

「退院時の連携 ～ 意外と知らない他職種の事情 ～」 報告書

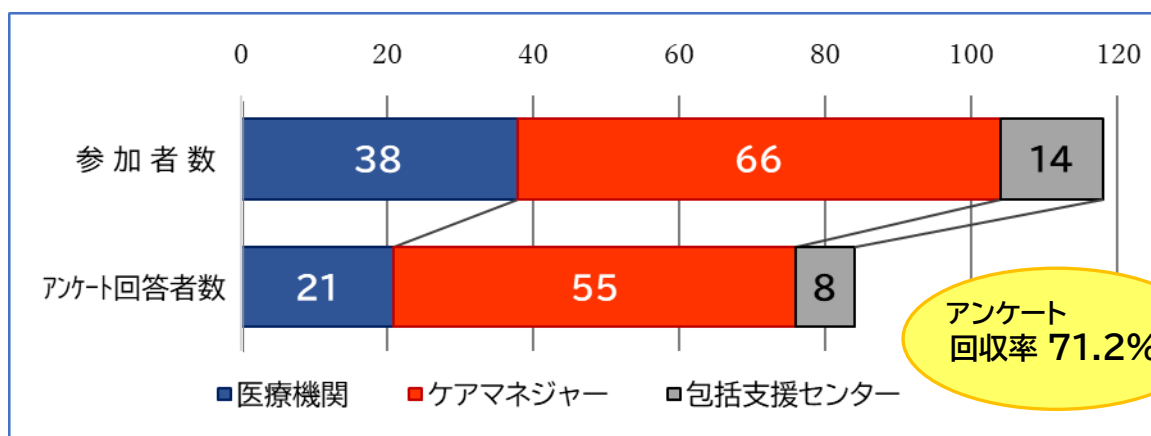
- 1 日 時 令和4年10月26日(水) 18:30~20:00
- 2 開催方法 オンライン研修(Zoom)
- 3 内 容 第1部 発表 「業務紹介 ～ある専門職の長い一日～」
 ・坂ノ市病院 地域連携課 MSW 竹井康喜 氏
 ・誠寿園 介護保険サービスセンター CM 中村 毅 氏
 ・大東地域包括支援センター 佐藤 恵 氏
- 第2部 グループワーク 「退院後の生活を見据えた連携について」

4 アンケート集計結果

(1) 参加者数と回答者数

- ・ 今回の研修対象は、医療機関に在籍され、退院時の支援に直接かかわる専門職(医師、看護師、MSW)の方[※]と、居宅介護支援事業所に在籍のケアマネジャー、包括支援センター職員の方に限らせていただきました。
- ・ ※印の方々は文字数の都合上、以下、「医療機関」と表記させていただきます。

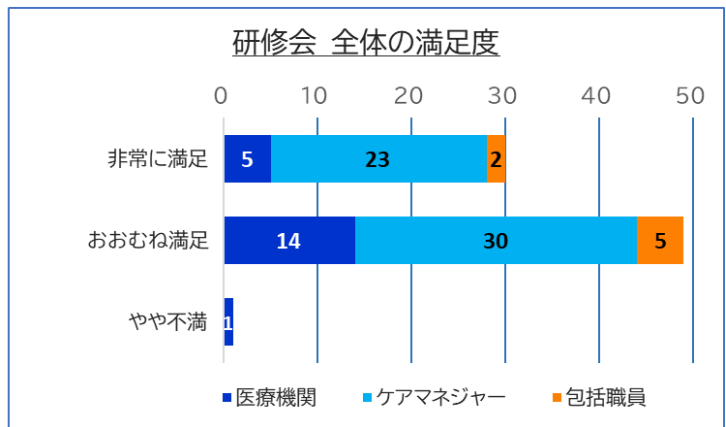
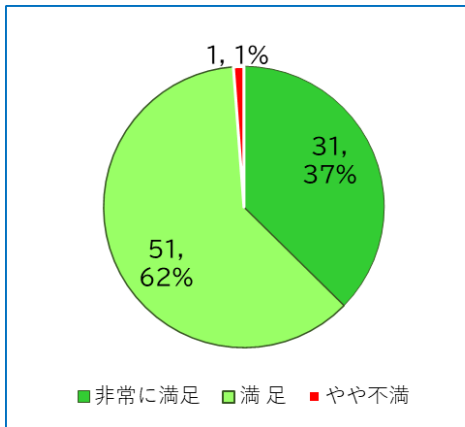
	医師	看護師	MSW	PSW	ケアマネジャー	包括職員	合計
参加者数	9	6	20	3	66	14	118
	(医療機関 計)			38			
回答数	5	6	8	2	55	8	84 (名)
	(医療機関 計)			21			



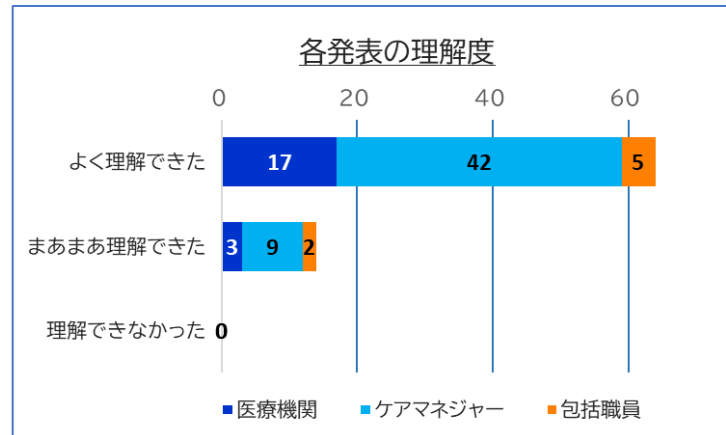
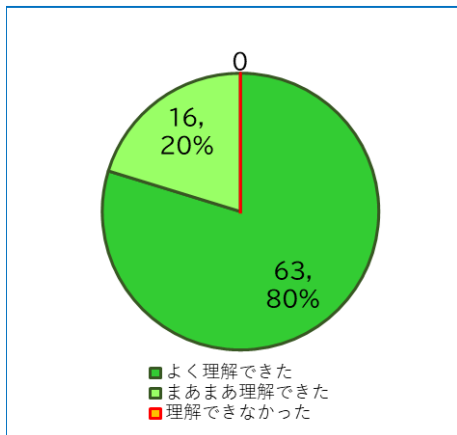
※ 当センター主催の研修会のアンケート平均回収率は、5割程度です。

5 アンケート集計結果 (つづき) 回答数84/参加者117名中

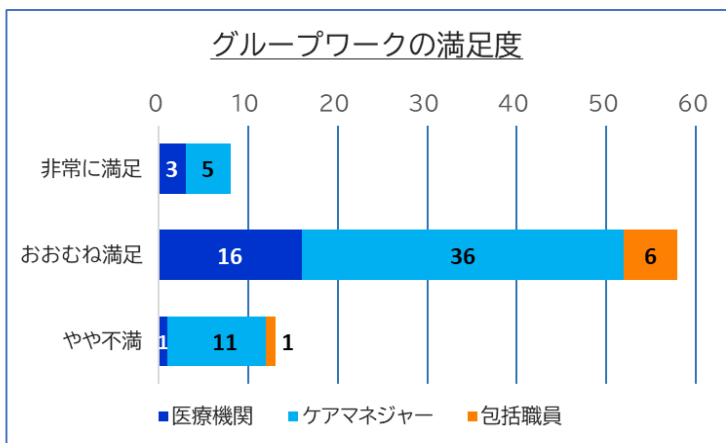
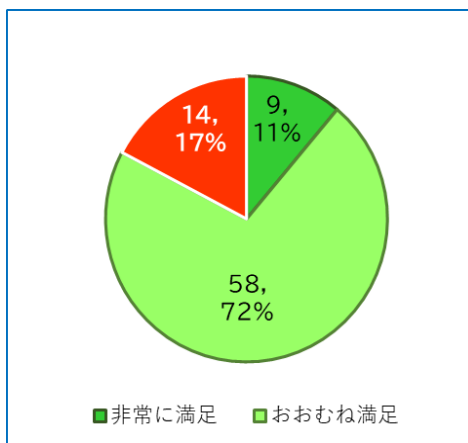
(2) 研修会全体の満足度



(3) 研修内容の評価



(4) - 1 グループワークの満足度



(4) - 2 グループワークの感想（アンケートより抜粋）

※「時間が短かった」というご感想が全体の3割、「不満」とした理由の9割を占めました。

※「医療職の参加を増やしてほしい」「継続開催してほしい」というご意見が、多数ありました。

以下、職種別のご意見です。

【 看護師 】

- ・お互いの必要さを理解できた。まだまだ工夫して、充実した連携をとっていきたい。
- ・もっとスムーズに連携をするためにどうしたら良いのか、解決策までは話し合えなかった。 [2件]
- ・時間が足りなかった。医療・介護それぞれの立場を理解するまでには至らなかった。 [最多意見]
- ・今まで聞くことができなかった本音を伺うことができたので、充実した時間だった。

【 MSW、PSW 】

- ・ケアマネジャー、包括の方々の仕事について知ることができて良かった。 [多数意見]
- ・人数もちょうど良く話しやすい雰囲気だったが、時間不足。もっと話したかった。 [最多意見]
- ・今まで聞くことができなかった本音を伺うことができたので、充実した時間だった。

【 居宅介護支援事業所在籍のケアマネジャー 】

- ・ディスカッションの時間が短かったことが残念だった。 [最多意見]
- ・継続開催してほしい。 [多数意見]
- ・MSWの参加が少ない。連携の必要性を感じていないからか？ [多数意見]
- ・MSWと相互理解ができて良かった。(複数意見)
- ・病院の機能・体制によるところが大きいことが分かって良かった。(複数意見)
- ・MSWや看護師の立場からの「連携」に対する考え方を聞くことができ、とても良かった。今後の連携の参考になった。
- ・MSWと意見交換ができ、また顔を合わせて話をすることができ、大変有意義だった。自分以外のケアマネの意見も聞くことで、それぞれの悩みを共有することができて良かった。
- ・ファシリテーターをしたが、促しても何も発言をしない参加者が多く、活発な意見交換に至らなかった。
- ・事前にファシリが決まっていたので、スムーズに話すことができた。色々質問ができた。
- ・ファシリは主催者がやるべきだ。
※ 事前にファシリテーターをお願いしたうちお二人が、参加をキャンセルされました。

【 包括支援センター 職員 】

- ・時間が短かったため、十分な議論が行えなかった。 [最多意見]
- ・思うところはあったが、「録画されている」と思うと本音が言いにくい。
- ・ファシリをしたが、誰も意見を言ってくれず、進行に困った。

[まとめ] 連携に関してのご意見・ご感想 (アンケートより抜粋)

【 看護師 】

- ・ ケアマネジャーのご苦勞を察することができた。。
- ・ 身寄りのない独居の方や高齢者が増えてくるので、ケアマネジャーの役割がどんどん重要になってくると思う。
- ・ 参加者が多く進行も大変だったと思うが、和やかな会だったと思う。

【 MSW、PSW 】

- ・ ケアマネさんとMSWの関係は、「キーパーソンと遠方に居る家族の関係」に似ている。ケアマネさんから嫌われないように邪魔だけはしないように、良い協力関係を築けるよう努力していきたい。
- ・ 業務終了後の研修では長時間の開催が難しいかとは思いますが、このような会を定期的に行っていただき、気軽に多職種でコミュニケーションが取れる関係作りに活かせる場にしていただけると有難い。

【 居宅介護支援事業所在籍のケアマネジャー 】

- ・ 受講者の 8割[※]はケアマネだったため、医療機関関係者の参加率を上げてほしい。 **※正: 56%**
- ・ ケアマネは日頃から連携を意識しているし実践しているが、医療側の参加が少ないという意味では、まだ同じ土俵には立てていないと感じる。
- ・ 他職種がお互いに「困っている」と思うのではなく、困りごとをできる範囲で解消できるような関係性の構築が必要だと感じた。
- ・ デリケートな内容を含むので、Zoomは不向きだと感じた。2回目があるのなら、対面で開催してほしい。
- ・ 今後も医療と介護の連携のために、このような研修を多くすることが必要だと思った。
- ・ もう一度したい。シリーズ化してほしい。 [複数意見]

【 包括支援センター 職員 】

- ・ 連携研修を行う前に、「入退院支援ルール」を改めて周知してほしい。
病院は、中・重度の新規申請者については、居宅介護支援事業所を紹介することになっている。

—— アンケートのご意見ご感想は以上です。 ——

[まとめ] グループワークの中で出た意見

※ 6名前後×15グループで、様々な意見が交わされました。以下は、ディスカッションで得られたご発言を、内容ごとに分類し要約したものです。([]内はグループ番号や発言者の職種を表しています)

入院時の連携

入院時の情報提供で求めること

医療機関からの意見	居宅ケアマネからの意見
<ul style="list-style-type: none"> ・入院前の生活の状況、家の環境[5][11] ・過去の生活歴、住環境、本人がどういった生活を送りたいのか等[2,リハ職] ・担当ケアマネの名前、要介護度、利用中の介護保険サービス、かかりつけ医、家族関係[2MSW] ・病院の性質によって、必要となる情報は変わってくる。例えば急性期病院では、生活歴は必要無い。[2 入退院支援 Ns] ・一年以上入院している場合や、在宅復帰が見込めない場合も、情報は必要無い。[2MSW] ・心不全などで何度も入退院を繰り返している場合基本情報は有るので、追加したい介護サービスが知らせてほしい。 ・誰に連絡を取ったら良いのか。[2MSW] 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時に、医療同意書へのサインを求められることがある。本人の思いについてお伝えすることはできるが、他人は医療同意ができないことを、医療機関は理解してほしい[6] ・居宅介護支援事業所では、「入院時情報連携加算」が取れるので、情報提供の体制もできている。3日以内/7日以内で加算が違ってくるので、必要であれば早めに声掛けしてほしい。[15] ・初めて関わるような事業所だと、急いで調整する場合などは思ったように連携が進まないことがあるので、医療機関から事業所を指定されようとする場合は、「この事業所と関わりたいと思っている」と、事前にこちらへも話を頂けるとありがたい。 ・既に介入している、在宅支援を行っている専門職(担当者)の名前 ・初動での、本人・家族の意向確認[2]
	包括職員からの意見
	<ul style="list-style-type: none"> ・加算が一切無いため、情報提供は積極的には行っていない。[8][15]

入院時の情報提供で心掛けていること等

医療機関からの意見	居宅ケアマネからの意見
<ul style="list-style-type: none"> ・社会資源、生活状況、入院に至った経緯などは病院内で共有できるよう電子カルテに情報を入れている。[2 入退院支援 Ns] ・どのような状態を目指してリハビリを行っているのか ・入院時に、ケアマネに連絡を入れるとともに、情報提供をお願いしている。[2 入退院支援 Ns] ・患者数の多い大病院は、患者全員の退院支援を行っている訳ではないので、何か事情を抱えているような場合は、早期介入を依頼していただくと私たちも動きやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人、家族が大切に思っていることがどういうことなのか
	包括職員からの意見
	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉用具は、専門員でないと説明が難しい。

入院中の連携

介護保険の新規申請について ※申請から要介護認定が下りるまで、1ヵ月前後かかるという前提で議論

医療機関から	居宅介護支援事業所のケアマネジャーから
<p>(参考) 病棟による入院期間の違い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・回復期病棟 180日 ・地域包括ケア病棟 60日 ・急性期病院 2週間程度 <p>※ 現在では、急性期病院の約8割が、地域包括ケア病棟を持つ。</p> <p>※ 急性期病院から退院する場合、「すぐに在宅」ではなく、ショート利用や、回復期病棟や地域包括ケア病棟 あるいは かかりつけ診療所へ転院するなどワンクッション置くことで、住環境も整えることができ、本人も安心して在宅生活に戻ることができる。</p> <p>その際、介護支援専門員が関わることで、介護保険サービスもより有効活用することができる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・病院から連絡が来て介護申請を行い「要介護4」が出たが、退院時には「要支援2」程度の状態だった。退院直後に変更申請をかけるのは難しいし、利用者の費用負担が心配。^[10] → 費用例 (1割負担、デイを週2日利用の場合) : 要支援2 なら、月額 3,428 円、 要介護4 なら月8回 8,144 円。 → 入院期間3ヵ月の見込みで入院時に申請。1ヵ月様子をみてから申請しても良かったのではないかな？ ・新規申請を退院直前に言ってくる病院があり困る。 <small>[複数]</small> ↓ 暫定プランで対応するほかない ・“計画を月またぎにする”などの工夫はしているが、利用者の負担にならないような暫定プランを組むのは、非常に難しい。^[10]
	<p>包括支援センターの職員から</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ターミナル期の方など明らかに要介護状態であるにも関わらず、どんな方でも包括に言ってくるのはやめて欲しい。大分県の「入退院支援ルール」にも、その点について記載がある。^[10] ・包括によく連絡をいただくが、退院後のサポートとして、最初から居宅介護支援事業所が関わったほうが、本人にとって良い場合がある。^[15]

退院時期の決定について

ケアマネジャーからの質問	精神科 P S W からの回答
<ul style="list-style-type: none"> ・入院期間が、無理を言ったら伸ばしてくれたり、突然スパンと切られて退院となることがあるが、なぜか？ 	<p>※ 回答者所属の病院の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「1年以内の退院を目指す」という指導が入っており、薬の効きにくいケース(統合失調症や認知症)を除き、「半年」を目途に退院時期を設定している。 施設に移る際にベッドに空きが出ていない場合は空くまで延長したり、逆に稀ではあるが、急ぎで新規患者を受け入れなければならない場合などは動ける方には施設への転院などを提案することもある。 いずれにしても基本的には、退院後の生活環境が整っていない中での急な退院を促すことは無い。

退院時の連携

退院時の情報提供で求めること

医療機関から	居宅介護支援事業所のケアマネジャーから
<ul style="list-style-type: none"> ・「退院時連携加算」が取れるので、カンファレンスへの参加の声掛けは、積極的に行っている。[15] ・今まで、退院時カンファの声掛けを行う際には、「ケアマネさんも加算が取れるから」と思っていた。 ・病棟看護師の中には、退院後の生活をイメージできていない者も多くいるので、ケアマネジャー等家での生活を見ている専門職から、積極的に情報発信してほしい。[5Dr] 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院時の情報[2] ・退院時の情報を、文書で欲しい。[10] ・加算云々以前の話で、利用者のために、情報共有はさせていただきたい。 ・退院時カンファ参加のお声掛けをいただくが、「退院・退所加算Ⅱ」の条件を満たしているケースはあまり無いのが実情。[15] ・家屋調査に同席させてほしい。[5] ・家でどこまでできるのか。病院から「病棟では歩行器で自立してます」と言われるが、家に帰って「こんなはずじゃなかった」というのは、よくある話。[5] ・在宅復帰のゴール。本人があきらめたくない事は何なのか、退院してから何をしたい(続けたい)のか。 ・退院後に引き続き通院する場合、誰に相談すれば良いのか？以前連携室に訊いたら、「外来なので外来看護師に」と断られた。[11] ・福祉用具の選定[2] ・サービスや関わる事業所がある程度固まってから、居宅ケアマネに連絡が来る。決定する前居宅にも相談してもらえると、後々連携が取りやすい。[2] ・退院後の医療的処置については、医療職から直接説明されても理解が追い付かないので、配慮いただけると助かる。[11]

退院時の情報提供で心掛けていること

医療機関から	居宅介護支援事業所のケアマネジャーから
<ul style="list-style-type: none"> ・患者の思いと、必要な医療的ケア [2Dr] ・連携室は、看護師視点で患者の支援が行えるよう、(入)退院支援看護師を配置している。あるいは病棟ごとにプライマリナースを配置していることもあり、その場合は連携室の看護師が全体的なフォローを行う。[11Ns] ・一般的なADLは必ずお伝えしている。 ・リハ職からの情報やサマリーを差し上げている。 ・退院前の家屋調査は、リハビリ職と一緒に、できる限り行うようにしている。[5Dr] ・コロナの影響でまだ家屋調査が許されていないので、家族の方に家の様子の写真(段差の高さ等)をもらって、リハビリを行っている。[5MSW] 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護面から見た利用者の課題を、医療側に伝える、わかってもらおう努力が必要だと思う。[5] ・伝える時にはなるべく、数値にしている。 (例)トイレから寝室まで何m、手すりを持った状態での立位の維持 何秒、等[5]

その他 連携する上で知りたいこと

居宅介護支援事業所の選定について

医師からの質問	回答
<p>・訪問診療を行っており、退院して介護申請する間もないような方を新規で大勢受け持っているが、常々知りたかったのが、ケアマネジャーの選定。どのような経緯でその居宅介護支援事業所に決定しているのか？ [12Dr]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・退院の場合では、入院先のMSWなどから、依頼の連絡が入る。その際、「在宅医が訪問する日時に合わせて来て欲しい」との要望があるので、本人の居住に近い事業所を何か所があたってみて、都合がつくという事業所を優先する。決定はMSWに確認の連絡を取ってから行う。[包括職員] ・9割がた包括支援センターにお願いしているが、要介護であるとかターミナル期の方については、直接、病院から居宅介護支援事業所に依頼をしている。[MSW] ・依頼があれば、基礎資格や経験、受け持ちの件数などを考慮して、担当するケアマネジャーを選定している。受け持ちは一杯一杯でも、そのお一人のために、今できることに全力を尽くしたいと思っている。[居宅介護支援事業所 管理者]

訪問看護を医療保険で導入する場合の、介護との連携

医療機関からの質問	居宅介護支援事業所ケアマネジャーからの回答
<p>・当院では難病を扱うことが多いため、訪問看護も医療保険で調整を行っているところだが、ケアマネジャーとのやり取りは、どのようにすれば良いか？ [14MSW]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医療保険であれ、導入の段階でケアマネジャーに打診をしていただき、訪看 ST 選定の段階から一緒に考えていけると連携も取りやすい。※複数意見 ・介護保険と併用する可能性もあるので、特指示であってもケアプランと位置付けている。自分の管轄(介護保険)かそうでないかで、対応はかなり違ってくると思うが、利用者に必要なケアであれば何の制度にしろ、利用しているサービスはケアプランに記載して、全体にコーディネートしていく必要があると思っている。

ご参加いただいた皆様、貴重なご意見をありがとうございました。