

ケアマネ・医療機関協議及び調整会議等での主な意見・質問に対する対応方針

【医療機関→介護】

No	ルールとの関連	意見・質問	対応方針
1	全体	<u>ケアマネに医療機関の事情や医療制度を理解してもらいたい。</u>	<ul style="list-style-type: none"> 各医療機関の機能（急性期・回復期・療養）による特徴を知ることが必要である。 急性期病院では、教授・主治医の急な判断、救急患者救命のためベッドが必要など、どうしても退院調整が難しい事例もある。 また患者・家族の拒否や、家族ができると言うと踏み込めない現状もある。 ケアマネ協議会等で医療制度等について研修機会を作る。
2	全体	<u>病院機能によって退院調整ルールが異なるのではないか。機能ごとに作るべきである。</u>	<ul style="list-style-type: none"> 今回作成する入退院調整ルールは、<u>困難な所でも（急性期病院でも）可能なルールづくりを目指す。</u>西部圏域のすべてで最低限ここは守ろうというラインを決める。 ルール以上のことができる場合はそれぞれで進めればよい。
3	全体	担当ケアマネへの連絡調整で困る場合（不在・不安等）	<ul style="list-style-type: none"> 個人でなくサービス事業所に対応する。 所管の包括支援センターに対応する。
4	①	介護保険証へのサービス事業所名の記載方法を統一して欲しい。	<ul style="list-style-type: none"> 市町村介護保険認定担当でできるだけ早く記載できるよう努力する。 事業所名の印を押して対応している場合もあるが、統一は困難であるので各市町村の対応に委ねる。
5	①	ケアマネが患者の入院を把握したら、入院時情報提供書の送付をすれば連絡が漏れることはないのではないのか。	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネも入院の把握ができないケースもある（毎日、関わりがあるわけではない）ので、ケアマネから連絡がない場合は、医療機関からも相互に連絡を取り合う体制が必要である。（ルール1に記載） ケアマネから、患者・家族・サービス事業所に入院した場合ケアマネに伝えるよう事前に話しておくことが望ましい。
6	①	<u>ケアマネは入院時からどんどん病院に来てほしい。</u>	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネは多くの認定ケースを抱えており、<u>業務量的に全てのケースに入院時から、「入院時情報提供書」の持参や病状説明への参加等、医療機関に出向くことは困難である。</u>特に圏域の中でも遠方な郡部からは移動時間のロスが大きく頻回に出向けない現状がある。 ケアマネが病院に出向けない場合でもできるだけ FAX 送付や郵送だけでなく電話等で密な連携を取るよう配慮する。 <u>できるだけ、顔の見える連携ができるよう心がける。</u>
7	②	入院時や退院時カンファレンスの連絡は、ケアマネから医療機関に聞いてほしい。	<ul style="list-style-type: none"> 患者・家族が困らないよう、どちらが先ということなく必要性を感じた方から連絡し、できるだけ早期にカンファレンス等の情報が得られるよう連絡を取り合う。（ルール2に記載）

8	④	介護保険認定を急ぐ場合、早く認定してもらえないか。(がん終末期等)	<ul style="list-style-type: none"> 市町村の介護認定担当は、認定を急ぐ場合はできるだけ早く認定できるように(退院に間に合う様)努力する。現在でもできる限り努力はしているところである。 急ぎの認定が必要な場合は、その旨を市町村担当者に伝える。
---	---	-----------------------------------	---

【介護→医療機関】

No	ルールとの関連	意見・質問	検討結果・考え方
9	全体	医療スタッフに、介護保険制度や在宅療養を理解してもらいたい。中にはケアマネとの連携に意識のないスタッフもいる。	<ul style="list-style-type: none"> 患者・家族が在宅生活を安心して過ごすためには、ケアマネとの連携が重要であることを認識し、連携を図れるよう医療機関内で連携推進を図る。 院内研修会を実施する。
10	全体	在宅での生活をイメージした退院調整・退院指導をお願いしたい。	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネからの「入院時情報提供書」に、在宅生活がイメージでき、課題がわかるような内容が記載してあれば、入院中の看護や退院調整に生かすことができる。(相互の情報共有) 院内研修会等を実施する。
11	全体	病棟担当者連絡で困る場合(不在・不安等)	<ul style="list-style-type: none"> 連携室に連絡する。 病棟師長に連絡する。
12	①	「入院時情報提供書」の統一様式を作るのか。	<ul style="list-style-type: none"> 入院時、ケアマネから医療機関に在宅療養情報を書面で送付する。各事業所でいろいろな様式を使用しており、統一はしないが「入院時情報提供書」と総称する。 医療機関が「入院時情報提供書」に記載して欲しい内容(別添1)
13	①	病院ごとに退院調整の窓口が違うので連携室一本にしてほしい。	<ul style="list-style-type: none"> 各医療機関によって機能やスタッフ体制が様々なので、退院調整について連携室等一律の機能・体制を取ることは不可能。 各医療機関の退院調整に関する流れがどうなっているかがわかるような一覧表作成し、介護からの連携時の参考にする。(医療機関連携窓口一覧)
14	①～②	連携室と病棟がうまく連携できていない時がある。	<ul style="list-style-type: none"> 病棟から連携室に調整を依頼するケースと、病棟で退院調整するケースがある医療機関がある。(一覧表参照) 病棟で退院調整する場合も、連携室には連絡をしておく。
15	①～③	退院調整されるケースとされないケースがある。医療機関はどんな場合に退院調整されるのか。	<ul style="list-style-type: none"> 基本的に、介護保険認定者は全て退院調整を実施する。また未認定者でも必要時は調整実施する。(ルール4に記載) 患者数が多い急性期病院では「特に退院調整が難しい患者(家族構成や経済的な課題がある患者等)が連携室に依頼され、要介護だが家族がしっかりしている等で退院調整しやすい患者は病棟看護師が担当するところもある。病棟看護師から

			<p><u>「退院調整が不要な患者」と認識されていて、主治医が退院を指示すると、そのまま自宅に退院することがあるので、院内体制を整える必要がある。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ごく短期間（2～3日）の入院の場合や、レスパイトで入退院を繰り返す場合、患者・家族の拒否等で連絡できないこともある。 ・<u>本当に必要なケースが、退院調整されるように努める。</u>
16	②	退院時カンファレンスまでに在宅ケアの方針を出すのに十分な情報が得られない場合がある。 <u>(病棟が多忙等)</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>情報収集するのに、事前のコンタクトを取ってほしい。</u> ・<u>ケアマネから、知りたい情報・欲しい情報を事前に医療機関に伝えておくとスムーズ。</u> ・退院時情報提供書等での早期の情報提供に努める。
17	③	入院時主治医と退院後主治医の連携タイミングがわかりにくい。	<ul style="list-style-type: none"> ・退院に向けての情報収集の中で、ケアマネが把握する。 ・医療機関スタッフで把握していれば、ケアマネに情報提供する。
18	③	退院後の情報のフィードバックは必要か。	<ul style="list-style-type: none"> ・まず、退院調整に係る情報共有を優先してルール化するが、退院後については言及しない。個別の事例によって必要であれば共有していただく。
19	④	転院の場合、転院元病院が、ケアマネに情報提供するのが良いのではないか。	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期病院ではケアマネへの連絡は困難。転院先病院に連絡するので、転院先病院がケアマネに連絡をとる。 ・可能な医療機関は、転院先にケアマネ情報を伝えると共に、ケアマネにも情報を伝えておく。