

グループワーク 1.具体例から考える

(目的:細かいところでの双方の状況や意見を聞くことで、更に医療介護連携が円滑になる。)

①ソーシャルワーカー⇒ケアマネジャー

「入院直後、在宅に帰れそうになく施設入所になりそうな方の時に、『入院したらケアマネは切れるので』と言われました。」

ケアマネからの意見

- ・包括は機能上、関係が切れる事はない。
- ・居宅でも小規模多機能にしても退院後の方向性が決まるまでは対応することは可能。
- ・入院医療機関が利用者に施設を紹介した際にケアマネにも教えてほしい。

②ソーシャルワーカー⇒ケアマネジャー

入院時に書面等で提供いただく内容は、直近情報ですか？

ケアマネからの意見

- ・フェイスシート、ケアプラン、入院前のアセスメントシートを提供している。

③ケアマネジャー⇒ソーシャルワーカー

連絡をすると、別件対応中が多く大変お忙しいご様子。積極的に連絡しても良いものか…連携室への『効率の良い連絡方法』はありますか？

連携室からの意見

- ・電話は午後の方が取り易い。
- ・先に用件をまとめて伝えて（FAXにまとめる、連携室の代理の職員に伝える、でも可）頂ければ、調べる等を行い折り返しの連絡をする。

④ソーシャルワーカー⇒ケアマネジャー

要支援から要介護へ変更になる患者の連携のタイミングに悩みます。

ケアマネからの意見

- ・地域包括に相談の連絡をお勧めする。

⑤ケアマネジャー⇒ソーシャルワーカー

急な退院で困ること。退院連絡がほしい理由。医療側に知っておいてもらいたい介護保険等について。

ケアマネが連携室に知ってほしい事情

- ・アセスメント⇒ケアプラン作成⇒サービス調整のために時間が必要である。
- ・福祉用具を使用する場合は、調達に時間が必要である。
- ・入院前と退院時の変化（身体機能、医療行為）が大きいほど準備や調整に時間が掛かるので早めに連絡が欲しい。
- ・ご家族からケアマネへの退院連絡は不確実なので、直接、医療機関から退院連絡をもらいたい。
- ・自宅の準備が整うまでの待機としてのショートステイは予約が簡単に取れないことを知っておいて欲しい。
- ・実際にサービス提供が可能か否か分からぬ時点でSWが「あれこれできます。」と患者やご家族に言う。

<改善策>

- ・入退院時の連絡に優先順位をつける等の連絡のルール化。
- ・急な退院でも困らなくて良いように入院時から定期的に連絡を入れるようにする。

⑥ソーシャルワーカー⇒ケアマネジャー

退院時の情報提供として、看護サマリーは有用ですか？

ケアマネからの意見

- ・専門用語が多いものの有用である。
- ・リハビリの添書も有用である。

<改善策>

- ・医師会の共有シートの右側をケアマネが記入するのではなく、病院側から返事を書いてもらう。

⑦ソーシャルワーカー⇒ケアマネジャー

退院後のフィードバックがあると、病棟Ns.のモチベーションアップにつながります。

ケアマネからの意見

- ・中にはフィードバックしている事業所もある。
- ・退院後にプランの変更があれば郵送。