

**令和 7 年度医療と介護のアンケート結果報告
(全 体 版)**

令和 7 年 12 月

秋田市役所長寿福祉課

I 調査の概要

1 調査目的

日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り等の場面に関する課題について、医療・介護関係者に広く意見を聞いて把握すると共に、医療と介護のスムーズな連携と切れ目のない提供体制づくりに向けた協議を行っていく際の基礎資料とするため。

2 調査期間

令和7年4月7日（月）～令和7年4月30日（水）

3 調査対象と回答結果

区分	区別対象施設種類	依頼数	回答数	回答率
1	病院、有床診療所、医院	220	127	57.1%
2	地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護	143	76	53.1%
3	訪問看護	44	19	43.2%
4	訪問リハビリテーション	6	5	83.3%
5	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、サービス付き高齢者向け住宅 ^{※1} 、有料老人ホーム ^{※2}	212	105	49.5%
計		625	332	53.1%

※1、※2は、有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅のうち、特定施設入居者生活介護の指定を受けていない施設を指す。

4 調査方法

区分1は調査票を郵送し、回答はアンケートフォームまたはFAXで受け付けた。区分2～5は、調査票をメール送信し、回答はアンケートフォーム、EメールまたはFAXで受け付けた。

5 報告書の見方

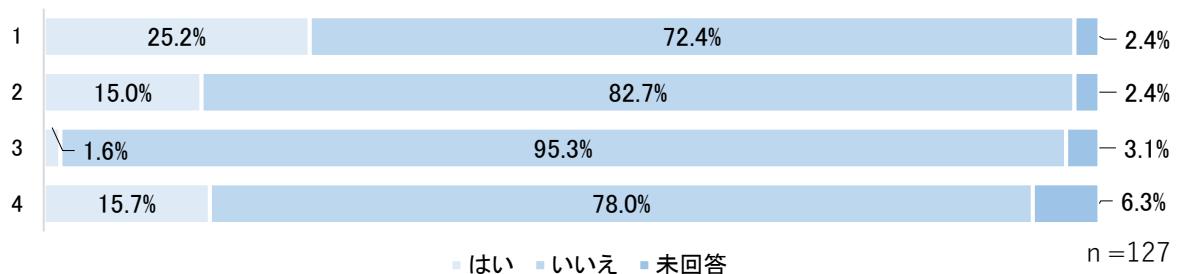
- (1) 調査結果は百分率で表示しており、小数点以下第2位を四捨五入していることから、合計値が100%にならない場合がある。また、回答者が二つ以上の回答をすることができる設問については、回答件数の合計は、回答者数(100%)を超える。
- (2) 各区分の最期の設問「医療と介護の連携について4つの場面ごとの課題とその解決策」は、自由記載的回答を傾向ごとに集約し、代表的な意見を抜粋して掲載している。

II 調査結果

1 区分1（調査対象：220 回答数：127 回答率：57.7%）

(1) 入退院時の情報共有について

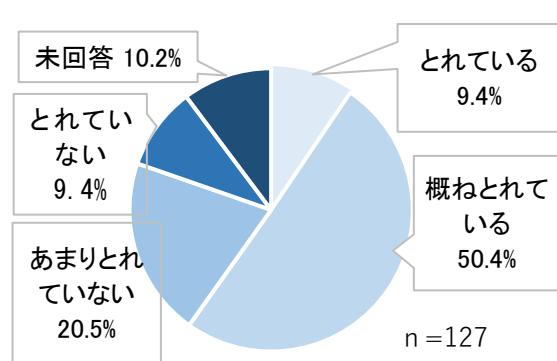
No.	質問項目	はい	いいえ	未回答	計
1	市の入退院支援ルール、入退院時情報共有シートを知っている	32 25.2%	92 72.4%	3 2.4%	127 100.0%
2	入院時情報提供シートをケアマネジャー等から受け取ったことがある	19 15.0%	105 82.7%	3 2.4%	127 100.0%
3	退院カンファレンスなどで退院時情報共有シートを使用したことがある	2 1.6%	121 95.3%	4 3.1%	127 100.0%
4	退院時に病院独自の様式やサマリーをケアマネジャー等に渡している	20 15.7%	99 78.0%	8 6.3%	127 100.0%



- 入退院時の情報共有ツールについて「知っている」割合は 25.2% で、実際に「受け取ったことがある」割合は 15.0% であった。この設問で「いいえ」を選択した場合の多くが、理由として「入退院に関わる症例がない」をあげていた。

(2) 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思うか

選択項目	回答数	割合
とれている	12	9.4%
概ねとれている	64	50.4%
あまりとれていない	26	20.5%
とれていない	12	9.4%
未回答	13	10.2%
計	127	100.0%



- 入退院支援において連携が「(概ね) とれている」と回答した割合は 59.8% で、半数を超えた。なお、未回答の場合に「入退院に関わる例がない」ことを理由にあげた医療機関が多かった。

(3) 入退院支援において在宅医療と介護の連携がとれていないと思う理由（複数選択）

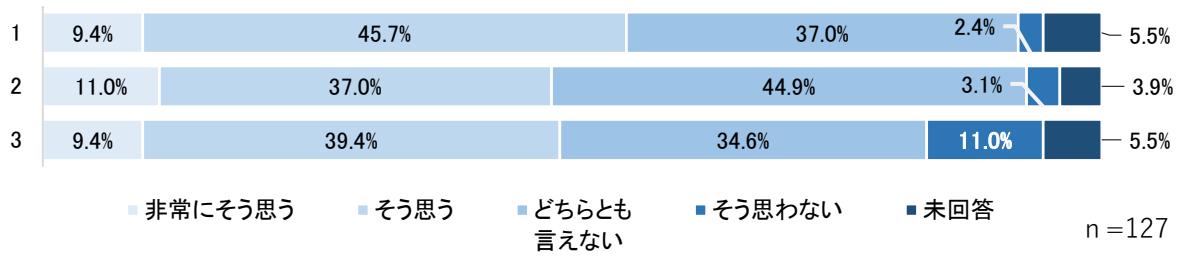
選択項目	回答数	割合
他職種と顔の見える関係が作れていない	19	50.0%
連携の体制が整っていない	17	44.7%
他職種の業務内容への理解不足	15	39.5%
情報交換する時間がない	13	34.2%
医療側の介護の知識不足	6	15.8%
介護側の医療の知識不足	5	13.2%
人材が育成されていない	4	10.5%
必要な研修を受講する機会がない	2	5.3%
その他	10	26.3%

n=38

- ・入退院支援において連携が「(あまり) とれていない」理由として最多なのが「他職種と顔の見える関係が作れていない」次いで「連携の体制が整っていない」である。「その他」を選択した理由として「入退院の症例が無い」「入院設備がない」などの記載が多くあった。

(4) 日常の療養支援について

No.	質問項目	非常にそう思う	そう思う	どちらとも言えない	そう思わない	未回答	計
1	多職種連携を円滑に進めるため情報共有システムの運用が必要	12 9.4%	58 45.7%	47 37.0%	3 2.4%	7 5.5%	127 100.0%
2	多職種連携強化のため関係者との研修機会はあったほうが良い	14 11.0%	47 37.0%	57 44.9%	4 3.1%	5 3.9%	127 100.0%
3	他職種と日常的に情報交換できる関係ができている	12 9.4%	50 39.4%	44 34.6%	14 11.0%	7 5.5%	127 100.0%

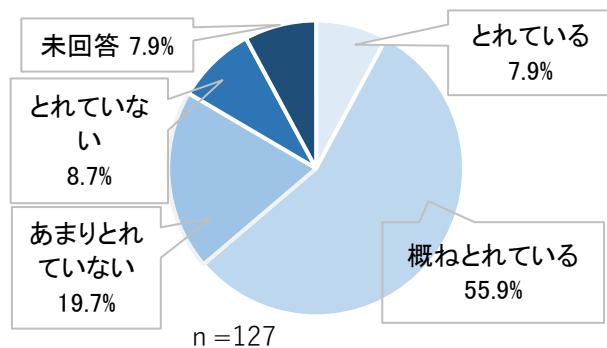


- ・「他職種と日常的に情報交換できる関係ができている」に「(非常に) そう思う」と回答したのは 48.8% であった。また、回答者の半数近くが日常の療養支援における多職種連携に関して、「情報共有システムの運用」や「関係者との研修機会」が必要と回答した。

調査区分 I

(5) 日常の療養支援において在宅医療と介護の連携はとれていると思うか

選択項目	回答数	割合
とれている	10	7.9%
概ねとれている	71	55.9%
あまりとれていない	25	19.7%
とれていない	11	8.7%
未回答	10	7.9%
計	127	100.0%



(6) 日常の療養支援において在宅医療と介護の連携がとれていないと思う理由（複数選択）

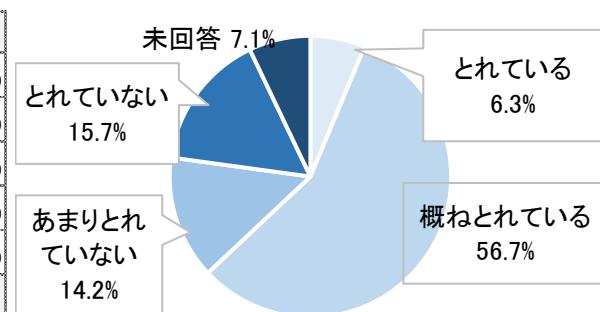
選択項目	回答数	割合
他職種と顔の見える関係が作れていない	18	50.0%
連携の体制が整っていない	17	47.2%
他職種の業務内容への理解不足	16	44.4%
情報交換する時間がない	12	33.3%
医療側の介護の知識不足	10	27.8%
介護側の医療の知識不足	8	22.2%
人材が育成されていない	5	13.9%
必要な研修を受講する機会がない	3	8.3%
その他	4	10.5%

n = 36

- 日常の療養支援において連携が「(概ね) とれている」と回答したのは半数超の 63.8% であり、「(あまり) とれていない」と回答した場合の理由として多いのが、「他職種と顔の見える関係が作れていない」次いで「連携の体制が整っていない」である。

(7) 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思うか

選択項目	回答数	割合
とれている	8	6.3%
概ねとれている	72	56.7%
あまりとれていない	18	14.2%
とれていない	20	15.7%
未回答	9	7.1%
計	127	100.0%



調査区分 I

(8) 急変時の対応において在宅医療と介護の連携がとれていないと思う理由（複数選択）

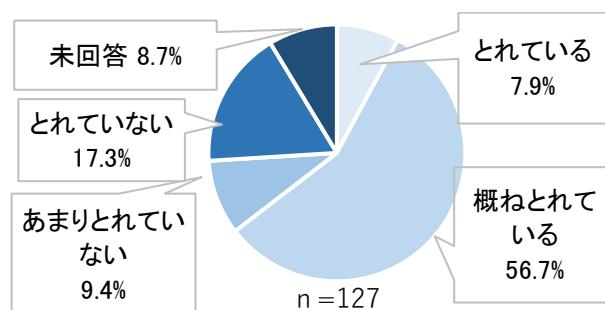
選択項目	回答数	割合
連携の体制が整っていない	22	57.9%
他職種と顔の見える関係が作れていない	16	42.1%
他職種の業務内容への理解不足	14	36.8%
介護側の医療の知識不足	10	26.3%
医療側の介護の知識不足	9	23.7%
人材が育成されていない	8	21.1%
情報交換する時間がない	4	10.5%
必要な研修を受講する機会がない	4	10.5%
その他	5	13.2%

n = 38

- 急変時の対応において連携が「(概ね) とれている」と回答したのは 63% で、「(あまり) とれていない」は 29.9% である。また連携がとれていない理由として多いのが、「連携の体制が整っていない」次いで「他職種と顔の見える関係が作れていない」である。

(9) 看取りの場面において在宅医療と介護の連携はとれていると思うか

選択項目	回答数	割合
とれている	10	7.9%
概ねとれている	72	56.7%
あまりとれていない	12	9.4%
とれていない	22	17.3%
未回答	11	8.7%
計	127	100%



(10) 看取りの場面において在宅医療と介護の連携がとれていないと思う理由（複数選択）

選択項目	回答数	割合
連携の体制が整っていない	14	41.2%
他職種と顔の見える関係が作れていない	12	35.3%
他職種の業務内容への理解不足	10	29.4%
医療側の介護の知識不足	8	23.5%
介護側の医療の知識不足	7	20.6%
情報交換する時間がない	6	17.6%
人材が育成されていない	5	14.7%
必要な研修を受講する機会がない	3	8.8%
その他	10	29.4%

n = 34

- 看取りの場面において連携が「(概ね) とれている」と回答した割合は 64.6% で「(あまり) とれていない」理由として多いのが、「連携の体制が整っていない」である。「その他」を選択した理由を「入院設備が無い、看取りに対応したことが無い」とする意見が多かった。

調査区分 I

(11) 患者が「自宅で過ごす」ことを選択したが意向に沿えなかった場合の理由（複数選択）

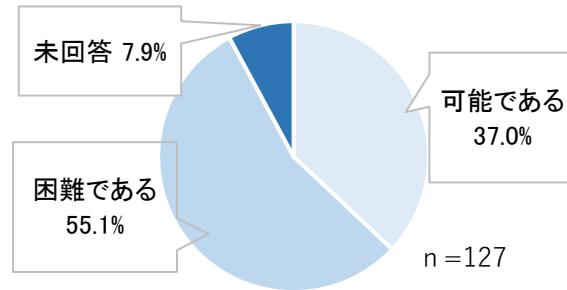
選択項目	回答数	割合
そのような経験がない	56	44.1%
本人と家族の意向に相違があり、家族の意向に従った	40	31.5%
疾病等の理由により医療関係者（主治医等）の助言に従った	24	18.9%
総合的に自宅で過ごすことが困難とケアマネジャー等が判断	19	15.0%
本人の意向を確認したことがない	2	1.6%
その他	10	7.9%
未回答	6	4.7%

n = 127

- 患者の「自宅で過ごす」という意向に沿えなかった場合の理由として「そのような経験がない」が最多の44.1%で、次に「本人と家族の意向に相違があり、家族の意向に従った」の31.5%であった。また「その他」として「終末期対応への家族の理解不足、医療・介護側の説明不足」との記載があった。

(12) 患者が「自宅で過ごす」を選択した場合最期まで過ごすことができると思うか

選択項目	回答数	割合
可能である	47	37.0%
困難である	70	55.1%
未回答	10	7.9%
計	127	100.0%



(13) 「自宅で過ごす」ことが困難だと思う理由は何か（複数選択可）

選択項目	回答数	割合
家族の協力や理解が得られない	39	55.7%
介護してくれる家族がいない	38	54.3%
居住環境が整っていない	31	44.3%
往診してくれるかかりつけ医がいない	24	34.3%
看護師の訪問体制が整っていない	13	18.6%
経済的な負担が大きい	10	14.3%
ヘルパーの訪問体制が整っていない	9	12.9%
その他	10	14.3%

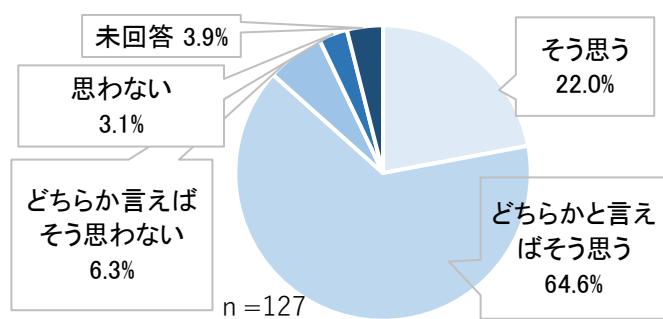
n = 70

- 「最期まで自宅で過ごす」ことが「困難」と思う割合が55.1%で、「可能」と思う割合の37.0%を上回った。「困難」を選択した理由として最も多かったのが「家族の協力や理解が得られない」の55.7%で、「介護してくれる家族がいない」が次いで多く、54.3%である。

調査区分 I

(14) 希望する人が在宅療養を継続できる体制を推進すべきと思うか

選択項目	回答数	割合
そう思う	28	22.0%
どちらかと言えばそう思う	82	64.6%
どちらか言えばそう思わない	8	6.3%
思わない	4	3.1%
未回答	5	3.9%
計	127	100.0%



- 「在宅療養を継続できる体制を推進すべきか」について「そう思う」「どちらかと言えばそう思う」が合わせて 86.6%である。

(15) 在宅療養を進めるにあたり必要な取組は何だと思うか（複数選択可）

選択項目	回答数	割合
専門職が困った時に相談できる窓口	65	51.2%
多職種で交流・意見交換する場	48	37.8%
地域単位で課題や対応策を検討する関係者による協議の場	41	32.3%
社会資源の充実	36	28.3%
市民への普及啓発	35	27.6%
専門職が在宅医療について学ぶことができる場	31	24.4%
入退院時の情報共有ツールの活用	30	23.6%
救急隊との連携	29	22.8%
専門職がA C Pについて学ぶことができる場	21	16.5%
その他	14	11.0%
未回答	14	11.0%

n = 127

- 「在宅療養を進めるにあたり必要な取組は何か」について、最も多い回答が「専門職が困った時に相談できる窓口」、次いで「多職種で交流・意見交換する場」である。「その他」を選択した場合の内訳として、「在宅療養に関する診療報酬を増やす」「医療・介護従事者不足の解消」「往診クリニックが増えれば良い」「市や医師会主導で開業医同士のグループ化を進めほしい」などの意見があった。

(16) 在宅療養を進めるにあたり地域単位で課題や対応策を協議したい関係者は誰か（複数選択）

選択項目	回答数	割合
訪問看護師（訪問看護ステーション）	39	95.1%
かかりつけ医（病院）	38	92.7%
かかりつけ医（診療所）	36	87.8%
ケアマネジャー	36	87.8%
薬剤師（病院・薬局）	18	43.9%
理学療法士等（訪問リハビリ事業所）	18	43.9%
歯科医（病院・診療所）	13	31.7%
その他	3	7.3%

n = 41

(17) 在宅療養を進めるにあたり多職種で交流・意見交換したい関係者は誰か（複数選択）

選択項目	回答数	割合
ケアマネジャー	42	87.5%
かかりつけ医（病院）	39	81.3%
かかりつけ医（診療所）	37	77.1%
訪問看護師（訪問看護ステーション）	36	75.0%
薬剤師（病院・薬局）	20	41.7%
理学療法士等（訪問リハビリ事業所）	17	35.4%
歯科医（病院・診療所）	16	33.3%
その他	4	8.3%

n = 48

- 在宅療養を進めるにあたり「地域単位で課題や対応策を協議したい関係者」と「多職種で交流・意見交換したい関係者」は誰かという設問に対し、ともに「訪問看護師（訪問看護ステーション）」「ケアマネジャー」「かかりつけ医（病院、診療所）」とする回答が多い。

(18) 在宅療養を進めるにあたり市民への普及啓発を進めたいのはどの分野か（複数選択）

選択項目	回答数	割合
在宅看取りに関する情報	29	82.9%
介護保険サービスの利用方法や内容	28	80.0%
在宅医療に対応する医療機関の情報	25	71.4%
地域の相談機関の情報	25	71.4%
急変時の対応に関すること	23	65.7%
A C Pに関する情報	19	54.3%
リハビリテーションに関する情報	14	40.0%
その他	3	8.6%

n = 35

調査区分 I

(19) 在宅療養を進めるにあたり充実させたい社会資源は何か（自由記載からの抜粋）

- ・介護保険と障害福祉サービスのはざまにいる方が利用できるものがあればいい
- ・集団が苦手な方への介護サービス等の対応を充実させてほしい
- ・在宅療養のコーディネーター
- ・関係者の医療知識の向上
- ・在宅で使える医療器具や設備の充実
- ・身寄りのない高齢者に対し、急変時対応や死後事務を含めた説明を、地域包括支援センターで対応してほしい
- ・介護施設を充実し、さらに密接に在宅と施設の連携をとれるようにする
- ・資源は充実しているが、十分活用できていない
- ・ヘルパー、訪問看護等の訪問系サービスの充実
- ・在宅医療を担う医療機関が圧倒的に少ないので、選択できるくらい充実させてもらいたい
- ・介護職の人員の増加（業務内容に見合った給与の設定）
- ・人工透析、中心静脈栄養など医療依存度の高い患者で、かつ経済的に余裕のない場合に引き受け可能な社会資源
- ・在宅専門医を充実し、訪問医療をさらに強化する

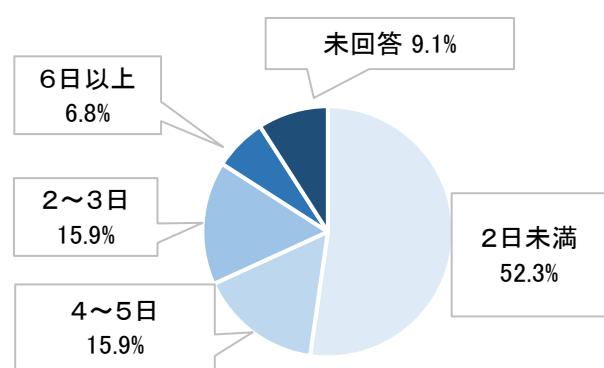
(20) 現在の往診・訪問診療の実施状況

選択項目	回答数	割合
往診・訪問診療の両方を実施（自宅での診察）	26	20.5%
往診・訪問診療の両方を実施（施設での診察）	27	21.3%
訪問診療のみ実施（自宅での診察）	8	6.3%
訪問診療のみ実施（施設での診察）	8	6.3%
往診のみ実施（自宅での診察）	5	3.9%
往診のみ実施（施設での診察）	7	5.5%
いずれも実施していない	72	56.7%
未回答	3	2.4%

n = 127

(21) 週あたりの訪問診療平均実施日数

選択項目	回答数	割合
2日未満	23	52.3%
4～5日	7	15.9%
2～3日	7	15.9%
6日以上	3	6.8%
未回答	4	9.1%
計	44	100.0%



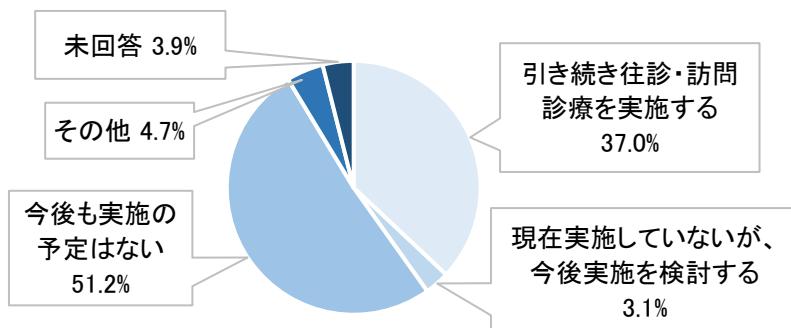
n = 44

調査区分 I

(22) 今後の往診・訪問診療の実施

選択項目	回答数	割合
引き続き往診・訪問診療を実施する	47	37.0%
現在実施していないが、今後実施を検討する	4	3.1%
今後も実施の予定はない	65	51.2%
その他	6	4.7%
未回答	5	3.9%
計	127	100.0%

n = 127



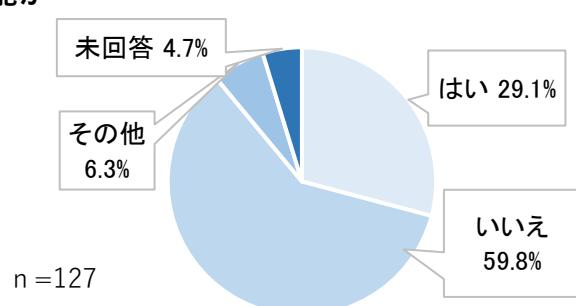
(23) 患者の状態悪化等により外来通院ができなくなった場合の対応（複数選択可）

選択項目	回答数	割合
往診・訪問診療が可能な医師を紹介する	55	43.3%
担当のケアマネジャーに対応を依頼する	39	30.7%
自ら往診・訪問診療をおこなう	35	27.6%
入院を勧める	31	24.4%
家族に対応を依頼する	29	22.8%
その他	10	7.9%
未回答	5	3.9%

n = 127

(24) 自宅や施設での終末期の看取り対応は可能か

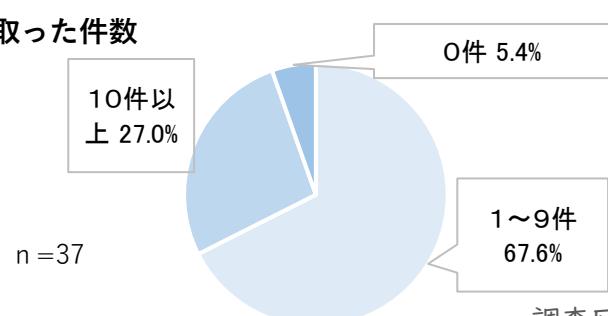
選択項目	回答数	割合
はい	37	29.1%
いいえ	76	59.8%
その他	8	6.3%
未回答	6	4.7%
計	127	100.0%



n = 127

(25) 看取り対応が可能な場合過去1年間に看取った件数

選択項目	回答数	割合
1～9件	25	67.6%
10件以上	10	27.0%
0件	2	5.4%
計	37	100.0%



n = 37

調査区分 I

(26) 医療・介護連携について4つの場面ごとに課題に思うこととその解決策

日常の療養支援

◆ 分類と代表的記述

○ 多職種間の連携不足

- ・医療と介護の人的接点が少ない。
- ・多職種間の顔が見える関係や、すぐにコミュニケーションが取れる体制ができていない。
- ・長らく専門職が支援しているにも関わらず問題をそのままにし、入院したら支援しやすいだろうというのは幻想だと気付いてほしい。
- ・安静を要する患者さんの案内やケアマネジャーとの連携等に課題を感じる。
- ・認定された介護度に応じてケアプランを埋めるだけの役割になっているケアマネジャーも見受けられ、連携が困難な場合がある。

○ 高齢独居の増加や家族の支援体制の弱体化等

- ・夫婦のみの世帯や独居の高齢者が多くなっており、また、家族と同居していても就労のために介護ができない家庭が多い。
- ・三世代以上同居による家族の支援。
- ・家族により、在宅療養のイメージが異なっていること。
- ・高齢で一人暮らしの場合、どこにどう相談したらいいか分からぬ。

○ 現行制度やケアマネジャーの能力の課題

- ・一部例外を除きショートステイは訪問診療の対象施設になっていないため、医療機関とのつながりを継続するための調整に難儀する事例がある。
- ・ケアマネジャーの能力差や役割認識の差が大きくなっていると感じる。

○ 経済的な課題

- ・経済的余裕がないことが問題になる場合が多い。
- ・身寄りがなく金銭的課題もある方には、問題が発生する前から早期介入してもらいたい。

○ 個人情報保護と情報連携のバランスについての課題

- ・個人情報保護の観点から、どの程度まで情報共有できるか判断が難しいときがある。

○ 退院時の指導が活用されていない状況

- ・退院時の指導が活かされていないと感じることがある。

○ その他

- ・人手不足のため、時間も不足している。
- ・疾患によっては入退院を繰り返す患者が多い。

◆ 考察

多職種間の連携不足や家庭環境の多様化、支援体制の弱体化が主な課題として挙げられた。また、ケアマネジャーの対応力に個人差があること、家族の理解不足、独居高齢者の増加や経済的困窮ケースの課題なども指摘されており、現行の制度による支援のみでは、対応が困難になっていることが分かった。この項に関しては解決策に関する記述が無かったが、日常の療養支援における多職種連携の推進のために、「ケアマネジャーに対する継続した研修や教育」や「対応が必要と思われる高齢者への早期介入と支援体制の整備」また、「地域で支えるための話し合いの場」などの対応策が必要だと考えられる。

調査区分Ⅰ

◆ 分類と代表的記述

○ ケアマネジャーとの連携や退院支援に関する課題

- ・ケアマネジャーから連絡がないため、こちらから連絡が取りづらい場合がある。
- ・ケアマネジャーによっては、入院後に連絡がないことがあるため、こちらから連絡をして入院前の状況について情報収集することがある。
- ・在宅生活または施設入所について、ケアマネジャーが判断し、家族に説明するケースがある。
- ・基幹病院の連携室が、退院先の選定をケアマネジャーに丸投げすることがある。
- ・連携上のマナーを守ってほしい。

○ 家族支援力の低下や家族間の意向不一致等による調整困難

- ・本人と家族の意向に相違があり、すり合わせるのに難航する場合がある。
- ・家族が高齢なため、意思決定が難しいことがある。

○ 医療機関の退院支援に関する課題

- ・退院先の選定をケアマネジャーに丸投げしているような場合がある。
- ・治療をして退院しても、結局病院にもどってしまうことがある。
- ・薬剤調整をしないまま退院になり、結局病院に戻ってしまう例がある。

○ 入院、入所の受入れ体制に関する課題

- ・二次医療機関の受入れ困難により、入院が不可能な例が増加している。
- ・痰吸引などの療養準備に、十分な時間を持って連携できるかどうか。

○ ACP の準備不足

- ・入院時情報提供シートの ACP 項目欄が空欄のことが多い。

○ 対応策に関する意見

- ・本人、家族、ケアマネジャー、医療職等が集まり、今後の生活の場を検討することが必要。
- ・個々の社会背景に応じ、医療機関が責任を持って退院先の選定に関わることが必要。
- ・具合の悪い方を気軽に入院させてくれる施設があればよい。

◆ 考察

最も多かった意見がケアマネジャーとの連携・情報共有に関するもので、とりわけ、入院前情報の把握が困難なことや、退院後の生活設計がケアマネジャー任せになっている状況が課題として浮かび上がった。また、家族と本人の意向の不一致、家族の支援力の低下、医療機関の退院支援への姿勢、退院後の受入れ体制の不備、ACP の浸透不足など、多方面に課題が点在していることが明らかとなった。退院支援や在宅移行の過程で、具体的にどこに課題が生じているのかを詳細に把握するため、「情報共有ルールの標準化」、「医療機関とケアマネジャー間の責任の明確化」などが必要だと考えられる。

急変時の対応

◆ 分類と代表的記述

○ 事前の意思確認の課題

- ・本人の意志が事前に確認できていないことがある。
- ・施設で看取りの方針になつてないにも関わらず、入院になつて混乱するケースがあった。
- ・事前に急変時対応を決めないまま、漫然とケアプランを更新している場合がある。
- ・医療機関も万能ではないので、誰がどこまでできるかを明確にしておくべき。
- ・自宅での看取りを希望していても、急変した時に動搖した家族が救急車を呼んだことが何回もあり、その局面を迎えると分からぬし難しい。

○ 急変時の受入に関する課題

- ・救急外来に受診の打診をして、断られるのがつらい。
- ・救急病院への搬送を断られることが増え、状態が悪くても帰宅させされることもある。
- ・かかりつけ医不在時のバックアップが皆無に等しく、かかりつけ医は命を削っている。
- ・主治医不在時の急変が課題。

○ 医療・介護連携に関する課題

- ・患者が急変した際の適切な対応を、医療機関と介護施設が連携しておこなうことの難しさ。

○ 対応策に関する意見

- ・状況の変化により意思も変化する場合があるため、必要に応じて A C P は繰り返し行うことが大切。
- ・予め本人、家族、関係者とで意思確認をすることが必要。
- ・緊急時の情報共有や連携の体制作り。

○ 肯定的な意見

- ・往診してくれた医師が、今後のことなどを事前に説明してくれたおかげで、落ち着いて対応できたことに今でも感謝している。

◆ 考察

本人や家族の意思を事前に確認することで、急変時の混乱が抑えられるという認識が少しずつ広まってきてはいるが、この項の回答では、本人や家族の意思確認がなされないまま入院や急変を迎えて混乱するケースがあることや、急変時の搬送先、連絡手段などの事前整理が不十分で、ケアプランが形骸化していることなども課題として挙げられた。さらに、救急外来への搬送や受診を断られることがあるという課題も明らかになった。対応策としては、「訪問診療を実施している開業医の一覧作成」、「繰り返しの意思確認や連絡先リストの整備」、「フロー化された急変時対応策の整備」などが考えられる。一方で医師の事前説明に関する肯定的な意見もあり、このことは ACP 実践の効果を裏付けるものと考えられる。

看取り

◆ 分類と代表的記述

○ 看取りの環境に関する課題

- ・家族の有無などの家庭環境により、在宅で看取りをすることが現実的に難しい。
- ・在宅での看取りに対応できる往診医が少ない。
- ・施設で看取り可能であることを掲げているにも関わらず、実際には対応してもらえないケースがある。
- ・看取りを可能にしてくれるサービスの利用の具体的計画を提示する必要がある。

○ ACPに関する課題

- ・最期をどう迎えるかについて、早い段階で話し合いの機会を設けてほしい。
- ・長期に在宅療養している高齢者で、事前の意思確認を何度もおこなっていたとしても、最期は病院で亡くなることを望む家族も多い。
- ・家族や地域の専門職とACPについて考えたことがないというケースがある。
- ・食事が摂れないので入院するケースが多いが、入院したからといって食べられるようになるわけではないので、年齢や認知機能、嚥下機能を見ながら最後をどう迎えるか早い段階で話し合いの機会を設けてほしい。

○ 訪問診療・往診体制の課題

- ・往診医との連携に課題がある。
- ・主治医不在時に急変した場合の課題。

○ 対応策に関する意見

- ・事前に看取りの手順を関係者で共有しておく。
- ・看取る際のパターンに対しての対応力。
- ・予め本人、家族、関係者とで意思確認をすることが必要。
- ・できるだけ本人の考えに沿うことが重要だが、意思表明できない場合は関わる人々で延命についての考えをまとめておく必要がある。
- ・訪問診療を実施している開業医のグループ化。

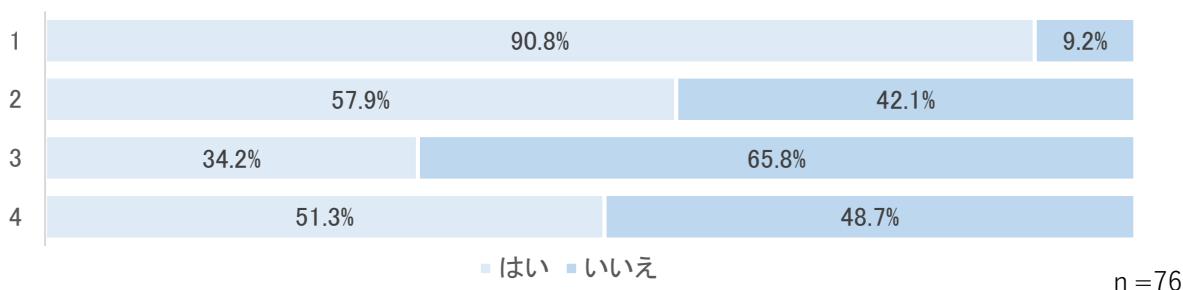
◆ 考察

終末期における、事前の意思確認の重要性が多く指摘された。また、往診医の不足や家庭環境等の条件の問題により、在宅での看取りの希望があっても、現実的に難しいという意見もあった。終末期の意思決定においては、「多職種・多方面での情報共有と価値観の擦り合わせ」が不可欠であり、「本人や家族と医療・介護関係者との早期の話し合いや情報共有」が、看取り期における認識のずれを避けるための鍵であると考えられる。

2 区分2（調査対象：143 回答数：76 回答率：53.1%）

(1) 入退院時の情報共有について

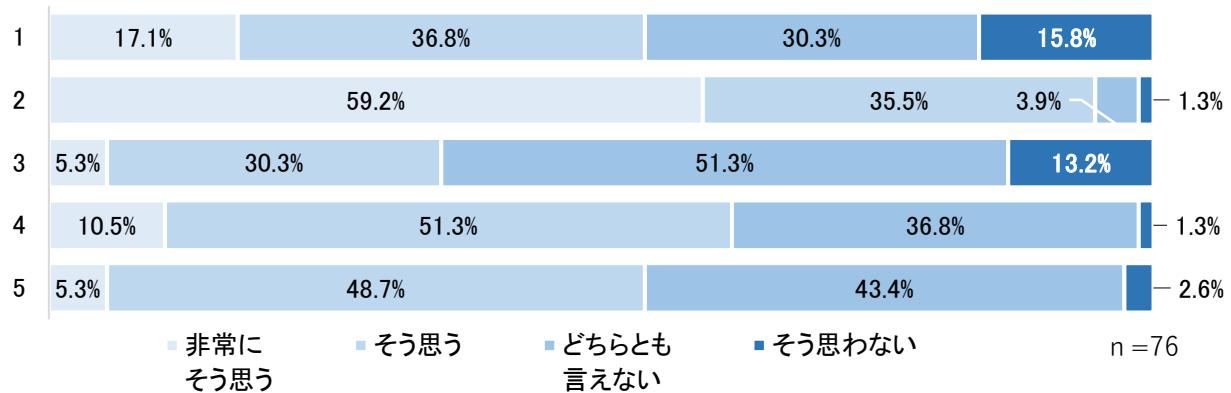
No.	選択項目	はい	いいえ	計
1	市の入退院支援ルール、入退院時情報共有シートを知っている	69 90.8%	7 9.2%	76 100.0%
2	入院時情報提供シートを使用し病院側に情報提供したことがある	44 57.9%	32 42.1%	76 100.0%
3	退院カンファレンスなどで退院時情報共有シートを使用したことがある	26 34.2%	50 65.8%	76 100.0%
4	入・退院時の情報共有の際は自事業所独自の様式を使用している	39 51.3%	37 48.7%	76 100.0%



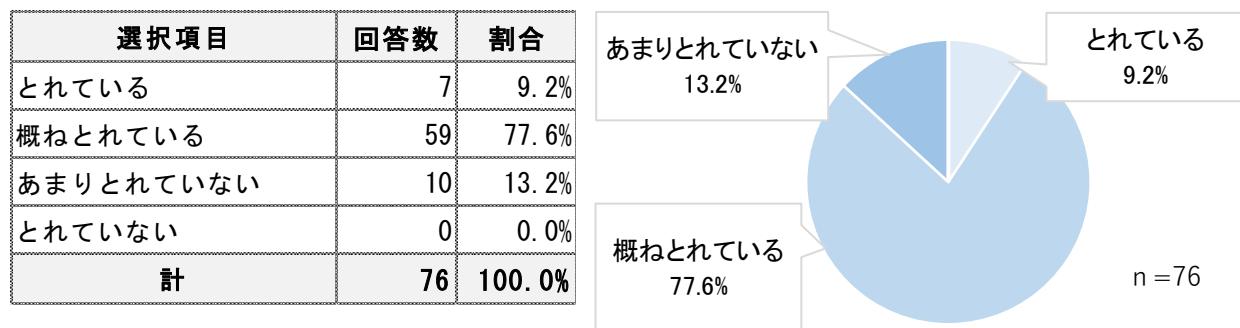
- ・入退院時の情報共有ツールについて「知っている」割合は、90.8%だが、入院時や退院時にツールを使用したことがあると回答したのは、それぞれ 57.9%、34.2%である。

(2) 退院支援について

No.	選択項目	非常に そう思う	そう思 う	どちらとも 言えない	そう思 わない	計
1	医療機関によって退院支援・調整の対応が異なり困ることがある	13 17.1%	28 36.8%	23 30.3%	12 15.8%	76 100.0%
2	病院で開催される退院前カンファレンスに参加している	45 59.2%	27 35.5%	3 3.9%	1 1.3%	76 100.0%
3	利用者や家族は病状について十分説明を受け理解している	4 5.3%	23 30.3%	39 51.3%	10 13.2%	76 100.0%
4	退院時に病院の主治医や連携担当者と円滑な連携がとれている	8 10.5%	39 51.3%	28 36.8%	1 1.3%	76 100.0%
5	病院から適切な情報提供がおこなわれている	4 5.3%	37 48.7%	33 43.4%	2 2.6%	76 100.0%



(3) 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思うか



(4) 入退院支援において在宅医療と介護の連携がとれていないと思う理由（複数選択）

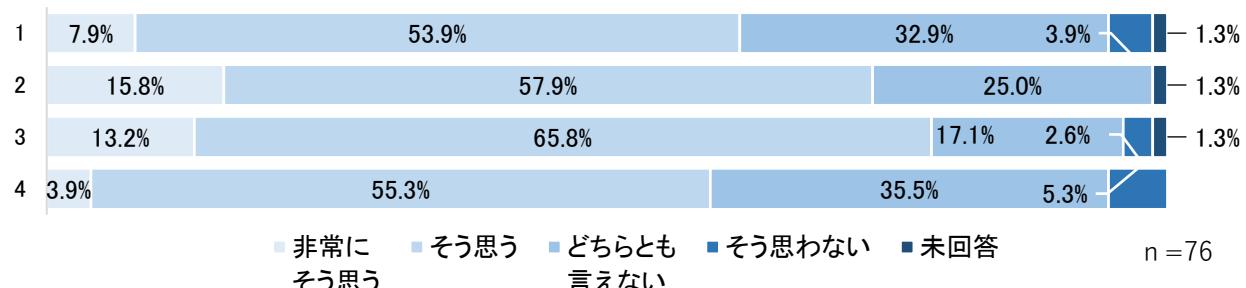
選択項目	回答数	割合
他職種の業務内容への理解不足	8	80.0%
介護側の医療の知識不足	8	80.0%
情報交換する時間がない	6	60.0%
医療側の介護の知識不足	6	60.0%
他職種と顔の見える関係が作っていない	4	40.0%
連携の体制が整っていない	4	40.0%
人材が育成されていない	3	30.0%
必要な研修を受講する機会がない	2	20.0%
その他	2	20.0%

n = 10

- 入退院支援の連携において、86.8%が「(概ね) とれている」と回答した。連携が「(あまり) とれていない」理由として最多なのが「他職種の業務内容への理解不足」「介護側の医療の知識不足」である。

(5) 日常の療養支援について

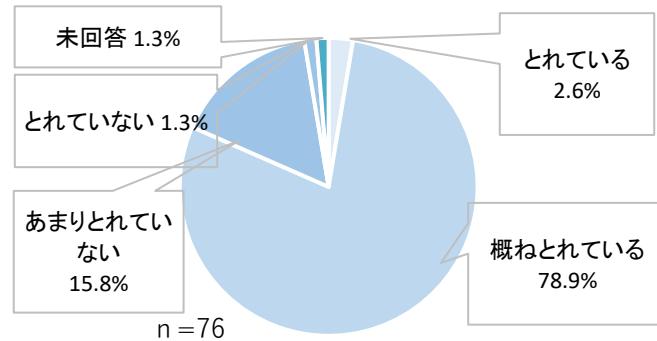
No.	選択項目	非常に そう思う	そう思う	どちらとも 言えない	そう思 わない	未回答	計
1	かかりつけ医等と情報共有ができる	6 7.9%	41 53.9%	25 32.9%	3 3.9%	1 1.3%	76 100.0%
2	多職種連携を円滑に進めるため情報共有システムの運用が必要	12 15.8%	44 57.9%	19 25.0%	0 0.0%	1 1.3%	76 100.0%
3	多職種連携強化のため関係者との研修機会はあったほうが良い	10 13.2%	50 65.8%	13 17.1%	2 2.6%	1 1.3%	76 100.0%
4	他職種と日常的に情報交換できる関係ができる	3 3.9%	42 55.3%	27 35.5%	4 5.3%	0 0.0%	76 100.0%



調査区分 2

(6) 日常の療養支援において在宅医療と介護の連携はとれていると思うか

選択項目	回答数	割合
とれている	2	2.6%
概ねとれている	60	78.9%
あまりとれていない	12	15.8%
とれていない	1	1.3%
未回答	1	1.3%
計	76	100.0%



(7) 日常の療養支援において在宅医療と介護の連携がとれていないと思う理由（複数選択）

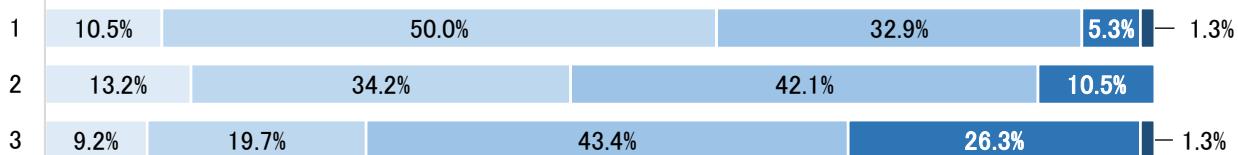
選択項目	回答数	割合
医療側の介護の知識不足	9	69.2%
介護側の医療の知識不足	7	53.8%
情報交換する時間ががない	6	46.2%
他職種と顔の見える関係が作れていない	5	38.5%
他職種の業務内容への理解不足	5	38.5%
連携の体制が整っていない	5	38.5%
人材が育成されていない	2	15.4%
必要な研修を受講する機会がない	2	15.4%
その他	3	23.1%

n = 13

- 日常の療養支援において、連携が「(概ね) とれている」と回答した割合は 81.5% で、「(あまり) とれていない」とする理由として最多なのが「医療側の介護の知識不足」、次いで多いのが「介護側の医療の知識不足」である。

(8) 急変時の対応について

No.	選択項目	非常に そう思う	そう思 う	どちらとも 言えない	そう思 わない	未回答	計
1	急変時についてかかりつけ医等と情報共有ができる	8 10.5%	38 50.0%	25 32.9%	4 5.3%	1 1.3%	76 100.0%
2	夜間休日に対応可能な医療資源が不足している	10 13.2%	26 34.2%	32 42.1%	8 10.5%	0 0.0%	76 100.0%
3	容態急変時にどこを受診するか判断に迷う	7 9.2%	15 19.7%	33 43.4%	20 26.3%	1 1.3%	76 100.0%



■非常に
そう思
う
■そ
う思
う
■ど
ちらとも
言
え
ない
■そ
う思
わ
ない
■未
回
答

n = 76

(9) 急変時の対応で苦慮したことについて（複数選択）

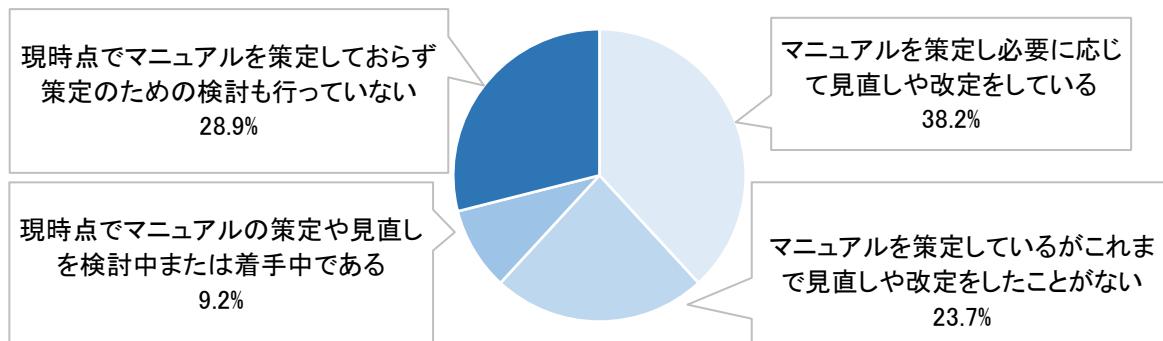
選択項目	回答数	割合
急変時の受診対応で特に苦慮したことはない	29	38.2%
夜間帯または休日のためどこへ搬送して良いかわからなかった	21	27.6%
高齢者や認知症を理由に受け入れを断られた	17	22.4%
その他	15	19.7%
未回答	3	3.9%

n = 76

- ・急変時の対応に関し「特に苦慮したことはない」とする割合が最多で38.2%であった。「その他」として「家族が県外在住で救急受診後の迎えに来てほしいと言われた」「必要と思われる時には救急搬送を助言するが、受診する医療機関については家族の判断に委ねている」などの意見があった。

(10) 急変時のマニュアルについて

選択項目	回答数	割合
マニュアルを策定し必要に応じて見直しや改定をしている	29	38.2%
マニュアルを策定しているがこれまで見直しや改定をしたことがない	18	23.7%
現時点でのマニュアルの策定や見直しを検討中または着手中である	7	9.2%
現時点でのマニュアルを策定しておらず策定のための検討も行っていない	22	28.9%
計	76	100.0%



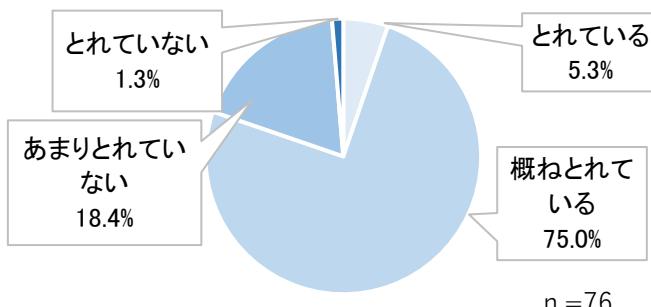
n = 76

- ・マニュアル策定済なのが61.9%で、全体の38.2%は「必要に応じて見直しや改定」を行っている。「現時点でのマニュアル未策定で検討も行っていない」のは28.9%である。

調査区分 2

(11) 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思うか

選択項目	回答数	割合
とれている	4	5.3%
概ねとれている	57	75.0%
あまりとれていない	14	18.4%
とれていない	1	1.3%
計	76	100.0%



n = 76

(12) 急変時の対応において在宅医療と介護の連携がとれていないと思う理由（複数選択）

選択項目	回答数	割合
医療側の介護の知識不足	11	73.3%
他職種の業務内容への理解不足	10	66.7%
介護側の医療の知識不足	9	60.0%
情報交換する時間がない	7	46.7%
連携の体制が整っていない	7	46.7%
必要な研修を受講する機会がない	6	40.0%
他職種と顔の見える関係が作れていない	3	20.0%
人材が育成されていない	2	13.3%
その他	3	20.0%

n = 15

- ・急変時の対応において連携が「(概ね) とれている」と回答した割合は 80.3% で、「(あまり) とれていない」は 19.7% である。連携がとれてない理由として最多なのが「医療側の介護の知識不足」次いで「他職種の業務内容への理解不足」である。

(13) 看取りについて（複数選択）

選択項目	回答数	割合
悪性腫瘍末期（各腫瘍）のかたの看取りに関わったことがある	61	80.3%
老年症候群、フレイル、老衰のかたの看取りに関わったことがある	59	77.6%
その他（神経難病等）の看取りに関わったことがある	16	21.1%
これまで看取りに関わったことはない	3	3.9%

n = 76

(14) 看取りについての考え方や取組について（複数選択）

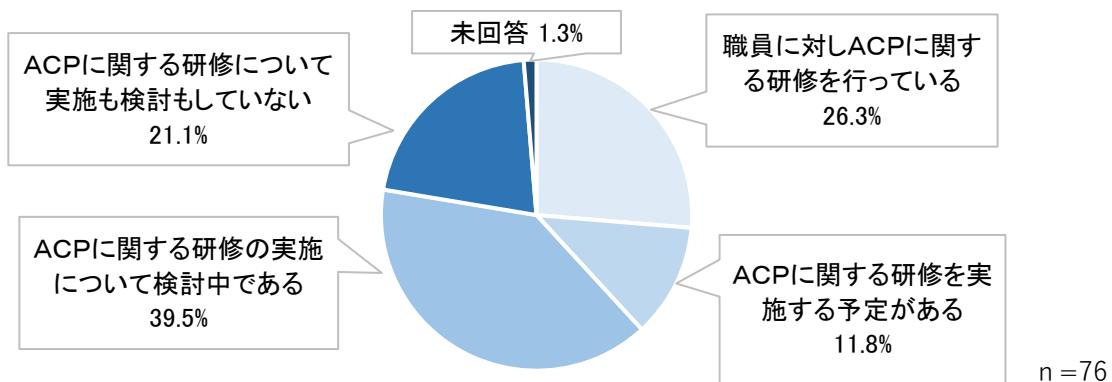
選択項目	回答数	割合
看取りに対応できる範囲や内容について本人・家族に説明している	57	75.0%
看取りに関わることは負担が大きい	43	56.6%
看取りをするために連携できる医師がいる	38	50.0%
今後施設や在宅で看取るケースは増えていくと感じている	31	40.8%

n = 76

調査区分 2

(15) ACPの研修について

選択項目	回答数	割合
職員に対しACPに関する研修を行っている	20	26.3%
ACPに関する研修を実施する予定がある	9	11.8%
ACPに関する研修の実施について検討中である	30	39.5%
ACPに関する研修について実施も検討もしていない	16	21.1%
未回答	1	1.3%
計	76	100.0%



- ACP の研修を「行っている」割合は 26.3%で、「実施を予定」「検討中」を含めると、77.6%である。

(16) ACPの実施について（複数選択）

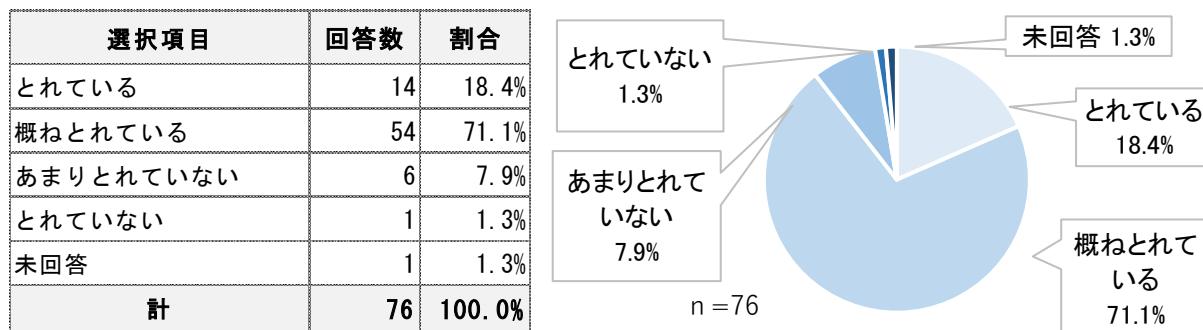
選択項目	回答数	割合
人生の最終段階にある利用者や家族が希望した場合に実施	42	55.3%
人生の最終段階にあるか否かに関わらず利用者や家族が希望した場合に実施	21	27.6%
人生の最終段階にある全ての利用者に実施	11	14.5%
ACPを含めた意志決定支援を実施していない	10	13.2%
人生の最終段階にあるか否かに関わらず全ての利用者に対して実施	7	9.2%
その他	3	3.9%
未回答	1	1.3%

n = 76

- 実施の時期は様々だが、大半が ACP の実施に取り組んでおり、「実施していない」とする割合は 13.2%である。「その他」として「ACPとまでは行かないが、最終段階時の対応等の確認をしている」という意見があった。

調査区分 2

(17) 看取りの場面において在宅医療と介護の連携はとれていると思うか



(18) 看取りの場面において在宅医療と介護の連携がとれていないと思う理由（複数選択）

選択項目	回答数	割合
介護側の医療の知識不足	6	85.7%
医療側の介護の知識不足	5	71.4%
他職種と顔の見える関係が作れていない	4	57.1%
連携の体制が整っていない	4	57.1%
他職種の業務内容への理解不足	3	42.9%
情報交換する時間がない	2	28.6%
必要な研修を受講する機会がない	2	28.6%
人材が育成されていない	1	14.3%
その他	2	28.6%

n = 7

- ・看取りの場面において連携が「(概ね) とれている」と回答した割合は 89.5% で、「(あまり) とれていない」は 9.2% である。連携がとれてない理由として最多なのが「介護側の医療の知識不足」次いで「医療側の介護の知識不足」である。「その他」として「家族の意向及び主治医との話し合い、方向性による意思決定が不可欠であるため、看取り対応の場合は連携が取れないと出来ない事だと思われる。」という意見があった。

(19) 利用者が「自宅で過ごす」ことを選択したが意向に沿えなかった場合の理由（複数選択）

選択項目	回答数	割合
本人と家族の意向に相違があり、家族の意向に沿った	48	63.2%
疾病等の理由により医療関係者（主治医等）の助言に従った	42	55.3%
総合的に考え自宅で過ごすことが困難だとケアマネジャー等が判断した	10	13.2%
本人の意向を確認したことがない	9	11.8%
そのような経験がない	0	0.0%
その他	4	5.3%

n = 76

- ・「自宅で過ごす」ことを選択したが、意向に沿えなかった場合の理由として最多なのが「本人と家族の意向に相違があり、家族の意向に沿った」 63.2% である。「その他」として「家族の支援が希薄」「経済的事情など」の記載があった。

調査区分 2

(20) 一年間に往診や訪問診療を利用した人数と利用を希望したが実現しなかった人数（合計数）

令和6年1月1日～同年12月末日までの 期間に往診や訪問診療を利用した人数	488
往診や訪問診療の利用を希望したが実現しなかった人数	13

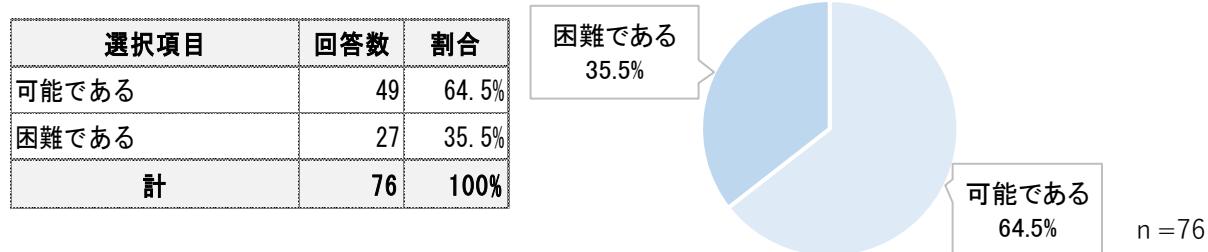
n = 76

(21) 往診や訪問診療を希望したが実現しなかった場合の理由（複数選択）

選択項目	回答数	割合
往診・訪問診療してくれる医師がいなかった	6	46.2%
入院治療が必要な状態だった	6	46.2%
認知機能やADLの低下により施設等で常時見守りが必要な状態であった	3	23.1%
訪問看護等の介護サービスの利用調整がつかなかった	1	7.7%
家族の協力体制が整わなかった	1	7.7%
その他	1	7.7%

n = 13

(22) 利用者が自宅で過ごすことを選択した場合最期まで過ごすことができると思うか



(23) 自宅で過ごすことが困難だと思う理由は何か（複数選択）

選択項目	回答数	割合
介護してくれる家族がない	26	96.3%
家族の協力や理解が得られない	23	85.2%
ヘルパーの訪問体制が整っていない	11	40.7%
往診してくれるかかりつけ医がない	10	37.0%
経済的な負担が大きい	10	37.0%
居住環境が整っていない	10	37.0%
看護師の訪問体制が整っていない	1	3.7%
その他	3	11.1%

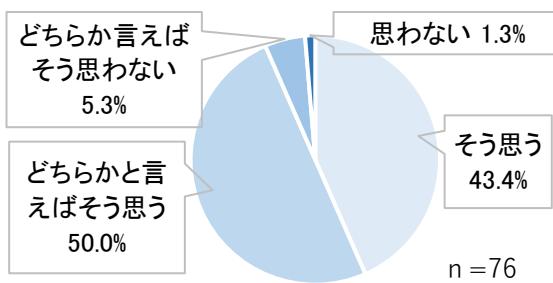
n = 27

- ・最期まで自宅で過ごすことが「可能」64.5%「困難」35.5%で、「その他」の意見として「サービス提供だけでは対応できない事態になった時、対応できる体制が整えられない」、「認知症や精神疾患がある方の生命を優先して考えた場合困難と判断する」があった。

調査区分 2

(24) 希望する人が在宅療養を継続できる体制を推進すべきと思うか

選択項目	回答数	割合
そう思う	33	43.4%
どちらかと言えばそう思う	38	50.0%
どちらかと言えばそう思わない	4	5.3%
思わない	1	1.3%
計	76	100%



- 「そう思う」と「どちらかと言えばそう思う」と合わせて 93.4% が在宅療養を継続する体制を推進べきと回答した。

(25) 在宅療養を進めるにあたり必要な取組は何だと思うか（複数選択）

選択項目	回答数	割合
専門職が困った時に相談できる窓口	59	77.6%
多職種で交流・意見交換する場	53	69.7%
専門職が在宅医療について学ぶことができる場	41	53.9%
地域単位で課題や対応策を検討する関係者による協議の場	39	51.3%
市民への普及啓発	37	48.7%
社会資源の充実	37	48.7%
専門職が ACP について学ぶことができる場	27	35.5%
救急隊との連携	23	30.3%
入退院時の情報共有ツールの活用	14	18.4%
その他	4	5.3%

n = 76

- 「在宅療養を進めるにあたり必要な取組」として最も多いのが「専門職が相談できる窓口」77.6%である。「その他」として「在宅での看取りを支援できる看護師や医療機関の充実」「在宅療養に対する、本人と家族の理解と経済的負担の軽減」などの意見があった。

(26) 在宅療養を進めるにあたり対応策を協議したい関係者は誰か（複数選択）

選択項目	回答数	割合
かかりつけ医（病院）	38	64.4%
かかりつけ医（診療所）	38	64.4%
訪問看護師（訪問看護ステーション）	35	59.3%
ケアマネジャー	31	52.5%
薬剤師（病院・薬局）	28	47.5%
理学療法士等（訪問リハビリ事業所）	24	40.7%
歯科医（病院・診療所）	19	32.2%
その他	9	15.3%

n = 39

調査区分 2

(27) 在宅療養を進めるにあたり多職種で交流・意見交換したい関係者は誰か（複数選択）

選択項目	回答数	割合
かかりつけ医（診療所）	49	92.5%
かかりつけ医（病院）	48	90.6%
訪問看護師（訪問看護ステーション）	45	84.9%
薬剤師（病院・薬局）	39	73.6%
ケアマネジャー	36	67.9%
理学療法士等（訪問リハビリ事業所）	30	56.6%
歯科医（病院・診療所）	21	39.6%
その他	6	11.3%

n = 53

- 在宅療養を進めるにあたり「対応策を協議したい関係者」「多職種で交流・意見交換したい関係者」とともに多いのが「かかりつけ医（病院、診療所）」であった。

(28) 在宅療養を進めるにあたり市民への普及啓発を進めたいのはどの分野か（複数選択）

選択項目	回答数	割合
在宅看取りに関する情報	35	94.6%
在宅医療に対応する医療機関の情報	32	86.5%
A C P に関する情報	27	73.0%
介護保険サービスの利用方法や内容	26	70.3%
急変時の対応に関すること	26	70.3%
地域の相談機関の情報	21	56.8%
リハビリテーションに関する情報	13	35.1%
その他	2	5.4%

n = 37

- 「普及啓発を進めたい分野」として最も多く挙げられたのが「在宅看取りに関する情報」
- 次に「在宅医療に関する医療機関の情報」であった。「その他」として「居宅サービスでは対応が難しいことでも柔軟性をもって対応できるので、看護小規模多機能型居宅介護をもっと知ってほしい」「在宅療養を選んだ場合、介護保険で利用できるサービスには量的制限があり、サービスを多く利用した場合経済的負担が発生すること」などの意見があった。

(29) 在宅療養を進めるにあたり充実させたい社会資源は何か（自由記載からの抜粋）

- 配食サービスの充実 ・ネットスーパーの充実 ・24時間対応ヘルパー
- 家族代行サービス ・安否確認サービス ・透析に通うための交通手段
- ボランティアによる訪問 ・自宅周辺の見守り強化できる体制作り ・入退院時の付添い
- 往診対応可能な地域の個人病院の充実 ・訪問診療を24時間対応で行ってくれる医師
- ヘルパー（介護保険）では対応できない時間帯や介入内容に対応してくれる民間事業所
- ストレッチャーが必要な場合病院でスムーズに準備してもらえるよう連携できるシステム
- 定期巡回・随時対応型訪問介護・看護 ・往診や訪問診療の通える範囲の拡大
- 民間の身元引受サービスは多額の費用が掛かかるため、その点をカバーする社会資源

調査区分 2

(30) 医療・介護連携について4つの場面ごとに課題に思うこととその解決策

日常の療養支援

◆ 分類と代表的記述

○ 医療・介護の連携不足に関する課題

- ・医療と介護の連携不足のため、必要な情報や協力が得られない。
- ・訪問看護師がケアマネジャーを通さずに、支援方針を決めてしまう場合がある。
- ・サマリー等の記入を断られたり、たらい回しにされたりすることがある。
- ・病院以外の医療機関には、MSW がいないため連携が困難。
- ・認知症の方を病院通院に結びつけても、本人が必要性を理解せずに拒否した時に「診察はしない」と断られたことがある。
- ・骨折後の予後や介助の情報を、医師から得たい。

○ 家族の協力体制や意思疎通に関する課題

- ・本人と家族、ケアマネジャーとの間で意見の相違がある。
- ・支援する家族が高齢だったり、認知機能が低下したりしている場合説明が通じない。
- ・子世代との確執があり、家族からの協力が得られないことがある。

○ 在宅療養支援体制に関する課題

- ・終末期の独居者に対する、夜間訪問介護などのサービスがない。
- ・往診可能な医療機関が少ない。
- ・地域的な理由で、往診クリニックが使えない。
- ・透析通院のための介護タクシーが減り、利用を断られる。
- ・定期受診が途切れている高齢者への支援が必要。

○ 制度等に関する周知不足

- ・一般の方は自宅で最期まで過ごせることを知らないことが多い。
- ・家族等に療養に関する知識が不足している。
- ・在宅療養に関する制度について情報提供する場が必要。

○ 経済的負担に関する課題

- ・訪問介護や訪問看護の費用がかさみ、利用を控える方がいる。
- ・診断書等の書類の記入費用が、病院ごとに異なり時に高額なケースもある。
- ・金銭面に課題を抱える方の相談先があるとよい。

◆ 考察

日常の療養支援に関わる職種間の、情報共有の不備や支援体制の不足に関する意見が多く挙げられた。また、本人・家族との意思疎通の難しさも課題であり、特に認知機能が低下している場合、受診すら困難になる場合があるとの指摘があった。さらに、在宅療養に関する制度や資源についての周知不足を指摘する意見もあった。対応策としては、「医療・介護連携のための相談窓口の明確化」、「情報共有ツール（ICT や共通書式）の導入」、「市民向けの説明資料の配布」などが考えられる。

入退院支援

◆ 分類と代表的記述

○ 退院支援体制の不備に関する課題

- ・退院時の情報提供が不十分。また、退院を急かされるような事例がある。
- ・退院の許可が出てから施設調整をする期間に、少し余裕を持たせてほしい。
- ・急に退院が決まり、家族が慌てて介護認定の申請を希望したりする場合がある。
- ・ADL 等を含めた可能な動作確認をしてもらえない。
- ・入院時の実際の状態を、確認できるようにしてほしい。
- ・退院前カンファレンスや面会を希望しても、感染症対策のため断られた。
- ・退院時サマリーを、訪問看護やリハビリを利用していないと書いてもらえない。

○ 医療・介護間、医療・家族間の情報連携に関する課題

- ・病院やケアマネジャー、家族との情報共有が十分にできていないことがある。
- ・病院内の連携が図れておらず、本人の状態の理解や説明が食い違っていることがある。
- ・家族からの情報と医療相談室からの情報に相違がある。

○ 医療と介護の役割や認識のずれ

- ・医療（治療）と介護（生活）の立場や考え方方に相違がある。
- ・介護保険について理解していない医師や看護師がおり、連携が図りづらい。
- ・施設には医療的なケアの限界があることが、病院側に理解してもらえない。

○ 社会資源や制度の理解不足

- ・介護保険について理解していない医師や看護師がいる。
- ・特定疾病についての理解が不足していると感じられる。

○ 入退院に関する研修や啓発に関する意見

- ・入退院支援について、医療機関と合同の研修が定期的にあるといい。
- ・他職種の役割を知った上で、連絡調整ができればトラブルも少なくなる。
- ・ACP を勧めて意思確認をする事で、希望に沿ったサービスの提供が出来る。

◆ 考察

退院支援の体制や情報連携の不備に関する指摘が多く見られた。また、医療と介護の役割の違いと認識のずれに関する課題も明らかになった。「退院調整連絡票や ADL 等状況確認票をチェックリスト形式などで情報共有を図る」、「入院後に、退院を見越した状況確認をおこなう」、「医療・介護両職種を対象とし、制度や職域の相互理解を促すための研修をおこなう」ことなどが対応策として考えられる。

急変時対応

◆ 分類と代表的記述

○ 独居や身寄りのない高齢者への対応

- ・急変時に独居の方や身寄りがない方への対応が難しい。
- ・家族が遠方または不在の場合、受診に同行した施設職員が病院での付き添いを求められる。
- ・身内がおらず、経済的な問題で身元保証サービスも利用できない方が入院になった場合、ケアマネジャーが諸々のことに対応しなければならない。

○ 急変時の連絡や判断に関する課題

- ・急変時に病院に事前連絡をしても、「来てもらっても診られない」と断られることがある。
- ・急変時の対応の流れについて、あらかじめ意向等を確認する必要がある。
- ・救急車を呼ぶべきかどうか判断に迷うことがある。
- ・家族や専門職でも、急変時にどうすれば良いか不安に感じている方もいる。

○ 医療・介護連携の課題

- ・急変時の情報連携において、時にケアマネジャーが置き去りとなる場合がある。
- ・医療側にケアマネジャー業務への理解が浸透しておらず、救急外来に呼ばれたりすることがある。
- ・救急搬送時に、医師などから何回も同じようなことを聞かれる場合がある。

○ 主治医との連携・往診体制

- ・往診可能な医師以外が主治医の場合、急変時に連絡が取れないことがある
- ・往診医から総合病院に直接連絡し申し送り等が可能になれば、スムーズな救急受診や搬送ができるのではないか
- ・かかりつけ医が、往診や訪問診療をしてくれるのが望ましいと思う

○ 家族との関係性

- ・急変の際の対応について家族との間で認識の差があり、理解が得られないことがある。
- ・家族が本人の既往歴等を知らないことが多く、救急搬送時の対応に困る。
- ・本人や家族が救急車を呼びたがらない場合がある。

○ 対応策に関する意見

- ・緊急時を予測し、様々な場面での対応策を日ごろから話しあう。
- ・訪問看護の緊急対応は安心感がある。
- ・急変時対応の研修が年1回位あるといい。
- ・救急車を呼んでから名前や搬送先の確認ではなく、最小限の確認で済むようにする。
- ・救急隊と情報共有し、急変時に連絡することで搬送などがスムーズにできるようする。

◆ 考察

急変時対応の場面においても、職種間の役割認識や情報伝達がスムーズにいかないという課題が多く挙げられた。一方、連携がうまく機能しているケースや、事前の備えが有効であるとする意見も見られた。この項に関しては、「急変時対応マニュアルやフローの作成と共有」、「急変時の判断やマニュアルの点検等に関する話し合い・研修の実施」、「利用者および家族に対し、事前の意向を確認しその情報を共有する」ことなどが必要と考えられる。

看取り

◆ 分類と代表的記述

○ 家族の理解、介護力に関する課題

- ・本人は自宅での看取りを希望していても、家族状況等の問題で進めることが難しかった。
- ・家族の介護力によって、在宅での看取りが可能な場合と不可能な場合がある。
- ・看取り期がいつまで続くか分からぬことがあるため、家族の負担軽減も図る必要がある。
- ・本人や家族に看取りの認識がないことがある。主治医からどのように説明を受けているか分からないと、助言に困ることがある。

○ 医療体制の課題

- ・往診できる医療機関や看取りに対応可能な事業所が少ない。
- ・訪問看護事業所は増えているが、医師の人員不足が課題。
- ・長年診てくれた主治医が往診できない場合、看取りを頼めないことが多くあった。
- ・今後対応可能な病院が減っていくことが想定され、地域の課題であると受け止めている。

○ ACP の普及に関する課題

- ・ACP は一般の方々に普及していないと感じる。
- ・病院でも ACP を取り入れてほしい。
- ・医療機関への入院時に限らず、定期受診の際などにも、ACPについて啓発してほしい。

○ 看取り後の家族支援についての課題

- ・亡くなった後はケアマネジャーの手から離れてしまうが、家族がどうしているか気になる。
- ・亡くなった後に、家族のモヤモヤ感や後悔が長く残るケースも多い。

○ 対応策に関する意見

- ・話合った際の反応等を、関係者全員で共有する。共有するためのツールがあればよいと思う。
- ・医師からの事例報告等の研修。
- ・看取りについてのリアルな情報を得て考える機会を、急変の間際ではなく早めにできる機会が増えると良い。

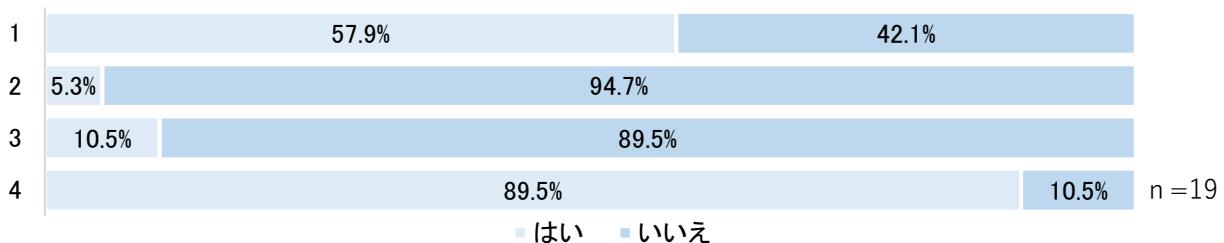
◆ 考察

家族の理解や介護力、現状の医療体制、ACP の普及啓発、看取り後の家族支援など、様々な課題が挙げられた。看取りの場面における課題解決のためには、「看取りについて早期から説明を始め、段階的に理解を深める」、「市民への講習や体験共有会の実施」、「秋田市在宅医療・介護連携センター作成の在宅療養のしおり等の活用」、「グリーフケアの導入」などが必要だと考えられる。

3 区分3 (調査対象:44 回答数:19 回答率:43.2%)

(1) 入退院時の情報共有について

No.	質問項目	はい	いいえ	計
1	市の入退院支援ルール、入退院時情報共有シートを知っている	11 57.9%	8 42.1%	19 100.0%
2	入院時情報提供シートを使用し病院側に情報提供したことがある	1 5.3%	18 94.7%	19 100.0%
3	退院カンファレンスなどで退院時情報共有シートを使用したことがある	2 10.5%	17 89.5%	19 100.0%
4	入・退院時の情報共有の際は自事業所独自の様式を使用している	17 89.5%	2 10.5%	19 100.0%



- ・入退院情報共有シートの認知度は57.9%で、実際の使用に関しては、入院時5.3%、退院時10.5%という割合である。入退院時の情報共有に関しては、9割近くが事業所独自の様式を使用していると回答した。

(2) 退院支援について

No.	質問項目	非常にそう思う	そう思う	どちらとも言えない	そう思わない	計
1	医療機関によって退院支援・調整の対応が異なり困ることがある	2 10.5%	8 42.1%	9 47.4%	0 0.0%	19 100.0%
2	病院で開催される退院前カンファレンスに参加している	9 47.4%	8 42.1%	2 10.5%	0 0.0%	19 100.0%
3	利用者や家族は病状について十分説明を受け理解している	1 5.3%	5 26.3%	11 57.9%	2 10.5%	19 100.0%
4	退院時に病院の主治医や連携担当者と円滑な連携がとれている	1 5.3%	10 52.6%	8 42.1%	0 0.0%	19 100.0%
5	病院から適切な情報提供がおこなわれている	0 0.0%	10 52.6%	9 47.4%	0 0.0%	19 100.0%

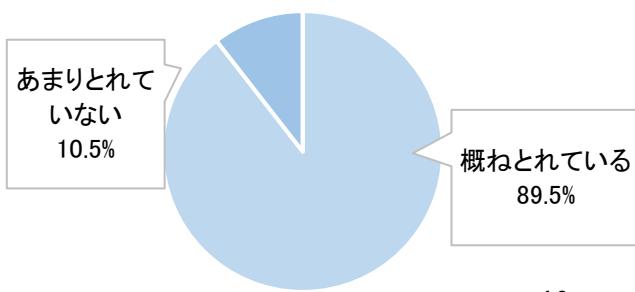
n = 19

- ・「退院前カンファレンスに参加している」かについて「(非常に) そう思う」と答えたのは89.5%だが、「円滑な連携がとれている」「適切な情報提供がおこなわれている」については「(非常に) そう思う」と回答した割合が、それぞれ57.9%と52.6%にとどまった。また「利用者や家族は十分な説明を受け理解している」について「(非常に) そう思う」の割合は31.6%であった。

調査区分 3

(3) 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思うか

選択項目	回答数	割合
とれている	0	0.0%
概ねとれている	17	89.5%
あまりとれていない	2	10.5%
とれていない	0	0.0%
計	19	100.0%



n = 19

(4) 入退院支援において在宅医療と介護の連携がとれていないと思う理由（複数選択）

選択項目	回答数	割合
介護側の医療の知識不足	2	100.0%
他職種と顔の見える関係が作れていない	0	0.0%
他職種の業務内容への理解不足	0	0.0%
情報交換する時間がない	0	0.0%
人材が育成されていない	0	0.0%
連携の体制が整っていない	0	0.0%
必要な研修を受講する機会がない	0	0.0%
医療側の介護の知識不足	0	0.0%
その他	2	100.0%

n = 2

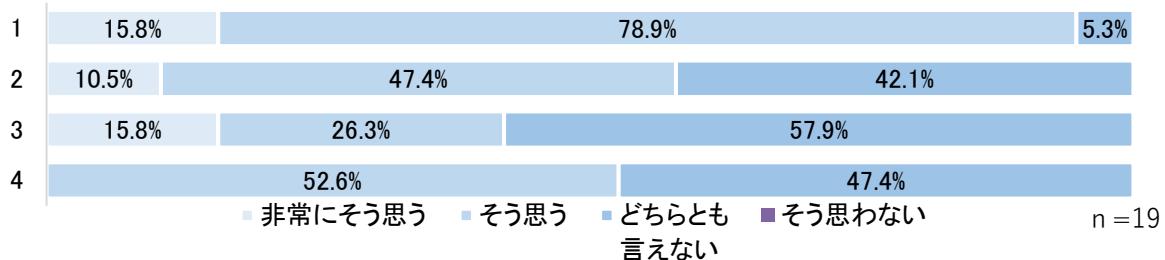
- ・入退院支援において医療と介護の連携が「概ねとれている」と回答した割合は89.5%である。連携が「あまりとれていない」理由の「その他」では、「病院ごとに対応の差が大きく、入院時に情報提供をしてもサマリーを出してくれない病院がある。」「在宅に行くことを快く思わない医師もいるため、連携が図りづらいことがある。」「指示書を書かない、書きたくないという医師もいる。」という意見があった。

(5) 日常の療養支援について

No.	質問項目	非常に そう思う	そう思う	どちらとも 言えない	そう思 わない	計
1	かかりつけ医等と情報共有ができる	3 15.8%	15 78.9%	1 5.3%	0 0.0%	19 100.0%
2	多職種連携を円滑に進めるため情報共有システムの運用が必要	2 10.5%	9 47.4%	8 42.1%	0 0.0%	19 100.0%
3	多職種連携強化のため関係者との研修機会はあったほうが良い	3 15.8%	5 26.3%	11 57.9%	0 0.0%	19 100.0%
4	他職種と日常的に情報交換できる関係ができている	0 0.0%	10 52.6%	9 47.4%	0 0.0%	19 100.0%

n = 19

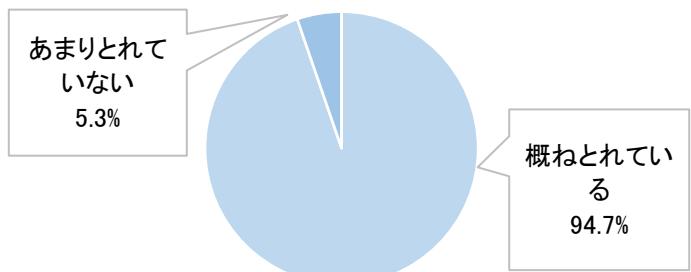
調査区分 3



- 「かかりつけ医等と情報交換できている」について「(非常に) そう思う」と回答したのは 94.7% だが、「他職種と日常的に情報交換できる関係ができている」について「そう思う」と回答したのは 52.6% で、僅かに半数を超える割合にとどまった。

(6) 日常の療養支援において在宅医療と介護の連携はとれていると思うか

選択項目	回答数	割合
とれている	0	0.0%
概ねとれている	18	94.7%
あまりとれていない	1	5.3%
とれていない	0	0.0%
計	19	100.0%



(7) 日常の療養支援において在宅医療と介護の連携がとれていないと思う理由（複数選択）

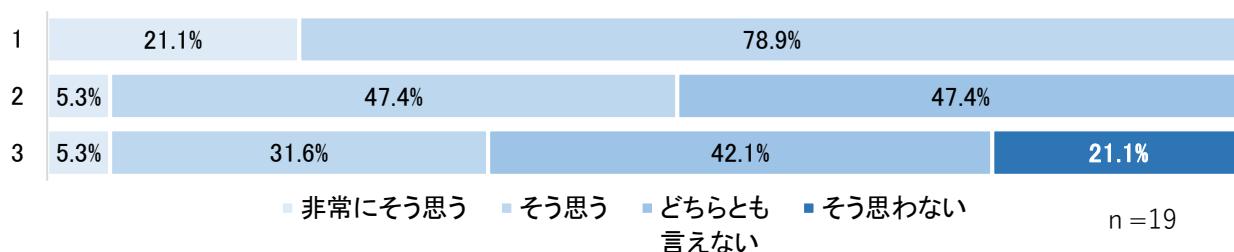
選択項目	回答数	割合
他職種の業務内容への理解不足	1	100.0%
介護側の医療の知識不足	1	100.0%
医療側の介護の知識不足	1	100.0%
人材が育成されていない	1	100.0%
他職種と顔の見える関係が作れていない	0	0%
情報交換する時間がない	0	0.0%
連携の体制が整っていない	0	0.0%
必要な研修を受講する機会がない	0	0.0%

n = 1

- 日常の療養支援において医療と介護の連携が「概ねとれている」とした割合は 94.7% で、「あまりとれていない」を選択した理由として「他職種の業務内容の理解不足」「介護側の医療の知識不足」「医療側の介護の知識不足」が挙げられた。

(8) 急変時の対応について

No.	質問項目	非常に そう思う	そう思う	どちらとも 言えない	そう思わな い	計
1	急変時についてかかりつけ医等と情報共有ができている	4 21.1%	15 78.9%	0 0.0%	0 0.0%	19 100.0%
2	夜間休日に対応可能な医療資源が不足している	1 5.3%	9 47.4%	9 47.4%	0 0.0%	19 100.0%
3	容態急変時にどこを受診するか判断に迷う	1 5.3%	6 31.6%	8 42.1%	4 21.1%	19 100.0%



- 急変時に「かかりつけ医等と情報共有ができている」かについて、「（非常に）そう思う」と回答した割合は100%だが、「夜間休日に対応可能な医療資源が不足している」では、52.7%が「（非常に）そう思う」を選択している。

(9) 急変時の対応で苦慮したことについて（複数選択可）

選択項目	回答数	割合
急変時の受診対応で特に苦慮したことはない	8	42.1%
夜間帯または休日のためどこへ搬送して良いかわからなかった	5	26.3%
高齢者や認知症を理由に受け入れを断られた	1	5.3%
その他	6	31.6%

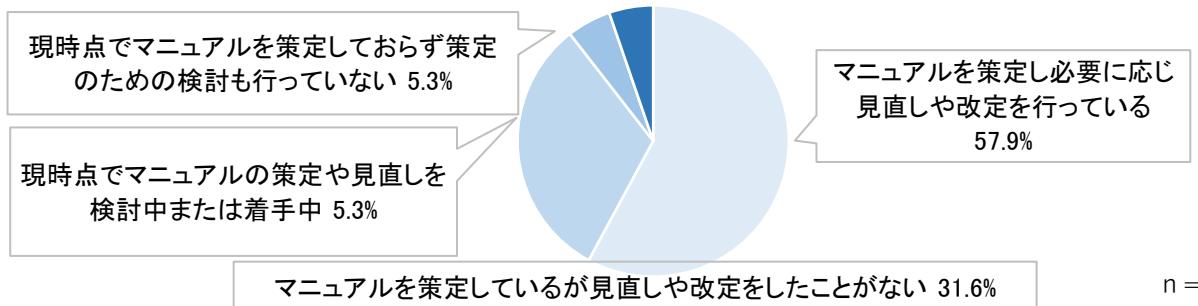
n = 19

- 急変時の対応に「苦慮したことない」と回答した割合は42.1%であった。この設問で「その他」を選択した理由として、「空床がないため救急車内で長時間待機があった」「ガン末期の患者さんが高熱で救急受診した時に点滴途中で帰宅するように言われた」「精神運動興奮、自傷他害の恐れのある場合には、警察か救急対応なのか迷う」「緊急搬送先を確認しているため受診先に悩むことはないが、救急要請か介護タクシーの利用なのか判断に困るときがある」などの意見があった。

調査区分 3

(10) 急変時のマニュアルについて

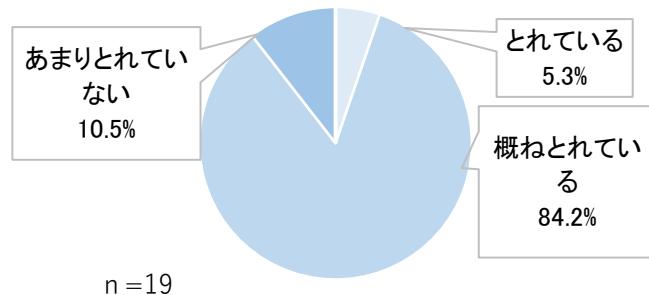
選択項目	回答数	割合
マニュアルを策定し必要に応じて見直しや改定をしている	11	57.9%
マニュアルを策定しているがこれまで見直しや改定をしたことがない	6	31.6%
現時点でマニュアルの策定や見直しを検討中または着手中である	1	5.3%
現時点でマニュアルを策定しておらず策定のための検討も行っていない	1	5.3%
計	19	100.0%



・89.5%がマニュアル策定済で、全体の 57.9%は「必要に応じて見直や改定」を行っている。

(11) 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思うか

選択項目	回答数	割合
とれている	1	5.3%
概ねとれている	16	84.2%
あまりとれていない	2	10.5%
とれていない	0	0.0%
計	19	100.0%



(12) 急変時の対応において在宅医療と介護の連携がとれていないと思う理由（複数選択）

選択項目	回答数	割合
他職種と顔の見える関係が作れていない	2	100.0%
他職種の業務内容への理解不足	2	100.0%
人材が育成されていない	1	50.0%
介護側の医療の知識不足	1	50.0%
情報交換する時間がない	0	0.0%
連携の体制が整っていない	0	0.0%
必要な研修を受講する機会がない	0	0.0%
医療側の介護の知識不足	0	0.0%
その他	0	0.0%

n = 2

調査区分 3

(13) 看取りについて（複数選択）

選択項目	回答数	割合
悪性腫瘍末期（各腫瘍）のかたの看取りに関わったことがある	14	73.7%
老年症候群、フレイル、老衰のかたの看取りに関わったことがある	13	68.4%
その他（神経難病等）の看取りに関わったことがある	10	52.6%
これまで看取りに関わったことはない	4	21.1%

n = 19

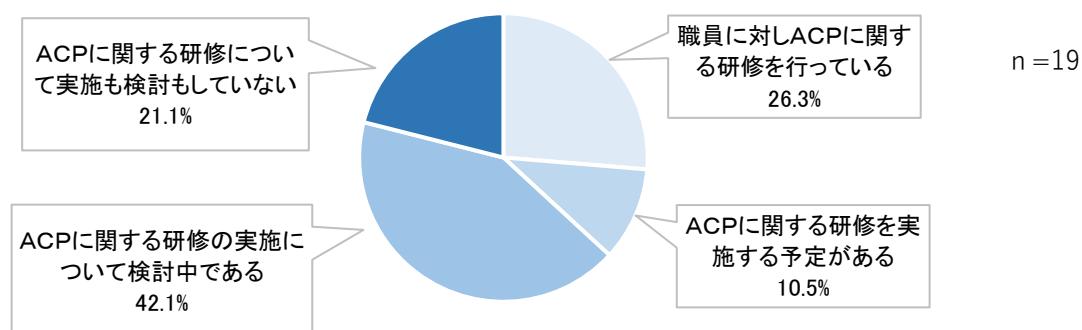
(14) 看取りについての考え方や取組について（複数選択）

選択項目	回答数	割合
看取りに対応できる範囲や内容について本人・家族に説明している	13	68.4%
看取りに関わることは負担が大きい	13	68.4%
看取りをするために連携できる医師がいる	12	63.2%
今後施設や在宅で看取るケースは増えていくと感じている	10	52.6%

n = 19

(15) A C P の研修について

選択項目	回答数	割合
職員に対し A C P に関する研修を行っている	5	26.3%
A C P に関する研修を実施する予定がある	2	10.5%
A C P に関する研修の実施について検討中である	8	42.1%
A C P に関する研修について実施も検討もしていない	4	21.1%
計	19	100.0%



- 「職員に対し A C P の研修を行っている」割合は 26.3% で、「研修実施予定」と「研修実施を検討」が合わせて 52.6% である。

調査区分 3

(16) ACPの実施について（複数選択）

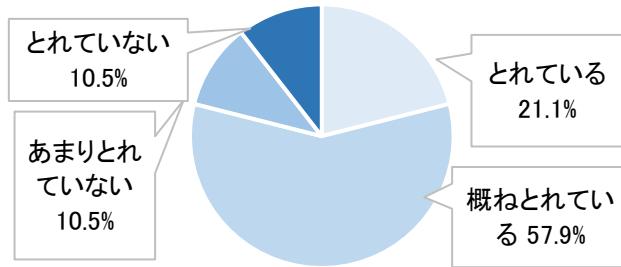
選択項目	回答数	割合
人生の最終段階にある全ての利用者に実施	7	36.8%
人生の最終段階にある利用者や家族が希望した場合に実施	6	31.6%
ACPを含めた意志決定支援を実施していない	3	15.8%
人生の最終段階にあるか否かに関わらず全ての利用者に対して実施	2	10.5%
人生の最終段階にあるか否かに関わらず利用者や家族が希望した場合に実施	2	10.5%
その他	1	5.3%

n = 19

- ACPについて「人生の最終段階にある全ての利用者に実施」の割合が36.8%であった。

(17) 看取りの場面において在宅医療と介護の連携はとれていると思うか

選択項目	回答数	割合
とれている	4	21.1%
概ねとれている	11	57.9%
あまりとれていない	2	10.5%
とれていない	2	10.5%
計	19	100.0%



n = 19

(18) 看取りの場面において在宅医療と介護の連携がとれていないと思う理由（複数選択）

選択項目	回答数	割合
他職種と顔の見える関係が作れていない	2	50.0%
人材が育成されていない	1	25.0%
医療側の介護の知識不足	1	25.0%
連携の体制が整っていない	1	25.0%
他職種の業務内容への理解不足	0	0.0%
情報交換する時間がない	0	0.0%
必要な研修を受講する機会がない	0	0.0%
介護側の医療の知識不足	0	0.0%
その他	2	50.0%

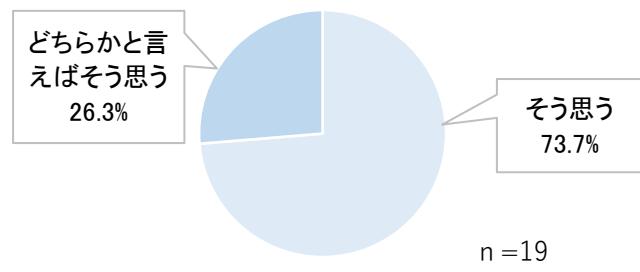
n = 4

- 看取りの場面において医療と介護の連携が「(概ね) とれている」とした割合は79.0%で、
「(あまり) とれていない」を選択した理由として「他職種と顔の見える関係が作れて
いない」が最多の50.0%である。

調査区分 3

(19) 自宅で療養生活を希望する人が在宅療養を継続できる体制を推進すべきと思うか

選択項目	回答数	割合
そう思う	14	73.7%
どちらかと言えばそう思う	5	26.3%
どちらかと言えばそう思わない	0	0.0%
思わない	0	0.0%
計	19	100.0%



(20) 在宅療養を進めるにあたり必要な取組は何だと思うか（複数選択）

選択項目	回答数	割合
多職種で交流・意見交換する場	14	73.7%
地域単位で課題や対応策を検討する関係者による協議の場	11	57.9%
専門職が困った時に相談できる窓口	10	52.6%
社会資源の充実	10	52.6%
市民への普及啓発	9	47.4%
救急隊との連携	7	36.8%
専門職が在宅医療について学ぶことができる場	5	26.3%
入退院時の情報共有ツールの活用	5	26.3%
専門職がA C Pについて学ぶことができる場	4	21.1%
その他	4	21.1%

n = 19

(21) 在宅療養を進めるにあたり地域単位で課題や対応策を協議したい関係者は誰か（複数選択）

選択項目	回答数	割合
かかりつけ医（病院）	11	100.0%
ケアマネジャー	11	100.0%
かかりつけ医（診療所）	9	81.8%
薬剤師（病院・薬局）	7	63.6%
歯科医（病院・診療所）	4	36.4%
理学療法士等（訪問リハビリ事業所）	4	36.4%
訪問看護師（訪問看護ステーション）	3	27.3%
その他	1	9.1%

n = 11

調査区分 3

(22) 在宅療養を進めるにあたり多職種で交流・意見交換したい関係者は誰か（複数選択）

選択項目	回答数	割合
ケアマネジャー	13	92.9%
かかりつけ医（病院）	12	85.7%
かかりつけ医（診療所）	10	71.4%
薬剤師（病院・薬局）	7	50.0%
訪問看護師（訪問看護ステーション）	7	50.0%
歯科医（病院・診療所）	3	21.4%
理学療法士等（訪問リハビリ事業所）	3	21.4%
その他	3	21.4%

n=14

(23) 在宅療養を進めるにあたり市民への普及啓発を進めたいのはどの分野か（複数選択）

選択項目	回答数	割合
在宅医療に対応する医療機関の情報	7	77.8%
介護保険サービスの利用方法や内容	6	66.7%
在宅看取りに関する情報	6	66.7%
A C Pに関する情報	6	66.7%
地域の相談機関の情報	5	55.6%
急変時の対応に関すること	5	55.6%
リハビリテーションに関する情報	2	22.2%
その他	0	0.0%

n=9

- 「市民への普及啓発を進めたい分野」について、最も多いのが「在宅医療に対応する医療機関の情報」の 77.8%である。次いで「介護保険」「在宅看取り」「A C P」に関する情報の 66.7%である。

(24) 在宅療養を進めるにあたり充実させたい社会資源は何か（自由記載）

- 受診同行できるヘルパーや介護タクシー
- 日中、夜間問わず利用できる介護事業所の充実
- 往診や訪問診療を行う医師
- 見守り事業。ゴミ出しボランティア
- 災害が予想されるときの避難協力

調査区分 3

(25) 医療・介護連携について4つの場面ごとの課題とその解決策

日常の療養支援

◆ 分類と代表的記述

○ 人材不足

- ・ヘルパーの数が不足し、負担も大きくなっている。
- ・身体介護の技術差が大きいように思う。

○ 情報連携の不足

- ・ケアマネジャーに、転倒や体調悪化などの状況報告をしたが、他職種に伝わっていない。

○ ICT ツールの整備

- ・緊急時以外はFAX等でやり取りすることが多いが、ICTを活用したコミュニケーションツールの普及が必要と思う。

○ 医師との関係性

- ・訪問診療の医師には些細なことも報告できて安心感があるが、総合病院の医師が主治医の場合、相談が難しいと感じる。

○ 提言

- ・清潔援助の場面で、看護と介護が連携しながら援助をおこなう。

◆ 考察

ヘルパーの人員不足や介護技術のスキルに差があること、多職種間の情報共有の不足やアナログな連絡手段等が課題に挙がった。また、訪問診療医と総合病院医師との関わり方に差があるという意見からは、医療職間での関係性構築が課題になっていることが分かった。対応策として、「ケアマネジャーが中心となって情報共有の場を設ける」、「ICTを活用した連絡ツールの導入」、「医療機関との相談ルールの共有」などが有効ではないかと考えられる。

入退院支援

◆ 分類と代表的記述

○ 退院支援・在宅への移行について

- ・自宅に戻ることをイメージして、退院支援をしてほしい。
- ・病院では看護師の支援により過ごしているが、自宅では自分や家族がやらなければならぬことが多い。
- ・退院時に出た課題は引き継いで、在宅生活への支援をしたい。
- ・できるだけ退院前カンファレンスを開催してほしい。

○ インフォームドコンセントの質

- ・治療の選択、療養場所の選択の説明が不十分だと感じることが多々ある。

○ 退院調整の負担

- ・退院を急かされる時があるが、受け入れの体制が整わない場合ある。

◆ 考察

最も多く寄せられたのが、退院支援や在宅移行支援に関することで、病院での生活と在宅での生活にはギャップがあるにも関わらず、移行をスムーズにするための支援体制が十分ではないという意見や退院前カンファレンス開催の要望、退院後の現実的な生活に向けた支援が不足していることなどが課題として挙げられた。この項については、「退院後の生活を見据えた支援について関係者が揃ったカンファレンスの場で話合う」、「本人や家族に対して、治療や療養先の具体的な説明を行う」、「退院後の生活を整えられるように退院スケジュールを調整すること」などが必要と考えられる。

急変時対応

◆ 分類と代表的記述

○ 在宅療養の理解不足

- ・病棟スタッフの、在宅の現場への理解が不足している。
- ・在宅での限界があることを理解してほしい。

○ 急変時対応の課題

- ・急変場面における、それぞれの役割のマニュアルがない。
- ・夜間などに主治医への連絡が困難な場がある。

○ 単身高齢者の緊急時対応の負担

- ・親族がいない、または県外在住の場合、病院への付添いが必要となり負担が大きい。

◆ 考察

急変時対応マニュアルの不在や夜間に主治医と連絡がつかない状況、救急搬送時の付き添い等の負担は、在宅支援側にとって不安要因であり、単身高齢者のリスクにもつながる。また、様々な条件により在宅での支援が異なるため、病棟スタッフの理解や柔軟な対応が必要である。急変時の対応においては、「在宅支援のスタッフと病棟スタッフによる意見交換の場」、「緊急時マニュアルの整備と点検」、「遠方の家族とオンラインで情報共有できる仕組みの構築」などが必要だと考えられる。

看取り

◆ 分類と代表的記述

○ ACPに関する課題

- ・介護職員に対してACP研修の機会を設け、同じ目線で看取りに関わっていけるようにしたい。
- ・ACPに関し、医師からの明確な指示があれば助かる。

○ 独居高齢者の看取り支援

- ・独居だから選択肢が施設や病院になってしまうことが課題。

○ 看取りに対する周囲の理解不足

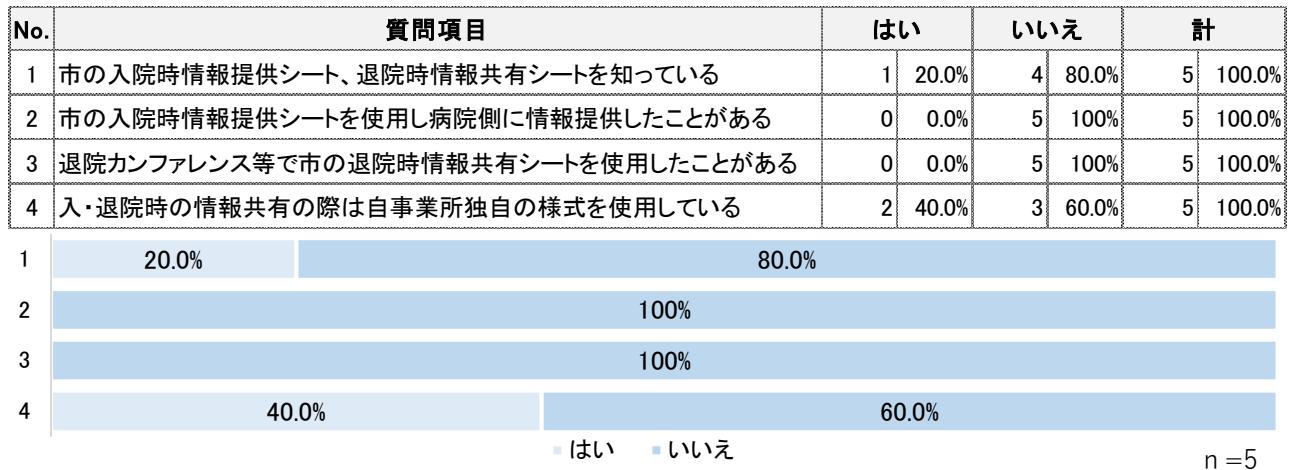
- ・自宅で看取ることが悪いことではないことを周知してほしい。

◆ 考察

看取りに対する社会的な理解不足や独居高齢者の看取りについての選択肢が限られるといった課題が抽出された。今後は、「介護職向けの研修を実施し、多職種間で ACP の理解の統一を図る」、「地域包括支援センターなどと連携し、多職種チーム支援の導入を図る」、「市民に向けて ACP に関するリーフレット配布や講座を開催することにより、看取りに関する理解促進を図る」ことなどが必要だと考えられる。

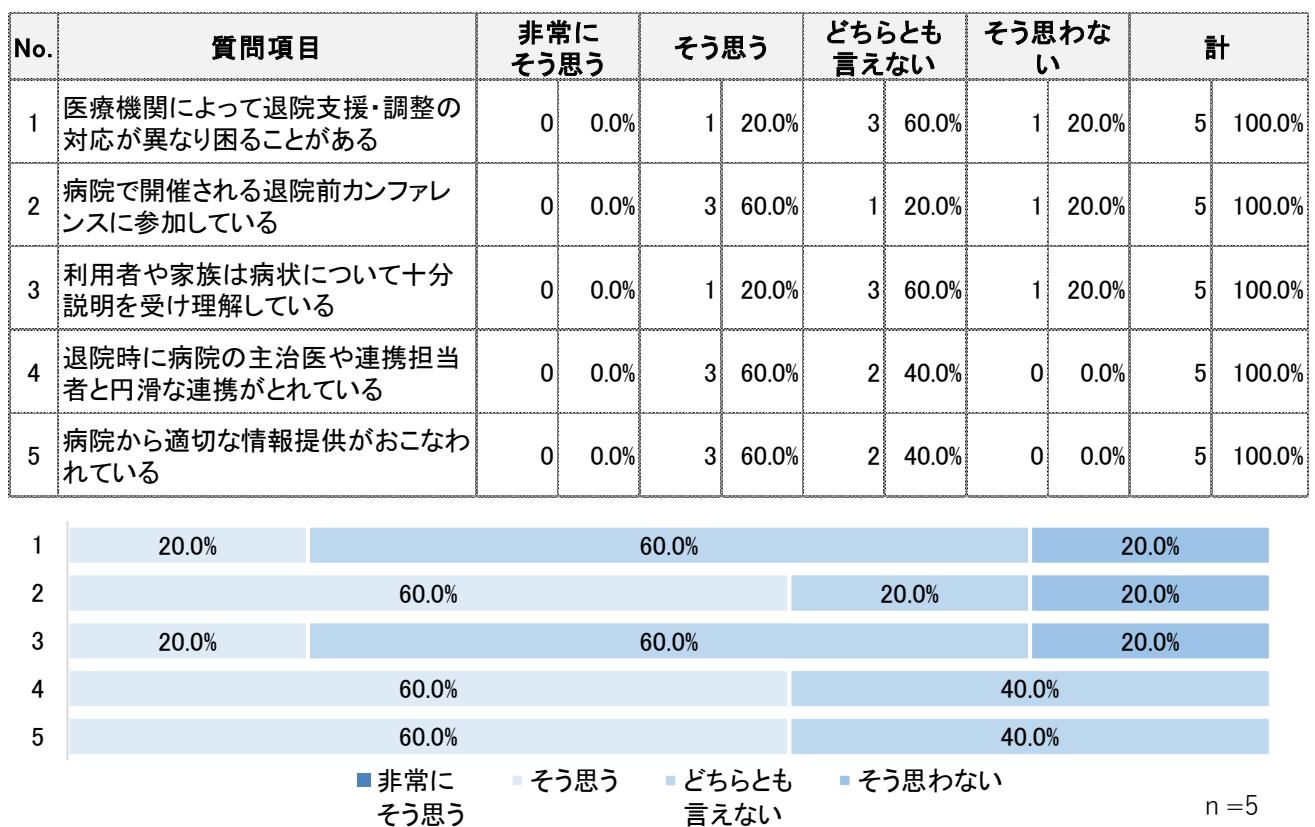
4 区分4（調査対象：6 回答数：5 回答率：83.3%）

(1) 入退院時の情報共有について



- ・入退院情報共有シートの認知度は20%で、入退院時に使用すると回答したのは0%である。

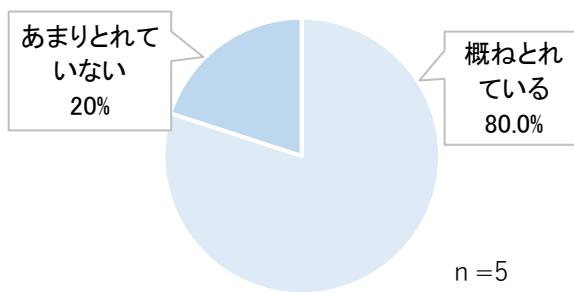
(2) 退院支援について



調査区分4

(3) 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思うか

選択項目	回答数	割合
とれている	0	0.0%
概ねとれている	4	80.0%
あまりとれていない	1	20.0%
とれていない	0	0.0%
計	5	100.0%



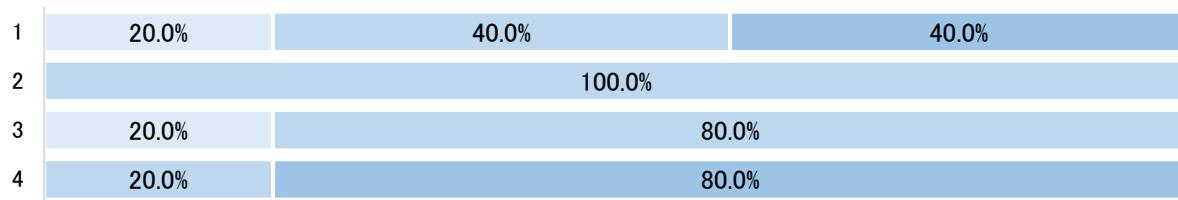
(4) 入退院支援において在宅医療と介護の連携がとれていないと思う理由（複数選択）

選択項目	回答数	割合
他職種と顔の見える関係が作れていない	1	100.0%
他職種の業務内容への理解不足	0	0.0%
連携の体制が整っていない	0	0.0%
介護側の医療の知識不足	0	0.0%
医療側の介護の知識不足	0	0.0%
情報交換する時間がない	0	0.0%
人材が育成されていない	0	0.0%
必要な研修を受講する機会がない	0	0.0%
その他	1	100.0%

n = 1

(5) 日常の療養支援について

No.	質問項目	非常に そう思う	そう思う	どちらとも 言えない	そう思わない	計
1	かかりつけ医等と情報共有ができる	1 20.0%	2 40.0%	2 40.0%	0 0.0%	5 100.0%
2	多職種連携を円滑に進めるため情報共有システムの運用が必要	0 0.0%	5 100%	0 0.0%	0 0.0%	5 100.0%
3	多職種連携強化のため関係者との研修機会はあったほうが良い	1 20.0%	4 80%	0 0.0%	0 0.0%	5 100.0%
4	他職種と日常的に情報交換できる関係ができている	0 0.0%	1 20.0%	4 80.0%	0 0.0%	5 100.0%

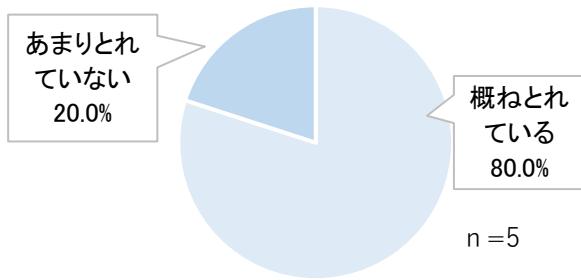


■非常に
そう思う
■そう思う
■どちらとも
言えない

n = 5

(6) 日常の療養支援において在宅医療と介護の連携はとれていると思うか

選択項目	回答数	割合
とれている	0	0.0%
概ねとれている	4	80.0%
あまりとれていない	1	20.0%
とれていない	0	0.0%
計	5	100.0%



(7) 日常の療養支援において在宅医療と介護の連携がとれていないと思う理由（複数選択）

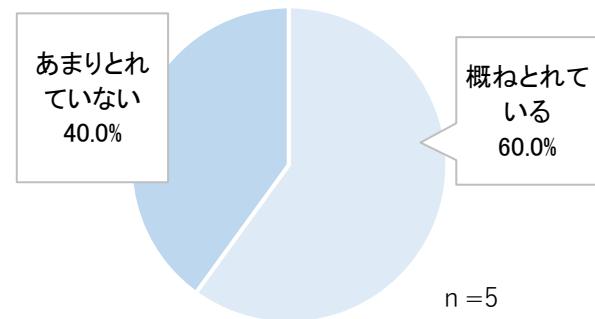
選択項目	回答数	割合
連携の体制が整っていない	1	50.0%
介護側の医療の知識不足	1	50.0%
他職種と顔の見える関係が作れていない	1	50.0%
他職種の業務内容への理解不足	0	0.0%
医療側の介護の知識不足	0	0.0%
情報交換する時間がない	0	0.0%
人材が育成されていない	0	0.0%
必要な研修を受講する機会がない	0	0.0%
その他	1	50.0%

n = 1

- 「その他」として「入退院の際、老健の施設職員とケアマネジャーから情報提供はあったが、在宅医療機関との関りはなかった」との意見があった。

(8) 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思うか

選択項目	回答数	割合
とれている	0	0.0%
概ねとれている	3	60.0%
あまりとれていない	2	40.0%
とれていない	0	0.0%
計	5	100.0%



(9) 急変時の対応において在宅医療と介護の連携がとれていないと思う理由

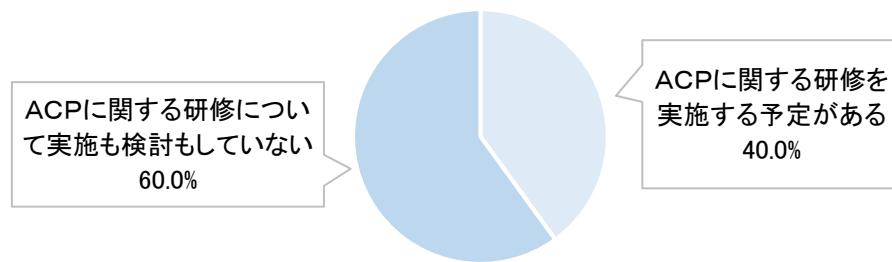
調査区分 4

選択項目	回答数	割合
他の職種と顔の見える関係が作れていない	1	50.0%
連携の体制が整っていない	1	50.0%
介護側の医療の知識不足	1	50.0%
他の職種の業務内容への理解が不足している	0	0.0%
情報交換する時間がない	0	0.0%
人材が育成されていない	0	0.0%
必要な研修を受講する機会がない	0	0.0%
医療側の介護の知識不足	0	0.0%
その他	1	50.0%

n = 2

(10) ACPの研修について

選択項目	回答数	割合
職員に対しACPに関する研修をおこなっている	0	0.0%
ACPに関する研修を実施する予定がある	2	40.0%
ACPに関する研修の実施について検討中である	0	0.0%
ACPに関する研修について実施も検討もしていない	3	60.0%
計	5	100.0%



n = 5

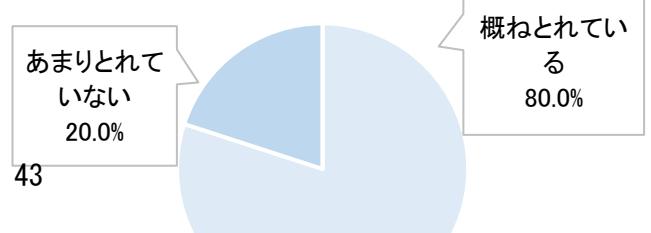
(11) ACPの実施について（複数選択）

選択項目	回答数	割合
ACPを含めた意志決定支援を実施していない	3	60.0%
人生の最終段階にあるか否かに関わらず利用者や家族が希望した場合に実施	1	20.0%
人生の最終段階にあるか否かに関わらず全ての利用者に対して実施	0	0.0%
人生の最終段階にある全ての利用者に実施	0	0.0%
人生の最終段階にある利用者や家族が希望した場合に実施	0	0.0%
その他	1	20.0%

- 「その他」として「人生の最終段階にあるか否かに関わらず機会があれば利用者に対して確認している」という意見があった。

n = 5

(12) 看取りの場面において在宅医療と介護の連携はとれていますか



選択項目	回答数	割合
とれている	0	0.0%
概ねとれている	4	80.0%
あまりとれていない	1	20.0%
とれていない	0	0.0%
計	5	100.0%

n = 5

(13) 看取りの場面において在宅医療と介護の連携がとれていないと思う理由（複数選択）

選択項目	回答数	割合
他職種と顔の見える関係が作れていない	0	0.0%
他職種の業務内容への理解不足	0	0.0%
情報交換する時間がない	0	0.0%
人材が育成されていない	0	0.0%
連携の体制が整っていない	0	0.0%
必要な研修を受講する機会がない	0	0.0%
介護側の医療の知識不足	0	0.0%
医療側の介護の知識不足	0	0.0%
その他	1	100.0%

n = 1

- ・「その他」の意見として「医療（病院）側から介護者への情報提供が少ない」というものが
あった。

(14) 在宅療養を進めるにあたり必要な取組は何だと思うか（複数選択）

選択項目	回答数	割合
専門職が在宅医療について学ぶことができる場	5	100.0%
多職種で交流・意見交換する場	4	80.0%
入退院時の情報共有ツールの活用	4	80.0%
専門職が困った時に相談できる窓口	4	80.0%
救急隊との連携	2	40.0%
専門職がACPについて学ぶことができる場	2	40.0%
市民への普及啓発	2	40.0%
社会資源の充実	2	40.0%
地域単位で課題や対応策を検討する関係者による協議の場	1	20.0%
その他	0	0.0%

n = 5

(15) 在宅療養を進めるにあたり地域単位で課題や対応策を協議したい関係者は誰か（複数選択）

調査区分 4

選択項目	回答数	割合
かかりつけ医(病院)	1	100.0%
かかりつけ医(診療所)	1	100.0%
歯科医(病院・診療所)	1	100.0%
薬剤師(病院・薬局)	1	100.0%
訪問看護師(訪問看護ステーション)	1	100.0%
理学療法士等(訪問リハビリ事業所)	1	100.0%
ケアマネジャー	1	100.0%
その他	1	100.0%

n = 1

・「その他」は「訪問介護、通所事業所の職員、地域包括支援センター職員」である。

(16) 在宅療養を進めるにあたり多職種で交流・意見交換したい関係者は誰か（複数選択）

選択項目	回答数	割合
かかりつけ医(診療所)	4	100.0%
訪問看護師(訪問看護ステーション)	4	100.0%
ケアマネジャー	4	100.0%
かかりつけ医(病院)	3	75.0%
理学療法士等(訪問リハビリ事業所)	3	75.0%
薬剤師(病院・薬局)	2	50.0%
歯科医(病院・診療所)	1	25.0%
その他	1	25.0%

・「その他」は「訪問介護、通所事業所の職員、地域包括支援センター職員」である。

n = 4

(17) 在宅療養を進めるにあたり市民への普及啓発を進めたいのはどの分野か（複数選択）

選択項目	回答数	割合
在宅医療に対応する医療機関の情報	2	100.0%
介護保険サービスの利用方法や内容	2	100.0%
地域の相談機関の情報	1	50.0%
リハビリテーションに関する情報	1	50.0%
急変時の対応に関すること	1	50.0%
在宅看取りに関する情報	1	50.0%
ACPに関する情報	1	50.0%
その他	0	0.0%

n = 2

(18) 在宅療養を進めるにあたり充実させたい社会資源は何か（自由記載より抜粋）

- ・訪問診療医
- ・訪問看護

調査区分 4

- ・訪問介護
- ・訪問リハ
- ・訪問入浴
- ・医療処置が多い方でも受け入れ可能なショートステイ
- ・レスパイト入院できる病院

(19) 医療・介護連携について4つの場面ごとに課題に思うこととその解決策（自由記載）

日常の療養支援

- ・体調悪化等により在宅療養が難しくなった場合に備え、元気なうちから考えられるような情報提供が必要。

入退院支援

- ・ケアマネジャーがサービス担当者会議や電話、FAX等で情報を伝えてくれて不足は感じない。今後は、病院関係者に会えるため入院中のカンファレンスに参加することも必要だと思う。
- ・入院時に在宅での生活状況を医療側に提供すること。
- ・自宅での生活を想定した退院支援や情報提供ができれば良いと思う。
- ・退院時カンファレンスに、退院後の支援に関わる全員が集まることが理想（医師含め）。

急変時の対応

- ・毎年、職場研修会で急変時対応について再確認し、マニュアルの修正をおこなっている。
- ・急変時に適切な対応や判断ができる知識、現場職員をバックアップする体制がほしい。
- ・かかりつけ医が開業医であれば相談しやすいが、総合病院では連絡を取ることが難しい。

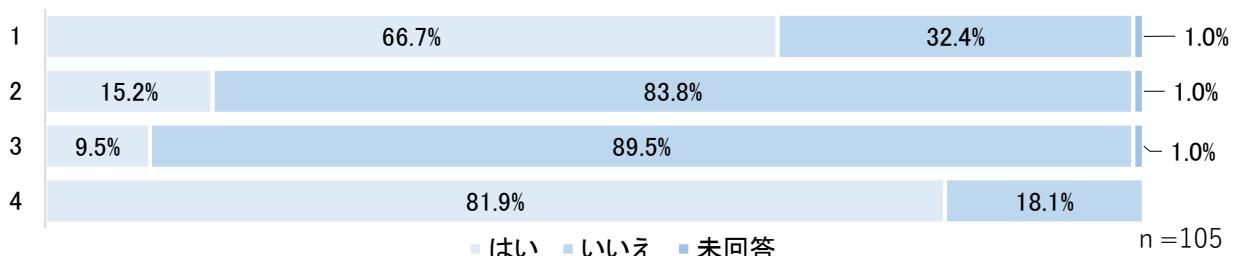
看取り

- ・屋内外歩行や入浴、家事動作練習などの活動性向上を目指す利用者が主となっているが、今後は寝たきりや看取りに関わることを考慮し、学習を進めていく必要がある。
- ・本人や家族に看取りの認識がないことがあり、主治医からどのような説明を受けているか分からないと、助言に困ることがある。
- ・ケアマネジャーとは連絡を取りやすいが、それ以外、特に医療職とはリハ会議で会えるかどうかなので、より深い連携が難しい。

5 調査区分 5 (調査対象：212 回答数：105 回答率：49.5%)

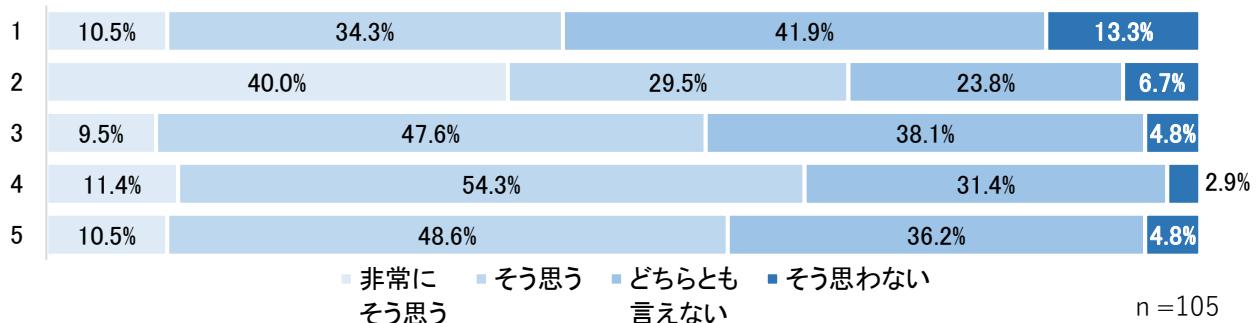
(1) 入退院時の情報共有について

No.	質問項目	はい	いいえ	未回答	計
1	市の入退院支援ルール、入退院時情報共有シートを知っている	70 66.7%	34 32.4%	1 1.0%	105 100.0%
2	市の入院時情報提供シートを使用し病院側に情報提供したことがある	16 15.2%	88 83.8%	1 1.0%	105 100.0%
3	退院カンファレンス等で市の退院時情報共有シートを使用したことがある	10 9.5%	94 89.5%	1 1.0%	105 100.0%
4	入・退院時の情報共有の際は自事業所独自の様式を使用している	86 81.9%	19 18.1%	0 0.0%	105 100.0%



(2) 退院支援について

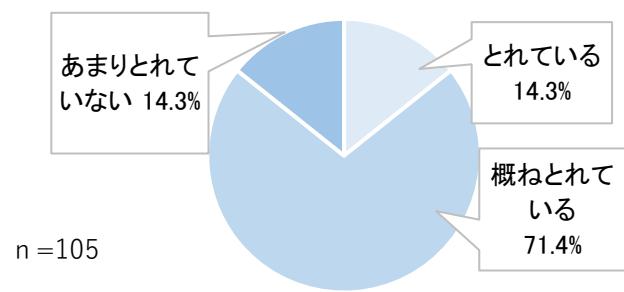
No.	質問項目	非常に そう思う	そう思う	どちらとも 言えない	そう思わな い	計
1	医療機関によって退院支援・調整の対応が異なり困ることがある	11 10.5%	36 34.3%	44 41.9%	14 13.3%	105 100.0%
2	病院で開催される退院前カンファレンスに参加している	42 40.0%	31 29.5%	25 23.8%	7 6.7%	105 100.0%
3	利用者や家族は病状について十分説明を受け理解している	10 9.5%	50 47.6%	40 38.1%	5 4.8%	105 100.0%
4	退院時に病院の主治医や連携担当者と円滑な連携がとれている	12 11.4%	57 54.3%	33 31.4%	3 2.9%	105 100.0%
5	病院から適切な情報提供がおこなわれている	11 10.5%	51 48.6%	38 36.2%	5 4.8%	105 100.0%



調査区分 5

(3) 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思うか

選択項目	回答数	割合
とれている	15	14.3%
概ねとれている	75	71.4%
あまりとれていない	15	14.3%
とれていない	0	0.0%
計	105	100.0%



(4) 入退院支援において在宅医療と介護の連携がとれていないと思う理由（複数選択）

選択項目	回答数	割合
情報交換する時間がない	10	66.7%
介護側の医療の知識不足	10	66.7%
他職種と顔の見える関係が作れていない	8	53.3%
医療側の介護の知識不足	8	53.3%
他職種の業務内容への理解不足	7	46.7%
連携の体制が整っていない	6	40.0%
必要な研修を受講する機会がない	2	13.3%
人材が育成されていない	1	6.7%
その他	2	13.3%

n = 15

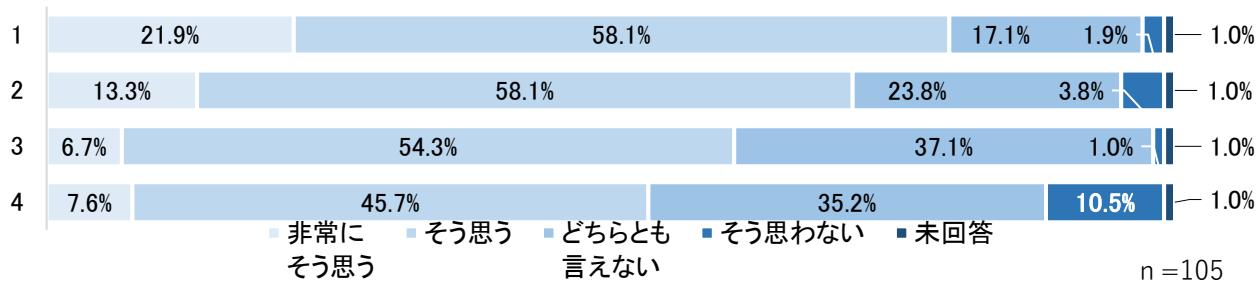
- ・入退院支援において連携が「（概ね）とれている」を選択した割合は85.7%で、「（あまり）とれていない」と思う理由で多いのが「情報交換する時間がない」「介護側の医療の知識不足」である。

(5) 日常の療養支援について

No.	質問項目	非常に そう思う	そう思う	そう思う	どちらとも 言えない	未回答	計
1	かかりつけ医等と情報共有ができる	23 21.9%	61 58.1%	18 17.1%	2 1.9%	1 1.0%	105 100.0%
2	多職種連携を円滑に進めるため情報共有システムの運用が必要	14 13.3%	61 58.1%	25 23.8%	4 3.8%	1 1.0%	105 100.0%
3	多職種連携強化のため関係者との研修機会はあったほうが良い	7 6.7%	57 54.3%	39 37.1%	1 1.0%	1 1.0%	105 100.0%
4	他職種と日常的に情報交換できる関係ができる	8 7.6%	48 45.7%	37 35.2%	11 10.5%	1 1.0%	105 100.0%

n = 105

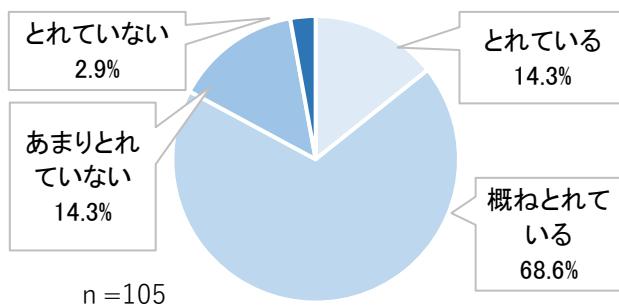
調査区分 5



・「かかりつけ医等と情報共有ができている」かについて「(非常に) そう思う」と回答した割合は 80%だが、「多職種と日常的に情報交換できる関係ができている」かについて「(非常に) そう思う」と回答したのは、53.3%であった。

(6) 日常の療養支援において在宅医療と介護の連携はとれていると思うか

選択項目	回答数	割合
とれている	15	14.3%
概ねとれている	72	68.6%
あまりとれていない	15	14.3%
とれていない	3	2.9%
計	105	100.0%



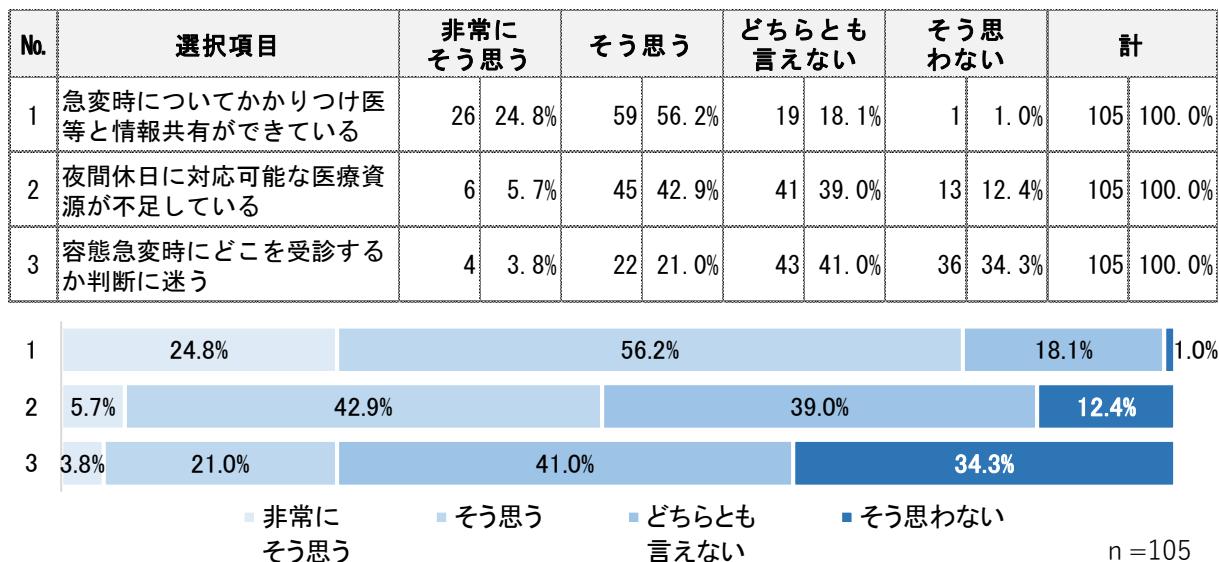
(7) 日常の療養支援において在宅医療と介護の連携がとれていないと思う理由（複数選択）

選択項目	回答数	割合
他職種と顔の見える関係が作れていない	13	72.2%
介護側の医療の知識不足	13	72.2%
情報交換する時間がない	10	55.6%
連携の体制が整っていない	10	55.6%
他職種の業務内容への理解不足	9	50.0%
医療側の介護の知識不足	9	50.0%
必要な研修を受講する機会がない	3	16.7%
人材が育成されていない	1	5.6%
その他	1	5.6%

n = 18

・日常の療養支援において、連携が「(概ね) とれている」と回答した割合は 82.9%で、「(あまり) とれていない」理由として「他職種と顔の見える関係が作れていない」と「介護側の医療の知識不足」が同割合で最多であった。

(8) 急変時の対応について



(9) 急変時の対応で苦慮したことについて（複数選択）

選択項目	回答数	割合
急変時の受診対応で特に苦慮したことはない	35	33.3%
夜間帯または休日のためどこへ搬送して良いかわからなかった	26	24.8%
高齢者や認知症を理由に受け入れを断られた	16	15.2%
その他	34	32.4%

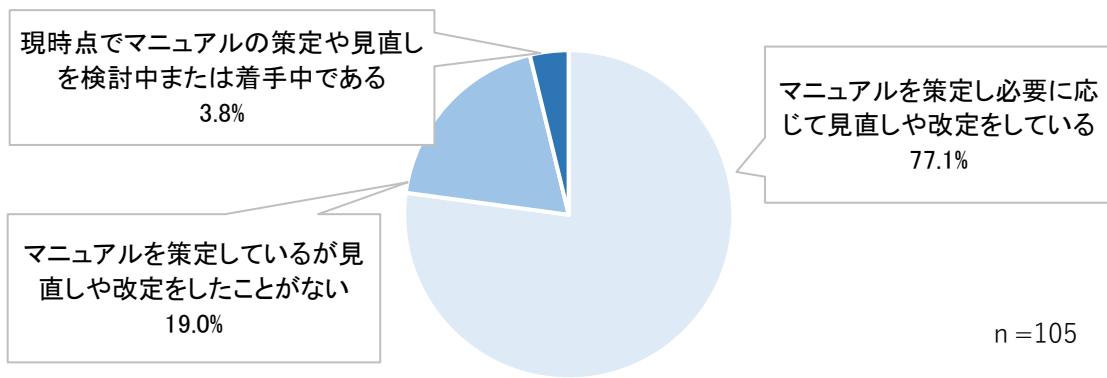
n = 105

・急変時の対応に関し「特に苦慮したことはない」とする割合は33.3%であったが、この設問で「その他」を選択した中に「認知症高齢者が状況説明で曖昧な表現をした時に、何を言っているか分からないと叱責された」「訪問診療の契約が済んでいない時期の受診の際、紹介状を出したので終診していると言われた」「本人、家族が施設での看取りを希望していないため救急搬送したところ、看取りの調整をしていないことに苦言を呈された」「救急搬送時にACPが決定していなかったため、診察してもらえなかった」「急変時には受診することを勧められていたが、電話で連絡すると救急外来の担当医に受診を断られた」などの意見が挙げられた。

(10) 急変時のマニュアルについて

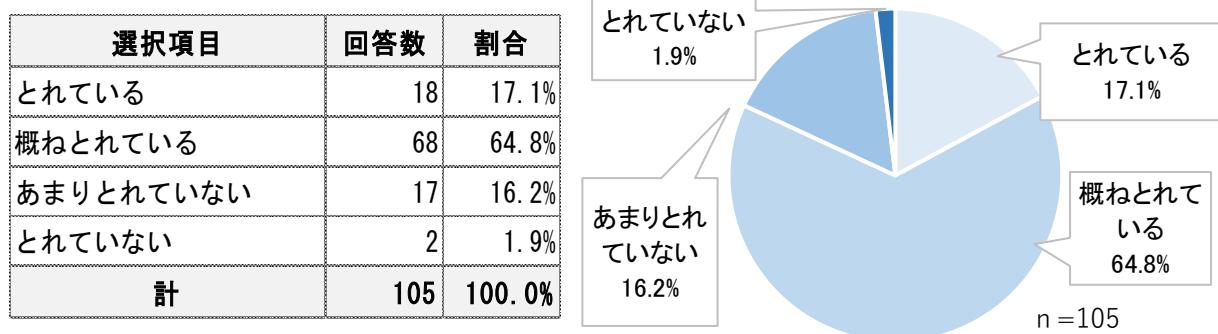
選択項目	回答数	割合
マニュアルを策定し必要に応じて見直しや改定をしている	81	77.1%
マニュアルを策定しているがこれまで見直しや改定をしたことがない	20	19.0%
現時点ではマニュアルの策定や見直しを検討中または着手中である	4	3.8%
現時点ではマニュアルを策定しておらず策定のための検討も行っていない	0	0.0%
計	105	100.0%

調査区分 5



- 96.1%がマニュアル策定済で、全体の 77.1%が「必要に応じてマニュアルの見直や改定」を行っていると回答した。

(11) 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思うか



(12) 急変時の対応において在宅医療と介護の連携がとれていないと思う理由（複数選択）

選択項目	回答数	割合
介護側の医療の知識不足	11	57.9%
他職種と顔の見える関係が作れていない	9	47.4%
連携の体制が整っていない	8	42.1%
情報交換する時間がない	8	42.1%
他職種の業務内容への理解不足	6	31.6%
医療側の介護の知識不足	4	21.1%
人材が育成されていない	3	15.8%
必要な研修を受講する機会がない	3	15.8%
その他	0	0.0%

- 急変時の対応において連携が「(概ね) とれている」と回答した割合は 81.9%で、「(あまり) とれていない」は 18.1%である。連携がとれてない理由として最多なのが「介護側の医療の知識不足で、「その他」として「施設看護師に常時の医療処置を期待されても困る」「介護老人保健施設のため、急変時の連携をとる機会がない」という意見があった。

n = 19

調査区分 5

(13) 看取りについて（複数選択）

選択項目	回答数	割合
老年症候群、フレイル、老衰のかたの看取りに関わったことがある	85	81.0%
悪性腫瘍末期（各腫瘍）のかたの看取りに関わったことがある	44	41.9%
その他（神経難病等）の看取りに関わったことがある	21	20.0%
これまで看取りに関わったことはない	16	15.2%

n = 105

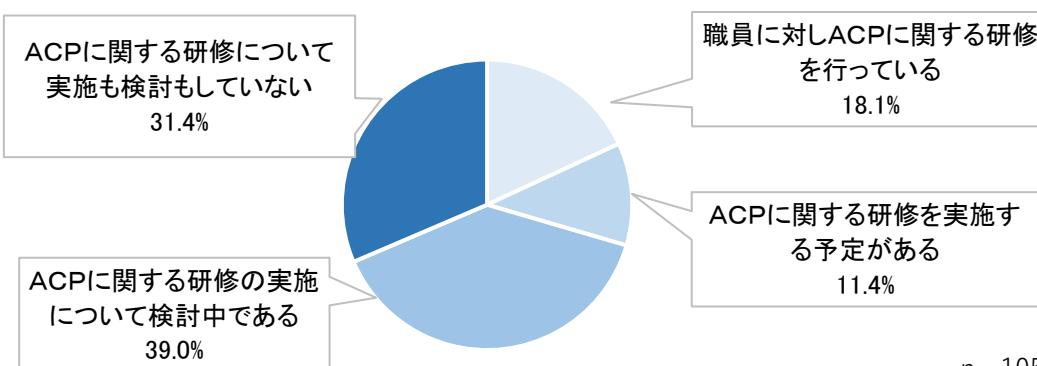
(14) 看取りについての考え方や取組について（複数選択）

選択項目	回答数	割合
看取りに対応できる範囲や内容について本人・家族に説明している	85	81.0%
看取りをするために連携できる医師がいる	75	71.4%
看取りに関わることは負担が大きい	58	55.2%
今後施設や在宅で看取るケースは増えていくと感じている	47	44.8%

n = 105

(15) A C P の研修について

選択項目	回答数	割合
職員に対し A C P に関する研修を行っている	19	18.1%
A C P に関する研修を実施する予定がある	12	11.4%
A C P に関する研修の実施について検討中である	41	39.0%
A C P に関する研修について実施も検討もしていない	33	31.4%
計	105	100.0%



n = 105

- ・ A C P の研修を実施している割合は 18.1% で、「実施予定」「検討中」が合わせて 50.4% であった。

調査区分 5

(16) ACPの実施について（複数選択）

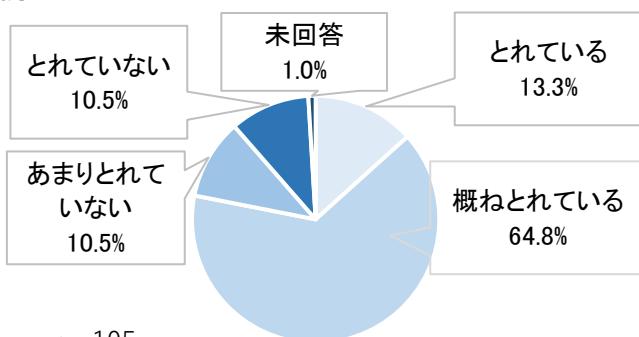
選択項目	回答数	割合
人生の最終段階にあるか否かに関わらず利用者や家族が希望した場合に実施	35	33.3%
人生の最終段階にあるか否かに関わらず全ての利用者に対して実施	27	25.7%
人生の最終段階にある全ての利用者に実施	21	20.0%
人生の最終段階にある利用者や家族が希望した場合に実施	18	17.1%
ACPを含めた意志決定支援を実施していない	13	12.4%
その他	5	4.8%

n = 105

- ACPの実施について、「その他」として「入所時に最終段階について身元引受け人等と打合せをしているが、詳しい内容までは聞いていない」「癌や超高齢者等、ターミナル期の方に対して、利用者家族に今後の意向を確認している」などの意見があった。

(17) 看取りの場面において在宅医療と介護の連携はとれていると思うか

選択項目	回答数	割合
とれている	14	13.3%
概ねとれている	68	64.8%
あまりとれていない	11	10.5%
とれていない	11	10.5%
未回答	1	1.0%
計	105	100.0%



n = 105

(18) 看取りの場面について在宅医療と介護の連携がとれていないと思う理由（複数選択）

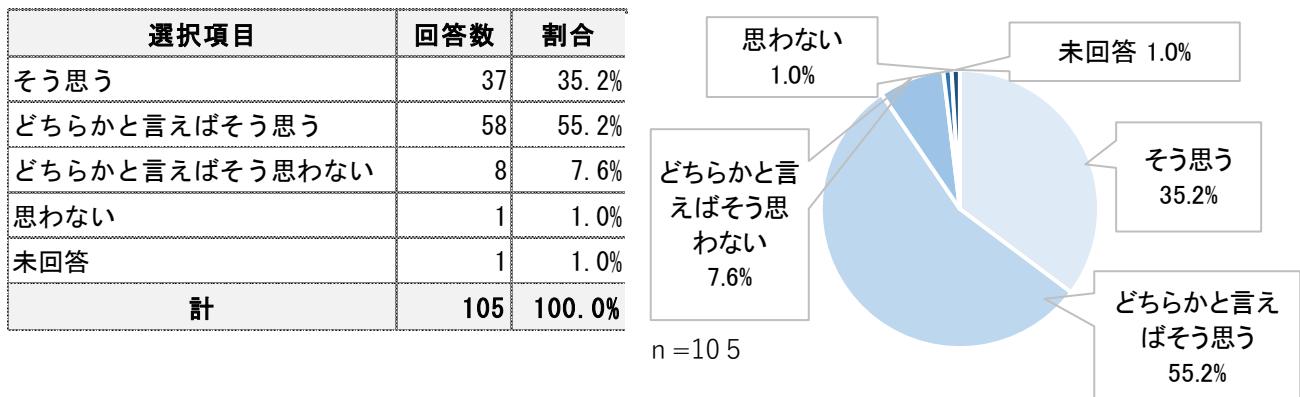
選択項目	回答数	割合
介護側の医療の知識不足	12	54.5%
他職種と顔の見える関係が作れていない	6	27.3%
連携の体制が整っていない	6	27.3%
他職種の業務内容への理解不足	5	22.7%
必要な研修を受講する機会がない	4	18.2%
情報交換する時間がない	3	13.6%
人材が育成されていない	3	13.6%
医療側の介護の知識不足	3	13.6%
その他	6	27.3%

n = 22

- 看取りの場面において連携が「(概ね) とれている」と回答したのは 78.1% で、「(あまり) とれていない」は 21% である。連携がとれてない理由として最多なのが「介護側の医療の知識不足が」である。また「その他」として「看取りを実施していないため評価できない」「施設内での看取りとなるため、在宅医療と連携する機会が少ない」という意見があった。

調査区分 5

(19) 希望する人が在宅療養を継続できる体制を推進すべきと思うか



(20) 在宅療養を進めるにあたり必要な取組は何だと思うか（複数選択）

選択項目	回答数	割合
専門職が困った時に相談できる窓口	72	68.6%
多職種で交流・意見交換する場	60	57.1%
地域単位で課題や対応策を検討する関係者による協議の場	57	54.3%
専門職が在宅医療について学ぶことができる場	50	47.6%
救急隊との連携	45	42.9%
専門職がA C Pについて学ぶことができる場	40	38.1%
市民への普及啓発	35	33.3%
入退院時の情報共有ツールの活用	29	27.6%
社会資源の充実	27	25.7%
その他	2	1.9%

n = 105

- 「その他」の意見として、「家族が急変や看取り時に動揺する場合も多く、専門職の支えと市民啓発が必要」「新たな取組の際に、医療と介護の双方で内容を理解し意見交換する機会」「家族が延命治療について理解し、周囲の意見に左右されないような情報提供が必要」「在宅看取りや延命治療については医師からの説明が重要」などがあった。

(21) 在宅療養を進めるにあたり地域単位で課題や対応策を協議したい関係者は誰か（複数選択）

選択項目	回答数	割合
かかりつけ医（病院）	55	96.5%
かかりつけ医（診療所）	42	73.7%
訪問看護師（訪問看護ステーション）	41	71.9%
ケアマネジャー	35	61.4%
薬剤師（病院・薬局）	34	59.6%
理学療法士等（訪問リハビリ事業所）	23	40.4%
歯科医（病院・診療所）	22	38.6%
その他	5	8.8%

n = 57
調査区分 5

(22) 在宅療養を進めるにあたり多職種で交流・意見交換したい関係者は誰か（複数選択）

選択項目	回答数	割合
かかりつけ医（病院）	57	95.0%
かかりつけ医（診療所）	51	85.0%
ケアマネジャー	50	83.3%
訪問看護師（訪問看護ステーション）	46	76.7%
薬剤師（病院・薬局）	31	51.7%
理学療法士等（訪問リハビリ事業所）	29	48.3%
歯科医（病院・診療所）	23	38.3%
その他	2	3.3%

n = 60

- 「地域単位で課題や対応策を協議したい関係者」「多職種で交流・意見交換したい関係者」とともに「かかりつけ医（病院）」が最多で、「その他」として地域包括支援センターや民生委員、町内会長、地域住民等などの意見があった。

(23) 在宅療養を進めるにあたり市民への普及啓発を進めたいのはどの分野か（複数選択）

選択項目	回答数	割合
在宅看取りに関する情報	31	88.6%
在宅医療に対応する医療機関の情報	29	82.9%
介護保険サービスの利用方法や内容	28	80.0%
地域の相談機関の情報	27	77.1%
急変時の対応に関すること	27	77.1%
A C Pに関する情報	26	74.3%
リハビリテーションに関する情報	16	45.7%
その他	0	0.0%

n = 35

(24) 在宅療養を進めるにあたり充実させたい社会資源は何か（自由記載から一部抜粋）

- 在宅での看取り経験者の体験やその後について長所、短所などを話せるようなサービス
- 医療機関と患者の健康状態をモニタリングするための医療機器や技術
- かかりつけ医や緊急時の受入れ体制の充実
- 救急病院の拡充、緊急ショートなど
- 看取りを行うための訪問看護・訪問介護でカバーできない訪問系在宅サービス（低料金）
- セーフティネットの役割を担う生活保護など
- 医療と介護の共通の連携ツール（MCSでもナラティブブックでもよいが統一してほしい）
- 複数の医師によるチーム担当制
- 第3号特定行為業務従事者（介護福祉士）
- 福祉車両による移送支援

調査区分 5

- ・ナイトサービス（デイサービスの逆＝夜間利用・日帰り）
- ・救急車を呼ぶ程ではない微妙な状態の時に、対応可能な福祉タクシー
- ・介護に携わる方の会（家族会）
- ・ボランティアなどインフォーマル資源の活用方法の紹介など
- ・独居や高齢世帯の在宅療養者への見守りサポート
- ・市民が相談窓口としてすぐに連絡しやすい支援機関

(25) 医療・介護連携について4つの場面ごとに課題に思うこととその解決策（自由記載）

日常の療養支援

◆ 分類と代表的記述

○ 医療・介護連携に関する意見

- ・医療現場と連携を取りたくないというケアマネジャーが多いような気がする。
- ・医療側との意思疎通において、敷居の高さを感じことがある。
- ・受診の予約日は一方的に決められる一方で、受診に2～3時間待たされることがある。

○ 地域での支援体制の整備に関する意見

- ・病気や障害を持つ方が、安心して過ごせる環境の整備が必要。
- ・地域包括ケアシステムを構築し、情報共有してサービス提供につなげる。
- ・地域ケア会議の必要性。

○ 専門職の知識とスキルの向上についての意見

- ・介護職員の情報収集能力の向上が必要。
- ・看取りに関わる知識の習得が必要。
- ・外部からの情報を取り込み、多様性に対応する必要がある。

○ 本人の意思確認についての意見

- ・本人の希望よりも、家族の意向が優先されてしまうことがある。
- ・住み慣れた施設で最期を迎えるのが、本当に本人の希望なのか疑問に思う。

○ 連携方法や制度による支援についての意見

- ・ICTを活用した連携方法があってもいいのではないか。
- ・在宅療養支援者をマネジメントする、バックオフィス機能が必要ではないか。

○ グループホームの看護体制についての意見

- ・人件費の関係から、常勤看護師を配置できないグループホームが殆どである。

◆ 考察

医療・介護間の意思疎通が不十分であるとの意見や、本人の意思確認に関する葛藤などの意見が挙げられた。一方で、地域での支援体制や専門職の知識とスキル向上に関する提言もあった。今後は、「地域と一体となった支援の在り方や在宅療養全般について検討する」、「専門職のスキルアップを図るための研修」について具体化する必要があると考えられる。

入退院支援

◆ 分類と代表的記述

○ 情報連携に関する意見

- ・退院支援をする際に、担当職員への直通電話があると便利だと思う。
- ・退院前のカンファレンスで、十分に情報が伝えられないままになるケースがある。
- ・複数科に受診している場合、主治医の明確化を図る必要があると考える。
- ・紙出力を前提とせず、電子情報として閲覧できればよいと思う。

○ 退院判断に関する意見

- ・状態的に、退院して施設に戻るには早いのではないか、ということが多々ある。
- ・体調が悪そうで、まだ入院治療が必要なのではと思われる状態で退院した方がいた。
- ・退院してすぐ再入院しなければならないケースがある。

○ 説明不足に関する意見

- ・病状や退院後の生活、注意点などについて説明を受けているはずだが、理解できないケースがある。
- ・病院側から施設に戻すことの違いを説明してほしい。
- ・本人の状態と実際の状態に差異があり、戸惑うことがある。
- ・病院からの説明と本人の実際の状態が違うことがある。

○ 書類作成に関する意見

- ・サマリー等の書類が増え、様式も様々で人員不足もあるためかなり厳しい状況。

○ 退院後の支援に関する意見

- ・退院先が在宅の場合は、住み慣れた地域での住民による支援体制が必要。
- ・往診医をリーダーにした往診チームの充実。

◆ 考察

退院支援における情報共有の不十分さや退院時の状態についての説明不足、情報伝達のタイムラグ、連絡窓口の不明確さ等の意見が挙げられた。また、退院が早期に決まり、病状悪化から再入院になるケースについての言及もあった。一方で多職種連携や情報共有の必要性、地域での支援体制に関しての提言も挙げられており、このことは、課題の改善に向けた土台となると考えられる。

急変時の対応

◆ 分類と代表的記述

○ 急変時の受診に関する意見

- ・夜間に体調変化すると、かかりつけ医等に相談できないことが多く救急要請になってしまう。
- ・緊急の対応が必要な状況でも、なかなか病院が決まらない時があり困る。
- ・施設内で対応できない病状の時は病院受診になるが、診察を断られることが度々ある。

○ 家族との情報共有に関する意見

- ・家族が遠方または別に住んでいる場合、病院や病歴がわからないことがある。
- ・救急外来等での検査等の同意を、付き添いの施設職員に求められる。
- ・家族が看取りを希望しても、急に病院に搬送してほしいと意向が変わる場合がある。
- ・救急搬送先を利用者、家族と相談し2か所に増やし対応している。

○ 介護職員の役割についての意見

- ・医療知識が不足していると感じることが多々ある。
- ・介護職員は医療の専門家ではないので、自己判断せず看護師や上司に報告するようにしている。

○ 医療体制の充実に関する提言

- ・往診チームが地域ごとに包括的に配置される体制作り。
- ・在宅療養を継続できる仕組みが必要。
- ・秋田でも救急安心センター事業を実施してほしい。

○ マニュアルに関する提言

- ・施設の急変対応マニュアルを活用し、定期的に見直して更新。

○ 好意的な意見

- ・急変時対応の場面では比較的連携がとれており、特別課題と感じていることはない。
- ・赤十字病院の医療連携からの受診支援は、システムが確立されていて分かりやすい。

○ 行政への要望

- ・秋田市は人口が減少して超高齢化が進んでいる。移住者が増える魅力ある場所にしてほしい。

◆ 考察

夜間に医師に相談できない、救急搬送先が決まらない、病院での診察を断られる場合がある…などの意見があり、急変時の対応に関し施設職員が直面している困難さが明らかになった。また、家族が遠方にいることで同意取得や連絡が難しいことや医療の知識不足に関する言及も見られた。一方で、医療機関との連携が良好に図れているという意見、急変時マニュアルや医療体制の充実に関する提言も見られた。

看取り

◆ 分類と代表的記述

○ 看取りへの理解やA C P の必要性に関する意見

- ・家族と主治医の看取りについての考えが一致しない場面がある。
- ・ケアマネジャーが看取りに必要な環境整備やシステムを理解していないことが多い。
- ・人生会議の内容は共有できても、その後の情報共有が不足している。
- ・看取りについて、県や秋田市などでリーフレット等を作成してはどうか。
- ・医療側のもう少し詳細な説明や家族の不安感への寄り添いが必要。
- ・臓器提供は保険証に希望記載欄があるが、看取りに関する意思を明示する物が乏しい。

- ・ 終末期の過ごし方、急変時の対応方法など場面ごとの認識の必要性。

○ 看取りの体制等についての意見

- ・ ショートステイでの看取りケアは、人員体制や人件費の問題で難しい。
- ・ 看取りの経験が無い職員がほとんどで、設備的にも難しい。
- ・ 対応可能な施設が限られる。病院も終末期患者の受入問題がある。
- ・ 施設に訪問して看取りをしてくれる医療機関の情報が少ない。
- ・ 施設での看取りには施設医師（嘱託医）の協力が不可欠。
- ・ 介護職員の看取りに対しての不安が大きく、積極的に行えない。

○ 好意的な意見

- ・ 当施設の嘱託医は看取りに対して理解があり、連携もスムーズ。

◆ 考察

施設での看取りにおいて課題となるのは、家族・本人との情報共有であることが明らかになった。また、ACP の重要性が複数指摘されており、本人の意思を尊重した看取りを実現するには、早期からの対話や情報共有の機会が必要であることが分かった。更に看取りを支える体制に関する課題も多く挙げられており、制度や人員体制の整備が必要である。成功している事例では、嘱託医との連携が機能しており、こうした体制づくりが今後の鍵となると考えられる。