

医療・介護連携推進に関する アンケート調査結果報告書

	対象者	対象事業所数	回答事業所数	回答事業所率	回答者数
居宅介護支援事業所	全職員	47	35	74%	102名
地域包括支援センター	全職員	7	7	100%	39名
小規模多機能型居宅介護事業所	介護支援専門員のみ	6	5	83%	5名
グループホーム	介護支援専門員のみ	26	20	77%	25名
入退院支援部門(地域連携室)	全職員	10	9	90%	48名
訪問看護事業所	全職員	11	10	91%	66名
薬局	全職員	69	50	72%	107名
	計	176	136	77%	392名

調査対象期間：2019年5月14日～2019年5月21日

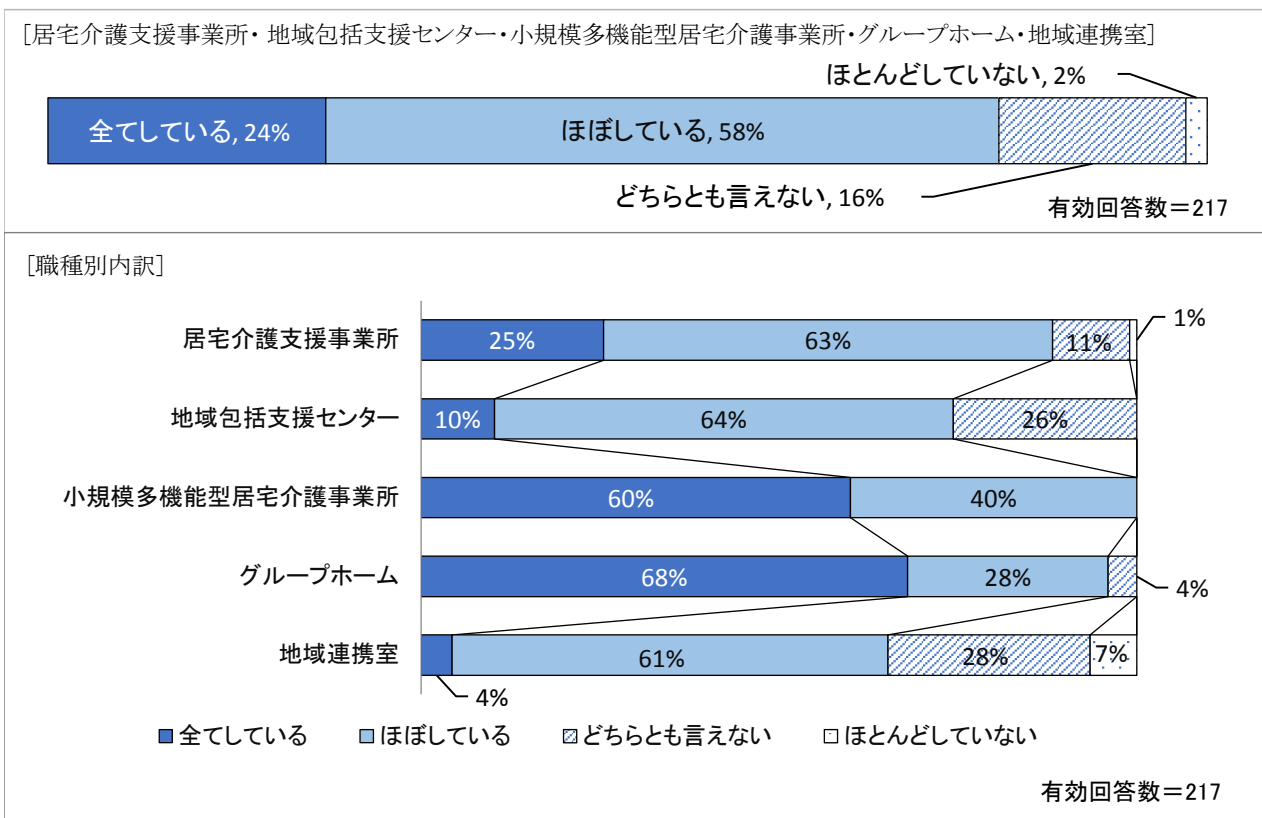


全職種集計 [対象：職員]

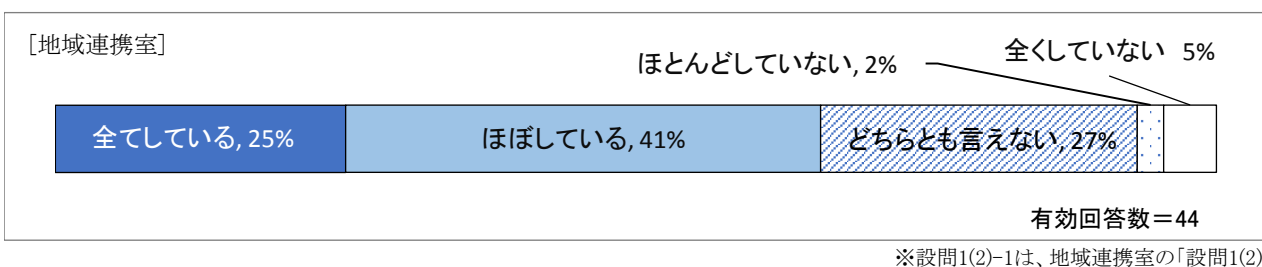
1.入退院支援・調整から在宅での看取りまでの4局面に関して

設問1：入退院支援・調整について

(1) 入院時にケアマネジャー等は医療機関と情報共有をしている

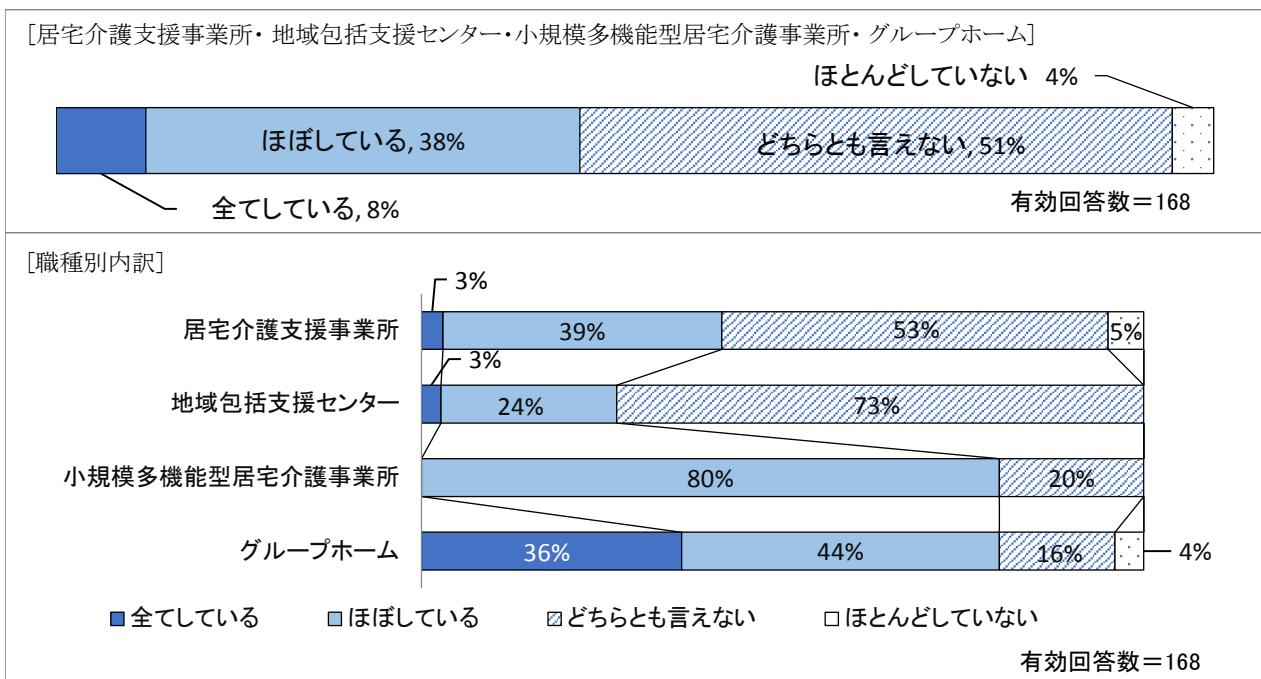


(2)-1 退院支援に向けて入院時スクリーニングをしている

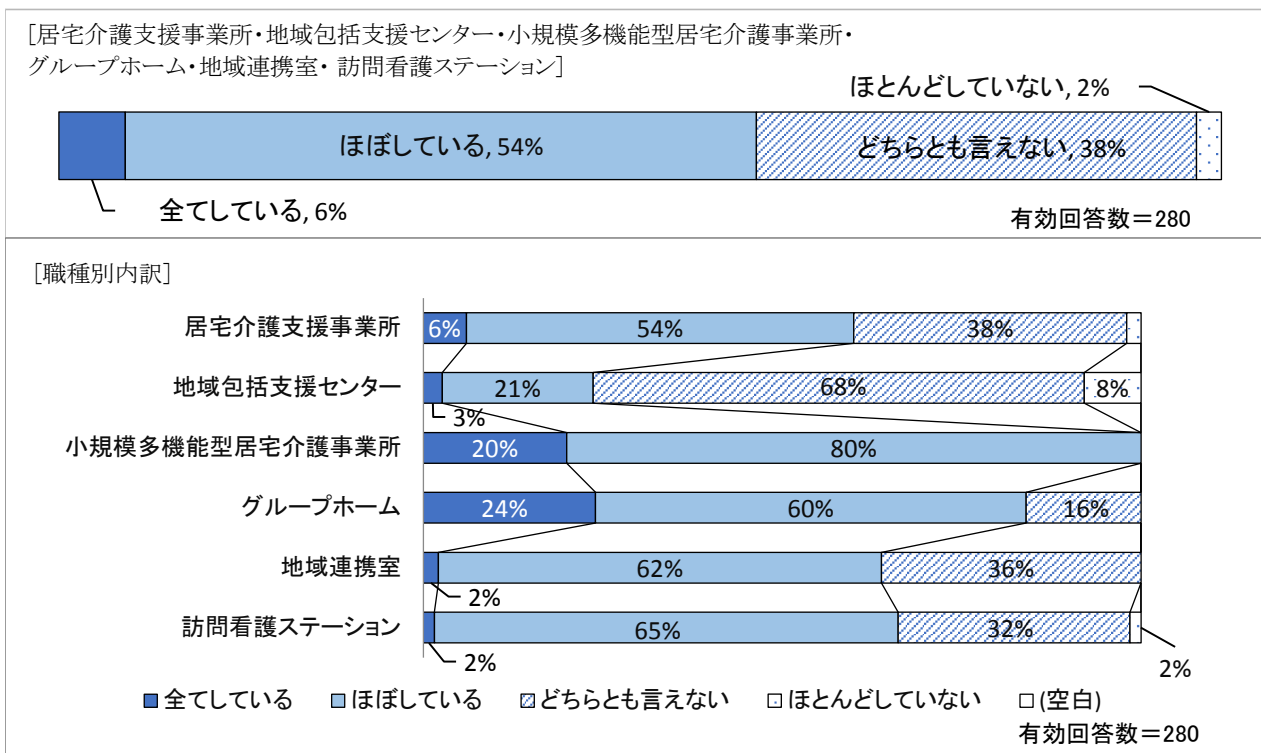


設問1(1)	入院時に医療機関と情報共有していると回答した方は82%
設問1(2)-1	退院支援に向けて入院時スクリーニングをしていると回答した方は66%

(2)-2 入院中に医療機関から適切な情報提供が行われている



(3)-1 必要なサービス調整ができていない状況で退院している

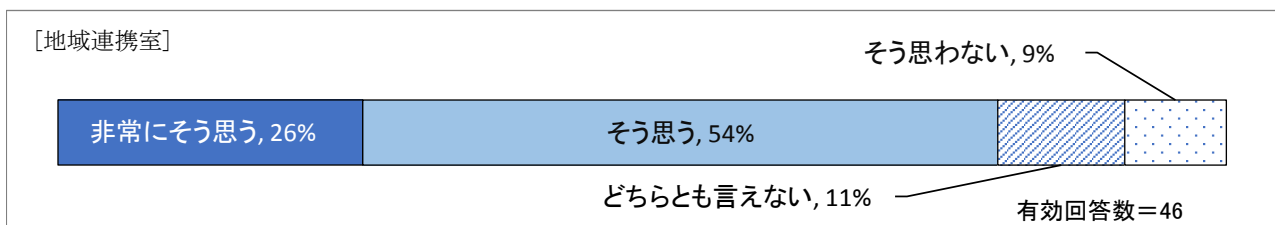


※設問1(3)-1は、地域連携室では「設問1(5)」、訪問看護ステーションでは「設問1(1)」

設問1(2)-2	入院中に医療機関から情報提供が行われていると回答した方は46%
設問1(3)-1	必要なサービス調整ができていない状況で退院していると回答した方は60%

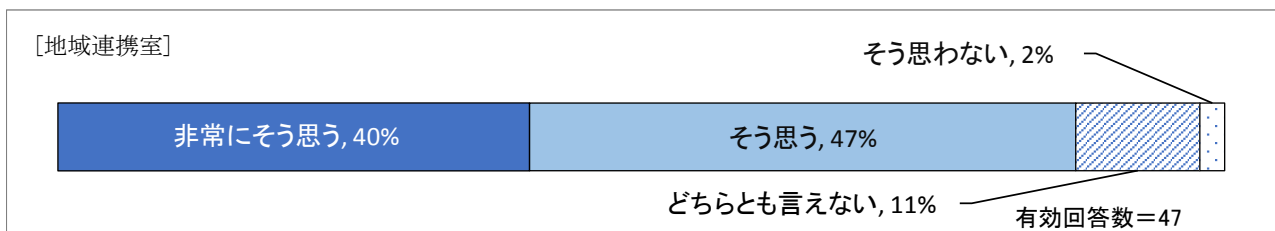
(3)-2 在宅への退院調整で困難と感じることについて、あてはまるものに○をつけてください

(3)-2a 介護度が高く医療的ケアが多い



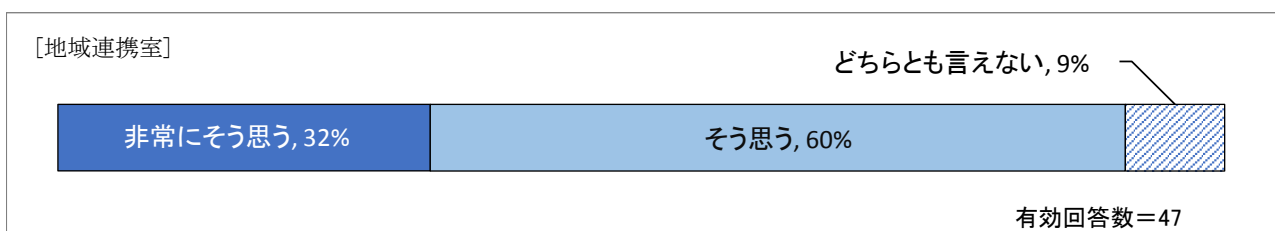
※設問1(3)-2aは、地域連携室の「設問1(8)-1」

(3)-2b 介護を担う家族が不在である



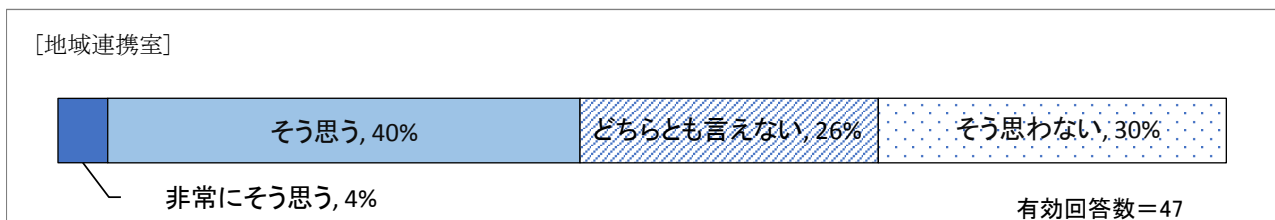
※設問1(3)-2bは、地域連携室の「設問1(8)-2」

(3)-2c 介護を担う家族が高齢者や障がいがあり介護が不十分である



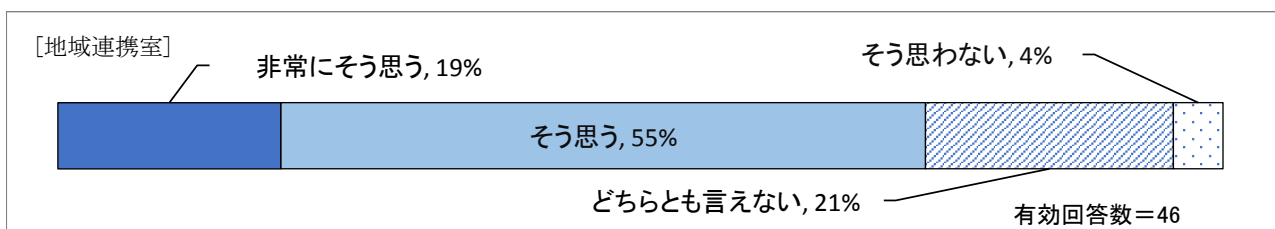
※設問1(3)-2cは、地域連携室の「設問1(8)-3」

(3)-2d 本人・家族が介護保険制度や介護サービスを十分に知らない



※設問1(3)-2dは、地域連携室の「設問1(8)-4」

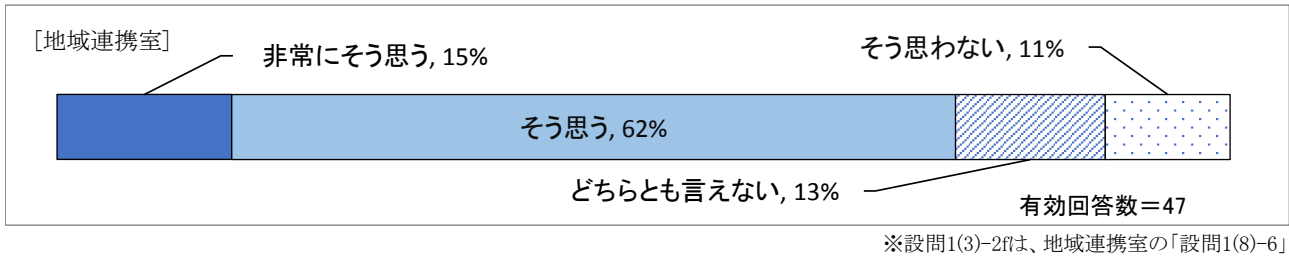
(3)-2e 本人・家族が在宅療養への不安が大きい



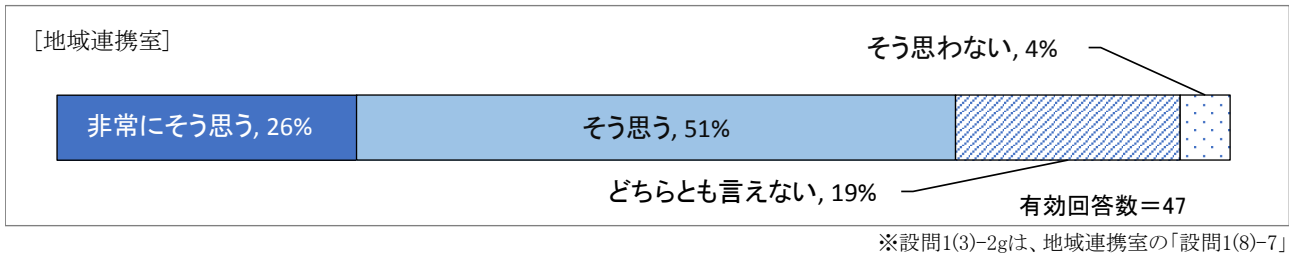
※設問1(3)-2eは、地域連携室の「設問1(8)-5」

設問1(3)-2a	介護度が高く医療的ケアが多いと感じている方は80%
設問1(3)-2b	介護を担う家族が不在だと感じている方は87%
設問1(3)-2c	介護を担う家族が高齢者や障がいがあり介護が不十分だと感じている方は92%
設問1(3)-2d	本人・家族が介護保険制度や介護サービスを十分に知らないと感じている方は44%
設問1(3)-2e	本人・家族が在宅療養への不安が大きいと感じている方は74%

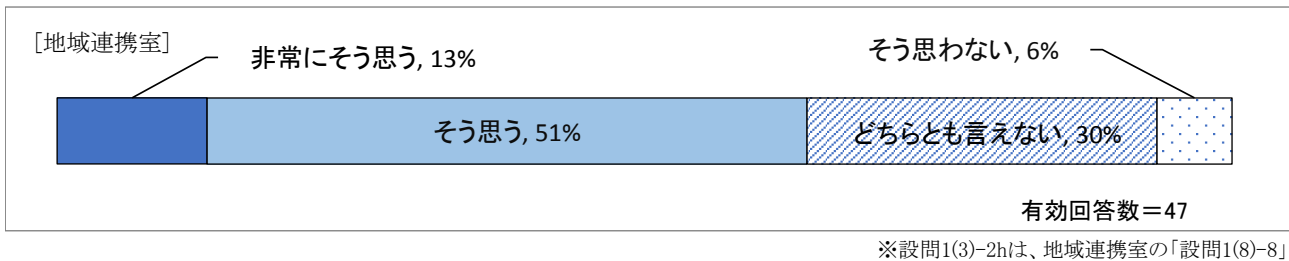
(3)-2f 急変時の対応が困難である



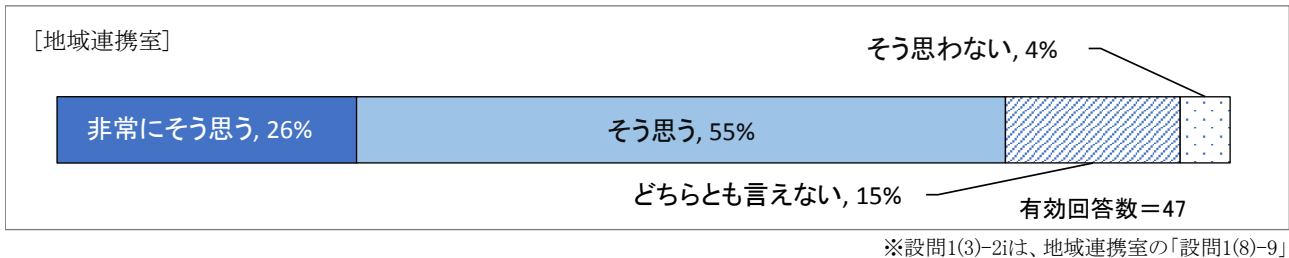
(3)-2g 本人・家族が病院志向である



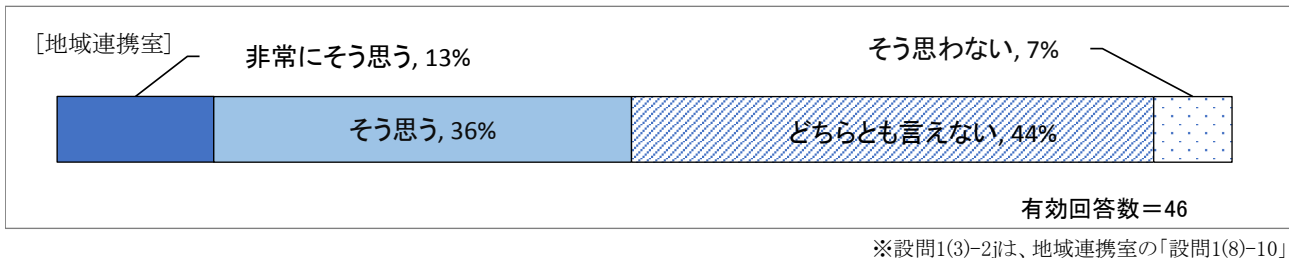
(3)-2h 本人・家族が施設志向である



(3)-2i 経済的負担が大きい



(3)-2j 地域の支援者が在宅困難と判断している



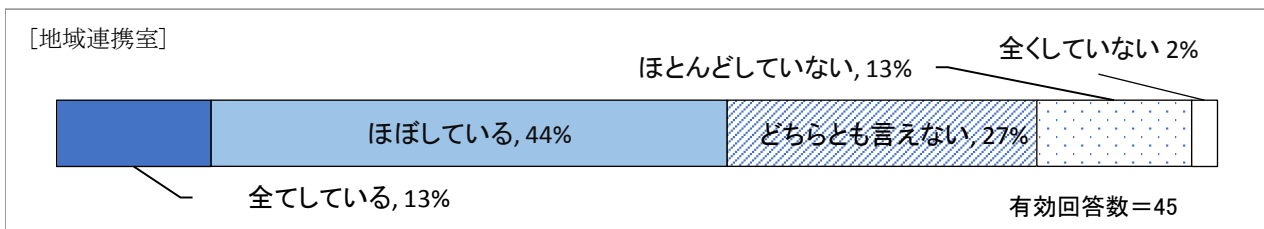
設問1(3)-2f	急変時の対応が困難だと感じている方は77%
設問1(3)-2g	本人・家族が病院志向であると感じている方は77%
設問1(3)-2h	本人・家族が施設志向であると感じている方は64%
設問1(3)-2i	経済的負担が大きいと感じている方は81%
設問1(3)-2j	地域の支援者が在宅困難だと感じている方は49%

(3)-2k ※その他、退院調整で困難と感じていること（地域連携室）

- ・ 受け皿となる施設が少なく、2～3ヶ月待ちとなるような場合がある。
- ・ 在宅系施設でも経管栄養やインスリン・在宅酸素などの対応ができる施設が少ない。
- ・ ワンクッション先として入院できる医療機関、老健施設の不足から入院長期化。
- ・ 在院日数が短くなっているのに介護の受け皿がない。施設を希望するが入れる施設がない。
- ・ 社会資源が少なく十分なサービス利用ができない。その為、退院調整に苦慮する。
- ・ 様々な支援のサービスが実施できるかのタイミングが合わない。
- ・ 介護認定の結果が遅い。
- ・ 包括、ケアマネ、市などが病院機能を理解されていない事がある。要介護認定の申請を治療中のためと受け付けてくれない。地域包括支援センター等は認定結果が出ない中での早期退院に合わせての対応に難色を示すことが多い。
- ・ 家族、親族が少ない、いない場合の調整が困難。
- ・ 経済的困難、身元保証のない患者の受け皿が極端に少ない。
- ・ 医療・介護双方の情報が行き届かない。
- ・ 急性期の病院で、自宅は無理と本人家族に話していることが多く本人家族が意思決定しにくい。家族も医師から無理と言われたら在宅の選択はなくなる。
- ・ 自宅へ帰る人に対して、ケアマネジャー・医師が自宅は難しいと言って、家族もそう思ってしまう、こちら側が説明しても在宅に帰れなくなるケースが多い。
- ・ ケアマネなどが在宅が難しいと発言することがある。
- ・ 国の施策の考えとして在宅の生活を推進しているが、市民の意識は病院や施設の考えがいまだ強いと思う。市民の啓発がもっと必要と感じる。
- ・ 本人も医療機関も、退院は可能と判断していても地域の支援者からの不安や反対があり、スムーズな退院支援に繋がらないことがある。
- ・ 長期入院の方の退院調整でのご家族の受け入れが難しい。
- ・ 地域での支援体制を構築することが大変な場合がある。
- ・ 急性期病院での病状説明時に予後予測の説明がないと回復期リハ入院時にスムーズに家族との退院調整が行えない。

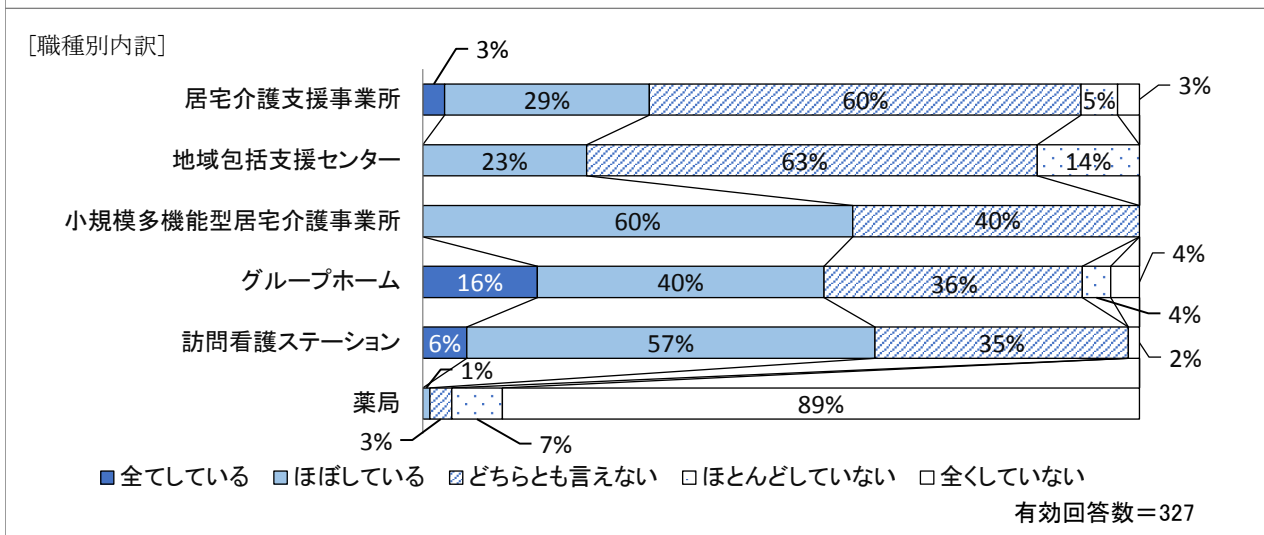
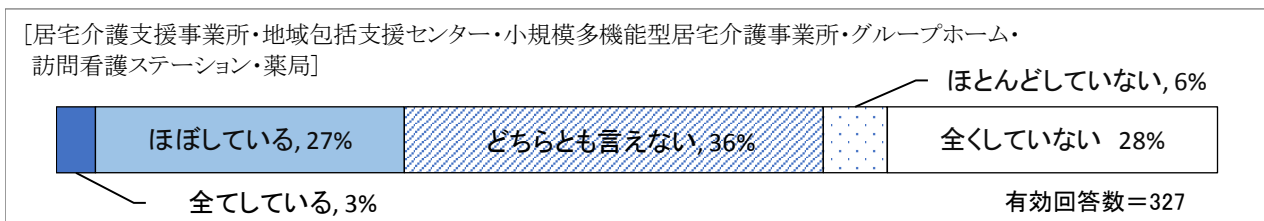
※設問1(3)-2kは、地域連携室の「設問1(8)-10※その他」

(4)-1a 医療機関は退院前カンファレンスに在宅チームを呼んでいる



※設問1(4)-1aは、地域連携室の「設問1(4)」

(4)-1b 在宅チームは医療機関から退院前カンファレンスに呼ばれている

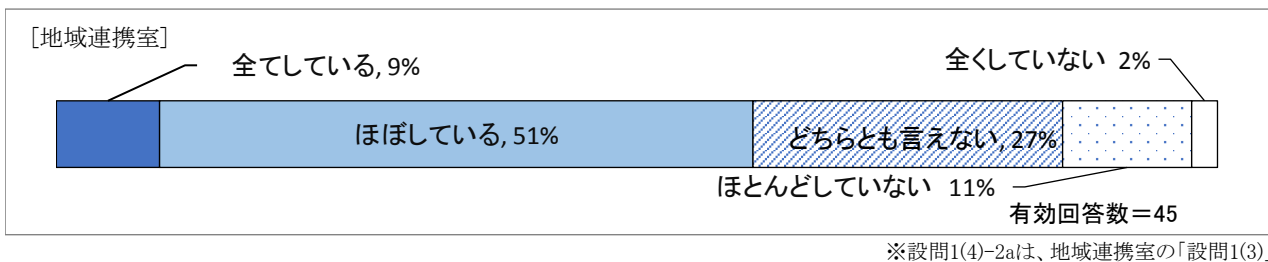


※設問1(4)-1bは、訪問看護ステーションでは「設問1(2)-1」、薬局では「設問1(1)」

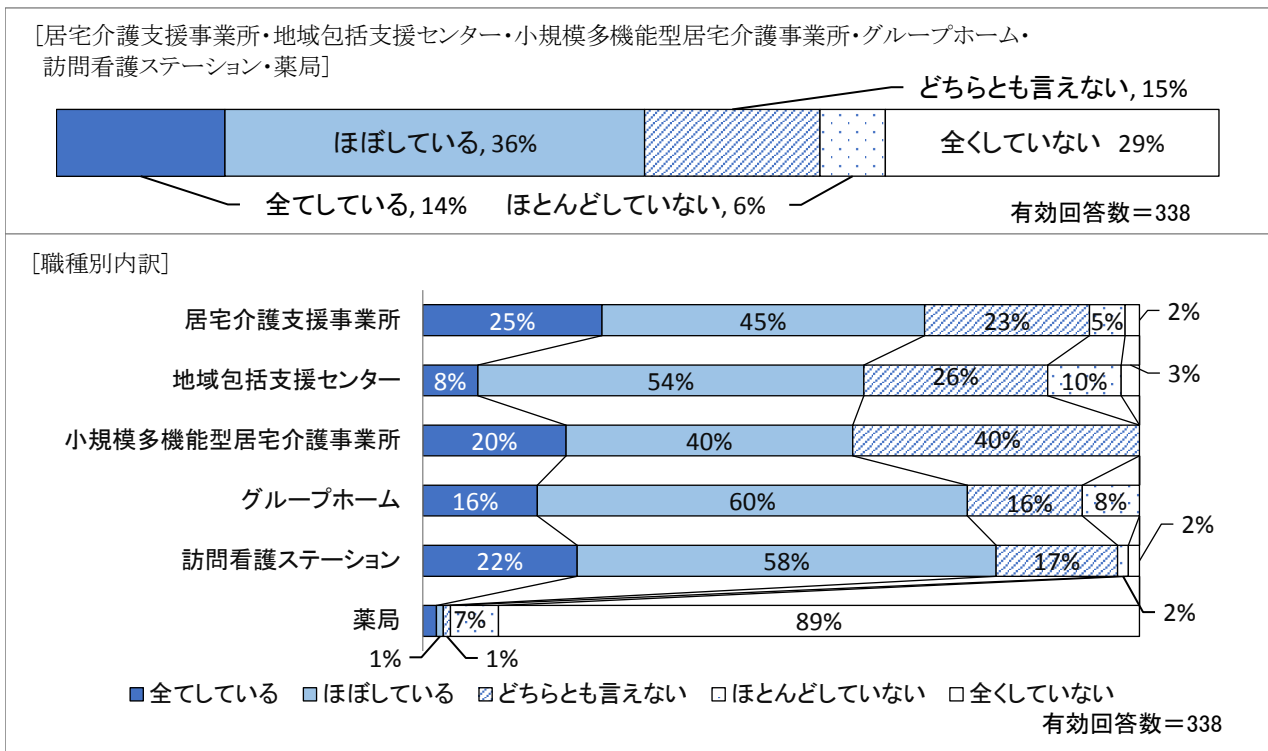
設問1(4)-1a 医療機関は、退院前カンファレンスに在宅チームを呼んでいると回答した方は57%

設問1(4)-1b 医療機関は、退院前カンファレンスにケアマネジャー等を呼んでいると回答した方は30%

(4)-2a 退院支援が必要な患者の退院前カンファレンスを行っている



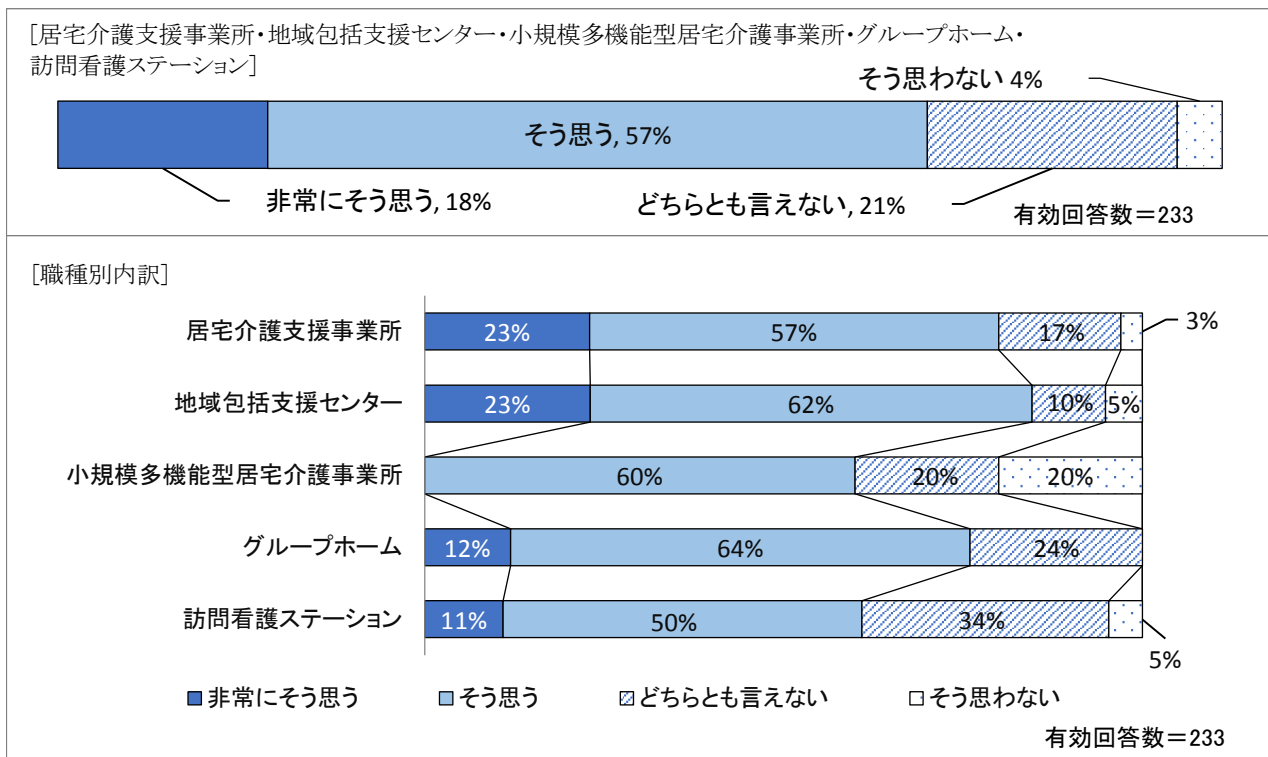
(4)-2b 退院前カンファレンスに参加している



設問1(4)-2a 退院支援が必要な患者の退院前カンファレンスを行っていると回答した方は60%

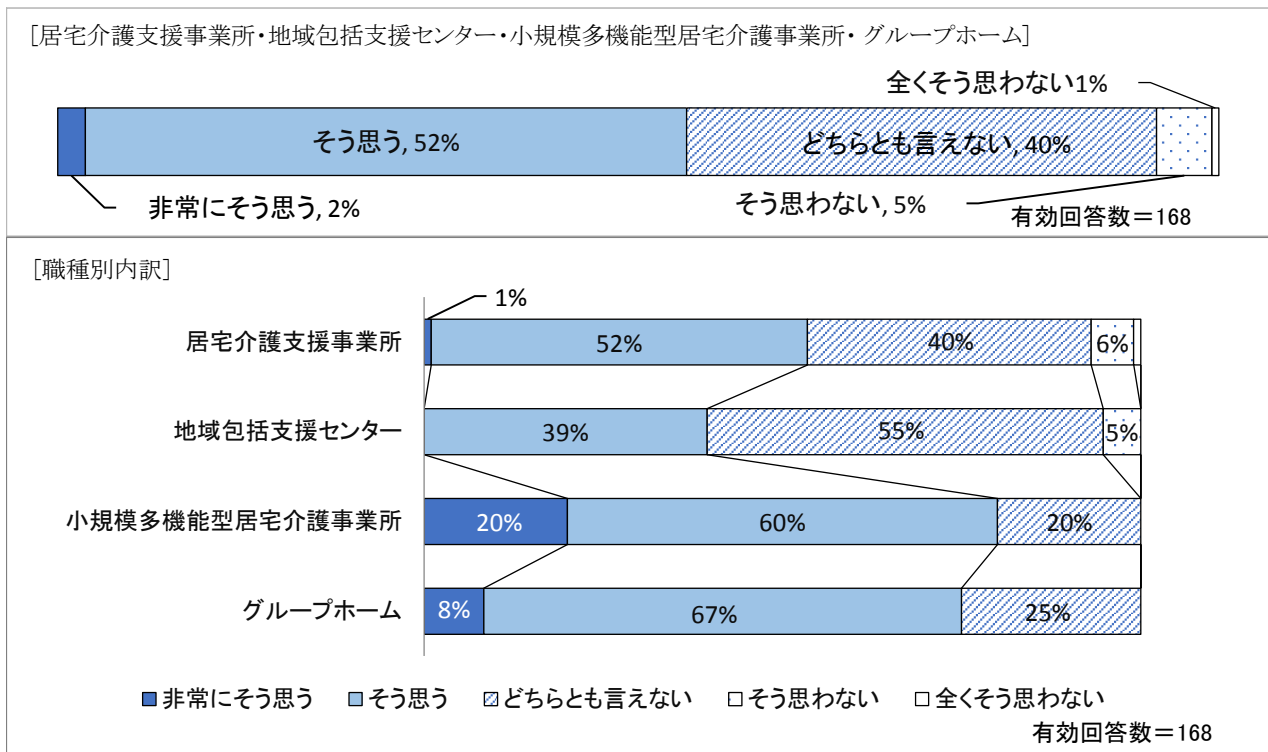
設問1(4)-2b 退院前カンファレンスに参加していると回答した方は50%

(5) 退院前カンファレンスの時期・進め方などが、医療機関によって異なる



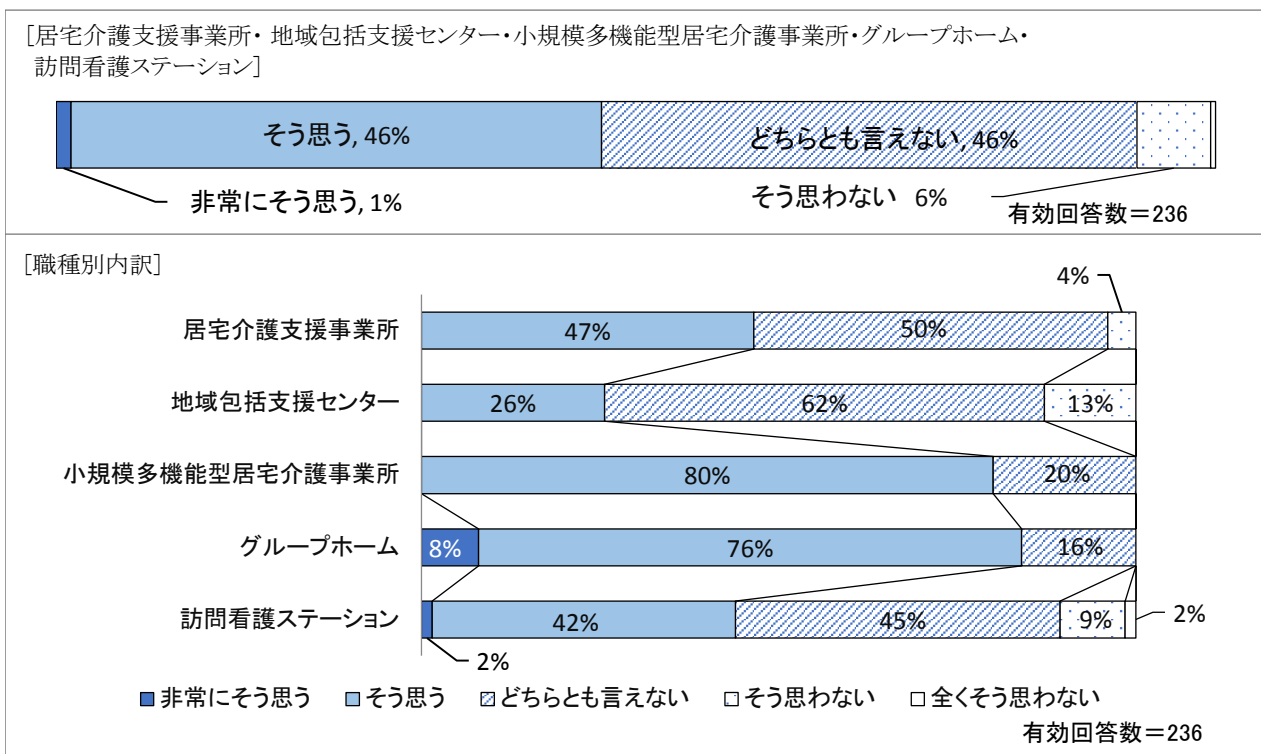
※設問1(5)は、訪問看護ステーションでは「設問1(3)」

(6) 退院時に、病院の主治医または連携担当者（地域連携室など）と連携が取れている



設問1(5)	退院前カンファレンスの時期・進め方などが、医療機関によって異なると感じている方は75%
設問1(6)	退院時に、主治医または連携担当者と連携が取れていると感じている方は54%

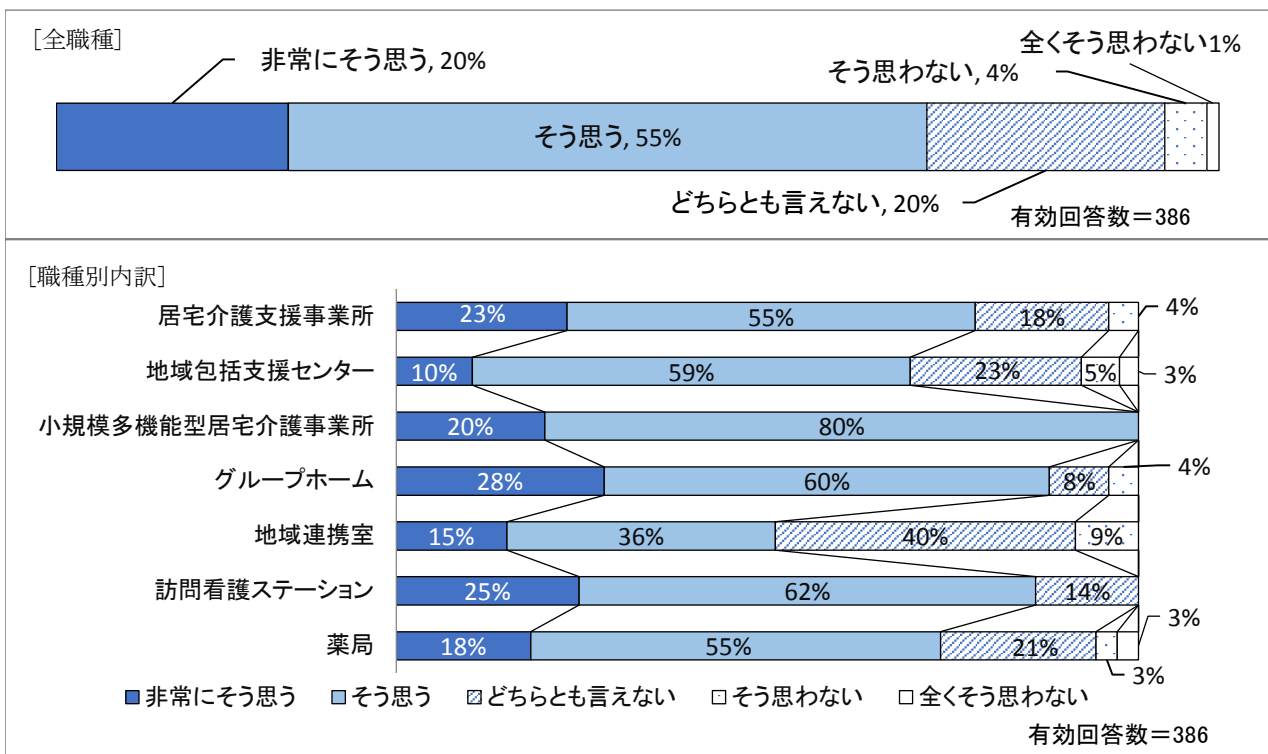
(7) 退院時に、患者・家族は病状について主治医・看護師等から説明を受けて理解している



※設問1(7)は、訪問看護ステーションでは「設問1(4)」

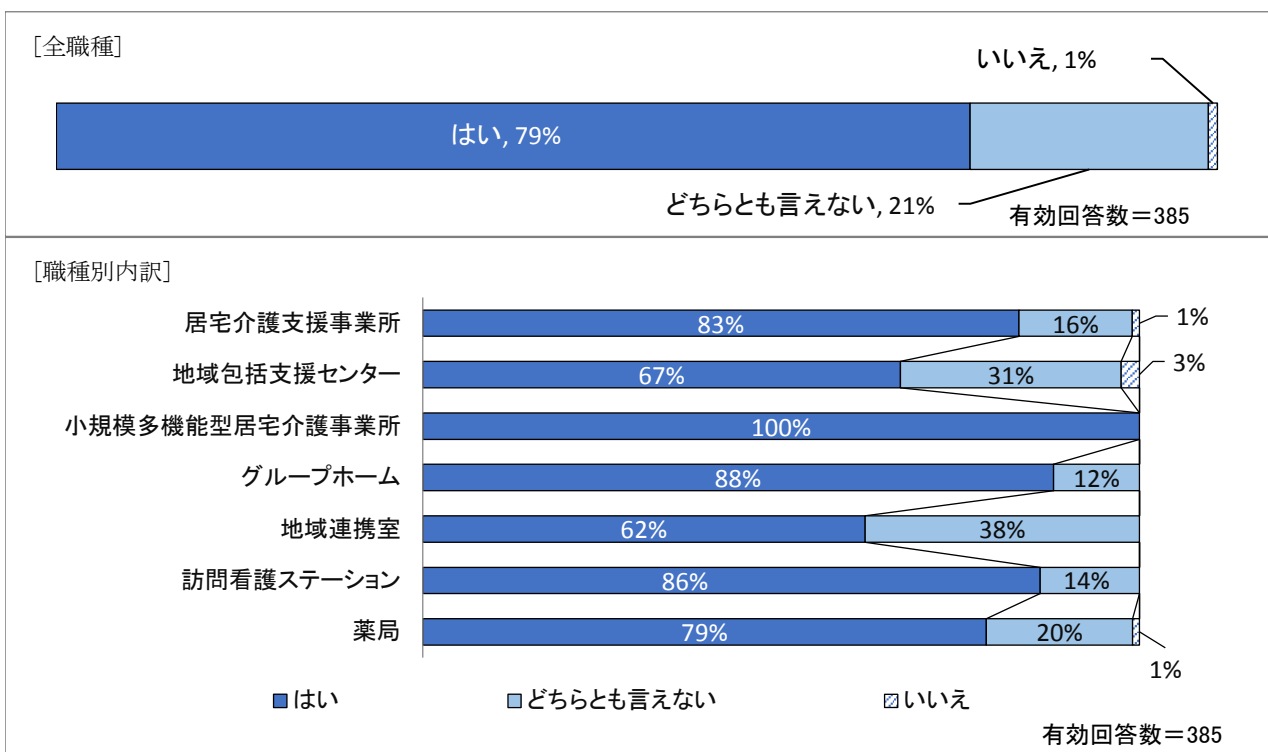
設問1(7) 退院時に、患者・家族は病状について説明を受けて理解していると感じている方は47%

(8)-1 入退院支援のための統一した情報共有ツールがあった方がよい



※設問1(8)-1は、地域連携室では「設問1(6)-1」、訪問看護ステーションでは「設問1(5)-1」、薬局では「設問1(5)-1」

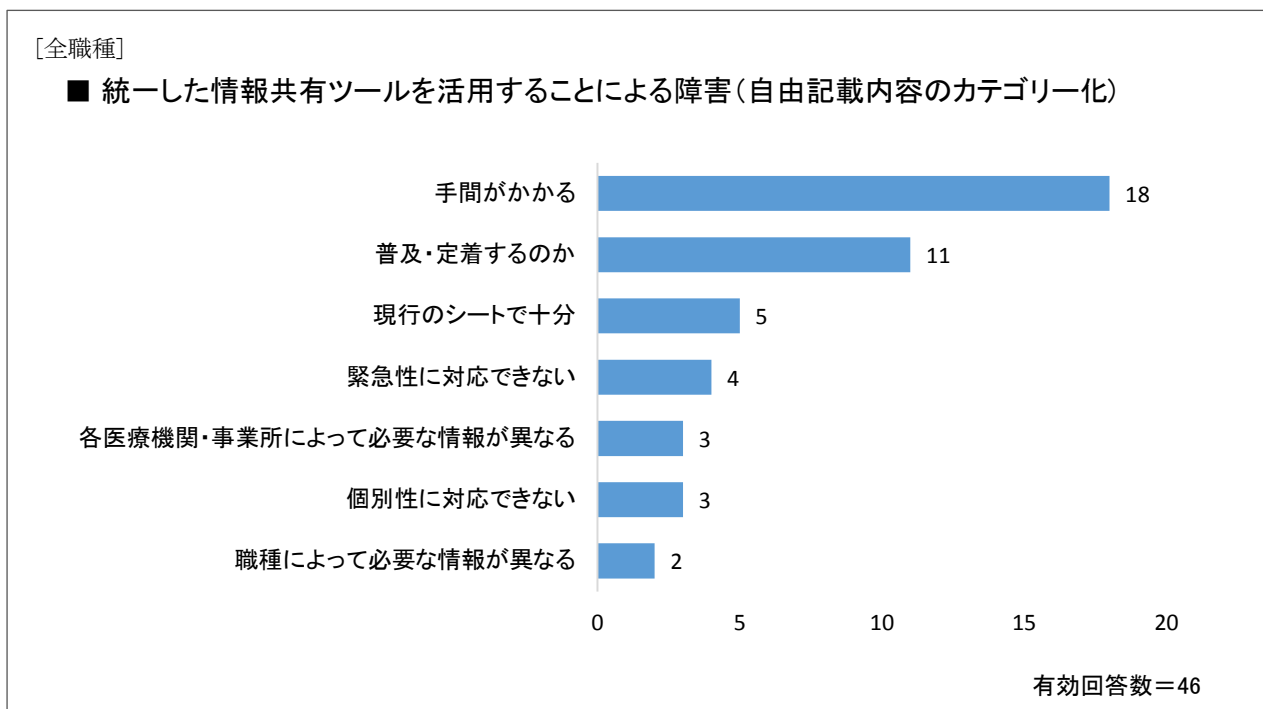
(8)-2 統一した情報共有ツールがあった場合、活用する



※設問1(8)-2は、地域連携室では「設問1(6)-2」、訪問看護ステーションでは「設問1(5)-2」、薬局では「設問1(5)-2」

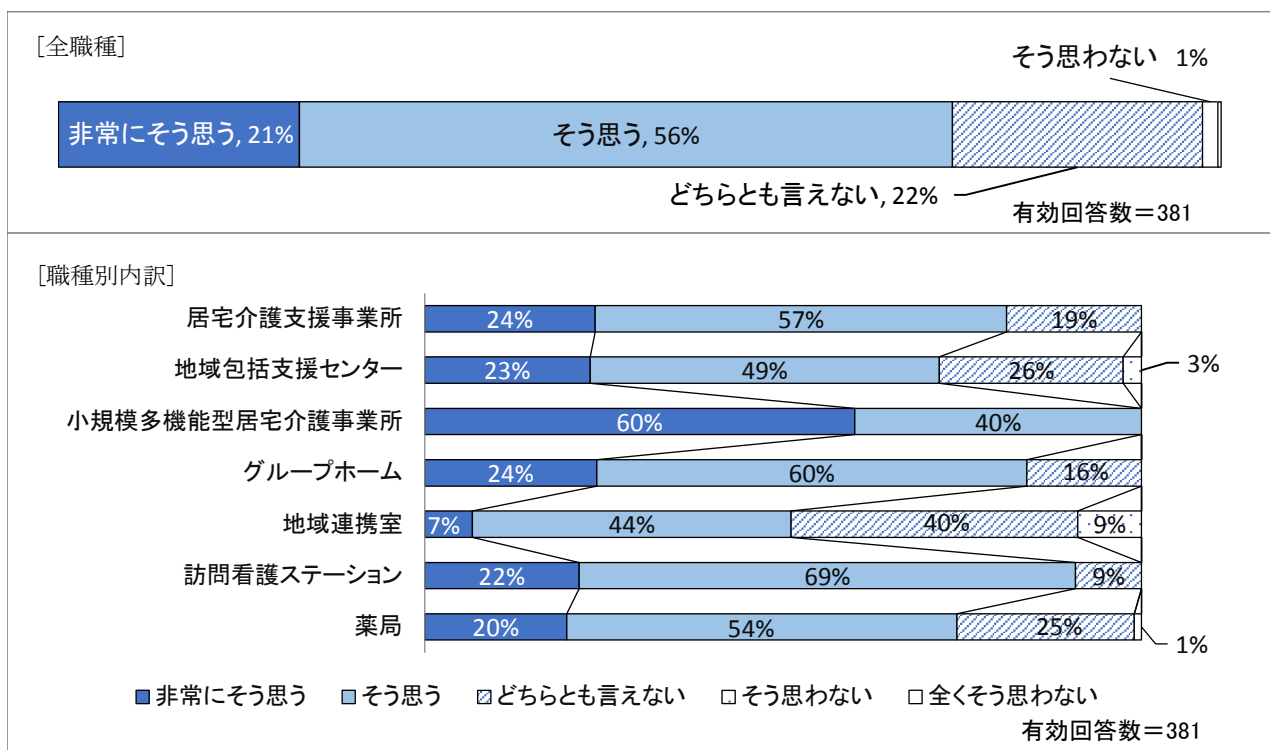
設問1(8)-1	入退院支援の統一した情報共有ツールがあった方がよいと感じている方は75%
設問1(8)-2	統一した情報共有ツールがあった場合、活用すると回答した方は79%

(8)-3 (8)-2において「どちらとも言えない」「いいえ」と答えた方にお聞きします。
活用するにあたり、何が障害になりますか。



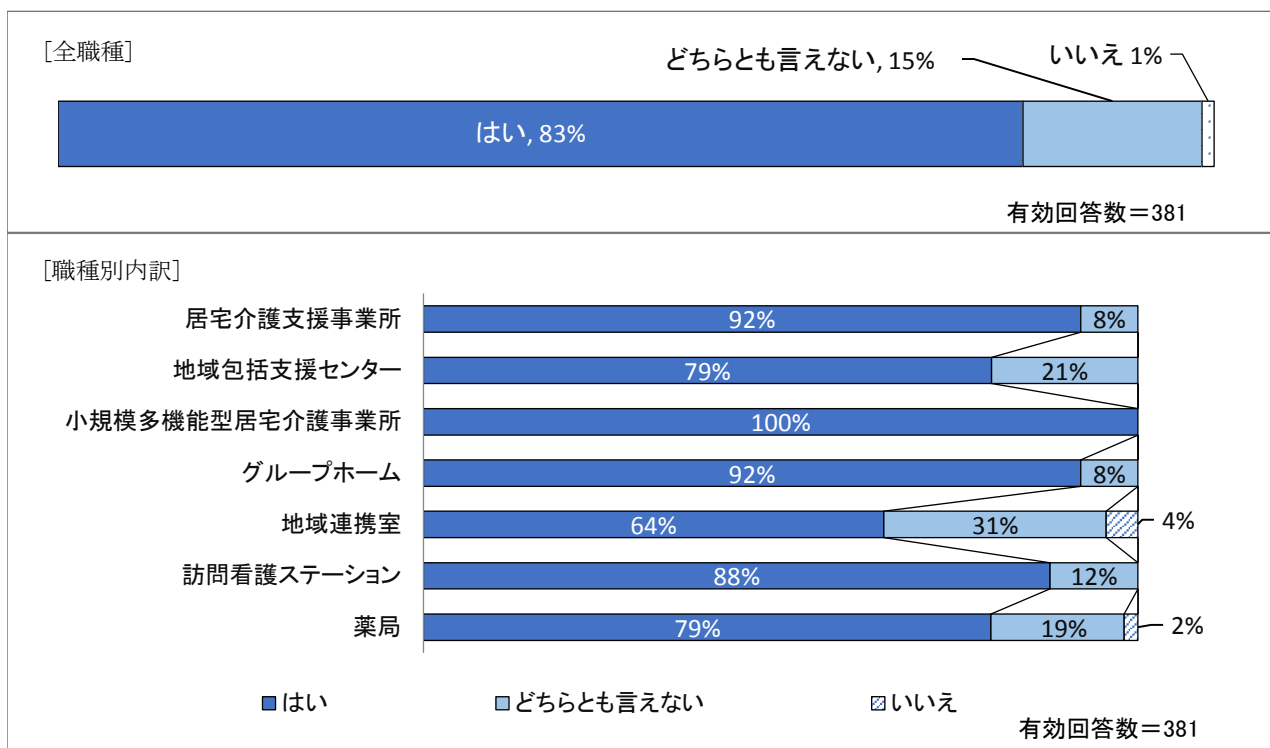
※設問1(8)-3は、地域連携室では「設問1(6)-3」、訪問看護ステーションでは「設問1(5)-3」、薬局では「設問1(5)-3」

(9)-1 入退院支援のための統一した連携ルールがあった方が良い



※設問1(9)-1は、地域連携室では「設問1(7)-1」、訪問看護ステーションでは「設問1(6)-1」、薬局では「設問1(6)-1」

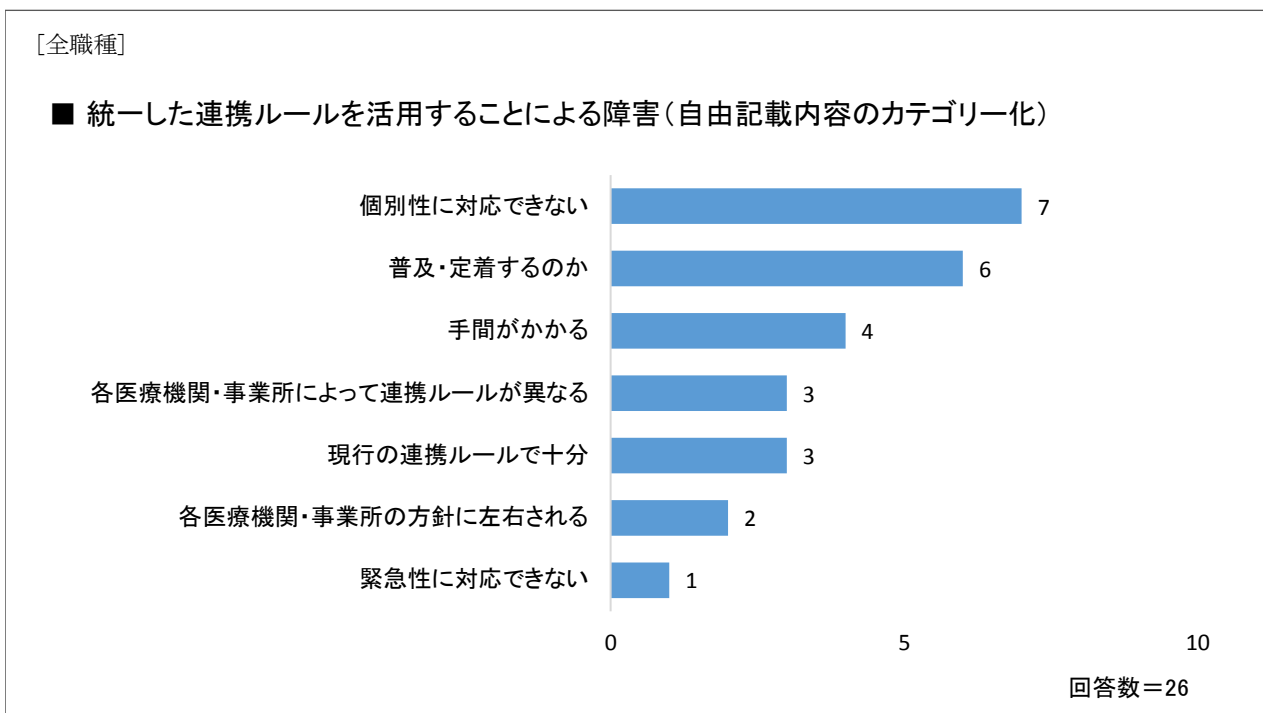
(9)-2 統一した連携ルールがあった場合、活用する



※設問1(9)-2は、地域連携室では「設問1(7)-2」、訪問看護ステーションでは「設問1(6)-2」、薬局では「設問1(6)-2」

設問1(9)-1	統一した連携ルールがあった方が良いと感じている方は77%
設問1(9)-2	統一した連携ルールがあった場合、活用すると回答した方は83%

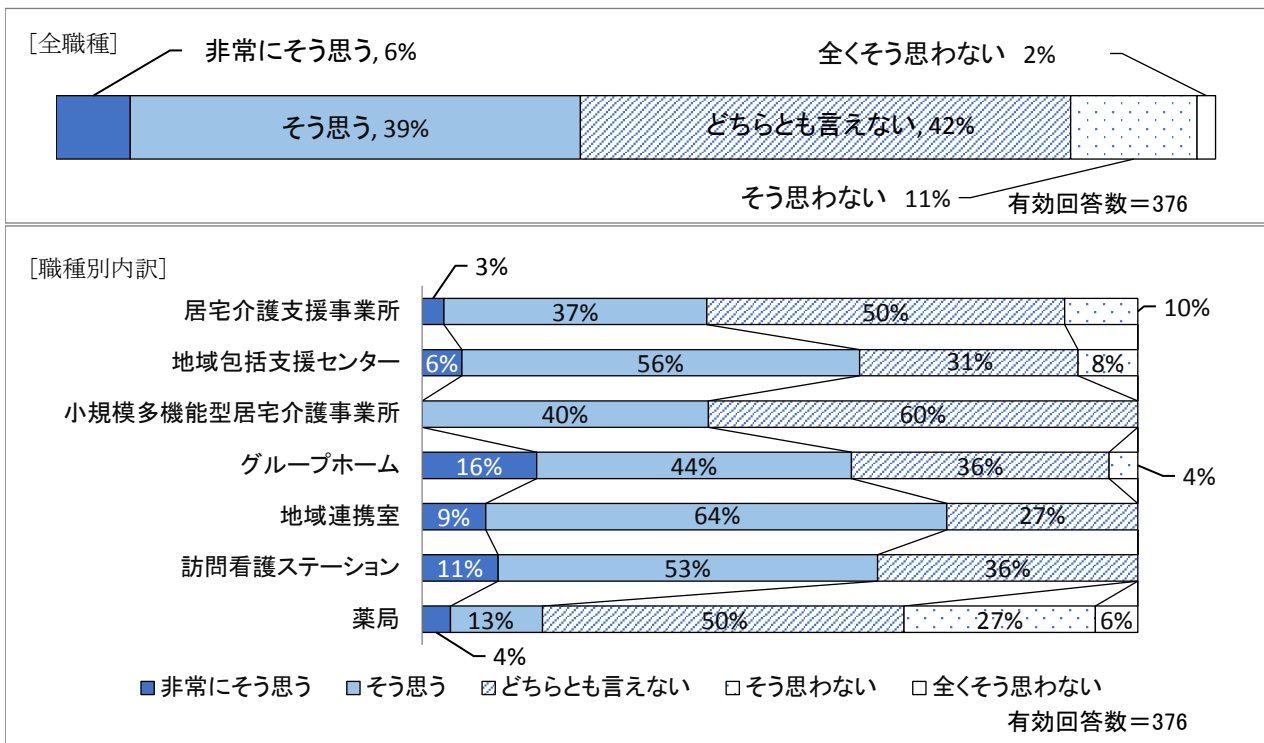
(9)-3 (9)-2において「どちらとも言えない」「いいえ」と答えた方にお聞きします。
活用するにあたり、何が障害になりますか。



※設問1(9)-3は、地域連携室では「設問1(7)-3」、訪問看護ステーションでは「設問1(6)-3」、薬局では「設問1(6)-3」

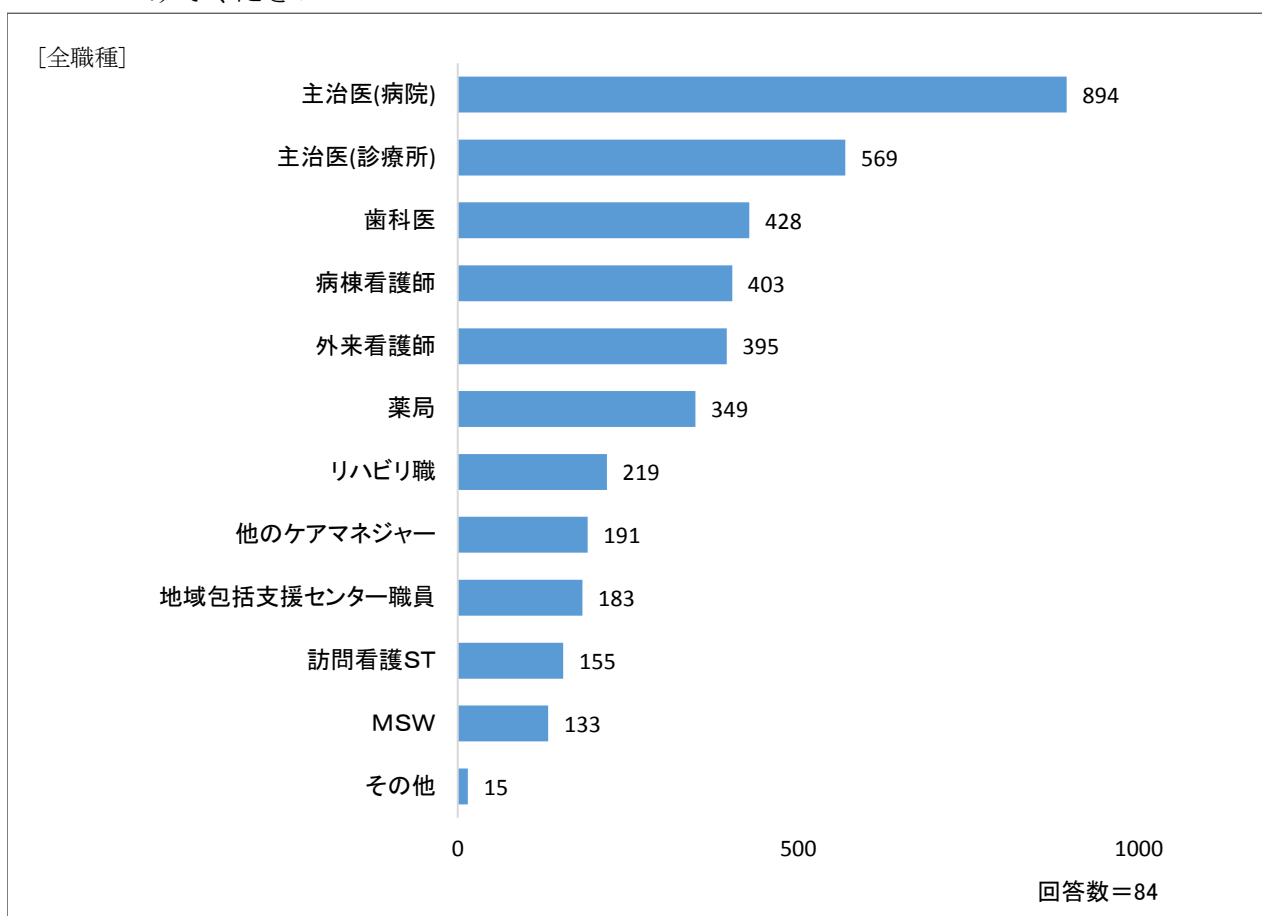
設問2：日常療養支援について

(1)-1 多職種と日常的に気軽に相談できる関係ができている



設問2(1)-1 多職種と日常的に気軽に相談できる関係ができていると感じている方は45%

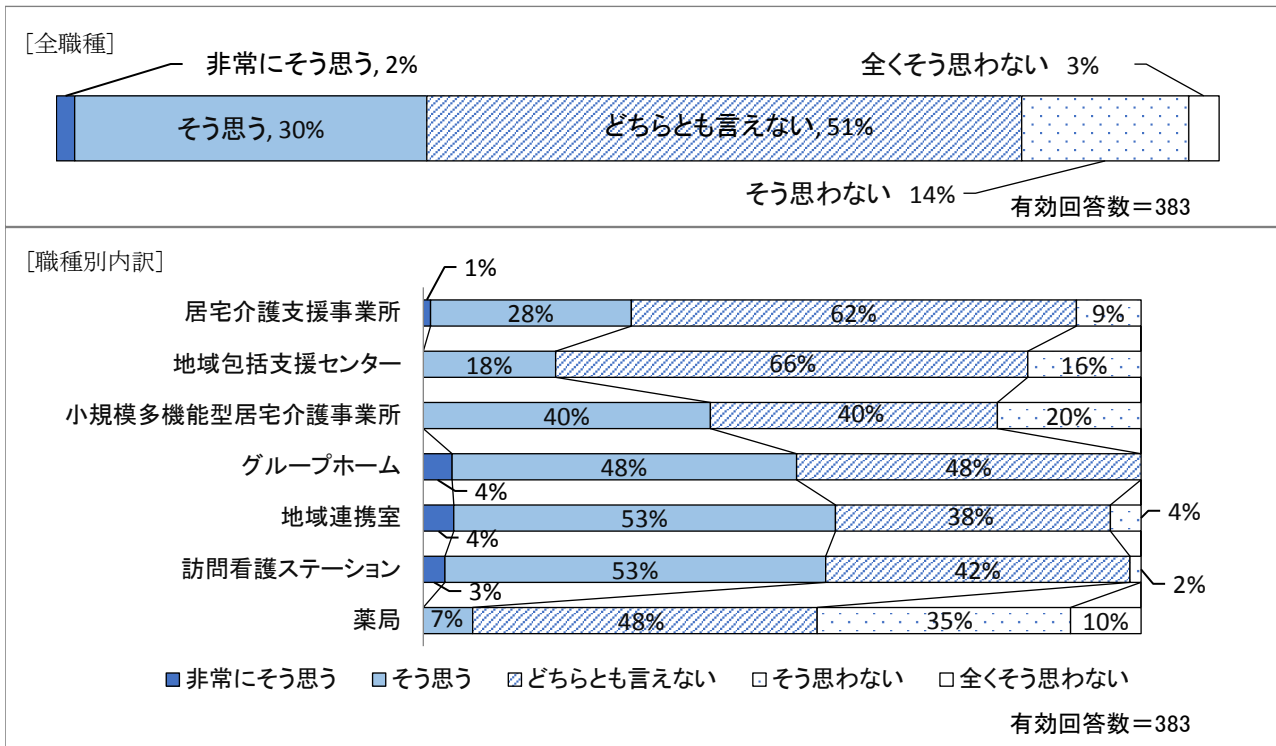
(1)-2 連携が必要ではあるが、関係ができていない順に()内に1～5まで順位をつけてください



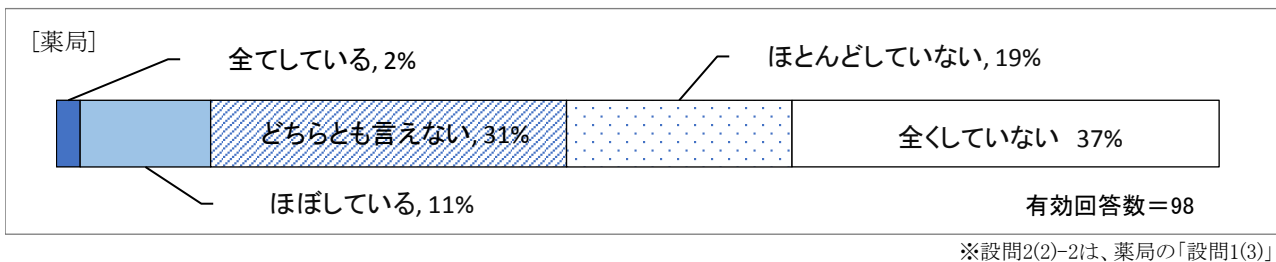
※順位は、1位は5点、2位は4点、3位は3点、4位は2点、5位は1点として重みづけをして集計しています。

設問2(1)-2 連携が必要ではあるが、関係ができていないと感じている職種は、主治医(病院)、主治医(診療所)、歯科医の順に多かった

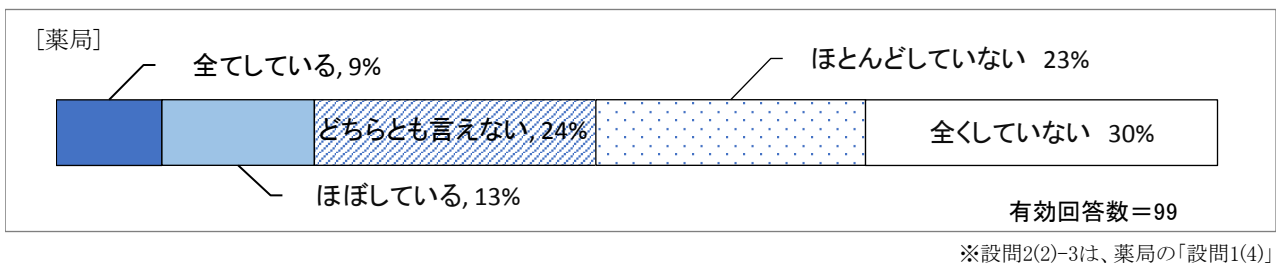
(2)-1 多職種連携を円滑に進めるための情報共有がされている



(2)-2 服薬管理ができていないと思われる高齢者について、担当のケアマネジャーは、薬局に情報提供を行っている

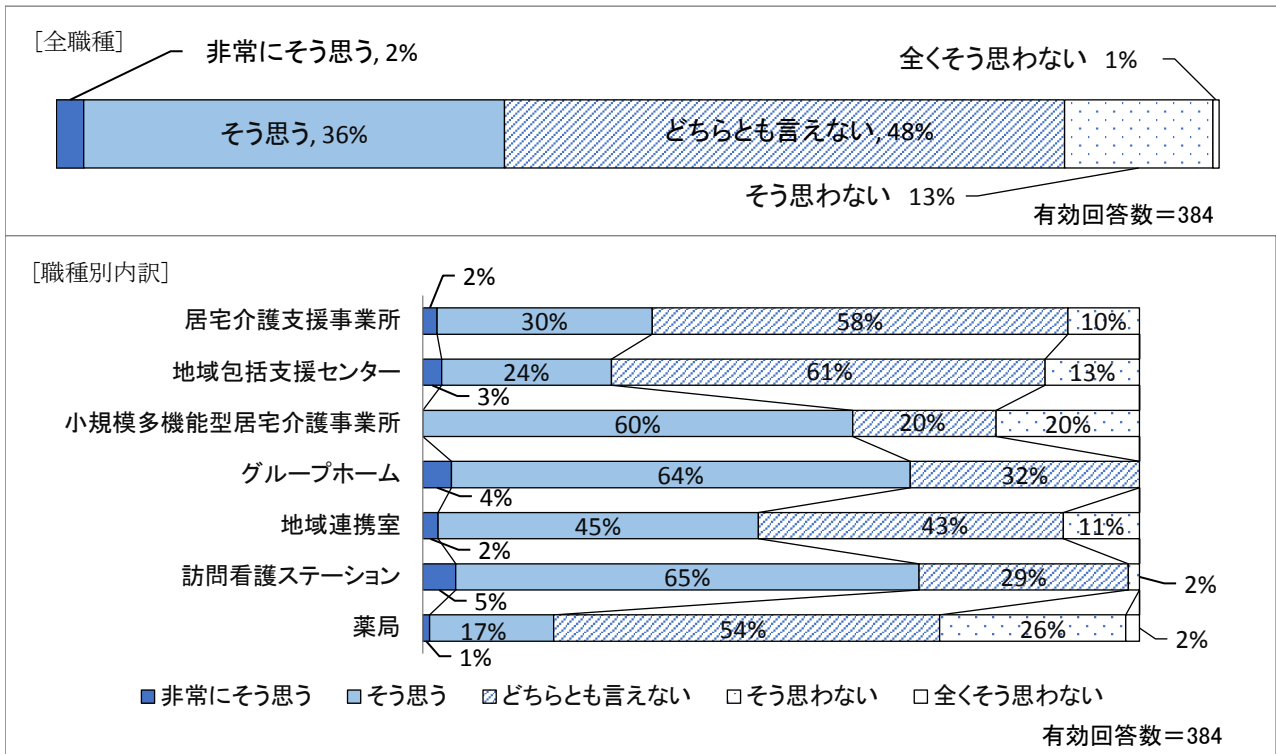


(2)-3 服薬管理ができていないと思われる高齢者について、薬剤師は担当のケアマネジャーに情報提供を行っている

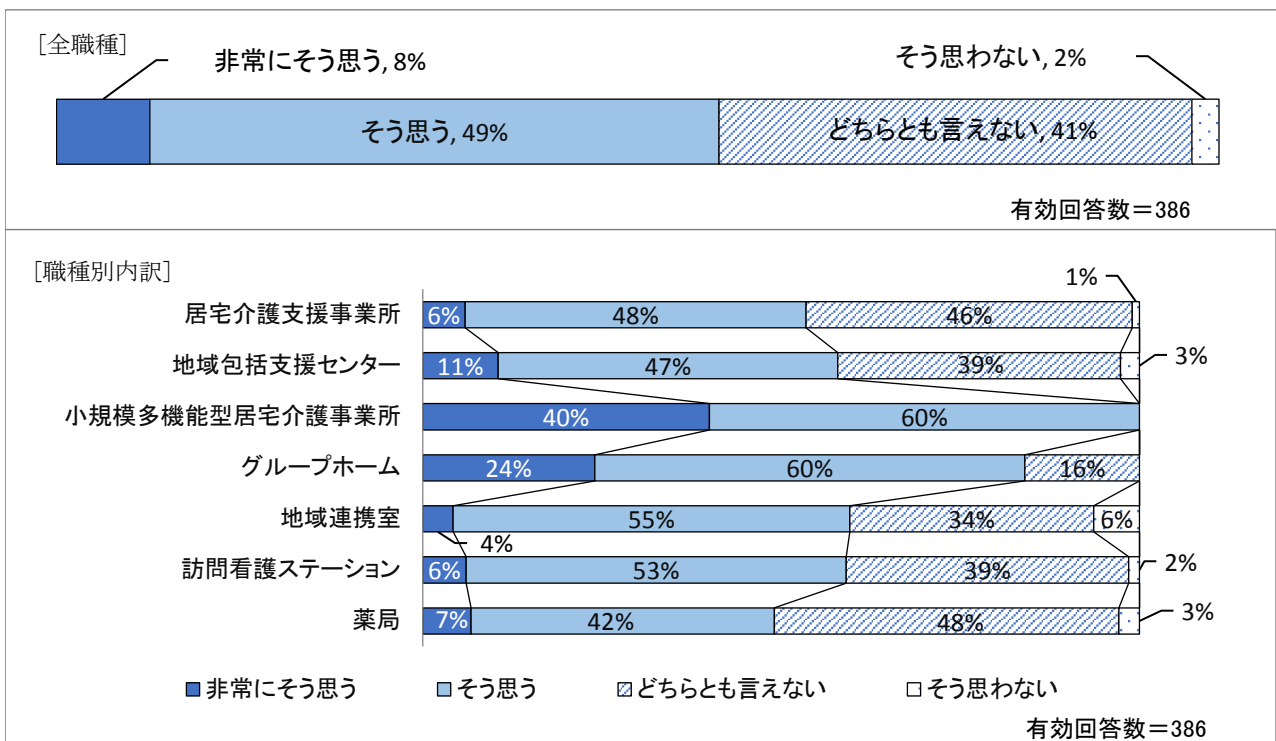


設問2(2)-1	多職種連携を円滑に進めるための情報共有がされていると感じている方は32%
設問2(2)-2	服薬管理ができていないと思われる高齢者について、担当のケアマネジャーは、薬局に情報提供を行っているとは回答した方は13%
設問2(2)-3	服薬管理ができていないと思われる高齢者について、薬剤師は担当のケアマネジャーに情報提供を行っているとは回答した方は22%

(3) 多職種の専門性や役割などお互いに理解できている



(4)-1 多職種と相互理解ができるような機会（研修会等）がもっとあった方が良い



設問2(3) 多職種の専門性や役割などお互いに理解できていると感じている方は38%

設問2(4)-1 多職種と相互理解ができるような機会（研修会等）がもっとあった方が良いと感じている方は57%

- (4)-2 (4)-1において「非常にそう思う」「そう思う」と答えた方にお聞きします。
どのような機会(研修会等)があった方が良いですか

※アンケートに協力していただいた多職種回答

(居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・小規模多機能型居宅介護事業所・グループホーム・地域連携室
訪問看護ステーション・薬局)

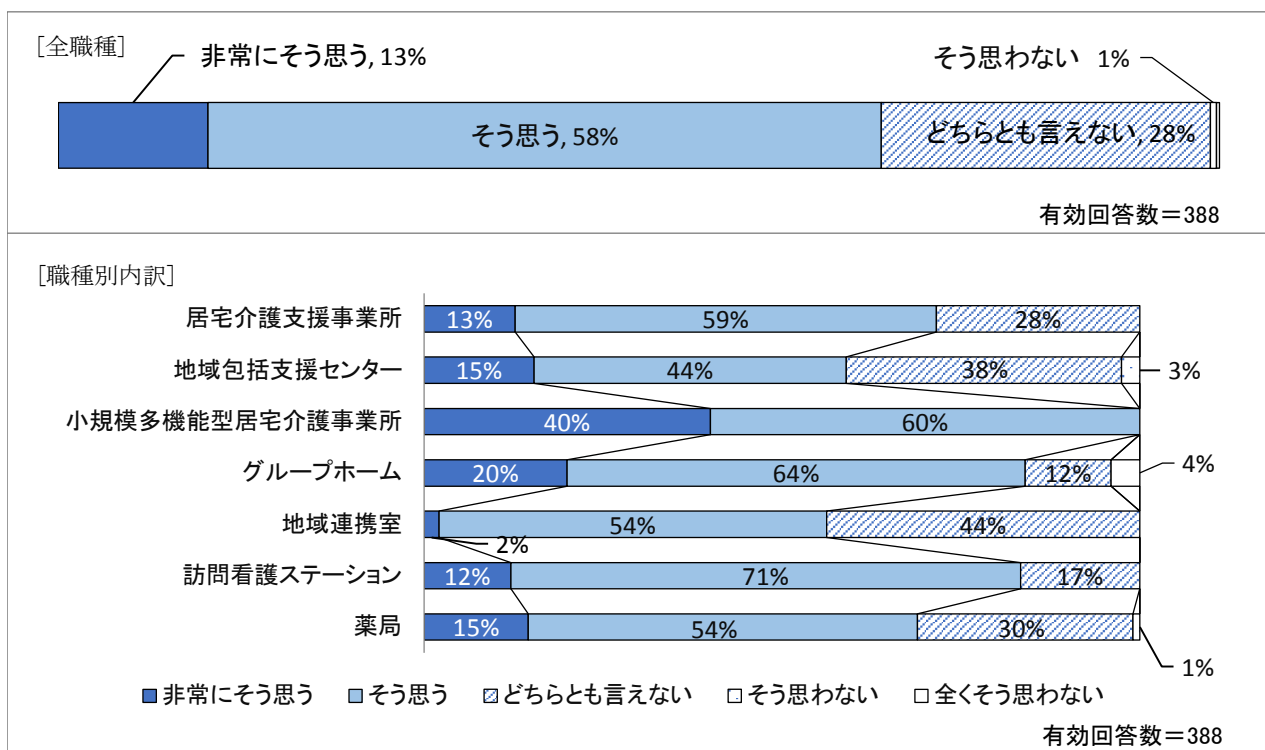
■機会

<ul style="list-style-type: none">・研修会・事例検討会・情報交換会 (困っていることを気軽に話せる場など) ①多職種間、②単一職種間・交流会(名刺交換会など)	<ul style="list-style-type: none">・地域ケア会議・ケアカフェ・地域毎に細分化した研修会・診療所の医師や、その看護師と連携が強化できる場・職種紹介パンフレット
---	---

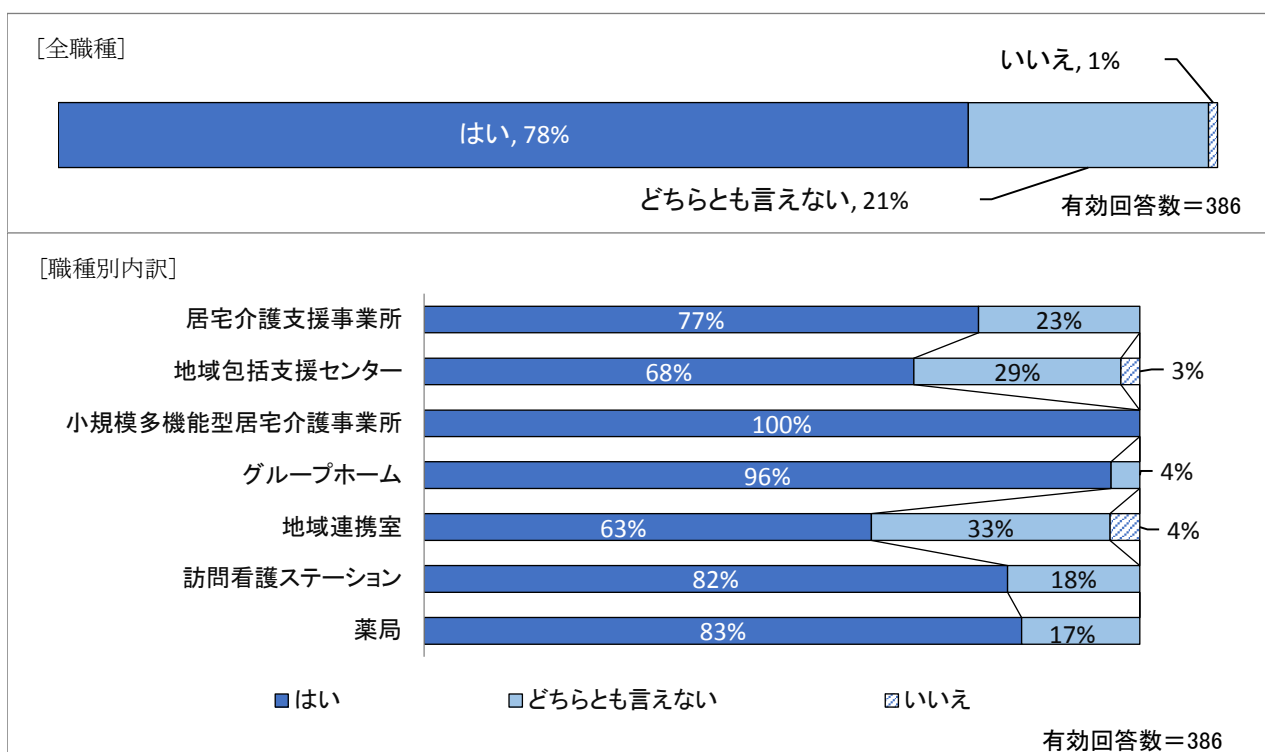
■研修会等の内容

<ul style="list-style-type: none">・在宅ケア・認知症・症例報告会・医療職側の認知症理解・在宅サービスの知識・各職能の役割理解・連携のとり方や情報共有できるための支援体制・単一職種のスキルアップ・多職種による小規模研修・医療系職種のグループワーク	<ul style="list-style-type: none">・研修会・事例検討会の積み上げで、地域のツール・ルールができると良い・精神科の病院紹介・入退院カンファレンスの事例検討・居宅系職種による困難事例のグループワーク・キャリア別の学習会・事業所機関の管理者向け研修・診療所の医師やその看護師が連携できるような研修・介護職員に必要な医療的知識・施設看取り
--	--

(5)-1 日常療養支援において統一した情報共有ツールがあった方が良い



(5)-2 統一した情報共有ツールがあった場合、活用する

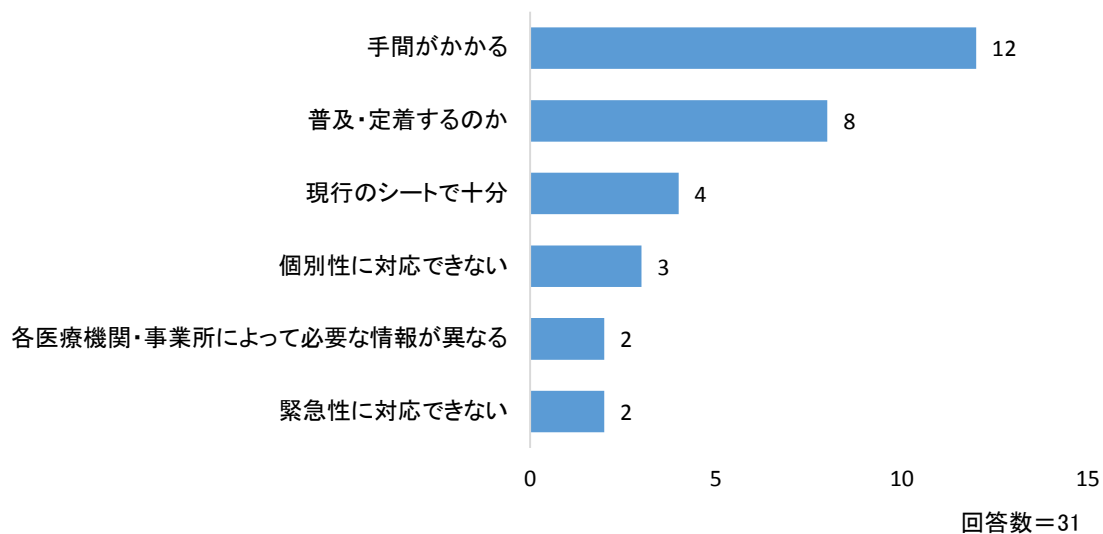


設問2(5)-1 日常療養支援の情報共有ツールがあった方が良いと感じている方は71%
 設問2(5)-2 統一した情報共有ツールがあれば活用すると回答した方は78%

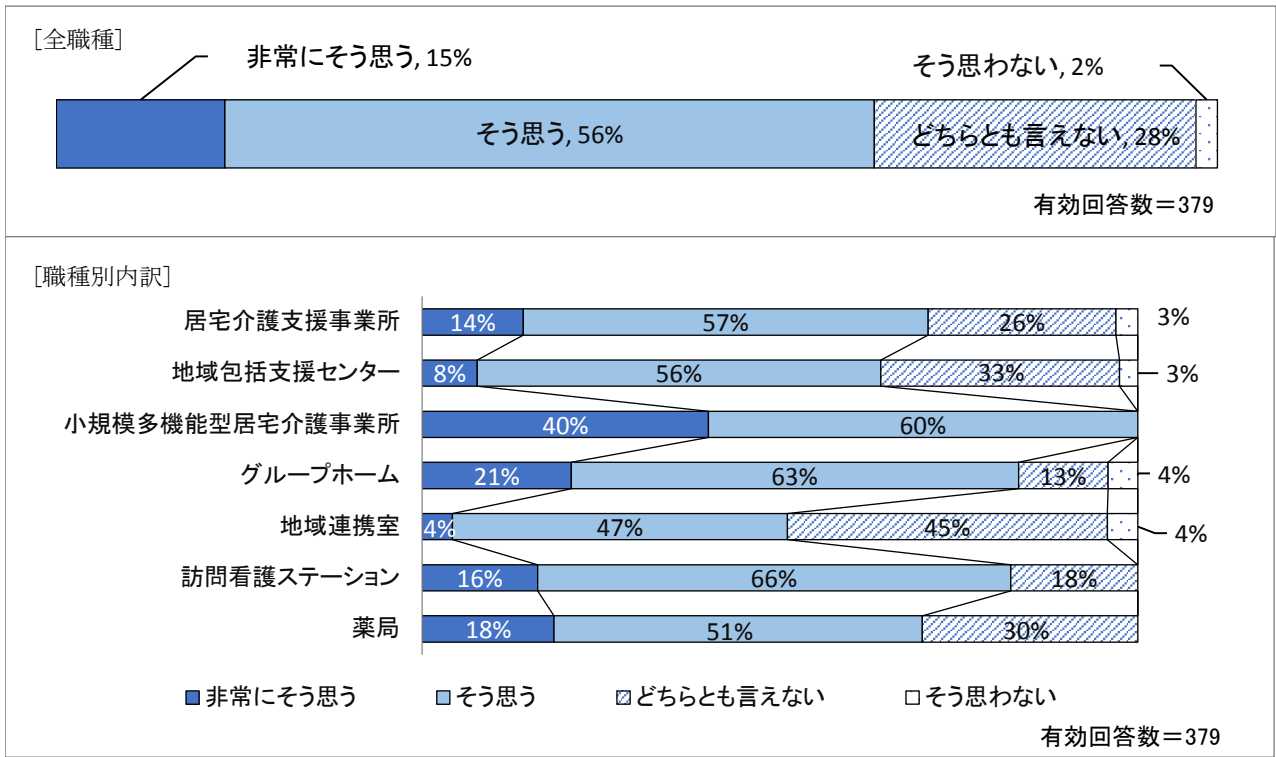
(5)-3 (5)-2において「どちらとも言えない」「いいえ」と答えた方にお聞きします。
活用するにあたり、何が障害になりますか。

[全職種]

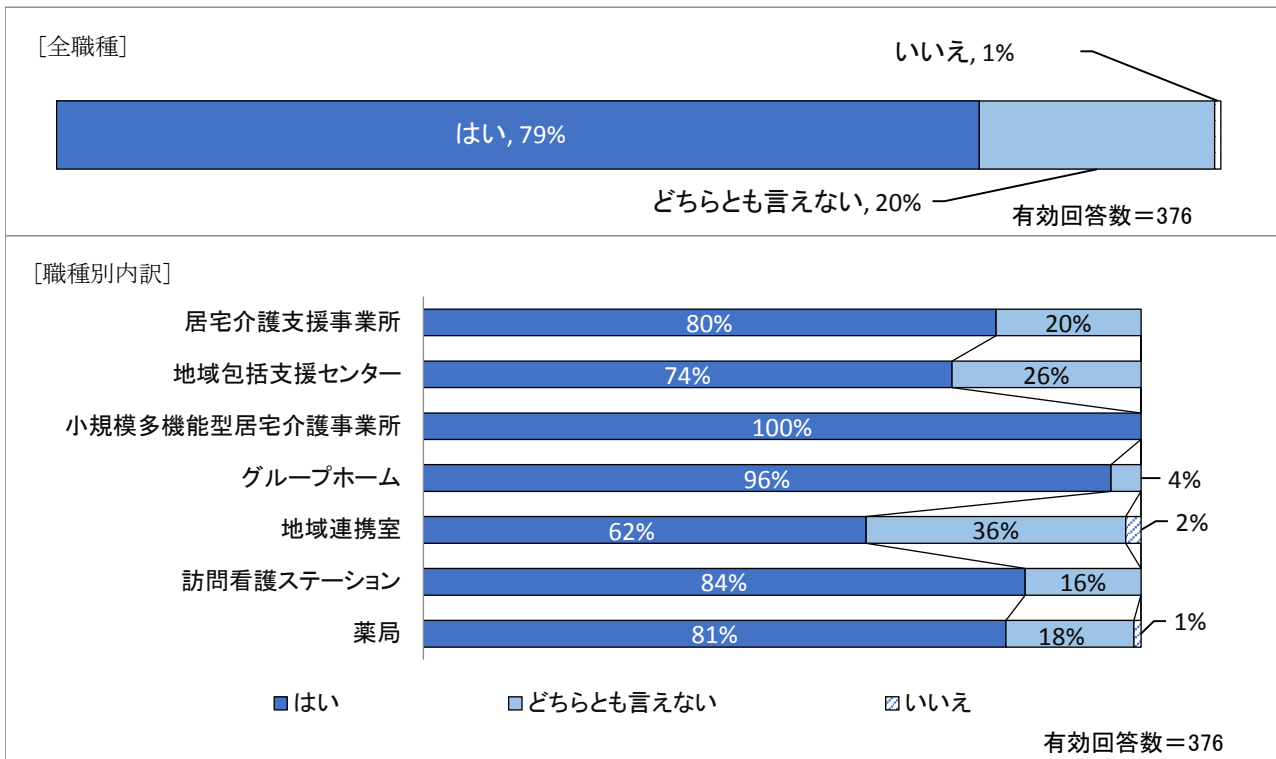
■ 統一した情報共有ツールを活用することによる障害(自由記載内容のカテゴリー化)



(6)-1 日常療養支援において統一した連携ルールがあった方が良い



(6)-2 統一した連携ルールがあった場合、活用する

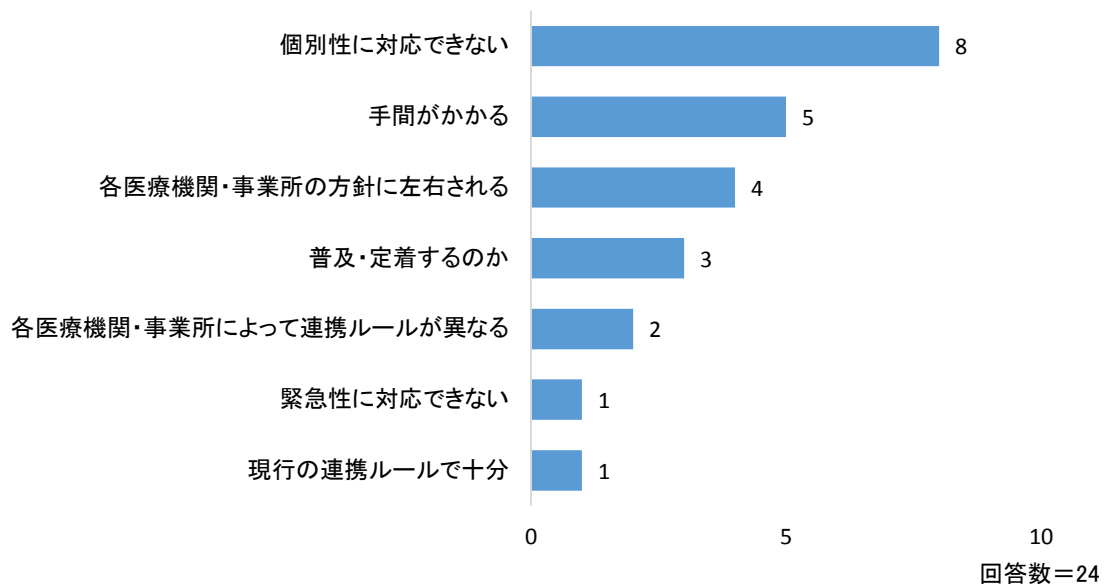


設問2(6)-1 統一した連携ルールがあった方が良いと感じている方は71%
 設問2(6)-2 統一した連携ルールがあれば活用すると回答した方は79%

(6)-3 (6)-2において「どちらとも言えない」「いいえ」と答えた方にお聞きします。
活用するにあたり、何が障害になりますか。

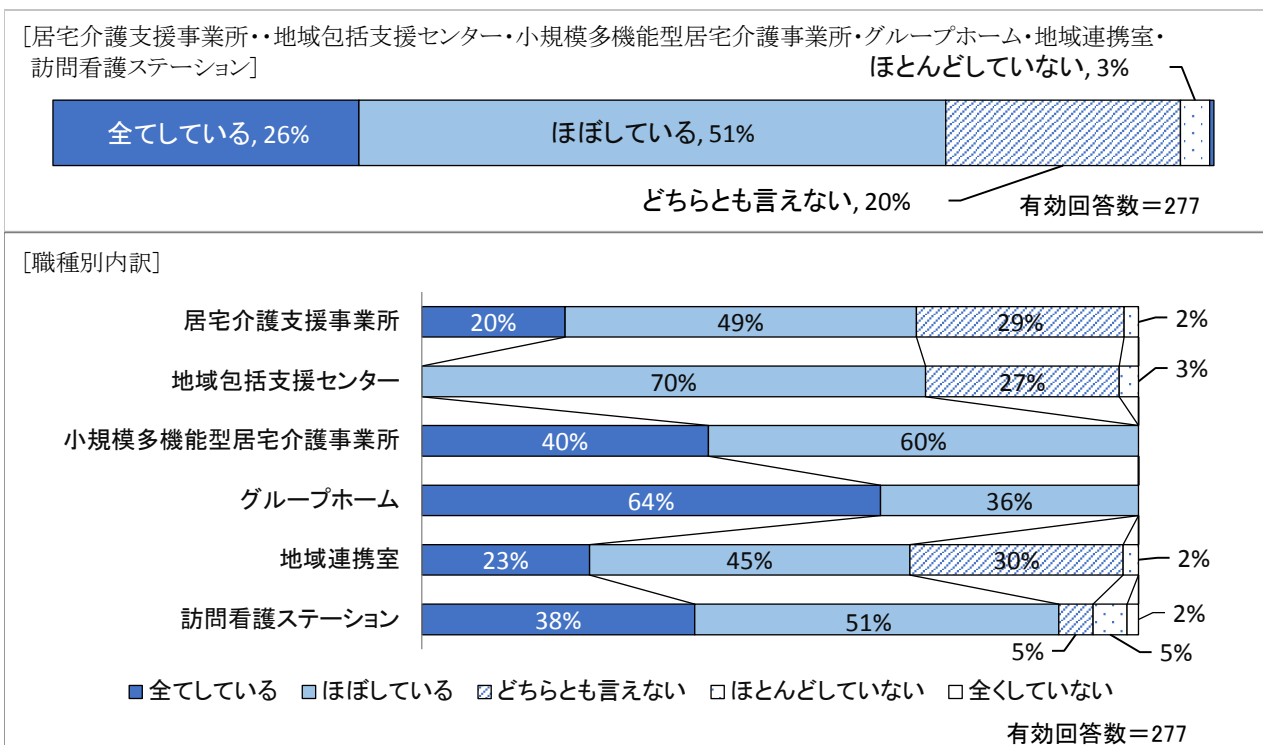
[全職種]

■ 統一した連携ルールを活用することによる障害(自由記載内容のカテゴリー化)

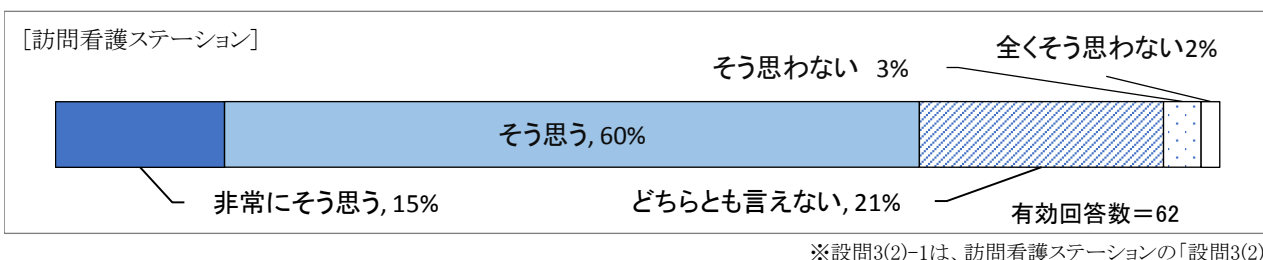


設問3：急変時の対応について

(1) 急変時の対応について、事前に利用者や家族へ説明している

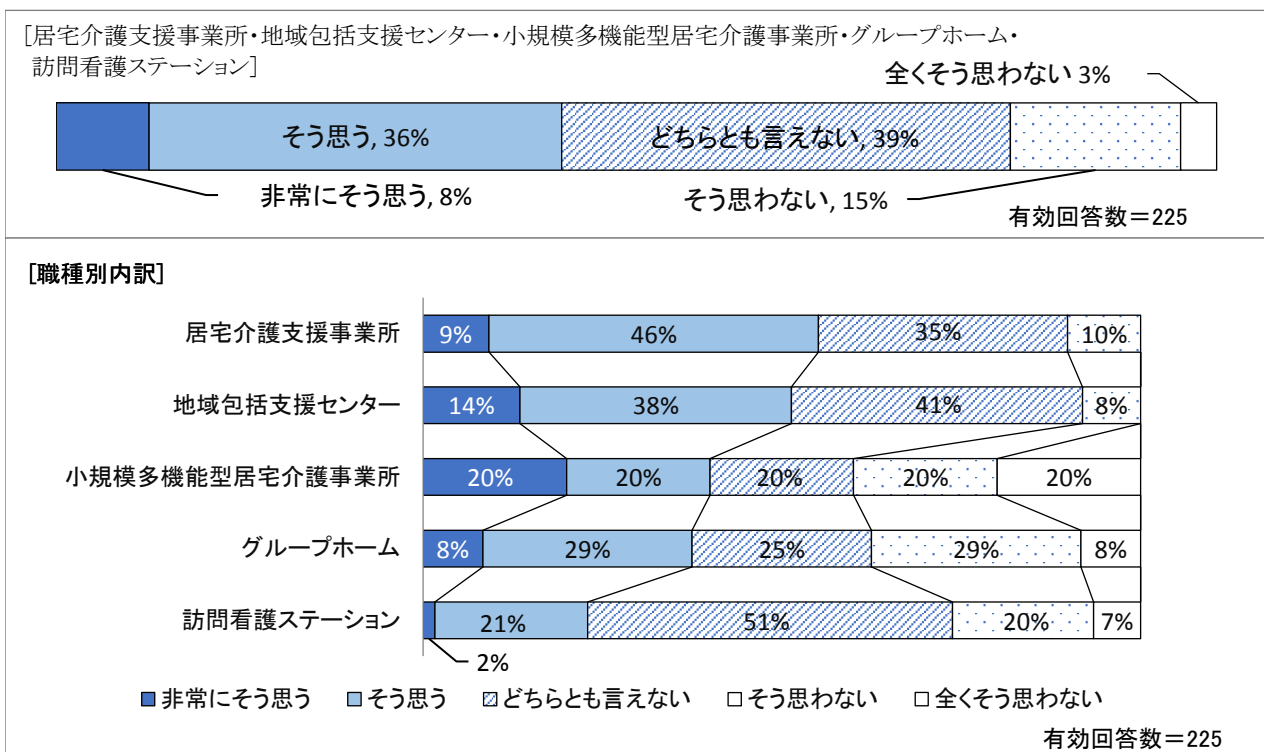


(2)-1 急変時の対応について、かかりつけ医との情報共有・連携ができている



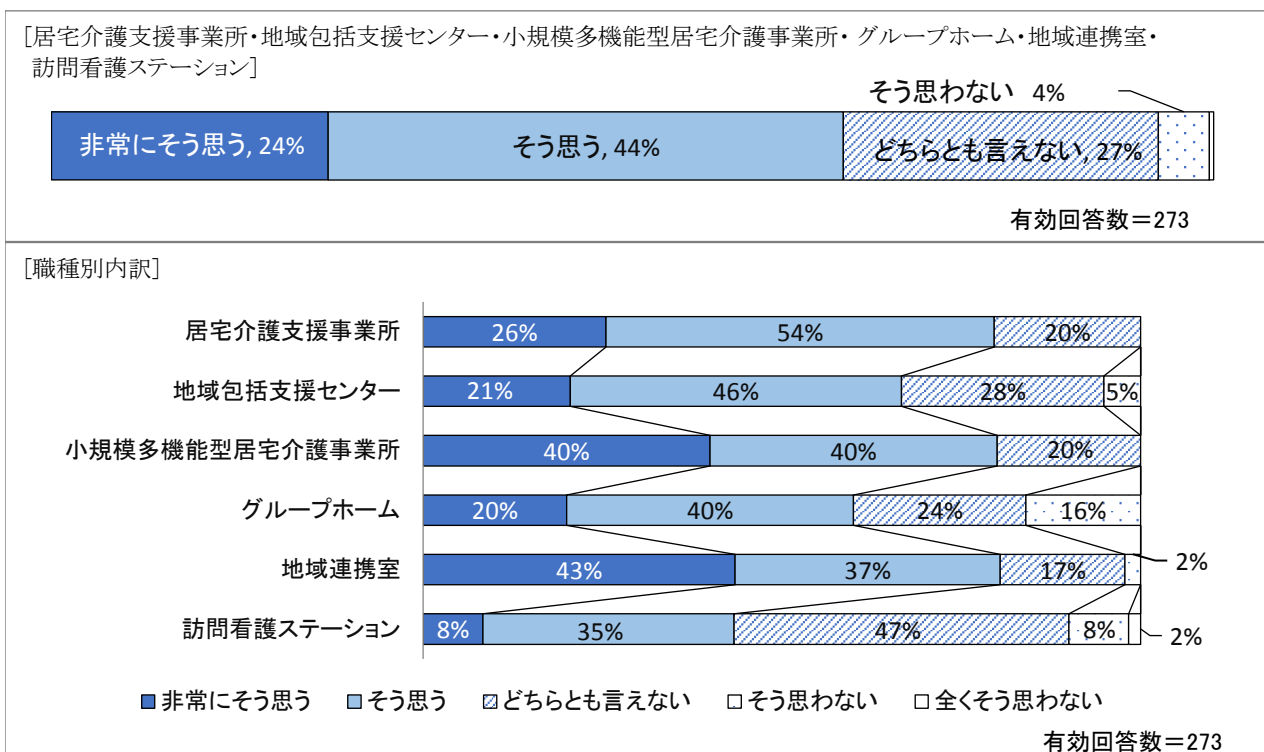
設問3(1)	急変時の対応について、事前に利用者や家族へ説明していると回答した方は77%
設問3(2)-1	急変時の対応について、かかりつけ医との情報共有・連携ができていると感じている方は75%

(2)-2 急変時の受け入れ先病院が決まらずに困る



※設問3(2)-2は、訪問看護ステーションでは「設問3(3)」

(3) 24時間対応可能な地域の医療資源（訪問診療・訪問看護・後方支援病院など）が不足している



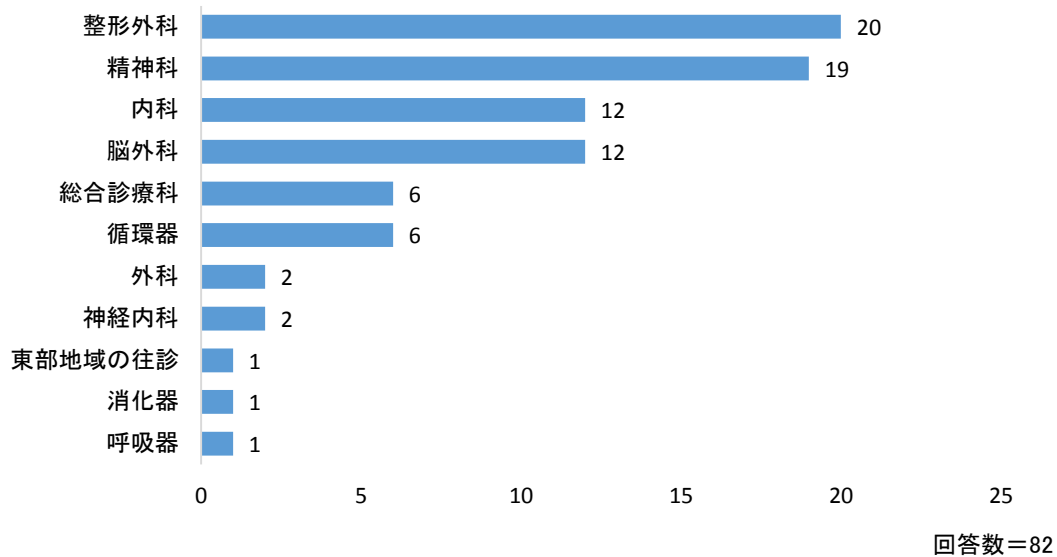
※設問3(3)は、地域連携室では「設問3(2)」、訪問看護ステーションでは「設問3(4)」

設問3(2)-2 急変時の受け入れ先病院が決まらずに困っている方は44%
 設問3(3) 24時間対応可能な地域の医療資源（訪問診療・訪問看護・後方支援病院など）が不足していると感じている方は68%

(4) 救急体制を強化してもらいたい診療科があればお書きください

[居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・小規模多機能型居宅介護事業所・グループホーム・地域連携室・訪問看護ステーション]

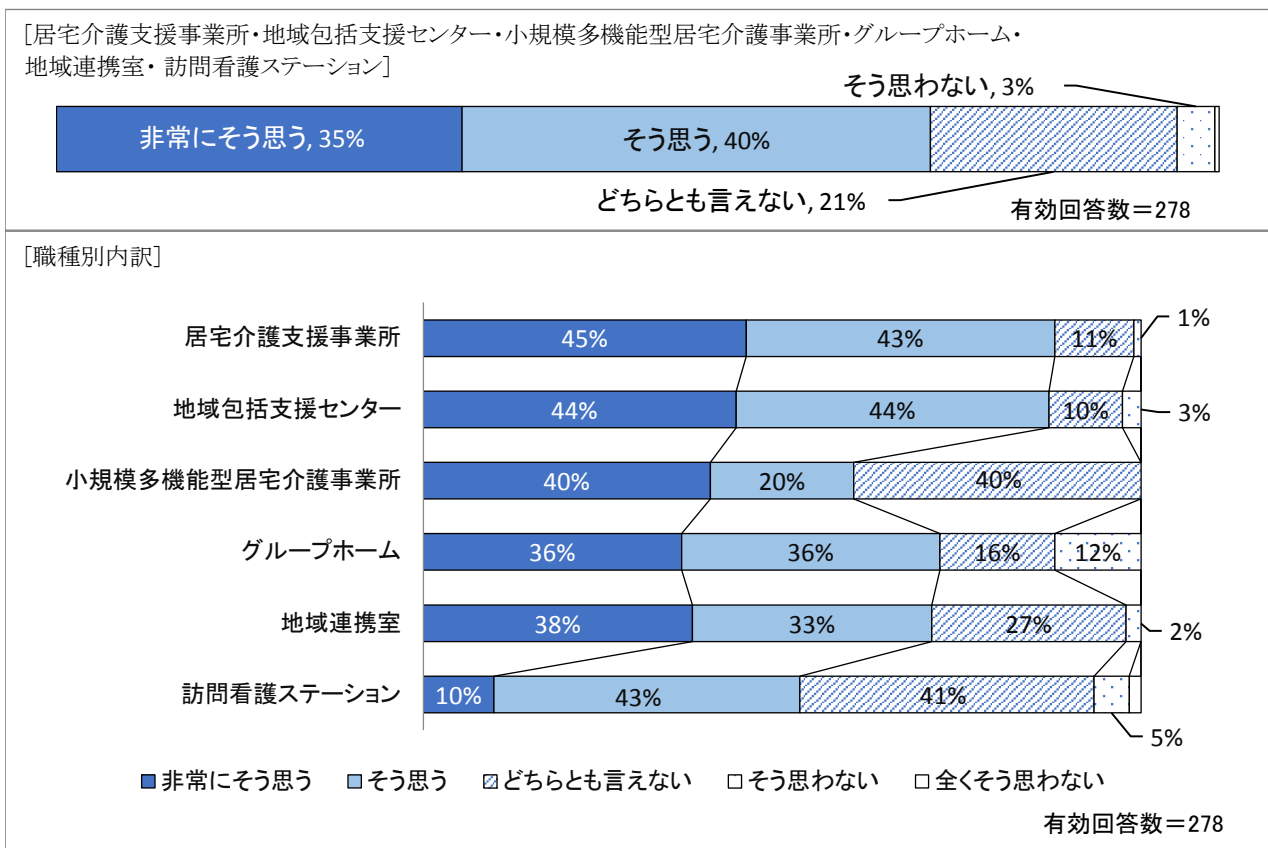
■救急体制を強化してもらいたい診療科(自由記載内容をカテゴリー化)



※設問3(4)は、地域連携室では「設問3(3)」、訪問看護ステーションでは「設問3(5)」

設問3(4) 救急体制を強化してもらいたい診療科として、整形外科、精神科、内科・脳外科の順に多かった

(5) 認知症や精神障害がある場合、入院受け入れ先が見つからない

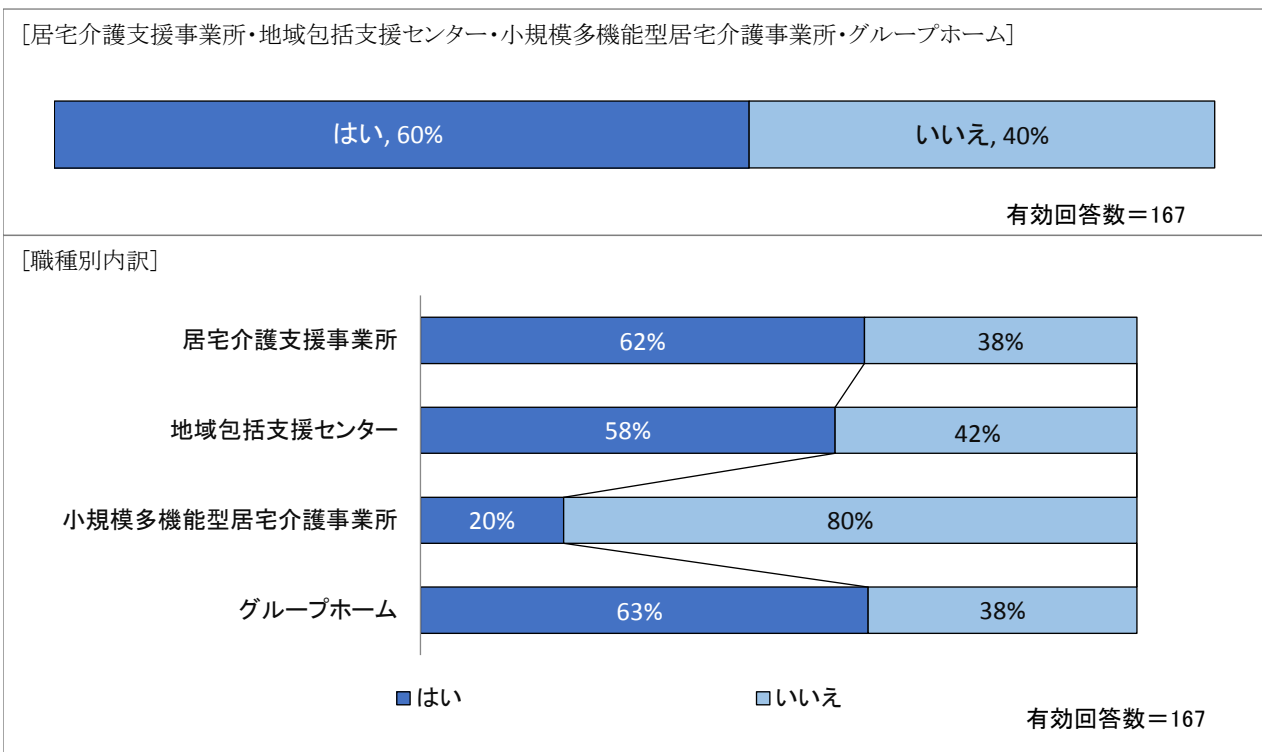


※設問3(5)は、地域連携室では「設問3(4)」、訪問看護ステーションでは「設問3(6)」

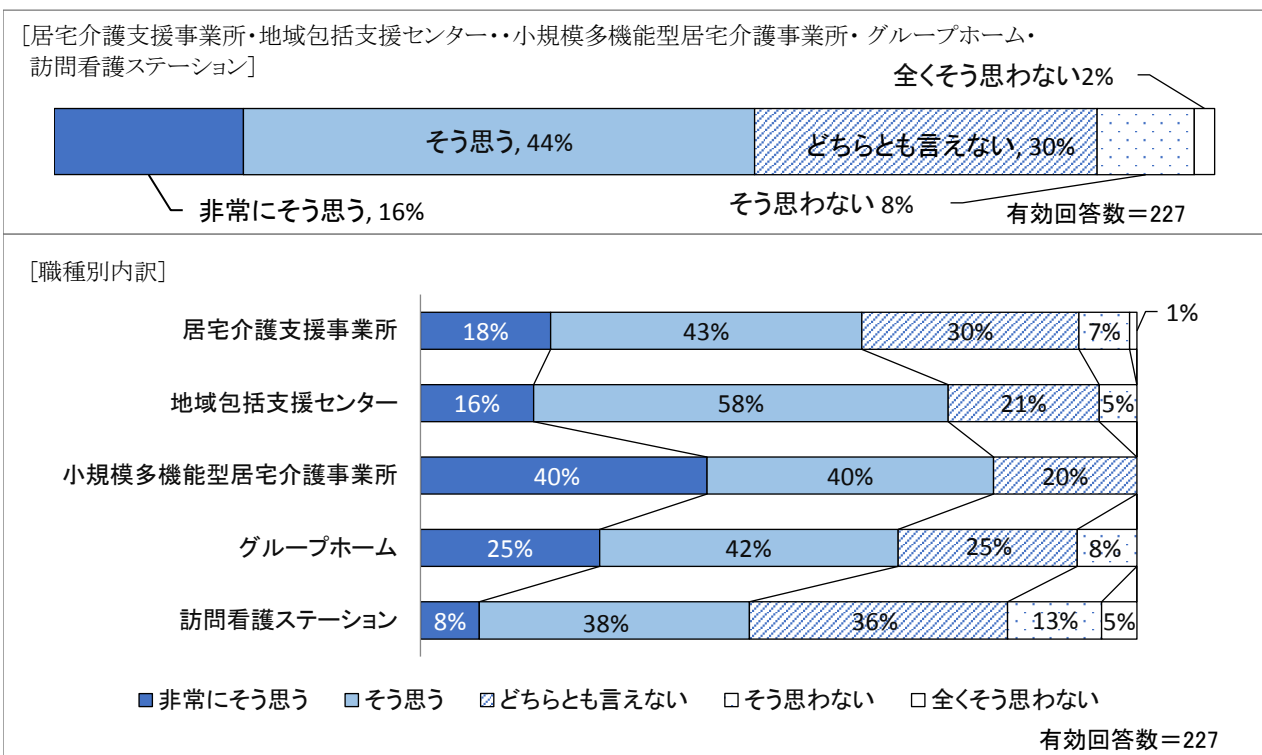
設問3(5) 認知症や精神障害がある場合、入院受け入れ先が見つからないと感じている方は75%

設問4：在宅での看取りについて

(1) 在宅の看取りケースに携わったことがある



(2)-1 在宅で看取りをすることは負担が大きい



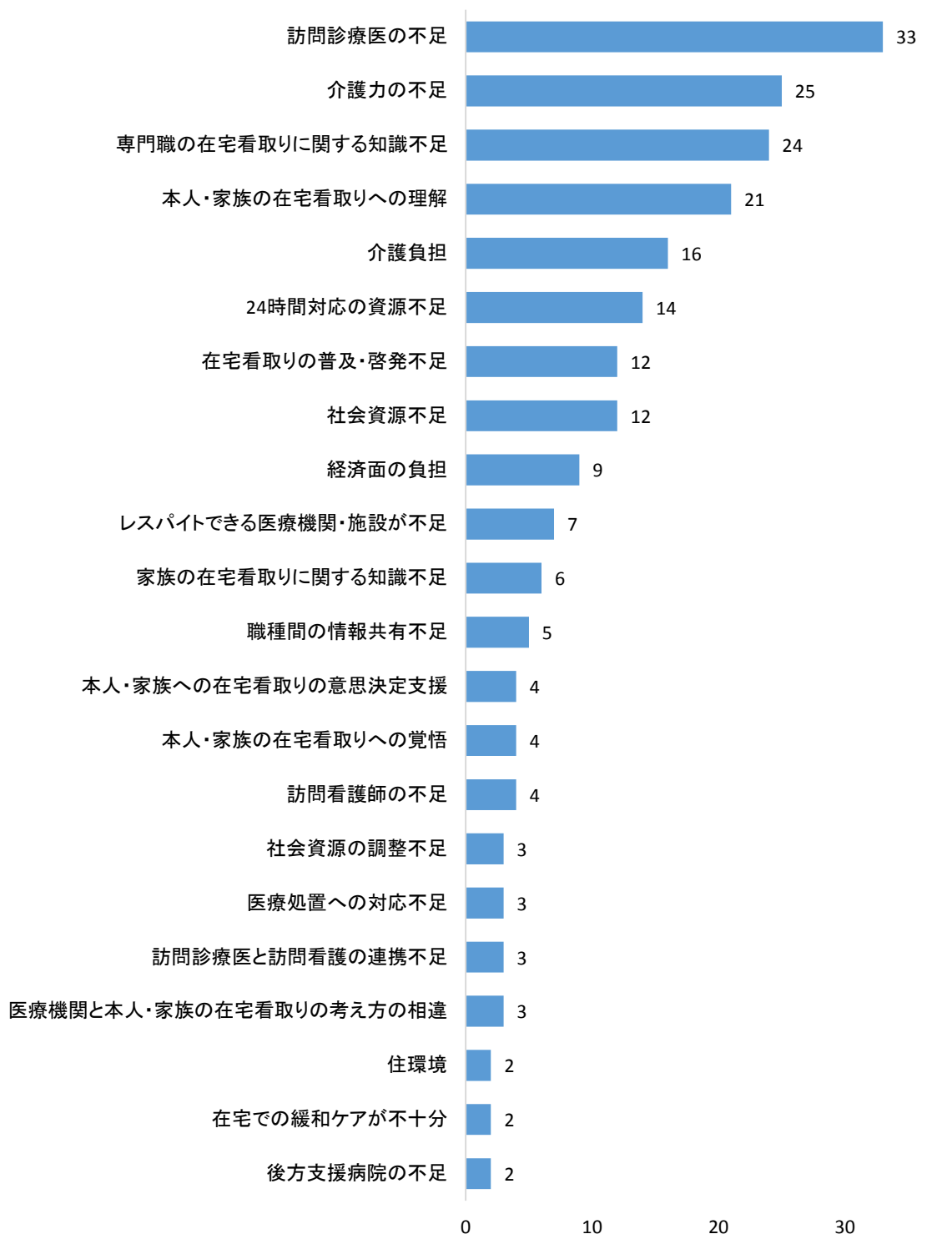
※設問4(2)-1は、訪問看護ステーションでは「設問4(1)-1」

設問4(1) 在宅の看取りケースに携わったことがあると回答した方は60%
 設問4(2)-1 在宅で看取りをすることは負担が大きいと感じている方は60%

(2)-2 在宅看取りをするにあたり障害になっているものは何ですか。具体的に記載してください

[居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・小規模多機能型居宅介護事業所・グループホーム・地域連携室・訪問看護ステーション]

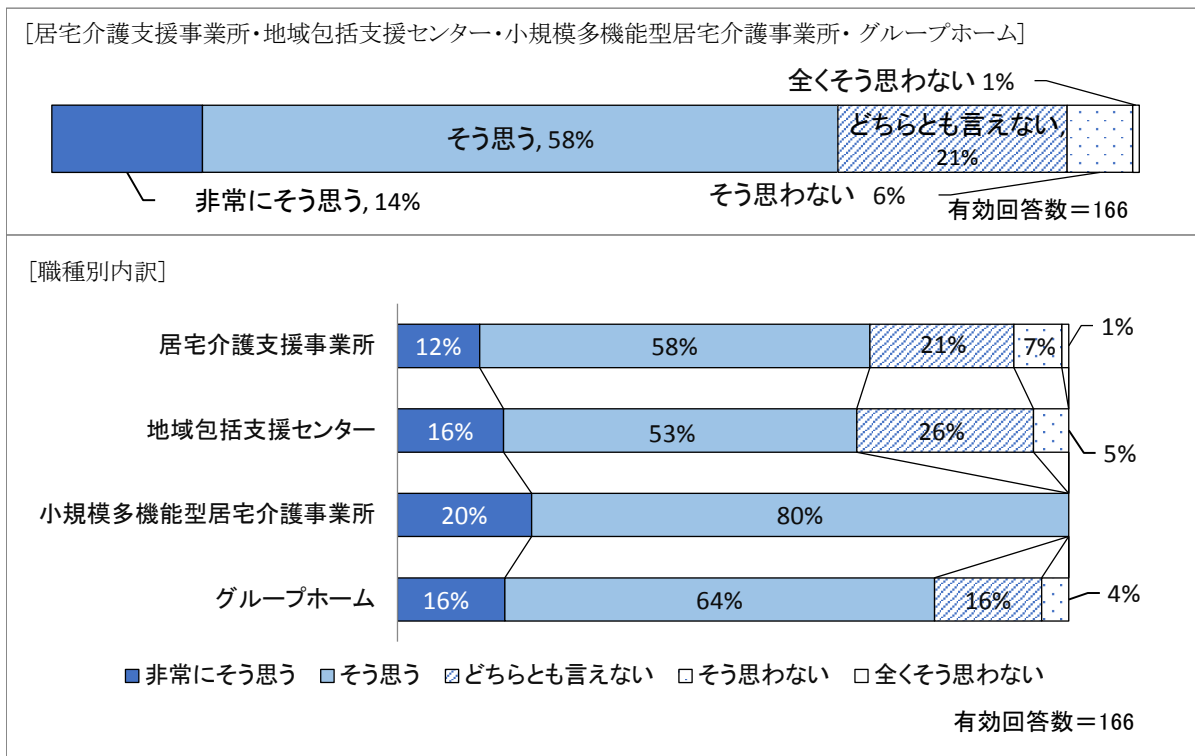
■在宅看取りをするにあたり障害になっているもの(自由記載内容をカテゴリー化)



回答数=214

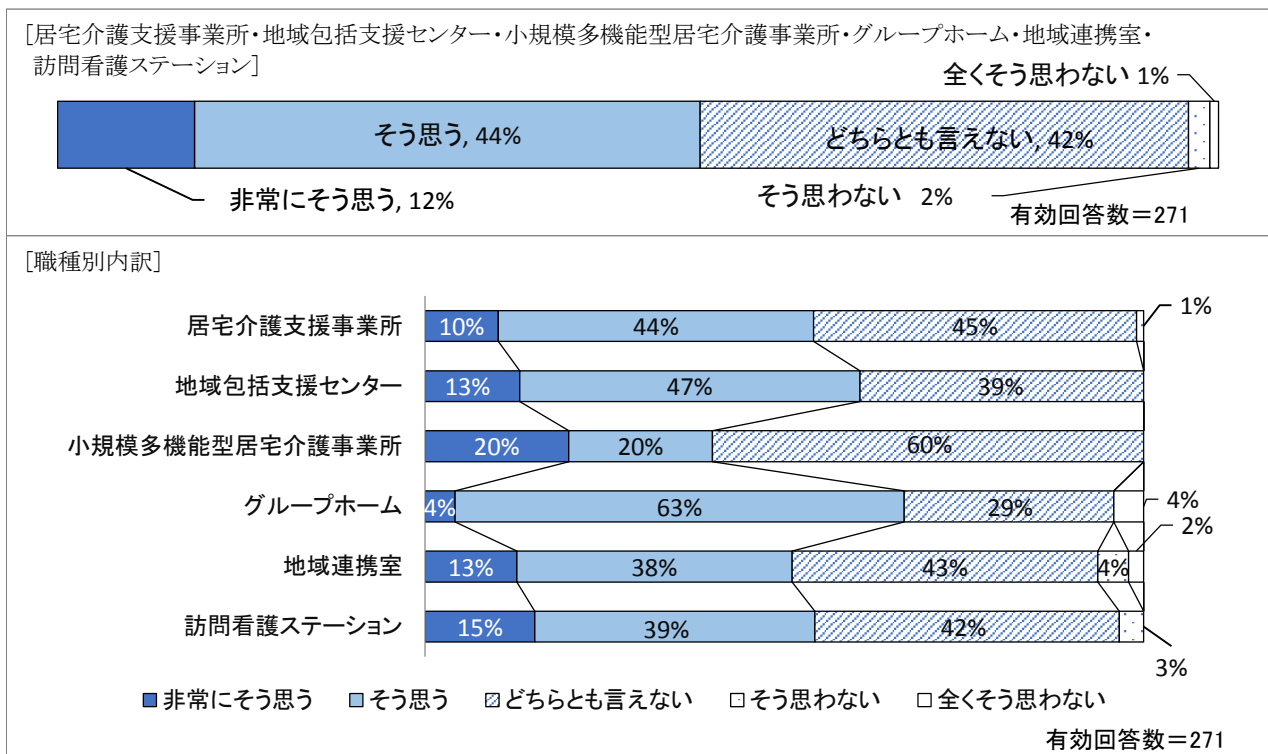
※設問4(2)-2は、地域連携室では「設問4(2)、訪問看護ステーションでは「設問4(1)-2」

(3) 在宅看取りに関する知識が不十分である



設問4(3) 在宅看取りに関する知識が不十分であると感じている方は72%

(4) 在宅看取りの体制を強化したいと考えている



※設問4(4)は、地域連携室では「設問4(1)、訪問看護ステーションでは「設問4(2)」

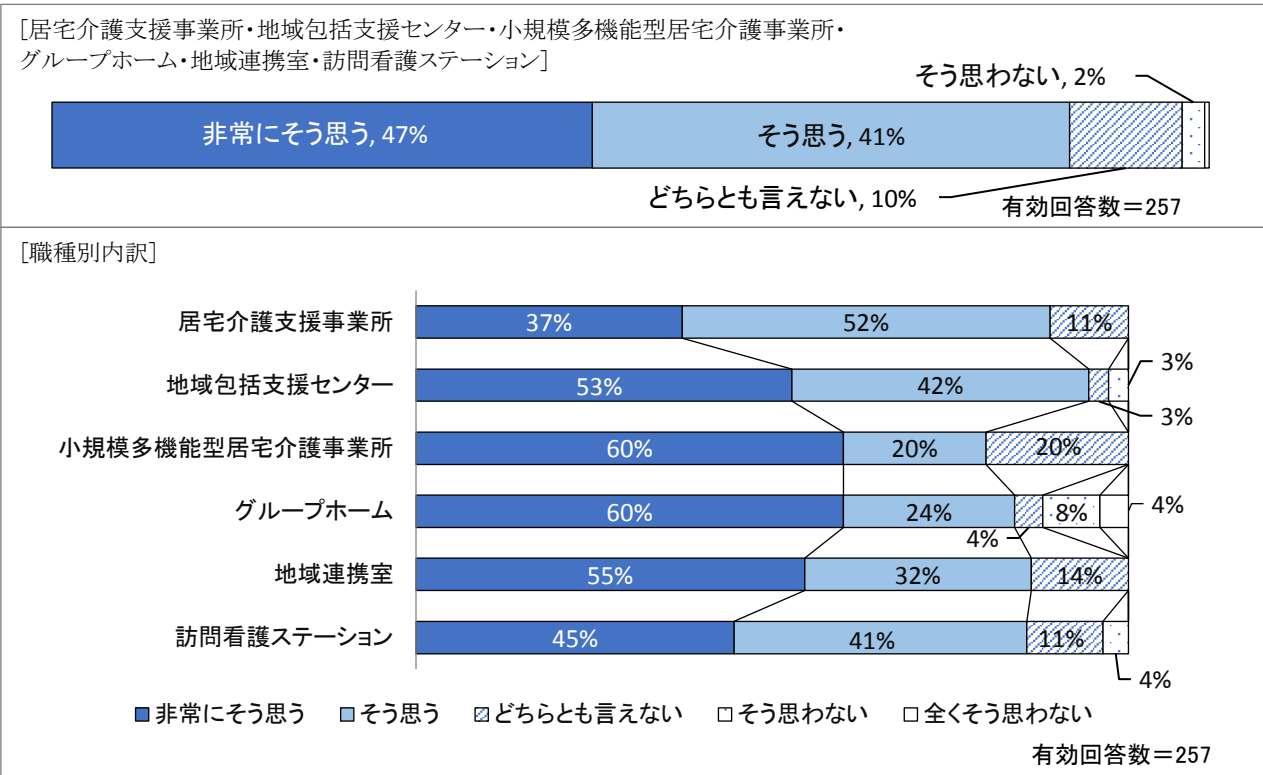
(5) 事業所には在宅看取りの対応マニュアルがある



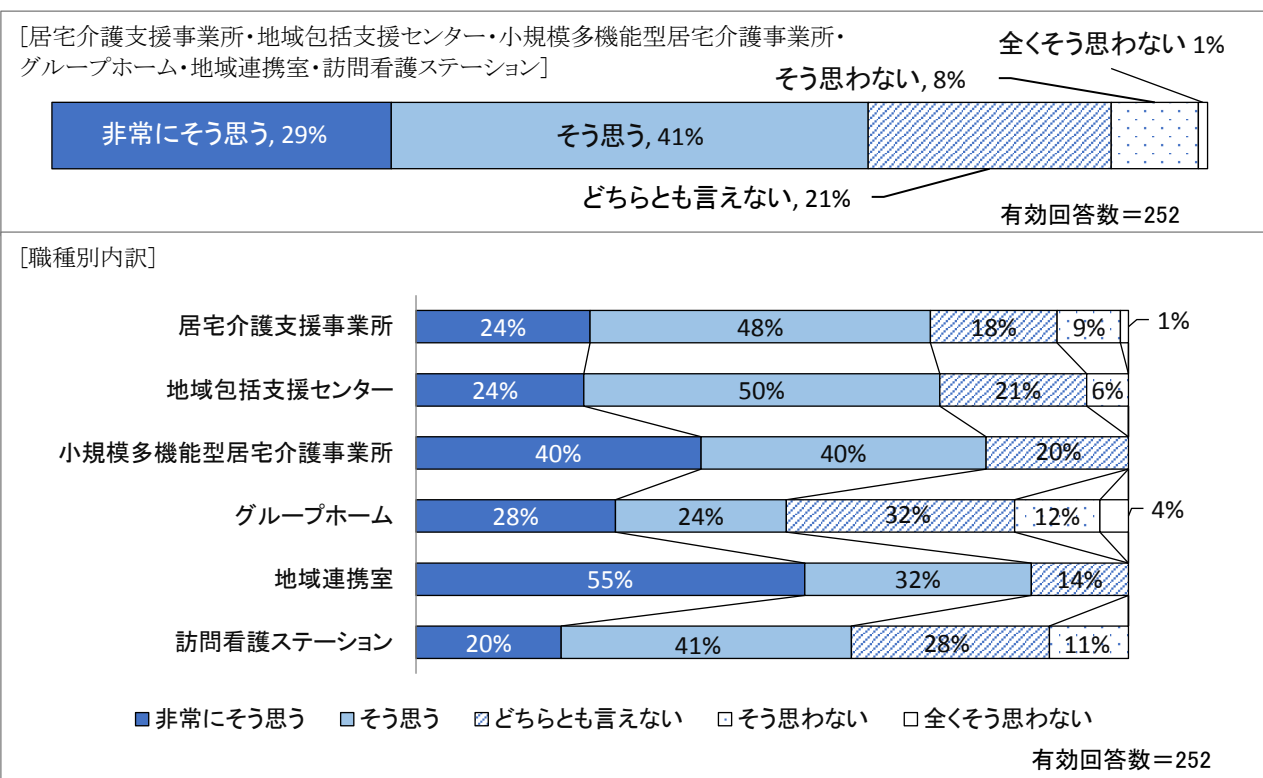
設問4(4)	在宅看取りの体制を強化したいと考えている方は56%
設問4(5)	事業所には在宅看取りの対応マニュアルがあると回答した方は61%

2.在宅療養を支えるために、現在不足している支援体制について、該当する項目に○をつけてください

・訪問診療医・往診医

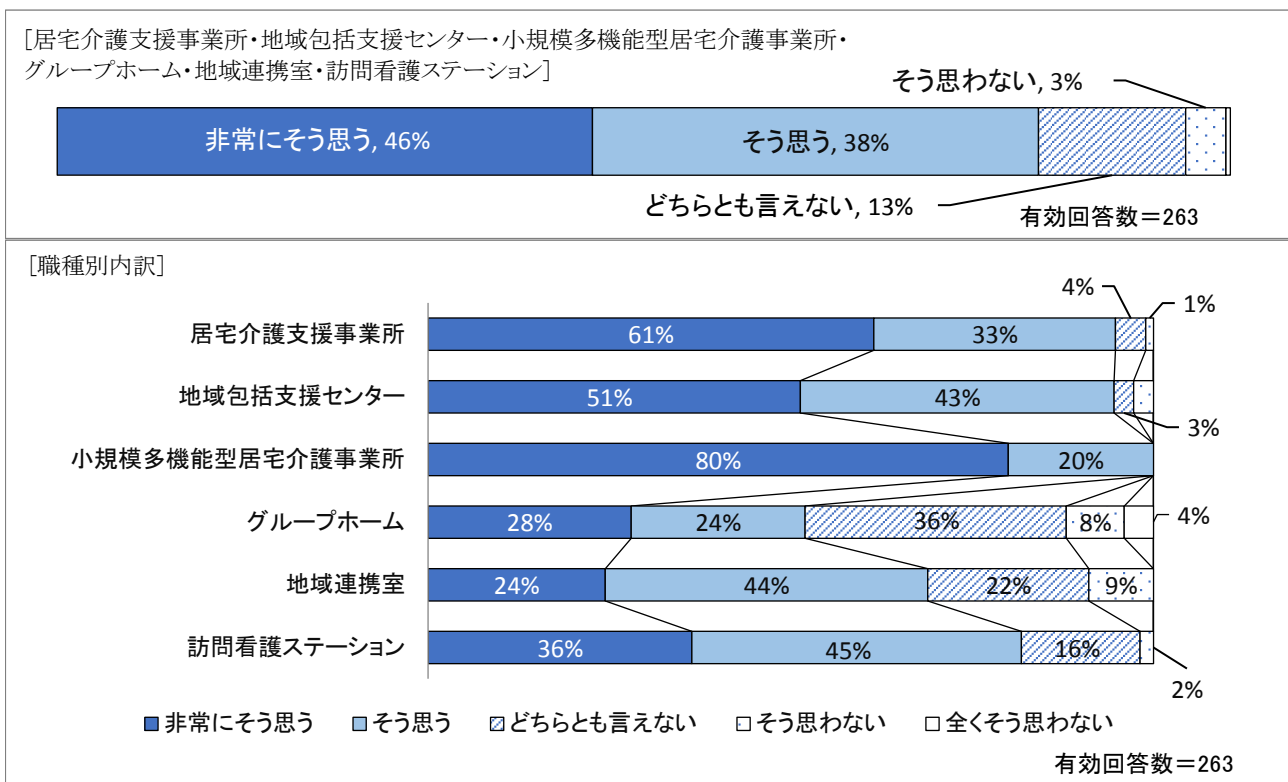


・24時間体制の訪問看護

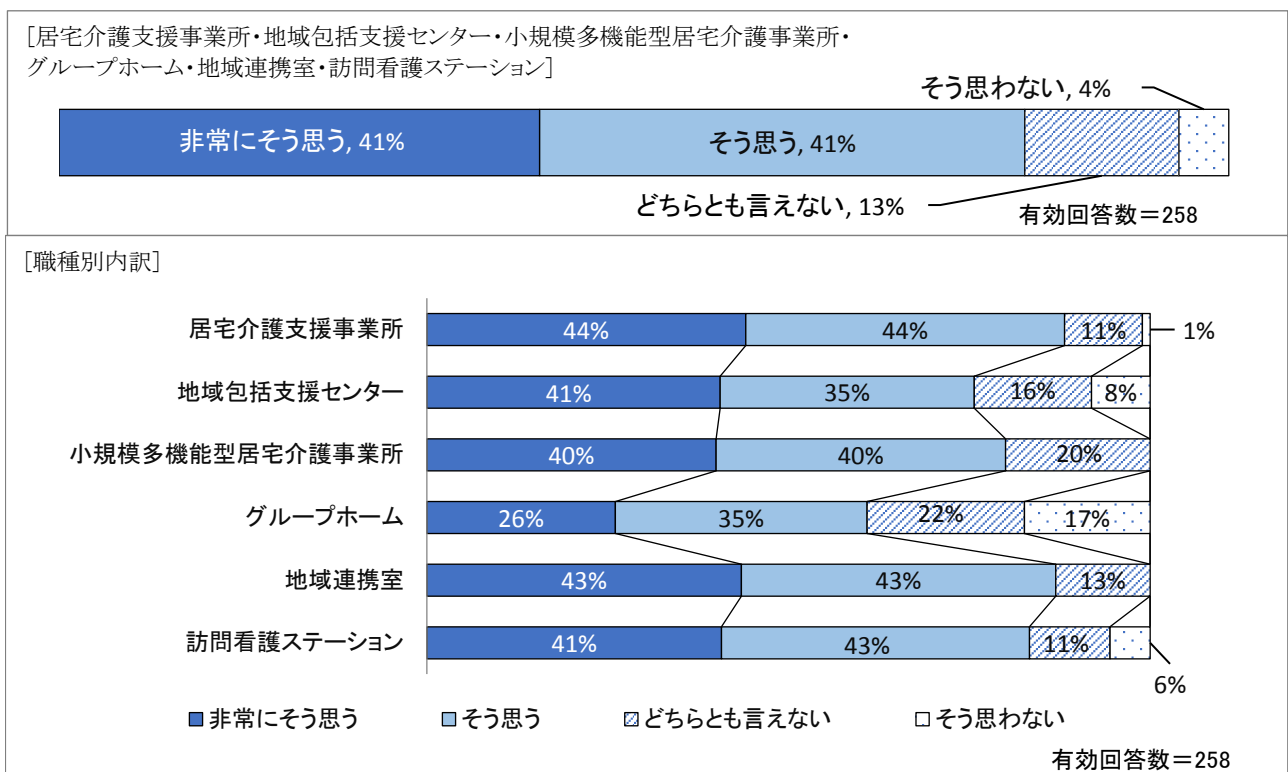


・訪問診療医・往診医が不足していると感じている方は88%
 ・24時間体制の訪問看護が不足していると感じている方は70%

・24時間体制のヘルパー支援



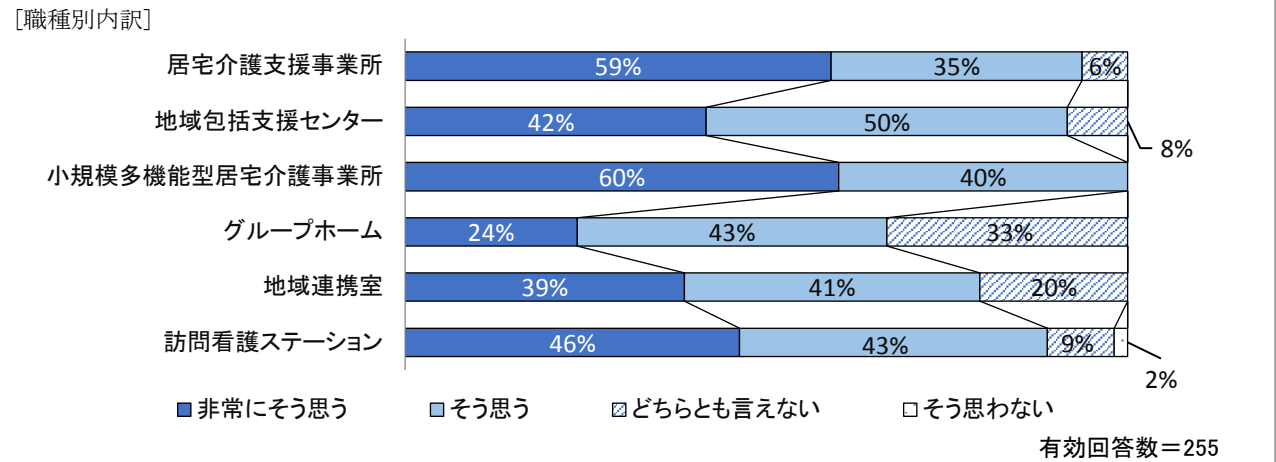
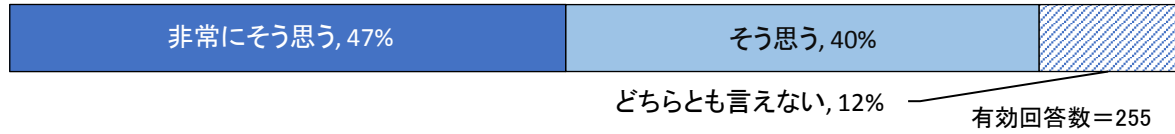
・家族の負担軽減のためのショートステイ



・24時間体制のヘルパー支援が不足していると感じている方は84%
 ・家族の負担軽減のためのショートステイが不足していると感じている方は82%

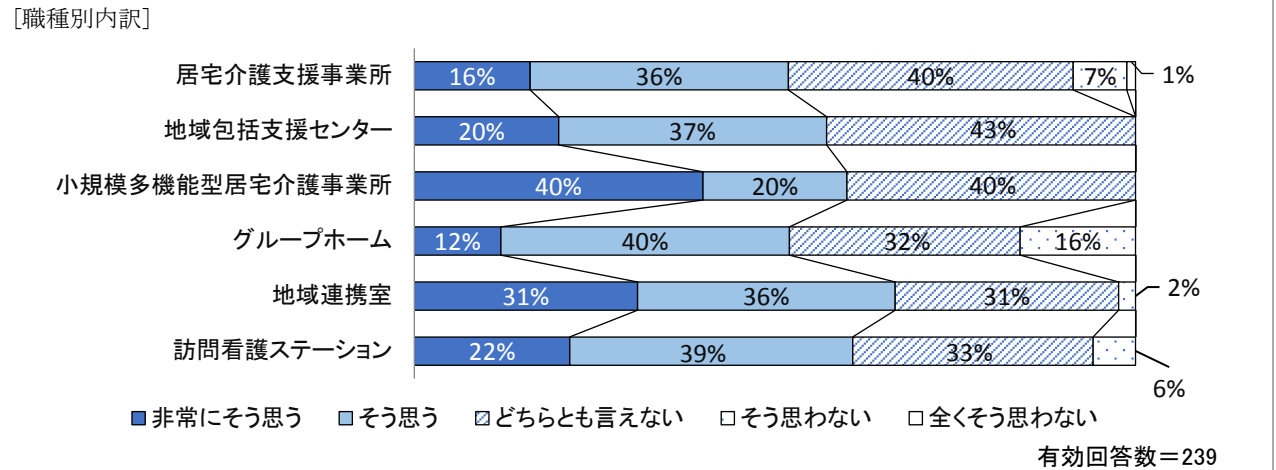
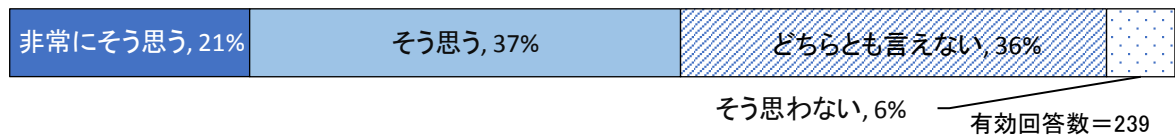
・レスパイト入院先

[居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・小規模多機能型居宅介護事業所・グループホーム・地域連携室・訪問看護ステーション]



・痛みや苦痛のコントロール

[居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・小規模多機能型居宅介護事業所・グループホーム・地域連携室・訪問看護ステーション]



※その他

- ・ヘルパーによる通院介助、家族の介護体制、緊急時、今日から利用したい短期事業所の受け入れがない。
- ・医療依存度の高い利用者のデイやショート（サクション・HOT・胃瘻など）。透析通院の送迎（送迎があっても認知や介護の必要な方は利用できない。ヘルパーの乗降や身体介護で行くにもヘルパーや車両不足で受け入れるところが少ない。
- ・透析患者の療養場所
- ・スピリチュアルカウンセラー、精神科の訪問診療、介護休暇の普及立場の保障など
- ・ヘルパー不足など

・レスパイト入院先が不足していると感じている方は87%

・痛みや苦痛のコントロールが不足していると感じている方は58%

3.その他、ご自由にご意見を記載してください

※自由記載をカテゴリー化

自由記載内容	
資源不足	<p>移送</p> <ul style="list-style-type: none"> 救急車で病院搬送し異常がなければ帰宅となる。その際、ストレッチャー付きのタクシーが利用できないので帰れない。 リクライニング型やストレッチャーなどの介護輸送可能な業者が少ない。 福祉タクシーによっては移動介助ができないため、ケアマネが複数で対応している。 透析通院などの移送サービスが不足しているので検討してほしい。
	<p>ヘルパー</p> <ul style="list-style-type: none"> ヘルパー不足で受診対応できる事業所が少ない。(特に透析の方が断られてしまう)
	<p>ショートステイ</p> <ul style="list-style-type: none"> ショートステイなどレスパイト先が少ない。 介護力もなく動けない中で、自宅での生活が困難であるがショートステイも見つからない。 胃瘻の方のショートステイの受け入れ先が少ない。 在宅での看取りや、医療行為が必要な方の家族が、休息するためのショートステイ・レスパイト入院先や対応できる施設が少ない。 在宅療養の支援体制のショートステイについては主に特養となってしまうため利用者の状態によっては受け入れ困難と考える。
	<p>施設</p> <ul style="list-style-type: none"> 家族介護困難な場合の受け入れ先が少なく、ショートステイも空きが少ないことが多い。 療養と施設の狭間(医療機関でも介護でもない)にいる方を支えてくれる受け入れ先がない。 インスリンの自己注射の方や透析患者、施設に入るだけのお金がない方の行き先がない。 特別養護老人ホームで看取りをしない方針の施設がある。看取りのニーズが高くなっていく時代の流れに苫小牧市も対応が必要と思う。 医療機関から今すぐにでも施設入所したほうが良いと言われても、そう簡単に入所できない事が多いので、すぐ入所できるような事を本人・家族へ言わないでほしい。
	<p>全般</p> <ul style="list-style-type: none"> 退院時に、在宅でのサービスが整わないと受け入れできないと言われても困ってしまう。 在宅療養をするための適切なサービスが、不足しているため病院の「たらいまわし」となっている。 市の中心部から離れている地域(勇払・ウトナイ・植苗など)は訪問診療・訪問介護等の対応が難しい。 訪問看護があっても訪問診療医がいなければ在宅療養は増えない。

3.その他、ご自由にご意見を記載してください

※自由記載をカテゴリー化

		自由記載内容
受け入れ状況	病状増悪時	<ul style="list-style-type: none"> ・ 整形外科で圧迫骨折時、動けなくても自宅へ帰す場合が多い。 ・ 救急搬送時、専門医ではないため翌日に通常受診すると言われていたことがある。救急受け入れ時(当番医)の対応に疑問を感じる。 ・ 整形外科受診時、自宅に戻っても介護が必要だが独居の方など介助者がいない時に困る。 ・ 転倒で動けなくなり救急搬送されても骨折等の診断がつかないと帰されてしまう場合がある。 ・ 精神科は強化してほしい。 ・ 総合病院で骨折疑いのある方に対して産婦人科の当直しかいないので骨折はわからないと言われたので、救急時に判断できるように救急体制を強化してほしい。 ・ 夜間急変時は、主治医に連絡しても入院施設がないため二次救急医療機関に救急搬送される。
	認知症(精神含む)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症があると入院させてもらえないことが多い。 ・ 認知症で暴言・暴力・多動などの症状がある方は、介護保険施設の入所やショートステイは断られる。かかりつけの精神科の入院も断られることもある。 ・ 認知症で不穏が強いと入院継続が難しい。退院するか、もしくは、家族の付き添いを要望されるが家族がいないと付き添いを頼むにしても経済的に厳しい。 ・ 一般病棟に入院している方が認知症状が強いと治療できず、退院後のサービス調整もできないうちに退院させられることがある。 ・ 精神疾患の精神症状があり生活困難となっている場合でも市内での精神科の受け入れ先が少ないため市外の病院へ相談するケースが散見され結局、札幌などで入院となる。
	身元保証のない方 経済的困難な方	<ul style="list-style-type: none"> ・ 身寄りのない独居の高齢者は、夜間休日救急搬送されても、帰るお金と、帰る手段がない。 ・ 65歳以下の介護保険非対象者の経済的負担を軽減できるような支援が必要。 ・ 老々介護や金銭的な問題がある方への支援について、市としての方針を示してほしい。

3.その他、ご自由にご意見を記載してください

※自由記載をカテゴリー化

		自由記載内容
連携	情報共有	<ul style="list-style-type: none"> ・ 情報提供しても何も連絡なく退院している病院と、退院カンファレンスを開き万全にしている病院など、情報共有時の対応・退院時連絡などバラツキがある。訪問看護についても、事業所によって差が大きい。 ・ 入院中の情報提供がないまま、退院となるケースが急性期病院では多いため、今後の改善を期待したい。 ・ 多職種連携体制が医療機関により違いが大きい。 ・ 各病院の医療相談室の対応にばらつきがある。 ・ 連携のとりやすい病院とそうでない病院の差が大きい。特に急性期病院からの退院時連絡が遅い。 ・ 医療相談室がない病院やMSWがあまり機能していないところは、連携がとりにくい。 ・ MSWが配置されていない病院は、いる病院に比べ医療と介護の連携について積極的ではないと感じる。 ・ MSWのいる病院といない所では差がある。入退院時だけではなく通常時の必要な情報共有が出来るとうい。 ・ 相談室のない病院とのやり取りが難しく課題と感じている。色々事情はあると思うがMSWを置いてほしい。 ・ 以前よりもMSWや看護師から担当利用者の入退院や受診時の様子などについても迅速に連絡が入り、情報共有が図れるようになった。 ・ 終末期における家族の意向を尊重したいが、施設ではカンファレンスが病院の場合、体制上参加できないことがある。 ・ 精神科という特徴から入院時のスクリーニングはしていないが退院に向けては、ケアマネや自立支援の相談員とカンファレンスをしている。 ・ 地方の病院との連携で、退院時カンファレンスに参加しているが一日かかる。連携のあり方を教えてほしい。 ・ 在宅医と訪問看護の事業所との連携が不足。 ・ グループホームの場合、薬剤師はなかなか主治医と連携がうまくとれていない。 ・ 主治医に会うのに受診同行しても半日以上かかることがある。 ・ 市のホームページの施設空き情報を定期的に更新し、情報を充実するようにしてほしい。
	情報共有ツール・連携ルール	<ul style="list-style-type: none"> ・ 情報共有の共通のツールがあり、連絡・相談先もきちっとわかっていると良い。 ・ 統一の入院時書式等、以前より話があったが進んでいないので書式は必要と思う。 ・ 軽度者の福祉用具貸与に関わる文書を共通書式で作成し、統一化してほしい。 ・ 様々な職能団体で出している統一書式もあるのでいずれも同じになればいいと思いますが書式の読み取り方や見方を学習できればいいと思う。 ・ “統一した共通ツール(入院時用)”を作成するなら、パソコンに取込みができるようにしてほしい ・ 新たなWEBシステム構築よりも、広く浸透しているお薬手帳にシールタイプの各職からの情報を貼りあうような連携は実現し易いと思う。 ・ 連携ツールは精神科の特有性に対する必要な情報が盛り込まれることは困難と思う。 ・ 医療介護の連携手帳の情報共有ツールは本人が所持するものであり、ネガティブなことは記入できないため精神科には合わない。 ・ 退院前に情報提供やカンファレンスを積極的に行う病院もあれば、そうでない病院がある。入院時情報で在宅療養中の問題点など提供しても、カンファレンス等もなく退院前日に連絡があり慌ててサービス調整することもある。そのような意味でも統一の連携ルールがあれば良いと思う。 ・ 各職種毎の問題点の解消、提供する最低限のサービス内容を共通認識してから、多職種での共通ルール・認識を構築する必要があると思う。 ・ 連携ルールは精神科では入院が長期化することがあり、共通のルールには馴染まない。

3.その他、ご自由にご意見を記載してください

※自由記載をカテゴリー化

		自由記載内容
連携	研修会	<ul style="list-style-type: none"> 多職種同士が顔を合わせる機会を増やし、顔の見える関係づくりを後押ししてほしい。 医療系職種と地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の意見交換の場を企画し、ネットワーク作りをしてほしい。 施設の一般スタッフへの看取りに関する研修を多く開催してほしい。 入院設備はあるが、MSWが居ない病院の方のエッグなどの情報交換会に参加してもらい、多職種との話し合いをすることで地域で支えることも可能と思う。 エッグの会で行われた内容を年度毎に集計し、他職種がどのように考えていたのか振り返られるように掲載したらよい。 医療と介護の連携が進んでいる地域の意見が聞きたい。 千歳のような地域の事業所が集まれる会合(きずな)があってもいいのではないかな。
	介護認定	<ul style="list-style-type: none"> 退院支援の目安ともなるため介護保険認定審査会の日程を教えてください。 退院準備をするにあたり介護認定の状況を介護福祉課に問い合わせても回答してもらえない。個人情報だという理由もわかるが患者家族の同意を得ても対応が得られないのは個人情報といえるかどうか。
在宅療養の意識	専門職	<ul style="list-style-type: none"> 医療者(医師など)が、在宅が難しいと考慮し説明をしている事も多く感じる。 ケアマネなどが十分なアセスメントをしないまま、在宅生活は困難と判断してしまうことがある。 在宅について少しずつ医療職の意識が変わってきていると感じるが、まだまだ在宅の現状を理解できるスタッフは少ない。そのため、当訪問看護ステーションでは、退院後どのような在宅生活を送っているかをフィードバックできるような機会を設ける事を検討している。 患者、医師からの要望があれば訪問薬剤指導を実施したい。 地域包括システムの中で、もっと薬剤師を使ってほしい。
	市民	<ul style="list-style-type: none"> 一般市民へ向けても、在宅についてやどんなサービスが受けられるかなどの周知を強化してほしい。 一般市民、一人ひとりが望む生活への意思決定を支えることができるように、在宅でどんなサービスが受けられるか分かりやすく伝えてほしい。
その他		<ul style="list-style-type: none"> 看取りに関して、苫小牧地域は在宅看取りの選択が少ない、最終的には病院・施設でというケースが多い。 長期入院になると、入院時担当していたケアマネが担当外になってしまい在宅調整が長引くことがある。 受診時の待ち時間が長いと、本人の疲労度が増しヘルパー同行している場合は、介護保険料の負担がアップする。落ち着いている場合には、定期受診の間隔を長くしてほしい。 複数科受診している場合には、一度に16~17錠服薬処方されている方がいます。減薬についても考慮してほしい。