



『多職種間の情報交換の場や窓口不足について』 アンケート集計

「どの職種との情報交換が不足していますか」

○医師に対して

誰が(職種)	いつ、タイミング	情報交換の内容
ケアマネジャー	・担当者会議への出席	・受診時に同行し主治医に相談していますが、本人や家族がいる場では話せない内容がある。
看護師	・担当者会議	・治療方針。本人、家族への説明など。
ケアマネジャー	・担当者会議 ・退院時カンファ	・利用者の状態(健康)、服薬状況、生活上の指導。
ケアマネジャー	・入院 退院時	・医療的ニーズや注意点等。
病院	・入院時、退院1～2W前	・病名、治療方針、在宅生活において気を付ける点など。
ケアマネジャー	・退院時カンファレンス、介護保険更新時	・病状についてや日常生活での注意点について知りたい。必要と思われるサービスについて。
ケアマネジャー	・入退院時、主治医意見書記入前	・病状、服薬、今後注意すべきこと。認知症ナシになっていることが多いが、物忘れ等進行している。
ケアマネジャー	・退院時	・在宅での注意事項、薬の変更等。
ケアマネジャー	・薬が飲めてない	・服薬に関する相談。
看護師	・利用者に変化があった時	・医療的ケアのある方の在宅での管理。認知症があり内服ができないなど。
看護師	・悪化時	・診察中等で直接話しが出来ない場合あり、代わりにNsからの指示があることがある。

誰が(職種)	いつ、タイミング	情報交換の内容
ケアマネジャー	—	・患者の見通しなど。
ケアマネジャー	・(外来で)できれば時間がかからないようにするので、待ち時間を少なくしてほしい	・病状や治療方針を知りたい。データなどの説明を受け、理解できる内容で説明を受けたい。
ケアマネジャー	・受診の時	・病気について今後予測される症状など。
ケアマネジャー	—	・関わっている利用者の医学的見解。
ケアマネジャー	・双方の都合	・病状、治療内容、生活の状況把握も含めた情報共有と理解、それぞれの意見交換。
MSW	・面談の1週間前位	・患者さんの退院に向けての情報共有、意識のすり合わせ。
薬剤師	—	・投薬の目的、重要度などが分かれば服薬指導がしやすい。
薬剤師	—	・薬局から情報提供が欲しい。内容や状況など。
薬剤師	・適宜	・患者情報。治療方針。
その他	—	・開業医の医師に聞きたいことがあっても電話や訪問のタイミングが難しいため、在宅総合支援センターに中継としての役割をお願いしたい。
ケアマネジャー	・必要時	・主治医と面談できにくい場合、連携室や退院対応の看護師の協力で、病状、治療内容、生活の現状把握も含めた共有と理解ができるようになるとう有難いです。

○ケアマネジャーに対して

誰が(職種)	いつ、タイミング	情報交換の内容
理学療法士	・患者の入院時	・入院前の生活状況、退院後の方向性など。
MSW	・入院時	・入院前のサービス状況や生活面での心配事などを早期に情報を頂きたい。(情報を下さいと言えば送ってくれる状況が多い)
ケアマネジャー	・ケアマネの研修会や町介護サービス事業者連絡会	・具体的活用法や窓口など(栄養や薬剤師)。
ケアマネジャー	・利用者の相談をすぐにしたい時	・タイムリーに情報交換は日々行っています。利用者の身体状況や認知症状など。
医師	・入院時、面談時	・使ってきたサービスを今後どのようにしていくのか？家族関係、経済状態、介護認定が妥当か？(患者情報)など在宅支援に向けての使える情報交換が必要。
歯科医師	・歯科治療を始める前	・患者さんの状態、訪看さんの考え、ケアプランの概要。歯科からは現状、治療計画、期間、訪問で行うか退院で行うかその混在かなどについて。
医師	・いつでも	・担当者によってやる気に差を感じる。問題点があればすぐに報告してほしい。
理学療法士	・退院後、一定期間経過後、介護サービス終了後	・退院後、サービス終了後の生活状況について。

○MSWに対して

誰が(職種)	いつ、タイミング	情報交換の内容
ケアマネジャー	・入退院時	・入退院時の情報調整
ケアマネジャー	・退院カンファレンスを行う前(インテーク時)	・新規の依頼の時に、事前情報を頂いた上で面談等行えると、退院カンファレンスの時にもっとスムーズに行えるケースもあると思います。
MSW	・退院前に	・退院前の本人の状態など、退院の日など。
ケアマネジャー	・退院前に	・在宅での生活が困難と思われる高齢者の退院前カンファレンスもしくは相談。
ケアマネジャー	・入退院時	・入院中の経過や退院時の内服薬。
ケアマネジャー	・入院時、退院時	・入院前の在宅生活の状況について。病状説明。退院後の療養、生活上の注意点など。在宅で体調不良時の相談など。
ケアマネジャー	・入退院時	・退院時の連絡がこないことが多い。
医師	・紹介の時点	・職業、生活等の対象者の人生そのものの情報。

○看護師に対して

誰が(職種)	いつ、タイミング	情報交換の内容
ケアマネジャー	・入院時、退院時	・入院前の在宅生活の状況について。病状説明。退院後の療養、生活上の注意点など。在宅で体調不良時の相談など。
MSW	・入院時	・訪問看護での状況。
ケアマネジャー	・退院時	・在宅での注意事項、薬の変更等。
MSW	・面談の1週間前位	・患者さんの退院に向けての情報共有、意識のすり合わせ。
歯科医師	・歯科治療を始める前	・患者さんの状態、訪看さんの考え、ケアプランの概要。歯科からは現状、治療計画、期間、訪問で行うか退院で行うかその混在かなどについて。
医師	・適宜(できれば定期的)	・カンファ等。
薬剤師	—	・患者個人の様子、注意点を具体的に知りたい。
薬剤師	—	・意見を交換できる場があれば良いと感じます。

○リハビリ職に対して

誰が(職種)	いつ、タイミング	情報交換の内容
ケアマネジャー	・入院中、退院時	・リハビリの進行具合。在宅に帰ってからの転倒の危険性について。
ケアマネジャー	・入院時、退院時	・入院前の在宅生活の状況について。病状説明。退院後の療養、生活上の注意点など。在宅で体調不良時の相談など。
ケアマネジャー	・必要時研修で	・どんな事をしていただけるのかなど教えてほしい。
ケアマネジャー	・利用者に誤嚥が増えた	・訓練で飲み込み改善されるか。
MSW	・面談の1週間前位	・患者さんの退院に向けての情報共有、意識のすり合わせ。
介護福祉士	—	・患者さんの移乗量とリハビリ中の身体の状態、様子の変化とか新患さんの介助量とかケア上の具体的な注意点。
看護師	—	・理学療法を受ける際のサービス種類、内容について。
看護師	—	・サービスの種類、内容について。

○その他(介護職等)に対して

誰が(職種)	いつ、タイミング	情報交換の内容
ケアマネジャー	・担当者会議	・ケースワーカーに、利用制限等を最初に知らせて欲しい。
MSW	・入院前退院前	・施設職員に、入院時:サマリーは頂けるが不足している情報あり。ADLの詳細や食事の摂取状況など。退院前:元々重度要介護状態にあると、退院前カンファ等の参加がない。
その他(施設長)	・区変、更新	・介護職に、病状とADLの状態。
看護師	・異常を感じた時	・ヘルパーに、状態の報告。利用者の苦情。要望時を聞いた時にただちに多職種と連携をとっている。
看護師	・訪問後	・介護福祉士に、食事内容、摂取量、水分補給、排泄の状態等。
薬剤師	・必要時	・ヘルパー、デイサービスに、本人と接する頻度が多く、体調変化に気づきやすいはず。何かあればいつでもお電話頂ければと思います。
医師	・いつでも	・ヘルパーに、自宅での様子、食事の内容など外来ではわかりにくい情報を伝えて欲しい。
看護師	—	・デイスタッフに、デイでの様子。苦労しているところ。連絡方法。
理学療法士	・随時	・ヘルパー、通院スタッフ等に、担当者会議以外で顔をあわせることがないので、もっと頻回に情報交換したい。

○その他(医療職)に対して

誰が(職種)	いつ、タイミング	情報交換の内容
ケアマネジャー	・担当者会議 ・退院時カンファ	・栄養士に、栄養指導、食事療法、嚥下状態によるトミや食事形態の指導
ケアマネジャー	・退院時カンファレンス、薬の内容変更時等	・薬剤師に、薬剤情報について。薬の副作用や服薬方法について。服薬状況について。
ケアマネジャー	・退院時カンファレンス	・栄養士に、食事についてのポイント。必要な栄養指導の内容について。
ケアマネジャー	・研修会等	・医療職に、グループワーク。
放射線技師	・研修会、勉強会参加時に	・病院同士の情報交換(問題点、病診連携等)。同職種同士の連携等も。
ケアマネジャー	・薬が飲めてない	・薬剤師に、服薬に関する相談。
ケアマネジャー	・筋力低下の利用者	・栄養士に、筋力アップの食事内容の説明。
看護師	・FAX、TEL	・歯科医師に、治療の内容。食事の内容(どれくらいの固さの食事を食べさせてよいか等)

「多職種間の情報交換の場や窓口に関することでの意見」

- ・その都度、必要な時に連絡をとり、情報を聞くようにしている。言語聴覚士の方と話す機会は少ないと感じている。
- ・以前に比べると医師との連携はとりやすくなったと思います。大きな病院では直接医師とかかわれなくても、MSW等を通してスムーズに情報交換ができるケースが多くなりました。又、医療との連携ということで介護支援専門員として勉強する機会も多くなりました。
- ・勉強会などで多職種が集まる場がもっとあればよいと思います。又CMだけが集まり、こんな時はどうしてる？など日々疑問に思っている(他の事業所はどうしてるのかな?)事の情報交換の場があってもいいかと思います。
- ・研修や講演で受け身で参加する事も良いが、少人数でのグループワークのような形式で具体的な情報交換や相談ができたと思う。
- ・中間中央ケアプランセンターは6月末に休止届を提出していますので、周知していただければと思います。
- ・病院によっては全く情報交換ができない事もある。しかしとても詳しく対応してくれる病院もありその都度対応が必要な状況です。
- ・こちらが求めた時に受け入れて頂けたら充分です。ケアマネが医療機関へ出向き、情報を得る努力が必要だと思います。連携をとるために病院側も対応が良くなったと感じています。
- ・情報交換が一般的なことなのか個別的なことなのかでやり方や場が変わってくると思うので、特に個別的な場合に医師や薬剤師などにどういう手順で情報を求めたらいいか知りたい。
- ・自分が求めていけば情報が得られると思われるが、課題やニーズに気付くことができるかどうかも課題です。
- ・新水巻HPは入院した利用者さんの情報が提供されないことがある。おんがHPはSWによって情報提供を求めてくる方とそうでない方がおられる。入退院時情報共有シートの利用について、改めてルールの確認と利用促進について周知する必要があるのではないのでしょうか。(医療側と介護側の双方に対して)
- ・カンファレンスには参加していきたいが、急なカンファは難しい。その時はサマリーなどいただきたい。
- ・連携室がある病院の場合でも、入院者のみと言われる場合もまれにあります。近隣病院では、ほぼ協力体制が整っていると信じています。リハ職とはリハ室に伺わせていただき、情報共有が出来ている場合が多いです。出来れば今後、サービス担当者会議へに参加もいただけると、より在宅介護が必要なりハビリや自立した在宅生活の支援ができると思われれます。ケアマネ側も情報共有や協力依頼を遠慮なくして行く事も大事だと思います。
- ・窓口へ行きやすくなったと感じる。今後も多職種連携のつなぎ役になってほしい。
- ・聞きたい時が情報交換のタイミングだと思います。しかし、時間調整の難しさや、相手へに気遣いなどでタイミングを逃してしまうことも多々あります。現在、多職種が参加できる研修会等の機会が増え、顔なじみになり、以前よりも訪ねやすくなっていると思います。医療機関では総合病院(特に大病院)医師へ直接尋ねることが難しい時などMSWや看護師が対応して頂けます。最初は不安ですが担当窓口が分かると相談しやすくなります。ただお互いに不慣れな時は遠慮がちになることもあります。一般の歯科医師、薬剤師は必要に迫られると相談する事がありますが、訪問で居宅療養管理指導をされていると関わりがもてて、相談がしやすいと感じます。介護保険等のサービス職員は、割と尋ね易いが、事業所のスケジュールなどはできるだけ配慮しています。
- ・入院時情報共有シートが活用されているか知りたいです。
- ・ヘルパーと看護師の直の情報交換に関してもっと密に情報共有してもよいのではないかと。

- ・病院間は連携室が機能してるので情報交換は必要に応じてタイムリーに行えている。在宅で生活している人の窓口となるケアマネジャーとの情報交換が、情報把握不足、関与不足などで出来ない事がある。知識・技術の個人差があり困る事がある。
- ・情報不足を感じています。多職種の機能や役割がきちんと把握できていないと思います。日々の業務等に追われるからこそ、効率的な情報交換ふができればと思います。
- ・私達放射線技師については、北九州支部、福岡支部、筑後支部、筑豊支部の4支部があり、1年中勉強会やレクその他研修会、医療安全研修会、学研大会等があり参加しているが遠賀中間方面単独では今のところないようである。必ず参加すれば情報はわかるので有難い。遠賀中間医師会の勉強会にはできる限り参加させて頂いていろいろな情報をいただいています。
- ・歯科が関わること、口腔ケアの実際などについて歯科的に意見を求められることが少ない様に思います。歯科医ともっとコンタクトの機会を設けた方がいいと思います。「元々のかかりつけ歯科医」がいて本人家族が往診を希望しているのに施設側に押し切られているケースも散見します。往診可能な歯科医師も本 はないです。どの先生にも自由にかかわる「フリーアクセス」の原則を確立して頂きたいと思います。「施設と契約している歯科医院でないため」と言われ、入居者は立場が弱いので、渋々診てもらっているという事例がありました。
- ・現在在宅医療を行っていない(要望がない為)ので正直わかりません。
- ・介護保険の定期的な担当者会議にDrの指示書をもっている。訪看が事前にDrの意見を聞き、会議でDrの意向を話すようにしている。医療は坦会がないので多職種間の情報交換ができない(小児、精神、ターミナル)。相談支援員を退院前に決めてくれたら定期的に会議が開けるので助かる。
- ・悪化時ではなくても直接指示を受けたくても会って話しをする機会が少ない。報告書を提出しても主治医が状態を把握していないこともある。
- ・医師、看護師、介護支援専門員とは情報交換することはありますが、それ以外はほとんどありません。
- ・医療⇄介護間で情報の共有がうまくできていないように感じています。他地域では関係職種で構成される患者さん毎のグループラインのようなシステムもあり、誰かが書き込むと各職種へ通知があり、その情報を瞬時に共有することが出来ます。連携推進事業の1つとしていかがでしょうか。
- ・ケアマネジャーさんへ入院時ご来院頂いて連携を図るようにしています。退院時の情報提供が充分に行えない場合があるのでより連携がとれる体制を作りたいと思っています。
- ・急性期では入院期間が短くなったり急遽退院する事もあり退院前カンファレンスを行えないまま退院して頂いていることも多い。退院時に出来るだけケアマネには退院した旨の報告連絡はするように努めてます。入院時に頂いた情報共有シートの貴重な情報は退院支援を行う上で大変参考にさせて頂いています。追加で利用者の生活背景などの情報を頂けると助かります。
- ・すみません。私が当院でMSW業務に就いてから日も浅く院内では医師、看護師、同列の施設やケアマネジャーと日頃情報支援の場があるのですが、遠賀中間地域では転院相談等で電話でのやりとりはあるものの業務上の問題について話し合うとか他院の意見を聞く機会がなかなかありません。地域包括ケア会議やケアマネ研修会の様にある一定期間で情報支援の場があったらありがたいと思うことはあります。