

平成 30 年度 つくば市在宅医療・介護連携推進事業  
退院調整看護師・MSW・在宅ケアチームのための意見交換会

【グループワークのテーマ】

「連携における問題点についてそれぞれの立場から話し合う」

### 1 グループ

- ・窓口がわからない（病院によって窓口が違う）
- ・CM より病院医師に情報提示するが、時期が遅れたり方法が統一されていなかったり情報の取り扱いを一本化する必要がある。
- ・HP でサービスの一部分だけ決められている  
→退院前カンファレンスで情報共有
- ・退院カンファレンスに医師が参加しない、病院側の都合で電話だけで済ませることがある

### 2 グループ

- ・CM は突然来院することがある  
→対応的なくて悪かったため連絡してほしい。
- ・入院中の区分変更や今後の生活の場の違いによって調整が大変になる。  
→早めの連絡を受けることで自宅での生活に活かせる
- ・退院前カンファレンスの開催  
→入院中の状況によっても開催は希望したい。再確認をしたいため。
- ・患者から CM を依頼している。  
→本当は違う時もある。  
→病棟は忙しいため、いまだ検討している。
- ・連携は互いに、ルールを守りながら対応を行うことが大切。

→あちこちに連絡してひっかきまわしてしまった…。

- ・病院の面会は身分がわからないと話していいかわからない。

→連絡もらおうと対応できたりする。身分証を出す。

→面会簿を別に作って病棟に周知する。

- ・連携の最初のコンタクトがお互いにあると早めの対応や上手な生活につなげることができる。

- ・MSW、Nsの違いはMSW：制度のエキスパート Ns：医療依存度が高い人の調整をしている。

→HPは早めの対応をせまられる、忙しいけど…。CMも忙しいから理解しあって対応していこう！

### 3 グループ

現状

- ・病院によって窓口が違い、困る（CM）
- ・IC、CFに積極的に参加してほしい（病院側）
- ・MSW、退院Ns役割を分けている（記念病院さん）  
医療 社会的問題背景→MSW
- ・CMいる場合→病棟Ns窓口  
新規CM→MSW（筑波大）
- ・入院CMわからない 連絡時期
- ・入院連携シート活用

入院時 おくすり手帳 名刺

CMの事業所、名前→わからない

改善点 顔の見える関係作りが必要

病院ごとの仕組みをCMにわかりやすいよう

入院時情報共有シート

ADL より 担当 CM、事業所、利用サービス、施設方向か自宅か家族の考  
え今後の生活→イメージしやすい

#### 4 グループ

問題点

連携 入院時情報提供時すでに退院決定している

情報共有の方法を数多い顔の見える関係を多く持ち問題解決していく

ENT#の関り、継続して連携できる関係を

それぞれの役割の理解 (CM、ENTNs、MSW)

顔の見える関係を作る

入院時に CM が誰なのか分かるシステムをつくることも CM の役割

#### 5 グループ

- ・ 隊員調整 Ns は病院 x x、x x メディカルへの x x を手伝っている
- ・ 実際は病院 Ns が隊員調整を行うことが多い。  
生活者として病院の医療者が患者を診ることが大切
- ・ 身体合併症の ENT 後のフォロー等を隊員調整 Ns をお願いしたい。看護師の数が足りない

MSW→CM には

- ・ 患者さんの情報を一番持っているのは CM 客観的な支援の経過を報告してもらっている (入院、外来でも)
- ・ 相談支援専門員 (CM を利用できない精神科の人) も存在している。

CM の立場

- ・ 外来受診した患者で必要があれば連携してほしい
- ・ 外来受診した患者で情報が必要な時は連絡がほしい
- ・ どこに連絡したらよいかわからない

解決案：各病院の連携窓口のマップがあればよい

## 6 グループ

- ・病院医と診療所医とでは診療所医の方が話がしやすい  
病院医：在宅への理解がない 診療所医：在宅への理解がある  
大病院に特にその傾向が強い  
20人に1人は理解のある Dr. もいるが…。
- ・若い Dr. から Dr. の意識改革を→若い Dr. を巻き込む
- ・隊員調整看護師の存在が病院の連携をスムーズにしていると感じる
- ・医師会への在宅医療介護連携について啓蒙していく—特に病院医に対し
- ・『ときどき病院 ほぼ診療所』  
→病院、通院可否等を含め、地域の身近な診療所、クリニックにかかりつけ医を持つ。

## 7 グループ

- ・本人がケアマネを正確に把握していない。→カンファレンスにも呼ばれない  
ケアマネのアピールが足りない 契約の時に入院時等伝えるように言うが
- ・診察券に名刺を入れてもらう
- ・病棟 Ns 入院時に本人 Fa に確認するがその時にわかるとよい。
- ・Ns お薬手帳につけてくれるとありがたい
- ・病棟 Ns から Tel もらうときと MSW からもらう時と。新規の人に退院調整 Ns や MSW が行う、すでに CM いる人は病棟 Ns から。
- ・病棟担当 Ns がいないと言われるのが一番困る
- ・新規は MSW が医師方向が決まった人は Ns が行う。担当いる人は病棟 Ns。入院が決まったら外来でスクリーニングする
- ・CM がいても状況が変わるかもしれないので一度は来てもらいミーティングす

る。

## 改善案

- ・「ケアマネ」という聞き方が悪い？「月に一度計画を持ってくる人」とか？  
退院看護師の存在をアピールするために～Tel 入れるときに名乗る。カンファレンスの時に名乗る、 役割を明確にする
- ・カンファレンスの内容のコピーがほしい。参加者として。渡すことは可能とのこと。

## 8 グループ

### 連携看護師からの問題点

- ・必ずケアマネに連絡をするのか…  
名刺にケアマネの名前と携帯番号しか書いてない。家族が疎遠  
施設入所中で、電話連絡でキーパーソンが決まった。本人がケアマネをわからない。  
家族がつながらないときはケアマネに連絡し情報している。
  - ・入院 - 家族がケアマネに  
入院して1週間以内にケアマネに連絡しなければならない  
情報は来るのか H30～、連絡もなく急に来るケアマネもいる。できれば連絡してほしい。受付から医療連携室に連絡してほしい。  
積極的なケアマネ 把握していないケアマネ⇒サマリーが欲しいと言う  
ほしい情報は？→退院後のこまかい情報家族状況など背景  
医療につなげる場合→情報がないとつながらない
- (記念 HP) ケアマネは医療連携室に連絡していいのか？

急性期 — 退院調整看護師

回復期 — SW

検査入院は連 x x

- ・退院時カンファは何で決まる？

入院前 ADL 変化サービスを新しく導入、変化する時→カンファ  
ADL・サービス変わらない→ケアマネ・家族に伝える。

- ・CM からの情報は病棟看護師は知っているのか…

看護師…何か届いていると言ったままになってしまう。

- ・情報の書式について、つくば市は統一しようとしているが…

連携シート ケアマネによって差がある 三日以内があつという間

- ・ケアマネ側：退院前カンファ直前ではなく

- ・ケアマネジャー連携窓口があると助かる