

| 団体名                    | 入退院課題  |
|------------------------|--|
| 防府医師会                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入退院時の情報交換が必要と考える。</li> </ul>   |
| 防府歯科医師会                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・手術前や入院中の口腔ケアや治療、退院後の口腔管理を行っているが、まだまだ全体的に少数の患者にとどまっている。</li> <li>・手術前から歯科医院にきていただき、治療計画をたてて、退院後も継続して口腔管理が出来るような環境をつくりたい。</li> </ul>   |
| 防府薬剤師会                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院時カンファレンスや担当者会議に呼ばれることがほとんどないのが薬剤師の現状です。入院したこと・退院したこと自体を退院後の受診時の処方で知ること多く、処方内容について患者様やご家族、施設などに聞いても、変更理由やとん服薬の用法など不明なことは多いです。</li> <li>また、入院中の薬の管理状況などの引き継ぎがあれば、退院後患者様や薬の管理をする方が混乱しないよう、調剤上の工夫で対応できることもあります。</li> <li>適切な服薬に繋げるために、退院時カンファレンスや退院後の担当者会議に薬剤師も参加させていただくことは、患者様、お世話される方にも有益だと思いますので、是非お声がけいただきたいと思います。</li> <li>また、退院時カンファレンスや担当者会議にオンラインでも参加できるととてもよいと思います。</li> </ul>  |
| 山口県訪問看護ステーション協議会 防府支部  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院入院時は、入院時すぐ地域での生活の様子を知る目的の会議開催を望み退院時の担当者会議も少し早めの開催を望む。そうすることで入院中の支援が退院後の生活に直結する。</li> <li>・再入院の多いケースの実態調査をして、支援できることを見出す。<br/>→再入院の減少へ</li> </ul>   |
| 医療機関地域連携担当             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・転院調整に要する日数が長期化しています。後方病院に空きがなく自宅退院や施設退院に向けての一連の動きの中で、何か問題等が発生しているのだろうか。</li> <li>・患者さんの意識がはっきりしている段階(地域にいる段階)でACPを確認する習慣や啓蒙が進めば、本人の意思尊重がしやすくなると思う。</li> <li>・患者さんの状態により、入院時に担当ケアマネジャーの情報が入手できないことがある。ケアマネジャー側で患者さんやご家族か当院に入院されたという情報を得られたら、相談員までご連絡いただけますようご協力をお願いします。</li> <li>・経済面、家族が遠方、特養・老健(多床室)を希望する男性の待機が長いなど、退院支援がスムーズにいかず治療以外で入院が延長しているケースがある。</li> <li>・経済的に余裕が無かつたり、身寄りがない人が病気をきっかけに前の生活に戻れない人の割合が増えつつある印象。現在すでにその様な患者さんの退院後の生活調整にかなりの時間を割いている。そこで、行政には、年齢を問わず身寄りがない市民に向けて、「病気になって今まで通りの生活ができなくなった時の準備」についてなど対象者に届く発信をしていただけたらと考える。また、本人や家族についての情報提供や問題発生時には早期にかかわりも持つていただくことをお願いします。</li> <li>・介護保険申請から認定までの期間は時間がかかるものの、以前に比べて急ぎの調査は希望に添っていただけている。しかしながら、一次判定については介護支援専門員(以降ケアマネ)や施設相談員へ情報共有ができないとすみないケースもある。</li> <li>・入院後、ケアマネへの入院報告、情報提供の依頼、面談への声掛け、入院中の経過を報告、必要時退院前カンファレンスの実施を行っている。ケアマネによっては自ら情報提供や施設の検討、面談希望の連絡をくださる方もおられるが、そうではないケースもある。入院中であっても在宅ではケアマネと協働していきたいので、積極的なご協力を願います。</li> </ul> |
| 山口県作業療法士会              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院サマリーの充実<br/>リハビリテーションに関する内容において、病院以外の施設へ提出する際に用語などわかりにくいものはないかお知らせいただけたら、協議して周知できると思う。</li> <li>・退院後に自宅での生活を一度評価できるシステムがあると、在宅生活への移行がスムーズになると思われる。</li> </ul>  |
| 防府介護支援専門員協会            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ご家族・ご本人にどれだけ伝わっているのか、どこまで理解しているのかについて、医療職・介護職が共通認識を持つこと。</li> </ul>  |
| 山口県栄養士会<br>防府地域事業推進委員会 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理栄養士の配置義務のある病院と介護保険施設での栄養情報連携は問題ないが、有料老人ホームなどの管理栄養士の配置義務のない施設との栄養情報連携は、ほぼない状況。</li> <li>・病院や介護保険施設から有料などへの退院・退所、または在宅復帰された際に、提供された栄養情報がどれくらい理解及び実行されているか、または役に立っているかが不明。</li> </ul>   |
| 地域包括支援センター             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時には連絡をいただくことがあるが、経過途中でも連絡をいただけると助かる。</li> <li>・退院時も急に日にちが決まりたりするで、対応が遅れるので何かの方法がないかと思う。</li> <li>・身寄りのない方の入退院時の対応</li> <li>・退院時、支援時、病院、本人、家族、包括の方向性の統一</li> <li>・環境調整必要な方の場合、早めの連携が必要</li> <li>・連携室と包括の役割</li> <li>・身元保証人不在者の対応</li> <li>・低所得者の入院費、病衣等の雑費の対応</li> <li>・入院した際に地連から連絡はスムーズに入っている。</li> <li>・急な退院等の時は調整が後手になることがある。</li> </ul>  |