

出席人数 68 名 内 アンケート提出 59 名

Q3 現在、ケアマネ業務の中で「困った」と感じることは、なにがありますか？

- 医療と医療の連携が上手くいかない時もあります。
- ドクターが怖いです。
- キーパーソンのいない高齢世帯や独居高齢者の支援に困る。
- サービス利用が必要と思われるが本人拒否が強く導入できないケース。
- 家族の力・役割について私たちが思うようにすすめていけない時がある。家族さんも忙しいという事は十分理解しているが、ここは、家族さんがやっていただかないと…という所は対応してほしいが、なかなかスムーズにいかない時がある。(やたら本人が家族に気がつかって頼らないことも多い。)
- 薬剤師さんとの連携方法(どんなケースが訪問薬剤でお願いできるのか)
- Drの思いを聞き出すことが難しい。
- 書類の作成が大変です。
- 医療との連携。タイミングが難しいです。
- 独居の方で色々と問題が出た時に家族の様に支援する必要がある場合…ケアマネはどこまで関わるべきか?と思うことがあります。
- 家族問題まで相談を受ける事が多くなりました。(8050、8040 問題)
- 問題が多方面にわたり、対応しきれない。
- 痰吸引や胃ろうの方、薬の多い方、転院、施設へ行く先がない。
- 「老人保健施設は薬が多いので、無理だと思います。」と言われてしまう。家では看れないと思っている家族もみえるので、行き先を一緒に探して頂けるとありがたいです。「退院できるタイミングは今です」と言われても、とまどってしまう家族もみえる。相談にのって頂けるとありがたいです。
- 主治医の意見書を書いていただけないDrが東海中央病院にいること。
- 介護者に問題がある方の場合、支援がしにくい。
- 骨折で入院したAさんについて
総合病院のDr…Aさんは認知症で指示が入らず、リハビリは無理。
かかりつけ医…リハビリは必要。→先生同士の意見が違うため、どうしてよいか迷う。
- サービス導入しようにも、金銭的な理由で出来ない。
- 介護保険のサービスで出来ないことが多く、社会資源の不足。
- 退院後の生活の中で出てきた問題について、やって良いか否か等
- 病院を転院したときの連絡がなく、ケアマネが知らない時がある。東海中央病院の場合も以前にありました。

- モニタリングの報告義務について、ケアマネの裁量に任せる部分があるとの事ですが…、先生は本当に必要ですか？期間はどうでしょう。決められないと忘れてしまいますね。
- あまりにも無茶な要求をする利用者、家族に対して、どこまで受け入れていけばいいのか。ケアマネを守ってもらえる所はあるのかを知りたいです。
- 意見書の依頼。
- 医療保険や障害分野との関係の中で、サービスのすみ分け。
- プランをかかりつけ医にお渡しし、ご意見をいただくが、サインのみが多い。
- 薬剤師、歯科医の先生との関わり方。現在、あまりやりとりが無い。
- 多忙な医師とのコミュニケーション方法。
- 複数の薬局に通っている時は全てに情報提供しなければならないのか。誰にどこまでの情報を伝えなければいけないのか悩む。
- 家人や本人が医師に遠慮するのか、受診や救急車を呼ばず。Drに相談しても、在宅医にもかかわらず、往診してもらえない時。
- ケアマネに言えば何とかなる、してもらえるとこの考えを改めてほしい。説得が必ずできるわけではないので。
- II（イ）（ロ）の算定は難しいと感じている。かかりつけ医の先生と他 2 名の医療職の出席は難しいから
- 病院から依頼され担当したが、情報、その他連携が上手くいかず、ケアマネが悪く思われ、苦勞するので退院前カンファレンスは在宅の意思を確認して連携してほしい。

Q4 ケアマネ業務を行う中で、今後問題や課題となってくるであろうと予測していることは何かありますか？

- 入院中の成年後見制度等、家族の金銭問題
- 書類が多すぎる。
- ケアマネ不足。報酬が低く、ケアマネになる人が減っている。ケアマネのみ更新研修が有り負担が大きい。その他の資格で更新研修があるものは無い。
- 権利擁護等
- 対象者の家族（8050 問題）への対応
- 独居、高齢者世帯、未婚の介護者等が増えてきており、介護不足が予想される。
- 入院、入所ではなく、在宅で見ていくという方向性の中で、医療依存度の高い方も増えていくと思うので、医療的な知識をもっと身につけていく必要があると思う。
- 生活保護の方、独居の方が増えてきていると思います。
- 現状も、だと思いますが、ケアマネがなんでも屋になっている。
- 家族の不満のはけ口となっていることが多い。それがよりエスカレートするのではないかなと思う。
- 独居で介護力のない家庭、在宅へ戻ってくる等
- ACP
- 多職種での情報共有の必要性

- 在宅医、往診歯科は広まってはいるが、かかりつけ薬局に対する意識が薄い。認知症の方の服薬管理が今以上に課題になると思う。
- 在宅で看取りを行う場合のサービスの不足。
- 連携室に大いに期待。
- 在宅での看護、看取りが多くなる中で、主治医、薬局等の連携をどのようにすすめていったら良いか。
- がん末期等で急変等状態変化時の対応。
- 経済的に困っている方や身寄りのない方についての支援。
- 本人、家族の思いが違ったときの折り合いの困難さを感じます。
- 一人のケアマネが複数のかかりつけ医師に伝えるより、複数の医師から一人のケアマネに関わっていることの情報提供をしてもらう方が効率的ではないか。
※どこにどのように関わっていて、どの程度関わっているのか、ケアマネには把握しきれないから。
- 専門医にいくつもかかっている時、どうしても同じ効果の薬が重なっていてDrか薬局か、どちらに言ったらよいのか。薬局は一つに決めている。薬剤師に相談したら、薬剤師はどこの先生に薬局からは声を掛けてもらえるのだろう。
- 利用者さんの思いと家族の思いが一緒ではない時。
例：かかりつけ医←家族の希望、大きな病院←本人たちの希望 で困る。

Q5 ケアマネとして勉強会でテーマにして欲しいことはありますか？

- アドバンス・ケア・プランニングを各務原市でどのようにしていくか。
- 薬剤師の方との連携
- Dr や薬剤師さん達がケアマネに求める事は？
- ケアマネがスムーズに動けるような助言をいただければ（相談してよいタイミングなど）
- ACPについて、専門職からの意見が聞きたいです。
- ターミナルケア、看取り