

新川医療圏 【課題】

自宅の住環境が把握できない。
なかなか電話が繋がらない。
感染症が流行すると面会制限がある事から、ご家族と一緒に病院訪問など出来ない事もある為、医師からの説明や、リハビリなどバラバラになる事がある為、情報収取に手間が起きる事がある。
急な退院は調整が難しい。終末期の方など本人家族と病院がどのように話し合って、その結論に至ったか等を丁寧に引き継いでもらえるとありがたいと思う。
連携室の担当者によって、連携の度合いが異なる
退院の連絡は1日前でしたが、当初から入院期間の連絡をもらっていたため問題はありませんでした。
連携室からの退院情報がゆっくりなことがあり、急にサービス支援が必要なことがある。
対象者がいる時は、入院中の状態把握、退院後の生活復帰のポイントなど地域連携室相談員の方から情報を得ている。が、相談員の方の中には、グループホームの機能・役割などの理解を深めてほしいと思う時がある。
病棟からの退院時サマリと栄養科からの情報提供者に相違がありどの情報が正しいのか分からず困った。また本人の服薬情報（ホーム宛書類等）がなく服薬中の薬、中止になった薬が全く分からず困った。
入院中の様子について、地域医療連携室へ問い合わせを行うが、スタッフもパソコンの端末での確認で報告するため、きちんと状態把握されていない情報がある。
退院後に転院された等の連絡をもらう事がある。
ケアマネによって、連携に差がある。
面会が制限されるので、情報が入るのが遅くなる。状態を聞くタイミングなど考えないといけない、と思いました。
事務的な病院の対応、情報をFAXで求めても具体的ではなく再度電話で確認したケース。
退院時サマリーがないので、何科で入院したのかはわからない。高齢の入院は複数の要因で入院となることがあるため、診断名が不明確になりやすい。
定期的なリハビリ入院の場合、退院時の情報（利用者のリハビリ成果など）を病院連携室とリハビリで情報共有してからケアマネに伝えてほしい。
認知症の周辺症状の悪化により、家族介護が困難となり入院したケースである。問題行動が多いが、精神科の受診に数か月の待ちがあるので、困っている。
入院中に退院後のサービス調整を求められたが、本人が発熱中で会えず、要望を直接確認できない状態で調整を進めなければならない。
退院後の受診予約は家族が行うが、退院日の決定が遅かったため、家族、ケアマネが調整に苦労した。
退院までに本人の思い、家族の思い、病識など確認できる機会がない
本人との面談が難しい。
入院中の区分変更等で前ケアマネとの調整ができたことはよかった。今後も退院カンファレンスは必要と思う。
日曜、祝日等に入院した際、連絡が遅れる場合がある。
急な退院はあると思うのですが、悪性等疾患名や注意事項が抜けた情報提供がきて、在宅調整が終わってから知ることで必要なサービスの情報を本人・家族に提供できないことがある。
入院時情報提供書を提出するタイミング/連携室等とやりとりするタイミング。
週末(金曜日)に入院する事が多く、担当ケアマネが翌週の月曜日に入院を知るというケースが多い。入院情報提供書はその後送るので、タイムラグは生じる。
退院カンファレンスのタイミング。
入院中の様子がわからない。
訪問看護の介入が必要であるが、退院前（退院カンファ前）に、かかりつけ医が決定されていなかった。
入退院を繰り返しており、特に状況に変化がなかったため、書面での情報提供はしなかったが、家族との連絡もとりづらい利用者であったため、もう少し連携をしっかり図るべきだった。
妻一人で介助している為、退院時の身体状況（歩行、感情面など）が以前の様子と変わりないか。
入退院を繰り返している。食事が摂れない事で入院が長引く様子あるも、家族は自分なりの対応で食事、身体状態を早めに退院し、そのケアの改善をして、また今回も治療後直ぐに退院希望にて退院となる。
入院したことの報告がないことがある。
入院の都度、環境の違いもあり、食事摂取について問題となる。

心不全を繰り返す（短期間で）可能性が高いが、症状は落ち着き、本人の強い意向があり退院し迎え入れた。今後の頻度、その後の対処。
面会できずADLの詳細がわからない
退院後、サービス調整に時間が必要なため、ある程度退院予定がある場合は、早く知らせてほしい。また、事前に看護サマリー程度の情報があれば退院前カンファレンス開催したほうがよいとか、判断できると思います。
病院間の転院の場合、連携が取りづらい。
家族の理解が不足して準備ができること。退院してからでないとわからない。
骨折の回復が遅く、ADLが戻ってこない。リハビリが進まない。動作の介助量が軽減しないと退院後の支援が難しい。
<ul style="list-style-type: none">・誤嚥性肺炎のリスク、食事摂取、精神面（妄想）への対応・転倒、転落リスクを病院側と在宅時の生活を踏まえ共有
緊急入院だったので、主治医とは違う担当医であったので、在宅療養の背景について担当医があまりわからなかったため、在宅療養に対する課題の認識が今ひとつ希薄であった。
退院の前日に介護認定結果が出て、介護予防（包括センター）から急遽引き継いだ。退院日の延長を求めたが、とりあってもらえたかった。（包括支援センターの働きかけもなかった。）
入院した後はADLが戻り切らない状態が多いため早めのリハビリ等を継続してほしいです。
病院より家屋評価を行うと連絡あり。急遽日程が決まった。本人の同行は不可と言われて、とても困りました。事前説明が欲しいです。
対象者本人の情報について。
入院対象者の状態確認が難しい。
患者家族が事業対象者でケアマネを認識されいない。
申請中の退院であり、暫定で在宅サービス導入となり、退院後、要介護認定により居宅介護支援に引き継ぐ。医療的管理が必要な状態で退院となり、在宅サービスの見直し、介護者の介護力の確認等を行った。ADLの低下もあり、区分変更申請中。退院後、結果により居宅へ引き継ぐ予定。
退院したことを本人からの電話で知った。退院時、看護サマリーの持参もなかつたし本人に渡してなかった。担当していないケース、初めて関わるケースについては、情報が少ないので、スムースに対応できるよう情報を集めてもらい連携していきたいです。
本ケースではないが、退院後に連絡が来たり、連絡なく退院していることがある。
以前に比べて、連携はとりやすくなったと思います。
入院中の経過について、詳しく説明をしてもらいました。
病棟レベルで外部との連携が意識できないと連携室も外部も円滑な連携は難しい
病院（連携室）から退院の連絡がない
1泊の計画入院であり、事前に情報提供を行おうと試みたが、受付は不可であった。

富山医療圏 【課題】

長期的な入院をできる限り軽減できるようスムーズに入退院や情報共有できればと感じる。退院後に医療設備もない為、GHで対応が困難なケースもある。
病院との連携。
入院中に別の疾患が確認されて、治療が可能な別の急性期病院に転院された場合、その転院自体の連絡が無かったり在宅情報を提供するタイミングが無い場合がある。
医療機器や薬剤の取り扱いなど、急性期病院では当たり前の情報であるからか、退院時カンファレンス時やスマリー等に詳しい情報が示されておらず、退院後の対応や注意点が周知できることがあった（例えば、経口抗がん剤の取り扱い方法等）。
電話連絡があっても、地域連携室の担当者と面識がない場合等、情報が得にくい。
入院前にギリギリの生活をしていた場合は、一定条件クリアできないと在宅生活が再開できない。
膀胱留意カテーテルになった。日中独居であり、認知症もあるため、退院後に抜去させずに管理ができるか不安だった。
重い病気を抱えた方の入院に際し在宅復帰を可能にする境界線について。
連絡方法・手段やタイミング。
入院先へ入院時情報提供書をFAXすることを事前に電話した。
情報が共有されず、調整がうまくいかないまま退院となる場合があった。連携室や病棟のスタッフ間でも連携されていないことや制度理解に差があり、困ることもあった。
入院中はベッド上の生活になるので、機能低下が進む。食事が入らなくなる方が多く、グループホームに戻れない例が最近2件あった。
急に退院することになったと家族から連絡あったが、病院からはケアマネには連絡なかった。病状が改善し主治医から退院許可がでたら連絡もらいたい。
土曜日に受診しそのまま入院となり、連絡が無かった。
入院時前、他ケアマネから引継ぎができず入院されたため、本人に会うことが数ヵ月できなかったこと。
入院時の情報のみのため在宅復帰時のイメージが出来ない。
入院前と入院後の状態の変化が大きく、具体的なサービス調整のビジョンが浮かばない。
医療と介護では視点の異なる部分がある為、医療についての知識不足もありますが、介護を通しての理解を得るのが難しいと感じることもあります。情報共有しより連携できるようにしていく必要があると思います。
もう治療は終わりましたので退院となります。2日間程度で退院できますか？と言われましたので調整を行いましたが、家族も突然びっくりしたと話がありました。
病院の状況で退院が急に早くなることがあった。家族や環境が不十分な状況と伝えても治療は終わったからと当日退院となったことも・・・。
退院後の生活について患者家族が安心できる事。
短期間であったが、情報の伝達ミスがあった。
入院後、状態によってはグループホームに戻ることが出来ないこともあります受け入れ調整に苦慮します。
他職種連携を図り退院前カンファレンスに参加する。
退院前カンファレンスの設定が無い方がいる。
病院の連携室の方も担当者が多いとは思うが、入院中に連絡を取っていても退院や転院や死亡の情報を教えてくれない。
病院の地域連携室と連絡を取る事があるが、地域連携室と病棟との連携が上手く行っていない印象を受ける。退院の日を地域連携室から聞いていたが、実際は退院の日が延期になっている事を地域連携室の方が病棟から連絡をもらっておらず、こちらが家族より叱責された。また病棟の看護師より介護保険の申請書の紙だけもらってくるように言われて家族が申請書だけをもらいに来るケースが何度もあった。病院で申請出来るのであればいいが、結局市役所や包括に来訪して申請するのであれば紙だけもらってくるように等、中途半端な情報で家族に二度手間三度手間させないで欲しいと思う。
カンファレンス翌日退院はサービス調整が困難。
退院後の在宅支援において、家族が日中不在の対応。
連携室が機能している病院と、機能していない病院がある。機能していない病院は連携が图れず、対象者の情報が得にくく、在宅復帰支援に支障がある。
在宅復帰にむけて対象者や家族の不安や意向をできるだけ把握する事ができるか。
一人暮らし高齢者で本人が頼れる親族がおられない身寄りなしのケースだった。
サービス調整等。

退院時情報の提供がなかった。
病院側から、入院前とあまり変わらない状態と言われても、入院前を知っているわけではないので、こちらの認識に齟齬がある場合がある。
入院中のADLの変化に伴なう受けいれ体制の確認。
家族からの入院の連絡が次日になっている。
食事形態について。
主治医への報告や相談がタイムリーにできていない。
うつ病での入院で退院に対しての本人の心配が強かった。
対象者がいる場合のみ連携する。
本人や家族から入院した連絡が入らないと、担当者は情報が得られない場合がある。何かしら、病院から連絡を入れて欲しい。また、担当者が分からなくても（介護なのか支援なのか、どこの事業所で関わっているのか細かい内容）、包括に連絡を入れてもらえたと思う。
本人の在宅生活におけるリスクなど家族に伝え、家族の関りで必要なことを病院側からも指導があればいいかと感じる。
急に退院が決まり在宅サービスの調整に慌てた。
入院したらすぐ担当のワーカーが決まっているといい。
ガン薬服用で訪問介護導入予定であったが近々になり本人が拒否した。
長期入院時の連携。
退院連絡が前日に家族からのみであった。サマリーをいただけたのでそれを参考にした。
医師も薬剤師、看護師、PT、SW含め2回のカンファレンスが開催され、本人様の状態について詳しく把握でき、患者の在宅復帰への支援がされていた。他の医療機関も在宅復帰支援に力を入れてもらえたありがたいと感じました。
本人から急に自宅に帰るときかず、退院当日に地域連携室から報告あり、入院先の病院が近かったため、情報収取に行くことができたが、このような時の対応を考えていく。
精神障害者手帳交付の利用者。家族から精神（統合失調症：幻聴）のため、「訪問、リハビリティサービス」を希望される。
入退院のお知らせをしてくださる家族だったので、細かめに情報収集ができるが病院からのアプローチがないので分からなかった部分が多い。
地域連携室が関わっていないため、病棟につないで退院が判明した。家族からの連絡がなかった。
急性期の病院においては、転院や入所等もあるため在宅ケアマネとの連携が少ない。家族への説明も不十分なのか、家族からケアマネに相談してくることが多々ある。急性期の病院とケアマネの連携も必要なのではないか。
入院中の情報が届く地域連携もあればこちら側から聞かないと連絡がこない地域連携もあります。またDr.からの情報を意見ばかりで家族の思いと調整してくれない地域連携もある。
病院がカンファレンスを開催をする必要がないと言われても自宅では戸惑うことも多い。
課題は①病院内での情報の共有や連携について②退院時指導について。
退院後自宅で生活をするうえで運動機能や病状を考慮すると、困難さが生じるのではないかと感じ、リハビリや福祉用具の必要性について確認したく、地域連携室に連絡しリハビリへ確認していただきたいとお伝えしたが、返事がなかなかもらえず、そのうちご家族から退院日を知らされた。また退院時自宅で予測される困りごとについて具体的な指示が利用者さんや家族に伝わっておらず異常時に受診せず、対応が遅れたことがあった。
退院後にケアマネまで退院のお知らせがある。入院時情報提供の折、退院の際はカンファレンス希望と伝えるが検討していただけないケース。
入退院時のご家族の移動手段で連携がうまくいかなかった。
大きな総合病院は連携室に電話しても病棟にまわされ時間がかかる。連携室で情報統一することはできないか。他の病院に比べると今も連携しにくいと感じる。他病院の方法をきいて再検討してほしい。
ケアマネは地域連携室を通し利用者の病状など情報収集できるが、入院中の家族が以外に病状など把握していないことが多い。
病棟と連携室との連絡ができていない病院がある。
入院したことがすぐにわからないことが（連絡がないこと）まだある。

入院期間が短くなったことで、退院数日前に介護サービス調整を依頼されるというケースが未だに数多くあること。

退院当日に家族より退院の連絡がありサービスの調整が困難であった。

重度にも関わらず退院連絡が遅く困る。

退院前カンファレンスは病院の都合で決められることが多いので、サービス事業所を呼びたい時になかなか合わせることができない。

病院の相談員との連携がとりづらい。長期間入院や転院となるとCMがとりのこされる（病院間のやりとりで報告の形で連絡くる）。

早急に入院時情報提供書を提供する。

入院当初は在宅復帰がないと思っていたが、急遽医療型サービス高齢者住宅に入居が決まったので、準備不足が目立ちました。

週末の連絡は調整（サービス）が難しかった。当初、退院準備が整ってから退院とあったが、主治医からの説明が終わったら急に退院の運びになった。

入院前は独歩だったが退院後は歩行器が必要だった。スロープ等、環境整備に時間がかかった。

面会を制限されているとのことで本人の面会ができなった（病院の形態によっては軽度と判断され、高齢者の場合は生活に制限を来すこともあるので、実際に会わないとわからない）。退院後に区分変更を行うことに・・・。

退院後の対応を相談員から担当医師に確認した。

当事業所の入居者は認知症高齢者なので、入院の際は、認知症の悪化に注意を払っています。入院中の該当者の心身機能だけでなく、関わり方についても情報共有できればと思います。

透析の方の退院に際して、介護タクシーの必要性がある場合に、介護タクシーの確保が難しいケースがある。

スムーズに連携が図れない病院がある。病状を伺うとすぐに病棟に電話を回される。

週末を挟んだりすると本人が連携室に伝えていても入院の有無を知るまで時間が掛かるので本人が連絡できない場合家族から連絡を入れてもらうよう周知することが必要だと感じた。

入院患者全員の情報を病院が必要としているわけではないと思う。家族からの情報で十分な方もいらっしゃる。病院が欲しい情報に切り替える方が良いのではないかと思う。

最近の状態を伝える。

最新の状態報告。

サービス未利用でたまたま更新時期だったので電話し入院されていると知った。現疾患での主治医意見書を依頼したが更新なのでと断られた。

福祉用具の調整だけでよいなら退院連絡は4、5日前でもいいが、通所や訪問、住宅改修も希望される場合は1週間前では遅いと感じる。お忙しいと思うが早めに連絡をいただけるとありがたいです。また本当に在宅復帰するのか、どうしたいのかを本人・家族に確認していただきたい。「何かよくわからないけど包括へ行くように言われた」と来所されることがあったり「家では無理で転院させたい」と言っていかれる人もいます。

退院日について病院、ご家族から連絡がなく、福祉用具事業所より情報提供を受けてる形での在宅復帰支援となったこと。在宅の生活環境やご本人様の状態について、ご家族・病院・包括で認識の違いが生じていたこと。

家族との連絡、サービス事業所や担当医への連絡をとる。

転倒やけがの繰り返しがないように。

病状変化等。

ADL変化 転倒なく安全な生活を送れるようにする。

入院中の新規申請は包括が担当し、退院後に介護がついたら居宅の担当となる場合、医療機関との連携は包括が対応するため、居宅への情報量に差が出ることがある。

退院5日前の病棟からの電話のみの情報で退院となった。もっと積極的に病棟に連絡をし情報収集すべきだった。

病院によって地域連携室の機能がしっかりしているところとそうじゃないところがあるよう感じます。

入院中という事もあり、不足の情報もあった。

退院後で初めてのサービス利用になるので、本人、家族とも在宅で介護するイメージがついていなかった。

入院中に訪問することが難しい場合もある。

利用者が入院したことが入院日当日には分からぬことがある。

自宅に戻るにあたり状態変化について。

病院によっては入退院連携の担当者が分かりにくく、どなたに相談してよいか困ることがある。時間外の連絡がとれず、対応が遅れることがある。
状態や状況の変化時病院から電話あり知らせてくれるが面会制限もあり、本人の様子の確認に病院まで行けない。
入院された場合退院後は元の場所に戻れるのか、戻れない場合はどうなるのかと家族より問い合わせがある。
入院中の在宅支援の説明不足。本人・家族の意向確認。
施設での看取り体制。事業所連携。
病院によって連絡の頻度や患者の把握具合が違い、急に病棟等に連絡を回されることがある。
院内の地域連携室と病棟の間で連携できていない部分がある。ope直後でADLが低いまま介護申請すると、リハビリを終え在宅復帰した際にADLが上がっており、介護度があっていらない時がある。
入院先の主治医の介護保険制度・サービスに関する認識について疑問に思うことがあります。病状説明の際家族に「老人介護施設に入ったら在宅に戻るチャンスがなくなる。」と話し、ヘルパーを利用すれば在宅生活は可能と言われたとのこと。まず老人介護施設という施設はありませんし、老人介護施設という言葉が老健を指すのか特養を指すのか有料老人ホームを指すのかも分かりません。またヘルパーが常時入れる訳でもありません。医療と介護が連携していく必要性が謳われますが、お互いにきちんと制度を理解する必要があると感じます。
カンファレンスを開催するときには、もう退院許可がでておりサービスが定まっていないが退院日が迫られていることが多い。慌ててサービス調整したり、帰ってから調整することが多い。
看取りの場合、入院先から往診医を決められ、既に居宅や事業者が決まっている場合が多い。
もう少し早くカンファレンスの日を連絡してほしい（すでに退院日が決まっていた）。
退院前日の退院時カンファレンスの出席要請にすべての予定を変更して出席した。もう少し早い連絡がほしい。
入院は聞いていたが、いつの間にか退院していたことがあり、情報はサマリーでのみ確認することがあり、聞きたいことを後日問い合わせることがあった。
独居のため、退院後の生活が一人で大丈夫なのか、判断が難しかった。また、退院予定日の2日前に急変があり、サービス再開の連絡をした後だったので調整が大変でした。
退院の連絡が病院からなかったので、事前に連絡がほしかったです（退院前日にご家族から報告があり、土曜日だったこともあり、病院と連絡が取れなかった）。
入院した連絡がすぐにあってこないことがある。病院によっては、治療が終わると、受け入れ状況など確認なしに退院させようとする。
1人暮らしのため、薬の管理などが不十分。
入院前の生活が一人暮らしだったため、状況を把握することが難しかった。
看護サマリー退院後しかいただけず、サービス事業所への連絡が遅れる。病院訪問時、リハビリの経過で自宅での介護者が実施することを想定したケアの手技について、退院まで返答がなかった。
精神科入院中の患者様であったが、退院時にサマリーを預かってこられて、包括職員が確認する前に本人が開封しないようを把握されることがあったので、直接包括に送付してもらう等、個人によって文書の取り扱いには注意が必要だと思ったので、病院の地域連携室の相談員と文書の取り扱いについて必要に応じて確認ていきたい。
今回のケースでは適した時期に介護申請ができたが、リハビリ状況によっては退院時の状態と合わない要介護度が出る場合があるため、病院と連携していく必要がある。
退院時の状況が十分に把握できない。退院後の生活での留意点を本人が理解していない。
連絡がないうちに退院されていた。認知調査立ち合い時は在宅へ戻るのが困難な状態だった為、退院されていることにビックリ。家族から福祉用具の返却依頼の連絡があり、初めて退院していることを知った。
退院前カンファレンスの開催連絡が急でした。（2日前）
病院から勧められて介護申請をされる方の中には特に退院後にサービスを希望されない方もおられます。
入院時情報提供でしたが、入院日数も少なく、サマリーがいただけなかった。
事前に全く情報がない方の退院支援を行うことがある。
ときどき退院の連絡がないことがある
①転倒。
②誤嚥。
③同居家族の関係性・ストレス

退院前カンファレンスに関わる専門職（ケアマネや福祉用具専門員）すべてが参加することが少ない。

退院日についての当所への連絡が退院当日なので、サービス調整に時間がなかった。利用者、家族、サービス事業所も対応に追われたと思う。

介護報酬改定になり入院時情報提供書を入院当日又は翌日に記載し、入院先に送付しているが活用されていない。電話すると「内容をみていない」と聞くと残念である。医療機関によって、退院時看護サマリーの内容にばらつきがある。入院診療科名がない、入・退院日の記載がない、在宅への継続事項や処方内容の記載がない。退院時カンファレンスの開催が少ない本人・家族ともに「この軟膏、どこに塗っていたんだろう」と聞く。在宅での生活を見据えた退院前指導が必要。医療機関に電話をかけて確認したいことがあっても、電話をかけてもなかなかつながらない。

連携室担当者様から細かな連携対応があり良かったが、結局在宅復帰とならなかった。

自宅での転倒防止と不安感の軽減。

入院当日の情報提供について担当も決まっていない状況で文章（FAX）と口頭での確認は活用できているかわからない。後日連絡して再度説明することもある。

必要な情報の迅速な共有をどうしていくか。

せん妄がでてすぐ退院となつたため対応が急となつた。

退院後、実際に使用する福祉用具での状況を確認することで新たな課題や検討することが共通認識できるのではないか。

介護認定のないかわりのある方で、包括に情報があることを病院は思い至らなかったよう、連絡がとれないことを不信に思い家族に連絡し入院を知った。認定をもっているかどうかのみ問うとわからない。在宅時の様子を本人・家族に聞き取れれば包括が関わっていたことがわかると思う。

1泊だけ利用しているディサービスからと本人の電話で対応

法人のクリニックが市外にあるため、緊急の対応が難しい

判断ができなかった

ケアマネと病院側が退院前訪問を打診したが、家族が拒否し、住宅内での動きが問題ないか確認できなま
退院となつた。入院時から必要性を説いてもらうといいのかなと思った。

退院後は受け入れ側の各事業所によっては入院前と退院後の状態に不安を持ち、病院からの退院日との調整が難しく感じることがあった

病院と家族ご希望の歩行器を選定したが本人は納得されていなかったため、元の歩行器に戻すことになった。本人の意向を十分に確認する必要がある

患者情報収集中に「い」病院あり（退院せざるをいたむはなし）

相談をし助言をいただくという姿勢で丁寧な言葉遣いを心掛ける。本人、家族が在宅でどう過ごしたいかを日々から知るよう努める。

頃から知る。
速進の頬庭

抗癌剤治療が終了し今後自宅で過ごす時間が長くなる。1人暮らしであり、家族も県外在住であるためどのように支援するか

退院調整が早めに必要である方（家族で介護ができない方）であるが、退院前ギリギリに病院から連絡があり、退院前ナースコールセンターをして自宅へ退院する二段になってしまった。

口頭での症状やAPLの連絡が多く正確な状態把握ができない場合が多い

高岡医療圏 【課題】

家族から連絡があり2日ほどの入院期間との情報があったが、実際は1週間ほどの入院期間にだった。情報提供が必要であったと後から思った。
退院が近くなると連絡は来るが、長期入院の場合の途中経過や状態の報告がない。
A D Lの回復。
入院予定日数を確認し、退院に向けて急に話しが進まないようにやりとりしているが、急に退院が決まることがあり、介護サービスの調整に戸惑い慌てることがある。
医療機関は在宅想定が不十分な見立ての傾向と感じる。
病状によっては地域連携室を介さない事があり、そのケース対応。
病棟看護師さんからいただいた電話と家族からお聞きする身体状況に差があり、ご家族さんが混乱している様子が窺がえました。
入院中の状態が把握しにくい。
病院看護師の対応看護師が勤務の都合上で、その都度違う。病院から同じ事を数回聞かれたので伝言がうまく出来ていないように感じました。
状態把握のため、退院前に連絡が欲しい。また退院前に提案等があれば伺いたい。
病院と自宅では生活環境が大きく違うため、本人・家族は退院後のイメージが付きにくく、退院後にサービス調整をし直すことがある。
入院中の生活と、在宅へ戻ってからの生活では環境が違う為、出来ると思っていた事が出来なかったり、話し合って決めていたサービスと違うサービス調整が必要になったりする場面も多くあり、本人の希望や意向・ご家族等周囲の方々の思いなど、その擦り合わせが難しいなと感じます。
終末期のため、本人の意向を尊重する事。
一人一人生が違うので、その人に合わせて退院カンファレンスで話し合いができればと思います。
情報の共有をしっかり行う。
入院前とA D Lが変わらないと、病院側からするとカンファレンスは不要だと判断されるため、在宅側からお願いしにくい。
認知症等がある場合、できるだけ情報提供に努めるが、ショート等の利用がない方だと、家ではない場所での夜の様子はケアマネにもわからない。
状態が悪化したり、退院の見込みがないときの連絡がない。
退院調整になってから本人の状態を確認すると、病院の退院してもらいたい期日の都合もあり、調整があわただしくなったり、本人や家族の意向をうまく汲み取れないことがある。
市外の病院との連絡の仕方がわかりにくい。
退院後の生活場所を決める時期が難しかった。
体調面で注意することがあるか確認する。
入院中のケアの様子を理解の低い介護者にどう伝えるか。
身寄りがない方の入退院支援。
状態変化が早く、認定結果が出る前の退院、逝去となった。
病棟スタッフは介護保険制度が分からず、連携がむずかしいことがある。家族が入院中の情報を知らないことが多い。
入院の際、担当ケアマネが利用者様の情報を文章で病院に提供しなかった時、看護サマリーの交付が無いことを、今回初めて知った。
退院時期を何度確認しても未定との回答。それ以上の情報がなく、突然にすぐに退院と言ったタイミングになる。
病院で行っていたリハビリの継続。
入院時の生活状況やリハビリ内容など聞き取りすべきであった。
病院からの退院連絡がなかったため、病院ともう少し連絡を取り合うべきであった。
要支援レベルと病院より聞いていたが、実際会ってみると車椅子の状態だった。病院からは包括から居宅ケアマネにつないでほしいと言われた。(包括を経由しなくてもよいと思った。)
入院中に服薬拒否、周囲の反対を振り払い退院されたため、早急な対応が必要だった。
関節リウマチの急性悪化で当初はADL低下の可能性があった。入院中の様子は連絡なく、退院当日に連絡があった。
入退院を繰り返している方であり、本人から退院間近に連絡がくるまで入院したことが分からなかった。

入院時、地域医療連携室担当者と情報共有したが、病棟が変わり担当者も変わったため再度口頭で情報共有、退院に向けての調整の説明が必要だった。
高齢(90代)の要支援者、状態の変化がなく退院したが、長期の臥床で体力・筋力の低下から在宅後ADLが悪化した。
リハサマリー入院時サマリーを頼んでいたが、本人に渡してもらえなかった。
コロナ前に比べると、病院への面会制限もあり状態確認、情報共有が難しくなった。退院支援がきちんと行えていないように感じます。
再度イレウスの可能性。
家族又は病院からの入院情報の連絡が欲しい。
食事摂取量について。
病院側と家族との相違があった。
家族から入院の連絡があり情報提供したが、病院からは入院時の連絡は一切ない。せめて誰が担当しているかだけでも教え欲しい。
退院後の在宅支援がスムーズにおこなえる為には。
主治医と利用者の体調管理や、薬についての相談等の連携について。
当施設で介護が可能かどうか、または注意事項などをきちんと情報収集すること。
入院初期の段階では、病院からの情報が乏しい。
およその入院期間が2週間と言われていたが、2週間近く経っても、何の連絡もないでこちらから連絡するが、担当者不在と言われ、翌日以降も折り返しもない。あまり電話してばかりも迷惑がかかるし、しかし本人さんの状態も分からないので、困った。グループホームなので、食事が入らない状態や特浴が必要な状態だと受け入れ自体難しくなる為、退院許可がおりてからではなく、途中の経過を伺いたい。
病院側がどんな情報を欲しているのかを理解できるように課題として意識している。
急変時の対応。
医療職が「必要」と感じるサービスを「当然使うもの」として提案されがち。
退院が急に決まりサービス調整ができない。
入院中のリハビリ環境と自宅の環境と動線を比較して予測する。
退院後に必要な情報を貰えないこと。
退院前カンファレンスへの参加を依頼した。
骨折にて入院。その後歩行困難となる。
退院後のサービスの調整が必要な場合、その調整が難しいことがある。(空きがないなど)
退院後GHの生活に戻れるまで回復するのか(医療の必要)が高齢のため、なかなか見通しがつかない。
地連を通して、本人の状態を確認した。
病棟から連絡が来る時と、連携室から来る時があるため、対応を迷うことがある。
地域連携室との連絡を密にしたい。
在宅に戻って、本人の状態やサービス調整が落ち着くまで各事業所間の連絡調整が難しいと感じることはありました。その時は(主治医、訪問看護、福祉用具、小多機)でした。
居宅等と違いあまり病院から情報提供を必要と言われない事が多い?そのためか現在どういう症状か?なども連絡はないので、Fa様より聞きとりする事が多い。
泊まり、通い、訪問の個のサービスのみ課題点をむすばれる利用者家族などおられる。
精神疾患をもっているので、転院先がない。家族が本人の状況から考えると状況のあわないデイに声をかけてデイから営業に来た。(運動デイなので本人にはあわない。)
家族介護が初めてなので、介護者、お嫁さんの不安なことを十分に聞くことから支援した。
サ高住、老人ホーム等の場合、ケアマネではなく、施設に直接連絡され、あとから知ることになったことがある。
身寄りのない独居高齢者。入退院を繰り返している。
認知症の妻と二人暮らし。病状の急激な悪化。
退院前にカンファレンスが必要か否かについて。
入院時に本人から包括へ連絡はあったが、連携室から包括へ、入院の情報がなかった。
連携室がとても忙しそうで、サービス調整の時間が限られている。
入院時と退院が決まった時に病棟から連絡いただきました。短期間の入院でしたが、電話で情報をいただけるので助かります。

元気で定期通院されていない高齢者がいる。
独居高齢者の介護保険申請時に連携がとれてない場合がある。退院時に連絡があれば助かります。
このケースはうまく連携が図れたので良かった。今後もお互いに情報収集、共有していくよう意識づけしていく。
地域連携室からは、認定調査の日時のみの連絡で、本人の状態や退院予定日等の情報はなかった。認定調査に伺った日が、退院だった。もっと地域連携室からの情報が欲しかった。
入院時の情報収集時に担当ケアマネージャーの聞き取りと病院在宅連携を充実させていくためにも連絡はしてほしい。
入院中のADLの変化や低下に伴い、退院後の支援について、新たな介護支援や、他の社会資源の提供を考えいかなければならぬが、地域に社会資源が不足している。
難のある家族だった。連絡が取りづらい。
入院時情報提供しても退院時に連絡をくださる病院とくれない病院がある。家族に連絡をくれるよう伝えておいても高齢だと忘れてしまい、ケアマネの知らないうちに退院していてサービス調整ができなかった。
コロナ禍の期間よりは面会も出来る様になり、課題は減った様に思うが、カンファレンスには医師が参加されないことが多いので、CMとしてはDrにも参加して欲しい。
食欲がなくなり、食事量が著しく減少していた。病院では点滴で補てんしていたが、在宅に戻ってからどうしていくのかが課題だった。
転倒を繰り返している。食事摂食状態が良くない。
今回のケースは余裕があったが、退院連絡が遅いことが課題だと思います。
サービス調整の時間が短く、本人の状態、状況把握が十分にできないまま在宅に戻るケースもある。
担当者（ケアマネ）が休みであった時、入院時の情報提供が遅くなるので、事業所で対応方法を考えたい。
感染対策のため、本人との面談の時間に限りがあり、意向等確認やサービス調整が難しいと感じた。
今回退院調整した病院ではなく、他の病院で、カンファレンスの場所がデイルームの為、他の入院患者や家族、他のカンファレンス中の人の声が聞こえて、個人情報の取り扱いの面でも不安な為、環境に配慮をお願いしたいと思います。
退院後の日常生活の想定や介護負担について。
退院前にADLの変化を確認して変化があった時のために、準備の為に早目に連絡をほしいと依頼したが、夕方の営業時間終了間際で賞味1日しか準備期間がなかったので、調整し苦労した。
病院によっては、入院されても連絡がないことがあり、家族からの連絡もないと入院を知るのが遅れてしまう。
入院時、栄養士や看護師から生活について色々と説明を受け退院したが、すぐにたばこ、酒を摂る生活に戻り、効果がなくなっている。
たまたま5月に、75歳一人暮らし実態把握調査で、本人から話を聞く機会があり、少し情報があり、サービスの導入（福祉用具の事前搬入）はしやすかったが、ない場合を考えると入院中から退院前準備が厳しいかと思いました。
4日に退院するも心不全が悪化して、18日に再入院となる。7日頃から息切れがあり、本人はがまんしていた様子であり、辛くなり受診、即入院となった。独居の為、自宅での生活が把握しきれず、再入院に至り、反省する点が多くあった。
病院から退院日の前日に、退院連絡日が来る場合があり、対応に困る。主治医に多職種連絡票を送付しても反応がない場合がある。
連絡したい担当者様につながるのに、時間がかかる（不在、休職等）こと。
地域包括支援センターに相談するように家族に伝えるのみで、事前に情報提供がないケースがある。（本人、家族が十分に状況や課題を説明できないことがある。）
ターミナルを含め、本人、家族の想いに寄り添った対応が基であるも、必要な動きをどのように伝えて支援するか。
居宅への依頼が退院が決まって、サービスもほぼ決定してからだった。休日も重なり退院前カンファレンスの調整が難しかった。
病棟と連携室の話が違うことあり。連携室は退院調整するように言われ、調整したが、病棟から家族へは退院許可が出てない。病院内の連携はどうなっているのか？
退院直前、退院前カンファレンスも終了していたが、骨折して病室変更となり、担当の人も変更となった。情報共有されていないのか、退院前カンファレンスの内容引き継がれておらず、退院時の調整やりにくくなつた。

日中独居になる為、昼の経管栄養の介助方法について検討が必要になった。
体調悪化に伴う在宅介護が困難な状態になった。
退院後の本人と家族との思いの違い。
本人の思いと本人の体調に違いが出ており、退院時期が変動した。
家族・本人を置いてきぼりにしない。
各担当者（病院側）の対応が違う為、戸惑う。
退院するかも。との連絡だけでその後、家族にサービス利用に確認した際、もう退院していた。せめて、退院日の連絡だけでも入れてほしい。
病院や各MSWによって、状況連絡、対応が異なる。
退院後の予後がわからない見えずらい時、どうしたら良いか悩んでいる所です。
2週間の予定と聞いていたが、その期間が過ぎても連絡なく、状況がわからなかった。サービス事業所の調整を行わなければならないので、予定が変わったら、連絡がほしい。
退院の連絡時にADLや本人・家族の意向を聞き取ってもらえたので、調整がスムーズに行えた。ADLに変化があった場合は、訪問等の対応が必要になると思われる。
本人と面接する時間が限られ、本人の意向がしっかりつかめなかった。退院カンファレンスから退院日まで3週間程時間が空いたので、状態の変化をどう情報収集すればいいか。
退院間近になってのサービス調整など、本人の状態が確認できないこともあり大変。
本人の希望で早急に退院することになり、サービス調整を急がなくてはならなかった。（福祉用具）
本人の認知症状が進んでおり、変更申請が必要な状態だった。整形外科の入院だったが、リハビリが全く行われておらず、退院後の歩行状況がイメージできなかった。（病院では車いす使用だった。）排泄の度に、装具着脱する必要があったが、本人は出来ず、夫への指導もされていなかった。
最近は、入院期間の短縮もあり、退院調整が増えているのか、連携室ではなく、病棟看護師から連絡（退院に向けて）が来るが、在宅のことを理解されておらず、スムーズにいかないことが多い。そのため、こちらから、1つ1つ指示や確認する作業が増えている。
病棟の看護師が忙しく、なかなか話を聞けないことがあった。
「明日退院です」と医療機関から時々連絡がある。事情があり、仕方ないこともあると思うが、担当者が休みであった場合、慌てることがある。
退院時カンファレンスがある場合とない場合がある。
退院する際に、病院側からの連絡を受けとることもあり、入院時の情報提供が出来ないこともあった。家族に入院時ケアマネである旨を伝えて頂くことはもちろん、病院側とも細かく情報共有を行いたい。
脳梗塞により、目立つ麻痺がみられないが、高次脳機能障害があるため、見守りや注意が必要。
本人の思い、介護者である妻、同居家族の思いがバラバラであり、介護者がどうして良いか不安定である。施設入所させたい妻。
急な退院であったので、情報も少なく、デイサービス希望であれば、入院時に診療情報提供書を記入してもらうなど、効率よくすすめたと思う。それが難しかった。
身寄りの全くない方だったため、細かめに情報共有を行いました。入院の際の同意書から始まり、色々な手続き、退院時の準備など大変でした。
本人から連絡あり、退院がわかった。病棟から退院の連絡をこれらからするんですかとの声がありました。
入所中服薬は、看護師が1回分手渡しされていたが、在宅時は服薬カレンダー使用し、自分で。
入院中にケアマネを担当することが決まったが、面会時間も限られているので、十分なアセスメントができないかった。退院後すぐに、サービス利用だったので、アセスメントしっかりしたかった。
病院により、退院までのかかわりにはらつきがある。（ある病院は、入院中に本人との面会、MSW等からの経過の共有をして頂けるが、上のケースはそうではなかった為、ケアマネから依頼して病院訪問をした。）
主治医、連携室職員、病棟職員、それぞれの病気に対する認識にずれを感じる時がある。サマリーの内容と口頭での内容が異なっていたり、家族が主治医から聞いた説明と異なっていたり等々…。
入院している病院、病棟、担当者等で各々温度差があり、対応がさまざまである。
情報提供後、SWからの連絡なく、家族からの退院のことを聞いた。
この入院の時の数日前にも入院して退院してきていた。その際退院後に変更申請をかけており、本人の居場所が変わったり体調が落ちつかずで、中々調査に入ることができなかつた。
退院が急なことがある。特に認知症の方。
両膝痛がある妻が一人で介護できるかとSWからも連絡があり、本人の意欲もあまり見られなかつた。

病院と家族で退院日を決めてしまい、サービス調整やカンファレンスが難しくなる。状態確認をするが、「家族から聞いて」と教えてくれない。

砺波医療圏 【課題】

対面と電話でしか連絡の取れない医者を含む事業所が多すぎる。チャットアプリを活用してほしい。統一したもので砺波圏域が結ばれる日を待っています。

グループホームでは在宅に戻られる方は殆どない。

病院から、退院支援にむけ「ケアマネをつけてほしい」と依頼され、ケアマネありきで話を進められることが多く困る。どんな場合にケアマネが必要となるかを学んで欲しい。生活上の課題やサービスの必要性、本人のニーズなど、アセスメントがないまま依頼されるケースも多く、病院によってかなり特徴があり、連携しにくく感じる病院はいつも同じである。

ある病院とはうまく連携がとれていると思う。その他の医療圏の病院にパスを使っての転院が増えてきており連携がうまく測れていないと感じる。

土日祝や夜間の入院になると、病院連携室も休みのため情報共有が遅くなる。

日々の体調。

介護保険更新時期。

本人の現在の状況や、予後の状態がわからず、退院して戻ってくるのか次の場所を探す必要があるのかわからない。

利用者の状態把握と今後についての理解。

家族も病院内で実際に本人の様子を見られないので、退院の判断がしにくい。入院している病棟と、連携室の情報が異なることがある。

退院後訪問が5回設定されていたが、連携がうまく行っていたか疑問。地域連携室と退院後訪問の病棟看護師の繋がりが希薄を感じた。

急性期は入院期間が短く、区分変更申請の判断が難しい。

今後のグループホームでの生活。

退院後に「退院していた」と報告を受ける。介護サービスを利用している方だが、連絡が全くとれなかった。

後日、telとサマリーをもらった。

この方は地域連携室から本日退院と連絡があり、家族に連絡すると聞いていないとトラブルになりました。病棟の方で勘違い?だったようですが、確認は大切と実感したケースでした。ケアマネが間に入り大変でした。

この方は入院中に認知症が進み新規申請で要介護3、今まででは要介護1の夫を介護する立場だったため、在宅に戻るにあたり本人の安全もあるが、夫の世話をどうするか(妻以外は拒否)が課題でした。

サービス事業所からは退院前カンファを希望されており、病院からは難しいと言われ調整や共有が難しいと思いました。

地域連携があり、ソーシャルワーカーがおられる病院は情報共有、連携が取れますぐ、ない病院は直接病棟の看護師さんとの連絡取り合うことになり、大変苦労します。利用者や家族が安心して在宅生活を開始できるようには、退院前の連絡が重要です。

入院したことを数日たってから知ることがある。

住居型有料老人ホームに入居されているため、施設外の居宅で担当していると病院の方がわからなかつたため、情報が入ってこなかった。

住環境の整備。

退院時の心身状況の確認。

本人夫婦の2人暮らしで、子供がおられない。妻は認知症で判断が出来ない。金銭面も問題があり、入院費の支払いも難しい状態であった。

課題ではありませんが、地域連携室の職員の方の電話がいつも遠くて聞き取りにくいことだけで、内容はとても丁寧に対応して頂いています。

身体状況の把握は言うまでもないが、環境(人的、住まい等)を重要視する。

退院後のご自宅での生活開始に対して本人やご家族の不安を少しでも軽減できるようにする。

退院時期が近づいている方がわからない。

地域連携室の担当者との円滑な連携維持。

A病院からの新規依頼は退院カンファレンスからはじまり、そこですぐ退院と決められ準備がたいへん。家族も本人の状態をしっかり理解できずはたして家で見れるのといった事もある。相談員とNsの認識の違いも多い。やりにくい。B病院のリハビリ科よりの退院は本人の相談や家族ともしっかり話せ、家屋評価もして退院させてくれる。

病院によって退院支援の方法が異なっていること。

退院前のカンファレンス1度だけでは充分なアセスメントやニーズの把握が出来ない。

入所、退所、入院、退院などはオーナーが取り扱っているので直接の関わりはなかった。要介護度の変更申請中だったので病院の連携室の担当者にどうすれば良いかを尋ねた。その時に様子と退院日をお聞きしました。

入院加療後、ADLの低下した場合の再入居の判断。

経済的な課題があり関係担当者の対応の情報収集と情報提供をした。

家族が病棟と話しをして退院日を決められるのか、家族から先に退院の話を聞き、後でワーカーさんに確認すると聞いていない。ということが増えた。

C病院に関しては、日頃から相談もしやすく特に困っていない。

病院によっては相談しにくかったり、病棟からいろいろ言われるところもあるが、C病院は連携がとりやすく有利難い。

入院中で新規で担当させていただく方を担当させていただく場合、本人様の意向確認、自宅の状況、サービスの調整等退院まで期間が短い中で調整しなければならない。また、介護保険の申請するところから始まる事があり、認定の結果が出ないまま退院、サービス利用の場合がある。

ショート利用中からの体調不良による検査入院であったため。情報提供はしませんでした。

いつもお世話になっております。医療知識が薄いのでまたご指導いただければと思います。

家族が入院経過中に本人の様子を見たり本人と今後について話をすることができる。

退院してからでないと、本人の様子がわからないことがある。退院してから想定外の課題が出てくることがある。

主治医の先生との日程調整。

・病棟看護師が家族に在宅復帰の話を行い、地域連携室の担当ソーシャルワーカーが把握していないため、サービス調整を早急に行わざるを得ないことがある。

・入院中の状況をソーシャルワーカーが把握していないため、情報が得にくい。

・窒息の恐れがある方の退院直前、初めて吸痰を行う家族へ指導が行われたが、全然できていないのに看護師ができると判断した。オムツ交換も同様。

訪問看護が必要であったが、訪問看護の人材不足もあるためか、2回目以降の訪問頻度がなかなか決まらなかつた。

病院から入院の情報が来ない。

グループホームでの管理できない医療行為が生じて、最終的に再入居困難となる事例があった。（病院側が週1回程度状況報告を行ってくださったが、いつの時点まで他の施設を検討するか判断できず、結論を出すのに1ヶ月以上かかったことがあった。）

病院から退院されすぐに入所される方はグループホームでの生活で適応できないことがある。

連携室と病棟の連携がとれていくなく、病状についての情報共有が出来ていない。

透析患者が在宅困難になった場合、地域の受け入れ先がないこと。

延命を希望しなかった家族への生命予後・看取り期について、家族の理解度が低かったこと。病院・医師の説明不足を感じたこと。

入院時病院へ退院時連絡をいただきたいと介護保険申請に繋げたいケースであることを伝えてあったが、退院一日前の連絡で調整できなかつた。

今回ではありませんが、D病院との連携がうまく図れない気がします。

入院した情報は主に家族からである。入院先からの情報は早急にしていただきたい。

入院中の身体状況をこまめに教えて欲しい。

入院時情報の書類に時間がかかってしまう。急に退院が決まることがある。計画性をもって連携できたらよい。

速やかに情報提供おこなう。

独り暮らしの方にベッド搬入時、事前確認できない。

入院が土日になる際、救急の看護師が入院時情報を受け取るが、入院時情報の存在を知らないのか、受け取りを拒否されるようなことがある。

情報提供のタイミングについて。

当日入院の情報を得ることができず、翌日あわてて、入院時情報を書く。

週単位で利用しているサービスの調整が必要なため退院予定日の確認に苦労する。

入退院を繰り返しているため対応に苦慮する。

食事内容の形態・嚥下状態の把握と継続性。