

資料 4

在宅医療・介護連携実施状況調査 (理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)

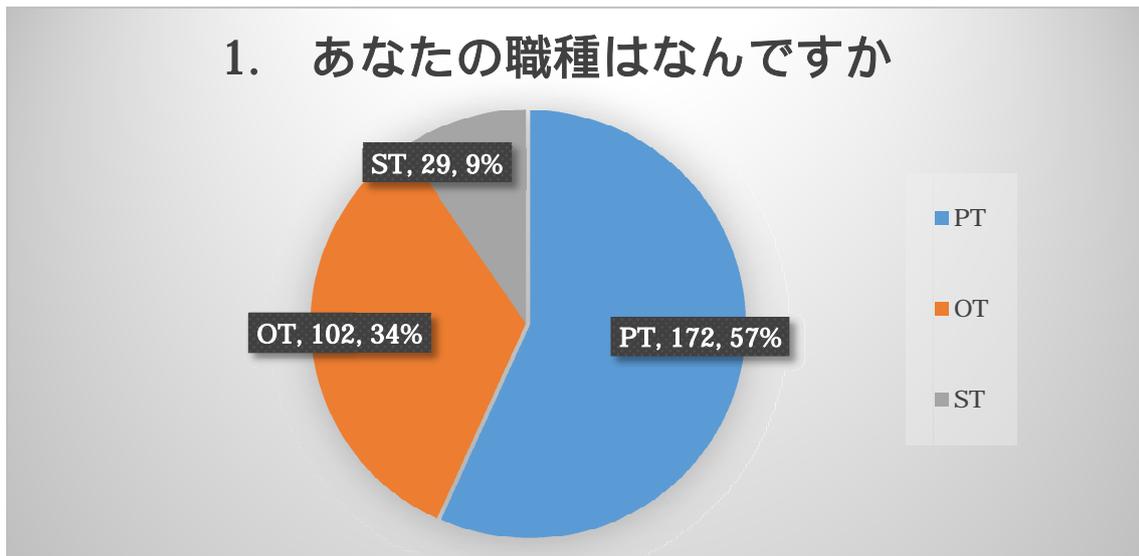
調査対象者:

- ・三郷市内の PT・OT・ST がいる医療機関 7 件 ・介護老人保健施設 1 件
 - ・埼玉県理学療法士会の会員名簿に記載のある市内の施設(上記以外) 1 件
 - ・PT・OT・ST のいる訪問看護ステーション 5 件 合計:14 件
- (アンケート配布数 326 件 うち有効回答数 302 件 回収率 92.6%)

調査期間:平成 27 年 10 月 5 日～平成 27 年 10 月 15 日

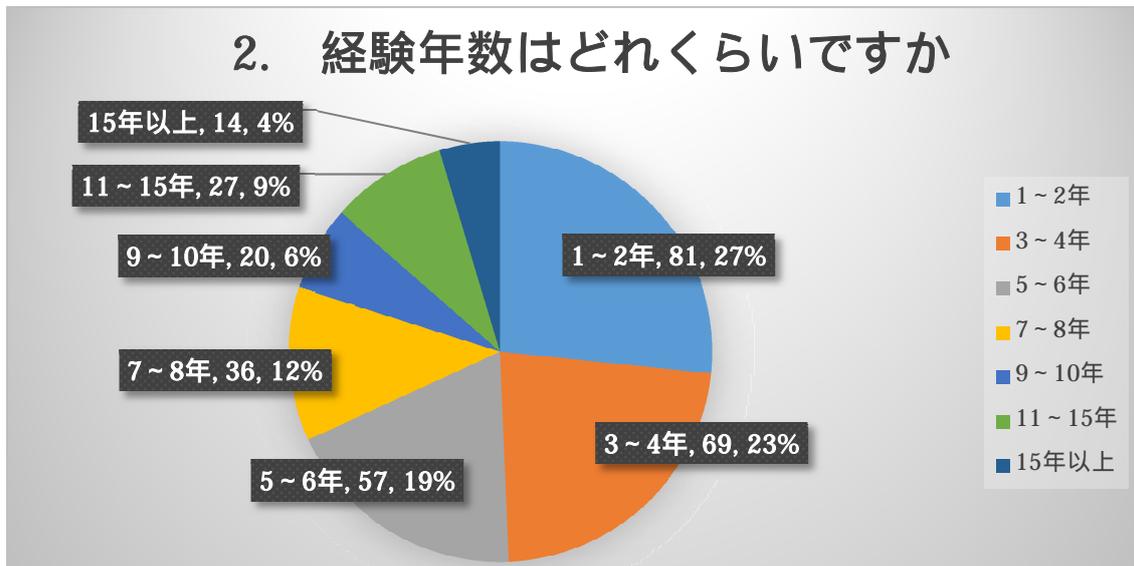
調査方法:調査票を各施設へ届け、その後直接回収を行った。

1. あなたの職種はなんですか。



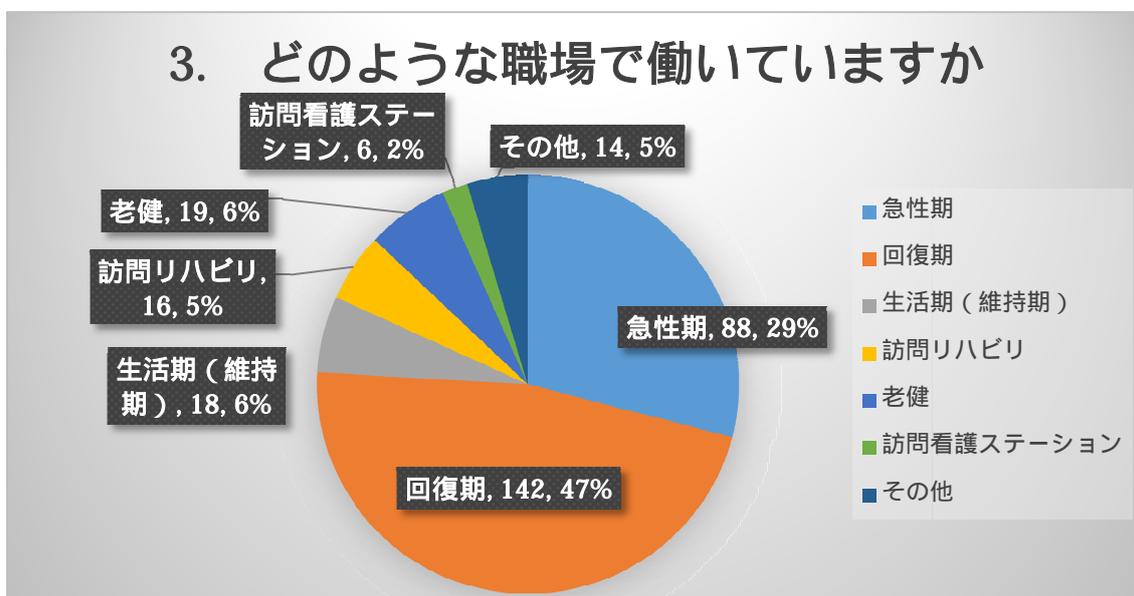
三郷市の総人口 137,356 人に対して、現在の療法士数は 342 人(アンケート配布数とは相違あり)となっている。三郷市内 65 歳以上人口 33,894 人での比率は、1%となっている。要介護認定者 4,211 人に対しての比率としては、8%となっている。

2. 経験年数はどれくらいですか。



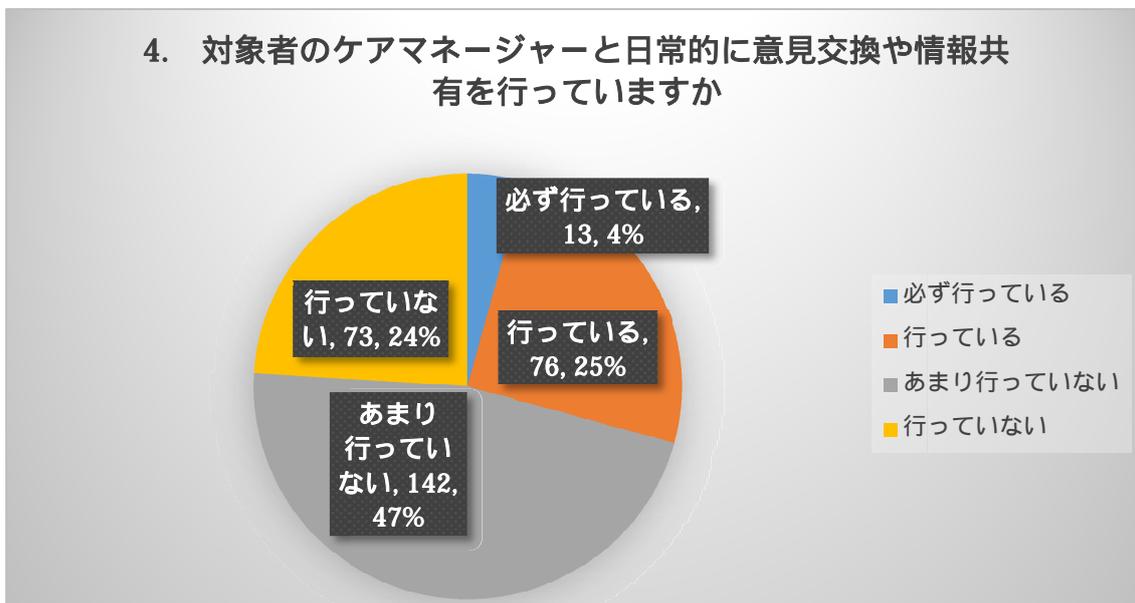
回答からは、回答した療法士の50%が1年目～4年目であり、若い療法士が多い事が結果から読み取れる。若い療法士に対して、どのような関わりを持ってもらっていくかが、重要な課題として考えられる。

3. どのような職場で働いていますか。



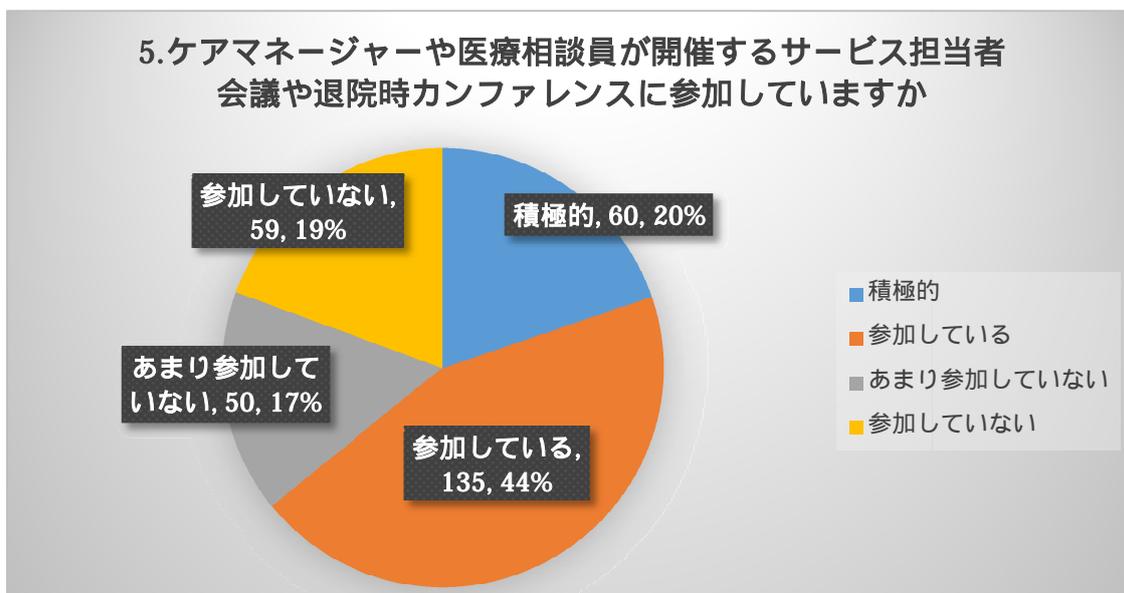
全体の82%が病院、施設にいる状況となっている。介護保険分野でのサービスに従事している療法士は、全体の18%のみとなっている。医療機関に所属する療法士が多い事が大きく影響していると考えられる。

4. 対象者のケアマネジャーと日常的に意見交換や情報共有を行っていますか。



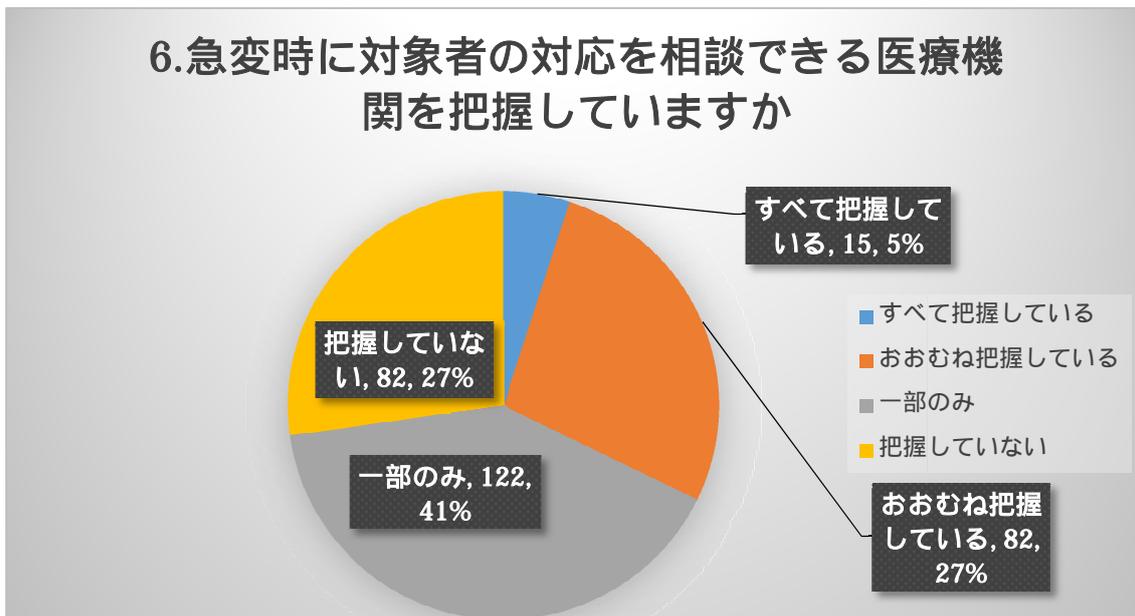
「必ず行っている・行っている」の 29%に対し、「あまり行っていない・行っていない」が 71%となっている。医療保険分野に従事している療法士が相対的に多い為、このような結果になったのではないかとと思われる。

5. ケアマネジャーや医療相談員が開催するサービス担当者会議や退院時カンファレンスに参加していますか。



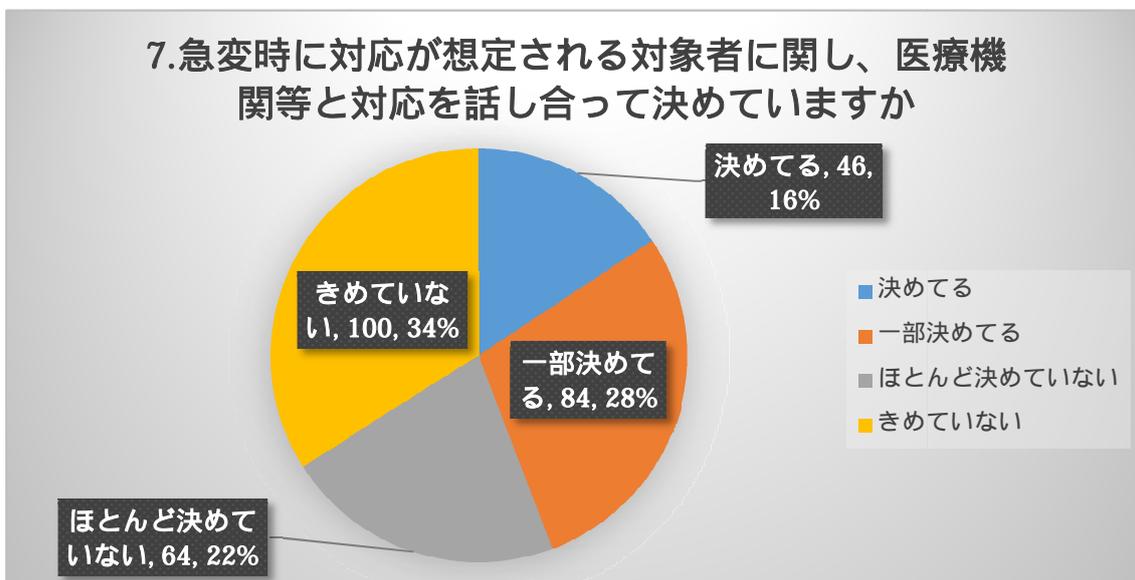
積極的に参加している・参加しているとの回答が、64%となっている。結果からは、医療分野、介護分野、それぞれでは連携がある程度取れているものと考えられる。

6. 急変時に対象者の対応を相談できる医療機関を把握していますか。



医療機関に従事している療法士が多く、自施設内での対応が出来る為、一部のみ把握している・把握していないという回答が68%になったと思われる。

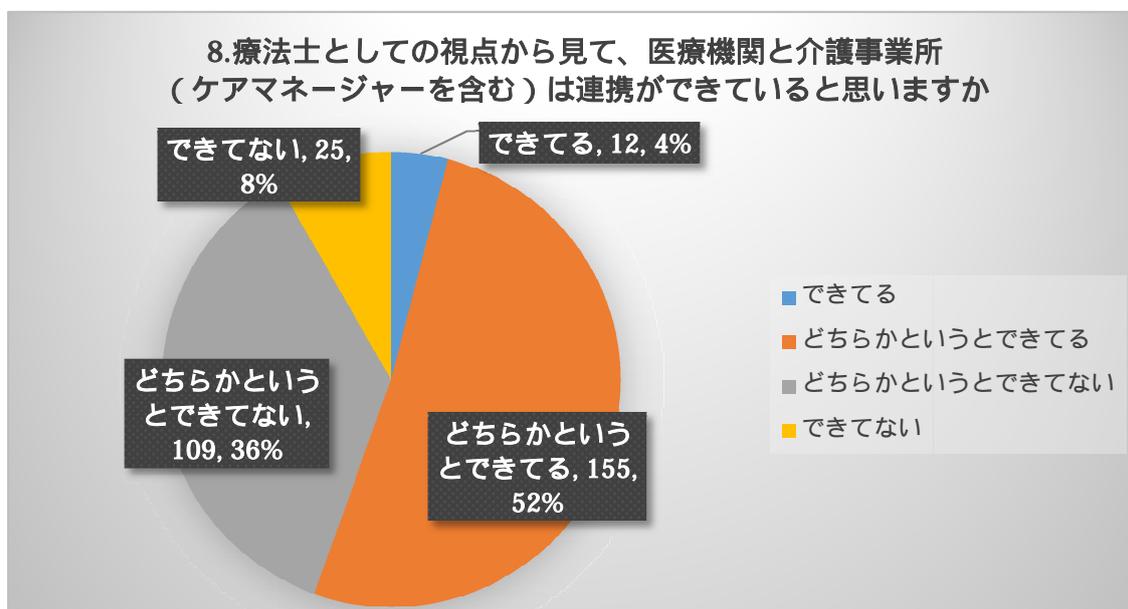
7. 急変時に対処が想定される対象者に関し、医療機関等と対応を話し合っていますか。



医療機関では、医師指示があり、また急変時に病棟看護師など連絡できる環境下になっている為、

「ほとんど決めていない・決めていない」の回答が、56%になったと思われる。

8. 療法士としての視点から見て、医療機関と介護事業所(ケアマネージャーを含む)は連携ができていると思いますか。



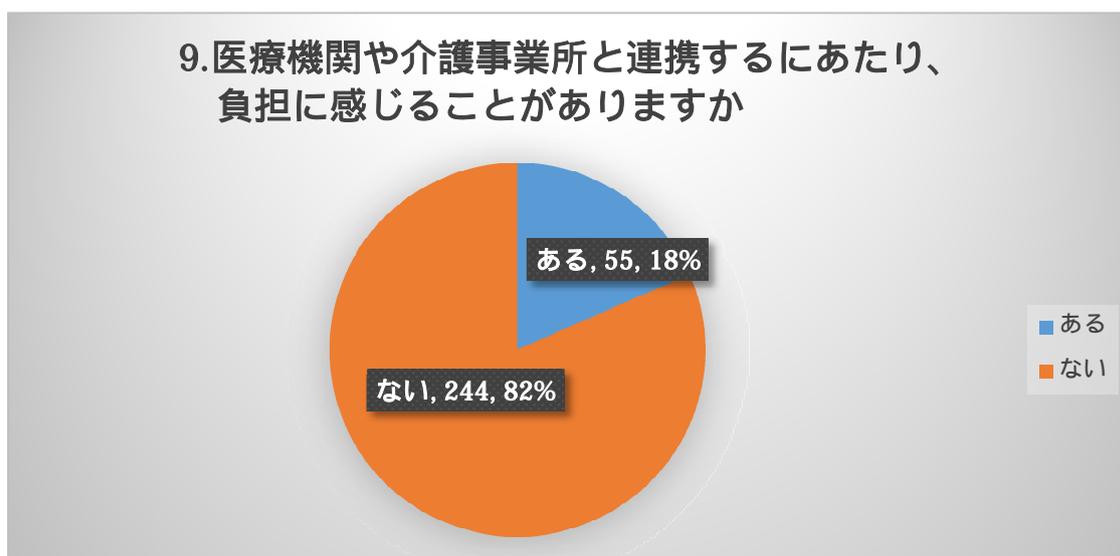
どちらかというとできていない・できていないと回答した療法士は 44%となった。その回答の内、115人(85.8%)が医療機関に所属するセラピストとなっている。結果からは、医療機関に所属する療法士は、連携ができていると感じている事が分かった。

8-1. 「どちらかというとできていない」又は「できていない」を選択した場合、どの部分ができていないと思いますか。(自由記載)

- ・遠慮してしまう部分があり、十分な情報共有に至っていない部分が見受けられる。
- ・それぞれで情報を得ているが、そこからの情報のやりとりをする際にスムーズに出来ていないことがある。
- ・訪問リハビリなど、介護保険のサービスでは連携出来ていると思うが、病院との連携はまだ不足していると感じます。病院のスタッフは、その後のサービスのスタッフに引き継ぐ事をメインにしている印象です。
- ・ケアマネージャーと連絡、調整をしているのは、MSW がほとんどであり、リハビリとして伝えたい内容を直接話す場が限られている。
- ・退院時にケアマネージャーと情報交換できていないので、退院後の生活が十分把握できているとは言えない。
- ・患者の入院前の身体機能(実際の動き)と患者の入院後の身体機能の変化について報告を行う機会が少ない。
- ・MSW とケアマネージャー、MSW とリハビリなど、別々に連携はしているが、直接は出来ていない。
- ・MSW との情報交換が多く、ケアマネージャーと直接関わる機会は少ない。訪問リハビリでは逆にケアマネージャーとの連携が多く、入院中に MSW との情報交換は少ない。

- ・退院時や、利用していた方の入院時など、申し送りの要素が大きく、日常的な連携とは感じない。
- ・紙面上でしか、ほとんど患者の状態を情報共有できていない。(サービス担当者会議でも要点のみの交換になることも多いため)
- ・入院時等にどのような生活を送っていたのか?等を、話しする機会が増えると良い。
- ・退院時だけでなく、入院時にも、病前の話など聞けたらありがたいです。
- ・入院前のADLや退院後の生活の共有ができていない。
- ・退院前や、退院時訪問指導の時でしか、患者様の状況を伝える事が出来ていない。
- ・退院までの連携はできていると思うが、退院後は直接関わる機会が少ないため。
- ・回復期病院では、退院前にケアマネージャーに情報提供や相談、家屋評価を行う。しかし、退院後の状況については、こちらは把握できていない。連携していない。
- ・三郷市にある介護事業者やケアマネージャーとは、退院調整ミーティングくらいしかかわりがない。
- ・どのくらい事業所があるのか知らない。
- ・書類や限られた時間のみのやりとりしか行えていないので、十分に伝わらない事もある。
- ・退院ミーティングの時に会う程度で、密な連携ができていない。
- ・療法士がケアマネージャーと会う機会が、退院調整会議のみがほとんどで、その他の場面では、会ったり相談したり、といった機会がまったくないため。
- ・退院調整時の注意点や希望を療法士が一方向的に伝えているような印象。

9. 医療機関や介護事業所と連携するにあたり、負担に感じることはありますか。

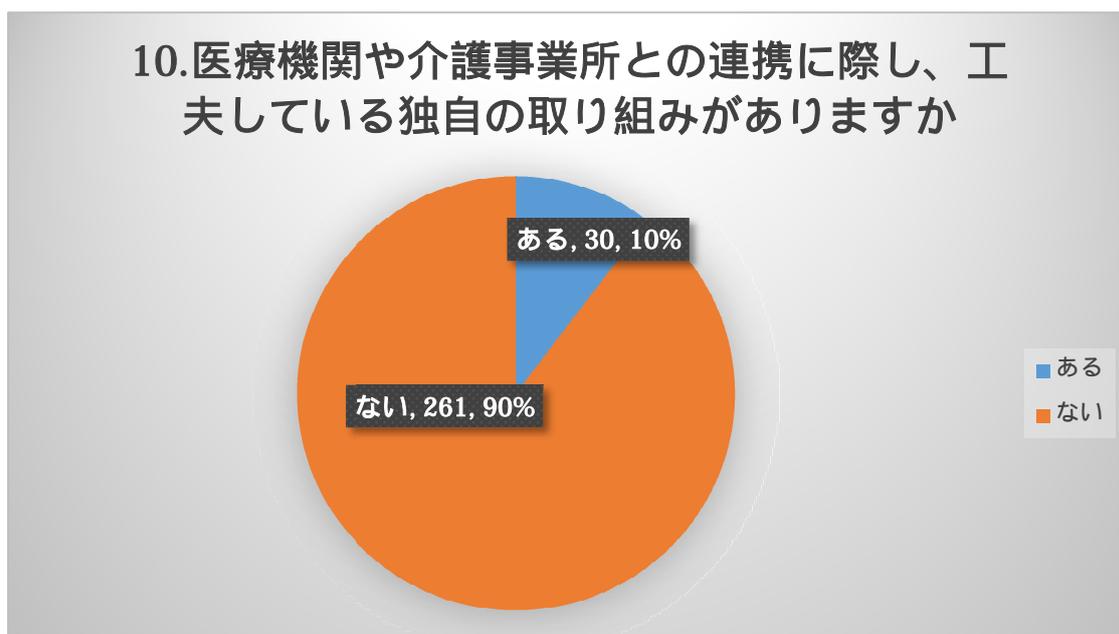


連携する事に対しては、82%が負担とないと回答している。負担があるとの回答は18%であった。

9-1. 「負担がある」を選んだ場合、その理由をお答え下さい。(自由記載)

- ・ 連携するにあたり、サマリーや指導報告書の作成について検討の余地があると思います。
また、直接やりとりして良いのか、他職種(院内)との調整等は負担です。
- ・ 情報共有、連携をする為に使用している書式などが、事業所により違う事があるのが、書式の作成にあたり負担になると思います。
- ・ 別に負担ではない。セラピストとして必要だと感じるのであれば、当然のこと。
- ・ 制度を理解していない為、話ができるかどうか不安。
- ・ 介護事業所に関しては、担当者会議等で顔を合わせることも度々あり負担に感じないが、医療機関に関しては、医療機関毎に連絡方法が異なっていたり、実際に主治医と面識がない場合が多いため。
- ・ 一本化されておらず、どこに対応すればよいかわかりづらいから。
- ・ どのように連携をとってよいか分からない。(勝手に動けない)
- ・ すぐに相談できる人がいない。電話や、日程を明確にきめないと話がすぐにできない。

10. 医療機関や介護事業所との連携に際し、工夫している独自の取り組みがありますか。



独自の取り組みがあるとの回答は、10%であった。

10-1. 工夫している独自の取り組みが「ある」を選んだ方のみ。差し支えなければその取り組みをお答え下さい。(自由記載)

- ・ 依頼を受けた時の相談表の作成。
- ・ 定期的に情報提供書、経過報告書を作成し、郵送している。
- ・ 介護事業所を併設している為、全職種参加での全体会議、カンファレンスを実施している。

- ・ 電話記録ノートや、ミーティングでの情報共有。
- ・ 定期的に直接情報交換をする機会をつくる(精神の方が多いです)
- ・ 生活行為向上マネジメントシートを参考にサマリーの作成をしている。
- ・ サマリーなどでは、分かりやすく言葉をくだいて書く。
- ・ 独居老人の場合は、連絡帳での情報共有。
- ・ 連絡帳での情報の共有。
- ・ 可能な限り、FAX や書面を使うようにしています。
- ・ 一般的な連携ノートなどは活用している。
- ・ 独自ではないですが、サマリーに、その方の介助方法や、何が受け入れやすいか、何に困っていて、
続けて介入してほしいことなどを書くようにしています。
- ・ 介助方法を写真に撮り、申し送りを行いました。
- ・ サマリー 退院調整ミーティング資料や家屋評価資料を場合によっては同封。
- ・ 他の事業者でも必要であれば、リハ見学、介助指導をしている。
- ・ 必要に応じて退院時に自主トレ表や、車いす、ベッド上でのポジショニング表などをケアマネージャーやご家族に渡している。
- ・ サマリーや退院時会議における資料を作っている。また介助指導表を作成している。
- ・ 当院のミーティングに参加して頂くか、ソーシャルワーカーを通して連絡をとり確認を行っています。
- ・ 必要に応じて介助方法をまとめたプリントや、失語症の方であれば詳しい評価や訓練プログラムについて書いた資料を病院指定のサマリーに加えて渡している。
- ・ 退院前ミーティングの資料や、必要な福祉用具の資料をまとめてケアマネージャーに伝えるようにしている。
- ・ ポジショニングや自主トレ、特別な動作方法をとる場合は、サマリー以外に資料をつけて渡しています。
- ・ 退院前に退院調整ミーティングを行い、情報共有をする。
- ・ 必要に応じて退院 1 ヶ月～1.5 ヶ月前に、当院で本人、家族、当院スタッフとケアマネージャーでのミーティングの場を設けています。ミーティングで本人の状況を説明し、在宅でのサービスの提案、退院までに準備すべき事(家屋評価などの調整)を確認しています。
- ・ サマリー、総合実施計画書など
- ・ 退院時カンファレンス時に、独自の書類(動作、活動能力がわかるもの、家屋評価報告書等)をお渡ししています。
- ・ サマリー作成とは別に、退院時の状況資料を退院時ミーティング時に担当者に渡している。

11. 三郷市に住む高齢者が在宅生活を続けるにあたり、どのような仕組みがあれば医療と介護の連携が円滑に行えると思いますか(例 連携を調整する相談員の配置、使用する書式の統一化など)。

- ・書類の統一化
- ・調整員としての配置が必要、かつ明確(地域住民すべてがわかるように提示)にすべきと思います。
- ・医療と介護の連携を調整する人員、署の設置。
- ・パスの使用(医療における急性期からの状態を維持期・在宅へつなげる)
- ・すべての情報が見ることができるシステムなど、他職種の把握ができ、またそこから情報を共有できるものが必要だと思われる。
- ・ホームページやインターネットを使用し、定期的に情報をやりとりする場を設ける。
- ・ケアマネージャー、医療機関、介護施設の担当者が話し合える場を設ける。
- ・各医療機関、各介護事業所が得意とする分野(例えば神経筋疾患、呼吸器疾患など[医療] 吸引対応、夜間対応、障害福祉サービス可など[介護] を明確化、周知する取り組み。
- ・病院と介護施設が定期的な意見、情報交換が出来る機会を作れば連携も円滑に進むと考える。
- ・介護予防事業にセラピストが関与し、個別的な対応ができると良い。
- ・医療機関と介護事業所との連携のあり方についての講習会があれば、理解が深まり今より連携しやすくなると思います。
- ・高齢者の方がすぐに社会資源(医療、介護)にアクセスできる仕組みや、調整できるスキルを持った相談員、相談できる窓口の設置。
- ・今ある資源を見える化し、今、どこで、何ができるか等の業務分担をする。
- ・追跡調査のようなものを退院後、一定期間行うことで、病院にいるスタッフも患者様の状態を把握しやすいと思います。
- ・誰が誰にどのタイミングで伝えるのか、伝えられる環境があればいいと思います。
- ・介護が必要でない方にも、家族以外で見守ることができると、いざという時に体が動かなくなる前に対応できる。全く動けなくなってから介護保険を申請して、リハビリを…となると、タイムラグで機能を取り戻せないことが多いと思う。医療 介護では、取りまとめる協議会のような組織も必要になるかなと思います。
- ・現状では介護事業所との連携がほぼありませんので、具体的にはわかりかねますが、住民の方々が高齢になった際、何らかのかたちで情報共有できる機会をもつことができると良いだろうと漠然とですが考えます。その際、お互いがどのような情報を必要としているのかなど、それぞれ検討しておく方が良いかと…。
- ・支援者同士がお互いの顔の見える関係になること。・事例検討会等で顔の見える関係に。
- ・現状の体制では各施設それぞれの動きになっているため、現状把握が出来ていない。三郷市全体で考えていくのであれば、各医療機関の地域連携室(等)が介護保険事業所とのネットワークの強化を行い、情報共有(現状把握)する必要が有ると考えます(そのためにも書式の統一は必須)。

又、今後はこれらを統括する別の機関(三郷市総合サービスセンターみたいな?)や機会(地域ケア会議など)などで必要なサービスを見極めて、圏域ごとにある事業所に依頼する方法もあるのではないかと思います。既存の機関を活用するのであれば、地域包括支援センターに必要な専門職を専従配置するのも良いのではないかと考えます。

- ・ 医療機関と介護事業所との連絡方法、手順が明確になって(書類の統一化なども含めて)周知されると良いと思います。
- ・ 顔の見える関係性づくり。お互いの業務・役割の理解を深めるための話し合いの場。
- ・ 病院との連携室のような場所を配置。病院スタッフと介護スタッフが顔を直接合わせることができる場所をつくる。
- ・ 一緒に行く勉強会やディスカッションの場などがあると良いと思います。
- ・ ソーシャルネットワークを利用した地域連携パスシートを作成(高齢者個人別)。そうする事で、医療機関や介護サービス事業者からの情報を即確認する事が出来るとともに、最新の状況を共有する事が可能になると思われる。必要な情報をスピーディーに得られる事で、円滑な連携が図れると考える。
- ・ 他施設がどのような機能を持ち、どのように地域にはたらきかけているのか、それぞれの特徴を共有する必要があると思う。
- ・ 医療と介護の両方を理解している相談員等の配置により、情報の一元化をしていく。あちこちより色々な情報が出てしまうため、リーダーシップを取れる人材の育成も必要。
どうしても医療職なので、介護のことが理解しにくい。両方の視点を持つ人に間に入って欲しい。
- ・ 医療と介護にかかわるそれぞれの人がお互いの役割について詳しく知ると、連携につながると思います。
- ・ 各病院や、市の施設での介護方法講座や、予防のためのセミナーなど地域へ向けて開き、高齢者や、介護、病院などが、身近なものだと周知する取り組みを行う。
- ・ 医療と介護をむすぶ中継者が身近にいる、もしくは気軽に相談できる環境が必要だと思います。