

第5回

医療・介護 合同研修会

外来から始まる退院支援

2019年2月27日(水) 18:00～19:00

豊川市民病院講堂

【退院調整担当者会主催】

18:00～18:50

「外来から始まる退院支援」

講師:磯村 直美氏

(碧南市小林記念病院しんかわ介護サービスセンター所長
愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会常任理事)

6月21日・12月14日と、二日に亘って医療と介護における退院支援・調整に関しての連携の仕組みを話し合ってきました。

その中で、急性期病院では、入院して初めて始める連携の困難さが見えてきました。今回磯村先生に、外来から始まる退院支援の在り方についてお話頂き、患者家族の立場に立って私達に求められていることを学びたいと思います。

外来から始まる退院支援

～医療と介護の連携～

愛生館 在宅介護センター
副センター長
磯村 直美

本日の内容

在宅を支援する外来の機能・役割とは

CMから見た外来連携の課題

今後の外来連携の在り方とは

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

I 地域包括ケアシステムの構築と 医療機能の分化・強化、連携の推進

1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価
3. 入退院支援の推進
4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
5. 医療と介護の連携の推進

医療と介護の連携の課題

入退院連携シ
ステム

ACPの理解と
多職種連携

在宅療養生活継
続のための平時
の連携

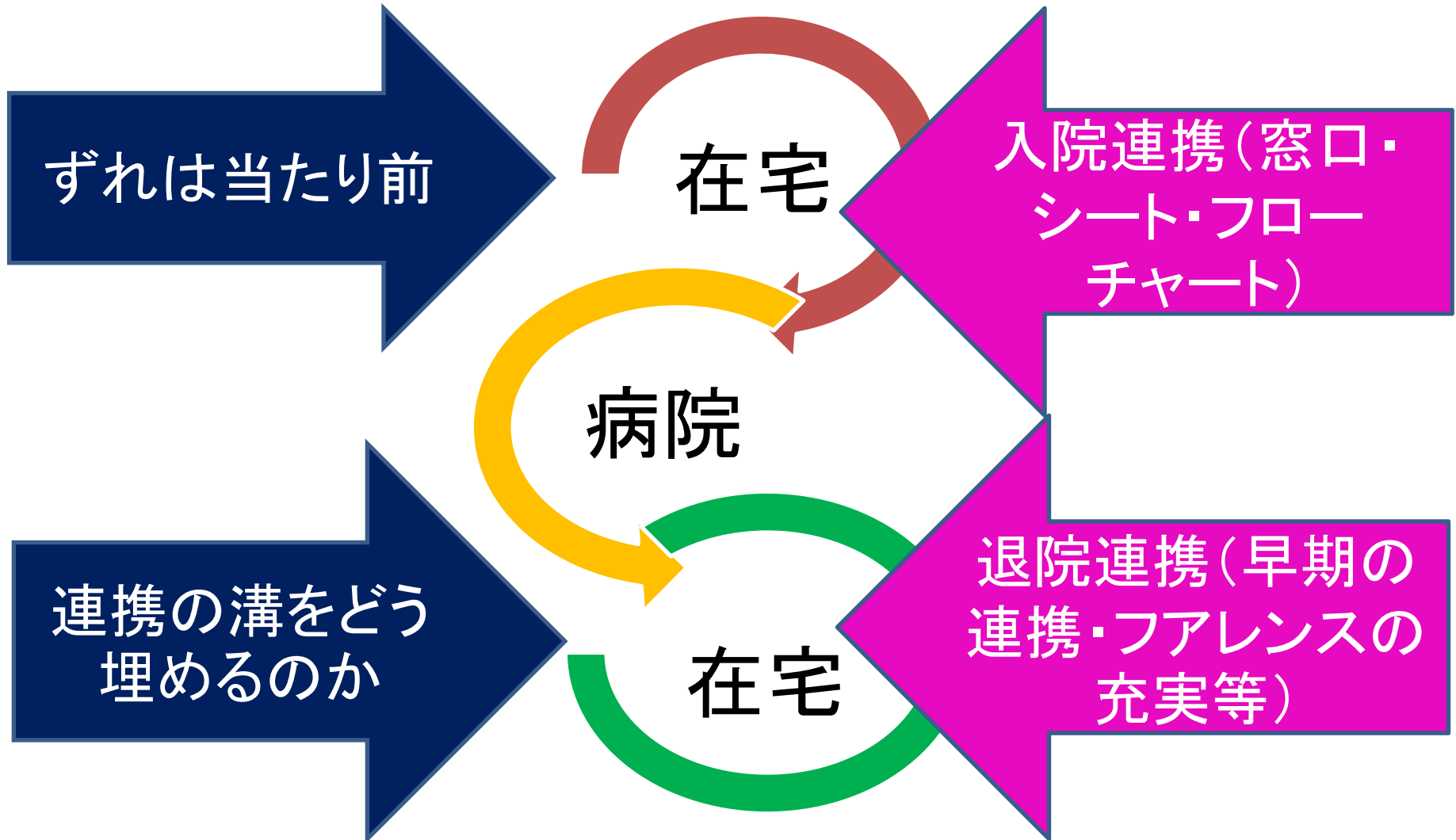
入退院連
携の課題

看取りの
連携の課
題

外来機能・
役割と課
題

地域包括ケアシステムの推進

病院とケアマネジャーの課題（ズレ）



入退院支援の評価(イメージ)

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援となるよう評価を見直す

- 入院前からの支援に対する評価の新設

- 「退院支援加算」から「入退院支援加算」に名称を変更
- 地域連携診療計画加算の算定対象の拡大
- 支援の対象となる患者要件の追加

- 退院時共同指導料の見直し

外来・在宅

入院

外来・在宅

外来部門と病棟との連携強化

病棟

入院医療機関と在宅療養を担う医療機関等との連携強化

外来部門

【入院前からの支援】

- ・(入院前に)利用しているサービスの利用状況の確認
- ・服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- ・入院生活に関するオリエンテーション
- ・看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成等



《入退院支援の対象となる患者》

- ・悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- ・緊急入院 / ・要介護認定が未申請
- ・虐待を受けている又はその疑いがある
- ・生活困窮者
- ・入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- ・排泄に介助を要する
- ・同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
- ・退院後に医療処置が必要
- ・入退院を繰り返している

在宅療養を担う関係機関等

【退院時共同指導】

- ・医師、看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象とする



共同指導が行えなかった時は

【情報提供】

- ・療養に必要な情報提供に対する評価について、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする

入院時支援加算 算定対象

- (1) 自宅等(他の保険医療機関から転院する患者以外)から入院する予定入院患者であること。
- (2) 入退院支援加算を算定する患者であること。

留意事項

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下の内容を含む支援を行い、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び関係者と共有すること。

- ① 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- ② 褥瘡に関する危険因子の評価
- ③ 栄養状態の評価
- ④ 持参薬の確認
- ⑤ 入院中に行われる治療・検査の説明
- ⑥ 入院生活の説明
- ⑦ 退院困難な要因の有無の評価

☑居宅介護支援事業所の
平時の連携
☑居宅介護支援事業所の
入院時情報連携加算や
運営基準(入院の連絡)に
相対。

入院前からの支援の機能強化(イメージ)

改定前

外来

入院

外来(地域、在宅)

- 治療方針の説明

- 検査・治療内容の説明
✓ 持参薬の確認

検査・治療

治療のために一旦中止にしなければならなかった内服薬を飲んでいた、

療養の支援

- 入院生活の説明
✓ 患者情報(入院前のサービス利用等)の確認
✓ 療養上のリスクアセスメント(転倒・転落、褥瘡、認知症 等)

歩行に杖が必要な状態なのに、トイレに遠いベッドだ、

退院調整

✓ 退院支援スクリーニング

治療が始まった直後で大変なのに、退院後の事なんか考えられない、

入院前からの支援の機能強化

外来

入院

外来(地域、在宅)

- 外来において
- ・入院生活のオリエンテーション
 - ・患者情報(入院前のサービス利用等)や服薬中の薬剤の確認
 - ・リスクアセスメントや退院支援スクリーニング等を事前に実施

検査・治療
療養の支援
退院調整

患者は、入院生活やどのような治療過程を経るのかイメージし、準備した上で入院に臨める。

病院は、患者個別の状況を事前にアセスメントした上で患者を受け入れられるため、円滑な入院医療の提供等につながる。

在宅療養生活の継続

入院連携加算
3日間以内

退院・退所連
携加算

退院カン
ファレンス
加算

退院時共同指導料Ⅱ

外来

入院

外来・
在宅

入院時支援加算

入院連携加算
3日間以内

院内連携

CMと平時の
連携

たまに入院ほとんど在宅

療養生活の把握と予
後予測・リスクの共
有

退院後の予後予測・リスク
の共有→緊急入院を防ぐ

モニタリング
による早期
発見と対応

- 関わるチームが、病状変化に早期発見ができて対応できる→役割分担と連携方法

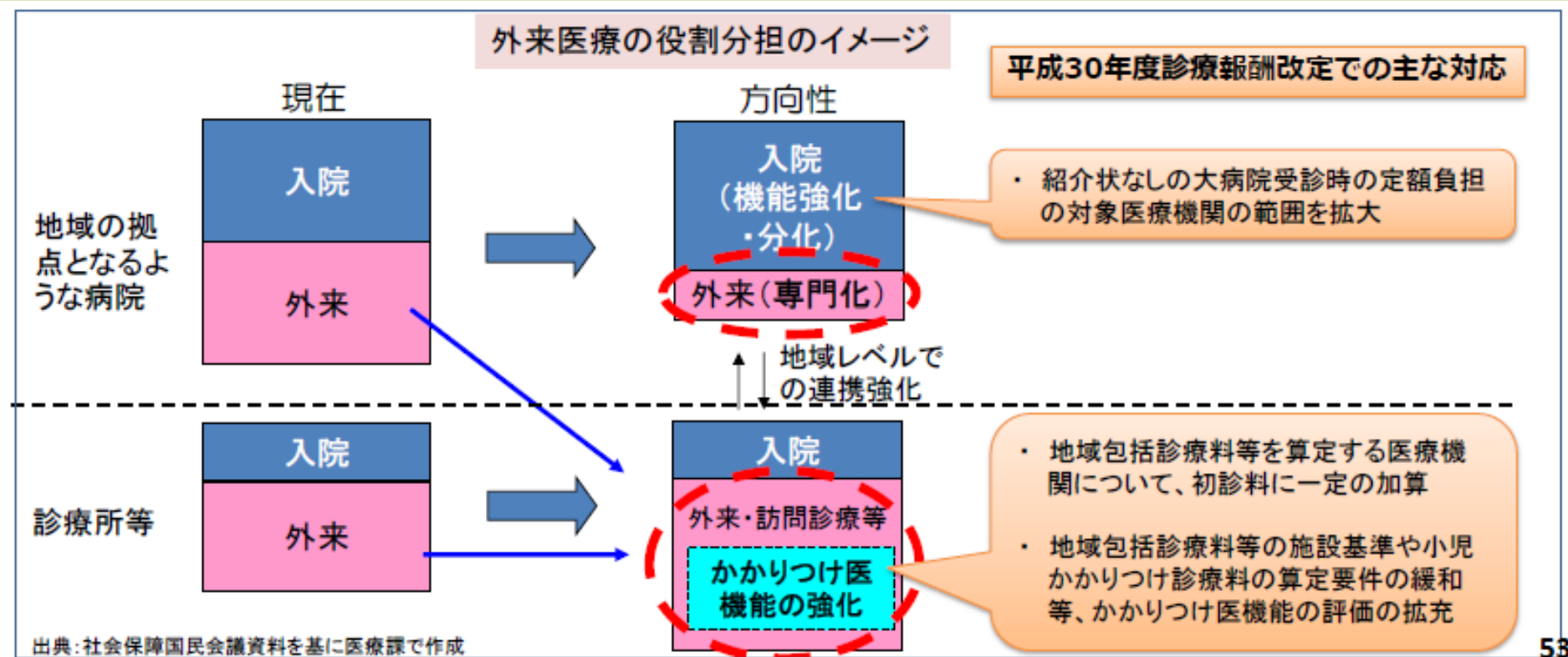
病状が進行・
悪化を防ぐ入
院連携

- 早期入院・早期治療・定期的な受診

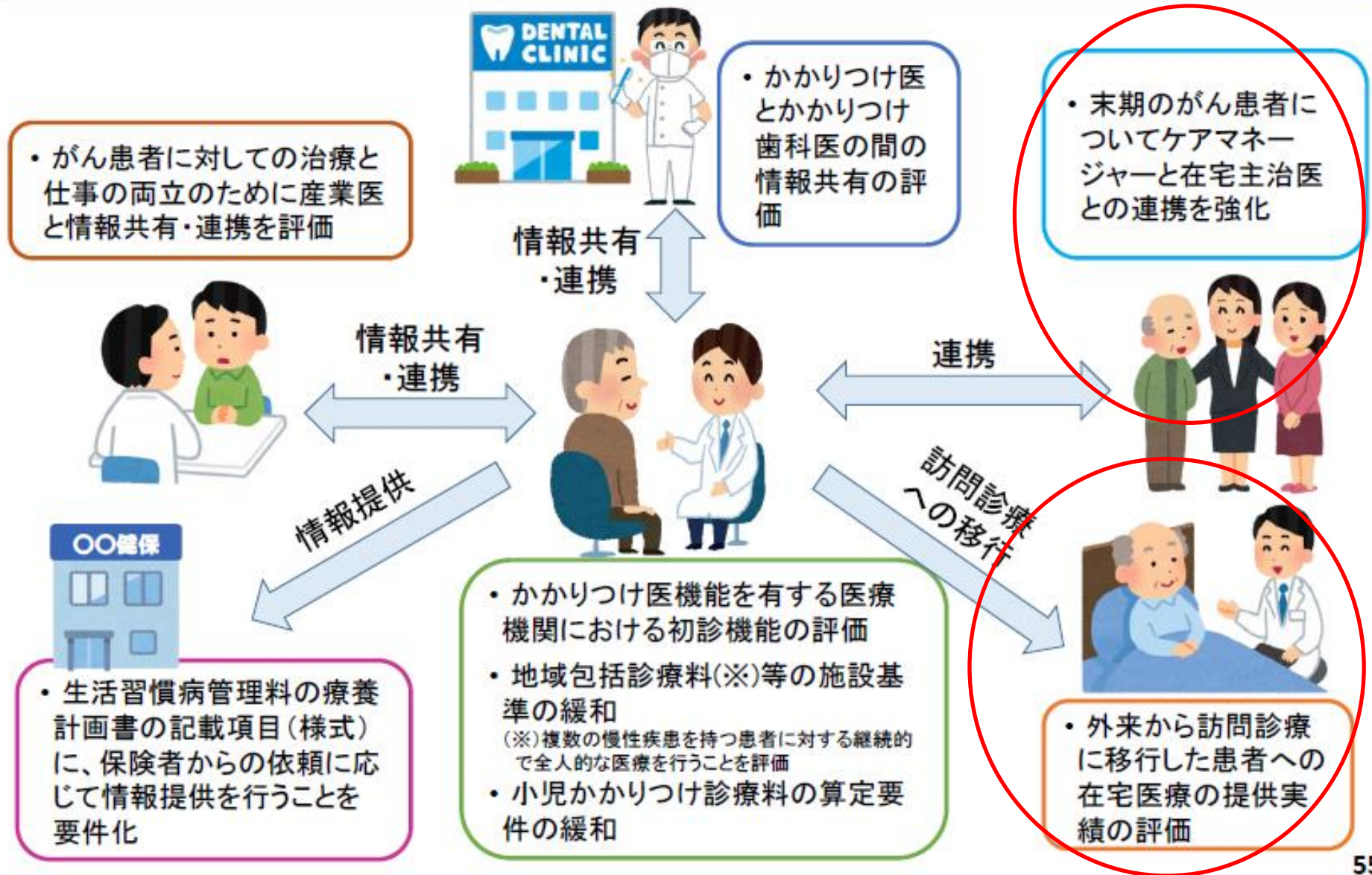
外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

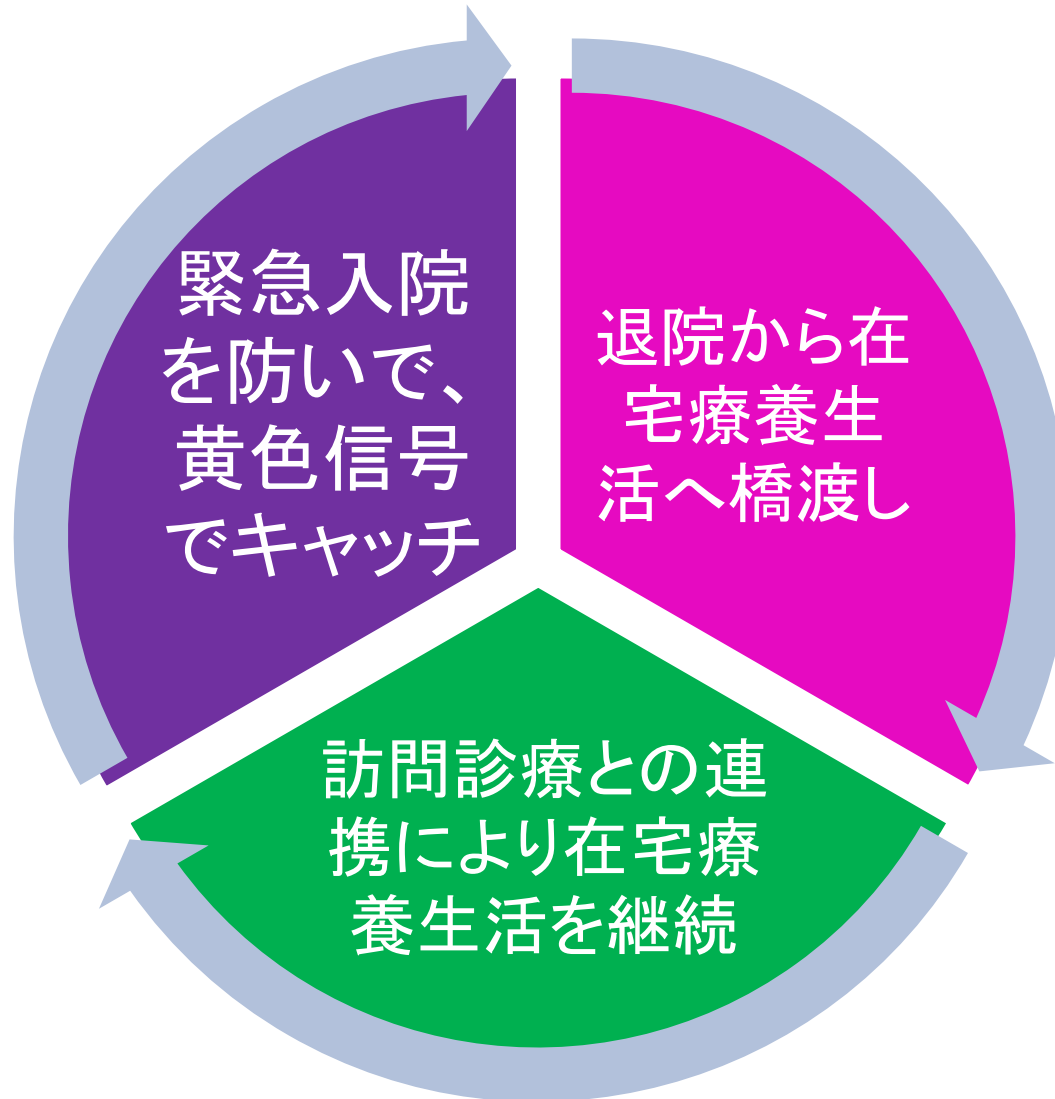
- 新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい



かかりつけ医機能評価の充実



これからの外来の機能・役割とは



CMから見た外来との連携の課題

外来受診の窓
口

連絡方法

気軽に相談

主治医(専門
医)の連携(特
に急性期病院)

外来で待たさ
れる

病棟と外来と
の連携

外来から訪問
診療へ

外来の課題の解決→ほとんど在宅

外来受診の窓口の
明確化(地域連携
室?)

受診・主治医への相
談・連絡方法(シー
ト・ツール)

気軽に相談でき
る人材(入院・受
診必要か)

主治医(専門医)の
連携方法

外来で待たされる
(内容の確認と時
間の提示)

病棟と外来との連
携(退院カンファ・
在宅サービス等の
情報)

外来から訪問診療
へつなげるための
相談窓口

(新) 退院後訪問指導料 580点(1日につき)

(新) 訪問看護同行加算 20点

[算定要件]

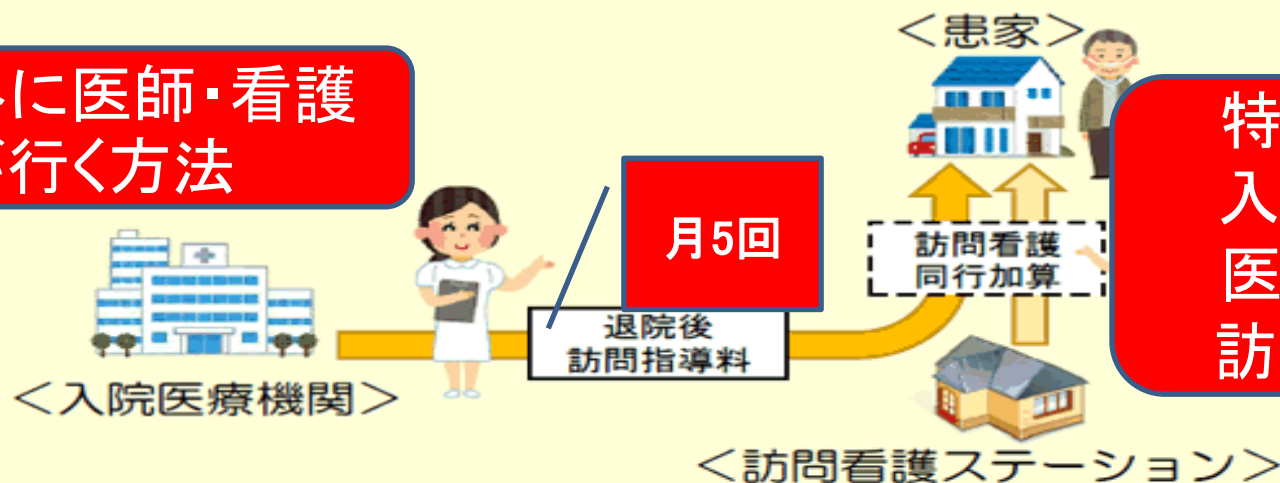
① 対象患者: 別表第8又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上※

※要介護被保険者等及び看護師等が配置されている特別養護老人ホーム・指定障害者支援施設等の入所者(ただし保険医療機関を除く。)も算定可能とする。

② 算定回数: 退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。

③ 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。

それ以外に医師・看護師が行く方法



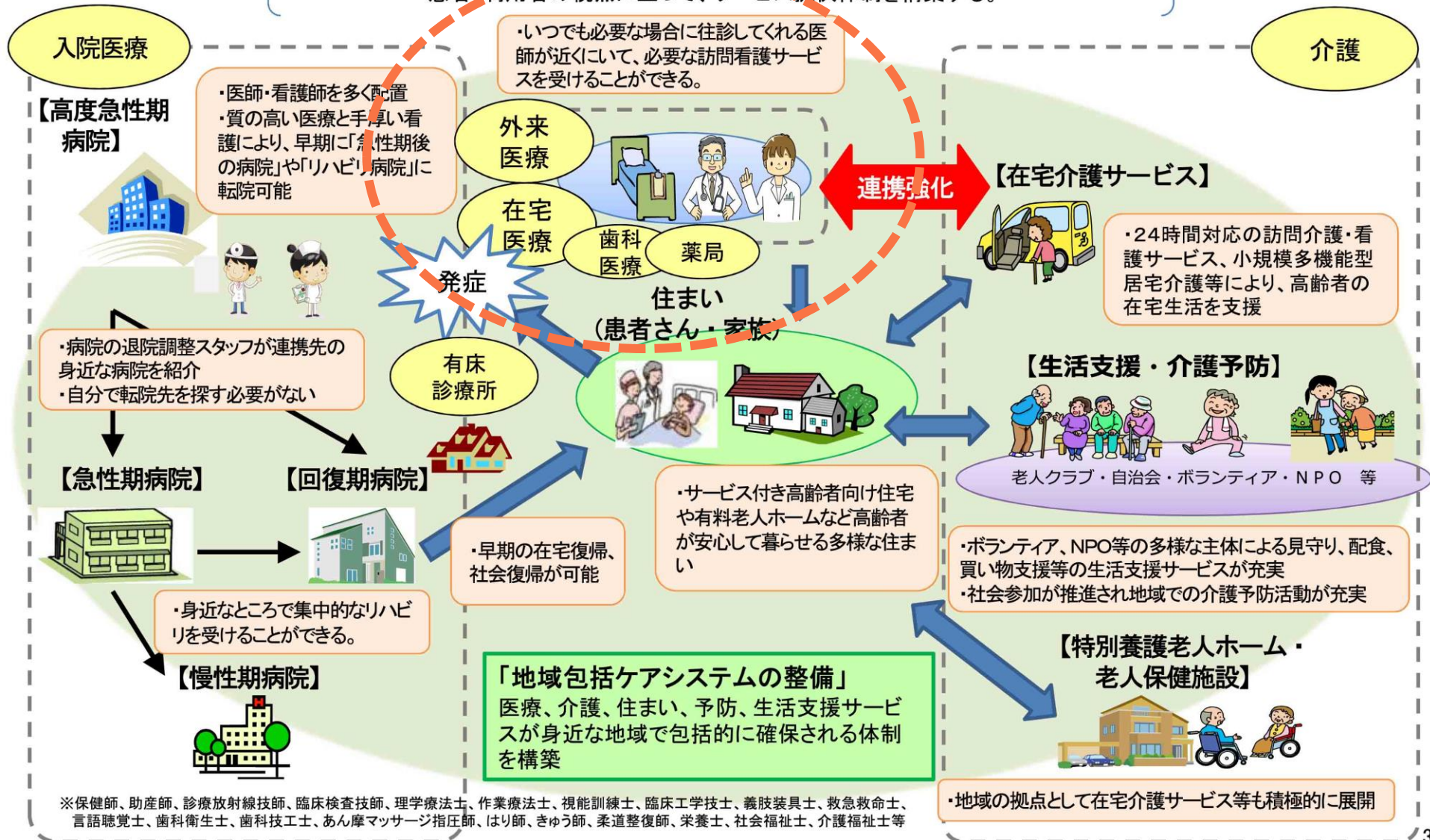
別表第8

- 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理

- 在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
- 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

医療・介護サービスの提供体制改革後の姿（サービス提供体制から）

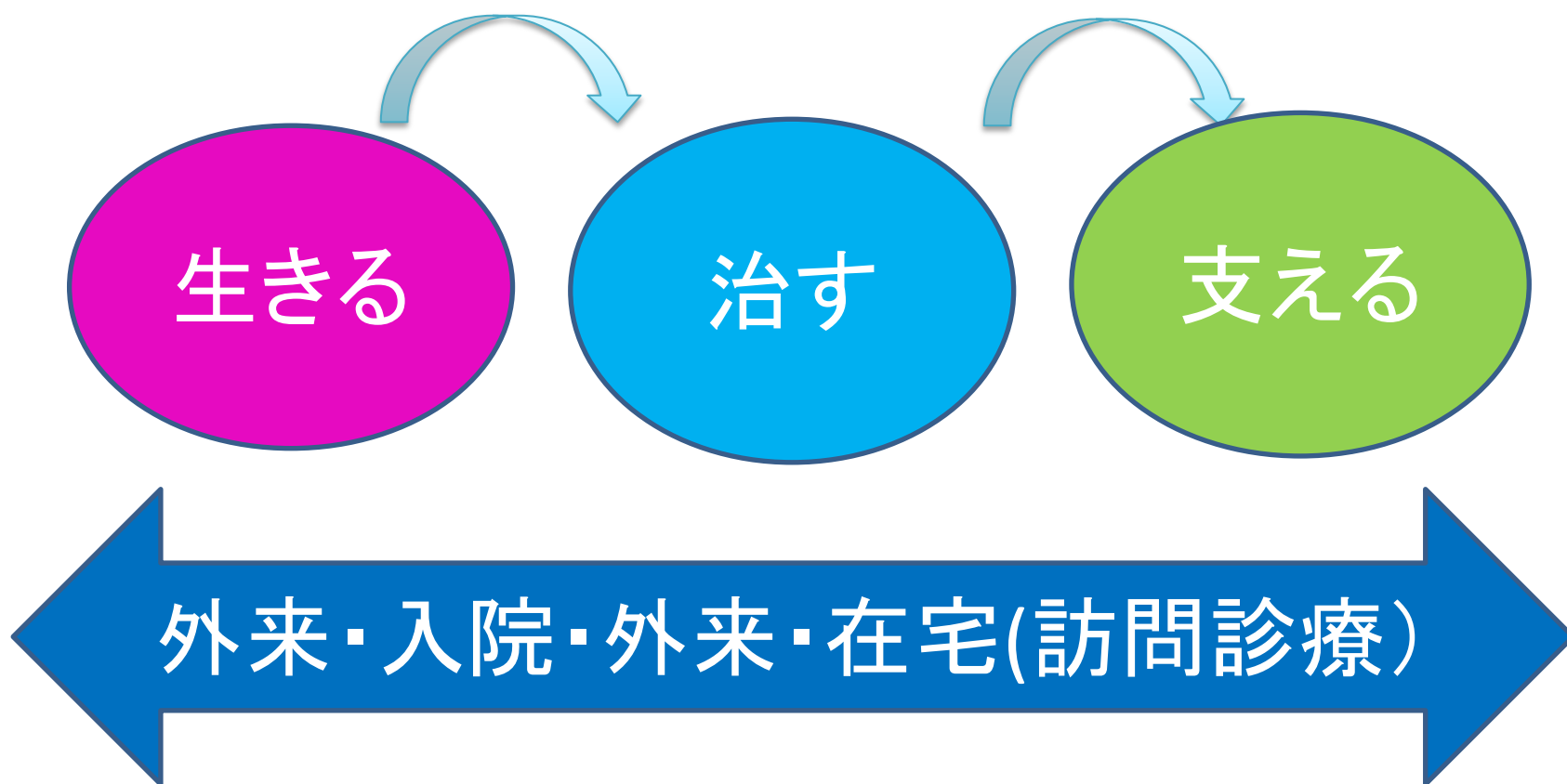
医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員その他の専門職※の積極的な関与のもと、患者・利用者の視点に立って、サービス提供体制を構築する。



訪問診療の利点

- ◆ 住み慣れた在宅地域での生活ができ、最期を迎えることができる.
- ◆ 医師が定期的に診療に伺うことで、計画的に健康管理を行うことができる.
- ◆ 通院負担の軽減(通院介助, 待ち時間)
- ◆ 24時間365日対応(訪看との連携が必要)
- ◆ 入院や施設入所等よりも費用が安い場合が多い.

地域で治し、生活を支える医療・介護 連携



「第5回医療・介護合同事例検討会」アンケート結果

豊川市医師会在宅医療サポートセンター

岩間 三枝子

実施日：平成31年2月27日

参加者：114名

回答者：103名

回答率：90%

1. (1)参加者所属団体名及び人数の内訳

①介護保険関係事業者 50名

(介護支援専門員 33名・看護師 6名・計画作成担当者 2名・介護士 1名
事務員 1名・生活相談員 1名・社会福祉士 2名・福祉用具 3名・施設長 1名)

②医療機関関係職員 63名

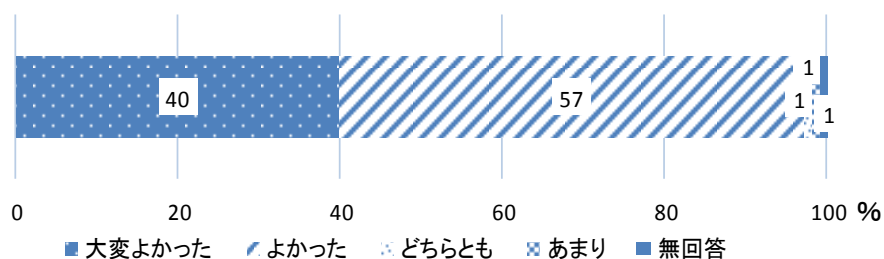
(看護師 47名・医療相談員 5名・社会福祉士 9名・放射線技師 1名
看護学生 1名)

③行政関係者 1名

2. 「外来から始まる退院支援」について

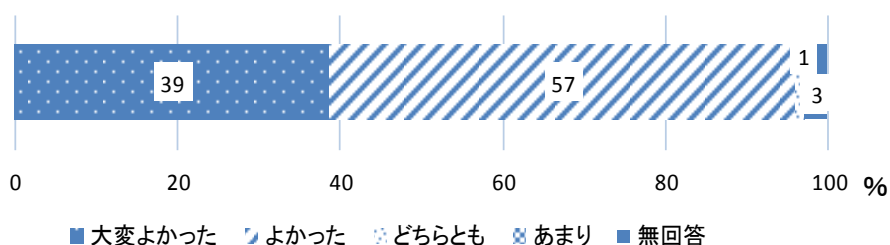
①全体として

大変よかった	41人
よかった	59人
どちらとも	1人
あまり	1人
無回答	1人



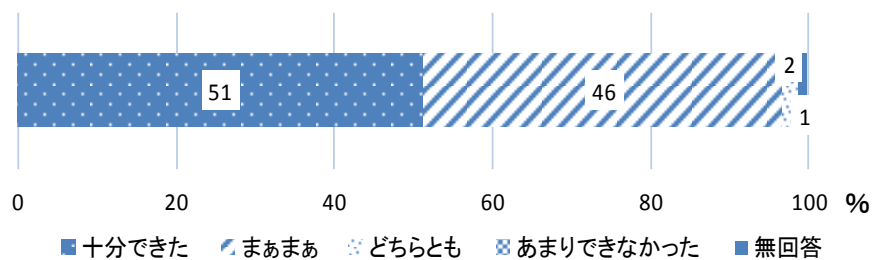
②内容は？

大変よかった	40人
よかった	59人
どちらとも	1人
あまり	0人
無回答	3人



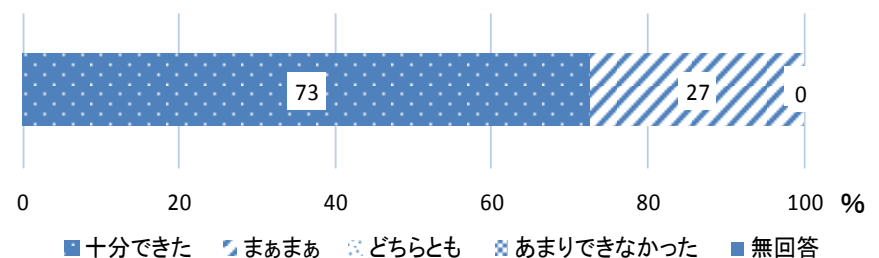
3. 外来から始まる退院支援の意味は理解できましたか。

十分できた	53人
まあまあ	47人
どちらとも	2人
あまりできなかった	0人
無回答	1人



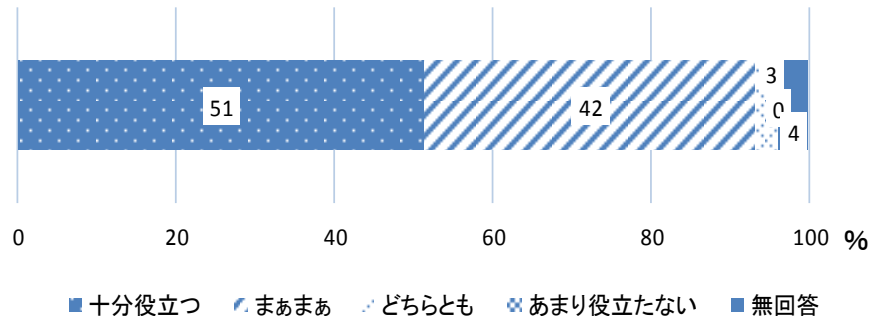
4. 退院支援に、医療と介護の連携が必要であると理解出来ましたか。

十分できた	75人
まあまあ	28人
どちらとも	0人
あまりできなかった	0人
無回答	0人



5. 今回医療と介護の連携に関して学んだことは、今後の活動に役立つと思いますか。

十分役立つ	53人
まあまあ	43人
どちらとも	3人
あまり役立たない	0人
無回答	4人



役立つと回答された方は、具体的にどんな点が役立つと思いますか。

- ・ 外来機能の検討
- ・ “在宅への可能性も見つけるカンファ” という言葉がとても良かった。
保険で SS は患者・家族が安心かなと思う。
ケアマネからの困り事もあると思うので、よろず相談は良いと思った。
- ・ 連携を工夫する、話しやすくすることで、その人にとって良い方向になるというところ。
- ・ 家族の希望を聞いてどうしたら自宅に戻れるか考えられるといいと思った。
実際にケアマネが一番患者や家族のことを理解できているので、もっと情報共有していきたい。
- ・ ケアマネとの情報交換—連携の大切さが分かったので活かしたい。

- ・ホットラインの開設はとても需要のあるもので、なかなか凄い取り組みだと思った。医療と介護の連携にそれくらいの意気込みがないと、真のものにならないかもと感じた。
- ・外来での支援体制を充実していく必要性が分かった。
- ・参加したことにより、医療と介護がお互いに意識が高まり、明日からの業務に前向きに取り組めそうかと感じた。
- ・外来受診の窓口は今後重要だと思う。相談に対応できる人の配置が必要である。
ケアマネともっと情報交換すると良いと思った。
- ・制度の理解が出来た。
- ・高齢の方が重症化する前の平時の連携については重要であり、どういう時に受診するのかを具体的に説明していきたい。
- ・病棟配属の看護師なので、外来で必要な継続看護についてイメージできない部分があったが、イメージできた。
- ・外来での継続看護で、多職種で情報共有する、患者に対する注意すべき点を共通認識することが大切と分かりました。
- ・生活が見えるように連携ができるようにしていく必要性を理解できた。
- ・よろず相談の窓口について考えたいと思う。
- ・地域と連携するために、今後も話し合いや勉強会を開くなど続けていき、ほんとに患者が重症化する前に入院や外来で対応できるようにしていくシステム作りをしっかりとっていくことが大事。
- ・多職種の方との連携がとても大事であると思う。ケアマネや他院の医師からの情報をもっと頂けるように、協力できることは協力し、連携を取るようになっていきたい。
- ・在宅でもみていくことができる意識をもってもらう。
- ・地域連携に相談する。患者と関わって、問題を明確にする。
- ・現在外来で、もやもやしていたところを、自分だけではないことが分かった。
- ・早期に治療をし、在宅に戻るためには、患者の状態を良く知っておくことが必要と感じた。
- ・連携するにあたり具体的にどのように行動しているか、病院の立場として、どう考えていく必要があるのかが分かった。
- ・外来から入院になった時は、多職種連携がしっかり出来るためには、情報収集と共有であると思った。
情報収集はなかなか病院看護師としては難しいので、ケアマネとの連携が大切と思った。
- ・平時の情報を日ごろからわかる様にしておく。その為のツールを院内で共有することが必要である。
- ・ケアマネと平時の連携が取れるようになると、病前の状態など把握できるため、豊川市全体でそのような取り組みが出来ると良いと思う。
- ・ケアマネからの平時の情報共有が必要。それを自院にどう活かしていくか、院内でも検討していきたい。
- ・黄色信号の共有。もし予後リスクをずれて捉えてしまったら、いざという時のスムーズな調整に繋げるのは難しい。今できることのヒントとなった。
- ・医療面での注意点。日常の把握すべき事柄等。
- ・相談されたことに対し、具体的に答えることは大切であると改めて感じた。
答えることで信頼関係も生まれると思うので。
- ・情報の提供や連携がとても大切で、患者をチームで支えることの重要さが良くわかった。
黄色信号を早くキャッチできるように、情報交換をしていきたいと思った。
- ・当院の課題が見つかった。ケアマネの相談窓口など、当院にも必要と感じた。
- ・早期情報共有、早期相談により、リスクを防ぐことが出来、そのことが本人・家族にとってメリットになる、ということを理解することができた。

- ・ 平時に相談しやすい工夫を考えることができた。
- ・ 外来、入院の連携の必要性。緊急入院を防ぐために、ケアマネが相談しやすい関係を築けるように検討していきたい。
- ・ 共に情報を知っていることで、患者・家族をどう支えていくのか方針を考えられる。
- ・ 現在直面している課題に対する提案があったので、とても参考になった。
- ・ 外来からの入院は殆んどが、緊急入院になっているのが現状である。悪化してからの入院なので、入院期間が分からない。普段の生活、病状など情報共有に取り組んでいきたいと思う。
- ・ 利用するサービスを理解すると共に、何故そのサービスを利用するのか、目的までもしっかり理解した上で、利用者に対応していかなければいけないと思った。
- ・ かかりつけ医の役割のイメージが出来た。
入院・退院時の連携の次に、平時の連携に取り組むという目標が出来た。
- ・ 病院との連携を、入院前の状態から行っていく。
- ・ 予定入院であれば、事前に情報提供して良いこと。
サービスやサービスのない日の事も含め、情報提供すると良いということ。
在宅の可能性を探ることが大切という姿勢。
- ・ 入院前からの情報が大切である。緊急入院が多いので難しい部分はあるが、病状の悪化を防ぐために、予定入院も視野に置き、連携が出来ていけると良い。早目の相談を考えていく必要がある。
- ・ 必要性の知識は学習できた。地域全体でこの課題を共有していく仕組み、構築への取り組み、各機関団体が腹に落とした働きを声にしていかないと早急な構築にはならないと感じている。
- ・ ズレのあることも理解できた。ケアプランの中に生活の可視化ができるようにしていきたい。
- ・ 利用者の受診状況や服薬状況をしっかり確認しようと思う。(今までは、要支援の人は自立度が高いので、あまり重要視していなかった。)
病院とも日ごろから連携しておくことで、介護予防にもつながる。利用者や地域の人にも、医師と日ごろから良い関係を作ってもらうことも必要。その為に、私が手助けできる所があれば協力したい。
- ・ 在宅訪問時や電話相談など、ケアマネがどういう情報を必要としているのか、もう一歩先(黄色信号)の情報収集の参考になった。
- ・ 事前に連携を取る、どのように相談したら良いか。
- ・ 医療側、介護側とスキルアップが必要と感じた。
- ・ 今回はケアマネの立場からの支援の在り方を知識として学んだ。自分の立場から直接どうこうという話ではなかった。ReLief カンファは非常に有意義だと思った。
- ・ 黄色信号をキャッチして、緊急入院を防ぐのが重要。
外来の時点で連携が必要。窓口を明確にする。←実際、包括との連携をしていきたいと話し合いを依頼してくる病院もある。また、豊橋市民病院では外来患者担当の MSW もいる。
- ・ 相談できる窓口が明確に設置してもらえること。
ちょっとした相談を気軽にできる。そのような状況を作ることが必要。
地域医療、在宅療養に対し、理解してもらう医師が必要。
緊急入院を減らしていくための連携が必要。
- ・ 入院前からの医療との連携の重要性が理解できた。今後は入院前からの窓口を見つけていきたいと思った。
- ・ どこへ相談したらいいかということが、受け入れ先の事も併せて必要であると今つくづく思っていた時である。具体的に相談すること、顔の見える関係作りで、相談できる人を多く作っていくことも、つくづく必要と感じた。
- ・ 外来でどう対応したら良いのかと、いつも思っている。退院したらそれで終わっているのが現状だと思う。

これからの連携ができることを願っている。

- ・「家族が看られない」ということから可能性を探ること。

方向性を決め、本人はどうしたいのか、家族はどうしたいのか、その声から訪問診療や訪問看護にお願いするのはどうか等。

家族への情報提供、自身の情報の取得（どの事務所ならば、どの支援ができるか、最適か）

- ・医療と介護それぞれの連携が必要であると判断した人が出席したと思うので、そこからでもできる連携があるのかと思う。
- ・早い段階で動く事。
- ・在宅へ帰ることができない人をホームで受け入れ、日中看護師もいて、発熱等早い時点で医師に報告し対処しているが、悪化のスピードが速く、大きな病院に搬送というケースが多い。
- ・平時からの病院との連携の重要性、大切さが分かった。
- ・早期での連携を行う事で、状態の悪化が予防でき、その後の生活にも大きな影響を与えていることが確認できた。
どのような症状、状態になったら再受診をするのか、目安がわかっていれば早期の対処ができるので、今後、不安を感じる利用者には、医師に事前に確認しておきたいと思った。
- ・日ごろからの情報収集（記録）と必要時の連携。
- ・入院前からの日々の情報（平時の様子）の連携の重要性。
在宅医との平時の連携の必要性。但し、主治医・在宅医との連携の困難を感じる。
- ・平時の連携の必要性を意識していきたい。
- ・医師がもっと介護保険への関心を持ってほしい。
医師会を巻き込んで、介護従事者が頑張らないといけないと強く感じた。
- ・重症化しないために、情報共有・連携が必要だと思った。
訪問看護や訪問診療を取り入れ、在宅で過ごせるように支援していく。
- ・情報を共有することによって、誰でも利用者の事を理解できる。
現在の状態がどうなのかわかる。黄色信号キャッチの必要性。
- ・平時の利用者の様子をしっかりケアマネに伝え、変化があればすぐに連絡。
訪問介護時以外の時間帯に何を行い、どうしているかもしっかり把握したいと思う。
- ・医療に何を情報提供すればいいか、日頃利用者と関わる中で、こういった視点で見ていって、緊急入院を防ぐために、予後予測していくか教えてもらった。
- ・黄色信号から連携が始まっていること。平時の情報が重要である事。
- ・ケアマネと外来の連携の課題に於いて、これは患者・家族と医療との連携に於いても同様のことが言えるように思えた。家族にとって専門職がどれだけ身近な存在になれるかが、医療と介護の連携の鍵になるように思った。

6.その他、自由意見等がありましたら、何でもお書き下さい。

- ・看護師の繋ぐ役割は大切だと思った。
- ・講義して頂きありがとうございました。
- ・市内の事業所が病院に対してどういう思いを抱いているのか聞く機会があるといいと思う。
- ・よろず相談窓口は良いと思うが、メリットだけでなくデメリットもあると思うので心配。
- ・とても参考になる講義だった。
- ・地域住民への教育が必要だと思う。
- ・患者が在宅で過ごせるよう、多職種連携し、出来る方法・具体策を見出していけるよう、早い段階でカンフ

アレンスができるようにしていきたい。

- ・病院からも生活が見える情報が入ってくると、退院に向けた取り組みが入院時からできるので、今後活用できるようにすると良いと思う。
- ・その人らしさを中心に関わっていけたらいいと思う。
- ・独居で地域とのかかわりを持ちたくないが孤独死を避けたい患者に対して、何度も話をし、地域包括支援センターのスタッフに介入してもらい対応していたが、結局本人が恐れていた結果となった。他のかかわりが出来なかったかと考えている。
- ・外来でみる医師にも、今回の講演に参加して頂ければ、課題の共有などがより深くできたのではないかと考えた。
- ・難しかった。
- ・黄色信号で・・・を心して対応できるようになりたいと思った。
- ・共感することがたくさんあった。
出来ることを探しながら、在宅の方向性を探すことは大切だと感じる。
- ・出来ないこと探しをしない！という言葉がとても残った。
少しでも環境を整えていくサービスを皆で考えていきたいと思う。
- ・貴重な講演をありがとうございました。
- ・気軽に相談できる窓口、職員の必要性、具体的でわかりやすい説明の重要性が分かった。
- ・一年間、様々なテーマでの研修をありがとうございました。
研修そのもので学ぶことも大変有意義だったが、医療・介護の垣根なく参加できること、顔が繋がること、研修の企画運営を一緒に行っていくスタイルが何よりもの宝物だった。
新年度も工夫を凝らした研修を期待している。お疲れ様でした。
- ・本日ちょうど病院から入院中の利用者に関する相談を受けたので、情報提供に活かしていきたい。
- ・現在入院対象になってしまう人は肺炎（誤嚥性）が多い。病院では何回も入退院は受け入れ出来ない、分かっていたら食べさせない、即点滴も・・・と言われてしまう。緊急性は防ぐことが難しいことが多い。しかし、今回の話を聞いて、少し考え方が変わった気がする。
- ・連携の課題が強く、具体的な支援の動き、どう取り組むかが、知識の説明だけであったか。
- ・包括としては、入院時、書類などは送っておらず、私は口頭で情報を伝えている。☎で時間を使わせてしまっているのは、すごく申し訳ない気持ちはあるが、文章よりも伝えやすい。
「こんなことで」と思って連絡しない時もある。どういうことを伝えたらいいのかすごく悩む。
医療の専門用語をとっさに言われると分からず・・・。
福祉職だが、医療用語や薬の事は必要な知識だと感じているので勉強中だ。
病院の医師がどんな人なのか分からない。
個々の病院の強みを知りたい。
かかりつけ医から入院先への情報もしっかり行ってほしい。
- ・地域包括ケア病棟が普及すると良いと思う。治療がなければ入院出来ない現状だと思うので、困っている人もたくさんいると思う。
- ・訪問看護は、治療等がないとサービス導入は難しいと言われ、どうすればいいのかと思うが、伝え方が良くなかったのかと反省をする。
受診先に同行し、今後も独居で黄色信号のひとつには、医師又は看護師に伝えていきたい。
黄色信号のよろず相談が出来れば、早く対応でき、安心して相談しやすいと思う。
- ・市民病院はどこが連携してくれるのか？
通院が出来ない人が増えている。

「異常がない」と言われ戻ってきて、状態が悪化。入院、または次の受診までに預かってくれる病院・施設がない。豊川市は受け入れできるところがあるのか？

- ・ケアマネは情報を持っているが、全てのケースに対応はできていない。

まだ関わって間もないケースなどもあり、内服変更も伝わってこないなど、ケースにより情報がとれないこともあることは、病院側にもご理解頂きたい。

外来でとても冷たく待たされ、困っていても、困りましたね～とよそ事のように言われたという話を良く聴く。何に困るのか把握して繋いでほしい。

全てケアマネがオールマイティに働く人材だと思ってもらっては困る。

- ・ありがとうございました。

「自宅に帰りたい」本人はもちろん、「終わりの見えない介護」に不安を抱える家族に、予後予測の視点を常に持ちながら関わっていこうと思う。

※筆記の文章は、である調に統一させていただきました。

内容はそのまま記載をさせて頂いています。

ご協力ありがとうございました。

以上



離れた地域でその人らしく暮らす

病院とケアマネジャーのズレ



