

平成26年度 柳川山門医師会ブロック 第1回多職種連携研修会 参加者アンケート結果

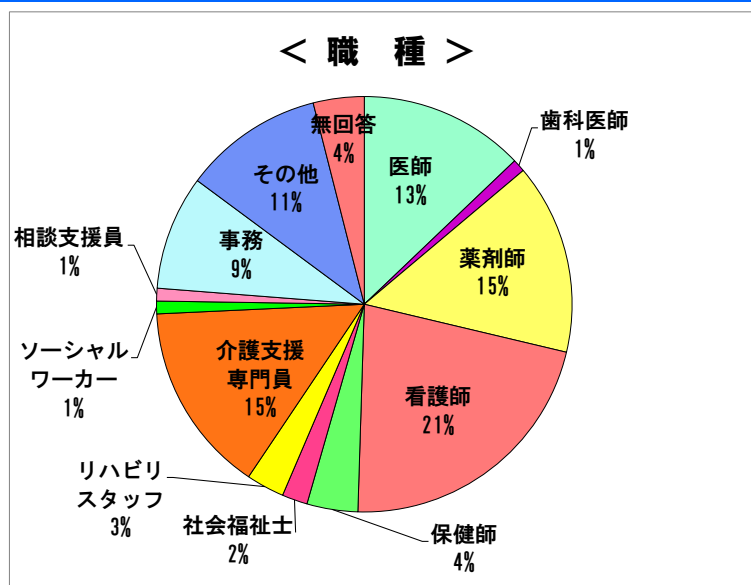
- 申込者数: 135名
- 参加者数: 119名
- アンケート回収数: 101名
(回収率: 84.9%)

(開催日時)
平成26年7月18日(金) 19:00~20:30

(開催場所)
柳川総合保健福祉センター「水の郷」2階視聴覚室

(内容)
講演「2025年に向けた地域包括ケアシステムへの対応と地域連携・協働・統合
～柳川地域の地域包括ケアシステムを考える～」
講師:一般社団法人 地域ケア研究所
所長 竹重 俊文

1. 回答者の内訳

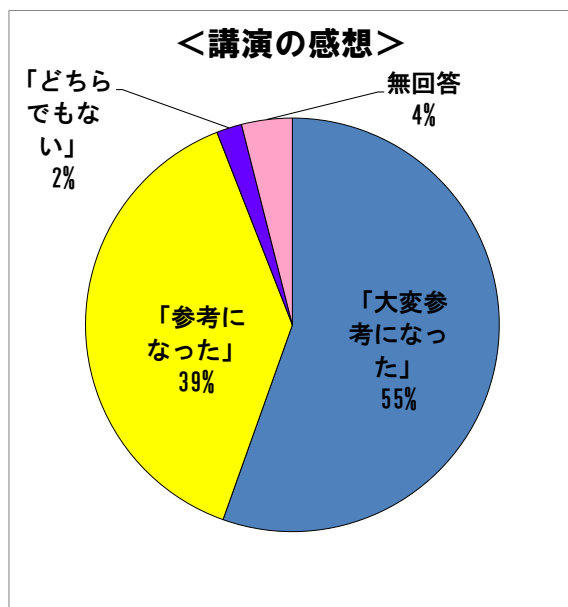


※「その他」16名中、3名は介護福祉士

職種	所属	病院	診療所	歯科診療所	薬局	訪問看護ステーション	居宅介護支援事業所	介護老人保健施設	有料老人ホーム	行政機関	地域包括支援センター	その他	計
医師		2	10					1					13
歯科医師				1									1
薬剤師					15								15
看護師		2	7			10	1	2					22
保健師										4			4
社会福祉士		1						1					2
リハビリスタッフ		1	1			1							3
介護支援専門員							11		2		2		15
ソーシャルワーカー		1											1
相談支援員												1	1
事務		6	1						1	1			9
その他		1		4								6	11
無回答				1		1			1	1			4
計		14	19	6	15	11	13	4	4	6	2	7	101

2. 「2025年に向けた地域包括ケアシステムへの対応と地域連携・協働・統合」はいかがでしたか？

	医師	歯科医師	薬剤師	看護師	保健師	社会福祉士	リハビリスタッフ	介護支援専門員	ソーシャルワーカー	相談支援員	事務	その他	無回答	計
「大変参考になった」	10	1	7	15	2	2	1	7			5	4	2	56
「参考になった」	3	0	6	7	2		2	8	1	1	4	3	2	39
「どちらでもない」			1									1		2
無回答			1									3		4
計	13	1	15	22	4	2	3	15	1	1	9	11	4	101



「大変参考になった」

(医師)

- ・よくわかりやすかった。具現化するには何を優先するか。
- ・どう実践するか難しい。

(薬剤師)

- ・制度の変動がよく理解できた。
- ・施設のリハビリから訪問リハビリへのシフトには目から鱗でした。また竹重先生の自宅を改装して制度外デイサービスを実践していることを知り感心しました。患者・利用者の立場に立ったサービスだと思います。

(看護師)

- ・とても興味ある研修会でした。今は看護師として働いていますが、以前OTとしても働いていて、リハ室で行うリハビリを病棟で行い(ADL訓練)、また退院前は自宅訪問し移行していましたが、早期から自宅で訪問リハビリを行うことが一番適している。生活の場に際したリハビリが本当によいと思います。デイケアなどで行うリハビリは、自宅の生活場面にもほとんどつながりにくいと、実際にたざざわり感じました。
- ・住民を中心とした地域連携(住民・医療・介護・福祉)が大切である。
- ・危機感が伝わった。

- ・自分の最期は早くいきたいと思っていました。現実の老後をみていると何か淋しい、何か違う・おかしいと感じていました。何か望みがみえてきたような気がします。
- ・人口減、高齢化はもう待たなしの段階にきているのに、まだ糸口がつかめていない状況だと思う。皆で具体策、現実的な方法を確立していく必要があると思う。
- ・2025年に向けて考え方がわかりました。治療していくことだけでなく地域のことを考えてどのようにこの患者さんの生活を支えていくか、医療からだけでなく家族や多職種の方々とも協力していかないとこれからの医療がたちうちできないとわかりました。できることからしていきたいと思っています。

(保健師)

- ・住み慣れた地域や家庭で、これまでの生活環境を変えることなく、その人らしい生活を整えていくことの必要性を痛感した。課題は山積しているが、多職種連携で話し合いを重ねながら、体制を整えていければと思います。

(社会福祉士)

- ・今後キーワードとして、医療関係、住民協力の大切さがわかった。地域住民に向けても同じように参加できるようになるといい。地域の方にもぜひ話を聞いてほしい。
- ・老健の役割というものを改めて考えさせられた。視野が広がった。

(介護支援専門員)

- ・具体的にどう動いていけるかわからない。
- ・前回、長田病院でもお話をうかがう機会がありましたが、内容を更新していただき、さらに新たな情報を加えていただきました。本当にありがとうございました。
- ・施設の中でのリハビリ(マシン使用)中心に疑問をもっていたので納得です。
- ・地域包括ケアシステムなんて実現できるのかと思っていたが、そうなるのかとびっくりした。
- ・現在法人で医院、老健、デイケア、居宅があるが、その中だけでなく地域全体の連携を改めて考えていかなければならないと思う。今後自分がどういった考えで動いていく必要があるのかももう一度考えようと思う。

(事務)

- ・高齢化に向けて、先を読んだお話だった。回復期の役割が先細りであるのがわかり、今後の事業に参考になった

(歯科衛生士)

- ・目から鱗でした。これからは特にこのシステムへの動きを進めていくべきだと思います。

(その他)

- ・先生のお話は理解できましたし、システムの重要性もわかりましたが、連携体制の作り方をどのように進めたらいいか皆無に等しい状態であるので焦りを感じた。
- ・これからの社会への対応について、今見渡せる未来を想像しながら聞くことができた。ドクターやケアマネには耳の痛い話ではあったと思うが、そのとおりだと感じる。無駄なものは勇気をもって省き、お互いが支え合える社会づくり、意識付けが重要。だが、意識改革と従来型の既得権意識の打破には相当なエネルギーが必要だろう。

「参考になった」

(薬剤師)

- ・最近、在宅の必要性を感じていたが、今日の講演会を聞いてより一層大切さを感じた。

(看護師)

- ・誰か音頭をとるのかの投げかけが大変心に残った。
- ・まだまだ体制の勉強不足。意識を変えていかないと周囲で話があまり出ないのでおいていかれそう。今後在宅受け入れに向けて勉強します。
- ・個人的には竹重先生に賛同したいのですが、あくまで雇われの身では制限があるのではと心配。また、地域住民に協力してもらおう際、ボランティアというのはなかなか難しい。昔ほど隣近所との付き合いが薄れている。
- ・少しずつ現実化になっていくようにしたい。

(保健師)

- ・この地域が“失敗事例(医療関係者・住民組織が非協力的)”とならないように、今の課題に、まずは関係職種でしっかりと向き合っていかなければならない。

(介護支援専門員)

- ・地域で支え合うために住民の意識改革が重要だと思った。
- ・2025年に向けて多職種で話し合いをして深めていきたいと思う。
- ・地域包括ケアの本当の在り方、進むべき方向性が少しわかった気がします。
- ・介護が必要になると、家族は施設入所という考え方が当たり前になっている。これからは本人・家族が在宅で生活するという意識へ変えていくことが重要と思う。地域包括ケアシステムの体制は、地域全体で考えていく問題では…
- ・地域での体制作り、人員の確保、先が見えず不安ばかりです。
- ・柳川市の特性、課題って何だろう。まずそこから考える必要があると思った。

(事務)

- ・勉強になりました。

(歯科衛生士)

- ・とても本音でお話いただき参考になりました。考えさせられることが多かったです。

「どちらでもない」

(薬剤師)

- ・心に響くご講演でした。重度介護者を地域で支えていく。調剤の現場で(薬の飲みすぎを防ぐため)リハビリを兼ねて、朝、毎日1日分を薬局に取りに来てもらうということをしています。空家・持家をそのような施設へ改築して地域支援の場にする。私の家の近くにも空家はあります。現実、私の祖父母の家は大きな築100年の家で、今空家で住むことなく維持しているので、何か良い使い道を探していたところでした。大きなヒントと地域支援という今後の道が開かれた感じです。「薬」剤師として「薬」を介しての関わり方ではなく、生活支援の中で何かできるが考えたいです。

無回答

(薬剤師)

- ・24時間365日の支援体制の必要は理解できるが、その費用はかなり高額になるのではないかな？それは誰が負担するのか？高額な自己負担になるのか？そこをどのように解決するかがわからない。

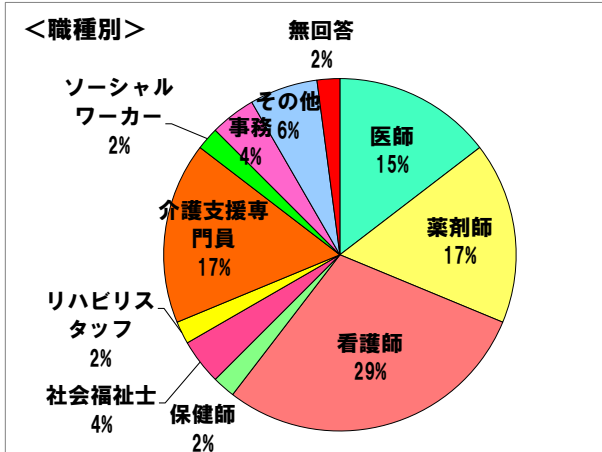
(介護福祉士)

- ・これからは支え合いが大切だということがわかった。

3. 日頃の業務で、退院支援や在宅療養支援に携わることがありますか？

	人数
ある	48
ない	37
無回答	16
計	101

「ある」と回答した者の職種別の内訳



多職種の方との関わりで、うまくいった・スムーズに進んだ事例のポイントや工夫した点があればお聞かせください。

(医師)

- ・ 問いかけること。一度は相談をしてみる事が大切と思う。
- ・ お互いに密に連絡をとり情報を共有する。
- ・ 訪問看護ステーションが動くことが在宅療養への移行をスムーズにすると思う。
- ・ 薬剤師による薬の提供。
- ・ 現場に集合すると話がまとまりやすい。問題点が整理できる。
- ・ 老健勤務のため、多職種での支援ができ、短期間であれば在宅は可能な方が多い。

(薬剤師)

- ・ 特に今はない。
- ・ ケアマネと連携がとれるとその人(患者)に合った医療ができる。あるいはできたと感じることがあった。
- ・ しっかりと他職種の方とコミュニケーションをとるように心がける。自分の都合ばかりを押し付けないように心がける。

(看護師)

- ・ ある病院ではそれぞれの意見が言えた方がよい。
- ・ 病状が重く、自宅では短期間しか無理と思われていたのが、各サービス、デイや訪問看護等組み合わせ、その方のペースと家族のペースで生活してもらうことで病状維持できることが多い。
- ・ 利用者、患者の家族とのコミュニケーション(常日頃の会話)
- ・ 事前に情報を提供してもらい、退院に向けて家族と相談して準備ができた。胃瘻の管理のため、物品準備、取扱い指導が事前にできた。
- ・ 四肢拘縮や筋力低下のため在宅療養がより充実するようにリハビリの専門師とのカンファやアドバイスで改善させ
- ・ 自宅で最期を迎えたいと入院拒否した患者さんを自宅でおくことができ、家族の協力、支えを充分受けられた。

(保健師)

- ・ 顔が見えること。過去に連携したことがあること。

(社会福祉士)

- ・ ターミナルの方の在宅医をクリニックの先生にお願いしたとき、快く受けていただいて助かりました。その際、急変時、家族が入院を希望された時、当院での受け入れいつでも可の体制をもち、相談をするとスムーズに在宅の先生も受け入れていただけるような気がする。

(介護支援専門員)

- ・ 今SWが多くなり情報等いただくので助かっています。
- ・ 退院前に病院側から情報をもらった時。例) サービス担当者会議等
- ・ お忙しいDrと連携するうえで、MSWと協働できるとかなりスムーズに動けました。MSWがおらずとも(先生と)病院で相談できるルートを作るために事前のアポ、要件をまとめる、短時間の工夫等しています。
- ・ 医療機関のSWと密な情報交換を行っている。
- ・ 重度者にとって在宅支援を行うにあたって、訪問看護をプランに組み込んだことで、本人・家族にとって安心して生活できて、在宅看取りをしていただくことができた。
- ・ 小さなことでもきちんと連絡をして、相互の連携を密にしていく。

(その他)

- ・ 家族の協力が非常に大きかったことと、多職種で問題点を共有し可能な部分での協働ができた。
- ・ ケアマネさんと連携。患者さんの情報を何度も確認した。
- ・ 目標設定を明確にした。

- ・脳梗塞治療後→宿泊中心のサービス→(自宅へ)在宅にて通所サービス継続中。
住み慣れた地域での顔なじみのスタッフによるケアの継続が安心へつながっている。
- ・ご利用者の様子が連携して伝わると、異常の早期発見につながると思う。

4. 在宅療養支援や多職種連携の推進において、あなたが困っていること、不安なこと、課題だと感じていること

(医師)

- ・顔がみえる会合があればいい。
- ・対象家族の対応。医師に対する時と、訪問看護師に対する時とで異なる。
- ・それぞれ事業所のことを優先し、利用者さん中心のプランを立てているのか不安。課題。
- ・誰が中心に開始したらいいのか？多職種連携、医療と関係ない方がいいのでは？
- ・肉体的・精神的ストレス
- ・日中独りになることや、老々介護、認々介護が多く、1ヶ月以上在宅で過ごす方は少ない。
- ・地域的に専門職の人間が少ない

(薬剤師)

- ・住民が公助に依存しすぎると思う。その意識をどのように変えるべきかではないでしょうか。
- ・在宅医療をするとマンパワーが必要になるが、地方ではまだ人材不足だと感じる。今後、人材不足が解消されれば在宅は進む感じがする。
- ・他業種からの依頼や苦情が聞かれず、私の知らない本人の希望が聞き出しにくい点があります。
- ・多職種連携が必要!!
- ・他の職種の方が具体的にどういった仕事をしているのかよくわからない。
- ・多職種と会う機会をなかなかつけれないこと。
- ・薬剤師の仕事(残薬の確認、副作用の確認以外)について求められていることは？

(看護師)

- ・入院している患者が退院時のカンファにおいて病院側の力が強く、話が進み納得がいかない。
- ・サービス提供者側の都合が優先し、家族の負担、それも一部の方にしわ寄せがくることがあると思う。しっかりと家族を支えていくためのプランとは？と考えます。
- ・明日からでも医療・地域住民との交流を共に密にした関係をつくるのが大事だなと思った。
- ・ケアマネジャーの質の向上が課題
- ・現在入院期間が短く、在宅の準備ができないまま在宅に帰ってきてある。入院する時は何とか歩行できていたが、退院時は自力歩行不能になってある。家族はそれまで介護経験がなく、その日から困っている、などみられたり、入院するとベッド上になるため歩けなくなって在宅へ帰ってくる。
- ・病院退院後、在宅へ帰られるのがまだ少ないと思われます。
- ・自宅でみるのが各家庭困難でほとんど施設に入所されていると思っていたことが少しその家庭の困難を考えられなかったことに気づきました。
- ・訪問看護師不足
- ・24時間訪問サービス(看護、介護)を整えたいと思う。この地域でどれだけの事業所が取り組めるでしょうか？それこそ協同してスケジュール組んでできないでしょうか？一人暮らしや要介護者が夜間一人で家にいる時に中央管理できるようになるといい。
- ・利用者の意見をそれぞれが吸い上げ、役割により中心者が調整役となり、リアルタイムに行動。1つ1つ事例を大切に話し合う。

(保健師)

- ・在宅療養ができる資源の確認ができてない。どの圏域ではどうかを把握する必要がある。本当に中学校レベルで大丈夫なのか、など。

(社会福祉士)

- ・家族が主に権利をもっているのが、家族の意見が通ると施設希望になりやすい。
- ・在宅療養を整える場合、在宅医と訪問看護を整える際、訪問看護はステーションに介入してもらった方がよいのか？もしくは在宅医の看護師にお願いした方がよいのか？以前訪問看護ステーション看護師を介入した際、在宅の先生から「なぜ？」と言われたので。在宅医の看護師を使いたいと言われた。

(介護支援専門員)

- ・夜間に往診してくれる医師がいるのかわからない。
- ・以前よりDrの先生方が介護への理解が深まったと思います。
- ・私たち介護職も医療との連携が進んできたと思います。Drとの連絡方法も少しずつ整理がついてきています。
- ・かかりつけ医、特に総合病院の先生との連携などが取りづらい。
- ・地域住民を活用する地域があるが、どこが中心となって音頭をとって高齢者を支える体制をつくっているのか？と思う。また、一朝一夕に体制、団体をつくるのができないと思うので、市民を巻き込む必要があると思う。

(ソーシャルワーカー)

- MSWのマンパワー不足

(歯科衛生士)

- 特養やGHでは既往歴が不十分(例えば、発病の時期やその時の治療内容等々。特にリハビリの内容。)

(介護福祉士)

- 小規模多機能事業所の利用開始によるケアマネジャーの交代。信頼関係が築かれ、利用者様とのつながりが強いほど必要性が強くても利用につながらない。

(その他)

- ヘルパーという職業ですので、医療の面での勉強が必要だと思い、その機会をつくってほしいと思います。

5. 今後、多職種連携研修会で企画してほしい取り組み・内容

- 関係者だけの研修にとどまらず、広く市民への公開講座を行っていただきたい。これからの社会を真剣に考えることを特に若年層向けの研修が必要ではないか。
- 地域住民の民生委員の方や自治会長・隣組の人にも参加を促すべきではないでしょうか。
- 各職種の仕事内容を理解する研修
- 集まる場をつくってほしい。同志が必要。
- また竹重先生のお話が聞きたいです。
- 市民のための医療を考える場、少し諦めていたことに少し火がつかしました。ありがとうございました。
- 多職種で、地域の課題をあらい出し、具体的な対策を考えていく場の設置。対策は実行していく。
- NPOなど地域の情報がほしい。
- 継続的に地域包括ケアシステムのことを計画してください。また、行政の立場からや地域包括支援センターの方からの現状など、話を聞きたいです。
- 具体的に、実際行っている事例をいろいろ見てみたい。
- 継続してください。
- 飲み会
- 実際にどう進むべきか、具体的なことを考える連携協議会。