

主任介護支援専門員を活用した
地域のケアマネジメント向上事業

主任介護支援専門員実態調査結果

八王子市高齢者あんしん相談センター

主任介護支援専門員

アンケート配布数 29通

回収数

21通

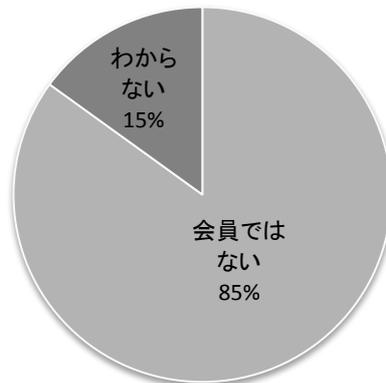
回収率 72%

主任介護支援専門員実態調査結果

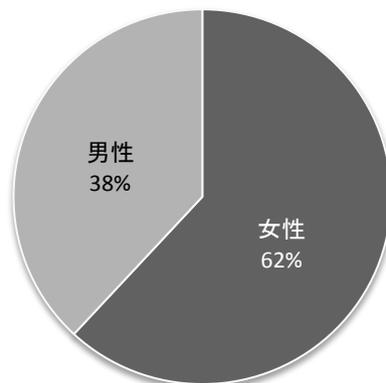
あんしん相談センター 主任介護支援専門員

基本項目

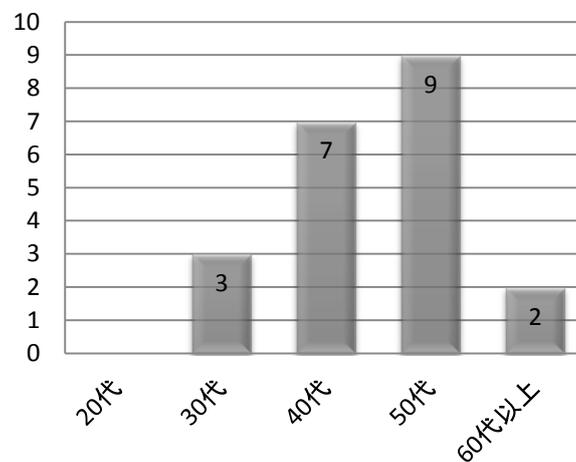
Q1 八王子介護支援専門員連絡協議会の会員ですか。



Q2 性別



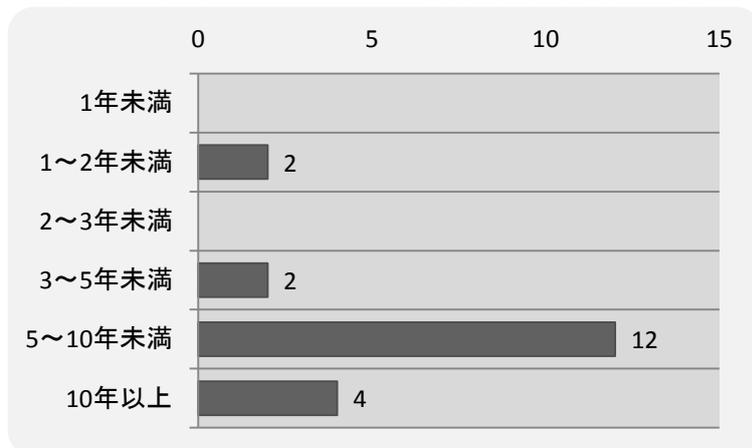
Q3 年齢（年代）



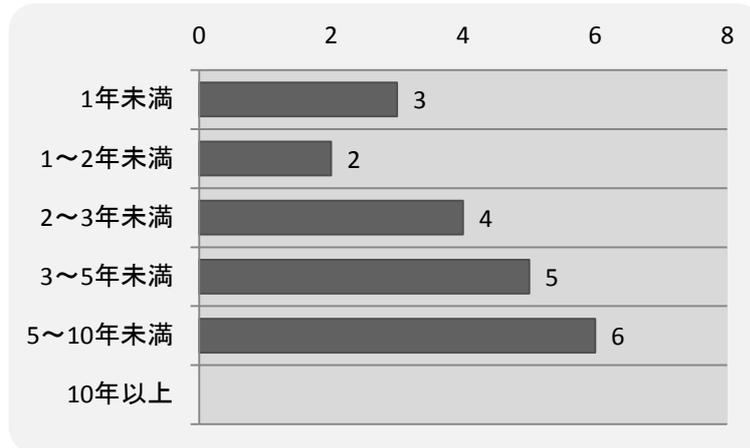
Q4 基礎資格



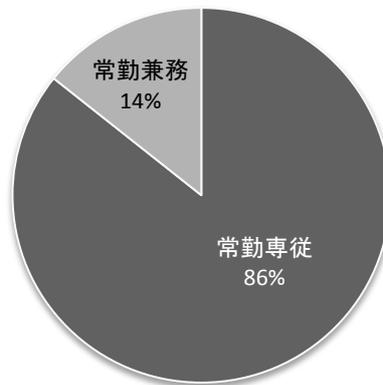
Q5 介護支援専門員としての実際の経験年数をお答えください (あんしん相談センターの主任介護支援専門員の期間を除く)



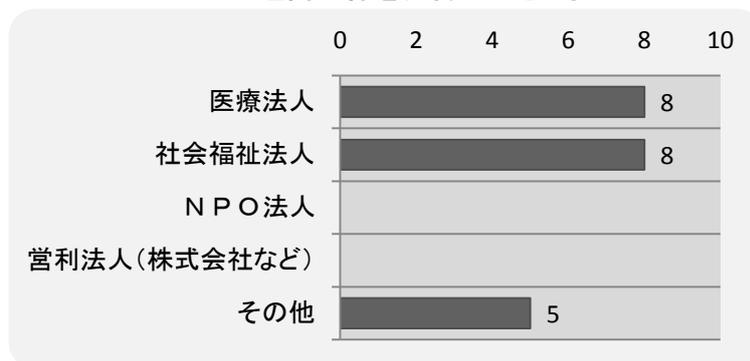
Q6 あんしん相談センターの主任介護支援専門員の期間(在宅介護支援センターを含む)



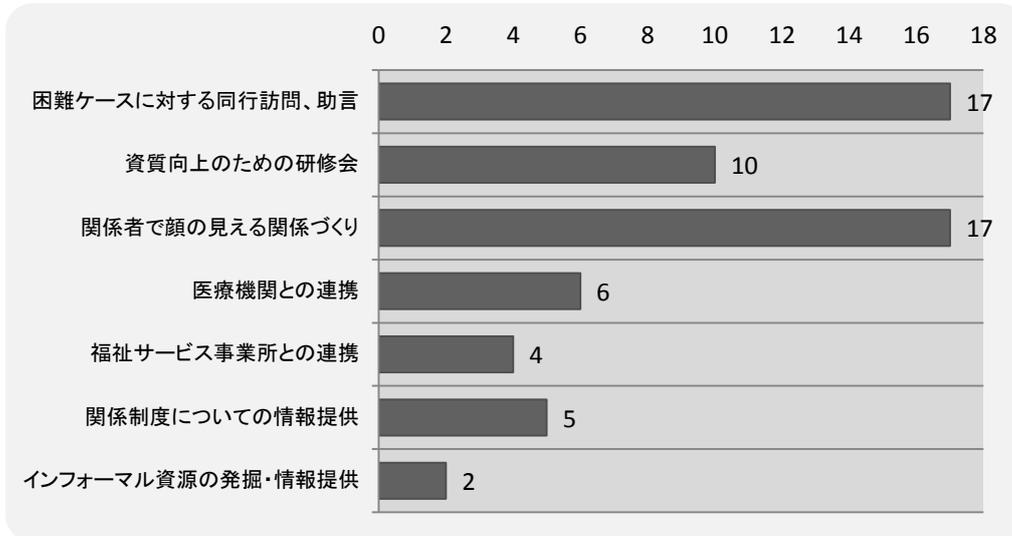
Q7 あなたの勤務形態をお答え下さい



Q8 運営主体をお答え下さい。



Q1 主任介護支援専門員の研修を受けたきっかけはなんですか



その他重視していることをお聞かせ下さい

- ・問題解決にむけた「見立て」の整理
- ・関係者間同士でも連携が図ることが出来るように定期的集まる場所(ケアマネ交流会等)を設け、開催している。
- ・介護支援専門員が本人の生活状況(今本人に何が起きているのかといった状態等)を適切に見立てることが出来るようサポート。または課題を的確に抽出できるようアドバイス。(問題と課題の違いなど)
- ・高齢者福祉 全域の情報提供 ・高齢者＝親 要介護であっても親として障害のある子供、引きこもりの子供を持つ苦勞があり、介護する家族の金銭、就労等の問題があるので、福祉全般の学習会、情報提供、ケース会議を開催している。

Q2 地域の介護支援専門員の実践力向上のために昨年度、どのような取組みを行ないましたか、具体的なテーマ、内容等を記入下さい。

- ・ケアマネ交流会(年4回) ・事例検討会(月1回以上) ・月1回のケアマネ交流
- ・事例検討会 ・講演会
- ・事例検討会(交流会) : ケースを通じた普遍的思考に繋げる。連携しやすい人的繋がり構築。
- ・ケアマネ交流会(2包括合同研修)
 - 「燃え尽き症候群に陥らない為に」
 - 精神科の先生をお招きし、支援者の為の講義
 - 「知っておきたい薬の知識」
 - 薬剤師をお招きし基本的な薬の知識からケアマネ業務に必要なこと、薬局との連携について
- 講義
- 「消費者被害について」

「在宅医療における終末期医療について」
往診医の先生をお招きして講義

・ケアマネタイム

・情報交換会 ・定期巡回 随時対応型訪問介護 ・障害者制度の現状と課題 ・事例検討 ・認知症サポーター養成講座

・担当するケアマネの困難事例の検討会 ・悪徳商法注意喚起のための見守り講座 ・ケアマネの日頃の疑問点や悩み等、困っている事についての意見交換会

・昨年度、病氣療養の為、休職していました。申し訳ありません。

・ケアマネジャー交流会 ・居宅療養栄養についての研修 ・事例検討会

・ケアマネとの情報交換会 ・ケアマネとの勉強会 ・ケアマネへの情報提供 ・ケアマネ個人への支援

・昨年度は1対1の個別サポートは延べ22名。 ・ケアプラン作成支援3件 ・精神疾患及び認知症に関わる事例検討会→セミナー形式と出前形式にて ・地域ケア会議(センター支援会議)へ参加いただいで(地域の関係者と同席いただき)それぞれの視点からとらえた地域課題等への意見交換(顔合わせ含め)

・訪問診療(医療)との連携 ・薬剤師(医療)との連携 ・精神科病院(医療)との連携 ・消費生活センターとの連携

・ケアマネ交流会

・事例検討会 グループワーク、ワークシートを記入し、CMの困りごとについて討議。仮説も含めたグループでの共通理解をまとめる等

・意見交換・交流会

1. 医療との連携で困っていることはないか？
2. サービス担当者会議の際の主治医の出席についてどうしているか
3. ケアマネガイドラインの活用はできているか
4. 認定調査について疑問に思っていることなどはあるか？
テーマを複数提案し、グループワーク → 全体発表

・地域事業所との交流会 ・認知症についての勉強会 ・事例検討会

・事例検討会 ・サービス事業者との交流

・事例検討会 ・デイサービス職員との交流会

・消費者被害の勉強会 ・民生児童委員との交流会 ・福祉用具体験会(介護ベッド、車いす)

・ケアマネ個人支援(プラン作成、虐待疑い、緊急時対応) ・認知症、精神疾患相談会 ・地域ケアマネ会(勉強会) ・ケアマネの輪(交流会)

・ケアマネ交流会(年3回) ・処遇困難事例の対応 ・個別ケース地域ケア会議の開催 ・圏域内の高齢関連事業所及び民生委員を対象にした地域ケア会議 ・「H25年版ケアマネさん支援のご案内」パンフレット作成→圏域及び委託事業者に配布 ・「通信」による広報(2カ月に1回 有益な情報の提供) ・精神科病院のDr、PSW、Nsによる相談会開催(毎月) ・精神科病院とコラボによるセミナー開催「精神障害の人の地域支援」 ・2カ月に1回圏域内の居宅介護支援事業所を訪問。顔の見える関係づくり。

・居宅療養管理指導(管理栄養士)について ・居宅管理者スーパービジョン研修 ・民生委員とケアマネージャー意見交換会

・ケアマネ学習会、交流会

事例検討会(8回) ・虐待対応研修(1回) ・ケアマネガイドライン パネルディスカッション(1回) ・講演会(1回) ・親睦会(1回)

① 6月 居宅介護支援事業所、介護サービス事業所交流会

包括圏域内の介護サービス事業所の情報をまとめた冊子を作成し、交流会の前半はその冊子を基に事業所紹介を、後半はフリートークによる意見交換を行った。

② 9月 ケアマネ交流会「ケアマネージャーが知っておきたい薬の知識 ～居宅療養管理(薬剤)との連携も含めて～」

薬の知識や居宅療養管理指導(薬剤)との連携についての講義を行った。

③ 12月 ケアマネ交流会「緩和ケアを知る」

地域で訪問診療を行っている医師を招いて、緩和ケアの実際についての講義を行った。

④ 2月 ケアマネージャー、民生委員交流会

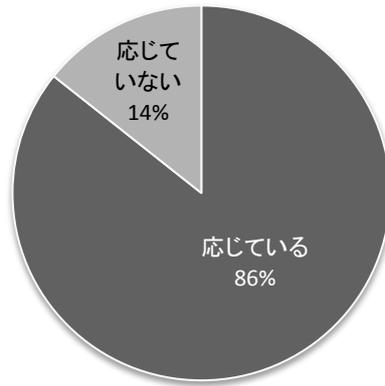
独居高齢者の支援を中心に、意見交換を行った。

⑤ 8月より毎月 ミニケアマネ交流会

主にフリートークによる、ケアマネ同士の茶話会を行っている。

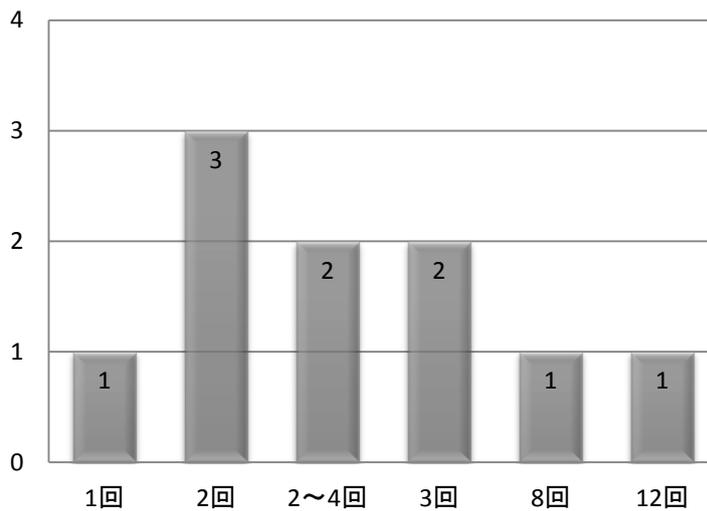
Q3 個々の介護支援専門員へのサポートとしての相談についてお聞かせ下さい。

(1) 介護支援専門員からの相談に応じていますか。

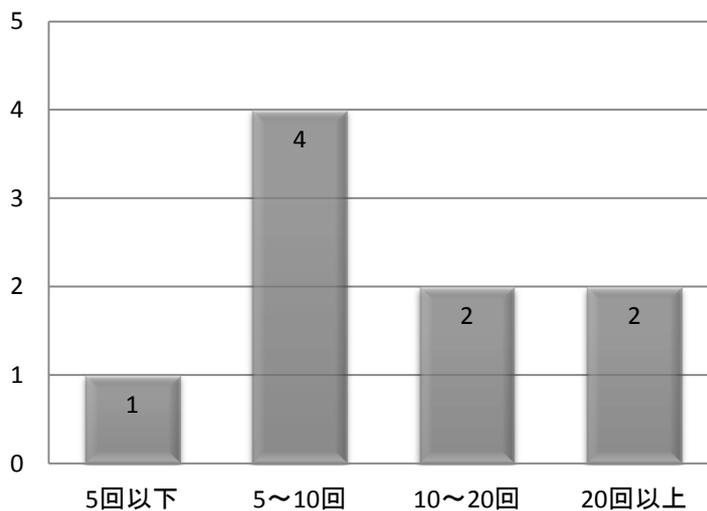


(2) (1)で「応じている」と回答した方におたずねします。

① 介護支援専門員からの相談は何件ありますか。(平成25年度)
月平均

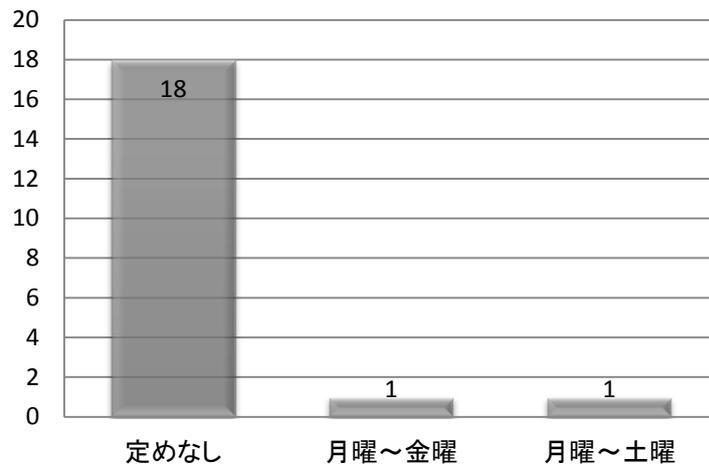


延べ回数

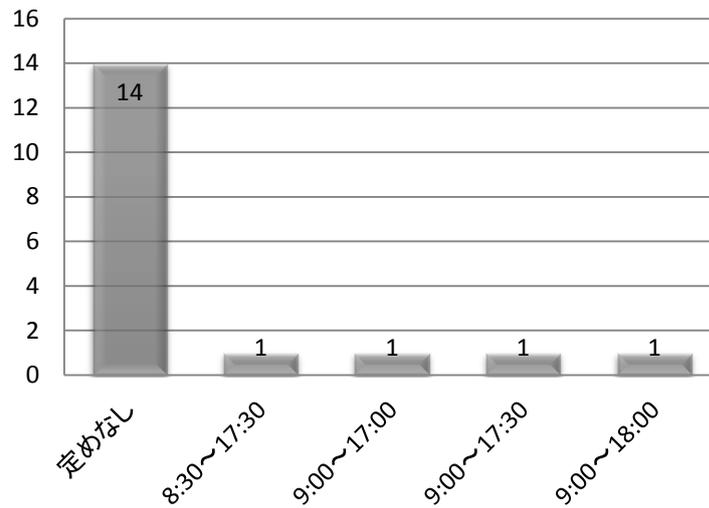


②相談の受付体制をどのようにしていますか

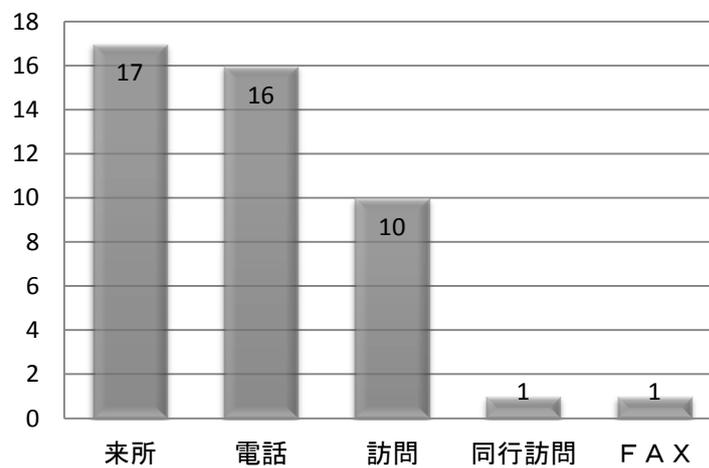
相談受付の曜日



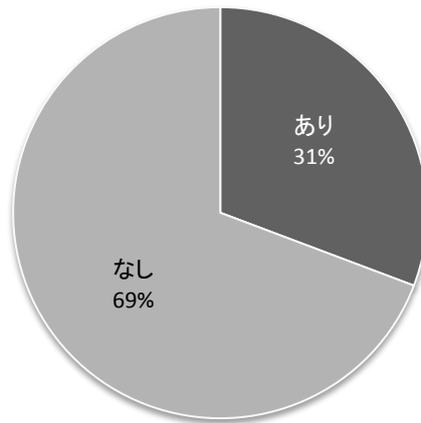
相談受付の時間



主な相談の方法



相談コーナーの設置



具体的に記載

- ・別室あり
- ・ケアマネ学習会、交流会終了後に相談時間を設けている。
- ・介護支援専門員の都合を優先しています。
- ・情報交換会を含め、年に3回ケアマネ交流会、月に1回ケアマネタイムを開催し、その中で相談を受けることがある。
- ・相談を受けるカウンターあり→短時間脳相談 ・相談室あり→長時間の相談
- ・応接室
- ・相談機関の為、相談室はあり(相談の方法は電話と回答)

③どのような内容の相談がありますか。

- ・困難事例、ケアマネに対する苦情
- ・支援の方向性、対応方法、医療連携
- ・キーパーソンである夫(要支援)が、こだわりがあり、妻の介護を全面的にしているが、CMや周囲の助言には耳を貸さず → 娘に介入してもらい対応中。
現状の認定度では必要なサービスなのに、オーバーしてしまうこと
区変について
サービス事業者、CMより連携を取るには？
ケアマネタイム、交流会等での講義内容について
市のサービスについて
- ・困難事例についての相談、対応の仕方について
虐待や権利擁護 ・金銭問題
居宅変更希望 ・家族間のトラブル等

- ・サービス事業所の情報やケース相談
- ・困難ケースの相談に乗ってほしい
困難ケースではないが、わからないことがあり、相談に乗ってほしい
- ・制度や基準について、市へ聞けないから教えてほしい。
- ・ケアマネジャーの行うアセスメント過程において、要所の見立てや判断が正しかったかどうかの確認(ご自分の)
ケアマネジャーが何らかの理由で困難に陥ったケースに対し、サポート依頼など。
- ・パーソナリティー障害が疑われる利用者および家族の支援
精神疾患により精神科病院への医療保護入院への支援
制度活用に関する基本的なこと ・ボランティア地域が協働して支援が必要な事例について
傾聴ボランティアの活用
- ・精神疾患の利用者家族
身寄りのない方の入院時の対応
金銭的なこと
- ・本人、家族との関係づくりができない
問題がいろいろ多くあり、どこから解決してよいか優先順位がわからない。介護放棄のケースの支援の方法がわからない。
- ・ご家族に精神疾患があるケース
虐待ケース
- ・支援困難ケース
請求業務
- ・認知症、精神疾患など、本人のみならず家族を含め支援の継続が困難になっている事例
虐待疑い、権利擁護
病状悪化などサービス調整に関する相談
ゴミ屋敷
- ・緊急時(室内で倒れている疑い)
虐待疑い
家族等への対応
- ・家族に精神障害の人がいるケース
サービスを導入する必要があるにもかかわらず、貧困の為導入できないケース
クレームの多い人のケース(人格障害にあたると思われる)
認知症の人が独居で周辺症状の為に地域からクレームがあるケース
本人の意向と家族の意向が異なるケース
- ・虐待の疑い
認知症、精神疾患への対応方法
家族、介護者へのアプローチ
- ・介護保険制度や高齢者施策についての質問や利用相談
サービス(フォーマル、インフォーマル)についての情報提供依頼

虐待の疑いによる相談(通報)
入院相談
支援困難と感じているケースについての相談

④介護支援専門員があんしん相談センターに相談しやすいように、どのような工夫や取り組みをおこなっていますか。

- ・いつでも真摯に取り組むようにしています。
- ・月1回の介護支援専門員学習会、交流会を通して、顔の見える関係作りや連携易い関係作りを工夫しています。一緒に考えていく姿勢を大切にしています。
情報を適切に伝えること。・その後のフォローをする。
- ・日ごろからのコミュニケーションを心掛けている。
- ・ケアマネ交流会、タイムを通じて顔の見える関係性が出来るようにしている。
ケアマネさんのそれぞれの想いを伺う。
横の繋がりが出来るようにしている。
- ・飲み会や交流会を行い、お互い話しやすい関係を作ることは行っています。
- ・電話だけの関係にせず、できるだけあって話すようにしている。
質問された内容には根拠を示して答える。
「それは自分で調べなさい」とか「それは市へ聞きなさい」とかできるだけ言わないようにしている。
- ・来所時に緊張感が起きないよう環境面(机レイアウト・面談スペース)の工夫(来所者全般の為に) 接遇の配慮(笑顔、声のトーン等)
アウトリーチ(センター主マネが居宅ケアマネ事務所へ訪問して面談、事例検討を行う)
- ・接点を持つ機会を意識して日頃から「顔の見える関係」「無理の言える関係」でいることを心掛けている。
- ・日ごろから顔の見える関係でいるようにしている。新規相談からCM探す際に、偏って同じ事業所に依頼しないようにノート管理している。
- ・個々の介護支援専門員の力量も考えて、相談に応じている。
介護支援専門員が困っている点がよく見えてくるように、共感したり、共に考えたりできるような場づくりをしている。
- ・一緒に考える姿勢を取る
ケアマネの意見を尊重する
- ・努力中

- ① 月初めに実績を届けてくれる介護支援専門員さん1人1人との顔の見える関係及び声掛け。ケアマネジメントに必要な研修や資料(情報)を渡す → 手ぶらでお返ししません！(2カ月に1度、通信作成し渡す)
- ② ケアマネ研修、交流会を行う際は事業所に出向いて案内書を渡し、声かけしている。
- ③ 現場で要介護者を支えているケアマネさんから学ぶ姿勢を持ち「聞くこと」を大事にしている。

・事務所に訪問したり、紹介したケースの事後の状況を聞いたり、普段から話をするように心がけている

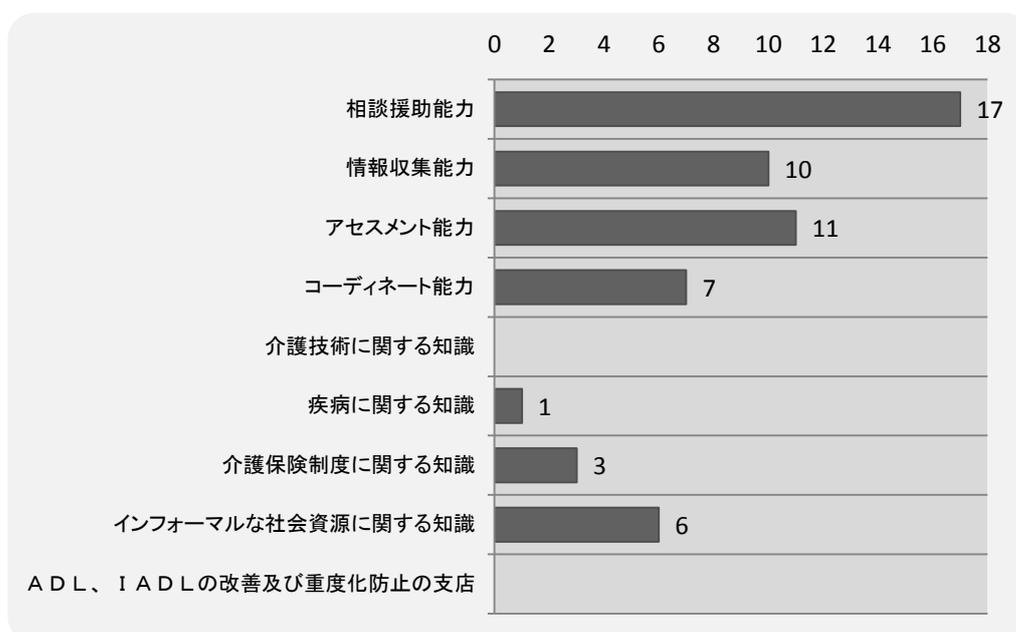
・ケアマネ学習会、交流会を毎月実施し、顔の見える関係づくりを実施

・昨年より毎月ミニケアマネ交流会(茶話会)を開催し、ケアマネージャーとの顔の見える関係作りを心掛けている。相談時には、ケアマネの話をしっかり傾聴し、「一緒に考える」というスタンスを大事にしている。

(3)Q3(1)で「応じていない」と回答した方におたずねします。「応じていない」のはどのような理由ですか。□

- ・H26.7.1～予防支援事業所所属として復職したため。
- ・他の主任ケアマネが受け付けてくれるから。
- ・勤務年数が浅い

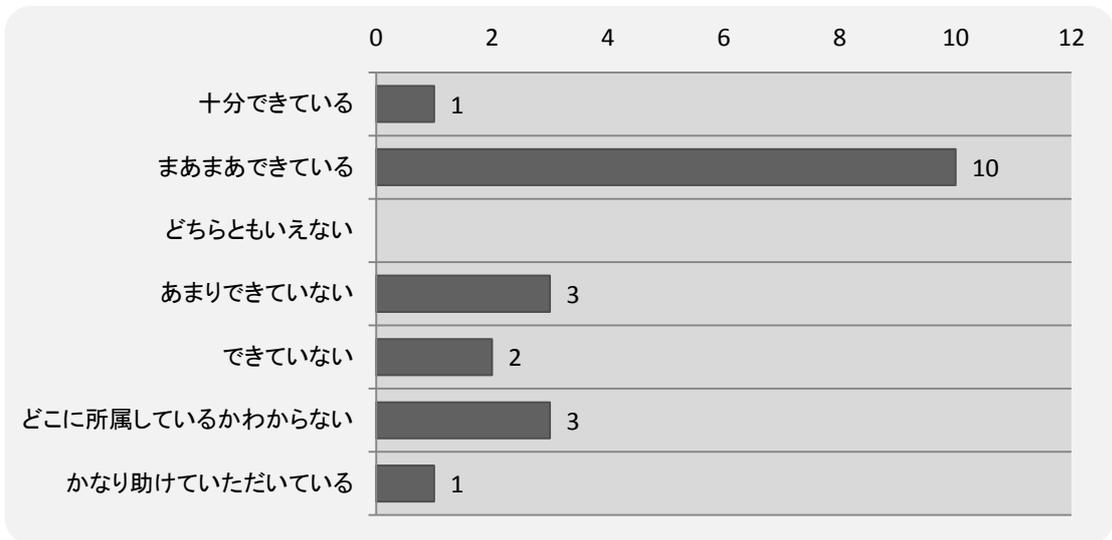
Q4 あなた自身、あんしん相談センターの主任介護支援専門員として、実践力向上のために何を重視して取り組んでいますか(3つまで)。



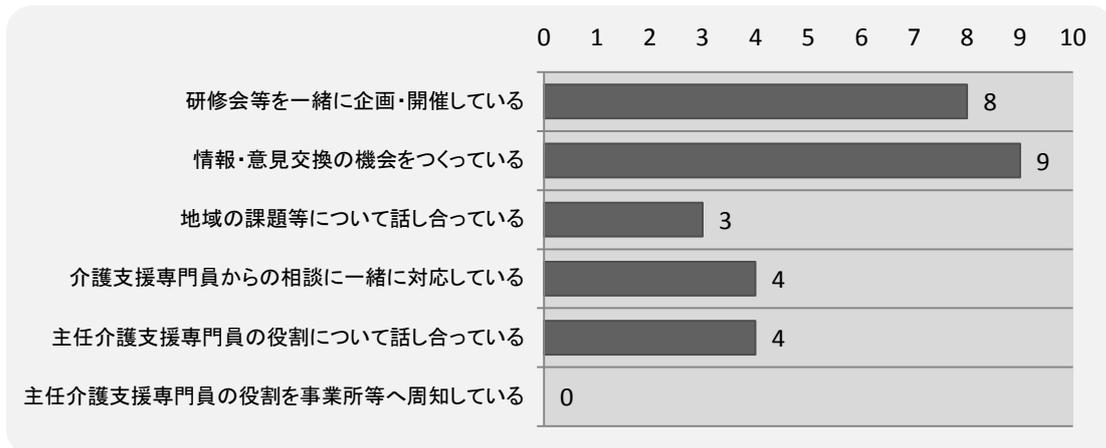
その他重視している取組みや内容について具体的にお書き下さい

- ・ケアマネジメントプロセスを重視しています。
- ・「包括」の立場で知り合える、関わる事が出来る場所の繋ぎができるよう、各々の立場のリサーチをし、パイプになれるようにしている。
- ・コミュニケーション能力
 専門職に偏重しない思考
 一般常識 ・礼節
- ・主任CMだからといって、何でもすぐに問題を解決できるわけではない。主任CMとCMの間に差はないと思う。ただ、地域の情報や民生委員との関わりは、居宅のCMよりは事業としてあるため、情報収集には力を入れたいと思う。(包括の主任CMは、居宅サービス計画書を作成していないため、ケアプランに対するアドバイスは弱いと思う)
- ・ファシリテート能力の向上
- ・介護保険制度に限らず、他法、他施策に詳しい福祉全般の手続き支援のできる主任ケアマネを目指し、自己研鑽している。
- ・コーチングの技術の取得
- ・スーパービジョンやファシリテーション能力の上達についても重視している。

Q5 地域の主任介護支援専門員との連携はどの程度できていますか。



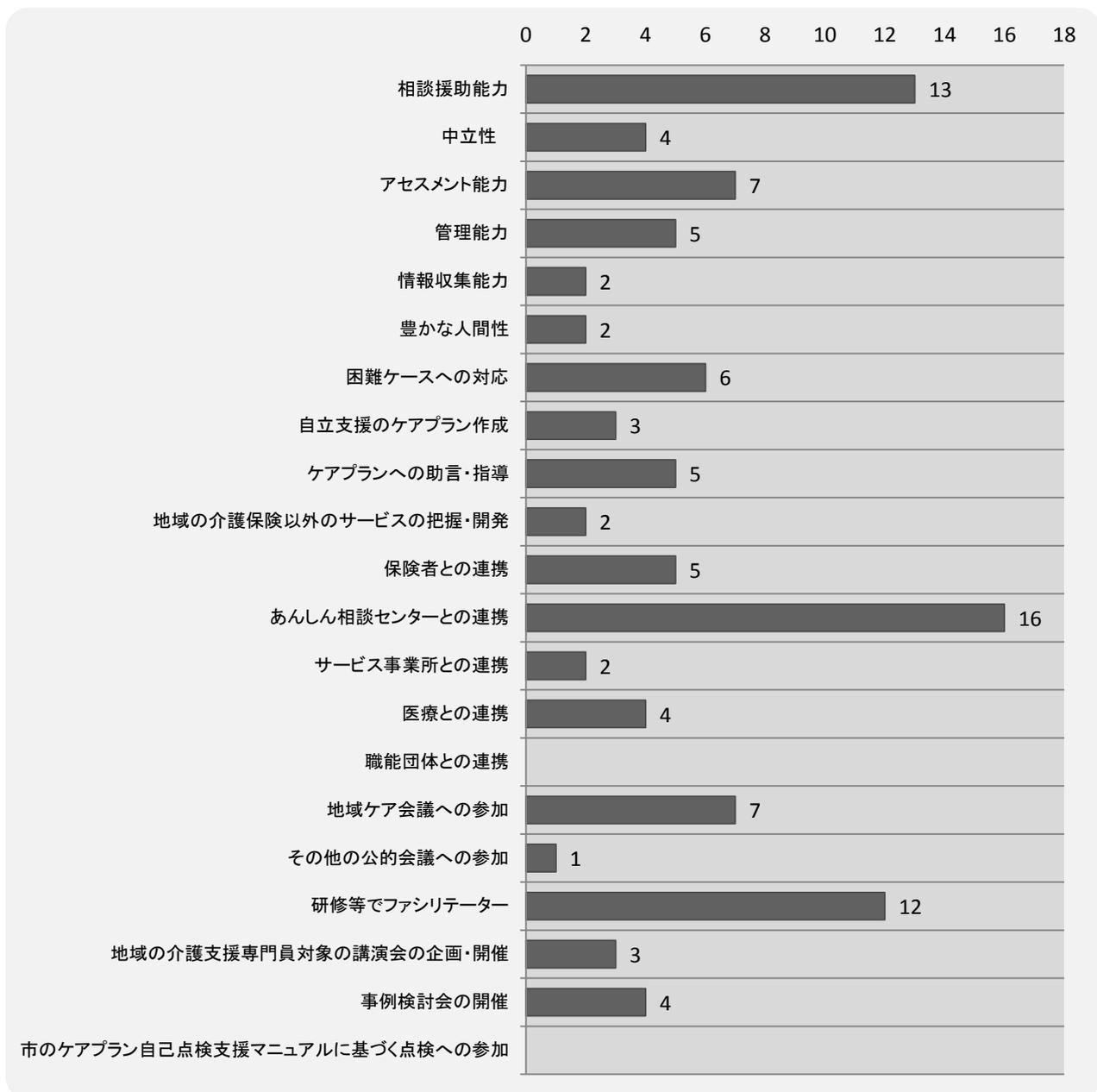
Q6 地域の主任介護支援専門員とどのように連携を図っていますか(該当するもの全て)



その他どのような連携を図っているかお書き下さい口

- ・研修、交流会時、ファシリテーターを依頼している。
- ・月1回ランチミーティング開催。役割や圏域事業所のサポートについて話し合いをしています。
- ・講義、交流会などで適切な意見やサポートをしてもらっています。困難ケースも一緒に考えてくださっている。
- ・企画者として、企画等はまだ行っていない。
- ・ケアマネ交流会、事例検討会等での協力を依頼
- ・把握はしているが、1名しかいない為、特に連携は図っていない。

Q7 地域の主任介護支援専門員に期待することは何ですか？



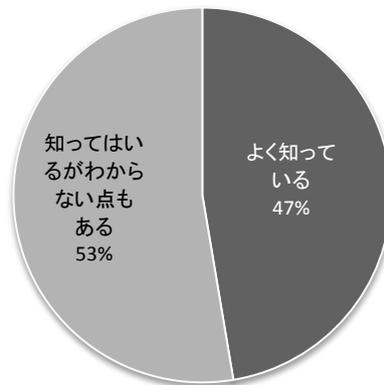
その他

- ・事業所における本来業務だけではなく、あんしん相談センターが担っている包括的、継続的ケアマネジメント支援事業を一緒に取り組んでいきたい。
- ・担当地域に主任介護支援専門員が1名しかいない。
- ・地域ケア会議(個別ケース、地域ケア会議、小地域ケア会議)への参加とファシリテーターとしての役割。地域ケア会議を開催する必要のある「地域課題の発見」を意識し、包括に積極的に提案してほしい。

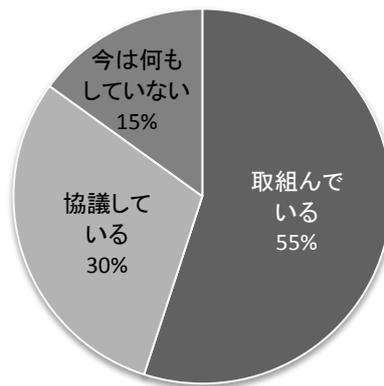
Q8 地域の主任介護支援専門員との連携で課題と感じているのはどのようなことですか。

- ・どの部分で連携できるか具体的に相談したいと思っています。
- ・地域の社会資源情報の収集。
圏域内事業所のサポート体制。
- ・包括主催の講義等がメインであった為、今後は講義の企画・開催
事例検討会の企画
地域ケア会議の参加をお願いしていきたいと思っています。
- ・包括の主任ケアマネ業務では、要介護のケアプランについての理解力が足りず、力不足を感じています。地域の主任ケアマネと連携を取る為に、要介護プランの勉強会などが必要ではないかと思えます。
- ・包括側もあると思いますが、事業所管理者で主マネの方がケアマネジメントを理解されていないことがあるので、これからお互いに研修等で学んでいきたい。今回のように取った後で活躍していただけるフィールドがいままでは少なかったなので、これからたくさんのフィールドを作りたいと感じています。
- ・連携に対しての認識が、個々の主マネによって異なる。
- ・どの事業所の誰が主任介護支援専門員なのかわかりにくい。
居宅支援事業所の方どなたも過密なスケジュールで動いておられ、なかなかつかまらない。
- ・何を連携してよいかわからない。
そもそも地域の主任ケアマネ、あんしん相談センターが連携する気があるか
- ・主任介護支援専門員の役割が明確になっていない。または理解されていない。
- ・共通の認識と理解
- ・圏域内に主任ケアマネージャーは包括を除いて1名しかいません。人数(人員)の不足を感じています。
- ・これから考えていきたいと思っています。

Q1 地域包括ケアシステムについて知っていますか



Q2 事業所内で地域包括ケアシステムの実現に向けて取り組んでいますか



その他(取り組んでいるまたは協議している内容について、よろしければ具体的にお書き下さい)

- ・地域ケア会議を開催し、地域ケアシステムの構築を図るようにしている。
- ・コミュニティー作り
地域住民の意識と選択の支援
予防的概念の思考
状態に応じた対応
医療と介護の連携
- ・地域ケア会議開催に向けて検討。
地域住民との連携を図っている。
- ・地域により温度差があるため、取り組み始めた地域や、働きかけが必要な地域がある。団地や戸建地域のニーズの違い等があり、地域に合わせた取り組みの検討が必要。

・現在、医療機関と介護事業所との事例検討会や自治会とのネットワーク作りに参加するなどの取り組みを行っています。しかしまだ一般の方には包括がどんな活動をしているかという周知が完全になされていないように思います。また地域の民生委員と、より連携を深める必要があると感じています。

・医療連携は福祉と医療という制度の大きな違いがあるので、そこは時間をかけてしっかり行ってきたい。

・全ての関係するする機関、職種との連携が必要だが、難しい。

・地域ごとの特性や取り組み(支え合い、予防取組等)を把握(充実の有無等、地域分析)人と人、人と社会資源を繋げ、ともに地域課題の抽出、解決に取り組めるよう、地域ケア会議を随時開催。

医療、介護の連携(8年前から精神科Hpスタッフとチームを作って出張相談)

関連テーマ(地域包括ケア、地域支え合い、健康づくり、生活支援活動)の講座を実施。→ 町会、老人クラブ、民生委員、薬剤師会、老人ホーム職員等、各団体への実施済み
サロン活動や健康づくり活動の自主グループ化への取り組み。

・地域ケア会議の開催。個別、小地域、圏内全体
認知症ケアについて

ボランティア活動の支援、コーディネート、養成
医療との連携 ・地域との協働

・地域ケア会議の開催

・地域での見守りネットワークの充実、推進

公的サービスの利用のみでなく、フォーマル、インフォーマルなサービスを多様に利用できるように継続的に支援を行っていく。

・地域の見守りネットワークの構築

・高齢関連事業所との顔の見える関係。ともに学び合う関係作り。全ての事業所が「ミニ包括」になる意識作り。

高齢関係事業所以外の地域の行政機関(子供支援センター、児相、ゴミ減量課、消費者生活センター)との連携。

企業、NPO、高齢関連以外の福祉関係者との連携会議(地域ケア会議)

・町会、自治会、老人クラブ等の団体と介護保険のサービスが身近でコラボレーションしながら、地域住民が気軽にサービスを選択できるようになること。情報弱者を作らない仕組み

・地域ケア会議が有効に機能し、横の連携、ネットワーク作りができること。

地域の課題を共有し、各々の役割をもって一体的に取り組めること。

PDCAサイクルの地域の中での実施。

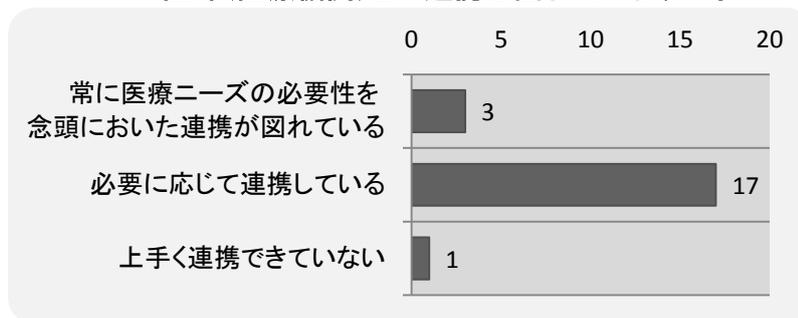
データ分析。

・地域ケア会議の開催や関係機関との協働や関わりを通して、地域包括支援ネットワークの構築を促進すること。日々の相談業務や上記の関わりなどを通して、地域課題を抽出し、インフォーマルサービス等の地域資源との連携や地域資源の開発につなげること。

Q3 地域包括ケアシステムの実現に向けて保険者として取り組んで欲しい事がありましたら
お書き下さい。

- ・総合支援事業の充実
- ・地域住民への啓発
- ・もう少し具体的に細かい指針があると取り組みやすいと思います。
- ・本人・家族を含め、現在は精神・神経科(未受診者を含む)疾患の方が多く、関わりが困難となるケースになる場合があります。その為、精神疾患者への対応、臨床心理士等による研修などを希望します。
- ・中核市になったら、東京都の情報ではなくなると思いますので、各課がしっかりと連携を取り、ぶれない方向性で地域包括ケアについて考えてもらいたい。
ボランティア等の調整にはしっかりと実態把握をしながら行っていただきたい。
- ・国や都が言っていることだけではない、八王子市独自の考え。
保険者としての熱意
- ・システム全体のマネジメント役として、多様な地域特性を前提にそれぞれ見合った取り組みがされているか、関係者がスムーズに動いているか、またどのようにすればよいシステムとなるか等をきちんとPDCAサイクルで動いてもらいたい。→アウトリーチをかけることができる「行政職員」としてコーディネーターの配置を！
- ・様々な委託事業に関する方針、方法の明確化
リーダーシップ
委託費の捻出
- ・包括の数が少ない。担当圏域が広すぎる。
- ・介護保険以外のサービス(生活支援等)の充実
医療系サービスとの関係、ネットワーク構築強化。医師、看護師の介護サービスへの理解を深め、ケアマネージャーへの協力支援。
- ・認知症の当事者会及び高次脳機能障害の当事者会
高齢者(要介護)が収入を得ることのできる次世代型デイサービス
- ・買い物難民を作らない、もっと小地域で動けるコミュニティバス(医療にもかかれる)の創設
市長申し立てによる成年後見制度利用の円滑化
認定調査の平準化
自主活動への助成補助
サービス付高齢者住宅の適正な運営指導
- ・各センターごとの取り組み、各地域の実態把握がまずは必要。保険者内の各課の情報、横の伝達をスムーズにする仕組みが必要。
- ・住民組織、ボランティア、NPO等を活用した生活支援サービス、介護予防サービスの充実

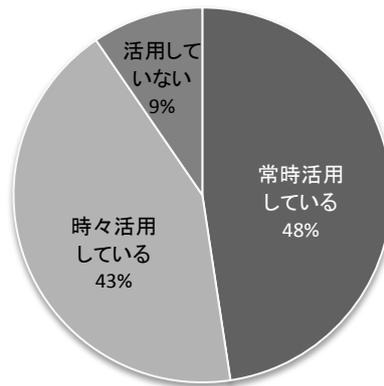
Q4 医師(医療機関)との連携は図れていますか。



Q5 Q4で上手く連携できない方は理由をお聞かせ下さい。

- ・全般的にできていない。
- ・医療機関が求められていること、介護側が医療機関に求めていることのポイントがずれている。
- ・医師によってはCMや包括の役割を理解されていない。家族と同様と思っているDrもいる。

Q6 「八王子市医療と介護の連携ガイド」を活用していますか。

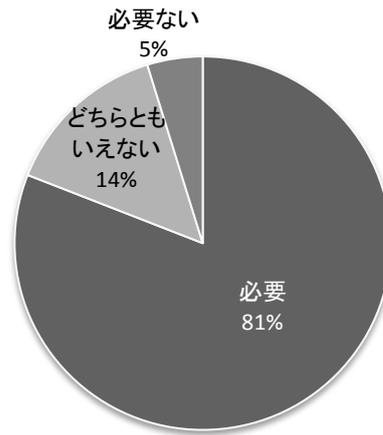


Q7 Q6で活用していない方は理由をお聞かせ下さい。

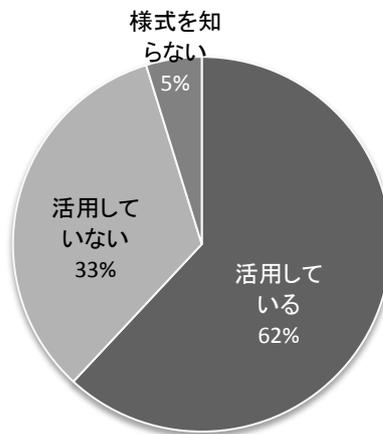
・インターネットを活用するため

・探しにくい。わかりにくい。利用者は圏域内の病院に通っているとは限らない為、インデックスのようなものがないと、探すのに苦労する。50音順の方が探しやすい。

Q8 医療連携ガイドの改訂の必要性を感じますか。



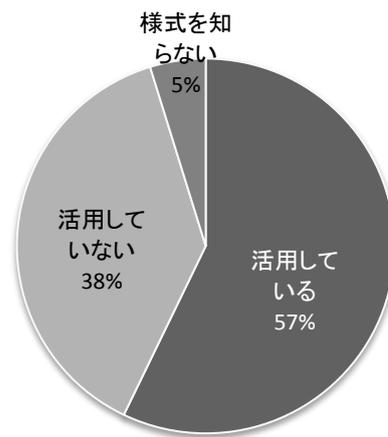
Q9 診療情報提供書(介護情報提供書)などの推奨するケアプラン情報提供書(様式1)を活用していますか。



Q10 Q9で活用していない方は理由をお聞かせ下さい。

- ・直接Drと面談する機会をつくり相談等している。
今後は活用していきたい。
- ・必要時は直接医師が意見を聴取するため。
- ・包括での業務に就いてからは活用していない。
- ・直接ケアプランをもっていない為

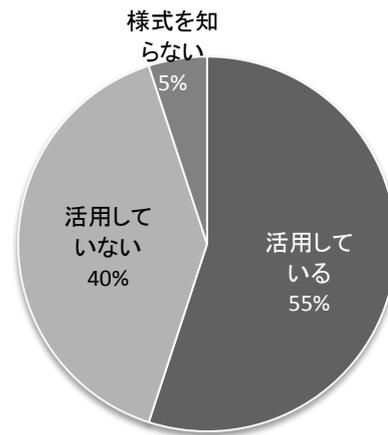
Q11 介護保険サービス計画及び担当者会議に対しての情報提供依頼書(様式2)を
活用していますか。



Q12 Q11で活用していない方は理由をお聞かせ下さい。

- ・必要性は本当に感じていますが、あまり活用していません。
- ・主治医意見書で補っている
- ・直接ケアプランをもっていない為

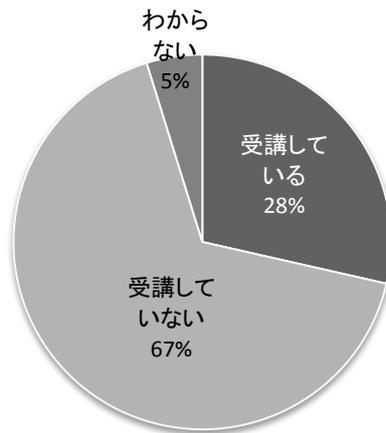
Q13 診療情報提供書(介護情報提供書(様式3))を活用していますか。



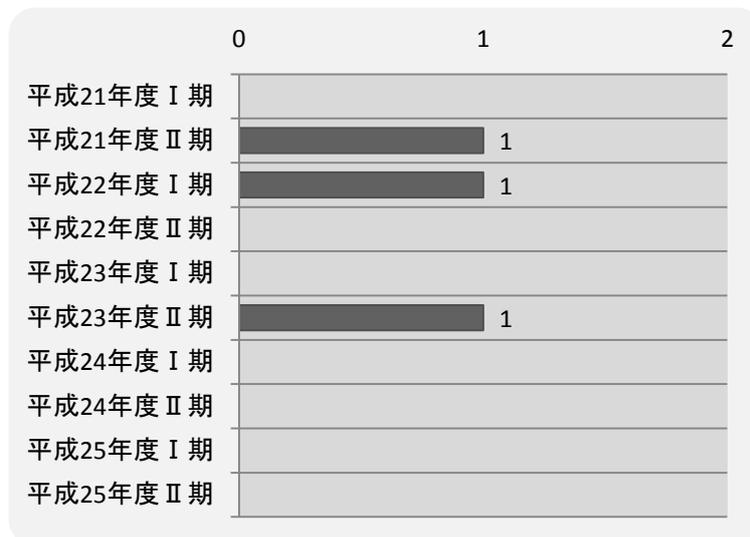
Q14 Q13で活用していない方は理由をお聞かせ下さい。

- ・主治医意見書に記載される内容とさほど相違がない為
- ・直接ケアプランをもっていない為
- ・頻度は多くないが、軽度者の福祉用具貸与の際に活用することがある。

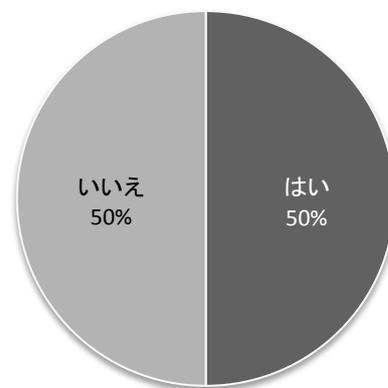
Q15 東京都在宅医療サポート介護支援専門員研修を受講していますか。



Q16 Q15で受講していると答えた方は受けられた時期はいつですか。



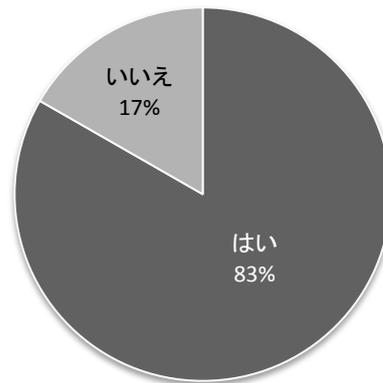
Q17 東京都在宅医療サポート介護支援専門員研修終了後に研修の効果が実感できる場面がありましたか。



Q18 Q17で、はいと答えた方は、どのような場面で実感できましたか。

- ・医療ニーズが高い方を担当した時。
- ・医療的視点からのケアマネジメントに活用(リスク管理と予測に活用)
- ・具体的な場面はないが、医療的視点によるアセスメントやターミナルや難病のケースに関わる際の心構えが比較的できるようになったと感じている。

Q19 東京都在宅医療サポート介護支援専門員研修で学んだことを自身のスキルアップ以外にも活用しましたか。



Q20 Q19で、はいと答えた方は、どこでどのような活用をされたのかを教えてください。

- ・医療連携時
- ・医療的視点からのケアマネジメントに活用(リスク管理と予測に活用)
- ・職場内での資料提供
- ・地域ケア会議
- ・職場内での資料提供