

八王子市
主任介護支援専門員を活用した
地域ケアマネジメント向上事業
報告書

平成 27 年 9 月

一般社団法人 八王子介護支援専門員連絡協議会

目次

はじめに	1
介護支援専門員職能団体による主任介護支援専門員のあり方提言のモデル性	
国際医療福祉大学医療福祉学部教授 小嶋 章吾	2

1. 事業の概要

1. 目的	4
2. 期間	4
3. 業務内容	4
(1) 実態調査及びアンケート調査	4
(2) 主任介護支援専門員のあり方等に関する調査	4
(3) 試行事業	4
(4) 報告書作成	4

2. 主任介護支援専門員実態調査

1. 目的	5
2. 主任介護支援専門員実態調査に関する調査研究事業	5
3. 協力事業所	5
4. 調査期間 調査方法	5
5. 調査対象	6
(1) 居宅介護支援事業所事業所 介護支援専門員に対する調査	6
(2) 居宅介護支援事業所事業所 主任介護支援専門員に対する調査	6
(3) 高齢者あんしん相談センター 主任介護支援専門員に対する調査	6
合計	6
6. 調査結果	7
八王子市内指定居宅介護支援事業所 介護支援専門員 調査結果	7
基本項目	7
主任介護支援専門員について	11
地域包括ケアシステムについて	16
以下は管理者の方のみお答えください	23
八王子市内指定居宅介護支援事業所 主任介護支援専門員 調査結果	26
基本項目	26

主任介護支援専門員研修について	29
主任介護支援専門員として	32
地域包括ケアシステムについて	34
以下は管理者の方のみお答えください	39
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 調査結果	41
基本項目	41
主任介護支援専門員としての業務の取組み状況について	43
地域包括ケアシステムについて	49

3. ファシリテーター養成研修

1. 概要	55
2. 研修報告	55
第1回 ファシリテーター養成 研修報告	55
第1回研修 参加者アンケート調査 結果	56
第2回 ファシリテーター養成 研修報告	61
第2回研修 参加者アンケート調査 結果	61
第3回 ファシリテーター養成 研修報告	66
第3回研修 参加者アンケート調査 結果	66

4. スーパービジョン研修

スーパービジョンの理論と展開

1. 概要	70
2. 研修報告	70
第1回 スーパービジョンの理論と展開 研修報告	70
第1回研修 アンケート調査 結果	70
研修全体の内容はいかがでしたか	70
(1) 資料はわかりやすかったですか	71
「① わかりやすかった」を選んだ理由	71
「② ややわかりやすかった」を選んだ理由	71
「③ ややわかりにくかった」を選んだ理由	72
(2) 講義内容について理解できましたか	72
「① できた」を選んだ理由	72
「② だいたいできた」を選んだ理由	73
「③ あまりできなかった」を選んだ理由	73
(3) 第2回目に先生に伺いたいことがありましたらお書きください	74
(4) その他ご意見ありましたらお書きください	74

第2回 スーパービジョンの理論と展開 研修報告	75
第2回研修 アンケート調査 結果	75
研修全体の内容はいかがでしたか	75
(1) 資料はわかりやすかったですか	76
「① わかりやすかった」を選んだ理由	76
「② ややわかりやすかった」を選んだ理由	76
「③ ややわかりにくかった」を選んだ理由	76
(2) 講義内容について理解できましたか	77
「① できた」を選んだ理由	77
「② だいたいできた」を選んだ理由	77
「③ あまりできなかった」を選んだ理由	78
(3) 先生に伺いたいことがありましたらお書きください	78
(4) その他ご意見ありましたらお書きください	78

5. 医療連携研修

適切に医療と連携したケアマネジメント

1. 概要	79
2. 研修報告	79
3. アンケート調査結果	79
研修会全体の内容はいかがでしたか	79
講義「地域包括ケアシステムと医療機関」	80
(1) 資料はわかりやすかったですか	80
「① わかりやすかった」を選んだ理由	80
「② ややわかりやすかった」を選んだ理由	80
「③ ややわかりにくかった」を選んだ理由	81
「④ わかりにくかった」を選んだ理由	81
(2) 講義内容について理解できましたか	81
「① できた」を選んだ理由	82
「② だいたいできた」を選んだ理由	83
「③ あまりできなかった」を選んだ理由	84
講義「ケアマネージャーの視点から」	84
(1) 資料はわかりやすかったですか	84
「① わかりやすかった」を選んだ理由	84
「② ややわかりやすかった」を選んだ理由	85
「③ ややわかりにくかった」を選んだ理由	85

「④ わかりにくかった」を選んだ理由	86
(2) 講義内容について理解できましたか	86
「① できた」を選んだ理由	86
「② だいたいできた」を選んだ理由	88
「③ あまりできなかった」を選んだ理由	89

6. 主任介護支援専門員あり方懇談会

1. 目的	90
2. 概要	90
3. 参加者	90
4. 開催日時・場所	91
5. 調査研究を踏まえた懇談会での意見	91
6. 懇談会からのその他の意見	92
7. 懇談会を経て取りまとめられた主任介護支援専門員推薦要綱に対する参考意見	93
8. 懇談会を踏まえた事務局側の意見	93
9. 資料 課題と実行段階マトリクス表	95

7. 事業のまとめ

1. 主任介護支援専門員等の実態把握	96
2. 主任介護支援専門員のあり方等に関する研究・検討	96
3. 試行事業（研修会等）	97
今後の課題と展開	97

8. 資料

資料 1 居宅介護支援事業所事業所 介護支援専門員に対する調査用紙	99
資料 2 居宅介護支援事業所事業所 主任介護支援専門員に対する調査用紙	103
資料 3 高齢者あんしん相談センター 主任介護支援専門員に対する調査用紙	108
資料 4 ファシリテーター養成研修資料 ファシリテーション技術（第1回）「ファシリテーションとは何か」	112
資料 5 ファシリテーター養成研修資料 ファシリテーション技術（第2回） 「地域包括ケアシステムにおける多職種連携実践のファシリテーション」	120
資料 6 ファシリテーター養成研修資料 ファシリテーション技術（第3回）「リフレクション」	129

資料 7 医療連携研修資料

適切に医療と連携したケアマネジメント2「医療ニーズの情報活用」
～地域ケアシステムと医療機関～・・・・・・・・・・・・・・・・・・131

資料 8 医療連携研修資料

適切に医療と連携したケアマネジメント2「医療ニーズの情報活用」
～入退院時のケアマネジメント ケアマネージャーの視点から・・・・・・・・・・143

はじめに

日本はこれから先の更なる少子高齢化に対し、国民の生活を介護保険制度のみでは支えきれないと考え地域包括ケアシステムの構築を打ち出しています。

私たちケアマネジャーも日々の仕事の中で、意地を張る独居高齢者、途方にくれる老々介護、さらには介護職人材不足などの不安を切実に感じており、この先の日本社会を憂えてしまいます。

ケアマネジャーにとっては要介護者の生活支援、家族の介護支援のためのケアプラン作成が本業ではありますが、今後は地域包括ケアに踏み込んだ職務も要求されると考えます。

平成 18 年に地域包括支援センターが作られ主任ケアマネジャーが設置されました。

このときの主任ケアマネジャーは包括的継続的ケアマネジメントの実現にむけ地域のケアマネジャーの指導的役割を担っていました。

その後、八王子介護支援専門員連絡協議会からの要望も受け地域ケアマネジャーにも主任ケアマネジャーの配置が進んでいきましたものの、現実には特定事業所加算の取得を目的としか受け取られかねない状況も否定できません。

このたびの主任介護支援専門員を活用した地域ケアマネジメント向上事業の補助事業は、まさにこれからのケアマネジャーの社会的意義を再考するに最適な事業でありました。

地域包括支援センターが地域の中心となって情報発信するのに対し、地域の主任ケアマネジャーは各家庭からの情報を発信しお互いが絡み合っこそそのネットワークが熟成していくものと信じます。

今回の事業を通していまはまだ抽象的な概念でしかない地域包括ケアシステムをより具体的なものへと創り上げる一歩にしたいと考えます。

一般社団法人 八王子介護支援専門員連絡協議会
代表理事 数井 学

介護支援専門員職能団体による 主任介護支援専門員のあり方提言のモデル性

国際医療福祉大学 医療福祉学部 教授 小嶋 章吾

東京都八王子市では、個人としての介護支援専門員及び事業所としての指定居宅介護支援事業所からなる「一般社団法人八王子介護支援専門員連絡協議会」が組織されている。

介護支援専門員の職能団体は、全国的には一般社団法人日本介護支援専門員協会が組織され、都道府県単位でも組織されているが、市町村単位の組織化はまだ限定的である。そのようななかで、平成 12 年八王子指定居宅介護支援事業者連絡協議会として発足し、平成 24 年に法人化した当該協議会は、発足当初より八王子市とも良好な関係を保ちながら活動を進めてきている点や、及び市町村単位としては未だ数少ない法人格を取得しているといった点で、市町村単位で組織された介護支援専門員の職能団体として1つのモデルになりうるといっても過言ではない。

現下求められている地域包括ケアシステムの構築にあたっては、介護保険の保険者でもある市町村がキープレイヤーの1つであることはいままでのないが、もう1つのキープレイヤーこそ、市町村単位に組織された介護支援専門員の職能団体である。市町村単位の介護支援専門員の職能団体が、当該市町村と対等な関係を構築し、職能団体としていかに主体性を発揮した活動を展開していくかが、当該地域において求められる地域包括ケアシステムの構築の鍵を握っているといってもよいであろう。

2016(平成 28)年度より、介護支援専門員の研修制度が見直される。その目的は、「医療職をはじめとする多職種と連携・協働しながら適切にケアマネジメントを実践できる」(*1) ようにすることであり、見直しの内容は介護支援専門員を対象とする各種の法定研修の大幅な強化にある。特に注目したいのは、46 時間分の主任更新研修の新設である。 (*1)第 6 期東京都高齢者保健福祉計画(平成 27~29 年度)
224 頁

主任介護支援専門員は、2006(平成 18年)の介護保険制度改正により創設された地域包括支援センターに配置され、介護支援専門員をスーパーバイザーとして、また地域で中核的な役割を担える人としての役割が期待されている。だが、2009(平成 21)年の介護報酬改定による居宅介護支援の特定事業所加算の見直しにともない、地域包括支援センター以外の居宅介護支援事業所でも主任介護支援専門員が配置されるようになってからは、主任介護支援専門員は介護支援専門員のキャリアアップの意味が加わった。これにともない主任介護支援専門員の増加の反面、質が問われるようになったのである。すわなち、地域包括支援センターに配置された主任介護支援専門員に比べて、居宅介護支援事業所に配置された主任介護支援専門員の役割は「必ずしも明確ではなく、また主任介護支援専門員としての業務を検証する機会も乏しいのが現状」であるとされている。実はこの件は、第 5 期東京都高齢者保健福祉計画(平成 24~29 年度)(117 頁)も第 6 期東京都高齢者保健福祉計画(平成 27~29 年度)(224 頁)も全く同じ表現による指摘となっている。このことは主任介護支援専門員の役割の重要性にもかかわらず、その業務の検証はこれまでのところ進んでこなかった証左である。本事業及び本報告書は、この重要な課題への1つの挑戦でもある。

本報告書は、前述のような背景のもとで、八王子市が主任介護支援専門員のあり方検討を同協議会に委託し取り組んできた成果である。そういう意味で、地域包括ケアシステム構築に向けて決定的な役割の担い手である2つのキープレイヤーによる共同の成果でもある。本報告書が、2025年に向けての、八王子市における地域包括ケアシステム構築に向けての土台となるとともに、2016年度からの主任介護支援専門員のあり方への示唆となることを心より期待したい。

1

事業の概要

1 事業の概要

1. 目的

地域包括ケアを実現するためには、地域におけるケアマネジメント能力を向上することが極めて重要であり、その中でもケアマネージャーの中核を担う主任介護支援専門員を、地域の社会資源の柱として活用することが必要である。

そこで、本市における主任介護支援専門員のあり方等に関し、当事者を交え調査検討するとともに、試行事業としての研修会を実施することとする。

2. 期間

平成 26 年 5 月 1 日から平成 27 年 3 月 31 日まで

3. 業務内容

(1) 実態調査及びアンケート調査

主として郵送により市内の指定居宅介護支援事業所へ、主任介護支援専門員の在籍状況やその他意向調査を実施し、実態把握及び事業の方向性について把握する。

(2) 主任介護支援専門員のあり方等に関する調査

本市が設置する、地域資源としての主任介護支援専門員の位置づけ、地域貢献の在り方及びそのための実現方策についての提言を行うための会議体の事務局を担当し、会議の運営や提言とりまとめの作業を行う。

(3) 試行事業

保険者である八王子市による後年度での本格実施を見据え、職能団体としての専門性を発揮し、以下の事業を企画・試行実施する。この場合、合わせて 3 回程度を目途として開催する。

(ア) 主任介護支援専門員フォローアップ研修若しくはステップアップ研修

(イ) 市内介護支援専門員を対象とした在宅医療サポートフォローアップ研修(ただし、主任介護支援専門員が事例検討時ファシリテーターを務めるものとする)

(4) 報告書作成

主に(2)の提言を中心とした事業報告書を作成する。

A4 版 50 頁内外 1000 部

2

主任介護支援専門員実態調査

2 主任介護支援専門員実態調査

1. 目的

地域包括ケアシステムを実現するためには、地域におけるケアマネジメント能力を向上することが極めて重要であり、その中でも主任介護支援専門員が地域の社会資源の柱としての役割を担うことが課題となっています。

そこで八王子市では 26 年度、「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」を実施することになりました。本事業は、市内における主任介護支援専門員のあり方等に関し、調査を行ない、研修会を開催することを目的としています。

そのため、市内で活動している介護支援専門員及び主任介護支援専門員へアンケート調査を行ない、その結果を今後実施される懇談会や研修事業に活用します。

2. 主任介護支援専門員実態調査に関する調査研究事業

市内で活動している介護支援専門員及び主任介護支援専門員の実態調査を行い、この調査に基づいて、懇談会や研修事業が行われます。また、このアンケート調査の結果は「東京都主任介護支援専門員研修八王子市受講者推薦基準」改定の基礎資料として八王子市へ提出いたします。

設問は「基本項目」、「主任介護支援専門員について」「地域包括ケアシステムについて」「管理者用」で構成されています。管理者の方は「基本項目」、「主任介護支援専門員について」「地域包括ケアシステムについて」「管理者用」をご記入いただきました。介護支援専門員として活動されている方は「基本項目」、「主任介護支援専門員について」、「地域包括ケアシステムについて」をご記入いただきました。

アンケート調査票は「主任介護支援専門員研修を受講されていない方」「主任介護支援専門員の方」「地域包括支援センター(以下、あんしん相談センター)で主任介護支援専門員研修を受講されている方」の 3 種類あります。

3. 協力事業所

八王子市内居宅介護支援事業所	128 事業所
八王子市高齢者あんしん相談センター	15 事業所

4. 調査期間 調査方法

平成 26 年 7 月 1 日～31 日
無記名 自記式 郵送配布・郵送回収

5. 調査対象

(1) 居宅介護支援事業所事業所 介護支援専門員に対する調査

調査対象	八王子市内指定居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員及び同管理者
配布数	316 件
回収数	非管理者 139 件 管理者 81 件 計 220 件
回収率	69%

(2) 居宅介護支援事業所事業所 主任介護支援専門員に対する調査

調査対象	八王子市内指定居宅介護支援事業所に所属する主任介護支援専門員及び同管理者
配布数	72 件
回収数	非管理者 25 件 管理者 30 件 計 55 件
回収率	76%

(3) 高齢者あんしん相談センター 主任介護支援専門員に対する調査

調査対象	高齢者あんしん相談センターに所属する主任介護支援専門員
配布数	29 件
回収数	21 件
回収率	72%

合計

配布数	417 件
回収数	296 件
回収率	71%

6. 調査結果

次頁より

主任介護支援専門員実態調査結果

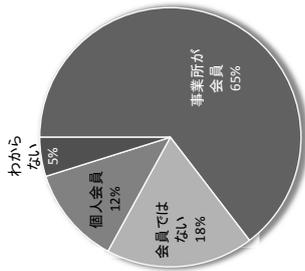
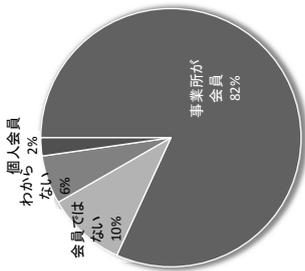
八王子市内指定居宅介護支援事業所 介護支援専門員

基本項目

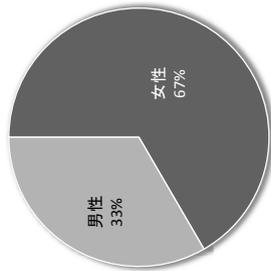
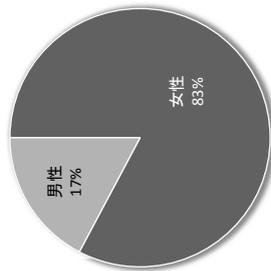
左
介護支援専門員

右
介護支援専門員(管理者)

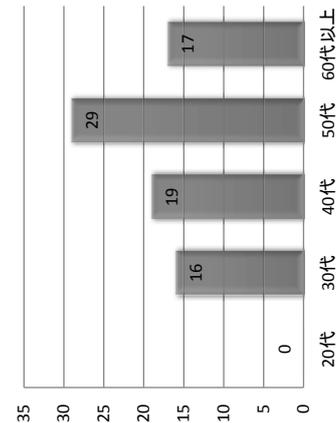
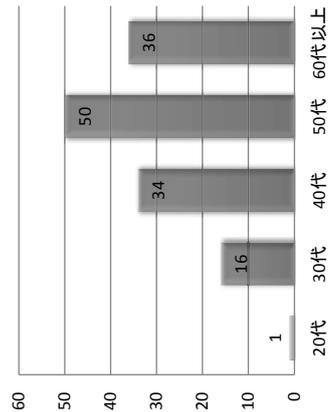
Q1 八王子介護支援専門員連絡協議会の会員ですか。



Q2 性別



Q3 年齢(年代)

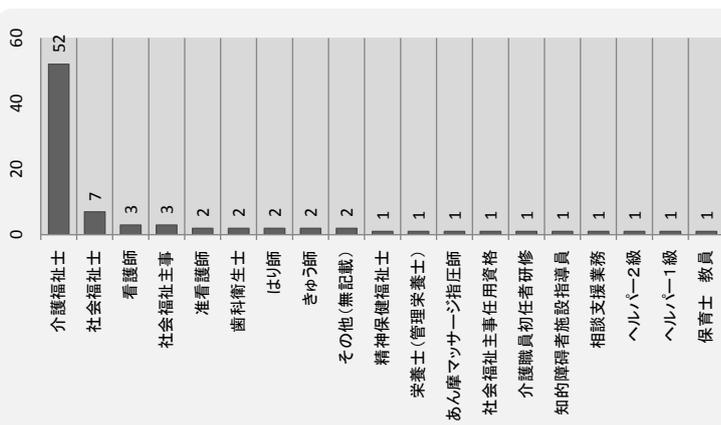
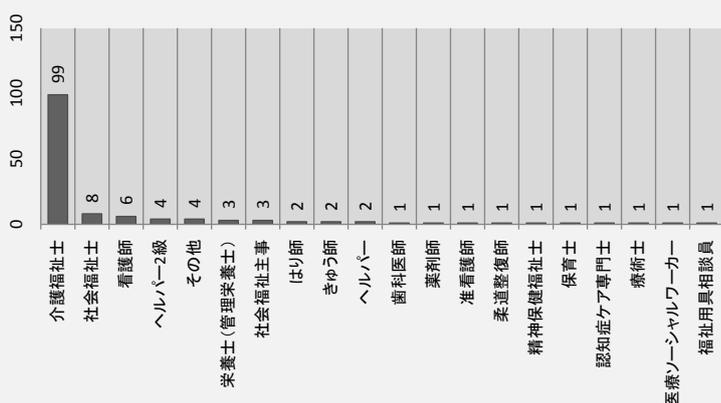


主任介護支援専門員を活用した
地域のケアマネジメント向上事業

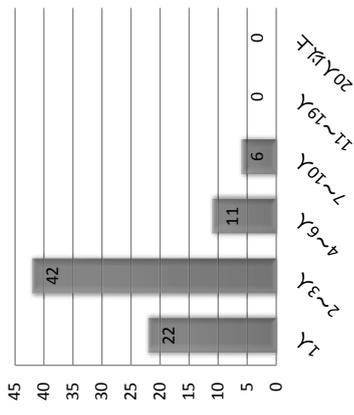
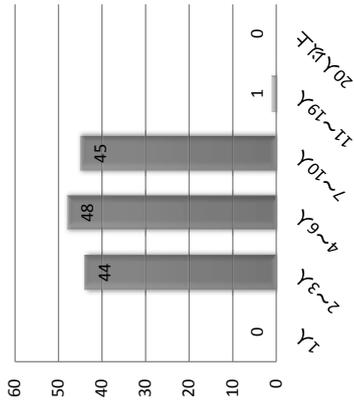
主任介護支援専門員実態調査結果

八王子市内指定居宅介護支援事業所	
介護支援専門員	
アンケート配布数 316通	
回収数	
非管理者	管理者
139通	81通
合計 220通	
回収率 69%	

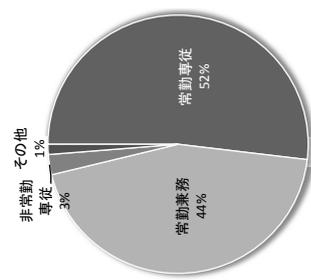
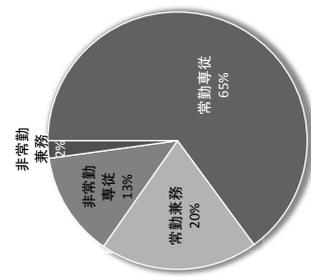
Q4 基礎資格



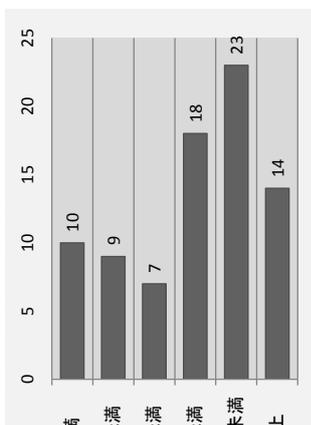
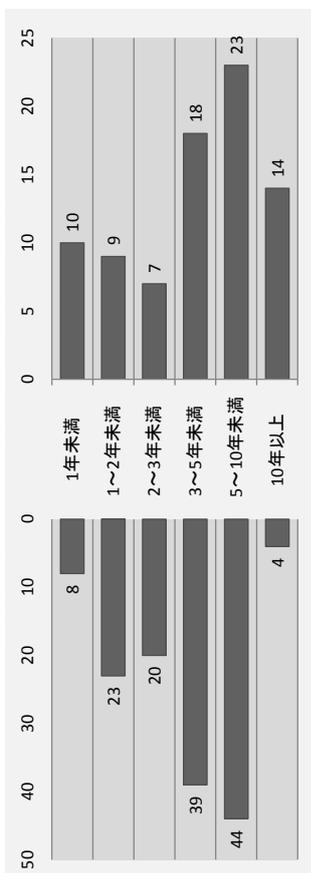
Q6 事業所の介護支援専門員(現任者)は自身を含め何人ですか



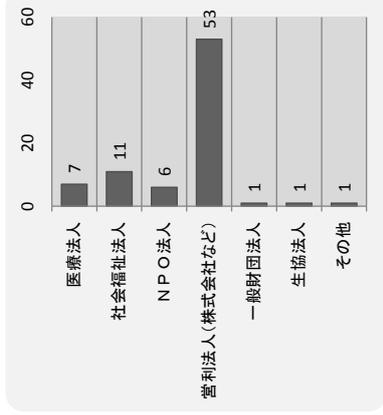
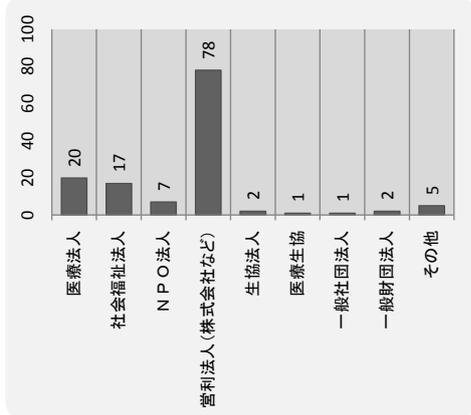
Q7 あなたの勤務形態をお答えください



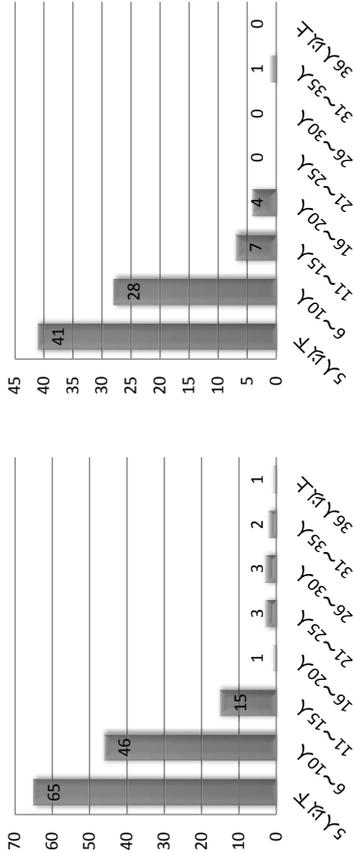
Q5 介護支援専門員としての実務の経験年数をお答えください



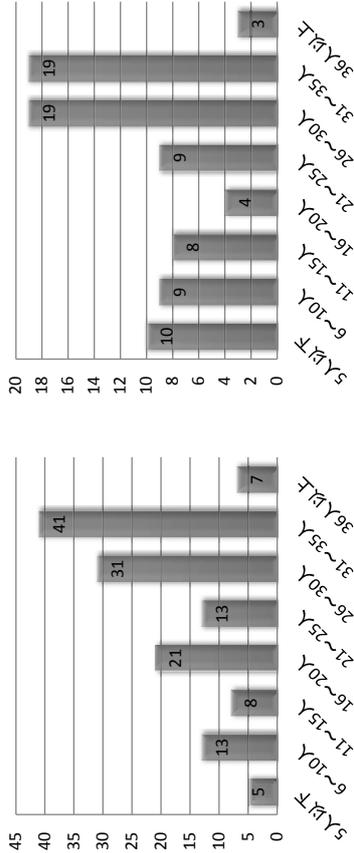
Q8 運営主体をお答え下さい。



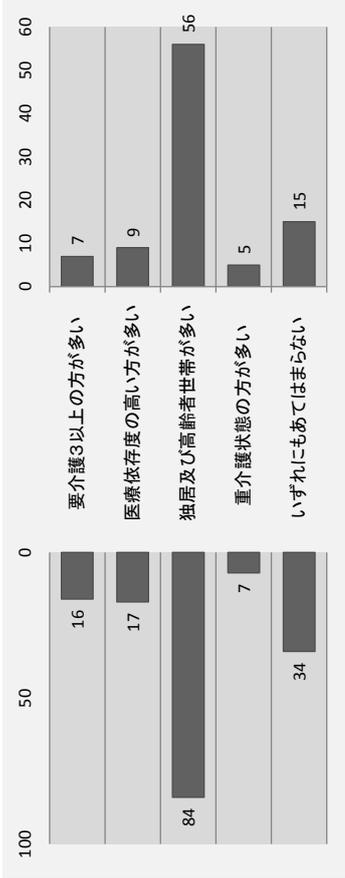
Q9 平成26年6月現在、あなたが担当している介護予防の利用者は何人ですか



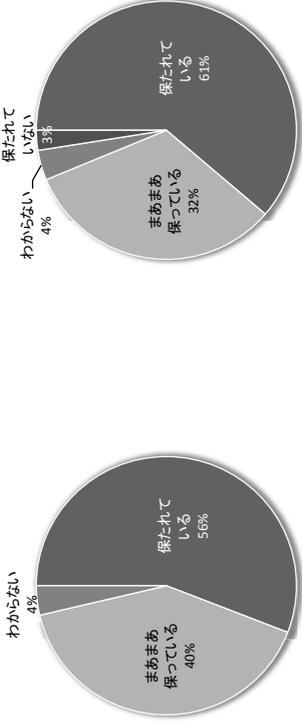
Q10 平成26年6月現在、あなたが担当している要介護状態の利用者は何人ですか？



Q11 現在、担当している要介護状態に近いものを選んで下さい(複数回答可)



Q12 ご自身がサービス計画を作成する際に中立性が保たれていると思いますか



Q13 現在、所属している事業所や保険者(八王子市)に対する意見や要望などがありましたら、ご自由にお書き下さい。

- ・法令や手順について、簡素化できるものはしてほしい、中核市ならできると聞いています。グレーゾーンの解釈は特に実務に適した内容にしてください。
- ・とにかく書類が多い。事務仕事も大切な仕事だが、利用者の家族のニーズに答えるには、電話や訪問に時間をかける必要があると思うので、事務作業に時間を取られる、それが不十分になってしまう。利用者に関わる時間を省かなくて済むように、書類は無駄をなくし、簡素化すべきだと思う。
- ・ケアマネージャーに対する研修だけでなく、高齢者の相談窓口である包括の職員のスキルアップを図ってほしい。相談の際に、すべてを介護保険のサービスにつなげようとするスタンス、きちんとしたアセスメントを取れば、介護保険外のサービスで十分対応できるケースを依頼してくる。私たちケアマネージャーは、介護保険の利用がなければ働かなくなってしまふ。保険サービスに対する評価をしてほしい。仕事をくれる包括に対して、ケアマネージャーは何も言えない。
- ・事業所が移転したばかりですが、情報がなく困っています。他市と違い八王子市は広くて包括もあまり当てにならない、どうしたものかと思っています。
- ・アンケートが長いので、勤務内ではできない。強制アンケートではなく、希望者のみにしてほしい。
- ・制度の変更時の情報を早くもらいたい。

- ・モニタリングについて 八王子市独自の用紙ができて、モニタリング方法がやり易くなるのではないだろうか。
- ・今後の高齢者、障害者が暮らしやすい街を作っていくために、地域包括ケアシステム作りに、医療関係者、ケアマネ、民生委員や当事者に至るまでの各種機関が関わられるようにしていけたら、新たな八王子市を作っていくことができるのではと思うております。八王子市市民として各種機関の壁を壊せば新たな1人を大切にする街づくりができるのではないかなと思っております。
- ・新しくできて1年が過ぎた事業所なので、介護支援専門員が1人という状況で手探りでやってきました。細かなことでも相談できると安心できます。
- ・八王子市の研修で興味があり希望したが、外れてしまうことが多い。1年後の受講となるため改善が出来ればと思う。
- ・オープンしたばかりでよくわからない状況です。
- ・市役所の各課の連携が薄く、相談先を回される。
- ・保険者に ケアプランに自社サービスを利用する時は集中減算を5割くらいにしないと、利益還元等が常態化しています。
- ・訪問診療・看護が増えていると在宅が心強い。地域包括支援Cから同じ法人から外に外に仕事が出ないということがやっばりあります。

・最近の利用者を見ると、独身の家族と高齢の方との世帯が多く、利用者の権利意識がとも強いのことが多いです。依存型の利用者も多く、未だに介護保険についての内容の認知が不十分であることで、クレーム等が出てくることもあります。権利を主張することは大切ではありますが、介護と関係のない部分まで主張するのは筋が違っているのでは？

・認定更新時、介護から予防、予防から介護になつたとしても、情報開示には認定月を待たずに申請させてほしい。届出書も同じように、事前に登録できるようにしてほしい。

・利用者様にごくお話を伺いたいこと、作成書類の多さが反比例しそうで、書類をもう少し簡単にできないでしょうか？

・八研について…毎日本当に忙しい。その中で時間調整しながら参加しているが、何を向上させたのか…？と思ってしまう。

・診査会…700件待ちですと対応が大変なのは理解する。郵送・到着・確認で暫定プラン作成は辛い。役所は月末で認定下したかもしれないが、こちらは確認が月をまたぐことになり、暫定→本プラン利用者にとっては大変なことだと毎月感じる。書類ありきのCMも辛い。

・包括によって提出物が違ったり、意見が違っているので、その都度対応を変えている。包括全体で統一してほしい。

・介護が軽くなったり、介護サービスを外れた場合の手間分として加算ができると思う。

・八王子にはケアマネを対象にした研修が開催されています。限られた時間出席するのは大変負担が大きいのですが、マンネリになりがちな仕事に違う視点を持つためにも、今後も研修など自己研鑽が必要だと思います。今後も研修開催をよろしくお願ひします。

・介護支援専門員の研修等、実務にとても役立つております。ありがとうございます。

・更新認定の結果が出るが遅いことが多い。

・自社サービスを第一に考えていますが、補い切れない時は他社に任せてしまいます。減免等の基準がありますが、自社の方が連携が取りやすいです。

・事務処理が多く、時間が足りなくなる。記録、計画書が大切なのは理解できるが、今起きている問題を解決するのが精一杯の状況です。1人1人の利用者様のことをしっかりと把握し、数多く行わなければならないというサービス担当者会議を決められた時間の中で行っていくにはどのような方法があるのか、教えて頂きたい。

・主任ケアマネの位置づけがよくわからない時があります。事業所にいると加算の為に主任ケアマネを取る？という感じにも思える時があります。ケアマネ3人になると主任ケアマネを取るようになるとか、事業所の中でも主任ケアマネの役割がわかりませぬ。

・職場が多摩市よりなので、八王子市の研修があまりにも多く業務への支障が出てしまつて、多く出席できません。申請等本庁での業務が大変です。

・保険者：有効期間途中でサービスの導入が入つた場合のサ・担に全員参加は難しい。退院後に次々と導入していかないといけない状況と、訪看護入等すぐに導入しなければいけない時などかなり負担が大きいです。導入のサービスの方だけのカンプレックスならスムーズにいけるが、全員参加となると、照会の手間等あり大変です。

・事務量が多くの勤務時間内にできない。介護予防者の特例申請、特に介護用ベッドは自費扱いが多いと思います。特例申請の為に業務量が増し、実際に介護保険を適用してまで必要はないと思われませんが、利用者の安易な要望に対して説得する程のエネルギーは無い、他事業所も当然のように利用者の言いなりな空気があります。

・今後市主催の研修等、可能な限り出席させて頂きたいと思っておりますので、よろしくお願ひいたします。

・八王子市全域にて現在行われているインフォーマルサービスを、地域から抽出して一覧等があると、情報として助かります。

・包括から平等に利用者の紹介がない。包括で持っているヘルパーセンターや支援事業へ利用者が流れていることが多いと聞いています。市役所から地域の事業者と照会するべきだと思います。また包括によって計画表の記入方法がまちまちで困っています。包括のケアマネに計画表の記入や理解を統一する勉強会をしてほしい。八王子市役所や包括の方に質問すると上から目線の方が何かいるので、相談しにくい。

・生保の方たちも何人か担当しているが、生保の担当者の方達も忙しいのはわかるが、介護保険について全く興味もなく、無知でいらつしやる。全くもって全て話も聞かず、丸投げ これはいかぬものか。私たちが営利企業であり、会社に所属しているのは、協力そで努力もしますが、ただ働きばかりではできません。お互いのことを理解しようと思つて、連携できる関係でありたいと願ひます。

・保険者には統一性があり、魅力のある研修や講演会を実施してもらいたい。

・研修が多く、ケアマネ業務に負担がある。

・来年度、要介護の方が介護保険の枠組みから外され、地域支援事業に移行していくが、今後はさらに要介護1・2の方も外されていく方向にあること。しかし動向が不透明なので、対策等を検討することもできず、不安感ばかりが増すばかりである。

・地域包括ケアシステムのところでの質問事項にある内容になりますが、「医療との連携」と言われている中で介護支援専門員に対しての研修は回数も多く、どの研修に出ても必ず言われ連携がとて重要！と教えられる中で、必要に応じて担当医療等に連絡をした際に、人によつてこそ嫌な態度で返答されます。こういったことが連携が苦手と言われる原因につながっていると思われ。私たちが同僚病院の医師や医療職にも説明をお願いしたいと思ひます。

・市役所が速いので、居宅の届け出や情報開示も支援センターや出張所でできるようにしてほしい。

・H27年4月以降の介護予防支援事業についての情報を詳しく頂きたい。八王子市の考えが聞ければと思います。

・更新申請用紙に社印が必要ですが、それにより事務所に寄つてから申請しなければならず、申請が遅れることがあります。特に不正等のリスクも考えにくいので、なるべくよいものではないかと思ひます。認定情報も他の市ではその場でケアマネがコピーすることが出来ると思ひます。急いでケアプランをたてないといけない時があるので、すぐに情報が得られるように思ひます。新たな介護度や認定期間もケアマネに教えて頂けると嬉しい。 (保険者に対する意見要望)

・要支援1・2の方のプランの取り扱いについて平成27年度以降どのように変わっていくのか利用者様から問い合わせもあり、八王子市の方針を早く知りたいと思ひます。

・ケアマネージャーは本来中立性を保ちケアプランを作成すべきであるが、現状ではできないと考へます。法律上では明記されても給付は所屬する法人からいただくので、どうしても事業所の運営も考へてしまいます。事業所が運営できなければケアプラン作成どころではありません。

・医療連携を盛んに言われている中で、医師の意見書に関して骨折にて介護申請を行った。骨折なので意見書は書けないと拒否された。皮膚治療の訪問看護の希望あり、掛かりつけの皮膚科に相談、意見書は書けないとやはり拒否。こういったものは大きな大学病院などで書いてもらうのが常識など、意見も言われた。介護保険システムを医師側サイドにも理解を促していただきたい。

・高齢化により、在宅介護サービスが必要になる中、こへ来て介護員の減少が感じられています。法外な策を行わないと在宅にてケアが困難になるように思ひます。介護員の高齢化も進んでいると思ひます。

・① 支援の方の平成27年4月からの処遇について詳細と方針を伺いたい。② 要支援を含む軽度認定者の福祉用具利用について、医師よりの診療情報提供書の取り寄せなど、大変なケアを担うました。必要な方に必要な介護が受けられるよう、便宜を図ってください。

・独居で認知症で生活保護の方に關しては、生活のほとんどにCMが関わることになる為、負担が大さきい。書類が多い、動けば動くほど作成資料が増えるという状況に疑問を感じる。

・書類(ケアプラン等)必要とされるものが多く就業時間内に整えるのが難しい。その人らしいケアプランというより、書類をきれなく整えることに重きがおかれてしまう。何とか簡素にできないでしょうか？

・要介護・支援認定申請書の提出者の欄にある事業社印について必要がない。業務効率が悪く、代行申請に支障をきたすため見直してほしい。他市区町村の申請書ではほとんど見られない。少しでも業務効率を良くし、ご利用者へのサービスに還元したい。

・日々の業務が忙しすぎる。簡単にできるのであれば、書類等簡単にしてほしい。

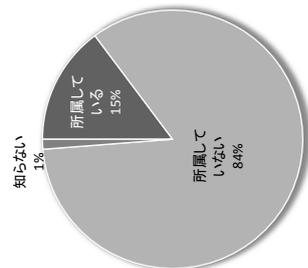
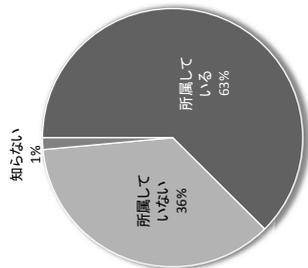
・保険者に対して：認定が遅いと思います。認定後の手続きについて認識されているのでしょうか？

主治医の意見書や介護保険との連携について：八王子市から医療の方々に働きかけは行っていないしやるのをお聞きしたいと思います。

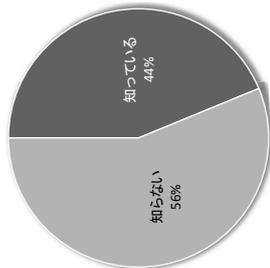
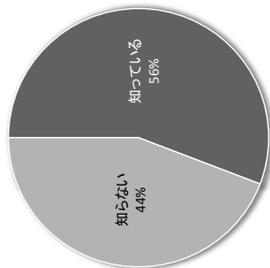
・市と包括支援センターの研修が多くて参加しきれない。

主任介護支援専門員について

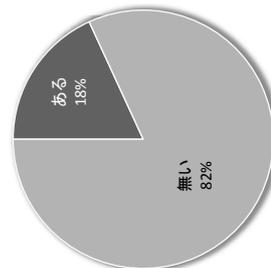
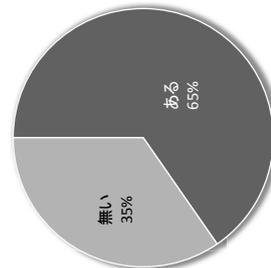
Q1 主任介護支援専門員があなたの事業所に所属していますか



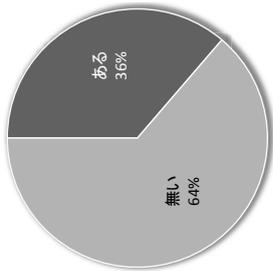
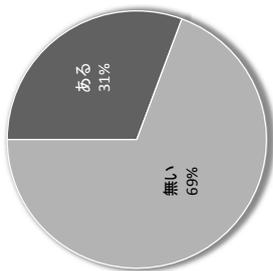
Q2 主任介護支援専門員が他のどの事業所に所属しているか知っていますか (あんしん相談センター以外)



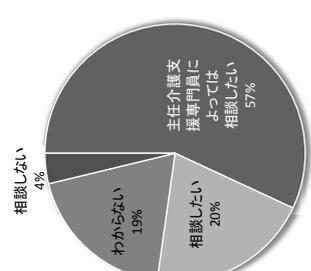
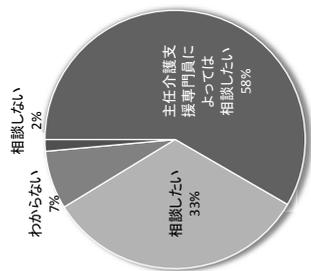
Q3 あなたの事業所の主任介護支援専門員に相談したことがありますか



Q4 他の事業者の主任介護支援専門員に相談したことがありますか



Q5 主任介護支援専門員に相談したいと思いますか

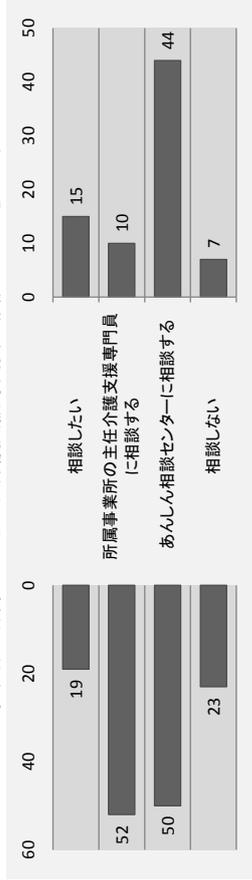


その他

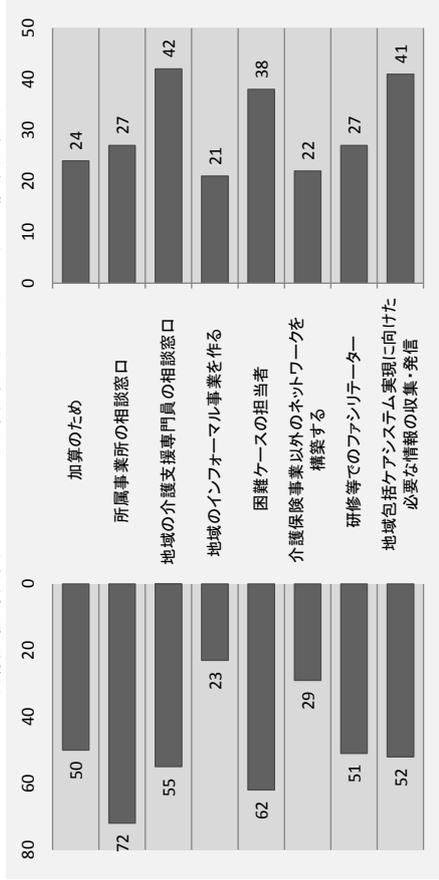
所属事業所内の介護支援専門員(同僚、先輩) 10件
 ・サービス事業所や関係者 2件
 ・所属内でのミーティング時に相談する 1件
 ・ケアマネの仲間としてや利用者様に関わっているケアチームの皆でよく相談します。 1件
 ・市役所の担当 1件

事業所内の介護支援専門員 2件
 ・他事業所のケアマネ 2件
 ・ケアマネ
 ・同会社の他事業所の主任ケアマネ
 ・法人の上司
 ・行政(ケースワーカー)、会社上司
 ・会社の事業所長、ブロックリーダー
 ・その他の専門職

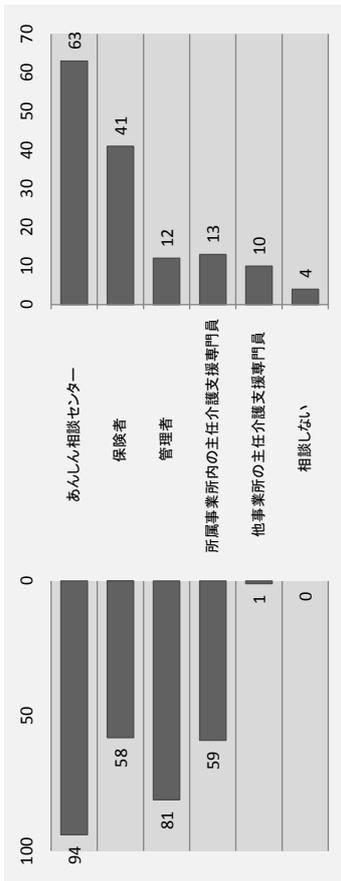
Q7 主任介護支援専門員が所属している事業所がわかればあんしん相談センター以外の事業所に所属している主任介護支援専門員に相談したいと思いますか



Q8 主任介護支援専門員にはどのような役割があると思いますか(複数回答可)



Q6 問題を解決したい時に、誰に相談しますか(複数回答可)



その他

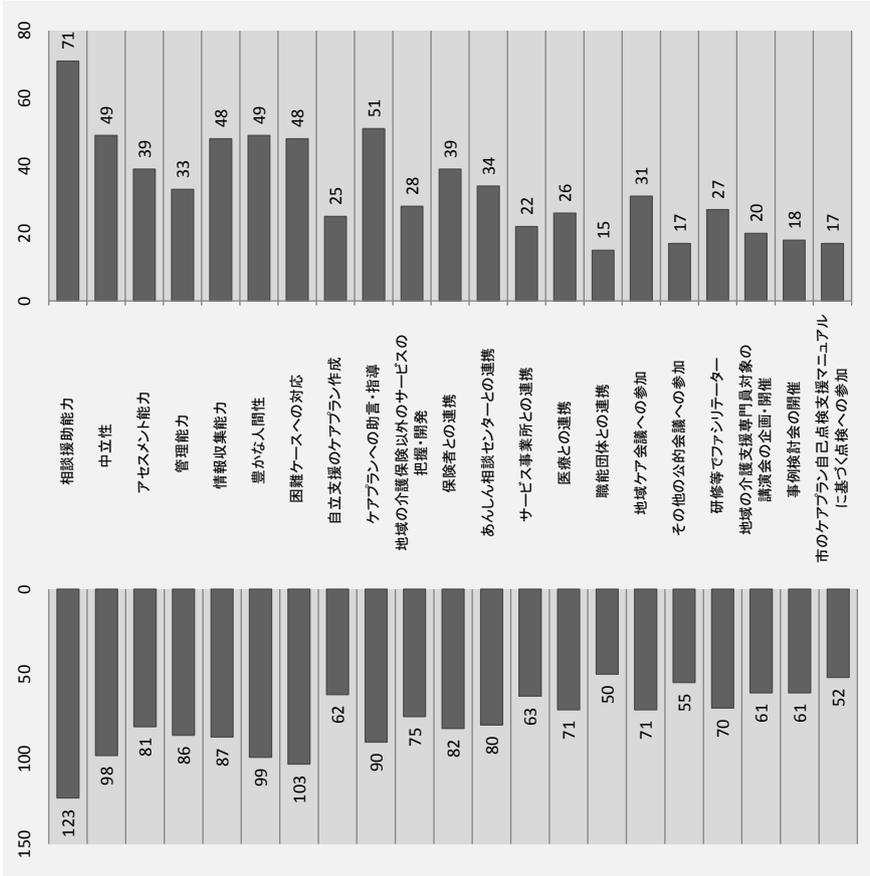
- 経験豊富な為、色々事例をお持ちだと思いますので、新人ケアマネの良いアドバイザーになったださと思えます。主任ケアマネのお人柄にもよると思います。
- スーパーバイザー（ケアマネージャー一人の気づきを促していくような、小さなグループでの勉強会の開催）
- 主任介護支援専門員が具体的にどのような活動をしているのか、またどの程度活動しているのかわからないので、イメージできません。
- 以前一人でケアマネとして勤務していた時に偶然知り合った主任ケアマネさんに担当ケースの相談に乗っていただき、経験の浅い私が知らないこともたくさん教えていただき、本当に助けていただきました。気楽なお話ができる相手がいると、特に一人ケアマネはありがたいです。
- 問題を解決したい時は身近な色々な経験をしている介護支援専門員に相談している。主任介護支援専門員といっても、あまり経験していない人は相談する気になれない。肩書き資格より経験での知識を参考している。
- 実務をしながら上記に該当するような仕事をするのは本当にできるのだろうか...？ せっかくの「主任ケアマネ」資格なら、もっと発表の場や新人指導など育成に力を尽くしてもらいたい。
- 主任という事で期待するところが多いが、知らない。様々な研修で一緒にいることが多いが、知らないことが多く、制度のことも理解してないのでは？ 業務のいい加減さ等感じることも多くある。
- 要介護者には介護以外にも経済的家族問題など様々な障害があります。一人のケアマネだけでは解決できないため、対応に困った時に相談できることを切に願っています。
- 地域の介護支援専門員の相談窓口とありますが、あんしん相談センター以外に属している場合、株式会社等営利企業に属しており、立場的に非常に難しいと感じるが...
- 主任介護支援専門員だからといって、困難ケースを受けているとは限らないし、資格があるだけのように思う。

- 地域での顔にならなくていく必要があり、他の事業所からの相談に乗る、地域に貢献していくことが求められると思います
- 悩みを話すだけでも解決することはあると思うので、研修などで主任ケアマネに相談する会のような場があればよいと思います。事例検討だけでなく...
- あんしん相談センターの主任介護支援専門員は、実際に介護のプランを持っていない為、勉強不足を感じる。
- むしろ何を期待してこの資格を作ったのかお聞きしたいくらいです。事業所の都合や個人の優越感の為に勉強したいです。現実には、資質向上や公的な機能を期待するのだったら、所属事業所から少々分けなくてはいけないのでは？
- 他事業所の主任ケアマネには相談し辛い。個人情報の問題や自事業所のことだけでも忙しいと思う。
- 主任介護支援専門員の役割が見えてこない。
- 加算の為に思いたくないのですが、事業所にいるとそのような役割であるような気がします。包括支援センターでの主任ケアマネの方は相談窓口の役割があると思います。
- もともと包括支援センターで他ケアマネの指導や相談に応じる役割があったと思う。特定事業所加算の要件になってから収入の為に資格要件として事業所が受講を求めようになっただけなので、ケアマネが質の向上を図れるいい機会として活用し、困難ケースをも担当できるようになるといいと思う。
- 現在すべてが要求されているように思われます。業務量の増大は資質の低下に繋がると思います。
- 全体を総合的に支援、援助する人
- 介護支援専門員の指導教育的な立場役割一介護支援専門員の資質向上
- 座学で取得したレベルで主マネを名乗らせるのはいけなかつかと思えます。現在は加算の為に配置しているのではないかと思っています。公的な機関へ配置すれば十分だと思います。

- 介護支援専門員全体の能力の底上げには繋がっていると思います。
- 介護支援専門員の指導、相談、助言、困難ケースを担当した際の相談や指導、フォローなど。
- 事業所にもよると思いますが、日々の業務に追われ、主任ケアマネの役割を行えないと思う。
- 主任介護支援専門員の役割、位置づけ、期待されている働き、機能、意義がよくわかりません。プラスに働きかけられるようなアイテムとして機能してほしい。
- 研修等での経験談、アドバイザー等

- 現状は加算以外に特になし。
- 都・市が考えている役割は現実には全く機能していないように感じます。役割を担えるシステムを作らないと働きようがなく、加算の為に資格をとるのでしょか。
- 地域包括ケアシステムが機能するよう働きかけが重要だと考えます。
- 今のところ、主任ケアマネが何をされているのかわからない。
- スーパーバイザーとしての資質を備えた方が主任ケアマネにならなければならない。もちろん経験も必要ですが。
- 地域のケアマネ同士も顔の見える関係を構築し、日ごろの問題を共有＆解決策を共に語り合いたい。

Q9 主任介護支援専門員にはどのようなことが求められていると思いますか(複数回答可)



その他

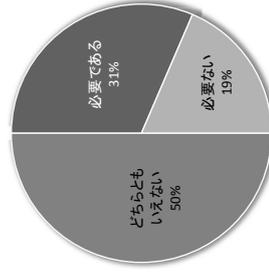
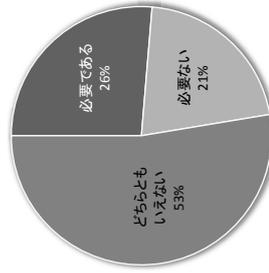
- まずはケアマネージャーとしての実力が重要だと思います。そして地域のケアマネージャーのスキルアップには事例検討会がとてほしいと思うのですが、それができる実力の方がどれだけのいるのでしょうか？
- 制度上は上記の全てが求められている。
- 上記の内容全てを主任介護支援専門員に押しつけ感があり、疑問に思う。
- 豊富な経験と知識をとも頼りにしています。主任ケアマネにふさわしい指導力と人間性を求めます(特に人間性)。

- 人間性豊かで相談しやすい人が助かります。地域を盛り上げていくことも必要だと思います。
- 必要性を認めない
- 自分の事業所の外の仕事で負担や責任が増えることに抵抗はないですか？それなりの資格への敬意や尊重が形としてないのに。ただのケアマネでも結構な負担ですよ。
- ケアマネのまとめ役。実際にマネジメントを業としている者が研修の講師をしてケアマネを引っ張ってほしい。

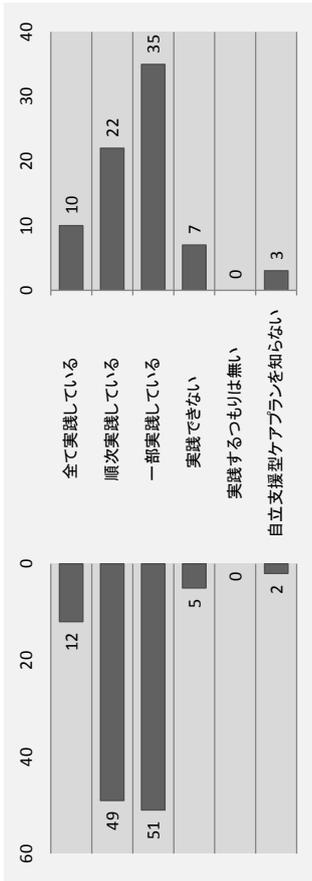
- Q8の理由(主任ということで期待するとかっかりすることが多い。様々な研修で一緒になることが多いが、知らないことが多い、制度のことも理解してないのでは？業務のいい加減さ等感じることが多くある。)
- 不明。一般常識と人より働くことが求められているのではないかとと思う。尊敬される人物であることが必要。
- 主任介護支援専門員と管理者の役割をもう少し明確にし、徹底してもらったらどうでしょうか？
- 個々の能力の差があるので、主任ケアマネ全てがスーパーバイザーになれるかどうかは疑問。個々の人間性にもよる。

- 上記の内容はすべてのケアマネに当てはまると思いますが。それを全て主任ケアマネだからと言って当てはめると、主任ケアマネに時間や気持ちのゆとりもなくなり、適切な業務に支障が出ると思われれます。
- 上記チェック項目も含め主任問わず、介護支援専門員の専門性向上に向けた取り組み、保険者への協力。
- 全てにおいて、介護支援専門員より能力が高い。
- 一般の介護支援専門員を指導する役割を担ってほしい。上から目線でなく、研修会等でもリーダーになってほしい。
- 行動力も必要(スピーディーな行動)
- 介護支援センターも各々特色あるかと思いますが。今後の地域の要です。是非いつでも相談できることであってください。

Q10 主任介護支援専門員が事業所に所属していない方にお尋ねします。主任介護支援専門員の配置が事業所に必要だと思いますか

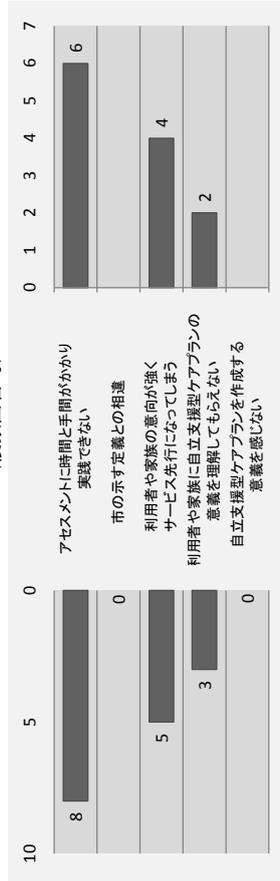


Q11 八王子市における自立支援型ケアプランの作成を実践していますか。



Q12 Q11で実践できない、実践するつもりは無いと回答した方はその理由をお聞かせ下さい。

(複数回答可)



上記以外

- ・アセスメント用紙が大きく実用的ではないので使っていない。ファイルに収納できない。
- ・二度手間なので八王子市の様式の介護リストを提供してほしい。
- ・11、12についてですが、実践したくても時間と手間がかかり、良いとわかっていても追いつかないのが悩みです。
- ・佐藤先生が語られている通り、アセスメントに時間がかかり、初回のアセスメントからの使用はかなり難しいです。更新認定以降からの利用は可能ですが、出てきたニーズからサービスにつながる流れはなかなかできていないのが現状です。
- ・金銭面、ご家族理由、ご本人の拒否等できないと感じるケースも実際ある為。
- ・順次実践するよう努めていますが、サービス先行になってしまふこともあり、やむを得ない状況もあるため、その点を理解し大目に見てほしいこともあり
- ・先日市役所の方に来て頂きケースを見てもらいました。とても勉強になりました。少しずつプランを変更していこうと思います。
- ・「自立支援型ケアプランを実践したその向こうにどんな生活を思い浮かべるか」という指導を受けて「目から鱗」でした(皮肉で言っています)。お酒をやめてアルコール依存症から回復して、人付き合いも楽しめるようになって独居生活を楽しむ。それができないから家族も私たちも苦しまされ続けているのですが。
- ・実践したいと考えているが、余裕がなくなかなかできない。
- ・「〜で困っている」に統一しなければいけないことや、文章の表現の仕方に重きを置いているように思える。ケアマネは作家ではないので。
- ・実践すべく努力していますが、重度の方には向かないと思います。(市の点検事業でも、重度の方、認知症の方は避けてほしいと言ってくる)

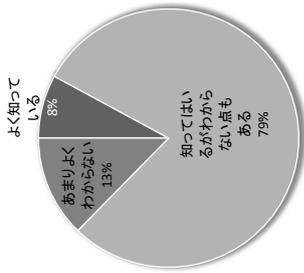
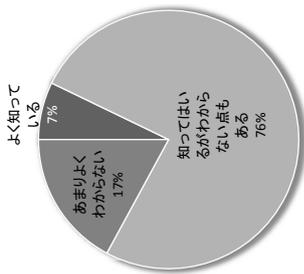
ます。

- ・継続してる利用者様には今更行うのは難しいが、新規の方なら実践してみたい。
- ・更新、区変、新規の時は行うようにしているが難しい。特に新規の時は聞き取りが難しい。
- ・実践したいが、書類上の手間が大きく難しい。

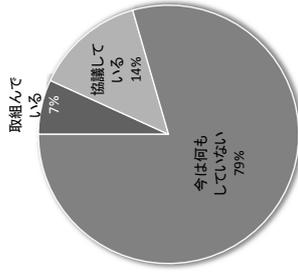
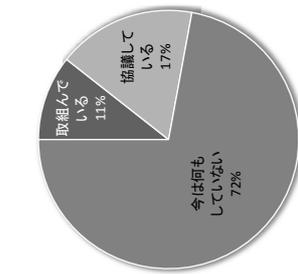
- ・市の意向を踏まえ、プランを立てて行えるよう努めている。
- ・実務を行っていない為
- ・一部実践しているが、時間と手間がかかること、サービス先行等より追いつかない。
- ・ケアマネ業務の範囲が明確ではない上、記録等に時間が取れすぎている。
- ・是非とも「自立支援型ケアプラン」を作成したいと思っているが、ケアマネの存在自体が相反しているとも感じてしまう...かなり疲労している...!

地域包括ケアシステムについて

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組んでいますか



その他（取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書き下さい）□

- ・法人内外で取り組んでいます。八王子西部で！
- ・地域ケア会議に出席し、H26年2月の「大雪による災害対策」の検討 / 認知症対応困難な方について、包括めじろの担当CMと駒木野病院の医師にアドバイスを受け、在宅生活の対応を学ぶ
- ・困難事例検討会 包括と連携し訪問相談
- ・地域ケア会議への出席 / 包括との連携（困難事例等）
- ・入職して間もないので、上記システムがわかりません。

- ・医療連携のシート活用と連絡を取ること、医療連携をおこなっています。
- ・デイサービスを利用されていた方が、ご自宅での生活が困難になり、サ高住に住まわれ、医療度も高くなり、往診のできる医師に定期的に来ていただいた。
- ・地域でどのような支援が活用できるか？何が不足しているか？など。
- ・外部研修で得た情報や資料を通し概要を確認するのみ。引き続き同行確認し、具体的な協議までできればと考えています。

- ・高齢者あんしん相談センターや地域の病院と顔の見える関係作りに取り組んでいます。
- ・定例会議で取り上げ、どんなものなのか理解するため勉強会をしている。
- ・管理者が何を思っているのか理解不能。
- ・包括に月1回は訪問している。
- ・高齢者あんしん相談センターを中心とした会議・交流会等への参加
- ・法人内事業所で、地域包括ケアシステムに向けた医療福祉の連携を強化して取り組んでいる。
- ・8月27日、地域ケア会議に出席予定
- ・会議等で情報の共有、日ごろから相談し合い、自分の知らないサービスやシステムを取り入れるようにしたいと思っています。
- ・在宅介護および施設における終末期について事例発表会を開催した。近隣事業所の方が参加されている。
- ・外部研修等で得た情報の事業所内での共有
- ・他のケアマネが担当の利用者について、現在実現の方向で連携を取り合っている。

- ・地域の方々（自治会等）との情報共有。医療職・事業所（近隣の）との連携
- ・今後取り組んでいこうと協議しているが、内容は具体化されていない。
- ・地域包括ケアシステムの研修会には積極的に参加している。（他市等）

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。

・総合事業の実施機関確保してください。

・要支援の方が切り捨てにならないような地域で支え合えるサービスを提供してほしい。

・認知症予防、初期認知症に対するケアができていないと思います。運動療法や他の市町村で実践されているような取り組みはできないのでしょうか？ デイサービスではつまらない閉じこもっている方が多数いると思います。行って楽して予防できる場を増やしてください。

・基本的に医療が上に立ち、医療側にとって都合のいい仕組みになっていると見受けられる。今後は介護側に負担がかかりすぎないシステムを構築してほしい。

・やはり現場の声をよく聞いてほしい。管理者や主任ケアマネージャーでなくてもスキルの高いケアマネージャーはいます。それら末端（*注）こころで切れています。

・医療だけではなく生活課や障害福祉課とも連携がとれる機会を作してほしい。

・保険者が指導してほしい。

・包括によっては、相談にくいセンターもあるように思っています。行政側という立場が強く、近寄り難い感じもしています。

・実現に向けて、こんな事をしてほしいという情報が欲しい。

・医療への働きかけを積極的にお願します。

・地域包括支援センターは、委託しないで保険者自身で運営してほしい。

・理想高く、とてもよいシステムだと思います。対応できる事務所、スタッフがいないから心配です。漠然としたものではなく、明確な方針が示されなければ手上げづらいと思いますので、早い段階で計画を立てて頂けたら良いのではないかと思います。

・具体例を挙げて研修してほしい。あんしん相談センターもよくわからないというのが実情ではないか？

・利用者への情報提供

・市と介護事業者一体として、地域作りを行いたいと思います。ケアマネ、医療に市が加わって、お互いにやりやすさや連携の形を探るために市にも力を使ってもらいたいと思います。

・地域のインフォーマルサービスの情報がわかるようにしてほしい。

・意味はなんとなくわかるが、具体的にわかりやすく説明してほしい。

・連携手法の確立と医療機関、事業所への周知

・1人のささやかな在宅生活に、過大な会議や大がかりなかけつけはほしくない。そこそ担当ケアマネの仕事に認めてください。本人の自己決定・自己責任が自立の根本でしょう。

・医療との連携について、介護支援専門員と医療の方とが接することができる機会を多く持つてほしい。

・認知症高齢者の地域での生活を支えると言っても、現状難しい。1人暮らしの方の場合、他人に迷惑をかけることがあると、自宅で暮らしていくのは難しい。施設となってしまふ。

・どの様に取り組みを始めてよいかわからない。

・サービスを充実させてほしい。

・1人暮らしの認知症の方の支援は、介護保険ではとても無理です。なぜなら1ヶ月の限度枠の中でサービスを決めなければならぬため、自費を使うことが多くなり、利用者の負担が大きくなってしまった。介護事業者が対応できることも限界があつて、特に医療との関わりについて保険者も考えて頂きたいことがあります。通院の件等、入院時の対応の件です。

・研修や説明会の実施

・地域には老人だけが生活している訳ではなく、子供、青年、老年と縦の構成で成り立っているのは、介護保険の範囲だけで考えて実現するのは無理があると思う。年代間の連携が必要であり、開き合つて地域が活性化していくと思つています。

・サービスが地域で偏りなく提供できるような指定をしてほしい。

・介護保険の利用だけで地域に住み続けることはできず、いわゆるインフォーマルサービスが必須です。徘徊してしまふ人についても、まだ十分な対応ができているとは言えません。例えば靴に埋め込むGPSシステムを市で割安に輸送するとか...

・わからない部分や、本当に地域に生かされるのかと思つた部分もあり、市内外でのケースでその後こう役立ったということを学べる機会があればと思う。

・すいません、具体的な案が思いついていない。

・サービス事業者や社会資源等の情報収集・整備、商工会や商店街等との連携や協力依頼、助成等

・まずは来年度からの要支援の方々の訪問介護・通所介護に代わる受け皿の構築を早く行い、どのような形で移行していくのかを示してほしい。

・マニュアルを作つて頂けると取り組みやすいと思います。(具体的に何をやっていけばよいか)

・介護保険事業以外のインフォーマル事業の情報を公開してほしい。

・緊急性の高い方等の受け入れ先(要支援者等)や、要支援が要介護かわからない方の認定が降りるまでの対応について、柔軟にサービスが受けられるようになればと思います。

・概要等、研修で教えて頂きたいです。

・施設の整備。介護職員の処遇改善のための報酬の見直し。利用者家族への啓発。

・地域の社会資源をもつとわかりやすくしてほしい。(地域別に)

・地域密着型のサービスについて、介護保険者がどこかというだけで利用の可否が判断されてしまう為、そうではなく、現在の居住地・生活状況で利用できるようにしてほしい。

・保険者としての指針等、把握させていただければと思いますので、研修会等開催頂ければと思います。

・保険者が実現しようとしている具体的な地域別のイメージを提示してほしい。

・より理解できる研修

・生活圏域の区割りを提示してもらい、包括も含めて事業所、施設等該当する事業所が同一に介する場を持てればと思います。

・早い段階での情報発信をお願いしたい。研修等でQ&Aをやつてほしい。

・各個人医への地域包括ケアシステムへの理解。医師会任せでは意味がない。

・情報提供

・早期に地域エリア別に指定してでも各事業者のネットワークを構築してほしい。

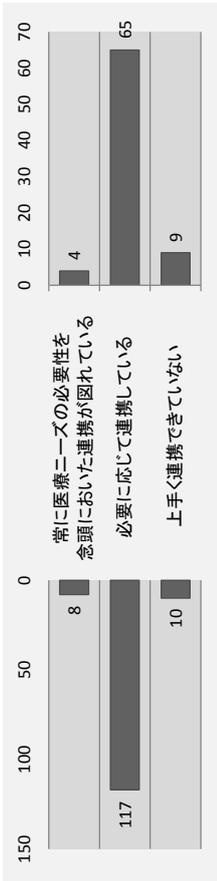
・具体像を明示してほしい。理念はよくわかるが、現在の姿との相違がよく理解できない。

・市民に対して取り組みを広く伝えてほしい。

・事業者やケアマネの負担は増々大きくなる。行政としてはどこまで関わってくれるのか？

・広がりが大きすぎて漠然としている。

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。

・電話でのやり取りができず、直接会う時間の調整が取れない。

・入退院を繰り返すような利用者の場合、病院と開業医との連絡調整に不安を感じる時がある。

・直接担当医と話すことが難しい。

・連絡するタイミングが難しい。

・医療機関等の理解が及んでいない部分は大さ
い。だいぶ理解をして下さる方達も増えている
が...

・医師の方は、特に大病院の先生が主治医となっ
ている時は、多忙すぎて連携を取りにくい。

・敷居が高い感がある。大変強い主張された(全
否定的に)ことがありトラウマになってしまった。

・積極的に連携しようと思われている医師は多くは
ないと思います。医師とCMの間の意識や知識に
大きな隔たりがあると思います。

・必要に応じて行っているが、もっと行う必要はあ
ると思います。医師の壁を高く感じてしまうこともあ
るので、お互いが連携できる関係を築く必要があ
ると思います。

・大学系のDrは連携が取りづらい。

・主治医に半年ごとと同じ情報提供をお願いする
と、お役所仕事だねと。同感で、お役所仕事の自
分が嫌になります。

・SWがDrや病棟・リハビリ担当との仲介してくだ
さると大変連携しやすいのだが、全てに介して
いるわけではないと言われてしまうことがある。

・話がしにくい。

・大きな病院は受付で直接会えないと言われる。
介護情報提供者の敷いを窓口で分かつず、混乱
することが多い。

・必要に応じて連携は取れていると思うが、そもそ
もうまい連携自体よくわからない。事例等で勉強し
たいと思います。

・話を聞いてくれる先生もいれば、サービスを押し
付けたりケアマネジメントをする先生がいる。先生
によります。

・医療のハードルが高く、相談しにくい。医師が時
間が取れない。

・実務を行っていない為

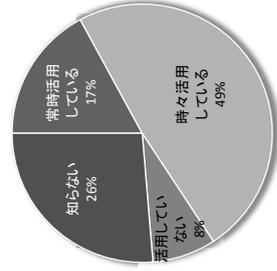
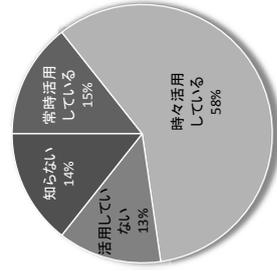
・力量不足

・ご家族が主となって行っている為、家族を通じて
情報を得ている。家族と医師との信頼関係が築け
ていないため。

・CWと連携が取れている場合は多いが、まだまだ
壁がある。* 認定調査で病院を訪問する際、付た
い対応に驚くことがある。

・敷居の高さがまだある。* 連携が取れるのは一
部の先生です。

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。

・どのように活用するのか、よく理解できていない。
じっくり目を通すことが出来ていない。

・事務所のどこに保管してあるのか不明です。

・主治医意見を参考にしている。

・社内で上司や先輩に相談しながら、Drとの必要
な連携が図れているため。

・これから活用する場面があれば考える。

・利用者様やご家族へ直接担当MSWを伺ってい
ます。

・情報が更新されていない為。

・必要としている病院が見つけづらい。インター
ネットの方が早い時が多い。

・昨年10月より八王子で働いており、わかりません。

・研修で存在を知った程度で活用していない。

・存在も知らなかった。

・医療も介護も(経済も何もかも)流動的なご時世
だから、大部(*文字不明)なものを作っても常に
情報が変
動しているので、加除ができる方法がいいです。

・持っていない。

・連携ガイドは冊子でしょうか？

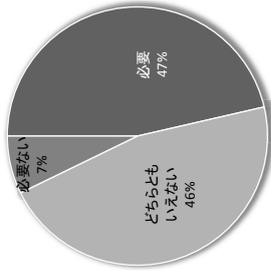
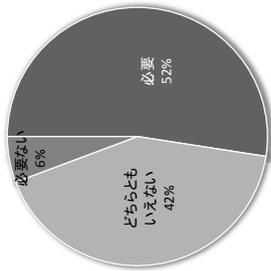
・実務を行っていない為

・今は必要としていないが、今後は必要に応じて
活用していきたい。

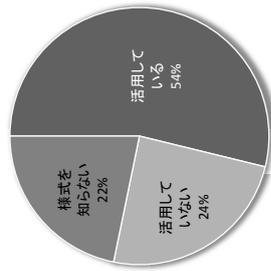
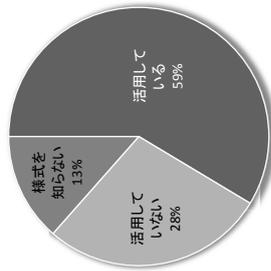
・今回初めてその存在を知った。今後使用してい
きたい。

・「八王子市医療と介護の連携ガイド」を入手して
いない。

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。

- 直接主治医に聞いています。
- 直接医師に会い話をする。また個人的に書き提出することが多い。
- 認定情報や直接Dから情報を得ている為。Drに依頼すると日数がかかり担会に間に合わない為。
- 必要な情報のみを提供をお願いしており、その他は各事業所から提出と言われる書式を利用している。
- 電話での対応が多い。
- 電話や八王子版基本情報の提出で行う場合が多いです。
- 必要なかったから。直接電話か診察時、同席でお話しさせていただいている。

- 直接担当医を訪問している。
- 一度使用したが、使い慣れた書式で医師が記入してくれた。
- 一回活用しただけ。(入浴可能要件のため) 直接会って口頭で済ませている。
- 家族と相談の上、必要時に家族から話をさせていただくようにしている。
- 認定時の意見書に記載していただければいいけれど、科目が違つくと全く触れてくださらないから、あちらもこちらでも手間でも仕方ない、でしようかな。
- 活用していないが、記述項目内容を参考にし、自事業所の書式を利用している。
- 実務を行っていない為

• 事例が少なく、今のところ必要としない為。

• 機会がなかった為

• 市内での勤務を開始して間がなく、活用する機会がまだないため。

• 活用する状況が発生してないの。

• 他に同じような用紙がソフトにあるため。

• 活用したいのですが、実際には事務所の書式を活用しております。

• 病院の様式で足りている。

• 使いにくい

• 使えない

• 使用する場面がわからない。

• 利用者負担金があるので、利用者による。

• 利用者に料金が発生するから。

• 病院や医師によっては文書代を請求される為支払いを誰がするのかを把握できず、以前送付したことがあるが、返信は一度もありません。

• 入退院等で状態に変化があった場合などに活用している。

• 様式2に併せてプランもお持ちしています。

• まだ使った事はありませんが、今後活用予定です。

• 活用する機会がなかった。

• 必要性を感じていない。

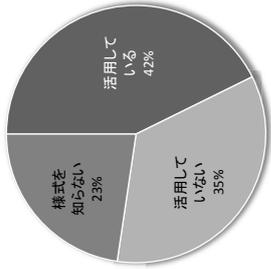
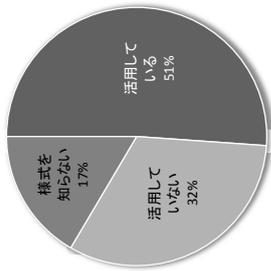
• 今は必要とするケースがないため。

• 必要な方を担当していかない。

• 今後使っていきたい。

• これから活用していこうと思っている。

Q11 介護保険サービス計画及び担当者会議に対する情報提供依頼書(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。

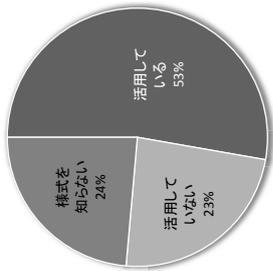
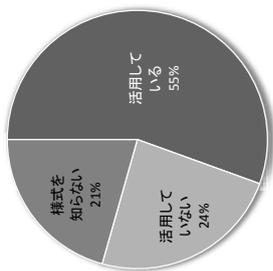
- 直接主治医に聞いています。
- 電話や照会で行っているから。
- 電話での対応が多い。
- 電話で問い合わせるか、サービス担当者会議に対する照会を出しています。
- 電話や口頭面接で確認することが多い。
- 認定情報で確認している為、各々電話にて確認している。
- 介護保険主治医意見書の利用。
- 認定調査、主治医の意見書を活用しているため。
- 情報提供のみで利用する。
- 医務的な部分でご意見を伺いたい時に使用することがある。
- 担当者会議の日程を医師に伝える機会がないため。
- 医師にサービス担当者会議ご出席ご依頼する機会が少ないため。
- 特に必要な場面がなかった。直接電話か診察時、同席でお話しさせていただいている。
- 事例が少なく、今のところ必要としないため。

- 主治医に参加依頼するか、受診の時本人と一緒に行く。
- 受診同行し、意見を聞いている。
- Q10同様、医師への訪問を行うようにしている。
- Drが出向くことは難しいと思うので、こちらから受診に立ち会ったり、往診に立ち会ったりしている。
- 最初からDrがサービス担当者会議に出席は無理だと考えている。
- そのため(担当者で)だけに診療情報提供書の作成を依頼することはない、主に取得の目的は施設入所等に必要なが多いのでは。
- 電話でのやり取りが多いため。
- 医師の意見が必要な時連絡相談する。
- 主治医の意見書で済ませている。
- ケアプランの作成や担当者会議では主治医意見書もらうので、また医師は多忙であり、利用者も比較的安定しているのでは。今後は活用しようと思います。
- 独自のものを使用している。
- 自作の書式を使用している。
- 事業所が作成したものを使用

- 活用する機会がない。
- 市内での勤務を開始して間がなく、活用する機会がまだないため。
- 簡潔な様式のものを利用している。
- 別様式(自作のもの)を使用しているため。
- 事務所で作った用紙を使っている。
- ソフトに入っているため。
- (Q10と同様)病院や医師によっては文書代を請求される為支払いを誰がするのかを把握できていない為。以前送付したことがあるが、返信は一度もありません。
- Q13の理由で様式3をあまり活用していないと、様式2もあまり利用していない。
- 反省しています。これから活用したいと思います。
- まだ活用していませんが、今後活用予定です。

- 事業所の書式で提出いただいている。
- 必要時(入浴利用等)に事業者の用紙等を活用している。
- 現在必要場面がない。
- 医療との連携において、必要事例を持っていない。
- 実務を行っていない為
- 認識不足
- 入手していない。

Q13 診療情報提供書(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。

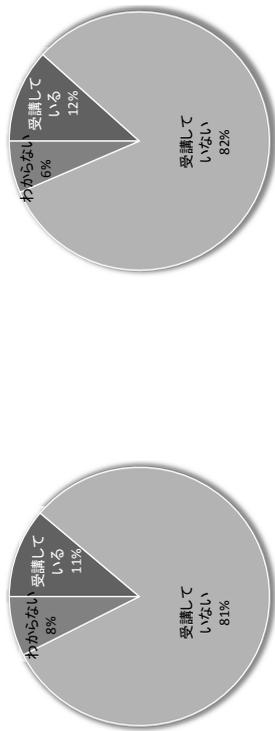
- 減多に使えません。今まで1回程度かよあ。
- ソフトに入っているため。
- この書式だと病院など(または他市の医療機関)からは軽度者の福祉用具に対する意見がききらんといただけない。医師の必要な部分だけ記入してもらえらるよう自分で作った書式を利用している。福祉用具に対する意見は別な書式にしてみました。
- 兼任の為担当事例が少ないこと、また、必要なのは家族を通して情報収集していたため。
- 必ず料金が発生してしまうため、照会をお願いしている場合が多いです。しかし場所によっては文書代がかなり取られた事があったので、様式を使った方が良いのかなと思うこともありました。文書をお願いするときにいくらかかるか聞いて「費用はかからないと思います」と言われたので安心したのに、出来上がったから支払いはどうしますかと言われ、焦りました。
- 必要と言われたことがない。
- 活用したいが、Drへ直接向うことで、利用者についての具体的に必要性のあることなどがわかりやすい。
- 特に必要な場面がなかった。直接電話か診察時、同席でお話しさせていただいている。
- (Q10と同様)病院や医師によっては文書代を請求される為支払いを誰がするのかをはっきりできない為。以前送付したことがあるが、返信は一度もありません。文書では手間がかかると思うので、電

- そのため(担当者会で)だけに診療情報提供書の作成を依頼することはない。主に取得の目的は施設入所等に必要なが多いのでは。
- 照会用紙に書いて書きました。今後使うようにしていきます。診療情報提供書は頂くようになっています。介護情報提供書の使用方法が今ひとつわかりませんでした。(特に医師に印をもらわないといけないことあるので)活用方法を教えてください。
- 口頭で聞くことが多い(通院同行して)
- 病院やクリニックの様式でDrが出してこられる場合が多く、手渡す機会がなかった。
- 医療に関わるサービスを利用する場合は、その事業者の書式を使っている。また病院に依頼する場合も病院の書式で書いてもらっているため。
- 活用していないが、記述項目内容を参考にし、自事業所の書式を利用している。
- 各医療からの看護サマリー、看護リハサマリー等頂き活用している。
- 利用者様に負担がかかりそう(文書代)
- 実務を行っている為
- 医療との連携において、必要事例を持っていない。
- 現在必要となる利用者がいない。
- 今後活用したいと思う。

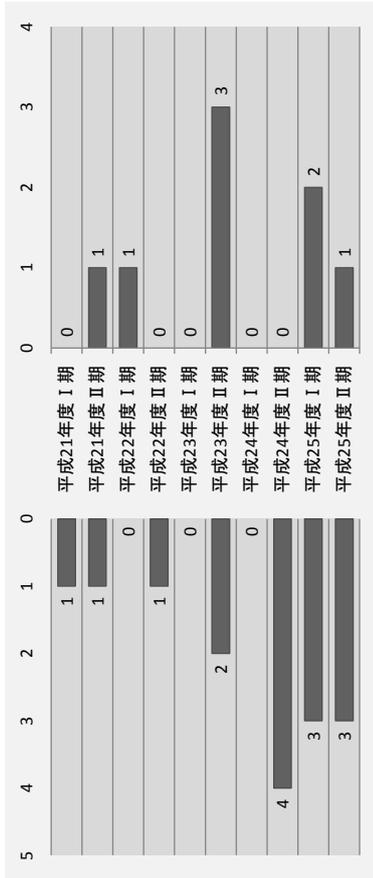
• 入手していない。

- 話をすると「は？」と言われる。
- 市内での勤務を開始して間がなく、活用する機会がまだないため。
- Drに依頼すると日数がかかり、間に合わない為。
- 電話で看護師を通しての対応が多い。
- まだ活用していませんが、今後活用予定です。
- 医療との連携のため使いたいと思っている。
- 病院の様式で足りている。

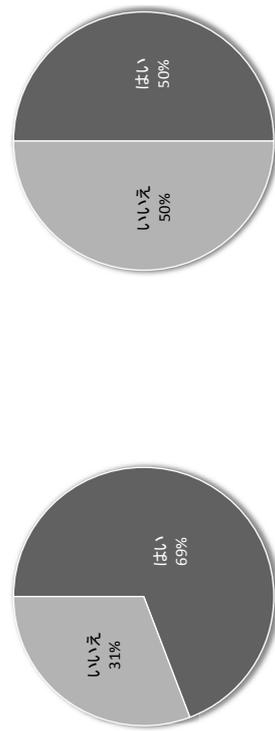
Q15 東京都在宅医療サポート介護支援専門員研修を受講していますか。



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を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。

・医療機関、医療系サービスとの連携がスムーズにいつている。

・医療のことがよくわかりました。

・脳梗塞の方の脳の状態、服薬のしかたなどの知識がつき、家族に説明ができた。

・主治医意見書のDrの文字の解明が以前より理解できる。利用者と同行診療する際に、緊張はするものの、心に少しゆとりができた。

・個別のケースでテキストを見て再度確認したことがあった。

・医療ニーズが高いケースで、焦らず体制を整えることができた。

・わからないことがあった場合、テキスト等で確認することが多くある。特に医療用語については役立つ。

・ターミナルのケアを行った時の急変時や家族のケアが実際に役立った。

・自分担当している利用者さんが学んだ病気になった時の助言が出来た。

・グリーンケアにおいて、家族との向かい方等

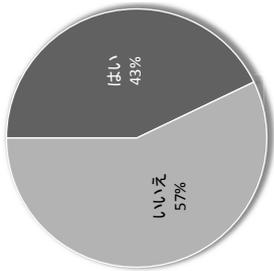
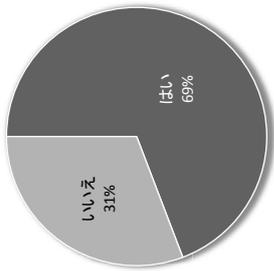
・ご利用者の状態の理解、医療職との情報交換等の際

・難病の方の相談やプラン作成で本人・家族・医療者から安心と信頼をいただけている。

・末期がんの利用者様の看取りに役立ちました。

・「認知症ケア」について、ドクターの率直な声が聞けた。

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。



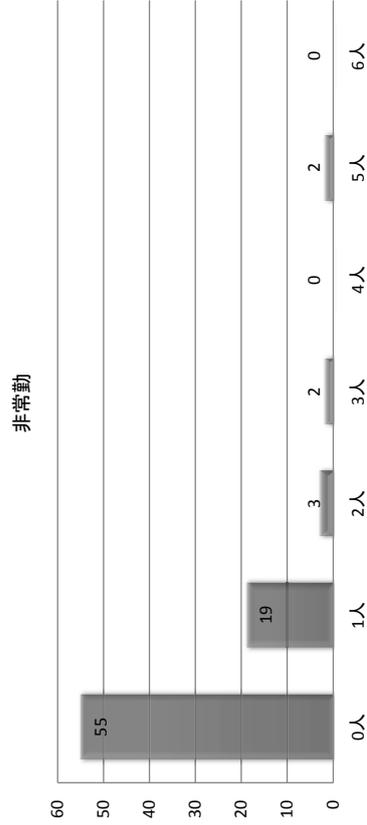
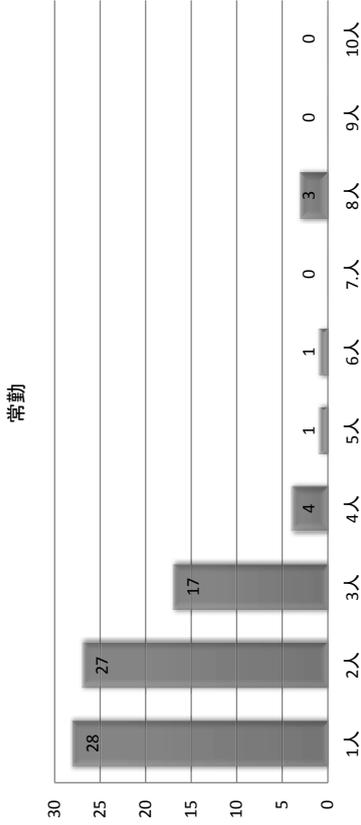
Q20 Q19で、「はい」と答えた方は、どこでどのような活用をされたのかを教えてください。

- 職場内での資料提供(5件)
- 職場内での研修(2件)
- 医療用語集を職場に配布する。職場の会議にて、資料提供と勉強会を実施した。
- 職場内での勉強会で研修内容をフィードバックした(包括含む)。
- 研修で学んだ内容が、他CMの困難ケースの参考資料になった。
- 居宅会議で発表

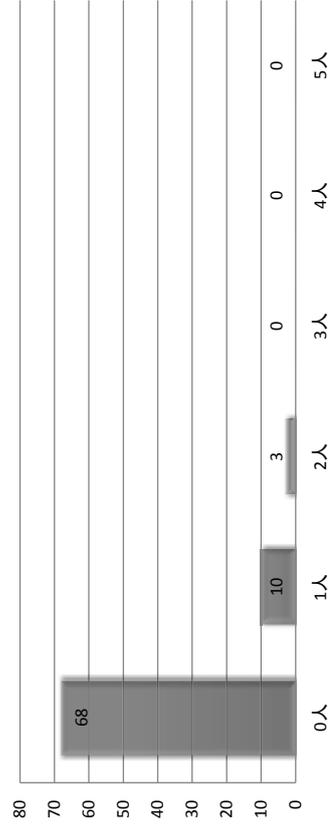
- 職場内での資料提供
- サービス提供事業所(訪問介護・通所介護・機能訓練・リハビリ)・短期入所)の担当者に、自立支援のための「この利用者に特に大切な要点」をしっかりと指摘することが出来る。
- 事業所内の勉強会。

以下は管理者の方のみお答えください。

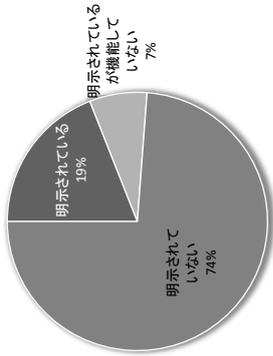
Q1 事業所の介護支援専門員(現任者)はご自身を含めて何人ですか



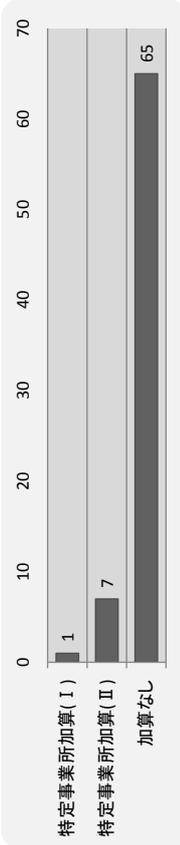
Q2 事業所に主任介護支援専門員が所属している場合、何人ですか



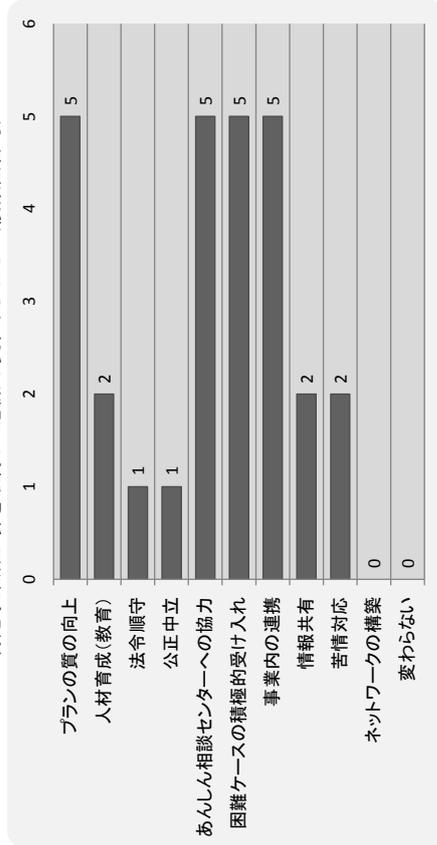
Q3 主任介護支援専門員の役割は明示されていますか



Q4 特定事業所加算を取得していますか

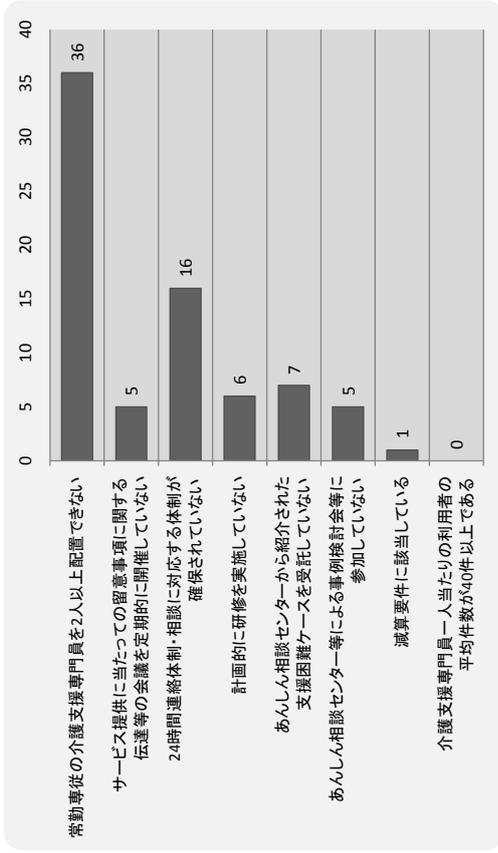


Q5 Q4で「特定事業所加算(I)又は特定事業所加算(II)」と答えられた方にお尋ねいたします
特定事業所加算を取得して意識は変わりましたか(複数回答可)



その他
・主任CMがいないため

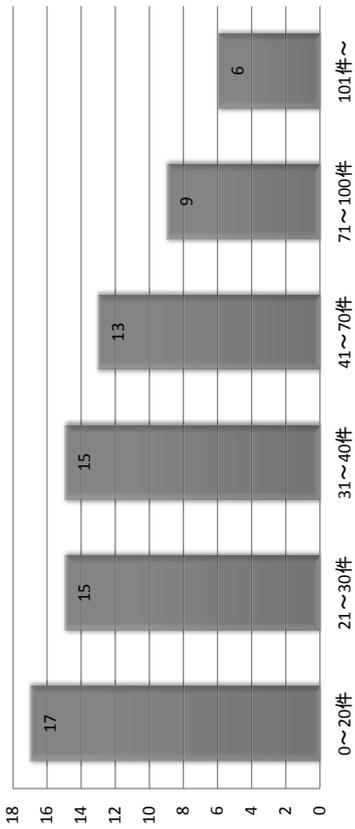
Q6 Q4で「加算なし」と答えられた方にお尋ねいたします。
加算を取得しない理由は何ですか(複数回答可)



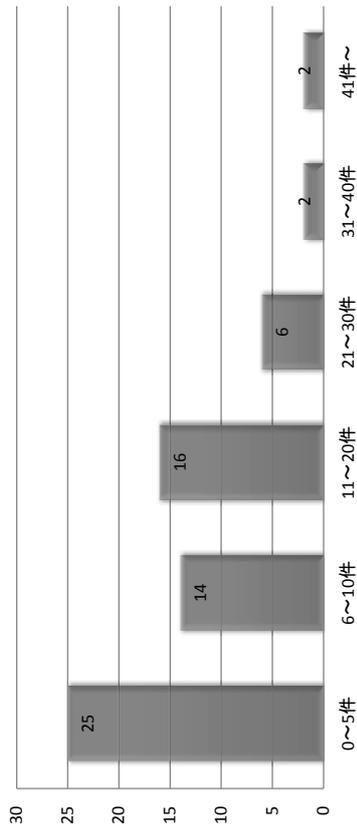
その他(上記以外に取得しない理由があればお書き下さい)

- ・主任介護支援専門員がいない 8件
- ・主任ケアマネ研修を受講していない為
- ・規模とか特定事業所である・ないは内容とストレートには結び付かない。かえって営業優先になっているように感じます。
- ・困難ケースおよび経験年数が浅いため
- ・八王子市の推薦を得られないので、主任ケアマネがいないこと。現在2名なので、(1名は管理者兼務)
- ・入ったばかりでわからない。
- ・今後要件を満たせば、加算取得も考慮していきたい。
- ・開設2年目であり経験が足りない。
- ・(チェックあり。理由なし)

Q7 事業所で平成26年6月現在担当している居宅介護支援の件数は何件ですか



Q8 事業所で平成26年6月現在担当している介護予防支援の件数は何件ですか



主任介護支援専門員実態調査結果

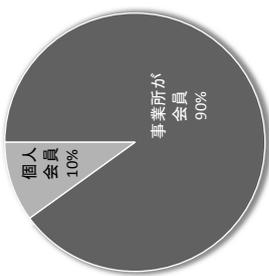
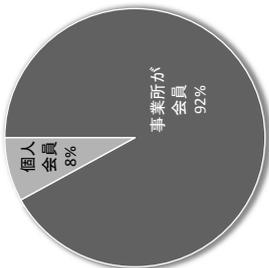
八王子市内指定居宅介護支援事業所 主任介護支援専門員

基本項目

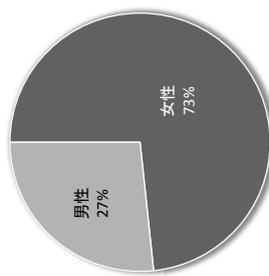
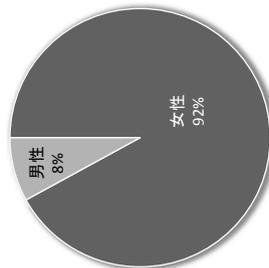
左
主任介護支援専門員

右
主任介護支援専門員(管理者)

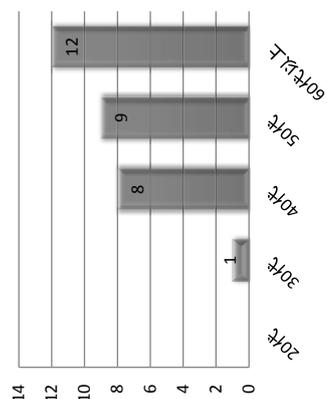
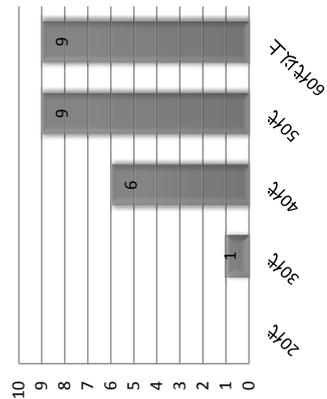
Q1 八王子介護支援専門員連絡協議会の会員ですか。



Q2 性別



Q3 年齢(年代)

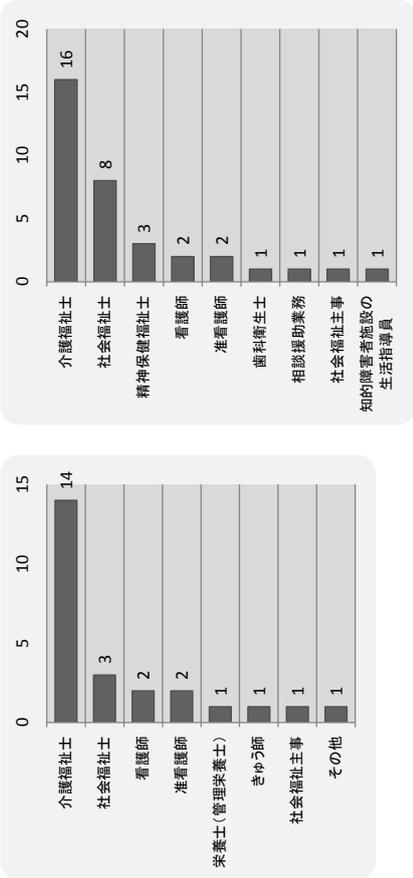


主任介護支援専門員を活用した
地域のケアマネジメント向上事業

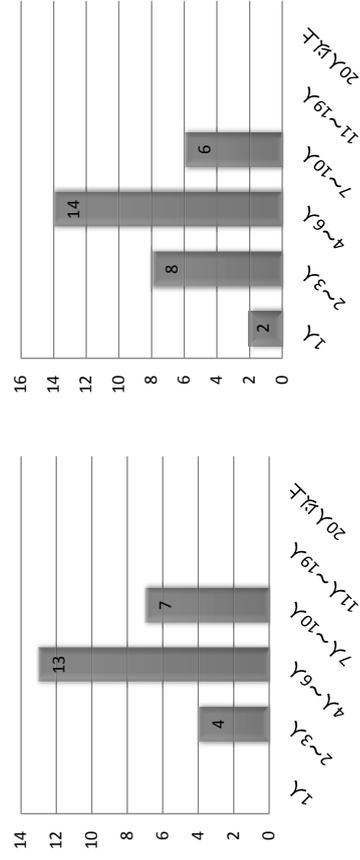
主任介護支援専門員実態調査結果

八王子市内指定居宅介護支援事業所	
主任介護支援専門員	
アンケート配布数 72通	
回収数	
非管理者	管理者
25通	30通
合計 55通	
回収率 76%	

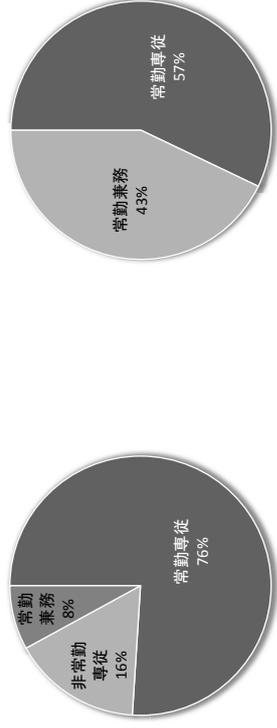
Q4 基礎資格



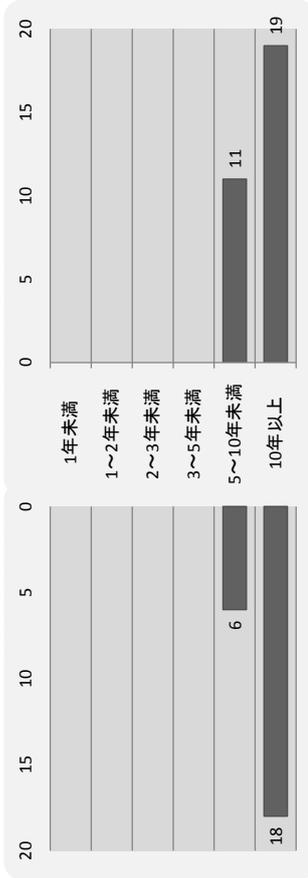
Q6 事業所の介護支援専門員(現任者)は自身を含め何人ですか



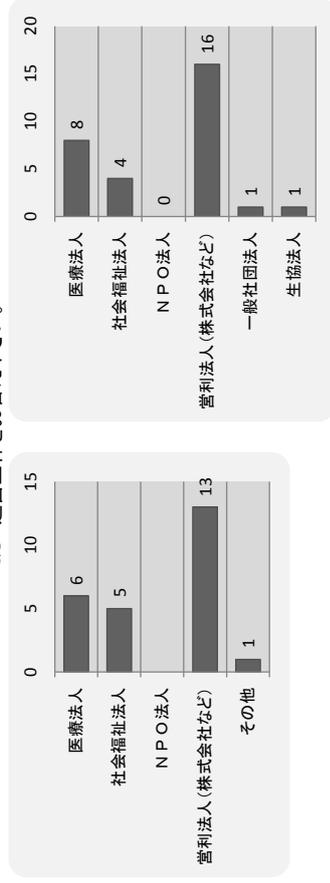
Q7 あなたの勤務形態をお答えください



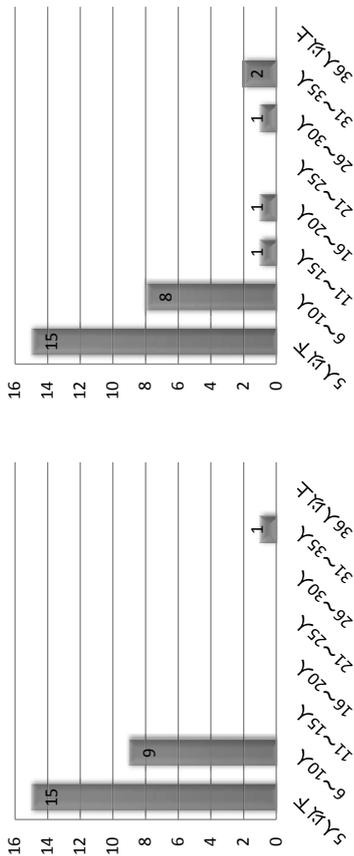
Q5 介護支援専門員としての実務の経験年数をお答えください



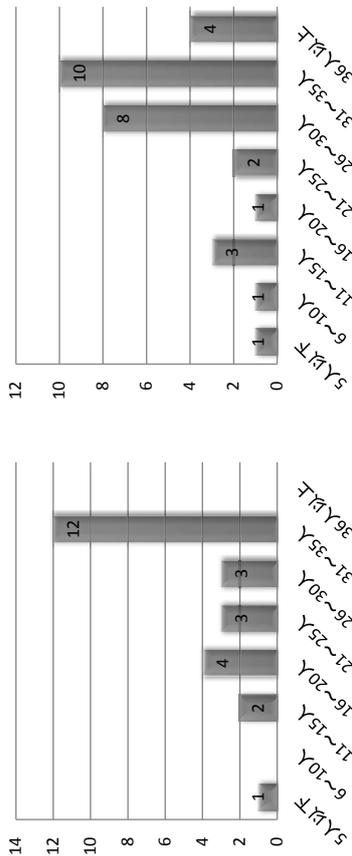
Q8 運営主体をお答え下さい。



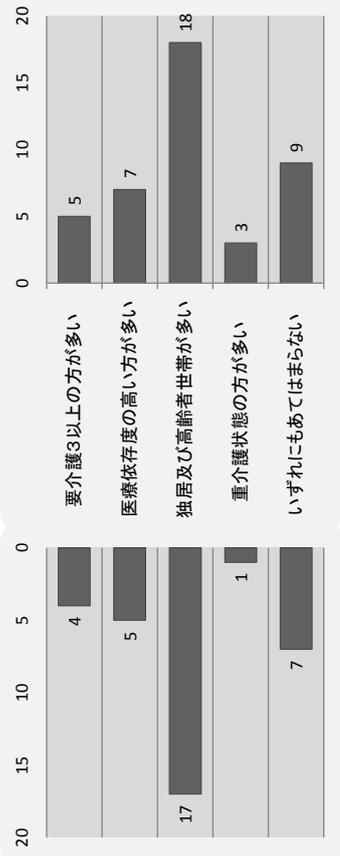
Q9 平成26年6月現在、あなたが担当している介護予防の利用者は何人ですか



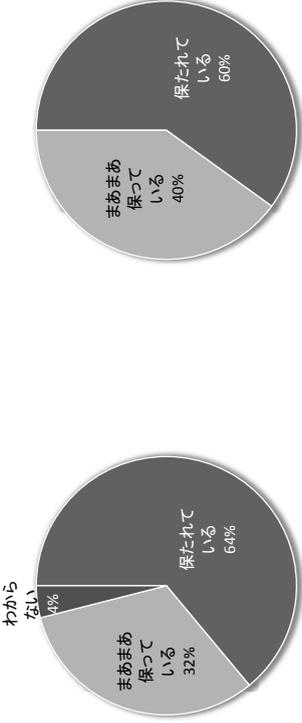
Q10 平成26年6月現在、あなたが担当している要介護状態の利用者は何人ですか？



Q11 現在、担当している要介護状態に近いものを選んで下さい(複数回答可)



Q12 ご自身がサービス計画を作成する際に中立性が保たれていると思いますか



Q13 現在、所属している事業所や保険者(八王子市)に対する意見や要望などがありましたら、ご自由にお書き下さい。

・主任ケアマネ研修を受講したくても、事前先行で振り落とされるという話をよく耳にします。一度それをされるという「いい」とあきらめてしまう場合があるようなので、希望したら受けられるようにしてほしいです。

・「はちおうじの介護保険」等「期介護保険事業計画P28」にケアマネージャーとはと、CMの概要が記載されていますが、できましたらP2あたりにもう少し自立つよように記載されていますと良いと思います。新規相談では必ず利用させていただき、利用者、家族へわかりやすく説明させていただいていきます。

・居宅介護支援に対する研修が多いが、その他訪問介護、通所介護等々に対する研修が少ない。サービス提供責任者向け、デイの相談員向けの研修をして指導してほしい。

・会社の為に、自分の為かと思っていたが、受講後特にこれといった変化はなく、特定加算取得のため手段だったかと思うこともある。管理者がいるので、差し置いて出ていく環境にもない。

・来年度より八王子市が中核市になるということについて、自分たちの仕事にどのような影響があるのか、どのようなように変わっていくのかを具体的に報告してほしい。

・八王子市のガイドブックは役に立っている。

・認定申請時の主治医の意見書特記事項の欄のところで、白紙のままのDrと、丁寧に詳しく記入してくださるDrがいる。白紙のままのDrに何度言っても改善されない。ケアプランというケアマネが特に問題に挙げられますが、ケアプランは支援者皆で作るものだと考えます。私自身の力不足もありますが、支援者全員で温度差のない統一した方向を見て、ケアプランを作りたい。

・営利法人である為、自費のサービスなどについての営業課題が多く求められ、矛盾する気持ちになることもあり辞めたい。その上制度上の決りごとで、手間や苦勞の割には評価されにくいケアマネ事業に嫌気がさしてきている。

・介護支援専門員の仕事内容にあった指導方法(実地指導) 書類のあるなしで見えていない。
 ・事業所 → 年収アップしてほしい
 保険者 → 認定更新の時に期間内に結果が出るようにしてほしい。特に支援と介護が変わった後、特殊優待利用の方のプランの算定が遅れている。土曜日も窓口を開けてほしい。高齢者支援課の窓口にもCM専用の窓口を作してほしい。
 包括 → 利用者の紹介時、内容を確認してからにしてほしい。(同居家族がいるのに訪問介護を希望していたり、オムツや住改めの希望があったり、介護保険の説明や申請のみだったたりする)

・ケアマネ講習会は東京都で行うのであるのに、それに準じた内容にしてほしい。八王子独自で個別にやるのは、ケアマネの研修で混乱を招く。

・主任ケアマネ個々を評価してくれるシステムがほしい。(客観的な評価は個々になると難しいのかも)以前勤務した事業所で、加算要件となる業務をこなせないケアマネがいた。いくら指導してもできない。ケアマネとしての仕事を普通にこなしてくれなかったらと考えたが、あまりにも気の毒になり、加算を取り下げた。経営者に激怒され、私は退職した。今は独立型の事務所に就職し、のびのび活動させてもらっている。認定調査の収入はありがたい。

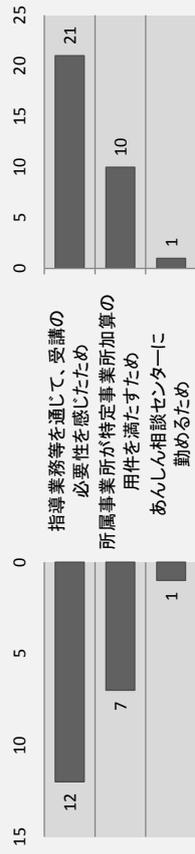
・単独居宅事業所であることから、他事業所(ゆーピス事業所)を選ぶにあたり、その方に合った事業所を選択できております。細々ブラスマイナスがあまりですが、ケアマネも10年以上の者3名なので、支援相談レベルも高く有難いと思っています。現在支援の難しいケースも包括支援センターや福祉課とも協力していただいて、生活福祉課、障害福祉課とも度々感謝しつつも、役所内の縦割り構造が見えるのが残念です。

・あんしん相談センターの地域包括ケアに対する動きが見えてこない。人材不足なのでは？居宅や各事業者に対する研修に比べて、地域包括センタースタッフに対する研修が少ないのではと感じます。

・「中立性」に関しては事業所の法人サイドにもっと伝えてほしい。ケアマネージャーは利用者の立場に立って考えていても、所属している法人なり複数の事業所があると、「00%以上」などと断片的に言われて悩んでいるケアマネージャーは多い。

主任介護支援専門員研修について

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

「加算要件を満たすため」について

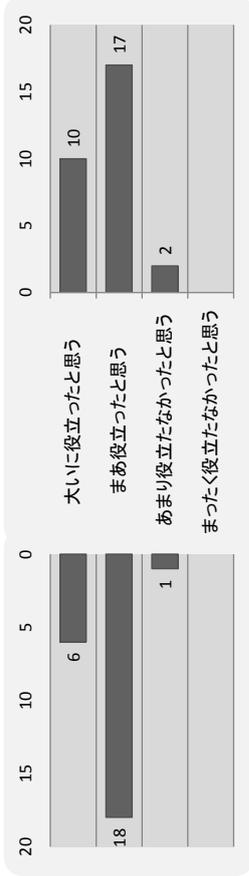
- ・自主的に申し込みをした
- ・但し申請に至らなかった
- ・スキルアップのため
- ・介護支援専門員専門の指導に興味があった。
- ・経験を活かせる研修内容と資格であったから。
- ・自分のステップアップの為
- ・自分自身のスキルアップのため
- ・事業所の方針

・管理者業務を担う上で必要性があると判断したため。

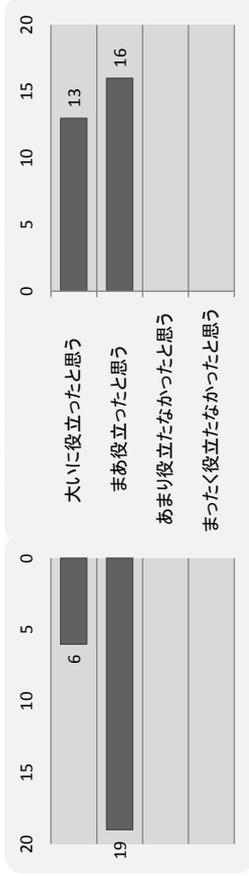
- ・自分のスキルアップの為でもあった。
- ・自分のスキルアップの為
- ・事業所のスタッフのスキルアップへの支援及び自己研鑽
- ・当時は新人育成の為と考えていました。無論自分のスキルアップも含め。
- ・自分の能力・技術を向上させたい
- ・他市での地域包括支援センター内の異動に伴い、主任ケアマネの受講が必要であった為。

Q2 研修の内容はどう思いますか

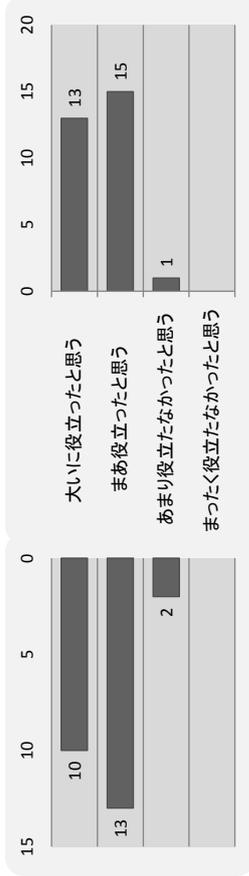
・主任介護支援専門員の役割と視点



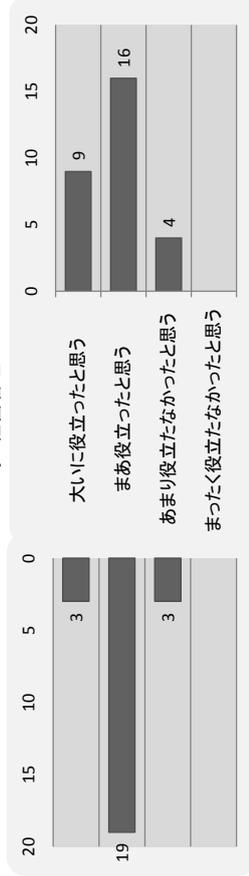
・ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理



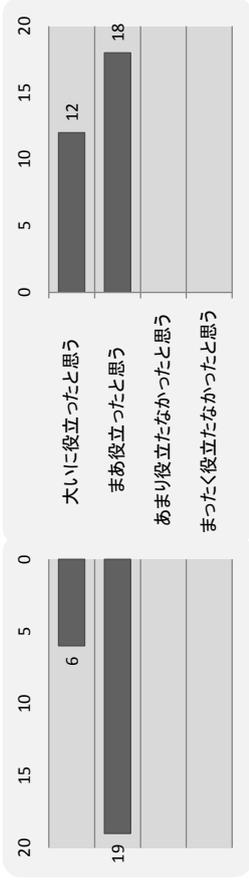
・ターミナルケア



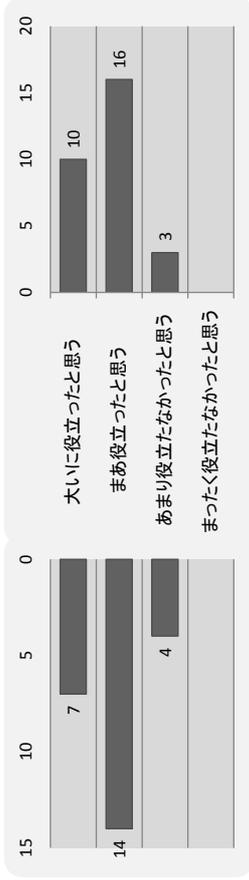
・人事・経営管理



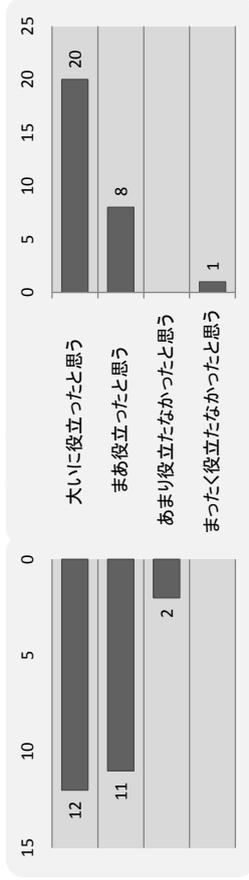
・サービス展開におけるリスクマネジメント



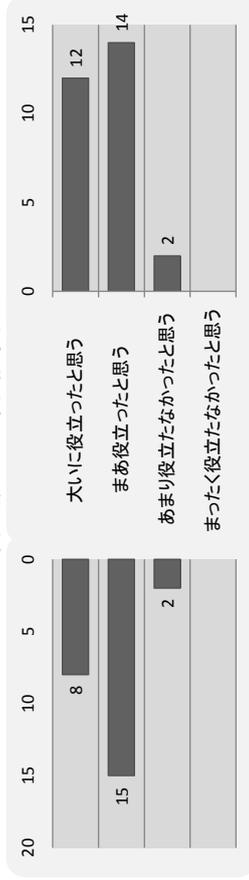
・地域援助技術(コミュニティソーシャルワーク)



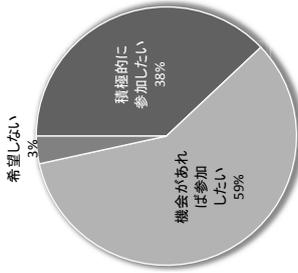
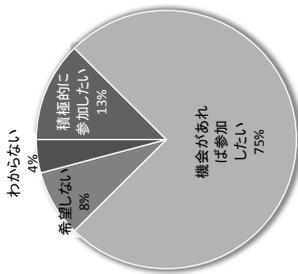
・対人援助監督指導(スーパービジョン)



・事例研究および事例指導方法



Q3 フォローアップ研修を希望されますか



参加したい具体的な内容やテーマがありましてお書き下さい。

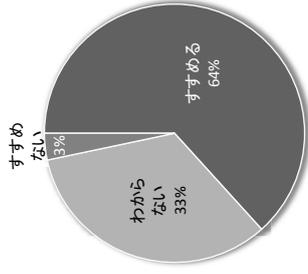
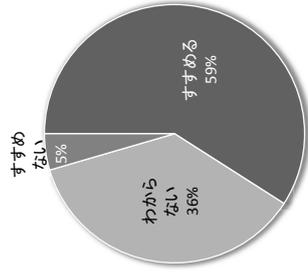
- ・困難事例の対応 3件
- ・スーパージョン 2件
- ・困難ケースへの対応(特に家族関係が難しいケースへ対応)
- ・地域のCMより、プランのアドバイスを求められることがあるが、事業所内であれば当人の経験や人となりからわかり教えるすが、そうもいかないと思えにくい。スーパージョンがあるといい。
- ・地域援助のあり方、具体的な連携をどう考えていけばいいのか。
- ・地域ケアシステム構築が重要と言われていますので、コミュニケーションワークについて希望いたします。
- ・事例研究
- ・事例研究や事例指導方法については、深めていきたいところではあります。
- ・(例)に書かれていることに対し、研修の中だけでは身につくことではないと感じています。求められても相応の力量にないように思います。
- ・医療に関係する情報および医師との連携について

- ・スーパージョン 4件
- ・スーパージョン、ターミナルケア事例指導方法に関する知識及び技術など。主任介護支援専門員のみならず、一般の介護支援専門員も受講できるシステムがよいと思います。
- ・ケアマネの判断、考えに自主性を持たせてほしい。そのようなことを踏まえた研修。
- ・困難事例の対応
- ・面接、相談技術について(心理学を通してより深く学びたい)
- ・スーパージョンやコーチングについて専門的な視点から受けてみたい。
- ・スーパージョン、人材育成について定期的なフォローアップ研修があれば参加したいと思えます。
- ・スーパージョン、ケアプラン指導、困難事例の対応
- ・ケアプラン指導、フアンシリテーションの方法
- ・ケアプラン指導
- ・困難事例に悩んでいる後輩へのアドバイス方事例検討会の進和方法。
- ・障害者自立支援から介護保険への移行年齢者の受け入れについて障害者の方々の対人援助、支援の内容(暫定的に行われる障害者自立支援とのサービスの絡

み(精神疾患の方への支援)

- ・スーパージョン、困難事例の対応等 管理者の資質として必要とされるものについて継続的に研修受講したいと思う。
- ・困難事例の対応に関する知識及び技術。またその事例を具体的に学びたい。
- ・事例のフアンシリテーターや簡単ではあるがケアマネジメントの基本などを講義が出来るようなカリキュラムを組んでもらいたい。

Q4 他の介護支援専門員に主任介護支援専門員研修の受講をすすめますか



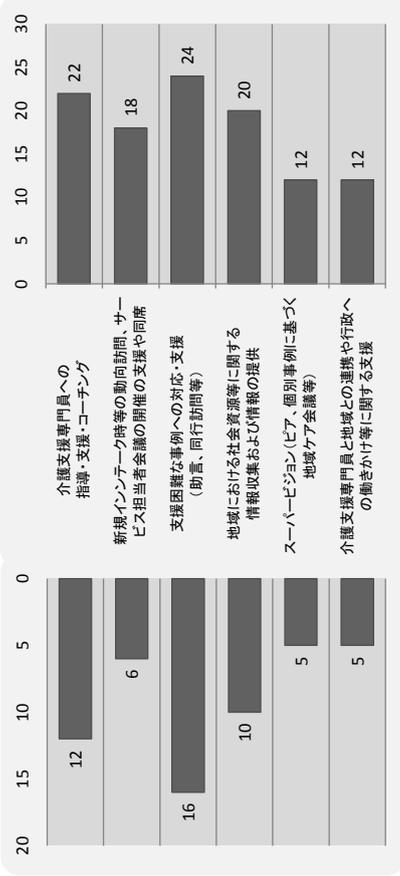
Q5 Q4で「すすめる」「すすめない」と答えた方は理由を具体的ににお書き下さい

- ・狭い範囲だけの作業で満足せず、地域、医療、他事業者との連携による情報交換、相談援助、(利用者、後輩、同僚など)に対応するための知識を得るためにもすすめる。
- ・いろいろな地域包括ケアシステムや職種の人たちと同じテーマで検討課題に取り組みの視野が広がる。
- ・自己研鑽の為
- ・スーパージョンや事例研究等は、ケアマネとして自分の傾向やこだわりに気づく機会になるため、勉強になると思うから。
- ・研修の内容が面白いものだったから。
- ・多方面に援助が出来るように。
- ・対人援助技術向上の為、すすめます。

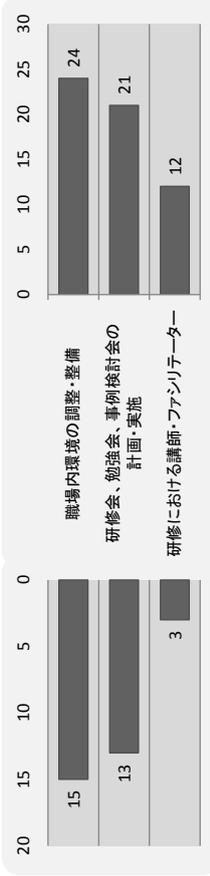
- ・現任研修や更新研修にない専門性の高い研修を受講できたいと思うので、管理者等は受けた方がいいし、そうでなくても一定の年数を経たCMは受けた方がいいと思います。
- ・職員の自主性を尊重している(わからないと回答)
- ・ケアマネとして仕事をすすめる(変わらないと回答)
- ・主任ひとりでの業務が多忙であるため、力のある職員に受講してほしい。ただし、主任としてふさわしいと思える人材が自分も含めて少ないと思う。
- ・能力が向上する。
- ・介護支援専門員としての経験を積み、要件が合えばステップアップしていく必要があると思います。次の人材の為に良い人材を確保していきたいと考えます。

Q1 あなたの事業所において、行っているものを選択して下さい。(複数回答可)

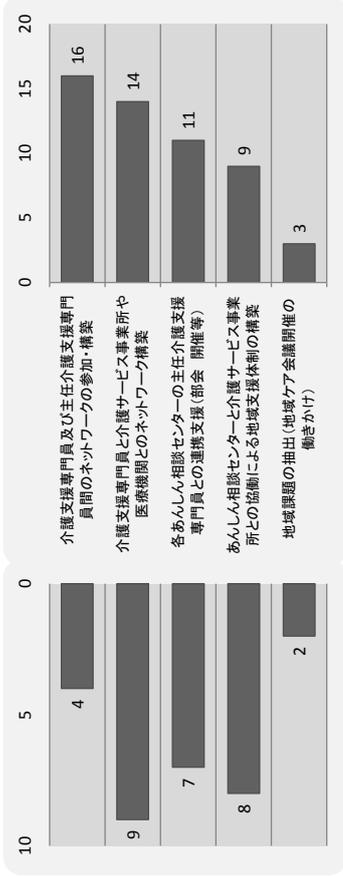
1. 介護支援専門員への個別指導



2. 事業所および地域における人材養成の実施支援



3. ネットワークづくり・社会資源の創出



- ・経験に応じた研修を受けて、特定事業所にならなければ安定した収入を確保できない為。
- ・知識、技術の向上のため。特に居宅の管理者は受講した方が良いと思います。
- ・取得後に何か業務を通じて貢献できたという実感はないが、個のスキルアップのためにはとても役立つ内容であると思う為。視点の幅や考え方が深まると思う。
- ・研修内容は、指導者や管理職向けであったが、必ずしもそうとは限らないことを理解していただきたい。
- ・よりキャリアアップを図るため。
- ・スーパージョンの研修で立場を替えて体験でき、「気づき」の大切さを教えていただいた。
- ・(おすすめない理由)主任研修は、自分自身のスキルアップを向上させる為にはよい機会。自分自身で決めれば良い、事業所にとって加算要件となるが、当人にとっては何の評価もない。自分で決めることが大切。
- ・単に目先のケアプラン作成を業務としてこなしていくだけでなく、視野を広げることが出来ると考えた。
- ・日常行っている業務の振り返りも含め、次のステップへの足掛かりとして勉強をしてほしい。
- ・管理者で受講していない方にすすめる。管理者の方は主任ケアマネであるべきであり、それに必要な研修内容となっており、今後もっとよくなっていくと思われるから。
- ・介護支援専門員の業務レベルアップ、その体験として学ぶ機会を得てほしい。
- ・運営基準や経営面で広い視野に立っての部分と、ケアマネジメントの視点が明確になる。
- ・自分的に大いに役立った感があるので。
- ・自分が不在の時、または自分の協力者、自分不在時の相談役として活動してほしいため。
- ・スキルアップの為。他の保険者の対応等がわかる。
- ・介護支援専門員としての資質と人間性を併せ持った人に対しては勧める。
- ・研修にかかると負担が大き過ぎる(日教、課題等)。また受講後、主任CMの機能を生かしていない。(おすすめない回答)
- ・ケアマネとして経験を積んでくると、アドバイスしてくれる人がいないので。(自分がアドバイスする立場なので)
- ・後任育成の為
- ・中堅として業務を見直す良い機会だった。
- ・単に目先のケアプラン作成を業務としてこなしていくだけでなく、視野を広げることが出来ると考えた。
- ・日常行っている業務の振り返りも含め、次のステップへの足掛かりとして勉強をしてほしい。
- ・管理者で受講していない方にすすめる。管理者の方は主任ケアマネであるべきであり、それに必要な研修内容となっており、今後もっとよくなっていくと思われるから。
- ・介護支援専門員の業務レベルアップ、その体験として学ぶ機会を得てほしい。
- ・運営基準や経営面で広い視野に立っての部分と、ケアマネジメントの視点が明確になる。

4. 上記以外で行なっているものがあれば記述してください

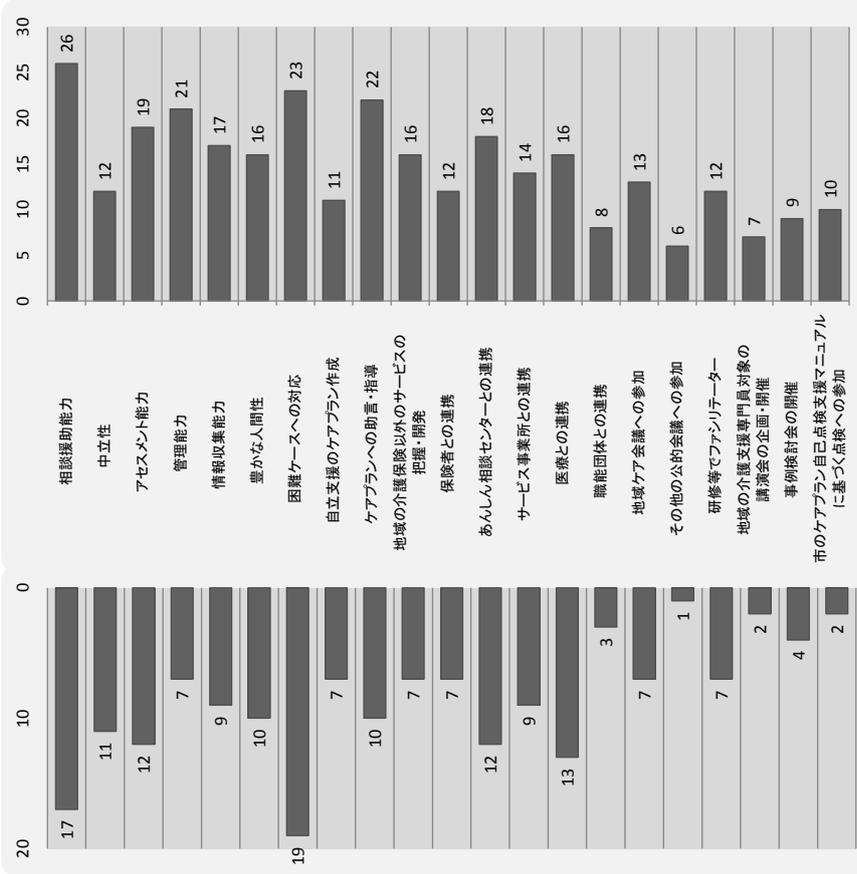
・主任ケアマネは私だけでなく、他のケアマネの多くが私よりも年長で、経験も豊富なので、ほとんど名前だけになっていきます。(1～3は無回答)

・上記内容は基本的に管理者が行っているため、参加や取り組みの機会はありません。(1～3は無回答)

・今、私の立場を考えると、主任ケアマネとしては包括との連携が一番の仕事と考えますが、包括の職員は周囲の顔色ばかり向って適切に発言、リードしてくれる方がいないように思います。(1～3は無回答)

・地域の「1人ケアマネ」(少人数事業所)に声をかけ、定期的に「ケアマネ会議(交流会)」を開催している。内容は改正後の制度理解やケアマネジメンドプロセスに沿ったプランの作り方、地域の社会資源、介護保険事業所の情報交換や事例検討などです。

Q2 あなたが主任介護支援専門員としてどのようなことを求められていると思いますか【複数回答可】



その他

・介護支援専門員の活力向上、モチベーション・意欲を引き出していく力

・現時点で社内から主任ケアマネとして求められたいと感ずくことはありません。他市ケアマネや社外の事業者からの相談や助言を求められる場面の方が多く、主任ケアマネとしての存在意義は見いだせていません。

・対外的に主任ケアマネとして求められているというより、個々ケアマネとしての力量を評価されている、見られていると思います。

・包括職員になると、主任介護支援専門員研修を民間CMより早期に受けることができますが、あくまでも暫定主任介護支援専門員(仮称)として働き、退職後は通常の介護支援専門員に戻るべきではないでしょうか？地域のCMの質の向上を期待しているのに、すぐに辞め、転職している人が多い。

・主任ケアマネとして他のケアマネの役に立てるようになっていくことはお手伝いしますが、当然ながら主任ケアマネだからケースは少なくてもよい、指導、助言に専念すれば良いというわけではなく、同じ業務を日々こなし、それにプラスした仕事をしていくつもりです。よって主任ケアマネだからと言って過度に業務を任されるのは嫌いです。

・包括の主任ケアマネの役割が見えませんが、包括ではないので、自社以外で主任CMとして活用がない。

①求められるものが多すぎず。求められるものの、立証が書類でしかないのだろうかと思う。

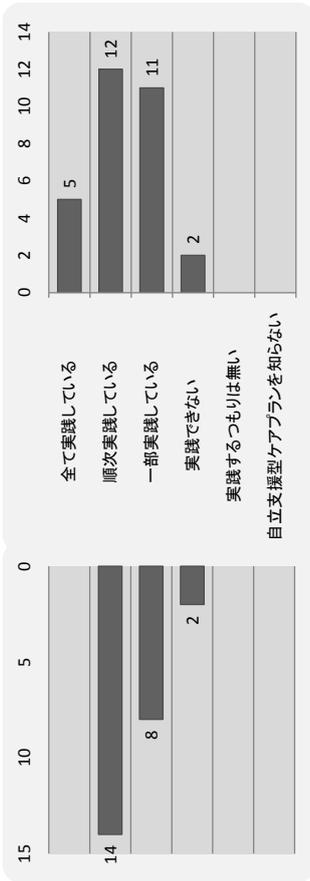
②各サービス事業所(特に訪問、質のよい(嫌な言葉ではあるが)ヘルパー育成を望む)。他事業所であっても気づきやクレーム対応等こちらからも発信しているが(主任介護支援専門員と心の中では自覚し)、なかなか良いヘルパーさん(プロのヘルパー)には巡り会えない。育たない。

③求められるものに対しての対価の低さを感じる。

・主任介護支援専門員が求められるものは多岐に渡りますが、たった1度の研修でそれを担うのは問題があります。本来であれば大学院を卒業し、定期的な研修を受けるようなレベルの話です。財政面での問題があったとしても、時間とお金をかけるべき話です。求められることが増えるだけで安易にケアマネージャーへの責任が増えるのが問題です。

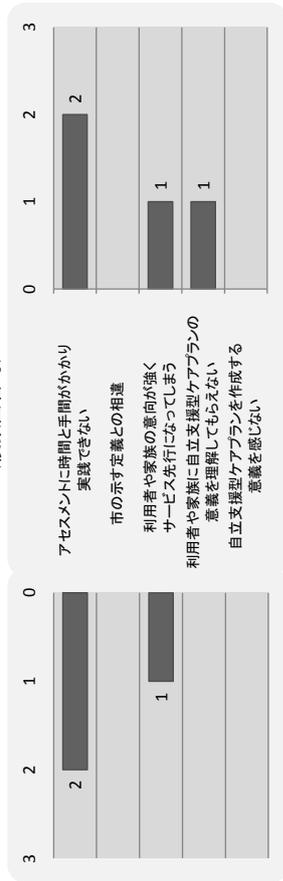
・ケアマネージャーの仕事がしやすいように、保険者への提言や、あんしんセンターや保険者と共同して新しい仕組み作り、地域活動への協力(但し雇用主が納得いくような形で)

Q3 八王子市における自立支援型ケアプランの作成を実践していますか。



Q4 Q3で実践できない、実践するつもりは無いと回答した方はその理由をお聞かせ下さい。

(複数回答可)

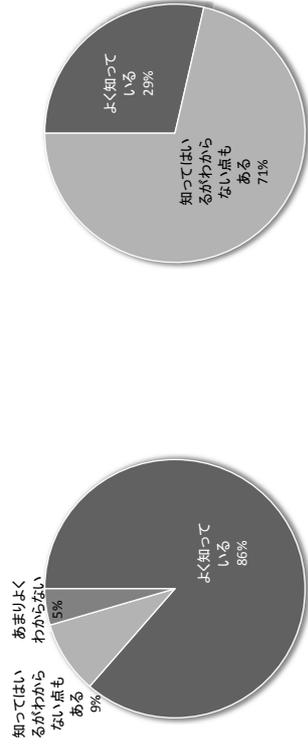


・自立支援型ケアプランの作成は心がけているが、全てではまることではないと思う。八王子市式でアセスメントしているが、アセスメント用紙はケアマネが記載したことが、記載にくい。(?)

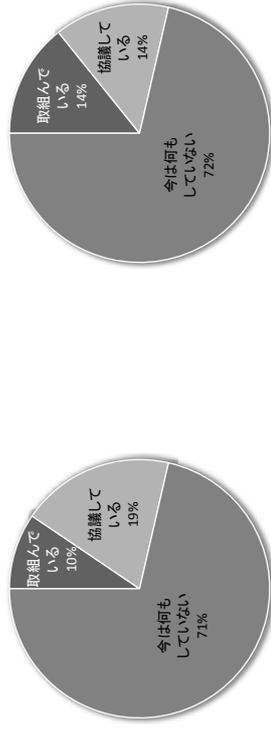
その他

・PCをWindows 7や8にしたら、少々動きが不都合になる。機能ももう少しA4の2枚に分割して見やすくするなど改良してほしい。

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書き下さい)

- ・事業所が地域向けに向け何ができるか検討中。
- ・地域連携、顔の見える関係性等、研修参加も含め、病院退院退所等関係性の構築を利用者ケースを通して、努力をしている。
- ・外部資料を基に情報収集に努めています。
- ・個人情報と地域包括ケアは相矛盾しているのではないかと、個人情報厳密に守秘すれば、地域でのケアは困難になり、個人情報を明らかにすれば、地域支援を受けやすくなるが、奈辺に折り合いをつけられないのか等。
- ・個々のケアマネ(事業所は全主任)は個々に包括と連携し活動している。

- ・主事医が大病院のDrの場合、できれば本人の近隣の病院Drにかかりつけ医となっていたほうが提案している。(一部)
- ・法人全体で取り組むことに力を入れている。
- ・病院・クリニック・高齢者あんしん相談センター・居宅介護支援の連携がスムーズにいよいよ、顔の見える関係づくり、従業員の意識改革を法人として取り組んでいる。
- ・包括、地域包括ケアシステム住民が作るボランティア団体、障害者団体との連携、ネットワーク作りを努めている。
- ・法人内で連携について企画されており、参加し

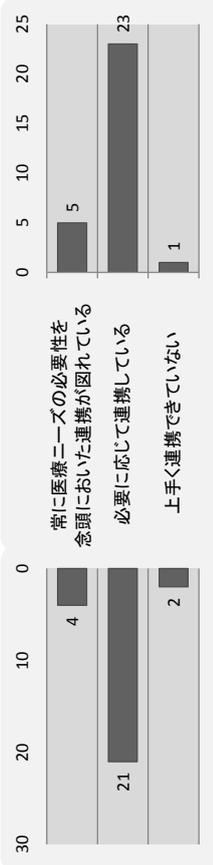
ている。

- ・同法人のサービス事業所と情報交換・共有したり、地域で活動している。女の会会員さんからニーズを聞いたり、こちらからも情報発信している。

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。

- ・認知症高齢者の見守り体制に関する取組み。
- ・住環境の整備、保険者主導の24H対応包括支援センター、医師会などを巻き込んだ医療チームとの連携の場づくり。
- ・在宅診療の医師を増やしてほしい。
- ・認知症ひとり暮らしも多くなるので、後見人や権利擁護が使いやすいように人材確保。
- ・医療や地域との仲介、関係づくりのための交流会の開催等。
- ・現在のサロン活動や予防教室等、民生委員やあしんセンター主催の活動に際して、送迎サービスがあるのいいと思います。
- ・地域の認知症住民情報が明らかにならないのに、地域でケアすることには無理があるのではなか。個人情報などをどこまで開示してよいか、あるいは開示されるのか、明らかにしてほしい。
- ・ボランティアの育成
- ・説明
- ・自治会の役員等へ地域包括ケアシステムの勉強会等、開催してもらいたい。団地の中で、同居、同居と騒いでいる役員がいる。個人的なことでも恐縮です。
- ・介護保険の見直し、高齢者の認知症が増加しています。毎日不安が一杯の中生活をせざるを得ない状況です。自分の住んでいる地域に低料金で入られる施設作りをお願いしたい。
- ・高齢者あんしん相談センターのスタッフの技量がなまざる。相談や困難ケースがあっても、事業所に押し付けて、その後のフォローは全くない現状では頼りにならない。
- ・介護保険ではない10分～15分程度のちょっとした援助(例えばゴミ出し、薬の服用の促しや確認、雨戸を開ける開める等)を行うことが出来る地域のお助け隊のようなもの。
- ・介護保険の入所施設を増やしてほしい。
- ・インフォーマル事業の情報教えてほしい。
- ・地域の方や高齢者にわかりやすく啓蒙してほしいと思います。
- ・モデルケース等の紹介
- ・地域で不足している社会資源を把握していただき、無いものは作ってほしい。
- ・医療関係と相談しやすい体制
- ・医師会との連携、医師への介護保険制度の周知
- ・おまかせでなく、一緒に取り組む姿勢がほしい。私達には連携を指導し、役所の中は縦割り状態。役所の中がしつかり連携してほしい。(例 障害者福祉・生活福祉課・介護保険課・児童)
- ・介護保険外サービスの多様化と周知。地域住民への説明など。
- ・高齢で同居、身寄りのない認知症が増加しています。毎日不安が一杯の中生活をせざるを得ない状況です。自分の住んでいる地域に低料金で入られる施設作りをお願いしたい。
- ・高齢者あんしん相談センターのスタッフの技量がなまざる。相談や困難ケースがあっても、事業所に押し付けて、その後のフォローは全くない現状では頼りにならない。
- ・介護保険ではない10分～15分程度のちょっとした援助(例えばゴミ出し、薬の服用の促しや確認、雨戸を開ける開める等)を行うことが出来る地域のお助け隊のようなもの。

Q4 医師(医療機関)との連携は図れていますか。

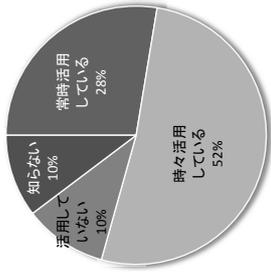
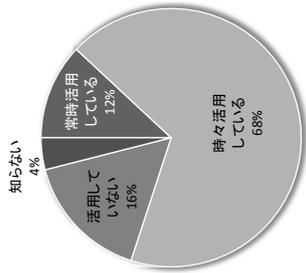


Q5 Q4で上手く連携できない方は理由をお聞かせ下さい。

- ・医師との連絡を取るのが苦手なので、必要最低限しか行っていない。
- ・最近感じるのですが、訪問看護と在宅診療医師は連携が取れていますが、在宅医でない医師との連絡がうまくされたいと思います。
- ・大学病院利用の方などは、積極的ではないが、必要に応じて行っている。
- ・大学病院等大きな病院は、診察待ち時間も長く、受診に同行しにくい。

- ・大きいHPはDrが多忙すぎて連絡を取りにくい。
- ・訪問診療を依頼した際に、「そこはエリア外なので」と言われた事があった。診療所によって「ここは訪問できるエリア」というのが一目で分かれば頼み易く、お互い嫌な思いをしなくて済む。一覧を是非作ってください。
- ・包括を通じて紹介あり：退院→自宅の生活と決定していないもの サービスに結びつかないカンファのみ対応
- ・支援(医療のみで終わるケース)あり。無論そちらに対応しているが、理不尽だと思える事例も

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。

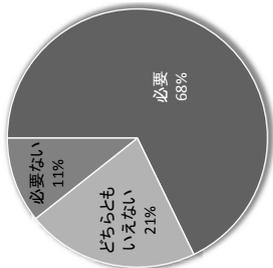
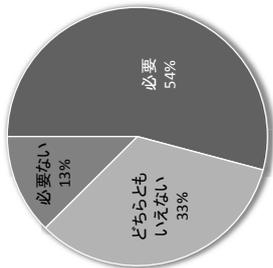


Q7 Q6で活用していない方は理由をお聞かせ下さい。

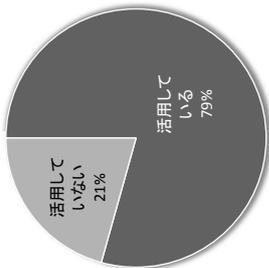
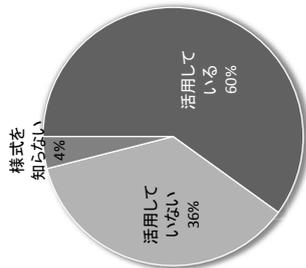
- ・事業所の棚に置いてあるが、他のパンフレットやカタログに紛れて手を取る機会が減ってしまっていたため。病院を検索する機会が殆どなかったため。
- ・本棚にしまい込んで、思い出せなかった。

- ・直接病院MSWなどと連携 地域的に訪問診療ができる医師が限られており、病名、区域によって、訪問可能な医師に連絡しているから。または既存サービスの訪看に「連携しやすい医師はどんな？」と聞いてから主治医を探している。
- ・内容が古い場合がある。
- ・インターネットで情報を得ることが多い。

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。

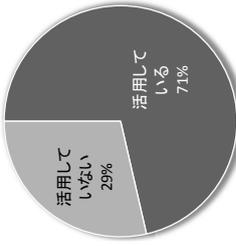
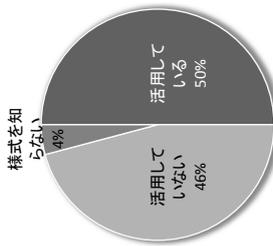
- 自己作成
- 別に文書を作成している。
- 時と場合に応じて利用している。
- 以前出したときにいちいち見ている暇がない、聞きたいことがあれば直接来るように言われたため。
- 今は使用するケースがなく、必要時のみとなっている。または他の方法で対応することもあります。
- 別書式およびケースに応じて対応。
- 直接医療と連携している。
- 別のものでも代用している。

- ほとんど使うことはないが、「軽度の福祉用具貸与」に関わる主治医の意見を口頭で聞けなかった時に活用した。
- (様式2)で良いのではないのでしょうか。特別、更新時以外等で主治医とコンタクトの必要がある時は、ケアマネが直にDに会っています。
- 活用しなくても連携が取れていれば問題ないのでは？
- 様式1を必要とする事例がなく、独自で主治医宛てにはケアプランを送付しているため使用していません。
- 情報開示で医師の意見書を参考にしている。病院によっては「有料」と言われてしまい、利用者の負担になる為。
- 必要時には活用するつもりである。現在は必要

- 事務的なことではできるだけ減らしたい。必要があれば適時、受診同行。様式2-3にて対応している。

- な機会はない。
- 医療連携が必要なケースは計画書(1-3表)をお送りしています。

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

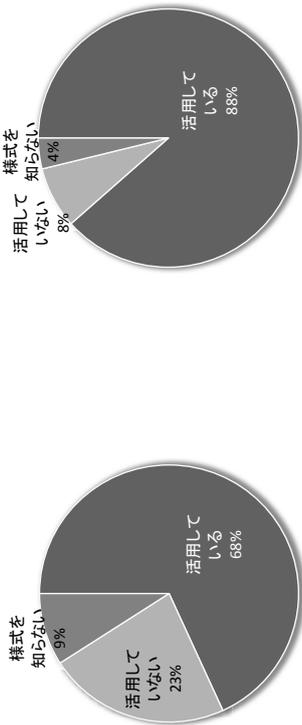


Q12 Q11で活用していない方は理由をお聞かせ下さい。

- 別に文書作成している 3件
- 医療ニーズの高い利用者がほとんどいない。
- 情報提供依頼をしても、返信が遅いことが多く、直接受信に同行した方がコミュニケーションがとやすい。
- 費用負担もあるので、積極的に活用しておらず、必要に応じてとなっている。
- 直接医療と連携している。
- 電話やFAXで質問している為
- 主治医意見書を確認している。

- 照会状況、電話での聞き取りで確認しているから。
- 様式2を利用する機会がなく、自分作成した内容で送付しているために活用していません。介護サービスの利用状況項目が使い難く伝わり難いと思います。
- オリジナル書式を活用している為。
- 事務的な感じがするので、自分で文書を作っている。
- 電話で聞いたりしてもよいことになっているので、以前はよく利用していたが、今は支離滅裂で記入すればよいので。
- 医師の出席が見込めないで活用している。字が読めない(汚い)医師の意見書審査会で読めているのだろうか。読めないものに金を支払っているのだろうか...感想
- サービス担当者会議においては主治医意見書の項目「医学的管理の必要性」「サービス提供時～留意事項」などを情報として関係者に提供している。緊急時は直接主治医と電話で話したり、連絡を取るようになっている。
- 事業所内の書式を利用しているため。

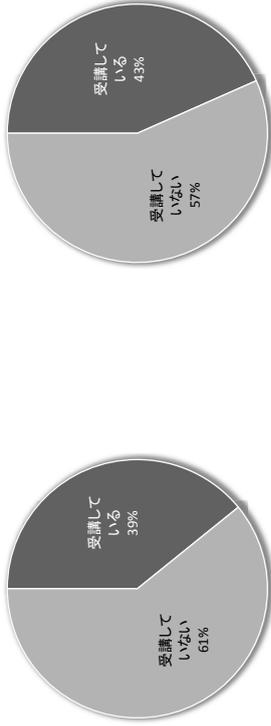
Q13 診療情報提供書(介護情報提供書(様式3))を活用していますか。



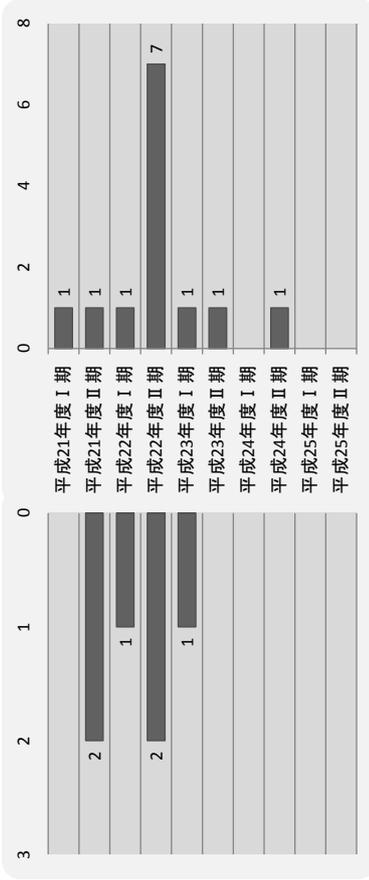
Q14 Q13で活用していない方は理由をお聞かせ下さい。

- 活用の頻度は少ない。
 - 別書式で代用。
 - 直接医療と連携している。
 - 6か月、1年毎に依頼するのは先生の仕事の邪魔をするようでお願ひしづらい。
- 家族や通院に付き添った際に、必要事項について聞いてもらったり、直接(電話や受診の付添い)確認しているから。
 - ご記入内容があまりにも乏しい主治医もおられません。診療情報提供していただく意味がない場合もあります。(活用しているとは回答)
 - 病院側は必要としているのか不明。用事を聞かれたり、渡っていないかったり、退院時の連絡もなかったりする病院がある。

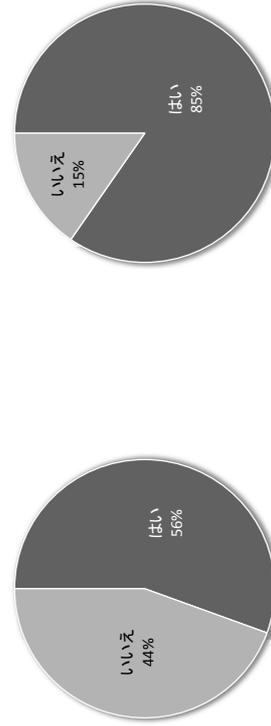
Q15 東京都在宅医療サポート介護支援専門員研修を受講していますか。



Q16 Q15で受講していると答えた方は受け入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。

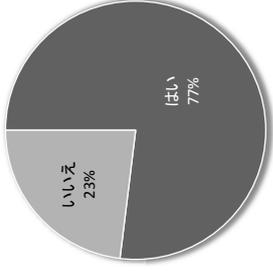
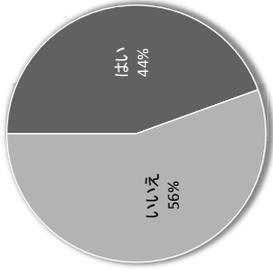


Q18 Q17で、はいと答えた方は、どのような場面で実感できましたか。

- 医療連携についてターミナルケアについて
- 医療ニーズの高い利用者に対して支援がスムーズになった。
- 薬局との連携が図れた。病気についての知識を出す場面があった。
- 事業内の質疑において、情報提供することが出来た。
- 電撃事故の為、途中で断念、終了できませんでしたが、難病や終末期の対応等は、勉強してよかったですと実感しています。(Q15、16は無回答)
- 医療に関する知識が少し増えた。

- 末期がんの方の看取りは最期まで気持ちいが揺れ動くことが当たり前。どこに動いてもいいように準備することと利用者に寄り添うことが大切であるというCMの立ち位置を確認できた。
- 居宅療養管理指導への理解が深まり、利用の幅が広がった。
- ターミナルケアに際し、家族のグリーフケアが役に立った。
- 新規および利用者の支援の考え方、取り組み方で、医療を中心に考えられるようになった。
- 病気に関する知識が得られたこと訪問看護師との連携方法がわかった。
- 癌末期の利用者様の痛みに対する処方等について(モルヒネ利用)
- 医療の知識が得られ、Drや看護師との連携やコミュニケーションが取りやすくなった。
- 医療知識が増えた。また認知症の周辺症状の理解が得られたので、アセスメントに役立っている。
- ターミナルの方への対応、気づきに必要知識など、今も役立っている。
- 医療用語利用者さんへの現疾患名から将来起こりうる疾患の予測ができ、そのことに対する必要なサービスおよびケアプランを考えることができるようになった。
- 退院後の支援について検討した時療養の準備がしやすかった。

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。



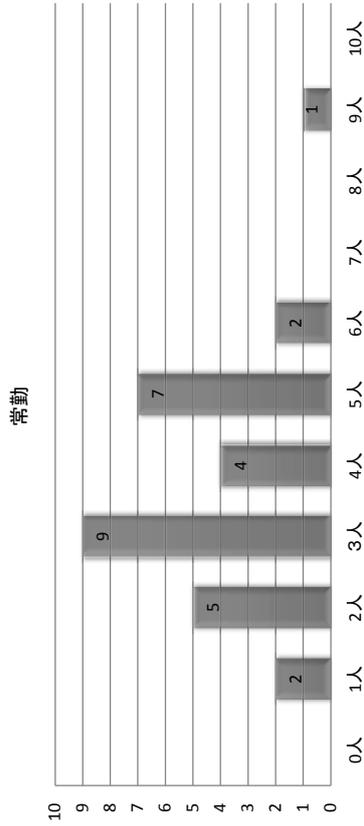
Q20 Q19で、はいと答えた方は、どこでどのような活用をされたのかを教えてください。

- 職場内で資料提供 3件
- 職場内ミーティングにて、研修内容を報告した。

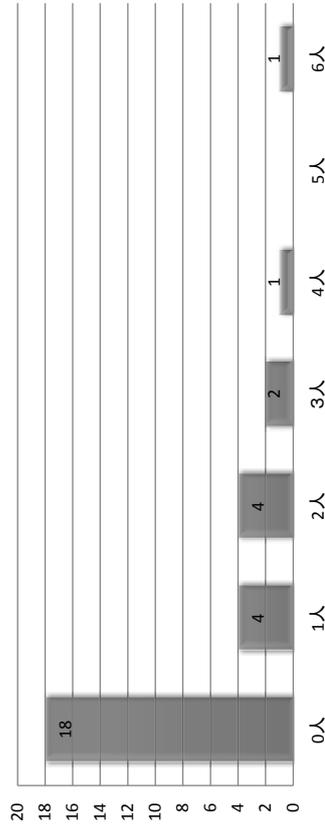
- 月1回地域のCMと勉強会を開催して情報交換を行っています。そこに参加されているCMにも勧められて受講されたCMもあります。
- 職場での研修
- 職場内での資料提供。
- 職場内で資料及び情報を共有し研修を行った。
- 事業所内で、他のケアマネの指導等で活用している。
- 職場内での勉強会を行った。
- 事業所内で勉強会を実施
- 訪問看護事業で研修した。
- 職場内での資料の閲覧、情報共有、研修報告。

以下は管理者の方のみお答えください。

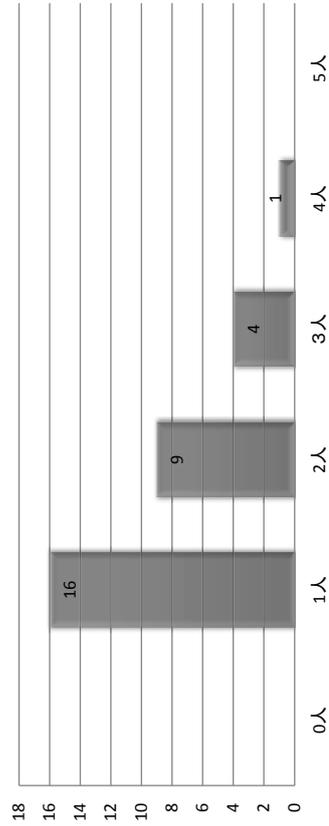
Q1 事業所の介護支援専門員（現任者）はご自身を含めて何人ですか



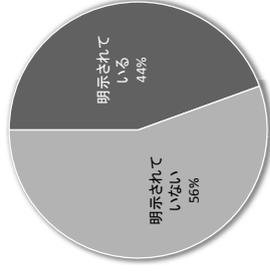
非常勤



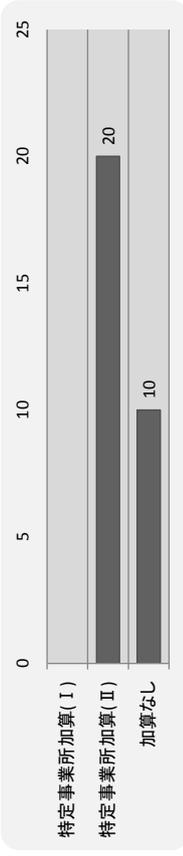
Q2 事業所に主任介護支援専門員が所属している場合、何人ですか



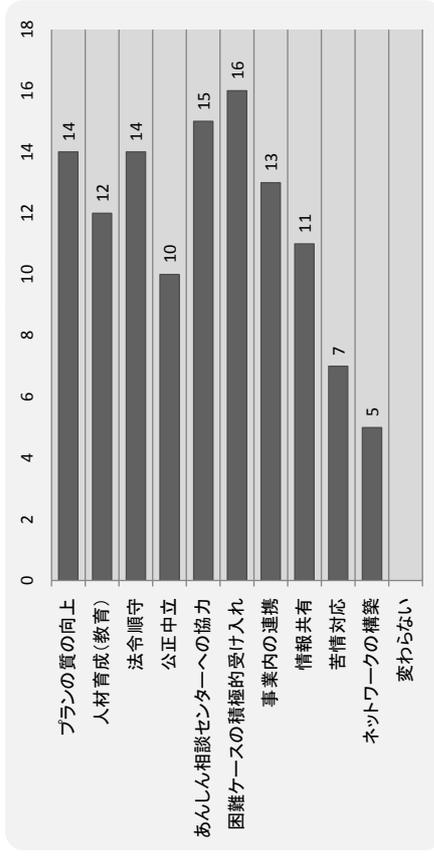
Q3 主任介護支援専門員の役割は明示されていますか



Q4 特定事業所加算を取得していますか

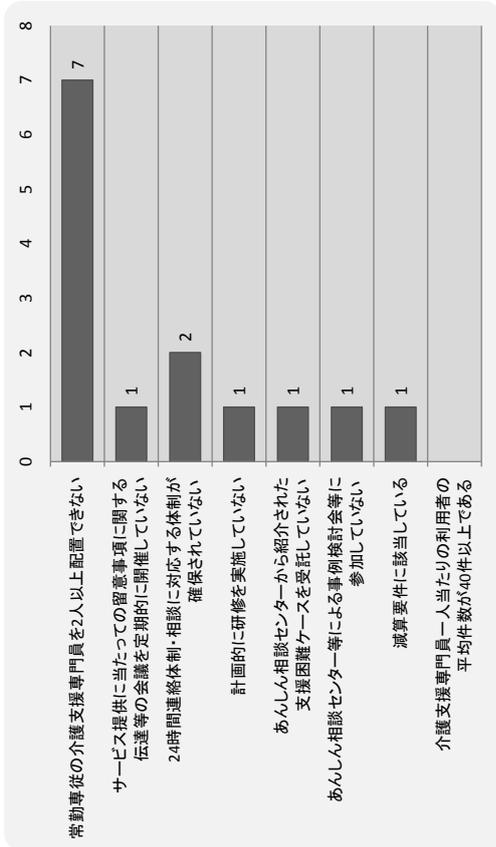


Q5 Q4で「特定事業所加算(I)又は特定事業所加算(II)」と答えた方にお尋ねいたします
特定事業所加算を取得して意識は変わりましたか(複数回答可)



その他

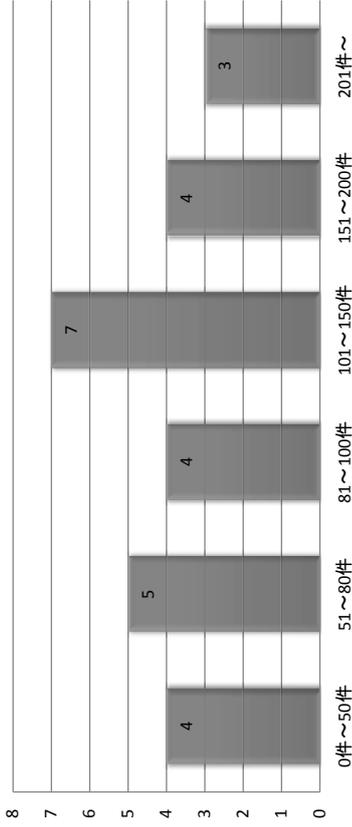
Q6 Q4で「加算なし」と答えられた方にお尋ねいたします。
加算を取得しない理由は何ですか(複数回答可)



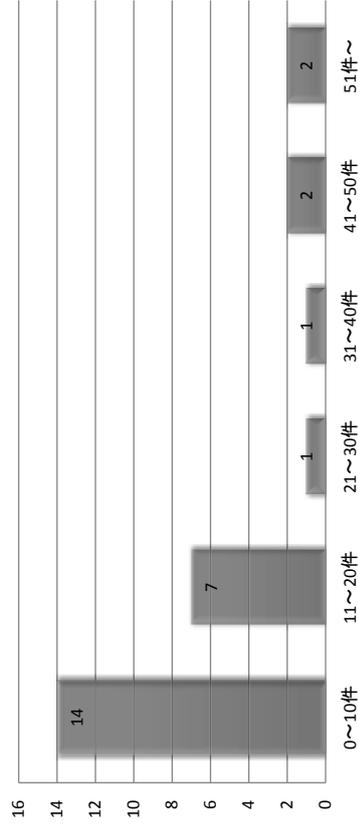
その他

- ・スタッフが新人だったため
- ・最近3名になったこと。会議を定期的に行っていない。それぞれのベースを重視しており、現在のところ加算はとっていない。自分達なりの連携協力体制は取れている。

Q7 事業所で平成26年6月現在担当している居宅介護支援の件数は何件ですか



Q8 事業所で平成26年6月現在担当している介護予防支援の件数は何件ですか

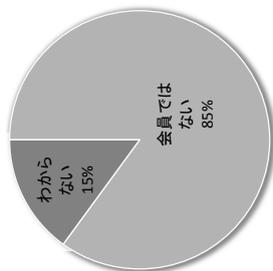


主任介護支援専門員実態調査結果

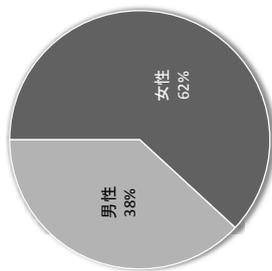
あんしん相談センター 主任介護支援専門員

基本項目

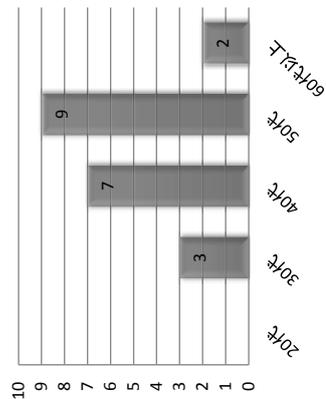
Q1 八王子介護支援専門員連絡協議会の会員ですか。



Q2 性別



Q3 年齢（年代）

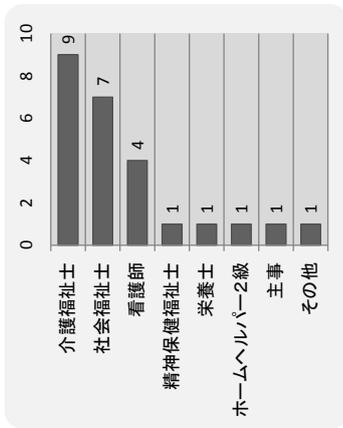


主任介護支援専門員を活用した
地域のケアマネジメント向上事業

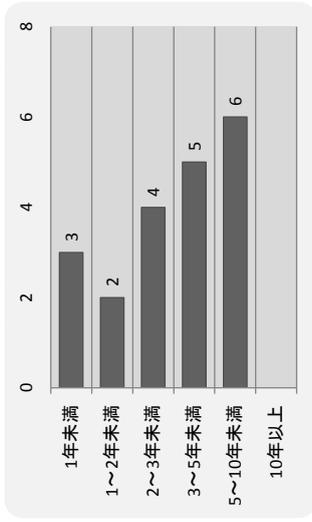
主任介護支援専門員実態調査結果

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%

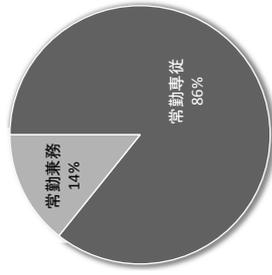
Q4 基礎資格



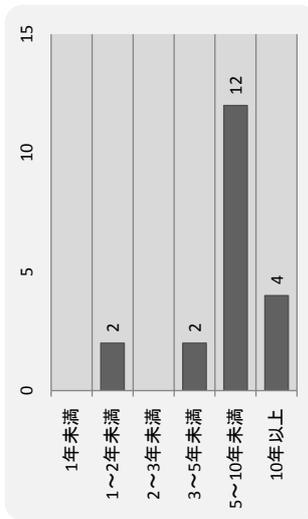
Q6 あんしん相談センターの主任介護支援専門員の期間(在宅介護支援センターを含む)



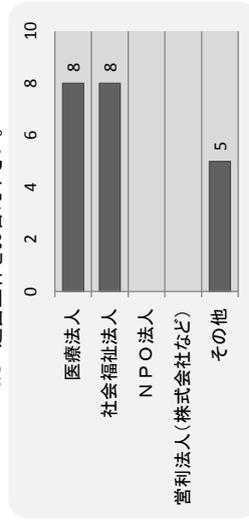
Q7 あなたの勤務形態をお答え下さい



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)

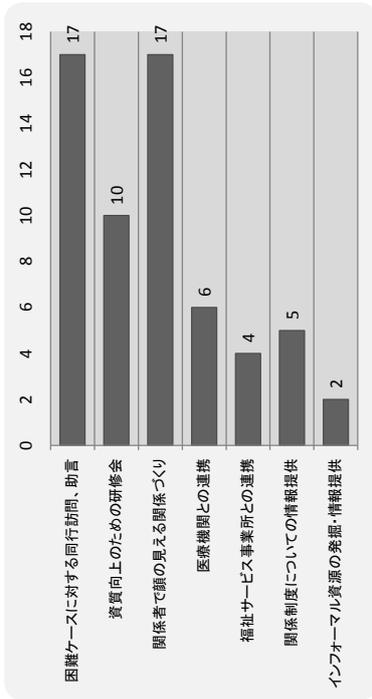


Q8 運営主体をお答え下さい。



主任介護支援専門員としての業務の取り組み状況について

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に集まる場所(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労があり、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、どのような取り組みを行いましたか、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) : ケースを通し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」
 - 在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、病气療養の為、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)へ参加いただいた(地域の関係者と同席いただき)それぞれ別の観点から与えられ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)

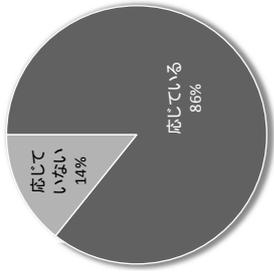
・ケアマネ交流会(年3回) ・処遇困難事例の対応 ・個別ケース地域ケア会議の開催 ・圏域内の高齢関連事業所及び民生委員を対象にした地域ケア会議 ・「H25年版ケアマネさん支援のご案内」イベント作成 ・圏域及び委託事業者に配布、「通信」による広報(2カ月に1回 有益な情報の提供) ・精神科病棟のDr、PSW、Nsによる相談会開催(毎月) ・精神科病院とコラボによるセミナー開催「精神障害の人の地域支援」 ・2カ月に1回圏域内の居宅介護支援事業所を訪問。顔の見える関係づくり。

・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

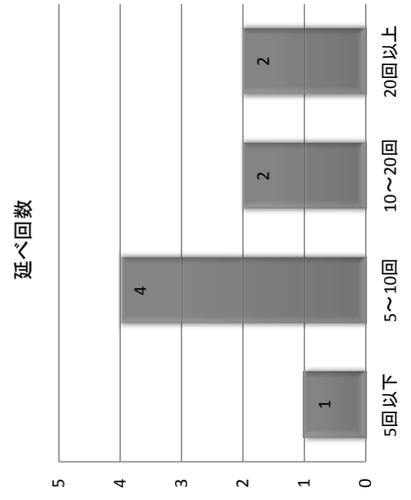
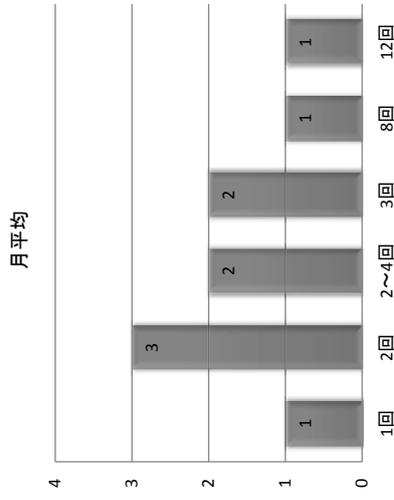
・ケアマネ学習会、交流会
 事例検討会(8回)・虐待対応研修(1回)・ケアマネガイドライン パネルディスカッション(1回)・講演会(1回)・親睦会(1回)

- 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りたい薬の知識 ～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。

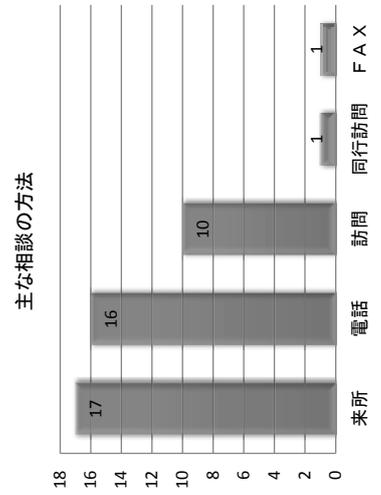
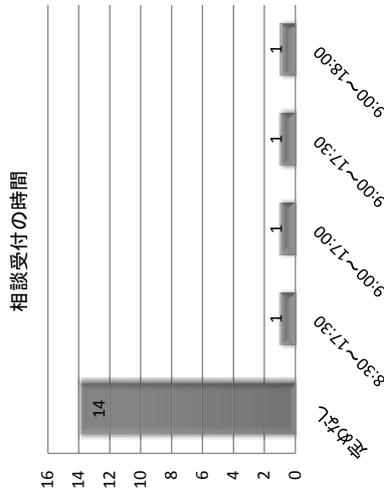
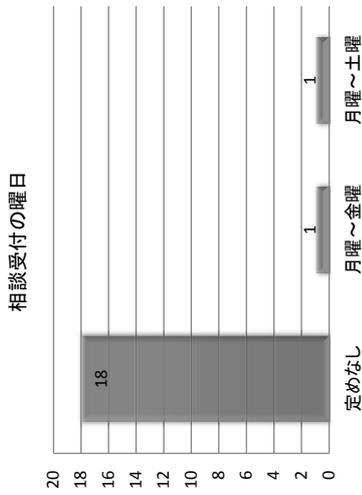
Q3 個々の介護支援専門員へのサポートとしての相談についての相談についてお聞かせ下さい。
 (1) 介護支援専門員からの相談に応じていますか。



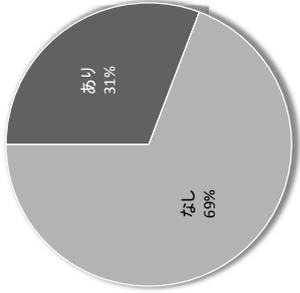
(2) (1)で「応じている」と回答した方におたずねします。
 ① 介護支援専門員からの相談は何件ありますか。(平成25年度)



②相談の受付体制をどのようにしていますか



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。

- ・困離事例、ケアマネに対する苦情
- ・支援の方向性、対応方法、医療連携
- ・ギョーパソンのある夫(要支援)が、ごだわりがあり、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たい対応中。
現状の認定度では必要なサービスなのに、オーバーしてしまふこと
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
- ・困離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。

・ケアマネー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)
 ケアマネー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 ・ポ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(フォアーマル、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

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なっています。

・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しやす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向う。
 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を行っています。

・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」であ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向向いて案内事を渡し、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。

・事務所へ訪問したり、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

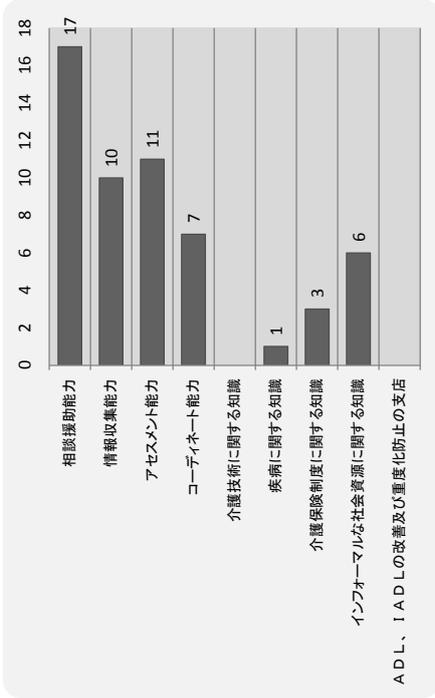
・昨年より毎月ミニケアマネ交流会(茶話会)を開催し、ケアマネージャーとの顔の見える関係作りを心掛けている。相談時には、ケアマネの話をしっかりと傾聴し、「一緒に考える」というスタンスを大事にしている。

(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。

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、関わること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、一般常識、礼節
専門職に偏重しない思考

・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)

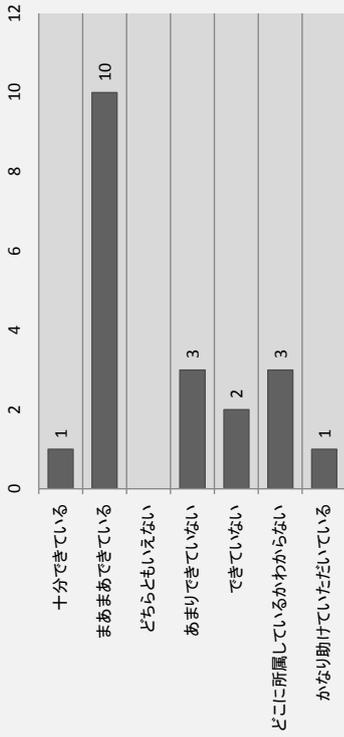
・ケアリテート能力の向上

・介護保険制度に限らず、他法、他施策に詳しい福祉全般の続き支援のできる主任ケアマネを目標し、自己研鑽している。

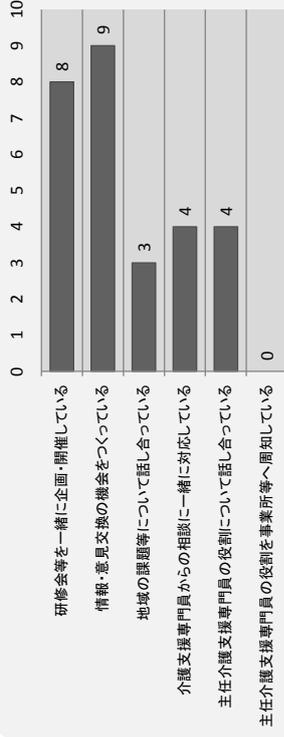
・コーチングの技術の取得

・スーパーバイジョンやケアリテーション能力の向上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)



その他のような連携を図っているか書き下さい

・研修、交流会時、ケアリテーターを依頼している。

・月1回ランチャミーティング開催。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。

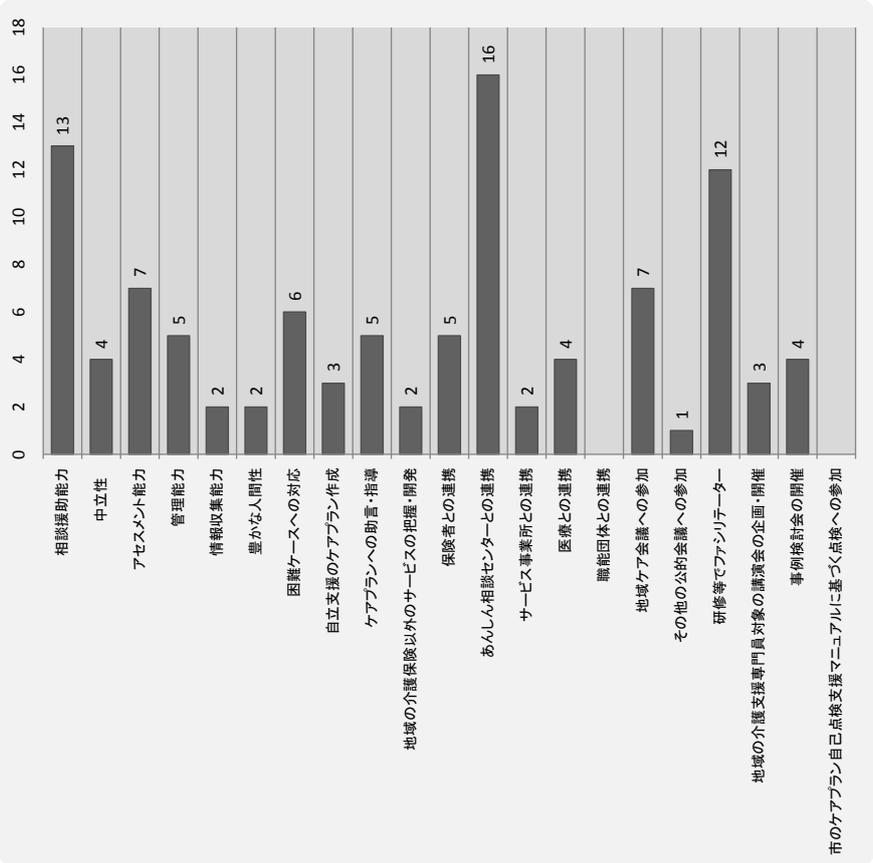
・講義、交流会などで適切な意見やサポートをもらっています。
困難ケースも一緒に考えてくださっている。

・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？



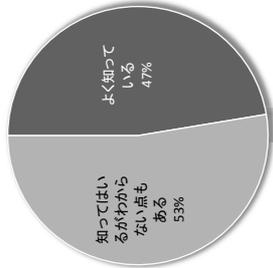
その他

- ・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）への参加とファンリテーターとしての役割。地域ケア会議を開催する必要がある「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。

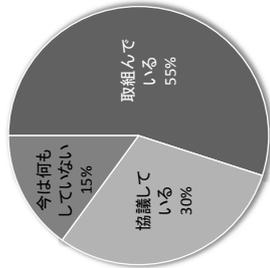
Q8 地域の主任介護支援専門員との連携で課題と感じているのはどのようなことですか。

- ・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っています。
- ・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ドバックがまだまだ少なかつたので、これからたくさんフィードバック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など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。これから考えたいと思います。

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組んでいますか



その他(取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っている。

・コミュニケーション作り

・地域住民の意識と選択の支援

・予防的觀念の思考

・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、働きかけが必要ない地域がある。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と行っていきたい。

・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、フォアーマル、インフォア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。

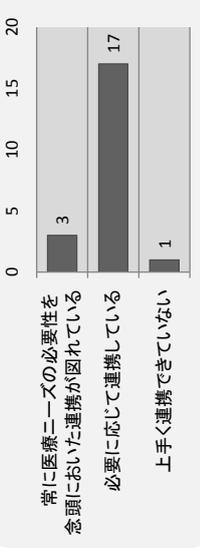
データ分析。

・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、インフォア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っていますので、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、八王子市独自の考え、保険者としての熟慮
- ・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送られるか、関係者がスムーズに動いているか、またどのように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
リーダースhip
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。
- ・認知症の当業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、もつ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

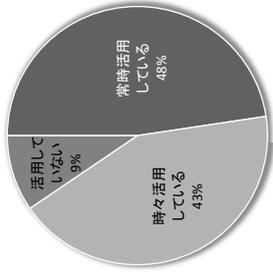
Q4 医師（医療機関）との連携は図れていますか。



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。

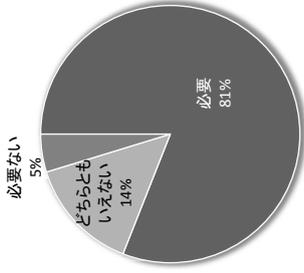
Q6 「八王子市医療と介護の連携ガイド」を活用していますか。



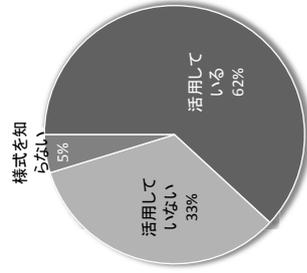
Q7 Q6で活用していない方は理由をお聞かせ下さい。

- ・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。



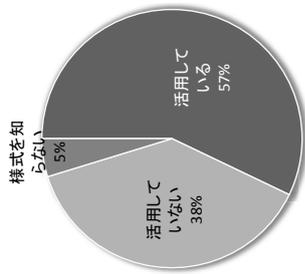
Q9 診療情報提供書(介護情報提供書)などの推奨するケアプラン情報提供書(様式1)を活用していますか。



Q10 Q9で活用していない方は理由をお聞かせ下さい。

- ・直接D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

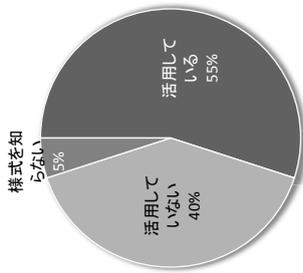
Q11 介護保険サービス計画及び担当者会議に対する情報提供依頼書(様式2)を活用していますか。



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。
- 主治医意見書で揃っている
- 直接ケアプランをもっていない為

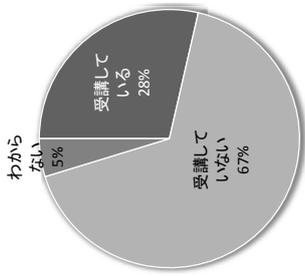
Q13 診療情報提供書(介護情報提供書(様式3))を活用していますか。



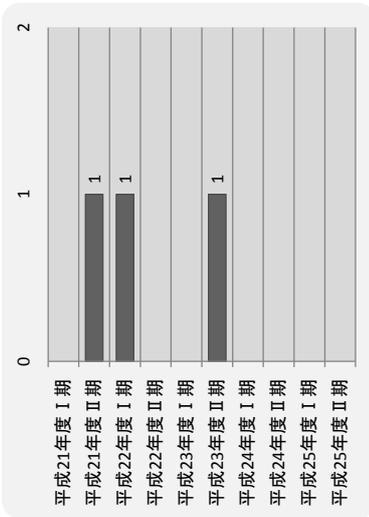
Q14 Q13で活用していない方は理由をお聞かせ下さい。

- 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。

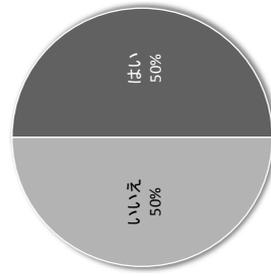
Q15 東京都在宅医療サポート介護支援専門員研修を受講していますか。



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。



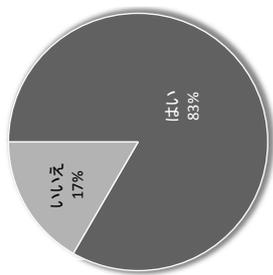
Q17 東京都在宅医療サポート介護支援専門員研修終了後に研修の効果が実感できる場面がありましたか。



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。
- ・医療的観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

3

ファシリテーター養成研修

3 ファシリテーター養成研修

1. 概要

八王子市内で活躍している主任介護支援専門員に対するフォローアップ研修及びファシリテーター育成研修を実施する。

八王子市、高齢者あんしん相談センター、八王子介護支援専門員連絡協議会が開催する研修において、ファシリテーターとしての役割を担うためのスキルを学ぶ。

参加者は主任介護支援専門員証(写し)を持参のうえ参加し、修了証を発行する。

修了証を発行された主任介護支援専門員が、勤務時間外にファシリテーターとして研修等に参加した場合は、手当を支給する。

2. 研修報告

第1回 ファシリテーター養成 研修報告

研修名	第1回 ファシリテーター養成研修
日時	平成26年8月27日水曜日 午後6時30分から午後8時30分
場所	八王子市役所 802 会議室
講師	国際医療福祉大学 医療福祉学部 小嶋章吾教授
参加者	八王子市あんしん相談センター主任介護支援専門員 19名 (11事業所) 八王子市内居宅介護支援事業所主任介護支援専門員 48名 (38事業所)

第 1 回研修 参加者アンケート調査 結果

感想	ファシリテーターを引き受けてくださいますか？	記述
今後センターで地域ケア会議を行う予定で、ファシリテーターをする必要があるので参考にさせていただきます。	はい	という気持ちでいます。
細かい説明で良かったです。一つ一つ確認しながら業務に役立てたいと思います	はい	
とても勉強になりました。	はい	
会議の司会とファシリテーターの立場の違い。司会との本来のファシリテーションの役割についてくわしく説明していただけるとよかったですと思いました。	はい	
ファシリテーターとしての具体的な技法、特に言葉かけや態度などとても勉強になりました。もっと心理学的な講義なども聞きたいと思いました。	はい	
地域ケア会議を開催する場にあり、本日の研修はとても役に立った。ファシリテーター、ファシリテーションと何度も聞き、役割も担ってきたか、未熟であった。本日は「役割」「技法」について具体例的に理解することができた。特に「技法」の中の〈論理的思考の技法〉は多くの気付きを与えられた。議論を構造化する、その為の記録を会議の場で生かすように今後はスキルアップしていきたい。グラフィック図をその場でホワイトボードに書くことができるようになるまではまだである。この研修を通じてスキルアップに努めたい。資料 2 のアサーションが取り上げられていたが自己感知に役立てたい。	はい	
いろいろな意味での再確認ができて良かった。	はい	
ファシリテーション ファシリテーターの研修は受講したことがありましたが、具体的でとてもわかりやすかったです。特にファシリテーターの 5 つの技法のなかの 4、コミュニケーションの技法は過去のファシリテーターで足りなかったところだったので反省するところが多かったです。又、参加者の多様性を理解不足のため、せつかくの目的、目標にたどりつかなかったこともあったので、今回の研修を生かし、機会があれば実践してみたいです。今日は参加させて頂きありがとうございました。	未記入	お役に立てれば…どうぞよろしく願います。
今まで自分が行って来て足りない部分を再確認し、どのようにしたらそこを補えるかの道しるべになったと思います。今日伺った内容を役立てていくように頑張ります。	はい	
ファシリテーションの 5 つの技法について、実際にイメージができ、とても参考になりました。ファシリテーションを意識して参加し、力をつけたと思います。ありがとうございました。	はい	

基本でいねいに教えて頂いたと思います。居宅の主任にとってはサービス担当者会議の方がイメージしやすいのではないのでしょうか。	はい	
分かり易くて良かったと思います。	未記入	
ファシリテーターについて、改めてきちんと講義をうけたのは初めてなので。今後の仕事で役立てて行きたいと思います。(スーパーバイザーとの違いがわかりました。) ありがとうございます。	いいえ	能力ないので
ファミリーセッションの意味をわかりやすく説明されていた。ぜひ意識してみたいと思います。時間ぴったりして終わらせたのか、すごいと思いました。東京都介護支援専門員研究会の告知もしてもらえて良かったです。みなさんに参加してもらいたいです。八王子を盛り上げてほしいです。	未記入	まだわかりません。
日常c mさんはサ担でのファシリテーションを行っており、本日の研修は基礎を確認するわかりやすい内容だったと思います。明日地域ケア会議を開催しますがまさしく本日の研修はとてもためになりました。課題抽出としてマトリクスを使用する計画です。	未記入	検討中
少しずつかみしめながら学んでいきたいと思います。知らない主任ケアマネのすもたくさんいるので毎回、席替えでもいいと思う。	未記入	
理論はよくわかりました。	未記入	まだわかりません。
参考になり実施します。	はい	
対立する意見が出ないように会議を進める傾向が自分にはあるなあと感じました。決められた時間内で終わらせるようにしたいと思うと余計そうです。本当の意味での担当者会議をしていく意識が不足していたと思いました。余裕のある会議でしたら、今日学んだことを十分に生かしていけるように対立した意見ウェルカムと考え、要給したり言い返しをしたりその意見を理解しようとする姿勢があるならチーム形成ができるものと感じました。先生の包み込むようなやり方にホッとしました。内容が濃いので、これから講義でうけたことを実践できるかどうかかわかりませんが努力していきたいと思いました。	はい	
わかりやすく良かったです。	はい	
基本的な事を勉強できて自社の会議でも役に立つと思います。あたりまえと思っていたことも、改めて気づく事もありました。研修日程は早めにご連絡ください。	はい	
具体的な技法について細かく説明していただき理解しました。実践は経験しながら学んでいきたいです。	はい	
ファシリテーターとして具体的に何と行うかまた地域の中でのファシリテーターとしての立ち位置も考えていきたい。	はい	

大変勉強になりました。どんな場面でも、活用すべき、大事な考えだと感じました。	はい	
日常の業務の中で、意識せず会議の進行役をしていた事が、本日の研修をお聞きして、振り返りと反省、今後の参考になりました。復習して、今後の業務に役立てたいと思います。	はい	
	はい	
学んでおきたいと思っていたテーマなので大変勉強になりました。自分自身がどのように会議を進めていきたいか一つ一つ確認し振り返る事ができました。学んだことを意識して実践していきたい、	はい	出来る範囲で
ファシリテーターの重要性がよりわかりやすい講義でした。	はい	「都合の合う時は」になってしまいますが、それでもよろしければ、手伝わさせていただきます
主マネとして役割を何かの形で支援したいと思っておりましたので、大変嬉しく思います。	はい	
管理者として、職場会議等で既にファシリテーターとしての役割を担っているんだなぁと実感し、更に一つ一つのファシリテーターとして役割をしっかりと意識して、職場運営していくことも大切だと感じた。更に一歩進んで、意識しなくとも職場の中で多職場の中でも、多事業の中でも必要時には「旗降り役」としての役割を果たしていくことができるようになるまで、ステップアップできればと思います。(しかし、一番苦手な部分なので・・・)	はい	余り役に立てないと思います。
実践に生かしていきたいと思います。	はい	
ファシリテーション、ファシリテーターの事がよくわからなかったのととても勉強になりました。あまり研修に参加出来なかった事が多い中とてもいい研修をさせていただき、ありがとうございました。	未記入	初めての勉強だったので自信なく、出来るかどうか、不安です。
今まではファシリテーターの方にひきいていただく立場だった。その時のファシリテーターの方は自信満々、胸を張って自信を持ってやっておられた。自信を持って、自分には無理と腰が引ける思いが強かったかもしかしたら、自分もテクニックを習得し、マネ事的な事から初められるかと思えることはできる内容でした。	はい	
第一回目なのに、よく理解できた。 第二回	はい	

とても、ていねいに一つ一つ説明してくれて、良かったと思います。	はい	
	はい	※来年度からならできます。
主任ケアマネとしての研修でとても良かったと思います。	はい	
ファシリテートファシリテーションの意味の違いファシリテーションの役割がとてもよく理解できました。次回も楽しみに参加できそうです。	はい	
とても丁寧な研修で理解度が増しました。とても参考になりました。すぐ実践していきたいと思います。	はい	できる範囲でよろしかったら
ファシリテーションの意味が明確になった。ともすれば通り一遍な会議の中で他者の考え方、意味を引き出す技法として大いに実践に役立つ研修だと思った。	はい	
ファシリテーションの技法についてよりていねいに説明していただき良かったです。	はい	
ファシリテーションについてとてもていねいな説明でわかり易かったと思います。ありがとうございました。	はい	業務に支障のない範囲でお手伝いしたいと思います
よく理解できました。	はい	
具体的に説明して頂けたので、わかり易かったです。もう少し時間をかけて受講したかったです。	はい	
ファシリテーションの意味を深めて考えることができた。担会運営に悩むこともあるので、是非参考にして行きたい。	はい	
会議を意図的にコントロール(?)すること。ポジティブに参加しなくてはいけないことを学びました。	はい	
これまでの振り返りと気づきが出来た。とても良かったです。ファシリテーター、とてもやってみたいと思いました。ケアマネ業務が少しでも楽しいと思える様に出来たら良いと思いました。	はい	
ファシリテーションの具体的実践的役割について、基本的な説明 わかりやすい説明で勉強になった。少し抵抗がやわらいだ話がありますが、実践に行くには努力がかなり必要と思いました。	いいえ	
本日はありがとうございました。大変興味深い内容の研修でした。先生の柔らかいお声とお話もとても良かったです。宿題もありますので、これからはファシリテーターを意識して会議等も行っていけるように実践していこうと思います。	いいえ	3回の研修の後・・・まだ自信がございません

○内容についてはそれなり理解でき、ファシリテートについての確認も更に深まった話に思います。○又、先生のマイルドな発音、発声とオートドックスな日本語で耳になじみやすく、好感が持てました。有難う御座居ました。	いいえ	
分かりやすかった。普段はばく然と進行していた感があるので今後本日も学んだことを生かしていきたい。	いいえ	
先日、行った「サービス担当者会議」を振りかえりながら講義をきいていました。実践的で、わかりやすい内容でした。身につけるまでには訓練と経験が必要です。これから、「意識」してみようと思いました。	いいえ	まだ自信がありません。
ファシリテーション技術について具体的な内容の研修で大変ためになりました。有難うございました。	未記入	能力がつけられたら考えます。
用語がむずかしい部分もあった(特に前半)後半はわかりやすかった。	未記入	
大変参考になりました。資料も具体的且つ見やすい内容で参考になりました。2回目、3回目を楽しみにしております。	いいえ	現段階では能力がつけましたら考えます。
とってわかりやすく、勉強になった。日々の仕事での会議でも、参考になることばかりでケアマネとして役に立った。	未記入	
先生の柔らかな口調で、とてもわかりやすく講義として頂きたいと思います。意識すべき点が沢山ありますが、全て大切なことだと感じました。まずは宿題で生かせるか頑張ってみたいと思います。	未記入	
大変良い研修でした午後の業務に役立てたい	いいえ	私にはむずかしいと思います。
ファシリテーターとしての役割や技法について具体的説明を伺い、自分自身でも意識して取り組みたいと思います。	いいえ	はいと書く程の自信がない為
ファシリテーションについて(役割について)大分理解できました。	未記入	もう少し勉強してからお手伝いさせていただきます。
会議によっては取集がつかなくなってしまうことがあり時間だけが過ぎてしまう事が、度々ありいつも反省しております。今回のファシリテーションの技法を頭に入れ会議にのぞもうと思います。	いいえ	少し責任が重く、遠慮させて下さい。
話の内容がわかりやすく資料もまとまっていて見やすかったです。実際の会議でも今日の研修で今日の研修で学んだことを実際に活用してみたいと思いました。サポートしてもらわないと失敗しそう・・・です。	未記入	まだできるか自信がないので少し検討させていただきます。

わかりやすい説明で具体的にファシリテーターとして役割が理解出来ました。	いいえ	
ファシリテーションの役割、技法を丁寧に説明していただきわかりやすかったです。二尾の業務で実践してみます。	いいえ	



第2回 ファシリテーター養成 研修報告

研修名	第2回ファシリテーター養成研修
日時	平成26年9月24日水曜日 午後6時30分から午後8時30分
場所	八王子市職員会館第2第3会議室
講師	埼玉県立埼玉大学 保健医療福祉学部社会福祉学科 寫末憲子准教授
参加者	八王子市あんしん相談センター主任介護支援専門員11名 (7事業所) 八王子市内居宅介護支援事業所主任介護支援専門員38名 (30事業所)

第2回研修 参加者アンケート調査 結果

感想	ファシリテーターを引き受けてくださいますか？	記述
講義の中で具体的な事例を示していただけるとわかりやすくなると思います。	はい	
地域包括ケアシステムについての話よりも、ファシリテーターの技術的な内容を勉強したいです。 サービス担当者会議でのファシリとケアシステムでのファシリが混同してしまい、あまりよく理解できませんでした。 次回の研修で整理できればと思います。	はい	

<p>この研修のテーマである「地域包括ケアシステムにおける地域ケア会議の機能」をファシリテーションする技術の習得は、タイムリーであり、包括の主任ケアマネにとっては大変有意義である。しかし居宅のケアマネにとっては、“地域ケア会議”に参加した経験のある人は少ないのが現実であり、机上の空論になりかねない。</p> <p>八王子では昨年より（片倉では2年前より3種類の）地域ケア会議を開催しているはずであるが、八王子の事例集及び市に提出した包括からの地域ケア会議の報告書のまとめ（公開・編集）がない段階でこの研修が始まったのは、少し残念に思います。包括はともかく居宅の主任ケアマネが“八王子の事例集”を手にしなごらの技術 Up であれば、内容がもっと身に付き、八王子全体のスキルアップに繋がるとは思います。</p>	はい	
<p>理解するまで難しかったのですが、とても面白かったです。とてもよい研修だったので、もう少しいろいろ学びたかったです。ありがとうございました。</p>	未記入	上司の判断に一任しています。すみません。
<p>ファシリテーター研修とはいえ、幅広く難しく感じた。</p>	はい	
<p>資料2 コンピテンシーリストの一覧が参考になりました。今後振り返りたいと思います。</p>	はい	
<p>参加者の構成、ニーズを把握し、研修を組み立てて頂く必要があります。途中修正されましたが、ほとんどが居宅の主任 CM であり、コミュニティーワーカーが何人？という質問はないと思います。</p> <p>事例検討と地域ケア会議の違いに触れた方がいいと思います。</p>	いいえ	
<p>他のケアマネさんの事例や地域ケア会議のお話が聞けて良かったです。</p>	いいえ	
<p>地域包括ケアについて、主任ケアマネの役割の大きさ、大変さを痛感しました。</p> <p>グループワークはとても和気あいあいとすることができましたが、指示がよくわからず戸惑いました。</p>	はい	
<p>・盛りだくさんの内容で、なかなか理解できず困りました。</p> <p>・IPW 経験不足もあって、机上にて理解するのが出来辛いことがある。</p> <p>・地域ケア会議は1回出席した経験があります。また困難事例では、年間5回平均の出席です。その時には多職種の人達と共に、利用者の為に意見を出し合い解決に向けて努力します。</p> <p>・ボランティア交流会や訪問ふれあい員との交流会は年間それぞれ5回程度で司会進行係を務めています。なかなかファシリテーターとして何回やっても思うようでないこともあります。</p> <p>本日の学びを実践して行なおうと考えています。ありがとうございました。</p>	はい	できる範囲となります。
<p>内容が専門的で知らない名詞が多かった。今後主任 CM としての役割は理解できるが、そこまで自信がありません。</p>	はい	
<p>リフレクションの理解がストンと落ちた。広い視点をもって仕事したい。</p>	はい	

前回のテーマをもう少し詳しく勉強ができると思っていたのですが、今回はテーマが違い、面食らっていましたが、今後地域包括ケアシステムの会議で、ファシリテーターの必要性が次第に理解ができてきたように思います。	未記入	
今後多くなるであろう地域包括ケアシステム構築の講義内容が多くあった感がある。	未記入	
内容が難しく、聞いただけでは理解できなかった。もう一度熟読し、活かせるようにしたい。	はい	ですが本来は包括の主マネが行うべき業務の一つだと思います。今回包括の主マネの参加が少なかったように思われ、残念です。このような業務は、居宅の主マネがメインでやるべきなのですか？
一つの事例に対しての振り返りをする事の大切さを学びました。一人での振り返りと、チームでの振り返りも大切だと思いました。	はい	ご都合合う場合は是非お手伝いさせて頂きたく考えております。
宿題に対する取り組みの時間を今少し多く取ればよかったと思いました。	はい	
印象に残った事 新しいことは誰もしたくない。 → Aさんの為にどうするか…モチベーションを高めて進める事の難しさ、改めて感じる。	はい	
・前半 IPWのファシリテーションがよく理解できた。 ・後半 地域の問題をどうとらえるかがわかった。	はい	
1回目の講義を頭に入れながらの講義を受けました。 今回の研修では、司会者とファシリテーターとの違いを完全に理解できました。 1、2、3回目の研修で、きっとスッキリした研修に参加することで、理解が出来ることを楽しみにいたしております。	はい	
最初よくわかりませんでした。後半ぼんやりわかったような気がしました。	未記入	
理論の勉強には役立ちました。ありがとうございました。ただファシリテーターとしての実践となると、個人的にかなり不安になる内容でした。	はい	

<p>ファシリテーションというよりは、地域ケアシステムの重要性がとても印象に残りました。</p> <p>— CM が、何かシステム構築に役立てばよいと思います。</p>	いいえ	まだ自信がありません。
<p>やはり皆様のご意見を伺うことができ、本当に学習できました。</p>	はい	
<p>内容が難しいが、会議の流れで多職種連携について、会議の振り返り等、参考になることが多かった。</p>	はい	
<p>わかりやすい説明が良かったです。</p> <p>また、グループ会議はよいリフレクションが出来たと思います。</p>	未記入	難しさを感じてきています。
<ul style="list-style-type: none"> ・ファシリテーションは難しいと改めて感じました。 ・主任 CM の使命がこれから期待されるものとなれるよう、しっかり研修を受けたいと思います。 <p>ありがとうございました。</p>	はい	業務に支障のない範囲で協力したいと思います。
<p>新しい研修を受けることにより、多くの課題に挑む力がついていくような気がしました。</p> <p>ケアマネの力量向上になったと思います。</p>	はい	
<p>地域ケア会議についてはわかり易かった。前回の課題についてのグループワーク時の説明が理解しづらかった。</p>	はい	業務に支障のない範囲で。
<p>ワークの振り返りにもう少し時間を取ってもらえたえらと思いました。</p>	はい	
<p>主任ケアマネジャーに求められているものの大きさを改めて感じています。</p> <p>多職種連携がキーワードに上がっていますが、地域包括ケアシステムを推進するための役割の大きさに、身が引き締まる思いです。</p>	はい	
<p>資料がとてもわかりやすかった。グループで話し合えた内容や考え方を聞いたことがとても参考になりました。</p> <p>先生の説明についていけない場面がありました。</p>	はい	私でよいのでしょうか？という思いも正直ありますが…
<p>大変心地よいお話で、興味深く聞かせていただきました。</p>	いいえ	3 回終了し、自信がついてからお受けいたします。
<p>良かった。</p> <p>新しい手法や概念等を知ることが出来た。</p>	いいえ	
<p>今日の研修は地域包括ケアシステムの多職種連携実践でのファシリテーションとのことで、勉強にはなりましたが、前回の内容に比べ難しく、普段の勉強不足もありますが、理解が足りなかったと思われる。</p> <p>業務後の研修で頭が混乱したので、できれば昼間に受けたかった。</p>	いいえ	

<p>地域包括ケアシステムにおける地域ケア会議の 5 つの機能個別から地域課題のファシリテーションの役割の大切さ、重要性がやっとはっきり見えました。 ひとまずの宿題が持ってこられるか心配です。</p>	未記入	
<p>リフレクションの重要性が大切だと思いました。 重要な内容の研修ですが、実践に活かせるにはまだ時間がかかりそうです。</p>	いいえ	
<p>皆様の事例を聞いて良かったと思います。主任ケアマネに期待されている多さにたじろぐ思いもあります。</p>	はい	
<p>よく理解できなかった。 今日の講義の内容と前回の宿題の関係がわからなかった。 勉強不足なのか、チンプンカンプンでした。 グループ内でも、みなさん同じ意見でした。</p>	未記入	
<p>前回の内容に比べて難しかったと思いました。 専門用語も多く、ついていくのが大変でしたが、チームで共有できたので、振り返りができたと思います。 ありがとうございました。</p>	未記入	
<p>大変勉強になりました。</p>	いいえ	
<p>地域包括ケアシステムの話が深かったのですが、課題が簡単になってしまい残念でした。</p>	未記入	
<p>本日の研修で自分の力のなさをわかりました。 情報収集をしておらず、自分の位置がわからなかったような気がします。</p>	はい	



第3回ファシリテーター養成 研修報告

研修名	第3回 ファシリテーター養成研修
日時	平成26年10月17日水曜日 午後6時30分から午後8時30分
場所	八王子市役所 802 会議室
講師	国際医療福祉大学 医療福祉学部 小嶋章吾教授
参加者	八王子市あんしん相談センター主任介護支援専門員 9名 (6事業所) 八王子市内居宅介護支援事業所主任介護支援専門員 34名 (28事業所)

第3回研修 参加者 アンケート調査 結果

感想	ファシリテーターを引き受けてくださいますか？	記述
3人でロールプレイする前に具体的な説明もしくは模擬のロールプレイを見せる等の工夫が必要だと思う。	いいえ	
自分の内面、考え方のくせなどに気づかされ、他の方に意見をいただき感謝しています。 今後、多職種のそれぞれの思いを引き出して、独りよがりや思い込みのファシリをしないようにしたいと思います。	はい	
今後の地域ケア会議に生かします。	はい	都合がよければ手伝います。
言動を書き出し葛藤部分をピックアップする、人前で発表することで気づくことがあり、そしてチームからアドバイスをしてもらい、素直に受け入れられる環境であり、とても勉強になりました。	はい	法人の所属長がOKであれば。
時間があっという間で、奥深くまで出来なかったかもしれませんが、良い時間が持てたと思います。	はい	
お互いの立場を理解して、お互いの意見を認め合いながら話し合いを積み重ねることの大切さを学びました。	はい	
色々なケースのお話を聞いて良かった。皆さんが頑張っている姿を見て自分も頑張りたいと思う。良かった。		後日宿題を郵送します。すみません。
他の方のケースを発表していただく中で、話し合う中で、学んだことが膨らみ、良い学びの機会となりました。 ありがとうございました。	はい	

とても良かったです。今後の参考になりました。	はい	
ロールプレイの進め方がわからなかった。 やり方がわかるように 1 事例をモデルケースにして前に出てやってほしかった。	はい	
資料作成が難しく、他の方の記入を見て、こう記入すればよかったんだと思いました。 実務ではこのような時間が取れないのが現実ですが、日頃からリフレクションしていかないといけないんだなーと感じました。	はい	
宿題の発表の際、緊張したが初めての経験で楽しかった。	はい	ファシリには、「はい」と「いいえ」の両方に○
リフレクションということで、振り返りの大切さが少しわかった気がする。	はい	
慣れない作業で、進め方がこれで良いのか手探りでした。	未記入	
ロールプレイする事で、よりファシリテーション技術を学びやすく感じました。 人や専門分野が違うからこそその見方の違いがあることを意識した上で実践につなげていきたい。	はい	都合の合う際にはぜひ手伝わせてください。
宿題が難しかったです。 本日の1人の講義があったあとならば、宿題できた気がします。 個人のケースが地域に。 難しいけれど意識してみます。	はい	
よく学びました。IPWが必要と思えた。	はい	
自分の通常の仕事に関する振り返りができた。	いいえ	現在はいいえ。 今後考えたい。
理論と実践ができて勉強になりました。ありがとうございました。	いいえ	
少し忙しかった研修ですが、グループワークで1人1人の意見をまとめるファシリテーター役の奥深さを感じました。	いいえ	自信がありません。
事例について、共感ができたことはよかった。	はい	
場面を切り取ることで、利用者の意向、サービス事業所側の思いを確認しやすくなることに気づきました。	はい	

自分達の実施したグループワークが先生の意図するワークになっていたかどうか疑問がある。	いいえ	もっと成長してから。
楽しい講義をありがとうございました。 グループワークの際の時間配分の説明がちょっとわかりにくかったです。	未記入	
1つの事例にかける時間が短かったのでは？	はい	
意図的に会議を使うことの重要性を学びました。	はい	
先生がとてもわかり易い内容でした。 Gのメンバーに恵まれ、本当にほっとして研修できました。	はい	
3日のまとめとして、他者の事例を拝見し、アプローチの仕方にしても、とても言葉が有用であり、言い方もとても大切だと思いました。 ストレンクスを生み出すのに葛藤がある…ということ先生がおっしゃり、とても心に残る言葉ですね…。	未記入	
「リフレクション」という意味の深さがよくわかり、今後の実践活動に生かしていきたいと思います。	はい	
他の方のリフレクションシートが参考になった。	いいえ	
勉強になりました。少し意識しないといけないし、もう一度読み直し勉強なおします。	未記入	
とても充実していました。グループワークよかったです。良い事例でした。	はい	
残り3名のみとなってしまうりましたが、楽しく参加できました。ありがとうございました。	未記入	
とても勉強になった。 葛藤場面のロールプレイは、とても今後のサービス担当者会議等の参考になった。 楽しい研修でした。	いいえ	
日頃のネットワークとは違い、新たな情報を得ることができました。 ありがとうございました。	いいえ	
良かったです。 ありがとうございました！！	はい	
小島先生の説明はわかりやすかった。 慣れない研修でとまどいがありました。 今後はもう少し勉強していきたいと思います。	はい	



4

スーパービジョン研修

4 スーパービジョン研修

スーパービジョンの理論と展開

1. 概要

主任介護支援専門員に必要なスーパーバイザーとしてのスキルを再度確認していただき、より実践的な研修になるように取り組む。

2. 研修報告

第1回 スーパービジョンの理論と展開 研修報告

研修名	第1回 スーパービジョンの理論と展開 研修
日時	平成26年11月17日水曜日
場所	八王子市役所 801 会議室
講師	昭和女子大学 人間社会部福祉学科 高橋 学 教授
参加者	八王子市あんしん相談センター主任介護支援専門員 6名 (6事業所) 八王子市内居宅介護支援事業所主任介護支援専門員 43名 (35事業所) 計 49名 (41事業所)

第1回研修 アンケート調査 結果

研修会全体の内容はいかがでしたか。

項目	回答	率
① 満足	32名	66.7%
② やや満足	14名	29.2%
③ やや不満	1名	2.1%
④ 不満	0名	0%
無記載	1名	2.1%

(1) 資料はわかりやすかったですか。

項 目	回 答	率
① わかりやすかった	23名	47.9%
② ややわかりやすかった	20名	41.7%
③ ややわかりにくかった	5名	10.4%
④ わかりにくかった	0名	0.0%
無記載	0名	0%

それぞれ選んだ理由を記入してください。

「① わかりやすかった」を選んだ理由

- ・ SVの基本がよく理解できた。
- ・ 感覚的に感じていることが見事に言語化されている資料だと思ったから。
- ・ 具体的に内容を盛り込み説明して下さった事から感じた。
- ・ 資料と講義をマッチさせてくれたのでよかった。
- ・ 資料はほとんど使用していない。始めのところに全て凝縮されている。
- ・ スーパーバイザーがバイザーに報告する内容にフィルタがかかっているバイザーが、どこに違和感があるのかをひもといっていく難しさと面白さを感じました。
- ・ 説明を聞きながらでしたので、わかりやすかったです。
- ・ 先生の話の聞きながらイメージできた。
- ・ 直感的でストレートな語り口と切り込みの鋭さ、種々の事例を織り交ぜながら、レジユメのポイントを説明している。
- ・ ともかく、どのエピソードも興味深く聞かせて頂きましたが、資料は格調高いです。
- ・ 文字から見ると難しそうなおとも、生の言葉で判りやすく説明して下さって、ありがとうございました。
- ・ ゆっくり読ませて頂きます。
- ・ 理解しやすいように話された。
- ・ わかりやすい説明ではありましたが、今ひとつ理解できたとは思えず、スーパービジョンは面白いと感じたことです。

「② ややわかりやすかった」を選んだ理由

- ・ 字が小さい。英語が使われていて思い出すのに時間がかかる。大学生向けかも…
- ・ 資料を使っていることが少なかったため、資料との繋がりがわからない事があった。
- ・ 先生の説明を聞きながら資料に追記しましたが、理解しているかどうかわかりません。とても奥深いことを説明された講義であったため、もっと理解できたらよいのにと、自分の受け皿の少なさを残念に思いました。

- ・ 専門用語、表現が多く、ついていくのが精一杯でした。勉強不足です。
- ・ 途中から内容が具体化されてきて、理解できるようになった。
- ・ 難しい言葉ですが、先生の説明でとてもよくわかりました。

「③ ややわかりにくかった」を選んだ理由

- ・ 資料より講義中心であったため。
- ・ 話が飛ぶので。
- ・ もう少し現ケアマネに対しての具体的な内容にしてほしかったです。
- ・ 支援に行き詰ったとき、同僚や上司に相談するのは当たり前のことだが、相談するものも相談を受けるものも、その人の人間性や価値観を無視することができないと体験的に感じてきたので、今日の講義により、それがクライアント、バイジーの主観的世界を理解することだとわかった。しかし狭い事務所の人間関係の中で、講義を生かして実践していくというより、自分の相談することをぐっとこらえてしまうことが多いように思います。スーパービジョンは難しいです。

(2) 講義内容について理解できましたか。

項 目	回 答	率
① できた	16名	33.3%
② だいたいできた	28名	58.3%
③ あまりできなかった	4名	8.3%
④ できなかった	0名	0%
無記載	0名	0%

それぞれ選んだ理由を記入してください。

「① できた」を選んだ理由

- ・ 4年ぶりに先生の研修を受講しました。大変印象に残る講義でした。
- ・ SVはとても難しいことがわかった。
- ・ 具体的で、どういう立ち位置でどういう視点を持って支援するのか、少しわかりました。
- ・ さまざまな視点からスーパービジョンを語ってくれたので、わかりやすかった。
- ・ 資料の内容を、事例を踏まえながら詳しく説明されたのでわかりやすかった。
- ・ 事例を通して解説して下さったことがより理解できたと思う。
- ・ その通りだと感じた。
- ・ 内容が具体的で楽しく聞けた。

- ・ 内容が日々何となく考えていることと近く、大変興味深かった。
- ・ 内容的、水準の面からも、自分にとっては適切であった。
- ・ 舞台に例えて語っていることは日常の一部。見えていない部分をいかに語ってもらい引き出すかが重要。

「② だいたいできた」を選んだ理由

- ・ SV そのものについて、講義を受けたからと言って、即理解できるものではないと思う。
- ・ 色々なエピソードを取り入れてくださり、とてもわかりやすかったです。
- ・ 気づきを促すやり取りについて、実践してみたいと思います。事例を通してバイジーをどう気づかせるか先生の話に引き込まれました。
- ・ 具体的な例を出して話して頂けたので、わかりやすかったです。
- ・ 下世話だけど抽象的。スーパービジョンは難しい。
- ・ 自分なりに理解できました。
- ・ 事例をひとつ取り上げて、スーパーバイズの過程を説明いただいたが、わかりやすいものだった。
- ・ スーパーバイジーの気持ちを引き出すこと、気づきを持つことができるように支援していく。「提出事例1」の課題の説明で少しですが分かったように感じました。
- ・ 先生の説明がわかりやすかったから。
- ・ そう、そうなんだと感ずることが多かったからです。
- ・ 高橋先生の講義は、とても面白く、楽しかったです。今後の仕事に生かせれば良いと思います。
- ・ バイザーはバイジーからどう話を引き出せるかの技術力が必要であることがわかりました。
- ・ 話の内容が面白かった。
- ・ 部分的に理解できたが、全体的には難しかった。事例をもとに考えることができたので参考になった。
- ・ わかりやすく、よく理解できたと思っているが、先生の伝えたかった事が全て理解できたかはわかりません。
- ・ 判りやすく説明をしていただいていると思いますが、学生の話や事例？が当てはまっていないような気がしました。

「③ あまりできなかつた」を選んだ理由

- ・ 講義は大変興味深く、楽しい話も入ってたので、あっという間に時間が過ぎてしまった感じです。実際に実践に移せるかは少し不安なので③に○しました。すみません。
- ・ 事例はスーパービジョンをするための資料？となるんですね。事例検討ではないと何度か主任ケアマネ研修で言われました。頭の中がぐちゃぐちゃでした。

(3) 第2回目に先生に伺ったことがありましたらお書きください。

- ・ 型にはまったSVではバイジーは納得できない---のでは
- ・ 活動家が注目される（必要とされる？）時代…確かにそうだと思います。私も元気に地域で楽しく日々の生活を大切にしながら生活することを支援していけるようになりたい。地域のネットワークを仕事として成立できるために思案中です。
- ・ 個々の経験や価値観の違いを専門職としてスーパー倍図する難しさも日々感じています。
- ・ 自分をスーパービジョンする方法は？誰にしてもらえるのかな？
- ・ 事例からわかる事を言っていただけるとスーッと入ります。
- ・ 事例を多くしてもらいたい。
- ・ スーパーバイジーの語りの中に見つけるんですね。なぜそう思うのかバイジーの主観的な部分を客観化するそれをフィードバックして気づきに結びつくと、それがスーパービジョン？ ∴正解を導くのではないのですね。
- ・ スーパービジョンはその都度どんな終わり方をなさいますか？結論はスーパーバイジーが見つけるようにした方がいいと習ったことがありますが。
- ・ 先生の思考の背後にあるのは、隆明の共同幻想論？
- ・ どうしても納得しないケアマネに、どう指導するか、技術論が聞きたい。
- ・ もっと過激な話が聞きたいです。
- ・ 何でもOKです。

(4) その他ご意見がありましたらお書きください。

- ・ この研修は時間が短すぎる。半日は必要。
- ・ この時間の研修、Gワークでなくてホッとしました。先生の話に魅入られてしまいました。SVの魅力が改めて思い出しました。次回も期待しています。ありがとうございました。
- ・ 主任ケアマネの研修で大ファンになりました。今回の研修もとても楽しかったです。
- ・ 事例のケアマネさん、好きだなーと思います。何気ない日常生活の風景大切にしたいです。介護サービスを使うことだけが支援じゃないし、長一い目で見たら事業所の利益にも繋がるのではないかと思っています。甘いですか…
- ・ スーパービジョンは嘘っぽいと思っていた理由が判明。予定調和的正解を自分で語りながら作り上げていた気がします。でもやはりスーパービジョンは難しいです。
- ・ 大変刺激になりました。ありがとうございました。
- ・ 楽しかったです。
- ・ もう少し時間をかけて講義を受けたい。
- ・ 講義2時間は短いと感じた。
- ・ 支援に行き詰ったとき、同僚や上司に相談するのは当たり前のことだが、相談するものも相談を受けるものも、その人の人間性や価値観を無視することができないと体験的に感じてきたので、今日の講義により、それがクライアント、バイジーの主観的世界を理解することだとわかった。しかし狭い事務所の人間関係

の中で、講義を生かして実践していくというより、自分の相談をすることをぐっところえてしまうことが多いように思います。スーパービジョンは難しいです。



第2回 スーパービジョンの理論と展開 研修報告

研修名 第2回 スーパービジョンの理論と展開（応用編） 研修
日時 平成26年12月15日 月曜日 午後6時00分から午後8時00分
場所 クリエイトホール第7学習室
講師 昭和女子大学 人間社会部福祉学科 高橋 学 教授
参加者 八王子市あんしん相談センター主任介護支援専門員8名
 (事業所)
 八王子市内居宅介護支援事業所主任介護支援専門員37名
 (事業所)名
 計45名

第2回研修 アンケート調査 結果

研修会全体の内容はいかがでしたか。

項目	回答	率
① 満足	25名	67.6%
② やや満足	10名	27.0%
③ やや不満	1名	2.7%
④ 不満	0名	0%
無記載	1名	2.7%

(1) 資料はわかりやすかったですか。(資料内容は前回と同様です)

項 目	回 答	率
① わかりやすかった	20名	54.1%
② ややわかりやすかった	11名	29.7%
③ ややわかりにくかった	5名	13.5%
④ わかりにくかった	0名	0.0%
無記載	1名	2.7%

それぞれ選んだ理由を記入してください。

「① わかりやすかった」を選んだ理由

- ・ 事例（後半）中心だったので、わかりやすかった。
- ・ 事例によって話す、それぞれの職種からの答えに対しての解説がよかったです。
- ・ 事例を具体的に解説して頂けたのでわかりやすかったです。
- ・ 事例を通して話し合いができたこと。
- ・ 日々の業務を考えながら学習できた。
- ・ もっと時間があつたらと思いました。

「② ややわかりやすかった」を選んだ理由

- ・ 前回参加したが、その時にわかったつもりでも、同じ説明を聞いたのでよりわかったと思う部分もあり、そうだったのかと改めて感じました。
- ・ よく読み込んで研修に臨めば、より理解できたと反省しました。

「③ ややわかりにくかった」を選んだ理由

- ・ 資料に沿って話してくれない。
- ・ 資料はもっとわかりやすくしてほしい
- ・ 事例について…看護職でこのような立ち位置の人に出会ったことがなかったので、この事例にリアリティーを感じることはできませんでした。

(2) 講義内容について理解できましたか。

項 目	回 答	率
① できた	17名	45.9%
② だいたいできた	18名	48.6%
③ あまりできなかった	2名	5.4%
④ できなかった	0名	0%
無記載	0名	0%

それぞれ選んだ理由を記入してください。

「① できた」を選んだ理由

- ・ さまざまな捉え方があり、正解というよりはいろいろ落としどころがあるということ。
- ・ 事例ですが、自分に気づきがありました。
- ・ 事例をもっとやって頂きたかったのですが、自分を振り返ることができた。
- ・ スーパーバイザーがバイザーの気持ちに沿うポイントについて知ることができた。日頃自分がやっているといるかもしれないバイザーの思い込みについて気づかされた。
- ・ どこをピックアップしていけばよいのか考えさせられました。
- ・ 事例を使用しての説明判りやすかったです。

「② だいたいできた」を選んだ理由

- ・ 奥が深いなあ…という感じでした。
- ・ 奥が深いので、事例のようなバイザーの対応をしまいそうである。自分の身につけるには、訓練していかなくてはならないのだろうと感じました。
- ・ 事例からの意見で「気づき」があり、意見交換もできて良かった。先生の「答え」になるほどと思った。
- ・ 事例で検討するとわかりやすかったです。そして自分自身の事と捉えることができ、勉強になりました。
- ・ 事例を通してスーパーバイザー、バイザーの話の捉え方、進め方で大きく方向性が変わる事がよくわかった。
- ・ 事例を用いての解説がわかりやすかった。
- ・ スーパービジョンの概念化ということが難しいと感じた。
- ・ 正解はないということ
- ・ 先生の話題が豊富で分かりやすかった。
- ・ その場の状況により、いろいろとスーパーバイザーの仕方が変わるので、再度難しさを感じました。

「③ あまりできなかった」を選んだ理由

- ・何が発見できたのか、どこに焦点を当てるのか、広範囲の要素があると思うが、当てどころの持っていく方が分かりにくく、難しいと思いました。

(3) 先生に伺いたことがありましたらお書きください。

- ・面白い先生だと思いました！
- ・先生のバックグラウンドが社会構成主義と聞き、スーパービジョンを行う際にバックグラウンドは重要だと思いました。今年ハンナ・アーレント（ハイデッカーの恋人だった人）の映画を見て、社会が与える影響について考えさせられたので、なるほどと思いました。
- ・また色々な話を聞きたいです。
- ・もう少し先生のスーパービジョンを受けて勉強してみたいと思いました。
- ・スーパーバイザーは勉強すれば誰でもなれるのですか？ どのような人がスーパーバイザーに向いていると思いますか？
- ・人柄に親近感が持て、また先生の話を知りたいと思います。

(4) その他ご意見がありましたらお書きください。

- ・講義の場ではなるほどと思うのですが、職場に戻ればすうっと忘れて仕事をしている自分がいます。折角なので、今週はちょっとSV意識してみようと思います。
- ・時間が短く残念でした。
- ・珠玉の言葉の数々、ありがとうございました。
- ・事例をたくさんできるとありがたいです。具体的な対応の仕方を学ぶことができるので、参考になります。
- ・スーパーバイザーと共にいる時間、貴重な時間がせめて精神的に豊かな時間になるよう、お互い自分磨きをしたいものです。
- ・楽しいお話をありがとうございました。
- ・また機会を作って頂けるようお願いします。
- ・またこういう研修をしてほしい。
- ・もっと時間を長くしてほしい。
- ・もっとスーパービジョンの研修を受けたいです。次回も是非お願いしたいです。



5

医療連携研修

5 医療連携研修

適切に医療と連携したケアマネジメント

1. 概要

介護支援専門員ステップアップ研修として、入退院時の医療機関との連携について学ぶ。利用者の医療情報を収集する場合に何を目的に情報を収集するか、目的をきちんと踏まえて収集する必要がある。

個人情報の保護が求められているのは医療機関も同じであり、連携を図るには必要な手順を踏んだうえで行なわなければならない。

2. 研修報告

研修名	適切に医療と連携したケアマネジメント「医療ニーズの情報活用」
日時	平成 26 年 10 月 14 日火曜日 午後 1 時 00 分から午後 4 時 00 分
場所	八王子市役所 801・802 会議室
講師	医療法人社団徳成会八王子山王病院ソーシャルワーカー 小俣美奈子氏 一般社団法人八王子介護支援専門員連絡協議会理事 岩倉真弓氏
参加者	146 名

アンケート調査 結果

研修会全体の内容はいかがでしたか。

項目	回答	率
① 満足	60 名	43.2%
② やや満足	66 名	47.5%
③ やや不満	2 名	1.4%
④ 不満	0 名	0%
無記載	11 名	7.9%

講義「地域包括ケアシステムと医療機関」

(1) 資料はわかりやすかったですか。

項 目	回 答	率
① わかりやすかった	45 名	32.4%
② ややわかりやすかった	45 名	32.4%
③ ややわかりにくかった	37 名	26.6%
④ わかりにくかった	10 名	7.2%
無記載	2 名	1.4%

それぞれ選んだ理由を記入してください。

「① わかりやすかった」を選んだ理由

- ・ SW、ケアマネ、両面からの視点で連携するうえで、とても参考になった。
- ・ 現状の医療環境がわかった。
- ・ 講義内容はわかりやすかったですが、配布いただいた資料
- ・ (パワーポイント表示の表、図) が小さくて、一見して読み取れませんでした。もう少し大きくして頂けると助かります。(1つ1つがしっかり読みたい資料があったので)
- ・ 講師が良かった。
- ・ 更新研修のおさらいになる部分もあったので。
- ・ 実際に活動していることなので、身に付きます。
- ・ 少し前の対応と現在の対応では相談員さんの態度が良くなったので、資料にされたことでより一層理解。
- ・ 地域包括ケア病棟や7:1看護体制について等、医療分野の動向を丁寧に説明して下さったと思います。
- ・ 話し方、テンポ 聞きやすく資料もわかりやすかった。
- ・ パワーポイントは整理されていてわかりやすかった。
- ・ ポイントが書かれているから。
- ・ ポイントが明確化されていること。
- ・ もっと内容をきちんと説明してほしかった。
- ・ レジюмеと説明がうまくリンクしわかり易かった

「② ややわかりやすかった」を選んだ理由

- ・ 資料やスクリーンの文字が小さくて見にくかった。(同様の意見が19件)
- ・ 医療の地域包括ケアについて理解できた。地域包括ケア病棟についてももう少し聞きたかった。
- ・ 医療の連携に向けて講義自体はわかり易かったが、資料・スライドともに見づらかった。
- ・ 大まかな仕組みは理解できた。

- ・ 現在の病院の動向が理解できました。
- ・ 山王病院の内容がよくわかった。
- ・ 地域との連携の強化というお話、地域ケア病棟の仕組み、なんとなくわかりました。
- ・ 地域包括ケア、地域包括ケア病棟。図が小さかった。
- ・ 地域包括ケアについて少しわかった。
- ・ 病院の種類によって（急性期・回復期など）異なること。
- ・ お話の中で理解はできましたが、文字が細かく見づらかった。
- ・ 内容は良いが、字が小さく見えにくい。

「③ ややわかりにくかった」を選んだ理由

- ・ 文字が小さく読みづらかった。（同様の意見 27 件）
- ・ 画が小さく、文字が小さく読みにくかったこと。画自体に多くの情報が入っているため絵図の構図がわかりにくかったと思います。
- ・ まとめはわかり易かったが、資料の図が細かすぎて参考にならなかった。隣に余白があるのはとても助かる。
- ・ 内容は良いと思うが、印刷された文字が小さく、薄く、読めない部分があった。
- ・ 内容はわかり易くよいのですが、小さくて読めないページがあり、残念です。

「④ わかりにくかった」を選んだ理由

- ・ 字が小さくて読めませんでした。（同様の意見 9 件）

(2) 講義内容について理解できましたか。

項 目	回 答	率
① できた	63 名	45.3%
② だいたいできた	70 名	50.4%
③ あまりできなかった	5 名	3.6%
④ できなかった	0 名	0%
無記載	1 名	0.7%

それぞれ選んだ理由を記入してください。

「①できた」を選んだ理由

- ・ H26.4 医療改正について、よくわかった。
- ・ MSW さんの苦勞と連携の大切さがよくわかりました。
- ・ 医療、ケアマネとの連携で中心となっている MSW の講義なので、医療との連携で注意すべきことがわかりやすかった。
- ・ 医療側、ケアマネ側、双方の立場の方のセッティングはとてもよかったです。
- ・ 医療連携に積極的に取り組む必要性が理解できた。
- ・ 円滑な連携のために MSW さんの視点でのお話はとても参考になりました。連携を取るためには相手の状況や立場を知ることが大切だと思いました。
- ・ 介護と医療の連携が何よりもご利用者の有益につながることで改めて理解できました。
- ・ 聞きやすく、耳に入ってきやすかった。
- ・ 行政の方針と医療機関の内情がわかりやすく説明されていてよかった。
- ・ 経験したことだったので理解できた。
- ・ 日頃の業務で行っている内容だったため。
- ・ 普段行っている内容だったので。
- ・ 現状の話でよく理解できました。
- ・ 知らなかったことを知ることができた。
- ・ 資料をただ読んで進めるだけではなく具体的な話も含め説明している。「こういう時はこうしたらよい」などと話を進める。
- ・ 説明がわかりやすかった。
- ・ 退院時の医療との連携等わかり易く話して下さった。
- ・ 地域包括ケア病棟に入院した時の留意点 円滑な連携がとてもわかり易かったです。
- ・ 丁寧に話して下さったのでよかったです。
- ・ 八王子市の最新の情報や MSW 側からの思いなど知れてよかった。
- ・ 病院側の視点での説明だが、CM 側のこともよく理解されていたため、困る内容の説明が的確だったと思いました。参考になりました。
- ・ 病院との関係性がこれからもより重要になることが再確認できた。
- ・ ペースもよく、とても分かりやすい内容で講演いただけましたので、とても理解しやすかったです。講演の中で「一緒に考えましょう」とのご提案があり、心強く感じました。とてもありがたいことだと思いました。
- ・ 本日地域包括ケア病棟に入院された方がいて、とてもタイムリーな内容でわかりやすく大変為になりました。
- ・ 連携の重要。
- ・ わかりやすく講義して下さった。
- ・ わかりやすく説明しているため。

「② だいたいできた」を選んだ理由

- ・ 「ケアマネと連携します」と言って頂き、とても心強く思いましたが、病院との連携を取る点でポイントとなることを具体的にお話ししてほしかった。
- ・ 今まで疑問だったことが明確になった。
- ・ 今まで連携を行っていました。再確認を行うことができました。
- ・ 医療側がどのように考えているのか理解できました。そのため敷居が多少低くなった。
- ・ 医療の診療報酬の体系がよくわからなかった。地域包括ケア病棟の仕組みが難しい。
- ・ 医療連携時に役立てたいと思った。
- ・ 小侯さん、いつもお世話になっています。今日はお疲れ様でした。特に大変な方の相談となるとついつい「山王の小侯さんに」にすがってしまいます。産休中さみしいですが、元気な赤ちゃん産んで早めに戻ってきてね！ - ケアテイカーの竹縄 -
- ・ 改正と今後の方向性について理解できました。
- ・ 具体的な話し方、実際の業務をしている方のお話なので、参考になると思われますので。
- ・ ケアマネ経験が浅く、まだ共感できないことがあった。
- ・ 講義がわかりやすかったです。
- ・ 講義では多くの実践の場での知恵があり、勉強になりました。
- ・ 講義は理解しやすかったが、もう少し詳しく触れてほしかったこともある。
- ・ 例) 地域包括ケア病棟のこと。在宅復帰支援と家族の受け入れは必ずしも一致してないことなど。
- ・ 言葉にインパクトがなく、聞きにくかった。
- ・ 細かくて資料が読めない。
- ・ 在宅に戻すためのノルマのような印象を受けたが、SW 側も CM 側も在宅復帰を進めていく中で、利用者・家族に不安のないようにしたいと感じた。
- ・ 在宅復帰させる割合が決まっていると初めて知った。
- ・ 資料に沿って丁寧な講義でした。
- ・ 資料を補足する部分が言葉により理解できた。
- ・ 資料の内容に沿って、丁寧に話していただき感謝します。
- ・ 診療報酬改定ポイントについてももう少し詳しく伺ってみたいと思います。
- ・ 退院時に向けて、まず相談室に連絡を取り、連携が取れるように早めに対応することが必要だということがわかった。
- ・ 地域包括ケア病棟の条件を知ることができてよかった。退院支援の大変さがまた増えていることを認識できた。在宅生活が望まれる中、往診していただける先生を是非増やしていただきたいと思います。
- ・ 丁寧に説明しておられた。
- ・ 話し方がゆっくりとわかりやすかった。事例と体験談を話されているところで。
- ・ 病院 MSW の立場から、在宅復帰促進の動き、HP 側との立場・見解等。説明もわかり易かった。
- ・ 病院側の退院促進の事情が分かった。
- ・ 病院により連携の仕方が違うとのこと、参考になりました。
- ・ 勉強になりました。お互いに状況を見極めながら、知り合うようになっていくという言葉は心強かったです。
- ・ もう少し詳しい研修が事前にあればよかった。

- ・ 例として山王病院としての取り組みは理解できた。

「③ あまりできなかった」を選んだ理由

- ・ MSW 側の話が参考になったから。
- ・ 資料が読み取りがたく、補足も少なかったため、わからなかった。
- ・ なんとなくわかりました。

講義「ケアマネジャーの視点から」

(1) 資料はわかりやすかったですか。

項 目	回 答	率
① わかりやすかった	91 名	65.5%
② ややわかりやすかった	34 名	24.5%
③ ややわかりにくかった	9 名	6.5%
④ わかりにくかった	2 名	1%
無記載	3 名	2%

それぞれ選んだ理由を記入してください。

「① わかりやすかった」を選んだ理由

- ・ 1つ1つ丁寧に体験談を踏まえており、参考になりました。
- ・ 1つ1つの項目についてゆっくり、丁寧に説明されていた。
- ・ 医療との連携はまだあまり経験がないのですが、とても重要だと思った。
- ・ 同じ職種の方が作っているのわかりやすかった。
- ・ ガイドラインのページとリンクしているところ。
- ・ ガイドラインのページも書いてあり、戻ってから確認しやすい。
- ・ ガイドラインを確認します。
- ・ ガイドラインを持参すればよかった。
- ・ ガイドラインを基に実務に沿った説明だったと思います。
- ・ 簡潔で端的だったので。
- ・ カンファレンスが多くなったので、自分の動きを確認する手引きとして役立つ。
- ・ 講師が良かった。

- ・ 字の大きさ、必要なこと、伝えたいことが最低限記載してあり、読みやすかった。
- ・ 新人 CM のため、とても勉強になりました。例えがわかりやすかったです。
- ・ 体験を通してのお話だったので、わかり易かった。
- ・ 適切な医療サービスを受けられるようにしていくための連携、主治医との関わり方を改めて考えた。
- ・ 八王子市ケアマネージャーガイドラインがあるのを知らなかった。一読してみたい。
- ・ パワーポイントで説明するのではなく、講師がたくさん話した方がよい。
- ・ 別紙のコピー資料があったため、内容を把握することができた。
- ・ まとめやすかった。
- ・ 身近な話題からの説明でわかりやすかった。
- ・ 見やすい。
- ・ メモ欄はさほどいらないので、1 ページにパワーポイント 6 面あってもよいかと思います。（紙の節約にもなるかと）
- ・ よく整理されていて見やすかった。
- ・ 連携することで患者に利益を享受することができるのではないか。できるようになればシステムの改正が有効になると思うので、MSW とも上手に関係をもっていきたい。
- ・ 別紙を添付してくれていたの。

「② ややわかりやすかった」を選んだ理由

- ・ ガイドラインの持参があった方がよかった。
- ・ ガイドラインの持参が必要
- ・ ガイドラインの資料を載せるか、資料を持参させた方が意識できると思う。
- ・ ケアマネージャーとしての専門性が問われている。
- ・ 事例を話してくださったので、よかった。
- ・ 病院との連携を今までも行っていました。復習することができました。
- ・ ポイントが明確だったと思う。
- ・ 字が小さいです。
- ・ やはり字が小さかった。
- ・ 資料の文字が小さく判読が困難な個所があったので。

「③ ややわかりにくかった」を選んだ理由

- ・ ガイドラインの何ページとかじゃなく、資料を持ってくるのかした方が良かったのではないかと思います。
- ・ 字が小さ過ぎて読むことができない。
- ・ 文字が大変小さくて見えない。

- ・ 文字が小さい。
- ・ 文字が小さい図があったこと。
- ・ レジюмеが小さく読みにくかった。

「④ わかりにくかった」を選んだ理由

- ・ まとまりがない。
- ・ レジюмеの字が小さくて読めません。

無記載

- ・ 改めて入退院の動きが理解できました。
- ・ 右に記入欄ができたので字が小さく見にくかった。

(2) 講義内容について理解できましたか。

項 目	回 答	率
① できた	79 名	56.8%
② だいたいできた	54 名	38.8%
③ あまりできなかった	3 名	2.2%
④ できなかった	0 名	0%
無記載	3 名	2.2%

それぞれ選んだ理由を記入してください。

「①できた」を選んだ理由

- ・ CM の立場での話だったため、今必要な事や、今後行うために参考になった。
- ・ 医療関係者との話し方や連携の仕方が勉強になった。とても参考になった。
- ・ 医療連携を積極的に実行していけるように思います。
- ・ 岩倉さんの話は理解できた。
- ・ 基本的な姿勢についての再確認もでき、改めて連携するときの留意、またサービスを行うチームの大切さを感じた。家族の支援についても留意することの大切さも感じた。
- ・ 具体的な事例が多く、現場をイメージしやすかった。
- ・ 具体的な内容が多かった。

- ・ 具体的な方法の話が多かったので。
- ・ 具体例の説明があり、内容等が理解しやすかった。
- ・ ケアマネージャーとして業務に直接関わっている人の説明で、とてもわかりやすかったです。これからの業務の参考にさせていただきます。
- ・ ケアマネという立場から自らの失敗談やうまくいったエピソードも交え、とてもわかりやすかった。
- ・ ケアマネと医師の連携。医師に対して。目的を1つに絞る。
- ・ 経験からの言葉、わかり易く、重みがありました。
- ・ 経験したことだったので理解できた。
- ・ 経験に基づき医療との連携をわかりやすく説明して頂きました。
- ・ 現在も退院時に病院からの連絡があり、退院に向けてのカンファレンスが多くなりましたので、勉強になりました。
- ・ 現場で実務経験を積んだ上での話で、魅力的だった。
- ・ 現場での事例等を交えての講義で理解しやすかった。
- ・ ご自分の経験をもとにお話しされた内容等わかりやすかった。
- ・ 最近は本当にCMの事を理解して頂けるDrが増えましたが、7年前は「CM、何それ？」という態度でした。本当に変化しましたね。頑張ります。
- ・ 実体験の例を挙げて説明してくださっていたので、大変わかり易かったと思います。
- ・ 実務内容に則した内容で有意義でした。
- ・ 実務の中での経験からくるお話で、身近に感じる内容で参考になりました。認定調査票と主治医意見書を確認するのは共通の認識と思っていました。
- ・ 主治医と関わる方法や工夫など、とてもわかり易かったです。今後もっと積極的に連携していけるようにしたいです。
- ・ 資料以外のお話を交え進行していたので、話が分かりやすかった。
- ・ 資料だけだとわからないところが岩倉さんの説明でふくらみがあってよかった。
- ・ 成功談、失敗談が具体的でわかり易かった。医師とのコミュニケーションの取り方がわかった。
- ・ その人らしい生活を目指して、医療との連携をしていきます。
- ・ 体験談を取り入れ、わかり易い説明でよかった。
- ・ とても勉強になりました。ありがとうございました。
- ・ 内容がリアルだった。
- ・ 生の声（上手にいったケースや上手にいかなかったケース）を聞くことができよかった。医療連携の重要性と、個別性や、自宅に帰ると自分で選べる、その人らしい生活ができる、ストレスを減らせるについて、共感した。
- ・ 日頃の業務で行っている内容のため
- ・ 日々の業務で対面する問題が多く、「おさらい」ができた。
- ・ 病院へのケアマネ同行はやめてほしいと先日は研修会で病院側から言われていますが、どうなのでしょう？時間外での受診なのですか？（空調の調整を希望します）
- ・ 普段行っている内容だったので。
- ・ 包括のCMです。岩倉さんのお話をお聞きしてまた居宅のCMをしたいと思いました。その人らしい生活…重度の方も軽度の方も同じようにその人らしく生活できるよう頑張りたいです。
- ・ 身近な問題が聞けて勉強になった。指定された駐車場が空いてなくて困った。

- ・ やはり聞きやすくわかりやすかった。医師への云い方のアドバイス等、参考になった。
- ・ わかり易い言葉で具体例を入れながらの講義だったので、よく理解できた。
- ・ 一つ一つが思い当たることばかりで、改めて参考になり理解できた。

「②だいたいできた」を選んだ理由

- ・ 「ガイドラインの…」とよく言われましたが、ガイドライン必要だったのでしょうか？
- ・ 1つ1つ、実体験をもとにポイントを話してくださっているところ、わかりやすかったです。
- ・ 医師との連携について、目的（確認）を1つにということは自身の診察時にも応用できると思いました。
- ・ 医療に対する心構え、ポイントを理解することができた。
- ・ 大まかに理解はできた。
- ・ 臆せず、医療関係者と連携を取ることを今後も心がけたい。
- ・ 看護師ということもあり、内容は理解できた。
- ・ 基礎知識不足だと感じた。
- ・ 業務の見直しとして、確認する項目がわかったのがよかった。
- ・ 具体的であったから。
- ・ 具体的な説明だった。
- ・ ケアマネージャーとしての医療との関わり方や思いは伝わってきた。
- ・ ケアマネの視点から話をしてくれたので、勉強になりました。
- ・ 経験された、具体的な内容が、わかり易かったです。
- ・ 経験を交えた説明、具体的な資料内容、資料説明。
- ・ 講義がとてもわかりやすかったです。
- ・ 講師の岩倉氏が居宅ということで、視点が共感できた。ご自分の体験談に則して話していただけたのがよかった。
- ・ 実際の言葉使いなど、実践的なことを教えてくれた。
- ・ 実体験が大変わかりやすかった。こころに入ってきた。
- ・ 市のガイドラインに沿った内容で、理解できました。
- ・ 主治医意見書をケアプランに作成以外で使用（緊急時に搬送された病院）するには、個人情報保護の理由から、ご本人、ご家族の許可を得てから行うように！と一言あった方が良かった。
- ・ 事例で話されたのがわかり易かった。
- ・ 丁寧でわかりやすかったです。ありがとうございました。
- ・ 話し方がわかり易かった。
- ・ 訪問看護など医療系サービスを利用者が希望した場合、事前に主治医の指示があることを確認するというのをいつも理解できない。通所リハは必要ないが、訪問系の医療サービスは主治医の指示書がないと入れない。先生が指示書を書くということは、先生が同意し指示していると判断するもので、確認する必要性がわからない。確認してはいますが。
- ・ わかりやすい講義で身近な事のようにわかりやすかった。医療に関わる勉強をしていきます。

- ・ わかりやすいように具体例を示していただけだったので、理解できた。話すスピードも適切であった。医療との連携の必要性について理解できた。
- ・ わかり易く話してくださったので。

「③あまりできなかった」を選んだ理由

- ・ すべて重要なのですが、ポイントが理解できませんでした。テクニックのお話ばかりでは、聞いている方は大変です。
- ・ 内容がわかりにくい部分があった。マイクの音量が弱かった。
- ・ 話が飛びすぎているように思いました。

無記載

- ・ 同意を得ていくこと、その人らしさ、基本を大切にしたい。医療の基礎知識の学習はコミュニケーション能力向上にも役立つと思った。
- ・ プランですが交代制の NS に渡しても…。書類の流れができていない。カルテ内かどうか等渡すとすれば師長か担当 NS でしょうか。

6

主任介護支援専門員あり方懇談会

6 主任介護支援専門員あり方懇談会

1. 目的

東京都主任介護支援専門員研修推薦時の透明性を確保するため、八王子市受講者推薦基準を改定するとともに、地域包括ケア体制の促進に資するよう、主任介護支援専門員のスキルアップと活用により、地域のケアマネジメント力の向上と地域包括支援センターと居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員の連携を促進し、介護支援専門員への支援体制を整えることを目的に本事業を実施する。

2. 概要

主任介護支援専門員実態調査の結果を踏まえ、本市における主任介護支援専門員の役割等の具体化、求められる資質等について研究、検討及び意見交換を行う。研究・検討の成果は、本市における今後のケアマネジメント能力向上に係る事業実施の際の基礎資料とするほか、市推薦基準の改定に活用する。

3. 参加者

学識経験者

国際医療福祉大学 医療福祉学部 教授 小嶋 章吾

市民代表

小新井 妙子

民生委員代表

第12地区民生委員 山陰 秀子

八王子市高齢者あんしん相談センター代表

八王子市高齢者あんしん相談センター子安 センター長 中村 真理

主任介護支援専門員代表

やまびこケアセンター秋桜の丘 田中 圭子

介護支援専門員代表

アースサポート八王子 古谷 和則

八王子市職員代表

八王子市役所介護保険課課長補佐
八王子市役所高齢者福祉課主査

大澤 吉隆
小林 治

事務局

八王子介護支援専門員連絡協議会 理事

栗野 洋子
岩倉 真弓
松浦 明美
小針 礼夫

4. 開催日時・場所

第1回

平成26年11月28日 午後2時～午後4時 八王子市役所804会議室

第2回

平成27年2月19日 午後2時～午後4時 八王子市学校教育課教育センター

第3回

平成26年3月13日 午後2時～午後4時 八王子市生涯学習センター

5. 調査研究を踏まえた懇談会での意見

① 介護支援専門員の日常業務における書類を簡略化してもらいたい

- ・ 法令や手順について、簡素化できるものはしてほしい。中核市ならできると聞いています。グレーゾーンの解釈は特に実務に適した内容にしてください。
- ・ とにかく書類が多い。事務仕事も大切な仕事だが、利用者の家族のニーズに答えるには、電話や訪問に時間をかけることが必要だと思うので、事務作業に時間を取られては、それが不十分になってしまう。利用者に関わる時間を省かなくて済むように、書類は無駄をなくし、簡素化すべきだと思う。
- ・ 利用者様にじっくりお話を伺いたいことと、作成書類の多さが反比例しそうで、書類をもう少し簡単にできないでしょうか？

② 主任介護支援専門員には、地域や事業所内においてリーダーシップの発揮を期待する

- ・ 経験豊富な為、色々事例をお持ちだと思いますので、新人ケアマネの良いアドバイザーになってくださると思います。主任ケアマネのお人柄にもよると思いますが。
- ・ 実務をしながら上記に該当するような仕事をするのは本当にできるのだろうか？せっかくの「主任ケアマネ」資格なら、もっと発表の場や新人指導など育成に尽力してもらいたい。
- ・ 要介護者には介護以外にも経済的家族問題など様々な障害があります。一人のケアマネだけでは解決できないため、対応に困った時に相談できることを切に願っています。
- ・ 全体を総合的に支援、援助する人
- ・ 介護支援専門員の指導教育的な立場役割→介護支援専門員の資質向上

③ 事業者、地域を超えた顔の見えるネットワークの構築とその具体化

- ・ 地域の方々(自治会等)との情報共有。医療職・事業所(近隣の)との連携
- ・ 医療だけではなく生活課や障害福祉課とも連携がとれる機会を作してほしい。
- ・ 市と介護事業者一体として、地域作りを行いたいと思います。ケアマネ、医療に市が加わって、お互いにやりやすい連携の形を探すために市にも力を使ってもらいたいと思います。
- ・ 早期に地域エリア別に指定してでも各事業者のネットワークを構築してほしい。

④ 地域課題やインフォーマルサービスを抽出して行政へ提言する

- ・ 介護保険の利用だけで地域に住み続けることはできず、いわゆるインフォーマルサービスが必須です。徘徊してしまう人についても、まだ十分な対応ができていないとは言えません。例えば靴に埋め込むGPSシステムを市で割安に斡旋するとか…
- ・ 早い段階での情報発信をお願いしたい。研修等でQ&Aをやしてほしい。
- ・ 早期に地域エリア別に指定してでも各事業者のネットワークを構築してほしい。



第1回懇談会（平成26年11月28日）



第2回懇談会（平成27年2月19日）

6. 懇談会からのその他の意見

① 主任介護支援専門員連絡協議会の立ち上げ

市内の主任介護支援専門員の意識の差を少なくすると共に、実践事例や研究発表を取りまとめ蓄積し、発表や情報交換の機会を作る。

② 八王子介護支援専門員連絡協議会のあり方について

- (1) 居宅介護支援事業所だけではなく、施設を含め市内の全ての介護支援専門員が入会しているという体制を作るべき。特に地域包括支援センターの主任介護支援専門員は中核となるべき存在であり、主任介護支援専門員連絡協議会の立ち上げには欠かせない存在である。

- (2) 八王子介護支援専門員連絡協議会は介護支援専門員の代表であるべきで、リーダーシップを発揮する団体になってもらいたい。

7. 懇談会を経て取りまとめられた主任介護支援専門員推薦要綱に対する参考意見

① 自立支援型ケアプランの理解

八王子市の推奨する自立支援型ケアプランについて理解しており、他の介護支援専門員に対して継続して業務が行うことができるよう助言・指導することが出来る。

② 研修等の受講について

研修の受講は介護支援専門員のスキルを向上させる機会でもあり、自らその機会に臨む姿勢と機会を与える事業所の体制が大切である。また、自らも自己研鑽の場に積極的に参加する姿勢が必要である。

③ 市内での実務経験

居宅介護支援事業所及び介護保険施設等において介護支援専門員として 5 年以上の経験があること。また、市内で介護支援専門員として 2 年以上の経験があること。

④ 地域包括支援センターとの連携

地域包括支援センターと連携して虐待などの支援困難事例を担当したことがあり、地域包括支援センター主任介護支援専門員の活動内容や状況を把握し、協働して地域の課題に取り組んでいる。また、主任介護支援専門員になっても取り組む姿勢がある。

⑤ 取得後の勤務継続期間（努力義務）

八王子市へ貢献できる人材育成の一貫であることから八王子市内において主任介護支援専門員として 3 年以上継続して就労する。（やむを得ない事情を考慮する）

⑥ 勉強会等の企画運営

市内の地域包括支援センターや市役所、八王子介護支援専門員連絡協議会等の勉強会や研修会の企画や運営に携わった経験がある。また、主任介護支援専門員になっても研修等に協力する。

8. 懇談会を踏まえた事務局側の意見

① 実践事例、研究の取りまとめを蓄積し、発表する機会や冊子を作成する

事例を整理検討するスキルは後継の育成に必要であり、困難事例だけでなく成功事例や医療依存度の高い事例など様々な事例を整理することで、主任介護支援専門員が発表を行う機会に繋げる。また発表した事例にとどまらずあらゆる事例を冊子に集約することで、ケアマネジメントプロセスに悩んだ時の道標になるように取り組む。

② 主任介護支援専門員による公開相談会を開催

地域貢献の一環として取り組み、主任介護支援専門員の相談援助技術の向上とケアプランに疑問を持っている方へ根拠を説明し、気づきと考える機会を提供出来るように公開相談会を開催する。利用者確保のためではなく、あくまでも相談援助の機会を得ることを目的とするため、2人1組で相談を受け、公正な意識で取り組む。

③ 推薦を受けるにあたっての面接は八王子市及び地域包括支援センター代表者、八王子介護支援専門員連絡協議会代表者が行う

主任介護支援専門員研修受講に推薦を受ける者は所定の様式に基づいて所管へ提出し、従来市職のみで行っていた面接を透明性や地域性を考慮した地域包括支援センター及び八王子介護支援専門員連絡協議会の代表者で面接を行い、意見を受ける。

④ 主任介護支援専門員名簿を八王子介護支援専門員連絡協議会が作成する

八王子市と協議して名簿を作成する。

⑤ 平成27年度も主任介護支援専門員のあり方については継続して懇談会を行う

主任介護支援専門員のあり方は地域特性によって違いがあり、八王子市内においても大きく違う。また、制度状況に応じたインフォーマルなサービス等の地域特性に応じて変化する。八王子市バージョンの地域包括ケアシステムに求められる主任介護支援専門員の役割について継続して模索する。

	実践課題、実践段階	やっていること	やるべきこと	やりたいこと	あるべき姿
人材育成	対介護支援専門員	事業所内での後進への指導や助言、育成	スーパービジョンへの理解と実践力を高める	事業所内外でのスーパービジョン活動	力量あるスーパーバイザー
	対主任介護支援専門員	自己学習による知識技術の向上	主任介護支援専門員に対するフォローアップ研修やスキルアップ研修	実践事例の蓄積を発表する機会や冊子の作成	リーダーシップを持って地域をリードできること
		やっていない	包括圏域での活動	主任介護支援専門員による公開相談会を開催すること (自らのスキルの向上に繋げる)	行政が目指す方向を把握して先を見据えて進める企画力 さまざまな取り組みを普遍化させて八王子全域に広げていく
地域包括ケアシステム構築への貢献	主任介護支援専門員間の情報共有	ホームページや研修等での情報の共有	包括圏域での主任介護支援専門員同士の情報の共有	市内包括支援センターと一緒に行事や研修を企画立案する	市内全域介護支援専門員対象としての質の向上のための研修の実践
	地域包括支援センター間の連携	地域毎の包括支援センターとの連携	地域包括支援センター毎の共有と連携	地域包括支援センターと地域の課題解決を協働して実践してゆく	業務を超えた地域活動に貢献する
組織強化	主任介護支援専門員	やっていない	1) 主任介護支援専門員連絡協議会の立ち上げ 2) 主任介護支援専門員の役割を明確にする 3) 主任介護支援専門員の情報交換の機会を作り温度差をなくることにより横のつながりが図れるようにする	主任介護支援専門員を組織化し立場と地位を確立する	地域課題やインフォーマルサービスを抽出し、行政へ提言する 行政とのパイプ役となる
	地域活動	やっていない	地域課題ニーズに応じる	1) 要介護状態を未然に防ぐ活動 2) 地域の高齢者のネットワーク作り	包括圏域毎の地域づくり

7

事業のまとめ

7 事業のまとめ

「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」において、初年度は以下に挙げる1～3の3つの事業を行った。

1. 主任介護支援専門員等の実態把握

八王子市内の居宅介護支援事業所164事業所中128事業所および地域包括支援センター18事業所中15事業所に対し、主任介護支援専門員対象、介護支援専門員対象、地域包括支援センター主任介護支援専門員対象に分け、調査票を作成し、実施した。調査内容は在籍状況から業務内容、医療連携から地域包括ケア、管理状況まで多岐にわたっている。回答率は平均70%と期待以上の回答を得られた。またそれぞれの項目に自由に記載できるようにしたことから、日ごろの疑問や感想、要望など詳細な記述が多くみられた。

居宅介護支援事業所に所属する主任介護支援専門員自身が考えている求められるものとして、相談援助能力、次いで困難ケースの対応とを考えている。スキルアップを重視し、介護支援専門員への指導・支援や困難ケースへの対応・支援を行うため、一度の研修だけでは足りないと感じていることが明らかとなっている。

居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員が主任介護支援専門員に対して求めているものは、相談援助能力と困難ケースの対応とともにケアプランの助言・指導となっている。具体的な役割を問う項目では、管理者側からの視点では主任介護支援専門員の役割は地域の介護支援専門員の相談窓口、地域包括ケアシステム実現に向けた必要な情報の収集・発信があげられている。さらに顔の見える関係で、介護支援専門員のスキルだけでなく、人間性を重視する意見が多く見られた。

地域包括支援センターの主任介護支援専門員が研修を受けたきっかけは困難ケースに対する同行訪問、助言、関係者で顔の見える関係づくりとなっている。地域の介護支援専門員の実践力向上のための事例検討会や連携を図ることができるように交流会、勉強会とさまざまな取り組みが行われている。地域の主任介護支援専門員に期待することとして、相談援助能力や研修等でのファシリテーターはもとより、地域包括支援センターとの連携が第一と考えている。顔の見える関係作りの取り組み、相談できる関係作りはできていることが明らかとなった。

2. 主任介護支援専門員のあり方等に関する研究・検討

主任介護支援専門員等の実態把握の結果を踏まえ、学識経験者、市民、民生委員、地域包括

支援センター職員、介護支援専門員、主任介護支援専門員の各代表者及び市職員により「主任介護支援専門員のあり方懇談会」を開催した。主任介護支援専門員の役割等の具現化、求められる資質等について、検討し、意見交換を行った。

主任介護支援専門員は、企画力を持ち、リーダーシップを発揮するあるべき姿が見えてきた。地域課題の抽出や事業所の垣根を越えた助言、市への情報提供、課題の共有を行うべきであるとの意見が出ていた。実態把握からも明らかとなった困難ケースへの対応、地域包括支援センターとの連携、スキルアップへの意欲、チームワークの構築など、地域を知り、ネットワークに積極的にかかわる姿勢、人間性を重視する意見が多くあげられた。

あるべき姿を明らかにし、果たす役割を具体化する過程で、主任介護支援専門員研修推薦要綱に対する参考意見をまとめることができた。

3. 試行事業（研修会等）

主任介護支援専門員対象のフォローアップ研修の実施

(1) ファシリテーター養成研修

ファシリテーター養成研修を3回実施（第1回67名、第2回49名、第3回43名）、理論を学びグループワークによって深め、リフレクションシートを元にロールプレイを行った。ファシリテーターの言動を中心に実践を学ぶことができた。修了者はファシリテーターとして登録（希望者10名）してもらうことができ、名簿を作成、市役所介護保険課、市内各地域包括支援センターに配布した。

(2) スーパービジョン研修

スーパービジョン研修を2回実施（第1回49名、第2回45名）、主任介護支援専門員研修のフォローアップ研修として、スーパービジョンの理論と展開を学ぶことができた。

(3) 医療連携研修

介護支援専門員及び主任介護支援専門員を対象に八王子市介護支援専門員研修事業との共催による医療連携研修の実施（146名参加）、適切に医療と連携したケアマネジメントをテーマに医療機関の考え方や連携の手法を学習した。

今後の課題と展開

主任介護支援専門員のあり方等に関する研究・検討では、意欲、人物重視とはどのようなことか、地域への貢献とは何か、連携とは具体的に何をすることかなど、さらに深める必要がある。主任介護支援専門員のあり方懇談会は継続して行うこととした。

ネットワーク構築は要望が多かったが、課題もあり、実践する方法について、検討することとなった。

試行事業は引き続きファシリテーターを養成する。また、前年度の登録者にはステップアップ研修を実施する。スーパービジョンは主任介護支援専門員のフォローアップ研修として継続して行う。

ファシリテーターに対し、研修の成果を発揮できるよう、実践する場を行政、関係機関との調整を図り提供する。

本事業を担当した八王子介護支援専門員連絡協議会 理事

株式会社 葵ヘルパーセンター	栗野 洋子
指定居宅介護支援事業所 だいらく	岩倉 真弓
医療法人社団 瑞翔会 健康館 高尾医院	松浦 明美
社会福祉法人明日檜 シルクロード 鐘水	小針 礼夫

監修

国際医療福祉大学 医療福祉学部 教授	小嶋 章吾
--------------------	-------

8

資料

平成 26 年 7 月 3 日

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

このアンケート調査票は、主任介護支援専門員研修を受講されていない方用です。

この度はアンケート調査にご協力いただきありがとうございます。

地域包括ケアシステムを実現するためには、地域におけるケアマネジメント能力を向上することが極めて重要であり、その中でも主任介護支援専門員が地域の社会資源の柱としての役割を担うことが課題となっています。

そこで八王子市では本年度、「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」を実施することになりました。本事業は、市内における主任介護支援専門員のあり方等に関する調査を行ない、研修会を開催することを目的としています。

そのため、市内で活動している介護支援専門員及び主任介護支援専門員へアンケート調査を行い、その結果を今後実施される懇談会や研修事業に活用します。

主任介護支援専門員実態調査に関する調査研究事業

市内で活動している介護支援専門員及び主任介護支援専門員の実態調査を行い、この調査に基づいて、今後、懇談会や研修事業が行われます。また、このアンケート調査の結果は「東京都主任介護支援専門員研修八王子市受講者推薦基準」改定の基礎資料として八王子市へ提出いたします。

設問は「基本項目」、「主任介護支援専門員について」「地域包括ケアシステムについて」「管理者用」で構成されています。管理者の方は「基本項目」、「主任介護支援専門員について」「地域包括ケアシステムについて」「管理者用」をご記入ください。介護支援専門員として活動されている方は「基本項目」、「主任介護支援専門員について」、「地域包括ケアシステムについて」をご記入ください。

アンケート調査に関する質問は FAX またはメールで下記の事務局まで必要事項（事業所名、質問者氏名、メールアドレス又は FAX 番号、質問内容）を記載のうえ、ご連絡ください。

アンケート調査票は「主任介護支援専門員研修を受講されていない方」「主任介護支援専門員の方」「地域包括支援センター（以下、あんしん相談センター）で主任介護支援専門員研修を受講されている方」の 3 種類あります。

※ 返信用封筒にて、平成 26 年 7 月 31 日までにご返送ください。

一般社団法人 八王子介護支援専門員連絡協議会
事務局 松浦明美・栗野洋子・岩倉真弓・小針礼夫
〒192-0051 東京都八王子市元本郷町 2-6-3
TEL:042-686-3850 FAX:042-686-1088
E-mail: keamane_hachioji@gmail.com

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。
事業所が会員 個人会員 会員ではない わからない
- Q2 性別
男性 女性
- Q3 年齢（年代）
20代 30代 40代 50代 60代以上
- Q4 基礎資格
医師 歯科医師 薬剤師 保健師 助産師 看護師 准看護師
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 社会福祉士 介護福祉士
視能訓練士 義肢装具士 歯科衛生士 柔道整復師 精神保健福祉士
栄養士（管理栄養士） あん摩マッサージ指圧師 はり師 きゆう師
その他（ ）
- Q5 介護支援専門員としての実務の経験年数をお答えください
1年未満 1～2年未満 2～3年未満 3年～5年未満
5年～10年未満 10年以上
- Q6 事業所の介護支援専門員（現任者）は自身を含め何人ですか
1人 2～3人 4人～6人 7人～10人 11人～19人
20人以上
- Q7 あなたの勤務形態をお答え下さい
常勤専従 常勤兼務 非常勤専従 非常勤兼務 その他（ ）
- Q8 運営主体をお答え下さい。
医療法人 社会福祉法人 NPO法人 営利法人（株式会社など）
その他（ ）
- Q9 平成 26 年 6 月現在、あなたが担当している介護予防の利用者は何人ですか
5人以下 6人～10人 11人～15人 16人～20人
21人～25人 26人～30人 31人～35人 36人以上
- Q10 平成 26 年 6 月現在、あなたが担当している要介護状態の利用者は何人ですか？
5人以下 6人～10人 11人～15人 16人～20人
21人～25人 26人～30人 31人～35人 36人以上
- Q11 現在、担当している要介護状態に近いものを選んで下さい（複数回答可）
要介護3以上の方が多い 医療依存度の高い方が多い 独居及び高齢者世帯
重介護状態の方が多い いずれにもあてはまらない が多い
- Q12 ご自分がサービス計画を作成する際に中立性が保たれていると思いますか
保たれている まあまあ保っている
保たれていない わからない

Q13 現在、所属している事業所や保険者(八王子市)に対する意見や要望などがありましたら、ご自由にお書き下さい。

主任介護支援専門員について

主任介護支援専門員とは.....
 主任介護支援専門員には、介護支援専門員に対するスーパーバイズ、地域包括ケアシステムを実現するために必要な情報の収集・発信、事業所や職種間の調整といった役割が求められており、そのような役割を担うことができます。主任介護支援専門員については、上記のスーパーバイズ等の役割が位置付けられています。主任介護支援専門員については、上記のスーパーバイズ等が必要であると国は考えています。八王子市の「東京都主任介護支援専門員研修八王子市受講者推薦基準」は目的として「東京都主任介護支援専門員研修終了後、八王子市において介護支援専門員が実際に直面している問題を把握し、適切な指導・助言を行うことができ、また、市における包括的・継続的なケアシステムを実現するために必要な情報の収集・発信、事業所・職種間の調整や、さらに事業所における人事・経営管理、利用者の視点にたつてフォーマルサービスやインフォーマルサービスの質・量を確保し、改善していくような提案等を行うことのできる者」(一部抜粋)とされています。
 実際、主任介護支援専門員が研修終了後にどのように活躍しているかは検証されていません。又、居宅介護支援事業所に所属している主任介護支援専門員の役割について八王子市として具体的に示されていません。

- Q1 主任介護支援専門員があなたの事業所に所属していますか
所属している 所属していない 知らない
- Q2 主任介護支援専門員が他のどの事業所に所属しているか知っていますか
 (あんしん相談センター以外)
知っている 知らない
- Q3 あなたの事業所の主任介護支援専門員に相談したことがありますか
ある 無い
- Q4 他の事業所の主任介護支援専門員に相談したことがありますか
ある 無い

- Q5 主任介護支援専門員に相談したいと思いますか
相談したい 主任介護支援専門員によっては相談したい 相談しない
わからない
- Q6 問題を解決したい時に、誰に相談しますか(複数回答可)
あんしん相談センター 保険者 管理者
所属事業所内の主任介護支援専門員
他事業所の主任介護支援専門員 その他()
相談しない
- Q7 主任介護支援専門員が所属している事業所がわかればあんしん相談センター以外の事業所に所属している主任介護支援専門員に相談したいと思いませんか
相談したい 所属事業所の主任介護支援専門員に相談する
あんしん相談センターに相談する 相談しない

- Q8 主任介護支援専門員にはどのような役割があると思いますか(複数回答可)
加算のため 所属事業所の相談窓口 地域の介護支援専門員の相談窓口
地域のインフォーマル事業を作る 困難ケースの担当者
介護保険事業以外のネットワークを構築する 研修等でのファシリテーター
地域包括ケアシステム実現に向けた必要な情報の収集・発信

その他(自由にお書き下さい)

- Q9 主任介護支援専門員にはどのようなことが求められていると思いますか(複数回答可)
相談援助能力 中立性 アセスメント能力 管理能力 情報収集能力
豊かな人間性 困難ケースへの対応 自立支援のケアプラン作成
ケアプランへの助言・指導 地域の介護保険以外のサービスの把握・開発
保険者との連携 あんしん相談センターとの連携 サービス事業所との連携
医療との連携 職能団体との連携 地域ケア会議への参加
その他の公的会議への参加 研修等でファシリテーター
地域の介護支援専門員対象の講演会の企画・開催 事例検討会の開催
市のケアプラン自己点検支援マニュアルに基づく点検への参加

その他自由にお書き下さい

- Q10 主任介護支援専門員が事業所に所属していない方にお尋ねします。
 主任介護支援専門員の配置が事業所に必要だと思いますか
必要である 必要ない どちらともいえない

- Q11 八王子市における自立支援型ケアプランの作成を実践していますか。
 全て実践している 順次実践している 一部実践している
 実践できない 実践するつもりはない 自立支援型ケアプランを知らない
- Q12 Q11で実践できない、実践するつもりは無いと回答した方はその理由をお聞かせ下さい。
 (複数回答可)
 アセスメントに時間と手間がかかり実践できない 市の示す定義との相違
 利用者や家族の意向が強く、サービス先行になってしまう
 利用者や家族に自立支援型ケアプランの意義を理解してもらえない
 自立支援型ケアプランを作成する意義を感じない

上記以外にありましたらお書き下さい

地域包括ケアシステムについて

地域包括ケアシステムとは・・・
 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目的に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。

今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。

人口が横ばいで75歳以上の人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。

地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基つき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。



- Q1 地域包括ケアシステムについて知っていますか
 よく知っている 知っているがわからない点もある
 あまりよくわからない

- Q2 事業所内で地域包括ケアシステムの実現に向けて取組んでいますか
 取組んでいる 協議している 今は何もしていない
 取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

- 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。

- Q4 医師（医療機関）との連携は図れていますか。
 常に医療ニーズの必要性を念頭において連携が図れている
 必要に応じて連携している 上手く連携できていない

- Q5 Q4で上手く連携できない方は理由をお聞かせ下さい。

- 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。
 常時活用している 時々活用している 活用していない 知らない

- Q7 Q6で活用していない方は理由をお聞かせ下さい。

- Q8 医療連携ガイドの改訂の必要性を感じますか。
 改訂版の発行は必要 改訂版の発行は必要ない どちらともいえない

- 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。
 活用している 活用していない 様式を知らない

- Q10 Q9で活用していない方は理由をお聞かせ下さい。

- Q11 介護保険サービス計画及び担当者会議に対する情報提供依頼書（様式2）を活用していますか。
 活用している 活用していない 様式を知らない

Q12 Q11 で活用していない方は理由をお聞かせ下さい。

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。

活用している 活用していない 様式を知らない

Q14 Q13 で活用していない方は理由をお聞かせ下さい。

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。

受講している 受講していない わからない

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。

平成21年度Ⅰ期 平成21年度Ⅱ期 平成22年度Ⅰ期 平成22年度Ⅱ期
平成23年度Ⅰ期 平成23年度Ⅱ期 平成24年度Ⅰ期 平成24年度Ⅱ期
平成25年度Ⅰ期 平成25年度Ⅱ期

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。

はい いいえ

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。

具体的にお書き下さい。

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。

はい いいえ

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。

例：職場内で資料提供、OJT、地域での勉強会等・・・

ご回答いただきましてありがとうございます。

以下は管理者の方のみお答え下さい。

Q1 事業所の介護支援専門員(現任者)はご自身を含めて何人ですか
人
常勤 非常勤

Q2 事業所に主任介護支援専門員が所属している場合、何人ですか
(人)

Q3 主任介護支援専門員の役割は明示されていますか
明示されている 明示されていないが機能していない 明示されていない

Q4 特定事業所加算を取得していますか
特定事業所加算(Ⅰ) 特定事業所加算(Ⅱ) 加算なし

Q5 Q4で「特定事業所加算(Ⅰ)又は特定事業所加算(Ⅱ)」と答えた方にお尋ねいたします
特定事業所加算を取得して意識は変わりましたか(複数回答可)

プランの質の向上 人材育成(教育) 法令順守 公正中立
あんしん相談センターへの協力 困難ケースの積極的受け入れ
事業内の連携 情報共有 苦情対応 ネットワークの構築
その他()
変わらない

Q6 Q4で「加算なし」と答えた方にお尋ねいたします。

加算を取得しない理由は何ですか(複数回答可)
常勤専従の介護支援専門員を2人以上配置できない
サービス提供に当たった際の留意事項に関する伝達等の会議を定期的に開催していない
24時間連絡体制・相談に対応する体制が確保されていない
計画的に研修を実施していない
あんしん相談センターから紹介された支援困難ケースを受託していない
あんしん相談センター等による事例検討会等に参加していない
減算要件に該当している
介護支援専門員一人当たりの利用者の平均件数が40件以上である
その他(上記以外に取得しない理由があればお書き下さい)

Q7 事業所で平成26年6月現在担当している居宅介護支援の件数は何件ですか
(件)

Q8 事業所で平成26年6月現在担当している介護予防支援の件数は何件ですか
(件)

※お疲れ様でした。

アンケート調査へのご協力ありがとうございました。

※回収したアンケート調査は個人情報を守り、必ず公表させていただきます。

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。
事業所が会員 個人会員 会員ではない わからない
- Q2 性別
男性 女性
- Q3 年齢(年代)
20代 30代 40代 50代 60代以上
- Q4 基礎資格
医師 歯科医師 薬剤師 保健師 助産師 看護師 准看護師
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 社会福祉士 介護福祉士
視能訓練士 義肢装具士 歯科衛生士 柔道整復師 精神保健福祉士
栄養士(管理栄養士) あん摩マッサージ指圧師 はり師 きゆう師
その他()
- Q5 介護支援専門員としての実務の経験年数をお答えください
1年未満 1～2年未満 2～3年未満 3年～5年未満
5年～10年未満 10年以上
- Q6 事業所の介護支援専門員(現任者)は自身を含め何人ですか
1人 2～3人 4人～6人 7人～10人 11人～19人
20人以上
- Q7 あなたの勤務形態をお答え下さい
常勤専従 常勤兼務 非常勤専従 非常勤兼務 その他()
- Q8 運営主体をお答え下さい。
医療法人 社会福祉法人 NPO法人 営利法人 (株式会社など)
その他()
- Q9 平成26年6月現在、あなたが担当している介護予防の利用者は何人ですか
5人以下 6人～10人 11人～15人 16人～20人
21人～25人 26人～30人 31人～35人 36人以上
- Q10 平成26年6月現在、あなたが担当している要介護状態の利用者は何人ですか？
5人以下 6人～10人 11人～15人 16人～20人
21人～25人 26人～30人 31人～35人 36人以上
- Q11 現在、担当している要介護状態に近いものを選んで下さい(複数回答可)
要介護3以上の方が多い 医療依存度の高い方が多い 独居及び高齢者世帯
重介護状態の方が多い いずれにもあてはまらない が多い
- Q12 ご自身がサービスマン計画を作成する際に中立性が保たれていると思いますか
保たれている まあまあ保っている
保たれていない わからない

平成26年7月3日

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

このアンケート調査票は、主任介護支援専門員の方用です。

この度はアンケート調査にご協力いただきありがとうございます。

地域包括ケアシステムを実現するためには、地域におけるケアマネジメント能力を向上するこ
 とが極めて重要であり、その中でも主任介護支援専門員が地域の社会資源の柱としての役割を担
 うことが課題となっています。

そこで八王子市では本年度、「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」を実施することになりました。本事業は、市内における主任介護支援専門員のあり方等に關
 し、調査を行ない、研修会を開催することを目的としています。

そのため、市内で活動している介護支援専門員及び主任介護支援専門員へアンケート調査を行
 ない、その結果を今後実施される懇談会や研修事業に活用します。

主任介護支援専門員実態調査に関する調査研究事業

市内で活動している介護支援専門員及び主任介護支援専門員の実態調査を行い、この調査に基
 ついて、今後、懇談会や研修事業が行われます。また、このアンケート調査の結果は「東京都主
 任介護支援専門員研修八王子市受講者推薦基準」改定の基礎資料として八王子市へ提出いたしま
 す。

設問は「基本項目」、「主任介護支援専門員研修について」、「主任介護支援専門員として」、「地域
 包括ケアシステムについて」、「管理者用」で構成されています。管理者の方は「基本項目」、「主
 任介護支援専門員研修について」、「主任介護支援専門員として」、「地域包括ケアシステムについて」
 「管理者用」をご記入ください。主任介護支援専門員として活動されている方は「基本項目」、
 「主任介護支援専門員研修について」、「主任介護支援専門員として」、「地域包括ケアシステムに
 ついて」をご記入ください。

アンケート調査に関する質問はFAXまたはメールで下記の事務局まで必要事項(事業所名、質
 問者氏名、メールアドレス又はFAX番号、質問内容)を記載のうえ、ご連絡ください。

アンケート調査票は「主任介護支援専門員研修を受講されていない方」「主任介護支援専門員
 の方」「地域包括支援センター(以下、あんしん相談センター)で主任介護支援専門員研修を受
 講されている方」の3種類あります。

※ 返信用封筒にて、平成26年7月31日までにご返送ください。

一般社団法人 八王子介護支援専門員連絡協議会
 事務局 松浦明美・栗野洋子・岩倉真弓・小針礼夫
 〒192-0051 東京都八王子市元本郷町2-6-3
 TEL:042-686-3850 FAX:042-686-1088
 E-mail: keamane.hachiouji@gmail.com

Q13 現在、所属している事業所や保険者(八王子市)に対する意見や要望などがありましたら、ご自由にお書き下さい。

主任介護支援専門員研修について

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
 指導業務等を通じて、受講の必要性を感じたため
 所属事業所が特定事業所加算の要件を満たすため
 あんしん相談センターに勤めるため

その他具体的に書き下さい

Q2 研修の内容はどう思いますか

・主任介護支援専門員の役割と視点

- 大いに役に立ったと思う
- まあ役に立ったと思う
- あまり役立たなかったと思う
- まったく役立たなかったと思う

・ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理

- 大いに役に立ったと思う
- まあ役に立ったと思う
- あまり役立たなかったと思う
- まったく役立たなかったと思う

・ターミナルケア

- 大いに役に立ったと思う
- まあ役に立ったと思う
- あまり役立たなかったと思う
- まったく役立たなかったと思う

・人事・経営管理

- 大いに役に立ったと思う
- まあ役に立ったと思う
- あまり役立たなかったと思う
- まったく役立たなかったと思う

・サービス展開におけるリスクマネジメント

- 大いに役に立ったと思う
- まあ役に立ったと思う
- あまり役立たなかったと思う
- まったく役立たなかったと思う

・地域援助技術(コミュニケーションソーシャルワーク)

- 大いに役に立ったと思う
- まあ役に立ったと思う
- あまり役立たなかったと思う
- まったく役立たなかったと思う

・対人援助監督指導(スーパービジョン)

- 大いに役に立ったと思う
- まあ役に立ったと思う
- あまり役立たなかったと思う
- まったく役立たなかったと思う

・事例研究および事例指導方法

- 大いに役に立ったと思う
- まあ役に立ったと思う
- あまり役立たなかったと思う
- まったく役立たなかったと思う

Q3 フォロアップ研修を希望されますか

- 積極的に参加したい
- 機会があれば参加したい
- 希望しない
- わからない

参加したい具体的な内容やテーマがありましたらお書き下さい

(例) スーパービジョン、ケアプラン指導、困難事例の対応に関する知識および技術等

Q4 他の介護支援専門員に主任介護支援専門員研修の受講をすすめますか

- すすめる
- すすめない
- わからない

Q5 Q4で「すすめない」「すすめない」と答えた方は理由を具体的に書き下さい

主任介護支援専門員として

Q1 あなたの事業所において、行っているものを選択して下さい。(複数回答可)

1. 介護支援専門員への個別支援

- 介護支援専門員への指導・支援・コーチング
- 新規インテーク時等の同行訪問、サービス担当者会議の開催の支援や同席
- 支援困難な事例への対応・支援(助言、同行訪問等)
- 地域における社会資源(保健医療福祉その他インフォーマルも含む)等に関する情報収集

および情報の提供

- スーパービジョン(ピア、個別事例に基づく地域ケア会議等)
- 介護支援専門員と地域との連携や行政への働きかけ等に関する支援

2. 事業所および地域における人材養成の実施支援
- 職場内環境の調整・整備
 - 研修会、勉強会、事例検討会の計画・実施
 - 研修における講師・ファシリテーター

3. ネットワークづくり・社会資源の創出
- 介護支援専門員および主任介護支援専門員のネットワーク（職能団体や協議会）の参加・構築
 - 介護支援専門員と介護サービス事業所や医療機関とのネットワーク構築
 - 各あんしん相談センターの主任介護支援専門員との連携支援（主任介護支援専門員部会開催等）
 - あんしん相談センターと介護サービス事業所との協働による地域支援体制の構築
 - 地域課題の抽出（地域ケア会議開催の働きかけ）

4. 上記以外で行っているものがあれば記述してください

Q 2 あなたが主任介護支援専門員としてどのようなことを求められていると思いますか

（複数回答可）

- 相談援助能力 中立性 アセスメント能力 管理能力 情報収集能力
- 豊かな人間性 困難ケースへの対応 自立支援のケアプラン作成
- ケアプランへの助言・指導 地域の介護保険以外のサービスの把握・開発
- 保険者との連携 あんしん相談センターとの連携 サービス事業所との連携
- 医療との連携 職能団体との連携 地域ケア会議への参加
- その他の公的会議への参加 研修等でファシリテーター
- 地域の介護支援専門員対象の講演会の企画・開催 事例検討会の開催
- 市のケアプラン自己点検支援マニュアルに基づく点検への参加

その他自由にお書き下さい

Q 3 八王子市における自立支援型ケアプランの作成を実践していますか。

- 全て実践している 順次実践している 一部実践している
- 実践できない 実践するつもりは無い 自立支援型ケアプランを知らない

Q 4 Q 3で実践できない、実践するつもりは無いと回答した方はその理由をお聞かせ下さい。

（複数回答可）

- アセスメントに時間と手間がかかり実践できない 市の示す定義との相違
- 利用者や家族の意向が強く、サービス先行になってしまう
- 利用者や家族に自立支援型ケアプランの意義を理解してもらえない
- 自立支援型ケアプランを作成する意義を感じない

上記以外にありましたらお書き下さい

地域包括ケアシステムについて

地域包括ケアシステムとは.....

団塊の世代が75歳以上となる2025年を目的に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。

今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。

人口が横ばいで75歳以上の人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。

地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基つき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。

地域包括ケアシステムの姿



Q 1 地域包括ケアシステムについて知っていますか

- よく知っている 知っているがわからない点もある
- あまりよくわからない

Q 2 事業所内で地域包括ケアシステムの実現に向けて取組んでいますか

- 取組んでいる 協議している 今は何もしていない
- 取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書して下さい

Q 3 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。

Q 3 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。

Q 4 医師（医療機関）との連携は図れていますか。
常に医療ニーズの必要性を念頭においた連携が図れている
必要に応じて連携している 上手く連携できていない

Q 4 医師（医療機関）との連携は図れていますか。
常に医療ニーズの必要性を念頭においた連携が図れている
必要に応じて連携している 上手く連携できていない

Q 5 Q 4で上手く連携できない方は理由をお聞かせ下さい。

Q 6 「八王子市医療と介護の連携ガイド」を活用していますか。
常時活用している 時々活用している 活用していない 知らない

Q 6 「八王子市医療と介護の連携ガイド」を活用していますか。
常時活用している 時々活用している 活用していない 知らない

Q 7 Q 6で活用していない方は理由をお聞かせ下さい。

Q 8 医療連携ガイドの改訂の必要性を感じますか。
改訂版の発行は必要 改訂版の発行は必要ない どちらともいえない

Q 8 医療連携ガイドの改訂の必要性を感じますか。
改訂版の発行は必要 改訂版の発行は必要ない どちらともいえない

Q 9 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。
活用している 活用していない 様式を知らない

Q 10 Q 9で活用していない方は理由をお聞かせ下さい。

Q 10 Q 9で活用していない方は理由をお聞かせ下さい。

Q 11 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。
活用している 活用していない 様式を知らない

Q 11 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。
活用している 活用していない 様式を知らない

Q 12 Q 11で活用していない方は理由をお聞かせ下さい。

Q 12 Q 11で活用していない方は理由をお聞かせ下さい。

Q 13 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。
活用している 活用していない 様式を知らない

Q 14 Q 13で活用していない方は理由をお聞かせ下さい。

Q 14 Q 13で活用していない方は理由をお聞かせ下さい。

Q 15 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。
受講している 受講していない わからない

Q 16 Q 15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。

Q 16 Q 15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。
平成 21 年度 I 期 平成 21 年度 II 期 平成 22 年度 I 期 平成 22 年度 II 期
平成 23 年度 I 期 平成 23 年度 II 期 平成 24 年度 I 期 平成 24 年度 II 期
平成 25 年度 I 期 平成 25 年度 II 期

Q 17 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。
はい いいえ

Q 17 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。
はい いいえ

Q 18 Q 17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。

Q 18 Q 17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。
 具体的にお書き下さい。

Q 19 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。
はい いいえ

Q 19 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。
はい いいえ

Q 20 Q 19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。

Q 20 Q 19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。

例：職場内で資料提供、OJT、地域での勉強会等・・・

例：職場内で資料提供、OJT、地域での勉強会等・・・

ご回答いただきましてありがとうございます。

以下は管理者の方のみお答え下さい。

Q1 事業所の介護支援専門員（現任者）はご自身を含めて何人ですか
常勤 人 非常勤 人

Q2 事業所に主任介護支援専門員が所属している場合、何人ですか
(人)

Q3 主任介護支援専門員の役割は明示されていますか
明示されている 明示されていないが機能していない 明示されていない

Q4 特定事業所加算を取得していますか
特定事業所加算(I) 特定事業所加算(II) 加算なし

Q5 Q4で「特定事業所加算(I)又は特定事業所加算(II)」と答えられた方にお尋ねいたします
特定事業所加算を取得して意識は変わりましたか(複数回答可)
プランの質の向上 人材育成(教育) 法令順守 公正中立
あんしん相談センターへの協力 困難ケースの積極的受け入れ
事業内の連携 情報共有 苦情対応 ネットワークの構築
その他()
変わらない

Q6 Q4で「加算なし」と答えられた方にお尋ねいたします。
加算を取得しない理由は何ですか(複数回答可)
常勤専従の介護支援専門員を2人以上配置できない
サービス提供に当たっての留意事項に関する伝達等の会議を定期的に開催していない
24時間連絡体制・相談に対応する体制が確保されていない
計画的に研修を実施していない
あんしん相談センターから紹介された支援困難ケースを受託していない
あんしん相談センター等による事例検討会等に参加していない
減算要件に該当している
介護支援専門員一人当たりの利用者の平均件数が40件以上である
その他(上記以外に取得しない理由があればお書き下さい)

Q7 事業所で平成26年6月現在担当している居宅介護支援の件数は何件ですか
(件)

Q8 事業所で平成26年6月現在担当している介護予防支援の件数は何件ですか
(件)

※お疲れ様でした。
アンケート調査へのご協力ありがとうございました。
※回収したアンケート調査は個人情報を守り、必ず公表させていただきます。

平成 26 年 7 月 7 日

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

このアンケート調査票は、あんしん相談センターで主任介護支援専門員研修を受講されている方用です。

この度はアンケート調査にご協力いただきありがとうございます。

地域包括ケアシステムを実現するためには、地域におけるケアマネジメント能力を向上することとが極めて重要であり、その中でも主任介護支援専門員が地域の社会資源の柱としての役割を担うことが課題となっています。

そこで八王子市では本年度、「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」を実施することになりました。本事業は、市内における主任介護支援専門員のあり方等に関する調査を行い、研修会を開催することを目的としています。

そのため、市内で活動している介護支援専門員及び主任介護支援専門員へアンケート調査を行い、その結果を今後実施される懇談会や研修事業に活用します。

主任介護支援専門員実態調査に関する調査研究事業

市内で活動している介護支援専門員及び主任介護支援専門員の実態調査を行い、この調査に基づいて、今後、懇談会や研修事業が行われます。また、このアンケート調査の結果は「東京都主任介護支援専門員研修八王子市受講者推薦基準」改定の基礎資料として八王子市へ提出いたします。

設問は「基本項目」、「主任介護支援専門員としての業務の取り組み状況について」「地域包括ケアシステムについて」で構成されています。現状を出来る限り詳しく教えていただきたいのて宜しくお願い致します。

アンケート調査に関する質問は FAX またはメールで末尾の事務局まで必要事項（事業所名、質問者氏名、メールアドレス又は FAX 番号、質問内容）を記載のうえ、ご連絡ください。

アンケート調査票は「主任介護支援専門員研修を受講されていない方」「主任介護支援専門員の方」「地域包括支援センター（以下、あんしん相談センター）で主任介護支援専門員研修を受講されている方」の 3 種類あります。

※ 返信用封筒にて、平成 26 年 7 月 31 日までにご返送ください。

一般社団法人 八王子介護支援専門員連絡協議会
事務局 松浦明美・栗野洋子・岩倉真弓・小針礼夫
〒192-0051 東京都八王子市元本郷町 2-6-3
TEL:042-686-3850 FAX:042-686-1088
E-mail: keamane.hachioji@gmail.com

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。
個人会員 会員では無い わからない
- Q2 性別
男性 女性
- Q3 年齢（年代）
20代 30代 40代 50代 60代以上
- Q4 基礎資格
医師 歯科医師 薬剤師 保健師 助産師 看護師 准看護師
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 社会福祉士 介護福祉士
視能訓練士 義肢装具士 歯科衛生士 柔道整復師 精神保健福祉士
栄養士（管理栄養士） あん摩マッサージ指圧師 はり師 きゆう師
その他（ ）
- 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）
1年未満 1～2年未満 2～3年未満 3年～5年未満
5年～10年未満 10年以上
- 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）
1年未満 1～2年未満 2～3年未満 3年～5年未満
5年～10年未満 10年以上
- Q7 あなたの勤務形態をお答え下さい
常勤専従 常勤兼務 非常勤専従 非常勤兼務 その他（ ）
- Q8 運営主体をお答え下さい。
医療法人 社会福祉法人 NPO法人 営利法人（株式会社など）
その他

主任介護支援専門員としての業務の取り組み状況について

- Q1 地域の在宅介護支援事業所の介護支援専門員が包括的かつ継続的な支援ができるよう、支援等を行う際に重視して行っていることをお聞かせ下さい。（3つまで）
困難ケースに対する同行訪問、助言 資質向上のための研修会
関係者で顔の見える関係づくり 医療機関との連携
福祉サービス事業所との連携 関係制度についての情報提供
インフォーマル資源の発掘・情報提供

その他重視していることをお聞かせ下さい

地域包括ケアシステムについて

地域包括ケアシステムとは・・・
 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目的に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。

今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
 人口が横ばいで75歳以上の人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。

地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。



Q1 地域包括ケアシステムについて知っていますか

- よく知っている
- 知っているがわからない点もある
- あまりよくわからない

Q2 事業所内で地域包括ケアシステム実現に向けて取組んでいますか

- 取組んでいる
- 取組みに向けた検討をしている
- 今は何もしていない
- 取組んでいるまたは検討をしているセンターの方に伺います。どんな取り組みがセンターとして必要と考えられますか。具体的に書き下さい。

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。
 十分できている まあまあできている あまりできていない
 できていない どちらともいえない どこに所属しているかわからない

Q6 地域の主任介護支援専門員とのように連携を図っていますか(該当するもの全て)
 研修会等と一緒に企画・開催している
 情報・意見交換の機会をつくっている
 地域の課題等について話し合っている
 主任介護支援専門員からの相談と一緒に対応している
 主任介護支援専門員の役割について話し合っている
 主任介護支援専門員の役割を事業所等へ周知している

その他のような連携を図っているかお書き下さい

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。
 相談援助能力 中立性 アセスメント能力 管理能力 情報収集能力
 豊かな人間性 困難ケースへの対応 自立支援のケアプラン作成
 ケアプランへの助言・指導 地域の介護保険以外のサービスの把握・開発
 保険者との連携 あんしん相談センターとの連携 サービス事業所との連携
 医療との連携 職能団体との連携 地域ケア会議への参加
 その他の公的会議への参加 研修等でファシリテーター
 地域の介護支援専門員対象の講演会の企画・開催 事例検討会の開催
 市のケアプラン自己点検支援マニュアルに基づく点検への参加

その他自由にお書き下さい

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。

Q 3 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。

Q 4 医師（医療機関）との連携は図れていますか。
常に医療ニーズの必要性を念頭においた連携が図れている
必要に応じて連携している 上手く連携できていない

Q 5 Q 4で上手く連携できない方は理由をお聞かせ下さい。

Q 6 「八王子市医療と介護の連携ガイド」を活用していますか。
常時活用している 時々活用している 活用していない 知らない

Q 7 Q 6で活用していない方は理由をお聞かせ下さい。

Q 8 医療連携ガイドの改訂の必要性を感じますか。
改訂版の発行は必要 改訂版の発行は必要ない どちらともいえない

Q 9 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。
活用している 活用していない 様式を知らない

Q 10 Q 9で活用していない方は理由をお聞かせ下さい。

Q 11 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。
活用している 活用していない 様式を知らない

Q 12 Q 11で活用していない方は理由をお聞かせ下さい。

Q 13 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。
活用している 活用していない 様式を知らない

Q 14 Q 13で活用していない方は理由をお聞かせ下さい。

Q 15 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。
受講している 受講していない わからない

Q 16 Q 15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。
平成 21 年度 I 期 平成 21 年度 II 期 平成 22 年度 I 期 平成 22 年度 II 期
平成 23 年度 I 期 平成 23 年度 II 期 平成 24 年度 I 期 平成 24 年度 II 期
平成 25 年度 I 期 平成 25 年度 II 期

Q 17 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。
はい いいえ

Q 18 Q 17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。

具体的にお書き下さい。

Q 19 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。
はい いいえ

Q 20 Q 19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。

例：職場内で資料提供、OJT、地域での勉強会等・・・

※お疲れ様でした。アンケート調査へのご協力ありがとうございました。
※回収したアンケート調査は個人情報を守り、必ず公表させていただきます。

ファシリテーション技術(第1回)

2014年8月27日

小嶋 章吾(国際医療福祉大学)

- 1回目 9月27日(水)ファシリテーションとは何か
↓ ワーク1 ファシリテーションの意図的実践
- 2回目 9月24日(水)地域包括ケアシステムに
おける多職種連携実践のファシリテーション
↓ ワーク2 葛藤場面に着目して
- 3回目 10月 葛藤場面のロールプレイ

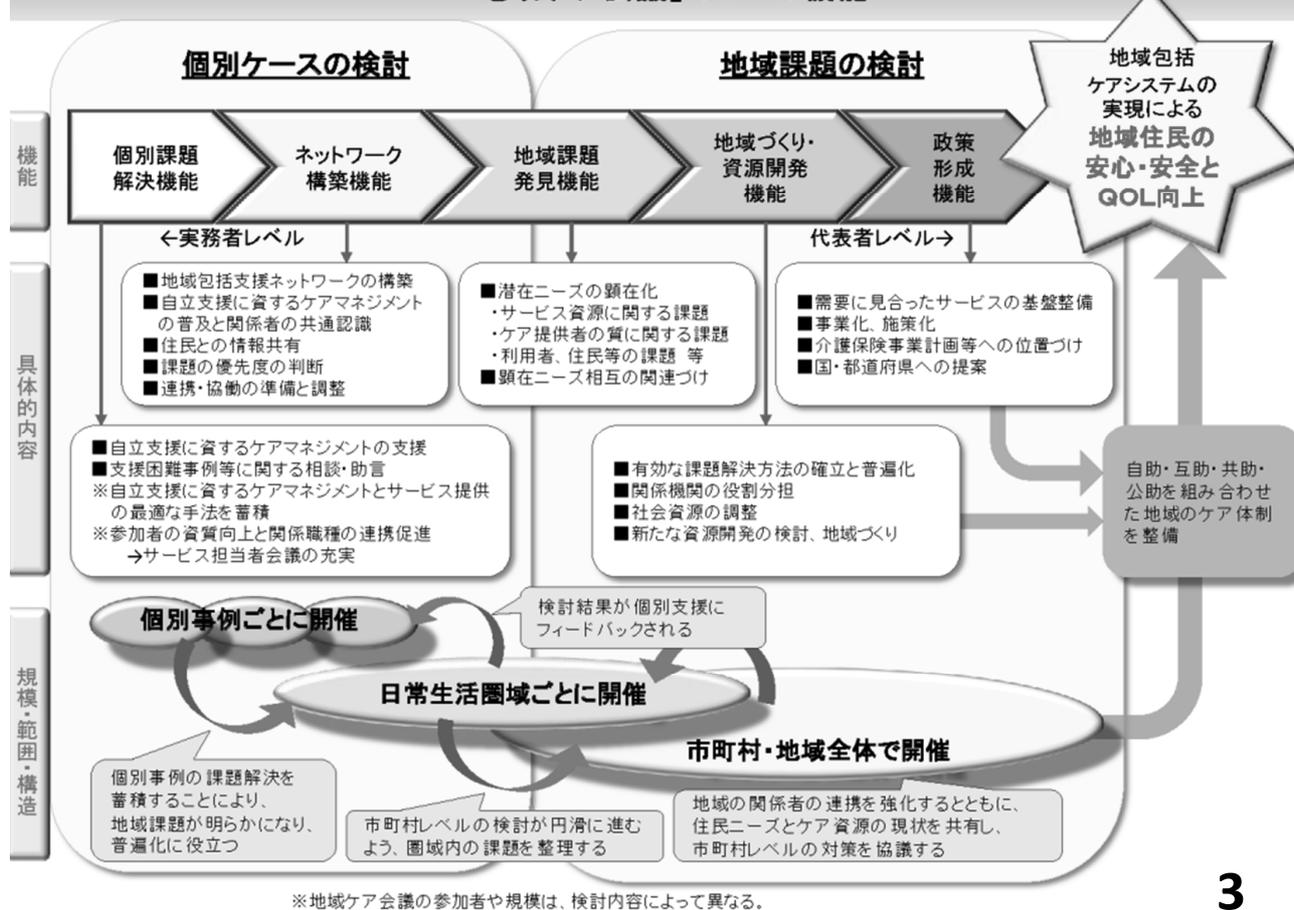
1

本日の流れ

1. ケアマネジメントの質の向上と、求められる
“地域ケア会議”におけるファシリテーション力
2. ファシリテーションとは何か
3. ファシリテーターの7つの役割
※グループ編成と休憩
4. ファシリテーションの5つの技法
5. 2回目に向けてのワーク1について

2

「地域ケア会議」の5つの機能

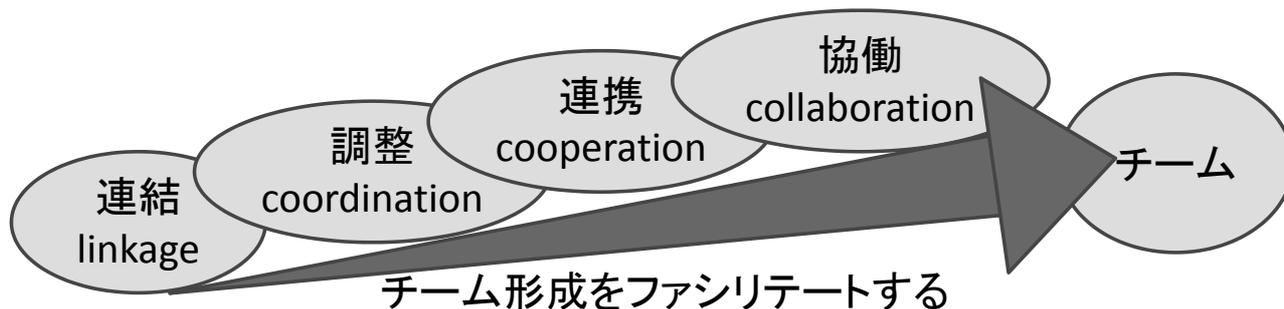


3

ファシリテーションとは何か

- Facilitateの語源(ラテン語のfacileは、容易にすること)
- 「ファシリテーターは単なる進行役ではなく、コミュニケーションの場をつくり、人と人をつないでチームの力を引き出し、多様な人々の思いをまとめていきます。その場に参加しているメンバーの主体性を育み、優れたコンセンサスをうみだしていくのです。」

堀 公俊『ファシリテーション入門』、日経文庫、2004年



野中 猛『図説ケアチーム』中央法規、2007年、15頁、99頁

4

ファシリテーターの7つの役割

- Step1 開催の宣言と目的の明確化
- Step2 参加者の紹介(場の雰囲気づくり)
- Step3 利用者・家族の意向、現状と課題、その対応策について報告
- Step4 情報と課題の共有
- Step5 目標(長期・短期)の設定と具体的な支援方法の決定
- Step6 役割・期間の確認と計画案の修正
- Step7 閉会(まとめと残された課題の確認)

篠田道子編『チームの連携力を高めるカンファレンスの進め方』日本看護協会出版会、2010年

5

Step1 開催の宣言と目的の明確化

- ①出席者に対する謝辞
- ②目的と議題、進行の流れと到達目標、共通ルールについて説明し、明確にする
 - ・目的(入口)
 - ・到達目標(出口)
 - ・例えば、前半で報告を受け課題を明確にし、後半で目標や方法について検討する…
 - ・予定時間など

Step2 参加者の紹介

- ①利用者・家族や主催者などの紹介と資料の確認
- ②参加者の自己紹介 ※アイスブレイキングの活用

6

Step3 利用者・家族の意向、現状と課題、その対応策について報告

- 利用者・家族、主催者の発言のサポート
 - ・利用者・家族の意向
 - ・主催者が確認したいこと、必要としている情報、討議してほしいこと
 - ・参加者に、確認事項や疑問点などのメモを促す

※現状や課題についての共通の認識を得る

7

Step4 情報と課題の共有

- ①参加者に対して、それぞれが持つ情報と分析した課題について報告を促す
- ②発問や促しにより、意見を深化・拡大する
- ③さまざまな情報や意見を整理、分析して課題を明らかにする(チームアセスメント)

Step5 目標(長期・短期)の設定と具体的な支援方法の決定

- ①目標の設定と支援方法の決定
- ②利用者の合意を確認する

8

Step6 役割・期間の確認と計画案の修正

- ①支援の展開と、役割分担や実施期間の確認
 - ・Step5で確認した目標、具体策を復唱する
 - ・それぞれの役割を確認する
 - ・具体的な手順や実施期間を確認する
- ②計画案の修正を促す

Step7 閉会（まとめと残された課題の確認）

- ①合意事項と残された課題の共有
- ②次回の予定、参加者への謝辞

9

ファシリテーションの5つの技法

1 段取りの技法	<ul style="list-style-type: none">・時間を管理する・討議のステップ(段階)を踏む
2 場づくりの技法	<ul style="list-style-type: none">・環境(机の配置、座順など)を整える・雰囲気を整える
3 リーダーシップの技法	<ul style="list-style-type: none">・参加者の多様性を理解する・柔軟な視点や発想を大切にする
4 コミュニケーションの技法	<ul style="list-style-type: none">・共感と承認・発問して発言を引き出す・沈黙を切り開く・観察して汲み取る
5 論理的思考の技法	<ul style="list-style-type: none">・対立する自他の感情に気付く・議論を構造化する・合意形成を図る

篠田道子編『チームの連携力を高めるカンファレンスの進め方』日本看護協会出版会、2010年、81頁。

10

1 段取りの技法

- ①時間を管理する
 - ・時間厳守
 - ・進行表(時間配分)
 - ・時計
- ②討議のステップ(段階)を踏む
 - ・どの項目について討議しているかを確認しながら進める
 - ・前後する発言には柔軟に対応する

2 場づくりの技法

- ①環境(机の配置、座順など)を整える
 - ・広すぎず狭すぎず、明るすぎず暗すぎず
 - ・机の配置は、お互いの表情が見えるように
 - ・ホワイトボードは、誰からも見えるように
 - ・座順のルール:奥から詰める!
- ②雰囲気を整える
 - ・緊張を和らげるには、品位あるユーモアも
 - ・討議の動機づけや方向を示し、参加者の発言の自由度を保証

11

3 リーダーシップの技法

- ①参加者の多様性を理解する
 - ・価値観や表出される行動の多様性を理解しておく
- ②柔軟な視点や発想を大切にする
 - ・討論が一方向に偏らないようにする
 - ・異なる意見でも興味をもって聞けるようにする

4 コミュニケーションの技法

- ①共感と承認
 - ・傾聴技法を活用する(相槌、言い換え、要約)
- ②発問して発言を引き出す
 - ・情報収集、課題分析、具体策、優先順位、発想促進
- ③沈黙を切り開く(待つ、言う、止める、指名する)
- ④非言語的メッセージを観察して汲み取る

12

5 論理的思考の技法

- ①対立する自他の感情に気付く
 - ・対立を避ける傾向→葛藤経験は、新しい視点や多面的な検討を促す
 - ・表面的な対立の背景に、考え方の対立がある→相手の立場になって考えるよう配慮する
- ②議論を構造化する
 - ・共有→発散→収束→共有
 - ・記録(板書)
- ③合意形成を図る
 - ・利害関係や感情に左右されていないか
 - ・合意を優先させるあまり、葛藤を回避し妥協していないか

13

ファシリテーショングラフィック(別紙)

- ①マトリクス:2つの軸で整理
- ②ジェノグラム(家族関係図)とエコマップ(社会資源関係図)
- ③ロジックツリー(結果・現象から要因へ、要因から結果・現象へ)
- ④階層図(目標の階層化)
- ⑤時間軸図(予後及び目標の整理)
- ⑥サークル図(一致点と相違点の整理)
- ⑦メリット・デメリット表

参加者(メンバー)の役割

- ①議題(課題)に対して役に立つ発言をする
- ②決定に責任を持つ
- ③メンバーシップを発揮する

14

参加者（メンバー）の技法

①プレゼンテーション技法の活用

- ・資料はポイントを絞り、口頭で詳細を説明
- ・主張（結論）と理由（根拠）をセットにする
- ・複数の主張は、1つずつ
- ・具体的で明確な表現を
- ・手短かに
- ・反対意見も明確に

③コミュニケーション技法の活用

- ・発言者を見る
- ・相槌を打つ
- ・メモをとる

15

ワーク1 ファシリテーションの意図的実践

第2回までに参加した会議や研修会などの活動を1つとりあげ、下記についてまとめてきて下さい。

1. 日時・場所／会議名・研修名など
2. 参加者の人数と職種
3. 主たる議題・テーマ／目標・目的
4. あなたの役割（司会者、報告者、書記、メンバーの一員など）
5. ファシリテーションを意識して参加した結果
 - 1) 全体のリフレクション（客観的にみて）
 - 2) あなた自身のリフレクション

※A4版一枚分でまとめ、7人分用意して持参して下さい。

16

ファシリテーション技術(第2回) ～地域包括ケアシステムにおける多職種連携実践(Interprofessional work :IPW)のファシリテーション～



2014年9月24日

埼玉県立大学 保健医療福祉学部

鳶末 憲子

0

地域包括ケアシステムにおける地域ケア会議の5つの機能

- A. 個別課題解決 B. NW構築 C. 地域課題発見
D. 地域・資源開発 E. 政策形成

①多職種連携、医療と介護の連携等 →多職種による事例検討(会議や研修会)

- Aを通じたケアマネジメントの質向上/相互理解促進
- Aを積み重ねてCに至る、Dの必要性を共有する

②地域包括ケアシステム事例集(全国展開中の400事例から選考された50事例)

- 地域福祉や介護予防等のモデル事業をベース
- 多様な会議は開催、地域ケア会議としては少ない
- 地域ケア会議として開催(11例)→モデル事業などの積み重ねがある
- A～C(2例)、A～D(4例)の機能を発揮している
- A～E(5例)の場合も、計画については明確でなかったり、地域福祉計画を重視し、介護保険事業計画への焦点化は今後の課題

③地域ケア会議事例集(10例)

- AやCに傾注、BやDもあるが、E(介護保険事業計画との連動)を含め(3例)

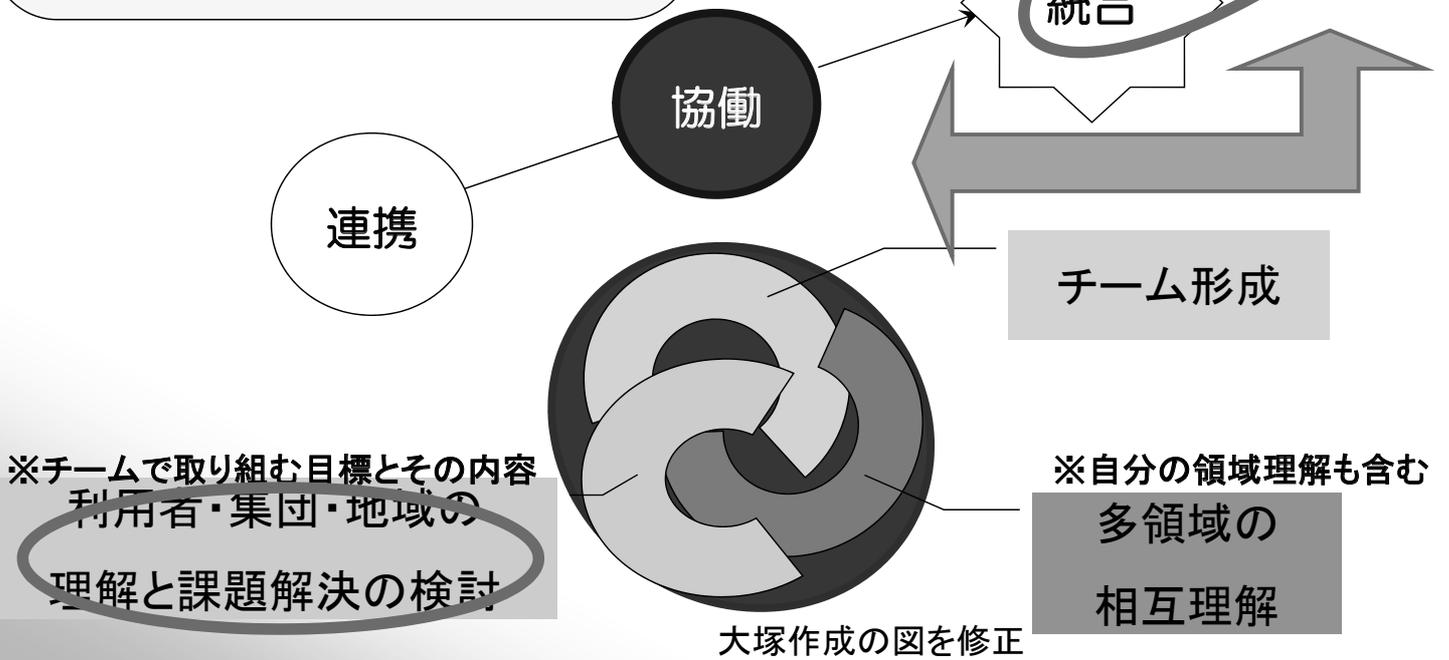
1

連携・協働のモデル（2012～2014）

第6期介護保険事業計画策定

地域ケア会議 を中心に

「あったらいいな」を創出する？



2

地域からのアプローチを促進するIPWの三重構造

～統合や社会資源創出のために～

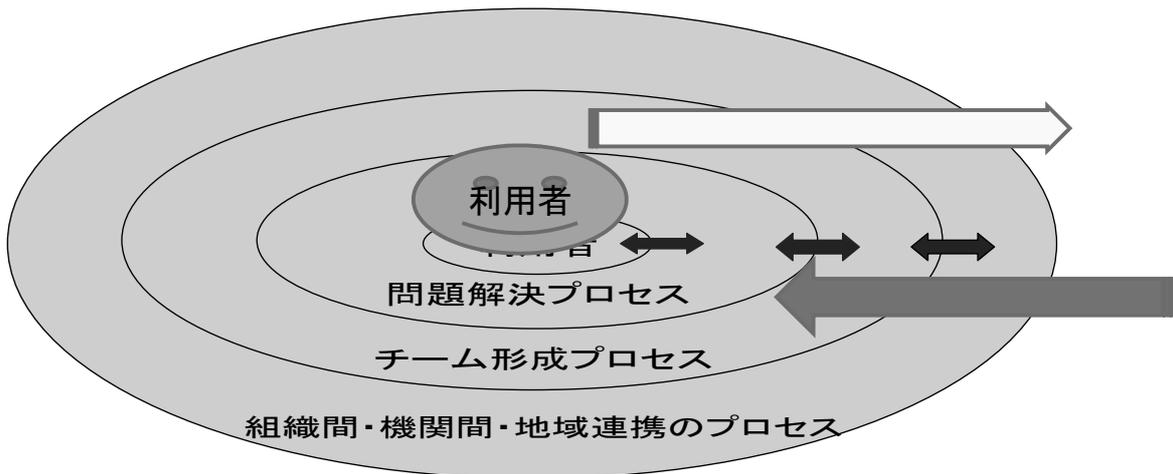


図1 IPWの三重構造

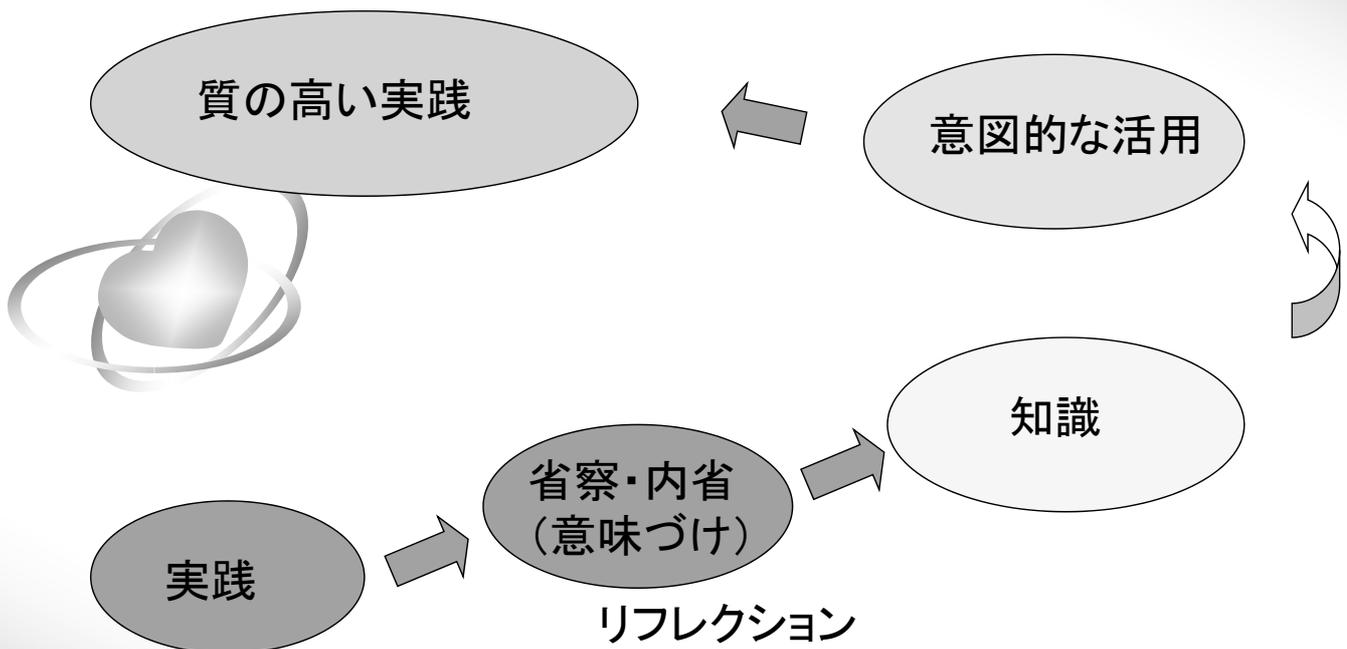
→ コミュニティソーシャルワーク研修(個別 → 地域)

← 参加者が現場で伝達
地域ケア会議や介護保険事業計画

IP演習 履修の手引き4頁(大塚作成)を修正

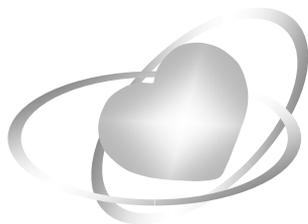
3

リフレクション(省察・内省・熟考)

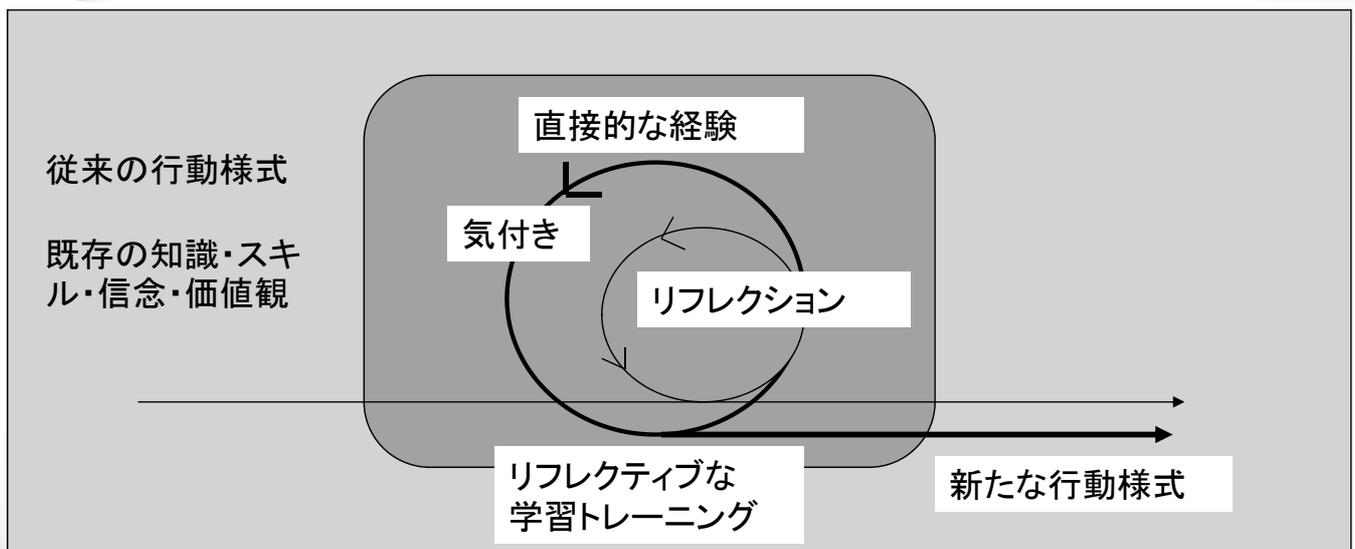


反省的实践家(ドナルド・ショーン)

4



IPEファシリテーションとリフレクション



諏訪茂樹: 人と組織を育てるコミュニケーショントレーニング、p.32
気づきによる行動変容、2007、日本経団連出版(田村改変)

田村由美/ボンジェ・ペイター「IPE演習におけるファシリテーターとリフレクション」

2011.9.9. IPEファシリテーター養成講座での配布資料より。

5

リフレクション(省察・内省・熟考)の意義

内容
方法

- ・実践の気になる問題等に対して
率直な感情や疑問等から探求する過程
- ・自己やグループに対して行う
→問題やできたことの要因・チーム変化等を言語化する

自己覚知
コミュニケーション
スキル向上
・共有

- ・行為(実践)の意味を明らかにする
自己の行為(実践)の概念的な見方に変化をもたらす、新たな知や熱意が生じる
→経験知や学びを意図的に活用するために必要
※実践後、時間を経てのリフレクションが不可欠

効果

6

地域包括ケアシステム構築に向けた事例検討の枠組み ～ファシリテーションの意義を考える～ ◇1～3 参照

1) 事例検討の目的別の分類

- ・ 困難事例 ※ケアマネジメントの質向上 →スーパービジョン
- ・ 地域包括ケアシステムの中では、個別課題から地域課題を見出し、新しい制度を求める。→ ★資料2 IPWのコンピテンシーの向上

2) 事例の分類

- ・ ライブ事例か終結事例か
- ・ テーマ別(特性:利用者・家族・専門職・機関)

3) 事例検討の方法別の分類

- ・ 事例に関する全ての資料を事前共有
- ・ 特定のフォーマットを使う ★資料1 課題整理総括表・評価表 7



事例の選定

- 1回で複数事例を扱う場合
- 地域ケア会議などで継続して取り扱う場合
最初 ↓ 好循環を目指して
- 成功事例(かなり困難であったが、試行錯誤により上手かった) ※メンバーのストレングス
- メンバーや地域のニーズ:現場で困っている(課題解決に直結する事例を取り扱うのが望ましい)
- ※モチベーション
- ※事例検討用のフォーマット記入例(別紙)

フォーマットのうち、課題整理総括表と評価表は、下記等から取得して下さい。
<http://www.kanagawa-roushikyo.org/news-basic/5557/>

8



事例提供者の目的・意図に即して

- ファシリテーター(主任ケアマネ)として、大切なことは事例の問題解決やケアマネの力量向上だが、限られた研修や事例検討の時間にて、主催者や講師として、目的を共有し、意識してファシリテートする必要がある。
- IPWにおいても、質の向上や利用者ニーズを考え、代弁する点しか一致は難しい。当該事例でどこまで連携できているかをディスカッションの中心におくこと。例えば、利用者にとってはどうですか?と、利用者の言葉を語ってもらう。

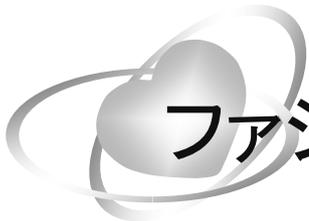
9



事例検討の留意点

- 事例そのものや事例提供者に焦点がおかれがちだが、ディスカッションの参加者一人ひとりのニーズに留意すべき。
- 参加者それぞれが多忙のなかで参加するので、当初は、同一性の高い参加者で実施するのがよい。←事例を共有しやすい。
- 徐々に、事例検討の質が向上すれば、事例の多様性を広げてもよい。

10



ファシリテーションの方法 資料2参照

- 参加者がなかなか発言しない場合には、発言を促す質問→範囲を限定すれば発言しやすい。
- 複雑な質問や抽象的な質問→簡単な分かりやすい言葉で言い換え、例えば〇〇のようなこと？と質問すれば、答えやすい。
- 事例をディスカッションする。例えば、娘の役割が・・・→〇〇ということですね、と確認しながら進める。

11



事例検討の評価

- ① ケアマネジャーの役割を理解して対応しているか。
- ② 高齢者にとって問題となりやすい生活支障を具体的に理解しているか。
- ③ 問題・支障把握の方法を理解して対応しているか。
- ④ 問題・支障の原因把握の方法を理解して対応しているか。
- ⑤ 課題検討をするための考え方を理解して対応しているか。
- ⑥ ケアの方向性を設定するための考え方を理解して対応しているか。



事例検討の評価

- ① 問題・困難の内容が具体的に整理されているか。
- ② 誰にとっての問題・困難なのか。
(利用者, 家族, ケアマネ, 事業者等)
- ③ 問題・困難の原因は何か。
- ④ 利用者・家族が問題・困難を抱えていることを受けとめられているか。
- ⑤ 問題・困難だけに囚われることなく, 生活全般について, 解決すべき課題を把握できているか。
- ⑥ 介護保険制度の理念, 居宅介護支援及び居宅サービス事業の運営基準, 介護サービス事業の運営基準, 介護報酬Q&Aなどを踏まえて検討できているか。
- ⑦ ケアマネジャー, 居宅介護支援事業所, 介護サービス事業者, 地域包括支援センター, 行政等の役割や立ち位置を考えられているか。
- ⑧ ケアマネジャーとしての立ち位置を踏まえ, 関わりや対応の方法など, ケアマネジャーとしての気づきと解決の方向性は明らかか。

ワーク1 ファシリテーションの意図的实践

- 本日・次回において、計5～6回のグループワークを実施予定です。毎回、ファシリテーター役を交代して担当します。
- 各グループで、ファシリテーター役の順序を決めて下さい。

14

ワーク1 ファシリテーションの意図的实践

- 事前課題についてのふりかえりを、ファシリテーター役から順に発表して下さい。特に、困難や違和感の経験があれば触れて下さい。(1人3分程度)
- 各グループで、事前課題のなかで、困難や違和感について、より掘り下げて検討したいものを1つ決めて下さい。
→ 時間がある限り、ディスカッションして下さい。

15



ワーク2 第3回のご案内

(1) 葛藤場面のロールプレイのために、
IPWリフレクションシートを記入してきて下さい。

(IPW=Interprofessional Work: 多職種連携実践)

(2) 記入方法

- ・時間的な順序を示すために、記述の冒頭に①、②・・・と番号を振る。
- ・多職種の言動については、冒頭に職種名を略語で付す。例えば、HH=ヘルパーなど。
- ・多職種の言動の中で、葛藤を感じた言動にはアンダーラインを付す。

16



リフレクション

★個人・チームでリフレクションを行うことが大切

- ・上手かったこと・いかなかったこと
(感情・なぜか?)
- ・他の見方は? 新たな発見は?
→異なる感じ方や見方があることを認め合う
- ・今後、意図的な実践としていくには?



ご清聴ありがとうございました。

17

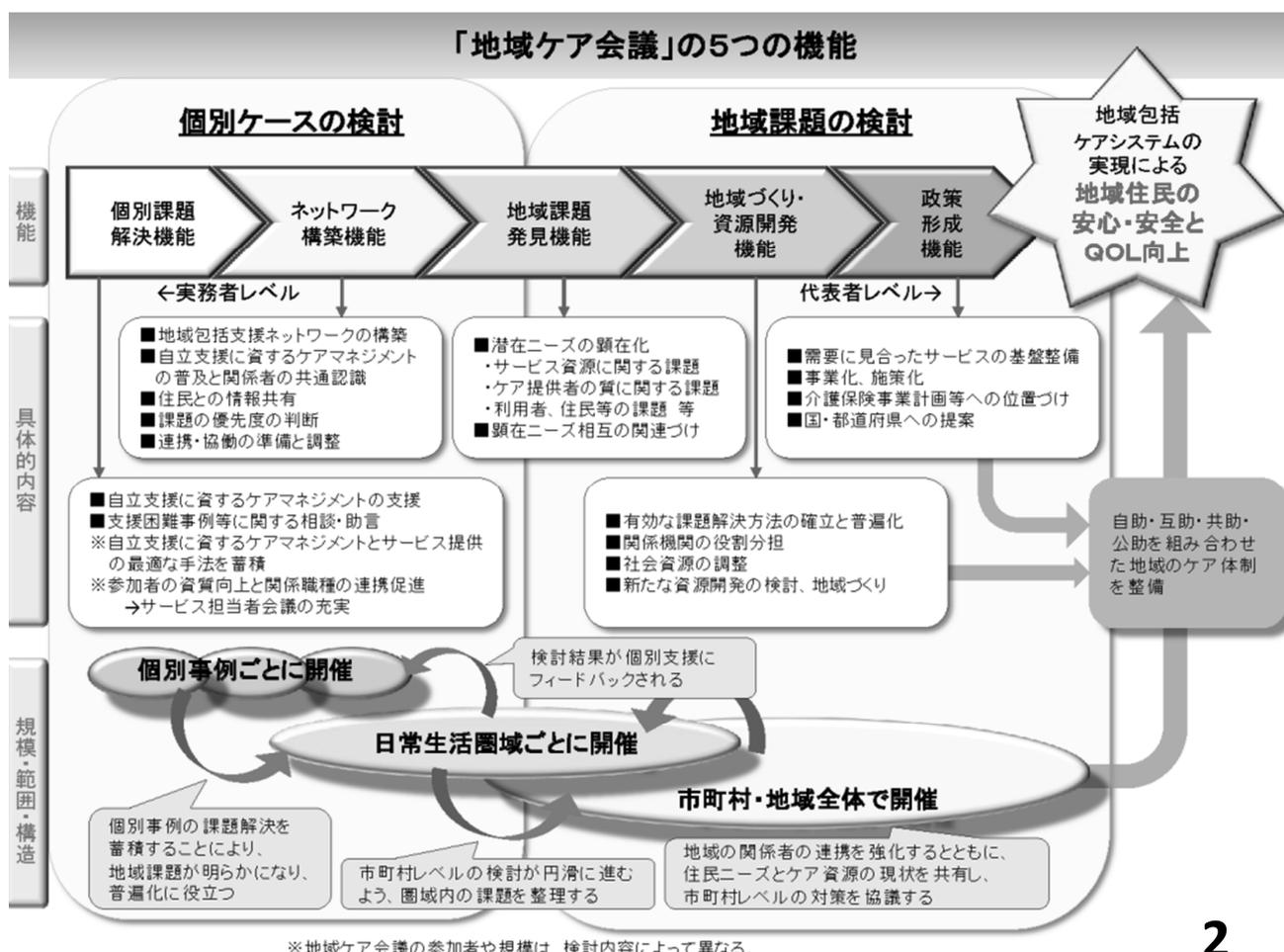
ファシリテーション技術(第3回)

2014年10月17日

小嶋 章吾(国際医療福祉大学)

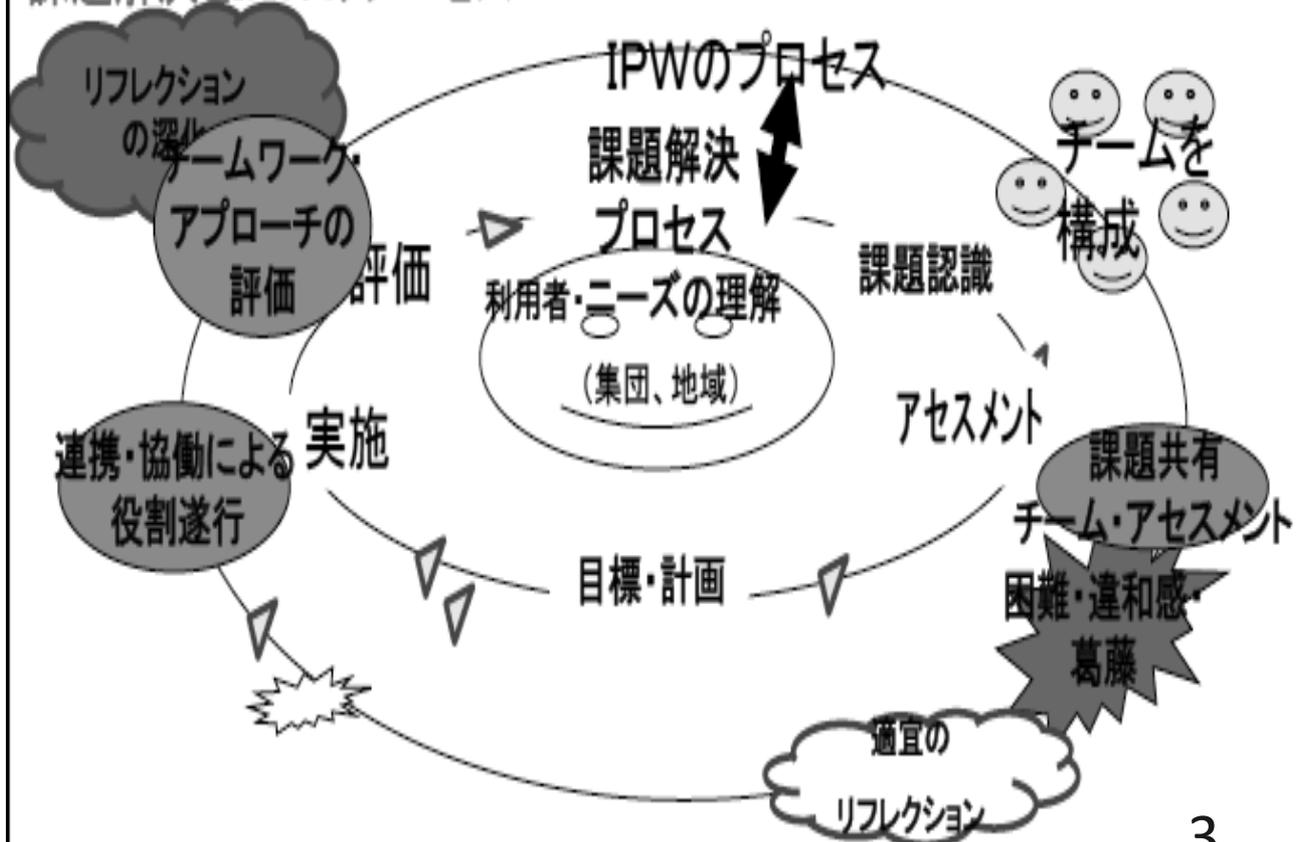
1. 前回までの要点
2. 前回のワーク1の評価
3. 本日の流れ(ワーク2) ※ファシリテーター役
 - 1) リフレクションシートの発表(全員で一通り)
特に葛藤箇所(アンダーライン)について説明
 - 2) 報告者一人ずつ(所要時間を考慮し、グループの分割も検討)
 - ① 一人芝居を行なう。
 - ② 葛藤場面について、他のメンバーがコメントする。
 - ③ 他のメンバーが登場人物役となり、報告者は葛藤場面を修正しロールプレイを行なう。
 - ④ メンバー全員(報告者は最後)がコメントする。
 - 3) 本日のリフレクション
 - 4) 3回の研修を通じたリフレクション

1



2

課題解決とIPWのプロセス



大塚作成の図等を参考に作成(寫末) 改訂版介護福祉総論 第一法規 135頁の図の一部を引用

リフレクション

★個人・チームでリフレクションを行うことが大切

- ・上手くいったこと・いかなかったこと (感情・なぜか?)
- ・他の見方は? 新たな発見は?
→異なる感じ方や見方があることを認め合う
- ・今後、意図的な実践としていくには?



ご清聴ありがとうございました。

適切に医療と連携した ケアマネジメント2

「医療ニーズの情報活用」

～地域包括ケアシステムと医療機関～

八王子山王病院
ソーシャルワーカー 小俣美奈子

医療法人社団 徳成会 八王子山王病院

- 二次救急指定
- ベッド数 157床
- 診療科 内科・整形外科・外科・呼吸器外科
乳腺外科・脳外科・皮膚科・泌尿器科
透析科

一般急性期病床・地域包括ケア病床・障害者病棟を
有する地域に根差した救急医療機関

医療ソーシャルワーカー

保健医療機関において、社会福祉の立場から患者さんやその家族の方々の抱える経済的・心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る業務を行う。

具体的には、

1. 療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助
2. 退院援助
3. 社会復帰援助
4. 受診・受療援助
5. 経済的問題の解決、調整援助
6. 地域活動

を行っています。

〔厚労省『医療ソーシャルワーカー業務指針』より〕

八王子山王病院の ソーシャルワーカー

- 人数： 4名
- 資格： 社会福祉士
- 部署名： 医療福祉科(医療相談室)
- 受付時間： 平日9:00～16:45
土曜9:00～12:00

入院相談や退院調整支援、経済的な相談、その他

高齢化の状況

平成26年度版高齢社会白書(内閣府)によると、

- 日本の高齢化率は**25.1%**(前年24.1%)

平成26年9月15日現在の東京都の高齢者(65歳以上)人口を推計によると、

- 東京都の高齢者人口は
289万3千人(対前年比9万1千人増)
- 高齢化率は**22.5%**で過去最高を更新

団塊の世代の最後である昭和24年生まれの人が65歳を迎え、高齢化がさらに進展している。

※団塊の世代は、昭和22～24年生まれ

平成26年度診療報酬改定

平成26年度診療報酬改定の基本方針のポイント

平成25年12月6日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

基本認識

- 入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組み、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図る。

重点課題

- 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等
入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実 等

改定の視点

- 充実が求められる分野を適切に評価していく視点
がん医療の推進、精神疾患に対する医療の推進 等
- 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点
医療安全対策の推進等、患者データの提出 等
- 医療従事者の負担を軽減する視点
医療従事者の負担軽減の取組、救急外来の機能分化の推進、 等
- 効率化余地がある分野を適正化する視点
後発医薬品の使用促進 等

将来に向けた課題

超少子高齢社会の医療ニーズに合わせた医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築については、直ちに完成するものではなく、平成26年度診療報酬改定以降も、引き続き、2025(平成37)年に向けて、質の高い医療が提供される診療報酬体系の在り方の検討も含め、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組んでいく必要がある。

高齢化と医療施策

平成26年度の診療報酬改定のポイント

- **病院機能分化・強化と連携**
→ 高度急性期病院と一般急性期を担う病床の明確化
- **在宅復帰の促進**
→ 在宅復帰率の評価
- **在宅医療の充実**
- **地域包括ケアシステムの構築**
→ 「地域包括ケア病床(病棟)」の新設

病院の機能分化と 在宅復帰の促進

一般病院の機能分化

→ 「高度急性期」7:1

在宅復帰率75%以上

平均在院日数の計算基準が厳しくなった。



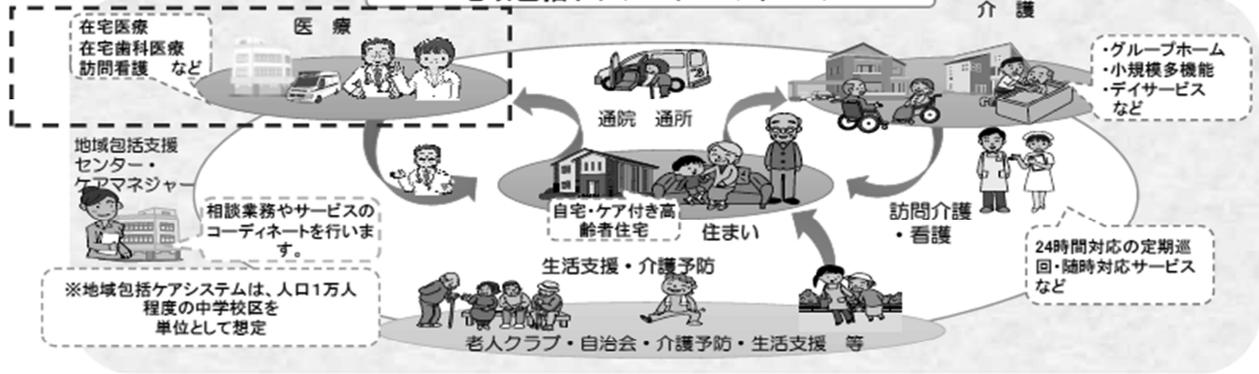
「7:1病院」の減少

自称中小急性期病院の地域包括ケア病床への転換

診療報酬に「地域包括ケア」という言葉が出現！

地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムのイメージ



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

厚生労働省保険局資料より

地域包括ケア病棟のイメージと要件

(改) 診調組 入-1
25.5.30

注:介護施設等、自宅・在宅医療から直接、急性期・高度急性期の病院へ入院することも可能。



厚生労働省保険局資料より

急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価

地域包括ケアを支援する病棟の評価

▶ 急性期後の受入をはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実が求められていることから新たな評価を新設する。

(新)	地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1	2,558点 (60日まで)
	地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)2	2,058点 (60日まで)
	看護職員配置加算	150点
	看護補助者配置加算	150点
	救急・在宅等支援病床初期加算	150点(14日まで)

【施設基準等】

- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあつては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
- ⑥ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
- ⑦ 以下のいずれかを満たすこと ア) 在宅療養支援病院、イ) 在宅療養後方支援病院(新設・後述)として年3件以上の受入実績、ウ) 二次救急医療施設、エ) 救急告示病院
- ⑧ データ提出加算の届出を行っていること
- ⑨ リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
- ⑩ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることにはできない。
- ⑪ 在宅復帰率7割以上 (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
- ⑫ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)

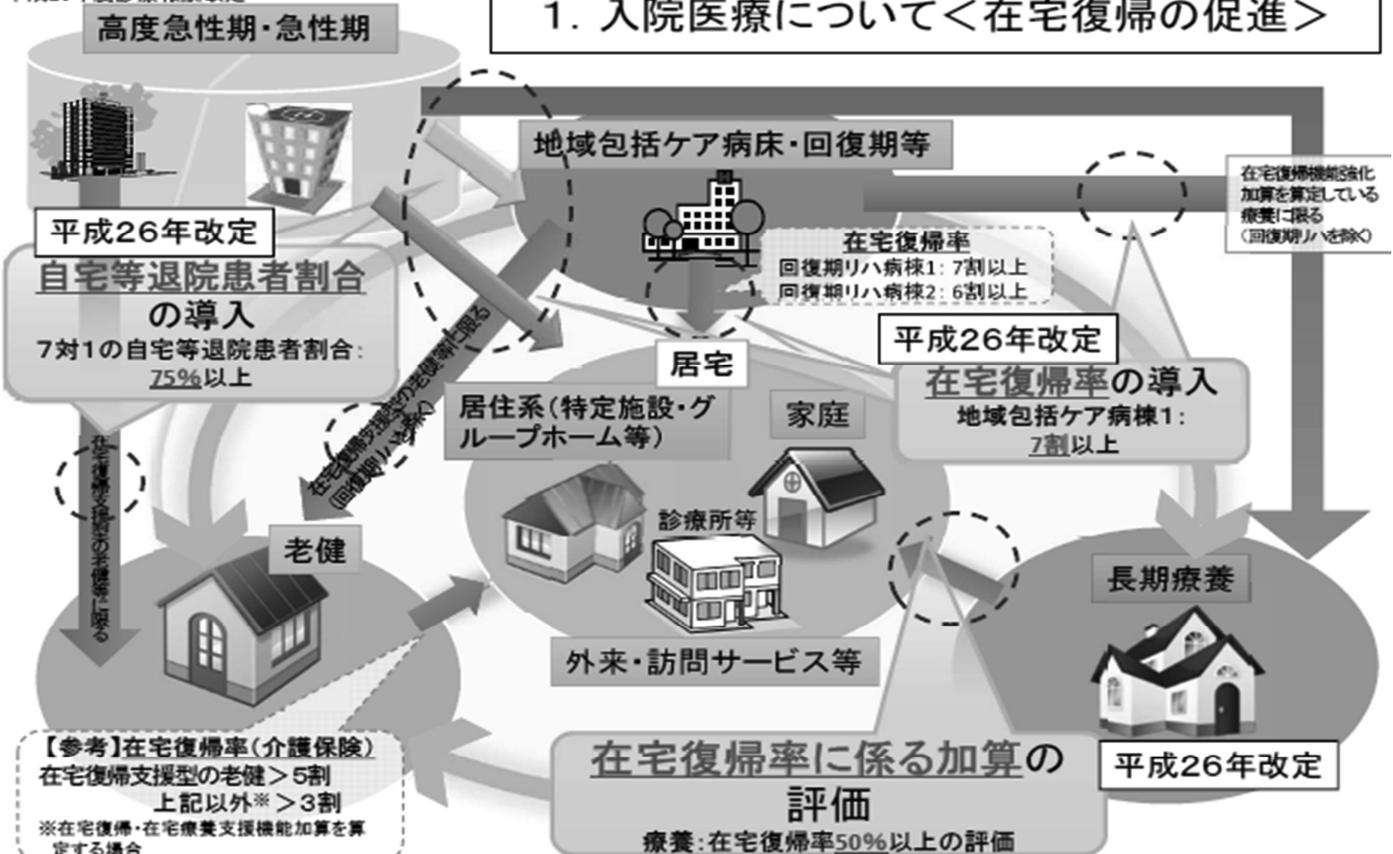
看護職員配置加算: 看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上

看護補助者配置加算: 看護補助者が25対1以上(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)

救急・在宅等支援病床初期加算: 他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

厚生労働省保険局資料より

1. 入院医療について<在宅復帰の促進>

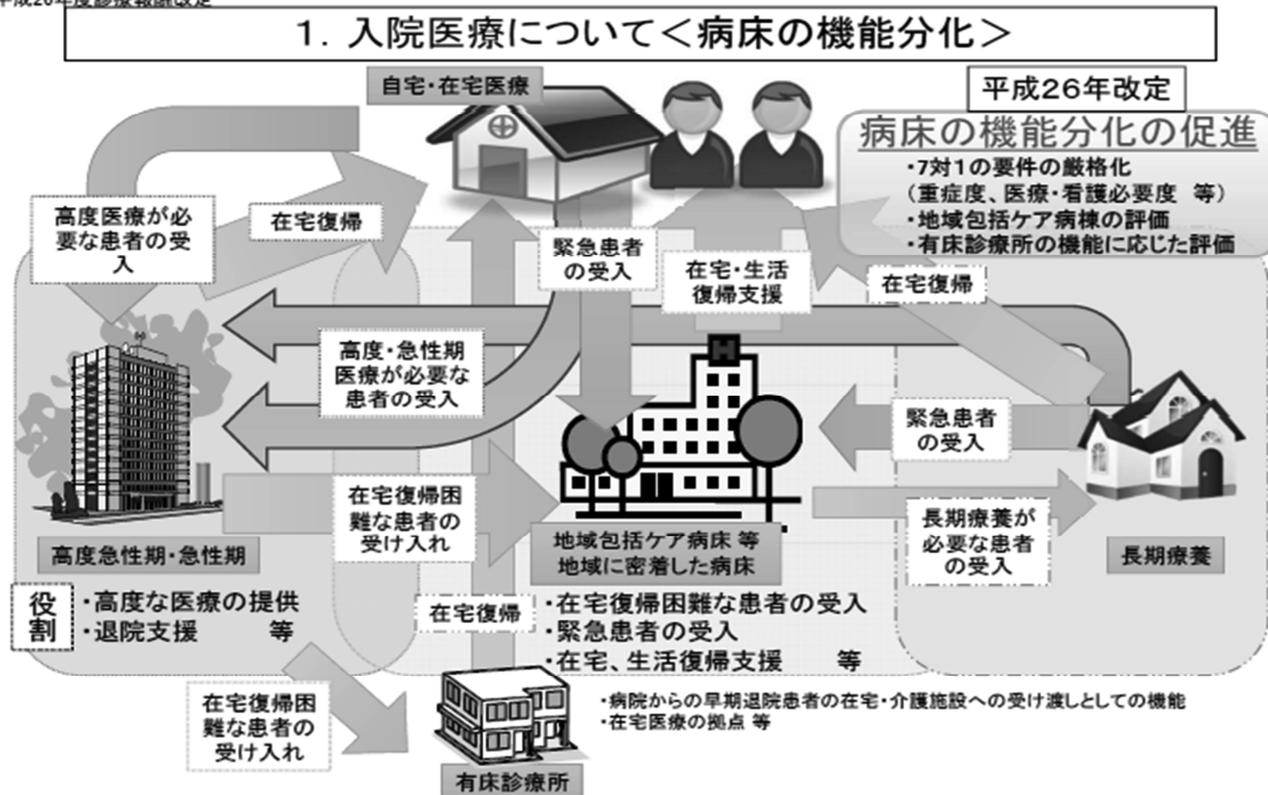


厚生労働省保険局資料より

在宅復帰の促進 ～ 自宅等退院患者割合の評価

- 高度急性期・急性期(7:1)の医療機関において、
在宅復帰率が75%以上であることが導入
- 高度急性期・急性期からの在宅復帰率に算定可能な医療機関は、
 - ①地域包括ケア病床(新設) → 在宅復帰率70%以上
 - ②回復期リハビリテーション病棟 → 在宅復帰率60%・70%以上
 - ③療養病棟 在宅復帰強化加算(新設) → 在宅復帰率50%以上
- 介護老人保健施設1 在宅強化型または在宅復帰療養支援機能加算
→ 在宅復帰率50%・30%以上

平成26年度診療報酬改定



つまり...

- 在宅復帰率(自宅等退院患者割合)の導入により、早期に自宅等への退院が促進される可能性が高まる。
- 在宅療養を支える担い手(ケアマネジャー等)の迅速な対応がますます求められる。
- 自宅等に該当する施設への退院が促進される可能性も考えられる。
- 老健での、特養への長期待機が難しくなる利用者が増える可能性もある。
- 老健から自宅等への退所者が増える可能性がある。

地域包括ケア病床(病棟)に利用者が入院した場合の留意点

- 期限が設けられた病床(病棟)であることをふまえ、早期に準備にかかる打ち合わせや期間を病院スタッフと相談する。
- 期限ぎりぎりまで入院可能かどうかはケースバイケース。
- 退院カンファレンスが必要な場合は、早めに希望を伝え相談する。
※退院日を病院側が決めてからだと日程調整が難しいこともある。
- 退院先を自宅・居住系施設等であることを前提で利用している可能性も高いため、退院先の変更が難しいこともある。

円滑な連携のために①

まずは窓口になってくれそうな担当者を見つけましょう。

病院によって対応が違うかもしれませんので、感触を探りましょう。

例えば...医療ソーシャルワーカー(MSW)
退院調整看護師
病棟看護師

退院カンファレンスが、介護支援連携指導料で病院にとっても評価される場合もあります。

※回復期リハ病床や地域包括ケア病床等の包括診療では評価されませんが、在宅復帰率を評価されていますので、自宅退院のためのケアマネジャーとの連携は医療機関にとっても大切なことです。

円滑な連携のために②

病院スタッフから情報を得ることに関して、
ご本人やご家族から承諾を得ていますか？

ご本人やご家族との接触を省略しようと思わぬ
トラブルを抱えるリスクがあります。

円滑な連携のために③

「家屋調査」「退院時指導」という名目で患者宅へ
病院スタッフ(理学療法士・看護師・ソーシャルワーカー等)が訪
問し、住宅改修などの助言を行うことがあります。

全ての患者に実施されているわけではなく、家屋環境の調整等、
退院にあたって自宅訪問が特に必要とされる場合において実施
されています。

必要時には可能かどうか相談してみましょう。

円滑な連携のために④

病院から医療情報を聞き出したいときには、具体的に聞いて
いくといいでしょう。

「看護サマリーをください」では欲しい情報を得られず、専門的な
内容ばかりで活用できないことも...

- ADL
- 食事内容
- 入浴やその他の注意点
- 医療処置内容
- 服薬管理
- 今後の通院方針 等

円滑な連携のために⑤

院内スタッフとの連携に悩むことがあれば...

当院であれば、

ソーシャルワーカーに相談してみてください。

どのようにすれば連携しやすくなるのか、一緒に考えましょう。

八王子山王病院の 医療相談室の方針

患者さん、ご家族が安心して
医療と介護を受けられるよう、
ケアマネジャーと連携します

まずはご相談ください

ご清聴ありがとうございました

適切に医療と連携したケアマネジメント2

「医療ニーズの情報活用」

入退院時のケアマネジメント
ケアマネジャーの視点から

一般社団法人 八王子介護支援専門員連絡協議会
岩倉 真弓

今日の内容

- I はじめに
- II 医療との連携の必要性
- III 入院時の連携
- IV 退院時の連携
 - 1) 情報収集
 - 2) 情報の活用方法
- V 感じたこと
- VI 最後に

1 はじめに

医療介護総合確保推進法

「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」の一部の施行等について

平成26年6月25日公布

参考

第3章 さらにサービスの質の向上に向けて 医療との連携

八王子市ケアマネジャーガイドライン(以下ガイドライン)

p167

- ▶ 介護保険法 第2条第2項
 - ・・要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行わなければならない。
- ▶ 平成24年度介護保険制度改定
医療ニーズの高い高齢者に対し、医療・介護を切れ目なく提供するという観点から、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の新サービスが創設された。

II 医療との連携の必要性

高齢者の疾病の特徴

- ▶ 複数の疾患を有している
- ▶ 典型的な症状が出ないことが多い
- ▶ 疾患が重症化しやすい
- ▶ 合併症を生じやすい
- ▶ 問診があいまい
- ▶ 容易に身体機能が低下する
- ▶ 治療に時間がかかる

目標

- ▶ 適切な医療サービスを受けられるようにする
- ▶ その人らしい生活が出来るようにする

ポイント!

心がけていること①

- ▶ 目的を明確にする
- ▶ 利用者・家族の同意を得る

参考

八王子市医療と介護の連携ガイド

平成23年1月発行

ケアマネジャーとの連携窓口が具体的に掲載されている

地域連携室や医療相談室などが連絡先になっていることが多い

「八王子市医療と介護の連携ガイド」より

別紙1

7 八王子山王病院 (ハチオウジサンノウビョウイン)		P.53 E-3	
所在地	〒192-0042 八王子市中野山王2-15-16	ホームページアドレス	http://www.tmg.or.jp/hachioji/
代表TEL	042-626-1144	代表FAX	042-622-9568
		E-mail	hachioji_hp@tmg.or.jp
院長	井口 祐三	正式名称	医療法人社団 徳成会 八王子山王病院
病診連携	担当医師名 内科 井口祐三、整形外科 小林須奈夫	担当看護師	牛丸 良子
	担当事務職 石川 慎一	担当部署名	地域連携室
		TEL	042-626-1144
		FAX	042-622-9568
身体障害者福祉法に基づく指定施設	内科 井口祐三(呼吸器)		
交通	JR八王子駅より西東京バス 中野山王バス停下車徒歩3分 [自印] 八王子市立中野北小学校		
駐車場	23台(無料)	車椅子での移動	道路～入口：可 病院内：可
標榜科目	内科 呼吸器科 消化器科 循環器科 外科 整形外科 脳神経外科 呼吸器外科 皮膚科 泌尿器科 アレルギー科 リハビリテーション科 乳癌外科		
得意分野	呼吸器科、血液科、外傷性整形外科、消化器外科		
医療設備	心電図 脳波計 呼吸機能検査装置 オージオメーター 一般X線撮影装置 X線透視装置 マンモグラフィ マルチスライスCT 超音波診断装置(腹部) 超音波診断装置(心臓) 超音波診断装置(乳腺) 超音波診断装置(甲冑) 内視鏡(上部) 内視鏡(下部) MRI MRA 人工透析		
診療日・診療時間	月 火 水 木 金 土 日	診療時間	受付時間 予約制 備考
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	9:00～13:00 14:00～17:00	8:00～12:30 13:00～16:45 有り(一部)
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		
	休診日 日・祝		
保険等	社保 国保 生保 労災	薬の処方	院内
院内介助	有り	救急告示	有り
		2次救急	有り
		外国語対応	英語
		英語	その他
病床区分	一般病床 157床	療養型病床	精神科病床
	医療保険 介護保険	精神科棟	アルコール棟
	O床 O床	O床	O床
		O床	O床
		O床	O床
認知症対応	どんこいどクター	どんこいどケース	
	認知症に併発した身体疾患(体の病状)の外來治療	認知症に併発した身体疾患(体の病状)の入院治療	
	詳細		
	来院時の注意	事前に予約をお願いします。	
在宅医療	往診 無し	曜日・時間等	地域
	対象	備考	
	訪問診療	無し	対象
	訪問看護(医療保険)	無し	在宅療養支援病院 該当しない
	在宅療養指導	在宅療養療法	在宅自己注射 在宅中心静脈栄養法
	主治医意見書の記載	自分の診ている患者さんなら記載する	備考
介護保険	訪問看護(介護保険)	無し	居宅療養管理指導
	その他の介護サービス	併設施設・事業等	無し
入院相談	担当部署	医療福祉科	TEL 042-626-1144
	連絡受付窓口担当部署	医療福祉科	TEL 042-626-1144
ケアマネジャーとの連携	連絡手段・時間	電話	担当職員 小俣 美奈子(MSW)
	ケアマネジャーへの資質		担当職員 小俣 美奈子(MSW)
特色等	日本医療機能評価機構に合格した認定病院、開放型病院		

III 入院時の連携

▶ 適切な医療サービスが受けられるようにすること

入院時はどちらかということ、情報収集するというよりも情報提供することになる

利用者の心身の状況、生活環境、サービスの利用状況等

ケアプランには必要な情報が入っている

居宅サービス計画書（1）

第1表

居宅サービス計画書（1）

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 _____ 殿 生年月日 年 月 日 住所 _____
居宅サービス計画作成者氏名 _____
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 _____
居宅サービス計画作成（変更）日 _____ 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 _____ 年 月 日
認定日 _____ 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ～ 年 月 日

要介護状態区分	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用者及び家族の介護に対する意向	利用者と家族がどのように「生活」をしたいか					
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定						
統合的な援助の方針	支援方針のほかに、緊急時の連絡先や対応について記入					

参考

主治医意見書 ガイドラインp54

※ 特別な医療や生活機能とサービスに関する意見は第一

診断名：生活に支障をきたしている原因

治療内容：介護に影響があるもの、根拠

特記すべき事項：主治医からみた生活状況

主治医意見書

別紙2

市町村コード 13201 被保険者番号

八王子市 介護保険主治医意見書 記入日 平成 年 月 日

申請者氏名 性別 年齢 在宅 施設

医師氏名 変更 電話番号 FAX

医療機関所在地

(1) 最終診察日 平成 年 月 日

(2) 意見書作成回数 初稿 2回目以上

(3) 他科受診の有無 有(有の場合) 無 内科 精神科 外科 整形外科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科 婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 カリブテック等 歯科 その他

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾患または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入)

1. 傷病名 2. 発症状況 3. 発症時期

(2) 症状としての安定性 安定 不安定 (不安定とした場合、具体的な状況を記入)

(3) 生活機能低下の直接的な原因となっている傷病または特定疾患の経過及び療養内容を含む経過 (概ね6ヶ月以内) 介護に影響のあったもの及び特定疾患についてはその診断の根拠等について記入)

2. 特別な医療 (過去14日以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容 点滴の管理 中心静脈栄養 透析 呼吸器管理 レスピレーター 気管切開の処置 疼痛の看護 特別な対応 モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 失禁への対応 カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について

・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

・認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I II a II b III a III b IV M

(2) 認知症の重症化状況 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

・認知症 軽度 中等 重度 判断なし 判断あり

・自分の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない

・自分の意思の伝達能力 伝えられる 伝えられない 具体的な要求に聞かれる 伝えられない

(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック) 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む

無 有 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊 興奮 無 有

(4) その他の精神・神経症状

無 有 不安 興奮 興奮行動 性的問題行動 その他

※あてはまる項目をチェック/してください。裏面も必ず記入してください。

※は不可(誤った時) ×

主治医として生活機能低下の直接の原因となっている傷病名

治療内容に加え、介護に影響のあるもの、根拠等について記載



入院時情報連携加算 ガイドラインp121

- ▶ 目的：医療との連携を強化する観点から、入院するにあたって、病院等と利用者に関する情報共有等を行う際の評価を行うもの
- ▶ 7日以内
- ▶ 入院時情報連携加算 I：200単位
病院又は診療所に訪問し、情報提供を行った場合
- ▶ 入院時情報連携加算 II：100単位
病院又は診療所に訪問する以外の方法で情報提供を行った場合

IV 退院時の連携

- ▶ 正確なアセスメントを行うことが出来、適切なケアプランをたてることができる
- ▶ 自宅で継続する必要がある医療サービスの提供につなげることができる
- ▶ リスクを減らすことができる

1) 情報収集

- ▶ ガイドラインp133の退院・退所情報記録書を参考に、アセスメントを行う
- ▶ 療養上の留意点を確認する
- ▶ 医療ニーズが高ければ、訪問看護に同席してもらう

退院・退所情報記録書

別紙3

退院・退所情報記録書

情報収集先の医療機関・施設名	
電話番号	
面談日 平成 年 月 日	面談日 平成 年 月 日
所属 (職種)	所属 (職種)
よりげな 利用者氏名 (男・女) 生年月日 (明・大・昭) 年 月 日 (歳) 入院期間 入院日 年 月 日 ~ 退院 (予定) 日 年 月 日 ・手術 有 (手術名)・無	
要介護度	未申請・区分変更中・新規申請中・非該当 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 認定日 年 月 日 有効期間 年 月 日~ 年 月 日
入院・入所中の状況	
疾病の状態	主病名 副病名 主症状 既往症 服薬状況 無・有 (内服：介助されていない・一部介助・全介助)
	(特記事項) (感染症、投薬の注意事項 (薬剤名、薬剤の剤形、投与経路等) 等)
特別な医療	点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマ (人工肛門) の処置 酸素療法 気管切開の処置 疼痛管理 経管栄養 褥瘡の処置 カテーテル 喀痰吸引 その他 ()
食事摂取	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助 嚥下状況 (良・不良) 咀嚼状況 (良・不良) (ペースト・刻み・ソフト食・普通/経管栄養) ・制限 無・有 (塩分・水分・その他 ())
口腔清潔	介助されていない・一部介助・全介助 (制限の内容等)
移動	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助 (見守り・手引き・杖・歩行器・ シルバーカー・車椅子・ストレッチャー)
洗身	介助されていない・一部介助・全介助・不可・ 行っていない ・入浴の制限 無・有 (シャワー・清拭・その他)
排泄	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助 (留置カテーテル等) オムツ・リハビリパンツ (常時・夜間のみ)
夜間の状態	良眠・不眠 (状態：)
認知・精神面	・認知症高齢者の日常生活自立度 () (認知症の原因疾患等) ・精神状態 (疾患) 無・有 ()
リハビリ等	・リハビリテーション 無・有 (頻度：) (リハビリ・運動制限の内容) ・運動制限 無・有 (入予定のサービス等)
療養上の留意する事項	

※診療報酬の退院時共同指導料2の注3の対象となる会議 (カンファレンス) に参加した場合は、本様式ではなく、当該会議 (カンファレンス) の日時、開催場所、出席者、内容の要点等について居宅サービス計画等に記録すること。

ポイント!

心がけていること②

- ▶ 簡潔に短時間で確認できるように事前の準備が大切
- ▶ それでもわからないことはその場で聞く

居宅介護支
援の場合

退院・退所加算

ガイドラインp117～p121

- ▶ 目的：医療と介護の連携の強化・推進を図る観点から、退院・退所時に病院等と利用者に関する情報共有等を行う際の評価を行うもの
- ▶ 1回：300単位（1回につき、ただし3回限度）

2) 情報の活用方法

- ▶ 提供するサービスの種類や量、事業所の選定に生かす
- ▶ 適切に医療サービスを設定できる
- ▶ 危険性を事業所に伝えることでリスクを回避しやすい

ポイント!

心がけていること③

- ▶ 基礎知識が必要。市や八王子介護支援専門員連絡協議会の研修、在宅医療サポート介護支援専門員研修等、知識の習得
- ▶ コミュニケーション能力をみがく

居宅介護支援の場合

医療系サービス 軽度者に対する福祉用具貸与

ガイドラインp52、p62

- ▶ 訪問看護など医療系のサービスを利用者が希望した場合、事前に主治医の指示があることを確認する
- ▶ 保険給付対象外の品目でもその必要性について、医師の医学的所見に基づいて明確にされている等、一定の要件を満たしている場合には例外的に福祉用具の貸与を認められている

V 感じたこと

- ▶ 医療と連携が取れることで利用者や家族との信頼関係を深め、チームとしての連帯感が生まれる
- ▶ 利用者・家族が不在にならないようにすること

最後になりますが……

- ▶ 適切な医療サービスを受けられるようにする
- ▶ その人らしい生活が出来るようにする

ご清聴ありがとうございました。

八王子市
主任介護支援専門員を活用した
地域ケアマネジメント向上事業
報告書

平成 27 年 9 月 発行

編集

一般社団法人 八王子介護支援専門員連絡協議会
〒192-0051 東京都八王子市元本郷町 2-6-3
電話 042-686-3850 FAX 042-686-1088
email keamane.hachiouji@gmail.com
URL <http://www.hachikairen.com>