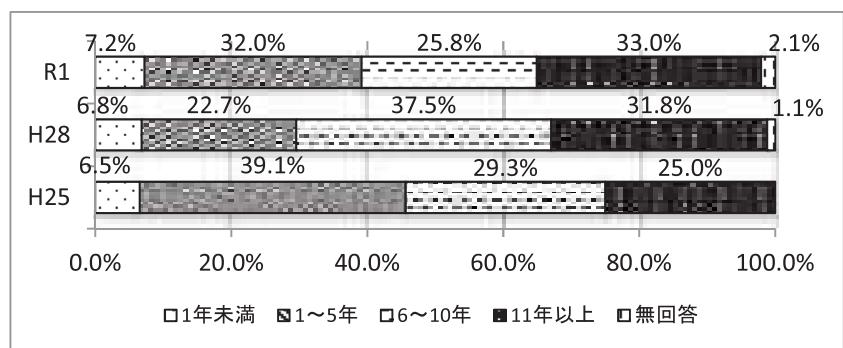


【ケアマネジャー調査】

(1)ケアマネジャー業務の現状等について

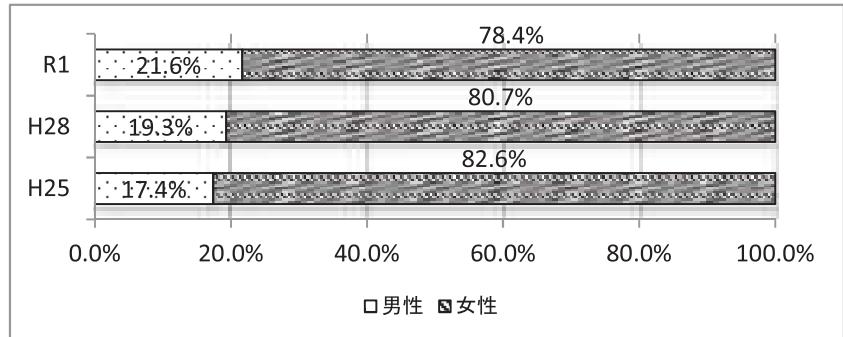
① 経験年数 (人)

	H25	H28	R1
1年未満	6	6	7
1~5年	36	20	31
6~10年	27	33	25
11年以上	23	28	32
無回答	0	1	2
合 計	92	88	97



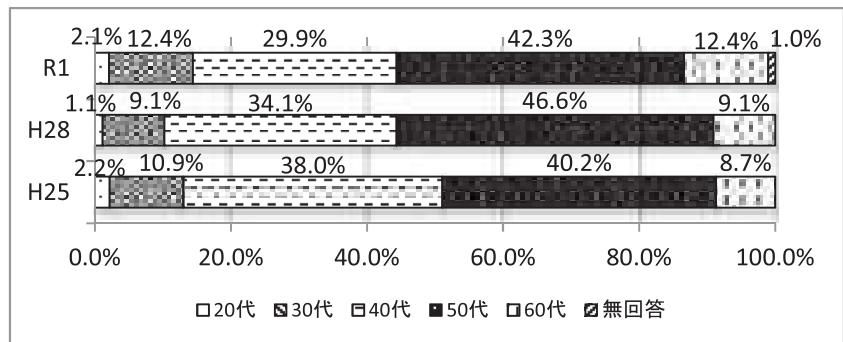
② 性別 (人)

	H25	H28	R1
男性	16	17	21
女性	76	71	76
合 計	92	88	97



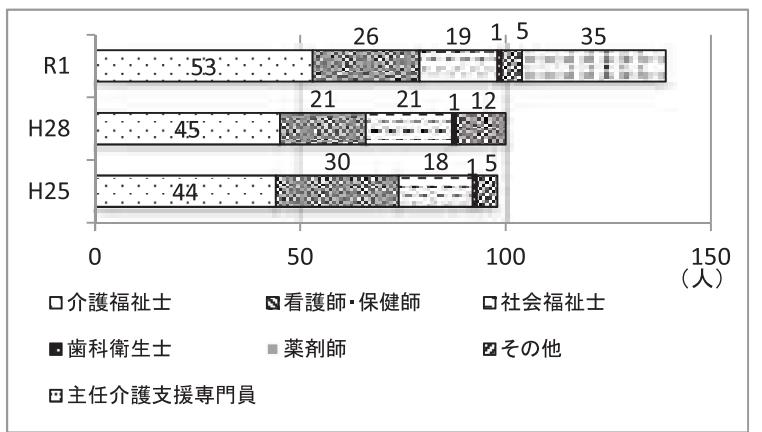
③ 年齢 (人)

	H25	H28	R1
20代	2	1	2
30代	10	8	12
40代	35	30	29
50代	37	41	41
60代	8	8	12
無回答	0	0	1
合 計	92	88	97



④ 持っている資格(複数可) (人)

	H25	H28	R1
介護福祉士	44	45	53
看護師・保健師	30	21	26
社会福祉士	18	21	19
歯科衛生士	1	1	1
薬剤師	0	0	0
その他 精神保健福祉士 社会福祉主事、栄養士等	5	12	5
主任介護支援専門員	-	-	35



⑤勤務形態 (人)

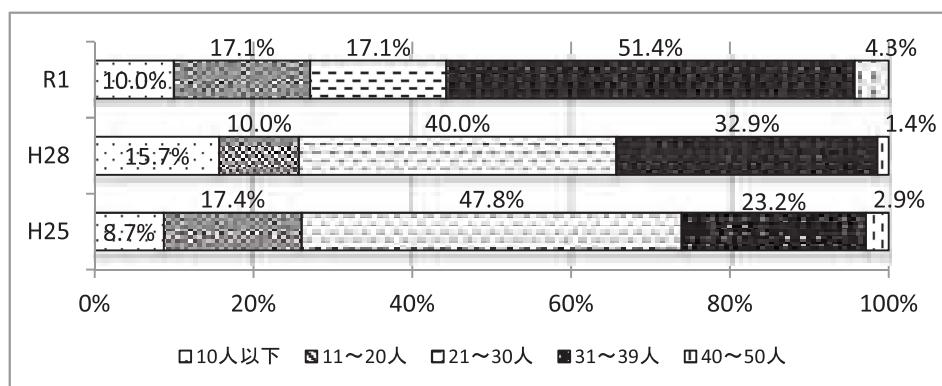
常勤		常勤以外		無回答	合計
専従	兼務	専従	兼務		
77	11	2	2	5	97

⑥ケアプラン及び予防ケアプランを作成している1ヶ月あたりの人数

【介護ケアプラン】

■31～39人の割合がH25から6年間で倍増し、全体の半数以上を占めるようになった。

	(人)	H25	H28	R1
		10人以下	11～20人	21～30人
10人以下	6	11	7	
11～20人	12	7	12	
21～30人	33	28	12	
31～39人	16	23	36	
40～59人	2	1	3	
無回答	-	-	0	
合 計	69	70	70	



【予防ケアプラン】

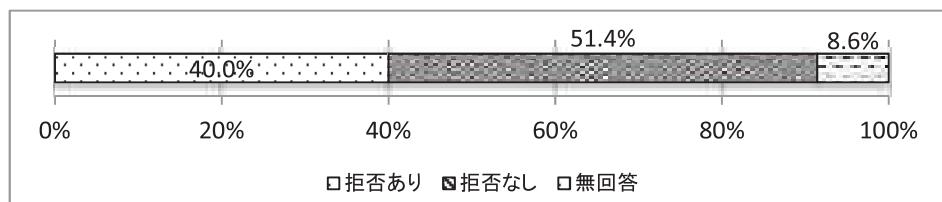
	(人)	H25	H28	R1
10人以下	47	40	49	
11～20人	1	5	3	
21～30人	7	7	8	
31人以上	10	10	13	
無回答	-	-	24	
合 計	65	62	97	

《R1内訳》		
	包括	居宅
10人以下	7	42
11～20人	1	2
21～30人	6	2
31人以上	13	0
無回答	0	24
合 計	27	70

⑦ケアプラン作成依頼の拒否(直近1年間)

- 依頼拒否が40.0%を占める。
- その主な理由は、事業所の現員からは利用申込みに応じきれない状況であるため。
- 依頼拒否の割合は、東地区よりも西地区の方が高い。

	(人)	R1
拒否あり	28	
拒否なし	36	
無回答	6	
合 計	70	



	(人)	東	西
拒否あり	10	14	
拒否なし	23	8	
無回答	2	2	
合 計	35	24	

※東西判別不能11人

～拒否理由(複数回答可)～

- ・事業所の現員からは利用申込みに応じきれない。(26人)
- ・利用申込者の居住地が事業の実施地域外である。(2人)
- ・その他(自由記述)
⇒自身の能力の限界(1人)

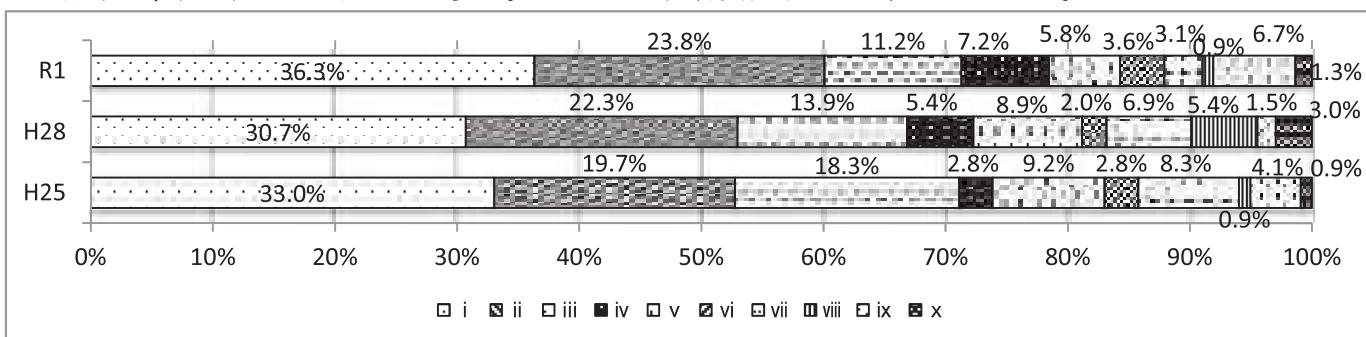
⑧ ケアマネジメントを行う際に、困っていることや問題と感じていること(3つまで)

- 調査年に関わらず、「i 書類の作成などの事務作業が多い」が最も多く、次に「ii 困難事例への対応に時間を割かれる等負担が大きい」が多数を占めている。
- 「iv ケアマネジャー1人あたりが担当する利用者数が多い」が、増加傾向にある。

	H25	H28	R1
i 書類作成などの事務作業	72	62	81
ii 困難事例への対応	43	45	53
iii サービス担当者会議の開催調整	40	28	25
iv ケアマネジャー1人あたりが担当する利用者数	6	11	16
v 介護保険サービス以外のサービスに関する情報の不足	20	18	13
vi 介護保険制度等に関する情報の不足	6	4	8
vii 利用者からのサービス変更依頼やキャンセル	18	14	7
viii その他	9	3	2
ix 特にない	2	11	15
x 無回答	2	6	3

～「viiiその他」回答内容～

- ・安易にサービスを使いたがる家族に対し、自分のプランの正当性を理解してもらうこと。
- ・独居等で家族の代わりに動くことが多い。そのための代替資源すらない、または乏しい。



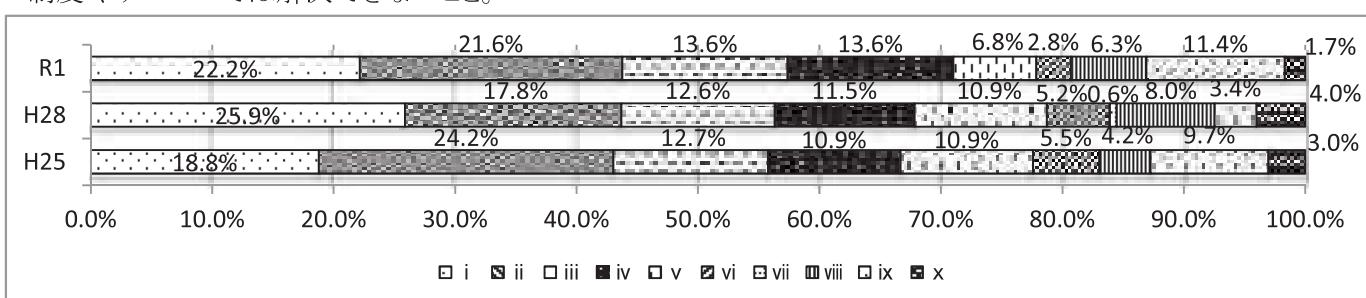
⑨ 利用者や家族から寄せられる苦情(3つまで)

- 調査年に関わらず、「i サービス提供者の従業者の資質や態度等に関する」と「ii サービスの質や内容に関する」ことが他項目よりも高い割合を占めている。
- その他では、「市街地から離れているため、サービス提供できる事業者が限られている(大浦地域)。」や「主介護者の事故や病気により、緊急時の入所やショートステイ等の受け入れ施設がない。」という声がある。

	H25	H28	R1
i サービス提供者の従業者の資質や態度等	31	45	39
ii サービスの質や内容	40	31	38
iii サービス利用料や保険料負担	21	22	24
iv 要介護認定結果	18	20	24
v 介護保険制度	18	19	12
vi 制度やサービスの説明	9	9	5
vii ケアプラン	0	1	0
viii その他	7	14	11
ix 特にない	16	6	20
x 無回答	5	7	3

～「viiiその他」回答内容～

- ・市街地から離れているため、サービス提供できる事業者が限られる。
- ・制度やサービスでは解決できないこと。



⑩ ケアマネジメントを行うにあたってのあなたの課題

◆アセスメントに関すること

- ・利用者さんが持つておられる想いやそれぞれの生き方、頑張つてこられたことを聞いて、感じて、寄り添いプランに生かしていくこと(アセスメント不足)。
- ・利用者の問題となる原因を明確化し、自立した生活支援に必要なサービスを選択しているか。

◆ケアマネジメント全般に関すること

- ・利用者さん、家族さんの意向に添えるよう、また自立に向けて支援できるよう、個々に合ったプランを作成していく。
- ・利用者や家族がわからないことを正しく、わかりやすく説明すること。
- ・家族支援が受けられない方へのアプローチ、支える体制、制度の利用の複雑さ。

◆利用者・家族の意向に関すること

- ・本人の思い。家族の思い。利用できるサービスでどれだけニーズに対応できるか。
- ・自己主張の強い家族への対応(入所させて欲しいと訴えられるが、利用者の状況もあり受け入れ施設が見つからない)。
- ・自分の意見を一方的に言われる利用者や家族を受容し、相手方に譲歩しながら、ケアマネの役割を明確に伝えること。

◆経験・知識に関すること

- ・生活全般について考えていくため、各サービス制度、医療について幅広く知っておかないといけないことが多い、連携についてもわかっていることが多いほど図りやすいと思うので、自己研鑽です。

◆インフォーマルサービスに関すること

- ・介護保険以外の利用できるサービス(社協、医療、地域の協力)をもっと学び情報を得てマネジメントを行う。

◆業務量に関すること(5件)

- ・受け持ちご利用者が多く、一人一人対応するのに時間がかかり、書類作成等が追い付かない。
- ・他の業務に時間が割かれ、タイムリーにケアプランが提供できない。

◆事務処理に関すること

- ・ケアプランはケアマネジメントを実施するにあたり一番重要なのですが、他の書類作成に時間をとられ、ケアプランの作成に時間をかけることができない。正直なところ、更新などの際には、どうしても継続プランとなり内容が同じになってしまふ。
- ・事務作業の効率。早急な対応ができないこと。ゆっくり事務所で座って事務作業ができない。一つのことに集中して考えることができない。そのため、担当のケースのことをゆっくり検討すること、訪問して本人と向き合うことができない。

◆連携に関すること

- ・担当者会議において、それぞれが多忙であることは理解しているが、全員が集まりにくい。

◆その他に関すること

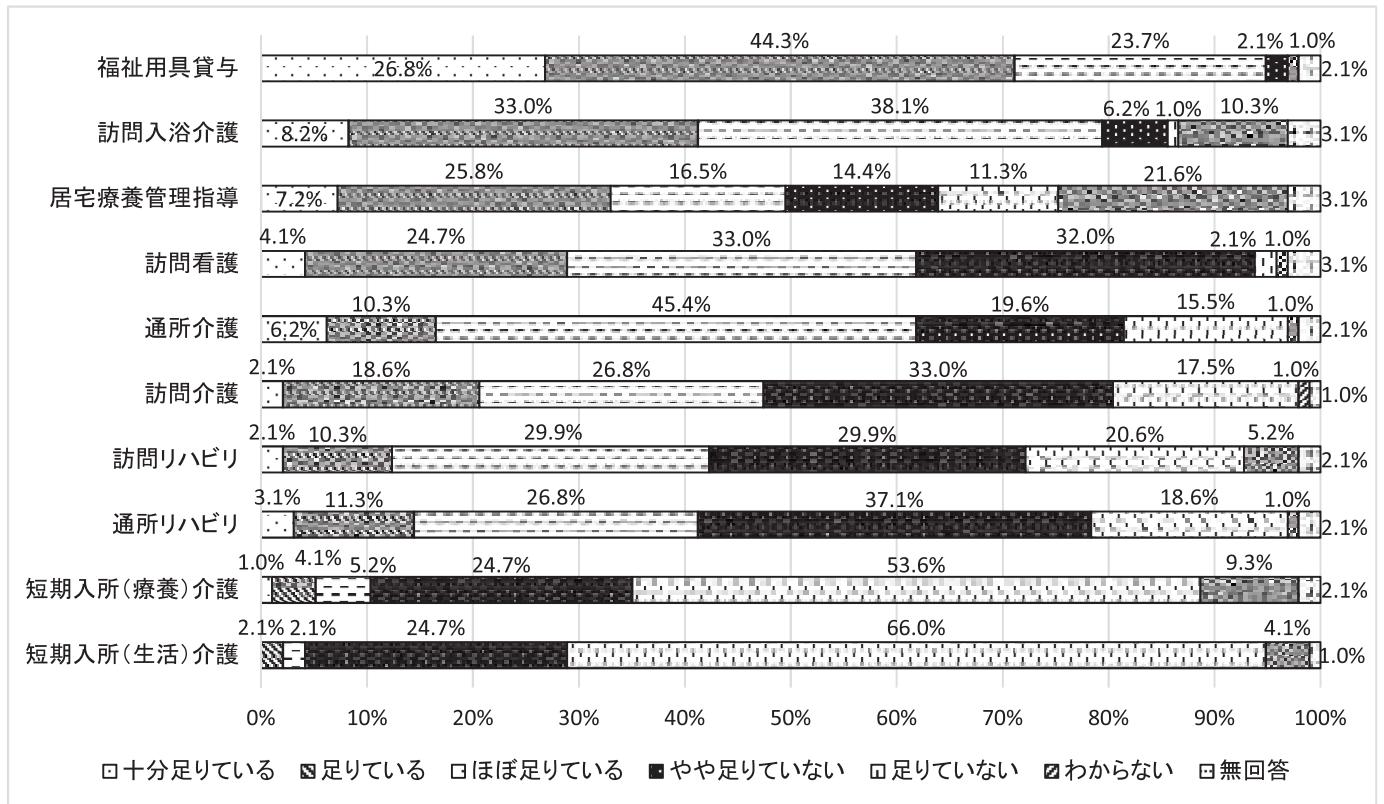
- ・一人暮らしの方が多く、家族が遠方やいない方に対して、ケアマネが家族が行うべき支援までしてしまう。
- ・自分自身の身体の衰えを感じ、代わりがきかない仕事にプレッシャーを日々感じている。

(2)介護サービスや生活支援の供給状況について

① 利用者のニーズに対する介護サービス(予防を含む)供給量

【在宅サービス】

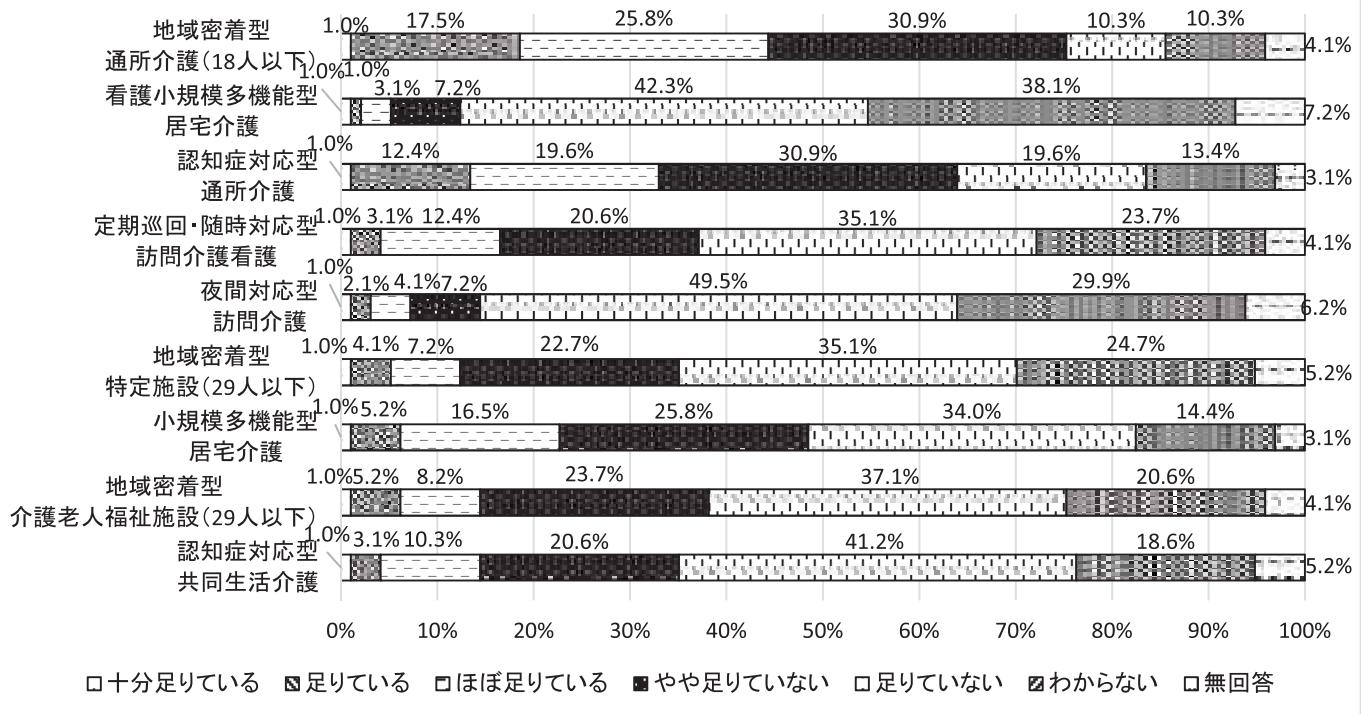
- 福祉用具貸与は94.8%、訪問入浴介護は79.3%が供給量が足りていると認識。
- 短期入所(療養)介護は78.3%、短期入所(生活)介護は90.7%が供給量が足りていないと認識。
- 訪問介護及び訪問リハビリ、通所リハビリは約半数以上が足りていないと認識。



	十分足りている	足りている	ほぼ足りている	やや足りていない	足りていない	わからない	無回答
福祉用具貸与	26	43	23	2	0	1	2
訪問入浴介護	8	32	37	6	1	10	3
居宅療養管理指導	7	25	16	14	11	21	3
訪問看護	4	24	32	31	2	1	3
通所介護	6	10	44	19	15	1	2
訪問介護	2	18	26	32	17	1	1
訪問リハビリ	2	10	29	29	20	5	2
通所リハビリ	3	11	26	36	18	1	2
短期入所(療養)介護	1	4	5	24	52	9	2
短期入所(生活)介護	0	2	2	24	64	4	1

【地域密着型サービス】

■約半数以上の回答者が、全ての地域密着型サービス供給量が足りないと認識。

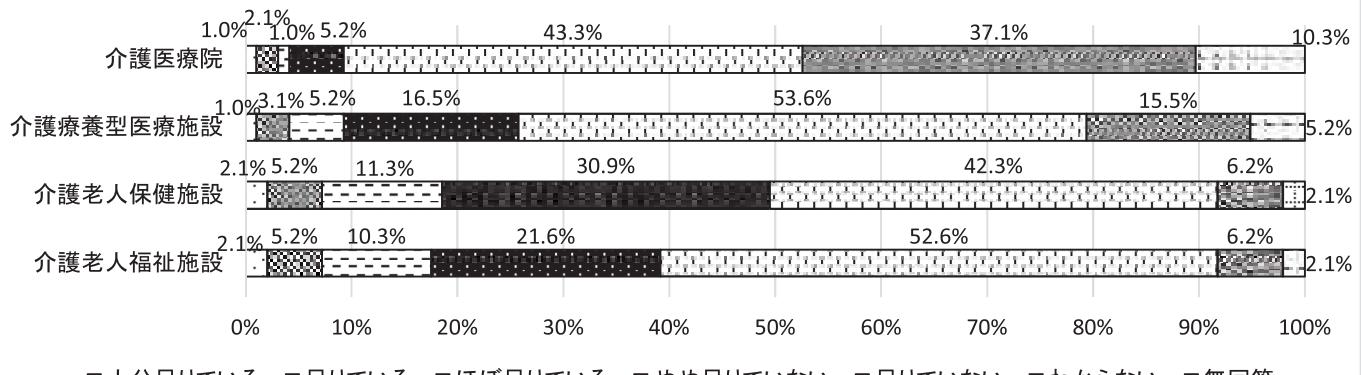


□十分足りている □足りている □ほぼ足りている □やや足りていない □足りていない □わからない □無回答

単位:(人)	十分足りている	足りている	ほぼ足りている	やや足りていない	足りていない	わからない	無回答
地域密着型通所介護(18人以下)	1	17	25	30	10	10	4
認知症対応型通所介護	1	12	19	30	19	13	3
看護小規模多機能型居宅介護	1	1	3	7	41	37	7
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1	3	12	20	34	23	4
地域密着型介護老人福祉施設(29人以下)	1	5	8	23	36	20	4
夜間対応型訪問介護	1	2	4	7	48	29	6
小規模多機能型居宅介護	1	5	16	25	33	14	3
地域密着型特定施設(29人以下)	1	4	7	22	34	24	5
認知症対応型共同生活介護	1	3	10	20	40	18	5

【施設サービス】

■約7割以上の回答者が、全ての施設が足りないと認識。



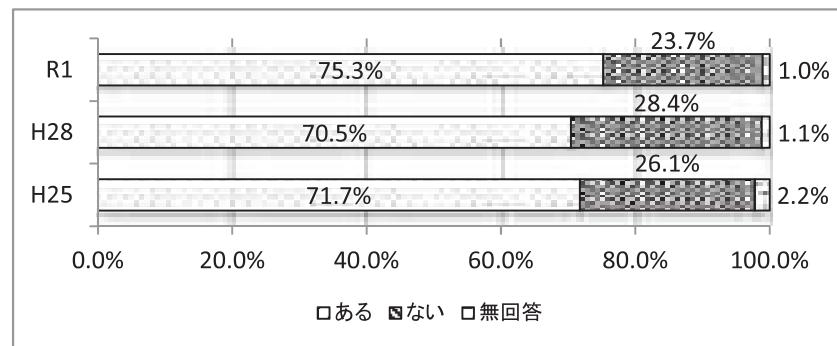
□十分足りている □足りている □ほぼ足りている □やや足りていない □足りていない □わからない □無回答

単位:(人)	十分足りている	足りている	ほぼ足りている	やや足りていない	足りていない	わからない	無回答
介護医療院	1	2	1	5	42	36	10
介護療養型医療施設	1	3	5	16	52	15	5
介護老人保健施設	2	5	11	30	41	6	2
介護老人福祉施設	2	5	10	21	51	6	2

② 担当している利用者が利用できないサービスの状況

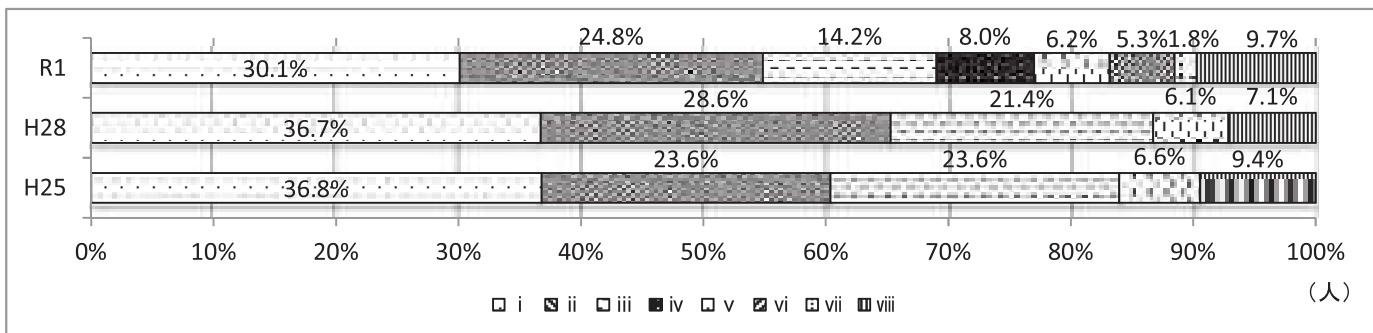
- 調査年に関わらず、「利用できないサービスがある」が7割以上を占めており、今回の調査では過去2回と比較して、75.3%と最高値を示した。
- その理由としては、「i 利用負担限度額を超えるため」が最も多く、次いで「ii 自己負担額をできるだけ少なくしたいため」が他項目よりも高い割合を占めている。
- その他では、「居住している地域により、遠方で行けないと断られることが多い(大浦地域)。」や「利用者がサービスの必要性に理解がないため。」という声がある。

	(人)		
	H25	H28	R1
ある	66	62	73
ない	24	25	23
無回答	2	1	1
合 計	92	88	97



～利用ができない理由(2つまで)～ (人)

	H25	H28	R1
i 利用限度額を超えててしまう	39	36	34
ii 自己負担額を少なくしたい	25	28	28
iii 必要なサービス供給量が不足	25	21	16
iv サービス提供事業者の送迎がない	-	-	9
v サービスの内容に利用者が不満	7	6	7
vi 報酬改定により自己負担額が増えた	-	-	6
vii 利用したいサービスがない	-	-	2
viii その他	10	7	11



～「viiiその他」回答内容～

◆地域資源に関すること

- ・居住している地域により、遠方で行けないと断られることが多い。

◆利用者に関すること

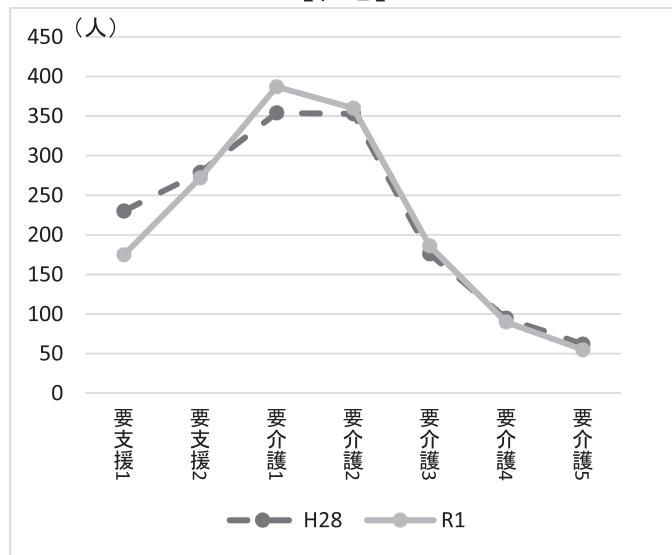
- ・年金(お金)が少なくて、サービスが増やせない。
- ・利用者がサービスの必要性に理解がないため。

③ 担当している利用者が、将来どの住まいでの生活を希望しているか。

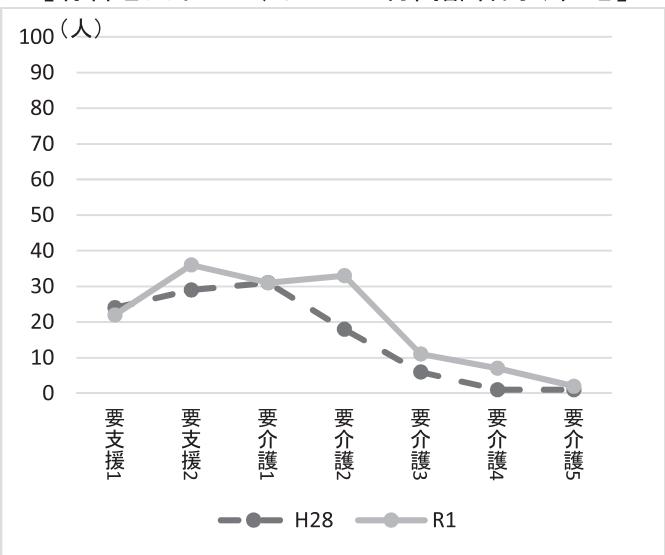
■介護老人福祉施設(特養)を希望する要介護1～3の方が大幅に増えている。

		在宅			有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅			介護老人福祉施設(特養)			その他		
		H25	H28	R1	H25	H28	R1	H25	H28	R1	H25	H28	R1
要支援	1	-	230	175	-	24	22	-	12	14	-	0	6
	2	-	279	272	-	29	36	-	40	44	-	0	10
要介護	1	-	354	387	-	31	31	26	30	60	-	2	12
	2	-	353	360	-	18	33	55	59	89	-	7	14
	3	-	176	186	-	6	11	78	44	64	-	1	4
	4	-	95	90	-	1	7	52	30	33	-	2	9
	5	-	62	55	-	1	2	64	19	23	-	2	8

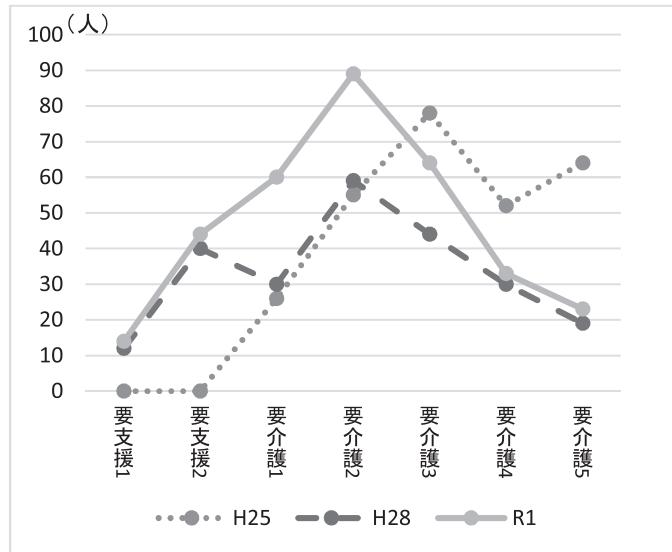
【在宅】



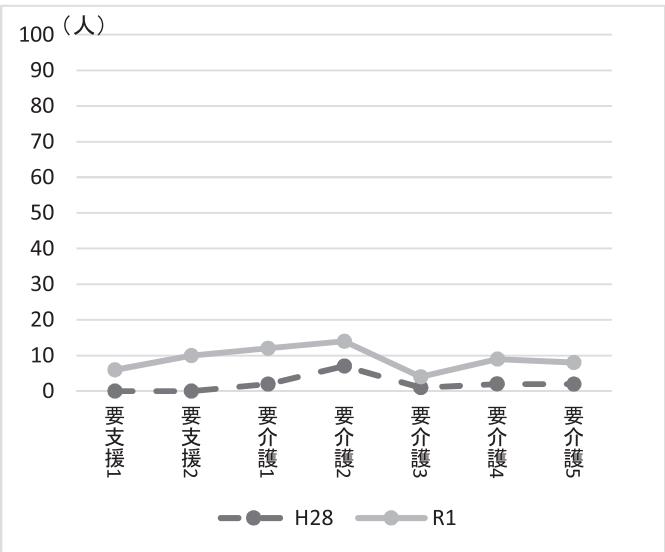
【有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅】



【介護老人福祉施設(特養)】



【その他】



④ 利用者が住み慣れた自宅や地域で暮らし続けるために必要と思うこと

- 地域住民の理解・インフォーマルサービスに関する回答が、全体の約3割と最も多く占めており、生活の基本となる「地域とのつながり」がまず大事ということが読み取れる。
- 介護保険サービスについては、夜間訪問や定期巡回などの24時間対応や、地域に密着した小規模多機能型居宅介護サービスの充実が必要という意見があげられている。
- 家族の介護に関することや、その負担が軽減できるようショートステイ等の充実を求める意見があげられている。
- 自動車の運転ができなくなった後の交通手段の確保についての対応策をという意見も見られた。

◆地域住民の理解・インフォーマルサービスに関すること

- ・地域との関係・家族の協力。近隣住民、地域の協力。サービスのみで24時間365日対応することは難しいと思うため。
- ・認知症独居が多くなっている中で、サービスで見守りができる時間は限られており、隣り近所から気にかけてもらえるような町内での人間関係づくりが重要と考えます。介護保険が始まった当初から比べると家族のかかわり方も、随分変化してきたと感じます。家族のかかわりの希薄さが目立つようになってきていることも問題であるように思います。町内の方と家族・本人の関係が良好であれば助けてあげようという気持ちになるでしょうが、以前から関わりを避けていた方は援助する側もされる側にとどても、心情的に難しいと考えます。
- ・地域住民の理解(認知症について、家族関係や状況について)。近所の人からのゴミの分別ができるといいと苦情があるなど、認知症になっておられることを知らずに交流され問題が生じている。
- ・地域の見守り。地域をサポートする(まかせきりにしない)公的支援。民生委員など負担がかかる事を避ける人が増えているように思う。担い手の確保が難しい。
- ・生活支援。ゴミ出し、移送サービス等の支援。ボランティア等のシステムが構築されればいいと思う。
- ・経済負担が少ないサービス(ボランティアなど)。家族や周囲に負担を押し付けるのは難しい。
- ・地域のリーダー的な人材(福祉関係者でなく)

◆介護保険サービスに関すること

- ・常時夜間対応できる訪看や訪介、定期巡回。独居や高齢者世帯を支援する家族がなく、安全や安心につながっていない。そのため施設への期待が高まり、需要が膨らんでいる。
- ・夜間対応できる事業所やサービスの増量。⇒夜間のオムツ交換などが、家族にとって大変だが、対応できる事業所が少ない。
- ・一番は家族の支援だと思うが、家族にも生活があり難しいところである。それを補うためには、24時間対応のサービスは必要(夜間対応など)。又、地域のサポートも重要。
- ・小規模多機能型居宅介護(認知面での対応が充実しており、老人世帯(家族が遠方)独居の方に対応して適していると思うため。)
- ・要支援の方は自立した生活をされている方が多く、在宅でこのまま生活したいと思っている人がほとんど。地域によっては通所リハビリ(送迎できない)が利用できない、事業所が選べないところがある。
- ・通院介助。安価で利用できる乗り合い車など、送迎手段が整えば、また変わると思いますが、介護保険サービスでの利用は難しく、自費では高い。

◆家族の介護に関すること

- ・家族の介護力。限度額をめいっぱい利用したとしても、やはり家族が関わっていく事が大切。サービスに完全に依存するのではなく、家族の足りないところを補っていく形で、介護サービスを利用していきたい。
- ・在宅で生活をしていくためには、家族の協力が必要になる。独居の方でもすぐに連絡がつくキーersonがないと支援が難しくなる。
- ・何かの時には相談できる身近に住む家族、親族。医療も福祉も、契約手続き、判断の時には必要とされる。なければ受け入れを拒否される場合もある。地域の支援者、サービスでの支援者ではどうにもできない、限界がある。

◆家族の介護負担の軽減に関すること

- ・介護負担のための休養ができるショートや短期入所の充実。
- ・家族さんの自宅で生活をしていくという意識を持ち続けられるように、サービスや精神面でのサポート、息抜き、仕事との両立ができるよう職場の理解。

◆交通手段の確保に関すること

- ・通院などの外出支援。運転をやめた時、タクシーでは高すぎる。乗り合いタクシーやみたいなものがあれば良い。
- ・独居、及び高齢者世帯が多いので、自動車免許返納後の交通手段がない事で閉じこもり、受診困難の声を多く聞く。タクシー（介護タクシー）も街までの往復に5,000円程かかり、金銭的負担があるので、手軽に利用できる交通手段が必要と感じる。
- ・通院や買い物などが行きやすい環境。ちょっとした手助けをする人があれば、住み慣れた自宅・地域で生活できると思う。通院や買い物に行くための安価な介護サポートの付いた移送手段。

◆連携体制に関すること

- ・本人の思いに添える支援体制の確保。家族、地域、医療機関、介護サービスなどの協力体制。介護負担の軽減が図れ、介護の継続が頑張れる家族や地域、医療機関、介護サービスなどのチーム体制。
- ・地域課題の抽出をするワーキンググループなどが必要。その上で、各地域の実情にあわせた「必要なこと」が見え、対策も個別化できると思う。

◆医療に関すること

- ・市内の医療の充実（包括ケア病棟も、もっと利用しやすく）
- ・かかりつけ医との良い関係。往診での対応や永年の信頼関係は強い。

◆利用者の経済状況に関すること

- ・在宅サービス（特に訪問介護）が必要と思うが、最近は経済的理由でサービスの利用や施設入所の困難な方が増え、地域で暮らすことがなかなか厳しいと感じている。ボランティアを増やすことくらいしか今は思いつかない。

◆介護保険サービス以外のサービスに関すること

- ・通院や買い物、話し相手など、保険外で悩むことがある。暮らすために援助できるサービスはシルバーだけ。

◆権利擁護に関すること

- ・身よりのない人や家族が遠方、独居、高齢者世帯が増えている。サービスを受けるにも契約は必須であり、権利擁護を家族に代わって行う機関の充実、利用の促進をはかることが必要ではないか。

◆社会資源に関すること

- ・訪問診療可能な病院や各サービスの充実。移動手段の確保、住んでいる地域によって利用できるサービスの制限があったり（社会資源がない）、病院への通院が大変なため。

◆その他に関すること

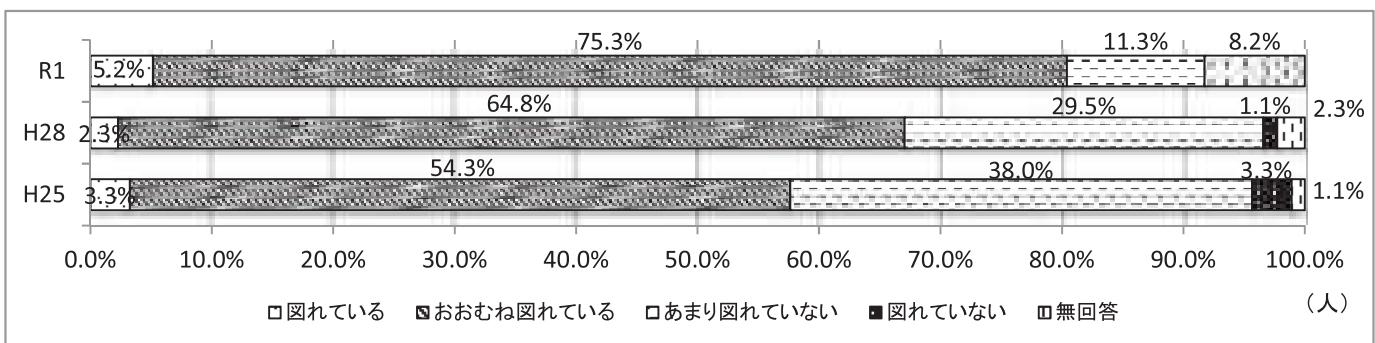
- ・高齢者世帯になっても、親類や子供が市内に住んでいると心強いので、若い人が安心して暮らしができるよう、働く場所や生活しやすい舞鶴をつくって、若い人が舞鶴から離れないような対策も必要かと思う。
- ・家族のサポートや経済的に問題がなければ、サービスを利用しながら生活できると思う。家族のサポートで経済的に問題があるケースは、行政の関わりがさらに必要。ケアマネでできること、考えられることには限界がある。

(3)介護と医療の連携について

① 医療側との連携

- 連携が「図れている」と「おおむね図れている」の割合が、57.6%(H25)から80.5%と6年間で22.9ポイント増えている。
- 連携の際に工夫されていることについては、面談・面接に関する件数が、全体の約4割を占めており、医療従事者との顔の見える関係づくりや密に連絡を取ることなどに注力されていることが伺える。次いで、情報共有やカンファレンス等があげられている。
- 一方、連携があまり図られていない理由としては、病院側の対応の温度差や医師の対応等があげられている。また、ケアマネジャーの役割について認識されていないという意見も見られた。

	(人)		
	H25	H28	R1
図れている	3	2	5
おおむね図れている	50	57	73
あまり図れていない	35	26	11
図れていない	3	1	0
無回答	1	2	8
合 計	92	88	97



～連携が「図れている」、「おおむね図れている」と回答した方が、連携の際に工夫されていること～

◆面会・面談・関係づくりに関するこ

- ・医療系サービス利用の際には主治医の承諾が必要となってきた以降主治医との連携を図る機会は多くなったように思う。特に老健、訪看、訪リハの事業所を同法人に抱えている居宅では日々医療との関わりは多いです。医師との面接のときなどは時間帯を考え外来の診察時間が終わるタイミングを見計らったり総合病院なら地域医療連携室を利用するなどしている。
- ・できる限り足を運び直接主治医や看護師、医療ソーシャルワーカー、リハビリ専門職と話をし、情報提供、収集することを心掛けている。
- ・入院時には直接病院に出向き在宅時の生活の状況等、書面だけではなく口頭でも大切なことは伝えるようにしています。また1weekぐらいには治療の進歩状況、今後の見通し等伺うようにし早期に介入することで退院前のスムーズな連携に努めています。

◆情報共有に関するこ

- ・常に情報を共有することを心がけている。
- ・常日頃からアドバイスを頂ける様密に連絡し、利用者さんの情報を伝えている。
- ・細かい事でも、わからなければ聞く。

◆カンファレンスに関するこ

- ・退院前カンファレンス出席。看護サマリーやリハビリサマリーをもらえるようお願いする。
- ・入院時に退院が分かれば早めにカンファレンスをしてもらうようお願いする。

◆電話・FAX・メールに関すること

- ・早急に連絡し相談の返答もすぐ聞ける様にTEL対応をしている。
- ・主治医とメール交換を行ったり、FAXで状態の変化があった場合、お知らせする体制を取っている。
気軽に生活全般の相談もできるよう受診日を把握し情報を前もってFAX、メールで知らせている。

◆連絡票等の活用に関すること

- ・医師は多忙なため、なるべく連絡票にて状況を記載している。時には手紙を添えて、ケアプランを渡している。
- ・病院への情報提供、フェースシート、ケアプラン。

◆簡潔なやり取りに関すること

- ・医師との相談については、簡潔(要点)にまとめておく。
- ・書面でやり取りする時は要点をおさえる。簡潔にすることを意識して伝える。情報等クレクレだけにならないよう提供(日頃の様子、退院後の様子)する。
- ・相手の都合に配慮すること。ポイントを明確にして伝えること。

◆その他に関すること

- ・地域医療連絡室の職員、現場の看護師、リハビリ、各々から話はできるだけ伺う。そこで話す内容が違うことがあるので、すり合わせをお願いする。
- ・ケアマネ同士での情報交換で医療機関、医師の連携の取り方を聞く。
- ・病院からの退院されている方や入院されている方の支援の依頼があれば全力で支援している。その代わりこちらが病院に対し支援を依頼した場合、病院側もなるべく意に添うように対応していただいているので包括と病院とは連携が取れていると思う。

～連携が図れていない理由～

◆病院側の対応の温度差に関すること

- ・病院の地域医療連携室によって差があると思う。病院によっては細目に電話で情報をいただけるので、こちらからも電話や訪問がしやすく、情報の共有が図りやすい。
- ・病院によって対応が違うことがあり、「連携が図れている」と感じるところと、「まだまだ不足している」と感じるところがあった。

◆医師の対応に関すること

- ・なかなか医師と話す機会がない。受診について行つてもほとんど話さない。意見書を取り寄せFAXしても返ってくるのに何か月もかかったり、返信のない医師もある。

◆ケアマネジャーの役割に関する事(2件)

- ・家族がおられる方でも支払いや受診予約など、ケアマネ業務以外のことで連絡があり、ケアマネが動くことが多く、病院はケアマネを家族代行と思っておられるのではないかと感じることがある。

◆その他に関すること

- ・医療が必要なサービスがあれば連携しているが、十分な場合ばかりではない。担当病棟の看護師が多忙なため、医療ソーシャルワーカーに状態を聞くが、状態を把握されていないため詳細がわからないことが何度もあった。病院での面会時、アポをとらなくても担当看護師が状態を教えて下さる病院もあるので助かっている。
- ・地域医療連携室などとは連携が図れるようになったが、直接メディカルスタッフとのやりとりが減った。

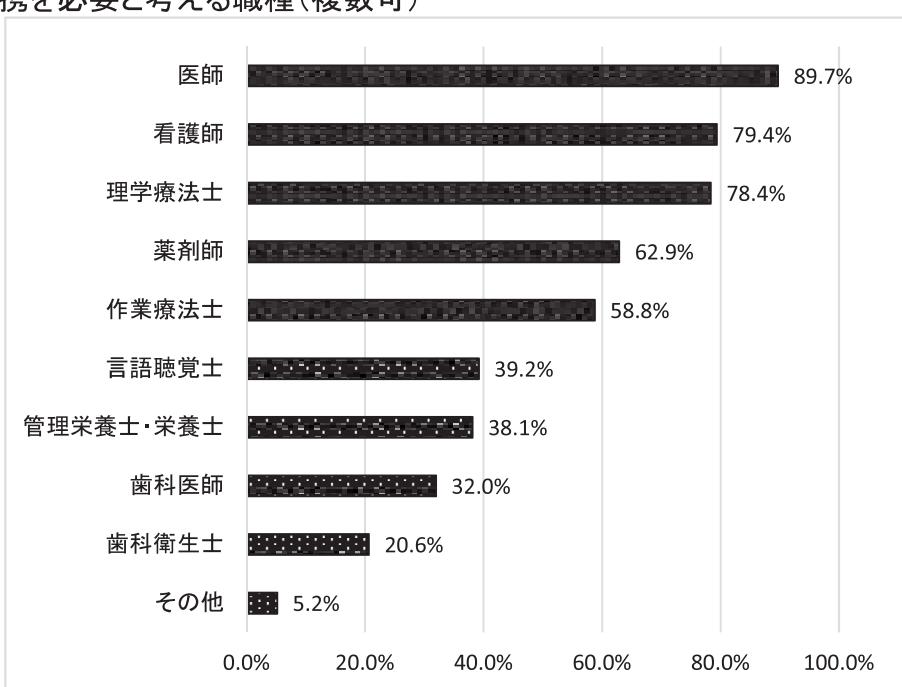
② 介護と医療の連携が必要だと感じるときと連携手段(複数可) (人)

	連携の必要性	連携手段			
		電話	FAX	面談	その他
利用者が病院や施設へ入院・入所するとき	97	84	42	64	利用調書 3 メール 2 情報提供書 2 相談員 1 訪問 1
利用者が病院や施設から退院・退所するとき	97	77	21	78	カンファレンス 4 メール 1 訪問 1 病棟看護師と相談員 1
利用者の状態(病状や生活環境)に変化が生じているとき	97	72	28	68	メール 3 訪問 2 連絡票 1 相談員 1
看取りのとき	94	58	22	59	メール 2 カンファレンス 2 訪問診療時同席 1 訪問看護の看護師と主治医 1 訪問 1 連絡票 1
利用者の状況を問わず、常日頃から	92	65	25	41	メール 4 訪問診療時同席 1 連絡票 1
その他	33	11	10	4	来所依頼 1 カンファレンス 1

③現在担当するケースについて連携を必要と考える職種(複数可)

(人)

医師	87
看護師	77
理学療法士	76
薬剤師	61
作業療法士	57
言語聴覚士	38
管理栄養士・栄養士	37
歯科医師	31
歯科衛生士	20
その他	
ソーシャルワーカー	
成年後見人	
民生児童委員	
財産管理人	
行政 等	5



④ 介護と医療の連携のために取り組んでいること、今後取り組んでいかないと感じること

- すでに取り組んでいることについては、情報共有に関することが全体の約5割を占めている。
- その手段として、極力、病院に足を運び、医師や看護師、相談員等と面談、挨拶など、顔がわかる関係性づくりや、研修会、カンファレンスなどあげられている。
- 今後取り組んでいかないと感じることについては、医療従事者との連携に関することが約2割弱を占めている。他には、医療従事者との関わりをスムーズに行えるよう医療知識の習得に関する回答が多数見られた。

●すでに取り組んでいること

◆情報共有すること

- ・情報を共有すること。日々の状態を医師へ(介護スタッフからの情報)。訪問診療、受診等の状態を介護スタッフへ。
- ・こまめな情報の共有。本人、家族の思い考えを、病院側へ伝える。病院側の意向を本人家族にわかりやすく伝える。
- ・在宅での困りごとを共有してもらう。
- ・地域医療連携室と担当者との情報交換。連携室担当者だけでなく、病棟担当看護師との情報交換。主治医と照会用紙を介して指示をもらう。
- ・在宅利用者さんの場合、定期通院に本人、家人に許可をいただいて同行し、医師に話を聞く。
- ・ささいな出来事でも、密に連絡をするような意識を持つ。
- ・病院の連携室によっては、相談員により対応に温度差を感じる。情報が得られないときは、こちらから連絡を行い早期に介入するよう、心掛けている。

◆面会・面談・関係づくりに関すること

- ・なるべくお会いする機会をつくる。必要なことは直接会って話す。
- ・極力、病院などには足を運ぶ様に心掛けている。
- ・利用者の受診時等、日頃から同行し、主治医との関係性を良好にしておくことが望ましいと感じている。
- ・顔が分かる関係性作りを心がけている。
- ・先生とのコミュニケーション。

◆研修会に関すること

- ・研修等に参加し、挨拶できる関係作り。
- ・圏域での事例検討会に、参加を呼び掛けている。
- ・地域ケア会議を開催し顔の見える関係作りや、入退院連携がスムーズに行えるよう、事例検討等行っている。

◆カンファレンスに関すること

- ・退院カンファレンスにできる限り出席する。
- ・医療介護連携会議に出ること。

◆その他に関すること

- ・地域医療連携室の活用。
- ・開業医との連携。介護サービス利用に理解のある先生との連携強化。
- ・利用者の介護及び医療のニーズにこたえられるようにしている。
- ・ご利用者が住み慣れた自宅や地域で暮らすために必要な事を、皆で一つの方向に向かって、それぞれの立場から考えていく、協力していく。

●今後取り組んでいかないといけないこと

◆連携に関すること

- ・主治医との連携。
- ・リハ室との連携。
- ・薬剤師や管理栄養士との連携が必要。
- ・内服の状態や、残薬の事については、かかりつけ薬局とも連絡をとる必要がある。

◆情報共有に関すること

- ・様々なケースについて、医療の立場、介護の立場、バラバラの視点ではなく、情報共有しながら利用者さんに関わっていかなければいけない。
- ・利用者様の状態が変わった時など必要な時に連絡を取り合うなど、お互いに事前に情報提供を行うことは必要である。
- ・利用者が医療機関との関わりをもつ時(診察など)は積極的に同行して利用者、家族、医療機関の意向や情報を早く取り入れていかなければいけない。

◆医療知識の取得に関すること

- ・医療従事者との関わりをスムーズに行えるよう、医療の勉強ができる機会を作りたい。
- ・在宅看取りが増えている中で、今後は医療連携は重要となってくる。ケアマネも医療的な知識を深める必要があると感じる。自身でスキルアップを図る事はもちろんだが、研修なども充実させてもらい、全体での底上げが必要かと思う。

◆カンファレンスに関すること

- ・入院した場合、退院が決まってからのカンファレンスではなく、中間カンファレンスを依頼し状況の把握に努め、退院時スムーズにサービス調整ができるようしていく必要がある。
- ・病院によって退院時カンファレンスを希望していても、看護サマリーだけで済まされている所もあるので、時間的に大変な面はわかるが、統一していってほしい。
- ・癌のターミナルの人は、退院に向けてできるだけ早い段階から関われるようにしたい。退院カンファレンスで訪問看護に入っもらえるよう調整していきたい。

◆医師に関すること

- ・訪問看護との連携はとれているが、医師との連携はとりにくい。照会にも十分な回答が得られないことが多い。担当者会議やカンファレンスに医師も出席してほしい。

◆関係づくりに関すること

- ・担当利用者の主治医や訪看などの関わりのある方と顔見知りになり、話ができる状態にすること。
- ・相談しやすい土壤づくり。業種間のへだたりなくフラットな関係になっていくような機会を作っていくこと(ケアマネ個人では難しいので、行政としてとり組んでほしい)。
- ・医師との連絡の際、時間的な都合でFAX等で済ませてしまうことも多いのですが、できるだけ面会し、顔の見える関係を作らなければならないと感じます。
- ・利用者の意見も含め、高齢者によくある疾患について、医療的な知識を得る事で、ある程度の予後予測も可能となる為、医療従事者と関わる機会をできるだけ多く持てるよう努める。(医療に関する研修の参加等)

◆研修会に関すること

- ・積極的に研修会などに出席し、多職種と顔を合わせて連携する。
- ・自分自身も勉強して、スキルをあげていかないといけないとも考えている。医療との連携等の研修会への参加も、できていない状況にあり反省している。

◆その他に関すること

- ・ご利用者が住み慣れた自宅や地域で暮らすために必要な事を、皆で一つの方向に向かって、それぞれの立場から考えていく、協力していく。
- ・特に老人世帯・独居の方が、医師に伝えたい事が伝えられていない場合が多いと思われるため、その手助けを行いたい。
- ・お互いの立場や事情を理解した上で、線引きせずに助け合える連携をする機会が年に1~2回は必要と思う。担当者が変わり、新しい人が増えるとせっかくいい関係が築けるようになってしまっても、元に戻ってしまうように感じる。
- ・制度改正に伴う、お互いの大変さを知ることで譲歩できることもある。