

『退院調整の連携をよりよくするためにできること』

1 スムーズな在宅移行への支援について
【課題】
・新規の介護保険認定申請の場合、認定されるまで時間がかかるのでスムーズに退院できない。
・主治医が介護保険申請にかかる意見書を書いてくれない。書くのが遅い。
・急性期の場合、介護認定申請時期の判断が難しい。
・介護保険や在宅医療等を相談できる行政の相談窓口がわからない。
・入院期間の短縮により在宅サービス等の準備調整が間に合わない。
・医師、家族、ケアマネジャーの3者による退院時期の調整が難しい。
・在宅介護に否定的な家族へのアプローチ
・身寄りのない方、経済力がない方の退院調整支援
・本人・家族が、利用している居宅介護支援事業所やケアマネジャーの名前を認識していない。退院調整ルールのこと知らない。
・各市町村は「私のカルテ」「入退院セット」等を配付しているが、本人・家族が有効活用していない。
・病院内の退院支援体制が不十分で窓口が一本化されていないと連携できない。
・転院転科すると、連携が滞る。情報共有シートが転院転科先に届かない。
・病院の相談員によって対応に差がある。CMから働きかけないと連絡が来ない。調整ができないまま退院させる。退院に向けた説明が不十分なために本人・家族の在宅への不安が強くなる。
【対応策】
・退院が決まらなくても早めにケアマネジャーに連絡する。
・急な退院でカンファレンスができない時は、ケアマネジャーがリハビリ状況等を確認できる機会を作る。
・問題ケースの病状説明は、ケアマネジャー同席で早め実施する。
・行政・ケアマネジャー・病院が、本人・家族に「退院調整ルール」、「入退院セット」、「私のカルテ」等を周知し、入退院時には担当ケアマネジャーに連絡するよう働きかける。
・退院調整ルールと連動した病院内の退院支援体制、院内ルールを作る。情報共有シートはスタッフがいつでも見られるようにする。
・病院同士の連携を見直す。転院時は、病院が転院先に情報共有シートを送付する。
・入院中に病棟の担当ナースが家族の人間関係や介護力を把握し、退院調整に反映させる。
・病状等重要な個人情報を連絡する場合は、顔の見える関係ができた同士で慎重に行う。
・市町村に在宅医療・介護連携や介護保険等の相談窓口を設置し公表する。
・行政のホームページ等で居宅介護支援事業所や老健施設等の空き情報をリアルタイムに検索できる。
・利用者を「生活者」という視点で捉えるとよりよい支援につながる。
・ケアマネジャーや訪問看護等の支援を受けながら、入院中に試験外泊をしてみる。実施できたことで、本人・家族が在宅での療養生活に自信が持てる。
2 病院とケアマネジャーのよりよい連携について
【課題】
・情報共有シートを送っても退院時の看護サマリーが届かない。
・顔の見える関係づくり
・在宅医療・介護連携支援について、医療と介護の関係者がお互いの役割を学び、スキルアップができる機会が少ない。
・医療でも在宅でも、経験の浅い新人の教育育成が重要
【対応策】
・情報共有シートや看護サマリーにお互いの知りたい情報を記載する。本人の性格や家族との関係、居住環境や日常生活、在宅介護等に対する思い・要望、リハビリの進捗状況、通院治療、内服薬、食事指導内容等
・病院の外来部門と地域の介護部門が情報を共有し、通院患者の入院リスクを考慮し、病状悪化を防ぐ支援を行う。退院後に通院している患者も同様に支援する。
・病院・ケアマネジャー合同会議のように関係機関が集まり、退院調整ルールや連携の目的・役割等を振り返り見直す場を定期的を持つ。
・実務者レベルの研修
・ケアマネジャーは、できるだけ病院に出向く。病院もケアマネジャーへの連絡に心がける。