

- 慢性期で、長期入院ケア中心の病院
- 療養型で、在宅支援・外来中心の病院
- 診療所
- 老人保健施設
- 老人福祉施設
- 地域包括支援センター
- 訪問看護ステーション
- その他:

Q39. 病院勤務の方にお尋ねします。勤務病院は、急性期・回復期・慢性期・末期のどこに位置づけられますか
複数の機能を持つ場合は、複数にチェックを入れてください

- 急性期
- 回復期
- 慢性期
- 末期

Q40. ご自身はどちらに当てはまりますか

- 医療福祉連携士
- 医療福祉連携士講習修了者

3. 調査結果

回答数は 61 名で、回収率は 31%であった。
以下、各回答の概要を示す。

Q1. 連携室の常勤職員数（総数）

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
.00	1	1.9	2.0	2.0
2.00	5	9.6	9.8	11.8
有効 3.00	6	11.5	11.8	23.5
3.50	1	1.9	2.0	25.5
4.00	4	7.7	7.8	33.3

5.00	7	13.5	13.7	47.1
6.00	9	17.3	17.6	64.7
7.00	4	7.7	7.8	72.5
8.00	6	11.5	11.8	84.3
9.00	4	7.7	7.8	92.2
12.00	1	1.9	2.0	94.1
15.00	1	1.9	2.0	96.1
17.00	1	1.9	2.0	98.0
19.00	1	1.9	2.0	100.0
合計	51	98.1	100.0	
欠損値 システム欠損値	1	1.9		
合計	52	100.0		

Q2. 連携室の常勤医師数

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
.00	34	65.4	66.7	66.7
有効 1.00	14	26.9	27.5	94.1
2.00	3	5.8	5.9	100.0
合計	51	98.1	100.0	
欠損値 システム欠損値	1	1.9		
合計	52	100.0		

Q3. 連携室の常勤看護師数

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
.00	14	26.9	27.5	27.5
有効 1.00	18	34.6	35.3	62.7
1.50	1	1.9	2.0	64.7
2.00	11	21.2	21.6	86.3
3.00	7	13.5	13.7	100.0
合計	51	98.1	100.0	
欠損値 システム欠損値	1	1.9		
合計	52	100.0		

Q4. 連携室の常勤社会福祉士（およびソーシャルワーカーとして業務に従事しているもの）の数

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント

.00	11	21.2	21.6	21.6
.50	1	1.9	2.0	23.5
1.00	3	5.8	5.9	29.4
2.00	11	21.2	21.6	51.0
3.00	15	28.8	29.4	80.4
有効 4.00	5	9.6	9.8	90.2
5.00	3	5.8	5.9	96.1
7.00	1	1.9	2.0	98.0
16.00	1	1.9	2.0	100.0
合計	51	98.1	100.0	
欠損値 システム欠損値	1	1.9		
合計	52	100.0		

Q5. 連携室の非常勤職員数（総数）

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
.00	19	36.5	37.3	37.3
1.00	14	26.9	27.5	64.7
2.00	7	13.5	13.7	78.4
3.00	5	9.6	9.8	88.2
有効 4.00	1	1.9	2.0	90.2
5.00	2	3.8	3.9	94.1
6.00	2	3.8	3.9	98.0
8.00	1	1.9	2.0	100.0
合計	51	98.1	100.0	
欠損値 システム欠損値	1	1.9		
合計	52	100.0		

Q6. 勤務施設に総合診療部はありますか

ある 17人

ない 40人

その他:

Q7. 総合診療部があると回答された方にお聞きします。総合診療部と連携室は連携を行っていますか。どのような連携を行っていますか。

連携がある場合は、連携の中身について、連携がない場合は、ないをご記入ください。

- 紹介先医療機関の受診の手配
- 他の診療科と同じように連携しているので特に総合診療科との連携を強めていることはありません。
- 他院からの診療依頼があり、かつその内容が専門科に依頼するべきかどうか判断が難しい場合などに連携をとります
- 他診療科と同程度の連携はある

- 当該診療科が不明な紹介内容の場合は総合外来に依頼する。当該診療科の医師が対応できない場合は代診を依頼する。救急搬送患者が軽傷の場合、総合外来で対応をお願いする。
- 開業医が診療科のみたてに困った際に調整
- かかりつけ医紹介、転院支援
- 専門外来に該当しない場合、医師と相談し受診の可否を決めてもらっている。
- 受診調整、退院支援
- 経済的・心理社会的な諸問題への対応、退院支援等
- 前方・後方

Q8. 総合診療部がないと回答された方にお聞きします。連携室は、外来患者の受け入れ等を事務的に行っていますか

はい 30人

いいえ 8人

その他:

Q9. 連携室は、入院患者の入院前の事前相談や入院案内を外来と連携して行っていますか

はい 34人

いいえ 20人

その他:

Q10. 連携室は、連携室を通して入院した患者の入院中のフォローを行っていますか

全ての入院患者のフォローをしている 11人

連携室を介した全ての入院患者のフォローをしている 4人

一部の入院患者のフォローをしている 26人

入院患者のフォローはしていない 14人

その他:

Q11. 一部の入院患者のフォローをしていると回答された方にお聞きします。一部の入院患者はどのような患者かご記入ください

- 福祉制度利用者
- 入退院を繰り返しているものや入院前から居宅サービスなど支援が入っているものなど退院支援がはっきり必要であると思われる患者
- 入院案内センターで入院予定をしている患者・家族に入院案内の説明をした際に行う入院スクリーニングで必要と判断した患者・家族を地域医療センターに連絡し、入院前の支援を行ってもらっている。そのように関わった患者については入院後、フォローし必要な場合には退院調整を行っている。
- 入院時スクリーニングにおいてハイリスクと判断された患者および当院にリハビリ目的で転院された患者様等をフォローしています
- 医師や看護師等より、退院や転院、社会的問題等にて支援が必要な患者については、依頼がありソーシャルワーカーを中心に対応している。
- MSWによるスクリーニングでの『ハイリスク患者』
- 紹介患者
- 退院にあたり、紹介元の医療機関に戻る場合、介護保険その他社会資源による支援が必要な場合、入院前と退院先が異なる場合(自宅→施設)などフォローを行っています。その他、入院中に経済的な問題が発生する場合なども対応しています。
- 退院調整が必要な患者

- MSWへつなぐこと有
- 紹介入院患者の中で退院が困難と思われ、退院支援（当院では前方連携が地位医療連携室、後方支援がMSWが勤務する相談室に分かれている）の際に医療依存度が高かったり困難事例と思われる人は、入院時から退院まで連携室の看護職のものがかわることがある。
- 事前情報で元の生活環境（自宅・施設）に戻ることが明らかに困難なケース。
- 紹介元とトラブルがあり、紹介となったケース。
- 独居、認知症、身寄りなしの3問題が重なっているケース。
- がんパス適応の患者など。
- 当該部署は前方連携を担当。連携室と別にソーシャルワーカー5名、看護師1名の退院調整部門もあり、それらが後方連携を担当しているが、クリニックや診療所への連携が必要な場合や業務多忙の際に当該部署がサポートする運用となっています。"
- 病棟からや、患者から直接依頼のあった患者
- 退院支援・調整が必要な患者
- 社会的、経済的、心理的に問題ある患者
- 地域の医療・福祉と連携が必要な患者"
- 退院支援が必要な方、療養生活上の心配がある方、経済的問題を持っている方、その他
- 外来通院中から相談に関与したケースや入院相談として関わったケース、地域から依頼されて入院したケースなど。
- 入院中は電子カルテから情報収集したり気になっている事案について病棟看護師と情報交換する。そのうち何例か退院調整にも関わり転院や施設への入所となる場合はMSWへ情報提供している。"
- 療養上、退院支援上、何らかの問題が予測される方。
- 社会的問題がある患者
- 医療依存度が高い患者
- 地域の関係機関との連携が継続して必要な患者"
- 生活保護を受けている方
- 退院困難な方"
- 訪問看護を利用しているケース ケアマネと連携が必要なケース"
- 紹介患者のみ
- 紹介元への詳細な報告が必要な患者
- 経済的・心理社会的な問題を抱えた患者
- 退院支援が必要な患者"
- 退院にあたりMSWの介入が必要だと思われる患者

Q12. 連携室は、患者の退院準備に関わっていますか

全ての患者の退院準備に関わっている	7人
一部の患者の退院準備に関わっている	37人
退院準備に関わっていない	10人

Q13. 連携室は、退院後の患者をフォローしていますか

全ての患者のフォローをしている	1人
一部の患者のフォローをしている	35人
退院患者のフォローはしていない	20人

Q14. 一部の退院患者の退院後のフォローをしていると回答された方にお聞きします。一部

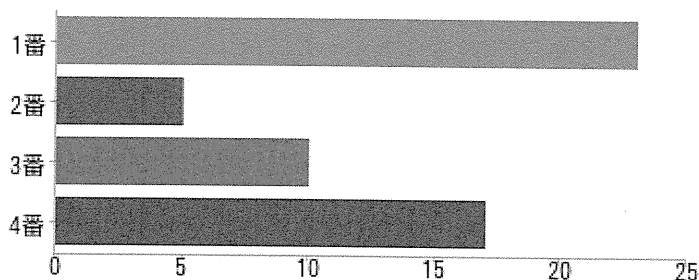
の退院患者はどのような患者（健康状態・年齢・疾病等）かご記入ください

- 継続して当院かかりつけとなる患者、高次脳機能障害が残存している患者、退院後復職支援に関わる患者、入院中には介護等の利用につながらず、退院後検討する患者、がん患者、難病患者、精神疾患患者、認知症患者等
- 65才以上。
- 経済的に困難な方（入院中に生活保護申請）60台 脳出血など、外来に移行しても支援が必要な方は、外来と連携をとっている。
- 介護支援指導を取った患者
- 退院スクリーニングを入院患者全てに行い、必要な患者に支援介入を行っている。
- 当院に継続して通院している患者
- 健康状態：病状コントロール不良、医学的管理が必要等な患者等
- 年齢：後期高齢者が多い
- 疾患：難病や在宅酸素療法の患者が多い"
- 高齢、要介護状態、独居、転院が必要な方、社会的・経済的問題を抱えた方、等
- 高齢者・障害者・（小児）などで、社会的に支援の少ない方で、病棟と地域との連携では退院できない方。
- 難病患者等
- 連携業務は連携室前方支援（主に事務担当）と相談室後方支援（主にMSW）に別れ、合わせて地域医療連携室とっています。"
- 難病・医療依存度が高く、地域の開業医と当院の医師との連携の中で在宅をフォローしている患者
- クリニックや診療所で経過観察が可能な疾患。
- 認知症があり介入が難しいと思われ方、調剤薬局だけの介入で服薬管理している患者・・・介護保険申請した患者や申請を拒否したが介入の必要な独居
- 在宅ターミナル 在宅療養支援で介護サービス、訪問診療、訪問看護を導入している方。地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、小規模多機能型施設や各施設を利用した方（高齢者賃貸住宅、グループホーム等）"
- 慢性疾患があり、けい続フォローが必要にも関わらず本人家族に期待できないケース。
- 高齢者がほとんどです。糖尿病、肝臓疾患、がん、慢性的な皮膚疾患。"
- 在宅退院患者。
- 身体的に何らかの医療的処置の継続が必要な患者（在宅酸素、吸引、気管切開管理、インスリン注射、ストーマ、経管栄養、膀胱カテーテル、褥そう管理、疼痛管理などが必要な人）で地域とのかかわりが必要な患者。
- 健康状態：何らかの医療の継続が必要な状態、日常生活動作が低下している状態
- 社会的背景：一人暮らし、高齢者世帯、生活保護世帯などで介護力がない状況の患者。
- 疾病としては：がん、糖尿病、脳血管疾患、心疾患、整形的疾患（リウマチ、脊柱管狭窄症、膝・股関節疾患など）、呼吸器疾患（閉塞性肺疾患）、膠原病など"
- 継続して通院が必要な方等
- 在宅支援として地域連携に関与したケースや特に独居や高齢者、認知症など介護支援が充分かどうか気になっているケースはケアマネ等と連絡することがある。再入院を繰り返している場合なども、支援内容の見直しや病状に合わせて生活の場について再検討する。
- 通院状況や高齢者虐待などは行政からの連絡もあり、情報提供したり受診支援から入院へ繋がるケースもある。
- がん治療の継続困難として経済的な不安があるケースは病棟からの連絡やMSWと情報共有しながら連絡することもあった。"
- 在宅退院となった場合で、外来受診の調整、容態に変化があった場合の受診調整。在宅に帰った患者・家族からの相談など

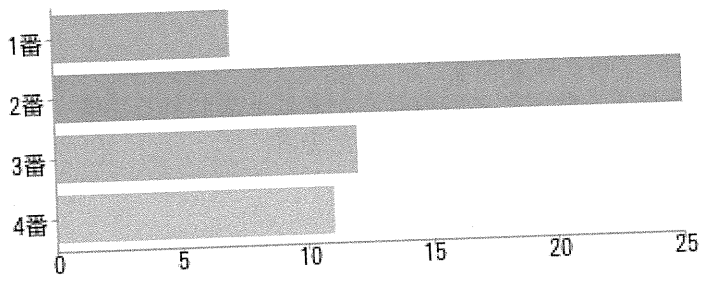
- 精神疾患があり、ケースワーカーと連携して必要時電話相談などで生活状況含め健康支援実施することがある。
- がん患者など病状やADLの変化が予測される患者
- 退院時に自宅での状況が把握しきれず、サービスの再検討が必要と思われる患者
- 経済的問題などから十分なサービスを導入できずに退院した患者
- 医療依存度が高い患者（胃瘻、IVH、気管切開など）
- 再入院の可能性が高い患者（病状不安定、介護力不足など）
- 関係機関（訪問看護やケアマネ）との連携が引き続き必要と思われる患者
- 退院時に訪問看護指示のあったケースにおいて地域との連携
- 入退院の繰り返しなどで他力的な健康管理の必要な方
- がん末期など医療処置、点滴の指示などあるケース"
- 退院調整スクリーニングシートにてスクリーニングを行った患者（高齢者独居、高齢者のみ世帯、認知症、医療依存度の高い状態で退院する者等）について地域連携室が退院調整にかかわり、フォローを行う。
- 生活保護を受けている方
- 退院困難な方"
- 精神疾患、生活困難者、介護保険無認定者 など
- 継続看護が必要なケース
- （訪問看護をうけているケース） "
- 在宅支援としてかかわり、主に訪問看護につないだケース。がん患者や難病患者など、当院に通院し外来看護師と連携しフォローしているケース。
- 独居・生活保護受給中・精神疾患の合併あり・虐待(高齢者、小児、DV)
- 退院時に多職種・諸機関との連携を図った患者
- 入退院を繰り返している患者
- 介護の重度化や家族の介護力の限界等により、在宅療養が困難となりそうな患者"
- ターミナルケア 終末期
- 独居高齢者
- 認知症高齢者
- 処置が継続される方"

Q15. 連携室の以下の業務のうち、あなたが考える連携室の機能として、重要な順に1番から4番で順位付けをしてください

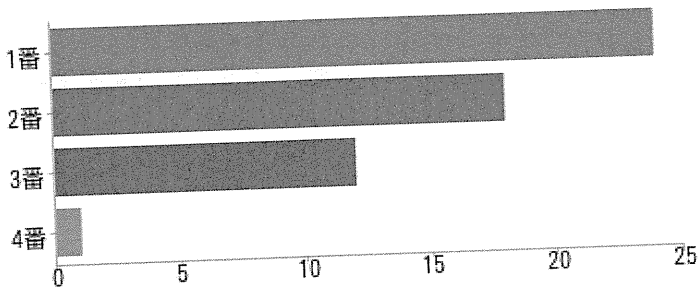
入院の事前相談や入院案内



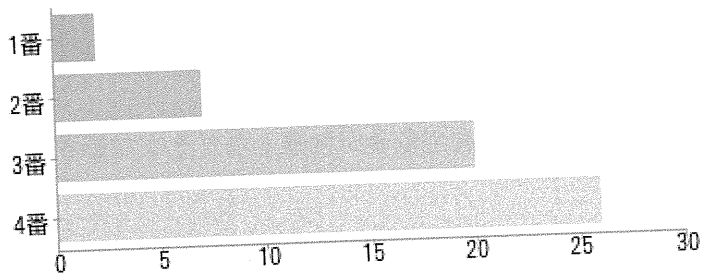
入院患者のフォロー



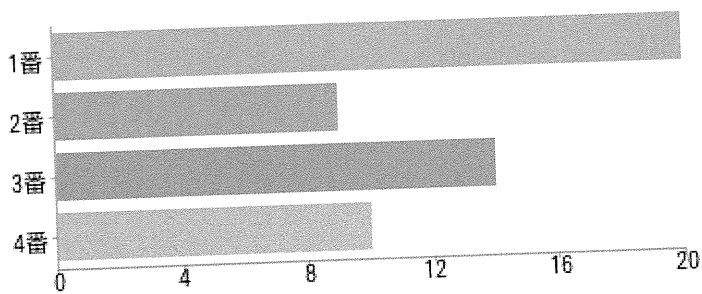
退院準備



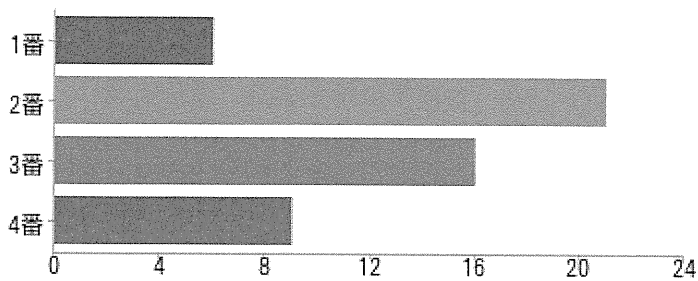
退院後患者のフォロー



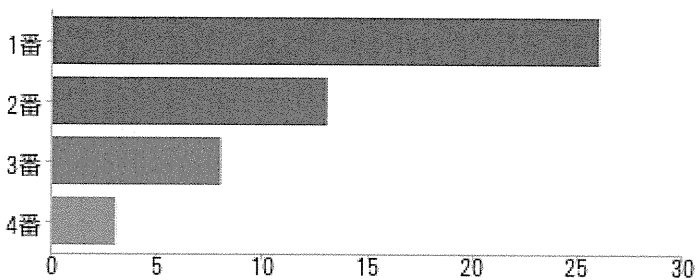
Q16. 連携室の以下の業務のうち、実際の業務内容として、割合が多いものを順に1番から4番で順位付けをしてください
入院の事前相談や入院案内



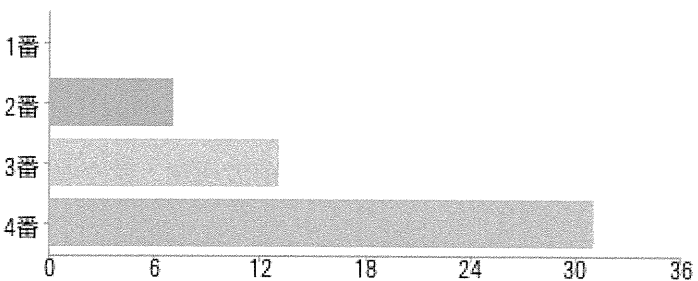
入院患者のフォロー



退院準備



退院後患者のフォロー



Q17. 上記二つの質問で、重要度と実際の業務の割合が異なっている方にお聞きします。実際の業務内容を重要度の順に近づけるうえでの課題や障害などがあればご記入ください

- 退院後のフォローを継続して行える体制が整っていない。
- 日常の受け入れや退院調整、飛び入りでの相談業務などで時間内の業務が終わってしまう。相談員の不足と優先順位の判断の誤り。
- 本来の業務を行えばいいだけと思っているようだ。
- 人の質の問題である。"
- 入院案内センターの業務と地域医療センターの業務の統合と効率化が必要と考えている。また、外来通院している患者への支援ができるようにしていきたい。
- 当院の地域医療連携室は事務2名がおり、前方連携のみをFAX、電話等で事務的に行っているのみである。そのため上記Q.16には回答できなかった(どの機能も持っていない)。
- 入院の事前相談は担当医と外来看護師が受けていることが多い。
- 後方連携は相談支援センターで実施している。"
- "事務、MSW、看護師が同じ部屋になり前方、後方が流れるようにするべき。病院の方針で地域連携室への意識が薄く、まとまっていない。"
- 当院連携室はいわゆるいわゆる前方支援に特化しており、入院した患者あるいはその退院については原則業務として関与していないのが現状です

- 前方支援と後方支援を一元化することが今後の課題と考えています"
- 連携室業務は、紹介患者の受け入れ。報告書確認。研修会開催など相談室業務は、退院支援が中心となる。"
- 先にも述べましたが、当院は連携室は前方連携・相談室は後方連携（退院支援）と業務の内容が分かれていますので入院患者の相談や手配が主となる。そのため、入院してしまえばほとんどがMSW等の支援を受けることになるのでその際の情報共有などがスムーズにいくことがポイントとなるのだが、現在のところ同じ部屋の中で活動してるし、職種間の連携もスムーズ行われ特に課題や障害はない。
- "当病院には連携室の専従スタッフがなく、他業務との兼任スタッフが行っている。入院前の相談は事務職が行い、入院中のフォローは看護職が行う。退院準備や退院後のフォローは、同法人内居宅支援事業所ケアマネが介入し行っている。多くのスタッフが少しずつ関わり、それぞれの業務を分担しているため、事務的になりがちで、患者さまのフォローが十分に行えていないと思う。
- 急性期病院ではMSWの数が少ないように思います。（当院は522床で5名）病棟の看護師は多忙を極めていますので、何か連携室で協力できることとなると、説明業務・入院中の患者様を訪室し、意見を傾聴し、できるだけ患者様が望む療養生活をコーディネートしていくことが大切だと思います。
- また、急性期病院の看護師は介護や福祉についての知識が乏しいので、ちょっとしたことでもMSWに依存しますが、病院看護師も医療の仕組みや、制度について学ぶ機会を作る努力が必要だと思います。"
- 前述のとおり、当該部署は前方連携を担当。連携室と別にソーシャルワーカー5名、看護師1名の退院調整部門もあり、それらが後方連携（退院準備・退院調整）を担当しているため、病院全体としては重要度の順番に相違はありません。
- 人数の問題。
- 質問の答えになりませんが、入院案内等は別の部署で行っています。
- 地域との連携を強化することが大切だと思っています。また、前方連携・後方連携の更なる充実が必要だと考えます。
- 院内の支援内容を充実させ、連携室は前方・後方連携に力を注ぐべきではないかと思っています。
- 当院の連携室の役割が事務的な入院相談を対象としていない。
- 医事課での対応となっているので、施設により業務が異なると思います。"
- 連携室の中でも退院調整看護師（回答者）や事務方、予約担当などそれぞれの業務の専門内容で処理し、ケースをプライマリーに対応していない。
- 上司の意見が医師との関係について連携室の看護師に深くかかわるなど言う。
- 連携室の看護師も連携に積極的でなく、他職種との連携もとれていない。
- まず院内の体制、システム作りが必要。
- 統括できる医師が必要。
- そのうえで業務の整理が必要。"
- 開業医からの紹介システムにおいて
- 開業医からの即時依頼にこたえきれない。時間帯・医師の勤務体制・どの科で対応するか等。"
- 当院は、連携室と相談室が別の部署になり、ソーシャルワーカーは相談室に所属しています。また、他の機関等との連携は大変重要であるにも関わらず、当院では、連携室の職員は、他の業務と兼務しているという現状にあります。その、現状を改善し、連携業務に時間を使えるようにしなければ、改善はないと考えます。また、連携室と相談室を別の部署にし業務の分担を行ったことで、結果的に連携もうまくとれていないという問題もあります。

- 入院患者をフォローしながら、退院準備を要する患者を見出し対応することが望ましいが、実際には退院準備から介入するケースが多く、準備期間にも余裕がないのが実状である。
- 在院日数短縮により何の準備もされないまま、退院になってしまう患者がいるため、もう少し丁寧に患者・家族に関わって頂きたい。

Q20. 地域からの患者の受け入れの時、地域へ患者を送り出す（紹介する）時に、効果的に連携するための取組を行っていただければ、ご記入ください

- "常に地域のケアマネジャーとの連携をとるよう、ケアマネの会への積極的参加、入院患者が介護保険を利用している場合、利用する場合すべてにケアマネジャーとの連絡をとっている（入院中にケアマネに来院をお願いし、多職種カンファレンスの実施を行っている）"
- 周産期の患者は医師会、大学病院主導のもとに、開業医と病院の役割が徹底され、患者や市民に広く周知されており、問題が無い。各診療科ごとに開業医と勉強会を実施し、どういう患者が受け入れ可能なのか理解されている。"
- "普段から、包括支援センターやケアマネの方との顔の見える連携をこころがけている。"
- 在宅へ退院の困難ケースの場合で、診療所に依頼する際は、情報を詳しくお伝えするように紹介状だけではなく電話をいれるなど配慮している。"
- 定例の訪問活動、「顔の見える連携」の維持
- 懇親会や研修会等にて、日常の業務以外で関係作りを行い、顔の見える連携を心がけている。
- 開業医や後方支援施設へ訪問し営業活動を行う
- 入院患者が地域医療機関へ紹介される場合は退院前にカンファレンスを行っている。
- また、地域医療機関のスタッフが参加する会に日ごろからできるだけ参加し、顔を合わせて連携の土台を作っておくようにしている。退院後の患者に関する問い合わせの窓口を明確に伝えるようにしている（のだが、現実にはQ.17と関連して地域医療連携室という名前を持ち、一般的な連携室のイメージとかなり異なる機能を持つ部署があるために混乱をきたしてしまっている）。"
- "前方：紹介患者に対しては入院後連携室から入院したことを知らせるはがきを出している。死亡した場合ははがきを入れたり電話を入れている。後方：退院前に事前情報を流している。"
- 地域連携パスの運用
- 緊急時の地域医療機関からの患者受け入れは連携室が担っている。
- "①カンファアランス②定期的な勉強会③懇親会"
- 連携室の実務者同士の交流会（年2回）行っており、相談やお願いが気易くできる仲間作りを行っています。
- 院外誌（年4回発刊）を市内全域の開業医・病院・施設・訪問看護ST・調剤薬局・包括支援センターなどに約1000部郵送し、病院の取り組みや診療科紹介など病院PRを行っています。
- 勉強会・セミナー・講演会などを開催し、地域の医療従事者との意見交換の場を設けています。（年25回程度）
- 「かかりつけ医」カルテ登録。
- 入院時・新患受付時に「かかりつけ医」を患者確認、紹介状を持参しない場合であってもカルテ登録。"
- 転院の場合、お互い連携ネットワークでフェイス to フェイス
- 病院を待ってフェイス to フェイス
- 在宅支援は訪問看護連絡協議会の管理者会に参加して顔の見える連携

- 転院時、転院先のお迎えの方とコミュニケーションをとる
- 地域包括支援センターのケアマネジャーとの会議で、自病院の取り組みを話させてもらい知ってもらう
- 居宅事業所と連携をおこなっている。入院中から、連絡をとり、状態を適時伝えていきます。退院前にはカンファレンスを行っています。"
- 情報提供書を地域連携室を通じてやり取り
- 事前電話連絡、受診日の予約などを行う。
- 地域連携パスの運用
- 連携室同士、地域連携パス検討会などで顔が見える関係作り"
- 連携室が窓口になり、受け入れの際はかかりつけ医から事前に情報提供書を Fax してもらい予約をとっている。紹介する際も事前に情報を送っている。
- 地域へ紹介する際、事前に先方へ連絡し、受入れの確認とお願い。また、回復期・療養型病院の訪問。
- FAX 予約システム (医事課担当)
- 地域の診療所・他院への定期的なあいさつ回り
- 医師会やケアマネ・看護師の地域の集いに積極的に参加
- 退院時共同指導や介護支援連携指導
- 効果的に行えていないため苦慮しています。
- 今般、県の方針で回答者が居住する市に、医療介護連携への取り組みを 4 年間事業として行われることになりました。
 - 前々から病院サイドからの要望があり、連携室が窓口となり市に働きかけていたところでしたが、来月にやっと連絡会立ち上げの予定となり、期待しているところです。"
- 各種連携パスの活用
- "院内、院外の情報を多く持ち、スムーズに調整ができるように根回しをすることも必要
- 調整としての根回しである顔の見える関係づくりを行っている"
- 退院前に患者情報を流し、窓口担当者を名乗り連携先からも連絡が取れるようにしている。
- 必要時カンファレンスを開催している。"
- 地域の多職種・諸機関との退院前カンファレンスの開催を心がけている。
- 地域の開業医からの紹介患者さんは、出来る限り逆紹介をし、その患者さんが検査・治療などを必要とする時は、予約を連携室で行っている。また、患者さんが 1 人で受診出来ない場合は、病院から向かえにしている。

Q21. 効果的な地域連携のために地域連携室が抱えている課題があれば、ご記入ください

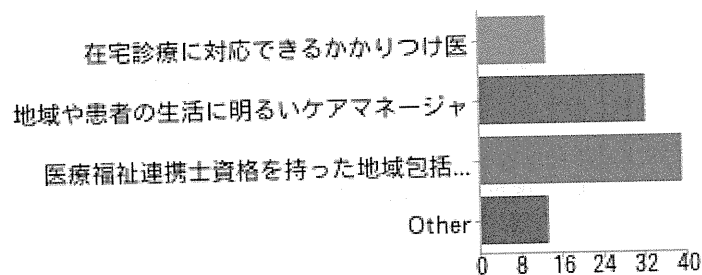
- "地域連携室の機能として、病院全体の業務 (総務・企画業務) を受け持ち業務内容が広がっている相談援助業務量に比べスタッフが足りていない"
- 地方の小さな病院のため、院内で連携の必要性が共有されていない。
- 回復期病床が他地域より少ない。
- "地域の行政が関わっていただけると地域連携がスムーズに行えるのではないかと感じる。
- 医療、介護などの情報センターのような地域連携機能の役割を果たす機関があると良いのではと考える。
- 地域連携パスのとりまとめも、行政や医師会の機関で行っていただけると良いのではと感じる。(現在、2 病院の地域連携室が事務局を担っていただいているが、通常業務しながらなので負担が多いようで、なかなかうまく機能していない) "

- 基本的な知識不足
- 連携パスの運用
- "慢性的なマンパワー不足
- 院内関係職種および行政機関からの無理解"
- "人手不足
- 連携機関等の情報不足、情報整理"
- 前方（主に事務系）と後方（主にMSW）の情報の共有が不十分
- Q.17 と関連して、当院の地域医療連携室は名称から受ける印象と機能が全く異なるものであり、連携する地域の医療機関が混乱してしまうことが多い。
- 相談支援センターと地域医療連携室の機能を併せ持つ部門を立ち上げる必要がある。"
- "まずは院内連携のシステム作りが必要。
- 地域の医療者等と顔の見える連携の場を作るべき。
- クリニック、施設へのあいさつ、営業が必要。"
- 院内連携が不十分
- "現在、当院では前方支援は医事課（事務部門）、後方支援は MSW と部門が分かれています
- 前方支援と後方支援を一元化することが今後の課題と考えています"
- 効果的な連携に欠かせないのは医師の理解と協力だと日々痛感します。看護やメディカルスタッフが連携できていても、勤務医と開業医が連携不足だったりすると、チームの統制が取りにくいと感じます。
- 開業医は自ら知識や技術を向上させる機会を作らなければ、治療や処方に格差が生じます。
- ITの導入などにも格差が生じています。
- 開業医のキャリアや専門、認定資格など開業医情報が足りないように思います。すべてがホームページを持っている訳ではありませんので、情報集めは訪問し、自分の足で稼いでいます。"
- "急性期病院としての機能を高める為に「長崎県のあじさいネット」などの地域医療ネットワークの導入を検討しているが、実現には多くの課題がある。
- ピラミッド構造でない都市部の医療連携では、開業医が紹介先に困ることなく、病院は競争化している。ゆえに開業医がネットワーク加入するメリットは無く、大病院も共同でネットワークを運営することにメリットを見出していない。"
- "自由行動出来ない構造になっているため発展しない
- 連携室が一本化されず、3 部署連携で行っている"
- "時間が作りづらい。医師が積極的にかかわらない。医師、看護師などの
- 意識が連携について、理解が低い。"
- 病棟との連携があまりとれていない
- 緊急患者の受け入れなどの窓口の一本化（現在診療科ごとに対応が異なる場合がある）
 - 人員体制：事務4名中パートが3名にて、電話対応が間に合わず、電話に出られない時がある。MSW 3名では突然の相談に対応できない時がある。
 - 業務内容：相談内容の巾が広く、ある程度の経験がないと対応できない問題が多い。
 - 雇用条件：ばらばらにて、業務の基準が不明確。
 - 人間関係（院内連携）
 - ハード面：狭い
 - 組織図：診療部に所属しているため相談する場所があいまい。
- "紹介をいただく開業医への訪問方法（訪問先の選定・訪問タイミング等）入院患者の早期介入"

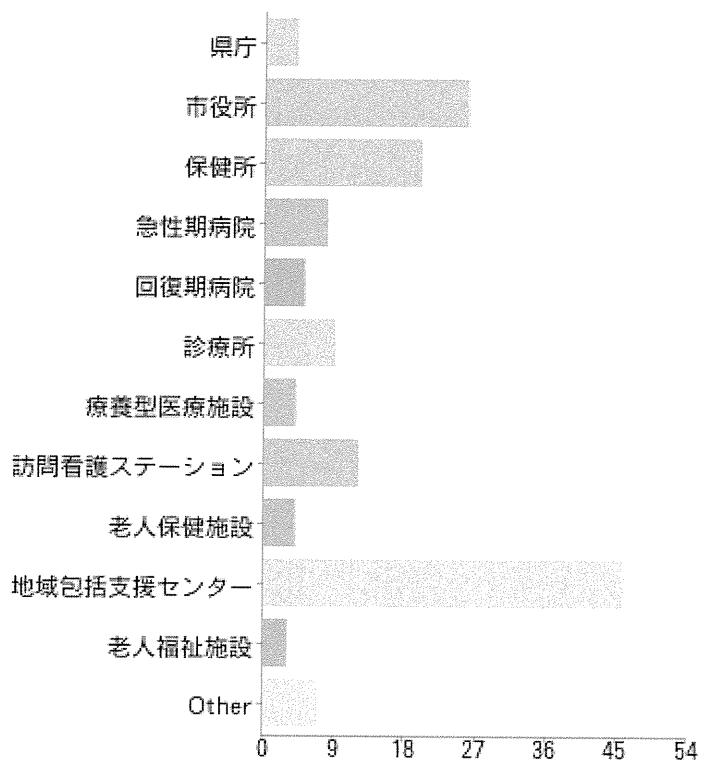
- 医師会との連携不足
- 院内スタッフへの教育システムが確立されていない
- 執務室や相談室のスペース不足
- 看護師と社会福祉士の役割分担
- 施設の不足
- 在宅での介護力の低下
- 救命医療後に後遺症を抱えた患者の療養について討議不足"
- 急性期病院の機能を、住民や介護事業に関わる方々に理解されていない。
- 地域の紹介患者を受け入れていくことへの理解が医師・看護師に浸透していない。また、そのためのアプローチを後押ししてくれる病院首脳陣がいない。
- 人工呼吸器装着・透析患者等の受け入れる後方病院・施設がない（不足）
- 在宅医との連携
- 開業医には高齢者が多いため訪問しにくい"
- マンパワー不足です
- 院内に『総合診療科』が無いいため、診療依頼があったときに各診療科に診療情報提供書を届け受入可能かを確認してから受入の返事をしているので時間がかかり過ぎている。
- "マンパワー不足（専従といえど、いろいろな業務・役割を抱えており、本来の業務を行うにはあまりにも時間が足りない。）
- 「連携」「地域」「相談」とつくものは何でもこの部署に役割を課せられ、スタッフが疲弊している。
(課題というより、問題点でしょうか)
- 逆紹介できる開業医の掘り起し
- 登録医制度の再構築
- 顔の見える連携づくりが重要だが、医師会、訪問看護、ケアマネ等と病院の連携する場面が少ない。
- 前方、後方で別々のことを考えており、方向が異なっているため難しい。"
- 地域連携に関する院内での意識の統一が図れていないこと。
- 当施設はグループ病院ではあるが、その中でもなかなか効果的な連携はできていない。他職種の業務内容を理解することは想像以上に困難なことと実感している。

医療福祉連携に関してお尋ねします

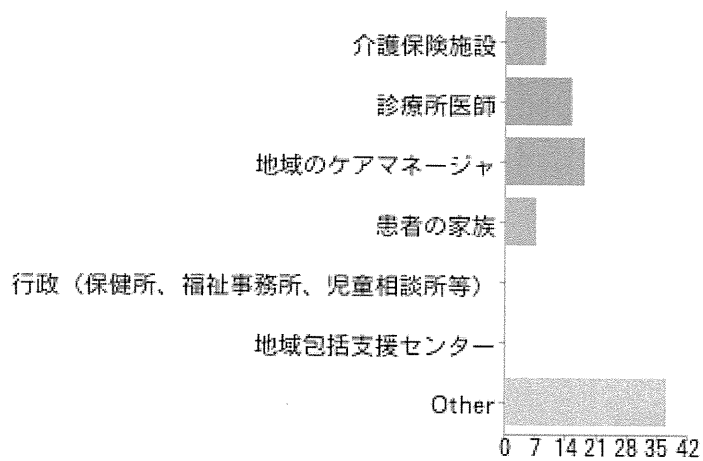
Q22. 在宅にいる患者の医療福祉を含めた全体的なケアのコーディネータとして相応しいのはどの職種だと思いますか



Q23. 地域全体の要介護・要支援患者を把握し、適切に医療福祉を提供していく際に、主体となりうる組織はどこだと思いますか

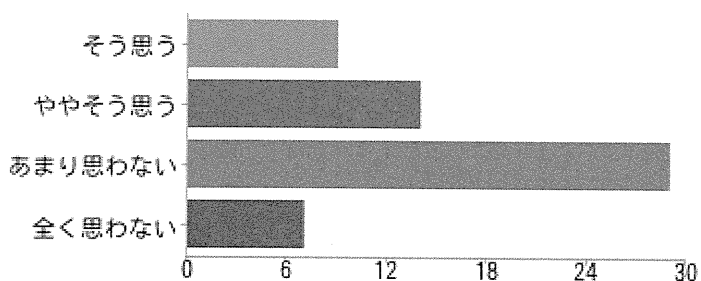


Q24. 勤務されている病院で、退院患者の送り先（紹介先）として最も多い対象はどこですか

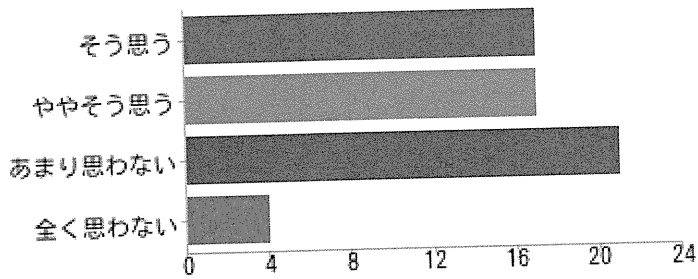


Q25. 医療福祉連携を行う上での障害となる事項に関して伺います

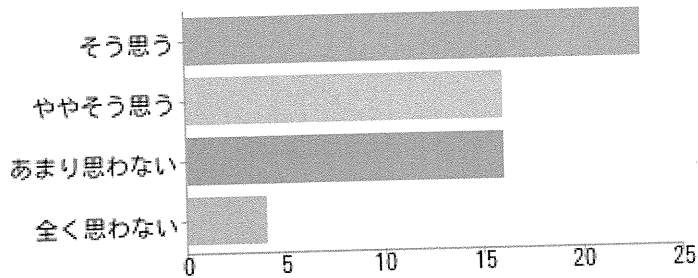
用いる専門用語が異なり連携が難しい



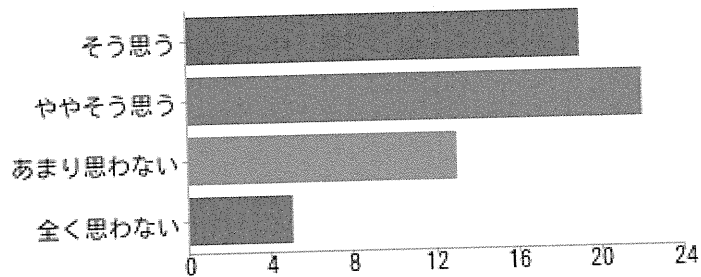
用いるアセスメント基準が異なり難しい



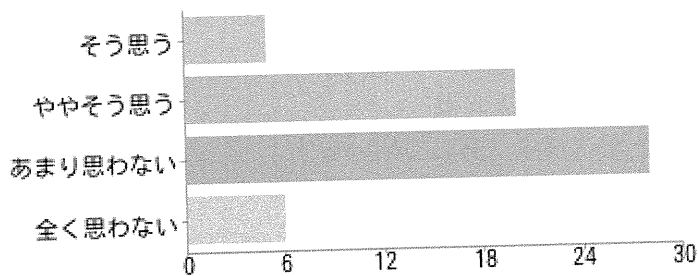
ケアに関する考え方が異なるので難しい



情報共有や情報連携が難しい



支払方式が異なり連携が難しい



Q26. 医療福祉連携を行っていく上で現在の課題があれば、ご記入ください。

- 地域全体との連携で行政との連携を図っていききたい
- 壁をなくすためのカンファレンスを行うも、人が集まらない。個別カンファレンスは機能する者の、多職種の総合カンファレンスが機能しない。
- 職場内で他者の理解が薄い
- "医療者側は介護（福祉）の知識や機能など理解が乏しいスタッフがまだ多くいる。介

護（特にケアマネ）をコーディネートする方の力量に差があり、医療との連携が円滑に行われない現状が多い。"

- 患者（利用者）の情報が、関わっている施設でばらばらになっており、患者（利用者）に情報が集約されているとよい。
- "関係者が「多忙」すぎて時間をつくれない
- 相互理解しようとしなない、「おれが、おれが1番」雰囲気"
- 地域のケアマネジャーの個々のスキルに差があり過ぎる。（出来るケアマネさんは忙しい）
- 医療に携わる人と、福祉に携わる人がお互いの考え方や背景を知らないため、価値観がかなり異なる場合がある。患者・家族の価値観に合わせた選択をしたくても職業人としての各スタッフの価値観がどうしてもはいりこむため、調整が難しいことがある。
- 看護師とMSWの考え方の違い。
- データ管理を統一できない。"
- 「病院は治療が終われば退院するもの」という病院側の認識は、しばしば患者・家族を含めた在宅部門の方に理解してもらえないこともあり、「もっとリハビリをして欲しい」「環境が整うまで入院を延長させて欲しい」「季節が良くなるまで入院させて欲しい」などの希望にはなかなか添えないことが多いです。そのような病院と在宅部門との認識のズレを埋めていくことが大きな課題であると考えます。
- 職種などで対応疾患をわけたことで、不自由がある。
- 地域包括支援センターが中心になって地域の全体のコーディネートを行っていいと思いますが、現在の地域包括支援センターの人員、予算、他の組織との力関係（例えば医師会や基幹病院との力関係）では、主導権を取ってプロジェクトを勧めて行くのは難しいと考えます
- 地域に必要な施設・病院が少ない。
- というより、そこで働く人が少ないため、施設や病院が十分に機能していない。しかし、少なくとも今ある施設や病院をより有効に利用できるようお互いの利益や条件ばかりを主張するのではなく、地域全体を見渡したサービスが提供できるよう経営者や現場のスタッフの教育・人材育成を早急に進めなければ共倒れになると感じている。"
- 職種間、事業所間での考え方の違いが大きく、各支援者が自分たちの考え方が正しいと思っているところに大きな問題があると思う。（他の業種に対して、話がわからない、通じないと互いに思っている。
- "連携というキーワードに関係する部門が病院でも増えてきています。退院調整看護師や入退院支援センターなども存在するなかで、業務や役割のすみ分けが曖昧で難しいです。
- 専門職として「医療福祉連携士」が行うべきことを明確化していくことが重要かと思えます。"
- 療養・慢性期領域の病院における紹介率を用いた経済的インセンティブの導入。急性期病院は緊急搬送患者を選ぶことができないが、療養型は患者の経済的能力や治療上の難しさといった項目で自院にとって優良な患者をスクリーニングしやすい現状下にある。
 - 現在の転院調整にしても、優良とされる患者の受入は困らないが、難しい患者の受入は一定の医療機関に集中する傾向があり、こうした隔たりをなくすには何かしらの経済的インセンティブが必要と考える。
- 医療福祉連携で学んだことを活かしたいと思うが、急性期病院でできているのかよくわからない 連携業務を考えるとコーディネーターとしては行っているがそれでいいのか？
- 社会での認知度が低いので、厚労省でまず、とりあげてもらい広報をしていくこと。

地域や医療機関で認知されれば連携のコーディネーターが容易になるのではないかと思います。

- 高齢者世帯、独居世帯、家族の協力が得られない世帯など介護力不足が非常に深刻。このような状況の患者が入院したときの退院調整が難しい。長期の入院も出来ず、療養型のベッドもなく、施設の空きもなく、今後このような事例がどんどん増えた場合どうなるのか。
- 医療者側が福祉の事に関して知識不足
- 退院支援に関する認識のズレ
- お互いの業務内容を知らない事に関する温度差
- 教育や学習に対する方法の違い
- 医療的ケアの必要な利用者や病気、病状等を予測して行動をとれるケアマネが少なく、現状に振り回されている事すら理解できないでいる。ケアマネ資格対象者の見直しが必要ではないでしょうか。
- 老健の機能低下（長期滞在により入所できない。医療が包括であることから、医療型といいながら医療依存度の高い患者の受け入れができていない）
- 医療と福祉の橋渡しの存在の不足
- 住民や介護職への医療計画の啓蒙
- 死ぬということ、生かすということ、医療の必要など、それぞれの考え方に振り回されている現状"
- 受け入れ施設が少ない
- 家族が自宅で介護・看護できる環境が整っていない"
- 地域のなかでは機能分担を確実にやり連携している。
- "退院支援（在宅療養支援）を行うにあたり、退院調整カンファレンスの際にかかりつけ医（またはその看護師）の参加をしてもらうことが困難
- 継続する医療処置によっては、転院先がないことがある（待機期間が長い）
- 透析患者の受け入れ先がない
- 冬季で男性の転院先を確保することが困難
- 院内スタッフの退院支援に対する教育（チームで行うという意識がまだ稀薄）"
- 医療者と福祉関係の人の考え方が異なること。
- 医療と福祉の制度の谷間に在る諸問題に対応することが必要
- スキルに自信がないため、フォローアップ研修を行って欲しい。

Q27. 今後の超高齢化社会を見据えて、医療福祉連携のあるべき姿のイメージがありましたらご記入ください

- "医療機関と地域包括・居宅・訪看等が連携し、さらにまとめ役として行政保健師に関わってもらうことによって、地域全体の医療福祉介護連携へとつながるのではないかと思います。行政がかかわることで、地域団体（住民・民生委員等）とのコミュニケーションも含まれていくのではないかと"
- まず、地域住民に対し、連携(=在宅)への興味関心を持っていただくことが重要と思う（早期退院のための準備をすると、患者からのクレームがまだまだ多い）。そのうえで、病院などの組織から独立した存在としてコーディネーターが必要と考える。コーディネーターは医師看護師と臆せず話せる存在が望ましい。
- 地域での啓蒙が必要。行政の力が多いに必要と感じる。医療、福祉の連携を円滑に行うには社会全体の質の底上げが必要と感じている。
- 医療機関での、地域連携室の機能を進化させ、医療と福祉の連携と合体"
- 対象者が望む療養スタイルで生活していけるように支援できること
- "つなぐ・まもる・ささえるの視点に加え、「つくる」視点があること

- 老々介護が増えるので介護者の負担を減らすサービスを適切に受けれるように説明をする（まずは自分自身が知識を得る）
- 関係各所と連絡を取りサービスの供給を行う。"
- 医療と福祉の関係者が互いの特徴や強み、弱みをよく理解して連携をしていくこと。医療と介護がパラレルに進められるとよいと思う（今は医療が必要なくなったら突然福祉の場に押しやられると患者さんがイメージしてしまうことが多い）
- 在宅での療養イメージだったり学ぶ場があるといいと思う。
- 病院も含めて啓蒙活動が大事。
- （在宅療養・施設の生活について）"
- 住み慣れた環境で自分らしく生活するというと聞こえは良いのですが、本人はそのつもりでも家族は介護に対しての不安が強く、在宅での生活を望まない方も多いと思われれます。不安の原因のひとつとして、介護に対する無知もあるかと思いますので、地域住民に対する医療・介護・福祉の啓蒙活動など含めてマネジメントできる人材があり、そのベースの上でこの専門性を生かした連携を取っていくことがあるべき姿のひとつであると考えます。
- 地域と病院・福祉・保健所・行政など皆が顔の見える関係で、様々な問題を共有して解決できるような姿。
- "多職種の施設を超えた連携が必要と考えます
- 医療と福祉、地域と医療機関、施設等を横断的に継ぐ
- 前問でも回答したが、とにかく限りあるサービスを適切な提供をしていくしかない。提供する側も、受ける側も、自分たちがどういう位置にいて、どういうサービスを受けられることが、自分の健康に必要なのか地域の健康のために大事なのか考えられるようになることが今後は重要になると思う。
- 大きくシステムを変えなくても、まず、支援者たちが、他職種の業務に対して理解すること、自分の業種がどの方面から患者をみているかを理解し、どの業種がどの方面から患者をみているかを理解することで、より良い連携が図れると思う。他の業種がどのような教育を受け、そのような考えかたをするのかを理解するための教育を受けることで、医療福祉連携はスムーズに行えると思う。包括支援センターでは中心となる機能を果たすことが難しいと思うので、地域の医師会に連携センターを設置し、医療機関側が積極的に福祉連携を行うことが理想と思う。
- 高齢になっても心身共に健康であるよう、健康づくりや仲間づくりができるような取り組みを連携機関と一緒に企画する。
- 情報の共有化が最も重要と考えます。小区域で街の高齢者の生活を見守る体制づくりができれば理想的です。仮説地域でやっているような独居老人の家庭訪問などが、我々の地域でもできれば良いと思います。"
- 患者への診療所やクリニック案内のコーディネーター。退院調整後の転院医療機関のコーディネーター。
- 地域でのコーディネーターになることが一番良いが、それはどこに所属することがよいかわからない。今の制度では包括支援センターしかないが、そこも業務内容が多すぎてどうかとも思っている
- コーディネートをする専門家。
- 困った時に相談をすれば、医療、福祉、介護のトータルでなんでも解決できる、頼もしい職人。"
- 入院中も、退院後もかわらない一括したケアができればいい
- 「独居」「介護困難」「認知症」が増えることは予測されます。
- どのようにしてサポートするかが大きな課題ではないかと思えます。
- 今必要な事は、医療なのか生活支援なのか介護なのか・・・優先順位を判断するため

に必要な情報を提供することではないかと思えます。

- そのため傾聴、相手の立場になって考えられる、信頼される事、他職種とのコミュニケーション力など
- 病院・各種施設・在宅と地域連携や地域完結型の医療がスムーズに運用でき、利用者の高い満足度が得られること。
- 医療的な知識と経験に乏しいケアマネでは医療機関と介護機関の連携をマネジメントすることは困難です。訪問看護師であれば知識と経験だけでなく医師との関わり方にも慣れており連携のマネジメントには適しています。医療的管理に関しては訪問看護がメインとなる連携を構築することが円滑な医療福祉連携に結び付くと思えます。
- 医療と介護、福祉の連携がスムーズにできるようなシステム作り
- 入院時の急性期治療段階から地域の診療所やケアマネ、訪問看護などが
- 参加し、社会的な問題も考慮しながら治療方針を決めていくような体制作り。
- また、その橋渡しが行える存在（医療福祉連携士など）の役割の確立
- 高齢者・単身独居者を含めターミナルを支える地域を造れること。
- 医療から介護、介護から医療へつなげた時、ケアマネだけでなく他へも点数化されると今後活躍の場が与えられると思っています。
- 医療・福祉・行政が連携し地域住民が望む医療を機能にあったところで、どこでも受けられるように調整していきたい。
- 地域で医療福祉連携士が中心となり、医療・福祉・介護をつなぐ役割を果たしていく。病院の中の連携室スタッフが、地域の中に（たとえば地域包括であったり、開業医が組織する在宅ネットワーク）いると良い。それぞれの分野のことも理解しているので、通訳しながら（それぞれの分野の専門用語を噛み砕く、アセスメントも可能）顔の見える連携を実践できると思う。
- "レスパイトで入れる医療施設が必要・・・点数がつくとよい。
- 病院、地域での連携としてパスが必要。（介護、医療でみえる化）"
- 「住み慣れた地域で」という政策方向で国は邁進していますが、まだまだ家族に頼るサービス体系となっていると考えます。独居の方々を基準としたサービス体系の充実をはかってゆく必要があると考えます。
- 行政機関や司法機関、教育機関等との密な連携が必要。
- 制度は在宅ケアへと進めていますが、現場には多くの課題があり、介護難民が増えるのではないかと危惧している。医療福祉連携士は地域のコーディネーターとして更なる活躍ができるようなシステムが必要である。

Q31. 医療福祉連携士制度の発展のために今後必要だと思う対策を選んでください
複数選択可