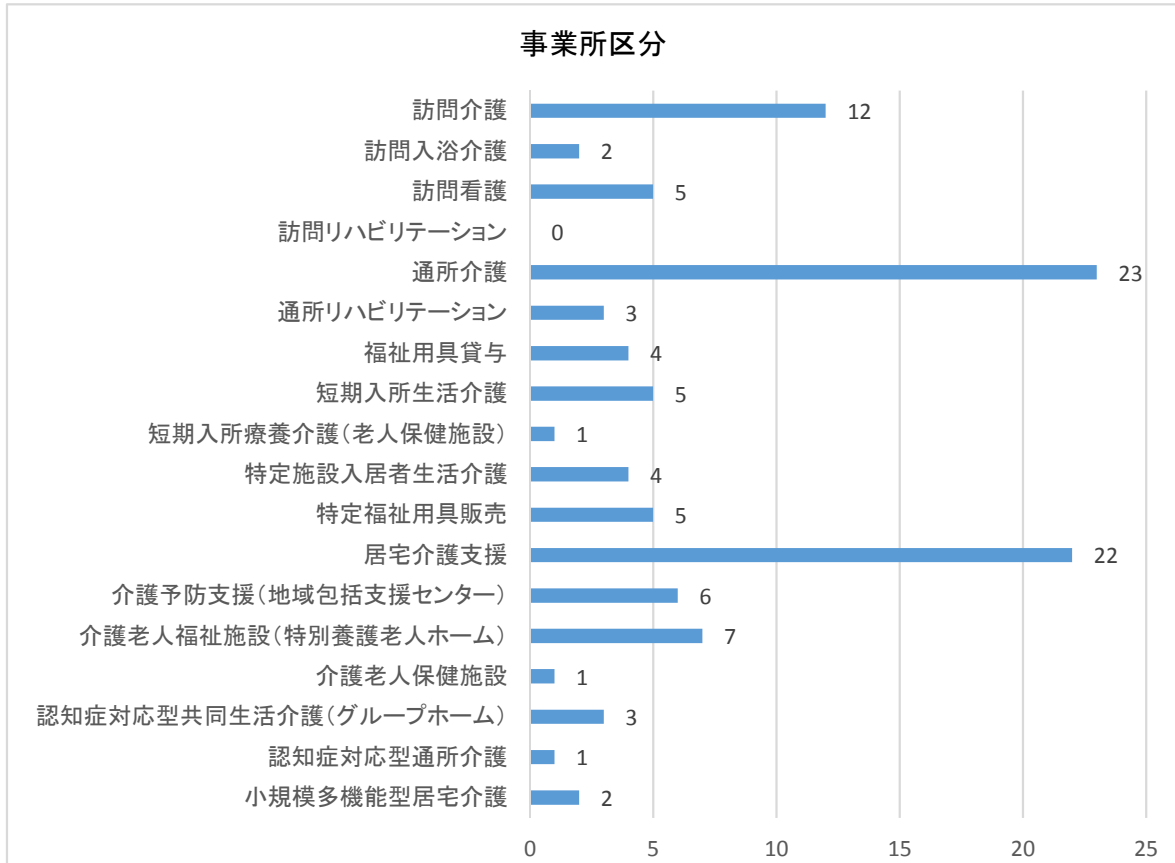
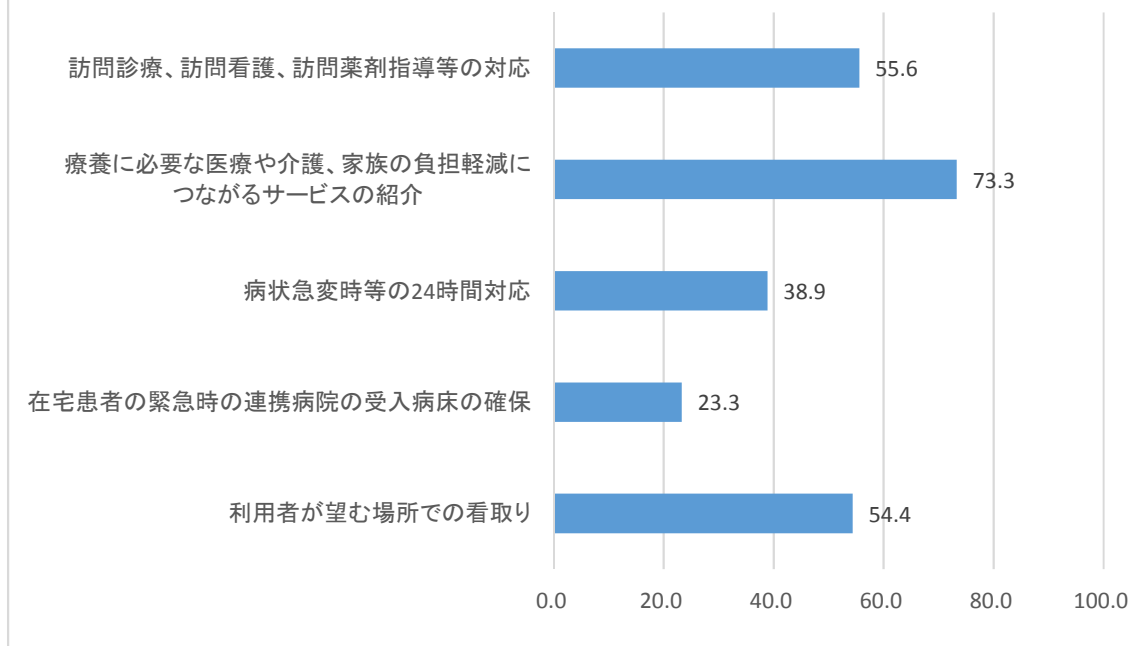


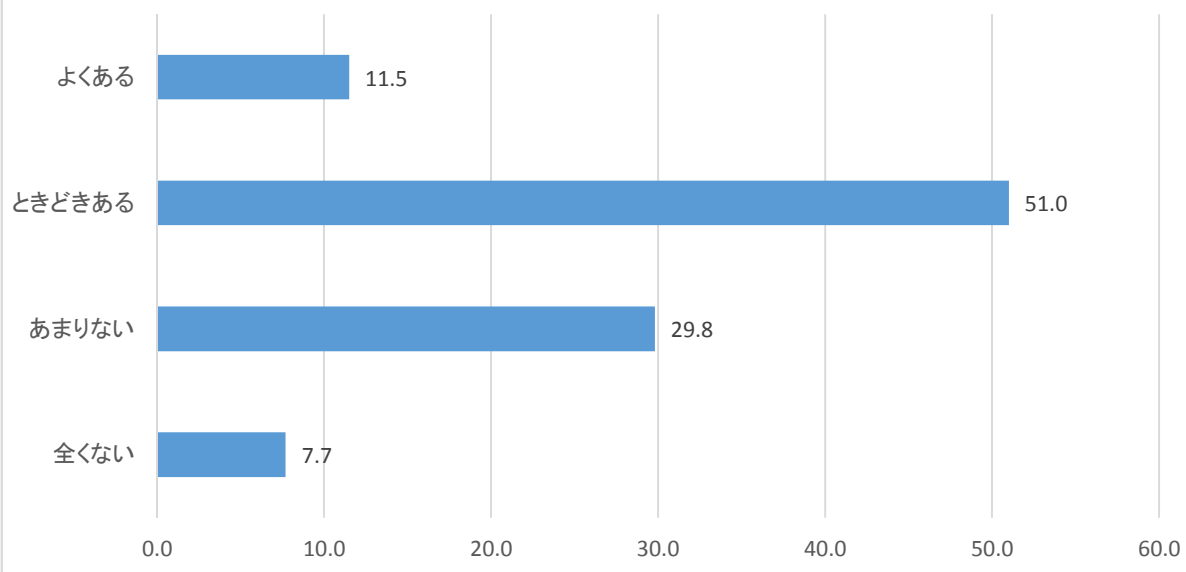
介護事業所対象アンケート調査の最終集計結果



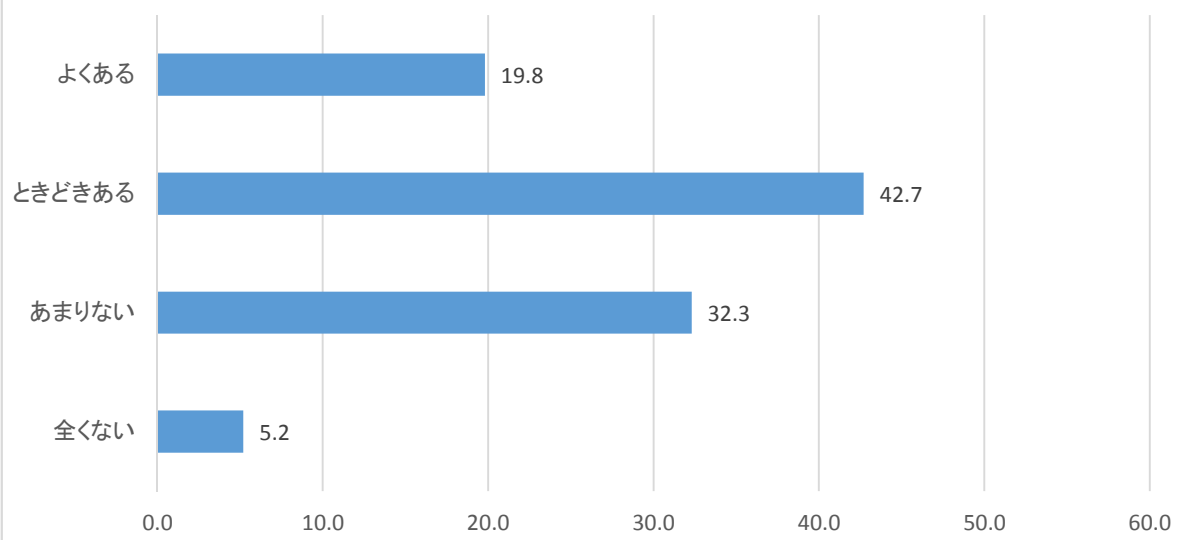
問1 貴事業所の在宅医療の連携体制について



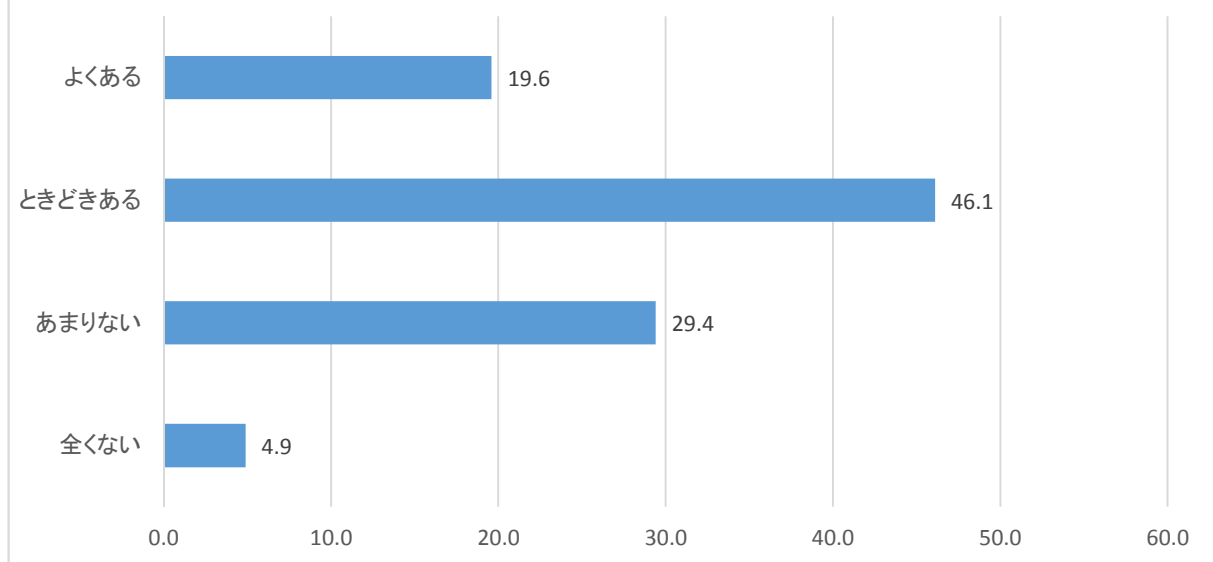
問2(1) 利用者の医療情報についてかかりつけ医とのやりとりが書面のみとなり、十分な情報交換ができないことがある。



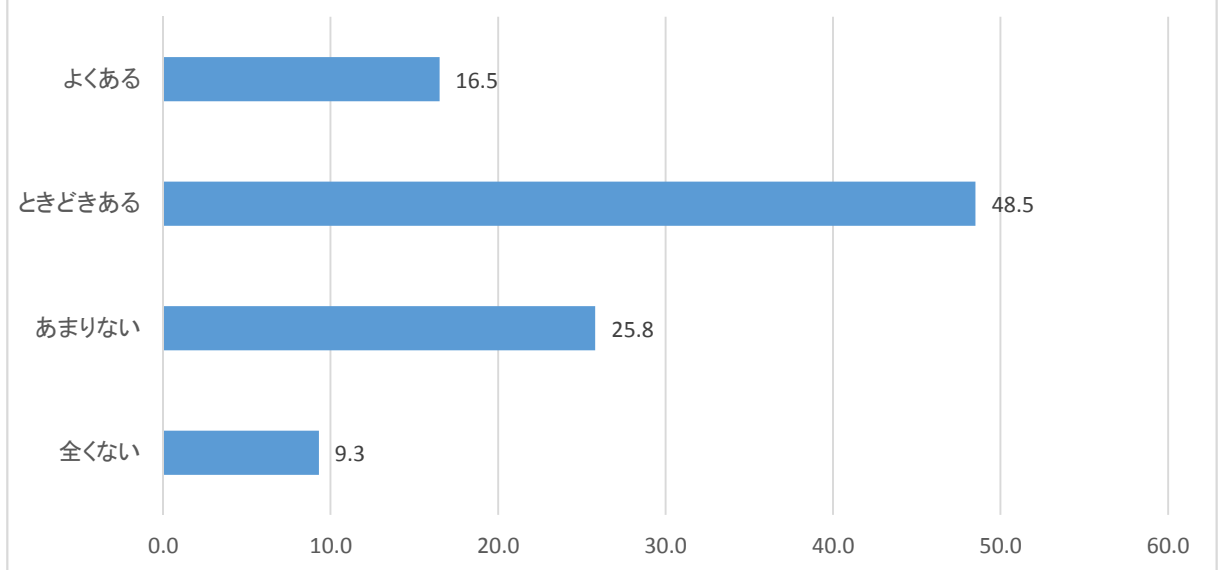
問2(2) 休日・夜間などの緊急時にかかりつけ医との連絡が取りにくいことがある。



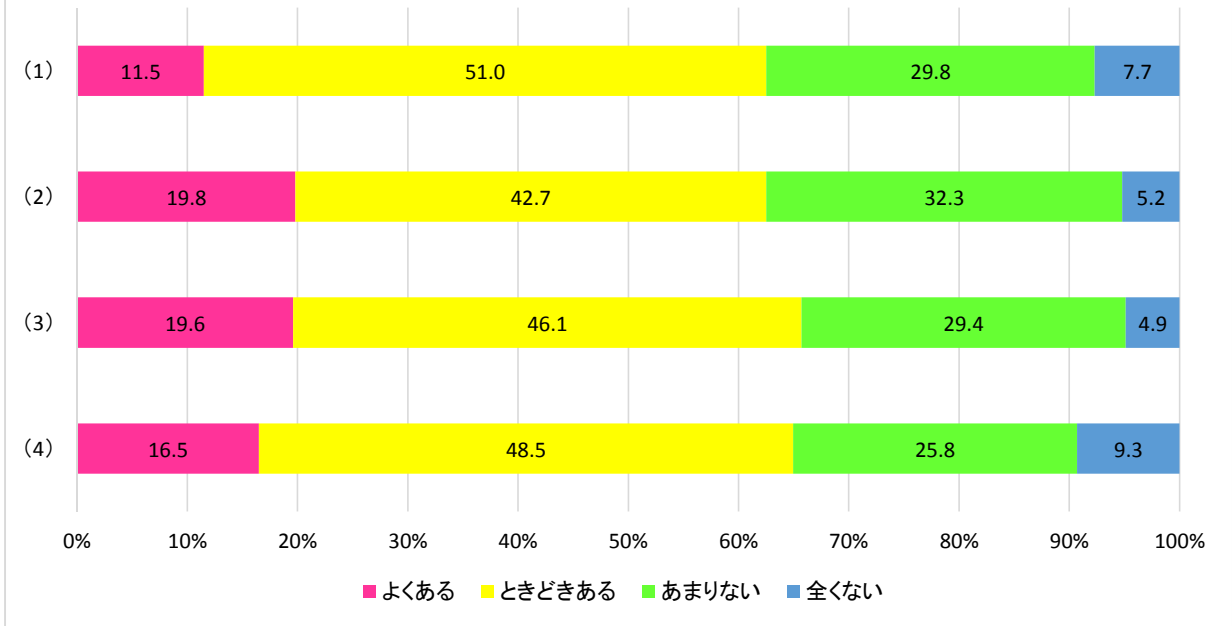
問2(3) サービス担当者会議等へのかかりつけ医の参加が少なく、知りたい情報が得られないことがある。



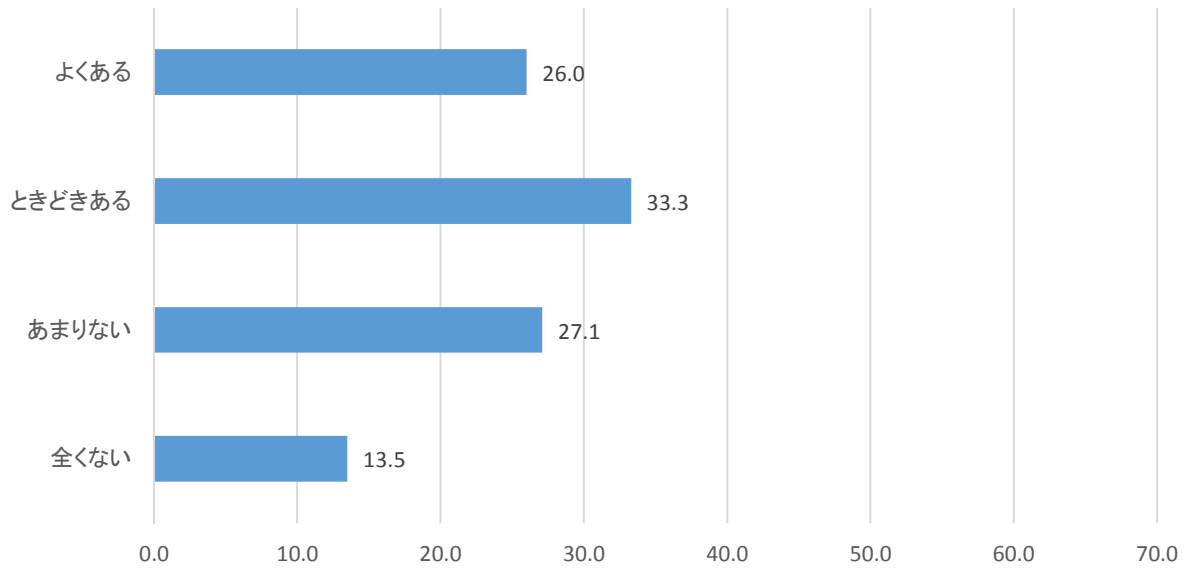
問2(4) 在宅医療に係る医療サービスを提供してくれるかかりつけ医が少ないと感じることがある。



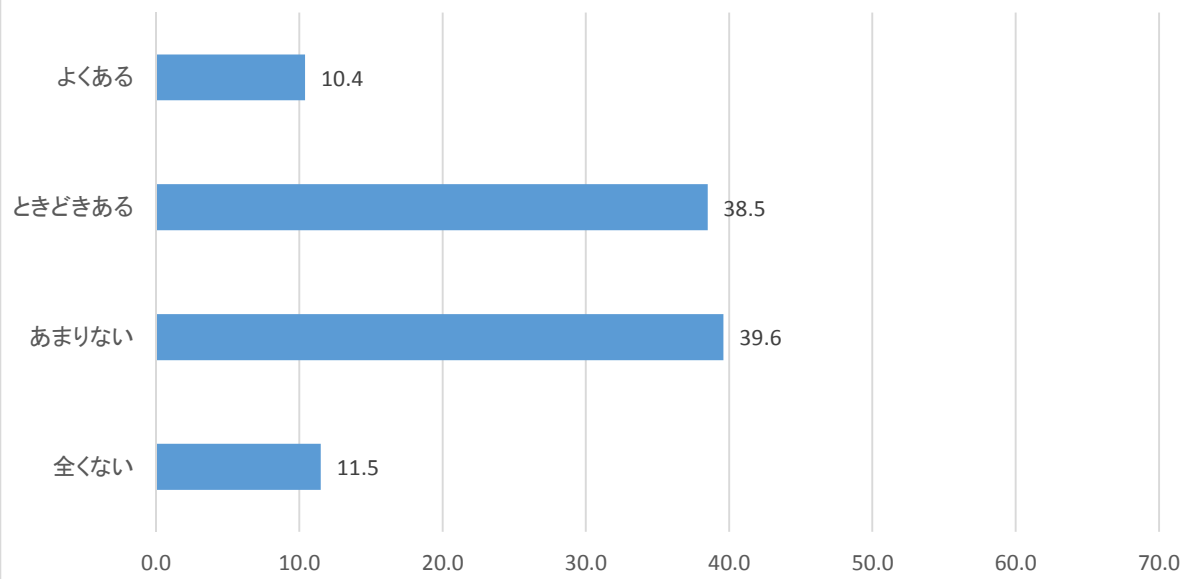
問2 かかりつけ医との連携について



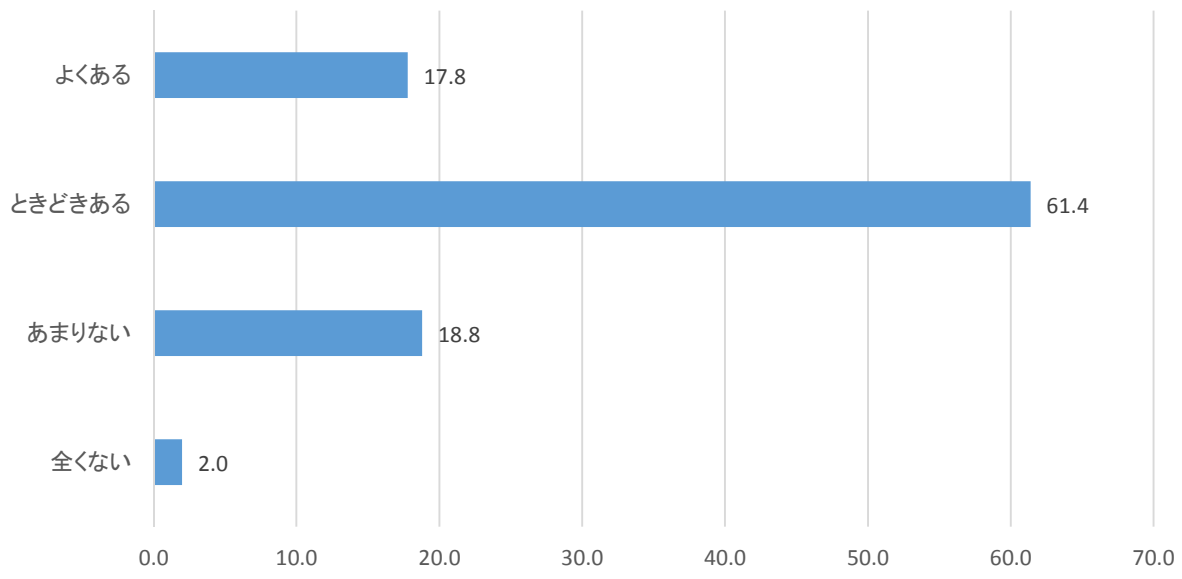
問3(1) 利用者の容態急変時に緊急で受け入れてくれる空きベッドがないことがある。



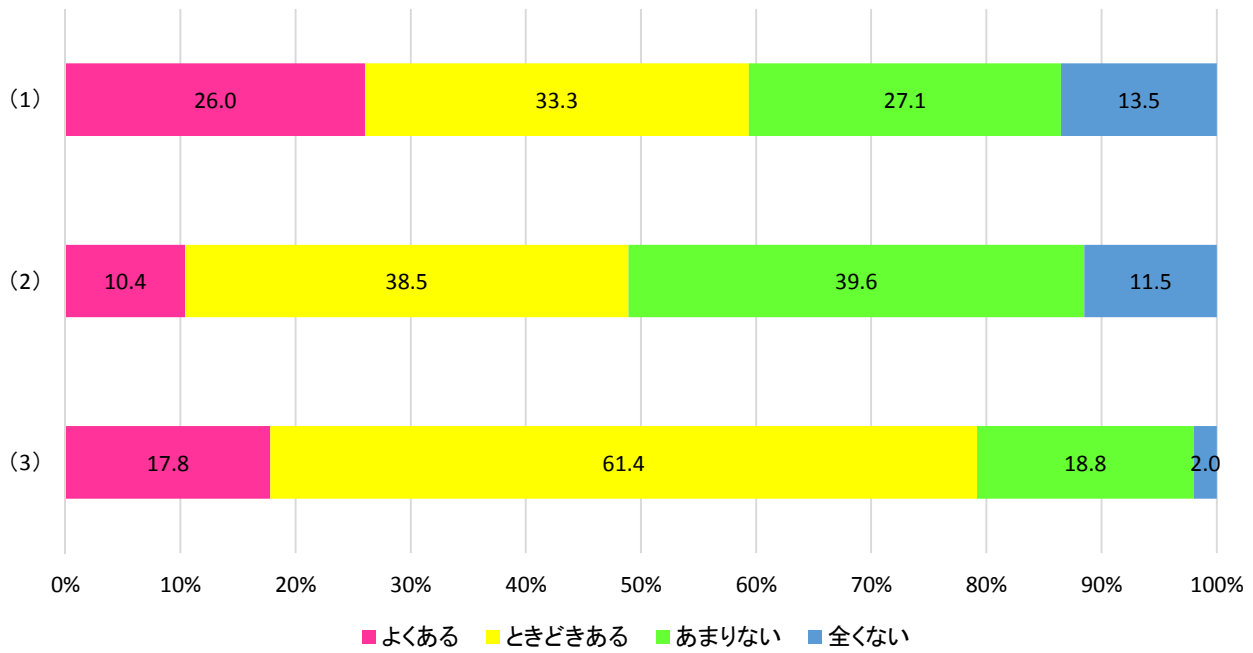
問3(2) 担当医の多忙等により時間調整が困難で情報を伝えることができないことがある。



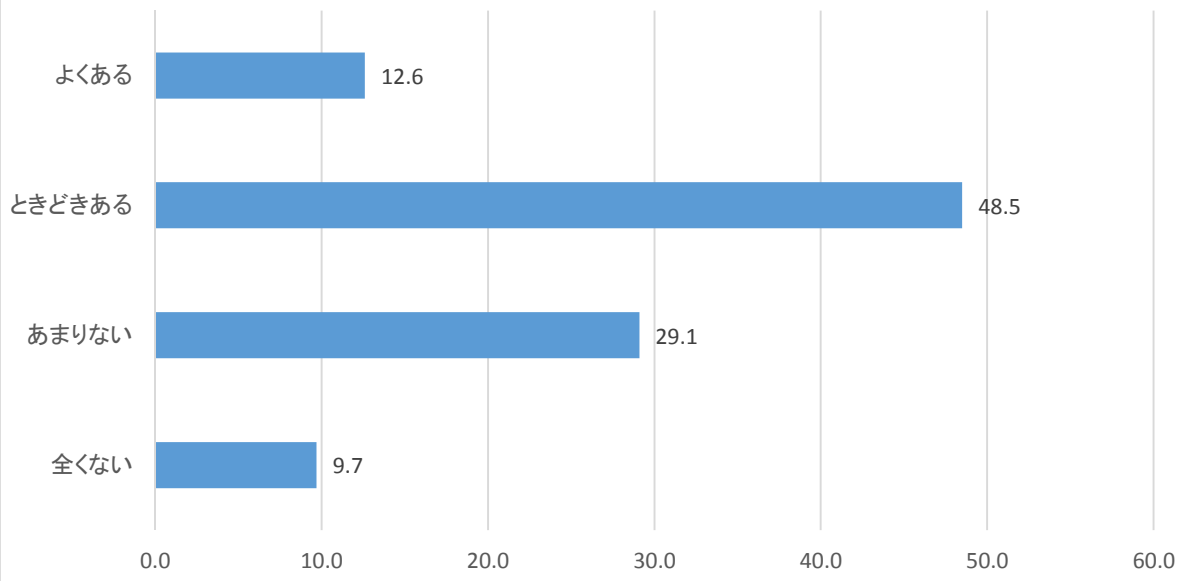
問3(3) 病院スタッフの在宅医療や介護に関する理解不足を感じることもある。



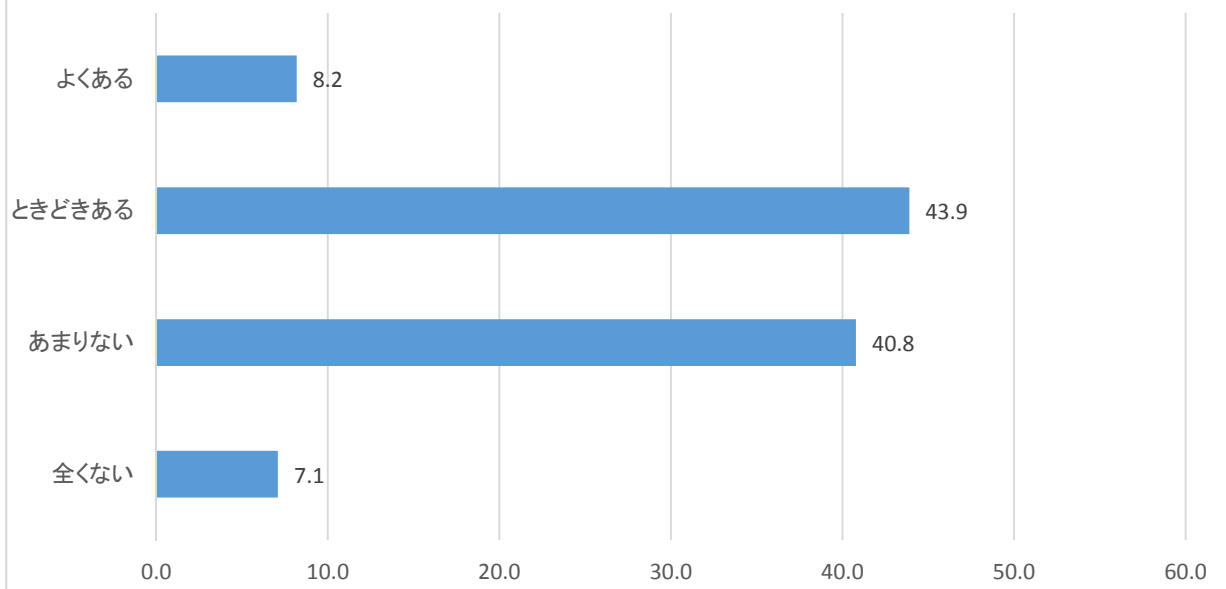
問3 利用者が入院時(入院中を含む。)の病院との連携について



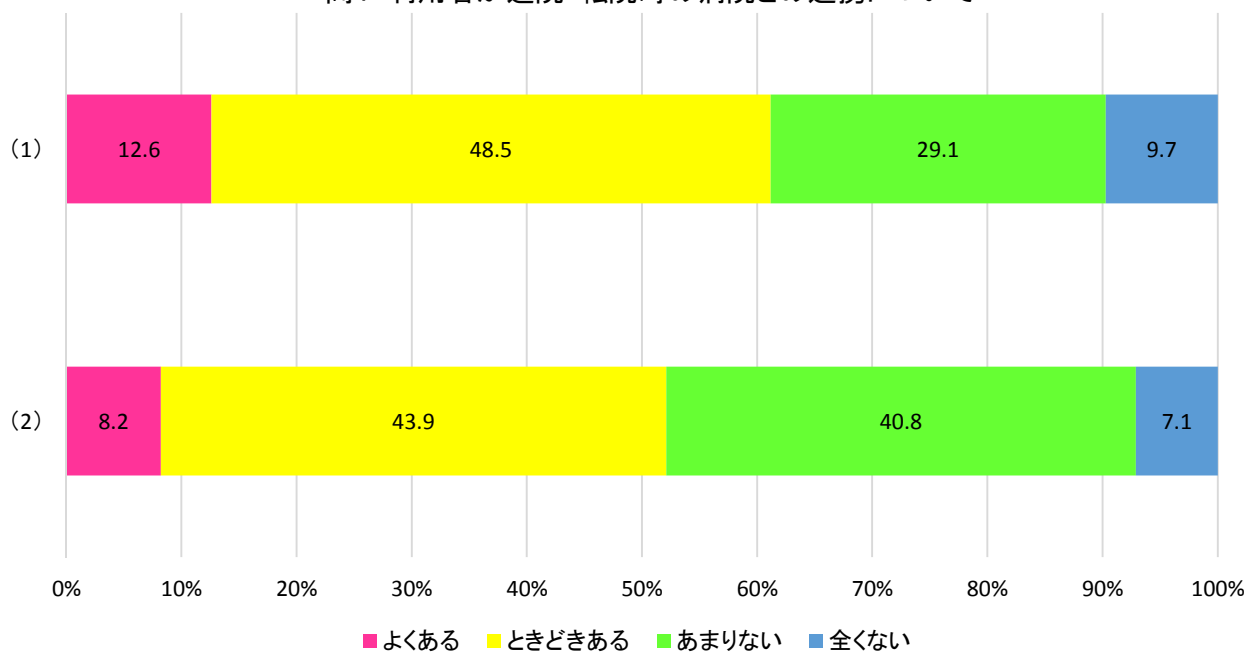
問4(1) 利用者が退院することを事前に知ることができず、突然に介護サービスを再開したいとの連絡があり、サービス調整に苦慮することがある。



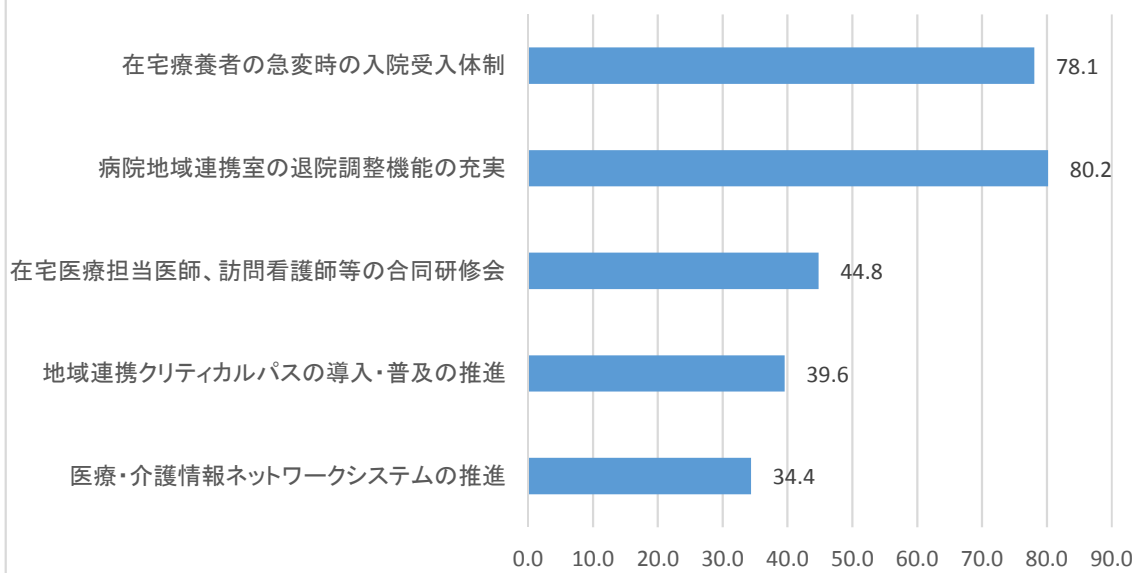
問4(2) 退院前のカンファレンスへの参加の要請が少なく、利用者の心身の状態を把握できず、サービス調整に活かさないことがある。



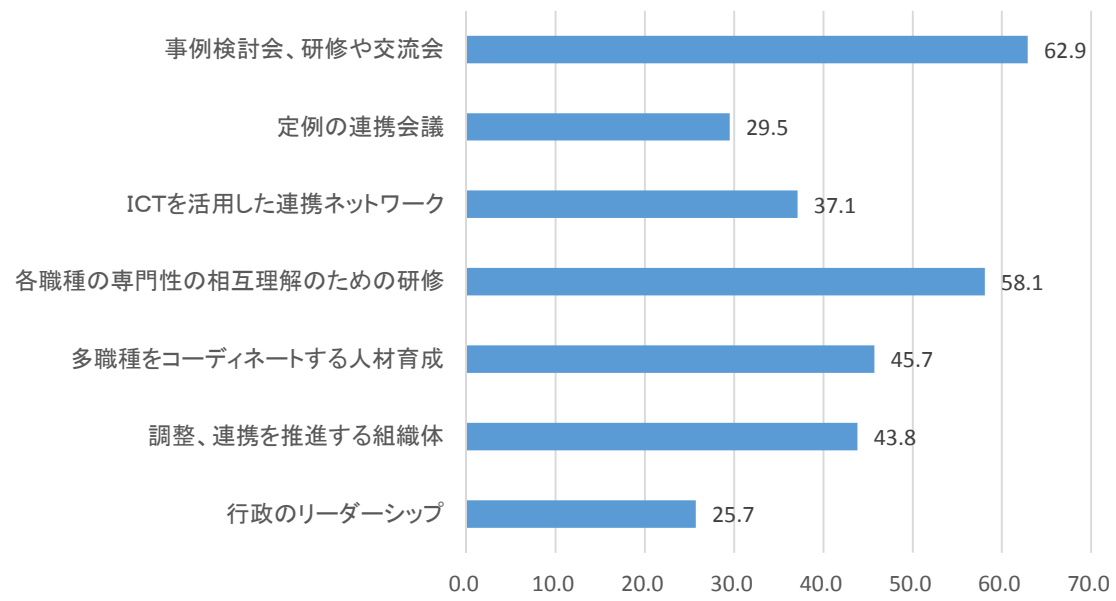
問4 利用者が退院・転院時の病院との連携について



問5 来年6月に開院予定の生駒市立病院について
貴事業所と生駒市立病院との連携をどのように進めるのがよいか。



問6 医療と介護の連携を進めるためには何が必要だと思うか



介護事業所対象アンケート 自由意見

No.	問1 その他(貴事業所の在宅医療の連携体制について)
3	現在、医療ニーズの高い利用者はおられません。
4	ケアマネ、家族を通じ、主治医or入院歴のあるHpと連携をとっている為不安は大きい。病状の安定した方の利用を希望している。
5	デイ利用時の急変に対応できる体制
13	在宅医療との連携は乏しく、利用者退院時、個別に対応しており、Hp側も夜間(特に深夜帯・土・日・祭日)の受け入れは難しい。
15	嘱託医2名との連携で、施設で極力対応。
21	認定特定行為業務の実施。胃ろう、痰吸引。
26	医療ニーズの高い利用者に対しても積極的に受け入れしていきたいと思っておりますが、なかなか思うように看護師が雇い入れできないジレンマがあります。
28	居宅介護支援事業所等の連絡調整
33	急変時のかけつけによる早急な家族支援、代行手続等。
51	受入れ可能な施設への紹介(グループ内)
64	居宅、包括と相談
72	担当ケアマネへ相談・連携。家族を通して主治医と連携。(居宅介護支援事業所、地域包括支援センター)
73	担当ケアマネと連携・相談。(居宅介護支援事業所、地域包括支援センター)
75	担当ケアマネへ相談。家族と連携。(居宅介護支援事業所、地域包括支援センター)
76	居宅介護支援事業所、地域包括センターと連携・相談。

介護事業所対象アンケート(来年6月に開院予定の生駒市立病院について)
 貴事業所と生駒市立病院との連携をどのように進めるのがよいか。

No.	問5 その他
15	医療機関から退院される方を受け入れたことがほとんどない。ほとんど在宅の方。
50	大きいHpとの連携。特に先生との連携は難しく、会うこともままならない。市立病院は開かれた病院であってほしい。
89	市民病院の具体的な内容が不明のためわかりません。
92	病院がどのような内容なのか具体的にわからないので、答えようがない。
93	どのような内容の病院ができるのか具体的に見えないので答えられない。
94	病院の具体的な内容がわからないのに答えようがない。
95	市民病院の具体的な内容が不明の為わからない。
96	市民病院の具体的な内容が不明の為わかりません。
97	市民病院の具体的な内容が不明の為わかりません。

介護事業所対象アンケート(医療と介護の連携の課題等について)
医療と介護の連携を進めるためには何が必要だと思うか

No.	問6 その他
15	特に病院において、勤務医との連携が困難。まず会えない。勤務医師は介護の現場を知らない。
16	医師会とケアマネとの顔合わせの場。お互い関わりやすくするためには、双方顔を知っていることが大切だから。

介護事業所対象アンケート 自由意見

No.	問7 その他、医療と介護との連携のために必要なことや工夫していること
3	利用者の体調、具合、手術後の経過等、利用者様ご本人の声と並行して、医療側からの意見がほしいです。
4	ショートステイ利用の為、ケアマネを通じて体調伺いやDrとの連絡をすることが多い為、空白部分がありました。高齢者を受け入れる施設として緊急時、医療機関のサポートを望みます。
5	デイサービスにも様々な違いがあります。特に小規模のデイサービスの見守りや介護体制など、本来病院や老健等から在宅に戻り、目の離せない利用者には有効です。
6	退院に病院のPT等に自宅を確認してもらい、福祉用具の選定をすることもあります。
7	可能な限り、主治医や病院の地域医療連携室等と連携するようにしています。
9	退院前、カンファレンスに可能な限り出席し、それぞれの専門スタッフの方のお話も直に聞くことができると、ニュアンスが伝わりやすく、安心してサービスを行えます。
13	当施設にはPT、OTが不在。専門職としての派遣や指導を望む。重度化が進み、医療依存度が高まる中、地域や病院の施設に対する理解が乏しい。また、救急車搬送時の救急隊の指導も望まれる。認知症だから入院を断られるケースもある。
14	重度の認知症の方の自宅介護、また、他の疾病が悪くなった時の入院は大変困難なことです。認知症の方の入院を特に積極的に受け入れてくれることを望みます。
15	在宅で高齢者を看ていくために、往診できる医師の確保。
23	比較的私共の事業所は、訪看さんと連携を密に取っていると思います。往診Drとの連携としては、直接ではなく、“ケアマネージャーから”、“家族から”、“訪看さんから”という形ですが、介護の方では支障はなく、医療とのつながりを保っていると思います。
26	利用者が入院の場合には必ず入院先に訪問し、担当ケアマネージャーであることを伝えて、必要な場合には利用者に関する情報提供しています。退院時には、カンファレンスの要請がない場合は、当方からお願いしていますが、最近は病院側から情報提供が増えてきています。退院に合わせてのカンファレンスも1回だけでなく、2回、3回と開催する場合もあり、その時はケースワーカー、主治医、PT、家族、看護師等のより多くの職種が参加してのカンファレンス開催となっています。在宅での主治医には担当ケアマネージャーであるということで、訪問時間をお聞きして、挨拶に伺うことがあります。
27	サービス利用中に急変され救急車を呼ばなければならない時は、救急車が来る前に、その方のかかりつけ医(病院)に連絡をし、搬送の許可を取り、少しでも早く処置ができるようにしています。しかし、担当の先生が不在だったりすると、なかなか許可していただかず、救急隊の方で、搬送先を探していただくことになり、とても長い時間がかかります。連携ネットワーク等が発展することや、顔の見える関係づくりができれば、医療と介護の連携ももっとスムーズに行えると思います。
28	特別なことはしていませんが、当センターに利用している方の情報を、関係する事業所が正しく共有できるように、連絡調整をしています。
31	特にない。利用者の方で体調不良の方が出た場合、主治医に連絡を取るか、協力病院に連絡して受診している。
34	病院との調整・連携においては、地域医療連携室等の充実が必要だと思います。それによって、入院時の介護情報の提供や、退院前の医療情報の提供など、大切な情報の共有が図れると思います。もう一つの大きな課題は、認知症の方への対応です。初期の認知症の方については、家族の情報、介護スタッフの情報等がないと病院でも判断が付きにくいところがあると思います。また、入院治療時や退院後においても、服薬、継続的なりハビリ等、本人が理解できず対応が困難なことが多いので、医療、家族、介護の連携が重要になります。
35	介護から見ると、医療の敷居が高く感じますが、それに気遅れすることもなく、積極的に相談するようにしています。
36	介護支援専門員の担当によって、情報など違いがあると思います。
50	私はしっかり連携をとっていくために、必要な時には、顔を見て話をするために、訪問をして話をするように心がけています。そうすると相手の方も、しっかり連携をとっていかねばと思ってくださるようです。

介護事業所対象アンケート 自由意見

No.	問7 その他、医療と介護との連携のために必要なことや工夫していること
71	在宅のケアマネージャーや地域包括職員との連携を大事にしてほしい。例えば、患者さん(入院・通院共)の事で、医師と面談する機会を作ってくれたり、その他の在宅における相談にのってもらえる相談員がいる地域連携室であってほしい。
74	訪問リハ等の先生方と情報の共有化を図っています。可能であれば、訪問リハ中の見学もしています。
87 88 90	病院から介護施設に戻る際に、介護施設で可能な医療行為について病院側に十分ご理解をいただけていない場合がある為、現在口頭での退院前のカンファレンスのご案内や退院前に介護施設にも一方だけに対応しています。今後は、よりご理解をいただく為に書面でもご案内できるように現在施設内で検討中です。あとは介護施設内で急変があった場合、とりあえず診ていただきたいが、ベッドの空きがないと断られるケースがあります。今後可能であれば、まずは状態を診ていただき、その結果を踏まえて適切に治療や入院等の指示をしていただける体制があると、ご高齢者やその家族も安心されると思います。
100	入院時必要に応じ自宅の環境を、地域医療連携室、病棟看護師、理学療法士に伝える。退院前に必要に応じ、家屋調査(外出許可をもらった本人、家族、福祉用具事業所、ケアマネで、自宅へ帰ることを想定し、実際の動きをみる)を行い、退院後の生活を考え、整えていく。