

平成30年度退院調整看護師・MSW・ 在宅ケアチームのための意見交換会

平成31年2月7日(木)

つくばケアマネジャー連絡会 幹事

筑波メディカルセンター居宅介護支援事業所

平松 裕子



POSTAJP - 10112225

本日の流れ

1. ケアマネジャーの役割
2. つくば市内のサービス事業所状況
3. 病院や退院調整看護師との連携の課題
～アンケート調査結果より～

本日の流れ

1. ケアマネジャーの役割
2. つくば市内のサービス事業所状況
3. 病院や退院調整看護師との連携の課題
～アンケート調査結果より～

介護支援専門員(ケアマネジャー)

要介護者や要支援者の人の相談や心身の状況に応じるとともに、サービスを受けられるようにケアプランの作成や市町村・サービス事業者・施設等との連絡調整を行う

要介護者や要支援者の人が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識・技術を有するもの

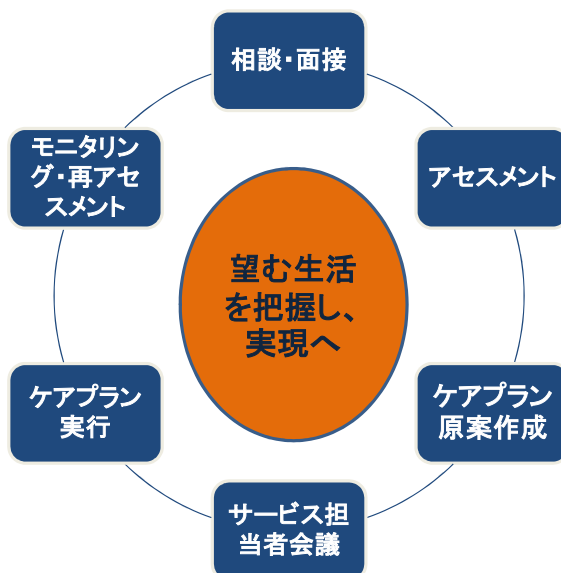
(介護保険法第七第五項)

国民の努力及び義務

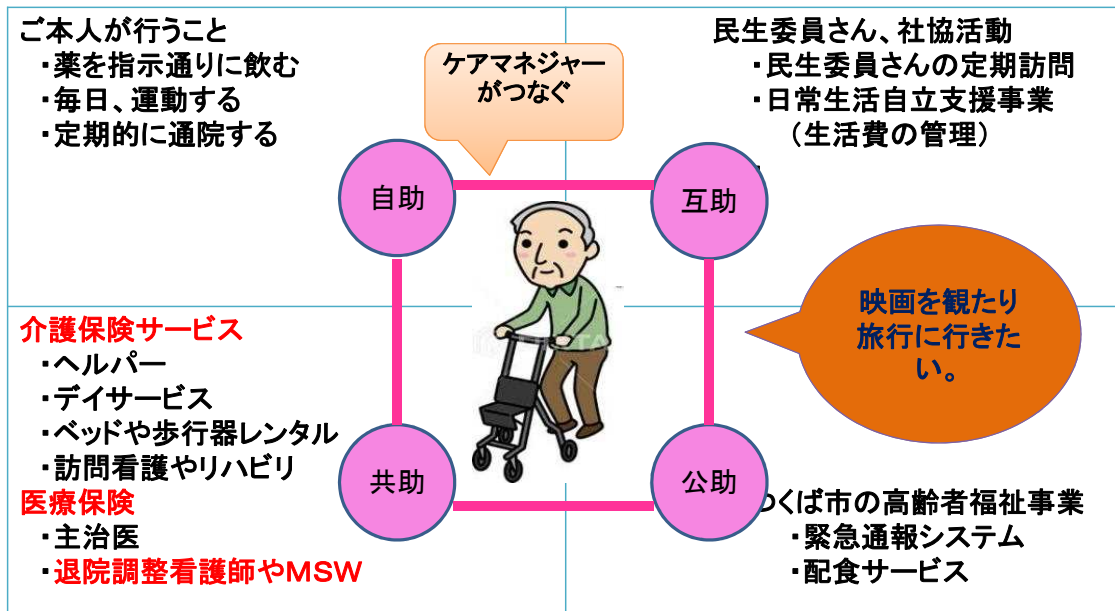
国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする

(介護保険法第四条)

ケアマネジメントの流れ



支援チーム完成



介護報酬(1件当たりの月額)

要支援1・2	4,601円
要介護1・2	1,053単位
要介護3・4・5	1,368単位

- ★ケアプラン作成40件以上 減算
- ★サービス利用がない月は報酬なし

介護報酬(1件当たりの単位数)

入院時情報連携 加算Ⅰ (3日以内に連携)	200
加算Ⅱ (4~7日以内に連携)	100
退院・退所加算 連携1回	カンファレンス無・有 450・600
連携2回	カンファレンス無・有 600・750
連携3回	カンファレンス有 900

主治医との連携

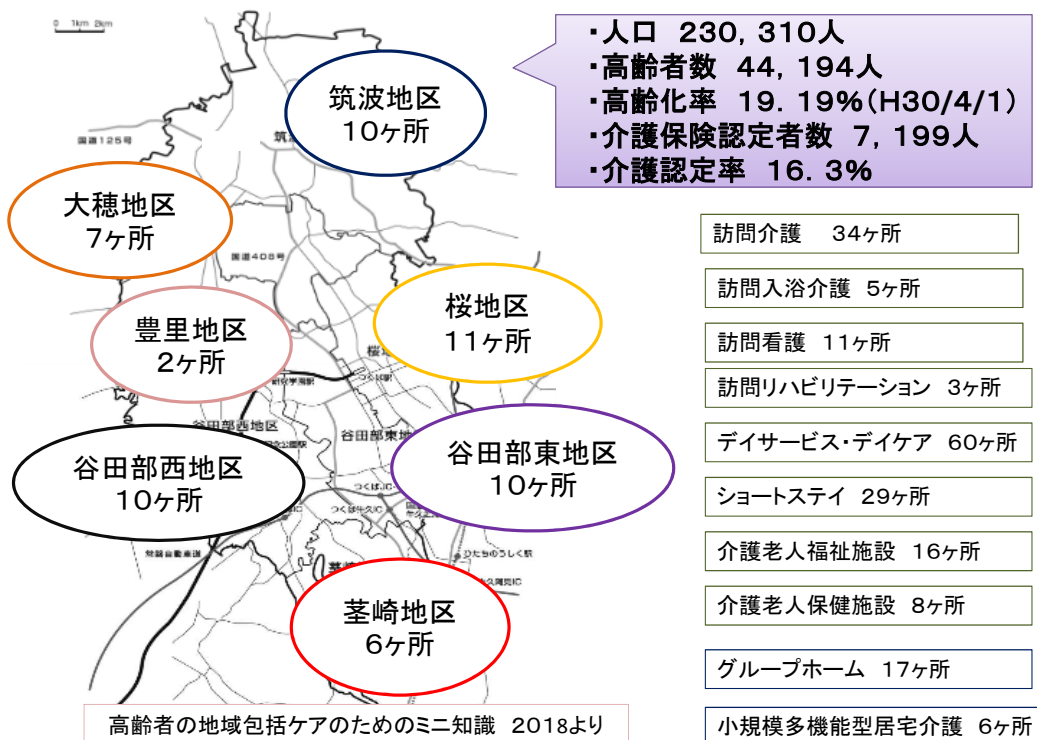
- ①療養上の注意点などの指示をもらう
- ②軽度者(要介護1、要支援)でベッド等をレンタルする場合の所見書をもらう
- ③医療系サービス(訪問看護、訪問リハビリ、デイケア、老健のショートステイ)を利用している場合、ケアプランを配布する

など

本日の流れ

1. ケアマネジャーの役割
2. つくば市内のサービス事業所状況
3. 病院や退院調整看護師との連携の課題
～アンケート調査結果より～

市内の居宅介護支援事業所 (平成30年6月1日現在)



地域での活動

- つくばケアマネジャー連絡会
- つくば市主任介護支援専門員連絡会
- 茨城県ケアマネジャー協会つくば地区会

<各種会議に参加>

- ① 高齢者福祉推進会議
- ② 虐待防止ネットワーク運営委員会
- ③ 在宅医療・介護連携推進協議会
- ④ 地域ケア会議及び日常生活支援体制整備推進会
など



本日の流れ

1. ケアマネジャーの役割
2. つくば市内のサービス事業所状況
3. 病院や退院調整看護師との連携の課題
～アンケート調査結果より～

アンケート結果

1.調査目的

入退院時における現状を把握し、私たちが抱える課題の解決と入退院時の連携をさらにスムーズにするため

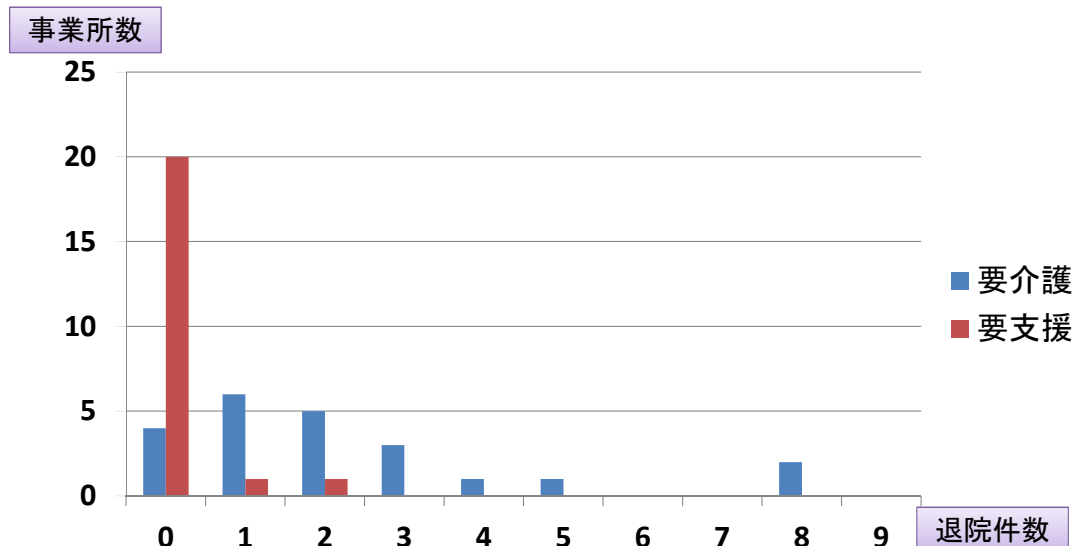
2.対象者:つくば市内の居宅介護支援事業所

3.期 間:2019年 1月

4.回収状況:56ヶ所 回収数22 回収率39. 3%

アンケート結果 退院件数

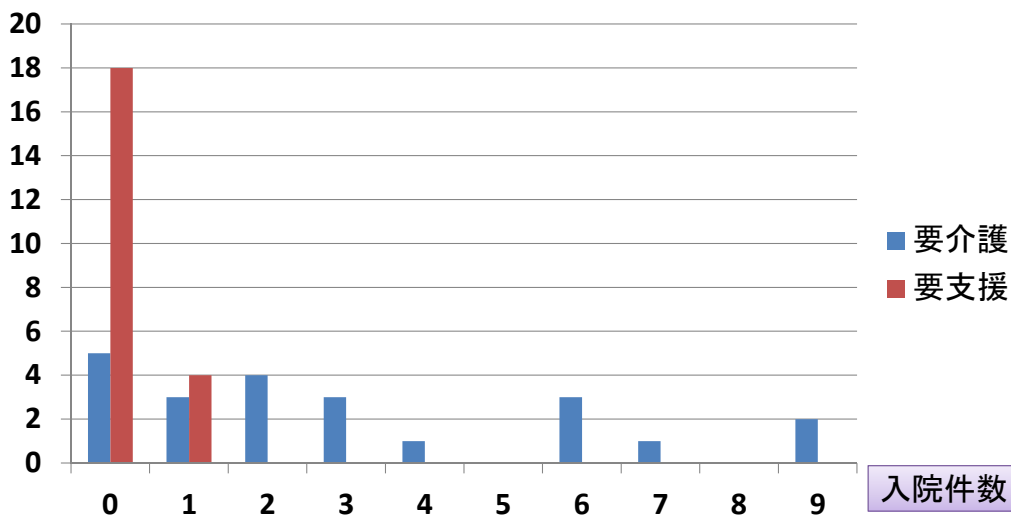
2018. 12月



アンケート結果 入院件数

2018. 12月

事業所数



アンケート結果 病院との連携

★病院との連携で困ることあり 72.7% (22事業所中16事業所)

問題点	回答数(%) 複数回答
① 病院の対応窓口が明確でない	50%
② 退院直前の連絡だったため対応にあわてた	50%
③ 入院時に連携したが病院から退院の連絡がない	45%
④ 入院時情報提供書やケアプランなど書類の送り先が分からない	41%
⑤ 介護保険の仕組みを理解されていないと感じる	23%
⑥ 医療の専門用語が多く、説明が理解できない	0%

アンケート結果 病院との連携

<病院の窓口に関すること>

- ①入院時の情報提供書の送り先がわからずいろんな所にTELLしてしまった。
- ②家族への説明内容を問合わせると「家族に確認してください」と言われる。
- ③医療連携室があっても、対応していたのは**病棟の看護師**で窓口がわかりにくい。
- ④連携室本体が機能していないと感ずることがある。窓口を明確にしてほしい。
- ⑤窓口となった担当によってFAX番号が変わった事がある。混乱を招いた。
- ⑥病院によって対応が違う。必ずMSWがつくこともあればCMからお願いしないといけないところもある。
- ⑦MSWも退院調整看護師も関わっていない利用者の場合、相談しても対応できないと言われ困ることがある。
- ⑧病棟看護師に困っている事、相談内容を伝えても動いてくれず、どこに相談して良いかわからない。

アンケート結果 病院との連携

<連携に関すること>

- ①入院時連携シートを持参したが、退院後のサマリーに反映されていなかった。
連携先のHPから退院の連絡もなくサマリーも忘れられた。(書面で依頼)
- ②情報の共有ができておらず、同じ説明を繰り返さなければいけない。
- ③折角連携しても情報共有をされておらず、介護保険を利用していること、CMがいることも知らないことがある。
- ④病棟移動時、病棟間で在宅生活に関する情報共有が行われていない。
転棟の連絡がない。
- ⑤入院時に退院時カンファレンスを依頼しても開催されず退院することが多い。
- ⑥退院時処方情報の提供がない。サマリーには書かないと言われたが必要な情報なので提供してほしい。(市内2か所の病院)
- ⑦MSW～Nsへの連携が取れていなかった。

アンケート結果 病院との連携

<連携に関すること>

- ⑧入院時連携で退院前カンファ開催やIC同席希望を伝えても連絡なし。家族から退院日報告され、間合わせると「カンファ不要」「別に、サマリーに書くので他の情報は無い」と言われる。(直近1年で2度ありました)
 - ⑨病院側の都合で退院日程を調整され、自宅環境や支援が整えられない。
 - ⑩サービス調整が必要だったのに退院が急に決まってしまう、間に合わなかった。(福祉用具やショート予約等)
 - ⑪新規ケースの場合、退院までの時間が短いと大変なことがある。
- ★以前より退院指導、退院前カンファレンスなどケアマネとして病院が必要としてくれている。
- ★役割分担について、退院後の生活も考えて下さっていると感じています。

アンケート結果 退院調整看護師との連携

★退院調整看護師との連携あり 100%(22事業所中22事業所)

問題点	回答数(%) 複数回答
① 退院調整看護師とMSWの役割の違いが分からない	64%
② 退院調整看護師と連携が取りにくい	14%
③ 退院調整看護師に連絡しても繋がらない	14%

アンケート結果 退院調整看護師との連携

<連携に関すること>

- ①入退院調整Nsが相談窓口であったが、病棟NsやMSWにかわっていて連絡なし。
- ②退院調整NsとMSWどちらが窓口なのか、話が違うこともありました。
- ③在宅方向と早々に依頼が来たが(退院調整Ns)、MSWとの面談で転院方向と
なってしまった。
- ④病院側が欲しい情報は何度でも聞いてくるのはいいが、CMからの問合せには「何
ですか？」と質問する理由を問われたり、連絡がないこと、「なぜそれを知ってい
るのですか？」等、同等な連携がなされていないと感じている。
- ⑤ケースの窓口となる担当者がわからないことが一番困る。
- ⑥介入のタイミングがわからない。
- ⑦院内の連携がうまくいっていない?と感ずることがある。
- ⑧病院によって様々なので、一概に何とも言えない。

アンケート結果 退院調整看護師との連携

<ケアプランに関すること>

- ①看護師から退院時に必要な用具等の指定があり用意するよう言われたが、必要
性の根拠が明確でないことがあった。
- ②独居でない患者にヘルパーを勧めており、ほぼ話が固まっていた事が多い。利用
者は病院の説明を優先する傾向があり納得するまで大変だった。(買い物や食事
のことを優先に考えるようですが)

アンケート結果 退院調整看護師との連携

<連携でよかったこと>

- ① 地域ケア会議に関係者として出席していただき、現状や今後の対応等、普段は話せていない内容も確認でき良かった。ありがたかった。
- ② 直接、病状や自宅に戻ってからの注意点を確認することができた。
- ③ 退院前の様子を教えていただけること、今後のサービスについて具体的に話ができること、家族の考えなど事前に教えていただけること等、助かります。
- ④ 退院カンファレンスの進行がとてもスムーズに行なえていると思う。
- ⑤ 退院前に健康状態、ADLの把握ができることで退院後の支援がスムーズに進めることができた。
- ⑥ 看護師目線が強い人とはやりにくさがあるが、お互いの目線に調整できた時はやはりうれしさを感じる。
- ⑦ 退院調整Nsがいる病院は積極的に連絡等をくれると感じます。
- ⑧ 病棟での様子がよくわかって、自宅に帰った後のイメージがつきやすい。
- ⑨ 退院調整看護師が入った場合、細かな医療的情報がもらいやすかったり、退院後聞きたいことも聞ける関係性がもててよいと思います。

アンケートから見えたこと

1. 病院の窓口を明確に知りたい。
 - ・利用者の相談
 - ・書類送付
2. 退院の連絡がほしい。
3. 退院調整看護師とMSWの役割の違いを知りたい。
4. どのような利用者に介入するのか知りたい。

病院とケアマネジャー連携窓口(例)

代表電話番号		0244-36-5101	0244-36-6611	0244-22-3181
入院前にケアマネが決まっている場合	①入院時情報提供書の提出先	地域医療・入退院支援センター 【電話】 0244-36-5101(代) ※事前に電話連絡をしてから、持参すること	病棟(原則2階) 【電話】 0244-36-6611 【受付】 8:30~17:30	地域医療連携室に電話 ↓ 病棟部長と日時調整 ↓ 病棟へ入院情報を持参 【受付】 8:30~17:15(月~金)
	持参以外の場合(FAX、郵送等)	地域医療・入退院支援センター 【FAX】 0244-36-5621 (地域医療連携室)	地域連携室 【FAX】 0244-35-1141	地域医療連携室 【FAX】 0244-25-3320 【受付】 月~金(日中のみ)
	②退院調整の期間を残した在宅退院の判断	医師判断	医師判断	医師判断
	③ケアマネに電話連絡する人(部署)	地域医療・入退院支援センター	病棟看護師、家族	地域医療連携室、病棟看護師、家族
	④ケアマネとの面談の主体となる人(部署)	地域医療・入退院支援センター	病棟看護師	地域医療連携室 ※状態確認の場合は病棟看護師
⑤ケアマネに退院予定日を連絡する人(部署)	地域医療・入退院支援センター	病棟看護師、家族	地域医療連携室	

福島県相双医療機関退院調整ルールより

ご清聴ありがとうございました。

