

平成 28 年度医療・介護連携推進研修会グループワーク集約表

『聞こう!知ろう!集まろう!医療と介護の仲間たち』

1 「私はこうやって情報共有しています」

(グループ 1)

- ・会って、顔を見て情報交換する。
- ・訪問の時に、他職種の方が来る時に合わせ行く。(同席)
- ・短期間での区分の変化が激しい。
- ・癌末期で、在宅でのケアの難しさ(家族へのサポートがしっかりしていること等)
- ・入院した時も同行する。(情報シートを持って行く。)
- ・レベルがどこまで戻るとしたら、自宅へ戻れるのか?
- ・癌告知→するが、「治るよ」と本人と家族へ分けて 2 回カンファレンス
癌告知→されていない人に対し、どう対応するか?
- ・退院後のカンファレンス→受け入れ先との連携(どこで診るの?)
- ・病院側としては、PT がどんな生活をしているかわからない。→受診同行→こまめに連絡を取り合う。
- ・CM、ST、訪看、ケースワーカー等定期的に飲み会

(グループ 2)

(情報共有している方法)

- ・担当者会議など、ドクターが参加すると情報が聞きやすい。
- ・多職種とのしっかりとした連絡方法がひとつにする。
- ・ノート、ホワイトボード等の活用(職員だけでなく家族含めて確認出来る。)
- ・退院前情報、写真を提供する。
- ・病院間での患者情報。患者情報確認を得て(アイネット)で見る。介護もあれば良い。(職種による)

(グループ 3)

- ・利用者様から直接情報を得る。
- ・事業所内では、記録したものを利用。電話やメールも利用
- ・CM
事前に情報収集→担会につなげる。
モニタリング、FAX、TEL、MSW と連絡、面談→収集したものはフィードバック(スピーディーに)

※うまくやりとり出来ないこともあり、無理矢理はダメ。一般的に出来ないものは、その人に
合わせながら…理解し合う。

・D r

CMからの情報が少ない場合もあり（情報量不十分）

担会へ参加の連絡がなかったり、区分変更の依頼が突然きたり…

嫌な思いをしてもいいので、TEL一本でもいいので…

- ・一つの共通したものがあれば…（ノートでの連絡帳、お薬手帳 e t c）
- ・情報提供後のフィードバック
- ・こまめにCMへ連絡する。（小さなことでも）
- ・CMが情報の中心であるが…それでいいのだろうか？→場面によって中心になるサービスが異なってよいのでは…。CMが全てやるということではない。

（グループ4）

・医療側に対して

摂食（食事）に関する情報共有が大事と思う。

こちらから提供する情報は適切か？受け取る情報は十分か？→必要時にはCMへ

専門的指導の情報が欲しい。（嚥下に限らず）

送った情報で不十分であれば遠慮なく聞いてもらいたい。（医療側から）

退院後のケアに結びつく情報が欲しい。

- ・「ご家族から聞く話がよくわからない」というケースがある。～必要時は同行するが、聞いたらマズイだろうか。
アクションがなければわかりようもない。（意見書の際も困る。）遠慮なく一歩踏み出して聞いて下さい！一歩踏み出した方がうまく行く！（D r）
- ・訪問医として来ていただいている。～密に連絡、相談している。会議もする。（特養）
- ・「忙しそうだ」と思われるかもしれないが、仕方ない部分もある。全く嫌がっている訳ではないので、遠慮はしないように！事前にアポ取りするとスムーズか（D r）
- ・医療との連携は良くなってきた。連絡を取り合う事は多くなってきた。（ケアマネ）
- ・相談員がいない病院もある。→相手を知る。（大分相談員の配置が増えているので、対応はしやすくなった。）
- ・時折D r 発信じゃないとCMが動けない部分もあるらしい。
- ・昔より病棟Ns も対応は優しくなった。

（グループ5）

・ケアマネから相談

通所リハでの日々の解決できない点

リハ会議（6月一月1回、6月以降3か月に1回、結果はFAXで知らせる。）を定期開催⇒顔の見える関係が少しずつできている。関係職種の参加が全員は難しい。FAX、電話で共有

- ・訪問診療
退院前、合同カンファレンス
退院支援に力を入れている。ケアマネ、訪看等全て来てもらってカンファレンスを行う。
- ・外来
入院前に話を聞く。(SMW、薬剤師、看護師) →退院後の生活のイメージを描く。
地域連携室(月1~2回) →地域との情報共有
- ・ヘルパー
月々の変化を「連絡ノート」に書いて共有している。(書くとき、読む時間も満足にとれない。)
ケアマネを通して連絡する。ワンクッションおくことで、内容の違いが出る。
- ・在宅にかえす
連携先の病院によって方法が違う。医師が出て行くところもあれば、連携室だけというところもある。医師だけでは情報に欠ける。
在宅カンファで、在宅訪問看護師が主(1回/週) →皆さんに寄ってもらい情報共有。担当医師が違って情報共有可。訪問診療を開始する場合、関連機関に集まってもらう。
困難事例→11か所の包括のやり方が違う。
- ・電話での連絡をする
受け入れ→連携室
入院→情報共有する。同じところに何度入院しても待つことなし。相談員がいるとやりやすい。
連携室がないところは病棟へ→病棟だと受け入れの対応が難しいこともある。
退院時→こちらから出向く(カンファレンスがない時)。病状変化がある時はカンファレンスを依頼する。最優先でカンファレンスに参加するよう心がけている。

(グループ6)

- ・ケアマネと係わる事が少ない。入院時、相談員に提出。病棟との連携。Nsからの質問に返答。
- ・Ns、MSWの退院時カンファレンス→連絡が来る場合は、複雑なケースの場合
- ・ケアマネ→MSWは、情報がわからない時に、情報収集していただく。
- ・Drは、インフォームドコンセントの時相談しやすい。時々、個人HPでは、直接Drが出てきてくれる時がある。
- ・同一法人内では、Faとの相談に入れてくれる時がある。他のHPでは、敷居の高さを感じる。
- ・文書等での連絡を図っているが、最近は連携が図りやすくなっている。
- ・入院の連絡は来るが、退院の連絡が来ない場合あり。直ぐ通所になる事がある。(デイケア)
- ・Drに確認してほしい事もあるが、できなくて困っている事もある。
- ・たまにケアマネより連絡がある事あり。短時間ですまない時もある。時間調整難しい。夕方はMSWもいないし。
- ・HPによって連携しやすさが違う。相談員によっても違う。
- ・施設はFaの役割も代行している。施設入所はケースワーカーが入り調整する。
様々なFaの方もいて、状況によって判断する。退院によって困る場合もある。

- ・ Drには、受診時、Fa以外の診療室内同席は断られる場合もある。時間外でも同じ。TEL連絡は、Drと話が出来る場合もある。
- ・ 訪問診療の時、ケアマネ同席は歓迎。何を聞きたいか整理出来てない時がある。
逆に医療側からも→「何が心配なのかな」、「これ位で何でいってくるのかな」と言う方もいる。
- ・ 不安で逆に相談している。→安心させる為に助言する事もある。
- ・ 記録、メール、伝言→連携を図っている。サービス間ではモニタリング。SWの伝言→フィードバック（スピーディーに）。情報量が少ない時もあるので、TEL1本でも伝える事が大切。利用者中心に→ツールの使用（ノート、服薬手帳）。ケアマネ→情報を集中してといっても、負担が大きくなる。場面で訪看を入れるという事も大切ではないか？

(グループ7)

- ・ 施設
認知症の方→訪看、訪リハ、マッサージの導入など。訪問診療のDrへは、施設看護師が窓口となる。
- ・ 病院へ
CMは、まず窓口。大きいHPへはDrへのつながりが困難。“かかりつけ医”という認識、Drの立場によって対応が変わる。Faの中での“大病院志向”。施設入所者の大病院からクリニックへの転向
- ・ 家族
家族、施設で看取ることのメリットをすすめていきたい。
訪看、医師の往診など、情報共有して連携すること。
かかわる全ての人の覚悟「死なす勇氣」→経験のない職員へのケアと理解
Ns、Drとの距離感が近くて安心。
- ・ Dr
医療センターに3～4名登録。酸素使っている方は登録。
病気の知識がなさすぎると適切なサービス調整につながらない。医療者は、逆に介護を知らないといけない。
勉強会や直接の相談などで共有。自分たちで垣根を作らない。
医学的知識は知らなくて当然→きちんと確認する。
服薬管理（飲んでない薬が大量にたまっている事が多い）、インスリン自己注射できている？

(グループ8)

- ・ 対象の方の中には、生保だけでは生活が難しい方や借金の相談もあり、必要があれば弁護士さんにつなぐ場合もある。
- ・ ご本人、ご家族様をトータル的に、また、ピンポイントに支援しなければならず、他職種とのカンファレンスを行っている。その場だけでなく、状況が変化したらその都度発信していく。
- ・ 地域での見守りは、介護保険だけでは難しく、民生委員や地域の方につないでいる。

(グループ9)

・施設・サービス提供責任者

居宅、F aから問い合わせを頂く。ケアマネに相談する。病院SWから問い合わせを頂く。

ケアマネと接する機会が多く、相談をしている。(医療、生活に関する…)

独居の方は一緒に受診することもある。民生委員の人の温度差がある。

・Ns

医療の必要性が高い方多いが、インシュリンなど都合がつかないこともある。

・ケアマネ

橋渡し、窓口役。ケアマネ⇔病院の相談員⇔Dr、Ns、リハビリ

サービス担当者会議で情報を得る。

(グループ10)

・困っていること→ケアマネから先なのか、MSWから先なのか(情報の発信)

・国の制度、加算がついた→ケアマネさんから情報がある。文章だけでなく、病態の説明をする。

・患者さんとケアマネさんのつながり→サービスの利用でつながりが強くなると覚えてもらえる。

Drにきっちり情報が伝わる様にするためのサポート役

・介護保険とは別の地域支援のサービスの調整→情報の伝達がまだ少ない。

・関わる人が変っていった時に、全体をコーディネートする人がいない。在宅ではケアマネさんが中心になっている。病院ではMSWが中心になっている。この情報共有に時間をかけるとスムーズ→ケアマネさんは病院に呼んで欲しい。

・入退院の連携はしやすいが、開業医のDrとどう連携したら良いのか→集まっている職種の人達が、普段どんな活動をしているのか、それを知ることが第一歩。

(グループ11)

・包括

怖がらないで、思い切ってTELする。Dr、Ns、MSWへ直接できる所まで話をつめる。

困難ケース、アルツハイマー型認知症にCMもついていた。なかなかサービスにつながらない入院→施設入所になった。

・HP

地域包括ケア会議→生命にかかわる状況であった。情報共有→連携が図られていたので、緊急的だったので入院された。

・アルツハイマー型

救搬要請しても受け入れてもらえない。地域包括ケア病棟→在宅復帰を視野に入院して受け入れができる。「断らない」、「とにかく一度は受け入れる」方針で運営している。

・一人ケアマネ

誰にも相談できない環境にある。今日の参加は良かった。病院でも連携が図りやすくなってきている。

医療への不安もある。自分自身の勉強不足もあり、事前にCMも医療的部分のリサーチしたさに連絡もしている。利用者の状況、意向をCMとしてしっかり把握した連携をとるようにしている。

- CM

(看取りケース) 互いの信頼関係構築が重要である。迷いもあるが、勇気をもって連携。

- (ケアスタッフ (施設)) 直接調整はしないが、介護士もご本人の情報をしっかり把握している。

(看取り) コール4回もあったが、寄り添い、ご本人の言いたい事をしっかりと聞く。

介護士からNSへの情報提供、報告を行っている。

F a の危機管理に疑問を感じたことがある (予後が厳しい方に義歯を作り替える??? 悲しいと思ったことがあった。)

日々忙しくて、なかなか研修会参加ができない。TOPの意識改革が必要である。

- 歯科医師

医科、歯科は垣根がある。少しずつ抜け出しつつある。

患者さんとお薬手帳で医療情報を得ている。

(GHの情報) フェイスシートが古かったり、少ないヘルパーさんから得る情報も少ない。

- 市立HP

勉強会、多職種、CMの互いの役割を知る。

退院支援の体制充実が功を奏した。まず、遠慮なく窓口相談して欲しい。

(グループ12)

- 施設

HPからの紹介多い。

入室問い合わせ、担会 (訪看等)、看取り時

退院時カンファ→情報共有→訪問診療になった。

- 居宅

DS、訪問、SS、施設入所はDrと話す。訪看を入れたり…。通院が難しくなったら訪診へ

- Drとやりづらかったことは?

受診同行するが、「なんできたの?」「それは施設側の見解でしょ」とか…。温度差があったりする。→家族から伝えてもらったりする。

※大きなHPのDrの方が連携とりづらい。

- 薬剤師

患者とDrの間に入って薬の調整

施設を通して情報が欲しい。

薬局にケアマネから問い合わせ、内容を伝える事はできる。担会もでる。

- HP

HP→家へ。入退院を繰り返すと、例えば、嚥下、食事とかどうなの?とか話す。

相談員の方と情報共有

- ・ケアマネ

「入院したの知らなかった!」とかある。

本人もF aも、どこのケアマネがついてるのかわからない時がある。包括に問い合わせたり

- ・包括

情報共有の場を作っている。

- ・小規模多機能

レンタル、訪看、居宅療養管理指導使える。

(グループ13)

- ・病院内部

MSWに情報を集める。

内部では逐一話し合いを行う。

ほしい所に取りに行く。(情報)

- ・外部

担当者会議：ケアマネ中心に家族、サービス提供者、状態変化等があった時など

紙、ノートに記録、TEL、FAXで連絡

話した内容は、必ずノートに記録、メモを残す。

- ・地域共有

ツールがあると情報共有しやすい。現状では施設ごとにツールが違う。

ニーズの違い、用語の違い。

SNSの利用、電カルの活用

家族の情報の入手が難しい。

多職種の連絡をとることが難しいこともある。

顔の見える場が必要

(グループ14)

- ・リハ

入院時に他職種が記入するツールがあり、情報共有が早い。

イメージしやすい様に、Drに写真を見てもらふ事もある。

末期癌等、最後の時をどう過ごして頂くか工夫する。(・訪問入浴・口呼吸なので口腔ケア・介護保

険証が届く前に亡くなってしまうケースも有り。だが、上手くいっている。)

- ・訪看

仲介(Dr⇔CM、施設)する事が多い。

利用者の思い、揺れ動く気持ち(在宅or病院)に対応できる様に準備している。

- ・老健

他事業所の用紙に会わせて情報提供

退院前カンファの連絡が来るようになった。急に連絡がくる事が多く、対応が難しい。

- ・有料老人ホーム
お互いが情報共有のツールが違うので、時間を要する事がある。
- ・薬剤師
訪問日に病院、訪看、CMに情報をFAXしている。
- ・CM
入院時、情報を直接もっていく。
- ・包括
少しずつDrの都合ではあるが、情報共有される様になっている。
介護保険の申請をしないHPもある。依頼がくる。遅い事もある。

(グループ15)

- ・包括
介護保険への手伝い。(包括⇔ケアマネジャー)
生活の情報を伝える。退院前のカンファレンス。主任ケアマネジャーの後方支援、研修会で他職種の理解
- ・添書
Nsと介護者の理解が統一できる用語、形式とすることが課題。
- ・Ns
入院時のスクーリング。要支援→“MSW”が窓口
- ・グループホーム⇔Drとの連携
事業所のケアマネと各々のケアマネとの情報交換
- ・Dr→MSW→病棟 (MSW⇔ケアマネジャー)
病棟から必要としている内容を確認する。PT自身、ケアマネを認識・把握できていない。
アナムネ情報を参考にする。
- ・MSW (→Nsへフィードバック) が自宅へ赴く。⇔Drと連携
目的はPTが困らないこと
- ・病院は敷居が高い？
- ・病院薬剤師 (⇔MSW) ⇔薬局薬剤師

(グループ16)

- ・ケアマネが主体になっている。
- ・TEL、FAX、その他にも退院前カンファ、担当者会議など
- ・利用者様のお宅にある連絡ノート
- ・Drに対して
利用者様と一緒に診察室に入って説明する。
- ・薬剤師さんからの連絡が増えている。(TEL、FAX、薬剤師さんからは報告書など、居宅療養管理指導)

- ・訪問介護
包括、居宅が多い。
- ・グループホーム
包括、社会福祉協議会（地域との交流、茶話会など）
- ・医療⇔介護の距離感
- ・Drを身近に感じるようになってきた。（今までは情報共有の必要性を感じていない!?)
- ・自ら連絡をとらないと話が進まない必然性がある。

(グループ17)

- ・協力病院がある。(何年もかけて)
- ・薬局からも情報が得られる。
- ・地域にアピールできる。

(グループ18)

- ・日頃からコミュニケーションをとり、常に話しやすい関係作りに努めている。
- ・カンファレンス
昼休憩時、患者様との会話を設ける。
- ・紙面上での情報交換
- ・訪問後に報告書を提出。電話での情報交換
- ・市立HP、厚生HPの医療連携室と情報交換ができています。
病棟の看護師との連携をどのようにとったらいいのか?
- ・癌患者様のカンファレンスを毎日おこなっている。
更に個別に薬局や関係部署との連携をとっている。
その他定期的に施設等との調整をとっている。
他施設の情報を得ながら訪問している。
- ・有料老人ホーム
急性期以外は、訪問診療で、土日とかをDrが対応してくれることで(看護師はいないが)患者・家族とも安心している。
- ・ケアマネ1名体制の居宅と訪問介護事業所
利用者さんの情報を常に話し合う。
- ・訪問診療会議に呼んでもらうことで、施設訪問から得た情報を関係者へ全て流す。
- ・老人ホームからデイケアに通っている患者
下剤等のコントロール、引き継ぎ
働きかけをしても、あまり変わりはない(デイケアで処方となっている薬)。どうしたらよいか
→医療相談室へ直接の働きかけをした方がよい。
- ・薬局
お薬手帳は持っているが、お薬手帳を介して皆がほしい情報は何か?
連携のために、皆が必要とする情報を共通して認識できる1枚ものを使用できると良い。

- ・薬剤師訪問で、細かい情報をくれるので助かっている。
- ・直接的—TEL、面会。 間接的—メール、FAX（それぞれ状況によって）
- ・地域包括ケア病棟により、ワンクッションあることで在宅へとつながった。
どういった機能があるかを知らなければ情報共有、連携が難しい。
- ・現場の看護師がしっかり理解して、知識をもたなければ情報共有は難しい。
- ・自分自身の情報整理能力を高める。

(グループ19)

- ・ケアマネ（介護福祉士）
弱い部分は得意な方に依頼する。
- ・MSW(居宅→HP)
担当者、在宅とHPスタッフと情報共有している。居宅ケアマネに連絡をとり、情報をとっている。
- ・歯科医師
TEL相談が主。Drへの情報提供、診療までの橋渡し。その後、ケアマネや家族と情報共有
- ・ヘルパー
他職種と触れ合う機会は少ない。ケアマネからのケアプランが、ヘルパーにおろされてこない状況がある。プライバシーの情報の周知
- ・在宅に帰れる目安を、連携室を通して以前より伝えられるようになってきた。
- ・担当者会議に顔を出すことが大事
- ・旭川は規模が小さいので、連携しやすくなっているのでは

(グループ20)

- ・病院よる温度差。退院時、看護師が訪看さんとともに自宅訪問。フィードバックすることで、病院側が生活者としての患者さんを考えられる。
- ・「患者本人」を中心にすえて、医療・介護双方がすり合わせを行っていく。本人・医療・介護すべてを含めて情報共有。同じ土俵で向き合うよう心がける。
- ・訪問PTさんからCMさんへ個々に情報をあげていく。提案して行っている。
- ・まずは、サービスの事を広く周知していく。重要性を伝えていくことから始まっている。一方で徐々に広く知られた時に、Drや衛生士さんが対応できるのかが課題。（歯科医療連携）
- ・急性期HP同士の連携が課題。現状は、CMさんや訪看さんが橋渡しをしてくれている。

(グループ21)

- ・施設の立場
病院受診の様子は、ケアマネとモニタリングの際に情報共有する。
家族には、本人の様子等を面会時にお話ししている。
利用者さんの、かかりつけ病院との連携

- ・法人内の病院の立場
法人内の様々な事業所との連携。月1回行っている公的HPの連携の集いに参加し、情報共有の機会としている。
東旭川地区の訪看と医療の不足の課題がある。
- ・ケアマネ
常に情報共有するため、出向いて行く。
依頼が来て、出来る、出来ないは、すぐに返事するようにしている。(がんの末期で急ぐ場合)
外来のNsに伝わらない事がある。
- ・SW
地域、院内との情報共有。それぞれにつなぐ。自ら地域へ出向き、同行訪問し、情報を収集している。

(グループ22)

- ・お薬の利用はどうしたら良いか？使いこなせるか？薬剤師の薬管理が役立っている。
薬剤師の情報共有→院内カンファレンスに参加するなど。
在宅カンファレンスに参加することが良い。ケアマネとも情報共有する。
- ・同一法人だと情報共有しやすい→集中減算の問題は？
- ・地域包括ケア病棟での情報共有→本人と家族の方向性の不一致→ケアマネの協力が必要。(情報提供)
- ・同一職種の連携が図れない→連絡会など上の人しか参加できない。

(グループ23)

- ・カンファレンス
- ・電話、書面等
- ・顔をあわせた関係づくり

(グループ24)

- ・ケアマネジャー
入院時に連携室、病棟に情報提供する。
介護保険申請、更新時に通院同行する。
クリニックの事務職などには、あまりケアマネ職の役割など浸透していないことが課題→具体的な要件などを伝えることが必要(例：主治医意見書の依頼をしたい時)
たいせつ安心医療ネットを活用できたら良いかも。
- ・病院Ns
担当ケアマネに連絡をとり、電子カルテ、カードックスで記録を残すようにしていく。ケアマネがいるという患者は安心できる。
- ・病院連携室
文書や電話でケアマネとDrの橋渡しをする。

- ・ Dr

ケアマネの目的がわからないことがある。

入院させてほしいなどの要望はわかるが、判断するのはDr、できれば、書式に内容をまとめて伝えてもらった方がよい。faの希望などもケアマネが内容をまとめて、1回で情報を得られるのが効果的

(グループ25)

- ・ HP

早目の連絡で情報共有がスムーズになる。(病院の場合)

Ns、キャリアによっても情報収集の温度差があり、MSWが中心に共有している。(介入する人とならない人がいる→地域連携)

入院時の情報収集の課題がある。

ケアマネからの連絡がキーポイント

リハビリカンファ等で、社会資源などの必要性を検討する機会を持っている。退院前カンファは、生活に困難さがあるようなケースに行くことが多い。

地域の特徴性がある。地域での会議の開催で情報共有する。

訪問介護、地域包括ケア、いきいきセンター通所、役場等のケア会議を開催(週1回)

- ・ 東川

在宅介護保険関連の訪問診療の必要性の検討(NsがMSWの仕事を兼務している。)

担当者会議が効果的に行われ、連携がとれている。

- ・ 家族の方

連携はとれているが、どこへ連絡したらよいのか「窓口」が必要

- ・ ケアマネ

医療機関との連携を密にしていくことが大切

- ・ HP

退院前カンファレンスの開催での共有。在宅かどうか家族の意向が大切

(グループ26)

(情報共有して上手くいったこと、こうすればと思ったこと)

- ・ 訪看の現場

退院前カンファや緩和の時、今後どう生活するか、様々な職種とカンファレンス(医療機関をはさむことで予測がついたり、見えてくるものもある。)

- ・ グループホーム

看取りでのFaの気持ちがゆらぐ。FaとDrと話す。

DrにもFaの思いを先に伝えておく。

「ケースカンファレンスに入る」といった情報共有(本人と会わないと情報が違う)

- ・ サ高住

Nsと連携して24Hの体制で看取り

- ・包括

一つの目標に向かって様々な方向性から連携

- ・病院訪問診療

情報収集は、HPやケアマネからの依頼が多い。

F a や本人からの依頼もある。

今までの生活、病歴 e t c . F a に詳しく聞く。

ケアマネからの情報も、総合して訪問診療につなぐ。

情報から行けそうになれば、D r が訪問して開始（個人HPの情報が少ない時、ケアマネや N s に聞く。ケアマネが一番キーマン、情報を知っていて動ける。）

- ・老健

入所、退所時に、実際にみてカンファレンスする。

実際に会って共有する。T E L より会議やカンファレンスの方がつかみやすい。まめに顔を合わせて話しやすい環境づくり

(グループ27)

- ・誰がマネジメントしているのか。

- ・事前の情報収集、整理

- ・直接面会、T E L

- ・住宅型有料老人ホーム

病院からの紹介が主

事前情報を得る。

フェイスシートが各病院様々である。

情報を病院及びケアマネから得て、自施設のシートに記録している。

- ・ケアマネさんたちは

日ごろの情報をたくさんもっていて、情報をもらおうと助かる。

- ・ケアマネの立場より

病院MSWとケアマネが協力して情報収集、情報整理をしていく。

- ・一部介助とは

どこに介助が必要かなど、聞いていいのか、どこまで踏み込んでいいのか、病院との関係性

- ・介護職

医療については弱いですが、訪看や病院MSWを頼りにして関係性をつくっていききたい。

- ・病院

病院は、MSWだけではなく、病棟との連携をはかりながら活動しているので、遠慮なくT E L してほしい。是非病院にきてほしい。

自宅と病院（入院）の生活を相互に情報交換していききたい。

家族ではないので、お知えられませんかと言われることが多い!!→介護連携指導書に同意のサンをもらうことで改善できるか…