

退院連携の実態調査結果

1. 「入退院連携ガイドVer2」を活用していますか？【図 2】

- ① (10) 活用している ② (16) 活用していない

2. 過去1年間に、多職種でケースに関わったことがありますか？【図 3】

- ① (18) ある ② (8) ない

3. 過去1年間で、ケアマネジャーがいる患者様の退院支援に何人くらい関わりましたか？【表 1】

- ① () 0人 ② (4) 1～5人 ③ (10) 6～10人
④ (3) 11～15人 ⑤ (3) 16～20人 ⑥ (3) 21～25人
⑦ () 26～30人 ⑧ (3) 31人以上

4. 退院が決まったら、ケアマネに連絡するよう本人又はご家族に説明していますか。【図 5】

- ① (20) 意識的に全対象者に説明している
② (3) ほぼ説明している
③ (3) 説明していない

5. 患者様の退院支援でうまくいかなかったケースや困ったことがありましたら教えてください。

- ・家族様が、患者様の介護度が出たのをこちらに報告し忘れて、こちらも知らずに入院が長引き、退院調整に時間がかかってしまったケースがある。
- ・自宅・患者の状況にもよるが、入院してしまうと『ちょっと家では見れない…。』と在宅介護に不安を持ってしまう家族もいて、施設でお願いしたいとスムーズな退院調整が出来ないことも。
- ・同居家族様の理解力不足の為、なかなか方向性 or 在宅プランが進まないことがあります。(介護者となる同居家族も高齢な為)
- ・家族からケアマネに患者が入院したことを伝えていないのか、ケアマネから入院時情報提供書が届かない。
- ・家族の方が認知症を理解されていない。
- ・高齢者に対して、ADLの改善を希望される方が多い。
- ・病気の症状を説明しても理解されていない。
- ・退院に向けての支援がスムーズに出来ない場合がある。
- ・時々、ケアマネからの情報提供書が届かない時がある。
- ・息子と2人暮らし…と言うケースが特に、息子の理解・協力が得られないことが多い。
- ・入院時は、退院後に介護サービスを利用する条件で患者様及びご家族に説明しても、退院後はサービスを拒否し、生活環境が悪くなったり、疼痛増強に伴い再入院となったケースがあった。
- ・ご家族、ケアマネジャー、看護師との連携が上手くいかないケースが多く、スムーズに退院とならない。
- ・患者様の状態としては、退院が可能だが、ご家族の都合によりなかなか退院が決まらない時に困ります。
- ・患者と家族の意向・意思が食い違う時。
- ・家族と患者様の退院先についての意見が違っていたことがあり、なかなか退院支援が進まなかった。
- ・家族の求めるADL(ゴール)が高い時に、現状を理解していただくのが難しいと感じる。入院よりも自宅生活の方がADL改善できることもあると家族に知ってほしい。
- ・患者様の希望と家族の方針が一致しない。
- ・自宅退院の日程を間近に知らされ、退院指導が行えなかったケースがあった。
- ・状態が不安定な患者様で、在宅に退院となったが、すぐに具合が悪くなり再入院となったこと。状態が不安定な時に、退院を延期するか病院を探す方向にするか、チーム全体・多職種で決めていけばよかった。

6. 退院支援に関する意見を自由に記入してください。

- ・近年、患者の家族が遠方で本人だけ独居というケースも多い。入院後に自宅に戻ることが難しい場合、どうしても施設という方向になりがち。出来たら同居していない家族と、先の話等もして欲しい。介護施設に入れるにしても、自分の近くにするか(近くに連れてくる場合、そちらの施設を探してもらおうとか)考えておいてもらう。
- ・もう少し情報の濃いものが欲しい。
- ・地域の特徴だと考えますが、転院先(特に施設)が少なく難航する場合があります、困っています。
- ・仕方ないことかもしれませんが、ACPIについて最近言われているのに、退院支援については家族の意思のみが尊重されて、患者さんの意見はほとんど尊重されないケースが、ほとんどのような気がしてむなしくなることがあります。
- ・MSWには大変お世話になっております。助かっています。