

平成 30 年度東三河地域在宅医療・介護連携推進支援研修会について

1 研修会概要

名称	東三河地域在宅医療・介護連携推進支援研修会			
目的	<p>地域包括ケアの在宅医療・介護連携推進の取組に関し、市町村ごとの課題や共通課題、複数の市町村が連携して対応すべき課題等を把握し、取組を推進していくため、地域の連携強化に資する情報を有識者等から収集することを目的とする。</p> <p>本年度は、地域課題の一つである市町村域を越えた退院調整について、在宅医療介護連携を推進する主体である市町村等が現状把握し、課題解決のための取組方法を学ぶため、地域を越えて在宅医療・介護連携が図られている東三河南部医療圏と東三河北部医療圏が合同で、行政機関において長く専門領域とする講師からご講話をいただく。</p>			
主催	愛知県豊川保健所・愛知県新城保健所			
日程	平成 30 年 12 月 7 日（金曜日） 14:00～16:30（開場 13:30）			
会場	東三河県庁（東三河総合庁舎）2F 大会議室			
テーマ	切れ目なく在宅医療と介護が提供される地域の構築を目指して ～東三河地域での退院調整ルール策定へのプロセスを通じて考える～			
講師	<p>逢坂 悟郎 氏</p> <p>兵庫県 丹波健康福祉事務所 所長 県庁健康福祉部参事(介護医療連携担当)を兼務</p> <p><略歴>25年 厚生労働省 老健局 老人保健課勤務 医療・介護連携技術推進官として、国モデル事業（二次医療圏の退院調整ルール策定）担当</p> <p>27年4月より現職</p> <p><専門領域> 地域医療・介護連携</p>			
参加者	○受講者	78人	東三河	他
			北部	南部
	各市町村介護保険主管課長及び担当者	6	14	
	東三河広域連合担当課長及び担当者		4	
	各在宅医療サポートセンター	1	7	
	各市町村地域包括支援センター代表者	4	8	
	県看護協会東三河地区（病院看護部長等）	4	13	
	医療機関地域医療連携室MSW	0	12	
	他保健所・その他			3

2 研修スケジュール・概要

時刻	タイトル	主なキャスト	時間	備考
13:30	開場			
14:00	開会挨拶	事務局	5分	
14:05	講演 「東三河地域での退院調整ルール策定を目指して」 第1部 「病院（看護部長、地域連携室）説明用プレゼンテーション」	兵庫県丹波健康福祉事務所 （丹波保健所長） 逢坂 悟郎氏	130分 60分	講義 ○対象者 ・行政関係者 ・医療関係者 看護部長 地域連携室MSW
15:05	退院支援・退院調整に関するアンケート結果報告	事務局		
15:15	休憩		10分	
15:25	第2部 「病院・ケアマネ協議を効果的に進めるためのポイント」（行政向け）	兵庫県丹波健康福祉事務所 （丹波保健所長） 逢坂 悟郎氏	60分	講義 ○対象者 ・行政関係者
16:25	質疑応答		5分	
16:30	閉会	事務局		

研修会後の動き

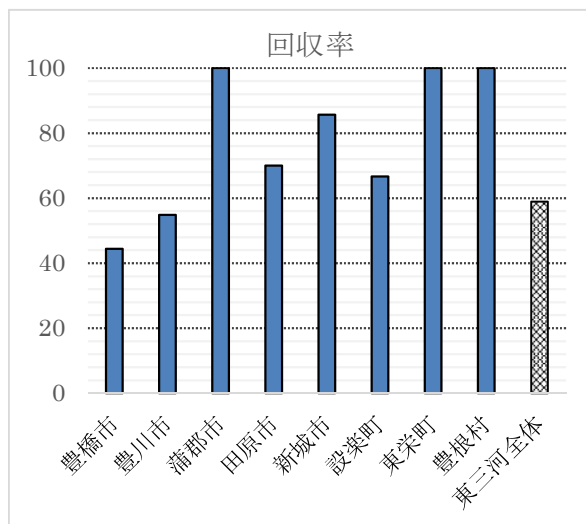
- ・研修会参加者へアンケートを実施。
- ・退院支援・退院調整に関する介護・医療関係者の課題集約、ルール作りについて、各機関（市町村・医療機関等）に意向を確認する。〔各医療圏（東三河北部・南部）で確認し、広域的な取り組みについて検討していく〕

退院支援・退院調整に関するケアマネへのアンケート調査結果 ～病院と介護事業所とのケース連携について～

豊川保健所・新城保健所・東三河広域連合

実施期間 平成30年10～11月
 調査対象 東三河地域の居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）
 回収率 58.9%（東三河北部 85.0% 東三河南部 55.4%）
 [回答数 99事業所 ケアマネジャー総数（実働数）346.7人分の回答]

事業所所在地	対象数	回答数	回収率
豊橋市	72	32	44.4%
豊川市	51	28	54.9%
蒲郡市	15	15	100.0%
田原市	10	7	70.0%
新城市	14	12	85.7%
設楽町	3	2	66.7%
東栄町	2	2	100.0%
豊根村	1	1	100.0%
合計	168	99	58.9%



1. ケアマネの担当ケース数

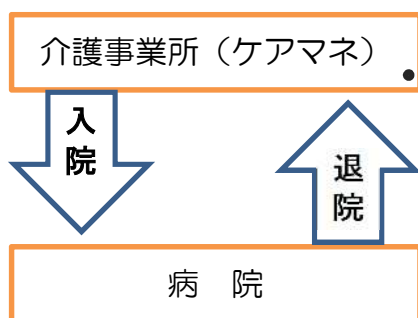
- (1) 総数 10,149人
 (2) 介護度 要介護 8,438人
 要支援 1,436人
 未記入 275人
 (3) ケアマネジャー一人あたりの担当者数

東三河 29.3人	北部 29.5人	新城市 27.3人	設楽町 35.2人	東栄町 37.7人	豊根村 12.5人
	南部 28.1人	豊橋市 29.3人	豊川市 28.4人	蒲郡市 30.7人	田原市 30.7人

2. 入退院件数および入退院時の連絡件数（特定した1か月の入退院状況）

入院件数 370件
 入院時情報提供 261件
 (70.5%)

東三河北部 78.3%
 東三河南部 69.4%



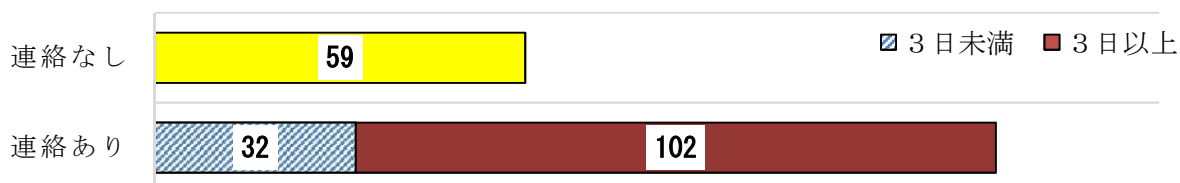
入退院とも約3割が連絡を取っていません

退院件数 196件
 退院連絡数 134件
 (68.4%)

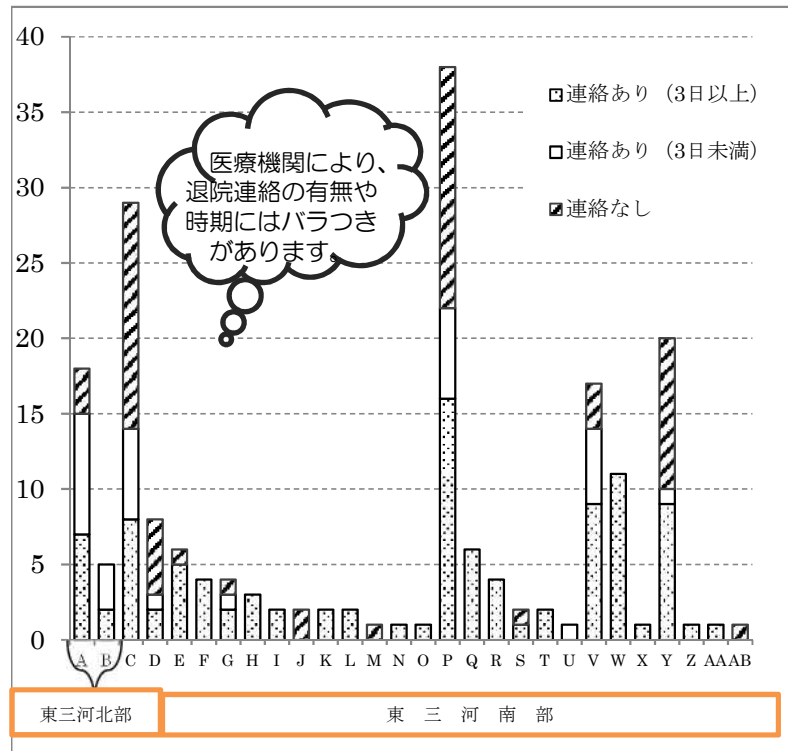
東三河北部 77.4%
 東三河南部 66.7%

3. ケアマネへの退院連絡の状況

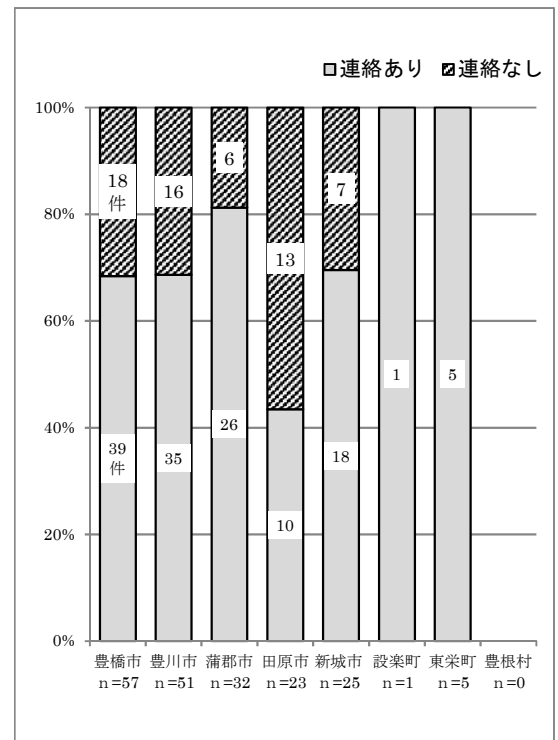
(1) 退院連絡の有無と時期



(2) 医療機関別の退院連絡状況



(3) 事業所所在地別の連絡の有無と時期



4 病院との入退院時の引継ぎに関する意見、問題点 (アンケート結果より一部抜粋)

(1) うまくいっている点

★—新城保健所管内の意見

- ・入院時と退院時の状態変化が大きい場合に訪問介護導入など体制がスムーズにでき、多職種と連携ができた。退院後も本人の介護で不安がある場合に看護師に相談ができ、サービス利用につながった。
- ・退院後の支援に向けてケアマネから病院に出した要望に対して、病院内で連携をはかりすぐ対応していただいた。連絡がギリギリで困ることもあるが、一歩前進していると感じる。

★ 退院に伴い担当看護師、理学療法士より身体状況及びリハビリの様子を詳しく教えていただき、住宅環境を整えて退院することができた。(特に理学療法士の助言等はとても参考になりました)

- ・退院後の生活を意識し発言してくれるスタッフ (Ns, PT, OT, 栄養士等) が増えて助かっている。

(2) 課題や問題点など

★ 病院による退院調整で自宅の様子が理解できていないため、退院後改めてサービス調整を行った。

★ ターミナルの依頼が退院日直前で、情報収集 (医師、看護師、本人、家族) できず支援が難しかった。

- ・認知症があり、肺炎が改善されたので退院となったが、入院前に食事がとれていないので、入院継続がいいのではないかと考えていたところ、1週間後に肺炎と意識消失で再入院となった。

★ 介護保険未認定で、退院後の担当が包括か居宅かの結果待ちの間に再入院となったケースもあった。

- ・急な退院連絡で物理的に支援が間に合わないケースがある。新規契約の場合は早めの一報がほしい。

★ 他市町の病院との連携もたまにあるので、広域共通の連絡票ができるといい

- ・情報を十分出されない事 (悪性の病名、状態、家族親族関係等) があり、手探りの状態での支援となる事がある。短期集中が (ターミナル期等) 必要な時期には困難を感じる。

- ・相談員が土日休みのため、週末のやり取りが難しい。

・急性期病院は治療後すぐに退院や転院することが多く、退院までの期間が短い。カンファレンス・担当者会議の調整の間がなく、Ns や Msw の情報でプラン変更ということがある。

★ 個々の機関のことをとやかく言うのはあまり好みませんが、こういう調査が定期的に行われるという効果は、ir 医療・介護にとって大きなものがあると思います。是非定期的実施してください

東三河地域での 退院調整ルール策定をめざして

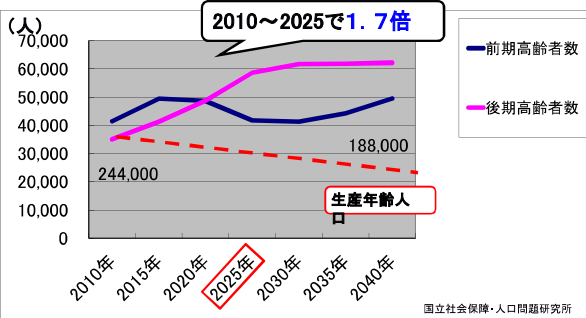
兵庫県丹波健康福祉事務所 所長
(元 厚生労働省老健局老人保健課 医療・介護連携技術推進官)

逢坂 悟郎

本日の内容

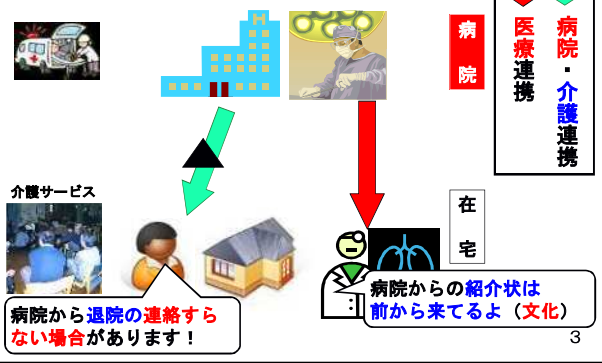
- 日本、東三河地域の将来
- 国のモデル事業
「二次医療圏の退院調整ルール策定」の紹介

豊橋市での前期・後期高齢者数の変化



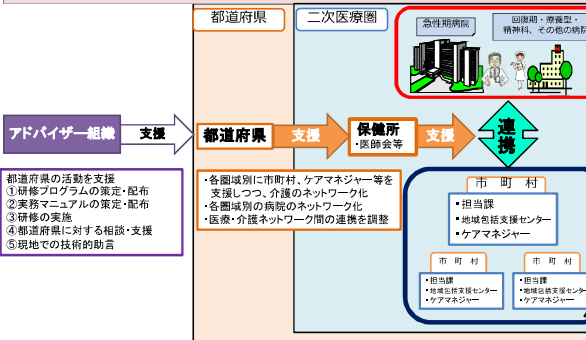
9%減少する労働者で、今の1.7倍の後期高齢者のケアは？
皆さん、今の1.8倍働けますか？

日本の退院調整の現状



都道府県医療介護連携調整実証事業（26年度新規）

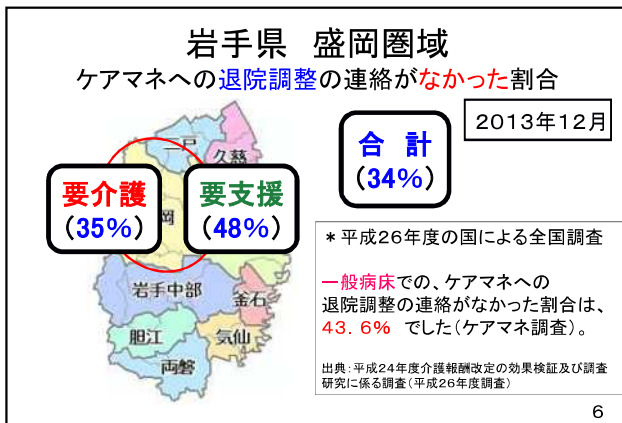
都道府県の調整のもとで、市町村と介護支援専門員と病院とが協議しながら、地域の実情に応じて、病院から介護支援専門員への着実な引き継ぎを実現するための情報提供手法等のルールを作り、それを実証的に適用し、具体的なノウハウを蓄積することを目的として行う。



ケアマネへのアンケート

利用者	退院された病院名 (市外の病院も含めて)	要支援・要介護 の区別	病院からの 退院調整の連絡
1		支援・介護	有・無
2		支援・介護	有・無
3		支援・介護	有・無
4		支援・介護	有・無
5		支援・介護	有・無
6		支援・介護	有・無
7		支援・介護	有・無
8		支援・介護	有・無
9		支援・介護	有・無
10		支援・介護	有・無

「先月の退院患者について教えてください」



ケアマネへの引き継ぎのない患者例

◆事例. 病院と自宅の環境の違いに配慮しない退院例(多数)

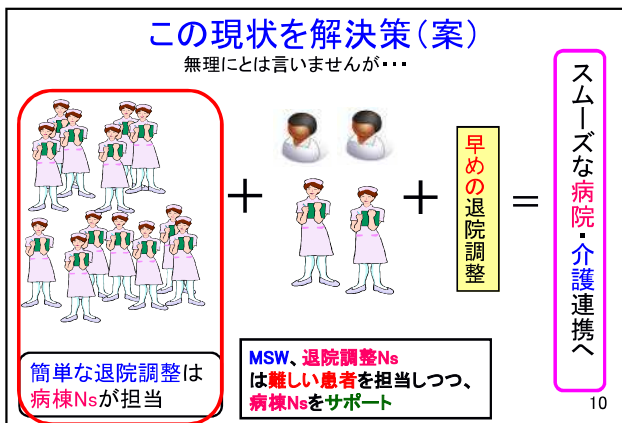
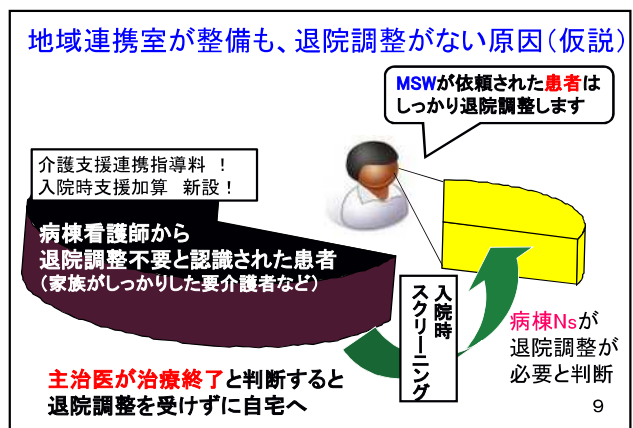
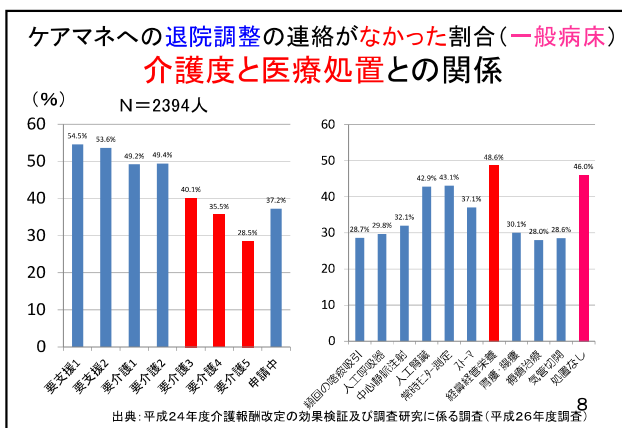
病院では車いす移動で、排泄が自立していたが、自宅ではベッドがなく布団に寝ることになった。

床からの立ち上がりができないので、トイレに行けず失禁状態になる。

民生委員が発見しケアマネへの連絡を行い、退院10日目にベッド、通所介護が提供された。

しかし、本人及び家族の介護負担は重度化していた。

こんな退院が続くと在宅ケア(医療・介護)にダメージを与えます 7



- ### 退院調整ルール案のポイント
- ◆病院は、要介護等の患者の退院までに、余裕を持って(?日)ケアマネに連絡
 - ◆早めに呼ばれたケアマネはできる範囲で退院準備を手伝う
 - ◆各病院は、窓口、担当を公開
- 11

この地域ルール互いのメリット

ケアマネさんが退院準備を手伝ってくれるから、退院調整が簡単、楽になった。

退院調整なし退院がなくなって楽。

退院直前の引き継ぎがなくなって楽。

看護師が笑顔で迎えてくれるので、病院の敷居が低くなった。

ケアマネ

12

入退院時連携における報酬の整理

病院	CM
①入院時支援加算 200点 <small>※自宅からの予定入院者で入院支援加算を享受している場合に可/外来で入院の医師、介護サービスの実施</small>	①利用者にCMの氏名を伝えることを周知
②入院支援加算 <small>入院当初から関係者との連携を開始</small>	②入院時情報連携加算Ⅰ(3日以内) 200単位 (FAXでも可) 入院時情報連携加算Ⅱ(7日以内) 100単位 (FAXでも可) <small>※FAXの場合は、病院に発信を確認する</small>
③介護連携指導料 400点	③退院選所加算 連携1 ケア/入参加 なし 450単位 ケア/入参加 あり 600単位
④介護連携指導料 400点 <small>※病院の職員がケアマネ等と共同して介護サービス計画を作成</small>	連携2 ケア/入参加 なし 600単位 ケア/入参加 あり 750単位
⑤退院時共同指導料2 2,000点 <small>算定可能な職種を拡大(赤字)</small>	連携3 ケア/入参加 なし × ケア/入参加 あり 900単位
<small>※病院の医師又は看護師等の1名と、在宅の医師等は看護師、訪問看護師等の職員、歯科医師(歯士)、薬剤師、リハ職、介護支援等員、臨床支援専門員の1名以上が実地がするもの。</small>	<small>※カンファレンス参加あり 退院時共同指導料2の要件を満たすもの</small>

入院

退院

13

第1回 病院・ケアマネ協議

病院(看護部)

ケアマネジャー

ご本人の承諾済

14

協議の内容は

- ◆ 病院、ケアマネの役割と働き方の違い
- ◆ 病院は退院〇日前にケアマネに連絡するか (直前調整とは、退院〇日前の連絡をいう)
- ◆ 互いがほしい情報(受け取る側の言い分を尊重)
- ◆ 退院調整が必要な患者とは など

15

院内での運用ルール

8つのチェックポイント

16

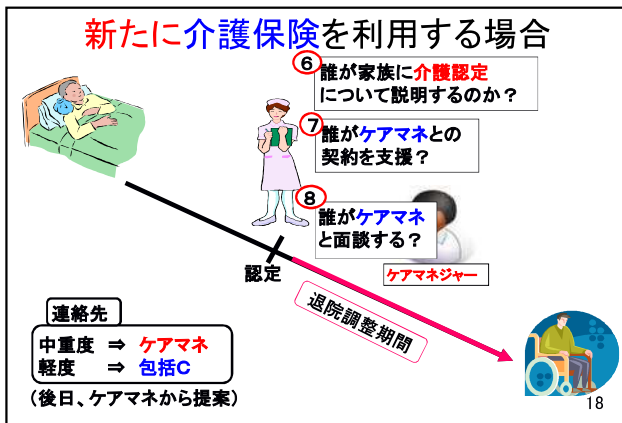
入院前にすでに介護保険を利用していた場合

- ① 病院の窓口 電話、FAX ?
- ② 入院7~10日目での「在宅可能」判断は可能?
- ③ 誰がケアマネに電話連絡?
- ④ 誰がケアマネと面談する?
- ⑤ 退院日が決まったら誰がケアマネに連絡?

ケアマネ

ケアマネ

17



全病院の情報公開

病院名	すでに介護保険を利用していた(OMが付いている)場合				新たに介護保険を利用する場合				
	①OMへの入退院情報はどこから？ (電話してから？手渡しの場合)	②退院調整の情報を渡し、退院判断は可能？	③誰がOMに電話をする？	④OMとの連絡主体は？	⑤誰がOMに退院日を連絡する？	⑥誰が介護保険の申請を説明する？	⑦誰がOM契約の支援をする？	⑧誰が契約後のOMと連絡をとる？	
〇〇病院	地域連携室または病棟(連携室に事前アポを)	地域連携室 代表FAX:	×(D-判断)	地域連携室 家族	地域連携室 状態確認の場合は病棟Ns	地域連携室 家族	地域連携室 または病棟Ns	地域連携室	地域連携室
〇〇センター	直接病棟に電話	地域連携室 FAX:	※判断で○(Dr判断や家族希望で×の場合も)	病棟Ns	病棟Ns	病棟Ns	病棟Ns または地域連携室	病棟Ns	病棟Ns または地域連携室
〇〇病院									
□病院									
〇〇総合病院									
△病院									
○病院									
■病院									
▲病院									
▽病院									

病院単位で統一。
内容については、各病院の判断に任せます。
(病院によって事状が違うので、無理は禁物)

善し悪しについては、半年毎の点検協議で議論

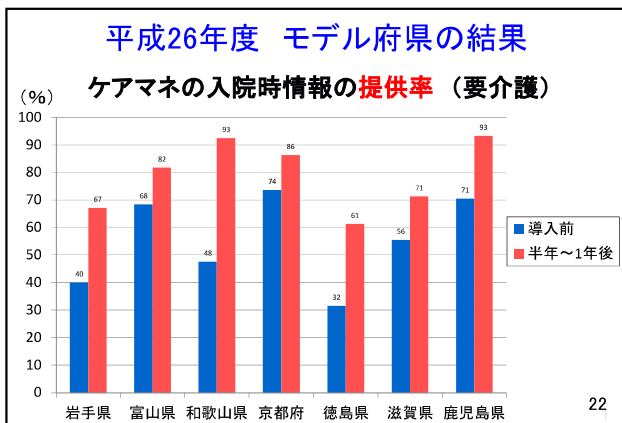
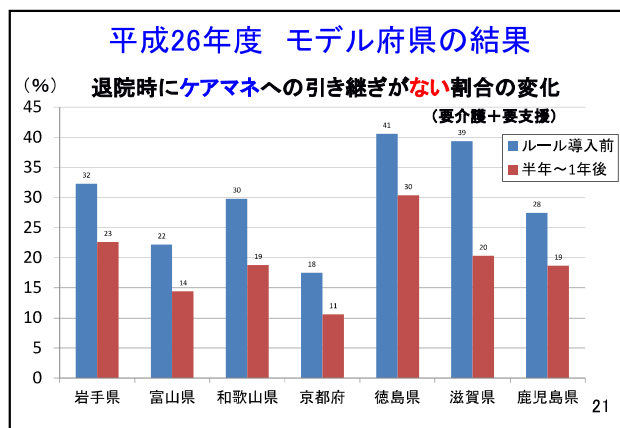
19

今年度はルール策定までが目標

- ◆ でも、ルールを作っただけでは大きな退院調整の改善は期待できません。
- ◆ しかも、せっかく作成したルールでも、放置すると地域から忘れ去られる危険が...

ルール運用後には、半年毎に運用状況を確認しましょう！
(連携協議は大変でしょ?)

20



東三河地域の病院関係者の皆さんへ

- 患者さんの退院後の幸せのために、地域全体での「退院調整ルール」をケアマナさんと一緒に作りましょう。それに、病院の増収にもつながります。
- 退院調整ルール案に賛同して頂ければ、地域のケアマナさんたちが話し合っ修正案を出してきます。
- それから、病院・ケアマナ協議となります。
- 東三河地域の将来(皆さんの老後)のために、皆さんの連携協議に期待します。

ご清聴ありがとうございました

23

研修参加者へのアンケート結果

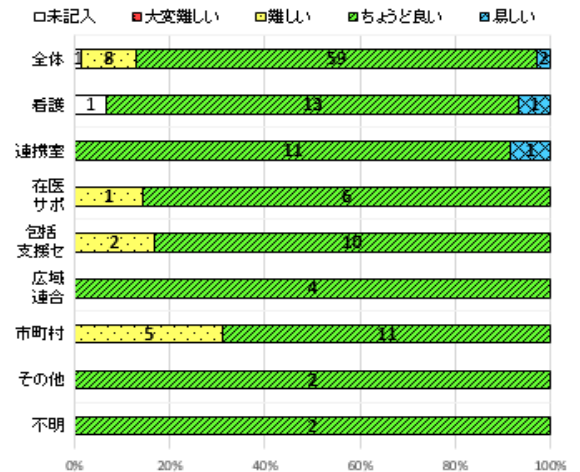
受講者 78人
 回答数 70人
 回答率 89.7%

	全体	看護	地域連携室	在宅医療サポ	包括支援セ	広域連合	市町村	その他	不明
参加者	78	17	12	8	13	4	21	3	—
アンケート回答数	70	15	12	7	12	4	16	2	2
回収率(%)	89.7	88.2	100.0	87.5	92.3	100.0	76.2	66.6	—

1 講演についてお聞きます。

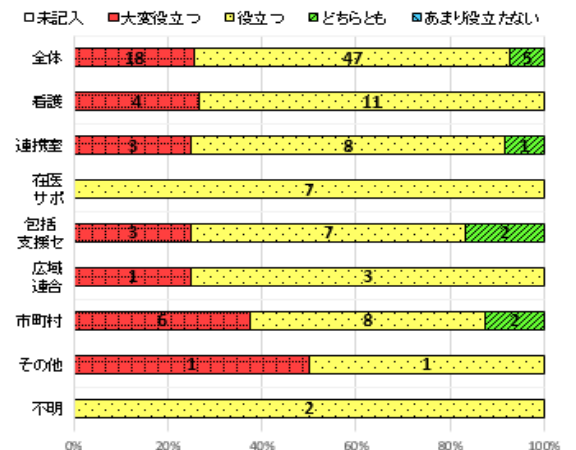
(1) 内容はいかがでしたか。

	全体	看護	連携室	在医サポ	包括支援セ	広域連合	市町村	その他	不明
未記入	1	1							
大変難しい	0								
難しい	8			1	2		5		
ちょうど良い	59	13	11	6	10	4	11	2	2
易しい	2	1	1						



(2) 今後に役立ちますか。

	全体	看護	連携室	在医サポ	包括支援セ	広域連合	市町村	その他	不明
未記入	0								
大変役立つ	18	4	3		3	1	6	1	
役立つ	47	11	8	7	7	3	8	1	2
どちらとも	5		1		2		2		
あまり役立たない	0								



その理由

【大変役立つ・役立つ】 理由 (下線部は東三河北部関係者の意見)

(看護) ・地域差がなくなり、東三河で統一できるとよい。

- ・退院前、ケアマネジャーさんへ連絡するタイミングについて、もっと早いほうが良いことが分かった。
- ・地域で同じ目線で動くことでスムーズに調整できるようになる。
- ・いろいろな職種立場の人が、一緒に現状を知ることは大切。

(地域連携室) ・ケアマネから見た退院調整の現状を知り、もっと連携強めていく必要性を感じる事ができた。

- ・MSW と CM だけでなくNs も含めた HP 全体と、地域の CM との協議ができるから。

(在宅医療サポートセンター) ・病院、介護両方が同じ志があれば良いが…。もう少し時間がかかりそう。

(地域包括支援センター) ・医療介護の連携に壁も感じる部分が多々ある。その壁を取っ払う意味でも…。

- ・病院との連携が取れ、本人が悪化せずに済めば、家族も助かり、保険の使い方も適正になるので。

(市町村) ・郡内で動きがそろえば連携がやりやすい。

- ・医療と介護の連携について必要な内容であるから。
- ・連携の本来の意味や大切さを再確認しました。(会って話す。同等な立場 etc)

(広域連合) ・退院調整の重要性などを理解することができた。ルール作りのポイントを学ぶことができました

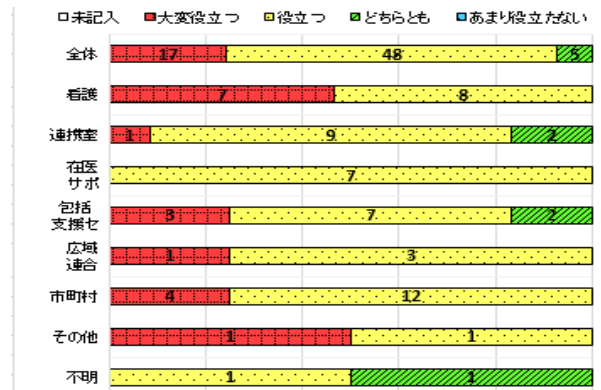
【どちらとも言えない】 理由

(地域包括) ・足並みがそろわないのかわからない。

- ・研修の内容は役立つが、意見交換をする場がないためどちらともいえない。これからの協議をしていくことで役立つのではないかと。

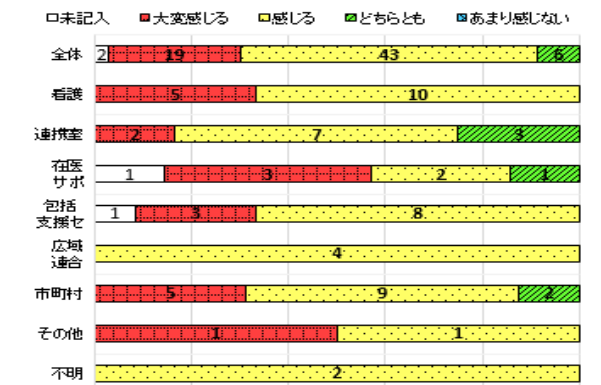
2 この研修事業は今後の地域包括ケアの推進に役立つと思いますか。

	全体	看護	連携室	在医サポ	包括支援セ	広域連合	市町村	その他	不明
未記入	0								
大変役立つ	17	7	1		3	1	4	1	
役立つ	48	8	9	7	7	3	12	1	1
どちらとも	5		2		2				1
あまり役立たない	0								



3 「広域的な退院支援ルールの策定」について、その必要性を感じますか。

	全体	看護	連携室	在医サポ	包括支援セ	広域連合	市町村	その他	不明
未記入	2			1	1				
大変感じる	19	5	2	3	3		5	1	
感じる	43	10	7	2	8	4	9	1	2
どちらとも	6		3	1			2		
あまり感じない	0								



【大変感じる・感じる】理由 (下線部は東三河北部関係者の意見)

(看護) 在宅へ戻られてからより良い生活を送っていただくため必要だと思うから。

・ 情報など共有できるルールがあると共通認識できてよいと思う。

・ みんなで同じルールの上で各々の職種の特殊性を活かし、それをコーディネートする人がいる。病院Nsも知ることができればBest。

・ ケアマネとの連携に力を入れることができ、在宅への支援につながる。

・ 日々感じている。統一できると楽。

(地域連携室) 市外のケアマネ、事業所に疎いと私自身が感じたので。

(在宅医療サポートセンター) 当地区だけでは医療が完結できず、近隣の市より退院がある。

・ 市をまたいで入退院がある。方法等、混乱しないで済む。

(地域包括支援センター) 医療も少なく、サービス数も限られているため、退院支援はとても重要。

・ 調整の相談先や方法が病院によって異なり、対応に困ることがある。

・ 退院連絡がないまま戻り悪化する住民を減らし、それを支援する介護医療の負担減につながると思う。

・ 対象者が増える中で、ルールがあることで新人にも取り組みやすくなると思います。また、病院Nsと話すにもルールがあるとお互い共通理解ができると思います。

・ 今まで、病院側に振り回されている感があるので。

・ ルールが違いとまどう。

(市町村) 市外HPへ入院されるケースも多いため

・ 実際に退院後の連絡調整ができていないから。

・ 近隣病院の他、長野や浜松方面へも運ばれるので、広域対応は必要。

・ 現状をよりよく変えるためには必要だと思う。

(広域連合) 退院連絡状況の集計を見て必要だと感じた。

・ 入退院が広域的であるので、ルール策定は必要と思います。

【どちらともいえない】理由

(地域連携室) まだイメージができていない。

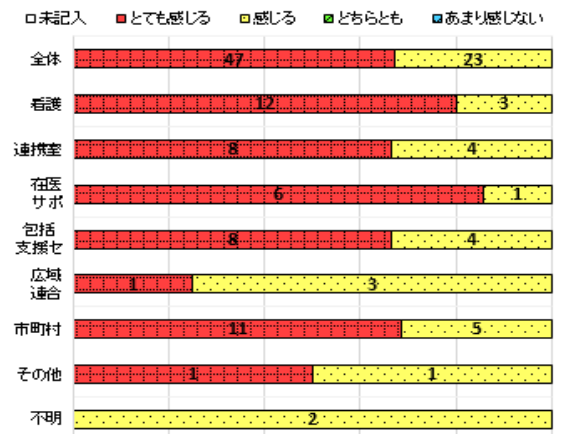
・ 今の所属でのルール策定に迷いがあるため、広域的な視点に入れにくいから。

(市町村) 地域の在宅医療・介護連携の状況が異なる中、どう進めていくのかわからないため。

4(1) 医療・介護の多職種が連携する必要性を感じていますか。

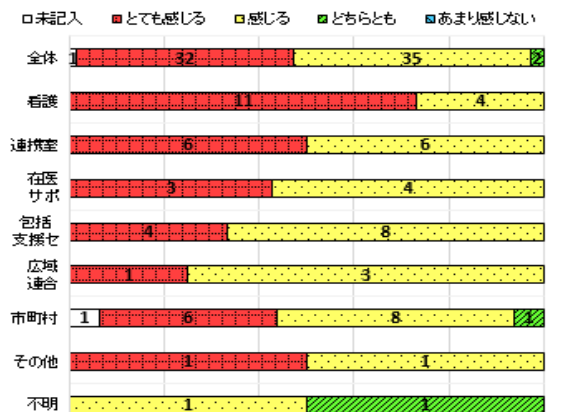
a 市町村内で連携する必要性

	全体	看護	連携室	在医サポ	包括支援セ	広域連合	市町村	その他	不明
未記入	0								
とても感じる	47	12	8	6	8	1	11	1	
感じる	23	3	4	1	4	3	5	1	2
どちらとも	0								
あまり感じない	0								



b 市町村外と連携する必要性

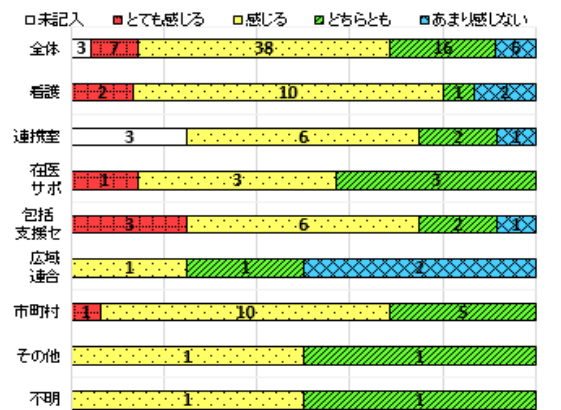
	全体	看護	連携室	在医サポ	包括支援セ	広域連合	市町村	その他	不明
未記入	1						1		
とても感じる	32	11	6	3	4	1	6	1	
感じる	35	4	6	4	8	3	8	1	1
どちらとも	2						1		1
あまり感じない	0								



4(2) 平成 25 年度から現在までに医療と介護の連携は進んだと感じていますか。

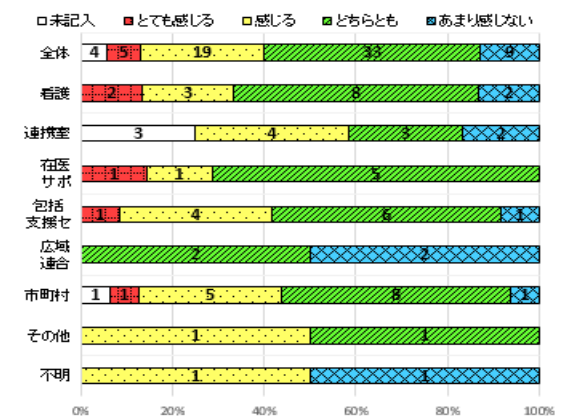
a 市町村内で

	全体	看護	連携室	在医サポ	包括支援セ	広域連合	市町村	その他	不明
未記入	3		3						
とても感じる	7	2		1	3		1		
感じる	38	10	6	3	6	1	10	1	1
どちらとも	16	1	2	3	2	1	5	1	1
あまり感じない	6	2	1		1	2			



b 市町村外と

	全体	看護	連携室	在医サポ	包括支援セ	広域連合	市町村	その他	不明
未記入	4		3				1		
とても感じる	5	2		1	1		1		
感じる	19	3	4	1	4		5	1	1
どちらとも	33	8	3	5	6	2	8	1	
あまり感じない	9	2	2		1	2	1		1



5 全体を通じての意見をお聞かせください。

(看護)

- ・当院として課題に挙がっているテーマだったため、参加できてよかったです。モデルケース通り進んでいくとよい。
- ・今まで、本日の講義のような内容をやっていると思ったが、アンケート結果を見て、できていないことも分かった。さらに連携がスムーズにいくよう、スタッフ、部長にも伝達していく。
- ・とても勉強になりました。現在も当院では各病棟に退院支援Nsを置き取り組んでいます。今後もさらにケアマネジャーとの連携を密にしてやっていきたいと思います。

(地域連携室)

- ・病院側の連携に関し意識が低い。
- ・市や県の推進で連携が進んでいるとは思えない。地域で取り組んでいることも共有したうえで研修をやってほしかったです。

(在宅医療サポートセンター)

- ・退院調整ルール作りをH28.6月に行ったが、その評価ができていなかったため、今月14日に皆で集まり事例をもとに振り返ることになっている。今後も定期的な評価をしていく必要性を感じている。
- ・病院とケアマネをつなぐための話のきっかけづくりになる。看護部長や行政に対して意識付けをするきっかけになったと思う。数値化できることで実践評価ができる。
- ・市内唯一の病院が外部の声を受け入れる姿勢が乏しく「言われた」という事にとどまりうまくいかない。投げかけをすればするほど頑なに、時に拒否的になってしまう。まずは連携の必要性の理解から同じ認識になりたい。

(地域包括支援センター)

- ・退院調整ルールを策定する際は、包括としての役割を全うする必要性を感じました。
- ・依然と比較すると連携は進んでいますが、一部の医療機関は変わりなく、残念に感じる人が多いです。病院内の情報共有がなく、担当者が不在の時も多く連絡不足のことも多くあります。
- ・豊橋でも以前、医療の連携でほいっぷネットの使い方などの研修があったと思います。今も事例検討など顔の見える関係づくりを行っています。病棟Nsと話しているため、連絡さえもらえば連携をとれると思っています。多くのケアマネさん、また、様々な病棟のNsに参加してもらえるように実施して連携推進に努めていきたいです。
- ・新規の方で申請していない人、又は、まだ介護度の認定が出ていない方が多く、暫定利用になると利用するものが難しい。居宅と一緒に動かないといけないし…
- ・病院とケアマネの連携のための協議会を、豊橋でも試してみたいと思いました。とても良いヒントをいただき大変有意義な研修でした。
- ・同じ病院でもケースによって、入院時の連絡票をMSWに渡す場合と、病棟に持っていく場合とありました。求められない場合もあります。すべてのケースについてルールがあるとわかりやすいです。
- ・とても具体的でした。実際に取り組まれた内容でしたので、わかりやすかったです。きれい事ではなく職種のクセも考慮した取り組みのポイントがとてもよかったです。自分の果たすべき役割もイメージできました。
- ・今年の夏に医療と介護の連携がうまくいかず、退院後に死亡してしまったケースがあるため、しっかりとしたシステム作りが必要と感じます。

(広域連合)

- ・東三河8市町村の統一ルールとなると、調整対象がとても多く、地域性も大きく違うと思います。課題は多いと思いますが、本日学んだことを活かして策定できるとよいと思います。

(市町村)

- ・先生の話はとても参考になった。地域の実情を各関係機関の体制も見すえて、組織内で検討したい。
- ・今回のように、市の事業と“違いの分かる”研修の機会をいただけると嬉しいです。
- ・ケアマネの立場も分かりますし、病院側の忙しさもあると思います。今まで介護の人の場合はケース会議で何回か病室に伺いましたが、要支援の人のことも連携が必要なのだと思います。今は介護から離れていますが、包括へは病院連携による報酬がないのは残念です。包括のケアマネは居宅と違ってケースを35件までという縛りはないので、包括ケアマネの負担も大きいと思います。
- ・顔の見える関係づくりはできたと思っていましたが、退院連絡が少ないことには驚きでした。さっそくサポートセンターとケアマネ、病院の皆さんと動き始めたいと思います。
- ・アンケートの内容が知りたい。結果はよくなかったですが、私が現場(包括)にいた時、あまり距離を感じませんでした。医療も参加してもらえる研修会は保健所だからこそできると思いました。今後ともよろしく願います。各病院でもルール決めされていると思うので、それについて先に把握し研修会をすればもっと有意義だと思います。基礎的な話も多かったし、重複も…
- ・貴重なお話をありがとうございます。圏域を越え、統一した内容を提供していただけてよかったです。
- ・独居老人も多く、高齢化率も半分近いので、今後嫌でも必要になってくると感じた。

(その他) ・東三河地域で今どのような事を進めていこうとしているのか分かりました。勉強になりました。