

在宅医療・介護連携に関するアンケート結果（平成 30 年 6 月実施）
～その他 詳細意見～

■特に外部の他職種との連携に問題や困難を感じるのはいつですか？

【日常の療養支援】

■医療機関

- ・話のわかる人がその時にいないと困ることがある（→入院時も同様の意見）
- ・家族と一緒に外来受診した時は在宅生活での情報獲得にほぼ不自由はない。しかし独りで来院した時、更に認知症が徐々に進行している場合などには情報不足は否めない。当院所属のケアマネが担当しているなら容易に状況ができやすいが、他の事業所の担当ケアマネから定期的にはなかなか情報が得にくい。（逆にケアマネからは主治医との接触は難しいとの意見があるだろう）

一般的にはケアマネからの連絡は「主治医の意見書」依頼時の紙切れに数行書かれたコメントのみと言うことが大部分のような感じがする。

他方、訪問看護、介護、リハの報告書、もう少し簡潔に指摘したい重要点のみ強調して欲しい。特に変わらなければ変わらないのみで十分。毎回の報告書が一字一句同じと言うのは業務怠慢と勘繰りたくもなる。しかし逆に変わらないのみの報告書ならなおさら怠慢と思われるのか？こちら辺が難しい。とにかく無駄な机上の書類作成時間は減らすべきとは考える。

今回一定の形式が提案されているわけであるが、しかし現実には今でも医療介護の関わるものとしては毎日机上での書類に明け暮れており、将来的には情報の ICT 化が求められているわけでその結果、今後ますます本来の業務が置き去りにされそうな予感がして如何なものかと。介護事業所、医療側双方に書類作成による負担がますますかかりそうな気がしますが如何でしょうか。現実的には無理なく対応できるよう工夫するべきと思う。一方、一般的に現時点では、担当医が他職種との接触対応を、多忙を理由に面倒くさがっていることが多いだろうとは推測します。

■訪問看護ステーション

- ・会議等で決めた支援事項が徹底されていない時（特に介護）

■地域包括支援センター・居宅介護支援事業所

- ・内容や連携の方法についての知識が不足している
- ・医師や看護師には聞きにくいイメージがある
- ・以前に比べると医療との連携が図りやすくなったが、介護保険での医療サービスの利用や担当者会議時には主治医の意見を求めることになっているものの毎回の受診の付きそいは難しく書面にて現状報告をしている。日頃の支援について、医療との連携シート等、市内で統一してもらえたら連携が図りやすいように思う。
- ・退院して在宅にもどり生活の質等連携がとれない
- ・独居や家族と本人の関係性が悪い場合など、日々の変化への対応や情報の共有が難しい
- ・訪問診療も主治医により定期往診他随時対応してくれるドクターもおられるが、月 1 回の定期往診以外は状態悪くても通院しなければならないケースも多く、昔からの往診スタイルと全く変

わらない。このような場合も訪問診療なのでしょうか。(いずれのドクターも同じような同意書を患者からもらってます)

・退院後必ずしも病状が安定していない中で、在宅生活が再開されます。退院の方針で通常的生活若しくは看取り等考えられますが、HP⇔Fa⇔ケアマネの意向が(連携)多少なりズレが生じる違和感を感じる場合があります。

【入院時】

■医療機関

- ・家族、本人がCMとの連携を拒否された場合は、困難に感じます。入院したらCMへ連絡し、病院と情報連携する事について、それぞれ許可をとっておいてほしい。年5~6件はあります。
- ・家族や本人がケアマネさんの連絡先や介護度、サービスの利用状況などを把握できていない時(要支援、要介護、事業対応等よくわからない)
- ・当院からの指示で入院した場合、または転倒で骨折して入院の時などは、その症状からは担当医からの退院時の情報提供等で大体得られる。しかし独居の高齢者が転倒で骨折入院した時、または急変で時間外に入院した場合などは、退院後自宅での日常生活の情報などこちらが問い合わせをしない限りは得られない。特に前述のように認知症が絡んだ場合が気にかかる。(→退院時と同様の意見)

■訪問看護ステーション

・当事業所はケアマネや医療連携室とあまり連絡がなされていない(タイムリーな連絡)たぶん、医療機関とケアマネは良くとれていると思うのですが・・・。

■地域包括支援センター・居宅介護支援事業所

- ・情報共有
- ・自分でも注意しているが、入退院の連絡が無かったり、急な時は間に合わなかったりすることがあります。
- ・病院によっては、どの方に連絡をとればいいのかわからない。確認した上で連絡するも、むずかしいことがある。

【退院時】

■医療機関

- ・自宅から入院し施設へ入所の時、以前入所していた施設から、他施設へ退院となる時の調整。
- ・施設によっては、入院と同時に退所扱いとなり、治療が進んだ際にも受け入れに時間を要する。

■訪問看護ステーション

- ・他、複数の事業所で関わる時にカンファレンスに参加出来なかったり情報の共有や問題点などの差が生じていく
- ・特に困難を感じた事はありませんが、病院入院中や施設一時入所中などで状態変化があった場合、情報が伝わって来ない時があります。しいて言うなら退院時でしょうか。退院前に自宅やご家族にお会いできれば良いと思います。
- ・当事業所はケアマネや医療連携室とあまり連絡がなされていない(タイムリーな連絡)たぶん、医療機関とケアマネは良くとれていると思うのですが・・・。

・”病院ではこの状態なので家でも大丈夫だと思います”の言葉が非常に困ります。在宅では思いもよらない状況がおこるため、そのつど病院に TEL し「受診して！」と言われる為、対応に苦慮します。ある程度病状の進行、トラブルを想定した指示がほしい。

■地域包括支援センター・居宅介護支援事業所

- ・退院日の知らせが急な場合は連携が困難な時もある
- ・本人と家族の希望の相違（本人は在宅、家族は施設希望など）本人・家族の思いに寄り添えたらと思うのですが・・・なかなかできません
- ・状態変化等の情報
- ・急な退院であったり、退院時の情報提供が病院側から少なく、退院カンファもない病院があるようです。退院後の生活で留意点等も「変わりありません」と言われ、他事業所との連携につなげられない。
- ・在宅に向けサービスを調整する必要があるが、入院時の情報のみではアセスメントも十分でなく、退院時点ですぐにサービスを開始するのは難しいと感じている。「サービスは決まりましたか？」と言われてもはっきりは決まりません。
- ・連携相談員が居ないなど、退院の連絡がなくあわててサービス調整をすることがある
- ・退院の2～3日前に連絡があり、退院前にカンファの依頼がある
- ・退院して在宅にもどり生活の質等連携がとれない
- ・近郊の医療機関があれば、訪問し情報を得る事ができるが、遠方では（大分県）情報を得る事が難しい医療機関が多い。入院の連絡はもらえるが、退院の連絡がもらえない医療機関もある
- ・大きな病院では入院時に情報提供しても退院時にサマリー（入院中の情報）を全くもらえないので、入院中の過ごし方や内服の変更があった時など分からない。
- ・家族の思いが病院側にうまく伝わっていない事があり調整期間が短い。

【急変時】

■医療機関

- ・話のわかる人がその時にいないと困ることがある
- ・時間外や休日のことが多く、病院搬送の段取りに苦労しております（→看取りも同様の意見）
- ・急変時に介護サービスの変更が外部のケアマネさんとはうまくいきづらい

■地域包括支援センター・居宅介護支援事業所

- ・なかなか連携が図りにくい
- ・急変が夜間だった場合、主治医が対応できるのか？
- ・サービスの調整困難
- ・高齢者で要介護の高い方が多いため、休日・夜間の病院とのコミュニケーション（電話対応の方）がうまくいかず、受け入れてもらえなかったり、受け入れてもらって受診できても、対応に気分を害すことがある
- ・医師との連携が出来ない 有料に病院が併設されていない
- ・急な対応がむずかしい時がある 夜間や診療時間外の対応などでスムーズに行かない事がある。

- ・主治医以外の病院へ入院した場合（初めての所）連携が難しい
- ・どこまでが病院の連携室が対応してどこからがCMが対応する事なのか明確でない時。施設入所や療養型への入所の際
- ・以前に比べると改善されていると思いますが、入院の連絡や情報（ケアマネ担当等）が伝わっていないことがあります。
- ・訪問診療も主治医により定期往診他随時対応してくれるドクターもおられるが、月1回の定期往診以外は状態悪くても通院しなければならないケースも多く、昔からの往診スタイルと全く変わらない。このような場合も訪問診療なのでしょうか。（いずれのドクターも同じような同意書を患者からもらってます）

【看取り】

■医療機関

・この地域においては今後在宅（自宅）での看取りが増える可能性はまず無いと私は考えます。宇佐市の周辺地域の医療側の勤務医型の開業形式（やむを得ないとは考えるが）では現実的ではありません、一方在宅の高齢者を同居して介護する家族も今では稀である。

■地域包括支援センター・居宅介護支援事業所

- ・看取りに対して、家族がどこまで対応できるのか？
- ・看取りでは家族の思いがゆれる・・・葛藤を感じたり一、本人・家族の思いに寄り添えたらと思うのですが・・・なかなかできません
- ・看護主導となり、必要な情報が入りにくかった、その為、サービス提供事業に対する家族の気持ちをくみ取りにくかった。

【その他】

■医療機関

・（転院や施設入所の際）連携不足

■地域包括支援センター・居宅介護支援事業所

- ・（入院中）情報共有
- ・問題（課題）が大きくなる前での連絡、相談が不足している
- ・いままで大きな問題や困難を感じる利用者はなかった。入院時の利用者の日常の行動の情報の入手できれば幸いです。
- ・「入院希望時や入院中の外泊時」入院中に外泊した際に行方不明になった時にケアマネがどこまで立ち入って良いのか分からない。
- ・特に困難を感じたことはありませんが、連携室のない医療機関とは、スムーズに行かない事があると感じている。
- ・どんな場面でもこちらから連絡をとり、してほしいことを伝えると必ず動いてくれます。お互いに常に情報を共有することが大切だと感じています。

■患者情報共有・ICT化を考えたときの宇佐市版入退院時情報提供票の改善点は？

・インターネットや問い合わせで下記がわかるようにして頂けたらたすかります。

①宇佐市内の入院病院、科。医療療養病床数一覧、IVH,PEG,吸引、酸素、鼻カテ、人工呼吸器、インシュリン、末梢点滴などの受け入れ可否。②宇佐市内の施設一覧（受託医）インシュリン、PEG,ストーマ、鼻カテ、吸引、在宅酸素、バルンチューブ、看取りなどの受け入れ可否。③宇佐市内の在宅、訪問診療の可能な病院、看取りや夜間対応可否

【対応状況】

現在、当センターホームページの医療介護事業所一覧のページで、病院・診療所については訪問診療・往診・訪問看護・訪問リハの実施、歯科診療所については訪問歯科診療の実施、調剤薬局については訪問薬剤管理指導の実施を掲載しております。

また、高齢者入所施設の医療措置対応については、センターで現況調査を行い、内部資料として保管しておりますので、当センターまでお問い合わせください。（調査項目については、別紙アンケート結果の9ページをご参照ください。）

・退院時サマリーに加え、宇佐市版の情報提供票を記入することは手間も時間もかかるため負担が大きい。また、手書きすることも手間なのでPC入力できるようにシステムを整えてほしい

・(サマリー等添付有の欄) 退院時に持参する事が多く、入所前にこの用紙を渡す時、無の方が多いため、無か有無でえらべるようにしてもらえたらたすかります。

【対応状況】

上記の項目について、入退院時情報提供票のサマリー添付欄を有無選択できるよう修正しております。（ホームページ「様式ダウンロード」より、ご利用ください。）

なお、平成30年度介護報酬改定に伴い、入退院時情報提供票 右上の日付入力欄に、情報提供日だけでなく、「記入日」と「入院日（退院予定日）」を加えて修正しておりますので併せてご確認ください。

・内服については、はっきりと確認する事が難しい状況です。薬についてはお薬手帳の提出がよいと思います

・[入院に至った経緯]については、ケアマネージャーが把握出来ない部分があると思う。

・入院する前の本人のADLまたはIADL記入が少ない。

・使い方にもよるかもしれないが「家族構成作成キット」が使いにくい

・少し複雑だと思います。もう少し簡潔が良いと思います。早急の情報が必要だと思います。

・障害区分は、入院先の病院で使用することはあるのかどうか。アネムネにもそこまでは記入しないことが多いと思う。

・他の医療機関を複数受診している方の症状を記す文が必要かなと感じました。

・医療機関からいただいた情報提供票の方ですが「処方内容」の枠が小さいため、記載する字も小さくなり、何と書いているか分からない事がありました。高齢者は飲まれている薬も多い傾向にあるので、もう少し広めにとった方がよいのかもしれない。

- ・利用経験なく未だ不明だが、ICT化は助かる
- ・かかりつけ薬局や薬剤師名は利用者様は分からないし、突発でかかりつけではない病院を受診して近くの薬局で処方された際は都度変更になるので記入の必要はないと思われる。全体的に記入しにくいです。
- ・本人様の意思決定能力や認知能力の具体的な部分をかける記入欄があれば良いと思う。
- ・ケアマネのこなさなければならぬ業務も増え、かつ法人等に所属していればその関連の業務もある。宇佐市版入退院時情報提供票を使用した（今後統一するならなおのこと）新たに入力する作業が大変で独自の用紙となっている。

■今まであなたの利用者が在宅医療（訪問診療）希望した場合に希望通りに行きましたか？

■地域包括支援センター・居宅介護支援事業所のみ

【希望通りに行った】

- ・往診にきていただけると、医師と直接話せるので良いですが、話しにくい医師もいるので・・・。
難しいときがあります。
- ・寝たきりや身体不自由の為、家族対応等困難な方であった為
- ・主治医に利用者の心身の状況を報告して、症状が安定して生活ができるようにしていく。
- ・現在利用者の訪問診療の必要があり、家族が希望すれば希望通りになっています。ケアマネとして直接医療機関に働きかけたことはありません。課題（？）
- ・主治医で、本人・家族の状況がわかっているため、訪問診療の対応をしてくれました
- ・ケアマネとして症状の把握は大事と思いますが、診療を受けることは本人・家族の決める事と思っています。
- ・Drとの連携を十分に図ることで注意すべき点を明確にし、在宅支援を行う
- ・在宅で行える検査は限られている。訪問回数は多くは望めないで、状態が悪い方は、訪問看護とタイアップしての利用が必要。りんじの訪問はむづかしい場合が多い。
- ・点滴やバルーンの交換などをお願いしたかったが、本人の状態に合った器材の用意ができないと言われた。個人の医院では難しい？保険の都合など？市内の病院にお願いするとなると距離の問題が出てくる
- ・かかりつけ医であったため、通院ができないとのことで在宅医療ができた。在宅医療を利用する場合、かかりつけ医との連携を図ることが重要だと思いました。
- ・病院も対象となる条件があり、無理が言えなかった。地域性や家族環境により受診が困難な場合もある。その様な利用者に対し日頃から必要な場合の対応策を話し合っておく。
- ・独居の場合、立会人がいなく、CMが都度立ち会うことも難しい。
- ・窓口がある（SWがいる）病院なら相談しやすいが、ない病院の場合誰に相談したらスムーズなのか知りたい。
- ・日頃より顔のみえる関係でないと連携が難しいのではないかと？
- ・家族が主治医の先生に積極的に必要性を伝えてもらいたい（訪問診療にしてもらいたい理由を・・・）。

・訪問診療を希望されている方が、有料老人ホーム入居者であるため受診が難しく希望通りの利用へとつながっている。有料老人ホームの協力医または外部医療機関の訪問診療が行われている。ケアマネージャーとしては、主治医・ご家族との連携が課題と考えている。

・担当させて頂いている利用者様は施設（有料老人ホーム）入所の方で、入所前にきちんと情報提供（前医から、施設・CM・訪問診療を行う医療機関へ）がされていたので、スムーズに訪問診療を開始することが出来ている。【課題】医療機関によって、情報提供の内容にムラがある。

・下肢筋力低下でふらつきや転倒の危険があった

・医療機関との連携。特に重篤な利用者のケースでは、事後予測を含めた対応等を御家族、医療機関と共有出来た。

・自宅近隣に病院があり、元々かかりつけ医だった、要介護状態になっても訪問診療して頂いた。

・医療機関が居宅に併設していたため連携がとりやすく、緊急時にも対応してもらえたため。

・大きい病院と地域の医院との連携が、訪問看護が入る事でスムーズに行った。この連携が増えればと思う。

・訪問診療を本人が希望してもご家族が安心して在宅医療を受け入れられる説明やスタッフ不足で不安を感じ入院や施設で対応するご家族が多い。

【希望通りに行かなかった】

・一人暮らしの利用者の場合は在宅医療を続けるには限界があるのではと思われます。また家族のサポートがある場合でも家族の負担や不安を減らす事も課題として考えられます。

・現在までに、特に在宅医療が必要と考えられる方や希望される方がいなかった。その為にケアマネージャー自身が在宅医療に対する知識が不足している。

・在宅医療を希望（利用・活用）し、本人の望む生活を送る事ができるか。

・在宅医療を行うにあたり、緊急時の対応についてご家族、CM 等と確認しておく必要があると思われる。また、在宅医療について CM が知っておく必要がある

・本人もしくは家族が直接医師に相談していると思う。

・訪問診療可能な病院やサービスの把握。利用者の希望ある病院での対応が困難な方の場合の対応方法

・現在在宅医療が必要ではない。急変時の対応、連携について考えます。

・利用者と介護者（家族）の意向のすり合わせ（例）看取りの方針、レスパイトケア、急変時の対応の判断を家族がする場合の対処法

【希望した利用者がいない】

・医療機関（Dr）とのコミュニケーション、情報共有を図ることが必要。往診をする病院・医院なかなか知らない。大きい病院は特に誰がするのか。

・訪問診療を希望して希望通りにいったケースもありました。しかし、かかりつけ医が変わらず通院→訪問というケースは少ないです。（神経難病の方や化学療法してきた方は医師の変更をするのに不安がある）訪問診療をしてくださる病院が増えることを願っています。さらには、訪問診療ネットワークが出来れば地域の皆さまが安心して過ごせると思います。

■貴事業所が訪問看護を行う上での現在の課題をお書きください。

■訪問看護ステーションのみ

- ・人材確保
- ・退院支援シートの活用
- ・複数の事業所と関わっていく上で情報共有・問題が生じた時の解決方法
- ・スタッフが少なく訪問件数が増えると余裕がなくなる
- ・ケアマネージャーが訪問看護の適正な利用の仕方を充分理解した上でプランを立案してくれる事が広がると良いと思う
- ・医者同士の連携の悪さ（往診のない病院（他市を含む）→往診してもらう病院）

■最後に・・・日常の医療介護の連携に関する課題や他機関・他職種等への要望等がありましたら、ご自由にお書きください。

■医療機関

- ・入院中に1回ぐらいは顔を出していただきたいと思います。
- ・退院時共同指導について、地域での流れ、書式等作っていくと、医療・介護の連携が進んでいくと思います。
- ・在宅医療療養について、患者の本心、人生哲学、取りまく生活環境を考慮しての患者の判断を尊重して、対応しております。独居、遠隔地家族、キーパーソンとの医療・介護者の心のつながりが必要です。
- ・今後は、訪問診療に取り組もうとする地域の医師の強い意志、そして自宅で高齢者を介護して行こうとする家族の意欲が合体したときにのみ在宅看取りは現実的に可能となっていくと思う。しかし今後の高齢外来患者の減少は宇佐市においては必至であり、市中心部では今後若い医師による訪問診療への取り組みはある程度はあろう。しかし全体的には高齢者自身の希望に沿わず有料老人ホーム等へ避難させられて行くことが今後も続くと思う。有料ホームを併設した医療機関の訪問診療が増えるだけである。これだけ医療介護の入院入所施設が増加し、高齢者数の減少も現実のことと受け止めた病院、施設が、今後は互いに競争生き残りをかけて高齢者の奪い合いになります。既に始まっています。

■訪問看護ステーション

- ・事例検討会などで研修を積み重ね、各々の質の向上が大切だと思います。今後ともよろしくお願ひ致します。

■地域包括支援センター・居宅介護支援事業所

- ・相談しにくい医療機関がある
- ・医療介護の連携をスムーズに行い、地域包括ケアシステムが向上していけるようにしたい。
- ・以前より、医療機関と関わる機会が増え、スムーズな連携がとれるようになってきたと感じております。今後共よろしくお願ひ致します。ありがとうございます。
- ・入院時は情報提供しますが、入院先からの連絡相談について連絡が適切にとれるような関係づくりが必要だと思われます。連携室があっても機能が十分にできていなかったり、連携室はない

けど、外来師長がしっかり窓口になっているところもあり、今後の課題です。

- ・医療機関によって連携に差があるように感じます。SW が居る病院は密に連携が図れていると思いますが、居ない所は情報が得にくいと思います。
- ・年々、連携がとりやすくなってきていると思います。家族によっては主治医に話さない（家庭内暴力、薬をのませていない）こともあり、家族がこれ以上の介入を拒んでいると先にすすめないこともあります。
- ・病気や治療に関して、ケアマネの関わりは難しい状況だと思います。医療の面においては、本人・家族・医療スタッフと密に接してほしいと思います。
- ・本人の既往歴に関して、認知症等中心に入院先への情報伝達が十分にされるようにケアマネとして気をつけていきたい。
- ・退院の予定日がわかれば、一報してほしい。
- ・入院と同時に区変の話をするのはやめてほしい。
- ・病院により、対応が違う部分がある為、出来たら情報の連携等を統一していただきたい。
- ・入院時の情報提供は、ご家族の同意のもと行わせていただいています。医療からの情報をもっと積極的に行ってほしい。病院の受け付け、病棟ナースの方々にも医療介護の連携をもっと理解してほしい。電話しても面会に行っても要領を得ない人が多すぎる。介護への連携をもっと前向きな受け答えにしてほしい。
- ・病院によっては連携室や相談員がいない事もあり、退院に向けての状況や本人の状態が把握しにくい事がある。退院後、家族から報告があったりすることもある為、サービスが間に合わない事があった。
- ・Dr への照会様式の統一化と、周知をお願いできれば助かります。現在は自分なりの様式で依頼しておりますが、統一化が出来れば、こちら側も先生方も対応しやすくなるのではと思います。
- ・在宅から通院しながら、癌治療をしている利用者の急変時が不安な事があります。
- ・現在通院している利用者が、がんを患っており自宅生活を希望するため、今後訪問診療に移行する事になるが、月1回の定期往診以外は状態が悪くても通院しなければならないケースもあり、その場合、主治医を変えないと不安が多い。
- ・訪問看護等、24時間体制の事業所はあるが、定時に夜間の予定を組む事は難しく感じる
- ・(利用者度に)在宅介護に望む事を伝えてもらえるとうれしい
- ・宇佐市版の情報提供票は、良いと思いますが、ケアマネの業務の中であらためて宇佐市版に記入する事が負担に感じます。
- ・入退院時の情報提供票があるので、もっと有効に活用ができれば連携がとりやすくなると思う。
- ・Dr との直接的なやりとりは難しく思える。連携室にもっと人材を増やして頂いて頑張してほしい。
- ・医療からの情報提供票(独自)の分では情報量が少ない。知りたいことが書いていない所があり再度詳しい情報収集がいる。
- ・病院によって差がありますがケアマネージャーがこの部分をしてくれたら助かるということ伝えていただけたら協力しやすいです。お互い同じチームとして関わっていただけるとと思います。
- ・医療機関に疾患の状況等を確認すると家族・本人の了承を得ているかと問われる。支援するに

あたり医療との連携が重要になることを説明し契約を締結しているので医療機関にその旨をご理解いただきたい

- ・ 医師や病院に、入院時の情報提供書のこと退院時カンファレンスによんで欲しいこと、医療系サービスを利用する時は医師に必要性を確認すること、またプランが出来たら医師に提出することを伝えて欲しいです。
- ・ 医療系サービスを利用する際に医師より医療系サービスの必要性についての意見を頂く書類を依頼する時など病院によってはそのことを知らない場合があります情報してもらいにくい事がある。
- ・ 今年度の介護保険制度改正において、医療との連携が強化され、情報提供が義務づけられましたが、医療側への周知はどのように行うのでしょうか。すでに行われていれば、どんな形式だったのでしょうか？

【対応状況】

上記のような介護報酬改定に伴う内容の周知等に関するご意見をいただき、医師会事務局を通して、7月号の医師会だよりに介護報酬改定に伴うお知らせを掲載していただきました。

- ・ 診療報酬：介護支援等連携指導料
- ・ 介護報酬：入退院時における医療機関との連携、平時からの医療機関との連携強化等