

## 平成26年度医療・介護連絡シート等に関するアンケート集計結果

### 1. アンケートの回答者について

- ・ 調査依頼件数：310件  
(職能団体24件、事業所等286件)
- ・ 回答件数：88件      回収率：28.4%
- ・ 複数回答を含めた総件数：130件  
(職能団体20件、居宅介護支援事業所56件、その他54件)

### 2. 医療・介護の連携（多職種連携）について

#### (1) 医療・介護の連携を図るためには、どのようなことが必要か

- ・ 話し合いが出来る場、時間が医療関係には少なすぎると思います。いろいろな情報収集や患者さんについての意見を聞きたくても、なかなか時間を取ってもらえないのが現状です。  
情報交換の場が必要（小規模多機能型居宅介護事業所）
- ・ 医療機関の介護制度への理解が必要。介護職員の医療に対する苦手意識の克服（居宅介護支援事業所）
- ・ 情報の共有の為に気持よく連絡とれる事が望ましいと考えます。（居宅介護支援事業所）
- ・ 情報を共有する事が大事なので、会議や打合せの場に互いが参加できるようにすることが必要（居宅介護支援事業所）
- ・ 互いの垣根をとりはらう。利用者、患者の為に！互いの利益・害は持ち込まない。配慮はする。互いの必要な情報の理解、把握（居宅介護支援事業所）
- ・ 医療・介護とそれぞれ文化が違っており、相互に理解する必要性の意識が低いのが現状。  
CMの医療に対しての基礎知識が向上すれば、医療との距離感が狭くなり、今よりも連携しやすくなるのではないか。（居宅介護支援事業所）
- ・ 相談員との協力。紹介状や（福祉用具貸与等に）使用する際、必要な照会書の無償を必要とします。（居宅介護支援事業所）

- ・在宅での生活から入院し、また在宅へ戻る場合にADLがどこまで下がるのかとても心配で、その辺を共有出来ればと思います。(居宅介護支援事業所)
- ・介護施設としては、治療に伴い、生活の中ですべき事と、してはいけない事を具体的に知りたいです。反対に入院する時や外来治療時に、病院側がどの情報を求めているのか知れたらお伝えしたいです。(特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム))
- ・医療機関の方にももう少し柔軟で話しやすい対応をして欲しい。なんでも聞きやすいような対応をして欲しい。そうするともっと連携が強まると思う。(認知症対応型共同生活介護)
- ・明確なビジョンや目標、目的がないと「連携」という言葉が独り歩きしてしまう。(北海道理学療法士会道北支部)
- ・連携を図る目的や必要性を理解する事、連携時のマナーを守る事(地域包括支援センター)
- ・医療サイド→本当に必要な医療を行う。不適切な在宅療養をしない。受診できる人は通院の事。介護サイド→気休めの受診、訪診をしない。(訪看も含む。)(医療機関)
- ・速やかな情報交換(居宅介護支援事業所)
- ・利用者の生活状況を細かく説明して、その後の医療機関との対応に役立てていける様に行う事が大切になると考える。(認知症対応型共同生活介護)
- ・利用者が入院した際等、随時情報提供を行う事(居宅介護支援事業所)
- ・医療側の連携体制(窓口)を明確にしてもらいたい。連携への理解を深め、双方の意識を深めていく。(地域包括支援センター)
- ・医療側も介護分野に興味を持ち、働きかけていくことが必要かと思います。介護側からのアプローチを待っている状況では遅いと思います。どんどん積極的にアプローチしてきて欲しいと思います。(地域包括支援センター)
- ・密な情報交換。入退院時、利用者様の現在の状況の情報提供(小規模多機能型居宅介護事業所)
- ・お互いをもっと知る必要がある。(介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム))

- ・ 定期的な連絡体制の確立（認知症対応型共同生活介護）
- ・ 研修会や勉強会、ネットワーク（小規模多機能型居宅介護事業所）
- ・ 病院とスムーズにやりとりが出来る環境が必要。医師の認識（介護サービスに関わる）を変える。（居宅介護支援事業所）
- ・ 日頃からの情報交換（認知症対応型共同生活介護）
- ・ 自宅での本人の生活状況（居宅介護支援事業所）
- ・ MSW との積極的な関わり（居宅介護支援事業所）
- ・ 何を目的としているか、タスクゴールを明確化する事が必要（地域包括支援センター）
- ・ 連携の定義を明確にする必要があるように思います。“連携”“連帯”“ネットワーク”などという言葉は、とても便利で、つい頼ってしまいますが、そろそろ具体的な“業務”“役割”を示していかなければ、これ以上は深まらないように思います。（地域包括支援センター）
- ・ TEL 等で連絡を取り合い、同じ方向で動く事を確認する。（地域包括支援センター）
- ・ ケアマネが利用者の通院に同行し、医師からの説明を年1、2回直接聞くことができると考えている。本人の薬についての相談は、大きな病院程難しいので、薬剤師や看護師とどのように関わって行けば良いのか分からない。（居宅介護支援事業所）
- ・ 医療施設と介護施設の関係をもっと密にする必要があると思います。（特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム））
- ・ 専門職同士の連携としてお互いの専門性を認めあいましょう。（旭川市訪問看護ステーション連絡協議会）
- ・ 横の関係は永遠のテーマだと思いますが、とにかく、こまめな情報交換の場をつくる相談しやすい環境作り！（介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム））
- ・ 介護者の知識の向上。日頃から関連医とのやりとりを密にしていく。（認知症対応型共同

## 生活介護)

- ・情報の共有、互いに協力して行く事だと思います。(居宅介護支援事業所)
- ・介護側から積極的にHPに向いて関係性を築くことが大事(なかなかできませんが)在宅であれば、家族と一緒にの方が良いと考える。(居宅介護支援事業所)
- ・入退院時の情報提供。認定調査の際、主治医の意見書を書いてもらう時の在宅の生活状況や認知周辺症状の報告(居宅介護支援事業所)
- ・医学的知識を学ぶことはもちろん大切ですが、各専門職の特色や役割、社会的な機能や制度などについて知っておく。また、医療関係者と介護関係者の基本的なスタンスの違いや、医療保険の仕組み、ルールなどの基本を学ぶことが必要である。(居宅介護支援事業所)
- ・情報交換の工夫。紙面にしろ、口頭にしろ、なかなか時間が取れない。(訪問リハビリテーション連絡協議会)
- ・各職能団体への協力依頼、周知、個々の小さな活動のみでなく、それらをまとめる基幹型システムの構築(地域包括支援センター)
- ・普段から会う機会があって顔見知りである。(介護療養型医療施設)
- ・情報提供、連携、共働、カンファレンス、会議(介護療養型医療施設)
- ・情報交換を共有する場を設ける。コミュニケーション(介護療養型医療施設)
- ・かかりつけ医の充実、定期的会報などで活動を広める。(介護療養型医療施設)
- ・患者により良い医療ケアが出来るように情報交換・共有し、個別性に合わせて統一したケアをしていくことが大切(介護療養型医療施設)
- ・トップの連携、それぞれのマニュアル、定期的な話し合い、ケアについてのカンファレンス(介護療養型医療施設)
- ・互いの立場に敬愛と理解を持ち、情報を共有する。互いに補い合う。(介護療養型医療施設)

- ・施設相談員と病院SWとのネットワーク（介護老人福祉施設（地域密着型特別養護老人ホーム））
- ・多職種の仕事内容をよく理解する事（旭川歯科医師会）
- ・理解（居宅介護支援事業所）
- ・担当医としては直接時間がとれない事が多いので、相談員とか代理で対応してくれる人を明確にして欲しい。（居宅介護支援事業所）
- ・医療・介護に従事する現場の職員同士が、それぞれの業務を理解して、顔の見える関係を築くことで、より円滑な連携を図る事。ケアマネジャーが医療に関する知識を高め、医療系のサービスや社会資源を適切に活用したケアプランを作成できるよう、人員（給料額）や研修の体制を充実する事。医療機関において、介護保険やサービス等の在宅生活に関する理解を深める取組を行う事（旭川市介護高齢課）
- ・各サービス事業所が受身ではなく、それぞれが主体性を持って関係機関と連携をとっていく。モラルと地域住民の権利擁護を意識としてどれだけ関わっていくことが出来るか、1人1人が考える事が重要と思う。（居宅介護支援事業所）
- ・入院時・退院時には、必ず同席し、情報交換・共有が必要（認知症対応型共同生活介護）
- ・相互理解。顔の見える関係作り、コミュニケーションの促進、入退院時の連携ルール作り（北海道医療ソーシャルワーカー協会北支部）
- ・顔の見える関係（北海道医療ソーシャルワーカー協会北支部）
- ・旭川市内でいえば、現在ある様々な会を利用しながら、全ての団体がつながれるよう行政が旗振りをしてくれる必要があると思います。（北海道医療ソーシャルワーカー協会北支部）
- ・顔の見える関係（北海道医療ソーシャルワーカー協会北支部）
- ・医療と介護の両面を理解している窓口となる職種を配置する事（北海道医療ソーシャルワーカー協会北支部）

- ・お互いのルール化をしていく。(北海道医療ソーシャルワーカー協会北支部)
- ・一緒に支援した事例の共有(北海道医療ソーシャルワーカー協会北支部)
- ・協力医療機関との連絡を密にする。医師と何でも相談できるような関係を作り上げる。職員全体が、利用者さんの情報を把握していること(認知症対応型共同生活介護)
- ・情報の共有が不可欠と考えるが、個人情報保護の観点からは難しいものと考えます。(介護老人福祉施設)
- ・各々の職域分野について意見、質問されることを過剰に不安や疑い、不服(不快)な感情を持たず、利益につながるものであるという意識を関係者が持ち合う事(介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム))
- ・病院の(個人)看護師がケアマネに対する態度が悪すぎる。個人病院の相談員と看護師の連携がまったくできていない所(病院が)ある。(居宅介護支援事業所)
- ・対象者(入居者、患者)がどのような生活を望んでいるかを話し合える場が必要。現状→多くは医療現場が考える理想の押し付けになっている。(サービス付高齢者向け住宅)
- ・医療職場の介護業務理解(居宅介護支援事業所)
- ・病院のソーシャルワーカーさんとの連絡(居宅介護支援事業所)
- ・担当者会議等への参加、必要時の情報提供、相互理解を深める。(居宅介護支援事業所)
- ・在宅生活を支援するために、その人の病気の正しい理解が介護には必要であり、医療からの支援には、在宅生活を理解してもらうため必要だと思います。(居宅介護支援事業所)
- ・医者、看護師、介護士他各職種との情報共有(旭川地区ヘルパー連絡会)
- ・各病院の医療相談室のソーシャルワーカーさんとの関わりは、とても重要であると感じました。利用者様の主治医である病院との良い関係づくりが必要だと思います。又、同事業所間でも情報収集等の関係を深める事も必要だと思います。(小規模多機能型居宅介護事業所)

- ・医療・介護の両者の状況、考え方をもっと、より具体的に知るべきだと思います。(認知症対応型共同生活介護)
- ・お互いの業務内容等の理解や、相談窓口の明確化。日頃から、やり取りが多い所は分かっており、連携が図り易いと感じています。(北海道精神保健福祉士協会道北ブロック)
- ・日常からのコミュニケーション。お互いが気兼ねなく連絡を取り合えるようになることが理想だと思います。(北海道精神保健福祉士協会道北ブロック)
- ・医療保険、介護保険制度について、医療・介護従事者がそれぞれお互いに制度を学ぶことが必要(地域包括支援センター)
- ・医療側の意識向上(地域包括支援センター)
- ・医療側も介護保険制度を理解してもらえるといい。(地域包括支援センター)
- ・面談の機会、情報など(不明)
- ・やはり顔の見える関係でしょうか。(医療機関)
- ・医療側が欲しいとしている情報の内容、欲しいとするタイミングを介護側が知る。(居宅介護支援事業所)
- ・お互いに連絡し、情報共有する。(入院時、在宅の様子など)(地域包括支援センター)
- ・情報の共有を密に行っていく。施設側からは、日常の様子を正確に伝えていく。医療側からも病状や治療方針等を口頭だけではなくて、用紙等を書いて頂けると職員間でも共有し易い。(認知症対応型共同生活介護)
- ・ベースとして支援に当たる1人1人が、日常から顔の見える関係づくりを意識した動きをとること。様々な職種やサービスについてよく知る事が必要と考えます。(北海道精神保健福祉士協会道北ブロック)
- ・医療側で本人に説明した情報。介護側では、日常生活(在宅時の様子等)の情報(居宅介護支援事業所)

- ・専門性を生かし、それぞれの役割・機能を発揮できるような連携体制の構築が必要だと思う。(居宅介護支援事業所)
- ・電話だけの連絡ではなく、直接足を運ぶことで連携がよりし易くなっていく。(居宅介護支援事業所)
- ・顔の見える(わかる)関係作り(居宅介護支援事業所)
- ・各団体、事業所等の課題共有、会議等(介護老人保健施設)
- ・関わりが取り易く、他の職種との意見交流ができる。(居宅介護支援事業所)
- ・医療機関によって連携の回り方に差がある。慢性期 or 回復リハ病院から退院時カンファレンス等にケアマネも出席させていただき、情報共有できると、病院から在宅へ繋がり、より良いケアができると思う。医療も介護も役割分担が明確にできると思う。(居宅介護支援事業所)
- ・Drに直接ではなく、MSWがいると連絡し易い。通院患者の場合の連絡先がはっきりしていない所もあるので明確になるともっと良い。(居宅介護支援事業所)
- ・医療・介護合同の研修会を行う。(居宅介護支援事業所)
- ・連携が必要という意識が不足している事(居宅介護支援事業所)
- ・医療サイド、介護サイドと別々に考えるのではなく、お互いの情報を共有する事が必要(居宅介護支援事業所)
- ・窓口などが一つになっている事。(居宅介護支援事業所)
- ・連携の必要性を知る事(居宅介護支援事業所)
- ・医療関係者に介護保険について理解してもらう事が必要だと思います。(居宅介護支援事業所)
- ・顔の見える関係作り。(居宅介護支援事業所)



- ・入退院以外にも自宅での生活の中で医療的な部分の不安や気になること（身体的なこと、薬管理、病気の状態など）直接Dr、NSと関わりがもて、相談できると自宅での生活を支えやすくなると思われる。（居宅介護支援事業所）
- ・利用者様の身体状況、生活状況等全般にわたり必要な情報を共有することが必要である。退院後病状等について連携が必要である。（居宅介護支援事業所）
- ・MSWとの連携、情報提供（居宅介護支援事業所）
- ・互いに連携が必要であると思う事（居宅介護支援事業所）
- ・日頃から医師と会う事で、相談できる体制作り（利用者と受診同席）。MSWとの連携を図れるよう、担当の方を知っておく事（居宅介護支援事業所）
- ・介護・医療とも対等であるという意識（居宅介護支援事業所）
- ・施設なので、少しの体調変化でも、医療と介護の連携は図られています。施設から入院先へは、看護要約を送り連携を図っています。（介護老人保健施設）
- ・利用者、家族が地域における1人の生活者であるという事を視野に入れた、包括的なケアの概念を持った連携が必要だと思います。（認知症対応型共同生活介護）
- ・漠然と捉えていてもテーマが大きいので、とりかかる部分を絞る。例えば、病院からの退院時の支援のあり方など、病院や介護のお互いの情報共有（旭川地区訪問リハビリテーション連絡会）
- ・お互いの分野の役割の理解（旭川言語聴覚士会）
- ・介護系職種の職能を知る。（旭川薬剤師会）
- ・医療機関の介護（保険）への理解、ケアマネジャーの医療に関する知識（居宅介護支援事業所）
- ・連携がスムーズに図られるための窓口（居宅介護支援事業所）
- ・病院、各事業所との関係作り。要点、課題の周知、役割分担確認（居宅介護支援事業所）

- ・退院する時だけでなく、入院した時からの連携が望ましい。また、日頃から連携しておくのが良い。困った時だけでなく（居宅介護支援事業所）
- ・情報の共有と気軽に相談することができる関係性の構築（居宅介護支援事業所）
- ・お互いに情報交換、共有できる機会が容易に持てると良い。（居宅介護支援事業所）
- ・サービス担当者会議が一番重要と考える。利用者様の方向性を確認するのと状況を伝えるには、一番早く伝えやすい。（ただし、時間制約あり）介護方法や能力確認が利用者宅で実践する事（訪問看護ステーション）
- ・「利用者本位」という理念を各職種が共有すること（介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム））
- ・医療機関と話し合いができる場があると良い。（定期的に）職種で聞きたい事や何を聞いたら良いかなど分からない事もあるので、良い例、悪い例などの紹介等もあると良い。（居宅介護支援事業所）

(2) 医療・介護の連携を図るためには、(医療・介護の) 専門職としてどのようなことができるか。(個人回答者のみ)

- ・介護からの立場として、認知症の方に対する接し方などの情報、又医療面でのアドバイスを受けて在宅生活が安心してできるように、本人、家族を援助できる。(小規模多機能型居宅介護支援事業所管理者兼介護支援専門員)
- ・連絡方法の把握、医療知識の構築、コミュニケーション能力の確立(要点を明確にして相手に伝える。(介護支援専門員)
- ・入院、退院時の情報交換、ケアカンファレンスへの参加等(居宅介護支援事業所管理者)
- ・こまめに医療と連絡を取り、情報共有すること(介護支援専門員)
- ・ケアマネとして本人、家族の意向を正確に伝える。在宅での生活の情報も深く伝える。サービスにつなげる。(迅速に)(介護支援専門員)
- ・福祉用具の必要性を話し合うこと。施設入所月(介護支援専門員)

- ・インフォーマルとの利用ができないか考えていくこと（介護支援専門員）
- ・お互いに求めている事がわかったら、治療生活双方に有効な情報交換ができると思います。また、施設側とご本人、御家族の意向をマッチングして医療との連携を図る橋渡しの役割ができると思います。（特定施設入居者生活介護相談員）
- ・情報を頂いたり、提供することで、適切な医療（治療）やサービスに繋げる。（主任介護支援専門員）
- ・お互いの役割、立ち位置が理解できるような事例検討会の機会を多く持つことが必要だと思います。（主任介護支援専門員）
- ・情報提供（家族に了解を得て）、退院後の生活、活動の報告（ENT 後受診時）（介護支援専門員）
- ・地域ごとにわけて相談会（介護員）
- ・例えば、受診時同行する事。介護保険申請の時の意見書記入をお願いする時、情報提供を行う。（日常の様子等）（施設長、管理者、介護支援専門員）
- ・定期的な連絡（管理者）
- ・入院退院連携、必要時に利用者と受診同行し、本人が伝えられない事を伝えたり、聞き取る。（介護支援専門員）
- ・MSW との関わり（介護支援専門員）
- ・連携から連帯（不明）
- ・個人レベルで出来ることは、“求める発想”ではなく、“提供する発想”で、接することだと考えます。まずは自らが、情報を提供・発信し続けることで、信頼や、情報共有に繋がると考えます。（主任介護支援専門員）
- ・入院中から関わる方は、互いに情報交換を行い易いが、通院のみの方は、家族や本人からの情報のみなので、矢張り、通院に同行するのが良いと思うが、時間的な余裕がないのが現状

である。(介護支援専門員)

- ・医療知識の提供とネットワークづくり、医療と福祉を繋げる全人的なアセスメントを得意とする。(看護師)
- ・お一人お一人の既往症、現在の状況、どのような薬を服用しているか等。把握していくことで、情報提供ができる。(介護員)
- ・ケアプランを作成した際、主治医にもお渡しする受診同行(介護支援専門員)
- ・ケアマネジャーは基本的に生活という観点から利用者をささえようとするのに対し、医師は、生命の維持、病の治療という観点から患者を守るという、スタンスの違いがあります。このことが踏まえられれば、連携を取るにあたり、ゆとりが出てくる。(介護支援専門員)
- ・多職種でも分かりやすいように伝える工夫(理学療法士)
- ・コミュニケーションを図る。(看護師)
- ・タテとヨコのコミュニケーションと情報共有の充実を図る。(看護師)
- ・患者、家族が望むことを可能な限り援助していきたい。在宅ケアについては、まだまだ勉強不足なので情報収集していきたいと思うが、普段の業務と併用していくのはなかなか難しい。(看護師)
- ・業務管理を行い状況に合わせた対応(医療・介護両方の面で)(看護師)
- ・空床や待機者情報の提供(生活相談員)
- ・自分の専門職としてのアドバイスや、情報交換が出来ると思う。(歯科医師)
- ・身体(病状等)は医療であるが、利用者の身体状況、生活歴、家族関係、意向等を把握し、支援するのは、私達の役割とと思っているのですが、その部分も共有し連携して行ければ良いと思います。(介護支援専門員)
- ・ケアマネジャーとしては、個々のケースをしっかりと見て、必要な連携を取ることで、必然的に医療介護の連携の充実が図られると考える。(介護支援専門員)

- ・ 様々な研修等に参加（社会福祉士）
- ・ 地域とHPのつなぎ役（医療ソーシャルワーカー）
- ・ 医療と介護（ケアマネ等）をつなぐ役割が期待されていると思う。（医療ソーシャルワーカー）
- ・ 患者さんに必要な支援が受けられるよう必要な職種に繋げること（パイプ役）（不明）
- ・ ご本人の立場で、支援内容の評価や要望を現場にフィードバックする。（社会福祉士）
- ・ 担当ケアマネジャーに相談（訪問介護事業所サービス提供責任者）
- ・ 利用者さんの情報などは、きめ細かく協力医療機関に提供できるよう整備すること。職員が不安を感じていることなどを受け止め、不安のない介護ができるようにすること（介護支援専門員）
- ・ 本人及び家族との信頼関係を築くことから始める。（介護老人福祉施設業務課長）
- ・ 情報提供の同意を得ている方について、問い合わせがあった際、必要な情報の説明や書面には載っていない留意点等について伝える。ご家族、本人へ繋ぐ橋渡し役など。（生活相談員）
- ・ 介護で出来る事を伝え、現場を知ってもらう。医療、介護資源をより対象者（入居者、患者）のニーズに適合した効率的な利用を図るため、医療・介護サービス提供者が現場レベルで顔の見える関係を構築していく。（不明）
- ・ 医療側からの利用者様にとって必要とされる介護業務をケアマネジャーに情報提供、ケアマネジャーから介護事業者への情報提供（介護支援専門員、管理者）
- ・ 入院中の病院に足を運んで情報収集を行う。（介護支援専門員）
- ・ それぞれのサービス機関から寄せられるモニタリングや提供された情報の中から、今行っている治療等に必要と思われる情報は医療関係者に届けていく。医療から受けた情報を他のサービス機関に伝え、行っているケアの中に生かしていく。（介護支援専門員）

- ・研修会や交流会に参加し、お互いに顔の見える交流を図っていくこと。(介護支援専門員)
- ・現在私は往診を利用している利用者様の生活状況や服用状況を毎月まとめて往診前に情報提供している。ヘルパーは医療の事はわからないが、独居なら特に生活状況を把握しておくことも主治医には必要と思っているので、情報提供している。(訪問介護事業所管理者)
- ・確実にできる事としては、利用者様の定期通院に同行させていただく事です。しかし、ご本人が混乱するためや、遠方であるなど、実行できない方もいらっしゃいます。時間を作って何とか実施したいと考えています。(小規模多機能型居宅介護事業所管理者兼介護支援専門員)
- ・お互いに忙しい状況ではあると思いますが、相手の立場を考え、対等に話ができるよう、日々研鑽して行く事(ホーム長、看護師、介護支援専門員)
- ・病院の窓口として、相談しやすい事、また、相談先がどこになるのか等、関係機関と相談、役割分担を密に図るようにしていくこと等です。(精神保健福祉士)
- ・医療の敷居の高さがあると思うので、相談しやすい雰囲気を心がけていること。(精神保健福祉士)
- ・病院にもよりますが、主治医に会う機会を作る事にしています。MSWとも連絡を取り合えるようにしています。(不明)
- ・自分の持っている知識や経験を、多職種の方へ伝え、共有すること。(医師)
- ・病院に行き、顔を見て情報を共有する。(介護支援専門員)
- ・医療、介護その他チームで関わっている関係者の情報の橋渡し(介護支援専門員)
- ・利用者の方について、多職種で情報交換や話し合う機会が不足していると感じる。チームを組んで利用者を支えていくのが理想で、目指したいところだが、連携の基盤ができていないことから、連携を図りにくいのではないかと思う。(不明)
- ・情報提供の際に直接伺う等(介護支援専門員)
- ・各研修に参加して、お互いの顔を知ってもらう。各団体の研修のお知らせが欲しい。(参加)

できるものは) (介護支援専門員)

- ・ 会議や研修会の参加等 (支援相談員)
- ・ 一部分の医療機関や職種だけではなく、地域、町内とも課題を共有して関わり続ける。(介護支援専門員)
- ・ 必要があれば連絡をとり、確認事項など内容の確認を行う。(介護支援専門員)
- ・ 生活していく中で障害になっている事が疾患に原因がある場合、積極的に医療関係者に確認していく事 (介護支援専門員)
- ・ 積極的に医療と関わりを持つ。(訪問やTEL等…) (介護支援専門員)
- ・ 自身の専門分野だけで解決できないことは、他の分野と協力(情報を得る。共有する e t c)する事を心がけています。(介護支援専門員)
- ・ 入院や受診時等在宅での生活状態の情報を提供する事が出来る。(介護支援専門員)
- ・ 必要な情報提供 (介護支援専門員)
- ・ 持っている情報の共有 (介護支援専門員)
- ・ 情報の共有 (介護支援専門員)
- ・ 医療連携室をはじめ、NS、Dr からの話や相談ができ、自宅での様子など介護サービス提供者の情報を伝え、本人の状況を伝えながら、本人に合う医療、介護が行えるよう調整出来ると思う。(介護支援専門員)
- ・ 利用者の関わっている経過や家族の状況を伝える。本人の思いを代弁できる。(介護支援専門員)
- ・ 情報提供 (介護支援専門員)
- ・ 情報の共有 (介護支援専門員)

- ・主治医に合うため受診同行を必要な方にはしています。入退院の時は、MSWと連携を図られるよう行動しています。(介護支援専門員)
- ・利用者の生活、身体状況を踏まえての情報提供 (介護支援専門員)
- ・顔の見える関係づくり。情報交換の場づくり。(介護支援専門員)
- ・医療職と介護職との顔の見える環境作り。医療、介護の最低限のルールを把握。定期的に情報交換をする場を設ける。(施設管理者)
- ・看護師なので、同僚のケアマネなどのアドバイス (介護支援専門員)
- ・病院のMSWへの積極的な関わり。主治医意見書やサービス導入時等の機会をのがさず、医師への情報提供 (介護支援専門員)
- ・在宅生活事情の報告、生活背景の報告 (介護支援専門員)
- ・何でもできますが、相手がある事ですので (介護支援専門員)
- ・対象者の情報を提供する事 (介護支援専門員)
- ・訪問看護からリハビリを行っているで、能力評価や環境調整、また、家族に対しての助言、介助方法を検討する事が出来、医療、介護ケアマネに伝達する事が出来ます。(理学療法士)
- ・多職種の考え方の特性を知る。各職種間の調整役となる。(生活相談員)
- ・必要時医療機関に行き、医師、看護師、リハビリスタッフに利用者の情報を求めた内容で、良い例やもっと努力しなければならないことなど検討する事が出来る。(介護支援専門員)

### (3) 医療・介護の連携推進にあたって、最も問題(課題)となっていることは何か。

- ・医療関係者から見て、介護職を軽く見ている部分は、至る所で感じます。「そんな事あなたに言う必要はないでしょう」と平然と言うドクターもおります。連携という事が大事である事を認識していない医療従事者が多いと思います。(小規模多機能型居宅介護支援事業所)
- ・誰に相談するか医療・介護ともに把握しづらい。(居宅介護支援事業所)



- ・プライバシー関連がネックとなり、情報が入ってこない事が多く見られます。例～〇〇さんの件でと問い合わせても、家族等の許可がなければお答えできませんとか…（居宅介護支援事業所）
- ・医療保険・介護保険が互いの分野で理解不足だと思う。あと、医療相談員のいる病院は連携をとりやすいと感じる事がある。（居宅介護支援事業所）
- ・早期退院～生活状況がととのっているか。完治しない状況で、どのような生活ができるか等考える、整える、教えてもらう時間が少ない。（居宅介護支援事業所）
- ・各職種間の相互の役割や機能についての理解が不足している。（居宅介護支援事業所）
- ・家族、本人、介護責任者が合意していたことが、主治医の一言で全て破談になって、好ましくない結果になることが多々生じている現実（居宅介護支援事業所）
- ・その方の生活の状況、ご本人やご家族の求めている事と、医療面との調和を図る事。治療する上でのゴール（ベストな状況）と、ご本人やご家族の望んでいる具体的な事を合致させる事。沢山の人が関わる中で統一していく事（特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム））
- ・それぞれ専門分野が違うだけで、同じ人間なので、あまり偉そうに上から物をいう様な態度をするのは何か思い違いしているのではないかと考える。（認知症対応型共同生活介護）
- ・情報不足等により患者、利用者に不利益を与えてしまう事（北海道理学療法士会道北支部）
- ・連携の目的や必要性を理解していない方がいること。個人的な差が大きいと感じる。（地域包括支援センター）
- ・医療からの情報収集が困難であるという点。SWがいる病院とでは時間を要しながらも、情報交換が比較的スムーズだが、在駐なしの医療機関とは話しにくい。（居宅介護支援事業所）
- ・連絡等を取る時間がいつが良いか分からない。在宅での生活状況と医療機関での状況等密に情報交換をできれば良いと思われる。（居宅介護支援事業所）
- ・医療側の福祉・介護に対する知識が少ないと思われる。（地域包括支援センター）
- ・こちらで提供している情報がうまくDrに伝わらない事がある。（認知症対応型共同生活介

護)

- ・地域包括支援センターも含めて、介護の横の繋がりを強めて、医療側へアプローチしやすい体制づくりを目指す。(地域包括支援センター)
- ・活用しきれてない。(介護老人福祉施設)
- ・Drの多忙と認知症等の理解不足とは思いますが、立場が対等ではないので、一方的になる場合が多い。事細やかに聞いてくれるDrは少ない。聞いて下さり、理解して下さる(高齢者の生活や思い等)方は少ない。(小規模多機能型居宅介護事業所)
- ・官庁HP(大病院)では、医連を重視され、介連までできていない。(認知症対応型共同生活介護)
- ・医師が多忙で時間がとれない。気軽に医師に相談が出来ない。(協力できない)(居宅介護支援事業所)
- ・医師とのコミュニケーション(認知症対応型共同生活介護)
- ・自宅での利用者の生活状況が伝わっていない。(居宅介護支援事業所)
- ・個人情報の取扱いについて(居宅介護支援事業所)
- ・具体的目的(地域包括支援センター)
- ・医療機関に対しての明確なメリットを示せない事だと思います。報酬面での保障や業務上のメリットを具体的に示せば、感心が高まると思います。(地域包括支援センター)
- ・外来の看護師の対応で左右されることもある。また、服薬の内容に関しては、薬剤師の力を借りて、作用、副作用について相談でき、適切な量で調整できれば、利用者が良い健康状態になるのではないか。(居宅介護支援事業所)
- ・介護側が必要な際の医療提供制度(特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム))
- ・介護側の医療への知識不足と縦の関係(介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム))

- ・ 家族の希望（付添の関係）等も含み、医療関係が多方面になり、本人も大変だったり、情報のやりとりが統一されづらくなる。（認知症対応型共同生活介護）
- ・ 認知症の診断がある人は、他科での入院治療が出来ません。入院させてくれません。結果自宅で、仕事をやめ、介護者は体調を崩し、協力者もなく、孤独の中で生きている現状があります。（居宅介護支援事業所）
- ・ 総合病院に情報提供する場合、きちんとMSWなどがいるが、急性期が過ぎて転院すると、また1から連携を図ることになり、手間をかけても点数にもならず、積極的になれない。（居宅介護支援事業所）
- ・ 利用者の状況について情報共有すること（居宅介護支援事業所）
- ・ 医師は偉い、医療職は怖いといった先入観が医療連携の際に大きな誤解を生み、物事を進めるための障害になっている。（居宅介護支援事業所）
- ・ 時間が無い。工夫方法の確立、マニュアル、統一化（訪問リハビリテーション連絡協議会）
- ・ 煩雑な制度、体制、手続き、退院支援の係の温度差（地域包括支援センター）
- ・ 施設の数が多すぎても把握できない。（介護療養型医療施設）
- ・ 横のつながり（介護療養型医療施設）
- ・ お互いの情報不足（介護療養型医療施設）
- ・ 1人1人の関心の薄さと周知不足、マンパワーの不足（介護療養型医療施設）
- ・ 問題のある家族への対応は年々難しくなっていると感じる。（介護療養型医療施設）
- ・ それぞれの業務内容、調整（お互いの業務について充分理解していないのに、それぞれが不満を持ち、協力体制が薄くなる事）（介護療養型医療施設）
- ・ 利用者の増加と多様化。従来の制度などでは、対応の難しいケースが多くなっている。（介護療養型医療施設）

- ・多職種に関する理解不足と、自分の専門職の関わり方（旭川歯科医師会）
- ・医師の皆さんの協力が連携推進にとっても大きな力になりますので、一人でも多くの医師の方が参加する機会と周知を、この事業終了後も続けていくことが大切であり、今後の課題と考えます。（認知症対応型共同生活介護）
- ・理解（居宅介護支援事業所）
- ・独居高齢者が多くなっていく事が予測される中、医療と介護の共通認識を深め、連携して行く必要があると思います。（居宅介護支援事業所）
- ・在宅での生活継続の限界点を高めるためには、24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築が重要であるが、在宅医の体制や多職種による支援体制の構築等課題が多いと考えている。（旭川市介護高齢課）
- ・日常生活の様子が伝わりにくい。（認知症対応型共同生活介護）
- ・病院側（医師や看護師）が在宅の事を知らない。在宅側（ケアマネや施設）が病院の事を知らない。（北海道医療ソーシャルワーカー協会北支部）
- ・シート活用を医師、行政が主導する。（北海道医療ソーシャルワーカー協会北支部）
- ・医師の意識、地域での医療受入の体制（北海道医療ソーシャルワーカー協会北支部）
- ・ヒエラルキー的な構造が医療職、介護職の頭にあり、質問しづらい関係があるのではないか。（北海道医療ソーシャルワーカー協会北支部）
- ・コミュニケーション不足（北海道医療ソーシャルワーカー協会北支部）
- ・お互いのルールを理解して行く事が必要（北海道医療ソーシャルワーカー協会北支部）
- ・互いに必要とする情報がわかっていないこと（北海道医療ソーシャルワーカー協会北支部）
- ・協力医療機関との医師、看護師、調剤薬局の薬剤師らとの連絡を密にし、各利用者さんの情報を共有し合うこと。休日、夜間の急変時の対応、救急車の要請の判断（認知症対応型共同

## 生活介護)

- 互いの分野についての理解や知識量の不足、慣習や手順的な事についての不透明さ、連携を進めていく事が互いだけでなく、対象者様本人の利益にもつながっていくという視点をもつと専門職は意識すべきかと（介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム））
- 病院の看護師（個人病院）が在宅のケアマネに対する歩みよりがない気がする。（居宅介護支援事業所）
- お互いを理解しようとする気持や場を持つこと。医療と介護側とで、統一した評価（見方）不足（サービス付き高齢者向け住宅）
- お互いの職種、業務内容の理解、情報提供等の連携（居宅介護支援事業所）
- お医者様が、介護保険の事を知らない方が多いので、もう少し理解いただけたらと思います。（居宅介護支援事業所）
- 私自身の考えとしては、医療に対する勉強不足があり、敷居が高いと感じています。担当の利用者様の病気の理解不足が根底にありますが、それも含めて教えていただく姿勢で望まなければ何も始まらないと考えています。（小規模多機能型居宅介護事業所）
- 医療サイドの介護への認識不足（認知症対応型共同生活介護）
- 医療の敷居の高さ。Drに相談する際、タイミングが難しい。どうやって伝えたらよいか等のご相談を介護関係者からお受けする事があります。（北海道精神保健福祉士協会道北ブロック）
- 情報共有→入院した際の情報共有がスムーズにいかない事があるため（北海道精神保健福祉士協会道北ブロック）
- 主治医意見書の記入が遅く、利用者、ケアマネ共に負担となっている。旭川市内で提出が遅い医療機関はケアマネ間では情報が共有されてる状況。特に軽度の利用者は、介護、予防の移行になる可能性や、自立で出る可能性もあり、利用者にはやむを得ずサービスを休止してもらう事もある。市は催促しているというが、実際に利用者に関わっていないので、大変さが分からないのでは？連携以前の問題（地域包括支援センター）

- ・双方の意思疎通が図られていない。“あいだのカベ”が解消されていない。(地域包括支援センター)
- ・医師の考え方、対応の問題。SW→CMだけでは成り立たない。医師の協力がなければ難しい。(地域包括支援センター)
- ・介護保険の理解でしょうか？(病院にもよります。)(不明)
- ・多職種のことをよくわかっていないこと(医療機関)
- ・介護と医療の連携のメリットを、利用者さん側が分かっていない。(分からない。利点がない。)(居宅介護支援事業所)
- ・ケアプランを医師に見てもらえていない。(地域包括支援センター)
- ・介護側から利用者様の周辺症状がひどく、対応に困難な部分のお話をしても受け入れて親身に聞いてくれるDrと、そうでないDrの差が大きく感じる。「それを見るのが、あなたたちの仕事でしょ」と言われるDrもあり、なかなかこちら側の意見を聞いて頂けない。(認知症対応型共同生活介護)
- ・医療、特に医師との連携が課題となる事が多い。医療機関でも他の職種であれば殆んど問題は感じない場合が多い。医師との間にSWが間に入ってもらえる場合は、比較的スムーズだが、直接のやりとりは対応してもらえない場合もある。(北海道精神保健福祉士協会道北ブロック)
- ・医療側も介護側も、情報提供を行った際に、十分な時間が得られない、気軽に訪問する事もできない等(居宅介護支援事業所)
- ・お互いの業務内容を把握していないため、相手が何を必要としているのかが分からない事がある。(居宅介護支援事業所)
- ・情報の共有と患者・家族が望む療養生活と自立へ向けたサポート(北海道看護協会上川南支部)
- ・利用者・家族の理解と協力、多忙な医療先との壁(居宅介護支援事業所)

- ・医療職は、土日祝が休みの為、連絡がとりにくい事（居宅介護支援事業所）
- ・医療側と介護側の温度差。介護側は連携を図りたいと思っているが、医療側は、連携を図りたいと思っている所が少ない。（居宅介護支援事業所）
- ・専門外だから関係ない。分からない。仕方ないという意識（居宅介護支援事業所）
- ・多職種連携の研修の機会もありますが、参加される人が決まっている。また、医師は多忙で中々参加出来ない。（居宅介護支援事業所）
- ・連携の必要性が感じられていない事（居宅介護支援事業所）
- ・窓口となる担当者が配置されていない病院は連携が図りづらい。（居宅介護支援事業所）
- ・医療は医療で完結してしまい、自宅での生活を継続していくために必要なことや本人たちの希望なども聞き進めていきたいが、壁があると思われる。（居宅介護支援事業所）
- ・それぞれ個別的な係りであり、共通の書式や方法がないのでツールは有効である。（居宅介護支援事業所）
- ・MSWが少なく対応に追われており、十分な体制となっていないこと（居宅介護支援事業所）
- ・それぞれの立場での仕事上の困難さ（在宅生活を送る上での）が分からない。こちら側としては、病院の相談窓口がないと、情報を得たり、やりとりに困る事があります。（居宅介護支援事業所）
- ・医療は、Drも日常の診療で忙しいと思うので、MSWとCMが連携を図られる状況を作れたらと思っています。（居宅介護支援事業所）
- ・各々の職種の専門性の違い（居宅介護支援事業所）
- ・医療用語が通じない。多職種と意思疎通がうまくいかない。質問や意見が言いにくい。（認知症対応型共同生活介護）
- ・発信者がいない。医療・介護といっても、分野や立場で動き方がそれぞれ。医療にとっては、在宅への関心が低い。（旭川地区訪問リハビリテーション連絡会）

- どのようになったら連携がとれたのか基準が分からない事。直接連絡を取りたい時につながらない事がある。(旭川言語聴覚士会)
- 相互に職能を理解していない事 (旭川薬剤師会)
- 医療機関の連携の窓口がはっきりしていないとうまく連携が取れない。DrのオーダーでSWが動くシステムだとケアマネ発信での連携がうまくいかない。(居宅介護支援事業所)
- 双方の制度の理解 (居宅介護支援事業所)
- 病態管理を本人家族ができるか。生活背景を各事業所、病院がおさえ、支援できるか (居宅介護支援事業所)
- 平等 (居宅介護支援事業所)
- 介護の立場から言うと、医療従事者に話をするのは敷居が高い。(居宅介護支援事業所)
- 退院支援等では、早い段階から医療、介護で共通認識を図り、余裕を持って準備を行えると、利用者様も安心できるのではと思います。(居宅介護支援事業所)
- 業務関係で集合する事が限られてしまい、顔の見える関係を作りにくい。(訪問看護ステーション)
- 各職種の考え方の違いをどのように調整するか (介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム))
- 質問力につきると思います。何を聞いたら良いのかが分からないと、答える方も困るので、基礎知識が必要と思います。(居宅介護支援事業所)

(4) 医療・介護の連携推進にあたって、問題(課題)を解決するためにはどのような方法があるか。

- 医療関係者は病気さえ治せばいいという考えを直して、在宅生活を続けるにはどうしたら良いかという考え方を少しでも持つ事が連携の一步につながると思います。(小規模多機能型居宅介護事業所)
- ケアマネに限らず、サービス利用の際は、医療機関に伝えられてるような方法をとる。相談、



報告等簡潔に伝えられるよう（居宅介護支援事業所）

- ・入退院にあたって事前に家族へ了解してもらう事も大切かと考えます。もちろんケアマネも病院での様子を聞かせてもらう事も家族へ了解してもらう事も大事です。（居宅介護支援事業所）
- ・顔つなぎがあると連携が取り易くなると思う。（居宅介護支援事業所）
- ・忙しいと思うが、Drとケアマネが話す機会を増やす。互いの誤解を解く。（居宅介護支援事業所）
- ・もう少し話し合いに耳を傾けて欲しい。多忙なのはわかるが、一方的に決め付けた理論だけでなく、他分野とも協力の場を設けたい。（居宅介護支援事業所）
- ・講演会、座談会等お互いを知る事。連携推進事業と報告、広報の繰り返し。現場での実践とフィードバック（特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム））
- ・医大の時に、もう少し人間としての心理学や、人としての勉強をしてもらいたい。（認知症対応型共同生活介護）
- ・職種間であったり、医療と介護に係るスタッフ間のディスカッションの場がもっとあっても良いのではないかと。（北海道理学療法士会道北支部）
- ・個人的に意識の低い方には制度的な義務付けの強化や、権限のある行政指導等が必要かも（書類が増える事になれば連携出来ている方には迷惑な話だが…）（地域包括支援センター）
- ・医療側の積極的な対応が必要（居宅介護支援事業所）
- ・情報を共有する。（認知症対応型共同生活介護）
- ・研修会等の開催（勉強会・交流会等）（地域包括支援センター）
- ・定期的会議、協会等をつくり、加入する。（介護老人福祉施設）
- ・医療とは、病気を治すこと。介護とは、生活を維持、継続して行くこと。すごく密接な関係なんですけど、全く違う主旨を持っている気がするんで、どうしたらいいかは私には答えがで

ませんが、介護側からの情報提供は積極的に行うべきと思う。(小規模多機能型居宅介護事業所)

- ・介護職の連絡体制強化への報酬評価 (認知症対応型共同生活介護)
- ・医療スタッフ (SW、NS 等) が医師との間に入ってもらい、介護職との連携に協力的に関わってもらおう。また、医療機関にスムーズに連絡がとれる様な対策をとってほしい。(居宅介護支援事業所)
- ・入院する時だけでなく、通院している病院へ基本情報を提示する。(居宅介護支援事業所)
- ・医療に携わった事のない介護事業所が多く、今後マンパワーも含めて、経営が難しくなってくる時が来ます。国としての医療・介護のすみ分けが更に進める事が重要 (医療機関)
- ・入退院時の関わりが大きいのが、定期受診時の情報交換などの連携を深める事など (居宅介護支援事業所)
- ・連携から連帯 (地域包括支援センター)
- ・MSW とケアマネの連絡を密に行う事で解決できる事は多い。矢張り、ケアマネからのアプローチがなければならぬのだと思います。現状は、時間が取れずに実行できませんが (居宅介護支援事業所)
- ・医療施設側の施設入居者状態の把握 (特定施設入居者生活介護 (有料老人ホーム))
- ・出前研修を致します。(旭川市訪問看護ステーション連絡協議会)
- ・とにかく、どんなことでも話し合える関係構築 (介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム))
- ・往診医 (状況は厳しくなっていると思うが) にする。又は、受診する病院をある程度統一し、やりとりをする人を統一した方が良い。信頼関係を築く。(認知症対応型共同生活介護)
- ・認知症の方達が治療できる受け入れ先を増やして下さい。(居宅介護支援事業所)
- ・退院後の方向性が決まった時点で連絡が欲しい。定期的に連絡をくれるMSWもいるし、怠慢なケアマネもいるので、個々のレベルUPをはからなければ解決は難しい。(居宅介護支

援事業所)

- ・医療・介護連絡シートの活用（居宅介護支援事業所）
- ・医師、医療機関に対する希望は、本人や家族から相談してもらう。医療分野の各専門職とは社会的にどのような立場の職業かをしっかり理解し、その立場を尊重して連携を図る。（居宅介護支援事業所）
- ・トップの人がある程度方法を示す。（訪問リハビリテーション連絡協議会）
- ・制度等の簡素化の推進、連携推進のための継続的活動が可能な機関等の設置（地域包括支援センター）
- ・医師のつながり（介護療養型医療施設）
- ・理解と協力（介護療養型医療施設）
- ・指示系のフローチャートを明確にする。活動を周知していく。（介護療養型医療施設）
- ・なるべく患者、家族の希望が通るように各職種と連携して情報交換していく。（介護療養型医療施設）
- ・患者様優先の連携であり、協力体制を築く為に倫理面、技術面など勉強が双方に必要と思われる。（介護療養型医療施設）
- ・現状の把握、制度や対応の柔軟な実施と見直し（介護療養型医療施設）
- ・お互いの職種の必要性を明確にする。（旭川歯科医師会）
- ・行政が主体となり、医師、介護の経営トップを集めた話し合いを行い、それを継続して行くことが大切と思います。（認知症対応型共同生活介護）
- ・複数の在宅医による連携体制や地域の多職種が有機的に連携できる体制をつくるために、市や医師会の主導のもとで、多くの関係者間の調整を図りながら進める必要がある。（旭川市介護高齢課）

- ・訪問診療は、日常生活がわかり、治療にも大きな影響があると思う。(認知症対応型共同生活介護)
- ・事例検討会、ワールドカフェ、共同研修、交流会、グループワーク等。共同事業(ルール作り)(全て多職種で)(北海道医療ソーシャルワーカー協会北支部)
- ・入退院における情報の共有のルールとシステム(北海道医療ソーシャルワーカー協会北支部)
- ・医師会の力(北海道医療ソーシャルワーカー協会北支部)
- ・職種に関係なく言いあえる場が必要。MSWや退院支援NSといった医療機関における調整役を活用してもらいたい。(北海道医療ソーシャルワーカー協会北支部)
- ・連絡を密に取りあいましょう。(北海道医療ソーシャルワーカー協会北支部)
- ・お互いのルールづくりを話し合う事(北海道医療ソーシャルワーカー協会北支部)
- ・もっとコミュニケーションをとりましよう。(北海道医療ソーシャルワーカー協会北支部)
- ・急変時の対応などについて、職員が判断できない時など、医師、看護師などに、随時相談できるような体制が必要と思う。(認知症対応型共同生活介護)
- ・情報を収集したい時の互いの問い合わせ手順の統一化、明確化。特にMSW、PSWがいない病院に確認を試みる際、窓口がそれぞれで異なり、とまどった事がありました。(かなり以前ですので、今は改善されているかもしれませんが。(介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム))
- ・病院側は在宅のケアマネや在宅側の立場にたって欲しいと心から思う。(居宅介護支援事業所)
- ・受診や入退院時の説明を聞く。ケアプラン作成時に同席する。医療と介護側とで統一したツールを使用し評価する。(サービス付高齢者向け住宅)
- ・退院後など情報が途絶える事もあるので、ケアマネジャーを通じた情報交換(居宅介護支援事業所)

- ・お医者様の介護職がコミュニケーションを取れる場が余りない。(居宅介護支援事業所)
- ・医療と介護両事業所から出席しての検討会を重ねて開催して行く事が、一番効果があると思います。出席されない事には意味が無いですが、内容も的を射るものでなければなりません。が…とても難しいですね。(小規模多機能型居宅介護支援事業所)
- ・医師と対等に話ができるソーシャルワーカーの育成(認知症対応型共同生活介護)
- ・可能な限り顔の見える連携が図られればと考えます。(北海道精神保健福祉士協会道北ブロック)
- ・ケアマネが主治医に対し、ケアプランを送付し、医師に利用者が介護保険サービスを利用している事、理解してもらう事が必要(地域包括支援センター)
- ・普段から顔の見える関係を作り上げておく。(利用者のことで相談に行きたいが、時間を作ってくれるDrが少ない。在宅でのことに興味がないDrが多いのは?)(地域包括支援センター)
- ・わかりません。教えて下さい。(不明)
- ・個々の事例で経験を重ねる事。研修会などで顔の見える関係を広げてゆくこと。(医療機関)
- ・医療と介護の違い、役割を利用者さん、家族が分かる。(居宅介護支援事業所)
- ・ケアプランを医師にみてもらい、意見交換できるようになれば、在宅の様子も分かってもらえると思う。(地域包括支援センター)
- ・より詳細な連絡シートの義務化(認知症対応型共同生活介護)
- ・積極的に受診同行する等して、関係を作っていく。(医師と)医師会等を通じて、もっと協力を仰いでいく。各医療機関に協力を要請して行く。(北海道精神保健福祉士協会道北ブロック)
- ・お互いの仕事を理解し、話し易い関係作り(ソフト面もハード面も)(居宅介護支援事業所)

- ・MSWの質の向上（入退院時の際、情報交換や調整など大事な橋渡しをする役割なのに、病院によって対応に温度差がある。）医療側の介護の役割の理解不足を感じる。（居宅介護支援事業所）
- ・研修等を通して、顔をつなぐことで連携がしやすくなっていく。（居宅介護支援事業所）
- ・医療側にもっと介護との大事さを知ってもらう。（研修や回覧等）（居宅介護支援事業所）
- ・本事業の取組が有期的なものでなく行われると、意識の向上につながる可能性があると思います。「人の意識」が変る取組（居宅介護支援事業所）
- ・医療が必要になった高齢者が在宅で暮らしていける仕組みがあり、入院、退院、在宅復帰と切れ目のないサービス提供ができる連携が必要（居宅介護支援事業所）
- ・医師会等組織で考えていくこと、ソーシャルワーカーや担当者の配置（居宅介護支援事業所）
- ・ツール等を有効に活用する。（居宅介護支援事業所）
- ・MSWの増員（居宅介護支援事業所）
- ・医療職側から介護職への要望について、意見を伺う機会が多くもつ。（居宅介護支援事業所）
- ・各々の職種の専門性の理解（居宅介護支援事業所）
- ・介護職が最低限知ってほしい医療用語、知識等を文書にして配布する。研修会（緊急時の対応、必要な知識等）の実施（認知症対応型共同生活介護）
- ・狭い地域でのネットワーク。繋がる部分から繋げる作業を行う。（旭川地区訪問リハビリテーション連絡会）
- ・顔と顔が見える関係が大切であるが、一同に集まることは難しいので、連絡する方法があれば良い。（旭川言語聴覚士会）
- ・相互に職能を伝え合うような講演会やWSなどで、顔が見える関係の構築（旭川薬剤師会）
- ・“連携室”といった明確な窓口があると有難い。Drもケアマネも活用する位の意識をもつ

ていただけると有効。(たまに、Drより連絡いただくと問題点が明らかになり、解決の動きが進む。)(居宅介護支援事業所)

- ・個々ではなく、市全体で医療・介護の連携推進への意識づけできるような交流会(居宅介護支援事業所)
- ・お互いに連絡をとりあい、入退院情報のやりとりから始めてはどうか。関係作りが大事と思います。(居宅介護支援事業所)
- ・入退院時の支援について、日数が少なすぎて、十分に調整ができず、利用者様も不安感を持たれている事があります。(居宅介護支援事業所)
- ・医療介護の連携推進にあたっては、加算がつかないと動きにくいと考えます。年3回以上にて加算何点となれば、いろいろ動きやすさがあると考えます。また、それが情報となっております。(訪問看護ステーション)
- ・サービス担当者会議のように、各職種が一同に会して意見交換を行う。(介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム))
- ・話せる機会があると良いと思います。(居宅介護支援事業所)

### 3. 平成26年4月から実施した「医療・介護連絡シート」の試用について

(1) 「医療・介護連絡シート」の試用について(回答者130件に対して)

・ 知っていた：100件 76.9%

・ 知らなかった：30件 23.1%

(2) (知っていたの回答者)「医療・介護連絡シート」を利用したことがあるか。(知っていた以外の回答者を含めた総件数130件に対して(利用の有無の回答者は105件))

・ 利用したことがある：23件 17.7%(利用有無での割合21.9%)

・ 利用していない：82件 63.1%(利用有無での割合78.1%)

・ 未記入：25件 19.2%

(3) (利用したことがあるの回答者)「医療・介護連絡シート」の利用で役に立ったか。(回答

者23件に対して)

- ・役に立った：2件 8.7%
- ・役に立たなかった：8件 34.8%
- ・わからない：13件 56.5%

(4) (役に立ったの回答者)「医療・介護連絡シート」はどんなことで役に立ったか。

- ・薬局の方が薬の説明を本人以外に必要と感じた時に、事業所に連絡があった事（小規模多機能型居宅介護支援事業所）
- ・各サービスの連携に役に立った。（居宅介護支援事業所）

(5) (役に立たなかったの回答者)「医療・介護連絡シート」はどんなことを改善すればよいか。

(役に立たなかったの欄の未記入回答者を含む。)

- ・私個人的には、役に立ったという実感は得られませんでした。お薬手帳や介護保険証に、ケアマネや利用中のサービス等が記してあれば、役に立つ業種、場面もあったと思います。（地域包括支援センター）
- ・施設で、現在使用する機会がありません。（介護療養型医療施設）
- ・居宅の利用者を中心とした活用の模索と改善を図るのが良いのではないのでしょうか。（認知症対応型共同生活介護）
- ・四つ折りでお薬手帳からは、はみ出してしまうので、使い勝手が悪かった。当事業所では、全利用者に必要事項を記載もしくはご本人、ご家族に記入いただき、お薬手帳には喜んで頂いたが、1件もそれで連携に活用できたケースはなかった。そもそも必要かという話し合いがなされた。（居宅介護支援事業所）
- ・在宅向きで、施設向きではなかったと思う。（認知症対応型共同生活介護）
- ・必要ないと思う。ケアマネの名前と居宅の事業所名さえ分かれば良い。介護保険証にそれを書くようにすれば良い。（北海道医療ソーシャルワーカー協会北支部）
- ・介護保険証に必要事項、ケアマネの名前が書かれればいい。（北海道医療ソーシャルワーカー北支部）



- ・業務上で目にする機会が無かった。お薬手帳を確認することがなかった。(北海道医療ソーシャルワーカー協会北支部)
- ・お薬手帳に入れても、主治医の目に届いているか分からない。(居宅介護支援事業所)
- ・ケアマネや他の事業所にもっと知ってもらおうよう活動を続けていく事？例えば研修会の度に連絡シートのことを話すとか。(居宅介護支援事業所)
- ・ご利用者にお渡しし、お薬手帳にはさむが、紛失してしまい、医療側も見てるか確認できなかった。(居宅介護支援事業所)
- ・利用者に繰り返し説明して理解し、利用して頂く。(渡した後の支援をしてませんでした。)(居宅介護支援事業所)
- ・活用のイメージを具体的に示すべきでは？(居宅介護支援事業所)
- ・利用者に説明したが、同意が得られなかった。(居宅介護支援事業所)
- ・利用者、家族への説明。CMさんからの利用促進(旭川地区訪問リハビリテーション連絡会)
- ・周知、啓蒙不足(旭川言語聴覚士会)
- ・まだ、役には立たなかったが、これからきっと役に立つ時が来る。行政が中心になり、連携証カードの様なものになると…(居宅介護支援事業所)

#### 4. その他

##### ○「医療・介護連絡シート」についての意見

- ・シートに関しては、A病院の地域連携座談会(というのがあります。)で見せていただいて知っていましたが、実際利用者さんのお薬手帳に一度もはさまっていません。なぜなのでしょう。か。(小規模多機能型居宅介護支援事業所)
- ・大変よい方法と思うが、事業所として書式をかえる勇気がなく、使わずにいてしまう。(居宅介護支援事業所)
- ・今回のアンケートに併せてインターネットで拝見させて頂きました。お薬手帳はほぼ全員の

方がお持ちですし、活用しやすいと思います。特にお一人で受診される方や行動される方に有効だと思いました。2枚目の活用方法は分かりにくいです。(特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム))

- ・ツールの周知や担当者の意識や質の向上には時間がかかると思います。今後もみなで力を合わせて協力しながら推進して行けると良いと思います。宜しくお願いします。(地域包括支援センター)
- ・今後使用していく気持ちはあります。(地域包括支援センター)
- ・使った事がないので分からないが、実用出来ると良いと思っている。(居宅介護支援事業所)
- ・利用者がこのシートを使用する意味について適切に理解しなければ紛失等に繋がると思う。新しい情報を書き直すタイミングや担当が明確でなければ有効に活用できないのではないかな。活用頻度が増えれば、連携の有効なツールになると思う。(居宅介護支援事業所)
- ・電話連絡の方がスムーズに調整できる事が多い。シートを使用しても、HPやMSWに定着していない為存在意義が感じられなかった。(居宅介護支援事業所)
- ・お薬手帳にはさむのではなく、お薬手帳内に記載されるような包括的な取り組みが必要ではないでしょうか？(地域包括支援センター)
- ・今後どうなるのでしょうか。(地域包括支援センター)
- ・薬局で提示した時にげんな表情をされ、いろいろ聞かれてしまい困ったとのことでした。(利用者談)(地域包括支援センター)
- ・シートが周知されていない。(旭川市訪問看護ステーション連絡協議会)
- ・アンケートを見てから、シートをダウンロードして用紙確認をしました。園に必要なシートだと思います。これから使ってみます。(介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム))
- ・本人や家族が書いてくることが可能なのか。初めは書くことが出来ても、変化のあるたびに、書いていけるかどうか。(居宅介護支援事業所)
- ・簡潔で周知されれば使いやすいと感じた。周知後のフォロー、実際に使用した場合の事例等

が必要（地域包括支援センター）

- ・施設により情報提供書は、バラバラの為、必要な情報がなかったりするため、統一したものがあればわかりやすい。（介護療養型医療施設）
- ・知らなかった。今後どのように活用しているのか等知りたい。（介護療養型医療施設）
- ・実用化され、普及すると、便利で有効なツールになると思います。行政が積極的に推進して欲しいです。（旭川歯科医師会）
- ・GHにおいて医療機関への受診や入院時にこのシートを使わなくても自設のフェイスシートや口頭での伝達で十分であった。また、GH入居の方は、他の介護サービスを使う事が出来ない為、介護の連携としても、このシートを使う機会はなかった。（認知症対応型共同生活介護）
- ・記入の負担感が少ない簡素な内容で、人がつながるためのツールを目指した方向性は良いと思われる。印刷したシートを、利用に結びつきやすい機関の目につきやすい場所に常備するなどして、少しでも周知が進み、活用の促進が図られると良い。（旭川市介護高齢課）
- ・連絡シートの作成予定までは知っていたが、出来たことの告知がなされておらず、目にしていないため、わからないとさせて頂きました。（不明）
- ・お薬手帳のお薬シートには、主治医や病院名も入っているので、医療・介護連絡シートには不要と思われる。お薬手帳にケアマネジャーの事業所と担当名とTELが記載してあれば良いのではないかとと思われる。多くの情報は不要ではないかと思った。（居宅介護支援事業所）
- ・「シート」を記入するのはかなり手間だと思う。これでは広がらない。（北海道医療ソーシャルワーカー協会北支部）
- ・必要性の検証（北海道医療ソーシャルワーカー協会北支部）
- ・別な方法もあればリンクしてみてもどうか。（北海道医療ソーシャルワーカー協会北支部）
- ・まだ見たこと、使用したことがないので（北海道医療ソーシャルワーカー協会北支部）
- ・もう少し知名度を上げれば、皆わかってくれるかも知れない。病院の受付の時に一緒に出す

など… (居宅介護支援事業所)

- ・病名を記入するのは、少し抵抗を感じる方もいらっしゃいました。お薬手帳にはさむよりも健康保険証や診療券と一緒にの方が良いと思う。又、関わっている事業所の連絡先のみで充分の様な気がします。(小規模多機能型居宅介護事業所)
- ・シート利用者に聞いてみたい。お薬手帳は毎回Drは見るものなのか？実際書き込んでくれたDrはいるのか？(地域包括支援センター)
- ・6カ月間で一度も目にしませんでした。このアンケートの結果を踏まえて、どのように利用されたかを知り、より改善して行くのが良いと思います。(医療機関)
- ・まだ半年しか経過しておらず、浸透していないので、継続して研修会などで周知していくことが必要と思う。使うと薬局と連携できて良いと思う。(地域包括支援センター)
- ・対象が精神障害者の場合は、プライバシーの保護に関して敏感な方も多く、この形での連携は難しいと感じた。しかし、担当のケアマネがわかれば、かなりの情報が得られるため、その情報だけでも、本人から了解が得られれば意味はあると考えられる。(北海道精神保健福祉士協会道北ブロック)
- ・とても良いものと思いますが、周知に時間を要すると感じました。実用となれば、市内医療・介護関係者への周知方法も大きな課題になるかと…。シートについては、連絡人までは書かなくても、何回も書き込みできるようなものになればどうでしょうか。本当にお疲れ様でした。(居宅介護支援事業所)
- ・介護老人保健施設は、薬手帳の活用することが少なく、シートを見かける機会が少ない。(介護老人保健施設)
- ・開示で取った主治医の意見書以外の既往歴及び疾患名をケアマネの判断では書けない。又、意見書を記入した医師以外でかかっている部分に、本人や家族の聞き取りになり、記入できない。ケアマネとサービス事業所の所だけは書けると思う。(居宅介護支援事業所)
- ・役に立った事例を紹介してほしい。ツールだけでは連携出来ない。(居宅介護支援事業所)
- ・どのように活用すべきかよくわかりません。(居宅介護支援事業所)

- ・成功体験があれば知りたい。(居宅介護支援事業所)
- ・連絡シートに記載ある医療情報は、関わっている医師に直接記入してもらった方が良いと思う。(居宅介護支援事業所)
- ・もう少しPRした方が良いのではないのでしょうか。(旭川地区訪問リハビリテーション連絡会)
- ・兼務で余裕がなくて、シートの活用に至りませんでした。すみません。(居宅介護支援事業所)
- ・シートが存在を知っていましたが、試用するタイミングもつかめませんでした。皆さん、医療側、介護側で試用した方々の意見が聞いてみたいです。(居宅介護支援事業所)
- ・もっと周知されて一般化されれば、連携に使ってみたかったと思うので、もう少し医療スタッフ、介護スタッフ、家族、患者に広く理解してもらえばアプローチができれば良かったのではないかと考えます。何故周知されなかったのか、アンケートなどで分析してみてもはどうでしょうか。(訪問看護ステーション)
- ・医療・介護連絡シートは、情報量が少なすぎて、実際使うには難しいように感じる。(介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム))

#### ○医療・介護の連携(多職種)についての意見

- ・互いのプラト<sup>®</sup>や領域をなくしていきたいです。(居宅介護支援事業所)
- ・まず大切なのは、人と人としての係り合いの中での連携になってくると思うので、特にその点を強く訴えたいと思います。(認知症対応型共同生活介護)
- ・とても難題(永遠のテーマ)だと思いますが、少しでも前進する事を願ってます。(北海道理学療法士会道北支部)
- ・グループハウスの徹底的な精査、指導、ケアマネ業務を含めて!!(医療機関)
- ・各職種が連携を意識することがまず必要と思う。積極的に関わろうとすること。相手から学ぼうとする姿勢を忘れないようにしようと思う。(居宅介護支援事業所)

- ・ どうして連携の必要があるのか、その根本が共有されていない。専門職同志では扱いづらいようです。(地域包括支援センター)
- ・ 多職種の研修の機会を増やし、関わりを多くする。(旭川市訪問看護ステーション連絡協議会)
- ・ 連携の取り方、必要に応じての伝達、依頼の方法などを知りたい。(居宅介護支援事業所)
- ・ それぞれの協力する姿勢とお互いの理解 (介護療養型医療施設)
- ・ シートについて知らなかったので、今後情報収集していきたい。(介護療養型医療施設)
- ・ 年齢もそれぞれで、又、学んできた内容にも大きな差があり、連携の難しさを感じる。それぞれの専門分野を生かし、協力体制を築く事が必要だが、中心となる人が必要 (介護療養型医療施設)
- ・ 職種によって連携の重要性・必要性を感じている。温度差があるのでは (旭川歯科医師会)
- ・ 今後も医療・介護の連携を模索する機会があれば良いと思います。(認知症対応型共同生活介護)
- ・ MSW等を配置している医療機関とは比較的連携しやすく、助けられています。(居宅介護支援事業所)
- ・ 医療相談員さんを頼りにしていますので、これからも情報の共有をお願いして行きたいと思います。(居宅介護支援事業所)
- ・ これまでも医療・介護の従事者は必要時に情報交換やサービス提供に関する会議等を行うなど連携してきたが、地域包括ケアの実現に向けて、関係する多機関・多職種が知恵を出し合って機能的な連携体制を構築できるよう検討したい。(旭川市介護高齢課)
- ・ 今回私共の事業所は、ご本人、ご家族に協力いただき医療連絡シートをお薬手帳にはさんでいただいた。当事業所では、その活用に至ったケースはなかったが、他のところで上手に活用出来ていたとするなら幸いである。そのような事業があれば、私共も協力頂いた方々にご報告出来、今後も活用の充実につなげられると思うので、是非お知らせいただきたい。(居宅介護支援事業所)

- ・連携がうまくいかないのは、情報が共有できないことだけが原因ではない。相互理解やコミュニケーションが不足している事が大きな原因だと思う。(北海道医療ソーシャルワーカー協会北支部)
- ・在宅医療介護連携センターを早期に設置し、ルールとシステムづくりを(北海道医療ソーシャルワーカー協会北支部)
- ・病院側は病院内の事で忙しすぎて、多職種連携する余裕がまったくないように感じる。(個人病院)(居宅介護支援事業所)
- ・どちらの現場も人員不足で時間がとれない。(サービス付高齢者向け住宅)
- ・今すぐに思いつかないが、ざっくばらんに話しをしてみたいと思う。(旭川地区ヘルパー連絡会)
- ・より顔の見える関係の構築を願います。(認知症対応型共同生活介護)
- ・1人に対してお薬手帳、DMであればDM手帳など一括された手帳がない。母子健康手帳のあとは何の記載もない状況。一生に渡り、管理できる情報媒体があれば良いのではないでしょうか。(北海道看護協会上川南支部)
- ・連携が必要と認識できるような出来事、実体験があると自主的に連携すると思う。(居宅介護支援事業所)
- ・医療連携の会での病院相談員とのやり取りの機会や資料を頂き、とても参考になりました。顔の見える関係作りが一番だと思います。(居宅介護支援事業所)
- ・訪問介護、通所系サービスについては、時間の制限があるため、中々参加できない状況があるかと思われる。(居宅介護支援事業所)
- ・各地域での病院、介護の取組が共有できると良い。意識としての全体の底上げ。また、具体的な方向性を示す必要があると思う。(旭川地区訪問リハビリテーション連絡会)
- ・入退院情報交換できると、お互い準備できるし、いいと思う。生活背景、病院での経過等(居宅介護支援事業所)

アンケート調査にご協力の皆様有難うございました。