

令和4年度

筑紫地区在宅医療・介護連携推進の取組みに関するアンケート調査結果

筑紫地区在宅医療介護連携推進支援業務

**調査の目的：**

年度評価を行い、結果を医療介護連携促進のための効果的な取組みとなるよう  
次年度の計画作成に活用する

**調査方法：** 自記式アンケート調査

**配布及び回収方法：** アンケート調査用紙を郵送,メール,FAXし、WEB,FAXにて回収

**対象施設数：** 筑紫地区の医療・介護関係機関(合計815カ所 施設含まず)

**対象職種：** 11職種(1,153人)

**調査時期：** 令和5年1月10日～1月31日

# 調査票の回答数 533 (施設の回答108は含まない)

内訳	関係機関	職種	回答数	関係機関	職種	回答数
	会員医療機関	医師	100	訪問介護事業所	訪問介護員	34
		外来看護師	121	居宅支援事業所	介護支援専門員	60
		病棟看護師	24	看小規模多機能型	//	
		連携室/有床診SW	23	地域包括支援センター		13
	訪問看護ステーション	訪問看護師	40	その他*		11
		訪問セラピスト	23			
	訪問リハビリテーション	//				
	歯科診療所	歯科医師	36			
	薬局	薬剤師	48			

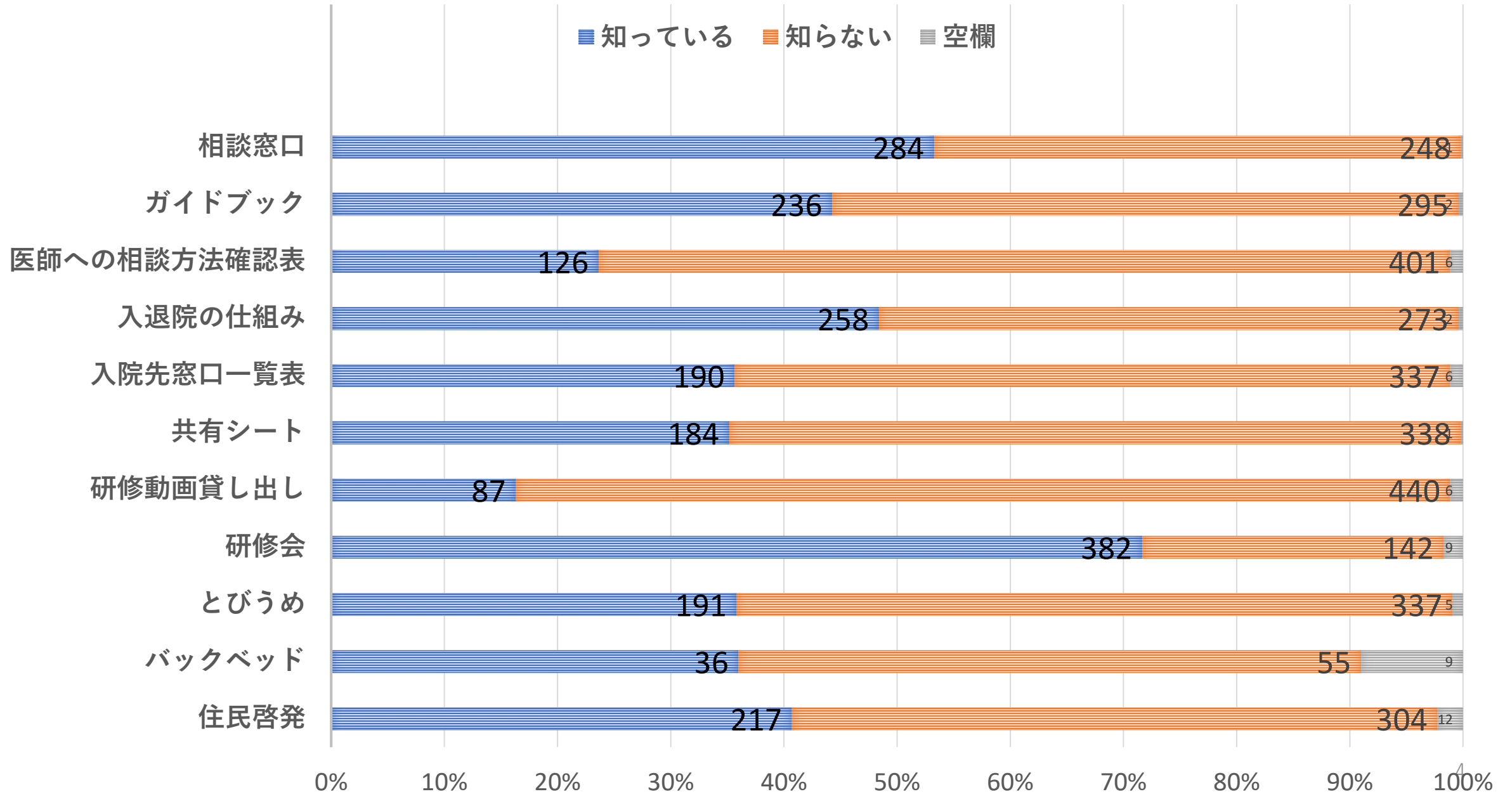
\*(診療所1、小規模多機能2、施設看護師1、歯科衛生士4、  
訪看の薬剤師1、無床ソーシャルワーカー2)

事業所所在地：筑紫野市(142) 春日市(117) 大野城市(124) 太宰府市(88) 那珂川市(62)

介護老人保健施設、介護老人福祉施設、グループホーム、有料老人ホーム(対象140施設\*)の回答(108)は別添あり

\*今年度に関しては評価の対象とせず傾向として捉える

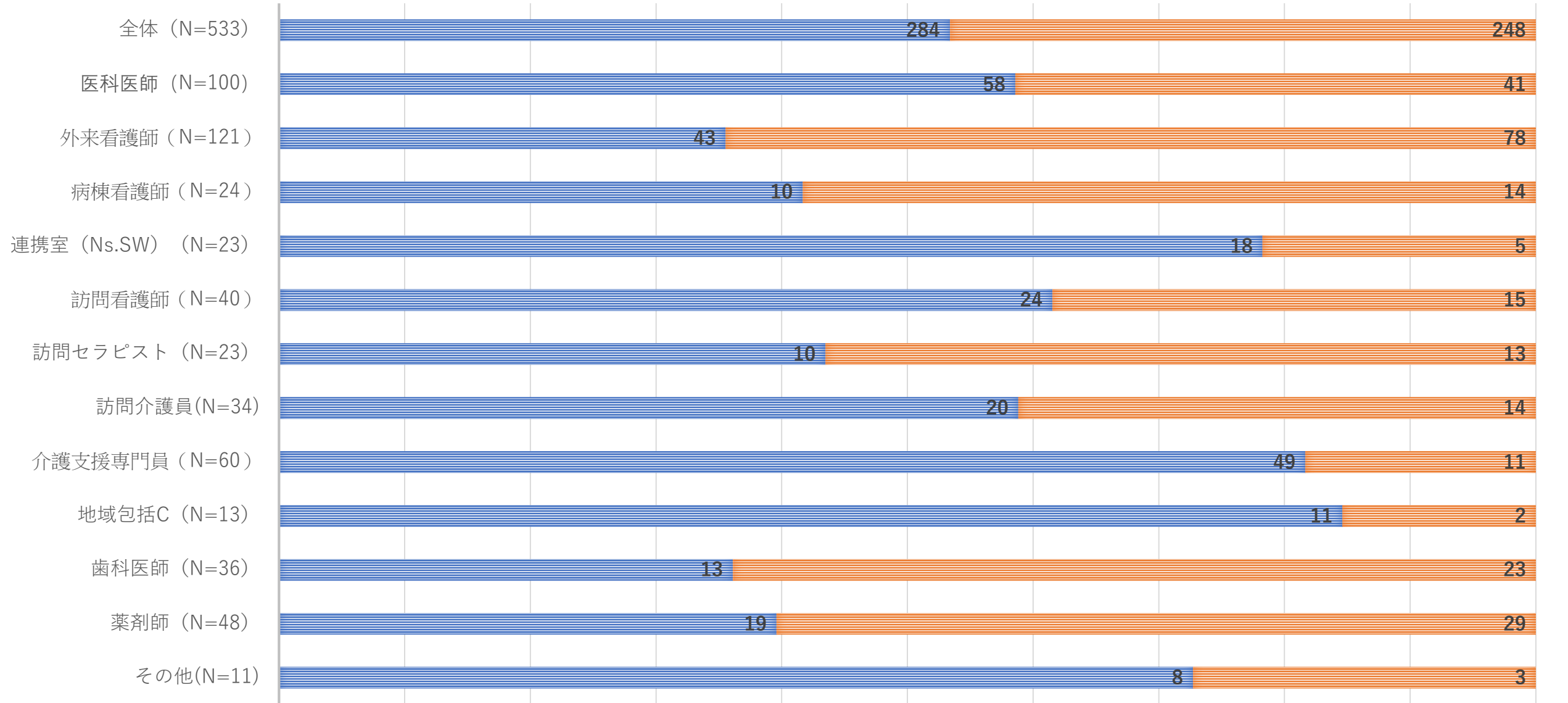
問1. 本事業の取組みや構築している仕組み・ルール等について（認知度） N=533



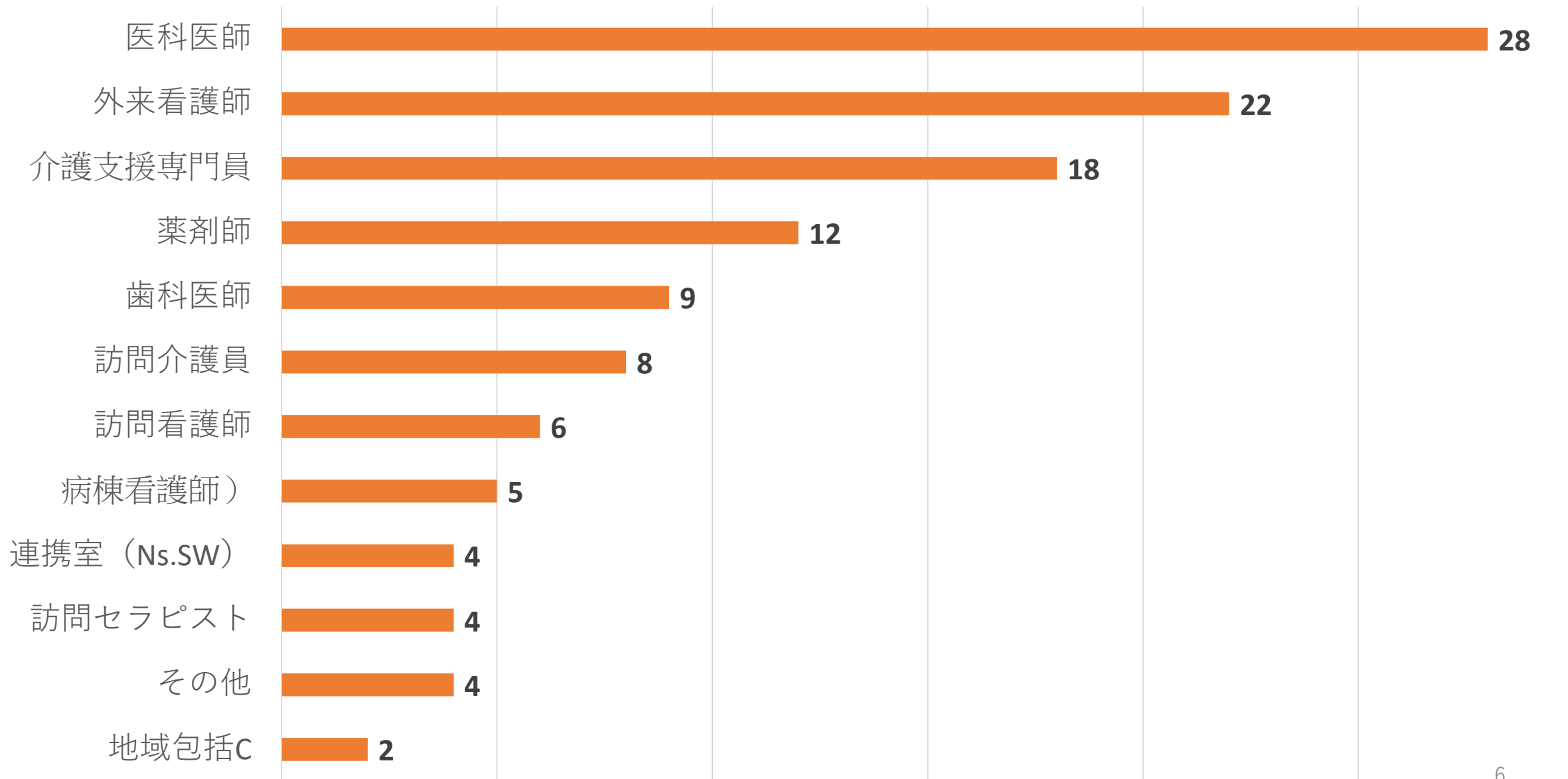
# 在宅医療に関する支援・調整等相談窓口

■知っている ■知らない

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



相談窓口「知っている」が活用は「全くしていない」 (N=122/533 22%)



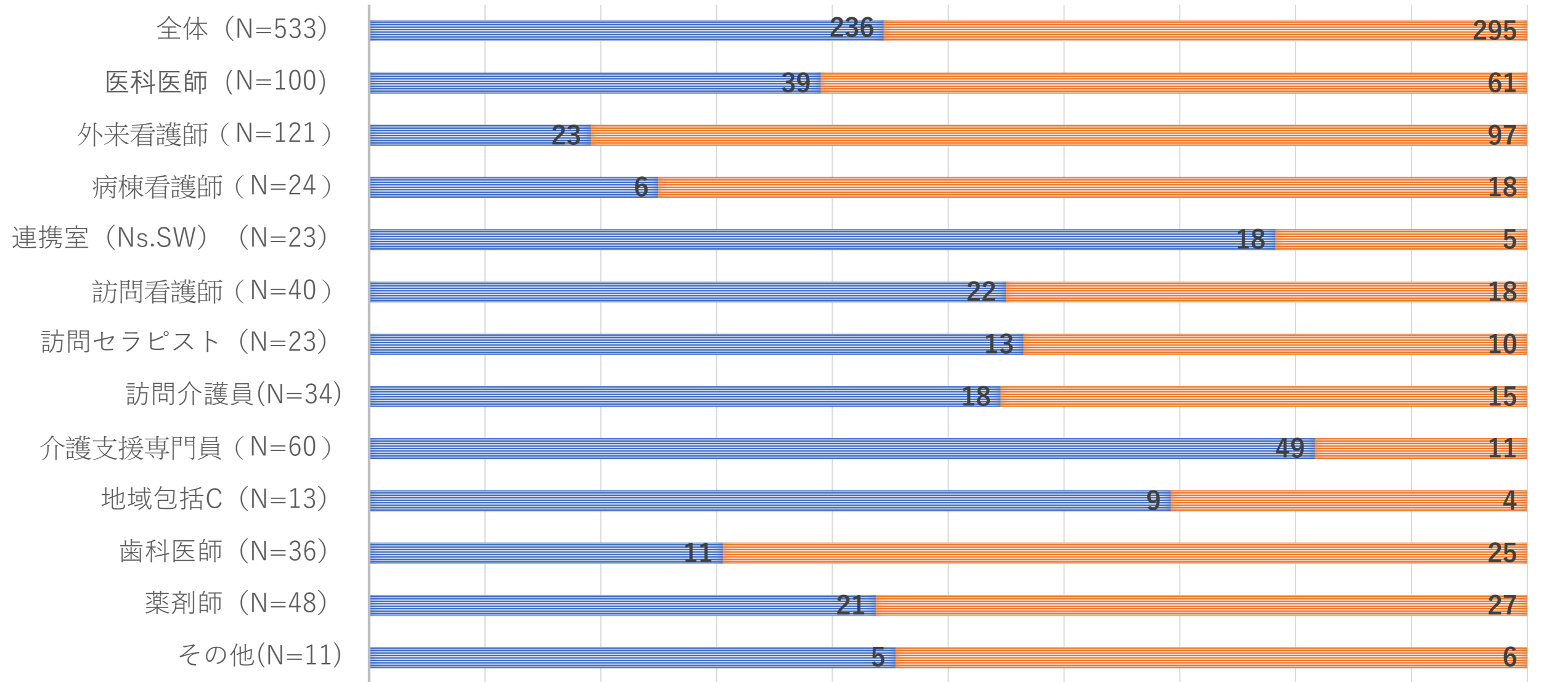
## 相談窓口を「知っている」が活用は「全くしていない」理由など

- 医科医師** 事例がない。在宅患者がない。対象疾患（認知症を除く）が在宅医療に合いにくい。直接医療機関間でやり取りをしている。該当希望者がいない。
- 病棟看護師** 連携室が担当であるため。
- 外来看護師** 連携室が主で関わっているため。情報・知識としては知っているが直接関わらないので。院内のソーシャルワーカーや、在宅支援センターに相談しやすいため。対象者がいなかった。
- 薬剤師** 在宅医療に大変興味があり貢献したいがまだ依頼がない。利用する事例がまだない。医院やCMからの連絡が主であるため。
- 介護員** 今のところ事例がない。
- 介護支援専門員**  
救急搬送となるケースが多いため主治医が紹介や調整をしてくれることが多い。必要性が生じなかった。利用方法がよく分からない。  
有料老人ホームに入居している方が対象であるため、スタッフの中に看護師もおり、協力医療機関と連携が図れている。直接連絡していた。知っていたがその場面で思いつかなかった。

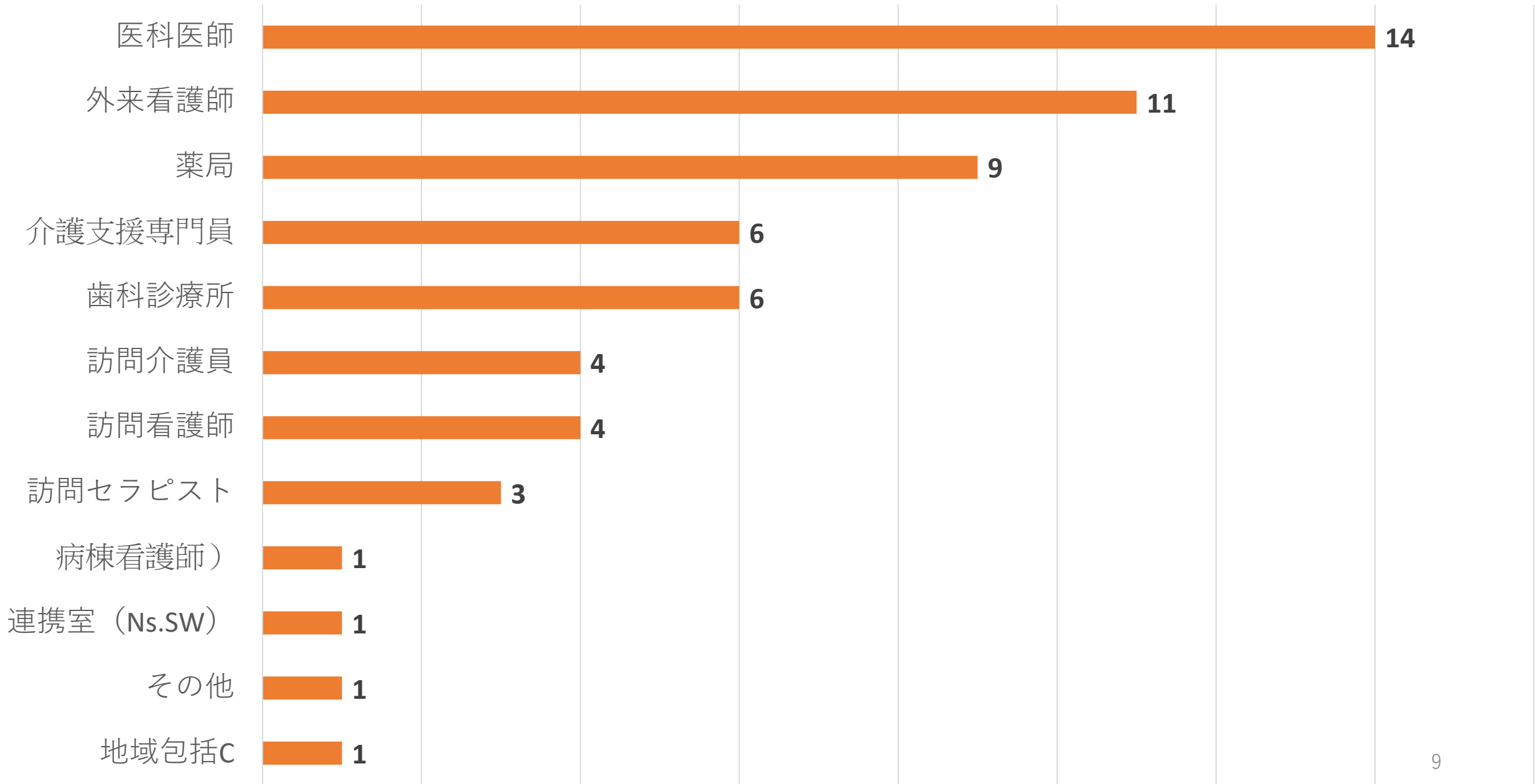
# 筑紫地区医療介護資源ガイドブック

■ 知っている ■ 知らない

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



ガイドブック「知っている」が活用は「全くしていない」 (N=31/533 11%)



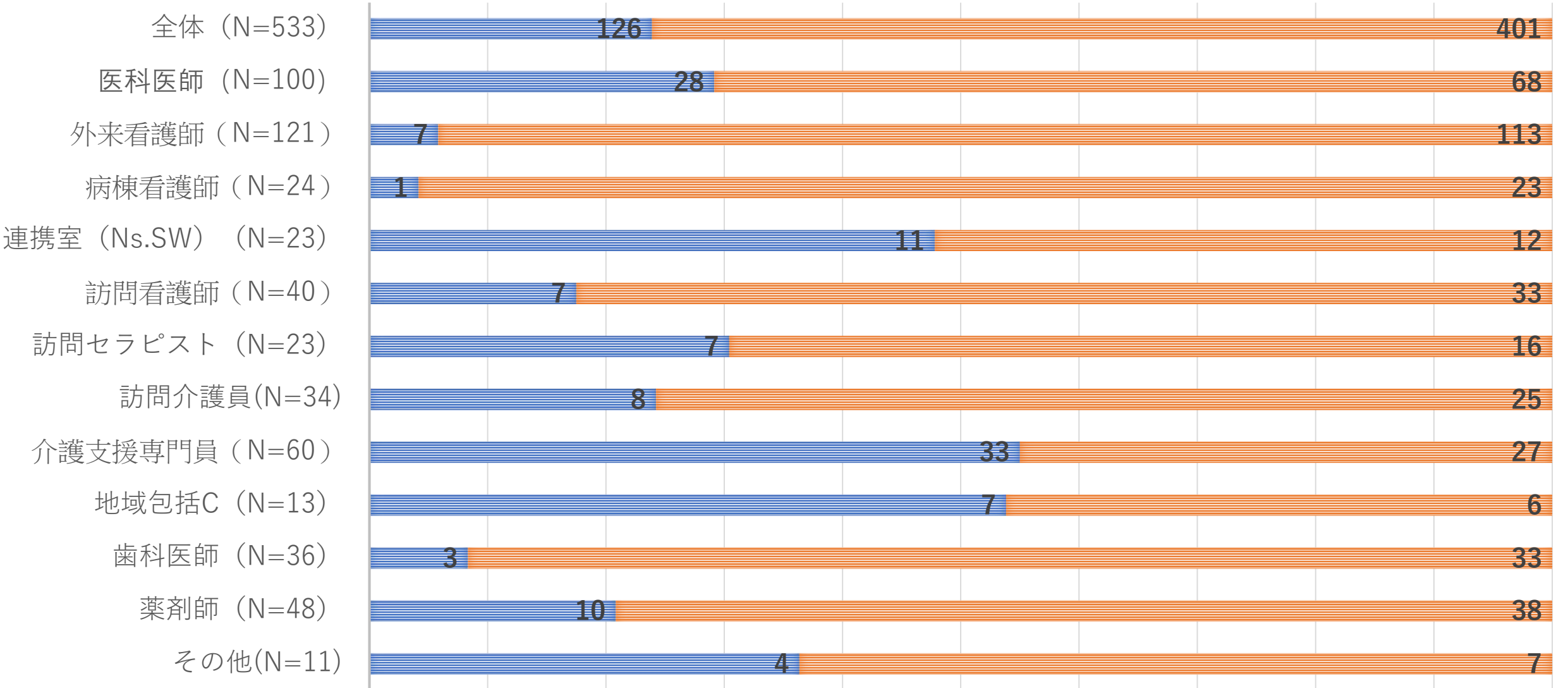
## 資源ガイドブックを「知っている」が活用は「全くしていない」理由など

- 医科医師** 在宅患者がいない。
- 歯科医師** 活用する機会がなかった。
- 薬剤師** 手元にない。必要とすることがなかった。  
訪問医として新たに紹介する場合、既に存じ上げているクリニックを紹介することが多く、新たに調べてない。
- 外来看護師** 情報・知識としては知っているが、直接関わらないので。  
院内のソーシャルワーカーなどに依頼することが多い。対象患者がいない。
- 介護支援専門員** 主に各市町村のガイドブックを参考にしている。
- 介護員** 受け入れ・稼働状況が現在のコロナ禍では不確実であるため、直接やり取りができるところで  
選択や相談を済ませてしまう。
- 歯科衛生士** その場面がない。

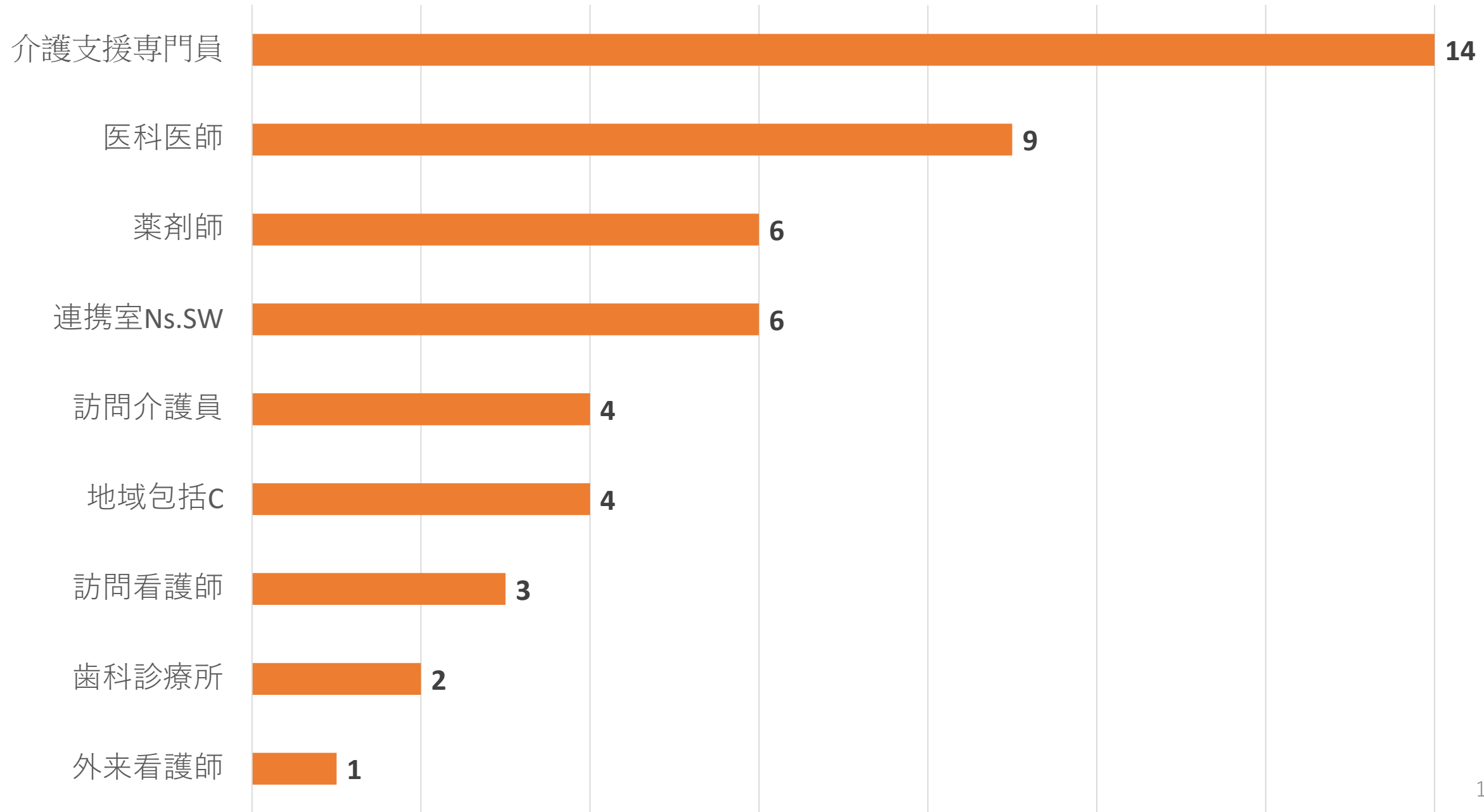
# 医師への相談方法確認表

■ 知っている ■ 知らない

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



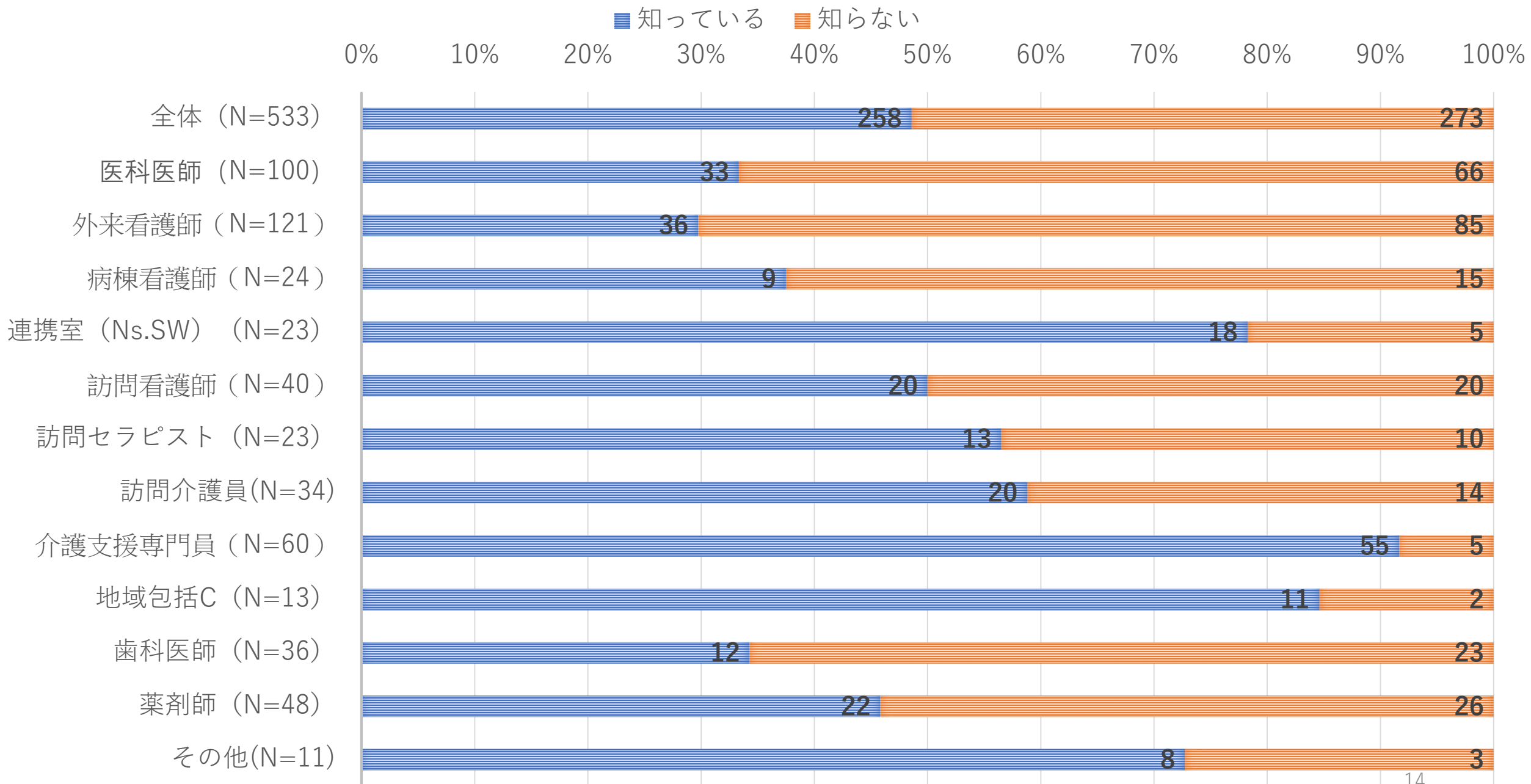
医師への相談方法確認表「知っている」が活用は「全くしていない」 (N=49/533 9%)



## 医師への相談方法確認表を「知っている」が活用は「全くしていない」理由など

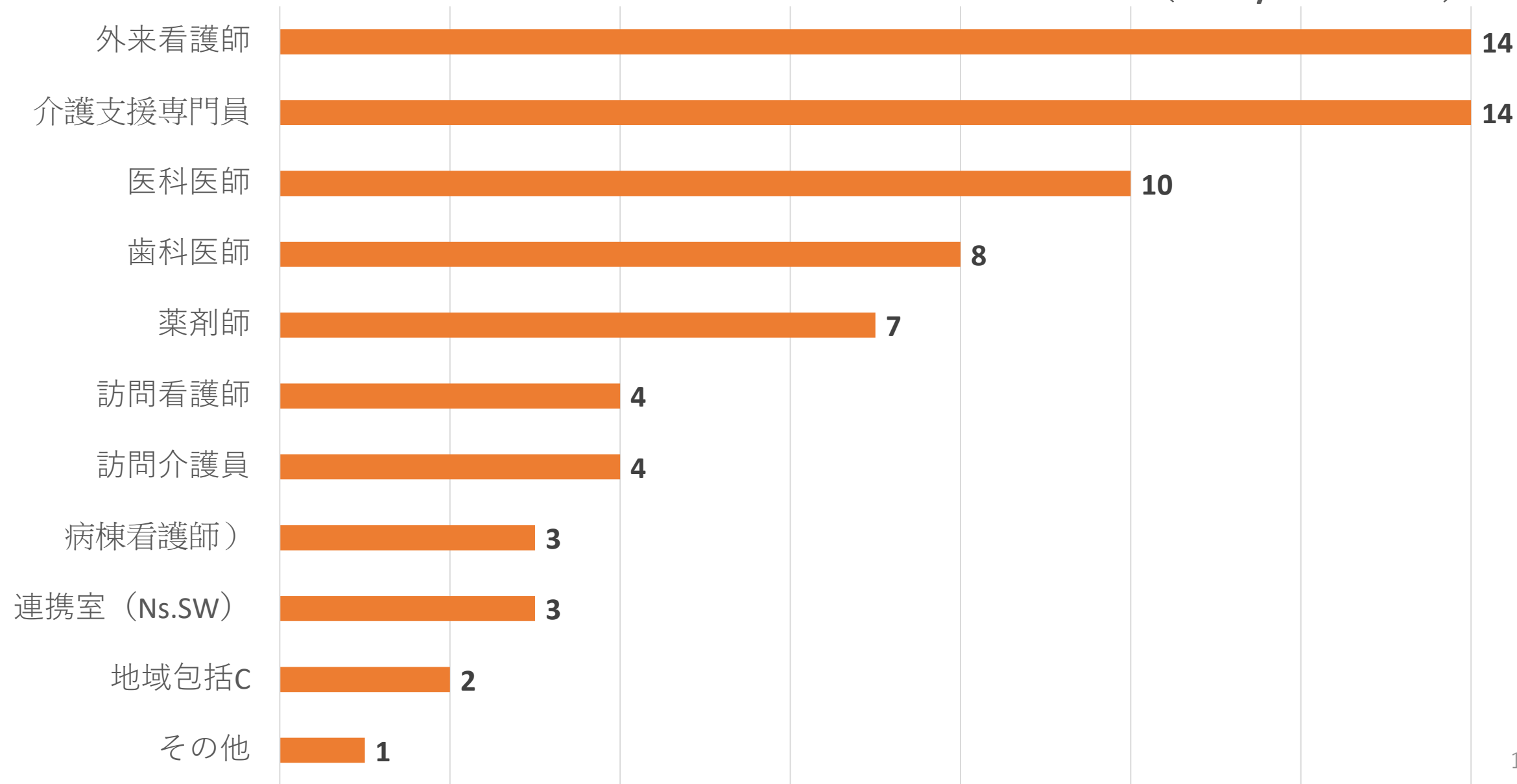
- 介護支援専門員** 今のところ必要性を感じない。電話連絡や訪問診療等に直接たずねている。  
クリニックなどSWがない病院は受付に電話のアポを取り提示された時間にDrに繋いで  
いただいている。  
最近では病院の窓口の方も認識あり。直接医療機関に連絡する。
- 介護員** 直接医師に連絡することがない。  
事前にアポをとることは誰に対しても必須である上、問い合わせについても折り返しの連  
絡を待つことになり医師の都合に合わせることで前提となっているため確認表の必要性を  
感じません。
- 訪問看護師** かかりつけ医に相談。
- 薬剤師** 開業間もないので、在宅にまで進んでいない。  
連携が取れている医師が多いため、電話やメールで連絡をしている。
- 外来看護師** 対象症例がなかった。
- 連携室Ns.SW** 連絡時に連携室を通して対応を確認しながら行っている。  
医師に相談する場面がない。

# 入退院時の情報共有の仕組み



# 入退院時の情報共有の仕組みを「知っている」が活用は「全くしていない」

(N=70/533 13%)

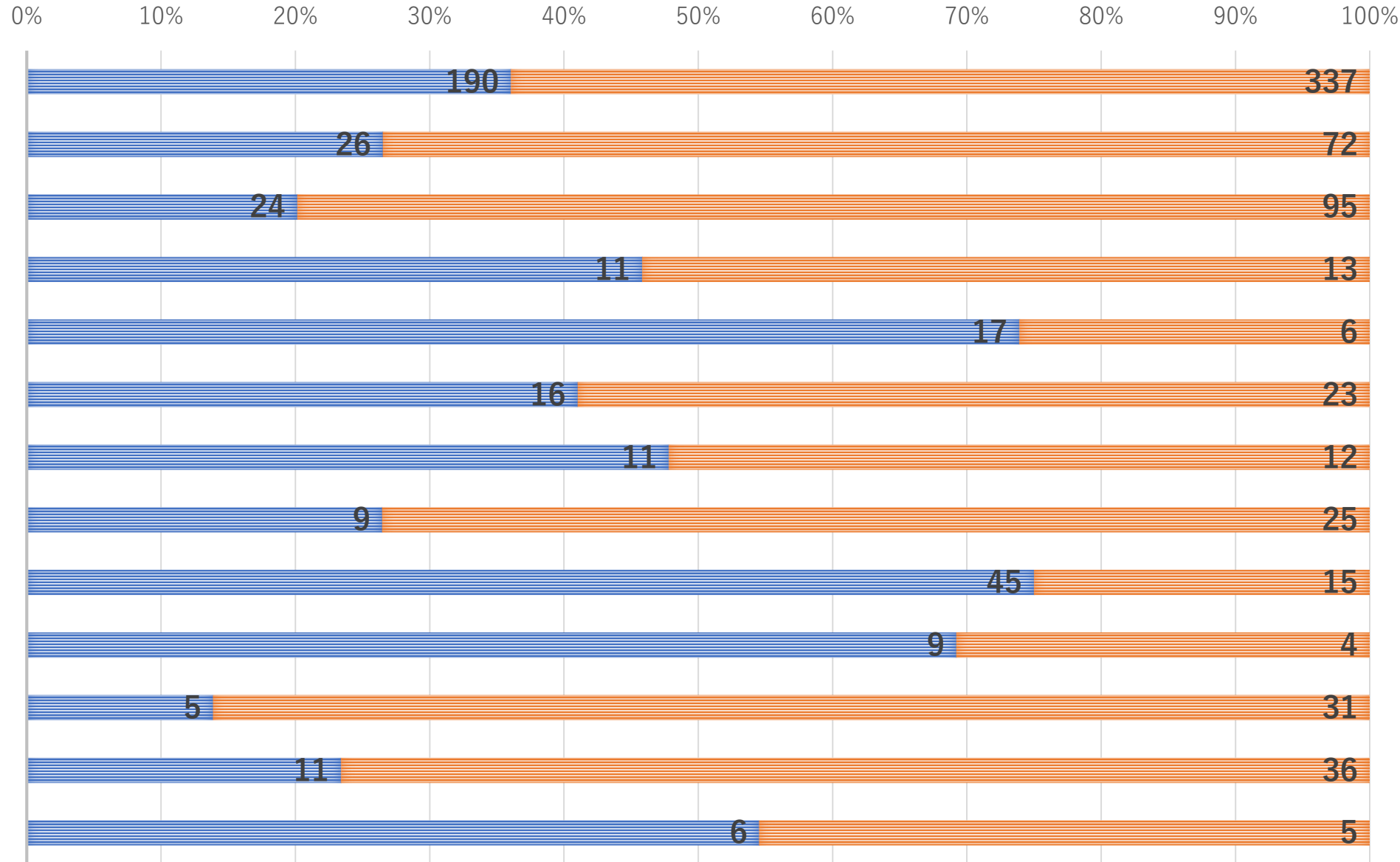


## 入退院時の情報共有の仕組みを「知っている」が活用は「全くしていない」理由など

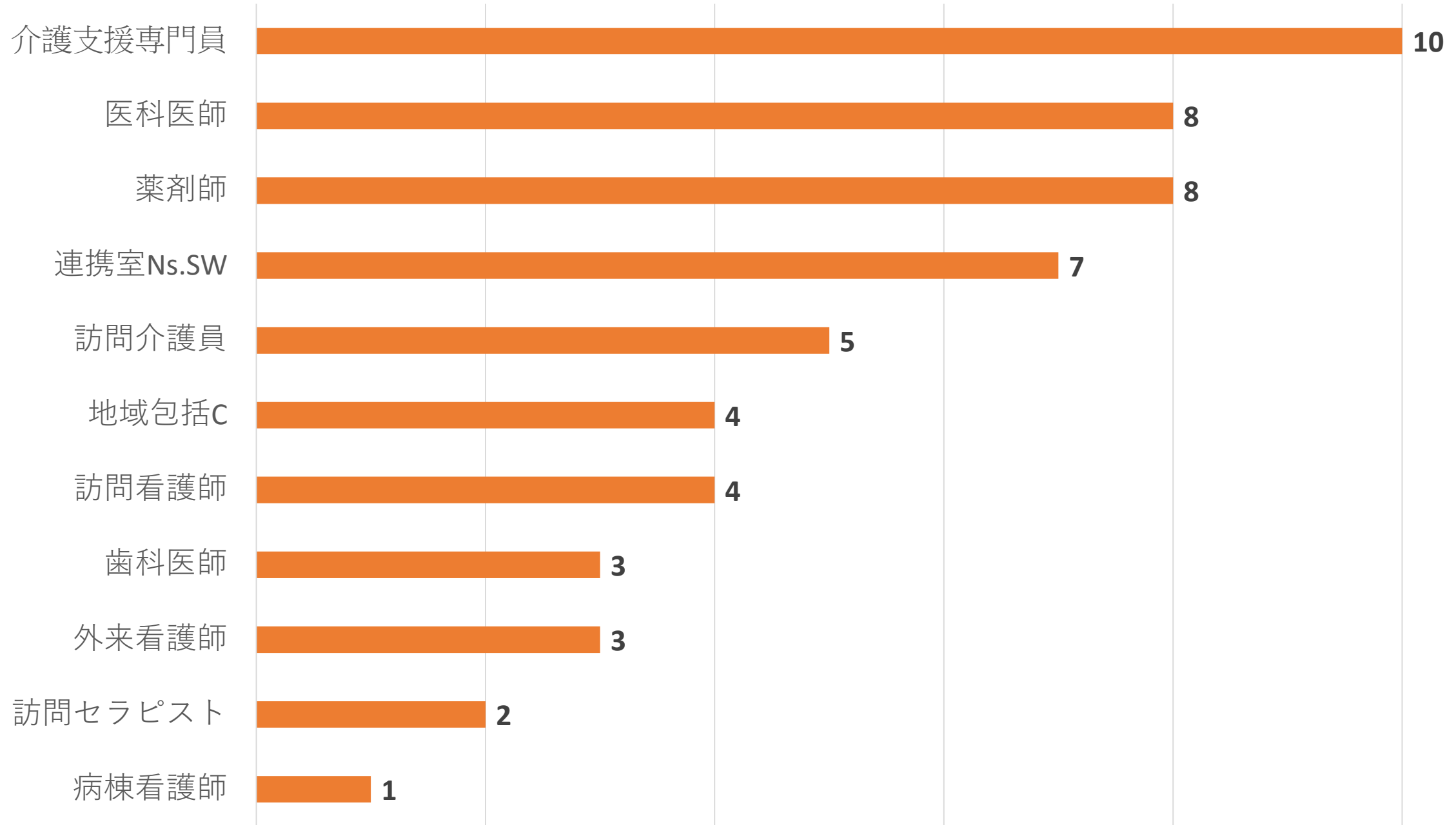
連携室Ns.SW	依頼を受けたことがない。以前、多職種連携研修会にて協議した
歯科医師	そのような状況になかった。歯科医院側が活用するという認識がない。在宅患者がいない。
介護員	必ずCMを通すため。現行の方法で困っていないから。CM,施設で調整。
介護支援専門員	新たなケアマネの入職があれば教える際に利用できる。 従来の方法で困ったことはないため、新たなツールとしては活用していない。
外来看護師	連携室が窓口であるため。外来で担当窓口は設けていない。 情報、知識としては知っているが直接関わらないので。 病棟から在宅への関連事業所などへの連携をされており、外来としては必要時、退院時の情報を確認している。
病棟看護師	コロナ禍となり、多職種連携の会へ参加ができず、共有のツールについての情報を把握できていない。
訪問看護師	必要時対応
薬剤師	病院から連絡がきたことがない。入退院時に薬局に情報が来ない。連携が取れる薬剤師がいるため、気になることは直接電話で連絡している。

# 入院先医療機関窓口一覧表

■ 知っている ■ 知らない



入院先医療機関窓口一覧表「知っている」が活用は「全くしていない」 (N=55/533 10%)



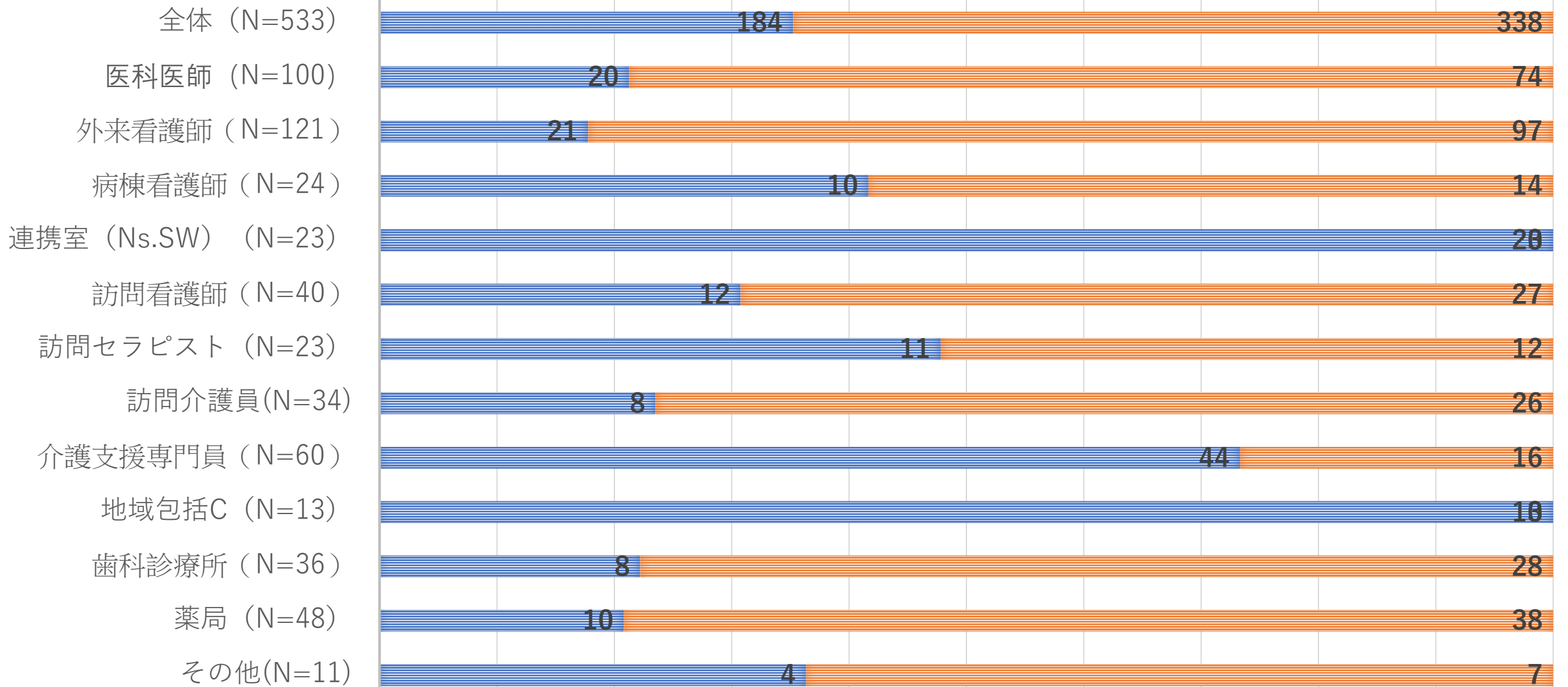
**入院先医療機関窓口一覧表を「知っている」が活用は「全くしていない」理由など**

<b>医科医師</b>	連絡する病院が限られており、番号は別に控えている。
<b>歯科医師</b>	そのような状況になかった。
<b>外来看護師</b>	当院が入院医療機関のため。
<b>連携室Ns.</b>	どの医療機関にも連携室があるため。
<b>訪問セラピスト</b>	退院に関わることはあるが入院に関わるものがほとんどない。
<b>介護支援専門員</b>	今のところ必要性を感じない。 入院してから連絡が入っていたので活用していなかった。
<b>介護員</b>	知っているCM,施設で調整。

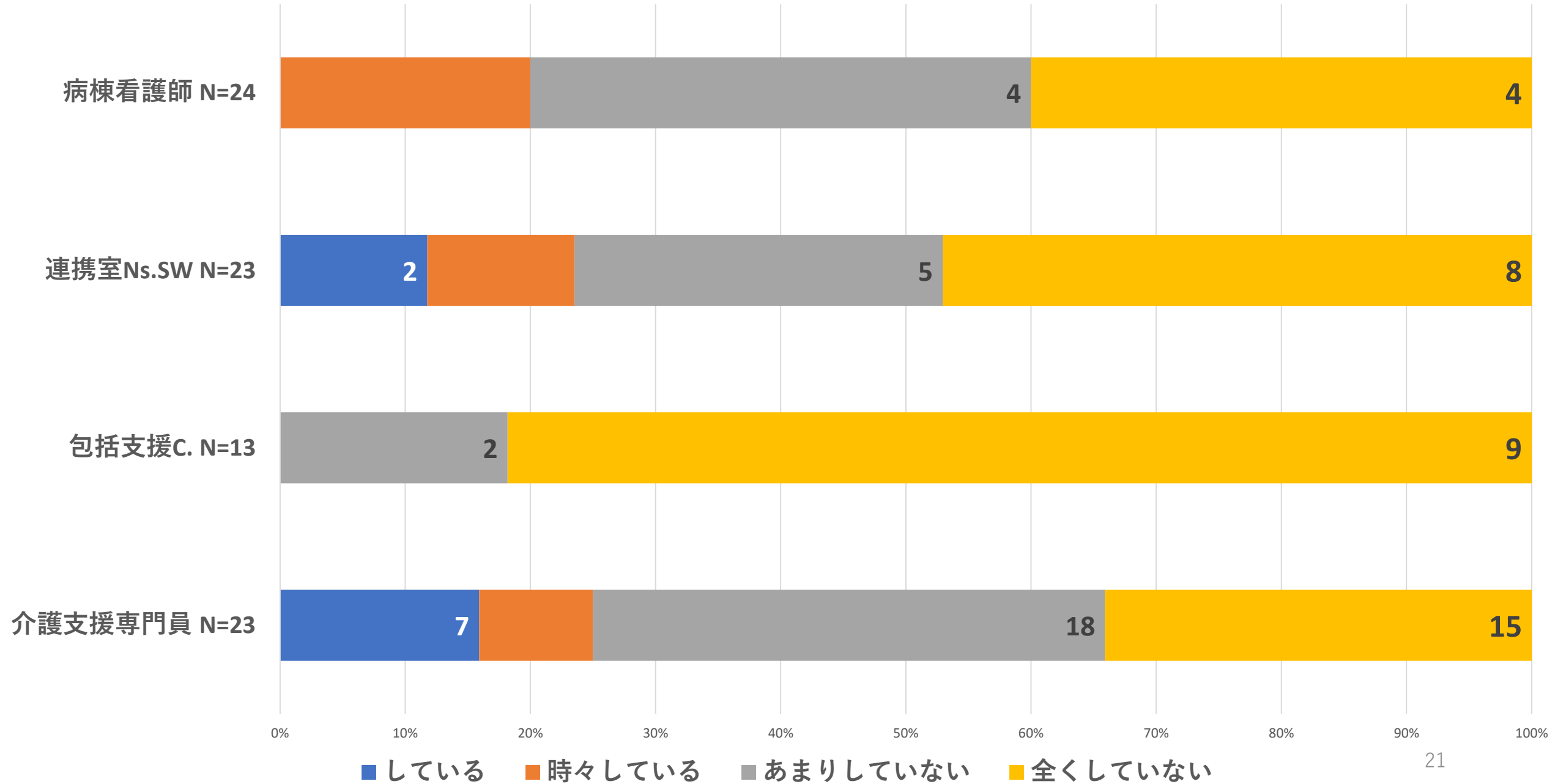
# 医療介護共有シート

■知っている ■知らない

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



# 共有シート「知っている」方の活用状況（主な関連職種）



## 医療介護共有シートの活用を「あまりしていない」「全くしていない」理由など

### 介護支援専門員

救急搬送の場合など、ケアマネジャーのアセスメント、フェイスシートを渡している。  
90%が福岡地区の病院のため連携シートは使っていない。  
以前から利用している書式をそのまま活用している。  
当事業所のアセスメントシートを利用している。  
事業所で使用している介護支援ソフト内にシートが準備されている。  
既に独自のフォーマットを活用している。  
介護ソフトにある入院時情報提供の書類を使用している。入力する手間暇がかかる。  
フェイスシートとプランを渡して口頭で説明するほうが時間もかからず、自分の伝えたいこと、相手の知りたいことを伝えることができる。  
利用者（患者）のことで知っておいて欲しい内容は個々で課題やニーズが異なるため、共通シートに落とし込むことはできない。  
ちなみにこのシートを使わないと加算が算定できないわけではない。  
何度か使用したことがあるが、共有シートでの返信が一度もないため、最近是利用していない。  
使わなくても、事足りている。  
医療から求められると基本情報などを渡していた。  
活用方法を把握出来ていない  
既存のシートを活用することが多い。

### 地域包括支援C.

### 訪問看護師 病棟看護師 連携室Ns.

電話で済ますことが多い。 余裕がない。  
共有シートの利用法について、連携会に参加できておらず活用できていない。これから活用予定。  
依頼なし。

### 病院外来看護師 無床外来看護師 医科医師

情報、知識としては知っているが直接関わらない。  
対象患者がない。  
共有シートを利用する状態の患者が当院に再診する事がほぼ無いため

【医療介護共有シート】 ケアプラン添付で関連加算が算定可能なことを知っていますか

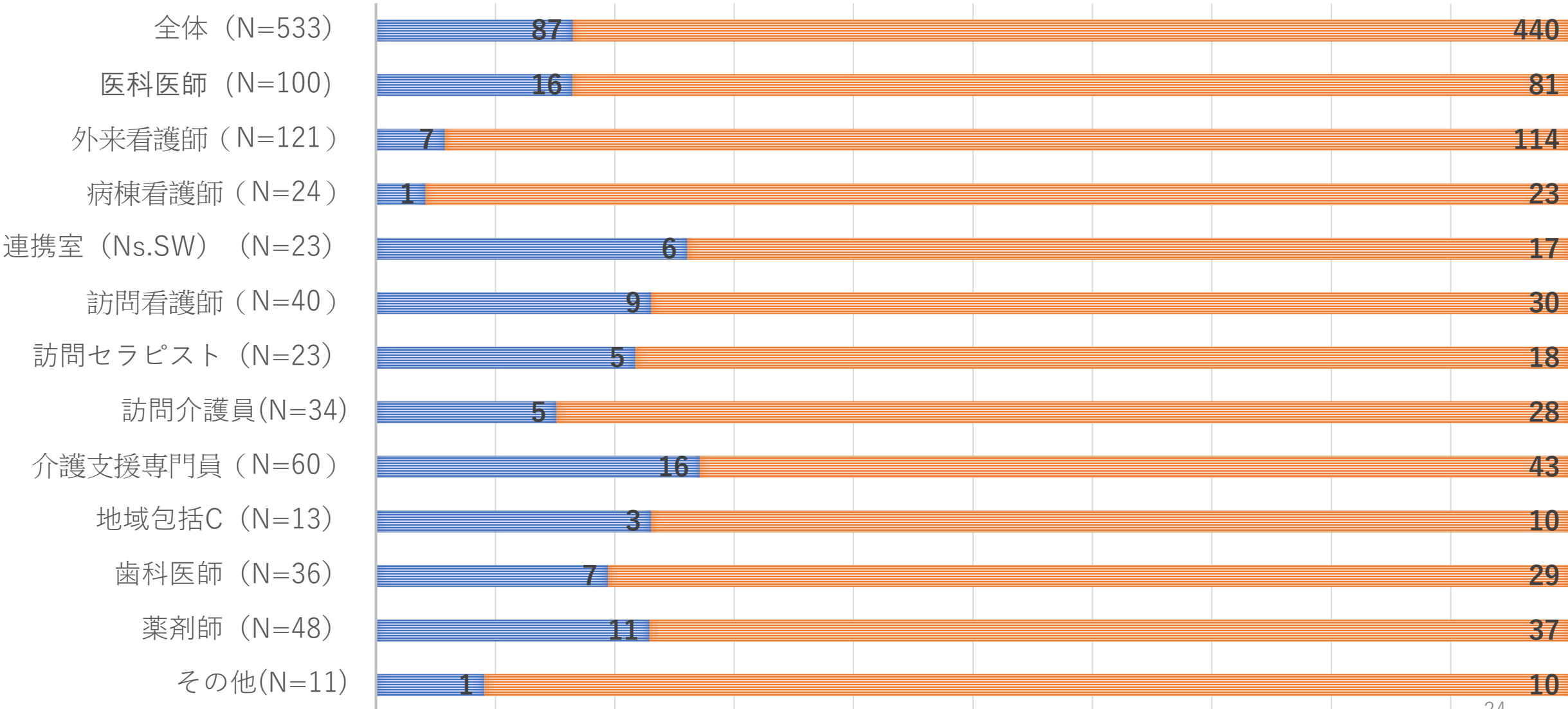
共有シートを知っている方

	加算について	
	知っている (人/%)	知らない
介護支援専門員	34人 80%	8人
地域包括支援センター	8人 61%	5人
連携室	14人 63%	8人
病棟看護師	2人 25%	6人
全体	105人 60%	69人

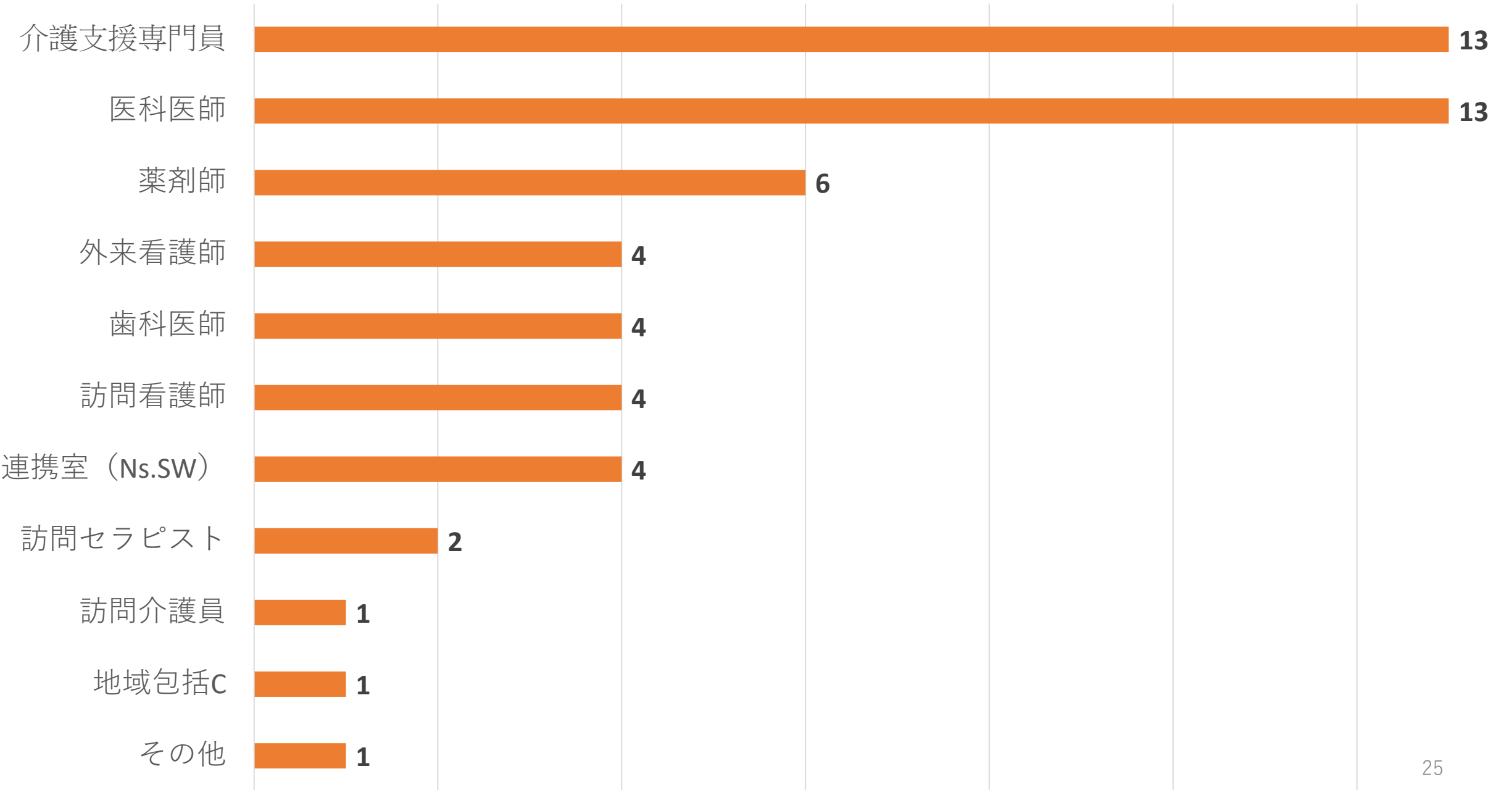
# 在宅医療や多職種連携について関係者への研修動画の貸出

■知っている ■知らない

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



研修動画の貸出について「知っている」が活用は「全くしていない」 (N=53/533 9.9%)



研修動画の貸出について「知っている」が活用は「全くしていない」理由など

**介護支援専門員** 視聴する時間的ゆとりがない。  
あるのは知っているが、よく確認していなかった。

**介護員** 今後利用させていただく予定。

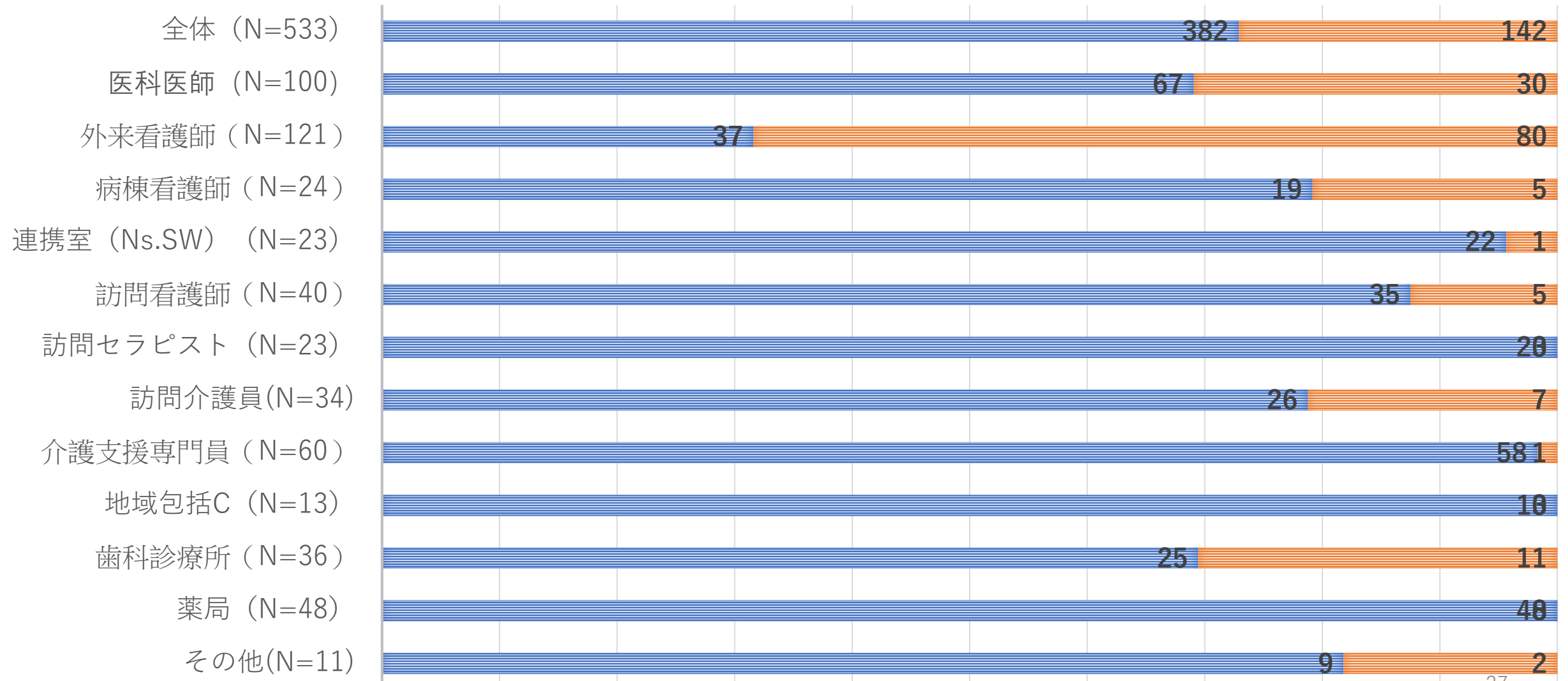
**外来看護師** 研修に参加したことがあるので。

**薬剤師** 現在在宅をしている患者がいないため。  
多職種連携の研修会に参加した折に分からない事は色々教えて頂くため。

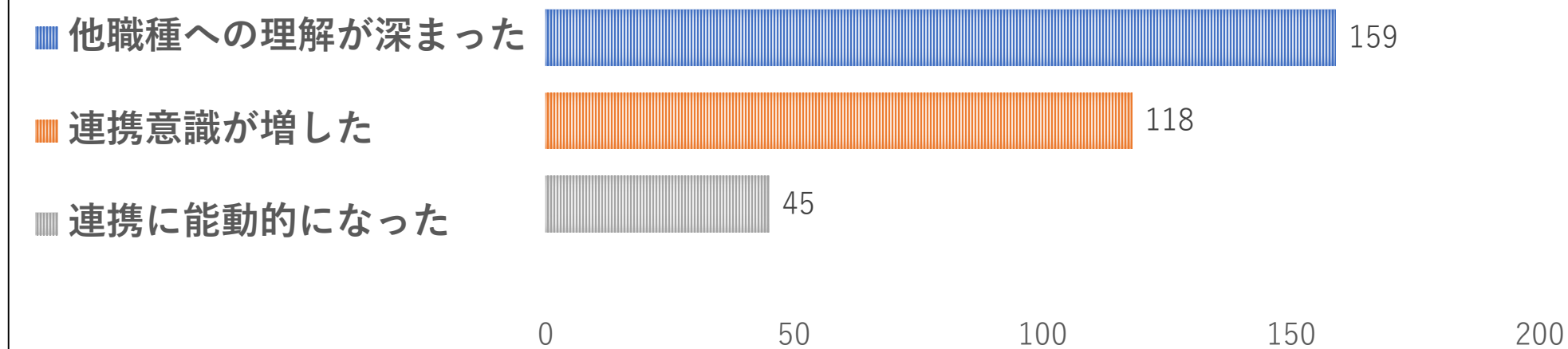
# 多職種多機関連携研修会

■知っている ■知らない

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



## 【多職種多機関連携研修会】参加後の変化（複数回答あり）



(回答数が多かった職種順)

### 他職種への理解が増した

介護支援専門員30 薬剤師22 医科医師17 訪問看護師16 訪問セラピスト15 連携室Ns.SW 14 外来Ns.14  
歯科医師12 病棟Ns.6 訪問介護員6 包括支援C.6 その他4

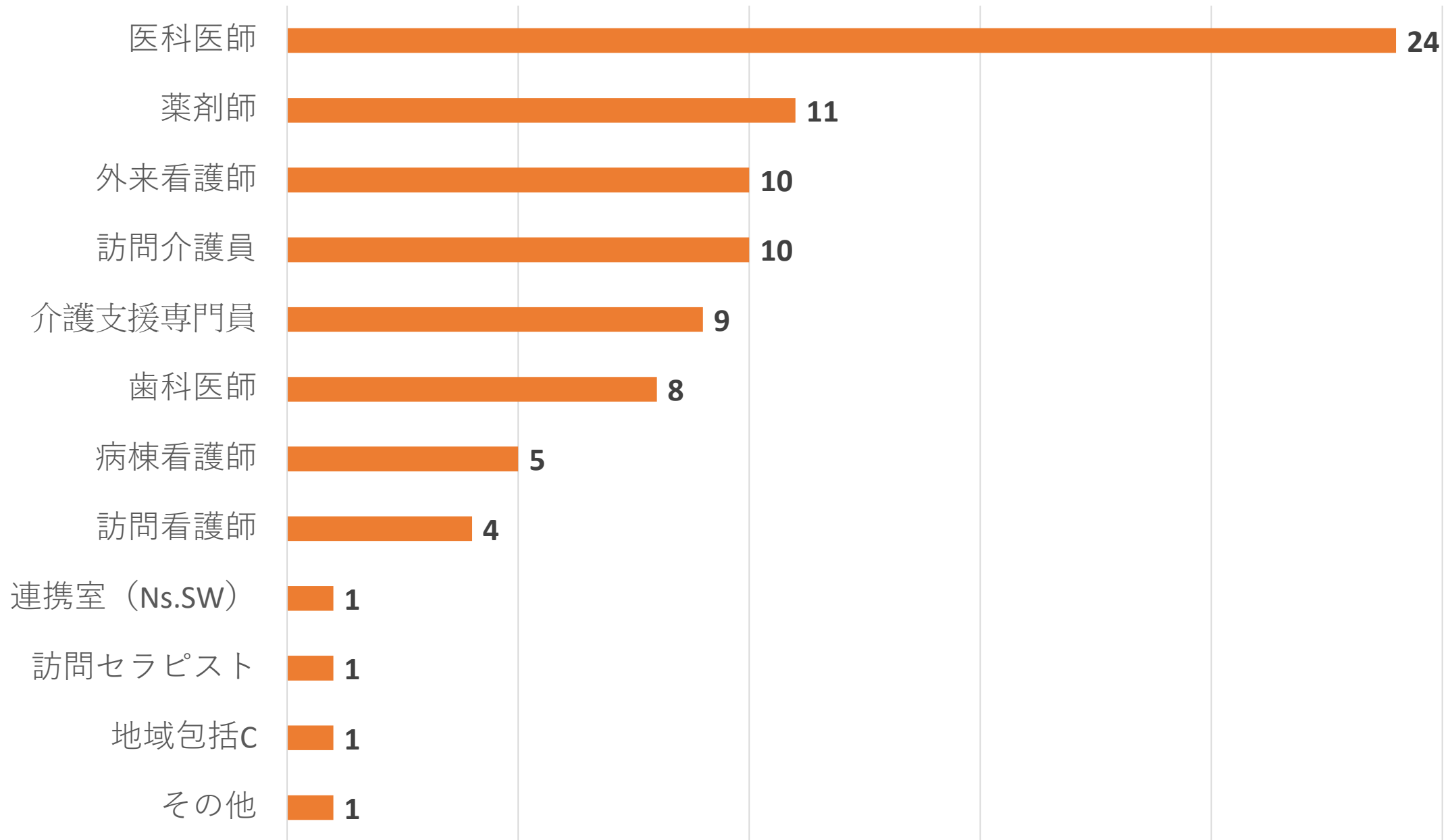
### 連携意識が増した

介護支援専門員21 薬剤師19 訪問セラピスト15 連携室Ns.SW13 訪問看護師11 訪問介護員9 歯科医師8  
包括支援C.7 医科医師6 その他5 外来Ns.3 病棟Ns.2

### 連携に能動的になった

介護支援専門員8 薬剤師7 訪問看護師6 歯科医師5 訪問セラピスト5 医科医師4 連携室Ns.SW3  
訪問介護員3 病棟NS.2 外来NS.2 包括支援C.1 その他1

# 多職種多機関連携研修会を「知っている」が活用は「全くしていない」



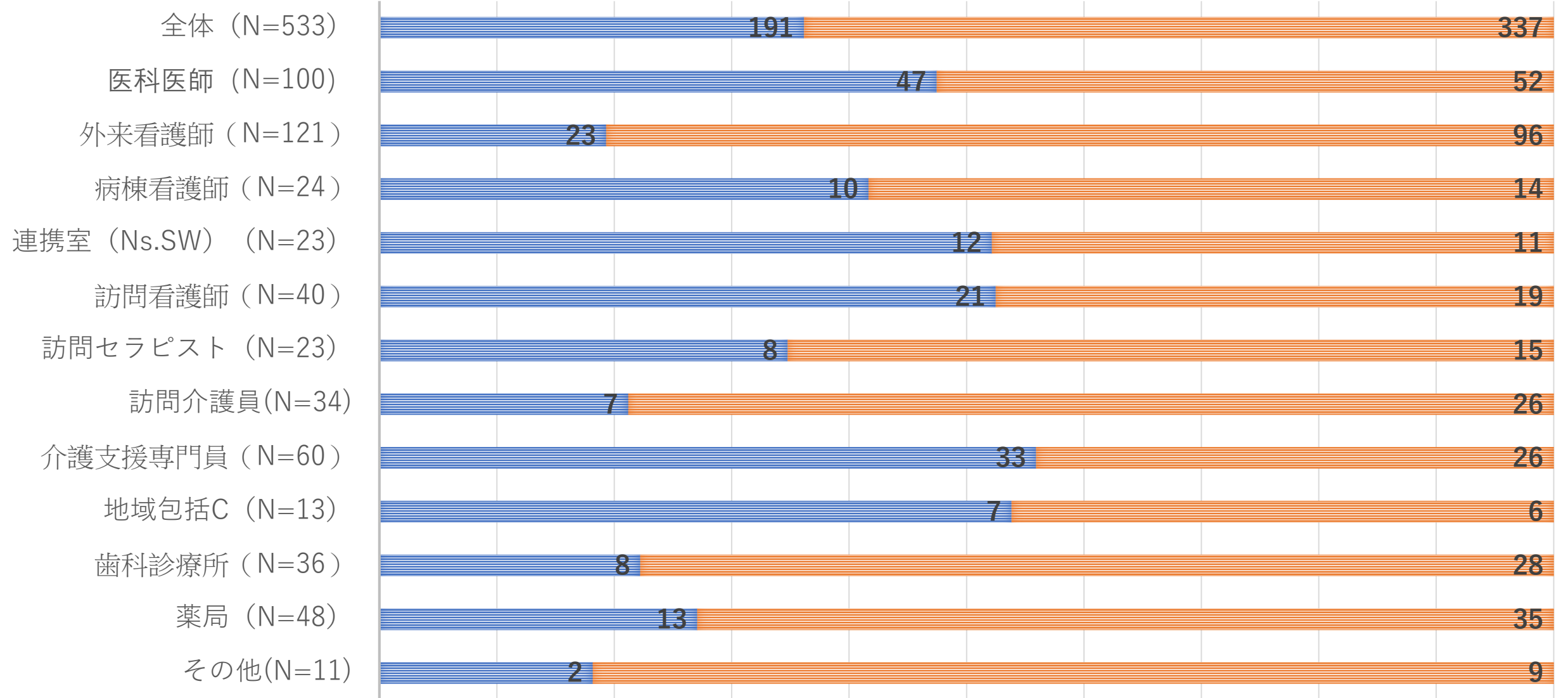
多職種多機関連携研修会を「知っている」が活用は「全くしていない」理由など

- 医科医師** 連携をする場面が少ない。  
開業間もないため、その他の事務作業に追われているため。  
今のところ必要性に駆られていないから。
- 介護員** 時間が取れない。
- 介護支援専門員** 日時などで参加の調整が難しいことが多いため。  
時間帯が遅く集まる必要性を感じない。  
zoomで日中なら積極的に参加したい。時間の都合がつかない為。平日夜間のため。  
夜の開催が多く時間の調整が難しいため。
- 外来看護師** 時間が合わない。対象患者がいなかった。
- 病棟看護師** 地域連携室から研修会の紹介があるため研修会が企画されていることは認識している。
- 薬剤師** 時間が確保できない。時間が合わず参加できない。  
参加したかったが、コロナ渦の対応で手いっぱいだった。

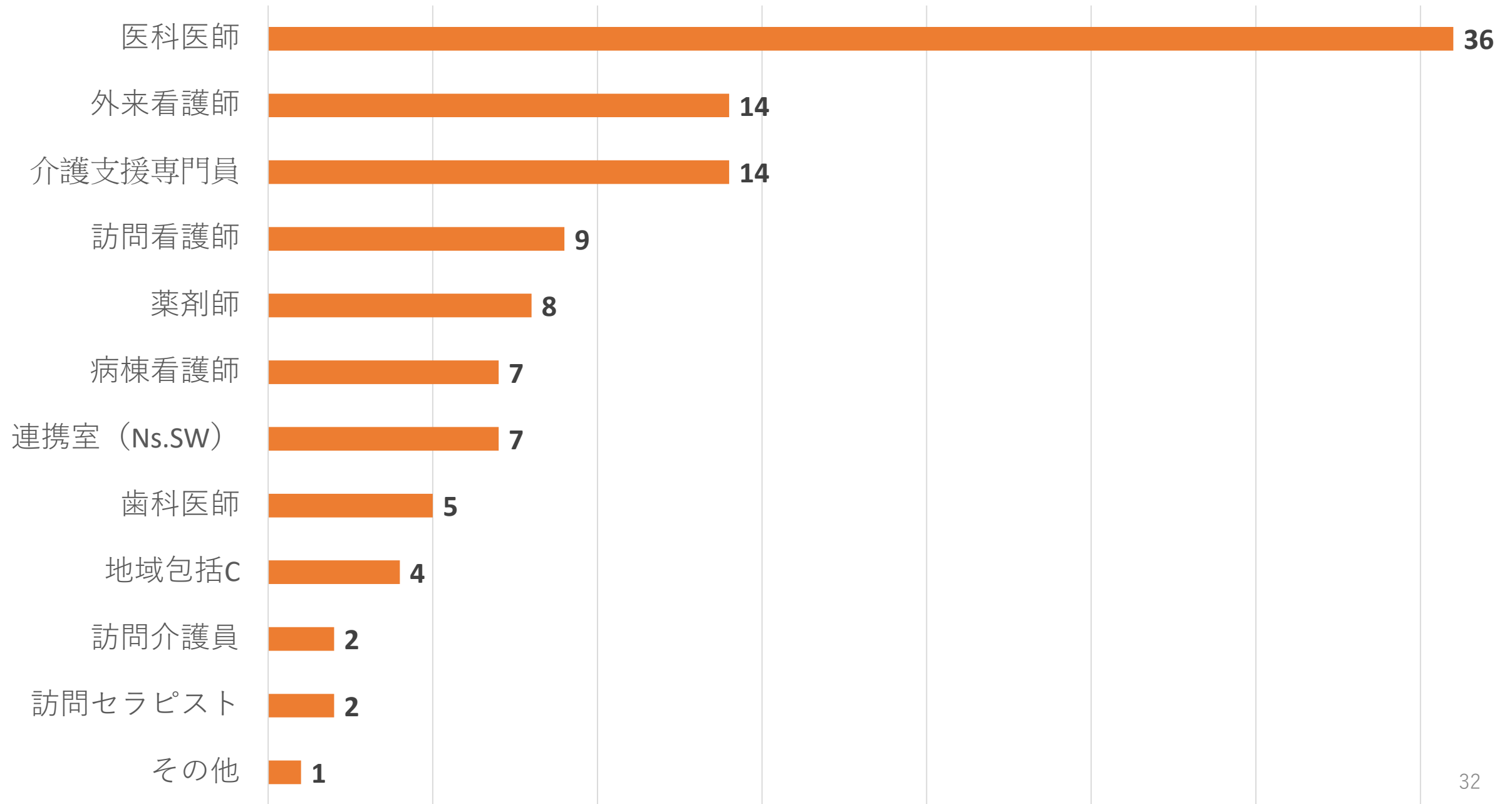
# とびうめネットSNS機能

■ 知っている ■ 知らない

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



# とびうめネット「知っている」が活用は「全くしていない」



## とびうめネットSNS機能を「知っている」が活用は「全くしていない」理由など

### 医科医師

入力が面倒。  
とびうめネット自体に加入していない。  
新型コロナウイルス感染症の対応で多忙なため。

### 介護支援専門員

患者さんがかかりつけ医に申込みをしないといけないので、その説明が大変。  
またかかりつけ医が登録していないことが大きな理由。  
福岡市のケアノートと重なる部分もあり、行政をまたいで仕事をしているケアマネとしてはそんなに複数のシステムを使いこなすのも厳しさがある。  
行政の縦割りが顕著に出ていると思う。もったいないと思う。  
また、MCS（メディカルケアステーション）というSNSもあり手軽に医療、介護連絡を取り合うには、こちらの方が使いやすい。  
どのような場面で活用していいのか分からない。  
個人のケアマネが発信しても良いのかわからない。

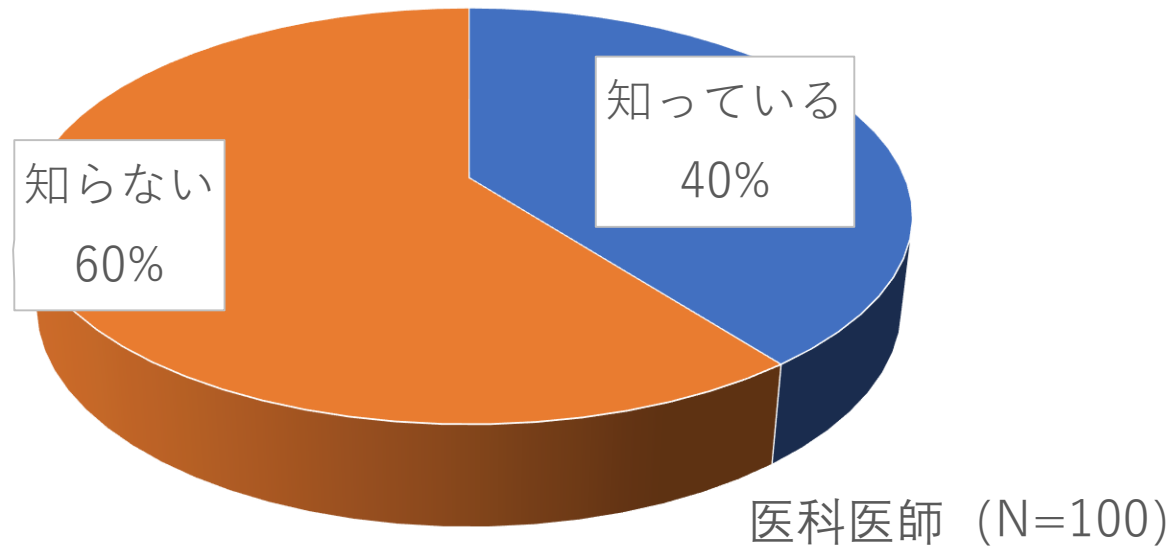
### 地域包括支援C.

法人がとびうめネットを取り入れていない。

### 外来看護師

対象症例が少ないため

# バックベッドシステム



## バックベッドの活用状況について

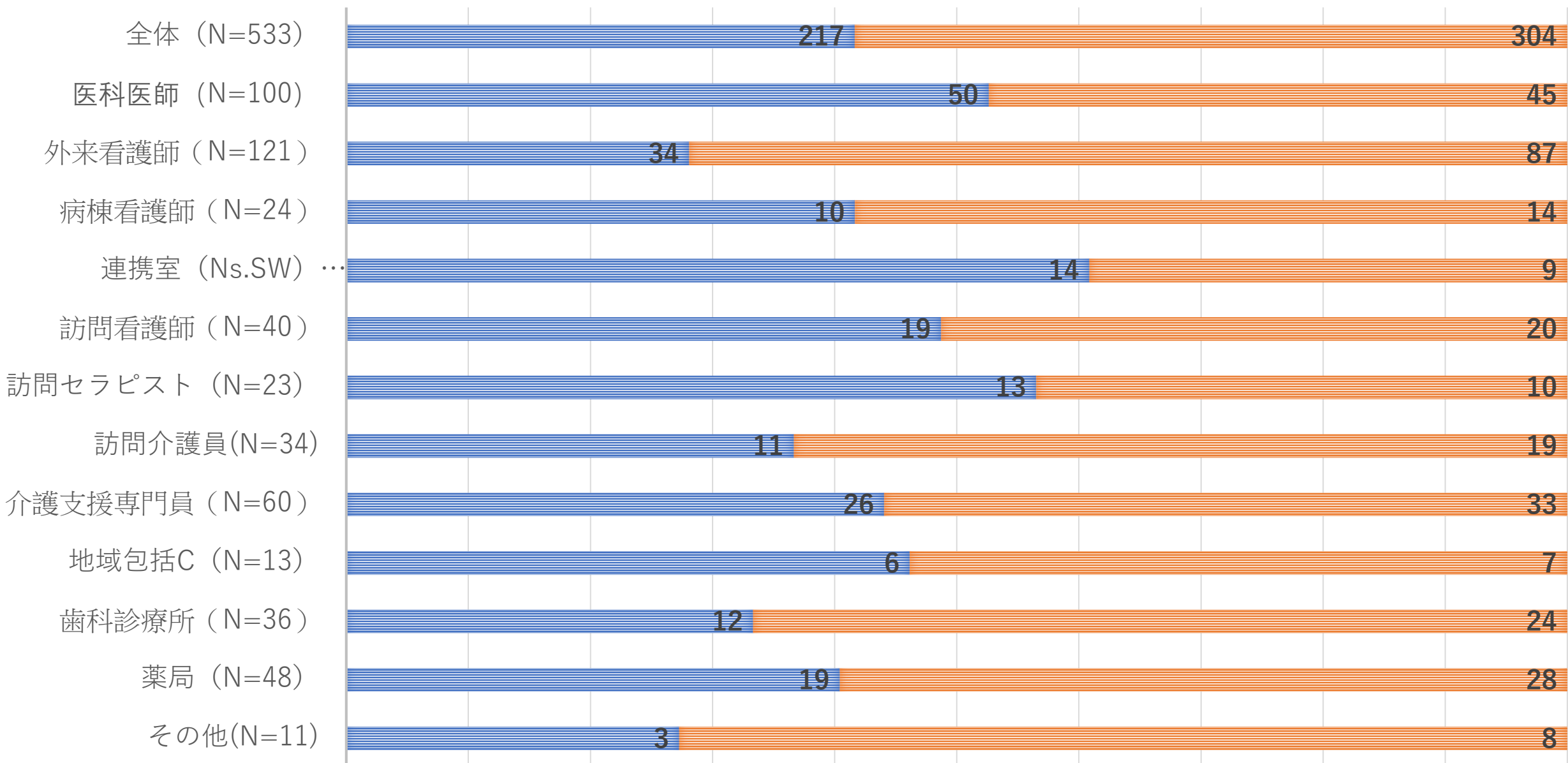
理由など

- ・レスパイト入院を検討している際に、患者・家族に提示するための情報として利用
- ・現時点では必要な場面に未だ遭遇していない
- ・バックベッドをあげているが入院の依頼が来たことがない

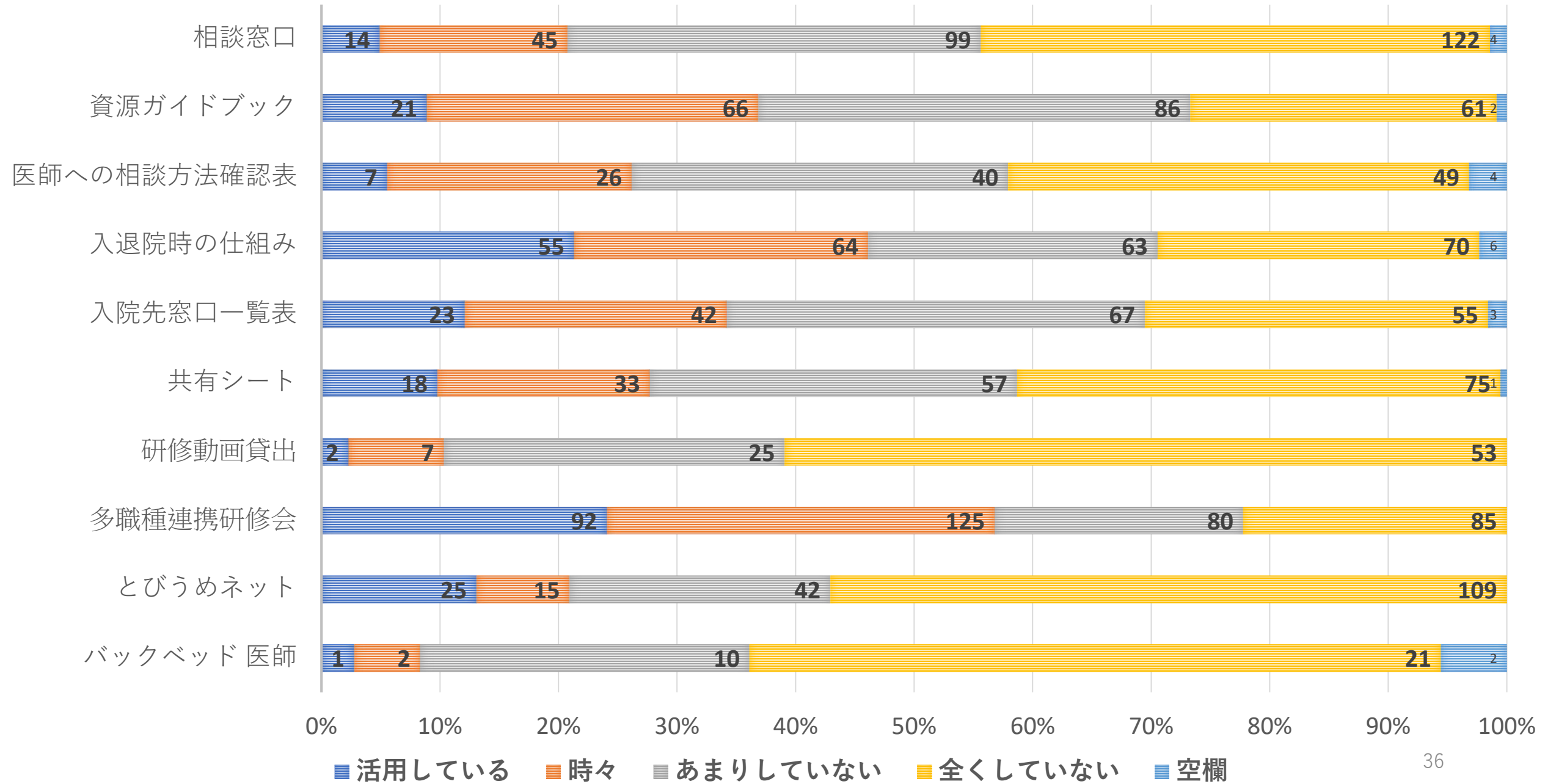
# 住民への普及啓発

■ 知っている ■ 知らない

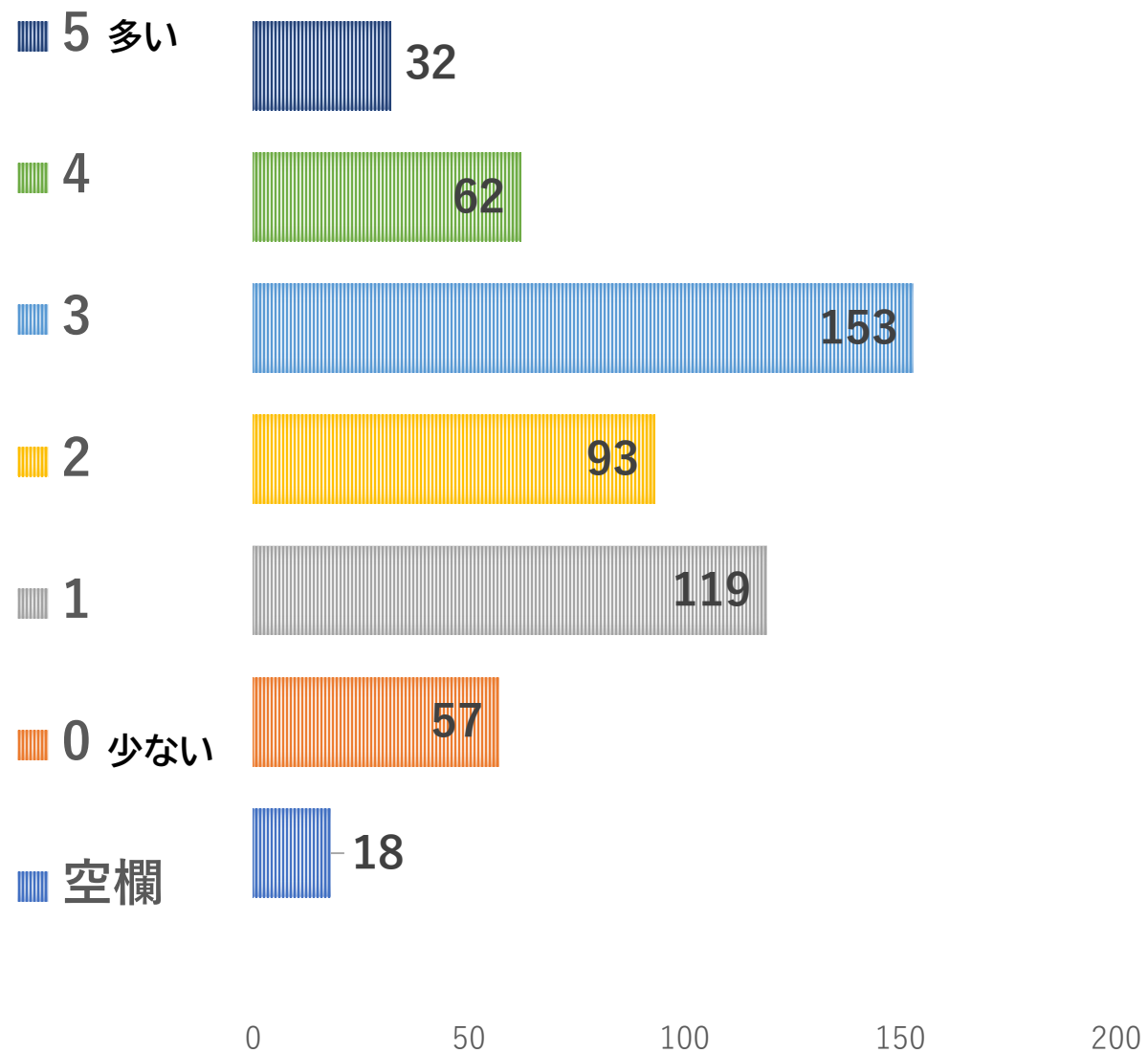
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



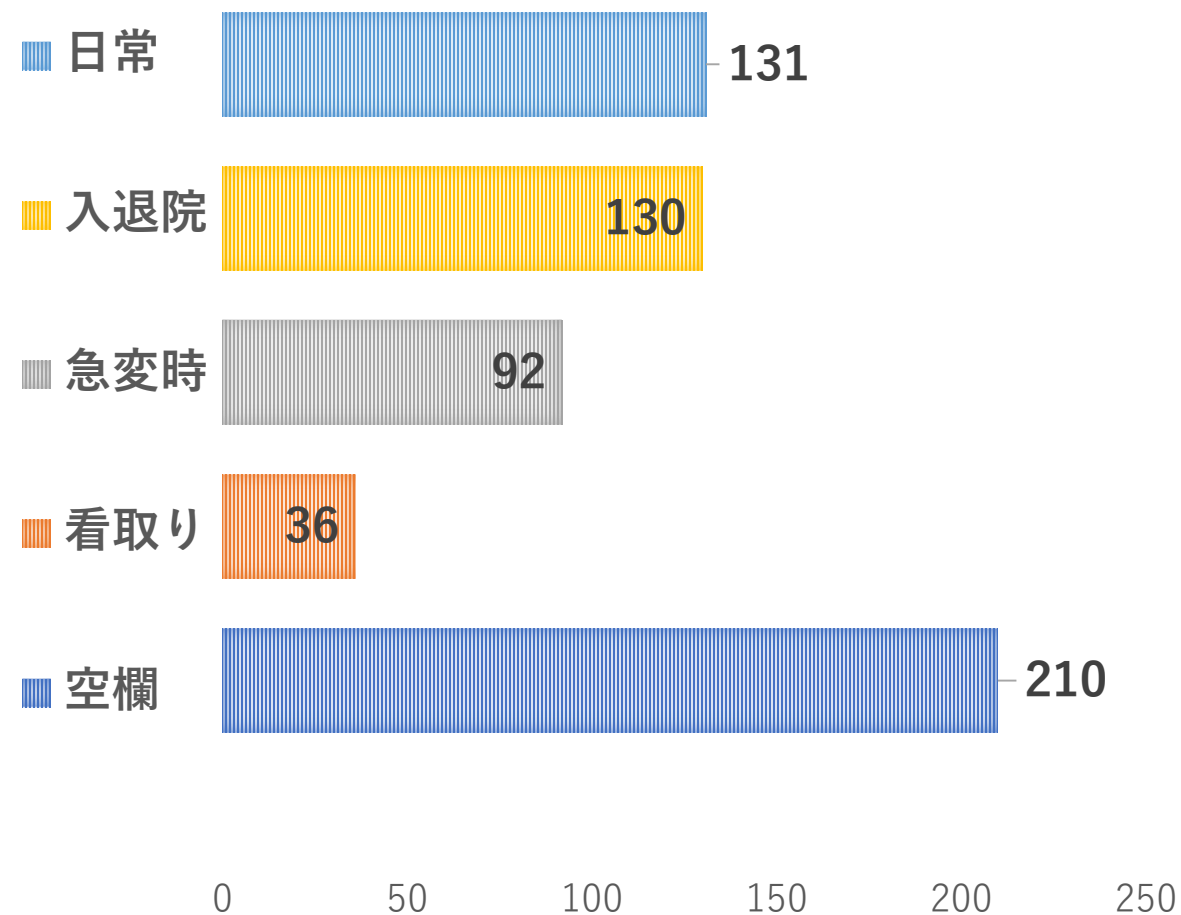
# 問1.の仕組み・ツール等について「知っている」と回答された方の活用状況



## 問2. 他職種との連携が図りづらいと感じることがありますか (N=533)



## 連携が図りづらいと感じる場面 (N=533)



## 医科医師 (N=100)

## 段階5 6人

当科は心不全領域において地域と連携を図るべく様々な取組みを行っているが実際は患者のやり取りをした事業所(特定の)として上手く連携出来ていない印象。お互いが同取組をしているのか特に医師には伝わっていないと感じる。この具体的な取組がというより全体のシステムの問題が多く感じている。

## 4 5人

看護師、介護士、医師で重視している点が多々ありコロナを理由として、対面で集まる機会が減少した。

情報共有が特に家族からのヒアリングを中心に差異があり、難儀している。

## 3 8人

"入院相談を受ける際に、一旦、他科受診の必要がある症例の相談がある。受け入れをすること自体は問題ないが、根本の、特に精神科領域の治療を行っているわけではないので、退院できなかったり、入退院をくり返すことになってしまうことがある。"

会って話をしたことがない 情報が儀礼的な文書で本質が見えない。

## 2以下 9人

"報告書が busyすぎて、変化があったところが分かりづらい。報告書はタイムリーに病状などの変化を反映したものではない。"

**外来看護師 (N=121)**

段階5 2人

4 4人 何か生じた時の窓口が不明確なところがありスムーズではない。  
遠回りであり、ややこしく思う事がある。  
具体的には思いつかないが全体的にそう感じる。

3 6人 独居老人、バルーン挿入中の対応策

2以下 6人

受診した際に担当ケアマネが分からない。  
クリニックなので他職種との情報交換の機会が少ない。  
1人暮らしで、家族とのかかわりの少ない人に関して、大丈夫なのか心配になることがある。  
(家の様子,etc. ?の管理)

**病棟看護師 (N=24)**

段階5 0人

4 4人 システムの統一があいまいな時がある。  
患者さんの地域での生活のことで、もう少し話せると良いと思う。

3 1人

2以下 1人

**連携室Ns.SW (N=23)**

段階5 0人

4 0人

3 1人 人による

2以下 4人 紙カルテなので日常の記録内容がなく、知らない情報が多々あると（当院の環境の問題ですが）主な連絡ツールが電話のみで担当者様不在時にストップしてしまう。逆に会議や面談中に連絡があった時に折り返しが多く大変に感じる。

**訪問看護師 (N=40)**

段階5 0人

4 2人

3 8人 特に訪問調剤薬局について、薬局による差が大きいと感じている  
利用者に関することで担当ケアマネに必要な報告や相談するも、その後の返答がないことがある。毎日の報告書に記載していることが伝わっていなかった時、利用者さんの療養の思いなどの情報（命にすぐには関わらない情報）をどう伝えていけばいいか迷った。

2以下 3人 毎日訪問診療の報告をしてくれる事業所がある中、状況が変わっている時や、事前に報告していても何も連絡して頂けない所がある。

精神面の理解をせずに対応し結果的に本人が孤独になってしまうことがあった。  
関わりが少ない相談支援が本人状況も分からないままに連携機関を終了する判断を後押ししてしまい自分ではその役割は当然できず結果として上記のようになってしまった

訪問セラピスト(N=23)

段階5 0人

4 1人

3 5人

診療内容の結果の共有（主治医へ状況報告してもその返しが無い）

ケアマネも同様に、報告後の返しが無いことがある。

服薬内容の変更の情報が十分でない。

多職種が介入している方で別事業所の職員がコロナウイルス陽性の方がいたが情報が回ってこなかった。

リハビリの進展状況で訪問介護職へ具体的な動作の方法のアドバイスなど連携の取りづらさを感じている。

多職種間において、総合的な視点での、目標や目的がきちんと共有できておらず、それぞれの職種での単発的な関わりと感ずることあり。"

2以下 0人

介護員(N=34)

段階5 1人

4 5人

病状に関して、医療と介護には温度差がある。訪問介護事業所には法的に対応できないことがあるが、それを知らずに医療機関の方が「対応できること」として助言済であることが度々あり、後からトラブルとなる。また、注視すべき容態についても認識に差異があるため戸惑うことが多い。特に精神疾患の利用者の状態が悪く、家族やまわりの支援者が困っているが、入院の相談など、医師に話しにくい。

3 1人

介護スタッフへの伝達や周知徹底がなかなか取れない

2以下 3人

**介護支援専門員 (N=60)**

<b>段階5</b>	<b>1人</b>	体調不良時の入院先を探すと際に、認知症もあり見つかりにくいことがある。
<b>4</b>	<b>3人</b>	入院退院時は連携はとりやすい。日常的な事になると聞きにくい。 担当のSWがないところがあり医事課が把握できないことが多い 介護サービス（医療系）利用の指示の際に具体的な事がわかりづらいときがある。
<b>3</b>	<b>6人</b>	必要な情報の違いを感じるため 利用者の生活機能の状態について、専門職としてのご意見を伺っている。 体調が悪い時のタイミングが夕方以降や土日祝の時、かかりつけ医との連絡等
<b>2以下</b>	<b>10人</b>	入退院時はスムーズになった 日常は具体的な内容をもらえないこともある 入退院時には医療関係者から情報を伺い把握する事がスムーズにできるが、通院のみされている方 に関しての状況や日常の様子を伝えたり、受診時の様子や薬の変更等の情報共有が難しいと感じる 事が時々ある。 電話連絡や文章等、それぞれの医療機関で連携が取りやすい方法を選択して対応している。 役割以上のことをされたり、担当ケアマネジャーが知らない間に話が進んでいる時等に連携がとり づらいと感じる。 医療系サービスを位置付ける際に主治医への相談が必要であり、先ず電話連絡を行い書類を送付し ている。その際、うまく伝わらずスムーズにやり取り出来ないことがある。 入退院時の連携以外でも主治医の意見をいただいたり、ケアプランを交付させていただきことを理 解していただけると助かる。 精神のデイケアや訪問看護 また、整形外科のクリニックでは医療系のサービス利用時に、医師の意見をお願いした2000~3000 円かかると言われ、ご家族に負担して頂いた。5表にコメントのみが返ってきた。 日常のちょっとした状態変化について医師に相談しても反応が悪いなど。

地域包括支援センター (N=13)

段階5 0人

4 0人

3 2人

かかりつけ医が無い場合の受診先をどうするか(緊急時)、介護認定を受けるだけの受診先をどうするか。

MSWが療養の様子を把握されておらず、事務手続きのみ行われ、支援→介護の引継ぎが上手くいかなかったケースがあった。

土日の入院調整(急に状態が悪化した救急車を呼ぶほどではない場合)

要支援の末期がんの方について事業所から家族に対して「区変をした方がよい」と助言され混乱したケースがあった。必ずしも「末期がん=区変」ではないことを知ってほしい。

かかりつけクリニックに状況確認や報告をする際のタイミングやどのように行えばよいか迷うことがある

2以下 2人

仕方ないと思うが…大きな病院は医師への照会文書等の回答に時間がかかること。以前に比べるとどの職種の方も連携や役割分担を意識されていると思う。

歯科医師 (N=36)

段階5 4人

4 4人

3 2人

2以下 3人

薬剤師 (N=48)

段階5 0人

4 5人

4場面すべて接点がない

私が薬局から足を出していない。薬局側の問題

3 1人

その他 (N=11)

段階5 1人

4 2人 口腔ケアに終わりはないと考えているが、看取りの時期に入ると歯科が外されることを経験して無力感に苛まれた。

入院中のケアに関しても同様に外されることがあった。

コロナもあり大変な中ではあるが、連携して患者さんに寄与できたらと考える。

最後まで患者さんに寄与できたのかと考えてしまう。

入院の連絡はあっても退院や転院の連絡がないことがある。枠を確保したままで経過が分からないと支障が出る

3 0人

2以下 1人

## 医科医師 (N=100)

段階5 5人

4 2人

3 3人

Dr.に連絡なしに病棟に入院してしまっている場合がある。  
入院相談を受ける際に、一旦、他科受診の必要がある症例の相談がある。受け入れをすること自体は問題ないが、根本の、特に精神科領域の治療を行っているわけではないので退院できなかったり、入退院をくり返すことになってしまうことがある。

2以下 2人

日常や急変時に感じることはほぼないので、選択肢から強いて選ばば。

## 外来看護師 (N=121)

段階5 1人

4 3人

3 5人

患者のケアマネが分からないなど。  
情報伝達が十分でなく、特に入院時前情報と状態像がかけ離れていることがある。  
必要な情報が欠如している場合がある。  
他院入院・退院後、当院受診時に情報が分かる時とそうでない時がある。  
転院先が決まらないことがある

2以下 5人

外来なので詳しくはないが、退院調整がたまに、スムーズに進まない場合があるように感じる。  
自宅退院される際、ADL低下やがん末期等で自宅での生活不安がある中、ACP確認や訪看、ヘルパー介入、家族の介護力などを確認調整しないまま訪問診療へ移行依頼をうけた際。

## 病棟看護師 (N=24)

段階5 0人

4 2人 退院調整を行う時、入院前にどのように過ごされていたかを知っている事で調整がスムーズになる

3 7人 相手先から頂いた情報と入院時の患者状況がくい違うことが多々ある

入院時ケアマネからの情報をスムーズに共有できるシステムがあればより良いと思う。

看取りケアに対する本人・家族の思いを尊重するため、他職種で集まれる機会が少ないと感じる  
(外部の訪看・ケアマネの場合)

転院先が決まらないことがある

2以下 5人

入院後に患者様の事で、紹介元の病院に確認したいことがあり連絡するも、なかなかスムーズにいかないことがあった。

入院中、本人・家族の意向を確認し退院先の調整をしているが、調整中家族の思いが変わり急遽調整を修正することもある。

他事業所の訪問NCへの申し送りの連絡不足などあり。(例、創処置など)

## 連携室Ns.SW (N=23)

段階5 0人

4 1人 タイムリーに正確な情報を共有することの難しさを入退院の場面が多く感じる。

本人状況から意思確認に至るまで情報誤差が生まれたり職種によって支援に対する視点の違いから他職種との連携が図りづらいと感じることがある。

3 1人

2以下 1人

## 訪問看護師 (N=40)

段階5	1人	ケアマネが相談や話し合いなく動く。
4	0人	
3	4人	病院からの情報提供が少ない。家族を通じてで、状況を把握しづらい。
2以下	4人	退院に向けた病院での指導。手技を確立できていない状況での退院があったりする。 (胃ろう注入・インスリンなど) 必要時は電話で報告や相談出来ている。 コロナで退院時カンファレンスへの出席が減少し、主治医と直接話す機会がなくなった。

## 訪問セラピスト (N=23)

段階5	0人	
4	0人	
3	3人	入院先への情報提供の手順がわかっていなかった点と退院時の情報を得る機会がなかった点。 最近コロナの影響にてなかなか退院カンファレンスに参加できていない。
2以下	8人	病院が主体となっているので、訪問リハビリに行っている患者様の様子は、CMや病院スタッフと共有できている。 サマリー等での情報提供が無い事がある。 退院時に利用者様の情報が不足していること等。

## 介護支援専門員 (N=60)

- 段階5 2人** 医療が強気に出てくる感じ。日常療養の場面でもそう思う。  
こちらから入院時に連絡しても退院、転院時に全く連絡もらえない（他もあるが〇〇病院は毎回）  
医療対応だからなのか？細めな連絡はもらえない。  
Dr.Ns.の主張が強くと相談しにくい。
- 4 1人** コロナ禍で退院時のカンファレンスに参加できることは殆ど無く、入院中の本人の様子が知れない。  
入院して本人が混乱したりレベル低下につながるケースが多い。  
家族もほとんど面会出来ず会わないので本人と関われない。
- 3 8人** 必要な情報の違いを感じるため  
主治医と家族との間で退院日が決まり、本人の状況把握やサービス調整をする時間がないうちに退院してしまうことがある。  
コロナ禍で退院前の状態確認ができにくい。  
病棟でのケアと退院後のケアに差があったりしてしまう。  
退院時に状態が分かることがほとんどになった。"  
ご本人ご家族、病院より連絡がないうちに入退院されていることがある（初めての入院ではないが）
- 2以下 5人** 入退院の連絡がない時がある。  
入院時に情報（基本情報・ケアプラン等）を交付（訪問）しても退院時の連絡がないこともある。  
病院によって異なるが、連携はしやすくなっていると感じる。  
精神のデイケアや訪問看護。

**入退院時****他職種との連携が図りづらいと感じることがある場面の具体的状況** (職種、段階5~2以下別 内訳)**介護員 (N=34)**

<b>段階5</b>	<b>1人</b>	ケアマネからの報告しか状況がわからない。
<b>4</b>	<b>1人</b>	
<b>3</b>	<b>1人</b>	家族の希望と病院の方針が違う時。
<b>2以下</b>	<b>3人</b>	急な退院時にサービス開始や状態の変化等の情報が少ない時があり対応に苦慮する場面がある 退院前に面談の機会があればと思うことがある。

**歯科医師 (N=36)**

<b>段階5</b>	<b>3人</b>	入院先を知らされない。歯科が介入継続出来る場合でもつながらない。 通院していた患者の入退院に関する情報源は家族からのみであるため、専門的な医療・介護情報が不足している。
<b>4</b>	<b>2人</b>	在宅での歯科の関わりが患者様の食事形態の改善等に影響を与えられることもあるので。
<b>3</b>	<b>4人</b>	リアルタイムでは知らない。 在宅訪問した際に、ご家族から入院した旨を告げられることがあった。ご家族はケアマネさんが連絡してくれていると思っていた様子だった。
<b>2以下</b>	<b>1人</b>	治療途中で入院。

**地域包括C (N=13)**

<b>段階5</b>	<b>0人</b>	<b>段階4</b>	<b>1人</b>	<b>段階3</b>	<b>2人</b>	<b>段階2以下</b>	<b>2人</b>
------------	-----------	------------	-----------	------------	-----------	--------------	-----------

## 薬剤師 (N=48)

段階5 2人

薬剤師は必要ないと思われると感じる。

4 8人

カンファレンスがあったことが後日に連絡がある状況。  
医療機関により入退院の連絡がない。

4場面すべて接点がない。

ケアマネさんから入退院の連絡が入ることがほぼ無く、大野城の包括さんから頂いたのみ。頂いた際はとても助かった。

入退院については予定日に定期処方来ず、往診医に電話して初めて判明することが多い。  
ケアマネさんから薬局に対して積極的に連絡いただくことは少ないように思う。

お薬については薬局ではなく、処方元の病院やクリニックに連絡が入っているのではないかと。  
入退院に限らず、情報共有についてはケアマネさん次第で大きく異なるため、とてもよく情報共有してくださる方と、全く音沙汰無しの方がおられると思う。

3 5人

入退院を知らないケースが多い。

永眠されたことを知らないことが多い…など。

入院時においては緊急であることが多いため、事後でお伺いすることが多いです。

2以下 5人

入院されたことが分からない時がある。

入退院の連絡が来る施設と来ない施設がある。連絡が来ない施設の場合、こちらからの問合せで入院、退院が判明することが少なくない。

## その他(N=11)

段階5 1人

- |     |    |   |
|-----|----|---|
| 4   | 2人 | 入院中のケアに関して歯科が外されることがあった。コロナもあり大変な中ではあるが、連携して患者さんに寄与できたらと考える。<br>入院の連絡はあっても退院や転院の連絡がないことがある。枠を確保したままで経過が分からないと支障が出る。 |
| 3   | 2人 | コロナにより面会が制限されている為利用者の状況が確認しにくい。<br>SWとも電話だけでは伝わりにくいこともある。<br>入退院後の連絡の取り方とタイミング。                                     |
| 2以下 | 1人 | 退院時：コロナ禍で退院時共同指導が実施されず、情報量が減少したこと。  |

## 他職種との連携が図りづらいと感じることがある場面の具体的状況 (職種、段階5~2以下別 内訳)

## 医科医師 (N=100)

段階5	3人	
4	1人	外傷などの急変時に対応が困る。
3	6人	急変や看取りの際訪問看護師や介護職との認識の乖離。
2以下	4人	緊急の入院が決まりにくい時。

## 外来看護師 (N=121)

段階5	1人	
4	1人	
3	4人	
2以下	4人	受け入れ先が決まらないときがあった。

## 病棟看護師 (N=24)

段階5	0人
4	0人
3	3人
2以下	0人

## 連携室Ns.SW (N=23)

段階5	0人	
4	0人	
3	1人	時間外であったり、担当者が不在の時等。
2以下	1人	病棟で知らない間に転院してしまうことや、言っても連絡が来ないことがあった。

**急変時****他職種との連携が図りづらいと感じることがある場面の具体的状況**（職種、段階5~2以下別 内訳）**訪問看護師（N=40）**

段階5 0人

4 1人 情報共有 ・他職種がケア中に状態の変化に気づかないことが時折あり

3 4人 家族と医師、家族とヘルパーとの情報共有が決まり、ツールがないのでその都度確認している  
搬送先を決める時、こちら側に対応の決定を求められ、判断が難しいと感じた。

2以下 2人

**訪問セラピスト（N=23）**

段階5 0人

4 0人

3 2人 日常の療養やリハビリの状況などは、担会やリハビリ会議、電話連絡などで共有できているが、  
急変時や緊急時の時は、情報が複数あったり、時間差が生じるなど連携が図りづらい時がある。

2以下 2人 施設の中で訪問離看護・リハビリを実施しているため、情報共有はできていると感じる。

**介護員（N=34）**

段階5 0人

4 2人

3 2人

2以下 3人 訪問時に意識がない時や救急車要請の判断等。  
休日は、ケアマネさんがお休みで連絡が取れない。

## 介護支援専門員 (N=60)

段階5	1人	体調不良時の入院先を探すと際に認知症もあり見つかりにくいことがある。
4	1人	
3	4人	体調が悪い時のタイミングが夕方以降や土日祝の時、かかりつけ医との連絡等
2以下	4人	窓口の担当者が不在の時 かかりつけ医がいても時間外の対応等に困る事がある。 病院の窓口対応により、連携を図りづらいと感じることがある。

## 地域包括C (N=13)

段階5	0人
4	0人
3	0人
2以下	2人

## 歯科医師 (N=36)

段階5	1人
4	0人
3	0人
2以下	1人

## 薬剤師 (N=48)

段階5 2人

4 6人 4場面すべて接点がない

3 6人 入退院時は担当の方と連絡すると状況が分かる

服薬を任せるにあたり急変や看取りの時、担当者がどの様に関わっているか？どの程度の関わりなのか分かり難い。また、ケアマネさんが状況を知り得ていない時がある。

連絡をどの様にしたらいいか迷っていてケアマネに頼れないことがある。

2以下 7人

救急で入院された場合に連絡が遅れることがある。※入院されているのに定期薬の配薬に行ってもそこで知らされる… (最近減ってきている)

連絡がこないことがある。

経過の説明がないことがある。

状況が把握しにくい場面がある。

急変のため連絡に時差がある。

スケジュールが詰まっていたりすると変更出来ない場合

急変時にすぐ連絡が入る事が少ない為

## その他 (N=11)

段階5 0人

4 0人

3 2人

2以下 2人

急変時・看取り：方針も決まっておき、情報共有しているにもかかわらず、方針とは異なった対応をされた時

**医科医師（N=100）**

**段階5 2人** 当科は心不全領域において地域と連携を図るべく様々な取組みを行っていますが実際は患者のやり取りをした事業所（特定の）として上手く連携出来ていない印象です。お互いが同取組をしているのか特に医師には伝わっていないと感じます。この具体的な取組がというより全体のシステムの問題が多く感じています。

**4 0人**

**3 3人** 看取りのやり方の相談をしてない。

**2以下 1人** 看取りできていないため

**外来看護師（N=121）**

**段階5 0人**

**4 1人** グループ内の施設側は看取りと思っていても、Dr.から家族に病状報告した際に急に「入院させてほしい」と言われる場合がある

**3 0人**

**2以下 2人**

**病棟看護師（N=24）**

**段階5 0人**

**4 0人**

**3 1人** 看取りケアに対する本人・家族の思いを尊重するため、他職種で集まれる機会が少ないと感じる（外部の訪看・ケマネの場合）

**2以下 0人**

他職種との連携が図りづらいと感じることがある場面の具体的状況	(職種、段階5~2以下別 内訳)
--------------------------------	------------------

## 訪問看護師 (N=40)

段階5 0人

4 1人

3 3人

2以下 1人

情報共有 ・ 他職種がケア中に状態の変化に気づかないことが時折あり。  
 家族と医師、家族とヘルパーとの情報共有が決まり、ツールがないのでその都度確認している。

## 訪問セラピスト (N=23)

段階5 0人

4 0人

3 0人

2以下 1人

施設の中で訪問看護・リハビリを実施しているため、情報共有はできていると感じる。

## 介護員 (N=34)

段階5 0人

4 1人

3 1人

2以下 0人

医療が中心の対応になるため、ヘルパーとしての役割が受け身になってしまう。

## 介護支援専門員 (N=60)

段階5	1人	医療対応だからなのか？細めな連絡はもらえない。Dr.Ns.の主張が強く相談しにくい。
4	0人	
3	0人	
2以下	1人	

## 地域包括C (N=13)

段階5	0人	訪問診療や訪問看護からの情報提供によって動きやすくなっている。
4	0人	
3	0人	
2以下	1人	

## 連携室Ns.SW (N=23)

段階5	0人
4	0人
3	1人
2以下	0人

## 歯科医師 (N=36)

段階5	0人
4	0人
3	0人
2以下	1人

## 薬剤師 (N=48)

段階5	1人	薬局には連絡がこない。連絡が来たとしても患者が亡くなった後が多い。
4	3人	4場面すべて接点がない。
3	4人	永眠されたことを知らないことが多い…など。
2以下	0人	

## その他(N=11)

段階5	0人	
4	2人	口腔ケアに終わりはないと考えているが、看取りの時期に入ると歯科が外されることを経験して無力感に苛まれました。コロナもあり大変な中ではあるが、連携して患者さんに寄与できたらと考える。 看取りにさしかかる頃に歯科は外されることを幾度か経験した。最後まで患者さんに寄与できたのかと考えてしまう。
3	1人	
2以下	1人	急変時・看取り：方針も決まっておき、情報共有しているにもかかわらず、方針とは異なった対応をされた時。

## 場面の選択なし

### 他職種との連携が図りづらいと感じることがある場面の具体的状況 (職種、段階5~2以下別 内訳)

**医科医師 50人** 紹介状なしの受診。  
特に感じない。

**外来看護師 76人** ソーシャルと入退院支援担当者がこまめに活動してくれるので困ることはない。  
問いのような場面になったことがない。  
あまり他職種と関わることはない為、特に問題となる事項はない。  
特に感じることはない。

**病棟看護師 5人** 他職種、協力的である。

**連携室Ns.SW 13人** どのような状況においても連携できていると思う。  
入退院時には必要な情報提供、情報共有ができています。  
特になくて、積極的なケアマネさん等、入院時連絡をすると医療連携介護支援連絡をとらせてもらっている。

**訪問看護師 10人** あまりない。  
急変時や看取りの際にも主治医に連絡しすぐに対応いただいたりスムーズに連絡を取りやすかった。  
在宅居宅療養管理でも24時間の対応が困難な医師もあり、訪問専門医の導入など筑紫野市は急がれる印象があった。

## 場面の選択なし

他職種との連携が図りづらいと感ずることがある場面の具体的状況 (職種、段階5~2以下別 内訳)

### 介護員 10人

医療が必要な方には往診や訪看が入っているので、支援事業所は安心して支援ができています。  
職員不足のため、常に訪問に出ている。サービス中、詳細を確認することは難しい。  
利用者様の所へ来ている訪看さんは毎月病院に提出する血圧ノートに1年以上記入してもらえていない。  
連携している事業所とは特に図りづらいと感じたことはない。  
まだ筑紫地区の在宅医療についての自分自身の知識不足のため。  
訪問介護はケアマネを通じて行うので直接的にはないが、施設における介護では（住宅型ではスタッフが訪問介護と施設スタッフを行うため）連携を密にとっている。

### 介護支援専門員 19人      地域包括支援センター 3人

医師会の研修や、とびうめネットなどもあり、お話しをさせて頂く機会も増えて、顔の見える関係作りが出来ている。  
必ず各医療機関のSWより連絡があり、退院時にサマリー等の書面を頂く事で、退院時の速やかな支援につながっている。  
病院によっては看護師とのやり取りになり、夜勤などでやり取りがスムーズに出来ない事がある。

他職種との連携が図りづらいと感じることがある場面の具体的状況 (職種、段階5~2以下別 内訳)

場面選択なし

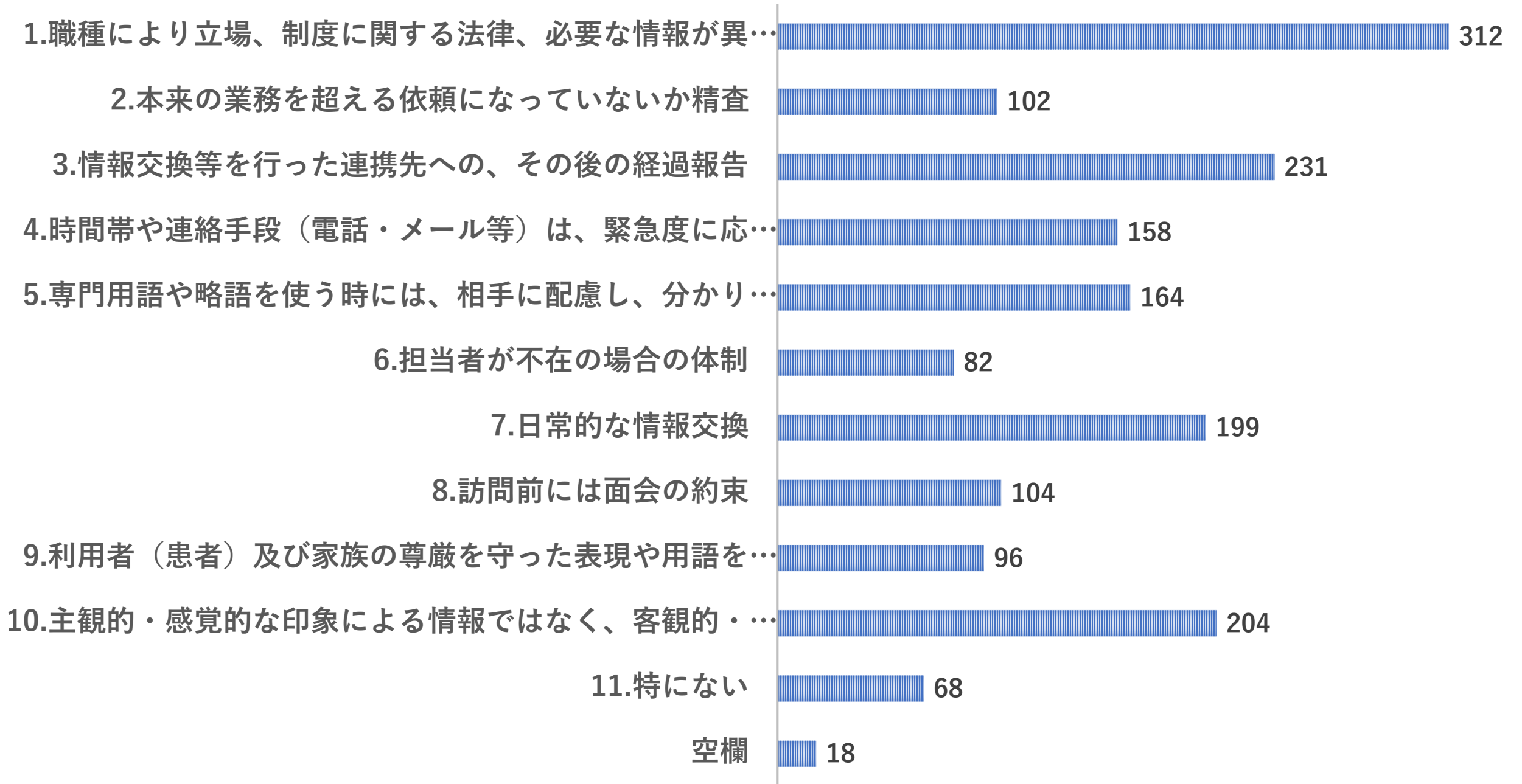
訪問セラピスト 3人

歯科医師 11人

薬剤師 8人 現在、接点が少ないため。  
ケアマネさん次第。

その他 0人

### 問3. 連携する時に心掛けているものはありますか（複数回答可）



(問3. 連携する時に心掛けているものはありますか)

**1. 職種により立場、制度に関する法律、必要な情報が異なることを理解し、双方の立場を尊重した丁寧な対応**

外来看護師 (N=121)	56
介護支援専門員 (N=60)	40
医科医師 (N=100)	39
薬剤師 (N=48)	31
訪問看護師 (N=40)	30
連携室 (Ns.SW) (N=23)	22
訪問介護員(N=34)	22
病棟看護師 (N=24)	20
訪問セラピスト (N=23)	17
歯科医師 (N=36)	16
地域包括C (N=13)	12
その他(N=11)	7

(問3. 連携する時に心掛けているものはありますか)

## 2. 本来の業務を超える依頼になっていないか精査

薬剤師 (N=48)	18
介護支援専門員 (N=60)	15
訪問看護師 (N=40)	15
外来看護師 (N=121)	13
訪問介護員(N=34)	13
医科医師 (N=100)	11
連携室 (Ns.SW) (N=23)	5
訪問セラピスト (N=23)	4
地域包括C (N=13)	4
歯科医師 (N=36)	2
病棟看護師 (N=24)	1
その他(N=11)	1

(問3. 連携する時に心掛けているものはありますか)

### 3. 情報交換等を行った連携先への、その後の経過報告

医科医師 (N=100)	52
外来看護師 (N=121)	35
介護支援専門員 (N=60)	33
訪問看護師 (N=40)	29
薬剤師 (N=48)	26
訪問介護員(N=34)	20
連携室 (Ns.SW) (N=23)	17
歯科医師 (N=36)	14
訪問セラピスト (N=23)	11
地域包括C (N=13)	8
その他(N=11)	7
病棟看護師 (N=24)	6

(問3. 連携する時に心掛けているものはありますか)

**4. 時間帯や連絡手段（電話・メール等）は、緊急度に応じて変え、双方で予め確認した連絡方法による連携**

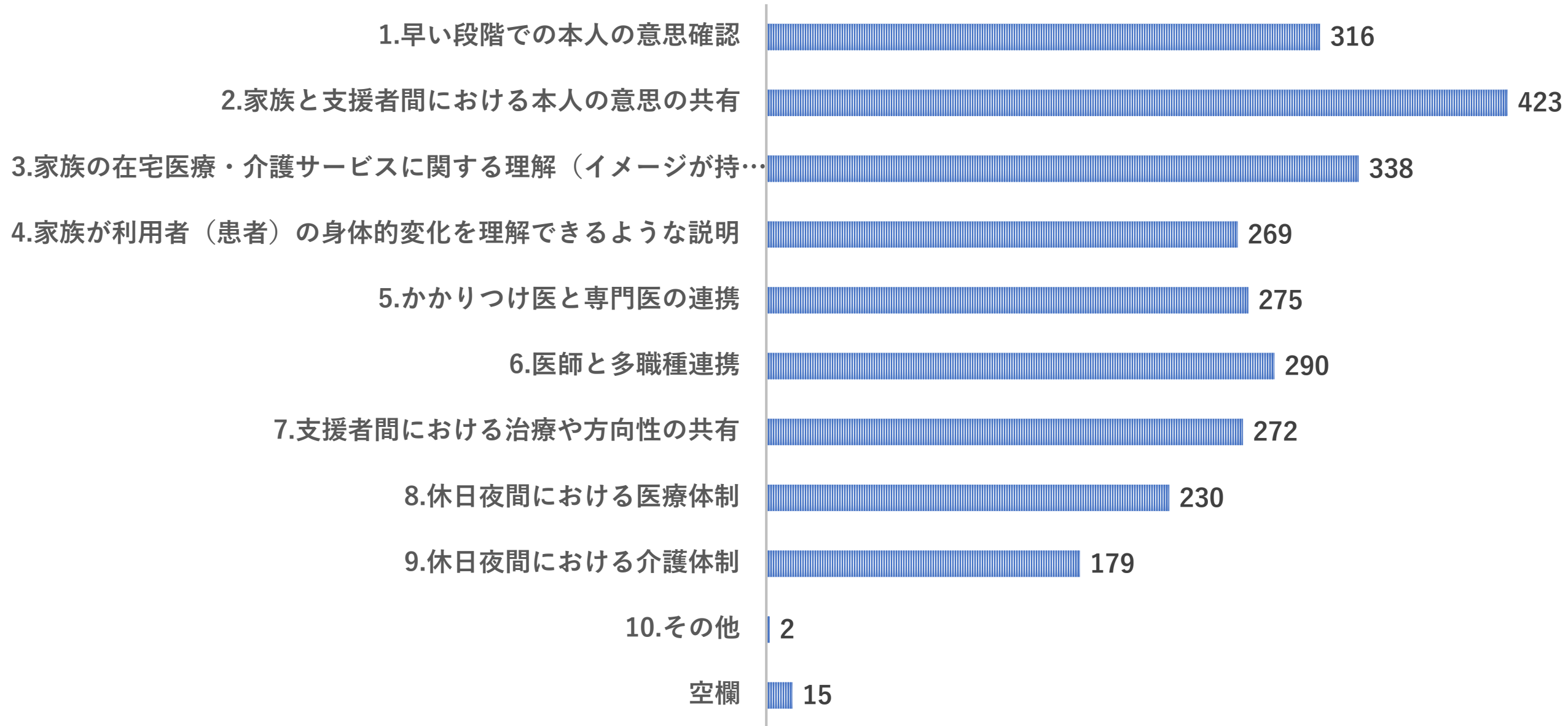
外来看護師（N=121）	25
薬剤師（N=48）	23
訪問看護師（N=40）	22
介護支援専門員（N=60）	21
医科医師（N=100）	19
訪問介護員(N=34)	16
訪問セラピスト（N=23）	7
病棟看護師（N=24）	7
連携室（Ns.SW）（N=23）	5
歯科医師（N=36）	5
その他(N=11)	5
地域包括C（N=13）	3

(問3. 連携する時に心掛けているものはありますか)

**5. 専門用語や略語を使う時には、相手に配慮し、分かり易い言葉により補足**

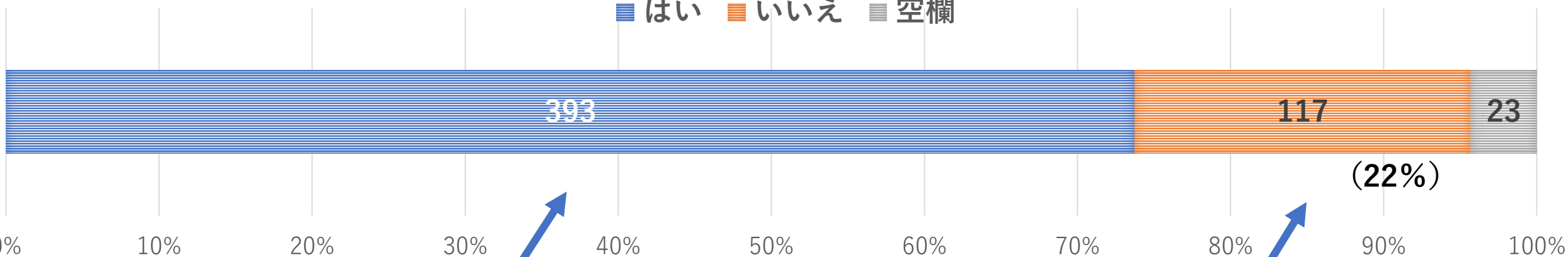
外来看護師 (N=121)	34
訪問看護師 (N=40)	22
医科医師 (N=100)	20
訪問セラピスト (N=23)	17
薬剤師 (N=48)	13
歯科医師 (N=36)	12
病棟看護師 (N=24)	11
訪問介護員(N=34)	10
介護支援専門員 (N=60)	8
連携室 (Ns.SW) (N=23)	7
地域包括C (N=13)	7
その他(N=11)	3

問4. 利用者（患者）の意向に沿って生活の場を変えずに過ごすためには、  
どのようなことが必要だと思いますか（複数回答可）



# 問5. 利用者（患者）の情報を多職種間で共有・活用できていますか

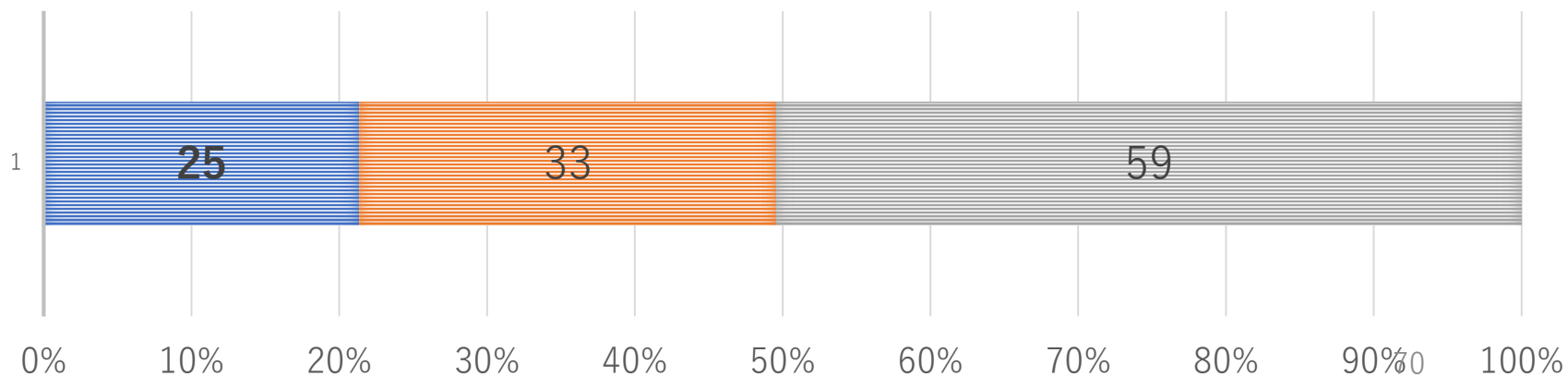
■ はい ■ いいえ ■ 空欄



医科医師 (N=100)	65
外来看護師 (N=121)	63
介護支援専門員 (N=60)	59
薬剤師 (N=48)	38
訪問看護師 (N=40)	36
訪問介護員(N=34)	30
連携室 (N=23)	23
訪問セラピスト (N=23)	21
歯科医師 (N=36)	19
病棟看護師 (N=24)	18
地域包括C (N=13)	12
その他(N=11)	9

## 問5.に「いいえ」とお答えの方

■ 困っている ■ 必要ない ■ 空欄



## 利用者(患者)の情報を多職種間で共有・活用できておらず、困っている理由

**医科医師 6** 個人情報の問題もあり、共有する場面が限られる。相手（医療、介護）がどこまで出来るのか理解できてない。眼疾患はないがしるにされがち。ケースによる。

**薬剤師 4** ケアマネジャーとの相互の報告書だけで情報共有が終わっている。タイムリーな情報共有ツールを構築できていない。情報提供先が不明な場合がある。対面で会うことができていない。情報提供の場がない。方法が分からない。

**外来看護師 4** 計画書は枚数が多く全て確認できない。外来通院のみでは患者のデータベースが不足。情報交換していない。知りたい情報が記入されていないことがある。

### 歯科医師 3

**訪問介護員 2** コロナ禍における、感染疑義の対応。感染経路を推察するにあたり、他事業所の利用者の関わり方、感染対策にバラつき。

**病棟看護師 2** 時間が無い。知りたい情報が記入されていないことがある。

**介護支援専門員 1** 自身からの情報の発信不足。

**訪問看護師 1** ケアマネさんによるということもあるが、情報が一方通行のことがある。

**連携室 (Ns.SW) 1** 基本的に分かりあうのが困難だから（何回も試みた）

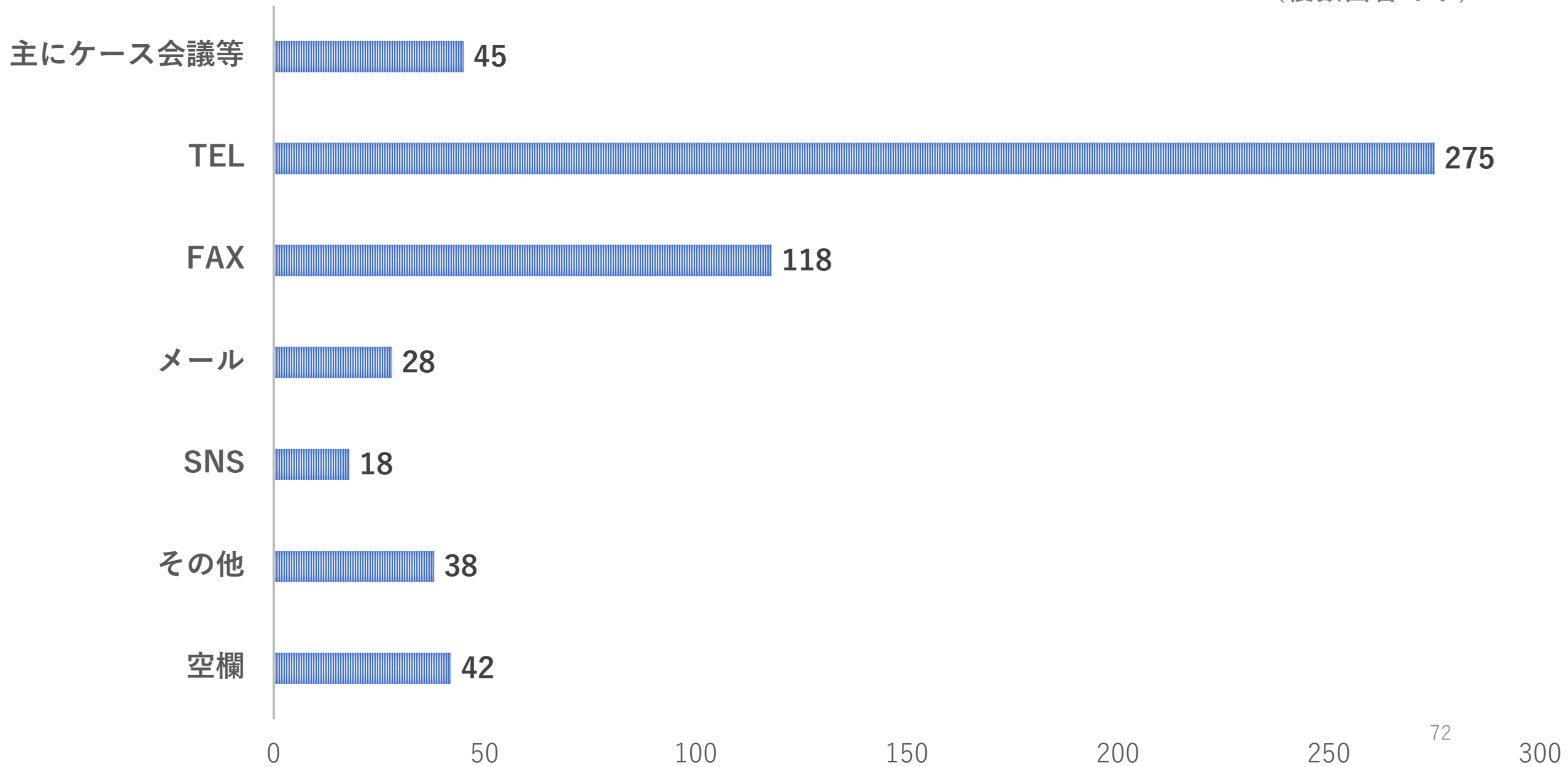
### 訪問セラピスト 1

**地域包括支援センター 0**

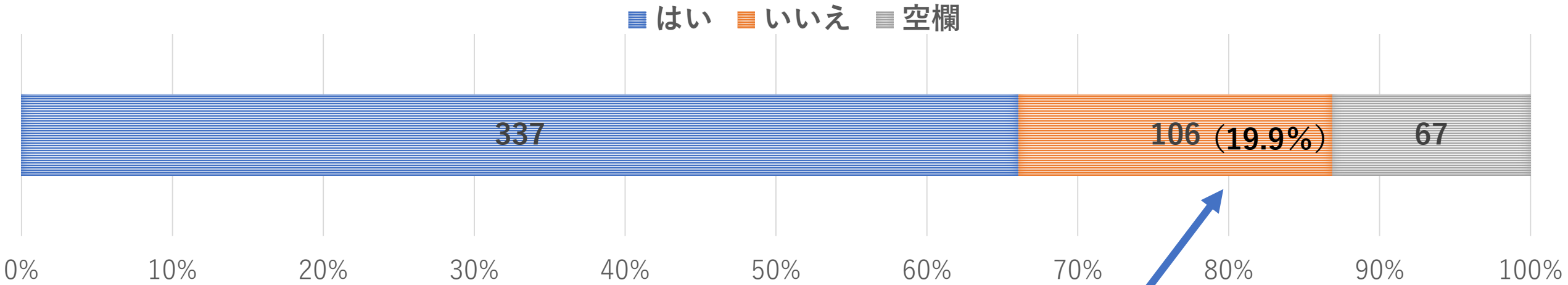
**その他 0**

# 問6. 緊急時以外の利用者（患者）の情報共有の方法についてお答えください

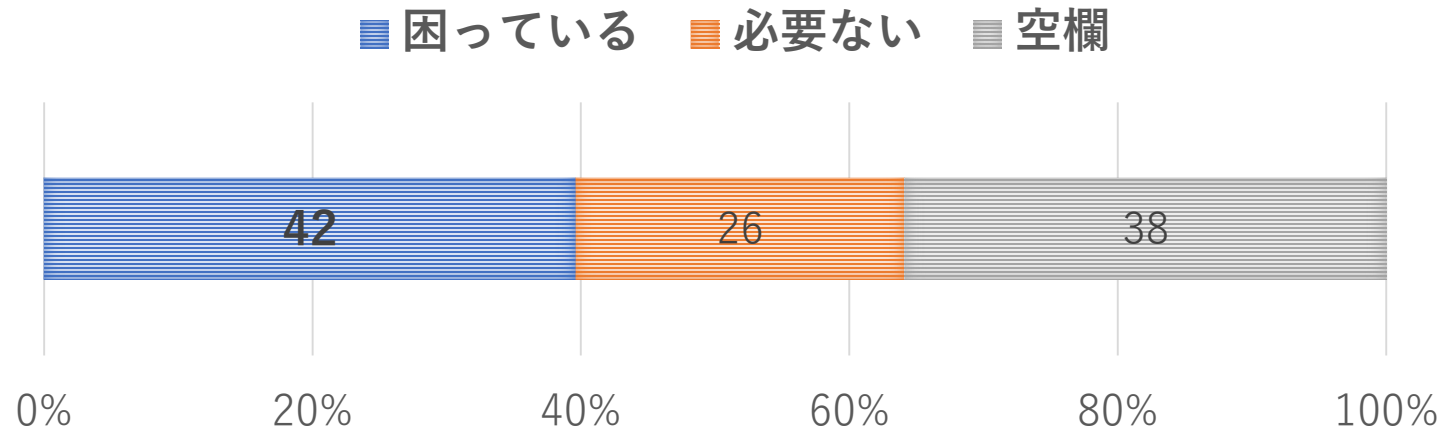
（複数回答あり）



問7. 利用者（患者）の『入院』を把握できていますか 医療機関入退院支援  
担当者以外の方 N=510



問7.に「いいえ」とお答えの方



## 利用者(患者)の入院を把握できておらず、困っている理由

### 薬剤師 14

次回処方箋発行予定日まで入院したことに気づけない。

入院理由や入院直前の変化が全く分からない。

もしかしたら薬剤もしくは服用状況が原因ではないかとドキッとする。

処方箋が出なかった時に初めて知る感じ。

処方予定日に処方せん F A X が来ないため医療機関に問い合わせると入院したと回答があった。

状況が分からないから。

患者の状態（病名など）や併用薬がわからないことがある。

特に病名は分からない。

お薬手帳に記載がない。

入退院で変更になった薬が分からない。

医師に連絡が行くようだが処方が違うことがある。

お薬手帳に記載してほしい。

定期訪問の予定をされていて、処方が来ず、訪問医に問合わせて初めて分かるケースが多い。

残薬を薬局へ一旦持ち帰っている場合もあるので、入院時には教えて頂きたい。

処方が出るはずが出ていないため処方元に確認したら入院していた事を初めて知る、など。

薬の準備などに影響する場合がある。

### 医科医師 8

入院先の情報源のみの場合あり。救急搬送や患者都合で突然入院となった場合は連絡困難なこともあり得る。眼科へは連絡はあまりない。

## 利用者(患者)の入院を把握できておらず、困っている理由

### 歯科医師 10

訪問した時に入院を知らされる。

入院が決まった時に伝えてほしい。

入院中より退院後の状況を知りたい。

患者家族以外からの情報が入手できない。

歯科治療が中断することによる治療成績の低下や口腔内環境の悪化の可能性がある。

把握できていることの方が多いが、ご連絡いただけないことがある。

### 外来看護師 5

家人または入院先からの連絡がない限り把握できない(在宅医療をしていない)。

1人暮らしの場合、訴えなし。

### 介護支援専門員 1

時々困っている いつから入院されたのか、その時の状況が分からない時があるので、こちらから尋ねることもある。

**訪問介護員 1** 入院中の経過。急に退院日だけが決定し、在宅復帰の準備の対応。

**訪問看護師 1** 連絡がなく、数日たって入院したと報告受ける時がある。

**訪問セラピスト 1** 施設側から連絡がない場合あり。こちら側からの聴取で分かる場合がある。

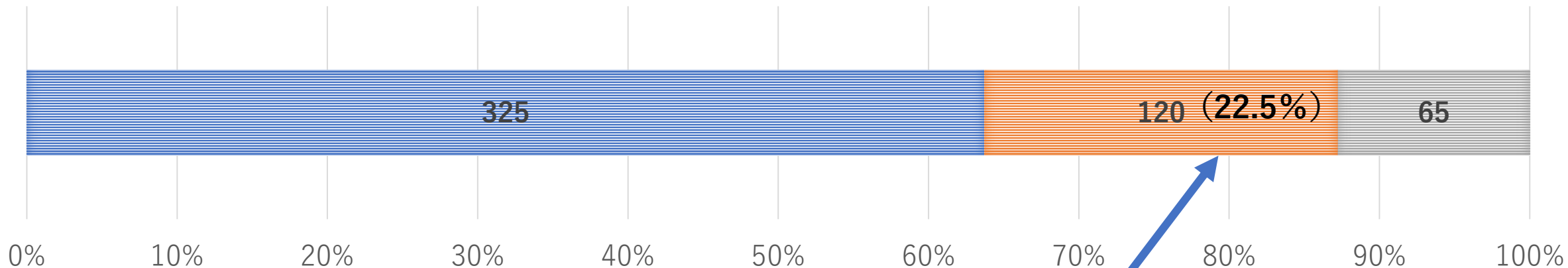
**その他 1** 情報が無い場合がある。

**病棟看護師 0**

**地域包括支援センター 0**

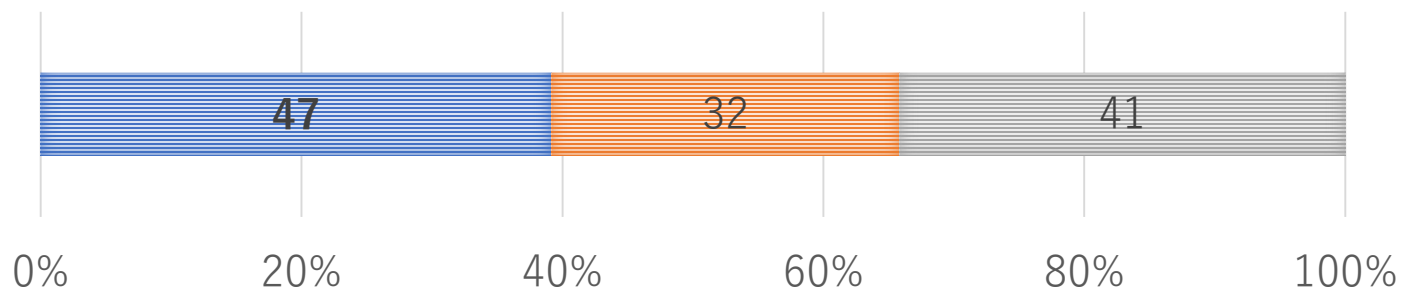
問8. 利用者（患者）の『退院』を把握できていますか 医療機関入退院  
支援担当者以外の方 N=510

■ はい ■ いいえ ■ 空欄



問8.に「いいえ」とお答えの方

■ 困っている ■ 必要ない ■ 空欄



## 利用者(患者)の退院を把握できておらず、困っている理由

**薬剤師 13** 退院時処方箋発行により退院したことに気づかされるケースが多く、入院中の状況と入院中の服用薬及び服用状況が全く分からないため、退院時処方箋受付時に病院へ問い合わせ確認を必ずしている。

事前に情報があれば、服薬コンプライアンス維持のための調剤方法の工夫など事前準備がスムーズで服薬指導も患者個人に合わせたもので指導できる。

在庫状況に影響を与える。

人員の配置に影響を与える。

退院の連絡もなく突然処方せんFAXが来て退院したと知る。どのような症状で入院し退院時にどういう薬をもらって、いつまで残っているかが分からない。

お薬手帳に記載がない。入退院で変更になった薬がわからない。

医師に連絡がいくようだが処方が違うことがある。

退院後に処方が変わっていることは多くあるし、退院後の初回は往診スケジュールが変わることも多い。

薬局としては、処方が変わっている場合、お薬によっては在庫していない場合がある。すでに退院時、処方の手持ちがなく急ぎ届けるようにと指示が来ても、処方箋が届く時間によっては卸も動いておらず対応できない場合がある。

事前に退院時の情報共有して頂くことで、どのお薬を準備しておけばよいのか、残薬がいつまであるのか把握でき、途切れず治療をして頂けるかと思う。入院していることを知った後、突然処方が出た時、退院していた事を初めて知る、など。

### 歯科医師 10

患者家族以外からの情報が入手できない。治療計画に影響するので。来院患者さんから世間話で退院したと聞くことがある。

**医科医師 4** 退院の連絡はあまりない。眼科へは連絡はあまりない。

## 利用者(患者)の退院を把握できておらず、困っている理由

**外来看護師 5** アウトリーチサービスの再開に当たって調整が遅れることがある。家人or入院先からの連絡がない限り把握できない(在宅医療をしていない)。

**訪問介護員 3** サービス時間の確保がいつまでか? 退院と同時に入所される方が増えた。退院時の把握がケアマネジャーもできていない中、おおよその情報のみでサービス再開の指示がくる。医療機関によってバラつきがある。

**介護支援専門員 3** 退院後、介護サービスの調整が必要とケアマネが感じて密に連絡を取っていても、連絡なくいつの間にか退院して、退院翌日に連絡が入ることが稀にある。全てではないが、病院と病院(転院時)病院と施設(退院時)だけで話が進み家族も知らないことがある。時々困っている。退院時の身体状況や日が分からないと福祉用具やその他のサービスが必要な時、調整や準備が間に合わない。

**訪問看護師 3** 入院後、その後の経過が分からない。転院?施設? ときに、本人家族から連絡。退院の前日・当日に連絡があり、すぐにはサービス提供困難。入院先から連絡がないことがある。

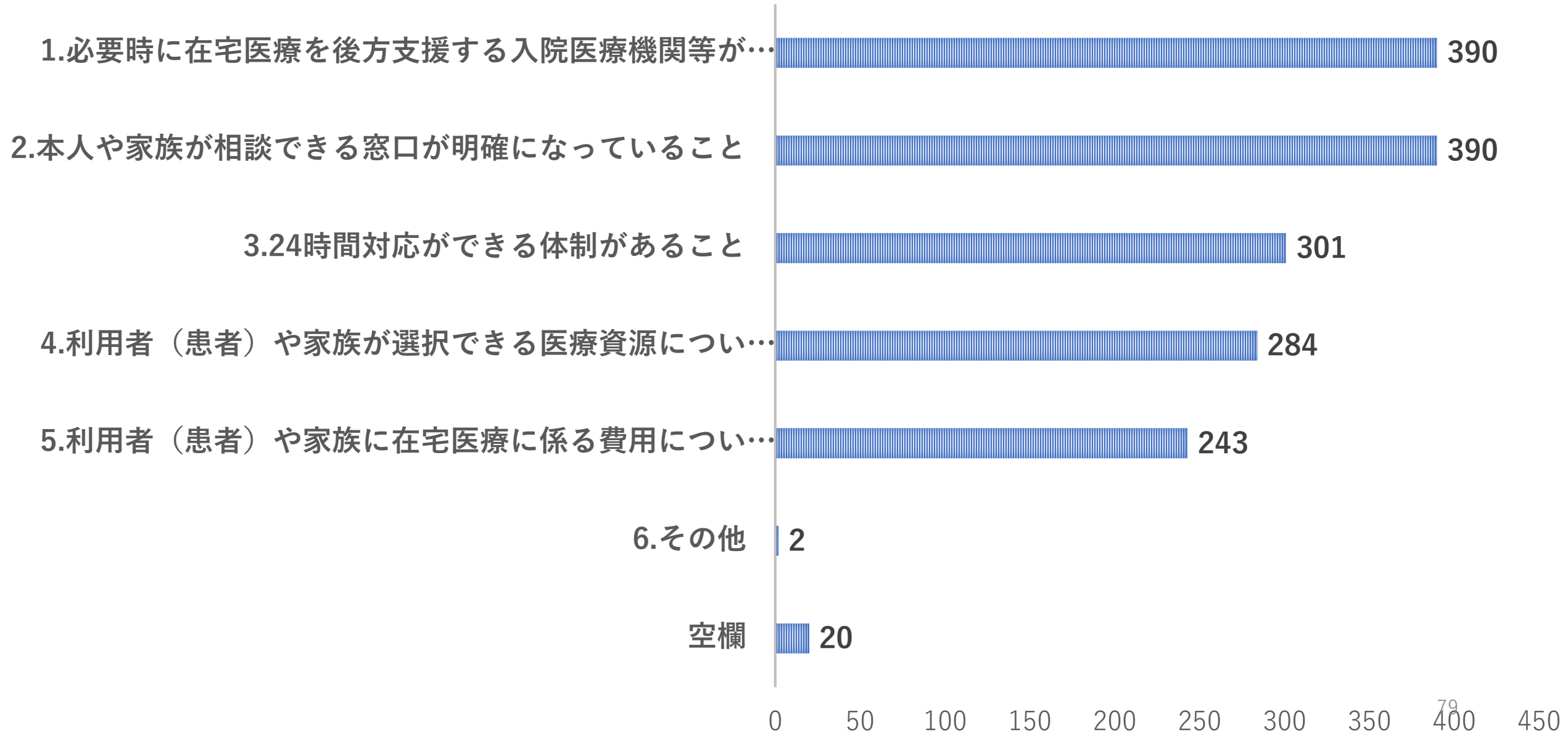
**訪問セラピスト 4** 退院が決まってから情報共有する機会なく訪問し、利用者本人から状態を聞き取りする形が多い。施設側から連絡がない場合あり。こちら側からの聴取で分かる場合がある。

**その他 2** 連絡するタイミングが分からない。入院のお知らせが来ても、その後退院や転院の連絡が来ないことがある。ケアマネさんからも一報がないこともあり悩ましいことがある。

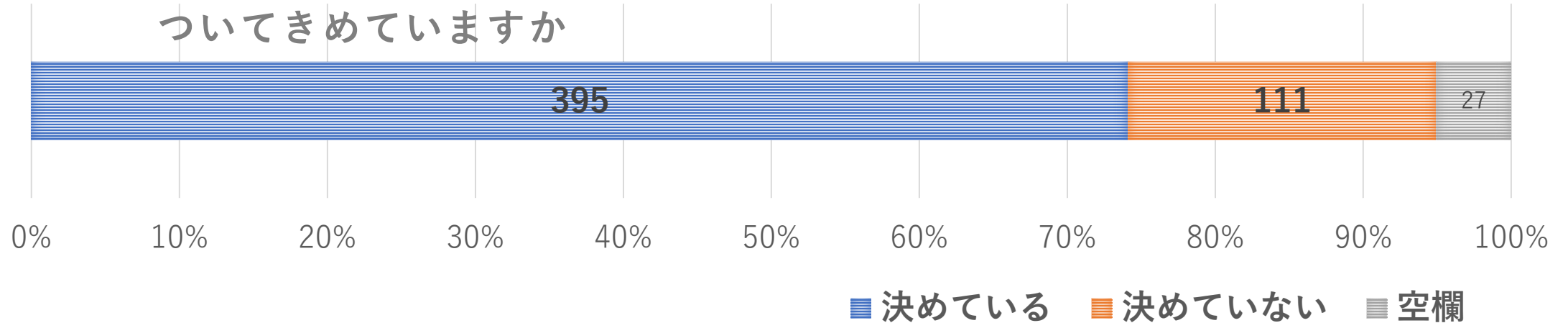
**病棟看護師 0**

**地域包括支援センター 0**

問9. 利用者(患者)や家族が在宅療養を選択し易くするのに必要だと思う体制は何ですか(複数回答可)



## 問10. 利用者(患者)の急変時に家族が対応できるよう、連絡先等についてきめていますか



**医科医師 39** 当方の科の特性上そこまでする必要性が低い。何かあれば当院に連絡してもらおうが特に決めているわけではない。対象なし。命に関わるようなことがない。救急へ。在宅診療をしてない。

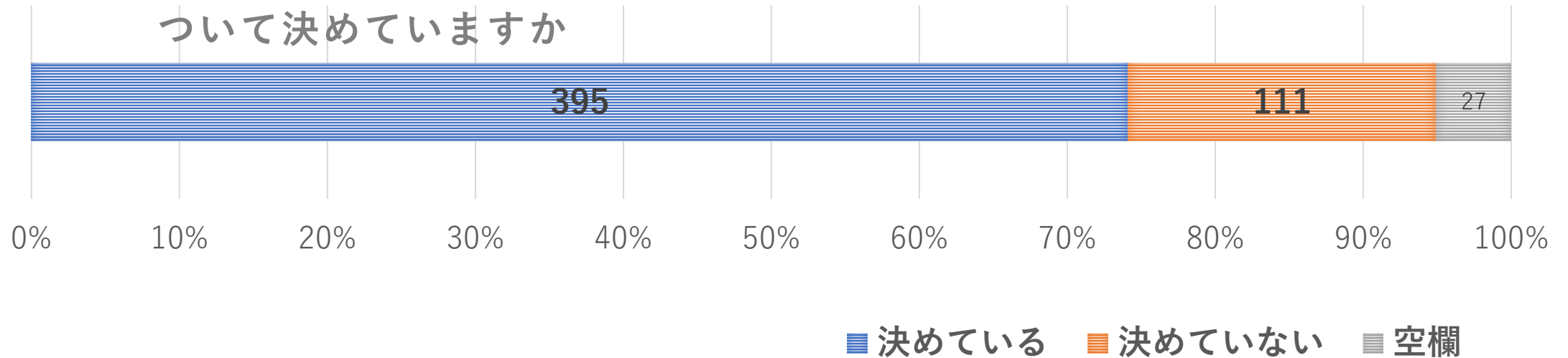
**外来看護師 39** 外来患者の急変時までの確認はできていない。身体的な急変対応を行っていない。そこまで話し合う時間や機会がない。訪問診療の患者は決めているが外来患者は決めていない。外来患者に関しては状態が落ち着いている方ばかりで初診時に把握した連絡先で対応している。必要がある方は医師から説明し決めているケースはある。夜間・休日の対応ができない。

**歯科医師 15** したことがない。利用がない。

**薬剤師 10** 時間外対応が出来ない。家族と仲が悪いので連絡しない決まりになっている。在宅をやっていないのでそのようなことを求められていない。急変時に家族からの連絡は入らず、ケアマネジャーから入る。

**病棟看護師 2** 当院かかりつけなら当院に連絡だが、具体的に決めていない。

## 問10. 利用者(患者)の急変時に家族が対応できるように、連絡先等について決めていますか



### 地域包括支援センター 2

急変が想定されるケースは行っているが、多くは想定していない。必要な人は決めている。

訪問介護員 1 CMからの要請で対応する場合がある。

### 訪問セラピスト 1

24時間対応訪問看護を利用されていればそこに連絡をしてもらうが基本的には119番するよう説明している。

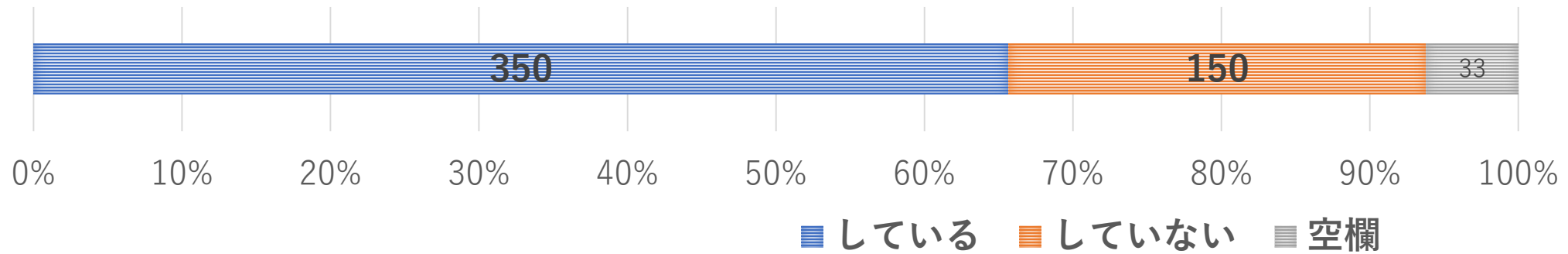
連携室 (Ns.SW) 1

介護支援専門員 1

訪問看護師 (N=40) 0

その他(N=11) 0

## 問11. 利用者(患者)の急変時の連絡先を医療介護関係者と共有していますか



### 外来看護師 48

在宅での看取りに関わっていない。病院外の支援者の方と共有しているかどうかわからない。訪問診療の患者さんは決めているが外来患者さんは決めている。該当者がいない。

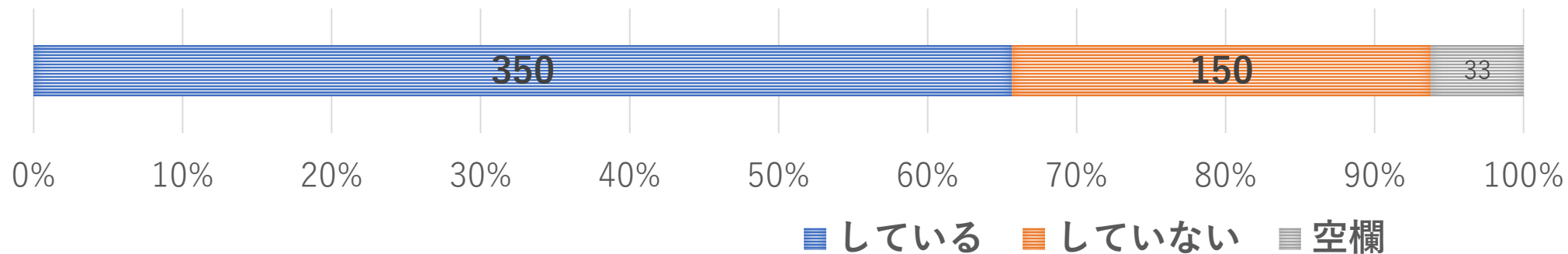
### 医科医師 47

何かあれば当院に連絡してもらうが、特に決めているわけではない。搬送先病院の受け入れを確認してから搬送先を決定するため。対象なし。必要ない。連携ができていない。

### 歯科医師 20

したことがない。場面がないのでわからない。ケアプランに入れていただいている場合は共有できていると思うが、すべての医療介護関係者との共有の方法がわからない。

## 問11. 利用者(患者)の急変時の連絡先を医療介護関係者と共有していますか



**薬剤師 11** 急変時の連絡先の意味がわからない。本人なのか家族なのか不明。そういうことを聞かれたことがない。転送電話を設定している。ケアマネジャーからの連絡に頼ってる。

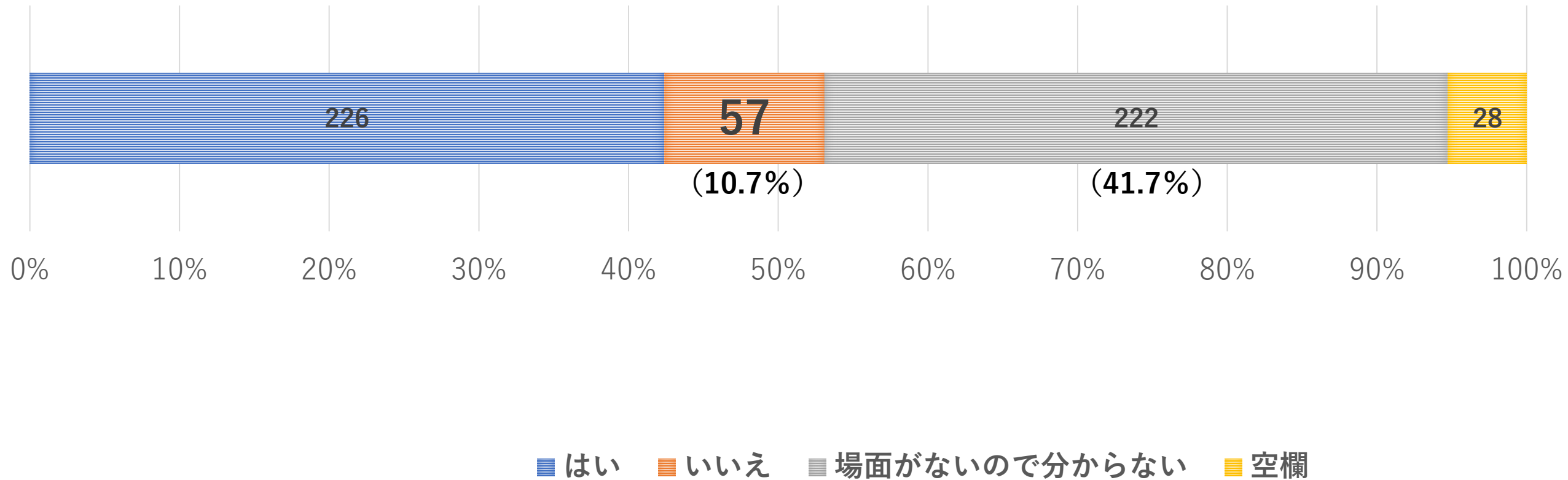
**訪問介護員 4**  
**連携室 (Ns.SW) 4**  
**病棟看護師3**  
**介護支援専門員 3**  
**訪問セラピスト 3**

**訪問看護師 3** 管理者が行う。それぞれが把握していると思う。

**地域包括支援センター 2**

**その他 2** それぞれに連絡、またはこちらから伝えることが多い。

## 問12. 医療・介護・消防（救急）の連携はスムーズだと思いますか



(問12. 医療・介護・消防(救急)の連携はスムーズだと思いますか)

**いいえ (57件) 職種・理由**

**外来看護師 10** 何かあった際、当院ではなく救急車を呼んで他院へ行ってしまうことも。当院の中だけではなく在宅の際はどこへ連絡すればよいか、本人ではなく家族にもしっかり伝える、貼り紙等すればいいのかも。必要と思われる事前情報が欠如していることがある。

**医科医師 9** 外来中の急変に対応出来ない。介護領域が難しい。

**訪問看護師 5** 受け入れ先が決まっていない方もいる。消防(救急)の判断で、受け入れてくれる病院へ搬送。緊急時対応マニュアルは作成しているが共有できていない。救急搬送依頼する際に、医師から診療情報提供書を記載してもらい、搬送先にFAXしてもらうように手配していても、必ず同乗を求められ、それを断ることが困難。

**訪問介護員 5** 搬送先の受入れが確認できないと時間を要することがある。救急搬送時電話で報告 → 搬送シートに記入しているが同じことを何度も聞かれることが多い。利用者によって違う。自宅が散乱している所や、緊急連絡先のシートを指定の場所におけない。(物の移動や紛失、利用者さん認知症状のため)

**介護支援専門員 5** 連携が図れている病院もあるが、SWさん多忙のため電話連絡つきづらい場合があり、タイムリーな連携が取れない場合もある。優先順位を考えず行動することがある。消防(救急)の連携は全くスムーズではない。かかりつけの病院でないことが多いと思う。入院先がなかなか見つからない。今は特にコロナ禍で搬送先が決まるまでに時間を要している。

(問12. 医療・介護・消防(救急)の連携はスムーズだと思いますか)

**いいえ (57件) 職種・理由**

**歯科医師 5** 入退院時の連携が出来ていない。

**病棟看護師 4** 介護に関し、退院後、社会資源の調整が不十分のため。どちらとも言えない。完全にできているとは言い難く、部署や病棟によって情報の伝達や把握が在宅チームに伝わっていないケースもある。消防との連携は取れていないと感じる。

**連携室 (Ns.SW) 3** 多くの職種が関わるため、情報共有等が十分にできていない。急変時の対応については、全ての患者に確認しているわけではないため。看取りが近い患者やリスクのある患者にとどまっている。当院で救急の受入れがスムーズにできないことがある。

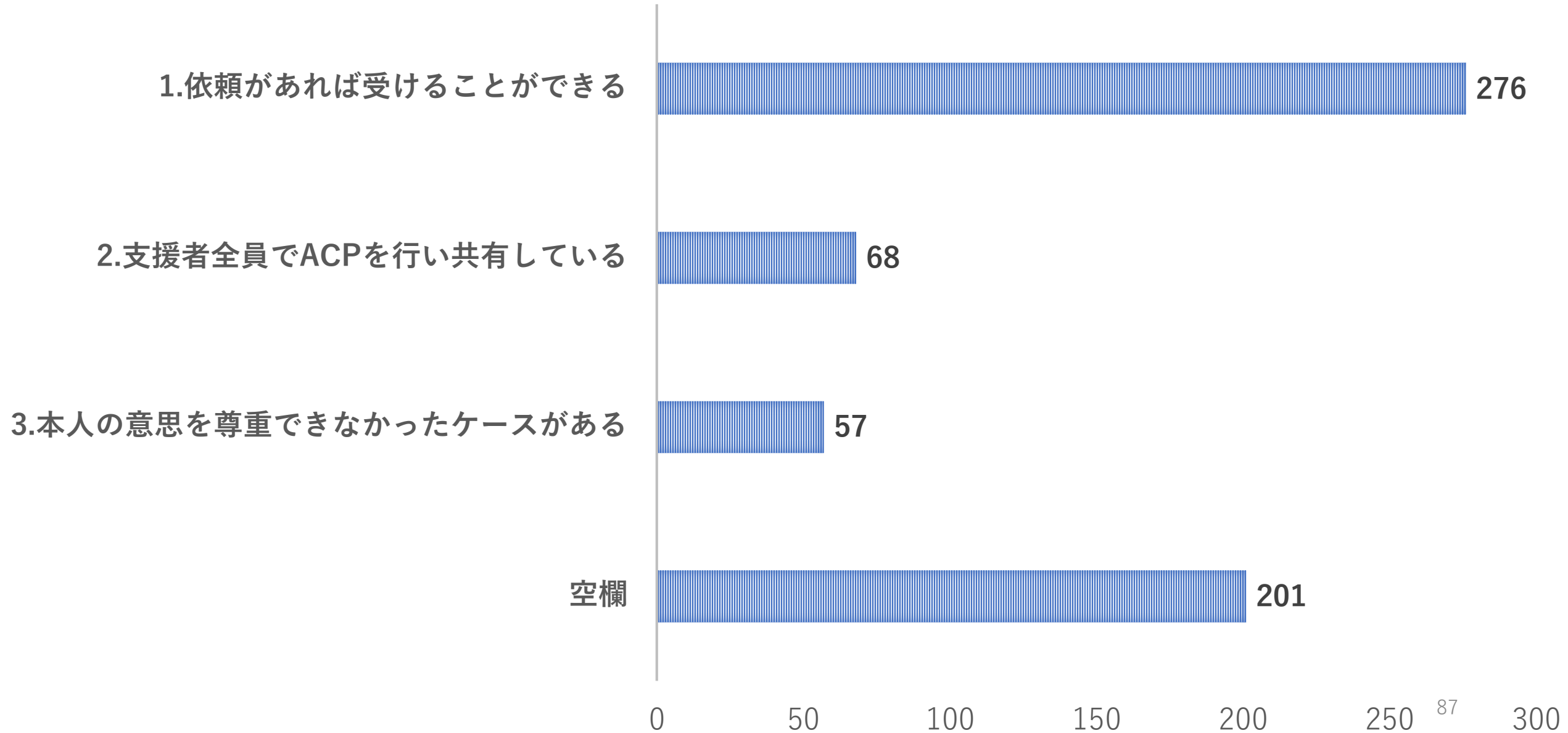
**地域包括支援センター 3**

**薬剤師 3** まだ充分とはいえないと思う。往診時の看護師と患者との関わりや連絡すべきキーパーソンなどケアマネによって把握していない時がある。

**その他 3** 介護領域が難しい。介護職が利用者の状態を把握できておらず医療に繋ぐのが遅れたのでは…と感じた現場があった。

**訪問セラピスト 2** 当事者間の努力により連携が保たれている面が多いと感じ、システムティックに誰しものがスムーズにできているとは言いえないと思う。

問13. 利用者（患者）が望む場所で最期を迎える為の支援として、  
貴事業所に該当するもの全てに○をつけてください



問13.

利用者（患者）が望む場所で最期を迎える為の支援として、貴事業所に該当するもの全てに○をつけてください。

1. 依頼があれば受けることができる

介護支援専門員（N=60）	53	連携室（Ns.SW）（N=23）	15
訪問看護師（N=40）	33	訪問セラピスト（N=23）	15
外来看護師（N=121）	30	歯科医師（N=36）	11
医科医師（N=100）	30	地域包括C（N=13）	9
薬剤師（N=48）	30	その他(N=11)	6
訪問介護員(N=34)	28		
病棟看護師（N=24）	16		

問13.

利用者（患者）が望む場所で最期を迎える為の支援として、貴事業所に該当するもの全てに○をつけてください。

2. 支援者全員でACPを行い共有している

外来看護師（N=121）	14	薬剤師（N=48）	3
医科医師（N=100）	12	連携室（Ns.SW）（N=23）	3
訪問看護師（N=40）	9	その他(N=11)	3
介護支援専門員（N=60）	8	地域包括C（N=13）	2
訪問セラピスト（N=23）	6	歯科医師（N=36）	0
訪問介護員(N=34)	4		
病棟看護師（N=24）	4		

問13.

利用者（患者）が望む場所で最期を迎える為の支援として、貴事業所に該当するもの全てに○をつけてください。

3. 本人の意思を尊重できなかったケースがある

医科医師（N=100）	15	訪問看護師（N=40）	2
介護支援専門員（N=60）	12	訪問セラピスト（N=23）	1
外来看護師（N=121）	11	訪問介護員(N=34)	1
病棟看護師（N=24）	5	その他(N=11)	1
連携室（Ns.SW）（N=23）	4	地域包括C（N=13）	1
薬剤師（N=48）	3	歯科医師（N=36）	1

## 問14. 医療と介護の連携に関して今後充実してほしい施策や、連携について困難さ(限界)を感じていること

### (介護員)

- ・コロナ禍でなかなか交流が出来ない状況もありますが、やはり顔の見える関係づくりはとても大切だと思います
- ・家族背景のなか、障害があるご家族、ご高齢の本人、ご本人の意思が強く、在宅生活をご希望されるケースが多い。しかし、訪問介護の日中だけの訪問、週に数回の看護師の訪問、限界がある生活。理想と現実は違う。
- ・問題としては医療と介護の単位数に差がありすぎる。看護は高いから安い介護に任せようという場面が多い。看護も排泄介助が出来るとはしないことがある。看護業界の意識が変わらない限り介護を下に見る風潮がある。
- ・ケアマネを通しての連携が多く、直接連携を取る機会がない。もう少し壁のない関係になれば良いと思う。
- ・本人家族の意志がしっかりしていれば、支援者の方向性も定まり、支援しやすいが、そうでない場合、支援者がそれぞれの思いで意見を言ったり支援をするため、とりまとめる人が必要と思う。
- ・ケアマネジャーさんより退院の報告があるため、訪問介護の職員が医療の方と話す機会がありません。途中経過もケアマネジャーさんが「なかなかお教えいただけない」とのことでした。
- ・医療と介護の関係は深く関わることで利用者様の安心安全に繋がっていくと思います。これからも情報共有が円滑に出来るように工夫して取り組んでいきたいです
- ・介護は生活支援であり生活に介護保険を使って行っているものの、疾患により生活を介護保険で看られない時もある。これは、ケアマネが一番理解し行動してもらわないといけないところか？と考えます。その方をより充実させていけるよう何の保険を使えるかと分かってもらうと助かります

### (歯科医師)

- ・介護の方々はとても大変なお仕事だと思うので、口腔ケアに関してどの程度ご協力いただいてよいのかが分からない

## (病棟看護師)

- ・適切な情報を包み隠さず教えてほしい
- ・その症状や病態により家族や本人の気持ちが変わることもある。場面場面で意思の確認が必要であり、統一した関り方方向性があると良いと思う。
- ・介護認定の審査に係る期間がもう少し短くなると早く生活の場に戻ることができ認知機能の低下を防止できるのではないかと感じている
- ・地域包括支援システム（精神科にも）といわれているが、24時間、精神科訪問看護ステーションや、かかりつけ医師の体制がもっと充実してほしい。※夜間の急な入院（ENTした人も含めて）ができない事。
- ・介護度が本人に合わないと感じ、区変をしても、在宅生活に必要なサービスが不足する場合のボランティア導入制度などがあるとありがたいと思う。

## (外来看護師)

- ・介護施設から入院前提で紹介される患者の多くは既に配置医から何らかの治療（処方等）を受けているケースが多いが専門的な分野でないケースがある。結果的に対応しきれなくなって急遽紹介され入院となることがある。出来るだけ早い段階で専門的な治療を行うことが患者にとって有益であると思う。
- ・介護保険の利用が必要そうな患者様へ、市役所へ申請する方法を説明しているが、ご家族が必要性感じていなかったり、まだ大丈夫・・・とそのままご家族が自分で頑張っていて疲れたりするケースがある。（必要な時にすぐ利用できるように申請をすすめても、すすまないケース）
- ・在宅医療等に関する知識が不足している。
- ・ケアプランの内容の統一（要支援者と要介護者での違いや事業所ごとでの違いもなくしてほしい）
- ・訪問による医療を提供可能な医師や施設と、自宅医療を希望する利用者を容易に把握し、スムーズに連携・運用開始できるようなネットワークシステムと体制を充実してほしい。

- ・図面にてわかりやすく表などにさせていただくと、常に目に届き、患者様へも説明しやすいと思います。医療・介護の仕組みが複雑になっていると思う事があります。
- ・介護サービスを拒否（受け入れない）する方の対応に困難さを感じます。

### （連携室看護師）

- ・身寄りのない方の支援が行いにくい。退院先や退院後の生活について相談しても（市等に）キーパーソンがいないと病院側で全て決めていかないといけない。そうすると、そういった方の入院受入れ自体がしにくくなってくる。
- ・家族の協力 支援体制の整備 知識の構築
- ・当法人は医療療養112床、介護医療院224床、合計336床有する病院です。年々、高齢者を受け入れするにも重症度が高くなり、つまり、医療区分は高くないにしても医療ニーズが高い方が多い現状です。その中での連携について難しい場面が多いと感じています。
- ・長期連休前の調整が困難を要す もっと早期から介入すれば可能であるがなかなか方向性が決まらない コロナ患者の受入等、今後問題としてほしい

### （訪問看護師）

- ・ケアマネの力量、医師の意識
- ・事業所や医療機関によっては、タイムリーな連携対応が得られない場合がある。体制の問題なので、なるべく相手にあわせる形での連携を心がけています。
- ・家族と本人の制度の理解力が乏しいことが多い
- ・介護の場合はケアマネが窓口として連携を図ってくれるが、医療の場合は窓口となる人がいなく連携を取りづらい

- ・介護スタッフ不足による関わりの不十分さ
- ・ケアマネさんが直接主治医と積極的に関わらないケースがある
- ・ケアマネさんに情報が集まり、全体で共有できる関係性があると、ケアチームがうまく機能すると思う。介護と医療の橋渡しをするのは、訪看の大事な仕事だと思う。それぞれの役割をしっかりと認識し、尊重し、コミュニケーションをしっかりとっていくことが大切。連携はとても難しいが、何より信頼関係だと思うので、他職種との研修会は今後も継続してほしい。
- ・土日祝日等にご自分のタイミングで事業所へ急ぎではない内容（平日の営業時間でできる話）の入電がある365日体制、24時間体制の意味をよく理解されていない方がいる。土日祝日に急ぎでもない連絡をされても管理者は不在にしている事の方が多いためリアルタイムでの回答はスタッフの負担でしかない。計画書にないサービスを急に組み込んでくる方もいる
- ・コロナ対策を行うところと、感染者が多発していることを知らせて頂けないことが多い

## (MSW)

- ・相互理解を深めていくことが必要
- ・特別養護老人ホームに透析患者さんが入りにくいこと

## (セラピスト)

- ・本人、家族、主治医、ケアマネジャーなど、それぞれがリハビリに対する必要性や意欲に相違があり、リハビリを継続していく難しさを感じることもある。
- ・もっと気軽に医療と介護、それぞれの分野での、勉強会参加などの場面が増えてほしいと思います。

- ・主治医との連携が図りづらい。利用者の今後の方針等につて、共有が十分でないと感じることもある。こちらが利用者に説明するのとDr.が説明するのでは、利用者の受け取り方が違うため、もう少しDr.に介入してもらいたいと感じる事がある

- ・研修会の充実

- ・マニュアルの簡素化

## (医科医師)

入院治療が必要な患者が入院拒否した際の対応

## (薬剤師)

- ・薬局薬剤師は普段の業務が優先になる為専属を置く事ができない。時間配分が難しい面がある。できるだけ利用者さんの意思を尊重するようにしているが限界を感じる事もある。

- ・今はケアマネージャーの方に頼ってることが多い。

- ・ケアマネさんのマンパワーが足りていないのかなと感じています。

- ・ケアマネの方に、本人、介護、看護、介護用具の業者など、チームとしてまとめて行ってほしい。状況の把握ができずに困ることあり。

- ・スタッフが少ない為、患者さんのスケジュールに合わせにくい

- ・在宅行っていないため、医療⇔介護について具体的な状況が不明です。お互いに連絡を取りやすい環境になるといいなと思います。

- ・ケアマネさんの立場が分かりづらい時がある 状況を把握されていないためか、的確なアドバイスや状況の連絡を受けられない時がある

# 入退院時の場面について

■ はい ■ いいえ ■ 空欄

問15. 利用者（患者）の入院時、必要な情報を得られていますか

医療機関入退院支援担当者 N=23



問16. 利用者（患者）の退院時、必要な情報を得られていますか

介護支援専門員、地域包括支援センター N=73



問17. 利用者（患者）の退院調整が間に合わず、退院日を延長したことがありますか

医療機関入退院支援担当者・介護支援専門員・地域包括支援センター N=96



0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

## 問15. 入院時、必要な情報を得られていない 状況

<連携室ソーシャルワーカー>

**全介入できる状況ではないため、入院時にすべての患者の情報を得ることは困難。**

**入院した際にケアマネに連絡をして、情報提供の依頼ができてない。今後できる体制を作っていこうと思っている。**

<連携室看護師>

**かかりつけ医の診療情報提供書が入院が決まらなと書けないと言われ、入院判定に情報が不足して困る。**

<その他の声>

歯科医師           リアルタイムでは情報を得られない

病棟看護師       病院からの転院の場合、受病前の患者の生活状況（在宅、施設等）がわかりにくいことがある

往診患者の施設からのサマリーがない場合がある

独居の方について家人が情報を得てないことがある

入院時と入院7日以内に情報を確認して看護師、MSW、医師、その他患者に関わるスタッフとカン

ファレンスで情報を共有するようにしているが、独居や認知機能の低下、介護保険も取得していないケースなどもあり、

全ての患者が生活状況を自身で伝えることが出来ず、家族も同居していないから

分からないという核家族のパターンも増えているため

薬剤師           訪問が滞って確認をするときに、状況を把握できる情報が遅れている

## 問16. 退院時、必要な情報を得られていない 状況

<介護支援専門員>

**サマリーが充実していない。申し訳ないが書けばいいというサマリーが多い。**

**限りある枠の中に全ての情報を記入することは難しいと思うので、詳細はTELなどで確認している。**

**MSWや看護師が退院支援に関わっていなければ情報も得られない。**

**介護支援専門員から働きかけなければ、情報を得られない事が多い。**

**退院された後に家族より連絡が入った事もある。連絡を頂いた入院先からは情報を頂けている（確認できない時は電話でお尋ね中）。**

**家族から聞く。**

<地域包括支援センター>

**退院時サマリー等下さる病院とそうでない病院がある。**

<その他の声>

訪問看護師 ケアプランが出来ておらず、介入理由が分からないことが多い。

連携室看護師 ケアプラン作成について入院前の状態について欲しい。

医科医師 連絡が少ない。

## 問17. 退院調整が間に合わず、退院日を延長したことがある 具体的状況または理由

### <連携室 13>

家族と連絡がつかず延長したことがある。

ケアマネジャーが動けない。在宅サービスが間に合わない。

サービス調整の日時に合わせて、また施設職員の体制に合わせて延長した。

介護保険未申請、独居等 住環境の整備が間に合わなかった。

在宅の住宅改修が間に合わず延長となる。入居先施設の部屋の準備が間に合わず延長となるなど。

住宅改修の進捗とKPの仕事の都合で延期。

在宅サービス調整に時間を要して、延長依頼を受けることがある。

コロナウィルス感染症で、受け入れ先から延期の連絡があった時など。

環境整備が間に合わなかった 住宅改修、福祉用具等。

受け入れ施設のコロナ発生による受け入れ延長。

退院日に生保申請が却下され手続きで延期。

介護申請の結果が遅く期限に間に合わない。

受け入れ方向だった施設から受け入れ不可の連絡があり、慌てて老健等を探した。

病状が不安定だったり、家族が受け入れが難しかったり…。

## 問17. 退院調整が間に合わず、退院日を延長したことがある 具体的状況または理由

### <介護支援専門員 11>

(小多機能) 受け入れ体制が整わなかったため。

小規模多機能やグループホームなど退院を指定された日までにサービス調整が困難であったため。

(居宅) 退院日に家族が新型コロナに罹患してしまったため、延長したケースがあった。

昨今は、コロナでの延長が相次いでいる。

ご家族様の仕事の都合や体調不良時。

施設、在宅問わず、家族（施設）とのみ退院調整行い退院日が決まっていたが各関係機関との日程調整が合わず延期となったことがある。

施設側の受入調整が間に合わないときなど。

連絡から退院日までの期間が短く、在宅の準備が整わないケースがある。

コロナの影響 家族の受け入れの準備が出来ていない場合。

利用者と家族の問題で。

### <地域包括支援センター 5>

家族の受け入れ体制が整うまでに時間を要したため ・年末年始など福祉用具業者が休みに入る時期は延長を依頼したことがある。

身元引受人がいらない方で施設入所の手続きがなかなか進まず延長となったケースがあった。

退院日の連絡が遅く、サービスが間に合わない場合事があり！退院日の延期をお願いした。

認定結果が確定するまで。

## 他職種のサービス内容に関する理解が深まった

問3- 連携する時に心掛けているものはありますか

- 1) 職種により立場、制度に関する法律、必要な情報が異なること等を理解し双方の立場を尊重した丁寧な対応  
回答数 312/533 58.5%
- 2) 本来の業務を超える依頼になっていないか精査 回答数102/533 19.1%
- 5) 専門用語や略語を使う時には、相手に配慮し、分かり易い言葉により補足 回答数 164/533 30.7%

## 必要時には、お互いに働きかけができています

問3- 連携する時に心掛けているものはありますか

- 3) 情報交換等を行った連携先への、その後の経過報告 回答数 231/533 43.3%
- 4) 時間帯や連絡手段(電話・FAX・メール等)は、緊急度に応じて変え、双方で予め確認した連絡方法による連携  
回答数 158/533 29.6%
- 5) 専門用語や略語を使う時には、相手に配慮し、分かり易い言葉により補足 回答数 164/533 30.7%

## 必要時には、情報共有ができています

問5 利用者(患者)の情報を多職種間で共有・活用できている 回答数 393/533 73.7%

## 各種ツールや取組等の「知らない」の割合(%) (スライド3P~)

認知度 (N=533)

相談窓口	46.5%	研修動画の貸出	82.5%
医療介護資源ガイドブック	55.3%	多職種研修会	26.6%
医師への相談方法確認表	75.2%	とびうめネットSNS機能	63.2%
入退院時の情報共有の仕組み	51.2%	バックベッドシステム <small>(医師のみ回答)</small>	55.0%
入院先窓口一覧表	63.2%	住民啓発	57.0%
医療介護共有シート	63.4%		

## 令和4年度開催 研修会・講座

	<満足度>	<理解度>
多職種研修会 第1回	93.4%	100%
多職種研修会 第2回	100%	82.0%
多職種研修会 第3回	91.1%	79.2%
医療介護共有シート勉強会	81.4%	-
医師介護支援専門員対象相談会	93.2%	-
連携室集会	100%	-
市民講座	94.7%	88.1%

N = 各アンケート回答数