

＜グループワーク＞

テーマ「その人がその人らしく生きていくために～どのような連携が必要か～」

(1) 今回のアンケート調査結果報告や入退院時連携シートの見直しと活用の説明を聞いて、今後自施設や病院で強化したいことや改善したいことはありますか。

<p>ルール運用 状況</p>	<p>良かった点</p> <ul style="list-style-type: none"> 現場や研修で顔見知りとなり、以前からすると連携しやすくなった。 連携シートは、パソコンで使用しているため、負担は少ない。 要支援者の連携シートの使用は少ないが、面談や電話で連携することが多い。 入院1ヶ月後に、医療と介護お互いで電話している。 ケアマネとしても入院の連絡があれば、1～3日以内を目安に情報提供できるようにしている。 ケアマネからのシートは生活スタイルがわかるので助かる。 転院時もケアマネからの連携シートを引き続きつなぎ、転院先へ情報共有している。 以前は入院してもケアマネ側が知らないことがあったが、今は少なくなり、カンファレンスも主治医と連携している。 連携シートを使用することもあるが、シートに載せれない情報もあるので、面談して説明したり情報共有することが多い。 <p>困っている・困難点</p> <ul style="list-style-type: none"> 退院時連携シートについて、認知症の方の情報を書きたいが、家族の署名をもらうので書きにくい。 退院時の連携はあるが、入院時はほとんどない。 独自の連携シート利用しているがフェイスシートのような形式、本人の意向というような欄は設けてない。 入院時に、連携シートをもらわなくても、ケアマネがいれば直接事業所へ連絡した方がいい。連携室がないので一人ではたばたする。 病院窓口はあるが、時間指定があり、年末年始やお盆等に情報がもらえない。 病院からの連携シートはサマリーと重なる部分もある。
<p>改善・強化 したいこと</p>	<p>カンファレンスの実施</p> <ul style="list-style-type: none"> 本人が地域に戻って、生活する上で必要なものを予測するのは難しいため、いろんな関係者が集まり、早期にカンファレンスしたい。 退院カンファレンス前に試験外泊など行い、早めに退院に向けて調整していきたい。 <p>早期連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 退院時、5日以内の連携はもっと早く連絡したい。 担当ケアマネが不在でも、情報提供に対応できるようにしたい。 要支援者の方に対する連携が遅れがちになるため、早期の情報提供をしたい。 <p>連携シートの活用</p> <ul style="list-style-type: none"> 連携シートの情報は役に立ち、情報は頂きたいが、記入が大変そう。 <p>ケアマネの確認方法</p> <ul style="list-style-type: none"> 本人・家族のケアマネの認識が薄いため、介護保険証と一緒に名刺を入れておきたい。 <p>ルールの周知</p> <ul style="list-style-type: none"> 情報を持ち帰り、他の人に周知したい。 <p>連携強化に向けて</p> <ul style="list-style-type: none"> 病気に対するパス作成をしていき、退院支援に活用していきたい。 病棟で、連携シートがあることを知らなかった。サマリーは書くが、今後活用したい。 整形外科はオペ目的の入院が多いが、今後の高齢化や介護保険参入に向け、連携室の設置や入退院支援ルールの活用をしていきたい。 情報が院長同士のやりとりのため、看護師や事務などが混乱することあり。今後近隣の病院やクリニックと看護師や事務長レベルでの連携も図ってほしい。 病院からは既往歴、薬等シートにない項目で必要な情報を積極的に連絡し連携を図りたい。 地域の中、家庭の中での存在役割の情報を共有し、心の自尊心を保ち、その人がその人とらしく、生きていけるように連携を図りたい。 病院は介護保険があると、リハが減算になる。誰が介護保険の有無の確認をするか役割を明確にしたい。
<p>要望</p>	<p>医療機関△</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院時情報連携加算について、入院してから3日以内と7日以内の違いの理解をしてほしい。 医療機関からも連携してほしい。 ケアマネから基本情報やケアプランを郵送した後、それを見てもらいケアマネへ連絡してほしい。 連携シートを連携室で止めずに、病棟にも情報共有して、退院が決まる前から活用してほしい。 病院からは既存の書式で対応することが多く、本人の意向など情報が薄い事があるため、本人や家族の意向の記載をしてほしい。 居宅では2回入院時連携シートを持参しても、加算はとれないため、転院時にケアマネからの連携シートを転院先へ情報提供してほしい。 家屋調査が済んだ後に、ケアマネに連絡がくる時があるので、ケアマネも一緒に入れてほしい。 病院特に急性期の人に合同会議に出てほしい。 要介護状態の方であれば聞いていた事と実際にあった事が異なりすぎるため、退院時連携シートは退院カンファレンス前にほしい。 <p>ケアマネ△</p> <ul style="list-style-type: none"> 担当者が不在となると、連携がスムーズでないことがあるため、不在時の対応について検討してほしい。 <p>ルールの周知</p> <ul style="list-style-type: none"> 連携シートを活用しているが、職場のスタッフに、始良地区の活動を理解してほしい。

(2) 対象者が、入院中のケアや退院後の支援をスムーズに受けるには、どのような情報が必要だと思いますか。

<p>入院時に必要な情報</p>	<p>入院中のケア</p> <ul style="list-style-type: none"> 趣味 (例：骨折していることも忘れ歩こうとする患者さんがいたが、趣味が塗り絵という情報を得たことで、術後の安静に繋がった。) こだわり 生活状況 性格、癖 経済情報 本人の職歴 アレルギー 認知症の有無 エホバの証人やナチュラリストなど価値観 ケアがスムーズに行く方法 <p>リハビリに向けて</p> <ul style="list-style-type: none"> デイサービスの内容 自宅の見取り図、階段や段差の有無等の家屋状況 (例：退院時に自宅で注意する場所やポイントを指導する。) <p>在宅に向けて</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護力 習慣や日課などの生活リズム (例：服薬調整等に繋がった。) 収入や経済状況 (例：退院後の施設等を選ぶ際に役立った。) ペットの有無 <p>キーパーソン</p> <ul style="list-style-type: none"> 対象者のつきあいが深い方 緊急時すぐに動ける方 延命などを含めた、入院書類等記入してくれる方 キーパーソンの連絡しやすい時間帯 キーパーソンにどこまで頼ることができるかの情報 <p>信頼関係の構築</p> <ul style="list-style-type: none"> 趣味、生活状況 対象者が大切にしていること (例：患者の行動の理解ができる。)
<p>退院時に必要な情報</p>	<p>日常生活状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 具体的なADL状況 (例：排泄や移動、食事等の際の見守りの必要性) 薬の管理 食事の形態、嚥下機能情報 感情が起伏した場面 <p>リハビリ状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 対象者が意欲的になる言葉がけ、声かけ 実施しているリハビリが、どのような日常生活動作や作業に繋がっているかの情報 どこまでの段差は超えられるのか。 今後どこまで回復が望めるのか。 <p>サービス利用に向けて</p> <ul style="list-style-type: none"> 経済状況 (例：負担上限内で介護サービスを検討する。) <p>環境調整に向けて</p> <ul style="list-style-type: none"> 自己注射など特殊治療の有無 入院後新しく導入された治療 (例：実施している治療が在宅で可能なのかサービス利用が必要なのかを検討する。) 地域資源情報の共有
<p>入院中や退院後の支援をスムーズにするための工夫</p>	<p>本人・家族への支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 本人が思うレベルまで回復できなかったが、入院中に医療側から、本人・家族へ現在の病状と今後の目標を説明することによって退院時に現状の受け入れをスムーズにすることができた。 <p>カンファレンスの実施</p> <ul style="list-style-type: none"> 退院時カンファでケアの方法、リハのやり方を直接聞く。 医療と介護が本人・家族へ適切に支援するために、入院中の早い段階から一緒に退院後の生活を考える機会を作る。 <p>目標の設定・情報共有</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院中、医療機関とケアマネの目標や意見を一致させた上でカンファレンスをする。 病院、ケアマネがそれぞれの視点を共有し、リハビリなどの目標設定を行う。 病院とケアマネと一緒に家屋調査をすることで、住宅状況を把握するきっかけになり、改修の必要な場所の確認・共有ができる。 連携シートを送った後は訪問などで会い、情報共有を行う。 <p>早期連携に向けて</p> <ul style="list-style-type: none"> 退院の調整に入った段階で、ケアマネジャーへ連絡する。 <p>意思決定</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症等の本人の意思確認が困難な方は、本人の言葉や家族の意見を参考にしている。 <p>関係機関との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 独身、独居、精神疾患、社会からの関わりを嫌がっている方へのサポートは困難であるため、それぞれの関係機関と連携をする。

グループワークの中で出た質問についての回答

Q1. 入院時情報について、相手の受け取りが土日を含んだ場合、日付けはどうしたらよいか。

A1. 実際に届いた日を記入してください。

※加算については、下記を参照下さい。

参考：入院時情報加算について（老企第36号 第3の12）

(1) 総論

「必要な情報」とは、具体的には、当該利用者の入院日、心身の状況（例えば疾患・病歴、認知症の有無や徘徊等の行動の有無など）、生活環境（例えば、家族構成、生活歴、介護者の介護方法や家族や家族介護者の状況など）及びサービスの利用状況をいう。当該加算については、利用者1人につき、1月に1回を限度として算定することとする。

また、**情報提供を行った日時、場所（医療機関へ出向いた場合）、内容、提供手段（面談、FAX等）等について居宅サービス計画等に記録すること**。なお、情報提供の方法としては、居宅サービス計画等の活用が考えられる。

(2) 入院時情報連携加算（Ⅰ）

利用者が入院してから3日以内に、医療機関の職員に対して必要な情報を提供した場合に所定単位数を算定する。

(3) 入院時情報連携加算（Ⅱ）

利用者が入院してから4日以上7日以内に、医療機関の職員に対して必要な情報を提供した場合に所定単位数を算定する。

Q2. 独居老人が退院していく際は、誰に相談したら良いか。

A2. 各市町の包括支援センターへ相談して下さい。

Q3. 困難事例だった場合は、退院後の状況について、ケアマネから医療機関へ現在の患者の状況について、連絡をとる場合もあるが、それ以外の場合は連絡はいるか。

A3. 退院後、医療機関へ連絡の必要性があると判断した場合は連絡をとっていただきたい。