多職種連携研修会　実施報告

テーマ

～急変時及び入退院支援の場面で
どのように本人の思い(ACP含む)をつなぎ続けるか～

日　時　令和8年6月12日㈮ 19:00～20：30

場　所　プラットおおむら　4階　大会議室

対　象

【入退院支援に関わる関係職種】

- 地域医療連携室に勤務される方
- 在宅医療に関わる医師、病院医師
- 地域包括支援センター職員
- 入退院支援に関わるケアマネジャー・相談員
  (居宅介護支援事業所及び小多機・GH・老健・特養など)

内　容

関係職種が利用者・患者の入退院の際に、ACPを含めた本人の思いをつなぎ続ける方法について、連携に関する意見交換とグループワークを行います。
(※入退院支援ルール運用を振り返り必要時は改定も検討します)



多職種間で生じやすい『情報のズレ』について退院支援の事例を題材にグループワークを同職種と多職種での２回実施。
➡病院側(連携室)と地域側(ＣＭ)とでは、見えている景色・状況の解釈に認識のズレが生じ『言葉の定義や前提』が違うことを再認識し、「病院側が知りたい在宅の情報」と「CMが知りたい入院中の様子」のミスマッチが生じていることが明確になりました。

R8年度多職種連携研修会

令和8年6月12日(金)19:00～20:30
プラットおおむら　4階　大会議室
(9職種　59名の方にご参加いただきました!)



事例は、グループホーム入所中のアルツハイマー型認知症女性(要介護1)で、 家族の意向は「住み慣れたGHで最期まで過ごさせたい」というものでした。

誤嚥性肺炎で急性期病院に入院し、治療により炎症は改善。 病院からは「肺炎は落ち着いたので退院可能」との連絡があり、グループホームへ戻ることになりました。しかし実際に退院してみると、入院前とは状態が大きく異なり、食事中の強いむせ込みや経口摂取困難、吸引が必要な場面がある状態でした。 グループホーム側は急遽、受け入れ体制を整える必要が生じ、現場は慌てることになりました。

後から振り返ると、

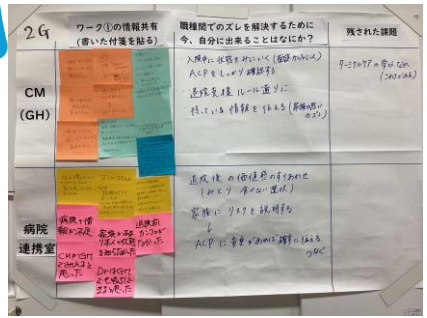
病院側は「退院時点で点滴が抜けている＝医療処置なし」と認識

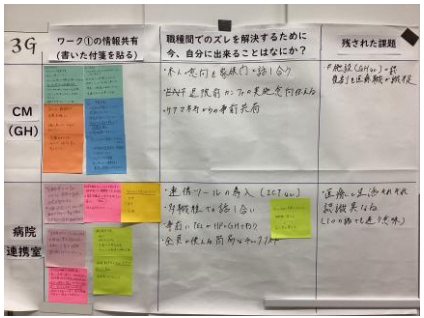
地域側（CM・GH）は「退院後も医療処置が不要な状態」を想定

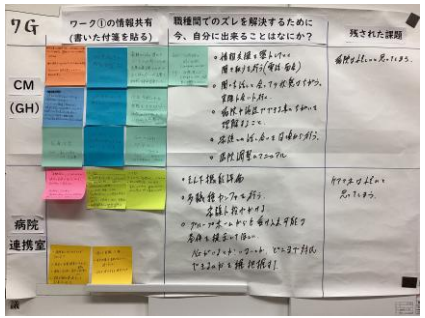
家族の“最期までGHで”の意味も、病院と地域で解釈が異なる

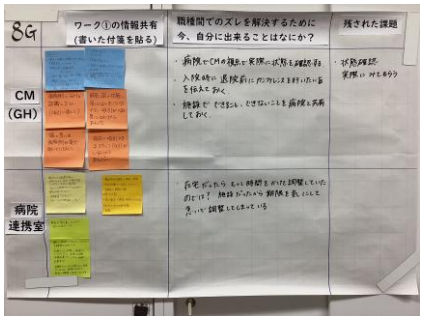
といった言葉の定義や前提のズレ が背景にありました。

この事例をもとに、まずは同職種で「なぜ慌てる事態になったのか」「どんな認識のズレがあったのか」を整理し、その後、職種混合多職種でお互いの情報を共有しながら、ズレの可視化と解決策の検討を行いました。









グループワークによるワークシート まとめ

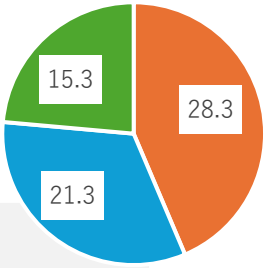
※グループワークの内容は、ワークシートの付箋メモを転記し、一部要約

【病院と施設の認識ギャップ】

テーマ	病院側の認識		施設・CM側の認識
退院の基準	治療が完了した＝退院可能	⇔	元の状態に戻った＝帰設可能
吸引の可否	GHでも吸引は当然できる	⇔	GHでは医療行為は原則不可
情報共有	サマリー（書面）で十分	⇔	直接の面談・カンファが必要
「軽い」の意味	医療的に重症ではない	⇔	日常生活に支障がない
退院時期	ベッド回転率重視	⇔	受入準備・体制整備が必要

【主要課題】

- 情報共有・連携不足
- 認識のズレ
- 施設機能の理解不足



【解決策】

- 退院前カンファレンスの実施・徹底
- 入院中の状態確認・面談の実施
- ACP（本人・家族の意向）の確認共有
- 施設の受入条件・体制の事前共有
- 多職種での情報共有ツール・ICT活用

【今後に向けて：それぞれができること】

病院側ができること

- ✓ 退院前カンファレンスを積極的に開催する
- ✓ サマリーに「経過」も記載する（結果だけでなく）
- ✓ 施設の機能・体制を事前に確認する
- ✓ 家族全員の意向を確認する（キーパーソンだけでなく）
- ✓ 「当たり前」が違うことを意識する

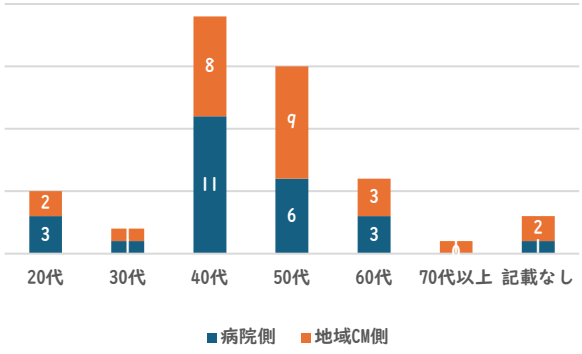
施設・CM側ができること

- ✓ 入院時に「カンファレンス希望」を伝える
- ✓ 入院中に実際の状態を見に行く（書面だけで済まさない）
- ✓ 受入可能条件を明確に病院へ伝える
- ✓ 入院前のADL・状態を文書で共有する
- ✓ 家族の意向のズレを把握し共有する

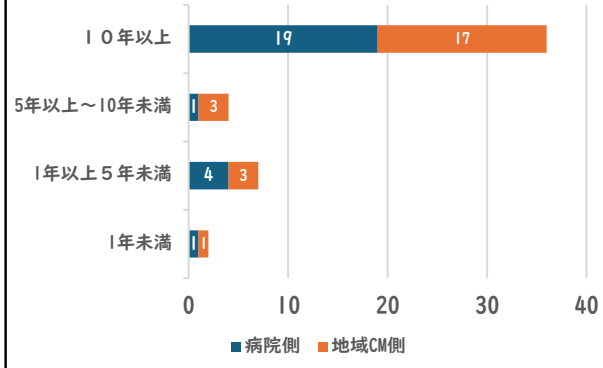
参加者アンケート結果　参加者59名（アンケート回収：51名　回収率86%）

平均年齢：47歳

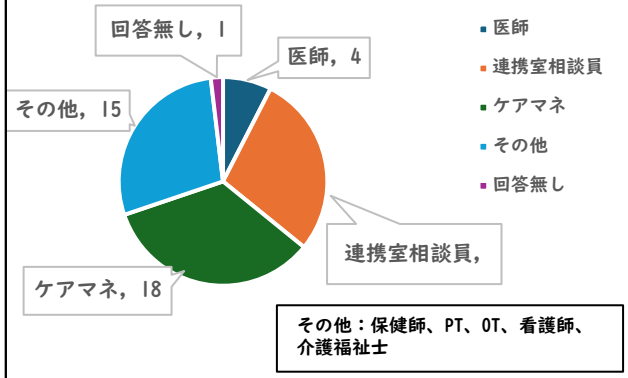
Q1, 年齢層　n =51



Q1, 職務経験年数　n =51

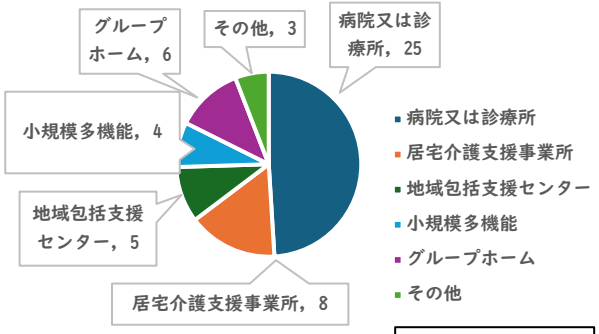


Q2, 職種　n =51



その他：保健師、PT、OT、看護師、介護福祉士

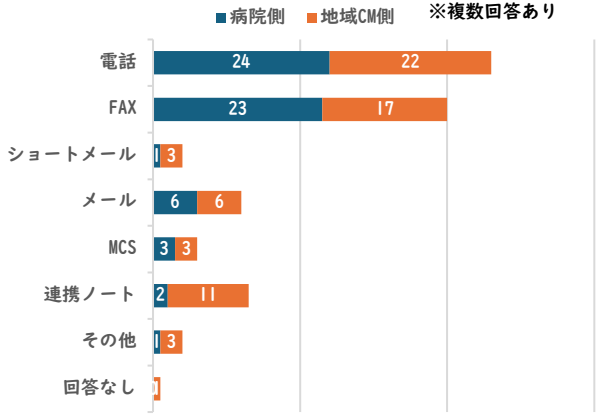
Q3, 事業所　n =51



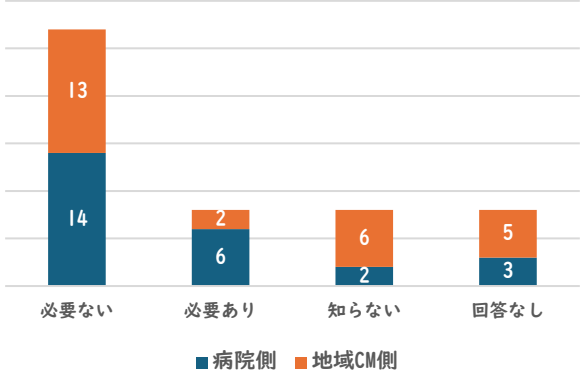
その他：保健所

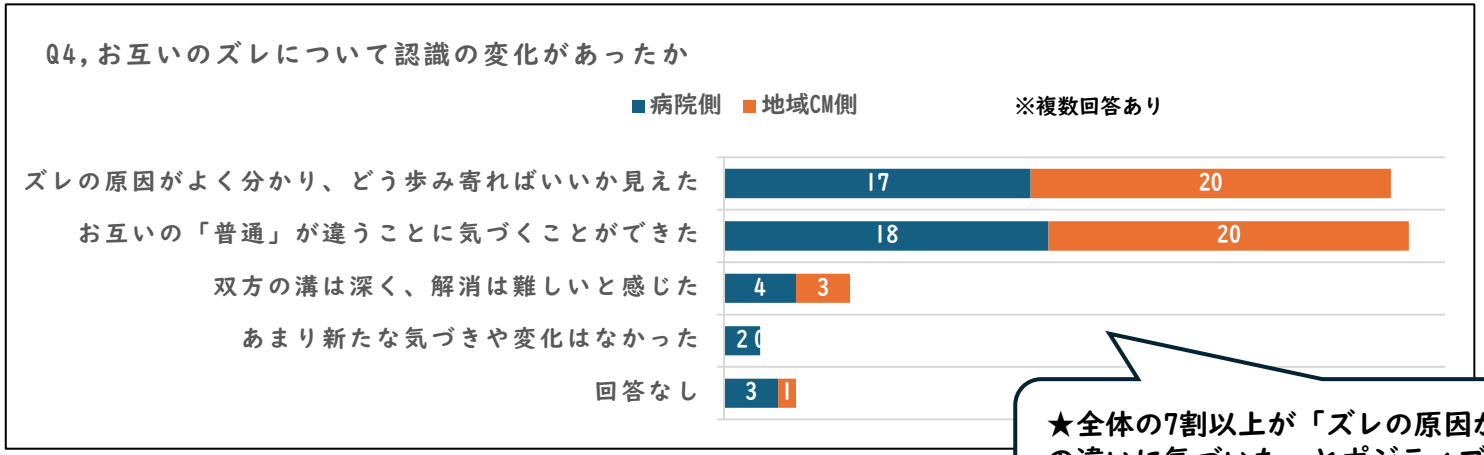
Q5, 現在使用中の情報共有ツール

※複数回答あり



Q6, 入退院支援ルール改定の必要性　n =51





★全体の7割以上が「ズレの原因が分かった」「普通の違いに気づいた」とポジティブな認識変化あり、研修が相互理解を深める機会となった。

病院側は…
「回復」「対応できること」について、「あたりまえ」の基準が異なり、施設や家族と認識がズレていることに気づいた。特に「言わなくても分かるだろう」という思い込みが情報伝達の妨げになっている可能性がある。今後はカンファレンスや密な情報連携を通じて、共通認識・共通言語を構築し、相互理解を深めることが重要と考えている。

地域CM側からは…
「治療か生活か」という根本的な視点の違いが最も象徴的な気づきとして挙げられた。また、入退院時の情報共有不足や、「分かっているはず」という暗黙の前提が認識のズレを生んでいることへの気づきが多かった。さらに、医療と介護の二者間だけでなく、家族を含めた三者間でも認識のズレが存在するという多面的な視点が示された。 「入院時からの連携」「本人を含めた話し合い」「各々の見解を丁寧に聞く姿勢」が重要と考えている。

皆様からいただいた声（抜粋）

【研修で得られた気づき】

「病院・介護側のあたりまえの程度・認識が違うことが分かった」（連携室相談員）

「お互いの普通が違うことに気づけた。肺炎は落ち着いたと言われたら、元の状態に戻ったと思ってしまう」（事務職）

「GHも看取りが慣れていると思っていた」（連携室相談員）

「これは分かるだろうと思う事は、相手には分からない事もある」（介護福祉士）

「医療と介護の現場のギャップを実感した」（ケアマネ）

「CM、GHの視点で実際の意見を伺い、生の声を聞くことができた」（看護師）

「普段から家族間・多職種間で密に情報共有することの大切さを感じた」（ケアマネ）

「本人様の意向が聞けていなかったことに気づいた」（介護福祉士）

【今後への提案・ご意見】

「ACPをもっとシンプルにできれば浸透しやすいのでは」（医師）

「元気な時にこそACP、認知症が進行する前にまず最初のACPを」（医師）

「退院前チェックリスト（介護側より）を提示いただければ助かる」（連携室相談員）

「施設、病院相互の訪問（見学会など）があればより良いのでは」（連携室相談員）

「ACP意思表示カードの導入（携帯できるよう）」（連携室相談員）

「電話に代わるツールを導入してサポートできれば」（事務職）

「各施設をMSWなどがラウンドして各キャパを把握」（GH）

「市民講座（現状医療、施設、在宅医療、みとりへのビジョン共有）」（GH）

「それぞれの職種の生の声を伝える場を今回のように作ってもらえると良い」（連携室相談員）

まとめ

課題	方策	今後の方向性
1 情報共有・連携不足 入退院時の状態が正確に伝わっていない、カンファレンス不足 ICT活用不足（FAX・電話依存）	入退院時の情報共有ツール・手段の見直し（MCS等のICT活用） 「治療」と「生活」双方の視点を含むカンファレンスの開催	情報共有の仕組みづくり（ICT活用）と効率化 具体策：経過も含めた詳細サマリー作成、入院前ADL評価を文書・動画共有、MCS普及
2 認識のズレとギャップ 医療と生活の視点差、価値観相違、医療処置の認識差(常識の違い)	「治療」と「生活」双方の視点を含むカンファレンスの開催と充実 入院中の面談による状態確認 医療用語と生活用語の共通理解促進	認識のズレを埋める相互理解の場づくり 具体策：多職種研修、共通用語集の作成
3 施設機能や限界の理解不足 GHでの吸引等、医療行為の可否が伝わっていない	施設の受入条件・体制の事前共有（施設機能一覧表） 職種間の相互研修・意見交換の実施	施設機能・地域資源の見える化と共有 具体策：相互施設見学、職種間の意見交換会、施設機能一覧表作成
4 ACP(本人・家族の意向)の確認共有不足 看取り方針や医療処置の必要性判断など場面に即した確認共有不足	入退院時にチームでACPを確認・記録 本人の思いを次の場につなぐ情報共有	本人の思いをつなぎ続ける仕組みづくり 具体策：ACPの共有方法を明確化