

【別紙4】

③ 日頃の業務の中で連携が難しい施設やサービス事業所

③ー2 具体的な課題や悩み	③ー3 工夫点や成功例(※③ー2に対する回答)
こちらが想定する期限で入院・入所することが、療養型病院、介護老人保健施設、特別養護老人ホームでは困難。どうしても希望されている患者様は長期化する傾向がある。	病院・施設を希望されている患者様には、相談援助の働きかけを早急に行うことが重要である。
身寄りがなく、透析通院されている方で、透析に来られない場合での対応に困っている。	地域包括に連絡を取り、包括職員と警察に自宅訪問していただき、倒れているところを発見。無事に命を取り留められた。地域包括が対応困難な場合は警察と連携し、対応を図っている。
必要人員（定数）について、法的根拠がないこと。ゆえに、病院経営という視点から軽視されやすい。	間接的な貢献度について、病床利用率、在院日数、機会損失を焦点に情報発信した（経営側に対し）。
包括ケア病床の入院期間が60日と短く、退院時に60日超過が時折ある。	リハビリ担当者にリハ進捗状況を聞き、包括病床への転入日を設定し、60日までの退院を図る。
精神科病院への転院等の依頼の際がより細かい内容まで質問されることがあり、その内容を答えるまで転院等に時間がかかる。	対象患者については、事前に生活歴、病歴等をまとめておく。
事前に提出された情報と、受診時の患者の状態に違いがある場合があり、追加の情報を依頼する必要が発生する。	必要時、地域医療連携室を通じ患者情報の確認をしている。
患者の希望と診療情報の内容が違う時がある（入院希望したのに情報が記載されていない）。	他院連携担当者間で親睦会等実施し、コミュニケーションを深めている。
入院受入時は在宅からの患者様は医療情報が少ないことがある。	在宅の患者様の情報収集はケアマネジャーとの連携で解決している。
急性期の病院なので、対象患者様の状態が不安定な事が多く、方向性を定めるのに時間がかかることがある。	退院支援のカンファレンスを定期的に行うことによって、全体の流れが把握でき、方向性の検討が早く出来るようになった。
情報提供書等からだけでは読み取れない認知症などによる問題行動の程度がある。特に離床してしまう患者への対応に苦慮する。	入院中はスタッフのマンパワーに頼らざるを得ない。退院後の支援も必ず必要と考えられるので、早期のうちに、在宅支援の体制をとれるようにしている。
転院相談などのファーストコールで、多くの情報をいただいていても、正確に理解したか不安になる。	電話だけでなく、FAXの活用で情報収集の精度を上げている。
精神科がないので、対応に困る。	直接精神科を有している病院に相談、精神科の訪問看護または保健所に相談している。
介護施設、療養型は待機が長い。	出来る限り早期の介入と情報収集。
マンパワーの問題。部署内の業務が多くすぎる。	省ける業務は省く。
急性期病院からの情報が少ない。記入されていない。当日転院されてきてからわからることも多い。	病院間のMSWが顔の見える環境を常に意識させています。
単身の方や、ご家族の支援を得ることが難しい方の退院先設定。	成年後見制度の活用。
低所得世帯の方の入所先を探すことの難しさ。	積極的な情報収集（空き状況や、利用料減免対応の有無）
待機が長い、空がない。	入所申込み施設への状況報告の継続。
精神疾患を持った患者様が、身体的に転院が必要になった場合、受け入れ先が見つかりにくい場合がある。	治療が終了すれば、速やかに受け入れが出来るように調整する。
連携は適宜取り合っているが、転院や施設入所希望の場合、受け入れが困難であったり、空がない場合、在院日数が延び、長期間の入院となってしまうケースが発生している。	早期に介入し、受け入れ困難であろうと考えられる場合は、多数候補先を本人・家族へ案内しておく。

【別紙4】③日頃の業務の中で連携が難しい施設やサービス事業所

③ー2 具体的な課題や悩み	③ー3 工夫点や成功例(※③ー2に対する回答)
退院調整を行うにあたり、お互いの時間軸がずれてしまい、急性期病院として求めるスピードと合わない。	入院当初より密に連携を図る。
レスパイト入院など、空き部屋利用を行う。事前相談、担当ケアマネジャーや家族からの依頼を受けての相談を基本としている。しかし、直接かかりつけ医から当院医師に連絡があり、承諾されることもあり。関係機関も知らないで連携連絡ができない。情報もない場合もあり、誰に聞いていいかわからない時が困る。(家族も高齢者、独居の場合、認知症の方)	医師に出来るだけ地域連携室に依頼、相談に来てもらうことを伝えている。(繋がらないことが多い)
現在は、必要時ほぼスムーズに連携が取れているが、していれば、入院時、入院を前提で受診をしたいとの依頼時、医師によっては入院かどうかは診察してからの決定ということで難しいこともある。	施設側にその旨を伝えておき、診察時に同行し、施設側の希望を医師に伝えるようにし、可能な場合は入院となる。
退院時に介護療養病院がなく困る時がある。	家族に直接施設への申込みや相談に行ってもらうと部屋の調整ができたとの連絡が入り、スムーズに退院できることもある。
要介護認定が出ていない状況で、ケアマネジャーを新規依頼する時、要支援なのか要介護なのか明確でない方の場合、居宅・包括どちらに相談しても、受けににくいときがある。	包括・居宅どちらへもケアマネジャーの依頼を行い、ひとまず居宅へ受けにいただき、万が一要支援が出た場合は包括へ業務委託をする了解を得た。
たまに情報提供書の内容が合わなくて、各部署から連携室へクレームが来る場合がある。	できるだけ先方とのコミュニケーションを取り、より多くの情報をとるようにしている。
精神科病院から一般病院への受け入れは、許容範囲に差がある為、細かくチェックして対応する必要がある。	反対に(一般病院から精神科病院への)転院時の受け入れが難しい。(一般病院で問題でも、精神科病院では入院適応にならないケースがある)
医療区分1だが、医療処置(PEG、インシュリン等)が必要なケースの場合、療養型でも施設でも受け入れが困難。	法人内老健での受け入れ体制を強化して対応したりしている。
急変して搬送してきたケースでは、後遺症や病状について本人・家族の受容が得られにくく、支援が難しい。またこうした緊急時に嘱託医がない施設からの受け入れをすると、情報収集の難しさがある。	医師、看護師との連携を密にして、本人・家族へのムンテラに同席するなどしている。(複数医師によるムンテラや、在宅サービス提供事業者を交えたムンテラなどの工夫も行う。)
退院時には、退院前カンファレンスを退院日前にケアマネジャーが設定をされることがあり、当院の都合とあわないことがあった。	退院の許可が出次第、出来る限り早くケアマネジャーに連絡し、退院日より余裕を持って退院前カンファレンスをしていただくようにしている。
介護保険の入所施設は、薬の内容によって対応ができないことあり、患者や家族の入所希望という思いに応えるべく、薬の調整等に院内でやりとりするのに時間を要す。	患者様が入院中に、面接やカンファレンスでアセスメントや各機関との連絡を密にとっていれば、特に連携が難しいと感じることは少ないです。
特殊な診療科(主に精神)への入院・転院依頼を行っても、まずは外来受診へとなること多く、専門医が配置されておらず、薬剤も少ない(専門)ので対応が見えない。	精神科では数多く受け入れを打診するしかない。
福祉系の居宅では、病状安定し在宅へと説明しても、理解が得られないことがある。	ケアマネジャーは根気よく説明を繰り返す。
精神科医師が不在のため、入院においての判断で困るケースが多い。特に、入院については、積極的な受入は困難。	どうしても家族に委ねることが多いので、適宜対応を検討している。
相談しても対応が遅いと感じることがある。	顔を合わせて連携させいただけるよう、FAXによる事前申し込みを開始し、看護介護連携の充実を図っている。開始したばかりでまだ件数が少ないが、徐々に広めていきたい。

【別紙4】③日頃の業務の中で連携が難しい施設やサービス事業所

③ー2 具体的な課題や悩み	③ー3 工夫点や成功例(※③ー2に対する回答)
精神疾患をお持ちの方の転院先がなかなか見つからないことがある。	日頃から精神科を持っている病院との連携。相談出来る関係をつくる。
療養型病院への転院確保が難しい。特に男性のベッドの空きがない。	多数の療養型病院への転院紹介をかける。可能であれば、家人同意の在宅療養へもっていくが、独居の方も多く、難しい状況。
地域連携室は実働が看護師長1名、看護師0.5名、MSW1名、事務1名で行っており、多くの担当患者を持っているため、ゆっくり話を聞き関わることができない。地域の方と顔の見える関係を作りたいが、訪問に出る時間はない。	昨年度までは、前方連携の院内の病棟の調整も地域連携室が行っていたが、今年度は外来師長が担当となり、地域連携室の負担はやや軽減した。
使用薬剤によっては、受け入れ不可と言われる。精神科に入院すると、再入所不可と判断されることがある。(精神状態が落ち着いている場合でも)	こまめな連絡で先方に安心してもらう。
急性期病院で入院期間が限られている。早期に患者ごとに対応せねばならず、丁寧さに欠けることがある。季節によっては、退院先の施設の空床がスムーズに調整できないこともある。	病院ホームページで当院の特色をアピールしている。
精神科病院での受け入れの基準と、一般病院で対応可能な状態に乖離がある。	細かめに連携を取り、一般病院での苦労を理解してもらうと同時に、でき得る対応についての知恵を持っていただくようにしている。
特養の相談員から聞き取る内容よりも、来られるとかなり重症なことがある。	常勤医がいない以上、やむを得ない部分もあるので、聞いているより重症と考え、事前に準備をしておく。
診療所への連携は、直接担当医の先生とお話しすることがほとんどなので、連絡の時間などが限られてくるため困る時がある。	「ケアマネタイムリスト」を活用し、診療に支障のない時間を確認しています。
連携に関しては、職種や所属機関による、というよりも、個人の力量、価値観等での課題、悩みが多いように思います。	連携が図りにくい相手先であってもご本人・ご家族にとっては、大切な“担当者”であるため、コミュニケーション方法(TELがダメなら対面で、または文書で等)や対応者(自分が話しても通じなければ、院内外のチーム員から等)の工夫を行なながら、状況把握を共有化できるよう心掛けている。
入院時は病状が食い違い、来られてから驚くほど違うことがあります。対応に困ることが多くあります。	その都度連絡させていただき、正しい病状をいただけるよう話をさせていただいている。
新規の事業所との連携が取りづらい。	顔の見える関係をつくるため、新規に依頼をする事業所には足を運んでいる。
身寄りのない人の退院時、後見人等を探すことが難しい。	相談員が集まる会が月1回あり、参加して病院や患者様対応の悩みを相談している。
退院後、施設入所を希望している患者の場合、入所申込みをしてから入所が決まるまでに時間がかかり、患者の身体的に退院するのに良いタイミングを逃してしまうことがある。	退院後の施設入所を希望する場合は、早めに介入し、申込み手続きをスムーズに行うようにする。
人によりますが、説明してもなかなか理解していただけない担当の方がおられる。	丁寧に説明する。
時期(季節)によって老健への転院の段取りが変わる。	入院時に、本人・家族と1ヵ月後、2ヵ月後、数年後の生活を共に考えながら、次の生活場所への支援を行っている。
当院の病床は、在宅復帰率が求められるため、入院いただけない方もおられます。	包括ケア病床の使い方について、まだまだ学習不足です。まだ成功していると思っていません。

【別紙4】③日頃の業務の中で連携が難しい施設やサービス事業所

③ー2 具体的な課題や悩み	③ー3 工夫点や成功例(※③ー2に対する回答)
ご紹介いただいた患者さんにずっと入院できると説明されている。	再度（家族に）説明する。そして最悪転院へ。
在宅退院時、通院できない状態だが往診がしてもらえない。	紹介元医療機関の往診の有無確認して、無なら他医療機関へ紹介してよいか確認する。そして他医療機関へつなげる。
精神疾患+合併症の患者の受け入れ先が少ない。	各機関との連携を強化し、情報共有していく。
独居の方の退院調整。	介護施設、担当ケアマネジャーとの連携。
特別養護老人ホームの入所待機期間が長い。	他医療機関との連携と情報交換。
往診を依頼できる在宅医を探すことが難しい。	病院での主治医が、直接在宅医とコンタクトを取ってもらうとスムーズに移行が可能となった事例もあった。
精神疾患を抱える方の身体合併治療を一般病院に断られることが時にある。	地域の一般病院の病院長と定期的に会議を持つことで、徐々に受け入れていただけるようになっている。
医療系の処置などに対応してもらえ、長期間対応可能な病院が少なく、紹介することが困難であるため、新規の入院依頼を受けることが出来ない。（老々での在宅生活の継続が困難となってきているケースが増えている）	地域での連絡会などに積極的に参加する努力をしている。（業務で可能な範囲で）
精神のみの病院なので、身体的に症状が悪化した際に転院相談しても、「精神科がないので受けられない」と転院先が見つからないことが起こる。	訪問し、相談員（地域連携室）レベルで、お互いの情報交換とスムーズな連携のための接点作りを行っている。
ケアマネジャーに医療機関に対する理解が不足している（急性期、回復期、療養型等）。また医療知識が低い。何を知りたいのか不明なことあり。	連携に関しては、連携室看護師が長年在宅に関わっていたのでスムーズであり、介護保険・在宅サービスを周知している。（居宅6年、包括8年、主任ケアマネ資格もある）
入院受入に際して、当院標榜診療科以外での投薬等についての判断が困難。特に精神科など。	入院受入に際して、紹介元と投薬情状等の連絡を密に行い、調整を行っている。
面談に時間をかけたいが、業務に追われてしまい、十分に時間を取りていません。記録・作成書作成に追われてしまう。	スタッフの増員。援助記録をパソコン上で共有できるようにした。
生活保護の場合、福祉事務所は対応が欠けている。訪問してもチャイムを押してメモを置いてくるだけ。緊急性を伝えてもそれ以上は見込めない。	
退院後、施設入所を希望される場合も多いが、直接入所できる施設としては、介護を受けられる介護老人保健施設を紹介するが、なかなか空きがなく入所が困難なためスムーズな退院が出来ずに苦慮している。	
他にサービス付住宅などを紹介するが、本人の状態に合わないことが多い。	
療養型病院も数が少なく、待機期間が長いため困っている。	
在宅医療への出遅れ、院内の介護連携体制が弱い。	
急性期で入院された患者が、精神的疾患があり「不穏・危険行為」等で一般病棟でのケアが困難な場合、内科的治療があると精神科病院は引き受けてもらえないことが多い。	
認知症の方で当院で対応出来ない等、精神科病院等に空床がないためなかなか転院ができない。	
特養の空きがない。	

【別紙4】③日頃の業務の中で連携が難しい施設やサービス事業所

③ー2 具体的な課題や悩み	③ー3 工夫点や成功例(※③ー2に対する回答)
国の制度上では在宅復帰に力を入れているが、訪問看護の事業所が限られており、人手不足のため困難。	
療養型病院は、医療区分3・2を優先しており、老健、特養は要介護度3以上であるため、これ以外の在宅困難者（家人の在宅介護拒否含む）の退院調整に時間がかかり、入院ベッドが回らない時もある。	
入院受入時、障害者病棟の対象患者の理解がなく、療養型と同じように思われている場合がある。	
特養については、申込みをしてもほぼ声がかからないため、退院・転院先としてあまり有効ではないと考える。	
急性期病院については、スムーズな受け入れが課題だと考える。	
認知症の患者様の対応には、体制が十分ではなく、受入困難となるケースもある。	
入院中の患者様であっても、検査等での転院を依頼するが外来受診となるケースが多い。	
包括請求の部門においては、新薬など服用している患者様が入りにくい。	
精神科病院においては、一般的の疾患の程度によっては、受けていただけないケースあり（単科の病院多い）。	
精神科病院については夜間の対応。	
地域包括支援センターについては一部の方。	
施設やサービス事業所で連携が難しいと感じることはなっています。しいて言えば、身寄りのない生活保護の方について、福祉事務所のケースワーカーが消極的で連携が取りづらいときがあります。	
転院調整の窓口など、連携室やMSWなどに固定されていない医療機関もあり、対応にばらつきがある。	
情報提供においても、所定の様式での指定などがあると準備に時間を要する。	
在宅に戻りにくい高齢世帯が増えている。施設入所希望においても、お金がない、キーマンがない。転院しても2～3カ月しかおいていただけず、先が見えない。自宅に戻ってもすぐに入院になる。	
診療情報提供書、看護サマリーに書いてある状態と転院してきた時の状態が全然違うことがある。	
明らかに介護保険サービスが必要だと思われる方でも、かかりつけ医の方で介護保険の申請を行われずに入院されてくる場合がある。当院入院中に申請となると、状況の分からぬ医師が多く、把握が遅くなったり、認定が下りるまで時間のかかるケースがあり、退院まで時間を要してしまう。地域包括支援センターにてもう少し埋もれているケースの発見や促しをしていただきたいと感じる。	
急性期入院中に老健の聞き取り調査の日程調整のTELが入り、転院日が決まっていても聞き取りを早めることが出来ない。	
50歳代で生活保護、介護保険対象の患者。	

【別紙4】③日頃の業務の中で連携が難しい施設やサービス事業所

③ー2 具体的な課題や悩み	③ー3 工夫点や成功例(※③ー2に対する回答)
当院が急性期医療機関であり、精神科医師の常勤もないことから、精神症状のある患者さんを見ていくことが難しく、精神合併の他科疾患を持つ患者さん（例えば、精神症状が強い癌の患者さん等）の受け皿を探すのに苦労する。精神病院は、内科・外科を併設して持っている病院が少ないため、管理ができないと断りを受ける場合が多い。	
グループ病院と連携を取っているので特に困ることはないです。	
介護老人保健施設については、入所目途等が明確に提示されにくく、家族の入所希望も強いため、次の検討に入りにくい。	
診療所の場合、入退院調整の相談員がいないため、医師、ケアマネジャー、家族からそれぞれ連絡がくることがあり、どこを窓口としてよいか分からず。入院しないことになったと聞いていたが、予定をしていた日に突然、本人と家族が来院されるということがあった。	
精神科を標榜していない当院では、他病院精神科との連携が必須です。京都は、精神科の数が少ない上に、各病院の特徴もあり、症状によっては受け取れぬこともあります。最終的には受け入れてもらう病院は見つかるものの、それまでに費やす時間がかかることがあります。	
本人の希望と家族の受け入れに対する意見の違いをどのように調整していくのか悩む。	
入院前からの問題も、入院中に解決を求められる。	
治療方針や治療状況に関係なく家族に転院を進められる。	
療養型の待機が長く、老健施設についてもすぐには入れない。	
ほとんどの専門職が同業職種で話して、連携をスムーズに行う努力をするが、医師に限っては、医師同士がコミュニケーションやディスカッションすることを極端に嫌う。特に他科との医師や、他医療機関の医師となると、いつも連携室の職員が間に挟まる。他職種連携は医師のためにするのではなく、患者・家族のため、地域医療のために必要という意識が乏しい。	
精神症状を担当する医師がいないため、対応後（救急受診）精神科病院への連携が難しい。	
急性期病院として、治療のために入院を受け入れ、症状改善した後に元いた場所に戻る時に、一度退所したからはじめから（健康診断書を提出するところから）と言われるところもたまにある。療養、特養、老健に、吸引など処置があるからと戻れないことがある。	
認知症が進み、暴力行為など当院で対応できなくなった時、入院依頼をしても満床で受け入れてもらえない。	
高齢者の独居が増えており、在宅支援が難しい。	
また、ケアマネジャーは人によってサービス調整にかなり時間がかかります。	
有料ホームやサ高住のサービス範囲が把握しにくい。	
調整先が分かりづらい。	

【別紙4】③日頃の業務の中で連携が難しい施設やサービス事業所

③－2 具体的な課題や悩み	③－3 工夫点や成功例(※③－2に対する回答)
精神科病院への転院が難しい。	
短期の入院での調整。	
各々の病院・施設の機能が違うので、互いに情報交換を重ねている。特にどこと指定はできません。	
各種別では問題はないが、各事業所によって難しい場合がある。	
ケースによる。	
施設入所を希望しても空いていない。(長期待機となる)	
特に、施設・事業所に特化した難しさは感じおりません。	
京都市内には、低所得者を受け入れの居住が少なく、医療ニーズが少なく、施設対応可能な場合でも社会的入院をしなければならない現状がある。	
疾患で患者を選ばないでほしい。(重度の認知症)	
介護職員では医学的な引き継ぎが困難である。	
救急搬入された患者様や入院中の患者様が、精神科病院への転送が必要な場合、受け入れ先がなかなか決まらない。	
老健入所していた患者様を退院させ、再入所していただくのに難航する時あり。	
小児科のレスバイト入院先が少ない。	
介護施設が満床ですぐに入所できない。	
訪問リハビリテーション事業所の受入れが困難となっている。	
患者（利用者）の状態悪化による施設復帰困難な場合。	
特養の申込みをしても、病院からの入所は難しく、家人も申込みを忘れているほど待機が長い。	
慢性期のリハビリ（拘縮予防や座位訓練、嚥下評価など）をしている病院が少ない。	
今のところ情報交換が出来ているので、特に難しいことはありません。	
薬価が高い。医療的ケアが必要。医療区分等により、制度の狭間で療養先の決まらない患者さんがいる。	
高齢により機能低下し、摂食困難となった場合、元いた介護施設への再入所ができず、治療終了しても退院先がない。	
医療的ケアが必要な患者さんについては、ケアマネジャーさんが在宅では無理と消極的なことがある。	
介護療養型医療施設の認知度が低い。	
内服内容によって入所が困難となることが多い。特に、認知症治療薬について家族が希望されると、選択肢が減ってしまうか、困難となる。	
居宅系サービス利用の方で、インスリン管理など必要な方（医療依存度が一定ある方）などは、受け入れ先がなかなかない場合がある。退院後管理しやすいよう調整しても、再入院などうまくいかないことがある。	

【別紙4】③日頃の業務の中で連携が難しい施設やサービス事業所

③-2 具体的な課題や悩み	③-3 工夫点や成功例(※③-2に対する回答)
	病院間、施設間で調整を行う中で、患者や患者家族の想いが反映されていないケースもあるため、入院前に限らず、ご家族様の直接面談を行い、誤解のないように説明する。
	連携室同士で情報交換を行っている。
	診療所さんにも連絡担当の方がいらっしゃると気兼ねなく連絡がで助かります。