

## 完了報告書

テーマ

在宅医療の実態調査とケアマネージャー対象の研修

申請者 細井 恵子

NPO 法人ルピナス 副理事長

岐阜県高山市清見町三ツ谷2310番地313

平成23年2月9日提出

2009 年度在宅医療助成後期  
「在宅医療の実態調査とケアマネージャー対象の研修」報告書

1. 共同研究者打ち合わせ会

- 第1回 3月16日 飛騨支部役員会での説明会の準備  
3月25日 岐阜県居宅介護支援事業協議会飛騨支部役員会
- 第2回 4月10日 実態調査の内容検討
- 第3回 6月9日 実態調査の方法再検討のため
- 第4回 7月9日 研修内容の検討
- 第5回 9月1日 研修会準備・資料作成
- 第6回 10月13日 研修会の反省・アンケート集計

2. 実態調査

- ① 5月21日 医師会の会長との面談
- ② 6月7日 看護協会立訪問看護ステーション統括所長と面談  
在宅での医療行為に対する統計資料依頼
- ③ 7月9日 研修事例発表者との面談及び研修打ち合わせ
- ④ 9月3日 看護協会立訪問看護ステーション統括所長との面談

研修内容に反映するための聞き取りによる実態調査については、2 総合病院からの職員派遣に関する理解を得ることが困難であり、関係者との調整に相当の時間を要することとなった。そのため、共同研究者との打ち合わせ会の開催を増やし修正・検討を重ねた。最終的には6月3日の院長・事務長との面談により、研修会への協力に対する了解を得ることができた。

### 3. 岐阜県居宅介護支援事業協議会飛騨支部役員会

9月11日(土) 10:00~13:00 開催 役員及び研究員 11名参加

- 1) 事例の提示内容について検討し、一部修正・追加する。(資料1)
- 2) その事例を使い、2グループに分かれグループワークのシュミレーションを実施する。
- 3) グループワークで検討された内容を整理し「この事例を通して考えられる在宅で医療を必要とする人のマネジメントのポイント」としてまとめる。(資料2)
- 4) このまとめの内容を9月25日のケアマネージャー対象の研修会で使用する。

### 4. ケアマネージャー対象研修会 9月25日実施

研修会レジメ (資料3)

研修会参加者は92名。 出演者・関係者含め98名。

研修に対する評価 (資料4のアンケート集計による)

研修全体について 満足 77%

I、事例発表 満足 75%

II マネジメントって、何? 満足 60%

III、講演 満足 80% という結果であった。

以上のことから、

ケアマネージャーが地域における在宅医療の現状と実際を知り、事例検討などを通して連携体制についての課題を検証し在宅医療に対する理解を深め、ケアマネージャーとしての責務を再認識できるというねらいは、ほぼ達成できたものと考えられる。

## まとめ・考察

研修参加者の年齢層は40代・50代が主流で77%を占めている。

また、飛騨全域のケアマネージャーが対象であったが、地域別には  
飛騨市 12%、 下呂市 20%、 高山市 68%、 の割合で参加があった。

今回の研修会は実務経験のない人も参加可能とした。  
全体の10%が現在実務をしていない人であったが、その人たちの意識調査についてはアンケートからは十分に得ることはできなかった。

また、現在実務についている人に やりがいについて聞くと  
やりがいを感じている人 1% ・どちらかといえばある人 45% と合計でも46%。  
やりがいがないと感じている人は23%であった。

研修内容の企画にあたり、総合病院の地域連携担当者や訪問看護ステーションなど在宅医療に関わる看護関係者間で何回か話し合いを持ちたいと考えていたが、関係者との調整に相当の時間を要することとなったため、その実施は容易ではなかった。

しかし、研修後のアンケート結果からは

- ・病院の退院・連携の仕組みや実態はあまり聞けないので大変良かった。
- ・改めて、在宅医療を必要とする人のマネジメントについて考える良い機会となった。
- ・地域包括支援センターとしても大変参考になった。

という意見が寄せられた。

岐阜県居宅介護支援事業所介護支援事業協議会飛騨支部の役員各位と共同研究者の協力を得て事業を無事終了できたことに感謝したい。

報告者：細井 恵子

「公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成による」

## 事例紹介

A氏 85歳 男性  
妻(介護者:82歳)、長男夫婦(共働き)、孫の5人暮らし  
厚生年金(経済的には何とかなる)

I期:寝たきりとなり、廃用性の症状が出現した時期

物忘れや夜間の不穏など認知症状があったところ自宅で転倒した(デイに週2回通う。介護1)。痛がらないため受診しないで様子見ていたが、仙骨部に床ずれができてきたため受診。大腿骨頸部骨折と診断、手術は困難で保存治療(何もしない)となる(介護4)  
受傷1ヶ月後頃より、食事摂取量がかなり減少しむせることが多くなり、誤嚥性肺炎、低栄養にて治療。医師より胃ろうについての説明あり。家族は入院すればもっと大変な状況になるので、胃ろうはしないでこのまま家で様子を見たいと希望。本人の意思の決定はやや不明瞭。

II期:胃ろうの造設の決断から、造設後在宅療養が安定するまでの時期

徐々に経口摂取が困難となる中、孫などの家族の関わりにより認知症状が改善してきた。胃ろうについて家族が相談し造設を決定した。入院するまでの3週間は強度の脱水、誤嚥性肺炎などの感染を繰り返し週3回の点滴がされた。床ずれは治癒。  
一か月の入院で、造設部や消化器症状などのトラブルはなく、またむせることは改善されないため経口摂取はしないこととなり退院された。介護者は入院中に注入方法や吸引について指導を受け、ほぼ一連の流れはできるようになったが、まだ不安を残している(介護5)

## 必要な連携について考える

{個人ワーク}

1) あなたはI期において、どんな職種に対してどのような内容で連携をとりますか？

2) あなたはII期において、退院から在宅に向けてどのような連携が必要だと思えますか？

さらに、在宅療養が安定するまでには、どんな点に留意しますか？

{グループワーク}

3) この事例を通して在宅で医療を必要とする人に対してマネジメントする場合、  
どんなことが大切だと思いましたか？

- ①
- ②
- ③

この事例を通して考えられる  
在宅で医療を必要とする人のマネージメントのポイント

①本人・家族の医療に対する意思を尊重する

- ・ 必要な医療に対して十分な情報提供を受け、本人も家族もそれを正確に受け止められているか確認する。
- ・ 出来るだけ多くの家族の協力体制が組め、役割や責任が分担できる。
- ・ 状況の変化でゆれる家族の気持ちを受けそのつど意向を確認する。

②医療が必要になったとき、早期に時期を逃さず体制が組めないと悪化やトラブルが起こる

- ・ 往診や訪問看護の医療サービスの導入。
- ・ 家族の医療を担う介護力の見極めをする。
- ・ そのサポート体制を検討する。
- ・ 合併症や容態の悪化を予防できるサービス体制も検討する。  
(通所リハ、訪問入浴、訪問リハ、栄養士等)

③病院から在宅へ医療が継続されるために

- ・ 退院に向け早めに何回かの連絡・連携が必要。
- ・ 入院中に家族への退院指導が充分実施されていることの確認。

④本人・家族の不安を受けとめ、相談できるところがある

- ・ 24時間電話相談や緊急の訪問（医療・看護）。
- ・ 関わるサービス提供者になんでも話すことができる関係作り。

⑤変化に応じて適切な対応ができ、必要なサービスや必要な道具が選択できる

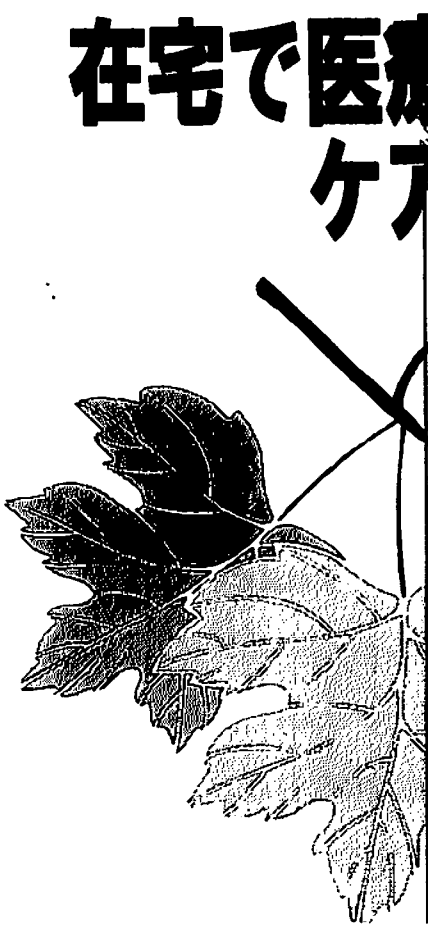
- ・ 24時間電話相談や緊急の訪問（医療・看護）。
- ・ 福祉用具・ベッド等のレンタルが必要時できる。
- ・ 医療器材器具が必要時手に入る。

⑥専門サービスがオーバーラップしながらもスムーズに稼働できるために

- ・ 必要時サービス提供者間の直接連携がはかれる。
- ・ 時期を逃さずサービス内容を点検する。
- ・ 意図的に各サービス担当者が意見交換できる場の設定をする。

勇美記念財団助成事業研修会

# 在宅で医療を必要とする人のために ケアマネができること



医療の高度化・入院期間の短縮化に伴い、飛騨地域においても在宅で医療を必要とする人が増加することが考えられます。退院から在宅へ、在宅療養の継続において様々な職種が専門性を発揮し不可欠な連携が図れるために、また今後予測されることを考えるきっかけとなることをねらいに現在地域で活躍されている方を講師にお願いし研修を企画しました。できるだけ多くの方のご参加を願っています。

と き：9月25日[土] 13時半～16時(受付13時～)

ところ：飛騨・世界生活文化センター 大会議室

参加費：無料

- |     |              |                         |          |
|-----|--------------|-------------------------|----------|
| I   | 事例発表         | テーマ：退院から在宅へ             |          |
|     |              | ● 高山赤十字病院・地域連携課(退院調整担当) | 田中 みどり 氏 |
|     |              | ● ひだ訪問看護ステーション所長        | 芹田 実恵子 氏 |
| II  | マネージメントって、何？ |                         |          |
| III | 講演           | テーマ：在宅看護からの提言           |          |
|     |              | ● 岐阜県看護協会訪問看護ステーション統括所長 | 野崎 加世子 氏 |

I 部：事例発表

高山赤十字病院・地域連携課（退院調整担当）

田中 みどり氏

---

ひだ訪問看護ステーション 芹田 実恵子氏

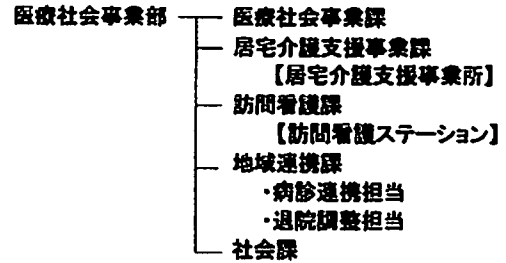


## 当院の退院調整の現状

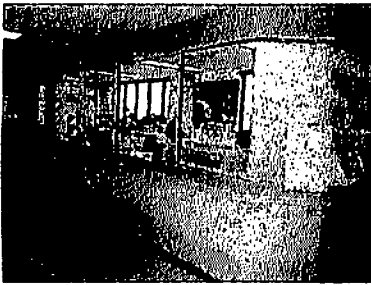
H22. 9. 25(土)

高山赤十字病院 地域連携課  
退院調整担当  
田中みどり 和田孝輔 西洞弘英  
田中 望 定標幸江

## 医療社会事業部組織図(H20.4月～)



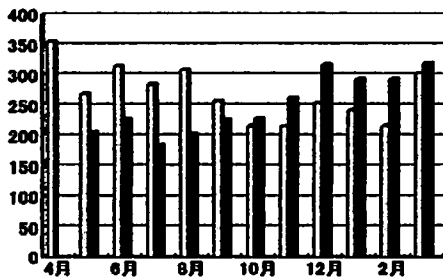
## 医療社会事業部(1病棟2階)



## 地域連携課の新メンバー



## 20・21年度 相談件数

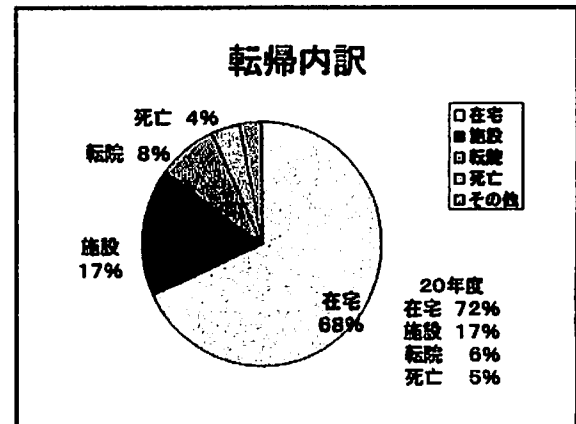
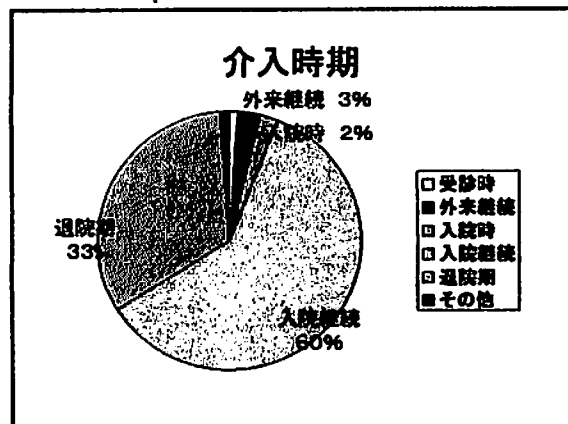
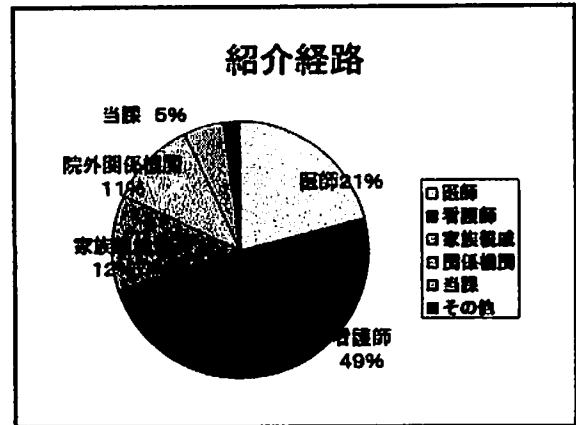
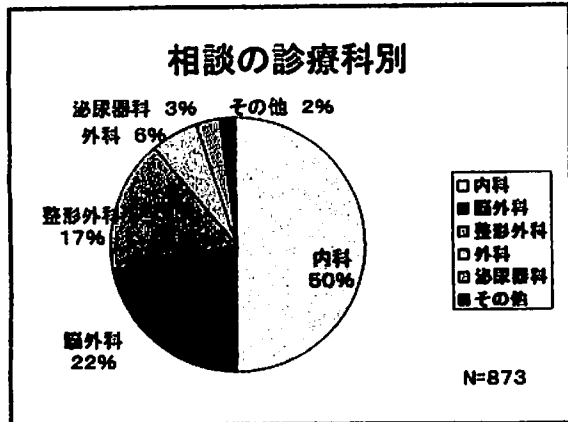


## 退院調整相談述べ件数

・平成21年度: 3,232件 (500件増 前年より)  
実人数 873人 (200件増 " )

退院までの調整面談件数(1人あたり)3.7件  
一日平均調整件数 6.0件

昨年のカンファレンス実施件数 262件  
(開業区同席のカンファレンス 12件)



### 連絡表から見た退院調整

- 平成22年1月～6月 494名  
関与 261名 (52.8%)
- 平均年齢 79.1歳 平均介護度 3.3
- 男女数 男性 128 : 女性 133

### 退院調整スクリーニング基準

A: 年齢・世帯に関するもの

- A1-75歳以上
- A2-単身ないし老人世帯で70歳以上
- A3-介護者不在の者

B: 障害に関するもの

- B4-障害者手帳に該当するもの
- B5-障害・廃用変化で生活自立困難が予想

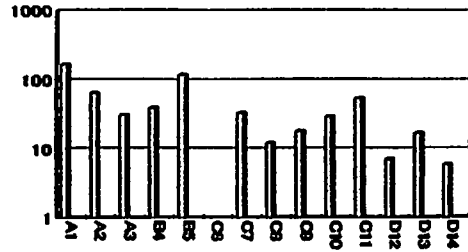
C: 疾病に関するもの

- C6-特定疾病の対象となるもの
- C7-意識障害または認知症状を呈するもの
- C8-精神疾患またはアディクション関係の問題ある

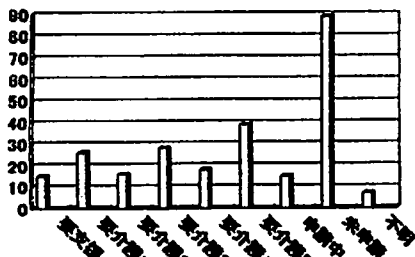
### 退院調整スクリーニング基準

- C10 - 医療器具・医療処置が退院後必要と予想
- C11 - 入院や転院の繰り返しがあるもの
- D: その他
- C9 - 転移癌またはターミナルに至る疾患に罹患
- D12 - 経済的問題があるもの
- D13 - 病状理解が不安定、事務手続きが不案内、情緒的に不安定
- D14 - 上記以外

### 退院調整依頼理由



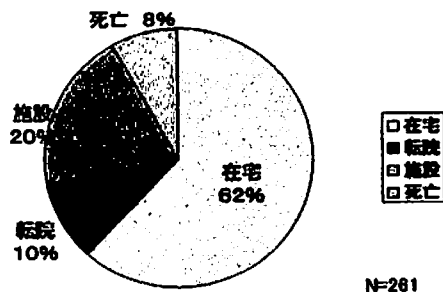
### 要介護度



### 関与した方々の病名

1. 誤嚥性肺炎・肺炎 43名
2. 大腿骨骨折 19名
3. 脳梗塞 18名
4. 脳出血 16名
5. 心不全 8名
6. 尿路感染症 6名
7. 胸・腰圧迫骨折 5名
8. 腸閉塞と慢性呼吸不全 4名

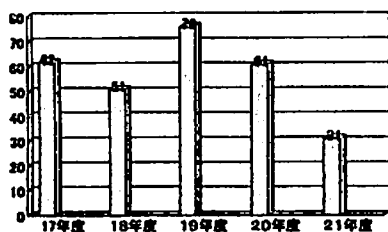
### 転帰



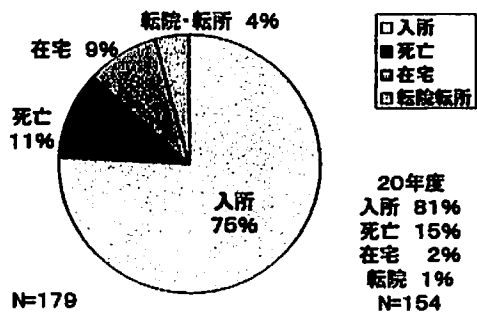
### 退院時の医療処置 (H22. 4~8月) N=221

医療処置	人数	医療処置	人数
1 吸引	37	6 気管切開	6
2 胃ろう	18	9 人工呼吸器	4
2 バルンカテ	18	9 鼻腔栄養	4
4 酸素療法	15	11 CVポート	2
5 褥創処置	13	12 在宅点滴	1
6 インスリン	6	12 人工透析	1
6 ストーマ	6	12 創傷処置	1

### 胃ろう造設患者の推移



### 21年度施設からの入院者の転帰



20年度  
 入院 81%  
 死亡 15%  
 在宅 2%  
 転院 1%  
 N=154

### 在宅退院者の状況

・平成22年4月～8月 221名

独居 18名 (8%)  
 二人暮らし 40名 (18%)  
 認知症状有 83名 (37.5%)

### 終末期患者への退院支援・調整

家で亡くなるための条件

- ・患者・家族にその意思があること
- ・往診してくれる医師がいること
- ・介護力を確保できること
- ・看護の専門職の援助が得られること
- ・緊急時の入院体制が確保されていること
- ・親族、友人の協力が得られること

### 退院調整上の問題点

- ・転院・入所先が少なく在宅療養になるが、介護力は弱くなっている。
- ・退院にむけて医療者側と患者側の思いにズレがある。
- ・患者本人と家族の思いにズレがある。
- ・利用できるサービスに差がある。
- ・看護師の退院支援に対する意識や知識不足がある。



ご静聴ありがとうございました。



## 在宅看護からの提言

～訪問看護の現場から～

平成22年度 長野地域居宅介護支援専門員協議会 研修会



社団法人 岐阜県看護協会  
訪問看護ステーション  
統括所長 野崎 加世子  
(訪問看護認定看護師)

## 本日の内容

- 在宅ケアの現状
- 訪問看護の実際
- 在宅医療制度・関連法規
- 医療機関との連携
- 在宅ケアにおける今後の課題

## 在宅ケアの現状

## 2000年 介護保険 スタート

- 年をとっても、障害を持っても、  
住み慣れた地域で、  
家族に囲まれて過ごしたい



- 地域・社会全体で支える

## 在宅ケアの動向

- 価値観の多様化 ⇨ 選択肢の増加
- 居宅の概念の変化 ⇨ 高齢者専用住宅
- 平均在院日数の短縮 ⇨ 在宅ケアの推進
- 医療ニーズの高い利用者の増加  
在宅ターミナルケア・緩和ケア等 ⇨ 専門性の向上
- 介護保険制度の成熟化  
医療モデル ⇨ 生活モデル
- 後期高齢者の増加



## 介護事業者の問題

寝たきり専用賃貸住宅での看取りビジネス

平成22年5月3日の話題に異議(資料⑩)

コンサルタント会社が管理……愛知県  
クリニック、ケアマネジャー、訪問看護、  
訪問介護、福祉用具レンタル会社 が一体となって経営

自己負担は定額だが、公金の負担が大きい

- ・ ベッド一俵月5,000単位等……通常の3倍
- ・ 訪問介護等サービスがケアプラン通りに行われない
- ・ 訪問看護の特別指示乱用

病院からも介護施設からも拒否され、在宅介護も困難な高齢者の受け皿として急増している

## 利用者の問題

家族の役割放棄……ケアマネジャーやサービス事業者への依存

- ・私達は家族ではない

家族による精神的・経済的虐待……早期発見と相談

- ・私達はどこまで関わるのか

利用者・家族による快楽な感情……負担増加

- ・私達も人間。精神的ダメージを受ける

利用者を断ってもよいのか？ 相談出来る体制の充実を  
コールセンターの役割はどこ？

## 訪問看護の実際

## 訪問看護とは

かかりつけ医の指示のもと24時間365日  
安心して住みなれた自宅で療養できるよう  
支える看護サービス

- ・医療的ケアや管理が必要
- ・退院してからの介護が不安
- ・急変時の対応が心配
- ・家で最期を迎えたい



## 当ステーション最近の傾向

- がんターミナル期の患者さんが多い  
訪問期間が短くなってきた  
がん患者さんの場合1か月未満
- 老々介護の方が多い
- 認知症の利用者の増加(本人・介護者含む)
- 小児、精神疾患利用者の増加
- 医療依存度の高い利用者が在宅へ  
(病院・地域での連携の必要性の増加)

## 当ステーションでの重度利用者

飛騨地域(高山市・下呂市・飛騨市)の現状

平成22年8月現在の利用者529名中

医療処置の必要な利用者

- 胃瘻、腸瘻……………60人
- 尿管留置……………60人
- 在宅酸素療法……………38人
- 褥瘡処置……………23人
- 点滴、注射等……………23人

重度利用者

- がん末期(疼痛管理)……………12人
- 延病(パーキンソン病等)……………11人

## 社団法人 岐阜県看護協会 訪問看護ステーション 平成20年度 実績

	設立	利用者数 (人)	訪問回数 (回)	職員数 (人)
高山	H 6. 4. 1	1,195	7,318	15
高山第二	H15. 6. 1	1,176	6,498	11
各務原	H12. 2. 1	757	5,543	9
下呂	H11. 7. 1	1,172	6,297	10
古川	H13. 6. 1	1,241	7,162	12
金山サテライト	H21. 2. 1	49	225	3
上笠サテライト	H17. 2. 1	320	2,346	3
合計		5,910	35,389	63



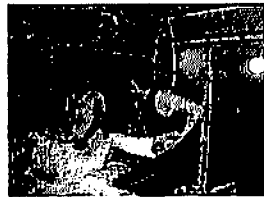
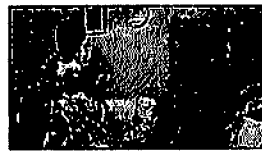
## 重度障害児 への訪問

4歳 男児  
病名 筋ジストロフィー

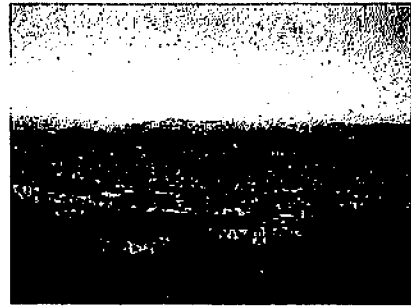


理学療法士  
によるリハビリ

入浴介助



## 乗鞍の山を見ながら死にたい



緩和ケア

在宅医療制度・関連法規



平成21年度介護報酬改正項目  
介護従事者への専門性への評価・定着促進

1. 訪問系サービス(訪問看護・訪問介護・訪問入浴等)  
有資格者(介護福祉士)が一定の割合以上いる  
3年以上の勤続年数のある者が一定割合いる  
一定の研修を実施している
2. 通所系サービス(デイサービス、通所リハ)  
有資格者(介護福祉士)が一定の割合以上いる  
3年以上の勤続年数のある者が一定割合いる
3. 施設・居住系サービス(特養、老健、グループホーム)  
有資格者(介護福祉士)が一定の割合以上いる  
3年以上の勤続年数のある者が一定割合いる  
常勤職員が一定割合以上いる

平成22年度 診療報酬改定

概要  
 全体改定率…… +0.19% 約700億円  
 診療報酬(本体)… 1.55% 約5,700億円  
 10年ぶりのプラス改定  
 入院…… +3.3%  
 外来…… +0.31%  
 急性期入院医療に手厚い分配  
 医師・看護師不足の為

重点課題への対応

- 救急、産科、小児、外科等の医療の再建
- ・ 地域連携による救急患者の受け入れの推進
  - ・ 小児、妊産婦、新生児等の救急搬送を担う医師の評価
  - ・ 急性期後の受け皿としての後方病床、在宅療養の機能強化
  - ・ 手術の適正評価
- 病院勤務医の負担の軽減 (医療従事者の増員に努める支援)
- ・ 入院医療の充実を図る観点からの評価
  - ・ 医師の業務軽減を行なう取り組みに対する評価
  - ・ 地域の医療機関の連携に対する評価
  - ・ 医療、介護関係職種の連携に対する評価

在宅医療の評価

- 住診料 650点 ⇨ 720点
- 小児に対する在宅医療の評価
- 新在宅患者訪問診療料 乳幼児加算………200点
  - 新退院前在宅療養指導管理料 乳幼児加算……200点
- 在宅療養支援病院の拡大
- 在宅移行早期加算………100点

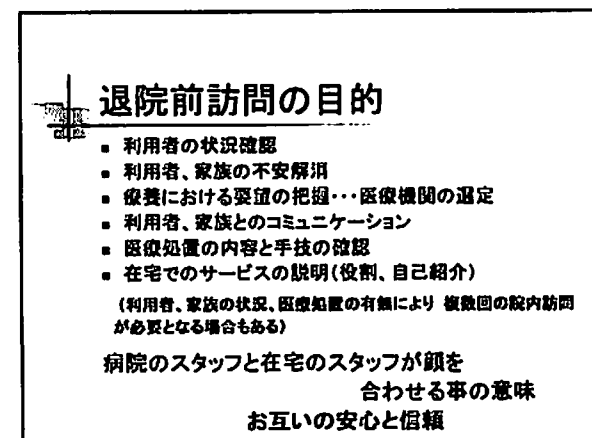
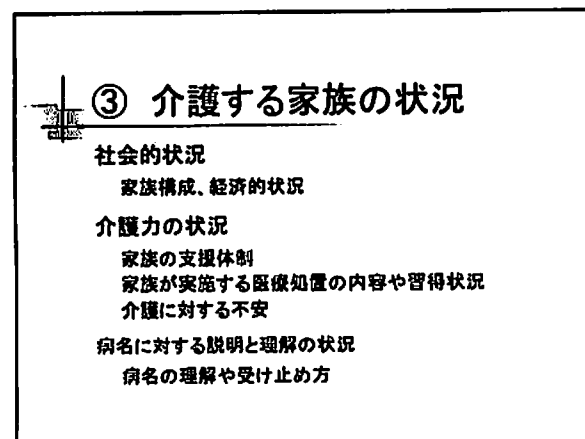
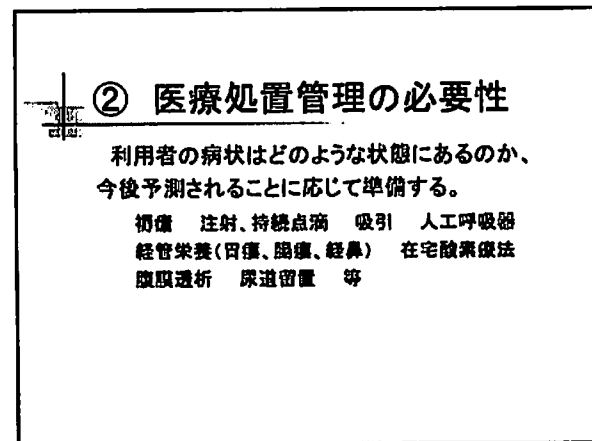
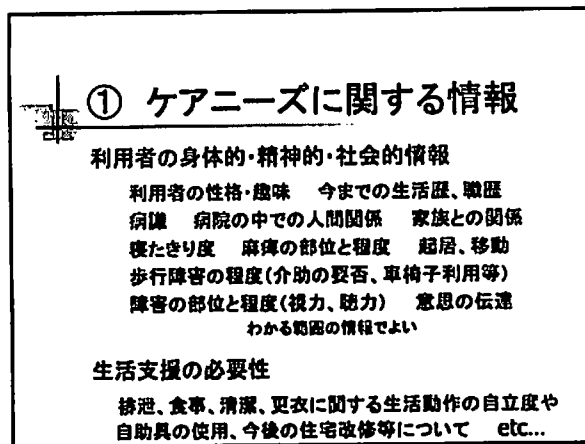
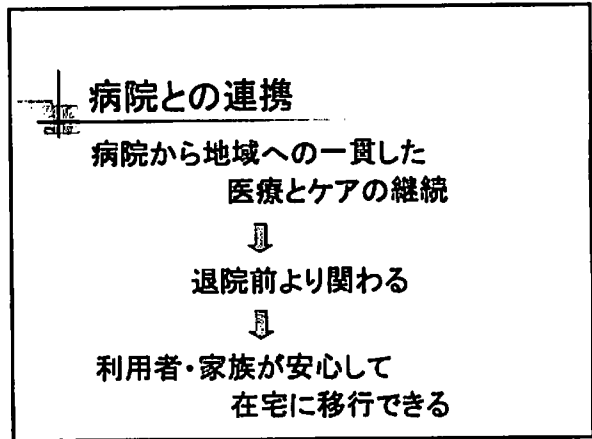
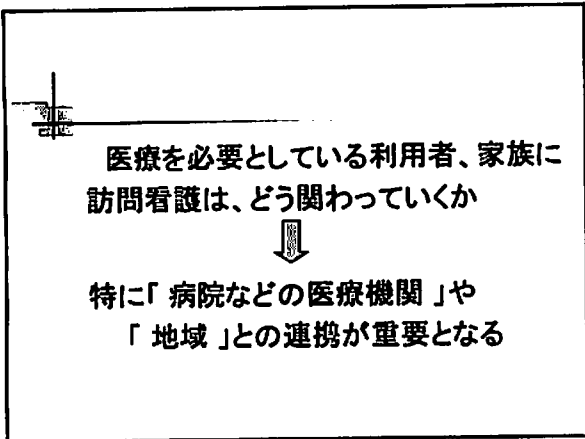
介護支援連携指導料

入院中から介護支援事業所等のケアマネジャーと連携し、退院後のケアプラン作成に繋げる事に対する評価

- 新 介護支援連携指導料………300点(入院中2回)

医師または医師の指示を受けた看護師等がケアマネジャーと共同して、サービスの調整を行なった場合に評価  
 この事により、ケアマネジャーが病院の医師・看護師等と連携が取りやすくなり、病院に向く事が増えるかも?  
 ケアマネさん引っ張りだこに?

医療機関との連携



## 在宅ケアにおける今後の課題

## 今後の課題

- 認知症ケア
- 在宅・施設における看取りのケア
- 医療依存度の高い方のサービス利用
- 新たな住まいの問題

## まとめ

医療依存度の高い方でも、在宅療養に不安を抱く方でも、病院や地域スタッフとの顔の見える連携を行なうことにより、住み慣れた自宅での生活が可能となる





朝日新聞名古屋本社  
電話: 052-231-8122 231-8123  
FAX: 052-231-8122 www.asahi.com

ASAHI  
0120-33-0843



### 県看護協会訪問看護ステーション統括所長 野崎加世子さん (51)

◆道、人、そして日々患者さんへ

病気になるって住み慣れた  
わが家で暮らしたい。そんな  
願いに応えてくれるのが訪問  
診療であり、訪問看護だ。看  
護学校を出て、岐阜市民病院  
で看護師になった。そのまま  
訪問に働けていたら、訪問看  
護など考えなかったかもしれ  
ない。だが、夫の転勤で高山  
市へ引っ越し、再就職で苦勞  
した後、開業医のもとへ。往  
診に付いて回る中、思わぬ  
「出会い」があった。

末期がんとわかった84歳の  
男性が「星の上で死にたい」と  
病院から家に戻られた。ホ  
スピスの考えはまだ広がって  
いなかったけど、「ご家族はお  
気持ちを受け入れた。帰った  
その日、男性は趣味の盆栽の  
手入れをされたんです。体は  
衰弱してはいたはずなのに。部  
活が忙しくて病院には見舞い  
に来られなかった中学生の孫

# ピンチ\*チャンス

## 「最期まで自宅」支えたい



のさき・かよこ 57年、郡上市八幡町生まれ。郡上高校から岐阜市立看護専門学校へ。岐阜市民病院で看護師になり、8年間勤務。84年、県看護協会立の初めての訪問看護ステーションの初代所長に。現在、県内5カ所の訪問看護ステーションを統括している。



19歳 初めての看護実習を前に、おごがれのナースキャップをかぶった真横式(たいほうしき)の日の記念スナップ。ナイチンゲールの言葉を胸に、看護の道を歩んでいくことを誓った。看護の仕事への誇りや希望が胸がいっぱいだった。

は「じいちゃんが帰ってき  
たと大喜び。2週間後、家  
族に見守られ、亡くなった。  
その時、思い出したのは、  
私の祖母が死んだ時のこと。  
布団の周りにみんな集まっ  
て、末期の水を口に運んだ。  
ああ、あれは幸せなことだ  
たんだよ。在宅支援の  
仕事をしたいと思った。で  
も、当時は訪問看護に診療報  
酬はつかず、そのまま開業医  
で働くことはできなかった。

仕事を辞め、市の健診を手  
伝うアルバイトをした。保健  
師の訪問指導が、やりたい仕  
事に近いと考えたからだ。し  
ばらくして訪問看護師養成講  
習会が高山市で開かれた。講  
習後、県看護協会から、県内

初の協会立訪問看護ステーションの仕事を打診された。訪問看護を地域で受け入れてもらうこと必死。費が5000円と始めたのに、最初の2年は、24時間受け付ける仕事の携帯電話は私だけが持っていた。風呂にも携帯電話を持ち、寝ている時も鳴っている気がした。なのに赤字は消えない。ストレスから軽いうつ状態になった。仕事を続けられなかったのは、患者さんご家族からパワーをもらえなかったから。訪問先では「待つことたくさん」と笑顔で迎えてもらえた。

高山の二つの大きな病院から訪問先を紹介してもらって  
いたのに、98、99年に相次いで二つの病院に訪問看護ステーションができた。医師のいない、看護師中心の訪問看護ステーションは、厳しい立場に置かれた。介護事業者の参入もあった。  
生き残れるかどうか。でも事業範囲を広げるのではなく、あえて訪問看護を中心にした事業展開を考えた。訪問看護は在宅に絶対に必要。確信はありました。ですから訪問看護に集中したかった。在宅のためには病気の予防も必要。看護師によるチェックは欠かせないはずなんです。  
昨年、東京で講義と実習を半年間受け、訪問看護認定看護師の資格を取った。日本全  
国で35人しかいない。県内ではただ一人。訪問看護のまさにスペシャリストになったが、好きだった訪問看護の現場からは少し遠のいた。  
今は、若い看護師の報告を聞くのが楽しみ。「家族みんなに手を握られてくぐらなりましたよ」と。訪問看護のすばらしさを若い看護師さんたちに知ってほしい。親類の看護で疲れ、バーンアウト(消耗)してしまつた看護師さんには特に。看護の仕事が改めて好きになれるはず。  
どの地域にいても訪問看護を受けられるようにしたい。その夢に近づいているという手応えを実感する毎日だ。

(聞き手・中沢一穂)



勇美記念財団助成事業研修会アンケート  
「在宅で医療を必要とする人のためにケアマネができること」

配布 92 枚      回収 77 枚      回収率 (83%)

1、あなたの年代をお聞きします。(集計 77 名)

20 歳代 (1 名)	40 歳代 (32 名)	60 歳代 (6 名)
30 歳代 (1 名)	50 歳代 (27 名)	70 歳代 (0 名)

2、ケアマネジャーの登録時の法定資格をお聞きします。(集計 77)

介護福祉士 (23 名)	社会福祉士 (5 名)
保・助・看 (45 名)	理学・作業・言語療法士 (なし)
医・歯科 (なし)	介護福祉士と看護師のダブル (1 名)
栄養士 (1 名)	その他 (1 名)
歯科衛生士 (1 名)	

3、あなたの現在の仕事内容についてお聞きします。(集計 77 名)

1、ケアマネ (67 名)

①やりがいを感じている	(1 名)
②どちらかといえばある	(30 名)
③どちらかといえばない	(18 名)
④記録なし	(18 名)

2、実務経験なし (6 名)

- ・病院勤務のため
- ・もとの法定資格で施設に勤めているため
- ・これから立ちあげたい

3、実務経験したことあるが途中で仕事を止めた (2 名)

4、初めから、資格のみ取得するつもりであった (2 名)

ケアマネの経験年数（67名）

1年・・・8名	5年・・・5名	9年・・・3名
2年・・・3名	6年・・・9名	10年・・・19名
3年・・・5名	7年・・・4名	
4年・・・8名	8年・・・1名	

4、本日の研修会についてお聞きしま

1、研修全体について（77名）

満足（59名） 普通（18名） 不満足（0名）

2、Ⅰ事例発表について77名）

満足（58名） 普通（19名） 不満足（0名）

3、Ⅱマネジメントについて

満足（46名） 普通（29名） 不満足（0名） 記録ナシ(2名)

4、Ⅲ講演会について（77名）

満足（61名） 普通（12名） 不満足（1名） 記録ナシ(2名)

不満の内容・・・講演会の時間が短い

もっと時間を取っていただくとよかった。

その他の意見

- ①地域包括センターとして大変参考になりました。
- ②日赤の退院連携の仕組みや実態は普段あまり聞けないので大変良かった。
- ③とても参考になりました。  
これからもこのような研修会を継続していただきたい。
- ④今まで在宅医療を必要とする人のマネジメントについて改めて考えることがなかったのでとても良い機会を得られました。  
今後も実情に応じて在宅医療を考える研修を望みます。
- ⑤良い機会を設けていただきありがとうございました。大変勉強になりました。
- ⑥もっと身近な事例を・・・。
- ⑦ただ、聞くだけでなくグループワークがあり他の方の意見が聞けて勉強になった。
- ⑧グループワークがあり良かった。
- ⑨とてもよかった。このような、研修の場があるといい。

行事・催し

◇兵庫編まつり 26日前  
10、下呂市の下呂交流会館、深山臨川州会主催。同市や各務原市、岐阜市、郡上市など、学生や市民らが、個人や仲間同士でひいこの成果を披露する。観覧無料。

◇ルバーブジャムを作る  
28日前10、下呂市萩原町の南ひだ健康福祉。ハーブの仲間「ルバーブ」を収穫してジャムを作る。瓶に詰めて持ち帰る。参加費600円。定員24人。事前予約が必要。◎南ひだ健康福祉◎0576(55)0010。

◇グループケア 28日後  
1・30、後3・30、高山市丹生川町細越のマンタひろば。家族などを「手伝った人たちの語り合ひや不安を和らげるお茶提供等。参加料200円。◎グループケア担当の加藤麻子さん◎080(3)306(3)850。

◇高山カニオク愛好会発表会 28日後1・30、高山市民文化会館。飛騨地方の約30人の会員が日頃の練習成果を披露する。会員はよま高山県南陽市五箇山のこまじい陣みや、二人羽織といった個性的なマントラクションもある。入場無料。発表会は今年で28回目。中日本新聞社主催。

◇福引「秋葉&田んぼ」  
ンサート 10月2日後1、下呂市萩原町菅田の水田。NPO法人「福」のりゅう

の贈呈券(チラシ)主催。地場産「山の下米」の福引の福引りやばを届けを体験。参加無料。場所など問い合わせは、同NPO法人◎0577(6)54(1)801。

◇フリーマーケットより  
フォーム製品フェア 10月17日前10、高山市校所粗大(み)を再生して安価で提供するリフォーム製品フェアと不用になった洋服などを並べるフリーマーケットを開く。フリーマーケット出店者も募集している。無料。申し込めば16日まで。◎市水産資源再生協議会◎0577(3)1388。

◇人形劇「コトサト」  
10月2、下呂市小坂町の海星小学校体育館。小坂家庭教育センター主催。人形劇団・京香による「瀬水海賊キヤンペイン・クン」。

◎入場料は500円(保育園年少児以上)。◎市社会福祉協議会小坂支部◎0577(6)0088。

◇ロシンのCOFFINサー  
ト 27日後7・30、高山市図書館「俊章館」。ストラピンスキーやモントロフなどロシア作曲家が手掛けた作品を鑑賞する。参加無料。◎俊章館◎0577(6)0088。

◇在留医療研究会 25日

後1・30、高山市の飛騨・世界生活文化センター。「在宅で医療を体験する人のためにケアマネができること」をテーマに、ひだ訪問看護ステーションの声田実恵子所長が事例発表。県看護協会訪問看護ステーションの野崎加世子所長の講演もある。無料。◎NPO法人ルビナスの細井さん◎0577(3)5818。



## 事業を終えた感想

実態調査は研修企画に反映するのが目的でしたが、医師会においても会長との面談はできませんでした。あいさつ程度となり往診医の統計はなく在宅医療の実態はつかめませんでした。また、2 総合病院の関係者との調整に相当の時間を要することになり、前半は苦戦しました。

それでもお陰さまで、何とか研修会の実施にこぎつけることができ、結果としては当法人にとっても意義があったと思います。当初は次年度の計画もありましたが、残念ながら2年目の企画はしませんでした。本当にお世話になり、ありがとうございました。

報告者：細井恵子