



# 井原市民病院 まいづる連携だより

平成 28 年 4 月 発行 第 21 号

平成 28 年 3 月 14 日

〒715-0019 岡山県井原市井原町 1186 番地  
井原市民病院内 地域医療連携室  
TEL.0866-62-1133 連携室直通 FAX.0866-63-2840

## 第 21 回まいづる連携連絡会報告



平成 28 年度は「退院支援のための連携を強化しよう！」というテーマで各連絡会を開催していく予定です。今年度の診療報酬改定の中でも患者様が安心して納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように保険医療機関における積極的な取り組みや連携を推進が評価されています。当院としてもこれまで以上に地域の医療介護の皆様とより連携を深め、患者様へ安心して退院して頂けるよう頑張っていきますのでご協力の程よろしくお願ひします。さて、今年度最初の連絡会は、第 21 回目を向かえ、平成 28 年 4 月 18 日（月）18:00～19:05 井原市民病院、理学療法室で開催しました。4 月 1 日付で就任しました合地 明院長の挨拶を始めとし、地域医療連携室 三宅相談員により「地域で行う退院支援のためにできることは？～安心して住み慣れた場所へ戻るためにできること～」と題して情報提供を行った後、グループワークで「退院時に連携をとる上で良かったこと、困ったこと」について情報交換を行いました。

院内外の参加者は 82 名でした。情報交換の内容は下記のとおりです。 手記 渡邊栄子



### 1 班（居宅ケアマネグループ 1）

#### 良かったこと

- ・他の病院に比べて社会福祉士がいて窓口が決まっていることは非常にありがたい。
- ・細かい情報がもらえるので良い。年々進化している。
- ・連携室が Dr との間に入って情報を聞いてくれるので助かる。大きな病院は Dr が担当者会議に出てくれる、当院は医師不足であるのでそれは難しいことも理解しているので仕方ないが、その分連携室で調整してくれていることがありがたい。
- ・顔の見える連携ができていたので、本音で語れることもできるようになった。
- ・近い関係になったと感じる。忙しい中、看護師が担当者会議へ出席してもらえるのでありがたい。
- ・薬、栄養等の情報もほしい。→介護連携指導料を算定する事例には各添え書を添付している。必要時には随時請求してくれれば対応できる。
- ・リハビリ経過報告書で細かく情報をもらえるので助かる。

## 困っていること

- ・入院がまだ治療等の段階ですぐ施設とDr、Nsより話がでると金銭的に問題のある人は対応できず困る。まず在宅復帰を目指してダメなときに提案してほしい。医療者が言ったことはケアマネでは覆せない。それに振り回されて困ることがある。



## 2班（居宅ケアマネグループ2）

### 良かったこと

- ・以前に比較するとタイムリーに情報が伝わりやすくなった。連携を取り合うことが普通になってきた。
- ・リハビリから退院支援の時にケアマネ・家族が連絡を取り合って患者のADLの様子がよくわかる。本人のやりたい事を中心に考えることで自立を促すことができる。当院より→入院中から家族の協力を得るようにしている。ケアマネにも来てもらって助かっている。実際に見て頂くこと、文章で連携とるよりわかりやすい。
- ・退院前の担当者会議でNS、PTの対応が丁寧でそれが本人の自信につながる。

### 困っていること

- ・薬剤の残薬がたくさん残っていることがある。長期の処方管理が大変。残薬確認することが難しい。
- ・退院後に継続して在宅で生活するために時々専門職の方からアドバイスなどがあると本人の意欲もアップするのではないかな？
- ・他の病院の場合は連携が取りにくい。当院から連携の大切さを伝えてほしい。中小病院の連携も大切である。
- ・退院前に病棟のNSに声をかけにくいことがあるので連携室に相談することもある。当院より→病棟から遠慮なしに声をかけてほしい。
- ・独居の方に対して家族の協力が得られない場合何かあった時、救急時のプランも考慮してほしい。



## 3班（居宅ケアマネグループ3）

### 良かったこと

- ・本人・家族がスムーズに退院できることはいい。
- ・入院中に退院のめどや情報を相談員より連絡があり調整しやすかった。退院後の生活や入院中の細かな情報を提供してくれることは助かる。
- ・不安なこと、困っていることを相談し、退院前にカンファレンスすることで情報を提供してもらえることがいい。他の病院でも同じようにできたらいい。

### 困っていること

- ・退院がスムーズにできない時、調整をする時、上手く行かない時方向が決まらない。施設での看取りへどう繋いだらよいか
- ・退院後の生活が実際にはギャップがあり、家族の助けが少ない事もある。帰ってからでないとわからないこともある。
- ・独居の方の退院後に不安がある。

#### 4班（居宅ケアマネグループ4）

##### 良かったこと

- ・リハビリと看護師の退院前訪問が心強かった。担当者会議に役立ったと思う。
- ・訪問看護NSは病棟のNS 訪問コストのとり方
- ・相談員の連携はとれていると思う。

##### 困っていること

- ・主治医の意見書が遅れた。早めに記入してほしい。→医事課で確認
- ・意見書を書きたがらない医師がいる。主治医を替えるのはどうか？
- ・リハビリ、看護師、栄養士の指導 聞き取りにくいことがある。
- ・一人暮らしの薬の管理 カレンダーを使用したり、訪問看護、ヘルパーが確認しているが管理は難しい。余った薬を再利用できるよう薬剤師の訪問で管理してもらえたらいいと思う。
- ・市民病院から通院の都合で主治医が替った時、市民病院の訪問看護を替えないといけないこと。他の病院だと利用できなくなる。



#### 5班（デイサービス他グループ1）

##### 良かったこと

- ・病院での情報が聞けてよかった。（看護・薬・リハビリ注意すること）
- ・連携室より何かあれば情報がもらえてよかった。

##### 困っていること

- ・情報が正確に伝達できているか。書面のものが多いが直接口頭で話すことができると良い。
- ・情報提供書に確認内容や結果を記載しておくと話に参加できない人も分かりやすい。
- ・退院が急に決定しまう。患者の状態にもよるが、以前と変わる時で異なるが変わる時は早く知りたい。
- ・食事の形態、嚥下、トロミの情報は詳しく欲しい。薬やディサービスで注意すること  
入浴の注意点を中心に情報がほしい。服薬管理、本当に服薬しているかの確認することが難しい。

#### 6班（デイサービス他グループ2）

##### 良かったこと

- ・病院からの情報提供で指示として伝えられる。栄養面などの情報は役だっている。
- ・一人暮らしのハートカプセルが役立っていることもあり。

##### 困っていること

- ・入院時、ケアマネがわからない人がある。情報が欲しい。入院した時、情報が欲しいがすぐ誰も来られず困る。一人暮らしの方のハートカプセルが機能していない。適宜更新してほしい。
  - ・情報注意事項はみるようにしているが施設の中では出来るが在宅では難しい。利用者には指導しているが在宅で守ってもらっているかまでは把握できない。
- 病院で本人・家族に指導するが栄養指導した後の家族のフォローの確認は病院では出来ているか？  
退院後の自宅訪問等なく出来ていない。内服に関しても病院で1日配薬などして退院後薬の管理をどのようにしているかが気になる。担当者会議などはケアマネまで届くが他のサービス業者まで届いていない。
- ・情報提供書だけでは伝わらないので来てみてほしい。
  - ・退院してからの担当者会議で困ったことが出来ても病院には聞きにくい。



→病院側でも家でどうしているのかと思っている。

- ・ケアマネから情報として何を生活環境の何を知りたいのか？
- ・退院してからも何かしら情報があってもいいのでは？特に入退院を繰り返す人など。

### 7班（薬剤師会グループ1）

- ・退院時の状態がわからない。2回目の外来処方となる。情報がほしい。
- ・ケアマネ、家族を通して服薬に関する情報をくれることがある。認知症のある患者の服薬管理の難しさを感じる。毎月外来受診時にヘルパーさんに残薬を持ってきてもらうようにしている。
- ・開業医より医療情報 看護サマリーをもらえると助かる。



- ・薬局から病院に問い合わせができるとよい。
- ・薬がどのような効果をねらって出しているのか把握しづらい。
- ・胃瘻交換前のイソジンガーグルの処方→どうして出ているのか？分からなかった。
- ・晴れやかネット 今は処方薬名しか見ることができない。
- ・毎月6万程度かかる割にはメリットがないので登録していない。

### 8班（薬剤師会グループ2）

#### 薬局からの要望（困っていること）

- ・お薬手帳に退院時の記録、最後に処方された薬が漏れていることがある。問い合わせ対応で対応しており、診療報酬改定後患者がお薬手帳を持参しないと料金が上がることによってお薬手帳持参率は上がっていると思う。
- ・お薬手帳に関しては看護師の関わりがほとんどない。
- ・お薬手帳は患者にとって同じことの繰り返しだろうが、薬剤師にとってはカルテと同じなので大切にしたい。
- ・院内処方の病院の薬は、手帳がなく情報がない。薬袋が全ての情報の場合がある。薬袋の中身が入れ替わっていきこともあり、把握するのが難しい。
- ・退院された後の患者の状況が把握しにくい。残薬の確認は薬局がしやすいと思う。飲み残しの指導はできるが、病院のようなタイムリーな配薬管理ができないので飲みすぎは把握できない。
- ・サービスが介入していない介護度の低い人の方が残薬は多いと思う。

### 9班（施設グループ）

- ・リハビリについて、細かいところの確認を行いたい、敷居が高い気がして気軽に聞けない。  
当院より→もちろん聞いてもらってOKである。再入院されることもあるのでお互い直接聞き合えたらよいと思う。



#### 看取りについて

- ・ターミナル期について、病院と違い施設ではできることが限られている（医療麻薬の使用等）。これをどこまで家族が理解されるか？どこまで病院で話しているかなどの詳しい情報が欲しい。
- ・グループホームでは看取りが多い。入退院を繰り返されると、徐々に看取りの話をしていくが、延命については最後まで家族の意向が変わりやすい。訪問診療は週3回までしか来られないと決まっております。

その中でできる支援を行っている。呼吸状態が悪くなったりすると家族にきてもらいD r から説明してもらっている。

- 看取りはD r の協力があるのが大前提であり、ない場合は難しい。
- 受け入れてくれるところがあるだけで助かる。夜間の救急受け入れてもらえるかどうか？何かあった場合病院へ受け入れてもらえ、医療行為がなければ受け入れさせてもらう。特別な医療を求められないのであれば施設で対応はOK。
- 近年胃瘻造設が少なくなってきたが、食べられないのに施設に戻ってこられた時、施設での対応に苦慮している。施設入所者については、家族へPEG の適応について、しっかりと説明している。



今年も病院の枝垂れ桜が綺麗にさきました。



#### 4. 事務局の連絡事項よび次回の連絡の案内について

日 時：平成 28 年 6 月 20 日（月）18：00～19：00

テーマ：情報提供『介護施設との連携を強化しよう。』

担当者： 井原市民病院 地域医療連携室

理学療法室にて開催予定

