

## 「在宅医療・介護連携に関するアンケート調査（介護編）」

### アンケート調査概要について

目的	市内の医療関係者や居宅介護支援事業所等における医療と介護の連携状況や連携における新たな課題等を把握するため。
対象者	地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、(看護)小規模多機能型居宅介護事業所 ※対象者①のうち、訪問看護事業所以外は、各団体事務局より全件配布した。対象①の訪問看護事業所および対象②については、ケア倶楽部にて周知、協力要請した。
調査方法	LogoフォームによるWEBアンケート調査 ※無記名回答(なお、質問や困り事等への回答を希望される場合のみ要記名とした)。
その他	回答においては、できるだけ多くの現場の声を把握するため、事業所単位ではなく、個人での回答を依頼したため、回収率は算出困難。

令和5年1月6日付け茨介第5606号で依頼していました「在宅医療・介護連携に関するアンケート調査」について、医療と介護の関係者の皆様には回答にご協力をいただき誠にありがとうございました。急ぎ、集計及びご意見等のとりまとめができましたので、ご報告いたします。

当調査結果を基に、令和5年度はデータ分析を実施し、本市の医療と介護の連携の促進に役立てたいと考えております。引き続き、本市の連携推進の取り組みにご協力をお願いいたします。

茨木市役所健康医療部長寿介護課  
担当: 的野・福山  
電話: 072-620-1637  
mail: kaigohoken@city.ibaraki.lg.jp

Q1. 主たる職種は何ですか。 (※複数回答可)

介護支援専門員	84
主任介護支援専門員	69
看護師	6
保健師	3
社会福祉士	12
介護福祉士	8
その他	4

※その他の内容  
管理者、代表取締役

Q2. 基礎資格（又は有資格）は何ですか。 [※複数回答可]

医師	0
歯科医師	0
薬剤師	0
保健師	1
助産師	0
看護師	3
准看護師	2
理学療法士	1
作業療法士	1
社会福祉士	18
<b>介護福祉士</b>	<b>114</b>
栄養士	5
その他	14

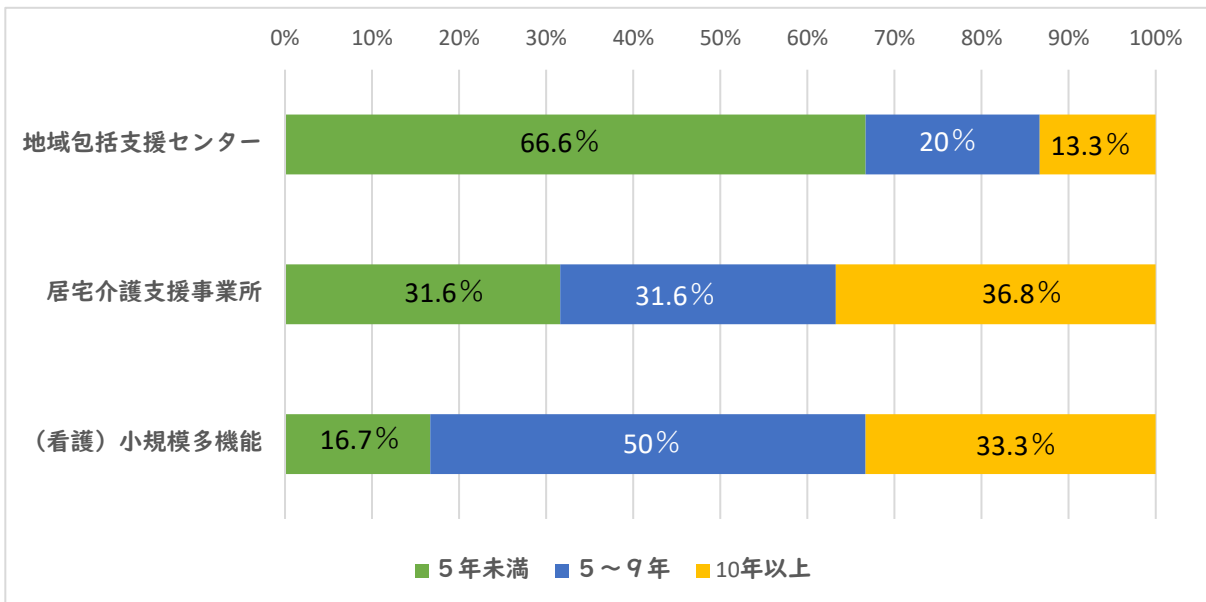
※その他の内容  
ホームヘルパー  
歯科衛生士  
柔道整復師  
市役所職員

Q3. 主たる勤務場所はどこですか。 （※1つのみ回答）

地域包括支援センター	32
居宅介護支援事業所	118
（看護）小規模多機能型居宅介護	6
その他	0

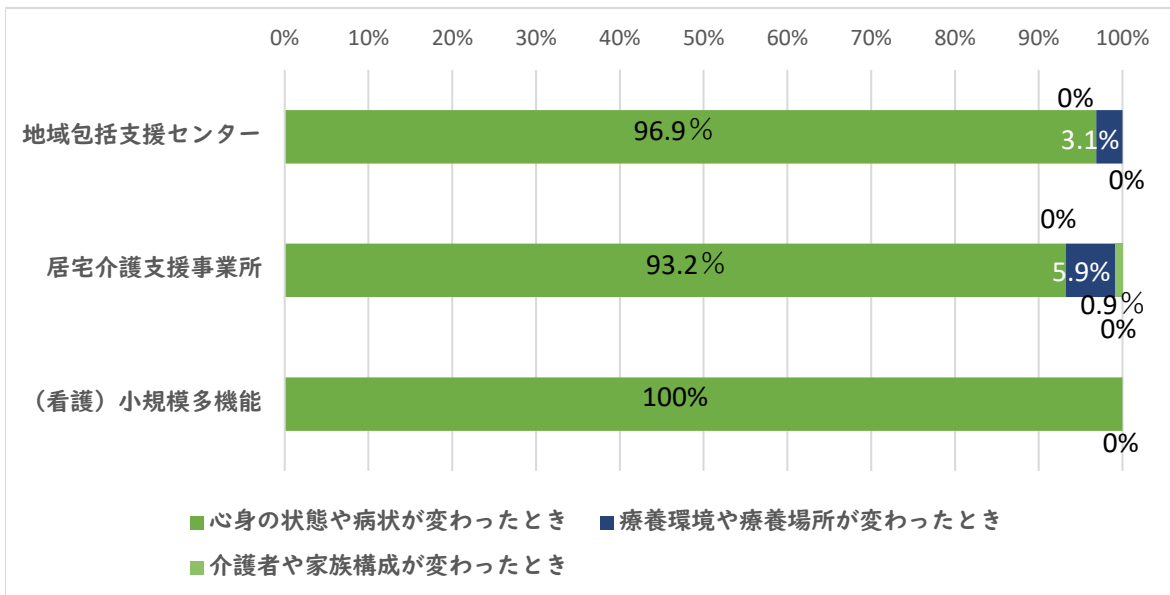
Q4. 現在の職場勤続年数 （※1つのみ回答）

	5年未満	5～9年	10年以上
地域包括支援センター	20	6	4
居宅介護支援事業所	37	37	43
（看護）小規模多機能	1	3	2



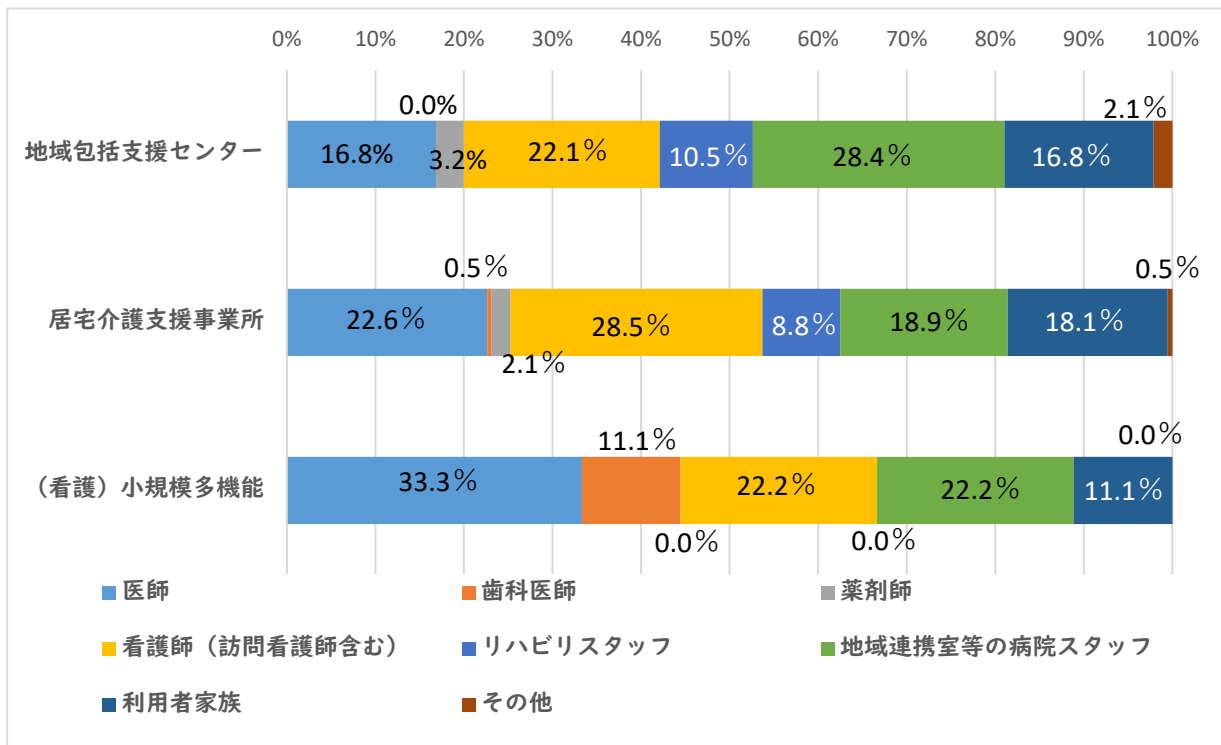
Q5. どのようなときに連携が必要だと思えますか。 （※1つのみ回答）

	心身の状態 や病状が変 わったとき	介護度が変 わったとき	療養環境や 療養場所が 変わったと き	介護者や家 族構成が変 わったとき	連携するこ とはない
地域包括支援センター	31	0	1	0	0
居宅介護支援事業所	110	0	7	1	0
（看護）小規模多機能	6	0	0	0	0



Q6. どのような職種の方との連携（連絡）を重視しますか。 （※3つまで回答可）

	医師	歯科医師	薬剤師	看護師 (訪問 看護師 含む)	リハビ リス タッフ	地域連 携室等 の病院 スタッ フ	利用者 家族	その他
地域包括支援センター	16	0	3	21	10	27	16	2
居宅介護支援事業所	85	2	8	107	33	71	68	2
(看護) 小規模多機能	6	2	0	4	0	4	2	0



※その他の内容

地域包括支援センター	その時の事象によって連携の優先順位（上記内容の医師からリハスタッフ）は変化すると思われます。家族の意向の確認とともに連携室とも相談が必要かと思います。
	その時のケースなどの状況によって異なるので、上記すべての職種などとの適切な連携が求められる。
居宅介護支援事業所	介護職
	居宅の場合は主にサービスに入っている訪問介護や通所施設等での様子が一番良くわかると思う。

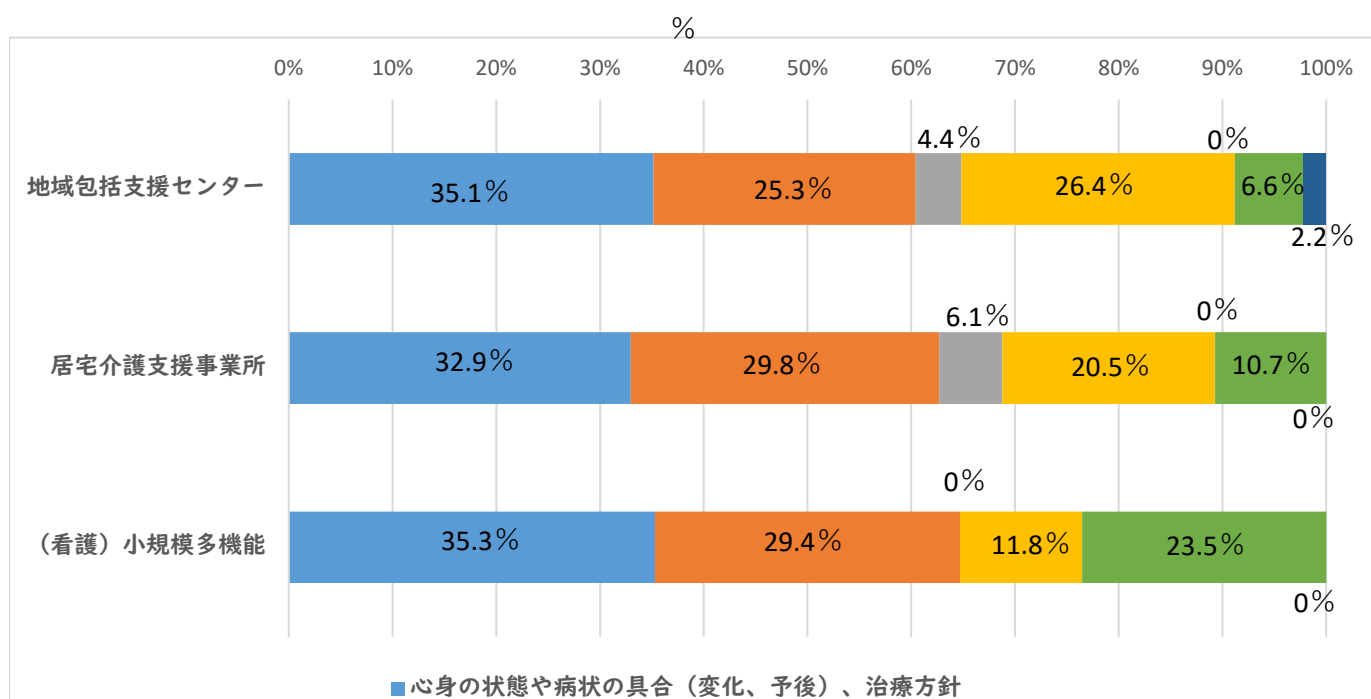
Q7.連携する上で、必要な情報とは何ですか。（※3つまで回答可）

	心身の状態や病状の具合（変化、予後）、治療方針	生活状況（食事、運動、睡眠、服薬、排泄、保清など）	住環境	家族等の介護者の状況	経済状況	医療又は介護サービスの利用状況	その他
地域包括支援センター	32	23	4	24	0	6	2
居宅介護支援事業所	114	103	21	71	0	37	0
（看護）小規模多機能	6	5	0	2	0	4	0

◆その他の内容

必要な情報も優先順位があると思います。なぜ連携する必要があるのかは介護側も考える必要があると思います。

対応する事案の状況がそれぞれ異なるのでそのケースに必要とされる情報の共有ができるように心がけている。状況に応じていずれの情報も必要である。



Q9. 連携する上で、困難となる理由を教えてください。（自由記載）

地域包括支援センター
①忙しそう ②医師毎、相談員毎の対応の違いに配慮が必要
特に医師は忙しく連絡が取りづらい（FAX等、文書に送っても返答に時間がかかる。返答がもらえないことがある）。病棟看護師等も忙しく連絡が取りづらい。医療側がそこまでの連携を求めている人もいる。
総合病院との連携はだいたい退院前からの連携になるが、今は関係者全員がコロナで直接、会って話す事ができないので、イメージするしかない。顔を見ながら話すことは大事。医療側がその人について考えている介護側に託したい情報や関係性の程度がわからないのでは困る。
入院中の方の相談で病院に連絡するも、折り返しの連絡をいただけないことがある。また対象者のADLを相談員が把握しておらず、リハビリ担当者と直接話したいと言っても断られた時はとても困った。初めて連絡する医療機関は、連絡方法や対応方法が分からないので探り探りになる。
利用者またはその家族が、サービスやその連携の必要性について理解が乏しい。または消極的である際は他職種との連携が成果につながりにくい。
コロナ禍で面会できないため退院前に病院から情報を聞き取るが、病院内での完全看護の中での生活と、在宅で生活する上での視点が違うため、 <u>退院後の支援がとても難しくなっている</u> 。
特に医師忙しく、敷居が高い。自分の勉強不足もあるが、 <u>専門用語が難しい</u> 。
医師、特に総合病院の医師とは直接連携をとることが難しかったり、在宅療養や介護保険サービスについての理解が乏しいため支援の方向性などの共有が難しいと感じることが多い。
家族との連絡のやりとりが簡単に行えない場合。家族の理解が得ることが難しい場合。
なかなか繋がらないことがある
専門用語が難しい。
主治医が忙しそうで、特にコロナが流行るようになりクリニックや病院へ訪ねて行くことが気が引ける訪問看護サービスを利用されているケースでは、訪問看護が医師との橋渡しをして下さることが多くなってきている。
連携が標準化されていないので。

地域包括支援センター
病院での様子(聞いていた情報)と在宅に戻ってからの様子にギャップがある。
病因に相談できる相談員がいるとかぎらず、利用者さまの情報をお伝えしていいか迷う。緊急対応での判断など仰ぎたいが、主治医とかけあってくれるタイミングが難しい。状況の伝達が伝わりにくい。
連携先に介護保険や認知症支援の理解がない。 連携のために問い合わせをしたり、問い合わせをされた際に診療費を求められた。
医療と介護の双方がお互いの制度等について知る必要がある。また連携の必要があるとの認識があるかどうかかと思う
それぞれが、自らの専門性に埋没してそのスムーズさを追求するあまり、本来、注視しなければならない患者様（利用者様）の様子に注意が払えず、お互いが生活主体者である患者様の退院後を具体的にみるゆとりを設けようとしなない心がけが起きてしまうこと。連携の必要性にしっかりと意識を向けないことがまず問題であると感じている。
認知症の方の生活状況について、介護側から医療に伝えたい時があるが、関心を持っていただきにくい。 家族の対応の大変さにも医療側は関心を持ってほしい
医師との直接のやりとりが難しく、地域連携室の担当者と連携を図ろうとするも忙しいため、なかなか連絡が取れないことがある。大病院ほどその傾向が強い。
医師に代わる窓口として連携室と連携しているが、「医師でないとわからない」と言われると、どうしたものかと思う。
医師と直接連携するのはハードルが高く難しい
居宅介護支援事業所
忙しそう
どこの部分を協力してもらえるのか、何を伝えればいいのか迷う
皆が顔を揃えて集まる時間の確保が難しい。
カンファレンス等に出席されている事が多く、連絡が取りにくい。
今、かかりつけ医の先生や病院の相談員さんとの連携はさほど困難はありません。どの専門職の方も在宅生活における連携の必要性は感じてくださっていると思います。 主治医と家族様の間に連携が無く、意思疎通が図れていないときがいちばん支援困難に感じます。
医師との連携が難しい。なかなか調整がしにくいし医師の圧が強く萎縮してしまう。
忙しいので気が引ける。 病状等について個人情報なので家族に説明しているからそちらから聞いて下さいと連携が取りにくい時がある。 退院日等決まっています退院することを前提で話がされているので話がしにくい時がある。 退院等ギリギリでの病院からの連絡になるので退院後の支援の調整が十分に出来ない時がある。
医師に尋ねたい時になかなか返事が来ないこともある
医療の立ち位置が圧倒的上位にあり、上意下達に近い現状がある。 正直、医師に対しては、医療と介護の対等な相互の情報提供とはなりにくい。
電話やFAXでの連絡は問題ありませんが、担当者会議や日々の連携についてはお互いに多忙のため伝言が多くなります。



居宅介護支援事業所
慣れない医師に連絡をするのが気がひける。診察中に連絡して良いのか、悩む。
連絡のタイミングが合わず行き違いになることが多い
連携図るタイミングが難しい。
経済状態の把握が難しい
どのタイミングで連絡してよいのかわからない。
医師による連携意識欠場、及び多忙による連絡不足
大きい病院など確認に時間がかかることがある。専門用語が難しい。
忙しいそうで連絡をするタイミングに悩む
専門用語や専門知識が多く、わからないことをわからないと言うタイミングが難しい。話の流れを見てしまい会話が途切れるのに気を遣う。
連携室のない病院などもある。 いつ電話をかければ良いかが引ける
入院の際、ソーシャルワーカーに情報共有シートを送り、退院時に情報を頂けるよう伝えるも知らないうちに退院していることが何度かある。
双方の対応可能な時間が同じではない、時間調整が必要。
医師の方は忙しいので、なかなか連携をとることが難しい。
直接Dr.とやり取りはできなくても看護師や地域連携室が間に入ってくれるので、特に今のところ困難と感じることはない。
医師に対しての文章や言葉使いが難しく感じる。 本人家族以外は、情報が出せないと相談員に言われたことがある。
直接お会いしようと思えば診察時間前後に行くが待たないといけないか忙しいと会ってもらえない。書類を送っても何のコメントももらえない。
個人情報保護のため、本人と家族にしか情報提供できないと言われる事。
お忙しくされているので時間をとってもらうのに気を遣う。どの時間帯に連絡すれば良いのかわからない。
①医師の場合、FAXで連携シートで連絡しても返事がない所がある。電話をすると怒られる。 ②仕事されている家族との連絡や面談は、夜間や土日対応になることが多い。LINEやSMSの場合、夜間、休日等にも対応しなければならぬ事がある。 ③医師が忙しそうで、相談はしにくい。
ドクターに連絡するのは忙しいので連絡が取りにくいです。
忙しそうで連絡するのに気がひける。
特になし
家族と思いや意見の相違
特にないが、たまに回答を頂くのに時間がかかる先生がおられる。
専門職、家族のキャラクター（インボランタリー）
医師とは連携を取りにくい。忙しそうで電話では失礼かと思ひ、病院に行くようにするが、とても時間がかかり、他の業務が進まないことがある。

居宅介護支援事業所
医療用語や検査項目の数値をみての身体状況の理解がしづらい
やはり忙しいだろうと考え連絡するのに気が引けることがあります。
往診に立ち合いたいと思うが、往診の時間が読めず、立ち会えない事が多い。
電話がつながりにくい時
在宅介護について理解されていない方もおり噛み合わない事も多い
往診時の時間に合わせる事
忙しそうで連絡するのに気が引ける。
専門用語が多く、理解するのに時間がかかる。
連携することに否定的な医師がまだいる。
大きい病院や相談員が居ないところは連携とりにくい。
相談員の連携を図るという認識の乏しさ
進行性の疾患や、看とりのとき、今後のことなどで、家族や本人がショックを受けそうなことは、いづらい。
医師に連絡した際に、訪問看護師に連絡し必要であったら、訪問看護師による連絡でいいと言われたこともあり、どのように連携を図る方がいいのかが正直分かりにくい。
勤務時間外や公休で、連絡がとれない、すぐに対応できないことも多い。
連絡してもいいタイミングがわからない
必要時には医療と介護の連携シートでFAX送信させていただいています。
特に医師とは連携できにくい。 ケアマネジャー自体の理解がなく必要性を感じていないように思う。
医師とは直接話をできなくとも、mswが利用者の事を把握していると、連携が取りやすいです。
大きな病院は主治医に直接連絡を取ることは困難と感じているので、地域連携室を通して連絡をしている。 開業医の先生は、どの時間が良いのかと熟慮して連絡を取る。診察前か診察終了直後を狙うようにしているが、すでに連絡が取れないことがある。 忙しそうな雰囲気伝わってくると思ったことを十分伝えられないと感じることはシバシバある。
医療関係者への連絡は敷居が高く思ってしまう。専門用語も理解できない事が多い。
人数の少ない事業所ではサービス時間中であることが多く、連絡が取りづらい事がある
医師が連携の必要性を感じていない様に思う。連携室のスタッフが、本人の状況を理解していない事がある。
連絡しても忙しくてなかなか連絡が取れない時が多い。
忙しそうで連絡しにくい
介護との連携に必要性を感じていない医師・病院との連携が困難。
忙しそう。連絡が付きにくい。仕事の関係上、屋外に出るので、連絡の入れ違いが多い。

居宅介護支援事業所
連絡するタイミングがなかなか合わない。 大きな病院だとDrとなかなか話が出来ない。 双方の求めている内容が一致しない
連絡を取るタイミングがわからない。 こちらの質問に急に怒り出す先生もいるため、聞き方がわからない。同じように聞いて答えてくれる先生もいる。
相手の時間に合わせないといけない。 認知や精神疾患等があり、サービスの受け入れが難しく仕方なくサービスを入れられていない方の事であっても、「介護サービスの〇〇を入れるように」と言い投げってくる場合は連携が難しい。
電話やファックスで状況報告や相談をするも、適当な返答が得られない又は返信がない。個人情報で本人や家族から聞いてと言われ、高齢の家族も要領を得ないことがある。 受診して相談と言われが、そのために都度受診に付き添う時間的な余裕がない。
質問しても回答がなく、忙しいと気が引け回答の催促がしにくい。
大学病院、総合病院、クリニック、訪問診療等、病院によって相談方法が違う上に、診療科目によっても違いがあり、また医師によっても対応に違いを感じます。利用者に関わる助言をいただくためのアプローチがもう少ししやすくなればさらに連携もはかどると思います。在宅医療の医師、歯科医師、訪問看護、リハビリ職等の方とは在宅というフィールドが同じなので、情報共有や相談等の連携がしやすいです。利用者が急遽入院になり、ある病院に情報提供を求めたところ、キーパーソン以外には情報提供できないと断られました。どんな事情があってもそのような対応になるのか、納得できる説明もなく、在宅での情報提供はさせていただきましたが、今後の課題ではないかと思いました。また、別のある病院に居宅療養薬剤管理指導の指示を出してほしいと相談依頼したところ、できないという返事だったため大変困惑しました。医療と介護の連携に必要なことだと思いますが、まだまだ越えなくてはならない課題があると感じます。
個人情報だから教えない、家族様から聞いてほしいと言われ、突き返される。
土日の休みでその時によって連携が取れなくなり急な退院につながることもある。
・医師と連携回りたいがご多忙な事が理解できるためなかなかタイミングが合わない。 ・医療職の方の介護保険についての理解を深めてほしい。ケアマネに無茶ぶりが過ぎる気がします。
連絡することをためらってしまう。
個人の病院は病院の診察時間でないと電話が繋がらない。 大きな病院は連携室を通じて連絡しても、返事に時間がかかる。
大きな病院ほど、連携がしにくい
困難とは思わない。必要性に対して気が引けるなど、利用者のための優先順位を考えるならそんなことは言ってられない。
必要性に対する温度差の埋め方
電話が繋がらない時がある。電話が繋がらないうちに退院にしてたこともありました。
電話が繋がりにくい。電話が繋がらない内に退院になるケースがあり困ることがあります。
介護保険サービスへの理解が低い医師
医師への連携は相談室からしてもらっている

居宅介護支援事業所
FAXしても返信がないと再度連絡しにくい。
医師との連絡はなかなかつかず(特に大病院)FAXを送っても返信がない。結果として病院スタッフに確認してもらうことになる。
医療と介護では視点や介護保険制度の違いで内容が伝わらない。
退院時コロナ禍で病院に行けず病院から聞いている状態と会ってみての状態が違うことがあった。訪問看護さんは忙しいのでタイムリーに連絡がとれず困ったことがあったが最近はMCSやショートメールでわりとスムーズです。
相手が多忙で、折り返し連絡の遅延がある。
細かい報告がない
病院の連携室に連絡しても『個人情報なんて家族に聞け』と言われることがあり、違和感を感じる。
訪問看護の指示書について、〇病院は病院窓口に本人が依頼書を提出し、後日郵送されてくる。家族又は、ケアマネが代理として提出できるが、指定の委任状が必要。診察月でないときは、提出のためだけに、通院しないといけないので、負担になっている。病院と看護事業所間で連携してほしい。
在宅サービスの連携(訪問看護・薬剤師・リハ職等)は、常にとれやすい状況であるが、病院の連携室によって居宅への連絡がまちまちで、入院時には必ず情報を送り連携をお願いしているが、連絡ないまま退院であったり転院されていることもある。コロナ禍で、さらにカンファレンスできなくなって情報が少ない中の退院となるケースも増えた。
すぐに一人では通院ができない人、介護タクシー等費用がかかるのでためらう人がいるのに、利用者の置かれている状況や本人の意思について考慮してもらえない。
忙しそうで連絡しにくい。何かしたら失礼にあたるのではないかと考えると確認しにくいことがある。 リアルタイムで連携しにくい
大きな病院でなかなかMSWと連絡がとれない場合があったり、入退院の連絡がない場合がある。専門用語を早口で多用されると理解が難しく、病状がわかっても在宅での対応への意見などがわからない。介護保険のサービスを先に医師や療法士に指定されると、家族がそれを優先し退院後に自宅での生活に合ったサービスの調整がしにくくなった。
医師とは面談が難しい。利用者受診の際以外は会えないことが多い。また医師によっては利用者の事を把握できていない事もあり、連携は難しい。訪問診療の医師以外は話にならないことが多い。
主治医が診察中である場合や、他病院からの非常勤医師の場合で不在等早急な対応が迫られるとき等。
医師との連絡方法が、病院により違う。

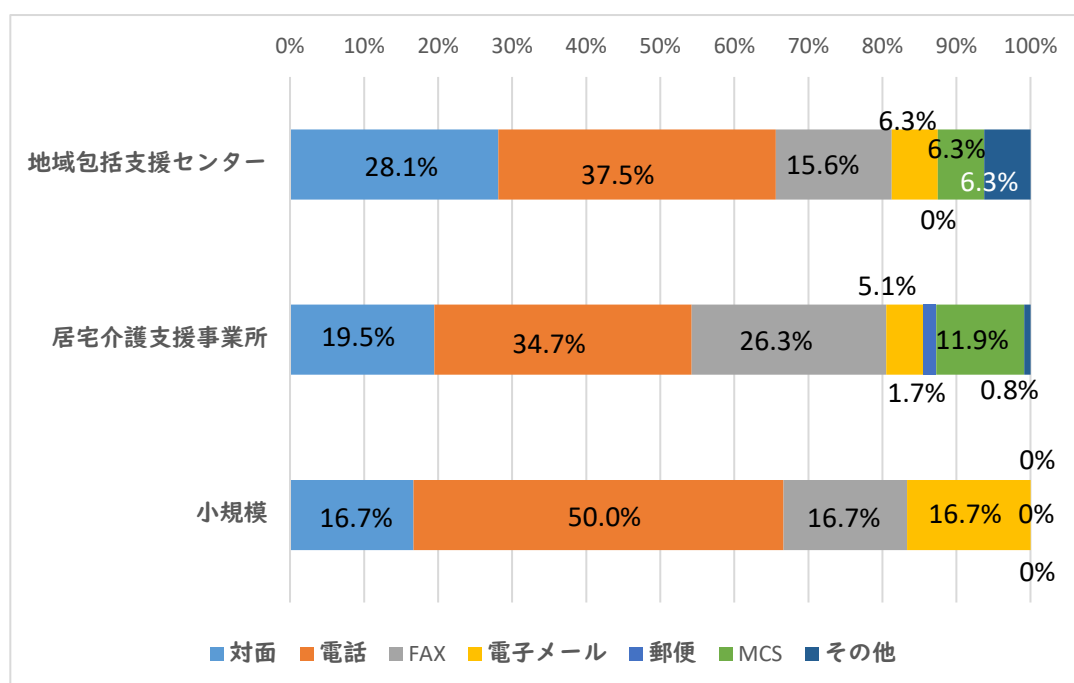
居宅介護支援事業所
<p>個人病院の病院は電話もしやすく、実際に対面で先生にも会わせてもらうことができ、意見を聞きやすいのですが、大学病院、総合病院で医師との連携、連絡等を取るのが難しい。医療系サービスについての必要性を聞くにあたって、MSWにもつないでもらえず、ずっと文書係につながれることもある。受診の際に付き添うなど、大学病院、総合病院では待ち時間も長く時間が読めない。総合病院、大学病院の主治医に医療系サービスの必要性を確認する際のツールをしっかりと作ってもらえたらとても助かります。</p>
<p>本人の状況を詳細に教えてもらいたいことと、病院と自宅での環境が異なるので、デイに移植したばかりの人をデイで観て下さいと、医療の基準が異なり、居宅→看護小規模へ変更したことがありました。</p>
<p>連絡することに相手の業務状況が把握できないので気を遣う。</p>
<p>大きな病院になると主治医と直接やりとりすることが難しい。</p>
<p>専門職の意見の調整</p>
（看護）小規模多機能型居宅介護
<p>医療機関との連携についてMSW等の担当者がある際には連絡が取りやすいが、医師との直接の連絡についてはなかなかハードルが高いと感じる。</p>
<p>主治医が不在時 主治医からの連絡をと言われたとき</p>
<p>直接かかわったり、電話連絡を行う機会やタイミングが難しい</p>
<p>現在、特に支障はありません</p>

Q10. 連携をとる手段はなにが適切だと思いますか。（1つのみ回答可）

	対面	電話	FAX	電子メール	郵便	MCS	その他
地域包括支援センター	9	12	5	2	0	2	2
居宅介護支援事業所	23	41	31	6	2	14	1
小規模	1	3	1	1	0	0	0

※その他の内容

地域包括支援センター	連携の取り易い方法は人によって違うと思うので、その人に合わせることも必要かと思う
	対応するケースやそれぞれの連携主体の状況によって連携をとる手段が変わってくるかと思われる。主には電話が多いが電話後に書面を必要とするケースも多い。また、かかりつけ医ではFAXやメールを求められる方や対面が必要となることも多い。何が適切は一概に断言できないと思われる。
居宅介護支援事業所	連携が必要な相談内容や相談相手により適切な方法はかわるので、一つに絞ることが難しいです。



Q11. 連携をとる上で望ましい時間帯はありますか。（1つのみ回答可）

	午前	午後	夜間 (17時以降)	その他
地域包括支援センター	8	13	1	8
居宅介護支援事業所	37	51	4	23
小規模	0	4	0	2

※ その他の内容

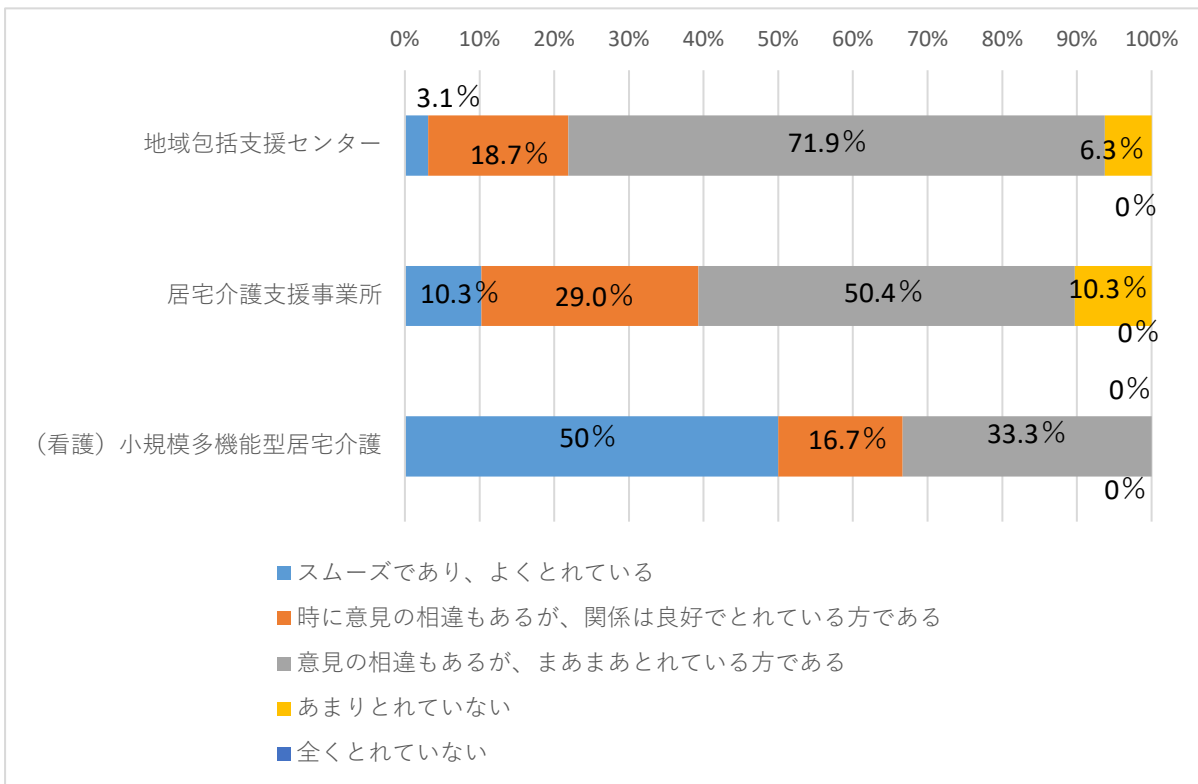
地域包括支援センター	日中
	午前か午後
	連絡調整のうえ
	その日の業務によるため、双方の都合の良い時間帯で対応すべき
	ケアマネから午前に質問し、医師の都合のつく時間に返事をいただく
	特になし
	Drによっては時間を決めてらっしゃる方もいるので、時間帯も様々かと思う。FAXやメール利用なら必ず返答があるならそれも良しではないだろうか。
	ケースの状況や連携先の状況によってさまざまである。その連携先の状況に合わせて対応したい。

居宅介護支援事業所	特に時間を指定することはありません
	診療型が終わる時間
	相手に確認してから指定時間に連絡する。
	医師による
	状況を確認したい時に連絡をしたいので、時間は決めれない。
	診療が終わる前
	当方連絡可能な時間に、先方連絡先の対応可能な時間に合わせて、面談、電話、FAXなどで連絡を取っていたため。
	会って頂けるのであれば医療側の良い時間に合わせます
	連携をとりたい相手の方の都合に合わせます。
	医療連携シートを利用する。
	クリニックや総合病院又看護師・セラピスト等、それぞれ連絡を取りやすい時間帯は異なると思います。
	その時の状況に応じるため不明
	必要なタイミングを逃したくないが診療時間内などの制約がある。
	営業時間内であれば問題ない。
	事業所の営業内の日時
	訪問に出て、随時時間は変わるが、業務始めや終わり頃だと事務所に滞在している事が多い。
	できれば早い時間帯がありがたいですが、その時々で必要な対応が変わるので、いつがいいと一概には言えません。
	その都度、連絡したい時。
	双方の都合になるべく合わせます。システム構築も必要だが、そもそも連携って必要だから行うものであり、あまり画一的、縦割りに考えるだけが良いと思わない。むしろ横割？人と人との関係性が大事と思う。だから対面は重要と考えます。
	夜間は難しいので、日中ならいいのではないかと
対面でなく書面上であれば特に時間帯は関係ない。	
状況による。	
相手の状況による	
(看護) 小規模多機能型 居宅介護	必要に応じて
	状況に応じた判断



Q12. 茨木市において、医療職と介護職の連携はとれていると感じますか。（1つのみ回答可）

	スムーズであり、よくとれている	時に意見の相違もあるが、関係は良好でとれている方である	意見の相違もあるが、まあとれている方である	あまりとれていない	全くとれていない
地域包括支援センター	1	6	23	2	0
居宅介護支援事業所	12	34	59	12	0
（看護）小規模多機能型居宅介護	3	1	2	0	0



## Q13. 好事例があればご記入ください。（自由記載）

地域包括支援センター
MSWと連携することで、主治医の意見書等の書類作成がスムーズにいった。主治医に本人が伝えきれない情報を提供し、入院することができた。
膠原病で入院中。退院を前に院内は歩行器移動。情報で腹部大動脈瘤がかなり大きくなっている状態のまま退院と聞いて医療側へ退院が延期になるかもしれないが、血管内科で調べてからの退院を提案。結局、手術してからの退院に予定変更した。その後の予定は少しずつずれていったが退院支援の看護師が中心にその都度、関係者に連絡。在宅に戻るまでにかかる必要な支援を整える時間が十分、とれた。こちらの意向も尊重して頂けた好事例。
医師と直接連絡がしにくい時に、訪問看護師や薬剤師が連絡を取ってくれた時は助かった。
家族（息子）となかなか連絡が取れない困難事例の介入時に、医師からの病状説明の後で包括と家族の面談を設定してくれ、MSWも同席してくれた。 介護認定や成年後見申し立ての支援について連携することができた。
訪問看護サービス提供時にご利用者の病状の小さな変化に気づきケアマネに早急に連絡をもらえた。すぐに主治医に確認してもらうことができ、迅速に治療を行うことができた。家族にも迅速に入退院の支援を行っていただき、術後の結果も良好で驚くほどの早さで以前の生活に戻ることができ区変の必要性も全くなかった。ヘルパーさんにも協力してもらい普段の様子の変化に対してもケアマネに連絡をしてもらうよう依頼し、対応してもらっている。
独居で倒れていた利用者さまの緊急対応で入院時医療介護連携の行政の介入もあり、スムーズに入院し成年後見までスムーズに進めた。
MSWからの連絡で退院時カンファレンスに参加し、Drやセラピスト、担当看護師の同席もあり入院時の様子や必要サービスについてその場で確認ができた。退院後早期に生活環境を含め介護保険サービスが整えることができた。家族の不安軽減や退院後の生活を描くことができた。
病院の医療ソーシャルワーカーから連絡を受けて、退院前カンファレンス出席し、状況を把握させていただき、病院リハビリ専門職と住環境整備、居宅ケアマネジャーに連絡を取って退院後の生活環境の整えが行えた事例。
認知症高齢男性で、家族（長男の妻）へのセクハラが有り、主治医に連絡を取り共に連携及び対応ができたことがある。 外来受診の際に、日頃世話をしている主介護者以外の家族（長男など）が付き添うことが多く、日常生活が主治医に伝わっていないことが多いと感じる。その際に、医療と介護職（ケアマネ等）との連携が大切と考える。
医療機関未受診の方が家族と受診された時に、開業医さんから連絡があり、その場に同席し受診が必要な経緯を伝えることができた。

<b>地域包括支援センター</b>
診療所の先生が、本人さんの事情を考慮して、初回受診時に色々な提案をしてくれた事で、サービスの開始がスムーズにできた。
<b>居宅介護支援事業所</b>
入院時の情報や退院後も本人の暮らしを気にして声をかけてくれる相談員がおり、入院した際も相談員から連絡をくれたりしたので話しやすく、退院後の在宅生活もすぐに動く事が出来て嬉しかった時があった。
在宅介護が困難な事例でかかりつけ医に相談して、入院の調整をしてもらえた。入院中に病気も診断が付きOPEにつながった。
ストマの方の訪問看護の様子を毎回連絡、報告（FAXなどにて）をいただいております、安心して在宅支援を継続できている。
主治医がこまめに連絡を下さると、訪問看護やりハビリ、ヘルパーへと連携がとりやすいことがありました。
退院時にカンファレンスの場を積極的に作っていただき、本人、家族に分かりやすく話してくれ安心できる環境を作っていただいた。
看護師から連絡があった時はCM経由ですが訪問介護に必ず連絡して対応しています。
医師に関しては連携シートで訪問看護に関しては緊急加算で対応している。
Nクリニックの先生は、照会内容に対し細かく丁寧に回答いただけます。誰にでも分け隔てなく接して下さいます。
在宅医療・介護の多職種連携アプリで医療と介護の連絡がいつでもスムーズに行え連携しやすい環境が作られています。
MCSは関係事業所全員加入しているので、良く伝わります。
余命宣告を受けてから、本人家族の希望により在宅で看取ったケース。訪問診療や訪問看護などと連携を図り、本人家族の意向を確認しながら、必要に応じてケアプランを変更し、最後まで自宅で、その人らしい生活を実現することができた。
褥瘡がひどい利用者があり、皮膚科の往診を受けていたが食事が摂れなくなった事から内科の往診医が必要と判断、緊急の往診を依頼したところ、夕方に来てくれた。クリニックの迅速な対応に感謝している。
同法人内の訪問看護ステーションとは情報共有もしやすく、十分な連携が取れている。在宅専門クリニックの先生は積極的にケアマネジャーにも関わってくださる印象がある。
普段はFAXで報告しますが、必要な時は電話とFAXと両方で連携します。先生も必要な時には携帯電話で連絡をくださいます。携帯電話に着歴すれば、どうした？と折り返しがありますので心強いです。U先生です。

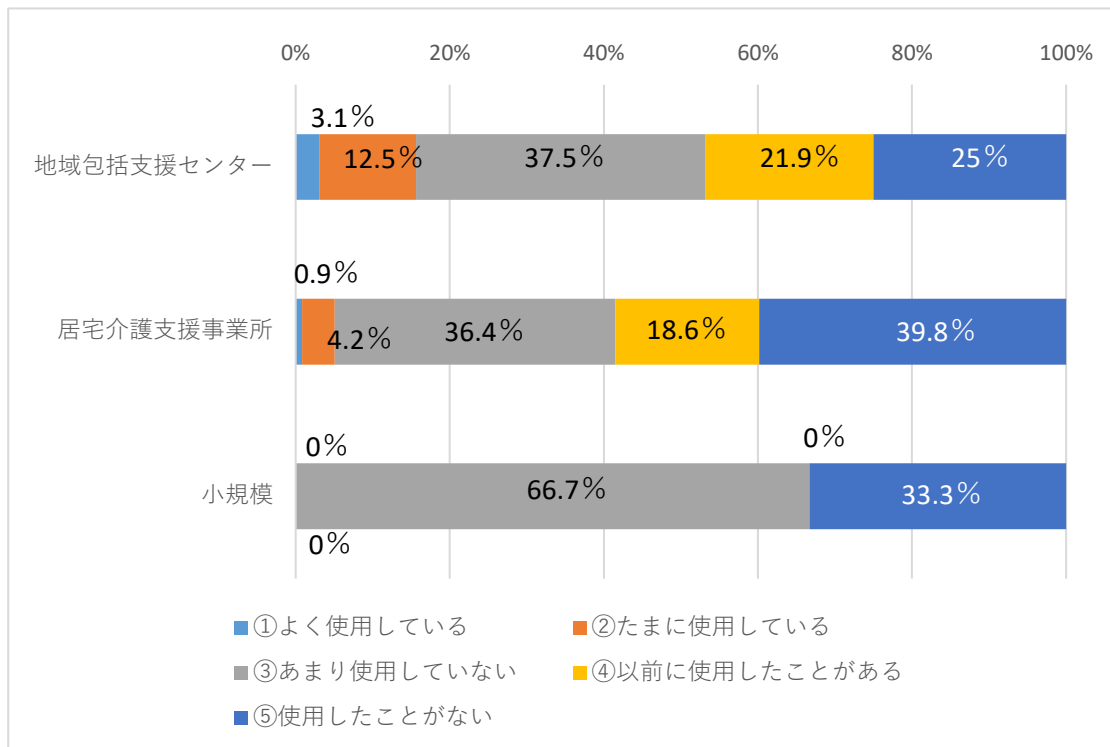
居宅介護支援事業所
<p>MCSに医師や看護がサービス事業所が参加していると、リアルタイムで状態把握でき、サービス調整や相談がスムーズだった。 但し、訪問診療でのケースだった。</p>
<p>クリニックや診療所、 往診等先生達の在宅医療や介護についてきちんとケアマネの意見に耳を傾けてくださる先生が多いように思います。</p>
<p>コロナ禍で入院中の利用者さんの様子がわからなかったが、オンラインで面談できたことで、電話や書類上ではわからなかった様子が一目で分かりやすく、退院前の情報の共有がしやすかった ので、在宅復帰の準備がしやすかった。</p>
<p>看護から異常があればFAXをもらっているが、主治医、薬剤師にも送ってくださっているのも、あとはヘルパーに伝えるだけでいい。</p>
<p>パーキンソン病の方で薬の調整を専門医に提案するのに本人、家族、医師、介護、看護と全員で統一見解で専門医に働きかけた。 結果的としては入院しての薬の調整に至らなかったが、薬の調整はなされることになった</p>
<p>在宅のクリニックは、ほとんどの先生が訪問時に快く相談にのってくれます。 退院直後に状態が悪化し、家族からの連絡ですぐに在宅医チームが訪問、救急搬送されたり、コロナに感染して通所サービスが利用できなくても訪問看護が調整して排便コントロールをしてくれて助かりました。</p>
<p>医師からの指示でリハビリ職との連携が取れ、利用者自身の受け入れがスムーズにできた。</p>
<p>MCS利用等で細かな情報共有ができていてるケースは業務軽減にもなり情報共有をチームメンバーがしっかり行うことできている。</p>
（看護）小規模多機能型居宅介護
<p>病院入院中で退院後、すぐに自宅に戻ることが難しい利用者を小規模多機能と病院とで密に連携を行い、宿泊などの受け入れを調整し、一定期間宿泊したのちに、自宅に戻り引き続きサービスを継続していく事ができた。</p>
<p>異常があった場合に連絡・相談すると往診等、遅滞なく対応いただいている</p>

Q14. 「連携がとれていない」と思われる理由を教えてください。また、よろしければ「とれていない」状況を改善する方策等をご提案ください。（自由記載）

地域包括支援センター
先生にもよる。総合病院は連携シートしか利用できない。
入退院時の連携は出来ていると思うが、在宅生活における医療連携はあまり出来ていない。
居宅介護支援事業所
医療職、介護職、所属する組織の価値基準に相違があり、そういったものが年々複雑化していると思います。
コロナ禍により、退院カンファレンスも開催されないことが多く、入院中は家族にすら現状や経過など知らされない病院もある。 開業の主治医、訪問診療の医師などは比較的連携をとっていただけることが多い
医療側の認識不足
在宅医の先生は訪問診療に合わせて連携する事が出来るが、総合病院の勤務医の先生が連携が取りにくい。連携室で対応して頂けるとありがたいです。
<p>①家族、医療機関とも介護保険、ケアマネジメントについて理解されていないと感じる事が多く、ご理解頂けない場合もあり、説明に多くの時間がかかる（院内介助は自費になる、ヘルパーによる医療行為の依頼、対象外の家族の援助等）</p> <p>②・病院から退院日前日に連絡が来ることがある。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療連携の担当者に連絡しようとしても、退院直前でも担当が決まっておらず、確実な情報が得られないことがある。</li> <li>・退院前カンファレンスなどの日時連絡が直前にあり、調整できないことがある。</li> <li>・カンファレンスの日程などの、家族への連絡調整など依頼されることがある</li> <li>・大病院ほど連携が取りにくい。</li> </ul> <p>※介護保険についての理解を深めて頂けるような情報の提供（サービス利用について一連のプロセスが必要であること、介護保険でできること、できない事等）</p>
MSWが配置されている所は相談しやすいが、ない所は窓口がなくとれない
訪問看護、薬局とは比較的連携が取り易いが、医師との連携に関しては診療時間以外でも時間が取りづらく気を使ってしまう。話し易い先生もいるが連携シートへの回答もない場合もあり、話難い先生も多い。
医療職の方と顔の見える関係が築けていない。地域ケア会議等にも出席しても、医療職方が出席している事が少ない。コロナで病院でのカンファレンス開催が無くなっている。
ケアマネジャーの仕事を理解して頂く
入院時などケアマネからの情報提供がうまく、主治医に伝わっていないことがある？

Q15. 「はつらつパスポート～みんなで連携編～」を使用していますか。（1つのみ回答）

	①よく使用している	②たまに使用している	③あまり使用していない	④以前に使用したことがある	⑤使用したことがない
地域包括支援センター	1	4	12	7	8
居宅介護支援事業所	1	5	43	22	47
小規模	0	0	4	0	2



Q16.Q15. を選択された理由を教えてください。（自由記載）

地域包括支援センター
①活用することで、ネットワーク構築にもつながっているため
②主治医との連携でノート蘭を活用している
②リハ職同行訪問を利用するようになってから、使用する機会が増えた。
②サロン等での健康に関する説明時に活用している。
②相談業務に行った際等にツールとして紹介して渡す事がある。
③勉強不足で活用しきれいていません。
③地域のサロン等では活用しているが、利用者様がはつらつパスポートを携帯する習慣がない
③使いがってが悪い。
③医療機関がはつらつパスポートについて知らない・理解がないために連携ツールにならなかった。
③要支援者に適さない内容で、活用しにくいと感じているから。 利用者やケアマネからも活用の好事例を聞いたことがない。 継続して管理する人が必要だが、負担が大きい。
③使いにくい
③使いづらい
③あまり浸透していないと感じているため。
③使いづらいです。
③介護予防の担当なので渡す機会がない。
④活用の仕方がわからない。
④内容に利用者が興味を持たない。
④使用を促したが、必要性を全く感じなかったのど、使いづらい。
④はつらつパスポートの存在を医師がご存知ない。 利用者が持って行くには大きく、読むには今以上小さくなると不便。
④使うタイミングが限局されている。
④初回記入して渡しても、その後利用されていない為、使うのをやめた。
⑤まだ茨木市で働いたばかりでよくわからない
⑤自分自身があまり知らない。提供機会がなかった。
⑤利用者への自宅訪問頻度が多くないため、パスポートを利用した連携はとりにくい。
⑤紙ベースでは、タイムリーに情報共有できない
⑤使い勝手が悪い。 連携で困っているのは、同居や介護を直接的にしていない家族が適切に現状が伝えられないことかも知れない。誰のための物かがわからない。
⑤ツールを使う迄に連携調整が図れた事例が多かったのど。

地域包括支援センター
⑤ 1. 使う意識が低い 2. 医療側の意識も低い気がするので、声をかけにくい
居宅介護支援事業所
② 今回のは栄養面、運動など詳細に載せて分かりやすいので、利用者または家族に渡したことがあります。
② ご本人様の渡すも興味を示されないことが多い。
② 利用者家族が医療機関などに持参忘れられる。
③ 利用者さんの記入する項目が多すぎて負担。
③ 手間に感じる。
③ 実用的ではないです。
③ 利用者さんに使い勝手が悪いと言われました。
③ 利用者さんに渡しても使い勝手が悪いせいか使用してくれない方が多いため。
③ 説明しお渡ししても活用される方がほとんどいない。
③ ご本人様に活用の意思がない ご家族様が必要性を感じていない 主治医からの説明がない 緊急時に関係機関から必要とされていない
③ 今さら紙ベースでの連携は必要ないと思います。ICTの活用を検討してもらいたい。
③ 利用者も薬手帳の様には持ち歩いていない。市のリハ職同行訪問時に、「このように活用するのだ」と理解できた。
③ 利用者が積極的ではなく、数が限られている為、全員に行き届いていない。認知機能低下のある利用者は特に家族が求めていることがあり、比較的しっかりした方しか利用できていない。
③ 説明しても利用者側に必要性が伝わらない。
③ 利用者が使っていない。
③ 記載するのが大変、今は電子カルテで管理になってきているので、ツールとしては今後も使いづらいのではと思う。
③ 家族がいない、または協力的でない、介護者も高齢であればケアマネが記入する事になり負担。
③ 利用者もパスポートの意味を理解していない
③ はつらつパスポートを利用者に渡しても使われないため。
③ はつらつパスポートを活用の仕方がいまいちわかっておりません。



居宅介護支援事業所
③はつらつパスポートを活用するのを忘れてしまう。要支援の人は比較的意識がいくが、要介護の人は特に忘れてしまう。
③活用を希望される利用者がいないから
③全体的にあまり活用されていないのではないかと感じる。
③使っている利用者を見たことがない。
③少し重たい 利用者様が、記入するのが面倒だと言われる
③有効活用できるイメージができない
③利用して役立った経験がなく、周りの評価もあまり聞かれていないため。
③受診に持参忘れていた。書いているタイミングがわからない。
③無くても困らないから
③以前、渡しても活用されていない方が多かった
③関係者それぞれに記入の負担があり、継続が難しい。
④大きな病院では医療機関で利用いただけないことが多かった。
④記入が手間。利用者へ渡したのみ、それほど使われていない印象。その他、連携なら電話やFAXでできると思う。
④医療連携シートと重複する
④何人かお渡ししたが、使ってはいただけないか、興味を持たれなかった。
④記入面が多いし、それぞれが今までの方法で連携取の方が便利
④特に理由はない。
④ご利用者が使おうと思っておられない。
④利用者がなくす
④総合病院との連携で、日々の様子を伝えるために使用していたが、上手く伝わらなかったりすることもあるので、極力受診に付き添い、直接話ができる様にしている。 また、日々の健康管理に対しては、往診医や薬剤師など電話で気軽に相談できる関係が築けている。
④書く手間と、それを誰が書くのか、いつも持ち歩き活用する意識不足があります。記録する大切さや共有の意義は理解できますが、連携ツールとして活用の効果を感じられるほど利用できていないのが実情です。
④高齢者には難しい
④もともと使っている方は何人かいらっしゃるのですが、私自身から提案したことがない。
④お渡ししても受診時に持っていくことを忘れる事が多く上手く活用されていない。
④内容が細かく、記入するのに時間が掛かる。

居宅介護支援事業所
④要支援の利用者がいない。
④情報を整理するツールとして理解しやすいと思い使用したが、活用に至らず現在は積極的な活用はしていない
④一部の病院を利用されている所もありますが、その他の所では殆ど利用されていないと思います。
④あまり見る機会がない。
⑤利用者様が利用していない為。
⑤渡しても失くしてしまう
⑤利用者に認知されていない。
⑤知らなかったです
⑤過去に利用者へ説明し渡したが、実際に使用されたことがない。実際に記入する時間がな いので、直接病院や医療サービスに連絡をして伝えることが多い。
⑤はつらつパスポートを持っていない。
⑤医師、病院とは「医療介護の連携シート」を利用。在宅では利用者宅に実情に応じた形式 で「連絡帳」を設けているため。
⑤使い方がよくわからない
⑤手間がかかる
⑤あまり浸透していない。利用者、家族は知っているのでしょうか？だれが音頭をとって市 民さんに周知するのでしょうか？まさか、関係室や包括、居宅の職員と言ったらびっくりし ますが、、、各事業所、行政、診療所、病院など皆で周知していかないと本質的実用につな がらないと思います。
⑤使おうとしていない。
⑤ケアマネになりたてなのでよく分からない。
⑤利用者も自分も必要と感じていない
⑤利用する機会が無かった
⑤普段から目にする機会がほぼないため。
⑤本人や家族が記入することは難しく、サービス事業所にも記入の手間が必要となり、なか なか依頼しにくい。個々のパスポートをケアマネジャーが管理するには、その他の事務処理 も多く、全員を管理していく時間は取れない。最初に名前や必要事項を記入して本人に手渡 しても、そのままの状態置いてあることがほとんどです。活用すれば万全だと思われま すが、誰が管理していくのでしょうか。
⑤あるのは知っているがケアマネから渡すものだという意識がなかった

居宅介護支援事業所
⑤特に必要性を感じたことがないので使用していません。
⑤使いにくい
⑤使い方がよくわかりません
⑤どのように活用すれば良いのか知らなかった。
⑤使用しづらく感じ又、必要な事はFAXで対応なため
⑤研修会などで使用を推進される案内を受けるが意識付けが薄く忘れてしまう。
⑤記入に手間がかかる。
⑤活用の仕方がわからない。
⑤使いづらい。記述式で時間がかかる。
⑤医療と介護連携シートで行っている。
⑤高齢者には使い勝手が悪い、活用するメリットを感じない。
⑤診察時に同席させてもらったり、家族に気になることは聞いてもらうようにしている。また連携シートは活用しています。
⑤サービス事業所への知名度が低い。 記入の手間が発生する。
⑤利用を勧めたことはありますが、これは自分には無理やから止めて欲しいと断られたことがあります。日常的に情報を持ち歩くのは大変だと思います。必要な情報は必要な時に見る、連携できるシステムが必要。患者（利用者）に情報をゆだねるのはどうした物でしょうか？A病院の受診患者の認知症ケアの件で連携できたケースがありましたがあのシステムはもう使われていないのでしょうか？広がっていないのでしょうか？
⑤記入箇所が多く手間がかかる。かさ高い事もあり利用者からの賛同が得難い。
⑤入職したばかりで、まだ、医療と連携した経験がないため。
⑤使いがってが悪い
⑤現場を知らない役所の人間が考えたもので形骸化している。無くても元から連携できる事業所はしているし、あっても連携が苦手な事業所はしていない。
⑤使いづらい部分あり
⑤どう利用するのかよくわからない
⑤渡しても使われない。

**（看護）小規模多機能型居宅介護**

③はつらつパスポートについては、利用者、家族に内容や利用の説明はするが、あまり活用されず、浸透していない。

③勉強不足です、現状は問題なく出来ています

⑤知識不足

Q17. 「はつらつパスポート～みんなで連携編～」及び「医療・介護連携シート以外で、連携に使用しているツールはありますか。（自由記載）

地域包括支援センター
メール。居宅介護支援計画照会状。
医療連携シート
医療と介護の連携シート。最近が高槻市版が使いやすいのでよく使用している。
ざいる（アプリ）
自分で作成した本人状況の説明の文書など
介護側からDrへお伺いを立てるような関係性はいかがなものでしょうか？互いが専門職として話ができればツールは何であってもよいと思います。誰のための連携なのか、医・介護は専門職だけでなく本人家族を含めたものかと思えます。支援者は本人家族の本音を聞き取るスキルが必要で、内容を医療側へ伝え対等に話す聞くが必要です。同じことを医療サイドにも求めます。何のために、誰を対象をしているのをはっきりさせることが必要かもです。
ツールを必要としている連携関係はどこでしょうか。その連携関係を順調に行う上でのツールということになるかと思われれます。その点を見極めたうえで、ツールを選択する必要があるのではないかと考えます。
MCS LINE
いばらき認知症サポートブック、茨木市みんなの医療機関マップ
居宅介護支援事業所
独自で作成した医療介護連携ノート
メール、FAX
要支援の方で自宅で市役所のリハビリの先生に見てもらったときははつらつパスポートの内容をみたり、運動のメニューを書いて頂き活用した
医療と介護の連絡シート
フェイスシートなど通常の支援計画書類
特に決まっていますが、連携している訪問看護ステーションの報告書類によって違いはあります。
事業所連携シート
照会状
基本情報をかける
Q16で回答の「連絡帳」
MCS

居宅介護支援事業所
特に無し。 独自のネットワークを開発してほしいです
医療連携シート
在宅医療・介護のための多職種連携アプリ
ソフトに入っている連携シートを活用する事もある。
医師含めた利用者関係機関へ一斉送付するFAX書面フォーム
緊急連絡表
医療と介護の連絡シートを改良して使用しています。
入院時情報提供書 退院・退所情報記録書
必要時直接電話して相談している。
MCS ざいる
医療介護連携シート 電話
多職種でサービス事業所が多く介入している利用者宅には連携ノートで情報共有している
電話・FAX.
電話
MCS
電話・FAX
MCSや自社の用紙でファックス
対面、電話、FAX、書類郵送など必要に応じて。MCSにも登録しましたが、今はまだ活用できていません。
MCS
ZOOMでの退院前カンファレンス
特にはないが、対面、電話は用います。
医療・介護連携シートを主に使ってます。
主治医照会
訪問看護とはメールでのやり取りも必要に応じて行っている。また自宅に連絡ノートを置いて各事業やご家族様と日々の情報共有を図っている
MCS
電話がつながりにくい場合は直接FAXで。
主に連携シートを使用しています。その他、使いやすい物があれば教えてください。

<b>居宅介護支援事業所</b>
FAX
高槻市医師会の医療・介護連携シート（FAX）、MCS
MCS, ざいる
（看護）小規模多機能型居宅介護
介護連絡表
ほのぼのの入退院連携シートの活用