

宇城市在宅医療介護連携推進研修会

宇城市サービス従事者連絡協議会 介護支援専門員部会 合同研修会

グループワーク意見まとめ (2020/2/21)

### ■意見交換テーマ■

「良い連携の為に自分、事業所で工夫している事、取り組んでいる事を一つ紹介する」

※記録用紙の記載を転記しています。グループの話の流れと、ここに表記した事と意味合いが違う事もあるかもしれません。ご了承下さい。

#### ■同事業所内での行っている工夫

- ・緊急時の対応の為に完全な新規の方であれば二人で対応（初回面談）。その為に本人と家族とそれぞれから聞き取れるメリットある。居宅8人態勢
- ・いろんな人との関りを大切にしている。事業所の中でも交代で研修会やカンファなどへ参加するともっと連携がひろがる
- ・新規訪問は複数で行い情報共有は事業所ケアマネ全員で共有をはかる
- ・疑問に思ったことは事業所全体で考える

#### ■医療機関との連携で行っている工夫

- ・電話のみではなく直接病院へ行き、専門職から情報を得る
- ・病院に担当ケアマネであることを伝えると面会しやすい
- ・カンファレンスに参加する
- ・カンファレンス開催はあえて病院にたずねる
- ・入院時はすぐに医療機関に書面をもっていく（事業所内でも情報共有をはかっている）
- ・連携シートを活用し医療との連携をしている
- ・入所されている人が入院される場合、病棟の相談員と細かに情報共有する
- ・入院したと情報が入ったら連携し、すぐに面会に行く
- ・Drとはカンファに参加する程度の連携。あとはMSWとの連携をしている
- ・家族と受診に同行する

#### ■医療機関への提案

- ・医療連携室がない、相談員がない所は早期の関りが難しい。連携担当者が各病院、医院にいれば・・・
- ・介護保険を申請していない方や、退院2週間前に退院連絡がある場合など関りが難しい為に、早めに退院支援として動いてほしい
- ・Drとの面会は難しい事がある。Dr、看護師との連携が課題

- ・退院時のカンファレンスにはケアマネとしては是非参加したい
- ・退院前カンファレンスの徹底
- ・退院前カンファレンスまでの中間カンファレンスがあれば・・・病状の経過が知りたい
- ・医療知識がないと分かりにくいところもある（わかりやすい表記を）
- ・Dr の理解のあるなしがある

#### ■医療機関が行っている連携の工夫

- ・1週間以内に家人と会うように対応を行っている。
- ・プライバシーの事もありケアマネへの連絡は家人の意向を確認し行っている
- ・退院後については本人、家人の希望を重視し16日間の中でその後のフォローを行っている。
- ・カンファレンスを行う事についても Dr の参加は難しいがその他の職種は可能
- ・施設選定などの情報提供としては料金、体制、立地などを伝える。了承を得たところで、ケアマネへの連絡となっている。
- ・外来患者さんのケアマネを確認し必要に応じて連絡を取っている
- ・入院報告の FAX を送っている
- ・退院前のカンファレンスはできるだけ行いたい。退院後の事はわからない事がある為に連携したい

#### 【医療機関の課題】

- ・入院の窓口は事務になっている（事務→看護師へなっている）。直接Nsだと具体的な連携ができるが・・・
- ・介護保険があってもCM不在、介護保険なし、申請しても認定が追い付かない（退院までの期間が短い）退院後に医療機関へ連絡がある事がある。
- ・退院までの日数が短くカンファレンスができないまま退院となるケースがある

#### ■事業所間での連携工夫

- ・一人暮らしの方は社協で作成している要援護者の連絡票を活用している
- ・ケアマネジャーとの距離を縮める。ケアマネジャーの資料を読み込む
- ・患者の情報の確認依頼がある（入所、通所、介護保険の有無、生活状況など）包括にてできる範囲での情報提供にて連携を支援している（包括）
- ・入所中の方が入院された場合、施設から入院の連絡が入り患者の情報提供を病院で行っている
- ・各事業所へ出向いて関係を築く
- ・他事業所の同業者より情報収集の事もある

### ■個人で取り組んでいる事

- ・利用者との連絡は早いうちに対応し、本人の気持ちが前向きなうちに対応するようにする
- ・面会時は情報をとり退院に備える。アセスメントは関りが長い人は良いが、短い人は難しい。きめつけないようにしている
- ・日頃より訪問等を行い顔見知りとなり早く対応できるようにしておく
- ・一人で抱え込まない
- ・コミュニケーションをはかる
- ・多方面から家族にアプローチ
- ・何が困難かを見極めるようにしている
- ・訪問しすぎも×
- ・信頼関係を築くと計画サービス進めやすい
- ・暫定でプラン作成、暫定のリスクを説明（家族の理解必要）
- ・アセスメントをしっかりとっておかないと伝わらない
- ・情報提供の際には生活状況を詳しく記載。（キーパーソン、事情）退院後の状態を想定して動く
- ・市町村でサービス内容が違う為、専門職の助言が必要（相談場所でのアドバイス）
- ・人のサービス部門の調整が難しいので時間が必要

### ■利用者について

- ・医療⇄居宅とのやりとはあるは家人からはない事がある（入院の連絡）
- ・医療機関と居宅の関係ができてその中心にいる本人や家族とのつながりはどうなっているかと考える時がある。
- ・退院時ホーム等の入所を希望された場合。病院 MSW がケアマネへ相談している事を、家人が悩まれている事が多々ある