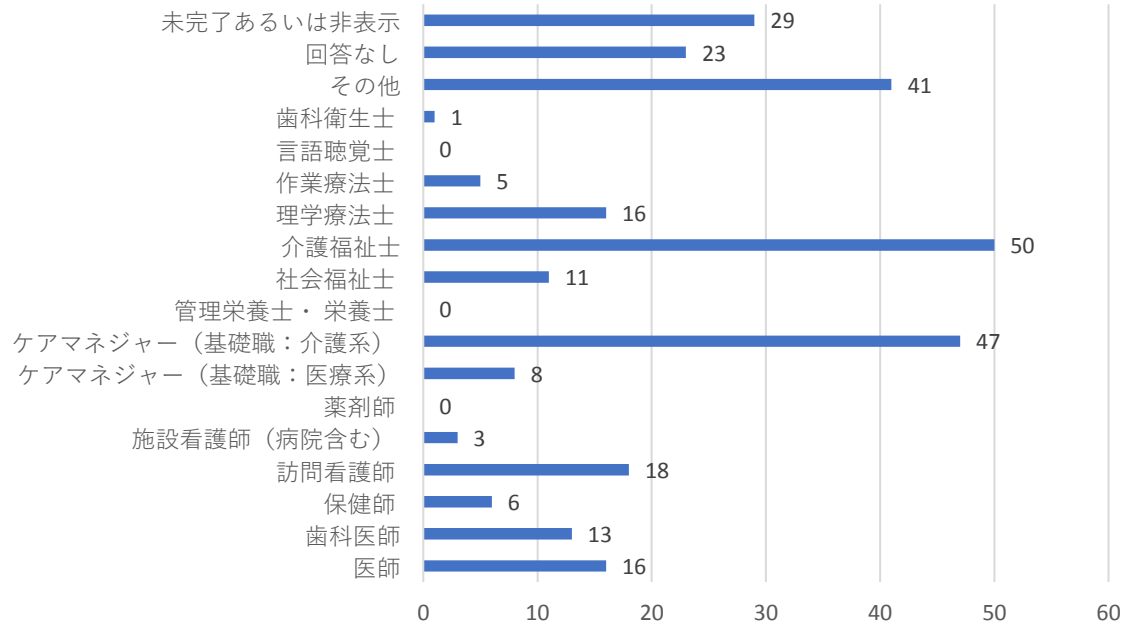


在宅医療・介護連携に関するアンケート結果

回収率55%（全数:516、回答:287）

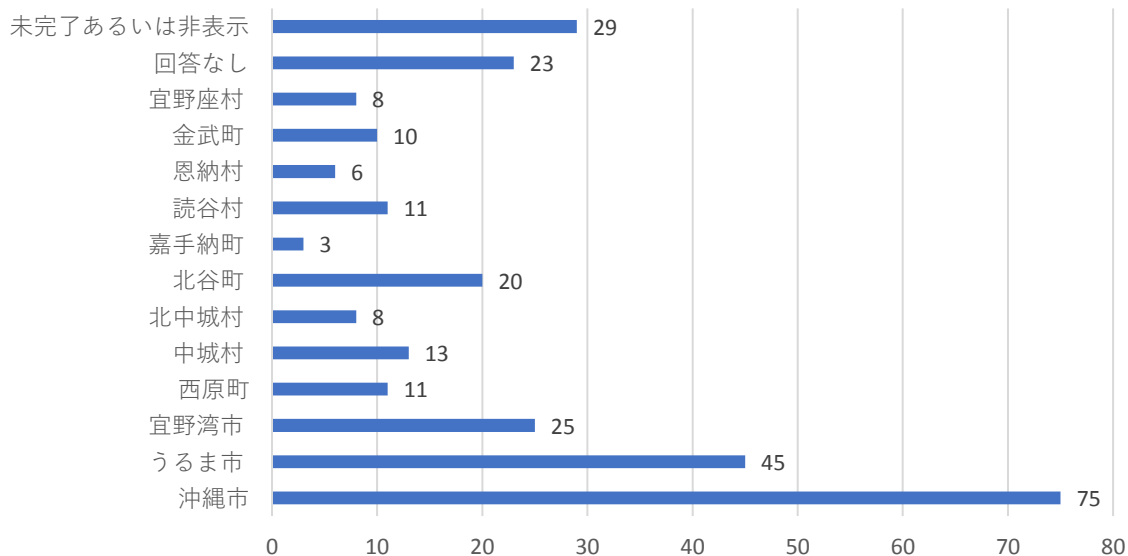
平成30年3月31日時点

【職種について】



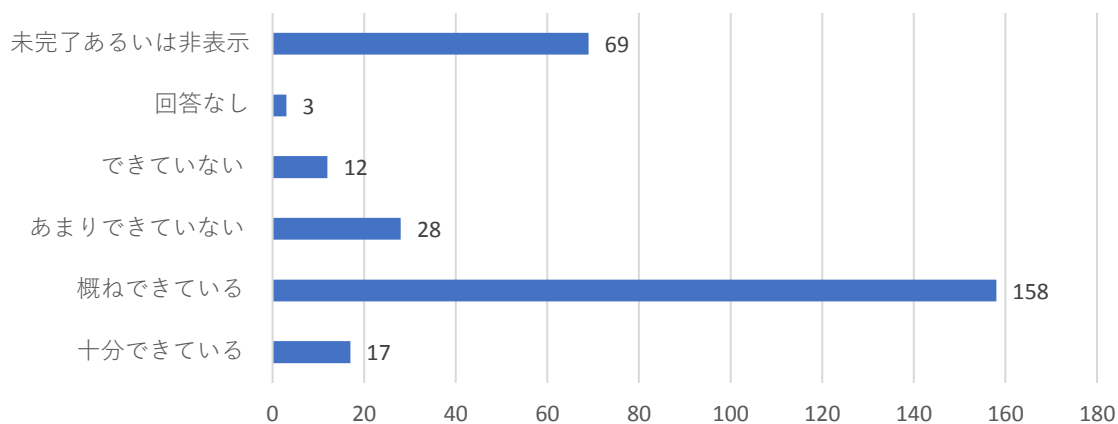
職種別にみると「介護福祉士」が50名と多く、次に「ケアマネジャー(基礎職：介護系)」が47名となっている。

【職場の所在地】



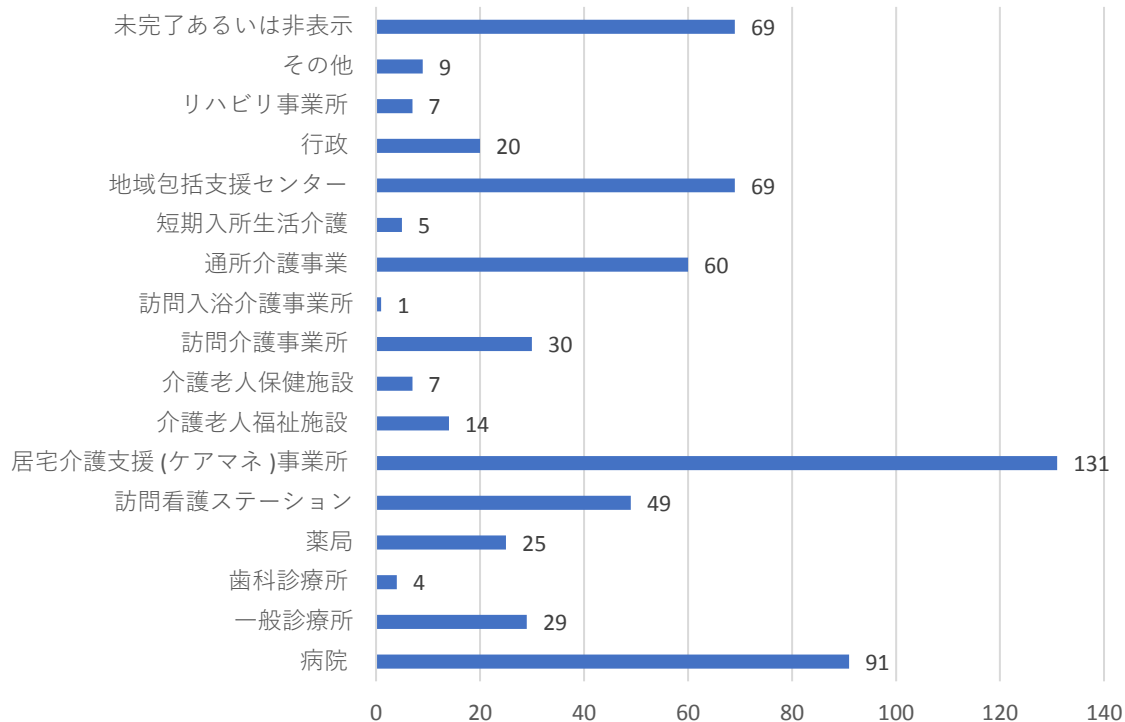
沖縄市が75名と多く次にうるま市45名となっており、参加人数の半数を2市で占める結果となった。

Q1【他事業所との連携について】



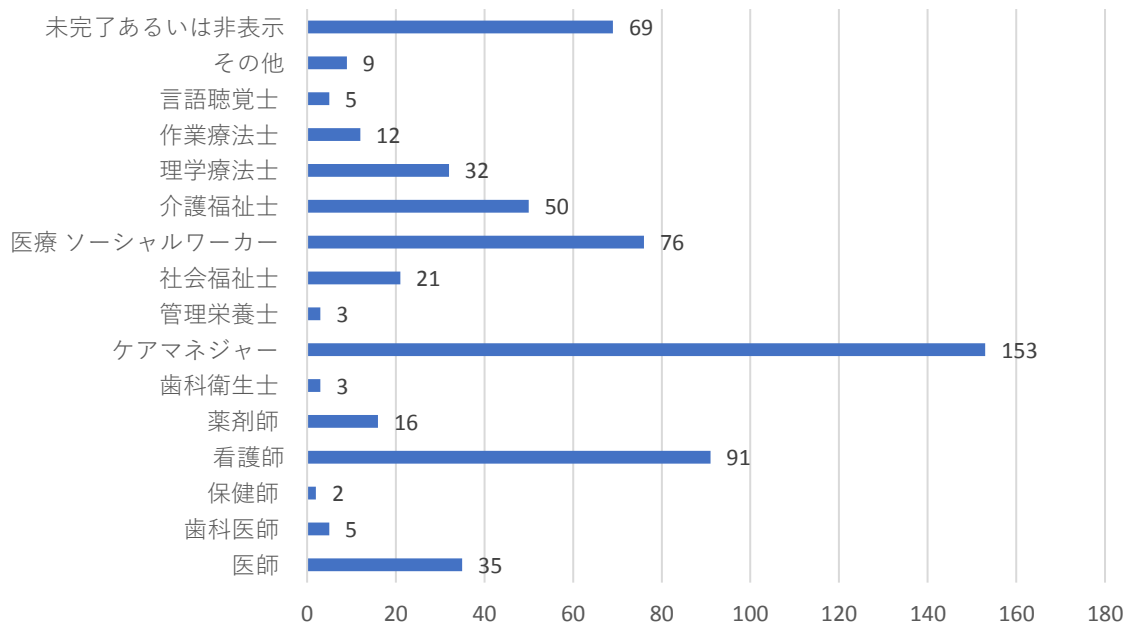
「十分にできている」「概ねできている」を合わせると175と高く、約6割が連携できていると回答。

Q2【よく連携している事業所は？】



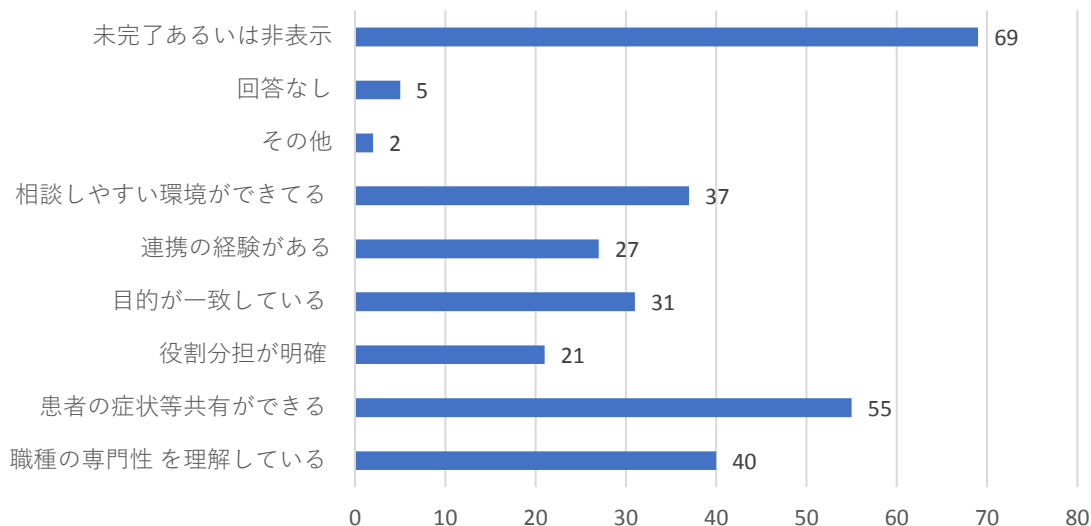
連携事業所では居宅介護支援事業所が131と最も多く、次に地域包括支援センター69、通所介護支援事業所60の順となっている。老人介護保険施設等は少ない状況が分かる。

Q3 【連携をとりやすい職種は？】



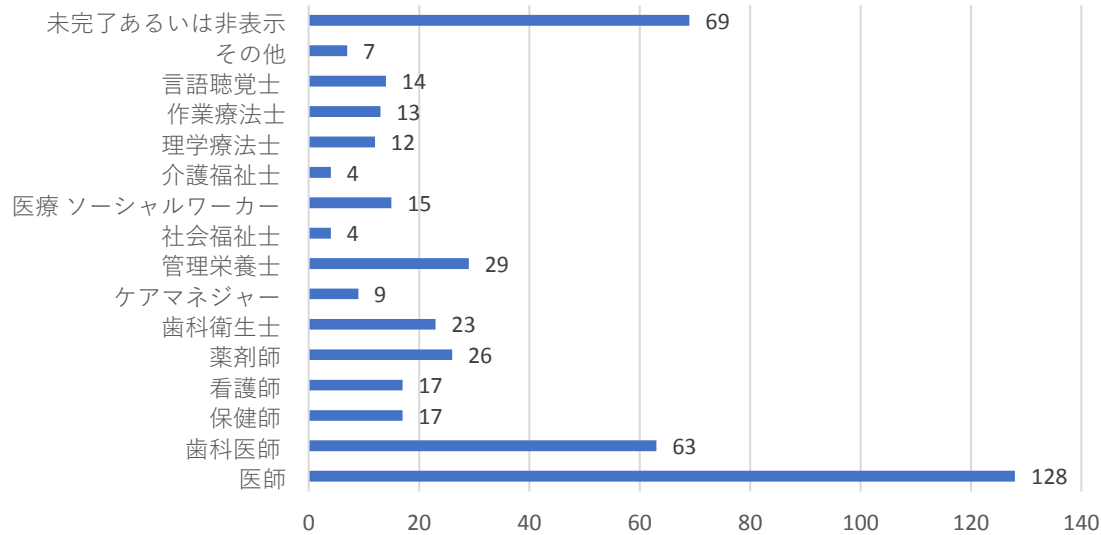
ケアマネージャーが153と最も高い。次に看護師91、続いて医療ソーシャルワーカー76の順となっている。

Q4 【連携をとりやすい理由は？】



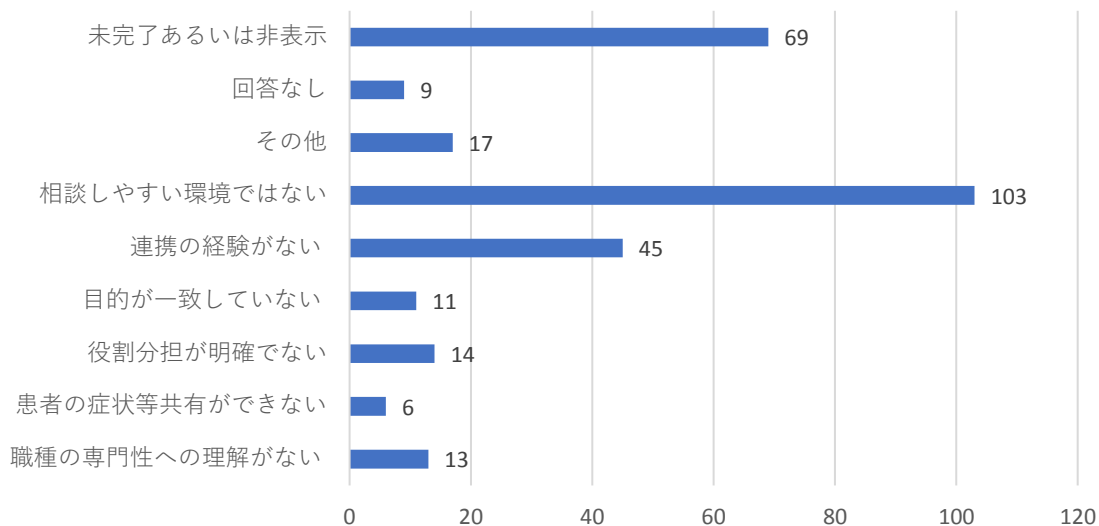
「患者の症状等共有ができる」が55、「職種の専門性を理解している」40となっており、退院時や状態変化に応じた多職種連携の必要性が分かる結果となった。

Q5【連携をとりにくい職種は？】



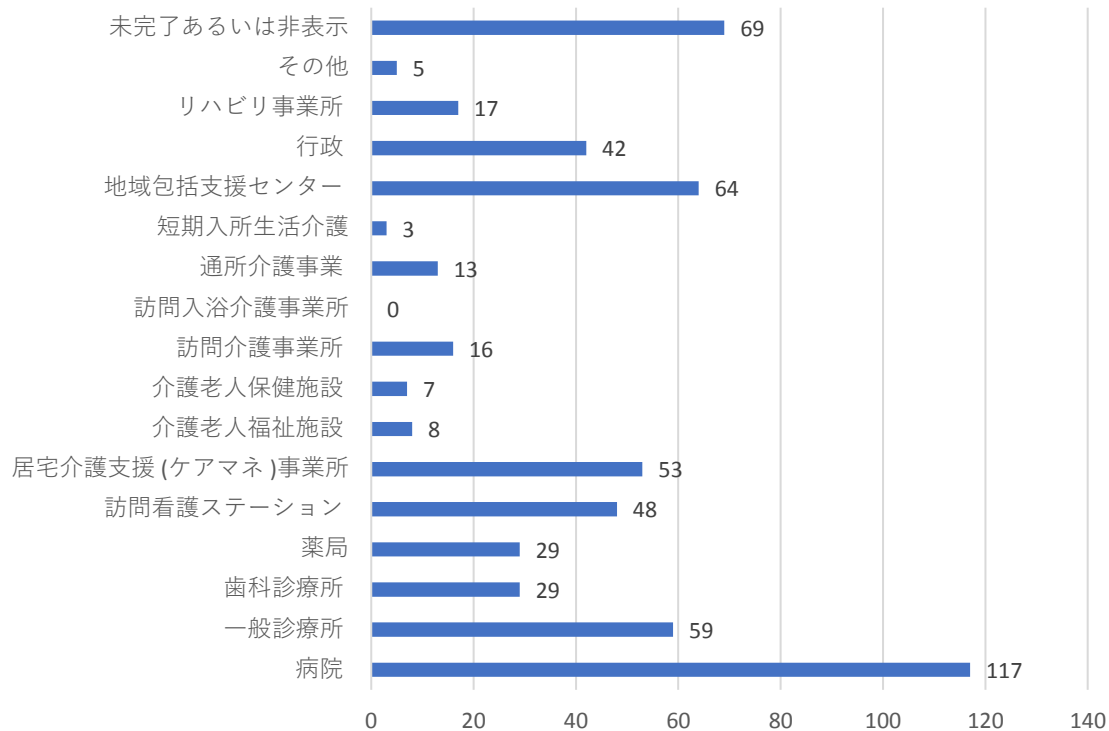
医師が128と最も高く、次に歯科医師63、管理栄養士29、薬剤師26の順となっている。専門性が高い職種ほど連携の難しさを感じる結果となった。

Q6【連携をとりにくい理由は？】



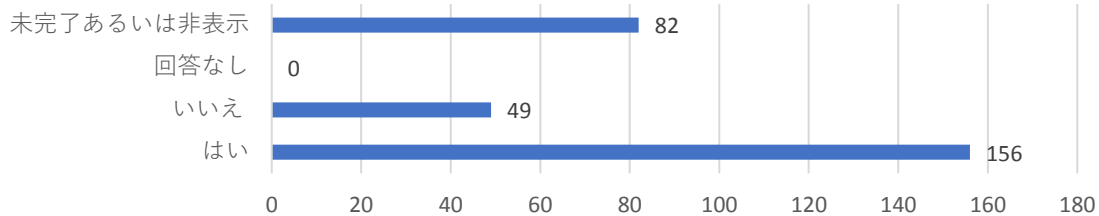
「相談しやすい環境ではない」と回答したものが103と最も多い。「連携の機会がない」、「役割分担が明確でない」、「職種の専門性への理解がない」など連携に課題を感じている要因も見られた。

Q7【今後、連携したい事業所は？】



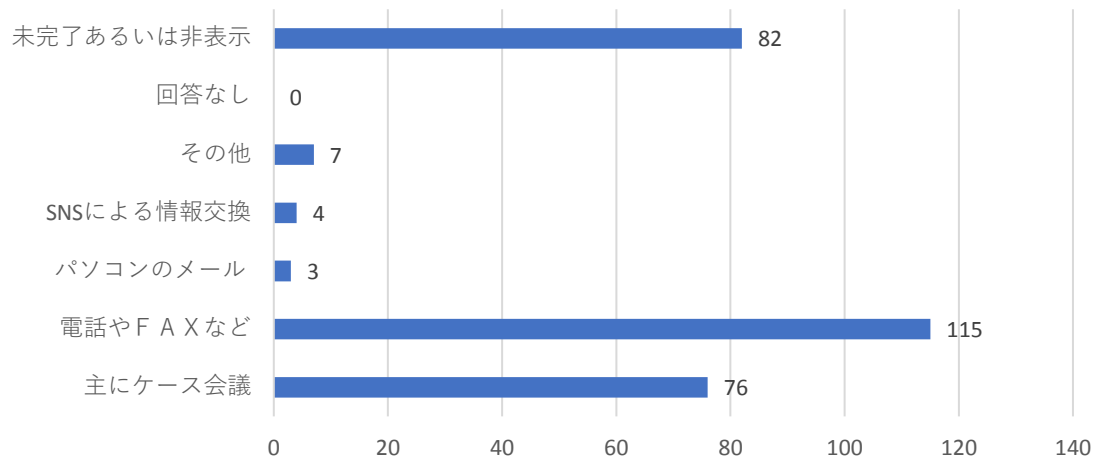
病院が117件と最も高く、続いて地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーションとの連携を希望していることが分かる。

Q8【地域の中に相談できる多職種とのつながりを持っていますか？】



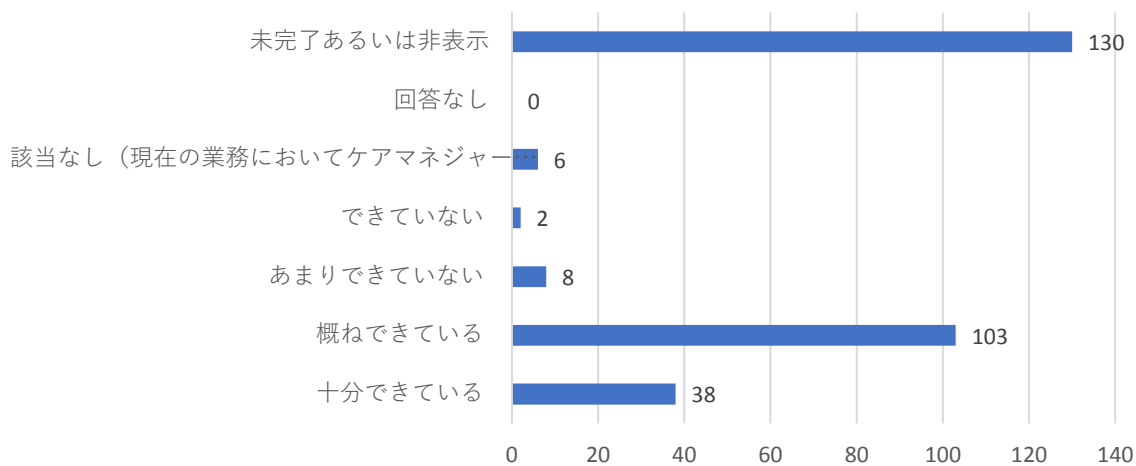
「はい」と回答したものが多く、基幹型地域包括支援センターの充実と、委託型地域包括支援センターを設置することで更に地域に根ざした多職種のつながりが期待できる。

Q9【多職種とのつながりにおける患者・利用の情報共有方法は？】



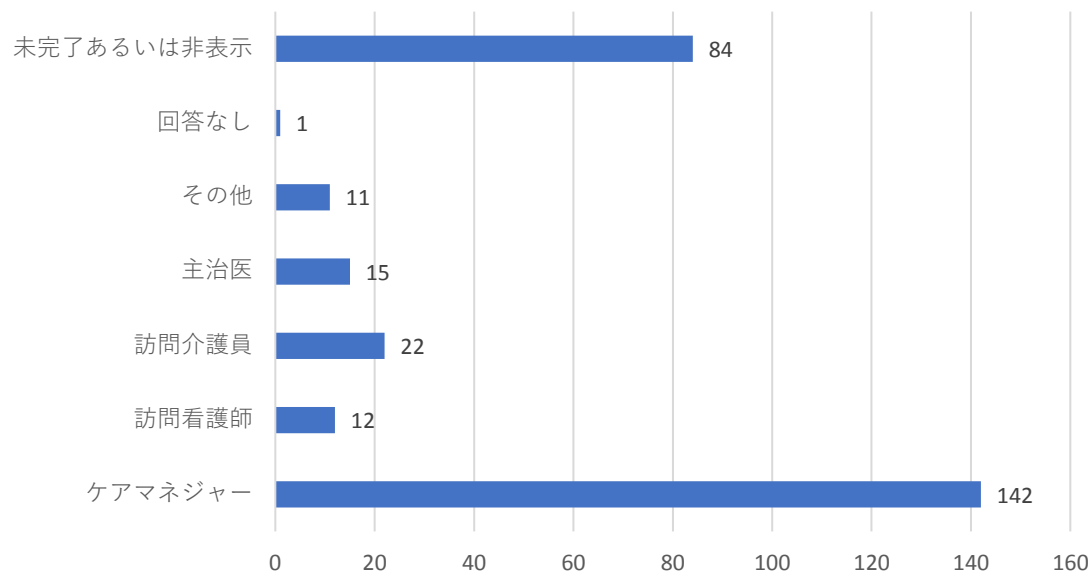
「電話やFAXなど」の情報共有が最も多い。「主にケース会議」は退院時カンファレンスやサービス担当者会議も含まれる。ICT活用は低い状況が分かる。

Q10【必要に応じてケアマネージャーと連携はできていますか？】



回答者のうち35%が「概ねできている」「十分できている」と答えている。

Q11 【利用者(患者)の生活状態について家族以外の誰から情報を得ていますか？】



ケアマネジャーが142と最も多く、訪問介護員や主治医、訪問看護師からの情報等はケアマネジャーが集約していることが分かる。

Q12【医療と介護の連携に関して今後どのような研修を希望しますか。】(自由記述)

回答	73
回答なし	129
未完了あるいは非表示	85

回答 *ご意見は原文まま転機

連携
・ 依存症(アルコール、たばこ、ギャンブル)支援について ・ 触法高齢者・障がい者の支援について
在宅での医療的な支援・相談・助言などの連携。
多職種連携についての研修
歯科医との情報交換 認知症の方への対応
緊急時対応の研修、認知症のケアの研修、誤嚥予防の研修
終末期の支援や、認知症の人への他職種連携
<p>医療と介護の連携の具体的な方法についての手順書(フローチャート)を施設ケアマネージャーと居宅ケアマネージャー別々の研修内容を希望いたします。 ケアマネージャーには、施設ケアマネージャーと居宅ケアマネージャーとの2種類がありますので、連携の方法も違ってくると思います。</p> <p>医療と介護の連携に関して連携の手順書(フローチャート)を施設ケアマネージャーと居宅ケアマネージャーと分けて「連携の手順書(フローチャート)の研修会」を希望いたします。また具体的な方法として「利用者やご家族に対して、入院時に担当ケアマネージャーの氏名などを入院先医療機関に提供を依頼するときは、入院時情報提供書などのような書式をあらかじめ、利用者やご家族に対しお渡ししておいた方が望ましいのかなど、実務的な内容の研修を希望いたします。」</p> <p>また、もし利用者などに対して、「入院時に担当ケアマネージャーの氏名などを入院先医療機関に提供」の依頼をお願いしていても、入院時のあわただしさで利用者やご家族が提供を忘れてしまった時の利用者やご家族に対しての入院先医療機関のフォロー(入院先医療機関側から利用者やご家族、担当ケアマネージャーなどへ情報提供のご依頼)の手順の方法(フローチャート)の研修を希望いたします。</p>
中規模病院やクリニックの職員は在宅に帰る患者の立場になって考えていることが少ないため、対象者を選定した研修を行ってほしい。
看取り(ターミナルケア)の研修を希望します。今後有料老人ホームでも看取りはとても課題になってくると思うので、訪問診療を受けていない方に対してどのように看取りをやっていくのかを地域の中でスムーズにできるような研修をしたいです。
介護技術向上研修、改正の説明会等

病院との連携は取りやすくなっていますが、個人のクリニックでは連携が取りにくいいため、まずは顔合わせの場をもって関係性を気づいてはどうかと思います。病院とクリニックとではスタッフの人数も違いがあり、介護関係者との連携の負担も大きいと思います。医療・介護の良い関係性を保った連携を図るには、どのようにすれば地域のクリニックと業務の妨げにならず情報共有できるのか等、クリニックと意見交換ができれば具体的な対策が立てられるのではないかと思います。持病を抱えていても健康状態を保持することが住み慣れた在宅生活を継続することに繋がるのではないかと思います。

看取りの事例を多く聞きたい

それぞれの職種が他職種に何を求めているのか知りたい。それぞれ出来る範囲があると思うのですが、範囲を逸脱して求めてしまうこともあるので。

医療と介護の連携に欠かせられない病院からの情報提供書面等、連携を図りやすくする為に様式を統一できるようにして行きたい。

それぞれの個性をどう連携していけるか。という研修を望みます。

医療、介護の方とグループワーク研修。

研修会場に行かなくて済む研修等（動画等）があれば助かります。（なかなか時間が取れないため）

とても勉強になるので平日の仕事中に研修の機会がほしい。お休みの日が家族・用事などで参加は厳しい。

利用者の健康維持を推進するような研修（嚥下状態による食事形態や下剤を使わずに自然排泄出来るような栄養管理、環境や利用者の状態によって変化する水分摂取の具体的な目安。）
誤薬があった場合の緊急対応・対処方法等の研修

歯科の方で行政上訪問介護をしない選択をしているので当院へおいでになられる方についての全身状態の情報についてある程度判断ができるような知識が欲しいです。

定期的に利用者様の状態にたいしてどういうケアをしていけばいいかなどの研修を希望します。

参加者同士、お互いの顔が見える研修を希望します。

特になし

介護保険下の事業所を利用している方の医療情報をスムーズに共有し安全で質の高いサービスが提供出来る様に、特に通所介護事業等の医者が不在の施設との連携をいかに強化していくか、本人、家族、医療施設、介護施設との連携方法の内容の研修会を企画してほしいと思います。

実際の例としてアンケートにあったような、どういう事業所が自分たちに対してどのような要望や希望を持っているかを相互的に直接情報交換できるような場があったら参加したいと思います。

各施設の入所・通所基準。たとえば、施設によって、睡眠時無呼吸症候群の患者さんは受け入れ拒否もあり。

緊急時の対応、看取りケア
医療機関、在宅医療に従事する医師の介護支援専門員の業務に対する理解がない医師がいる。医師への他職種に対する理解を深める研修があれば良いと思う。
事例検討会で各職種で困っていることを話し合う。多職種で集まり、お互いの役割について再認識できる場。ドクターも多く参加して下さると、話がすすむと思う。
病院で働いている専門職の方へ地域の実情（生活）を知ってもらえるような研修会
事例検討会を通して課題を全員でみつけ、連携をどのように行うべきか？考える研修をやりたい。
地域連携とケーススタディなど
連携の成功例の共有
身体と精神障害両方持っている方への在宅生活での支援の仕方。
SDHについて
事例検討
入退院支援連携に関する研修や認知症に関する研修を開催して欲しい
医療と介護の現場での役割の明確化(期待含む) 職種の垣根を超えた連携の図り方、図れる可能な範囲を知りたい。
①看取りをテーマに、医療と介護の連携について ②介護福祉士の専門性とは（多職種で共有） ③誤嚥性肺炎は、入院なのか在宅（施設含む）でいいのか？ 講演とワークショップなど ④中部医療圏の病院の現状 冬期の救急制限が多発したことについて 一般向け？施設むけ？ ⑤施設内の看取りに対する困難感の緩和 介護施設で看取りを行ったら、施設内の雰囲気が悪化した事例の改善策など
入退院時の情報交換の内容に関する研修
医師や医療機関に所属するリハビリ専門職との連携（医師の地域に対する理解度が低い。全員ではないが…。またリハビリ職種においても地域での生活に着目をしたリハビリや住環境整備等を展開してほしい）。
医療、介護同時改正で医療と介護の擦り合わせ部分など、の研修があれば参加してみたいです。
医療・介護に携わる専門職からの事例報告と家族の経験談
急変時の対応について
認知症関連

<p>夜間時のナイトコールや土日祝祭日の臨時往診等。 総合病院への紹介状に関する流れやケース会議への方向性等。 医師との連携。</p>
<p>・多職種で対話のできる研修</p>
<p>看取り・吸引・緊急時の十分な対応。</p>
<p>こちらが知りえる情報を出来るだけ多く提供してお客様のより良い生活のサポートをしていきたいと考えております。医療面からの情報も重要になりますので、医療職の方々と今後はより連携を深めていければと考えております。</p>
<p>重病患者等の受け入れ先のご紹介</p>
<p>人材育成および確保、運営</p>
<p>退院後の事業所への紹介について（つなげ方）</p>
<p>療養支援の研修</p>
<p>実際に活用できる多職種間の共通ルールに関する研修会</p>
<p>医療・介護間の連携についての実際にあった具体例をあげ、困難だった点、助かった点について説明があれば助かります。また、医療と介護との連携がうまくいかなかった場合の理由や、その解決策についても検討する材料があるとより実践的な研修になると考えます。</p>
<p>歯科も交えて研修会を希望する</p>
<p>研修会が定期的に行われることで、多職種間で「顔の見える関係性」を築いていきたいです。</p>
<p>医師の他職種の理解が少なく在宅に戻る相談が難しい。医療は欠かせない事であるが、生活を含めてその人らしい生活が何なのか？という事を考える事が出来ない方が多く感じられます。「看取り、在宅」への動きも多くなっているが、看取りを推奨する医師も少なく思われます。末期のガン患者さんが自宅近くの施設での最後を望んでも、医師が「無理だから、施設もそういう方は受け入れられない方がいい」と話す事も聞かれました。看取りについてもっと現実的な研修が必要かと思われ ます。</p>
<p>疾患別リハビリテーション科算定超えの対象者へのスムーズな地域ケアシステム移行（総合事業） について 地域の多様なサービス内容について</p>
<p>看取り介護</p>
<p>介護施設との連携</p>
<p>介護の業務において、今後（予測される）携わる医療行為の研修があるといいです</p>

医師や看護師とのケースに関してのグループワーク
各、団体、サービス事業所、ケアマネジャーからのケース報告。特に上手くいかなかったケース報告（事例の見える化）

在宅医療の制度等について

入退院時の連携方法

看取り

多職種・自治会・地域対象すべての人々が、共生へとなるよう地域連携ケアがより深められていく研修会を望む。

よって死生観の学びが必要となってきます。

このアンケートは不要だと思います。アンケートに答えなくても終了できるように作成しなおしてください。

ターミナル希望の利用者さん、ご家族が増えています。主治医によってもたくさんの意見があると思いますが、ある程度のことが約束できていると、戸惑いも混乱もないのでは？

職員のメンタルケアなど、医療側、施設共に何らかの共有？ないですか...

- ① 医療と介護の連携の枠に、家族も入れて連携のための研修を企画してほしい。
- ② 介護サービス事業所、有料老人ホーム等の入所系事業所の看護職との連携体制を充実・強化するための研修を行ってほしい。
- ③ 看取り期の方を在宅で支えていく体制として、医療、介護、家族等がどのように連携していけば良いのかという基本的な関係構築のための研修を行ってほしい。

他職種連携ができる研修会があればよいと思います。

終末期ケアに関して。

Q13【医療と介護の連携に関して日々感じていること。】(自由記述)

回答	66
回答なし	128
未完了あるいは非表示	93

回答 *ご意見は原文まま転機

連携強化について
在宅での健康状態（食事がとれない）などを医療関係者に相談するも、あまり解決できていない。
病院側と在宅ケアマネとのギャップ
介護施設に比べると、地域とのつながりがあまりないように感じるので研修会など行ってほしいです。
利用者の主治医との連絡が取りづらい。もっと気軽に情報交換できるようになると良いと思う。
連携を深める為の研修が少ない
<p>居宅ケアマネージャーより</p> <p>ケアマネージャーには施設ケアマネージャーと居宅ケアマネージャーと2種類あります。施設ケアマネージャーは、いつも利用者様と毎日のように顔をあわせますし、休みの翌日は同施設職員からの申し送りなどで、利用者様の入院時をタイムリーにわかり、「担当ケアマネージャーの氏名等を（入院時情報提供書など）」でFAXなどを利用し入院先医療機関へ提供していますが、居宅ケアマネージャーの場合は、居宅事業所と自宅または高齢者専用住宅を離れており、また訪問も一ヶ月に一回程度なので、もし「検査入院や肺炎などの一週間程度の入院」の場合、ご家族や高齢者専用住宅の職員、入院先医療機関の医療相談員からの連絡が何らかの手違いで無かった場合は、次回訪問し面会した時に、本人やご家族などから「この前、一週間ぐらい入院して退院して大変だったよ。」と退院後に入院したことがわかる場合があります。このような場合は、入院時にタイムリーに入院先医療機関に「担当ケアマネージャーの氏名等入院時情報提供書」を提供できず苦慮しております。</p> <p>入院した時は、お手数をおかけしますが必ず居宅の担当ケアマネージャーに「ご家族、高齢者専用住宅の職員、医療相談員（MSW）」などより、ご連絡頂ければ幸いですし、また早急に居宅の担当ケアマネージャーから「入院時情報提供書」をFAXなどで提供させていただきたいと思っております。</p>
中規模病院やクリニックのスタッフは介護度が高い方が在宅に戻られた時の事を想像や理解をしていない。入院中からの在宅で起こりえるトラブルやケア指導を行っていない。
地域の診療所等は連携できていると思うが、総合病院等は難しく感じる

同職種間での連携はまだできていると思いますが、医者や行政、地域との連携はなかなか出来ていないと思います。なので、医者、行政、看護師、ケアマネ、介護など関わる人たちを集めての懇談会みたいなものがあれば日頃のお互いの感じていることなどを話す良い機会になるのではないかと思います。堅苦しい感じではなくラフに話しやすい雰囲気の中だとお互いに思っていることを話しやすくなると思います。

医師と直接連携をとる機会がない為、緊急時の対応が遅れる。

総合病院やクリニックなどの事業所より往診を行っているDRのほうが連携を取りやすい。

限られた診察時間や他の業務等で多忙な医療機関と連携を取るのには敷居が高く感じ、アポイントを取るのもとても気を遣います。逆に医療機関から連携窓口や担当者、時間帯等を提示していただいた方が気軽に連携を取ることが可能になるのではないかと思います。

主治医となかなかお会いする時間がない

お互い相手に高望みしているように感じます。お互いの職種が出来ることへの理解が必要かと思えます。

医療と介護それぞれが目指す所に違いがあります。
医療では、症状把握、治療等がメイン。
介護では、上記と楽しい環境、雰囲気作りと生活の質を求める場面があります。

- ・電話など口答より病院の主治医先生、看護師、相談員などがほしい情報や病院からの情報提供が統一されたシートがあればお互いに記録としても残せるし、その時点での確実な情報が共有できるのでよいと思います。
- ・医療系のケアマネジャーではないので主治医先生への利用者様と同行受診時の質問やFAXでのなどの質問時にどのような言葉で話した機嫌を損なわずに済むのか考えながら行っていますが、それでもお忙しい中でのことなので先生の機嫌次第で無視されたり、先生のイライラが伝わってきたりすることもありましたので・・・。たまたまと思っていますが。
- ・ある利用者様はご本人・ご家族へ受診後先生はなんとおっしゃいましたかと質問してもませている「からわからない」、「先生の言う通りだから」との返事です。そこでご本人・ご家族や介護保険の事業所からの必要時の質問事項などご家族へ持参していただいた場合はご記入をしていただく時間などありましたらお願いしてもよいですか？そのシートなども共通のものがあるとお互いに良いと思います。お薬手帳のようなノートなど専門用語はなしで。ご本人・ご家族用でよいと思います。
- ・やはり主治医先生、看護師さんなどはお忙しいところをお邪魔するので敷居が高くてなかなか連携が難しいといつも思っています。
- ・ご本人・ご家族のお役に立てるように今後も関係各所との連携をしていけるように頑張りたいと思います。

医療でほしい情報と、介護でほしい情報が違うために、求めている回答を得られないことがある。

医療関係の方から情報や指示を伺うとき、専門用語が多く理解しにくい。

特になし

特になし
最近、通所利用者の中にも透析治療中の方や、心臓疾患（心不全重度）、HOT療法中の方など医療的リスクの高い方が多くなっているため、特に医者、主治医からの明確なリスク管理の指示が必要と感じています。（例：通所介護事業所での入浴や運動時の注意事項など。通所リハと違い医者が不在で連携が不十分）
医療機関と在宅の溝はまだ大きいと思う。地域と医療機関が連携する為に医療機関においても退院後、在宅でどのように患者さんが生活するのかを踏まえた治療や説明、退院までの支援を丁寧に行うことで地域のサービス機関も連携を取りやすくなると思われる。
入院中の患者さんが、何も調整されずに帰ってくることもあるので、ある程度は調整して退院できないか。 サービスに関わっている人が、会議に入ってこないことがよくあり、現場の声が聞けないと思う。（ヘルパーさん等は管理者が入ることが多い）
病院でできていることが、退院してから地域では実際の生活でできていないことが多い。病院での入院期間中の看護必要度等、看護師によって視点が違うのでは？
顔の見える関係が構築できると連携も深まっていくように感じられます。
ご利用者様のかかりつけの医師とは、顔と顔を合わせた連携が十分に行えていない現状がある。もう少し、ご利用者様のことを気軽に相談できる関係作りを行えればと考えている。
情報共有する難しさがある。視点が異なるので、なかなか理解してもらえない。
介護保険利用に対する理解を深める作業が今後も必要と考えています
祝日等の時、連携がスムーズに出来ない時困る
お互いの業務で忙しく、相手の事を理解する事で連携部分は改善するのかなと思います。
連携出来ている
薬剤師や歯科医との連携が弱いと感じています。

入所施設も併設しているので、往診事業所との連携は図れている。往診時にも、看護師が出向き直接情報のやり取りができる為、タイムリーな対応が可能。

一般の診療先とは、ケアマネや家族を通しての情報共有しか出来ていない為、不十分な場面もあるはず。

これからの在宅医療・介護連携に必要なのは、施設ごと専門職ごとのはっきりした役割の自覚と、公にはゆるやかな役割分担と役割が果たせなかったときの周囲の寛容さだと思います。専門職のプロフェッショナリズムとしては、各個人が所属する施設と地域資源を背景に自分が果たすべき役割を自覚するべきだと考えます。ただ、医療においても介護においても人的資源が不足することが前提なので、その役割を周囲から厳格に要求すると参画する人数そのものが増えないでしょうし、場合によっては役割を果たせなかったとしても周囲から寛容さを感じる事ができなければ、業務の継続そのものが難しくなるのではないのでしょうか。研修会を開催するのであれば、上記を満たすようなものにしたいですね。

人手不足

高齢者の在宅生活の支援において、主治医との連携（情報交換など）はまだまだ敷居が高いように感じております。

ように思います。

特になし

主治医意見書について、意見書を記入するたびにわざわざ予約をして受診したりすることがあり、定期で受診をしている方に関しては、日頃の様子は把握しているかと思われるためわざわざ予約をすることなく記入をしてもらいたい。

今後の連携のあり方について

・Dr.によっては家族や施設職員の意見・情報をなかなか受け入れてもらえない。相談しづらい雰囲気医療・介護の連携はなかなか難しいと感じる。

医療との連携がスムーズに出来るケースが増えてきている。

困難事例検討会

医療（治療）と介護（ケア）の違いがあり、連携を図ることが難しいと感じています。

・気軽に相談できる関係を多くは築くことができていない。面談や電話、文書のやりとり以外にも様々な方法でコミュニケーションのとれる方法を設けたい。

在宅生活におけるリスク管理の情報が欲しい

診療報酬と介護報酬の格差が大きすぎて、モチベーションを保ちにくい。

<p>看護師を通して(特に訪問看護)情報のやり取りが主ですので、そこから少し職種の幅を広げて情報の受け渡しが出来ればと考えております。</p>
<p>福祉施設は増えてきているが、それに伴って人材が不足していること</p>
<p>入退院時は地域連携室や長期入院室と連携が取れている状況ですが、連携がしにくい病院もある。すべての病院が連携しやすい体制を構築してほしい</p>
<p>目的や課題に対するアプローチの方法に違いがある場合があるように感じています。(稀にですが・・・)</p>
<p>訪問歯科がやりたくてもどこが窓口になっているのかよくわからない</p>
<p>ケースに応じて、迅速に対応できるようネットワークを広げる必要性を感じる。</p>
<p>個人情報の観点では電話での情報共有について行政はどうとらえているか、(急ぎの情報のやり取りは電話連絡が多い為)</p>
<p>患者ニーズは、医療保険のリハビリテーションなのに介護保険への優先的(半強制的)な移行ケアプラン内容と状態像の乖離</p>
<p>情報共有をIT化できないか。</p>
<p>在宅でご家族がケアをするにあたって、退院は決まっているが対応できるのか不安なケースが増えてきている</p>
<p>訪問診療を充実し、緊急時等にいつでも対応、相談ができる体制が必要</p>
<p>病院ごとの連携方法(手順等)の案内をわかりやすくしてほしい</p>
<p>特になし</p>
<p>接点があるべきなのに、なさすぎるなあ。</p>
<p>今のところありません。</p>
<p>看取り期における、医療機関・介護事業所・家族の体制がしっかり構築されることを望みます。自宅で最期を迎えたいという方に対して、医療機関、介護事業所、地域、家族はしっかり連携できるのか。地域包括ケアシステムには、地域(住民)も構成の中に入っている。地域の支え合いがあると、当事者、家族も安心して在宅での暮らしができるのだが・・・。</p>
<p>うまくいっていると思います</p>
<p>日々忙しい中でも連携がとれるような共通の流れやツールがあったら良いと感じます。</p>