

## 第2回多職種連携会議GW「入退院連携の現状と課題」

### 居宅・包括

- ・退院を家族から聞くことがある
- ・入退院したことがわからないということは今までもあった。何が原因？
- ・入院したことの連絡が、家族からも病院からもない事がある
- ・状況や状態がわからず退院を迎えることがある
- ・医療関係者と介護関係者の意識に差はない？
- ・入院中、看護師からの詳しい説明がないことがある、忙しくされていると聞き辛い
- ・通院している病院が多い、連絡先が多い
- ・ソーシャルワーカーのケアマネの仕事量多い
- ・入院後3～4日経過して面談調整、電話して病院へ伺うも、あまり状況説明をしてもらえない
- サービス調整時間がない
- ・新規の人の依頼がよくあるが、退院までの期間が短く、準備が忙しい。とりあえず福祉用具がいる
- ・退院までに住宅改修の完了が難しい場合がある
- ・退院時サービスの調整がつかないのに、せかされる
- 直前の連絡
- ・新規でサービス必要な方、退院直前に連絡がある
- ・退院日が急に決まることもある
- ・退院直前の連絡ではサービスの調整が出来ない
- 短期間の入退院時連携不足
- ・短期間の入院や繰り返しの入院時の連携がとれていない(家族からあとで入院していたと聞く)
- ・短い入院機関の為連絡がなかった
- 退院後の生活見通し
- ・90代と高齢でも、入院前に出来ていたことは退院後も出来ると言われ、支援、サービスをうけないまま退院
- ・退院時状態が低下してしまうと家族が在宅介護出来ないといわれる。次の方向性を考える際にサービスの調整が難しく困ることがある
- ・退院までに何回か面接出来る場合は良いが、病院側から聞いていたサービスを退院後希望されないことがある
- 高齢者世帯
- ・そもそも調整が難しい、高齢、独居、老老介護等
- ・高齢者夫婦の支援で、介護者の妻や夫が入院した時に、残された方は緊急ショートと一緒に入院するかの対応をしているが、今後そういう家庭が増えてくるので何か対策が必要
- 包括
- ・自立デイ利用の方の入院、退院時の様子がわからない。本人からの報告のみが多い。内緒にされているケースもある
- ・支援の方、入退院の把握が難しい

### 家族

- ・誰に相談したらいいか？ 県南病院で家族で次の病院を決めてといわれ困った
- 老老介護、高齢者、独居
- ・お年寄りが多いので、入院、退院の連絡に漏れがある(電話が必要かわからないなど)
- ・家族が遠方で、必要な話が出来ないこと有
- ・家族との関わりが乏しく退院も決められない
- 家と病院の違い
- ・家族は家に帰るとどんなことに困るかイメージしにくい
- 家族の意識
- ・家族は支援関係者に連絡するという意識が薄い。その大切さが分かっていない
- ・サービスを定期的に使っていない場合は、ケアマネへの連絡の必要性がわからない？
- ・退院後の見通しがたっていないが、ある程度入院している時間が経過すると退院をすすめられることがある
- ・患者、家族がケアマネ、包括担当者の名前を正確に覚えていない
- ・居宅、包括、ケアマネ、訪看など一般の人(家族)は違いがわからない、わかりにくい！
- ・保険証と介護保険証を別々にしており、サービスが不明
- ・家族は病院や居宅がどこまで情報を伝えているかわからないと思う。連携すること自体、知らない家族が多い

### 病院

- ・自院より紹介した人は入退院ともわかるが、それ以外は連絡がないのでわからないことが多い。ケアマネへの連絡できない
- ・入院した時に関係ケアマネやサービス事業所に電話することを忘れている人が多い
- ・入退院が多く連絡が間に合わない
- ・退院前に面接をしたいが、出来ないことが多い
- ・介護保険の事(ケアマネ、サービス)を家族、本人が知らず連絡取りにくい
- ・訪問診療している人については、ケアマネも注意しているので、入退院がわかる
- ・ケアマネや訪問看護師と直接連絡をとることが少ない
- 患者の意思で退院
- ・退院許可したらすぐ帰ってしまう、調整の時間がない
- ・本人、家族が相談せず、退院した時、病院からの連絡が間に合わないことがある
- 認知症
- ・認知のある人の入院は付き添いが負担で、家族も困っている。治るまでは待てない、治らず退院することもある
- 退院後の様子
- ・退院後どうなったか気になる。病院からの提案が上手くいったらどうか？
- 院内ルール
- ・PT、OTは誰？ 院内のルールは？
- ・誰かがしている。担当が決まっていない
- ・病院それぞれ事業が違うので共通のルールは難しいのでは？
- ・相談員と看護師が兼務のところは、なかなかつかまらない
- ・入院したことを知らないことがある
- 病院地域連携室
- ・退院調整、地域連携室を通すと聞きやすい
- ・地域連携室があるので助かっている
- ・院内内の地域連携室が関わり、担当者会議で退院後の支援が良くできているケースも多い

### 多職種連携

- ・多職種とは医療・介護関係者だけではない・・・消防、警察、栄養士等

### 本人

- ・ケアマネの名前が伝えられない
- ・患者は帰りたいばかり、認知症で判断力低下

### 受け入れ先

- ・末期がんの人多い
- ・透析患者さんが安心して入院出来る所が少ない
- ・ターミナルで退院される時の受け入れ体制があまりない
- ・ターミナルの方は病院で治療がなくなると在宅へ帰されますが、退院後も安心して生活できるような体制がまだ不十分だと思う

### 薬

- ・退院時に必要な薬が出ていないことがある
- ・退院時の処方内容がお薬手帳にのっていないため、退院後外来に來られて薬が出た際、入院中と同じか確認できない
- ・入院時の薬が分からない方がいる
- ・一人暮らしの方が退院する時、薬の管理は誰がするの？

### 地域

- ・介護認定を受けても使っていない方もおられる
- ・サービス利用状況がわからない
- ・地域に一人暮らしの方多いが、サービスを勧めても拒否される

### Z連携

- ・病院はアナログ
- ・小さい施設ではZ連携を使う機会がない
- ・連携システムが難しそう
- ・全ての病院、事業所の参加がない
- ・病院ではハード面(パソコン)を常時使いにくい
- ・メールを使い慣れていない

### 情報共有書

- 様式
- ・自由記載の所に何を書いてほしいのかわからない
- ・当事者の人権？ 本人の思いは？
- ・認知症の方の受け入れをお願いする時に、情報共有書を使って、情報を細かく伝えるのが難しい
- 運用
- ・情報共有書を記入すること自体負担
- ・情報共有書の内容が、最新の情報かわからない
- ・入院時の情報共有書 もらってないのに書くの？
- ・必要な情報が渡せてるかわからない
- ・連携の方法(スムーズに行く所とそうでないところがある)
- ・情報共有書の内容を本当にいかせている？
- ・緊急入院時は共有書が出来るまで時間がかかる

### 施設

- ・退院され、重度の方が帰られても受け入れ先がない
- ・担当者会議(利用前・ショート)から得る情報が多い(退院後の具体的な様子)

### 市外病院

- ・県南の病院はいつ電話してもすぐ支援員が対応してくれるところと、窓口が不明なところがある
- ・他の市町村への受診時には情報が途切れる
- ・市外の病院との連携が難しい。連絡のないまま退院されている。相談員の顔がわからない。相談員がいない病院もある
- ・県南や県外の入院は、本人に会いに行くこと自体が難しい。情報や本人の状態がわかりにくい。

### 介護保険

- ・入院時介護保険必要であろうと思われる人が、申請してなくて退院がおくれることあり
- ・介護保険の認定を受けているかどうか不明の人も多い
- ・病院から勧められた福祉用具が、退院後すぐに利用できない場合がある
- ・入院してすぐ区分変更をすすめられることがあるが、退院後状態改善している場合がある
- ・介護認定出ていると支援か介護かわからないので困る。(要支援の時は包括、要介護の時は居宅が担当するため動き辛い。)



# 要望

- 多職種連携
  - ・会議以外にも話、情報交換したい
  - ・入院前のADLがわかる。+性格や日課や習慣、活動量がわかるといいな
  - ・共有書の活用より、出向いて状態を聞いた方がいい連携出来ることもあるかも
- Z連携
  - ・Z連携は高度な為、みんなが出来るようにしたい
- 入院時の連携
  - ・担当ケアマネ、居宅が入院と同時にわかるようにしてほしい
  - ・医療、処置、内服薬等詳しい情報が欲しい
  - ・軽い病気だと連絡取らないことがある。どの程度まで連絡をしたほうがいいのか教えて欲しい
  - ・家族、ケアマネ、病院の連携必須
  - ・ケアマネとしては、入院時の連絡は必ずしてほしい
  - ・病院はサービスの内容の詳しいものが欲しい
- 入院中の連携
  - ・担当者が来院される時は事前連絡か、ナースステーションに声をかけてもらいたい
  - ・病院内でケアカンファレンスができるといい、医師の指示も欲しい
  - ・クリニックにも参加して欲しい
  - ・入院中の自宅訪問にはケアマネとして参加したい(家庭訪問後にケアマネ依頼がある)
- 退院時の連携
  - ・退院時の情報はなるべく早く欲しい
  - ・お互いの情報交換、担当医のサービス理解(受け皿を整えるためには日にちが必要)も必要
  - ・退院時に施設や在宅サービスの提案にアドバイスが欲しい
- 市外病院との連携
  - ・毎回病院を訪問するのは困難。対面以外で上手く連携したい
  - ・窓口がわからないところがある。一覧や、どの部署に連絡したらいいかなどわかりやすいものが欲しい
- 薬
  - ・退院時の薬を、お薬手帳に記入してあると助かる
  - ・お薬手帳を利用して欲しい
  - ・退院して次の受診までに情報を知りたいな
  - ・薬でわからないことがあり、病院に連絡し辛ければ薬局に相談してほしい
- 施設の受け入れ
  - ・ターミナルの方などどの程度まで受け入れ可能かわかるようにしてほしい
  - ・受け入れ施設の許容度をはっきりさせておいてもらえると調整しやすい
- 家族の理解
  - ・本人と家族の予後の共有が大切
  - ・本人や家族がケアマネの名前を言えるようにしてほしい
  - ・担当ケアマネが分かる方法を統一する(家族がわかる)
  - ・一人暮らしの高齢者の場合、家族との連絡がすぐ取れることが大切
  - ・退院時家族を含めた話し合いが必要。日程調整大変
  - ・家族だけでなく、出来ればケアマネにも連絡して欲しい。家族に理解がなく、連絡がないことがある
- 家族への対応
  - ・家族の介護力があるかどうかも見たい
  - ・家族、帰る前に不安のないように支援の流れが見えると助かる。
  - ・本人の希望、家族の希望を教えてください
  - ・共有書だけでは情報が不足。主治医が家族にどんな説明をしているのかも知りたい
- サービス調整
  - ・独居高齢者の入退院について、体力や筋力が低下しているので、環境を整えたり、サービスを調整するのに明日退院ですと言われたりすると困る。もっとこまめに情報共有したい
  - ・一週間は最低欲しい

# 対策案

## ☆細かな情報共有をする

- ・性格や日課、習慣、活動量、希望など



## ☆入退院時の連携ルールを作る

- ・ケアマネ、MSWの早めの連絡と状況把握
- ・入退院時にどちらから連絡するなど大まかなルールを作る

## ☆市外病院の連絡先一覧を作る

- ・電話や共有書等で必要な情報共有が図れるようにする
- ・窓口や各病院への連絡方法の一覧を作成する

## ☆Z連携を利用する

- ・インターネットパソコンを使えるようになる
- ・地域住民への普及啓発、便利なことをわかってもらう
- ・若い人から教育、勉強

## ☆介護保険を理解する

- ・介護保険の仕組みを多職種が理解する
- ・申請中の時は、暫定お試しで利用



## ☆薬の変更時はお薬手帳に記入する

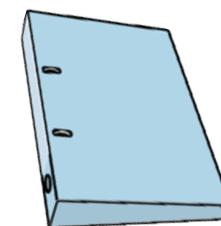
- ・薬の変更時は、こまめにお薬手帳に記入する
- ・わからないときは薬局に相談する

## ☆連絡先を確保しておく

- ・別居世帯が多いので、近所の方へ連絡をお願いする
- ・見やすい場所へ連絡先を書いておく

## ☆施設の受け入れ可否一覧を作る

- ・どの程度まで受け入れ可能かを一覧にして共有する
- ・施設の中でも、共有して誰でも対応出来るようにする



## ☆介護保険情報がわかるようにする

- ・お薬手帳にケアマネの名前、電話を記入する
- ・介護保険証など一括して入れられる袋を用意する
- ・お薬手帳に生活歴、病歴を書きのこす
- ・ケアマネ、介護度などの入ったカードを携帯又はお薬手帳に貼る

## ☆家族への働きかけ

- ・退院支援については、各種の方法を啓蒙する
- ・ケアマネが日頃から入院時はこのように対応して欲しいと伝えておく