

泉佐野泉南医師会圏域 「医療と介護・多職種連携」

事業実施報告書

《在宅医療円滑化ネットワーク事業》

泉佐野泉南医師会

目 次

はじめに

泉佐野泉南医師会圏域の概況・・・・・・・・・・・・・・・・ 4

第1章 「医療と介護・多職種連携」事業について・・・・・・ 5

1 事業の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5

2 事業の実施状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6

第2章 アンケート調査について・・・・・・・・・・・・・・ 8

1 アンケート調査の目的・・・・・・・・・・・・・・・・ 8

2 アンケート調査の概要・・・・・・・・・・・・・・・・ 9

3 アンケート調査結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 11

★ アンケート調査の結果のグラフー覧・・・・・・・・・・ 19

★ アンケート調査のまとめ・・・・・・・・・・・・・・ 33

1 アンケート調査で確認できた事項・・・・・・・・・・ 34

2 アンケート調査の考察・・・・・・・・・・・・・・ 35

★ 他職種からの要望・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 41

は じ め に

わが国の高齢化は、平成20年には総人口の22%を超え、団塊の世代が75歳となる13年後の平成37年(2025年)には本格的な「超高齢社会」へ突入していくと予想され、医療と介護の双方を必要とする高齢者が住みなれた自宅や地域で生活を続けていくために、身近な地域において医療と介護のサービスが切れ目なく提供される体制(地域包括ケアシステム)の構築が求められています。

高齢者一人ひとりのライフステージにあった医療と介護を行うためには、「医療と介護・多職種の連携」はなくてはならないものであり、「地域包括ケアシステム」構築の“カギ”であり、また“要”であると言えます。

本医師会は、泉佐野市・泉南市・阪南市・熊取町・田尻町・岬町の3市3町からなる広域医師会であり、医療と介護、多職種そして行政との連携において十分機能が発揮しているとは言えない状況にあり、また、この地域は急性期医療の病床数が非常に少なく、また医療資源も限られているため、『地域完結型医療・介護・福祉』連携体制の構築が必須であると考えられます。

これらを推進するため、「平成24年度大阪府転退院調整・在宅医療円滑化ネットワーク事業」在宅医療推進モデル事業を平成24年10月に大阪府医師会より受託しました。

本報告書は、在宅医療の現状を医師会と行政が中心となり多職種と協働し、アンケート調査により、課題を抽出、在宅療養支援ネットワーク構築に向けた方向性をまとめたものです。先駆的な在宅療養支援体制の構築に向けて、本報告書が存分に活用されることを期待しています。

平成25年3月

泉佐野泉南医師会

泉佐野泉南医師会圏域の概況

(泉佐野市・泉南市・阪南市・熊取町・田尻町・岬町)

★人口及び高齢化率（泉佐野泉南医師会圏域：平成24年3月31日現在）
(※表1)

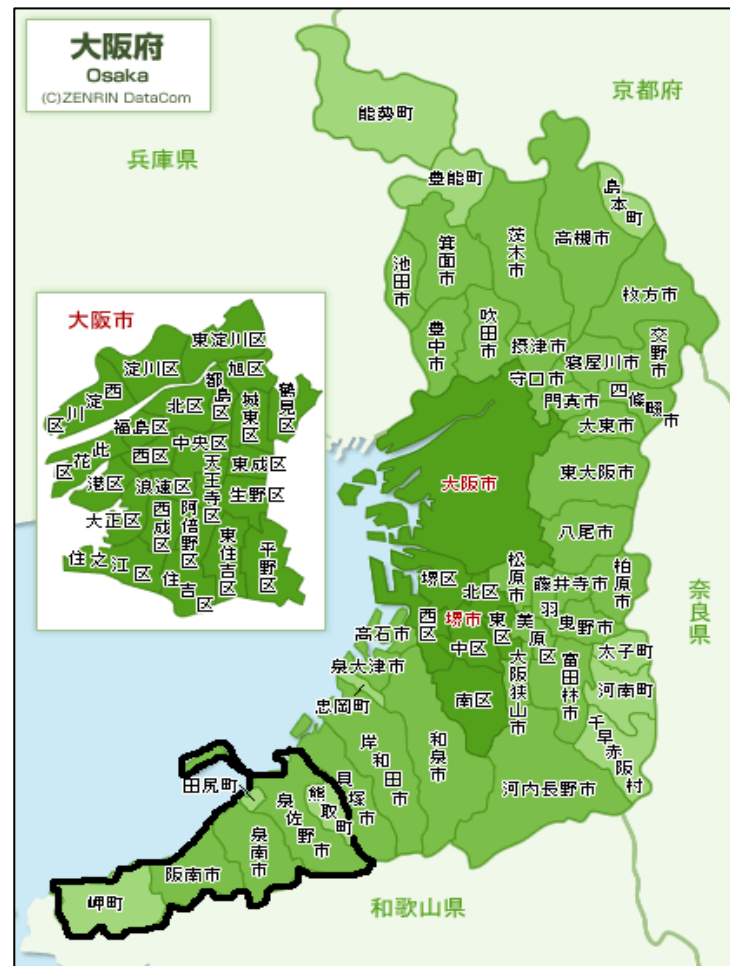
	総人口	高齢者数(人)		高齢化率(%)	
		65歳以上	75歳以上	65歳以上	75歳以上
泉佐野市	102,362	22,084	10,229	21.6	10.0
泉南市	64,984	14,625	6,285	22.5	9.7
阪南市	57,888	13,550	5,630	23.4	9.7
熊取町	44,542	9,268	3,679	20.8	8.3
田尻町	8,299	1,787	873	21.5	10.5
岬町	17,546	5,317	2,567	30.3	14.6
合計	295,621	66,631	29,263	22.5	9.9

★第1号被保険者要介護（要支援）認定者数
(※表2)

(介護保険事業状況報告)

	認定者数(人)	65歳以上における 認定者数割合(%)
泉佐野市	4,879	22.1
泉南市	2,526	17.3
阪南市	2,418	17.8
熊取町	1,593	16.5
田尻町	318	17.8
岬町	1,188	22.3
合計	12,922	19.4

(泉佐野泉南医師会圏域：平成24年3月31日現在)



(泉佐野市・泉南市・阪南市・熊取町・田尻町・岬町)

第1章 「医療と介護・多職種連携」事業について

1. 事業の概要

- 1) 事業名: 泉佐野泉南医師会圏域「医療と介護・多職種連携」事業
- 2) 事業実施期間: 平成24年10月1日～平成25年3月31日
- 3) 執行体制: 事業主体・・・泉佐野泉南医師会
参画機関、協力団体
 - ・泉佐野泉南歯科医師会
 - ・泉佐野薬剤師会
 - ・泉南薬剤師会
 - ・りんくう総合医療センター
 - ・永山病院
 - ・6市町ケアマネジャー合同連絡会
 - ・訪問看護ステーションさくら総合医療
 - ・泉佐野市社協地域包括支援センター
 - ・大阪府泉佐野保健所
 - ・泉南市高齢障害介護課

2. 事業の実施状況

- 1) 泉佐野泉南医師会圏域医療と介護・多職種連携事業実施要領制定(平成24年10月1日)
- 2) 泉佐野泉南医師会圏域医療と介護・多職種連携ネットワーク連絡会設置要領制定(平成24年10月1日)
- 3) 地域連携室の設置(平成24年10月1日)

地域連携室の役割・・・医師会事務所に設けるのではなく、その調整を行うところとする。3市3町の広域にわたる三師会(医師会、歯科医師会、薬剤師会)・病院・6市町ケアマネジャー合同連絡会、訪問看護ステーション(看護師)、地域包括支援センター、行政(3市3町、保健所)等多職種の連携に関する調整を行い、医療と介護・多職種連携実現への推進役を担う。(泉南市高齢障害介護課が幹事として、その推進役を担う。)
- 4) 泉佐野泉南医師会圏域医療と介護・多職種連携ネットワーク連絡会の開催
 - ①第1回(平成24年10月20日)
 - ・連絡会委員の自己紹介
 - ・連絡会の会長及び副会長(2名)の選出
 - ・事業の概要説明
 - ・「医療と介護・多職種連携に関するアンケート調査」項目について
 - ②第2回(平成24年11月10日)
 - ・「医療と介護・多職種連携に関するアンケート調査」項目について
 - ③第3回(平成24年12月13日)
 - ・「医療と介護・多職種連携に関するアンケート調査」項目について

④第4回(平成25年1月24日)

- ・「医療と介護・多職種連携に関するアンケート調査」実施状況(回収率及び各職種でのアンケート協力
勧奨)

⑤第5回(平成25年2月28日)

- ・「医療と介護・多職種連携に関するアンケート調査」結果の概要報告

5) 泉佐野泉南医師会圏域医療と介護・多職種連携ネットワーク連絡会研修会の開催(平成24年12月13日)

①講演「在宅医療円滑化ネットワークにおける多職種の役割」

講師 大阪府医師会理事 中尾正俊先生

②グループワーク「自分たちができる連携は・・・」

- 第一部では、大阪府医師会 中尾理事の「在宅医療円滑化ネットワークにおける多職種の役割」
について講演していただき、在宅医療・多職種連携の重要性を再認識し、第2部のグループワークで
は、具体的な事例により、どういう連携が必要か、またどういう連携ができるかなどについて、活発な
意見交換ができました。

6) 在宅医療円滑化ネットワーク事業「医療と介護・多職種連携に関するアンケート調査」実施

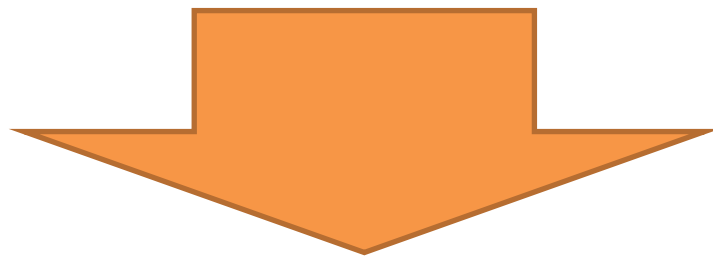
(平成25年1月7日～平成25年1月19日)

- 全548箇所に対して「医療と介護・多職種連携に関するアンケート調査」を実施。回収数366件で、
66.79%の回収率でした。

第2章 アンケート調査について

1. アンケート調査の目的

- 高齢化の進展に伴い医療と介護の双方を必要とするシームレスな医療提供体制の整備が必要
- 「共通認識」を持つことは、この泉州地域でいつまでも暮らし続けたいと願う高齢者にとってきわめて重要
- 高齢者一人ひとりのライフステージにあった「地域包括ケア体制」の構築の実現に向けた課題抽出



関連する職種にアンケート調査を実施

2. アンケート調査の概要

1) 実施状況

○実施期間	平成25年1月7日～1月19日
○調査基準日	平成25年1月1日
○調査方法	郵送による配布・回収及び無記名調査
○調査対象者	泉佐野泉南医師会圏域の ・医師(診療所医師) ・歯科医師 ・薬剤師 ・病院地域医療連携室(MSW) ・介護支援専門員(ケアマネジャー) ・訪問看護ステーション ・地域包括支援センター ・行政

2) アンケート回収状況と回収率

	有効回収数 / 配布数	回収率
医師 (診療所医師)	105 / 158	66.45%
歯科医師	61 / 113	53.98%
薬剤師	60 / 97	61.86%
病院地域連携室	17 / 27	62.96%
ケアマネジャー	100 / 123	81.30%
訪問看護ステーション	12 / 19	63.15%
地域包括支援センター	4 / 4	100%
行政	7 / 7	100%
合計	366 / 548	66.79%

3. アンケート調査結果

1) 多職種との連携(現状)

連携の必要性 ⇒ 全ての職種で連携は必要としている(P20)

現在の多職種との連携(P21)

- ・医師 ⇒ ケアマネ(80%)、訪問看護(64%)、MSW(56%)と連携が進んでいるものの、他の職種とは連携が進んでいない。
- ・歯科医師 ⇒ すべての職種と連携が進んでいない。
- ・薬剤師 ⇒ 医師(72%)とは連携ができているものの、他の職種とは連携が進んでいない。
- ・MSW ⇒ ケアマネ(88%)、訪問看護(88%)、医師(82%)、MSW(82%)と連携ができているものの、他の職種とは連携が進んでいない。
- ・ケアマネ ⇒ 歯科医師(44%)、薬剤師(25%)以外のお職種と連携が進んでいる。
- ・訪問看護 ⇒ ほぼすべての職種と連携が進んでいる。
- ・包括 ⇒ 医師、MSW、ケアマネ、行政(各100%)と連携ができているが、歯科医師(25%)、薬剤師(0%)と連携が進んでいない。
- ・行政 ⇒ ケアマネ、包括(各100%)、行政(86%)、医師(71%)と連携が進んでいるものの、歯科医師、薬剤師(各0%)連携ができいていない。

今後の連携 ⇒ 約半数(54%)の医師は「現状のままでよい」としているが、他の職種では、3割以下にとどまっている。また、「より強固な連携を希望」とした医師は3割であるが、他の職種においては、5割以上が「より強固な連携を希望」している。(P22)

多職種連携の相関 ⇒ 連携に大幅な相違(40%以上)がある職種がある。また、各職種ごとの連携においては、医療系の連携が進んでいない。(P23)

在宅医療の取組み ⇒ 在宅医療の取組について、「取り組んでいる」「取り組む予定」と答えた、医師は57%で、歯科医師は38%、薬剤師は30%と少ないものの、「環境が整えば取り組みたい」と答えた歯科医師、薬剤師は34%、59%で、「取り組む姿勢」がうかがえる。(P24)

在宅ケアの阻害要因 ⇒ どの職種においても順序は異なるものの「時間的制限」「マンパワーの不足」「レスパイトサポート体制(後方支援)の不足」「連絡先の情報不足」の4点が挙げられている。(P25~P26)

在宅ケアの阻害要因 (P25～P26)

	一位	二位	三位
医師	時間的制限	マンパワーの不足	後方支援の不足
歯科医師	時間的制限	連携先の情報不足	後方支援の不足
薬剤師	時間的制限	マンパワーの不足	連携先の情報不足
MSW	マンパワーの不足	連携先の情報不足	後方支援の不足 時間的制限
ケアマネ	時間的制限	後方支援の不足	マンパワーの不足 後方支援の不足
訪問看護	後方支援の不足	時間的制限	連携先の情報不足
包括	連携先の情報不足 マンパワーの不足	時間的制限 後方支援の不足 政策上の問題	—
行政	連携先の情報不足	後方支援の不足	マンパワーの不足 時間的制限

連携シートの必要性 ⇒ 各職種とも約7割以上の職種が連携シートが必要と答えている。(P27)

ケアマネタイムについて(P28)

- ・医師 ⇒ 活用 ⇒ **22%**
活用していない ⇒ **69%**
- ・ケアマネ ⇒ 活用 ⇒ **50%**
活用していない ⇒ **43%**

ケアマネタイムとは・・・

医師とケアマネが連携するための方法について、医師の都合を一覧(曜日、時間帯、手段(面談、電話、FAX、メール等)にしたもの等)にそれを参考に医療と介護の連携を図ること。

退院前カンファレンス (P29)

	参加	時々参加	不参加
医師	2.0%	4.0%	94.1%
歯科医師	0%	0%	100%
薬剤師	0%	1.8%	98.2%
ケアマネ	62.0%	29.0%	9.0%
訪問看護	40.0%	60.0%	0%
包括	0%	75.0% (必要に応じ)	25.0%

サービス担当者会議 (P30)

	参加	時々参加	不参加
医師	0%	10.8%	89.2%
歯科医師	1.7%	5.2%	93.1%
薬剤師	1.8%	1.8%	96.5%
MSW	12.5%	43.8%	43.8%
訪問看護	100%	0%	0%
包括	75.0%	25.0% (必要に応じ)	0%

地域包括支援センターの活動について(P31)

活動を理解していない

・歯科医師	⇒	75%
・薬剤師	⇒	71%
・医師	⇒	52%
・ケアマネ	⇒	7%
・MSW	⇒	6%
・訪問看護	⇒	0%
・包括	⇒	0%
・行政	⇒	0%

地域包括ケアシステムについて(P32)

理解していない

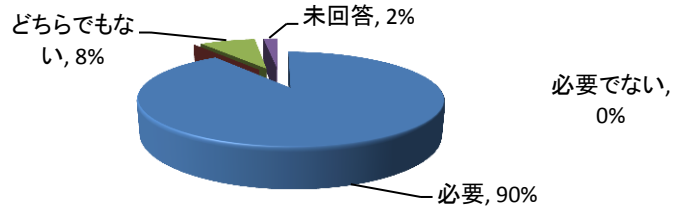
・歯科医師	⇒	78%
・薬剤師	⇒	75%
・医師	⇒	63%
・MSW	⇒	39%
・訪問看護	⇒	20%
・ケアマネ	⇒	0%
・包括	⇒	0%
・行政	⇒	0%

アンケート調査の結果のグラフェー覧

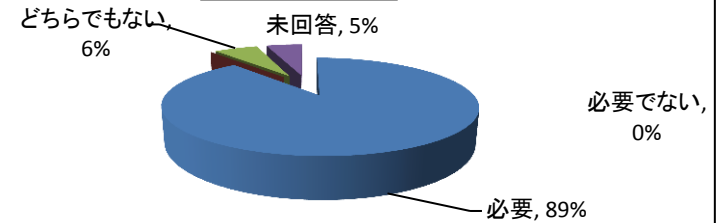
次ページから、今回のアンケート結果を集計した一覧を示します。

☆ 連携の必要性

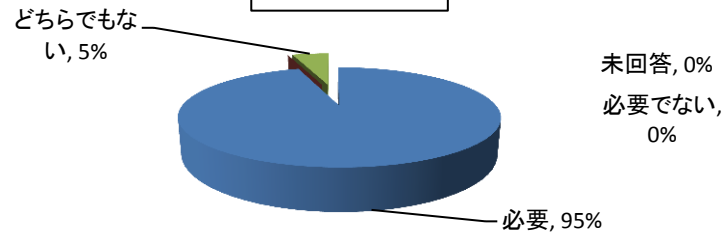
【医師】



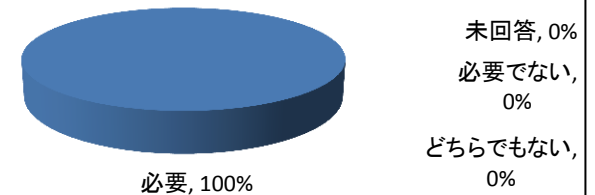
【歯科医師】



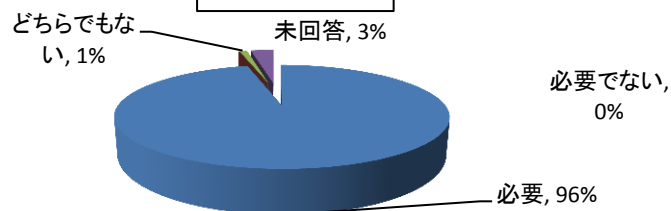
【薬剤師】



【MSW】



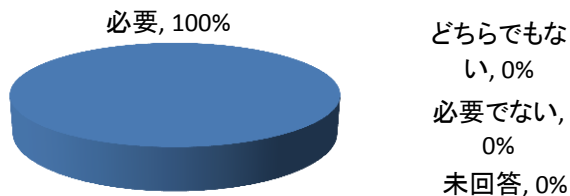
【ケアマネ】



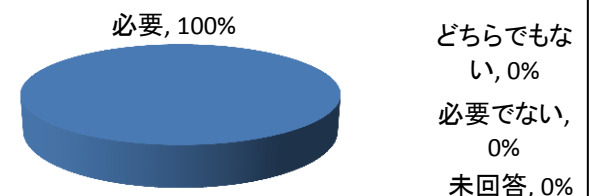
【訪問看護】



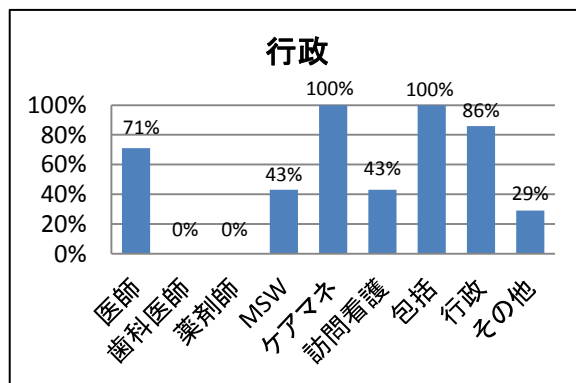
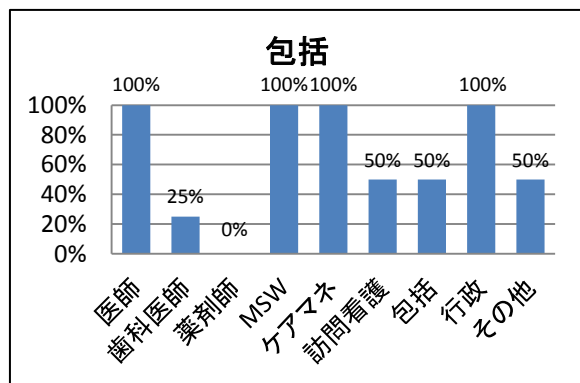
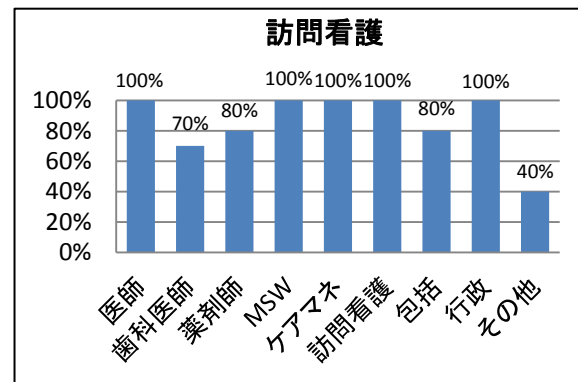
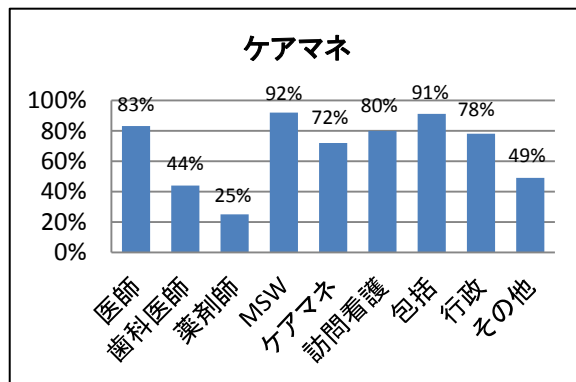
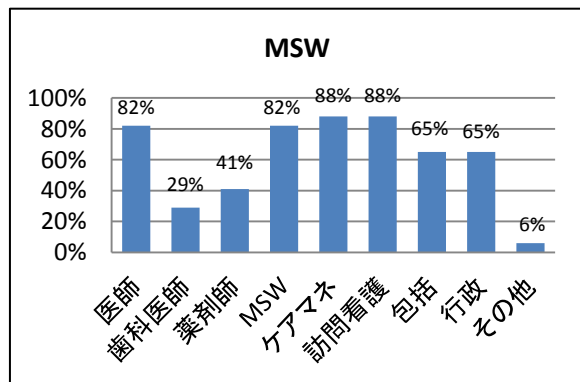
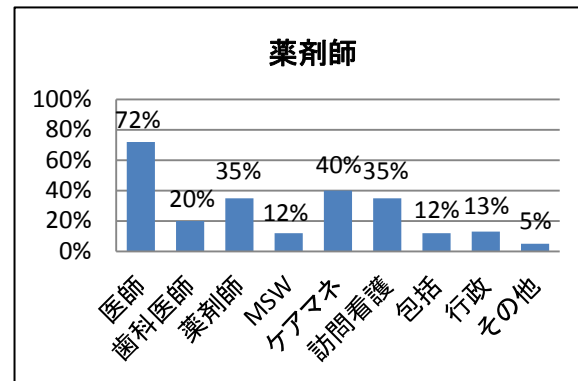
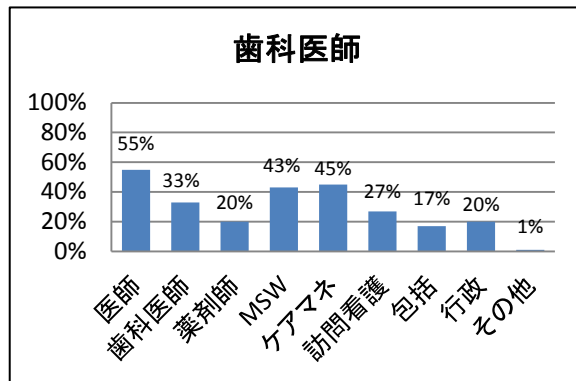
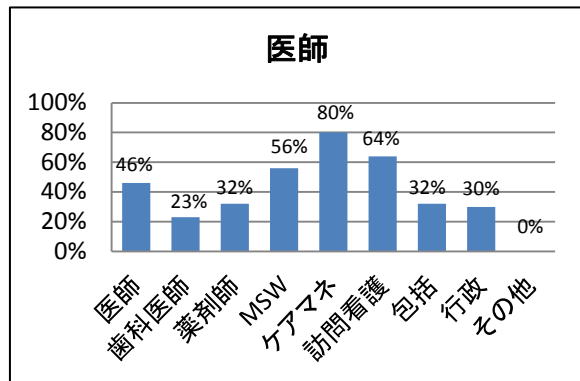
【包括】



【行政】

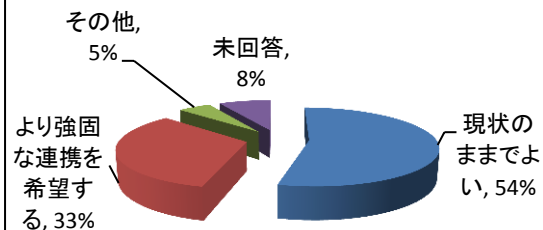


☆ 現在の多職種との連携

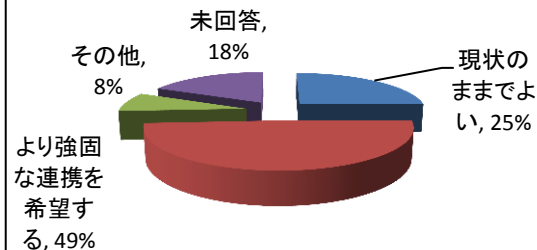


☆ 今後の連携

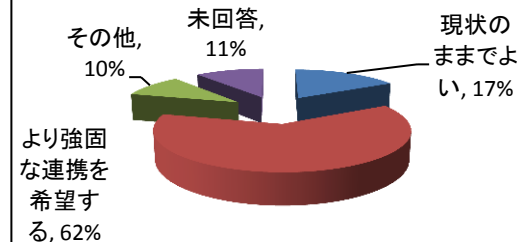
【医師】



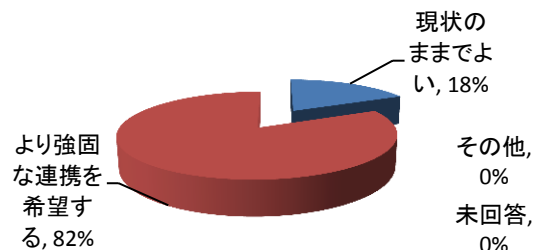
【歯科医師】



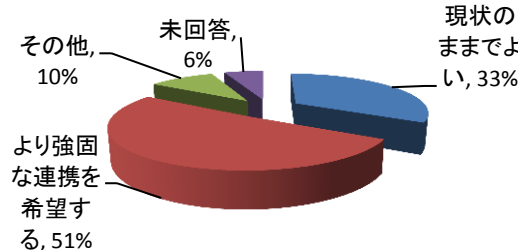
【薬剤師】



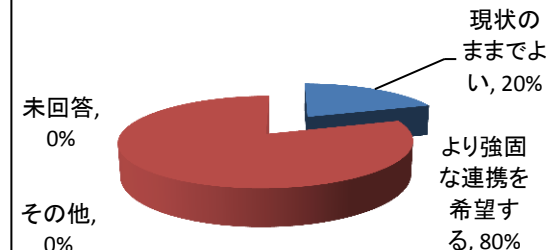
【MSW】



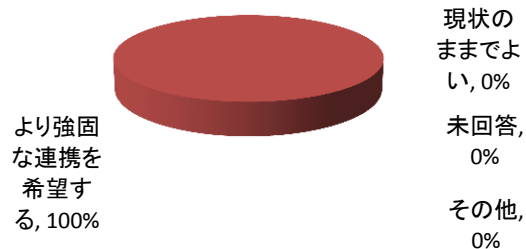
【ケアマネ】



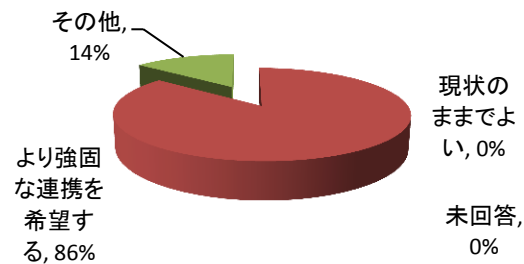
【訪問看護】



【包括】



【行政】



☆ 多職種連携の相関表

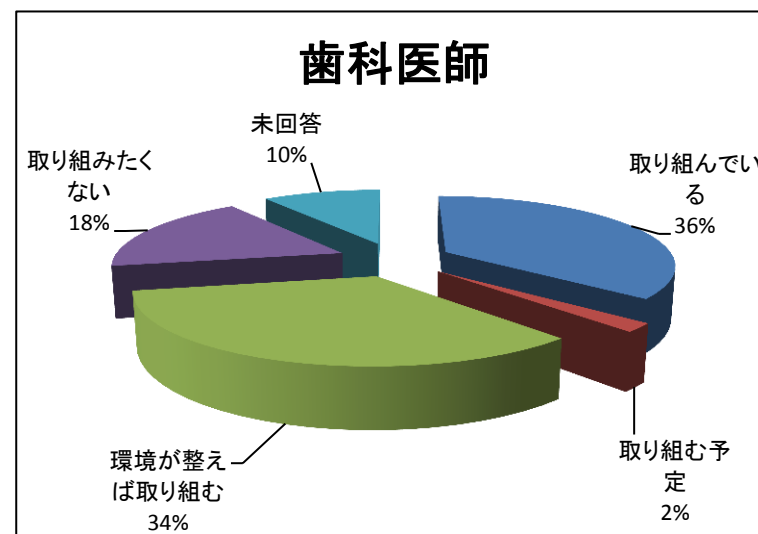
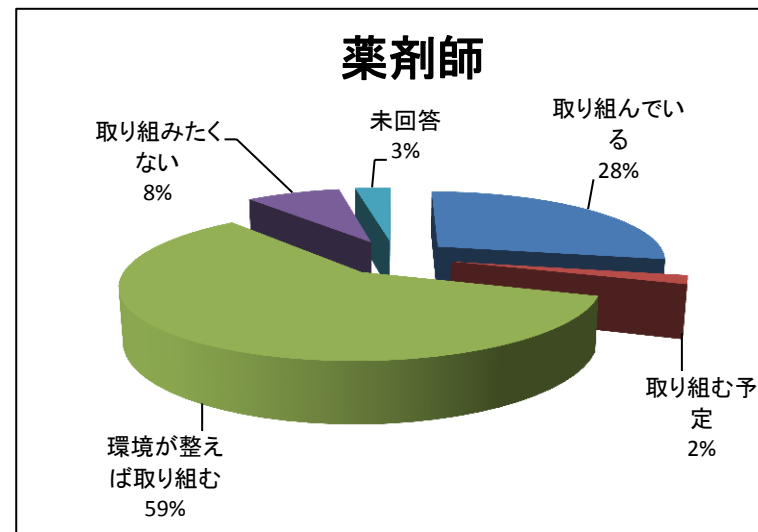
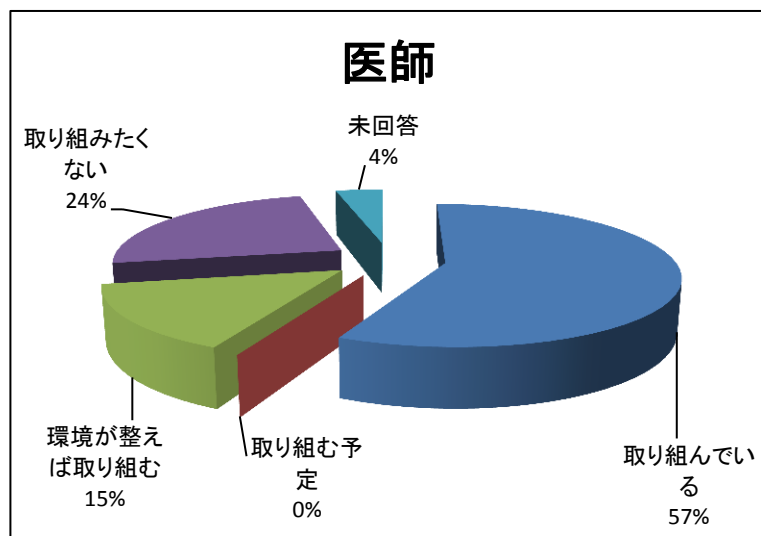
	医師	歯科医師	薬剤師	MSW	ケアマネ	訪問看護	包括	行政
医師	46%	21%	72%	82%	83%	100%	100%	71%
		23%	32%	56%	80%	64%	32%	30%
歯科医師	23%	12%	20%	29%	44%	70%	25%	0%
	21%		8%	16%	18%	10%	6%	8%
薬剤師	32%	8%	35%	41%	25%	80%	0%	0%
	72%	20%		12%	40%	35%	12%	13%
MSW	56%	16%	12%	82%	92%	100%	100%	43%
	82%	29%	41%		88%	88%	65%	65%
ケアマネ	80%	18%	40%	88%	72%	100%	100%	100%
	83%	44%	25%	92%		80%	91%	78%
訪問看護	64%	10%	35%	88%	80%	100%	50%	43%
	100%	70%	80%	100%	100%		80%	100%
包括	32%	6%	12%	65%	91%	80%	50%	100%
	100%	25%	0%	100%	100%	50%		100%
行政	30%	8%	13%	65%	78%	100%	100%	86%
	71%	0%	0%	43%	100%	43%	100%	

※上段:横の職種から見た比率(黄色)、下段:縦の職種から見た比率(色なし)

水色は連携に大幅な相違(40%以上)がある職種

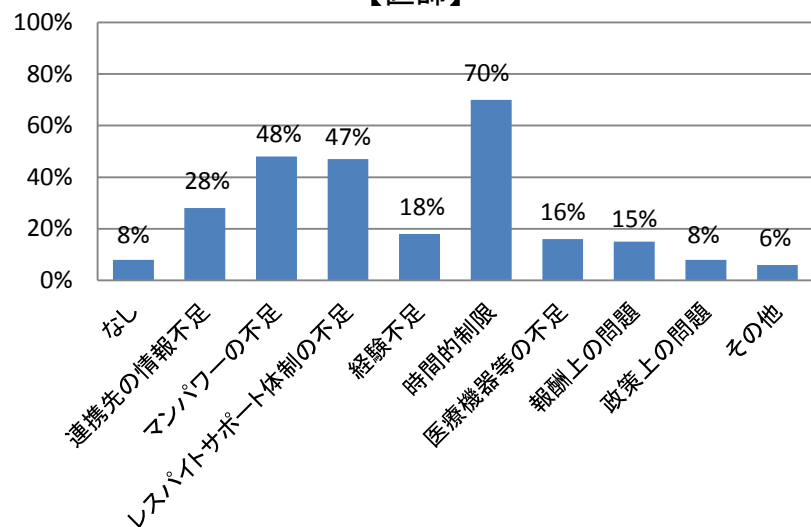
ピンクは各職種ごとの連携率

☆ 在宅医療の取組み

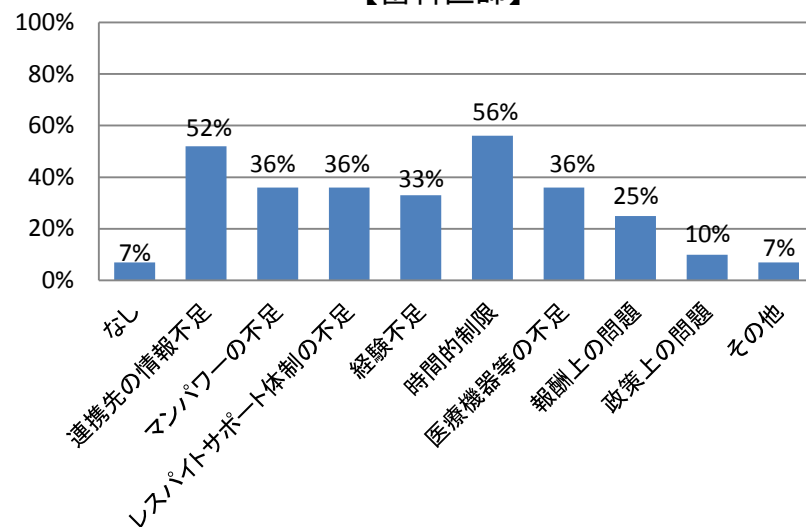


☆ 在宅ケアの阻害要因

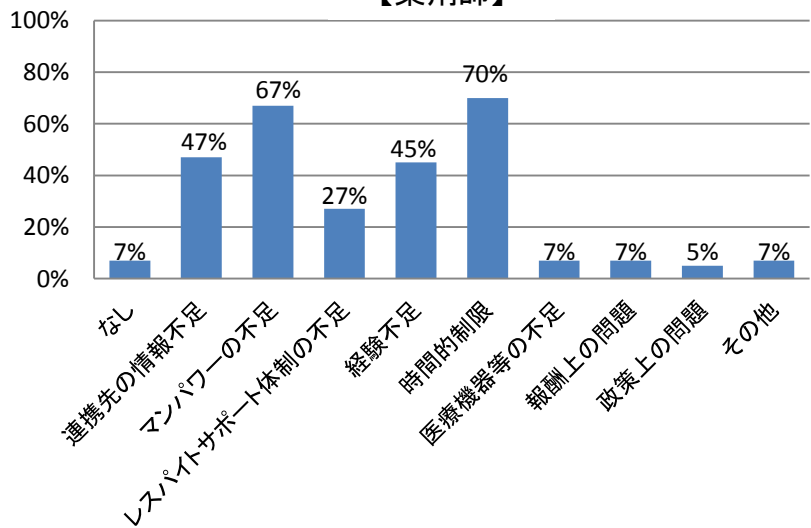
【医師】



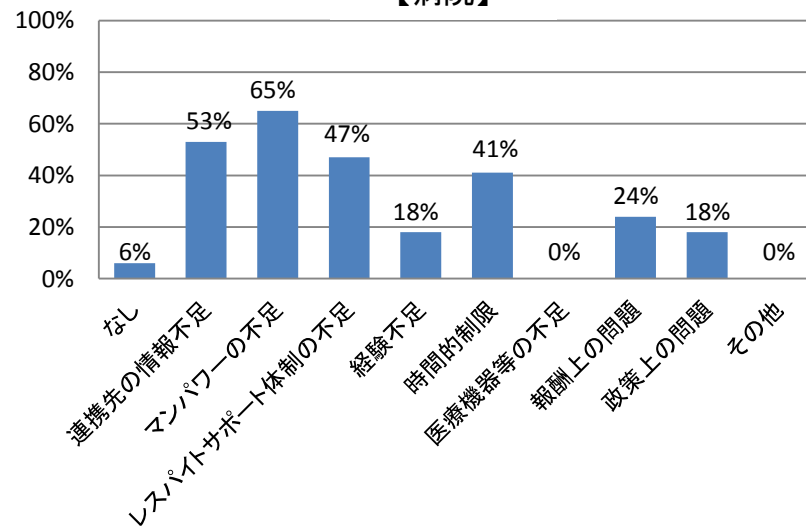
【歯科医師】



【薬剤師】

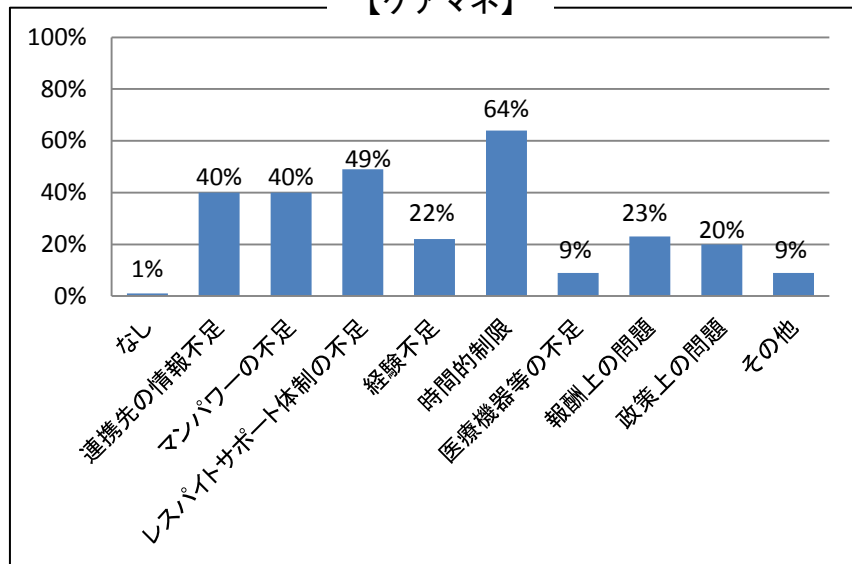


【病院】

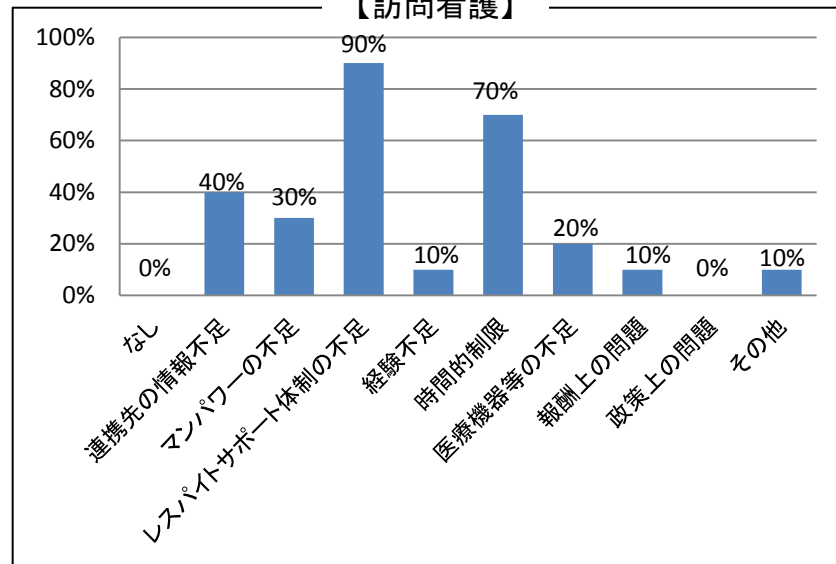


★ 在宅ケアの阻害要因

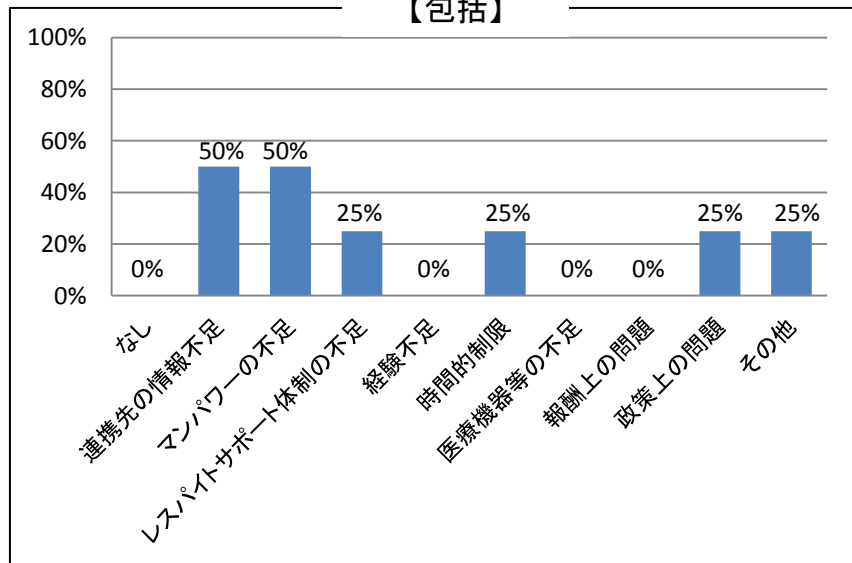
【ケアマネ】



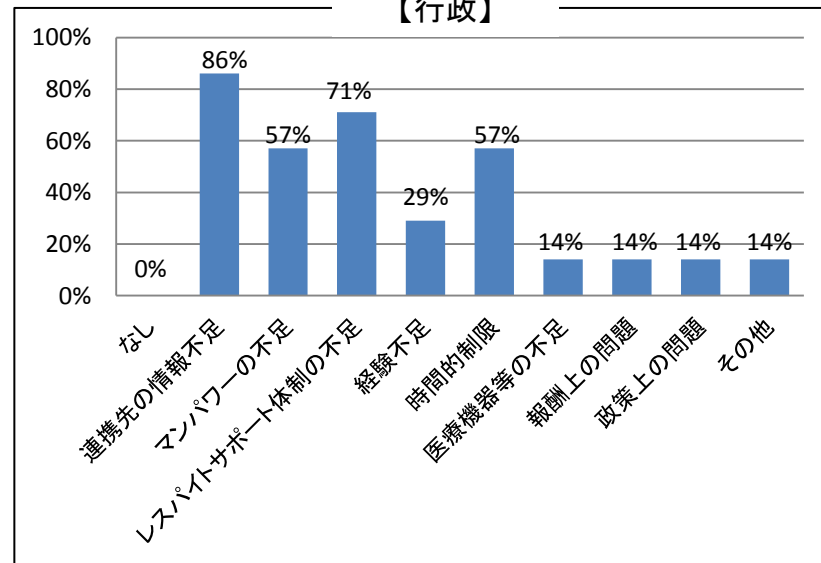
【訪問看護】



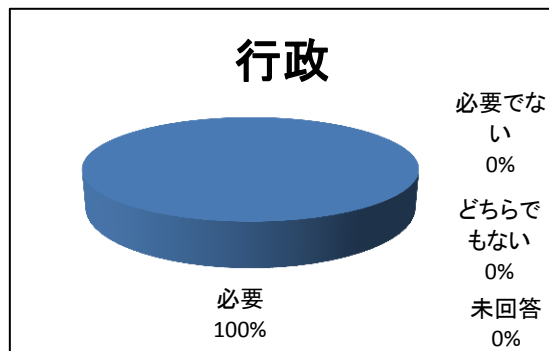
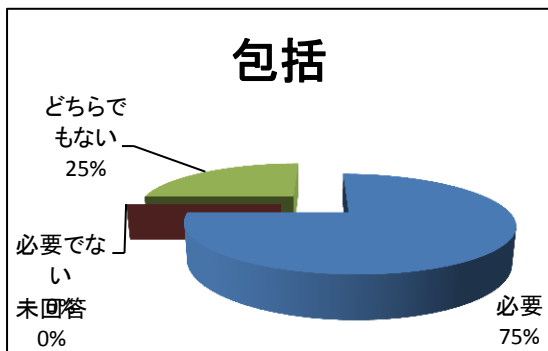
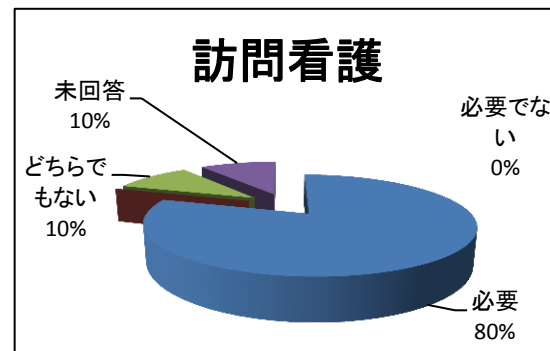
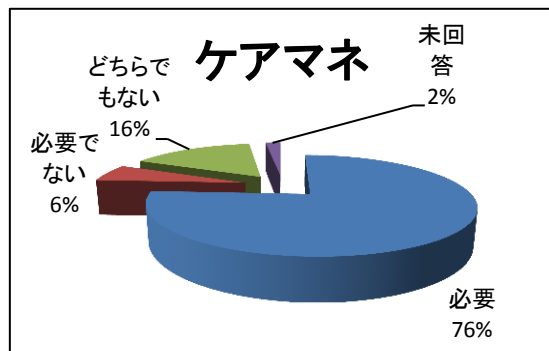
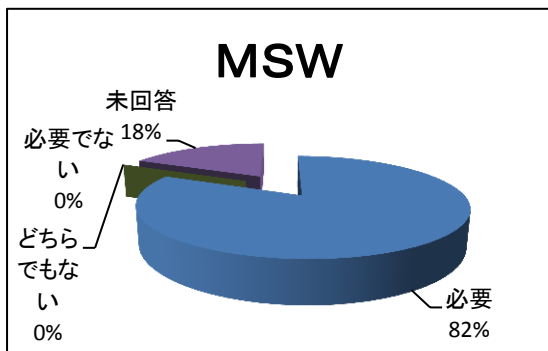
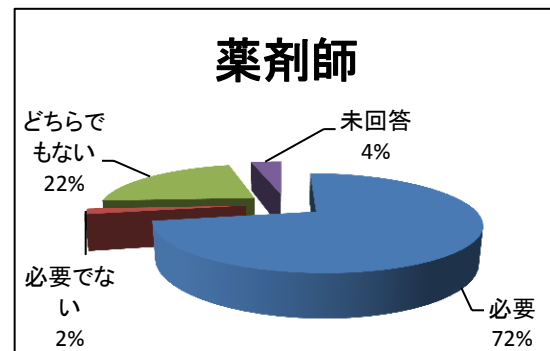
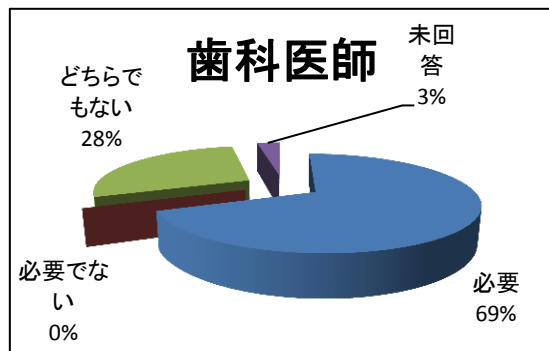
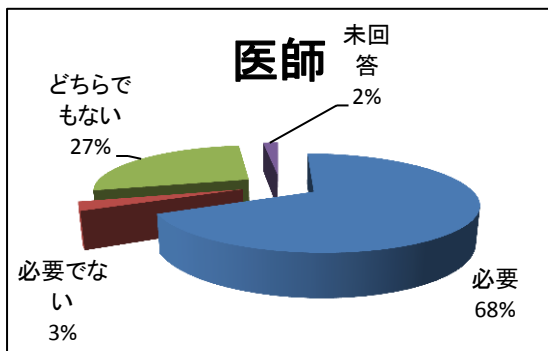
【包括】



【行政】

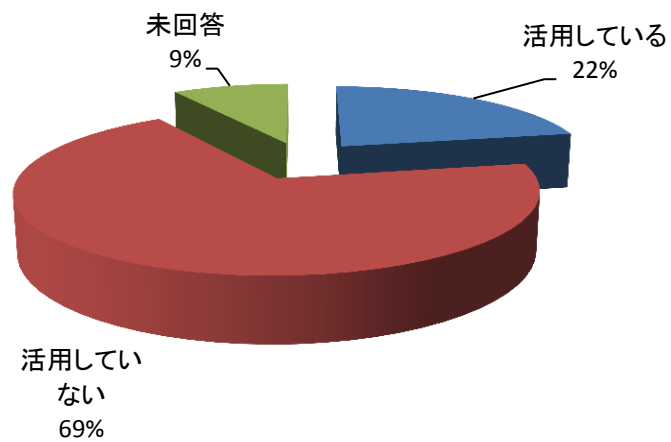


☆ 連携シート

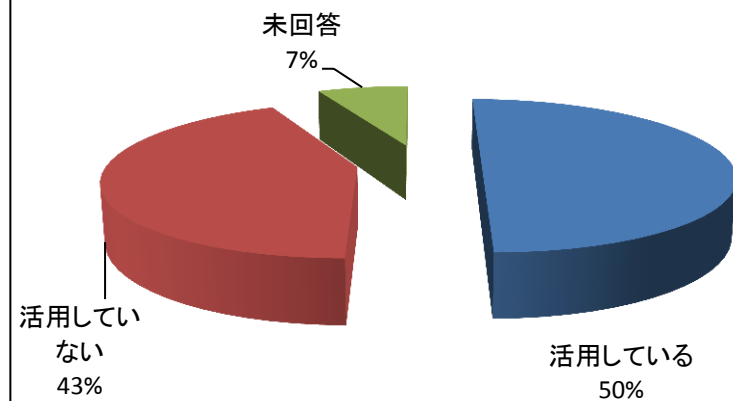


☆ ケアマネタイム

医師

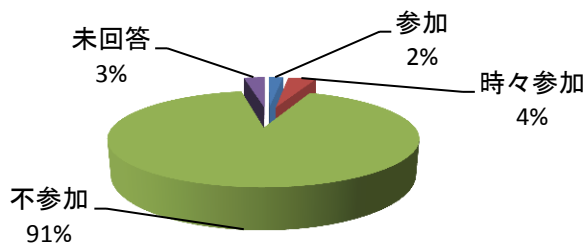


ケアマネ

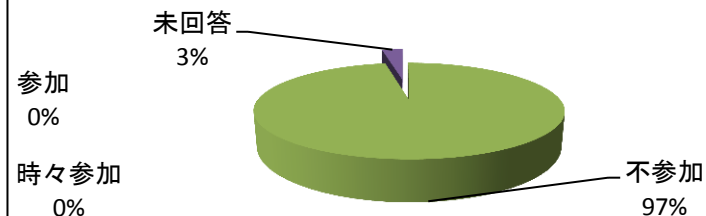


☆ 退院前カンファレンス

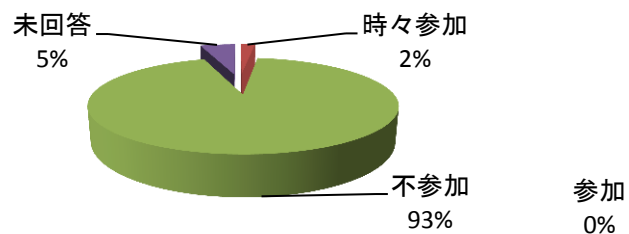
医師



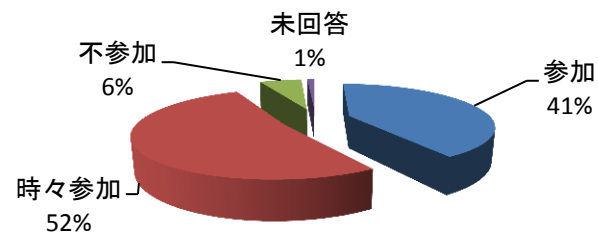
歯科医師



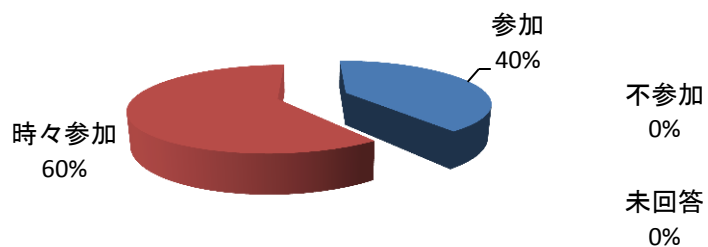
薬剤師



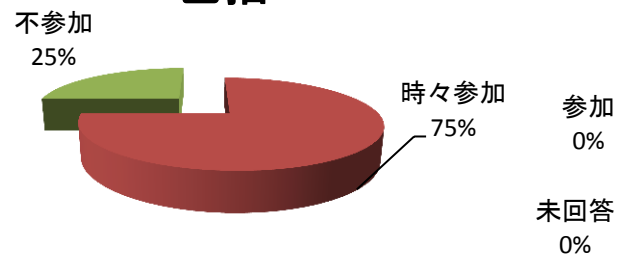
ケアマネ



訪問看護

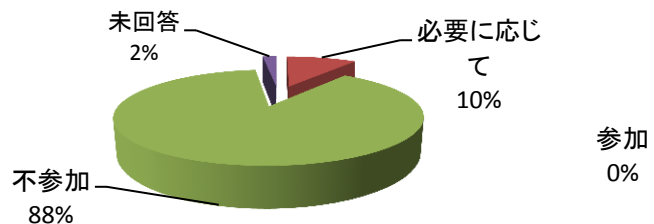


包括

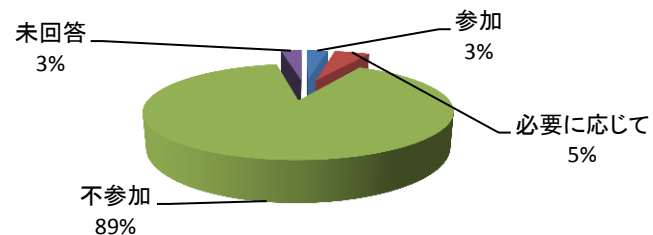


☆ サービス担当者会議

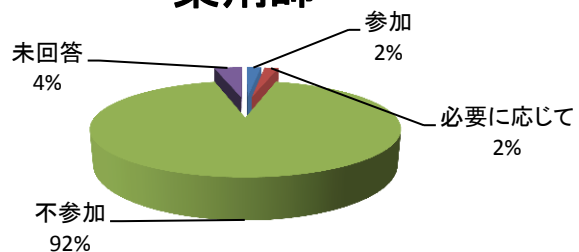
医師



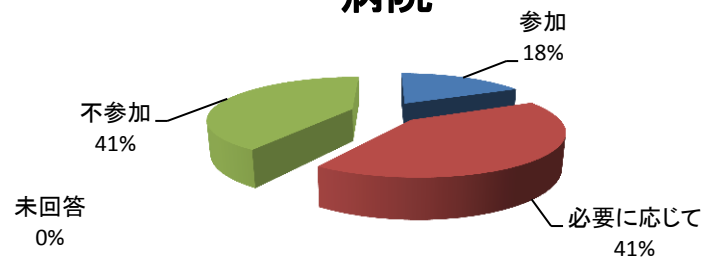
歯科医師



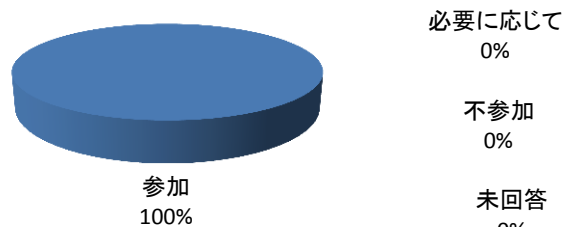
薬剤師



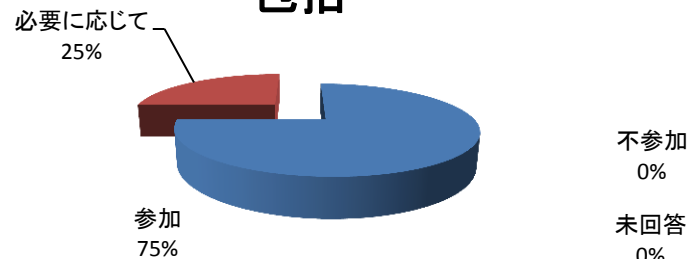
病院



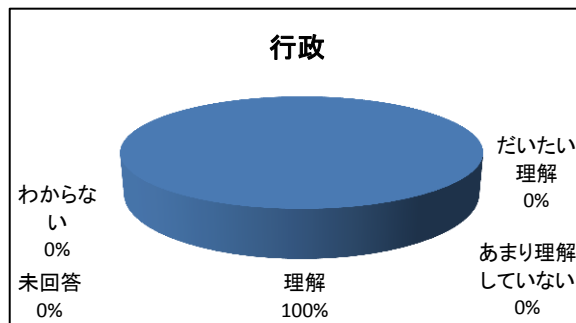
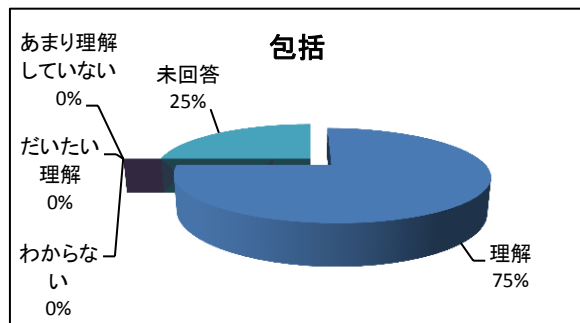
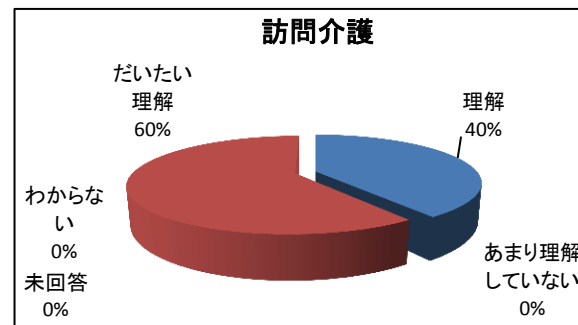
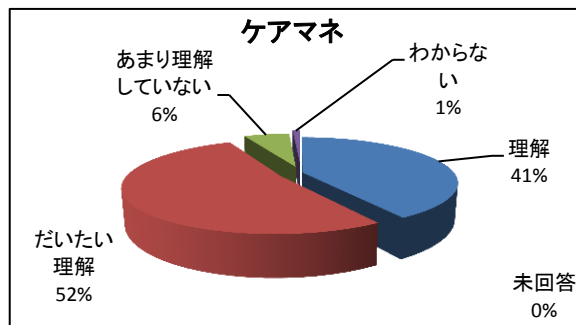
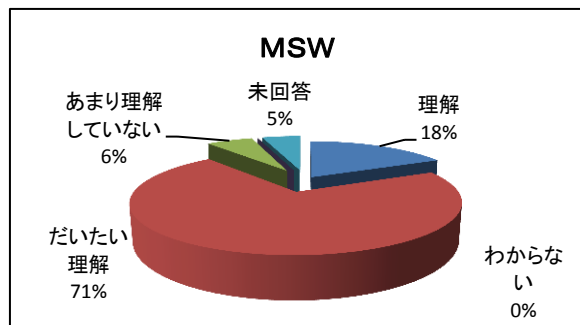
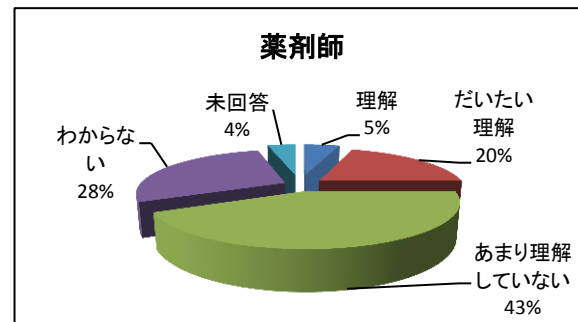
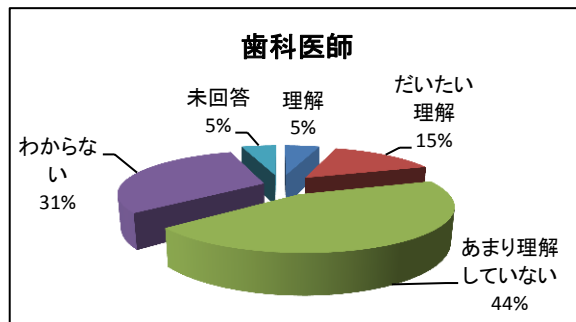
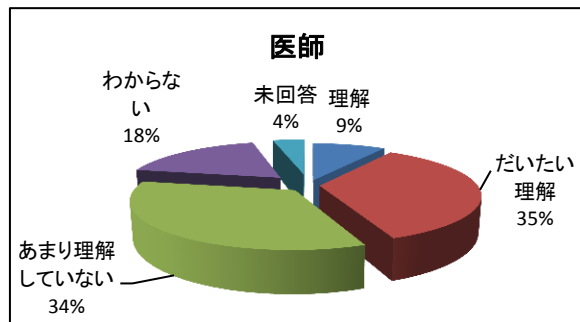
訪問看護



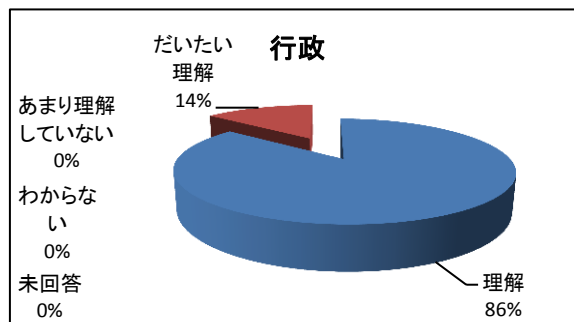
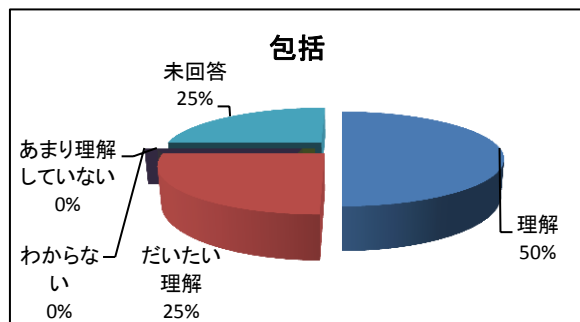
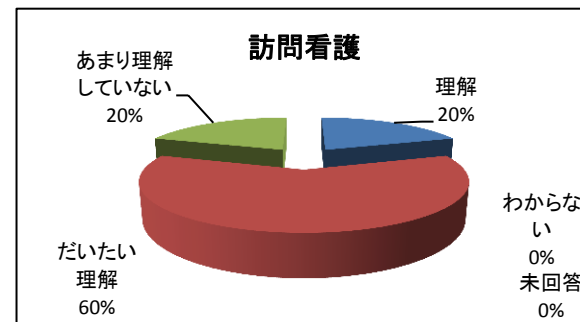
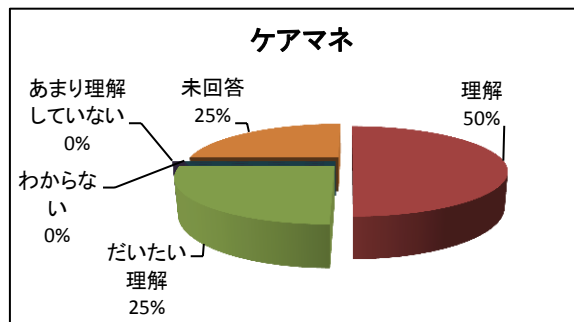
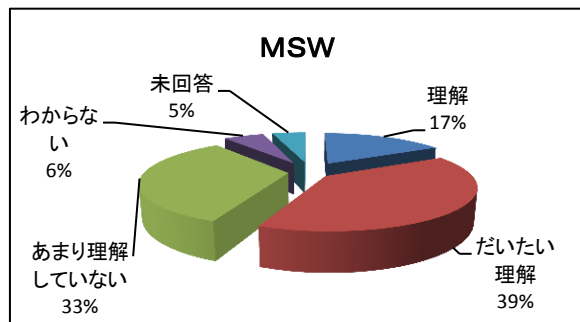
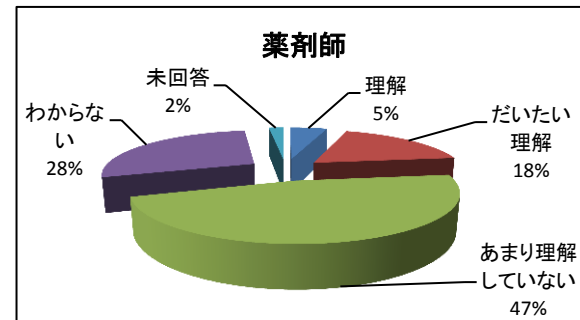
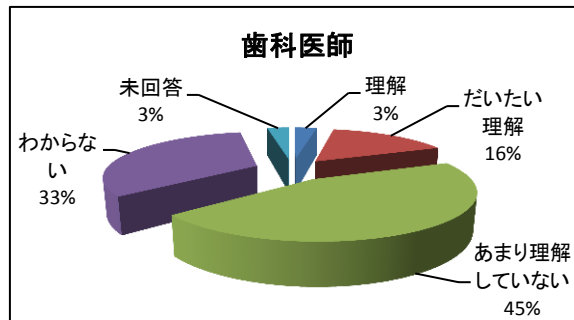
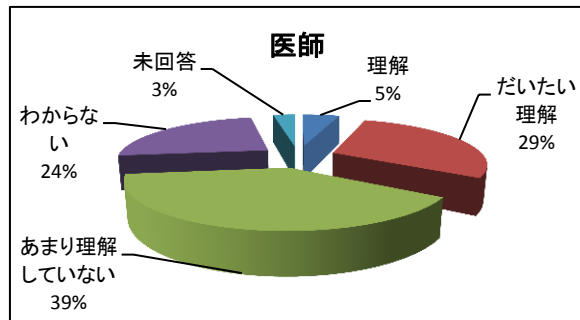
包括



☆ 地域包括支援センターの活動



☆ 地域包括ケアシステムについて



アンケート調査のまとめ

1) アンケート調査で確認できた事項

- ・すべての職種が、多職種連携に関して前向きな姿勢でいること
- ・医師、病院地域連携室、ケアマネジャー、訪問看護の間では連携が進んでいる
- ・歯科医師、薬剤師は他の職種と連携がとれていない
- ・在宅医療について、医療系で取り組みは少ないものの取り組む姿勢があることが確認された
- ・在宅ケアの阻害要因は時間的制約、マンパワー不足、後方支援、連携先の情報不足
- ・病院地域医療連携室が開催する退院前カンファレンスに医療系が参加できていない
- ・ケアマネジャーが開催するサービス担当者会議に医療系が参加できていない
- ・すべての職種が、共通の連携シートは「必要」としていること
- ・医療系と地域包括支援センター、行政との連携があまりとれていない
- ・地域包括支援センターの活動及び地域包括ケアシステムについて、医療系で理解されていない

2) アンケート調査の考察

☆ 優先的に解決すべき課題

☆ 在宅ケアの阻害要因に挙げられている4つの要因

- ①時間的制限
- ②マンパワーの不足
- ③後方支援
- ④連携先の情報不足

の内、

「④連携先の情報不足」の解決を優先することが重要である。

■ 理由

「①時間的制限」「②マンパワーの不足」「③後方支援」については、実質的な事由や各職種、事業所の事情によるものであることから、足並みを揃えて解決できるものではない。

「④連携先の情報不足」については、それぞれの職種の**「ちょっとした努力」**で解決の方向に向く要因である。

よって、**「出来ること」**から、**始めていくこと**がベストである。

「連携先の情報不足」の解決に向けて

- 医療と介護・多職種連携のマニュアルも含んだ泉佐野泉南医師会圏域の「多職種連携マップ」の作成
多職種の情報の周知を図ることができる
- 各職種ごとのネットワークの構築
(例:6市町ケアマネジャー合同連絡会、行政連携会議など)
各職種ごとのネットワークの構築が図ることができれば、医師会圏域の連携ネットワークの情報もスムーズに伝達され、皆が共有することができる
- 3市3町それぞれの市町において、独自の「医療と介護・多職種連携ネットワーク連絡会」の構築
医師会圏域において、同じ情報をもって、3市3町がそれぞれの地域に合った、高齢者一人ひとりのライフステージにおける支援が可能

「連携先の情報不足」の解決に向けて

- 連携とは「顔の見える関係」になる事

お互いが多忙な中、面談には時間と手間、相手への気遣いなどが必要であるが、顔見知りになることで、以後の連携がスムーズに進む

- 連携シートは面談での連携を補うもの

連携シートは限られた紙面の中で、情報を整理して提供するには有効な手段であるが、連携の基本は面談であり、面談を補うものとして活用することが必要

※ 「真の連携」を実現するキーポイント

- 全ての職種が「連携」に前向きであることを理解する。
- それぞれの職種の都合を優先してしまっている可能性が高いことを再考する。
- それぞれの職種が「置かれている立場」「環境」「状況」を理解する。
- 「どうすれば連携が進むのか」を「同じ目線」で考える。

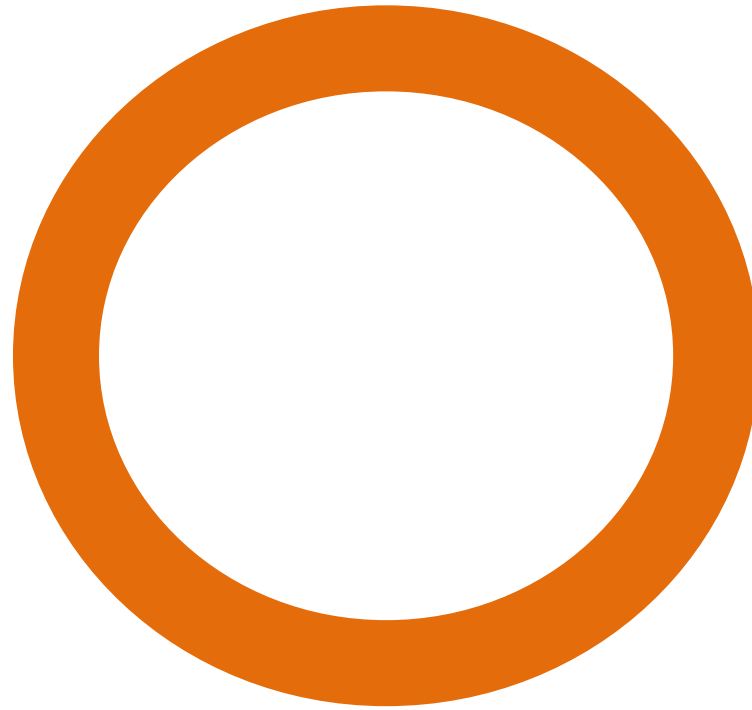
在宅ケアはチームアプローチであることから、各職種が連携への意識を改善し、

同じ目的を持ったパートナーとして認めあうことが最重要ではないかと考えます。

【最後に・・・】

- 3市3町の広域にわたる三師会（医師会、歯科医師会、薬剤師会）・病院・6市町ケアマネジャー合同連絡会、訪問看護ステーション（看護師）、地域包括支援センター、行政（3市3町、保健所）等多職種の代表を構成員とする「泉佐野泉南医師会圏域医療と介護・多職種連携ネットワーク連絡会」において、研修会の実施及びアンケート内容やアンケート分析等、全ての事業を連絡会メンバーの手作りで推進したことにより、「顔の見える関係」を構築することができ、今後の連携に向け渦ができたことが最大の成果だと思っています。
- この事業に携わっていただいた多くの関係者の皆様に厚く御礼申し上げますとともに、今後も在宅医療円滑化ネットワーク構築へ向けて、多職種協働で事業の推進を図っていきたいと考えておりますので、よろしくお願いいたします。

WAO(輪を) !



※ 「輪」とは、横一線に並ぶ者が「手と手を取り合って」繋ぐことであり、そこには、上下関係などまったく存在しない状態で、「全ての者が平等である」ということであると考えます。

よって、私たち泉佐野泉南医師会圏域の医療と介護・多職種連携ネットワークは、「WAO(輪を)！」を大切にしていきたいと考えております。

参考

他職種からの要望（抜粋）

☆ 診療所医師への要望

①診療所医師から

- ・スキルアップ(多科に渡る広範囲な技術、最新の知識とスタンダードな考え)。
- ・眼科、精神科の在宅診療への積極的な参加を望みたい。
- ・在宅診療をサポートしましょう。

②歯科医師から

- ・訪問をされている先生と、そうでない先生で訪問に対する理解に差を感じる
- ・電話でやりとりできる、顔や性格も知っているような仲間になれば、なかなか・・・。
- ・窓口、時間など連絡しやすい環境を作してほしい。
- ・口腔ケアの重要性の認識をしてほしい。

③薬剤師から

- ・地域で率先して出前講座等を開き、啓蒙してほしい。
- ・患者様に対する服薬指導において処方意図を理解するため、一層の連携強化。
- ・診療内容や既往症、現在の疫病名など、毎月もしくは隔月でもいいので教えてもらいたい。
- ・主導権を握って他職種を引っ張ってほしい。
- ・在宅で療養を行っている患者様の処方箋において、ぜひ在宅患者訪問薬剤管理指導の指示を行ってください。
- ・薬剤師ももっと在宅医療に貢献したいので往診同行等にも積極的に参加させて欲しい。

④病院地域連携室から

- ・なし

⑤介護支援専門員から

- ・もう少し連携しやすくしてほしい(連携できる手段や時間帯に制限あり)。
- ・主治医意見書にサービス利用による改善の見通しで、期待できるにチェックした場合、特記すべき事項に具体的に記載して頂き

たい(通所サービス利用での注意事項や改善項目等)。

- ・介護保険制度をもっと理解してほしい。
- ・在宅診療を積極的に行ってほしい。
- ・要望として医療側から指導、連絡等くれると関わりやすい。
- ・わかりやすい表現や言葉で情報を伝えていただきたい。
- ・医療は生活の一部であると思う。その生活の側面からケアマネジャーは支援をしているので、もう少し生活の場面を考えた関わりを持ってほしい。
- ・患者さんも一生活者であり、その生活を支えるために、医療的な配慮や注意事項の情報収集の大切さを理解していただき、CMとの連携に協力をお願いしたい。

⑥訪問看護ステーションから

- ・緊急時の連絡をとりやすくして欲しい。
- ・不定期ではない定期的な往診の実施が必要であり、利用者、家族への現状説明、治療方針、説明を在宅チームへ情報提供すること。
- ・在宅医療について医師はそれぞれの考えがある(当たり前だと思うが)それぞれの医師の考えを理解するのに時間を要するが理解しなければ上手く連携できないと思う。

⑦地域包括支援センターから

- ・地域包括ケア会議やサービス担当者会議の要請があれば出席していただきたい。
- ・医療と介護での多職種の連携の機会に、地域のDr.にできるだけ参加していただき顔の見える関係づくりをお願いしたい。
- ・開業医間での連携もスムーズにいくようにお願いしたい。

⑧行政(市町及び保健所)から

- ・認知症早期発見、早期治療の意識の醸成。
- ・介護保険制度に対する理解を一層深めて欲しい(認知症、介護予防という意識)。
- ・地域連携におけるリーダー的役割を担っていただきたい。

☆ 歯科医師への要望

①診療所医師から

- ・意見交換会、在宅医療情報等の共有や情報提供。

②歯科医師から

- ・窓口、時間など連絡しやすい環境を作してほしい。
- ・病歴や家族情報等を把握したい。

③薬剤師から

- ・薬剤師ももっと在宅医療に貢献したいので往診同行等にも積極的に参加させて欲しい。

④病院地域連携室から

- ・口腔ケアの重要性についての小冊子を作してほしい

⑤介護支援専門員から

- ・要望として医療側から指導、連絡等くれると関わりやすい。
- ・認知症の方へのケアの充実、ニーズにこたえて欲しい。
- ・介護保険制度について理解してほしい。
- ・現在連携した経験がないため、どのように連携すべきなのか具体的に知れたらと思う。
- ・口腔ケアの必要性をもっと知らせてほしい。
- ・介護保険制度への理解。
- ・口腔機能訓練のできる体制を増やして欲しい。
- ・認知症の方の治療方法をどのようにされているのか、どんな人ができるのか。
- ・積極的にケアマネジャーに関わっていただきたい。
- ・ケアマネジャーの役割を理解しご協力いただきたい。

⑥訪問看護ステーションから

- ・利用者、家族への現状説明と今後の方針等説明し、在宅チームへ情報提供すること。
- ・意見交換会、在宅医療情報等の共有や情報提供。

⑦地域包括支援センターから

- ・地域包括ケア会議やサービス担当者会議の要請があれば出席していただきたい。
- ・往診診療される開業医の情報等教えてほしい。

⑧行政(市町及び保健所)から

- ・在宅治療に向けての訪問キットの購入促進。
- ・介護保険制度に対する理解を一層深めて欲しい(認知症、介護予防という意識)。
- ・在宅診療における、新たなサポーターとしての役割に期待しています。歯科領域の様々なサポート体制をリードしていただきたい。
- ・【母子】専門領域別(小児、義歯、その他)往診医リストを希望。

☆ 薬剤師への要望

①診療所医師から

- ・意見交換会、在宅医療情報の共有や情報提供。
- ・高齢者は各臓器の予備機能が低下して、通常量でも効き過ぎて転倒など不測の事態が生じる恐れあり。たとえ医師の処方箋でも投与量などを再チェックし、必要ならば問い合わせするなどの姿勢を望む。

②歯科医師から

- ・個人情報に関係もありますが、医療者サイドからある患者が処方を受けている薬剤内容の照会ができれば便利と思う。
- ・窓口、時間など連絡しやすい環境を作してほしい。
- ・服用内容と副作用情報がもう少し詳しくほしい。

③薬剤師から

- ・薬の専門家として在宅にもっと前向きになってほしい。
- ・在宅の詳しいやり方等を教えてほしい

④病院地域連携室から

- ・患者さんに発行したお薬手帳の内容を医師の要望に応じて教えてほしい。

⑤介護支援専門員から

- ・もっと居宅療養管理指導を充実させてほしい。
- ・在宅において薬剤師と連携をとる機会がない。
- ・どのようにして連携をとるのか方法が見つからない。
- ・ケアマネジャーだけで聞きに行っても服薬の副作用などいろいろなことを教えていただけるのか。
- ・独居で認知症がある人の薬剤管理方法とは。
- ・利用者様によっては自己判断で薬をやめてしまう方もいます。本人に詳しく説明して頂けるとありがたいです。薬の量が多い方で分包していない人は、絶対飲み忘れてはいけない分だけでも分包できませんか。

- ・独居や認知症の方の服薬方法など、大切な事項があればキーパーソンやケアマネジャーへ伝えてもらいたい。
- ・意見交換会、在宅医療情報の共有や情報提供。

⑥訪問看護ステーションから

- ・服薬状況の把握、医師への情報提供。

⑦地域包括支援センターから

- ・地域包括ケア会議やサービス担当者会議の要請があれば出席していただきたい。
- ・認知症と思われる人が処方箋を持って来られた場合にはどのように対応されているのか等お聞きしたい。

⑧行政(市町及び保健所)から

- ・重複投薬を管理するシステムの考案。
- ・介護保険制度に対する理解を一層深めて欲しい(認知症、介護予防という意識)。
- ・【精神】精神診療科疾患患者は多種、多量の投薬を受けていることが多く、引き続き丁寧な服薬指導を願いたい。
- ・【母子】薬剤の配達等可能な薬局リストがあれば・・・。

☆ MSWへの要望

①診療所医師から

- ・病院間の連携を密にして欲しい。
- ・地域連携室には看護師の常駐は必須。事務職員だけで医療の連携を担うことは不可能。
- ・入院の必要な患者や緊急でお願いする患者を診ていただけないケースもしばしばある時がある。
- ・スムーズな反応(緊急入院、レスパイト入院等)。
- ・在宅医療を行っていないのでよく分からない。

②歯科医師から

- ・窓口、時間など連絡しやすい環境を作してほしい。
- ・歯科医、歯科衛生士を活用してほしい。

③薬剤師から

- ・積極的に患者さんがかかりつけ薬局を持てるように病院が処方費を公平に分配すべき。
- ・薬剤師へもっと情報提供して欲しい。

④病院地域連携室から

- ・紹介患者の迅速な対応。

⑤介護支援専門員から

- ・入院中の方から直接、相談される事が多くあります。介護が必要と思われる方には、連携室から積極的なアプローチをしていただきたい。
- ・退院時カンファレンスを必ず開催してほしい。
- ・退院時のカンファレンスに主治医の先生も入っていただけるよう調整をお願いします。
- ・退院にあたって在宅復帰ができるのか？適切な施設の選択や施設の把握ができていない。
- ・MSWとの交流会にて意見交換でき有意義であった。お互いどのようにしたらより連携をとりやすくするには意見交換は必要だ。
- ・病院からの情報発信を定期的にしてほしい。

⑥訪問看護ステーションから

- ・担当医の病状説明内容を確認。担当NSから状況についての反応や思いなどの情報収集。
- ・退院時カンファレンスの開催時、リーダーシップをとる。

⑦地域包括支援センターから

- ・ソーシャルワーカーとしてクライアントの権利擁護や社会関係の調整に協力してほしい。
- ・退院前のカンファレンス時、在宅支援の担当者が参加できるよう連携体制をとってほしい。

⑧行政(市町及び保健所)から

- ・入退院時におけるより円滑な支援意識の醸成。
- ・地域包括支援センターとの連携強化。
- ・地域在宅医療のコーディネーターの役割に期待します。
- ・【精神】精神疾患が安定している、身体疾患で入院加療の必要な患者の受け入れ体制の充実を希望。
- ・【感染症】市町と保健所の役割や事業内容について、周知できる機会設定をしなければならないと感じている。

☆ ケアマネへの要望

①診療所医師から

- ・情報交換、意見交換の場が欲しい(顔の見える関係)。
- ・意見書を書いた方について要介護度の報告とケア内容を教えてもらいたい。
- ・急なケアプラン変更や区変申請をした時等の連絡がすみやかにほしい。また、医師からの連絡に対し、24時間365日の連絡が構成されるシステムが必要である。
- ・医師の治療方針を理解すること。

②歯科医師から

- ・医院に付き添ってきてはいるが、その患者の状況はあまり、理解していない方もおられるようです。
- ・窓口、時間など連絡しやすい環境を作してほしい。
- ・在宅診療において、内科的な情報、特に感染症の有無の確認に對しての対策をして頂きたい。
- ・口腔ケア等の必要性は理解している様だが、積極的に歯科医師を利用してほしい。口腔ケアが必要な場合、プランに入れてほしい。

③薬剤師から

- ・薬や医療に関する知識が少し足りない様に感じる。理解のない事に関しては、医師又は薬剤師へと一度声をかけてほしい。
- ・市民の啓蒙。
- ・考え方を変える必要がある。
- ・お薬を代わりにとりにきてくれた場合、処方内容の変更を確認できない(とりにきただけ、という感じの方が...)。

④病院地域連携室から

- ・患者から医療上の相談があった場合、先ずかかりつけ医に問い合わせしてほしい。
- ・今後、地域包括ケアを行う上で、主にケアマネが中心となって各職種間での連携をすみやかに、情報の共有が必要であると考えます。
- ・Dr.にFAXのみでの質問は不可です。

⑤介護支援専門員から

- ・インフォーマルなサービスも組み入れたプラン作りが必要なのは...公的サービスには限界がある。
- ・様々な社会資源を知り、利用者のニーズに応えられるよう介護保険を熟知して日々知識を得るツールが必要。
- ・CMが情報をどれだけもっているかがその利用者の方の支援に大きな差をつくってしまうということを実感、どのCMでも連携等の知識が同じになれるよう、学習を続けていくことが大切だと思います。
- ・ケアマネ会の集いで知り得た情報の共有を求めます。
- ・研修の機会を多く持ち、参加する。
- ・交流の場を作っていけるようにしていければと思う。

⑥訪問看護ステーションから

- ・医師との連携に努力し、在宅チームのリーダーとしてリーダーシップを発揮して欲しい。
- ・医療の知識に対してかなり差がある。

⑦地域包括支援センターから

- ・フォーマル、インフォーマルの資源を活用してケアプランを立ててほしい。
- ・介護、医療(できる人とできない人の差が大きい)以外の生活ニーズ、社会ニーズもアセスメントして相談にのっていただきたい。
- ・利用者の医療面についての意見聴取やケアプランをDr.に届ける等の連携を通して顔の見える関係づくりをケアマネ側からこまめにアプローチしていくことが必要。

⑧行政(市町及び保健所)から

- ・医療、介護連携の要であることの自覚。
- ・ケアマネとしての資質の向上。
- ・サービスの調整などで、多職種と連絡をとる機会が多く、連携を進めていく上での重要な職種の一つである。

☆ 訪問看護への要望

①診療所医師から

- ・24時間体制を！連携を密に。
- ・訪問看護ステーションとの連携をしているが今のところ順調にきているが、緊急度の高い患者様を訪診している時は24時間体制のステーションが少ないので困ることもよくある。

②歯科医師から

- ・存在を知らなかった。
- ・窓口、時間など連絡しやすい環境を作してほしい。
- ・歯科に係る訪問看護内容について連絡が頂きたい。
- ・口腔状態や口腔内観察を心がけてほしい。
- ・一度、集まって情報を共有したい。

③薬剤師から

- ・薬剤師との連携。
- ・医師、看護師、薬剤師の役割分担(実際の)を教えてほしい。
- ・患者が服薬しやすい方法があるならどんどん提案してほしい。

④病院地域連携室から

- ・医師との連携を重視してほしい。

⑤介護支援専門員から

- ・24時間対応してほしい。
- ・ケアマネ等の職種に医療情報等をわかりやすい表現で説明してほしい。
- ・訪問看護さんが受けるDr.の指示書をケアマネにも共有してほしい。
- ・ケアマネジャーとの交流の機会を持ってほしい。
- ・ターミナルの場合や医療行為が変更や追加などの支援のタイミングや予後などアドバイスしてほしい。

⑥訪問看護ステーションから

- ・在宅チームの一員であることを自覚し、情報交換を密にすること。
- ・サービスを円滑に行い、スキルの高い看護が提供できること。

⑦地域包括支援センターから

- ・介護予防の方で精神的な疾患が疑われる方等へのサービス提供などについてや訪問リハビリ等についてお話をお聞きたい。

⑧行政(市町及び保健所)から

- ・介護支援専門員やヘルパー等との協調性の強化。
- ・【精神】精神診療科患者への支援可能なセンターの増加に期待。
- ・【母子】ケース支援について一緒に学べるような機会を設定したい(事例検討など)。

☆ 地域包括支援センターへの要望

①診療所医師から

- ・連携の中心になって欲しい。
- ・活動状況がわからない。
- ・もう少し指導力発揮しオーガナイズする気持ちをもって欲しい。
- ・高齢者の色々なサークルに来てもらう方法は？
- ・中間等報告不足→結果、結論も報告希望。
- ・24時間365日連携が臨まれる(当番制等)システムがよい。
- ・地域にもっとアピールが必要。

②歯科医師から

- ・介護の中心的役割を担ってほしい。
- ・窓口、時間など連絡しやすい環境を作してほしい。
- ・地域連携の中心的な役割を果たしてほしい。今のところ全く不十分と思う。
- ・どこにあるのでしょうか。
- ・一度、集まって情報を共有したい。

③薬剤師から

- ・薬剤師としてどの様に協力できるか勉強会をしてほしい。
- ・薬剤師へもっと積極的に情報提供して欲しい。

④病院地域連携室から

- ・多職種連携会議を主催してほしい。
- ・地域での生活を支援していく上で、今後も一緒に協働していけたらと思っています。また、お互いに連携していくために意見交換会などもできればうれしいです。

⑤介護支援専門員から

- ・活動状況がわかりやすいように事例的な事をもっと紹介してほしい。
- ・困難事例にもっと積極的にかかわってほしい。
- ・もう少し柔軟に対応してほしい。責任回避から入る言動が見受けられる。

- ・地域の事業所との連携を密にして欲しい。
- ・ケアマネジャーの後方支援を機能的にしてほしい。
- ・現場を見に来てください。
- ・包括によりレベルの差が大きい。もっとプロフェッショナルな集団になって欲しい。
- ・包括的地域ケア体制づくりに関して具体的かつ計画的なものを示して欲しい。

⑥訪問看護ステーションから

- ・情報収集のためにも在宅チームの顔のわかるアプローチ。

⑦地域包括支援センターから

- ・なし

⑧行政(市町及び保健所)から

- ・継続的包括的支援という概念のさらなる理解と地域包括ケアシステムの意欲的構築。
- ・行政とともに各関係機関との連携体制の構築や、介護支援専門員の後方支援、施設、在宅を通じた包括的、継続的ケアを実施するためを、引き続き実施して頂きたい。
- ・広く地域住民を対象として在宅医療ネットワークのコーディネーターとしての役割を担える核となる機関であると期待。
- ・【精神】高齢者への支援に対して積極的に活動されており、非常に頼りになる機関である。

☆ 行政(3市3町・大阪府泉佐野保健所)への要望

①診療所医師から

- ・定期的な意見交換の場を作って欲しい。
- ・しっかりしてほしい。現場に丸投げしないで。
- ・もう少し指導力発揮しオーガナイズする気持ちをもって欲しい。
- ・独居高齢者の見守りのよりよい方法は？
- ・わからないので勉強したい。
- ・医師会と協力して在宅医療の希望者と医療機関のマッチングを考えてもらいたいと思います。
- ・地域住民の要望に対してできないという説明ではなく、どうしたら可能かをしっかり考え答えていただきたい。

②歯科医師から

- ・窓口、時間など連絡しやすい環境を作ってほしい。
- ・高齢者への口腔環境の維持管理の啓蒙活動に力を入れて頂きたい。
- ・予算等大変と思うが、この問題に積極的な関与を務めてほしい。
- ・患者、家族の要望の把握。
- ・一度、集まって情報を共有したい。

③薬剤師から

- ・市民への啓蒙と各職種の要となしてほしい。
- ・情報交換の場所を提供してほしい。
- ・公費負担の方に医療とサービスの違いをきっちり説明すべき。お薬や医療を無料で当たり前という意識を改善すべき。市民の税金という認識がかけている。

④病院地域連携室から

- ・部署間の連携、情報共有、業務スピードを強化してほしい。
- ・法(生活保護法など)解釈が市町によって変わる為、統一してほしい。
- ・地域包括ケアシステムの構築に、病院としても支援していきたい。

⑤介護支援専門員から

- ・市町によって事務の方法が違っていたり、解釈が変わることがある。行政間でも連携や情報共有を図ることも必要と感じます。
- ・時間外の緊急時の連絡(市町)等。
- ・介護現場の実態等を把握していない。
- ・社会資源やインフォーマルサポートの調整、情報提供、発信。
- ・制度(介護保険制度等)についてもっと地域住民に広報活動を行う。
- ・各職種共に顔の見える関係を築くための交流会が多くあればと思います。
- ・市町村の窓口で人によっては相談しても参考にならないときがあります。
- ・地域への理解を促し啓発情報発信してほしい。

⑥訪問看護ステーションから

- ・在宅チームのサービス活動の行き詰まりに対する。

⑦地域包括支援センターから

- ・連携に関してもっと積極的に率先して行動していただきたい。
- ・虐待についてのマニュアルを包括センターと共有できるようにしてほしい。
- ・虐待の早期発見のためのツールを有効に活用できるよう、ケアマネへの研修会、事例検討会等を開催できるよう包括センターとの連携等行政側からも動いてほしい。

⑧行政(市町及び保健所)から

- ・地域包括支援センターへの積極的後方支援。
- ・医師会圏域の行政機関として、今後も協力、連携して、医療、介護連携を進めていけるようお願い致します。
- ・市町間や医師会との連携によりネットワーク構築や運営をサポートする役割がある。
- ・【母子】障害時支援内容の充実に向けて、共に考えていきたい。