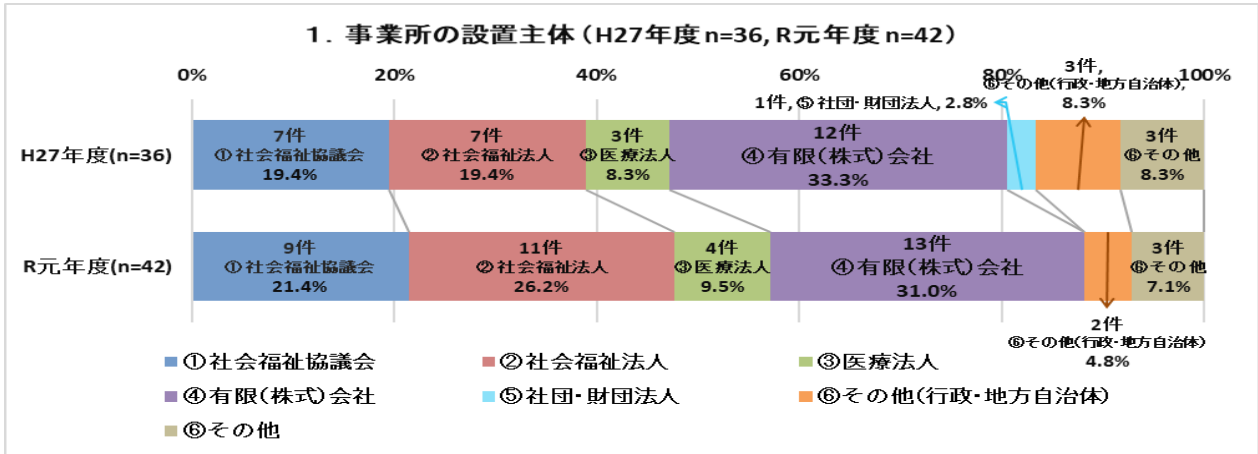


5 居宅介護支援事業所

(H27年度調査 回答数 36か所／対象数 48か所・回答率 75.0%)
 (R元年度調査 回答数 42か所／対象数 43か所・回答率 97.7%)

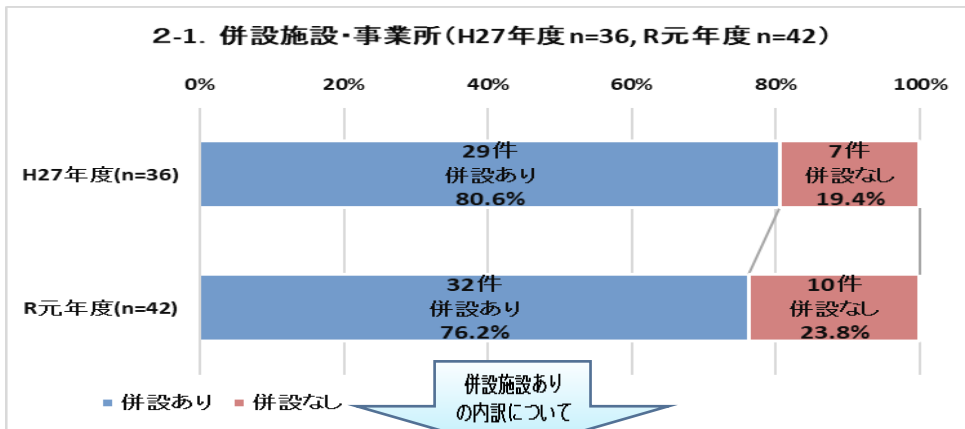
H27年度調査時より対象となる事業所は5か所減少した。

1. 事業所の設置主体

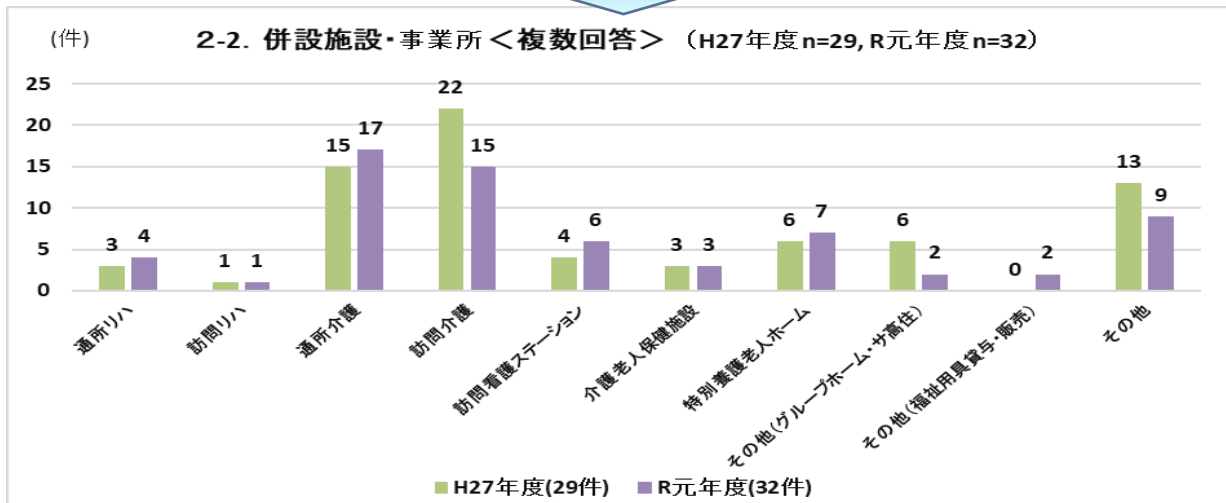


「④有限(株式)会社」が13件(31.0%)と最も多かった。

2. 併設施設・併設事業所

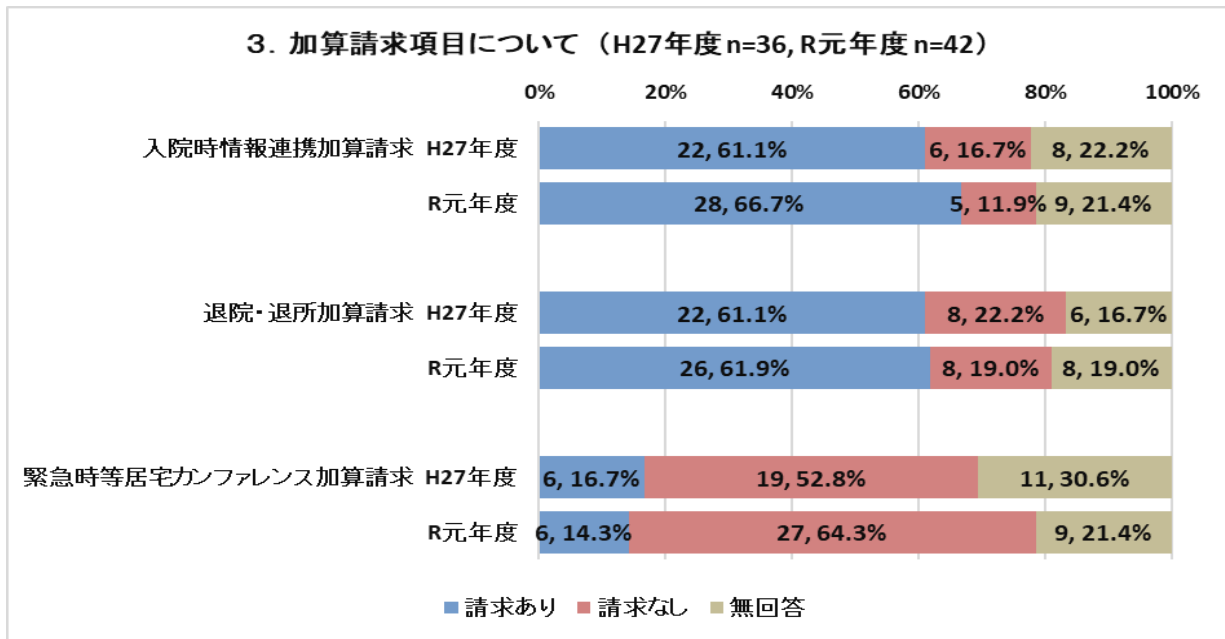


併設施設ありの内訳について



「訪問介護」が17件(40.5%)と最も多かった。

3. 加算請求項目について



加算請求について、H27年度とR元年度で大きな変化は見られなかった。
緊急時等居宅カンファレンス加算請求は、H27年度とR元年度ともに6件と変化は見られず、加算請求項目の中でも請求ありの件数が最も少なかった。

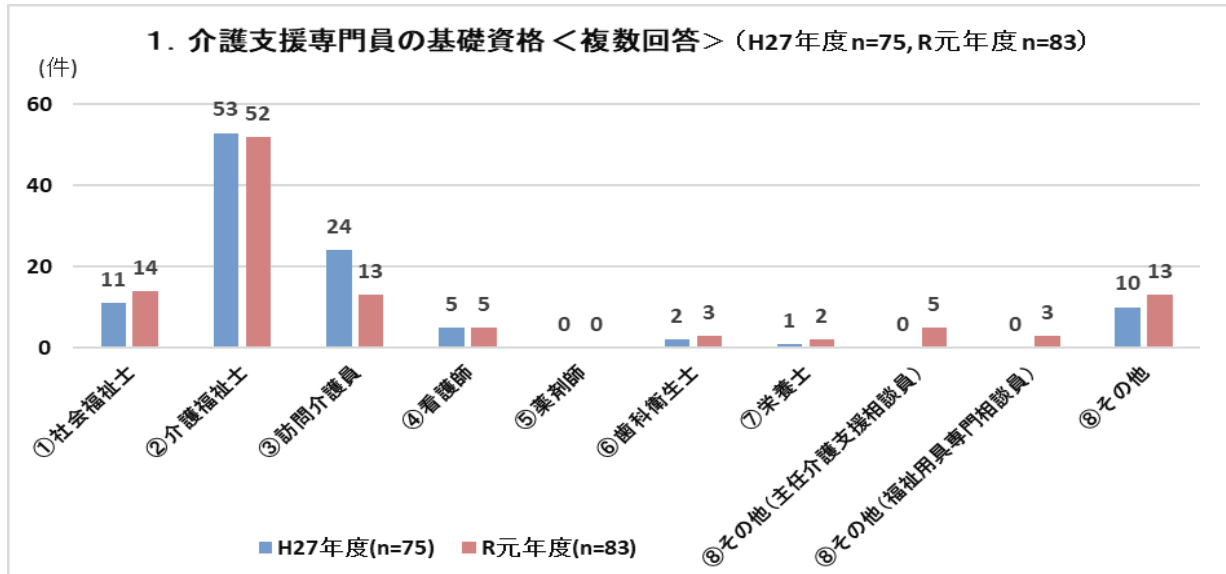
介護支援専門員

(H27年度調査 回答数 75件)

(R元年調査 回答数 83件)

H27年度調査時より、R元年度調査では、回答者数が75件から83件に増加した。

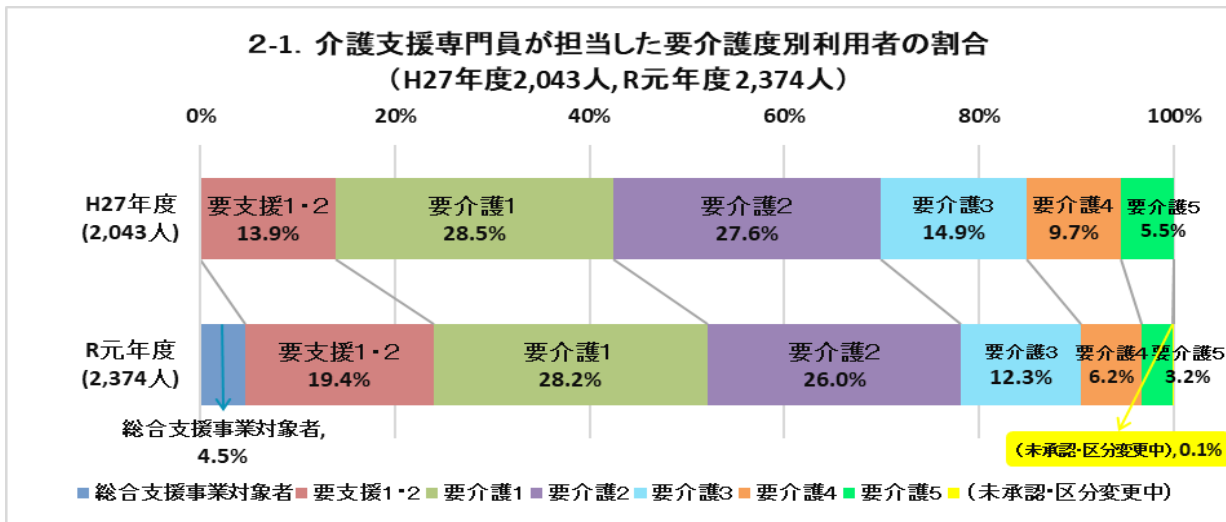
1. 介護支援専門員の基礎資格



「②介護福祉士」が52件(62.7%)と最も多かった。
 H27年度とR元年度で、介護支援専門員の基礎資格に大きな変化はなかったが、R元年度では「③訪問介護員」が減少。

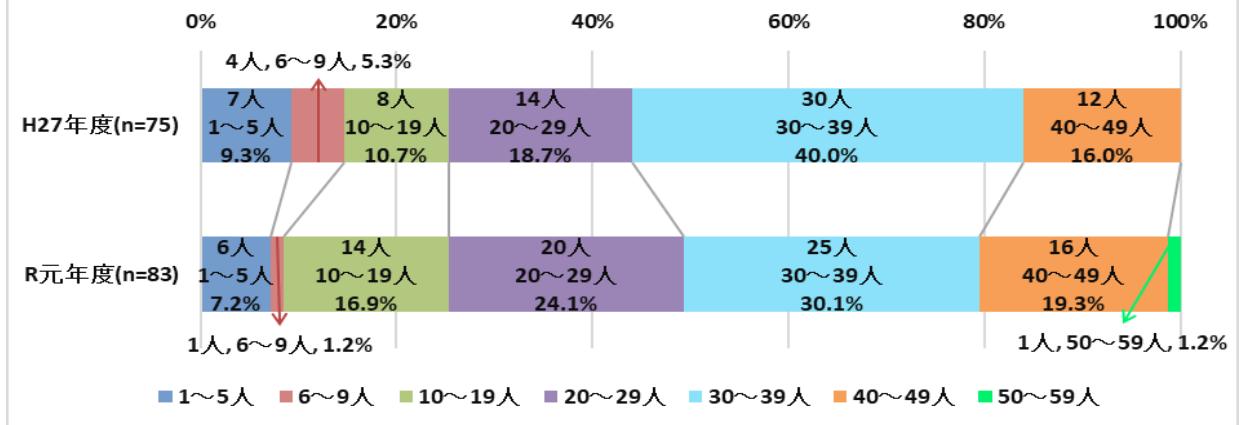
2. 介護支援専門員が担当した要介護度別利用者の割合と1人が担当する利用者数

(調査月: H27年度調査 H27年6月, R元年度調査 R2年2月)



H27年度と比較し、R元年度では、「要介護3」「要介護4」「要介護5」の割合は微減。
 「総合支援事業対象者」「要支援1・2」の割合は増加。

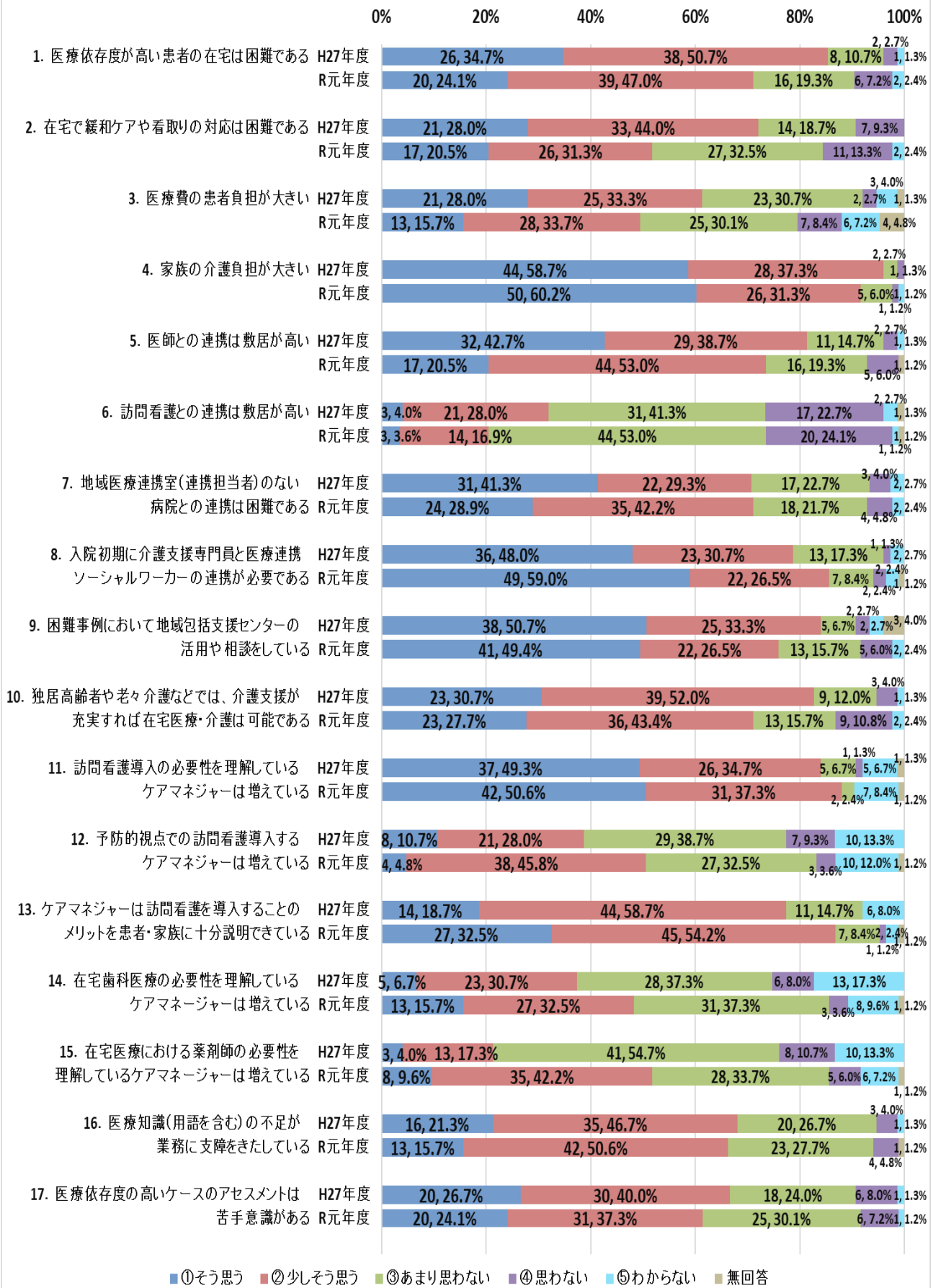
2-2. 介護支援専門員1人が担当する利用者数
(H27年度n=75, R元年度n=83)



1人が担当する利用者数はH27年度と同様に「30~39人」の割合が、25件(30.1%)と多かった。

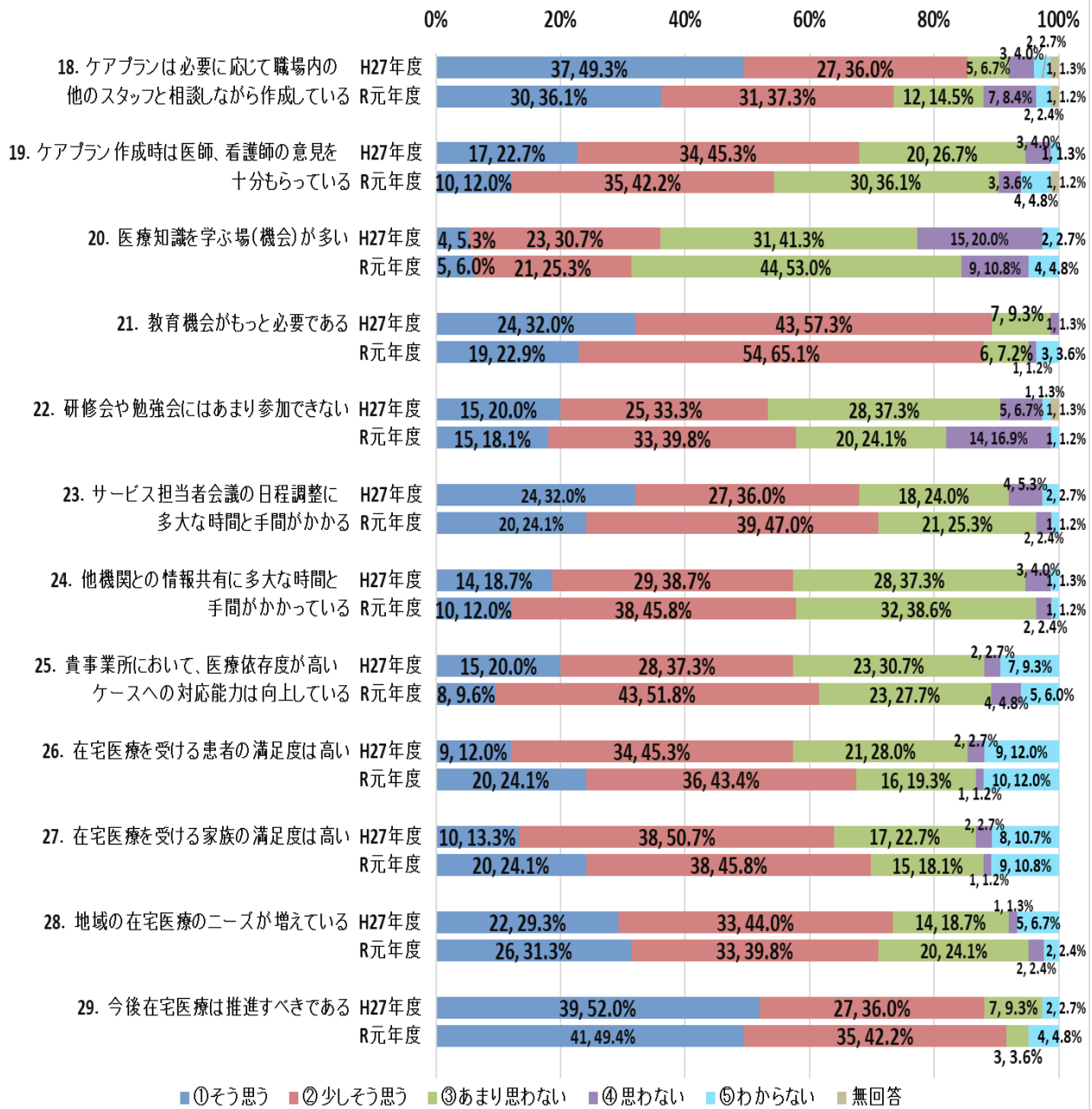
3. 在宅医療に対するイメージ

3. 在宅医療に対するイメージ（H27年度 n=75, R元年度 n=83）



(次頁へ続く)

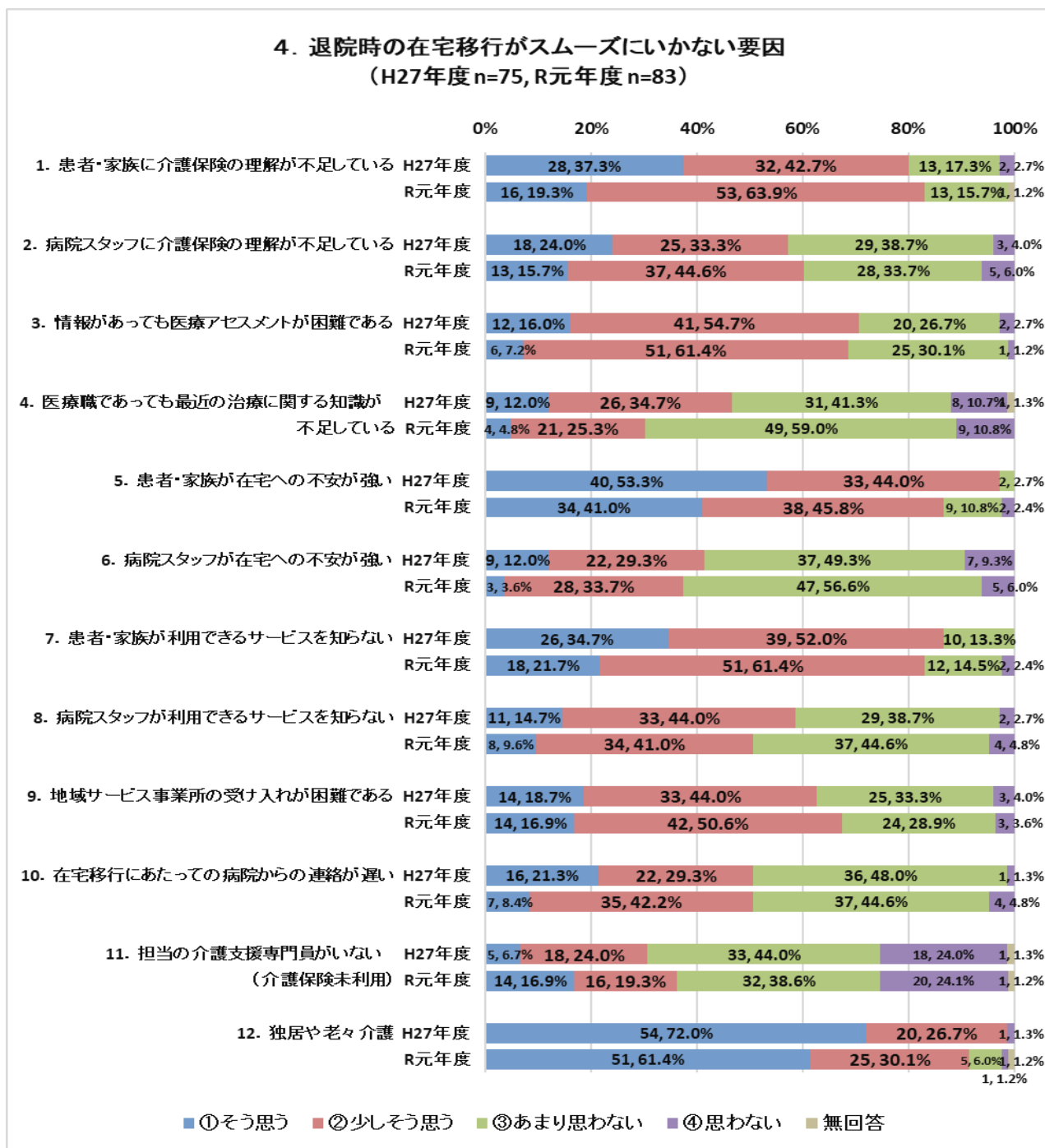
3. 在宅医療に対するイメージ（H27年度 n=75, R元年度 n=83）



「1. 医療依存度が高い患者の在宅は困難である」「2. 在宅で緩和ケアや看取りの対応は困難である」「6. 訪問看護との連携は敷居が高い」「20. 医療知識を学ぶ場(機会)が多い」は「③あまり思わない」が増加。

「12. 予防的視点で訪問看護導入するケアマネジャーは増えている」「13. ケアマネジャーは訪問看護を導入することのメリットを患者・家族に十分説明できている」「15. 在宅医療における薬剤師の必要性を理解しているケアマネジャーは増えている」は「思う」(「①そう思う」+「②少し

4. 退院時の在宅移行がスムーズにいかない要因

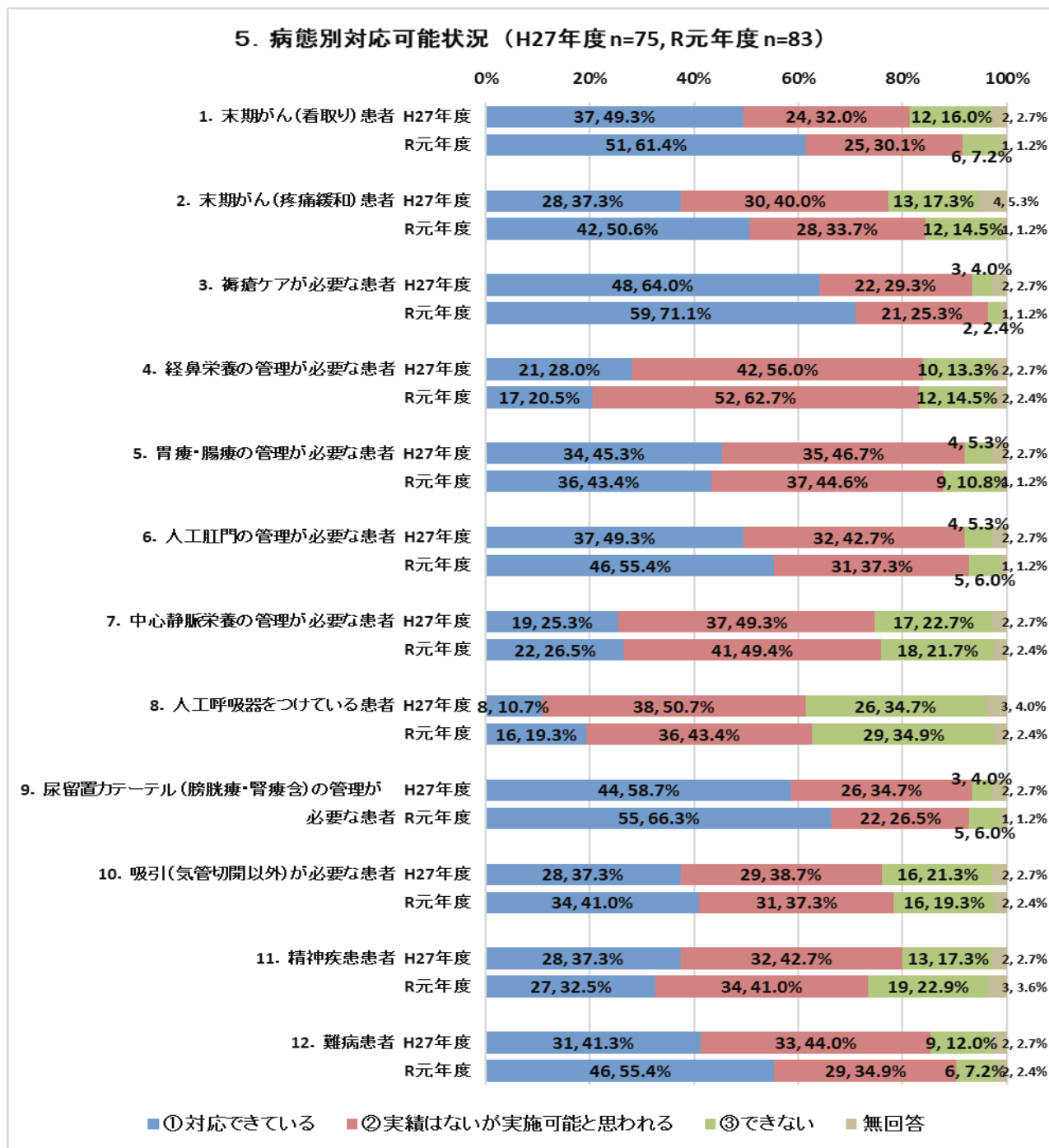


<「その他13.」のご意見(令和元年度調査)>

・病院が思うサービス利用を、患者・家族が必ずしも希望しているわけではない。又、退院カンファで快く承諾したかの様に思われてた患者が在宅に戻り、いざ、サービス利用となると、平気でコロッとキャンセルするということが少ない。高齢者特有の瞬間で言うことが変わるということも理解が必要と思われる。

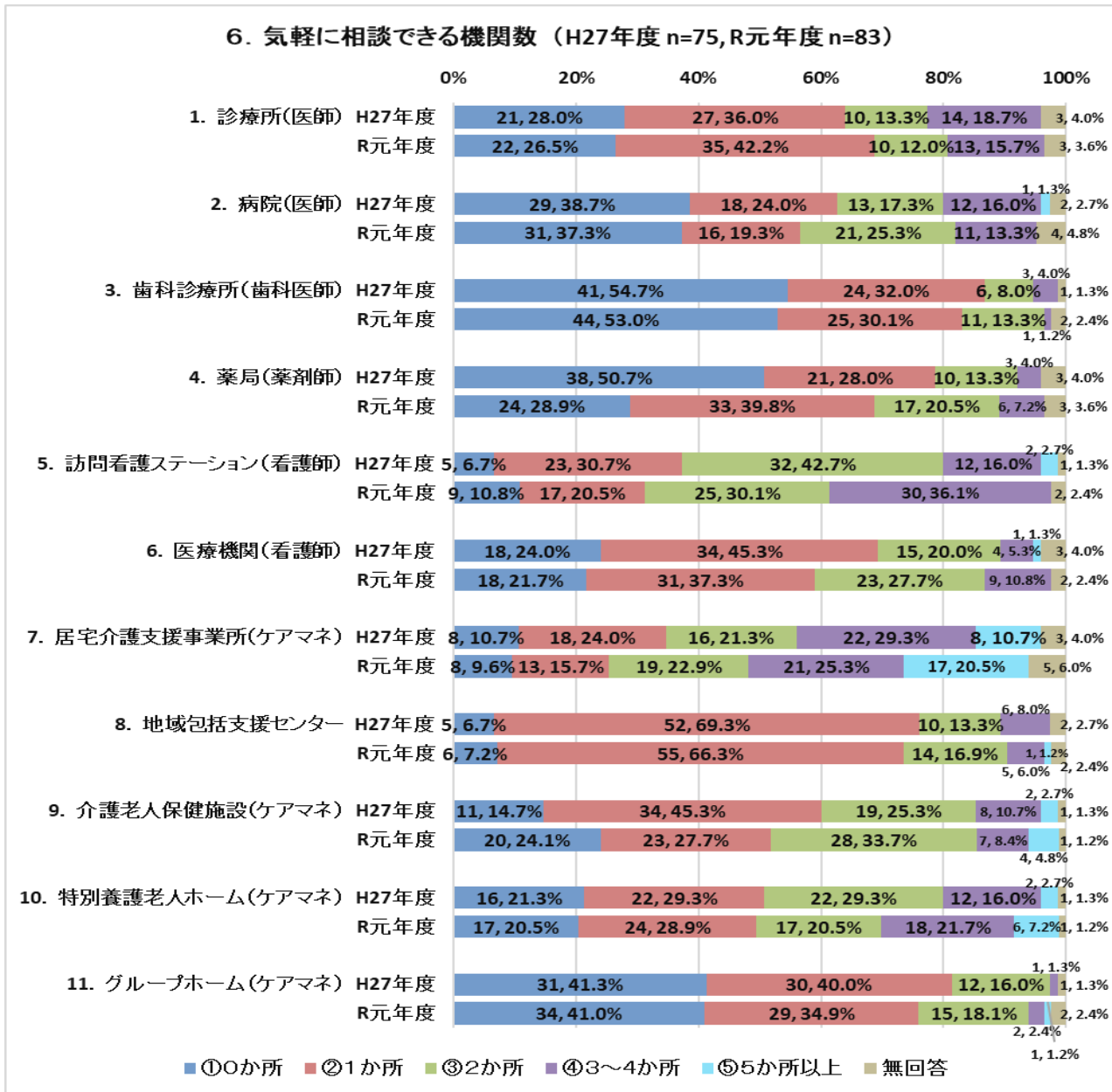
「1.患者・家族に介護保険の理解が不足している」は「②少しそう思う」が増加。「12. 独居や老々介護」は「①そう思う」「②少しそう思う」が前回調査同様多いが、「③あまり思わない」が増加。

5. 病態別対応可能状況



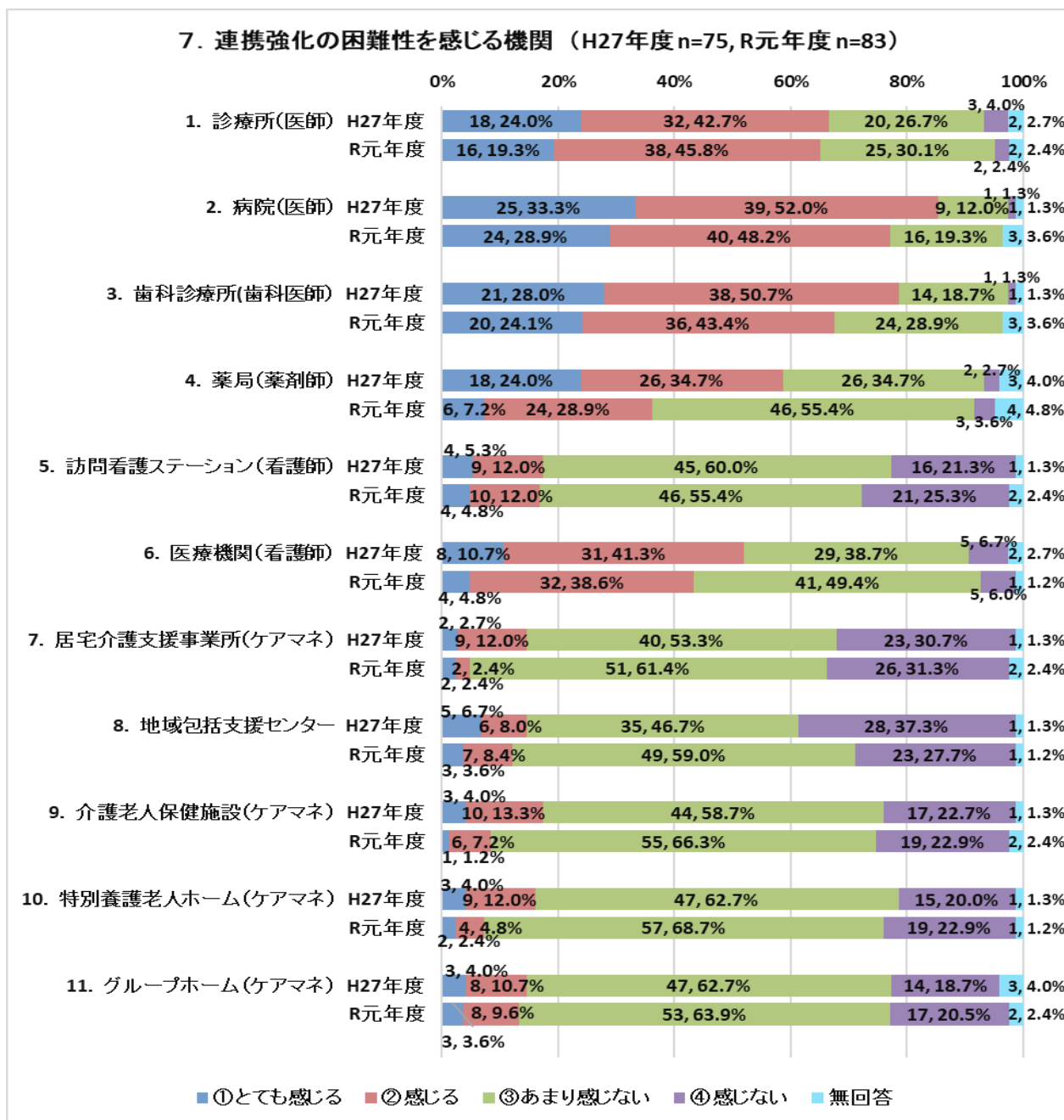
「1.末期がん(看取り)患者」「2.末期がん(疼痛緩和)患者」「3.褥瘡ケアが必要な患者」「9.尿留置カテーテルの管理が必要な患者」「12.難病患者」で「①対応できている」が増加。

6. 気軽に相談できる機関数



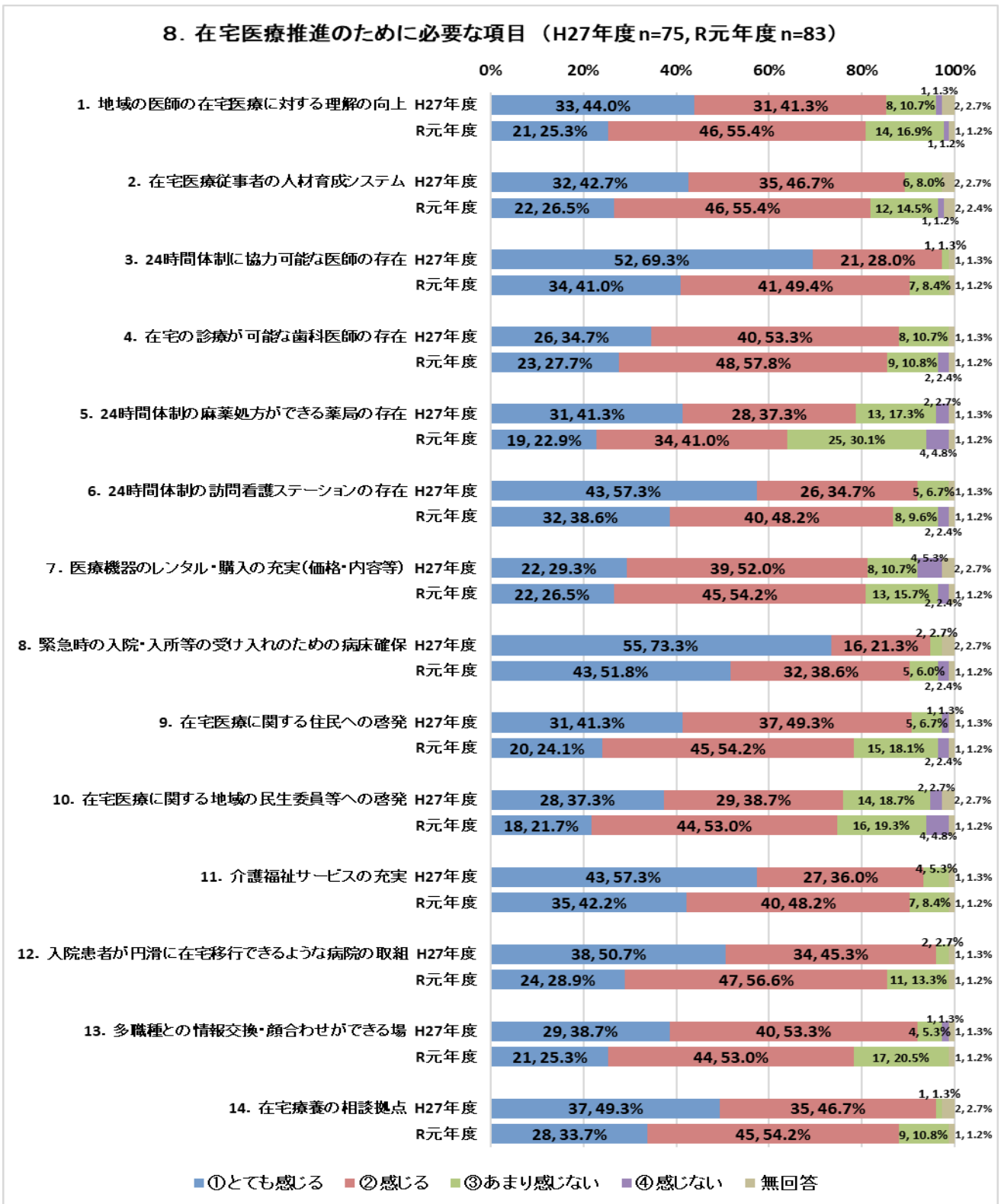
「1か所以上」は、「8. 地域包括支援センター」が75件(90.4%)が最も多く、次いで「5. 訪問看護ステーション(看護師)」が72件(86.7%)が多かった。

7. 連携強化の困難性を感じる機関



H27年度調査と比較して、「2. 病院(医師)」、「3. 歯科診療所(歯科医師)」ともに「感じない」(「③あまり感じない」+「④感じない」)が増加したものの、連携の困難性を「感じる」(「①とても感じる」+「②感じる」)が多い。

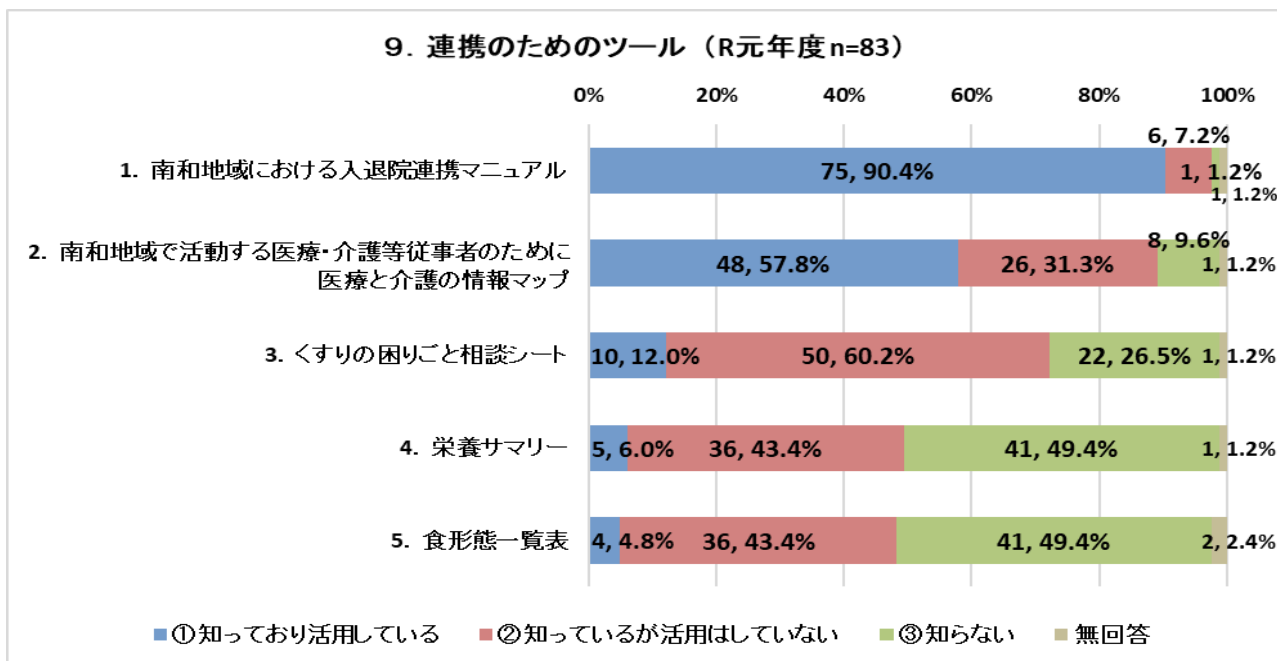
8. 在宅医療推進のために必要な項目



<「その他15.」のご意見(令和元年度調査)>
 ・各科(皮膚科等)の訪問診療も必要に思う。

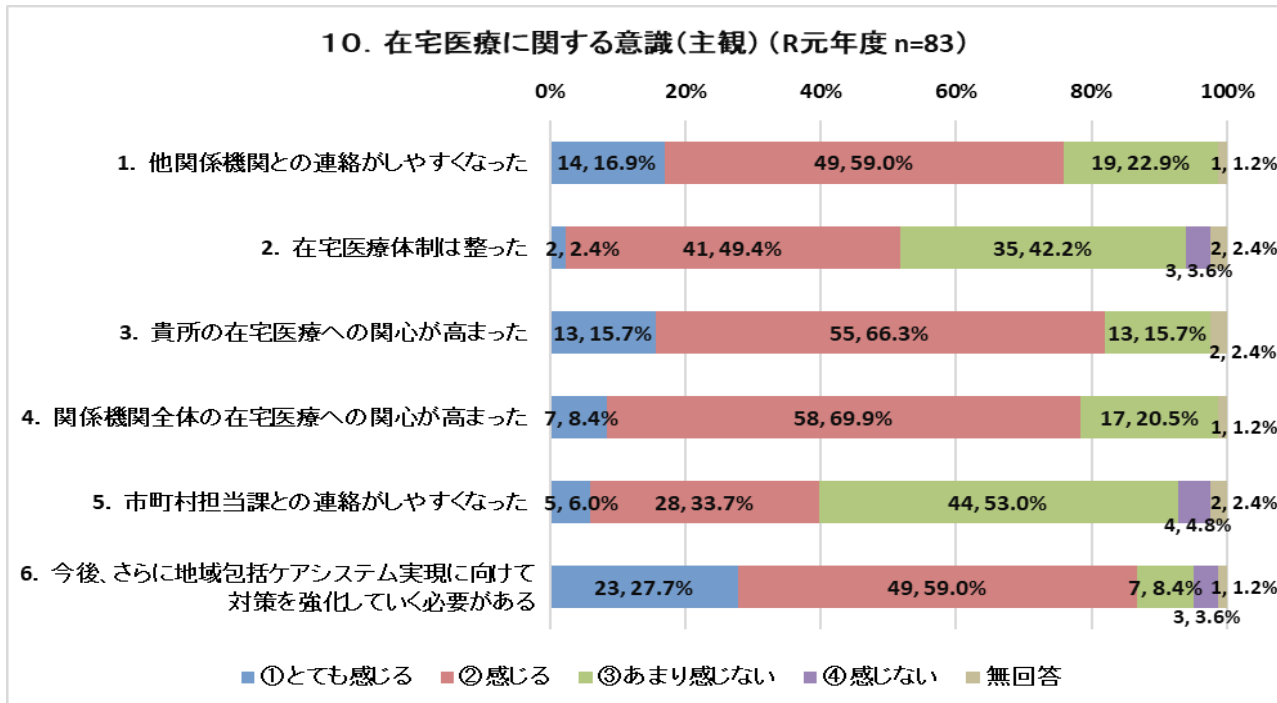
H27年度調査結果と同様の傾向であるが、「3. 24時間体制に協力可能な医師の存在」「8. 緊急時の入院・入所等の受け入れのための病床確保」「11. 介護福祉サービスの充実」が「感じる」「①とても感じる」「②感じる」が多い。

9. 連携のためのツール



「1. 南和地域における入退院連携マニュアル」を「① ①知っている活用している」は、75件 (90.4%)であった。「3.くすりの困りごと相談シート」「4.栄養サマリー」「5.食形態一覧表」は「② ②知っているが活用はしていない」「③ ③知らない」が多い。

10. 在宅医療に関する意識(主観)



「6. 今後、さらに地域包括ケアシステム実現に向けて対策を強化していく必要がある」が72件 (86.7%)、次いで「3. 貴所の在宅医療への関心が高まった」が68件 (81.9%)で「感じる」「① ①とても感じる」「② ②感じる」が多い。

11. 在宅医療についてのご意見 <令和元年度調査より>

<p>家族は、要介護者が出たことで自分のライフスタイルを変化させなくてはいけないという事を、ものすごく嫌がる傾向が強くなった。自分は関わりを避けたいので、施設や病院への依存度が高い。医療依存の高い要介護者の受け入れは、個別対応であったり、施設の保険外の負担があったりと高額なこともあり、療養の場に限られる。</p>
<p>南和地域の医療連携は改善されたと思う。医療連携等のマニュアルがない地域との連携の難しさが浮き彫りとなった事例があった。共通認識をもって支援する事の重要性を感じた。</p>
<p>訪問診療を行う医師や看護師が少ない。</p>
<p>病院における在宅医療の高まり(意識連携する力)は感じられます。開業医の先生の在宅医療、特に看取りに対する連携力に自分自身、力不足を感じます。</p>
<p>医師や看護師の力量も必要と思われれます。へき地でどこまでできるかが今後の課題です。</p>
<p>過去には病院からの連絡無く、退院した後に家族から退院の連絡が来ることもあったが、入退院のルールができたのと病院にも加算ができたおかげで、病院からきちんと連絡が来るので助かっています。</p>
<p>在宅医療では訪看がなければやっていけない。地域の中に訪看が全くないのでこの地域での在宅介護・医療・看取りは不可能。</p>
<p>市町村によって地域包括の取り組みに差がある。</p>
<p>24時間体制の訪問介護がないこと。医療(重度)のショート受け入れリスクが高く、つなぐことが難しい。入所することで在宅医師が最期まで看ることができない。</p>
<p>最後は自宅での思いは本人も家族も同じだとは思いますが、現実問題として家族の協力が不可欠だと思います。在宅での医療についてもっと知る必要があると思います。</p>
<p>必要なお家は訪問診療して頂ける事が増えてきたと思います。</p>