

令和5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

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

調査対象： 筑紫地区の医療・介護関係機関(合計902カ所)13職種

調査時期： 令和5年1月10日～2月9日

調査票の回答数 302件（内訳）

区分	職種	施設	令和4年度	令和5年度	前年比
医療	医師	医療機関	100	51	-49.0%
医療	歯科医師	歯科診療所	36	10	-72.2%
医療	薬剤師	薬局	48	41	-14.6%
医療	病棟看護師	医療機関	24	6	-75.0%
医療	外来看護師	医療機関	121	30	-75.2%
医療	訪問看護師	訪問看護ステーション	40	40	0.0%
医療	セラピスト	訪看/訪リハ	23	7	-69.6%
医療	連携担当者	病院連携室/有床診	23	25	8.7%
医療	医療その他	その他	8	9	12.5%
合計			423	219	-48.2%
介護	ケアマネ	居宅介護支援/小規模	60	40	-33.3%
介護	包括	地域包括支援センター	13	14	7.7%
介護	介護員	訪問介護	34	20	-41.2%
介護	介護その他	その他	3	9	200.0%
合計			110	83	-24.5%

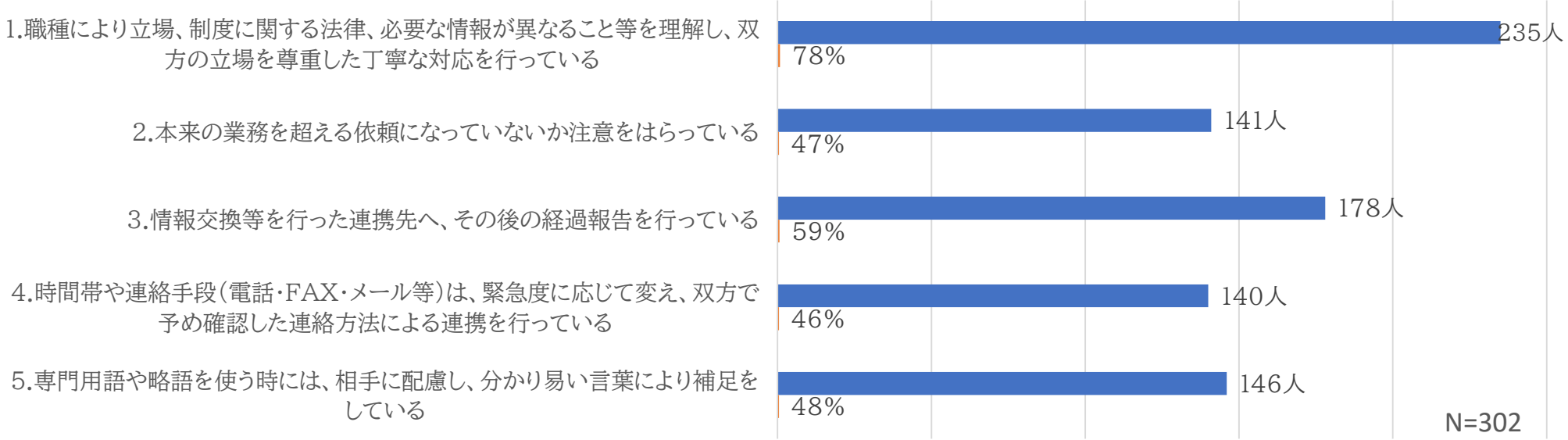
医療その他) 病院：管理者1、事務長1、事務1、訪問看護師1、セラピスト2、不明1、歯科医院：歯科衛生士2

介護その他) 地域包括：保健師3、社会福祉士4、認知症地域支援推進員2

事業所の所在市

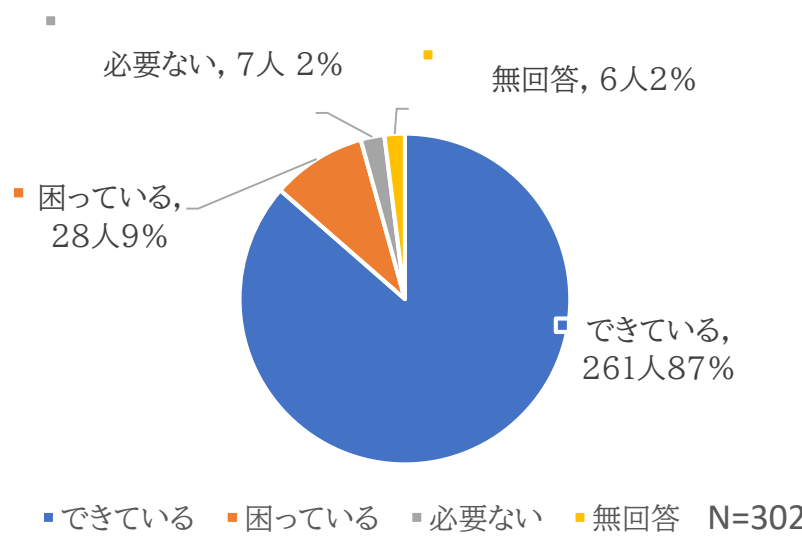
令和5年度 (前年度)	筑紫野市 79 (142)	春日市 69 (117)	大野城市 58 (124)	太宰府市 64 (88)	那珂川市 29 (62)	不明 3 (0)
----------------	------------------	-----------------	------------------	-----------------	-----------------	-------------

1) 連携する時に心掛けていること（複数選択可）



	1.		2.		3.		4.		5.	
医師(51)	35	69%	23	45%	20	39%	17	33%	18	35%
歯科医師(10)	4	40%	3	30%	3	30%	2	20%	7	70%
薬剤師(41)	31	76%	18	44%	26	63%	21	51%	17	41%
病棟看護師(6)	5	83%	3	50%	2	33%	1	17%	4	67%
外来看護師(30)	18	60%	12	40%	14	47%	14	47%	12	40%
訪問看護師(40)	38	95%	21	53%	38	95%	28	70%	30	75%
セラピスト(7)	4	57%	4	57%	2	29%	4	57%	6	86%
連携担当者(25)	24	96%	11	44%	14	56%	16	64%	15	60%
その他(医療)(9)	8	89%	4	44%	5	56%	3	33%	5	56%
ケアマネ(40)	31	78%	16	40%	25	63%	16	40%	14	35%
包括(14)	14	100%	9	64%	13	93%	5	36%	6	43%
介護員(20)	16	80%	12	60%	10	50%	11	55%	8	40%
その他(介護)(9)	7	78%	5	56%	6	67%	2	22%	4	44%

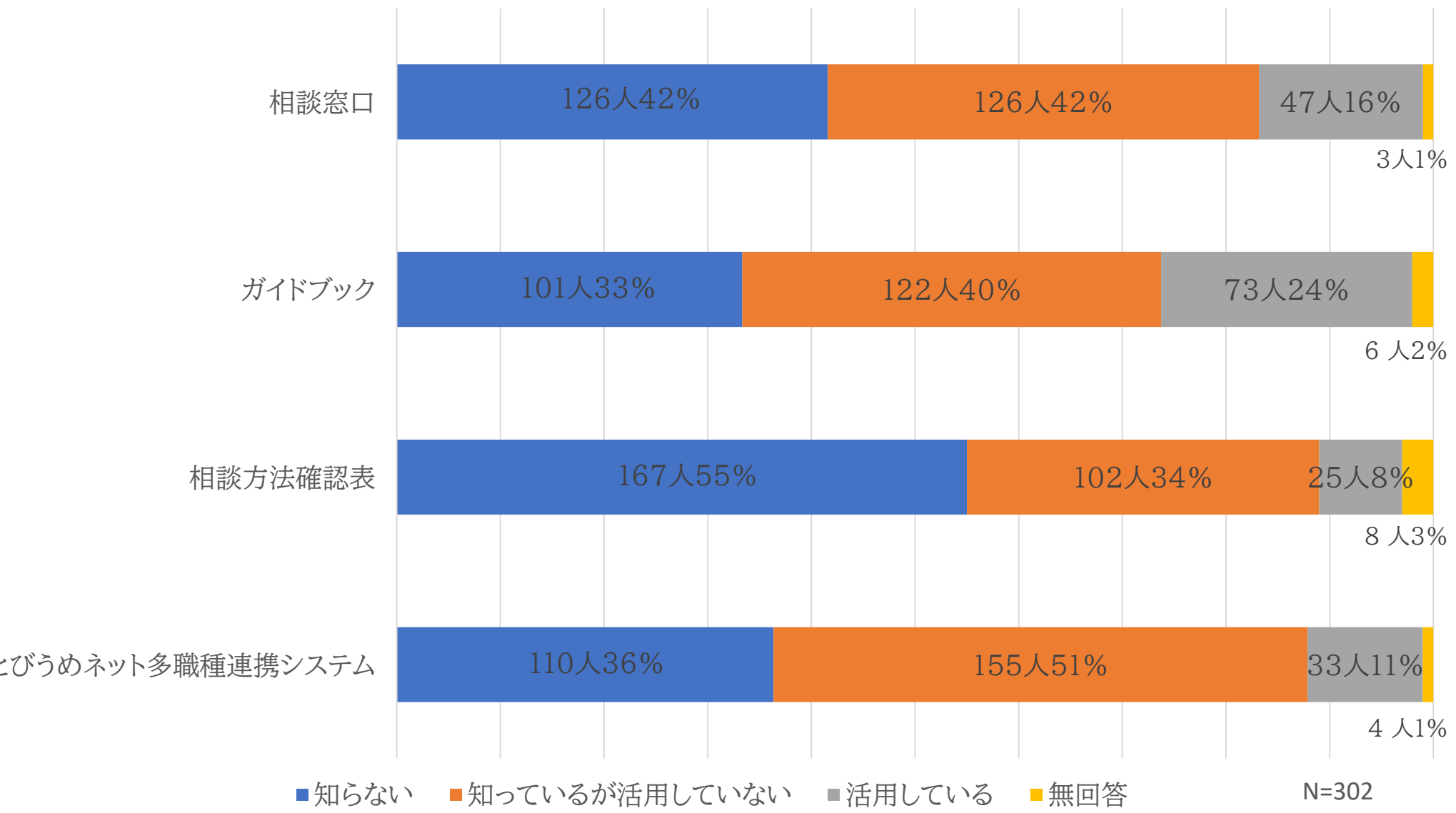
2) 多職種間の利用者(患者)情報の共有・活用状況



困っている理由など

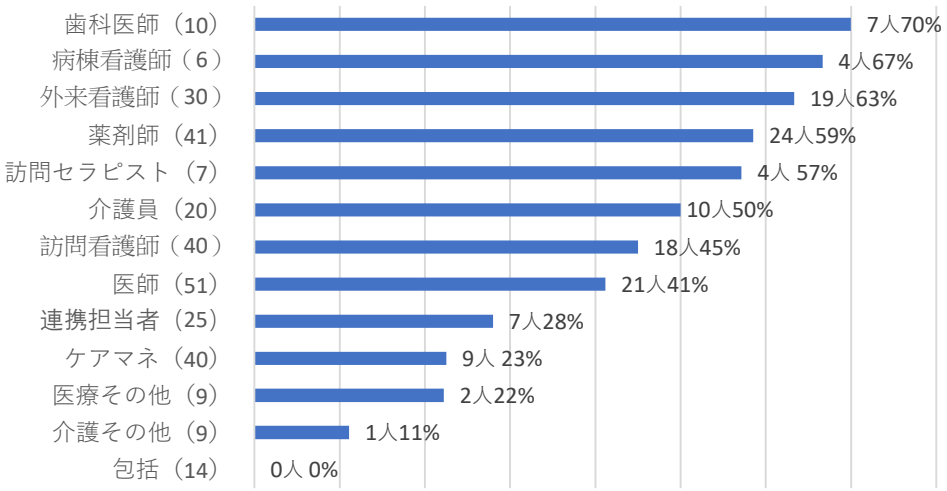
病院	病棟看護師	主治医が方針を示さない場面が時折ある
病院	外来看護師	院内での連携が不十分なため、情報共有が行えていない。
病院	連携室看護師	浸透が難しい
有床診療所	医師	当院デイケアへ通所して、他院を主治医としている利用者に関しては、十分な情報収集できない。
無床診療所	医師	他とあまり話をしたことがない
無床診療所	医師	お互いの知りたい内容がわからない。
無床診療所	医師	デイケアなど、医療的思惑に、合致してないことが、多い
無床診療所	看護師	共有・活用できているかがわかっていないです。
無床診療所	外来看護師	他とあまり話をすることがない
歯科医院	医師	訪問開始時には文書等で情報共有がなされているが、こちらからのアプローチ不足で、訪問診療開始後に、その前後において共有すべき患者情報が更新できていない
歯科医院	医師	在宅医療に関わっていない
薬局	薬剤師	報告は一方通行で返事がなく、利用者の情報を共有・活用できないため
薬局	薬剤師	退院後の事及び退院薬の連絡が来ない。
薬局	薬剤師	採血の結果がわからない
薬局	薬剤師	担当者会議で担当の方とお会いできる機会がなく、ケアマネージャーだけになってしまう
薬局	薬剤師	現状 このままでいいが、救急の事態が起きた時にどう対応していいか迷いそう
薬局	薬剤師	(在宅に関して)特に連絡はこない。こちらから必要があればCMには連絡をしている。
訪問看護ステーション	訪問看護師	連携機関によっては情報共有に差がある。
訪問看護ステーション	訪問看護師	介護事業所との訪問時間外の情報連携
訪問看護ステーション	訪問看護師	共有先が限られている
訪問看護ステーション	管理者	連絡方法が電話しかないと言えませぬ。共有の情報共有アプリなどもないため定期的な共有は全て行えている
訪問介護事業所	介護員	記載なし
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	連絡を取り合って話をする時間が不足している
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	書類を提出してくれる事業所もあり、助かっている面もある。
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	記載なし
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	入院したことを知らないときがある
居宅介護支援事業所	管理者	ある程度の情報は共有しているつもりだが、日々の業務の中で情報の伝達できていない時がある。
(看護)小規模多機能型居宅介護事業所	介護支援専門員	利用者さんが入院された時、家族がこまめに情報を流して下さらない時は、容態変化や退院からのサービス調整が急になることも。担当のSWが付くかどうかでかなり違いを感じます。
(看護)小規模多機能型居宅介護事業所	介護支援専門員	時間が合わないことがある。
居宅介護事業所	介護支援専門員	関連する方が夜勤などで、カンファなど参加できないことも多い。

3) 地域の仕組み・ツール等について 日常の療養支援

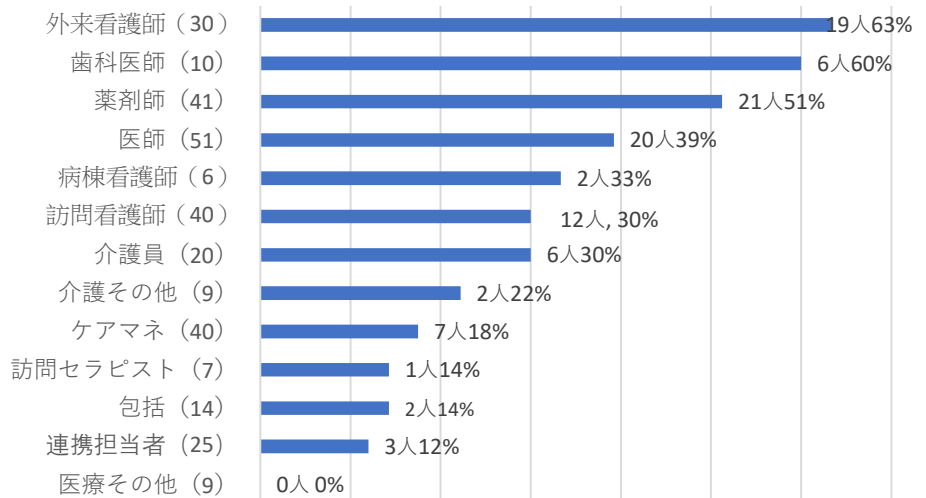


3) 地域の仕組み・ツール等について 日常の療養支援

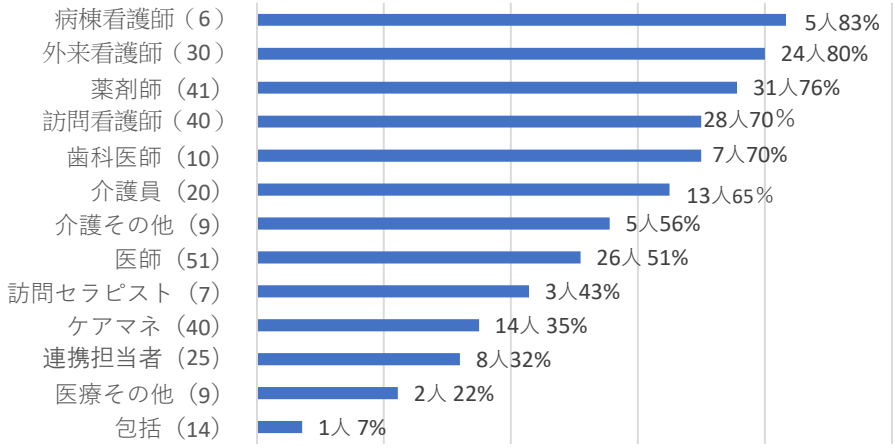
”相談窓口”知らないの内訳



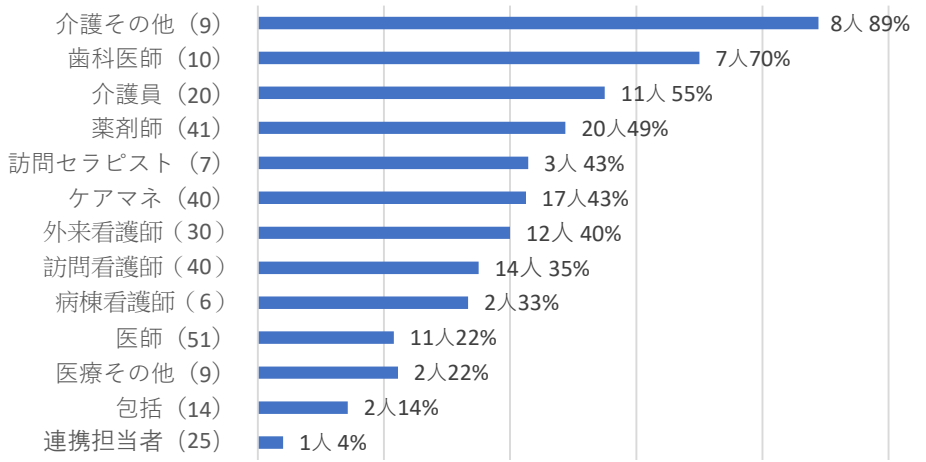
”ガイドブック”知らないの内訳



”相談方法確認表”知らないの内訳



”とびうめネット多職種連携システム”知らないの内訳



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

病院	病棟看護師	担当部署を通すため病棟から活用することが無い
病院	連携室看護師	慢性期療養病院のため在宅支援が少ない
病院	連携室看護師	まずは電話で問い合わせしているため。
病院	ソーシャルワーカー	活用する機会があまりない
病院	ソーシャルワーカー	在宅復帰のケースが少ない
無床診療所	医師	すいません、時間がなくて。
無床診療所	医師	現在該当する患者さんがいらっしゃらない
無床診療所	医師	先方から直接相談や依頼を受けるケースがほとんどである
無床診療所	医師	多職種の連携が上手く稼働しているから
無床診療所	医師	今後、必要時に活用しようと思っている。
有床診療所	ソーシャルワーカー	直接連携している事業所と連絡を取り合っているため
無床診療所	管理者	今のところする必要がなかった
薬局	薬剤師	必要な時に、活用できていない。思いだせていない
薬局	薬剤師	患者、ご家族から相談があった時に案内はします。
薬局	薬剤師	在宅医療の患者さんがいない
訪問看護ステーション	訪問看護師	利用者さんの対象地域である包括支援やケアマネに繋ぎ今のところ滞りなく支援ができた
訪問看護ステーション	訪問看護師	必要となる前に解決できていたため。
訪問看護ステーション	訪問看護師	具体的な活用方法が身につけていない
訪問看護ステーション	訪問看護師	活用する機会がなかった
訪問看護ステーション	訪問看護師	困っていない
訪問看護ステーション	訪問看護師	普段連絡している所は相談先は把握している為。それでも病院を探しているとか訪問診療医を探していると聞くと相談窓口として紹介はしています。
訪問看護ステーション	訪問看護師	どう言った場面で利用するのかわからない
訪問看護ステーション	訪問看護師	必要性をあまり感じていない
訪問看護ステーション	訪問看護師	今までそこまでの必要がなかった
訪問リハビリテーション	セラピスト	当院ではとびうめネットを利用しており現在他職種との連携に対して問題を感じたことがないので活用したことがないです。

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

訪問介護事業所	管理者	相談支援専門員等から情報がおりにてきているため
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	新しく資料を作成するには時間を要する為に自社の資料をそのまま利用しているため
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	対象の状況が今のところない
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	日頃の業務でのネットワーク内でほぼ対応できている
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	活用の機会がない。直接、医療機関に相談する機会が多い
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	関係事業所等と相談したり自身で解決している
(看護)小規模多機能型居宅介護事業所	管理者	どんな時に活用したらいいのか、具体的なことが分からない
(看護)小規模多機能型居宅介護事業所	管理者	まだ必要な場面がないため
(看護)小規模多機能型居宅介護事業所	介護支援専門員	どのような内容を相談していいのか迷うことと、受診時に聞きたいことは聞くことが出来ているため
地域包括支援センター	介護支援専門員	特に必要性がなかった
地域包括支援センター	保健師	必要な場面がなかった
地域包括支援センター	認知症地域支援推進員	活用する機会がない

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

ガイドブック

病院	病棟看護師	連携室:ソーシャルワーカーに相談
病院	病棟看護師	担当部署を通すため病棟から活用することが無い
病院	連携室看護師	聞いたことはあるが熟読していないため
病院	ソーシャルワーカー	必要時に直接担当者に確認するため
無床診療所	医師	小児科で必要な事がない
無床診療所	医師	ケアマネージャーや地域包括支援センターに相談している
無床診療所	医師	先方から直接相談や依頼を受けるケースがほとんどである
無床診療所	医師	多職種との連携が上手く稼働しているから
無床診療所	医師	見んでもわかる
無床診療所	医師	今のところ必要なし
歯科医院	医師	診療開始時に活用するにとどまっているため
薬局	薬剤師	連携施設でまかなえるため
薬局	薬剤師	このアンケートでそういったものがあつたと思い出したから
薬局	薬剤師	使い方が分からない
薬局	薬剤師	必要時に活用に至っていない
薬局	薬剤師	在宅医療の患者さんがいない
訪問看護ステーション	訪問看護師	必要性を感じていない
訪問看護ステーション	訪問看護師	ケアマネが活用して情報をくれるから
訪問看護ステーション	訪問看護師	必要性を感じなかったから
訪問看護ステーション	訪問看護師	過去に連携したことがあるところとしか連携をとっていない
訪問看護ステーション	訪問看護師	困ったときには活用させてください
訪問看護ステーション	看護師	手元に無い
訪問リハビリテーション	セラピスト	特に利用する機会がなかったです
訪問リハビリテーション	セラピスト	そこに思い至らないことが多いため

訪問介護事業所	介護員	活用する機会がない
訪問介護事業所	管理者	活用するまでは使用していません。今後活用させていただきます
訪問介護事業所	管理者	活用時、選択する時、忘れている
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	必要な場面があまりない
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	対象の状況が今のところない
居宅介護支援事業所	管理者	活用する機会がない
(看護)小規模多機能型居宅介護事業所	管理者	研修などで案内はもらっていると思うが、具体的な活用には至っていない
地域包括支援センター	ソーシャルワーカー	あるのは知っているが、活用ツールとしてまだすぐにガイドブックのことが頭に出てこない
地域包括支援センター	認知症地域支援推進員	活用する機会がない

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

病院	看護師	直接相談することがないため
病院	セラピスト	当院医師に相談することが主になっている。
病院	連携室看護師	独自で作成したものを活用
病院	連携室看護師	直接、連絡し、確認している。
病院	連携室看護師	必要ない
病院	連携室看護師	直接医師へ相談することがないため
病院	連携室看護師	独自で作成したものを活用
病院	ソーシャルワーカー	必要時に直接担当者に確認するため
病院	ソーシャルワーカー	活用する機会がない
病院	ソーシャルワーカー	活用する機会がない
無床診療所	医師	多職種連携が上手く稼働しているから
無床診療所	医師	阿吽の呼吸でやっている。
歯科医院	医師	直接、書面にて情報交換しており不都合は今のところ感じていないから
歯科医院	医師	こちらの活用姿勢が消極的なため
薬局	薬剤師	連携施設では、緊急時対応もふくめ可能なため
訪問看護ステーション	訪問看護師	直接やりとりの方が早いことが多い
訪問リハビリテーション	セラピスト	医師への相談の機会がないため
訪問リハビリテーション	セラピスト	基本的に主治医が当医院のDrであるために利用する機会がなかったです。

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

訪問介護事業所	管理者	直接医師へ相談する事がない為
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	必要な場面があまりない。(連絡する医療機関が限られているため)
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	直接、電話や診療に同席して話している。
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	確認表通りと限らないことがあったため、その都度直接問い合わせている
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	医師へ直接メールやSWを通し相談しており支障がないので。
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	対象の状況が今のところない
(看護)小規模多機能型居宅介護事業所	管理者	特に必要はない。
地域包括支援センター	介護支援専門員	口頭もしくは直接面談
地域包括支援センター	介護支援専門員	活用する機会がなかったが、これからは活用していきたい。
地域包括支援センター	ソーシャルワーカー	電話でMSWを通じてやり取りを行っている。
地域包括支援センター	保健師	必要な場面がなかった

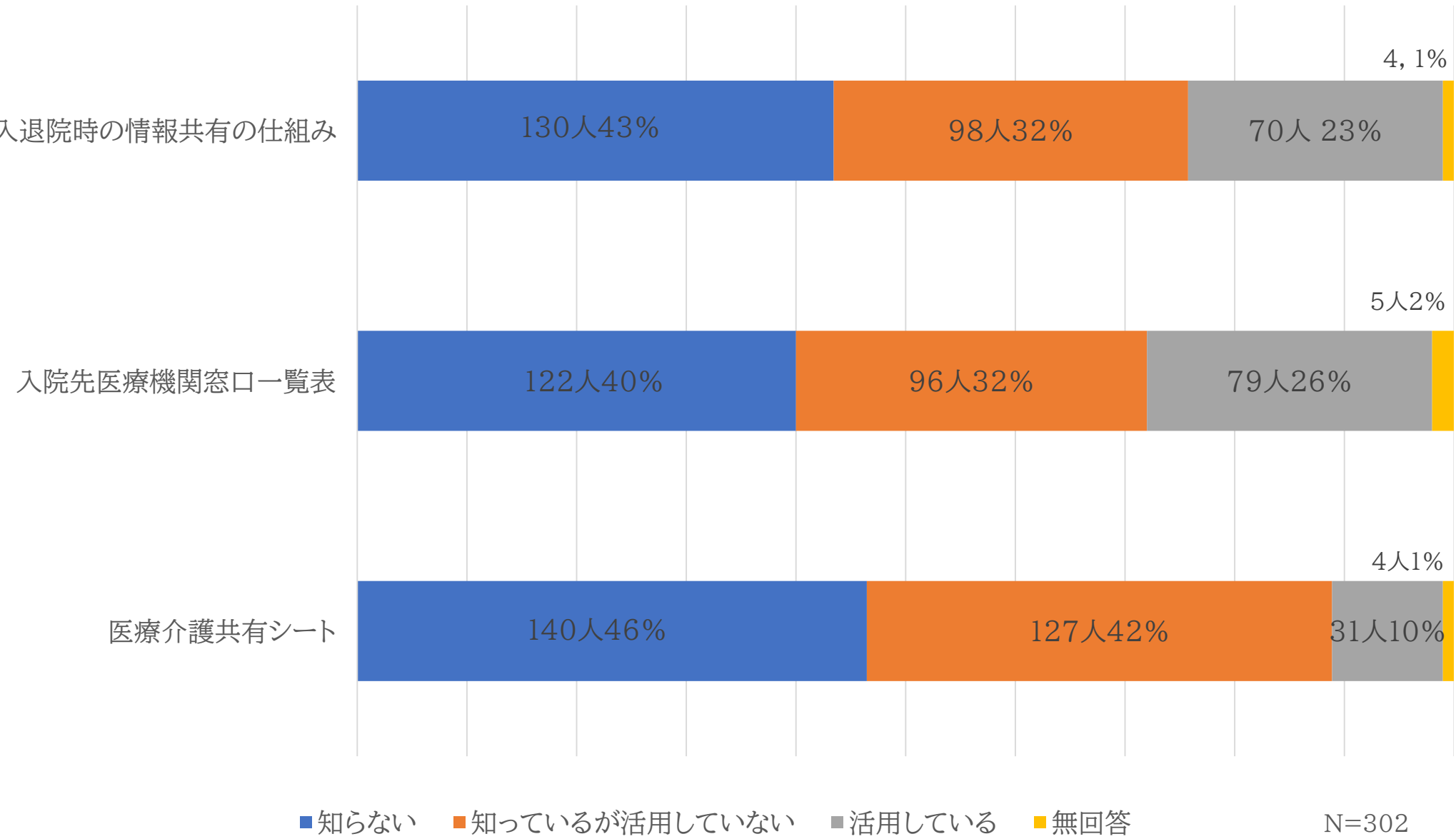
3) 仕組み・ツール等を”知っているが活用していない”理由等 日常の療養支援

病院	看護師	利用する場面がない
病院	病棟看護師	担当部署を通すため病棟から活用することが無い
病院	連携室看護師	前任者からの引継ぎがなかった
病院	連携室看護師	利用する機会がないため
病院	ソーシャルワーカー	活用する機会がない
病院	ソーシャルワーカー	活用する機会がない
有床診療所	医師	手間がかかりそうだから
有床診療所	外来看護師	特になし
有床診療所	ソーシャルワーカー	直接連携している事業所と連絡を取り合っているため
無床診療所	医師	メリットを感じない
無床診療所	医師	多忙
無床診療所	医師	使用する機会がない
無床診療所	医師	多職種の連携が上手く稼働しているから
無床診療所	医師	時間がない。やる気はあるからそのうちと思っている。
有床診療所	医師	今のところさし迫った必要性が発生していない。
無床診療所	医師	必要性を感じていない
無床診療所	医師	医師が入力作業をする時間がないため
無床診療所	看護師	耳にしたことはあるが、詳しくはわからないため、利用できていない
歯科医院	医師	活用方法がイメージできていない
薬局	薬剤師	在宅を行える薬剤師数ではないため
薬局	薬剤師	患者やご家族からの相談時には、連絡先を確認する程度
薬局	薬剤師	使い時がわからない
薬局	薬剤師	活用方法が分からない
訪問看護ステーション	訪問看護師	利用方法不明。適宜電話、ファックスで対応できている

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

居宅介護支援事業所	介護支援専門員	登録事業所が自分達が利用している事業所が少ない
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	会社への確認が必要
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	必要な場面があまりない。
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	面倒な感じ。
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	ID パスワードなどもあり1部署の判断ではできない
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	法人として導入されていない
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	とびうめネット利用の医師との関係が無い
居宅介護支援事業所	管理者	パソコンの切り替えが少し面倒。色々なツールがあり見落としがちになっている。
(看護)小規模多機能型居宅介護事業所	介護支援専門員	連携がうまくいっています。
(看護)小規模多機能型居宅介護事業所	管理者	研修などで案内もらったと思うが活用していない。
地域包括支援センター	介護支援専門員	詳細を知らない。
地域包括支援センター	介護支援専門員	よく理解できてないから

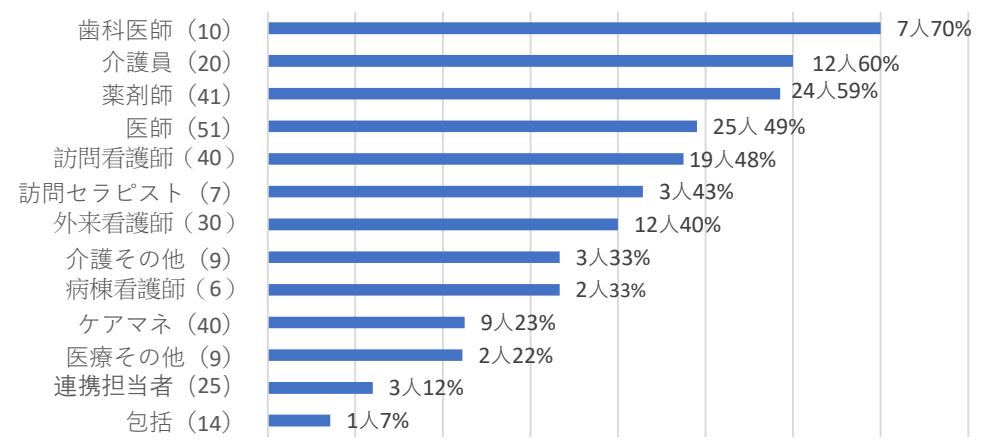
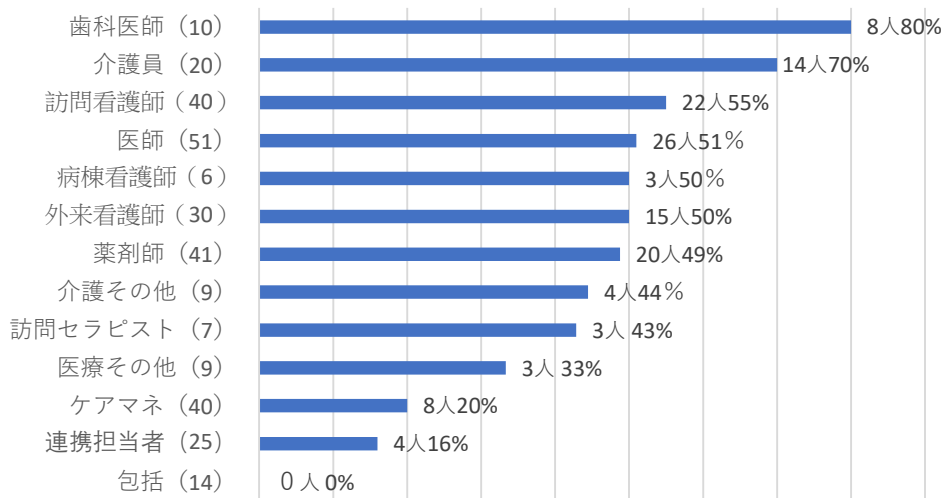
4) 地域の仕組み・ツール等について 入退院支援



4) 地域の仕組み・ツール等について 入退院支援

”入院先医療機関窓口一覧表”知らないの内訳

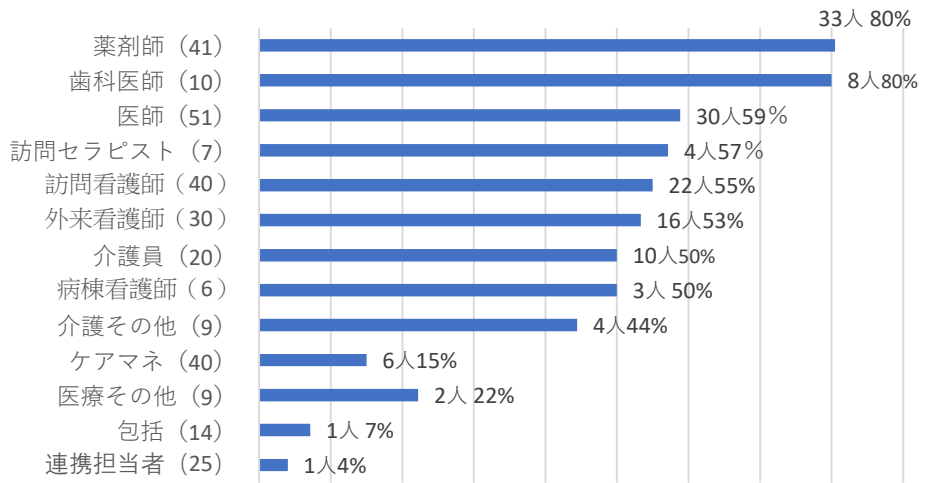
”入退院時の情報共有の仕組み”知らないの内訳



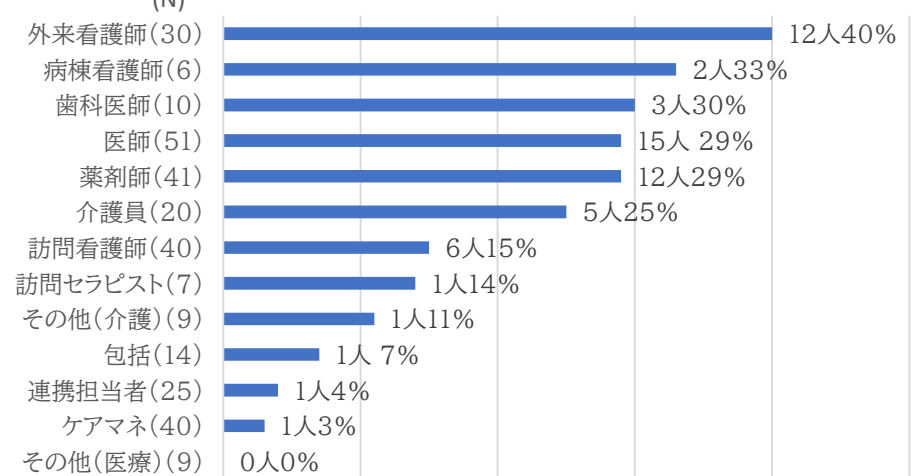
ケアプラン添付で入院時情報連携加算を算定しているか N=302



”医療介護共有シート”知らないの内訳



算定できることを知らなかったの内訳 (N)



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

病院	病棟看護師	担当部署を通すため病棟から活用することが無い
病院	連携室看護師	出力して記入する時間がないため。
無床診療所	医師	多職種の連携が上手く稼働しているから
無床診療所	医師	使い機会がなかった。
歯科医院	医師	介護者から入退院の情報自体は聞いているが、ツールを活用するタイミングを逃している
薬局	薬剤師	在宅医療の患者さんがいない
薬局	薬剤師	経験ないため
訪問看護ステーション	訪問看護師	ケアマネや計画相談が窓口になり不要と言われることが多い
訪問看護ステーション	訪問看護師	必要性を感じなかったから
訪問看護ステーション	訪問看護師	必要情報が入らないから
訪問リハビリテーション	セラピスト	退院直後の訪問リハの依頼がなかなか来ないです。退院直後は訪問看護ステーションからの訪問リハに依頼が来やすいと思います。たぶん指示書で訪問リハ開始しやすいからだと思います。

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

居宅介護支援事業所	介護支援専門員	転記するのが負担。自社システムからの情報をお届けしています。
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	特に必要性を感じない
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	それぞれ医療機関によって対応が違う為、先方に合わせ対応している。
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	今後、取り組みます。
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	入退院時情報提供はカナミックを使用し行っている
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	普段使っているソフトの様式を使用しているため
居宅介護支援事業所	管理者	独自の伝達方法で行なっている。
地域包括支援センター	介護支援専門員	連携は電話で行っている。要支援者は入退院時連携の加算がなく書面で情報提供してない。退院時は看護添書とリハ添書をもらうから。
地域包括支援センター	介護支援専門員	直接相談員へ報告している
地域包括支援センター	管理者	入院時連携加算は要支援者はないので、使用していない職員が多く、口頭でmswに連絡することが多い
地域包括支援センター	社会福祉士	保健師が主に行っている

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

入院先医療機関窓口一覧表

病院	セラピスト	直接入院先に関わる機会がないため。
病院	連携室看護師	窓口はほとんど連携室があるところが多いので、直接連絡している。
病院	ソーシャルワーカー	活用する機会がない
病院	ソーシャルワーカー	既に知っている方や、電話などで適宜確認している。
無床診療所	医師	特に理由はありません
無床診療所	医師	精神科など限られ特定の病院とのやりとりになっているため使用してない。
無床診療所	医師	家族希望の基幹病院に紹介しています
無床診療所	医師	見んでも知っている。
歯科医院	医師	単に、こちらが活用できていない
訪問看護ステーション	訪問看護師	訪問診療医や担当ケアマネージャーが調整されることが多く機会がない
訪問看護ステーション	訪問看護師	主治医に確認が第一人者選択なので
訪問リハビリテーション	セラピスト	活用する機会がない為

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

訪問介護事業所	管理者	利用するときは施設長が対応
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	連絡する医療機関が限られているため。
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	変更になっている場合があり、その都度直接確認している
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	不明な時はみている。
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	よく連携をとる病院のことは、ある程度わかっているため。
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	病院側も変わる為、その都度対応をしている
(看護)小規模多機能型居宅介護事業所	介護支援専門員	今のところ必要性がなかった。
地域包括支援センター	管理者	確認を度々することはない。
地域包括支援センター	保健師	筑紫地区医療介護資源ガイドブックを活用している
地域包括支援センター	社会福祉士	保健師が主に行っている
地域包括支援センター	認知症地域支援推進員	活用する機会がない

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

医療介護共有シート

病院	看護師	電子カルテに連動していないため重複の記載が必要になる
病院	連携室看護師	病院独自のものを使用。電子カルテと連動しており、そちらの方が手間が少ない。
病院	ソーシャルワーカー	介護側から始まるシートで送られてこないため、利用(返信)する機会がない。
病院	ソーシャルワーカー	活用する機会がない
無床診療所	医師	多職種連携が上手く稼働しているから
無床診療所	医師	使う機会がない。
歯科医院	医師	単に、こちらが活用できていない
訪問看護ステーション	訪問看護師	共有シートがない
訪問看護ステーション	訪問看護師	現状に合っていない
訪問看護ステーション	訪問看護師	どんな場面で活用すべきかわかっていない
訪問看護ステーション	訪問看護師	実際の活用方法が理解できていない
訪問看護ステーション	訪問看護師	筑紫地区病院統一のサマリーを使用
訪問リハビリテーション	セラピスト	退院直後の依頼来ないので利用する機会がありませんでした。

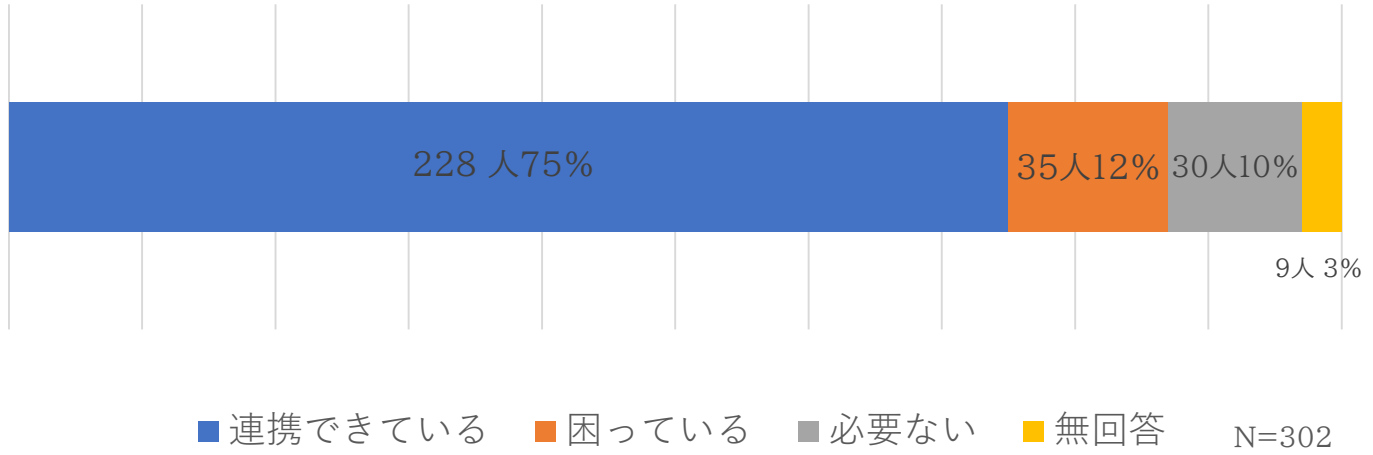
4) 仕組み・ツール等を”知っているが活用していない”理由等 入退院支援

医療介護共有シート

訪問介護事業所	管理者	現在必要ない
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	項目が多く、作成に手間取るため事業所従来の書式で送っている
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	自社のソフトにて、厚労省のものを使用
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	急いでいる時は基本情報、ケアプランを渡している
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	事務所内で使用している書類を渡している。
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	転記が大変なため
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	事務力の簡素化のため既存の書類で対応。
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	独自のものを使用
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	あらためてシートに記入する時間がとれず当方のアセスメントシートで活用することが多い
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	事業所が使用している介護支援ソフトの情報提供書類を使用しているため。
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	対象の状況が今のところない
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	介護ソフトにあるため
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	聞いた事はあるが実際目にする事が無かった
居宅介護支援事業所	管理者	改めて記載する時間がない。
(看護)小規模多機能型居宅介護事業所	管理者	まだなかなか活用に至らない。
地域包括支援センター	介護支援専門員	対応なく
地域包括支援センター	介護支援専門員	口頭や今ある書類を使っている。
地域包括支援センター	介護支援専門員	通常活用している基本情報用紙を使用している。
地域包括支援センター	管理者	活用されているケースを知らない
地域包括支援センター	保健師	医療機関とケアマネの共有ツールとして認識している
地域包括支援センター	社会福祉士	保健師が主に行っている

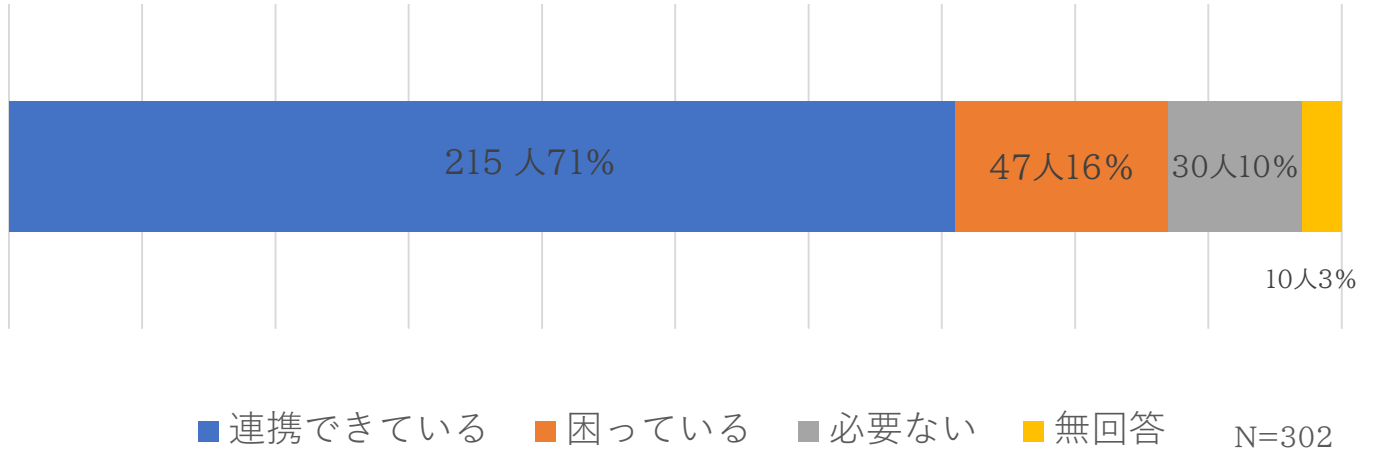
5) 入退院支援 『入院』について

入院時の情報連携



6) 入退院支援 『退院』について

退院時の情報連携



5) 入退院支援 『入院』について

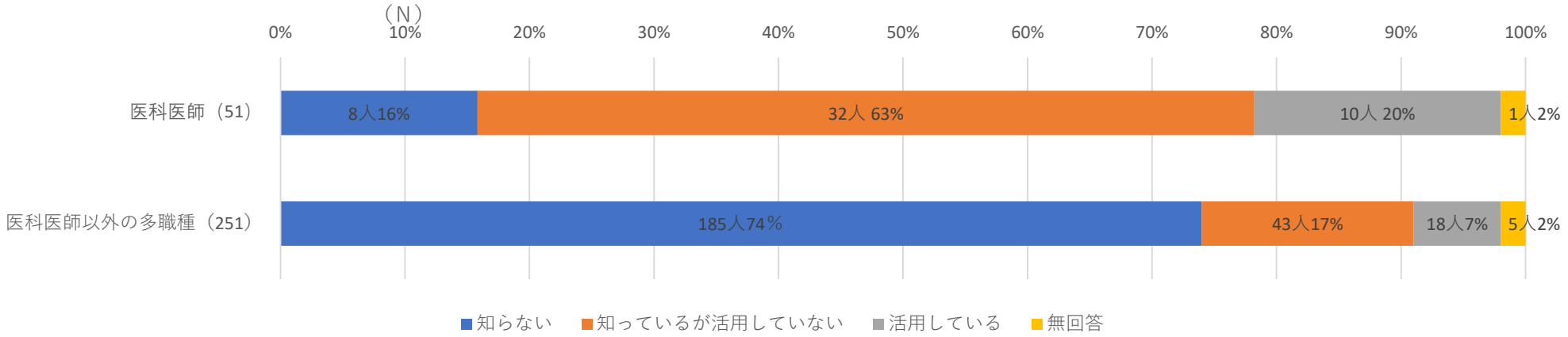
困っている状況等		
無床診療所	医師	わからない 連絡ない
有床診療所	医師	情報が回ってきてないため治療が勝手に中断されてしまうことがある
有床診療所	医師	定期的な来院がないと心配になる
歯科医院	医師	入院情報を聞いても、こちらから歯科情報をお知らせするタイミングを逃している
薬局	薬剤師	入院したことを知らずに患者宅へ訪問したことがある。
薬局	薬剤師	連絡がないので後で知る
薬局	薬剤師	いつ入院したかななどの情報が入らない
薬局	薬剤師	いつの間にか入院しているときがある
薬局	薬剤師	情報が事後になること
薬局	薬剤師	稀に入院の連絡がない時がある
無床診療所	外来看護師	わからない 連絡ない
病院	連携室看護師	ケアマネの情報がない若しくはよく分からないと言われたとき
訪問看護ステーション	訪問看護師	入院の連絡がない
訪問看護ステーション	訪問看護師	病院のソーシャルワーカーの意識が低い
訪問看護ステーション	訪問看護師	サマリーを利用して行なっているが、内容が不十分だと思う
訪問看護ステーション	訪問看護師	転院を挟んだときの情報が伝わりづらい
訪問看護ステーション	訪問看護師	入院の連絡が無い場合があり、自宅訪問しても不在と言う事がある
訪問リハビリテーション	セラピスト	急な入院となるためリハ情報を送ることが難しい
訪問介護事業所	管理者	施設長から流れてこないなので、当然事業所も不明
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	情報のずれが生じるときがある
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	医療側の担当者未定で連携とりにくいケースが多々ある
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	入院の連絡がどこからも入らない事がある

6) 入退院支援 『退院』について

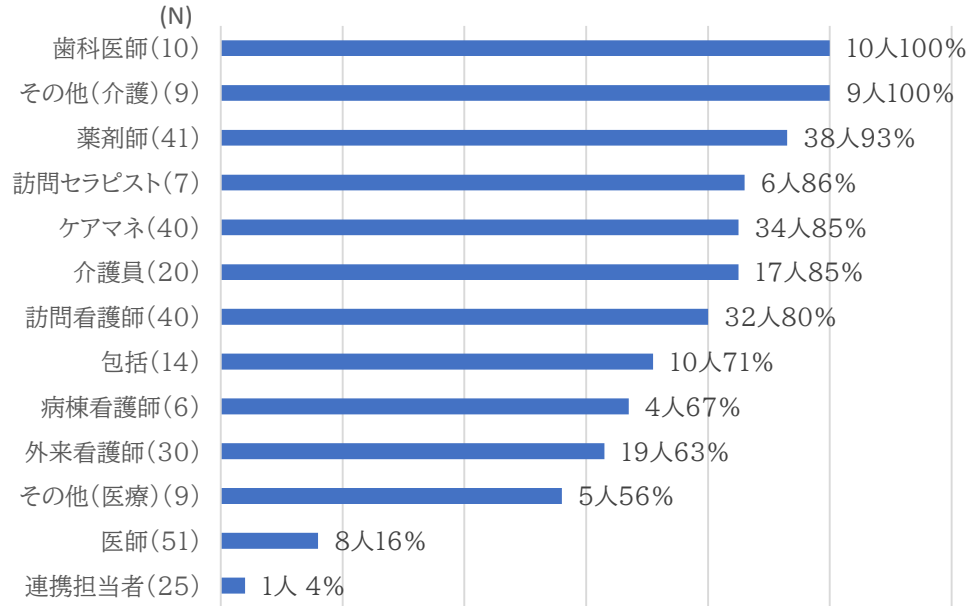
困っている状況等		
無床診療所	医師	分からない 連絡ない
有床診療所	医師	困っているわけではないが、情報が欲しい症例もある。特に当院通所リハビリテーション利用者。
歯科医院	歯科医師	退院時期の目安などは事前に聴取しますが、予定が変更となった場合には把握できないことが多々あります
歯科医院	歯科医師	特に退院時に、入院中の情報を得たいと思っているが、どうしてよいかわからなかった。
薬局	薬剤師	いつ退院したかわからないので
薬局	薬剤師	稀に退院の連絡がない時がある
薬局	薬剤師	退院時サマリーを頂ける病院はいいが、ないところだと経緯が分からないこと
薬局	薬剤師	定期薬の大幅な変更に対応出来ない場合
薬局	薬剤師	情報提供書で知る
無床診療所	外来看護師	わからない 連絡ない
病院	外来看護師	入退院が多く連携出来ていないことが多い。
有床診療所	ソーシャルワーカー	入院医療機関より事前に退院の連絡がなく、慌てて介入再開の準備を行ったことがある
訪問看護ステーション	訪問看護師	いつの間にか退院していた、入院中の詳しい様子がわからない、などがまれにあります。
訪問看護ステーション	訪問看護師	こちらから定期的に関わり合わせないと現状が把握できない
訪問看護ステーション	訪問看護師	情報が入ってきてから訪問再開までの期間が短い
訪問看護ステーション	訪問看護師	退院の事前連絡が無い事があり、退院後に利用者本人から知らされる事がある。
訪問看護ステーション	訪問看護師	退院時の話し合いなく、病院とケアマネだけで今までと通りのサービスでと決まる
訪問看護ステーション	訪問看護師	ケアの仕方や内容の把握
訪問看護ステーション	訪問看護師	病院のソーシャルワーカーによって異なる
訪問看護ステーション	訪問看護師	介護申請が追いついていないことが多い
訪問看護ステーション	訪問看護師	退院時に看護サマリーをいただけない時があります。
訪問看護ステーション	訪問看護師	医療機関に情報提供を依頼し受け取ることができる。
訪問リハビリテーション	セラピスト	退院時期や状態の情報はケアマネ若しくは家族を通してしか知れないため
訪問介護事業所	管理者	施設長にながれてこないの、当然事業所も不明
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	病院からの連絡がないままご家族より連絡もらうことが多いため途中経過を問い合わせることもあり。
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	入院の確認が取れたらすぐに医療機関に連絡し情報提供行っているが、退院や転院の目途がついても全く連絡頂けず状態の変化があっても病院と施設(時には家族にも連絡なく)だけで退院日時が決まっている事が多々ある
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	突然退院が決まることもある。
地域包括支援センター	介護支援専門員	たまに連携図っているのに、知らない間に退院もしくは転院していた。 介護保険の利用など何かしらの支援が必要な方が、どこにも繋ぐことなく退院し困っておらもう少し早く介入できたら・・・と感じたケースがある。
地域包括支援センター	管理者	退院2日前に連絡が来て、対応お願いしますと言われることがあり、空いている職員を探すのが大変。空いていなければ、他利用者を後回しにする手間もある

7) 地域の仕組み・ツール等について 急変時の対応

筑紫医師会バックベッドシステム



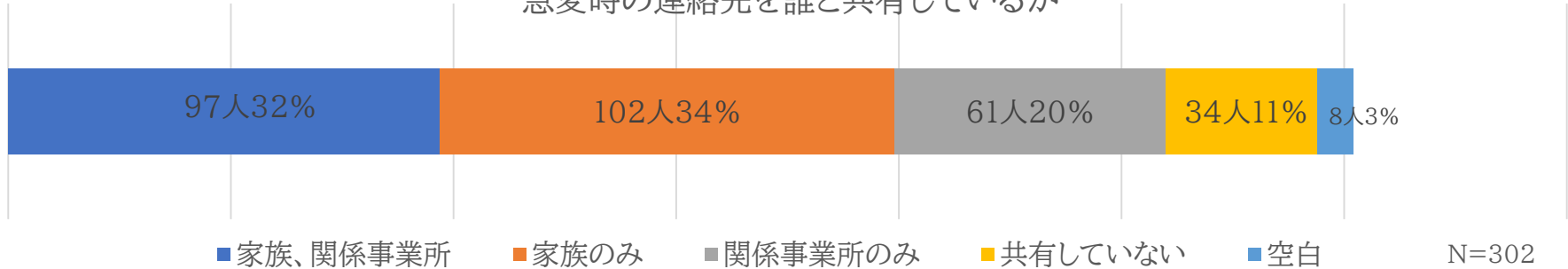
“バックベッドシステム”知らないの内訳



- 活用していない理由など (医科医師)
- システムが始まってから必要とする症例がまだないため
 - 普通に紹介を行う
 - 直で連絡したほうが早い 他の皆さんには使ってもらいたい
 - 空き情報にTELしても実際は受け入れられないことがほとんどである
 - 多職種の連携が上手く稼働しているから

8) 急変時の連絡先について 急変時の対応

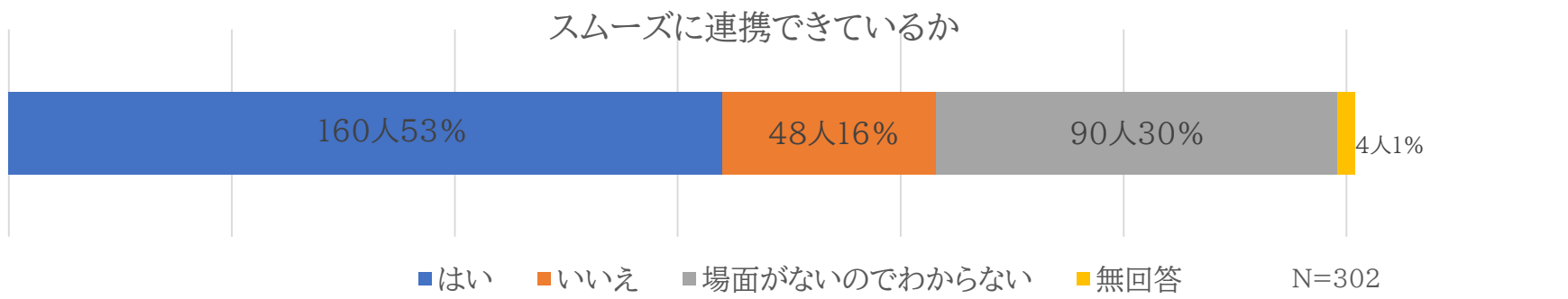
急変時の連絡先を誰と共有しているか



理由など

無床診療所	医師	家族、関係事業所	まあこんなものだろうから
訪問リハビリテーション	セラピスト	家族、関係事業所	担当者会議等で確認しています
居宅介護支援事業所	ケアマネ	家族、関係事業所	在宅での急変時は家族から訪問看護から訪問診察につないでいる デイサービス等外部からも訪問看護⇒訪問診療状態が共有できるようにしている
居宅介護支援事業所	ケアマネ	家族、関係事業所	身寄りのない方、医療ニーズが高い方
居宅介護支援事業所	ケアマネ	家族、関係事業所	まず、家族、医療機関(主治医)その後サービス事業所
病院	SW	家族	個人情報観点から共有に限界がある
薬局	薬剤師	家族	家族又は施設の方
訪問看護ステーション	訪問看護師	家族	家族と関係事業所
訪問看護ステーション	訪問看護師	家族	当たり前のことだと思う
居宅介護支援事業所	ケアマネ	家族	家族の意向、判断が必要。しかし時と場合により一概には言えません
無床診療所	看護師	関係事業所	訪看と共有しています
地域包括支援センター	管理者	関係事業所	家族連絡先等は共有している
有床診療所	医師	共有していない	利用者がいないため

9) 医療・介護・消防(救急)の連携について 急変時の対応



スムーズに連携できている理由

無床診療所	医師	勝手知ったる状況だから
無床診療所	看護師	コロナ陽性の方については入院先が見つからずあえなく自宅療養となる方もいます
有床診療所	ソーシャルワーカー	ご本人の日頃の状態確認とACPの確認を行なっているため
病院	ソーシャルワーカー	全部ではないがスムーズになってきている
病院	ソーシャルワーカー	まあまあ。ケアマネが休みで連絡が取れないことが多い。電話でのやりとりが多い
訪問看護ステーション	訪問看護師	事務、介護に協力依頼しながら比較的スムーズに連絡できている
訪問介護事業所	管理者	手順がフローチャートになっているのと、緊急連絡カードがあるので不明な点はありません。救急車の到着が遅い時にレスキュー隊が来ますが、レスキュー隊と、救急車の方に同じ事を複数回伝えなくてはいけないのが面倒だと思います
訪問介護事業所	介護員	職種として必要な情報を把握し、連携時に活用できるよう工夫している
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	先日ひとりで自宅で亡くなられていた。その場合も消防隊員も迅速な対応をしていただきその後の連携もスムーズでした
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	緊急搬送先の連絡がある 等
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	緊急事態の場合は救急に連絡します
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	普段から連携している関係機関との連携は、スムーズだと思います
居宅介護支援事業所	管理者	職種として必要な情報を把握し、連携時に活用できるよう工夫している
(看護)小規模多機能型 居宅介護事業所	介護支援専門員	初動はスムーズと思います。
地域包括支援センター	介護支援専門員	連携室から連絡があるため

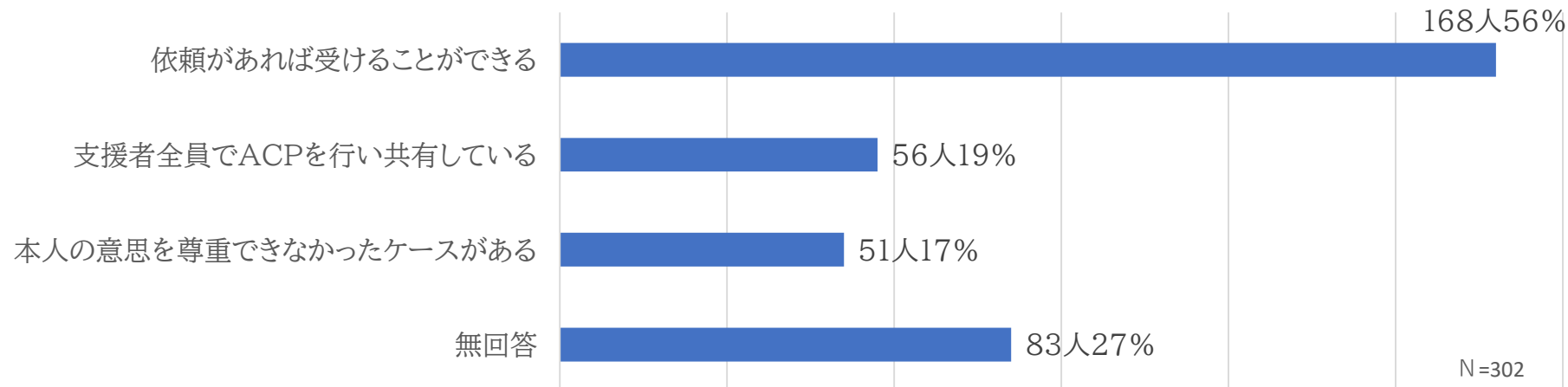
9) 医療・介護・消防(救急)の連携について 急変時の対応

スムーズに連携できていない理由

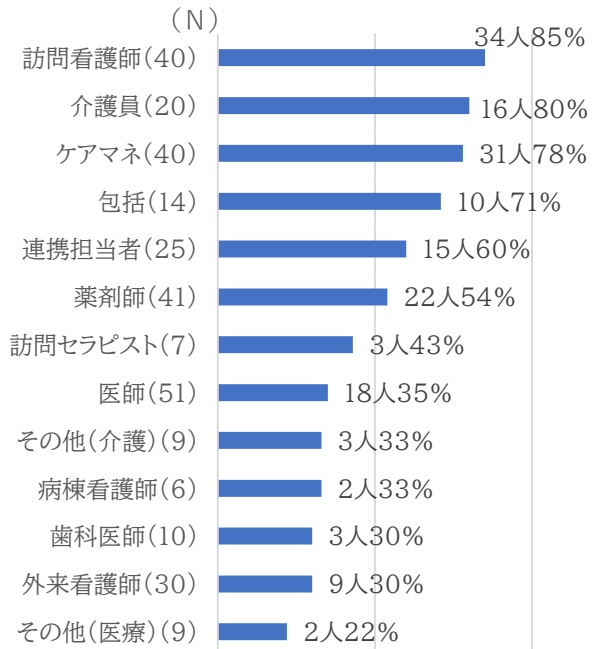
無床診療所	医師	お互いに連絡していない
無床診療所	医師	介護情報を訪ねるケアマネージャーが不明であったり連絡が取れなかったりする。
無床診療所	医師	法的な制限でやむを得ない事象がある。
歯科医院	歯科医師	介護の現場から、歯科の相談はどこにしたらいいのかわからないという声を多く頂きます
歯科医院	歯科医師	私たちかかりつけ歯科医自身の問題もあるが、入退院時の情報共有が不十分
無床診療所	外来看護師	お互いに連絡していない
病院	看護師	全てが連携できていない
病院	連携室看護師	住宅型施設からの予約入院時急変してるのにも関わらず、主治医への報告なく受け入れできず、困った
病院	連携室看護師	住宅型施設からの予約入院時急変してるのにも関わらず、主治医への報告なく受け入れできず、困った
訪問看護ステーション	訪問看護師	救急要請時に莫大な情報量の質問され、同乗を求められることに困る場面が多い。
訪問看護ステーション	訪問看護師	以前できていないと思う場面があった
訪問看護ステーション	訪問看護師	連携は取れてはいるがスムーズとは言いがたい
訪問看護ステーション	訪問看護師	場面 場面で異なる
訪問看護ステーション	訪問看護師	利用者本人から聞かされる事も多く、事実確認が必要になる場合がある。
訪問看護ステーション	管理者	発熱があるとき入院先が迅速に決まらないため。
訪問リハビリテーション	セラピスト	退院時カンファレンスが開かれているかがわからないことと開催されたとしても訪問予定が組まれている中で日程調整が難しい
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	医療と介護の区別がつかっていない
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	場面により異なる、スムーズな時もあるが何故早く連絡しなかったのかと感じる事もある。
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	時と場合によるため一概には言えない
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	救急隊の方は、とにかく付き添いを求めるし、病院は、検査や方針が落ち着くまで帰してくれない。家族連絡や、状況報告もこ、こちら任せにされています。介護事業所は、なんでもしなければいけない下働きみたいです。
地域包括支援センター	管理者	救急で運ばれていたということを誰も知らず、訪問してもいないということが多々ある

10) 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

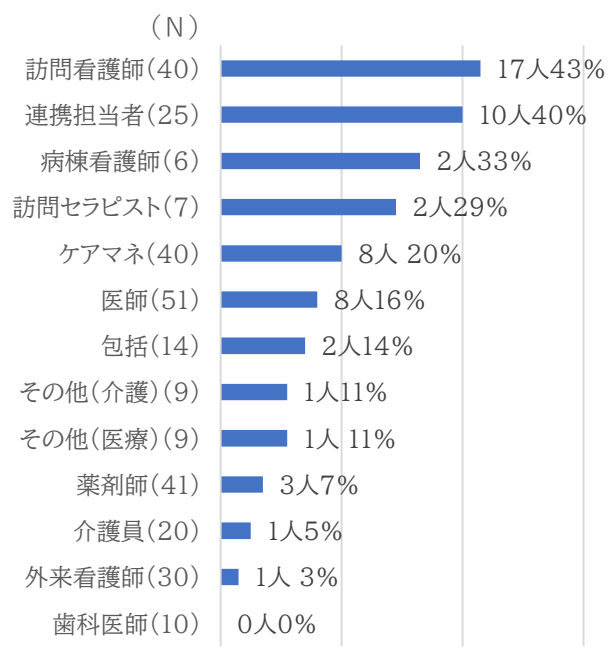
自事業所に該当すること



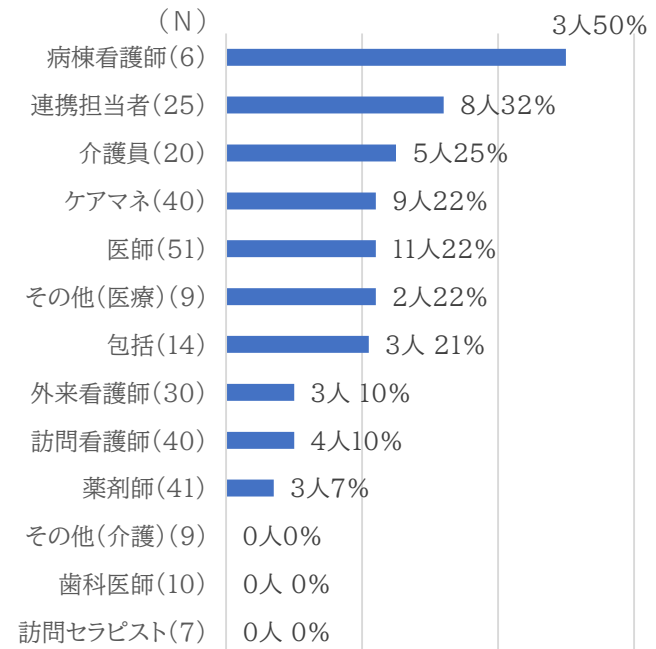
依頼があれば受けることができる



ACPを行い共有している



意思を尊重できなかったケースがある



10) 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

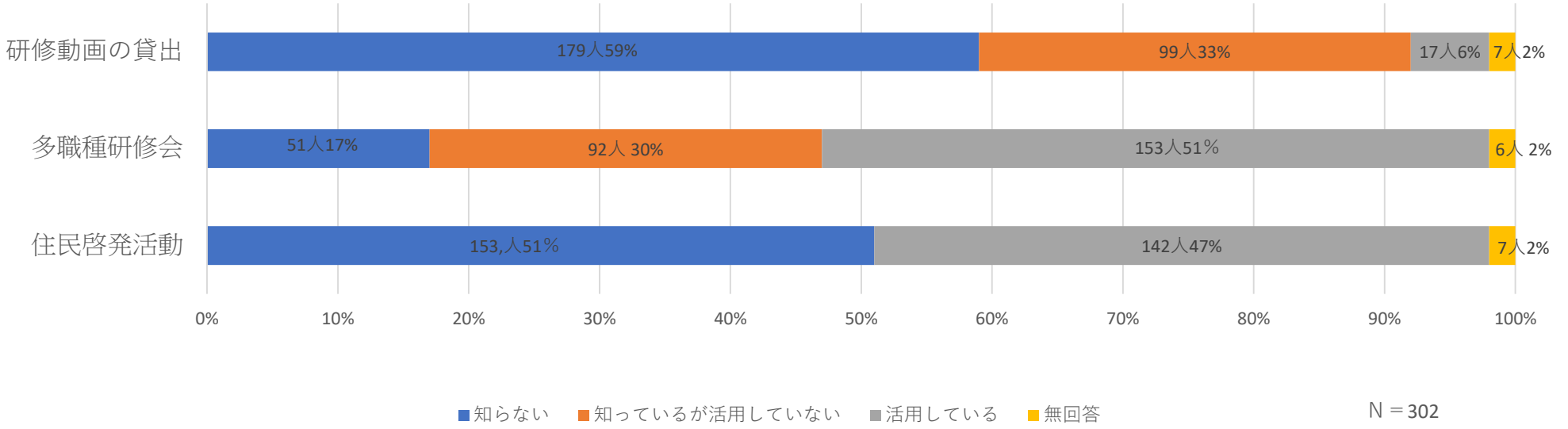
無床診療所	医師	DNARを確認していたが、家族が救急搬送した。
無床診療所	医師	在宅診療が行える用意がない
無床診療所	医師	当院の規模で24時間対応は不可能(電話のみ対応可能)
無床診療所	医師	在宅を希望された時点で他施設に診療を依頼したため。
薬局	薬剤師	家(自宅)で最期を迎えたいとの希望であったが、病状悪化で家族の意志もあり入院された
薬局	薬剤師	認知症症状がひどくお一人での対応が難しくなったため
病院	看護師	入院病棟の種別が本来看取りを行う事を前提としておらず、入院時に終末期の本人及び家族などの意向を聞き取ってはいない そのため急激に身体状況が悪化し意思表示が難しくなった場合、本人の意向がどうなのかを確認する術がない また、身体状況が急激に悪化した場合、濃厚な治療を行う事になり、家族等の意向があっても在宅等希望する場所に対応することが難しく最終的に病院で看取るという選択になってしまう
病院	外来看護師	急に状態が悪くなった場合、今後の方針等を患者家族と話を出来ていない場合がある 患者本人は在宅を希望しているが、家族は入院を希望している
病院	病棟看護師	腰痛で受診し多発性がんが発覚し入院した終末期の患者であったが、家族が本人に病状説明することを拒否していたため、患者がなぜ入院しているのかもわからない状況で亡くなったことがある(元々在宅で暮らしており、早く家に帰りたと言っていたが、入院して4日で亡くなった)
病院	連携室看護師	本人は在宅での看取りを希望していたが、家族の希望で入院となったケース
病院	連携室看護師	ターミナル期で進行が早く支援のタイミングが遅れるケースがあった 施設入所者の「施設での看取り」希望がかなわないケースがあった
病院	ソーシャルワーカー	本人は在宅を望んだが、家族が病院を希望した
訪問看護ステーション	訪問看護師	家族の支援体制にもよる
訪問看護ステーション	管理者	訪問看護で看取りの経験がない

10) 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

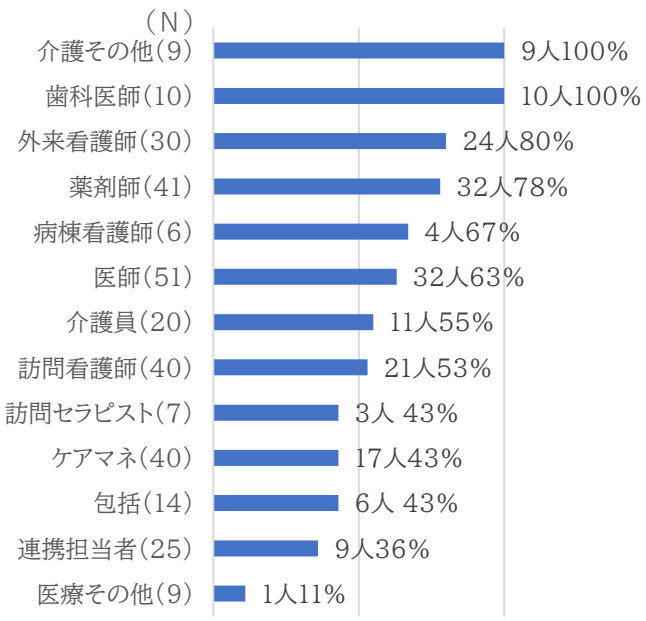
意思を尊重できなかった具体的状況、理由など

訪問介護事業所	介護員	家族が介護に疲れ本人も家族に遠慮し、最終的には施設入所を選択された
訪問介護事業所	介護員	家族が介護に疲れ本人も家族に遠慮し、最終的には施設入所を選択された
訪問介護事業所	管理者	施設に看護師が常駐していないため。
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	家族の介護力(身体的、精神的)の課題。
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	訪問看護より看取りの利用者の依頼があるので、医療、介護従事者と本人、家族の意向を聞いて話し合い共有している。
居宅介護支援事業所	管理者	家族が疲れ、本人も家族に遠慮し、最終的には施設入所を選択された
(看護)小規模多機能型居宅介護事業所	介護支援専門員	自宅での最期を望まれていたが、癌の進行でホスピスに行かれて亡くなられた方や、家族の介護協力が得られず小規模だけでは在宅での看取りを難しいと判断し入居を選ばれたケース。
地域包括支援センター	介護支援専門員	身寄りない方で、医療拒否される方の支援は難しかった。
地域包括支援センター	管理者	認知症が進行し、その場でコロコロ変わる方や、元々の性格や障害等で支援者を受け付けず、調子が悪くなった時だけ、助けろと言われる方、支払いを渋る方等は、本人が自宅に居たい、施設に行きたいと言ったとしても、必要な支援を受けるまでに調整が上手くいかずに、逝去されることがあった。

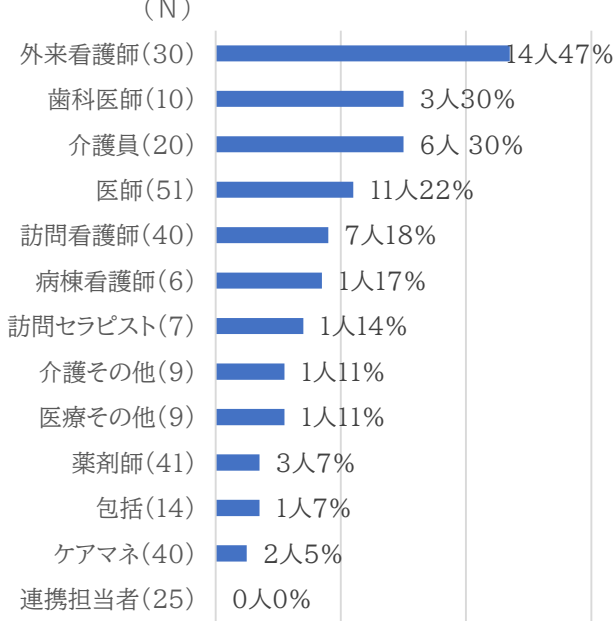
11) その他の取組み等について



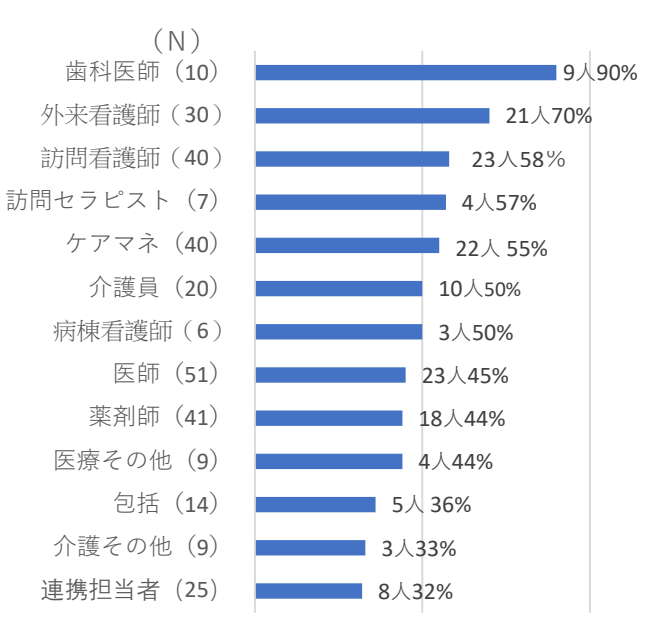
“研修動画の貸出”知らないの内訳



“多職種研修会”知らないの内訳



“市民啓発”知らないの内訳



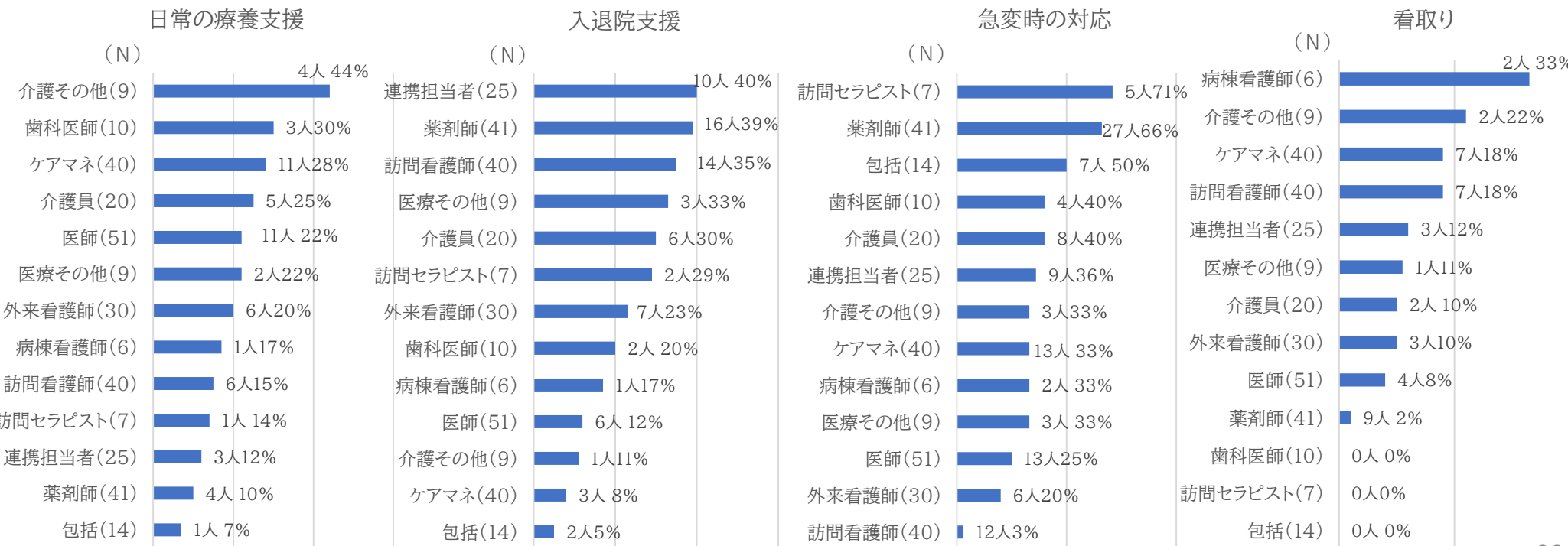
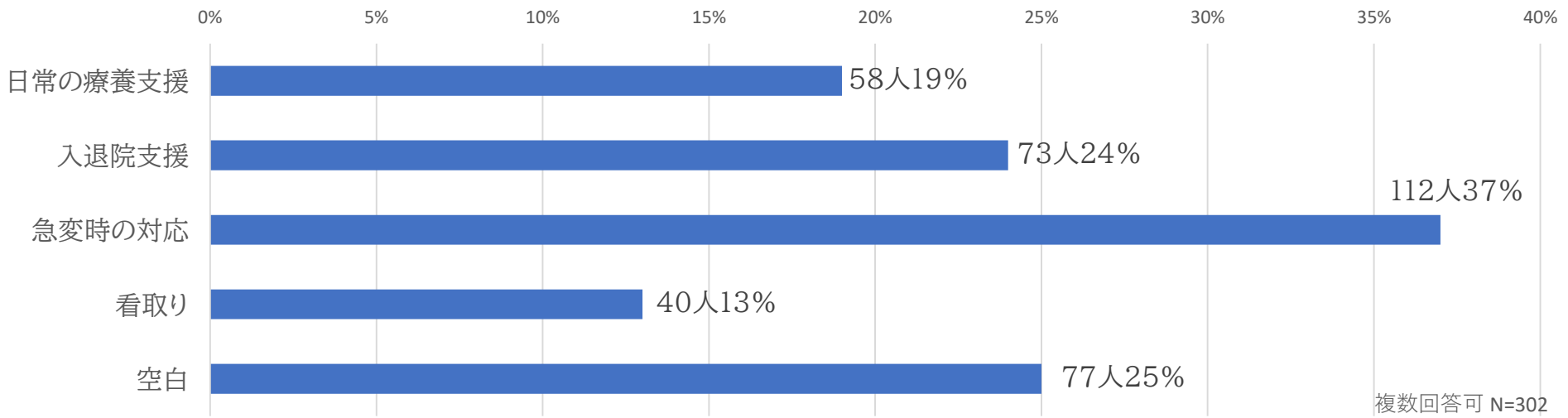
11) その他の取組み等について

研修動画 活用していない理由など		
無床診療所	医師	これまでに活用する機会がなかった
無床診療所	医師	多職種連携が上手く稼働しているから
無床診療所	医師	見んでも知っている。
病院	ソーシャルワーカー	活用できる機会がない
訪問看護ステーション	訪問看護師	活用ができていない。
訪問介護事業所	介護員	貸し出し方が分からない
訪問介護事業所	介護員	貸し出し方法が分からない
訪問介護事業所	管理者	研修動画として活用していきたい
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	研修の時間を設けることが難しいため。
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	すみません 時間の都合で
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	他の研修も受講しているため
居宅介護支援事業所	管理者	貸し出し方を周知していない
地域包括支援センター	管理者	事業所内で活用する時間を持つことが難しい

研修会へ参加していない理由など		
無床診療所	医師	最近参加できてません、すみません
無床診療所	医師	なかなか忙しくて参加できてません
無床診療所	医師	参加する時間が取れなくてすみません
歯科医院	歯科医師	毎年、出欠の案内は頂くが具体的に何を行っているか、記載はなく参加していません
薬局	薬剤師	都合がつかなかった
薬局	薬剤師	薬局業務が終わっていないので参加できない
訪問看護ステーション	看護師	何度か行った事があるが、具体的に誰とどうするかはよくわからなかった
訪問介護事業所	管理者	日程などが合わなかった
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	研修の時間がどうしても就業時間後の開催が多いため、あまり参加出来ない
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	リモート等であれば参加できると思う
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	参加が難しい時間帯の開催の為
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	以前は参加していたが、今はしていない。勤務時間外である事と他にも研修や勉強会があり、多忙なため
(小規模多機能型居宅介護事業所)	介護支援専門員	時間が遅いので参加できない状況です

住民啓発活動について 地域包括支援センター 管理者 住民に対しての講座をしていることは知らなかった。

12) 他職種との連携が図りづらいと感じる場面



13) 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

介護支援専門員

- ・通院時などに立会い、日頃の情報の共有を密に行いたいが、マンパワーが足りず難しい
 - ・連携ツールなど一本化出来ると連携がしやすくなる
 - ・退院時にいただく情報、例えば身体機能面など、今でもご本人と対面出来ない医療機関もあり在宅に戻られて違い過ぎる時もあり慌てて対応するときもある
 - ・入院時の情報提供を行ったときに看護サマリー等の情報をいただきたい。短期間の場合はもらえないことがある
 - ・医療機関の送迎や自宅での内服状況など、療養生活の実情を医師に伝えて下さるソーシャルワーカーを必ず配置して連携しやすい窓口を作って頂きたい。受診時の高齢者はよそ行きで実際とのギャップも大きいため。
 - ・急性期の病院を短期で受診したり何箇所も診察している場合、情報を入手しづらい
- 診療所や医師との連携
- ・他職種との連携は、病院連携室やソーシャルワーカーとはスムーズで問題解決が早いですが診療所では医師との連携が取りにくい場合がある
 - ・先生により介護との連携の取り方に大きな差がある
- ・いざという時に訪問してくれず、連れてきてくださいと言われると、何のための訪問診療なのかなと思う
- ・独居の方や家族が仕事の日中に緊急受診が必要な場合、付き添いできる方がいないので、そういう窓口や対応ができるサービスがあれば良い概ね、ケアマネが時間があるときは対応することが多い
 - ・入院しても在宅へ帰れるリハビリや日常のケアの充実 = 医療の現場に介護の充実を。
- ・看取りの利用者は週単位で状態が著しく変化する。その度に必要な福祉用具が追加になるが、ケアプラン変更で担当者会議が必要になる事、変更後の計画書作成、要介護2以下であれば、特殊寝台、車椅子は軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付届けを市へ提出したりと莫大な時間がかかる。看取りの利用者は状態の変化が急速に進むことを考えて、要介護2以上であれば、ベット、車椅子の貸与が可能であるのと思う
 - ・入院しても認知症の進行が最大限に抑えられたら、大きな視点で社会保障の軽減に繋がり、本人の意思や希望を尊重した生活を最期まで叶える事に繋がると思う
 - ・医師が在宅で生活することを理解してくれるようになり、関係性もスムーズになってきていると感じる
 - ・病院勤務の長い看護師さんが、在宅での家族やご本人の生活のありようを次第に受け入れ、チームとして一緒に関わっていただけて、その人らしい生活の継続ができてきているケースも増えていると感じる
- ・これまでに困った事例
- 限界1) 独居で倒れたら、助けを求めようがない
 - 限界2) 訪問販売やネット注文を過剰にするが、本人の意思だったり認知症で覚えていなくなったりで被害を止められない
 - 限界3) 徘徊やタバコをやめられない等あり、周囲が“困る”と強く訴えたり、生命の危機となることが予想される等

13) 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

訪問看護師

- ・入退院の情報共有を徹底してもらえると助かる
- ・カルテに入力した内容が共有できるとありがたい
- ・ヘルパーさんの人手不足
- ・看取り、ガン末期医療の方について、他のサービスが何も入らずに訪問看護のみが関わることになるケース
- ・災害時の連携
- ・筑紫医師会、在宅医療介護連携支援センターのホームページを改めて拝見した。資料も充実しており書類も今後活用できたら思う
- ・災害発生時BCP策定義務化だが、今回の能登半島地震を受け現実的に困難な部分も多くあるだろうと考えている。災害発生時の地域多職種連携など。
- ・訪問診療・ケアマネージャー・訪問介護・訪問看護の合同連絡会(研修会など)
- ・今回のアンケートで地域の連携の仕組みやツールを全く知らないことを痛感した。コロナ禍の開所で、どのようにして知り、活用していくべきだったか、また今後どのようにして在宅医療と介護の連携に関して、この地域での学びを深めていけばいいかが分からないため研修や連携会議をもっと密に開催してほしい
- ・急変時の受け入れ医療機関が極度に少ない
- ・利用者の高齢化がすすみ独居も老老介護、認認介護の在宅療養者が増えている
- ・生活自体に見守り支援が必要な方が増えている。更に、抱える疾患へのサポートに困難感が強くなっている
- ・食事や清潔はもちろんだが定期受診がままならず、内服管理が出来ず悪化させてしまう
- ・サービス利用を嫌がらず定期利用できている人はまだ他者の目が入るが休みがちの方達は大変。
- ・別世帯の家族の支援がなければ生活の困難感があり家族の不安や負担も増している印象
- ・十分な説明や退院指導がないまま、在宅へ退院されることがたまにある
- ・食事介助になると介護の方は全てを行うことが多く、自立への指導などが難しい。「介護の人は何でもしてくれるけど看護師さんは厳しい」と耳にする
- ・施設での看取りは介護保険の単位が足りず、サービス不足の部分も出てくるため、病院外での医療ケアや介護ケアサービスが充実してそれが広まると嬉しい

13) 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

訪問介護事業所 管理者、訪問介護員

- ・夜間専門の訪問介護事業所を増やしてほしい。人手不足で、早番、遅番などのシフトを組めず、1人のヘルパーの負担がかなり大きくなり体が持たない
- ・ヘルパーの高齢化に伴い、訪問介護での対応の難しさ、経験不足があり、受け入れに不安がある
- ・ヘルパーの高齢化、ヘルパー人員不足に伴う訪問介護での対応の難しさ、また経験不足により受け入れに不安がある
- ・訪問介護で在宅での身体サービスが減り、オムツ交換、清拭などの経験不足となっている
- ・土日祝日等ケアマネさんに連絡がとれない時が困る。1度は良くしてくださる医師にお願いしてご利用者を入院させてもらえたが、ヘルパーが直接医師にお願いする事が無いような仕組みが欲しい
- ・必要に応じて他職種と連絡を取っているが日常的には難しいことがある

医師 無床

- ・看取りと急変の感覚の差異が医療職と介護職の間に存在する。私の場合、看取りの場合の呼吸停止や心停止は急変とは考えていない。飲食が困難になるのも自然経過と考えている。何もせず、見守るのも医療行為の一手段と考えている
- ・相変わらず、紹介後の連絡、報告に施設格差を感じる
- ・ケアマネージャー連絡先を携帯されてはいかがでしょうか
- ・1人(1家族)の患者さんを24時間で見守るためには、情報すべてを共有しないとイケないと思われるが、それを日常内で常時するなら、簡便な方法が難しいと思われる(常にいろいろと変化しています)
- ・すべての医療機関に在宅医療を求めるのは無理だと思う。専門性を主にして診療しているので求められても辛いところがある
- ・外来主体なので、往診に限界がある
- ・ケアマネはどのような時に依頼できるのかを教えて欲しい。ケアマネや介護申請について分からず、生活が不自由な方(歩けない等)が多いように思う
- ・関係者がお互いに気楽に話せる関係を作れる会合などがあるといいかもしれない

医師 有床

- ・主治医が介在せずにケアマネと患者、または家族のみで入所先施設が決められる事が度々あり、その後のフォローが出来ない

13) 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

訪問セラピスト

- ・連携するツールがさまざまあり、関係先に応じて使い分ける必要があり大変
- ・ログイン自体が大変、定期的にパスワードが変わる、場合によっては入れなくなる等情報漏洩などに慎重なのはわかるが、複雑すぎて使いにくいものもある
- ・日々使うものなので、使いやすいものでなければ定着しない
- ・とびうめネットを利用しており他の事業所よりかは連絡しやすいかと思う。今回思ったのが病院もとびうめネットに入ると入退院の情報交換などやりやすくなるのではと思った
- ・訪問リハビリで本人の意思より家族の意思でリハビリを開始される方も多く、拒否に繋がるケースがある

薬剤師

- ・手軽に意見交換ができるようLINEのような機能をもったシステムを利用できるようにすると良いのではないのでしょうか。往診時間が遅いと処方箋は最後に来るので薬の準備、注文など時間がかかり患者さん宅へ訪問するのが遅い時間になったり(時間外)、疑義照会も時間外になったりで困難なことがある
- ・薬局には情報があまり共有されていない
- ・連携を取りまとめる方(おそらくCMさん)から積極的に連携の構築をしてほしい
- ・ケアマネージャーの立ち位置が場面によって変わるので戸惑う。患者の状況にどこまで踏み込まれるのか?わからないことがある
- ・まだ患者さんが医療機関へ通院しているケースしかないが、今後そうではないケースも出てくると思うので心配している

歯科医師

- ・入退院時の情報共有にもっと積極的に関与していきたい
- ・歯科医療が介護に関わる必要があると考えますが、外来診療だけで手が回らず、在宅医療に関わっていない

13) 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

連携室看護師

- ・包括支援センターへ初回相談の際、担当者がいない状態なので何度も電話をかわることがあり申し込みフォームのようなものがあると便利
 - ・地域での情報共有システムのIT化の推進
 - ・レスパイト受入れ施設の開示

 - ・バックベッドシステム活用しており、大変助かっている
- 制度・サービス
- ・入院患者が急な自主退院を希望し、入院継続が難しい状況の時、介護申請中の為、包括に連絡をしたが、なかなかとり合ってくれない事があった

 - ・急性期及び療養病院、包括ケアもしくは回復期病院等のそれぞれの役割の中で、家族の意向及び患者の状態によって受け入れが難しい場合もあるが、現状は、病院、施設等にもできる事できない事がある。
- そのため、各病院、施設の役割をもう少しお互いに理解しながら連携できると、よりスムーズに連携が図れると考える。連携をより充実できるよう、常に努力していきたい
- ・小児～成人へのトランジション対策

看護師 病院

- ・介護関連施設からの入院の場合、医療上必要な情報が十分でないと感じることがある
- ・各病院で窓口となる人や、サマリーなど情報交換の場が異なることがある
- ・事業所や施設、病院、個人によってやり方も連携も全て違うし、連携を取るにも時間を要す。用紙に書く、連絡する、ネットを立ち上るなど、やはり手間がかかる。忙しい中でもっとシンプルに連携が取れるとやりやすいかと思う。またその連携の情報を取るまでの(誰がケアマネなのか)など把握するまでもが大変。他職種が関わる中、いろんな情報がありプラスな面もあるが、抜けも多い気がする
- ・地域施設や提携病院との情報共有の機会をどのように持てばよいか困っている
- ・ケアマネや訪問看護師より、状態変化時に速やかに報告を頂いており、早期に訪問診療で対応することができている。

- ・訪問診療の曜日が決まっている為、往診の要望があった時にすぐに対応できないこともあり、もどかしさを感じる

- ・身寄りのない高齢者や経済的に困窮している方の支援

13) 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

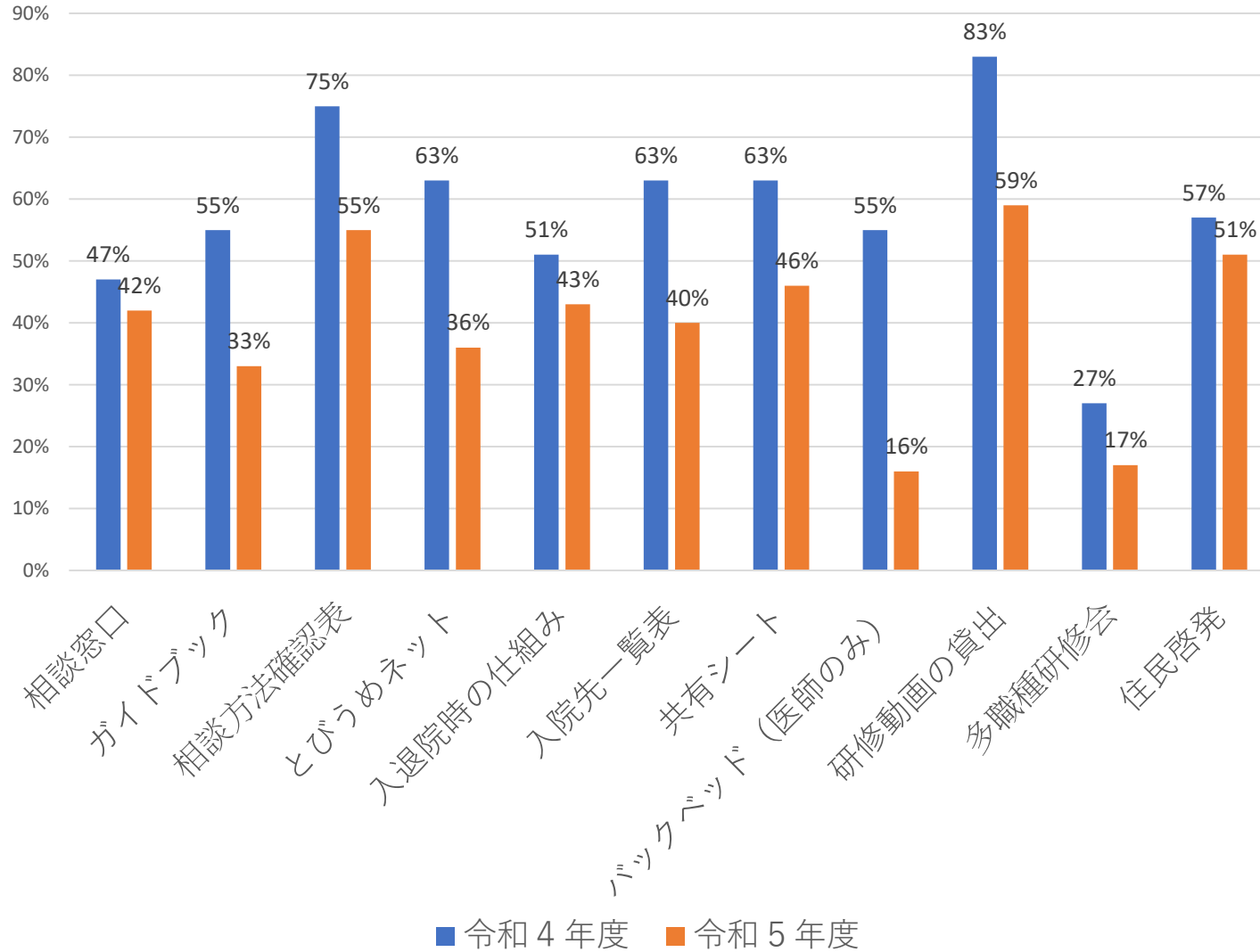
地域包括支援センター

- ・独居なのに腰部骨折で動けない方を自宅に帰してしまう医療機関があり、その後家で動けなくなり、近所の方や遠方のご家族が発見し包括に相談があるケースが何件もある
- ・診断した医療機関に入院先を繋いでもらえないか相談しても行ってくれず、全て包括で対応しなければいけない状況で対応に負われ困っている
- ・自宅で生活できる状況なのか医療機関で確認して、入院や大きな病院へ繋いでいただきたい
- ・連携における具体的なマニュアルの作成
- ・勉強会の場を多く提供していただきたい
- ・連携室のないクリニック等と連携する際の窓口が知りたい
- ・クリニックの先生は連携ができるようになりましたが、病院がかかりつけの場合は連携に時間がかかる
- ・介護保険申請に係る「主治医意見書」の依頼を断られることがあり、かかりつけ医が他にない時に、支援に苦慮している
- ・身寄りのない方、通院が困難な方、経済的困窮の方などの支援は難しい
- ・それぞれの分野において連携を行っていこうと考えられている方々はもともと相手の立場や連携方法も考慮されていると思う。連携の必要性をさほど必要と考えておられない、例えば研修会や勉強会、連絡会への参加をなかなかしていただけない方々との連携の困難さには限界を感じている

ソーシャルワーカー

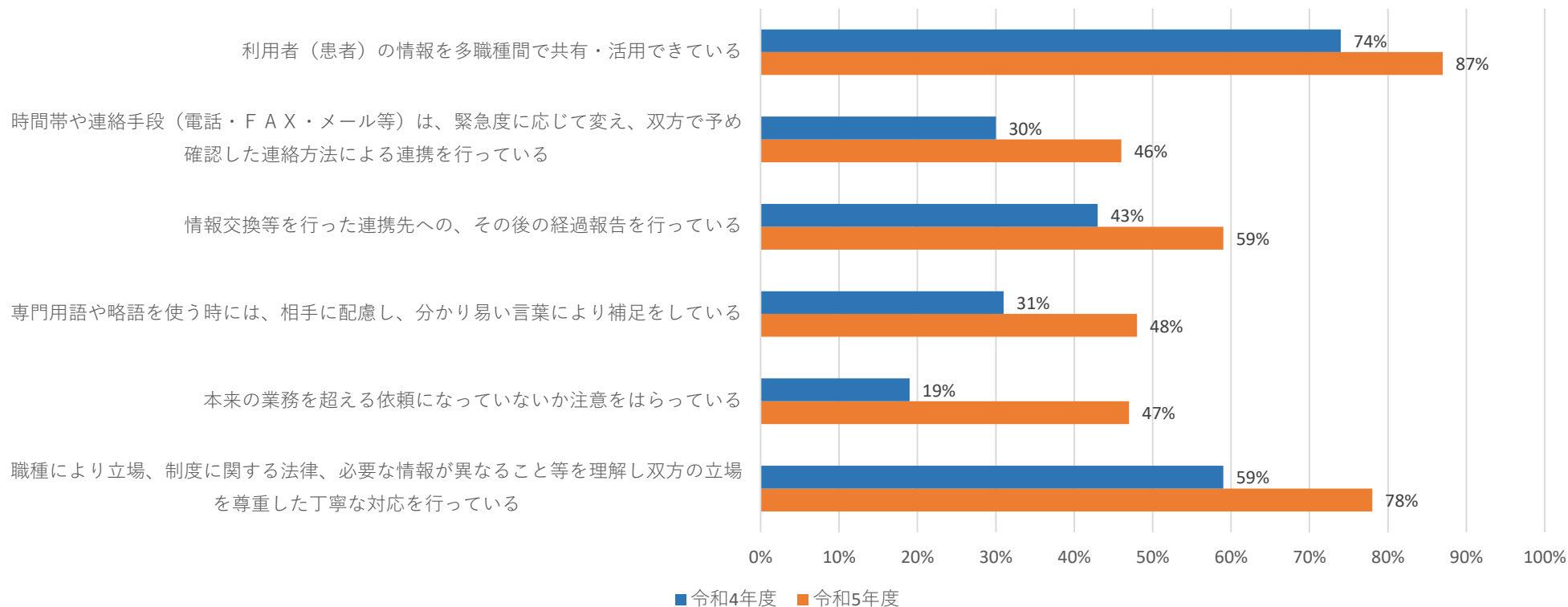
- ・医療介護共有シートについて、大まかな方法は分かるが入院前のADLについて、排泄であれば介助の内容が分からない。ポータブルトイレの何を介助しているのか、服の上げ下げの介助か、失禁は？パット交換は自分で可能なのかなど詳しい内容が全く分からない。介護サービス等の利用状況についても回数も分からないし、全体像がこのシートから読み取れない。食事動作、入浴の状況もつかめない。移動前の移乗介助も分からない。結局は聞き取りに時間がかかる。ケアマネさんは、このシート活用できていますか。
- ・筑紫医師会エリアは連携がしやすいと感じている
- ・FAXのみの情報提供時は確認が遅くなる
- ・医療圏以外の関係機関との連携について困難な場合がある
- ・入退院時の介護支援連携について、ケアマネジャーから連絡をいただいても、直ぐに対応できず申し訳ないことがある
- ・地域会議への参加

各種ツールや取組等の「知らない」の割合(%)



	令和4年度	令和5年度
	N=533	N=302
相談窓口	248	126
ガイドブック	295	101
相談方法確認表	401	167
とびうめネット	337	110
入退院時の仕組み	273	130
入院先一覧表	337	122
共有シート	338	140
バックベッド (医師のみ)	55/100	8/51
研修動画の貸出	440	179
多職種研修会	142	51
住民啓発	304	153

めざす姿に近づいているか



	令和4年度	令和5年度
	N=533	N=302
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	312	235
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	102	141
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	164	146
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	231	178
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	158	140
利用者（患者）の情報を多職種間で共有・活用できている	393	261