

新川医療圏 【工夫】

病院と密に連絡をとり、家族に自宅の様子を写真撮影してもらった。
定期的に状態を確認し退院に備えるようにしている。
連携室とやりとりを行う。
有料老人ホーム入居者であり、ホームへの退院ということでホームスタッフに入院中のADL状況やケア内容、注意していただいていることなどが伝わるよう努めた。とくに、薬の管理が入院前と変わっている場合は連絡が必要なため。
主介護者が県外の方であり、退院後の在宅生活を安全に再開できる環境を整えるためには主介護者の方の帰省期間を合わせていただいたりショートステイ等もとの在宅サービスが速やかに再開されることが望ましかったため、それが可能な病状であるかどうかということろを病院連携室の方を通してこまめに相談させていただいた。
入院前と栄養摂取方法が変わった状態での退院となったため、家族や在宅介護サービススタッフに正しく伝わり安全に在宅生活を再開できるよう文書と口頭で確認を重ねた。
こまめに病院連携室に電話し情報共有を図る。
入院時情報提供書は出来るだけ早く送るように心掛けた。
日頃より、病院連携室と連絡をとり情報を共有するようにしている。
事前の入院計画（退院見込み）を自分の手元に記載し、そろそろ？かと思うときに連携室に問い合わせる。
地域連携室へ当事業所が毎月発行している広報紙を届ける（足を運ぶ）など「顔の見える関係づくり」に努めている。
激しい痛みを訴えがあった為、入院中の痛みの様子や食事形態や摂食状態など聞き、退院後もホームで不安なく生活できるように情報収集に努めた。
地域医療連携室からの報告で少しでも疑問があれば、病棟での退院時カンファレンスを依頼して実際の状態把握に努めている。
入院中になるべく早く情報を教えてくれるよう伝える。
密に、連絡をする。
ご家族より面会に行かれた際に聞いた情報を教えてもらう。
リハビリ技師への問い合わせをケアマネ側から行った。訪問看護からも病院連携室に問合せされている。
なるべく早く精神科受診ができるように担当者や外来へ連絡した。
福祉用具の変更が必要になれば、即、事業所に連絡し早い対応を依頼した。
具体的な動作確認は、動画で見せてもらい、他の事業所と共有させてもらった。
脳梗塞の他に食道狭窄の為、退院後の食形態の調整が必要だったが、病院で摂取している食事の写真を受け取り、サービス事業所間で共有してもらった。
身体状況に変化があったため、環境整備で生活への配慮を行った。
連携室の担当者からできるかぎりの情報をいただく。連絡のとれる家族から情報収集する。
ラインワークスで情報交換を行った
退院前、退院後も病院、関係機関と密に連携を図ったことで、サービス調整がスムーズに行えた。
工夫したことではありませんが、有料老人ホーム入所者の方だったのでMSWが施設、ケアマネ双方にしっかり情報提供してくれたのがとても助かりました。
MSWがしっかり連絡してくれるので助かっています。
入院時情報提供書を活用しています。
急ぎで在宅調整が必要な場合は電話だけでなく、書類での情報共有を行い、できるだけご本人と面会ができるよう病院と調整していく。
書面のみでのやりとりにせず、口頭での情報提供やしてほしいことを伝えるようにしている。
分かった段階で直ぐ病院へ連絡はしている。
病名や家族の連携など、地域連携室に確認や情報提供した。
退院後に訪問リハビリの頻度や内容について、病院のケアマネ相談窓口を通じて再確認させていただいたところ、すぐに対応いただき適切な支援につなげることができたので助かりました。
連携室に連絡し様子を確認する。
看取りの方だったため病院と密に連携を図り、家族の不安の軽減を図った。
病院リハビリと連携し、退院前に住宅改修（手すりとりつけ）が完了した。

富山医療圏 【工夫】

日頃からよく連絡している。
入退院時の利用者情報提供を速やかに行うよう取り組んでいる。また退院後に適切な支援を提供できるようミーティングやカンファレンス等で検討・共有に努めている。
病院にはできりだけ電話やファックスで連絡して情報を得ている。
入院時に書面や口頭で担当者に対し退院や転院等あれば連絡頂くよう依頼しておく。家族に入院中の様子を都度確認しておくようにする。
病院を訪問する機会を設けて頂き、リハビリの進み具合を確かめた。
入院まもなくから在宅復帰に必要な条件やうまくいかなかったことについてきちんと伝え、必要に応じてリハビリの強化や区分変更を行った。
在宅の家屋状況や家族関係性や入院前までの生活状況など病気以外の環境要因を含めた情報共有。
サ高住に入居しており、その職員と様子を伺いに同行。
入院日が日曜日だったため、病院営業日である金曜日のうちにFAXした。
入院されたら翌日までに情報提供書を送付するようにした。受け入れできる状態とダメな状態を退院前にあらかじめ病院に伝えるようにした。
家族から明日退院と聞き、急に病院に連絡。病状、身体状態の確認。看護サマリー依頼しサービス調整行った。
介護保険サービス開始前より地域連携室との情報共有していた。
事前に情報を読むことができたため、本人に会うことが退院前カンファレンスだったが調整はできた。
病院関係者、家族からの聞き取り。
早期に情報提供。
退院前カンファレンスに参加し、状態の確認を行い退院後のサービス調整を行った。
入院に至った経緯や入院前の本人状況を具体的にお伝えできるような情報提供を心掛けています。又、退院後に予測される危険リスクについてはリハビリ過程の確認や現状について細やかに把握させて頂いております。
一次帰宅時に自宅での環境確認に同行する。
ADLに変化が無いのか？介護方法に影響はないか確認し、家族とサービス事業所へ伝えた。
癌末期の方であったため、退院時のサービスについて医師に相談を行った。連携室との連絡もこまめに行い退院につなげた。
家族との相談対応状況や意向等を都度病院に連絡し、退院まで安心して家族が準備できるよう配慮した。
連携室との連絡はこまめに行うようにしている。
レスパイト入院をお願いした。
不在であり、気にかかり連絡できるところに聞いて確認した。
家族との情報共有を行い様子を把握した。
要支援1からの区分変更申請中であったため、前任のケアマネから情報収集した。
入院中に認定調査（区分変更）が行われたため、その機会を利用し情報収集した。
看取り希望の家族に対しては、介護保険サービスの中で対応可能な調整を提案しました。
入院中の経過も聞くようにこまめに連携室に連絡をし、サービス事業所へ報告するよう努めた。
住宅改修。
退院前カンファレンスをお願いした。
ソーシャルワーカーの他、施設、家族に連絡をとり情報収集している。
コロナ対策も落ち着き退院前に面談が可能となり状態確認がしやすくなった。
家族より入院したと言う話を聞かせてもらおうと、病院の地域連携室に連絡し担当ではなくても、関わりがある事を伝えている。
介護保険サービスを利用して、自宅での生活が一人で対応できる方策。
連携室が機能していない場合、病棟から情報を得るようにしている。
対象者や家族にわかりやすい言葉、共通言語でコミュニケーションをとるよう気を付けた。
病院へ退院カンファレンスを開催していただき、出席の機会を得た。院内にて本人と合意形成を図りながら、退院後の生活について相談・調整が行えた。
本人家族の状況を見て、利用時間のことなど調整できた。
家族との連絡をこまめにとる。
退院前会議などで、どうしても専門的な話しになりやすく、ご家族が本当に聞きたい事を聞けないこともあるので、事前に家族と話し、心配なことを聞き取っておくようにした。
退院後のに必要となる福祉用具について検討した。

医療機関との情報交換・退院前カンファレンスの参加。
病院からも入院の連絡が欲しい、伝言でも大丈夫なので。
入所している有料老人ホームのスタッフと家族と食事時間に合わせて訪問し、食事の様子や食事形態を実際に見て確認を行った。
報告フォームを作成して定期通院に合わせて提出している。
カンファレンス時に普段より支援しておられる友人にも参加してもらい退院時の不安なことへの対策を一緒に考えた。
訪問看護を利用していることもあり、日頃からバイタルリンクを使用し、情報共有をしている。そのため、今回は情報提供をしなかった。早い段階で退院前カンファレンスを開催されたので、サービス調整する時間が十分あった。
連携室の相談員との連絡調整により、介護保険申請や、退院前カンファレンス、退院前の家屋調査、退院時のサービス調整などがスムーズに行うことができています。
入院後、本人の状態把握のため連携室と連絡を取り合って在宅での生活の支援について考えた。
入院時情報は、連携室へできるだけ早く提供するようにしている。
連携室に連絡して状態確認を頻繁に行った。
入院情報提供書提供時に医療相談員に退院決まり次第早急に連絡を下さるようお願いした。
退院後はサ高住に入居を希望、外来透析病院の変更を行う。
医療的不安を支えたかったが、本人の拒否によりかなわなかったため、今後の検討を必要とする。
長期入院時、病院から連絡がない時は、入院時の様子・退院の目途を確認。退院の際は関係事業所を含め退院カンファレンスをお願いした。
骨折により変更申請が必要な状態であるかの確認、評価をしてもらった。日常生活動作について入浴時の介助がどれだけ必要なのか評価しサービス内容に位置づける。
食欲低下と脱水症で入院。後期高齢者でもあり途中経過としてその都度連携を図っている。
60代の女性であり、デイサービス（高齢の方が多いこと）について説明、看護が充実したサービスを紹介する。
細かめに病院に足を運んだ。
サービス付き高齢者住宅に入居中の方であったので、サ高住側と連絡を取り合って予測して早め早めに動いた。
急性期病院、転院先の病院2箇所と連携をとり、切れ間なく支援するようにしている。
区分変更をしないのか、したほうがよいのではと病院の地域連携室の方から何度も連絡をいただいたが、家族さんにはその気がなく、実際に本人に会わなかったため、自宅に戻って状態を見てからにするように勧めた。
情報を得るために地域連携に連絡をとっている。家族の思いや意向をききとり地域連携に伝えている。
こちらが知りたい情報や確認しておきたいことについてあらかじめ地域連携室に伝え、回答を求めている。
カンファレンスまでに家庭訪問が都合がつかなかった時に家族さんに動画を撮ってきてもらい、福祉用具の検討を行った。
入院中に自宅で使用予定の歩行器でリハビリをしていただくようお願いし、退院後に安全に使用できるよう指導していただいた。
ケアマネが得た情報を家族に伝え、退院後のサービスを見立てている。
担当の利用者の方が入院された際には速やかに入院先へ情報提供を行っている。また、新規申請の方については、可能な限り入院先での認定調査に立ち会い医療関係機関から情報収集している。
入院中に退院日が決まっていなくても、退院後利用したいサービスについて本人や家族に早めに確認をしておき、デイサービスなどは期限をもうけて曜日をおさえてもらっていた。
退院前カンファレンスは積極的に参加。CMより定期的に連絡する。退院時は必ず担当学会議を行う。
電話を通してのコミュニケーションを図る。入院中の様子を聞く。
必要なサービス事業所に連絡し、退院日に合わせて調整を図った。
退院後、直ぐにサービス担当学会議を開き、状態確認をした。
入院前の担当ではなかったので、入院時のケアマネージャーからも情報収集を行った。
郵送で退院後にリハビリサービスを利用できるようパンフレット等病院へ送り、本人に渡してもらった。
（退院のケースはなかったが）連携室の担当者の方と経過（治療）の共有を適宜図ることができた。
在宅に戻った際に同じ対応を取れるようにキーパソンにも協力を得るようにした。

入院先へ情報提供する際は、該当者の認知症ケア（関わり方）についても伝えるようにしています。
病院のMSWなどの方々と、顔の見える関係づくりに心掛けています。
マメに情報が入って来ないので、こちらから問い合わせする。
病院に出向き、情報交換をできるよう働きかけた。状態把握がよりわかりやすくなり、在宅での課題が見やすい。
電話では、文書では書けないようなことも伝えている。
すぐ出せる様に、情報をこまめに入力する。
情報収集。
退院後も歩行困難で妻の介護負担大きいため、かかりつけ医に再入院の相談をするよう家族にアドバイスし、紹介、再入院（回復期病院）となった。
退院日（ご本人退院後）に福祉用具事業所の方と在宅訪問を行えたこと。
退院後の本人の気持ちや家族の思いを聞き取りこれからのことを話し合う。
リハビリ見学等本人の状況確認を行っていた。転倒の繰り返しが無いよう専門職聞き取りにて退院前に福祉腰部の準備を行っていた。
MSW、家族に連絡にて情報共有を図り退院準備を進めた。今回は検査入院（2w）により退院前カンファレンスがない分事前サマリー入手等情報収集を行った。
入院中の家屋調査 PT同行依頼により安全確保できるよう努めた（本人や家族の想いに寄り添いながら）。
入院された地点でサービス見直しが必要と伝え、退院前カンファレンスを依頼しておいた。
退院カンファレンスはなかった。病棟で使用しているクッションを本人が気にいられたと情報があったので前もって福祉用具事業所に依頼した。退院当日自宅にて担当者会議を行った。
入退院共に家族の電話で耳にし、前日または当日だったため特に工夫してない。
書面や電話、病院への訪問などできる範囲での情報収集を行った。
在宅酸素が必要となる可能性があったため、ADLにかえて認知機能の変化がないか等細かく事前に確認した。
入院された時は早目に教えて下さいと伝え、連絡があった時は速やかに情報を送付するよえにしていた。
こまめに病院に連絡を取り、状況がわかるようにし家族とも相談回数を多く持つようにした。
地域連携の方と電話で相談をしたり、家族からも情報を得るようにした。
入院時、必ず担当ケアマネを聞かれるので病院提出用の名刺を渡し入院する際にはその名刺を提示してもらうようお願いをしている。
自宅での生活で必要なリハビリ、病状の安定性の確認、再診の有無、内服状態の確認、医療的処置の方法、サービス利用時の留意点、今後の予後。
病院から電話がない時はこちらから電話して本人の状態確認をしている。
グループホームに戻れなくても看多機や小規模の説明もして退院後も引き続きご利用いただけることで安心されている。
退院カンファレンスに各サービス事業所を招集した。
（病院が工夫してくださったこと）退院前カンファレンスの時、在宅医療（訪問診療）の参加、リモート会議（主治医参加）。
担当依頼を受け、情報を聞いた時点で必要なサービス等を予測し、事前に対応可能事業所を探しておく。
包括として関わらなければいけない部分があれば依頼を受けスムーズな調整が図れるよう努める。
サービス事業所と一緒に訪問し、情報共有できた。またサービス調整もスムーズにできた。
ヘルパー、デイ、福祉用具、薬局の事業所が関わっているため、退院日や退院時のご様子などを、こまめに各事業所へ情報を伝えた。退院後、早めにサービス再開できるようにヘルパーとの連携を図った。
契約時に入院の際は連絡がほしい旨を伝えている。こまめに、病院や家族と連絡を取り、入院中の状態を把握する。
今後に備えて緊急時の対応をできる体制を構築した。
本人の意向に沿うようにサービス調整を行う。
重度であることが想定されたため福祉用具の事業所もカンファレンスの参加を呼びかけた。退院される前にご家族の思いを確認するため自宅訪問した。
入院期間が短かった（2週間あまり）ので、病院訪問などは極力病院側の要請にあわせた（他の予定を調整した）。
情報収集した事を元に、在宅に戻られてすぐアセスメントするようにした。
入院後数日経過したころに、地域連携室の担当者に連絡をいれ、今後の見通しなど確認していた。

高岡医療圏 【工夫】

自宅の段差や廊下の幅など事前に伝えて、福祉用具の活用ができるか？リハビリに活かせるか提案した。
入院後約2週間と1ヶ月を目途にケアマネから地域連携へ電話連絡し、状態確認を行う。
入院前の状態を詳しく情報提供し、入院中の様子も見に行きどこまで回復できるか話し合った
入院時の情報提供を行い、入院中にADL等状態変化がみられないかを地域連携室の方とまめに連絡を取っている。
自宅環境と介護力の可視化。環境については写真や計測値を用いる。
入院時は利用者様の状態をいち早く提供し、その際に連携室を介すようにし退院時も病院と上手く連携がとれるよう、普段からのコミュニケーションに努めている。
なるべく早く行う。
退院後必要とされるサービスをおおよそ予測し退院前カンファに臨むようにした。
出来る限り退院前にご本人にお会いして状態の変化をアセスメントする。また地域連携室を通して主治医のご意見を伺う等、医療介護の連携に努めている。
確認等ができるように自分の記録を細かなことも記入しました。
地域連携室に入院時に連絡をしたり、退院後連絡（提案を伺う）をした。
家屋調査で課題に挙げたことを病院でリハビリ実施（廊下が狭く車椅子をバックし方向転換する）し、先ずは絶対的な必要な住環境を整えた。退院後に数日過ごしてもらい、入浴やリハビリの必要性を話し合い、サービス調整した。
特にありませんが、出来る限り本人の意向に沿いながら、各々の負担や不安が軽減できる様に努めています。
病院・家族間のすり合わせ。
ご本人の生活や性格もですが、ご家族の貞享も伝えるようにしています。
在宅ケアマネと病院連携室が情報共有し連携している事を家族に理解してもらい、家族（介護者）が不安にならないようにする。
家族の面会予約に付き添った。
リンパ腫あり、良性か悪性が確認するための精密検査入院で予定入院であったため、あらかじめ情報を準備して早めに提供した。
福祉用具レンタルに向けて、業者・家族・包括間で早急に情報共有できるようにした。
病院との交流会で伝えて、改善を求めた。
病院からの連絡を待つのではなく、ケアマネからも入院後10日たった頃、その翌週、とこちらからも状態の変化があったかどうか、家族と病院側で話した内容を聞き取った。そうすれば、前もってケアマネとしても様々な方向で準備ができた。
病院が開催された連携の研修に参加した。
家族の意向を情報共有するようにした。
退院までに自宅の環境を整える。
退院後の新規利用となる事業所と一緒に状態確認に出向いたこと。
退院後の予測されるリスクを病院側、在宅側共に共有すること。
退院後の生活においてキーパーソンの悩みを本人いない場所で発言してもらえよう、進言したこと。
主介護者を含む家族と一緒に面会したこと。
癌末期、大学病院での治療から、在宅にシフトする課程で入院となった。早期に自宅に戻り、在宅看取りができた。
連携室に相談している。
入院先の病棟スタッフや家族様と電話情報共有した。
いつ退院と言われても良いように、サービス側にはあらかじめ予定をおさえておくようにしていた。しかし、サービス側からは早く予定が知りたいとの声が多かった。
訪問看護での継続。
地連や家族とこまめに連絡を取り合ったり、面会し状態を把握する。
病院や家族との情報共有。
要介護見込みだったため、居宅ケアマネを探し、暫定でサービス利用に繋げた。
生活保護受給者であったため、今後の方向性について市役所に相談した。近隣からの支援が必要なため、支援者と情報共有した。
入院によるADL低下は特になかったが、本人や家族の希望もあり、認定の区分変更をすることとなった。

家族と地域連携室と頻回に連絡を取り、退院時即日で自宅に面会に伺った。
病院から連携をもらい本人意向をあらかじめ聞くことができていたため、退院時前のカンファレンスにおいてサービス事業所の情報提供ができた。
ヘルパー、デイ、福祉用具事業所をいくつか空き情報を調べておいた。
自宅内の環境をメールで送り、リハビリの方に見てもらい指導を受けました。
内服薬で排便コントロールと訪問看護にて摘便施行。
看護サマリーを依頼した。
介護サービスの導入を検討。
両者の相違点の解決の調整を行なった。
情報提供はなるべく早く出すようにしている。
連携室やご家族にこまめに状態確認したり、医師からの説明時、可能であれば同席する。
主治医、介護支援専門員相談票にて、返事を頂く。
本人に面談して会話の機会を持ち、スタッフから状況を詳しく聞き取る。
なるべく訪問して本人の身心の状態把握をするようつとめた。
土曜日の入院だったが、月曜日に入院時情報も提出済み。課題の欄に記入した方の場合、どうすれば良かったのか、今も分からない。
入院したことで利用者自身、自宅に戻って生活していけるのか、どんな生活になるのかなど、今後の生活に不安を感じておられると思います。なので、少しでも退院後に生活しやすい環境が整えられないかと意識しています。退院後の生活をイメージしやすいように、入院前の生活状況を細かく、共有しやすいように病院に伝えることを意識している。
ご本人の急変時の対応について、施設で実施すること、病院の役割、家族様にお願いすることを紙面にまとめ、連携できるよう努めている。
家族がサービスの必要性を感じられるか？説明→同意の流れを丁寧に行う。
認定等や相談を退院前に承っていれば病院に事前相談や連携できるが、退院後の相談では情報も得られずスムーズにいかないこともある。早めに連絡相談いただけるようお願いしている。
地域連携室のSWからの報告に加え、医師のムンテラ内容や自宅環境、介護力からイメージした具体的に把握したいADLを電子カルテや病棟看護師に確認してもらう。
何度も電話で必要な情報を得るようにした。
カンファレンスの情報を貰えるように依頼した。
リハビリテーション後にグループホームへ戻ることになり、病院連携室より状態を伺いながら様子みる。車いすの手配、居室内の環境整備等行う。→リハビリが長くなり、退所となる。
入院中から、細かく状況を聞き、早く行動（対応）できるようにする。
施設側から地域連携に連絡し、状態の確認を行った。
サービス回数が多岐にわたる訪問看護に、床ずれの処置や留置カテーテルの管理、機能訓練等、情報共有の中心になって頂き、小多機の看護師や家族への説明をケアマネと協力して行いました。
居宅から積極的に連絡している。
こちらから情報提供等必要な書類言っただけであれば協力できますと入院時にお伝えする。
病院の情報交換会に参加した。地域連携室について理解を深めた。
小多機のサービスについて再度説明し、在宅生活の維持を目標としたプランを提案している。
大腿骨骨折で入院された利用者が退院されるとき、病院にてトイレ利用時の本人や職員の動きを見せてもらえるように依頼し、実際に確認できたこと。
1週間に2度通院にて治療を行った。
事業者の選定は家族にイメージしてから、選んでもらった。
一方通行の連絡にならないように確認をしていく。
家族との連絡を密にする。
成年後見、補助人との連携。退院後の切れ目の無い医療、生活支援。
在宅医、訪看との連携。妻の介護サービス事業者との連携。
工夫したと言う事はないのですが、カンファレンスが必要であれば、早目に連絡をとお願いしている。
連携室へ退院時に家族とのやり取りがどのようにあったか確認した。
今後介護保険申請には、主治医意見書が必要。健康診断やワクチン接種等で医院とつながるようにすすめている。

多職種間での円滑なコミュニケーションや情報共有を行い、在宅生活に必要な情報を得る。
頻回に病院に連絡して情報交換していた。
退院した後日、家族から退院したと聞き、サマリーも見当たらないと言われ、病院にサマリーの写しをもらいに行った。
入退院の際は随時、医療機関に連絡し面会の可否を確認して、面会することになっている。カンファレンスも必ず行うように依頼している。
普段の食事作りをしている夫に入院中に栄養指導を受けて頂いた。また、それでも食べられなかった場合に栄養補助食品を処方してもらった。
見守り、声かけを行う。口腔ケアを行い、食事摂取時の座位を全員で共有する。一口ずつ飲み込むまで確認する。食後口腔ケアを行う。
退院前カンファレンスに介護サービス事業所に参加してもらい、退院後の介護サービス導入をスムーズに行うことができた。
今回の入院は、狭心症疑いで入院されたが、検査を行い大きな異常もなく、入院後、9日間で退院された。入院時から、本人の状態確認し、退院後もすぐにサービスにつなげられるよう情報収集に心がけた。
病院の地域連携室の方より、退院前カンファレンス前に、本人の細かい情報を頂いており、家族とも相談でき、よりよいサービスにつなげることが出来て良かった。
骨折での入院の方であったが、かかとであったため区分変更申請をするかの確認のため、細かく情報共有をしたり訪問し、SWやリハビリ担当の方と連携を取った。家族の意向も事前に確認し、SWへ伝え在宅復帰に向けて連携した。
退院予定日の数日前に要介護認定となり担当することになったが、カンファレンス時にできるだけ情報収集を行った。また、事前にもSWの方と電話で情報共有を行い、短い期間でもスムーズに予定日に退院できるよう連携を行った。
入院時情報提供書の記入を分かりやすく行ったこと。電話でもADLやサービス利用状況を伝えたこと。
入院中に状態確認の為、訪問し、本人の意向や家族の意向を聴取した。入院時や入院中の病棟での様子、病状、在宅生活で予想される困りごとや注意点についてHSW通じて、多職種からの意見の聴取し把握に努めた。
入院時、早めの情報提供するよう心がけている。
入院時情報提供書は、できるだけ早く出すようにしている。今回の期間内に退院にならなかったが、いつ頃退院、いつ頃退院カンファと、HPのSWさんと目標日程を共有しながらサービス調整をすすめている。
家族との連絡を密にとるようにしました。
本人、家族の意向（気持の変化）の確認をしたこと。
入院中に特養の入所の声がかかったため、在宅には戻らず、特養の入所ができるよう家族、地域連携室、特養担当者と連携して進めた。
病院側が快く本人との面談の機会を与えてもらったことで、調整がしやすかった。
入退院が多い方には、病院に担当の人を言って下さいと伝えておくこと。
病状が変化したり、支援困難なケースについては、更新や区分変更申請時等に、多職種連絡票にて、主治医と連絡した。主治医以外の職種（地域連携室、糖尿病認定看護師等）と連絡を取り合った。
代理の担当者様にも利用者様、そのご家族の状況等なるべく分かりやすく伝えるよう心がけた。
これから医療機関に連絡をし情報共有をしている。（事前に共有できていたら準備をして相談に応じていることができると思う。）
カンファレンスに参加出来なかったため、認定調査に同席した。
医療や事業所など連携を意識して、安心してもらえるよう対応を心がけた。（心がけている。）
前任者と病院訪問し、ご本人と面談、担当の挨拶をさせてもらった。
電話連絡で同じ状況と報告し、状態や退院の報告を依頼した。
病状について何度も確認した。電話、面会等、家族とも何度も連絡し合って、退院に向けて進めた。
1日3回の所を主治医と相談し、1日2回にしてもらった。
入院時情報提出。
入院時情報提出。
入院時情報の提出。退院前カンファ、退院前自宅訪問の同席。
退院前に利用者さんの状態を見に行き、家族さんとも病院とも連携している時間を多くとっている。
病棟や連携室と密に電話し、状態確認や今後のことを伝達しました。

[illegible]

砺波医療圏 【工夫】

課題を挙げるのは良いが解決に向けて、何をしているのか動きが見えない。年ごとでも良いのでテーマを決めて、課題解決へ働きかけが大切です。
当グループホームでは少しでも状態が維持できるように訪問リハビリを取り入れ、個別に機能訓練や脳トレを取り入れている。
どの段階でケアマネが稼働し始めるかを説明。ケアマネの必要性を判断するための情報を包括で聞き出すようにしている。ケアマネの稼働に時間がかかりそうであれば、包括支援センターが動くようにしている。
主の窓口は、管理者であるため、お互いの情報共有を密にしている。
スムーズに在宅に移行できるよう、情報共有をこまめに行った。
主治医の先生とこまめに連絡とる。
連携室に依頼し、落ち着いたら、認定調査を依頼した。
ご家族から情報を得るのに加え、病院の地域連携室等に問い合わせ、定期的に状況を確認するようにしている。
担当者会議への参加。
在宅での様子、情報をもう少ししっかりと病院に伝えるにはどうしたら良いか、顔を合わせて話す機会が多くあれば良いと思う。
家族が介護保険のサービスの利用を望んでおられなかった為、対応が後手になったが、即日対応できるようレスポンスは早かったと思う。
夏にあったケースで、退院の際には何度か病院へ行き、病院職員と連携が図りやすくなるよう心がけた。
実際に出向き、介護支援連携指導指導につなげる。アセスメント表の活用でぬげがないようにする。
継続した食事内容。
初回サービス利用ということで、退院3週間前より問い合わせあり。丁寧に情報提供していただけた。
情報共有が早々にできるよう入院時情報提供書を当日に送る。
電話連絡で細かく情報交換ができた。
退院前に家屋調査をしていただき、本人のADL確認、夫がどの程度サポートできるかと、夫への説明、理解を得られながら退院後のサービス調整をしました。病院側にはある程度時間をもらい退院までもっていただきました。
いつでも電話連絡が受けれるようにしている。
面談可能と言われたら、1～2回は見に行くようにしています。
入院時の情報提供書を入院先の病院へお届けしています。
有料老人ホームの管理者と病院SWIに電話にて情報7の収集を図った。
地域の方にもご協力いただいた。
退院当日、家へ訪問させていただいた。
普段から本人夫婦を心配している甥に病院とのやりとりと金銭管理をしてもらう。甥一人の負担が大きくならないように他親族にも介護サービスの契約のつき添いや退院時の送迎の協力をしてもらって負担を分散する。
入院が長く電話連絡にて情報収集を行いその時々状態を把握した。
病状状態、精神状態を詳しく伝えていただきました。
地域の協力（近隣の協力等）を得た。
退院前カンファは、どんな形であっても必ず開催していただくようにしている。自宅の様子を病院関係者と共有し、生活場面をご本人や家族とイメージする。かかりつけ医の先生に退院後のご状態を報告し、連携を図っておく。退院前後は医療的な話題で進みがちだが、生活面の話題に少しづつ切り替えていく役割を担うようにしている。
主治医とこまめに情報共有するように努めています。
主治医との連携を強化できるよう努めています。
定期的に連絡して状況を確認する。
入院時には基本情報を速やかに提出するように努めています。退院時には面接して直接本院に表情も伺い、退院後の支援の参考としています。看護サマリーは毎回頂いています。
B病院リハビリ科からの新規は2度目なので、だいたい流れも理解でき、相談員からもしっかりとした情報を得られている。事前に本人、家族と会えて、サービス調整もしっかりできてからの退院をすすめられありがたい。

主治医と常に連絡を取れるようにしている。毎月協力医療機関に、入所されている方の体調変化等報告している。
その病院の連携の方法を十分理解し連携しやすいようこちらから積極的に情報収集した。
自分からもMSWの担当の方に様子を尋ねた。
退院前のカンファレンスに参加。
連携室担当者を通して行い連携するようになった。
退院までにサービスの調整が必要なため、大変なこともあるが、病院の方と連携を図りながら、状態の確認、本人との面会、家屋評価でのリハビリさんからの自宅の評価により、必要なサービスの調整を行うことができた。また、入院中の本人様に面会をさせていただき事で意向も確認することができ、本人の希望に沿って調整がしやすかった。
日頃の連携についても同じで改善点等ありましたらその都度ご指摘下さい。CM側も改善していきたいと思います。今度ともよろしく願います。
家族の意向をしっかり聞くこと。
課題があるが、退院時だけではなく、病院連携室には退院後やそのあとからも相談したり、関わったりしていただき、連携させていただいていると感じています。
家族との話し合いを事前に何度かしておく。
病院にはこまめに伺った。
・病院の体質。病院側からの情報提供がないため、病院へ何度も何度も連絡し、情報収集に努めた。手間の増加。
・退院後利用予定の訪問看護や訪問介護事業所へ、家族は吸痰とオムツ交換の指導を受けたが十分にできていないことを伝え、退院後の再指導を依頼した。不安が残る退院。
デイサービスでの排便コントロール(2人介助でトイレでの排泄介助を実施)の実施。
家族から入院時にケアマネに連絡してもらえるように伝えている。
再度、受入可能な状態像(回復の期待状況)について入院早期から連絡を入れた。
カンファレンス時、口頭だけでは食形態について家族はイメージできず厚生センターのホームページに掲載されていた病院食事形態写真を持参した。
ワーカーとの連携。
家族の思いに寄り添った相談援助を行っていること。
入院後何度か病院に連絡を取っていたが、折り返しの連絡がなかった。継続して連絡する。
訪問看護から医療関係について連携科に繋げていただいた。
居宅から情報提供を求めた。
早めに医療機関に連絡するようにしている。家族に普段から入院の際連絡してもらえるように依頼しておく。
本人のために最善策を相談する。
当日すぐにの情報提供は負担がかかる。入院かもという話が聞こえて来た時点で作成にとりかかっている。
利用者様には何かあったら教えてくださいねと言うも中途半端な伝言になり、いざというときに役立っていない。具体的にわかりやすく説明すべき。
こまめに連絡し情報収集に努めた。
入院中の様子を聞き取りした。
何度も電話し、確認した。外出訓練に同行させてもらった。
入退院を繰り返している方。その都度、意向やサービス状況を確認した。
リハビリ見学、認定調査立ち会いなど情報収集した。
退院先の施設や病院に連絡し、情報を収集した。
包括さんが関わっておられ、要介護がでた為、居宅の担当になった。入院中の状況も包括に確認することができた。
入院中から施設への退院時にお粥、刻み、トロミを指示されるが、全身状態の改善を伴っていると施設で確認できても、上記の内容に変化が伴わない事例が多い。また、施設の協力医や嘱託医への連携で食事内容・栄養管理に関しての内容が伴わない事が多く見られ継続性に疑問を感じる事がある為に、地域連携室を通しての情報共有をなるべく行う様に心掛けている。