

## ※ 第 5 回協議会資料抜粋

## ○退院支援分科会（連携ルール作業部会）で今後協議いただきたい事項

## 1 アンケート調査結果の概要

「退院支援・調整について」

- (1) 退院支援・調整のルールの統一化などのあり方
- (2) 退院前カンファレンスの参加拡充
- (3) 患者，利用者および家族への丁寧な病状説明
- (4) 主治医等医療関係者との連携強化
- (5) 医療・介護双方向の情報提供のあり方

## 2 アンケート自由記述について

## (1) 具体的なコメント例

- ・ 退院時の連絡，調整
- ・ 入院時の調整
- ・ カンファレンスの必要性，あり方
- ・ 連絡・連携体制
- ・ 患者・利用者家族との関係
- ・ 退院支援窓口，担当の不存在
- ・ 医療関係者の介護知識，スキル，認識不足
- ・ 医療機関ごとの介護に対する認識の格差
- ・ 医療・介護の役割の別の認識
- ・ 医療・介護の垣根，温度差
- ・ 介護関係者の医療知識，スキル不足
- ・ 医療系ケアマネ，介護系ケアマネの別の認識
- ・ その他

## 3 協議の進め方について

- (1) 連携ルール ～ 手引き，ガイドライン，フローチャート，マニュアル
- (2) 先進地事例（作業部会にて資料として参考配付予定）
  - ・ 福岡市 退院時連携の基本的な進め方の手引き
  - ・ 名古屋市における在宅医療・介護連携ガイドライン
  - ・ 在宅療養連携推進 よこすかエチケット集

アンケート自由記述コメント一覧(「退院支援・調整について」関連抜粋)

自由記述
<b>I 居宅介護支援事業所</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院により連携が取りづらい場合もあるが、おおむね良好に連携が取れている。</li> <li>・退院調整時に医療ソーシャルワーカーから患者へ、間違った介護保険サービスの説明がされ困ったことがある。最終的に利用がなくても構わないので、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所に早い時点から関わらせてもらいたい。</li> <li>・退院時の連絡・調整がスムーズに行くか行かないかは、医療機関によって違う。在宅支援について、あまり知識のない医療機関とはうまく連携できていない。「多職種の連携」というより、医療機関と在宅関連事業所の連携が必要である。</li> <li>・ケアマネージャーと訪問診療の医師、訪問看護師との連携が重要と思われる。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所は病院との連携がとりやすい。ケアマネージャー業務の範囲が広すぎる(やりすぎ)のではないかと最近感じる。本来は家族が主体となり、ケアマネージャーはサポートの立場なのだが、全ておまかせの無責任な家族が増えている。制度がそうした傾向を作ってしまったのかもと考えており、深くかかわりすぎるのもどうなのかと感じる。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・方法が異なって困るのではなく、退院支援をしてくれなかったり、窓口がなかったりする医療機関もあり困ることがある。</li> <li>・非常に連携の取りやすい病院とそうではない病院との差が激しい。担当者や病院の意識の違いなのだと思う。</li> <li>・退院に向けての病院側の支援の中で、在宅での生活を想定しての支援ではない時に困ることがある。退院支援の中で医療側の役割と介護側の役割の明確化。時々、医療側で行うべきことを求められることがある。</li> <li>・定期巡回・随時対応訪問介護看護は、函館においては12事業所あるが、訪問診療を行う医師との信頼関係や連携に疑問がある。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・設問すべてに病院、医師、相談員、看護師に温度差がある。事業所・就業者も様々で、連携がうまくできないこともあり、事業所間の調整が大変である。主治医と温度差があり、あなたたちに何がわかるの?という態度の先生もいるので、連携を図ることが難しい。介護保険制度で訪問看護を導入する場合、主治医が自分に都合の良い訪問看護ステーションを勝手に決め、家族が看護師と相談したい場合も、まだ必要ないと言い、必要なサービスを導入できないことがある。介護保険制度を理解していない医療関係者が多く、なかにはケアマネージャーとヘルパーを同じ職種と思っている医師がいたり、医療系のケアマネージャーしか難病や末期がんの在宅ケアができないと福祉系ケアマネージャーを下に見る医師もいる。もちろん、ケアマネージャーが悪いこともある。組織内でのスキルアップが必要である。福祉系でも、医療系サービス事業者との連携により、在宅支援は可能。上記を解決するには、医師会、看護師会、相談員の会等、医療と介護に係る職種すべてが、医療制度と福祉制度の連携の必要性を学び、連携することの重要性を理解できる環境や勉強会、研修会を開催したり、保険者が主体となり、連携を図るとよいと思う。ケアマネージャーの自己研鑽も必要。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院時の連携については、要請のある病院とない病院がある。また、あっても退院の日程が直前に迫ってからの連絡がほとんどで、開催日時はすべて医師の都合で決められるケースが多い。そのため、他の予定を変更したり取りやめなければならないことがあるので、せめて一週間くらいの余裕がほしい。</li> <li>・地域包括ケア病棟の設立により、家族が転院リハビリを希望しても、連携室は在宅を進め、しまいには75%の枠に入れたいため、ショートを使ったらどうかと提案する。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院すると医療保険に変わることでケアマネージャーの対応は離れるが、連携室は家族と面談せず、すぐケアマネージャーに連絡し、家族の希望を伝えても、家族との対応をしていない状態である。以前、入院中の独居の方の施設入所の際、連携室は全く動かず、施設探し、引っ越し、入所等全てを対応しなければならず、その間、無償サービスであった。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院によっては対応が悪い連携室がある。</li> <li>・医療的なことを介護従事者に頼りすぎているかと思う。早く退院してもらいたいとかではなく、他の病院を紹介する等もっと行っていただけると助かる。</li> <li>・連携しやすい病院へは入院時の情報提供を積極的に行い、そうすることで退院時の情報を貰えて、より良い関係が築けている。ケアマネージャーが何のために情報を持って来ているのか理解していない病院の場合、入退院時の連携をしにくく、入院しても足が遠のいている。治療・リハビリなど、それぞれの病院の役割があることはわかっているが、なおのこと、入院直後から転院や退院の話早くから共有し一緒に考えていける場が、ケアマネージャー、家族、病院関係者で持てると思う。</li> <li>・退院の連絡がなく(または退院当日)で、在宅でのケア指示や医療的な注意点等の連携が取れない病院が多い。転院の時も同じ。サマリー等の後日出しをお願いしたりと、介護側ばかりが走り回ることが多い。</li> </ul>
<b>II 介護予防支援事業所</b>
特になし
<b>III 訪問看護ステーション</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院によって対応に差がある。指示書をなかなか書いてくれない医師がいる。大半は書いてくれるが。</li> <li>・医療機関によって、連携のとりやすさが違う。大きい病院ほど難しさを感じる。入退院だけにかかわらず、在宅部門との連携の窓口がわかりやすくはないと思う。“地域連携室”一本化など。</li> <li>・地域的に往診してくださる医師が少ない。受診困難になった時点で往診医導入できずに、望まない入院となるケースもある。また、往診しない医師が在宅困難と判断した時点で他の病院にまわしてしまい、病状の進行したところから新たな主治医との連携が難しかったケースがある。解決策があったら教えていただきたい。</li> </ul>

## 自由記述

・今から10年前より、連携に関して、訪問看護振興財団は年1回全国規模の研修をしている。その頃より、現状での問題を解決するため、退院時カンファレンス、医師との連絡、ケアマネジャーの介入を含めて嫌がられたが、私は動いてきた。報酬単価がつくと、医師会も動くようになったが、もう少し医師会全体が視線を下げるのが重要と考える。他の連絡は結構スムーズでも、医師がダメだと上手くいかない。医師会が問題である。

・包括ケアシステムが導入され訪問看護師の役割が大きくなっているが、訪問看護師の役割を認識している病院が少なく急な依頼や、在宅に退院できない患者が増えている。今、地域連携とイカリングの会で連携を図っているが、現場の看護師が理解していないと難しく、病院から訪問看護ステーションに研修(1~2年)などのシステムが構築されると良いと思う。

### IV 訪問リハビリテーション事業所

・病院によって退院前から担当者会議を開催していただける場所、そうでないところがあり、後者の場合は入院時の状況を担当者に直接伺うことができず、情報の伝達が円滑でないと思う。解決策として、退院時には必ず担当者会議を開催するか、または入院中の経過などを紹介文書として作成することが必要だと思う。

・退院前に訪問リハの導入が決まる事は、ほぼない。そのため、退院前カンファレンスに呼ばれることがない。入院した際は、リハビリの有無によって添書を書くようにしているが、入院すると一切情報が入らないためその辺りで苦慮する。

・カンファレンスへの参加について、現場に出ているためにセラピストの時間調整が難しい。

### V 介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

・①協力機関と施設との連携がうまく行われていない。

・②病状説明時、医師からの説明が不十分なため、施設利用者(患者)のご家族がきちんと病状等を理解できないままである。後日、施設側に病状の説明を求める事も多い。(その場合、施設から病院へ病状等を伺い、施設より家族へ説明している。)協力医療機関と施設の情報共有システムが必要。

・退院時のカンファレンスは病院によって、Dr.が出席し説明し質問しやすい病院もあれば、カンファレンスが形だけのものになり情報が曖昧で不信感を持つところがあった。病院側の体制によるものなのかもしれないが、連携・協力と言うものは程遠く感じられた。入居者の生活の継続(安心・安全・自立した生きがいをもった生活)が出来る情報提供という意識が必要と思われる。

・当施設の短い経験からだが、特養の入居者については、医療との連携(日常診療、入退院、救急搬送)はおかげさまで順調と感じている。

・ショートステイで、医療との連携に歯がゆい感想を持つことがある。

【解決策】ケアマネジャーとの連携、看看連携の促進、介護職員の力量向上

【補足】体験パターン①医療につながらない状態で重篤化していたケースの受け入れ、②病院では治療終了とされたが、不安定な状態で退院となり自宅には戻れず利用したケース、において介護・看護職員の心身の負担が大きかった。

パターン①は、本人の受診拒否や認知症による判断力低下も背景にあり、ショートステイはADLの回復に注力しながら、支援体制づくりをケアマネと連携する。

### VI 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護

・グループホームへの入院中や退院時の病状説明がない医療機関がある。ご家族へ病状説明をされて、グループホームがご家族より聞き取りをする場合があるが、適切な情報を得ることが出来ないことが非常に多い。ご家族も医療機関の説明を適切に理解できていない事や日常生活を送るために必要な情報を医療機関から聞き取ることが出来ないのが現状。入院中に医療機関側が困ったことだけは連絡をするが、患者本人の日頃の状態確認が少ない中で判断をされてしまうため、著しくADL・IADLのレベルが低下してしまう事や、頻りに面会にいかなければ入院中の状態を把握出来ないことも多い。また、情報提供を十分に行っても、入院までの案内された先で同じ質問を繰り返し受け、医療機関内での情報提供がスムーズでないことがうかがえる。介護事業所によっては、医療機関がどんな情報を知りたいと思っているのかを存じていない場合もあると思うので、両機関が同時に参加出来るグループワーク研修等が開催されても良いのではないだろうか。また、介護事業所の医療面の知識不足も浮き彫りだと思うの

・病院は介護施設の役割や現状を理解していない部分が多い。入院期間が過ぎると退院ばかりを要求し、施設での生活において医療面からの指導等が不十分な場合が多い。(協力医療機関以外の)施設との協力体制の研修などあれば良いと思う。

・カンファレンスの開催や連携担当者からの情報提供は病院によって格差がある。特に退院前の情報提供をしっかりと行ってもらえるとありがたい。