

2009（平成 21）年度在宅医療助成指定公募（後期）
「ケアマネジャーを対象とした在宅医療の研修を希望する
グループ及び団体」完了報告書

（テーマ）

「介護支援専門員の在宅医療ケアの知識向上の
ための研修会開催事業」

（申請者名）

鷺見よしみ

（所属機関・職名）

一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事

（所属機関所在地）

〒101-0052

東京都千代田区神田小川町 1-11 金子ビル 2 階

TEL : 03-3518-0777 FAX : 03-3518-0778

（提出年月日）

平成 23 年 2 月 28 日

1. 事業実施目的

(1) 背景

急速に進行する高齢化社会の中で、高齢者が尊厳を持ってその人らしく生活できるように支援することを目的に、平成 12 年に新たな社会保障制度として介護保険制度が始まり、来年で 10 年を迎える。高齢者が自立して安心・安全な暮らしを続けるためには、在宅での支えが非常に重要であり、在宅医療・在宅介護がバランス良く提供されることが必要である。その中で、利用者の自立を支援する介護支援専門員は、在宅生活を継続する上で必要な医療・保健・福祉サービスとの架け橋、ともすれば利用者の代弁者となり、各分野との連携を図る事で、利用者本意のケアマネジメントを遂行するための中心的役割を担う事となる。

しかし、介護支援専門員の資格取得に必要な実務経験の対象資格は、医療・保健・福祉の複数から選択できるため、保有する基礎資格により各分野の知識・技術の深さが異なる現状があることと、介護支援専門員の多くは医療的知識をより深く習得したいという傾向がある。

(2) 企画

前述の(1)背景より、利用者の自立支援を行うためのケアマネジメントを過不足なく適切に行うためには、介護支援専門員が、医療・保健・福祉の幅広い知識と技術を持ち、各分野のサービスと連携を図り、利用者にあったケアプランの作成、実行が出来るスキルを習得することで、利用者本意のケアマネジメントを実施し、利用者が尊厳を持ってその人らしく生活することを支援できると考え、本事業においては次の2点を目的に企画する。

- ①介護支援専門員に対して、適切なケアマネジメントを行う際に、各サービスとの架け橋（つなぎ役）としての役割と視点の理解（気づき）を促す。
- ②特に連携が困難とされている医療分野との連携について、地域で取組むために必要な体制・システムについて検討し相互理解を行う。

(3) 期待される効果等

在宅医療と介護の連携を密に行うための検討と相互理解を各地域で実施することにより、医療・保健・福祉の連携における介護支援専門員の役割の再認識と、利用者を支えるための各分野の連携のあり方と、望ましい地域ケア体制づくりについて相互及び共通に理解し、目標にすることで、利用者の尊厳ある自立した生活を地域により効果的に行えることが期待される。

2. 事業実施体制

本助成事業は、以下の検討委員会が主体となり実施された。

	氏名	所属
	小峰 良子	東京都介護福祉士会コア 管理者
	齊藤 学	社会福祉法人日本医療伝道会 介護老人福祉施設 衣笠ホーム 施設長
	鷺見 よしみ	一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事
	土岐 浩一郎	特別養護老人ホーム弘前静光園 施設長
	濱田 和則	一般社団法人日本介護支援専門員協会 副会長
◎	福田 弘子	社団法人大阪介護支援専門員協会 事務局次長 研修センター部長
	望月 マリ子	安芸地区医師会居宅介護支援事業所 介護支援専門員
	山本 明芳	一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事

※50音順 ◎は委員長 所属は就任当時

3. 検討の経緯

(1) 担当役員、並びに常任理事打合せ会で、研修実施について報告・協議

- ①平成 21 年度第 12 回常任理事打合せ会（平成 22 年 3 月 19 日）
- ②平成 22 年度第 4 回常任理事打合せ会（平成 22 年 7 月 9 日）
- ③平成 22 年度第 5 回常任理事打合せ会（平成 22 年 8 月 8 日）

(2) 理事会・総会で報告

- ①平成 22 年度第 1 回理事会（平成 22 年 5 月 14 日）
- ②一般社団法人日本介護支援専門員協会第 2 回社員総会（平成 22 年 5 月 30 日）

(3) 事務局長会議において、ブロック研修会の開催と合わせて検討依頼

- ①平成 22 年度第 1 回事務局長会議（平成 22 年 7 月 23 日）

当協会の平成 22 年度ブロック研修会において、各ブロックにおける研修内容が「医療連携」在宅医療推進に関わる内容の場合には、本助成事業に関連して費用を支給し、効果測定を行ってもらうこととした。

※一般社団法人日本介護支援専門員協会 ブロック一覧

ブロック名	ブロック構成支部	対象
北海道ブロック	北海道	○
東北ブロック	青森県、岩手県、宮城県、秋田県、 山形県、福島県	
北関東ブロック	茨城県、栃木県、群馬県	
南関東ブロック	埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県	
甲信越ブロック	山梨県、長野県	
北陸ブロック	富山県、石川県、福井県	○
東海ブロック	静岡県、愛知県、岐阜県、三重県	
近畿ブロック	滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、 奈良県、和歌山県	
中国ブロック	島根県、広島県、山口県	○
四国ブロック	徳島県、香川県、高知県、	
九州・沖縄ブロック	福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、 大分県、鹿児島県、沖縄県	
*支部未設置県	新潟県、愛媛県、鳥取県、岡山県	

(4) 委員会の開催

①第1回委員会

日程 : 平成22年10月14日(木) 10:00~12:30

会場 : 情報オアシス2階 オアシス5

(東京都千代田区神田須田町1-2-7 2階)

議題 : (1) 具体的な企画について

(2) 今後のスケジュールについて

(3) その他

②第2回委員会

- 日程 : 平成22年11月29日(月) 18:00~20:00
会場 : 情報オアシス2階 オアシス5
(東京都千代田区神田須田町1-2-7 2階)
議題 : (1) 北海道ブロック研修会について
(2) 北陸ブロック研修会について
(3) 中国ブロック研修会について
(4) 今後のスケジュールについて
(5) その他

③第3回委員会

- 日程 : 平成23年2月1日(火) 17:30~19:30
会場 : 情報オアシス2階 オアシス5
(東京都千代田区神田須田町1-2-7 2階)
議題 : (1) 事業完了報告書について
(2) その他



4. 研修会の実施

(1) 北海道ブロック研修会

- テーマ : 「医療と介護の多職種連携をめざして～がん在宅医療の現場から」
「医療・介護の地域連携」
- 会場 : 道新コミュニティホール (帯広市)
- 日程 : 平成 22 年 10 月 23 日 (土)
- 14 : 15～15 : 30 講演「医療と介護の多職種連携をめざして～がん在宅医療の現場から」
- 15 : 45～17 : 20 シンポジウム「医療・介護の地域連携」
- ・「釧路の地域連携の取り組み」
 - ・「医療・介護・福祉分野の従事者を対象としたタウンミーティングについて」
 - ・「北見市の地域における他職種連携活動」
 - ・「帯広市における医療・介護の地域連携」

(2) 北陸ブロック研修会

- テーマ : 「看取りにおけるケアマネジャーの役割」
- 会場 : 石川県地場産業振興センター本館 大ホール (金沢市)
- 日程 : 平成 22 年 11 月 20 日 (土)
- 10 : 15～10 : 45 報告「日本介護支援専門員協会活動報告」
- 10 : 45～12 : 15 講演「住み慣れた場所で死ぬためのコツと考え方」
- 13 : 30～15 : 50 シンポジウム「看取りを実践して」～それぞれの現場からの実践報告と問題提起～

(3) 中国ブロック研修会

- テーマ : 「医療と介護の連携のための疾患別ケアマネジメント基礎講座」
- 会場 : いきいきプラザ島根 403 研修室 (松江市)
- 日程 : 平成 23 年 1 月 10 日 (月・祝日)
- 10 : 05～11 : 00 講義 1「医療と介護の連携」
- 11 : 00～12 : 30 講義 2「脳卒中 診断と治療・医療と介護の連携」
- 13 : 30～14 : 30 講義 3「脳血管障害の利用者へのケアマネジメントの基本」
- 14 : 30～15 : 30 演習
- 15 : 30～16 : 00 まとめ

5. 研修会の効果

各研修会でアンケートを実施し、介護支援専門員の在宅医療ケアの知識向上のための研修の満足度や効果を調査した。

(1) アンケート調査票

本研修会は、財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の「介護支援専門員の在宅医療ケアの知識向上のための研修会開催事業」より費用の一部の助成を受けて開催しています。
今後より良い研修会を企画運営するために、以下のアンケートへのご協力をお願い申し上げます。

1. あなたご自身のことについてお聞きします。

(1) 都道府県	都・道・府・県			(2) 性別		男性	女性
(3) 年代	20代	30代	40代	50代	60代	70代以上	
(4) 保有資格（当てはまるもの全てに○をお付けください）	医師		准看護師		介護福祉士		柔道整復師
	歯科医師		理学療法士		義肢装具士		栄養士 (管理栄養士含む)
	薬剤師		作業療法士		視能訓練士		訪問介護員
	保健師		言語聴覚士		歯科衛生士		その他 ()
	助産師		社会福祉士		あん摩・ マッサージ指圧師		
看護師		精神保健福祉士		はり師・きゅう師			
(5) 介護支援専門員の実務年数	1年未満	1年以上 3年未満	3年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上	実務経験無し	
(6) 介護支援専門員研修の受講歴（当てはまるもの全てに○をお付けください）	実務従事者基礎研修			主任介護支援専門員研修			
	介護支援専門員専門研修Ⅰ			更新研修・再研修			
	介護支援専門員専門研修Ⅱ			いずれも受講していない			
(7) ご勤務先種別	居宅介護支援事業所		特定施設入居者生活介護		行政		
	地域包括支援センター		介護老人福祉施設		その他		
	認知症対応型共同生活介護		介護老人保健施設		()		
	小規模多機能型居宅介護		介護療養型医療施設		現在、介護支援専門員の業務に就いていない		
(8) ご勤務先での就業形態	常勤専従	非常勤専従	(9) ご勤務先での職位		管理者	非管理者	
	常勤兼務	非常勤兼務					

2. 研修会についてお聞きします。

(1) 今回の研修会は今後の業務の役に立ちそうですか。右の選択肢よりお選びください。	とても役に立つと思う	そこそそ役に立つと思う	あまり役に立たないと思う	まったく役に立たないと思う
その理由をお聞かせください。				
(2) 在宅連携の難しさについて、あなたのお考えをお聞かせください。				
(3) 今後学びたい知識がございましたら、お聞かせください。				
(4) その他、今後の要望等がございましたら、お聞かせください。				

これでアンケートは終了です。ご協力ありがとうございました。
ご記入いただいたアンケートは会場にてご提出ください。なお、お時間の都合等でご提出が出来ない場合は、お手数ですがFAXにて一般社団法人日本介護支援専門員協会 事務局（03-3518-0778）までお送りください。

財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
「介護支援専門員の在宅医療ケアの知識向上のための研修会開催事業」

(2) アンケート調査結果

参加者数 及び 回収数

	参加者数		回収数		
	人	%	枚	縦%	横%
北海道	91	22.7%	62	38.5%	68.1%
北陸	210	52.4%	34	21.2%	16.2%
中国	100	24.9%	65	10.4%	65.0%
合計	401	100.0%	161	100.0%	40.1%

①回答者自身について

・性別

	人	%		人	%
男性	23	14.3%	不明	9	5.6%
女性	129	80.1%	合計	161	100.0%

・年代

	人	%		人	%
20代	2	1.2%	60代	5	3.1%
30代	36	22.4%	70代以上	1	0.6%
40代	58	36.0%	不明	1	0.6%
50代	58	36.0%	合計	161	100.0%

・保有資格（複数回答）

	人	%		人	%
医師	1	0.6%	精神保健 福祉士	6	3.7%
歯科医師	0	0.0%	介護福祉士	87	54.0%
薬剤師	1	0.6%	義肢装具士	0	0.0%
保健師	7	4.3%	視能訓練士	0	0.0%
助産師	1	0.6%	歯科衛生士	6	3.7%
看護師	30	18.6%	あん摩・ マッサージ 指圧師	1	0.6%
准看護師	11	6.8%	はり・ きゅう	0	0.0%
理学療法士	0	0.0%	柔道整復師	0	0.0%
作業療法士	1	0.6%	栄養士	1	0.6%
言語聴覚士	0	0.0%	訪問介護員	14	8.7%
社会福祉士	26	16.1%	その他	11	6.2%
			回収数	161	-

(その他の回答、50音順)

- ・社会福祉主事（社会福祉主事任用）
- ・第三者評価事業評価者
- ・相談援助職

・介護支援専門員の実務年数

	人	%		人	%
1年未満	5	3.1%	10年以上	28	17.4%
1年～3年	21	13.0%	経験無し	8	5.0%
3年～5年	41	25.5%	不明	8	5.0%
5年～10年	50	31.1%	合計	161	100.0%

・介護支援専門員研修の受講歴（複数回答）

	人	%
実務従事者基礎研修	94	58.4%
介護支援専門員専門研修Ⅰ	108	67.1%
介護支援専門員専門研修Ⅱ	100	62.1%
主任介護支援専門員研修	52	32.3%
更新研修・再研修	62	38.5%
いずれも受講していない	4	2.5%
回収数	161	-

・勤務先種別

	人	%
居宅介護支援事業所	101	62.7%
地域包括支援センター	24	14.9%
認知症対応型共同生活介護	5	3.1%
小規模多機能型居宅介護	6	3.7%
特定施設入居者生活介護	2	1.2%
介護老人福祉施設	5	3.1%
介護老人保健施設	7	4.3%
介護療養型医療施設	1	0.6%
行政	2	1.2%
その他	3	1.9%
非現任	2	1.2%
不明	3	1.9%
合計	161	100.0%

(その他の回答、50音順)

- ・在宅介護支援センター
- ・訪問看護兼務
- ・病院兼務
- ・マッサージ治療院

・勤務先での就業形態

	人	%		人	%
常勤専従	98	60.9%	非常勤兼務	5	3.1%
常勤兼務	40	24.8%	不明	10	6.2%
非常勤専従	8	5.0%	合計	161	100.0%

・勤務先での職位

	人	%		人	%
管理者	62	38.5%	不明	23	14.3%
非管理者	76	47.2%	合計	161	100.0%

②研修会について

・今回の研修会は今後の業務の役に立ちそうか

		北海道	北陸	中国	合計	
とても役に立つと思う	人	39	22	49	109	67.7%
	%	61.3%	64.7%	75.4%		
そこそ役に立つと思う	人	16	8	12	36	22.4%
	%	25.8%	23.5%	18.5%		
あまり役に立たないと思う	人	0	1	0	1	0.6%
	%	0.0%	2.9%	0.0%		
まったく役に立たないと思う	人	0	0	0	0	0.0%
	%	0.0%	0.0%	0.0%		
不明	人	8	3	4	15	9.3%
	%	12.9%	8.8%	6.2%		
合計	人	62	34	65	161	100.0%
	%	100.0%	100.0%	100.0%		

「とても役に立つと思う」理由

(北海道)

- 1) 痛みのコントロールが可能であれば医療も大切だが、その人の生活を支える意味で介護と本人の思いを大切に方向性を決めていく再認識ができた。
- 2) 医療連携を強化しなければと痛感。
- 3) 帯広でも“ていむすの会”を発送したので、今後の活動に大変参考になった。
- 4) 介護職のため医師との連携が難しく苦手分野でしたので、頑張りたいと思いました。
- 5) 各地域の実状を理解できた。
- 6) 各地での取組みが理解出来、刺激を受けた。具体的な内容で解りやすかった。

- 7) 急性期若しくは維持期より退院→在宅という流れがあるが、社会資源の量及び質に疑問を感じるところがある。体制整備は5~10年先を見るだけで急務あるため、大変参考にさせていただきました。
- 8) 現在ガン患者さんに携わっているため、勉強になった。
- 9) 研修会で医師から介護保険について話を聞いてよかった。
- 10) 今度転職し、地域包括支援センターへ移る予定です。継続的包括的ケアの推進につなげたい。
- 11) 在宅療養に自身の知識不足から抵抗感を感じていたのですが、本人へのメリットやDr.と一緒に考えていけば良いんだと、少し肩の荷がおりました。
- 12) 在宅を実現するための困難・弊害を乗り越えて、希望の持てる活躍を知ることができた。
- 13) 様々な地域の取組みを聞くことができて、参考になった。
- 14) 主任介護支援専門員の医療ネットワーク作りをしている所なので…。
- 15) 住んでいる地域の実践例を聞くことができたので、参考になりました。
- 16) 生活の視点に立つ支援を行っていると視野が狭くなりがちになる。他の地域の現状を知ることで、できる資源を有効に使う意識付けになった。
- 17) ターミナル期における多職種連携についての知識を学ぶことができてよかった。色々な地域が実践している連携方法を知ることができ、参考になった。
- 18) ターミナルケアは年に数件受け持つ機会がありますが、急変等になるとどうしても入院に直行状態だったので、どうマネジメントすべきかが分かりました。
- 19) ターミナルについて理解が深まりました。各市の取組みについても勉強になりました。
- 20) ターミナルの方にタイムリーに係わる必要性を説明していただいたこと。
- 21) 多職種の情報支援・共有が必要不可欠と感ずるため。
- 22) 多職種の連携の大切さを改めて認識できた。他の地域でも同じような悩みを抱えていることを知ることができた。
- 23) 地域の特長や工夫が良く判った。
- 24) 道東、道央地域でのそれぞれの活動の状況がよく分かった。
- 25) 日常業務で連携の必要性に迫られているので。
- 26) 末期癌の急激に状態が落ちていくこと。早く対応するコツ等を知ることができた。
- 27) 山下先生の講演が大変勉強になりました。
- 28) 山下先生の講演に元気をいただきました！他、遠くから皆さんが日々頑張っている話や話を聞けました。

- 29) 連携について、どの地域も多職種が必要と感じており、今後どう進めていったら良いか、考えるきっかけになった。
- 30) 連携の方法を知ることができた。

(北陸)

- 1) 新しい情報を得て、自身の業務の見直しができます。
- 2) 介護・医療ともに、看取りに対しての理解が足りないため。
- 3) 家族や本人が最期の看取りで迷った時の参考になった。
- 4) ケアマネにとって看取りの問題は避けて通れないことだと、今回参加して強く感じる事ができた。
- 5) 経験が浅く迷うことばかりで、仕事についての方向性を見失うこと多々あり・・・日々悩んでいます。
- 6) これからも利用者様・家族様の希望に沿った、住み慣れた場所での生活を支援していきたいと思います。
- 7) 今後在宅が中心になると思う。
- 8) 在宅・要介護5・独居の方、最期まで見てあげたい。
- 9) ターミナルを迎えるに当たり、考え方を聞け良かった。
- 10) 日頃の不安を払拭でき、やる気がでた。
- 11) 看取りというものに多くの者が関わっていないのが現状。色々な施設・事業所の良い点・問題点を考慮しながら、自分たちの施設に活かしたい。
- 12) 看取りについて分からないことが多く、研修を受けたいと考えておりました。
- 13) 看取りのケアマネジャーのスタンス（温度）が理解できた。
- 14) 老健において看取りは大きな課題である。
- 15) 鉦先生のお話で、ケアマネとしてターミナルに関わっていく意識の再確認ができた。

(中国)

- 1) アセスメントをする上で、原因を知ること。何故できないのか、できなくなったのか?!を知ることが大切。病気から・・・?
- 2) 新しい治療等に対するお話が大変役に立ったと思います。
- 3) 医学的知識があればあるだけプラスになる。自身のスキルアップにつながると共に、利用者・家族に対しても助言量が増える。
- 4) 医師からの具体的な指摘・意見がもたらえた。
- 5) 医師の立場から分かりやすい説明がとても良かったです。Dr. にしろケアマネにしろ、結局は出会いが肝心ですね。

- 6) 今まで、状態変化があった時に主治医へ変化している様子の報告をしていたが、報告することが目的になっていて、その様子から医師からどういった情報を貰おうという気持ちに欠けていたように思った。
- 7) 医療知識は、機会があるごとに学習し、最新の知識を持つことが大切と思う。
- 8) 医療的な知識が不足している部分で、一疾患ではあったが分かりやすく説明していただき、理解できたと思うから。
- 9) 医療についての知識が自分でも不足していると感じており、今日の研修は分かりやすい説明で、新たに知識を深めることができた。
- 10) 医療の基礎がわかりやすく説明を受けられた。
- 11) 医療の情報がわかりやすかった。支援のポイントが良かった。
- 12) 医療の知識の確認。生活障害度が分かって良かった。
- 13) 因果関係の可能性を、豊富な知識を持つことでより早く意向と考え合わせて、生活の維持につながることを再認識した。
- 14) 関わることの多い疾患について、なぜこうだからこうなるのか？ということを知るだけでも良かった。アセスメントのコツを、改めて知れた。病院との付き合い方・連携にもポイントがあった。
- 15) 機能低下や介護量の増大の原因を探らずに変更申請やただサービスを増やすことで対応を普段していたことに気付きました。
- 16) 基本的なことを振り返ることができました。
- 17) 具体的な話が聞けた。話し合いができた。
- 18) 経験が浅く、今後色々なケースに参考になる。
- 19) 講義・演習が充実していた。
- 20) 講師の説明が分かりやすかった。本がステージ別になっていて見やすかった。
- 21) 細かな説明で分かりやすかった。
- 22) これまで Dr. にどんな質問をし、何を伝えればいいのか良く分からずにいたが、ポイントを教えてもらった。
- 23) 今回は脳血管疾患についてだったが、テキストもあり、医療・介護の連携の仕方等分かりやすかった。
- 24) 今後の考え方・視点に役に立った。
- 25) 自身のマネジメントの振り返りになる。
- 26) 疾患に関する正しい知識や理解に欠けていたと思う。
- 27) 実際の事例（利用者）を思い浮かべながら学ぶことができ、とても分かりやすかったです。曖昧な知識が明確になりました。
- 28) 自分の知識の習得、医療の状態などについて再確認できた。
- 29) 主治医との連携において、ケアステージ別に主治医に報告する内容や、主治医から何う内容が異なってくることを。

- 30) 状態の変化が起きた時、なぜそうなったかを考えていくということの大切さを改めて確認できた。
- 31) 情報を回す≠共有ということが分かったから。
- 32) テキストが良いと思う。特に「生活障害度」というスケールは分かりやすいし、今後普及して欲しいと思う。
- 33) 特に松嶋先生のお話が良かったです。
- 34) とても分かりやすいお話で良かったです。
- 35) どの講義もとても分かりやすく丁寧で良かった。特に、演習前の錦織さんのお話も良く、演習も短時間ですが良かったと思います。
- 36) 脳血管障害の今日の治療がよく分かりました。
- 37) 脳血管障害の細かいところまで学ばせてもらった。
- 38) 脳血管 - 生活障害度で生活を見る。
- 39) 病気のことを詳しく知ることができた。
- 40) 松嶋 Dr. の脳卒中についての細かな説明・講義はとても理解しやすく、留意点等連携も含め、業務に役立つと思う。
- 41) 松嶋先生の話が、分かりやすく理解ができた。
- 42) 松嶋先生の話が分かりやすかった。
- 43) わかりやすい説明でした。

「そこそこ役に立つと思う」理由

(北海道)

- 1) 医師との連携は重要な課題であり、必要性の高い研修と感じたからです。
- 2) 医療関係者に高齢や生活の視点の意識を持ってもらえたらいいと思うが、現実的には厳しい。
- 3) ガンについての知識が浅かったので役に立ったと思う。施設でケアマネをしているが、在宅復帰の援助に役立つと思った。
- 4) 現状や、医療と地域との連携の必要性などは今までも十分聞いていたし実感してきた。具体的に今、私の地域でどう活動していくことが必要か、掴めていない・・・。
- 5) 在宅での終末期支援は大事である。まだ十分な形ができていないと思うため。
- 6) 在宅を行っている医師は本人の自宅での生活を見ることができ、相談するにもしやすいと思われるが、全ての医師がそうでもない。医師の側の意見も参考に、業務に反映していきたい。
- 7) 終末期、在宅での主治医変更はやはり難しく、最終的にはかかりつけの入院で最期を看取る形が多い。

- 8) 地域の問題に直面し、今後地域での連携を進めるために、声をかけあい仲間作りをする必要を感じた。
- 9) 他の職種との連携は取れるが、医師とは取れるのか・・・。
- 10) 山下先生の講演で勇気もらった。北見地域の報告は具体的で良かった。
- 11) 山下先生の講演は全てに頷く言葉・内容でした。今回は時間も短かったので概要だけだったので・・・。今度、もう少し具体的にお話を聞きたいと感じました。

(北陸)

- 1) ケアマネの立場で、看取りをご家族に説明する方法を学べた。
- 2) それぞれの場での看取りの現状を知ることができ、参考になりました。
- 3) ターミナルに臨む姿勢を考えることができた。
- 4) まだターミナルに関わっておらず、実感がありません。今後思い出せたらと思う。

(中国)

- 1) 基礎的医療知識を得るには第1歩かな？と思います。リハについての知識を深めることも必要と思います。
- 2) 今回、脳血管障害ケアマネジメント基礎講座であり、医師からの疾患についての講義は分かりやすかったです。地域住民の方が幅広く聞けて、予防につながるれば良いと思います。
- 3) 最後の演習がとても良かったです。事例検討会の中でも、出席者から事例提供者に質問することで、この演習に近いこともしていると思いますが、直接的で良いと思います。
- 4) 最初の講演をこの研修会で行う意味が良く分かりませんでした。あの1時間を、このテキストの他の疾患の説明にでも当ててもらおうと良いと思いました。
- 5) 疾患の捉え方や考え方が良く分かった。
- 6) 専門的なことを今までより理解できたと思う。
- 7) 錦織理事さんが進行された演習とても良かったです。こういうやり方がケアマネにとってとても身につきます。今回のように Dr. がおられることが更に深みが出てきます。松嶋 Dr. もお忙しいと思いますが、是非年に1~2回このような会でアドバイスいただくと良いと思います。
- 8) 脳血管障害への理解が深まった。医療介護の連携のポイント~いつ何を伝えるのか。
- 9) 本は大変よい内容だと思った。演習は、考え方の切り口として参考になったと思う。

「あまり役に立たないと思う」理由

(北陸)

- 1) 在宅色が強かった。

「まったく役に立たないと思う」理由

回答無し

不明

- 1) 医療と介護の連携を実践した報告であったため、今後の組織の活動に役立てられる、いい刺激となった。
- 2) ケアステージ別ケアマネジメント、情報連携について勉強になりました。
- 3) 施設入所中のケアプランにおいても、ステージ別に考えていくとより利用者個人に合ったプランを立てることが出来るという点で、本日の研修は役に立ったと思います。
- 4) 病院併設の事業所のケアマネで、病院が在宅医療に力を入れている Dr と家族との相談等に情報提供の知識が広がったかな？
- 5) 利用者の在宅生活が安心して送れるために、連携が必要と感じました。

・在宅医療の難しさについて

- 1) Dr. ・病院との連携の手段や時間の取り方について。顔を合わせる機会の持ち方。
- 2) Dr の協力の薄さ。医療との連携。
- 3) Dr やナースとのコネクションをきちんと作っていくこと。鉦先生のような Dr がたくさんになれば困難ではない。
- 4) 意見を聞く時間を作るのが本当に大変！！
- 5) 医師、現場、家族、本人の考えが違う時の調整
- 6) 医師会とのカベ。「介護なんて関係無い」という Dr. との連携。
- 7) 医師会との連携の必要性
- 8) 医師と直接会って話をすることが難しい。
- 9) 医師との連携の持ち方で、どんな方法ですれば良いか悩んでいる。
- 10) 医師との連絡の仕方が分からなく、経験も無いので、敷居が高く関わりにくい・・・。
- 11) 医師とは連携文書は送るが、見てもらえているのか、何も返ってこない。医師はケアマネの情報を必要としているのか。

- 12) 医師の考え方にもより連携の取り方にも差がある。医師は本人の在宅での生活を見ていない方も多いように思われる。現状を知ってもらおう努力もしているが、理解が得られていない事も多い。
- 13) 医師の無理解（制度の問題、ケアマネの仕事内容の枠が無いこと等）・・・
「お金にならない書類は一切書かない」と、主治医へ依頼しても書類を捨てられたりする（介護保険制度を否定している。でも、主治医意見書は記入する。実際にこのような医師がいるため、胸が痛くなる）。理解のある医師を中心にケアを展開する際は難しくないです！！
- 14) 医師や医療側の方からもっと連携を取る場に出て欲しい（今は出来ていない）。
- 15) 以前長野に住んでいた時、小さな村でしたが診療所 Dr.との連携で、在宅の看取りがどのケースもスムーズに行えました。
- 16) いつでも困難でその度、その度難しさが違い、対応することが難しいと思います。
- 17) 医療・介護両方の職種の人が互いに意見を交換し、共通理解を図れる場が少ない（話し合う時間を持つことが忙しく難しいですが・・・）。
- 18) 医療関係者に理解が得られにくい点
- 19) 医療関係者は介護保険について知らない人が多く、退院はすぐ出来ると思っている・・・と感じます。
- 20) 医療機関の医者への考え、「何かあったら病院に来てもいいよ」と『癌末期の』患者さん家族に話して退院。食量・ADLが低下したから病院に入院したいと言ってからやっとMSW→ケアマネ。退院の時点から家族と話し合っただけで欲しい。
- 21) 医療機関併設の事業所であって、自分の法人の医療機関と連絡を取るのであれば取りやすいと思うも、総合病院等は特に取りにくいのが実情と思う。介護福祉系の従事者が研修に参加するのではなく、医師もこのようなテーマで学ぶ機会も必要と思う。
- 22) 医療情報、家族介護、本人の気持ちの変化
- 23) 医療との連携が難しい。
- 24) エンドレスでの通所利用の見直しについての、居宅ケアマネとの意識を差にいつも悩んでいます。
- 25) 介護力確保が難しい利用者が安心して暮らせる場所の確保が必要なので、NPO等増える方法が必要だ。
- 26) 顔の見える関係作りが大切で基盤だと思います。しかし、みな忙しいからとひと手間かけられない。そんな状況にある業務量は、書き物を減らすなどしなければならぬと考える。

- 27) かかりつけ医との情報交換の機会・必要性を欲する際のアポ取りや相談の仕方。
- 28) 各サービス事業所の管理者の圧力が大きい。お願いしたいことが十分に伝えられない（小さくなってしまう。受けてもらうだけで精一杯）。
- 29) 家族環境の変化による介護の仕方・考え方が変化してきている。
- 30) 家族の想いと各事業所との連携が難しい。
- 31) 家族への死の説明が難しい。
- 32) キーパーソン以外の家族（兄弟など）の意思の確認が難しいと思います。
- 33) 共有の場（集う場所）が少ない→迅速に対応できない。
- 34) 拠点病院医師が多忙であり、連携が取れない。在宅支援などについて理解や知識が少なく、噛み合わない・・・。
- 35) ケアマネジャーとして積極的に医師を始めとした多職種との連携を取っていききたい。
- 36) ご家族が家で看取ることに対して不安感があつたりと、なかなか進まない。
- 37) ご家族それぞれの環境や考え方があり、伝えているようでも伝えていない、医師との連携も取っているようで取っていないと改めて感じた。
- 38) サービス事業所の職員と顔を合わせる機会をできるだけ作ることが、連携の鍵ではないか。Dr. との連携は訪問看護の力も借りている。
- 39) 最近 Dr. の協力が受けやすくなったものの、Dr. によっては話を聞きにくいことがあります。どの Dr. も同じように協力してもらえる体制作りをお願いします（地域差も大きいと思います）。
- 40) 在宅医療に積極的な Dr. が少ない。
- 41) 様々な分野の方達とやっけていく中で、家族やご本人含め、みんなで同じ思いで、同じ方向でケアをしていけるようまとめていくことが難しい。また、全てケアマネに答えを求められることがあるので、どう返答していいのか、どこまで入り込んでいくのかが自分の中で難しいと感じる。
- 42) 施設（24H）に比べ、情報がタイムリーでないこともあり、共有が難しい。
- 43) 施設重視の傾向が強く、お金の面を含めて在宅に手厚くしないと。
- 44) 施設のケアマネなので、難しさがよく分からない。
- 45) 施設や医療機関と比較すると楽だし、楽しいと思いますが。
- 46) 自分自身はあまり難しく感じていないのです・・・。先ず利用者さん・家族に寄り添い生活を見ること、連携先相手の仕事を知ること、より良い方向を一緒に考えて行けるのかなーと思っています。
- 47) 主治医との連携が、Dr. により異なる。
- 48) 主治医との連携が難しい。外来業務の都合があり、ゆっくり話が出来ない。
- 49) 主治医への報告・指示の受け方が、主治医の癖を掴むまでが難しい。
- 50) 主治医や医療との連携が、できにくい。

- 51) 情報のやりとりについて（医療と介護の連携も）、どこから手をつけていくのかがとても難しいところです。とりあえず書式ができ、それを機に主治医の先生に気軽に報告ができたケアマネもいます。今後はその内容について、主治医の先生やケアマネと一緒に話し合っていくことが連携の一步だと思います。
- 52) 生活の実態を伝えていくこと。
- 53) 「生活を支える」視点が医療サイドと共有できないことが多い。
- 54) 先生の中では、介護保険のこともあまり理解されていない人も多く、こちらからアプローチしても2言3言で終わってしまう現状があるので、もっと身近に感じられる相互の関係性の構築を行う必要があると思います。
- 55) 早急に集まりたい時でも、なかなか都合がつかない。
- 56) 総合病院のケアマネであるため、主治医も大半は勤務先の医師となるため、タイミングを見ながら連携はとても取りやすい。
- 57) 率直に言って、病院や Dr. の敷居が高いです。ただケアマネの思い込みもあるので、お互いの誤解を取り除けるような場があると良いのでは・・・。
- 58) 退院時の連携が難しい。病院（医師）との連携が必要だが、敷居が高く感じてしまう。
- 59) 多職種との関わりの中で、それぞれの職種がレベルアップを図っていかなければ、知識や認識の違いが大きい場合、チームケアがスムーズにいきにくいと感じている。
- 60) 多職種連携についてプロ意識を持って言語化していくことにより、信頼関係を築く必要がある。
- 61) 担当者が忙しい。ホームドクターではない。
- 62) チームケア。利用者のモチベーションアップ。
- 63) 常に感じているのは、医療からの一方的な押し付けです。医療との連携をするようになり、余計感じます。
- 64) 当人・家族・病院医師・かかりつけ医との考え方の擦り合わせ。
- 65) 特に家族と連携しやすいケースとしにくいケースがあり、自身（ケアマネ）の苦手意識に左右されるところがあるのかなと思います。
- 66) （特にがん患者様の）急変悪化が見込まれ、本人・家族、介護スタッフの不安が解消されない。
- 67) 入退院時、ケアマネと医療連携を取る必要があることを、病院・看護師・連携室が無い場合、受付の方が周知していないことがあり、説明に時間がかかることがある。
- 68) 入退院時の連携や状態によって施設入所になると資源が少なくて入所出来なく、結果在宅生活に戻っても続けられない難しさ。

- 69) 日々変化するニーズに、すぐ対応することが難しい。経験が無いと予測が難しい。
- 70) 病院・介護職の時間的な余裕が少ないので、お互い連絡や会議の調整を遠慮してしまう。
- 71) 病院医師の考え方が、治療を考え生活を考えていないように感じ、同じ土俵に立っていない感じがする。
- 72) 病院の在院日数が短くなり、突然退院を言われる。軽度者の制限があり大変（軽度者申請などの手続き）。
- 73) 広い分野をアセスメントしたり考える必要があり、どう連携していくか、その力量が問われている。
- 74) 訪問看護 ST の対応できるスタッフが少ない。看護師やヘルパーも経験が少なく、看取りの知識も少ない。看護師から入院するよう勧められ、家族が後悔したこともあり、市民の終末への意識の薄さや参加が少ない。
- 75) 保有資格の違いにより基礎知識が違うことで、情報の共有化が多少難しいこともある（アセスメント能力）。
- 76) 本人・家族・医療者・介護者それぞれの思いを調整し、マネジメントしていくことの困難さがある。ターミナルは病院でとの考えが強い。
- 77) 本人・家族の心境の変化があった場合、その時に応じた対応をしたいが、訪問看護が方向性を決めてしまう場合がある。
- 78) 本人ももちろんだが、色々な人が覚悟をしなくてははいけない。
- 79) 松嶋 Dr. がおっしゃった、ケアマネもプロなので Dr. に理解していただく伝え方をしていきたいと思います。（やはり今まで在宅連携では、Dr. に伝えるのが難しいと思っていましたので）
- 80) 看取りの心構えが、在宅の人々（スタッフ、及び家族）が十分でない。老々介護のケースの場合、介護力が不十分、サービス導入はマンパワー、金銭不足等ある。
- 81) 利用者・家族・全スタッフが共通認識を持つこと。
- 82) 利用者に対して、在宅での医療・介護のサービスが十分理解されていない気がします。
- 83) 連携する職種が多くなればなるほど、調整が難しくなり時間や手間がかかってしまう。
- 84) 連携に積極的な医師とそうでない医師の差が大きい。
- 85) 連絡票が反映されないことが多い。
- 86) 老々介護が難しい。本人と環境を結び付ける手法。
- 87) 老化の受け止め方が違うのかも知れない。いつまでも生きて欲しい思いがある。明確なターミナルではない方で、医療を求める気持ちが強い。

88) 老健施設でADL向上が図れ、在宅復帰も可能と思われる利用者が在宅に帰れない要因が地域力です。介護保険は充実しているようでも、実際は近隣の住民に協力が得られず難しい事例が多く、悩みの種です。

・今後学びたい知識について

- 1) アセスメントの視点（今日もやりましたが）
- 2) 医師会との連携
- 3) 医師との連絡の取り方や情報共有の仕方。
- 4) 医療。高齢者と疾患などについて具体的に教えて欲しい。
- 5) 医療機関との連携。若年性認知症。
- 6) 医療知識。バリデーション。
- 7) 医療的な知識
- 8) インフォーマルサービス
- 9) 海外の例。研究発表の方法。
- 10) 会議で行った「看取り」の関わり方
- 11) がん患者のケアマネジメント
- 12) 看護職であっても、医療は日々進歩しているので、他の疾患についても基礎知識を学びたいと思います。
- 13) 癌の方のターミナルケア。家族への言葉かけとして（病状説明の場合でも）具体的な例。
- 14) 管理業務
- 15) 緩和ケア
- 16) 今日の研修をもっと掘り下げた研修をお願いします。
- 17) 高齢者に多い疾患については、今日の松嶋 Dr. の講義のように、それぞれの専門の Dr. から細かに講義をして欲しい。
Dr. の講義は理解しやすい。
- 18) 今回のような医療についての知識
- 19) 今後も疾患別のポイントを教えて欲しい。
- 20) 在宅で行う（可能な）医療処置などの最新事例が知りたいです。
- 21) 在宅を支える地域の力を育てることについて、専門職の連携＋地域力UPのためには、何をどのように動かせば良いのか。
- 22) 様々な事例を聞きたい。
- 23) 疾患について
- 24) 疾患別研修
- 25) 疾患別に深めていきたい。ケアプランの書き方（今の書式は無理があると思っているので…）

- 26) 住宅改修について。福祉用具について。
- 27) 職種間での連携
- 28) 死をどういうふうに伝えるのか。
- 29) 新薬やジェネリック薬品も出てきています。新しい薬の知識についての研修もお願いしたいと思います。
- 30) 全国統一規格ではなく、地域に合ったルールがあっても良いのではないかと、いつも国の考えと地方のケアマネのギャップを感じています。
- 31) 組織として具体的にどう進めていけば良いのか、難しさを感じる。成功例をたくさん聞いていきたい。
- 32) ターミナルケア
- 33) ターミナルケア
- 34) 多職種連携についてプロ意識を持って言語化していくことにより、信頼関係を築く必要がある。
- 35) 地域医療・介護の現状について
- 36) 地域連携を成功させるため、利用者（患者）の生活を想定できるかどうか。
- 37) 続けて、在宅医療の連携ポイントや、今回のように Dr.（専門医）から疾患について学びたい。
- 38) 独居で認知症がある在宅支援でのケアマネジャーの役割。
- 39) 認知症ケア
- 40) 認知症と地域をテーマとしたもの
- 41) 認知症について
- 42) 認知症の介護。特に夜間対応について。
- 43) 脳卒中もそうですが、がんのターミナルの方も多く、テキストに沿ってその講義もきちんと聞かせてもらおうと良いと思いました。
- 44) 訪問看護のシステム etc...（医療の話）。精神疾患者のケア、対応など。
- 45) 他の疾患についてもシリーズで学びたい。
- 46) 他の疾患についても学びたい。
- 47) まだまだ認知症について。
- 48) リハビリとその効果について
- 49) リフレッシュの工夫。はけ口の場所を設けて欲しい。燃え尽きない工夫。
- 50) 再度、看取りについて研修を受けたいと思います。

・その他今後の要望等

- 1) 医者との医療連携についての考えなどを聞かせて欲しい。
- 2) 医療との連携をテーマにしたものを続けてほしい。
- 3) 演習等ではなく講義中心にお願いしたい。
- 4) 会員と非会員の受講費の差が大きすぎると思う。
- 5) 開催県を多くしてもらいたい。
- 6) 学習している内容が体系的にどこを学習しているのか、自分に不足しているのはどこのどの分野なのか、などの学習体系が欲しいです。
- 7) 今日はありがとうございました。
- 8) ケアマネとしては膨大な事務作業があり、できるだけ無駄のないコンパクトなマネジメントを行うため、より現実的な多職種のサポートが必要である。
- 9) ケアマネのレベルUP（既存の講習があまりにも内容がないため）
- 10) ケアマネ不要論もありますが、在宅生活を支えるためには必要な職種だと思います。やりがいはありますが、業務内容の煩雑さ・報酬の低さで独立開業できず、職場内では不採算部門のケアマネの立場で辛いです。研修等に参加し、自己研鑽頑張っています！！
- 11) 県協会のみなさん、お世話になりありがとうございました。
- 12) 先生方と地域の介護資源が自然と結び付くために、交流会など相互の面識を深める活動があっても良いかと思いました。
- 13) 多職種連携についてプロ意識を持って言語化していくことにより、信頼関係を築く必要がある。
- 14) 地域の中で小さなグループ分けを行って、医療現場・介護現場で実動されている方々のコミュニケーションの場を作れば、連携を強化できるのではないかと。
- 15) 病気別について学習したい。
- 16) 他の疾患についてもやってほしい。
- 17) 役員の皆様お疲れ様でした。ありがとうございました。
- 18) 老々介護、単身の子供の介護に不安の無い調整がスムーズに出来るような方針をお願いします。

6. 事業のまとめ及び感想

一般社団法人日本介護支援専門員協会では、昨年度から「医療連携」に関わる研修事業を各ブロックで開催している。今年度事業は委員会で検討した結果、地域でのニーズに合わせた研修会を開催することとし、地域の介護支援専門員協会が地域事情を反映し、研修会の内容も講演・シンポジウム（2か所）、講義・演習とした。

アンケートについては当日会場にて配布・回収し、その結果を掲載した。アンケートと回答者の概要は、当協会の会員像とほぼ一致しており、内容としても大きく異なるものにはならないと思われる。

アンケートから、研修会に参加して以下の内容が理解できたと答えている方が多い。

1. 連携の在り方
2. 実践例（各地域での取り組み）
3. ターミナル医療ケアの実際や看取っている現状
4. 知識の重要性

また難しさとして、以下のことが課題として挙げられた。

1. 連携の持ち方、相互に時間がとれない中での調整や手間の課題
2. 共有の場の必要性（かかりつけ医との情報交換の場、連携を必要としたときの相談方法や対処法）
3. 家族の想いや意識の違いを医療や介護の現場が理解すること
4. 生活を支えるという視点の重要性
5. 介護保険制度の理解
6. 医療、介護が相互に期待し合える関係になっていないこと

今後に向けては、未だ介護の現場から医療現場に対する「敷居の高さ」については相互の課題として他職種が一堂に会し理解を深める必要があると考えられ、介護、医療の現場それぞれが、相互に理解するレベルを上げ、課題を明確にし、知識の向上に努めることまた具体的に連携方法、迅速に対応することや急変・悪化に対する対応法など事例等を通して具体的に学ぶことが重要である。

以上