

V. ケアマネジャーへの アンケート調査結果

回答者属性(回答者数 n:101名)

■ 所属(有効回答数=100)

東部	中央1	中央2	中央3	中央4	西部	北部
14%	12%	16%	17%	11%	11%	19%

■ 性別(有効回答数=101)

男	女
17%	83%

■ 勤務形態(有効回答数=101)

常勤	非常勤
93%	7%

■ 職位(有効回答数=101)

スタッフ	係長、主任	管理者
49%	3%	48%

■ 年齢(有効回答数=101)

20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代以上
3%	16%	30%	36%	15%

■ 実務経験年数(有効回答数=99)

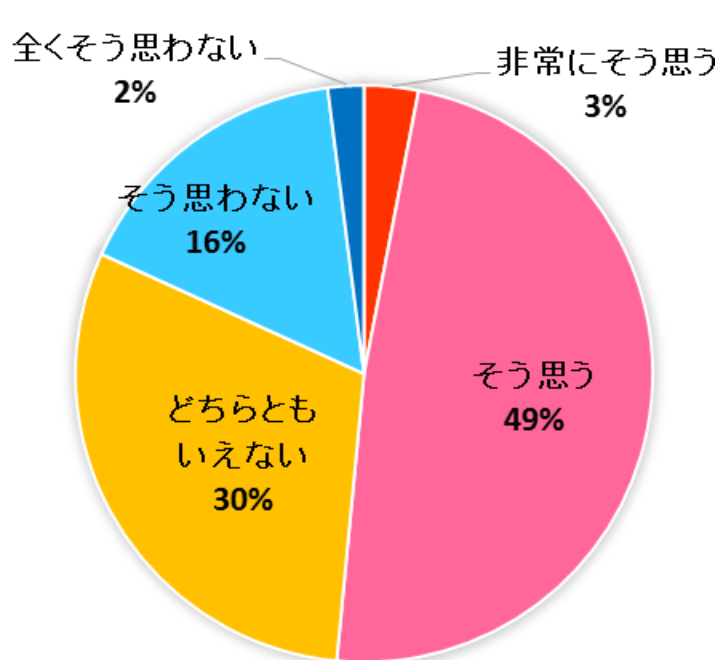
3年未満	3年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上
18%	12%	38%	32%

■ 基礎資格(複数回答・有効回答数=100)

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	保健師	看護師	准看護師	その他
17	57	1	3	23	4	3

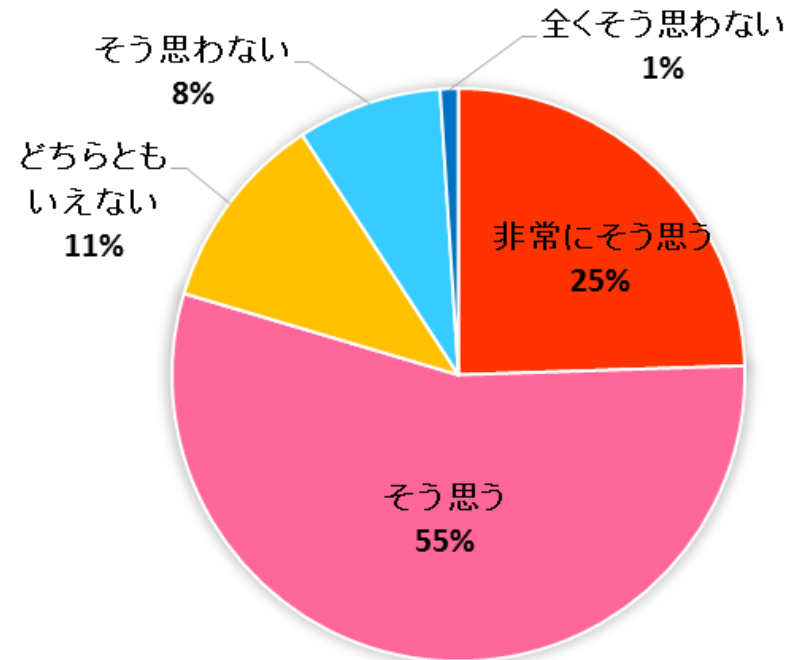
1 退院支援・調整について

問① 病院から在宅に移行の際、
退院支援や調整で問題を感じますか



N=101 有効回答数=99

問② 医療機関によって退院支援・調整の対応
が異なりますか



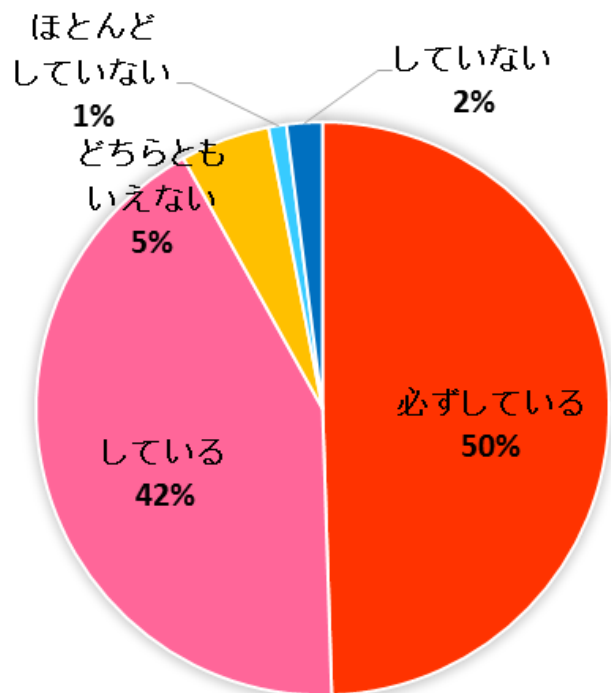
N=101 有効回答数=98

問① : 在宅移行時の退院支援や調整に問題を感じている人は **約52%**

問② : 医療機関によって退院支援・調整の対応が異なると回答した人は **約80%**

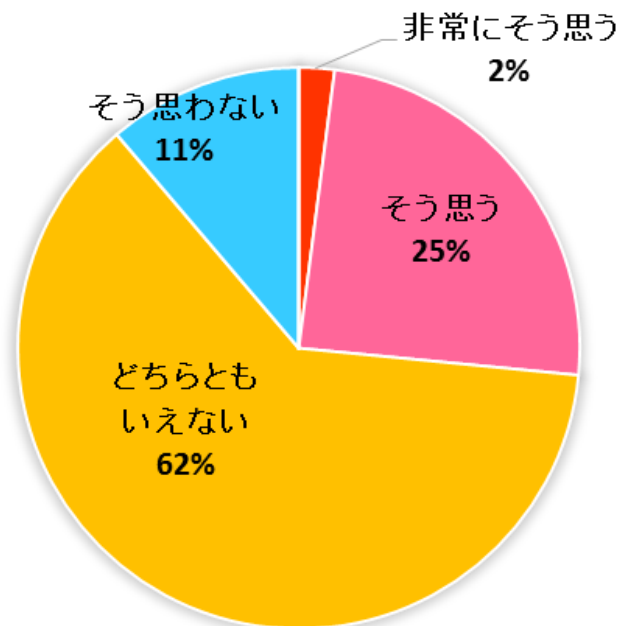
1 退院支援・調整について

問③ 退院前カンファレンスに参加していますか



N=101 有効回答数=99

問④ 退院時に、患者・家族は病状について十分説明を受け、理解していると思いますか



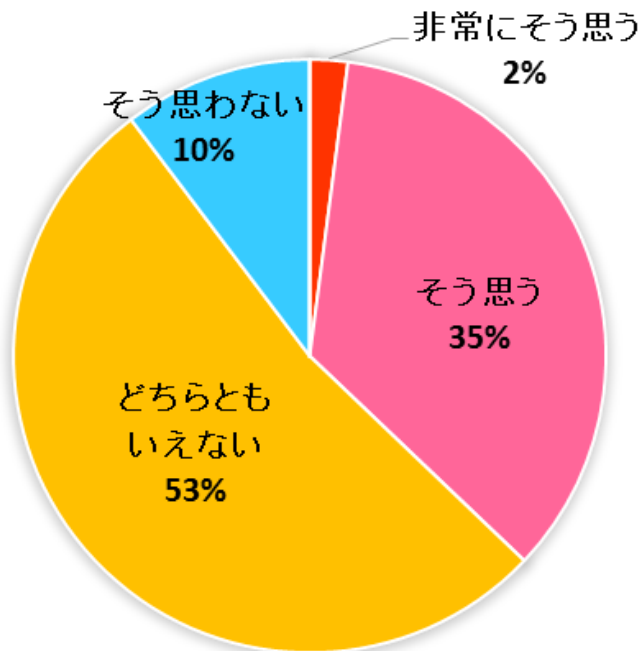
N=101 有効回答数=98

問③ : 退院前カンファレンスに参加していると回答した人は **約92%**

問④ : 患者・家族が十分説明を受けて理解していると回答した人は **約27%**

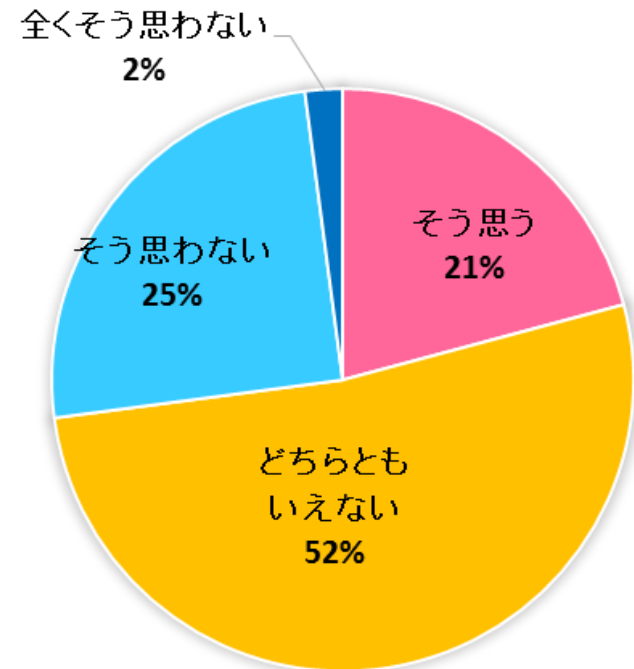
1 退院支援・調整について

問⑤ 退院時に、病院の主治医または連携担当者と円滑な連携がとれていると思いますか



N=101 有効回答数=97

問⑥ 退院時に、在宅医と円滑な連携がとれていると思いますか



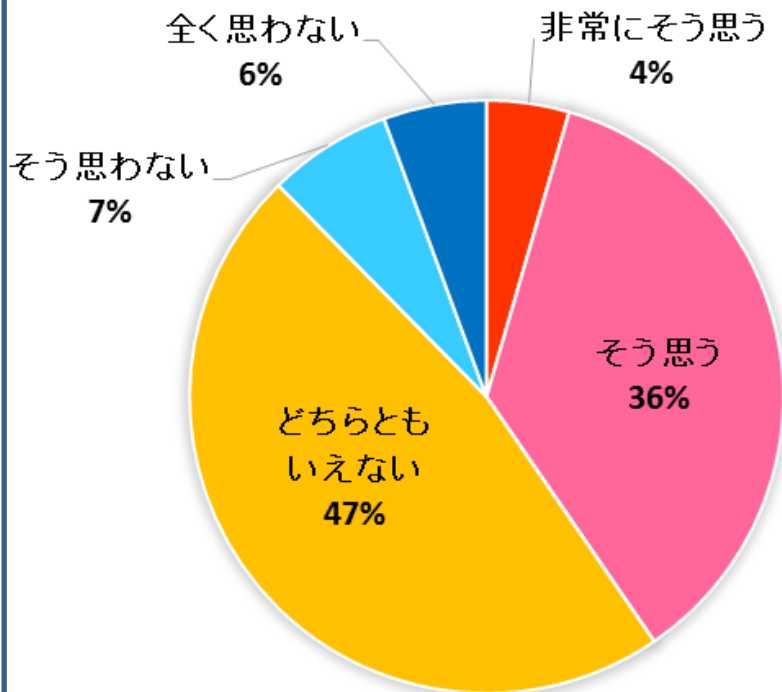
N=101 有効回答数=96

問⑤ : 退院時に主治医または連携担当者と連携がとれていると回答した人は **約37%**

問⑥ : 退院時に在宅医と連携がとれていると回答した人は **約21%**

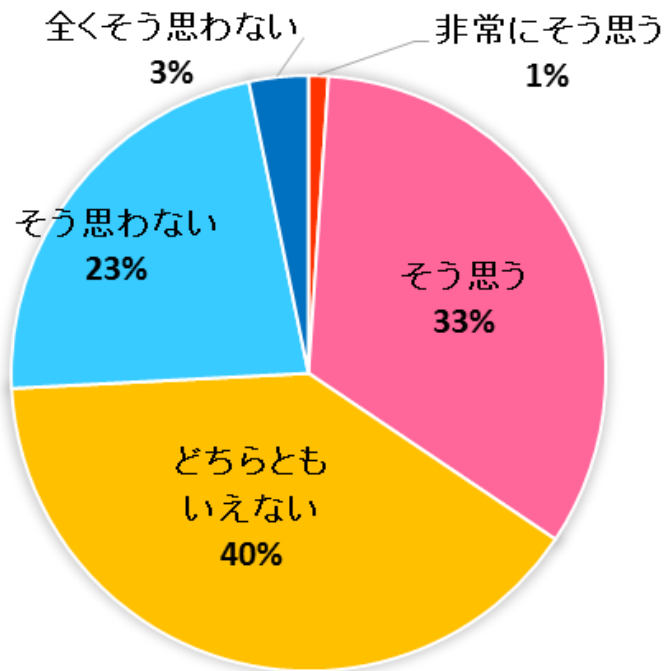
1 退院支援・調整について

問⑦ 入院早期の段階から、訪問看護師への情報提供が重要だと思いますか



N=101 有効回答数=89

問⑧ 転院時の調整について、問題を感じますか



N=101 有効回答数=93

問⑦ : 入院早期の段階から、ケアマネへの情報提供が重要だと思う人は **約40%**

問⑧ : 転院時の調整で問題を感じる人は **約34%**

1 退院支援・調整について

問⑨ 退院支援や調整についての問題やその解決策を具体的に書いてください

問題

【退院、転院が把握できない】

- ・転院時には連絡がないので、面会に行った際に、転院されていたことが多々ある。
- ・転院に関しては、家族から連絡が入ることが多く、ケアマネは置かれている気がする。
- ・知らないうちに、自宅へ帰られ、サービス開始が遅れたことがある。
- ・状態が軽度な人には、SWがついておらず、短期間でいつのまにか退院しており困った。
- ・病院側からケアマネに連絡が入ることは少なく、退院日が決定してから家族から連絡が入るため、サービス調整がスムーズにいかないことがある。

【不十分な退院調整】

- ・医療機関側のペースに押されがち。
- ・急な退院で調整が不十分なままのことがある。
- ・入院早々より変更申請したり退院後のサービスを指示する病院があり、状態が落ちつくこと(病状改善)を待てないSWがあり包括として困惑する。
- ・退院されるときに、1枚の情報ももらえないことがあり、病状や注意点も本人・家族が軽く受け止めたり、理解されておらず、困ることがある。

【説明・理解不足】

- ・ケアマネの役割を理解されておらず、患者の家族と同様の扱いをされることが多い。
(特に独居や身寄りのない人)
- ・中には、介護保険の説明が全くされていなかったり、不十分だったりして、後から苦情を受けることが少なくない。

1 退院支援・調整について

問⑨ 退院支援や調整についての問題やその解決策を具体的に書いてください

問題

【病院によって異なる仕組み】

- ・病院によっては、地域連携室としての動きがなく、病棟看護師との直接のやりとりになることがある。病状説明も、「主治医から家族に説明しているので、家族に聞いてください。」と言われることもあった。
- ・すべてのケースに退院カンファレンスがあるわけではなく、連携室が関わるケース、病棟看護師長が単独で関わるケースがあり、退院までの流れが不透明なことがある。
- ・総合病院など連携室があっても、医療者との調整まではしてもらえないケースが多い。直接病棟まで連絡するように言われるが、連携しづらい。
- ・病院によって、地域連携室の機能に、大きな差があると感じる。ケアマネからの情報提供にも差があると感じられていると思う。
- ・「帰って見ないと分からない」を念頭にサービス調整をする。住宅改修や福祉用具等をやたらめったら勧める病院があった。

【その他】

- ・家族が連携室の相談員に、本音のところでは話ができている場合があり、ケアマネに言ってくることと食い違っていることがある。
- ・身体状態に変化がある方の週末の退院で、主治医と連絡がとれずに困ることがある。
- ・病院でのアセスメントと、在宅でのアセスメントに開きがあり、サービス調整をし直さないといけない。

1 退院支援・調整について

問⑨ 退院支援や調整についての問題やその解決策を具体的に書いてください

解決策

【退院支援のルール】

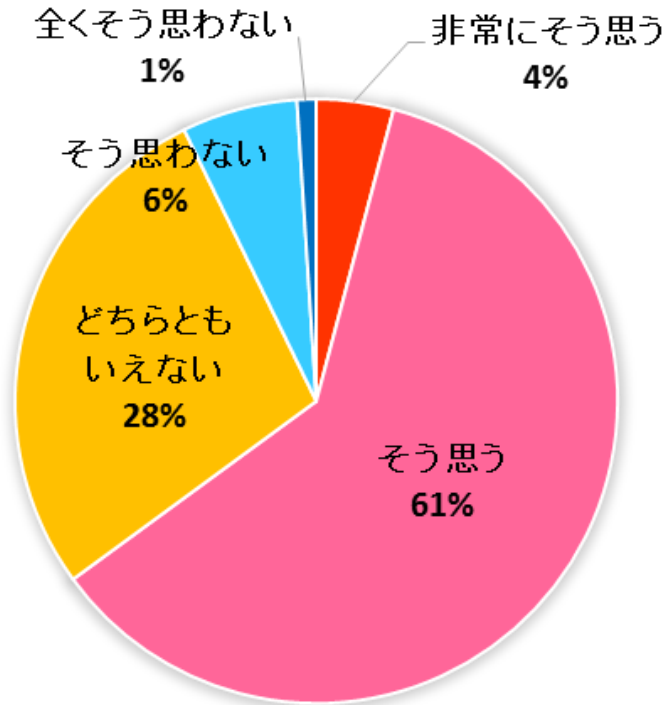
- ・カンファレンスのタイミングが重要であり、共通のルールが必要と感じる。
- ・入院直後に、ケアマネから病院へ在宅での状況を伝えるようなシステムが必要。
- ・転院の場合は、転院理由と目的をケアマネに知らせる。
- ・退院時カンファレンスの日程は、病院側に決めていただくと安心する。
(本人の体調を理解できる、退院を急いでいるのか、余裕があるのか判断しかねるため)
- ・入院の中間カンファと退院カンファを希望し、本人・家族・PT・OT・ナース・事業所にも同行してもらおう。
- ・病院からの退院調整では、在宅生活になった時の今後の見通しや、課題、留意点を医療面からアドバイスしてもらいたい。
- ・在宅復帰となる利用者については、必要最低限の情報開示(短期入院だとしても連絡がほしい)、長期入院の場合は、中間報告がほしい。
- ・病院側がサービスにつなげる際は、なぜケアマネにつなぐのか、カンファを開くのか事前の説明を徹底する
- ・退院する際、リハ職も一緒に家屋調査に入ってもらおう。
- ・退院時には、必ずサマリがほしい。

【その他】

- ・行政から医療者へ、勉強会等で円滑な連携ができるようにしてほしい。
- ・リハビリを中心とした病院は、比較的連携が図りやすい。
- ・在宅で「不安だ！困る！」と思ったことは、しつこいと思われても病院側に伝え、退院前に調整するようにしている。

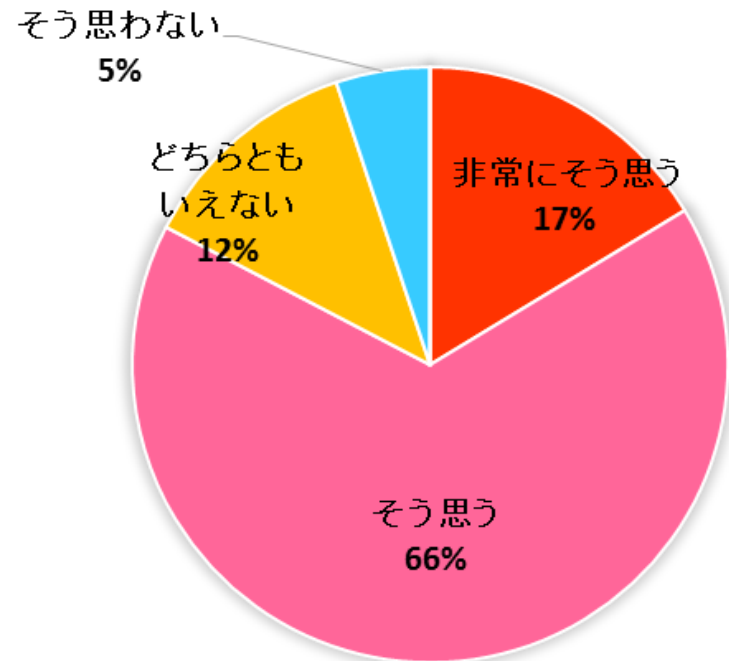
2 日常の療養支援について

問① 患者や家族に対する日常の療養支援で、問題を感じますか



N=101 有効回答数=97

問② 認知症の患者や家族に対する日常の療養支援で、問題を感じますか



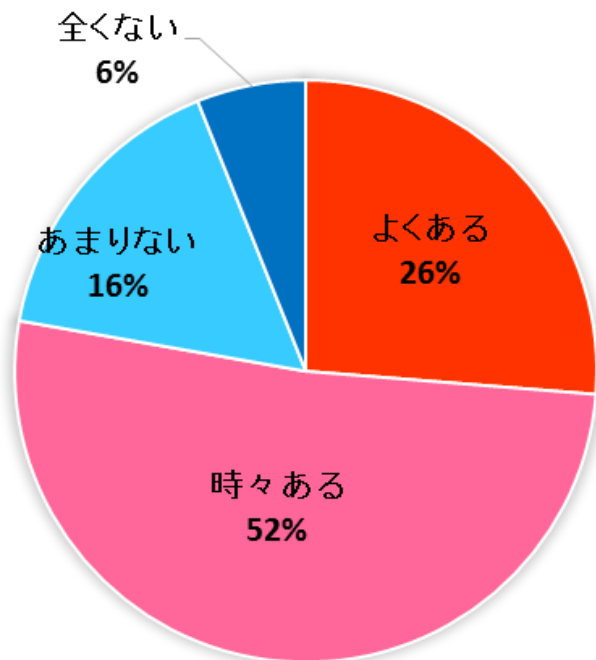
N=101 有効回答数=98

問① : 日常の療養支援で問題を感じたことがあると回答した人は**約65%**

問② : 認知症の患者や家族に対する日常の療養支援で、問題を感じたことがあると回答した人は **約83%**

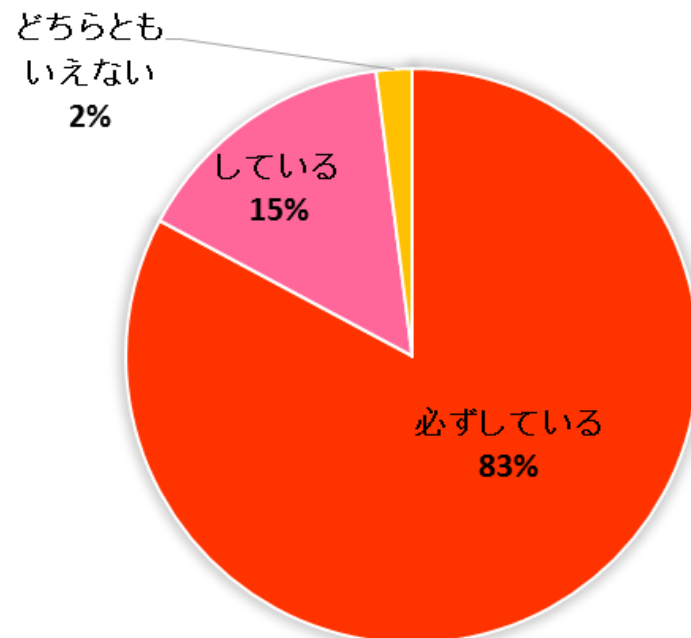
2 日常の療養支援について

問③ 主治医意見書が期限内に提出されず、要介護認定結果が遅延し困ることがありますか



N=101 有効回答数=99

問④ 新規や更新時、区分変更時にはサービス担当者会議を開催していますか

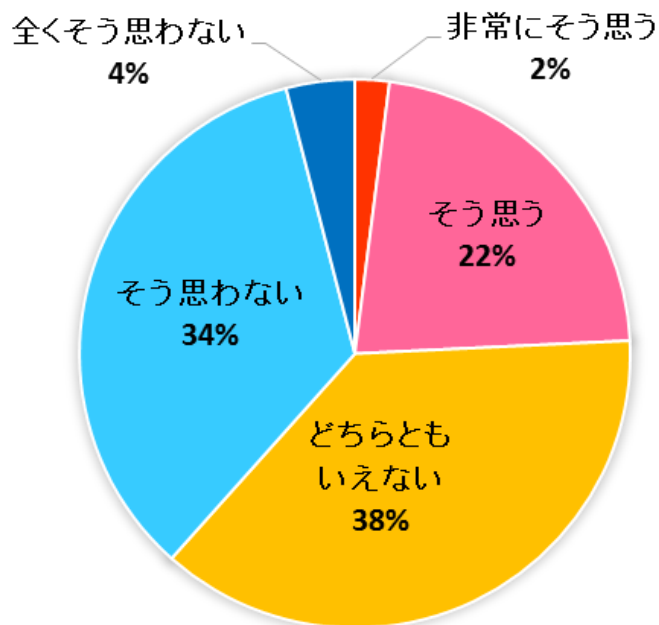


N=101 有効回答数=99

問③ : 主治医意見書が遅延し困ることがあると回答した人は **約78%**
問④ : サービス担当者会議に参加していると回答した人は **約98%**

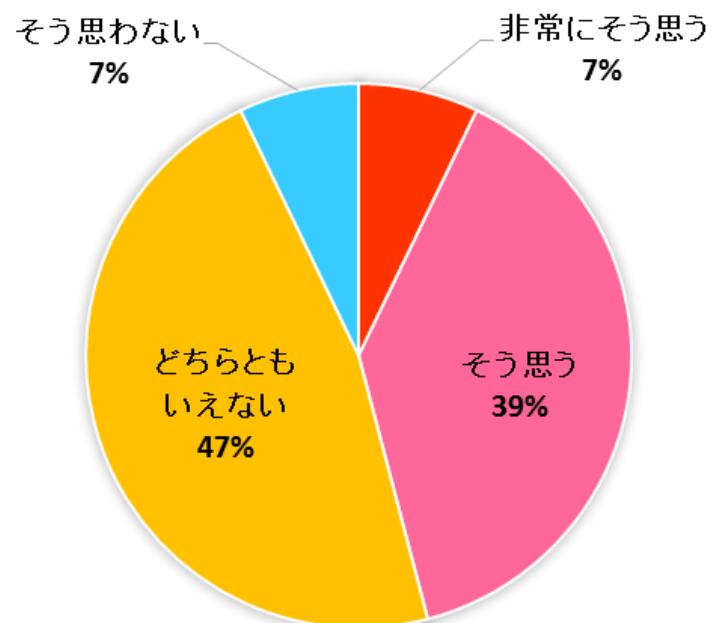
2 日常の療養支援について

問⑤ 医療の知識を十分身につけていると思いますか



N=101 有効回答数=99

問⑥ 日常の療養支援において、在宅医や訪問看護師と円滑な連携がとれていると思いますか



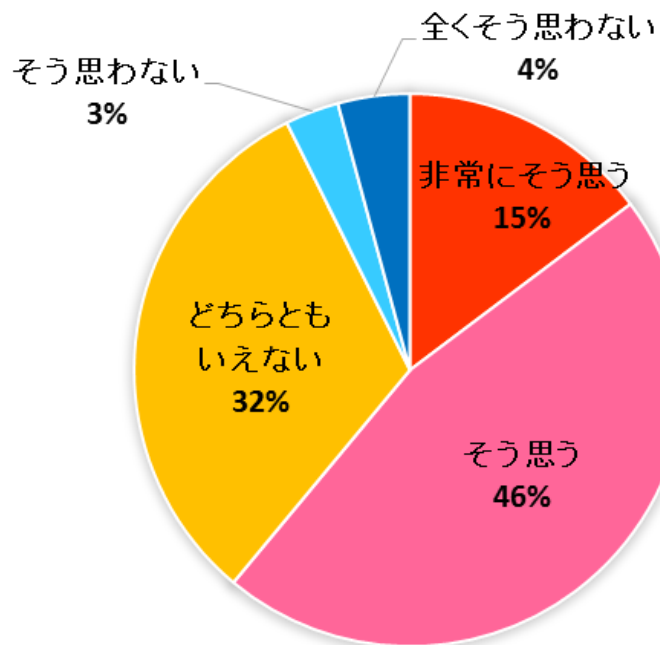
N=101 有効回答数=98

問⑤ : 医療の知識を十分身につけていると回答した人は**約24%**

問⑥ : 在宅医や訪問看護師と連携がとれていると回答した人は**約46%**

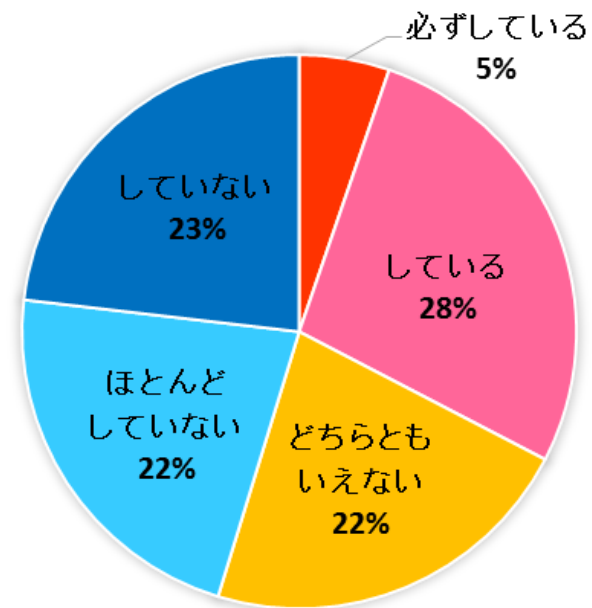
2 日常の療養支援について

問⑦ 日常の療養支援において、訪問リハビリと円滑な連携がとれていると思いますか



N=101 有効回答数=95

問⑧ 多職種連携にかかわる情報を、共有するシステムや書式を作成し運用していますか



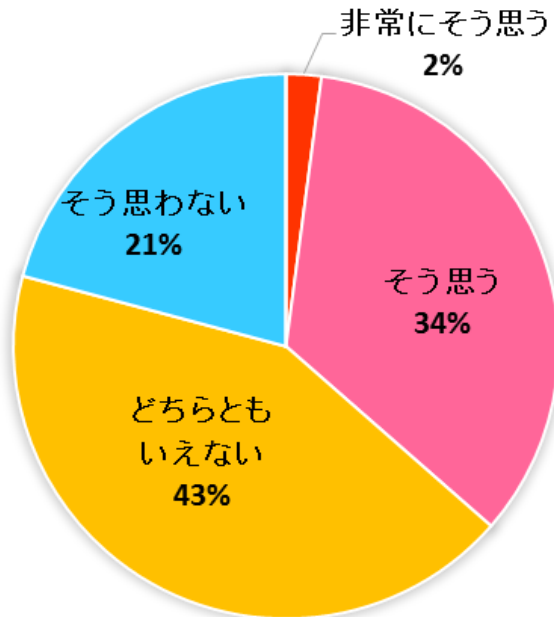
N=101 有効回答数=95

問⑦ : 訪問リハビリと連携がとれていると回答した人は**約61%**

問⑧ : 多職種連携にかかわる情報を、共有するシステムや書式を作成し運用していると回答した人は **約33%**

2 日常の療養支援について

問⑨ 多職種との「顔の見える連携」がとれていると感じますか



N=101 有効回答数=96

問⑩ 多職種間の連携を行うにあたっての課題
(複数回答可)

N=101 有効回答数=84

- ①職種間で情報の捉え方に温度差がある…………… 48
- ②忙しそうで情報を伝えるのに引け目を感じる…… 39
- ③情報共有に時間がかかる…………… 13
- ④対応が遅い…………… 5
- ⑤まとめ役がない…………… 10
- ⑥担当者不在のことが多く連絡がとりにくい…………… 18
- ⑦情報が不正確で判断に迷う…………… 4
- ⑧利害関係を考えてしまう…………… 4
- ⑨その他…………… 7

問⑨ : 多職種と「顔の見える連携」がとれていると感じている人は **約36%**

問⑩ : 多職種間の連携を行うにあたっての課題

- ・職種間での情報の捉え方に温度差があると回答した人は **約57%**
- ・忙しそうで情報を伝えるのに引け目を感じると回答した人は **約46%**
- ・担当者不在のことが多く連絡が取りにくいと回答した人は **約21%**

2 日常の療養支援について

問⑪ 日常の療養支援についての問題やその解決策を具体的に書いてください

問題

【医療職へのハードルが高い】

- ・医療職、特に主治医に助言等を求めにくい。多忙、不機嫌等。
- ・医療系のケアマネが少なく、福祉系のケアマネが多いのが現状。福祉系のケアマネは、敷居の高さから医療職と連携が取りにくい。
- ・直接会ってもらえる医師も増えてきたが、どうしても時間のロスが生まれる。

【介護認定の遅れ】

- ・認定が遅れて出ることに対する意識が、行政は低いと思うことが多々ある。
- ・主治医意見書の遅れによる介護認定遅れ。下松市、光市は、審査会が1回/2週間あり、結果の遅延がほとんどない。周南市は人口の割合から考えても、審査会の回数が少ないと思う。

【訪問看護・訪問リハビリについて】

- ・訪問リハを導入した際、病院受診がネックで二の足を踏んだり、途中で中止になるケースが多い。
- ・訪問看護・リハビリの導入に関し、費用の面で導入できないことが多い。
- ・訪問看護が入っていると、主治医のやりとりもしっかりやってもらえるので安心。

【その他】

- ・病院受診が必要だが、受診拒否をされるケースが多い。
- ・それぞれの職種で、どうしても専門的な分野(得意な分野)でのアセスメントをしてしまう。
- ・身体状況が悪化した時、主治医が訪問診療を行っていない場合や、家族の協力を得られない時、どのようにして受診を進めて行けばよいのか難しい。
- ・成年後見制度はどこ職場が行えばよいのか？プレッシャーがかかる。
- ・利用者の主治医が多数おられる場合に、処方や治療が重複しているのではないかと感じる場合がある。¹⁵

2 日常の療養支援について

問⑪ 日常の療養支援についての問題やその解決策を具体的に書いてください

解決策

【制度・サービス】

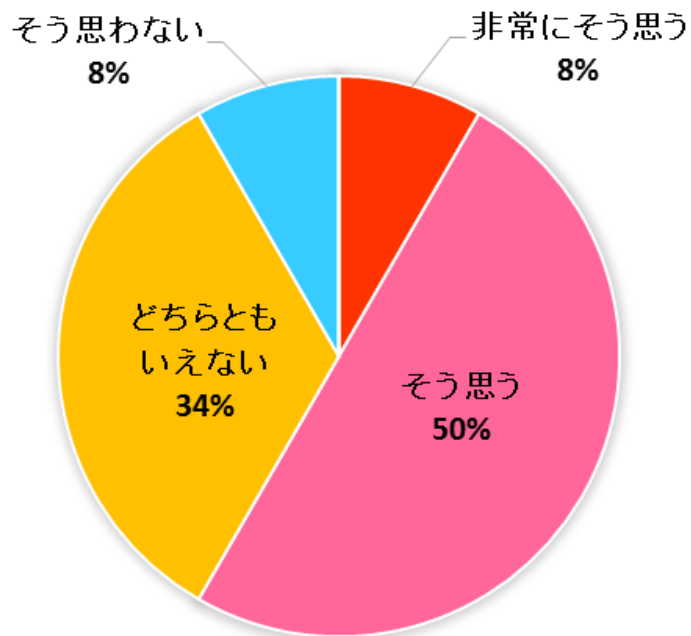
- ・認知症など、長期に及ぶ介護に、家族負担は大きいので、安価で利用できる自費サービス等あれば助かるのではないかな？
- ・末期がんの方は、急激に状態が悪化していくので、介護認定結果に関係なく、特殊寝台や車椅子が利用できるように市として対応をしてほしい。
- ・看護学校(福祉方面)を目指している人が、積極的に在宅で重度の方の個人宅での研修で、手助けにならないかな？

【その他】

- ・情報共有をするため、できるだけ訪問リハビリ・訪問看護・往診時間にあわせて訪問するようにしている。
- ・情報を共有するための統一したルールが必要。
- ・「あ、うんネット」のような組織づくりをして、顔の見える関係づくりをしていくことが大切。
- ・市民に、正しい介護技術や知識、医療サービスについての啓発活動が必要。
- ・各事業所と情報を共有し、同じ方向を向いて支援していけるようケアマネがまとめ役となり、チームをつくっていく。

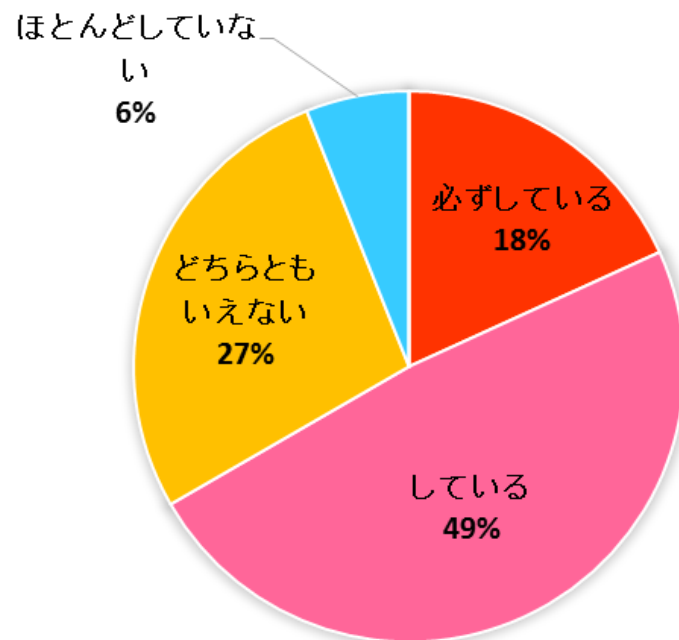
3 急変時の対応について

問① 急変時の対応で、問題を感じることはありますか



N=101 有効回答数=96

問② 急変時の対応について、事前に患者や家族へ説明していますか



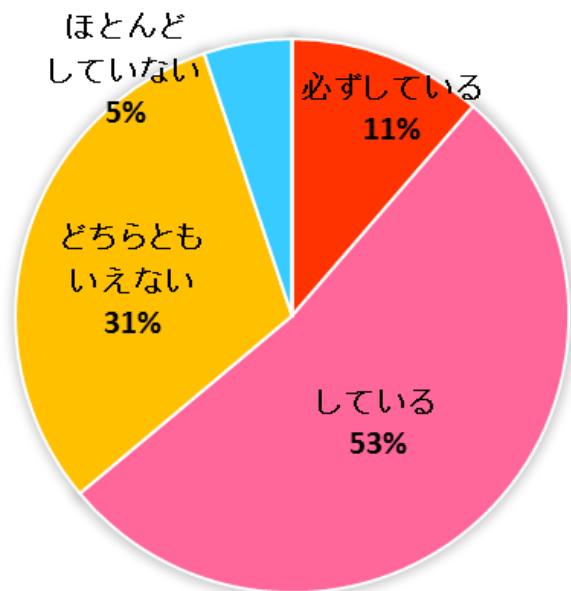
N=101 有効回答数=99

問① : 急変時の対応に問題を感じることはあると回答した人は **約58%**

問② : 急変時の対応について、事前に患者や家族へ説明していると回答した人は **約67%**

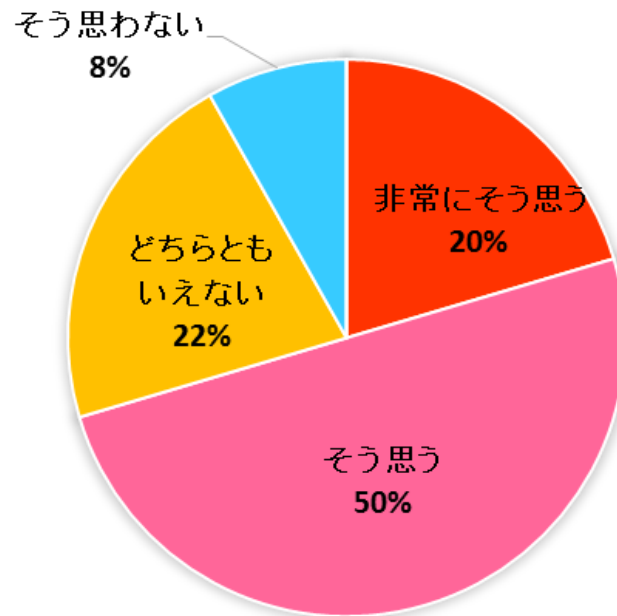
3 急変時の対応について

問③ 急変時の対応について、サービス担当者会議などで話し合い、情報を共有できていますか



N=101 有効回答数=97

問④ 24時間対応可能な地域の医療資源が不足していると感じますか



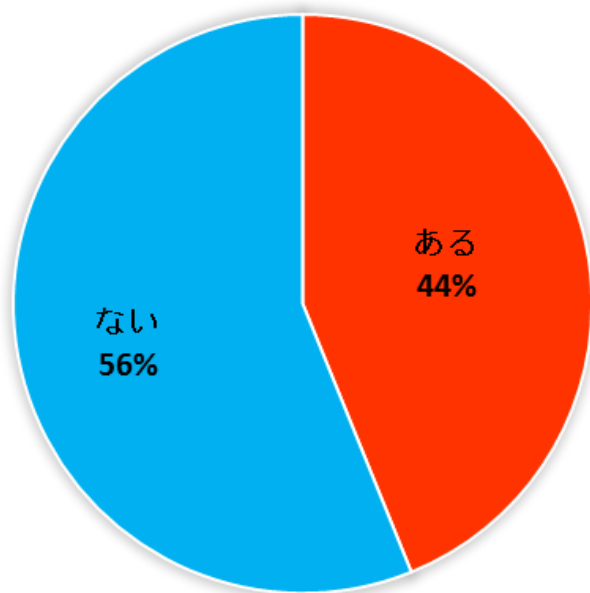
N=101 有効回答数=98

問③ : 急変時の対応をサービス担当者会議で、事前に共有できていると回答した人は **約64%**

問④ : 24時対応可能な地域の医療資源が不足していると感じている人は **約70%**

3 急変時の対応について

問⑤ 急変時に受け入れてくれる病院が決まらず、困ったことがありますか



N=101 有効回答数=98

問⑤ : 急変時に受け入れ先病院がなく困ったことがあると回答した人は**約44%**

3 急変時の対応について

問⑥ 急変時の対応についての問題やその解決策を具体的に書いてください

問題

【主治医不在の場合】

- ・困るケースは、本人が日頃から受診をしていない場合が多い。
- ・家族の希望する医療機関が受け入れてくれない。(家族と医療機関の関係性)
- ・日頃の主治医が皮膚科だったり、整形外科だったりすると、緊急時に心配になる。

【ケアマネ頼み】

- ・独居で家族も遠方の場合、ケアマネが付き添うよう病院から依頼されることがあり困ることがある。
- ・家族が遠方に住み、すぐにはかけつけられない場合、家族が来院(到着)するまでの間、ケアマネが付き添うことを強要する病院があった。
- ・身寄りのない人が救急で入院すると、入院時必要なもの、薬等をケアマネで用意することがあり、仕方がないことですが少々大変。

【その他】

- ・往診する医師が、地域で偏りがある。
- ・身元保証人がいないことが問題となるケースがある。
- ・的確な対応、判断できる能力が自分がない。

3 急変時の対応について

問⑥ 急変時の対応についての問題やその解決策を具体的に書いてください

解決策

【事前に話し合い共通理解】

- ・最初から一人で暮らせない人は、「もし」を想定して、事前にリスクを確認しています。
- ・家族、身内などこれまでの関わりを整理し、身元保証人になる人を作っておく。
- ・日頃からメインになる医師(医院)を決めておき、そのことで医師と話をしておくことで、急変時の対応がスムーズになると思われる。
- ・急変した時の対応をサービス事業所、家族、本人と事前に話し合っ、共通理解をしておく。

【対応可能な医療機関について】

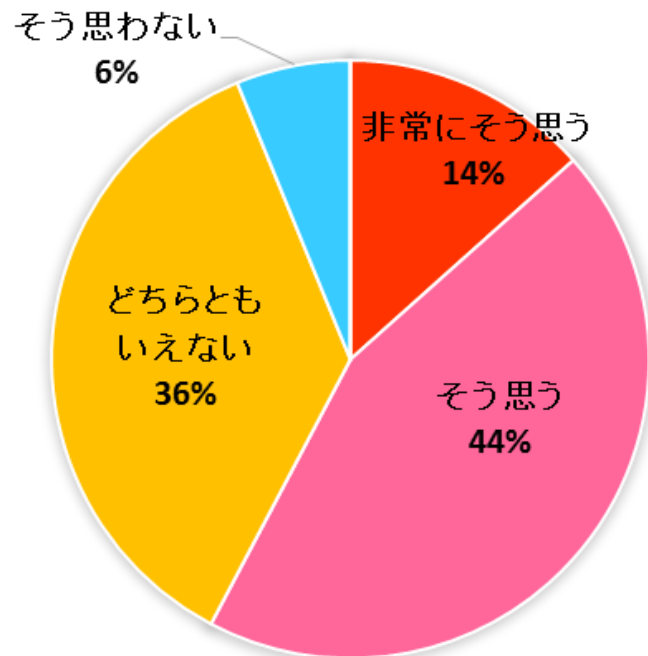
- ・急変時の受け入れ先機関情報がほしい。
- ・対応できる医療機関の一覧表を作っておく。

【その他】

- ・緊急時連絡票(様式あり)を作成し、活用している。
- ・急変時の対応に関する研修等が必要。

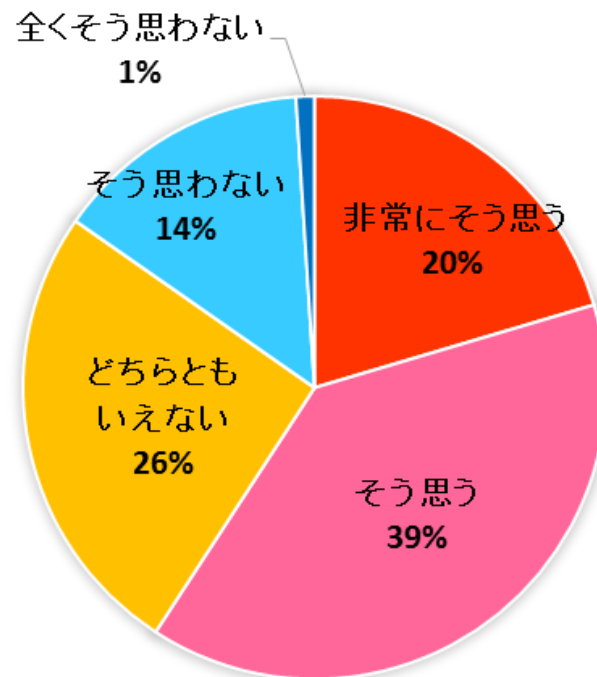
4 在宅での看取りについて

問① 在宅での看取りについて、
問題を感じますか



N=101 有効回答数=97

問② 在宅で看取りすることは、ケアマネにとって
不安や負担を感じますか



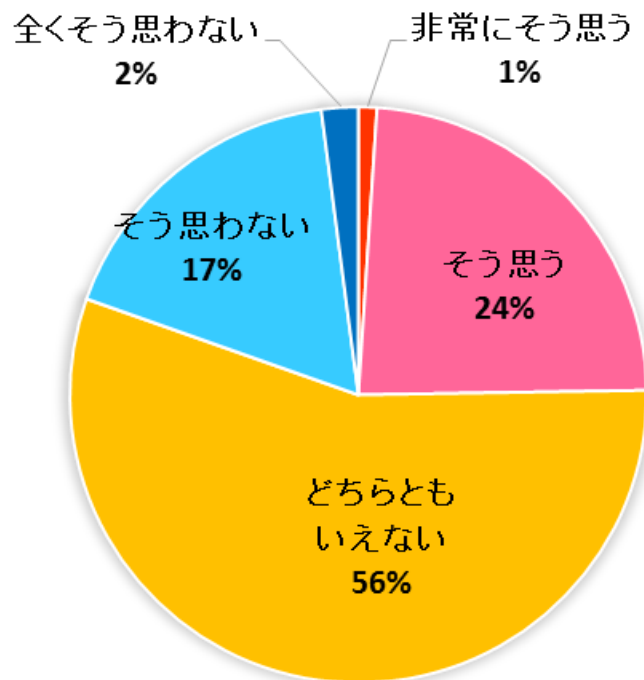
N=101 有効回答数=98

問① :在宅での看取りについて問題を感じる人は**約55%**

問② :在宅看取りをすることに不安や負担を感じると回答した人は**約59%**

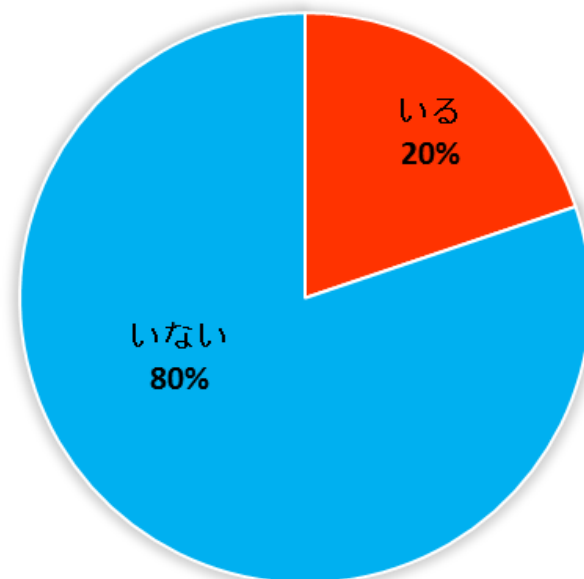
4 在宅での看取りについて

問③ 今後、在宅で看取るケースを増やしていけると思いませんか



N=101 有効回答数=97

問④ 在宅で看取りするために、連携する医師が複数いますか



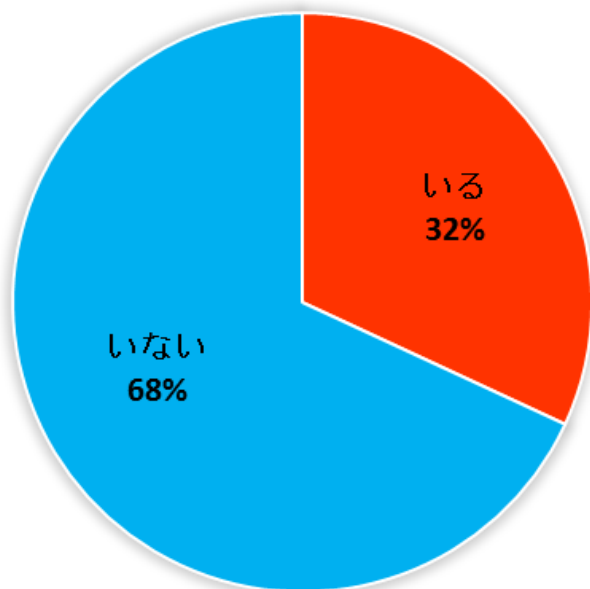
N=101 有効回答数=96

問③ : 今後在宅看取りのケースを増やせると回答した人は**約25%**

問④ : 在宅で看取りをするために、連携する医師が複数いると回答した人は**約20%**

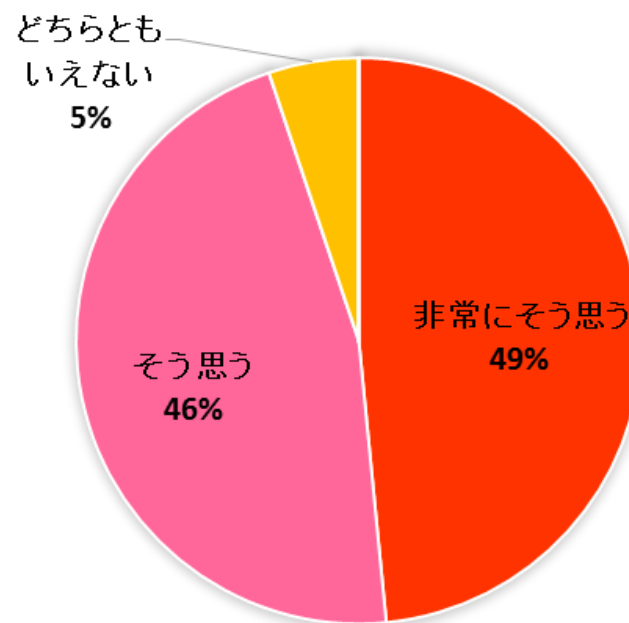
4 在宅での看取りについて

問⑤ 在宅で看取りするために、連携するヘルパーが複数いますか



N=101 有効回答数=94

問⑥ 在宅で看取りするために、多職種によるサービス担当者会議が重要だと思いますか



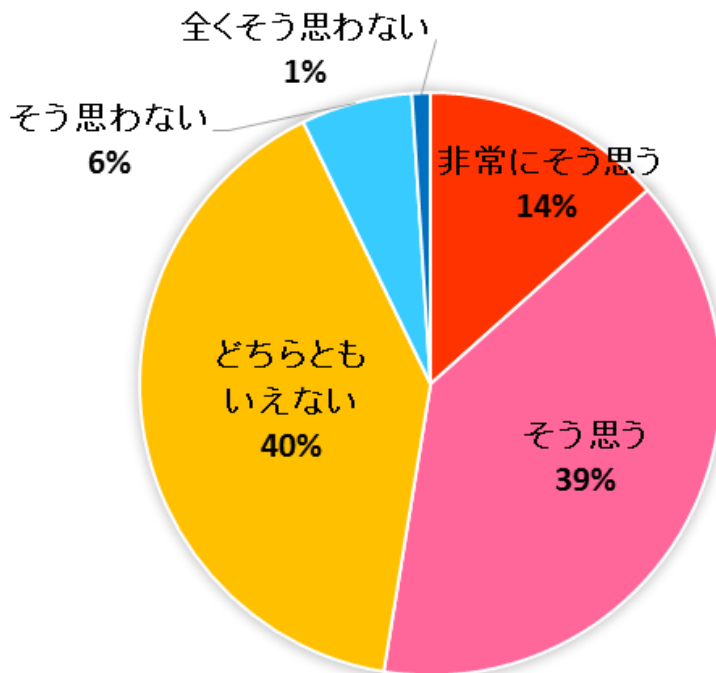
N=101 有効回答数=97

問⑤ :在宅で看取りをするために、連携するヘルパーが複数いると回答した人は**約32%**

問⑥ :在宅で看取りをするために、多職種によるカンファレンスが重要だと回答した人は**約95%**

4 在宅での看取りについて

問⑦ 患者が亡くなったあとに、在宅で看取るまでの経過を振り返る話し合いは重要だと思いますか



N=101 有効回答数=97

問⑦ : デスカンファレンスを重要だと考えている人は**53%**

4 在宅での看取りについて

問⑧ 在宅での看取りについての問題やその解決策を具体的に書いてください

問題

【体制の問題】

- ・北部は、在宅の点在する地域もあるし、冬は寒く移動も大変なため、医師、訪問看護のスタッフ等、看取りする体制づくりが難しい。
- ・24時間、365日の看護・介護サービスが増えて行かないと、看取る家族や関係者の経験や力量に左右される。
- ・協力していただける医師が少ない(ほとんどいない)のが、最大の問題。
- ・看取りを行った際、本人が亡くなった後家族が「退院カンファレンス後、すぐに自宅へ連れて帰れると思っていたが、受け皿がないと帰れないんですね。医療から介護への流れが悪い。」と言われた。

【家族の問題】

- ・在宅での看取りは、ご家族と本人の気持ちでその方向性や対応がその都度変更となることも多い。
- ・核家族化、老々介護における在宅での看取りは難しい。
- ・家族がまいってしまって、数日で病院へ戻ってしまったことがある。

【市民の意識の問題】

- ・地域は自宅で死亡することは、孤独死扱いしており不安を感じるため、できるだけ入院・入所を希望しているように感じる。

【その他】

- ・訪問看護との連携が中心であり、医師との連携は少ない
- ・医師との連携に負担を感じるので、訪問看護に間に入ってもらった。
- ・個人病院では、亡くなられた後のフォローができない、少ない。

4 在宅での看取りについて

問⑧ 在宅での看取りについての問題やその解決策を具体的に書いてください

解決策

【看取りの体制】

- ・24時間安心できる医療の支援体制
- ・往診してくださる医師、24時間体制の訪問看護、それなりの福祉用具があれば対応できる。
- ・家族の看取る覚悟があれば、介護保険サービスで看取りはできる。
- ・往診対応していただける医師の一覧があると良い。
- ・アフターフォロー(死後)も含めた支援が必要。

【家族、関係者の共通認識】

- ・看取ることに対するチームの意識共有とインフォーマル、家族の意識の共有が重要。
- ・家族がいつも状況を把握できるようにしておく。急に何か起こってもいとわないと共通理解をしておく。

【スキルアップ】

- ・介護職の医療についての知識が乏しいと、本人や家族を不安にさせてしまうので、不可欠。
- ・ターミナル期の経験がないので、事例を発表してもらうなど、具体的にどう連携していけば良いのか学べる機会がほしい。
- ・看取った後の流れまで含めて、ケアマネ自身が学び説明できる知識を持つ。

【啓発】

- ・自宅でできることや看取りについて分かりやすくまとめた冊子などがあれば、家族も心構えができるのでは？