

1G

地域包括ケア病棟等の中間的な立場。サマリーもらって地域へ返す。

「この人の家族が頑固です」とか家族情報は助かる。

経済情報、療養先の制限などがあると助かる。

身体機能は評価できる。

本人の希望、それに向けた努力を繋げるようにしている。

リハビリのサマリーでは家族情報まで残していないが、口頭で共有している。

背景がわかるとリハビリに繋げやすい。

MSW 等含めて情報共有していけると良い。

サマリーは端的に書かないと思っていた（病院）

→施設になると端的すぎて、もう少し知りたいこともある。

亡くなった息子さんを探しに歩いてしまう→情報を共有

専門的なことを書きたくなる。会って評価することも多い。

急性期→回復期へが多い。（他院でも）

早めに IC：医師、リハ職、家族、ケアマネ（いれば）で行い、現状・方針・今後について話をしている。

退院前はカンファレンスすることもある。

前の生活や家屋情報も知りたい。家屋情報はなかなかわからないのでケアマネからの情報があると助かる。

書いたサマリーは誰が見るのか分からない。

家族が見るのかと思うと記載しにくいこともある。

ケアマネから必要と言われた場合に提供している。

帰ったあとのフィードバックがない。→誰に情報を還したら良いのか？病院であれば外来くらいになってしまう。

サマリー：専門用語があってすごくわかりにくい。専門職でなくてもわかるように書いてもらえる
と良い。基本情報が主になっている。家屋情報までは載せていない。

関わりが薄いとなかなか情報がない。

リハビリのゴール：在宅で生活ができるのか。継続できるのかどうか。

退院前カンファレンス：リハビリは行けてなくてもディサービスには行っていることもある。

急性期 病前の ADL は知りたい。家族からの情報も差がある。家族があまり把握していない場合もある。

転院時、ケアマネから必要時サマリーを提供。

提供先を確認して、わかりやすく記載している。

リハビリを見に来て、更にサマリーを提供していることも。

本人を見ただけではわからない。情報は欲しい。

専門職以外が見ると思ってサマリーを記載している。

負担少なく利用できる資源の情報を流すようにしている。

介護分野以外の情報は包括へ相談も。

ケアマネの方が情報あるかもしれない

キャラクターが伝わるような…。

リハ職同士へ送る情報→負荷量、リハビリ経過や詳細。リハ以外へ送るときで書き分けている。

生活歴、家族情報、家屋情報、経過は詳細に伝わるように。

本人と関わる時間が長い。目標、大事にしていることを教えてもらえると在宅は良い。

在宅でどこまで目標を達成できるか。現状維持が多い→1つで取り組めることを提案してもらえると。

口腔ケアの意識

2G

ディケアでは、急性期病院からのリハビリサマリーをもらっても活用が難しく感じている。

（退院後）在宅療養開始時、ADLは何とかわかる。今後の見通しや目的が明確になっていない。

本人と家族の思いのズレなど折り合いが重要だが、そういった情報がもらえていない。

結局、サマリーを読まずにやっている。

リハビリサマリーが遅れてやってくる。その前に看護サマリーで必要な情報を得ている。

入院中の面会が可能になってきたので、家族やケアマネにリハビリを見てもらえるようになった。

病状については主治医からも（今後の方針も含め）よく説明を入れてもらっているが、ケアマネジャーからの問い合わせや“その後どうするのか？”“リハサマリーください。”と言われ、現状を書いて渡している感じ。

ケアマネジャーへの情報提供の目的は？

急性期病院から行き先が決まれば、サマリーも業務で必須なのであれば…で業務量も増える。

電話で済むことならば…電話の時間も大変なのかもしれない。別の手段はないか？

トラブルを防ぐためであれば文書の書式は必要だが、メールでも良いのでは？

日中はスケジュールが詰まっていて、業務時間外になってしまう。

現状として、個々の能力の差が、力量が出ている。（何処まで伝えれば良いのか？が、できる人とできない人）

リハサマリーに求められているものは？→先方によって異なるから今はバラバラ。共通のものがあったら良い。

診療所においては、繋ぐといってもスキマが両方にある感じ。退院して数年経ってから受診するかたちになる。

医療保険でできる期間が限られる場合、必要なら介護保険を勧めたりもするが介護保険の移行に時間がかかる。

サマリイの活用はほぼない。生活が不自由になる、通院できなくなると外来に来れなくなってしまう。

本人や家族がリハビリに過度に期待していることもある。医療保険のリハビリにこだわる場合もある。（どうしてもという場合は自費で）

現状を伝えるのが精一杯。書類にしなきゃいけないミッションがある。

行動を変容していくためのことが病院としてできるのかな？

入院期間が短くなるなど、フェイズよりも早い展開になっている。

そうなると、その時期に合っているものというよりも、最低限のところ…「転倒予防」になります。

本人や家族の希望や病状を理解して納得できる状況に。

看護職もそうだが、直接ケアを行って一定時間関われるリハ職は「自分が一番、身体のことや生活のことなども一番知っている！！」。

→でも、だから“自分が動けばいい”とってしまう。

同じ法人内なら、チームでやり取りしているので情報共有するが、他の所へは情報を流す意味がわからない。

そもそも、デイサービスや訪問でどこまでやってくれるのかわからない。

他県では法人が違って、もっと気楽に電話等でやり取りできていた。抱え込む？新潟の特徴なのか？

電話やメールなどで誰かがやり始めたら…介護保険事業所は可能。医療とのやり取りに課題があるようだ。

病院は、連携室などを経て外部へ情報を送るなどの掟がある。通さずに直接電話でやり取りしても良いのだろうか？おそらく病院ごとでそのシステムがあるだろう。

3G

〈どのようにしていますが？つなぎかた〉

A 病院：急性期病院からの現状をもとに、自身でも情報収集しながらリハビリを行っている。

看護サマリーを参照している（他の職種のものも参考にしている）

送る側は何を伝えて良いか。

B 病院（一部回復期）：急性期として多くのサマリーを記載。看護サマリーと同じフォームを使用し、（昨年度より）重複する部分は削減できた。

だいたいの方がリハビリ介入あり。

C 病院：自由記載だが、1週間以内の入院では決められたフォームも書きにくい。

D 病院：看護とは連携しにくい。

群馬では急性期ではパスを使用している。地域でリハビリ職が情報共有できる（一体化している）ツールを使用。他病院でも急性期～のものがみれる。

訪問はすぐリハと情報共有できる。

施設：デイケアの問題。週2回20分。集団リハもOK。生活の場として介護が中心。退院後3ヶ月は集中してリハができる。その後リハ回数減でADLが下がるケースがある。そのため次に行きにくい。3ヶ月に1回の見直しがある。

訪問看護：退院前カンファレンスは途中退席しないようにしている。

E 病院：老健からの入院時、介護のリハからの情報提供がない。看護サマリーのみでリハとしては作成していなかった。（加算もない）

〈各フェイズで欲しい内容は？〉

- ・現状のレベル
- ・医療情報
- ・家族から得た情報
- ・急性期で何処までの訓練ができていますのか
- ・環境
- ・家屋情報
- ・家族背景
- ・キーパーソン
- ・好み、どういうことに反応が良いか
- ・性格
- ※これらは関係性を作るために必要になること
- ・転倒してから自分で起き上がるかどうか。

知りたい情報を職員を捕まえて聞き出す。

（回復期はゆっくり時間をかけて情報収集できるので、一生懸命サマリーを書かなくても大丈夫。）

A 病院：依頼が来たら記入するフォーマット（独自のもの）

訪問リハビリ用、聞きたい情報の検討用紙を使用し活用している。

- ・介護情報
- ・現在の ADL
- ・在宅で問題となると考えられること
- ・訪問リハ
- ・目標
- ・疾患

院内の連携 看護-リハとの連携が不十分かも！？

1 つに情報が入っていれば、あちこちから情報収集しなくて良い。

リハビリ職が 1 番情報を持っている。

MSW へどこまでリハビリとして情報を伝えられれば良いのか。

→あった情報をもらえれば整理していく

現状の話はできているが、未来を見据えた話が不十分（連携の部分で）

ADL、トイレ動作←看護のとらえ方とリハのとらえ方が違う。問題点や視点が違う。

4G

〈どのようにしていますが？つなぎかた〉

OT：連携についてのアンケート、報告書を活用。法人内では意見をもらっている。

他の場でも同じように思っていることがわかった。フェイズの異なる人の報告書の繋げ方

→カンファレンス等、直接対面増えてきた。

退院してからの本人の意向や家族の意向が繋がっているか心配。

→どうなっているのか、どう生活しているのかわからないので知ってみたい。学びたい。

計画書を送付しているが、活かされているのか、どのように活用しているのか。

欲しい情報があれば教えて欲しい。

ST：期限のあるなかでやっていて、送った後、それで良かったのか…。

PT：がん患者メイン。（終末期も含む）

コロナの関係で、家族に会う機会もない。入院したときの状況がイメージできないままりハがスタートする。とりあえず機能 UP を目指して、リスク管理し心身機能を診るだけ。

生活期までイメージできないままサマリーを書いている。どんな情報を渡したら良いのか。

どこに退院するのかによりゴールが決まるので、院内としては早めに情報欲しい。

期間というよりは家族と会う機会がないのが困っている。

大腿骨頸部骨折だと回復も良いのでサービス利用無しで退院することもある。

病態により欲しい情報も変わるのでは？

在宅だとリスク管理の情報は意外と大切である。

禁忌が分かる方が助かることもある。

在宅と医療のつながりが薄いため、リスク、病態など分からない

→知りたい。リハビリに活用できる。こういった方向性なのか。

家族・本人の意向は直接確認できるが、実は絶対ではない。

在宅に戻ると本人はアクティブに動くため、知らないリスクになる。

がん患者で病状を本人が知らない尚更どのように説明されているか等も必要。

案外、リハビリ視点のリスク、管理の情報は実は少ない。→急性期以外では欲しい情報。

施設：サマリーだけでは見えないこともあるため、訪問することも大切だと思っているし行っている。

事前の動画での情報提供、こういう動きがあると良い。

MSW：リハ動画を見てもらっている。文字で書くのは難しいこともある。表現に悩むこともある。

百聞は一見に如かず…見てもらえると良い。

動画を活用し、家族やケアマネにも見てもらう。

直接会う方がメリットが大きいという印象がある。

〈各フェイズで欲しい内容は？〉

生活期—リスク管理、一般的な検査データ等が知りたい。急性期でしか知り得ない情報。

情報提供、看護サマリー以外のリハビリ視点のリスクがある。

リハビリの見立て等を入れてもらうと評価にも活かされる。

急性期—評価は回復期生活でも良いのではないかな。

サマリーは業務負担でしかないため、何が必要な情報か知ればもう少しやる気になるのではないかな。

→サマリーを書いているけど、フィードバックがないのが切ない。モチベーションを保つためにも何かないかな。

生活期としても、フィードバックする方法ができれば、顔が見えなくても繋がっていけるのではないかな。

在宅に戻った状態が少しでも知れば良いのではないかな。

フィードバックがあることで、次の業務に活かせることもある→こうすれば良かった、ああして良かったなど。

地域で往復することもある。

リハビリサマリー（病院からは出るが、在宅からは来ない。）→行き来するなら

リハビリスタッフ自体の考えや思いにより、出すことも出さないことも…。

法人内では連携取れているけれど、院外法人外になると連携するのは難しい。

家族の情報が欲しい→スタッフによって差がある。

もっとフィードバックがあれば、急性期・回復期、生活へのモチベーションが保たれるのではないかな。

施設だと本人の情報が違うこともある。

病院では制限ある。

送る側、受ける側の基準が違うことで情報が異なることもある。

対応を変えることで、本人自体の能力が変わってくる。

その行く先の特徴を活かした内容での申し送りも大切なのか。

ただ、セラピスト自身が施設での生活を知らないため、イメージしづらいこともある。

施設など、相手先を知ること大切。

「トイレ行く」という動作を行ってもらおうと、本人の様子に変化していく

→本人の強みを活かす。

双方で顔の見える関係。

5G

〈今回の参加理由など〉

- ・看護とリハとでは ADL の表現でも視点が違うので、やはり在宅側からするとリハのサマリーが欲しい。
- ・お互いの立場の尊重、理解が連携には不可欠である。
- ・ケアマネや施設ともっと連携したい。
- ・訪問先で倒れていたことがあり、医師に伝えたいけれど忙しいだろうし誰に繋いだら良いのか。
- ・サマリーの依頼があれば作成はする。
- ・確かに電話の方が早いし楽かもしれないが、内容の量や質の担保が危うい気がする。

〈どのようにしてはいますが？つなぎかた。〉

つなぐ立場とつながれる立場→“つながえる立場”は物申したくても発信する機会がない。
担当者会議は相談員が出席することが多いためメモ（リハの視点）を託す

デイと訪問リハのプランが重複することもあり勿体ない。

↓

直接訪問リハに伝えようにも連絡先を知らない。間にケアマネや相談員が介在するとニュアンス・視点が変わるものも。

↓

必要あれば、直接やり取りの方が良いことも。

家屋評価には、まだ積極的に出向けていない。感染対策委員会などの制約があって本当に必要な人だけ。

リハ見学を活用している。ケアマネジャーや家族にも見てもらう。

“答え合わせ”カンファレンスなどフィードバックはどのようにしている？

循環器系だと繰り返すので、退院後の生活が気になる。

ケアマネジャーに問うても良いものか？

↓

デイサービスの方から入院した病院にフィードバックしたりする？

↓

伝えた方が良いと思いながら、伝える手段まで手が回らない

外来看護師としても、在宅の様子を知りたいが、専門職の視点（せっかくの…）伝わっていない。

各立場でその時知りたい情報をタイムリーに知り得る手段が確立されると良い。

↓

連絡帳、むすびあい手帳など

F 病院：転院でくることが多く、在宅への退院は少ない。サマリーをいただくことは多い。
最近、理事長の方針もあり、在宅移行の方も出てきた。

G 病院 (ST)：話題提供のあったみどり病院法人内の取り組みが良いと感じた。済生会病院から情報をもらえると日常生活にも活かせるので嬉しい。カンファレンスについては、最後まで残るケースが少ないのでいてくれると助かる。

H 病院 (NS)：改定のポイントが参考になった。リハビリ食の研修に参加することがないので、取り組みが聞けて良かった。

患者の思いが入っているサマリーがあるといいなと感じた。

連携の仕方について、どうやっていくかは常に課題を感じている。退院カンファレンスだと急性期の患者の場合はリハ職の参加は少ない。

I 病院 PT：サマリーを書く場合、急に入院して本人や家族の話を聞いていないことが多い。どのような情報を提供すれば良いのか悩む。

担当ケアマネジャーがいれば、入院してすぐに情報提供いただくようにはなっている。

入院前から情報をいただく場合もある。

CM：インテークで住環境の情報を聞くようにしている。階段が何段あるか？段差の高さなど。

デイサービス (OT)：ケアマネからの情報をもとにしている。

患者、家族の思いをデイサービスでも聞くようにして情報を伝えるようにしている。

家に帰るとけっこう元気になる人が多い。

急性期側より：どう伝えるかで…できる能力だけ伝えるといい？IADL も必要？

→全部あるとありがたい

リハビリ職からの ADL の視点がすごくありがたい。

看護サマリーとリハサマリーの重複については、リハ視点だと病棟生活のようすがわかってありがたい。

患者さんの目標や希望、家族の希望が分かることで、リハビリのゴール設定や情報提供も変わる。

↓

早めに情報がもらえると嬉しい。

改定→リハ実施計画書の提供について

やることが増え、リハ単位のバランスが難しい。

(やること：リハ実施計画書、退院前訪問指導書、サマリー作成、リハ見学対応)

〈各フェイズで欲しい内容は？〉

急性期：ケアマネジャーからの情報がとてもありがたい。

院内共有が課題だと気づいた (看護、リハ間)

療養型病院：算定情報の引き継ぎがあるので、起算日、診断名、疾患別の情報があると嬉しい。

本人の趣味も分かると強みを活かせる。

在宅に帰れなかった…何が課題だったのかの情報があると助かる。

通所リハビリ利用だと、ケアマネジャー以外の視点、現場での感じている課題も分かる
嬉しい。

ケアマネジャーの情報で出生歴がわかると、患者とその話から盛り上がる時がある。

7G

〈どのようにしていますが？つなぎかた。〉

J 病院：一般病棟と地域包括ケア病棟があるが、地域包括ケア病棟は“在宅につなげる意識”
法人内に訪問リハ、通所リハがある。

退院前訪問を多く行っている。

入院時から在宅を見据えて準備（MSW から自宅環境をききとってもらって）

訪問リハビリ、通所リハビリスタッフとの連携（入退院時、双方向で）

法人外との連携はサマリー作成するようにしている（業務量は増えるが）

K 病院：情報提供はサマリー中心

済生会病院の発表と同じ考え。リハビリしないところにサマリーが必要なのか？
誰が見てるの？

何の情報が必要なのが知りたい。

A 訪問看護ステーション：カンファレンスでは、サマリーに載ってこないだろう情報を聞き
取っている。（画像データのこととか）

退院前訪問の同行はほぼ無い。（20 件に 1 件くらい）

在宅からの入院時、サマリー提供ほぼしていない。

B 訪問看護ステーション：退院前カンファレンスはできるだけ参加している。

退院後、早めに介入したい。

退院後の生活環境に合った訓練が入院中にできているのか？が把握できる。

例）布団生活なのに、ベッドからの立ち上がりしか訓練していないなど

K 病院では、入院 1 週間以内に多職種カンファレンスで方向性を検討している。

老健：リハサマリーすごくわかりやすい。

看護サマリーだと介助時の ADL が記載されている。

リハサマリーは、“できる” ADL の記載がある。

認知面の記載や介助時の工夫も記載してあってありがたい。

看護サマリーは病態に特化しているので、在宅で欲しい情報と少し違う場合も…。

ADL も異なっている場合もあるし…。

やはりリハサマリーが欲しい。リハサマリーは医療保険だと加算もある。

* 病院→施設へ移行のタイミングはどうしている？

* 認知症の患者多い。在宅時ではどうだったのか？

自宅での家族の関わり、生活歴があると訓練に活かせる。

* サマリーはどれだけ活かされているの？

行った先でも再評価するんでしょ？

→情報があれば、再評価のポイントも絞れる。その分、患者さんのサービス提供時間に
充てられる。

* 入院中の状態がわかると、回復の経過を追ってアプローチすることができる。病院の環境下で

の動きと自宅では全然違う。手すりとか過剰かな？ってときもある。自宅では動ける！！

→回復期だとイメージしづらかった。知れて良かった。

地域からするとサマリーは重要ですよ！！

(様々なスタッフが関わるので、文書があると共有しやすい)

* サマリ-の御礼返書あっても良いのでは (医師と同じように)

* 病院→老健経由して地域に帰ってくるとやりやすい。

病院 (リハ多い→老健だと少なくなってしまうが)

入院中に家族指導があまりできていなくて、家に帰って転んで骨折しちゃうケースもあった。

〈欲しい情報、どうつなげる？〉

在宅側、施設

- 本人の希望、意向
- 家族の介護力、説明した内容 (介護指導)
- 入院中からの目標設定が重要

- 医療情報

病院側

(外との連携は MSW や看護が担っているので、伝言みたいになっている。直接地域との関わりは少ない。)

- 認知機能
- ゴール設定 (在宅での様子)
- 生活歴
- リハサマリーが欲しいということではなく、看護や MSW が情報収集した内容を共有できれば良いとも思う。
- 家屋情報

病院から聞いている家族の意向が変化することは多々ある。(在宅復帰希望ときいていたのに。施設入所すると家は無理になっちゃう。)

8G

〈どのようにしてはいますが？つなぎかた。〉

- 自宅や特養につなぐ→リハの情報等
- 済生会病院はサマリ-の形式がないということだがどうしているのか？
→チェック方式のものはある。
- 訪問看護ステーション→テンプレートあり、その方のキャラクターとか文章で付け加える。
- 生活様式やゴール設定であるとわかりやすいのでは？
- 退院前カンファレンス→タブレットを活用している。対面でもしている。リハ時間に併せて開催し、動作確認をしてからカンファレンスもする。面会も緩和されてきている。
- 看護サマリーと重複する→ケアマネジャーから情報を文章でほしいと言われたことがあり、フリーに書けるところを作っている。FIM、PT・OT・ST の欄。既往や現病歴は省いている。
- 入院の経過もいらぬのでは？→ゴール設定があれば。

病気が悪くなりそうな人は必要だが。

- ・あまりだらだら書きすぎても…。
- ・在宅側にとっては、今後の懸念事項を入れてもらうと安心。
- ・リハビリテーション実施計画書はどこまで参考になるのか？が気になる。(義務化にはなったが)

退院する側もどういう形式のものがあると良いのかを意識してほしい。

〈各フェイズで欲しい内容は？どのように託し、どうつないでいますか？〉

- ・リハでどんなことをしていたか？
- ・どんな生活を望んでいるのか？～今後の展望
- ・これまでどんな生活をしてきたか？家事とか。
- ・ケアマネジャーからもらう情報と、病院からもらう情報とくいちがいがある。正しい情報が欲しい。

→本当に動けていたの？とか思う時あり。

訪問看護ステーションのリハビリからは、求められればいくらでも情報をあげたいと思うが、そういう求めがない。

→ケアマネジャーで止まっている。ケアマネジャーの情報で終わっている？

- ・数日の入院の場合はサマリーが書けない(悩み)
- ・看護サマリーの少しの欄に書きたい。書ければ…→あまり情報があっても…。
- ・情報提供する側が患者本人をどのように捉えるか？で情報が変わっている。

→歩けないのに歩けるとか。



〈どのようにしてはいますが？つなぎかた。〉

病院 OT：回復期リハ病棟→病棟への挨拶、顔を出す。

動画を病棟からもらって共有。

退院時のカンファレンス

入院時→電カルにUP

訪問リハのカンファレンスの内容を載せておく。

病院看護師もよく見る。

訪問看護ステーション(看護師)：サマリーが届いていない。

訪問看護側～在宅側の意識の違い

在宅側～どれくらい受けられるかの情報提供

入院～身体の状態だけで施設に？

本人の意思、1日でも在宅できれば。

通所リハビリ(ST)：退院支援が活かされているのか？

EST(摂食嚥下)チームに老健や介護医療院を入れても良い

退院前カンファレンス→リハ職やケアマネジャーの入り方について

(忙しくても入ってもらいたい)一緒に入った方が良いと感じている。

目標情報シート(?)どうしているのか？

病院 MSW：ワーカーとしての連携。看護、リハ職…専門性が高いところは依頼している。

義務化について、窓口は MSW 勉強になった。

看護のほうは忙しい…気を遣って出席をためらうこともある。

病院 OT：済生会のスライドを見て、当病院の在院日数少し長め。

回復期？検討の猶予が少し、済生会よりあると思った。栄養士の方へも誘い始めている。

在宅に関しては、カンファレンスで途中退室する場合多い。

皆でいいよ…だけど。

聞きたいことがはっきりしていれば効率が良い

退院前カンファレンスは、専門用語を使わないようにしている。

実施計画書を介護に送っているけれど、それでいいのか？の思いがある。

PT が参加していない（一方通行）

不足は病院側も感じている。

不足は看護サマリーで補っている。

実施計画書をサマリー代わりに（7日以内の制約も）ホントは医師作成するのに
訪問看護ステーション（OT）：退院前カンファレンスの時は同席をできるだけ求めている。

病院の時は途中退室していた。

ケアプラン、在宅でできるようになったこと→病院側に伝えている。若手の育成にも。

〈あったらいいな、ほしい情報〉

- 在宅の様子を返した方が良い？返したところ？？
- 急性期←回復期 フィードバックすれば、答え合わせになる。メリットしかない。
送った後に修正されることも学びになる！
- 病院の看護師は退院までが主。その後の意識がない。例）ポータブルトイレ、家では？
→フィードバックは大事。病院看護師の教育にも！
忙しさもあり、訪問看護もフィードバックできていない。
- 送るにしても何処あてに？→MSW、気になる人はケアマネジャーなどに。
その後の確認することも→医師に伝えることも。
回復期の転院→退院→報告あるところも。
- 回復期の立場からの不足情報：こんなに急性期が忙しいと思わなかった。
要望だけでなく、返すことで気づきも多いと感じた。
- サマリーは？ 急性期：リハ職ができたもの 1~2 例（地域から、デイケア）
在宅：家屋情報を急性期がほしがったりする。
電カル→まず紙→入力でも良いのかを
看護サマリーにないこと多い。
急性期から在宅（ケアマネジャー、訪問看護）聞いていいのか迷う。
捕まりにくい。
写真だけでも良い！再入院時も活用できる。
（家族だと不足し、専門職だと助かる）
看護サマリーとリハサマリー ADL の観点の違いもある。
急性期は現状を多く提供しがち。

回復リハ側はポイント絞って工夫している。
ポイント絞った情報が欲しい。
一部介助とは？、見守りは常時かどれくらいなのか。
家族の同意、見守り、夜間も
可動域よりも生活面にスポットを当てたものだと良い。
ほしい情報は、遠慮無く問い合わせが良い。

10G

〈どのようにしていますが？つなぎかた。〉

急性期病院（OT）：訪問リハビリを利用する人は、入院中から訪問リハスタッフがリハビリに入る。

退院前カンファレンスで情報提供。

急性期病院（看護）：訪問看護あるが、病棟と情報提供できていないときとできているときがある。

回復期病棟に来て基礎疾患で急性期に戻ってしまうこともあり。

回復期病院（PT）：看護サマリー、リハサマリーと情報提供をもらっている。（急性期より）施設や在宅に行く方には状態、これからどのようなことに気をつけてもらいたいか伝えるようにしている。

担当者会議での情報提供＋書面でも情報提供

訪問看護ステーション（PT）：退院してから訪問リハビリ介入となった場合、情報が得られにくい。

入院期間が短いと

特別養護老人ホーム（PT）：リハビリならではの専門用語や用具の名前がリハビリ職じゃないとわからないときがある。

入院中のリハビリサマリーはもらえるとありがたい。ケアやADLの変化の過程についての情報提供がありがたい。

行政：分野ごとにいろいろな情報があると良いと思う。

病院（MSW）：面会制限の時は、タブレットで情報提供していた。

生活期の方へ：病院のサマリーと本人の状態を見てギャップある？

→状況によっては

どのタイミングで訪問リハビリやデイケアを提案するタイミングどうしてる？

→回復期）退院2ヶ月前に院内多職種で相談し、MSW通じてケアマネに依頼している。

MSWの負担は多い？

→忙しそう。できればリハ同士で話をしてもらった方がいいかなと思うこともある。

病院によってはリハビリに関する連絡はリハビリが主体で行っている。

看護師が担当制で主体的に連絡を取っている。（プライマリー制）

連絡を取ったことないリハビリスタッフからすると、やったことないから。そもそもリハビリ職がケアマネジャーに連絡していいのか躊躇する人もいる。

〈あったらいいな、ほしい情報〉

自宅からくる人

- ・生活（入院前の状況）の情報があるとありがたい
- ・写真で自宅の様子がわかるとありがたい。言葉だけだとイメージつきにくい。

施設からくる人

- ・だいたい情報もらっている。

回復期

- ・病態についての情報欲しい
- ・リハビリの内容もいつから歩行しているのかとか、期間についての情報もあるとありがたい。

生活期

- ・可能であれば急性期の病状についても知れる。
- ・歩行速度の情報もあるとありがたい。
- ・生活動作について詳しく情報あるとありがたい。

もらう側、受け取る側でどんな情報がほしいか共有できると1番良いのでは？

（看護サマリーは統一化するような動きもある）

行き先によって必要な情報が違うことを認識する必要がある。

（行き先によってサマリー記載時に気をつけるポイントとか指標を共有できるのもよいかも）

どういう治療内容だったとか、医療情報、気をつけるべきポイント

*職員によって情報提供内容に差が出てしまう。サマリーの記載内容も含め、システム化できると良いかもしれない。

*もらう側、受け取る側で意見交換できると1番良い。

医師は返書という仕組みがあるが、リハビリにもそのような仕組みがあると良いかもしれない。