

アンケート 回答数13件（会員数94名）

1. 入院時に病院に情報（病院指定様式、ケアプラン等）を提供している 11件
2. 退院時のカンファレンスに参加することは重要である 13件
3. 退院前カンファレンスが開催されるときには参加できている 12件
4. 退院時に病院（主治医・看護師）から情報を取得できている 13件
5. 入院中のリハビリテーションを見学したことがある 12件
6. 退院時または入院中に病院（リハ職）から情報を取得できている 13件
7. 退院後のリハビリ導入について困った事例がありましたら具体的に記入して下さい。
 - ・リハビリ開始までのプロセスに手間がかかり、退院後すぐにリハビリ開始ができない。→入院先から診療情報提供所の発行、リハビリ先の医療機関への受診、担当者会議等
 - ・住宅により歩行車が使えないときが多いので、自宅内で移動が困難な時がある。
 - ・通所リハ、訪問リハとも併設病院（医院）の診察が必要になってきて利用者本人が「何で別の病院に行かんといけないか？」と拒否するため退院後のリハビリにつなぐことができない。
 - ・ケアマネ自身が主治医からの指示書についての理解ができていない。
 - ・医療職からリハビリを強く勧められる。
 - ・STやOTの専門職が少なく、希望するリハが受けられなかった。
 - ・リハ職が退職してしまい、代わりがないため、終了せざるを得なかったこともある。
 - ・リハビリ導入したいが点数（限度額）が不足でプランに取り込めない時がある。
 - ・本人、家族、リハ専門職との間で目標設定（目指すもの）に相違がありどこを目標到達点にしてよいか困るときがある。
8. 退院後の支援に困った事例がありましたら具体的に記入して下さい。（リハ以外）
 - ・病気が完全に治っていないときに退院させられて、家族・本人が不安なままに在宅復帰していること。
 - ・退院時にリクライニング式の車いすを搬送する自動車（搬送事業者）がなく困ったことがあった。（社協に断られた）

- ・急な退院を伝える時が多いので家族も戸惑いが見られる
- ・徐々に退院予定を知らせてほしい。見通しをもって帰宅できない時あり。
- ・家族にのみ体調や退院の予定などが伝わり、情報がケアマネに来ないことや来ても遅いことがある。
- ・入院中に介護認定を受け認定結果が重く出てしまい、退院後かなり改善し ADL 向上。区分変更の相談をしたところ、主治医から「必要ない」と言われてしまった。通所系サービスを利用している為利用者負担金が高くなっている。
- ・家庭内意見の不一致がある
- ・独居の方の介護力不足
- ・病気に対する受容が出来ておらず、介護サービスにつなげるのが困難なケースがある。先生より治療や今後の方針の説明がなく利用者は不安なまま退院している。
- ・環境整備（ベッド、車いす、特に住宅改修）が間に合わない時がある。
- ・急に明日退院が決まったのでケアマネをお願いしたいと依頼されるときがある。
- ・ケアマネ依頼されるが、面談してみたら特に介護保険の必要がないケースもある。
- ・不安定な状態で退院してくることがあり、すぐ再入院してしまうケースがある。
- ・入院中に在宅の設定をしたいので、入院中に介護保険の申請（新規・区分変更）したいが、申請を受け付けてもらえないことがある（市役所の都合、病院側の都合）

9. 退院後の支援を行うにあたり医療機関等への要望等があれば記入して下さい。

- ・サービス調整が必要なこともあるので、退院決定の連絡を家族とは別にケアマネジャーにも入れてほしい。（できれば家族と退院日を決める前に連絡がほしい）
- ・体調確認などスムーズにいかない時が多い。
- ・病棟では担当看護師ではないなど言われ連携が取れず、突然「退院です」と言われる。病状については家族に伝えても理解していないことも多く、「家族から聞いてください」とコミュニケーションを断られることもある。（家族が骨折の部位をわかっていない時もある）
- ・退院前外泊の検討。自宅でどの程度動けるのかわからない中で福祉用具の選定が困難
- ・その人の「生活」についてお互い共通の理解を持ちたい。
- ・医療職の介護保険の理解（介護職は医療について勉強する）
- ・入院時に情報提供した利用者（患者）については、確実に退院前に連絡を頂きたい。できれば2～3日程度の余裕を持って連絡がほしい。
- ・カンファレンスは大切だと思うので開催してほしい。開催するときには大切な情報を聞けるのでぜひ声掛けをしてほしい。
- ・病院指定の情報提供書を持参し病棟へ届けたが「個人情報だから」と病状を教えてもらえなかった。職員によって対応が違うようなので統一してほしい。個人情報の本当の

意味を勉強していただきたい。

- ・ 早めの連絡がほしい。
- ・ 入院中は専門職が個別に時間をかけてしてくれているが、在宅に戻るとよほど本人の意識の高い人でないと、自分でできるリハビリは滞ってしまうので、入院中に自分で退院後も続けられるリハビリの訓練をたくさん指導してほしい。
- ・ 本人がデイサービス利用者であれば、デイでできるリハビリメニュープログラムを作成して渡してほしい。

10. 入退院時に工夫している事がありましたら具体的に記入して下さい。

- ・ 退院後には積極的離床、自立の促しを行う。
- ・ 入院時に書面が間に合わないときには口頭で病棟看護師に自宅での状況を説明している。
- ・ 面会時に担当看護師等に状態を確認している。
- ・ 入院時、入院中、退院時など「話し」「連携」がとれるシステムをしっかりと作ってほしい。
- ・ 病名、対応（自宅での）情報が特に欲しい。（あいまいな時あり）
- ・ 本人、家族が自宅での終末を希望される時は、退院前に訪問診療導入をすすめて終末ケア体制を整えている。
- ・ 本人の入院先病院を訪問し、体調や ADL を確認し、必要に応じてリハビリ見学もしている。
- ・ リハビリ見学し PT へ状態を確認する。
- ・ MSW との連携。
- ・ 入院時は速やかに病院へ情報を提供する。
- ・ リハ職に自宅の環境や退院までの回復目標についての要望を伝える。（歩行器で歩ける状態にはして欲しい等）
- ・ 適宜訪問して情報を得るとともに、家族と情報を共有して退院後の支援について早めに相談する。
- ・ できるだけ病棟に出向き情報をもらっている。
- ・ 家族との連携をとるようにしている。
- ・ 入院時に訪問し病棟看護師より情報収集をしている。
- ・ 入院時の情報提供の時に退院時に確認すること、お願い、相談事項を詳しく記入それをもって病棟師長に直に渡している。
- ・ 積極的に病棟、リハ室に顔を出して直接意見や情報をもらうようにしている。
- ・ 看護サマリーや情報提供書を求めるようにしており、サービス事業所と情報共有を図っている。
- ・ 日頃から相談員と情報共有をして、退院時に困ることがないように気を付けている。