

令和3年度八王子介護支援専門員連絡協議会「医療連携研修」

テーマ 病院との医療連携

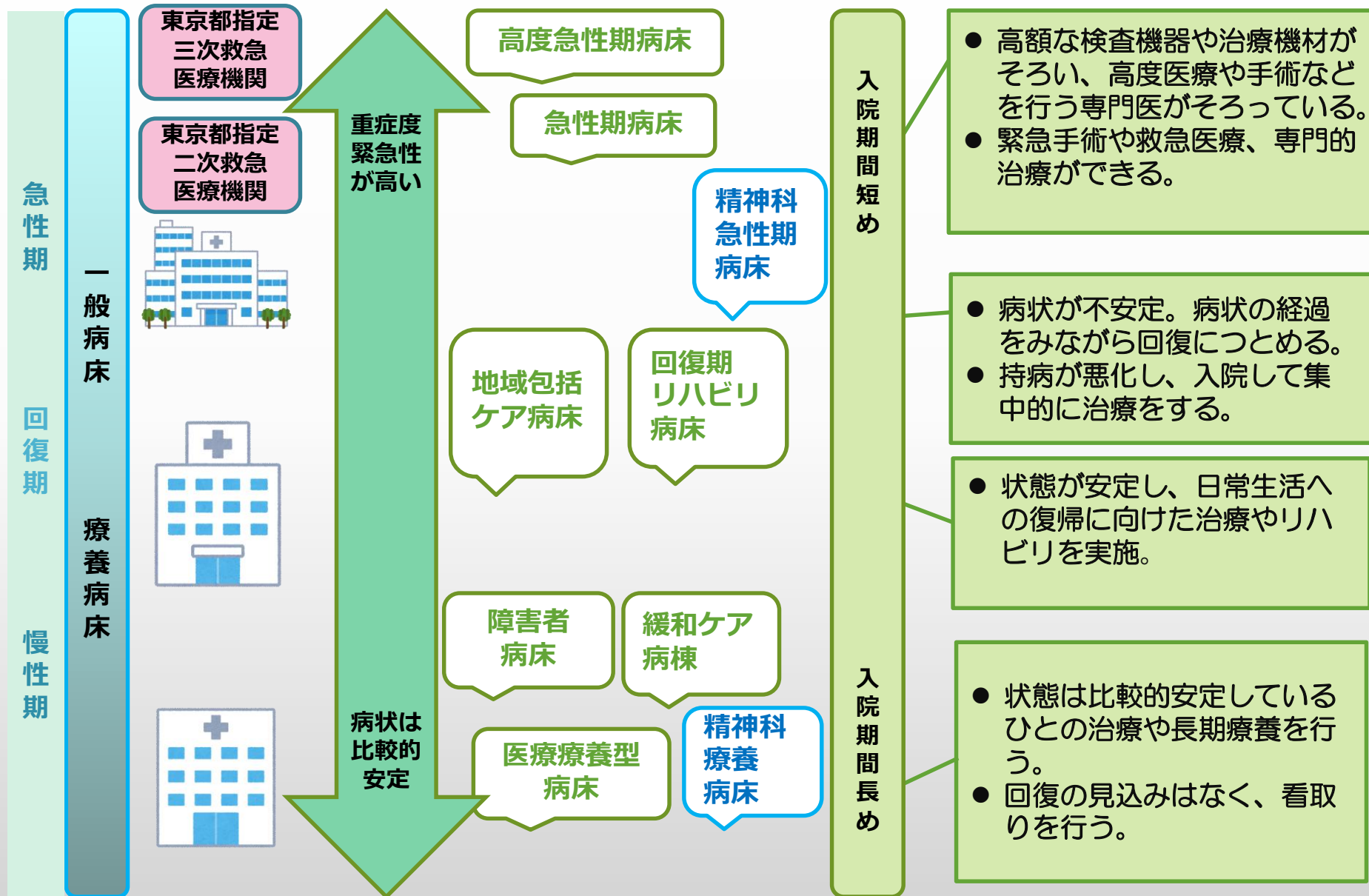
医療機関の機能と特徴を捉えて 連携を考える

～コロナ禍の医療連携～

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

病院の特徴は、
どんな「病床機能」
「指定」「施設基準」
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。

即日 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。

入退院時の連携

介護支援等連携指導料 400点

入院前の生活状況や退院に向けた課題の共有

介護支援等連携指導料2回目 400点

治療が落ち着き、退院に向けた課題や介護サービスなどを話し合う

退院時共同指導料2

400点(+300点or+2000点)

退院後の在宅医療体制について、在宅療養を担う医師またはその指示を受けた定められた職種とカンファレンスをする。
※3者以上だと退院退所加算のカンファレンスに該当する。

対面で行うことが原則であるが、**ビデオ通話**が可能な機器を用いて行うことが認められた

入院日

病状説明

リハ見学

カンファレンス

退院日

入院時連携情報加算 200単位

入院してから3日以内に情報提供(提供方法は不問)

退院退所加算

連携1回目:450単位 2回目:600単位

カンファレンス参加有 連携1回目:600単位 2回目:750単位

3回目:900単位

退院に向けた課題や介護サービスなどを話し合う。

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料』『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(入院編)

- ①入院直後に病状や診断名をすばりと聞くのは、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(メディカルソーシャルワーカー)、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！

通院中の病院との連携

- 自宅での生活やケアプランの主治医への情報提供
（在宅生活を支える上で共有しておく必要のある
生活状態や生活課題、
ケアマネジャーさんの心配していることなど）
- 利用者の生活を支える上での病状や注意すべき点、通院頻度などの把握
（通院が途絶えてしまっていると主治医意見書を依頼で
きる医療機関がなくなる恐れがある、
服薬や注射などの情報を把握）

※2021介護報酬改定に伴い、ケアマネジャーが利用者の診察に同席し、主治医から
受ける助言などを踏まえたケアマネジメントを行うことを評価する加算が新設。

「通院時情報連携加算」単位数は50単位（利用者1人ごとに月1回算定可）。これまで
ケアマネが無報酬で引き受けてきた通院同行が初めて介護報酬の対象となった。

知っていただきたいこと(通院編)

①ご本人が把握できなかった受診時の情報を問い合わせたいとき…。

病気や治療の説明は医師でなければ難しい、非常にデリケートな情報です。
あとからカルテを読んでも、間違ったニュアンスでお伝えしてしまうリスクがあるという前提でお願いします。可能な限り、ご家族や受診同行でご確認いただくのが理想的です。

②医療機関によっては、MSW、看護師などに連携方法について助言をもらえます。

病院の規模や医師の数、仕組み、医師の方針によって方法は違います。

③「かかりつけ医」「主治医」とは、定期的な通院している状況において成立する関係です。

介護サービス維持の上でも、適切な医学管理の上でも通院頻度は把握が必要です。



コミュニケーションを
とりましょう！

コロナ禍の医療機関とのつきあいかた

①来院前、来院時の検温や体調不良がないかなどの申告にご協力ください。

人から人への感染症である新型コロナウイルス感染症は、万が一お互いが保菌者であったらという姿勢で体調観察、手指消毒、マスクの着用(不織布)は基本的対策としてお互いに実施していく必要があります。

利用者さんとカンファレンスで会うことができて、直接接(ボディタッチ、握手、ハグ) やマスクをずらしての会話はご遠慮ください。

②面会制限について

面会制限は医療機関によって違います。市内の医療機関の半数でオンライン面会ができるようになってきておりますが、回数制限や予約方法など変化の可能性があります。

③退院前カンファレンスについて

退院前には可能な限り直接対面でのカンファレンスが望ましいものの、感染対策上、医療機関によってはオンラインで行うことがあります。こちらは開拓分野ですが、遠距離の医療機関との連携を可能にするなど、可能性を広げるチャンスです。しかしまだまだオンライン対応していない医療機関もあります。

ご清聴ありがとうございました。



医療法人社団 東光会
八王子山王病院

その他医療連携で感じていること①

【2022アンケートから：地域包括ケアセンター】

- 医師は多忙と遠慮、躊躇がある。
- ケアプランを送り付けられた医師はどう思っているのか(特に大病院)。
- 日頃から顔の見える連携づくりが必要。
- 面会制限があり、病院からの事前情報より状態悪く、在宅困難なケースがある。直接ご本人に会って確認したい。

【2022アンケートから：その他】

- 情報の共有が難しい。

その他医療連携で感じていること②

【2022アンケートから：居宅介護支援事業所】

- 受診同行し、直接意見を聞きたいが、ケアマネジャー側に時間に余裕がない。
- 大学病院、外来担当医等との連携が難しい。
- コロナ感染拡大により訪問や診察同行が難しくなってしまった。
- 電話対応してくれる相談員さんが窓口になってくれて助かる。
- 医療系サービス導入や更新時のケアプラン作成時、また福祉用具の軽度者申請時の医師の意見聴取が必要なことを知らない医療者がいる。私たちの努力が足りないが、少し残念に思う。
- 窓口がどこかわからない。

その他医療連携で感じていること③

【2022アンケートから：居宅介護支援事業所②】

- 医師へ手紙送付時に失礼のないよう文書作成にととても時間がかかる。様々な場面で使えるフォーマットが欲しい。
- 医療機関のFAX番号をオープンにしてもらえないか。もしくはケアプランの送付先メールアドレス。
- まごころネットを使って連携してみたい。
- メールでやり取りできるようにしたい。
- 互いに相手の立場を考えた思いやりが必要。
- お互いの機能や役割を十分理解し、共通の目的に向かっていくチームでありたい。

アンケート：医療機関から①

【2021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。
- 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。

アンケート：医療機関から②

【2021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ふことがあると知ってほしい。まずは電話をください。（窓口は病院ごとに違ふ）
- 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）
- 来院を避けようとするケアマネさんがいる。（退院が決まらなければ来院しない。事業所の方針で病院には訪問しない）

アンケート：医療機関から③

【2021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。
- 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。
- 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。
- 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。

アンケート：医療機関から④

【2021ケアマネジャーとの連携④】

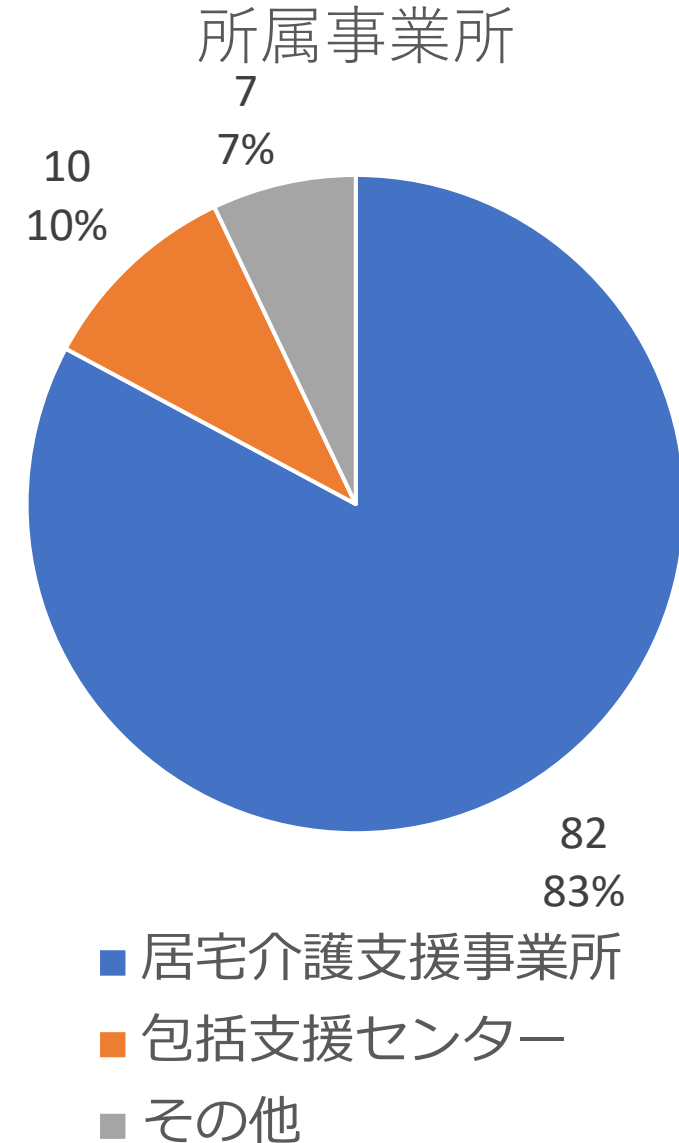
- 要介護意見書や診療情報提供書、訪問看護指示書の作成のご相談をいただくことがあるが、**数か月受診がない**など最終受診日から経ち過ぎると医師に依頼ができない。必ず受診させてほしい。
- ケアマネジャーさんには助けていただいているので感謝している。

医療連携アンケート集計結果

2021年12月20日～28日まで実施し、99名のケアマネジャーから回答がありました。
回答者の所属事業所は右の通りです。

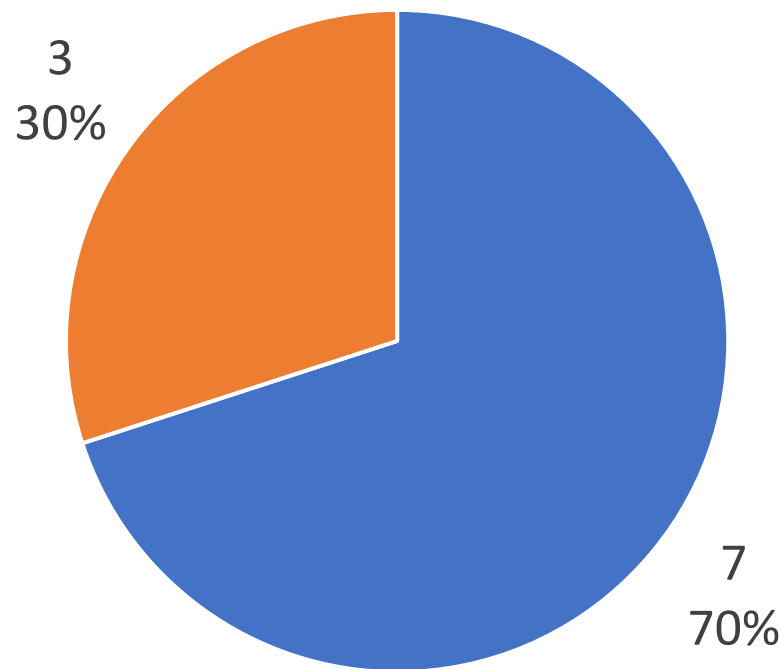
その他(7名)の内訳

- ・介護老人福祉施設(地域密着型含) 3
- ・有料老人ホーム 1
- ・看護小規模多機能型居宅介護 1
- ・小規模多機能型居宅介護 1
- ・認知症対応型共同生活介護 1

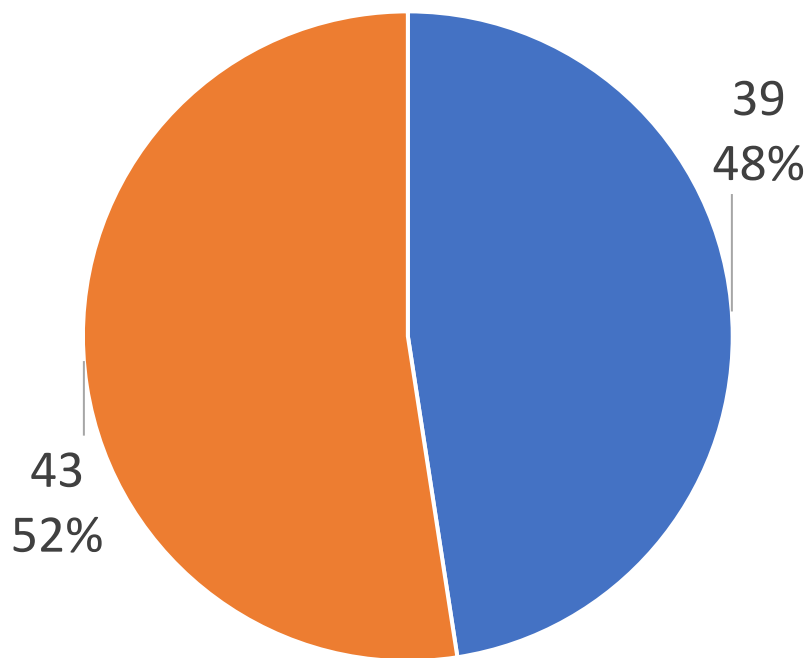


取得している資格について

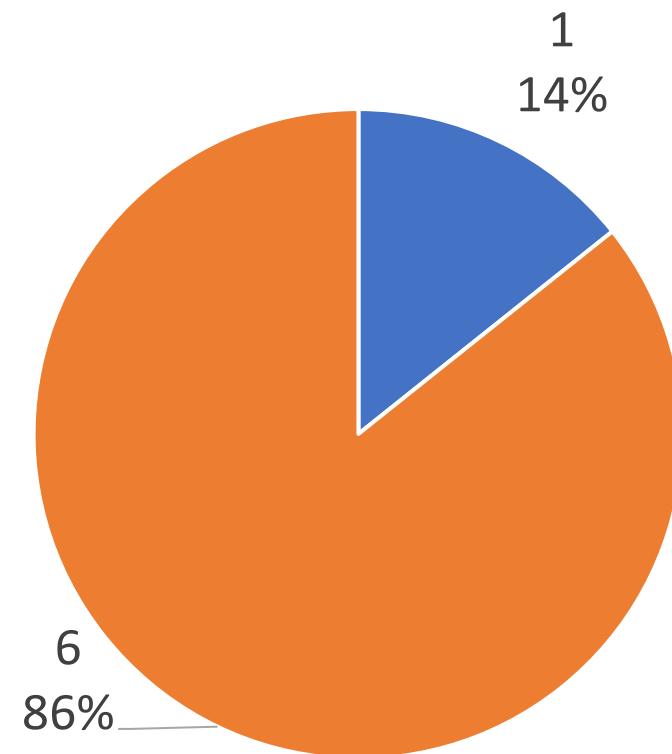
地域包括支援センター 10



居宅介護支援事業所 82



その他 7



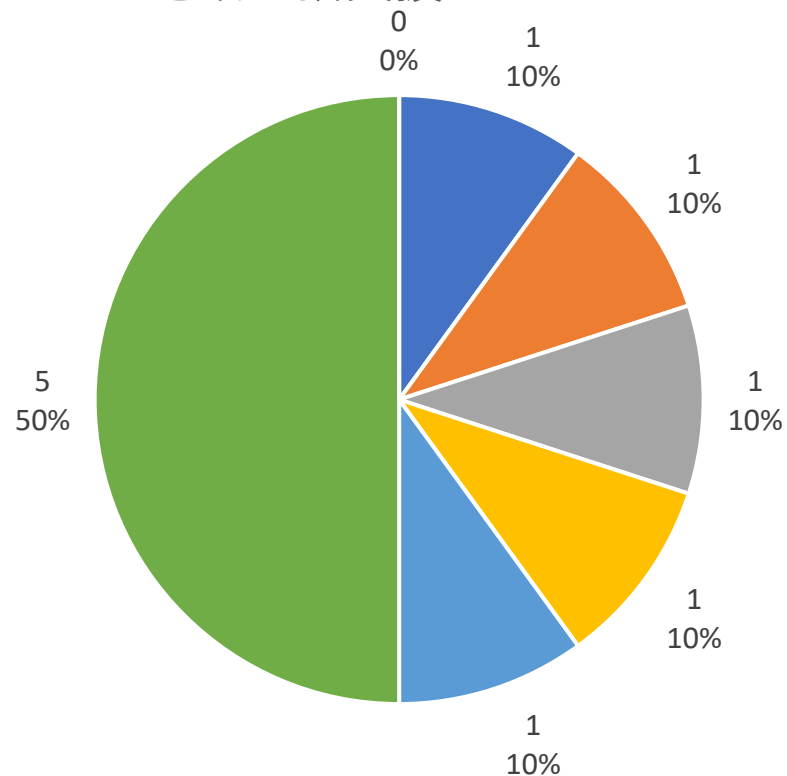
■ 主任介護支援専門員 ■ 介護支援専門員

■ 主任介護支援専門員 ■ 介護支援専門員

■ 主任介護支援専門員 ■ 介護支援専門員

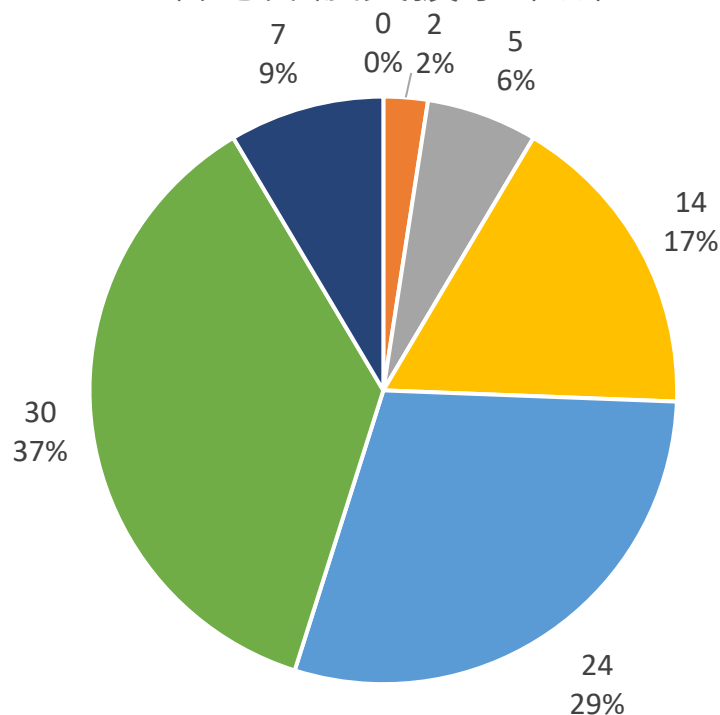
ケアマネジャーとしての経験年数

地域包括支援センター 10



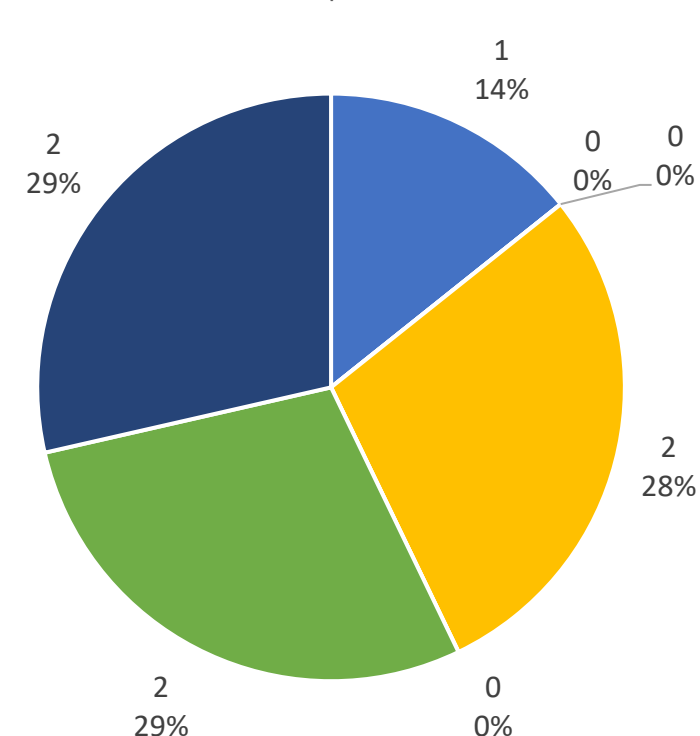
- 1年未満
- 1年～3年未満
- 3年～5年未満
- 5年～7年未満
- 7年～10年未満
- 10年～15年未満
- 15年以上

居宅介護支援事業所 82



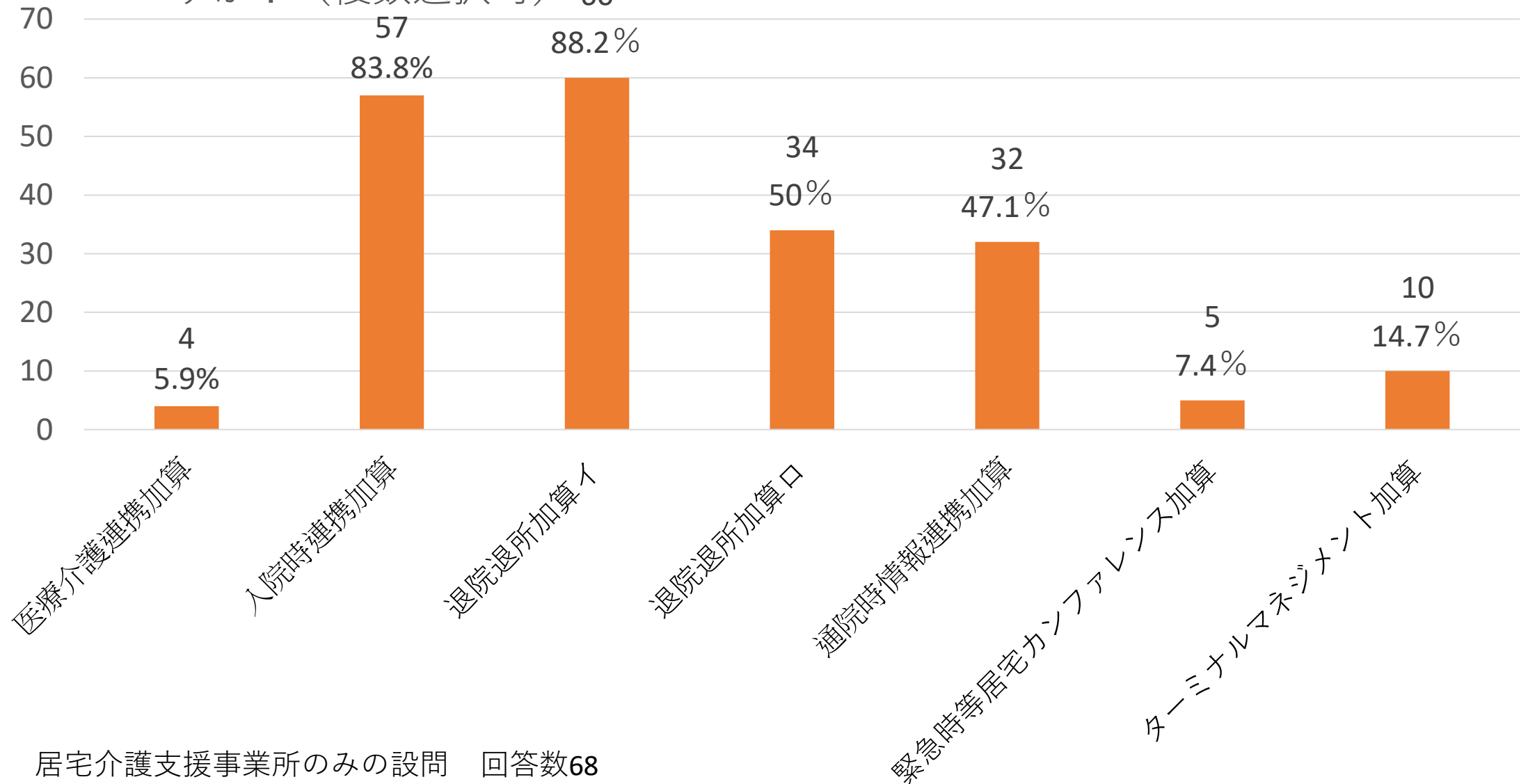
- 1年未満
- 1年～3年未満
- 3年～5年未満
- 5年～7年未満
- 7年～10年未満
- 10年～15年未満
- 15年以上

その他 7

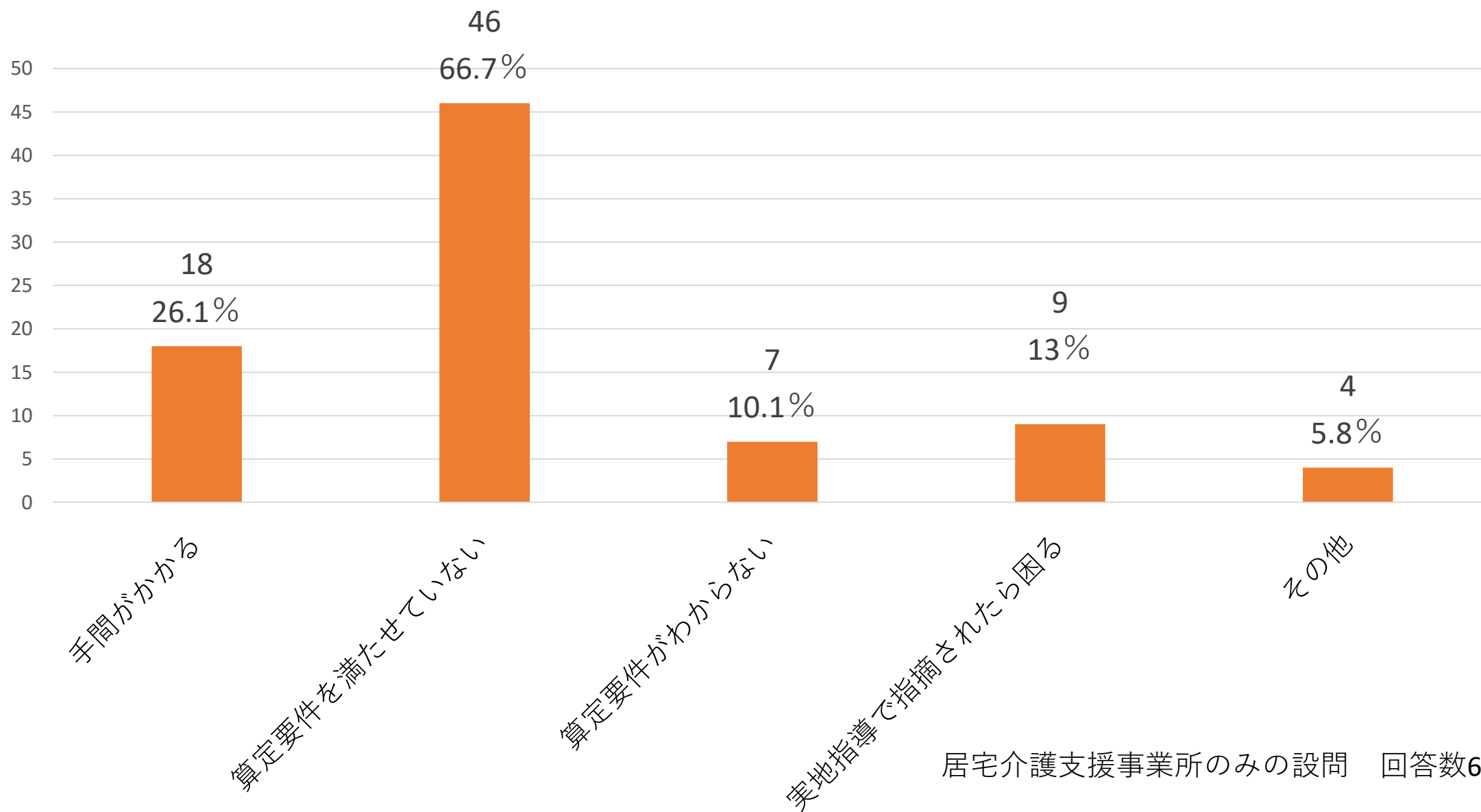


- 1年未満
- 1年～3年未満
- 3年～5年未満
- 5年～7年未満
- 7年～10年未満
- 10年～15年未満
- 15年以上

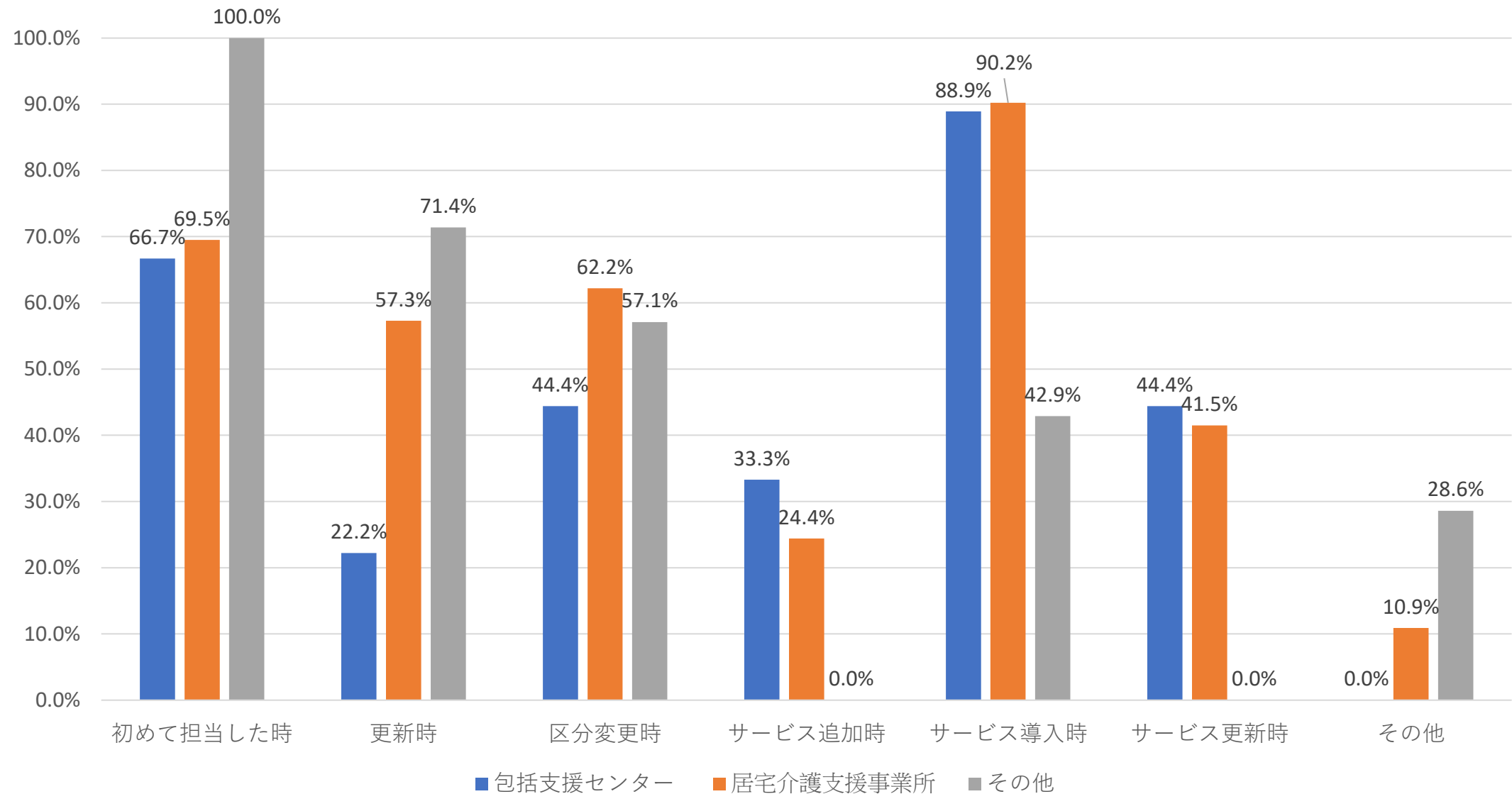
1. 医療連携関連の加算でああなたが取得したことがある加算は何ですか？（複数選択可）



2. 加算を取得していない理由は何ですか？（複数選択可）

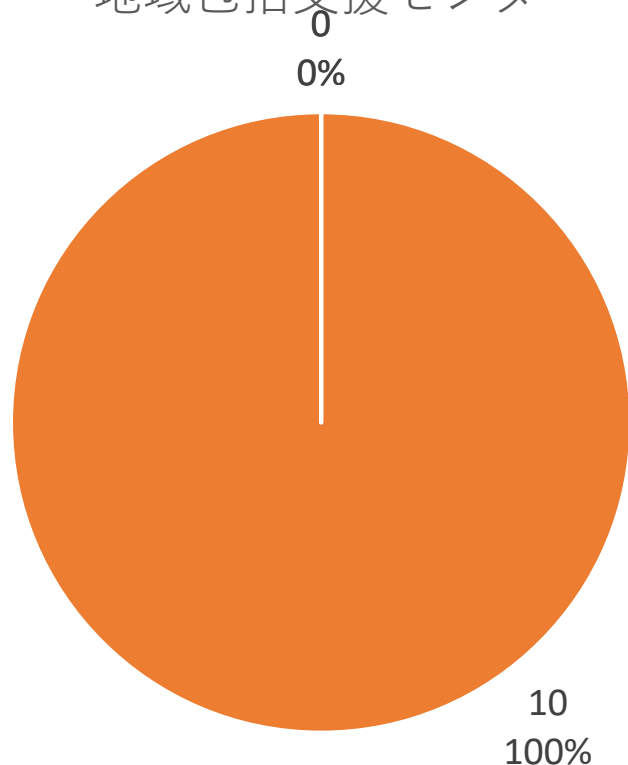


3. 主治医との連携はいつ行っていますか？（複数選択可）



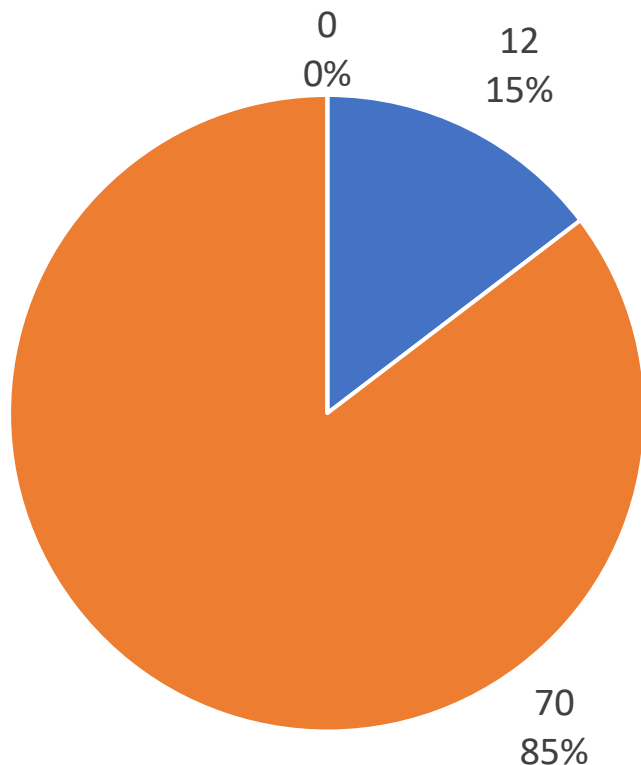
4. 主治医との連携はどのケースについて行っていますか？

地域包括支援センター



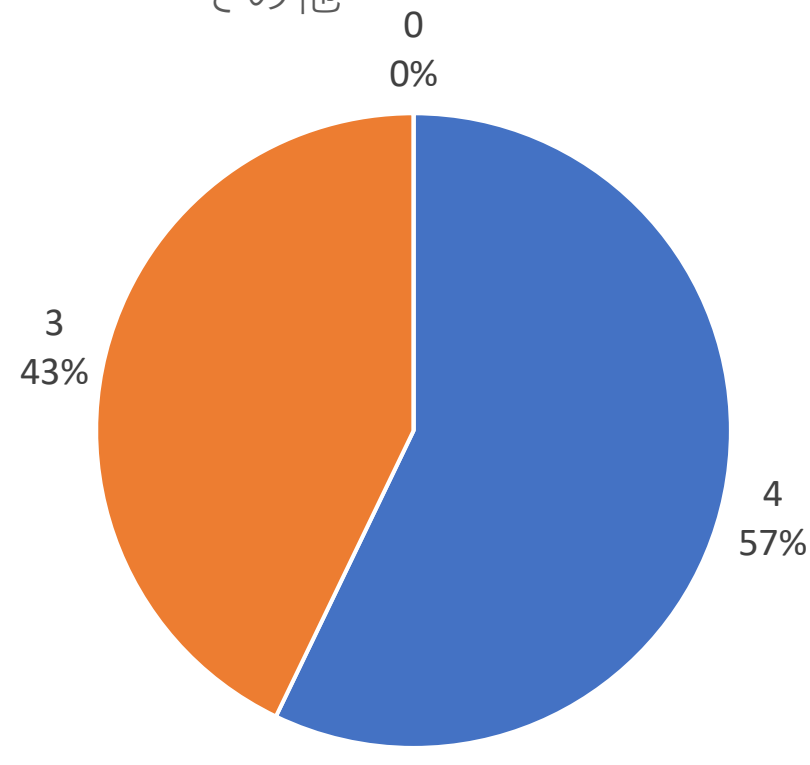
- 全ての利用者について連携している
- ケースによって連携する、しないが異なる
- 行っていない

居宅介護支援事業所



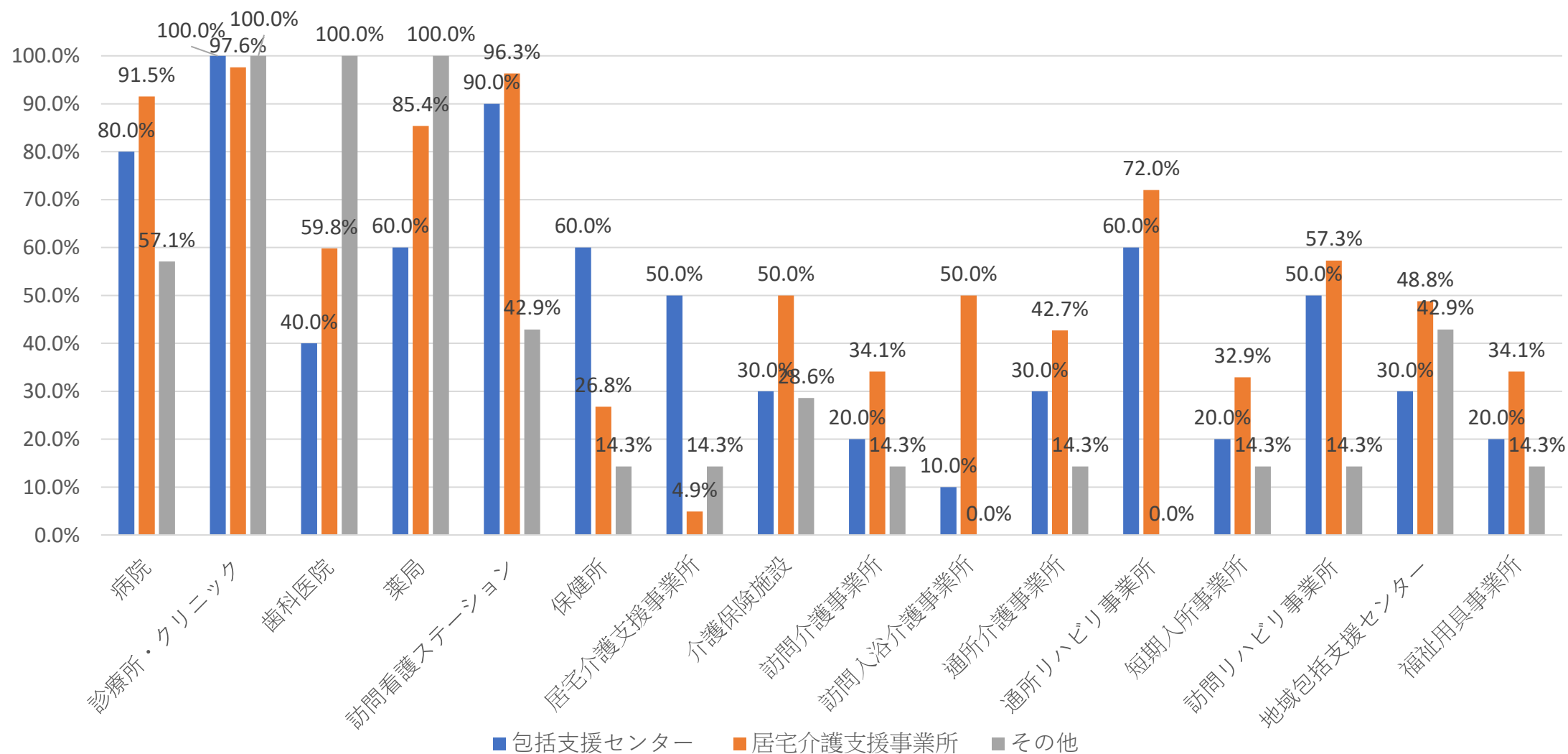
- 全ての利用者について連携している
- ケースによって連携する、しないが異なる
- 行っていない

その他

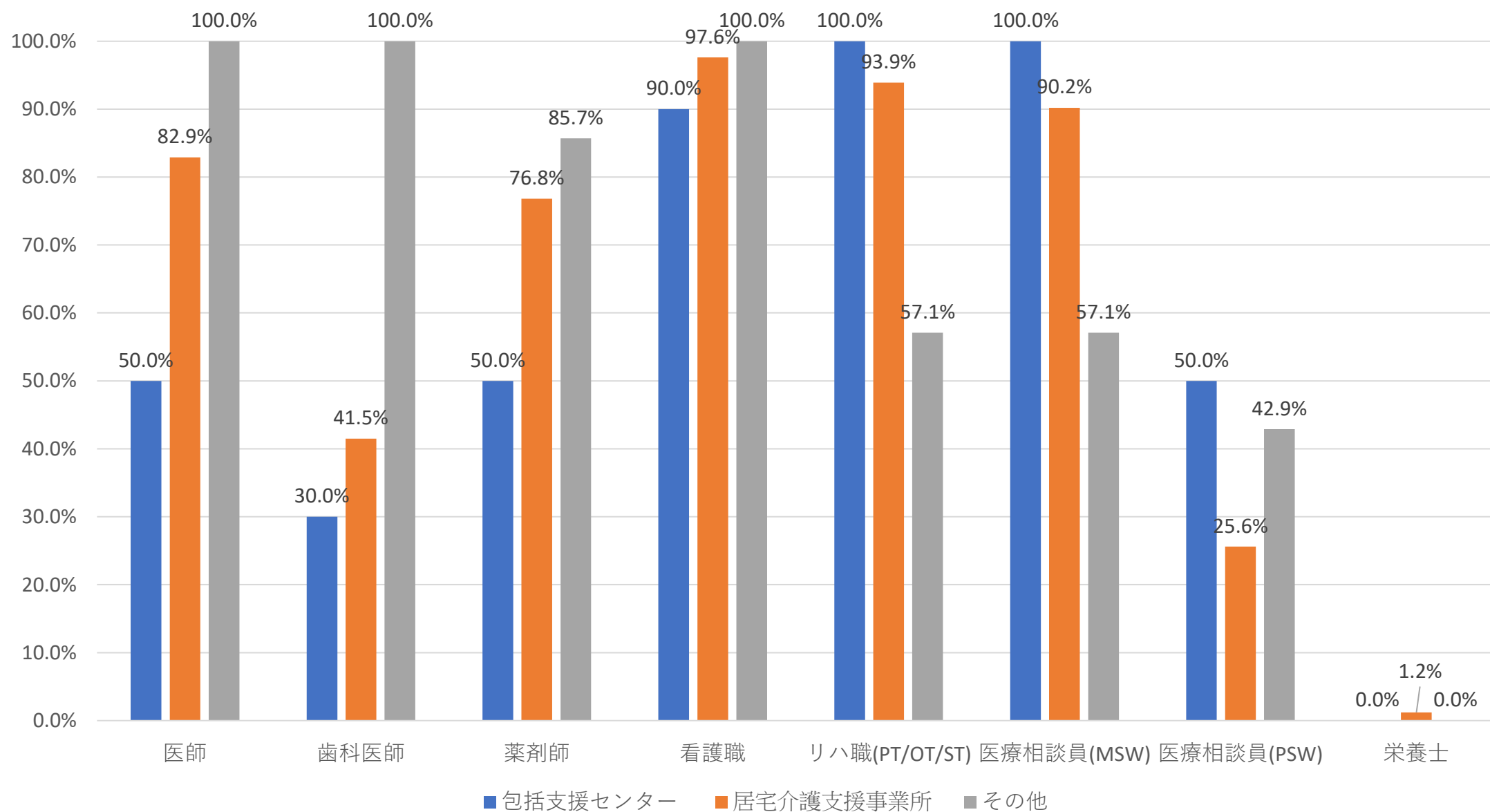


- 全ての利用者について連携している
- ケースによって連携する、しないが異なる
- 行っていない

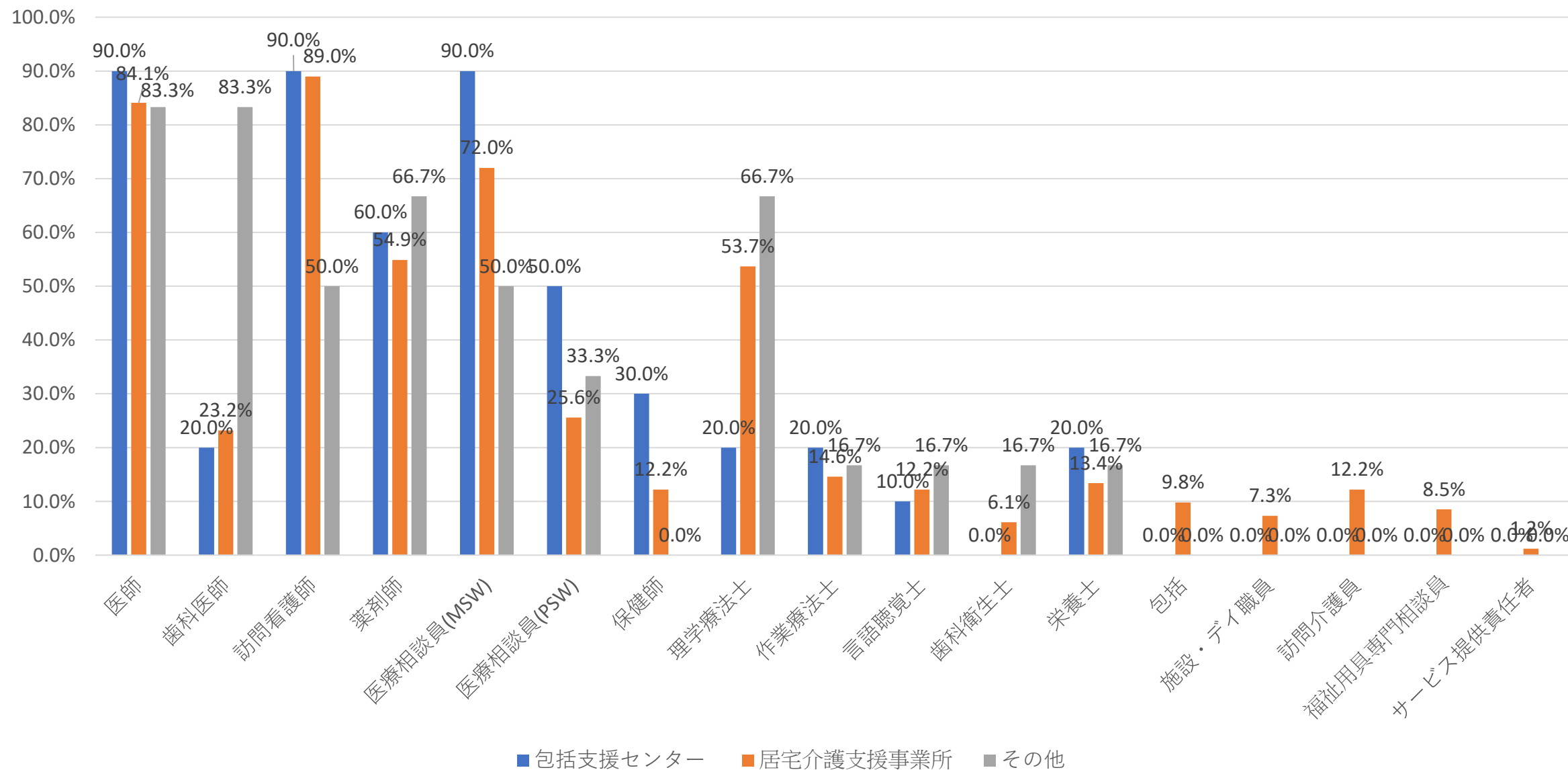
5. あなたが医療連携している関係機関や事業所は？(新規継続を問わず、あてはまるもの全て)



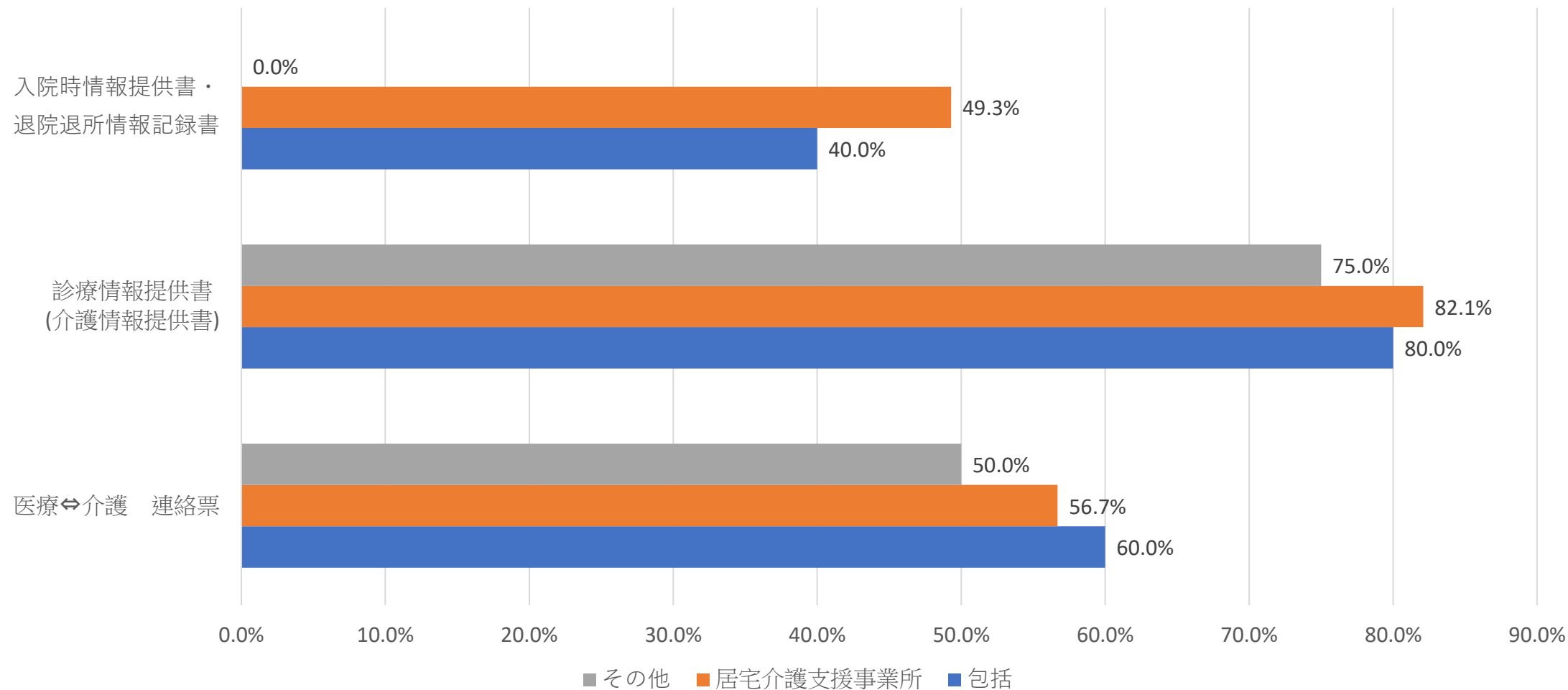
6. 日頃連携している医療職種は？(あてはまるもの全て)



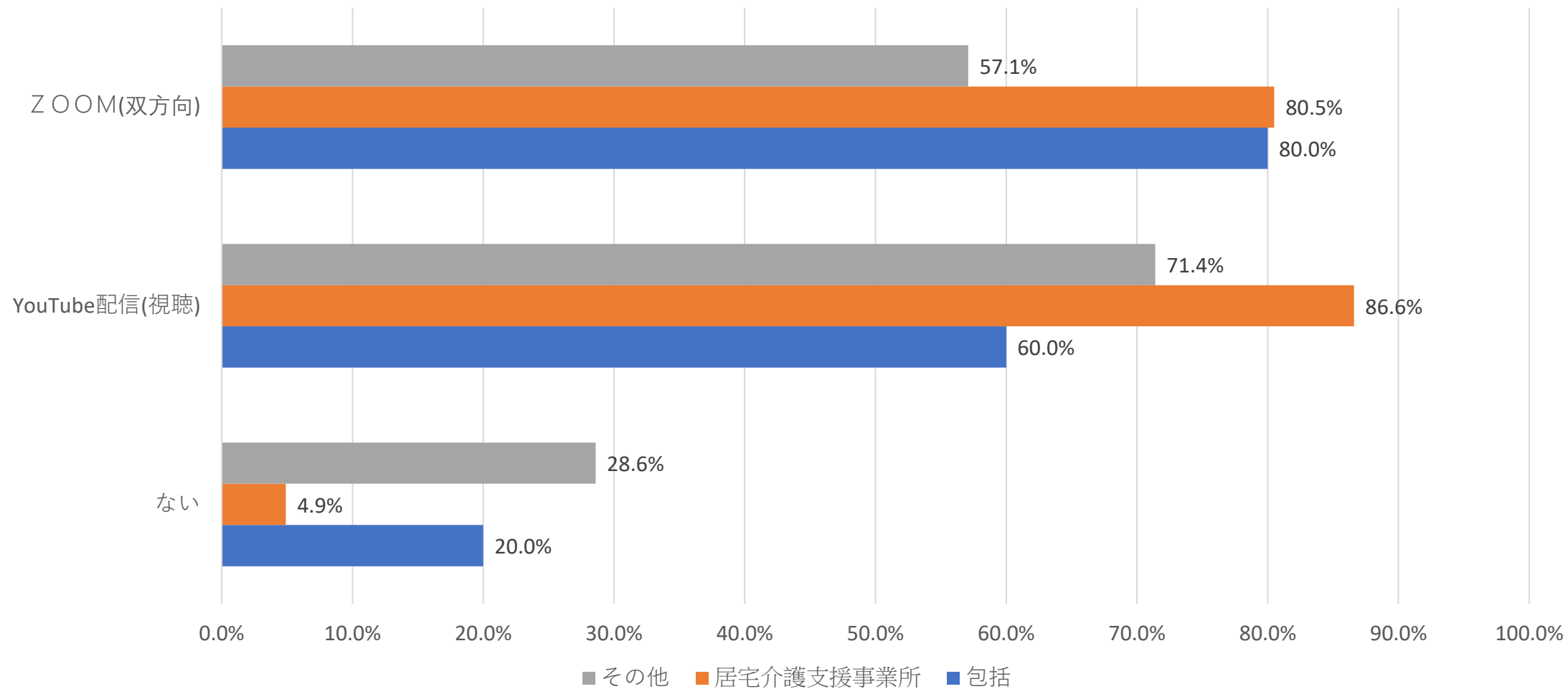
7. 連携したいと考えている職種を5つ選択してください。



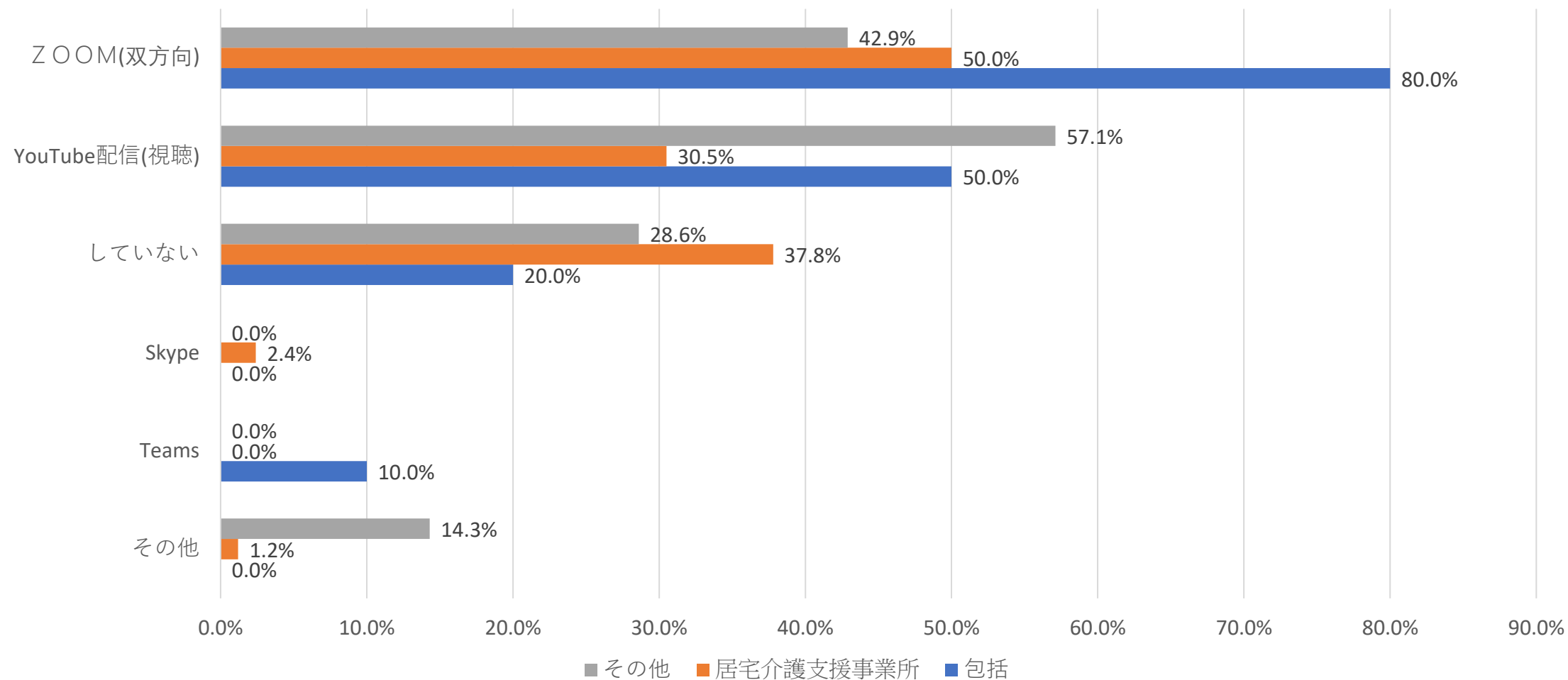
8. 八介連ホームページに掲載されている医療連携 関連の様式等を活用していますか？（複数選択可）



9. 事業所の外での研修や会議にオンラインを活用 したことがありますか？（複数選択可）

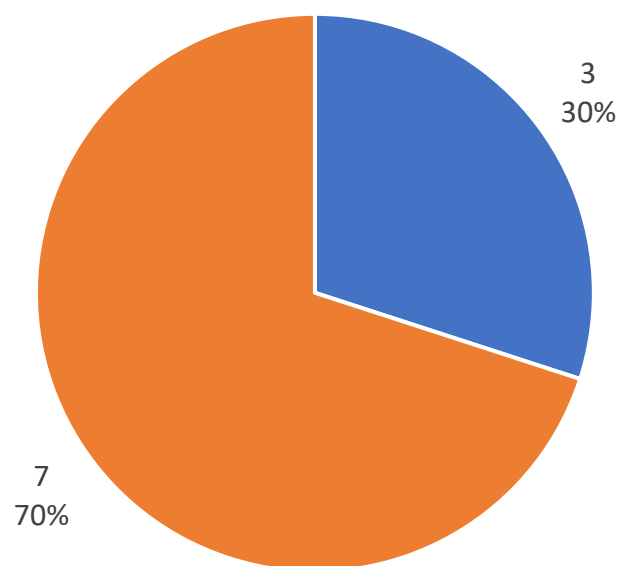


10. 事業所内研修や会議にオンラインを活用していますか？（複数選択可）



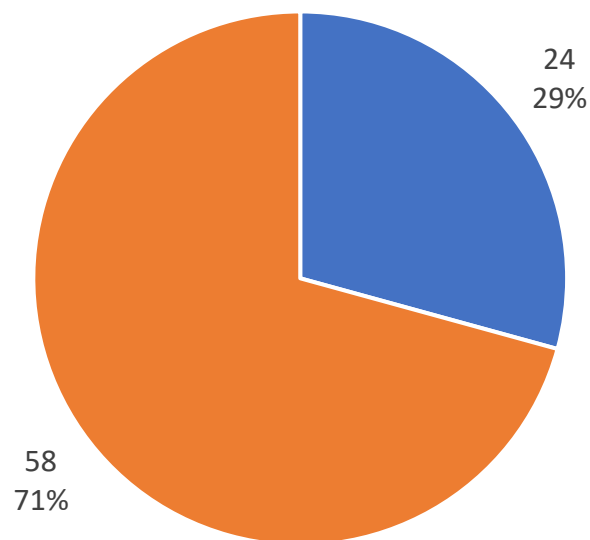
1 1. 退院時カンファレンスやサービス担当者会議など他職種・他事業所との連携でオンラインを活用していますか？

包括支援センター



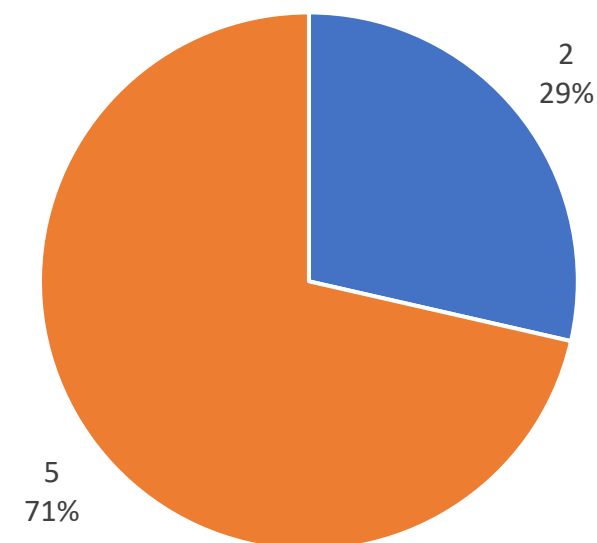
■ 活用している ■ 活用していない

居宅介護支援事業所



■ 活用している ■ 活用していない

その他



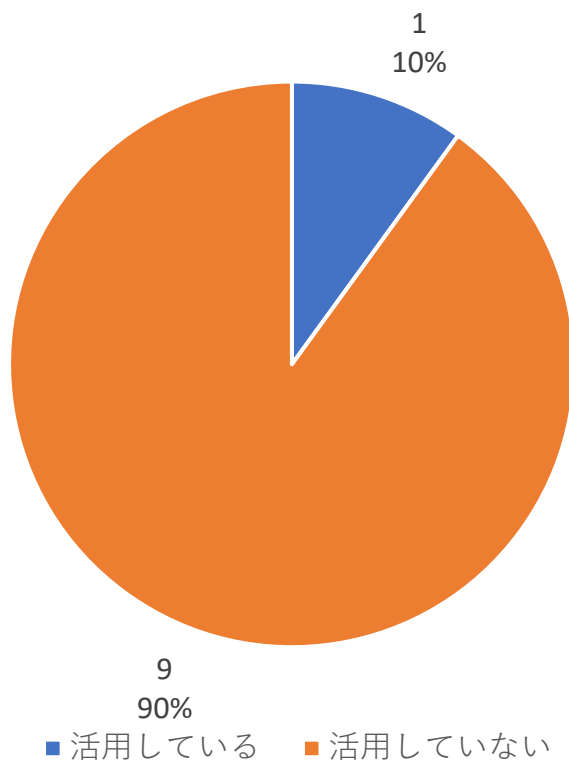
■ 活用している ■ 活用していない

1 2. 活用していない事業所はなぜ活用していないかお書き下さい。

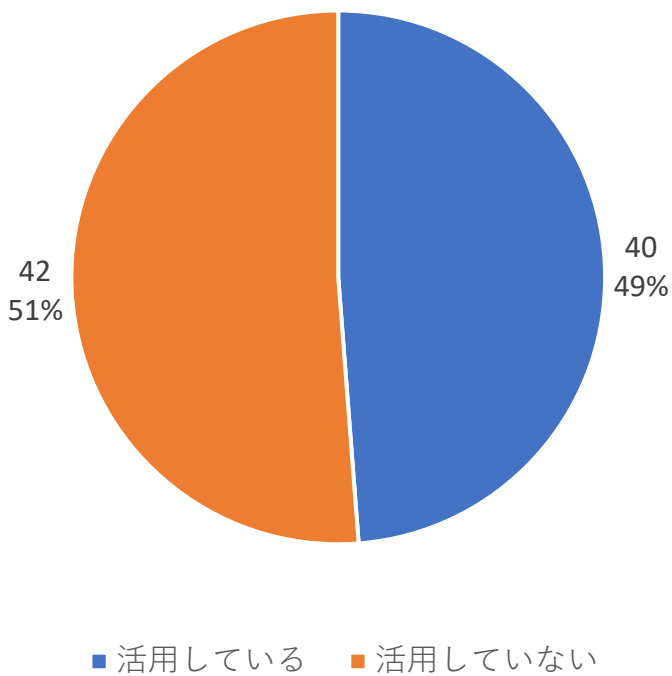
地域包括支援センター	居宅介護支援事業所	その他
・ 直接顔を合わせて話をしないとわからない。 ・ 利用方法がわからない。 ・ 個人情報の問題。 ・ 機会がない。 ・ 相手側の環境が整っていない。	・ オンラインが必要と思えない。 ・ やり方を知らない、わからない。 ・ 不慣れ、苦手。 ・ 設備が整っていない。 ・ 事業所の方針。 ・ 機会がない。 ・ 相手側の環境が整っていない。 ・ 相手側から依頼、提案がない。	・ 施設内でカンファレンス、家族に来園してもらう、電話で必要な連携が取れるため必要にならない。

1 3. 日頃からオンラインを活用して医療連携をしていますか？

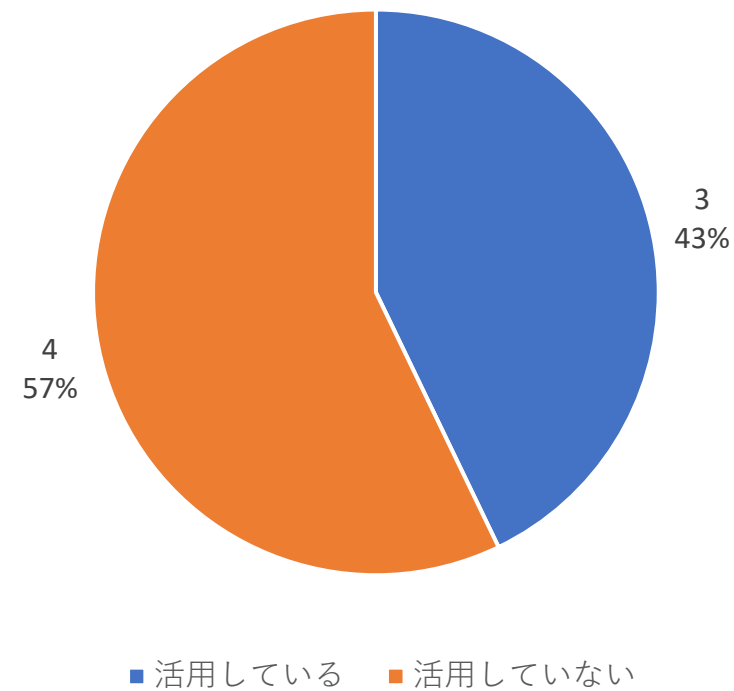
包括支援センター



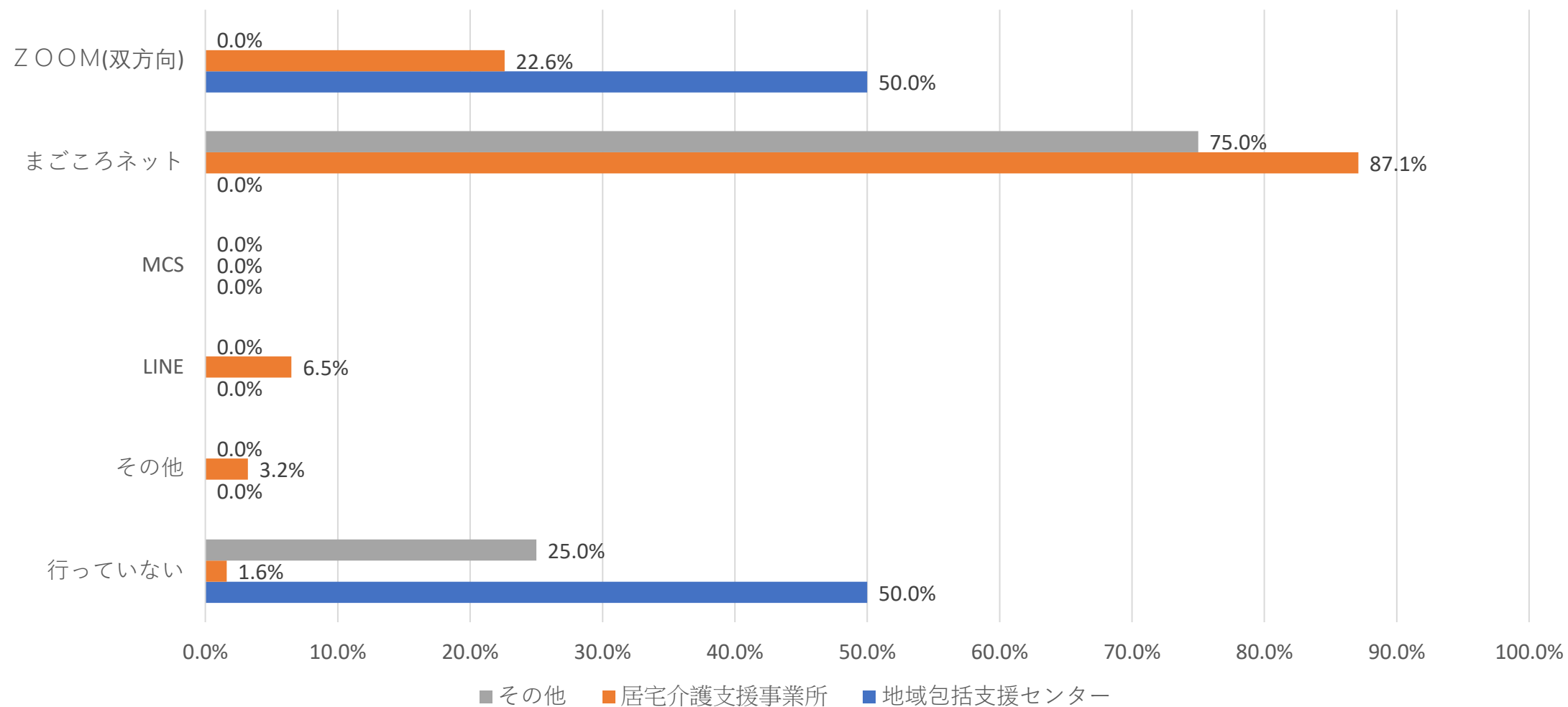
居宅介護支援事業所



その他



14. どのような方法でオンラインを用いて医療連携をしていますか？（複数選択可）

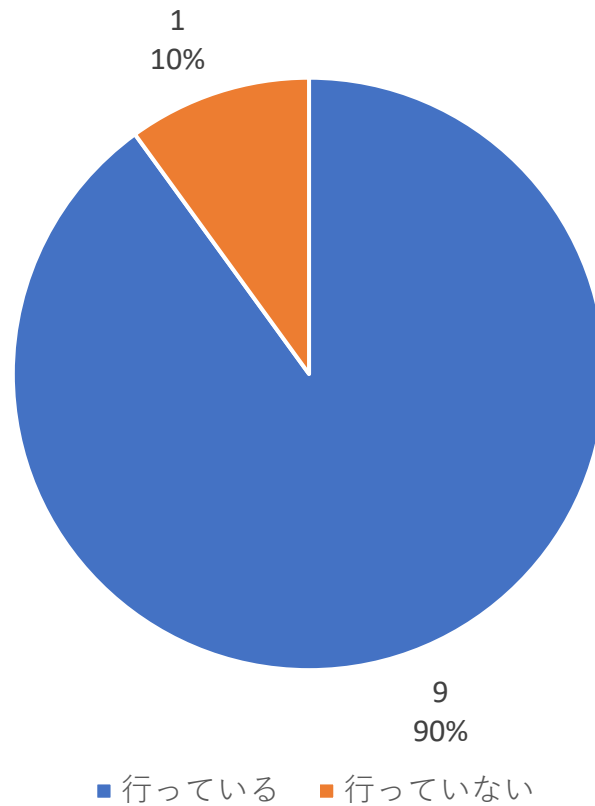


1 5. 活用していない方は理由をお書き下さい。

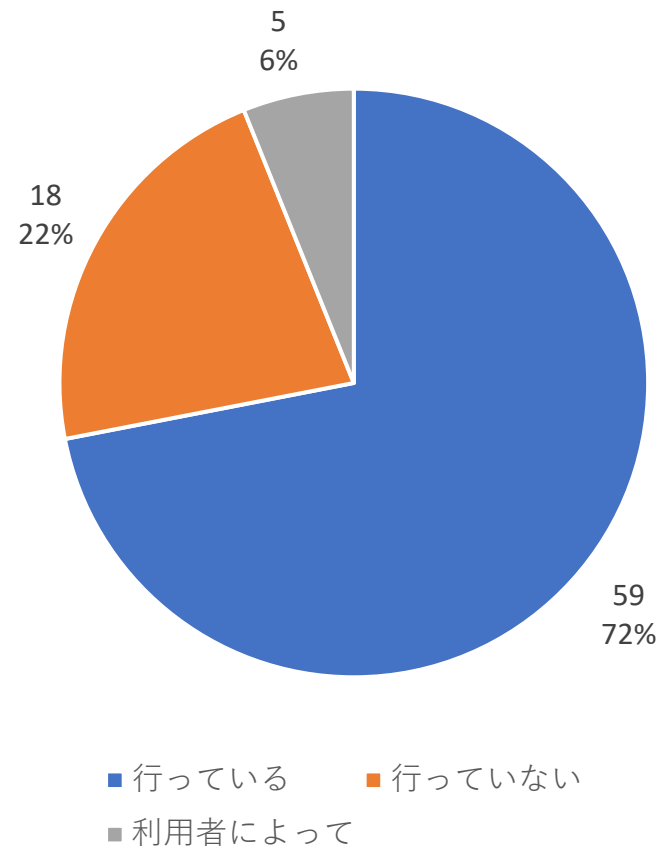
地域包括支援センター	居宅介護支援事業所	その他
・医療連携が必要なケースがない。 ・利用方法がわからない。 ・個人情報の問題。 ・事業者ごとのオンライン環境の問題。 ・機会がない。	・電話とFAXで用が足りている。 ・よくわからない。 ・苦手意識。 ・環境が整っていない。 ・設定が手間。 ・事業所の方針。 ・相手側の環境が整っていない。 ・活用する機会がない。	・施設内で医療連携できるため必要としていない。電話、FAX、訪問等で連携ができている。

1 6. 要介護認定において主治医意見書の開示を変更及び更新の都度行っていますか？

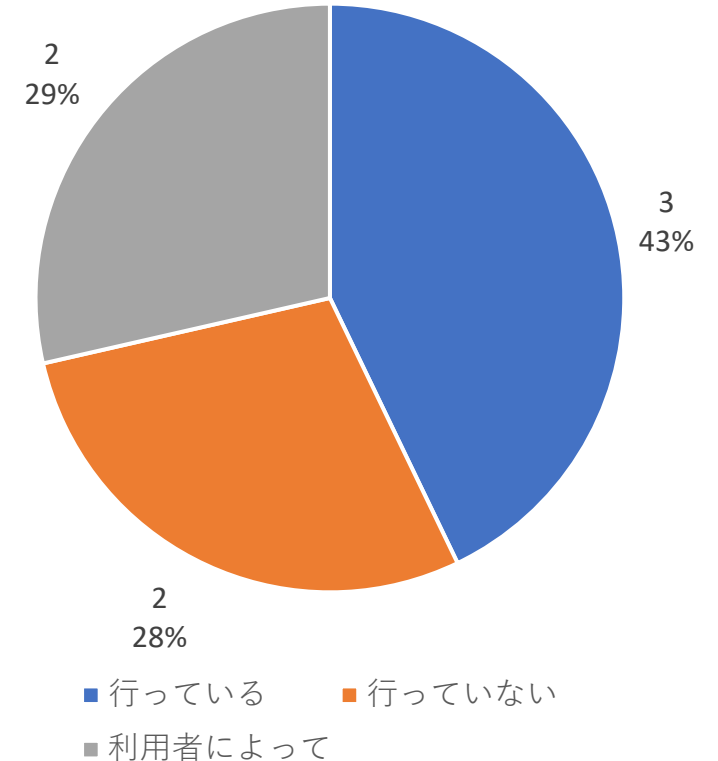
包括支援センター



居宅介護支援事業所

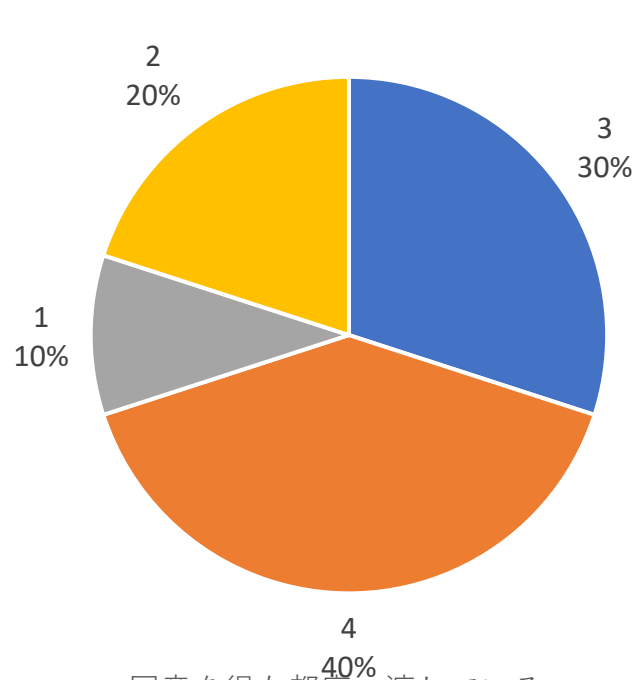


その他



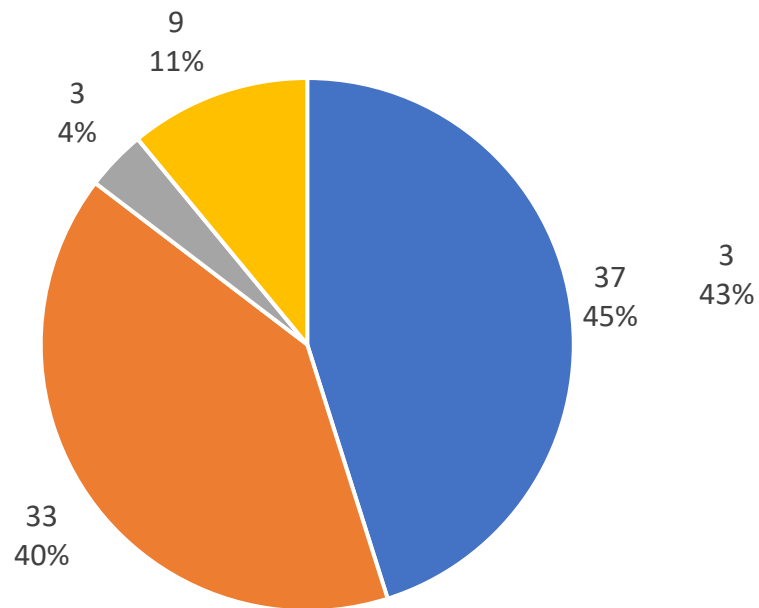
17. 主治医の先生へケアプランを渡していますか？

包括支援センター



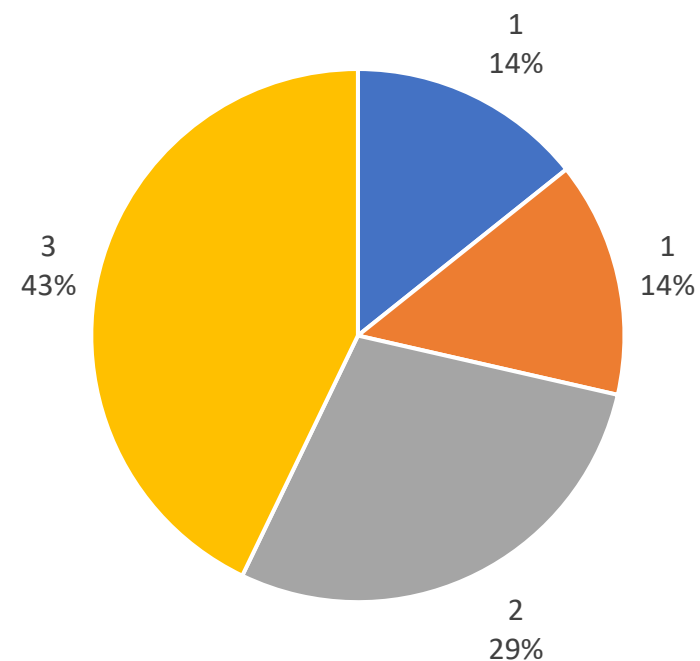
- 同意を得た都度、渡している
- 内容が変わったときに渡している
- 渡していない
- その他

居宅介護支援事業所



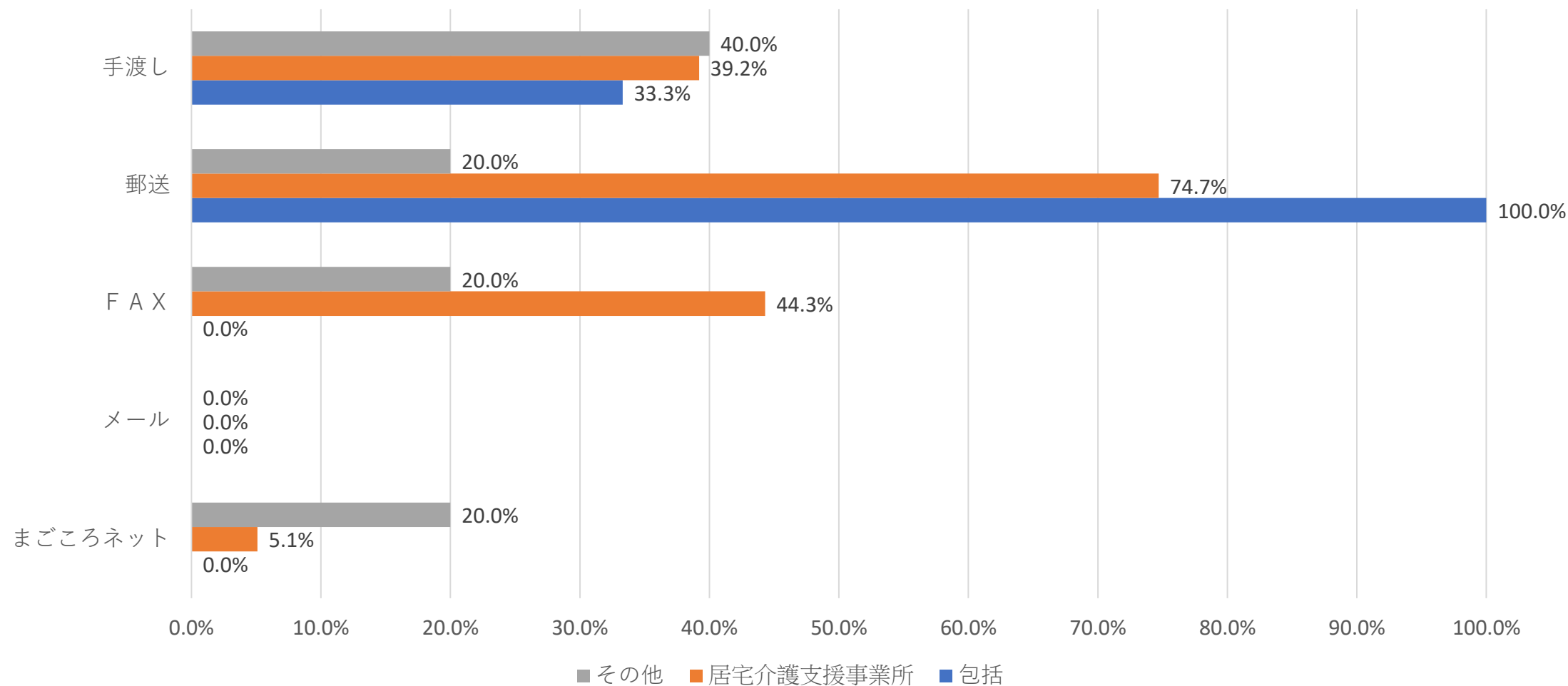
- 同意を得た都度、渡している
- 内容が変わったときに渡している
- 渡していない
- その他

その他



- 同意を得た都度、渡している
- 内容が変わったときに渡している
- 渡していない
- その他

18. 主治医へどのような方法でケアプランを渡していますか？（複数選択可）



19. 主治医との連携が必要と思うときはどんな時ですか？

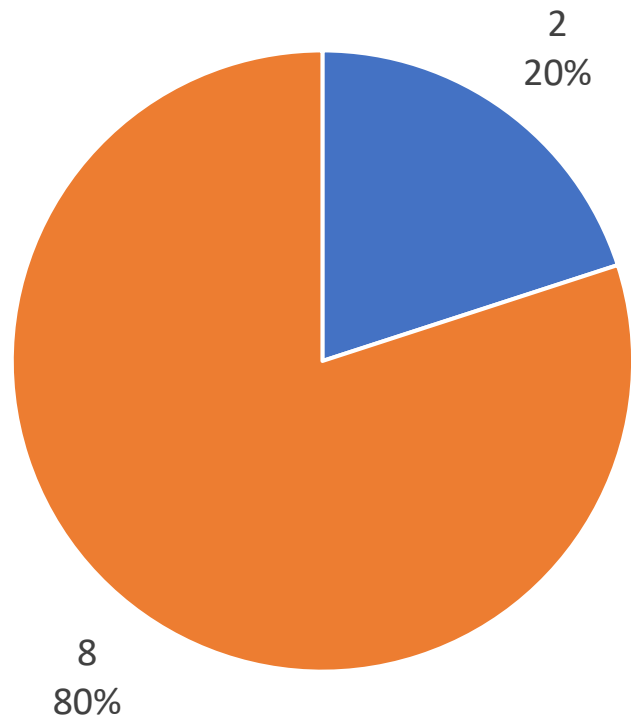
地域包括支援センター	居宅介護支援事業所	その他
・ 行動、活動の可否確認 ・ 状態変化 ・ 入院の必要性判断 ・ 医療的ケアが必要 ・ 難病 ・ 医療系サービス導入 ・ 軽度者申請 ・ 区分変更	・ 状態変化 ・ 急変時の対応相談 ・ 入院の相談 ・ 本人、家族からの情報入手が困難な時や本人、家族の理解を得たいとき ・ がん末期、難病 ・ ターミナルケア ・ 医療系サービス導入 ・ 軽度者申請 ・ 施設入所	・ 体調変化 ・ 医療的ケアが必要と感じた時。

20. 主治医以外の医療職で誰と連携を行いたいですか？

地域包括支援センター	居宅介護支援事業所	その他
・ 看護師 ・ 医療相談員 ・ 歯科医 ・ 薬剤師	・ 看護師 15 (うち訪問看護 5) ・ 医療相談員 13 (うちPSW 1) ・ 理学療法士 5 ・ 作業療法士 3 ・ 言語聴覚療法士 2 ・ リハビリ職全般 2 ・ 保健師、専門医、訪問診療医、薬剤師など	・ 整形外科医 ・ 脳外科医

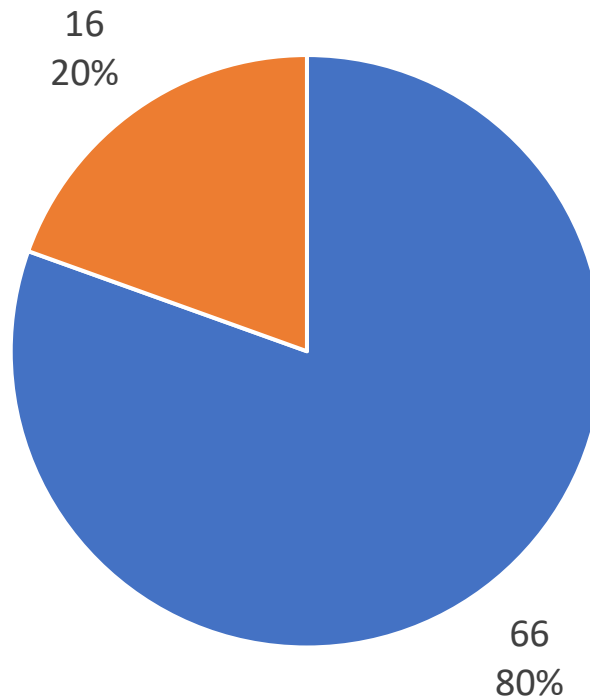
2 1. まごころネットを利用したことがありますか？

包括支援センター



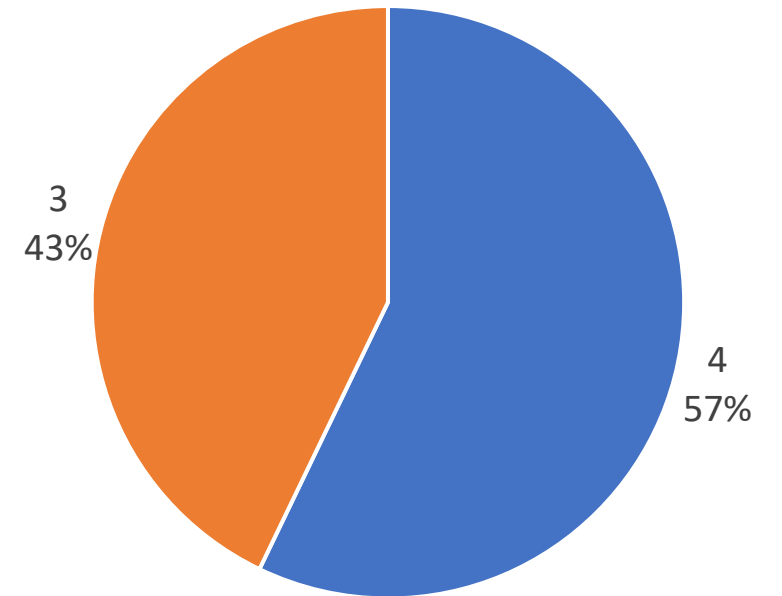
■ ある ■ ない

居宅介護支援事業所



■ ある ■ ない

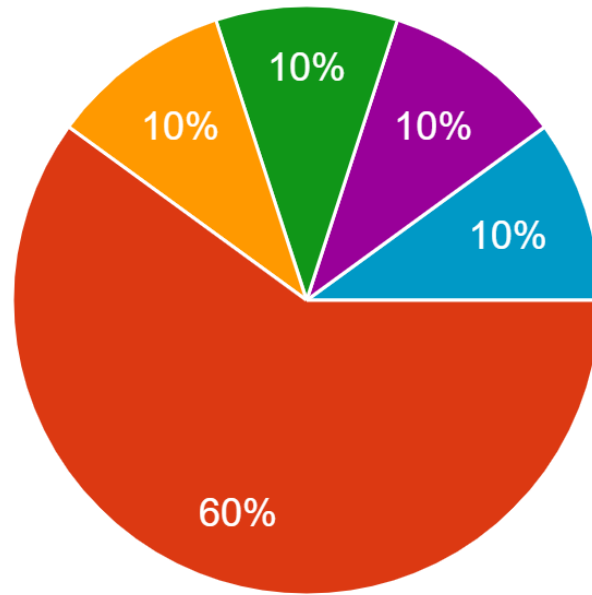
その他



■ ある ■ ない

2 2.まごころネットを活用したいと思いますか？(包括のみ)

10 件の回答



- 活用しないでよい
- 活用したい
- 知らないなので知るが先
- 良く分かっていないので、理解してから判断したい。
- 包括として活用するメリットがあるのであれば
- 包括では個人情報の関係で利用できないと聞いています。

どのような時に活用したいか？

- ・ 末期の癌。 ・ 家族が不安なく生活できそうに思う。 ・ 本人の体調不良時。
- ・ 日常的に意見を聞いたり、訪問時の様子を記載し、共有したい。

23. まごころネットの機能であった方が良いと思われる機能は何ですか？

地域包括支援センター

- ・わからない。

居宅介護支援事業所

- ・資料添付機能。
- ・ケアプラン、医療介護連携書をまごころネットでやり取り。
- ・ショート空き状況。
- ・掲示板的な質問機能。
- ・特養の一括申し込み機能。
- ・特養や医療機関のパンフレットリンク機能。
- ・訪問看護の新規受け入れ状況。

その他

- ・特になし。

- ・個別の宛先を指定できる機能。
- ・通知機能。
- ・LINE機能。リアルタイム。
- ・モバイル機器でいつでもどこでもアクセスできる機能。
- ・オンラインミーティング、テレビ電話機能。
- ・災害時のルール(手順・注意点・服薬など)
- ・通所介護、訪問介護、福祉用具事業所の参加。

24. まごころネットに対してご意見を何でもお聞かせ下さい。

地域包括支援センター

- ・ 包括でも導入したい。
- ・ どのような活用、連携されているか知りたい。
- ・ 設置医療機関を増やしてほしい。
- ・ 市民にもっとアピールしても良いのではないか。

その他

- ・ 特になし。

居宅介護支援事業所

- ・ 病院との連携がとりづらい。
- ・ 設置しても使っていない事業所が多いと思う。
- ・ 文面だけでは伝わらない。
- ・ まごころネット利用者が一人もいない。
- ・ 全医療関係者と全介護関係者が登録し繋がると良い。
- ・ 定期巡回型訪問介護看護、訪問介護事業所や通所系サービスも参加できるといい。
- ・ 在宅と入院(特にレスパイト)を繰り返している方について、入院中の様子の記載があるとありがたい。

- ・ 医師や看護師にちょっとした様子を伝えるのにも気兼ねなく活用している。
- ・ 時間の空いたところで見られるので業務負担が少ない。
- ・ 登録した利用者に関わる関係者（医師、看護師など）と情報共有ができ、状態等の把握や連携できている。手厚い。登録してない人との差が大きい。
- ・ まごころネットで担当者会議ができるのでは？
- ・ 他の地域に誇れるシステムだと思う。多職種で活用することでどんどんバージョンアップしていきたい。

25. その他医療連携で感じていることをお答え下さい。

地域包括支援センター

- ・医師は多忙と遠慮、躊躇がある。
- ・ケアプランを送りつけられた医師はどう思っているだろうか？(特に大病院)
- ・日頃から顔の見える関係づくり。
- ・面会制限有り、病院からの事前情報より状態悪く、在宅生活困難なケースある。直接、本人に会って状況確認したい。

その他

- ・情報の共有が難しい。

居宅介護支援事業所

- ・受診同行し、直接意見を聞きたいが、時間に余裕がない。
- ・大学病院、外来担当医等との連携が難しい。
- ・コロナ感染拡大により訪問や診察同行が難しくなってしまった。
- ・電話対応してくれる相談員さんが、窓口になっていて、助かる。
- ・医療系のサービスの導入や更新時のケアプラン作成時、また福祉用具の軽度者申請時の医師の意見聴取が必要なことを知らない医療者がいる。私たちの努力が足りないのかとは思いますが、やはり少し残念に思う。
- ・窓口がどこかわからない。

- ・医師へ手紙送付時に失礼のないよう文書作成にとっても時間がかかる。様々な場面で使えるフォーマットが欲しい。
- ・医療機関のFAX番号をオープンにしてもらえないか。もしくはケアプランの送付先メールアドレス。
- ・まごころネットを使って連携してみたい。
- ・メールでやり取りできるようにしたい。
- ・互いに相手の立場を考えた思いやりが大切。
- ・お互いの機能や役割を十分理解し、共通の目的に向かっていくチームでありたい。