

No.	問1. 「入退院支援」
1	病院と在宅チームとの間で確実な情報共有がとても大切だとあらためて思いました。
2	入院時情報共有会議（参集andWeb）、退院時情報共有会議（参集andWeb）の徹底。
3	<p>問1～4のポイントにつきまして、これまでの議論のキーワードが上手く繋がり、質的側面を中心に良く纏められている印象でした。量的な側面での意見を問1に集約させていただきますが、2040年に向けて、人材不足やICT等を活用した情報共有の効率化や支援者の負担軽減のポイントが少ない印象を受けました。</p> <p>『スムーズな情報提供・共有』、『ズレを生じないように』という点からも、<b>医療機関と介護事業所等の双方が負担なく確実に状況共有できる仕組みやポイントへの盛り込み</b>は必要と思います。資源不足という点からは、継続的な市民への啓発活動を通して、<b>市民が主体的に考えられる情報提供</b>や、フォーマルな支援だけでなく、<b>インフォーマルな資源を本人が主体的に有効活用</b>する事も重要なポイントだと思います。</p>
4	<p>「本人の意向について、本人・家族・支援者間でズレが生じないように、特に病院と在宅チームとの間で確実に情報共有する。」について、「日常の療養支援」における「本人・家族、及び関係機関・チーム内で認識のズレが生じないように、本人の意向や連携した支援に向けた目的等を共有する。」と類似しているが、「<b>本人・家族・支援者間</b>」と「<b>本人・家族、及び関係機関・チーム内</b>」と表現が<b>分かれているため、統一できた方が望ましい</b>のではないかと。あるいは、意図的に使い分けているという事であれば、使い分けている目的を確認したい。</p>
5	<p><b>情報共有のタイミングの幅をもたせる。</b>（現在は退院前後での連携が主と思いますが、<b>入院中の状況の共有や、退院後の様子の共有</b>などが出来ると良いと思いました。）</p>
6	<p>入院中に病院と在宅側の情報共有ができて、退院日からスムーズに支援に繋がれることが理想とは分かっていますが、現実には退院してきてからサービスを整えたりすることがほとんどで、もうそんなに日が経過していたら、それなりに生活出来ているという事でお困り事はないのではないかと感じる事も多い。どうしても医療が必要で整えないと病院側も退院させられないという方の場合は事前に連絡がきますが、生活を整えるというレベルの方は治療が終わった時点で患者さんではないので退院後の生活がどうなるかまでは考慮されないパターンが多い。ここのつなぎの役割を誰が担うのかは不透明な面を感じる。病院の相談員さんもお忙しいだろうし、ケアマネさんも遠慮気味な印象がある。</p>
7	<p>よく、まとまっており、素晴らしいです。</p> <p>特に、本人、家族の不安や、どうしたら良いかという問題に関わる全ての職種で、早くから、連携を取るということに、重点が置かれているのは素晴らしいです。</p> <p>栄養士目線としては、栄養情報提供書を退院の時に、本人か、ケアマネジャーに渡して頂き、切れ目のない栄養ケアが進み、退院支援の同職種連携が進むことをお願いいたします。それにより、本人や、家族の不安が減ると思います。</p>
8	本人の意思が反映されない退院プランが増えているので、説明は必ず、家族と本人にお願いしたい
9	<p><b>入院前の本人の生活</b>（どんな事をしてたか何を大切にしていたのか）、また退院に際しては<b>入院中の本人の意向など病院と在宅が情報を共有</b>することが大事。</p> <p>記載案の内容でOKです。</p>
10	2番目の●に関して、 <b>できるだけ迅速に</b> 、という文言を追加しては如何でしょうか。
11	サービスを受ける側として、 <b>きめ細かい情報提供</b> をお願いしたい。

No.	問 1. 「入退院支援」
12	病床機能の理解が、市民に広がっていない。社会資源の活用に後ろ向きな患者や家族がいる。入退院支援・転院支援時のカンファレンス等に市民が慣れていない。
13	<b>本人の意思</b>

No.	問2. 「日常の療養支援」
1	本人ができることはして頂き、支援側もそれを支える工夫をしていく。
2	本人が意向を表出出来るようなアプローチについては、あらゆる職種が日頃から心がけるものと思いましたが。 まだまだ、介護職の方が遠慮をしているように感じたので。
3	コミュニケーションスキルが重要になってくると思われます。その部分をどうフォローしていけるか、難しいですが…。
4	問1に集約
5	「十分なコミュニケーションにより本人・家族との信頼関係を築き、関係機関との連携体制を構築することで、本人・家族が安心して療養生活を継続できるようにする」という点に関して、関係機関との連携体制を構築した上で、それらを本人・家族に継続して共有する事で初めて療養生活を安心して継続できるのではないかと。構築のみならず共有するところまで明文化する意義はあると思われる。
6	本人・家族が発信（意向を表出）しやすい環境づくりが必要と思ひます。（どのような環境だと意向を表出しやすいのか市民の声を聞けると良いと思ひました。）
7	改めて機会を設定して「どうしたい？」と伺うと気分を害する方、向き合いたくない方もおられるので、信頼関係を構築していく中で会話の中で自然に話題に出来る関係性を作っていける事が良いと思ひます。
8	本人の意向や、望みを達成するために、家族の介護スキルのレベルは、重要である。また、家族の負担が増えること、他職種により、軽減できないかを常に俯瞰して見る事が重要だと思ひます。それを誰が中心になってやるのかを全職種が理解出来、協力体制を持てる仕組みが、最初から運用されることが、必要だと思ひます。その、仕組みが出来ていると、嬉しいです。 カナミックは、有効です。だが、カナミックのない患者さんは、どうするか？の道筋があると嬉しいです。
9	本人の意思確認と家族・医療従事者の認識がずれないようにすることはとても大切だと思ひます。
10	どのような状態の時にどこまでの範囲を共有するのか基準を決めて実施するのか見当が必要と思ひます。（個人情報があるため）
11	本人が生活する上で大事にしているところも、支援内容に入れて欲しい
12	本人の意向を代弁できるような支援者（家族の意向に流されないように）が必要
13	療養中も定期的に関係機関が支援内容をチェックして、本人の満足度を上げる努力をして欲しい。
14	インフォーマルなサービスや、スピリチュアル面について軽視されないようにする手立てはないか？ フォーマルなケアのベルトコンベア的な流れが強くないか？
15	本人の意思

No.	問3. 「急変時の対応」
1	入院の可能性がある場合あらかじめ病院とも対応を協議する
2	やはり <b>日頃からの本人、家族の意向を確認する事が大切</b> だとあらためて思いました。
3	問1に集約
4	A4サイズ1枚程度の緊急時連絡シート（災害時にも有効な）を設置できるようにする。
5	上記同様に、何度もいろんな人に「こうなったらどうする？病院行く？救急車呼ぶ？」など聞かれる事はもちろん気分が悪い事だと思うので、聞き方や聞く人（支援者側も当事者側も）を考慮し、聞いたり話した内容は <b>カシワニネットなどでリアルタイムでチームで共有</b> し繰り返し負担になるような質問はしないよう心掛ける。
6	今、実際に関わっている患者さんの、緊急時、どこに連絡したらよいか知りませんし、教えられていません。また、こういう時は、訪問看護さん、こういう時は、医師、こういう時は救急車など、レベル別の対応もわからないし、教えられていません。これが、一人一人にわかるように、自宅の家の壁に貼ってあると嬉しいです。
7	介護医療従事者対象の研修
8	本人がどこまで望むか、生前で話しをしているのも、大事だと思う
9	ポイント案を如何に実行していくかが、大事である。
10	急変の定義を、個別に明確にする必要がある。その裏側には、計画的なケアの計画に理解を得ている必要がある。
11	<b>家族、関係者間での統一な考え</b>

No.	問4. 「看取り」
1	看取る経過はもちろん大事ですが、 <b>残される家族が救われる関りが非常に大切</b> だと日頃感じます。同時に <b>関わる支援者のグリーフケア</b> も大切と思います。
2	家族や介護職の方が看取りに対して、不安や恐怖心があるようでしたら、そのフォローが大切になってくると思われます。
3	問1に集約
4	「本人の意向に沿った看取りに向けて、多職種連携の体制を強化する。」という点において、「多職種連携の体制を強化する。」より具体的な方法として、支援者としてできる事の <b>「情報共有(カシワニネット)」を取り入れて表記</b> しても良いのではないかと。
5	知ることから始まりますので、市民講座などで啓発する機会が増えればと思います。
6	上記同様、繰り返し行った意向確認というところで方法等については注意する必要がある。
7	<b>カナミック</b> につながっている方は、多職種の訪問した時の本人や、家族の様子がわかるのが良いが、つながっていない方の日常の時の気持ちが見えないので、それが、共有出来ると嬉しいです。
8	通所、短期入所においては、家族の依頼によって対応を検討するが通常においては、あまり触れることは少ないと思います。 入所施設においては、家族間で考えに相違がある場合があります苦慮する時があります。
9	家族の気持ちや本人の気持ちを大事にする事がポイント
10	<b>グリーフケアやデスカンファを通じて次に繋げるステップや意思決定の支援や周知につながるようになる</b> といいと思いました。
11	この領域における知見の蓄積のため、体制整備の中に場合によっては在宅／入院の枠を超えた事例研究や症例検討会の実施を加えては如何でしょうか。
12	ポイント案に賛成ですが、具体的に実行性のある体制・支援の整備が必要である。柏市社協も協力していきます。
13	諦めたり、受け入れたりということについて、適切なコミュニケーションや作法があり、習慣になっていると、負担が減るように思う。そのような機能を掘り出してはどうか？
14	<b>本人の意思や家族、関係者間での統一な考え</b>