

令和5年度東諸県在宅医療介護合同研修会にかかるアンケート調査の集計結果について

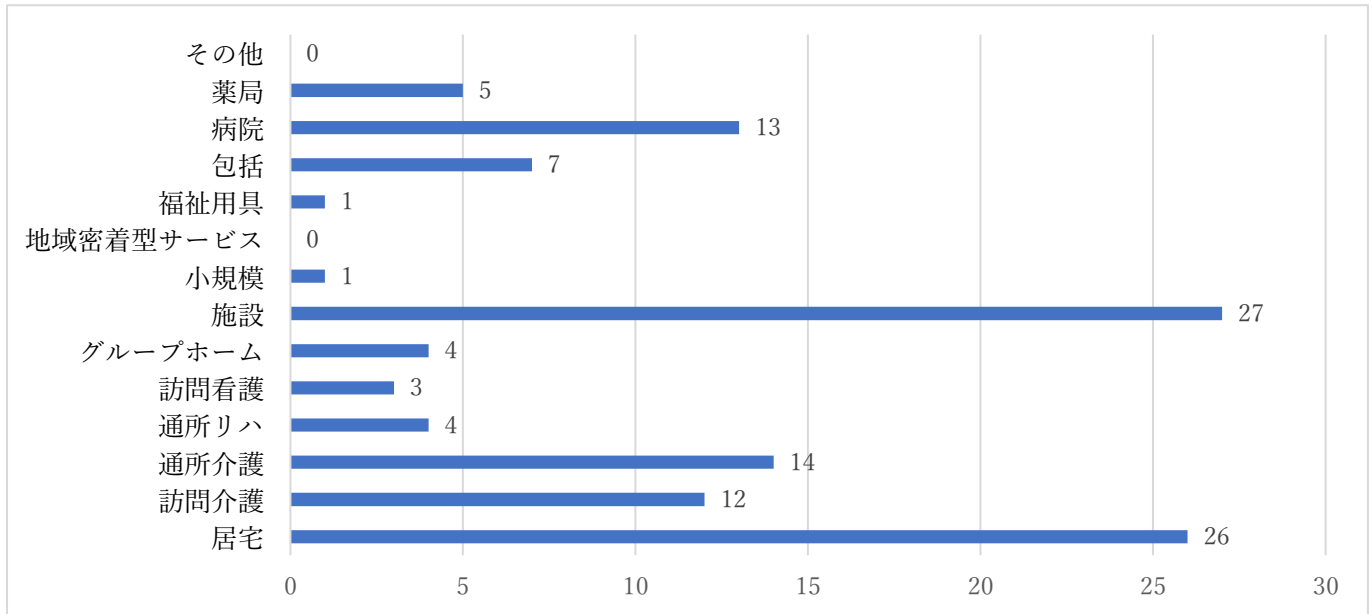
【国富町】

介護94名へ配布し、85名回収

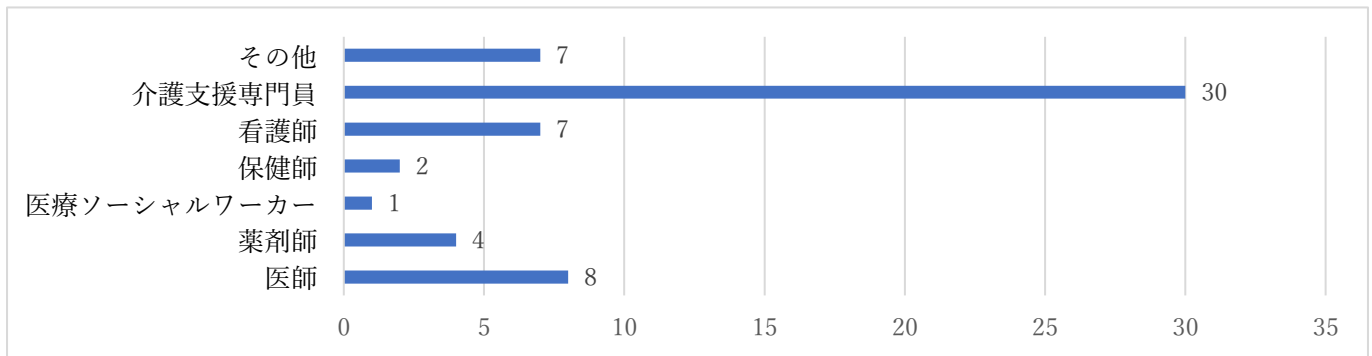
医療36名へ配布し、20名回収

【基本調査票】

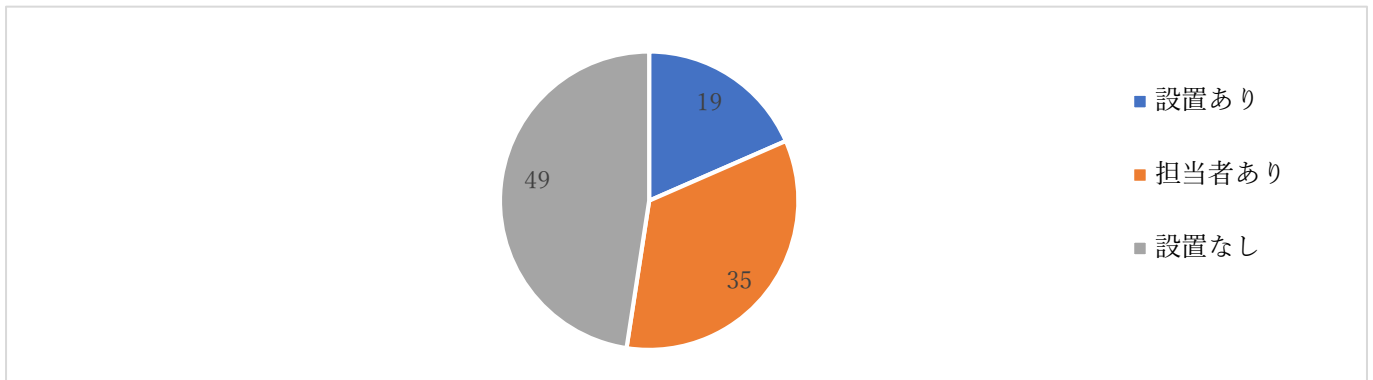
1 貴事業所の種別についてお伺いします。あてはまるものに○をつけてください。



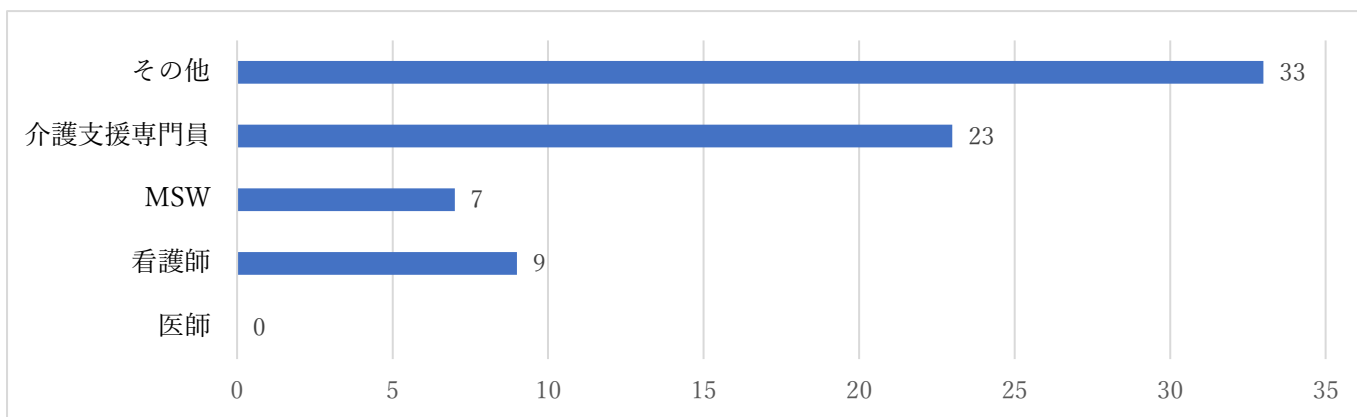
2 回答者の職種名についてお伺いします。あてはまるものに○をつけてください。



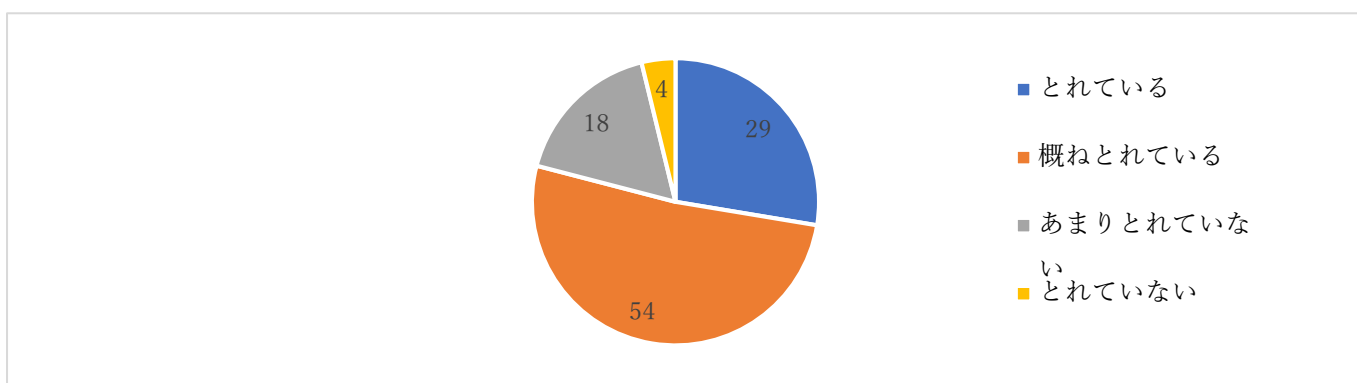
3-（1）貴事業所には地域連携室等（他事業所との連携窓口となる部署）の設置がありますか。



3- (2) 3- (1) で「①設置している」、「②設置していないが担当者がある」と答えた方、他事業所との連携窓口を担当するのはどなたですか。あてはまるもの全てに○をつけてください。



4- (1) 全体的に在宅医療と介護の連携はとれていると思いますか。



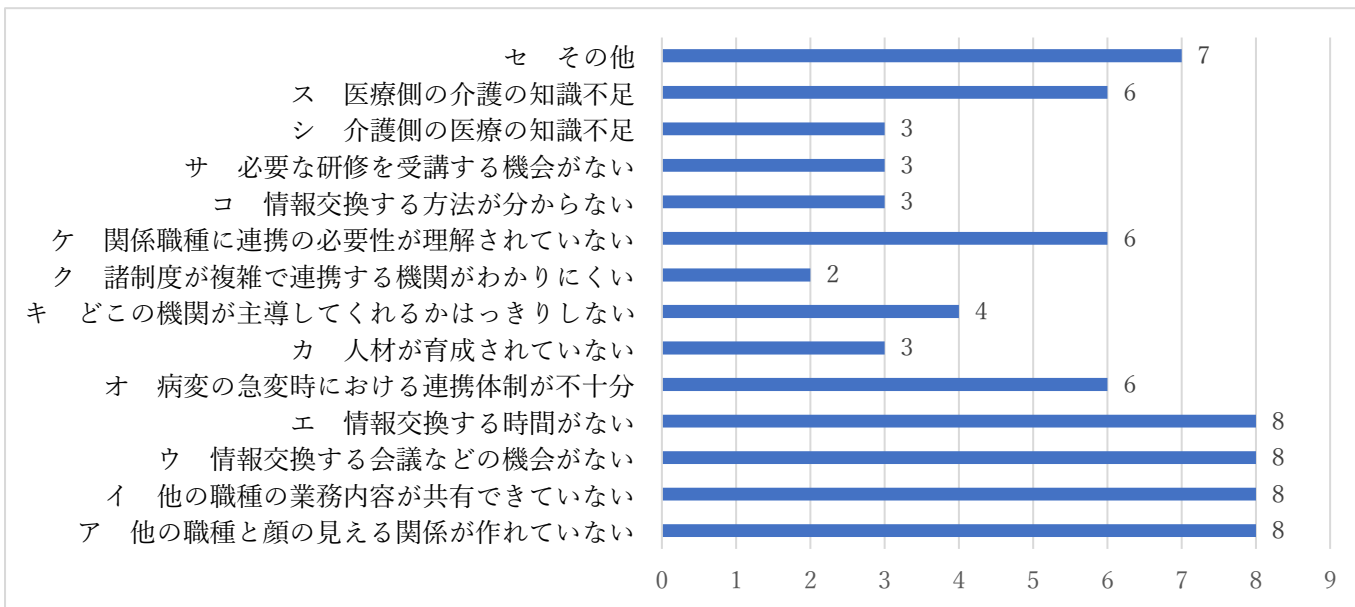
4- (2) 4- (1) で「①とれている」、「②概ねとれている」と答えた方、選択した理由や連携の状況を具体的に記入してください。(自由記載)

- FAX、TEL、担当者会議への出席
- TEL、FAX、MSW との面談、医師の IC 参加。コロナ禍で本人との面談はできないことが多いが、左記の方法で連携している。
- TEL、基本情報
- 主に電話。必要な部分は行えている。一部の病院や医師が難しいことが課題とするまで問題になっているのではないかと。
- 居宅療養管理指導の算定を依頼されるも、全く報告や情報提供がない医師・薬剤師がいて困った。
- 医療機関、施設等と LINE、FAX、メールを使用し情報共有
- 会社組織、外部事業所と連携している
- FAX、面談、TEL (診察同行等)
- 担当医療ソーシャルワーカーとやり取りがしっかりできている。
- カンファレンスへの参加、通院時同行、医療と介護の連携シートの活用
- 地域の病院の協力がある
- 毎月の報告や入院時は書類のやり取りを行っている。
- 主治医と電話やカンファレンスで情報交換している
- 電話でのやり取りで概ね共有できている
- 各自、連携室等に電話など連絡している。
- 自分のこれまでのケースでは相談や情報共有がとれている。

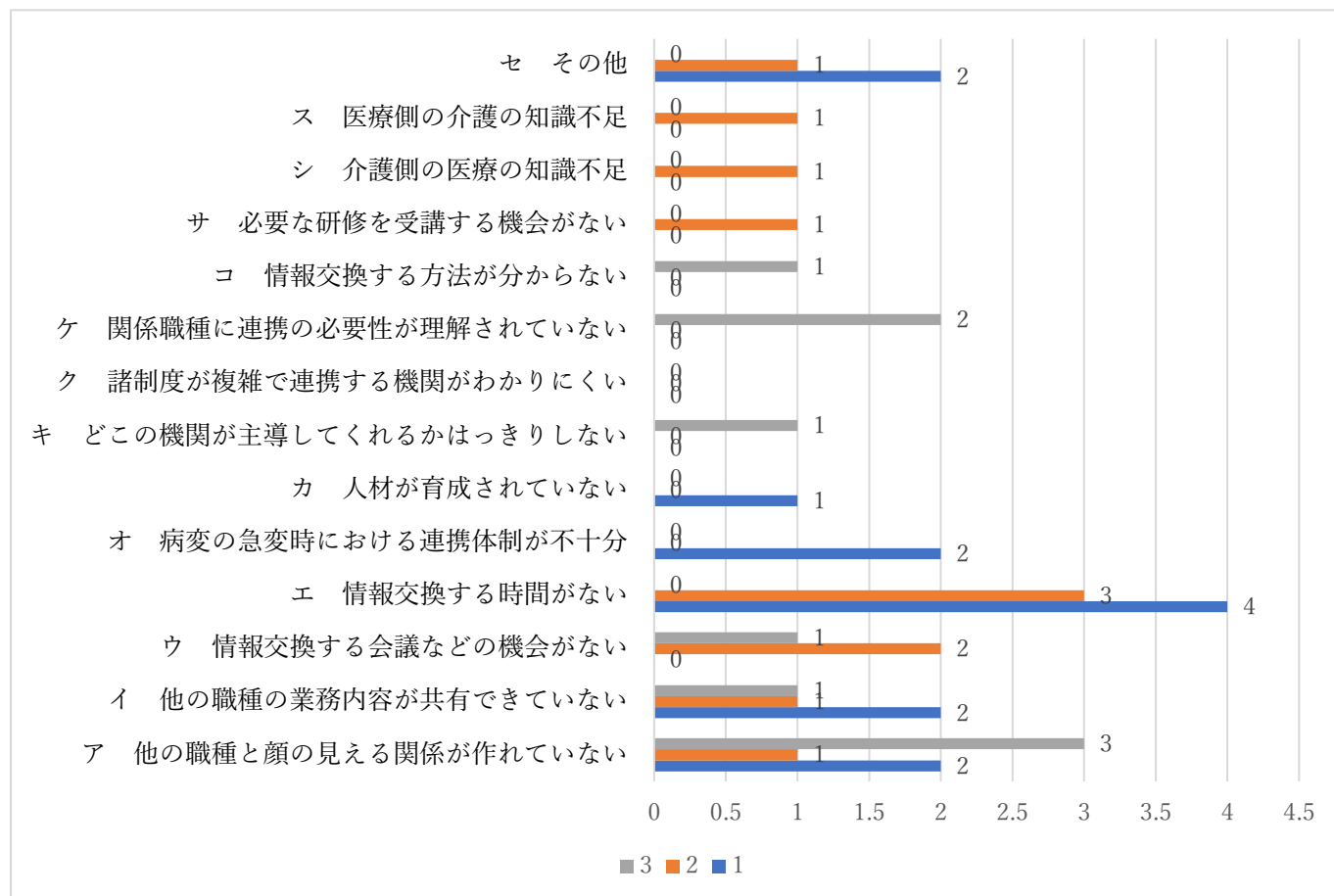
- 電話、FAX、面談で必要に応じ連絡をとっている。
- 電話で情報共有、訪問時に合わせて訪問など
- 入院、退院の情報、連絡のやりとりがある。電話で教えてもらえる
- 状態変化など報告を都度行っている
- 体調不良時の相談対応
- 連携の方法
- 訪問看護が導入されている方については電子メール、LINE
- 体調不良時の家族・病院・訪看への連絡相談
- 協力医療機関や訪問看護の利用
- 連絡帳を使って情報共有したり必要に応じて電話連絡しています
- 指定病院との医療連携が取れている。関係職種の連携が出来ている
- 状態変化時には訪問看護・介護支援専門員との連携を密にしている
- 電話や退院前のカンファレンス
- 同法人内の事業所であれば連携がとりやすい
- 関係者と情報交換している。方法→電話
- 他事業所からの連絡・相談内容によって必要時主治医への報告等行えている。
- SNS
- 病院の地域連携室や訪問看護との連携が図れている
- 医師・訪問看護・ケアマネなど情報交換している
- 必要に応じて御家族との I C に立会をさせて頂き情報をとっています
- 常に利用者の状態や異変時等、連絡し指示をもらっている
- F A X 等、母体の病院と連携を図っている
- 細かに電話や FAX で連絡が取りあえている
- 医師が定期的に訪問診療に来ている
- 顔の見える関係が付くれている・情報交換できている
- 体調不良時の相談
- 訪問介護との連携が主
- 協力医療機関との連携
- 24 時間対応の訪問看護と連携している
- B A N D などの活用
- 個々の主治医の往診対応したり、電話ラインでの連絡
- 訪問看護及び病院と常に連絡を取っている
- 現場でのカンファレンス実施にて情報共有などしっかりとれている
- 入退所時の連携、連絡を行っています。コロナになってから電話連絡のやりとりが多くなっています。
- 必要時 CM から直接主治医へ電話し在宅復帰の医療的対応について協議することがある
- 病院の相談員と電話、FAX でのやりとりを行っている
- 病院の MSW との連携を密にとっている
- 医療と介護連絡票、訪問看護、ケアマネとの電話連絡
- 直接ではなくても電話や F A X などでも情報交換ができている
- なんでも自由に連絡がくる
- 指示書の記載や連絡があれば対応している
- 常に電話対応している F A X で情報共有

- 電話相談
- 電話相談
- 電話、直接対応、訪問報告書
- 看取り等の場面はない

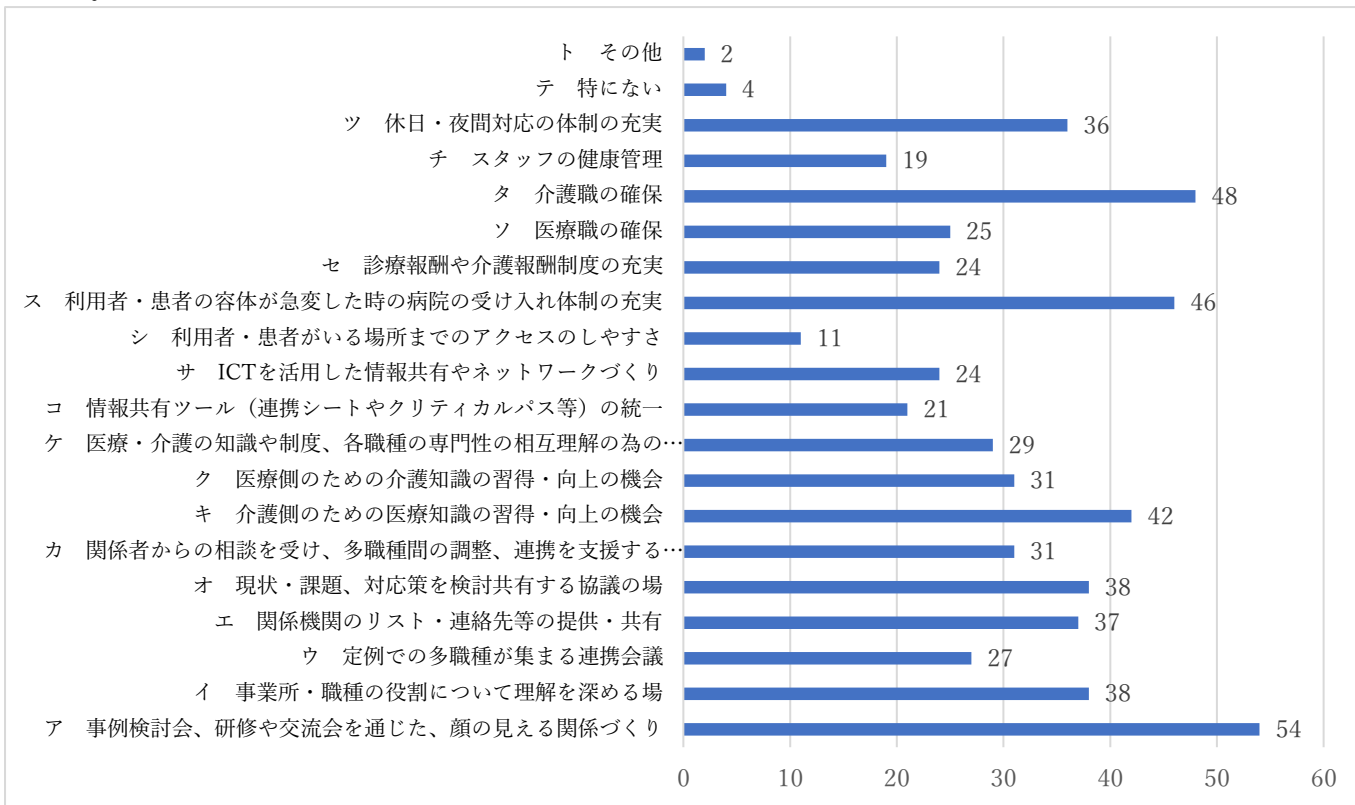
4- (3) 4- (1) で「③あまりとれていない」、「④とれていない」と答えた方、理由は何だと思えますか。あてはまるもの全てに○をつけてください。



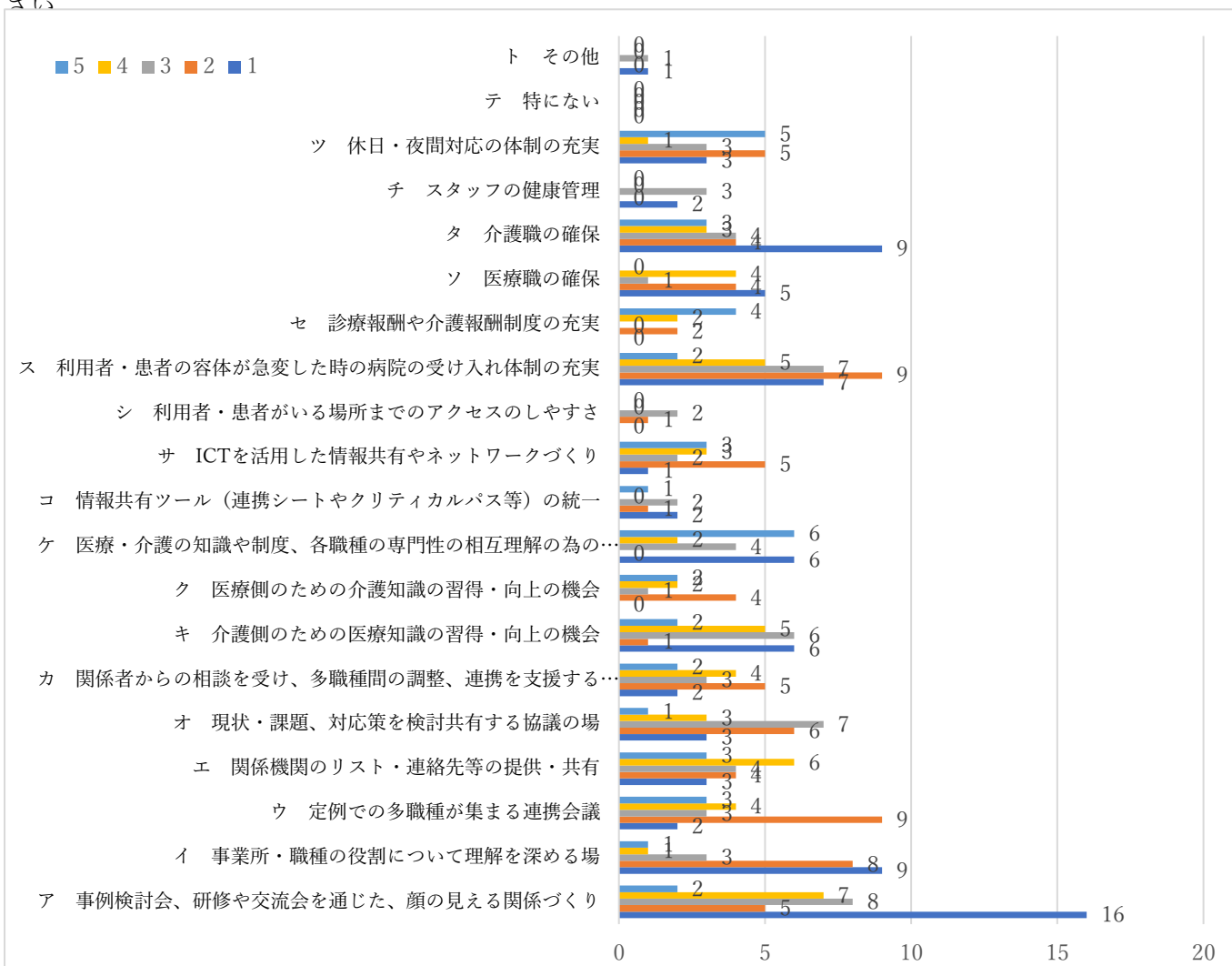
4- (4) また、その中でも優先度が高い課題を 3 つまで順位をつけて回答し、具体的な状況を記入してください。



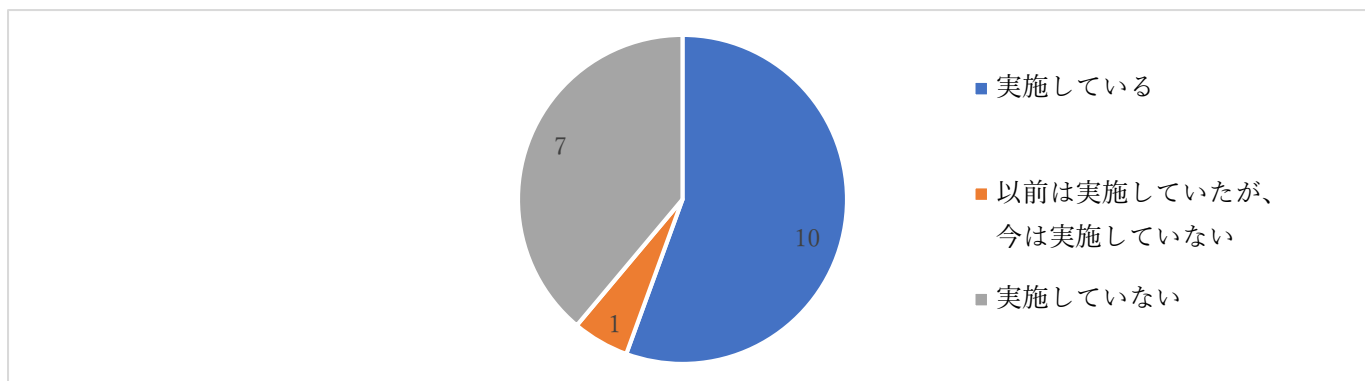
5-(1) 在宅医療と介護の連携の推進のために何が必要だと考えますか。あてはまるもの全てに○をつけてください。



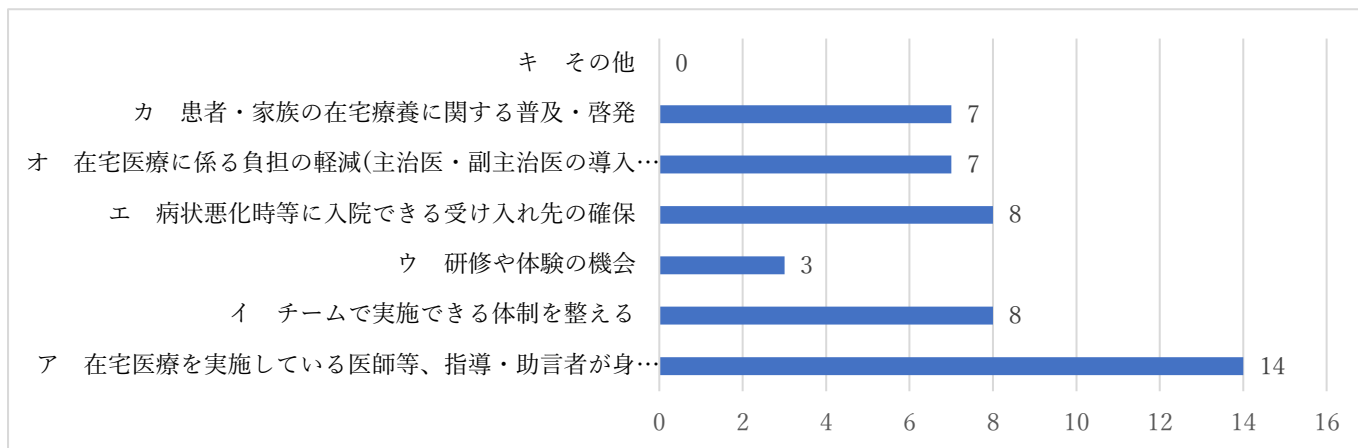
5-(2) また、その中でも優先度が高いものを5つまで順位をつけて回答し、具体的な状況を記入してください。



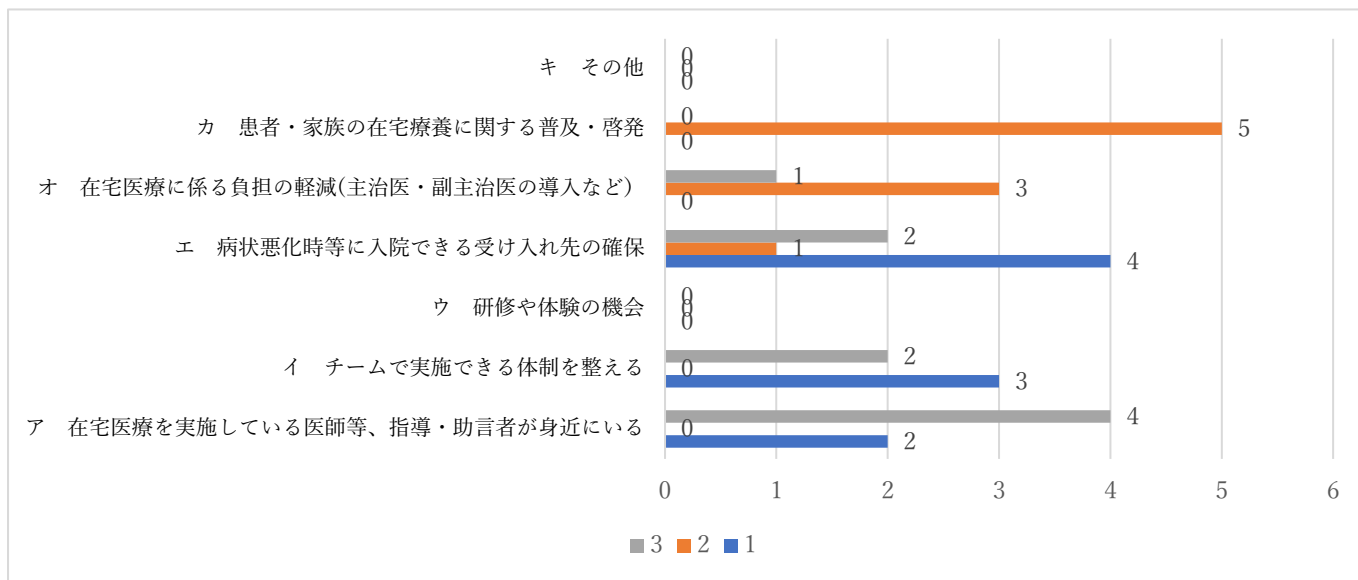
6 貴事業所では、訪問による診療、サービス提供等を実施していますか。



7- (1) 在宅医療を開始するために必要なことは何ですか。あてはまるもの全てに☑をつけてください。



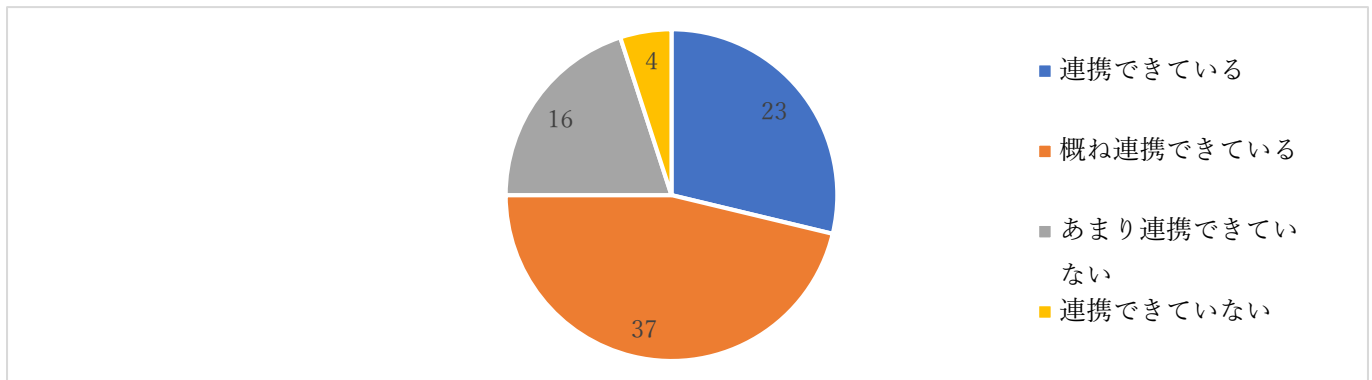
7- (2) また、その中でも優先度が高い記号を 3 つまで順位をつけて回答し、具体的な状況を記入してください。



【日常の療養支援に関する調査票】

⑦病院の医師との連携

8- (1) どのくらい連携(連絡、相談、調整、意見交換、情報共有等)できていると思いますか。

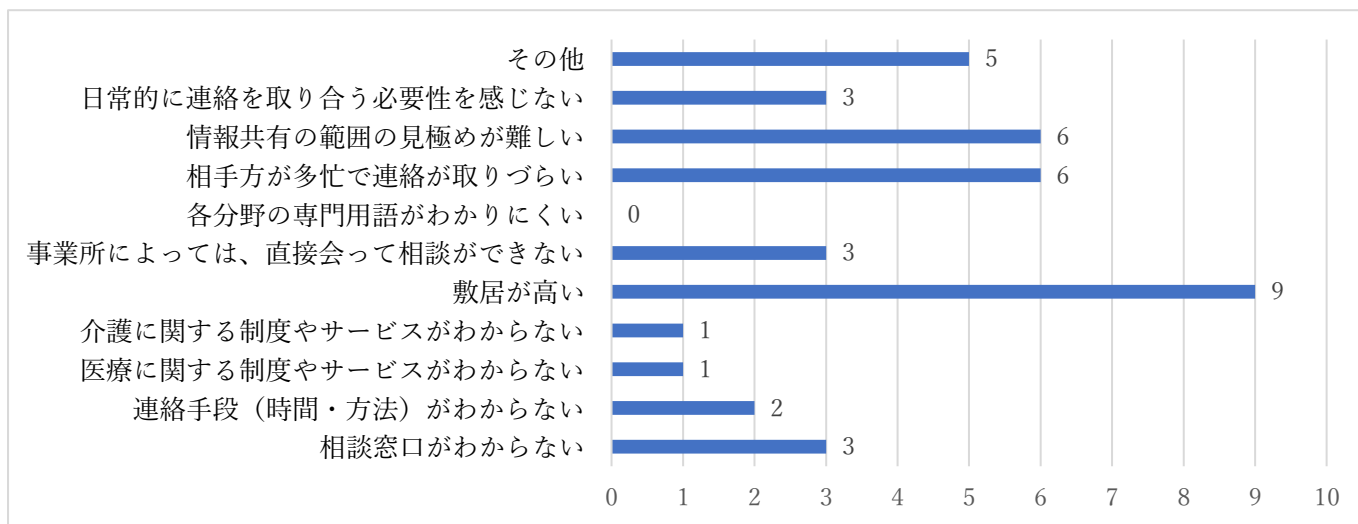


8- (2) 8- (1) で「①連携できている」、「②概ね連携できている」と答えた方、その理由や連携の具体的な状況を記入してください。

- 連携シートを通じて必要な情報のやり取りができています。
- 町内の医師とは顔見知りで連携しやすい
- 連携書など
- 通院時同行、医療と介護の連携シートの活用
- 入院などは書類のやり取りを行っている。
- 顔見知りの関係づくりを常に意識し、ご挨拶等をさせて頂いています。
- 用件は直接、医師や病院に伝えている。
- 連携室の担当者や外来 Ns などを通して連絡する
- 日常のことでできていない・不安だと感じるときにはすり合わせをしている
- 体調不良時はまず家族へ急変時病院に連絡、医師を話す機会無
- 同じ職場内に在籍しているため
- 主治医が同施設内にいれば連携しやすい
- 必要時相談している
- 必要時、電話連絡・訪問状況の FAX やラインでのデータ送付。
- 状態変化のあった場合は都度連絡している。
- 主治医と施設看護師が連携がとれている。家族、施設の意向を踏まえて IC や意見交換ができています。
- 入所にあたり診療情報提供書、検査データ、処方箋等の情報提供
- 常に隣接建物に Dr がいてくださるため連携とりやすい
- 看護師に相談することが出来る
- 訪看を通したり F A X ・電話にて異変時、状態報告を行い相談、指示を仰いでいる
- 母体が病院の為、上手く行えていると思う
- スピード感のあるやり取りができています
- 往診や定期受診の際に意見交換できている
- 訪問看護と医師との連携がとれている
- 協力医療機関との情報共有
- 主治医がいるため訪看を通じて連携している
- 看護職員が病院との連携を図っている
- 常に職種に対して連携している

- 必要な時は電話でソーシャルワーカーや看護師等を通じて連携できている。
- 必要時主治医に確認できる体制が整っている
- 回診時とIC時の立会い
- 往診などで施設の意向なども踏まえて相談できている
- 都度の面談、チャット利用してのスムーズな相談体制
- 医師の意向を速やかに確認できる体制にある
- カルテの共有

8- (3) 8- (1) で「③あまり連携できていない」、「④連携できていない」と答えた方、その理由は何ですか。

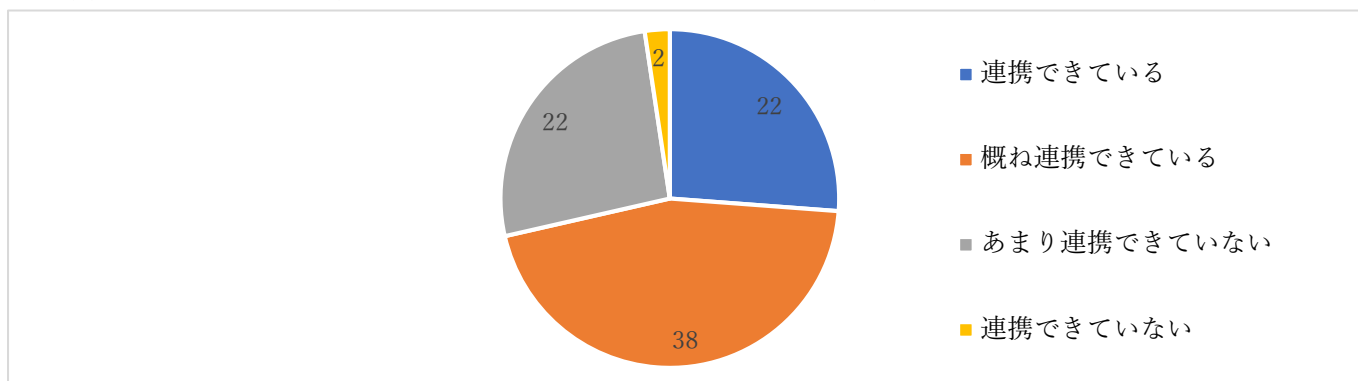


8- (4) 連携ができていない具体的な状況を記入してください。

なし

①病院の看護師との連携

8- (1) どのくらい連携(連絡、相談、調整、意見交換、情報共有等)できていると思いますか。

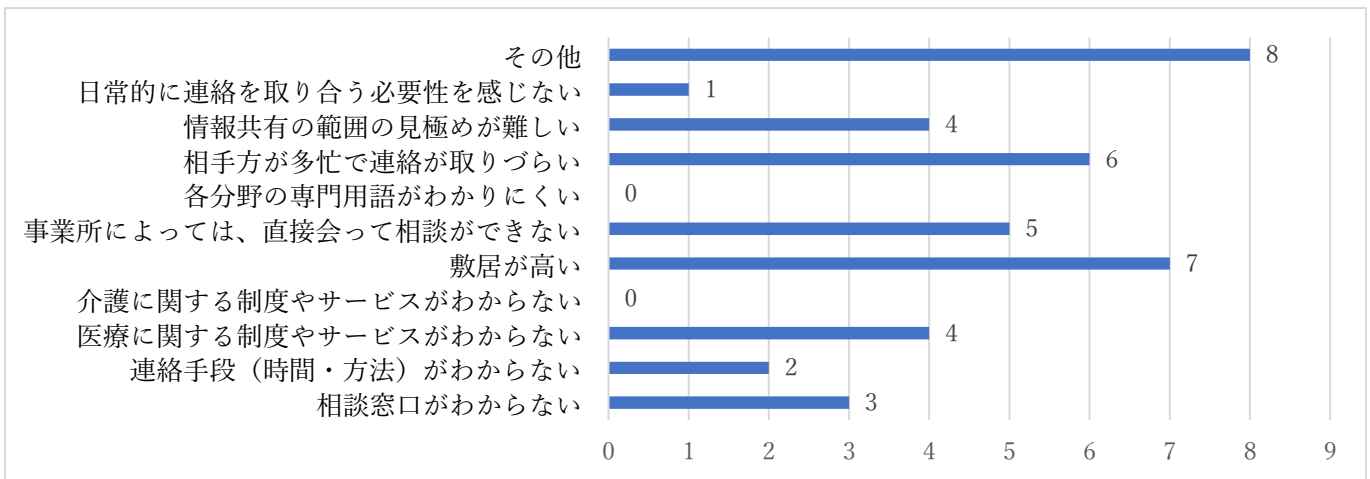


8- (2) 8- (1) で「①連携できている」、「②概ね連携できている」と答えた方、その理由や連携の具体的な状況を記入してください。

- 電話。
- 利用者の受診結果や受診要否の相談をTELで行えている。
- 自身も看護師であり、話しやすい
- 担当看護師へ直接電話し、連携図ることができている。
- 退院前カンファレンスなど
- 面談、電話での連携
- 定期的に担当会議等で顔を合わせる

- 電話等での状況のやり取りできている
- コミュニケーションを取るようにしています。国富町内 HP の NS さんは皆さん良い方ばかりです。
- 用件は直接伝えている。
- 病院に行ったり、SW をとおして確認
- 連携室の担当者に連絡する
- 看護師同士の連携がとれていない時がある
- 入院退院の利用者再開への情報共有
- 必要時に連絡するように努めている
- 同じ職場内に在籍しているため
- 院内に事業所があるため相談しやすい
- その都度電話で対応している
- 担当看護師との情報の共有を心がけている。
- SNS（ラインの交換）
- 利用者の情報等、相談、共有がしやすい
- 外来受診状況等の確認
- 近くにいるため連携は取りやすい
- 電話で相談し必要な時は薬の処方をしてくれる
- 異変時等、訪看を通したり F A X 電話にて状態報告を行い相談している必要時は先生へつないでいる
- 母体の病院の看護師でよく相談できる
- 変化があればすぐに報告相談連携を行う
- 施設看護師が相談員と連携している
- 電話連絡できている
- 電話また受診を行っている
- 協力医療機関との連携
- 訪看を通じて病院受診などで連携している
- 同事業所は連携がとれるが他機関となるとスムーズではない
- 看護師がとっている
- 常に職種に対して連携している
- 必要な時は電話でソーシャルワーカーや看護師等を通じて連携できている。
- 必要時看護師に利用者様の件でいつでも相談できる体制、認識が確立できている。
- 入退院時のサマリの依頼等。現状での病状の聴き取り
- 往診だけでなく電話やメールでもやり取りができている
- ネットワークを介した報告システム
- 密なカンファ開催
- 緊急な場面を想定している
- 患者さんの紹介で連携できている
- 定期的な研修実施ありスムーズに連絡をとれる体制
- カルテの共有

8- (3) 8- (1) で「③あまり連携できていない」、「④連携できていない」と答えた方、その理由は何ですか。



その他

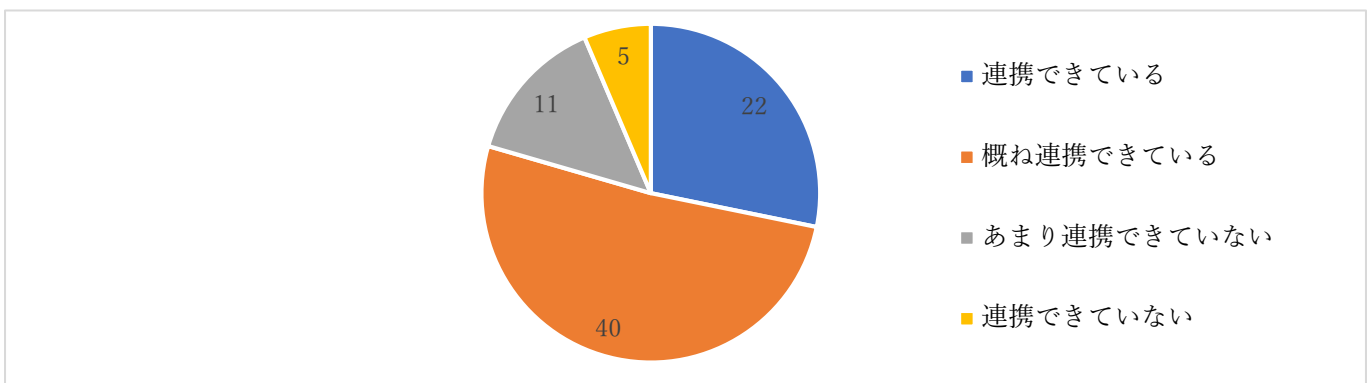
- ソーシャルワーカーが連携図ってくれる。
- 退院時のカンファレンス時が多い
- 連絡先や担当の明確化

8- (4) 連携ができていない具体的な状況を記入してください。

- おおまかに MSW に相談
- 担当がはっきりわかれば取れるが、わからない時は取りづらい
- 私の業務では連携室との対応

⑨病院の医療ソーシャルワーカーとの連携

8- (1) どのくらい連携(連絡、相談、調整、意見交換、情報共有等)できていると思いますか。

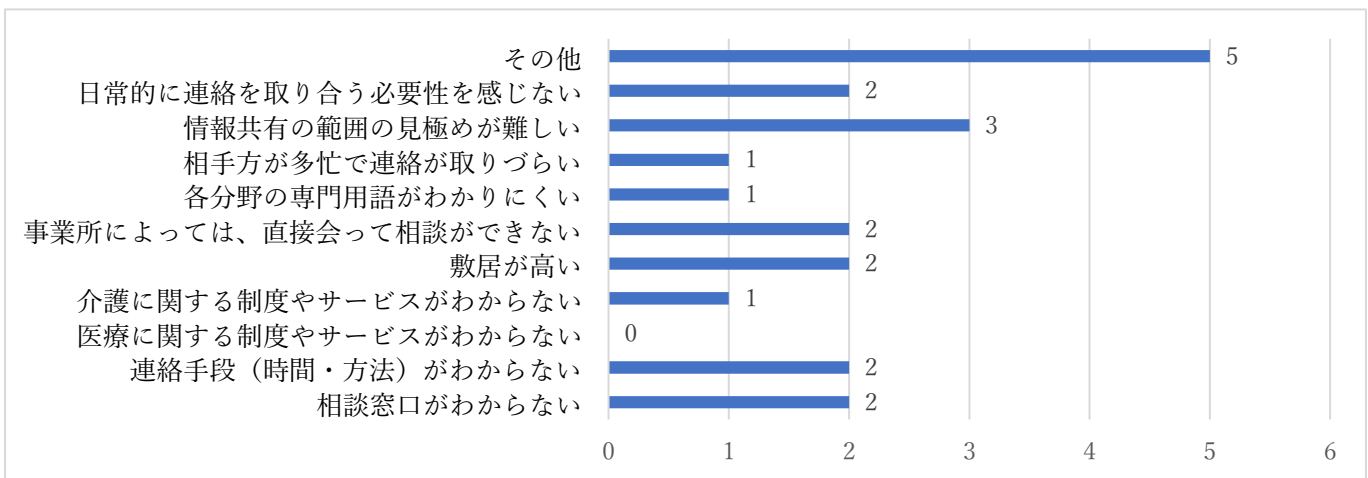


8- (2) 8- (1) で「①連携できている」、「②概ね連携できている」と答えた方、その理由や連携の具体的な状況を記入してください。

- 情報提供、退院時の連携など流れができてきた。病院も施設を探してくれるようになった。
- 入院時加算や退院時のサマリー、TEL、FAX を通じて情報共有を相互行っている。
- 特に支障を感じない。
- 利用者の状態変化等で TEL で相談
- 状況などの電話連絡がある
- 面談、電話での連携
- 連携シート、電話での連絡
- 電話等で報告等のやり取りできている

- 以前より TEL や FAX でのやり取りが多くなりました。ご挨拶によく行っています。
- 限られた病院だが、直接やりとりができています
- 情報の共有シートを活用
- 電話ができる
- 電話での相談
- 初診時に事前に情報提供することで無駄な時間が省ける
- 同施設内に MSW がいるため情報伝達しやすい
- 基本情報の共有、必要時の電話連絡
- 連携がとりやすく、退院時の調整、家族との連絡調整などしっかり対応してくれる。
- 入院相談、施設入所相談、受診状況内容等の確認
- こまめな連絡を実施している
- 相談や意見がもらえている
- 担当者が連携をとっている
- 会議などでできている
- 訪看やケアマネを通じて連携できている
- 必要時は電話で連携ができている。
- 特に退所前の連携において必要な情報提供ができている。
- 基本情報の共有、状態、状況の聴き取り
- 病状の変化や処置の変更などこまめに連携している

8- (3) 8- (1) で「③あまり連携できていない」、「④連携できていない」と答えた方、その理由は何ですか。

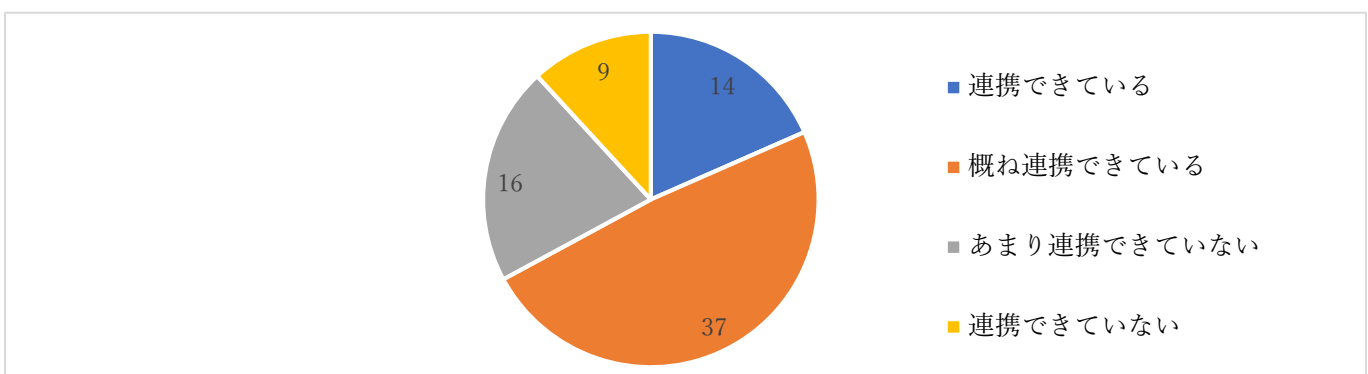


8- (4) 連携ができていない具体的な状況を記入してください。

- 連携書の記入

⑤診療所との連携

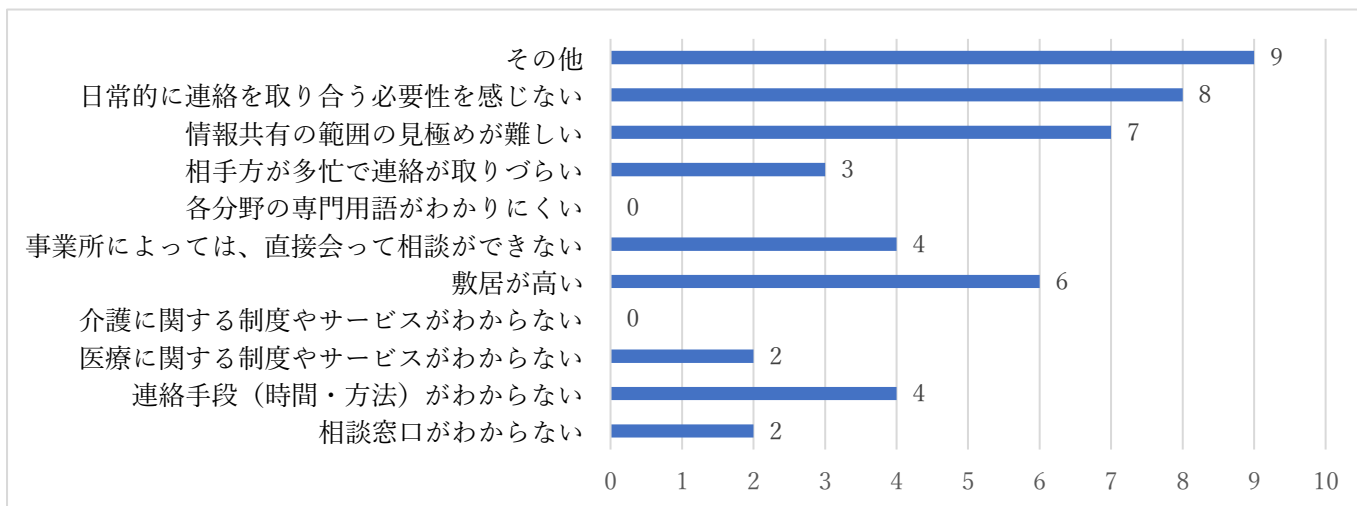
8- (1) どのくらい連携(連絡、相談、調整、意見交換、情報共有等)できていると思いますか。



8- (2) 8- (1) で「①連携できている」、「②概ね連携できている」と答えた方、その理由や連携の具体的な状況を記入してください。

- 看護師や施設職員を通じて必要な情報（薬や病状）のやり取りをしている。
- 東諸県郡部の医師とは日頃より顔見知りである。
- 医療面やサービスについて TEL や面談等
- 面談、電話での連携、医療と介護の連携シートの活用
- 利用者の情報等は F A X 等でのやりとりできている。
- 往診の際など、やり取りさせて頂いています。
- 直接用件を伝えている。
- 医療と介護の連携シート
- 必要時には受診同行したり病院に出向いて話を聞く
- 受付の方と連絡がとりあえる。（一部難しい診療所あり）
- 医師（同施設）が連携しているため
- 必要時の報告、早めの指示受け。事前に点滴、BT 等の医療物品の預かり
- ラインの交換をしている
- 入所にあたり診療情報提供書、検査データ、処方箋等の情報提供
- F A X や電話、訪看を通して状態報告を行い助言してもらっている
- 必要時は状態報告を書面で行っている
- 診察・電話できている
- 往診してもらっている
- 必要時は電話で連携ができている。
- 特に退所前の情報連携ができている。
- 施設内においては看護師が連絡をとり、その内容を共有している
- 都度、相談

8- (3) 8- (1) で「③あまり連携できていない」、「④連携できていない」と答えた方、その理由は何ですか。



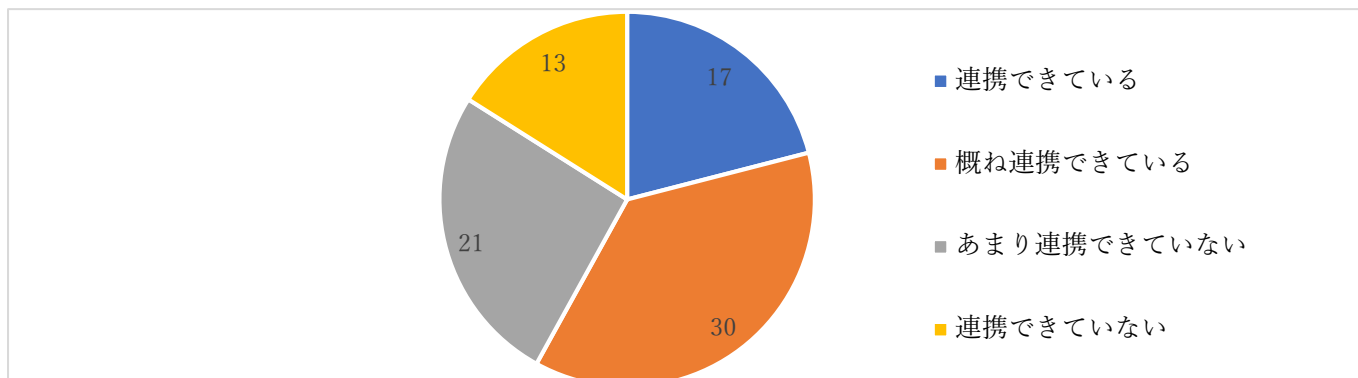
8- (4) 連携ができていない具体的な状況を記入してください。

- めんどくと思われそうで。
- 診療所の窓口が不明確
- 利用者の情報や薬などの情報交換を定期的に密に行えない。
- 直接関わりがないため

- 看護師との情報共有
- 病院の患者様の対応が大半で、他の診療所の先生や看護師さんと連絡をとりあう機会はない

④薬局との連携

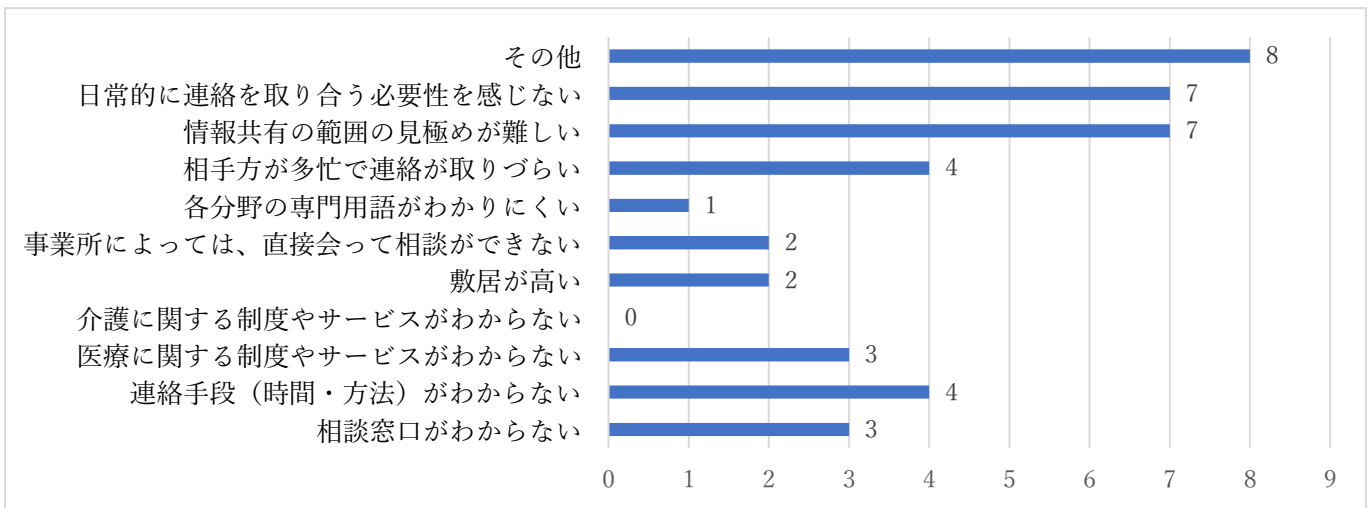
8- (1) どのくらい連携(連絡、相談、調整、意見交換、情報共有等)できていると思いますか。



8- (2) 8- (1) で「①連携できている」、「②概ね連携できている」と答えた方、その理由や連携の具体的な状況を記入してください。

- あまりきくことがない
- 薬の服用方法や一化化等の相談、処方について説明を必要時に受けている。
- 他科でもかかりつけ医に相談している。
- 担当者会議への出席、指導管理書など
- 薬剤師に直接相談
- 書類でのやりとりできている。
- 必要があるときは、直接伝えている。
- 情報共有している
- 同じ施設のため
- 利用者の内服薬の受け渡しや主治医との内服調整等、電話・窓口等でやり取りしている。
- 電話、FAX 等で連絡調整ができている。定期薬、臨時処方薬を届けてくれるので業務効率に繋がっている
- 処方箋等の内容確認。薬情等の情報提供
- 施設に合わせて意見を聞いてもらえる。色々な面で相談している
- 薬の情報や状態の共有、薬について知識不足の時は詳しく教えてもらっている
- かかりつけ薬局で相談しやすい
- 電話できている
- グループの薬局があるため
- 訪看を通じて連携できている
- 情報共有している
- 施設看護師が薬局とやりとりを行い、その内容を共有している
- 電話や FAX でのやり取りがスムーズにできている
- 薬剤師会のネットワークを利用

8- (3) 8- (1) で「③あまり連携できていない」、「④連携できていない」と答えた方、その理由は何ですか。

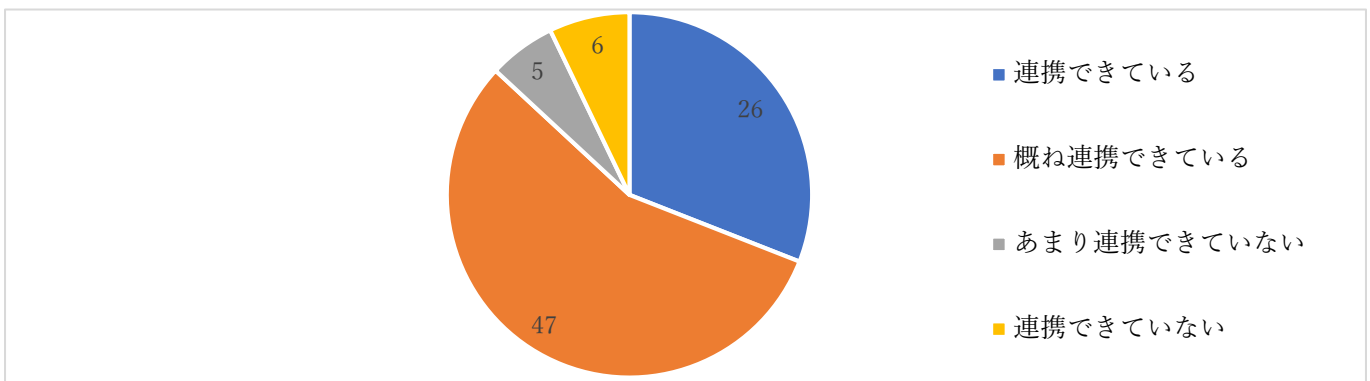


8- (4) 連携ができていない具体的な状況を記入してください。

- 居宅療養管理指導を計画に入れていると連携するが普段は家族から問い合わせや残薬を伝えてもらう
- 居宅療養管理指導等でプランに位置付けしているが、件数そのものが少ない。
- 何を相談したら良いかわからない。一包化をお願いすることはある。
- 必要時のみ連絡をとる。主治医に聞くことが多い。
- 薬局による加算の算定
- 施設処方のため必要性がない
- 連携を取ることがないです
- 在宅 CM や Dr に情報共有を行うため、直接薬局と連携を取りあうことはない
- 私の業務では薬局との連携する内容がない

㊦訪問看護ステーション（訪問リハビリを含む）との連携

8- (1) どのくらい連携(連絡、相談、調整、意見交換、情報共有等)できていると思いますか。



8- (2) 8- (1) で「①連携できている」、「②概ね連携できている」と答えた方、その理由や連携の具体的な状況を記入してください。

- 毎月、報告書の提供があるととてもよくわかり、助かります。もらえないところは逆に実績のみで情報がなく、病状がわからない。
- 本人の状態変化や訪問時の様子等 TEL や FAX を通じて行っている。
- 同法人にもあり、昔ながらの関係性を維持している。
- サービス事業者からの報告を伝える。また状態の変化などお互いに報告をしている
- 連絡を取り、情報共有しやすい、計画書

- 電話連絡や相談、利用者様の情報共有
- 地域的に事業所も限られており、顔の見える関係性がある
- 書類や電話でのやりとりできている。
- いつもお世話になってます。
- 直接伝えている。
- 新規やケース状況を相談
- 訪問時の状況や緊急時の対応など連絡あり
- 機会がすくない
- 連絡相談がいつでももらえる
- 同法人内の事業所であれば連携を取りやすい
- 複数カ所で入る場合、計画書・報告書の情報共有・コピーを渡している。
- 担当者会議等で意見交換ができている。
- 在宅利用時の状況確認、処置等の医療的対応等の確認や情報提供
- すぐに連絡がとれる。相談しやすい
- 毎回、利用者の状態を報告している。状態によっては指示をもらい実施している
- 長年訪問看護としてかかわっている為
- 定期的に連絡ができている
- 居宅管理指導
- 協力医療機関との連携がとれているため
- 自社にいるため連携できている
- 情報共有はできている
- ショートの方に関しては連絡ノートを活用し、必要とする項目に記入している
- 電話で相談し、医師からの指示を受けられている
- 病院からの処方箋について患者様の状態に応じて調剤法を提案したりしている

8- (3) 8- (1) で「③あまり連携できていない」、「④連携できていない」と答えた方、その理由は何ですか。



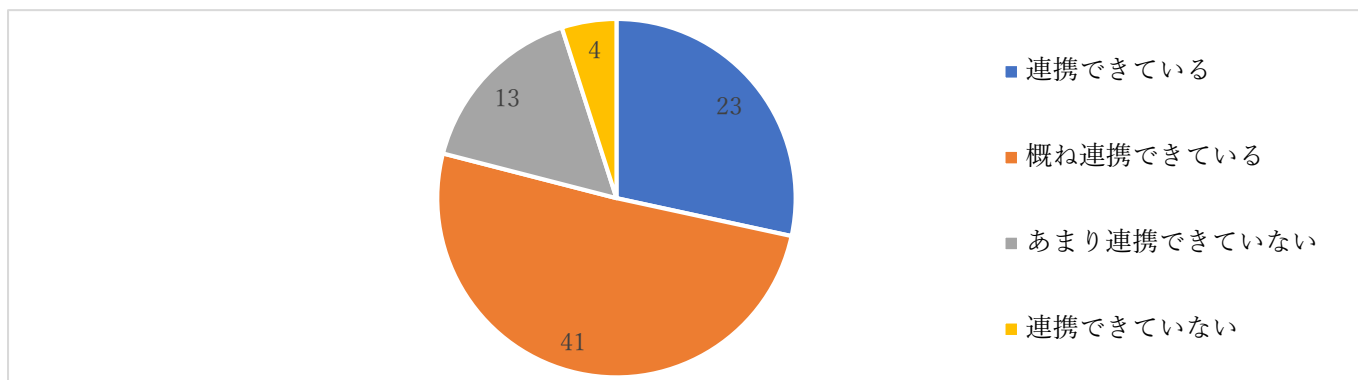
8- (4) 連携ができていない具体的な状況を記入してください。

- 現在関わりがない状態
- 入所前に連携を取ることがない、かかりつけ医等を中心に連携を取っている
- 主に居宅 CM や Dr に情報共有を行うため直接連絡をとることはほとんどない

- 連携する内容がない
- 事例がない

⑤地域包括支援センターとの連携

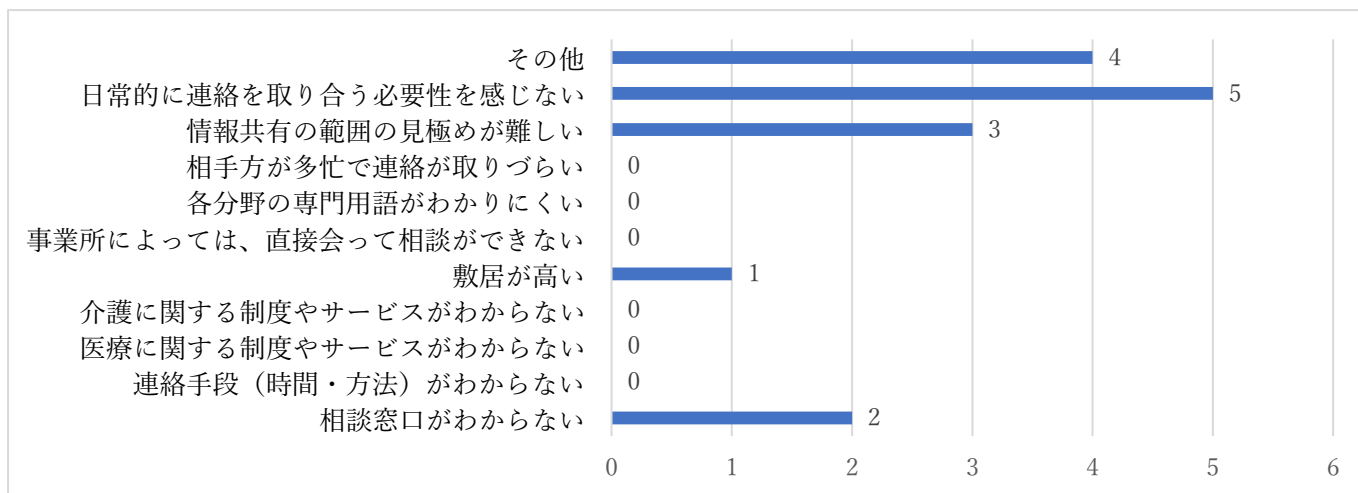
8- (1) どのくらい連携(連絡、相談、調整、意見交換、情報共有等) できていると思いますか。



8- (2) 8- (1) で「①連携できている」、「②概ね連携できている」と答えた方、その理由や連携の具体的な状況を記入してください。

- お互い相談しやすい関係である。
- 認知症の利用者や家族、金銭的問題等がある時
- 相談、連絡等必要時にとれていると感じる
- 訪問や連絡など、相談もしやすい状況にある
- 電話等での連絡をしている。
- いつもお世話になってます。
- 直接伝えている。
- 機会がすくない
- その都度連絡相談できている
- 必要に応じて連絡を取り合っている
- 報告、連絡、相談等を電話等で密に行えている
- その都度やりとりしている
- 必要時、迅速に電話・FAXにて情報共有をしている
- 担当者会議等で意見交換、情報共有ができています。
- 当施設への入所相談、社会福祉制度の利用や相談、情報提供
- 運営推進会議で意見交換ができています
- 担当者が連携をとっている
- 研修や電話にて連絡し連携できている
- 電話連絡ができています
- 必要時連絡をとる
- ケアマネを通じて連携できている
- 必要な時が少ない、要介護1以上の方が対象のため
- 必要な情報を包括が持っている場合は連絡を取り合っている
- 電話、FAXで相談を行っている
- 電話、FAXで情報共有を行っている
- 困ったケースは互いに相談できる窓口を有している
- 電話での連絡報告を受けている

8- (3) 8- (1) で「③あまり連携できていない」、「④連携できていない」と答えた方、その理由は何ですか。

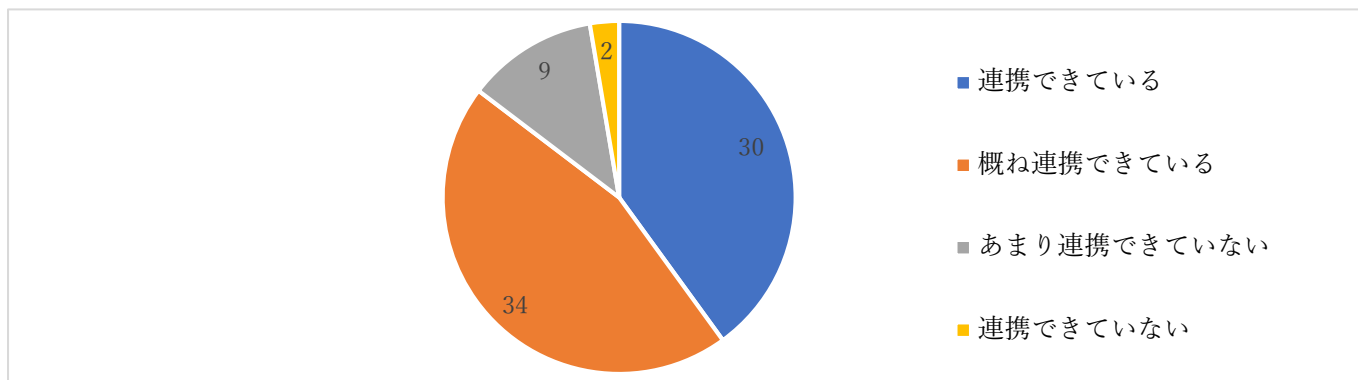


8- (4) 連携ができていない具体的な状況を記入してください。

- 介入してほしいけど、気を遣う。
- 関わる機会が少ない。相談しないといけない事案がない。
- 既に認知症と診断され介入されている患者様への対応ができてあるため
- 事例がない

②居宅介護支援事業所との連携

8- (1) どのくらい連携(連絡、相談、調整、意見交換、情報共有等)できていると思いますか。

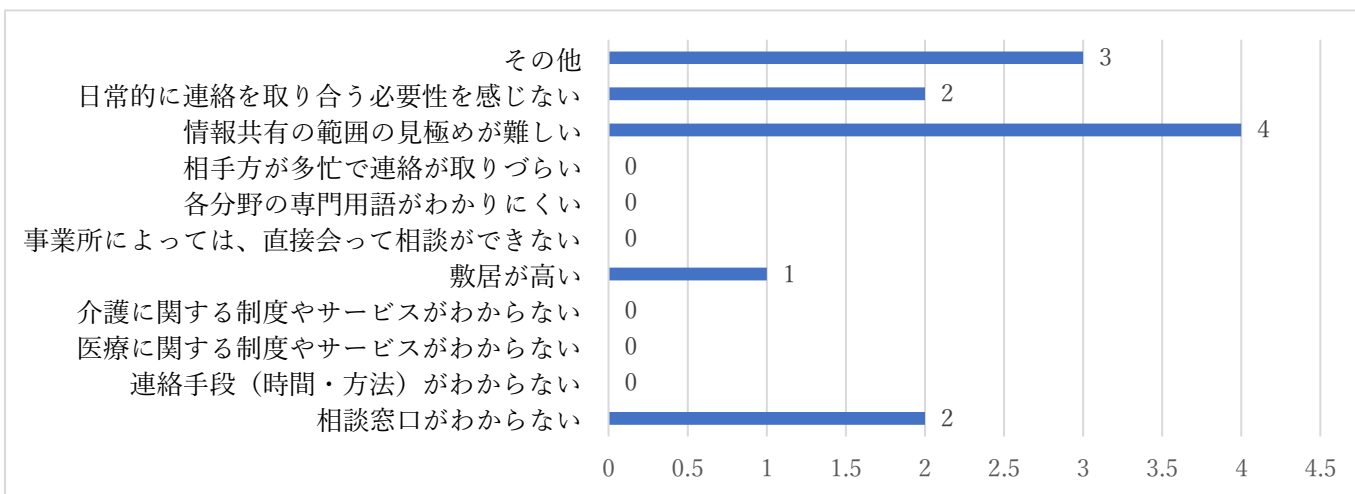


8- (2) 8- (1) で「①連携できている」、「②概ね連携できている」と答えた方、その理由や連携の具体的な状況を記入してください。

- 集まりの時など仲良く会話して下さる。
- 電話や書類での連携できている。
- 他の居宅ケアマネと情報交換している
- 新規の相談
- ケアマネが連絡をくれる
- 利用者の変化時には CM に連絡している
- ICTの活用。電子メールなど
- 必要に応じて連絡をとりあうため
- 電話等で必要時には情報共有できている
- その都度報告や相談している
- 利用者の状態変化があれば、迅速に報告している。

- ラインの交換をしている
- 電話、FAX 等で相談、情報共有、担当者会議で意見交換ができています。
- 当施設への入所相談、在宅生活再開への連携
- こまめに連絡をとっている
- 情報共有ができています
- 必要時は電話を行ったり F A X にて連携している
- 何かあったら報告しあえる。その後課題と一緒に話できる
- 担当者会議でできている
- 何かあった場合はすぐに連絡し情報を共有している
- 状態変化などあったらケアマネに報告するなどしている
- 情報共有している
- 常にどの職種でも連携をとっている
- 入所時、在宅での様子等確認させて頂いています。
- 入退所前、入所中の情報提供など密に行っている。利用者の動作確認時も居宅 CM を呼んでいる
- ショートの方に関しては電話、FAX、対面にて情報共有ができています
- 電話や FAX、担当者会議などで情報交換ができています
- 電話での連絡報告を受けている

8- (3) 8- (1) で「③あまり連携できていない」、「④連携できていない」と答えた方、その理由は何ですか。

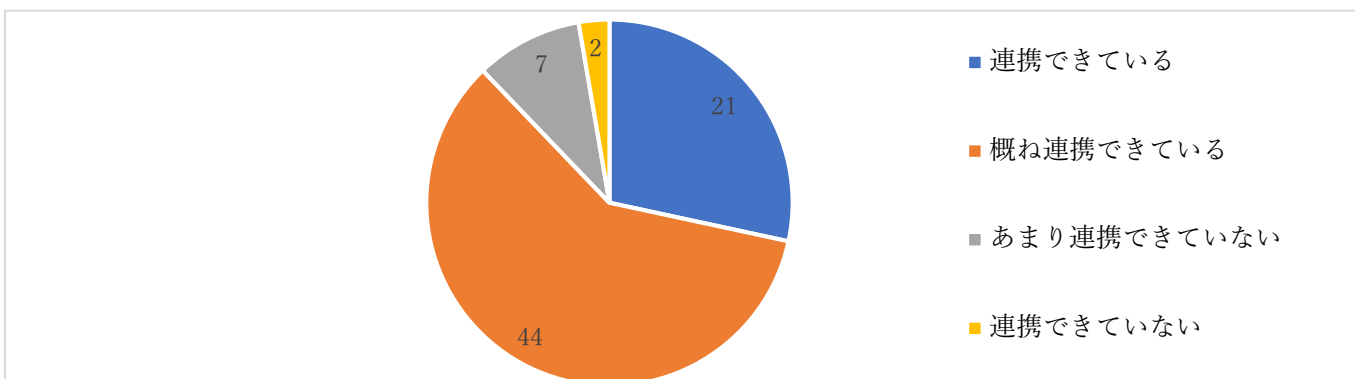


8- (4) 連携ができていない具体的な状況を記入してください。

- 相談事等、発生した時のみ助言を受けている
- ご利用の患者様がおられず機会がない
- 連絡を希望しても連携が図れなかった

㊦入所系施設との連携

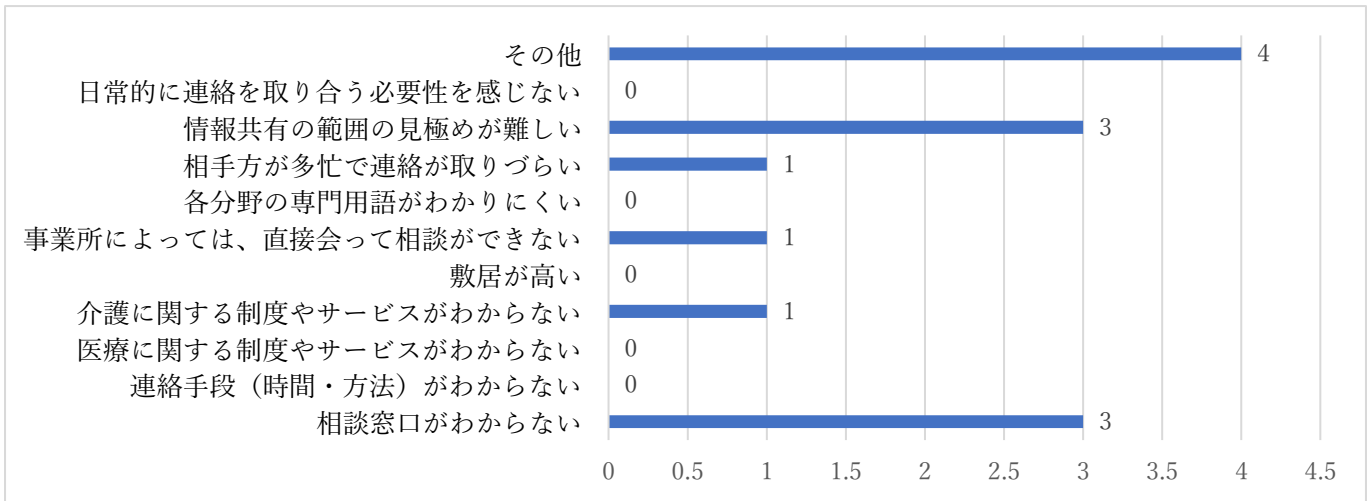
8- (1) どのくらい連携(連絡、相談、調整、意見交換、情報共有等) できていると思いますか。



8- (2) 8- (1) で「①連携できている」、「②概ね連携できている」と答えた方、その理由や連携の具体的な状況を記入してください。

- 毎月訪問してモニタリングできている
- コロナ禍で本人との面談は少ないが、TEL や FAX などできている
- 一部有料老人ホームは問題あり。情報共有がない、面会拒否など。
- 連携図れる施設しか紹介しない。
- 本人の生活の様子や変化等月一回のモニタリング、LINE、FAX、TEL 等で相互共有している。
- 同法人とは連携しやすい。
- 現状のサービスや基本情報、状態等
- 電話、FAX にて情報共有できている。
- 何かあればすぐ情報共有の為の連絡をくださるから
- 施設担当者からの情報提供
- 利用者が入所されている施設の方とは、日頃から連携している。(報告連絡相談)
- 書類や電話で連携できている。
- 居宅から入所系に行かれる時にやり取りさせて頂いています。
- 直接伝えている。
- 定期的に訪問し、職員とも交流できている。
- 利用者を通して連携している
- 毎日タブレット、TEL で連絡をとっている
- 必要に応じて連絡をとりあっている
- メモ帳等を利用し連絡し合っている
- 窓口となる方がしっかりと対応してくれる
- 必要時、緊急連絡等対応している。
- ラインの交換をしている
- 電話、FAX で対応している
- 入所相談、情報共有、情報提供、情報収集
- 看護師の協力がもらえている
- 書面や口頭などでできている
- 担当者との連携
- 施設相談員など相談しやすい
- 施設利用者への訪問
- 施設への入退所について情報のやりとりが密にできている。
- 入転所の際、連携ができている
- 住み替え希望者の希望を聞き、電話にて連携ができている
- 外来診療、情報提供、主治医意見書を通じて
- ノートや同席での状態確認
- 必要な時に速やかに入所できている。
- 電話での対応
- 来局毎に文書による患者様の情報の交換共有を実施
- 月1回の往診

8- (3) 8- (1) で「③あまり連携できていない」、「④連携できていない」と答えた方、その理由は何ですか。

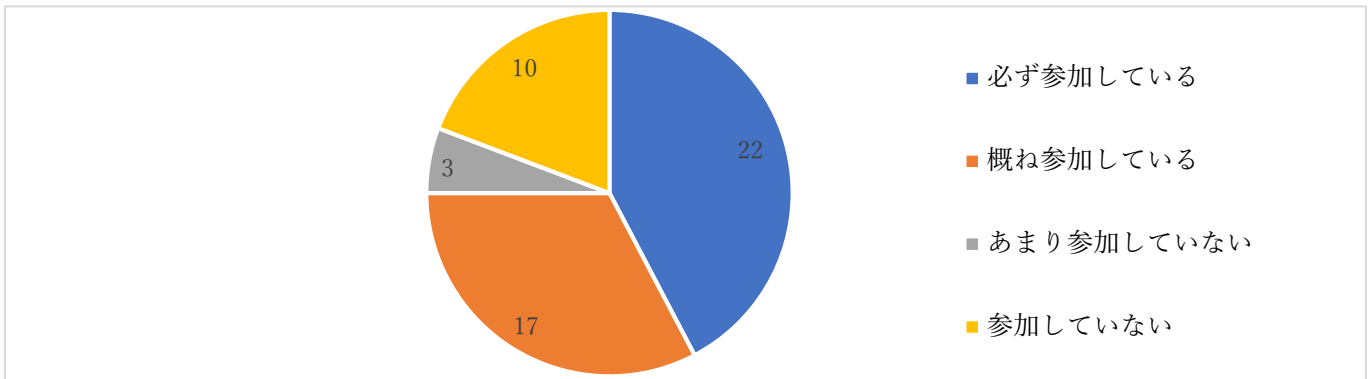


8- (4) 連携ができていない具体的な状況を記入してください。

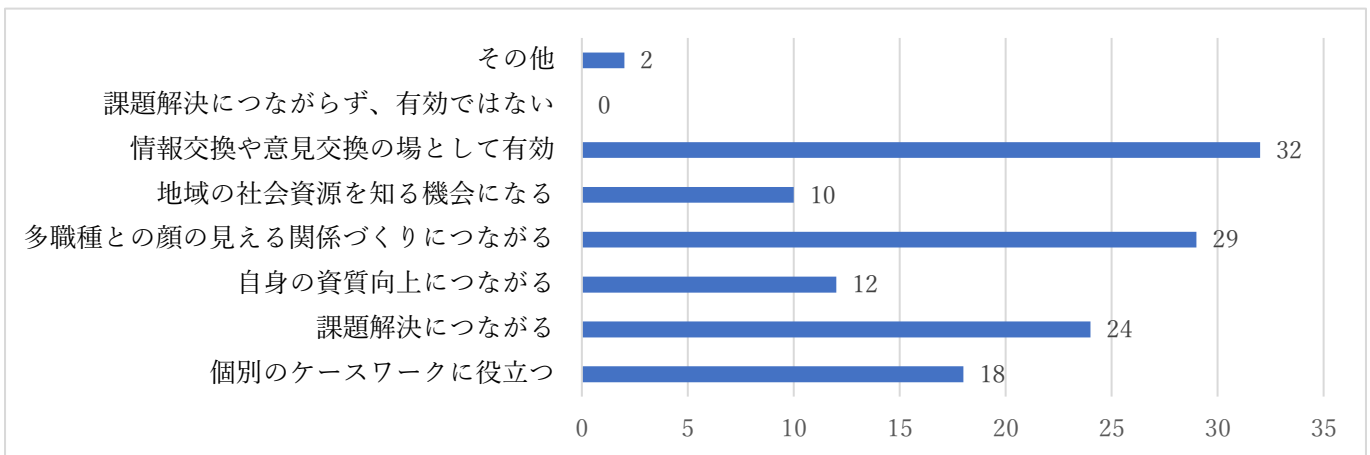
- あまり機会がない
- 私の業務では連携する内容がない
- 事例がない
- 時間がない

※介護支援専門員以外にお伺いします。

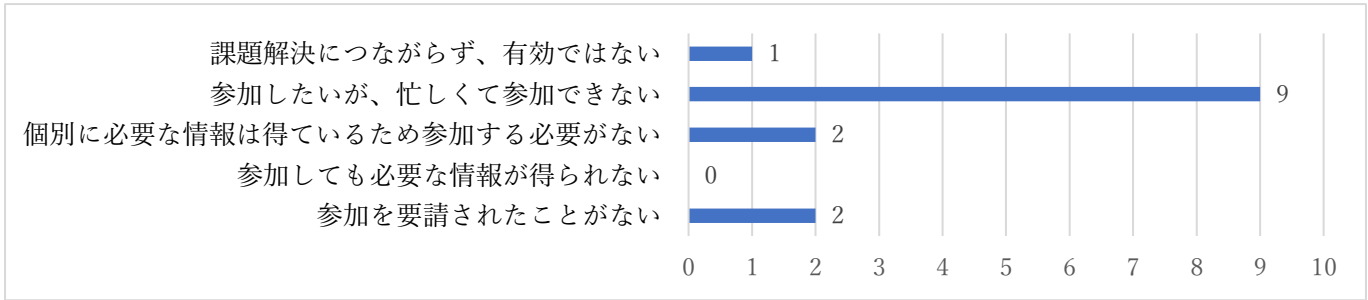
9- (1) 貴事業所は、サービス担当者会議に参加（文書による意見照会や意見交換を含む）していますか。



9- (2) 9- (1) で「①必ず参加している」、「②概ね参加している」と答えた方、参加してみてどうでしたか。

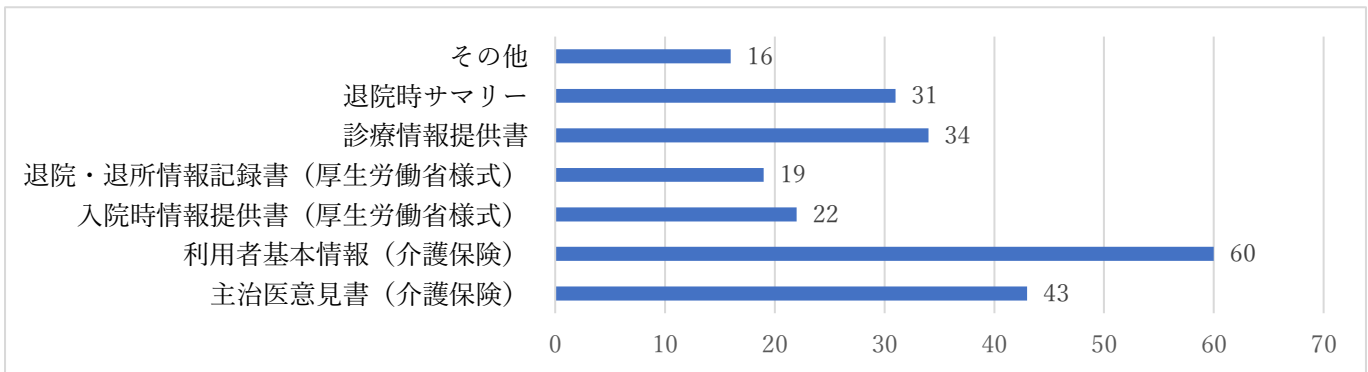


9- (3) 9- (1) で「③あまり参加していない」、「④参加していない」と答えた方、参加していない理由について、あてはまるもの全てに☑をつけてください。



※回答者全員にお伺いします。

10- (1) 貴事業所には、多職種連携に係る情報提供に用いている書式・様式がありますか。



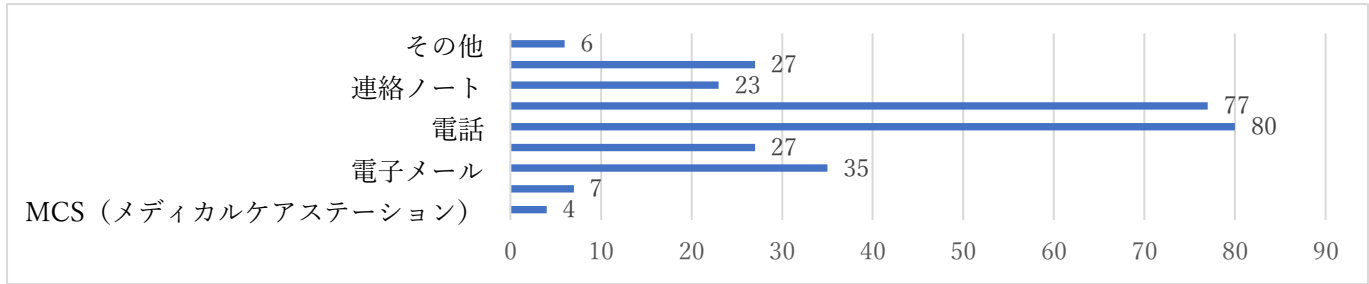
その他

- 利用者アセスメントシート、課題
- ソフト ほんのぼの を使用しています。
- 退所時サマリー
- 看護サマリー
- 退所時指導書
- 救急搬送用様式
- 医療と介護の連携シート
- 情報提供書（事業所独自による）
- 退所時指示書
- 利用者情報確認表

10- (2) 貴事業所独自で使用している書式・様式で、他事業所と共通利用しているものがあれば具体的に記入してください。

- アセスメント、ADL 表を利用
- 連携シート
- 入院時情報共有書
- 利用者基本情報
- 利用者情報確認表
- 食事形態などの生活に関する情報を記載
- 訪問薬剤管理指導報告書
- 薬剤情報

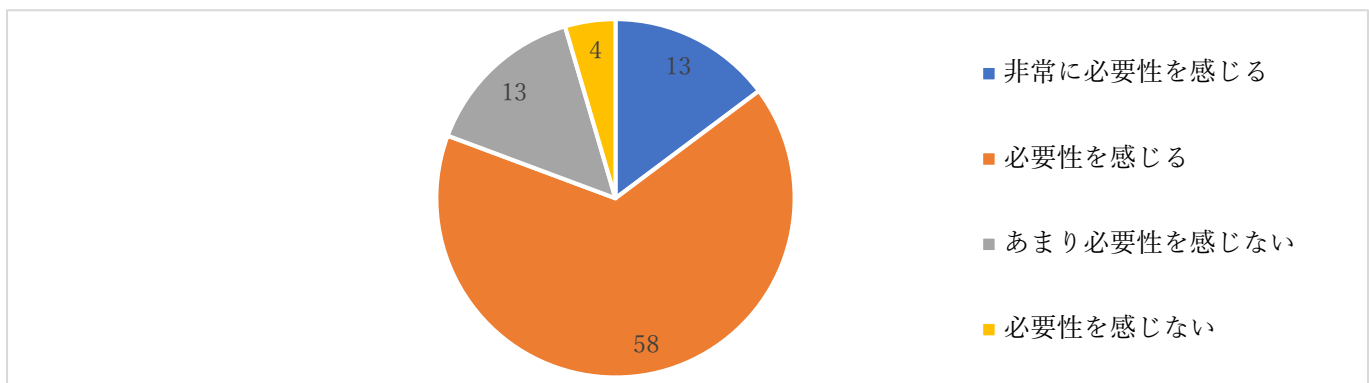
11 貴事業所は、多職種連携に使用しているシステム・ツールがありますか。



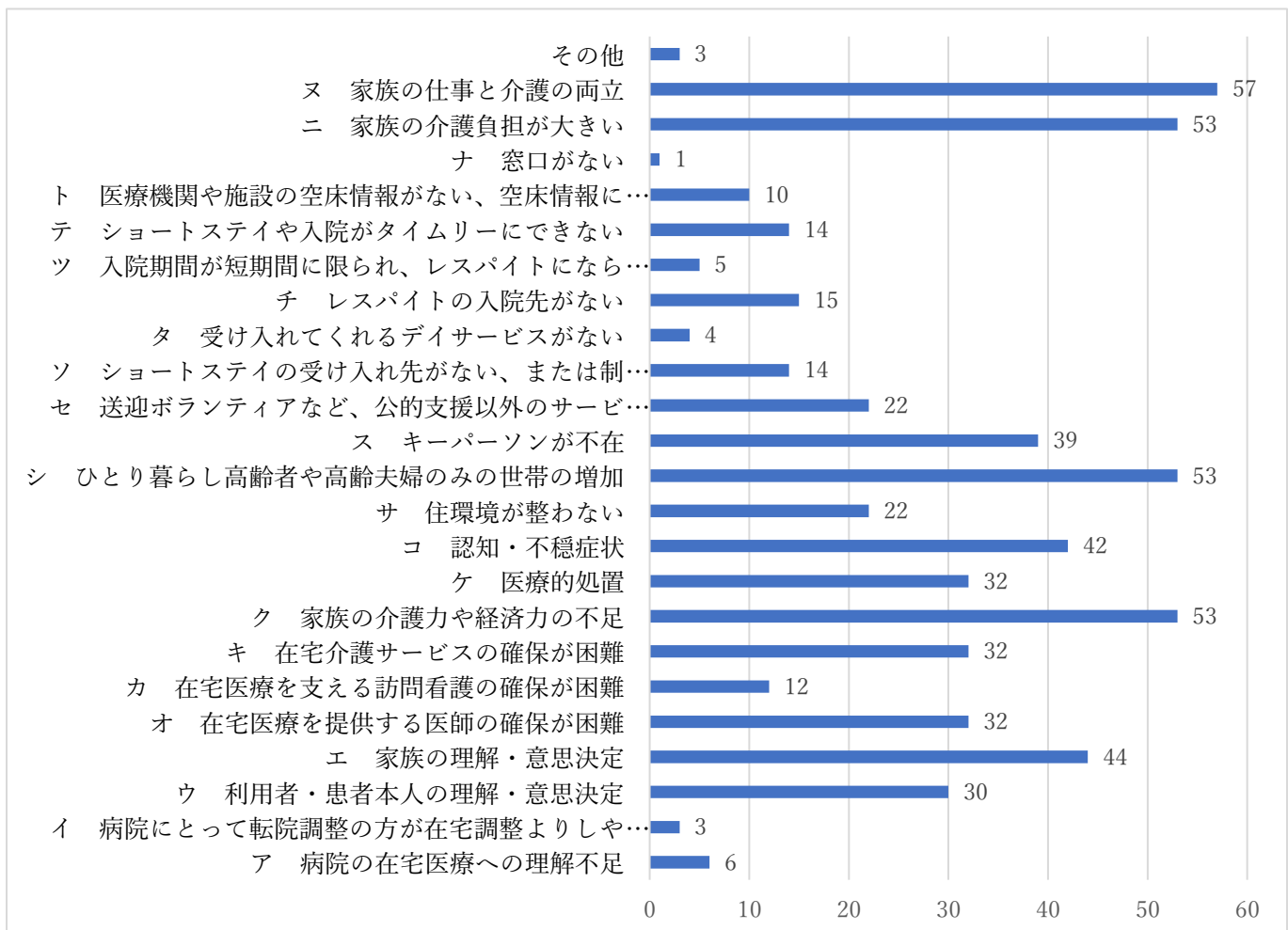
その他

- カイポケ
- SMS (NTT アプリ)

12 多職種連携に係る情報を共有するシステムや書式を作成し、運用する必要性を感じますか。



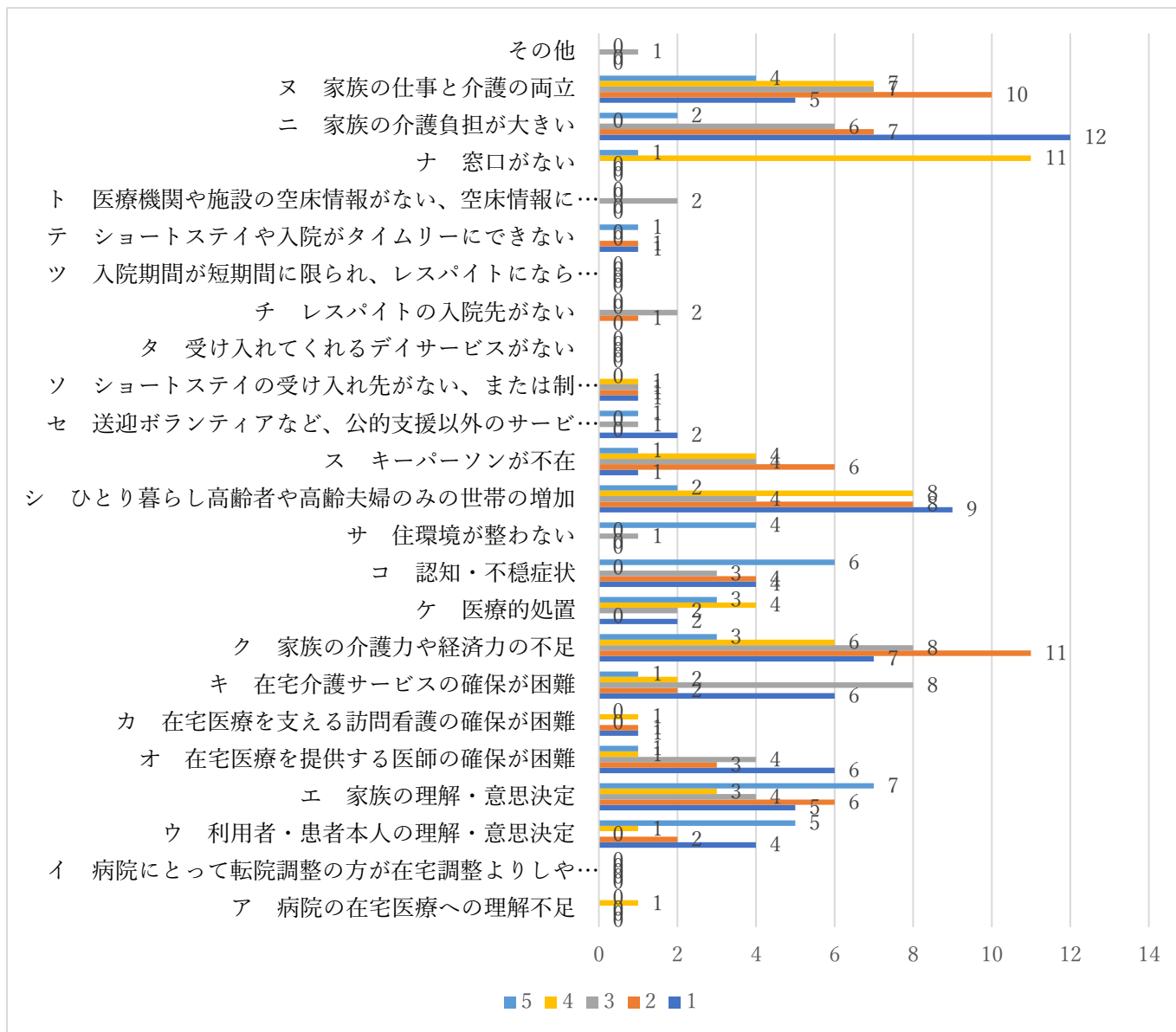
13- (1) 利用者・患者の在宅療養の障壁になっているものは何だと思えますか。あてはまるもの全てに☑をつけてください。



その他

- 家族が望んでいない。
- できること、できていることに目を向けていく視点、自己肯定感

13- (2) また、その中でも優先度が高い課題の記号を 5 つまで順位をつけて回答し、具体的な状況を記入してください。



- ①訪問介護等確保と訪問入浴の事業所がない②農家が多く、年金が少ない③突発的な入所、入院が困難
- ①1人で介護するには限界がある②仕事介護をしていると介護疲れが大きい③在宅医師がいない④家族が判断決めにくい⑤判断力がなくなるのではないかな。
- ①ネとも一緒だが、在宅を望まないケースが多い②急変や本人、家族の意向が変わった場合の対応が難しい。
- ①訪問入浴が見つからない②高齢者しかいない場合③高齢者しかいない場合
- オ、カ、キ) 在宅で医療生活を続けていく上で必要な専門職や医療職の確保が難しい。市内と市外での地域差も大きい。 ニ、ヌ) 家族の介護疲れ、収入減少等、安定、安心して在宅介護(療養)を続けられる制度や支援が乏しい、使いにくい。
- ①②家族・本人の意思決定がはっきりしない。③④在宅療養は家族の介護負担が大きく、困難なケースがある。⑤住宅 短期間でも住宅改修が必要となる。
- 利用者の理解力低下(利用者は家族介護を希望)やサービスにつながらない時の負担②正職→パート→休暇

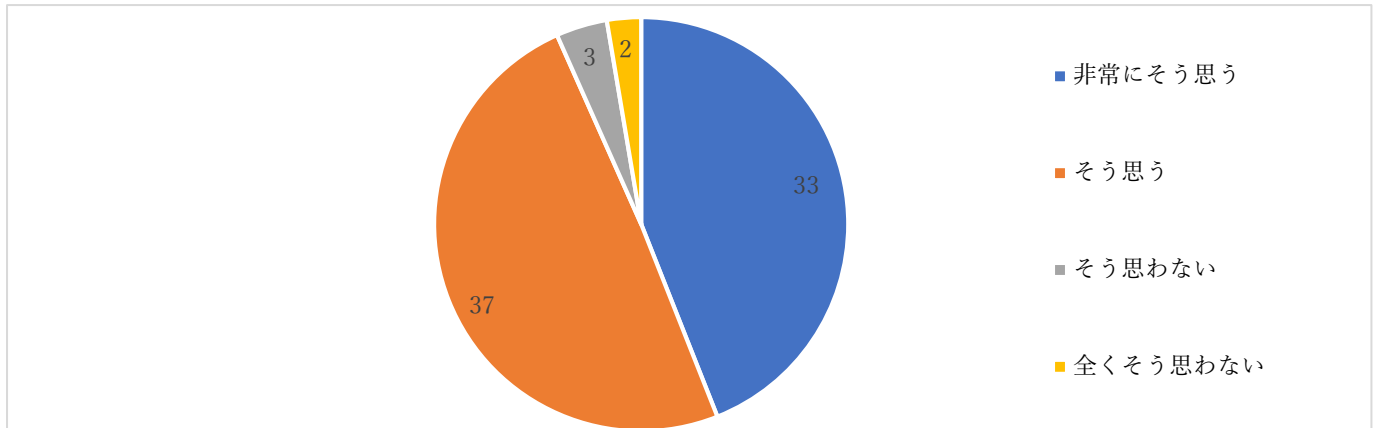
になっている③老々介護認、認々介護の問題④訪問する Dr.不足⑤例えば訪問入浴がない

- 老老介護の現実、②認知症や精神不安定による家族負担が大きい、③ショートステイが1泊2日、2泊3日が限界（不穩者）
- 課題点を出したらきりがありません。意欲低下にもつながるので、困っていること、したいこと、することを共有できる体制が私たちの地域にはあるという安心感が必要。
- ①～③介護負担の増加、④⑤家族の理解不足
- 病院や訪問看護、地域での見守り等はすごく充実している一方で、ご家族や本人が内向的だったりすると介入や次の一歩へ進むのが難しくなる。
- 介護スタッフが少ない。
- ①緊急通報で24時間対応できるサービスがあれば少しは安心②使いたいときにショートステイに空きがない。数カ月前から予約がはじまり大体が定期で埋まっている。③地域全体でレスパイト入院できるシステムがあればいい。
- ①年金不足（国保ペイト）②子供が町外、県外③入院先が限定（町内）
- ①両立は環境が整わないと困難②近くに家族がいないもしくは身寄りがいない③簡単につかえない④身寄りがいない⑤経済力は大切
- オ、訪問診療をしてくれる医師がいない クニ、老老介護
- 利用者の年金、預貯金不足、家族高齢化
- 家族の仕事と介護の両立が難しい
- 介護職不足
- 認知症の進行、病気の進行で身体精神の負担がある
- 患者と家族が共通認識できていないケースがある
- 在宅業務ではキーパーソンの家族に理解がないと困難
- コ、家族負担が大きい ク、ヌ、家族の在宅に対しての不安、理解の不足 ニ、テ、症状悪化時、生活レベル低下時の対応に困ることがある
- ヌ、ニ、ク、家族の負担が多い、とくに精神面での負担が大きい。 ス、シ、自己決定できる方が少ない
- ニ、在宅でみようとすると精神的負担が多い ウ、家族が在宅医療を理解していない キ、全体的にマンパワー不足を感じる ア、在宅医療をやっている Dr が少ない ケ、医療的処置があると不安
- シ、エ、受診等で家族の協力が必要 ス、遠方にいると連絡調整等で時間がかかる ヌ、家族間で意見がわかれることがある。 コ、家族の理解が難しい場合がある。
- シ、在宅での生活が厳しい エ、ヌ、ニ、ク、在宅での家族介護の限界がある。
- コ 認知症の在宅介護は難しいと思う ニ 家族だけの介護はきつい ヌ 家族も仕事をしなければならぬので夜間まで介護はできない
- ①在宅医療を提供する医師が少ない限られた時間での診療となっている②介護の知識不足や仕事と介護の両立が困難となり給料も軽減する③介護に要する時間が長すぎる④老々介護や独居にて介護が困難⑤不穩状態の対応が難しい
- ①思いはあっても介護力、周りの協力がなければ難しい②在宅医療となると医師が限定される③何かあった時のために決めておくことが多くなる④⑤長期化するほど負担も多くなる
- 家族内で結論がでにくい
- 医療ニーズが多くある
- まだまだ家族の理解不足な現状
- 老々介護
- 仕事と介護の両立は大変

- 検査など難しい
- 介護力によって違うが負担は大きいため、仕事をしているキーパーソンや高齢のキーパーソンは特に負担が大きい医療依存度の高い方に対してレスパイトが難しくなっていると思われる。
- ウ、エ、理解度が低く本当は必要であるにもかかわらず受け入れられない。 オ、在宅療養を行うにあたり判断基準がきびしい医師がいる。 ク、利用者に対し24時間体制の介助ができる在宅療養システムが存在しない サ、住宅改修にも限度があり、ADLと照らし合わせてマッチングしない場合あり
- シ、独居、老々介護 ス、キーパーソン不在 ニ、病状悪化に伴い介護負担が大きくなる ケ、家族の協力が得られない コ、家族の理解が得られない
- シ、高齢者世帯が多い ス、病状によっては家族に受診を頻繁に行ってもらわないといけない ク、認知症の理解がなくほったらかし、クレーム ス、子供全員が県外で入院手続きができる人がいない コ、レビー小体型などは進行が早く徘徊につながる
- ①地域格差あり②認知症があり説明の理解が困難な場合あり
- 受け入れる家族がいないと進まない
- ①②看護師、介護士の確保が重要③④老老介護が増えており、負担は大きい。公共交通機関も少なく利用者に制限がある。
- ①家族が共働き介護力や経済力の不足②独居や高齢夫婦の世帯で介護する人がいない③家族の仕事と介護両立は負担が大きい④家族の理解意思決定⑤医師の確保24時間在宅医療体制
- ①介護者が疾患共有していたり認知機能が低下している②週1回程度しか本人と会えておらず服薬状況などの確認ができない
- 職場の理解と協力が必須だから
- ①独居のため一人で受診される方が多い②説明したいが家族がいらない③説明を理解できているか不明

【入退院支援に関する調査票】

14- (1) 入院早期から、利用者・患者の在宅療養に備えた関係者との情報交換は重要だと思いますか。



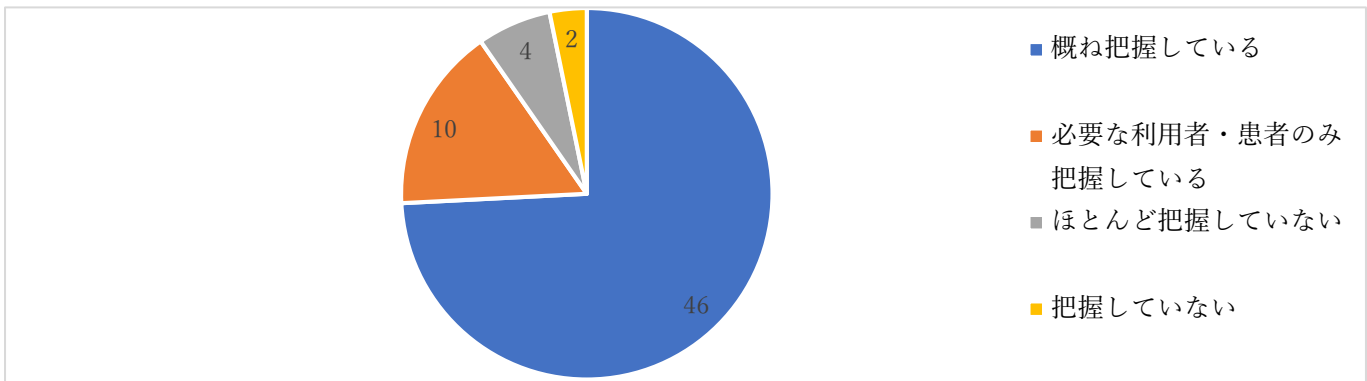
14- (2) 14- (1) を選択した理由や具体的な状況を記入してください。(自由記載)

- 退院直前や退院日が決まった状態で相談がくるとサービス調整が困難
- 入院前、入院後の様子を知ることは大事だと思うため
- 早期では不明点や変化もあるためそこまで必要とは思わない。しかし、退院間近だと準備が間に合わないこともある。
- 施設か在宅か方向性が分かっているとよい
- 本人の病状についての理解や予後予測をたてるうえで必要
- 信頼関係の構築に時間を要す。
- 病状やADLの変化、治療状況などの情報交換は必要
- 退院時前でないと状況に変化があるため
- お互いに連携しやすくするため
- 在宅介護サービス調整が難しいから
- 在宅での状況、どのように暮らしていきたいか考えておられたことを知ってもらい、入院中に退院後の目標を共有してもらいたい。
- 在宅復帰をみずえた支援
- 情報共有は大切
- 入院時の状況や病状によって変わるの程度方向性が決まってからでもいいのではないかと思う。
- 退院後の生活環境を整える上で必要と思う。
- 一連の流れを把握しておきたい
- 早期ではなく入院状況に対応したタイミング
- 最終的にどこを目指すのか
- 健康状態の確認やADLの状況がわかると便利
- 入院中のADLの低下や退院時の環境の変化
- 退院までに状態が変わっている可能性がある早期の情報ほしい
- 現状を理解してもらい在宅療養が可能か意思決定に必要な場であると感じる
- 退院がスムーズに行えるため
- スムーズな退院支援のため
- 在宅療養の準備期間になると思うから
- 主治医の退院決定日では在宅の準備は間に合わず、在宅の準備に余裕がない。
- 情報収集、受け入れ可否の判断ができる。
- 退院後どうするのか不安なので常に話し合いは必要

- 密に情報共有を行い方向性を見極める為、重要である
- 予期しながら準備ができるため
- 今後に向けての話、最終的にどこを目指すのか
- 急変時に対応できる
- 退院後の経過観察が大切
- 退院後の生活をサポートするうえで早めの対策ができる
- 退院後の本人や家族の要望を聞いたりしておくことでスムーズにいくと思う
- 状況によると思いますが方向性の確認はあると助かる
- 在宅復帰を目指したい
- 状況把握により必要なサービスの試算が可能となる
- 入院時情報連携シートを活用し、治療を円滑に行い退院支援につなげる
- 退院後の生活環境が変わる可能性もあるから
- 介護保険、介護資源の同意にかかる為、入院期間が足りなくなる
- 方向性、ご要望が明確になるため
- 患者が不安に思っていることを聞きたい
- 想定される入院期間やP S の変化の見通しをつけた後、行うほうが良い
- 病気と薬の使用状況の把握

※居宅介護支援事業所以外にお伺いします。

15- (1) 利用者・患者の担当のケアマネジャーを把握していますか。

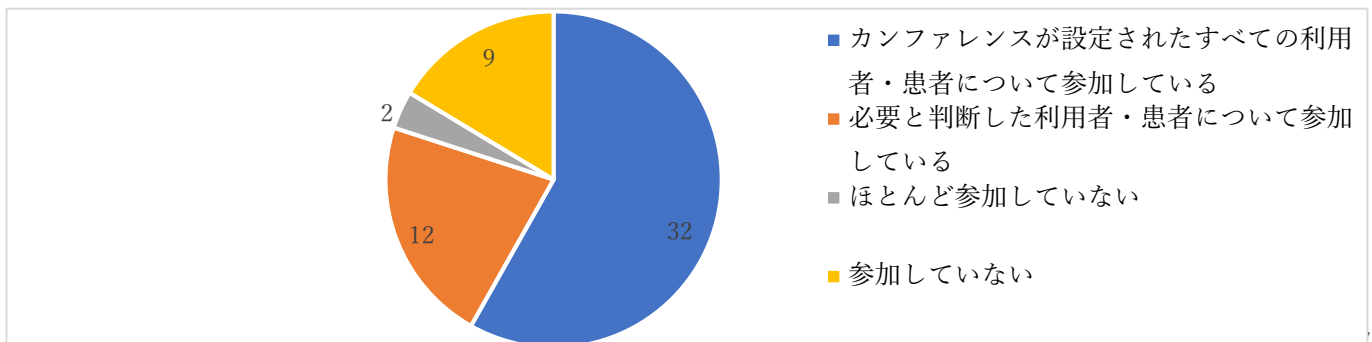


15- (2) 「③ほとんど把握していない」、「④把握していない」と答えた方、理由を具体的にご記入ください。

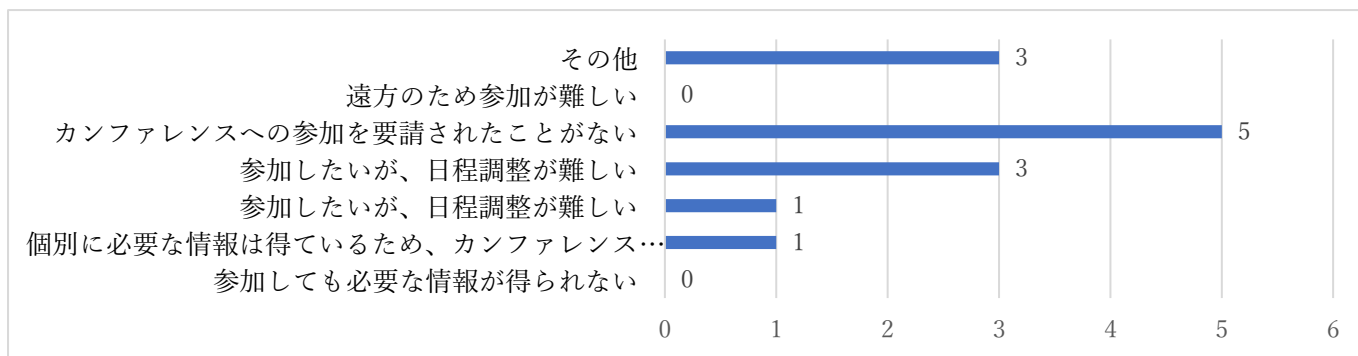
(自由記載)

- 合うことは少ない
- 私の業務ではない

16- (1) 貴事業所は、退院し、在宅療養に移行する利用者・患者の退院時共同指導（以後、「退院前カンファレンス」という）（退院支援に関する報酬の加算の有無は問わない）に参加したことがありますか。



16-(2) 16-(1) で「③ほとんど参加していない」、「④参加していない」と答えた方、その理由は何ですか。あてはまるもの全てに☑をつけてください。

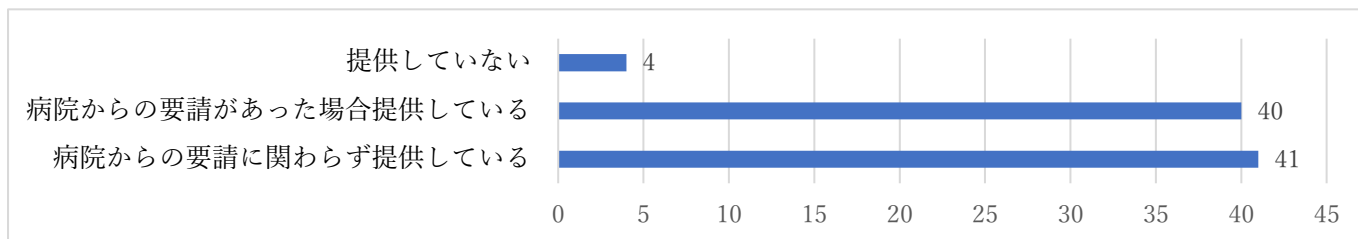


その他

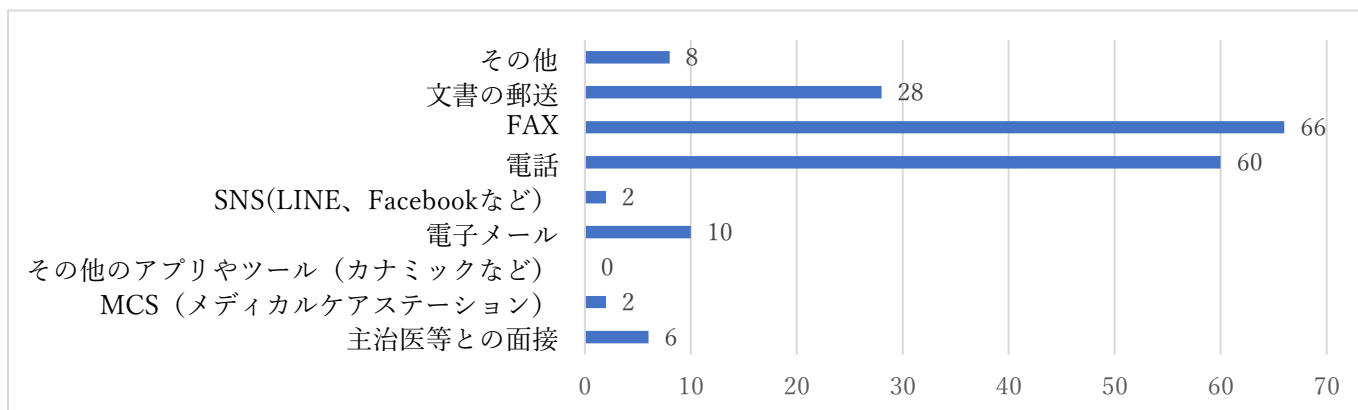
- 多忙なため

※病院以外にお伺いします。

17-(1) 利用者・患者が入院する（した）場合に、在宅での生活状況等について病院に情報提供を行っていますか。



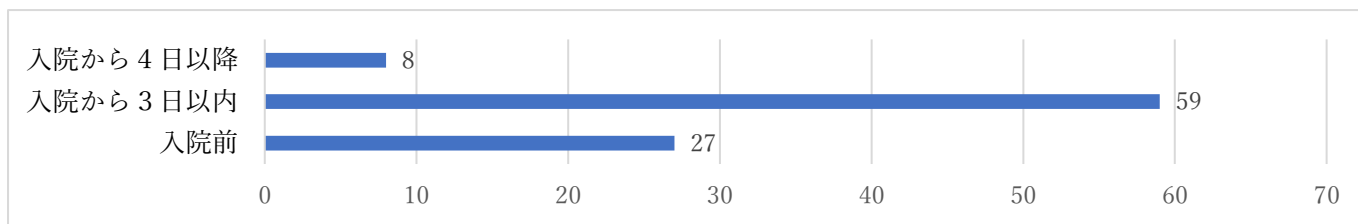
17-(2) 17-(1) で「①病院からの要請に関わらず提供している」、「②病院からの要請があった場合提供している」と答えた方、どのような手段で情報提供していますか。あてはまるもの全てに☑をつけてください。



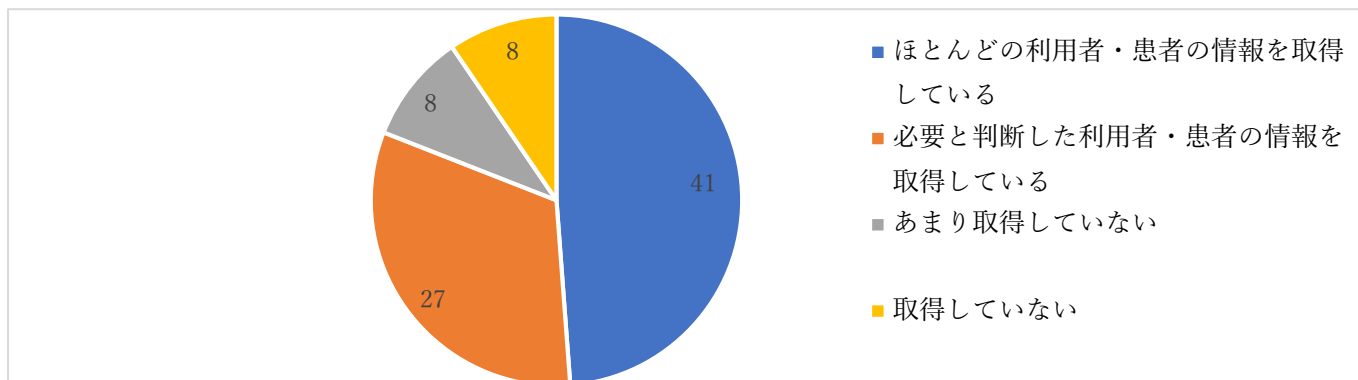
その他

- 文書配布
- 手渡し
- 受診時に直接持っていく
- 作成書類を持参
- 施設独自の看護サマリー
- 入院時手渡し
- 手渡し

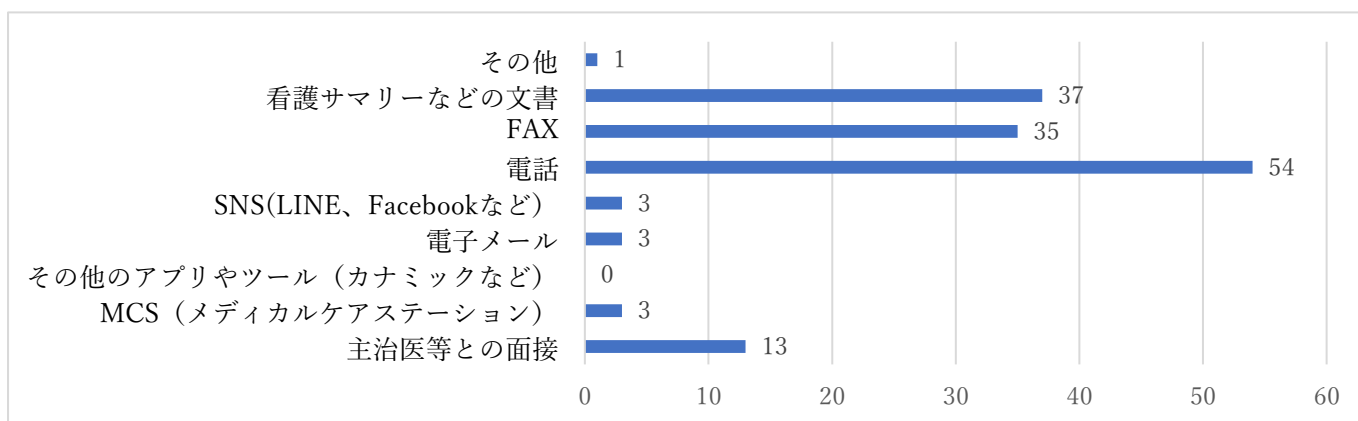
17- (3) 17- (1) で「①病院からの要請に関わらず提供している」、「②病院からの要請があった場合提供している」と答えた方、いつ情報提供していますか。あてはまるもの全てに☑をつけてください。



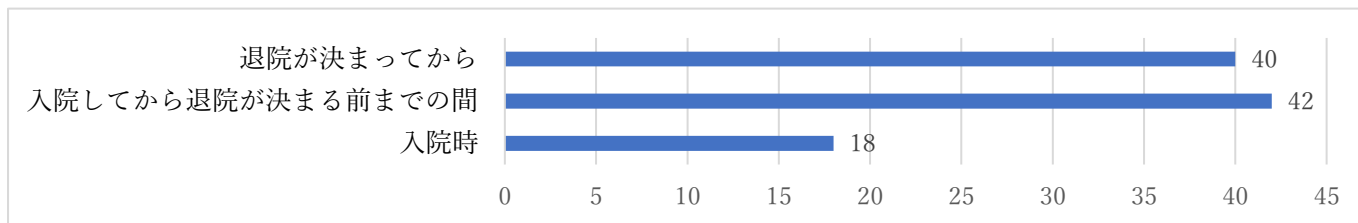
18- (1) 利用者・患者が入院した場合、病院から経過情報を取得していますか。



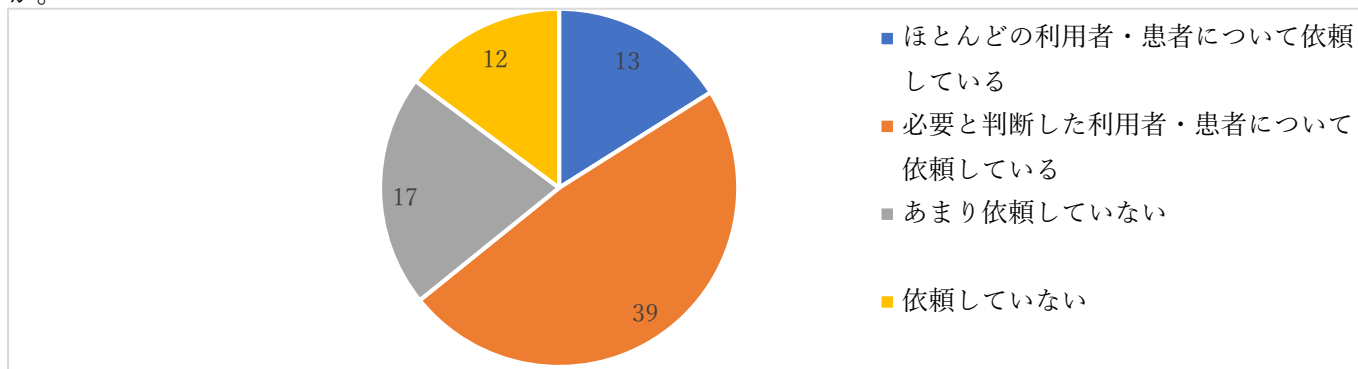
18- (2) 18- (1) で「①ほとんどの利用者・患者の情報を取得している」、「②必要と判断した利用者・患者の情報を取得している」と答えた方、どのような手段で経過情報を取得していますか。あてはまるもの全てに☑をつけてください。



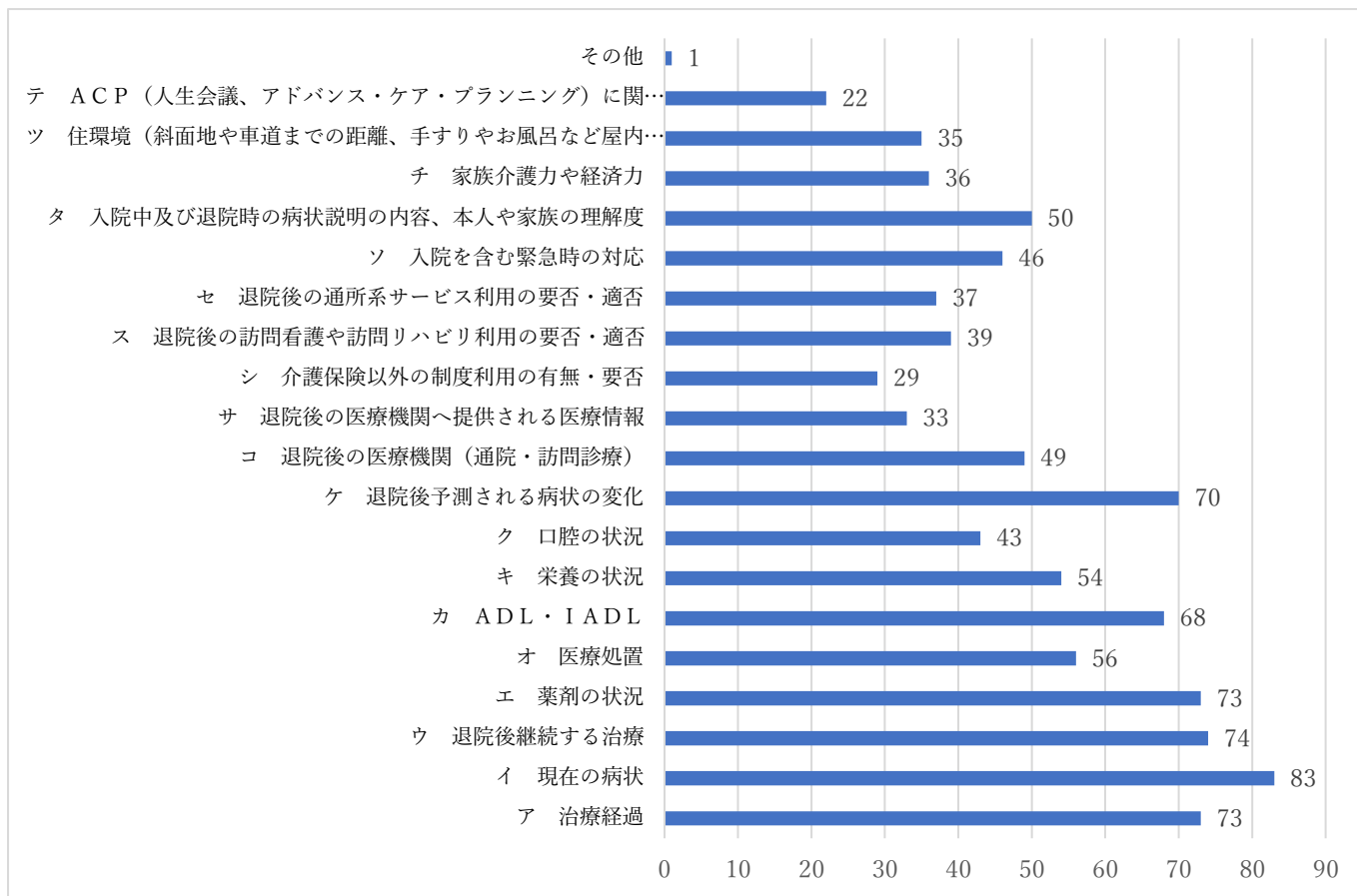
18- (3) 18- (1) で「①ほとんどの利用者・患者の情報を取得している」、「②必要と判断した利用者・患者の情報を取得している」と答えた方、情報はいつ取得していますか。あてはまるもの全てに☑をつけてください。



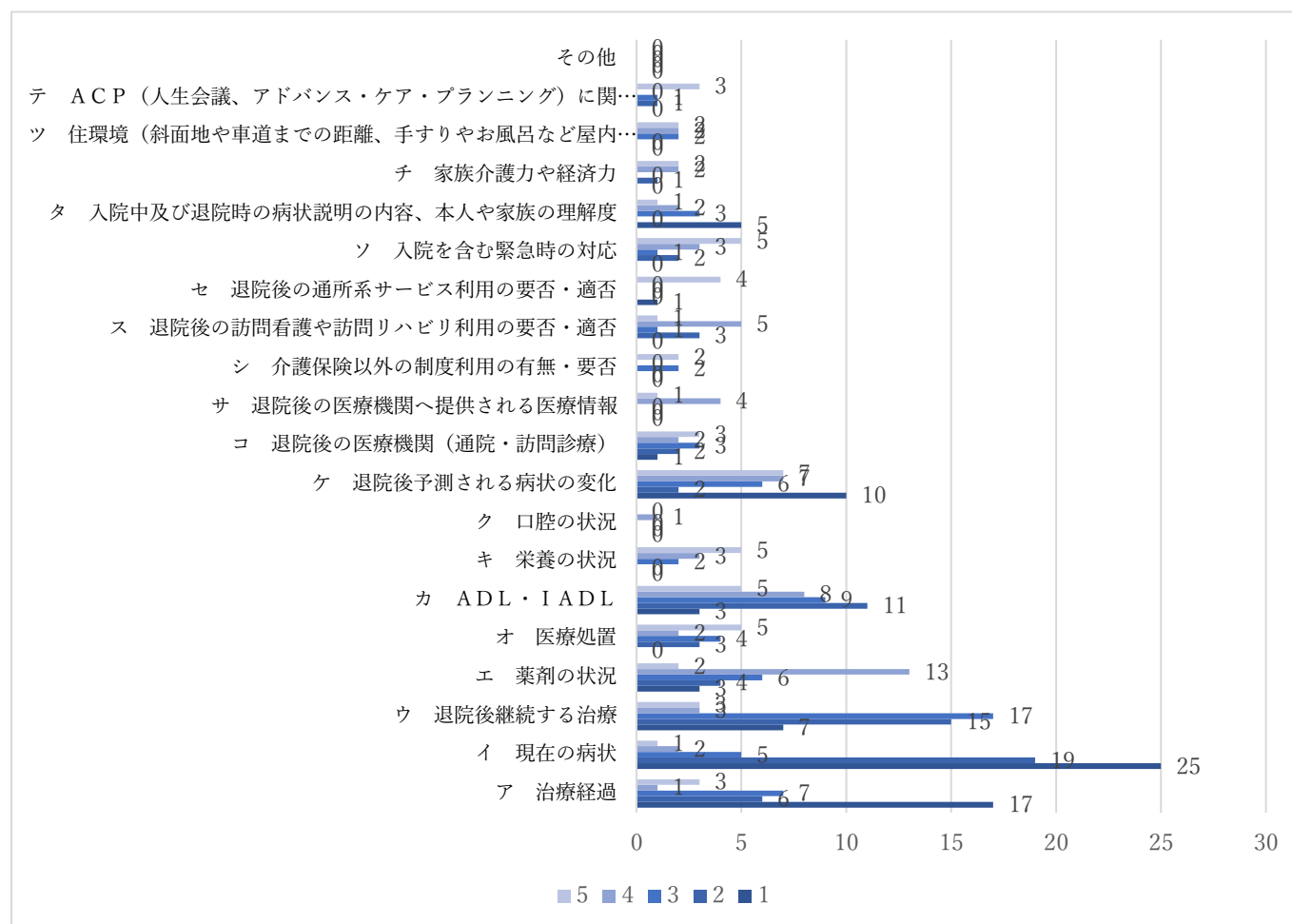
19 利用者・患者が入院した場合、病院に退院前カンファレンス・サービス担当者会議の開催を依頼していますか。



20- (1) 退院時にはどのような情報が必要ですか。あてはまるもの全てに☑をつけてください。



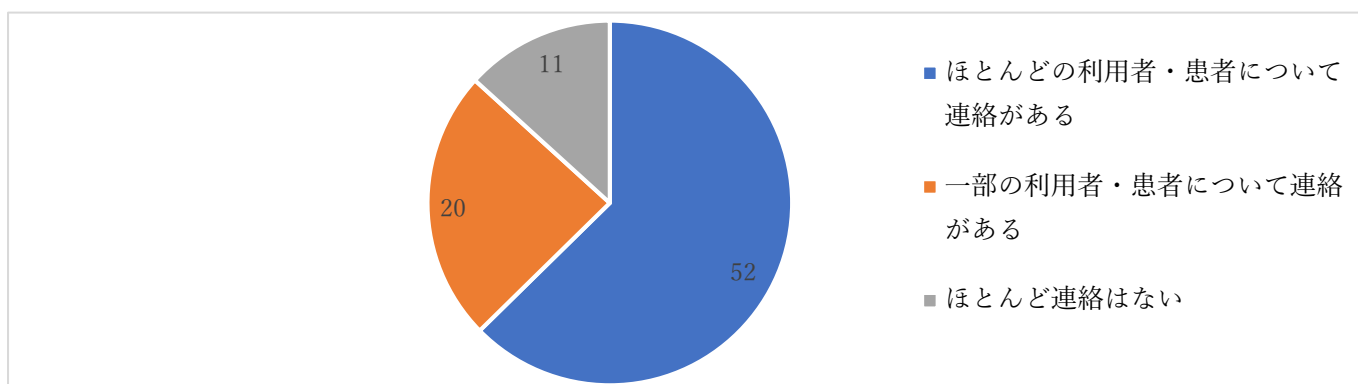
20- (2) また、その中でも優先度が高い情報の記号を 5 つまで順位をつけて回答してください。



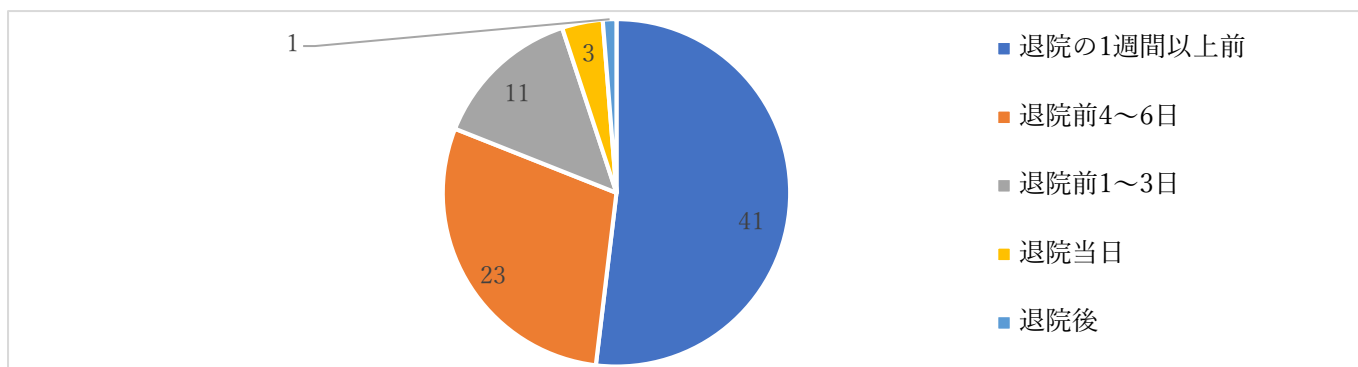
理由

- ①在宅生活が変わる可能性もあるため、現状の状態は知っておきたい②治療方針は知っておきたい③きちんと内服できればいいが、飲めない人は対応を考えないといけないため④緊急時どう対応すればいいか知っていることと安心につながる⑤状態に応じては、レンタルや住改が必要になるため
- 1つ1つの情報は、それぞれに独立性を持つ情報だととらえています。それぞれの情報その相互作用を見ながら、情報と情報をつなぐことで表面化する利用者の課題には、優先順位が付きませんが、単独の独立した情報は、それぞれに意味があり、また、必要と思われる情報は、ケースによって違うので、優先順位はつけられませんでした。
- HPによってはとても忙しくされている地域連携の方や入退院調整担当の方が多く、連絡ややり取りが難しい時がある。家族も何も連絡がなく、いざ退院の時にADLが一変し、大変驚かれたり、怒ったりする方がいらっしやる。
- リスクファクター等を教えてほしい カ、生活レベルを教えてほしい エ、最新の薬の情報がほしい ツ、住環境改修の有無等 チ、家族の関わりがどのくらいあるのか等
- 通所系サービスを使用するのであれば特に必要な情報
- ア、イ、必ず情報収集する内容 ウ、在宅で支援する際不可欠 ケ、急変時の対応の準備ができる。
- ウ、治療内容、施設で対応可能か知りたい カ、入院時のADLの変化等具体的に知りたい オ、退院後も必要な処置があれば知りたい タ、病状説明の内容、家族の理解度、意向を知りたい ケ、予測される病状の変化について把握するため
- エ、オ、ウ、施設入所判定に必要 チ、在宅復帰を望まれているのか？ カ、本人の状況により今後の対応が変わる。
- ①退院後受け入れが可能か判断する為 ②退院後、再度急変した場合どう対応するか ③治療によっては受け入れが出来るか判断する為 ④介護度の変化 ⑤食事形態の見直し
- ①注意点があれば共有したい②職員へ周知する必要がある③福祉用具導入の必要性のためにも重要④事前に知っておけるといい⑤看護師への情報提供がいるため
- 優先順位はつけましたがチェックしているもの全てが必要です。
- ウ、エ、オ、施設で対応可能か確認している カ、福祉用具の準備やケア内容を検討している キ、栄養補助食品や食事形態の変更の検討を行っている。

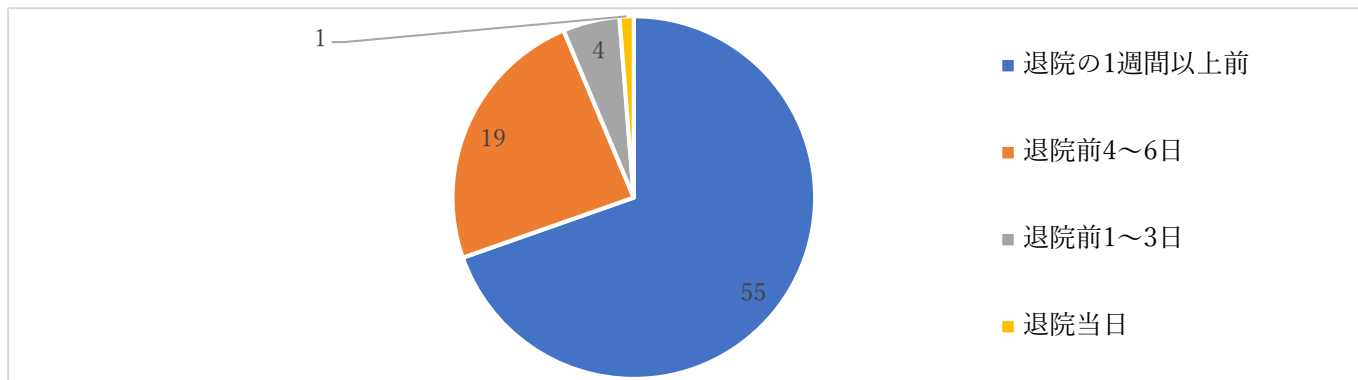
21 利用者・患者が退院する際、病院から連絡がありますか。



22 退院の連絡はどの時点であることが多いですか。

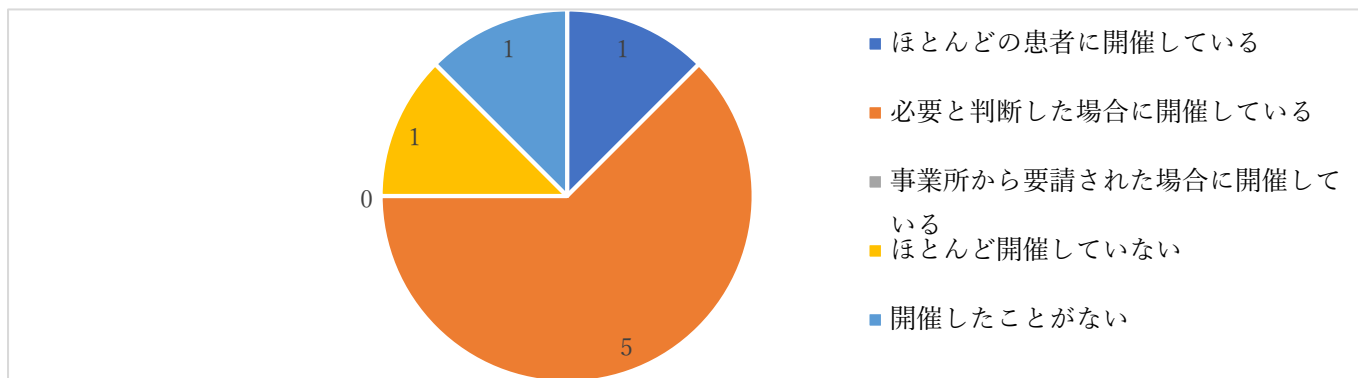


23 退院の連絡はいつあればよいですか。

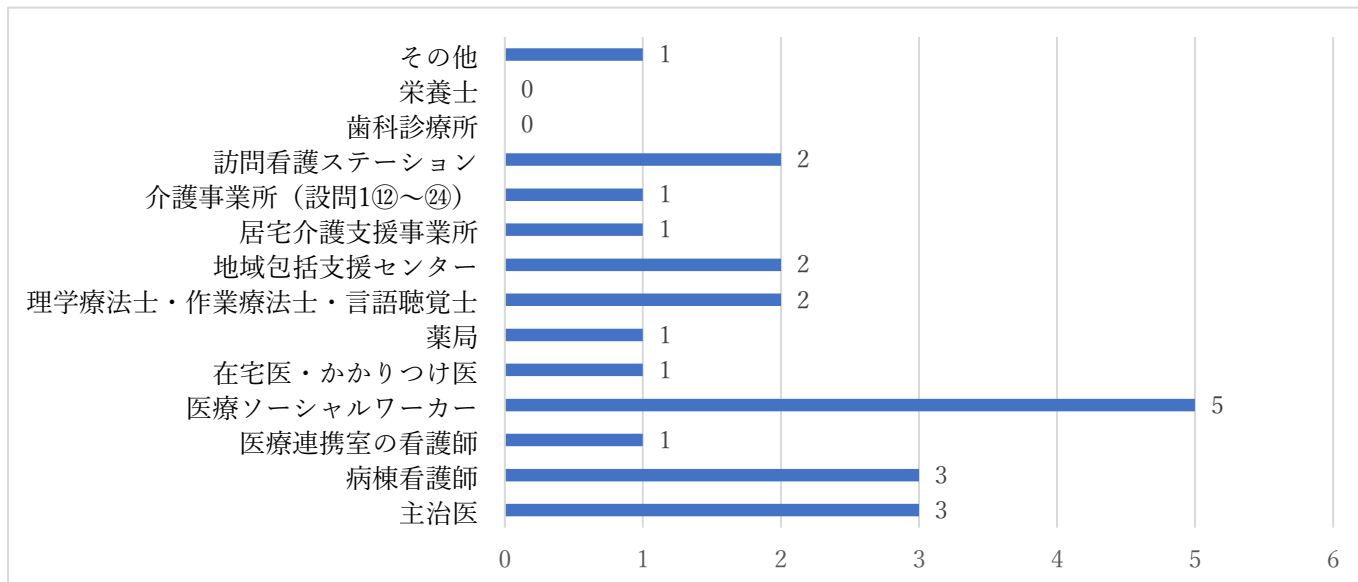


※病院にお伺いします。

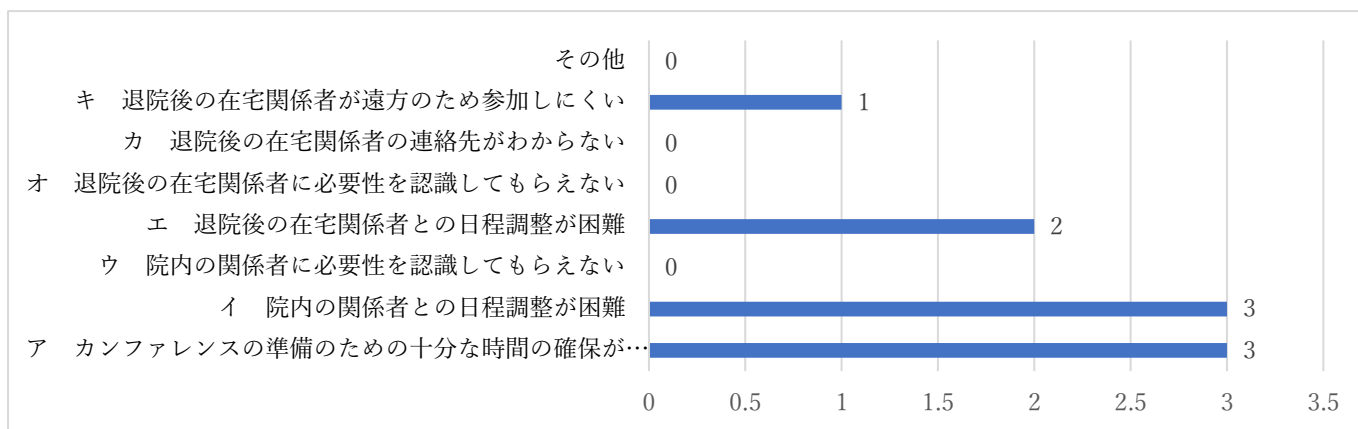
24- (1) 患者が退院し、在宅療養に移行する場合、退院前カンファレンス（退院支援に関する診療報酬の加算の有無は問わない）を開催していますか。



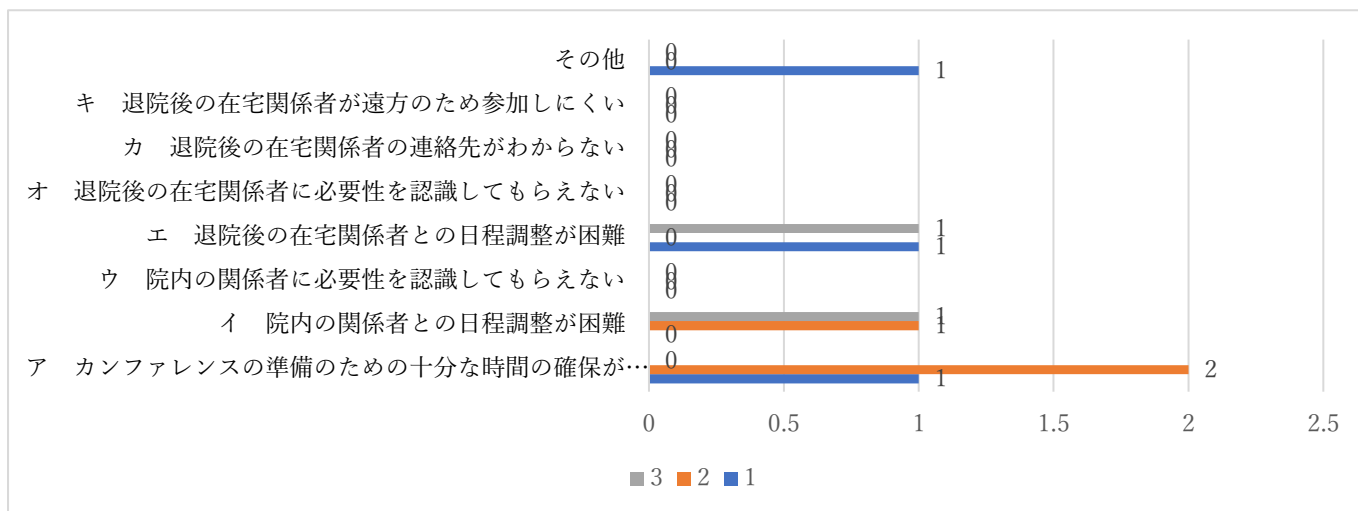
24- (2) 24- (1) で「①ほとんどの患者に開催している」、「②必要と判断した場合に開催している」、「③事業所から要請された場合に開催している」と答えた方、退院前カンファレンスへの参加を呼びかける事業所・職種は何ですか。あてはまるもの全てに☑をつけてください。



25- (1) 退院前カンファレンス開催における課題は何ですか。



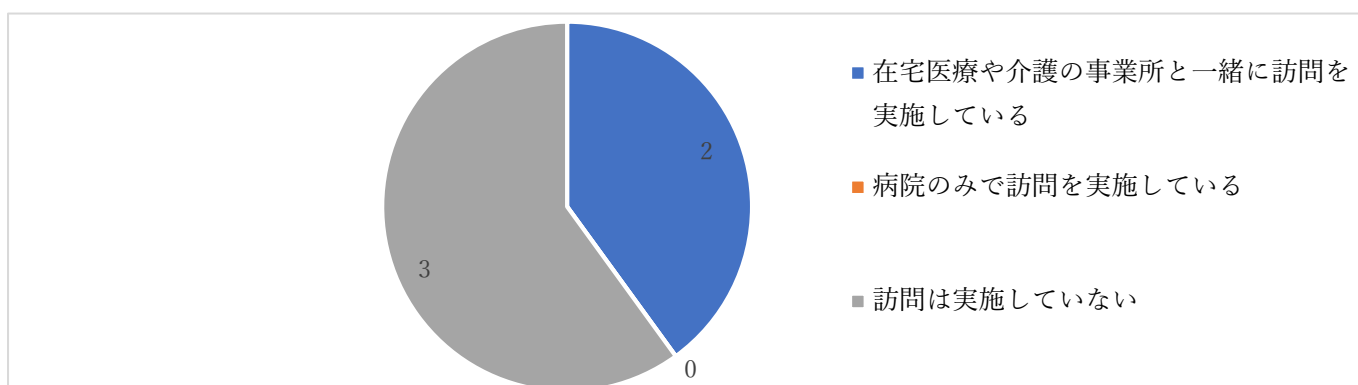
25- (2) また、その中でも優先度が高い課題の記号を 3 つまで順位をつけて回答し、具体的な状況を記入してください。



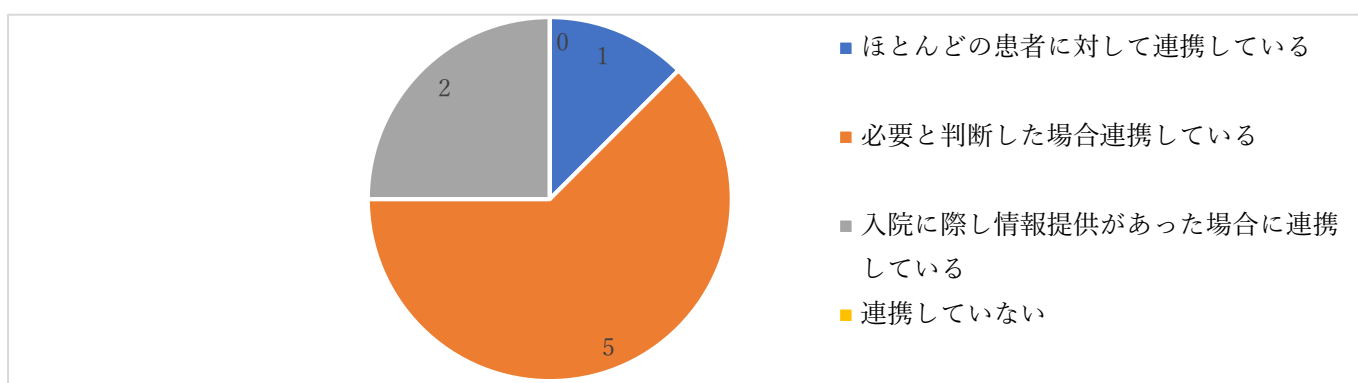
その他

- ①多職種不足 (PT 介護士 CW) ②時間の確保が困難

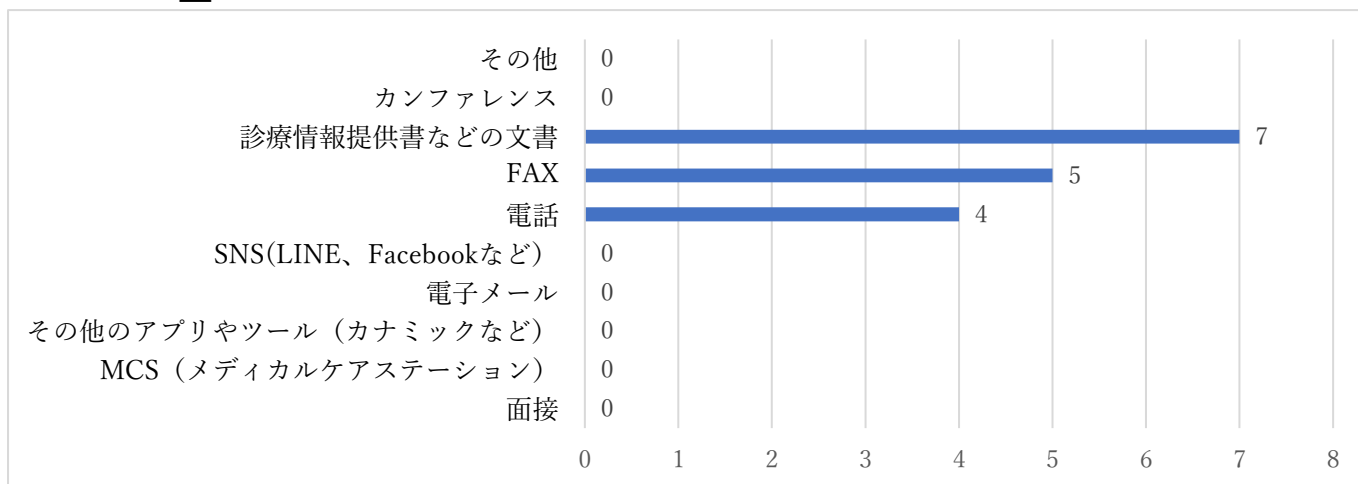
26 必要に応じて患者の退院前や退院後に在宅医療や介護の事業所と一緒に訪問を実施していますか。



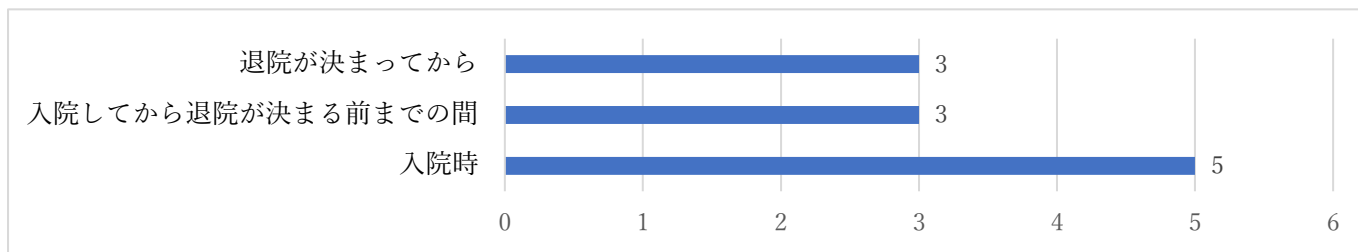
27- (1) 患者が入院する (した) 際、かかりつけ医と連携していますか。



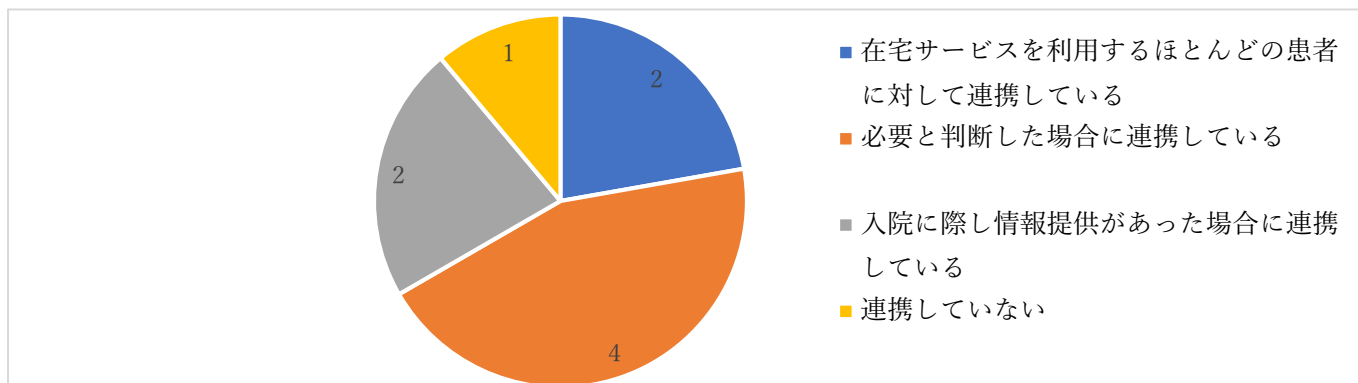
27- (2) 27- (1) で「①ほとんどの患者に対して連携している」、「②必要と判断した場合連携している」、「③入院に際し情報提供があった場合に連携している」と回答した方、どのような手段で連携していますか。あてはまるもの全てに☑をつけてください。



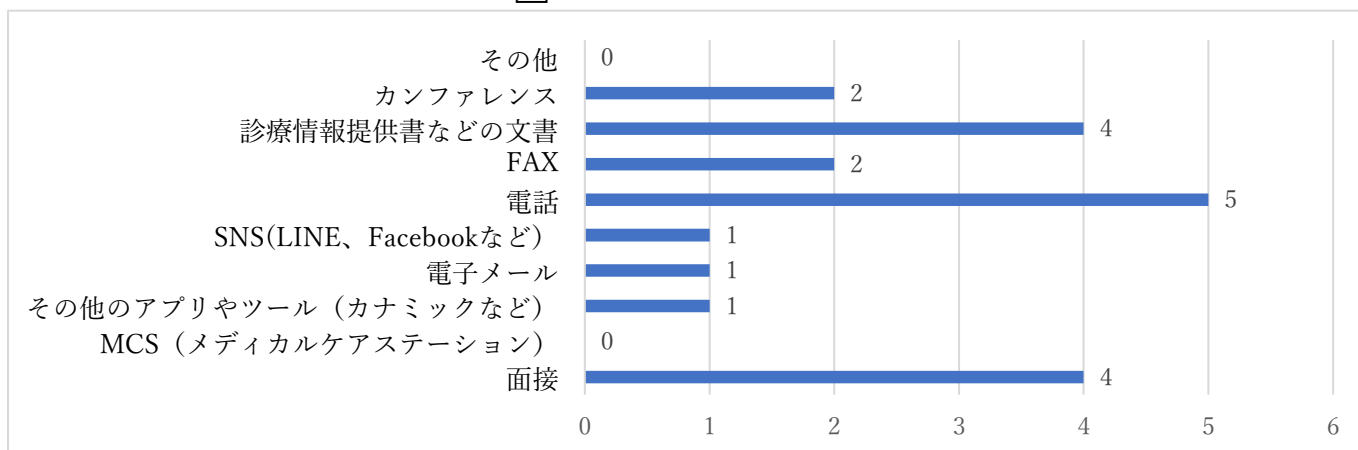
27- (3) 27- (1) で「①ほとんどの患者に対して連携している」、「②必要と判断した場合連携している」、「③入院に際し情報提供があった場合に連携している」と回答した方、かかりつけ医とはどの時点で連携していますか。



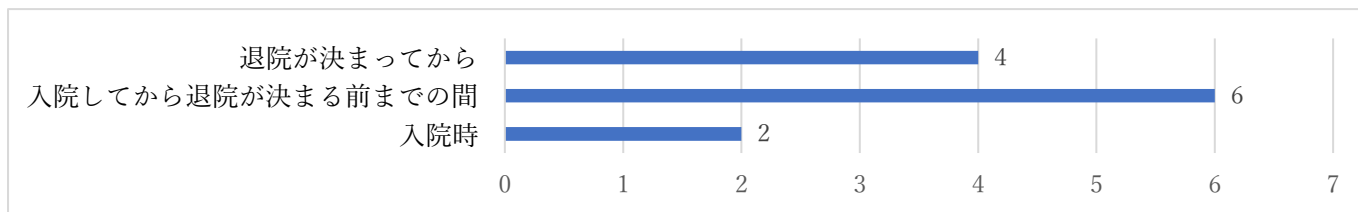
28- (1) 患者が入院する（した）際、患者の在宅療養に備え、訪問看護師、ケアマネジャーなど関係職種と連携していますか。



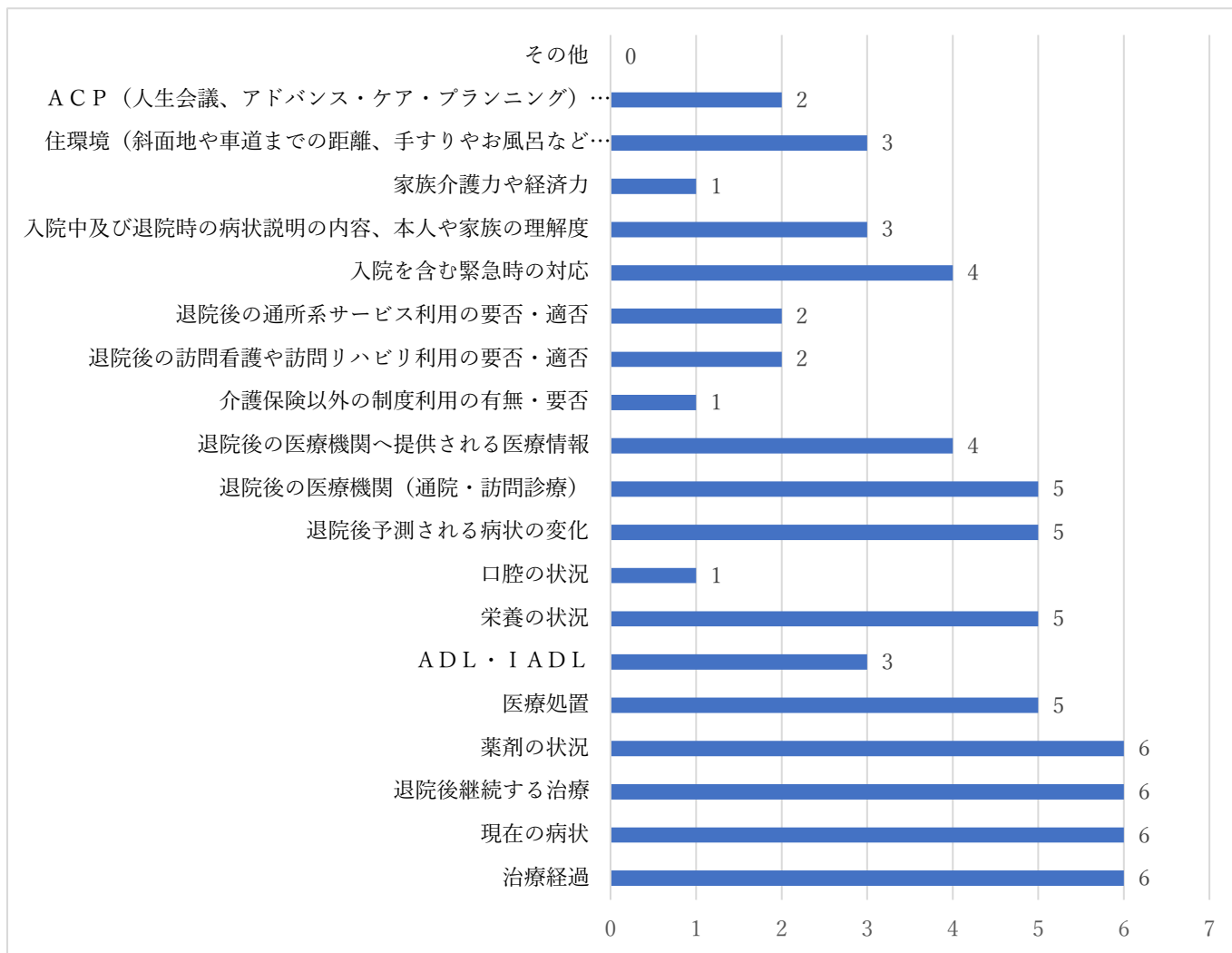
28- (2) 28- (1) で「①在宅サービスを利用するほとんどの患者に対して連携している」、「②必要と判断した場合に連携している」、「③入院に際し情報提供があった場合に連携している」と答えた方、どのような手段で連携していますか。あてはまるもの全てに☑をつけてください。



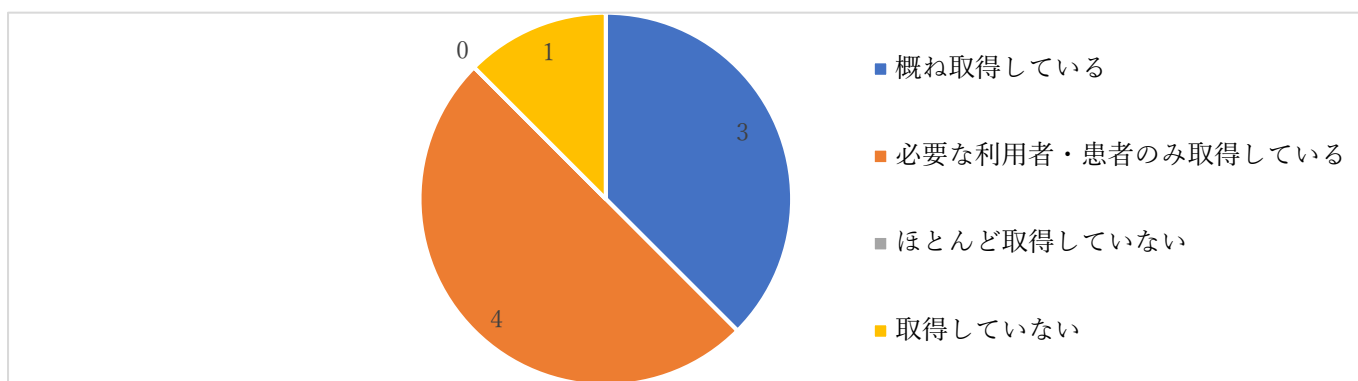
28- (3) 28- (1) で「①在宅サービスを利用するほとんどの患者に対して連携している」、「②必要と判断した場合に連携している」、「③入院に際し情報提供があった場合に連携している」と答えた方、訪問看護師、ケアマネジャーなど関係職種とはどの時点で連携していますか。あてはまるもの全てに○をつけてください。



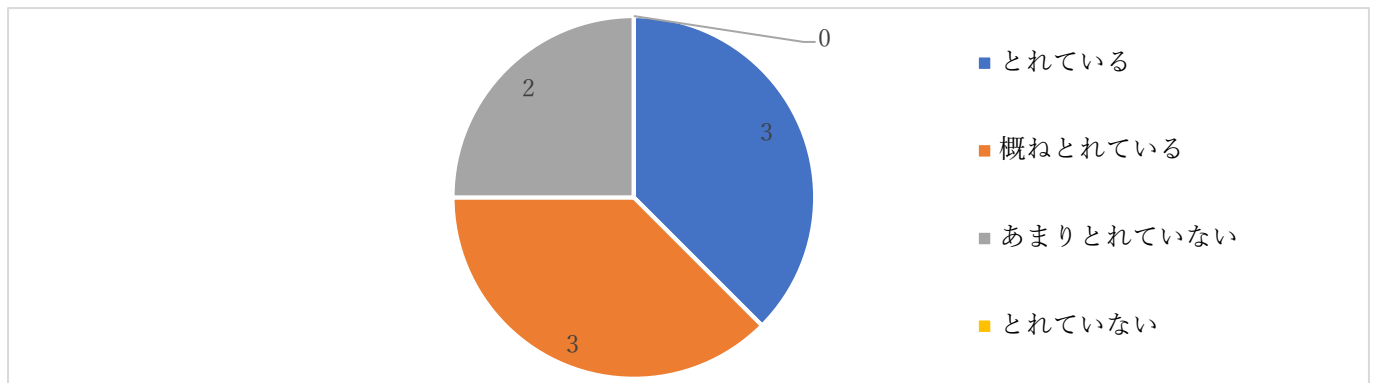
29 患者が退院し、在宅療養に移行する場合、どのような情報を提供していますか。あてはまるもの全てに☑をつけてください。



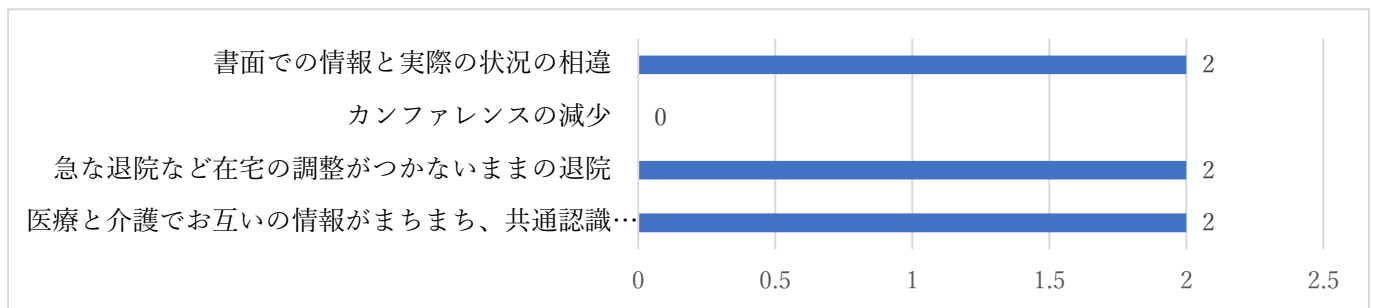
30 入院前の患者情報（介護や日常生活に関する情報）を担当ケアマネジャーから取得していますか。



31 入退院支援において在宅医療と介護の連携はとれていると感じますか。

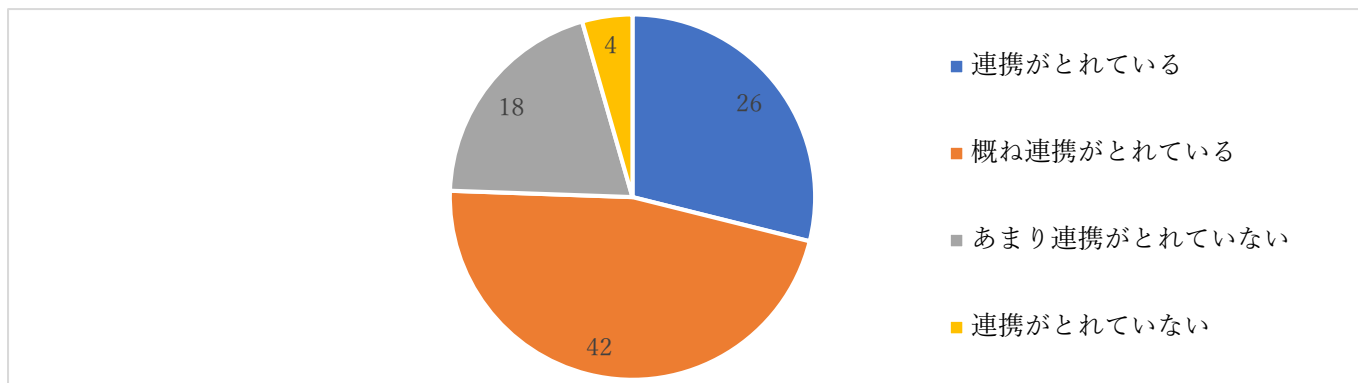


32 入退院支援を行うにあたっての在宅医療と介護の連携における課題とその解決策や提案事項を具体的に記入してください。



【急変時の対応に関する調査票】

33- (1) 利用者・患者の急変時の対応についてかかりつけ医と連携がとれていますか。

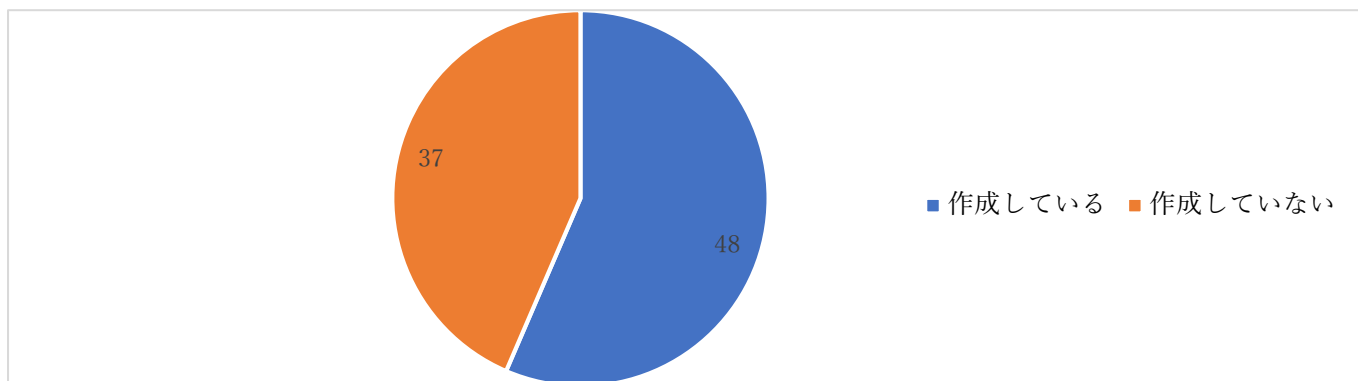


33- (2) また、その理由や具体的な状況を記入してください。(自由記載)

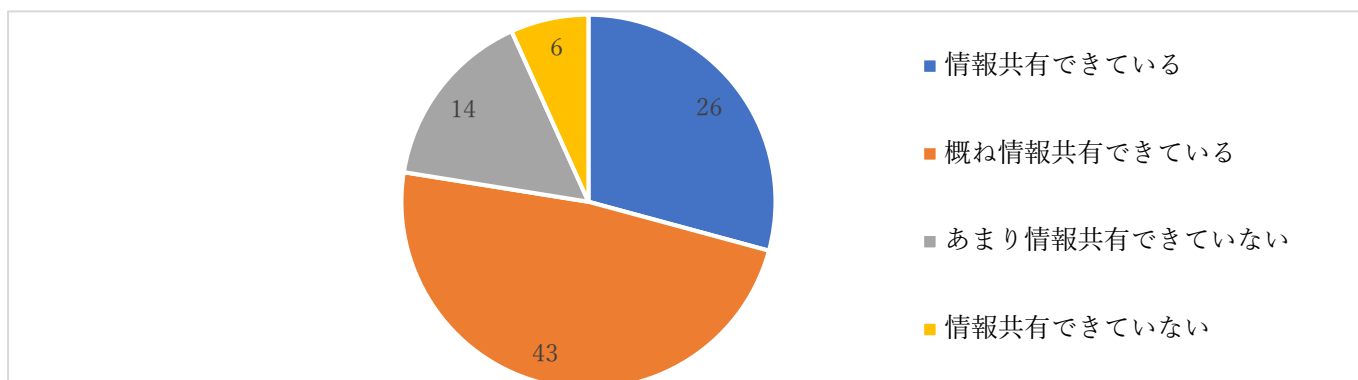
- 連絡などは主に家族が行っている。
- 入院になれば情報提供している
- 連携シートを使って必要時相互に情報提供を行っている。
- 必要不可欠だと思う。
- 家族から訪看、訪看からかかりつけ医、居宅に連絡、家族から直接連絡があった場合はかかりつけ医と訪看に連絡するようにしている
- 事後報告の場合が多い
- 居宅療養管理指導を利用している
- 直接連絡をしている。
- あまり急変時対応がない
- 連携室や看護師が主治医につないでくれる
- 日頃の体調を密に報告しているから
- 急変時対応マニュアルや家族意向
- 施設者は施設看護師、在宅は家族
- 利用者一人一人が違うため
- 訪看かかりつけ医と連携が取れている
- 病院併設のため当院医師で対応してもらう
- 病院内に事業所があるためひとまずは当院の医師の診察が受けられる
- 介護支援専門員を通して連携している
- 急変時の対応に影響するため
- 24時間連絡のつかない、かかりつけ医もいる
- 法人の嘱託医であるため
- 協力医の為、助言を受けられる(24時間)
- 訪問看護を利用している方に限定される
- 迅速な報告相談連携
- 夜間対応していないため
- 連絡がすぐとれる状況にある
- 主治医が訪問診療で来てくれる
- 診察の時間帯であれば連絡相談できる
- 主治医、医務室が事業所近くにありすぐに相談できる

- 入所中のため主治医あり 指示受あり
- 日中はすぐに電話連絡している。夜間は連絡がとれないので救急搬送になってしまう
- あまりその必要を感じない
- ACP、DNARなど診察でとられていないし、とる機会がない
- 急変時の連絡先を伝えており、時折連絡がある。
- 電話による連絡が可能
- 急変患者がいない

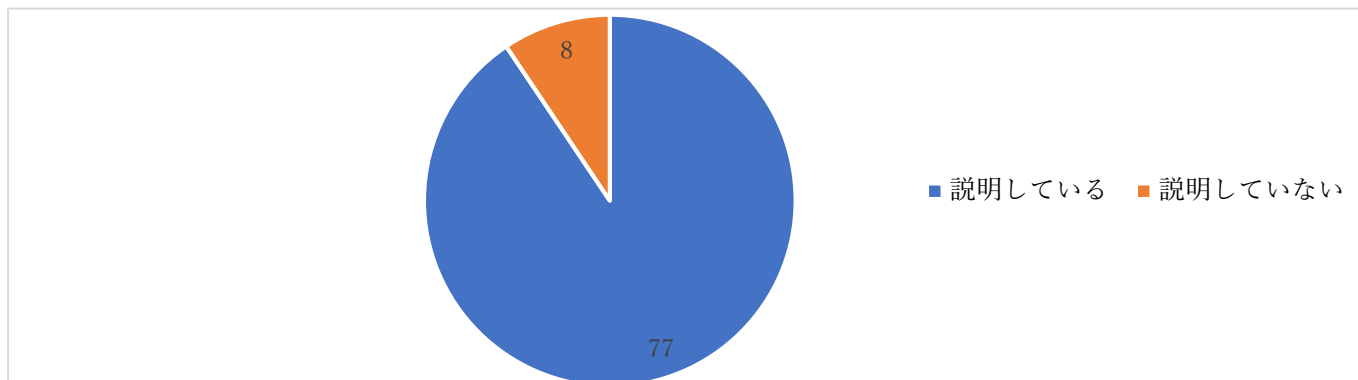
34 利用者・患者の急変時の対応についてマニュアルを作成していますか。



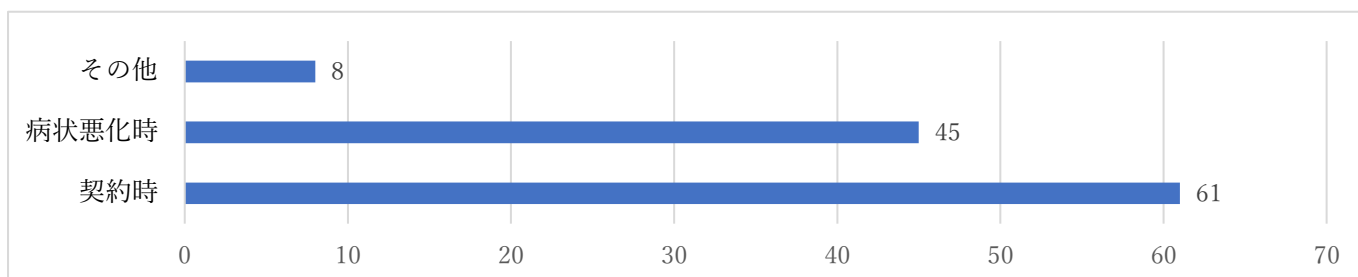
35 利用者・患者の急変時の対応についてサービス担当者会議などで話し合い、多職種間で情報を共有できていますか。



36- (1) 利用者・患者の急変時の対応について、利用者・患者や家族へ説明していますか。



36- (2) 36- (1) で「①説明している」と答えた方、利用者・患者や家族にいつ説明していますか。



その他

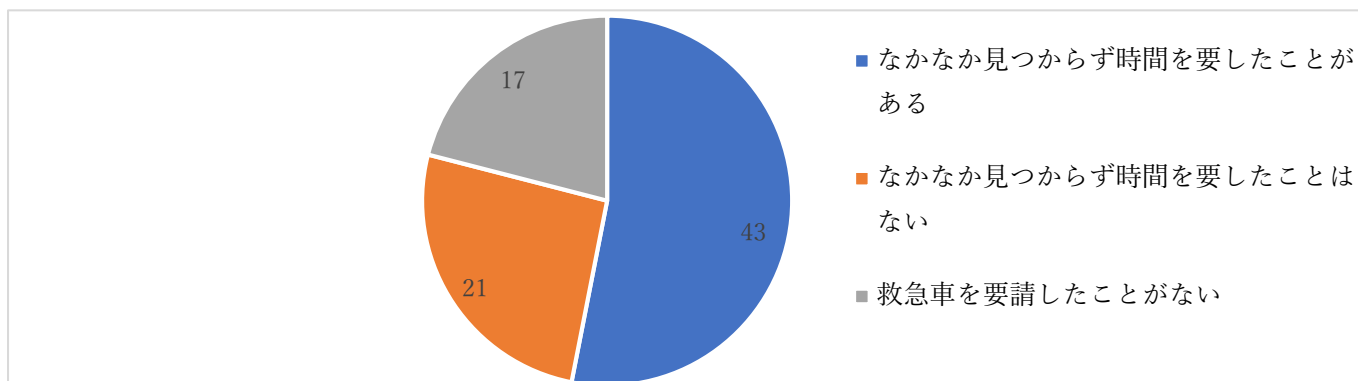
- 担当国会議時
- 担当国会議、RH会議、モニタリング時
- 担当国会議
- 随時
- 急変時

36- (3) 36- (1) で「②説明していない」と答えた方、理由は何ですか。(自由記載)

- 状態が不安定な方にはしているが、全員にはしていない
- 想定した確認ができていない
- 家族が同居でしっかりされている
- 施設の方で説明されている。

※病院以外にお伺いします。

37- (1) 利用者・患者の急変時に救急車を要請した際に、受け入れてくれる病院がなかなか見つからず時間を要したことがありますか。

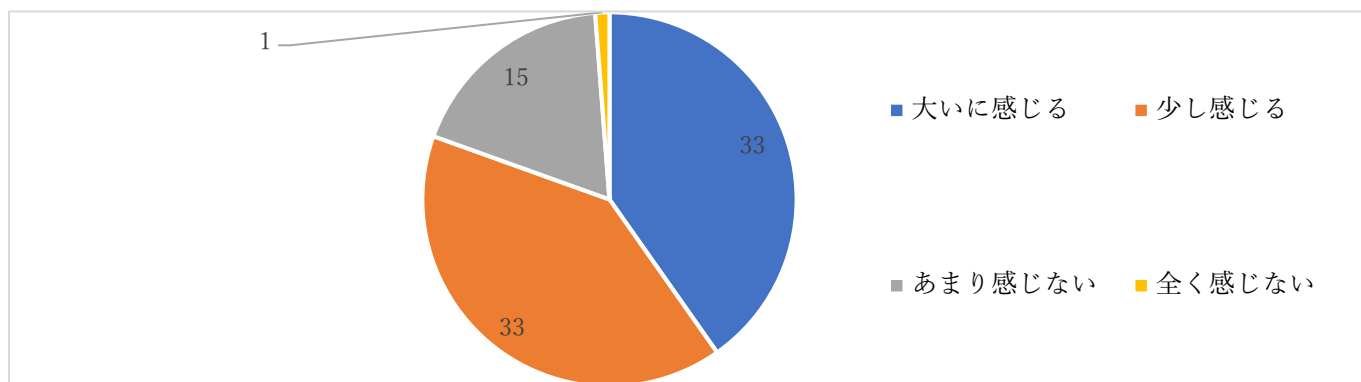


37- (2) 37- (1) で「①なかなか見つからず時間を要したことがある」と答えた方、受け入れ病院が見つかりにくかった状況について具体的にご記入ください。

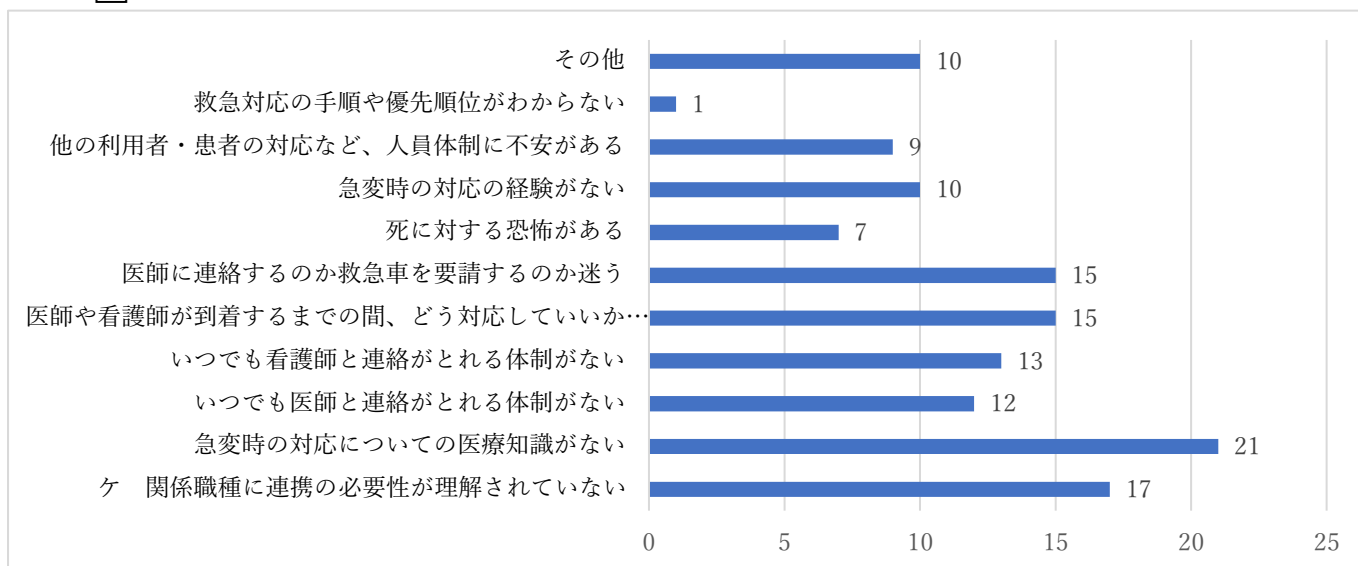
- 主治医が診療所や救急の受け入れが不可
- かかりつけ医が受け入れなかった
- かかりつけ医が救急未対応である場合
- 日中に CT をとった病院が異常はないと診断していて、脳ではないと思われたが、実際は脳梗塞であった。
- 発熱、嘔吐等で受け入れ
- コロナ禍にて
- 夕方、夜間で主治医への連絡がつかなかった
- 状況悪化と家族が判断し入院希望で病院受診するも帰され、夜に悪化し救急要請をし主治医は夜間の入院は出来ないと救急隊に返事され、その後入院先を探して下さり入院先が見つかった。次の日には主治医の病院に転院したことがある。(夜間対応してくれなかった)
- 認知症があると受け入れが難しいといわれる。
- コロナ感染状況がひどかった。
- コロナ禍
- 救急隊が電話して見つけてくれた
- 担当医が不在だった。ベッドが空いていなかった。家族が来ないと入院できませんと言われた。

- 受け入れてくれる病院がない
- 深夜・患者の状態
- 救急隊に病院が見つからない
- コロナの時
- かかりつけ医と連絡がつかず、事前の受け入れ要請がない場合
- 病院、主治医との情報提供がうまくできていなかった。
- 施設でコロナ感染者がでていたため
- バイタル等により緊急を要しないのではと言われたが本人は声掛けに反応がなかった
- 救急隊から待てと言われた
- 救急が重なった
- 受け入れができない
- Dr 不在や満床
- 骨折を疑うときに夜間対応
- コロナ疑いの為受け入れ先がなかった
- コロナ感染・祭日受け入れ不可
- コロナ禍だったため
- コロナ感染防止に関して基準が厳しい HP が多い
- 認知症状のあることで情報提供が円滑ではなかった
- 認知症があったり情報提供がスムーズでなかった

38- (1) 急変時の対応に不安を感じますか。



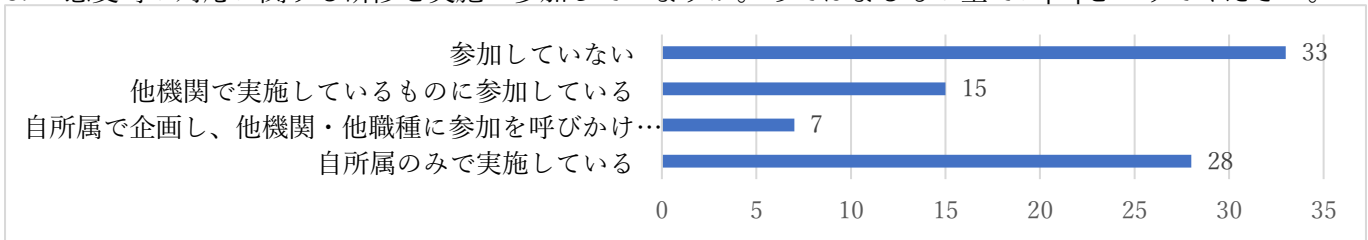
38- (2) 38- (1) で「①大いに感じる」、「②少し感じる」と答えた方、その理由は何ですか。あてはまるもの全てに☑をつけてください。



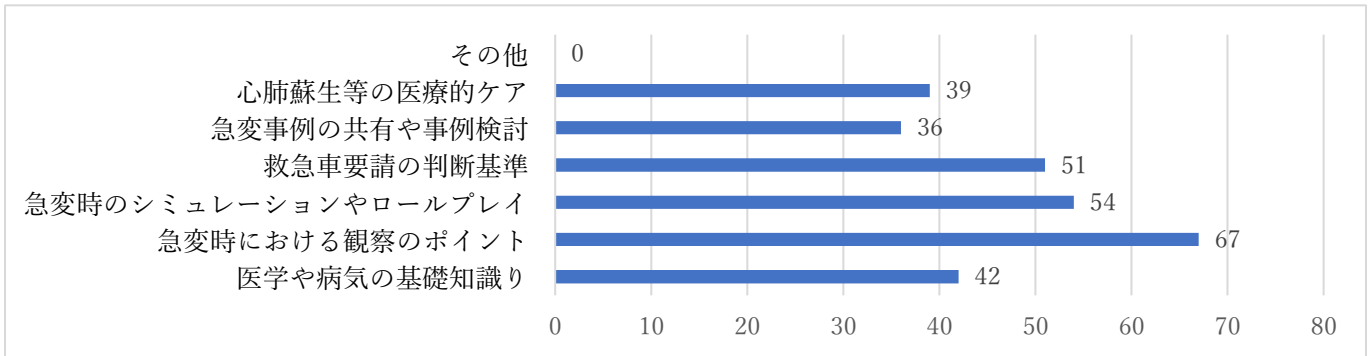
その他

- 施設が対応できるか不安
- 救急車を呼んでいいレベルか判断に困る時がある
- 受け入れ病院の対応、受け入れてもらえるか、もらえなかった場合の紹介など
- 受け入れ先がない時や家族と連絡がとれない時
- 家族連絡
- 医師と連絡がつかない場合

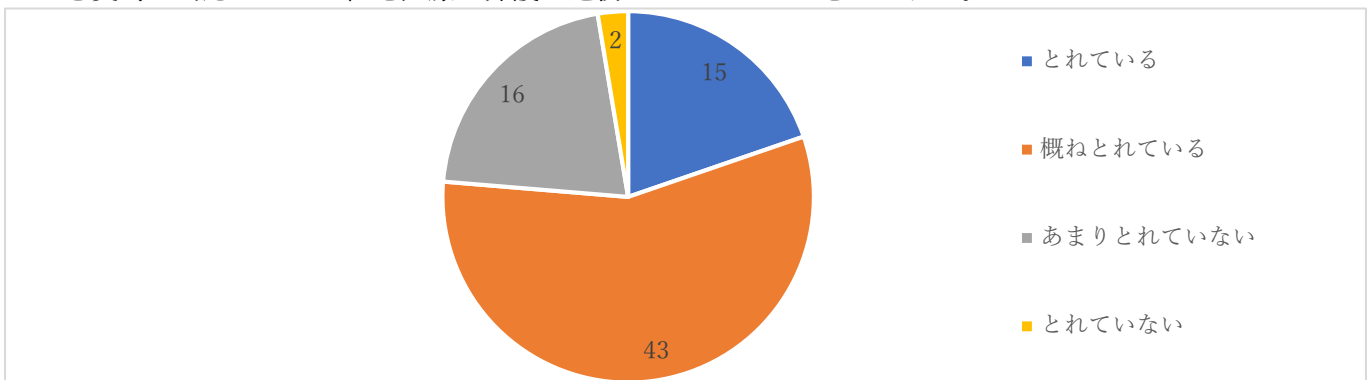
39 急変時の対応に関する研修を実施・参加していますか。あてはまるもの全てにをつけてください。



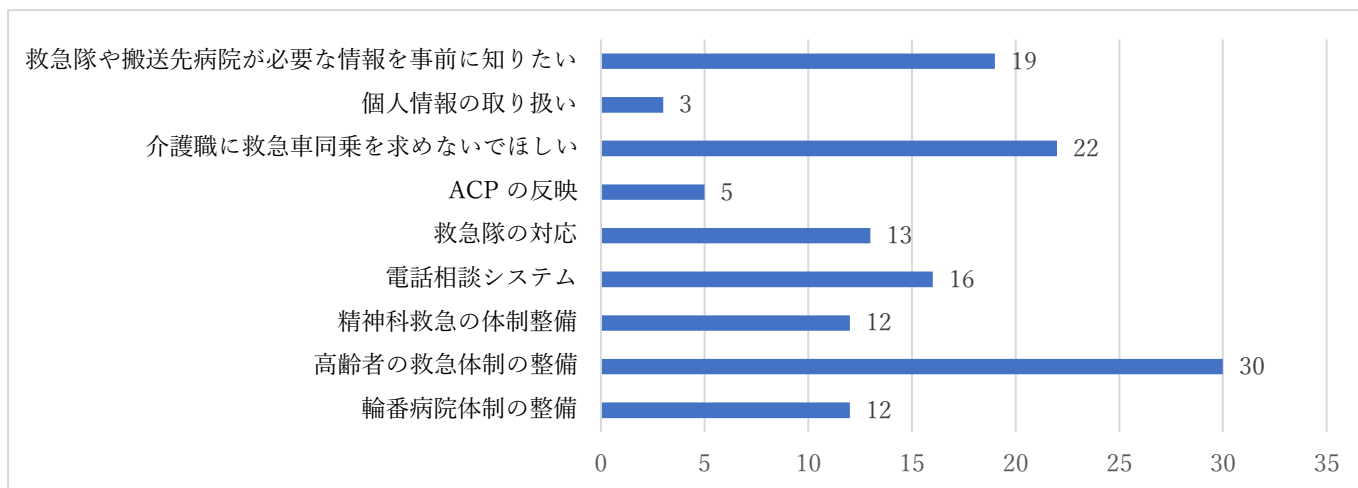
40 急変時の対応に関する職員への教育にはどのような内容が必要だと思いますか。あてはまるもの全てにをつけてください。



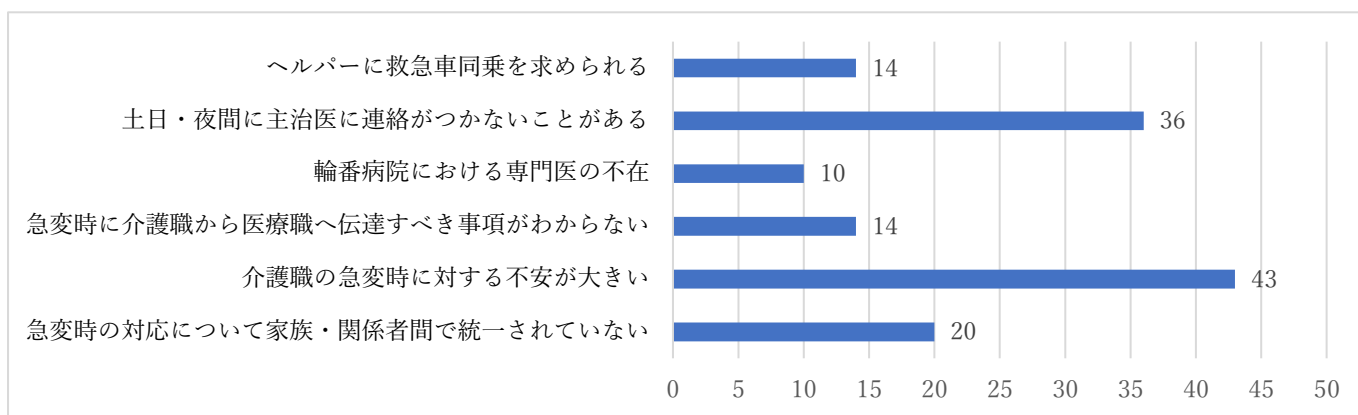
41 急変時の対応において在宅医療と介護の連携はとれていると感じますか。



42 現状の救急医療体制で改善してほしいことがあればお書きください。

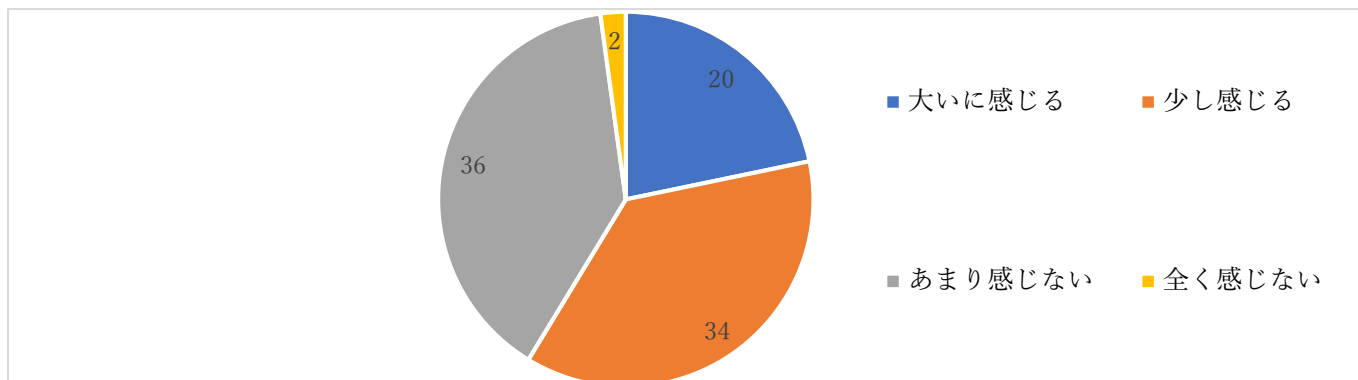


43 急変時の対応を行うにあたっての在宅医療と介護の連携における課題とその解決策や提案事項を具体的に記入してください。

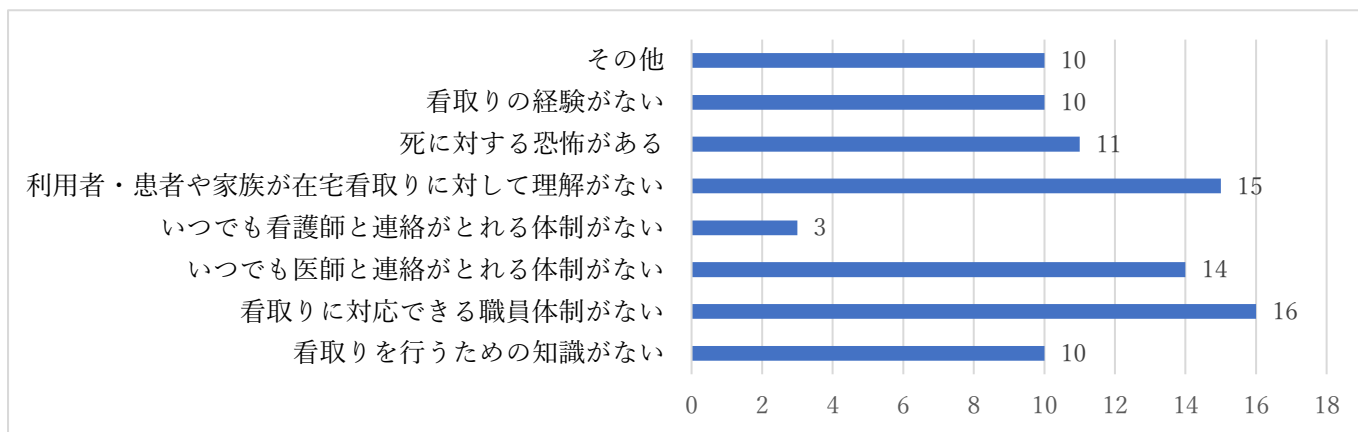


【看取りに関する調査票】

44- (1) 在宅で看取りにかかわることに不安や負担を感じますか。



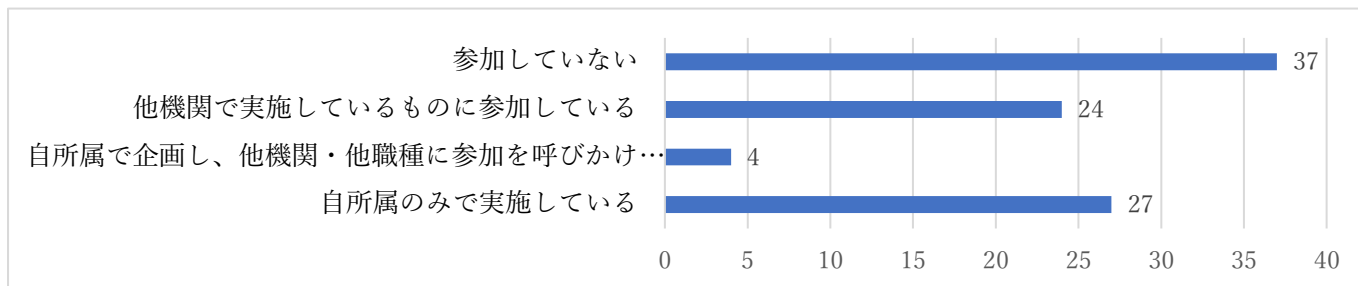
44- (2) 44- (1) で「①大いに感じる」、「②少し感じる」と答えた方、その理由は何ですか。あてはまるもの全てにをつけてください。



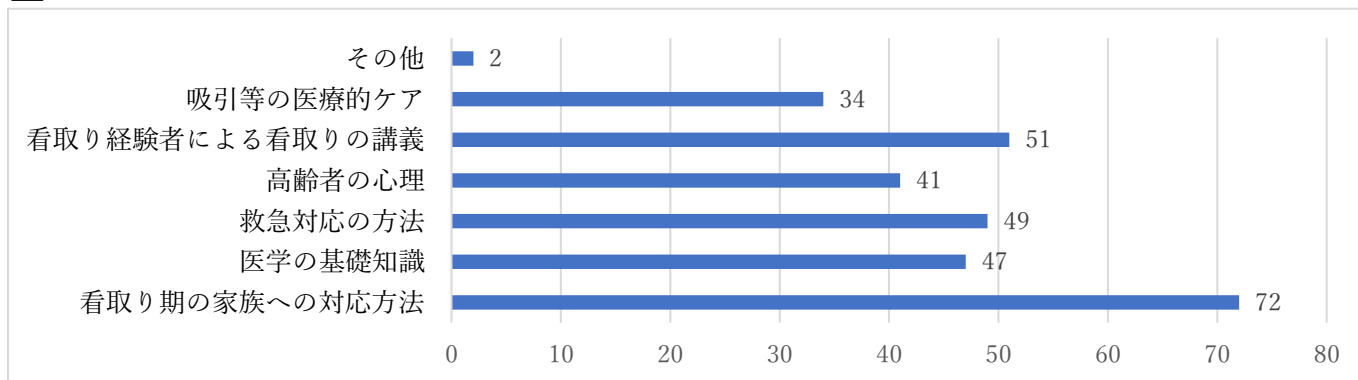
その他

- 急変時の対応と本人、家族の覚悟
- 訪問診療している医師が少ない。居ても受けてもらえない。
- 看取りに限らず、すべてのケースについては不安を全く感じるということは1度もない。
- 家族の介護力
- 夜間の職員が少ないため充実した最後を迎えられるかの不安感

45 看取りに関する研修を実施・参加していますか。あてはまるもの全てにをつけてください。



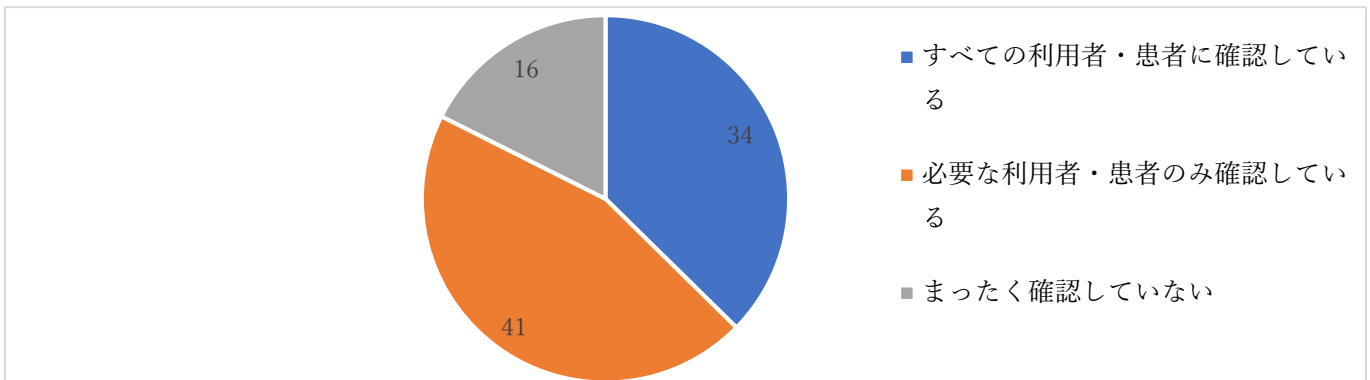
46 在宅での看取りに関する職員への教育にはどのような内容が必要だと思いますか。あてはまるもの全てにをつけてください。



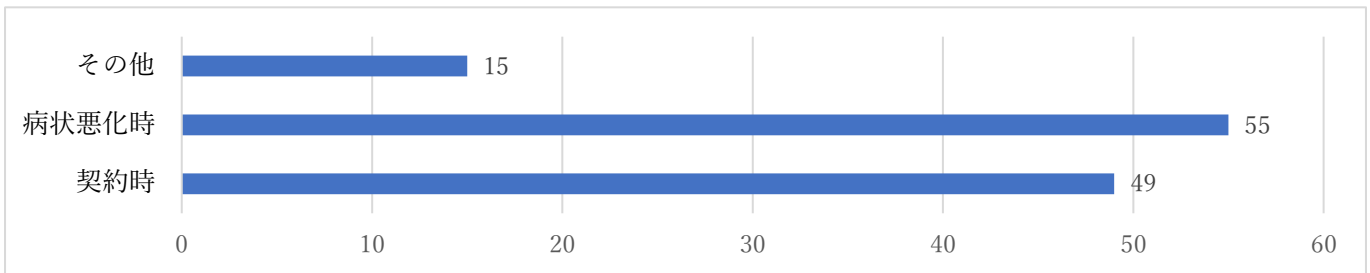
その他

- 利用者及び家族に対しての意思決定
- ACP の普及

47- (1) 貴事業所では、利用者・患者に看取りに関する希望を確認していますか。



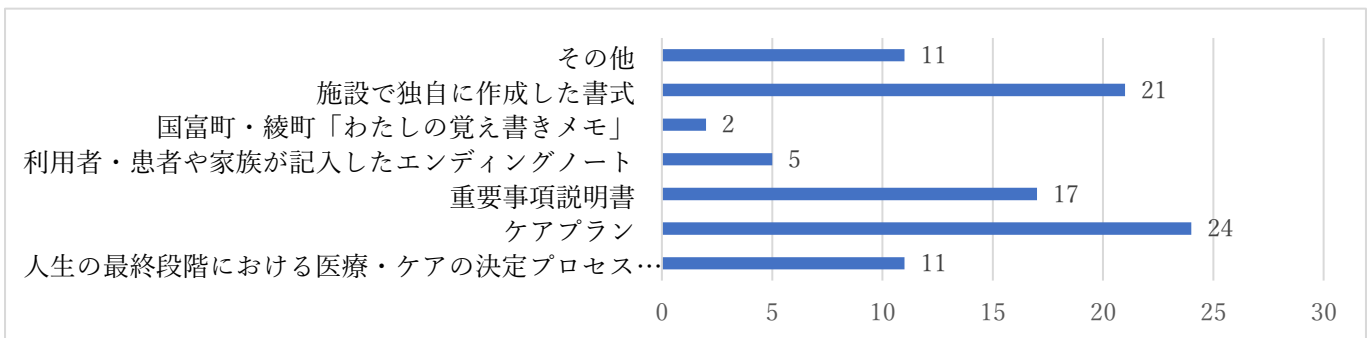
47- (2) 47- (1) で「①すべての利用者・患者に確認している」、「②必要な利用者・患者のみ確認している」と答えた方、いつ確認していますか。あてはまるもの全てに☑をつけてください。



その他（自由記載）

- 担当者会議時
- 面談等の流れで話題になった時
- 担当者会議の時
- 本人、家族の状況で
- そんなことになりそうな時

48 47- (1) で「①すべての利用者・患者の家族に確認している」、「②必要な利用者・患者のみ確認している」と答えた方、看取りに関する希望を聞く際に活用しているものは何ですか。あてはまるもの全てに☑をつけてください。

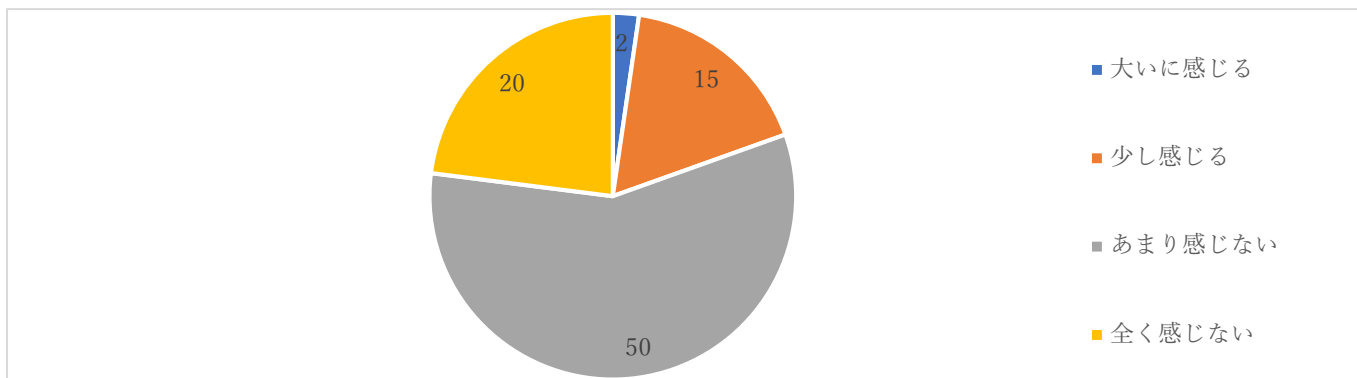


その他（自由記載）

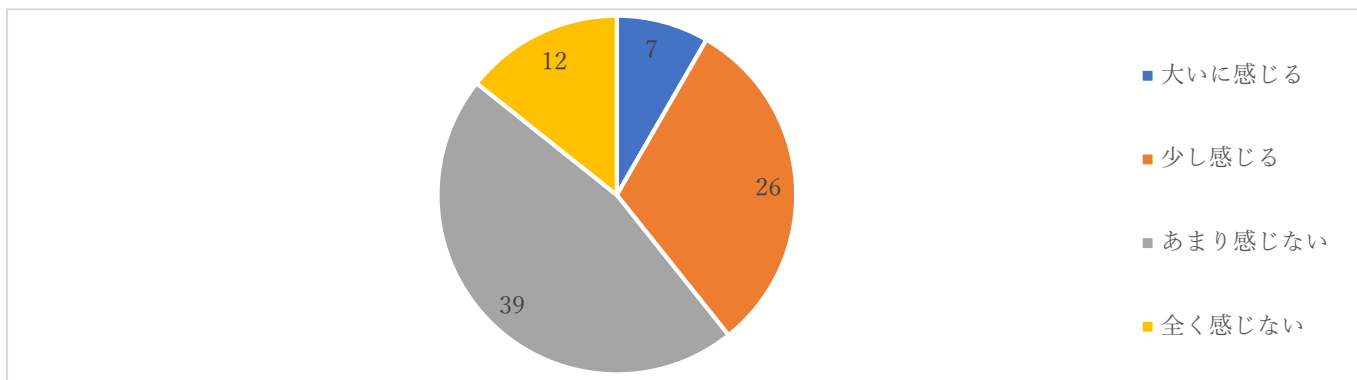
- 口頭
- 主治医作成のレジュメ

- 口頭のみ
- 延命治療の手引き
- 延命治療の手引き

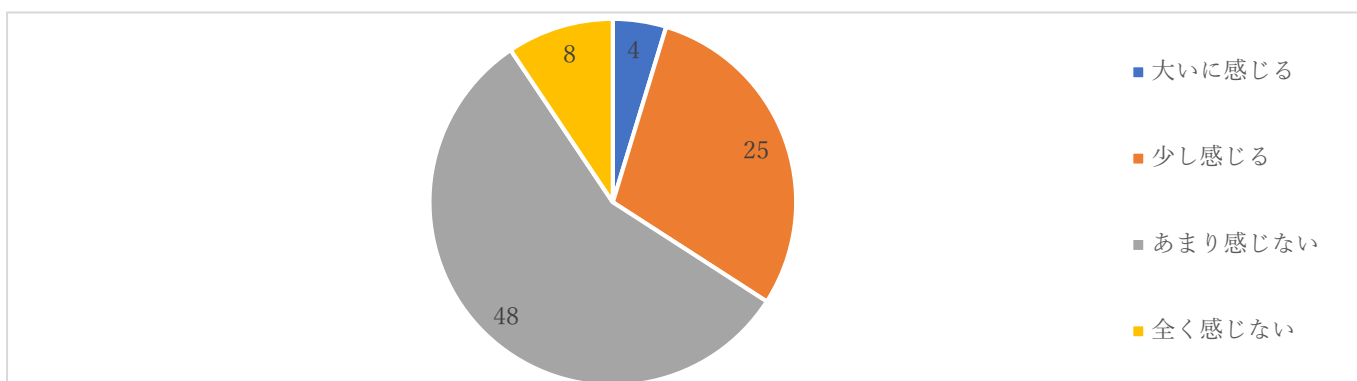
49 町民のACPに対する考え方が広まっていると感じますか。



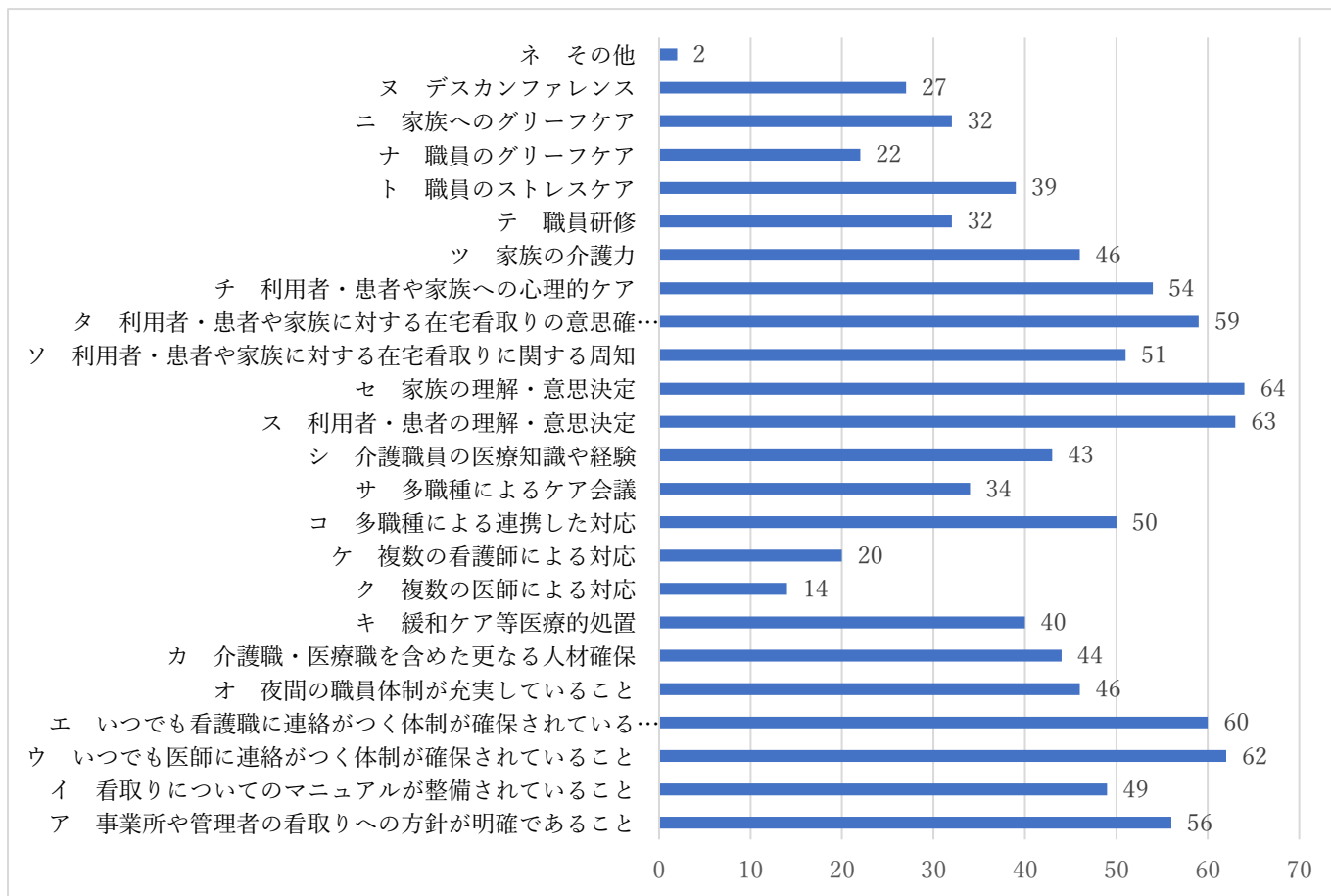
50 医療・介護従事者のACPに対する考え方が広まっていると感じますか。



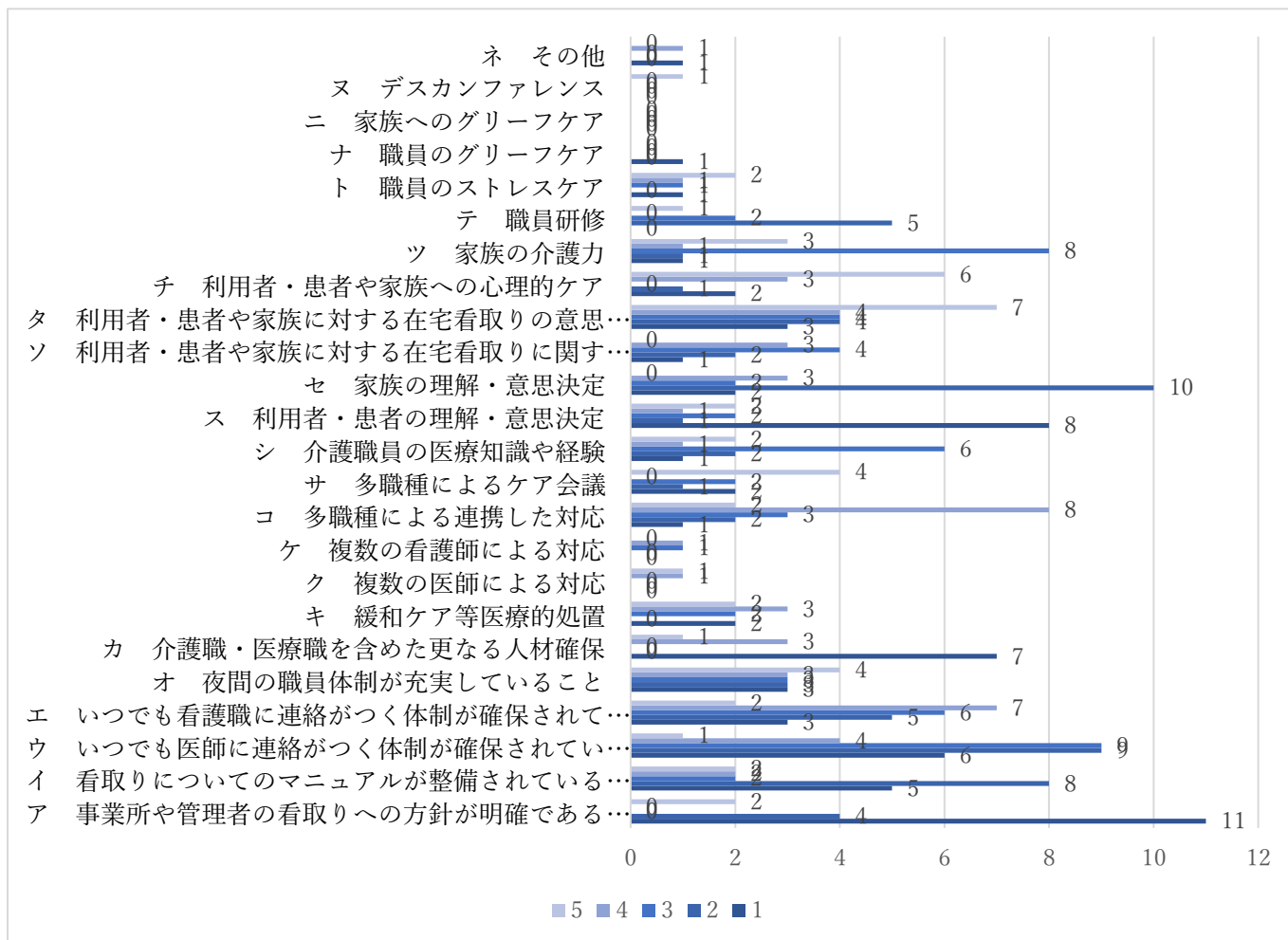
51 ACPに取り組む事業所が増えていると感じますか。



52- (1) 在宅で看取りを実施するうえで重要なことは何だと思えますか。あてはまるもの全てに☑をつけてください。

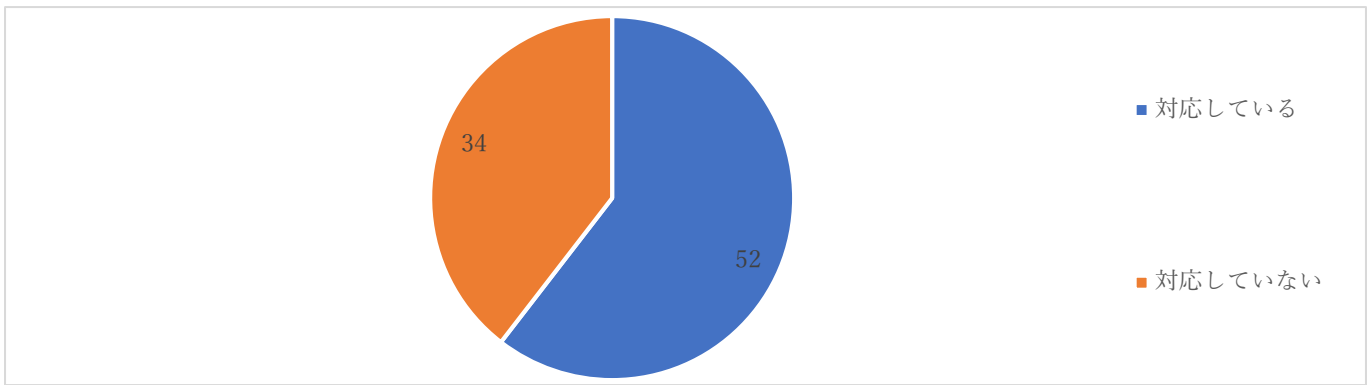


52- (2) また、その中でも優先度が高い課題を 5 つまで順位をつけて回答してください。



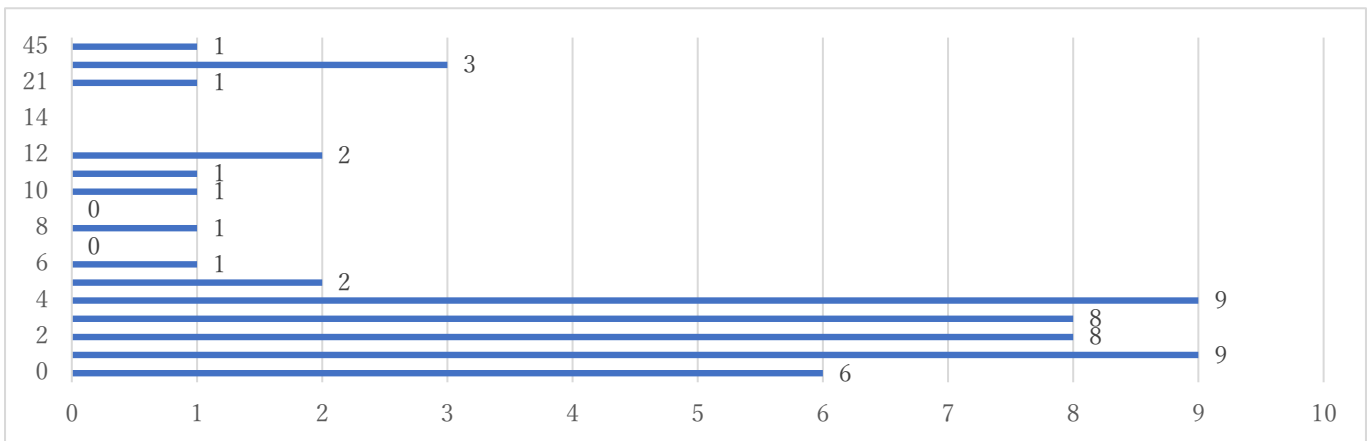
- 人材がいないことには看取りは困難
- ①家族は看護師と連絡することが安心感につながっている②看護師から主治医の判断になるため③会議で皆が同じ方向性を持つことが必要④前もって看取りの意思決定を聞いておくことは大事⑤最終的には家族の判断になるため
- ①～④すぐ連絡が取れることで家族や支援者が安心できる⑤24時間の介護、ケアが必要
- ニーズに対して足りない。特に市外地域。関係者(Fa、専門職)に負担にならない連絡体制を作る。本人、家族が意思決定するための知識が足りない。(胃ろうとはなにか、どんな方法があるのかを選ぶ知識が乏しい。)
- ①医師病院への連絡体制 ②家族に迷いがある場合に決定できない時 ③家族の気持ちの変化
- 優先度はケースによって違います。
- ①緩和ケアの理解、②エンディングノートの活用、③看取りの理解、④⑤連絡体制の構築
- 看取りの際には静かに身の回りの人達を含めて、穏やかに最期を迎えることが一番だと思います。(技術、連携や知識よりも)
- 人材が少なくなった
- 家族の意思が統一されていること。それに沿ったケアがされる。
- 利用者家族の在宅看取りにたいする共通理解とサポートする多職種連携が重要
- 看取りを行ったことがない
- 方針が明確でないとできない
- 多職種の情報共有
- 多職種連携することが重要であり利用者、患者や家族への意思確認決定が大切
- ア、方針が明確でないと活動できない イ、マニュアルがあると安心して活動できる ウ、Dr がいると安心 エ、介護スタッフの不安軽減になる オ、夜間動けるスタッフが多いと安心
- ア、イ、看取りに対する方針が明確でないとよりよいケアの提供ができないため タ、看取り支援に対する家族の意向を把握する コ、多職種協働し、安心した看取り支援の提供 ス、ケアを振り返り次に活かすため必要
- ス、セ、利用者本人、家族の意思決定は前提 ウ、エ、医療従事者との連携 チ、在宅での看取りでの支援
- ①看取りになった段階で医師との連携が必要 ②夜間は人員が少ないので ③経験した職員がいることでアドバイス・相談ができる
- ①職員人材不足②研修を多くする必要がある③職員のストレスケアの充実④家族にも勉強する機会が必要⑤マニュアルの統一
- ①方向性を統一するためにも必要②③専門職からの助言があるといい④チームでの動きが必要⑤医師の存在は介護職にとっても大きい
- 実際に起きる利用者の死に対して受け入れ
- 看取りに関しての家族の理解意思決定があればスムーズである
- ア、方針がしっかりしていないと Fa や本人に不安を与える イ、マニュアル整備し、そのうえでプラスアルファの寄り添いが必要 オ、夜でもすぐに緊急対応ができる体制が必要 コ、少数の専門職のみでは限界あり。多職種で不備な点を補う体制作り サ、多職種による一同に会して情報共有と方針決定の場が必要
- ア、他職種で話し合っている コ他職種でその都度報告しあっている サ、看取り支援開始時にカンファレンスを行っている ス、カンファレンス時に意思決定できる方は聞いている チ、利用者への手厚い支援と家族への定期的な声かけを行っている

53 貴事業所は、在宅での看取りにチームの一員として対応していますか。

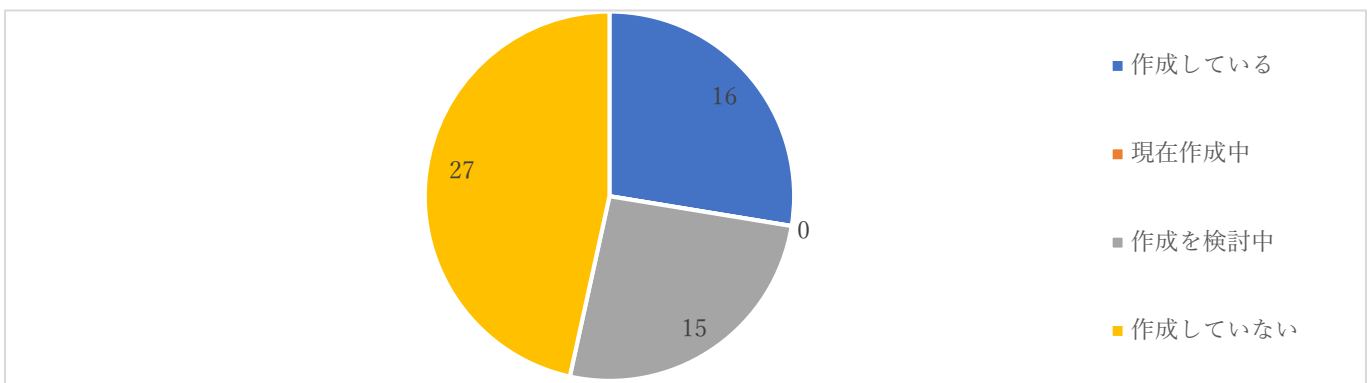


※53 で看取りに「①対応している」と回答した事業所にお伺いします。

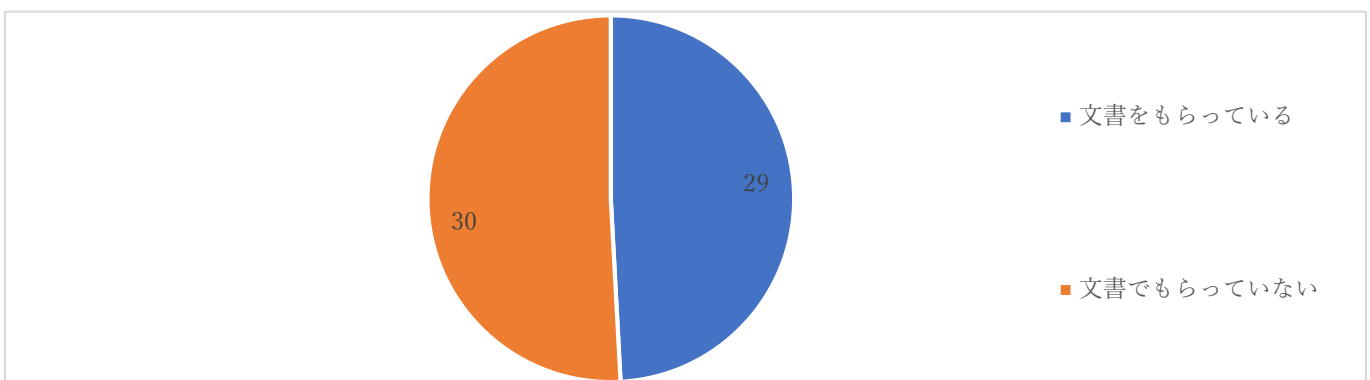
54 令和 4 年度に看取りに対応した件数は何件でしたか。() 件



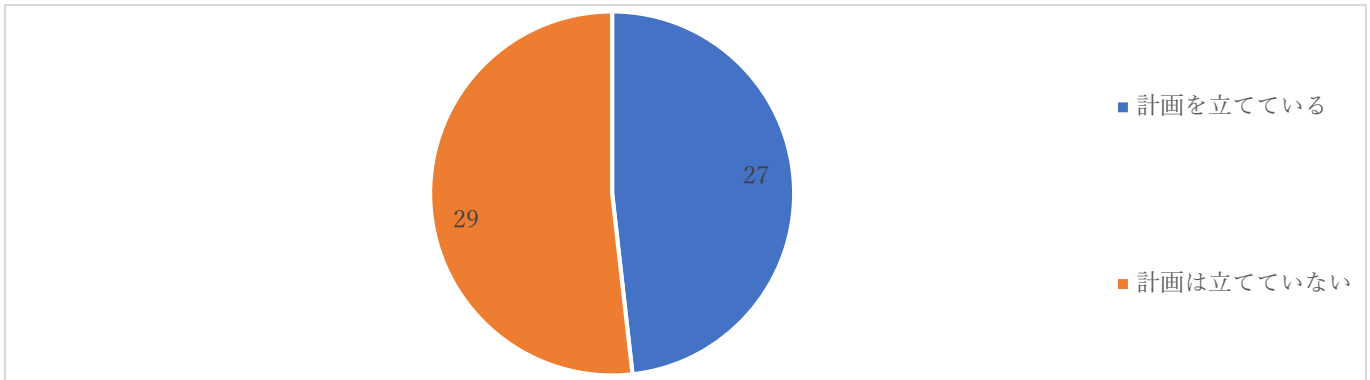
55 看取りに関する指針やマニュアルを作成していますか。



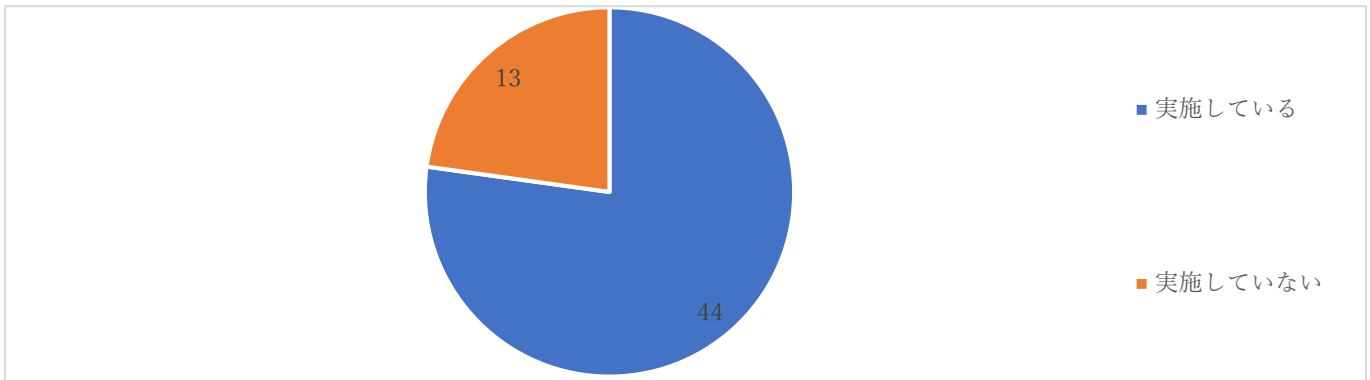
56 看取り希望者に文書による意思確認等を得ていますか。



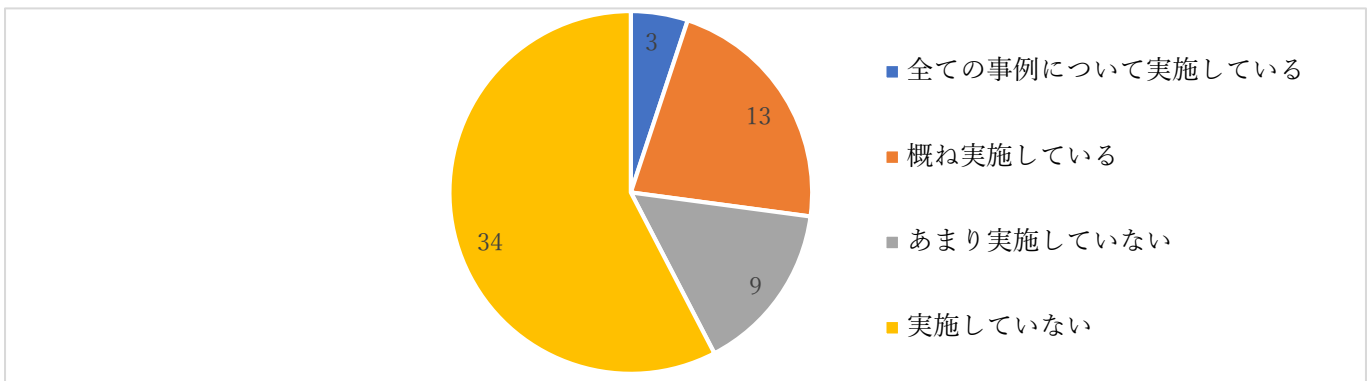
57 看取り期に入った利用者・患者に対し、看取り計画を立てていますか。



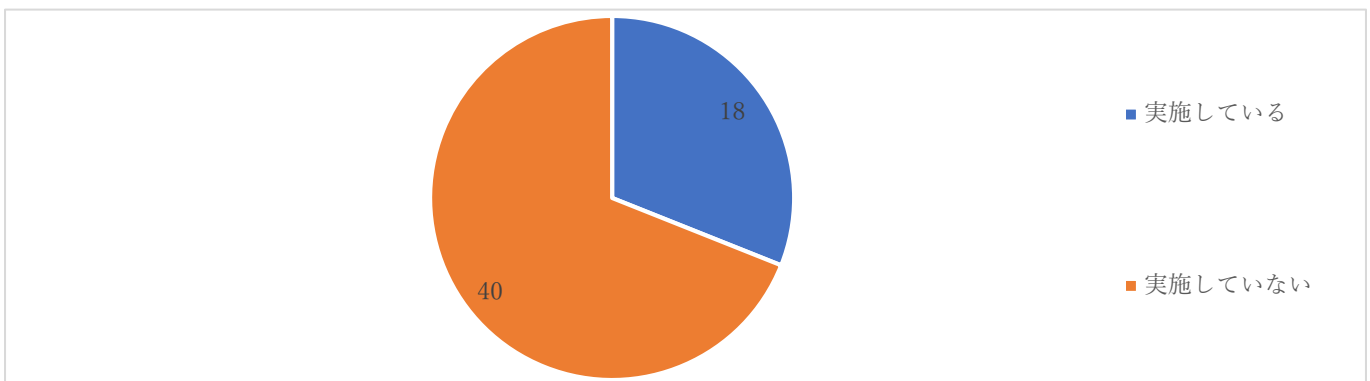
58 看取りに関するカンファレンスを実施していますか。



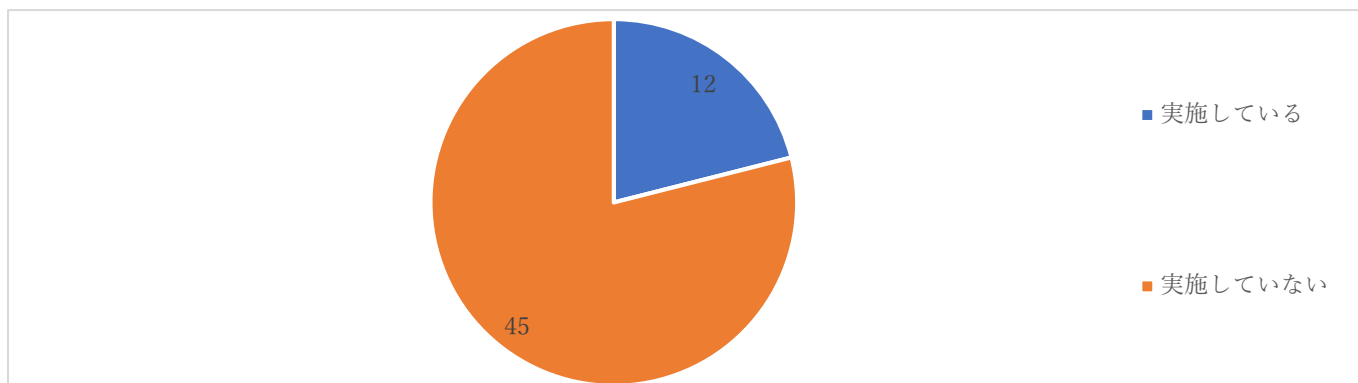
59 デスカンファレンスを実施していますか。



60 家族のグリーフケアを実施していますか。

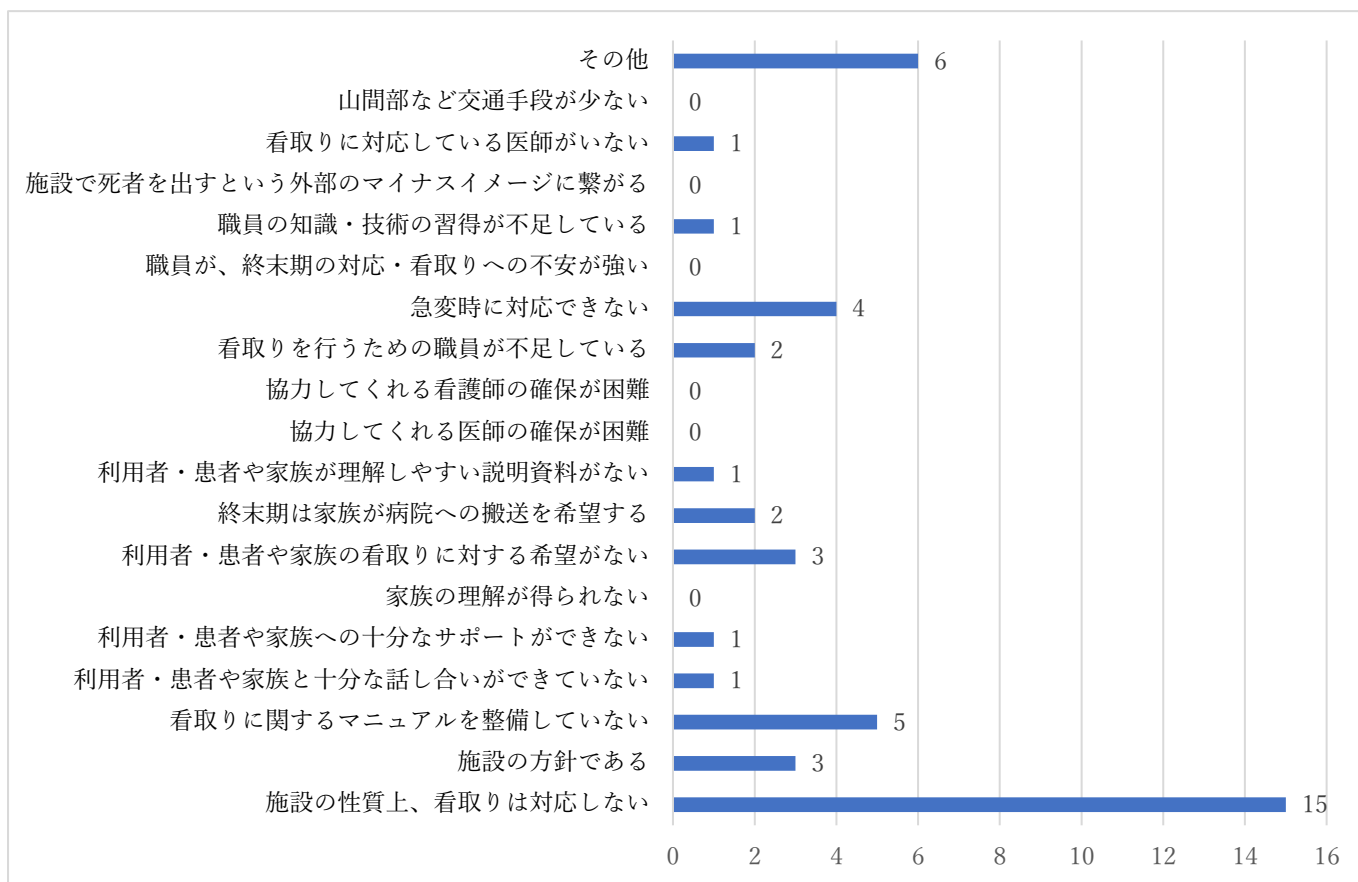


61 職員のグリーンケアを実施していますか。

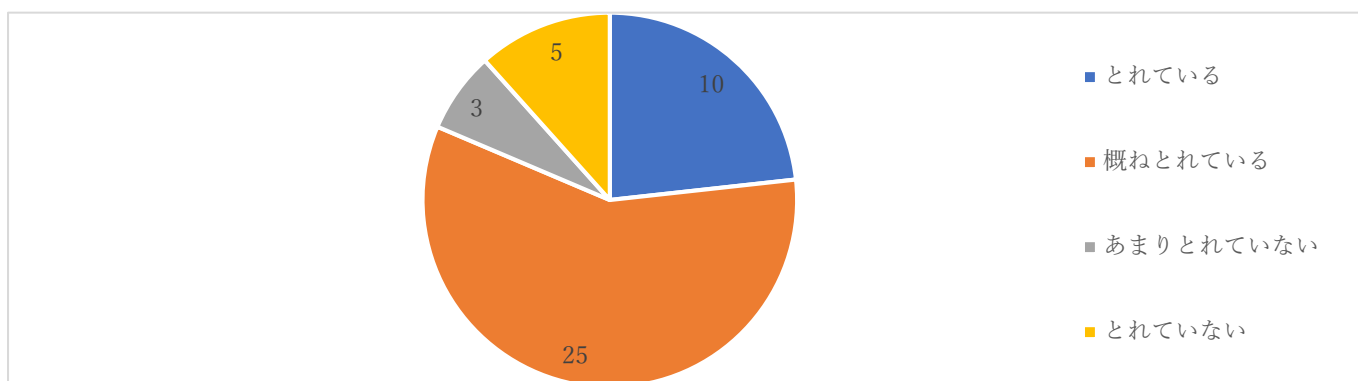


※53 で看取りに「②対応していない」と回答した事業所にお伺いします。

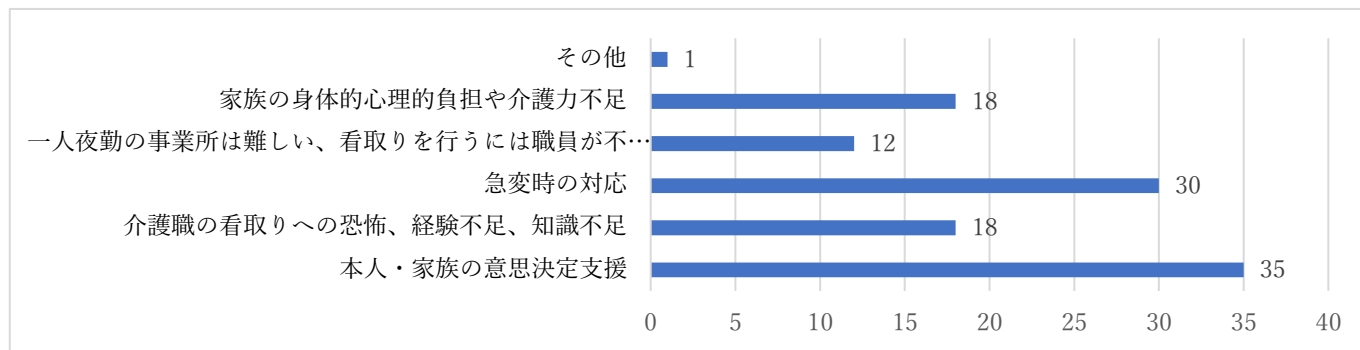
62 看取りに対応していない理由は何ですか。あてはまるもの全てに☑をつけてください。



63 看取りにおいて在宅医療と介護の連携はとれていると感じますか。

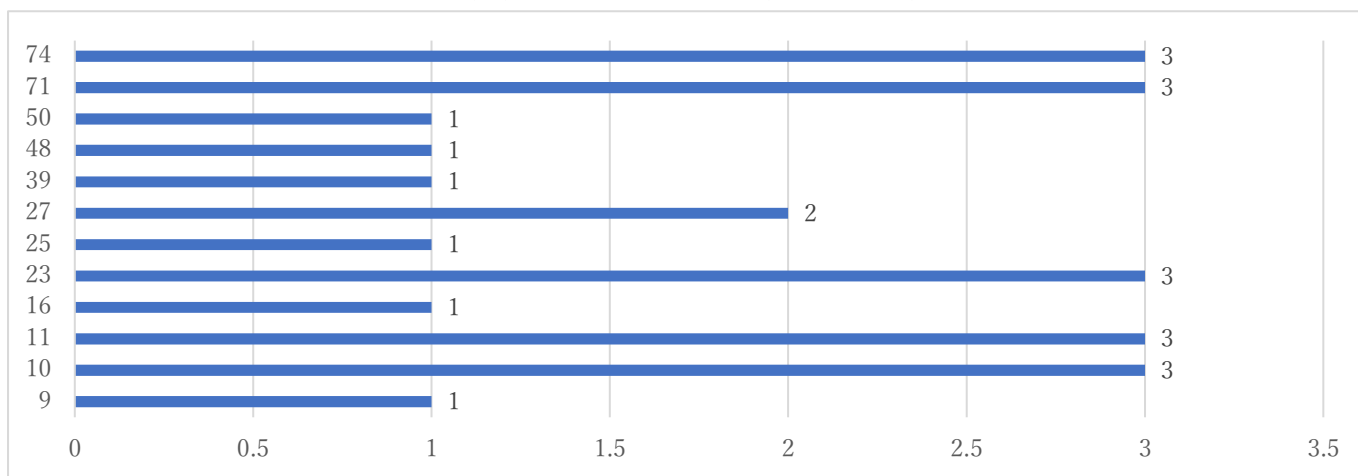


64 看取りを行うにあたっての医療と介護の連携における課題とその解決策や提案事項を具体的に記入してください。

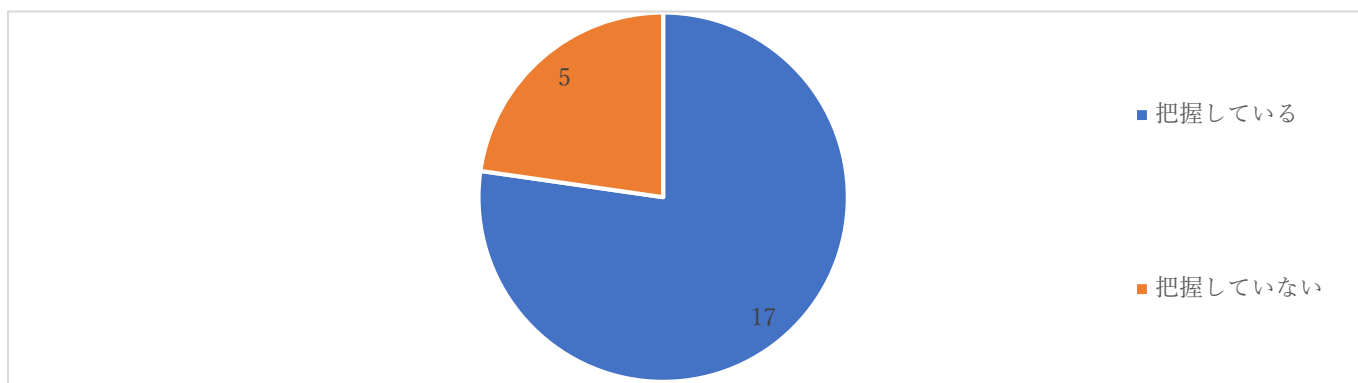


※入所系施設にお伺いします。

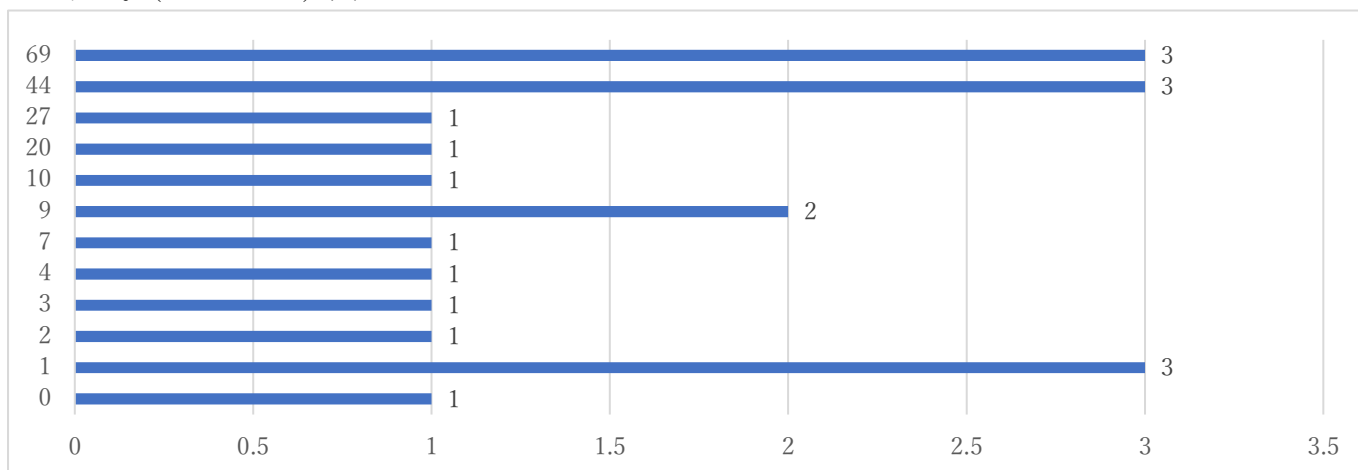
65 令和3年12月末現在の入所（居）者は何人ですか。（ ）人



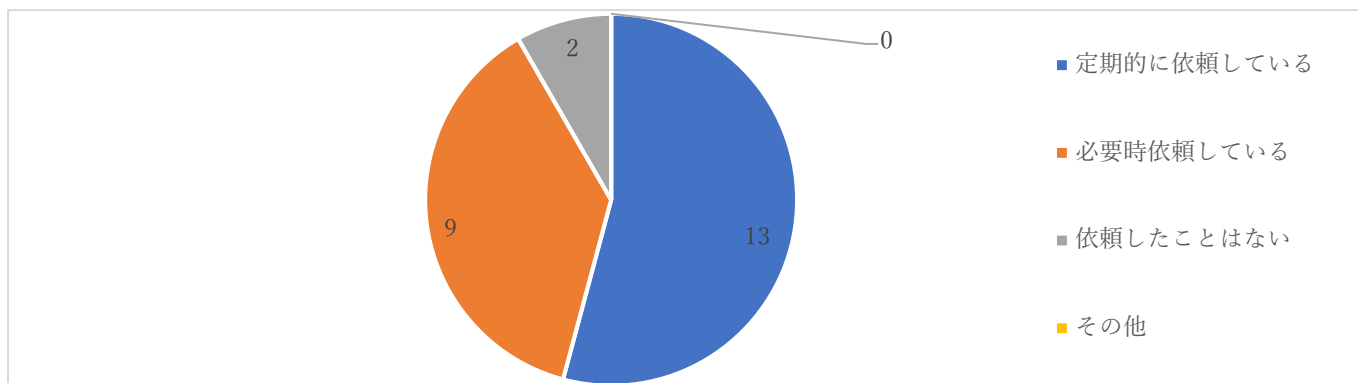
66- (1) 入所（居）者のうち看取りを希望している利用者を把握していますか。



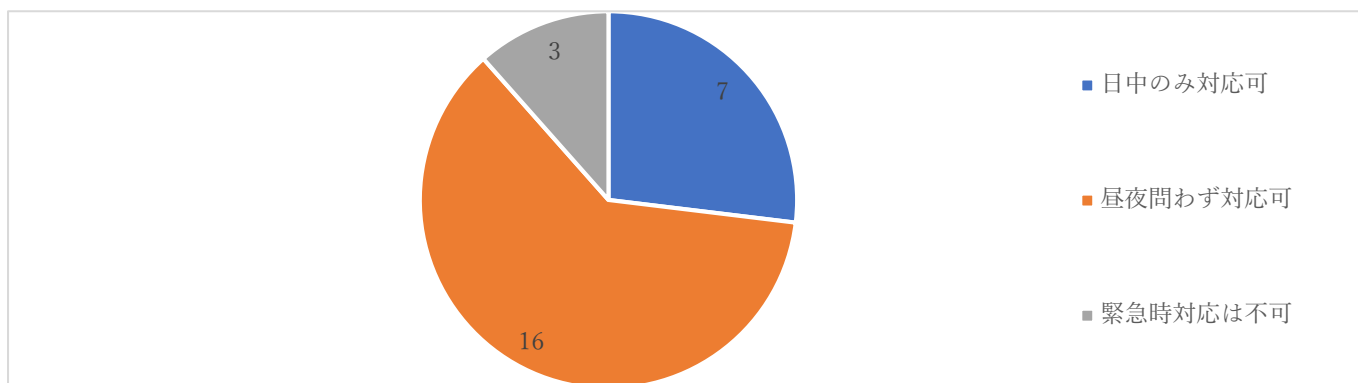
66- (2) 「①把握している」と答えた方、令和5年8月末現在で看取りを希望している入所（居）者は何人いますか。（ ）人



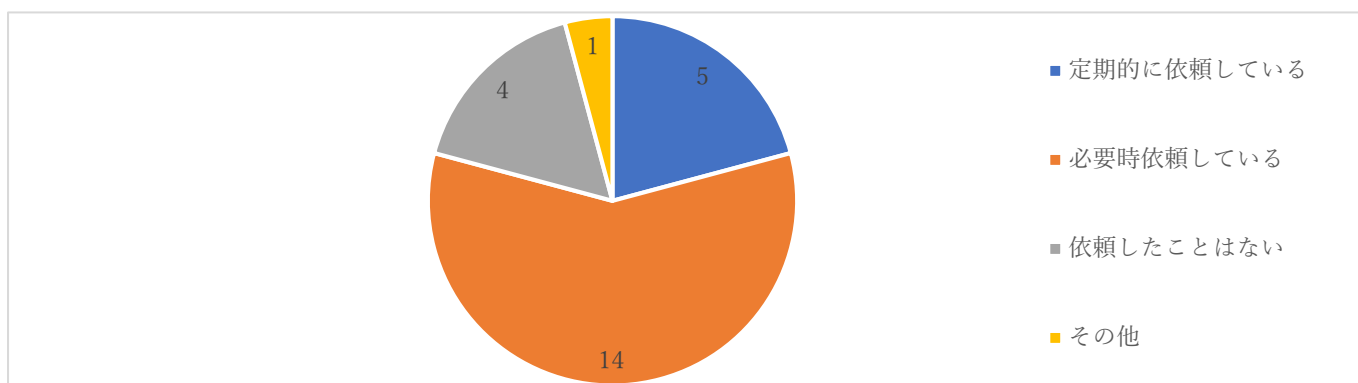
67- (1) 事業所の関連法人の医療機関や協力医療機関への医学的管理の依頼状況はどうなっていますか。



67- (2) 67- (1) で「①定期的に依頼している」、「②必要時依頼している」と答えた方、緊急時の対応状況はどうなっていますか。



68 訪問看護ステーションへの医学的管理の依頼状況はどうなっていますか。



69 R5年8月末現在の職員体制を常勤・非常勤別に数字でご記入ください。

医師常勤数

人数	箇所数
1	3
2	1

医師非常勤数

人数	箇所数
1	3
3	3

看護師常勤数

人数	箇所数
----	-----

1	3
2	1
3	1
5	1
6	3
8	1
11	3

看護師非常勤数

人数	箇所数
1	4
2	4
4	2
5	1

介護職員常勤数

人数	箇所数
2	1
3	1
5	2
6	3
7	1
14	3
26	3
27	3

うち医療ケアができる介護職員常勤数

人数	箇所数
1	1
2	1
5	1
10	1
14	3

介護職員非常勤

人数	
1	2
2	3
8	4
9	4
14	1

うち医療ケアができる介護職員非常勤数

人数	

1	1
2	1

70 R5年8月末現在の夜勤帯の職員体制を数字でご記入ください。

看護職員

人数	箇所数
0	1
1	6
2	2
5	1

オンコールの看護職員

人数	箇所数
0	1
1	6
5	1

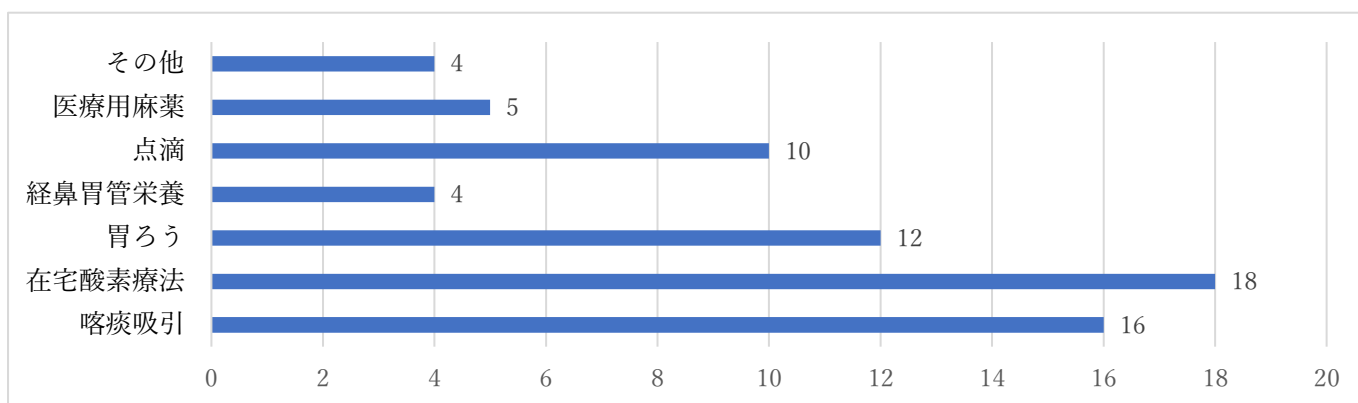
介護職員

人数	箇所数
1	5
2	2
3	3
4	3
5	1
6	1
7	1
8	1

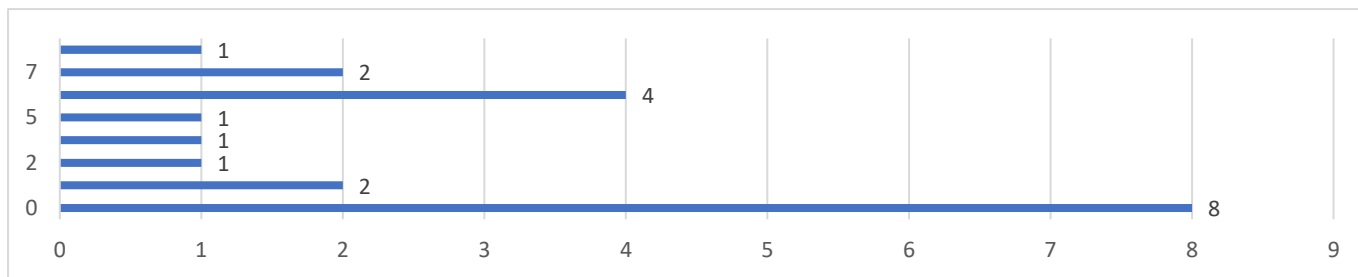
うち医療ケアができる介護職員

人数	箇所数
0	4
1	5
2	2
5	1

71- (1) 対応可能な医療処置は何ですか。



72- (2) R5年8月末現在で医療処置を受けている入所（居）者は何人いますか。()人



73 R1～R4 年度に貴事業所で看取りを行った人数を年度別に数字でご記入ください。

R	人数	箇所数(延)
R1	0	5
	1	5
	2	2
	34	2
R2	0	3
	1	3
	2	4
	4	2
	11	3
	36	2
R3	0	3
	1	3
	2	5
	4	1
	10	1
	14	3
	20	2
R4	0	1
	1	4
	2	3
	3	4
	4	2
	5	4
	9	1
	29	2

74- (1) 令和4年度に、看取り期（回復が望めない状態）において、施設における看取り介護を実施していたにも関わらず病院へ搬送し、そのまま病院で亡くなった入所（居）者は何人いますか。()人

人数	箇所数
0	14
1	3
2	1

74- (2) また、そうなったのはどのような理由からですか。(自由回答)

- 家族希望
- 急変
- 吐血の為