

居宅ケアマネジャーと老健の連携に関するアンケート集計結果

アンケート先 : 県内の介護老人保健施設と居宅介護支援事業所

アンケート期間 : 令和2年1月23日～令和2年2月14日

1 居宅ケアマネジャー(居宅介護支援事業所)へのアンケート項目 (下記の4項目)

- ① 老健で実施されている医療行為についてお聞きになりたいことはありますか？
- ② 老健のリハビリ状況についてお聞きになりたいことはありますか？
- ③ 老健入所者が在宅復帰された際にお困りになった事をお聞かせください。
- ④ 老健施設へのご要望、ご意見などありましたらお願ひいたします。

2 介護老人保健施設へのアンケート項目 (下記の3項目)

居宅ケアマネジャーの方に対するご意見、ご要望をお聞かせください。

- ① 老健の現状に関する認識について
- ② 新規利用者の情報提供に関して
- ③ その他

3 居宅ケアマネジャーからいただいたご意見等への回答とまとめ ……1～4ページ

4 居宅ケアマネジャー(居宅介護支援事業所)からの回答 ………… 5～23ページ

5 介護老人保健施設からの回答 ……………… 24～29ページ

居宅ケアマネジャーからいただいたご意見等への回答とまとめ

公益社団法人群馬県老人保健施設協会
施設運営部会

居宅介護支援事業所ケアマネジャーおよび老健協会の皆様へ

平素より大変お世話になっております。

居宅ケアマネの皆様方と老健との連携を図るべく意見交換会を予定しましたが、COVID19の影響で開催延期となってしまいました。機会をみて後日予定したいと思います。その際は是非ご参加いただけますようお願いいたします。

また、老健に対するご意見を多数いただき、誠に有難うございました。

報告が遅くなってしまい大変恐縮ですが、下記項目に関してご参照ください

1. 入所受け入れが困難な理由について

「医療行為が対応できない」場合

ア 高価な服薬内容（新規抗凝固剤、新規抗痙攣剤、新規抗リウマチ薬、抗認知症薬など）
→ 老健入所の方には一か月当たりの利用料（施設サービス費）に医療費が組み込まれています。医療機関における出来高払いのように、処方内容に応じた請求がほぼできません。そのため、高額薬剤の服用やインスリン投与量が多い方では施設負担が重いです。また、外来受診においても薬剤費や治療費は殆どが医療保険対象外で全額施設負担になり、定期通院を頻回に要する方も受け入れが難しい場合がみられます。ショートステイ利用中の外来受診についても上記同様、全額施設負担になります。

イ 看取り対応、癌疾患対応

→ 老衰や慢性疾患により徐々に心身機能が低下し、最期の時を迎える「平穏死」を、住み慣れた自宅で迎えたいという方は多くなっています。とはいっても在宅看取りの態勢はまだまだ充足していません。また病院は医療主体の場であり、積極的な医療行為を行わない場合は入院継続が難しいこともあります。癌終末期の方などを対象とした緩和ケア病棟も徐々に増えてきているものの、老衰などによる終末期状態では入院対象になってしまいます。その点、老健は常勤医師がおり、看護師人員基準も特養や他施設より多いため、看取り対応する役割を担うようになってきました。

しかしながら老健は在宅復帰を目指す施設であり、介護保険導入当初は看取りを念頭に

おいていなかつたため、まだ全ての老健で看取り態勢が整っている状況ではありません。また、癌終末期における疼痛対策、呼吸苦や腹水増大への対応といった医療行為を病院と同様に行なうことは困難なため、担癌者の看取り対応を行える施設は少ないです。なお、小康状態の担癌患者様でしたら、病状悪化時の対応が整っていれば受け入れ可なこともあります。

ウ 人工呼吸器または人工透析

→ 人工呼吸器や人工透析をされている方の受け入れに関しては併設病院や各老健での医療対応により状況がかなり異なります。個別にご相談していただければ幸いです。

エ 夜間の吸痰、酸素吸入

→ 研修を受けた介護士なら吸痰行為を行うことができるようになりましたが、頻回の吸痰を要する状態や酸素投与を継続して行なう場合では対応困難な施設が多いです。こちらも個別にご相談していただけますようお願ひいたします。

「介護対応ができない」場合

・重度 BPSD（暴力・暴言・大声など）がある

→ 認知症などの精神疾患や環境変化などにより不穏が顕著で、徘徊による転倒や不潔行為・自傷行為など本人の危険がみられたり、他利用者様およびスタッフに危険が及ぶ状態では受け入れが困難な場合が多いです。ただし、そのような行為が生じる「原因」および「適切な対応」ができれば危険な状態は回避できることもあります。

その人にとって何が不安・不穏をきたす要因となっているのか、Dementia Care Mappingなどを用いて検討している施設もあります。身体面（発熱や便秘など）、他者との関係性（他利用者やスタッフとの関わりなど）、環境変化（夜間譫妄、居場所の変更など）といった ICF の視点を元に、日々のミーティングや定期的なケアカンファレンスを老健では多職種協働して実施しています。また、ユマニチュードのような接遇を継続することで、安心できる介護を受けていただけるよう図っている施設もあります。入所検討時に施設スタッフが在宅や入院先を訪問させていただき、受け入れに関して検討を図ることもあります。そのような依頼がありましたらご協力をお願ひいたします。

2. 入所中の経過が不明

老健では在宅復帰のみならず、看取りも含めた幅広いニーズの実現のため、入所後一か月以内、その後は三か月毎および状態変化や介護度変更時に多職種によるケアカンファレンスを開催します。老健では「R4 システム」など、各施設ごとにアセスメントする方式があるため統一した様式ではありませんが、「目標、ニーズの把握」「日常生活動作の評価」「リ

ハビリ内容、リハビリ評価」「治療・介護内容（服薬や処置など）」「本人、家族の意向」などを各職種の視点から捉え、ケアプランの維持・変更を行い、多職種協働の共通理解に役立てています。

しかしながら居宅ケアマネの方へのケアカンファレンス内容の情報提供に関しては、各施設に委ねられています。脳卒中連携パスのように定期的な情報提供を行う取組は施設によって違います。誠に恐縮ですが、個別にお問い合わせいただければ幸甚です。

3. 退所からスムーズな在宅生活再開とならない

- ・入所期間をあらかじめ三か月と区切られている場合がある

→ 老健の入所期間は一律三か月といった規定はありません。ところが状態や状況に応じて入所期間は各老健で個別に検討されるため、あらかじめ入所期間の目途についてはお問合せいただくようお願いいたします。

なお、新規入所時などにおける老健加算項目として、「短期集中リハビリ」「認知症短期集中リハビリ」があります。これは入所から三か月までの期間、施設サービス費（介護度に応じた「基本」入所料）とは別に、実施件数ごとに算定されます。三か月が過ぎると週2回のリハビリが目安となり、こちらは施設サービス費に包括されています。老健入所してしばらくは連日リハビリを頑張っていただき ADL 向上などを目指し、ある程度したら「維持」を目指していきましょうという厚労省の制度設計です。また、入退所回転率を上げたり、入所期間短縮を目指すため、施設によっては三か月を目途に入所期間が区切られるように伝えられたケースもあったかもしれません。いずれにせよ、安心・安全な在宅生活を送れるまで、しっかり心身・生活リハビリを行うことが老健の役割です。

- ・退所後に入所していた老健での通所リハビリを強く要望される

→ 退所後も継続して入所されていた施設でのリハビリを行うことで、一貫したリハ目標の達成につながることもあります。本人や家族の要望も勘案していただき、情報共有を図り納得したケアプランにつなげていただくよう退所前カンファレンスなどでサービス内容を吟味していただくようお願いいたします。

「利用者の方のアセスメント、ケアプラン作成に関する情報共有および共通理解不足」

ア 入所の目的、目標が曖昧

- ・自宅の環境や食事・トイレの状況把握が乏しく、在宅復帰を目指すためのリハビリになっていないことがある

→ 入所前後の訪問などで在宅状況を把握し、どのような状態ならば在宅生活が行えるのか、それに向けたリハビリを計画・実施するはずなのに、自宅環境が考慮されていないとい

うご意見がありました。在宅での介護状況、住環境について本人やご家族はもちろん、在宅ケアマネの方たちとも入所時・入所中・退所前に話し合う機会を設けていただき、病状や在宅での状況に応じたスムーズな退所を図っていただければ幸いです。

イ 退所前の調整について

居宅ケアマネの方から、退所日が突然決まったり、退所後のサービスについて疑義が生じるご意見がありました。退所前カンファレンスあるいは在宅サービス担当者会議で調整することが望まれます。

まとめ

在宅復帰に向けて「どの ADL がどの程度回復すれば良いのか」「家族を含め、在宅介護態勢はどうすべきか」といった点に関して、課題点と対策をみなさんで共有することが新たな気づきやインフォーマルなサービスの利用、今まで気づかなかつた利用者様の「出来る事」を見出すことにつながることもあります。

残念ながら、せっかく老健入所していただいたにもかかわらず、病状が進行したり、活動性低下をきたしてしまうこともあります。なかなか当初の見立て通りにいかないことがあります、「生き甲斐のある安全・安心な在宅生活を送るためにはどうあるべきか」を念頭においた入所前・入所中・退所前の連携を図りたいと思います。

そのためにも老健で対応できるサービスについて、居宅ケアマネの皆様にご理解していただければありがたいのですが、老健によって受け入れ条件、医療・介護・リハビリなどのサービス内容、入所期間などがマチマチです。各老健および老健協会ホームページで情報提供をさせていただいてはおりますが、その時の状況次第で、以前は受け入れできる病状でも今は無理です、といったことも起こります。COVID19 の影響で対応がかなり変わるものもあります。

サービス状況などをご確認のうえ、誠に恐縮ですが、個別に老健支援相談員や老健ケアマネにご相談いただければ幸いです。

「居宅ケアマネジャーと老健の連携」に関するアンケート(居宅介護支援事業所からの回答)

※ アンケート質問項目

① 老健で実施されている医療行為についてお聞きになりたいことはありますか？

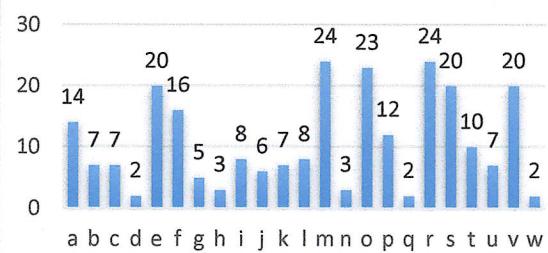
- a 喘痰吸引の夜間対応
- b 気管切開
- c 人工呼吸器
- d 酸素投与
- e 癌疾患対応
- f 看取り対応
- g 人工肛門
- h 尿カテーテル
- i 経鼻栄養
- j 胃瘻
- k 中心静脈栄養(TPN/IVH)
- l インスリン対応
- m 受入困難な使用薬剤
- n 褥瘡対応
- o BPSD(認知症のため生じる「対応に苦慮する大変困った」行動、言動)
- p 人工透析
- q その他
- q その他における記載内容
 - ・ 脇洗
 - ・ 輸血
 - ・ 他科受診について
 - ・ 老健の入所要件
- ・ 個々の老健で独自に行っている取組み
 - ・ スタッフの人員配置、専門職の数等
- ・ 栄養指導・栄養管理・口腔ケア・感染対策・災害時の対応(福祉避難所運営の具体的な内容)
- ・ 全ての医療行為について、どこまで対応可かわからない。
- ・ 難しい対応が必要な方も受け入れてくださるのですか？
- ・ 透析治療の通院は認められますか？
- ・ 受入困難とされる基準は何でしょうか？
- ・ どのような医療行為に対応しているのかを教えていただけますか？

② 老健のリハビリ状況についてお聞きになりたいことはありますか？

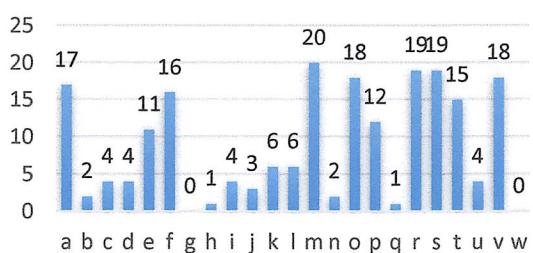
- r 認知症へのリハビリ状況
- s 摂食嚥下障害へのリハビリ状況
- t 言語障害へのリハビリ状況
- u セラピスト配置状況
- v 生活リハの実施状況
- w その他における記載内容
 - ・ 在宅復帰への取り組みについて
 - ・ 呼吸リハビリ
 - ・ 在宅復帰への取り組みについて
 - ・ 認知症の無い方の入所生活及びリハビリメニューor状況
 - ・ 経管栄養の方が口から食べられるようになる取組み
 - ・ 退所前の家屋調査などしてもらえるか？
 - ・ 退所前の環境整備について、住宅改修などの時期がわからない。
 - ・ 老健に入所された時と、リハビリを行った退所時の状態の変化を教えていただきたい。
 - ・ リハビリの頻度はどのくらいか。(毎日のリハを希望する方がいるため)

質問項目		①老健で実施されている医療行為についてお聞きになりたいことはありますか。(複数回答)														②老健のリハビリ状況についてお聞きになりたいことはありますか。(複数回答)							
		a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	q	r	s	t	u	v
【前橋地区】																							
小計	44	14	7	7	2	20	16	5	3	8	6	7	8	24	3	23	12	2	24	20	10	7	20
【高崎・安中地区】																							
小計	57	27	14	13	6	26	31	8	13	6	11	19	16	39	8	32	31	2	37	36	28	18	40
【伊勢崎地区】																							
小計	22	10	3	4	3	6	13	1	2	1	1	3	3	14	3	12	8	0	13	13	12	6	12
【藤岡・富岡地区】																							
小計	17	5	3	3	4	5	9	2	3	2	2	4	3	10	3	8	5	0	11	9	9	6	8
【太田・館林地区】																							
小計	37	17	2	4	4	11	16	0	1	4	3	6	6	20	2	18	12	1	19	19	15	4	18
【太田・みどり地区】																							
小計	25	8	4	4	5	13	11	4	4	4	9	6	7	6	13	5	11	13	3	18	15	14	9
【沼田・利根地区】																							
小計	12	7	1	4	2	4	8	2	4	1	2	6	4	7	3	6	5	2	10	4	4	5	7
【浅川・北群馬・吾妻地区】																							
小計	25	10	3	4	2	8	11	2	2	5	4	6	5	15	4	11	7	0	19	13	4	8	13
【県外他】																							
小計	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
合計	241	98	37	43	28	94	115	24	32	37	35	58	51	143	31	122	93	10	152	129	96	63	132

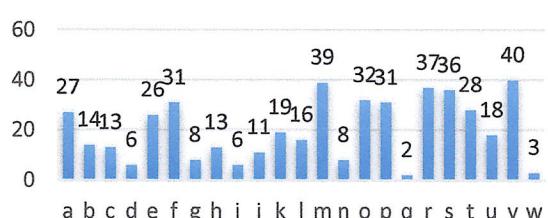
前橋地区:44



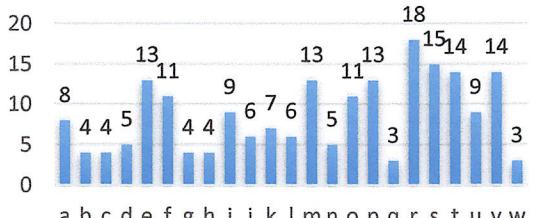
太田・館林地区：37



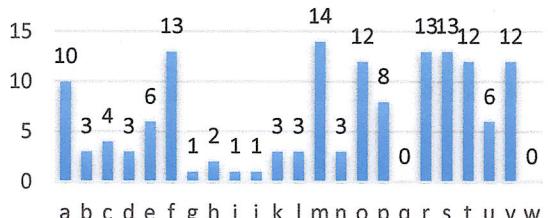
高崎・安中地区：57



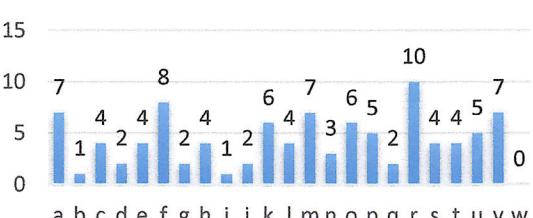
太田・みどり地区：25



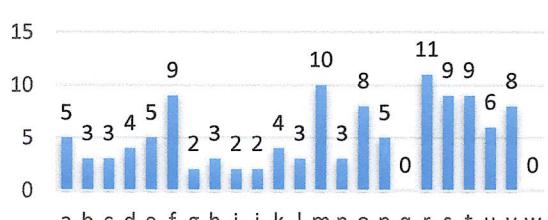
伊勢崎地区:22



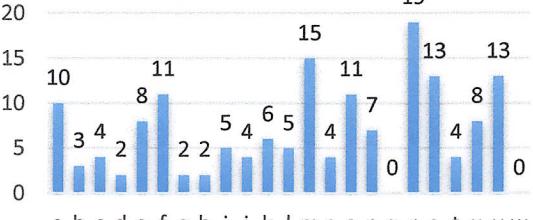
沼田・利根地区：12



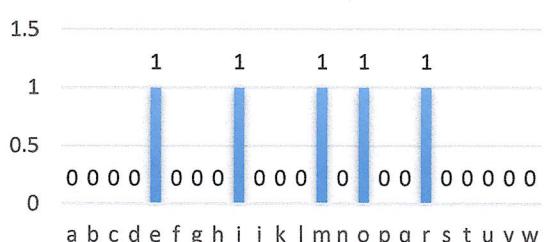
藤岡・富岡地区：14



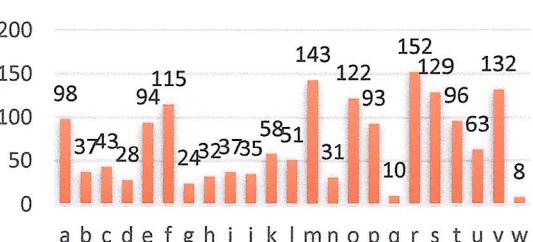
渋川・北群馬・吾妻地区：25



県外：2



全体：241



「居宅ケアマネジャーと老健の連携」に関するアンケート (居宅介護支援事業所からの回答)

公益社団法人群馬県老人保健施設協会

③老健入所者が在宅復帰された際にお困りになった事をお聞かせください。

【前橋地区】

《入所対応について》

- ・ 入所対応が困難な場合が多いように思う。医療行為、薬剤の都合で調整困難だったケースもある。

《入所中のリハ内容について》

- ・ 入所前に比べてADLが低下しているケースが多くあった。
- ・ リハビリをして自宅に戻ったが、夜間トイレに行くたびに転倒してしまい、結局、本人が自信を無くして有料へ入居した。そこをつきつめれば良かった。
- ・ 認知症状は無く、半身まひのご利用者がリハビリ目的で入所されたが、思ったようなりハビリを受けられず、本人希望で退所したケースがありました。

《入所中の情報提供》

- ・ 老健退所直前にについての状態は詳しく説明があったが、入所中の状態についての情報が少なかった。
- ・ 入所中のリハビリ状況が皆無だった。
- ・ 入所中、必要な胃ろうチューブ交換がされていなかった。汚れが目立ったため、退所後に気付いて、交換してなかつたことが判った。

《家族介護指導》

- ・ 家族の介護意欲が低下していて困ったことがあります。介護指導など、検討していくらと思っていました。
- ・ 帰宅願望の強い利用者が外泊をしたら、「施設には戻りたくない」と言い、そのまま退所になってしまったことがあります。

《退所前の在宅生活におけるADL予測が甘い》

- ・ 老健の事情で退所が早まり在宅へ戻られたが、嚥下状態が悪く、1週間で入院となってしまった。STの評価は、本当に在宅でも大丈夫だと思ったのか疑問に思った。結果、在宅へ戻ることはできず亡くなってしまった。
- ・ 状態が安定しているということで退所したが、退所した翌日に体調を崩し、入院したことがあった。
- ・ 入所中は生活リズムが安定していたが、自宅に戻りリズムが崩れ、リハビリに通うことが大変だった。
- ・ ADL予測が甘すぎて、在宅復帰後が大変だったとの意見が出ました。

《退所前情報連携》

- ・ 退所日時、在宅1ヶ月間のショート(老健)、用具レンタルその後の老健再入所、1週間後の担当者会議等、一切相談なく、老健主導で勝手に決めてから連絡をされて迷惑だった。
- ・ 話をいただいたときに、退所日までの期間が短いとバタバタになった。
- ・ 在宅に戻る際、医療系サービスの利用希望があるときに、訪問看護の指示書等の書類を施設Drか、在宅Drのどちらにお願いしてよいか迷った。
- ・ 薬、医療処置(尿カテーテル交換)の在宅Drへの連絡が不十分で、対応がうまくいかないことがあった。

- ・退所前情報提供書兼在宅復帰支援機能についての情報提供の中で、不明な点がある事があり確認しています。
- ・在宅復帰までの準備期間を2~3週間とつていただきたいと思います。
- ・在宅医が見つからず困った。
- ・最近、退所時の対応は良いと感じています。
- ・自宅に戻るタイミング、時期、本人と家族の関係性、介護力の把握不足による在宅復帰の失敗。介護サービスの受け入れ拒否が強い方の在宅復帰支援。

《在宅生活での注意点等情報提供》

- ・在宅生活に戻った際の注意点など詳しく説明してほしかった。家族が状態把握できていなかった。
- ・老健退所前には一度、ご本人、老健スタッフと共に外出等の方法で、家屋調査、生活動作の確認ができる良いと思います。

《住宅改修等》

- ・自宅はバリアフリーではないので、退所後の思わぬ転倒があった。冬の退所だったので温度管理がうまくいかず、肺炎を起こし緊急搬送・入院、自宅にいたのはたった1週間だった。

《在宅復帰後の状況》

- ・在宅復帰後、明るい表情になり、今は生き生きと前向きに生活している。
- ・在宅復帰後にその方の生活に即したリハビリができず、困難を極めた。

《通所リハ対応について》

- ・リハビリの継続希望から、併設の通所リハの利用を希望しても、送迎や空き等で利用できなかつたケースあり。

《在宅復帰者は少ない》

- ・在宅復帰は少ない。悪くなり特養に入所が多い。
- ・ほとんど在宅に戻らず亡くなってしまう。その後の報告はなかった。
- ・老健に入所して在宅復帰する利用者は少ない。

【高崎・安中地区】

《入所対応について》

- ・老健への入所を検討するとき(病院からの退所時)、服薬状況を聞かれます。高価な薬は服用できないといわれます。カロナールでした。

《入所中のリハ内容について》

- ・在宅復帰までのリハビリ状況について、ケアマネへの情報不足。
- ・自宅の環境や動作を想定したリハビリをしてほしかった。住宅改修、福祉用具を過剰と思えるほど勧められた。
- ・本人の望むリハビリをしてもらえなかつたため、ADL低下し、閉じこもりになってしまった。
- ・入所目的が老健側に伝わっていないかったのか?
片麻痺のある方がベッドサイドに設置したPトイレの利用ができるようにしたいという希望があつたが、歩行訓練は積極的に行ってくれたものの、入所前にかろうじてできていたPトイレ移乗が在宅に戻るときにできなくなってしまった。結局、入所前より介助量が増えてしまった。
- ・入所中にどのようなリハビリを行っていたのかよくわからなかつた。どこまでできるのか、今後のリハビリはどうしたらよいか細かく聞きたい。

《入所中の情報提供》

- ・処方されている薬が少なく、本当に大丈夫だったのだろうかと首をかしげることが多い。
- ・退所後、在宅へ戻られた方のリハビリの量の設定が難しかった。本人、家族とのリハビリの必要性に温度差があり、適切なサービス量の提供に辿り着くまでに時間がかかった。入所中に少しづつ検討を進めるべきだった。
- ・入所中の運動機能や認知機能症状の経過に関する情報が乏しかった。
- ・入所中の経過や服薬状況に関する情報が乏しかった。
- ・入所中の様子や情報をしっかり提供してもらったので、困ることはなかった。

《家族介護指導》

- ・在宅復帰がゴールではなく、在宅に戻ってからも機能の維持が大切なことの意識付けや、本人ができることと家族の支援が必要なことの確認を行い、家族の負担が増えないかのような指導を行っていただきたい。

《退所前の在宅生活におけるADL予測が甘い》

- ・自宅での生活が明らかに困難であるにも関わらず退所を迫られたことがある。
- ・数件ありましたが、困難はありませんでした。
- ・施設内でのリハビリで行える動作を、本人ができると思い込み、自宅に帰って環境が違うにもかかわらず行ってしまい転倒する。
- ・服薬管理を自分で行うことが大変だった。
- ・退所前の在宅生活におけるADL予測が甘すぎて在宅復帰後は大変だった。
- ・退所前の在宅生活におけるADL予測が、寒い時期ということもあり、独居生活は難しく、1ヵ月後再入所となつた。
- ・退所後、在宅に戻ってからデイケアを利用しリハビリを継続していたが、ADLの低下が早く、在宅復帰後の支援が大変な時があった。
- ・服薬自己管理の評価が甘い場合があった。
- ・施設生活と在宅では、状況が全く異なることが多いです。
- ・在宅復帰する方の受け入れ要請があるが、在宅では困難で、すぐに再入所となるケースが多い。

《退所前情報連携》

- ・退院時の情報があまりにも少なく、在宅に戻ってからの支援が大変だった。
- ・病院からの退院時と比べ、十分な情報を事前に提供していただけるので、特に困ったことはなかった。
- ・退所日の連絡が遅く、居宅サービス計画書作成や日程調整等が煩雑になってしまった。
- ・自宅での介護が難しい状態で退所しなければならなくなつた時、ショートNGで住宅型老人ホームに入所。
- ・老健から在宅へ復帰されるとき、早めに情報をいただきたい。
- ・退所後のサービスを決め、スムーズに在宅復帰できる体制がつくられるまで、退所日調整をしてほしい。
- ・情報にズレがあった。

《在宅生活での注意点等情報提供》

- ・退所前の在宅調査もしっかりと行っていただいて、大きな問題はこれまで起きていないかと。
- ・歩行ができない人が、老健では車椅子に移乗し自走することはできますが、自宅では環境が整わず、ベッド上での生活が中心となるケースがあります。
- ・退所前の在宅調査もしっかりと行っていただいて、大きな問題はこれまで起きていない。

《退所時の薬について》

- ・退院時、服用するお薬がすぐになくなるので、退院後の受診についての調整も、ご家族・ご本人様とつめていただきたい。
- ・退所時に内服薬を3~4日分しか持たせてくれなくて、家族が、薬が無くなるまでに受診させることが困難だった。

《退所後ケア計画の強引な誘導》

- ・退所前に、退所後の通所リハ利用を事前に勧められ、プランが立てにくいうことがある。
- ・老健から連絡が入り、「3ヵ月間併設の有料老人ホームに移り、再び老健に戻ります。」と言われた。「有料老人ホームにいる3ヵ月間担当してほしい」との事だったが、本人は自宅に帰れると思ったらしく、退所日が3日後でケアマネ情報が無かった。併設の有料老人ホームと老健は情報共有されていたため、退所後は有料に移ったが、結局1ヵ月後、本人が「有料は嫌、出たい。」というので、ショートステイで別の施設を紹介し、利用することになった。

《住宅改修等》

- ・住宅改修等、退所に合わせて行えることが理想ですが、状況により不必要となったケースもあり、無駄になってしまいました。
- ・退所前の家屋調査で、老健PTからいろいろなところに手摺やスロープが必要とアドバイスを受け、家族も承知の上取り付けたが、実際にはほとんど手摺を使用せず歩けたため疑問が残った。専門職に「ここに手摺が必要なので付けましょう」とはつきり言われると、家族も断りづらい。決めるのは本人家族であり「いかがでどうか?」程度のスタンスだといいと思う。

《在宅復帰者は少ない》

- ・老健から在宅復帰のケースはありませんでした。在宅に戻りましたが、2週間で在宅不可能と判断し、有料老人ホームに入所しました。
- ・ショートステイとのリセット入所が多く、あまり在宅復帰の支援が無い傾向です。

【伊勢崎地区】

《退所前の在宅生活におけるADL予測が甘い》

- ・入所時の要望が「在宅生活が可能となるレベルのADL向上のリハビリ」であっても、成果がだせないまま退所期限がせまるケースがあり、在宅復帰が厳しい状況で、退所後の生活の準備、プランニングに苦労する。
- ・本人の病状にもよりますが、入所中は車いすで自由に施設内を動けていた方が、自宅では行動制限となってしまった。生活環境や家族の理解も必要と思います。
- ・退所時、移乗、移動、排泄等の指導を受けても、いざ自宅での介護は困難。

《退所前情報連携》

- ・退所前に施設にて状況確認させていただいておりますので、また施設様からも情報をいただいているため、問題となることは少ないです。
- ・本人確認時や家族との面談を感じたことだが、「居宅介護」ではなく「小規模多機能型居宅介護」利用ではないかと相談員に伝えたが、通所リハの利用で話を進めていたからと「居宅介護」ゴリ押しだった。利用して1ヶ月で「小規模多機能型居宅介護」利用へと変更になった事案があった。
- ・退所前の在宅での家族状況把握ができていないため、退所調整が大変だった。(主介護者が骨折していた。主介護者が1ヵ月後に出产を控えていた。にもかかわらず退所が組まれていた。)
- ・気管切開、バイパップ、受入可能での体制が、直前で受入困難となった。

《住宅改修等》

- 退所前の自宅訪問(家屋調査)の際、PTの方が住改や福祉用具購入など、一方的にご家族へ話した。経済的事情等ある方だったが、そういった部分への配慮は無く、ご家族は大変気を病んでしまい、フォローに苦戦した。

《在宅復帰者は少ない》

- 認知症が進行し、家族が認識できず、家族なのに「Aさん」と、職員のように声掛けしなければ反応しないという、むなしさで困ったことがある。

【藤岡・富岡地区】

《退所前の在宅生活におけるADL予測が甘い》

- 退所前の在宅生活におけるADL予測が甘すぎて、在宅復帰後は大変だった。
- 入所中ADLが低下したため、在宅復帰後は家族の介護が大変だった。

《退所前情報連携》

- 連携がうまく図れており問題になる事はない。
- 居宅の努力不足にもよりますが、情報交換がスムーズに行えない時がありました。
- 入所中のご様子も含め情報の申し送りはしっかりいただけた。在宅生活への移行がスムーズにできた。

《在宅生活での注意点等情報提供》

- 利用者の方が、入所中は家族の意見に従うと話されていたのに、いざ在宅へ戻ったら、我を通すというのは何人かいましたが、特に大変だったことはありません。

《通所リハ対応について》

- 困らないようにサービス提供していますが、通リハのサービス過多になってしまうことが多いです。

《在宅復帰者は少ない》

- 在宅といつても自宅に戻ることができず、結局、有料老人ホームに入居になる事が多くあります。また、ひどい褥瘡ができたままの退所で、自宅での対処が不可能な場合がありました。

【太田・館林地区】

《入所対応について》

- 退所後、寒くなったらまた再入所すると希望していたが、在宅サービスで何とか生活できていたところ、「今なら同じ部屋が用意できる」「次はいつ空くかわからない」と不安をあおり、再入所を迫った。

《入所中のリハ内容について》

- 老健から在宅復帰する場合、在宅のための特別なリハビリを行うことが無い。(自宅で入浴できないと在宅復帰は無理。→入浴できるように動作の確認やリハビリを行う等)
- 困ったわけではないのですが、以前、老健から在宅復帰された方がいて、思ったよりもリハビリをあまりやらなかつたという意見がありました。

《退所前の在宅生活におけるADL予測が甘い》

- 退所後すぐ具合が悪くなり、入院死亡した。

- ・退所することになったが、入所する前と状態が変わらず、在宅生活再開後は介護者の負担が重くなっていた。

《退所前情報連携》

- ・在宅復帰の際、どんなリハビリをしていたかの詳細な情報が乏しかった。
- ・退所前の情報提供等で連携が取れていたので、特に大変なことはない。
- ・在宅復帰の相談がケアマネではなく、老健、本人、家族のみで話を進め、すでに決まった状況でケアマネに話がある。
- ・退所直前に在宅ケアマネジャーに相談がある。
- ・老健退所について施設相談員より説明しているのだろうが、家族が理解できていない。
- ・家族の介護力、生活環境に関する情報が少ない。
- ・退所前に、現在の詳細な状態や在宅復帰後の家族対応への十分な説明がされていない(おおまかな説明で、ADLの予測が甘く、家族の仕事の都合などを考慮していないなど)ため、在宅復帰後に、介護サービスの準備等が大変であった。入所中に対象者が我儘で、迷惑をかけていた面もあるかもしれないが。
- ・情報を十分にしていただき、特に困ったことはありませんでした。
- ・退所期限の関係もあり、在宅で受け入れようという気持ちが不十分なまま退所となつたため、デイケアに数回通つただけで家族から「やはり在宅は無理」と言われ、施設を探すことになってしまった。(ずいぶん以前のことです。)
- ・うまく連携がとれていると思います。
- ・退院時、及び老健から在宅復帰の際は、施設へ訪問し、必要な情報をいただけるため、特に困るようなことはありません。

《在宅生活での注意点等情報提供》

- ・認知症による問題行動を正確に伝えられていないため、在宅復帰して思わぬ困難にぶつかった。

《退所時の薬について》

- ・退所時に出された薬が数日分であり、在宅医の受診が間に合いそうもなく、大変な思いをした。

《住宅改修等》

- ・施設では歩行器を使い移動できていたが、自宅では狭くて使えなかった。

《在宅復帰後の状況》

- ・一度入所されてしまうと、入所モードから自宅モードに変わるために時間がかかり、食事作りなどが面倒になってしまったりしている様子。

《退所後のサービスについて》

- ・退所後のサービスについて、限度額等の確認をせず、家族にサービスの見通しを話してしまう。(退所後、通所サービスを〇回調整できます、ショートステイ利用できます等話して、確認したら調整困難だった等)
- ・退所後の主治医をどうするのか、紹介状がいただけず困った。
- ・老健入所中より、退所したら併設のデイケアに通うよう本人、家族に説明されていて、選択の余地がなかった。

《在宅復帰者は少ない》

- ・インスリン自己注射困難で内服に変更も、高血糖状況あり食事量も適切に摂れない高齢者二人暮らし。要介護2。自宅復帰数回試み在宅無理だった。年金も少なく、有料利用できない。老健利用させていただいている。
- ・ADL回復無くとも期限となり、退所となってしまった。在宅困難なため別の施設を探す必要があった。
- ・老健から再度HPに入院されたり、有料老人ホームに入られたりして、そのケースがまだありません。
- ・いざ退所しても家族が介護できず、すぐに施設を探すことになった。

【太田・みどり地区】

《入所中のリハ内容について》

- ・実際の在宅での生活動作が、うまく結びつかなかった。

《退所前の在宅生活におけるADL予測が甘い》

- ・思っていたほどADLが向上しておらず、施設から聞いていた情報と違い、住改、福祉用具貸与の必要があり、導入がたいへんだった。
- ・家庭復帰のためリハビリを行ったはずだが、退所して1～2日の間に転倒した。
- ・入所中の認知症判定基準と実際に大きな相違があり、サービス提供に影響した。

《退所前情報連携》

- ・連携が図れていたため、特に困ったことはないです。
- ・家族の意向を優先しすぎて進めてしまい、在宅生活継続が困難だった。

《在宅復帰者は少ない》

- ・老健入所の方が在宅復帰されたケースはないです。

《課題》

- ・老健退所先が自宅ではなく有料老人ホームにするしかなく、経済的な負担が増加した。リハビリの時間が少くなり、ADLの維持が難しい。

【沼田・利根地区】

《退所前の在宅生活におけるADL予測が甘い》

- ・食事や入浴、内服等の介護力に関して、情報との誤差があった。
- ・在宅復帰のために確認した本人の状態が、実際の状態とは異なり、退所後、自宅に戻ってから福祉用具を変更する必要が生じた。
- ・環境の違いが大きな要因と思われるが、在宅生活に慣れるまで時間がかかったり、そのままADLが低下してしまう事もあった。

《退所前情報連携》

- ・内服薬については確認できたが、点眼や軟膏、シップ等についての情報が確認不足だった。
- ・皮膚の状態について、洗顔、歯磨きの部分介助について、細かい様子を確認する必要があった。
- ・自宅を考えてのリハビリ、福祉用具利用と連携が必要。

- ・入所ではありませんが、年末、ショートステイ中に肺炎になり、年またぎでショート延長されたが、こちらから連絡するまで何の連絡もなく、家族からケアマネにクレームが来るまで全然知りませんでした。その方は、その後体力とADLが低下し、家で寝たきりになり、訪問看護を検討中です。
- ・事前訪問が無く、家の段差など動線の理解が無かった。(こちらも伝えきれなかった。)

《在宅生活での注意点等情報提供》

- ・退院時のカンファレンスはあったが、入所中の経過のみで在宅につながるものではなかった。
- ・退所前の自宅への訪問(専門職等)があるので、スムーズに在宅生活を送るための準備が本人家族共行えていることが多い。老健の退所については特に問題ないです。

【渋川・北群馬・吾妻地区】

《入所対応について》

- ・近隣の老健は、新規の方は受けませんと言われました。
- ・他のケアマネが、「老健利用終了、3ヵ月後の利用施設も決めてから申し込んでほしい」と言われ困っていました。

《入所中のリハ内容について》

- ・転倒リスクが高くなるとの理由で歩行訓練をしてもらえなかった。
- ・自宅での生活を送るための日常生活動作の訓練をしてもらっていたが、実際の自宅での動きにかみ合わないこともあった。
- ・入所中、歩行器使用にて移動であったため、在宅復帰後も利用を計画。使いこなせず中途半端(デイで使用するも、ブレーキを掛けずに腰掛けようとする。急に早歩きをする。)な利用状況となっている。自宅では利用せず外出するなど、転倒のリスクが高まっている。

《家族介護指導》

- ・在宅生活でのADL状況に関する家族の理解度の低さや在宅での介護体制不足で、復帰後の心配点が多く大変なことあり。
- ・家族(本人の子)が退所日を一方的に決定し、退所前指導を行う前に在宅復帰されたため、サービス調整できなかった。高齢世帯で子は別居だったため、十分な介護が受けられず、退所後1週間内でショートステイ利用となつた。

《退所前の在宅生活におけるADL予測が甘い》

- ・入所前は自力摂取もできていた。入所後食欲、体重共に減少、ADLの低下がみられたままの在宅復帰。対策はなされず、結果として施設入所につながってしまった。
- ・現在のところそのようなケースはありません。

《退所前情報連携》

- ・事前に細かな情報提供をしていただくため、困ったエピソードなどあまりないと思います。しかし、春や夏場など、在宅復帰が重なって何名も依頼を受けることがあり、こちらも了解の上で受け入れるのですが、業務的には一時的な負担が大きくなってしまうのが困りごとかもしれません。
- ・退所前情報が不足していることがあった。
- ・きちんと連携を取っていただいているので困ったことは特にありません。
- ・退所前に本人の状態確認のため、面会や自宅への外出を依頼したが、インフルエンザなど感染予防対策により中止。確認ができないまま退所となった。書面と口頭で本人の状態説明はあったが、実際に本人に面談できていなかつたため、退所後アセスメントを行うこととなり大変だった。

- ・高齢の夫との二人暮らしの方。子供は関西在住。退所後、夫の負担が増えることは予測していたが、本人が自分の考えで勝手にいろいろなことを行おうとするため、予想以上に夫の負担が増えることになってしまい大変だった。
- ・在宅復帰に向けて、しっかりした申し送りをしてくださる施設が多い。
- ・在宅状況の把握が不十分だったため、在宅での生活に支障があった。

《退所時の薬について》

- ・退所時、薬を少ししかもらえないで大変。

《在宅復帰者は少ない》

- ・在宅復帰する例がほぼなかった。

《課題》

- ・何が何でも3ヵ月で在宅へ戻すというのが理解できない。自宅ではなく他の施設に3ヵ月行ってもらうのも理解できない。

【県外】

《住宅改修等》

- ・以前、歩行状態が不安定にもかかわらず、本人の希望が強く、在宅へ移行された方がいたが、生保の方だったので市町村の担当者にも介入していただき復帰した。住宅改修や各サービスと連携し対応した。

④老健施設へのご要望、ご意見などありましたらお願ひいたします。

【前橋地区】

《入所対応について》

- ・ 高額な医療費(薬代)がかかる人は老健入所を受け入れてもらえない。
- ・ 在宅復帰に向けて必要最低限(トイレで排泄等)のところまでリハビリをきっちりして下さってから退所になっているため、いつも大変ありがたく思っていますが、入所の条件が施設ごとに違い、対応が難しく感じています。
- ・ 平均的な入所期間や、在宅復帰される方の割合が知りたいです。
- ・ 退院先として老健希望であるものの、どの老健も満床や受入困難な状況で、退院先の再選定に苦慮したケースが続きました。老健入所にはどういったケースが多いのか、平均入所日数はどのくらいなのか、受入対象の利用者像など、基礎的なところではありますかが学びたいと思います。
- ・ 老健施設の実践状況をお知らせいただけますと嬉しいです。
- ・ 各施設の看取りについての考え方を知りたいです。
- ・ 認知症で、身体は動き元気な方の入所施設に困っている。
- ・ 筋萎縮性側索硬化症(ALS)等で人工呼吸器など装着している方のレスパイト先が無く、困っている。(家族の希望する日数が取れない。)
- ・ 癌末期で比較的安定している人のショート利用をお願いしたい。
- ・ 透析をされているご利用者の入所について検討していただきたいと思います。

《入所中のリハ内容について》

- ・ どのようなリハビリ到達点に至ったか、その経過を詳しく伺いたい。

《入所中の情報提供》

- ・ 退所時、在宅生活の方針等伺うが、入所途中経過の話が無かったことが残念でした。

《退所前情報連携》

- ・ 老健主導での在宅サービス決定はやめてもらいたい。
- ・ 連携を重視したいので、情報提供など希望したい。
- ・ 相談日から退所日までの期間が1週間しかないことがあり、調整が大変。関係する事業所へも申し訳なく思うことがある。
- ・ 退所前に自宅へ訪問し、動作確認をしたり担当者会議に参加していただくこともあるので、スムーズに引き継げることが多く感謝しています。
- ・ 利用者(認知症)の状況によって、当初の予定より早く退所させられた。
- ・ 担当しているご利用者の入所時に、退所時の目標を明確に立てられるように、在宅生活での身体や、家族の介護状況等、必要な情報提供をしていきたいと思います。
- ・ 退所を検討する際は早めの相談をいただき、家族も交えて必要な準備を進められるように出来たらと思います。

《在宅復帰者は少ない》

- ・ 老健入所後、在宅復帰したケースはないに均しいです。

《課題》

- ・ 入所中の受診は原則的にできないので、特殊な抗ガン剤処方してもらうためには退所しなければならない。(3ヵ月続けて入所することができない。)
- ・ 長期入所可能であると有難いと思います。

- ・受入困難な薬剤を服用している方の入所が困難で、薬剤を変更せざるを得なかった。
- ・入所中に通院ができない。出せない薬があり不便なこと。

【高崎・安中地区】

《入所対応について》

- ・入所期間がどのくらい長期でお願いできるのかはつきりしていない点を、ご家族にも納得いただけるよう対応いただけとあります。
- ・各老健自体の基準ではなく、統一した受入れ基準があると助かる。
- ・緊急で入所を希望(ショート不可、介護度が低いとき)したが、入所できるまでの間が長く、入所できなかつた。もっと早く入所できるようにならないか?
- ・医療行為が必要な利用者様のショートなど、医師と看護師のいる老健で積極的に受け入れてほしい。
- ・「在宅復帰は困難」な人への対応はどうされているのですか?
- ・人工透析を行っている方の受入れ状況を教えてほしい。受け入れできている施設はどのように対応しているのか?
- ・病院と在宅の中間施設と説明されますが、利用者と家族が理解されていない場合が多いように思います。
- ・薬価が高いと入所を却下されたり制限されるので、利用者家族が困る。
- ・在宅酸素を受け入れない施設がある。
- ・緊急の受入れやBPSDのある方の受入れなど、柔軟な対応を期待したい。
- ・老健を長く利用する際のリセッタ日数等、最初に詳しく教えていただけと助かります。
- ・緊急事態で在宅生活が難しくなってしまったときに、早急に入所につなげていただくことができ、大変助かりました。今後も連携を図っていきたいと思っております。
- ・入所相談をしても、薬や受診の関係で判定会議で不可になる事がある。家族も診療情報提供書をもらう時間と手間をかけているので、できるだけ受け入れてもらえるよう善処をお願いします。難しいなら早めの返答が欲しい。入所の仕組み(手順)がもっとスムーズになると良い。
- ・全国的には、人工透析患者の受入れをしている老健もあるようです。群馬県内の受入れ可否状況(施設ごと)が判るツールがあれば有難いです。
- ・認知症の方の対応はどうされますか?リハビリはできますか?3ヵ月の退所は、本人の状態によっては延ばしていただけなのでしょうか?

《入所中のリハ内容について》

- ・老健を利用することでリハビリを頑張り、在宅復帰することができて、本人、ご家族とも大変喜ばれたことがあります。
- ・3ヵ月と期間が設定されますが、リハビリが在宅復帰まで進まないときは、プログラム変更か他の方法を早めに提案していただけとあります。
- ・リハビリ(本人の望む)をしっかりとしてほしい。できないならその根拠を本人家族が納得するように説明してほしい。
- ・入所目的を理解して、目的に沿ったリハビリを行っていただきたい。在宅復帰した後の生活を想定したりハビリをお願いします。

《入所中の情報提供》

- ・入所中の経過や服薬状況に関する情報が乏しかった。退所前の在宅生活におけるADL予測が甘すぎて在宅復帰後は大変だった。

《退所前情報連携》

- ・出来る限りの情報とアドバイスがいただけと助かります。

- ・事前の連携がとれているので、あまり困らずに支援できています。

《退所時の薬について》

- ・服薬計算と受診日などの連携が難しいので、老健で管理していただけると助かります。今後もいろいろ相談させていただきたいと思います。

《在宅生活での注意点等情報提供》

- ・施設により退所指導等(連携)を行っていただけないところがあり、困った。
- ・できれば退所前の家屋調査等に同行できると、住宅改修やその後の在宅支援がスムーズにできると思います。
- ・退所時に、多職種によるカンファレンスをしていただけると良いと思います。

《在宅復帰者は少ない》

- ・施設によって様々ですが、病院から退院後、老健に入所しても、在宅(自宅)へ帰られたケースが、1、2件しかありません。入所後の様子も教えていただけないため、様子伺いで家族に連絡しますが、「自宅に帰れます」と言わわれないそうです。家族から「自宅に帰ります」と言って退所するケースが増えています。

《課題》

- ・日用品代等費用が高いと感じます。いろいろ雑費がかかっているのは理解します。

《その他》

- ・今回の意見交換会には参加できませんが、今後も機会を作っていただければと思います。

【伊勢崎地区】

《入所対応について》

- ・骨折により保全が指示されたり、希望された利用者の受け入れ等は可能でしょうか?その場合、骨折部位の治癒状況の確認はどのようにされていますでしょうか?老健から整形受診等。
- ・医療行為をどこまでしていただけるのか知りたい。

《入所中のリハ内容について》

- ・関わりのあった老健が、予想以上に生活に密着したリハビリを施行してくれたので、現在もご自宅で生活が続けられています。利用者の状態に合わせて、生活に必要な動作が自分で行えるよう、住環境に合わせてリハビリをしていただきました。
- ・在宅に戻った際の排泄動作や薬の管理方法等に沿ったリハビリをしてくださるとありがたいです。例えば、1人暮らしで、尿汚染後に防水シーツの交換を自分で行わないといけない方もいて、そのような練習も含めてみてもらえればという希望があります。

《退所前情報連携》

- ・在宅支援、在宅復帰のための施設として今後も連携を図りながら、ご利用者、ご家族を支援できる体制を続けていけたらと切に願っております。

《住宅改修等》

- ・住改や福祉用具購入などは、経済的事情等あるご家族に対し、配慮した対応をお願いしたい。

【藤岡・富岡地区】

《入所対応について》

- 長期で入所している方もいるが、入所できる期間はどれくらいなのか。
- ショートステイ利用をはじめ、いろいろな面でお世話になりたいと思います。情報交換等を密に行いたいと思います。
- ショートステイも、泊まりやすくなると良いと思います。
- 「老健施設とは」といった、老健ではどういったことを提供している施設なのか、勉強会があれば参加したいと思います。
- 近在の老健施設では、急な調整等も快くしてくださり、助かっている。

《入所中のリハ内容について》

- 老健内のリハビリが在宅生活に合っていないと感じることがあります。(本人の家での生活とリハが合致していない。)
- 医療のリハを終えて入所することが多いが、在宅復帰を見据え、通過地点としての老健でのリハビリのメリット。(現状なかなか在宅復帰していないように感じる)

【太田・館林地区】

《入所対応について》

- 人工透析を行っている病院関連の老健であっても受け入れていない。県内で少ない。ALSの受入れの難しさ。
- 使用薬剤で断られること多く、どの程度の医療的処置の人が受け入れ可能かよくわからない。
- 急遽入所対応してほしい方が入所できない。「健診し、結果を見てから判断する」との対応で、もう少し臨機応変な対応をしてほしい。
- 他県の例ですが、HP側(MSW)で老健に入所するのを敬遠しがちなケースがありました。その理由として、入所手続きに時間がかかり、なかなか決定が出ないのでショートを勧められました。
- リハビリ拒否のある利用者についての、入所対応の可否について、老健の考え方を伺えたらと思います。
- 入所する際、薬はどれくらい持つていけばよいのでしょうか?
- 他科受診のある方、薬代が高額な方などの受入れをしていただけないことがあるため、ご検討いただけると有難いです。
- 医療依存度の高い方の受入れを充実していただきたいと思います。(夜間看護師が不在という理由で、痰の吸引、インスリン注射などが必要な方が入所できない)
- 老健を希望しても空きが無く困ることが度々ある。

《入所中のリハ内容について》

- 家に帰れるためのステップの施設と考えています。家に帰った時の事を相談し、自宅に帰ってなるべく元の生活に戻れるよう~~在宅ケアマネ~~と一緒に考えていくべきかと思いました。
- 利用者の退所後の生活を想定し、そのことを踏まえたうえでの対処計画を立てていただけるとありがたいと思います。
- 在宅復帰しても問題がみられない程度にリハビリを実施してもらいたいです。

《家族介護指導》

- ・老健入所時から退所時まで定期的にご家族とコミュニケーションをとってもらい、在宅退所への理解をいただけないと、在宅ケアマネジャーの相談もスムーズになります。

《退所前情報連携》

- ・退院時カンファレンスをぜひ開いてください。
- ・ご自宅への対処が難しい方について、その先の施設の相談を老健の相談員さんが受けてくださる施設と、在宅ケアマネにそのまま返す施設があり、連携を無理の少ない形で行っていただけると、ご利用者やご家族の負担も減るのではないかと思います。
- ・在宅復帰に向けて多職種で協働してくださり、家屋評価もしっかりとされ、スムーズに在宅復帰しております。

《課題》

- ・入所中の医療機関への受診は施設の考えに因るのか、病気によるのか？
- ・ずっといられる方もいるのは、どういう仕組みなのでしょうか？

【太田・みどり地区】

《入所対応について》

- ・軽度の認知症入所者の介護状況、特に夜間の介護について、施設の情報は事前に得られますか？（例：認知棟と一般棟の介護の内容について）
- ・最近、入所希望時にお薬がたくさんあるからと、内容を検討する前から対象から外されたケースがありました。
- ・老健でのリハビリを希望される方は多いが、入所期間が3ヵ月、半年と期限を決められてしまう点が家族に理解されない。（施設入所を希望されている）
- ・透析患者の入所など送迎もあることから困難であるが、入院という治療もなく家族が介護困難な場合、老健への入所はできないものでしょうか？
- ・老健は3ヵ月で退所と伺っているが、6ヵ月入所も可能であるとも聞いている。どちらなのだろう。また越冬を兼ねての入所も可能なのか。
- ・入所までに時間がかかる。入所後も、医療機関へ受診したら退所となる事もあり、利用に制限がある。
- ・状態悪化に伴う介護支援をお願いすることが多く、在宅復帰する方はほとんどいないのが現状となっています。特養の待機でお願いすることが多いので、老健機能を活用できていないと感じることもあります。
- ・認知症の方の受け入れ、急な相談にも対応いただけたときは大変助かりました。
- ・通所リハを利用している医療依存度が高い方が、入所を断られた。

《入所中のリハ内容について》

- ・住環境の把握に努め、在宅復帰後に必要なリハビリをしてほしい。
- ・在宅復帰に向け、中間施設としての役割は大切な位置づけだと思います。口腔機能の維持向上のためのリハビリを希望する声を聞きます。今後STのニーズも増えてくると思います。

《退所前情報連携》

- ・今後も入退所時の連携をお願いします。
- ・退所に際して、医師への聞き取りについて明確であると良い。

《在宅復帰者は少ない》

- ・リハビリを行って下さり状態も改善されるが、なかなか自宅へ帰るようなケースが無いと思われる。家族の介護力もあるが在宅復帰に結び付かない。
- ・ADLがほぼ自立て、自宅復帰した方は1人いた。その方以外、在宅復帰はしていない。加算を取っている施設はあるが、どんな対応しているのかわからない。本当に在宅復帰しているのか？研修などで積極的に在宅復帰に取組んでいる施設がある。その施設では在宅が大変にならリハビリで機能回復し、再度自宅に戻っていると話した。またそのように老健を使ってほしいといわれたが、近隣ではあるのか？

【沼田・利根地区】

《入所対応について》

- ・申込するが、入所に時間がかかることが多いです。
- ・老健側の負担も十分理解していますが、高価な薬を服用している方や酸素をしている方の受入れが難しいケースもあるので、困ることもありました。

《入所中のリハ内容について》

- ・認知症の方、寝たきりの方のリハビリについても、在宅復帰後の生活に向けて実施してほしい。

《入所中の情報提供》

- ・入院後CMに連絡なく、併設の老健入所になっていることがある。

《課題》

- ・土・日送迎(人材不足の理解ですが。) 特養待機(長期)利用(加算の関係もありますから。)
- ・ショートステイ自体ない。空床利用の老健も多いが、もう少しショートステイを増やしてほしい。

《老健の評価》

- ・加算をたくさん取る施設より、加算の少ない施設のほうが、対応や評判、利用者さんの状態が良いことがあります。(けっこうある)

【渋川・北群馬・吾妻地区】

《入所対応について》

- ・退院後、どのくらいで老健へ入所できますか。
- ・BPSDがある方は特養にはなかなか入所できず、グループホームは利用料負担が大きく、入所したくてもできないという方が少なくありません。老健で受け入れていただき、穏やかに過ごされていると報告いただくと嬉しく思います。また、老健と自宅を行き来し、何とか自宅で生活している方もおられます。業務は大変かと存じますが、地域に無くてはならない存在ですので、今後ともよろしくお願いいたします。

《入所中のリハ内容について》

- ・次の行き場所を探すための通過点ではなく、基本は在宅復帰なのではないか。施設によって差はあるが、しっかりととしたリハビリがなされていない施設もある。
- ・最近はリハビリ強化型の老健が増えたため、在宅に戻れるケースが増えたことが良かったと思います。

《退所前情報連携》

- ・12月末に前橋の老健より、住宅型有料老人ホーム入居に至ったケースで、初回面接時、相談員さん、看護師さんの対応が良く、情報提供も細かく、ありがたかったです。
- ・3ヵ月で必ず退所させる事業所と、延長を受け入れてくれる事業所があるが、よくわからない。
- ・退所等の情報を早めに流してほしい。
- ・家族の理解が困難なケースや、介護体制の協力が得られないケース等、入所中から職種間で方向性を統一し、いろいろな角度から同じ声掛けを家族に行い、関わっていきながら退所調整できるとスムーズでした。
- ・在宅復帰に向けて日常動作(入浴、トイレなど)や家事動作(調理、洗濯など)のリハビリを行いつつ試験外泊、介護者への支援がスムーズに行えたら良いと考えています。

《課題》

- ・吾妻(特に西吾妻地域)には老健が少ないため、入所希望があっても本人や家族が受け入れることができる範囲内に施設が無い(空きも無い)のが現状です。要望や意見の前に、老健を造っていただきたいというのが率直な思いです。
- ・特殊な薬(高価な)を服用している場合や医療依存度の高い利用者は入所しづらい傾向にあると思います。といって病院の療養病床にも行けずといった中間の利用者の処遇が難しい。
- ・病院から老健に入所する際、自宅またはショートステイを1泊2日利用しなければならず、ご本人やご家族の負担になっている。ショートステイの利用が無かった方は新規利用になるため契約等行わなければならず、特に認知症の方のリロケーションダメージが危惧される。
- ・長期利用ができないため、人によっては3ヵ月ごとに1ヵ月間又は3ヵ月間は他の施設(有料老人ホームやサ高住等)に移らなければならないが、前回利用した施設に戻れなくなることも多く、ご本人やご家族の負担が大きい。
ケアマネは、各施設の利用ごとにアセスメント、ケアプラン作成等頻繁に行わなければならず、負担が大きい。
- ・在宅生活を維持していくのが難しいと思われる場合があるが、退所しなければならない状況に不安を感じる。

【県外他】

《入所中のリハ内容について》

- ・期間が長くなるとリハの時間が少なくなることになるが、移行期間のリハビリを考えてもらいたい。

《課題》

- ・老健施設ごとの、医療行為別の受入可否一覧表のようなものがあると良い。

「居宅ケアマネジャーと老健の連携」に関するアンケート (介護老人保健施設からの回答)

公益社団法人群馬県老人保健施設協会

① 老健の現状に関する認識について

【感謝】

- ・ 充分認識していただいている。
- ・ 居宅ケアマネに空き部屋情報を送ることにより、短期入所でのご利用を積極的に受けています。在宅復帰で空き部屋が出てしまわないように協力して頂いています。
- ・ 短期入所を繰り返すことで、入所につながることがあります。その場合を含めて、退所後も在宅で受け持つて頂けるように、連絡を絶やさないようにしています。

【3ヵ月問題】

- ・ 3ヵ月で帰される施設、ずっと居られない施設と認識が極端になっている。
- ・ 期限のことを気にしてくださる方が多いが、在宅復帰については曖昧であることがある。
- ・ 入所期間は3ヵ月と認識しているケアマネが多いです。
- ・ 入所期間は3ヵ月と認識していると思いますが、超高齢の利用者もいて、特養対象者と思われる方もいます。老健ではリハビリをして、在宅復帰できるように支援していきたいと思います。
- ・ 3ヵ月で退所させられ、有料を紹介させられると認識されている。
- ・ 長期に入所が出来ないと思い込み、リハビリが必要なご利用者でも住宅型やサービス付高齢者住宅を紹介してしまう傾向があるように感じる。
- ・ 入所期間が、ある程度決まっていることを認識されていない方もいらっしゃる。
- ・ 老健は3ヵ月で退所しないといけないんですね、と聞かれることが多いです。
- ・ 施設の方針により様々だと思います。わが施設は6ヵ月を目安にしています。ただし、1~2年と長期入所になることもあります。(退所先が見つからない等の理由)
- ・ 入所期間3ヵ月と認識している方もいれば、もう少しリハビリ希望を考えている方もいます。

【老健は特養入所待ち施設ではない】

- ・ 特養入所まで入所できると思っている方が一部いる。
- ・ 特養待ちで利用することができる施設という認識をしている。

【薬価、他科受診対応】

- ・ 体調が悪いので入所させてもらいたいと希望される方がいます。老健には医師がいますが、専門医ではないので受入れが難しい場合が多いです。
- ・ 薬価のことや他科受診についてご理解いただけていないことがある。

【老健は抑制廃止施設】

- ・ 抑制をしなければならない方の入所を提案されることがある。

【在宅復帰の役割】

- ・ 在宅復帰可能と判断された方については、積極的に入所前訪問を実施。また短期集中リハビリも実施。
- ・ 在宅復帰に対する認識が無く、こちらが自宅で生活できると伝えても、施設で話を進めようとしてくる。

- ・老健に入所したからもう居宅ケアマネジャーは関わらないというスタンスではなく、老健退所後のビジョンも、ある程度持つて紹介していただけると、老健としても退所支援が進めやすく大変助かります。
- ・急性期治療後、老健でリハビリし在宅復帰できそうなケースの方など、状態に合わせ施設を検討しているだけだと良いのではないか。リハビリしたほうが良い状況でも、ショートステイや住宅型などリハが無いところを経由した際、老健に入所したもののが固定されてしまっており、リハビリを行う時期がもつと早い段階の方が良かったのではないかと考えさせられるケースもある。
- ・入所して頂いた後、短期集中リハビリを行い早期に在宅復帰の可能性を模索したいが、残念ながら一部の居宅ケアマネの在宅への意識が低い。適切なケアマネジメントを行い、様々なフォーマル・インフォーマルサービスを組み合わせ在宅限界を上げることが、本来の居宅ケアマネの姿・ケアマネジメントではないだろうか?その中で『老健』とは何なのか、何が出来る施設なのか今一度考えて頂きたい。
他の支援相談員より「明らかに自宅で生活出来るのに、家族の希望で長期利用をゴリ押ししてくる居宅ケアマネへの対応に困っている」との声が聴かれ、又、「在宅復帰は(施設長や上司にアピールする為)相談員の点数稼ぎ」と揶揄する居宅ケアマネも存在する。日々の業務の大変さは理解出来るが、介護老人保健施設の役割・支援相談員の役割を是非ご理解頂きたい。

【老健の機能は一律ではない】

- ・老健によって加算が違う。
- ・看取りをする老健もある。
- ・入所以外にも、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションなどの介護サービスも利用できるので、利用者の状態に合わせて利用を検討・相談してもらえばと思います。
- ・老健の中でも、「従来型老健」と「在宅強化型老健」があることを知っていますか。
- ・老健の認識について知りたい。
- ・老健の機能(役割)をご存じでない居宅ケアマネさんが多い。

【制約】

- ・入所できない(空室ないため)のに、理由をつけてしつこく入所依頼をする。
- ・当日や翌日からの入所依頼がある。
- ・短期入所が予約でいっぱいなため断ると、激怒する。(調整しますと伝えるが、融通が利かないなどと納得されない。)
- ・老健から老健へ移る相談があった場合、短期集中リハビリを算定できないことをご家族にアドバイスしていただきたい。

【老健の課題】

- ・長期入所利用者の増加
- ・いつも満床と思われていて、居宅からの紹介が少ない。
- ・通所リハビリについて、通所介護に比べて手続きがやや煩雑であるため、通所リハビリを選択せずに安易に通所介護の利用をしているケアマネジャーがいる。
- ・母体の病院からしか受け入れていないと思われていた。

②新規利用者情報提供について

【感謝】

- ・持っている情報は惜しみなく下さるケアマネジャーが殆どです。
- ・主治医からの診療情報提供書は家族にお願いしていますが、ケアマネジャーからの入所相談の場合はケアマネジャーが動いて下さる事が多いです。連携が図れているのだなと感心致します。
- ・当施設では感染症のデータや血液検査データもお願いしています。
- ・書面で情報提供される方と口頭のみの方がいるが、やはり前者があります。
- ・相談員を通してスムーズに協力機関とやり取りができる。
- ・知りたい情報が記入された情報提供書がいただけています。
- ・充分な情報提供を受けています。
- ・よくご紹介いただく事業所からの情報提供について満足している。
- ・初めての事業所には、こちらから依頼し提供してもらっている。
- ・情報提供については連携が取れていると思います。
- ・きちんと情報提供していただいています。
- ・申込された段階で情報依頼をし、FAXにて情報をいただいている。
- ・見学等一緒に付き添ってくれるケアマネさんもあり助かっています。
- ・情報提供書と、注意点、ご家族の様子などを教えていただいている。

【情報の範囲】

- ・基本情報に加えて薬剤情報ももらえるとありがたい。
- ・以前に比べると情報提供はスムースであるが、頂く情報についてはケアマネジャーにより内容の充実度の差異が大きい。
- ・事前の情報提供の際に、受診されている病院(医院)の有無と、その受診は入所後も継続して必要なのかどうかも教えてもらえると助かります。
- ・短期入所などで当日緊急利用の際に、家族関係など本人に関わる方の情報が乏しいことがありました。
- ・もう少し詳しい情報がいただけないと良い（医療面、生活面など）。
- ・通院している病院より、診療情報提供書、薬情報、また注射をしているなどの情報提供をお願いしたいです。
- ・キーパーソンと他家族の関係性がどうなのか情報を詳しく知りたいです。
- ・ケアマネによる情報の他に、主治医による診療情報提供書を頂いています。
短期入所においても、初回利用時・状態変化時・退院時には診療情報提供書を頂いています。在宅に伺い家屋の情報や家族関係について直接の情報を得ています。
- ・老健は薬代が10割負担になるので、薬剤情報は欠かせません。
- ・定期受診が必要な場合、診察料が施設負担になるので、受診の有無の情報は必要です。
- ・診療情報提供書(医師が書いたもの)を準備し、入所相談をしていただければありがたい。

【情報提供】

- ・在宅生活でのフィードバックを密にとれると良い。
- ・病院から入所する利用者さんに関しては、居宅のケアマネさんは遠慮してなのか、こちらから情報提供をお願いする事が多い。もっと積極的に関わってくれても良いのでは。
- ・情報が不足
- ・利用者状況の情報等がなく、入所の依頼がある。
- ・適切に行えるよう、情報共有してほしい。
- ・病院によっては診療情報の提供が遅れているところもある。
- ・主治医意見書、基本情報で入所判定を行います。できるだけ詳しい情報が欲しい。
- ・進んで情報提供してくれる方もいれば、催促しないとくれない方もいる。

- ・情報提供は本人のアセスメントがしっかりと行えていないと薄く正確性に欠けるものとなってしまう。数年前の情報をFAXして頂いても困惑してしまう。
長年本人に携わっている筈であるが、本人の生活歴や病歴が殆ど不明だったり、家族の人数・関係性等も全く分からなかったりする。アセスメントシートさえ存在しない事業所もあった。
自宅での最近の状態・状況をお聞きしても「最近、自宅に行ってないし本人にも会ってないから事業所(デイやヘルパー等)に直接聞いて」と言われる。特段の事情がない限り月1回は居宅へ訪問し本人と面接を行う「13条モニタリング」を実施していないことが明らかなケースもある。
又、病院へ入院された場合、面会に一度も行かず、入院中のカンファレンス出席の要請も断り、本人の現在の状況を全く知らないケアマネも存在する。入院中は担当から外れているが、もう少し医療機関との連携を行って頂きたいと思う。
- ・聞かないと大事なことを教えてくれない。(状態によっては受入できないので)
- ・ケアマネによってかなり違いがあります。定期的に訪問を必ずされるケアマネがいる一方、「離れたいと思っていた」と言われるケアマネもいます。
- ・緊急でショートステイを受ける場合に、情報が少なくて困ることがある。
- ・入所検討をする際、より詳しい情報は必要です。

【情報はできれば書面で】

- ・情報提供は、主に電話等の口頭によるものが多く、書面でいただくことはあまりありません。書面で情報をいただければ、家族面談もとても助かります。ただ、お忙しいこともわかるので依頼できないのが現状です。

【提案】

- ・入所を検討されている利用者には、一度見学を勧めていただけると有難いです。

【老健の仕事】

- ・通所リハビリと通所介護の違いを認識していない方が、たまたまおります。

【老健の課題】

- ・老健での医療範囲に限界がある。
関係事業所のケアマネは当施設への理解はできているが、他事業所のケアマネは老健の説明も含め(老健を分かっていない)説明が面倒。

③その他

【感謝】

- ・入所、通所とも、ご相談に関してCM様はもうもう認識されております。
- ・当地域においては良好な関係性が構築できていると思います。
- ・老健側から必要な情報を求めているので特に問題ありません。
- ・ケアマネさんによっては、とても詳しい情報を提供してくださるので助かる。
- ・居宅ケアマネジャーとは良好な関係で、特に問題はありません。

【入所の手順】

- ・「明日、入所させてもらいたい。」と希望されるケアマネジャーさんがいます。基本は、診療情報提供書などの情報がそろってからのお受入れとなっています。
- ・要支援の方は短期入所療養介護での受入れとなります。区分変更申請をされている場合でも要支援となる可能性があれば、包括との連携を図っていただき、短期入所療養介護のプラン作成をお願いいたします。短期入所療養介護ご利用の場合は自費が出てしまう事もあるので、ご家族様へのお話をお願ひできればと思います。必ず要介護認定となるような場合は入所での受入れをしています。

【入退所時の引継ぎ】

- ・ケアマネジャーさんもお忙しいとは思いますが、スムーズな入所時の引継ぎをお願いできればと思います。
- ・退所に関しても施設側から話をもっていくケースがほとんどで、居宅のケアマネさんから「Aさんの退所はどうですか?」と声をかけてもらえば。
- ・家族への老健の説明が不足している。
- ・老健退所時、ケアマネジャーとしてどんな情報を必要としているか。
- ・老健入所時、施設は入所前後訪問を行うが、スムーズに在宅復帰につなげるため同席していただくことは可能か。
- ・最近は減ってきたが、入れっぱなしのケアマネさんがいる。入院してしまったり、いざ退所となるので連絡すると、「私は関係ない」と言われてしまい、新たにケアマネさんを探すことになった。
- ・老健入所者が在宅復帰を目指すうえで、居宅ケアマネジャーの協力は必要不可欠です。在宅復帰の際に積極的に連携を図ることで、老健としても円滑な退所支援が行えます。
- ・独居の方の受入れもあるが、特に身寄りのない方の支援体制がどうなっているか、入所前に決まっていない方もいるので、緊急時等の対応に困らないようにしたい。
- ・ショートステイ利用に関しては、基本的に居宅ケアマネジャーとご家族にて日程調整等していただきたいです。
- ・数か月の在宅期間でも、受けていただけるとありがたい。

【入所中の連携】

- ・入所中もこまめに連携が図れるとありがたいし、退所支援がスムーズ。
- ・在宅介護を支えるという共通の目的があり、しっかりと連携して、ご利用者、ご家族を支えていきたい。

【老健選択のポイント】

- ・老健を紹介するときのポイントはどういったことが多い。
- ・老健は加算が施設によって違いますので、施設の特徴をとらえて、利用者様に合う老健を紹介していただけたらと思う。
- ・ケアマネジャーも地域の老健を見学してみてはいかがでしょうか。老健を見ていただければ、その特徴や雰囲気などがわかり、利用者にも提案しやすくなると思います。

- ・家族はずっと入所していられるのかと思ったということがあり、入所前に、特養との違いを説明していただけるとよいと思います。

【介護度について】

- ・利用者に見合っていない介護度の場合がある。（高すぎたり低すぎたり。居宅ケアマネジャーは変更申請を家族に言わないとしないのではないかと思う時があります。。入院時の判定のまま、歩けて認知症状も重くないのに介護度4等。）

【老健の役割理解】

- ・短期入所療養介護の適正利用に関し、リセッタルルールを使い、特養への待機場所として老健を長期間利用するのは如何なものかと思う。入院や入所と違い、ショートステイであれば居宅ケアマネの担当から外れることは無い。契約件数・請求件数を減らさない様にとの意図は理解できるが、適切なアセスメント、適正なショート利用をお願いしたい。

「安い料金で長期間特養待機できる場所」という老健の時代は既に終わっている。

それは厚労省より平成30年介護報酬改定で示された『在宅復帰・在宅療養支援等指標』で証明されており、高い在宅復帰率と回転率を達成し、在宅復帰に取り組んでいる老健が評価されている現状をご理解頂きたい。

老健は『在宅支援施設』だということを認識して頂き、在宅生活を望むご本人様の希望を実現出来る様、居宅事業所や他サービス事業所と連携・協力を図っていきたいと思う。

- ・老健で在宅復帰を目指しご家族と相談していても、特養を促されてしまうことがあった。
- ・数か月の在宅期間でも、受けていただけたとありがたい。

【老健の区分について】

- ・介護報酬改定により、「在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価」が始まった。この内容について、居宅のケアマネさんにもご理解いただき協力していただけたらと思う。