

R3.1.14 「医療連携研修 医療連携3」

テーマ 病院との医療連携

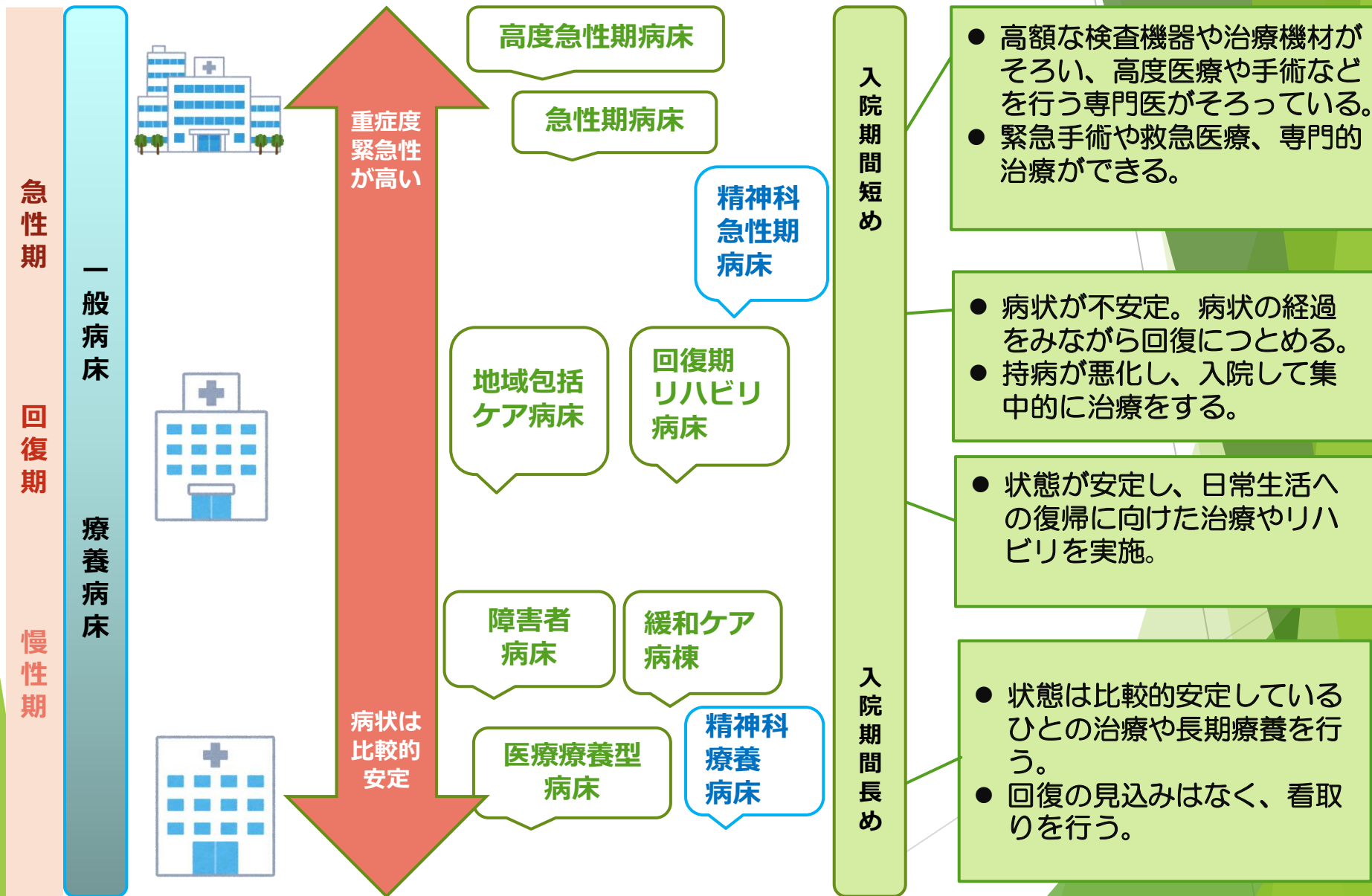
医療機関との連携を深める

～入退院時の連携を考える～

八王子山王病院

医療ソーシャルワーカー 小俣美奈子

病院の機能を見る



病院の特徴を知る

病院の機能は、
どんな「病床機能」
「指定」を組み合わせ
ているかで決まる。
担当者と会って今後
の流れを聞いてみる

病院は治療の場。急性期病
院では長く入院できない。

即退院もあり得る

入院や退院を決めるのは
医師(主治医)である。病
院は医師の指示のもと動
く仕組みになっている。
主治医の了解がないと
大きな展開は難しい

治療が落ち着いても退院にならないと、
次なる入院を受け入れる体制がとれず、地域医療
を逼迫させる要因になることもある。

皆さまのご協力が地域の医療を支える！

同じ病院でも入院
できる期間が決
まっている**病棟**
がある。
地域包ケア病棟や
回復期リハ病棟

治療が落ち着いても、
リハビリの継続や医療
的ケアが継続する場
合は、状況に合った機能
の病棟に移ったり、別
の病院に転院するこ
とがある。

病床の機能によっては、
在宅復帰を前提とす
ることがある。
自宅以外の退院先につ
いては病院とよく相談する

病院は問題解決の場ではない。
しかし、入院早期から患者の
退院に向けた課題を共有し、
対策について相談、協議する
ことはできる。

入院中の病院との連携

- ▶ 入院前の生活やケアプランの情報提供
(入院前の状態や生活課題、
ケアマネジャーさんの心配していることなど)
- ▶ 退院後の在宅生活再開に向けての準備
 1. 病状説明の場への同席
 2. リハ見学
 3. 退院カンファレンスなど

※退院カンファレンスは『介護支援等連携指導』『退院時共同指導料2』と
いう診療報酬で評価されています。

退院後のケアプランの写しをカルテに保管する必要がありますので、
可能な限り、ご協力お願いいたします。

知っていただきたいこと

- ①入院直後に病状や診断名をずばりと聞くのは、ちょっと待って！
診断には検査が必要です。ご家族も知らない情報は伝えにくい。
まずは入院前の情報や家族情報を教えていただきつつ、退院に向けた連携をどのようにとるか話し合しましょう。
- ②病院によって、退院支援担当者もその連携のタイミングも違います。
MSW、退院調整看護師など
- ③病棟の機能や診療科によって、退院支援のスピードが違います。
急性期、回復期、地域包括ケアなど
準備期間をどの程度設けることができるのか



コミュニケーションを
とりましょう！

ご清聴ありがとうございました。



アンケート：医療機関から①

【ケアマネジャーとの連携①抜粋】

- ▶ 入院前の生活状況や家族状況、サービス内容、キーパーソン、ご本人の性格などを教えていただき助かった。
- ▶ 入院前から在宅介護困難になりつつあった患者さんであったのに、退院調整時期になってから「在宅は無理」と言われると困ってしまう。もっと早い時期から相談してほしい。
- ▶ 入院した翌日に「本人の状態はどうか」と問い合わせをいただくことがあるが、MSWの担当も決まっていなかったり、検査結果も治療方針も出ていないことが多いことを理解してほしい。個人情報という認識を。
- ▶ 入院前の介護状況や退院後の生活を再開する上での条件などがある場合は早めに教えていただきたい。
- ▶ 長期入院等で契約解除となる場合は、ご家族と手続きをしているのか来院いただけたときはMSWあてに一報いただければ、可能な限り対応させていただくようにしているので、ぜひご連絡いただきたい。

アンケート：医療機関から②

【ケアマネジャーとの連携②抜粋】

- ▶ 必要な情報は相談室に届けていただいても病棟に渡すだけなので、病棟に直接届けてほしい。
- ▶ 情報は受付や病棟に預けるだけでは退院に向けての課題を話し合うことはできないので、できれば電話で来院を予告したうえで退院支援部門に声をかけてほしい。FAXで一方的に送信するだけでは不十分。病院によっては対応窓口が違うことがあると知ってほしい。まずは電話をください。(病院代表、MSW、連携課、病棟など窓口は病院ごとに違う)
- ▶ ケアマネジャーを把握していないご本人やご家族もいるのでご連絡はいただきたい。
- ▶ 退院許可が出たら即サービス調整できるよう準備していただけて大変スムーズな退院だった。
- ▶ 「いつでも帰ってきてください」と患者さんに声をかけてくださって感動した。

アンケート：医療機関から③

【ケアマネジャーとの連携③抜粋】

- ▶ 病状や薬の関係で老健やリハビリ病院は難しいのに、「リハビリ病院に転院したほうがいい」とケアマネの判断で家族に助言されて困ることがある。
- ▶ うちの回復期や地域包括ケア病棟は在宅復帰率が問われるので、老健入所を前提とした相談は受けられないことを知ってほしい。
- ▶ 退院時期についてケアマネさんの都合を言われて困ることがある。
(月初は忙しいので等)
- ▶ 精神科の生活保護受給者の入院は、ケアマネ、市長同意等の方法があるためわかる範囲で情報をまとめてほしい。
- ▶ **来院を避けようとするケアマネさんがいる。**
- ▶ **入院相談はまずかかりつけ医に相談してから進めてほしい。**

アンケート：医療機関から④

【ケアマネジャーとの連携④】

- ▶ 要介護意見書や診療情報提供書、訪問看護指示書の作成のご相談をいただくことがあるが、**数か月受診がない**など最終受診日から経ち過ぎると医師に依頼ができない。必ず受診させてほしい。
- ▶ 入院相談に対して、患者移動しベッド調整までしたのに本人や家族の同意を得られなかったという場合があり、困ってしまう。できるだけ承諾を得てから相談してほしい。
- ▶ ケアマネジャーさんには助けていただいているので感謝している。

アンケート：ケアマネジャーから①

【医療機関との連携①抜粋】

- ▶ 病院側にケアマネとの連携の意識がなく、対応を断られたり、手紙やケアプラン等書類を返却された。訪看や家族から聞き取ったから不要と言われた。
- ▶ 医師が介入オーダーを出さないとMSWさんが介入できないと聞き、CMとして介入必要であると感じても、MSWが介入されない時。病棟の看護師さんとのやり取りだと時間がかかる。
- ▶ 連携の相手先や文書の送り先が判らず、困ったことがある。病院やMSWによって**バラつきがあり、困る**ことがある。
- ▶ 入院してすぐ連絡をすると、「まだ情報がきていません」と言われたまま連絡をいただけないことがある。

アンケート：ケアマネジャーから②

【医療機関との連携②抜粋】

- ▶ 軽度の方に多いが、いつの間にか退院してしまうことがあり、退院後にご家族やご本人より連絡が来ることもある。軽度の方でも連絡していただきたい。
- ▶ 新規の退院支援のときにあることだが、事前の見立てや情報に食い違いがあり予め済ませたサービス調整が、病院を訪問すると不要となって無駄になることがある。
- ▶ コロナ禍で面会ができず、利用者の様子がわからない。
- ▶ 病院によっては個人情報だと連携を断られ、困ったことがある。
- ▶ 利用者の現在の様子を教えてくれずに、介護度に応じたケアプランを見せてほしいと言われ、困った。