Fへ入所後に判明した残薬不足は、もっと早く知る事はできなかったのか。 ・E病院から退院する時、次の受診日設定をきちんとしているべきだった。 ・E病院からF施設に入所となる際に薬の確認はないのか？ ・9月2日残薬不足が判明とあるが、もっと早く薬の残量を把握する事はできないのか。 ・D病院受診まで様子見過ぎ。 ・残薬不足時の投薬依頼（連携）Gクリニック、E病院、D病院 ・ケアマネはそのような対応をしたのか。（入院→転院→施設） ・ケアマネの動きが見えない。 ・Aさんの気持ちは？（どこで生活したい？） ・転院が多数行われ、本人・家族にとって負担に感じたのではないか。 ・施設Fの予約なしで（事前TELもなし？）受診したこと。 ・Gクリニックへの診療情報を持ってD病院へ行っているが事前にMSWへ相談をしていた方が良かった？ ・肺炎前のADLに回復したのに、どうしてサ高住に戻れなかったのか？ ・Gクリニックの休診時に連絡を取る術はなかったのか（あると便利だと思います） ・薬局に提案、市内で1カ所。 ・まるめだったのか？ ・それぞれの相談員の連携。 ・予約なし→とり決め。 ・早めの対応は？ ・予約なしでのD病院の受診。Gクリニック宛の診療情報提供書の持参。 ・カンファにおいてリハ目標あればよかった。 ・高齢者住宅Bを退院して在宅系施設Fが普通はすぐみつかるのか。 ・退院時ADL評価。E病院、サ高住B。 ・E病院退院の時点で残薬の確認。（E病院がGクリニック受診までの） ・E病院の対応 ・退院したばかりのE病院で本当に薬を出してもらえなかったのか？ ・他院へ診療情報の提供をした場合でも患者の求めに応じて望まれる対応ができないものか。 ・誤嚥性肺炎再発のおそれが高い。予防の計画がみえない。 ・平日よりADL低下。予防のためのリハビリを行っていた方がよかった。甲状腺機能低下もある為。 ・廃用に対して柔整・鍼灸かかわれないか？ ・MSWとは？ ・サ高住と在宅系施設のちがいがわからない。 ・在宅系施設とは？ 	<p>○薬の管理について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・E病院からGクリニックへの連携がきちんに行う。 ・残薬の確認をE病院Nsが適切に行う。 ・E病院と在宅施設Fとの連携を適切に行う。 <p>○なぜB施設での受け入れがダメだったのか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーがもっと連携をスムーズに行う。 ・ケアマネジャーや病院により患者情報の流し方がちがう。統一すべき。 ・退院、転院時のケアマネの関わり方を統一。 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院…入院時、介護サービス利用の有無を確認。 ・居宅…入院した事を知りたい。 ・医療と福祉で共通の言語、連携ツールを使用する。（函館市が作っている） ・カンファレンス…入院時、退院時（ケアマネジャー同席）他職種連携 ・診療情報提供書、看護添書で情報共有する。

問題点

G 1 (同一職種)

G 2 (多職種)

不明

《①ADL能力の誤差》

- ・E病院肺炎前に回復。サ高住BのADL低下
- ・判断材料は何だったのか？機能面、生活面の双方の理解がどれだけあったのか？
- ・ADLは元の状態に戻ったのに夜間の対応とは？
- ・E病院での退院時に評価されたADLとサ高住Bでの受け取り方が異なっていること
- ・施設BとE病院との連携不足⇒施設に戻れるレベルを事前に共有すべきだった
- ・E病院とサ高住B、ケアマネの連携の問題
- ・E病院でリハビリが順調に進みADLも元に戻ったと認識。しかし、サ高住Bでは以前よりADLが低下している⇒退院が決まる前にどれくらいの情報共有ができていたか？共有認識になっていたのか？
- ・E病院でADLは向上したのにサ高住Bでは受け入れられなかった

①E病院で入院前のADLが把握できていなかったのか？

②サ高住Bで退院時のADLを的確に把握していたのか？

《②病院間の連携・病院の機転》

- ・退院時の残薬は継続されていたか？⇒されていればGクリニックの受診日も早まったかも
- ・E病院とGクリニックとの情報連携が不十分（次回受診日の確認）
- ・E病院と在宅施設Fの連携の問題（退院時のカンファ等）
- ・E病院を退院する時に次の受診日を確認して、薬の量を調整できなかったか？
- ・E病院はGクリニックにいつ受診するかを把握していたか？
- ・退院時処方箋は受診日を把握して決めれば良かったのではないか
- ・Gクリニックの受診日（9/5）はどうしてその日になったのか？

②-1

- ・Gクリニックの休診日の対応。⇒電話対応できるシステム。⇒医療・介護連携支援センター
- ・GクリニックはF病院の協力病院。G病院が休診の時に対応する機関の指示などは？

②-2

- ・E病院退院時数日分しか薬がでないのはなぜ？
- ・E病院からの処方が足りていたか？
- ・E病院はもっと柔軟に薬の処方ではできなかったのか？制度上の問題なのか冷たいのか？

②-3

- ・F施設の入所の際に薬や受診日の確認などあるのか？
- ・施設F側で薬の残りを把握していたか？

《③》

- ・退院に向けたE病院MSW、サービス調整CMが残薬と受診日を把握していない
- ・市内在住の娘との連携が全くない（誰か伝えているのか）ケアマネ…

《その他》

- ・かかりつけ医の変更をしなくても良いシステムがあれば良い
- ・E病院が残念
- ・『情報提供書』があれば、どこでもいつでも対応が可能となれば安心では
- ・医療連携として、退院後も情報が分かるようなシステムがあって、どこでも対応できるシステム

《その他②》

- ・病院と診療所の使い方。住民が一次の掛かり方と二次の掛かり方を理解できているか？
- ・20日から27日までの1週間で管理や評価できる人が居なかったのか？（誤嚥性の原因）

《その他③》

- ・B施設の人員・人材のレベルが低い

F施設の緊急対応は、どんな流れになっているのか？

①E病院入院時にB施設との連携
（入院前の情報、退院に必要なADL情報）
E病院のMSWとケアマネとの連携

②E病院退院時の連携 ケアマネ、施設、病院が互いに
・次回受診日の確認 } 確認できるツールがあれば良い
・薬の残薬の確認

③家族を含めた役割分担と確認できるツールの使用
⇒医療・介護が相互情報を共有する連携が重要！！



①D病院に入院した時点で、元々の情報が共有できていれば良かった。⇒院内の連携に繋がる

②多職種間で認識のずれを修正・共有できる内容

③退院前カンファレンスの実施

- ・多職種で漏れないよう情報共有
- ・タイミング
- ・書面でのツール

④ケアマネ・MSWの活用

⑤それぞれ（職種）が責任をもって情報収集する

- ・切れ目のない連携（転院しても）

⑥患者様中心の評価と共有・連携

		適切な連携のあり方	
問題点		G 1 (同一職種)	G 2 (多職種)
不明	<ul style="list-style-type: none"> 入院前の情報について病院と共有できていない 4/20以降の施設の対応～微熱の他に痰がらみなど肺炎を疑うような症状はなかったか。状態低下していた時点での再受診の検討はしていないのか 4/20内服開始後に食欲の低下があったが、発熱するまでの間に受診をしていない。この間の状態が伝わっていない 4/20～27の間1Wの放置が気になる。ケアマネへの連絡も含め 4/20ケアマネの確認不足。もう少し早く受診を促すべきだったのでは 4/20～4/27の間での再受診は出来なかったのか 4/27に入院し身体状態が低下していくがケアマネが状態確認する。病院側が連絡することがなかった。 初回入院時 D病院, サ高住, ケアマネ→連携が足りない 転院時 E病院, サ高住, ケアマネ連携する必要あり。退院の条件等不足 D→E病院の転院時入院時のカンファレンスで情報の共有。最終目標レベルが共有できていない 転院時4/27D→E病院MSWの引き継ぎ不足 娘さんのかかわり。ケアマネのICの立ち会い等の情報を知りたい リハビリ開始後、本人・家族に退院後の希望を聞いていない。高齢者住宅Bとのやりとりもしていない(どの状態であれば受入できるのかの確認) ADLが回復したのにBではなぜ低下したと判断するのか。リハビリで転院する時に退院時の受け入れについてどこまで話し合われていたのか 高齢者住宅Bでの受け入れ可能レベルを確認できていなかった。(そもそも住宅Bでの生活が対応可能な範囲だったのか) E病院での退院時の情報共有。退院時カンファレンスの実施は?具体的な役割分担が出来ていない。 F施設入所時必要な薬量を持って退院していない。E病院とF施設の連携不足8/30 8月30日から9月3日までの間。どのような調整を行い、予約(相談)無しでの受診となったのか。 E病院退院時に次の病院受診までの残薬の確認が出来ていない E病院退院時に残薬確認をしていない E病院退院時にかかりつけ医Gに決定 8/30退院時の薬の確認→Gクリニックとの連携(休日も含めて連絡不足) 退院時のカンファレンス内容と処方薬はどうであったか 8/30での退院時と服薬(残薬の確認は) 9/1の受診は出来なかったのか 8/30退院から9/5次のGクリニック受診までに何か体調の変化があった時にどの病院で対応できるか確認がとれていたのか。 退院後等、次につなげる為の情報を知りたい ヘルパー、ケアマネ以外の他のサービス事業所のかかわりを知りたかった 情報提供していてもGクリニックではやはり診てもらえない? E病院の残薬管理 かかりつけ医師がいなかった 病院の連携 リハビリ入院時のADLの目標はどうだったのか?サ高住に戻れるように かかりつけ薬剤師の活用 MSWがどのような役割なのか ADLが回復しているのに戻れない?→夜間の吸引など(函館市では難しい) 多職種・同職種の連携(まずは同職種間の連携) 各病院、施設の事情 医療と介護の連携→かかりつけ医師が実情をわかっていない(わかっとう) かかりつけ薬剤師の活用 多職種の仕事内容を把握 顔の見える関係(カンファレンス) Gクリニックから誰か?⇒E病院看護師 MSWとケアマネジャーの連携早期介入 	<ul style="list-style-type: none"> 4/20の受診後にサ高住Bからケアマネへの状況報告。連携方法について具体的に決めていく 入院時のケアマネからの病院への情報提供ICの立ち会い 6/10E病院転院時カンファレンス(MSW同士の連携), 退院時の本人, サ高住B, 家族の受け入れ条件 8/30までの間, 病院, 家族, CM, 本人の情報共有 退院時のカンファレンスで残薬, 受診, 緊急時対応, 具体的なサービスの役割を確認 Fで残薬の確認 E病院, Gクリニックの連携 	<ul style="list-style-type: none"> 食事の様子(ムセ等), Ns, 栄養士の連携 サ高住⇒病院への連絡を伴う(相談など)気づき, 学習会等実施 病院, 家族, CM 退院前カンファレンスでの連携 退院前で目標の共有が必要 リハビリ, 在宅に向けてのゴールのみきわめ(リハビリ, MSW, 本人, CMなど) 退院前カンファレンスについて関係機関での情報共有が重要 緊急時, クリニック受診時までのかかる所は, はっきりさせておく必要があるのでは 退院前カンファレンスに薬剤師の介入も必要か E病院クスリ 残薬たくさん余っている方がCMへ相談したケースも, 残薬たくさん見つけた場合の連携先が分からない(訪問マッサージ) 薬手帳の活用(CM等の情報)

		適切な連携のあり方	
問題点		G 1 (同一職種)	G 2 (多職種)
不明	<ul style="list-style-type: none"> ・ EクリニックとGクリニック間のやり取り（ほかのところに診療情報提供しているとダメなのか） ・ AさんがF施設に入った時にお薬手帳等で現在の服薬している薬のことをチェックする必要があった ・ E病院→Gクリニック診療情報提供書に残薬の日数の記載があればよい ・ E病院の処方日数確認ミス ・ E病院と在宅施設F, Gクリニックの連携不足 ・ 受入可, 不可の基準が当事者がよくわからない ・ もう一度Bに戻って改めて厳しいようなら施設Fへ ・ 歯科の介入があったか？ ・ Gクリニックは休診であっても薬くらいは出せないものか ・ 退院時の処方が確認できていない ・ マルメ算定している医療機関の退院時処方日数が少ない⇒準備する時間が短い ・ 廃用の一言で帰すのはどうか ・ E病院と施設Fとの間で受診日の共有がなかった ・ 残薬を早めにわかればよかったのではないか ・ サ高住に戻れなかった理由？（具体的に） ・ 本人の思いは？ ・ ケアマネ, MSWの個々の力量によるのも問題 ・ ケアマネが同一人物だったのか, 変わっていたのか？ 	<ul style="list-style-type: none"> ・ E病院と在宅系施設Fとの連携不足 ・ E病院退院後のサ高住Bの受け入れ努力 ・ E病院退院時カンファレンス時に薬剤師が関わっていたらかわっていたのでは ・ 誤嚥性肺炎に対して歯科の介入があったか ・ 診療情報提供書の発行後でも柔軟な対応が出来ないのか ・ Fで残薬確認をしなかったのか？ ・ 共有できるシートはあった方がいい ・ Gクリニックに行くまでの対応病院を決めておくべき（残薬情報の不足） ・ サ高住Bの受け入れ条件の確認 ・ 退院前カンファレンスは必要（EとGの連携） ・ 「本人の思い」のサ高住Bに帰る手段を考えた方がいい 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 旧ケアマネと新ケアマネとの情報共有 ・ 病院とケアマネとの連携 <ul style="list-style-type: none"> ケアマネがすべて出来る訳ではない 多職種の情報をケアマネに提供 ケアマネはケアプランを立てていく 顔の見える連携・・・連絡しない, やり取りしないのはダメ ・ 入院した時の連絡がない（ケアマネの） <ul style="list-style-type: none"> 特に個人病院が多い？ ・ 患者さんが持っているような手帳みたいなものがあればいい。情報をそこで把握できる（フェイスシートのような情報）

		適切な連携のあり方	
問題点		G 1 (同一職種)	G 2 (多職種)
不明	<ul style="list-style-type: none"> ・初診より日に日に元気がなくなり意識レベル低下までにもう一度受診できなかったのか ・9/2前に受診をクリニックにお願いすればいいのに9/3まで待った件 ・E病院の担当者が薬を不足してたのに受診をできるようにせず、手紙を書いたとの理由で丸投げした ・リハビリによりADLが改善したにも関わらず住宅Bに受け入れを拒否される ・8/30時点で薬が足りなくなることがわかっていたのであれば8/31, 9/1にGクリニックで処方できたのでないか ・E病院が追加の処方を断った ・Eの担当者が引き継ぐ病院の受診日まで薬を出せるように連携を取ってなかった ・E病院退院時にGクリニック受診日の確認, 残薬の確認をしなかった ・8/30在宅施設F入所時点で残薬確認をしていなかったのか ・E病院退院時お薬の不足があったこと(次回診察時を知らなかったのか) ・E病院からGクリニックへの受診予定までの処方 ・E病院転院後のENTレベルの確認(病院, CM, 施設)連携不足 ・D病院への予約なしでの受診 ・施設FがD病院を受診前に相談しないで受診した ・E病院と在宅施設FとGクリニック間での受診日調整が的確になされていない ・E病院で追加処方を拒否される ・E病院で診療情報を記載しても, 不足分の薬はだすべきだったのではないか ・E病院処方追加しない 	<ul style="list-style-type: none"> ・E病院とF施設間の受診日, 残薬の調整を事前に行う ・F施設はD病院受診前に事前連絡, 調整を行う ・B施設とC医院間でのAさんの状態共有と判断 ・F施設とGクリニック間の情報共有 ・Aさんに関する介護から医療, 医療から介護へと切れ目なく情報が共有できるツールは必要 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネとソーシャルワーカーの連携が必要 ・ケアマネ間との連携, 情報共有 ・E病院とF施設とのカンファレンス(MSW, CM, 家族を交えて) ・病院の機能, 役割を理解する ・施設FとGクリニックカンファレンス情報共有 ・個人情報共有の必要性を本人と理解してもらう ・カンファレンスを徹底して行う(誰のために行うのか!!) 医療機関, 施設, CM

	問題点	適切な連携のあり方	
		G 1 (同一職種)	G 2 (多職種)
不明	<ul style="list-style-type: none"> ・ A氏にとっての主治医が決まっていない ・ 医療を受けるうえでのマネジメントが出来ていない ・ 計画性がなくケアマネジャーの活動が見えない ・ A氏の退院支援に向けてチームカンファレンスが出来ていない ・ リハビリ中にもっと早く次の施設を選択できたのではないか ・ 残薬の管理・連携がとれていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアマネジャーは中心となり各多職種に情報提供を適切にしていく必要がある ⇒日ごろから家庭医を見つけておく ・ 病院間の連携を図る ・ チームカンファレンスを行う ⇒カンファレンスの時期を早めに調整する 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時の情報提供の仕方 (医療処置、ADL、薬の内容、生活状況、施設の受け入れ可能なレベル) ・ 情報共有ツール必要だが、医療機関ごとに違う、在宅と病院、知りたい情報の内容が違う⇒同じ内容なら業務の負担にならない

		適切な連携のあり方	
問題点		G 1 (同一職種)	G 2 (多職種)
不明	<ul style="list-style-type: none"> ・食事の様子はどうかであったか、食べられていたのか？ ・ムセ等はなかったのか？ ・歯の状態（入れ歯なのか、自分の歯はあるのか？） ・誤嚥性肺炎、口腔の清潔は保たれていたのかを確認していない ・誤嚥性肺炎での入院ということなので、お口のケアなどは出来ていたのか？ ・肺炎をおこす前に口腔ケアでかわり出来なかったのか ・廃用症候群に向けての口腔ケア ・リハビリの中で嚥下評価は行われていたのか ・食欲低下の原因に、口腔内（義歯や虫歯）があったのかもしれない ・ADLが落ちないようにリハビリ、口腔ケアができなかったのか ・在宅系施設Fと協力病院Gクリニックの連絡体制に不備。時間外の連絡先の把握、連絡ルール ・不足分の薬の処方をD病院で対応に苦慮したのはなぜ？ ・E病院へ処方追加の依頼がなぜ断られるのかわからない ・D病院へ受診しようと思った際の連絡はあったのか？ ・口腔ケアの状況が伝わっているか ・9/5の受診予定がどのように決められたのか疑問。それまでの薬を管理するのはE病院の役目ではないかと思う ・8/30E病院退院時処方日数について院外処方であれば薬局が来局した時点で確認できたのではないか ・退院処方を発行したE病院はGクリニックに診療情報を提供しているとの理由で不足分を断ったが対応としては適切か？ ・なぜに病院での処方が出来ないのか ・食形態の変化の情報が伝達されていない ・在宅系施設FとGクリニックの連携不足 ・9/5にGクリニックが休診だったことは事前にわからなかったのか ・受診までの残薬確認が抜けていた。受診日を把握していなかった？ ・残薬の確認は誰の役目か？ ・薬の数の確認ができなかったのか（受診日を決める前に） ・9/2の時点で残薬が不足していることが判明することが問題であり、その前の時点で残薬がわかっていたらスムーズにGクリニックへ受診できたと思う ・退院時の残薬確認（E） 	<ul style="list-style-type: none"> ・そもそも誤嚥性肺炎を防ぐために・・・ ・歯科への相談窓口を利用 ・E病院での嚥下評価をF施設に伝えること。食形態も伝える。 ⇒やっていたらADLの低下を防げたかも ・退院前のカンファレンスに出席するメンバー（病院の薬剤師、歯科関係者、退院後のフォローする各スタッフ） ・残薬の不足を防ぐには退院前カンファレンスでの確認が必要 ・FとGの時間外の連絡体制の整備 	<ul style="list-style-type: none"> ・お互い出来ること、出来ないことを明確しておく ・お互いの役割を知る ・残薬の確認を退院前カンファレンスで ・顔が見える関係になる ・ツールだけではない ・研修会をもっと、多職種で参加

		適切な連携のあり方	
問題点		G 1 (同一職種)	G 2 (多職種)
不明	<ul style="list-style-type: none"> ・食欲が低下してきた時の早めの受診対応が出来ていたか ・C医院とB住宅、救急車対応になるまで病状悪化していた ・D病院入院中(けっこう長期間)ADLが著しく低下してしまった ・残薬の確認をもう少し早くできなかつたか ・在宅系施設Fの薬の確認が遅い ・退院直後に残薬確認 ・D病院で対応に苦慮⇒MSW介入してひと段落 ⇒受診の仕方(事前に相談しなかつたのか) ・9/3予約なしでD病院(←予約必要では?)事前に事情説明 ・E病院からGクリニックへつなぐ際の薬の調整(日数)不足 ・病院間での情報共有が不足 ・病院とケアマネ、施設職員のつながり不足 ・E病院とB施設、本人がどの程度で戻れるかの確認できていない ・要介護3であれば夜間のサービスを組み込んで相談はしなかつたのか ・E病院での病院の管理が適切に行われていなかったのでは ・E病院からの薬の処方量が少なかつた ・E病院→F施設(Gクリニック)ENT時に受診日、処方量を確認していなかつた(連携不足?) ・退院時の残薬、受診日の確認がされていなかった ・在宅系施設Fへの退院時、関係者間での情報共有カンファレンスが出来ていなかった(CMが調整しなかつた?) ・E病院退院時のクスリの処方がない ・E病院とGクリニックの連携不足 ・E病院で処方追加してもらえない?(病院の決まり?) 	<ul style="list-style-type: none"> ・後手後手の対応ではなく、先に早いうちに情報共有 ・そもそも・・・1週間放置?体調管理=ADL維持 ・住宅BとC医院での連携不足。体調についての情報共有、指示 ・E病院と住宅Bで戻れるADLの認識違い(D→Eの情報共有は出来ていたのか?★D, E, Bの情報共有と認識を統一する) ・E病院から退院時カンファレンス開催(書類や簡単な情報共有のみで済ませてしまっていない?重要!) ・Gクリニック受診日に合わせた退院時処方⇒残薬不足問題解消 ・お互いの諸事情の相互理解...できること、できないこと ・事前相談や説明(経過)で理解してもらおう等の配慮が必要 <p>☆全体通じて・・・CMが出てこない!! 病院・CMとの情報共有 CM同士(新旧) *これがあれば全体的に解決するのは Bに戻れる可能性も出てきていたかも</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・サ高住としてどこまでできるか対外的に伝えておく ・口腔ケアをしっかりしていれば肺炎を防げたのでは? ・診療情報以外の情報も盛り込む ⇒血液データ等だけでなくADL情報等も ↓ もらうのを待つだけでなく声を上げて自らもらう ・ADLの統一基準(人によって物差しが違う) ・望む暮らしのために誰が動くのか ・病院で出来ることが在宅でできるとは限らない ⇒職種によって見方が違う ⇒在宅での暮らしをしっかりと理解する必要がある

	問題点	G 1 (同一職種)	G 2 (多職種)
不明	<p>・最後に退院した病院の対応ももう少し何とかならなかったのか？診療情報提供書を渡しているという理由で断るとというのが問題</p> <p>・E病院を退院する時Gクリニック受診までの内服や何かあった時の対処方法をE病院ですっかり把握していない</p> <p>・E病院を退院する時に内服の確認(残薬)されていない</p> <p>・E病院でも在宅施設Fに対し何日分薬が必要か事前に確認し可能なら9/2まで処方し持たせる必要がある(Gクリニック次回予約分まで)</p> <p>・E病院より9/2の時点で薬が切れることを事前に在宅施設Fへ情報を提供していればよかった</p> <p>・在宅施設F→Gクリニックとの連絡体制はどこまでしていたのか</p> <p>・相談員の役割(E病院とクリニックの関わり)</p> <p>・市内在住の娘がいるが事例の中で介入がない</p> <p>・D病院で、なかなか薬を処方してくれなかったのはなぜなのか</p> <p>・E病院が処方してくれない理由は何か？(Gクリニックに手紙をかいでも、まだ一度も受診していない)</p> <p>・E病院はなぜ受診を断るのか。E病院の地域住民の医療を担っているという役割意識の乏しさ</p> <p>・Gクリニックの受診予約を9/5にしたのはなぜか(残薬で早めの受診を調整できなかったのか)</p> <p>・E病院はGクリニックへ情報提供をしているという理由で不足分の対応をしないのはどうなのか</p> <p>・E病院退院時に受診日までの薬が処方されなかった。E病院MSWの情報収集不足</p> <p>・ADLが発症前のレベルまで回復⇔以前より低下している(矛盾)</p> <p>・担当ケアマネはどこから介入？</p> <p>・80歳高齢であり4/27入院時のケアマネの介入？</p> <p>・CMとMSWの連携は？</p> <p>・受診の連携は出来ていたか？(ケアマネとB)</p> <p>・E→F→Gのやり取りが複数の人間が行っている？</p> <p>・在宅施設Fとの事前カンファレンスはなされていたのか？薬の件に関しもう少し早い対応をとっていればGクリニックとの連携がスムーズであったのではないか</p> <p>・サービス付き高齢者住宅の対応(適応)内容を入院(D病院)した早期に確認が必要である</p> <p>・E病院退院時の予約？状況をだれか休診を把握していた？</p> <p>・4/27~6/10までのリハビリ状況</p> <p>・4/20発症から8/30退院。長期間の入院による廃用悪化。ADL↓↓急性期の治療期間長い⇒早期退院できなかった</p> <p>・ADLの状況が見えづらい</p> <p>・ケアマネがICなどに入り退院に向けて連携が出来ていない</p> <p>・サ高住からも戻れる状況を伝えていくべきでは？</p>	<p>入院時のスクリーニング</p> <p>今後の方向性</p> <p>サービス付き高齢者住宅の対応内容を早期に確認する。</p> <p>入院時のNS退院支援</p> <p>サービス付き高齢者住宅でのADLと受け入れできるADLの摺合せの確認(リハビリの内容→院内連携)ケアマネの介入</p> <p>要介護3→フェイスシート(地域)</p> <p>目標をはっきりしていれば→(ケアマネと病院)</p> <p>(リハビリ病院転院後) 前病院からの情報</p> <p>退院許可がおりたときに早めにサ高住Bへの確認</p> <p>E病院入院時に(サ高住に戻るケアマネへの情報提供ADL基準)</p> <p>退院前カンファレンス</p> <p>(F, Gクリニック, E病院のワーカー, NS, ケアマネ)</p> <p>↓</p> <p>Gクリニックへの引き継ぎ</p> <p>(内服の件含め次回受診確認)</p> <p>事前にカンファレンスで話し合いしておけばE病院への処方の依頼受け入れ可能であった？DPC(包括医療費支払制度)上の問題</p> <p>E病院からGクリニックへの前情報の提供(Letter持参ではなく)</p> <p>いつまで、どの病院がみるのか・・・</p>	<p>・ケアマネの早期介入のために</p> <p>→介護保険証を見たりする手帳などがあっても良い。また、それに通院状況がわかると、入院時など利用者様の情報共有ができる</p> <p>・多職種の情報共有を図るために</p> <p>→家族との関わりを深くする</p> <p>→誰がではなく、みんなが利用者様のために密に連絡し合う</p>

		適切な連携のあり方	
問題点		G 1 (同一職種)	G 2 (多職種)
不明	<ul style="list-style-type: none"> ・病院のカンファレンスや退院調整にあたり、CMの動きが見えない ・ケアマネジャーはどこで登場しているのか ・D病院に入院中に廃用症候群はPT, OT等の介入で防げなかったのか？(入院目的が肺炎だからダメなのか) ・リハビリの早期介入 ・入院時にADL低下を予測してリハビリを同時進行すべきでは？ ・E病院を退院時に残薬整理しF施設へ情報提供できなかったのでしょうか ・E病院の退院調整担当者はミスをしている可能性がある。事後対応すべきではないのか ・E病院からの退院する際、退院カンファレンス、フェイスシート等申し送りがあったのか。サ高住に戻れなかったのはどこまでの回復具合かを共有できていなかったのか ・Gクリニックへの情報提供をしているとの理由で処方断るのはどうなのか ・E病院を退院時にCM, 家族, B施設(ヘルパー)の者が確認できなかったのか ・各病院での残薬管理体制はどのようになっているのか ・ヘルパーさん, 行政の動きは？ ・ADLは同程度まで回復→施設Bに戻れなかったか(サービスの調整で) ・誤嚥性肺炎(唾液等が原因の場合)サ高住で口腔ケアで防げなかったのか。歯科, ヘルパーさん, 介護福祉士, 家族など ・医療側の情報提供の共有できないのか ・残薬が不足することが判明するのが遅い ・施設側でも入所の際に個人管理の中に残薬管理は出来なかったのでしょうか 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネのお仕事を増やしたくないけれど、訪問日数を増やす ・10~2週位に短縮する ・医療と在宅の連携を深める(ICT化~在宅でも病院でも共有できるツールiPadのような) ・顔を見れば関係性を高める ・ケアマネと医療との関係性を縮める ・どこに連携をしていいかわからない(鍼灸, マッサージ, 接骨院に週2~3回来ていて明らかに異常(認知面)が見られる時どこに連絡していいかわからなかった 	<ul style="list-style-type: none"> ・Aさんを総合的にコーディネートする人がいなかった？ →入院中のコーディネーター(MSW?)と退院後のコーディネーター(CM?)の連携(役割の分担・明確化) ・入退院カンファレンスの実施, 情報共有 ・その施設(サ高住)の受け入れ体制を確認する

		適切な連携のあり方	
問題点		G 1 (同一職種)	G 2 (多職種)
不明	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬情報の共有 ・E病院退院時の残薬管理 ・薬の数が足りているかお互いに (E, F) 確認しなかった ・残薬管理 ・E病院での残薬のチェック (かかりつけ薬剤師) ・入院前の身体管理～介護保険認定においてプランの目標はこの点をどう見ているのか？トリガーとしての面 ・ADL低下。リハ目的で転院になった時点で受け入れ可能な施設を探す ・高齢者は入院することによりADLは低下することは現在避けられない。入院中の医療廃用性の介入対応なくして元の家に住めないのは当然 ・高齢者の場合、入院でのADL低下が多くあるので可能な限り普段からの機能訓練 ・患者情報の共有 ・リハビリ入院時にサ高住に戻るにはどの程度のADLが必要なのか ・ADLが回復したのに入居していた高齢者住宅に戻れないと患者本人や家族はとても困る ・この例においてはかかりつけ医は不在であった。身体ADLに精通した医師は必要 ・MSWの介入 (連携) ・リハビリ同職種、多職種の連携不足 ・薬が足りないことが事前にわかればよかった。E病院でなぜ？追加できない。リハビリすることでADLも肺炎も落ち着いているからFでも継続 ・通院予定日になんらかの理由で病院を受診できず、残薬が不足する事態は患者にとっては深刻な不安要素となります 	<ul style="list-style-type: none"> ・意見交換の場を作ってもら ・かかりつけ薬剤師を活用 ・多職種の仕事内容の把握 (保険の取り扱い) ・顔の見える関係 (退院前に) ・MSWの早期介入 	<ul style="list-style-type: none"> ・カンファレンス大前提としてツールの活用 ・それぞれの職種の理解と話し合い ・患者 (家族) を中心として ・声を出していく ・医療・介護連携支援センターが主催での多職種での研修を開いてほしい <p>※函館市全体で多職種間での研修など聞いてほしい。 様々な意見が聞けて勉強になります。</p>

【用語の説明】

サ高住	サービス付き高齢者向け住宅（バリアフリー対応の賃貸住宅で、主に自立（介護認定なし）あるいは軽度の要介護状態の高齢者を受け入れる集合住宅。生活相談員が常駐し、入居者の安否確認や様々な生活支援サービスを受けることができる）
A D L	日常生活動作（食事・更衣・移動・排泄・整容・入浴など生活を営む上で不可欠な基本的行動を指す）
廃用性症候群	安静状態が長期に渡って続く事によって起こる、さまざまな心身の機能低下等を指す。生活不活発病とも呼ばれる。
カンファレンス	患者さんに関わる専門職が、チームで一人の患者さんに対してベストな支援方法を話し合い検討すること。
MSW	医療相談員（医療ソーシャルワーカー）
連携室	「自院と他院・他施設をつなぐ部署」患者がスムーズに医療機関へ受診・入院できるように、また医療機関から退院・転院することができるように、医療機関、介護施設をはじめ、行政や福祉に関わる多くの施設を繋ぐ役割を担う。
E N T	退院
P T	理学療法士
H P	病院
バイタルサイン	生命兆候という意味の医学・医療用語。生きている状態を示す指標。体温・呼吸・脈拍・血圧など。
CM, ケアマネ	ケアマネジャー
I C	インフォームドコンセント（患者が医師から治療法などを「十分に知らされたうえで同意」すること）
シームレス	途切れのない、継ぎ目のない、縫い目のない、などの意味。ここでは退院にあたって支援が途切れのないようにとの意味となる。
アセスメント	利用者に関する情報を収集・分析し、自立した日常生活を営むために解決すべき課題を把握すること。
N s	看護師
D r	医師
キーパーソン	関係者の中で、意志決定や問題解決の要となる人物。
マルメ	診療報酬における包括化のこと。包括化とは、検査内容や治療内容に関わらず、同じ保険点数（値段）に設定すること。
フェイスシート	医療・福祉分野で援助を目的とした情報収集において使用される利用者の「氏名」「年齢」「性別」「家族構成」「健康状態」などの基本データをまとめた用紙のこと。
O T	作業療法士
トリガー	引き金。ある作用を引き起こす原因やきっかけのこと。