第7回橋本市民病院地域医療ネットワーク会議　グループワーク「退院して地域へもどる際の困り事や要望、良かった取り組みについて」 参加者からのご意見

	困ったこと	他機関への要望	良かった点、取り組み
意思決定・意向	・ある程度病状などがよくなった時、家族の要望との食い違いがある、「もうちょっと」の要望が高くなる ・がんの末期など家族の理解が必要 ・継続的に入院を希望し長期の入院になる人もいる、経済的な理由で入院継続を希望する人もいる ・同法人、同機関のサービスの利用を優先したケアプランになる場合があり、患者側に立って考えられていないのでは ・（介護者では）患者、家族を説得することができない。医師から情報提供してもらえると分かり易い ・PEGを作らない人が増えているが、作らない場合はどうしているのか？ ・延命処置に関する決定 ・看取り目的で入所したが、家族の気持ちが変わり対応に困った。 ・ACPにおいて、本人、家族の希望、意向が揺れ動いて一からやり直しになる。 ・本人と家族の相互の温度差がある。 ・独居の人が入院してADLが落ち、支援する家族もいなければ退院に対して恐怖心が強い。 ・家族が自宅で看取りをしたいと退院したのに、救急車で運ばれたことがあり、退院時にきちんと詰めておくべきだったと悔やんだのでちゃんと話しておきたい（病棟Nsより） ・最後の看取りのところで本人は良くても家族がパニックになる場合がる。・施設入所の際に、本人が納得できていない部分もあり、施設側でも対応に戸惑うことがある ・ACPが一からやり直しになる。	・家で看取るということの準備が必要。病院での看取りとは違う。 ・受け止める側のフォローをしてあげてほしい ・説明を本人、家族が理解できるかどうか注意してほしい。	・退院時期、本人、家族との話し合い。納得を得るための話し合い、コミュニケーションが大事・自宅へ退院時、家族にあまり構えないでと先に訪問した時に伝えるようにしている。
身体機能に関連すること	・入院中に義歯をつけず、合わなくなったり紛失し使用できなくなる。 ・高齢でADL低下・食事がとれなくなり、栄養状態が悪くなる。 ・精神科の判断・感染症（MRSA、ESBL）などの管理に関して困ることがある。 ・退院後、入所後に食事をとらなくなること。食べれないと施設へ戻れない。 ・入院により認知症が進行する。 ・インスリンが必要となり在宅が難しくなる。 ・疾患、処置によっては専門性もあるため対応に困る。 ・（施設）自尿が出ず、導尿になるとマンパワー的に対応できない。バルン管理になると尿路感染を起こし入院と悪循環になる。 ・高齢でADLが低下すること。	・義歯についてできる限り早い時期に使用、使用の継続をお願いしたい。紛失していることが怖いと考え取り扱ってほしい。 ・元気なうちに食べれる口を作っておくようにしてほしい・ケアマネの立場から病状やADLに応じて介入するが、病院で食べていても退院すると食べない人もいるので、家に退院した後に食べないときのことも考えてほしい。 ・老々介護、認知症で薬の管理が在宅で難しい場合の対処方法を教えほしい。 ・内服管理が難しい時にはヘルパーで対応難しいので、訪問看護の利用を薦めてほしい ・インスリンが必要になった時にスタッフ体制から受け入れできないことを理解してほしい。	・利用者に合わせて相談したところ、内服を3回から1回に変更してもらった。 ・認知症の人が入院して。普通の理解力になって戻ってきた。お薬の調整のおかげと思う。 ・状態に応じた薬の調整が身体的にも精神的にもよくなって施設へ戻ってくることがうれしい。 ・薬を一方化に移行してもらうなどの配慮が助かる。
情報共有について	・退院時カンファレンスの参加を呼び掛けてしてほしい ・おくすり手帳の定着が徹底されていない、病院ごとにお薬手帳を持っている。 ・急な退院で事後報告になることもある ・介護職員が医療情報を収集するのが困難。・医師は忙しく対応困難なことが多く、看護師が情報提供をしている。 ・リハビリからの情報提供書でわからないことがある。（ケアマネより）・入院中、食事が嚥下食であったが、家で普通の食事を食べたいと言えば常食で良いと言われて困った。 ・急性期での端的まとめられた報告書の内容と比べて状態が変わって帰ってくる。 ・誰がどのような判断で意見を言ったかをもっと詳しく知りたい。 ・家族関係や病状など正確な情報をつかめないことがある。 ・カンファレンスへ参加にしにくさがある。薬局に何を求めるか ・（薬局）退院してきて初めて薬がわかる。入院中の情報はわからない。 ・退院前に末期と教えてもらえない家族がいる。在宅医が自分で診断し説明しなければならない。 ・退院日にカンファレンスは困る。 ・入院中に難しいことの伝え方。開業医へ戻る際には診療情報提供書だけの対応では不安（伝わる内容） ・地域へ戻る際に、地域の生活が見えない。関わりを持つ方への情報の伝え方に困る。	・退院時カンファレンスに病院薬剤師も参加してほしい ・在宅支援として退院後の情報がほしい（病院側） ・入退院時の聞き取りが大切（病院側へ） ・主科だけでなく、他科の情報提供もしてほしい ・カンファレンスだけでなく、医療面での指導等もしてほしい ・問診にかかりつけ医だけでなくかかりつけ歯科。かかりつけ薬局も記入できるようにしてほしい。 ・入所時の診断書作成を早くしてほしい。 ・入院中に在宅環境をみてほしい（家族、食事など） ・だれ（支援者、本人、家族）がどういう意見を言っているのか教えてほしい ・在宅へつなぐ治療だけでなく、患者の問題点や情報を共有してほしい。 ・退院後に考えられるリスクの情報共有、家族への説明、認識、急変時の対応などの共有	・退院前カンファレンスが以前よりも充実してきた。多職種を交えたカンファレンスは尚よい。 ・具体的に継続する処置を教えてもらえるので良い。 ・カンファレンスでの顔合わせが良かった。 ・退院前カンファレンスで詳しく情報をもらえたことで、利用者の状態がよくわかり事前準備やプランも立てやすい。 ・患者、家族がどこまで出来ているのか、退院してくる前の予備知識が今は出てくるようになった。 ・丁寧な紹介状でありがたい。

	困ったこと	他機関への要望	良かった点、取り組み
機関連携	・かかりつけが市民病院（かかりつけ医が開業医でない） ・退院までと退院後の口腔内ケア・かかりつけ歯科医の申し込み ・土日に急に退院となることがあり調整に困る・ケアマネジャーが入院、退院を知らないことが多い ・ケアマネジャーがわからない場合がある　⇒介護保険証をチェックすれば記載されてる場合ある ・救急での受診時に状態が良くても、紹介医が紹介したときの状況を考えて対応してほしい。直ぐに帰すような事はないようにしてほしい。 ・病院の敷居が高い・高齢者世帯や独居高齢者が子供の近くに住みたい（転居したい）という要望が時々あり、どのように支援しているか情報が欲しい。 ・独居認知症のある患者が退院時のサービス調整が不十分で困った。本当に自宅で暮らせるか、調査、調整をしてほしい。 ・処方箋の情報を早めにもらい、指導をしていきたい。 ・退院前カンファレンスに呼ばれない、患者によってカンファレンスがない ・病院から訪問看護への連携がうまく取れない。指示書の依頼先に悩む。 ・ケアマネ、訪問看護から往診の依頼があったときに、先に詳しく情報が欲しい。 ・往診は独居で来院できない人やがんの末期は大丈夫だが、そうでない往診の依頼は困る。 ・在宅の準備が整っていないのに退院日が決まっている場合は困る。事前に確認してもらいたい。 ・退院時の看護、介護の連携が病院によって一定していない	・家族の負担にならないような支援やかかわりが必要 ・福祉用具等の準備のため退院まで準備期間が欲しい。試験外泊や家屋調査の時間が欲しい。 ・在宅へ戻っても必要と判断したときは再紹介してほしい。 ・早めに連絡してもらい、退院前カンファレンスを開いてもらうと情報や準備を行える。 ・（歯科医科連携について）地域連携室に相談してもらえれば調整できる場合がある。 ・緊急、夜間等にSNSを連携に活用してほしい　⇒　ネットワーク構築が必要・顔の見える関係・延命処置を希望していない方が病院へ受診に来るが、施設で看取りは難しいか？ ・患者さんを中心に関係機関の繋がりがとれていれば迷いなく患者さんの相談ができる ・ポリファーマシーの推進・処方箋の情報を早めにもらい、指導をしていきたい。 ・地域のかかりつけ医（往診医）と総合病院と主治医2名体制が必要。 ・新規で施設へ入所の場合、できる限り早めに紹介してもらう方が施設側も患者のことを考える機会を持てる。	・アルツハイマーの肺炎などいろいろ入院で受け入れてもらい助かっている。 ・周術期の患者さんの紹介があれば、口腔内の管理もできるので紹介してほしい。 ・入院中に薬と介護資源の整理がされて退院してくることはとても助かります。 ・ポリファーマシーの介入・退院後在宅医から元々の紹介医に報告があった。 ・薬カレンダーを配達し配薬するなどの取り組みがある。医師の指示が取り組みを広げている
制度に関して	・四市町村ルール（退院調整ルール）が生かされていない ・要介護認定が下りるのが退院後になり、暫定でのプランになるが認知症、ある程度ADL自立、高次脳機能障害の場合はおおよその介護度の見込みが難しい。 ・老々介護の所もADLがそこそこいいので介護度が低くサービスが使えないことがある。 ・病院で長期入院ができない ・入院期間が疾患で決まる。患者の経済状況を考えずに期限が来れば転院させられると患者が言っている。 ・制度によって時間がかかればできることが、時間制限の中でできないことがある。 ・介護保険により、かえってADLが低下することもある ・往診ができる範囲は直線距離16Km以内というルールがある ・金銭的に訪問看護につなげられない患者は外来でのフォローをしているが現実難しい。 ・同居人がいる場合、ヘルパーの介入が難しい		
地域の資源について	・訪問診療医が少ない・末期の人の受け入れ先が少ない ・介護施設などでは、入院などで医療が必要となれば再入所が困難 ・インスリンが必要となれば退院時に施設探しが難しい。 ・退院前の指導に行きたいが一人で薬局を営業しており、空けていけない。 ・レスパイトできる施設がない。呼吸器がついた人の受け入れ先がない。 ・お金のかからない、行政支援や地域のボランティアなども活用していくことも考えないといけない。 ・障害児の受け入れ先が少ない。	・軽いうつ症状の入院など、社会的入院を受け入れてほしい。⇒　一度紹介してほしい ・院外での地域住民に対するイベントも開催してほしい。（広まっていない）	・病院がいざとなったら対応してくれる安心感がある。病状知ってくれる拠点がある。⇒　入院か在宅か選択肢がある ・紀和病院が短期入院を受けてくれた、五條病院が1週間のレスパイト入院を受けてくれた。
その他	・医師会も高齢化（後継者問題、医師の減少） ・通院時に待ち時間が疲れると通院を嫌がる方がいる。 ・歯科入院中は治療の継続ができない・理解して帰ってきてもらえたら「1回説明したでしょ」のような対応もある ・患者に触れることが治療のひとつであったが、パソコンを触る時間が長くなっている。ハード面ばかり発達してソフト面が低下しているのでは。	・待ち時間の間、横になって待てるように配慮できないか	