

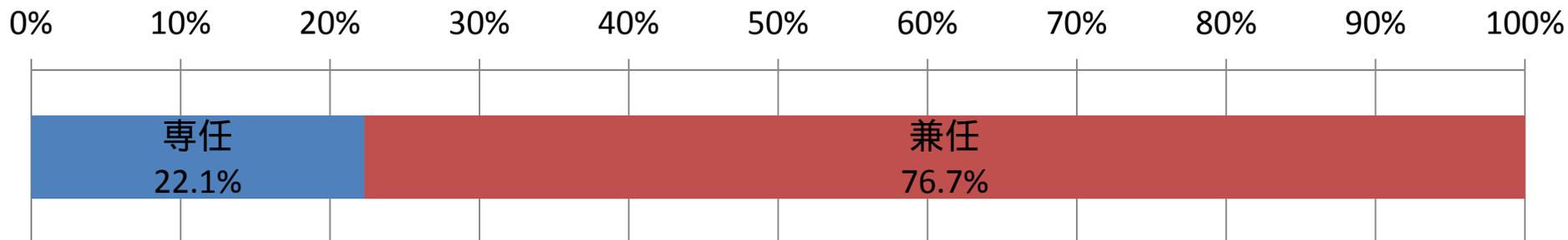
日本慢性期医療協会

介護療養病床の ケアマネジャーに関するアンケート

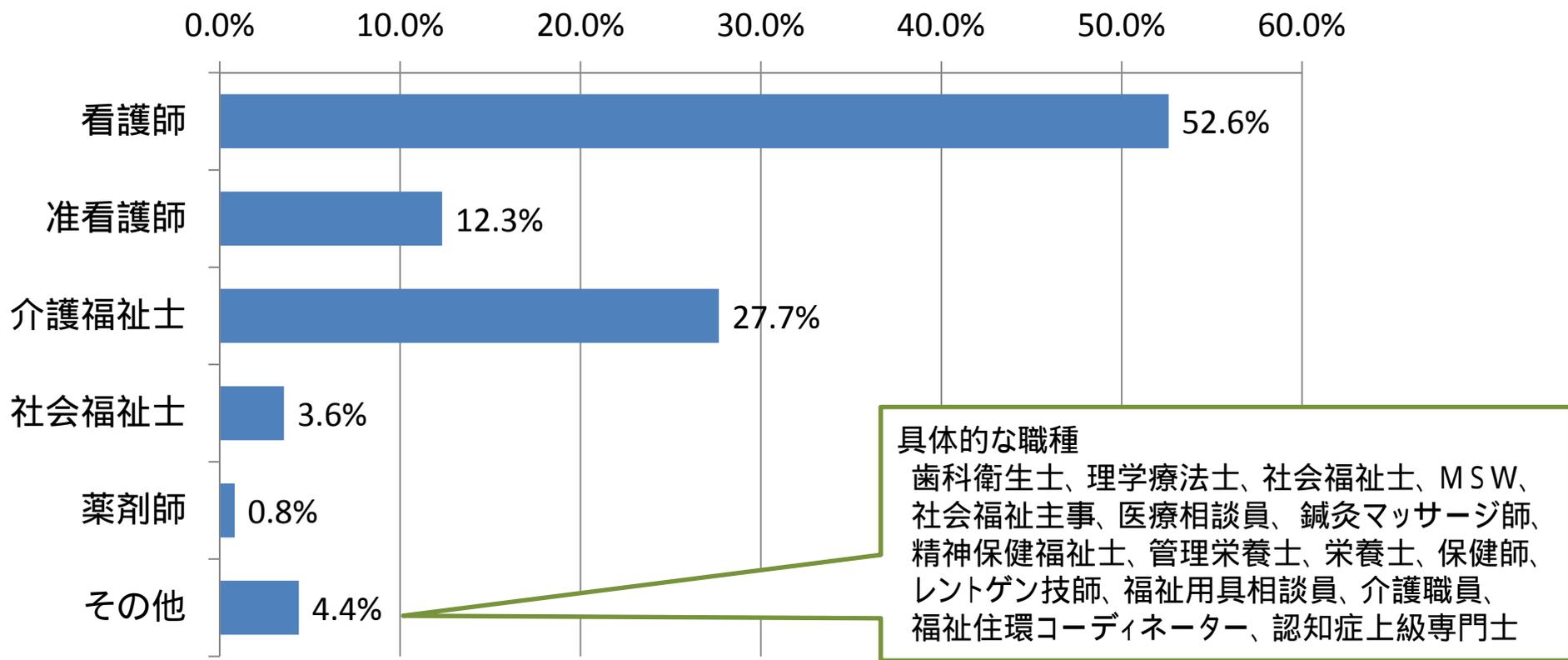
対象施設数	363施設
回答施設数	262施設
回答率	72.2%

対象病棟	療養病床の介護療養型医療施設	20,591床
	老人性認知症疾患療養病棟の介護療養型医療施設	625床
		日本慢性期医療協会会員施設
対象職種	介護支援専門員(ケアマネジャー)	
調査方法	FAXによる質問紙法	
回答期間	平成24年6月13日～20日	

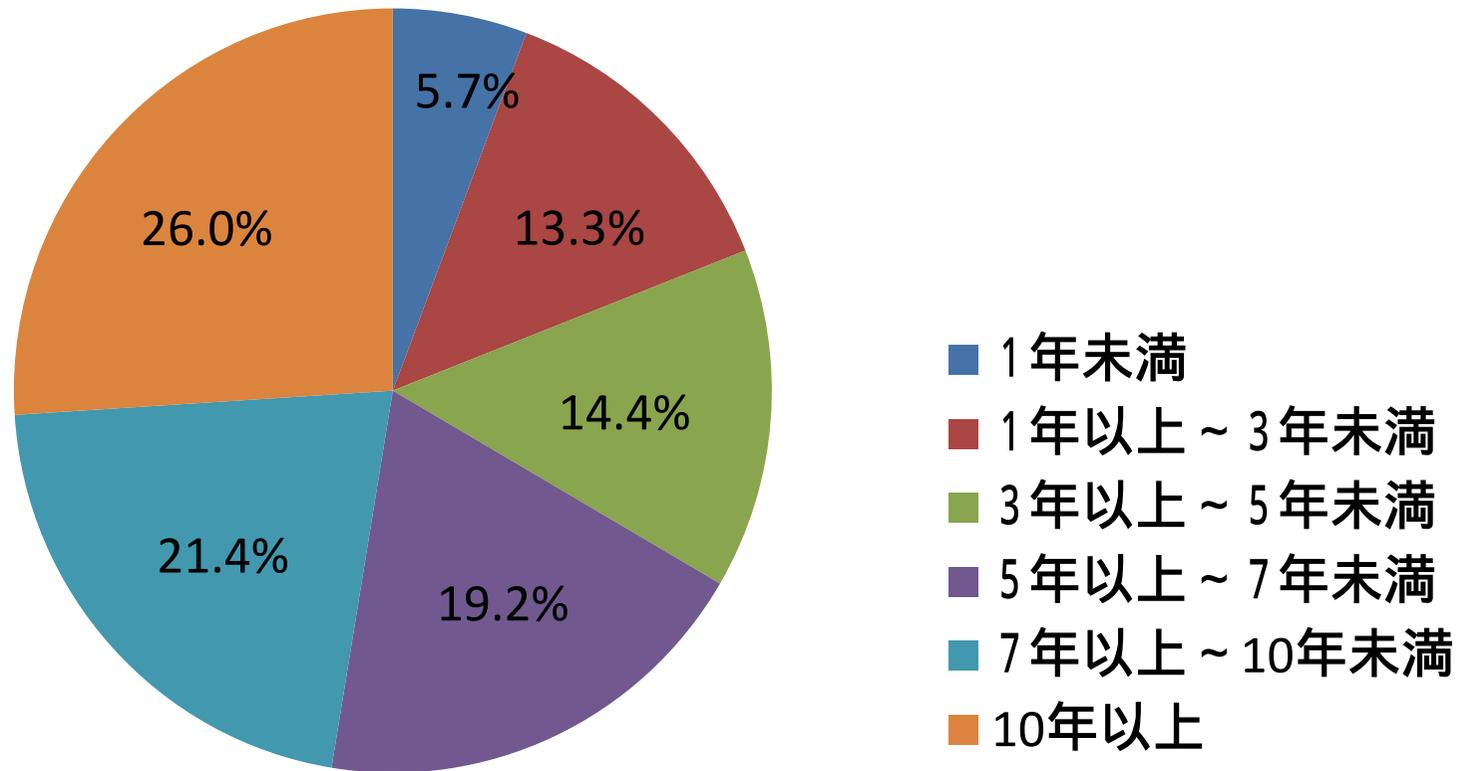
1. ケアマネジャーの配置人数 (n=730)



2. ケアマネジャーの元の職種 (複数回答)



3. ケアマネジャーの経験年数 (n=715)

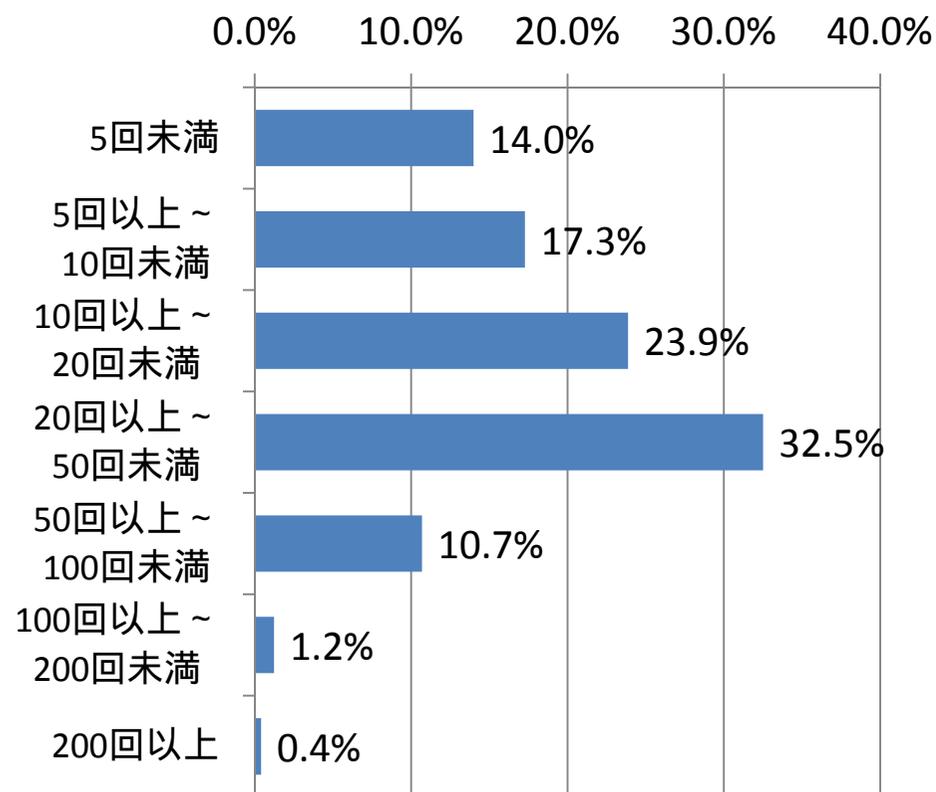


4. ケアカンファレンスの開催について（平成24年5月1ヶ月間）

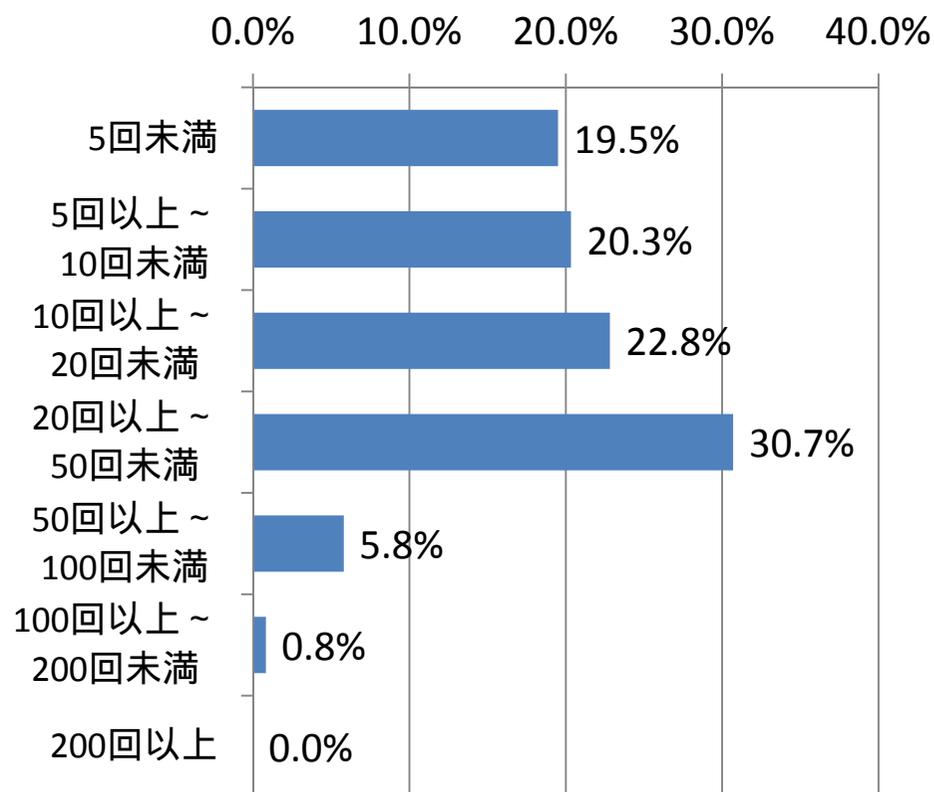
4-1. ケアカンファレンスの開催回数およびケアマネジャーの参加率

	100床あたり
すべてのケアカンファレンスの開催回数	20.4(回)
ケアマネジャーが参加した回数	14.5(回)
ケアマネジャーのケアカンファレンスへの参加率	71.1%

全開催回数（n=243）

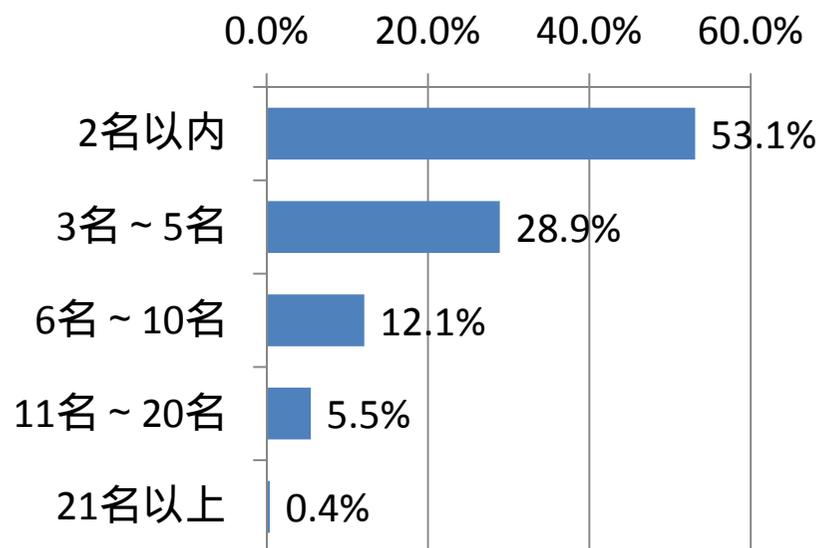


ケアマネジャーの参加回数（n=241）

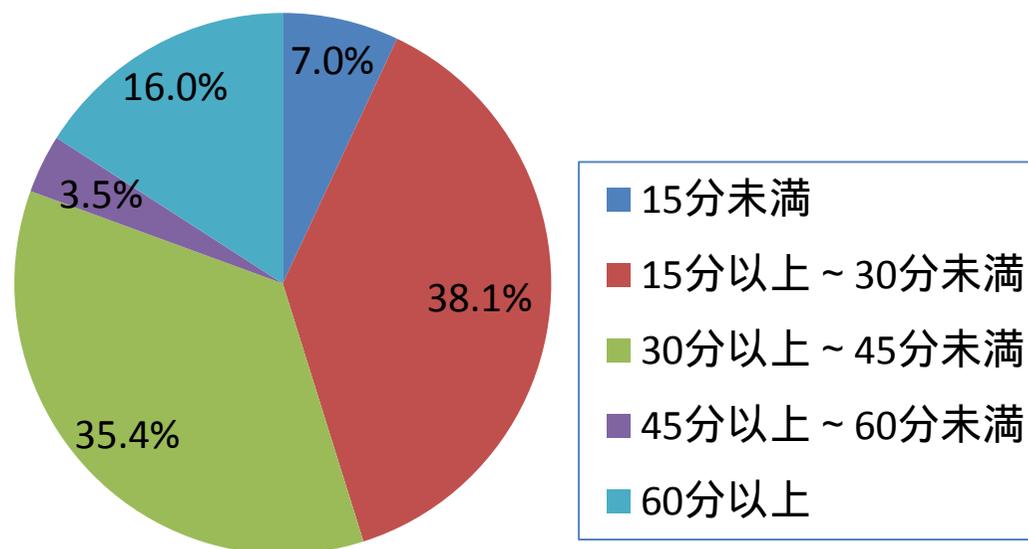


4-2. ケアカンファレンス1回あたりの開催状況

1回のカンファレンスで
検討される患者数 (n=256)



1回のカンファレンスの
平均時間数 (n=256)

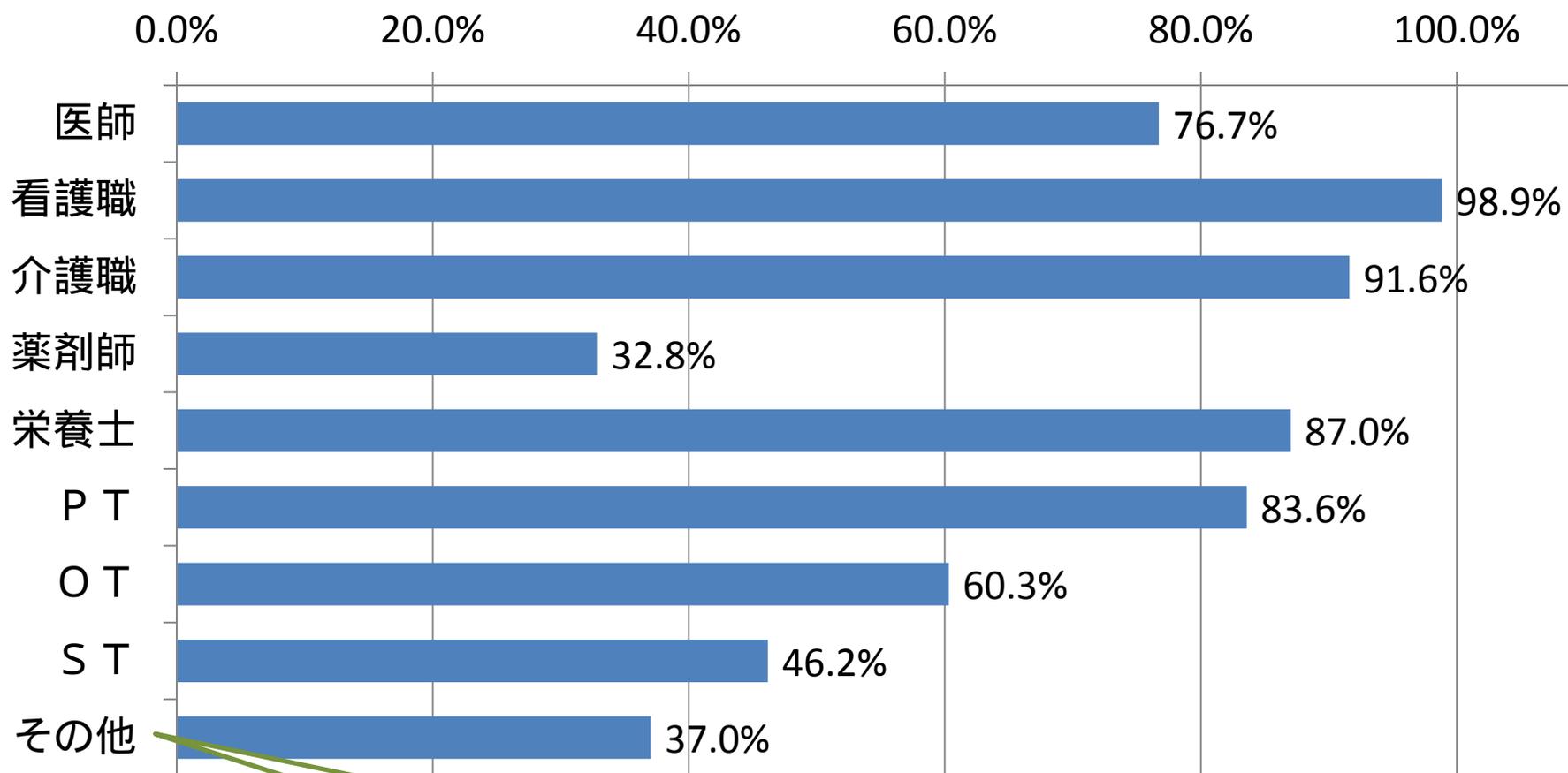


患者1人あたりの平均検討時間

検討される患者数(合計)	971名
平均時間(合計)	7,855.6分
1人あたりの平均検討時間	8.1分

4-3. ケアカンファレンスへの主な参加職種 (複数回答)

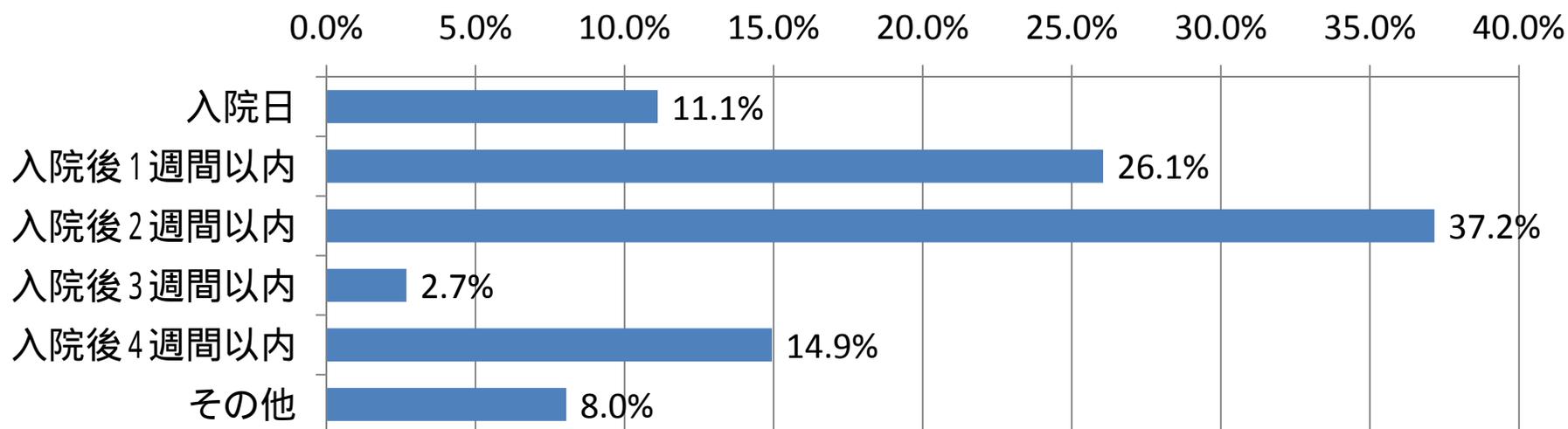
ケアマネジャーを除く



具体的な職種

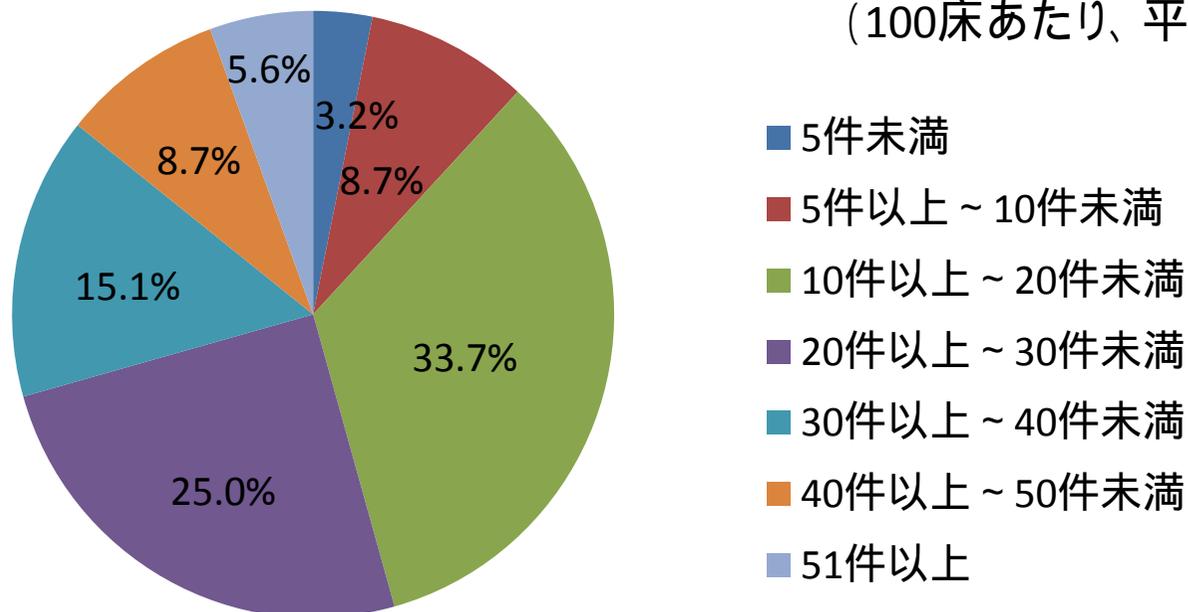
MSW、相談員、PSW、ケースワーカー、家族、本人、
歯科衛生士、事務職、病棟クレーン、放射線技師、
検査技師、薬剤師、在宅時の担当ケアマネジャー、理事

5. 入院時のケアカンファレンス開催時期



6. ケアマネジャーが立案したケアプラン件数

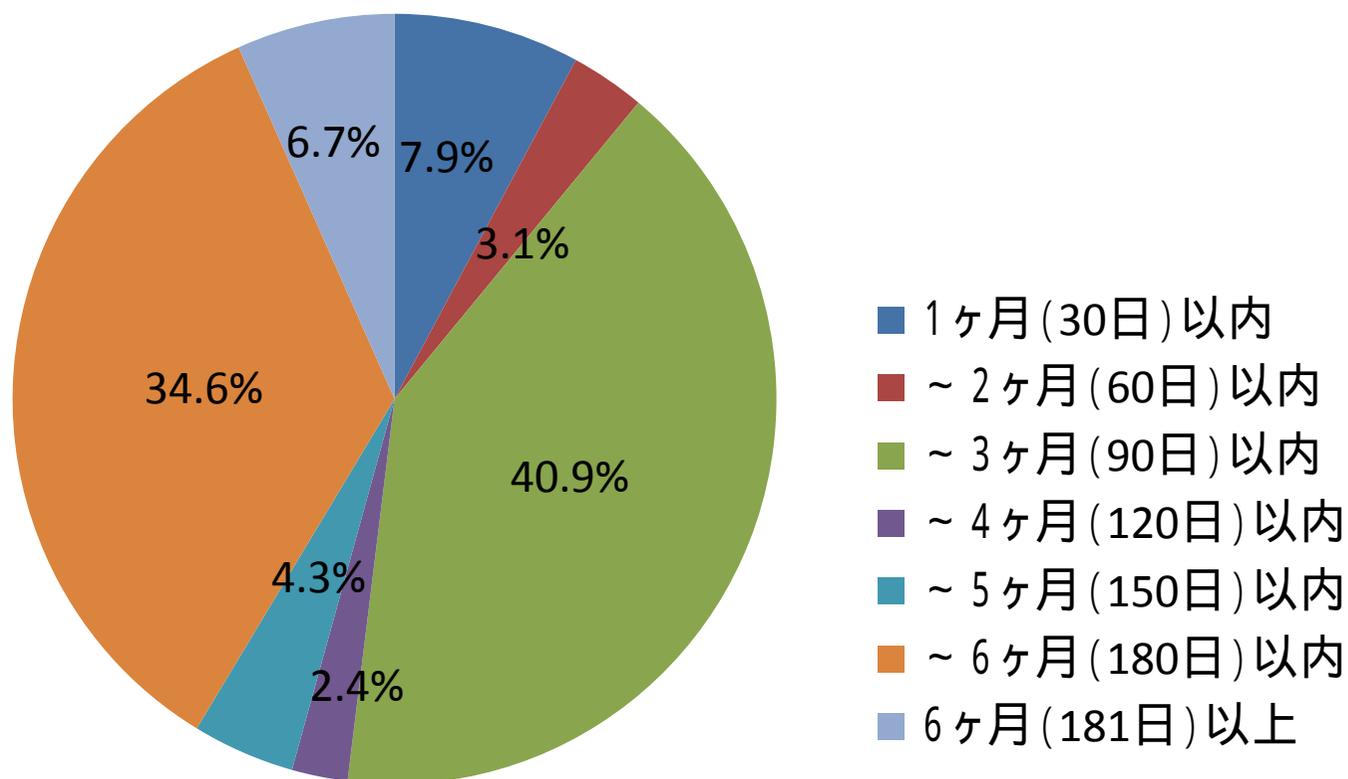
(100床あたり、平成24年5月1ヶ月間)



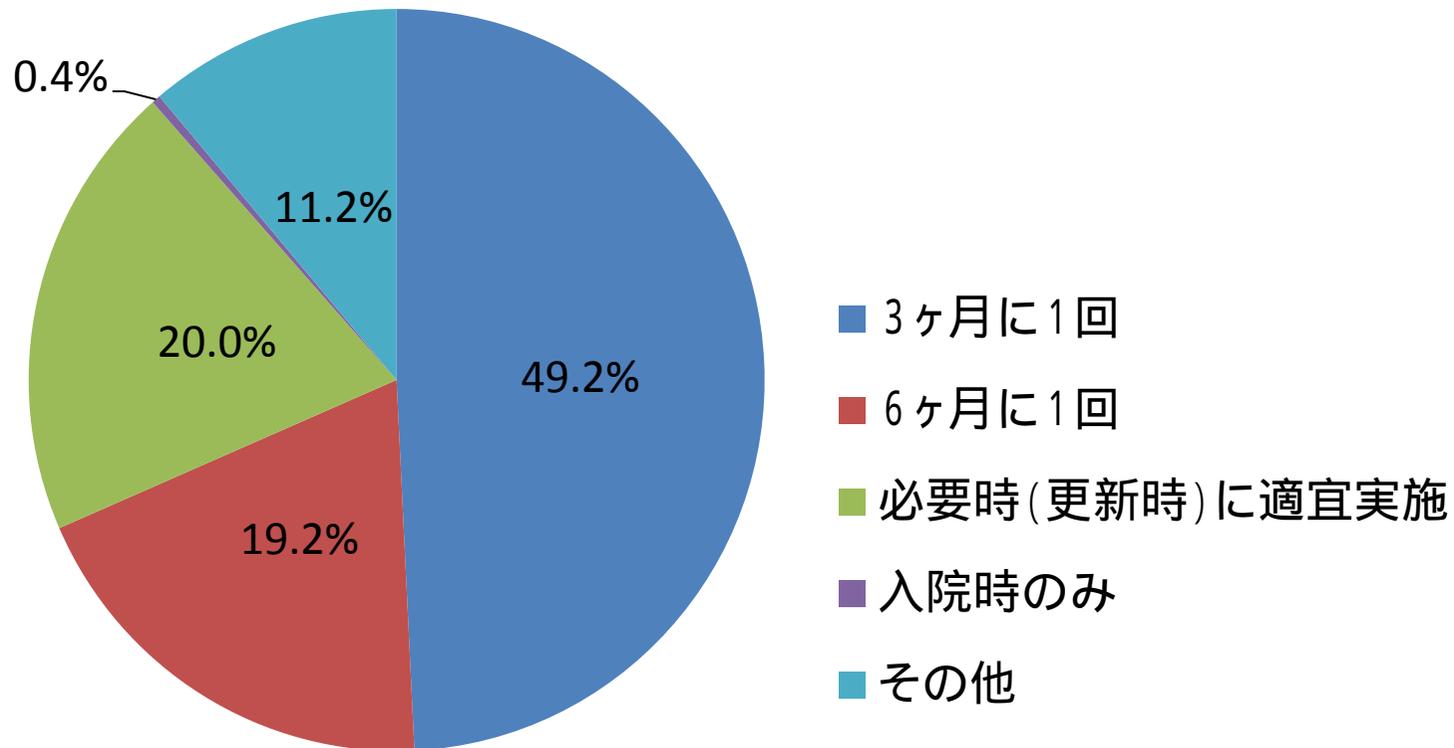
7. ケアプラン更新・見直しの頻度

更新・見直しの平均日数

135.4 日



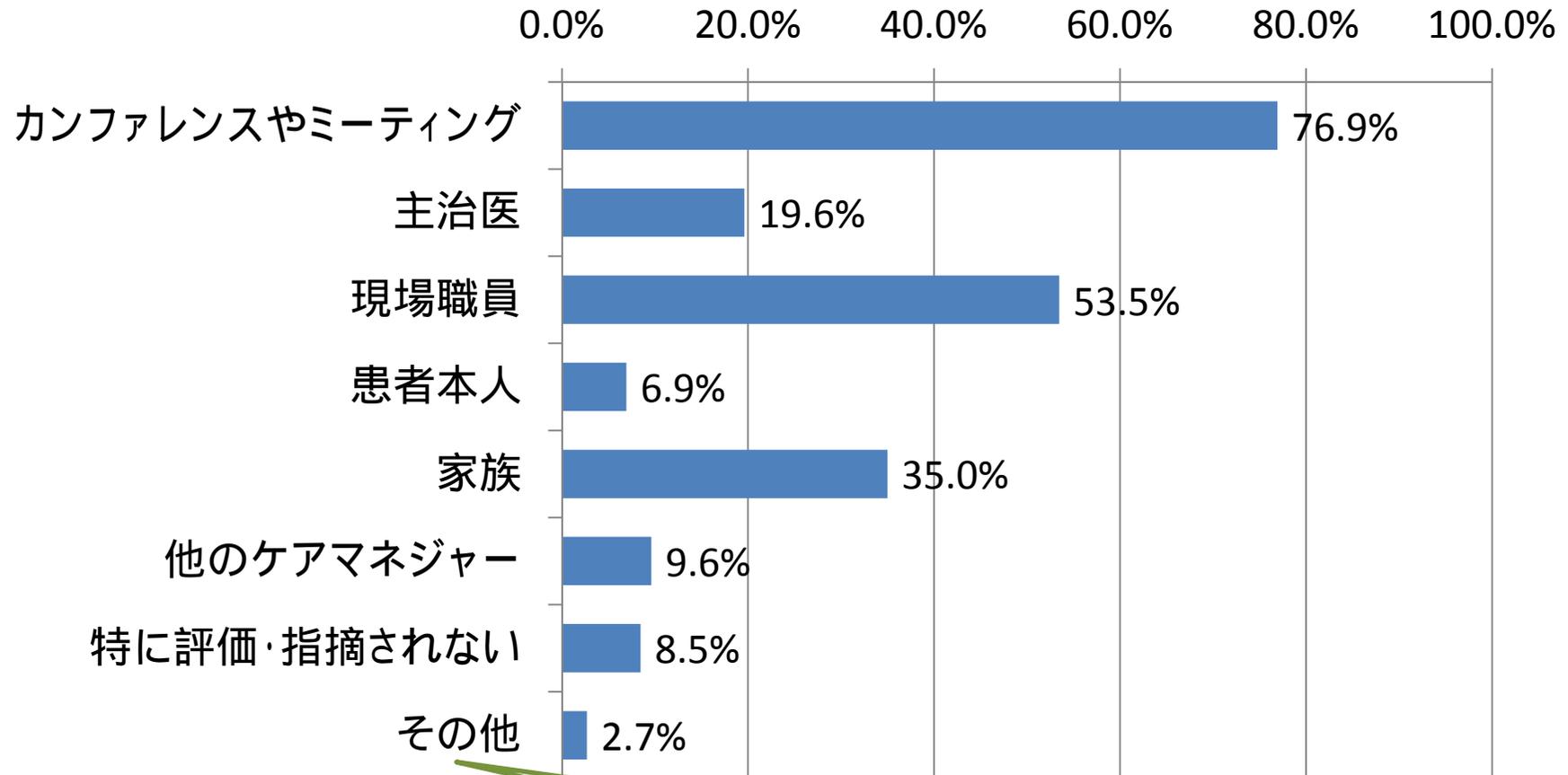
8. 課題抽出のためのアセスメント・モニタリングの実施



コメント

アセスメントは3ヶ月毎、モニタリングは1ヶ月毎もある。
アセスメントは変化がなければ6ヶ月に1回、モニタリングは3ヶ月に1回。
アセスメントは更新時、モニタリングは1ヶ月に1回。

9. ケアプランの妥当性を評価・指摘される機会(複数回答)

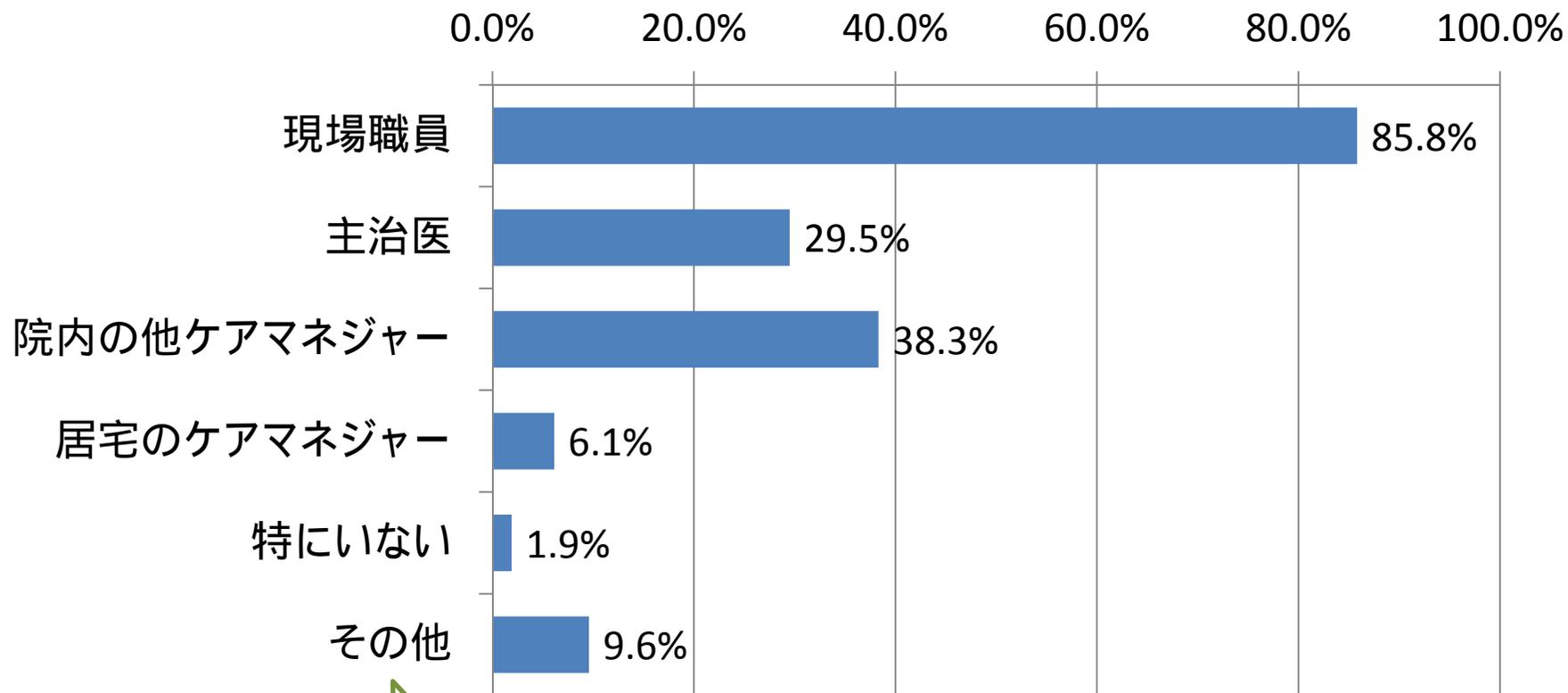


具体的な相手・機会

リスク委員、上司、週1回の評価記録

MSW、組織の本部 等

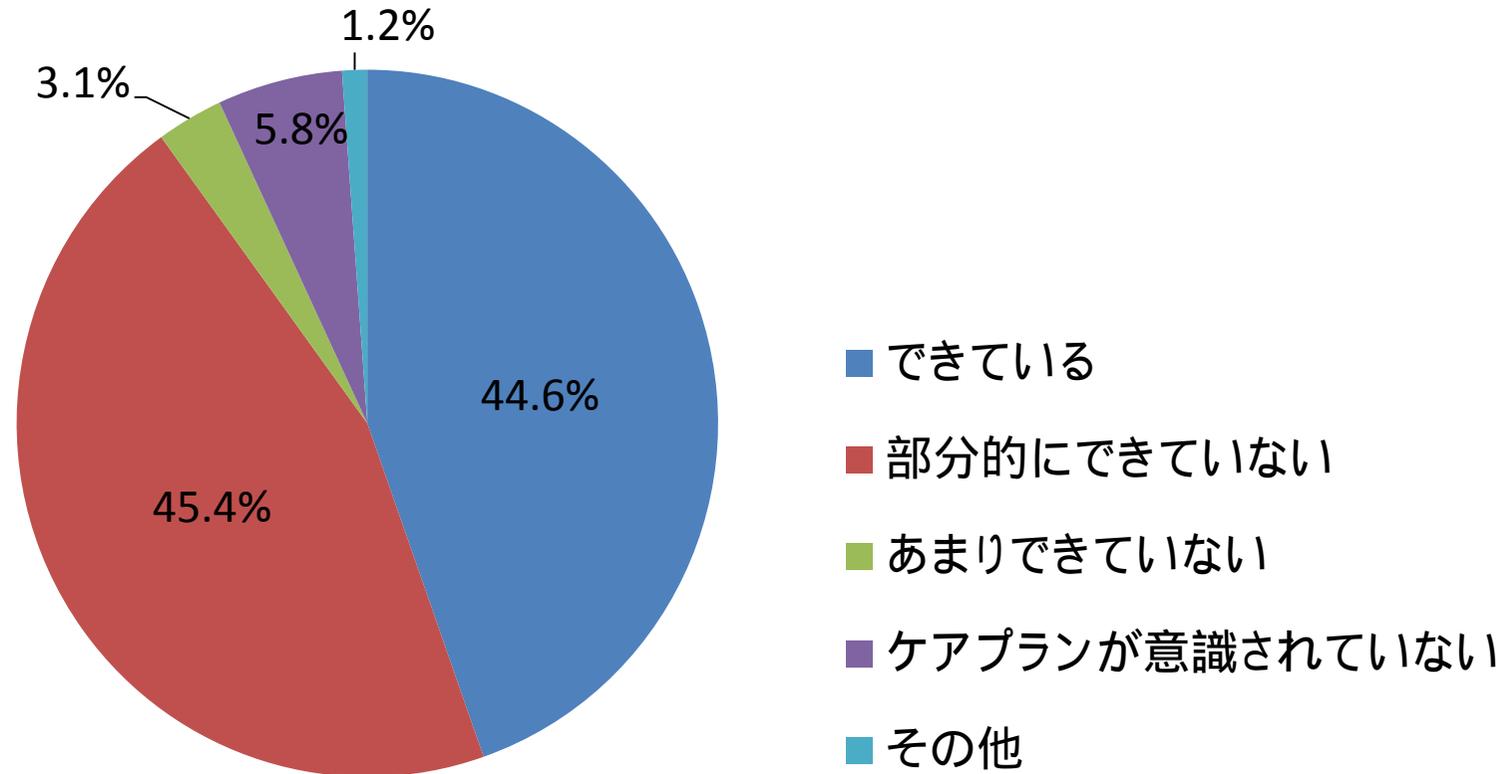
10. ケアプランで悩んだ時の相談相手(複数回答)



具体的な相談相手

相談員の上司(主任ケアマネ、師長、管理者)、MSW、相談室、他施設のケアマネ、リハビリスタッフ(PT、OT)、以前ケアマネをしていた人、看護師長、病棟スタッフ、栄養士、本部介護支援専門委員会 等

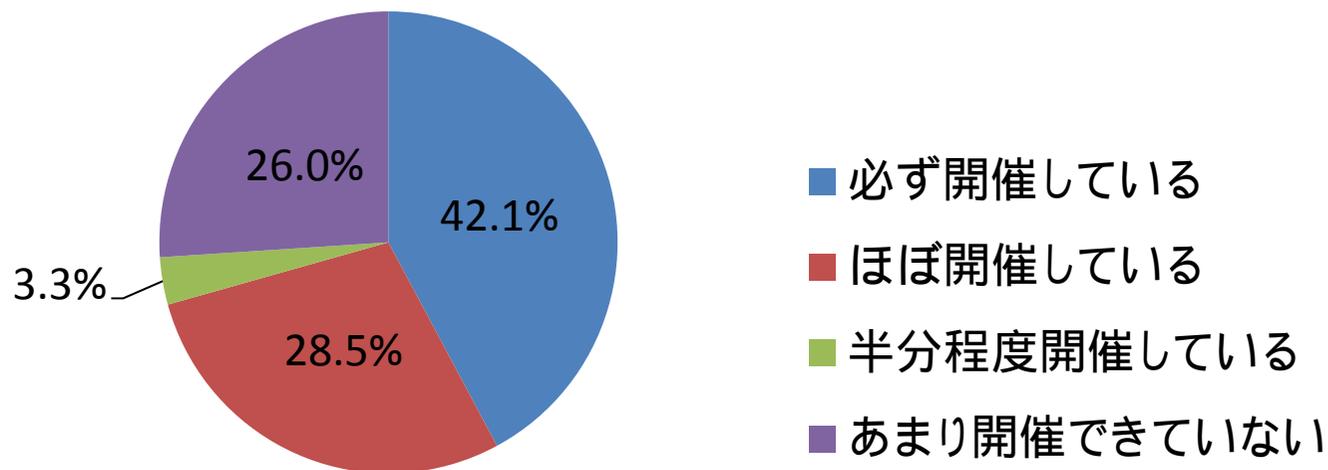
11. ケアプランに基づいたサービスの提供



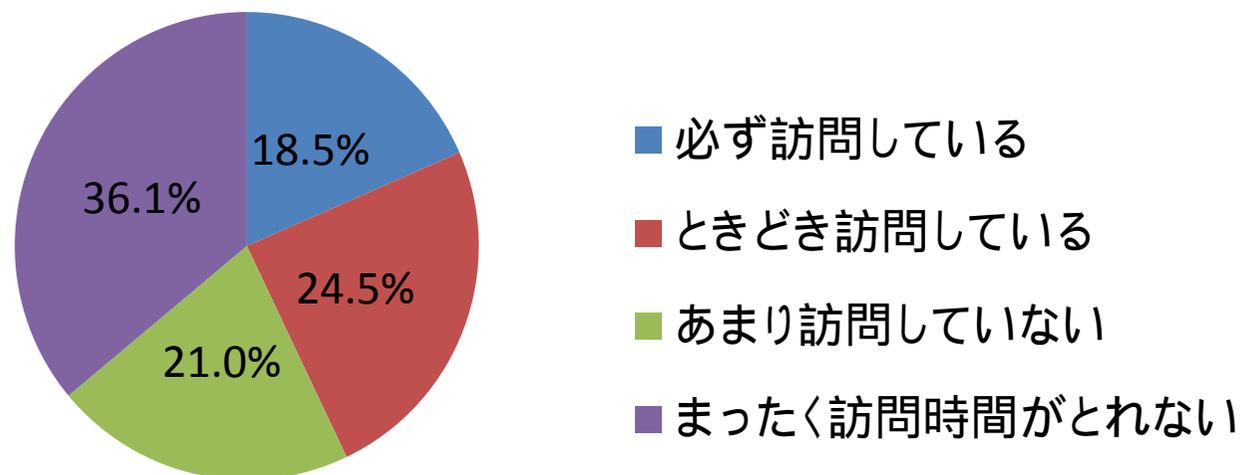
コメント

概ねできているが、体調不良や病状により実施できていないサービスもある

12. 在宅退院時のサービス事業者とのカンファレンス



13. 在宅退院前の自宅(居住系施設含)への訪問



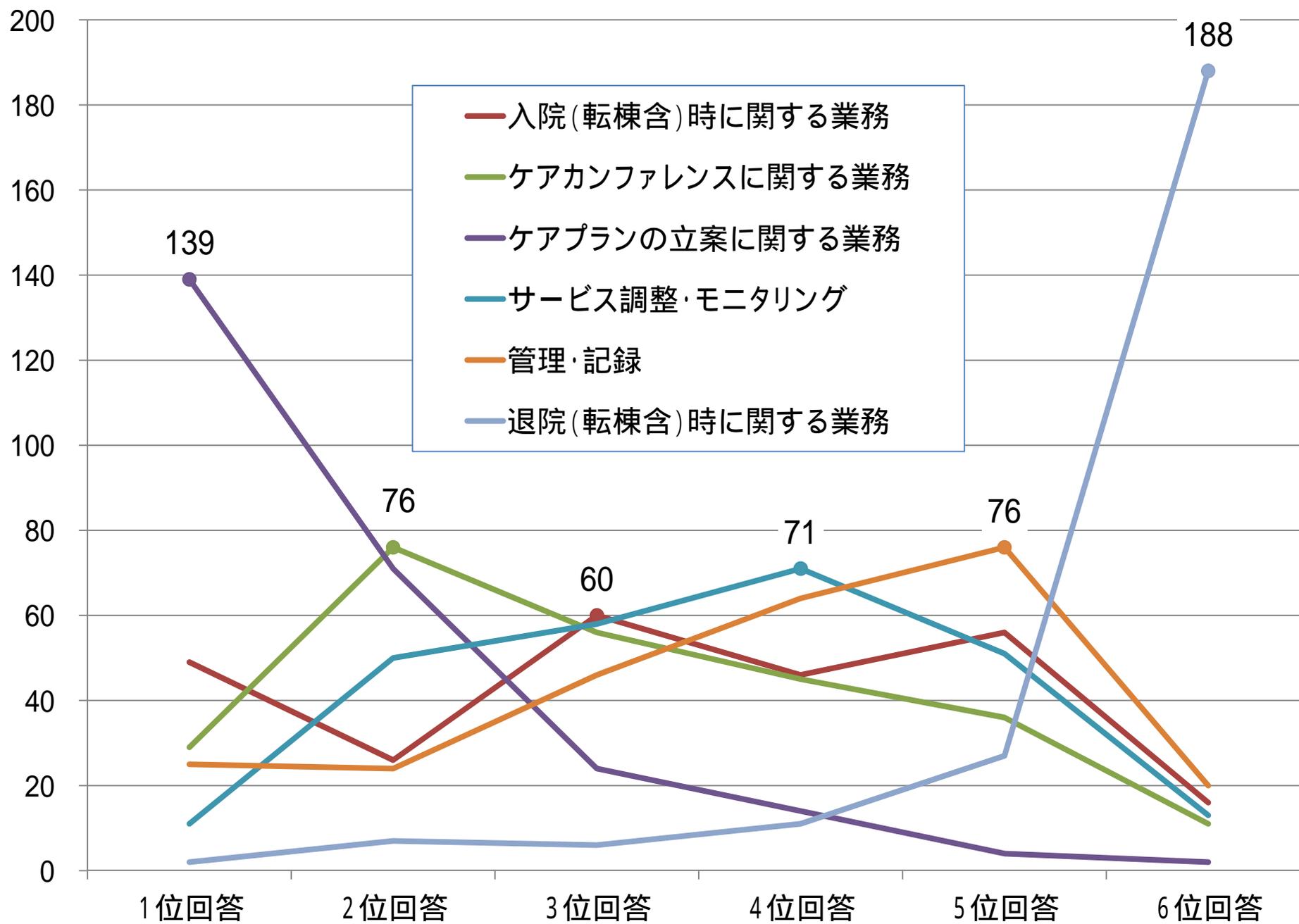
コメント

在宅退院がほとんどないという施設もある

14. ケアマネジャーとしての業務で多いもの

左記項目より、業務の多いものから昇順に番号をふった。

	1位 (施設)	2位 (施設)	3位 (施設)	4位 (施設)	5位 (施設)	6位 (施設)
入院(転棟含)時に関する業務 (患者の状態の把握、家族との調整など)	49	26	60	46	56	16
ケアカンファレンスに関する業務 (日時の調整、資料の準備など)	29	76	56	45	36	11
ケアプランの立案に関する業務 (新規作成、見直しなど)	139	71	24	14	4	2
サービス調整・モニタリング	11	50	58	71	51	13
管理・記録	25	24	46	64	76	20
退院(転棟含)時に関する業務 (地域資源の調整、家族の調整など)	2	7	6	11	27	188
その他	0	1	5	3	3	3



15. ケアマネジメントの質の向上のための研修会への参加(年間)

	合計	ケアマネ 1人平均	100床あたり
行政主催の研修会	403回	0.6回	1.9回
院外での研修会	480回	0.7回	2.3回
院内での研修会	791回	1.1回	3.7回
その他	56回	0.1回	0.3回

具体的な研修会

事例検討会(院内)、地域CM・SWとの研修、
地域ケアマネ連絡会、地区ケアマネ連絡協議 等

16 . 自由回答結果

16-1.施設ケアマネジャーとして立案するケアプランが 看護計画と違っているところ

概 要

他の老健・特養との大きな違いとして、医療施設という属性を持つ介護療養型医療施設という特殊性として、看護計画とケアプランとの整合性がしばしば問題となることも多く、この質問項目ではその違いに戸惑いながらも、改めて「ケアプラン」のポイントも浮かび上がっているようである。

全体としては、当然ながら「看護計画」は医療行為や生命リスクの予防・管理を中心とした医療面を、「ケアプラン」は本人・ご家族の意向を考慮しながら介護・生活面を重視した立案となるという特徴を挙げる回答が多かった。しかし別の側面として、看護計画はまず問題点を挙げて解決しようという課題抽出型、病気や転倒等の予防を中心としたリスク回避型で、「ケアプラン」は多職種連携のもと自立支援・尊厳と言う面を尊重し、今後の望むべき方向性を重視した全人的アプローチであることを指摘する回答も多々あり、介護療養型医療施設の特徴が良く出ている結果と思われた。ただ一部には「ケアプラン」には医療面があまり重要視されていない印象をもつ回答もあり、看護計画との整合性を含めて今後の介護療養型医療施設における施設ケアマネジメントの在り方について検討すべき点と考えられる。

主なアンケート記載内容

(ケアプランの主な特性)

ケアプランは家族の状況や自宅復帰等も含み、周辺状況も考慮して計画 医療面より生活面での援助
生活の質を維持することを目標 日常生活を見て、QOL維持向上に着眼 家族による支援等も促せる
医療面でなく介護を重視している 利用者の意志を最優先 家族の了承を得る(同意) 介護スタッフ全員で関わっていける
課題の優先順位と表現方法 ケアプランは患者の暮らし全体を考えると一番大きな違い インフォーマルのサービス
全スタッフが統一した対応ができるプランの立案 家族へのケア・支援にも配慮 自立支援・尊厳のある生活の継続に配慮
患者本人が今持っている機能を最大限に発揮し、その人らしい生活を送ってもらえるような計画を立てている
利用者さんを「生活者」として見る。病状も含め、生活機能の改善・悪化の防止を図ることに主眼をおいている
ケアプランは看護以外(PT・OT・ST・歯科衛生士・栄養士・ボランティア・家族)など、全てのサービスを必要に応じて盛り込んでいる
ケアプランは利用者の周囲、関係者、たとえば医師・PT・OT・ST・SW・地域連携等々の協力を得て、利用者のQOLと幸せとあって
いただける時間を作ってさしあげる計画書だと認識
ケアプランは看護計画・介護計画・リハビリ実施計画・栄養マネジメント等、トータル的に考え、ご本人やご家族の意向を考慮し立案
施設サービス計画:1人1人の抱える問題を明らかにし、それを解決するための計画、個別の状況を判断し、それを改善・維持したり、
危険の予測・予防のための方向や方法を明らかにする

(看護計画との対比)

治療目的の看護計画ではなく、QOLを重視し長期の計画を目標
看護計画は利用者さんを「病者(病んでいる人)」として見ている
看護計画が問題点を重視しているのに対して、ケアプランは今後望むべき方向性を重視している
看護計画は病気に対する治療等のプランで、ケアプランは日常生活に対するプラン
ケアプランは生活全体(栄養・リハ等を含む生活)として立案するが、看護計画は医学面のみ
看護計画は、病気の再発防止・栄養状態の改善などを取り上げている
「状態の安定」を看護計画では最優先されるが、介護保険のケアプランでは「状態の安定」は根底にありながらも本人・家族の意向を重視
医療中心が看護計画で、少しでも生活面やその人らしさをプランに出したいと思うのがケアプラン
看護計画:医療行為、医療的援助が中心、ケアプラン:日常生活の介護援助が中心
拘束などミトンの使用・離床状態・オムツ使用について、危険・安全度での受け入れが違って来る
看護計画は治療方針及び療養上の助言等を立案するのに対し、介護ケアプランは生活上の、本人の自立支援を目標としており、
意向を傾聴しそれを叶えるために何が出来るか、という点に着目する。個別性、本人・家族の意向がケアプランには盛り込まれている
看護計画は病状によって立案する物である。介護療養病棟は施設であり、生活の場である。その方らしい療養生活が送れるよう
ケアプランを立案

16-2.施設ケアマネジャーとしてケアプランを立案する時に、 一番重視しているもの

概要

「自立支援」や「本人・家族の同意」と言った介護保険創設時の概念は十分理解されている結果であったが、介護療養型医療施設の利用者(患者)が特に医療面に於いてより重度化してきている傾向からか、同時に褥瘡・拘縮等を含む医療面における予防や疾病や緊急時の対応等を挙げる声も多かった事が特徴と言えよう。また昨今の入院患者の重度化もあってか、在宅復帰を挙げる回答は少数に留まった印象である。

主なアンケート記載内容

(自立支援)

家族の意向(終末期ケアについて、リハビリ)等 ケアへの満足度 ご家族と本人の意向を含めてアセスメント
本人・家族の意向、また出来るところを見つけて伸ばしていける個別的援助 本人・家族のニーズに沿ったプランの立案
自立支援を念頭に置き、本人・家族の意向を確認し、施設スタッフと今後の目標と課題を共有化
本人の自立支援(残存機能を活かしたケア)、安全・安心できるケア
要介護度4・5の患者様がほとんどで、自分で話すことができないばかりのため、代弁者となるよう必要項目をあげて立案
ニーズが利用者主体となっているか、サービス内容が本当に必要か、目標が達成されるものか、目標に沿ったケアか
変化を感じ取れるように観察のポイントを重視。計画が画一的なものにならないよう、個別性を出すこと。今できていること、
プラス面を維持・増進できるようにする

(医療・介護の専門性)

褥瘡・拘縮等による苦痛軽減・進行予防 残存する機能の維持・継続(食事、寝返り等の自力動作) 医療面を最優先
残存能力の向上 生命に関わる支援 褥瘡予防と体調管理 ADLの状態・残存機能、安全(転倒・転落)
療養型医療施設の特性上、生命に直結する疾患のプラン(緊急時の対応、疾病の再発)を重視しているが、特に終末期に
おけるQOLの維持

(その他)

実現可能なケア 意思疎通不可の方・ご家族の希望が特にない方については、主治医・現場職員のアセスメントを重要視
自宅退院を重視して立案 アセスメントツールの読み込み(KOM記録システム)に則って行う(立案する)
施設では24時間途切れることなく介護サービスを提供する必要があるため、限られた介護力(マンパワー)でどこまでやれるかを
常に職種間で話し合いながら、家族の希望も取り入れ自立支援をするところ

16-3.施設ケアマネジャーとしての課題、意見など

概要

前述の16-2の概要にも挙げたとおり、「自立支援」や「本人・家族の同意」と言った介護保険創設時の概念は十分理解していながらも、近年の介護療養型医療施設の利用者(患者)が医療面・介護面ともより重度化してきており、寝たきりで意思の疎通もままならない重度患者に対するケアプランの在り方について、在宅復帰も極めて困難な事が多く、理想に沿ったプランが困難な状況にある悩ましい現実が示唆される結果と言えよう。また最近急増してきている終末期(ターミナル期)の患者に対するケアプランの在り方や、医療的なリスク管理と生活の質の向上との狭間で揺れ動く介護療養型医療施設のケアマネジャーの心情が見て取れる結果となった。

そして上記の点も含めて、100:1の施設ケアマネジジャーの配置基準や兼務による業務遂行上の困難さと共に、それらの悩みに対応した施設ケアマネジメントに関する研修会の量・質とも不足していることを指摘する回答が非常に多かった。更には、施設ケアマネジメントの重要性を施設内外に理解して頂くためにも、居宅介護支援と同様に施設ケアマネジメントに対する点数化を求める声も上がった。

一方今後のあり方として、地域の居宅ケアマネジャーや介護サービス事業者との連携や、他施設のケアマネジャーとの連携・交流・情報交換の場の必要性を指摘する声も多く、今後の施設ケアマネジャー研修の在り方を示唆するものと言えるのではないだろうか。また一部ではあるが、施設ケアマネジメント不要論もあったことを付しておく。

主なアンケート記載内容

(ケアプランに関して)

終末期、ターミナル期に近い方の入院も多く、自立支援に向けたケアプラン立案が困難

重介護者が多いため、スタッフのモチベーションや利用者のQOLを上げるプラン作成が難しい

医療重視なので、生活の質の向上が後になっている 寝たきりの利用者等は、計画の長期継続になりがち

医療介護とも重度の慢性期患者が多いため、プランが画一的になってしまう ゴールを在宅に向けて取り組める方が少ない

ベッド上で寝たきり・意思疎通できない方に対して積極的なプランは難しく、評価も変わらないことが多い

本人との意思疎通困難(コミュニケーションもできない状態)で、いかにその人らしさを出すのか。家族も今のままでいいと言われる方も多い

寝たきりの方のプランは特に変化がなく、新しい課題など作成することが難しく、自立支援を促す、利用者の意思を尊重するという点に関して困難なことも多い

プラン更新時、ご家族の同意を頂くことができない事も多く(ご家族の来院・面会がない)、後見人だけの同意(ご家族・キーパーソンでない方への説明・捺印)が増えている

患者様は年々、重症化・高齢化の一途をたどり、退院できる患者様は2～3年に1～2人の状態である。今後介護療養型医療施設は老健等へ転換していかなければならないが、どういう風になっていくのか全く見当がつかず、ご家族の不安も大きい

(施設ケアマネの在り方・研修等について)

人員配置基準について、利用者100名にケアマネ1名では専任でも難しい 施設ケアマネジャーの位置づけが確立されていない

施設の場合ほとんどが兼務であり、プラン作成や書類整理が追いつかず、十分ケアマネジャー業務が出来ていない

施設ケアプランが介護保険上点数化されていないので、現場で(職務内容の)理解が得られにくい

記録が多いので簡素化してもらいたい 施設ケアマネと居宅ケアマネの内容が違いすぎて、情報共有が行いにくい

居宅ケアマネジャーと比較して施設ケアマネジャーの研修会や勉強会等が少ない ケアマネとの連携が重要

定期的な施設ケアマネ研修会への参加と、他の施設ケアマネジャーとの交流の機会が必要

在宅に戻る際の地域のケアマネやサービス事業者との連携の取り方を考えることも、今後の課題

施設におけるケアマネの役割・業務については専門性が不明確で、施設スタッフ(受け持ちや担当スタッフ)で行えるのであれば、施設ケアマネは必要ないのではないか

17. 最後に

日本慢性期医療協会が実施した今回のアンケート調査結果は、回答期間1週間という緊急アンケートの形にも関わらず回答率も思いの外高く、非常に示唆に富んだ内容であり、今後のケアマネ検討会の在り方の論点整理に役立てて頂ければ幸いです。

また最後に、このアンケート調査とは別に理事長・院長等の施設管理者の立場からの課題も挙げられていたので、その一部項目を下記に付しておく。

(施設管理者からの意見)

居宅・施設を問わず、主治ケアマネジャーの創設

施設ケアマネジャーと居宅ケアマネジャーの連携不足

施設ケアマネジメントと看護計画の整合性

施設内における介護相談員とケアマネジャーとの役割分担の在り方

国家資格化の是非(時期尚早では?)