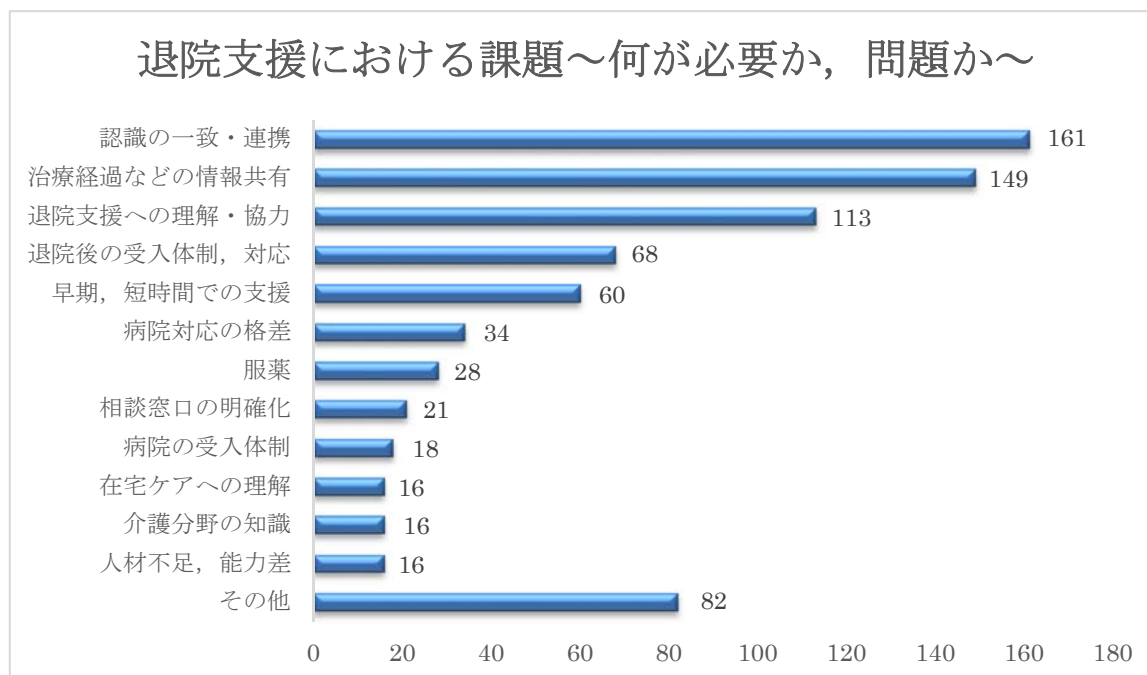


グループワーク①「専門職としての退院支援について」

(意見総数 782 件)



○おもな意見

区分	内容
認識の一致・連携	<ul style="list-style-type: none"> ・医療・介護の違いを理解して，相手の立場に立った連携が必要 ・病状について家族の理解が不十分
治療経過などの情報共有	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の背景がわかる情報が欲しい ・医療，介護，在宅，共通の情報ツールで情報共有したい
退院支援への理解・協力	<ul style="list-style-type: none"> ・家族への説明が足りず，理解できていないことが多い ・退院時のカンファレンスについて，依頼がないと行わない病院がある
退院後の受入体制，対応	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の緊急時の相談先が決まらない ・入院時から，退院後の生活を意識する必要がある
早期，短時間での支援	<ul style="list-style-type: none"> ・退院が突然決まり，十分な対応ができない ・カンファレンスの時間が少ししかとれない
病院対応の格差	<ul style="list-style-type: none"> ・病院によって，情報提供の仕方や量に差がある
服薬	<ul style="list-style-type: none"> ・退院時の残薬確認が必要，退院後すぐに薬がなくなって困った
相談窓口の明確化	<ul style="list-style-type: none"> ・病院の窓口がわからない
病院の受入体制	<ul style="list-style-type: none"> ・ベッドの空き状況，在院日数などの都合で退院となってしまう
在宅ケアへの理解	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅ケアがあまり理解されていない
介護分野の知識	<ul style="list-style-type: none"> ・介護認定等の知識が不足している
人材不足，能力差	<ul style="list-style-type: none"> ・退院支援者の力量差が大きい
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の状態が退院前と後で変動する ・専門用語が難しい ・家族がいない人への対応

グループワーク①『専門職としての退院支援について』

※番号は模造紙の番号です、GWの班と関係ありません。

No.	内容	詳細等
1	病院相談員とも連携をとっていたが、サービスの調整が大変だった。	土曜日のAMIに急に自宅に戻って来てしまっていた。また、月曜日に訪問するとはほねたきり状態だった。
1	退院支援に直接関わることはないが、ご本人の退院後、安楽に過ごしていくために必要な、現在に至るまでの治療・経過の情報が乏しい。	
1	医師の介護保険や在宅ケアの認識不足がある。	
1	本人・家族への説明と理解を明確にしておく	
1	自分自身がまだ退院支援の関わりが少なく、慌ててしまう。	特に医師での前では緊張してしまう。
1	MSWや退院調整室への丸投げがみられる。	
1	医師または担当ナースと医療連携室の認識にズレがあり、担当ケアマネとしてどう動いてよいのか迷うことがあった。	
1	医師・看護師・MSWでの退院に向けた理解や認識にズレが生じること。	
1	本人のADLの確認がしづらい。	入院中は本人がベッド上にいるため。
1	顔見知りも多く作る。	
1	専門用語が自分たちしかわからないものになっていないか、振り返る。	
1	お互いの知りたい内容と整理したうえで連携をする。	
1	病院によって、介護保険の申請の可否など違いがある。	介護保険に関する認識、その方の在宅生活の認識の違い。
1	本人や家族の希望に沿うような退院先がない場合、見つかるまで入院が継続してしまう。	
1	在院日数の短縮が必要なため、退院を早急に進めなければならない。	
1	個人情報保護によるものか、電話での情報共有に関して差がある。	
1	直前になったの退院の際は、なぜそうなったかの理由を話してもらいたい。	
1	大変なケースは事前に何が大変かを伝えてもらう。	
1	入院してからなるべく早いうちに退院に向けた方向性がわかることが必要。	
1	窓口職員(MSW?事務員?)によって、対象の方の情報量に違いがある。	直接、病棟に回されてしまうこともある
1	医師の意識が病院内にのみ向いている。	退院後のことへ意識が向いていない
1	患者が退院について相談する窓口が曖昧である。	
1	多くの退院先の選択肢を検討する時間がない。	
1	各病院窓口の明確化。	
1	入院患者の在宅での生活状況、介護度、担当ケアマネなど把握していない。	
1	退院時の情報として、本人の今後について、医師がどのように考えているのか見えにくいことが多い。	
1	病院の医師から住診の医師へのつなぎ方が難しい。	結果的に訪問看護ステーションに頼ってしまった。
1	患者さん側も実は在宅ケア(介護保険)の仕組みをよく理解していない。	
1	本人と家族の意向に違いがあり、計画を立てるうえで困ったりすることがある。	
1	家族が、自宅で看ることの大変さをわかっていない。サービス調整の優先順位の説明が難しい。	
2	入院前、在宅でできていたことができなくなっているという情報を知りたい。	
2	退院してきたら、できなくなっていることが多いと思う。	例)服薬
2	かかりつけ歯科医院が退院情報をもらえることが望ましい。	
2	入院中に義歯を外している場合、そのまま在宅に戻って、すぐにその義歯が使えないことも考えられる。	
2	他職種で共通のフェイスシートがあった方がよいと思う。	
2	退院支援に関するシステムや決まり事が増える一方で、提供側の倫理は低下していないか。	
2	本人、介護、医療向けの問題意識のズレをどう埋めていくのか	
2	退院調整にあたって、本人、家族の思いと現状のずれ違いを正していくことが難しい	
2	病院にて退院支援に関する担当が、地域医療連携室なのか、医療相談係の方なのか、外部から見づらいのでは？	
2	入院中に義歯がゆるくなったり、きつくなったり、食携帯に変化があった場合には、歯科の介入が必要と思うが、ほとんど関わったことがない。	
2	義歯:むくむくやせる、きついゆるい このくらいでも良いので、入院中に患者さんに聞いてほしい。	
2	MSWは院内におけるICにケアマネや外部の関係者を呼ぶべきである。	IC:インフォームド・コンセント
2	病院内で介護保険やケアマネを知っている人が少ない。	
2	MSWが包括やケアマネと連携するスキルが十分であるといえるか？	
2	専門職種の情報を医療と介護で合わせる必要がある。	
2	医療側は在宅に反映する情報収集をどれくらい行うものなのか？	
2	入・退院時でのケアマネジャーとのかかわり方がわからない。	入・退院時にどんな情報を必要としているのかわからない
2	医療情報と在宅情報の極端な分裂化がある。	
3	在宅療養に理解のあるDrが少ない。	
3	退院時カンファレンスの際、主治医が参加せず、病状がわからないことがある。	
3	退院時カンファレンスがある時とない時がある。	
3	病棟看護師と相談員が連携できていない。	
3	病院によって連携の流れが違うので戸惑うことがある。	
3	退院前カンファレンス等もなく、全く症状がわからない時がある。	
3	病院側が在宅の様子を分かっている。	
3	退院時期とカンファレンス時期などについて、早期退院が原因で情報の共有不足を感じる。	
3	訪問メッセージは、医師の同意が必要ですが、自宅および施設でのその人の状態を見ることができる。	
3	その人の情報が少ないことがある。	ケアマネからの情報提供が少ない。
3	病棟・病院Nsが在宅について理解していないことが多い。	
3	在宅訪問中にバイタルが低下した時の対応がわからない。	中止すべき？誰に連絡をするべきなのか。
3	既に患者が退院しており、医療情報が確認できなかった。	

3	急に病院から「明日退院させます」という連絡が入ることがある。	在宅支援調整が大変。
3	入退院の連絡が来る時と来ない時がある。	病院によって違う。
3	病院と在宅担当者(ケアマネ・ヘルパー・訪看)の生活視点の違いがある。	病院ではできるけど、家では無理という視点の違い。
3	病状のみの改善だけで生活上の支障があるまま、退院してしまう時がある。	
3	退院に向けた支援が足りない・弱い時がある。	
3	在宅医がいる場合には、できるだけ参加していただければと思う。	
3	退院先について、自宅に戻すことが困難となった場合、生活困窮者の転帰先の確保が難しい。	※生活困窮者・・・生活保護受給者以外
4	退院時カンファレンスに十分な時間が取れない。	
4	在院日数短縮により、診療が終わったらずにDrから退院許可が出てしまう。	
4	施設に入った場合、かかりつけ医の変更をしなければならないのか？	
4	在宅での看取りを簡単にすすめていいのか？	
4	自宅で生活するにあたり、利用者(家族)が不安に思っていることを、カンファレンスの参加者に、退院後に必要と思われる介護サービスとして投げかける必要がある。	
4	外来患者の情報って、どのくらいMSWに伝わっているのか？単純にこの状態で自宅に戻すのか？と思うことがある。	
4	退院後は転院か在宅かをよく検討した後に、ケアマネに在宅支援へ繋げさせてほしい。	
4	介護認定の申請までに時間がかかる。	
4	退院日が決まり次第、在宅支援のサービス調整をするので、早めに退院日を病院から連絡してほしい。	
4	在宅時の様子がわからない。	
4	高齢、障がいの複合的な課題を抱える家族への支援、各分野の専門職が情報共有しなくていいのか？誰が中心的な役割を担えばいい？	
4	病院や施設間でのケアやリハビリの時間、質に大きな差があり、「転院が人生の分かれ目」的な印象がある。	
4	患者とケアマネの仲が悪く、調整ができていない。	
4	居宅・包括が病院機能を理解していない。	
4	病院の敷居が高く、気軽に相談出来ない。	
4	退院前からの方向性の検討をしっかりと行うべき。	サービス検討中に、機能が低下してしまう方が多いので。
4	入院期間が短縮していくなかで、機能改善段階の方が退院となるケースが目立つ。	「もう少し入院していたら・・・」という社会になってほしくない。
4	介護保険法・障がい者自立支援法・生活保護法等の複数の法による支援がされる。	
4	退院カンファレンスを行う時期・回数。	
4	独居・身寄りのいない方も多く、退院先が決まらない。	
4	検査や治療目的の短期間の入院で、適切なケアが行われず、状態が大きく低下して戻ってくる方が多い。	
5	自宅で必要なサービスを利用できる介護度かどうか。	
5	退院にあたり、家族の受入れや理解が必要。	
5	退院連絡から退院日までの余裕がない。	
5	退院までの日程が短く、コーディネートしづらい。	
5	退院間際になって、相談が来る。	当日になって連絡が来る場合もある。
5	MSWは退院調整をどこまで行うべきなのか？	
5	病院によって、対応のばらつきがある。	介護保険認定の申請等。
5	薬剤選択をしてほしい。	特に剤型について。
5	患者背景がわからない時がある。フェイスシートのような患者の背景がわかる情報が欲しい。	
5	看護サマリーが曖昧で、ケアプランが立てにくい。	
5	退院時カンファレンスを実施してくれない病院がある。	
5	退院時カンファレンスにDrが入ってくれない。	病院のDr、在宅のDr。
5	退院時カンファレンスへの薬剤師の介入が現在はあまりないため、情報共有の点からも参加させてほしい。	
5	退院時カンファレンスの時間調整が難しい。	
5	情報を貰っても、実状にあっていない。	
5	退院後の受診等はどうしたら良いか。	
5	医療の専門用語が分からないことがある。	
5	メディアをどう活用しているのか？	
5	経済的な問題で必要なサービス導入できない	
5	自宅の環境を整えられない	
5	急性期病院の相談室の仕組みがわかりにくい	
6	退院時カンファレンスが決まっても、当日は「自分はその日休みなので」と言って、退院時カンファレンスに参加しないケアマネジャーがいる。	意識が薄い。
6	退院時カンファレンスに在宅に向けた動作等の動きを退院までに練習の依頼をした。	
6	自宅退院であれば、家族がいるので熱心であるが、施設は職員が対応するので、職員の出入りが激しいところは伝達事務が上手にいかない。	
6	退院にあたり、本人のADLが在宅の状況に適していない形で進めてくる。	
6	連携の具体的な流れ、その都度の対応、人に任せておけばやってくれると思っていた・・・など。	
6	同病院でもカンファレンスをやるケースややらないケースがある。逆にやらないケースはカンファレンスの依頼は可能か？	
6	(医療)院内自己完結のフィードバック、他職種の様々な情報	(例)栄養指導、服薬について
6	病院側の想いと在宅ケア側の想いのギャップ	(本人・家族の希望に対して)
6	それぞれの窓口がわかりづらい。	
6	支援Nsとして、情報が書面の他に収集したいが、Ns達が忙しく、声をかけにくい。	
6	支援計画書の内容が、その人の全体像と違うことがある。	
6	計画書の提出が遅い。	入力日が受け取った日との差
6	カンファレンスの時間が忙しくて、ゆっくり検討できない。	
6	看護サマリーの内容が、退院に向けての情報としては簡単。	
6	家族面談日に病棟Nsの参加も必要がある場合もある。	
6	一方的に「この人、退院可能です」と連絡が入り、退院日がすぐそこに迫っている。	
6	ベッドコントロールをしているが、Drの協力が得られない	
6	退院可能なDrより伝えてほしくても、PTには希望を入れてしまう。	

6	入院調整の際、1日何人まで・・・の制限がある。	
6	入院希望の患者を選ぶDrがいる。	
6	在院日数に追われ、とにかく退院を余儀なくされる。	
6	〔医療〕病棟・外来からの問題、疑問の発信がなければ、退院調整Nsや外来支援のNsに伝わらない	
6	〔医療〕他院時のカンファレンスをこちらから何回も依頼しなければ、行ってくれない。	在宅へ戻るという大変さ(サービス、本人、家族)を理解されにくい。
6	〔医療〕入院時の受入の段階で、最終的に退院する人はどうするのか？	このまま在宅でいいのか？それとも家族の支援を考えた ら、施設の方がいいのか？等の視点をupさせてほしい。 今現在はかなり認識が薄い。
6	〔医療〕窓口の役割の周知、病院側の姿勢	
6	在宅サービスはあるが、希望のと通りの提供の調整が難しい	
7	医療の知識。	
7	高齢化が進んでいるが、介護保険を受けているか？ケアマネがついているか？がわからない。	
7	在宅においてもDrは在宅の様子がわからない。医療機関との関係、入院時の担当ケアマネジャーへの情報提供 が足りなかった。(反省)	
7	ケアマネジャーへ連絡するタイミングに迷う。	→その結果、介入するタイミングが遅くなる？
7	個患者の経済状況などについて	その他
7	本人、家族がしっかりしているせいもあり、退院しても病院から連絡がなく、その後、本人が在宅要素になってい た。	ケアマネジャーに連絡しない？ケアマネジャーに連絡する 必要ない？
7	退院に向けた連絡を受けた際、期間が短く状況把握やカンファレンスなど、在宅受入れの準備に戸惑う、極端には 明日とか、もういつでも退院できる。	
7	緊急時の窓口などになるのか？退院時の情報がわからない(少ない)、どのようなサポートが必要なのか？	
7	必ず文書は必要なのか？	
7	ケースによっては、求められる情報は異なるとは思いますが、ケアマネさんが必要情報を知りたいと考えている。	
7	共通言語を持つ。	
7	退院時のカンファレンスに薬剤師の参加はあるのか。	
7	退院調整の時に、薬の管理の話は出ることがあるが、薬局のかかわりが全く出てこない。病院と連携していないの か？	
7	退院前カンファレンス時、書面だけではわからないことも知りたい。	今後関わるにあたっての具体的なエピソードが必要。 (例)人柄(頑固etc)、家族構成、キーパーソン
7	服薬の状況、注射の状況等の情報交換	
7	地域のホームドクターもきりかわるタイミングは？(医療)	
7	介護の知識(医療)	
7	院内での情報の共有化(医療)	
7	入院した時から退院に向けての方向性について、その人がどういう風在宅で生活をしていいたかをふまえて、入院 中から在宅・家に戻るためのリハビリが必要。	
7	患者の在宅サービスの認識度に対する情報について	
7	家屋調査のあとに、話し合いもいまま、退院となる。(その場ではさすが)	その後、病院としての対応は？(その人の経過とか・・・)
8	入院連絡がない。	
8	歯科医療(口腔ケア)はどの課程で関わればよいか？	
8	限られた時間の中で在宅環境調整をしなければならない。	
8	退院後の服薬に対する理解の確認。	
8	服薬管理の難しさ。	
8	退院調整などで、どのような退院後の生活をイメージしているのかが伝わってこないことがある。	
8	病院の窓口がわかりづらい。	
8	ケアマネから病院側の意図を違う情報が本人・家族に伝わり、方向性の検討がスムーズにいかないことがある。	
8	医師の意見書だけがそろわない。	
8	入院後の経過が伝わってこないことがある。	
8	全ての職種で在宅へ戻るイメージを共有できるようにしたい。	
8	カンファレンスの情報を、きちんと共有できるかが問題。	
8	病院の機能や規模によって、仕組みが違うことから考えていく必要がある。	
8	退院調整の話がどこまで進んでいるのかわからないことがある。	
8	医師、Nsの退院日のバラつきがある。	
8	入院中の経過、退院予定など、早い段階から連絡がとれる病院と、退院の連絡ももらえない病院がある。	家族からの連絡のみ。
8	時間的な問題で、カンファレンスに出席できるかわからない。	
8	退院前の服薬への情報伝達の不十分	
8	家族が遠方にいるため、本人との思いのずれが生じる。	
8	社会資源などの相談窓口がわからないことがある。	
8	在宅支援担当者が納得できる情報提供を十分にできているか？	
8	書式の一歩化が必要。	病院、在宅で繋がっていく必要があるため
8	家族の本人の状況の確認が低く、退院後の問題点やサービスを説明するが、サービスに繋がらず、退院となり、本 人と家族が困ってしまう。	
9	認知症の方の精神科医療への繋ぎ方について、精神科医療をどのように利用していくのか？	
9	退院に向けて、各々の役割はわかり合っているが、方向性が定まったその先まで分かち合っているのか疑問。	
9	大きな病院ほど患者との関わりを丁寧にする必要はある。	
9	在宅の情報を必要としている度合いがわからない。	病院により差がある。「そこまでいいです。任せます」、「声 をかけてください」などの差。
9	病院の都合での入退院が許されるのか。	「年末年始だから一旦退院させるので」と病院から連絡が 来た。(小さい病院)
9	治療内容によって、入所先が限られる。	家族や本人の希望(金銭面含み)と現状のギャップ
9	病院としての退院設定・ゴールと、本人・家族・施設の退院設定・ゴールのギャップ。	ギャップを埋める機会、手段等々はないか。
9	Drと話す際、どこまで在宅について知っているのかを探るのにときどきする。	知らないなら、具体的なことから伝えるし、医師がどのレ ベルなのかかわからない。

9	病院やまたその看護師さんに寄って、在宅への理解、イメージに大きな差がある。	
9	退院時のカンファレンスをお願いしていたが、家族のみの説明で終わってしまったので、退院後、サービスの調整に困った。	
9	リハビリ後、退院時のサマリーやリハビリテーションを受取り、自宅での注意点を教わる。在宅でのリハビリ等、もう少し聞けば良かった。	
9	病院側の情報と介護側の情報の共有連携。	患者さんを生活者としてみる視点をいかに共有しているのか。
9	病気を抱える意味を理解できない。	治療・ADL向上しないと帰れない
9	病院は敷居が高いというが、在宅側ももっと医療の知識を学ぶ必要がある。	病院は在宅の勉強をしている。
9	SS利用前提で退院調整の声かけがあったが、状態が悪くSSでは対応できなく困った。	SS:インスリンスライディングスケール 急性期の血糖コントロールに使用するもの
9	コミュニケーションが足りない。カンファレンスを行うまでに十分に話せていない。	カンファレンス後も振り返りができない。
9	情報を他機関へ受け渡す際の家族への説明。	家族へは十分な説明がなく、紹介状を持ってすめられた。
9	早い時期からの連絡、調整時間の余裕があればいい。	
9	ムンテラに呼んでほしい、医師の参加	
9	医療費と介護保険利用料のギャップ	
9	平日頃から顔を合わせる関係、このような研修会への積極的な参加が必要では？	
10	認定情報確認、病院からの情報提供、ケアマネとの連携を密にする。	
10	介護側の医療の知識が低いので、胃ろう、マーゲン、留置カテーテル、気管カニューレ等大変です。	
10	区分変更の結果待ち(意見書未提出等)の状態、退院となることもある。	
10	患者さんは、人によって違った話をするので、MSWの知らない情報があった。	一緒に話をする働きかけが重要か？
10	函館で資格を取った看護師、40代以上の看護師は、在宅看護を看護学生時代に学んでいない。	
10	ケアマネは入院中は、報酬が入らない。	
10	薬剤師は自ら関わっていく意識が低い点	
10	能動的な関わり方がわからない。	
10	各病棟でNsの支援の違いがあり、なかなかスムーズに進まない。	
10	精神科急性期であると、本人との会話が成り立たないことも多く、家族の協力が鈍く、退院支援が遅れる時がある。具体的なプランを、一緒に作ることは難しいか？	精神的に支援拒否に家族がなっていることも多い。
10	医師より退院支援OKと出ているが、精神病への理解がなかなか得られない。介護施設等において、受け入れ先が絞られる。・・・統合失調症、双極性障害	
10	本人の意向と家族の理想の違いが大きい(退院時)→本人はできるという言いが、家族は退院支援を望む	
10	誤嚥性肺炎になって、入退院を繰り返すと、介護者の娘さんが責められる。退院毎に自宅で行うことが増える。	
10	退院時カンファレンスが終わったあとに、訪問看護導入の話題になり、依頼が来ることも多く、退院時カンファレンスに参加できない。	
10	病棟や何科によってMSWの担当は分かっているのか？お見舞いの都度、状況をお聞きした方が良いのか？	
10	お薬の確認(退院時)病棟看護師さんから、医療ニーズの高いひとには、薬局のサービスを知ってもらう必要がある。	
10	ターミナル時、IC時の内容を、家族・本人がどのような受け止めをしているか、必ず確認をしていく。	
10	入院→調整→退院→フィードバック 本人の希望で即退院してしまうため、調整ができない時はどう改善していくか。	
10	退院までの日程が短く、準備不足になる。	
10	他科も受診している患者さんの疾患のフォローについても困難	
10	ICの際、家族・ケアマネの同席可能か？	
10	退院時の説明は、誰に聞いたらいいのか。	
10	病院のどの職員でも、同じ対応「敷居が高い」ということがないよう、関係づくりの強化	
10	入院中のADLは自立しているも、退院後のADLは自立できていないことも多くある。	準備や見守りの必要な状況を、自立と考えないでほしい。
10	往診が少なく、困る。	北斗市
10	退院日(予定)の2週間前にカンファレンスなど話し合う必要があるのでは？(家族・本人の理解が薄い)	
10	入院中に、退院後、自宅での生活に向けた教育・指導不足、オムツ交換、点滴交換、尿バックの管理(尿の捨てかた)、体位交換、車椅子乗り降り等	
10	(課題)退院するにあたり、必ず退院時カンファレンスを必須としていくためには、タイミングはいつ？退院の何日前に実施？	
10	病院の医師とクリニックの医師のカンファレンスはいつやればいいのか？	時間帯が合わないことが多い。
10	薬剤師がどこまで在宅サービスに関わっているのか。	
10	自宅に帰った後の状況を予測せず、自宅退院される(させられる)退院後の初回訪問で驚くケースも多い。	
11	入院患者全員にMSWは介入しているのか？	
11	支援について、専門職同士で牽制し合ってしまう。	
11	関係者から自分の関連施設への入所を勧められ、ケアマネが家族との間で困ってしまう。	
11	家族は、患者の普段の様子をいまいちわからないなか、医師は判断を家族任せにされて、困ることがある。	
11	医療的な知識が十分ではないので、ケアプランを考えるとときには困ることがある。	
11	調整日程が短い際の相互協力。	
11	MSWとのやり取り、どういったケースは連絡をくれるなどの基準はあるのか。	
11	有料老人ホームに入っている方が家族を呼んで、話をされても、実際介護をする方には、情報が伝わらず、家族の話が理解できない。	
11	ご本人が退院を希望されても、医師から見て病状的に無理、家族の支援を得られない場合。	
11	専門用語で早口のMSWがいる。	
11	診療情報提供書の料金が何故違うのでしょうか？	
11	医師から退院して、自宅に戻るの無理だから、自分のところの施設に入りなさいと言われたが、家族は断れないでいる。	

11	リハビリ目的で転院された方が退院時、以前の病院に戻されるのでと言われ、状況の把握ができていない。	
11	先程の話で、共通の思いもありましたが、訪看と医師との指示等が見えない。	
11	家族・患者は自宅退院をしたいという思いが強いのに、ケアマネが自宅退院は無理ということがあった。	
11	ケアマネジャーの医療の知識不足。	
11	医師と患者、家族で退院できる状態、ADLに差がある。	
11	サ高住の利用者について、日頃施設職員の方が気になる症状ですが、家族の方が病院に連れていく際に、そのことが上手く伝わらず、薬の処方の変更ができなかった。	
11	医療側が、正しいことを言っているのはわかるけど、機械的な対応だと感じることもある。	
11	MSWが冷たい。	
11	使用している専門用語が共通していない。	
11	MSWの退院支援に違いはあるが、マニュアルはあるのか。	
11	MSW、看護師、医師との認識の違いが多い。	
11	ケアマネに在宅サービスの調整を依頼するが、調整までの時間がケアマネによって差がある。	
11	本人・家族の思いと病状、治療内容(医師の考え)で支援内容に影響がある。	
12	病院を知ってもらう。	
12	調剤薬局が薬の関する相談窓口の機能を果たしていない。	
12	急性期病院の退院後、家族は転院を希望。MSWは施設入所を希望。ばらつきがある。ケアマネとしてはどうしたら良いのか？	
12	虐待のケースについて。搬送された病院のMSW→函館市一包括に連絡。入院時、入院中の状況、家族の情報を共有しながら、退院に向けて動いている。	退院後も安楽にその人らしく、生活できるようにMSW・病院の協力が必要。
12	急性期の病院では、入院期間も短く、限られた期間での調整を行わなければならない。MSWもケアマネに丸投げ？	
12	病院と調剤薬局との関わりがない。	
12	入院するとき、調剤への問い合わせがあるが、退院の連絡が来ない。	
12	薬剤師の関わり不足。在宅の経験不足。	
12	医師は病院のなかでは、トップかもしれないが、他職種連携の中でもトップとは限らない。院内と同じ感覚で来られても困る。	
12	全てのCMに病院の内情、機能について理解しろ！というのは厳しいと思う。年齢も元々の職業も様々であるから、病院関係者が丁寧に伝えるべきだと思う。	
12	そもそも退院時支援って何をどうしたら良いかわからない。カンファレンスが行われているのかも不明。(薬剤師)	
12	病院職員はアウトリーチ的発想に不足？基本的に「待ち」の姿勢、ほぼ職員側のホームの「院内」で接する。患者側の「ホーム」はあまり知らないのでは？アウエー(病院)では弱くても、自分のホームでは患者さんは強いですよ。	
12	退院後の行き先、退院日までの予定(計画)、関わる職種選択、病院orクリニック。	
12	退院時の患者の状態、病状を正確に詳しく把握する。	
12	担当のCMがいれば、患者・家族との面談内容をお伝えしています。	(転院支援の面談では、定員後の生活をどうするかまで聴取しています)
12	担当CMさんとお話する時、患者との今後の見通しに加え、必要時には当院と転院後の機能などについてもお伝えしている。	
12	互いの職種をよく理解していることが大切。	
12	同職種でも在籍場所(経歴や勤務先)によっての違いがある。	Ns→病棟、外来、病院、クリニックでも違う
12	患者さんが入院してすぐにCMさんが在宅情報をくださり、すぐに病棟Nsに伝えることができた。	(看護に活用されているかはわかりませんが)
12	結果を早く出して、退院後の準備を円滑に進めるために、介護保険新規申請は約1ヶ月かかる。	入院中の方であれば、病院の職員で申請してもらえないだろうか？
12	伝えてもらう情報、こちらが伝えてほしい内容が一致していれば、もっとスムーズに連絡が取れるのでは。	
12	退院近くに連絡が来て、すぐサービスを利用したい。認定もまだ受けていない、ということがある。	
12	直前過ぎる退院の連絡はきつい。退院の時は、特に新規の相談の時は、1週間程度、余裕を持って連絡してほしい。	入院中に調整したり、確認をすることの方が、円滑にできることも多いのです。特に医療ニーズの高い人。
12	入院または気になることがあれば連絡をする。	
12	退院時に家族は介護保険サービスを希望→認定を受けていなかった→暫定でサービスを利用。	
13	退院時カンファレンスに呼ばれない・・・呼んでも来ないから？忙しいから？出席が難しいかもしれない事実もある。	
13	「病氣」が治ったら「退院」という根強い考えがある。	
13	病院から他職種への連絡は難しいかも。	
13	当院でも窓口はどこ？という声が外から良く聞かれます。	
13	職員一丸となって在宅医療をすすめることの難しさ。	
13	在宅で患者を支えるのが限界だから、施設への入所や転院するように、本人・家族を説得してほしいと言われることがある。	
13	在宅からの情報がないのに、入院中の情報が欲しいと言われる。	
13	在宅スタッフが面会にきていることをMSWが知らない。	
13	面会時の会い方。	
13	いつの間にか退院していて、病棟から連絡がない。	
13	医師からIC→即日退院してしまい、MSWには伝わらない	
13	入院時、CMからは情報提供をするが、患者が退院することすら連絡が来ない。知らない間に退院しており、本人からヘルパーが来ない等の連絡があり、退院に気付くことがある。	
13	退院後の緊急時の相談先が決まっていない。	
13	家族・患者本人との連絡が取れない・取りづらい事情があるとき、病院との繋がりに距離感を感じてしまう。	
13	ケアマネより担当者が入院になっている旨の連絡がない。	
13	病院のことを介護側が正しく理解できない。	

13	病院によって、窓口が異なる。	MSWIによって対応が違う場合がある
13	相談窓口のない(MSWのない)医院に入院した場合の相談相手に悩むことがある。	
13	入院時と違う状態(在宅酸素を開始していた)だったが、退院前に病院側から連絡がなかった。	
13	病院として、在宅における療養をどのように捉えているか、今は伝わってこない。	
13	退院が決まっていて、調整に時間がない。	
13	退院支援の現状・・・病棟Nsの意識の低さ、今、目の前にある患者しか見ていない。	(患者の今後の見通しが無い)
13	セラピストから指定された走行器だが、自宅環境が想定されていないものだった。	
13	患者の背景を理解して、(介護力・年齢・家族環境)に沿った説明をしてほしい。	説明の仕方等も配慮してほしい。
13	退院から数ヶ月後に、ケアプラン立案依頼有り。進行性の疾患で、入院時の介護度は現在の状況に見合わない。	→進行性のため予後予測
13	生活丸ごと豊かにするケアが必要。	現状、丸ごと豊かではないということだと思うが、具体的にどんなことが豊かではないのか？
13	認知症の検査→退院支援Ns→包括(?)ということなのでしょうか？	地域包括センターこん 渡邊さんの講演について
13	ケアマネ担当の39人の介護度はどのように？	
14	介護保険申請手続きを行ってくれる病院と、行ってくれない病院の違いは？できれば統一してほしい。	
14	退院時カンファレンスに呼ばれたことがない。	
14	退院が決まったら早めに教えてほしい。	
14	確認が十分にできないことが多い。	
14	訪問看護師の在宅をイメージする力が弱い。	
14	退院時について、病院によって対応が違うため、対応に迷ってしまう。	
14	退院カンファをしてくれると情報(身体状況など)把握できる。	
14	院外より院内の連携が難しい。	
14	入院時、情報を持っていても、病院から何も連絡がないことがある。	
14	MSWと病棟Nsとの連携が出来ていない時が多々ある。どちらの話を聞いたらいいのか。	
14	病棟Nsに在宅の意識がない。知らない。	
14	ADLが回復していないのに、日数で退院となる。	
14	入院時から在宅の生活を意識して欲しい。(薬の飲み方など)	
14	退院支援をしないといけないが、病状がおちつかず、タイミングがつかめない。	
14	家屋訪問や調査をしてけると在宅との連携が取りやすい。	
14	医師との関わりがなかなか持ちづらい。	
14	服薬困難・服薬不良の事例を推測できる場合があるが、介入できていない。	
14	施設(グループホーム)のケアマネとして、関わっていた時、医師・看護師の家族への言葉が高圧的で対応に困った。	
14	退院後、在宅・施設での施術をするなかで、突然患者さんの予定が変わることがある。・・・連携がない。(連絡を貰えない)	
14	薬剤師さんの利用について	
14	退院時の薬の管理を誰が行うのか。	
14	医師の治療がだぶってしまう。(同一病名で治療できないため)	
14	病気を理解できない。(本人・家族が老々？認知など)	
14	患者の病状についての把握が難しい。	
14	そもそも在宅の依頼が少ない。	
14	退院後の在宅でのケアで、QOLを維持するため、微力ではありますが、鍼灸、マッサージ業を行っていますが、多職種のなかでまだ理解されていないのが、問題点となっています。	
15	医師によって、手紙を書くスピードにばらつきがある。依頼を何度かしないと忘れていく。	
15	医師の説明が聞き取りづらい時がある。	
15	医師、リハで方向性の意向が違うこと。	
15	国の方針が地域完結型へ変わっていくことを知らないスタッフは多い。	
15	一貫性のあるわかりやすい説明を患者にしてほしい。	
15	退院時の現状説明だけでなく、退院後の予後の予測を知りたい。	
15	手紙のやりとりだけでは、患者の実際の背景がイメージできないことが多い。	
15	連携と言いつつ、押しつけ合わない。	
15	往診の基準を理解しているのか。	
15	入院時の時点で、退院後の生活にまで目を向けられていない。治療中心の目線になってしまう。	
15	退院調整看護師や病棟師長が中心となって行っているため、病棟スタッフの意識が低い。	
15	退院時カンファレンスの時、家族がついていけない時があるように思う。	
15	日々のカンファレンスで職種間で方向性のズレが生じてしまう。家族からの希望の捉え方が違ったり。	
15	医科との連携がしづらい。(投薬してもいいのか、麻酔をしていいのか、ケアマネジャーではわからない事を聞くとき)	
15	違う医療機関も受診されている場合、そちらとも連携をとってもらいたい。特に内服について。	
15	内部は退院前カンファレンスに参加することがほとんどだが、外部から直接自宅退院する例で、呼ばれることは少ない。	
15	サービスの依頼が来た時点で関わる理由(目的)目標を共有することを心掛けているが理解は不十分？	
15	時間を有効に使い、タイミングを外さない支援・連携をしてほしい。	
15	複雑な制度を、どのように高齢者に理解してもらうか？	
15	介護についての知識が不足、退院後の介入のイメージがわからない。	
15	支援者(退院)の力量差が大きい。個の力(スキル、経験値)	
15	経験年数により、ゴール(退院後の生活を考慮した目標を立てる)を予測することにかかる時間が異なる。	
15	在宅側へ一方通行、退院カンファレンスもないまま。	
15	医療・介護の違いを理解して、相手の立場にたった連携をしてほしい。	

15	飲んでいる薬は、何の薬なのかわかりづらい。	
15	医師の説明(IC)により、家族が自ら意志を主張しなくなる。医師の言うまにに従うだけ。	
15	制度(介護・身障・特養)手続きに時間を要するので、整わない状況で在宅へ。	
15	どんな制度を活用したらよいのか。	
15	病院の医師、Nsの在宅(介護保障等)の知識、理解不足	
16	施設もどりの情報提供、内容(サマリー、Letter、リハ治療方法)など	・・・各施設で違う。
16	末期癌、急性期病院でのフォロー体制を知って、在宅介護調整をしたい。	
16	単身者、家族と疎遠でのCMの役割	
16	行政の関わり・・・行政の全体ワーカーの動きが不十分	
16	地域の協力者へのどこまで情報提供?個人情報?	
16	施設で引き受けできないと言われるケースあり。	
16	医療、介護、在宅、共通の情報用のツールがあることが望ましい、ツールもどのように活用するか	
16	身寄りなしのケースが多くなってきており、キーパーソンが第三者の場合、決定権がなくて困る。	
16	施設での残薬確認がない。	
16	在宅での残薬確認が少ない一人的な問題	
16	ケアマネの知識不足(病気や薬などについて)	
16	末期がん、在宅での看取りを希望。	急性期病院医師と在宅医の連携ができていない。
16	病診連携が大切と充実を求める。	
16	急な退院連絡(前日)サービス調整が難しい。	
16	入院中、病棟で退院後の生活を見据えた介護を。	(退院ギリギリまで尿道カテーテル、退院ギリギリまで車椅子対応etc)
16	病状について家族の理解が不十分	
16	退院時、残薬確認がしっかりとされていなくて、急にお薬がないと言われて困ることがある。	
16	本人・家族・病院・ケアマネ(各関係者)の意向の違い、ズレ	
16	本人・家族が退院後の生活を想像できていない。ピンと来ていない。簡単に考えているケースもあり。	
16	入院時の情報提供の内容について、共通のシートがあれば。	
16	情報提供しているが、退院後の連絡がない。	
16	MSWの連絡が取りにくい。	
16	栄養、歯科・口腔、薬剤分野との連携	病院からの派遣なのでコーディネーターが難しい
16	急性期の病院なので、明日退院となるケースもあり、ケアマネジャーから退院したら困ると言われるときがある。	(住宅改修が終了するまで、退院延期の希望をする場合もあり)
16	退院してから、入院時の問い合わせがあることがある。ケアマネから。	個人情報などを伝える時に困る。
16	事前に(入院時)に在宅情報をもらいたい。情報も事業所によって違うし、欲しい情報がないこともある。患者は居宅の担当者の名前を覚えていいることがある。	共通の様式シートがあれば。
17	病院スタッフの在宅療養の介護についての無理解	こういう状態でも、家で看れるということがわからない
17	主Drは、本人・家族の意向を無視して、ショートステイの利用を決めてケアマネジャーに準備を求める。	院内カンファレンスで本人・家族の姿がない
17	在宅介護関係者の早すぎるあきらめ「この人は自宅生活を送るのは無理」	
17	退院の際には、本人の先のビジョン(通院頻度、薬の内容、病気についての注意点など)を本人・家族以外にケアマネジャーにも教えてほしい。	Drからの説明をきちんと理解していないことがあるので。
17	入院時に在宅情報を病院にお届けしても、退院のお知らせが一切なかったり、または1～2日前と直前だったりする。	
17	クリニックのナースから、患者さまへ訪問診療のすすめをケアマネジャーに依頼あり・・・?	
17	退院前の家屋訪問時には、同行させて欲しい。(新規の場合)	
17	院内連携がスムーズに行っていない。	
17	在宅の人が入院すると、病気を治すだけでなく、他の課題もこの時になんとかしてほしいと入院が長くなる。	
17	ケアマネジャーとして、退院する前に退院日の目処があれば、自宅に戻って来るまでの準備(サービス調整)がしやすいと思います。突然、「明日退院になる」など、連絡が来る場合がある。	
17	退院＝病気が治る、という状況ではないにもかかわらず、在宅医療を支える資源不足を補う具体的な制度、経済的な弱者への支援制度が十分とはいえないため、慢性疾患患者への対応が悪くなる。	
17	本人・家族の意向と病状からできること、できないことの調整がなされず、医療の意見が強くなることに感じる。	
17	医療の場における疲弊状況、その人の生活に思いをはせる。	
17	医療制度において、平均在院日数、在宅復帰率等の要件が厳しくなるにつれて、在宅に介護力がない、又は経済的に施設利用が思うようにできない患者が増加してきている	
17	大腿部骨折で、急性期病院で救急搬送されたが、主治医から、寝たきりになると自宅へ退院するのは無理。だが、三週間で退院だから、他の施設を探しなさいと決めつけられる。	
17	薬局として、入院前→入院中→退院後の内服薬の流れが見えてこない、情報の共有が少ない。	
17	病棟看護師の早すぎるあきらめ、「この人は自宅に帰るのが無理よね」	
18	ケアマネ等の在宅支援者も、病院の機能や事情を理解した上での連携や協力が必要。	
18	退院に際し、市内の病院で流れを統一できないにしても、ある程度のマニュアルは作ってほしい。	
18	10年前と比べると、MSWや退院Nsのはたらきにより、かなり連携がしやすくなっている。ただ、それに甘んじていてはいけないと、更に更にという意識を持っていく	
18	在宅患者が入院して、居宅管理指導が中断している、その後の患者情報がわからない、ケアマネジャーに問い合わせをしてもよいのか?	
18	退院時カンファレンスに薬剤師も連絡してほしい	
18	鍼灸マッサージ師が、訪問診療で何ができるかを理解していただく	
18	医療側に退院時カンファレンスを面倒がられる。	

18	ICの時間、訪問看護師の同席してほしい。ICには参加できないことがある。家族の希望やまた病院側と在宅側の連携がうまくできていないから・・・か？	
18	ターミナルのカンファレンスに、病院の家族の同席調整が取れていない。	
18	ICの時間、訪問看護師の同席してほしい。ICには参加できないことがある。家族の希望やまた病院側と在宅側の連携がうまくできていないから・・・か？	
18	ICにケアマネジャーが同席したので、カンファレンスは必要ないと言われた。	
18	病棟スタッフの在宅生活に対する意識のうすさ。	
18	疾患により、既に課程が決まっており、在宅での生活予測が取り残されている。	
18	退院前カンファレンスを開催する余裕がない。明日退院というケースもよくある。	
18	退院調整にゆとりがない。	
18	CIに対して院内での共通理解ができていない。(病院がカンファレンスを開いていないため)	血液検査にてCI(クロール)が高い場合、ネフローゼ症候群や腎不全などが疑われる。
18	ベッドコントロールについて、Drの理解が得られない。	
18	CI, Faの協力が得られない。	
18	入院したことが家族や利用事業所から連絡が入った時→状況把握のため、入院先相談室に連絡をしたが、まだ病棟から情報が来ていないと言われ、その後退院が近くなっても、まだ情報が得られない。	
18	入院からリハ転院の場合、連絡がないまま転院→転院先から退院を知らされた。	
18	サービス導入や施設入所、医療費、生活をするお金がない(帰り先が見つからない)	
18	MSW、支援NSを通して相談されないことがある。→入院希望して来ても、ベッド上受け入れられないことがある。	
18	窓口を探すだけで、振り回される。病棟→MSW→病棟の繰り返しなど。	
18	MSW-病棟Ns→Drとの間で、伝達が行き届いていなくて、混乱する。	
18	入院している場合、患者さんに面会しに行ったときは必ずMSWに声をかけた方がいいのか？(ケアマネ)	
18	カンファレンスを求めても、疾患によっては取り扱ってもらえない。	
18	退院支援(在宅)で、退院カンファレンスに出席→状況は後で知らせますので、サービス調整してくださいと、師長から言われ、入院状況の報告がないままに終了したことがある。	
18	ICでは、Drの話を家族が理解できていないことが多い。一緒に聞き、かみくだいた説明や在宅で予測されることを聞き、説明する必要がある。	
18	退院時カンファレンスに病院薬剤師が参加していなかった。簡易懸濁法を実施していたのに。	簡易懸濁法とは、錠剤やカプセルを粉砕・開封せず、そのまま温湯に入れ崩壊懸濁させ たあと経管投与する方法です。
19	退院後の独居生活をしていくことに不安を感じている方が多いと思います。ケアプランを立てる時なども、病状をどの理解がきちんとできていないと、本人様に合うプランを立てられない。これでいいのか？と思うことがある。	
19	救急→A病院(情報がなくまま転院)→B病院	
19	退院が突然決まり、退院前日に訪問看護の方にTelしてしまい、迷惑をかけたことがある。	
19	新規紹介(退院に向けて)で指定された時間に病院へ行ったが、情報も受け取っていないしMSWも留守。当然あるだろう、ついてくれるだろうと思わず、確認が必要だと痛感。	
19	病棟から退院調整の電話が来て、在宅でも転院でもどっちでもいいですが・・・という病院があった。	
19	退院前カンファレンスの時間が十分に取れない。そのため十分な情報提供ができない。	
19	退院カンファレンスをお願いしても「必要ないでしょ」と言われる。	
19	退院時処方薬の調剤方法の確認	
19	要介護等の情報があってもケアマネジャーの名前等把握していない。	
19	在宅・看取りと家族は思っていたが、在宅介護の具体的なイメージがつかず、24時間病院から支援をうけられると思っており、把握不足だった。	
19	退院にむけて、介護申請お願いします。認定調整の時は、入院している分はわかりません。	
19	退院調整・退院支援時のプランニングのための項目、OLガイドラインは？	
19	通院時に求められる情報提供の内容や様式がまちまちであるため、どこまで提供すればいいか困惑する。	
19	入院、退院に際して、連絡をくれる・くれない病院。入院患者によって違うのか？基準があれば知りたい。	
19	入院でのリハビリ継続を希望する本人・家族と退院して、自宅での生活が一番良いリハビリと判断する病院側との間にはさまり、悩む。	
19	在宅(家)に帰って来たり、お金がかからないと思って退院してしまう。	
19	病院からの依頼時に説明が大雑把。	
19	訪問診療・病院へお願いしたら医師が全てやってくれるような説明をされる。※退院前に病院へ説明する用紙作成	
19	精神科を退院され、その後通院できていなく、病状が悪化していた。そのような方の情報が欲しい。	
20	在宅生活再開が難しいのに、退院させられた。	
20	ADLレベルが低下したのに、家屋調査をしてもらえなかった。	
20	情報提供をしてもらえなかった。	
20	カンファレンスをしてくれない病院がある。	
20	院内、院外共に情報がばらつき、的を射たものを得られない。	
20	在宅を意識した支援を行えておらず、生活よりも病院ではあくまで療養で終了し、退院してもすぐ入院してくる。	
20	医師の提案に応じることが多く、本人・家族の本当に思っているニーズがわからず、退院先が決まらない。	
20	長期入院時、連絡して良いか悩む。	
20	医師と連携が取りづらい。	
20	退院時にMSWが、患者の状況がわからないことがある。	
20	入院が短い場合、MSWに連絡をしてよいか悩むときがある。	
20	病院側から連絡が来ないことがある。(退院時)	
20	通院期限がいつで、いつ頃退院するかが病棟でも2週間～1ヶ月前であり、指導が必要な患者様へ生活に合った方法で検討できていないことが多い。	また、在宅や施設へも余裕ある日程で調整をはかれない。
20	〇〇(医療機関)の連携が市内で一番悪い！	

20	ご本人の退院先の希望と病院側との違い	
20	服薬自己管理が難しい(病識がない患者さん)入院スタッフと在宅スタッフの温度差	
20	長期入院患者様の退院支援、退院先の確保、家族調整など。	
20	連携は退院前から始めている。退院前の繋がりも重要と思うが、個人情報なので状況を教えてくれない。	→病院側も患者から同意書を取ると良いと思う。
21	要介護者が緊急入院した場合は、担当ケアマネジャーの連絡先カードがあった方が良いのかな？	
21	在宅情報の不足	
21	本人と家族の意見が違う。	
21	入院当初から在宅復帰困難との決めつけがある。	
21	病院あるいは医師にどこまで望んでいるか	
21	虐待があると判断された場合の対応は？	
21	サービス担当者・会議の線引きは？	
21	在宅関係者が何を知りたいのか？カンファレンスの前に事前に確認	
21	医療・介護で各々必要な情報は？	
21	地域との関わりを持っていない方の関わり	
21	MSWさんが忙しそう・・・と思う。	
21	入院前後の状況変化の把握。	
21	退院後の振り返りが必要・・・本当によかったのか？	
21	自宅退院したあとの生活のイメージ。	
21	病院医師に介護に対する知識が少なく、MSW等に話を振ってしまう。	
21	MSWはどこまで対応するべきなのか。	
21	看護添書、リハ添書が欲しい。(訪看だけでなくケアマネジャーにも)	
21	退院調整時の病院側の制度による選別が必要なケース有り(自宅はOK)	
21	平均在院日数のしぼりがある。	
21	ケアマネさんの病院形態(特性)の把握不足。	
21	退院時の連絡のタイミング。	
21	入院中の患者状態の把握＝情報提供不足	
21	(ケア)退院連絡はどれくらい前が良いのか？(希望が)	
21	専門用語はわからない。	
21	専門用語について質問しづらい。	
21	どこに話して良いかわからない病院がある。	
21	退院の連絡が来ない、またはぎりぎり。	
22	専門用語でパニック！	
22	本人・家族の病状の理解や退院後の意向に大きな差がある時。	
22	関係者間の情報共有化。	
22	情報のやりとりがきちんとできていない。→入所後に再度情報収集	
22	施設→病院へ情報取得のために連絡をする際、専門職→専門職ではなく、窓口を通す必要があり、時間がかかる。	
22	退院可能時のご本人様の病状やADL等のレベルを家族がしっかりと把握せず、退院。	(例)経管栄養→経口への移向の可能性、ADLがどの程度向上するのか。
22	退院ぎりぎりになって、介護保険申請代行の相談がきた。	
22	家族は普段のことをいまいちわからないまま、医師は判断を家族にまかされて、困ることがある。	
22	関係者から自分の関連施設への入所をすすめられ、ケアマネが家族との間で困ってしまった。	
22	病院内で在宅のイメージにばらつきがある。→在宅に帰せるのに病院へ	
22	退院時の連絡がなかった。	
22	在院日数など治療が終わるとすぐ退院調整に入る。	ケアマネジャーには前日告知もある。
22	入院(即日)が重なると、カンファレンスに看護師が落ち着いて入れない。	担当のNsが入れない。
22	カンファレンス開催のタイミング	
22	退院カンファレンスがない。あっても時間が短すぎる。	
22	退院後の方向性を決めるとき、家族と顔を合わせる機会がない。	
22	訪問診療、精神科往診、対応不足	
23	家族がいない方の支援をどうするか。	
23	退院後の選択肢は多数あるが、金銭面での制約が出てくる。	
23	退院後の生活に対しての家族と本人の意向の相談	
23	退院後の受診先が違うと、「次の先生に聞いてください」で済まされることがある。	
23	直接家族からの同席依頼で、ICに呼ばれたが1時間半以上待たされても、医師が来なくて大変だった。	
23	カンファレンス時に本人・家族の意志がゆらいでいることが多く、複数回調整が必要になる。	
23	ケアマネジャーや地域住民が説得し、ようやく受診。	毎日通院で治療手段に苦しむ。
23	病状が思わしくない時、連携室に病状を確認するが「家族に確認してください」と言われたが、通常の流れは？	
23	退院後の療養における留意点について、家族にも分かりやすい言葉で説明してほしい(こちらの知識不足も)	
23	救急→入院でさず 在宅→支援者がいない	
23	なかば強制退院させられた人でも、帰ったら包括でしょ？と丸投げされる。	
23	入院前と身体の状態が変化している際の情報と、実際の本人の状態に相違があり、他職種間の連携が満足にできないことがある。	
23	退院カンファレンスの開催や、退院前の家屋調査などは、その都度病院側で必要度を見極めて行うのですか？	
23	ICでの内容をご家族が確認しても、全く覚えていないときがある。改めて電話などで問い合わせしても良いのでしょうか？	
23	2日目以降の同じ病気で入院、本人・家族がしっかりしている場合、情報が必要？	
23	入院中の在宅情報の提供は診療科が変わったら、やはり提供した方がいいのでしょうか？看護サマリーに介護度？	
23	ICにケアマネ同席するのを嫌がるドクターがいらっしゃるということ	
23	家屋調査もケアマネ呼ばれる時と呼ばれない時がある。	
23	その病院によって、病棟の対応、態度への格差	
23	退院時カンファレンスの時に、患者が退院を聞かされて、びっくりすることがある。	

23	今日、明日退院なので、家に行くと依頼される。	
23	すべての患者を把握することは困難。(〇〇(医療機関)独自のシステムをつっている)	
23	病院の窓口(相談窓口)どんなことがだめ？逆に教えてほしい。	
23	仕組みについては統一が必要？理解していただくことはできないのだろうか？	「互いを知る」
23	病院全体の理解を得るためには、やはり時間がかかる。	段階を踏んで・・・ということがある、時間をください。
23	入院時に必ず、病棟薬剤師に服薬指導に入ってもらおう。	
23	病棟担当の薬剤師も退院時カンファレンスに参加してほしい。	
23	薬局が退院時カンファに参加できるケースがほぼない。	
23	医療連携室からの退院時の連絡が急に(1~2日前)きてしまうサービス調整が満足にできない。	
23	カンファレンスで専門用語がわからず。(知っていないと恥ずかしい？)	
23	ケアマネの積極的な来院(在宅情報提供書)ケアマネが分かれば連絡しやすい。	
23	敷居が高くしているつもりは全くない。やっぱり敷居が高いんだろうか。	
23	ケアマネはMSWという存在を知っているか？	
24	介護職の知識不足	
24	退院前IC聞けなかった場合はどうしたらよいか？	
24	行政の協力は限られ、ケアマネへの負担が大きい。	
24	ケアマネからの「担当しています」というTELはある？いらない？	
24	家族がいない人、疎遠な人への理解	
24	訪問看護師さん寄りの情報が入院してもない。	
24	退院調整に病棟Ns必要？(SWいるのに)	
24	専門用語の利用も多く、相手には理解できていない(伝わらない)	
24	在宅に戻る際の関わる人の話し合いが少ない(目標への各過程への関わり)	
24	病院の窓口が分からない。	
24	早い段階での準備に入る病院と退院が決まってからの準備の病院(申請)	どういう仕組みになっているのか？
24	急な退院が多く、在宅の支援が整っての退院ができない	
24	いつの時点で相談室と繋がっているのか？どういう仕組み？	
24	何かあったらまた来なさい=緊急時受け入れてもらえない。	家族・本人はいつでも受け入れてもらえるかと勘違いする。
24	入院がわかった時に連絡し、退院が決まったら、教えていただきたい旨伝えても、連絡が来ない。	
24	入院・退院の連絡がないため、残薬の確認、入院時の薬の内容がわからないことがある。	
24	各医療機関の特徴を知らない。	
24	入院時、患者様の生活情報・サービス情報がなく、ケアマネもわからないことがある。	
24	医者から退院後についての説明があったけれど、家族・本人は不安があるけれども、医師には言えない。	家族、本人の理解力をきちんと把握する
24	他病院受診のため、診療情報をお願いしたところ、Noと言われました。	その場合はどうしたら良いのか？
24	在宅での生活を見据えてくれている看護師と病院経験のみの看護師さんでは本人への関わりが違う。	
24	退院後、患者が「病院に相談に行きなさいと言われたので・・・」と突然来所した。	せめて電話1本くれれば、と思う。
24	せめて歩けるようになってから、退院させてほしい。	
24	退院時カンファレンスに参加したが、家族が訪問診療について、理解されていなかった。ケアマネさんの情報不足もあったようだ。	結果、翌日キャンセルとなった。訪問診療と往診の違いを理解してほしい。
24	在宅医として決定しているにも拘わらず、退院前のカンファレンスに声がかからなかったことがありました。可能な限り参加する心がまえています。	この場合は誰が調整するのか？
24	専門職の理解度、知識にばらつきがあり、医療側との視点に違いがある。	
24	入院→在宅になる時、病棟スタッフも在宅では何が必要となるのか？どのような指導をすれば良いのかなど、もう少し考えてほしいと思います。	
24	看護師の在宅への意識・知識不足。	
24	退院支援に退院後かかわる外来看護師が情報をあまり知らない。	
25	「入院中だからMSW」「退院したからCM」というのではなく、協力できそうところは双方歩み寄って、協力できればもう少しスムーズに行くと思う。	
25	公的支援に具体的にどのようなものがあるのか？	
25	ケアマネジャー、医療ソーシャルワーカーが利用者(患者)に関心を持って、お互いが情報を取りに行く気持ちが必要か？	
25	事業所・ケアマネがわからない。	
25	病識の乏しい家族介護者がいる。	「とりあえず帰ってからやってみます」との意向が強く、支援内容を決められない。
25	「転倒されると困るので、車椅子対応です」とNsが説明をする。	自宅では歩行移動が必要な患者なのに。
25	患者の状態が資料と違う。	
25	住環境、介護力不足により在宅復帰が難しいケースでも退院タイムリミットの訴えが強くある。	
25	退院時・後カンファレンスがない病院がある。後日改めて、サービス担当が行われる医療(病院)からの情報が聞けない。	
25	せめて退院が決まったタイミングでケアマネジャーに連絡が欲しい。	
25	病院によって退院調整窓口から一本化されていない。	病院NsとMSW双方から連絡があったりする。
25	そもそもカンファレンスに歯科専門職は入っているのか。	
25	口腔保健管理について、チェックされる場合にはどのようにするのか。	
25	リハビリテーションについて、入院する際、在宅サービス側から医療(病院)への情報提供はない。依頼もあまりない。	
25	家族の認識が違うまま、入院してくる	
25	入院した際に、ケアマネが誰かわからないのであれば、連絡いただきたい。	
25	退院への意志決定に時間がかかる	
25	受け持ちNsは変則勤務で常時いない。	
25	Nsは背景は聞けても、施設・在宅はあまり見えない。	
25	退院後フォロー…医療への引継ぎを行う際、医療関係でのやりとりで手間取る。	家族・本人が困惑する。
25	間違っている介護保険サービスの説明を病院側でしていることがある。	都度の修正が大事。
25	障がい有するご本人の家族の介護問題を相談する際、介護が必要な方への直接面識がないなかで、依頼するだけとなり、心苦しい場面がある。	
25	病院側としては、恥ずかしい話、担当ケースが多大にあり、重要性が低いとケアマネに連絡もしていないケースもある。	特に入院時。

25	全体への介入していないので、把握していないことが多く、申し訳なく思う。	「ケアマネジャーさんから〇〇さんについて、お話を聞きたいので、担当の方をお願いいたします」とTELor訪問があった時。
25	もう少し入院させてほしい家族と、すぐにでも退院させたい医師。	
25	MSWから受けた情報提供と、家族が「聞いた」内容に相違がある。	聞いた内容を家族が理解できていない。
25	ケアマネジャーより紹介いただいてから、サービス利用に至るまで、医師指示書が届かず、時間を要する。	(紹介から2〜3週間後)
26	退院前カンファレンスを忙しいので、開催してもらえない。	
26	病院によって、窓口の名称・担当部署が違うので、誰に話したらいいのか迷う。	
26	医療連携室・地域相談室など、名称が多く、どこに電話すれば良いかわからない。	
26	ICなど、ケアマネは家族ではないからと出席を断る医師もいる	
26	家屋調査時、リハ職の専門的な意見が少ないことがある。	
26	退院の連絡が突然で時間がない時がある。	
26	突然の退院に向け、ケース調整が間に合わない。	
26	入院理由、経緯を教えるのは難しいと言われてしまった。(個人情報とのこと)	
26	退院時カンファレンスの金額について、高いから払いたくない。	
26	在宅サービス側の要望・疑問などは、気持ちよく聞き入れてもらえるのがわからない。	
26	外来事務とMSWさんの院内での役割分担が、外からはわかりづらい。	
26	退院後の在宅に対する視点が、病院サイドと居宅サービス(介護)サイドに差がある。	
26	退院調整時、最終的にはケアマネ個人のネットワークを活用せざるをえない。	
26	自宅退院時、どこのケアマネさんをお願いしたらよいか。	新規の人。
26	顔が見える関係性ができると、相談しやすくなる。	
26	困ったときには知っているMSWがいると、相談しやすい。	
26	急性期病院の役割について、家族が理解してくれない。	
26	在宅は厳しいとICしているでも、家族とケアマネさんと在宅方向で話を進めていたことがあった。	IC: インフォームドコンセント
26	区分変更のタイミングについて、一緒に考えてもらえない。	
26	家族とケアマネジャーとヘルパーを混同していて、CMの名前が聞き出せない。	
26	支援する際に、医療ニーズについて上手く伝わらないことがある。	
27	病院とかかりつけ医は？つながりはある？情報は？	
27	退院後、かかりつけ医への連絡の際、かかりつけ医が入院時の状況を理解できていないことがある。	
27	受入時の事業所の意見が割れる。	訪問看護「一か月は休んで、様子を見た方がいい」 デイ「少しの時間から様子を見たい。社交的な人なので、元気になってほしい」 本人「行きたいけど、疲労感が強い」
27	情報(サマリー等)が遅いので、訪問看護・ヘルパー・福祉用具等に遅れ気味の連絡にはなる。	
27	薬が昼のみでだった。	
27	初回訪問の時の情報が少なく、聞いてもすぐにわからない。	
27	どれくらい良くなりたいなど、積極的な目標を本人の希望がない限り、計画を立てにくい。リハ担当者と話がしたいけど、機会がない。	
27	服薬管理ができないケース	
27	入院と退院の担当者が違うことがある	
27	退院の連絡が1日・2日前に病院から来る。	患者を見に行く時間がない。ケアプランの準備ができない。サマリーも当日。
27	相談はどこにしていけばいい？大きい病院だと相談窓口が色々ある。	
27	病院の機能として、在宅側の相談窓口がわかりにくいのだろうと思う。	
27	退院後についての見解があまりわからない。	
27	医療側に在宅情報にもっと興味を持ってほしい。	
27	病棟Nsと直接情報交換がしづらい。	
27	どちらかといえば、入院時の対応がわからない。(特に家族がいない・こない方)	
27	退院時の説明は行っているが、本人・家族など関係者が理解できているかを確認してほしい。	
27	退院前の実態調査・在宅訪問をしてくれる病院があるが、ほとんどの病院は行ってくれない？	
27	介護で利用者を取りまく職種間連携	
27	退院前カンファレンスと担当者会議の違いを考える必要がある	
27	カンファレンスの内容。	どういう内容で行うのか。病院→在宅の流れ。
27	カンファレンスが短く、書面でしか情報がとれない時がある。	
27	スケジュール調整がきびしい	
27	お互いの情報を持ち寄り、患者の検討をしなければならない。	