

在宅介護サービスにおける医療情報の位置付け

Medical Information Necessary for Home Care Management

鈴木 育子
Ikuko SUZUKI

佐藤 彩乃
Ayano SATO
(筑波大学大学院人間総合科学研究科)

柳 久子
Hisako YANAGI
(筑波大学社会学系人間総合科学)

戸村 成男
Shigeo TOMURA
(筑波大学社会学系人間総合科学)

室生 勝
Masaru MURO
(室生内科医院)

背 景

平成12年4月に介護保険法が施行され今年で5年目を迎えた。少子高齢化による人口構造の変化、慢性疾患増加による疾病構造の変化、高度医療による高齢者の医療費増加¹⁾²⁾、核家族化による家庭介護力低下問題³⁾、福祉サービスの需要と供給の不均衡問題などを包含し介護保険法が成立した⁴⁾。ドイツの介護保険法⁵⁾⁶⁾を手本としているが、国民の就労問題は加味されず世界に類を見ない皆保険制度を運営する日本においては、サービスを受ける権利（介護認定）と費用負担（保険料負担の義務と公平な利用料の負担）、サービスの需要（利用者の自由な選択利用）と供給（営利企業の参入）が制度の中核と言える。介護保険制度下で提供される介護サービスの利用は、介護サービス計画に基づく利用が原則であり、利用者および家族の意向を取り入れながら介護の必要性や問題点を明確にして、個人の介護の必要性に応じた介護サービス計画を介護支援専門員が提示し、ケアマネージメントを実施していく仕組みである⁴⁾⁷⁾。また、介護支援専門員はマネーマネージメント（給付費管理）も同時に行う役割が課され、行政職員の取扱いを受け責任を負うことになっている。平成15年度4月の介護報酬改定⁸⁾では、介護報酬全体としてマイナス改定であった。居宅介護支援費つまり介護支援専門員が行うケアマネージメントに対する報酬であるが、利用契約者の要介護度に応じた評価が廃止となり、居宅介護支援体制や介護サービス計画に応じた評価が採用され、ケアマネージメントの質を問われる介護報酬改定となった。現在の居宅介護支援事業に望まれるケアマネージメントの質について様々な面から調査・研究がなされているが、利用者とケアマネージメントを担当する介護支援専門員とを同時に調査対象とした実態調査の報告は少ない。

目 的

本研究では、茨城県における居宅介護支援事業所の活動の現状を把握すると共に、介護支援専門員が行うケアマネージメントの質の向上を考察する上で、重要な位置を占めると思われる医療情報の活用および主治医との連携の実態を明らかにすることを目的とした。

対象者

茨城県ケアマネージャー連絡協議会に所属する居宅介護支援事業所について、調査協力を得られた管理者および介護支援専門員で、管理者25名、介護支援専門員17名および担当利用者138名を対象とした。

方 法

1. 調査期間：2003年1月20日～2003年2月5日

2. 調査方法

郵送による質問紙法

1) 居宅介護支援事業所管理者に対しての質問内容 (資料1)

管理者の職種・勤務年数・担当利用者数, 事業所に所属する介護支援専門員の員数・勤務形態・常勤換算員数, 事業所の収支状況, 付帯サービス, 医療情報の必要性の有無

2) 介護支援専門員に対しての質問内容 (資料2)

介護支援専門員の職種・勤務形態・勤務年数・担当利用者数, 医療情報の必要性の有無, 医療情報を得る手段, ケア担当者会議・ケアチーム会議の開催の有無

3) 介護支援専門員が担当する利用者情報 (資料3)

性別, 年齢, 障害老人自立度, 痴呆老人自立度, 介護度, 介護者の有無, 利用サービスの種類, 医療サービス利用状況・医師の意見書活用の有無, ケアチーム会議・ケア担当者会議の開催の有無および医療情報の必要性の有無

3. 質問紙配布数および回収率

管理者用配布数	88	有効回答率	24.5%
介護支援専門員用配布数	45	有効回答率	33.3%
利用者用配布数	450	有効回答率	34.0%

4. 解析方法

統計パッケージ Dr. SPSS II を用いて解析を行った。

結 果

1. 居宅介護支援事業所管理者へのアンケート結果

1) 管理者について

(1) 管理者の職種

25名の管理者の内, 16名(64%)が保健師および看護師, 7名(28%)が福祉職, 2名(8%)がMSW, 指圧師であった。

(2) 管理者の担当利用者数

31名~50名の利用者を担当している管理者が最も多く14名, 次いで1~30名の利用者を担当している管理者8名, 50名以上の利用者を担当している管理者3名であった。

(3) 医療情報の必要性

25名全員の管理者が医療情報の必要性を感じていた。

2) 居宅介護支援事業所の経営状況

図1に示したように全25事業所の内、母体法人施設の補助金を含めて黒字の事業所は2事業所（8%）、母体施設からの補助金を含めて収支ほぼ同額の事業所は8事業所（32%）、赤字の事業所は14事業所（56%）、無回答1事業所（4%）であった。

3) 管理者の所属事業所の介護支援専門員について

(1) 介護支援専門員の事業所あたりの常勤換算数

介護支援専門員が1.0～2.0人の事業所は48%、2.1～3.0人は20%、3.1～5.0人は24%、5.1人以上は8%であった。

(2) 介護支援専門員の勤務形態

98名の介護支援専門員の内常勤者が84名（85.7%）、非常勤者が14名（14.3%）で、常勤かつ専任の介護支援専門員は34名（34.7%）、非常勤かつ専任の介護支援専門員は9名（9.2%）で、全体の介護支援専門員のうち専任で業務に就いている者は、43名（43.9%）であった。

(3) 介護支援専門員の職種

保健師・看護師で65%を占め、次いで社会福祉士・介護福祉士の27%、その他で理学療法士・作業療法士、柔道整復師の8%であった。

2. 利用者情報を提供した介護支援専門員のアンケート結果

1) 介護支援専門員の担当利用者数

介護支援専門員17名の内、担当利用者が50名以下は14名（82.4%）51名以上3名（17.6%）であった。

2) 医療情報必要性の有無

「必要性を感じる」が13名（79.2%）、「必要性を感じることもある」が4名（20.8%）であった。「あまり必要だと感じない」「必要性は感じない」の回答は無かった。

3) 医療情報を得る方法（複数回答）

利用者の主治医に面会を依頼または電話・FAXで情報交換が51.5%、要介護認定のための主治医意見書記載内容の活用39.4%、家族から情報を得るが3.0%、入院時の主医師のカルテまたは

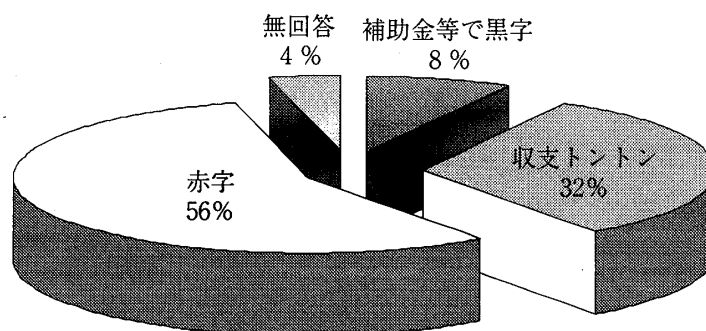


図1 居宅介護支援事業所の年間収支状況

看護師の退院サマリーの活用が3.0%であった（図2）。

4) サービス担当者会議の開催に対する取り組み状況（複数回答）

全員の利用者に対して開くが6.3%，必要な利用者のみ・問題が生じた者のみ開く50%，サービス担当者と個別に連絡を取るが10%であった。

5) ケアチーム会議開催に対する取り組み状況（複数回答）

必要な利用者のみ開く30%，ケアチーム会議の代わりにサービス担当者会議を開く17%，ケア担当者と個別に連絡を取るが6%であった。

小 括

1) 居宅介護支援事業所の運営状況

居宅介護支援事業所の68%が、管理者を含め常勤換算1.0～3.0人の職員配置で、専任で業務についている介護支援専門員は全体の43.9%であった。管理者の56%は、スタッフの介護支援専門員と同じ31～50名の担当利用者のケアマネージメントを担当していた。事業所の年間収支状況では、25事業所の内14事業所（56%）が赤字であり、母体法人からの補助を受けている事業所を含め収支が同等または黒字である事業所は10事業所（40%）であった。

2) 居宅介護支援事業所職員の職種別割合

管理者は、保健師を含む看護職が64%，福祉職が28%であり、介護支援専門員の保健師を含む看護職65%，福祉職27%の結果とほぼ職種別の割合は同じであった。

3) 医療情報の必要性和入手方法

管理者は25名全員が利用者のケアマネージメントに医療情報が必要であると感じており、介護

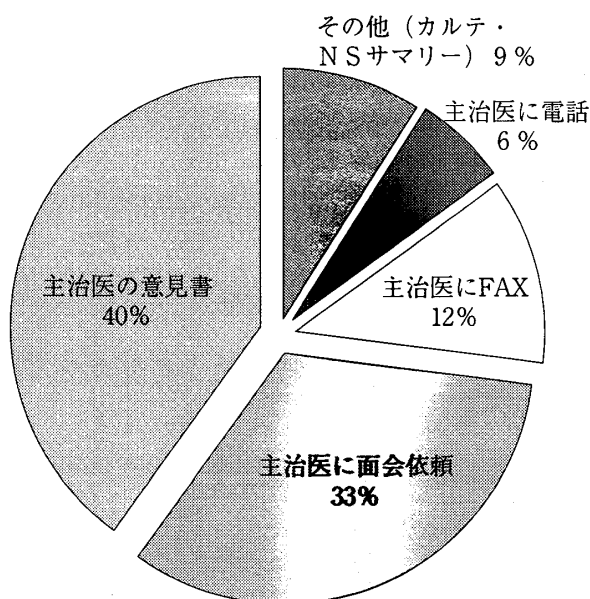


図2 医療情報を知る方法別利用者数

支援専門員では13名（79.2%）が必要であると感じていた。介護支援専門員の51.5%は、主治医と面会・電話・FAXの方法で医療情報を得ていた。要介護認定時の主治医意見書の活用は39.4%であった。

4) サービス担当者会議、ケアチーム会議の開催状況

全員の担当利用者にサービス担当者会議を開いていたのは、介護支援専門員の6.3%であり、必要と感じた利用者または問題が生じた利用者のみを開いたが50%を占めていた。ケアチーム会議は、サービス担当者会議より開催率が低く、必要と感じた利用者のみ開くが30%、サービス担当者会議を代替に開くが17%であった。各介護サービス担当者や介護支援専門員が個別に利用者についての情報交換を行うという回答が、サービス担当者会議の場合は10%、ケアチーム会議の場合が6%であった。

2. 介護支援専門員の担当利用者に対するアンケート結果

1) 利用者の特性

17名の介護支援専門員が担当する利用者の中から、介護支援専門員自身の無作為抽出により138名の利用者情報の回答が得られた。138名の性別は、50名（36.2%）が男性、88名（63.8%）が女性であった。年齢階級別人数では、75歳以下33名、76～80歳が30名、81～85歳が27名、86～90歳が30名、91歳以上18名で、76歳以上の後期高齢者が105名（76%）を占めていた。痴呆老人自立度別人数では、自立が30名、ランクⅠからⅡbが78名、ランクⅢaからⅣが30名であった。要介護別人数では、要支援から要介護2が68名、要介護3から要介護5が70名であった。介護者のいる利用者は125名で、介護者の続柄は実の子が最も多く、次いで配偶者、子の配偶者の順であった。介護者のいない一人暮らしの利用者は12名であった（図2、図3、図4、図5）。

2) 在宅サービス利用状況

図6に示した通り、訪問看護、訪問介護、訪問リハビリテーション、訪問入浴介護、通所介護、通所リハビリテーション、ショートステイ、短期入所療養介護、福祉用具サービスをそれぞれ併用して利用していた（図7）。

3) 利用者の医療サービス利用状況（複数回答 n=143）

定期的な外来診療が最も多く69名、定期の訪問診療40名、不定期の外来診察20名、必要時の往診10名、往診と外来診療の併用3名であった。143の回答中109名は継続的な診療を受けていたが、33名は断続的な診療であった（図8）。

4) 利用者別医療情報の必要性

介護支援専門員がそれぞれの利用者のケアマネージメントに医療情報が必要と判断した利用者は116名（84%）で、21名（16%）は「必ずしも必要ではない」と回答した。

5) 利用者別介護認定主治医意見書の活用状況

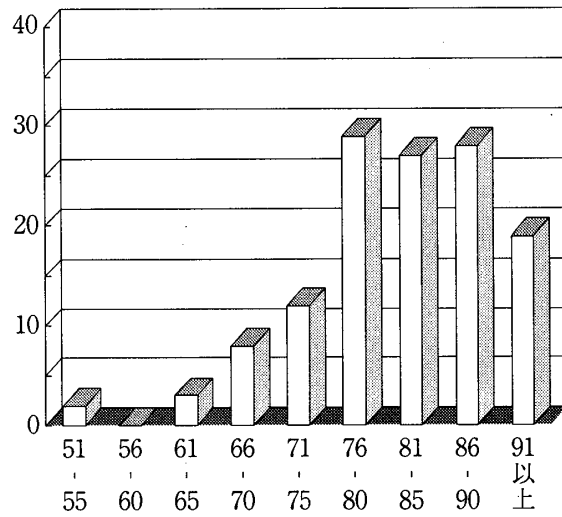


図3 年齢階級別利用者数

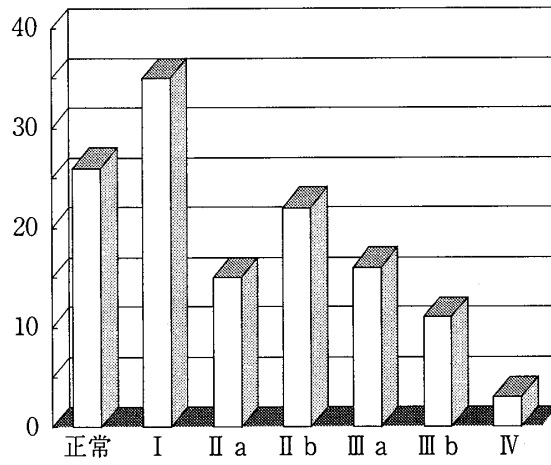


図4 痴呆老人自立度別人数

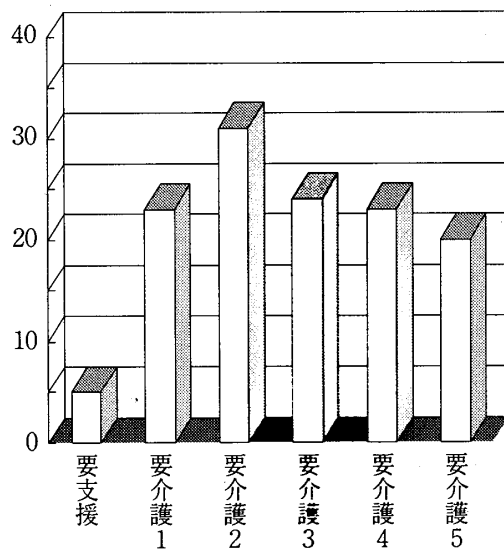


図5 要介護度別利用者数

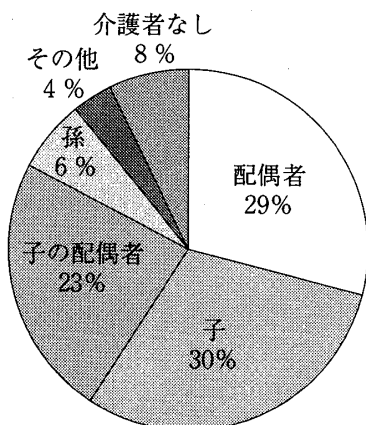


図6 介護者の続柄別割合

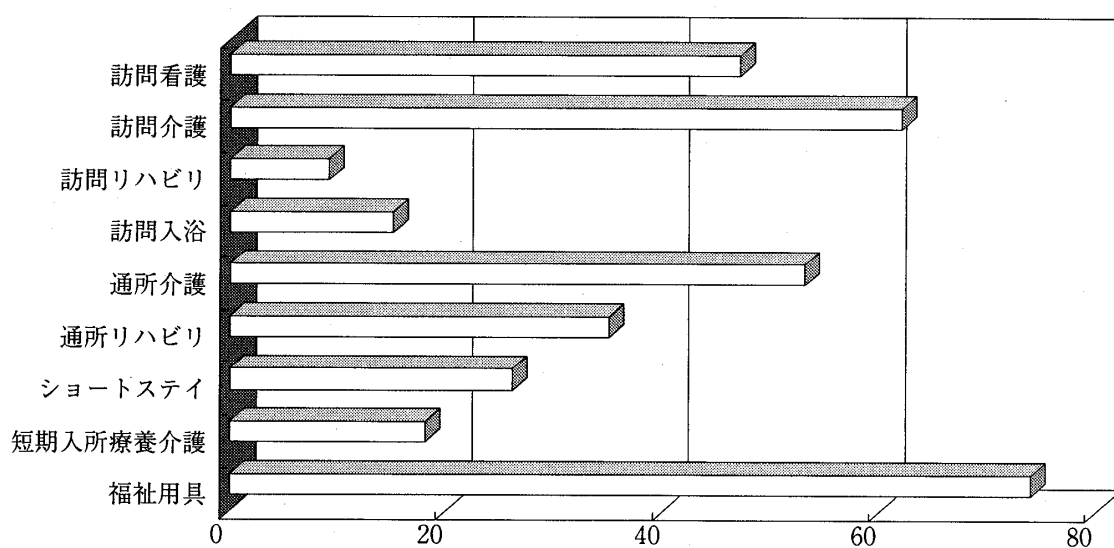


図7 介護サービス利用状況

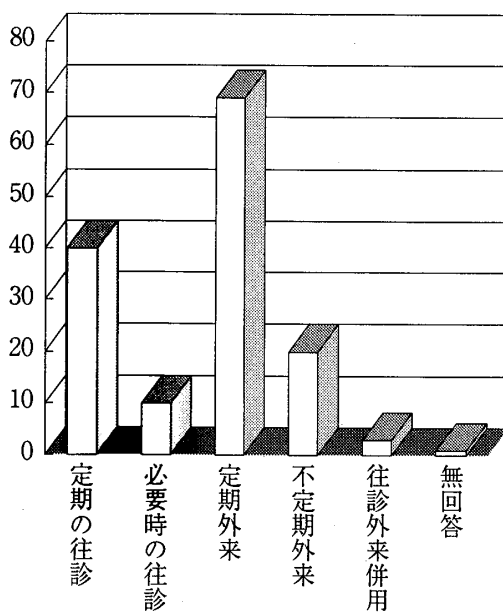


図8 利用者の医療機関受診状況

介護支援専門員は121名（87.7%）利用者のケアマネージメントに主治医意見書を医療情報源として活用していたが、16名（12.3%）の利用者には「活用できる記載内容が無い」「内容が理解できない」「入院中の診療カルテから情報を得た」などの理由で活用していなかった。

6) 利用者別サービス担当者会議・ケアチーム会議の開催状況

138名の利用者の内、サービス担当者会議が開かれた利用者は52名（37.7%）、介護支援専門員が必要なしと判断した利用者は16名（11.6%）、ケアチーム会議が開かれた利用者46名（33.3%）、必要の無かった利用者は25名（18.1%）であった。

7) 医療情報が必要と判断された利用者の特性（n=21）

表1に示したように介護支援専門員が利用者のケアマネージメントに医療情報が必要なかった利用者の特性は、年齢、性別、介護者の有無、痴呆老人自立度、要介護度、医療機関受診状況、介護サービス利用状況の項目において、医療情報が必要だった利用者の特性と有意差は見られなかった。

小 括

1) 利用者の特性

138名の利用者の内訳は、女性が88名（63.8%）を占めており、年齢は76歳以上の後期高齢者が全体の76%であった。痴呆老人自立度別人数は、軽度の痴呆が78名（56.5%）と最も多く、正常が30名、ランクⅢ以上の中等度から重度の痴呆の利用者が30名であった。要介護度別人数は、要支援から要介護2の軽介護の利用者が68名、要介護3から要介護5の重介護の利用者が70名と半々であった。同居介護者の有無では、12名（8.7%）の利用者が介護者のいない一人暮らしであった。介護サービスの利用状況は、全員の利用者が数種類の介護サービスを併用で利用していた。

表1 医療情報の必要の有無で2群分けた利用者の特性

項 目	医療情報必要あり (n=117)	医療情報必要なし (n=21)	p 値
年齢 (±SD)	81.81(±9.3)	82.10(±9.2)	0.567
性別 女性	72(61.5)	16(76.2)	0.420
介護者 あり	108(92.3)	20(95.2)	1.000
痴呆老人自立度 ¹⁾ Ⅲ～M	27(23.1)	5(23.8)	0.576
要介護度 ²⁾ 要介護3～5	58(49.6)	9(42.9)	0.355
介護サービスの単独利用	24(20.5)	6(28.6)	0.400
医療機関定期受診 (%)	93(79.5)	17(81.0)	1.000

χ^2 検定 有意水準5%

1) ランク(正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M)

2) 要介護度(要支援 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5)

2) 利用者の医療機関受診状況

継続的に医療が受けられていたのは、定期的外来診療を受けていた利用者69名、定期的訪問診療を受けていた利用者40名であった。その他の利用者は不定期の外来診療または必要時の往診、外来診療と往診の併用などで、医療が断続的であった。

3) 医療情報の必要性と主治医意見書の活用状況

介護支援専門員が担当利用者138名のケアマネージメントに医療情報を必ずしも必要としなかった利用者は21名(16%)であった。医療情報として主治医意見書を情報源として活用しなかった利用者は16名(12.3%)であり、活用できなかった理由として、「活用できる記載内容が無い」「内容が理解できない」「入院中の診療カルテから情報を得た」があった。

4) 利用者別サービス担当者会議、ケアチーム会議の開催状況

138名の利用者の内、サービス担当者会議の開催は37.7%、ケアチーム会議は33.3%であり4割に満たなかった。また介護支援専門員が必要なしと判断した利用者は、サービス担当者会議で11.6%、ケアチーム会議で18.1%であり1割以上であった。

5) 医療情報が必要ななかった利用者の特性

医療情報が必要ななかった利用者の特性は、医療情報が必要であった利用者の特性と比較して、有意差の見られる項目はなかった。

考 察

1) 本研究における調査対象は、茨城県ケアマネージャー連絡協議会名簿に登録されている連絡協議会から選択し調査票を送付しており、茨城県全体の居宅介護支援事業所の実態とは言えない。また、介護支援専門員に課せられた利用者情報の守秘義務⁹⁾があるため回答率も低い。各居宅介護支援事業所の判断で情報提供された貴重なデータである。加えて、医療費は健康保険から支払われるため、介護支援専門員が管理する給付費に属さないためケア計画に反映される事項としては認識が低く、更に本調査時点ではケア計画表を市町村に提出する義務が無かった点から居宅介護支援事業所の実態把握、介護支援専門員のケアマネージメントにおける医療情報に関する意識調査データとしての重要性が考えられる。

2) 居宅介護支援事業所の経営状況については、国が平成12年度に実施した介護保険法に基づく介護保険施設ならびに指定居宅サービス事業者・指定居宅介護支援事業所の経営調査の結果と同様、月間収支が赤字であった。国の調査では1事業所の平均実利用者数は99.8人であり、利用者数から逆算して介護支援専門員は平均2人という事になる(利用者50人に介護支援専門員一人の設置基準がある⁹⁾)。調査結果から茨城県の居宅介護支援事業所における平均介護支援専門員数は全国平均並みと言えらる。また、経営状態が赤字であることが、従事する介護支援専門員全体の専任率43.9%に大きく関わっていると思われる。

3) 介護支援専門員の職種の割合は、それぞれ職種の全国数²⁾に比例していた。本調査では個々の利用者の調査票で介護支援専門員の職種を問わなかった。理由は、調査側の職種に対する先入観を除外するためと、記入する介護支援専門員が調査協力に難色を示すことを避けるためである。従って、職種による医療情報に対する認識の差が明らかにできなかった。

4) サービス担当者会議・ケアチーム会議の開催状況に関して、本調査時点では会議の開催の義務が無かったため、開催率の低さが明らかとなった。サービス担当者会議・ケアチーム会議は、利用者の問題に解決方法を各サービス担当者で議論し、ケア計画の内容を検討および介護サービス提供が問題解決に結びついているか協議する場であることから、介護支援専門員の業務内容が、給付費管理に大きく割かれている実態が見られたと言える。

5) ケアマネジメントにおける医療情報の必要性については、解答した介護支援専門員の79.2%が必要性を感じており、利用者の主治医と面会・電話・FAXにより直接連絡を取っていることから情報としての重要度は高く認識されていると思われた。ケアマネジメントに医療情報が必要とされる理由の一つは、利用者のケア計画に介護サービスを位置付ける根拠となるからであると考えられる。

6) 本調査で医療情報が必要とされなかった利用者の特性の検定結果から、医療情報が必要とされた利用者の特性と有意差が無く、今回の調査から医療情報の必要性を否定できる理由は得られなかった。しかし医療情報が必要ないとする理由としては、「病状が安定しており急性症状が見られなかった」「介護サービスの単独利用により問題が解決され情報の必要性が認識されなかった」「医療機関の受診状況が不定期であったため情報としての重要性が認識されなかった」などが考えられる。

結 語

本調査では、居宅介護支援事業所の管理者、所属する介護支援専門員及び担当利用者を対象に郵送による調査を実施し、居宅介護支援事業所の運営実態と介護支援専門員が直面しているケアマネジメントにおける問題を医療情報の活用の面から明らかにすることを試みた。

居宅介護支援事業所の管理者、介護支援専門員および担当利用者のアンケート調査の結果、

- 1) 居宅介護支援事業所の運営は、5割弱の専任の介護支援専門員と兼務介護支援専門員で構成され、経営状態が赤字であることによる人件費への影響と考えられる。
- 2) サービス担当者会議・ケアチーム会議の開催が低率であることから、介護支援専門員の業務内容がケア計画の立案に関する業務より、給付費管理に割かれている可能性が示唆された。
- 3) 介護支援専門員は医療情報を、ケアマネジメントに重要な情報として8割弱が位置付けており、5割が利用者の主治医と直接連絡をとり情報を得ている実態が明らかとなった。

以上のことから、介護支援専門員が行うケアマネジメントにおいて、医療情報は重要な情報と

して位置付けられ、利用者の主治医から直接情報を得ている実態が明らかとなった。矢島⁹⁾は、超高齢者社会における「かかりつけ医の役割」の中で、診療所の医師のプライマリ・ヘルス・ケア機能および教育の必要性について述べているが、地域のかかりつけ医が介護支援専門員の行うケアマネージメントに参画し、利用者の医療情報を提供することにより、在宅高齢者の自立した在宅生活の維持への貢献が望まれると考える。要介護認定の際に、利用者の主治医が提出する意見書の項目⁹⁾だけでは内容が十分とはいえない。そのため、介護支援専門員の医療情報を得るための努力が求められる結果となっているとも考えられる。

次に、居宅介護支援事業所の運営が抱える経済的赤字¹⁰⁾という問題が、介護支援専門員のケアマネージメントに人的、時間的余裕を大幅に縮小させ、サービス担当者会議やケアチーム会議を開催するに至っていないと思われる。ケアマネージメントの質を考察する上で、ケア計画立案のため必要と思われるプロセスを時間や人手の問題で簡略せざるを得ない状況では、ケアマネージメントの質を向上させることは困難である。可能であるとするならば、経営の安定している居宅介護支援事業所だけと言うことになるであろう。平成15年4月の介護報酬改定後¹¹⁾に、「介護支援専門員の利用者宅への訪問を3ヶ月に1回実施」「再認定後のケア計画立案の際はサービス担当者会議の開催」を義務付けているが、実施の現状報告はまだ無い。介護保険運営費の確保の問題を含め多くの行政組織が抱える問題があり、多くの市町村の合併が報じられているが、介護保険運営上の問題点を明確にするために、更に実態調査が必要であると考えられる。

謝 辞

アンケート調査に快くご協力くださった、居宅介護支援事業所の管理者並びに介護支援専門員の皆様に心より感謝申し上げます。また調査を実施するに当たり、ご指導いただきました先生方に深く御礼申し上げます。

本研究の概要は、第16回茨城県医療福祉研究会で報告した。

引用文献

- (1) 財厚生統計協会：厚生指標臨時増刊 国民衛生の動向。第49巻第9号，2003
- (2) 中村秀一：わが国の医療と介護・福祉。プライマリ・ケア27(4)：332-343，2004
- (3) 国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」，2001，2002
- (4) 財長寿社会開発センター：「改定」介護支援専門員基本テキスト。第1～4巻，2003
- (5) 本沢巳代子：介護保険と低所得者対策 ドイツの介護保険給付と租税給付の関係を参考として。会計調査研究26，2002
- (6) 本沢巳代子：公的介護保険ドイツの先例に学ぶ。p142-154日本評論社，1996

- (7) 山崎摩耶：ケアマネジャーバイブル． p 123-16, 日本看護協会出版会, 2001
- (8) 社会保障審議会介護給付部会第21回：平成15年4月介護報酬改定後の動向, 2003.11.7
- (9) 矢島祥吉：超高齢社会における「かかりつけ医」の役割．プライマリ・ケア25 (3)：225-227, 2002
- (10) 厚生労働省老人保健局：介護事業経営実態調査, 2002, 10
- (11) 第15回社会保障審議会：介護保険制度の見直しについて 資料3-1, 2003.9.29

参考文献

1. 厚生労働省大臣官房統計情報部：介護給付費実態調査結果の概要．2003, 5～2004, 4
2. 尾形裕也, 田村やよひ：看護経済学マネジメントのための基礎． p 73～109, (株)法研, 2002
3. 大重賢治, 水嶋春朔, 朽久保修：費用効果から見た医療費抑制策．日本公衆衛生雑誌49 (7)：613-619, 2002
4. 遠藤英俊, 見平隆, 青柳公男：介護認定審査会委員 補訂版ハンドブック． p 2-74, 医歯薬出版会, 2001
5. 笠原勝幸：高齢者介護ハンドブック 自立を目指す介護・リハビリテーション． p 2-30, 中外医学社, 1999
6. 河野あゆみ, 金川克子：地域虚弱高齢者の1年間の自立度変化とその関連因子．日本公衆衛生雑誌47 (6)：508-515, 2000
7. 後藤真澄, 若松利昭：要介護度別の介護サービス利用特性に関する研究．厚生指標50 (7), 2003
8. 早坂聡久, 三田寺裕治：高齢者本人による在宅福祉サービスの評価．厚生指標50 (10)：8-14, 2003
9. 三田寺裕治, 早坂聡久：家族介護者による在宅福祉サービスの評価．厚生指標50 (10), 2003
10. 社会保険審議会介護給付費部会第20回：介護給付適正化に向けた取組について, 2003.5.26
11. 瀬島克之, 杉澤廉晴, 大滝淳司, 寺崎仁, 大道久：かかりつけ医の機能に関する探索的調査 (第一報)「診療所に通院する患者のニーズの抽出」．プライマリ・ケア25 (3), 2002

資料1

「今求められる保健・医療・福祉サービス」に関するアンケート 居宅介護支援事業所管理者の皆様へのアンケート

該当する回答の番号に○印をつけ、()内は文字・数字でご記入ください。

Q1. あなたの職種は？

- | | | | |
|----------------|-------------|--------|---------|
| 1) 社会福祉士 | 2) 介護福祉士 | 3) 医師 | 4) 歯科医師 |
| 5) 保健師 | 6) 看護師・准看護師 | 7) 薬剤師 | |
| 8) 理学療法士・作業療法士 | 9) その他 () | | |

Q2. 貴事業所に勤務されている介護支援専門員の職種と員数は？

- | | |
|----------------|----------------------|
| 1) 社会福祉士 () 名 | 6) 保健師 () 名 |
| 2) 介護福祉士 () 名 | 7) 看護師・准看護師 () 名 |
| 3) 医師 () 名 | 8) 理学療法士・作業療法士 () 名 |
| 4) 歯科医師 () 名 | 9) その他 () |
| 5) 薬剤師 () 名 | |

Q3. 貴事業所の介護支援専門員の勤務形態及び員数は？

- | | |
|-----------------|-----------------|
| 1) 専任で常勤 () 名 | 4) 兼務で非常勤 () 名 |
| 2) 専任で非常勤 () 名 | 5) その他 () 名 |
| 3) 兼務で常勤 () 名 | |

Q4. あなたの介護支援専門員としての勤務年数は？ () 年

小数点以下第1位までご記入ください。

Q5. 事業所の介護支援専門員の常勤換算数は？ () 人

常勤換算例：某事業所の常勤者の1週間に勤務すべき日数は、40時間である。

非常勤者Aさんが1週間に24時間勤務している場合常勤換算すると、
 $24時間 / 40時間 = 0.6$ 常勤換算0.6人となります。

Q6. 事業所の収支について？(可能な範囲で回答してください)

- 1) 年間の収支は黒字で安定している
- 2) 母体施設・団体等からの補助金があるので年間収支は黒字である。
- 3) 年間収支は黒字でも赤字でもない(収支トントンである)
- 4) 年間収支は赤字である
- 5) その他 ()

Q7. 収支安定経営のためどのような取り組みをされていますか？(複数回答可)

- 1) 人件費を抑えるため職員を他の業務との兼務としている
- 2) 人件費を抑えるため非常勤職員を多く採用している
- 3) 人件費を抑えるため事務的な業務を母体・併設し併設事務職員が行っている
- 4) 介護支援専門員一人当たりの利用数を増やしている
- 5) 通信機器を活用し訪問を要する業務時間を短縮している
- 6) 受入利用者数を制限し他の事業者へ紹介している
- 7) 介護度の軽い利用者を中心に受け入れている
- 8) 介護度の重い利用者を中心に受け入れている
- 9) 併設サービス利用者を中心に受け入れている

10) その他 ()

Q 8. 居宅介護支援事業所に併設される施設またはサービスは？ (複数回答可)

- | | | |
|-----------------|--------------|--------------|
| 1) 介護老人福祉施設 | 2) 介護老人保健施設 | 3) 介護療養型医療施設 |
| 4) (一般)病院・診療所 | 5) 訪問看護 | 6) 訪問介護 |
| 7) 訪問リハビリ | 8) 訪問入浴介護 | 9) 通所介護 |
| 10) 通所リハビリ | 11) 短期入所生活介護 | 12) 短期入所療養介護 |
| 13) 痴呆対応型共同生活介護 | 14) その他 () | |

Q 9. あなたが担当している (ケア計画を立案している) 対象者数は？

- 1) 1～10名 2) 11～20名 3) 21～30名 4) 31～40名 5) 41～50名
6) 50名以上 (具体的に 名)

Q10. ケア計画を立案する際に医療情報の必要性を感じますか？

- 1) 必要性を感じている 4) 必要性は感じない
2) 必要性を感じることもある 5) その他 ()
3) 余り必要だと思わない

居宅介護支援事業所管理者の皆様へのご質問は以上です。ありがとうございました！

資料2

「今求められる保健・医療・福祉サービス」に関するアンケート サービス利用者のケアマネジメント担当介護支援専門員の皆様へのアンケート

該当する回答の番号に○印をつけ、()内は文字・数字でご記入ください。

Q1. あなたの職種は？

- 1) 社会福祉士 2) 介護福祉士 3) 医師 4) 歯科医師
5) 保健師 6) 看護師・准看護師 7) 薬剤師
8) 理学療法士・作業療法士 9) その他 ()

Q2. あなたの勤務形態は？

- 1) 専任で常勤 4) 兼務で非常勤
2) 専任で非常勤 5) その他 ()
3) 兼務で常勤

Q3. あなたの介護支援専門員としての勤務年数は？ (年)

小数点以下第1位までご記入ください。

Q4. あなたが担当している(ケア計画を立案している)対象者数は？

- 1) 1～10名 2) 11～20名 3) 21～30名 4) 31～40名 5) 41～50名
6) 50名以上(具体的に 名)

Q5. ケア計画を立案する際に医療情報の必要性を感じますか？

- 1) 必要性を感じている 4) 必要性は感じない
2) 必要性を感じることもある 5) その他 ()
3) 余り必要だと思わない

Q6. 医療情報を集めるとすればどの方法を選びますか。(複数回答可)

- 1) 主治医意見書のみ 3) 主治医にFAXで依頼
2) 主治医に面会して依頼 4) その他 ()

Q7. ケア計画を立てる際にサービス担当者会議を開きますか。(複数回答可)

- 1) 全サービス利用対象者に開く
2) 必要なサービス利用対象者だけ開く
3) 必要なサービス利用対象者だけ開きたいが時間がない
4) 想定しているサービス事業者及びサービス担当者に集まってもらうのは無理である
5) 開く必要はなく、サービス担当者で個別面談、電話、FAX、等で意見を求める
6) 必ずしも開く必要はなく、問題が生じたらケアチーム会議を開く
7) その他 ()

Q8. ケア計画でサービス提供後、ケアチーム会議を開きますか。(複数回答可)

- 1) 全サービス利用対象者に開く
2) 必要なサービス利用対象者だけ開く
3) サービス担当者会議を開かなくてもケアチーム会議は開く
4) 必要なサービス利用対象者だけ開きたいが時間がない
5) サービス担当者に集まってもらうのは無理である
6) 開く必要はなく、サービス担当者で個別面談、電話、FAX、等で意見を求める

7) その他 ()

サービス担当者会議：サービス提供前にサービス事業者及びサービス担当者が集まり、ケア計画（介護サービス計画）を作成する場

ケアチーム会議：ケア計画に基づき種々のサービス担当者が情報を共有し、連携したサービス提供し、利用者のQOLが向上しているかどうか、サービス担当者が集まり検討する場

サービス利用者のケアマネジメント担当介護支援専門員の皆様への質問は以上です。ありがとうございました。

引き続きまして、担当されているサービス利用対象者10名（無作為抽出）の方についてご記入をお願いいたします。

資料3

「今求められる保健・医療・福祉サービス」に関するアンケート 介護サービス利用対象者の皆様に関するアンケート

※ 担当の介護支援専門員の方にご記入をお願いします。

※ 施設入所者を除く在宅サービス利用者10名の方について各1部ご記入ください。該当する回答の番号に○印をつけ、()内は文字・数字をご記入ください。

サービス対象者No. ()

Q1. 性別 1) 男性 2) 女性

Q2. 年齢 (歳)

Q3. 障害老人自立度 (J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2)

Q4. 痴呆老人自立度 (0 I IIa IIb IIIa IIIb IV M)

Q5. 介護度 (要支援 要介護1 2 3 4 5)

Q6. 介護者の有無

1) 無し

2) 有り

{ ① 配偶者 ② 子 ③ 子の配偶者 ④ 孫 ⑤ 孫の配偶者 }
{ ⑥ 兄弟姉妹 ⑦ その他 () }

Q7. 対象者が利用している介護サービスは？(複数回答可)

1) 利用している在宅サービスは？

- ① 訪問看護 ② 訪問介護 ③ 訪問リハビリ ④ 訪問入浴介護
⑤ 通所介護 ⑥ 通所リハビリ ⑦ 短期入所生活介護 ⑧ 短期入所療養介護
⑨ 福祉用具貸与

2) 対象者の医療サービス状況は？

- ① 主治医の定期的な往診 ④ 不定期の外来受診
② 主治医の必要時の往診 ⑤ 往診医と病院外来受診の併用
③ 定期的外来受診 ⑥ その他 ()

Q8. この対象者の方のケア計画を立案する際に医療情報の必要性を感じましたか？

- 1) 必要性を感じた 4) 必要性を感じなかった
2) 必要性を感じることもあった 5) その他 ()
3) あまり必要だと思わなかった

Q9. この対象者の方のケア計画を立案する際にサービス担当者会議の必要性を感じましたか？

- 1) 必要性を感じ会議を開いた
2) 必要性を感じたが会議を開く時間がなかった
3) 必要性を感じたが会議を開かなかった
4) 必要性は感じなかった
5) その他 ()

Q10. この対象者のケア計画を立てる際に主治医の意見書の情報を活用しましたか？

- 1) 活用した
- 2) 内容が理解できなかったので活用しなかった
- 3) 内容がないので活用しなかった
- 4) 活用することを思いつかなかった
- 5) その他 ()

Q11. この対象者のケア計画実施後、ケアチーム会議を開きましたか？

- 1) 開いた
- 2) 開く必要がなかった
- 3) 必要と感じたが開く時間がなかった
- 4) 必要と感じたが開かなかった
- 5) その他 ()

以上で介護サービス利用対象者の方の質問は終了です。

介護支援専門員の皆様には、ご多忙のところ誠にありがとうございました。

ぜひ、プライマリ・ケア学会にご参加いただけますよう心よりお待ち申し上げます。