

## VI. 入退院連携のマナー・エチケット

### 連携は、マナー・エチケットから

医療・介護の多職種が連携するとき、スムーズに連携するためには、明確なルールの前に、お互いの立場を理解した行動が信頼関係を深め、気持ちよく仕事をするにつなげることはご承知のことと思います。

以下、専門職であるがゆえにお互いに気をつけるべきこと、それらマナー・エチケット（以下、連携マナーとする）としてまとめました。

### 1.入退院支援のための連携促進のマナー

<多職種に共通する連携マナーの基本>

#### ①お互いの思いやりと、ていねいな対応を心がける。

専門職同士においてお互いに制度、領域や必要な情報が異なる状況下で対応を求められます。お互いの専門性や各職種の立場を、思いやりをもって理解し、非難することなくていねいな対応を心がけましょう。

#### ②お互いの視点を忘れず、わかりやすい情報を日常的に交換できるよう努める。

内容をあらかじめまとめ、簡潔に要点を伝えられるよう準備しておきます。また都合の良い連絡方法（電話、FAX、メール等）や窓口、時間帯をお互いに確認しておきましょう。

専門用語や略語を使うときは相手に配慮し、わかりやすい言葉を使いましょう。

#### ③他の職種と連携を取る時には、どの程度急ぐ要件か相手に伝える。

それぞれ時間が限られた中で業務に取り組んでいるため、どの程度急ぐ要件かあらかじめ判断して連絡しましょう。

#### ④担当者不在時の体制を整備しておく。

緊急時も含め担当者不在時の連絡体制は事業所ごとに整理しておき、代理の職員を決める、連絡があったことを確実に担当者に伝えられる体制や連絡方法を整えておきましょう。

#### ⑤情報共有の方法を決めておく。

複数の事業所が関わっている場合、他の事業所がどのようにサービス提供しているか、ノート、情報共有システムなどを利用して情報共有しましょう。ノートを利用する場合にはサービス提供時必ず目を通し、確認した証として、日時・所属・氏名を記載しましょう。また、都合の良い連絡方法（電話、FAX、メール等）や窓口、時間帯をお互いに確認しておきましょう。

#### ⑥連絡先窓口のリストの共有

入退院時の連絡先の機関や窓口になる担当者のリストを作成し、共有することでスムーズに連絡調整ができるように準備しましょう。誰もが連絡できる状況にしておくことが重要です。

#### ⑦在宅での多職種連携において

##### ・訪問時間はお互いにできる限り守ること

訪問時間が変更となる恐れがある場合には早めに連絡をしましょう。制度上、算定要件の問題になることもあります。共有を図りたい場合など訪問時間を重ねたいときは事前に連絡を取りましょう。

##### ・看取りの時は家族の揺れる気持ちを多職種で支える。

在宅看取りが近づくと家族の気持ちは大きく揺れます。揺れる気持ちを多職種で理解し、密に情報共有を行いましょ。ACP（アドバンス・ケア・プランニング：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が 家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス）の概念も取り入れましょ。「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」については、厚生労働省のホームページに掲載されておりますので、下記をご参照下さい。

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」リーフレット	<a href="https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000079905.pdf">https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000079905.pdf</a>
「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」(P32～33)	<a href="https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000079906.pdf">https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000079906.pdf</a>
「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」解説編	<a href="https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000079907.pdf">https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000079907.pdf</a>

#### 医師の皆様へ

<p>○書類は読みやすく、照会は早めに</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医意見書、訪問看護指示書、訪問薬剤指導指示書等、かかりつけ医師の書く書類は、読みやすい字で、照会にはなるべく早めに多職種に回答ましょ。早く書類を作成していただくことで早く必要なサービス利用につながります。</li> <li>・書類には、病歴や服薬の状況のほか、生活のことを含めての指示（生活上の制限等）を書くことで、介護サービス事業所における円滑な支援につながります。</li> </ul> <p>※。『い』『ろ』『は』『に』『す』『めし』に着目 『い』 移動 『ろ』 ふろ 『は』 排泄 『に』 認知症 『す』 睡眠 『めし』 食事</p> <p>○かかりつけ医師は、緊急で患者を病院に紹介する場合、入院判断の際に必要な情報を病院へ伝えましょ。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時の病診連携は、退院時の病診連携に繋げるため、入院先の主治医とかかりつけ医が相互にできるだけ早く情報を提供ましょ。</li> </ul> <p>○急変時の対応を、あらかじめ本人、家族等と相談する。</p> <p>かかりつけ医師は、緊急を要する症状や状態などをあらかじめ介護サービス事業所へ知らせておきましょ。また、急変時の対応方法などをあらかじめ本人、家族等と相談しておきましょ。</p> <p>○薬の処方計画的にましょ。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・コロナ禍の影響や後発医薬品供給不安定の影響による入手困難、医療用麻薬等一部の医薬品は納品までに数日かかる場合があり、すぐに対応できない可能性があります。退院後の薬剤安定供給の観点や薬剤師からの疑義照会の可能性も考慮して、早めに薬剤師に連絡ましょ。</li> </ul> <p>特に下記の点については注意お願ひします。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 土日祭日：土日や年末年始、ゴールデンウィーク等において卸からの供給がないため、在庫</li> </ul>
--

のない医薬品がすぐに用意できない可能性があります。特に年末は、12月中旬にメーカーからの発送が無くなる場合もあり、早めの対応が必要です。

- ▶ 注射薬：院外処方箋として供給できる注射薬には制限があります。また多くの薬局では普段から注射薬を備蓄していません。そのため在宅移行後注射薬を継続しようとする場合においては、院外処方が可能かどうか、確認が必要です。
- ▶ 供給中止等：現在医薬品の流通が非常に混乱しております。また供給が突然中止される医薬品、出荷先が限定されて手に入らない医薬品等があります。薬局で入手できない場合は代替品へのご相談をさせて頂くことがあります。
- ▶ 退院時処方：上記理由からすぐに必要な医薬品が手に入らない可能性があります。そのため退院時処方（注射薬を含む）として2週間分ほど持たせて頂けると、在宅移行後継続した薬物療法が継続でき、またその間に医薬品の手配が可能となります。

### 病院スタッフの皆様へ

○退院前カンファレンスには、できるだけ全ての関係職種へ声をかける。

ケアマネジャーだけでなく、できるだけ全ての関係者や地域で支援してくれる人に声をかけましょう。特に、医療介入が多い場合には訪問看護ステーションが出席できるように調整しましょう。

- ・インフォームドコンセント、退院前カンファレンスを開催する際に、ケアマネジャー等多職種が参加する場合には、患者・家族に了承を得ておく必要があります。

○退院日の目途を早めにケアマネジャーに伝える。

- ・ケアマネジャーは、退院前カンファレンス参加時にケアプラン原案を作成、提示する必要があるため、入院中の変化の情報が必要となります。
- ・介護が必要と判断される場合には、早めにソーシャルワーカー等が家族に認定の申請をすすめます。

○看護サマリーの提供が重要。

- ・退院時には、各医療機関のルールに基づいてケアマネジャーに看護サマリーを提供し、退院後に想定される看護・介護の問題点、食事摂取・服薬内容・保清・最終排泄等の状況を伝えます。

○ケアマネジャー等から面会の希望を受けた際には、理由や目的等を確認し、関連する多職種に伝え、調整する事で、お互いスムーズな連携が図れます。

### ケアマネジャーの皆様へ

○医療機関から情報を提供してもらうためには、患者・家族の了承が必要。

- ・病院では、患者、家族の了承なしに、介護サービス事業所などへ情報提供することは困難です。家族と相談しながら退院調整に向けて準備している旨を伝えることが重要です。また、医療機関へケアマネジャーが付き添う場合においては、患者や家族の承諾のもと、病院や医師に確認しましょう。

○医療機関、介護施設等への訪問の前に面会の約束をしてから伺う。

- ・医療機関や介護施設等では面会の約束のない訪問には、対応できない場合があります。（特にコロナ禍の状況を鑑み）。あらかじめ、患者の氏名、担当医師名、訪問時間、訪問目的等を伝えましょう。また受診の付添いなどでは、主治医等に会える時間に調整する工夫をするとよいでしょう。

- 医療機関では、本人と家族に病状を説明しています。家族における説明の理解について、どのように理解されているかどうか、ケアマネジャー等在宅サービスの担当者の方からも確認していただくことで医療機関での説明の状況が分かります。
- そのためには必要に応じて医療機関と在宅サービス担当者間で情報共有できるとより良い退院支援が展開できます。
- 受診同行の際には、受付時に名刺を添え、診察の場面では最初に氏名、所属、職種、目的を伝える。
- 医療機関からの看護サマリー等は、患者に渡さない。
- 退院時カンファレンスの内容などを介護サービス事業所と共有する。
  - 在宅サービス事業所間で、医療機関の情報を一元的に収集するとよいでしょう。
  - ケアマネジャーからも確実に情報提供しましょう。
- あらかじめ退院に備えた準備をする。
  - 病院における機能と役割を理解したうえで、自らが予期せぬ退院の連絡にも対応できるよう、患者が入院した時点から退院のことを考え、密な連携と準備をしておきましょう。
  - サービス担当者会議はできるだけ多くの関係職種に声をかけましょう。