

## 資料2

### ●ケアマネ等の意見に対する 病院地域連携室の意見(病院訪問による聞き取り結果)

連携上の問題ありと回答したケアマネ 35.7%(H27 52.2%)

	ケアマネ等が問題・課題と感じた事例・項目	病院地域連携室の意見・対応等
病院からの連絡	<ul style="list-style-type: none"> <li>急に退院が決まり、知らない間に退院され家族からの連絡で知った。</li> <li>入院時情報提供書を出しているのに何も連絡がなかった。</li> <li>知らない間の入退院が多い。病院の都合で退院が決まってしまう連絡がない場合がある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>担当ケアマネが分からない場合等には連絡できない。連携室が入院患者全員に関わるわけではない。</li> <li>医師と家族の話で退院が突然決まる場合もある。</li> <li>入院時に連絡がない・担当ケアマネが不明又は、家族が連絡すると言われる場合家族経由でケアマネに連絡してもらうことにしているが家族が連絡していない場合もある。</li> </ul>
介護保険制度	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院が介護保険の仕組みを理解していない。</li> <li>在宅サービスの調整はケアマネ中心で行うことを理解されておらず、連絡なしに福祉用具や他のサービスを調整されており大変困った。</li> <li>必要のない変更申請をすすめる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアマネを通さずにサービスを定めるようなことはしていない。サービスの提案をさせてもらうことはあり、そのあたりのコミュニケーション不足があるかもしれない。</li> <li>退院時カンファレンスをケアマネが必要とする基準を明確にしてほしい。(短期入院でも希望される。)</li> </ul>
病院の連絡窓口	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院時連絡シートの提出先がかわからない</li> <li>退院支援の窓口が連携室なのか病棟看護師なのかわかりにくい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域連携室がすべて担当は困難。病棟と分担しているところもあり、連絡する場合連携室または病棟看護師の場合がある。</li> <li>直接病棟に行き患者の情報を近くの看護師に聞かれたり、いきなり電話で病状を聞かれるが、個人情報保護のこともあるため事前に連携室に連絡をしてほしい(対応を連携室か病棟かは院内調整)</li> </ul>
カンファレンス	<ul style="list-style-type: none"> <li>日程が急で対応できないことがある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアマネは病院への聞き取り、退院時カンファレンス等に時間をかけすぎ。決められた時間で終わらない。</li> <li>カンファレンスでの質問や検討課題は事前に整理してから参加してほしい</li> <li>すべての入院患者のカンファレンス開催は困難 →カンファレンスが必要なケースを教えてほしい</li> <li>入院時情報提供書がない場合およびカンファレンスを実施しない場合でもサマリーは送付し入院中の状況や退院後の生活について情報提供をしている</li> </ul>
入院時情報提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院時情報提供書を送るタイミング、送り先等がよくわからない。</li> <li>情報提供書が活用されていない。</li> <li>字が小さく読みにくい。FAXだと字が潰れて読めなくなる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>4月以降入院時情報提供書の送付は増加している。入院前の状況がよくわかりとても参考になる</li> <li>転院時も紹介状やサマリーとともに転院先に送付</li> <li>入院時情報提供書が届かない事業所もあるが、サマリー送付をするようにしている</li> <li>情報提供書の代わりに大量の記録等が送付され困る(不要な情報の扱いに困るため、情報提供は1枚にしてほしい)情報提供書は電子カルテに取り込み、内容確認できるようにしている</li> </ul>
在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院時介護保険を申請する場合、主治医意見書は入院中に主治医に書いてほしい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアマネが転院を進める場合があるが、そういった場合はまずはMSWへ相談してほしい</li> <li>医療的ケアがあると在宅が無理と言い切られる場合があるが、訪問看護等で対応可能な場合もあるため相談してほしい</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>以前より連携しやすくなった</li> <li>新規在宅復帰ケースでは入院後すぐに連絡がありリハスタッフとも協議ができ良かった。軽症でも病院から連絡・情報提供がありとても助かっている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>以前より連携がしやすくなった。顔のみえる関係も徐々にとれるようになったがまだ不十分</li> <li>急性期病院の役割を理解してほしい</li> </ul>

### <要望>

- ケアマネと病院との交流会・情報交換会の機会をぜひ作ってほしい（相互理解のためにも必要）
- 効果的なカンファレンスの持ち方について検討してほしい
  - ケアマネ→事前に質問項目や検討項目を整理し時間内に終了できるようにしてほしい
  - 病院→だれにでもわかりやすい説明等を心掛けてほしい
- 連携室を窓口とし、ケアマネが来院される場合は連絡をしてほしい
- 中・西部のような入退院ルールが必要なのではないか
- 診療所から紹介入院になる場合、介護保険利用について情報が欲しい（せめて担当ケアマネを教えて欲しい）

### <課題>

- この2年間課題が解決されていないため、前回と同様の意見が多かった。
- 入院時情報提供書の活用をより進めていく必要がある
  - 現行のままでは使いづらさがあるため様式の修正等行っていく必要がある
- 家族に退院連絡を依頼する必要があるが、退院調整が必要な場合は病院とケアマネ間で連絡調整が必要
- 病院とケアマネとの顔の見える関係づくりが不十分
  - お互い意見交換できる場が必要
- ケアマネに一方的にアンケートを行い、病院の意見を聞かないやり方にとっても不満があると病院から意見があり、今後アンケートの実施方法等見直しが必要
- 入退院調整ルールが必要であると意見をいただいた

### <今後の対応案>

- 入退院ルール→協議会で検討
- 病院連絡窓口一覧の作成検討→協議会で検討
- ケアマネと病院との意見交換・交流会開催→協議会で検討
- カンファレンスの持ち方等研修に入れていく→職能団体で検討