

令和7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：** 対応策の評価・改善

本業務で構築した仕組みや構築物等の浸透度、研修等の実施効果等を調査し、その結果についての評価を行う

その評価結果を踏まえ、目標設定や課題抽出、対応策の実施内容等について、改善のための検討を行うことを目的として実施する

## **調査方法：** 自記式アンケート調査

## **配布方法：** アンケート調査用紙をメール,FAX送信

## **回収方法：** WEB,FAXで回収

## **調査対象：** 筑紫地区の医療・介護関係機関(合計1,433カ所 )13職種

## **調査時期：** 令和8年1月15日～1月31日

調査票の回答数 424件（内訳）

区分	職種	施設	令和6年度	令和7年度	前年比
医療	医師	医療機関	38	115	303%
医療	歯科医師	歯科診療所	15	16	107%
医療	薬剤師	薬局	47	23	49%
医療	病棟看護師	医療機関	3	38	1267%
医療	外来看護師	医療機関	7	18	257%
医療	訪問看護師	訪問看護ステーション	40	25	63%
医療	セラピスト	訪看/訪リハ/院内リハ	11	4	36%
医療	連携担当者	病院連携室/有床診	34	30	88%
医療	歯科衛生士	口腔管理推進室/歯科診療所		6	—
医療	医療その他	その他	5	6	120%
小計			200	281	141%
介護	ケアマネ	居宅介護支援/小規模	79	82	103%
介護	包括	地域包括支援センター※管理者、CM、保健師、社会福祉士、認知症地域支援推進員	25	28	112%
介護	介護員	訪問介護/定期巡回	38	25	66%
介護	介護その他	その他	1	8	800%
小計			143	143	100%
合計			343	424	

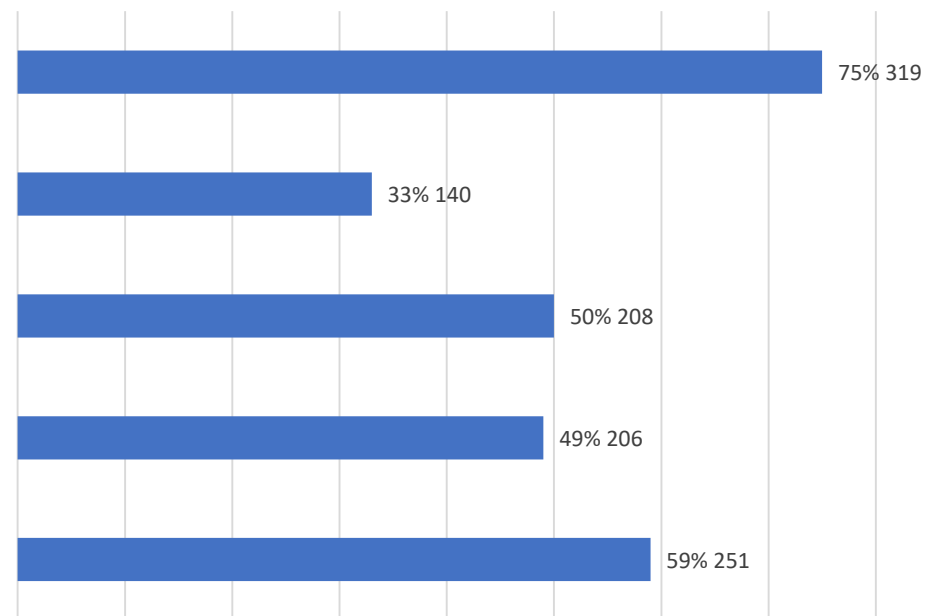
医療その他)病院:事務5 診療所施設看護師1 介護その他)サービス提供責任者2、デイサービス管理者1、小規模多機能管理者5

事業所の所在市

令和6年度	筑紫野市	77	春日市	74	大野城市	90	太宰府市	62	那珂川市	40
令和7年度	筑紫野市	142	春日市	79	大野城市	90	太宰府市	75	那珂川市	38

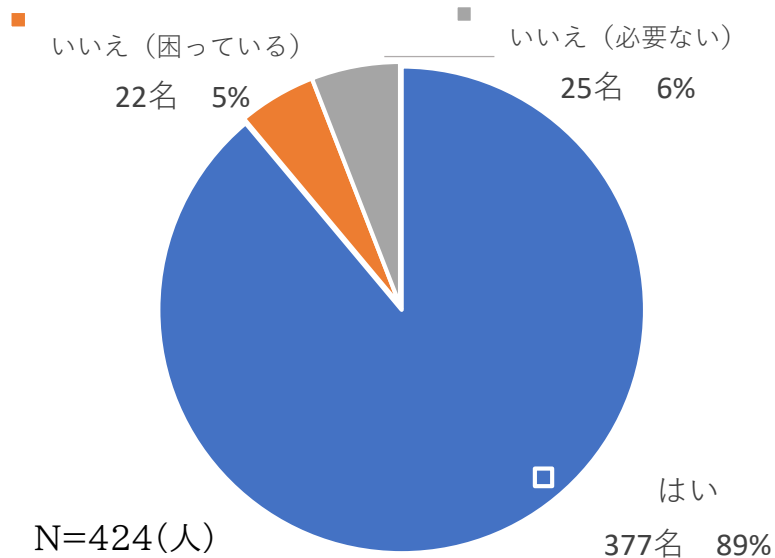
# 1) 連携する時に心掛けていること（複数選択可）

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を行っている
2. 本来の業務を超える依頼になっていないか注意をはらっている
3. 情報交換等を行った連携先へ、その後の経過報告を行っている
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を行っている
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をしている



	1		2		3		4		5	
医科医師(115)	74	64%	35	30%	36	31%	35	30%	62	54%
歯科医師(16)	13	81%	7	44%	6	38%	5	31%	12	75%
薬剤師(23)	18	78%	6	26%	12	52%	14	61%	15	65%
病棟看護師(38)	26	68%	16	42%	8	21%	13	34%	26	68%
外来看護師(18)	8	44%	3	17%	6	33%	8	44%	14	78%
訪問看護師(25)	24	96%	6	24%	24	96%	24	96%	20	80%
セラピスト(4)	4	100%	1	25%	2	50%	2	50%	2	50%
連携担当者(30)	26	87%	9	30%	17	57%	18	60%	23	77%
歯科衛生士(6)	5	83%	1	17%	4	67%	4	67%	6	100%
医療その他(6)	1	17%	2	33%	2	33%	3	50%	3	50%
ケアマネ(82)	68	83%	29	35%	53	65%	46	56%	37	45%
包括(28)	25	89%	8	29%	18	64%	15	54%	18	64%
介護員(25)	22	88%	16	64%	16	64%	17	68%	12	48%
介護その他(8)	5	63%	1	12%	3	38%	2	25%	1	12%

2) 多職種間の利用者(患者)情報の共有・活用状況



無床診療所	医科医師	連絡があまりないため
		他職種から連絡がない
		出来ている時、出来ていない時がある
無床診療所	医科医師	主治医意見書を記載しても、意見書に「認定結果希望」とわざわざ記載しなければ認定結果の通知はなく、ケアマネジャーの連絡先等の通知もないため、孤立した認知機能低下のある患者では、状況が把握できないことがある。最初から「連携・共有」には程遠い状況だと感じている
		事業所によっては利用者の情報提供に遅滞が生じている
		施設入所の方は情報がある時は非常に助かるが、ない時は困っている。その時は家族がいると助かる
歯科医院	歯科医師	ついてるケアマネが誰か分からず、勝手に知らない訪問診療や施設に行っている
		システムがない
薬局	薬剤師	やり方がわからない
		病名がわからないことがある。血液検査の結果などを確認できない
無床診療所	外来看護師	サービス開始に伴う担当者会議の案内がない、サービス開始などの連絡がない状態で要訪問指導の指示がある処方FAXが届いたことがある(施設が薬局を選定、ケアマネは把握する気がない様子だった)
		出来ている時、出来ていないときがある

## 2)多職種間の利用者(患者)情報の共有・活用状況

### 困っている理由など

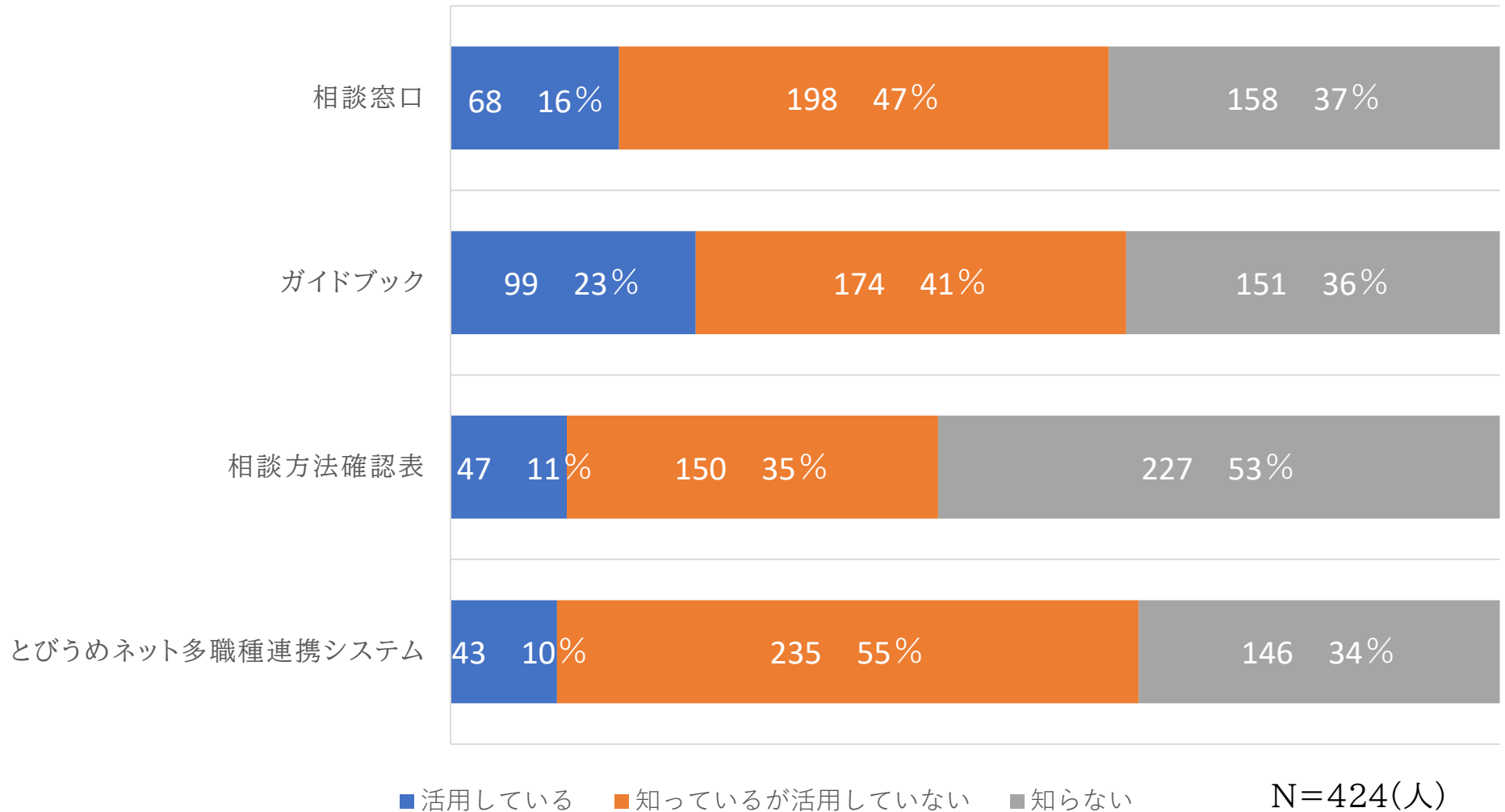
#### 【医療】

訪問看護ステーション	訪問看護師	指示をいただいている病院、クリニックやケアプランセンターによって、連携の難しさを感じることもある ICTなどを活用した情報共有ツールがない事業所間との連携が難しくリアルタイムな共有ができない
病院	連携室看護師	タイムリーにいかないこともある

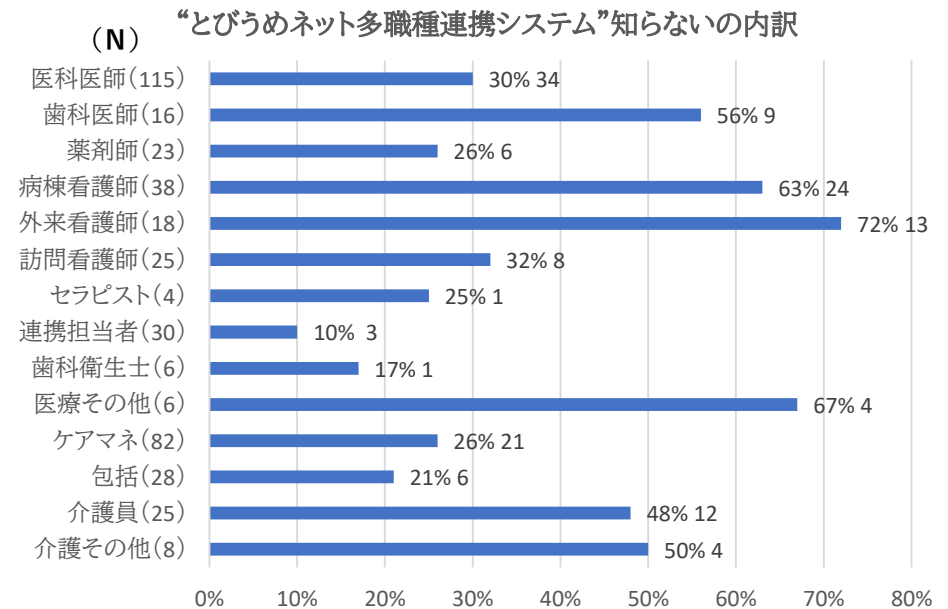
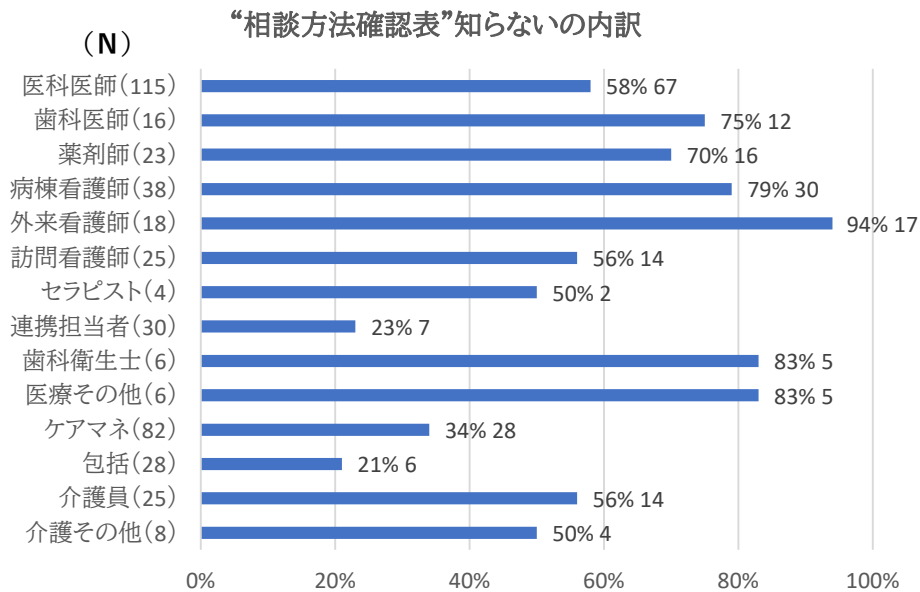
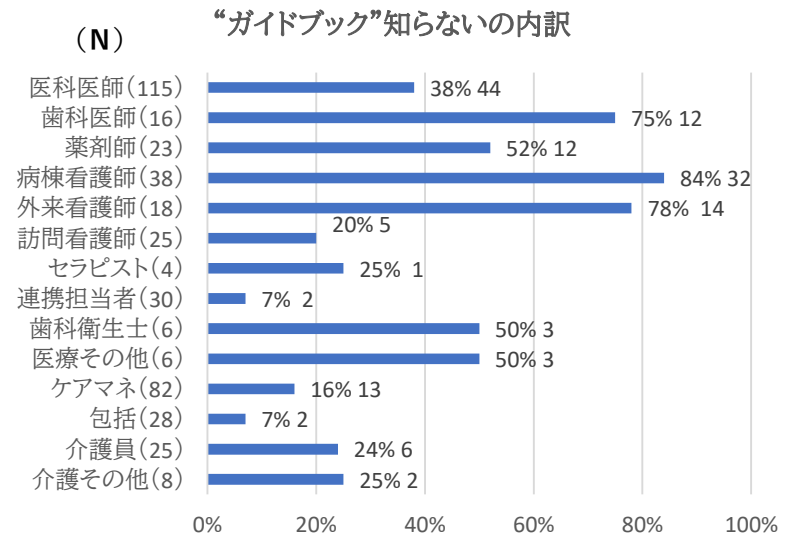
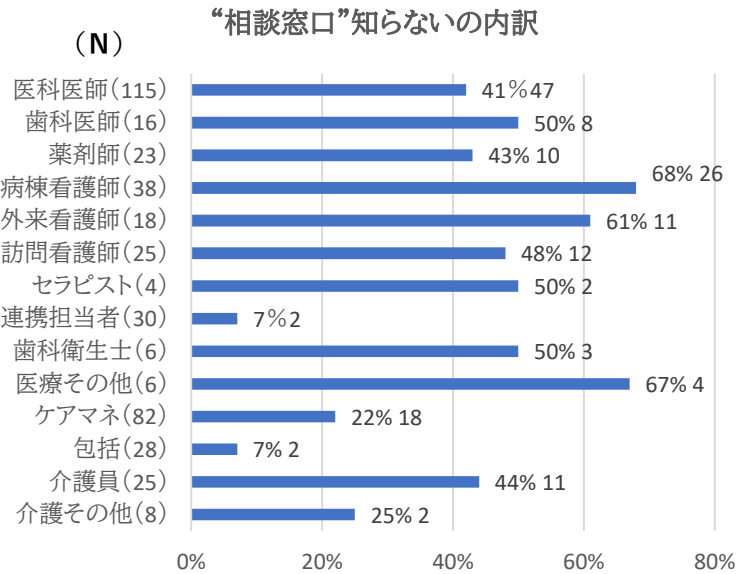
#### 【介護】

居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所の 介護支援専門員	時々共有する手間がかかり、間に合わない時がある なかなか頻回な連絡が難しい
地域包括支援センター	管理者	医療側との連携が図りやすいところと、そうでないところの差が大きい
訪問介護事業所	訪問介護員	だいたいのところは訪問看護でとまる

### 3)地域の仕組み・ツール等について 日常の療養支援



### 3) 地域の仕組み・ツール等について 日常の療養支援



3) 仕組み・ツール等を”知っているが活用していない”理由等 日常の療養支援

相談窓口

【医療】

病院	医科医師	当院の連携室が対応しているため
	管理者	現時点では相談がない
無床診療所	医科医師	必要とする状況になったことがない
		利用したことがないため
		広報不足では？
		特に必要な事例無し
		現在までのところ必要としなかった
		時間が無い
		無知でした
歯科医院	歯科医師	活用、必要とする機会が少ない
		良く分かってないです
		現在特に要していない
		連携不足
		今のところ個別に連絡しているので必要性がない
薬局	薬剤師	外来診療が主なので、必要な場面が少ない
		現行のツールで今のところ問題がないので活用していない
		現段階で使用しないことによる不具合が発生していないため
病院	病棟看護師	緊急に業務に必要性が↓
		患者さんへの案内や説明の機会はあるのですが、院内に地域連携室担当者がいますので直接活用はしていません
無床診療所	外来看護師	地域連携室が行うため病棟ではしていない
		対象者がいないため

3) 仕組み・ツール等を”知っているが活用していない”理由等 日常の療養支援

相談窓口

訪問看護ステーション	訪問看護師	相談事があれば直接主治医やケアマネ、家族と連絡が取れるため知らないままでした
		活用の仕方が分からない
		どのようなことで利用するか分かっていないから
		現在上手く出来ているから
病院	連携室看護師	知った範囲で調整しがちである
		ケアマネジャーがかかりつけ医を紹介する為活用する場面がない
病院	医療機関ソーシャルワーカー	在宅医療につなげるケースが少ないため
		どのような相談が可能か、当てはまるのか活用する機会が無い

【介護】

居宅介護支援事業所	管理者	医療機関と直接お話しをするため
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	筑紫地区の担当件数が少ない
		在宅医療に関する支援・調整など相談窓口の件について知識がないことと、利用する機会がないです
		今後活用したいと思います
		ほとんど情報としてない
		活用する状況や、事業所で活用している様子はない
		協力病院との連携が取れており活用迄至っていない
		地域の事を詳しく確認ができていなかったため、今後活用したい
		利用者がかかりつけの病院に相談している
		直接対応可能な時間内に相談させて頂いているため
		ほとんど情報としてありません

3) 仕組み・ツール等を”知っているが活用していない”理由等 日常の療養支援

相談窓口

居宅介護支援事業所	介護支援専門員	いまのところ必要となることがなかった
		特にない
(看護)小規模多機能型居宅介護事業所	介護支援専門員	活用するケースがなかった
		関わる時点で医療機関が決まっていることが殆どの為必要なことがなかった為
地域包括支援センター	管理者	相談するタイミングがないのか、相談に至っていない
	管理者	利用する機会がない
	主任ケアマネジャー	活用する機会がない
	介護支援専門員	直接医療機関と連携しているためあまり相談する機会がない
		今までのやり方や連絡方法に慣れてしまっている為
		施設(特別養護老人ホーム)での業務にて必要性が発生しない
		在宅医療を必要としている方が、まだいない
		活用する場面があまりなかった
訪問介護事業所	管理者	必要とすることが無い
		機会がないため
	介護員	直接ケアマネージャーさんへご相談行っています
		必要場面がない
		分かりにくい
	ケアマネージャーに聞くことが多いため	
	サービス提供責任者	春日市に利用者がいない

## 【医療】

病院	医科医師	当院の連携室が対応しているため
		見なくても知っている
		今の所必要な状態ではない
		使いにくい
		使用する機会がない
		特にありません
		特にこまっていないから
		特に困っていない
		特に必要な事例無し
		無知でした
良く分かってないです		
歯科医院	歯科医師	今のところ活用する場面がない
病院	病棟看護師	ソーシャルワーカーに任せている部分が大半であり使用する機会がない。電話番号を調べる程度 連携室担当者から情報を得る事が多いです
		連携室看護師
	連携室看護師	探すのが大変。ネット検索した方が早いこともある 連携しているところの情報は理解しているため、活用の場面が少ない

## 【医療】

訪問看護ステーション	訪問看護師(管理者)	熟知できていない
	訪問看護師	インターネットで検索できるため
		活用方法を知らない
		今後活用したいです
		施設内での訪問である必要性を感じていないため

## 【介護】

訪問介護事業所	管理者	必要とすることが無い
		機会がないため
	サービス提供責任者	今のところ、他職種連携の必要がない
	介護員	必要場面がない
		同じ建物に訪看さんがいらっしゃるの、お聞きしています
ケアマネジャーに聞くことが多いため		

## 【医療】

病院		当院の連携室が対応しているため
無床診療所	医科医師	現在までのところ必要としなかった
		困っているので
		使う機会がない
		特にありません
		特に必要な事例無し
		無知でした
		利用する機会がないため
		良く分かってないです
歯科医院	歯科医師	今のところ機会がない
病院	病棟看護師	使用する機会がない
		病棟ではほとんど活用の機会がないため
訪問看護ステーション	訪問看護師	全員訪問診療を受けており担当医が決まっているため、担当医の先生に相談している
		当院は、医師との連絡が比較的スムーズに行えている

## 【介護】

居宅介護支援事業所	管理者	特にありません
	介護支援専門員	各医療機関に直接連絡して相談している為
		顔の見える関係性あり特に必要ではなかった為
		協力病院との連携が取れており活用迄至っていない
		連携室を通じてのやり取りが出来ている為
		使用する機会が現状ない
		入力等に時間を要する
		実際の状況と違う時があるので

3) 仕組み・ツール等を”知っているが活用していない”理由等 日常の療養支援

相談方法確認表

【介護】

地域包括支援センター	管理者	ネット検索するため	
		自社独自の書式で連携を図っている	
		利用する機会がない	
	主任ケアマネジャー	活用する機会がない	
		介護支援専門員	活用する場面があまりなかった
			必要な状況になっていない
連携室に直接電話にて相談している			
訪問介護事業所	管理者	ソーシャルワーカーを通して直接相談させてもらうことが多いため	
		ケアマネジャー経由で依頼している	
		機会がないため	
	サービス提供責任者	必要とすることが無い	
		該当者がいない	
		介護員	CMや看護師に確認行っています
	看護師が行なっている		
	直接医師に相談する事がない		

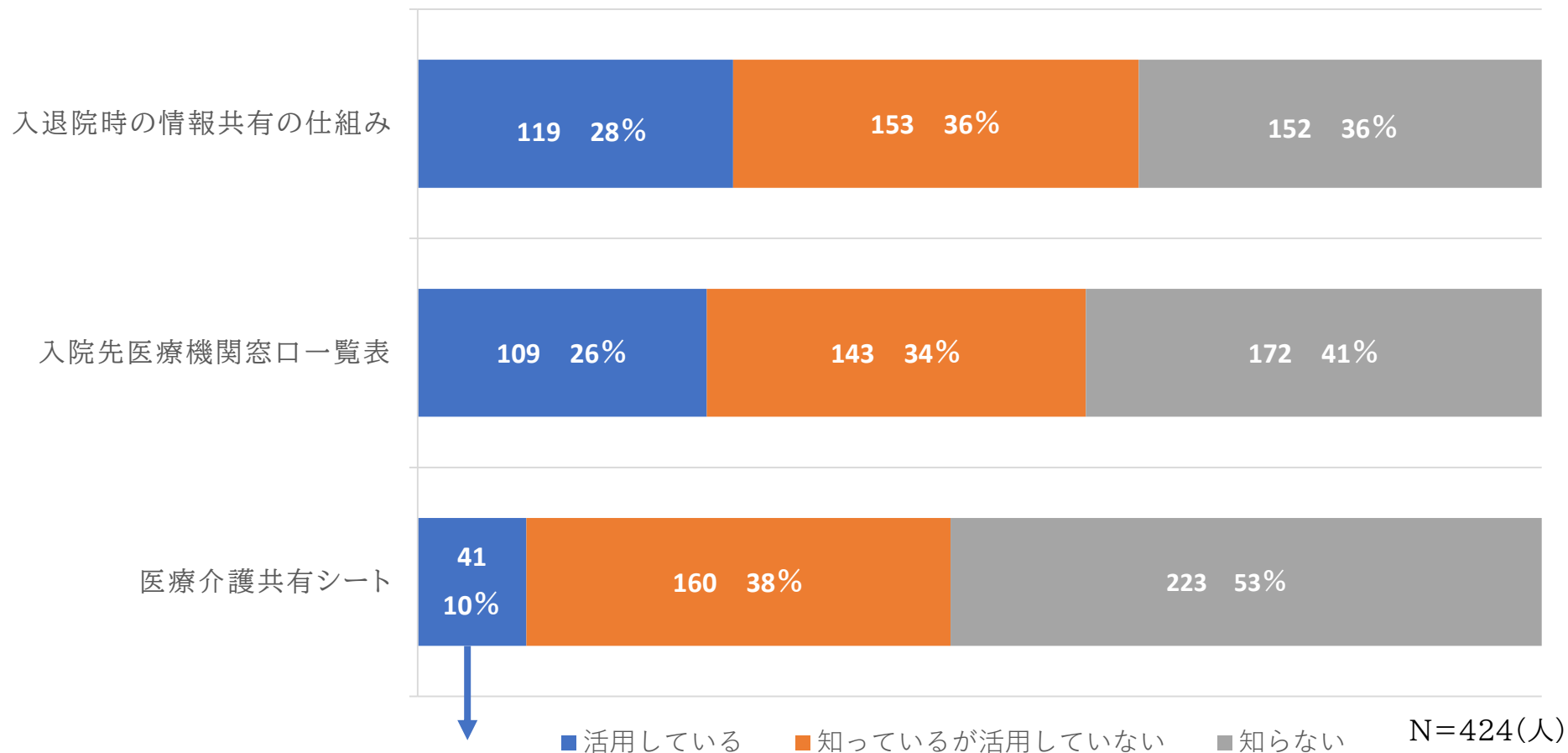
## 【医療】

病院	医科医師	当院の連携室が対応しているため
無床診療所	医科医師	オンラインで入力する時間が無い
		すみません 面倒です
		現在までのところ必要としなかった
		今のところ困っていません
		特に必要な事例無し
歯科医院	歯科医師	必要性があまり感じられないため
		無知でした
		利用する患者さんがいない
		利用機会が一切ない
		良く分かってないです
薬局	薬剤師	今のところ機会がない
		当院のネット環境の問題
病院	病棟看護師	モバカルネットを使用している
		今のところ問題がないので活用していない
	連携室看護師	違う媒体を使っている
訪問看護 ステーション	訪問看護師	医師や連携室担当者が行うため
		システムに入っていない
	セラピスト	ネットワーク上の問題
		とびうめネット多職種連携システムを利用しているクリニック・病院からの訪問看護依頼がないため
その他	歯科衛生士	最初の頃数名導入したがカードを提出しても役に立たなかったため
		相談事があれば直接連絡するため
その他	歯科衛生士	別の連携システムを利用しているため
		病院等多職間の情報共有ツールとして使用している
その他	歯科衛生士	診療所じゃないため

## 【介護】

居宅介護支援事業所	管理者	医療機関からの依頼
	介護支援専門員	MCS等医師により便利ツールある為
		活用する事になっていたが、利用者が利用前に逝去
		パソコン環境が整っていない
		知っているが、実際どのようなやり方で連絡するのか使ったことがなく分からない
		筑紫地区の担当件数が少ない
連携先の共有ができていないようです。今後は活用できるよう共有行いたいと思っています		
地域包括支援センター	管理者	利用する機会がない
	管理者	活用が難しい
	主任ケアマネジャー	活用する機会がない
	介護支援専門員	活用する場面があまりなかった
		今までのやり方や連絡方法に慣れてしまっている為
		使用した事があるが、アクセスが不便である
施設(特別養護老人ホーム)での業務にて必要性が発生しない		
勉強不足		
訪問介護事業所	管理者	機会がないため
		必要とすることが無い
	介護員	活用の機会がなかった
		現在のところ対象の利用者がいない

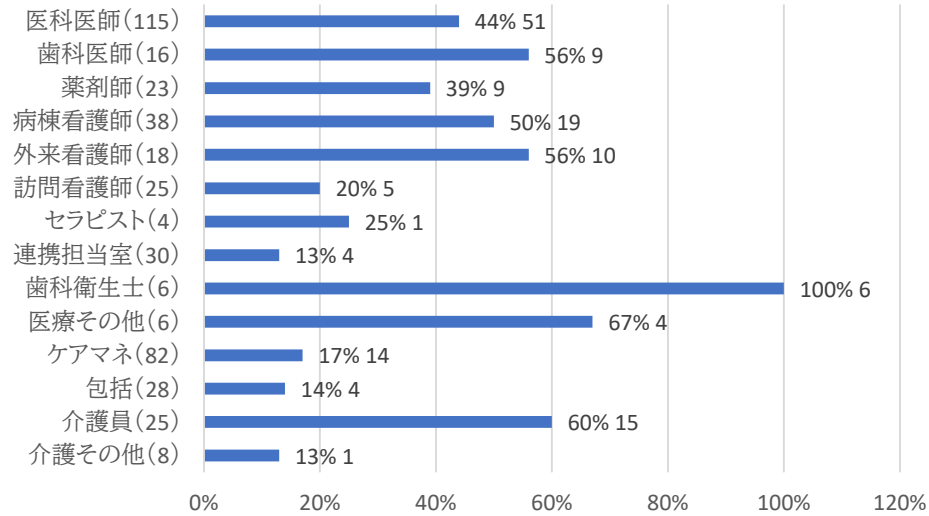
#### 4) 地域の仕組み・ツール等について 入退院支援



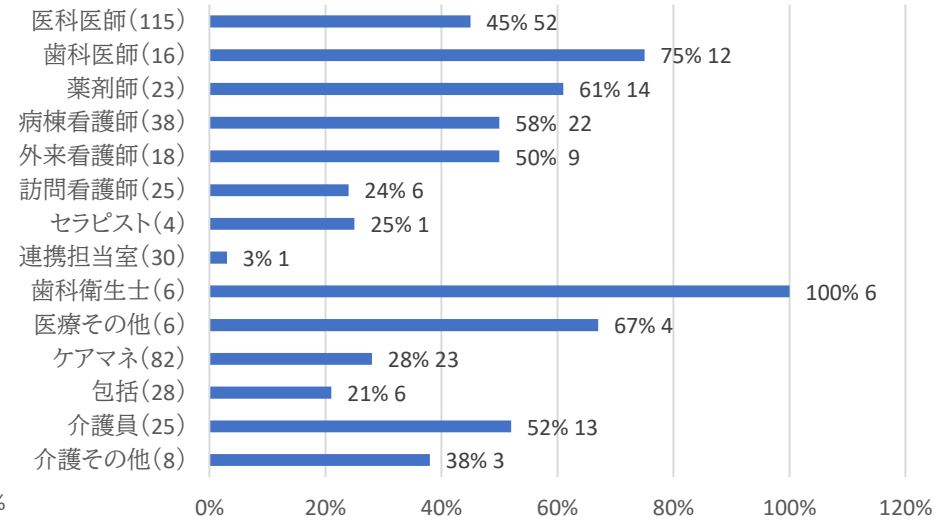
※医療介護共有シート活用時ケアプランを添付して入院時情報連携加算を算定しているか？  
はい20 いいえ10 知らなかった4 不明7

#### 4) 地域の仕組み・ツール等について 入退院支援

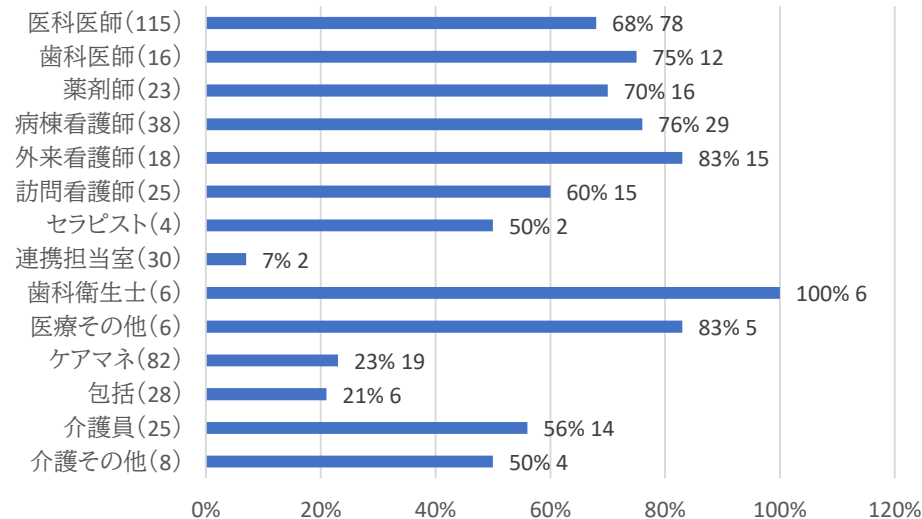
(N) “入退院時の情報共有の仕組み”知らないの内訳



(N) “入院先医療機関窓口一覧表”知らないの内訳



(N) “医療介護共有シート”知らないの内訳



#### 4) 仕組み・ツール等を”知っているが活用していない”理由等 入退院支援

#### 入退院時の情報共有の仕組み

### 【医療】

病院	医科医師	当院の連携室が対応しているため
無床診療所	医科医師	無知でした
		入退院時に連絡がくることがないため
		特に必要な事例無し
		情報共有を求められたり受けたりする機会がこれまでない
無床診療所	医科医師	紹介状、診療情報提供書のみ
		現在までのところ必要としなかった
		いつも通り、紹介状、また、退院時に情報をもらっています
歯科医院	歯科医師	今のところ機会がない
病院	病棟看護師	連携室担当者が行うため
		病院独自のやり方で実施していた 病院で使われていない
訪問看護 ステーション	訪問看護師	困っていないため
		既存の書式の方が効率的 医療機関へはCW/PSW/ケアマネ/相談支援専門員と情報共有している
	セラピスト	病院SWやCM等と直接やり取りをしている。資料を見直し、今後の参考にしたい
無床診療所	ソーシャル ワーカー	使う機会がなかった
病院		ケースによって利用している ケアマネジャーより連絡をいただく
病院	連携室看護師	それぞれに連絡し、FAXで情報収集している
		シートの活用はないが、流れは理解して行っている

4) 仕組み・ツール等を”知っているが活用していない”理由等 入退院支援

入退院時の情報共有の仕組み

【介護】

居宅介護支援事業所	管理者	特にありません
	介護支援専門員	<p>連携先の共有ができていないようです。今後は活用できるよう共有行いたいと思っています 必要に応じて活用しています 入院の都度活用している 地域の病院の連携室職員とあるていど連携が図れているため 地域の事を詳しく確認ができていなかったため、今後活用したい 他の書式にて入所時情報提供書を作成 情報提供の徹底ができており、連携がしっかりとれている 手持ちの基本情報の送付をしている 事例なし 記載に時間を要する。自身のアセス等の提供のほうが早い 介護ソフトに入っているものを使用している 加算対象となるため、医療と情報交換・共有することで在宅復帰後の介護サービス利用がスムーズにいくため</p>
地域包括支援センター	管理者	<p>直接電話等でのやりとりが多い 作成に手間がかかるイメージがある 今回改めて確認し、センター内で共有していきたいと思った</p>
	主任ケアマネジャー	活用する機会がない
	社会福祉士	<p>すでに知っている方である場合が多く、担当者で直接やり取りをしています 要支援の方は、加算がないこともあり、電話での連携で事足りてるから 今までのやり方や連絡方法に慣れてしまっている為 ホームページをひらいてダウンロードしてまでの様式記載、活用が出来ていない</p>
訪問介護事業所	管理者 サービス提供責任者	<p>知らない為困っている 該当者なし</p>
	介護員	<p>管理職が行なっているから ケアマネジャーを通じて聞くことがある ケアマネ、ソーシャルの方より連絡が来ています</p>
その他	小規模管理者	殆どかかりつけ医と家族と相談をしながら都度対応している

4) 仕組み・ツール等を”知っているが活用していない”理由等 入退院支援

入院先医療機関窓口一覧表

【医療】

病院	医科医師	当院の連携室が対応しているため
無床診療所	医科医師	無知でした
		入院先は診療所によって決めています。以前より、大学・公的病院との連携が来ています
		特に必要な事例無し
		知っている医療機関以外に依頼することがないため
		現在までのところ必要としなかった
歯科医院	歯科医師	今のところ機会がない
病院	病棟看護師	連携室担当者へ情報を聞く事が多いため
訪問看護 ステーション	訪問看護師	訪問時にかかりつけ医は情報として収集しているため一覧表は知らない
		入院先は主治医やケアマネ、家族等が準備、手配するため
無床診療所	訪問看護師(無床同行)	たまに活用させて頂いています
無床診療所	医療機関ソーシャルワーカー	使う機会がない
病院	連携室看護師	必要時は各医療機関に連絡している
		直接連絡を行い確認している
		よく連携している所に依頼することが多く、既に情報を把握している為
		だいたい把握しているため

4) 仕組み・ツール等を”知っているが活用していない”理由等 入退院支援

入院先医療機関窓口一覧表

【介護】

居宅介護支援事業所	管理者	その場面がない
	介護支援専門員	連携先の共有ができていないようです。今後は活用できるよう共有行いたいと思っています
		利用機会がなかった
		日頃から職員にもその資料が目につく所に置いておく必要がある
		地域の事を詳しく確認ができていなかったため、今後活用したい
		主治医への相談でスムーズに入院ができています
		プリントしてファイルに閉じているが、活用とまではいかない
ネット検索から電話番号を出して電話をかけることが多いです。		
		ご家族の通いやすい所をご希望されるので、それに準じて手続きしています
(看護)小規模多機能型居宅介護事業所	介護支援専門員	担当SWが違い確認が必要なため
地域包括支援センター	管理者	ネット検索等での情報の方が利用しやすい
	介護支援専門員	入院の際において、病院の受入れ体制や本人・家族の意向があり活用していない 存在を知らなかった。 概ね把握している
訪問介護事業所	サービス提供責任者	該当者なし
	介護員	必要時活用したい
		業務で活用することはない ケアマネジャーを通じて聞くことがある
その他	小規模管理者	殆どかかりつけ医と家族と相談をしながら都度対応している

## 【医療】

病院	管理者	電子カルテで共有が難しい
	医科医師	当院の連携室が対応しているため
無床診療所	医科医師	連絡がないため
		無知でした
		特に必要な事例無し 現在までのところ必要としなかった
歯科医院	歯科医師	今のところ機会がない
病院	病棟看護師	使用する機会がない
		入院時に情報提供があれば確認し活用しています
訪問看護ステーション	訪問看護師	筑紫版看護サマリーを利用している
		今後活用を考えている
		もっと普及すればいいのに
無床診療所	訪問看護師(同行)	書類が多く、共有するシートが増えて、情報が散乱するのを避けるため入力・作成に時間を要するため
病院	連携室看護師	看護サマリーを活用しているため
		看護サマリーや各事情所の書式でやり取りを行い問題ないため
		このシートで情報がくることがない
		CMからの提供があれば活用している
病院	ソーシャルワーカー	病院の書式を利用しているため
		項目のチェックだけでは十分な情報が得られない
		活用する機会が無い為
		当院の退院支援でも活用している
無床診療所	ソーシャルワーカー	使う機会がない

## 【介護】

居宅介護支援事業所	管理者	様式がA4でない
		入力に手間がかかる
		再度、記載する時間が取られてしまうから
	介護支援専門員	分かりやすい内容なので必要に応じて活用しています
		連携先の共有ができていないようです。今後は活用できるよう共有行いたいと思っています
		必要としてない
		入退院連携シートしか使用しておらず
		当方 の独自フォームを使用しているため
		地域の事を詳しく確認ができていなかったため、今後活用したい
		事務所のアセスメントシートをすぐ送っている
		事業所のリストを使用して作成している
		事業所で使用している基本情報、アセスメントシート、計画書を使用している。共有シートに記入する手間がかかるため。
		市連絡会の情報提供書を活用している
		使用ソフトが、便利だから
		使いにくい
		共有シートを作成する時間が無い
		既存の書類で代用できる為
既存のフェイスシートやケアプランを活用することが多い為		
介護ソフトのシートを活用し、添付でアセスメント表など必要な情報を送付している		
ソフトの様式を利用している		
ソフトに入っているものを使用している		
(看護)小規模多機能型 居宅介護事業所	介護支援専門員	入院時連携は直接行っている

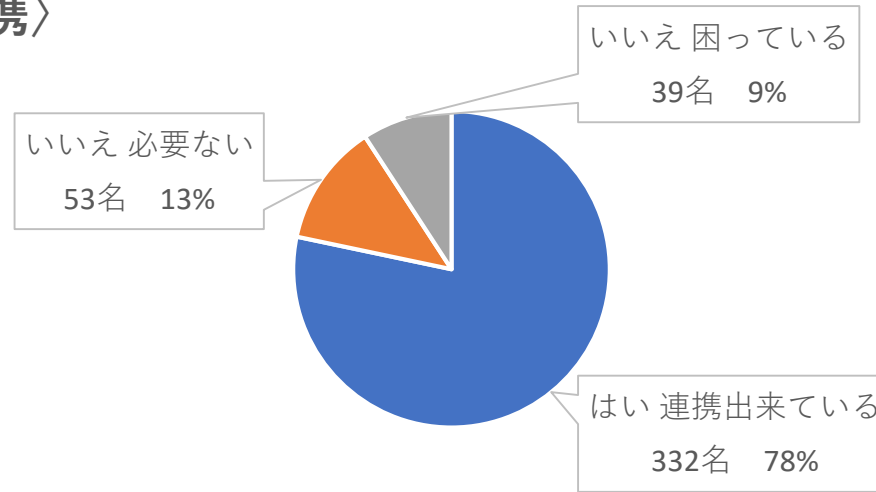
4) 仕組み・ツール等を”知っているが活用していない”理由等 入退院支援

【介護】

地域包括支援センター	管理者	他書式で対応している
		現場に浸透していない。利用する機会がない
	社会福祉士	すでにあるシートを活用しています
	保健師	そのツールを利用するより、自分のケアプランや基本情報の送付で代替してしまう。包括で加算が関係無いので、あまり意識していない。電話での情報共有などは良くおこなう
	介護支援専門員	存在を知らなかった
		上記に記載しました
		事業所で作成したものを利用中
		今までのやり方や連絡方法に慣れてしまっている為
		機会がない
		基本情報とケアプランを希望されるため 活用する状況にない
訪問介護事業所	サービス提供責任者	該当者なし
	介護員	カナミックなどは活用行なっています
		必要時活用したい ケアマネの方よりいただいている
その他	小規模管理者	事業所のアセスメントシートを活用

5) 入退院支援 『入院』について

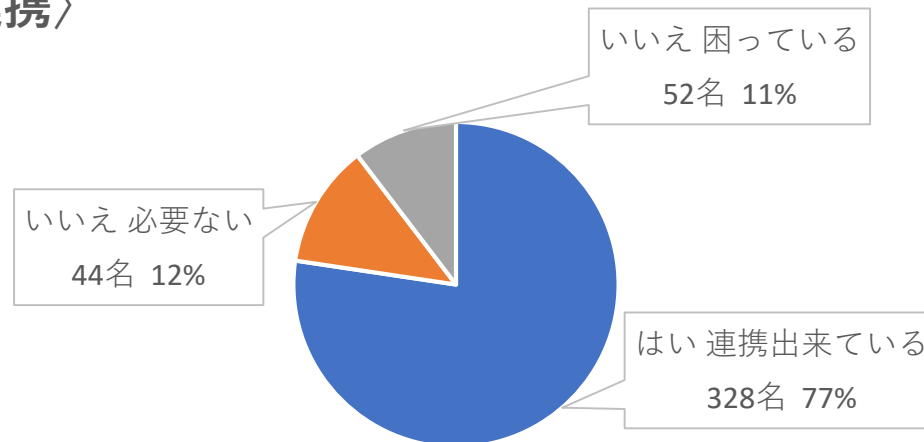
〈入院時の情報連携〉



N=424(人)

6) 入退院支援 『退院』について

〈退院時の情報連携〉



N=424(人)

【医療】

無床診療所	医科医師	<p>連絡してこない。筑紫医師会の訪看さんとか一部の人のみ連絡あり</p> <p>福岡市内への入院が多いため</p> <p>入院したなどの急変時の情報は共有できてないことが多いと感じます</p> <p>特に必要な事例無し</p> <p>当院では事例がないのでわからない</p> <p>当院がかかりつけであることを把握していても入院について診療情報提供をしてもらえないことが多々ある</p> <p>知らないうちに患者が入院していることは多々あるが困ってはいない</p> <p>他施設を経由して入院となった場合は(仕方ないものの)情報が不明となる</p> <p>紹介状の返事がない場合がある</p> <p>システムがない</p>
薬局	薬剤師	<p>連絡が、もらえない事がある</p> <p>予定日に処方がなく問い合わせをした時点で入院してることを知ることがある</p> <p>報告の窓口がわからない</p> <p>入退院の連絡を頂ける場合といただけない場合があり、ケアマネ次第</p> <p>入院本人が状況を把握していない</p> <p>入院後、かなりの日数がたってからの事後報告が多く、在庫の管理、患者の状況把握等、対応が遅くなることに困っている</p> <p>時々入院時の連絡をもらえない時がある</p> <p>施設より連絡があることもあるが、診察予定日に処方FAXが来ず確認のため連絡して初めて入院されたと知ることが多々ある</p>
病院	病棟看護師	<p>本人、家族が入院時ケアマネージャーの連絡先や名前、事業所などかはっきりしないことが多い</p> <p>部署によってはできていないところもあると思う</p> <p>土日など緊急入院で情報が得られるまで時間がかかる</p> <p>タイムリーに情報が得られない(後から看護サマリーで知る情報など)</p>
	連携室看護師	<p>診療情報がないと、受入の判断ができない。相談ベースでも患者の情報をある程度揃えてもらいたい</p>
	ソーシャルワーカー	<p>極力、担当ケアマネへ報告するようにしています。あまり名刺を拝見することはありませんが</p>
訪問看護ステーション	訪問看護師	<p>病院毎に窓口となる方も違うし、誰に伝えていいかわからない</p> <p>ケアマネにしか連絡がないことが多い、訪問看護にも情報が欲しい</p>

5) 入退院支援 『入院』について

**困っている状況等**

**【介護】**

(看護)小規模多機能型 居宅介護事業所	介護支援専門員	こちらから連絡をとってもSWがついておらず、たらい回しにされることがある
	管理者	医療側との連携が図りやすいところと、そうでないところの差が大きい
地域包括支援センター	ソーシャルワーカー	医療機関側の患者が今後支援が必要な方と認識している場合は入院の情報が入り、連携がとれて助かっているが、それに気づかない場合の困難ケースで、時折何の情報も入らないまま、退院直前に連絡が来る場合が困る
	保健師	大きい病院にはソーシャルワーカーがついていないことも多く、連携が取りにくい
訪問介護事業所	管理者	時々訪問したら入院していたということはある
	介護員	どんな状態かがわからない。退院して訪問して知る

6) 入退院支援 『退院』について

**困っている状況等**

**【医療】**

有床診療所	医科医師	入院したなどの急変時の情報は共有できてないことが多いと感じます
無床診療所	医科医師	連絡してこない。筑紫医師会の訪看さんとか一部の人のみ連絡あり
		福岡市内への入院が多いため 当院がかかりつけであることを把握していても入院について診療情報提供をしてもらえないことが多々ある 他施設を経由して入院となった場合は(仕方ないものの)情報が不明となる システムがない
薬局	薬剤師	退院カンファレンスのスケジュールあわせることができない。zoomなどで参加できるとよいと思った 退院時カンファレンスに呼んでいただけないことが多く、できれば最低でもすでに居宅療養管理指導で介入している方の場合には、退院後の薬剤の準備や調剤方法の検討・訪問計画も必要になるため、お呼び頂きたい。基本的にお声掛けいただければ時間調整してなるべく参加できるように努力するので、まずはお声掛けいただきたい 退院時処方内容が知りたい
		お薬手帳の持参忘れの際に変更等がわからない

## 6) 入退院支援 『退院』について

## 困っている状況等

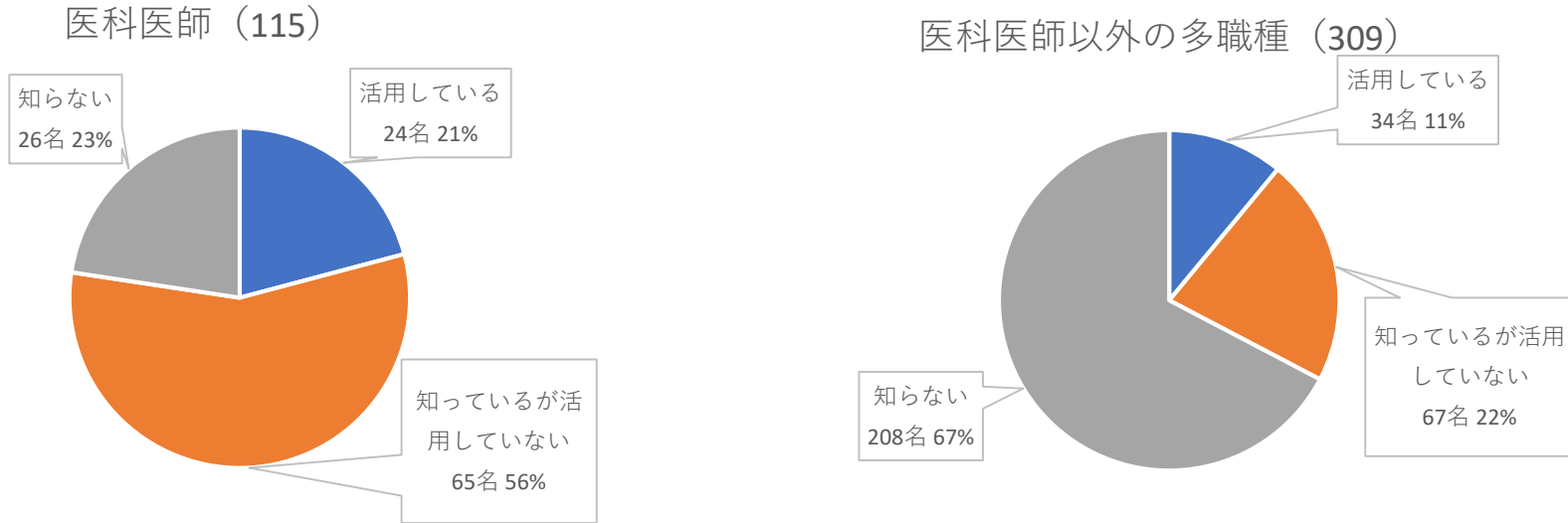
## 【医療】

薬局	薬剤師	出来ている時と、出来ていない時がある。昔から馴染みのあるかかりつけの患者を本人、家族の希望なしに違う薬局に変えられたり、薬学の居宅訪問をお願いされていたのに、退院時して施設入所になった段階で施設の方針という理由で違う薬局に訪問を変えられる事例が多々あった 施設より連絡があることもあるが、診察予定日に処方FAXが届いて初めて退院されたと知ることが多々ある
病院	病棟看護師	部署によってはできていないところもあると思う 土日など緊急入院で情報が得られるまで時間がかかる タイムリーに情報が得られない(後から看護サマリーで知る情報など)
	連携室看護師	診療情報がないと、受入の判断ができない。相談ベースでも患者の情報をある程度揃えてもらいたい
訪問看護ステーション	訪問看護師	病院毎に窓口となる方も違うし、誰に伝えていいかわからない ケアマネにしか連絡がないことが多い、訪問看護にも情報が欲しい

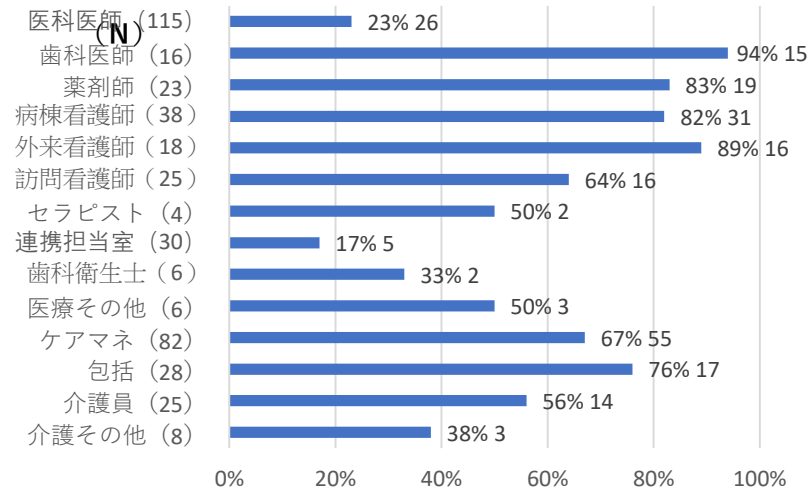
## 【介護】

居宅介護支援事業所	介護支援専門員	当日では先方も状態把握できていなかったり担当も決まっていないことも多く、当日連絡は良くない
		医療機関により MSWがないと言う事で 連携が取れない
(看護)小規模多機能型居宅介護事業所	介護支援専門員	こちらから連絡をとっても、SWがついておらずたらい回しにされることがある
地域包括支援センター	管理者	医療側との連携が図りやすいところと、そうでないところの差が大きい
	ソーシャルワーカー	医療機関側の患者が今後支援が必要な方と認識している場合は入院の情報が入り、連携がとれて助かっているが、それに気づかない場合の困難ケースで、時折何の情報も入らないまま、退院直前に連絡が来る場合が困る
訪問介護事業所	介護員	どんな状態かがわからず、退院後訪問して知る

## 7) 地域の仕組み・ツール等について 急変時の対応



### “バックベットのシステム”知らないの内訳



7) 地域の仕組み・ツール等について 急変時の対応

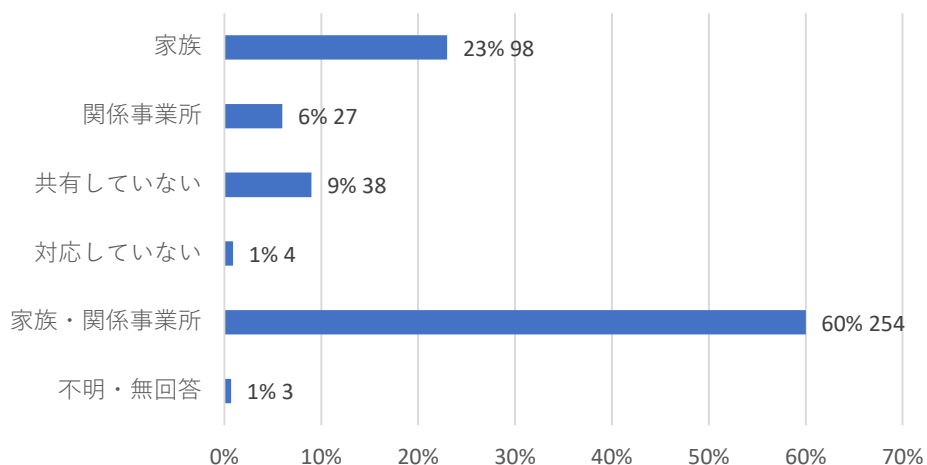
活用していない理由など(医科医師以外の多職種)

【介護】

居宅介護支援事業所	介護支援専門員	活用したいと思います 今後活用します 勉強不足でバックベッドシステムがあることを知らなかった 共有ができていないようです。今後は活用できるよう共有行いたいと思っています
	管理者	初めて聞きましたが、どのような周知方法をされているのでしょうか？
地域包括支援センター	介護支援専門員	自分の市との関わりが多い為(包括が市の機関にて…) 存在を知らなかった
	管理者	機会がない
訪問介護事業所	介護員	申し訳ありません。内容が把握しておりません。 調べます 必要時活用したい

8) 急変時の連絡先について 急変時の対応(複数選択可)

急変時の連絡先を誰と共有しているか



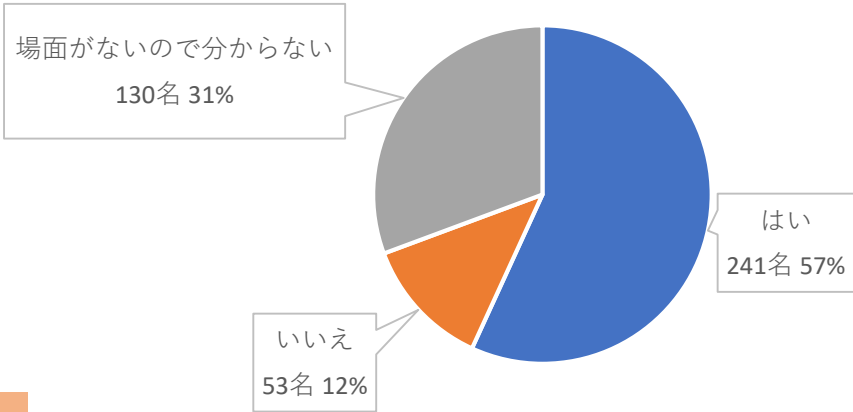
【医療】

共有していない理由など

無床診療所	医科医師	そこまで連携している施設がない
	管理者	利用機会がない
歯科医院	歯科医師	入院施設がないため

9) 医療・介護・消防(救急)の連携について 急変時の対応

スムーズに連携出来ているか



【医療】

「はい」の理由

無床診療所	医科医師	必要な時に連絡に困ることがない 当院の職員が頑張っているから 何かあれば大体連絡がある 医療機関先がいくつか(症状で)決まっています。(大学・公的病院)連携もスムーズに出来ています メインでの紹介する病院への紹介の仕方は十分知っているため
	病棟看護師	自分が主として実践してはいないが、地域基幹病院として支援センターでしっかり連携していると思う
病院	ソーシャルワーカー	特別困っていないので 以前に比べてスムーズになっていると思うが、スピード感(退院時期)など課題を感じる
	外来看護師	訪問看護の方との必要時やり取りはしています ケアマネがいる(相談員)
無床診療所	訪問看護師	予め主治医に搬送先を決めて頂いたり、受診歴がある病院を打診し、概ね希望の搬送が出来ている 救急シートを利用

9) 医療・介護・消防(救急)の連携について 急変時の対応

「はい」の理由

【介護】

居宅介護支援事業所	介護支援専門員	連絡を取り合っているため
		入院先のSWから連絡が入ることが多くなった
		入院時にはすぐ連絡し、退院前カンファの希望を伝えている 情報も送っている
		情報共有は短時間で行えている
		常に主治医や、消防、医療、特に必要性の高い方は訪問看護緊急訪問加算を付けている
		常に関係事業所等との連携を図っている
		常に確認している
		消防(救急)は場面が少なくわからないです
		救急を呼ぶとき、直ぐに連携ができるよう書類を準備している
		基本情報を渡しています
地域包括支援センター	介護支援専門員	以前よりはどこも協力的になってきているのではと思う
		しかし、一方通行な事や、一回で終わることが殆どである
		ご家族、入所先、事業所間で連絡体制あり
訪問介護事業所	管理者	お互いにひつような情報が何かという理解があると感じます
		いつもスムーズに出来ている
	介護員	最近では電話連絡が早く入るようになったと思う
		緊急時は電話などで連携がとれる
その他	小規模管理者	SWからの連絡・情報がある
		連絡先を目立つ所に貼ったり、申し送りノートの活用をしている
		訪問看護にすぐ繋がるので
訪問介護事業所	介護員	救急隊と医師へ同じ内容を伝える場合もあるが、搬送から病院までスムーズだと思う
		必要な情報は、ipadや基本情報、シート活用等でスムーズに行えている
		緊急連絡票を利用者の家に置くようにしている
		緊急連絡先とケアが報告あります
その他	小規模管理者	ケアマネと情報共有しています
		情報の共有が3者間にて出来ている
その他	小規模管理者	何かあれば事業所のアセスメントシートを共有している

## 【医療】

病院	管理者	事業者にもよる
有床診療所	医科医師	訪問診療の患者については消防との連携は出来ていない
無床診療所	医科医師	ケースバイケース 事業所により違う
		せっかくマイナンバーを使用するようになったのに、電子カルテや検査結果などを参照する仕組みがない
		何も理解していない
		介護申請後に、介護度の報告が無い
薬局	薬剤師	消防とは今迄連携していない
		情報ツールの一元化がうまく出来ていない
病院	病棟看護師	情報発信者の選定が明確になっていない状況下では十分な共有がなされていないことがある
		本人から夜間に電話があり、緊急時の連絡先を知らなかったが本人が知っていた為事なきをえた経験がある
	ソーシャルワーカー	緊急入院時の情報共有が、もう少しタイムリーに出来るといいなと思います。施設入所中の方は、あまり家族が生活状況や食事形態などを知らない事も多いです
		使っているツールが様々で、FAXだと直ぐに繋がりにくい
無床診療所	事務	施設からサマリーがないため、情報が無いことがある。看護師がいない事もあるが、ADLなど、日常が分かるものがあると助かる(元のADLに向けて介入できるため)
		介護施設からの情報提供は、施設によって差異がある
訪問看護ステーション	訪問看護師(管理者)	入院になってもCMが知らない事も多く、情報がすくには来ない。CMが休みで対応できない時に他のCMがサポートできないため情報収集に時間がかかる
訪問看護ステーション	訪問看護師(管理者)	入院受入機関の選定に時間を取られることがある
		相談電話に対応してくれないところがある
		急変時に救急搬送を依頼するが、添書や救急車同乗を要望されて困る
		病院の受け入れ先がないことがある

## 9) 医療・介護・消防(救急)の連携について 急変時の対応

### 【介護】 「いいえ」の理由

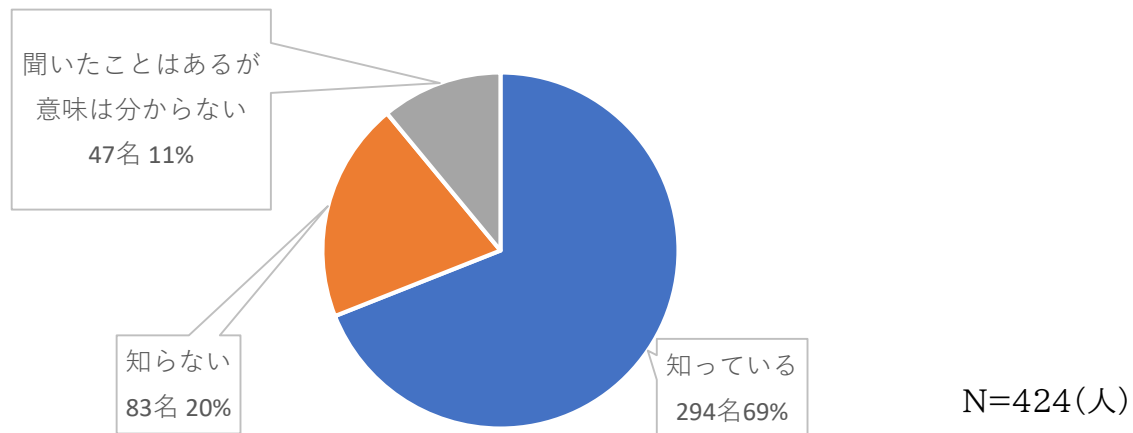
居宅介護支援事業所	管理者	場面が少ない
	介護支援専門員	医療機関に連絡して、救急車で来るようにと言われたが、なぜこの状態で救急車を呼んだのか？というニュアンスのことを救急隊から家族がいわれたことがある
		消防(救急)との情報連携はあまり機会が無くスムーズに行えているとは言えないと思う
		消防への情報連携があまりできていないので、救急搬送時に立ち会っている場合、口頭でのみ行っている
		消防への情報連携は不可
		先日、利用者様の家族が救急搬送の依頼をされたが、熱発がないので救急搬送されず翌日ケアマネが医療機関へ連絡し入院の手配を実施
其々の立場や業務の流れ等互いに事情を把握できていないため		
(看護)小規模多機能型居宅介護事業所	介護支援専門員	病院によるが、かかりつけ医がない人は難しい
地域包括支援センター	管理者	守秘義務が強過ぎて、緊急時対応時など困ることが多い
	保健師	消防との連携はしたことが無い
	ソーシャルワーカー	救急対応時に救急隊に伝えた情報を再度入院先病院の複数部署から聞かれることがある。

### 【医療】 「場面がないので分からない」の理由

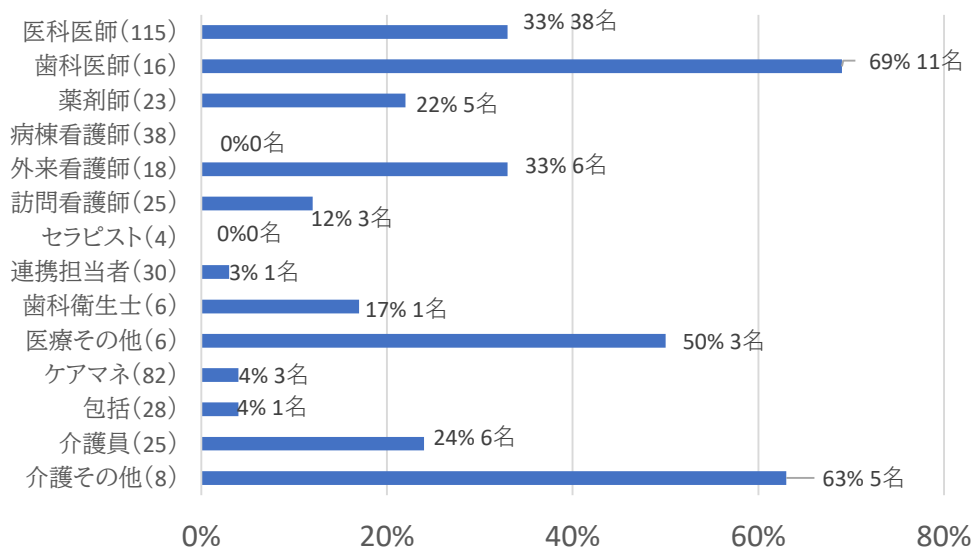
無床診療所	医科医師	特に必要な事例無し
		当院では事例がない

## 10) 看取り ACP(アドバンスケアプランニング)を知っていますか

### 〈ACPの周知〉



### "ACP"知らないの内訳



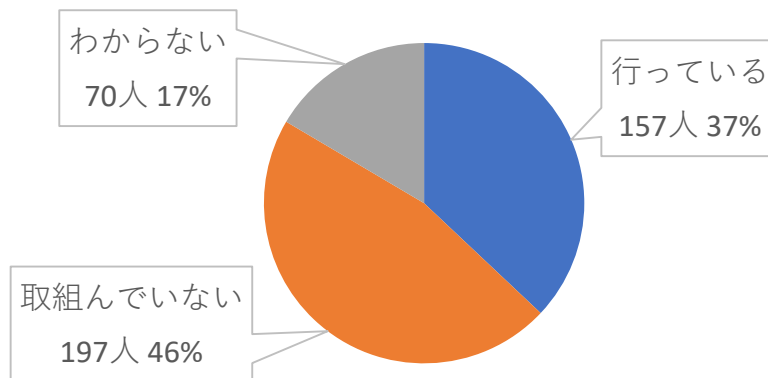
### 「知らない」の理由

#### 【介護】

その他      デイ管理者      言葉を知らない

11) 貴事業所ではACP(アドバンスケアプランニング)について、何らかの取り組みを行っていますか？

〈ACPの取り組みを行っているか〉



【医療】 「取組んでいない」等の理由

有床診療所	医科医師	利用者に何と説明して良いか分からない(認知症にて)
無床診療所	医科医師	個々の症例で検討することはあるが、取り組みとしては行っていない
		特に必要な事例無し
		日常診療で、個々の人の要望時に相談に乗っています
歯科医院	歯科医師	必要な状況にない
		必要性が乏しい
病院	病棟看護師	どう取り組み連携を行えば良いか分からない
		今のところ機会がない
有床診療所	外来看護師	外来では時間がとれない
訪問看護 ステーション	訪問看護師	少しずつ取り組んでいるが医者の協力も、必要
		そのような場面がない
病院	連携室看護師	関わりの中で自然としているかもしれないが表立っての取り組みはない
		急変リスクのある方は適宜会議を開いて、今後の方針を家族と多職種で話し合うが、リスクの低い方はそこまで話を詰めていません
病院	連携室看護師	入院時に本人、家族の希望を聞いている

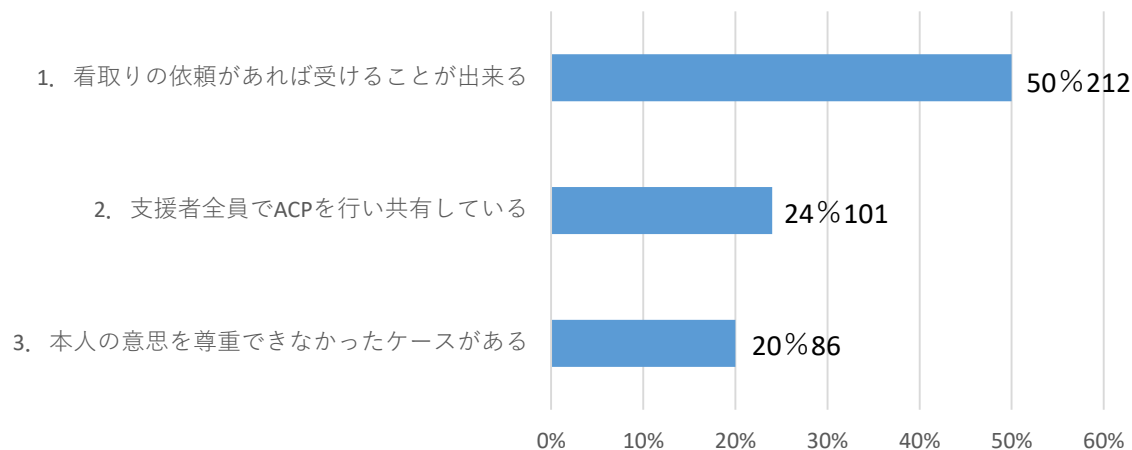
11) 貴事業所ではACP(アドバンスケアプランニング)について、何らかの取り組みを行っていますか？

【介護】 「取り組んでいない」等の理由

居宅介護支援事業所	管理者	勉強段階
	介護支援専門員	これから取り組む
		なかなかタイミングがつかめず出来ていない
		会議で伝達している
		各自、外部研修に参加しているが事業所内で振り返りはできていない
		研修等は参加している
		個々のケアマネで知識や意識があるので今のところ必要と感じていない。必要に応じて行政が作成したエンディングノートなどを活用している
		個別に研修の参加のみ
(看護)小規模多機能型居宅介護事業所	介護支援専門員	取り組みに該当するかはわかりませんが、状態が低下するときに備えて看取りや医療や介護について共有確認することは心がけています
		多忙で余裕がなく取り組めていない
地域包括支援センター	保健師	その体制づくりや風土がない
	介護支援専門員	あえて取り組むことはしていないが研修等には参加しています。本人らしい人生が送れるよう、意向を尊重した支援を心掛けています
		看取りの状態になられて医師より、その後施設職員から話を行うため入所時から具体的にと言うわけではない
		社会福祉士が啓蒙活動を行っている
		話し合いをする時間、調整がない

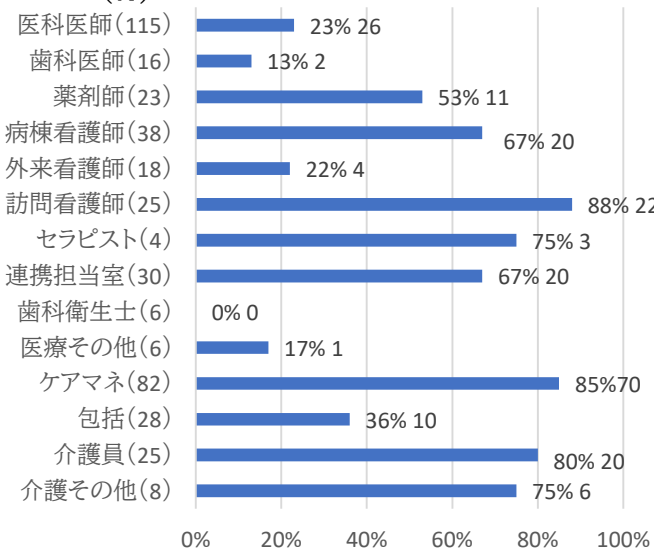
# 11) 看取り 利用者(患者)が望む場所で最期を迎えるための支援について(複数選択可)

## 自事業所に該当すること

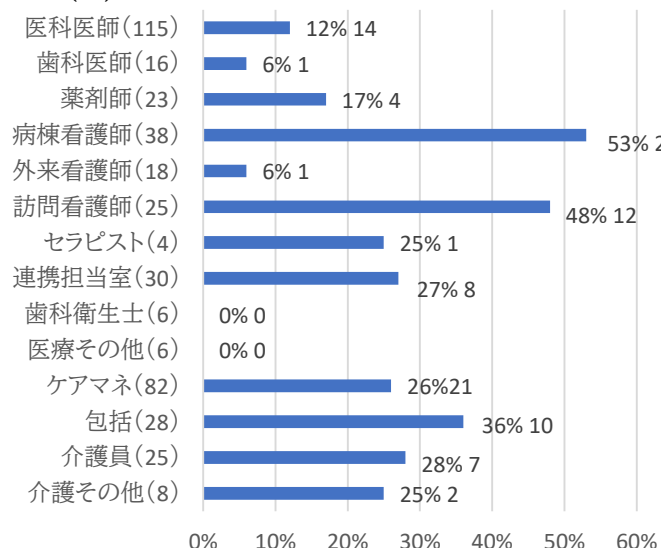


N=424(人)

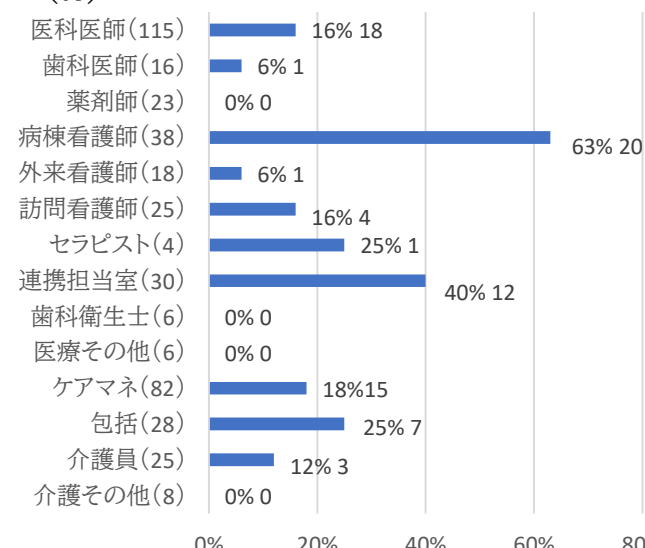
### 看取りの依頼があれば受けることができる (N)



### 支援者全員でACPを行い共有している (N)



### 意思を尊重できなかったケースがある (N)



12) 看取り 利用者(患者)が望む場所で最期を迎えるための支援について

意思を尊重できなかった具体的状況、理由など

【医療】

有床診療所	医科医師	多くの家族が病院を希望する
無床診療所	医科医師	ACP前の急変
		かかりつけの患者で可能な範囲の方のみで看取りを行っています
		家族が救急車を呼んじゃったりとか
		科の性格上看取りに関わらないのですべて該当しない
		看取り前提で見守っていたが、家族が救急搬送した
		休日、夜間など困難なことが多いです
		急変して病院に搬送されるケース
最期に於いて相談があれば対応しています		
本人の希望を行うと、家族も含めて生活・治療が不可能であると思われた		
薬局	薬剤師	共有している方とできていない方がいる
病院	病棟看護師	家族と本人の意思の違いなど
		患者自身の意思が確認できる時に、ACPの話し合いができていないことが多い
		救急病院なので、看取りを目的としての入院ではなく緊急入院患者や状態悪化時の看取りは行っている
		在宅を希望していたが医師が無理となり転院となった
	利用者は在宅での看取りを希望し家族も同意していた。患者の急変で家族が対応困難となり急遽在宅から病院への看取りへの変更となったことがあり、退院前の調整が不十分だったと反省している	
外来看護師	入院中の方のみ	
連携室看護師	患者と家族の意向が異なっていたりする場合	
	看取りのケースは少ない	
		地域包括病棟入院内の期間であれば対応している

12) 看取り 利用者(患者)が望む場所で最期を迎えるための支援について

意思を尊重できなかった具体的状況、理由など

【医療】

病院	ソーシャルワーカー	(状況による)入院中の患者の病状悪化等・・・
		家族が受け入れが出来ないと言われた
		基本的に看取りは行っていないが、状況に応じて対応することがある
		自宅希望だが、家族のマンパワー不足
		精神科単位病院のため、限界はあるがケースとしてはある
		認知症や介護が必要で本人が希望する自宅退院の希望を叶えることができなかった
無床診療所	訪問看護師(同行)	本人が意思疎通が難しい場合、家族の思いが一方通行など
		病態悪化に伴い、家族の介護負担が増加し、疲弊が募り入院となるケースがあるが、その際も最終的なACPの話し合いを設けている
訪問看護ステーション	訪問看護師	非常勤医師の往診で把握されないまま、症状に応じて救急搬送され戻ることなく病院で逝去されました
	セラピスト	本人が意思疎通が難しい場合、家族の思いが一方通行など

【介護】

居宅介護支援事業所	管理者	在宅死を望んだ独り暮らし98歳、認知症の進行により不衛生な環境の中での生活を本人の意思ととらえることができなかった
	介護支援専門員	ご本人の認知が高く、意思の確認ができない状況であったので、ご家族と話し合いを行いました
		より緊密に連携を図り不安や方針のズレがないように気をつけています
		家族の見解の相違や経済的理由
		家族の支援体制や社会資源(訪問介護など)の不足、独居
		今は該当がないが、事業所を見つけることが困難と感じる
生活保護の方は理想の生活と経済面から限界がある		

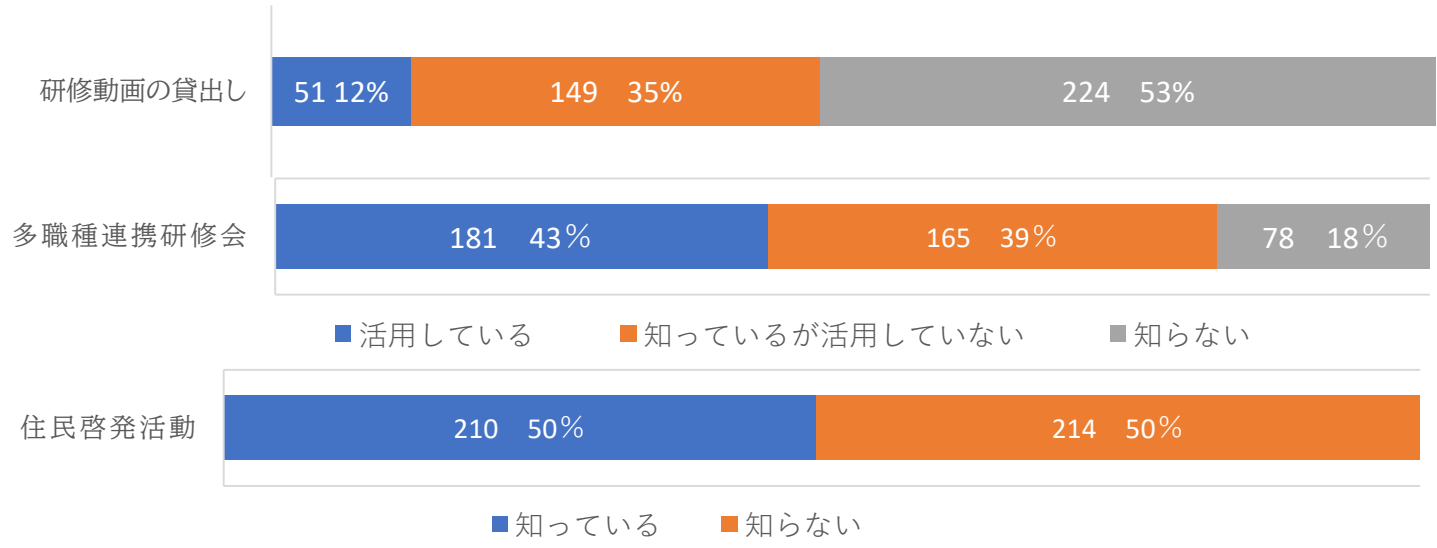
12) 看取り 利用者(患者)が望む場所で最期を迎えるための支援について

意思を尊重できなかった具体的状況、理由など

【介護】

居宅介護支援事業所	介護支援専門員	本人、家族の意向の違い
		本人の意向を確認して、関係者で共有しています
		本人の意向を確認していたが最期が近づくと結果家族の意向が優先された
		本人の意思確認ができず、家族の意向になってしまったケースがある
		本人は家で最期を迎えたかったが、家族の対応が難しく施設で最期となった
地域包括支援センター	社会福祉士	基本的に要支援を対象としているため、場面がない
	介護支援専門員	核家族化、独居世帯が多いので、自宅での見取りは困難だと思う
		自宅での看取りの為、息子様が会社に介護休暇の届け出を出されていたが、申請が下りるまでに間に合わなかった
		身寄りがない方で、本人の気持ちがコロコロ変わり、本心を理解できなかったことがあります
	認知症地域支援推進員	回答がない。使ったことがない
訪問介護事業所	管理者	99歳介護5の同居嫁の体調不良等、家族の介護負担が大きく在宅生活が出来なくなった
	介護員	看取りの内容によって
		ACPを理解して活用したい
		自宅看取りを希望するケースが少なくなっている
その他	デイ管理者	本人は自宅で最期を迎えたかったが、家族の介護疲れがあり病院に入院になった
		通所介護では難しい

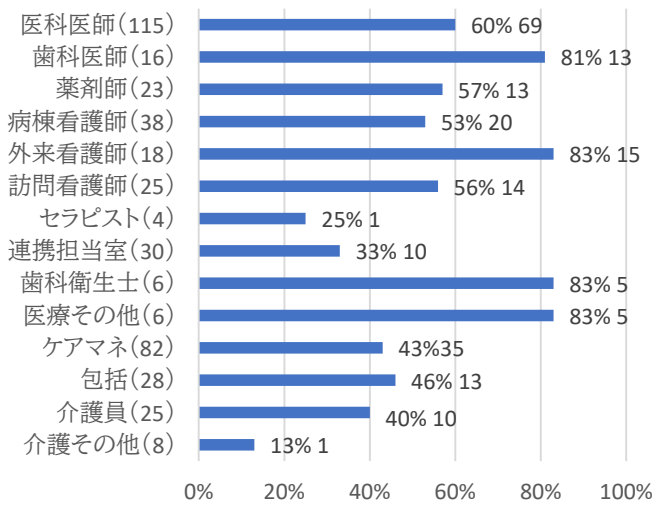
### 13) その他の取組み等について



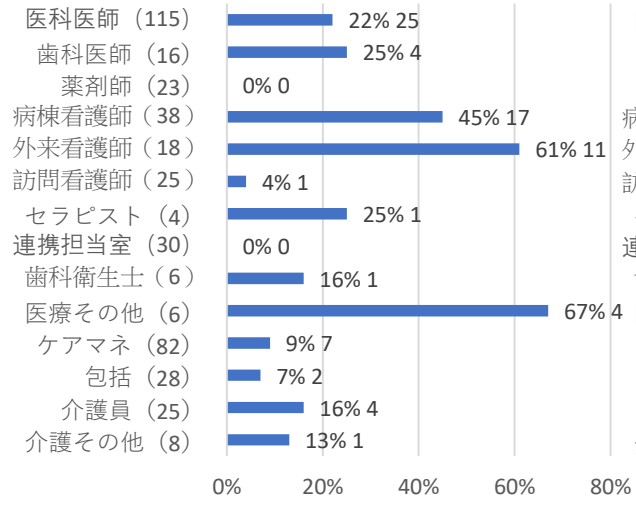
N=424(人)

#### “知らない”の内訳

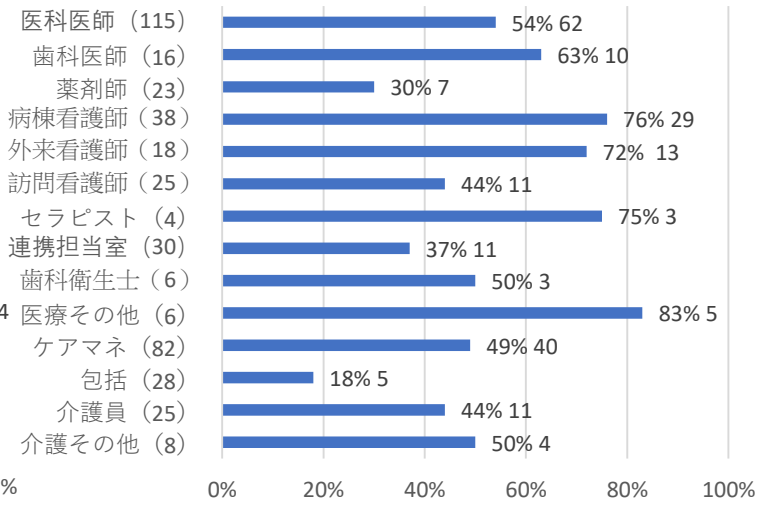
(N) “研修動画の貸出し”知らないの内訳



(N) “多職種研修会”知らないの内訳



(N) “住民啓発活動”知らないの内訳



## 【医療】

無床診療所	管理者	利用機会がない
	医科医師	強い必要性を感じたからです
		当院では事例がない
		特に必要な事例無し
		無知でした
薬局	薬剤師	借りる時間が取れない
訪問看護ステーション	訪問看護師	研修動画があることを知らなかった
無床診療所	ソーシャルワーカー	ぜひ活用したい

## 【介護】

(看護)小規模多機能型 居宅介護事業所	介護支援専門員	事業としてのマニュアルがあるため
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	どういう所で貸出しをしているのか分からない
		研修動画の貸し出しについては良く存じ上げませんでした
		事業所で貸出しできるなら是非借りたい
地域包括支援センター	介護支援専門員	勉強不足で動画貸し出しでの研修があることを知らなかった
		存在を知らなかった 動画の貸出を知らなかったが、機会があれば利用したい

## 13) その他の取組み等について

## 多職種研修会 理由など

## 【医療】

無床診療所	管理者	利用機会がない
	医科医師	ヒマがない 過去に出席したことはありますが・・・ 在宅医療に繋ぐ機会が少ないため 多忙のため 当院では事例がない 特にありません 特に必要な事例無し 必要に迫られていないため
薬局	薬剤師	時間が取れない
病院	病棟看護師	勤務状況によって参加したりしなかったりになる 当日業務の状況で、出席予定としていたが急遽欠席したこともあり活用できていない
訪問看護ステーション	訪問看護師	研修会の日程等が分からない
	セラピスト	今後活用していきたい
病院	連携室看護師	参加する相談員の余裕がない
無床診療所	ソーシャルワーカー	お誘いいただいているのかもしれませんが、郵便物やEメールなど何かと管理が行き届かず、情報を得ることができていません

## 【介護】

居宅介護支援事業所	管理者	日程が調整しづらい
	介護支援専門員	以前は参加していたが、今は活用していない。他に研修が多くて時間も限られる 研修が多く、参加の余裕がない 研修に参加する時間がとれない 研修会の周知の機会を共有したいと思います 時間帯が19時からが多い為 夜間の開催は家庭の都合で参加できていない状況の為
地域包括支援センター	保健師	参加したい気持ちはあるが、夜間でやや遠方だと、自分の家庭のこともあり参加しにくい
	介護支援専門員	時間外の研修が多い
訪問介護事業所	管理者	時間が合わず参加できない 多忙で行けないことがある
	サービス提供責任者	業務多忙

## 13) その他の取組み等について

## 住民啓発活動について

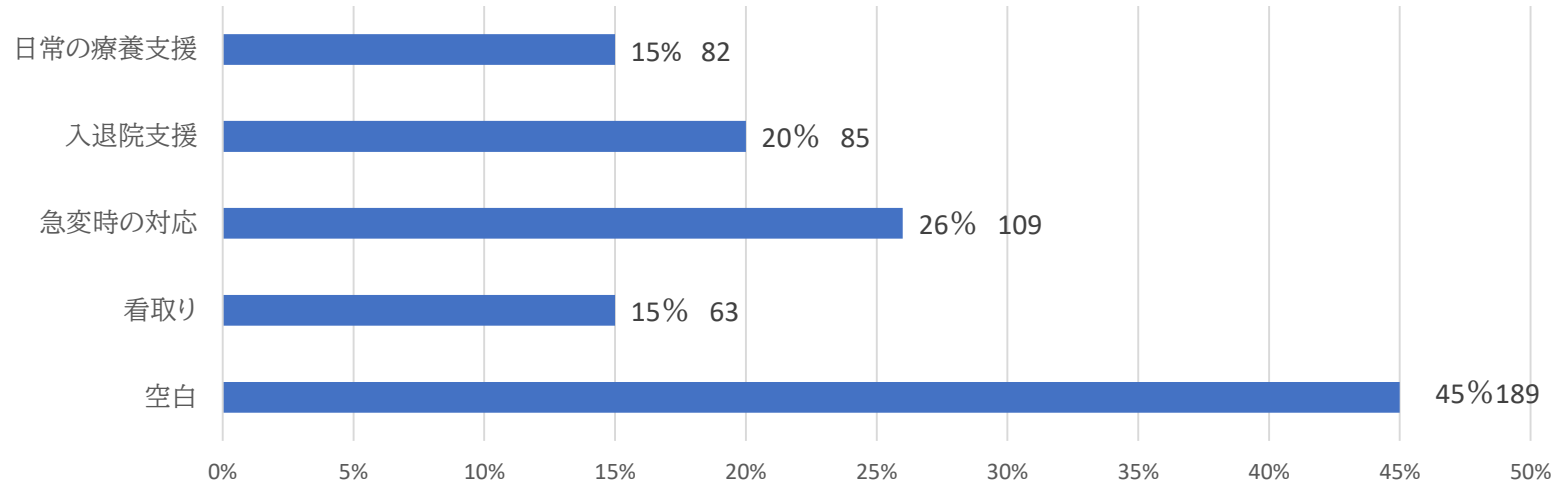
## 【医療】

無床診療所	医科医師	無知でした
薬局	薬剤師	どこにあるのか知らない
病院	ソーシャルワーカー	チラシの配布を受けていない

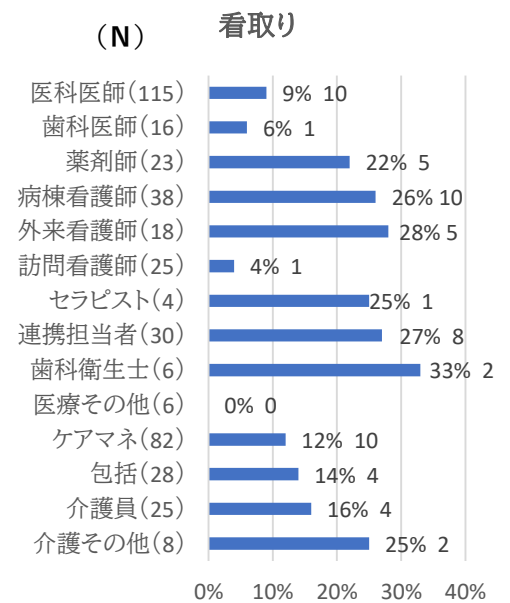
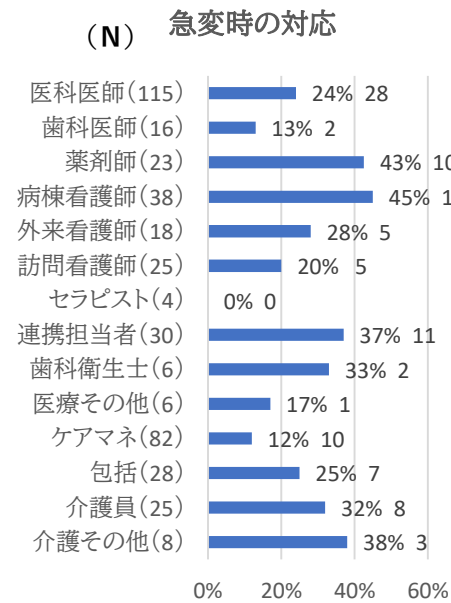
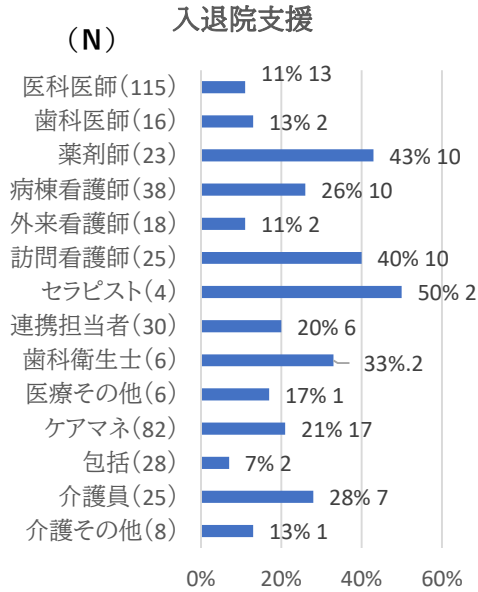
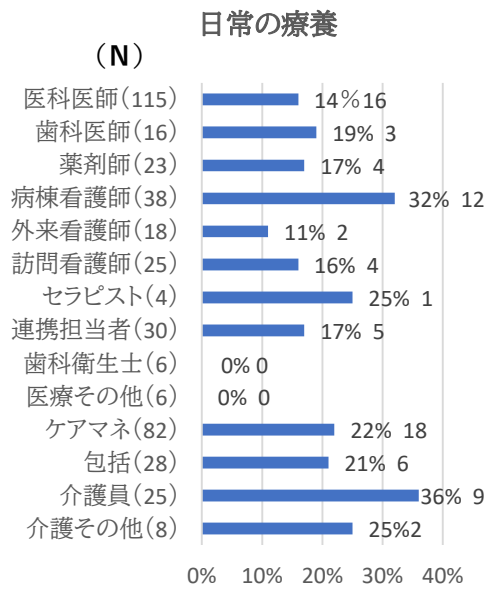
## 【介護】

居宅介護支援事業所	介護支援専門員	筑紫地区の担当件数が少ない
地域包括支援センター	介護支援専門員	存在を知らなかった
訪問介護事業所	介護員	今後の研修に役立てたい

# 14) 他職種との連携が図りづらいと感じる場面(複数選択可)



N=424(人)



## 14) 他職種との連携が図りづらいと感じる状況

### 【医療】

病院	病棟看護師	所属部署では急変対応をする場面が多いが、予め方針が決まっていないことがある
		日常生活動作における細かい情報の申し送りが不足していると感じる
	連携室看護師	整形病棟などでは転院が主なので病棟によっては退院支援がうまく機能していない部署もある
		入院時、介護度やケアマネジャーの名前、連絡先が曖昧なことが多くある
		在宅での生活環境、家族の協力度、介護力等を入院中から病棟看護師も介入できる機会があれば更に調整がスムーズにいくと思われる。急変時の状態を家族へも十分伝え理解を深めておかなければ本人の意思を尊重できないと感じる
		それぞれの療養の場により捉え方や対応能力が異なる為、段階とどのタイミングで説明するのかについてずっと課題である
医療ソーシャルワーカー	施設より聞いてた内容(看取りができる)と現状が違っていた	
	ケアマネジャーと連絡が取れないことがある	
	主治医の方針と在宅側の意向に相違がある場合、対応が難しいこともある。総合病院であるためSWも全部に関わっていない	
無床診療所	医科医師	時々ではあるが、知りたい情報がお伝え頂けていなかったり、事前情報と実際の情報に違いがあったりする。連絡を取りたい相手とタイミングがなかなか合わない時などがある
		1人で行っており、24時間の対応が不可能
		連絡がないため
	外来看護師	家族が要支援・介護の患者のケアで苦勞しているケース
		高次医療機関に頼ってしまう
		夜間、休日には連携困難です。この旨、伝えてはいますが
連携取れていない		
訪問診療同行看護師	本院が望むこと、家族が望むことの違いがあり話が必要な時など連携と取るのに時間が掛かる(多くの時間を割けない)	
医療ソーシャルワーカー	生活状況が整わないまま、または家族の介護支援やサービスが決まっていない状況で突然の退院となった場合	
医療ソーシャルワーカー	医療側が在宅継続可能(入院を要する状態とは言えない)と判断しても、介護側が「家族の介護疲れが限界で、入院させてほしい」と言われる状況	

## 14) 他職種との連携が図りづらいと感じる状況

### 【医療】

有床診療所	外来看護師	当院での対応が難しい人の退院後の受入れについて
歯科医院	歯科医師	家族としか連携していないことがある
		義歯の管理や口腔ケアの協力など担当者会議が無ければ協力を伝えにくい
薬局	薬剤師	入退院の時に薬局薬剤師は必要ないと感じる伝えたいことがあることもある。
		看取りについても、お亡くなりになられたことをすぐに教えて頂ける場合と大分後で連絡が来る場合と、ケアマネ次第
		施設等では訪問時に各々の担当者が多忙で、口頭では情報提供を得にくい場面がある。
		入院されたときに連絡が、遅れて来ることが多い
		情報共有に少しタイムラグが生じる時がありますが、支障をきたすレベルではない
訪問看護ステーション	訪問看護師	急変リスクの低い方が夜間急変した場合どうするか不安。クリニックかかりつけだと連絡が取りづらい
		主治医が訪問診療医であれば連携し易いが総合病院だと主治医と直接話せないため指示待ちに時間が掛かる
	セラピスト	入院中の状態が分からない場合があった

### 【介護】

居宅介護支援事業所	介護支援専門員	担当ソーシャルワーカーが中々決まらず連携が遅れる事が稀にあります
		情報が正しく伝わらない場合がある
		情報共有の手間
		本人、家族に認知症症状があり、事前説明や都度確認を行っているが、理解力の低下や気が変わることも多く難航している
		在宅支援は直接、情報・報告の連絡を頂くことが多く調整しやすい。しかし、施設入居者の事は施設職員間で回しているため尋ねないと教えて頂けず事後報告が多い。施設は連携が取れるようで取りにくい

14) 他職種との連携が図りづらいと感じる状況

【介護】

居宅介護支援事業所	介護支援専門員	看取りのケースについては、家族、医療関係者が主となり介護職側は順次行くことが多い
		サービス事業所のマンパワー不足を感じる人が多い
		病棟の変更等で担当の相談員様が変わり、転院や退院の連絡が滞ることがありました。こちらからの情報提供も早めに行うことが必要だと感じました
		急変し、すぐ運ばれた病院から、また5日後くらいに別の病院へ転院される時、どこまで最初に伝えた情報が伝わっているのか？
		こちらからご連絡を取らないと、途中の経過がわからず、突然明日退院したい等と言われることがあります。施設もご家庭も準備が必要なので丁重にお断りして、再度調整しています
		家族より、新規依頼が直接あった。退院前に家屋調査なしで戻られ困られたケースがあった
		CMとしては連絡を細目にくださる事業を選んでいきます
		退院後の在宅サービス調整の為退院2ヶ月前くらいに連絡が欲しい(長期で入院している方のケース)他病院からの依頼では初回の依頼は一部だけでも情報を口頭だけでなく、文書でいただきたい
		しっかさされた認知機能低下の要支援者、服用忘れあり、処方増量。本人はきちんと飲んでいいると。サービスや家族支援が難しく、病院側に事情をお伝えしても解決は難しかった
		病院相談員との連携が取れない
		ご利用者様の病状や受診状況など主治医のご意見を伺いたいと病院にご連絡を差上げた際に断られたことがあります。照会をしてもケアプランに反映したいとお伝えしてもご理解を得られませんでした
		サービス調整が必要な利用者でも、明日退院と連絡があり、急いで動けないことがあった
		事後報告を受けることがあります
施設入居者で、関係事業所とは事前に共有していても施設職員間で共有されていない(理解していない)職員の対応で緊急搬送、入院となった		
(看護)小規模多機能型居宅介護事業所	介護支援専門員	長期入院後、こちらの契約期間終了後の経過確認の必要性や頻度の判断に困ることがある

## 14) 他職種との連携が図りづらいと感じる状況

### 【介護】

地域包括支援センター	介護支援専門員	包括CMとしては、あまり医療に関する判断・意見を言うことができない 対応に慣れていない為、こういった動きがチームに貢献できるか理解が進んでいない(看取り)
	社会福祉士	病院によりまちまちだと思います
	認知症地域支援推進員	情報共有が分かりづらい
デイサービス	管理者	医療介入で必要な方の支援
訪問介護事業所	介護員	職種による理念や考え方の違い

15) 医療と介護の連携に関して今後充実してほしい施策や、連携に困難さ(限界)を感じていること等

【医療】

病院	医科医師	各々の立場でできるかできないかがあるが、医師も一人の人間であり、24時間対応しているとはいえ、早朝や休日に構わず連絡を取っている事業所があると聞いたことがある
		電子カルテの共有システムが早くできるようになってほしい
	病棟看護師	高齢者や施設に入ってる方は急変時にどうするか前もって決めてほしい。施設の方は夜間は家族と連絡が取れない、管理者不在でわからないと言われフルで処置を行い、あとからそこまでしなくていいと言われることがある、結果的に患者さんに苦痛を与えることになるため、そこは話し合っていてほしいなと思います
		高齢者が入居する施設で、積極的にACPの話し合いを行い、施設職員が把握できるようにしてほしい。救急搬送時に方針が分からず、困ることが多い
		急変時の対応が話し合われていない超高齢者の医療処置
		とびうめネットではなくバイタルリンクを広めて欲しい。理由は使用しづらいから
		本人が自宅を望んで家族が難色を示すことが多く、在宅で何が出来るか知らない医師も多いので、医師からも無理と言われる
		病院、訪問の看連携と病院の看護師がもう少し介入できる機会があれば、入院中から在宅へ向けた個人にあった調整ができると感じています
	連携室看護師	高齢者救急や看取りに関する対応は、施設により大きく異なり、退院時の受け入れに関してもスムーズに調整出来ない場合がある
		ご自宅での状況の情報が得られない時がある
		人材確保が難しい中で、医療・福祉の質を維持するため、専門性の高い看護師の活用方法を検討していただきたいです。医療圏内を中心に認定看護師や特定看護師の在籍状況マップや各施設へ地域に人材を派遣する体制整備を働きかけるなどの取り組みを希望します
		施設での看護処置の拡大 嚥下訓練や吸引技術など
FAXや電話が主流の連絡のやり取りがもう少し、デジタルに移行出来たら、折り返しの応酬や行き違い、同じ内容の電話を各所へ、という作業が減っていくと感じます		
病院の大丈夫と施設の大丈夫は違うので、病院側も病棟Nsスタッフも施設側の事を理解できるようにしていかないと、退院支援、調整の連携が上手くいかないと思っています。施設側がどの程度どんなことが出来るのかなど情報共有をしていかないといけないと思っています		

15) 医療と介護の連携に関して今後充実してほしい施策や、連携に困難さ(限界)を感じていること等

【医療】

病院	外来看護師	関係職種が多く一つの決定事項に連絡する先が多い。相手の求めている情報が分からないためどの情報をどの人に伝えればいいのかなど連絡するまでにも手間と時間外労働かかる。とびうめネットも繋がっている相手先は限られており、一人の患者に対してとびうめネットと電話と…と二度手間になっている
	医療ソーシャルワーカー	退院調整時の退院までの調整の迅速さが病院と在宅部門とでは異なることがたまにある
		基本的に何かあれば、関係事業者に電話して情報をいただいています。土・日・祝で営業していないケースがたまに苦労します
		CMに連絡しても休み等で連絡が数日取れない場合もあり、事業所内での情報共有の充実を望みます。事業所内で、そのCMしか知らないという事に少し不安があります
有床診療所	医科医師	・医療と介護領域でのグループワーク・研修会・食事会(交流の必要性) ・病院のスタッフ(主にNs)向けに在宅の勉強会実施・在宅と施設の方に病院見学会 訪看の継続 PD患者の特指示 別表7に加えてほしい
		訪問診療でとびうめネットを利用しているが、救急隊が利用できない状態なので共有が困難
無床診療所	医科医師	福岡市と近接しており、入院の依頼も多いため、福岡市内の医療機関との連携がもっと緊密になれば良いと思います
		どのような場面にケアマネジャーが必要とされるのか？ケアマネジャーの必要なケースの依頼方法は？家族がどのようにしてケアマネジャーに依頼できるのか？
		・介護施設(老健等を除く)への情報提供に診療報酬算定ができないことは改善してもらいたい ・施設入所にあたって本来必要のない検査(梅毒を含む感染症検査など)を求められるのは、行政が検査不要であることを十分に発信していないことが原因であると感じている
		医師会非会員との連携・情報共有をそろそろ模索すべきかと
		患者本人が相談先を知らないことに困難さを感じます
		当院は皮科がメインなので介護との連携の機会が少ないです
		地域に求められている連携に当院がついていけない
		眼科で訪問するところを増やして欲しい 会議に出て、頭では理解しているが、実際には何もやっていないので分からない

15) 医療と介護の連携に関して今後充実してほしい施策や、連携に困難さ(限界)を感じていること等

【医療】

無床診療所	外来看護師	窓口が多くあり過ぎてどこに連絡をするのが良いのかがあまりはっきり分からない。訪問看護、訪問診療、デイサービス、ショートステイ・・・など多くの高齢者の状況が違っていて電話を掛けても担当ではない、ここではない、と言われることが多い
	医療ソーシャルワーカー	往診の休日夜間当番医のような仕組みの構築
歯科医院	歯科医師	入退院時の情報共有は毎回行えるようにしていきたい
		OHAT(口腔アセスメントの評価ツール)などを看護、介護の方々に浸透させる研修会を企画してほしい。福岡県歯科医師会では、介護施設、障害者施設を対象に行っているが、在宅の方々への研修会などが無いため、行政などから筑紫歯科医師会へも要請してほしい
		訪問で歯科診療を行っていますが、施設やケアマネによっては、歯科の方に情報や書類が届くことが遅いことが多い
薬局	薬剤師	医師会にアクセスが必要。薬剤師会に共有されると利用しやすい
		多職種連携研修会が市内であった回は、近かったので参加しました。普段からお世話になることが多い市内の他事業所の方と顔合わせもできて、大変有意義でした。ここしばらくは筑紫医師会の体育館？でしか行われておらず、そうすると業務後に参加するには遠方で難しいです。また市ごとに、市内ですて頂けませんか？ちなみに福岡市内勤務の時は包括支援センター主催だったため、その包括支援センターエリア内のみで集まっていました。筑紫地区では包括支援センターで分けると集まる人数が少なくなるかもしれませんので、せめて市単位で市内で行って頂けると、参加率が高くなるのではないのでしょうか
		カルテ等の情報共有にて検査値等の情報提供を充実したい
		昔からの利用してくださるかかりつけの患者を最後まで責任もって対応したい意思が薬局、患者、双方にあるにも関わらず、施設の方針等の理由で、それをさせてくれない現状があることに疑問があります
		在宅においてマイナンバーを早く活用できるとよいと思います
		状態の急変時に認知があると入院を引き受けて貰い難い気がします

15) 医療と介護の連携に関して今後充実してほしい施策や、連携に困難さ(限界)を感じていること等

【医療】

訪問看護ステーション	訪問看護師	訪問看護ステーション間で連携を取りながら、事業所の位置や得意とする部分をお互いに共有し包括的支援ができるような体制ができればと思う
		病院の受け皿がなく受診困難な患者様が多くいる。訪問診療の普及が必要。ただし、医療保険での介入でなければ介護保険内では在宅生活が難しい症例も多い。医療と介護の住み分けも重要
		利用しやすい情報共有システムの構築
		知らないシステムや活用出来ていないシステムがたくさんあるため、自己研鑽として情報収集していかないといけないとなると、業務量多く、そこまで手が回らない。もっと会議等で具体的な活用方法を教えてほしいです
		在宅の現場においては経験や知識、現場判断が求められるが、医療行為については医師の指示が必要であるため、処置や対応が必要な時総合病院への指示依頼の返答が遅いと、患者や医療者に負担がかかる。他職種に同じツール(LINEやLINEワークス)などチャットでやり取りしたい。文字が残るので見直せるし、急ぎじゃないのに電話は双方に負担と思う

15) 医療と介護の連携に関して今後充実してほしい施策や、連携に困難さ(限界)を感じていること等

【介護】

居宅介護支援事業所	管理者	多職種、他事業が連携をとるのは、それぞれの事業所の問題もあり、難しいと感じています。時間が、取れない事業所も多いのではないかと思います。負担が増えないように工夫しながら連携をとりたいと思っています
		医療と介護の連携の必要性をそれぞれの職種が同じ認識でいること。温度差がある職種、温度差のある機関をできるだけなくしていきたい。そのために各職種・各機関ができることを考え実行していくことが重要である
		多職種連携必要な方の避難訓練
		病院や医師によって連携がとりにくいと感ずることがある
		退院支援の際、在宅での生活が落ち着いた頃に他者の交流、外部への社会参加の意義を医療と介護の橋渡しをお願いしたい
	介護支援専門員	医療と介護の専門性の違いから物事に対しての見方や解釈が異なる場合があり、在宅復帰が無理だと判断して施設を紹介されることがあるが、強行突破で自宅に退院して問題なく生活できているケースもあるので、話しを進める前に担当ケアマネに相談してもらえると家族が情報に振り回されずにスムーズな支援ができるかなと思います
		申請時の主治意見書を早めに提出して欲しい。認定更新時には担当者会議が必須なため間に合わない。在宅医療・介護連携に積極的な医師は連携を図りやすいが、取組をあまり理解されていない医師とは連携を図りづらい
		退院の連絡がなく、後から知る事があるので、事前に連絡して欲しい。(事前でも、前日の夕方などはやめてほしいです)
		利用者の事で医師に紹介や相談する時に敷居が高いと感じます
		とびうめネットなどの周知や普及
急性期病院での情報、連携がほとんどなく、情報がわからないことが多い		
事業所や病院によりどの場面でも連携が図り易かったりやりにくかったりする		
入退院連携に於いて紙でのやり取りが主になっている。データ送受信でのやり取りが可能となれば連携に係る時間を短縮できるようになると思います		

15) 医療と介護の連携に関して今後充実してほしい施策や、連携に困難さ(限界)を感じていること等

【介護】

居宅介護支援事業所	介護支援専門員	<p>身寄りがない方の支援がとても負担(入院時やライフラインの対応など、特に金銭面に問題があるとケアマネの負担が大。病院から保証人に記名をもとめられた)特に訪問介護事業所を探すことが困難になっている。入院時に他の種類を記載するのは負担が大きい</p>
		<p>ケアプランを作成する度、主治医の病院へ、日常生活に気を付けることや身体状況をお聞きするため照会をFAXするが、多忙の先生の邪魔になっていないか、電話で聴き取りとどちらが良いか知りたい</p>
		<p>状態が悪く様子がおかしかったので救急で受診に家族と行ってもらいましたが、診断は「便秘」とのことですそのまま施設に帰されてしまいました。便処置を行う看護師が日中しか在中しておらず困りました。ついて行かれたご家族も言われたまま帰ってこられたので、施設で処置の限界があるということを理解していただき、一度相談いただける機会が欲しいと思っています。その方は次の日も救急搬送され、入院されました</p>
		<p>訪問介護人員不足。夜間、早朝人材がない(回答とは違うかもしれませんが)</p>
		<p>医療と介護の連携に関しては問題なくスムーズに行えています。気になることは、主治医との連携で、サービス担当者会議に出席できない為照会回答を依頼しますが、病院によって無料、有料があり無料で統一して欲しいです</p>
		<p>退院前に「退院時共同指導」が行われるが、サービス提供事業所も参加すれば情報共有も出来ます。入院中に自宅での動きの確認を行い危ないところや安全な動作などを指導いただければと思います</p>
		<p>ヘルパーの設定が人員不足で難しいため受け皿になる事業所が経営が安定するように国が政策を作り実行してほしい。独居や高齢夫婦の世帯が今後も増えていくと思われるので、ヘルパーの介護内容が柔軟に出来るように改正してほしい。病院の受診がしやすいように送迎バスなどを自治体で増やしてほしい</p>
		<p>医療や介護に繋ぐ役割の方を増やして欲しい。貧困や病識に欠け受診歴無く介護状態に陥る高齢者がいる。最後までその方に寄り添い支援に繋げ、途切れる事が無い様にと願います</p>
		<p>連携に困難を感じていることは、在宅ではその方の生活(生活に対する希望、意向、家族構成、生活歴を踏まえて)を中心に支援するが医療は(時間に限りもあり)まず治療。こちらとしても生活に対する意向を医療側に伝えていく必要があると考える</p>

15) 医療と介護の連携に関して今後充実してほしい施策や、連携に困難さ(限界)を感じていること等

【介護】

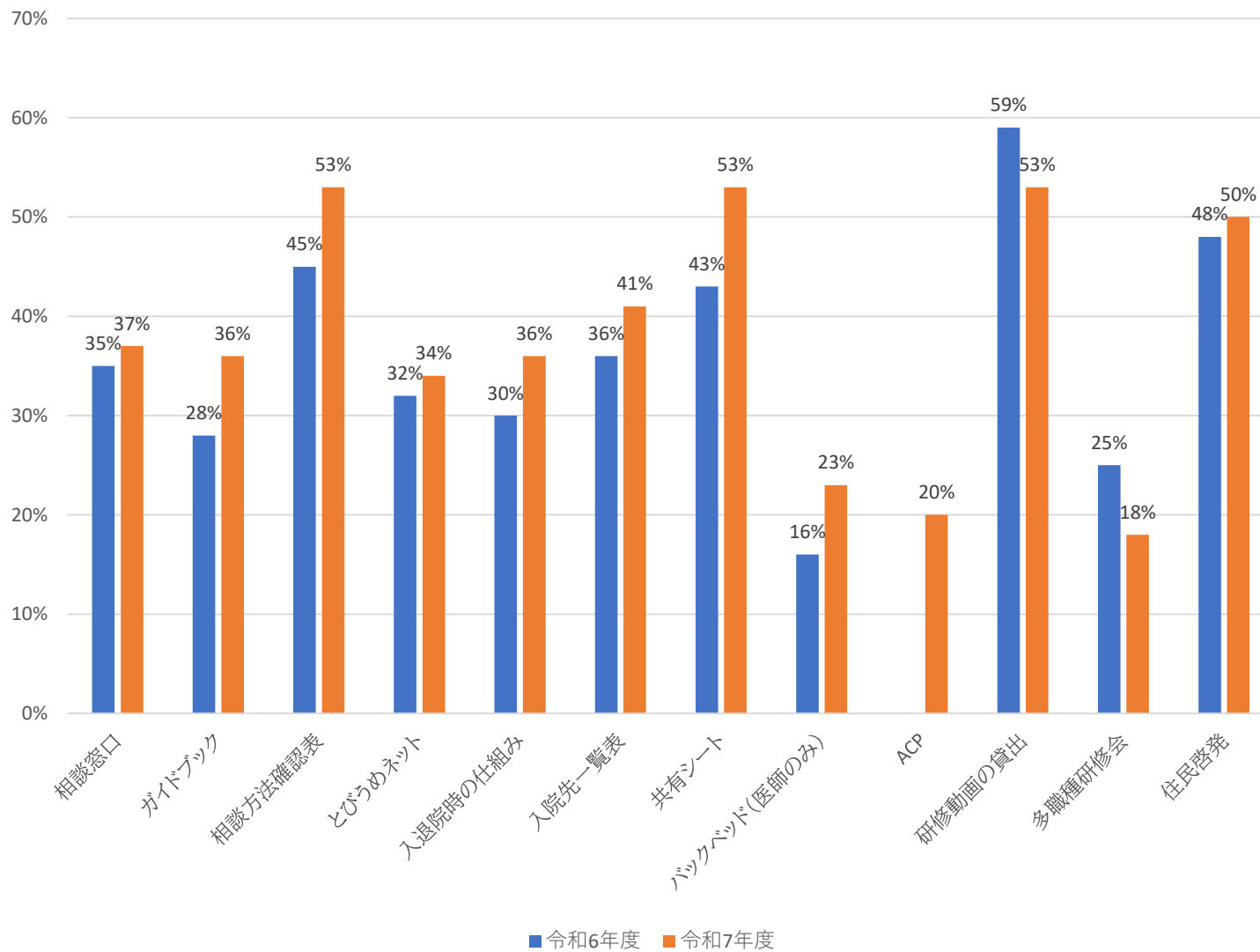
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	春日市にあるケアコール(ヘルパーによる24H訪問)で転倒時に1人で起き上がることができない場合の訪問が中止される。今後は、訪問看護による緊急訪問看護加算をつけて対応しなくなるのでしょうか？福祉サービスの安心コール等は起こすことまではしない。救急車を呼ぶしか対応なく乱用につながるのではと危惧しています
		互いの強みを引出し、教えて頂けると助かる。求める事、協力して欲しい事、一緒に出来ることを教えてほしい
		ACPについて話すタイミングが分からず、ACPの最初の音頭を取ることが難しい。でも、やらないといけないという気持ちはあるが実効出来ていない
		認知症や精神疾患を持つご利用者の医療支援のアドバイスを願える相談機関があれば良いと思います。(ご利用者、患者様だけでなく、その家族をサポートしてくれる事を含めて)
		それぞれの地域性により連携の取り方が違うため、困惑することがあります。(例えば、福岡市の医療機関との連携の取り方と大野城市の医療機関の連携の取り方等)細かい部分が違う所がある為、戸惑ってしまいます
(看護)小規模多機能型居宅介護事業所	介護支援専門員	大きな病院との連携がとりづらく、SWによって対応が違う
		最近、小規模多機能居宅介護施設の利用者さんの平均介護度がどんどん低くなっている傾向です(2.5⇒1.5)。看取り等も経験ある事業所なのですが、やはり、病院を指定されるご家族が多くなったと思います。小規模は在宅支援の最期の砦だと考えていますので、今後ともよろしくお願い致します
		他の事業所は契約期間終了後は病院との連携を(その利用者に関して)終了しているのか気になります
訪問介護事業所	管理者	身体状況や服薬等が変更になった際に、すぐに情報が共有できないことがある
		連携のツールが多種多様で手間がかかる。今でも、電話やFAXのみの病院もある。メールしても翌日に返信が来る病院もある。タイムリーな情報提供や各々共有は自事業所のみか？
	介護員	ヘルパーの人材不足で、利用者を断ることがある
		人員不足のため、知識不足で研修に行ける機会もなく情報についていけない部分があります。デジタルは億劫になるため遠ざけていたように思いますが、情報に目を向けていこうと感じます

15) 医療と介護の連携に関して今後充実してほしい施策や、連携に困難さ(限界)を感じていること等

【介護】

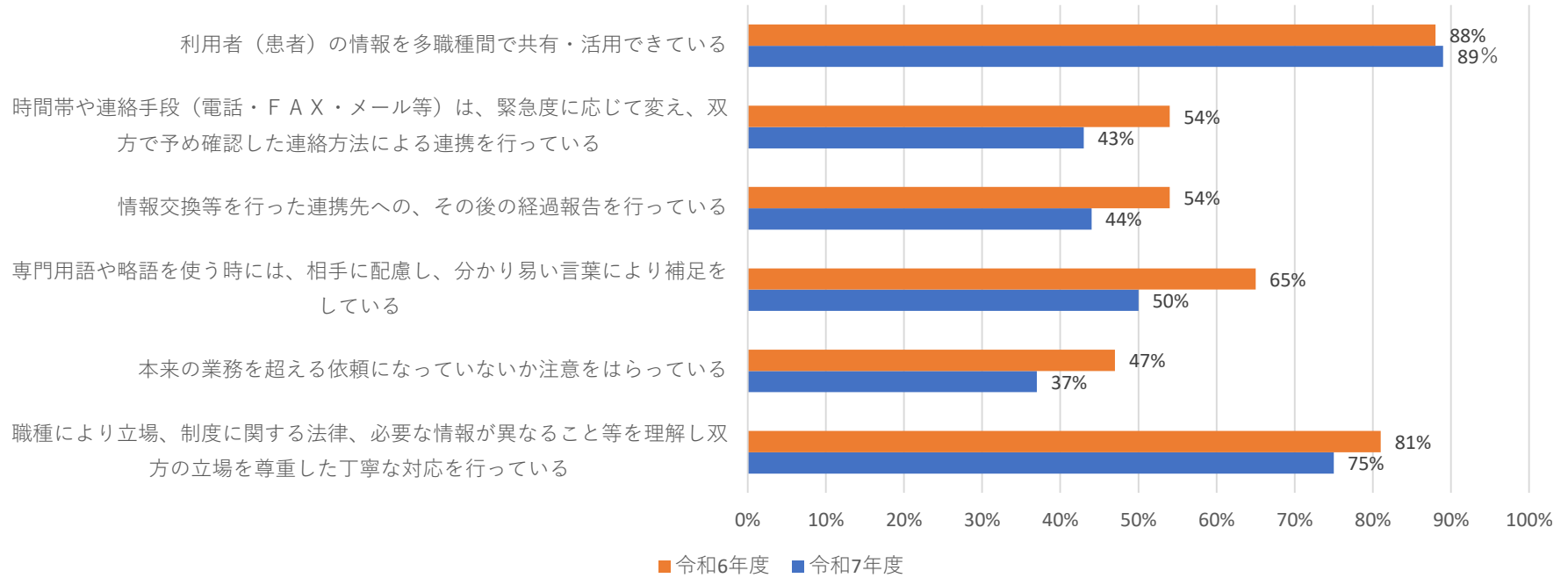
地域包括支援センター	管理者	退院前の家屋調査時に、ケアマネジャーや福祉用具業者の立ち合いの必要性は分かるが、必ずしも立ち合う必要がないのではという内容のこともあります
	介護支援専門員	以前のように各市で連携会を開催してください。日頃連携している所との関係性を深めたいからです
		遠方(他市)の病院等、入退院時の連携がどうしても面談が難しい為もう少しスムーズにできる方法があれば良い
		「直接、利用者・患者様が筑紫地区在宅医療・介護連携室窓口へ問合せをしたいが、良いか？」との意見があったが以前「直接は問合せは出来ない」と断られた。一旦、主治医や病院、事業を、包括などを通しての相談しかできないのかお尋ねしたい
	保健師	那珂川だと福岡市のおおきな病院に入院されることも多く、連携のとりにくさ(どの部署にかけたら良いか、介護関係の書類をお願いしたら良いか)分からないことがあり、時間がかかることがある。ソーシャルワーカーがついていないことも多く、連携が難しい。病棟看護師さんには、区変や介護サービスなどの話が伝わりにくい
認知症地域支援推進員	包括に安否確認などの対応事、本人の情報を開示してほしい	

各種ツールや取組等の「知らない」の割合(%)



	令和6年度	令和7年度
相談窓口	343	424
ガイドブック	120	158
相談方法確認表	96	151
とびうめネット	155	227
入退院時の仕組み	111	146
入院先一覧表	102	152
共有シート	122	172
バックベット(医師のみ)	146	223
ACP	1/38	26/115
研修動画の貸出	—	83
多職種研修会	202	224
住民啓発	34	78
	166	214

## 目指す姿に近づいているか



	令和6年度	令和7年度
	N=343	N=424
利用者（患者）の情報を多職種間で共有・活用できている	303	377
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を行っている	185	206
情報交換等を行った連携先への、その後の経過報告を行っている	186	208
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をしている	222	251
本来の業務を超える依頼になっていないか注意をはらっている	161	140
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を行っている	279	319