

H30.2.28 ケアマネジャーとサービス事業所との情報交換会

法改正に向けて、その他等、各グループで話し合っていた内容を記録のもと、まとめさせていただきました。あくまでグループワークで出た内容ですので、実際の内容と異なる場合等もございますので、参考意見としてご活用いただき、詳細に関しては皆様で再度のご確認をお願いいたします（誤字や脱字等はご了承くださいませと思います）。

1 グループ

- ・ DS の営業時間に変更があるのか。ヘルパーの入る時間帯も変わってくるのでは。
- ・ DS で長い時間を行うところは少ないのでは…。
- ・ DS で送迎時、部屋の中までお送りしているのか？
→DS、SS で事業所によって異なるが、臥床するまで対応している場合もあれば、ヘルパー対応もある。
- ・ GH で加算はとっていないが看取りを行っている。GH も利用者の状態が変わってきて、以前は歩行できる方としていたが、重度の方も増えている。
- ・ 介護度が軽くなったら成功報酬があるように伺ったが…？
→詳しくは掴んでいないため、QA 等で確認していく。
- ・ GH ではどんなプログラムを行っているのか？
→テレビで行っている体操や、歌を歌ったり、パズルや編み物等、個別のプログラムが多い。保育園も入っていることから交流もあり、刺激になっている。食事も手作りで利用者の胃袋を掴むことも大切。
- ・ 老健の食事はどうか？
→あまり美味しくはない…。誕生日のケーキ等はあるが…。
- ・ 作業療法士として工夫していることは？
→連携を取るため、担会には参加している。CM や Fa の話を聞け、住環境も聞けるため、プランに反映させている。
- ・ ケアプランがわかり易いプランとわかりにくいプランがあるが…
→具体的な内容ではなく家事全般と書かれると、何を行うのかわからない。改めてニーズを確認するところから取り組むことも多い。
- ・ GH では半年に 1 回見直しを行っている。入所前の情報も CM に確認しながら、サービス事業所とも連携を取りながら作成をしている。
- ・ あるケアマネから訪問時間を 10 分早くしたいがと伝えると「忙しいから」「そんな横柄だと切るよ」と言われたことがある。小さな事業所だと声を上げづらい。
- ・ 要支援から要介護になる際、違う事業所に移ってしまうことに不安を感じる。
- ・ ケアマネを替えることができることを知らない人が多い。どこに相談すればいいのかわからない人も多い。
- ・ 各連絡会が活性化しているようだが、作業療法の連絡会はなく、リハ同士のつながりがあまりない。
- ・ DS の連絡会も 4 月に意見交換会を予定していて、これからつながりが見えてくると思う。
- ・ 職員の離職問題については、価値観の違い等を受け止めていく、方向性を統一していくことで成功して

いる。

- ・部署が変わったら辞めますという職員がいる。
- ・仕事量に偏りがないようにしている。
- ・ヘルパーは1対1で直行直帰にもなるので、不安にならないよう、一人で大丈夫と対応できるまで教育している。

2 グループ

- ・リハ会議（通りハ）を毎月行っている。
- ・ヘルパーでサービスAは対応が難しい。若いスタッフの確保は難しい。総合事業は受けていかない予定。
- ・DSで介護の方は1時間単位になる。加算をつけて対応していく予定。リハビリを売りにしていくことも検討中。
- ・GHは大きな改正はなし。職員や利用者の確保、認知症カフェなどを行い、外に向かって行っている。
- ・特養は褥瘡ケア、排泄支援等、自立を促すことで加算がつく。入所の特例の人はなかなかいない。
- ・医療と介護同時改定なので両方見ていく必要がある。様々な加算も確認し、連携を密にしていきたい。
- ・介護度の変化で利用できていたサービスが同じように利用できなくなることがある。
- ・リハビリ病院でADLが向上したが、施設に入ってADLが低下してしまう。
- ・年末年始のサービスがないので、ショートステイで対応することが多い。
- ・地主が多い地域でサービスを使うことを隠していた人も多かったが、最近近所に協力してもらおう人も増えてきた。
- ・DSは提供時間があるので、制約があり難しい。
- ・入所が決まった方の様子を入所施設のスタッフが見に来ることがある。

3 グループ

- ・事業所毎の特徴をとらえて、利用者さんに情報提供しなければならない。
- ・利用時間と単位が細くなる。
- ・機能訓練で加算。看護師のみ。
- ・DSやSSへ行く日に家を出たがらない利用者の説得のコツは
→普通の会話→洋服の話し→素敵ですね、着てみましょう→出かけましょう etc
- ・SSに入る前に歩いていた人が帰る時に歩きにくくなることがある。
- ・訪問介護だと週に1回以上は行くが、ケアマネになると月に1回。包括は3ヶ月に1回になるので、利用者さんの細かい所を掴みづらくなる。
- ・GHの重度化、お風呂が目的で入ったのに、入れなくなってしまった。
- ・GHの連絡会にケアマネさんが参加するなど、他の連絡会の良いところ、悪い所を学び、交流したい。
- ・他の事業所とのスタッフ交換研修を行ってみたい。
- ・現場の声を集めて包括さんが行政につなげる等、行政の職員に色々聞いてもらいたい。

4 グループ

- ・有料では特に影響なし（情報を仕入れてはいる）。
- ・居宅では様々な加算がある。
- ・DS 法改正に向けての動きは今のところはなし。
- ・リハ主体。担当者会議とリハ会議があり、予定を合わせるのが困難。
- ・訪問診療に関しては訪問医が時間調整等をしていただけるとより密な連携がとれる。
- ・有料では協力医療関係あり、地域とも連携し、緊急時、すぐ受診、入院とつながっている。
- ・人員不足の中では介護ロボットの導入も検討し、意外と評価がいい。

5 グループ

- ・訪問介護では生活援助をなくしていく方向か？ 生活援助に特化した資格を創設し、資格取得し、生活のみを行う業種を増やす。自立支援の部分が変更になる→生活援助が減っていく。
また訪問看護が状態を把握してくれていると安心してケアできるのでどんどん入ってほしいと思っている。ヘルパーの事業所によって対応が違う。
- ・ケアマネは訪問介護に対する説明が大切。ヘルパーと家政婦。介護保険対象の方でも家族の反対が多くある。
- ・支援 2 から受け入れが可能。入居者が増えない。特養へ行ってしまう。自立支援の方法に困っている。市で 3 万円の援助が出るとの手続きが大変。
- ・リハビリでは介護保険を把握していないので、聞いて情報を持ち帰りたい。入院後、金銭や医療等で自宅しか生活できない方が増えていき、先々に不安。SW から特定の施設を斡旋してしまうと問題が生じる。
- ・特養では日常生活援助加算の関係で入所の調整が必要。重度化のため食堂のスペースも狭くなってきている。SS では、何のために利用するのかをきちんと説明するのが難しい。リハビリの希望も増えてきている→介護職員や相談員も対応している。
ベッド数の関係で緊急の問い合わせに答えられないことがある。
- ・訪問看護では 4 月以降の改正であまり大きなものはない様子。ヘルパーさんと違う内容の仕事の説明と金額が高いイメージがある。支援の方の単位は上がった。SS を利用する際、看護の意見を聞かれることが少ない→ケアマネはどんどん聞いてほしい。
契約の時に緊急連絡先を本人、家族には伝えているが、ケアマネにはあまり伝えていない。
- ・有料では連絡会で冊子を作成し、どんなサービス、いくら使うかの情報を配っている。病院の SW からの問い合わせが多い。支援、自立、看取りも受けている。リハビリ、看護師が 24 時間いる等、特化した有料が出始めている。
- ・DS では総合事業を受けない方針が決まったため、今後その方が介護になってしまった場合、スムーズに移行できる方法がないか悩んでいる。総合事業を沢山受けていたため、重度に変わってってしまう。
- ・看取りとなった時、医療依存度の高い方でも 24 時間対応看護師のいる有料が SS も受けている（家族が疲れてしまった場合）。元気なうちから看取りの情報を聞きとっておいて少しずつ伝える。独居の方の意

志を聞き取ることが困難。絶対病院には行きたくないと言いながら判断が困難。最近 Dr も関わり始めているので、普通のヘルパーさんの対応が大切。GH での看取りは困難。対応した職員のケアも必要となってくる。

6 グループ

- ・老健では在宅強化を基本としている。老健から退所するケースでは特養、GH、有料へ行くことがあるが、有料への入所は少なく、短期利用はある。
- ・居宅では体制状況の確認中。
- ・SS では新たな加算が取れるか確認していて、取るための準備が必要。
- ・DS では個別機能訓練を考えている。時間や定員は今のままで。
- ・有料へは在宅復帰の難しい方を紹介（終の棲家として入所）。
- ・リハ強化でも在宅復帰は難しい。家での生活ができなくなってからではなく、その前の段階から入ってほしい。また家族ありきで、協力がどこまで得られるか。

人材不足

- ・募集をかけてもこない。マンパワー不足。今いる職員を辞めないで居てもらえるよう配慮している。
- ・賃金が上がらない。処遇改善で賃金アップ。休日や有休をしっかりと取りたいが、シフトが欠けると残業もしなくては…。
- ・夜勤ができない。職員の年齢層が上がってきた。30~40 歳代が少ない。
- ・辞める理由としては 1 日の業務が長く、公休も少ない。
- ・計画有休をとっている。
- ・派遣を利用しているが、賃金が高く、休みもきっちりとり、時間もきっちりしているため残業でもめることもある。目標もなく一人で出来るようになると辞めてしまう。
- ・居ないなりにやれる業務を…。管理する立場としてはやれるものを本当に必要なことを効率化していく。
- ・地域のボランティアにお茶出しやドライヤーかけ等で毎日入っていただいている。介護保険で出来ない部分を支えてもらっている。ミニボラや協議会、ポイント制等も勉強し、リスクマネジメントも必要になってくる。ボラさんも研修（ヘルパー研修等）を受け、研修先に就職するシステムなどがあるといいのでは。
- ・高齢者が高齢者を支えることが増えてきている。

看取り

- ・SS ではないが、本入所ではしている。緊急の受け入れもあり、感染症等のリスクもあるが言っていない。
- ・老健でも年 12.3 名対応している。
- ・有料ではほとんどの施設で行っている。ケアマネにはあまり知られていない。訪問診療の対応は差がある。医療依存度の高い人も受け入れている。
- ・看取りの職員の対応として研修を定期的で開催している。考え方や理解が大切。ご家族が後悔しないようにカンファレンスやカフェ（亡くなった家族と会話をする）、交換ノートなどを実施している。

7 グループ

- ・ PT（訪看などとの連携）による助言を受け、計画書をたてると3ヶ月加算が取れるようになる。
- ・ 病院 PT の地域を見る目をもっと必要。退院前の訪看、PT への連絡。
- ・ 若年性認知症の対応については、服薬管理、Dr の在宅生活への理解不足があるのでは…。
- ・ DS の PT 配置について…PT が複数の事業所で活動。リハビリ支援。認知症利用者へのアプローチでは運動が予防になるので、やりがいはある。コグニサイズなど有効。重度になると個別性が出てくるので難しさがある。
- ・ 小規模多機能や SS での認知症利用者へのアプローチはなかなか利用につながらず、男性の DS 利用には抵抗がある方も多い。
- ・ いちよう団地では困難事例も多数ある。独居や認認介護等、ギリギリの生活を支えている。外国人が多い。

8 グループ

- ・ 訪問介護では医療との連携について、訪問看護などを通して Dr に話が通されるため、直接的な連携はない。
- ・ 有料は主治医をつけて直接的なやり取りをしている。Dr との連携を取りたいが、Dr や病院によって違う。
- ・ 病院側としては、Dr と直接話したことがない家族などの受け入れ状態が整っていない。
- ・ GH では往診医が週に数回くる。何かあれば来てくれるため、連携がとりやすい。
- ・ リハでは退院すると主治医が変わってしまうため、Dr からのコルセットなどの指示がなく、急性期と回復期との連携が取れていない。
- ・ DS ではマッサージをしたい主治医がケアマネに伝えたところ必要ないと言われたことがある。午前中の体操の時間に近所の人も呼んでいる（自立の人が一人で来て一人で帰るシステムだが、時間よりも早く来られ、どこまでサービスとしてお手伝いすればいいのかとの声があがっている）。インフォーマルなサービスが今後増えていく可能性があるため、密な連携を取っていく必要がある。
- ・ ヘルパーでは生活援助を自立支援へ？ 変えていかないといけない。自立支援できる方、出来ない方がいるため調整が難しい。
- ・ 訪問リハを入れたほうが良いと思うときもあるが、金銭面が負担になる時がある。予防・支援の方のサービスが入れずらくなった。
- ・ 有料 GH では PT、ST が月 1 位で相談という形で生活の中でリハビリを行っている。

9 グループ

- ・ 訪問看護のリスクが増えた。
- ・ リハスタッフは退院までの時間がないため、見学等に来ていただき、情報共有していきたい。
- ・ 転倒してからのリハビリが大切（予防だけの考え方は NG）。
- ・ 言葉の力を沢山使う。

- ・リハビリや転倒予防の言葉は利用者を縛っている？ もっと楽しい言葉で伝えたり、記録出来たりする
といいと思う。

10 グループ

- ・医療、介護同時改定。訪リハ単価減算だが、連携加算が上がっている。
- ・ケアマネ加算 1~4 までに分けられて、I→1~4、II→3~4。
- ・リハ会議加算 II だったが、各病院、施設の先生が会議へ参加することで加算を取れる。リハが必要かどうか？ 顔の見える関係で。加算 400 単位かかる場合もあるので、限度額管理が必要。
- ・通所リハも加算を取れるが、リハと看護の管理のもと、リハビリを行っていて、一緒に入らなければならない。緊急をどちらが持つか？ 訪リハを利用するには OT、PT に行くのが望ましい。
- ・DS でのリハ加算は 3 ヶ月に 1 回更新。
- ・訪看は 1 ヶ月~半年の評価をし、Dr に提出する書面と CP に基づいて作成している書面が欲しい。CP の目標を記載して評価している。
- ・ICT 化についてで、現状では TEL、メール、FAX が多い。個人情報保護の面では課題がある。

11 グループ

- ・リハでは基本単位が下がる。連携を取るということで加算を取れる仕組み。訪問介護と連携を取ると、
訪問介護には加算があるが、リハには加算がない。
- ・訪看は単位が上がった。退院前の会議の単位がとても上がった（他職種連携の重要性）。
- ・訪看からのリハ、月一だけでも看護師が行かなくてはならない等、目的が見えにくい。
- ・訪問介護では人材を増やすための基準の緩和があるが、緩和することで入職した人を育てる手段、他職
種との連携等の課題もある。
- ・SS ではほとんど現状維持。
- ・AI を使う、ICT で書類を減らす、Dr との TV 会議等の工夫も必要。
- ・人材では適した人が少ない、志が…、育てるむずかしさがある。

12 グループ

- ・法改正についてはあまり周知がされていない。
- ・DS は 0.5 の減算。受入れ時間の延長で人員の使い方が難しい。
- ・有料は+だが、加算が細かい。処遇改善は気になる。
- ・リハはもっと使ってもらえるようになってきた。1 対 1 でなくなり、マネジメントで加算がとれる。ADL
の維持で加算が取れる。
→事業所によって加算のためにやるのか、質を上げるためにやるのかによって、やり方が変わってくる。
- ・小規模、若年性の加算が大きい。CM、ヘルパー、看護の一体サービス提供ができる。リハが使いやす
くなるとさらに良い。

- ・若年性認知症については、診断がつけばよいが、事件があつて初めて認められる。相談されるが受け入れ先がない。個室という意味では有料は受け入れられやすいが、費用がかさみ、残された家族が暮らせなくなってしまふ。一事業所で抱えるのは難しく、連携が必要となる。
- ・通所リハの支援者のメリットについては、支援の方には基本的には触らないこと。本人が何をやりたいのかを思い出して、それを実現する方法を考えること。触って揉むことがリハではない。卒業ありきで行います。「リハは医療で」「介護は生活」
- ・SSで緊急な場合はさておき、情報が古いのは勘弁してほしい。
- ・加算について利用者さんに対して説明しづらい（下がるならまだしも、上がる場合は…）。

13 グループ

- ・CMは加算を取っていかなければならない。長期SSの扱いについて他市と大和市の違いがある（書式提出等）。
- ・DSは時間・単位数の変更があり大変（職員配置、時間管理等）。夕食提供サービスがあるが、別料金（昼食700~800円（おやつ込み）、夕食650円位）で行っている。
- ・リハ、訪看はアセスメントの取り方で医療は訪看、生活はCMと分けると良いのでは。訪看を加えていけないとならない（1/日訪問しなくてはならない）という変化。医療連携が取れるのでは…との期待もある。多職種からは忙しいと思われるが、連携を取りたい。機能訓練のプランの中で目標を具体的にあげていくことが難しい。
- ・GHは医療行為のある方の入所は基本的に難しいことは変わらない。医療体制加算に注目している。入所後の経過報告は必要か？ 入所後1回くらいはあってもいいのでは…。
- ・小規模では、他のDSとの違いについて気になる（送迎時間等）。他職種から亡くなった連絡を受けた時は有難かった。
- ・求人はフェイスブックを活用したり、専門学校等の企業説明会、施設見学会を実施。
- ・サ高住のニーズとしては特養の待機が多い。
- ・施設の医療の受け入れについては、看護師の力量や主治医の受け入れ幅が影響してくる。
- ・救急の受診については、救急受入の約束を予め病院に確認を取ってもらう。連絡が取れず、家族の意思確認難しい場合がある。
- ・SSの受け入れでは、往復60分の基準がある（淵野辺、いちょう団地、戸塚、玉川学園等）。

14 グループ

- ・主任ケアマネが必要になってくる（3年の経過措置）。医療との連携を強調している。
- ・訪看は少し上がる。訪リハ中心の事業は少し減額。
- ・DSは1時間刻みになり、個別機能の強化や時間延長を検討（送迎が厳しくなる）。
- ・有料では短期入居で家族支援を行うことで少しホッとできるとの話聞く。
- ・小規模は特に変わらない。職員がそんなことまでやるの？ が今後出てくるかもしれない。法人が求める稼働率まで上げることが難しい。

- ・ GH は法改正の影響か、要介護度の重い人が増えた。毎週のように救急車で病院に行っている。
- ・ 若い職員とコミュニケーションをよくとり、しっかりと話を聞くこと。辞める職員は上下関係と姑の怖さ、介護職員同士の人間関係がほとんど。求めるものが多すぎるといけない。若い人にベテランが仕事を見せて育てる。一緒にご飯を食べに行く等の配慮が必要。
- ・ 包括ではボランティアの中で楽しんで参加等、心理的な温度差がある。民生委員、サロンの世話人との良い関係を作り、外部の協力を求めていく。地域性がとても強いので、ボランティアの輪が広がる関係づくりを進めていきたい。訪看ともいい関係づくりをしていきたい（包括で暫定で動くこともあるので）。
- ・ 有料では毎年新人が入るがどこまで注意していいのか、育て方が難しい。退職希望の介護職員への対応に悩む。福祉職の年齢が上がる中で、どう若い職員を育てていくか、人材不足にはどう対応していけばいいのか…。

15 グループ

- ・ 訪看は強化加算を取らなければ、単位数オーバーしない？
- ・ リハビリ専門職の活用で、DS が上手く利用してくれれば、増収につながる。特にサービス担当者会議。
- ・ 小規模多機能居宅は変化なし。
- ・ DS では 7-9 → 7-8 へ変更。時間がタイトにカウントされる。
- ・ 通院できる利用者は訪問リハ、通院できない人は訪看 ST のリハが良い。
- ・ 訪看リハで自宅内でリハビリするより、外に向けて DS を始めるいい機会になるのでは。
- ・ 訪問リハでは訪看 NS はなくても OK。
- ・ 訪看 ST リハと訪問リハを選択するとき、本来に戻る法改正であると考えられる。
- ・ 訪看の力はすごいのが実感としてある。根拠のある説明や説得をしてくれるので、CM より効果がある場面が多い。
- ・ 医療系サービスを位置付けているケースは、指示書を出している医師には必ずケアプランを提出する。