

平成29年度沖縄県入退院支援連携デザイン事業
「在宅医療・介護連携推進事業に係る意見交換・見学会」
＜南部圏域：豊見城中央病院＞

実施主体：沖縄県、一般社団法人沖縄県医療ソーシャルワーカー協会
実施日：2018年2月22日（木）

グループワーク「医療・介護関係者の情報共有」について
～工夫している事・できていること～

Aグループ

①病院で工夫している事

- ・入院時の問診で家族などに担当ケアマネの名前や事業所を確認している
→確認が難しいときには地域包括支援センターに依頼する事もある
- ・短期入院において、生活情報/ケアマネの有無が大事
→スピード感と窓口の統一をして欲しい。
どうなるかのイメージを持って、介護認定と総合事業への振り分けをしている
- 病院から地域包括へどう動いていくのかの展望を示してもらおうと対応しやすくなる
- ・市町村毎にやり方、審査の仕方が異なるので、対応方法に異なると統一して欲しい
- ・院内での情報共有シートを統一、多職種が見やすく分かるように記録するところを区別している
- ・病々連携に利用可能な地域連携パスを作る
- ・電子カルテネットワークの構築、同一市町村で同システムを導入する
→カルテ開示の利便性アップ

②地域で工夫している事

- ・離島から病院まで訪問する。
→病棟のNsに情報をもらう、窓口が役場と異なる事を紹介。
- ・個人情報があり、電話では病院からの問い合わせに答えられない(例：ケアマネージャーの担当の有無など)
→家族に問い合わせるよう説明したり、担当ケアマネから連絡させるように依頼して対応。
介護度4の「ような高い介護度など緊急性の高いところは特例として扱う
- ・緊急搬送の時などは、入院してから問い合わせがあるので、対応が難しいところがある。リスクの高い方については、事前に情報を伝える事が出来るようにしている。
- ・予防の場合、新規ケアマネがつく場合（サービス検討会議2～3日かかる）、申請が必要（総合事業について）直営と委託でも自治体で異なる

③これから一緒に取り組みそうな事

- ・病院に実際に市町村やケアマネに見に来てもらう事が出来たら良い(電話だけでは状態を把握しきれない)
→しかし、病棟スタッフの繁忙があり対応が困難な事もある→場所と人材の確保
→カンファの有無だけでなく、イベントの報告を病院からも少しずつ行う

④全体共有

- ・基本チェックリストを本人に開示しているか
- ・入院を連絡のきっかけとしている、家族の気持ちへの支援となる
- ・院内研修、教育によって関係性を良くする
- ・入退院情報共有シートの統一が必要(県内での統一)
- ・ケアマネと面会する前に情報整理をしている
- ・病院でケアマネを確認できない時は地域包括へ依頼している
- ・冷蔵庫ドア内に情報をまとめたキットを準備
- ・顔の見える関係の構築、交流会など多職種連携研修GWの利用
- ・気になるケースは注意して情報を伝えフォローまでも行う

Bグループ

①病院で工夫している事

- ・退院後72時間以内のフォロー電話が素晴らしい
退院時に病状に少し不安がのこるまま退院した患者についての確認、フォロー。
施設訪問は顔の見える関係構築、総合入院体性加算が取れる
退院前・退院後の訪問加算
- ・施設の内情がよく分かる
→個人にあった施設なのか、検討材料となる。今後の支援に生かせる

②地域で工夫している事

南部地区

- ・勉強会をしたり病院MSWと交流会開催
- ・退院時の書式はあるが入院時の書式が決まっておらず様式の統一が必要

那覇地区

- ・包括が12か所から18か所へ増加
- ・主4か所で情報交換をしている、顔の見える関係作り。研修3年目を迎える1回/月多職種連携研修
- ・具体的ないい事例は用いながらGWを行う

③これから一緒に取り組みそうな事

- ・病院、地域包括、ケアマネでグループワークを行っていく事が大事
- ・きになる患者がいたらそのまま退院させない
退院時に役所へ相談へ、の一言で終わらせず具体的な課への案内やどのような内容の相談かポイント(単語)だけでもメモ等に記載したものを手渡すなど。付帯的な案内をする
- ・入院先病院へすぐに問い合わせをする事で素早い連携を行う。(出来るだけ早く専門職が関わる事が大切)

④全体共有

- ・とにかく顔の見える関係、連携を持つ
- ・病院や地域(市町村)の特徴が理解できる

Cグループ

①病院で工夫している事

- ・入院された方の面会時の対応として面会台帳を作ってケアマネと会う
- ・認定があればケアマネ、各病棟にいらっしゃる

②地域で工夫している事

- ・包括から病院への情報提供
- ・退院後自宅訪問
- ・救急キットの活用

③これから一緒に取り組みそうな事

- ・看護師、ケアマネからの情報
- ・ケアマネからの情報をみつに組み組んでいきたい

④全体共有

- ・統一した様式、県で統一した一枚の連携シート

Dグループ

①病院で工夫している事

- ・入院3日間でアセスメント、ケアマネ連絡→3～6日間難しいが確認とって連携とっています
- ・入院予定が決まっている場合はアセスメントを取っている
- ・アセスメントをしっかりと行うようにしている
- ・顔がよく見えるような関係作りを行っている
- ・入退院の情報が遅れる場合がある、知らない時がある
- ・病棟が変わったら調整が途切れる
- ・身体状況が変わった時にケアマネは焦る。担当者会議開催、新サービス等導入困難、早く情報が欲しい

②地域で工夫している事

- ・連絡を受ける時や連絡する場合もある。事業所から入院連絡あり。
利用サービスの利用状況やADL等を持って行っている。ケアプランを持って行く。プランの変更は退院前に調整する
- ・キーパーソンの介護力が必要
- ・新加算ケアマネの把握、病院へ伝えるなどますます医介護の連携が必要
- ・金銭の把握もしている(病院側は聞きにくい)基本情報に記入
→難しいですか？聞く理由を説明している

③これから一緒に取り組みそうな事

- ・必要な情報共有について
- ・処遇困難時は、入院がきっかけで分かる事、分からない事がわかり連携のきっかけになる。
- ・カンファレンスがあれば参加する、本人、家族も安心する
- ・認知症で受信拒否の場合、連帯保証人なしでも基本情報は本人に開示しているの？要支援、要介護でもどうか？
- ・離島の受け入れは？家族はサポートしていない、今後連携が必要

Eグループ

①病院で工夫している事

- ・浦添総合病院→行きやすい病院
 - 1、病棟職員の配置→看護師を相談員として
 - 2、ケアマネージャとの連携
 - 3、職員研修の準備
 - 4、利用者への連絡
- ・ケアマネージャー名や居宅介護支援事業所名を利用者が忘れてることが多い
- ・ケアマネージャーへの連絡が急な場合があり連携が取れない

②地域で工夫している事

- ・かかりつけ医で検査が出来ない場合、出来ない理由を書いた書類が紹介状になるのでその旨を医療機関に説明する
- ・ケアマネージャー名を教えて欲しいと連絡があった場合、個人情報に該当するので折り返しの連絡で対応する

③これから一緒に取り組みそうな事

- ・情報共有シートの活用
- ・退院に向けて何が必要なのかを事前に連絡して欲しい