

[第7回モニター調査]
【主治医との計画書(ケアプラン)の交付における連携についての調査】
単純集計結果

調査期間 令和2年10月28日(水)～令和2年11月6日(金)17時

調査対象者数 433名

回答者数 204名 (回答率 47.1%)

主治医との連携に計画書(ケアプラン)を活用しているか、現状を把握するため調査を行います。

問1.回答時点においてお答えください。居宅サービス計画書(ケアプラン)の主治医への交付(メール、ファクシミリ送信も含む)はどのように実施していますか。

	回答数(件)	比率
①全ての利用者のケアプランを主治医に持参するか郵送等で交付している	41	20.1%
②医療系サービスが組み込まれている利用者のケアプラン以外でも主治医に求められた場合は交付している。	116	56.9%
③医療系サービスが組み込まれている利用者のケアプラン以外は主治医に交付していない。	47	23.0%
合計	204	100.0%

問2.計画書を交付した際に、主治医から計画書について口頭・文書等、何らかの形で意見や回答が得られましたか。

	回答数(件)	比率
①全て得られている。	20	9.8%
②75%程度は得られている。	29	14.2%
③50%程度は得られている。	31	15.2%
④25%程度は得られている。	51	25.0%
⑤全く得られていない。	73	35.8%
合計	204	100.0%

問3.主治医へ計画書を交付する意義(メリット)として考えられる事を教えてください。(複数回答可)

	回答数(件)	比率
①主治医との情報交換が効果的・効率的になる。	122	34.9%
②計画書について助言(アドバイス)がもらえる。	73	20.9%
③主治医も計画書を承諾しているという担保が取れる。	126	36.0%
④その他(自由記述)	29	8.3%
合計	350	100.0%

<問3記述回答>

メリットを感じた事はない
受付で渡すため、連携は図れていない。受付で渡した際に主治医に通され、面談をする病院は一か所のみである。
担当CMである事を確認してもらえる。
医師に直接渡す事は無く受付や連携室に渡しているため交付するメリットを感じない。

<p>ご利用者がどのような生き方をしているか、どのような希望を持っているか、主治医にもチームの一員として把握してもらうことができる。それによって治療方針が確定し、連携して支援できる。</p>
<p>主治医が在宅でどのようなサービスや支援を受けているのか把握して頂くことで、医療的助言を受ける際の一助となっていると考える</p>
<p>あまりメリットを感じたことがない。主治医に照会を求めたあとのプラン交付なので、交付後に主治医からコメントをもらうことが少ない。</p>
<p>体調やADLなどは把握されていると思うが、利用者の生活や暮らしの目標が意向欄、長期目標欄に位置づけてあるのでその情報共有ができることが重要と考える</p>
<p>主治医とつながるツールになると思います。中には必要性を感じていない、関心を示さない医師もいますが、それはそれで受け止めています。</p>
<p>患者がどういった生活を普段されているのか、どのような関係者がその患者を支えているのかなど計画書を通じて主治医に理解してもらえ。主治医と課題や目標を共有することで患者さんへ働きかけをして貰うことができる。また認知症のある方など、なぜ服用が上手くいかないのか、処方回数を1日何回にするのかといった時、サービス(限度額)の関係性や患者の生活状況に応じて対応して頂く事で適切に服用が出来るケースも多々ある。主治医への計画書交付は主治医が活用して頂ければメリットは多数ある。</p>
<p>基本的にDr側があまり関心がないDrが多く、診療に同行するのを嫌がるDrが多いためあまりメリットを感じない。もちろんきちんと対応してくれるDrもいるのでそういったDrについては色々と協力をお願いしていますし、相談させていただいています。</p>
<p>主治医からは渡したケアプランはどうすればいいの？と言われた事もある。また、ケアプランを提出しても計画書についての助言等は今までない。</p>
<p>主治医と連携が図れる</p>
<p>メリットを感じられない</p>
<p>主治医がケアプランを必要と感じていると思ったことがほとんどない。</p>
<p>主治医が利用者の在宅サービスを確認できる。</p>
<p>現在の介護サービス利用状況が伝えられる(主に第3表)</p>
<p>お互いの情報共有、現在の病状や今後の対応などの相談がしやすくなる。</p>
<p>特に服薬調整が必要な利用者に対して、主治医・訪問看護師と連携を取りながら計画全体を把握してもらえ。主治医も、生活状況を把握でき、薬効を確認して適切な処方につなげることができている。</p>
<p>訪問診療以外は一方向的に渡している感が強い 主治医の理解度は低いと思われる。地域差があると思います。</p>
<p>介護支援専門員が計画したプランに対して医学的観点からアドバイスが得られる。</p>
<p>計画書を渡すときに 診療情報提供書及び居宅サービス(介護予防支援)計画に係る主治医指示書を添付しているが、明らかに主治医の先生が書いていないことがわかる指示書もあような状況なのではたしてどこまで計画書に目を通してもらえているかは不明。アドバイスはあまりもらえません。</p>
<p>介護サービスを利用する理由や何のサービスを利用しているかの把握を主治医もしてくれており、介護保険更新の際にも、意見書にいかしてくれている医師も多くなったように感じます。</p>
<p>渡しても確認してくれているのかがどうか分からない。メリットと言うほどのものは感じておらず、書類が増えることにより煩わしいと感じている医者もいるのではないかと考えている。</p>
<p>医療系サービスを位置付ける場合の連携が図れるし、連携しやすくなると思う。</p>
<p>ケアプランの交付を踏まえてタイムリーな情報交換を意識して連絡するようにしています。事業所や自宅での変化を連絡・報告することで医師と介護支援専門員との信頼関係に繋がり、役割や活動を意識してもらうようにしています。(ケアプランとのつながり)</p>
<p>特にリアクションもないし、実際のところ目を通してしている医師は少ないと感じている。</p>
<p>主治医へ介護保険のサービス利用内容を理解していただける。</p>

ケアプランを交付することが情報交換に繋がっているとは全く感じていないのが実情です。医師がケアプランを情報交換の一つのツールだと感じている医師であれば、良いのですが…。そうでなければ、一方的に送られてきた、個人情報程度のものであるのではないのでしょうか。繰り返していくことで、認識も代わり、意識も向上することもあるとは思いますが、送る(交付)ことが情報交換の手段ではなく目的となってしまうては意義は感じません。

計画書の交付等を通じて、主治医との関係が深まり計画書以外での助言やこちらからの提案をしやすくなり、より良い支援につながっている。また、各ドクターとつながることでケアマネジャーの仕事を理解して頂く機会にもなり、医療との連携がしやすくなる土壌になると考える。

問4.主治医との連携の重要性とその手間についてどのように考えますか。

通院時に同行することで、主治医と連携が密にはかれますが、場合によっては半日を要します。報酬による支援が必要と考えます。また、ICTを活用した連携を推進お願いしたいです。

主治医との連携は取るべきだと思っているし、取りたいとも思っています。しかし、往々にして総合病院の医師はこちらから文書にて意見を求めても、返答が来なかったり、「特にありません」などと帰ってきて、がっかりすることもある。しかし、出来るだけこちらから情報提供はしていきたいと考えています。

ケアプランを主治医に交付する事で意見を頂いたり、連携しているとは考えていない。ケアプランを交付するときは、どんなサービスを利用しているか伝えるのみと考える。困った時は、文書やNET4Uというツールでやりとりしたり、受診に同席し現状を適切に伝えるようにしている。医師の判断をもとに、地域でどんなケアをするか考えるのは我々であり、医師も我々と同じチームの一員と考えている。

個人のクリニック等は話がしやすいが、大きな病院になると待ち時間もあり、なかなか診察時の付き添いが難しく話もできづらい。(電話もなかなか繋がらないため)主治医との連携は難しいと感じています。

主治医からなぜケアプランを送付してくるのか聞かれたことがある。電話では事務の方と話すことが多く意図が伝わりにくいので受診時に同行して直接話すのが一番であると思います。

主治医と連携をすることで、利用者のサービスの利用状況等の把握をしていただける。また、連携が行えていることで、緊急時の対応等がスムーズに行えているので今後も必要です。

欲しい回答が返ってこない時があるので、本人様や家族様に同意を得て、必要時は病院受診同行行っている。

主治医により考え方はまちまちで、必要性をお考えでない先生もまだいらっしゃいますが、連携することは必要と考えます。最近では、主治医の先生から直接、問い合わせや助言などを頂く場合もあります。

一方的な報告や指示・命令となる場合も多く本当の意味で良い連携が図れているケースは多くはない。

連携をして良い・悪いは主治医による。連携をして返ってぎくしゃくとなる場合もある。しかし、いつかは家族・本人と一緒に乗り越えないといけない壁であるので、連携をとれば早めに問題や方向性が見つかるので生活を左右する病気を持っている人に対しては連携は必要。本人・家族が治療や病気に対して主治医への不満があるないが、病院の説明不足・家族の理解不足なのか、方針が違うのか等見極める事ができる。

主治医が忙しいのは分かるが、ケアマネの存在意義を理解してくれる主治医がもっと増えてほしい。

ケースの内容によっては必要と感じる時もあるが、メリットを感じない事の方が多い

必要な場合はこちらから訪ねて行ったり、電話にて連携を図っているが、計画書の交付がどこまで必要とされているのかわからない。

体調の変化があったとき、リスクなど医師がら助言がいただきやすいように、顔の見える関係が必要と思われます。地元の医師とは毎月30分ほど話をする機会を作っていただいています。また、困ったときには直接電話に出ただけですので、特にケアプランを交付することはありません。

高齢者が地域で安心して生活していくためには主治医との連携は欠かせません。また、介護支援専門員や介護者にとっても主治医と連絡ができる体制があれば安心して介護できます。

介護保険制度のことを理解されている先生もおられれば、理解はされているが自分の思いのを一方的に話をされる先生もいるため、そのような先生に対しては、どうしても連携がとりにくくなる。

<p>介護保険当初に比べると、連絡など取りやすくなっている。計画書以前の段階で主治医の意見書を記入するにあたり 介護支援専門員から予診票などを記入し、それを持参することで介護支援専門員の認識も上がっているように思う。また訪問看護利用の場合は、看護師が仲介してもらえる場合も多く連携は取りやすい。 大学病院など地域の診療に比べると連携は取りにくい(窓口が不明確なため)</p>
<p>主治医によつての差が大きいと思う。大学病院など大きな病院の場合、ただ送付しているだけになっている事が多いが、訪問診療や地域の意思との連携は取れるようになってきていると思うし必要であると思う。</p>
<p>事前に電話で、先生と面談できる許可をもらうようにしている。以前に比べるとケアマネの仕事を理解して下さっている先生が増えた感じがする。高齢者を支えていくには主治医との連携は欠かせないので、今後も先生方の意見を聞きながら支援していきたいと思う。</p>
<p>常時受診の開業医等とはある程度連携をとれていると思うが、緊急時や休日、実施地域以外の遠距離病院等の入院はタイムリーな対応は難しいと考える。</p>
<p>重要と考えます。計画書提出と情報収集はイコールでなく、必要な時は照会文を添付しています。7主治医によつては、内容のある照会、ない照会があります。常日頃から連携ができていれば、主治医も必要な事を指示や指導しやすいのではと考えます。</p>
<p>プランを見てもらうだけで、情報を読み取ってくれる主治医は少ない。やはり、時間をかけて主治医に説明、確認を行うことで顔の見える関係づくりにつながる。</p>
<p>特に医療ケアを必要としていない方にたいしても普段からの主治医との連携が必要だと思ひます。総合病院の場合は直接面談をさせてもらうことはとても難しいと感じます。</p>
<p>利用者の生活を支えていくうえで健康面の把握や支援はケアマネとして必要で、主治医との連携は不可欠だと感じるが、医療系サービスの必要性の意見をお聞きしても具体的な助言などが得られることは少ない。ケアプランも医師がどのように感じているのかと思うこともある。自分自身が医師との関係性づくりや連携の取り方を工夫したり、学ぶ必要があると感じる。</p>
<p>通院同行で主治医との面会を行う際は、時間的に余裕(半日)を持っていないと実施する事は難しい。月末は、担当者会議が混み合うため、月初の方が同行できるが、タイミングよく受診するなど無い場合は、同行困難である。市独自の医療連携シートやソーシャルワーカー、看護師長などを介して主治医の意見を確認する事が多い。</p>
<p>主治医と連携を図ることはケアマネジャーでは無理です。また、看護師や薬剤師などの連絡調整してくれる職種を介して、利用者の意向を伝えることは可能ですが、ほとんどの医師は「何? ケアマネジャー」ですよ。連携で受診の付き添いを加算算定する等の話が浮上していますが、医師の話を「正確に!!」理解できるケアマネジャーってどのくらいいるのでしょうか? 伝書鳩でもやれというのでしょうか全くナンセンスです。</p>
<p>外からでは分からない、本人の体の中で起きている事、例えば、心臓や腎臓等の疾患の状況は、医師から教えてもらわないと分からず、その情報を元に、各専門職種が留意点を考慮しながらサービスを提供していく事になるので、不可欠です。医師も在宅での生活を考えるようになり、ケアマネとの連携が必要である認識をもっている事を、大学病院や開業医を問わず、感じています。ケアマネからはちょっと勇気を出して、必要性に応じて、連絡を取るようになっています。</p>
<p>医療介護連携には必要だと感じるが、医師も業務多忙にて面談は難しい。通院時の付添い等で面談し問っており、できない時は医療連携室と連携をとっている。入院時等は病棟看護師または連携室と連携を図っている。</p>
<p>主治医の事を知り、良好な関係性を保つことで、ご利用者様にとって、より良いケアが提供できるので、相談窓口等通してできる限り報連相を行うようになっています。</p>
<p>必要性、重要性は理解しているが、プラン交付することについて、医師の側の受け止めの温度差が大きい。</p>
<p>医学的な意見は必ず必要なので主治医との連携は不可欠だと思います。</p>
<p>以前に比べて医師の介護保険への理解と協力が深まり助言が得やすくなりました。また医療連携室の協力も大きい。医療介護連携についてお互いに加算が付いたことも大きいのではないのでしょうか。ケアプラン作成上、医療情報は欠かせない根拠となりますので今後もさらなる連携が必要と考えます。</p>
<p>連携は必要だと考えます。開業されている主治医とは連携が取りやすく、こちらからの話も聞いていただけますが、総合病院等の主治医については、とても忙しい状況があり、直接主治医と連携を取ることに躊躇してしまう。</p>
<p>もっと主治医から意見が欲しい</p>

<p>利用者の受診時同行して医師にサービス内容等を伝えている事が多く「計画書はいらない」と言われているケースもある。(保管場所等が困るとの事) 以前より自宅での生活状況やサービス内容等医師から連絡くれる事も多くなっている。総合病院等は連携室が窓口になって連携図っている。</p>
<p>その方らしい生活を過ごしていただくために主治医との連携は不可欠。治療方針によって人生や生活自体が変わってくる。主治医と介護支援専門員、介護サービス事業所が同じ目標や思いでないと、ご利用者やご家族が戸惑ったり、不本意な結果をもたらすことがあると思う。主治医と日頃から風通しの良い関係を作っておくと、より良いチームを作りやすい。提供地域以外の遠方に主治医を持つ方がいらしゃり、日ごろからの関係構築ができていないこともあり連携を図りにくいと感じることがある。</p>
<p>利用者は高齢であり、何らかの病気や障害を持っているので、主治医との連携は利用者を支援していく上で重要となっている。</p>
<p>計画書には殆どの医師は興味がないと思われます。一度だけ、予防サービス計画書を見て、わざわざ、よくできている！と先生からお電話いただいたことがあっただけです。ただ、お互いに連携している感はあるかという思いだけです。以前には、これは僕はいらないと突き返されたこともありましたが、ケアマネのほうも、学ばなくてはいけないとも思いますが、先生方も、少し歩み寄っていただければと思います。利用者さん中心に、主治医含めて医療・介護と連携できているチームは、関係者一同満足できるケアができていると実感できます。</p>
<p>要介護状態の原因となる疾患を持つ利用者等については、在宅での良好生活において適切な助言や指導が受けられる可能性があり、また適切な医療系サービスに対しての助言も受けられることから、医師との連携は必要と考える。</p>
<p>ケアプランを多忙な医師に向けて交付しても見ていただくことすらできないと感じており、役に立っているとは思えません。自立支援という観点から、ご自分で通院できる場合には医師との連携は利用者を通して行なうことで良いと思うし、終末期の場合には、主治医や訪問看護師との連携は嫌でも取らなければ支援が成り立ちません。ケアマネジャーは必要な時には医療連携しているのでは感じます。</p>
<p>医師により介護保険への理解度に大きな差があり、それが連携を困難にしていると感じる。ケアマネ側も病的な理解や医師への配慮(連携を図る際の)なども考えなければならぬと感じる。</p>
<p>最近では、多くのDr.が介護保険やケアマネジャーについて関心を向けていただいていると思います。Dr.ご自身も今のところ医療的な対応で、お困りの場合もありよい連携が取れる場合もあります。その一方で、医療的サービスのない利用者様のプランについては、今のところ連携、あるいは報告する理由が見つかりません。</p>
<p>介護支援専門員として主治医および受診先との連携(情報共有、相互の助言など)は医療系サービス利用者以外でも必要と考える</p>
<p>通常通り必要な情報を相互にやりとりできれば問題ない。全く医師と連携を取らないということは考えられないため、介護支援専門員業務をしていれば必然であると感じる。</p>
<p>殆どの高齢者は健康問題を抱えていることから、いろんな形の生活を支えていく上では不可欠。主治医から見ればケアマネジャーとの連携に様々な反応はあるが、生活の中にある健康課題として、解決の為にケアマネジャーは協力を求める姿勢があるべき立場だと考える。ただ、必ずしも患者に対するマインドが主治医と一致しないこともあり、立場的に立ち回りにくさを感じる時はジレンマを抱えることも少なくない。</p>
<p>日頃から連携をとることは、特に入退院を繰り返す利用者には有効だと感じています。入院時、退院時に情報を共有することで、入退院の頻度が少なくなり、利用者の在宅支援が行える。10年前より、主治医の先生が介護支援専門員を理解してくれ、話がしやすくなった。</p>
<p>主治医と連携が取れると医療的な部分も確認でき療養上の留意点なども聞く事ができ利用者支援する上でとても重要だと思います。主治医によってはこちらから話しかけても嫌そうな顔で煙たがる方もいる為、連携が難しい時もあります。そのような主治医と連携する時は身を削る思いをしてかなり疲れます。</p>
<p>利用者様のメリットとして主治医とケアマネは連携しているべきだと考えます。以前より訪問診療の医師が増えていたり、地域医療連携室が仲介してくるので主治医と関わりやすくなりありがたいですが、複数の医療機関にかかっている主治医がはっきりしていない利用者様は(特に精神科と他の科というケースなのですが)医師どうして連携していただけているととってもありがたいです。</p>
<p>すべてのケースに連携が必要ではないと思います。必要か否か、家族がすべきことまで、介護支援専門員に求められることも避けるべきです。在宅生活において支援チームをしっかりと作って支えなくてはならないケースの場合は連携は重要と思います。</p>

<p>サービスを医療系・介護系に分けることなく、必要に応じて主治医との連携は必要と考えます。高齢であり、何らかの疾患を抱えていらっしゃるかたがほとんどなので、必要な医療を継続できているのかが体調維持・現状維持には欠かせないことだと思います。</p>
<p>主治医との連携は必要と考えますが、その連携方法は居宅サービス計画書の交付に限るものではないと考えます。連携のためのツールやルールが作成されればされるほど、形(紙)だけの連携になってしまう可能性について批判的思考を持っておく必要性を感じています。</p>
<p>利用者支援、健康管理は基本になるので、主治医との連携は重要です。大病院の勤務医と診療所の医師では、連携に関する意識の差を感じる。</p>
<p>サービス導入に際し医療情報は基盤になり、利用者や家族の意向を叶える上でも、主治医からの情報及び助言は重要だと認識しています。今般、主治医からの意見徴収はプラン作成において必須だと考えております。</p>
<p>情報交換の際、医療側の負担も大きいこともあり、情報提供書のみでの確認となる場合もあります。(医療保険算定があれば可)病院受診等に行く等対応をしていますが、時間の確保が難しいことも現状です。医療・ケアマネ双方の風通しをもっと良くなる工夫が必要だと感じ、模索中です。</p>
<p>主治医によって親身になってくれる先生とまったく返答のない先生がいる。介護チームとの連携についての温度差を感じる。</p>
<p>主治医によっては介護保険を理解していない方もいる。地域の診療所と大学病院などの主治医では対応が違う。主治医が求めているものをこちら側が求めてもあまり意味のある回答は得られない。主治医との連携にストレスを感じる場合も多々ある。医療との連携では個のケアマネジャーが努力しても連携を図れない場合が多々あり、医療制度側の見直しを同時に必要と感じる。</p>
<p>主治医と連携がとれることで、利用者・家族への信頼関係を深めることにもなる。</p>
<p>上記同様。医療側の理解が進まないと現場のCM達からのアプローチだけでは無理。医師会などに協力にアピールをお願いしたい。</p>
<p>主治医により、介護支援専門員との連携について温度差があり、積極的に介入を希望する先生と連携に消極的な先生がおられます。そのため、すべての先生に同じような対応はできず距離の取り方には工夫が必要と思います。また、医療系サービスについては事業所の選択も指定される場合もあり公正中立ではないと思われることがあります。</p>
<p>双方向の連携には中々ならない状況です。こちらからのみが多く、担当者会議への参加もほぼない中、介護支援専門員からはアクションがないとお小言を頂くことがあります。医師が連携しようと思ってくたさる仕組みがどうにかならないのでしょうか。</p>
<p>病院の運営方針や利用者の病状により関わり方は異なるが、必要な時は確実に情報を共有し、助言等をいただく機会を設けている。双方の効率を考慮し、全ての利用者を常時ケアマネが直接共有する必要も無く、本人、家族を介しての連携も、主体性を保つため、意識して行っている。</p>
<p>最近では医師も介護保険に理解されてので連携も図りやすくなっています。ただ医師によっては介護保険制度の理解がなく介護支援専門員に対して頭ごなしに罵倒する対応をされることがあるので医師によっては連携を図りにくいことがあります。</p>
<p>主治医の先生、病院のMSWさんと連携を図り在宅での様子を知ってもらうために必要と考えます。</p>
<p>主治医が忙しいので調整が取りにくいですが、できるだけ連携を取るようにしたい。</p>
<p>主治医との連携は必要不可欠と考える。しかし利用者の状態によっては連携の重要性の程度は変わるので、適宜判断し対応・連携を図っている。言い換えるなら、健康状態が長期的に安定している場合には主治医との連携は図っていない。計画書に関しては、1～3表の内容や目標に関しては医師はさほど気にしていないような印象。医師は主にサービス利用状況やサポート体制についての情報を求めており、その点についての意見交換を行うことが多い。</p>
<p>必要性は大きく感じますが、利用者個々や、主治医にも様々な方がいらして、難しい状況もあります。在宅への理解がない場合や、介護を超えた部分まで在宅だからケアマネジャーに求められる事もあります。通常の場合は医療機関の連携室等が仲介に入っていただきながら、うまく連携を図るようにしています。</p>
<p>生命と生活を支援するチームとして連携は重要に思います。主治医との連携はケアマネジャーだけでなく、全てのサービス事業所、行政含め連携が必要であり、ケアマネジャーにその各責任を転嫁し、担わせようとする事は連携とはいえないと考えています。</p>

<p>高齢者の支援を考える際に、まずは医療・健康があって生活を支援することになるため、主治医との連携についてはとても重要だと考えます。連携の図り方については、主治医も介護支援専門員も時間を合わせる事について苦労している事もあり地域で考えて仕組みづくりをしていくと動きやすいと思われます。</p>
<p>直接主治医に確認する機会はなく、地域連携室や看護師を通して、確認したい事や助言を頂いている。病状での注意点や在宅での留意点については助言をもらっている為、連携は必要だと思います。</p>
<p>連携は必要と考えます。ただどのような連携の仕方が良いのかは意見の分かれるところかと思えますが、具体的な病状や療養の指示がわかっただけでも利用者支援に役立ちます。「ケアマネタイム」のような主治医と連絡が取りあえる時間があると、顔の見える関係を作れ、ほしい情報も双方向でとれるのではないかと考えます。医師の仕事の邪魔にならない様に等々常々気を遣っているのです。MSWや退院調整看護師のいる病院ではこれらのスタッフを介しての主治医との連携になっています。</p>
<p>主治医と連携が取りやすい病院と取りにくい病院がある。ケアプランをしっかりと読んでくださっている主治医は少ないように思う。本人の社会背景、環境等をくんでの提案をしていただけない事もある。まだまだ、地域包括ケアシステムが構築できていない様に思う。・訪問診療をして下さっている主治医とは連携が取りやすいと思う。・急性期の病院は在宅での環境の配慮はあまりしてくれず、退院ありきでの調整をされる事があり、在宅目線での生活が整う前に退院させられてしまう。</p>
<p>在宅生活を支援するうえで健康面に関する事は必須。直接、主治医とやり取りが出来なくてもその医療機関の窓口、看護師、MSW、連携室などと関係を構築しておけば、概ね必要な連携は図れる。</p>
<p>クリニック等の主治医との連携は必須と思います。大病院の担当医が主治医となっている場合は医師の協力が得られないことがあり課題と思っています。</p>
<p>顔の見える関係、気兼ねなく意見交換できる関係</p>
<p>訪問看護で連携が可能な場合省いてもらいたい</p>
<p>主治医それぞれケアプランについての認識の差が大きいと感じます。対応に細心の配慮が必要で、双方、負担感が多いと感じる場面もあります。ICTの活用などにて、効率的かつ効果的に連携がとれると良いと考えます。</p>
<p>だいぶ、介護保険制度の事を理解してくれているようで以前に比べて敷居は低くなったが、個人差が激しい。</p>
<p>本人・家族は医療への信頼が高い方が多いので、そこと連携・情報共有がとれていることはケアマネを信頼してもらえるようになる一因になる可能性が高いため、連携は非常に重要と考える。</p>
<p>意見等を聞きやすくなったが、計画書の交付を医師が必要だと思っているのか疑問におもう。聞き方が悪いのだろうが、医師によっては「加齢」と言われるため、それ以上の聞きようがない。</p>
<p>大きな病院(総合病院)で地域のこと、介護保険制度の理解のない主治医とは連携が困難(むり)。特に大学病院、大都市の総合病院などから来ている場合。介護保険の事も理解無く、介護保険申請のすすめや認定を受けていてもそれを知らないで、サービス利用の勧めもない。特に田舎の公の病院の医師らは、困る。簡単に入院させ、市民(高齢世帯の方)もそれをあてにしているところも多々ある。高齢二人暮らしで、ケアマネが家族の相談で介入したときは、介護者はすでに介護に疲弊していた。パーキンソンのような症状があっても特に専門医への紹介等もなく、在宅生活が半年ももたなかった。もっと早めに介入、相談、専門医紹介、サービス利用が進んでいけば、在宅生活は継続できたと思う。田舎は家族離散で専門医に紹介されても、高齢世帯の当事者は、移動(移送)手段のサービスもなく、家族の介入にも時間がかかるため、早期の対応が不可欠。主治医、医師が介護保険制度の趣旨、サービスの意義、機能や役割を理解していたら、もっと在宅生活の継続が可能なケースは、山ほどあると思う。50件ほど予防・介護のケースをもっているが、高齢で過疎地の私の地元の公立病院の整形が主治医(病院の院長)の意見書を書いているケースは、1件しかない。意見書に介護サービス利用(認定申請)をする前にすることがある云々と書いた意見書もあった。病院まで週2回も通院リハビリに通うのが費用的にも、時間的にも当事者には大変なのに、通院してリハビリに来るよう支持があり、当事者は大変だった…。病院にいつてみてもらわないと、何か具合が悪いときなど、その病院でよくみてもらえないなどという不安があるから…。田舎の公立病院、患者(利用者)にはそんなしがらみがあり、開業医等に代わることはできません。この公立病院にソーシャルワークが配置されていることで、院長以外の先生とは、何とかなんとか、かろうじてつながっています。あと田舎は、同居していなくても家族があちこち車で病院に連れて行くので、主治医がいっぱいいいて、困る。薬もたくさんあって困る。</p>
<p>プランを交付し目を通していただいているかは不明であるが、一方的でも連携のツールとしてケアプランを交付することは必要ではないかと思う。その積み重ねではないでしょうか。</p>

<p>個人病院(主治医)との連記は十分に取れているが、総合病院の場合では病院内の連携室を通しての連携を取っており、曜日や月単位で担当医が診察されるケースも多く、急ぐ場合の判断や連携(連絡)が取り難い状況がある。</p>
<p>開始当初に比べ、主治医の先生方も理解していただけるようになった印象を受けます。緊急時ばかりでなく、日々のやり取りを通じ、相談しやすい関係やケアマネ業務を理解していただくことにもつながっていくと思います。実際にケアプラン提出を通じ、医療的アドバイスをいただいているケースもあり、大変ありがたく思っています。</p>
<p>利用者を全人的に支援しようとする時に、医療と介護の両方の支援が必要であるので、主治医との連携は必要であると感じる。生活支援を行う中での医師からの情報提供や助言は心強く感じる。また、利用者の生活状況を医師に伝える事で、医療側にとっても有効な治療方針を模索する手助けにもなると考える。</p>
<p>ケアマネ側から積極的にかかわることで、連携がとりやすくなると思う。例えば、受診時に同席して「担当ケアマネです」とあいさつするだけでも、その後に聞きたいことが出た時など関わりやすいと思う。</p>
<p>計画書の交付が連携に繋がるというより、交付をきっかけに相談し助言がもらえ、それが連携に繋がると考える。</p>
<p>主治医(またはMSWを介して)と意思疎通ができる関係になると、病状についての注意点など治療方針に沿った在宅でのケアを担当サービス事業所での確に共有できる。また、主治医に対しても、在宅の状況、経済力、利用者家族の折々の意向の変化等を細かく伝えやすくなり、相互理解により、よりよい在宅生活ができるようになると思う。訪問看護を通じて意思疎通も多く行われるがケアマネはより生活の視点と医療介護トータル的な視点で連携できると思われる。</p>
<p>以前は敷居が高いイメージもあり、忙しい先生に対応していただくことに抵抗がありました。近年では医療と介護の連携が重要とされており、病院側の受け入れも良いように感じ、助かっています。</p>
<p>アセスメントやモニタリングの中で必要に応じて意見を求めれば良いと思う。</p>
<p>主治医は連携を「指示する事」であると考えている方もおり、生活全般を見ている担当CMの意見を聞いてもらえなかったことがある。</p>
<p>なかなか直接的には、相談しにくい場合が多いが、会議や訪問看護を通して相談することも増えている。主治医は病気の事しか分からない場合も多いので、介護者や家族、環境等の状況を知ること、自宅での生活を支えるためにはお互い強みとして活かされると思います。</p>
<p>在宅生活を望む利用者にとって、主治医との連携は必要不可欠である。医師は医療面、ケアマネは生活面をお互いに補完することで、利用者の求める生活につなげることができる。昨今の病院の経営状況を鑑みても、文面で利用者の生活全般の計画を把握することは、短時間での医療的判断の決定につながり、しいてはより多くの患者を診察できることにつながられるのではないかと。</p>
<p>医療系のサービスを導入する際、または継続していく際に連携を持つことで医療的立場からの助言や注意点等をいただけるため安心して計画を作成する事ができ重要であると思います。医師によって介護保険や介護サービスに対する温度差があるように思います。最近では積極的にかかわってくださる医師の方が増えてこられたと思います。</p>
<p>主治医の考え方に差があり 訪問診療やMCSで繋がっている医師とは連携しやすい。総合病院の医師との連携は難しい。介護についての理解も欲しい。</p>
<p>協力していただける医療機関が増えケアプラン作成に関わる一連の流れがスムーズになりつつある</p>
<p>医師によって協力的な方もいれば、そうでない方もいる。ケアプランについて交付するが、確認していないことが多いように感じる。やはり医師という立場からケアマネとの関係性について対等ではなく、上から目線の方が多くので関わりにくい場面も多い。また医師の押し付けによってプランの内容を変更しないといけないこともあり、困ることもある。また少し体調を崩された方なのに、すぐに介護保険の申請をしたがる医師もいる。もう少し医師の方にも介護保険制度やその目的・サービス内容等々を学んでもらいたい。</p>
<p>利用者は少なくとも何らかの疾患があり支援していく上で主治医からの指導やアドバイスが必要と感じる。また、利用者の日常生活の様子をケアマネから主治医に伝えることで病状への影響など主治医に理解してもらえる。以前に比べると医療機関・主治医が協力的なので連携しやすくなっている。</p>
<p>ケアプラン作成にあたっては主治医の意見を考慮して作成するが、医師側はケアプランや支援関係者の意見を診療にどう活用されているのか分からない(介護支援専門員の情報が役に立っているのか)。相手側が連携を必要としているのか？(そもそもケアプランを必要としているのか。必要とされるケアプラン作成できているのか)</p>

<p>主治医との連携は、とても重要なので、初めてお世話になる主治医には、お時間を作って頂き、必ずご挨拶させて頂きます。その際、感じるのは、在宅医療に熱心な主治医は少しずつ増えているという事。また、熱心な主治医と、そうでない主治医との格差が、年々大きくなっていると事も感じます。</p>
<p>医療と福祉の敷居は以前より断然低くなり、連携もとりやすくなってきたと感じています。</p>
<p>医師側が必要と感じているのかどうか不明。訪問診療を行う在宅医は会議の参加も報告に対しての返答もしてくれているが、総合病院の医師からは反応はあまりない。連携室を通して問い合わせや確認を行っており、医師が果たして見ているのかどうかもわからない。入院の際の情報提供や、退院時の連携などは、看護師自体「何のために来るのか」という態度や言動もあり、看護師の理解も得られていないと感じている。看護協会にも医療と介護の連携の意味や現状を把握しているのか聞きたい。</p>
<p>必要とは感じますが、実際にケアプランに関して温度差があると感じます。医療連携は主治医から介護支援専門員へ意思の都合によって行われることがほとんどで、積極的にケアプランに関わってもらえていないケースが大半を占めます。国が進める地域包括ケアシステムの構築に向けては、主治医含む医療機関のケアマネ業務の理解を促進させる必要があると思います。</p>
<p>医師によるところが大きいです、連携しやすい方が増えている感じがあります。</p>
<p>介護支援専門員としては連携が必要と思う。ここ近年、特に開業医の先生は協力して下さる先生が多くなっているように思う。ただ、こちらが必要と考えても医師は必要とおもっているのだろうかと感じることは多々ある。</p>
<p>主治医が訪問診療の医師の場合はケアマネと顔の見える関係が出来ており連携にも積極的であるが、大病院、大学病院の医師が主治である場合は連携はなかなか難しい。</p>
<p>主治医との連携は重要と思います。ただ、現状として連携するタイミングが難しいと思います。以前に比べると医師側(医療機関側)もケアマネジャーとの連携を意識して下さるようになりましたが、FAXや文書、通院同行などケアマネジャーの努力だけでは計画書配布も含めて困難な状況です。一部の利用者に対してネットシステム(MCS)で医師と情報共有が円滑に行っており、取組が広がれば助かります。</p>
<p>訪問診療医とは連携が取りやすい。訪問診療医の中には、請求してやっと居宅療養管理指導書を1年分送付してくる者がいる。開業医とも診察時間前や診察終了間際等の痔夏的配慮が必要だが何とか連絡はできる。勤務医とは受診に同行する以外は手立てがなく非効率的です。</p>
<p>病状に関して、予後をふまえて支援できるメリットがある。が、医師によっては、在宅療養のイメージが持てない方もあるため、在宅での様子などを報告したうえで、指示を仰ぐようにしています。</p>
<p>私自身は初めてお会いする先生以外、苦手に感じてはいない。ただいつも緊張感をもって、先生と接しております。</p>
<p>主治医との連携のあり方ですが、医療サービスに限らず必要な利用者の主治医には何らかの方法で連携、報告に努めています。理由は利用者が主語というか利用者が支援の中心だからです。しかし、ケースの中には、先ず医療系サービスなのか、介護が限界だから医療系サービスなのかなど議論(検討)の余地なく医師のひと声の場合もあります。うまく言えませんが、本来なら医療機関で解決しないといけなことを介護保険で補おうとしたり、利用者のためではなく主治医や医療機関の都合のいいように介護保険が利用されている感があるケースもあり、医療保険も介護保険の医療系サービスも高価な税金だと思いと、根本から見直してほしいと考えます。</p>
<p>数年前に比べれば敷居はだいぶ低くなりましたが、良くも悪くも医師それぞれの考え方で右往左往する事は多くあります。しかし主治医からの言葉、特に医療系のニーズがある利用者に対しては心強く感じています。医療福祉連携室(担当)のない開業医との連携の容易性向上について工夫を続けなければならないと感じています。</p>
<p>利用者の疾患についての相談・留意点・助言がもらえる。顔の見える関係であれば、体調変化があったときなど躊躇することなく相談できる。</p>
<p>特に医療ニーズの高い利用者に関しては、主治医との連携は欠かせないものであり連携の図りやすい関係性を築くことも必要と考える。</p>
<p>生活維持のため健康の管理は必要であり、医療との連携は大切なことである。ケアマネ側から積極的に生活の情報を提供し、意見を求めていくと、医師もそれに答えてくれるようになり、そこから徐々に関係ができていく。ケアマネ側は委縮しないためにも事前に疾患の情報を調べておくことで、医師の話が理解でき、質問ができ、信頼も得られていく。良好で対等な関係ができると連携がスムーズにでき、利用者のメリットになる。医師が忙しい事を連携がうまくいかないことの理由にしてはいけない。しかし、利用者全員の主治医と常時連携が必要ではなく、必要な方の必要な時期にきちんと連携できれば良いと思う。</p>

<p>医療系サービスを組み込んだケアプランは交付しているが、それ以外で主治医からケアプランの交付を求められたことはない。主治医にとってのケアプランの有用性も不明。ケアプランを交付した事を持って、医療との連携が図れているとは言い難く、常日頃から近医や総合病院MSWと顔の見える関係性を構築したほうが、情報共有を図れると感じている。ケアマネジャー皆が行っている事とは思いますが、気軽に問い合わせられる関係を持つ事がケアプラン交付の可否よりも連携が図れることだと考える。</p>
<p>医師側は介護保険のみに特化しているわけではないので。まだまだ難しい点はあるが、患者に対して医師のみではなく、色々関係している人がいることの理解が深まると、良いかと思われる。継続していくしかない。</p>
<p>医療系サービス、福祉用具を導入の際、必ず主治医へ意見を求めます。特に、ターミナルや難病の方については、主治医との連携を密に図る必要があり、連携室があればそこを通じて、適確に情報収集・情報交換するようにしております。</p>
<p>介護サービスを行っていくうえで本人の身体管理を行っていく事は欠かせない。そういった面では主治医との連携は欠かせない。</p>
<p>以前は照会依頼をするだけでも窓口で説明する必要があったが、現在は比較的スムーズに出来ている。主治医もケアマネとの連携を意識してくださり助言を下さっていることが伝わる。システム的にはMSW在住の病院であれば確認や主治医への伝達が敏速に行えている。</p>
<p>理解のある先生とない先生とで大きく差があるように思います。挨拶さえ必要ないと言われる先生がおられるのも事実です。しかし利用者さんのことを考えると必要な時に必要なつながりがとれないと困りますので、極力低姿勢で対応しています。苦手意識を持つなどと言われますが難しいと思います。電話での問い合わせでも気軽に対応して頂けることも増え、助かっています。</p>
<p>医療系のサービスについては主治医の承諾が必須であり了解を頂けてアドバイスを得ている。その他のケアプランに対する意見は先生により差がある。持参しなくて良いと言われる先生がおられるのに対して必ず面会して欲しいと話される先生や本人の医療の情報を詳しく教えてくださる等です。</p>
<p>健康や病気について医師の意見をいただくことは、利用者様の在宅での生活を支えるためにも大切ですが、ほとんどの場合は意見照会の依頼を煙たがられます。照会を書面にて依頼した際には、「作成料も発生しないのに」と断られる事もあり、依頼したまま返事を頂けない場合もあります。医療介護連携に必要で、その作業をケアマネに義務付けるのであれば、医療側もそれを義務として頂かなければ(協会や行政の働きかけ)いつまでも折り合わないと思います。特に当事業所の所在する保険者は、サービス計画書に医療系サービスを位置づける場合のすべてについて「書面での照会」を徴収する事となっている為、作業が難航します。プラン交付については、照会依頼した医師に交付していますが、ほとんどの場合、受付や連携室にお渡ししたのち、特に医師からの意見を頂戴することはない状況です。</p>
<p>以前と比べ、主治医の介護保険制度の理解も進み、ケアプラン作成についての医学的な助言・指導を確認できることが増えたと個人的に感じている。今後も双方の役割を理解しながら連携を深め、利用者支援の質の向上を図り続ける必要があると思われる。</p>
<p>最近のケアプラン指導でも、その方の生き方や自宅での生活を大事にする傾向が強く、医療面への視点が弱くなっているように感じます。予防支援も医療につながっていないプランが多いです。生活を安定させるために医療との連携は重要だと考えています。</p>
<p>以前に比べて(年々)ケアマネジャーやケアプランに関する主治医の先生方の理解は見られ、情報共有はし易くなった。ただ、府県をまたがるような遠方の主治医の先生との連携は文書以外はなかなか困難であり、今後の課題と考えている。</p>
<p>介護サービスを追加、変更した場合にも、その都度ケアプランを送っていますが、医師側にとっても、書類管理が大変ではないかと思えます。主治医との連携はとても重要ですが、書類をもっと簡単にできる方法があればよいのではないかと考えます。(例えば、ケアプラン一式を送るのではなく、利用している介護サービスの種類、回数、事業所名、日頃の様子等がわかる記載のものなど)</p>
<p>MSWがいる病院については主治医と直接関わることは少ないが、MSWと連携が図れることで特別支障を感じず、連携を図ることができている。医院・クリニックについては、主治医との直接的なやり取りが殆どなり、難しい面が感じられることもある。</p>
<p>ご利用者様の病状・服薬内容などを把握することができ、支援を展開する中で重要な手立てとなると思われれます。ただ、連携の中にも度が過ぎれば何度も連絡を受けたり呼び出されたりすることもあるため、肝心のご利用者様へ使う時間が限られてくる場合もあつたりしますので、その連携の在り方には検討していく余地があるのかなと思われれます。</p>

<p>ケアマネージャーも医療連携に慣れてはきているものの、業務時間内にクリニックや総合病院等の医師と連携を図ることは今だに難しいと感じているのが現状です。また、医師も忙しい中で本当にケアプランを必要としているのかは疑問で、逆にケアプランが欲しいという医師は稀です。</p>
<p>大病院ではなかなか直接は連携が取りにくく地域連携室などを通しての連携となる。それぞれに忙しいことを承知しているので難しい。開業医とは医師との関係によりケースバイケース。和歌山市ではケアマネタイムと言ってケアマネとの面談時間などを知らせてもらえる方向に動いてくださる医師があり期待している。ターミナルと一緒に看取る医師とは携帯電話などで何度も連絡を取り合っている。今までにくらべてケアマネージャーという資格を認知してくださる医師が増えており仕事はしやすくなっていると思う。看護師資格がなかったら苦手と思うかもしれない。受け入れが良く往診して下さる医師を探している。</p>
<p>連携を取りやすいDrもいれば取りにくいDrもおられる。日頃から顔の見える関係性を構築しておく必要があるがコロナの影響もありなかなか出来ていないのが現状。</p>
<p>医療系サービスということではなくて、どのような支援やサービスであっても必要であれば連絡は取りますので連携をとる虎内の必要性は介護支援専門員に任せてもよいと思います。主治医にケアプランを提出しても関心がない主治医もおられますし、必要なら主治医から連絡をしていただいています。</p>
<p>必要性は、高い。ただし、主治医の考え次第。医師会とCM協会の統一見解が必要。</p>
<p>医療との連携は必要であるが、なかなか意見交換が出来ない現状はある。</p>
<p>ケアプラン作成に対して、というよりは日常的な支援や対応の相談、サービス提供事業所が求める指示（入浴時バイタル、食事や水分量、変調時対応など）を受けたり、情報共有することのほうが重要。問1で③につけたが、医療系サービスを使っていない利用者のケアプラン立案時は、全て照会票を出してコメントを求めている（プラン添付はせず、利用サービスと頻度のみを記載）。医療系サービスを利用していてもケアプランそのものは求めている医師は多く、ケアマネ側のアリバイとして提供している。シュレッダーにかけているDr.もいれば、ケアマネの目の前でゴミ箱に捨てるDr.もいる。実際、ケアプランや利用サービス目的の理解に時間を割いてくれるDr.はごくごく一部。問2は、返信欄付きの照会票なので「特に意見はない」に○で返ってくるものが大半。退院病院も「加算のためだから、どんな計画書でもいいので形としてカンファレンス時に持参して」と言われる。コロナで面談も事前にできず、状況も分からないままで、計画書を出せと言われる理不尽さにケアマネは対応させられている。連携を義務化するのは構わないが、主治医側に、療養生活を診ていくうえでケアマネに求める情報はこういったものであるか、精査してからケアマネに課してほしい。入院時情報も前回改定で様式が変更されたが、病棟側が欲しい情報ではないと報道されていた。それをケアマネの能力不足のような報道もどうかと思うが。</p>
<p>必要不可欠なものだと思われれます。訪問診療医ではない場合、病院の医師などは連携の取りにくさを感じますが、介護保険施行当初よりはかなり理解も得られてきたように感じます。ケアマネからの働きかけの継続も大切だと思います。</p>
<p>CMとの連携方法を考えてくださるDr.が増えている印象がある。しかし、まだ連携についてはDr.の温度差が大きい。多分に地域性があると思うが。書類を持参しただけでも「迷惑」と明言される方もいるので気を遣う。</p>
<p>医療系サービスを導入しているためケアプランを送付しているが、主治医意見書の多くはケアプランの交付を希望しないとなっている事が多い。義務になっているため、送付しているが医師は電子カルテが増えている状況でプラン交付を迷惑に感じているのではないかと思う。医師の多くは介護との連携を積極的にしてくれる一方、介護サービスの内容に興味のない人も多いが、（丸投げ）なぜ医療系サービスの利用者のみプラン交付が必要なのか明確な理由が分からない。意見を確認するために受診同行をしても、なぜ同行してくるのか、何かあったのかと不思議がる医師も多いと感じる。</p>
<p>在宅生活を継続するためには、健康状態の維持が必要で連携が必要だと思う。開業医は連携しやすい。大病院で担当主治医が変わることがあると連携しづらいと思う。</p>
<p>ケアマネジャーに対する認知度は格段に上がっており、受診の際には同席してほしいと依頼されることもたまにあり、積極的に連携を図りたいと考えてくれる医者が多くなってきたように感じます。しかし、医学や看護学の知識が乏しいケアマネジャーも多い中、医師は話にならないケアマネジャーとは話をしたくないような趣も感じられます。また、今口腔ケアが叫ばれる中、歯科医師との連携がまだまだ図れないようにも感じますので、内科等の医師と連携が図ればOKとせず、歯科医師とは分けて考えていくようにしていきたいです。</p>
<p>主治医に利用者自身やご家族の自宅での生活状況や課題等知って頂く事は、生活を支えていく上で重要だと思います。又主治医からの助言、指導等あれば受け入れてくれる利用者様も多数いますので今後も積極的に連携を図っていきたくと考えます。</p>
<p>連携は必要と考えます。</p>

<p>実際の生活の場においての多職種から見た生活課題について、主治医は知りえなかった情報として治療に役立てたりする場面も多い。医療系ケアプランの時だけに連携をとりがちだったが、主治医意見書記載の時点で医師の関わりはあり、積極的に連携をとっていきたいと思っている。しかし、医師も忙しいので連携をとるタイミングや伝えたい事、意見を受けたい事の整理し準備して面接や文書での回答を得ることが必要。ACPの場面においても連携が出来ることで利用者の生き方の支援につながると思う</p>
<p>現在でもそれぞれの医師の考え方や理解には大きな差があるように思います。情報を共有する機会を多く作る意識がケアマネジャーに必要なかと思えます。</p>
<p>利用者の生活を支援していくうえで、病気に対してのご指導はとても大切であると考えます。が、医師によってはケアマネにいうことはないという、差別的なことも感じると時がある。連携が取れない医師がいることが悲しいです。専門職として連携する単にも理解しあうことが大切と考えます。</p>
<p>全体的には連携は困難と感じている。こちらが意見を求めても返答のないことも多く、大きな病院の場合連携室等を活用するが、連携室の担当者自身が連絡の意図を理解してくれず必要な情報を得られないことも多くある。</p>
<p>医師(病院)によって連携への理解の差があり、対応に困ることがある。</p>
<p>的確に要点をお伝えしないと、お仕事の邪魔になってしまっているだろうと感じている。必要以上に緊張してしまう。</p>
<p>利用者等の生活状況に応じた診療、投薬など提供できるよう適切な医療を受けせられるように常に権利擁護を意識して情報提供をするため連携は必要。そして必要でタイムリーな情報提供を直接・間接的に行うようにするようになっています。利用者は医師から指導や助言が、一番効果的であると思えます。</p>
<p>開業医、訪問診療医については、利用者様の医療相談がスムーズに行えますが、総合病院の医師は、いまだに「何で来たの？」的な印象を受けます。ケアマネジャーの振る舞いも、簡潔明瞭に、面会の目的を要約して望まないといけないと思えます。</p>
<p>状態の変化等の相談など、主治医との連携は大事</p>
<p>計画書の交付以外でも必要時連携を取り助言を求めるようにします。</p>
<p>主治医がどの程度まで、連携を考えているのか医師によって異なるため、どこまでのアプローチを行えばいいのかわからない。基本的に最初の受診の際などには動向を行い、ごあいさつは行うが、医師からの連絡がないかぎりはこちらからのアプローチを行うことはない</p>
<p>主治医による診断や在宅生活を継続するために必要な生活上気をつけること等をお聞きすることは重要だと思います。ケアマネジャーとして、主治医との連携をさらに深めていく必要があると考えています。</p>
<p>必要不可欠だと考えられますが主治医(特に病院勤務医)によっては時間調整がつかず文書のみでのやりとりとなる。私の文書力が不足しているのかもしれませんが、具体的な質問に対しても「特に意見なし」との回答の時もあり介護支援専門員の考えている連携とは視点がズレているようにも感じられる。MSWやNS等のコメディカルを通じての確認なども行っているがレスポンスは悪い。コロナ禍において受診に付き添うことも拒まれる病院もあるので他で配慮する取り組みを行ってほしい。</p>
<p>在宅介護を支援する上では医療との係わりが重要であり、主治医との連携は必要と思えるが、ケアマネとの係わりに温度差を感じる医師もいる。</p>
<p>重要に思います。各先生の状況にあわせて連携を図ることで利用者に利益があると実感している。</p>
<p>半強制的に医師の指示を求めるのではなく、柔軟に対応させてほしい。双方で効率が悪い。専門の科でない医師にリハビリの必要性を問うても、「判らない」と言われるだけ。</p>
<p>最低限利用者に関わり方たちは全員連携必要。主治医・かかりつけ医もちろん</p>
<p>主治医の温度差もあり、訪問診療を行う在宅の開業医の先生は、介護保険の仕組みも理解していただき、連携も図りやすいが総合診療を行う医療機関の主治医は、関係機関への診療情報書の依頼や指示書の依頼の際も何を書けばいいのかわからない質問が来る場合もある。主治医と介護支援専門員の間を取り持つ役割のMSWがいない医療機関は、入退院支援が難しい。直接的な主治医との連携はもちろんだが、多忙な医師との連携の上では医療機関の相談員の役割も大きいと思う。</p>
<p>利用者は高齢であり、基礎疾患を持っていることがほぼ前提となるため、日常生活上の支援を考慮した場合、主治医からの意見は聴取すべきと考える。</p>

<p>昔に比べて、先生方も計画表を持って行けばこれは何かと尋ねるようなことがほとんどなくなりましたし、地域で決めた用紙にもご意見を頂けるようになりました。けれど、医師は病気を見ているので、自宅で暮らしたいがリスクが高い場合は住み替えで施設を提案することが多く、金銭や希望等で自宅で暮らす際の助言について、地域の現状・環境など見て助言いただけることが少なく、先生の助言に添えず心苦しく感じています。連携は必要だと思いますが、心理的な負荷もあります。</p>
<p>必要であるが、お互いに余り入り込まずお互いに必要な情報交換ができ、利用者のためになるような連携が出来ればと考えて行っています。</p>
<p>必要性は考えられる。ただ、先生によっては連携について積極的な先生もいれば、積極的でない先生がいるのも事実であり、その先生の状況に応じて対応している。</p>
<p>医師によってはケアマネジャーをあからさまに下に見ているような言動があるため、そこまでして連携を図るべきか考えることがあります。</p>
<p>ケアプランの交付で医師との距離や連携がしやすくなったかと言われれば・・そこまでは感じていないのが現状です。プラスに考えれば、連携強化のきっかけになることもあるかもしれないが、画一的にプラン変更(更新)のたびに一方的に交付することで連携強化につながっているとは今時点では感じていません。必要な際に、医師の意見を聞く関係性や方法、あるいは受診同行等を行い、医学的見地の必要な情報を聞くことでその事実を記録し、プランに反映させることであれば実際行うことも多いです、必要だと感じますが、ケアプランを持参したり、送ったりすることは業務が増えるだけで、医師もそれが連携の手段とは思っていないのではないかと思います。</p>
<p>利用者を支援するために、病状を把握するには主治医との連携が必要と考えます。現在病状が安定しているとみられても、今後考えられるリスクを把握する必要もあると思う。体調不良時や定期通院の節目の時には通院同行し、主治医の意見や病状をお聞きしケアプランに反映したり、サービス事業所との情報共有を行っています。利用者を知る、把握する点では主治医との連携が重要と思います。</p>
<p>サービス担当者会議への出席が難しい場合や訪問診療での居宅療養管理指導における意見を照会表にて求める場合がある。その際に回答として意見無しで回答、返信をされた事があった。介護保険制度の理解をされていない？こちらからの伝え方が悪いのか？残念に思う事があり連携に難しさを感じることもある。</p>
<p>利用者の身体状態や病状についての認識の共有化を図れると思いますが、主治医が介護保険に対する知識がない医師に対して、軽度者の福祉用具貸与時の意見や医療系サービス利用時の情報をもらうことが困難な場合がある。</p>
<p>医療度が高い方は特に、訪問診療時に同席させてもらい、意見を頂き、他事業所と共有し、在宅のプランに反映させることが必要だと考える。また、通院時においても家族や本人が状況を的確につたえきれないことが多々あるため、主治医との連携は重要だと考える。</p>
<p>医療系サービスを利用する時には医療系サービスの必要性についてや注意点等のご指導がいただけるのでとても有効と考えています。ただ主治医によっては強い意見もあるので、敷居の高さを感じることもあります。</p>
<p>利用者の病状管理において主治医に必要な情報提供、自宅での支援状況等を報告することは必要と思う。特に、認知症患者等で病状を主治医に相談しにくい方や終末期(看取り)の場面では主治医との連携は欠かせないし、利用者・御家族にとっても今後の方向性を考える上で在宅生活の限界点があがると思われる。</p>
<p>介護保険制度開始から、徐々に医師の介護保険に関して、また、介護支援専門員の役割について理解認識して頂けるようになってきたと実感している。連携に関しても顔を合せての面談ができるようになってきたと思う。が、私たち介護支援専門員側からの医師に対しての壁はまだ高いように感じている。</p>
<p>当然必要と考える。利用者支援における健康状態の把握や基礎疾患の管理については、主治医からの情報は重要である。ケアプランについても共有する事は、生活全般の課題や関係職種の間取りについての理解につながる。ただし、医師側がケアプランの意義や役割を一定程度理解して頂く事が重要と思う。互いの役割を十分に理解して、利用者を支えるチームメンバーとして連携していくことは当然必要であると考えられる。</p>
<p>主治医のケアマネに対する関心と、ケアプランに対する関心度は並行する。ケアプランを送っても確認しているのかどうか返信がないのでわからない。問い合わせたときにケアプランの2表に書いてありますがといっても忙しそうなので、それも探せないでいるようだ。信頼関係を築くなかで、必要な連携は手短な情報交換でというのが基本である。</p>

<p>計画書を提出したから連携とは考えていない。連携が必要と考えた時は担当医に合わせ、訪問・電話・メール・FAXなどにて意見を求めている。その際は様々な形で返答は頂けています。しかし未だに連携を拒否される医師も居られる事は利用者にとって不利益もしょうじ残念ですが、利用者やご家族の思いや今の流れから主治医を変更することもできず連携困難なケースも正直あります。</p>
<p>医師がケアマネとの連携をどこまで望んでいるのか疑問を感じる。</p>
<p>連携は必要であるが、得られる情報や指示が毎回同じである。また意見を得るために面会するも必ずタ方を指定され、照会だけで残業となる。インターネットやメール、グループウェア、SNSなどのツールでの連携を推進してほしい。必要とは理解するも現実に対応の時間や業務負担が実際に増えている。</p>
<p>情報の共有等の時間を捻出する事に苦慮はしていますが連携を図る事は、担当している方の状況を共有する上で重要な要素だと思います。</p>
<p>どのようにと言われると必要不可欠となります。医師によっては連携が難しい方もまだおられますが、居宅療養管理指導の介護支援専門員への報告などしっかりと介護保険を理解されている方も多くおられます。こちらからもしっかりと情報提供もしており、医療と生活についてお互いの気づきを共有出来ていると思います。</p>
<p>介護保険に理解のある医師も増えて、連携の敷居は低くなってきたように感じます。それぞれの医師の個性や性格を理解するまでの時間はかかりますが…それを知るのも社会資源の一つとして楽しい気持ちもあります。以前は多くあった医療系サービスの事業所決定に関してもだいが相談の余地が出てきています。だからこそ、逆に指定される医師への対応は苦慮しております。</p>
<p>医師からのケアプランの内容への指摘は、あまりない。担当者会議に出席してくださる医師に場合は、「今後、デイサービスの利用を検討したい」等という、アドバイスいただけるが、それ以外は、主に病状説明が多い。ただし、ケアプランを見てもらうと、ケアの全体像が伝わるので、アドバイスはなくても、関係は取りやすい。最近では、医師も電子カルテを利用する方が増え、紙ベースでの計画書の保管に困ると聞いてます。計画書も電子化が求められていると感じています。</p>
<p>在宅サービスを継続する上、主治医との連携により、必要な医療サービスをプランに入れている。総合病院や主治医によって直接、話が出来ないケースもあり、個々によって違う連携がある。緊急時や迅速な対応、指示がいただきたい時に、平時からの連携こそが重要である。また、主治医との連携が難しいケースは利用者にとって不利益になることから、常に適切なサービスが提供できるよう心掛けている。</p>
<p>コロナ禍において面会制限があるため、情報不足のまま退院してくるケースが多く、そちらの面での連携に問題を感じている。その原因としては病院によって連携室がしっかりしているところは比較的情報が来るが、無い、或いは小規模の所になると病棟看護師から退院のアプローチが直接来る事もあり、その場合など特に退院までの日数が少なかったり、情報が不足したりして現場のケアマネは困っている現状がある。</p>
<p>自身の地域では約3年前からソフトを使い、地域のほぼすべての病院、居宅、サービス事業所とPC上で情報共有を行っております。その効果もあり、主治医との連携、コミュニケーション多くなり、導入前に比べてスムーズになった感があります。「顔のみえる関係づくり」はもちろん必要ですが、ICTの活用も同じように必須なのではないかと思えます。</p>
<p>主治医との連携を図るうえで調整役となるMSWや医療スタッフが重要と思う。なぜなら医療機関と地域との連携を主とする仕事とするスタッフがいることで必要情報の共有をより図ることができるから。</p>
<p>まず、会えなくても挨拶には必ず伺っております。礼儀が哀切で会えなくとも名刺を出して担当になり挨拶に伺ったことだけを伝えて頂けば、その後の電話や書面での連携もうまくいく事が多いです。特に個人病院では大切だと思います。又、主治医の診療状況や人間性などを理解し、こちらからの連携の方法を考えることが大切だと思います。受付者や連携室のNSWとの人間関係を深めることも大切で、忙しいドクターに連絡したい時などは間に入って頂き連携しております。そして、臆さずどんどん連絡していくことが大切だと思います。ただその時は要件をしっかりとまとめて目的を明確にしていくことが大切だと考え実行しております。</p>
<p>書類のやり取りではなく、本当の意味での情報交換や連携が必要と考えます。そのため、主治医ではなく外来看護師や訪問診療なら同行看護師を通じて、医師の負担にも考慮した要件を意識した対応にしても良いと考えます※負担軽減や事務作業を減らし、効率を高める意識も必要と考えます</p>