

課題【新川】 36件

病棟に入れない

職種によるアセスメントの視点の違い（看護師、MSW）から入退院における担当者によっては情報に偏りがある

病院での状態を施設帰所の場合と照らし合わせて、『何を』『どのように』情報収集するかがいつも課題

地域連携室の担当職員の方と情報収集するタイミングが計れないため病院からの連絡を待ってしまう

家族から連絡あり、退院と分かったが、病院から連絡なし ADLに変化があったが連絡なかった為、退院後カンファレンス、区分変更した 入院中に調整できればご家族の負担が軽減出来たと考える

入院中の状態変化の確認の方法

連携室との関係性の構築

退院時サマリーに「術後の医療処置は必要がない」とあったが、利用しているサービス事業所は「詳しい術式や術後の経過を知りたい」と要望があった。退院時サマリーに、術後の医療処置がなくても詳しく記載があればありがたい
退院時カンファレンスには包括のケアマネが出席 要介護になると思われる事例 カンファレンス後に居宅に依頼あり
サマリーのみでの情報と把握となった

カンファレンスで集まって情報収集する事が困難であり、関係各所へそれぞれ情報共有しなければならないこと

食事摂取目的での入院だった方 予定していた期間に回復が見込めない場合、退院先（元は有料老人ホーム）も変更しなければならないかもしれず、どの程度の回復でホームへ帰ることができるのか、入院中からホームスタッフとの情報共有をこまめに行う必要があった

超高齢で状態が変わりやすい方であり、はじめの退院予定日に帰宅できなかった 改めて在宅生活再開するにあたり、安心できるタイミングはあるか

リハビリテーション目的の計画入院であり、入院中に見られた効果やケア方法の変更点について、退院時に在宅サービス担当者へスムーズに伝達されなければならない

救急搬送時に主治医との連携がうまくできない

ご本人の実態把握と在宅復帰における住環境の調整

家族と病院との認識の違いが感じられた

在宅生活を維持するために病棟との連携をいかにスムーズに行えるか？

退院時カンファレンス開催が減った

定期的な化学療法での入退院では毎回同じ情報のやり取りが必要かどうか

土日を含んで、連携室が知らない間に主治医と家族で退院日を決めてしまった

退院後の生活様式の変化に対するニーズ

入院中の活動量が分からない為ADLの把握が難しい

入院前よりも本人の身体的、認知レベルが低下し、服薬管理が難しくなった

排泄の管理で自己導尿→尿留置カテーテルに変わり、即日に自宅退院されたがすぐ抜去された 本人は認知症のため理解が困難であるため、留置カテーテル後、経過観察の入院期間が必要と思う

介護人材不足により以前に十分に利用できたサービスが利用できないことが多い（特にショート、ヘルパーなど） 病院で簡単に利用できるかのような説明は控えてほしい 病院側も地域の介護事情についてもっと知ってほしい

暫定が多く包括へとりあえず依頼が来ることが多い

家の環境整備をした

入院中に担当となったため住宅内の環境や本人の思いの聞き取りが難しい

退院時、電話があった際、事業所休業日であり、翌日は、連携室担当者が休日であった

連帰室の方から退院時調整のための電話が、キーパーソンに何度も電話してもつながらず苦慮されていた

入院中に転倒された際の連絡を受けておらず、連携室の担当者に変更となっていたため手術をされていた事も退院決定時に報告があった

病院へ入院中での様子は回復傾向とみられていたが、在宅の環境に身をおくと動きがまったくできず急な環境調整を強
約2週間のリハビリ入院 入院前より重点的に行ってほしいリハビリを伝えていた

コロナが第5類に移行したものの病院、施設の対応はあまり変わらず病院訪問ができない（訪問できても本人と面会で
地域連携⇔ケアマネ

院内での連携（病棟⇔連携室）

課題【富山】 142件

サービス事業所との連携
在宅復帰に注意する点
情報共有
退院前カンファレンスで、在宅での生活が本人がイメージしやすいように繰り返し伝える前に今回は、退院することの なり、退院後にサービス調整したので間に合わなかったこと
急性期→回復期で入院治療に伴う本人の状態変化を家族と共通理解できない
本人が携帯電話から状況について直接連絡をしてこられるが、病院側から聞いている事と内容が違うことがある
家族が多忙で、平日にカンファレンスなどで一堂が会して話をしていく機会がなかなかつくれない
在宅生活に戻ることによって再発リスクが高くなる。家族の介護力不足
情報と実際に多少ギャップがある
器具の使用について、デイサービスの看護師が不安に思っていた
入退院を繰り返していた
土日祝を挟んでしまい、連絡が遅れた
認定調査の時期に入院され、再度調査を行う必要が生じた
連携室で担当者がいないため、相談すべき窓口が不明なことがあった
電動ベッド等が必要であるにもかかわらず(軽度者レンタル)退院時に介護認定が出るかどうか分からない場合や出ても 介護度が低い可能性があり、退院後の対応が苦勞する
退院が近くなってから病院から連絡があり、入院直後に連絡してほしかった。連携の難しさを感じた
入院時、電話で問い合わせをしなくてもアプリ等で状態把握ができるようになれば良い
電話での情報と面談での情報の食い違いがある
退院前の情報収集 入院前との変化の把握
情報連携シートを提供するが、サマリー等や連絡がなかったことがあった
退院前カンファレンス開催や面談等を行えない
情報共有出来るように
休日や夜間対応の充実
夜間、休日対応の充実
介護認定を受けていない患者の場合、包括の介入が遅くなってしまうことがある 退院後にADL低下が予測される患者 について、アセスメントをしっかりと行い早くからMSWが介入している病院もあれば、そうでない病院もある その ため 退院間近や退院後に患者や家族から相談を受けることがあり 入院中からMSW等による在宅復帰支援が必要と スムーズに連携できるよう専門職の連携を取らせていただきたい
体調が悪くても本人希望で土日に急遽帰宅する場合 本人を知らないが、退院時初回面談となる場合、整っていないこ とが多すぎて困る
退院の決定が予想より早く情報収集する機会が無かった
本人に面会することができなかった
転倒リスクを検討
在宅サービスへの円滑な移行
身寄りがいない対象者の場合、業務外の仕事（雑務）が多い
入院した時に連絡しても、病院によっては、担当者にすぐにつながらない
ADLが入院中にどんどん変化していったため必要なサービスが判断しにくかった
急な退院で入院中の様子が分からずサービス調整ができないため、自宅へ戻ってから状況確認しなければいけない サービスが整わない状態での急な退院
入院中の治療状況と生活状況の変化について、途中経過を確認しておきたい
独居の方で退院後の夜間の生活に不安があり、ご家族から入院中に直接、相談があった
入院中にADLが低下してした場合、退院後ではなく入院中に区分変更を行えばスムーズだったと思うことがあった 入 院中に本人との面会があまりできず、状況確認ができなかった
病院側は入院前の状態イメージがつかない ケアマネは退院後の自宅での生活のイメージがつきにくい 入院が長い場 合は面会を行いたい

課題【富山】 142件

退院前訪問ができれば良いと思います
入院中にコロナ陽性となり、退院前に面談できず、本人の意向確認が難しかった
入院時の申請、かつ市外の娘宅への退院となり、退院時の生活状況の課題の把握が難しい
入院時と状態変化し家族が自宅or施設を迷い、なかなか決断できない時の支援
リハビリ病院へ転院後、自宅退院することに決定していても、急に本人の状態や希望により自宅退院されてしまう時の
担当相談員が決まっていない 病院によってそれぞれ対応が違う
病院から聞いた状態と退院後の状態が違う
病院側と家族側で方向性などに相違がある場合があること
入院時と状態変化し家族が自宅or施設を迷い、なかなか決断できない時の支援
コロナ禍以降、医師や専門職を交えた退院前カンファレンスが十分に行えていない
退院に向けたアクションが遅すぎると感じる場合や、こちらから地域連携室を紹介することもあり、病院における退院
支援への流れに対して疑問を感じることも多々あります
明らかに退院調整が必要な場合でも、調整不十分のまま治療が終了した時点で自宅退院する事例がある 退院日が休日
の場合、対応が遅れることもある
自宅環境が整わないまま、週末に退院することになり家族が混乱していることが多い
入院したらすぐにケアマネに知らせてほしい（家族から報告がないことも多い） 再発予防のための生活方法や、最新
の有無を教えて欲しい
病院のリハではできていた事が自宅の状況が違い家ではできなかった
キーパーソンが遠方だったり、関係性があまりよくない場合、介護申請の手続きを誰が行うのか
入院状況や計画等について関係者が閲覧できるようなICTツールがあれば支援しやすいのではないかと
地域連携室の相談員ではなく、病棟看護師から介護申請について家族に話をし、事前連絡がないことが多いため、病院
や家族から事前に連絡があると助かる
入院したことを連絡しない利用者や問い合わせない病院もある
入院先の病院がコロナウイルス感染対策により、退院前カンファレンスが開催できず、情報共有がしにくかった
住宅評価及び介護者への指導・教育
入院当初から双方の連絡が取れていると心強い
病院によって対応が違う（ルールなど）
情報提供していても肝心の退院の連絡もなく、サマリーもない。せめてサマリーだけでも頂きたい
本人・ご家族がしっかりしているため、病院とは連絡をとることがなかったため、病気の進行等、病状が不明瞭
入院中のADL低下に対する対応
家族の不安の軽減
薬情、身体状況の共有、在宅、病院の円滑な連絡、わかりやすくスピーディに連携
連携室の担当がついていたが、家族との調整をケアマネに任ずることが多かった
入院先の病院は、地域の個人病院のため、連携室とは普段から連絡を取り合える関係を築いている
家族が本人の状態を理解できない
当初、嘔気が治まる間、3日程度の入院と聞いていたが、予定より長引く可能性も考え、早めに情報提供しておくべき
退院後の方向性が本人、家族で違う時の対応が難しい
全く関係がないのですが、介護保険要介護認定の申請時に必要な主治医意見書がなかなか記載してもらえないのに苦労
家族より退院連絡を受けた(木)夕方に連絡あり週明け(月)退院とのことで、(金)に病院訪問の予約を地連にしたところ、
地連の担当者が(月)退院のことを知らなかった 訪問時には気持ちよく対応してもらった
1泊の入院だったため、スケジュール調整に苦労した
尿留置カテーテルだったが在宅で難しいことを伝える
ADL低下により在宅生活に必要な準備
歩行状態に変化があり、福祉用具の準備を行った
入院の際、翌日に情報を送っているが、それから3日後にSWよりTELがあるが、情報が伝わっていない
1月入院の退院直後(4日後)(連絡はこまめにあった、サマリーももらった)の、再入院3週間
入院中転院した為か、情報がうまく共有できず、退院後に家族から知らされた

課題【富山】 142件

入院中のリハビリ 住居の状況がわからないで行う人は、難しいのではないかな
家族が対応困難者だった 入院を長引かせたがる
各サービス事業所との連絡調整
退院後新規利用となった際、本人さんの情報等詳しく把握できないことがあった
病院によって連携が図りづらい事がある
病院からの情報をうのみにして、見通しが甘い部分があった
地域連携室を通らずに介護保険申請を病院から勧められ、包括で手続きを進めるが、こちらから病院に問い合わせをしなくても情報提供してもえられないことがある
現在も家族があまり病院に出向けない為、病院の思い・家族の思いの食い違いがまだまだ感じられる
入院に伴いADL低下が著しくみられ施設も打診されるが、本人は在宅希望が強く、調整を行う
「退院の条件」を情報提供したが、病院の都合が優先された
退院後日中独居でも本人息子が安心して過ごせる 息子が離職しなくてもお2人の生活が維持できる
病状に即した、住宅支援・サービスの組み立て
自宅に帰って急変する可能性もあった
ご本人の状態について、家族は病棟看護師から聞き、ケアマネは連携室の相談員から聞き、情報内容に違いがあり、在宅での支援がまとまりにくいことがあった
入院してからすぐに昼夜オムツとなりほぼ寝たきりに 廃用が進まないように可能な限りリハビリを行って頂き、そのまま在宅でもリハビリを継続していけたらと思います
以前、入院時情報提供を行っているのに、退院時に連絡がなく、独居高齢者が1人でタクシーに乗り退院していたことがあったので、それ以降、入院がわかればこちらから地連へ連絡するようにしている
入院したらなるべく早目に連携室との連絡、情報共有すると、退院時の調整がスムーズにいく 連携室がしっかり機能している病院はケアマネも助かります
終末期患者の急な在宅復帰支援時、連携室が介入してくれない病院があり困る
面会禁止の医療機関だったため、入院中や退院前の状態把握が難しかった
入院患者の希望などにより、退院後の在宅での支援や方向性が定まらないまま、退院を迎えることがあります
事前に必要と思われる情報を整理し、限られた時間内で効率よく情報収集・アセスメントをする
入院時と入院中の症状と身体機能等の状態確認
病院ごとに、対応のばらつきが大きい
介護保険制度を理解していないと感ずることがある 包括に連絡すれば、すぐに対応してくれるものと思っている方がいる 本人任せで機能していない連携室あり、連携できない
家族が本人の状態を把握できていないことが（面会等の機会が少ないので）ある
カンファレンス後、本人の状態が変化していたが、連絡なし。退院後に慌てたことがあった
病院と在宅看護を連携させることについて、退院前カンファレンスの機会をもう少し増やしてほしい
退院後のイメージにギャップがある 本人、家族とも
退院にむけ家族への負担軽減への配慮
3連休初日の入院であり、初動が遅くなってしまった
地域連携室の担当不在、病棟Nsとのやりとりがうまくいかない
訪問看護との情報共有
長期入院による心身への負担や変化に対するケアの検討
病院側が在宅の状況、家族状況（介護力・住環境など）など把握していないことが多い
他職種連携(情報共有)が難しい
在宅に戻ってからの身体機能の維持
自宅に戻るのか、老健入所か、転院か…など退院先を決める時に、居宅担当のケアマネの意向などを早めに聞いてもらえないケースがある
入院中に廃用症候群がすすまないか心配だった。コロナ感染を理由に今回も面会、会議はできなかった
要支援（予防）だったのと、家族が医療関係者だったので、特に課題、工夫なし
在宅環境を理解してもらうことが難しい(病院側に)

課題【富山】 142件

退院後の在宅生活を送っていけるかどうか見極め
入院中の様子が把握できにくい
在宅高齢者において医療、介護の連携し生活およびケアの質への維持向上
まだまだ本人同行の自宅訪問が行われない
退院前のカンファレンスが病院の都合で行われないことがある
病院に情報提供の書類を送ったが退院が決まったということと状態についての連絡をいただけない
病院に情報提供したが退院の連絡等の情報がいただけない
退院前に家族を含めての意向確認のカンファレンスがなかった
本人の状態、家屋の状況がわからなかった。
独居で身寄りが無い。家屋内は物が多く移動に支障をきたす
退院の早い時期に長女を通して介護用ベッドのレンタル希望があった
進行性のがんであり、病状管理が必要
妻の介護を行っており、本人も介護が必要な状態であった
通所介護を利用していたか、本人家族は通所リハビリを希望した
退院前着工での手すり設置を検討していたが、担当者不在時に退院が決定したことを認定直前に聞いた　一人暮らしでもあり、急ぎ環境を整える必要があった。
入院前の生活状況や既往歴等の情報が少ない(特に未申請の場合)
病院退院時には日常生活において、特に医療的処置が必要となる場合など、利用者様の病状に変化があれば都度ご相談させて頂けるようお願いし、日頃の状況について速やかにお伝えできるよう容態の把握に努めています
病院によって連携がとれない場合がある
情報提供を紙面にて行い退院時に必ずサマリーを依頼する
試験外出が不可。コロナウィルス感染予防で自宅家屋調査ができない、遠方の為自宅への移動ができない、など。家屋状況を把握し、動線の確認ができない

課題【高岡】 127件

家族から連絡がなくサービス事業所を休んだ事で入院が判明した
連携室、病棟どちらに連絡すれば良いのかその時々が変わる
独居 親族が施設入居を望むが本人の決心がつかない
家族にも支援必要
今回は感じませんでした
本人が、透析になったことで、家族の戸惑いが大きかった。（状態が大きく変化したが、退院日が間近に迫っていたこともあり、家族の混乱も大きい状態だった）
日頃から、病院からの連絡はタイムリーに動けるように心がけています
入院前の状態と変化について病棟看護師から聞き取り
病状により精神的に不安定さがあり、サービス利用等について本人の理解を得られない場合があつて困った
医師が本人や家族にどこまで伝えてあり、どこまでケアマネが介入したほうが良いと考えているのか明確になってないことが課題であった
お互いに電話でも連絡する
骨折での入院だったが、その間に食事が食べれなくなっており、それに関しては何もアプローチされておらず、病院に状況確認に行った際に、原因を探ってもらえないのか話をさせてもらった そのまま退院させるつもりだった
退院後にサービスを増やす必要があれば早急に調整する
退院カンファレンスがなく、退院と言われた
頻繁に入退院を繰り返しているケースでも、交代勤務の病棟看護師が退院調整するため、同じやり取りを繰り返さなく病棟より情報提供受ける状態と自宅で生活するために必要な情報が合致しない 自宅での生活を想定した情報がもらえ入院時より在宅を想定した情報提供をしてもらえたらありがたいが、退院してから、慌ててサービス調整することが多いため、できるだけ入院中に調整できたらと思う
介護保険の申請が必要な利用者だったが、されておらず支援が滞ったケースがあった また、病院から聞いていた身体状況と全く違うケースもあった
人手不足が連携にも影響してきている
がんの方は早急に状態が変化するため、スピーディーな連携必要
退院後、本人が自力で点眼が出来るか問題となり、どのサービスで対応するかを整える事が課題でしたが、点眼期間のみ定期巡回型訪問介護看護利用とし、病院からも看護師訪問依頼を行う事が出来ました
連携室の職員が身体状況を把握しきれていない 分からないと返答されることが多く、病棟へ聞いてから回答されるため時間がかかる
退院報告は家族からだった
病院側は退院が目的でなく、在宅復帰を目的にして欲しい
点滴や薬剤投与を終了した後、その様子を見てから退院へ向けての話を煮詰めたい
退院日が決まり即、動けないことがある
退院前家屋調査をまだ再開できないので困る
病院側から積極的な連絡等はない。家族への報告等も無かった
骨折後の、家族の思い描く生活像とリハ職の想定する生活像の相違
病院によって対応が違いすぎる 面談ができないこともあり、本人の状態がわかりづらいことがある
病院の退院希望時に施設の受け入れ準備が間に合わないことがある
退院と同時に介護サービス開始となる場合、もともとの状態も分からず、家族も不慣れで退院後の状況が予測しにくく、未だコロナの影響で一時帰宅や面会が制限されている所が多く、結局退院してから何度もサービスを変更しなければ
連携室の方からの情報と実際の情報が違っていることが時々ある
病院によって連携窓口や対応が違う
家族関係、家族のサポート力が図れない
緊急退院であったため、限られた中での情報収集であった
新規の方であり、在宅生活が見えてこなかった
前回の入院より、家族が入院先の病院に対して強い不信感がある
退院時、受け入れ家族および環境についての理解を得て、在宅復帰を調整、連携方法

課題【高岡】 127件

情報の入手。ケアマネ交代時の連携
事業所移動に伴うケアマネ交代時の引継ぎ
病院、疾患によって連携の窓口が違い、病棟看護師の場合は連絡が取りづらい
休業日（週末）に病棟から退院予定の電話がかかってきたことがあった
退院時カンファする時間的余裕が無かった
本人・家族の意向を踏まえて多職種との連携を行うこと
顔の見える関係を構築していくこと
入院先のPTが状態やリハビリの内容、使用していた福祉用具に拘り、退院をゴールのように考えていたように思われる 退院後の在宅調整に支障が出た
退院前カフェランスに時間調整ができず合わせられなかったが、紹介してくれた地域の包括支援センター職員が代わりに出席してくれた
病院と自宅との環境差について、病院スタッフが十分に理解してくださらないため調整が難しい 介護保険サービスに関する理解が乏しい アセスメントが不十分で、認定調査の立ち合いをお願いしても、調査員に正しい情報が伝わらないことが多い ケアマネジメントを担当しておらず、相談を受けて申請代行をした程度の方であっても「入院時情報提供書がないと情報提供できない」と連携を断られる
新規申請者について本人の了承をえて病院に問合せをした際、病院によっては、入院時情報提供書を提出していないと何も教えないと言われる 新規申請者の情報を知るにあたり、本人に面談していないにも関わらず情報提供はできないと言っても理解されず、申請者の情報がつかめない（病院が包括支援センターの新規申請者対応について理解していない）
連携担当者のアセスメント不足により、退院に向けてサービス相談をしようにも正しい状態が確認できない
知らない内に担当利用者が退院していることが多い
相談員の施設や介護サービスについての理解不足により利用者の選択肢が狭められていることがある
在宅支援をする側が知りたい情報と病院からの情報にずれがある 理解されない
家族から退院の話が出たとの報告を受けて病院に問合せても、忙しいと言われて十分な対応してもらえない
家族が患者本人に面接する機会が少なく、状況の理解が乏しかった
本人家族の思いが強く、認知症もあるため、早期退院を希望されたが、サービスが決定できにくかった
病院によっては包括から連絡しないと情報提供がない。（今回のケースは問題なかった。）直前に退院の連絡のみの病
少し関わりがあったため、情報提供したが、病院から連絡は無く、家族に包括に連絡するよう話があったようで、退院
どうしても退院させたいのか、体調面や余後に不安の部分伝えずに、退院し体調悪化することが増えている 何かあればすぐに受診するようになども伝えていない 問題ないしか言わない
最近病院連携室でなく、家族がよくわからないまま包括へ連絡をしてこられることが増えた（一部病院のみ）
入院されたことを知らずに、もう退院されていることがある
病院によって情報連携ツールが違う場合がある
退院前の連絡については、早目をお願いしたい
退院日当日の連絡はできるだけ避けて下さい
病棟スタッフの方が本人について詳しいとは思いますが、現場スタッフは多忙で聞きにくいいため、連携室に対応してほしい
病院への情報収集のための連絡時期の判断が難しい
病院との連絡が遅れると、退院調整が遅れる
個人情報の為、病各や病状に関して、「家族に聞いて下さい」と言われるが、家族の話も要領を得ないことが多い
退院後のADLがとても心配だが、SWからの情報のみだと不明な事もある コロナで家族も面会ができず、入院中の状態の状態不足はいなめない
治療を拒否する患者には、退院支援はあまりなされない
一人暮らしの末期がん患者で、緊急時が課題となっている
服薬が自己管理できない状態
調整中に本人の精神状態に変化があり、調整に時間がかかる
身よりがないので、そのことについての話し合いに時間を頂いた
疾患により、尿留置カテーテル禁止であるという状況を共有する必要がある
退院するに当たり、施設入所か在宅療養かを選択するに足る情報が、家族に説明されていない

課題【高岡】 127件

地域包括ケア病棟でのリハビリ入院であり、地域連携室と事前の日程調整が必要
在宅での状態と、入院時の本人の状態にひらきがあり、正確な情報困難な部分がある
初めから短期間の入院だった為、地域連携室からの連絡はなかった
退院後のサービスの利用についての確認とご本人への説明
個々に応じた在宅復帰への適切な調整
コロナの関係もまだあり、病院への訪問（遠方でもあり）ができなかった
体調の回復がどこまで改善するか
退院前のカンファレンスの開催
独居医療依存度の高い方の受け入れ施設がない
病院と家族の間に距離がありすぎた
一人暮らし、子供も兄弟もいない利用者であり、退院後の見守りが困難
入院中、自宅環境の問題点が確認できない
本人の強い希望にて、退院が早まった
病院内の連携が取れていない所がある（病棟連携室、訪看）
入院中に下肢筋力低下した。物に掴まって移動を行い、転倒を予防し、安全に移動する必要がある
下肢筋力の低下がある 歩行器を使用して、転倒予防し、安全に移動する必要がある
ケアマネと病院の情報やりとりには抜けがあると、退院調整がうまくいかず、本人や家族が不安になってしまう
病院側より一方的に2日前に退院が宣告され、本人の状態確認、サービス調整に余裕がなかった
家族が仕事で忙しく、今後について話し合いができない
病院によって、またその時々によって、地域連携室、病棟と連携先が違ったりする
病院から家族への説明について家族が納得されていないこともある
経験値が少ない為、連携の仕方が分からず、困惑することがあった
入院による認知症の進行により、問題行動が増大 病棟での対応も困難であったことが察せられた そのため、抑制対応されており、ADLの低下が顕著であった
病院の生活環境と在宅では違いが大きく、捉え方にもズレがある
関わる専門職が多いほど、それぞれの視点、価値観、問題の捉え方等に違いを感じる
退院後のADLの把握
入院中の状態変化により、退院日がすでに決まった状態での紹介・週末の紹介を受け、調整もままならない状態での退院前カンファ参加で、対応の急を要した
介護サービス、住宅改修に日数がかかることを病棟NS、Drの理解が低い
ADLが低下したため、新しい介護保険サービスが必要となる
情報共有、退院後のご家族の体調について（家族がインフル）
看取りの状態であるが、家族の理解が乏しい
在宅復帰可能な状況にあるが、介護者側は入院中面会もできていなかった事から、自宅での介護に不安を持ち、施設を希望されることがあった
病院によって、対応（情報提供量）が違う
認知症により、治療が落ち着いてできないことや、本人の訴えをきちんと受け止められなかったこと（病院側が）
退院後、吸引が必要となった
新規で受け、すぐにショート利用のケースだったため、本人との接点が少なく、意向や心情的くみとりが難しかった
状態が変わらず、電話のみでのやり取りとなった
退院時状態が退院前と変わらない状態だったので、電話で済ませてしまったが、訪問してアセスメントした方が良かった
本人の状態が悪化した時の生活拠点についての調整
面会する時は、担当SWへ相談し許可・予約が必要
COVID-19で入院したため、面会できなかった。金曜日の夕方入院で、月曜日まで連絡がつかなかった
本人の病状の把握
上記のケースの話でないが、病院に情報を送ってたのに、家族の状況や自宅環境を把握されないまま、車椅子になって退院する可能性がある、退院2～3日前に急に言われた事があり、家族と退院後の生活についてどうしたらよいか悩ん

課題【高岡】 127件

入院時に一般入院とMSWから聞かされていたが、退院2週間前にはレスパイト入院のためと退院日を伝えられた 情報共有がされなかった

SWが本人の状態の把握が不確かであった点

退院にあたり、ご家族の不安やその後の退院や生活について、どのようにしたら良いのか心配されていた

独居のため、すぐに家で一人で生活ができない

退院後施設に戻ってからの、主治医や病院との連携がうまくいかない

グループホームの役割を知らないソーシャルワーカーがいて、入院するとどんな人でも施設に戻そうとする人がある

利用者が長期の入院となった場合に、施設を退居する方向になるが、退居後の受け入れ先を探す事に大変苦慮している

課題【砺波】 81件

コロナ禍以降面会制限が続いており、家族が利用者本人の状態について理解できていないケースが多い。そのために病院側と家族、ケアマネジャーと家族等の間で行き違いが起きている。それをどう解消していくのが課題だと感じている。在宅での生活が可能かどうかについての判断が医療関係者と介護関係者とではずれがある。

いち早く本人の状態がわからない

退院後の在宅生活をどのように支えていくか

聞き取りでしか状態が分からない。面会が制限される

退院後の処置方法が確認できず何回か問い合わせをした

医師との連絡の壁が高い

個人情報保護のため、通院先の病院から情報を得られないことがあった。家族も理解できておらず対応に苦慮したこと

電話での情報だけでは本人の状態像が分かりにくい

福祉用具レンタル、住宅改修するにあたり専門的な意見が欲しい

退院時の看護サマリーがもらえない病院があり困ったことがある

入院時には介護サマリーをファックスし、2日後程度に電話にて状態確認するようにしています

現在の状態はわかっても、入院時やそれ以前の状態がわからないことがある。また、退院後の生活環境、食事形態等細かい情報の共有が不十分な場合がある

お忙しいとは思いますが、リハビリ専門職のかたも住居調査にきてほしい

家族が連絡がつきづらく、本人はバルーン抜去の可能性が高く、抜去した時の対応をどうするか

誤嚥性肺炎、廃用症候群、脱水症他で何回も入退院を繰り返している

特になし。介護者である妻がはっきり希望を話してくださる方だったので、スムーズに支援することができた

特になし。退院支援担当の方が退院が近づいてきた頃から、こまめに連絡をくださったので、スムーズに支援を行えた

病棟看護師が家族に本人の状態を伝えることと、SWよりCMが聞くことに相違があり、退院後の支援に影響があること。在宅での生活のイメージが伝わりにくい。家族のあり方、家族システムも伝え理解してもらう必要があると思った

退院前の環境整備

状態変化があり、家族介護が不十分。金銭面で在宅復帰を強いられる場合

高齢者二人暮らしのため、介護者の介護負担が増えている。夫は限界まで妻を看取りたいと思われている。サービスも

限度額未済に調整している。二階での住まいのため、階段を上り下りできるよう体力や認知面への維持

利用者様、家族とも服薬を指示通り飲むことの理解。清潔保持するためサービス追加の提案

高齢でもあり、1日の栄養カロリーの工夫。低血糖の注意やそのためのへのリスク、手術後さらに認知面の進行への対

排便コントロールができず癌末期のため痛みの緩和。2週間ごとに受診のため、医療訪問看護など希望されない

入院中の状態が家族から（面会できないので）きけない

いつも連携している病院なので、スムーズに退院できている

退院後安全に過ごせるような配慮

退院時の状況把握、退院後のサービス調整

連携に関して質問

10月某日、緊急搬送された利用者の病状を尋ねたら、「ご家族と連絡が取れましたので、そちらから聞いてください」

「例えば警察に聞かれても個人情報なので答えられない」と脳外科の医師に言われた。本当に医療介護の連携を図っている市外医療機関との連携。医療機関で対応が異なるため、行き違いがないように努めている

コロナ感染症が5類に移行となったが、感染症対策のため面会制限があり、本人と会えず状態が把握しにくい

入院中のご本人様へ面会ができない

本人がカンファレンスに参加したことで、本人にどうしたいのか意見が直接聞けたことがよかった

介護者が高齢であり、介護負担が大きくなり、息子さんが就業中だったが、仕事を休んで介護されることとなった

入院時の連絡が土日祝日に取り取りづらい

連絡を密にする

コロナ禍のため、病院に利用者様の状態を確認に行けない

第5類となったが、コロナ感染予防のため、病棟にて本人の状態を確認に行けなかった

課題ではありませんが、コロナ感染症の中、主治医の配慮で2月～7月までの長い入院と退院にあたり多職種全員参加で退院カンファレンスができて無事在宅復帰できたことに感謝しています

課題【砺波】 81件

家族が伝えきれない必要な具体的な介護内容や日頃の状態（ADL）等を詳しく情報提供する 一般病棟へ移る際にリハビリ開始するにあたり重要な情報源となるため ただ、担当者が不在であったりタイミングが合わないと言った情報提供が若コロナ感染症が5類に移行となったが、感染症対策のため、面会制限があり、本人と会えず状態が把握しにくい

市外の医療機関ともスムーズに情報共有できるようにする

グループホームでは医療依存度が高い利用者の受け入れが難しく、家族や病院の意向にそえないことがある

状態の変化によるサービス調整の必要があるかないかの確認

情報共有の仕方について

思うように面会できないため本人の状態把握ができにくい

家族からの入院連絡が後日となった

面会制限があり、家族等が利用者の現状や今後の生活について理解しづらかったり、イメージできない、分からないと話されることが増えました

本人が希望して急に退院が決まった。水分トロミに変更があったが、家族に伝わりにくい情報提供であった

未だにコロナ感染予防のため、家屋評価にご本人が同席できない

入院されたことを知らず、数日後に連携室に確認するが入院されていることを把握されていなかった 病院から家族への入院中の状態説明が不十分で、酸素療法なのにしていなかったこと、食事をほとんど食べられなかったこと、点滴を複数回したこと等を家族は知らなかった 退院前に電話で連携室から聞き取りした内容を家族に伝えたが、本来なら病院から家族に説明するものではないか、家族の不安を煽るような対応をされたことに不信感をもった

介護力の無い家族に褥瘡がある状態で退院した事で、褥瘡が良くなって無い

サービスが整っていないのに退院日を決められたり、家族が帰ると納得していないのにカンファレンスを行いサービス整えてから退院取り消しになるなど、病院内での連携が取れていないことがある

コロナ5類後も、面会できない事が多く、本人の状態確認が難し

退院支援カンファレンスが開催されない場合が多い 情報の共有ができない 退院時に提供される患者の身体症状と退院時の患者の身体症状が一致しない

要介護認定の申請期間中は、ケアマネジメントの報酬が確定しない もしくは要支援であれば包括で請求できるが、要介護になれば包括支援センターは無報酬である 要介護認定期間中のケアマネジメントは担当している事業者がケアマネジメント報酬を算定できる制度改正が必要

腰椎すべり症の手術であったが、術後3日で退院となり体幹が安定しないままの退院であった また、本人も納得していない退院であった

患者からの情報提供で退院が分かった 療養支援が必要な方の判断と退院困難な方の判断を混同してはならず、必要な医療的ケアがある方は必ず情報提供する連携が求められる

入院時に介護保険証を医療機関で確認されたとのことですが、介護サービスを利用していない方はなかなか事業所まで連絡がはいらないため、介護保険証に記載されている事業所に連絡いただけると幸いです

患者・家族からの情報提供連絡で退院を把握した 介護サービス再開が遅れるなどの課題が発生した

退院後の主治医との連携、家族・訪問看護・関係サービスとの意思疎通

職員不足で病棟からの住宅評価困難と言われた

現状を見させていただき、退院後の環境を整備

食事指導に同席するなどし本人と会う機会を見逃さない

家屋評価で同席したが、実際退院され家に戻ると家族本人の思いのまま配置されていた

退院後の訪問診療の医師との調整が難しいと感じた

本人に会えないため状態がわかりにくい

急な依頼の対応と情報のすくなさのためサービスへつなげにくい

居室を空室にしてもよい期間が3週間に限られているため、寛解状態で再入居されることがある

家族が入院中の体調や身体状況の変化を理解できていない場合がある

今回は体調が相当悪くなっていたのでは？いよいよ終末かとの思いが家族にもあった

体調がデイサービスで悪くなり受診を勧められ家族に連絡したがすぐに病院にこれない、施設入所を希望されていた

状態はほぼ変化がないと伝えてもらっていたが、入院中の様子を直接確認することがなかったため、サービス再開にあたりサービス事業所から本当に変化がないのかの問いにはっきりと伝えられず反省した

課題【砺波】 81件

家族は包括ケア病棟から老健でのリハビリを経て在宅に戻りたい意向を早くから示していたが主治医の意向もあり、結果包括ケア病棟で1ヶ月超を経て在宅復帰した 家族の意向と家庭環境についてどのように病院に伝えたらうまくいったのか、反省するケースであった

電話での状態確認で把握できたが、本人の様子をみないままだったので、少々確認に不安があった

ターミナルでの退院のため、病院側の方々、訪問看護さんに非常に手厚くお世話いただきました

退院の連絡は主に家族から受け、ケアマネが連携室に確認していることが多い

リハビリ回復期とお聞きしていたので実際どうすればいいか悩んでいた

集団生活受け入れに対する本人の理解度が、苦戦すること

工夫したこと【新川】 30件

土日、時間外は連携室が休みとなる 退院調節に関して病棟看護師と情報交換を行った 担当者看護師が不在も多かつ
自宅に戻るために15cmの段差昇降が必須であることを伝え、リハスタッフに評価、訓練してもらった
施設帰所後のケアを病院に伝え、できるケアを退院までに病院で試行してもらったこと 病院の協力のおかげで退院
後、本人様にあったケアがすぐ適応した
ご家族へ連絡を取り情報の収集を図った
家族からの連絡や情報を連携室へ適宜提供した
病院と家族へのこまめな連絡確認。病院への訪問
家族の意向を確認し連携室に相談 定期的にリハビリ状況を確認し、在宅サービスの調整を行った
期日に遅れないように、ある情報で必要な情報をできるだけ詳細に送る様にしている
本人の希望と現状の身体状況を擦り合わせながら、本人が自立しやすい環境整備から入り、できることを本人と共に考
えていくように配慮した
本人家族の意向が同じで、在宅へ戻るために必要なサービスを家族や病院側と協同で協議できたこと
退院後の家族状況、環境を細やかに伝え必要な家族援助の指導を依頼した
カンファレンス開催は未だない分、電話でなるべくこまめに情報収集するよう努めた
訪問看護が介入していないため、迅速に受診、入院につなげることができた
院内連携の強みを生かし、状況をこまめに確認、ホームスタッフと電話で確認し合いました 食事形態が変わったが、
もとのホームへ帰ることができた
病院のみなさまのおかげさまで、在宅かかりつけ医の先生が対応できる日取りを確認してから退院日を決めていただく
ことができました
退院前の確認事項をサービス担当者で共有しておき、退院後自宅で実際の様子や家族の受け止め方を確認し、再度情報
共有する 退院翌日からのサービス利用も円滑です
連携室との頻回な連絡のやりとりを行う
どちらかから情報が入ったときは、お互い確認するようにする
地域連携との連携を図る
訪問はできなかったが、メール（動画）確認と電話、文書でのやりとりで事前に退院に当たっての対応ができやすかつ
なるべく早く情報を送るようにしている
予定の入院期間に達する前に、病院に電話して様子を伺っている 自分から連絡をとるようにしている
医療との連携を強化した
連携室のソーシャルワーカーに電話での聞き取り 自宅での動作（階段昇降やトイレ動作、浴槽のまたぎの動作等）を
リハビリ職員に聞き取りを行う
連携室担当者や家族と連絡取り合っている 退院前に様子を見に行き状態把握するよう努めている
居宅療養サービス、包括からの声掛け、見守りを強化した
訪問看護導入について早めに検討、依頼をしてもらいたい
急性期病院には入院を知ってすぐに情報提供、転院先のリハ病院から連絡があってすぐに情報提供
早めの情報提供
書ききれないことは別紙で また電話で口頭で

工夫したこと【富山】 128件

在宅でも医療連携できるように医療職の介入をスムーズに行えた
必要な情報をファイリング
主治医等と連携し予測を説明しても理解されない場合、リスクはあるが実際に在宅での介護で気づくまで見守り支援
本人からの連絡だけでなく、その都度病院へも連絡して確認する
入院中のリハビリや介護状況と、自宅に退院してから想定されることをすり合わせて体制を整えられるよう工夫をした
サービスの導入と家族の連携
可能であれば、実際病院に面会に行くようにしている
話しやすさ、スピード感
訪看が退院日に実地で使用方法などの説明会を設けてくださり、準備がある程度行えた
状況は電話で確認しデイサービス等に連絡。またサービス(ヘルパー等)を追加し栄養面のフォロー行う
faxで情報を送り、病棟に伝えた
地域連携室の方にも入っていただき、今後の見通しなど、助言をもらうことができた
退院前に連携室を通して、医師からの見立てで必要な書類への記載をしておいていただく依頼する
入院中に介護保険を申請したので、こちらから病院へ連絡し、情報収集に努めた
入院中はなるべく連携室に連絡し状態把握に努める
できるだけ面談の機会を設ける
電話確認、退院サマリー提供
電話（口頭での）連絡確認を行うようにしている
電話連絡にて、担当ソーシャルワーカーへ事前の聞き取りを行った
基本情報情報共有出来る様に、フェースシートを作成している
体調不良を感じた時は夜間に持ち込まず日勤帯で早期対応を行ったこと
早期対応し夜間に持ち込まないように対応しました
まめに連絡した
病院と何度も連絡し、リスク確認した
在宅での歩行状況、自宅段差の様子などを伝える
退院後の在宅サービスがすぐに利用できるように調整を行った
とにかく連絡する
担当の方とよく電話で連絡を取るようにした
自宅での生活イメージを出来るだけ詳しく病院へ伝える
入院時早めに連携室に電話しケアマネとして関わっていることを伝えて退院時の連携を依頼する
連携室の相談員さんと、情報共有を丁寧に行なった
入院期間が短いことが想定された為、迅速に短期的に入所できるところを紹介した
退院後の薬の量が過不足無いように調整した
自宅の様子を写真にして渡し、トイレ内、居室等を病院側へ確認してもらった
いつもご連絡・サマリー等をいただきありがとうございます
家屋調査への福祉用具業者や病院リハ職からの情報収集
自宅退院となった時の介護負担やサービス調整後の生活について、施設入居後の生活について、メリット・デメリットをわかりやすく提示した
すぐに動いてくれる福祉用具事業所や訪看事業所と日頃から連携しておく
ケアマネジャー間で、病院の情報を共有する
退院後の利用者のADL変化やケアについて情報交換できるようサービス担当者会議を開催した
細かく聞き取りする なるべく退院直前に本人に面談する
入院後、連携室担当者と家族と両方と連絡を取る事で、家族が理解できているかを確認しながら話を進めるようにした
すぐに動いてくれる福祉用具事業所や訪看事業所と日頃から連携しておく
自宅退院となった時の介護負担やサービス調整後の生活について、施設入居後の生活について、メリット・デメリットをわかりやすく提示した

工夫したこと【富山】 128件

病院に訪問し、本人の状態と在宅支援についての意向をしっかりと確認した PT等の専門職に助言してもらいながら自宅の環境整備を退院前に進めることができた

速やかな対応が可能な事業所との連携

退院後の生活に家族が混乱しないように、福祉用具の提案など退院前から家族の後方支援を行う

入院中から連携室と連絡をとり情報共有に努めている

入院時担当ではなく、入院前のことがわからなかったので福祉用具事業者が住改で関わっていたので同行してもらった

在宅の介護サービスと連携し、サービスの再調整を行った

本人が署名できたので、包括職員が病院へ訪問し、本人に署名をもらい区分変更の申請をした

今回のケースではないが、リハビリ病院から退院するにあたり、退院前の住宅評価の際は担当ケアマネジャーにも同席いただき、退院支援をスムーズに行えるようにした

家族や病院より連絡あれば病院に連絡している

急な退院で本人と面会調整できなかった 手術後だった為、担当リハビリと福祉用具専門相談員と話してもらった

入院前の状況・入院中の状況の情報共有

違うところに合わせて行う

これからも入院時情報提供を行っていきます

退院前の自宅環境の見直しと福祉用具利用の調整

入院中の状況を家族と共有すること ショートの調整

連携室に密に連絡を入れた

入院の際、情報連携シートは送付するようにしている

退院日が決まり、その間在宅で使用する歩行器を病院に持参し、在宅復帰後もスムーズに使用されています 本人に慣れてもらいPTさんに使用状況の評価を指導してもらいました

病院から情報聞き取りやカンファレンス依頼、在宅サービス説明する

訪問看護と一緒に情報収集に病棟訪問し、専門的(医療)用語で説明受け、内容が理解できず、一緒に同行することで大病院側に経緯を説明し相談する

退院前に情報を聞き取る

担当SWに情報をFAX後、電話連絡もした

訪問が無理であれば、タブレット等の活用で状況を伝えられたら良いと思った

入院時より連携室を図り、退院の目途を設定、度々訪問

入院時の様子・退院後に必要と思われる支援について相談する

情報共有

一時帰宅の機会があったので、なるべく同行し状態把握に努めた

お互いにケアマネとしてその共有が出来るよう積極的報告、連絡を連携室と行うようにした

在宅復帰に向け、必要なサービス調整をMSW、家族を交え、カンファ等話し合いを持った

入院時情報提供書送付後、在宅生活に必要な点を口頭でもお伝えした

家屋調査、情報共有、医療知識の習得

身体状況を把握した

相談窓口は一つにもらいカンファレンスで情報共有ができるようにした

認定調査時、要介護状態であり、退院調整は未認定ではあったが、ケアマネに依頼した

発熱が続くようだったら苑内で看護師がコロナの抗原検査を行い早期発見に努めた

退院後早めの電話

工夫ではないですが、病棟へ確認し情報収集や調整を行った（連携室に介入してもらいたい。）

入院中と退院後、医療機関に電話で情報収集を行った

上記の課題に直面した場合であっても、病院や医療・介護それぞれの専門職で相互連携し、可能な限り利用者の負担や不安を減らして退院を迎えられるように努めました

必要と考えられる情報を事前に書き出しておき、漏れを無くした

入院時、名刺を渡したことで病院とのやりとりがスムーズにできた

地域連携室の相談員と病状、家族の意向、退院後について話し合った

工夫したこと【富山】 128件

地域連絡室と電話連絡を取り、担当相談員から状態確認した
定期的に家族やHp地連に状況を確認
Zoomや連絡回数を重ね、情報共有に努める
退院後、再び連絡室を通して、退院関連の入院状況を確認した
退院日が近くなった時に、地域連携室の方にご本人の状態を細かく聞くようにしている
リスク等、整理して伝える。退院後も連絡を図る
退院と同時に訪問看護を導入 栄養指導がなかったため、地域連携室を介して何度も確認し、配食サービスも活用
本人携帯持参の為、本人・キーパーソンとの連携を密に行った
訪問時に家族からの様子確認、訪問看護時は最近の様子確認を行う
スムーズな受け入れ体制を整えることができるよう再アセスメント内容の確認等施設内でのミーティングを行った
家族状況などに問題がある方の場合は、電話、書面の両方で情報を伝えておくようにしている
情報収集に努め、関係各所へ適切な情報を漏れなく共有する
退院後一週間で歩行状態が悪化、病院リハへ電話で状況説明し在宅で出来るリハ指示を貰った
知りたいことあれば気負わずに自分から連絡できるようにしている 顔の見える関係づくり
退院時期が決まる前に早めにリハビリ見学をしたり、本人や家族と病院でカンファレンスをしたりしたので、退院後の生活にスムーズに移行できた
自宅へ退院してから、介護者が困らないようにリハビリをしっかりと行ってほしいと伝えた 具体的はベッドでギャッジアップで食事全介助は困る、端座位、もしくは座位保持がきちんとできるようにしてほしいとゴールを伝えた
環境を写真に撮り、確認してもらう 家屋調査同行を依頼する
住環境を理解してもらうため家屋調査を依頼。Ipadで写真を撮りリハビリ担当者に評価してもらう 退院前カンファレンス後、すぐ退院ではなくサービスが整ってからの退院
連携室及び家族と連絡を取り合い、退院後の生活について電話で話し合った
対象者の医療介護及び取り巻く情報を提供し円滑なケアを推進
カンファレンス時の聞き取りの他、住宅写真がある方はそれをもとにリハビリから意見を貰ったこと
退院時、カンファレンスが無かったのでサマリー以外に状態や注意点等を連携室を通し細かく伺った
連携室の方と密に連絡を取り、退院後のサービス調整等を行った
こちらから連絡させていただき、退院日が決まったら連絡をいただけるよう依頼した
情報をいただきたい旨、情報FAXの際、記入し直接電話した(しかし無かった)
電話で夫、娘に病院からの情報を確認した。退院後にケアマネの引き継ぎ含めサービス担当者会議を開催した
家屋評価していただき、自宅の環境を専門職の視点でアドバイスしてもらった 家族とともに家具を動かし快適な家庭サービス事業所にご様子や留意点を伝えた
退院前カンファレンスに参加後、福祉用具業者と共に自宅へ事前訪問を行った 家庭の同意を得て、カンファレンスに福祉用具担当者にも参加してもらった
キーパーソンの従兄弟、民生委員と連絡を取り合った 病院の地域連携室からアドバイスを得た
福祉用具業者へ連絡し、明後日に搬入を行った
訪問看護の利用を提案、導入した
本人の希望もあり、介護保険の新規申請を行った
介護認定結果を待って、通所リハビリの導入を行っている
抗がん剤点滴のための入院(5回目)であり、担当者へ毎回退院日の確認と次回入院日の確認を行っている 情報提供が必要な場合は適宜連携室に電話連絡を行っている
相談先のDrがとても親身になって受け入れ先を探し、手はずを整えて下さりスムーズに事を運ぶことができた
認定後、迅速に対応し包括からも浴槽グリップ等の貸し出しを行った
アセスメントをしっかり行うこと
入院の際には早めに情報提供するようにしている
入院が長期になる場合は、家族等への病状確認を行いながら、連携室との連携を密にする
オンライン会議の実施（ZOOM、LINE）により、ライブ映像で状況確認と意見交換、会議の開催

工夫したこと【高岡】 130件

退院後、なるべく早く情報提供をしてサービス再利用につなげる

面会にて直接聴取

本人と電話で話を聞いた 入院期間中に

家族と心配事を事前に聞き取り

生活背景をお伝えするようにしている

1度連絡を入れる

退院カンファレンスは開催しないとの方針（退院の報告も金曜日であり、次の週の火曜には退院という方針だったので時間もなかった）

一度、関係者全員が集まって情報共有などを行い、家族が不安が緩和できるようにした

入院時には在宅生活の情報をFax等で送るようにしています

入院が長い場合、家族に面会時の様子をたまに確認しておく

前もって伺いたい内容をまとめていた（必要な情報や今後の病状予測）

他病院精神科も通院しており情報共有に努めた ADL低下によりカンファレンスの場で家族に排泄等介助方法の指導をこちらから連絡を入れ、家族にも確認する

内科で見てもらったけれど、異常なしで退院されたが、結局退院3日後に低栄養、脱水で再入院された もう少し、本人と向き合ってもらいたかった

医療的処置が加われば家族負担軽減の為、訪看の利用回数を増やせないか事前に確認

現在の状況確認を、施設職員と共に面会に行き、担当看護師に聞き取りをした

できるだけ病院訪問し、状態確認と医療関係者からの聞き取りを行った

退院後の在宅サービスが滞りなく利用できるように、連携室から情報をもらったり、退院前に面会している

ツールを利用しての連携をしている

なるべく早くに連絡取り合う努力をした

白内障OPだった為、本人と入れ替わるヘルパー全てが一目でわかるように目薬容器に色分けのシールを貼り、又表にして日に4回の点眼を戸惑う事なく出来るように、病院に依頼し、整えて貰った

連携室から聞いていた身体情報が曖昧だったため、直接病院へ出向き、病棟看護師へ確認した

すぐに地域連携室に確認の連絡をした

病院へ連絡を入れ、詳細に情報を聞くようにしました

家族に他者の生活状況をお話ししたり、利用されている物品を写真で見せたりして退院前に、本人の帰宅後の状態と一緒に創造しやすくした

状況確認のため、退院に向けて何度か電話で確認を行った

面談がスムーズにできないことがあるので、電話連絡を行うこと

事前に施設の状態確認のために体を空けられる日を伝えておく

退院前に必ず家族と一緒に本人の様子を遠目でも確認できるように病院に提案し、自宅の環境も確認し本人や家族が具体的に生活の姿が想像できるようにカタログや絵、で説明をしている

病院にあわせた対応が必要

自らきになる点をお聞きした

病院に行き、サマリー以外で病棟看護師に状態を確認した

事前に家族をお願いをして、自宅を見せてもらった

事前に利用者、家族の気持ちを地域連携室担当者と情報共有し対応しやすい状況を作る

不衛生な住環境への理解が難しい旨を事前に地域連携室担当に理解いたたき、退院カンファレンス等を行い、支援チーム

退院前に家屋調査実施し、環境整備する

サービス調整後の退院とのことだったので1日でも早い退院を目指した

電話等で連絡をこまめにする

週末には留守電につながる対応をとった

退院後、訪問看護サービスの支援に繋ぐ為に、家族、本人、訪問看護、地域連携室と頻回に連携、情報共有した

本人の退院後の生活において、必要なサービスと専門職との連携

病院主催の研修会等への参加、新規ケース依頼は必ず受ける

工夫したこと【高岡】 130件

入退院時の情報提供を行い、入院後は治療受け入院生活が送りやすいよう、退院後は在宅生活がスムーズに行えるよう医療と介護の連携に努めている

状態の変化から退院日が早まった。サービス調整のためサービス事業所との調整をメールで行った

上記に関しては、在宅生活での課題や目標、展開を何度も担当MSWに説明した

病院に事前に訪問しカンファレンスとは別に本人と面会し状態を確認した

分かりやすい言葉で丁寧に伝えるよう試みる

なるべく情報提供を早めにするようにしている

電話確認をすること

地連への連絡後、家族に伝達。実際に本人と面談した

家族の思いや希望を聞いたり、入院中の状況を病院スタッフに確認した

ご本人の状態確認を細めに行った（家族にも電話で確認し擦り合わせを行った）

包括から病院にこまめに連絡し、状態確認等を行った 家族に内容を伝えた

状態確認やカンファレンスの必要性をこちらから伝えた

こちらから連携室へ連絡し、状態確認に病院へ急いで訪問した

紹介状持参で受診されることを家族から事前に閉しており、連携も早く伝えた

日頃から「入院になったら、連絡して下さい」と担当利用者に伝えてあった

病棟スタッフの連絡しやすい時間に聞き取りするように工夫した

入院時、病院からの連絡を待つのではなく、こちらから連絡をとった

妻より介護申請の相談（ベッドレンタル）があり、申請したことを病院MSWへ連絡 必要なサービスがあれば情報提供

退院日に、自宅の訪問 環境と本人の状況確認を行った 福祉用具レンタルへつなげた

入院診療計画書の内容を聞くも？のことも多く、ADLかどうなのか？病状は？とモンモンとすることが多い 家族、SWへ連絡して聞く

サービス調整においては、本人や家屋の状況、本人の希望を確認できるよう、家屋調査への同席を依頼した

SWへ連絡する（嫌がられても）

（環境整備、玄関の段差解消をした）カンファレンスに参加 SWと本人の状態について何回もやりとりした

サ高住の施設職員が身元引受人だったので、そこから情報収集した

医療行為が増えた方に対し、退院時に立ち会い、家族と共に病院スタッフに質問した

病院の制限の中で、電話や文書で情報を伝達し合う

面会時、退院後利用する施設の相談員に連絡して同行面会を行った

退院カンファレンスに新しい事業所と同行できたこと

入院時情報提供をFAXした

訪問看護を利用し、服薬管理と健康管理を行う

病院側との連携で、対面（本人）できたこと 対面は必要と思います

訪問看護師が病棟との橋渡しをしてくれた

救急車要請した際、伝達（口頭と文書で） 付き添いの家族にも同様の文書を渡し、家族からも病院医師に伝えても

家族に対し、ケアプラン案を提示（複数）し、不安解消を図るとともに、家族状況や介護力に関する情報を病院に提供し、介護サービス調整と家族への介護指導の調整を行った

本人・家族の希望と、病棟の受入れ状況をすり合わせた

こまめに連絡を行った

県外の病院のため、カンファレンスをズームで行ったこと

入退院の情報を訪看より聞き、こちらから電話して情報を収集した

サービス事業所担当者に確認しつつ、病院の連携室の相談員の方と連携しました

電話で病棟看護師に主治医への確認・本人への説明をして頂けるか確認の上で依頼

病棟ナースや地域医療連携室と密に関わる

外泊された時に本人の状況などを調整しましたが、HPからは書面、地域連携とのやりとりをしっかりとさせて

連携室との情報交換

定期的にHPや家族へ電話し、状態確認した

工夫したこと【高岡】 130件

地域連携室に開催を電話でお願いした
家族病院、入居先との連絡を取り、連携を図った
訪看が同一医療法人のため、訪看からの情報収集も行った
1週間の入院だったとのこと 事後連絡のため工夫なし
退院前後の生活について、どこまで可能か家族とよく話し合った
ADLの変化はどの程度か細かく確認した
救急搬送だったため、家族が来る間、付き添った
がん末期による緊急時対応の方法を確認し、全事業所で情報共有を行った
病院リハビリ職員と退院前に自宅環境の確認と必要な福祉用具の検討を行った
可能な限り必要な福祉用具・デイの手配を早急に行った
自宅（本人の動線）写真をリハ担当に渡し、状況に合ったリハを行ってもらえた
化学療法を何度も行う為の入院退院を行っている。その都度、病棟と連絡をとっている
本人の入院中に入院している病院へ福祉用具業者と訪問し、本人の体調確認を行い、PTから状態説明をしてもらい、退院前に手すり、歩行器、入浴椅子を自宅搬入した
本人、家族が選定した歩行器を福祉用具業者から本人の入院先の病院へ持参してもらい、リハビリ時に本人に使ってもらい、PTから意見をもらえるようお願いした
病院で入院中の様子を聞き、デイ等の事業所にも報告していた
退院後の家族の意向を早目に把握しておく
入院期間が長引く場合は、病院の連携室の方もバイタルリンクに入ってくださることで退院後の状況についても、出来るだけこまめに状況を確認するようにした（在宅復帰の有無、状況変化等）
病院によっても、連携の仕方が異なる為、密に情報交換、相談することが大切であると感じた
治療が終わり次第、退院できるよう入院前のサ高住と調整を急いだ（サ高住の入居者であったため）
退院後の状態等の経過を観察する
価値観、アプローチの仕方等柔軟に広げられるようにした
退院前カンファレンスにて実際の動作確認
病院、家族、前担当者etc、情報交換を密にし、できる限り情報収集した
退院前に病院PT,NSと家屋調査を行い、環境調整ができた
退院時の情報を電話による口頭連絡だけでなく、サマリーをお願いしました
転院されても、転院先にも入院時情報をFAXしました
病院、病棟と頻回に電話連絡をした
約4ヶ月と長い入院期間だったため、在宅へ戻るか転院・施設になるのか、また状態が長らく分からなかった為、明らかになるまで時間を要するケースもあるのだなと再確認いたしました
退院前カンファレンス時に、リハビリの様子を見て、支援内容を本人・家族と決めた
病院への細目な情報提供（家族の体調）の発信
カンファレンスの場で、改めて状況を確認、意識付けを行った
カンファレンス同席の場で、病院リハビリからも本人の状況について、具体的に説明を聞いていただく機会をすすめた
工夫する時間もなく、退院翌日に再入院となってしまった
妻への指導を十分に行ってもらった 訪問看護事業所と連携室と協力して探した
出来るだけ早目の連携を心掛けている
電話等で、こまめに状態確認する
以前より通院している為、できるだけ細かく報告、連絡をするよう心がけた
入院情報を提出、担当者との連携
4日間の入院予定で退院サマリーは出さないことになっているとMSWより連絡を受けたが、出していただき、今後の予定なども把握できた
主治医からの紹介で入院治療となる 本人・家族の意向で早目の在宅とし、主治医からの意見・アドバイスにより、サービスを整えた
家族に退院前の病院からの説明に対して、理解度を聴衆して進めた

工夫したこと【高岡】 130件

事業所から連携室や病棟に連絡し、ご家族へ情報を伝えた 退院後考えられる生活事案含め

小規模の泊まりを利用し、体力回復まで様子みる

退院カンファレンスのとき、どのような状態になったら、病院に指示をもらうべきなのか確認する
--

工夫したこと【砺波】 76件

細かなことでも電話をして確認する。

退院後安心して在宅に戻れるよう、特別指示書の依頼をお伝えした。

地域連携室を通じ率直に意見交換し主治医に連絡を取ってもらい再考してもらった。

グループホーム利用時の日ごろの様子を文書で伝えた。

地域連携室に問い合わせ、本人の様子や予後について聞くようにしている。

入院された事を家族から聞いた時は家族に入院先の病院の連携室に問い合わせさせて頂く了解を得てから連携室に電話にて情報提供や病状確認をする

電話時間

お昼時間だけ避けた

病院の受診同行

情報提供を素早く行う。

入院される方が多い病院の連携室とはまめに連絡と取るようにする。

退院カンファレンス時にPTならびにOTに家屋調査の依頼をした

文面だけでは伝わりにくいことがあれば直接電話でのやり取りもしています。

退院カンファに参加する、あらかじめ病院から情報を得て施設側で対応可能か検討しておく。

福祉用具専門員とご家族と相談し何とか退院準備を進めました

抜去し救急受診した際の施設側、病院側の対応の手段の確認。

今回はキーパーソンの娘が風呂場で倒れており入院。さて利用者はどうする。レスパイト入院も拒否、急に施設にも入れず、ショート2カ所頼み込みなんとか落ち着いた。最近本人もだが、家族の支援も多くなっている。ケアマネが救急車を呼んで娘さんは搬送された。

入院時できる限り、入院日にアセスメント送付しています。

病気を抱えながら、どのような在宅生活を送っているのか、在宅生活を送る上での課題や留意点について伝わるよう連携した。また担当の利用者のことだけでなく、家族や介護者の状況も伝え、スムーズに退院支援ができるように工夫し状況確認後家族立ち合いした

病院でのリハビリ強化してもらえる

病院でのリハビリ強化してもらえる

利用者からの接触で、夫がコロナになり入院となった。夫は持病もあり、体力の低下、利用者様をすぐデイ、ショートステイの調整を行った。

本人様は尿路感染にて入院、症状はすぐに回復するも夫自身が服薬管理ができていないことから体調を崩し入院。高齢者二人のため、夫の回復を待って、利用者様の退院日を遅らせた。

胃がん全摘のため栄養指導が行われた。逆流の注意や毎日の食事形態など困難、家族の負担となり、配食サービスの利用をお試ししていただいた

・本人様、家族の思い

・病院で処置することがないなら退院したい

・両側に腎瘻造設されている

・排泄（便）トイレに入浴は本人、家族介助、目守りができる環境作り

ズームでもカンファレンスできるよう体制を整えた

退院後本人が自宅での生活をスムーズに行えるよう家族との密な連携

退院前カンファレンスに参加したり、電話での状態把握を行い、退院後のサービス利用

普段から顔の見える関係構築に努めている。

細かめに地域連携室と連絡し状態を伺い、家族とも情報を共有した

退院前に身体状況の確認を連携室へ確認し、サービス事業所へ報告する

介護サービス、配食弁当、親戚の方の来訪などお願いし調整した

なるべく金曜日まで、週明けの月曜日に連絡する。

連絡を密に柔軟に対応する

ご家族との連携をしっかりと、情報を確認した。地域連携室の方からも情報を頂くよう、努めた。

ご家族と連絡をしっかりと行い、本人の状態の把握に努めた。

工夫したこと【砺波】 76件

家族から情報を得る。家族の思いを聴いておく。

こまめな相談員との連絡を取り合う

日頃から必要な情報をやり取りさせてもらっている。

まめな情報提供。（いつ頃空きそうか等）

早い段階から本人の状態を伝えたことで、病院のMSW,PT,OTに訪問してもらい、生活環境についての意見をもらうことができた。

早めに地域連携室と連絡し、状態を伺い、家族とも情報共有した

電話・FAXに加えて、メールやチャットを活用した

相談員との連絡調整、家族様と医師との話し合いの場に同席させていただくなど

極力、こちらから連絡をして情報収集に努めた

病院に訪問し、情報をもらうようにした。退院時のシートなどを活用した

病院から状況を聞き、家族とも連絡調整した。退院後、訪問し状態確認した

状況把握に病棟に直接状態確認した

病院のスタッフに積極的に連絡をしていただくように（状況を確認）お願いしたり、病院からお聞きした情報を家族等を共有するようにしました

再度病院へ連絡し、家族へ連絡 退院時に指導された

病院から連絡があった時に在宅でのサービス利用状況を伝える

連携室と情報交換を行う

リハビリ職との連携ができるようお願いした

心配な時は、家族にも密に連絡を取り、病院連携室にも連絡をまめに入れるようにして行き違いのないようにしている

自分から病院へ連絡を取り、退院の時期や状態を聞いている

当方からの積極的な電話連絡をおこない、医療機関からの情報を得る

こまめに電話連絡を行った

退院後、訪問リハビリサービスを新規導入した

患者に対して退院の話しができれば必ず連絡を頂けるように情報提供をお願いしている

入院先の病院が遠方（内灘）であったため、退院前カンファレンスをZOOMにて実施 退院後の主治医に退院前カンファレンスに（ZOOMで）出席していただいた

福祉用具事業所と入院中に自宅訪問し写真をとるなどし病院に情報提供した

南砺中央病院連携室、リハビリの方と相談でき家族さんにも事前に伝えることが出来るよう心がけた

ご家族の状況を事前に伝え、配慮していただけるよう心がけた

顔の見える関係性の構築

住宅改修は退院翌日に申請することが出来た 業者から組合への働きかけもあり、早々に完成した。家屋評価のおかげ

連携室の方が尽力されたと思います

定期的に状態確認をした

自分のスケジュールの調整、サービス整わず退院したが、とりあえずのレンタル等をなんとか用意した

ケアマネが得た情報を伝えるようにしている

もしも退院される場合のことを思い福祉用具の提案を考える

たまたま病院の近くに娘さんが就労していて、ケアマネが迎えにいく グループホーム入所希望のため、連携をとった
電話で状態を確認した

入院の病状説明があったときは、すぐに折り返し連絡をして、状況状態を確認した

時々理学療法士から指導いただいて歩行器を使って歩行練習に取り組んでいる

本人の事業所で行いたい活動の聴取、関わりの中から趣味を見つける

新型コロナウイルス感染症が第5類に移行した後について、変化を感じたこと【新川】 54件

自由に状態の確認のため面会はできないが 入院中に本人に会って状態を確認する事が出来るようになったので 支援しやすくなったご家族も頻回に面会でできおり 本人の様子をしっかりと理解できているので 退院調整や退院後の支援特になし
少しはリハビリの様子など見に行けるようになってきた
病院でのカンファレンス、担当者会議ができるようになった
地域包括病棟が利用できるようになった
なし
特になし
5類移行となったことで、入院中のご利用者との面会についてはまだ不安がある しかし、面会できることは大きな変病棟にあがってカンファレンスが出来ようになった。本人も参加出来た
病棟で本人はじめ各関係機関とカンファレンス開催でき、最期の意向確認ができた
がんの化学療法もありADLの変化もあった為、本当は病棟で状態確認が出来たのではないかと思う
病院への訪問が可能になった
変化は感じていない
第5類になって警戒度は下がっている感じはしている
特になし
一般社会と医療福祉分野との認識のギャップが大きくなった
面談やカンファレンスが院内で行えるようになった
入院先の病院へ、面会や訪問ができるようになりアセスメントの幅が戻ってきた
陽性者がでも事業所が長く休業することがなくなり安心と不安を感じている
退院前に本人と面談できたり家屋調査にてより退院に向けて環境対応が細やかに行えた
病院訪問はできなかったが、3か月の入院期間中、連携室より何度も情報提供があった
退院前カンファレンスの開催はなかったが、退院調整当初より細やかな情報提供があった
入院中でも別室で本人と面会が可能になったり、リハビリ時の様子を直接見て動作を確認できるようになった
病院訪問でご本人の様子を対面で確認できた
有料老人ホーム側の外出時の制限が緩和されたことにより、退院スケジュールが立てやすくなったこと（移行前は外出先での飲食禁止だった）
本人と家族の面会が行われやすく、退院に向けた準備がスムーズ 何より本人家族が安心されていることがよかった
入退院時の感染チェックがスムーズになったこと（以前は、前日にPCR検査を受けるため通院したが、今回は当日のみでよくなっていた）
病院から退院前訪問の許可打診があった 時間調整できれば、訪問したいと思う
退院前に病院訪問が可能になり、本人の状態確認がしやすくなった
利用者さんが発熱した場合でも陰性が確認されればすぐに受診し治療がしやすくなった
家族のお見舞ができるようになり、様子を伺えるようになった
病院の体制がかわらない Zoomか電話のみであった
特にない
面会体制に変化は無し
病院に出かけて、直接面会できるようになった 本人の意向が把握しやすくなった
面会がしやすくなり 退院後 在宅復帰のための支援がしやすくなった
退院前カンファレンスなど積極的に開催されるようになり、良かったと感じている
家族の面会が頻回になった
最近、面会の規制を緩めるなど元の日常に戻りつつあるが、マスク他感染症対策は継続し油断はしていない
マスクをしなくなった人、まだマスクの必要性を感じている人で大きな差がある 場所や状況に応じ着用すべきだと感
入院中に、リハビリ担当者が自宅訪問し住宅評価されケアマネも同席した
家族が病棟の部屋で本人と面会可能になった
家屋調査に病院から出向いてこられたリハスタッフ
退院カンファレンスを開催してもらえた

新型コロナウイルス感染症が第5類に移行した後について、変化を感じたこと【新川】	54件
---	-----

入院中の本人との面談にはまだ気が引けます（遠慮してしまう）、地域連携室とは電話対応ですが、詳しく情報提供し
以前のようにカンファレンスが開催されるようになったこと
ノーマスクになってからはコロナ感染者数が増えた
退院前に本人と会えるようになった（病院にもよりますが…）
退院前カンファレンスが再開されて多職種連携の重要性を再認識できた
本人の歩行状態を退院前に確認することができた
病室にて本人との面談
訪問した際にマスクをつけていない家族が増えた 県外から帰省される方が増えコロナ感染も増えている
家屋評価が実施できたことでスムーズな退院支援ができた
あまり変化を感じてないです

新型コロナウイルス感染症が第5類に移行した後について、変化を感じたこと【富山】 162件

コロナウイルス自体が弱くなったわけじゃないのに、軽んじられている事
5類になり面会外出が緩和されたが、陽性になれば一気に広がりクラスターが起きた 一時的に面会を控えるお願いをしたが、5類な為面会外出の制限はなくなり、ちらほら感染者が増加して職員が疲弊している
訪問しやすくなった
感染予防の危機感が緩んだ
県外の渡航、面会などが緩和されたが、コロナに罹患すれば対応は変わらず重症化した職員で対応しないと回らない状
あまり変わらない
カンファレンスを対面で行える事で意思の疎通が良くなった
感染予防を継続している、と、感染予防は止めたの二極化していると感じる
家族面会が可能になったことで本人、家族双方が安心できるようになった
マスクしてる人が減った
病院に状態確認のために訪問しやすくなり、情報収集がしやすくなったと感じる
無し
書類記入が減った。面会制限が緩和された
面会しやすくなった
面会ができるようになった病院が増えた 退院前訪問も出来る所が増えた
家族さんへの訪問がしやすくなった
発熱があったため、コロナ感染の検査をすぐに行う (一)と判明し問題がなかった
病棟への訪問ができ、患者に会って状態確認できること
退院前の様子確認の訪問等病院への訪問はしやすくなった
入院中の認定調査に立ち会えるようになったなど、退院前に本人の様子を見ることができるようになったと感じた
病棟での面談をすることができ、より入院時状況が把握しやすくなった
特になし
感染対策の緩和により外出時、以前より気を遣うようになった
特になし
面談が、できないときに、zoomで出来るようになり、効率良く業務出来る様になった
事業所としてはマスク、うがい、手洗い、換気の継続し、面会や外出は今までも行なっていたので今まで通り行っている
認定調査の立会いや退院前の面談が可能になってきた
本人に会う時間が限られるため、素早い情報収集能力がいる
面会や認定調査の同席がしやすくなった
入院中の面会ができず経過が分かりにくい
面会、見学等は以前よりもしやすくなったと思う
医療機関施設に訪問しやすくなった
5類に移行しても対応は大きく変わらない
退院時カンファレンスで各事業所が集まった
面会が可能であった
病棟に入れるようになった
退院前に本人にお会いできるのは退院後の生活をイメージする上で、本当にありがたいです
病院で面会でき直接に確認できる
退院カンファレンスや入院中の状態を実際に見ることが出来る機会が減った
病院によって、警戒の仕方に温度差があります
実際に病院でのカンファレンス開催のもと、訪問診療等、在宅の支援チームはzoom参加でも十分に意見交換ができ、有意義な調整を図れました
病棟訪問が多くなった
認知調査に立ち会える機会が増えた。 退院前カンファレンスを病院で行うことが増え、退院前に直接、利用者さんと会える機会が増えた。
あまり変化を感じていない

新型コロナウイルス感染症が第5類に移行した後について、変化を感じたこと【富山】 162件

退院前カンファレンスを集まってできるようになり、より状態がわかるようになった

総合病院で感染予防の観点から面会制限があるのに、リモート面会も終了したと言われ、入院中の様子が把握できない面談など、病院に行きやすくなりました

病院訪問しても本人と直接会って話すことはできず、リモートで画面上であることが多い

状態確認に病院へ訪問する頻度が減少した TELや書面で状態把握し退院するケースも増えている

病院への訪問や面会がしやすくなり、サービス調整しやすくなった

本人家族とリハビリの様子を見れたり退院前の相談がしやすくなったしやすくなった

入院中の様子やリハビリの様子など病棟に入り見せてもらえるようになった 退院前カンファや経過説明など参加できるようになった

状態確認に病院へ訪問する頻度が減少した TELや書面で状態把握し退院するケースも増えている

病院訪問しても本人と直接会って話すことはできず、リモートで画面上であることが多い

移行前より、病棟に訪問し本人と面談できる機会が増えたので、本人の状態を把握したうえで在宅復帰に向けた思いをしっかりと聞き取ることができるようになった それ故に本人の在宅生活に対する不安も減っているように感じている

特に無し

病室には入れないが、会議室を準備される等の準備をされている オンラインだと本人の状況がわからなかったのを助

病院の家庭訪問が実施されるようになってきたこと（サービス事業所も同席）

面会（退院に向けたもの）がしやすくなった

この方の入院した病院はまだ面会や差し入れも認められていなかった

病院での面会が何度かできて直接本人に会えて状態を確認することができた

特に感じません

病院での面会が緩和され、認定調査の立ち合いや退院前カンファレンスに参加でき、退院支援がスムーズに行えるよう

退院前に本人に会えて、ADLの確認、また会話が伺ったこと

特に変化は感じません

面会がまだ、自由にできない

面接・面会はまだできない病院が多い

入院中の行動制限がなかったと本人より

退院時カンファレンスができるようになり面会もでき、情報共有できる

面会できるようになった

必要に応じてカンファレンスの開催がしてもらえるようになった

本人に直接会い、状態確認や意向を聞くことができた

面会時間の制限がなかった。病室に入れた カンファレンスも人数制限がなかった

家族より、5類になっても本人に会えないため、不安（どのように変わっているのかわからない）と聞くことが増えた

入院中だったが本人と面談ができた

入院中でも面談ができるようになった

病院に出向き、退院前からカンファレンスにさんかできたこと 本人、PT、MSWが、在宅の家屋評価に来て下さったことがよかったです

退院前カンファレンスや家屋評価への外出が増え、情報連絡や利用者さんの様子を実際見られるった

退院時カンファレンスにお声をかけて頂くことが多くなった

家族などとの面会が可能となったが、入居者の認知症状の進行が著しく見られる事を感じました

5類にはなったが、感染症の対策はかわらず、感染対策につとめているため、連携・情報共有はツール（SNS、バイタルリンク）等の使用を行っている

病院内へ訪問しやすくなり、本人に面会しやすく、院内での状態、確認がしやすくなりました

病棟内に入れるので本人の面談がしやすくなった

マスクの着用者が激減している

職員の感染防止に対する意識が低くなった（一部の職員）マスクをしていない人が見られる様になる

Hp内はマスク着用の患者さん達だが、施設入居中の方々は、職員さんも含めて意識が低くなっている気がします

検査がスムーズに行えない、不便さを感じる

新型コロナウイルス感染症が第5類に移行した後について、変化を感じたこと【富山】 162件

面会に行ったが会えずに終わった 更新申請中だったが、職員との聞き取りがメインとなってしまった
退院カンファレンス、病院訪問、住宅評価がスムーズに行えなかった
病院訪問し、状態確認がしやすくなった
病棟への面談が可能となり、退院前の状況把握が出来るようになった
病院内に入ることができ、状態が把握しやすい カンファレンスも開かれるようになった
病院によって大きく緩和された所もあるが、今までとあまり変わらない対応の病院もある(面会制限など)
5類移行前からカンファレンスは増えてきたように感じていたので、特に大きな変化は感じていない
ほぼ変化を感じません
病院内でのカンファレンスが開催されるようになったので、良かったと思います
移行した後も、感染は続いている為か、介護職員(CM等)のみ来院OKと言われる事が多くなった
コロナの症状への感心(注意)が薄く、罹患が発覚した時には心不全や肺炎症状を伴い、完治に時間がかかりADL低下を伴うケースが多い
利用者の身体状況を直接見る事ができて、把握することができてよかった
カンファレンスに家族同席で参加できた
病室内で認定調査に立ち会いできた
本人の面会が容易にできなくなった
病院内での面接が可能になってきた
退院前に本人の状態を直接確認できるようになり、必要な介護サービスを早めに調整できるようになった
直接面談ができるようになった
認定調査や状況把握の為の面談ができるようになった
病室内(個室)に入れたこと
面会方法が窓越し、タブレットの面会から、パーテーション越しの面会に変更されたので身近に感じて頂いている
以前よりも密に連絡を取り合うことができて思うように思う
面談が可能となり、本人と直接意向確認ができた
患者との面会ができるようになった 状態確認ができて良くなった
5類へ移行しても、それぞれの病院体制に変化はない印象がある 認定調査(介護保険申請)の訪問が禁止されている
病院があり、困ることがある
退院前カンファレンスや認定調査への立ち合いなどで、院内に状況に応じて同席させていただけることが増えており、より連携がスムーズとなっているかと感じています
来院・面会制限が緩和され、直に利用者や関係機関職員と話ができて、顔の見える関係が構築できコミュニケーションがとりやすく感じました
各々の感染症に対しての意識が非常になくなった
面会ができるようになり、家族も様子を知る事ができ、情報が多いので判断材料が増えた
入院中面会しやすくなった
本人との面談が病棟で行えるようになり、リハビリの様子なども確認できるようになった
オンラインではなく、直接病室に伺い、本人の顔を見ながらカンファレンスが開催されたこと
カンファレンスを病院側で行わせてもらえるようになったこと
直接、カンファレンスや面会、退院前の家屋調査ができるようになり、退院後のズレが小さくなった
面会時の対応
家族が面会可となり、退院まで本人の意向を確認しながら家族が動けた
この退院のわずか2日後に発熱し、検査をするとコロナ陽性が判明した 退院後は自宅で過ごしており、家族から感染した可能性もあるが、入院中に感染した可能性も考えてしまう
マスクをしない人が増え、感染拡大した
退院前カンファレンス等での話し合いや実際にご本人の状態、病院での過ごし方を詳しく確認することができ退院後のケアについて十分に検討を行うことができた
入院患者の状態を見に行けるようになった
感染対応を継続している施設も多く、大きな変化は感じていない

新型コロナウイルス感染症が第5類に移行した後について、変化を感じたこと【富山】 162件

マスクをせず出歩いたり、アルコール消毒への意識の薄れ
病室への面会ができるようになりより一層状態把握ができるようになった事
退院許可が出ていても、自宅ではなくサービス高齢者住宅などの入居施設に戻る時に施設職員の方や他入居者の感染への不安が大きい
家族は届け出をすれば、面会ができるようになったこと
本人を交えて退院前カンファレンスを行えるようになった
介護相談員来訪再開など、実習生や14歳の挑戦受入など、以前の日常が戻りつつあるなど感じます。マスク着用など感染対策は変わりなく行っています
本人との面談がスムーズになっている
面会ができるようになり本人の意向を直接聞けるようになりサービス調整しやすくなった
病院での退院前カンファレンスがしやすくなった
濃厚接触者の定義が消え規制が解かれ、自己判断を有する部分となり、不自由さが開放された反面、医療介護福祉に関わる関係者は感染力の強さに警戒心を緩められない日々が続いていくと感じてる
病室まで利用者様の様子を見ることができた
面会に関しても病院によって以前差がある
病院到着後のDrやNsの対応は5類移行前と同様だったので変化は感じていない
病棟で本人を含めたカンファレンスが開催されること 移行前は本人の面談やカンファレンスはリモートだったため、実際に会えるようになり良かった
面会が短時間ではあるが行うことができる
必要に応じての退院前カンファレンスが行われているが、病院によって対応が違う
特に無し
病棟内に入れるようになった 病室で御本人に会えるようになった
入院時にコロナ感染したことで要支援に変化はないものの、退院後に不調を訴えるようになった
関係者約8名がカンファレンスルームに集まり、会議を行ったこと
入院先の病棟へ本人面会のため立ち入ることができた
特に無し
特に無し
特に無し
特に無し
グループホーム内の感染者対応時のスタイル(完全防備)で受け入れ先病院へ行ったが、受け入れ先Nsはマスクとエプロンのみで、ご利用者さんが入院病室に向かった直後には、感染症指導Nsにマスク以外のものを外すように言われ、ホーム内とのギャップに驚いた
軽症だったため入院に受け入れていただくまで、Drが難渋を示されたが、徘徊により感染拡大のリスクが高いことを伝えたと理解していただくことができた
病棟でカンファレンスに出席できること 本人と面談できること
県外在住の方の面会制限を無くしたことで利用者様とご親族との交流が増えたことは大変喜ばしいことと思います 第5類に移行したことにより一層の感染症対策継続が必要であると感じています
退院前カンファレンスの開催や家屋調査を本人交えて行われたので実際様子も見れスムーズに環境を整えることができた
入院中面会することができた 本人とお会いし意向を確認することができた
面会が出来るようになり退院前に本人さんと直接話しが出来、思いを聞くことが可能になり支援しやすくなった
病院によっては対応が様々でその都度確認が必要であること また以前のように入院患者の状態把握や意向確認がスムーズにできないこと
特に無し

新型コロナウイルス感染症が第5類に移行した後について、変化を感じたこと【高岡】 141件

病院での面接や退院カンファレンス、研修会にも参加できるようになった
面会が可能になったこと
各々の感染に対する少し恐れが少し和らいでいると思う 感染しても落ち着いて対応が出来る
退院時カンファレンスが開催しやすくなった
一般の人はあまり気にしなくなったが施設や病院で働く人はこれまで通り感染に注意しながら働いている このギャップに戸惑うことがあり、結局は施設内にクラスターが発生することになった 職員の中にも5類になったから大した事はないと思ったと言う発言もあり、しかし感染した利用者の1人はコロナ感染がきっかけで回復することはできなかった
面会の制限緩和
5類に移行したことで面会制限がもう少し緩和されると思っていたが、あまり変わっていない 必要に応じて退院前カンファレンスは開催してもらっているので良いのですが
新型コロナについての危機管理意識が希薄になった
感染したら、休んで体調を整えるという意識に変わった
病院によって面会に差が大きい
なし
なし
病棟へケアマネが訪問し、担当看護師や本人と会い今後について話が出来たこと
病院はあまり意識していなくても、施設側がとても心配している為、連携室から、医療側から施設管理者に電話連絡やFaxでも助言があれば安心できる面があり、受け入れがスムーズになることもある
病棟まで入れる様になり、ご本人にも会える様になったので、状況確認できるようになったので良かった
退院カンファレンスが病棟で行えること 担当する利用者であれば本人や家族と病院で顔合わせの機会が確保できる
病棟への訪問が以前よりできるようになったので、実際に本人の状態を見ることができ、適切にサービス調整を行う
家族も面会できるようになり、家族の不安解消につながっている
面会ができたこと
面接の緩和
在宅側では本人の状態がわからず、家族が、不安を訴えられるケースが多かった、短時間でも面会できることは、在宅支援の中では大きいです
マスクをしない人が目立つようになり、見えない感染者が増えたと思う
病院での対応が緩和された
状態確認など、病院へは行きやすくなったと思う
事業所や個人によって、感染対策にかなり差がある
ケアマネジャーが病院へ出向くことが出来るようになったが、サービス事業所は遠慮してほしいと言われるため、全員が集まることが出来ない 2度手間である
あまり感じられない
なし
短い時間でも本人に面会できるようになった
感染した時の症状は変わらないが入院はできず、介護サービスは利用できず、といった状況になり本人家族が困っている
退院前に会う事ができた事
感染状況等がわかりにくくなった
コロナ禍と比較して、退院前にケアマネや家族が情報確認しやすくなった
本人の面談が行いやすくなった
病棟内での面談の機会が増えた
あまり変わりはない
どこの家に訪問に行っても、ほぼマスクをしている人はおらず、家族に感染者がいる場合以外は訪問時に本人・家族にマスクをしてくださいとは言えなくなり、自分が感染しないように、利用者が感染しないようにする手段が困難になった
面会ができるようになった
特になし
特にありません

新型コロナウイルス感染症が第5類に移行した後について、変化を感じたこと【高岡】 141件

有熱でなければ、病室に入ることができた
病室まで入ることができた
発熱時の高原検査など家族の負担は増えているように感じる 一般の方のコロナ感染への認識と介護現場での意識差が
発熱＝抗原検査が定着したように感じる 抗原検査については理解が乏しい家族もあり、どこまでケアマネが対応しなくてはいけないかと思うことがある
面会が容易になった
退院時の制限が少なくなった
病院訪問しやすくなった
人数の制限が緩和された
本人と面談し、本人の思いを直に聞き取ることができました
特に変わったとは思わない
疾患のある利用者が、コロナで入院、退院後すぐにインフルエンザに感染し再入院した。感染症に関する異常な恐怖心があり、デイサービスの再開が困難になり、訪問看護の支援に繋いだ 移行後も感染拡大があり訪問や、担当者会議な
病院訪問時の本人との面会が容易になった
通所系サ-ビスの利用が増えた
介護職員と比べて、利用者さん家族さんが感染症に対しての意識が薄い
病室まで訪問できたこと
特になし
入院先訪問時に病棟まで訪問できた
入院中の方との面会が可能になった
病棟に入って面会できるようになった
本人に会うことができず、地連との電話やりとりに徹した
ニュース等で感染者数がとりあげられなくなり、マスク推奨も場所によってのみと軽減していく中で、感染者が増えていっても危機感が希薄な状況になることがうかがえる 自分でそれをどう判断してよいか迷うところであります
本人との面会が可能となり、対面で状態確認や本人の意向が確認できた
カンファレンスや病院への状態確認が緩和されて行きやすくなった
病院での面接が可能になり、退院前の状態把握がしやすくなった
病棟で直接面会が可能になり、入院中にも何度か顔を合わせて本人の意思確認をすることができた
病院での状態確認がスムーズにできるようになった
病院がカンファレンス出席に対応してくれるようになった
5類移行前も気を付けながら、制限なく退院調整の為病院へ訪問していたので、特に変化は感じない
病棟内での退院時カンファレンスが可能になったこと
家族が入院中の本人に毎日面会できたこと
対面での面会ができる病院が増えた 退院前に状態確認できるのは有難い
必要時に退院前訪問・カンファレンス等で病棟へ行くことが出来るようになった
みんなマスクをしなくてよくなった分、インフルエンザが流行となっているので、移行しても、手洗い、うがい、マス
病院へ行き来出来るようになり、直接様子を見ることが出来るので、状態把握しやすくなってきた
ケアマネジャーのタイミングで気軽に面会に行けなくなった
以前より少しだけ、病院に行きやすくなった
直接本人に面会できる時間があったので良かった
対面でのカンファレンスができたこと
面談できた
退院カンファレンス時に多職種が集まれるようになった
医療機関によっては進め方が違うため、どう対応していけばベストか悩まなければいけなくなった 病棟看護師からの電話が増えたように思う
対面でのカンファレンスを開催してもらえるようになった
事業所によって対応がまちまちで、混乱する時がある

新型コロナウイルス感染症が第5類に移行した後について、変化を感じたこと【高岡】 141件

ご本人の状態確認がしやすくなった
入院中の面接の仕方も緩くなった
リハビリ見学や退院前のカンファレンスの人数も少し緩くなったと感じた
5類になったとはいえ、外泊後、本人のリハビリが3日間中止になるとのことで本人が外出、あまり外泊や外出に対して積極的ではなかったのであまり変わらない
利用者が家屋調査に同席は難しかったが、リハビリ見学（人数制限は以前からみてなし）家屋調査もして頂けて助かり
面会等が可能になり、状況の把握がしやすくなった
マスクを直用せずに、担当者会議や訪問時に対応される家族が増えた
病院での面会ができるようになり、状態把握がしやすくなった
面談の回数が少ない
病室での面会が可能であった
家族が本人と面会しやすかった
家族4人とも本人と面会できた
入院患者との面会が可能となり、退院前の本人の状態確認がしやすくなり、サービス事業所にも面会で見てもらえ把握しやすくなった
面会緩和、家族が状態確認できるようになり安心
面会緩和で本人家族が安心できる
面会がしやすくなった
病棟に入りやすくなった
会議に参加したり、面会することが出来るようになった
感染対策（マスク着用etc）全体的に緩くなった
本人と面会できた為、情報を得やすくなった
病院へ状態確認に行けるようになった
まだ、家族の面会制限がある病院が多く、家族が本人の状態把握ができていないことが多くみられる
コロナ感染の情報が入り、難しくなり、対応が遅れる
退院前カンファレンスをスムーズに行うことができたように思う
第5類に移行となったが、医療従事者や福祉等介護従事者の緊張感にはあまり変わらないように思う
移行後、退院者がいないので、確認できていない
退院前に面会しやすくなった
マスク着用、換気の実施、感染対策
面会等スムーズになったように感じます
5類に移行したとは言え、感染対策上は行われつづけている。（周囲が対策ない分、感染リスク多高い為）ただ、5類に移行したことで、入院受け入れ対応は、よりしてもらえなくなり、状況の厳しさは高くなった（特に、重病化しやすく、ADL低めの方に対しては）
病院で状態確認が直接できるようになった
病棟内で話をすることができてきた
移行前に業務をしていないのでわからない
病院・病室に面会に行くことができた
退院前カンファレンスの参加人数の制限がなくなった
本人との面会ができたこと
本人同席でカンファレンスができるようになった（可能な状態の時）
病院での面会が可能となり、本人の意向状態が確認しやすくなった
人数は限られているが、病室での状態確認ができた
ご本人と面会ができ、ご本人の様子が理解できた
カンファ等で、病院に入りやすくなった
家族の病院へ見舞いに行くことが比較的にゆるやかになり、退院指導を受けることができた
退院カンファレンス、リハビリ状態確認がサービス事業所の人と一緒にできた

新型コロナウイルス感染症が第5類に移行した後について、変化を感じたこと【高岡】 141件

面会やカンファレンスの人数制限が続いている
必要があれば、病院での面談や状態確認ができる
入院中の利用者の様子を見に行くことができ、スムーズな退院後の対応ができるようになったと感じた
疾患をおもちの方のサービス利用については、細心の注意を継続している
面会や退院前のカンファレンスができる
利用者の方々（家族も含め）が、施設内での抗原検査の拒否やマスクをつけなくても良いのではないかと聞いた傾向
当事業所は、第5類移行後に開業いたしました
退院前に本人さんの様子が見れるようになったこと
面会、面接がしやすい（以前よりというぐらいであるが）
オンライン機器の活用が進んだことが、とても良いことだと思います
家族や親戚の面会が増えた（特に遠方）しかし、感染に対するリスクに対しての意識が低下し、軽く考えておられる方が多く見受けられる様になった
商業施設やコンビニなどを利用する人がほとんどマスクを着用していないので、高齢者施設で働く職員にとっては、今まで以上に個人の感染対策が必要だと感じる（感染防止マニュアルの見直しも含め）
ご家族様の面会が居室でも行えるようになり、喜ばしい反面もあるが感染対策は不安も有
病院訪問時、病棟（部屋）で面会が出来た コロナ5類前はリモートだった
皆さん不用な外出、飲食が増えた

新型コロナウイルス感染症が第5類に移行した後について、変化を感じたこと【砺波】 84件

第5類になってもなかなか訪問できない
退院時の検査が実施されないため、再入居時に実施しなければならない
病院での本人との面会が可能になった
検温、抗原検査で感染の有無を確認している 直接面会が出来るようになった
本人の病室で直接面会が出来、本人の様子がよく分かった
本人と面接ができるようになった
新型コロナウイルスに対する対応が病院や施設と本人、家族と違ってきている
特になし 面会も自由にできない
入院中の様子が確認できない
感染に対して、どこまですればよいのか、わからなくなる
気分的に重圧感が減ったが感染者はあいかわない印象
精神的に楽になったが感染者は変わらない印象
すこし、病院の中に入りやすくなった
医療機関や施設等での認定調査同行がしやすくなった
マスク着用者の減少、インフルエンザの蔓延
5類になっても面会や家屋評価があまりできない
通所サービス等の感染状況がまだ落ち着いていない
退院前カンファレンス開催時に本人と会うことができるようになった
市内の病院に関しては2類の頃から短時間でも面談させて頂いていました 市外の病院では5類になってからしっかりと面談させて頂けるようになったと感じています
病院での面会が可能になったこと
世の中はマスクを外し感染し放題なのに医療、介護従事者だけが社会から切り離されて自己管理を行わなくては行けない、やるせない気持ちは募っています 各病院が退院前カンファレンスを行ってくれるようになったのは、大変ありがたいと思います ご家族の方など関係者が集まれるようになり、退院へ向けての準備の確認が全員で共有出来るのが助
コロナに関する家族の意識が弱く、ケアマネが訪問したら、本人咳がひどく、コロナの抗原検査をするように勧めて、コロナ感染していたというケースもある
当ホームでは、面会も玄関にて10～15分、少人数でと2類時と変化ない状態です
退院前に病院で本人と面会できるようになったことが、とてもありがたい 本人の状態、希望を確認できるのでよい
本人と面会できるようになり、自分の目で身体機能面の確認や認知機能の低下がないかを確認できるようになり助かつ
最近入院患者がいないので、よく分かりませんが、入院中にも面会ができるようになると嬉しいです
家族より本人の状態を教えてもらえるようになった
状態確認に行きやすくなった
病院によって、面会ができなかった、また情報がなかったと家族が言われたため、地域連携室へ連絡し症状を伺い家族
病院でのカンファレンス、面会ができるようになった
家族面談が少しできるようになった 状態確認が可能となった
病院より顔を見に来てくださいと病棟訪問が可能となった カンファレンスが可能となった
面会、面談しやすくなった
それぞれ個人のコロナ感染に対する危機感がうすれ、施設内でのコロナ感染発生がみられた
面会の制限が少ない 病院の出入りが自由になった
マスクをしなくなった マスクをつけたほしいことを言えなくなった
面会制限などあまり変化はない マスクを外されたり、消毒をされない方が増したように感じる
退院される前に新規の利用者さんと直接会うことができました
状態悪化（入院により）がみられた方のカンファレンスや本人へ入院中面会（カンファレンス時）が可能になった
入院中本人との面会が可能となった 本人の思いや状態が直接受け止める機会が作れてありがたいです
本人が退院前カンファレンスに参加したこと
検査をするかどうか迷う時がある
特になし

新型コロナウイルス感染症が第5類に移行した後について、変化を感じたこと【砺波】 84件

コロナ禍の時よりは外出がしやすくなった
施設としての対応には、変化はありません
当施設では5類移行前と、対応を変えておりません 面会に来られる方が以前より多くなりました
これまでと同じく入院されると病院のソーシャルワーカーさんとは連絡取れますが、本人に面談できないことに歯がゆい思いがあります
感染対策が緩くなった 予防対策が希薄になっている 継続した危機意識を持つことが大事 感染症によって命の危険に晒される人もいるわけですから。切り替えの早い人のなんと多いことか……
微熱や倦怠感等が見られても家族は利用を当たり前のように希望されている 利用してから感染が分かる場合が多い
感染対策をしていない方が大幅に増えてびっくりした
病院の面会が短時間（15分以内）なら可能になった
面会制限などあまり変化はない マスクをはずされたり、消毒をされない方が増したように感じる
今まではコロナ対策で面会が制限されており、状態が把握しにくかった
特にありません
変わりなし
カンファレンスや、担当者会議が行いやすくなった
5類に移行したが、面会や本人の状態把握の日程調整がなかった
医療機関とのやり取りの場合は、面会の仕方や感染対策について様々に工夫してきたことが維持できている
入院して面会ができない 家族とのやり取りができなかった
病院に訪問して本人と面談ができるようになり、本人の意向が確認できるようになった
特に変化を感じない コロナ検査をして陽性なら入院延期の対応である
家族が状況把握できない
連携については問題ない
何も変わらない
移行したのに本人に会えない 家族も会えず本人の状態や状況がわからないまま退院する状況がずっと続き困っている
本人さんに面会できないので、意向を聞き取りできない
特になし 相変わらず医療機関毎に退院支援の対応が異なり、必要な連携をとる意識も積極的な医療機関もあれば、連携をとる意識にかける医療機関が存在する
なし
退院支援に病院の粗雑な対応が伺えるようになった 懇切丁寧ではない
医療機関側に退院すれば手が離れたと感じている節がある 退院からの情報提供に時間を要することが多いからである 面会制限を行っている医療機関が多いが、患者家族の目が届かない現在こそしっかりとした説明や連携が求められるのだが、目が届かないことで粗雑な連携になっていると感じる
特になし
特になし
特になし
特になし
特になし
退院時の情報収集の際に本人に直接あって確認できるようになった
急な退院支援の依頼にはケアマネジャーが振り回されていると感じるし、家族にも負担が大きくなる いつもですが改
県外へ行ったかどうか聞かなくなった 入院中に自宅に行き、家屋評価できるようになった
マスクを着けている人がへった 家族が面会できる。利用者、家族が着けていない
以前より退院前に本人に会いやすくなった
巷はマスクしていない人も多い
第5類に移行した以降に利用者の感染はない
マスクを着けている人がへった 病院にいく際は利用者家族にも着用を促している
介護事業における緩和方針の曖昧さに悩んでいます 家族のマスク着用の必須という認識がなくなったことに変化を感じ