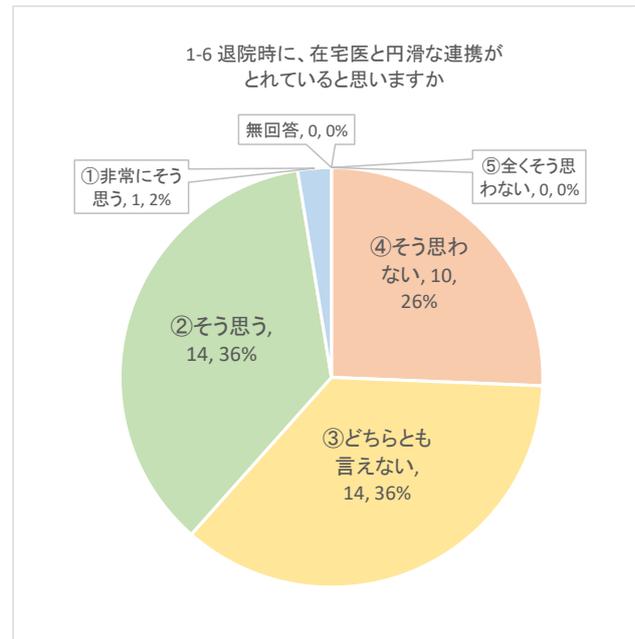
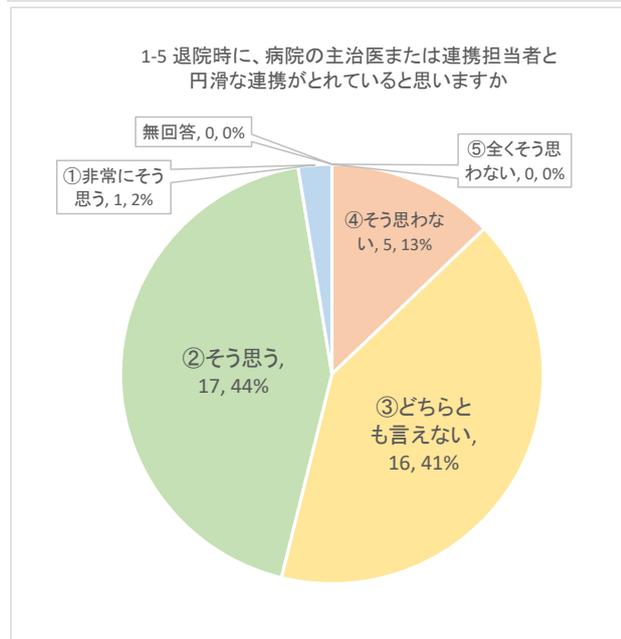
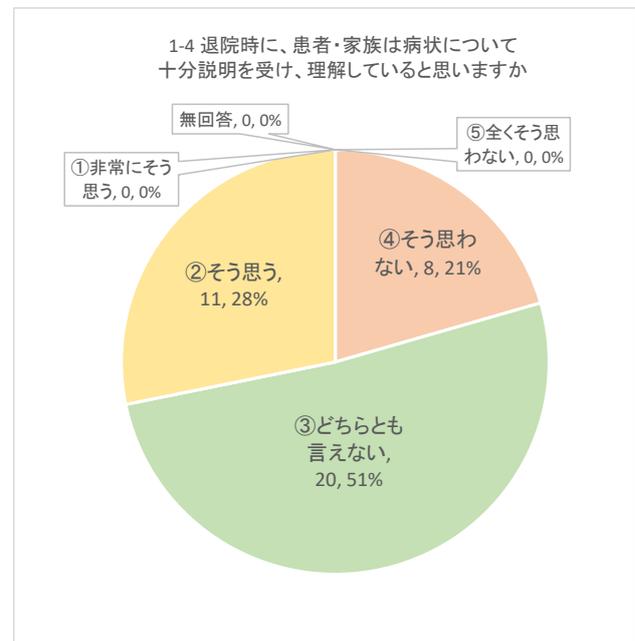
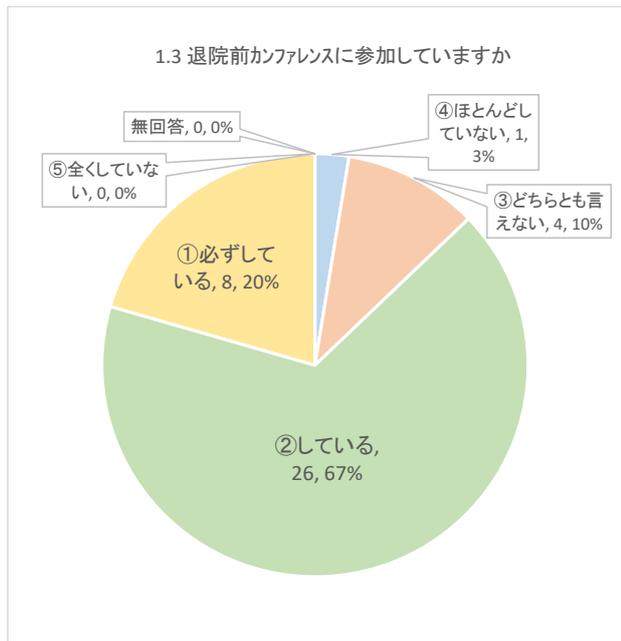
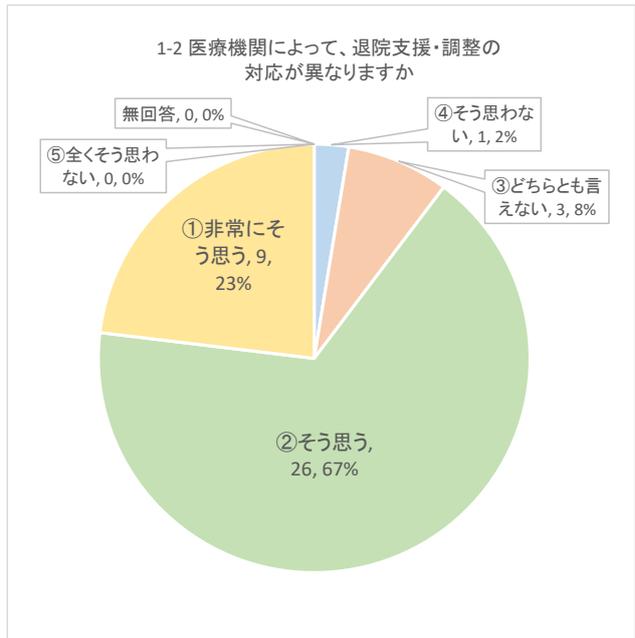
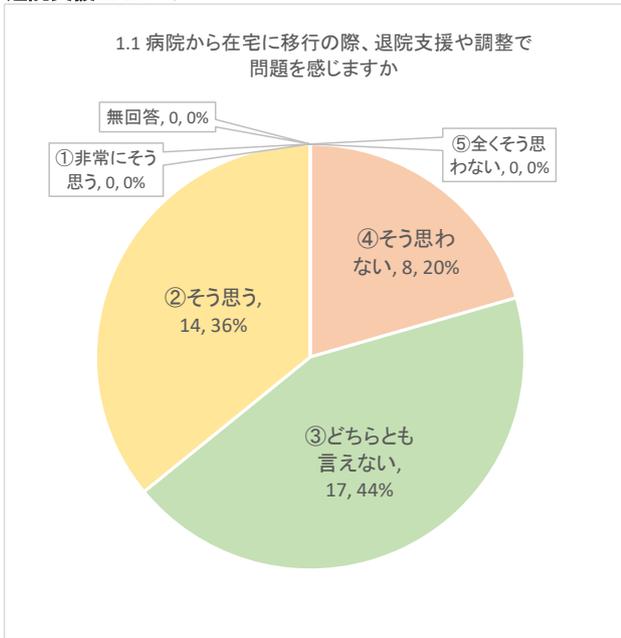


1.退院支援について

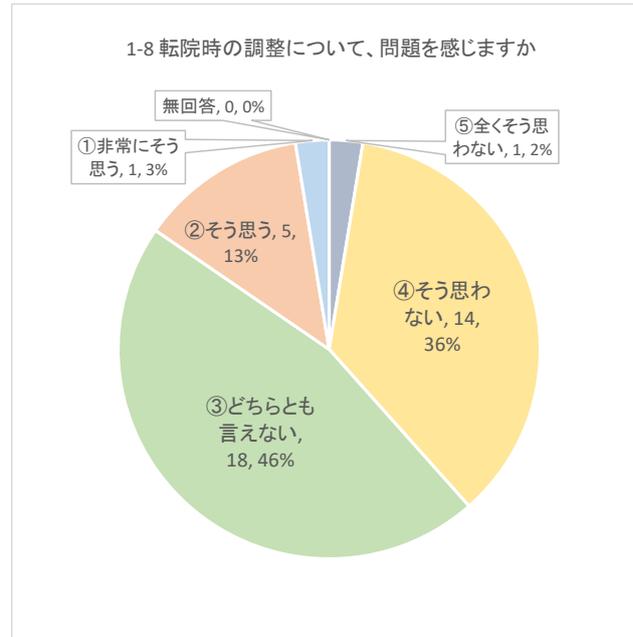
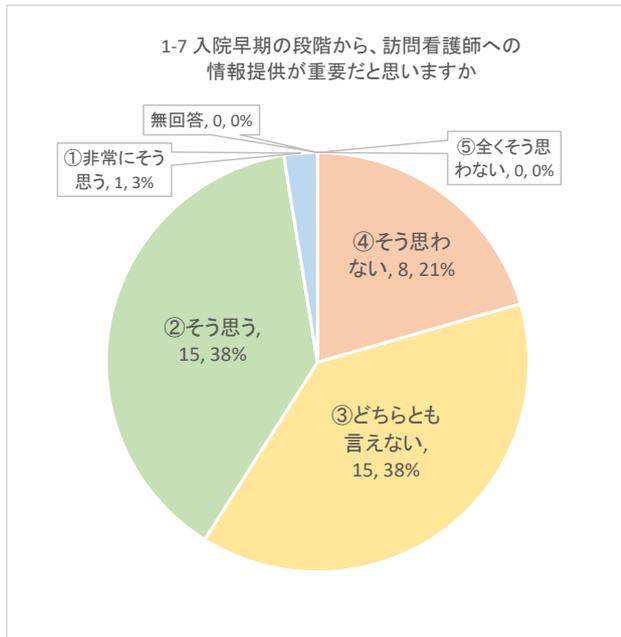


## 4つの局面アンケート調査結果【ケアマネジャー(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所)】

N0.2

アンケート回収率80%

R2年度2月調査



### 1-9 退院支援や調整についての課題と考えられる解決策について

- ・早目の日程調整を行う。ズーム等の検討。入院時のカンファレンス。退院前のカンファレンス。
- ・退院後の生活面でのこまり事がみえない時があり、退院前カンファでそのことも含めた内容での話し合いの場に来ればよい。
- ・入退院時の連絡を必ずとりあう。退院時、入院前と変わらず生活やサービスを利用してよい場合でも、その旨を知らせる。連絡があると助かる。
- ・『課題』現在、新型コロナの感染拡大予防で面会禁止の病院が多く、家族も含め、ケアマネジャーもご本人に会えない状態が続いているため、入院後の状態確認が十分にできない。退院前の家屋調査も減っているため、家での生活状況、環境を入院先が把握できていないと感じる。入院先の医師、看護師からの説明を本人、家族が十分に理解できていない事が多いと感じる。
- ・『解決策』コロナの収束。ワクチン摂取の充実。自宅環境の聞き取りを家族、ケアマネに行う。なるべく理解力のある家族に説明を行う(同席できない時は電話でもしてほしい)。説明内容をケアマネにも知らせてほしい。
- ・病院により気がついたら転院していたこともあった。先生は忙しく、会議の時中座する時がある。
- ・退院前カンファレンスは、声が掛かれれば参加する。医療機関によりまちまち。
- ・病院によっては、全く何も情報提供なく退院することがある。高齢な利用者とその夫婦のみの場合、説明していても理解できていない事があるため、退院後も確認が必要。
- ・病院によって退院支援の連携が違う所がある。
- ・病院により医療連携室がない所があります。先生や看護師さんの介護保険制度の理解が得られない時があり、ケアマネジャーの仕事内容など知って欲しいと思います。病状説明は図などを書いてわかりやすい先生もあられますが、専門用語が多く感じられます。一方的に話される先生もおられます。入院時から在宅でプランを考えるケアマネと、医療の現場で携わる看護師さんがお互いの立場を理解した上で、情報提供する事が大切ではないかと思えます。
- ・退院が急に決まり、退院後の支援の調整に困る時があった(予定よりもすぐ早くなった)。入院中の情報(経過の様子)等、病院からの連絡だけでなく、CM側からも担当ソーシャルさんへ細かに連絡すれば良かったと感じました。
- ・新規と現利用者では退院支援は全然違って来る。新規の場合は、カンファレンスをきっちり開催して頂きたい(コロナのこの時期はどうするか?)電話などでしっかり意見交換が行えたらありがたい。医療機関によって違うと感じる事はある。
- ・コロナ禍で病院へ面会ができない。ソーシャルワーカーの方とは電話連絡のみとなったり等で連携が難しい。

## 4つの局面アンケート調査結果【ケアマネジャー(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所)】

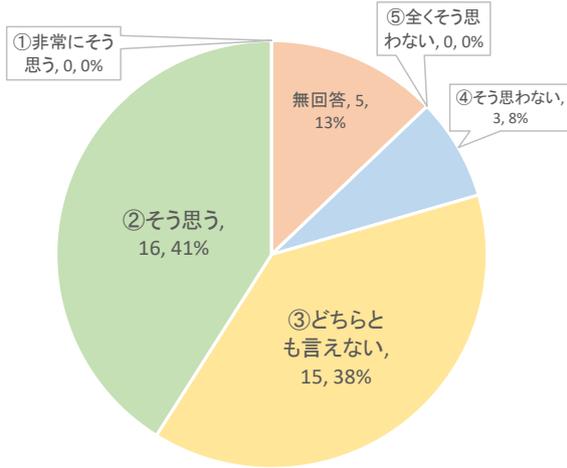
N0.3  
アンケート回収率80%  
R2年度2月調査

### 1-9 退院支援や調整についての課題と考えられる解決策について

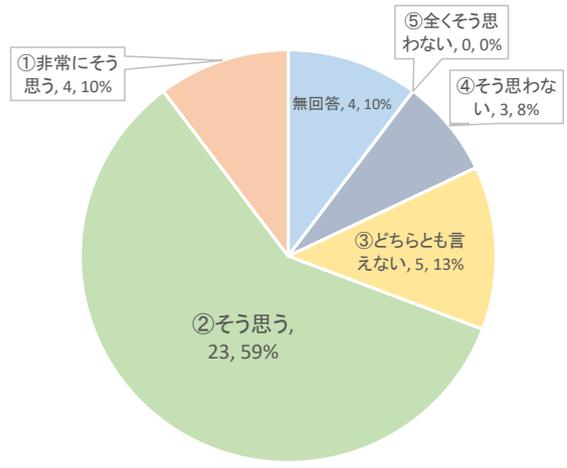
- ・看護サマリ、リハビリサマリ等を活用し連携。看護サマリ、リハビリサマリを頂きたいと伝えてももらえない事がある。コロナの為病院に伺えない(病院の感染対策)。本人携帯電話所持しておらず連絡が全くつかない事がある。家族にも連絡がつかない事がある。病院によっては電話だけでは情報(入院した、退院した、入院の理由)伝えられないと言われるところがあり困る。退院前カンファレンスに出席したいと思っても、病院から今回は家族本人のみでお願いしたいと言われたら、家族の許可があっても参加できない。
- ・病院への入院時に情報提供を行っても、それを実際に活用されているかが不明。医療機関によって対応が違う事がよくあります。本人、家族が納得や理解ができていないまま退院になったり、ケアマネに経過や相談などなく退院日が決まっている事があります。
- ・遠賀郡圏内では最近になり、医療SWや退院支援看護師との連携がしやすくなりました。利用者様の入院で病院から情報の連絡があることはありがたいです。
- ・コロナの影響で、退院前カンファレンス等がなくなっている事。オンラインでの開催等、検討が必要なのではないかと感じます。
- ・医療機関により対応が違う事。退院時のカンファレンスやサマリーの交付が無い事もある。
- ・この間退院支援や調整について、SWの対応でスムーズに行えている。大きな病院(九州HP,新水巻HP等)救急搬送された場合の連携に迷う。呼ばれない事もある…退院するケースが多い。
- ・退院予定やカンファレンスを早めに教えて頂ければ日程調整しやすい。入院中の情報を早めに頂けたら本人の状態が分かりやすい。
- ・SWさんからの連絡や調整など円滑に取れていると思います。
- ・病院のSWさんや医師によって対応は様々です。連携が取りやすくとっても分かりやすく気持ちよく連絡を取りやすい病院は、本当にありがたく感じています。早目早目の連絡、入院前の状況、退院後に必要となるのではと思われる意見を頂けると、ありがたいですね。入院時に情報を持って行き、退院転院が決まったら連絡がほしいと伝えていても、何も連絡がなく、いつの間にか退院や転院していた…は、とても困ってしまいます。
- ・病院によって退院支援、病院カンファレンスや調整等をどこに依頼すればよいか、わからない時がある。退院時、SWが訪看の調整(新規利用)を行った時、家族に事業所の希望確認をされていなかった事があった。家族への確認が必要と思った。
- ・病院によっては相談がしにくく連絡が取りづらいことがある⇒自分の中で苦手意識が強いので、相談がしにくいと感じている可能性がある。まずは自分が苦手意識を持たずに相談をするように心掛ける。同じ病院でも担当者によって対応が非常に違う⇒自分から情報収集をおこなうよう心掛ける。コロナ禍で病院で面談ができなくなり、本人の状態を以前より把握できていないので、アセスメント不足になっている。更に情報を頂いてから退院するまでの日数が短いことも多い⇒今まで以上に病院SWと連携を図る。コロナ禍で対応が難しいが、収束するまでは仕方ないと思います。
- ・本人が退院したい、自宅に帰りたいという希望の為帰しますと病院側は判断する事が多いが、必ずしもFaも同じ気持ちとは限らない。家での介護を不安に思われている方も多く、その決心がつかないまま帰され、結局自宅で看れないとすぐ再入院する方もおられる。入院中にいかにFaの気持ち(心構え)をサポートするかが重要だと思う。その役目はDr? 連携室? 自宅に戻って心構えができ、介護を続ける事ができる方もあられるが、そうでない方も多い。
- ・退院日が決定した際は必ず担当ケアマネにも連絡してほしい。病院からケアマネへの連絡の必須依頼をしてほしい。退院日が急に決定することがあり、在宅サービスの内容検討等の準備が十分に取れない場合があります。入院中はこまめに病状を情報交換をしたい。退院時カンファレンスにケアマネも参加することで主治医からの病状説明や生活上の注意をケアプランに反映させることができます。急性期、回復、包括病棟それぞれ役割も違うと思いますが、対応、協力の差があります。情報不足な部分があり、MSWの個人差もあり、看護サマリーのみの場合もあります。例えば、A病院:入院時情報提供書使用、B病院:看護サマリーで対応、C病院:TELのみなどと整理してまとめて良いかもしれません。
- ・病院によって退院支援の窓口が異なるため、連携の仕方がわかりにくい。病院ごとに退院支援のしくみを明示してほしい。
- ・現在は新型コロナウイルスによる病院の面会禁止や退院前カンファ開催がなく、退院前のアセスメントと不十分と感じる。退院情報シートの活用ができていないこと。共有する判断材料を必要とするため、情報共有の強化を考える。
- ・在宅のイメージができるように詳しく情報収集しアセスメントが必要と思う。退院時の情報提供が(病院側からの)十分でない時がある。特に急に退院が決定した時、身体状況や今後の治療方針についてなど⇒入院時情報共有シートの活用を検討が必要ではないか。

2. 日常の療養支援について

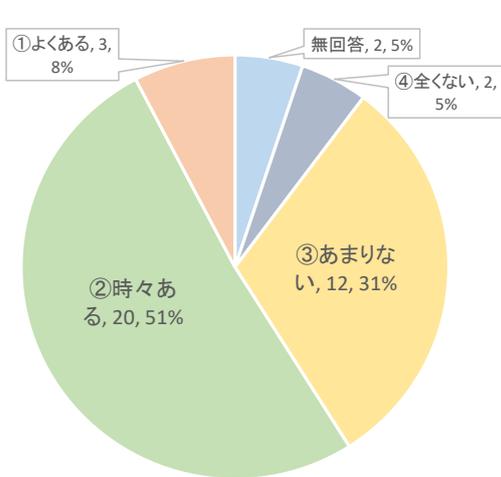
2-1 患者や家族に対する日常の療養支援で、問題を感じますか



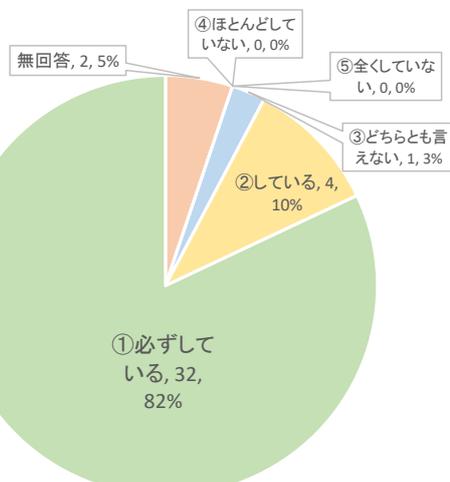
2-2 認知症の患者や家族に対する日常の療養支援で、問題を感じますか



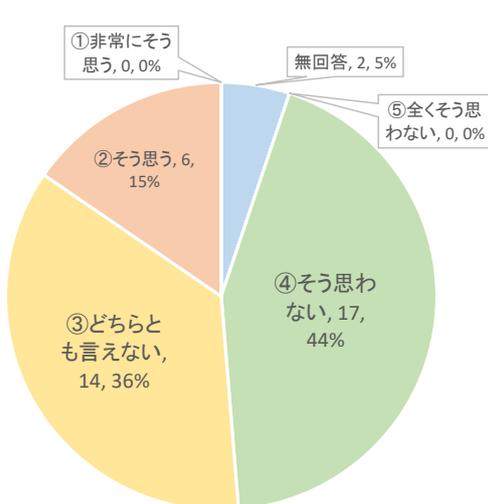
2-3 主治医意見が期限内に提出されず、要介護認定結果が遅延して困ることがありますか



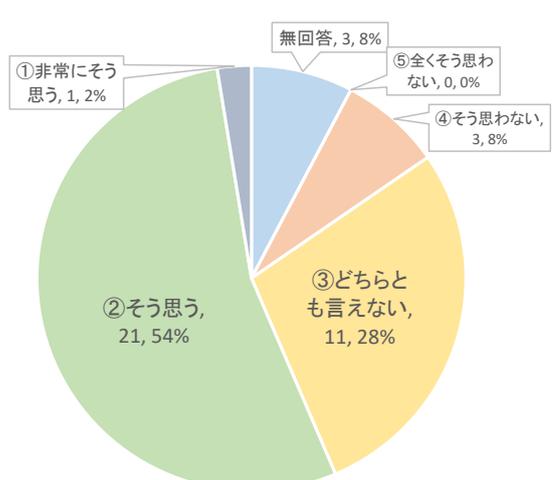
2-4 新規や更新時、区分変更にはサービス担当者会議を開催していますか



2-5 医療の知識を十分に身につけていると思いますか

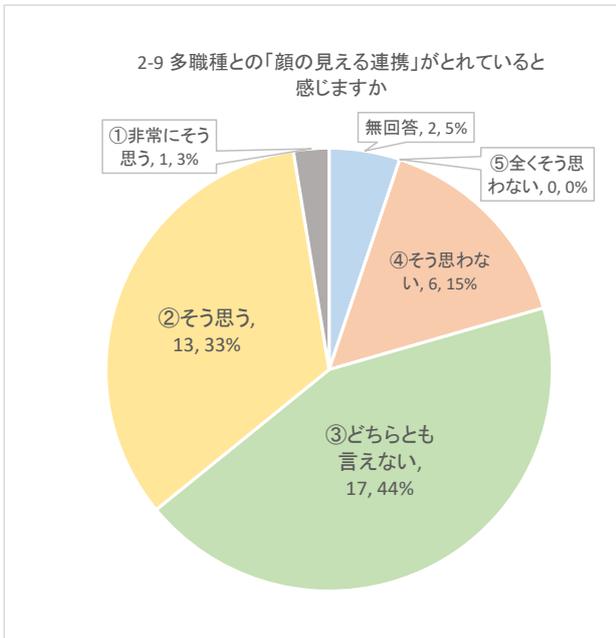
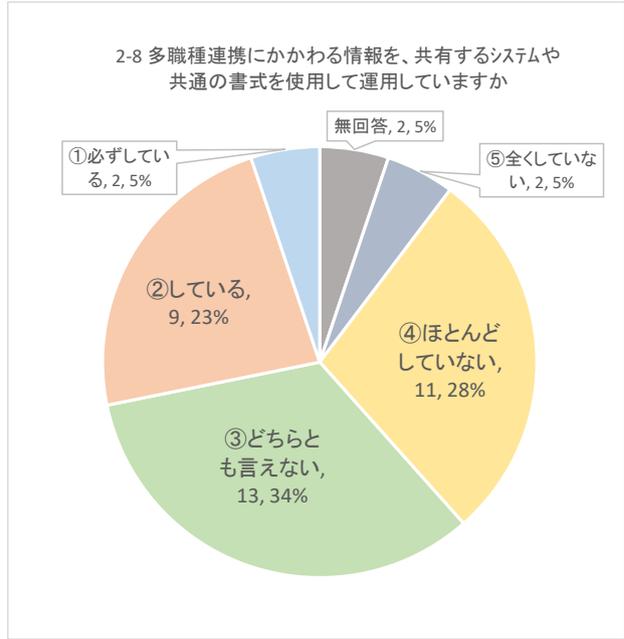
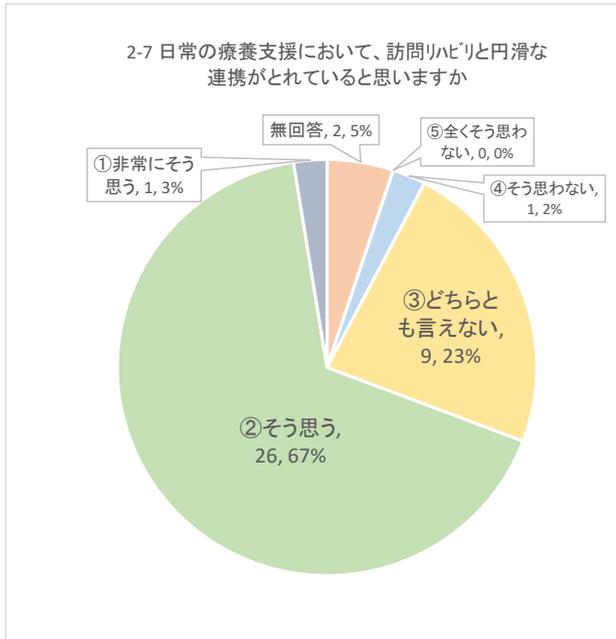


2-6 日常の療養支援において、在宅医や訪問看護師と円滑な連携がとれていると思いますか



## 4つの局面アンケート調査結果【ケアマネジャー(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所)】

N0.5  
アンケート回収率80%  
R2年度2月調査



### 2-10 日常の療養支援についての課題と考えられる対応策について

- ・定期的な顔合わせ。Zoomによる(ITの活用)多職種合同の研修会等。
- ・『課題』本人、家族が疾患、医療と介護の制度についての理解が十分ではない。新型コロナの感染予防として、短時間訪問を行うため、把握状態が十分に行えているか自信が持てない。密を避けるため、なるべく集まらないようにしているので、顔の見える連携がとり難い状況がある。『解決策』事業所との連絡をこまめに行う。担当者会議開催前に事業所に聞き取りを行って(照会用紙・電話)、短時間の担当者会議でも、必要な課題の対応、情報共有が図れるように工夫する。
- ・本人の病気に対する理解、家族の介護力など様々な要因がありますが、介護支援専門員は中立の立場ですべての関わる方との連絡調整ができ、利用者にあったチームケアが出来ればよいかと思います。
- ・現在コロナの影響で以前よりも関わりが薄くなった(会う機会が減った)ため、少し支援のしづらさを感じます。医療の知識については本当に勉強不足を感じる人が多いので、今後の大きな課題と感じています。

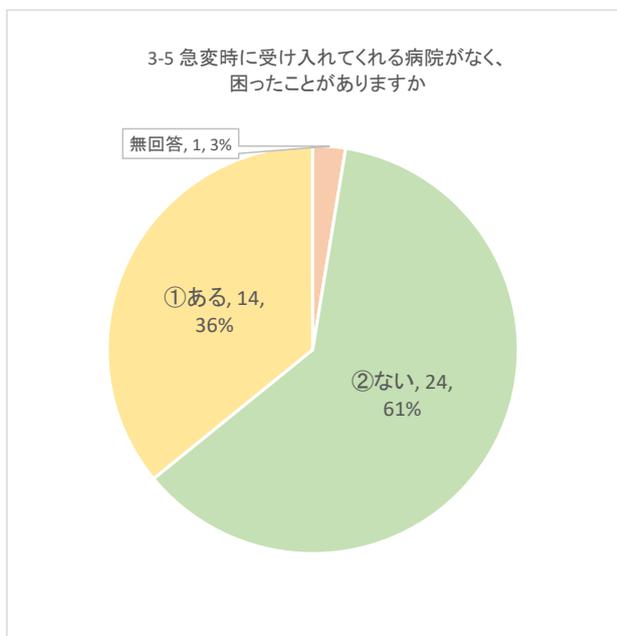
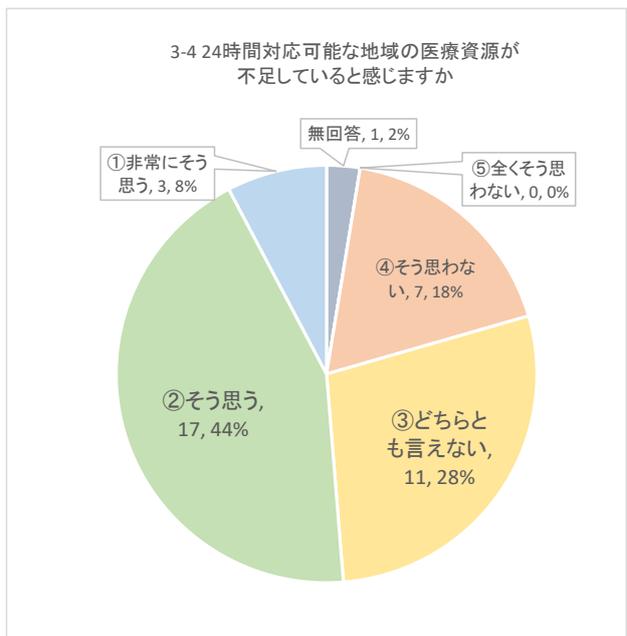
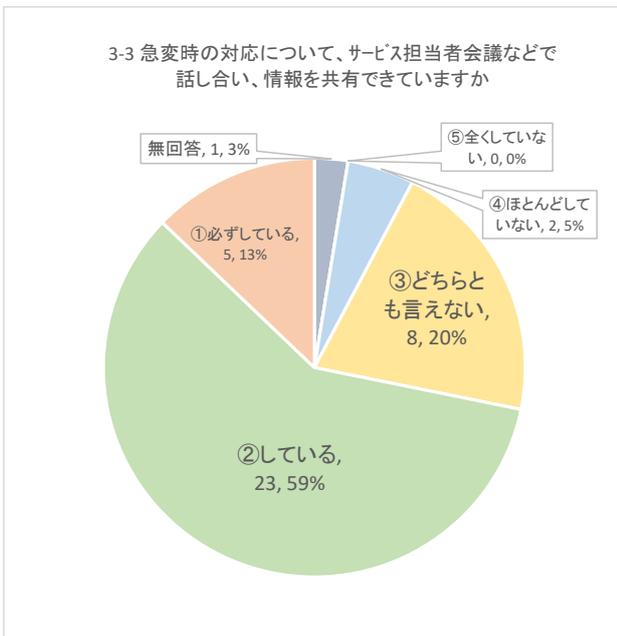
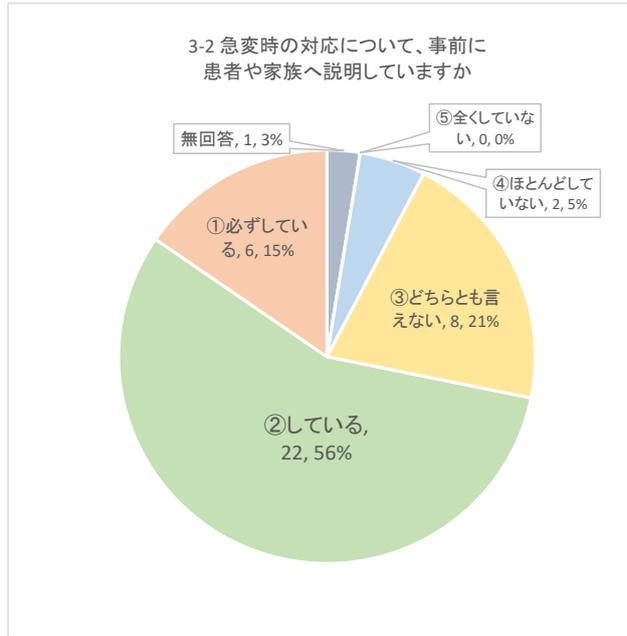
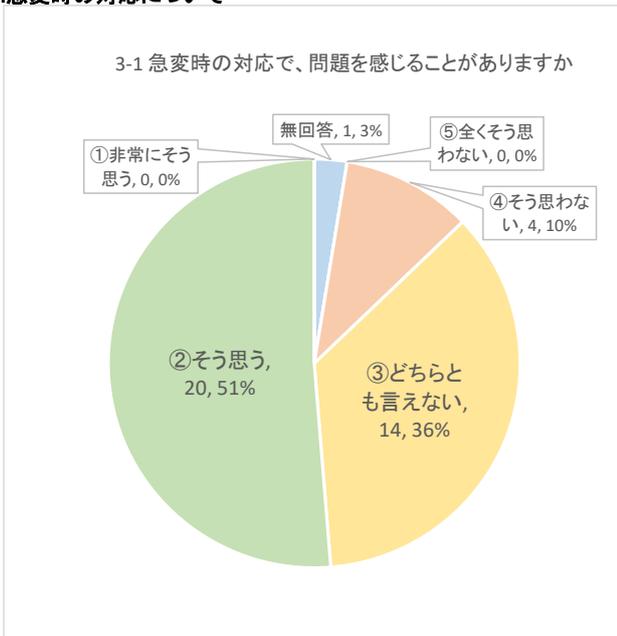
## 4つの局面アンケート調査結果【ケアマネジャー(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所)】

N0.6  
アンケート回収率80%  
R2年度2月調査

### 2-10 日常の療養支援についての課題と考えられる対応策について

- ・問4→コロナ対策、フェイスシールドマスク(布でない物)、場合によってはグローブをつけて行っている。MCSのようなネットワークを作り、連携が出来れば連絡など早く出来る。問2→ご家族にも認知症の知識がもう少し普及すると良いと思う。
- ・『課題』独居や高齢者世帯の方々が日常の療養について不安を感じないようにするには？『解決策』関わっている職種の人や遠方の方の家族等とも気軽に会話できる環境を作り、サポート体制ができてい実感していただく(現状行っているオンライン等の拡充)。
- ・受診時に付き添う。ライングループ、メディカルケアステーション?等のツールが使えたと調整や連携がとりやすいと思ってる。服薬管理できていないが、家族本人が訪看、居宅療養管理(薬局)を望まない事があり困っている。支援のためサービスも多増やせない。
- ・主治医によって連携を取る事が難しい事があります。
- ・かかりつけ医にSWや介護保険を理解したスタッフがおられる場合は、未だに敷居が高く感じてしまう。
- ・入院中は行ってない行動動作(トイレへの移動や歩行)もあり、在宅後にどの程度できるのか分からない。入院中の日常の様子を詳しく知っているのは、病棟の看護師だと思うが、多忙と思うのと電話で聞きにくいと感じる。特に今はコロナで、入院中の面会できず、様子が分からず退院してから…となるケースが多い。
- ・日常の療養支援の中で、介護者である家族の支援、ケアが重要かと思われます。特に心のケア。
- ・病院によって情報を共有するために情報(サービス担当者に対する照会(依頼)内容や入院時情報共有シート)を、どこの部署にどのような書式を使用すれば良いかわからないところがある。
- ・色々サービスが整っていたとしても、結局の所は支えるFaにかかっている所が大きい。Faの気持ちをサポートしている事が大変だと感じる。
- ・自身の病気についてよく理解できていない方が多い印象があります。内服薬の内容も知らぬまま内服している方もおり、それが原因で怠業につながるケースも多くあります。病状説明は患者の理解力に合わせてタイミングよくする必要があり、医師だけではなく、家族、ケアマネ、ヘルパー等のサービス事業者も統一した内容で説明できるよう、医師から説明のポイント等を聞ける機会があればと思います。
- ・施設が安易に訪問歯科をケアプランに位置付けようとする。退院時に入院中の主治医と退院後の主治医の方針が異なるときがある。
- ・療養支援については、ご家族の心身の状態を利用者との関係性、経済力など、介護力によって左右される。認知症については、ご家族の認知症に対する理解によって専門医への受診などのすすめ方が違いがあると感じる。専門医への受診がスムーズにすすめられたら、理解が深まる場合が強いと感じる。
- ・認知症に対する理解が不十分だと思います。家族や地域住民に広く知ってもらおう機会があれば良いと思う。

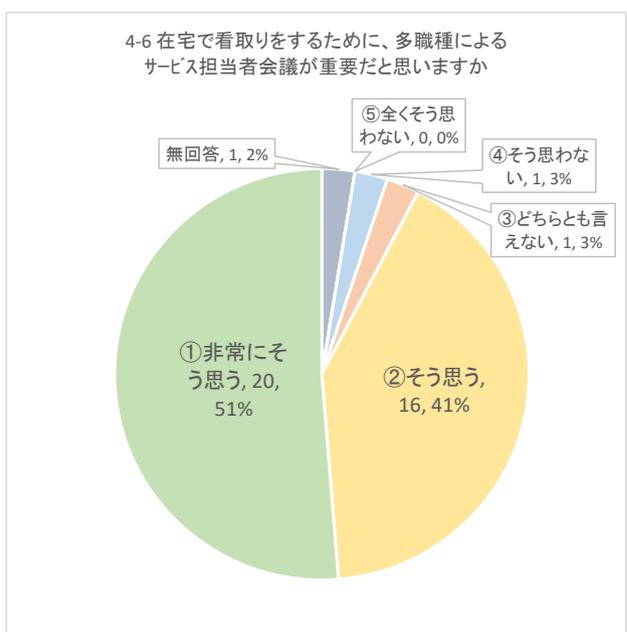
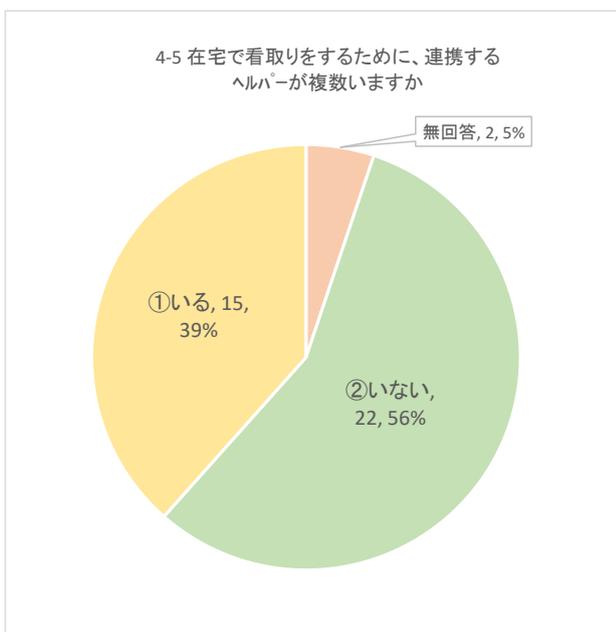
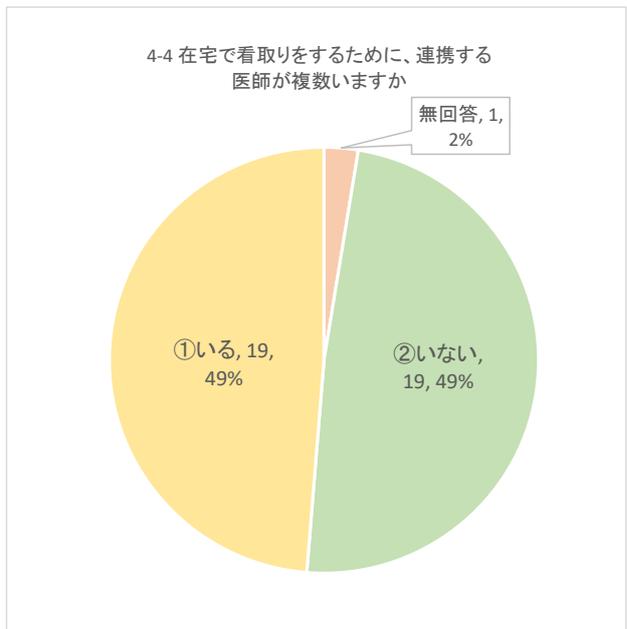
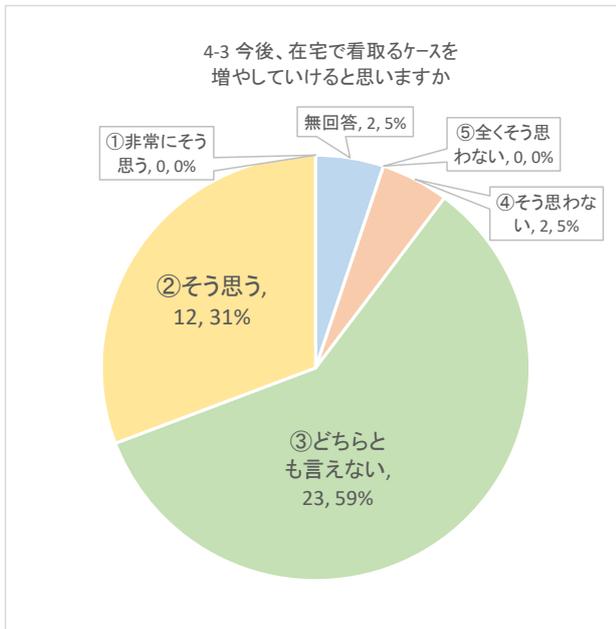
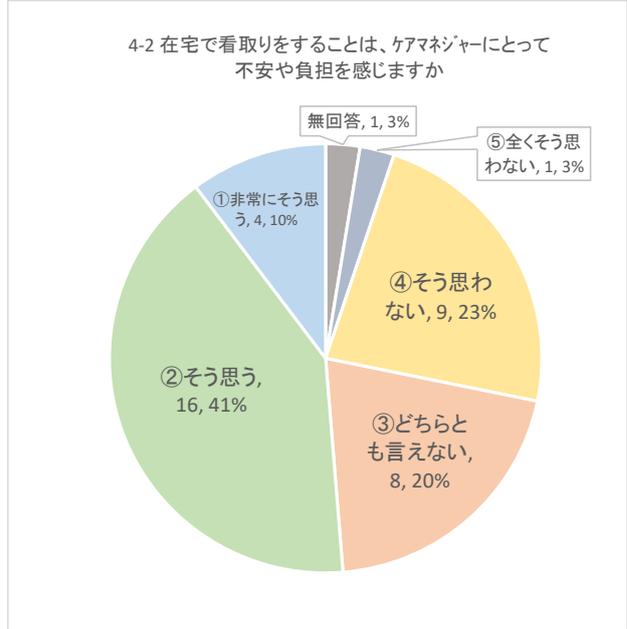
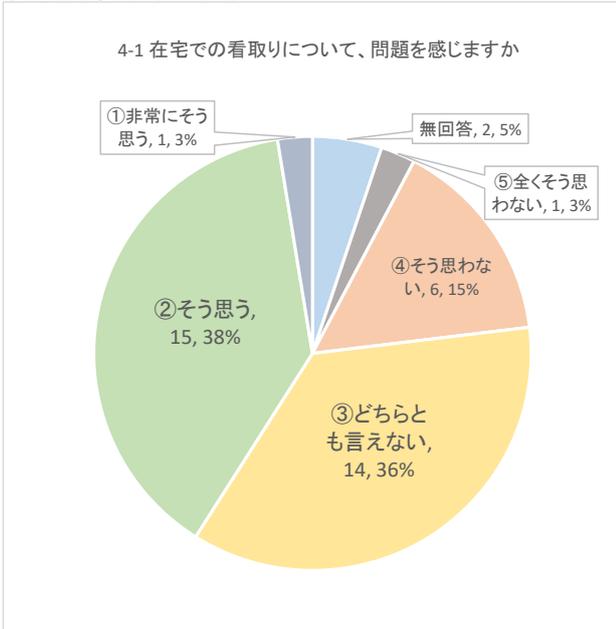
3.急変時の対応について

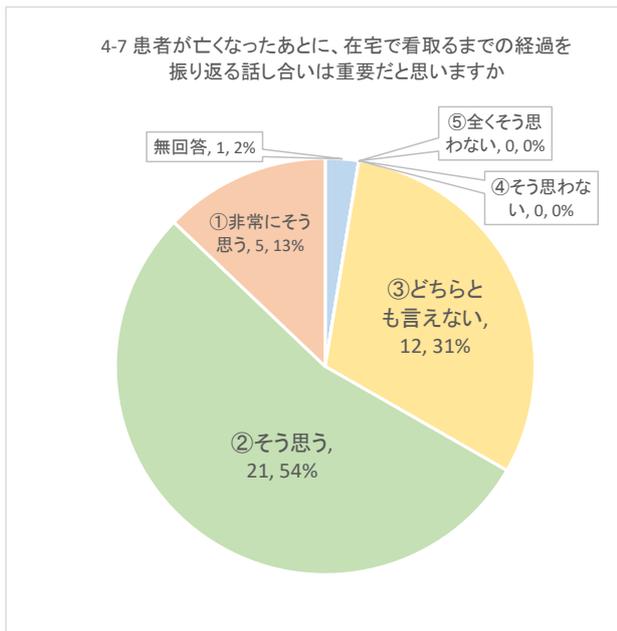


3-6 急変時の対応についての課題と考えられる解決策について

- ・急変時、家族やキーパーソンに電話が繋がらないケース、緊急連絡先以外の職場など他の電話の番号を把握する。
- ・『課題』新型コロナの感染状況で、通常であれば受けてもらえていた病院からの搬送を断られている状況。家族への電話が、なかなか繋がらない時がある。『解決策』コロナの収束。ワクチン接種の充実。連絡先を複数確認しておく。担当者会議で急変時の対応について話し合い、情報共有しておく。
- ・家族が近くにいない場合、病院に拘束される。搬送先の医療機関に対応する部門があればありがたい。
- ・いつ発生するかわからない急変時は、主治医が休みの時もある、特に日祝日の病院探しが大変です。特に今は、コロナの関係で入院する時は大変です。
- ・問1→担当者会議等でしっかり話し合っていれば、独居の方でも特に問題ない。連絡が取れない時が困る事がある(家族に)。第2第3まで連絡先を決めておく必要がある。問5→コロナ禍で発熱等があると、すぐに結果がほしいが1月以上かかる事もあるので、サービスが止まり、利用者にご迷惑をかける事になるので、早くPCRの結果が出ると良いと思う。
- ・常日頃から急変時にはどのように対応するのか考えておく事が必要。連絡先、入院先等、又急変しても救急車は呼ばない…のか等ご本人、家族の意向を確認しておき急変時に慌てないようにする。
- ・家族がいる世帯は対応できているようですので問題は感じませんが、独居の方の場合が主治医家族訪問看護等の連携情報が取りづらい。
- ・独居で身寄りのいない方の急変時の対応の仕方や、誰に依頼すれば良いかわからないことがある。
- ・独居の方で自分で周りに発信できない方がいる。DSの職員が迎えに来て異常に気付く事もある。救急車を呼んでもFaがいない為、一人で病院に搬送され、ケアマネが付き添うことも…。そこまではケアマネの仕事に含まれないが、場合によりそういう対応も…。Faが遠方だとすぐ来れなかったり…。
- ・普段定期受診していない方は、受け入れ先が決まらないことがあります。救急車なら可能でも、外来の場合は時々あります。
- ・かかりつけ医への搬送ができない時があった。
- ・発熱がある場合の対応、特に夜間はどのようにするか考えておく必要がある。家族が近くにいない(県外など)場合、急変時の連絡先として、事前に考えられることを説明しておく必要がある。

4.在宅での看取りについて





## 4-8 在宅での看取りについての課題と考えられる解決策について

- ・生前に本人の意向をしっかりと聴取する。家族の意向と相反する場合などもある為、具体的にどうするかを決めておく。複数回の多職種間での担当者会議が必要。
- ・大病院のSWが在宅医を見つけた際、CMIにも連絡してほしい。SWとCMと一緒にプランを考える体制を作り、チーム体制を作り、チーム体制を強化してほしい。『課題』核家族の増加による、介護力の低下。連携できる在宅医の確認。救急搬送先の確保。医療処置をどこまで希望するか確認。
- ・『解決策』心臓マッサージ、挿管、人工呼吸器の医療処置を希望するか、本人の意思確認。上記の家族の意向確認。
- ・看取りに対しての家族の理解度が低い。入院時に本人がたどる最後までの流れを伝えて理解を得る事が必要だと思う。
- ・看取りのケースを担当する時、主治医が往診する場合もあり、24H対応でない先生が多く、在宅で看取れない事があります。主治医と看取りの出来る先生との連携が出来ればいいのですが、利用者は信頼関係のある主治医がいいと言われる方が多いです。
- ・看取りについての不安が家族だけでなく関わるヘルパー、福祉用具の方なども強く感じているようです。しっかりと看取りについて事前に関係者で話し合い、家族、本人の意向を理解した上で対応しないといけないと思います。
- ・MCSを導入して連携を図っている。ご本人の様子も良く理解でき、1月の支援内容も良くわかる。すべての医療機関とつながると良いと思う(したい)。
- ・『課題』家族の看取りに対する受け入れ(覚悟)が不十分な時の対応や声かけの方法? 『解決策』医師から経過の説明、予後予測を都度伝えて頂ければ、少しずつでも受け入れて頂けるのではないかと。医師の十分な説明が必要(予測を含めた一般的なもので可)。
- ・在宅での看取りは、多職種が必要となりますが、人員不足などで対応してもらえない事業所など少ないような感じがします。
- ・看取りが少しずつ増えていき、担当する利用者様やご家族様が満足のいく最期を迎えられたか振り返る時、どんな形でも後悔があります。そうならない為には、利用者様を中心にご家族やサービス事業者と常に連携を取りたいと思っています。
- ・在宅での看取りのケースは少ない。在宅で最後までと希望されても救急搬送されるケースがある。往診する医師が少ない。急変して訪問看護医師間でやりとりされて、亡くなった後に知るケースもある。解決策については考えつかないが、ターミナルで受けて1~2ヶ月で終了という事が多い。本当の意味で看取りをするには、現在在宅で過ごされている利用者に対してのケアマネの関わりも重要。ケアマネ自身の考える在宅の限界点が低いと在宅での看取りへの支援ができない。

4-8 在宅での看取りについての課題と考えられる解決策について

- ・看取りをするにあたって、日々状態の変化があるため、多職種によるサービス担当者会議の日程調整が困難である。
- ・ケアマネジャーとして看取りに関する正しい情報や知識を学ぶことが、もっと必要なのではないかと思います。
- ・費用の事、どんな時にどういう風にDrやNsに連絡して良いのやら。CMもそうだが、家族や支援スタッフの不安は大きい。チームの連携が重要と思います。何でも相談できる関係性の構築が不可欠だと思います。
- ・病院から在宅での看取りについて家族に説明していても理解ができずに、結果不安になっている家族が多い。特に高齢夫婦の単独世帯に多いように思う⇒子供さんや親戚の方と一緒に説明して頂くと不安も軽減され、一緒に聞いた方からの助言も受けれるので結果、思い悩むことが少なくなるように思います。在宅医や訪問看護師が週に数回、家に訪問することで特に高齢者はお菓子の準備をしないとイケない、と気を使われることが多いと思います。その結果、家族がいつも心が休まらない現象に陥っていることがありました⇒最初に重々お菓子の用意は必要ないことの説明と、用意をしていても受け取らないようにして頂くと次回から準備をすることがなくなると思います。
- ・様々な状況を想定し、その状況に応じた対応策(行動計画)を関係者で決めて共有しておかなければならず、こまめな情報共有が必要になってくると思います。本人、家族の理解と協力が必要だが、関係者は本人の意向に沿って動くが、家族が理解できないまま振りまわされていることもある。家族への丁寧な説明が必要だと思います。
- ・末期がんの利用者に未告知で支援する場合、多職種と情報共有する時にどの職種まで情報共有すればよいか難しい時がある。
- ・在宅で看取るには24時間誰かが在宅に居ることになる。複数の家族の協力が必要となる。核家族化されているので、看取りについての理解が必要と思う。
- ・状態悪化に伴い、身体的介護が増してくると排泄面での家族負担が大きくなり、夜間など時間外での急な対応が難しい事例も多い。その為、在宅看取りを考えていても、入院を希望することもある。→地域での定期巡回、随時対応型訪問介護看護の充実が必要。