

	退院時支援の課題	既存の取り組み	今後の取り組み
1G	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 退院させられるという意識が根深い</li> <li>● 本人が帰りたいと希望しても医師が許可しない</li> <li>● 施設の受け入れが困難(特に医療処置が必要な場合)</li> <li>● 家がない</li> <li>● 家族の支援がない、家族の拒否</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 退院前訪問時に病院セラピストのみではなく訪問リハも一緒に行く</li> <li>● 退院後の不安を解消する支援(退院は喜ばしいこと)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 退院調整者が地域の社会資源に精通し、提示できる</li> <li>● 住民意識(地元でも生活できるという意識)</li> <li>● 病院の入退院時支援で先を見据えた介入</li> <li>● 入退院時だけでなく外来の段階から介入</li> </ul>
2G	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 週末の夕方、急な退院の相談が入る</li> <li>● 家族と連絡がとれない</li> <li>● 週末、麻薬の手配を頼まれた</li> <li>● 退院の方向性がころころ変化する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 退院時に、在宅で行うリハビリをイラストにして渡している</li> <li>● 在宅支援を行うチームスタッフを紹介</li> <li>● 訪問食事指導の紹介</li> <li>● 薬の情報整理</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 退院時カンファレンスに多職種を呼ぶ(薬剤師、栄養士等)</li> <li>● バックアップ体制がとれる</li> </ul>
3G	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 連絡が遅かったので把握ができなかった(ケアマネ、病院含め)、急変してしまった</li> <li>● 入院した段階で家族、専門職から「家は無理です」と言われる</li> <li>● 家族、本人が秘密にする(伝えてほしくない)</li> <li>● 身内がない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 認定がでていない人に対して色々な居宅事業所に声かけをする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 退院を迷っている段階で支援者につなぐ</li> <li>● 医療の訪問看護のみの利用でもケアマネがついていると良い。</li> </ul>
4G	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 暫定プランの人への支援(ベットレンタル等)</li> <li>● 病院から「包括へ情報提供したので居宅には渡せません」と言われた。</li> <li>● 書類作成のタイムラグ(病院から依頼するか、居宅から依頼するかで時間が違う)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 法人内でベット調整会議を行っている</li> <li>● 入院早期からのアセスメント、カンファレンスの開催(退院後の行先を早い段階で検討)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 緊急時手続きの簡略化</li> <li>● がん末期は必ず介護1以上が出るとよい。(スピードが求められるため)</li> <li>● 外泊時の福祉用具貸与</li> </ul>