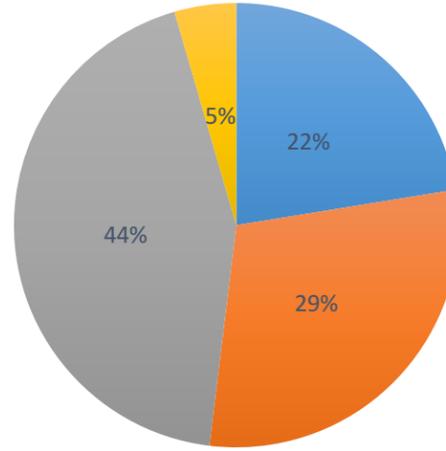


Q4 入退院支援の場面で問題は生じていますか

	回答数
ある	35
ない	46
関わることがない	68
無回答	7
合計	156



■ある ■ない ■関わることがない ■無回答

「ある」の主な回答内容

	所属	それはどのような問題ですか	その問題に対してどのように対応していますか
1	医療機関(医師)	円滑な退院ができないことがすくなくない	
2	医療機関(医師)	他院かかりつけの患者が急変時に当院に来る。	本来他の患者のための時間を削って適切な施設に紹介状を書いています。自分の患者をきちんと診ていないDrが多い、急変時に頼りにされていない事実を教えてあげたいが。
3	医療機関(医師)	発熱者の受入	
4	医療機関(看護師)	面会禁止もしくは制限を行っていることにより退院に向けての家族やCM・施設とのやり取りに支障が生じている。	現在のところ電話でのやり取り中心に行っている。病院としてタブレットなどツールを使った動画などの検討もされてはいるがまだ現状では行われていない。
5	医療機関(ソーシャルワーカー)	本人に家族がいないケースの相談が増えている	入院支援＝精神保健福祉士法上の同意者の調整を必要な機関に相談協力していただいている 退院支援＝入院時よりキーパーソンを担う方を整理し、対応の協力をしていただいている
6	医療機関(ソーシャルワーカー)	関係事業所とのやりとりが電話のため、各々連絡をとることになり、いきちがいが生じやすい。	その都度連絡をとるしかない
7	医療機関(職種不明)	病院から退院して、在宅診療になったが、自己負担がかかりすぎるので、通院(当院へ)としたいと、突然当院の外来に受診となり、いささかあわてた例がある。	どうにか家族のささえでおちついている。
8	医療機関(職種不明)	介護保険の要介護認定に積極的でない家族が多い	ケアマネを紹介して連絡を取るか、やむを得ずそのまま在宅へ移行している
9	医療機関(職種不明)	元陽性患者の入所、転院調整	・先方の不安や取り除ける様に、データetcを踏まえて相談 ・治療終了しているのであれば受け入れ可能としている病院へ転院調整
10	居宅介護支援事業所	実際の様子が確認できない	病棟看護師からの聞き取り
11	居宅介護支援事業所	本人と面接できないままケアプランを作成せざるをえない。	スタッフからの聞き取りで作る。
12	居宅介護支援事業所	・退院する利用者に会えない為 病院の職員から言われるADLと実際に自宅に戻った時のADLの差が大きい	
13	居宅介護支援事業所	カンファ、担当者会議	各事業者、利用者または家族と相談

14	居宅介護支援事業所	入院後の退院調整が病院側から電話来た際、明日退院と言われ、サービス調整に大変苦労します 今日電話きて明日退院とのパターンが多いことがあります	自分が以前お願いしていたサービス事業所へ急遽依頼し、頼んだりしています
15	居宅介護支援事業所	退院前のカンファレンスが行われず、病院側からの情報提供で調整しなければならないため、本人の意向が確認できない。	退院後に再調整をしますが、残された時間の少ない方も多いのでサービス事業所に負担をかけていると思います。
16	居宅介護支援事業所	病院により面会制限があり、本人に会えず、情報が正確に得にくい。	本人を除くアセスメントや書面や電話などによる確認。
17	居宅介護支援事業所	長期入院された利用者、退院して自宅に戻るまで面接ができない。家族も同様なのでケアプランの立案がスムーズにできない。	本人不在の退院カンファに参加する、退院日あるいは翌日には本人と面談する。
18	居宅介護支援事業所	退院前のカンファレンスに参加できない、退院前の面談が出来なかったり、制限がある(時間、サービス事業所と同行する場合などは人数制限がある)。家族が面会できないので、退院後の介護状況を想像しにくい。	電話での情報収集 退院前に事前に、サマリー等の書類をいただく 制限の範囲内で、面談を行う。
19	居宅介護支援事業所	突然退院となり、本人の様子が分からない。	退院当日、もしくは翌日に自宅を訪問して本人の状態を確認する。
20	居宅介護支援事業所	1. 病院が面会禁止の為、退院前の面談が出来なかった。 2. 同乗の為、本人の身体状態や必要とするサービスの把握ができなかった。 3. 同上の為、医療行為が必要であったが医療手技と器具管理が受けられなく、更に介護が初めてであったが介護法の指導も受けられず退院した。 ・経鼻カテーテル、注入関連と器具管理法 ・気管切開、カニューレの器具関連・痰吸引法や器具への対応等全て。 ・介護法	1. 電話での聞き取りとサマリーで情報収集した。 2. 病院・家族から情報を得たり、退院日に訪問し本人に逢い必要なサービスを調整した。 3. 病院でのカンファレンスで病院より・医療面は、日2回(AM・PM)訪問看護での指導の依頼あり退院当日より計画、自宅到着時より看護師が訪問し介護法含め経管栄養・気管切開に関する手技・注意事項・器具管理などを指導した。介護者娘さん若いこともあり早く助かりました。
21	居宅介護支援事業所	病院側から連絡がない状況での急な退院等	家族・事務所・病院等連携機関とのこまめな情報交換・共有
22	居宅介護支援事業所	面会ができないため退院後の支援に対しての適格性に欠ける。	得られる情報は、収集し、退院後にすばやく対応できる様努力している
23	居宅介護支援事業所	新規依頼でも病院によっては本人に会えずENTしてしまうことあり。聞き取りのみのためENT後直接本人に会うと話と違うことあり。	ENT後になるが支援の必要なものは早目に対応している。
24	地域包括支援センター	退院支援の相談が急すぎることもあり、退院の準備やサービスの調整が困難なことがある。	在宅診療については、病院から直接調整いただくことが多い。そのほかの福祉用具、訪問看護、デイサービスなどは調整のついたサービスから対応をいただいている。
25	地域包括支援センター	退院前カンファレンスができず、HP、家族それぞれから話を聞くと情報の齟齬がありました。	双方の情報を聴取した上で調整が可能であれば包括で対応し、双方での話し合いが必要と判断すれば直接の話し合いを促すなど調整を行った。
26	地域包括支援センター	面会制限のため、家族が本人の状態、ADLを把握できず退院時に必要なサービスを想定しにくい。	・MSWなどを通じて本人の状況を確認している ・必要なサービスを調整した上で退院となるよう退時期について相談している。
27	訪問介護事業所		一人暮らしの方で入院されているのに、ケアマネージャーにも連絡がなく事業所もちろん知らないで訪問して留守だった 居宅へ連絡して後日入院している事が分かった といった事がありました。
28	訪問介護事業所	退院後は感染リスク高いので特に注意している	感染対策のさらなる徹底を行っている。
29	訪問介護事業所	退院後はすぐ通所サービスを再開できない(一定期間在宅療養するよう施設側から指示がある。	指示に従う、可能であれば訪問リハ等で対応だが開始まで時間がかかるので結局できない。
30	訪問看護ステーション	退院支援カンファレンスの縮小	MSWと頻回な連携、ENT後の情報収集の強化

31	訪問看護ステーション	訪問前に病院に行けず直接関係者との情報共有が困難	Telで直接聞いている
32	訪問看護ステーション	家族指導のされないまま退院することが多い(面会できない為)。家族は本人の状況もわからないまま退院する為混乱している。	病院と連携を取り指導対応する。
33	薬局	入院の連絡がほぼ無い為、自宅療養中の薬物療法の伝達できてない、持ち込み薬の整理をしてさしあげたいが、できているのはほんの一部でしかない。	入院の連絡があった患者様については入院先へ連絡し薬物療法の確認情報をFAXしてる。連絡がない方については何もできないまま、退院時の処方内容も早めに薬局に確認させてほしい。退院処方と地域病院処方重複に気づかないまま服用されてた例もあります。
34	薬局	病院に入れられないため、共同指導ができにくい。	電話や文書での対応となっており不十分

回答から確認できること

- ・アンケート回答機関の約20%が、入退院支援の場面で問題が生じていると回答している。
- ・入院時より退院時の支援において問題を感じている機関が多い。
- ・感染予防の観点から入院時の面会制限を行っているため、家族や関係機関とのやりとりに支障がでて、円滑に退院できないことがある。
- ・感染予防の観点から入院時の面会制限をしている医療機関が多いため、本人の意向、状態等を把握できない状態で、突然退院になることがある。関係機関との連携をとる時間的余裕もなく、退院後のサービス調整に苦慮しているケアマネジャーが多い。
- ・入院時の面会制限により、家族が本人の状態を把握できず、在宅生活に必要な医療的な管理や介護技術について指導を受けていない状態で在宅生活に移行することがあり、家族が混乱することがある。
- ・退院後一定の期間は在宅療養するように事業所側から指示があり、すぐにサービスを再開できないことがある。