

質問13. ケアマネジャー(包括・居宅)に望むことはありますか？

病院・診療所	重要な変化があった場合は、FAX以外にも電話連絡をいただきたい。
	カンファなど定期的に行ってほしい。
	しっかり連絡してくる方と、全く連絡なしの方がいます。
	可能な限り担当している方に会ったり連絡を取り、困っていることがないか常に注意し、必要があればすぐに主治医などに連絡してほしい。
	包括の場合、個人情報の守秘義務があると思うので、地域での高齢者の状況に関して情報提供をいただきたいが難しいケースがある。明らかに妄想などが見られ、ご家族の関りがない場合、しかし本人が受診拒否しているなどどのように対応したらよいか、話し合いの場を持つにはどのようにしたらよいだろうか。
	ケアマネジャーの病状に対する知識理解に差がある。本来の職務より、事業所運営を優先させているように見えることがある。できるだけ、個々の事例に適切なケアプランを作るように努力してほしい。
	謙虚に仕事をしてほしい。もう少し賢くなってほしい。
歯科	電話では忙しく対応困難なこともあり、FAXなどでも可能
	気軽にかかりつけ歯科医へ連絡をいただきたい。(わからないこと、質問等)
薬局	地域において連絡が取りあえるといいと思います。
	薬局に対する要望をその度伝達できるシステムがあるといい。
	複数医療機関受診時の調整と伝達
	薬について薬局に声かけてほしい。(在宅などの訪問も)
	ケアマネさんによっては、在宅を頼む薬局を決めていたりする。これまで患者さんに関わってきた薬局薬剤師に先ず声をかけてほしい。一人薬剤師で動きづらい人もいるとは思いますが、患者さんとの関係性もあるので。
	訪問ノート等の活用
訪問看護	これまでのように引き続き連携をとっていきたい
	医療保険だと未だにケアマネジャーが自分たちとは関係ないと言い、担会に呼ばなかったり、計画表を渡さないことがある。
	包括との関わりは少ないが、こちらから働きかければ動いてくれる。
	訪問看護の必要性(2週に1回の訪問、月1回の訪問、30分訪問など)について定期訪問(最低でも週1回の訪問)がベースでないと状況など把握しづらい。
病院関係者	連携はよく図られていると思います。
	医療保険と介護保険の使い分け 例:入院リハビリと施設入所リハビリ・ショートステイの使い分け
	各介護認定ごとに、週に利用できる各サービスの回数の具体例を教えていただきたい。
	介護保険の代行申請
	主治医意見書を依頼する際、患者様や家族がどんなサービスを利用したいかを明確にしていただけると、主治医へ依頼する際に助かります。
居宅支援	諫早市入退院支援ガイドラインに基づき、入退院時の情報共有や連携に協力してもらっています。コロナ禍でケアマネジャーさんの来院は減少していますが、必要な患者に対しては来院頂き連携できればと思っています。特に慢性疾患を有する高齢者などは、今後の状態悪化を見越した療養先の希望や方向性について話し合いを始めてほしいです。(Acp人生会議の支援)
	情報の共有
	ケア会議・困難事例等の会議開催、担当月が決められている。ケア会議(本人家族)に同意が得られないこともある。無理して事例を出さないといけないのか。
	包括は土日が休みで、利用者ご家族が土曜日希望の担当者会議に同席するなど、配慮していただけるとありがたい。現状、コロナ禍で大人数で集まることはできませんが。
訪問介護	エビデンスとナラティブの両立
	介護保険でできないことはできないと利用者にとってほしいです。
	訪問介護の意見より訪問看護系の意見が尊重されやすく、総合的な判断もしていただきたい。介護保険法に沿ってサービスを提供しなければならないはずが、無視したような内容を頼まれ断るが、良いように思われていない気がする。
	利用者様の希望などがあった時に、ケアマネに電話して対応を求めるが、訪問のたびに利用者様が同じ訴えをされていた。すぐに対応してほしい。
訪問介護	利用者の変化に応じて対応いただいています。
	プランの内容をヘルパー任せではなく、利用者きちんと説明してほしいと思うことがある。

高齢者施設	利用者の家族、介護事業所の橋渡しの役目をしっかりと行ってほしい。
	ケアマネジャーによっては、情報量が少ない時があり、対応に困ることがある。緊急時対応の時などに医療からの情報が遅い時がある。
	入所してからすぐに関わりを持つようにしている。老健の役割について理解してもらっているが、もっと理解を深めてほしい。
	サービス利用時の状態確認 ※現在はコロナ禍で難しい
	認知症になられる以前のことももう少し詳細に知りたい。
	利用者の状況の変化があった場合、タイムリーに対応していただきありがとうございます。
	施設入所時に情報を提供してほしい。利用者の意見は大事ですが、施設職員にもそのサービスであっているのか聞いてほしい。
包括	より良い連携に向けたチーム編成や相互の役割の理解促進を図る必要があると思う。
	語らん場に参加して頂きたい。事業所として何ができるか一緒に考えたい。すでに参加いただいている方も多く居られありがたいです。

質問13関連 ケアマネジャーより他の職種に望むこと

病院・診療所	大きな病院ほど患者さんを多く担当されているので、医師と患者さんの関係は希薄な傾向にあると思います。連携が難しい要因の一つだと思います。
	病院の医師に相談できる時間帯を予め示してあれば助かります。
	規模が大きく、連携室がない病院などは連携が非常に難しく、細かいやり取りが難しくなります。時には何度も電話でのやり取りが必要になるため、窓口があれば助かります。
	各医療機関で連携窓口・時間などを示してほしい。日頃の連携タイム、ケアマネタイム等
	退院時の情報提供がない医療機関があり(一部)、統一できるよう働きかけを行ってほしい。
	大きな病院のみ受診されている方に、在宅医をつけてもらいたい。
	気軽に相談しやすい環境づくりをして欲しい。
	生活場面で助言や情報共有ができると助かります。
	患者の病気治療はするが、家庭環境や介護力を理解していないで指示を出すDr.が一部いらっしゃると思います。
	話を聞いてほしい。一般診療所には、入退院の時にもっと連携してほしい。一般診療所には、中間役になってくれる窓口のような人がほしい。時間の指定だけでも対応してほしい。
	介護保険更新時の主治医の意見書の返答を早くしてほしい。
	ケアマネの役割、介護保険についての理解を深めていただけたらと感じています。
	医師は忙しいので相談しにくい。
	認知機能が低下している高齢者への食間10時14時の内服薬・・・など、怠薬するであろう処方はいかがか(もっと在宅のリアルを知ってほしい)
	相談しやすい医師と相談しにくい医師が未だにいます。ケアマネの話にももう少し耳を傾けてほしいと思います。
	在宅介護の必要性への理解、医療面のフォロー
	訪問診療、往診、ターミナルケアへの協力強化
	一般診療所の先生も介護保険の相談に行く際も快く対応して下さる。
	自宅での過ごし方、家族の介護力の情報共有
	特にありませんが、日常生活において病気と生活を両立できるようアドバイスをお願いしたい。
歯科	治療の経過、始まり、終了期日を教えてください。
	訪問診療(時間・体制など)の情報や相談窓口、担当者等を知りたい。
	かかっている患者の過去の受診内容と大概の年月日のデータが欲しい。
	連携したことがないのでどうしたら良いかわからないです。
	本当に困っている方へ往診してほしい。介護保険のサービスを活用し移行して行ってほしい。(必要に応じて)
	欠損した歯に伴う食事形態や口腔衛生などについてももっと注意点を聞かせていただきたい。
	これからは内科的な疾患を悪化させないためにも、口腔の状態を連携を図りたい。
	歯科をどこに通っているか詳しく聞いて、もっと連携を図りたい。
	訪問診療、在宅治療の体制づくり
	在宅訪問栄養食事指導
薬局	食べたいものを食べることができているのかの把握
	最近では相談したらすぐ対応して頂けています。
	概ね連携取れている。
	訪問時の状況や残薬等について教えていただけると助かります。
	療養管理をしている人については、経過等の情報が欲しい。
	利用者が服薬している薬の副作用、飲み合わせ、食べ合わせの情報を教えて欲しい。
	高齢の方への説明は分かりやすくしてほしい。薬袋は要望を確認して分かりやすい工夫をしてほしい。
	多くの病院にかかっている場合のお薬手帳での管理や怠薬のないようにまだまだ相談したい。
内服のことはこれからも利用者に密接で重要なことであるため、積極的に連携をとっていきたい。	
在宅の服薬管理、月数回のみの訪問でなく、居宅管理指導の真の在り方。	
普段どのようにして管理、服用しているのかの把握	
利用者家族へ薬剤師の関わりを広げてもらいたい。(とても助っています)	

訪問看護	いつもスピーディーで確実に助かっています。医師との連携なども悩まずに済みます。
	家庭家庭の生活の仕方のようなものがあるので、正論であっても言い方を工夫してほしい。
	訪問時の様子、症状についての報告
	多サービスと比べ、依頼するケースが少ないため、サービス内容の把握が不十分であると認識しています。指導してもらいながら連携したい。
	連携とリやすく相談しやすい。
	医療の細かい部分を見て、主治医との連携も良好に回ってくれて、在宅での環境を見極め提案もしていただき助かっている。
	医療面において、専門職としての医師との密な連携、報告、指示、アドバイス。
	部分ではなく全体を看ること 在宅には不可欠だと思います
病院関係者	病院の連携室は一部を除いては、概ねいつでも気楽に立ち寄れて相談等できる体制ができていますので助かります。
	すごく連携しやすく、皆様丁寧です。
	コロナ禍において、入院中の利用者に面会できない状況が続いているが、退院時の情報と実際とに違いがある場合も多い。退院後の調整となり困る場合もあり。
	こちらら勉強不足ですが、専門用語などわかりやすく説明していただくと助かります。
	入院時に情報を配布しても、退院が決まるまで何も途中経過を知らせてもらえず、苦勞したことがありました。
	入院時連携情報提供書を提供した場合、退院時も情報が欲しい。入院後の経過を教えてほしい。退院の日程は必ず、事前に連絡が欲しい。
	自宅に帰れずに転院した時はきちんと連絡してほしい。節目節目に連絡が欲しい。
	受診時にした検査等の開示、薬の変更理由
	殆どの病院が連携しやすいです。
	病棟やMSW,リハビリそれぞれが連絡するのではなく、一本化してほしい。ハキハキ話してほしい。
	入院中の本人の様態、今後の予定等は都度報告してほしい。診療所でも相談窓口が欲しい。
	連携室のワーカーにはどこも大変お世話になっており、連携もうまく取れているが、たまに介入のある病棟看護師!?!の意見が違ったり、連絡が繋がっていないなかったり、入退院の調整が曖昧でうまくいかない場合が多すぎる。
	在宅、外来患者の急な往診、医師とのかけはし、スムーズな連携、受け入れ
	以前より連携の頻度が増えており連絡しやすくなったと思う。
	自宅での生活スタイル把握と在宅生活における顕在的リスクと潜在的リスクのイメージ 特に長崎医療センターが連携が取りにくい(MSWによって対応が違う)
訪問介護	いつも生活の細かい部分まで観察され、お知らせ頂けるので助かっています。
	報告をしてくれる事業所としてくれない所で差がある。登録の方も含め資質にバラツキがある。事業所として対応できる場所は、事業所対応してほしい。
	睡眠時、食事時、移動時また排泄時の時の異常時気づきの報告
	身体介護が苦手な事業所が多い。他事業所と身体介護の研修を積んでほしい。専門職としての仕事をしてほしい。
	訪問介護事業所が少ない(西部地域)
	時間がないから全てヘルパーが行う数十年以上前のやり方ではなく、必要に応じて自立支援に向けた介助方法にもうそろそろシフトしてほしい。身近なヘルパーが見つけた本人ができること、リアルを情報として吸い上げてほしい。サ責も大変でしょうが、連携を頑張してほしい。
	近年、人員不足、スケジュールが取れないなどを理由に依頼を断られるケースが多くなったように感じられる。夕方7:00時以降は時間外、スケジュールが一杯、18~19時くらいまで稼働も考慮してほしい。必要性がある。
	自尊心を育み、対等に話せる素地作り 在宅では不可欠な職種で人材不足の解消を今後どう考えるのか
高齢者施設	施設によっては電話でのやり取りの際に温度差は感じる時があります。
	コロナ禍において、施設で過ごされる利用者様のストレスが高まっている状況も多々ある。情報共有を共に行い、支えていける体制がほしい。
	迅速な対応で助かっています。
	連絡等の共有
	今は少なくなったが、相談員がなかなか捕まらないことが多かった。
	病院(入院)⇔在宅CM⇔施設相談員(入所) 在宅不可となり、入所調整の際在宅CMを通さずとも直接的なやり取り、連携
	在宅生活との断絶ではなく、つながりのあるソフトハード両面の環境提供