

# 12/4(水) 多職種連携研修会 「入退院調整マニュアルの活用方法」 グループワークまとめ

日時 令和6年12月4日(水)14時から 16 時

場所 市立病院 7 階 講堂・交流センター

参加者数 30 名

※グループワークの意見をまとめたものになります。基本は、付箋の内容を記載していますが、誤字・脱字などを一部加筆修正しています。

※日常業務を行う中で、参考にさせていただく情報もあると思いますので、ご活用ください。

ただし、各機関の状況は随時変わりますので、最新の状況を確認するためには、電話などで随時、担当者と調整を行うようにお願いします。

令和6年度 多職種連携研修会 「入退院調整マニュアルの活用方法」 総括①

	包括への質問内容	包括から回答
病院から質問	入院中の介護申請を依頼してはダメですか	場合によっては対応します
	要支援になるか要介護になるか認定結果待ちの退院支援の際、ケアマネが2人来て家族も患者も驚きました。 認定結果待ちはどちらかでよくないですか。結果が出てからと思います。	・要支援か要介護かで担当が違うのでどちらの結果かわからない場合は2人で行きます ・居宅が要支援になっても担当して下さる場合は、1人の時もあります
	・ケアマネの紹介はどのような基準でしてますか ・要介護が出そうな方へケアマネ事業所紹介	住所地やなじみの所、同じ法人内など優先的に提案しています
	入院時情報提供書を文書でくれない事業所がある	基本情報で代用可
	入院時情報提供書がなかなかもらえないことがある	奈良市の居宅かも (市内事業所とは連携ができつつありますが、市外とは連携が不十分)
	退院前カンファレンスもっとしてほしいですか	必要な時だけでいいです ○
	亡くなれる場所が少なくないですか	・家、病院が難しい場合もあります ・老衰の方、ガンの方は分かりやすい
	・お金がない方の対応 ・身寄りがない方の対応 ・身寄りはあるが、実質的なキーパーソンとならない方の対応	・お金がないと後見人がつきにくい ○ ○ ・本人の拒否がある ○ ○ ・ケアマネ、包括も同じ悩みがある ○ ○ ・家族に障がいがあると難しい ・後見人は市町村によって時間がかかる ・申請から利用開始まで半年はかかりすぎ ◎
	後見人ってどうですか	—
	患者本人が生活保護で施設等の入所が必要な場合の手段や、もし自宅での生活とした場合の判断は○	担当包括に相談
	子供がニートで、いままで本人が面倒みていた時に、患者本人が入院した場合、介護・支援の申請、金銭面の相談は包括か	担当包括に相談。必要な機関につなぐ。
	受診に来た患者のことを包括に報告しているが、その後、どういう対応をしていただいているのか聞きたいです	問い合わせがあれば対応します
	病院からのレスポンスは早いor遅いどのくらいで返事が欲しいか	早ければ早い方がいい ○
	インフォーマルサービスの共有が進めば(一覧など)、退院にむけての在宅での選択肢も増えてよいのでは。	サービス内容を包括からの情報としてもらう
いつも入院時情報をいただけるので、その方の像が見えてくるので、大変助かります	感謝 ○	

<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">病院から質問</p>	<p>・生駒市様式の指示書が、まだ必要ですか。実際どう使っているのかわからない。○◎</p> <p>・優楽だけ入所に、生駒市様式の診療情報提供書が必要ですか ◎ ○</p>	<p>・生駒市民だけ医療費負担がある 【ケアマネの意見】 ①ケアマネも負担となっている現実がある ②有効期間(半年)があるので、内容が変わらないのに書いてもらう必要があるのか</p> <p>⇒診療情報提供書の取り扱いは、ケアマネジャーハンドブックに記載がありますので詳細はそちらをご確認ください。</p> <p>◇居宅介護支援事業所 (ケアマネハンドブック 2-20「2アセスメント②主治医に居宅介護指示書または診療情報提供書の依頼」参照) 『主治医等との連携により、～プラン作成時には必ずとりましょう』と規定しています。そのため、一概に有効期間を「半年」と定めていませんので、新規作成時やプラン内容に変更があった時など、必要時に依頼するようにお願いします。 なお、「軽度認定者の福祉用具貸与」の場合は、有効期間が最長で「半年」となっていますので、主治医から診療情報提供書をもらっていただきますようお願いいたします。 (問い合わせ先:介護保険課)</p> <p>◇地域包括支援センター (ケアマネハンドブック 3-15「介護予防・日常生活支援総合事業の必要書類一覧(最終版)」※注意点6参照) ・継続者の診療情報提供については、7か月目以降は市に相談してください。 ⇒予防プランの方は、身体変化が大きいため有効期間を「半年」としています。 (問い合わせ先:地域包括ケア推進課)</p>
	<p>か ケ ア マ ネ か ら 質 問</p>	<p>連携が必要だと考えるケース(医療依存度が高い、状態が大きく変わった等)は同じだとわかった</p> <p>困難事例を丸投げはできればやめてほしい</p>

令和6年度 多職種連携研修会 「入退院調整マニュアルの活用方法」 総括②

	ケアマネへ質問内容	ケアマネから回答
包括から質問	入院し、状態が低下した方の区分変更のタイミングが、病院と家族からタイムラグがある場合	—
	(入院中)介護保険申請中、要支援か要介護か微妙な方には一緒に支援してほしい どこのタイミングで引継していけばいいか	居宅によって対応しています ○
ケアマネから質問	介護認定の結果がどちらになるか分からない場合は、必ず居宅ケアマネの病院への同行をお願いされますか ◎	退院前から退院後の様子を知っておくほうが、担当となった場合、プランが立てやすいので、要支援か要介護か微妙な時は一緒に動く
	認知症の為、適切な治療ができないまま退院となった	付き添える家族もいない場合
	担当者と自分が直接連絡を取り合えない時	—
病院から質問	退院の際、診療情報提供書、サマリー以外の情報とは何か	必ずほしいのは、「診療情報提供書」「看護サマリー」「リハサマリー」
	自宅での介護が難しくなっている利用者への声かけ	方向性の相談は家族にします
	病院からのレスポンスは早いor遅いどのくらいで返事が欲しいか	早ければ早い方がいい ○
	加算要件や情報共有のため、病院に来ていただけると助かります。行きにくい等の理由があれば改善していきたい	退院前カンファレンスへ参加して欲しい
	入院時に患者のアドバイスをしてくれて大変助かったことがある	本人や家族の情報が入院支援に役立った ○
	いつも入院時情報をいただけるので、その方の像が見えてくるので、大変助かります	感謝 ○
	後見人ってどうですか	—

令和6年度 多職種連携研修会 「入退院調整マニュアルの活用方法」 総括③

	病院へ質問内容	病院から回答
包括から質問	情報の中で一番参考になる、または、知りたい内容は。(マニュアルの書式ではなく、包括の書式で提供しているので)	基本情報と包括の介入エピソードがほしい
	・介護保険の代行申請をお願いされるが、病院ではできないのか ・介護保険の代行申請をしない病院がある	・代行申請している(病院により対応します) ・市によって代行申請を病院ではできない ・外来や軽症者は、相談の第一歩として包括を紹介
	MSWの担当はどのように決めているのか	病棟で決まる
	地域連携室が担当される方と担当されない方について	
ケアマネから質問	・地域連携室の介入なく病棟の看護師とやり取りをする際、直通電話がなくタイミングが難しい ・緊急入院された方の情報の送り先が決まってないことがあった。病棟も決まってない場合、取り急ぎ地域連携室、又は患者支援センターに情報提供させてもらえないか。その後、病棟が決まった場合の窓口について、病棟に直接つながり情報は共有されているのか	・地域連携室が誰でも対応 ・病棟ごとに担当者 ・患者さまの名前伝えれば返答 ・(市立病院)緊急入院されて、病棟が決まっていない患者の場合、地域連携室へFAXをお願いします。その後、電子カルテで共有します。
	なかなか担当者が決まらない時、入院された時など、地域連携室に電話をかけるタイミングは。早いと担当が決まっていない。	・病棟ごとに決まっているが、ケースによって担当がつく時期や、困難ケースによって担当が変わってくる ・患者が病棟が変わることがある
包括から質問	地域連携室の担当者がいない患者の場合、病棟看護師等への連絡はいつがよいか	病棟看護師は多忙の為、相談員が対応できる *本人が認知症、他の場合
	地域連携室の方への相談内容として、外来の方等への関わりもされているのか	・市立病院:外来も対応しています○ ・外来から地域連携室に対応をお願いされる ・本人が外来にて聞き取れていない内容も、地域連携室で教えていただける
	・末期がんの退院調整について ・ADLの内容により要介護の方もいると思う	・ケアマネはどこを紹介したらいいかわからないので、まずは、包括に相談 ・サービス事業所と関わりがある居宅を紹介
	ガン患者の方の入退院支援について、マニュアルは共有されているのでしょうか	がんセンターへ確認する
	身元引受人がないケース ○	市役所に相談 ◎
	入院中、家族から相談がある場合と、病院から相談がある場合がある。家族から相談となる場合はどのような判断基準があるのか。	主治医と病棟看護師の判断
	コロナ後、退院時カンファに呼ばれることが減ったように思うのですが、実際に開催頻度が減りましたか	まだまだ少なめ オンライン環境・対応が難しい場合も有
退院後の生活について、どのような聞き取りをしているのか	病院の情報シートに沿って聞き取りする ○	

包括から質問	退院後支援不要、ADL問題なしと言われても、退院後、自宅内移動が大変なケースがあるどこまで退院後の情報把握しているか(※1)	・看護師、家人から連絡がなければ把握しきれない場合も ・在宅生活は、病棟看護師ではわからない面もある
	退院日前日等のお知らせをいただく時は、サービス調整がなかなか難しいです	—
	退院後のサービス調整(総合インフォーマルサービスの活用)	—
	担当のMSW以外の人も情報共有が出来るといい	—
	基本的にはいつも丁寧に対応して下さり助かっています	—
ケアマネから質問	入院連絡を病院側からケアマネに出来ないの	・病院内要検討
	入院した事を後で知るケースもあるので3日以内は難しい○	・何らかの方法で連絡あると助かります
	入院先と在宅でかかりつけ医が違う場合の医療連携について	対応は状況によって違う 入院時(後日でもOK)に情報提供あれば返信できるが、緊急時は難しい
	本人、家族が連絡をしてこない時、もしくは連絡ができない時に病院によっては「個人情報のため教えられなく、本人に確認」と言われることが多々あり少し困りました	ケアマネ、包括には答えている(市立病院・近大病院)
	複数の科で受診している方の場合、どの先生に診療情報提供書をお願いしたらよいか(入退院の時とは少し違いますが日頃の悩みです)	・非協力的な医師もいるので患者支援センターへ言って下さい ・地域連携室にきいてもらっても可
	1~2ヶ月の短期間に入退院を繰り返された時、その度、書類は必要か	・短い間の状態も情報ほしい ・先生は文書での記載がよい方が多い○
	入院時情報提供書のADL記入の際、普段のものを記入するのか、急に状態悪く入院となった時の状態を記入した方がよいのか	普段(元々)のADLがよい
	軽度で入院予定も短いだらうという方も状態変化があるかもしれないと思い必ず情報提供しているがその理解でよいか	基本的にはほしいが、要支援レベル、予定入院(検査のみ)は不要。緊急時は欲しい。 ⇒(※1)のようなケースもあるため、情報提供はした方がいいのでは。
	身寄りのない方の延命について	・本人が言えたら、本人の意志。 ・DNR延命しないことになるのか。増えている。
	・退院時情報共有について、状態変化が大きい方は、在宅でのイメージを共有できたらありがたい(住宅改修など) ・医師はケアマネからの情報をみていないのか ・主治医の先生が「〇〇頃退院」と直接本人や家族に伝えていて連携室や看護師が知らない間に介護タクシーを手配していることがあった	・変化の捉え方が違う ⇒地域連携室から医師に伝えて下さる○
退院後、在宅サービスがどのように実施されているかケアプラン等の送付をお願いしますか	今後、退院後のケアプランは必要になる	

ケアマネから質問	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時の情報共有の参考様式について、どの居宅が良いか</li> <li>*ケアプランは必要ですね</li> <li>・急(翌日)な退院依頼。サービス付き高齢者住宅入居の方ではありますが…</li> </ul>	—
	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族(特に高齢)に先生から説明があってもケアマネに素直に伝わる事が難しい</li> </ul>	—
	<ul style="list-style-type: none"> <li>白内障の1泊入院について</li> <li>情報共有していなかった下肢筋力の低下</li> </ul>	—
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟の看護師もやさしく教えてくださいます</li> <li>・かなり親切にいただいています</li> </ul>	感謝 ○