

グループワーク テーマ



入退院支援における連携強化のために私たちにできること

◇その① (グループ1～4)

「退院調整もれを防ぐために」

- ・退院調整率が目標にとどいていない背景にはどのようなことがあるのか。(県目標値：95%，出水地区：87.8%)
- ・退院調整もれを防ぐために今後自分にどのようなことができそうか。

◇その② (グループ5～7)

「必要な情報を共有するために」

- ・講話を聞き、お口の健康のために入退院調整時にどのような情報が必要か。
- ・入退院調整時に必要な情報を共有するために、今後自分にどのようなことができそうか。

①退院調整もれを防ぐために

1グループ

共通認識

- ・各関係者との日程調整が難しい
- ・病院がひっ迫し、急に退院を言われるケースがある
- ・業務のため退院調整参加(カンファレンス等)
- 日程調整が難しいのではないか
- ・退院時期が早い
- ・入院時期の目安が立てにくい関係があるのでは・・・
- 1週間、1ヶ月・・・など

- ・早期から情報交換を行っていく
- ・各関係機関との日程調整を早めに行う
- ・早期からの準備
- ・早めに連絡をもらえるように願う

MCS 連携シート

- ・退院時に問題と思われること等を入院時に伝える
- ・県外の家族へ連絡をとり帰省が可能か確認し帰省のタイミングを調整している
- ・状態変化への意向確認(入退院前後)両方
- ・退院後の生活がわからない(問題視されない)
- ・地域のこと
- 市外の医療機関に入院
- 例:阿久根市の方が出水市の行院に入院する
- ・連携室の方とこまめに連絡を取る
- ・こまめに連絡をとる
- ・他の業務、デスクワーク、計画作成時短できるように能率をあげる
- ・利用者本人、家族意向のズレ
- ↓医療機関、在宅介護
- ・必要性の認識の差があり連絡がない
- ・在宅日数の短縮化で調整に時間をさけない

- ・入院時の情報提供が行えていない
- ・感染症等の流行で面会制限があったりする
- ・家族が県外だったり独居生活、身寄りの問題誰に相談確認するか
- ・入院前後の状況変化
- ↓
- ・コロナの影響
- ・情報不足
- ・在宅と医療機関とで求める情報が異なる(提供する情報がわからない)
- ・情報共有や連携が行えていないことで介護⇄医療間で互いに“どんなときに”
- “どんな情報を”共有したいか不明瞭になっている

- ・情報提供の場をカンファレンスに限らない
- ・知り得た情報は速やかに提供する(主に電話)
- ・家族にも情報を伝えてもらうようお願いする
- ・現状の把握
- ・入院前情報シートの精度をあげる
- ・入院時の情報提供
- ・在宅での生活レベルや環境などを伝える
- ・どんなときにどんな連携をとりたいか

①退院調整もれを防ぐために

2グループ

退院調整率が目標に届いていない背景

退院調整もれを防ぐ為に今後自分がどのようなことができるか

医療機関

- ・退院支援カンファレンスの開催を企画していても入院期間とご家族、担当ケアマネとの都合がうまく調整できないことがある
- ・医師からの退院調整許可が突然浮上しSWが把握する前に退院日が決定していることがある

- ・可能な限り退院支援カンファレンスを開催した後に退院日を決定できるように努める
- ・担当ケアマネや事業所と適宜連携を図り、退院日について報告もれがないようにする
- ・院内の多職種での情報共有を強化する

★在宅 ★小多機 ★包括

個人病院

- ・個人病院との繋がりが薄い
- ・個人病院は連携室が設置されておらず入退院の連絡がない

担当者のかわりの参加はムリか？

相談員との連携

- ・相談員の人員変更があった時に関係がうまくできない
- ・何科が誰が担当しているのか不明
- ・相談員の担当が変わったことをケアマネが知らない
- ・病院の担当の相談員が分からない

その他

- ・本人、家族が医療機関に介護保険を利用していることを言わない
- ・退院時家族が遠方に住んでいるし、速手続きなど難しいと感じる
- ・退院の連絡があるまで情報の収集(聞き取り)をしていない

ケアマネから積極的に

- ・退院前カンファレンスで情報共有でき、在宅での支援内容を検討できている
- ・連携室の方、医師、OT,PT,STなど(在宅CM、施設CM)と可能な限り情報収集
- ・医療機関、家族、サービス事業所の方と連絡を密にとり(退院時をイメージし準備。場合により区変)
- ・病院、家族、施設でこまめに連絡を取り合っている。
- ・本人、家族から入院の知らせが来たら、CMから病院に連絡をして情報共有を図る
- ・回復期に移った頃にCMから状態確認のTELをする
- ・入院中も定期的に連携室と連絡をとり状態を聞く
- ・入院時の状況をこまめに伺う
- ・入院中な状態観察をし退院時在宅に戻るのか、施設や他院への転院なのか？先を見越した調整。家族含め協力をお願いする
- ・家族と連携をとる

その他

- ・カンファレンスの依頼
- ・退院時共同指導加算の同意
- ・新規契約時に本人、家族に入院した場合連絡を下さないと依頼する

①退院調整もれを防ぐために

3グループ

背景

- ・ケアマネと医療機関の価値観のズレ
- ・CMの人材不足
- ・背景スケジュール(参加者の)の調節ができず流れてしまう
- ・キーパーソンとなる人がいない
- ・ケアマネの考えと医療機関の考えの情報共有不足
- ・病院の相談員さんの不足もしくは全くいない
- ・背景他の急ぎの業務に追われ、退院調整にあてる時間が無い
- ・入院情報は行すが、その後の連絡のタイミングがつかめていない(あまり連絡をとるとしつこくないか・・・)

日頃から意識すること

- ・防ぐ担当の利用者の情報は定期的にソーシャルワーカーに確認しておく
- ・CMとして担当しているかかりつけの医療機関に連絡し必要時に連絡をいただけるようにする
- ・家族・病院との連絡
- ・防ぐ業務はタイミングが難しいのでLINE等のアプリを活用し書き込んでおく
- ・防ぐ欲しい情報(ケアマネ)はあらかじめまとめておく
- ・家族にも必要性を理解してもらう
- ・事業所内での情報共有

入院当初

- ・ケアマネとして入院時に病院や家族から情報をとり退院までのスケジュールを立てる(途中で連絡する)
- ・ケアマネとして入院された情報を早めに(当日でも)把握し、病院に連絡をとり連携をはじめ
- ・ケアマネとして新規の相談が難しい。退院までの見通しがつかないことがある
- ・連携をとる窓口になる人の確認
- ・ぜんざい利用しているサービス内容を伝える

退院に向けて

- ・ケアマネの資格を生かした退院支援
- ・医療機関で把握している情報をケアマネに積極的に伝える
- ・ケアマネ、Dr,Ns等との面談のセッティングを積極的にする
- ・カンファレンス調整
- ・他事業所との連携
- ・その都度状況を伝える
- ・福祉用具等準備してもらう

①退院調整もれを防ぐために

4グループ

在宅と医療側とのズレ

- ・退院調整率がどのように決められているかをそもそも知らないからではないか
- ・そもそも退院調整とは？
- ・情報提供
- 退院の連絡だけで問題ない人はどうなる？
- ・CMがついていることを知らない
- ・病院の相談員との連携がうまくいっていないのか・・・
- ・病院に退院予定などの情報を確認できていない
- ・相談員が知らない間に退院が決まっていることもある
- ・急に退院をいわれることがある

連携・情報提供

- ・正しい情報の共有（伝言→伝言になると情報に誤りが出てくる可能性がある）
- ・現状を把握する
- ・病院側の相談員とために連絡調整を行う
- ・こまめに連絡を取り、状態の変化など把握できるようにしておく
- ・入院後日量の情報を聞くことができていない
- ・入院されたときは積極的に情報を届けるようにして相談員と連絡をとるようにしている
- ・自分の利用者が入院されたことに気付かないことがあった。それ以後入院されたときにはケアマネの名刺を病院に渡してもらうよう伝えている
- ・相談員からは依頼があった際は積極的に介入する
- ・地域のケアマネさんと積極的に関わるようにする
- ・相談員と情報のやりとりを行う

カンファレンス参加

- ・退院前のカンファレンスへ参加し多職種との連携と情報交換・提供
- ・カンファレンス等参加を行う
- ・カンファレンスの予定や栄養指導等の実施に参加を提案し情報を得る
- ・病院からの連絡を待つだけではなく、ケアマネ自身からも積極的に入院中の状態確認。退院のメドについて確認をする
- ・退院を想定し必要な用具等の情報を早く得る為の連絡を行う
- ・家族との意見調整を行う
- ・家族に入院の様子を聞き、退院の予定を確認する

②必要な情報を共有するために

5グループ

〈入院前〉

義歯or自歯

- ・義歯か自歯か・・・
- ・自歯なのか部分義歯なのか総義歯なのかの情報提供を行う

使用状況

- ・義歯の使用状況(常時装着、食事の時のみ等)
- ・入院中の義歯使用状況確認

チェックリスト

- ・基本チェックリストの口腔、栄養運動の項目の内容
- ・チェックリストを作る→記入してもらう(口腔機能に関する)

情報収集

- ・歯科の通院履歴を把握する(情報として共有)
- ・義歯を作った時期、保管方法
- ・入院時、退院時歯科衛生士さんの指導、介入
- ・介護の体制→予後予測→支援内容、種類、再構築
- ・入院前の口腔ケアをどの程度行っていたか
- ・口腔ケアを嫌がるなら、その理由を調べてみる
- ・口腔ケアが一人のできるのかの確認
- お手伝いが必要か
- ・口腔の手入れ
- 歯磨きの仕方や頻度

食事形態

- ・食形態の確認
- ・食事の形態(柔らかさ等)
- ・退院時、必然と同じ食形態で食事ができるのか確認
- ・退院後、以前と食形態が変わった時は本人、家族、食事を提供する事業所に刻み、トロミ等の食形態を周知していただく

口腔機能確認

- ・入院中の嚥下評価
- ・かみ合わせの状況(本人の主観)

〈退院時〉

医師・歯科医師との連携

- ・入院期間中に実施していた口腔ケアを退院後も続行してもらう
- ・退院後の歯科受診の必要性(定期受診)
- ・訪問歯科診療の情報を提供する
- ・入院中の歯科往診あったか、なかったか→そのままかかりつけ歯科医師？

〈お家でのケア〉

大事！！

- ・口腔体操を指導する(パンフレットとか配る)
- ・本人を取り巻く環境が無関心な人が多い為、家族に説明する必要がある

②必要な情報を共有するために

6グループ

★食事について (入院前後)

- ・食事の時間帯
- ・食事の回数
- ・食事の内容
- ・食事:好み
- 入院前, 入院時
- ・食事摂取状況
- 形態, 飲み込み
- ・食事の摂取内容や量について共有
- ・入院, 退院時食時形態
- ・食事の様子
- 長い, 短い, 早い等

★お口の機能

- ・むせこみ, 飲み込みの様子について
- ・嚥下の状態
- ・滑舌の変化
- ・食事形態の確認
- ・飲み込みの状況
- ・食べこぼしの状況
- ・動揺している歯がないか?
- ・むせ込みがあるのかの確認
- ・咀嚼の状況
- ・自歯(残存歯)
- 義歯の状況
- かみ合わせ

★全身とお口の状態

- ・栄養状態
- ・食べることの認識(食べたかの)
- ・どのような疾患があるか
- ・歯磨きの必要性がわかっているか
- ・自立摂取できるか
- 介助が必要か?
- ・歯 今後治療の意志があるか
- ・歯の痛みや歯肉炎はないか
- ・歯磨き, 口腔ケアの状況
- ・口腔内の情報
- ・歯の状況
- ・舌が動くか?(麻痺がないか)
- ・視力は大丈夫?
- 認知症の有無

★義歯について

- ・入れ歯を持っているか?
- ・義歯の使用状況
- ・義歯は壊れていないか?



- ・義歯の状況や手入れの様子について情報共有

STさんの介入の有無はあるか

★環境

- ・かかりつけの歯科医は?どこ?
- ・歯科受診できる身体状態なのか
- ・入院時の歯科通院歴, 訪問診療の情報を医療機関に報告する
- ・歯のことで困っている方へ受診のすすめ
- ・カンファレンス次口腔ケア状況, 食事状況, 飲み込みの情報をききとる
- ・必要時歯科への紹介状の必要性を相談する
- ・口腔に関する訓練のすすめ
- ・歯科までの通院方法

②必要な情報を共有するために

7グループ

口の機能

- ・むせはないか
- ・どんな物, どんな状況でむせるのか
- ・飲み込みできているか
- ・食事形態(写真)
- ・嚥下状態
- ・在宅時の嚥下情報
- ・食べることができているのか
- ・何が食べられないのか
- ・むせ込み
- 食べこぼし } 本人の状態
- トロミ等
- ・食形態
- 水分(トロミなど)
- 咀嚼の状況
- ・コミュニケーション
- ・発語, おしゃべりなどはしたか?

食事

- ・どのくらいの摂取量なのか
- ・食事の摂取状況
- ・食事はどこで
- 食事時の姿勢
- ・摂取量
- ・自宅での食量
- ・食事内容や摂取量
- ・食事摂取の状況
- 食材の状況
- ・摂取時間等
- ・残すもの(好ききらい)

歯科医

- ・担当歯科Drがいるのか
- ・かかりつけの歯科医院
- ・歯科受診の頻度
- ・痛みなどないか
- ・口腔の状態
- 痛み, 腫れ
- ・口腔内の状況

身体状況

- ・栄養状態
- ・栄養状態について
- 貧血だったり, , ,
- ・体重の変化
- 身長, 体重など
- 栄養状態
- ・転倒歴

口の中の状況

- ・残歯
- ・義歯?自歯?
- ・義歯を使っていたか
- ・義歯状況
- ・入院時にも義歯を使用されていたか?

生活習慣・環境

- ・歯磨き習慣
- ・歯磨き(頻度)
- 衛生面
- ・介助量(本人の能力)
- ・どのような口腔ケアをされているのか
- ・自分で清掃できているか
- ・洗面やうがいをする環境, 能力