

Ⅲ. 5 施設内の日常のケアについて、他職種と連携がスムーズに図れていますか？

①と答えられた方は、どのようにしておられますか？

- 現場の職員とのコミュニケーションを大切にし情報収集
- 定期的なケア会議（NS, PT, OT, CW 参加）を行っている。
- 連絡帳に記載して習知を図っている
- どちらとも言えない
- スムーズな連携とまではいかないが、ユニットへ足を運んだり、連絡ノートを見たり、スタッフに話しを聞くようにしている。
- 定期的なカンファレンスで、各職種が集まるので連携しやすい。現時点で、特に困難と思うことはない。
- 十分だとは言えないが、ケアプランのコピー等を各専門職に配布し内容を周知する。定期または、必要時にカンファレンスを開催し、課題の分析を行う。
- ケアマネが各専門職に連絡している
- 小数のため、連携は施設内のことほとんどかかりつけ医へも必要時連絡とっている。
- 自分自身も現場に入っているため
- 現場に入っている事の方が多いため、情報が得やすいため
- こまめな連絡や会議、日々のコミュニケーション
- 充分とは言えないと思うが、日々の口頭での申し送り、PC 上での記録だけでなく、職員（ユニット職員対象、全体への対象としたもの etc）への連絡ノートでの伝達で、情報伝達と共有の意識づけで連携の制度を高められるようにしている。
- 月 8 回のショートカンファレンスの開催、および月 8 回のサービス相談者会議を開催し多職種と情報交換している
- 申し送り、報告・連絡の徹底、カンファレンス
- ショートカンファレンス（全体で 8 回程度）
- ・申し送りで周知 ・周知事項のファイルを作り共有 ・パソコンを共有しいつでも見れる
- 朝・夕の申し送りや介護職間の連絡ノートの確認など
- 小規模多機能施設なので、ケアマネ業務をしながら介護職をしているので、ご利用者の様子は理解しやすく、プランはたてやすい
- 恒に情報が得られるようにカンファレンス等で意見交換ができています
- 施設の方針である
- 問題が生じた時、担当者から意見が上がってくる場合が多い（上がってこない時もある）→ミーティングを行い検討している
- 申し送りノート、記録（介護）、口答等で必要なことを連絡しています
- 毎朝の朝礼で顔を合わせ情報提供してもらっている
- 細かめにコミュニケーションをとるよう心がけている
- 朝礼時に利用者の状況確認、担当の連絡事項の確認を毎日行う。特変事にその都度カンファレンス実施
- 毎月のケース会議で検討している
- ケアプラン作成と同時に変更内容を文章で伝える
- 他職種との連携は管理者が積極的に実施してくれている
- 申し送りに各職種スタッフが参加、状態変化があればカンファレンスしている
- 常時、現場での仕事であるため、他職種との連携は取りやすい状況にある
- 毎朝の申し送りに参加し、日々の情報を収集。CM と PC と相談員の PC をネットワークでつなぎ、情報の共有化を図っている
- ケアプラン作成、モニタリングのサービス担当者会議に全職種が出ているのは、各々の専門職の立場からの意見が出て良い
- 各スタッフに話に行き、介護状況や本人の状態を聞き対応を検討している。スタッフ同士各職種が違って話しやすい環境があり、協力がある。
- ケアマネが中心に情報をながし、必要なときは生活の場で必要部署が集まって話をしている
- 法人内の他の事業所（デイサービス等）のイベントごとに参加させてもらう。医療連携も医療法人であるため、何かあればすぐに連絡し、看護師や主治医がかけつけてくれる。
- 自分が主任であり、介護現場に入っているため、介護的な連携がとれている。主治医やナースとも細やかな連携がとれている。
- 気になった事があった時はその都度、相談している
- 変化のあった事などは、その都度連絡をとり合っている
- サービス担当者会議に参加してもらっている。参加できない職員にはファイルをまわして意見をもらっている。
- ・日常が利用者についての情報共有を積極的に図る ・必要な情報を収集、またそれに基づいてプランの原案を作り、相談する等
- 必要時に相談できる体制となっており、アドバイスが頂ける
- 日々の申し送りや、サービス担当者会議に他職種も参加し、各専門分野からの意見交換を行っている
- コミュニケーションを恒に図っているか、ケアスタッフのローテーションがあるため、困難な点もある
- ケアカンファレンス時、または確認時事項について、すぐに話しあいを持ち、返答が得られている。
- 申し送り等、相談員として入っている
- 充分とれているとはいいがたいが、申し送りへの参加やりハリしている様子を自分の目で確認し、把握につとめている

- 記録を一元化しているので、そこから共有する。担当ユニット会議、フロア会議での共有
- 介護職へ情報、対応が確認できるように回覧などをしっかりと行っている
- 文章の回覧等で事前に情報を取り担当者会議を開催前の申し送り参加。ミーティング参加
- 利用者の方の急変は勿論ですが特変時も PHS にて連絡をとりあっている
- 朝の会で各部署からの情報を共有すると同時に必要に応じてケース会議を行っている
- ・MT の出席 ・業務リーダーとの連携
- 他職員からの報告はこまめに頂けるので有難い。自分でも介助やお話をして確認しています
- 入所者様の状態を書面や口頭で申し送る等情報共有を図り、ケアにつなげている
- とにかく、しょっちゅうミニカンファレンス
- ケアマネジャーとフロアリーダーを兼任しており毎日の業務で日常のケアを行っているため、何か変化があれば直ちに報告・相談している。
- 特変がみられた場合、すぐ連携を図っており、問題解決に努めている
- 朝の申し送りへ参加し、情報交換している
- 引き継ぎなどは、他職種も参加して行っている
- 他職種と頻回に会話行うようにし、コミュニケーションを図っている
- 十分とは言えないが連携が以前に比べており①と判断する。毎月のケア会議の実施と各担当専門職との2ヶ月に1回のモニタリングでのコミュニケーション、また互いに日々の気付き、相談がでている。
- サービス担当者会議やモニタリング時に、NS、SW、リハ、栄養、ケアマネ、CW があつまり情報共有している
- コミュニケーション。疑問点や確認したいことあれば、直接確認、尋ねに行く。情報の共有
- 毎朝申し送りに出て、チェックしている。必要な時は、その都度、話し合っている。
- カンファレンスノートに記録し残している。各自、確認してもらっている。現場で確認できているので、比較的伝えやすい
- 日々の業務の中や朝の申し送り時に話し合いの場があるので、話すことができている
- 朝のミーティング時、相談できる
- 現場にいる時間を作る
- 同じ施設内で勤務しているため
- まだ不十分なところはあるが、こまめに声をかけ話している。プラン作成時、意見交換はしているので、まだできている方だと思う。

- 毎月グループホーム会議を行い、カンファレンスをしている
- ケアは介護士のみであり、できている
- 養護老人ホームであり「ケアマネジャー職」として独立していませんので
- ケアプランチェック表、状況把握表といった独自様式を作成。また社内イントラで迅速な情報の共有を行っている。
- 図れるように様々な工夫を試している
- ユニット会議でケース検討をしている
- 話を聞く。サービス会議の時に話をする
- 共通のパソコンで情報を共有したり、定期的に申し送りをしている
- 問題等が発生した場合、すぐに関係する他職種に相談や報告、指示を受けている
- 日常のケアプランをもとに、どのように介護して行くかを各フロア会議で話し合い統一した介護を行う。その上で問題が生じた場合は、ユニットが各専門職と相談して対処する。その対処した月日をケアマネに伝え、ケアマネは介護経過に記載。期間を決めフロアは介護した記録を残す。それを元に早急に必要であれば担当会に問題提起し、各専門職の意見を聞きケアプランに記載する。
- カンファレンスに他職種が参加し、意見交流や連携を図っている
- 毎日顔をつき合せている
- その都度連絡しあう
- 常時連携可
- 毎日の申し送りでの情報収集・交換、カンファレンス等での意見交換
- 毎朝、申し送り時間で顔を合わせ、その都度相談できる
- 少人数による集団なので、連携がとりやすい。自分自身が管理者でもあるので
- 看護師もケアプランにかかわるユニット担当を決めているので、日々の記録や対応、モニタリングに幅が出てきた。
- 1日1回は現場に行き、ご利用者様やスタッフに声をかける
- PC上で記録が見れる。口頭や日誌での情報共有、ケア会議、ユニット会議等での意見交換
- 記録の充実を図る。連絡・報告の徹底
- 日々の申し送りとその都度 NS、CW 等からの報告
- その都度、介護職員や看護師より報告があり
- 会議とは別に、毎日の申し送り後、問題発生にすぐに打ち合わせを行う
- 日々の申し送り、またケアプランを実施表におとしこんだものを実際に介護職員が具現化して実践する。各職種で、プラン内容は共有している
- ケアマネ自身が現場に入りまくっている
- 介護職と共通の仕事もしている

- 毎日のミーティング
- 問題があるとリハビリ職、看護師に報告し問題解決に努めている
- 入所者の状況についての質問は、介護職や看護職、リハビリ等、担当者に直接聞いています。リハビリカンファレンスや NCM 会議等、会議の機会が多い
- 自ら入所者がおられるフロアーへ出向き、コミュニケーションを図る
- 毎日ケアカンファレンスを実施しており、他職種にも参加してもらっている。また、参加されなかった場合は、メモや口答で伝達している。
- ベッド数が少なく小規模であるため連携がとりやすい
- 小規模施設で、連携がとりやすい
- できるだけ CM が現場にいる時間を増やす
- 申し送りノートの活用や PC での連絡を使う
- 申し送りや連絡ノートの活用。ピッチャ口頭での会話
- できるだけコミュニケーションを取り、情報交換を密に行っている。併せて、自分の意見の前に他職種の見解を聞き、重視することを心掛ける
- 他職種同士で日頃から意見交換をしたり、判断に迷う際は、専門と考えられる方に相談
- 報告、コールバック等、連絡を密に行っている
- プラン内容の援助方法を、より具体的に主任が現場へおろしている
- 普段からのコミュニケーションを大切にしている。ケアプランのふり返りを介護職員にしてもらっている
- コミュニケーション
- 何かあれば直接相談をしている
- 朝の申し送り後、必要と思われる利用者さんに関して個別のミーティングを担当者で行っている。たとえば、食欲不振の報告があれば、管理栄養士と医師と。立位保持に問題があると報告があれば機能訓練士と
- スムーズにとれているというのが正しいかわからないが、自分が介護主任と兼任のため、他部署の情報が入り連携が入りやすい
- 提携している主治医とは連絡を密にしており、看護師は日中勤務しているので協力を求めやすい
- 各専門職間の報告、連絡、相談が比較的密に取れているのではないかと思います。施設全体で、情報の提供、共有に努めている成果だと思います。
- 当施設は職種にかかわらず、全体で全職員でみていくという方針であるため、そのような取組で行っている
- ミーティング。通信手段としてのグループウェア（PC）により法人内での伝達・情報共有・ケアプラン会議他、ユニットリーダー会議、ユニット会議など常に話し合う

- 何かあればカンファレンス行っているため、何とか図れていると思う
- 日々のケアの中で、またはサービス担当者会議などの場で検討している
- 各主任（介護・看護・栄養）相談員とのミーティングにて方向性の確認。日誌、引き継ぎ等を利用して、情報の共有をする。
- 小多機は職員数もすくないので、他施設と比べると、まだ話がしやすいと思う
- 随時のスーパーバイズ、サービス担当者会議前の打ち合わせ
- コミュニケーション
- 朝礼のときにケアプランの確認を行い、補足として必要な情報を各部署から提供し共有している（例に介護→ADL 等看護→身体状況栄→栄養面、食事面相→家族との連絡など
- 毎日の申し送りを徹底している
- 毎日の引き継ぎ時には出席してもらい、状況に変化があったときは、その都度連絡をするようにしているが、時折不充分なときもある。
- ケア記録の徹底に力を入れている
- 兼務しているのでみえる
- 朝・夕の申し送りの中に入れて。申し送りには相談員やリハスタッフも参加していることが多い
- 現場職員とのコミュニケーションを図る（記録などをもとに）
- 共に現場に入っているため、日常的に意見交換ができる
- ・迅速に情報交換し、共通理解の基、ケアを行う→施設内のネット上で情報を発信し合って、受け取りあう（会議前に意見が書き込まれ、それを見て会議に参加する） ・多職種同志があちこちで頻回に集まって話し合う仕組みが定着→他職種の力を取り入れて個々の職員が動き合える（リスク会議、ケアプラン会議、家族会議、在宅会議、ケアカンファ）
- 日々の連携で比較的取れている。毎月のユニット会議で個別ケアの連携確認ができています
- 朝・夕の申し送りや、各会議で情報共有が図れている。相談員・ケアマネ・介護職・看護職が同じ事務所内にいる時間が長い
- 毎朝申し送りを聞きに行ったり、CW と話し易い状況を作るように心掛けている
- 申し送りを聞いたり、常に話を聞くようにしている
- 連携は図れているが、各グループ職員の中での周知ができておらず、困っている
- 情報を共有している。朝、記録物が 1 ヶ所に集まっているので、必ず確認してから仕事に入っている
- まめに連絡をする

②と答えられた方はどんな支障や悩みがありますか？

- ケアの細かい内容等についてカンファレンスや申し送りで伝え、記録もしているが、できていないことが多い
- 情報共有をこまめに行っている。カンファレンス等にて互いの考え方の違い等あるため対応等こまめに確認している。
- 担当者以外の職員がプランの内容を理解できていない
- 介護職員からNSへの働きかけがないとNSが自ら動かれることはない。介護職員に色々なことが任せきりになっている現状がある
- 看護職員がケアの線引きをしている
- 時々情報がこないことがある
- 週に数回しか来ていないパートさんが中心なので定着しづらい。
- 施設内に専任CMが配置になって1年目のことであり、今までなくても回っており関係職種の中からCMが抜けてしまうこともある。意識が変わらなないと難しいと感じている
- じっくり話し合う時間や共通認識を持つ機会が少ないので、どういう思いのある援助か理解が得られにくい。目標の受けとめ方に差があったり、プランの重要性の習知ができていない。
- 横のつながりがなく、他職種への理解がない
- 直接介護をしていないため、利用者の状況がつかみにくい。現場とのコミュニケーション不足
- ケアプランの内容が職員に周知徹底できていない。
- ・担当介護職には担当者会議やケアプランの内容が伝わっていてもそれ以外の職員に周知・徹底できていないことがある。現場の職員とコミュニケーションを多くとって、相互理解を深めたいが時間をとりにくい
- ケアプランの重要性が徹底されていない
- カンファレンス等のわずかな時間以外、ケアについて話しをする機会・時間が持てない。ケアプランの意義・意味がまだきちんと理解得られず、プラン内容と実際の実施内容に相異が生じている
- ケアプランに挙がっていないことが、フロア内で決められていて、事後で知ることもあり、情報の共有が図れていないこともある。
- ケアプランの内容等がチーム全体に周知できていない
- 介護職もCMもいっぱいいっぱいな状態で勤務している。人手不足であり難しい
- 管理業務が多く、現場を見る時間がとりにくい
- ・ケアの変更時、伝わってこない事が多い。リハビリの具体的な内容が把握できない
- いまいち多職種の仲が良くなって、会議の後で勝手に内容が変わっていたりするのは困っています。

- 全てのケアで関わる職員が同じではないため、全ての職員が同じ対応ができない時がある。
- 職員との方向性の違い、コミュニケーション不足
- 医務との連携について窓口が1本化されていないこともあり、スムーズにいかない
- 看護職との考え方などの違い
- 介護職と看護職の思い、考え方が違い調整しにくい事がある
- プラン内容の周知がむずかしい
- 内容の周知徹底がむずかしい
- 看護の価値観と介護の価値観のすりあわせ
- 必要時のサービス担当者会議の実施をできるかぎりやりたいが、参加調整がタイムリーに実践できないことがある（時間が少ない）
- 進むべき方向が共有できないことがある。協力し合う姿勢に欠ける
- 連携をとるよう報連相の徹底を心掛けているが、申し送りが不十分でケアの統一が図れないことがある
- 利用者さんの状況変化が多様で追いつかない。情報もケアもどんどん変わるため
- 相談員、ケアマネも連携のお手伝いをしている。だいぶスムーズになってきてはいるように感じるが、トラブルもあり、その都度対応をあらためて関係強化に努力している。
- 一部職員間で、本当に必要があるの？という話になり、徐々に手を抜いたケアに変わったりする。実際、その思いを提案されることなく、一部職員の間で変更されていることがある。アセスメントを含め、利用者の残存能力の共通理解が不十分なためかと、自分を責めてしまいます。
- 図るように努力はしているが十分とは言えない、他職種との時間の調整が上手くできない。
- 現場でのみケア変更がなされていてもCMまで伝わらない
- 職員により個人差があります。日々、相談しあって連携できる人と、できにくい人がいます
- ケアプランの大切さが伝わっていない。兼務のため、会議時間が取れず、その時の状態にあったケアができない。
- ふだんの様子などが、主治医や看護師にうまくつたわらないことがある。リハビリスタッフが関わっていない
- 他職種とも人員が不足しいそがしいため、スムーズに図れていない
- サービス担当者会議に他職種（介護・看護以外）の参加が少ない
- 入所者数が多く、時間がとり難い。お互いの職種の理解が薄い
- 医師、リハビリ、栄養課など業務におわれ、時間がとりにくい

- 図れていないというわけではないが、勤務形態が小規模 GH にわたるため、相談・連絡等がスムーズに行えないことがある
- 看護師、栄養士とは連携がとりやすいが、介護職とは厳しい面があり、人数が多い部署なので、確認や依頼をしても連携取れる人とそうでない方がいる。一般職でなく上司と連携して下ろしてもらうようにしているが、細かな日々のことはそうもいってられない。レベルの差がある。
- ケアプラン中心に日々ケアができていないか、自信がない
- 介護と看護の間の摩擦（看護師に質問しても答えてもらえない等）
- 日常生活支援がメインになり、趣味等への配慮が難しい
- Dr、NS、歯科衛生士と時間が合わない
- 他職種との思い、考えがまとめられない
- 各職種で状況がつかめているのかもしれないが、その情報がその人でとまってしまい、伝達できていない。利用者の情報が共有できず変化に気付けない。
- 多忙で報連相が完全にできていない（ケアマネ・現場とも）
- 管理栄養士・看護師とは意見交換しやすいが、相談員とリハビリ職との話し合いが難しい（連絡が不十分）
- 介護職のみで悩み相談をしていない。また相談しても深く関わってもらえない
- ケアマネ業務以外の仕事もあるため、自身からの情報収集が不十分になる。そのため各スタッフが情報発信してくれないと、上手く情報が行き渡らず、効果的にケアが行えていない
- 職員の人数不足
- 特段、困ったこと以外は他職種を呼んでいない。もっと気軽に呼んだり、尋ねたりできる方が良いと思う。
- 他職種との相談が全体に行き渡るまでに時間がかかり、統一がはかりにくく、ふたを開ければ、皆の処遇がバラバラだったこともある
- 変則勤務のため必要時に互いが聞きたいことが聞けない
- ケアは各職種間で情報交換や記録から意識できているが、ケアプランに的確にサービス内容にむすびつきができていない、利用者のサービス提供に差がでている。
- 業務の流れの中で、一人一人の意識づけが難しく、連携が図れていないことがある
- 職員不足により、日々の業務に手いっぱいである
- 記録に落とす時間の少なさ、交替制勤務での口頭での引き継ぎの時間不足

- 介護職員の意識がまだ低く、担当入居者への思い、関わり等が少ないため、ADLの維持向上はもちろん、どうしてあげたい等の意見も上がってこない場合が多いのが現状。また、一緒にサービス担当者会議で決定した事項への取り組む姿勢もグループによって差が大きい
- 各部署の業務が多忙で、調整するゆとりがない。担当件数が多すぎる。
- どうしても現場と比べると状態の把握にタイムラグがあり、ケアプランにあがってくるのが後手に回る
- 現場の状況が把握しにくい
- 日々の入所者の変化や病状は直接、伝わってこない。常に申し送り、ミーティングに参加して小まめに把握し、情報を自らつかんでいくようにしている
- ケアプランが日常のケアと結びつけて考えられる職員が少ない
- 兼務している業務の方が多忙であり、ケアについて考える時間が少ない
- リハビリスタッフの考え方が現場、ケアマネと温度差がある
- 生活ぶりが、他職種のスタッフに伝わらず、バラバラのケアを行っている
- ケアプランに基づいたケア（個別的）は取り組んでいるが、生活全体では難しい。様子がか変わったときなどは随時で行う（連絡調整）が難しい
- ケアプラン、リハ計画などに目を通さない CW・NS が多い。カンファレンス担当者のみ内容を理解しているケースが多い（周知できる）
- 記録での確認が多く、実際に利用者を見たり、職員と話す時間がない
- 図れている時とそうでない時がある
- コミュニケーション不足
- 各職員のケアに対する意識が差があり、全職員への徹底が難しい、申し送ってもすぐに忘れてしまう職員がいる
- 夜勤を専任で行う NS とのコミュニケーションが不足している
- スムーズとは言えない
- ケア業務に多忙で CP へは無関心、CP なくともお世話できるという現実
- 他職種の中の介護職とは連携が困難であると感じるケースがある。例えば暗黙の了解となっているような介助方法や状態は把握しにくい

Ⅲ. 6 退院・退所支援について

Ⅲ. 6. 1 退院・退所支援についての業務は行なっていますか？

①と答えられた方は、内容を教えてください

- 在宅復帰や施設での対応困難ケースについては行っている
- 在宅復帰調整時のサービス検討や調整、特養施設・他施設への移動時の援助
- 情報提供書の作成
- 退所前指導で、訪問して住環境を確認。手すりの取り付け、生活動線の確認（p.t が同行して行っている）。主介護者との連携を図る。
- 退所後の状態の確認、家族へのアドバイス
- 在宅復帰のサービス調整依頼、退所前訪問他施設の紹介等
- 退院：病院へ出向き、経過や状態の確認を看護部と行い、退院日の調整を行う 通所：居宅 CM との調整や主治医への状態報告
- 退院時の調整（自分自身、かかわっていないためよくわからない）
- 退院に向け状態把握面接（本人・家族・HP）
- 件数がなく、実際には未だ行っていないが、必要な場合は行う予定
- 同施設介護福祉施設入所のお手伝い等
- 1件のみ退所の方向で話しが進められていたが、ご本人が入院、お亡くなりになられた。
- 今までに1件のみ、退所の方向で話しの決まりかけていた方に対し、居宅支援事業所とサービス検討を行った。（結局、退所前に病院でご逝去されましたが…）
- サービス担当者会議病院連携など
- 実績なし
- 生活相談員を中心に行っている。入院等により退院の見込みがない場合など、必要な支援ケアプランの内容などと情報提供をしている。
- 他施設の紹介等
- 退所時指導や在宅環境の整備（手すり等）
- 退院後のカンファレンスを家族・施設で行っている
- 入所後、3ヶ月後、ケアプラン説明時に行っている
- Dr とのムンテラ、家族様の意向を伺う
- 退所に関しては、次の施設等への情報提供
- 退所判定、家族（本人）への説明、行先確保調整・申込（在宅・施設関係者）
- 退所前カンファレンスの開催、SW が家族との調整を行い、CM との連携をとっている
- 退所後の施設などを見つけ、利用者や家に不自由がないように支援、後のサポートを行う。
- 居宅ケアマネジャーを中心に、各部門の情報提供をしている
- 在宅への（CM）情報提供、家庭訪問、介護指導調整、家族への生活指導等、在宅復帰に向けての担当者会議に参加し情報提供
- 入院中、医療職との連携及び担当者会議開催
- サービス担当者会議の際に出た意見を、プラン交付時に説明し、他施設申し込みや在宅受け入れしてもらえよう話している。
- 通常相談員が行っているが、プランの説明・同意時に退所支援を行う事もある。
- 次施設との連絡調整 ・在宅の場合は担当ケアマネジャーとの連携、退所前後の訪問など
- 退所先が自宅のときは、大抵訪問して生活環境、日常の介護の仕方の指導、本人への支援をおこなう。施設のときは、情報提供、ケアプランの引きつぎのためのケアプランの配布など
- 介護サマリーの作成、家人や他の施設へ移られる時に情報を提供する
- 相談員が対応しているので、くわしく分からないが行っている
- 在宅復帰の検討
- 相談員が担当しているため、内容はよくわからないが支援している。
- 退院についての日程調整や状態の確認
- 生活相談員を中心に退院時の支援を行っている
- 病院・家族の日程調整、搬送車、運転車、付添等調整
- 相談員とケアマネが兼務であるため、退所指導は随時相談員として行えている
- 相談員として行う
- 相談員である自分が行っている
- 医療頻度の増加者に対し、他施設への転入所申請援助
- 入院中、病院へ行き、情報収集し、病院・家族で話を持つ機会を作っている。
- 在宅用カンファレンス（サービス担当者、家族、本人） 在宅 CM との調整 在宅家屋調査 etc
- 本人・家族の希望で在宅サービスまた医療サービスへとついでいる
- 自宅に戻られる時は、今後自宅での生活環境に合わせ、ベッドの高さや向きを合わす。一人でどこまでできたらご家族の介助が軽減するか等を検討する。ご家族に移乗介助を覚えて頂く…など

- 今後についての相談受け、施設の情報おしらせ、新施設やサービスの情報把握、相手施設や居宅ケアマネとの連携
- ケアマネ、相談員、介護職、看護職等の他職種とご家族様とでカンファレンスを行い、長期入院や病状的に施設への退院が困難な入所者様について、今後の対応（退所支援を含む）を検討している。
- 加算はとらない。連携 HP が協力してくれる。とにかく家族とミニカンファレンス
- 在宅居宅支援事業所への情報提供
- 退所後の在宅または施設ケアマネへの連携票、情報提供の実施
- 退所は施設での対応が困難なケースで病院への入院でそのままのケースです。
- 病院や他施設への情報提供
- 退所前カンファレンス開催など
- 入所者の評価を他職種で行い、3ヶ月に1回のプランの見直しと必要時随時カンファを実施し、担当相談員を中心に家族・居宅CMと相談を重ね、退所へのアプローチを行っている。
- 家族への指導、ケアマネジャーへの引き継ぎ
- 担当ケアマネをさがしたり、転居先などについて家族の要望や本人の状態をみて紹介などしている
- 特養での生活というより、医療に依存する場合は極端に増え、医療施設に移られた方が1名だけありました。入所中の経過とケアプランを提供したのみです
- 3ヶ月毎の入所判定会議、もしくは、問題となることが発生したときに代表者会議で検討し、家族相談を行って指導している。
- 他施設の情報提供
- 本人が退所希望あった時は（家族も）RH、看護、介護と話し合い、また家族と話し合い、退所できる方向で調整している。
- 家族や病院の連携室と連絡を取り情報交換を行い、できるだけ早く退院できるように努めている
- 病院でのカンファレンス
- 居宅ケアマネにつなぐ
- グループホームで対応困難となった場合、次の生活する場になる施設をさがす
- どのようにしたらよいかと質問されることについて答えている
- ADLの低下、病気の悪化
- ケアカンファレンス
- 他の施設への転所の相談・支援をしている
- 情報提供、退居前の調整（次のステップへのつなぎ）
- 施設サービスとして行っています
- 送迎
- 退院についてはカンファレンスを行っておりますが、まだまだできてないのが現状
- 退院手続き…退院時カンファの参加～退院まで

- 退院日程調整や施設へもどれない場合、次の受け入れ先を検討する
- ①退院が病院から相談員に連絡がある。②ケアマネとフロアリーダーが病院に訪問して、状態の確認、また担当看護師に意見を聞く。③フロアリーダーと状態変更部分のケアの相談、必要なら各専門職に意見を聴取する。④病院より退院前にサマリーをFAXしてもらい、②③とサマリーを検討してケアプランを制作する。そのケアプランを施設長と話し合い、了解のもと退院となる。また、施設で受け入れができそうにない状態であれば、病院相談員、施設相談員、施設看護師、施設長で話し合いを行い対処する。
- 特養へ入る方法の伝授
- 家族への説明、指導等
- 退所プログラム作成
- 在宅復帰に向け退所前訪問、在宅復帰プログラムの作成、次施設へのサマリー等への情報提供
- 在宅へ帰れそうな方はリハビリ期間を設定し、在宅訪問でアドバイスをを行う。在宅介護が困難となった場合は、特養などの終身施設の選択、申込みを行う。
- 全てのことは一応している。退院の場合は病院の相談員との連携や受け入れの準備。場合によってはDrや家族との話し合い等もする。退所の場合もその支援の全て
- 退所1ヶ月前に在宅でのサービス担当者、家族、居宅ケアマネ、本人等を含めた会議開催。家屋調査の実施→リハビリの見直し、導入
- 家族との面談、退所カンファ、家屋調査
- 退所相談、関係機関との連携、退所前カンファ等
- 死亡退所、医療施設への移行
- 退院…病院、Dr、SW、NS、家族との連絡、送迎 退所…必要機関とのやり取り、家族との相談
- 退院…病院、Dr、相談員、看護師、家族との連絡、送迎 退所…必要機関とのやり取り、家族との相談
- お見舞業務としてケアマネジャーが入院先に出向き、状況把握、情報収集を行う。またムンテラにケアマネ（不可のときは相談員、看護師が）出席
- 病院との連絡、調整、送迎
- ・家族との打合せ、相談 ・病院との打合せ ・介護施設の情報
- 逝去のときの段取りなどの説明
- 退所された後のケアマネとの話し合いを持ち、施設での生活等についての情報を知らせる
- 病院、在宅支援専門員と情報交換を行っている
- 退所前の担当者会議には通常のメンバーに加えて在宅ケアマネジャーや在宅でのサービス事業所も参加されています。必要に応じて退所前に自宅訪問をし、必要なりハビリ、住宅改修等検討し、在宅のケアマネジャーにも参加してもらうこともあります。

- 退所前訪問等
- 退所前訪問指導 etc…
- スタッフと連携をとって情報の伝達を行っている
- 情報提供、退院・退所先との連携調整
- 別の施設へ移られるという退所の場合は、別の施設の紹介や情報の提供。亡くなられて退所の場合は荷物整理や届け
- 今後の担当者の紹介、ご家族の意向確認、在宅復帰される場合ケアマネへの情報提供
- 退院支援…ご家族と連携いし、退院時の介助などを行っている
- 在宅ケアマネ、家族、本人、職員（できるだけ全職種）と担当者会議を開き、必要時、在宅訪問を行う。
- 相談員業務との兼務
- 退所前カンファレンスを行い、その内容をサマリーで申し送っている
- 入院中のお見舞い、病院・家族との情報交換、退院前のムンテラ。退所時、可能な限り送迎の手伝い
- 在宅復帰はないが、医療機関へ入院されていて、施設の生活が困難な事例のとき、ご家族、医療機関のSWと連携を図りながら退所手続きを行っている。
- 病院と情報交換をしている。カンファレンスに参加する
- 退院・退職後、スムーズに施設に戻れるように、状況を把握して各部署に情報提供する
- 相談員と協力し、本人・家族を交えたカンファレンスを実施、在宅復帰の際に居宅ケアマネと連携し、スムーズに自宅への生活に移行できるよう支援
- 退所後の情報提供
- カンファレンスの開催により、情報伝達し、退院後についてアドバイスを行う
- 相談員と連絡を密にとっている
- 病院との連絡調整、状態確認
- 退所前訪問指導、退所後訪問指導

- 退所前指導、退所時指導
- 家族と面談、家への訪問、在宅CMとの連絡…
- 在宅復帰の場合、本人・家族の希望の下、居宅ケアマネ・在宅サービス担当者などとの退所前カンファレンスを持ち、サービス調整をしている
- 必要に応じて情報提供や随時対応
- 退所の前に多職種話し合いを行って参加。在宅サービス部門、家族・ご本人混じえて話し合い ・退所3日前にはサマリー、リハビリ情報を在宅CMに送信 ・退所日には本人様、家族に会ってその後の対応に心配はない旨（連絡ができています旨）説明して送り出す
- 特養なので医療ニーズが高くなったとき
- 次に行く施設への情報提供、必要に応じカンファレンスや面接立合い
- 入所者を支援相談員とケアマネで分担し、退所相談を行い、老健や特養の申請を行っている
- 老健・特養の申請、在宅サービスとの連携のために情報提供をしている
- 送迎、ムンテラ等
- 病院の相談員との調整、カンファレンス、家族との調整、本人への面接・相談
- ケアハウスなのでGHや特養へ

【その他】

- まだ、該当ケースがない
- 今の所実施なし
- 対象があれば対応するが、今特に対象がない
- 該当事例がないため
- これまでに在宅復帰された例がない
- あまり事例なし

Ⅲ. 6. 2 退院・退所支援時、施設内の他職種との連携はスムーズに図れていますか？

①と答えられた方は、どのようにしておられますか？

- 情報を共有し、退所後の生活に必要なケアについて、アプローチしている。在宅復帰の方に対しては可能な範囲で退所前訪問実施している
- こまめに時間をとりながら、とりもれないよう情報を調整している。
- 看護師との連携により病院からの情報は速やかに現場に伝え、ケアの方針をカンファレンスする
- 施設内のケアマネジメントは、施設ケアマネが中心に、プランの作成や評価を行っているが、リハビリ・栄養士・CWとも情報を共有し合い、協力を得ている
- 看護からは、在宅復帰時の注意点を（身体的な）聞き、リハビリ技師さんからは行動、動作時の留意点を教えてもらいます。介護からは個人的対応のしかた（日頃）を聞き、在宅介護の参考として、家人に伝えていきます。
- どちらとも言えない
- 退院：NSも状態把握を行い、介護職・栄養士への報告を行っている 退所：居宅CMに対して、介護NS職からサマリーを提供する
- 自分自身、かかわっていないためよくわからない
- 受入れ前カンファレンスを開催
- 診療所と連携し、体調管理をしている
- 今までに1件のみのため、くわしくはわかりません。
- 実績なし
- 医療機関から退院→生活相談員を中心に退院時支援、情報の伝達をしている。必ず退院後1w以内に退院後カンファをCMが調整しケアの方向性を検討し、ケアプランを作成し、統一したケアを図っている（看護サマリー等を参考にしている） 場合により退院前カンファも検討している（生活相談員共に事前相談） ○退所時、生活相談員が調整、必要な情報を提供（ケアプランなど）
- 相談課による居宅ケアマネとの連携、またリハビリや介護、看護の連携はとれており、情報を共有するよう努めている
- 退所の検討会議に出席している。
- ショートカンファレンスの時多職種で行っている
- 相談員・看護師・医師との話し合いを密に行っている
- 退院の様子を職員に適格に伝えることができる
- カンファレンス、申し送りにて情報交換
- 看護師との連絡、意見をきく
- 退所と方向決定後のカンファレンス等の再三の報告。対応の進捗確認
- ①入所時に退所までの流れを説明②リハビリのゴールの設定
- ③退所前カンファレンス実施 ①ー③までスムーズに流れたケースではうまく連携が図れる
- 退所前の調整は主にSWが行っているが、退所前にあたっては（必要に応じて）カンファレンスを開いたり、退所前訪問を行うなど他職種との連携は図れている。
- 現在、そのようなケースがまだないのでわかりません
- 退所の理由を明確にして、必要な支援を他職種へ依頼する
- 本人の状態がケアを通して把握されているため共通認識がある
- 退所時指導書類の作成をそれぞれの職種により実施している。必要時は、それぞれ職種と調整して、健康指導や介護指導、リハビリ指導、実施したり、在宅改修のための家庭訪問等実施している
- 当苑においては、退所＝死亡である。各専門職各々に対応出来ている。
- 連絡しなければならぬ事、明確に伝わるようにしている
- 実際に上記のケースに当たったことがないのでわからない
- 相談員が各職種、他施設、居宅らの連絡調整をしてくれている。必要なメンバーが集まり、話し合いをしている
- 情報の共有
- 会議等で報告し情報を共有する
- 図れかけてきたところ。ケアマネが各スタッフに情報提供し、とりまとめをしている。
- まめに連絡したり、場合によって話し合いの場をもうけている
- 相談員や看護師が対応することが多いが、同施設内であるため随時情報はくれており記録の入力も行ってくれている
- 相談員を中心に行っている
- 担当の相談員が他職種に連絡をする。
- 退院時（退院事前）に状態について、医務室（Drを主に）を中心に情報収集し、受け入れが可能か否か判断（医療面について） ・ADL等については担当ケアマネ、相談員を主に情報収集し、受け入れについての調整（プランの見直し等も含めて）を行う。
- 医務室相談員、介護主任の介護士との協力意志、信頼関係
- 退所カンファレンスやモニタリング時に各職種に問い合わせ等を行っている
- 近隣施設とのこれまで連携のつきかさね
- 充分ではないが情報を伝えるように努めている

- 介護職に情報がしっかりと伝わるように回覧、ミーティングを行っている
- 事前に（入所前よりの在宅への意向確認）確認し入所後各スタッフ、家族と調整しながら行っている（担当者会議や日々の打ち合わせ）
- 入院されている方を相談員か病院に行き最近の状況を報告してくれる
- 病院・在宅サービス関係者と事前に打合せし、本人・家族も含めたカンファレンスを行っている
- 6.1で記入した通り、担当者会議をもち、ケア内容を統一する。
- メール等での連絡、各退所時書類作成のとりまとめをしている
- 夕方のミーティング時、朝の会議等に報告（相談員、施設長）
- 6.1に記入したが入所者様の状況、状態の情報共有を図り協力連携している。
- しょっちゅうミニカンファ
- 相談員を中心として他職種との相談を行っている
- サービス担当者会議の開催により、情報交換、目標評価など確認を行っている。
- 会議等で協議できる時間がある
- 看護・介護サマリーとして入院時に渡している程度。家族の希望あれば対応できる施設など紹介は口答でしている
- 相談員を情報の真ん中に位置し、そこから他職種との調整をする
- カンファレンスは可能な限り出席してもらっています。欠席の場合は書面で報告しています。
- カンファの実施、意見交換を随時行っている
- 口頭、文書での申し送り、ミーティング
- 事業のグループサービス量が多く、支援しやすい状態である。
- 相談員が一手に行っている
- 生活相談員を中心に状態が特養での生活の継続か、医療機関での治療を中心とした生活が利用者の生命を守るうえで重要になるかを本人、家族、医療、介護とで何度も話し合いをもっている
- 相談から書類を回している
- 会議や文章で連絡をしている
- サービス担当者会議で話し合い調整している
- 退院前には病院へ訪問して様子を伺い、その様子を伝えている。必要に応じカンファレンスを実施し、その結果を事業所内職員に報告している
- 必要があれば、看護職、介護職もカンファレンスに参加する
- ケース会議を行う
- 相談員が主体となり、行っている
- 看護職からの情報提供、介護職からの情報提供を出してもらい、まとめている
- 日誌、ミーティングで情報を共有している
- 全職員に伝達をすぐ行う
- メモを活用し、情報伝達している
- ケアカンファレンス
- 介護士のみである
- 養護老人ホームであり「ケアマネジャー職」として独立していませんので
- 退院前情報も社内メール配信にて周知。退院後即日多職種でカンファレンス開催
- カンファレンスをしている
- 病院から情報を伝達したり、退院カンファレンスに他職種を同席させる
- 業務に携わっていないためわからない（相談員が行っている）
- Ⅲ-5-①に同じ
- 補助具の選択（リハビリ）、介護方法（介護職員）、栄養指導（管理栄養士）等必要に応じて
- 情報交換
- 書面による意見参加、ケアカンファレンス
- 在宅訪問時はリハビリ担当に同行してもらい、居宅CMとのカンファレンス時も同席しアドバイスを行う。特別、医師からの情報提供が必要な場合、かかりつけ医に連絡を行う。診療情報提供書は必ず作成している。栄養士からも適切な食事内容など書類を作ってもらよう依頼している。
- ほとんど自分でしている。おおむね指示するのみ
- 情報把握後、介護、看護の責任者と対応を打ち合わせ、退院に備えている
- 文章での情報交換
- 介護職、看護職に状況の報告を行い、連携を求めている
- 会議に諮る、周知する
- 話し合い時に同様に参加してもらっている
- 退所時指導書を各職種に記入してもらいます。退所前の担当者会議にて、目標を明確にします。
- 相談員が核となり、情報伝達を行っており、ケアマネとしての負担は少ない。ただ看取り後のカンファレンス時のとりまとめ役となっており、その点での調整などに労を要する
- 相談員と病院との退院や退所の日程が決まり、ケアプラン作成や看護、介護、栄養士などの意見が聞ける
- 相談員・看護職と連絡をとりあっている
- 連絡調整を確実に行う
- 医務（看護）スタッフとの情報交換、介護スタッフへの情報の伝達を図っている
- コミュニケーション
- 必ずカンファレンスを開催している
- 退所前カンファレンスにて情報をまとめている
- 看護職には報告している
- ケアマネが日程調整し、各担当者が出席できる人を選び、できる限り多くの職種で対応している

- 何とか図れている。相談員との連絡後、各担当者とのカンファレンス
- 退所前カンファレンスの実施にて
- 退所前カンファレンスなどの場で、各職種の意見を聞き、検討している
- 日程が決まり次第、把握できている内容は全部署に流し、受け入れ体制をとってもら。暫定のケアプランを作成（医務等、栄養士等も相談の上）し、ケア内容の確認も一緒に行うことができている。
- 医療面、介護面等、各主任と協議しながら行っている
- 小多機は職員数がすくないので、他施設と比べるとまだ話がしやすい
- 的確な情報を提供する
- 相談員が行っている
- 在宅復帰の際は、居宅ケアマネと情報共有、退所までに必要な支援をケアプランに反映し、担当者会議にて周知する
- 退院時には、病院医師に状況を確認し、スタッフ間で対応を統一している
- 退所は、亡くなられた場合か状態悪化で入院され、そのまま退所になる。入院の場合はNSが病院と連携し、主治医と連携している
- 退所決定となれば、それぞれの職種に連絡している
- カンファレンスでの連携確認等
- 病院の相談員と私（ケアマネ）の間にグループホーム相談員があり、調整を図っている
- 状態確認を行い、その情報を各職種に伝えている
- 居宅ケアマネとの共通、退所前訪問指導を行ったりしている
- 相談員→ケアマネ→担当スタッフ ※毎日の申し送りに入っている
- 他職種で会議
- 各部署の職員が集まるサービス担当者会議で検討を行い、それぞれで持ち帰り支援を行う。またその都度、経過やスムーズにいけない事を検討している
- 退所後に必要と思われるサービスに関連したスタッフ（各専門の）中心に相談し、退所前のケアに反映させている
- 相談員が行っている
- 日常的な意見交換、連携
- ・退所前にフロア内で多職種で集まって話し合い、最終確認をする
・退所前の在宅関連の方々、家族・本人様参加の話し合いに、各職種が参加して最終意見交換をする
- 看護師、医師の協力がある
- 退所の見通しが立ったときに情報共有と役割分担を行う ex NS→サマリー、薬の準備 相談員→代理委任引きつぎ 介護職→荷物整理 介護面での送り etc
- ケアマネから働きかけ、リハ等他職種から情報収集している

- CMからの働きかけで、情報収集している
- 退院と決まった際には、各部署が連携をとるために、相談員が中心となり行っている。その業務を担うことがある
- 看護師も病院でのカンファに参加し、情報の収集にあたっている
- SWへつなぐ
- 看護サマリーや病院からの聴き取りで情報交換が行えていると思う

②と答えられた方はどんな支障や悩みがありますか？

- 現状で家族がみれない等の理由でできない
- その1件のケースでは医療依存度の高い方だったので、介護職と看護職（その中でも一部ですが）の連携は取れていた。施設でも初めてのケースでCMより、施設の部長が中心になっており、部長の中にもCMとの連携という意識は低いように感じた。
- 図れているケースもあれば、そうでないケースもあり病院や施設の体制による。
- 役割分担が明確になっていない。
- 現場職員は都合のいい利用者を選びがちである
- 退所支援は相談員より行われる事多く、他職種へは書類記入の依頼のみとなっている。
- 何度も同じ事を言わないと伝わらない
- それぞれが自分の持ち場で援助をしている。除法提要はあるが伝わらないことがある
- ケアマネジャーがかかわる事がない
- 話し合いをする時間の確保ができない
- 主に施設内と家人とで方向性を決めることとなるが、家人の理解・協力が難しいときが困難
- 3ヶ月入院され、自動退所になられた場合に今後どのようになるか等、話し合いができない
- 看護師との医療面での連携が不十分
- 情報があるのに気づいてくれなく、これまで通りのケアをしようとする
- 今のところ未実施のため、何とも言えません
- 主に相談員が行っているが、連絡が来ないケースがある。
- 時間が合わないことがある
- 退所設定は相談員やモニタリング時に確認は行っているが、退所支援に向けての関わりについてはまだスムーズには行っていない。
- 退所前訪問指導等の日程を伝えられていなかったりしたときがある
- 行っていない
- SS担当なので特にない

- 支援相談員にまかせている
- 特にそのような事例がない
- 自立支援という基本は変わらないが退所される方がない。結局死亡退園となってしまう

- 相談員が主になって行っているが、医務・介護との連携に時間がかかっている（ひとつひとつ、確認をとっているため、その都度）
- 連絡体制、部署により伝達時間に差ができる

Ⅲ. 6. 3 退院・退所支援時、外部の他職種との連携はスムーズに図れていますか？

①と答えられた方は、どのようにしておられますか？

- 情報提供を行い、在宅復帰者については退所前訪問時に各サービス担当者が集まり、退所後の生活についての意見交換ができるよう調整している
- 状況変化等あれば随時連絡したり相談を行うよう心掛けている。
- （どちらとも言えない） 外部の情報提供は、電話にて最低限の事柄にとどまっている。自施設では行えていると思うが、他事業所ではどう思っているのかわからない。尚、問い合わせがあれば適時対応している。
- 退院：地域連携室を通じ調整依頼をしている
- 自分自身、かかわっていないためよくわからない
- 面接への参加依頼、情報提供依頼
- 6.1 と回答同じ
- 6.2 と同
- 実績なし
- 生活相談員が中心に担っている。ただ、CM 同士での情報交換・提供、ケアプランの引継などはやっていても良いと思う。施設 CM としての地位や独立性が居宅 CM と同等にならないと組織としての立場が優先されると思う。状況、施設 CM の独立性は■と思う
- 相談課職員による、居宅ケアマネとの連携がとれている
- 相談員で外部他職種と密に話し合いを行っている
- 地域包括と連携をとっている
- Dr との連携がスムーズにできていると思う 受診等
- 次の施設の担当者とやりとり（情報提供）をかわす
- 必要なケースにおいて、施設に来所願い、カンファレンス等実施。難しければ、架電・FAX 等にときちんとして情報提供に心掛けている
- 主に在宅復帰される方については居宅 CM や関連事業所の方と退所前カンファレンスを開催し、情報の共有化を図っている。
- 現在、そのようなケースがまだないのでわかりません
- こちらの情報を適切に伝え、その後のアフターフォローにも十分対応する
- 在宅 CM への情報提要进行うことに重点を置いている
- 連絡しなければならぬ事、明確に伝えるようにしている
- 実際に上記のケースに当たったことがないのでわからない
- ケアマネ事業所によります
- 相談員が各職種、他施設、居宅らの連絡調整をしてくれている。必要なメンバーが集まり、話し合いをしている
- 地域で連携会議がもたれている
- 相談員が主となって対外的な関わりをしている。ケアマネジメント連絡用紙を活用している。また、入所中のケアプランを退所後、担当される CM さんに渡している。
- 退所時連絡表・ケアマネジメント・連絡用紙などにて連携を図っている。
- 連絡を十分している
- 居宅ケアマネに、生活状況を伺い、一緒にカンファ、在宅訪問に同行などおねがいしている
- まめに連絡したり、場合によっては話し合いの場をもうけている
- 相談員を中心に行っている
- 相談員が連絡をしている。
- 事前に医療面、介護面についての情報収集を行っている（退院前）
- 皆が各々忙しい中での調整となるので「お互いさま」の助け合いの精神のもと調整、介護士、主任、NS、相談員が退院時搬送
- 必要時に電話で連携
- 充分ではないと思う。理由は書面を出すのみになっており、充分伝わっているか不安
- 必要に応じて併設施設の NS と連携を持っている
- 在宅 CM との調整、在宅 CM から在宅サービス担当者への連絡調整を行ってもらっている
- 相談員が行っている
- 主に協力病院と居宅介護支援サービスに日常からコミュニケーションを図っている
- tel などで連絡をとる。サマリーにて各職種からの申し送りを文書にして渡している。施設へ退所→相談員・自宅へ退所→ケアマネが担当している。希望時には、センター方式アセスメントシートも渡す。
- 入院となりそのまま施設退所となるケースが多いので、入院時のアセスメント報告のみとなっている
- 関連施設（病院）との情報共有を図り、病院でのムンテラやカンファレンス時、必要時、施設職員も出席させてもらっている。
- しょっちゅうミニカンファ
- 連携病院との情報交換を細かく行う
- 在宅のケアマネとは連携がとれている
- 情報提供を行っているが、特に問題はない
- 退所サマリーのすみやかな作成、問い合わせ担当スタッフの名前を記載
- 相談員が外部と連絡を取り調整しています。

- 担当相談員が連絡、調整行っており、担当 SW から施設内職員へ情報発信されている
- 病院へ出むきカンファレンスに参加したり、来所頂き、カンファレンスを開いたりしている。
- 相談員が行う
- 情報提供をもとに連携を図るよう努めました
- 相談から、必要な書類、及び在宅のケアマネジャーに連絡をとり、サービス担当者会議を設けている
- 文章で連絡している
- 包括支援センター、社協など関係者に連絡している。ネットワーク会議での情報交換する機会がある
- 小規模なので、外部のサービス利用なし。福祉用具の事業者とは、連携はスムーズに図れている
- カンファレンスを行い、相談員、NS、介護職が情報提供(収集)、周知徹底できるようにしている
- 病院であれば、地域連携室のケアマネジャーと連携をとったり施設であれば、相談員と連携をとっている
- 協力病院との連携はとれている。その他はなかったように思う。
- 退所先の相談員と連絡をしている
- ケアカンファレンス
- 情報交換を密にしている
- 書類作成は行ったださる（主治医より）
- 養護老人ホームで、職員体制や医療的ケアの制限も実際にあり、ケースによっては困難なこともあります
- 事前に聞き取り訪問や電話聞きとりを行う
- HP でのムンテラなどに参加している
- ささいな事でも情報を提供したり、利用者さん（家族さん）の現状や希望を明確に伝える
- 業務に携わっていないためわからない（相談員が行っている）
- 退所は死亡退所がほとんどです
- 忍の一時で頼みこんでいる
- 居宅ケアマネジャーへの連絡、カンファレンス
- TEL、情報交換
- 電話での入退所調整、在宅復帰へ向けたサービス担当者会議の開催、参加
- 居宅 CM と各事業所が施設に来られ、入所中の施設の様子など伝えている。また、文書も作成し渡している。
- もともと在宅のケアマネをしており、他職種との連携等、さほど困難な思いをしたことがあまりない
- 居宅ケアマネとの連携
- 退院前カンファレンスは必ず参加している
- できるだけ細かい情報が行くようにしている
- 病院の地域連携が整備されている
- 事務手続きについては密に連絡がとれている。それ以外には必要なし
- 病院などと電話連絡、文章通知している
- まあまあ図られている
- Ⅲ. 6. 1 に同じ
- 死亡退所が多く、頻度は少ないが長期入院による退所時は、相談員中心に動いており、特に支障はない
- 居宅 CM
- 相談員が行っている
- 外部（居宅）CM、家人等と連携が図れている
- カンファレンスを行い、他部署と連携している
- 病院ソーシャルワーカー、看護師、Dr 等医療スタッフとカンファレンスを開催している
- 退所前カンファレンス
- 担当部署の方と電話・面談にて、情報交換や協議をしている
- 外部の者の都合に合わせるよう調整する
- 退所前カンファレンスの実施と書類等の連携
- 入院先の SW、また転院される SW へ情報提供を行っている
- 同じ法人内の特養やグループホームへの入所されたこともあり、情報提供しやすかった
- 的確な情報を提供する
- サマリー、TEL などで状態を伝えあっている
- 特養からの他施設に転院されることはない。病院へ入院される場合は NS が連携している
- 情報提供している（書面、口頭等）
- 居宅ケアマネとの連携が主
- 居宅ケアマネとの情報共通
- ・退院時は相談員が何度も足を運んでいる ・退所前指導では、介護職・リハスタッフ・相談員が参加
- 会議への在宅ケアマネ、業者の出席
- 外部の他職種により差は大きい。スムーズに図れている場合は、カンファレンスを開催したり、連絡を密にとっている。
- 居宅担当のケアマネに連絡し、現状（pt の）を伝え、日程調整が可能なときは当施設で会議を開いている
- 1ヶ月の入所の方も、在宅との往復型利用の方は、ほぼ全員に在宅関係者の方々との話し合いの場を施設内で持つ（約1時間）。それによってサービスが、変更なしでいけるか確認し合い、家族・本人様にもそれを確認して頂いている
- カンファレンスを開き、協議している
- 6. 2 と同じ 必要に応じカンファレンスを行い、役割分担
- 在宅については細やかな情報提供を行っている。他施設については、ケアプラン等の連携は行っていない
- 在宅復帰については、細かく情報提供することで図れている
- 相談員が行っている。たまにその業務を担うことがある
- こまめに連絡・調整
- 居宅ケアマネ等

●状態の把握を行うため、生活相談員とともに病院へ出向き、直接確認できている

②と答えられた方はどんな支障や悩みがありますか？

- 外部との他職種との係りがないので
- 見解や認識の違いから、在宅でのイメージが伝わらず、留意点などが行えない。伝わらない。在宅につなぐ迄がギクシャクする。施設側の意見は全く聞き入れないなどがあります。
- 個人情報保護という観点から一旦手元を離れると情報が伝わって来ない事が多い
- 6.2 参照
- ない
- CM 自体がさ程関わっていない。疎外感を感じている
- 事業所の体制により困難な場合あり。
- 特に支障なし。
- スムーズに行くケースは時々あるがケアプランの共有化。退所前カンファレンスでの具体的な検討までがなかなかスムーズに進まない
- 通常の連携が図れていない（ケースがある時のみ）
- 措置入所の利用者で、市役所と連携を図る以外は、ほとんどなし
- 外部の他職種の方とは接する機会がない。ほとんど相談員かケアマネのみと連携するだけ。
- 看護サマリー等の記録の情報をもらう程度でカンファレンスをするわけではないため、細かな状態の把握はむずかしい
- 支援対象者が今のところない
- 退所前担当者会議を開催し、施設職員と在宅ケアに携る職員さんと質疑応答を図るていどで、それ以上積極的には行えていません。
- 前問同様

- 日々のつながりが少なくない。入所面接の時くらい。
- まだやったことがないので分からない
- 業務を行っていないので分からない
- 3ヶ月入院され、自動退所になられた場合に今後どのようなか等、話し合いができない
- 在宅への退所、支援は現実ではほとんど行えている
- 今のところ未実施のため、何とも言えません
- 退所理由が死亡のことが多く、そんなに退所の支援という機会がない
- 自分は連絡をとっていない
- 間接的になる
- 連絡調整がうまくとれない場合がある
- 退院の際、病院との連携がうまくいかなかったときがある
- 行っていない
- 勤務の都合上、カンファレンスに出席できないときが多いが、何かあれば相談員から連絡をもらっているため、何とかスムーズに退所されていると思う
- 退所前のカンファレンスに外部の職種の方々に集まって頂くのは難しい
- 全てとは言えないが、ムンテラでの話の内容や状況についての説明、サマリーに書いてある内容等が、本人の状態と違っている場合や、必要事項の抜け等があることが多々あり（病院）
- ？
- 支援相談員にまかせている
- Ⅲ.6.2と同様
- ご家族と疎遠なことが多い
- こちらの声かけに反応がなく、困ることがある。
- 自立支援という基本は変わらないが退所される方がない。結局死亡退園となってしまう
- 相談員として行っており、そこで得た情報は必ずケアマネにも伝える

IV 組織体制について

IV. 1 人員配置について

- 他6名に関しては、最終の確認と作成補佐をしている
- グループホームの計画作成担当者兼主任をしている。各入居者の担当ケアマネは、同法人の居宅支援事業所のケアマネが行っている
- 小規模 17名
- 兼任が50件担当している
- 運営規定では上記ですが、実際は1名では困難であり、3名の介護士兼ケアマネが協働して行っている。
- 3療養棟各50床あり、各階に兼任ケアマネが2名程おり、ケアプランの説明や、ケアプランの検討確認等行っている
- 施設ケアマネがすべて行っているが、適宜他のケアマネが作成する時がある
- 1名が相談員兼務、他2名は介護職（ケアマネはノータッチ）
- グループホーム9床、デイサービス デイサービス利用者4名
- SS20床
- SS20床
- 1名はパートであり、時間も無く担当者会議をまとめたり、調査申請の手続きを行っている
- *ショートステイ20床を含む 専任ケアマネがほとんどの業務を行い、兼任である自分が一部を協力している
- 内ショート20名 月毎にケアマネ業務する担当を決めて、見直しやサービス担当者会議を計画している
- 専任が80ケース担当し、兼任が点検をしているだけ。
- 専任が入所96名（件）・ショートステイを担当し、兼任が確認行っている。
- 全員が兼任であるため担当件数を決めず、各々の立場から意見を交している
- 専任が管理・兼任者は現場におけるケースの状況把握等に努めている
- 専任が100名担当し、兼任が補佐
- ※その他、ショート利用者数名担当
- 専任が100件担当し、兼任者が全ての補佐をしている状況
- （ケアマネジャー総数）3名はケアマネの仕事をしていない（担当者数）ショートステイ含む延べ人数
- （約10名）
- まかせれる方は支援相談員と担当を分担している
- うち4床はショートステイ。プランは分担して立てている。サー担出席は相談員
- +ショート10名
- 専任が100名担当し、兼任者がそれぞれ補佐をしている
- 短期7床 専任が長期86名、短期7床、兼任が短期9床を担当している
- ショートステイ利用者も含む ケアマネジャー総数1名はNSとして仕事をしており兼任ではない
- 専任（内パート1名）フロア担当制となっており、1F 20名（パート専任） 2F 44名（専任） 3F 44名（兼任） 4F 32名（専任）で担当
- 専任が150名担当し、ケアプランの説明と同意は兼任がおこなっている
- 専任が150名担当し、補佐をしている
- 兼任は50名補佐
- 専任が150件担当し兼任が補佐
- 専任が中心となり兼任が補佐行っている
- 今のところ、兼任は1人2名担当することになっている
- 小規模多機能施設
- 登録数25名 泊まり3床
- 主に専任が72名→兼任は2名（2F） 主に専任が74名→兼任は2名（3F）
- 小規模25

- 基本的には専任となっているが、実際は現場で人が足りないとき、業務に入っている
- ケアマネ6名のうち5名が活動し、内4名が15名前後の担当を持っている
- 私外の1名が新人のためフォローして行っている
- ケアマネジャーの資格を持っている職員が私しかない
- 着任者に入力や細かいチェック、現場指導の補佐をしてもらっている
- 70床を3等分
- 専任と兼任で分担している。専任者も生活相談員業務をされている
- 特養3フロア ・所属フロアは36名中、主任と私が半々でケアマネ担当（介護士兼務） ・他フロア53名は相談員兼任ケアマネと介護士兼任ケアマネが各々担当
- 兼任しているが、実状は1人で行っている
- 兼任者にも担当はしてもらっていますが、専任者が補佐を行っているので、またリピート利用、入院で退所されても再入所待機となっているため、実際には担当数が100:1を超えており、居宅ケアマネの担当数に対して多すぎる。業務内容は1人に対して1/3になっているわけではないのに
- 内パート1名
- 認定調査や新規入所時の担当者会議担当など補助的位置付け
- 専任者は非常勤であり、サービス担当者会議やモニタリング、訪問調査の件数が多い時は、担当外の利用者分を行う時がある。
- ケアワーカーとの兼務をしている職員と2名で体制をとっているため勤務上、面談等時間配分が必要
- 専任43件、兼務7件、ケースで分けています
- うち、短期入所15床 特養55床を担当。短期入所を併設しており、短期入所ご利用者も担当（月の利用状況によって人数は変わる）
- 私の場合、担当者会議に参加する程度で、現実的にはケアマネ業務に従事できていないのが現状である
- ショート10名
- 25名登録
- ショートステイの30名も担当している
- ショートステイの定員が10名で、ショートステイのケアマネ業務、初期面接も行っている
- +ショート50名
- 更新申請・認定調査その後のサー担資料（ケアプラン）の作成を数件している。サー担の会議録作成
- ケア実践や各話し合い etc、ケアに関する一連の流れは私（1名）が担当。もう1名は料金に関する手続き etc で参加。2名共ナースであり、ナース業務に対する急な応援には入っている
- うち特定施設30床
- ケアハウス
- 長期利用者と短期利用者として分担している

IV. 2 ケアマネジャーとして、ケアマネ業務の時間が保障はされていますか？

②されていない [理由]

- 自分の中で相談員としての時間とやりくりしている
- 兼務であるため
- 本来業務を任す代役がない。
- 主業務である介護職の時間で、一杯一杯である。
- 現場（ケアワーカー）の人員不足によりケアワーカー業務からぬけられない
- 業務のため、はっきりとしたものはない
- 介護職員の不足のため現場に入らざるを得ない
- 現場の人員不足
- 人員不足で兼務だと時間がない
- 介護職の空き時間でやっている
- 介護職・管理者の兼務
- 介護職と兼務なため
- 介護が優先されるため、プラン専従の日も業務に変更が多くなる。月2回では時間が少ない。落ちついてプラン作成する場所がない
- 明確な線引きがないため
- あくまでも相談業務が主体。ケアマネはほとんどサービス残業となる。
- 勤務時間内介護業務の間、または勤務時間終わってからケアマネ業務している
- 勤務シフトに組み込まれているため、時間がとれない
- 基本的な現場の仕事をし、あいた時間にケアマネ業務をやっている
- 他業種と兼務のため
- 兼任で一部の協力であるため
- 状況によっては1日全てを使うことはできないこともない
- 現場が忙しい
- はっきりとした、ケアマネジャー業務を元々していない
- 勤務がまわらないため
- 職員数に余裕がないため
- 介護人数が少ない
- 現場の介護士の業務が主になっている
- 介護職と兼務のため介護が中心になっている
- 介護業務に追われ時間が取れない
- 業務内容に入れていない。
- 自分の判断で、兼任業務との時間をつかい分ける
- 明確に〇時～〇時までケアマネ業務となっていない。業務中に行っている。
- 兼務業務だが他にケアマネ業務を行う人がいない
- 介護職の業務も行っているため
- ほぼ毎日残業となる雑務が多く難しい
- 介護の業務で通常の業務時間が終わる
- 毎日の業務に時間をついやされ調査の時間がとれない。休みにでて来たり、時間外に早く来て調査しています。調査に記入も休みに行っている
- 現在ほとんど看護業務のみに携わっている
- 介護職としての業務優先のため
- 兼任の業務が多い
- 介護業務が優先
- ケアマネの日にショートの面接や入退院の付き添いになることが多いから
- 兼務のため
- ケアプラン作成以外のケアマネ（居宅）のような業務がないため
- 介護業務がいそがしいため
- 業務時間内にやりくりして、ケアマネ業務を行っている
- 介護の現場に入っているので時間の調整が難しい
- プラン作成については、夜勤・宿直などの時間を使い作成している
- 兼任のため、勤務調整でケアマネの時間が確保されていても削られてしまう
- 現場に人が足りないとき、業務に入って援助しているため
- 業務時間の大半が介護職員としての時間であり、ケアマネ業務とする時間がない
- 相談員業務も多いため
- 現場で忙しくなかなか時間がとれない。人員を増やす予定ではあるが、現状難しい
- 業務内で終わらないときがある
- 名目上はあるが実際は残業・夜勤時に書類作成・整理となる
- 業務の中で「ケアマネ業務」として位置づけしていません
- 相談員業務がメイン業務で多忙
- 本来業務に+αでのっかっているから
- 介護士としての人員が不足
- 介護職を業務で行っているため、現場に余裕がある時は、抜けることができるが、抜けられない時は残業を行っている
- サービス提供に時間が必要であり、時間がとれない
- 相談員業務が優先になる時もあり、急ぎの方を考えて行っている
- 他の仕事が多い
- 他の業務が多い

- 受け付けと同じ場所にいるため、他の業務をこなしながらになる
- 兼務でイレギュラーな勤務が多い
- 兼務のため、他業務が優先になって(して)しまうことが多い。
- 他業務との兼ね合いがあり、むずかしいことあり
- 職員数の不足で、空いた時間にしている
- 相談員との兼務
- 月によって介護職の人数が厳しいことがあり、現場勤務が多いこともあるが、保障の努力はしてもらっている
- ①→専任なため ②→残業代は認められにくい
- 管理職であるため、その日によって業務内容が違うため
- 独自で事案調節を行う
- 相談員と兼務でいろんなことが起こるので
- 介護業務に入るため
- 現場の状況にあわせて手伝えることは度々ある
- 介護スタッフと同様の勤務体制である(変則勤務、夜勤あり)
- 他の業務が多すぎて後まわしになっている
- 兼務のため

- 兼務のため
- 兼務で時間の保障などなし
- 相談業務が主であるため
- 介護職が中心で、ケアマネ業務中にも介護業務に入らなければいけないときが多い
- 時簡易は意識して作らないと確認しにくい
- 管理職業が多忙なため
- 介護業務の合間での実施
- 業務が多すぎる
- 人員不足
- 兼務であるため、月に1・2日。他は残業でしている
- 現場が優先であるので欠員があれば現場に戻っている
- 兼務だから
- 相談員業務が多いため
- 専任でないことが最大の理由
- ケアマネ・生活相談員の業務の区別がつきにくい
- 兼務のため
- 他の業務量が多すぎて、後回しになる傾向が強い

IV. 5 施設内での取り組み

ケアマネジメント業務の向上のため、あなたの施設で、積極的に取り組んだことがありますか？

①ある と答えた方、具体的にどのようなことですか？ 差

し支えなければお聞かせ下さい

●地域の社会資源としての役割を強化していくにあたり、来年度委員会を立ち上げアプローチしていく予定。ケアマネとして積極的に活動に参加するよう施設長より任命あり

●カンファレンスの開催

●リーダー会議において、ケアプランの作成手順等の勉強会をした

●月に1回、施設ケアマネ会議を開催。情報共有等を行っている。

●確実にサービス担当者会議を実施する

●この1年、担当者会議を開いてきました。内容は、自分の力不足もありまだまだだと思えますが、開いているか開いてないかでは開いていますので、これから内容の充実を図れたらと思えます

●担当者会議の開催率を高める努力をしている。

●ケアマネ交流事例検討会

●各入居者の生活リズムに基づくケアプランの作成。それに向けたプロジェクト委員会を立ち上げ記録のとり方などの勉強会を開催したりした。

●施設の実態にあったアセスメント・モニタリングの書式を作成した。

●現場でのアセスメントの協力を得るにあたり、その視点・方法等の研修を行った

●適宜指導を受けている

●アセスメントシートを独自の物を使用するにあたり、ケアプラン委員会を作り、全国のシートを参考にて検討。また、オリジナルPCソフト開発してスムーズなアセスメント入力にも取り組んだ。

●プランそのものの理解の周知

●書式をセンター方式に変更に

●・他施設の計画書を参考にし、実施 ・マニュアルを今作り始めている ・申し送り、ケースカンファレンスで、サービス担当者会議の内容を伝達 ・外部研修の参加

●業務や、ケアプランについて知ってもらうため新人向けに勉強会を行っていた。

●ケアマネが集まって月1回話しあい、アセスメントの内容等、そのつどテーマを決めて話し合いをしている

●定期的に勉強会が行われている

●定期的に会議を実施している

●サ一担を日程を決め、多職種があつまりやすいようにしている

●ケアプラン勉強会や文書研修をしている。

●・ケアプラン勉強会等での研修会や学習会の実施 ・施設外研修への参加

●定期的に勉強会を実施している

●月に一度、ケアマネ会議を行い情報を共有したり研修を行いスキルアップの向上に努めている

●ケアプラン勉強会

●ケアプランの充実をはかるため、勉強会を開催している

●ケアプラン委員会

●必要時の勉強会開催。しかし充分ではないかもと不安になる。

●アセスメントの重要性、ニーズ把握のポイントについての研修など

●サービス担当者会議を柔軟に開催して各部署連携チームが運営しやすいよう体制を強化した。その分半年に1回のプランを見直しを1年に1回としている

●ケアプラン委員会をもち、定期的に検討している

●・施設内研修 ・ケアカンで、各職種の人の意見をきく時、要点をまとめてケアプランをどう変えるかというところまで相談して、ケアカンでみんなで変えたという意識をもってもらえるようにしている。 ・ユニットのサービス提案表内に、プラン実施のチェック欄と、プラン・介看計画と一緒にファイルしてサービス中にもプラン等の確認できるようにしている。

●ケアマネ会議を行い、意見交換や業務内容について検討している

●ケアマネ会議、1回/月以上

●定期的に学習会を行っている

●・ケアプラン勉強会 ・他施設との意見交換

●今年度より介護の現場でケアプラン作成にとり組みを支援している

●ご家族様の苦情があったときは介護、看護、ケアマネで話し合いをして対応している

●ケアプラン作成～ケアプランに沿ったケア等、ケアマネジメントの一連の流れが適正でなかったため、あたり前の業務に近づけていった。ケアマネジメントの流れについて介護職に対してミニ勉強会を行い6ヶ月毎に担当者会議、アセスメント、3ヶ月毎にプラン見直し等して行っている。現在進行中です。

●センター方式をみなで取り組んだことがあります

●伝達研修

●組織的に研修等、意見交換等行っている

●ケアマネジメント＝個別支援の向上、充実と考えて、研修その他職員の育成には積極的に取り組んでいます

●・現場多職種の作業分担の明確化 ・気づきシートの導入（プラン原案作成の）

●ケアマネ委員会を作り定期的な情報交換を行った。外部研修に積極的に参加し、業務マニュアルを作成。適宜見直しを行っている。

●1ヶ月に1回ケアプラン委員を開催

●本人の思いに沿って、ターミナルの方を、5年以上自宅にもどられない方をスタッフ2人で支援したなどで、現場スタッフのやりがいを感じてもらえるようなプラン作成で、モチベーションがupした。

●ハットヒヤリや事故の発生時、利用者へのリスクがケアプランに連動できるように、会議をもって検討していたが、今はできていない。

●専門書、外部研修会ほか

●法人全体での研修など

●アセスメントの他職種協同

●気付きボードを作り、スタッフが利用者さん1人ずつについて気付いた事を書き、ケアプランにつなげる

●ケアプラン勉強会、ケア会議の実施

●ポジティブケアプランのあり方を検討している

●ケアプラン作成に関する内容・知識の勉強会を介護職、その他の職種と一年間行った

●ケアプラン作成研修

●医師にサービス担当者会議に参加してもらうよう、働きかけた

●ケアプランの勉強

●月1回ケアマネジャー会議を開き、担当者会議等の時間短縮について話し合いをした

●内・外部研修

●・モニタリングに担当者が記入もれないために越えかけを行う
・モニタリング時原案を作成して説明同意を得る。要望等あれば内容を追加・修正し、サービス担当者会議で確認を行う
・ケアマネジメントの評価・面談にもれないためチェックシートを作成しチェックしている

●内部研修、外部研修への参加

●ケアプラン委員会を設けた

●モニタリング、ケアプランへの他職員への協同作業の指導

●アセスメント手法の勉強会を行った

●専任のケアマネとなったのは、この1年間のことで、他職種の人に専任ケアマネとは何をするのかを、皆に知ってもらうことが、まず一つ目に(上司に)行ってもらいました。今までが兼務だったので、皆の気持ち、切り替えが難しかったかも(現場が忙しいゆえに)

●介護職員にケアプランのふり返しをしてもらっている。日々の生活記録の様式をケアプランのふり返しができるよう工夫した。まだまだ模索中ではありますが…

●モニタリングの方法の見直し→介護スタッフに頼んでいるが、必要な情報がすぐ見れるようにした

●1ヶ月に1回、ケアマネ会議の時間をもち、相談員、必要時リハビリ、栄養担当者が参加(ケアマネは看護師・介護士が兼任している)

●研修の参加

●見直し期間、サービス担当者会議の確実な実施。サービス担当者会議録の様式を変更し、担当CWの意見、CMの評価が会議までに必ず記載できる形をとれるようにした。

●・多忙であるが、他職種の理解と協力のもと、週1時間のサービス担当者会議の確保
・新人職員へ対しての指導

●他部署の担当者と相談・協議する

●サービス担当者会議前の打ち合わせ、任意であるがほぼ100%の割合で打ち合わせにくる習慣がついている。1人にかかる時間は約1時間程。その際にスーパーバイズはかかれている。

●介護職がケアプランを作成して、実施していくように取り組んでいるが、力量に差があり、一部の介護職員しか作れない。3ヶ月に1度のモニタリングには、必ず担当介護職員、NS、管理栄養士、本人の参加で行い、その都度、ケアプランの見直しに必要な内容は全員に周知する。

●アセスメントから、ケアプラン、モニタリングまでの一連を、システムを使い、他職種と協働してできるようにしたこと

●過去に法人で勉強会を行ったことが何度かあり

●・最短時間で情報交換ができる仕組み作り→ネット上書類、情報のやり取り
・多職種があちこちで出会って意見交換できる仕組み作り→すでに確認し合った情報を持ち寄って話し合い、リスクを見て回るetc、動ける会議ともしている
・入所以後7~10日以内に本人はもちろん、全ての家族の方と面接(1ヶ月に2回以上会う)し、本人の人となり、生き様、こだわっておられたこと、好きでたまらないことetc、ケアに反映すること、家族の悩みetcの話をつい、整理して話し合いに投じている

●アセスメントの強化ができることの検討している

●新入職員へのケアプラン研修、相談課での定期的なミーティング

●新入職員のためのケアプラン研修、相談課での定期的なミーティング

●現場職員にセンター方式シートの一部をもらった

【その他】

●遠慮があり、まだできない。

●まだ開設間もないため、これからだと考えています。

●センター方式の導入

●本当はしたい思いはありますが、知識が足りなくてできていません

V. 施設ケアマネジメントの向上について

V. 1 研修の機会

☆どのような研修を望まれますか？

- 施設ケアプランに対する研修
- 標準的施設 CM の業務。対応困難ケースの考え方。施設内の CM の立ち位地。施設 CM の使命、役割、目的、施設の求める CM 像。CM の精神的支えのもち方。
- ケアプラン作成に関する
- 施設ケアプランの考え方、特に長期入所せざるを得ない要介護者プラン
- 事例検討、施設ケアマネが抱えている悩みの共有、解決策の検討
- アセスメント
- ケアプランの質向上
- 事例検討等
- ライフサポートワーク
- 施設 CM はその施設によって業務内容が変わっていると思いますが、どのように動いているかとか、悩みや困っていることなど話し合える場があればうれしい。メンタルのケア
- 施設ケアマネジャーの仕事内容などを確認できたり、モチベーションをあげる研修を受けたい。他施設のケアマネの話や連絡会のようなものが定期的にあるとうれしい。
- 小規模多機能のケアマネジメントの研修会
- 施設ケアプランについて（特養）
- ・具体的なアセスメントからケアプラン、モニタリングなどの例 ・ユニットケアにおける現場主体のケアプラン作成 など
- ・ケアマネジメント ・情報共有 ・チームケア etc
- ケアプランの活かし方（実際のケアにどう活かすか？）
- 対人援助技術・小丹生にけーしょん技術・コーチング技術
- 施設ケアマネが交流できるような研修を希望する
- 自立支援に向けてのより良いケアプラン作りについて、身体拘束について、廃止にむけての考察の仕方など
- 他職種へのケアマネジメント研修
- センター方式
- 現場との有効な連携について
- ・他職種との連携 ・相談員業務と CM 業務について
- 施設ケアマネに望まれること、施設ケアマネはどこまでの仕事をするのか
- ケアプラン作成のスキルを学べるようなもの
- その人らしい人生が送れるプラン作成
- ケアマネジャーやプランの研修（具体的な作成に関するもの）
- 精神的に問題のある方のケアマネジャーとしての関わり方
- 具体的なケアプランの立案について、ケアマネの経験が少ないので、自分が今実際にしていることに対し、これでよいのか、どうかわからない
- 居宅・施設を分けた研修
- ケアマネジメント実践及び記録
- 事例をもとにプランの立案
- ケアマネの仕事をほとんど行っていないため
- 施設の種類別に別れた研修、具体例がわかりやすい。居宅ケアマネと合同の時等、グループワーク等でも話がずれてくる。
- 施設ケアマネ同士の意見交換
- 施設ケアプランの作成のポイントや、作成にあたる必要事項など
- 接遇に関すること 会議のすすめ方
- ケアマネとしての研修はないが、介護に関する研修の機会は多い。介護に関するものなら、何でもうけてみたい
- 各施設・各事業所で様々なプラン内容となっている。ある程度統一できるような研修文言の統一、記入方法の統一、施設でのモニタリング方法等
- 施設ケアマネを対象としたケアマネジメントの考え方や方法、事例検討等
- 実用的なケアプランの事例を知りたい。
- 具体的な内容のもの、例えば事例検討等。またその内容（事例検討の内容も含め）が、実習形式のものとして講義形式（特定の事例について具体的に、ポイントをついて講義されるもの）との合わせた内容等が実践的と思われる。
- ケアプランの事例検討の内容等について詳しく教えてくれる研修を望みます。
- 事例検討会
- 施設ケアマネジメントの各施設での取り組み状況。プランそのものやシステムも
- 施設、グループホームのケアマネの研修（ほとんどが居宅中心のため）
- 「ケアプラン作成」、「在宅復帰」
- 実践理論的な内容や抽象的な内容でなく、「ケア効果を高める具体的な方法：の内容がご指導頂けるものとしてほしい
- 援助拒否への対応
- 事業所への実習、他の現場が見たい

- 施設ケアマネの専門業務、役わり、担う仕事について、位置づけ、これだけは必要という指針やスキル up のための研修
- ・安くて、研修を受けた事で「～研修受講済」等残るもの ・ 学者の意見を聴くだけで実用のむつかしいものは行く気がしない ・ 同じ立場の人と意見交換ができたり、施設内の他職責任者と一緒に受けて、具体的に業務改善に役立つもの
- 小規模独特のケアマネジメントについて。ケアプラン・援助についての範囲の考え方等
- 看取りのプランのたて方、プランにもとづくモニタリングを効率よくできる方法
- 個別性を尊重したケアプラン策定の工夫等
- 実際に業務に活かせる内容のもの
- ケアマネジャーの研修より、ケアワーカーへケアマネジメントの研修が必要と思う
- ・ケアプランの基本的作成 ・ ケームアプローチ ・ ニーズの引き出し方
- 面接技能
- 他の施設の専任 CM との交流 他職種協働のための調整の二つ
- 研修の人員が限られているので参加できないことがある。回数を増やし、うけやすくしてほしい
- 施設でのみとりに対してのケアマネジャーとしての関わり。ケアマネジメント、ケアプラン作成、偲びケアカンファレンスとがタイミング、プラン内容など重要な視点について研修が受けたいです。
- ケアプランの具体的な内容
- 事例検討会等
- ライフサポートの研修
- ・生活支援のためのケアプランについて ・ アセスメント、カンファレンスのあり方について ・ 援助が困難な方へのケアマネジメントについて、事例検討
- 何が適正なケアマネジメントの流れなのか時々分からなくなるため、今さら？と思われるかもしれないが、原点にもどった基礎的な研修があれば再確認したい。
- アセスメントに関して
- 制度法律の勉強
- ケアプランの検討をし合える研修
- 退所支援の方法
- 意見・情報交換、スーパーバイズ
- 施設での（従来型）個別のケアのポイント
- 施設ケアマネジャーの役割と仕事（書類関係も含めて） 他職種間の連携の仕方
- 最新の動向がわかればよいです
- 結局、どんなプランが正解で、どんなプランがダメとかの指針が明確でないので、上司の考え方ひとつでプランの質がかわってしまう

- 事前検討及びアセスメント・モニタリング・ケアプランについての研修
- 施設系ケアマネのためのステップアップ研修
- 書類や会議を減らすための研修
- ケアプラン作成の仕方
- 更新研修や実務者研修などは施設出張で行く。協議会などに参加の依頼あるが入っていない。
- グループホーム勤務のため、他グループホームのケアプランをどのようなものか知りたい
- 施設ケアマネによる研修。在宅は多いが、施設ケアマネの研修は皆無に等しい
- 施設ケアプラン作成に向けてのポイントやサービス内容欄記載のポイント
- 研修は居宅の研修が多く、参加しても施設で役立てることが少ないため、施設中心のケアマネ研修を増やしてほしい
- 認知症やケアに関する新しい情報を、積極的に知れる場があればうれしいです。
- 市内のケアプラン部会に参加しているが、もっと具体的にスーパーバイズが受けられるもの。スキルアップを図れるものを望む。ケアマネ研修の主体は居宅ケアマネ向けがほとんどであるため
- アセスメント・モニタリング研修
- 「グループホームの」ケアマネジメントという限定された内容で細かく受講したい
- ケアプランのたて方、他のツールの良し悪し、実効的なケアプラン
- 施設ケアプラン作成、アセスメント、事例検討会、家族への対応等
- 施設のケアマネだけの研修をしていただきたい
- 施設ケアプランの内容
- 更新研修だけでなく、グループワークのできる研修等の機会を増やしてほしい
- 具体的な研修、高室氏のは勉強になった。各施設のプランの成功体験を教えてほしい
- ケアマネジメントの向上
- ポジティブなケアプランについて 認知症について
- アセスメントについて コンプライアンスについて
- 在宅のケアマネ研修は数多くあるように思いますが、施設ケアマネの研修は回数じたいが少ないように思う。意見交流をしたい
- 医療スタッフ、リハビリスタッフとの連携についての研修
- 5年目の研修を受けたが、もう少しレベルの高い研修をしてほしい。主任ケアマネの研修（受けていないが）が施設向けにあっという間と思う。在宅はあるレベルの水準を保っているが、施設こそ色々違いが大きい。
- ①ユニットケアに関して②認知症に関して③ターミナルケアに関して

●施設ケアプラン＝利用者のニーズに本当の意味で近づくためには…

●施設ケアマネのみの資質向上のための研修

●施設でのケアプランの作成について研修

●施設ケアプラン作成について

●居宅のケアマネ業務について

●老健施設としての専門性に重点をおいたケアプランのたてかた

●介護保険制度、マネジメントについて

●施設利用者の意向をどこまで取り入れたプラン作成ができるか、施設の現状の様子を知りたい。施設の中での職種別役割の確認（ケアプラン作成の過程の中で）

●ADL や希望、ニーズからくみとるプラン設定の見解、施設で可能なプラン設定（人員や業務上、無理なことも多く、なかなか満足なプランができず）

●センター方式の活用の仕方（どのようにプラン反映させるか？ どういった形で見直しするか？）、施設内のプランは、こういった物が理想なのか？モニタリングの仕方

●ケアプランについての研修は今まで色々に参加し、利用者にとって、自立と生きがいにつながるプラン作りをしてきたつもりですが、人手不足、業務中心の施設の中で、結局プランの実施がないまま、身体機能が低下してプラン終了となる始末です。施設ケアマネとしての役割、入所者にとって存在感のある施設ケアマネ、入所者の味方、応援者になるための研修

●施設ケアマネ同士での研修

●ターミナルに向けてのケアプラン、認知症のケアプラン、若年利用者（2号保険者）のプラン

●京都府介護支援専門員会に以前は加入していて、研修等にも参加したが、在宅の専門員ばかりで施設ケアマネ向けの研修ではないが多かったのでは、見直してほしい。そういった理由で退会しました。

●プラン作成

●センサーマットや感知機は一切置かず、昼間はポータブルトイレを一切置かないで対応している。施設という異質な空間（広すぎる etc）の中で、監視では無く「いのちが守られ、安心して生き活きて暮らしてゆける」事故予防のハードソフト（技術）はもっと知りたい

●・ケアワーカーが原案をつくっているが、その指導がうまくできる ・アセスメント

●施設ケアマネのあり方

●居宅のケアマネが行っているような、施設ケアマネの交流研修

●居宅ケアマネジャー対象の研修が多いので、施設ケアプラン作成のための研修

●施設ケアプラン作成の研修

●他施設に行き実際、どのようにされているか、見せて頂きながら学ぶ機会が欲しい。

●ケアプランが充実したプランとなるためには？

●現在使用しているアセスメントシート以外に使用しやすいシートの開発ができるような研修があれば、勉強になると思う

【その他】

●施設ケアマネ同士が話せばそれで良いです

●なかなか良い研修がない。自費では行きにくい場合もある。

●個別ケアプランの作成方法

●ケアプランの立て方、モニタリングについての考え方を学びたい

V. 2 交流の機会

他の施設（病院）のケアマネジャーと交流の機会がありますか？

★ ① ある と答えた方、具体的にお聞かせ下さい

- 定例会議、友人
- 以前の仕事仲間との交流
- 研修で知り合う
- グループ内でケアマネ会議が定期開催されている。
- 4.2と同じ
- 小規模部会
- 小多同士の連絡会議
- 交流会 1回/2ヶ月
- 京都北部の施設で、2ヶ月に1回集まり意見交換を行っている
- 時々しか出席できないが、市老協ケアプラン部会にて交流を持つことがある
- 研修の機会程度で非常に少ない
- 研修や相談時
- 日々の諸関係（架電等）にて
- 京都市老人施設協議会のケアプラン部会等にて
- 個人的な友人。名前を出さず、勉強会（2～3人）でやっている（個人的休み利用）
- 研修に参加した時
- 京都老健協会研修会
- 知り合いがいるので、会ったら話しをしている
- 老健協会が企画した機会がこの間初めてありました。
- 地域のグループホームで定期的に会合を行う
- 近隣の老健のケアマネの集まりが、できる機会ができた。
- 入所時。入所の（電話）相談。地域ケア会議、地域運営推進会議
- ショートステイ、うけ入れの際など
- 研修や専門職毎の部会等
- 研修会の中で
- 研修会等で
- 入所申込時及び入所関連において
- 電話で相談したり、研修会で情報交換している
- 市老協ケアマネ部会
- 同一法人のケアマネ（施設）との情報共有など
- 老健協会、相談員部会 etc
- 担当者会議、ケアカンファレンス（病院等）
- ・相談員会が、ケアマネ同席の会議を実施してくれた→まだ1回だけですが… ・専門員の会で施設ケアマネ対象の研修会があった
- ・必要、悩んだ時、互いに連絡し、確認相談する。・先がけの事業所ケアマネが親切に対応してくださるので相談している。
- ユニットケアを実施している施設で2ヶ月に1回交流会をもっている法人内の他2施設
- 他施設と定期的集まり会議をしている
- 1/22 研修に参加し、交流の機会がありました
- 交流とまではいかないが、“ケアプラン部会”に参加のとき、困っていること（事例）や、うちではこうしているけど、他の施設は？といったことを伺っています。
- 昨年度、初めて相談部会にケアマネジャーも出席し、意見交換を行った。
- 事業者交流会への参加にて
- 相楽ブロックの主催の交流会、勉強会
- ケアマネ協議会の施設ケアマネの交流会
- ケアプラン部会
- 部会内
- 地域包括支援センター主催
- 法人内で定期的に会議を実施している
- 京都 GH 協議会、役所の連絡会議
- 同じ法人内の病院のケアマネジャー
- 同一法人内のケアマネジャー部会
- 研修先での意見交換のみ
- 各部会
- 友人が施設ケアマネをしているのでメールや、お茶をしながら話し合うことがある。
- 研修
- 相談員部会の場で、兼務の方もあるので悩みなど聞くためケアマネにも来てもらったことがある。
- 自分の人脈
- 老健協会のブロックで交流（部会）の機会がある
- 近隣の施設（複数） ケアマネで2ヶ月に1回研修会を実施
- ショートステイ利用者のケア会議など
- 市内の研修で月1回
- 連絡協議会がある
- 市老協ケアプラン部会
- メール交換など
- 地域の研究会がある
- 5施設のケアマネが2ヶ月に1度集まり、情報交換等行う。ケアプランを作成する上で必要となる具体的な疾患等の勉強も…

●（これから予定）これまでは全くありませんでしたが、つい先日全老健のケアマネジメント方式の研修があり、そこから連絡部会が発足するようなことです

- 市老協が行っているケアプラン部会
- 市老協主催のケアプラン部会に出席している
- ケアプラン部会
- グループ内で CM・SW 部会で集まりが定期的にある
- ケアプラン部会等
- 1ヶ月毎のケアプラン部会にて
- グループ施設の CM や相談員
- 毎月グループ内部会を開催している
- 市内で介護支援専門員連絡協議会を作っている
- アポをとって会いに行く
- 相楽支部で最近交流を持てたが、栄養についてのものだった。しかし、あのような形で近郊のケアマネが集結したのは初めてで良かった。
- ①研修②友人（学生時代、もとの勤め先）
- 市に任意の連絡会があるので、それくらい
- 老健協会による部会
- 行政が会議を召集する
- 研修時
- ケアマネ研修でグループワークしたメンバー（5名）とその後も交流を図っており（2～3ヶ月に一度のペース）
- 月に一度の「ケアプラン部会」に参加し、他施設のケアマネと

少しの時間、話す機会はある

- 近くの施設ケアマネと定期的に連絡をとりあっている
- ケアマネの研修会であるとか、個人的に交流している
- 日常的ではないが、研修時中心
- 部会（市老協）あまり参加できていないが…
- 様々な研修、GH 連絡会でのつながりなど（京都府 GH 協議会等）
- 施設内で聞く話し合いの時や、ポストセミナーetc、地域での積極的な集まりの場の参加によって交流しているが、まだまだ少ないと思う
- 同じ法人の他施設のケアマネ
- ショートステイ、長期入所（養護）の相談窓口も担当しているので、随時交流している
- ケアプラン部会への参加
- 交流会

【その他 記述】

- 研修に出かけた折に名刺交換する程度
- 法人内でのカンファレンス実施
- ほとんど

V. 3 相談窓口

困った時やわからない事が出てきた時、職場外の相談窓口相談や問い合わせをする事がありますか

① ある:どこへ相談しますか?

- 区役所等（行政機関）
- 市、他施設
- 京都市、他の小規模等
- 市町村などの介護保険の窓口が主
- 当該保健所
- 他事業所のケアマネ
- 同法人内のケアマネ
- ・他施設の同業種の友人 ・行政
- 他事業所の知人等
- 行政区介護保険課
- 府・市・包括
- 市の介護保険課（府も含む）包括支援センター
- 内容によって、どこへでも連絡・質問します
- 保険者である役場、まれに京都府
- 市役所、病院、居宅ケアマネジャー
- 京都市
- 京都府介護支援専門員協議会
- 市の高齢介護課、包括支援センター
- 府
- 上司
- 地域包括支援センター
- 福祉課
- 保健所・市の福祉課
- 職場の上司また月係
- 役所
- 支援センター
- 近所の色々な事業所
- グループ内の他事業所
- 区役所
- 他部署に聞く
- 京都府
- 法人施設内
- 区役所
- 知り合いのケアマネ
- 行政の担当者
- 包括支援センター
- 当施設の相談員に
- ・市町村役場担当窓口 ・山城北保健所地域担当窓口
- 同じ事業内の居宅介護支援事業所（在宅ケア）

- 厚生労働省、京都府福祉事業課
- 行政へ相談します。内容により介護支援専門員会へも求めたい
- 市のケアマネや他事業所のケアマネ
- 市役所高齢者福祉課 病院、医療相談室等
- 直接、行政機関に問い合わせたり、インターネットで調べます
- 他施設の施設ケアマネ
- 市の介護保険課や、他府県だが介護支援専門員の方
- 行政機関、業界団体ほか
- 市役所、保健所
- 知りあいの施設ケアマネの方
- 大学にも所属していたので、そちらで一緒に考える機会あり
- 介護保険課、他施設のケアマネ
- どこへでも 行政・関係機関、各団体 etc
- ユニットケアを実施している施設で2ヶ月に1回交流会をもっている法人内の他2施設
- 認定調査で困ったとき、「京都市保険福祉局長寿社会部介護保険課」に問い合わせた

② ない:どのような相談をしたいですか困難ケースの対応について

- 困難ケースの対応について
- 制度上の問題、困難ケース
- 認定調査上の解釈のしかた。
- ・業務内容 ・他職種との連携の取り方 ・ケアプランの進め方
- 業務内容や他職種間での連携のとり方。担当者会議の持ち方など。
- ケアプランのたて方
- 施設ケアマネの業務内容について
- いろいろな事例を知りたい
- 今の所はない
- 困難事例についての相談等
- 施設内で口止めされるクレーム（家族が誰にも言わないでと言ってるような事）
- プラン作成の必要事項など

- ケアプランの期間や制度上必要なケアプランの継続していく間のつなぎのプランの必要性
- 同法人の他職種、Dr、NS etcに相談している
- 職場内で相談できている
- どのようなプラン内容を他の人が立案しているのか
- ケアプラン内容
- どこに問い合わせが良いのかわからない
- 制度上で違反していないか相談したい時
- 施設の中でケアマネの立場・役割が今の業務内容で適しているのか？他職員がどう理解しているのか不明な不安相談
- 看取り介護についての考え方や取り組み方について
- ケアワーカーとの連携
- 他施設でどのようにしているか
- どこに相談したらよいかわからない
- 現在、施設の専任のケアマネがいるので施設内で対応できている
- ・具体的な細かい内容であったり ・他職種との関係の持ち方 ・専任、兼任各々のケアマネの実際の動き業務
- アセスメントに関して
- 個別ケアのポイント
- ケアプランの表現の仕方 etc
- 上記の内容
- 今のところ考えつきません

- その時々で必要な相談窓口は違うと思うので、それぞれの専門窓口が沢山（多種）あると良いな…と思います。
- ケアプラン実践をよりプランに忠実にを行うための流れ、しくみづくりなど
- 今のところ施設内で解決している
- 時間のかからない、より有効なプランのたて方
- 本人と家族の関係が悪く、支援の方向性が定まらない
- 調査票の書き方で迷うとき
- 経験年数もあるのですが、相談員は地域にも顔が広いいため、相談しやすそうである。うらやましい気もするが…
- 業務が多すぎて時々どうしていいのかわからないのか、どうしたらいいのかわからなくなります
- 他施設でのケアマネ業務の現状と当施設の問題点
- 制度の中での自分の業務の整合性
- 施設本入所の際に入所日からのケアプラン作成からの流れ、必要な書類、ケアプランの内容等、ショートステイの施設でのケアマネジメント
- ケアプランの立て方
- ケアマネジメント全般、これでいいのかわからない
- 相談したいことがわからない
- 他施設のケアマネ

VI. 施設ケアマネジャーが、利用者の自立と尊厳を守る支援の為に、今後何が必要でしょうか？

A ☆行政、国に望むこと(自由にご意見を記載ください)

●老健が老健として機能できるよう、利用者の状態によって選べるよう施設の充実が必要。介護療養型施設は必要な施設だと思われるため存続を望みます。医療【め】も(ある程度)解消し、必要な薬・検査が提供できるようにしてほしい。

●人手不足の解消、施設ケアマネの研修制度の充実

●高齢化社会に突入しているが、要介護・要支援の方以外で高齢で自宅で暮らしている方達の使える設備が必要。介護度はもらえないが、誰かが見守らなければ、危険な状態の高齢者。この部分で悩む家族はとても多い。認知症の方が使える施設の定額化。

●介護職員の資質の向上。介護福祉士の受験資格が改正されますが、いろいろ問題があります。再度検討をしてほしい。この制度は現場を知らない人が机上で考えたとか思えない。

●・自分のレベルに合った施設を選べるようにハード面の整備
・ケアマネの地位向上

●金銭的な面でフォローがないと職員数が十分に確保できず全てのケアマネ業務を勤務時間外で行っている現状がある。

●在宅、施設共に本当にサービスを必要とされている方が手軽に利用できるシステムづくり

●業務内容の割に、給与が安い。離職につながると思う。

●①ケアマネの力量向上についての教育制度 ②施設ケアマネの業務は片手間ではできないという明確な位置付け

●業務を何とかしてほしい。福祉全般に人手不足

●人手不足

●たくさんあるでしょうが、やはりマンパワー不足は深刻と思います。介護職として就職されても即戦力として扱われてしまうので、基礎学習なく仕事をしなければなりません。人材育成をする時間がないのも事実なので行政側のフォローアップがあれば良いのと思います。

●仕事が休みの日でも、色々と連絡が入り、休みを返上して連絡調整(電話や場合によっては出金)せざるを得ない状況と多くのケアマネさんから聞きます。メリハリのある仕事の体制(十分休み確保)を望みます。

●看護職(特養)の配置基準の見直し

●介護報酬の引き上げによって職員が満たされ、ケアマネ業務へも力が注がれると思います。

●施設ケアマネとして地位や独立性を確保して欲しい。福祉用具貸与も部分的に施設サイドでも緩和して欲しい。個々の入居者に適したものは、最終的には福祉用具は購入せざるを得ない。施設入居者は福祉用具を購入しかないのは不公平ではないか?購入した場合は、償還払いで負担転機とかできないか?

●ケアマネジャーの質の向上のためにも研修機会を増やし、人数も増やした方が良いのでは…。

●1人の担当件数が100名は多すぎる。50名に減らしてほしい。居宅の件数の3倍の根拠を教えてください。

●生活の質の向上やサービス指針となる等、重要な「ケアプラン」を作成する。施設ケアマネの業務実態をもっと知ってもらいたい

●・利用者の自立尊厳を守るために現場職員への研修が不可欠だと思うが、職員数が少なく、研修のための時間がとりにくい
・個々の要望に沿ったケアを行うには余裕のある人員配置をしたいが限られた収入の中で多くの職員配置はできない。低賃金のために(?)職員が定着しにくい。介護報酬の引き上げを望む。

●介護職員の充実と離職の低下のため地位を上げるケアマネジャー(施設)の技術向上のための研修

●・施設ケアマネの専任配置増員 CM1名/利用者100名→CM2名以上/利用者100名
・施設CM配置における介護報酬加算等新設(主任CM配置etcにて)

●2011年で介護療養型施設が廃止されるが、高齢者医療において今後の明確な指針、見通しが不透明なまま踏み切ってよいのだろうか?代替策としての現実的な選択肢を広げてほしい。医療ニーズを抱えた高齢者はどこへ行けばよいのだろうか

●・介護療養型施設が廃止になれば、行き場所を失う。いきなり在宅へというのは無理がある。老健との受け皿としても医療ニーズが高くなければ、重度化にもなり、対応が難しいと思う。
・近年建つ特養はユニット型が主になっているが、料金も高く、入所を希望されても金銭的に厳しい方も多くあるので、ユニット型ばかり増えていくのもどうかと思う。(年金等収入が低い方への対応)

●介護職で現場のことがわかるので良いのですがプランを作ったりアセスメント・モニタリング記録を読んだりとかたくさんの時間が必要となります。兼務でいいですが時間配分を考慮できるシステムにしていきたい。場所も

●業務が繁雑で、ケアプラン作成に費やす時間に余裕がない。また利用者様ご様子を把握するのに時間がとれない。100人に対してケアマネジャー2名はほしい。法改正を望む。

●施設入所が必要だが、医療が必要なため、入所が出来ないケースが多い。入所中の人、もっと医療が受けられる体制づくりをしてほしい

●施設ケアマネの必要性を高めてほしい。在宅並みに(35~50人)に1人配置すべきである。

●高齢者が満足して生活できるような介護保険制度

- ・法改正の度にとまどう ・在宅へシフトしたくても、やはりなかなか難しいケースが多い
- わからない
- ・現行の人員配置を見直して欲しい（100：1では自立と尊厳など守れるものではありません） ・利用者の支援の中心を担う職種（特に介護職）の待遇改善を更に押し進めていくことと、その職種のスキルアップが図れるための対策を講じて欲しい
- 施設では100人に1人という人員基準なので、プランの事で精一杯になると思います。居宅並みの人員基準にできないでしょうか。あと、介護福祉士の給料についてはよく話題になりますが、ケアマネの処遇も考えていただきたい。
- ケアマネジャーとしてではないですが、介護現場の状況をもって理解して頂きたい利用者にもできることも、現状の職員数は基準の最低数に近いものでより充実したケアを行うためには人員の確保が必要です。その人件費はまた設備にも予算が必要です。
- 施設に入るにも高額なお金がかかる。お金のない人は利用しづらい。財政が苦しいのもわかるが、もっと援助が必要。本当の公立で施設を作ってもよいのでは。
- 地域サービスの充実
- 現在、施設ケアマネジャーは100人まで作成することが出来ませんが、お一人お一人の状態を確実に知っていくためには、それは少しむりがあるように思います。これで良いということは何事につけても無いとは思いますが、在宅に比べ施設のケアマネジャーの研修は少ないと思います。
- 給料が日勤、おまけに時間外になるのに休みはなく安い
- 手当をあげる
- 手当をあげる
- 利用者の自立と尊厳を守る支援のためとは関係ないと思いますが、施設ケアマネとして業務せずにできるシステム作りが必要だと思います
- 時間のゆとり。人員配置を増やしてほしい。
- 行政、国に望む前にケアマネ個々が自立支援尊厳について認識を深めるべき（自分も含めて）
- 訪問調査時に、前回の回答があれば、比較しながらやりやすい（特記はிரない）
- 兼務のないよう、専任基準を設け、体制補完の後ろ盾を整えてほしい。
- ケアマネの配置数はこれで良いのか。在宅と同様、少なくとも35人に1人は必要
- グループホームの職員体制の見直し
- 入所者100名に対し、1名のCMではとうてい業務困難
- 施設ケアマネジャーの役割、立ち位地をしっかりと明示してほしい。更新研修の内容をより実践的なものとしてほしい
- 認定の調査内容

- 介護職員への給与向上につながる対応。人手不足による介護ではなく作業にならない人材育成強化策ケアマネ1人に対しての担当者数の削減（多すぎる）
- 教育。本当の意味でそのような支援をしている地域や国（他国）の取り組みが知りたい。
- 施設で利用できる行政の措置や申請について案内が欲しいです
- ・主任ケアマネが居宅担当者だけの資格（？）になっている。 ・専任でできるだけの人的配置、兼務で忙殺されないよう、立場をはっきりしてほしい。直接介護に入ってしまうと介護業務ができるかどうかで判断されがちで第三者的立場で仕事しづらくなる。 ・報酬確保（なんでも屋的に走りまわって、手取が介護職での新採時と同じ位では、なさけなくなってしまう）。
- 限度額と小規模の利用単位数…。訪看・福祉用具等ギリギリです。もしくは使えない。
- 標準ケアプランを作成してもらいたい。
- 現在ケアマネジャーが置かれている立場や中途半端であるため、実際の現場と近すぎたり、離れすぎたりしている。明確な立ち位置を示してほしい。
- 気軽に相談できる場所の確保
- ケアマネジャーにも国家資格を与えてほしい。実質、介護福祉士などよりも研修の期間がはるかに多い
- 評価制度（第三者評価等）の対応等に必要な時間があれば、そちらにまわしていけばいいようにも思う。また、書類等、整備の必要もわかるが、現場はそれありきの人員配置にて、ケアに重きをおかれていないように思う。もう少し利用者及び現場本意の制度作りをしてほしい。
- 利用者100対CM1では厳しい。せめて50対1にしてほしい
- ケアマネ業務の負担を軽減して欲しい（担当数・担当者会議・書類の数など）
- 本人様や家人の希望よりも施設の上部の部長等の意見が強く、CMとしては本人様の意向を大切にしたいのにできなく、はがゆく思っています。指示に従わないと施設には居られない状態に追い込まれます。その気持だけは持ちつづけていきます。
- 認知症の利用者が増えています。ユニットケアにおいて認知症の方とそうではない利用者の方が共に住まうことで、理解を頂けない場合があります。職員においても同様に利用者中心でなく職員の都合でのケア、尊厳とは思えない言動を見かけます。多くの研修が全員に必要と感じます。
- 方針や制度をしょっちゅう変えないでほしい。
- 制度がコロコロ変わり憤りを感じる。しっかりした支援の土台は、安定した制度、安定した収入、確立した地位も必要では？
- 小規模の利用の回数などの制限や基準とするものがないので、利用者や家族がきっちりと納得できるものがあればと思います。

●利用者の施設でのよりよい生活のためにケアマネはプラン作成している。現場と協力してするので良いと言われればそうだが、施設ケアマネの1つの施設、利用者に対して何人というのをもっと多くしてほしい。50床施設は1名いればよいが、2~3名必ずしてくれた方が協力し合え、よりよいマネジメントができると思う。

●グループホームにおけるケアプラン、モニタリング作成表の統一をしてほしい ・ケアマネ業務は大変時間がかかります。人員配置に関して、ゆっくり、じっくりケアマネ業務ができるように変更してほしいです

●記録の簡素化。利用者の状態は1日で変化が見られることもあるため、モニタリングも大変頻回に実施する必要が出てくる。そうすると、書類にふりまわされる状況になってしまう(利用者と実際に関わる時間が無い)。モニタリング、ケアプラン変更は大きな変化があったとき位で良いのではないのでしょうか？

●残業をしなくても良いようにマンパワーの強化、職員の生活の向上

●給与待遇のupより土台をかため、質の向上につながるのでは…？

●ユニットを考えるなら、1ユニットに1人のケアマネが必要

●施設ケアマネと在宅ケアマネとは仕事内容が全く違い互換性がなく、転向が困難。整理を。

●専任を1人必置化とか

●ケアマネジャーの給料をupして頂きたい。施設が安心して施設運営のできるようにして頂きたい。

●施設生活でできることを最大限にするには、介護職としてのゆとりと時間の確保

●老健施設はリハビリをして在宅復帰の施設になっていますが、入所されると、在宅へ帰られる方は、ほとんどなく、ご家族も高齢であったりと、在宅へは難しい状況です。

●配置基準の見直し(100名に対して、最低1人というのは少ないように思える。せめて、2人以上としてほしい)

●実施研修等に参加しているが、ほとんどが居宅のケアマネを対象とした内容であり、施設ケアマネにはあまり勉強にならない、施設ケアマネを対象とした研修の機会を作ってほしい

●施設介護計画の作成にも居宅サービス計画と同じように、計画に対して報酬を出すべきだと考えます。

●専任体制について介護報酬として評価すること

●煩雑な手続きを減らすこと

●離職を防止するために、介護職の処遇改善。人材が不足していると良いケアを考える余裕もなくなり、モチベーションが下がっていく。

●山ほどあって、こんな紙には書けない。とりあえず、現場の状況を理解してほしい。グループホーム的には行政の職員が運営推進会議に出てほしい。

●いつでも利用者自身が望む入退所ができる、在宅で生活を望まれる方へ行政の熱い支援

●都市部と地方では環境も生活レベルも変わっていると思う。都市部よりも今は地方の介護充実を考えてほしい。その後に都市部をすれば、都市の方も地方でのんびり過ごすことも考えるはず。今はそれができていない。

●スタッフの人数がもっと十分でスタッフが定着し、スタッフがゆとりを持って介護ができ、利用者さんをよく知れたら良いと思います。

●各ユニットにケアマネを固定(兼務で○)できるような職員配置を望みます。

●家族の意向で利用者が振りまわされるようなことができちゃうので、認知症になる前、早期のうちから自身の将来について、少しでも希望や生活スタイルをまとめるための取り組みを促していってもらえると良いのでは…と思います。また、在宅、施設で分けるのではなく、継続してマネジャーとして関わられる仕組みにして欲しいです。

●ケアマネといえば「居宅」と代名詞のように使われていると思われる。認定ケアマネや主任ケアマネなどの資格要件や研修内容も在宅向けの内容であるし、施設ケアマネがスキルアップやステップアップしていくくみがない。やはり、施設ケアマネも独立した一専門職としての位置づけをはっきりと得られるよう、スキルアップ体系のしくみづくりや施設ケアマネの配置加算など考えてもらいたい。

●施設ケアマネジャーとして、どうあるべきか？仕事の基本マニュアルなど、誰が見てもわかりやすい情報をお願いしたい

●施設ケアマネジャーの地位の確立

●要介護度をなくす ・介護保険制度ではなく、税金で!!

●介護報酬up→人員の増員→ケアマネジメントの時間確保 研修機会増、参加→ケアマネジメント理解、スキルアップ→自立・尊厳を守る

●介護報酬の中に入れてほしい

●核家族が増え、私の回りにも老世帯が増えています。介護のために息子さん達が帰ってこられる訳でもなく、結局は老々世帯の限界が来て、施設に…入れる所なら何処でもと最初は思われるが、その後お金が続かなくなる。年金+子どもさんの身出しでなんとか施設の生活が続けられる…間にはいいが、続かなくなると、どうなるのか

●国は、在宅支援を打ち出しているようだが、現実には施設への依存が強い。老健に入ったらヤレヤレで肩の荷がおりた感の家族がほとんどで、本人も家に帰りたいたいががんばる人は少ない。いっそ有料老人ホームのような形で家で暮らしている感じがするけど、見守りのある施設をたくさん作った方がよいのでは!??

●○施設ケアマネとしての業務内容を明確、確立して欲しい。担当利用者数が100名までとなっているため、居宅に比べて軽作業と理解されているのではないかとインターネットなどで調べても兼務が多いのはそのせいではないだろうか。担当利用者が30名・50床でも、実際は状態変化が激しくプランの見直し回数が多くなっていたり、利用者の状態把握が困難であったりという状況があるのでは。○実務研修は居宅中心で良いと思いますが、更新等の研修に関しては居宅と施設研修を分けて欲しい(ただし個人の希望優先)。○実務に入ってから6ヶ月以内に居宅と施設それぞれに研修を義務付けして欲しい。

●施設ケアマネの業務をはっきりさせてほしい

●担当ケース数により報酬加算を設定。現状の配置基準では時間的に業務をこなすだけで精一杯ではないか。認定審査会の開催が遅く、結果を受けてからの担当者会議に支障が出る時がある。

●施設ケアマネジャーの配置人数を見直してほしい。要介護度が改善された場合の報酬制度を設けてほしい。

●要介護区分、認定調査での内容が変更も多くわかりにくい。また、調査員によって区分に違いを感じる。在宅生活を視野に入れる場合と施設生活での判定では相違がある。

●配置基準に無理があると思う。相談員やケアマネは孤立して悩む人も多いのでは?適切で量より質に目が行けるようにするための無理のない配置基準が必要だと思う。20対1etc

●ひとつの細かいプランでも変更をしていなくてもいいように計画書のシステムを考えるといい

●介護度が軽減された場合の対価、退所できるようになった場合の受け皿の確保(特養から退所は難しい)

●担当利用者数を少なくして、ケアマネジャーの人数を増やす。利用者の適切な居場所の確保と公平な認定調査

●ケアマネーじん具を遂行するための介護料を必要としています。配置基準や報酬など、より直介業務が充実するための制度見直しが必要だと思います。

●・既存の施設内のハード面での改修費用等補助制度をより充実したものに ・現場職員に対する賃金等就労条件を良くできるような取組 ・苑外研修費があまりかからないようにする

●特養は再び自宅へ戻るということは、現実には困難です。見方を変えると終末に自宅へ…ということもあるが、家族の気持ち、現状もあり、困難です。普段の援助はもちろんだが、施設で終末をむかえることに力を入れることで、職員の気持ちがより成長します。ケアマネは本人も家族も職員も満足させてあげたい。

●主任ケアマネ研修の受講の機会を施設ケアマネにも与えて欲しい

●この仕事は兼務は無理。介護保険開始当初は不足していたが、毎年増加しているため、施設ケアマネジャーは専任にした方が良いと思う。いつまでも「お飾りのケアプラン」から脱した方が良い。

●・なぜ、施設入所者の認定調査に来てくれないのか?全てとはいわないが以前区分変更分すら来てくれないことがあった。施設ケアマネジャーに何のためにいるかと思っているのかわからない。 ・監査のたびに記録がうすい等いわれるが、現場はこれでも目いっぱいです。専任でならまだしも兼務でして、どこまでも求められるとつらくなる。

●在宅での介護が難しいが、ご本人の収入が少ないという方たちのための施設をもっと増やして欲しいです。

●施設ケアマネと兼務で行っている事業所も多いと思います。当事業所も兼務ですが、認定調査までなかなか手が回らないのが現状です。認定調査は、市町村職員でして頂けると助かります。

●ケアマネが担当する人数について、在宅は減っているが、施設は全く見直しされていない。兼務も可とのことだが、なぜ専任にしないのか?ケアマネが何人いるかで加算体制は考えられないのか。あまりにも施設についてあとまわしにしすぎてないか

●認定調査を市町村で行っている所もあるので、舞鶴市もそのようにしてもらえると助かる(施設ケアマネは兼務が多い)

●専任ケアマネであるが、介護保険上兼任を許しているため、給料が安い。看護師の資格でや、ケアマネとしての加算なく、事務職としてのあつかいとなっている。介護士より安く、今回の国の援助がプラスされたため、介護士より低い状態。改善希望する

●兼務ではなく、1名専任で必要だと思う

●アセスメント、プラン、モニタリングなど書類作成が多すぎる

●老健→在宅復帰とはあまりいかないため(施設を転々とされる利用者の方が多い)特養のような安定した生活が送れるような施設を増やすべきだと思う

●専任の設置を制度化してほしい

●各職種の待遇改善

●職員全てに大変な業務に対する保障を行い、人員の確保ができる体制を作ってほしい。資格は確かに必要であるが、人と人との関わり、その力を資格のみで評価するという現状の加算はどうでしょう!?

●認定調査費が在宅と比べて低い。調査手続、作成時間は同じ負担を要しているため、認定調査の委託費をアップしてほしい

●1. 施設内での役割をもっと明確にしてほしい 2. 担当ケースを減少してほしい 3. 待遇を改善してほしい(給与アップ)

●居宅ケアマネは利用者にとって生活の綱であり、存在感がありますが、施設ケアマネは介護職員、NS等により生活が成り立ちますので、必要とされないのではと感じるときがあります。介護保険では施設ケアプランは包括として、一切まとめているので、施設側もプランの重要視がなく、ケアマネにお任せ状態となっています。利用者の立場と尊厳を守るためには、介護職員を増やし、作成したケアプランを実施していける余裕の時間、人員を確保してほしい。また施設管理職にもケアマネジメントについての知識を得ていただきたい。

- 施設ケアマネ 100 人にひとり、という制度の見直しを。事務处理的業務に追われてしまっている。利用者ひとりひとりと係わる時間をもっととりたい。
- 人員配置基準を上げる
- 現場にもっと足を運んでいただき、ひらかれた福祉の施設イメージをつくってほしい
- 施設ケアマネは独立した給付費をいただきたい。基本単位に組みこまれた形では永遠に兼務で多忙となってしまいます。
- 担当人数を減らす。在宅生活で利用できるサービスの規制を再検討してほしい（在宅生活の充実）
- 担当人数を減らすこと、施設の全職員の業務量を減らすことができなければ、思うような支援はできない
- 権利擁護の観点から後見人制度がもっと費用がかからず、本当に困っている人誰にでも利用しやすい体制を整えてほしい。金銭的にもかかりすぎる。
- 老健は在宅復帰を目指す役割を担っているが、家族の受け入れなくては困難。利用者本位といっても現実には施設を順番に移動している。本人の認知症状や家族の就労により自立支援が難しい。長期の受け入れ施設を増すか、在宅で共存できるシステムをより充実させないと無理（24hのサービスの充実など）。もう一つは経済面の問題。利用者の年金や財産のみで入所、在宅サービスを受けることが難しいptが多く、家族負担が大きい。
- 現場職員の待遇改善をすすめてほしい
- 利用者の支援をしている職員に対する処遇改善が最も必要。配置増などあたたかなケアの実施のためにはゆとりと優しい人材の確保が必要
- ・在宅ケアマネを経て施設ケアマネになりましたが、施設ケアマネの役割や実際の担う業務（？）全て「在宅（居宅）に準ず」となっており、曖昧すぎて、個々のケアマネによって取り組みの差が激しい ・本当に利用者・家族を守るなら、100人に1人（兼務可）の人員配置基準はあり得ない→見直しは必須と思って欲しい。
- 行政、国に関わってる人たちが実際の現場を理解できるよう関わってほしい。書類作成の業務が多すぎるので、義務づけるのなら対応についての義務づけがほしい。医療行為についての明確な区別基準、ターミナル医療行為を行えない施設に入所されてる方の最終的な行き先の増床
- 本当に必要なサービスは何か意見集約すること。短期的ではなく長期的な視点で、介護と福祉を混合せず制度設計すること
- 在宅復帰を検討中の利用者が施設入所中でも、福祉用具等のレンタルが使えるようにしてほしい
- 在宅復帰の可能性を検討するために入所中に在宅サービスを試せるようにしてほしい
- 専任でできるような、体制の整備を望む
- 専任制、1人が抱えるケース数の減少

- 利用者が安全に暮らせるよう、特養職員の配置基準等を見直して頂きたい
- 居宅重視に感じる。もっと施設 CM 向けの研修増
- 老健施設は在宅に戻る（リハビリ行い、在宅復帰をめざす）ことを目標に行っているが、ほとんど在宅に戻られる方はいない。一度施設で生活されると、在宅での生活は困難であると思われる。家族の協力がなければ、生活するのは難しいと思います。在宅復帰の施設と家族に説明するのはたぶん理解されないと思います。特養にも順番がまわって来ないので、ロングの入所になっているのが現状です。

B **☆京都府介護支援専門員会に望むこと（自由にご意見を記載ください）**

- その人らしく生活できる場を情報提供するにあたり、情報が少ないため、ケアハウス・グループホーム・高専質などの情報がもらえる場があると助かります。施設の特色なども知りたいのですが、個々に収集するには限界があるので。
- 特養、老健共、施設ケアマネは相談員との兼務が多く見受けられる（多忙な業務）。それぞれの職責、立場を明確にしていく必要があると感じます。
- 日々変化している医療業界、専門部分の情報をもっと手に入れやすくしてほしい。自分の努力が足りないものもありますが、情報がほしいです。
- ①ケアマネの力量向上についての教育制度 ②施設ケアマネの業務は片手間ではできないという明確な位置付け
- CM の研修
- 働きやすい環境づくりへの働きかけを望みます。
- 施設ケアマネ（特養）の交流会 いつも在宅ケアマネがクローズアップされていると思います。
- 施設ケアマネと、居宅 CM の交流の場・機会
- 情報を共有できるよういろいろなことをオープンにしてほしい
- 施設ケアマネの研修会を実施してほしい
- ケアマネジャーの質の向上の研修
- ・CM の意見集約と国政への上申 ・施設ケアマネとしての組織化
- 施設ケアマネジャーのネットワークをつくり、各々の脂質の向上や無駄な事務業務の見直し、ケアマネジメントの向上に向けて講習会の開催を望みます。
- CM の交流の場や施設ケアプラン、アセスメント等の研修をしたい
- 他施設との交流が出来るような研修。問題をかかえた利用者の事例を出しての研修

- 青年後見制度の活用をもっと広報してください。単身名など、受け入れたくても二の足をふんでしまうことが多々見られます。居宅 CM さんからその意識を持っていただける活動を望みます。
- 活動内容が、いまひとつわかりにくい。どのように活用しているのかわからない
- なし
- ケアマネの処遇改善を！一般サラリーマン並に引き上げて欲しい。
- 施設ケアマネジャーの研修を行ってください。
- 施設ケアマネも参加しやすい研修会
- 会費を安くしてほしい
- 介護支援専門員の地位の向上。加算や報酬等検討してほしい。
- 施設ケアマネ対象の研修を検討してほしい
- グループホームのケアマネの交流会、研修会を行っていただきたい
- 上記の実現への対応 VI. 研修の実施
- 施設ケアマネジャーの業務・専門性、他職員と連携をとる必要性を他職種部会に訴え知識を広めて頂きたい。
- 施設ケアマネのはたしている役割をきちんと評価してもらえようにしてほしいです。居宅ケアマネ中心の研修が多く、どこか軽視されている感じが強い。ケアマネ業務の書籍が出版されたので購入（ケアマネジャーハンドブック）したけれど、施設ケアマネについても詳しく書いてほしかった。あれは居宅ケアマネジャーハンドブックです…。がっかりでした。
- 小規模 CM についてももっとわかっていたきたい。介護業務との兼務の厳しさ…。
- 登録しているケアマネ数に合わせて、アンケート用紙を送ってください。
- 京都府下で自立、尊厳を守るために熱心に取り組んでいる施設の取り組みを紹介して欲しい。
- 会費を安くしてもらいたい
- 研修交流の機会を増やしてほしい
- 他施設との交流の場 入会金・年会費の値下げ
- VI. 1 の研修に望むことと同様です。
- やはり、ケアプランの立てかたで悩むので、他の方がどんなプランを立てておられるのかを知りたい。研修なども希望
- 厚労相の御用機関にならないください
- 小規模多機能のケアマネ研修や交流の機会があればと思います
- 京都市中心に何でも物事が進んでいる気がする（市と郡部では、利用者を取りまく状況が全く違う）。京都府全体を頭に入れて、研修計画、活動をしてほしい
- 施設ケアマネが支援・援助して頂ける機関を設けて欲しいです。
- 上記と同じです
- 記録の簡素化について問題提起し、検討して頂けたらと思いま

す

- 給与待遇の up より土台をかため、質の向上につながるのでは…？
- 地域学位での研修
- 施設ケアマネと在宅ケアマネとは仕事内容が全く違い互換性がなく、転向が困難。整理を。業宇内容の明確化
- 施設に特化した研修や部会の開催。居宅の方とは話がかみあわない
- 研修会、交流の場を設けて頂きたい。
- 期待している
- 相談がでている意見交換の場を持つ
- ケアマネの集まりでも在宅が中心となる内容が多いため、入系のケアマネが集まれる部会等の設立に向けてのきっかけ作りをして頂きたい。
- 実施研修等に参加しているが、ほとんどが居宅のケアマネを対象とした内容であり、施設ケアマネにはあまり勉強にならない、施設ケアマネを対象とした研修の機会を作ってほしい
- 行政に遠慮しないこと
- 現場の状況を行政や国が理解できるように伝える努力を望みます。
- 施設ケアマネは楽だということを、研修の場で伝えるケアマネがいることは残念です。
- 施設ケアマネの立ち位置がはっきりしていない。他の業務との兼務がほぼで、さらに雑務が8割である。ケアマネとして1人だちしようと思っても他の仕事がじゃましている。施設ケアマネの立場をはっきりしてほしい。
- 施設ケアマネジャーのジレンマ・悩みなど、話し合える場がほしい。施設ケアマネジメントに関連する内容の研修や勉強会を増やしてほしい。
- 研修をしてほしい
- 居宅中心でなく、施設にも目を向けてほしい。施設はその施設の方針や理念等考え方がそれぞれあるので、やり方（ケース会議やプランの見直し、カンファレンス参加メンバー）に違いがあり、他の施設の話を書いても参考にならないこともあるため、逆にむなしいこともあります。
- 施設ケアマネの研修を開催して欲しい。年に1回でも良いです。できたら研修が連日であれば他のケアマネの方とも休憩などで話せたり、親睦会などもあればより話しやすくなるような気がします。まずは近隣施設から顔馴染みを作りたいと思います。【去年は施設ケアマネ研修があったようですが、更新研修と重なっていたり、また市内の施設ケアマネ対象というものでした。行政でも施設ケアマネの研修はありません。同じケアマネなのになぜ違うのでしょうか。インターネットでも調べていますが、日本介護支援専門員協会主催だったか？あったように思いますが、それもいつ頃開催されているのか等の情報が把握できませんでした。会員

になっても参加できるのかな？と感じたりします。悩みがあっても相談できる人も少なく、他施設とのつながりもなく、孤独です。居宅と比べて研修もないので、情報も少ないので同じケアマネでも取り残されている気がします】

- 施設ケアマネ経験者が講師になり講義を聞きたい（グループワークではなくて）
- 会費を半額に…
- 施設ケアマネジャーの相談を受けたり、働きやすい環境や職務の向上へ導いてほしい
- 定期的な研修
- 主任ケアマネ研修の受講の機会を施設ケアマネにも与えて欲しい
- 上記、主任ケアマネジャーが施設では受けられない状況、施設枠も設けて頂きたい
- ・色々な研修を開催してほしい ・ケアマネの交流の場を作してほしい
- 会費が高額なのは
- 会費が高すぎて、以前は入っていたが今はやめます
- 会費が高いと思います
- 交流の場を作ってもらいたい
- 入会してメリットはあるのか
- 老健としての研修会の開催
- 待遇改善に向けて関係機関に働きかけること
- 会員でないので、何も望まない。以前入会していたが、年会費に見合うメリットが感じられなかった
- ケアマネが必要とする専門書は多くありますが、読みたい本も

高くて手が出ません。最近の情報等知るために雑誌も高価です。で、安価で興味深い内容の情報紙の発行はいかがでしょうか。すでにあるようでしたら個別に送付していただけたら有難いです。

- 施設ケアマネの動向がわかる情報冊子がこまめにあれば嬉しいです
- ケアマネジャーの交流の場を設けてほしい（忙しい人が多いのでこまめに…）
- 施設ケアマネが研修等で小さくまとまらずに参加できるように、在宅も必要だけでも施設のケアマネも大切なんだよというような研修を北部・南部でくんでいただきたい。
- （時々参加ですので、お願いを書きました） ・「(居宅)在宅に準ず」が多く、個々の施設における「施設ケアマネ」のサポートにはもっと力を入れて頂けたらと思う（施設における「地域包括的サポートシステム」ができたらと思う） ・今後は主任ケアマネの資格の中に施設ケアマネの経験も必須として欲しいと思う程、在宅ケアマネの方の「施設」への偏見強い。この点に対する活動も考えて頂ければと思う。
- 施設ケアマネのための研修（施設名は内情を話し易いようふせておく、遠いと行きづらいので規模は小さめで）
- 更新研修の内容の精査を望む
- 在宅ケアマネのための会と感じています。施設ケアマネのための情報が少ないため、脱会しようと思っています
- 居宅に重きを置きすぎ。また丸投げの居宅ケアマネ【多】責任もってその人の人生のCPを考える教育を。京老健（協会）にはケアマネ部会さえありません。ケアマネが要としながらも、実態がこれではボトムアップは計れない。

VII. 施設ケアマネジャーの交流の場（意見交換会）があれば参加されますか？

希望される曜日や時間帯を自由に記載ください

- 平日、又は土曜日の pm～
- 月～金曜日の PM がいいです。
- 業務時間内で参加したい。
- できるだけ早く時期がわかればうれしい
- 月、金の午後から 保健所圏域など小さい規模で
- ある程度事前に案内送付が欲しい（ホームページでの交流会を知らせる etc）
- 夜間希望
- 交流は必要と思うが、兼任なので…専任のケアマネがまずもつと交流すべきと思う。
- 平日の夜
- 時間帯希望なし
- 是非参加したい（日曜日の午後）
- 平日、業務（研修）として
- 土曜日 午後
- 金曜日の午後
- 日曜日、祝日をさけてほしい
- 平日 9：30 頃～17：00 頃が参加しやすいです
- 小規模単位で。
- いつでも良いです。
- 余裕があれば
- 研修も兼ねた交換会の場があれば
- できれば夜が良い
- 時間帯は、夕～夜が良いです
- 平日の午後
- 定期的に開催してほしい
- 土・日、時間外など（夜など）
- 3ヶ月前には日程を決めて通知してほしい
- 平日の午後を希望します。
- 同様のものを複数回おねがいします。できたら地域の近いところと遠いところと両方。→1つの研修に基本1人しか行えないので、ケアマネ2人が行けるように回数を増やして頂きたいです。また、業務内で行けるように、施設長等に依頼文郵送して頂けるのもっとうれしいです。
- 夕方6時以降
- 平日の夕方
- 時間があれば参加したいが、現実的に無理
- 平日の勤務時間外 17：30～
- 木曜午後
- できたら参加したい
- 月～金の平日ですと、子育て中ということもあり、時間にとっても制限があるので、参加は難しいです。土日ですと、調整しやすいです（個人的な意見で申し訳ありません）。居宅のケアマネジャーだと、研修や交流の場が結構あるとききます。施設のケアマネジャーも、役所の相談窓口にお問い合わせるまではないけど…ちょっと聞きたい!!ということがあるので、意見交換会などの機会をもうけてくだされば、積極的に参加させていただきたいです。
- 水～土曜日
- 上記研修を交えて交流の場を持ちたいです
- 平日
- （土）（日）の方が、業務にさしつかえないので希望
- 地域ごとであれば参加する
- 日時が合えば参加したいが、京都府全体でなく地域、南、中、北で分けてして頂きたら嬉しいです。あと施設種別毎（特養、老健、GH等）業務で交流の場よりも時間外の方が気軽に話せようだと思います。
- いつでも良いので、交流の場がもてるなら、参加したいと思います。
- 早い目にお知らせくだされば調整します
- 曜日は特に希望はないが、時間帯は昼間、10時～5時位ならOK
- 早めに連絡くだされば、いつでも調整可
- 色々なケアのやり方を聞きたいから日曜日の昼から
- 日が合えば参加致します
- 仕事が終わってから夕方ぐらいなら大丈夫です。
- 月～金の夕方
- 木曜、金曜日以外（土～水）を希望します。
- 参加したい気持ちはあるが、なかなか日程が調整できない
- 平日の勤務時間内で、市内であればうれしい
- 月～金 10：00 位
- 月末日始以外ならいつでも
- できれば
- 平日の日中
- 午前中研修で昼食をかねての意見交換会があれば参加しやすいかと
- 2ヶ月前位なら調整できます。ぜひぜひ交流会開催をお願いします。交流会で、行政や国への要望も話し合いたいです。
- 都合に合わせていただきます
- 金・土曜日の午前
- 終業後の時間

- 平日の日中
- 水曜日以外を希望します
- ウィークデーの18時半頃から
- ・曜日はいつでも良い ・日中の時間帯が希望
- 平日、5時まで
- 日程が決まればシフトに組み入れてもらいます
- 土・日曜日午後
- いつでも都合が合えば
- 金曜日 16:00~18:00 ぐらい
- 日曜日
- 曜日、時間は特にありませんが、会場を北部・南部にわけてほしいです。
- 業務時間に参加したいが、多忙で出られない。休日は家庭の事情で参加が難しい。

- 都合にもよりますが
- 平日、昼間（14:00~17:00頃）
- できれば
- ただし「ただしんどい」とかの愚痴の話ばかりとなっているのは聞いていてつらい。「こんなことができる」「こんなことができたなら」「こうしていきたい」という前向きな発見の場があれば、是非とも参加させて頂きたい。
- 水曜日・土曜日
- 13:30~17:00頃
- 就業内
- 日曜日、祝日
- 小規模CMの交流の場がほしいです。小規模は、居宅とも施設とも違うと思います。その業務の独特さに悩んでいる方は多いと思います。
- 参加したいができない状況
- なかなか時間がありません