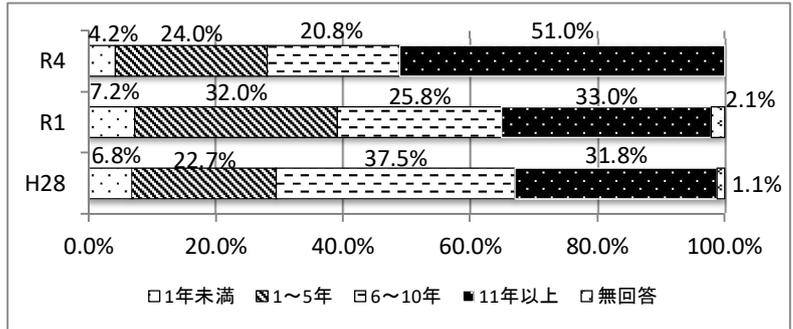


【ケアマネジャー調査】

(1) ケアマネジャー業務の現状等について

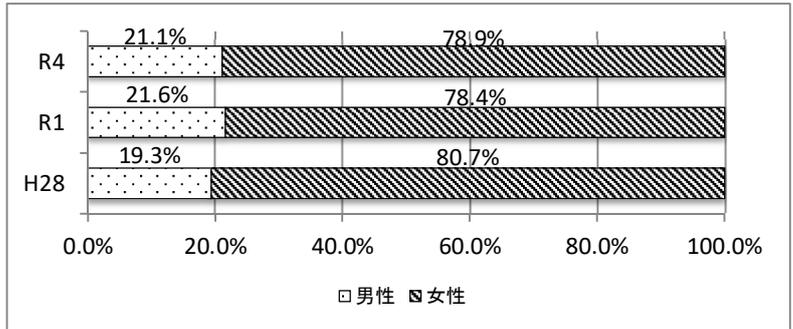
① 経験年数 (人)

	H28	R1	R4
1年未満	6	7	4
1～5年	20	31	23
6～10年	33	25	20
11年以上	28	32	49
無回答	1	2	0
合計	88	97	96



② 性別 (人)

	H28	R1	R4
男性	17	21	20
女性	71	76	75
合計	88	97	95

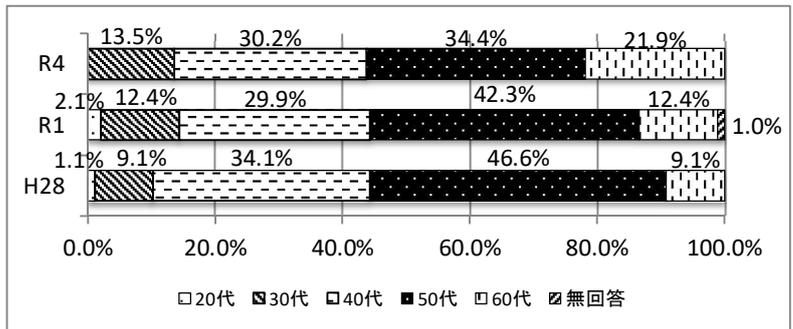


③ 年齢

- 50代以上が全体の半数以上を占めており、年齢構成に偏りが見られる。経年変化は見られなかった。
- 50代が減り、60代が増えている。

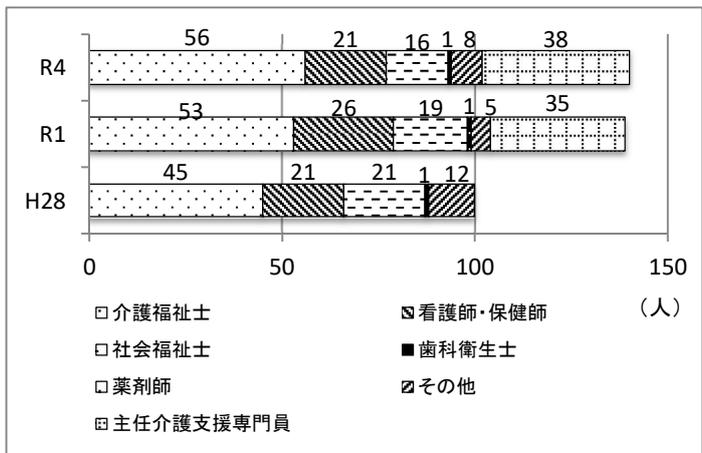
(人)

	H28	R1	R4
20代	1	2	0
30代	8	12	13
40代	30	29	29
50代	41	41	33
60代	8	12	21
無回答	0	1	0
合計	88	97	96



④ 持っている資格 (人)

	H28	R1	R4
介護福祉士	45	53	56
看護師・保健師	21	26	21
社会福祉士	21	19	16
歯科衛生士	1	1	1
薬剤師	0	0	0
その他 理学療法士、助産師 認知症介護指導者等	12	5	8
主任介護支援専門員	-	35	38



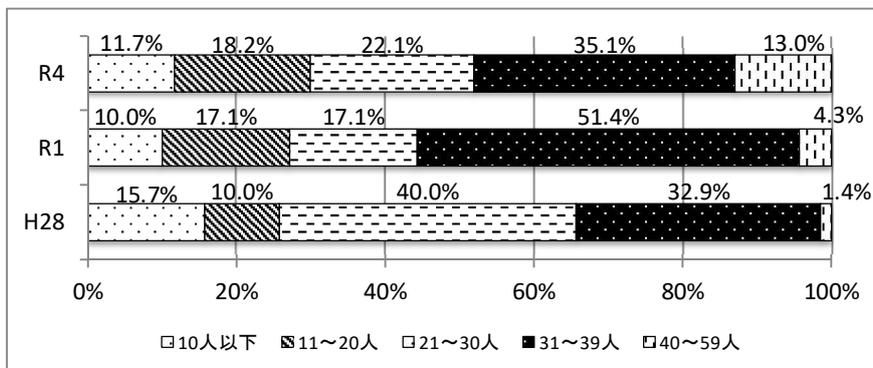
⑤ 勤務形態 (人)

常勤		常勤以外		無回答	合計
専従	兼務	専従	兼務		
74	12	5	2	3	96

⑥ケアプラン及び予防ケアプランを作成している1ヵ月あたりの人数
【介護ケアプラン】

■R4調査結果では40～59人の割合が増えている。

	(人)		
	H28	R1	R4
10人以下	11	7	9
11～20人	7	12	14
21～30人	28	12	17
31～39人	23	36	27
40～59人	1	3	10
無回答	-	0	0
合計	70	70	77



【予防ケアプラン】

	(人)		
	H28	R1	R4
10人以下	40	49	53
11～20人	5	3	8
21～30人	7	8	7
31人以上	10	13	9
無回答	-	24	19
合計	62	97	96

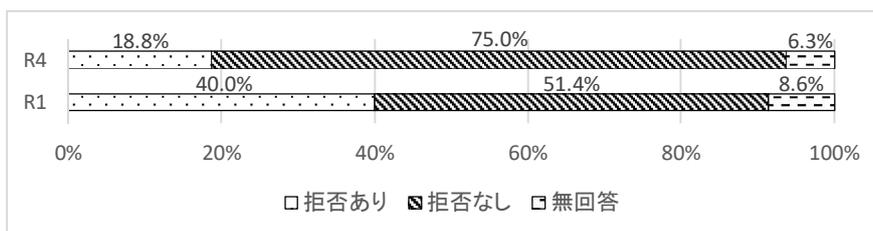
《R4内訳》		(人)	
	包括	居宅	
10人以下	2	51	
11～20人	3	5	
21～30人	5	2	
31人以上	9	0	
無回答	0	19	
合計	19	77	

～参考～R1内訳		(人)	
	包括	居宅	
10人以下	7	42	
11～20人	1	2	
21～30人	6	2	
31人以上	13	0	
無回答	0	24	
合計	27	70	

⑦ケアプラン作成依頼の拒否(直近1年間)

■依頼拒否は、18.8%を占める(R1調査40.0%)。
■その主な理由は、事業所の現員からは利用申込みに応じきれない状況であるため。

	(人)	
	R1	R4
拒否あり	28	18
拒否なし	36	72
無回答	6	6
合計	70	96



《R4東西別》 (人)

	東	西
拒否あり	8	10
拒否なし	45	26
無回答	3	3
合計	56	39

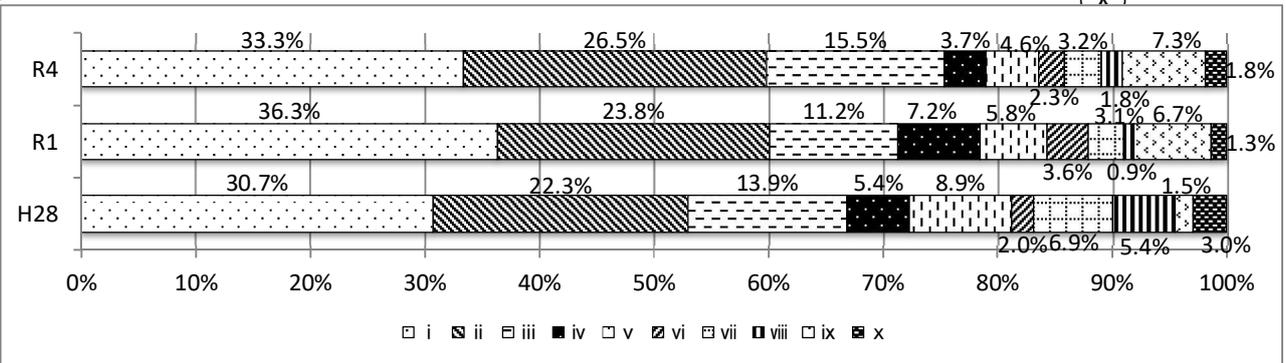
～拒否理由(複数回答可)～

- ・現在の職員体制では応じきれない。(14人)
- ・利用申込者の居住地が事業の実施地域外である。(1人)
- ・その他(自由記述)
 - ⇒車で片道30分かかる過疎地域からの依頼だったため(1人)
 - ⇒新規依頼・退院等が集中したため(3人)

※東西判別不能1人

⑧ケアマネジメントを行う際に、困っていることや問題と感じていること(3つまで)

■ 調査年に関わらず、「i 書類の作成などの事務作業が多い」が最も多く、次に「ii 困難事例への対応に時間を割かれる等負担が大きい」が多数を占めている。
 ■ 「iii サービス担当者会議の開催調整」の回答が増えている。



	H28	R1	R4
i 書類作成などの事務作業	62	81	73
ii 困難事例への対応	45	53	58
iii サービス担当者会議の開催調整	28	25	34
iv ケアマネジャー1人あたりが担当する利用者数	11	16	8
v 介護保険サービス以外のサービスに関する情報の不足	18	13	10
vi 介護保険制度等に関する情報の不足	4	8	5
vii 利用者からのサービス変更依頼やキャンセル	14	7	7
viii その他	3	2	4
ix 特にない	11	15	16
x 無回答	6	3	4

～「viiiその他」回答内容～

◆仕事量に関すること

- ・新規相談が重なり、数件同時進行となるが要介護だろう人を希望される居宅事業所に引き継げず、サービス先行の調整が必要で時間がかかる。
- ・記録作業に時間がかかる。そのため訪問や連絡に時間を作れない。
- ・ケアマネに求められる役割が多すぎる。

◆新型コロナウイルス感染対応に関すること

- ・ショートステイ利用先の相次ぐ閉鎖によりショート調整が困難。
- ・コロナで利用中止等の際の連絡、調整に時間を割かれる。
- ・コロナや入院中などの人の情報の聞き取りがやりにくい。
- ・特にコロナ陽性対応関連の変更許可の負担が大きい。

◆利用者・家族に関すること

- ・家族への対応の負担が大きい。
- ・ケアマネ以外の仕事。
- ・要望の対応に時間を割かれる。

◆介護保険サービス以外に関すること

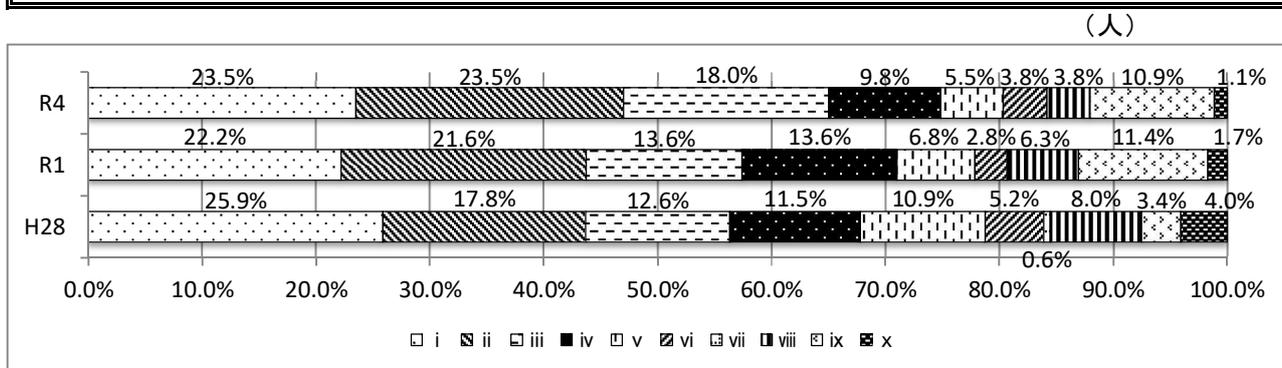
- ・介護保険で補えないサービスの不足。
- ・保険外のサービスが不足している。

◆その他

- ・認定調査にかかる負担が大きい。
- ・福祉用具購入や住宅改修はケアマネより市へお願いしたい。

⑨利用者や家族から寄せられる苦情(3つまで)

- 調査年に関わらず、「i サービス提供者の従事者の資質や態度等に関すること」と「ii サービスの質や内容に関すること」が他項目よりも高い割合を占めている。
- 「iii サービス利用料や保険料負担」と「ii サービスの質や内容に関すること」の苦情割合が増加傾向である。



	H28	R1	R4
i サービス提供者の従事者の資質や態度等	45	39	43
ii サービスの質や内容	31	38	43
iii サービス利用料や保険料負担	22	24	33
iv 要介護認定結果	20	24	18
v 介護保険制度	19	12	10
vi 制度やサービスの説明	9	5	7
vii ケアプラン	1	0	0
viii その他	14	11	7
ix 特にない	6	20	20
x 無回答	7	3	2

～「viii その他」回答内容～

◆介護保険サービス、インフォーマルサービスに関すること

- ・希望するサービスがない。
- ・ニーズに合うサービスが見つかりにくい。
- ・家族の思っているようにならない。

◆施設・事業所サービス対応に関すること

- ・コロナに対する施設の対応。
- ・サービス利用中の事故・事故後の対応への不満サービス利用中の事故・事故後の対応への不満。

◆行政サービスに関すること

- ・市役所の対応。
- ・行政サービスの内容。

◆その他に関すること

- ・納得してもらえない説明ができない。

⑩ケアマネジメントを行うにあたってのあなた自身の課題

■「利用者・家族の意向」に関すること、「経験・知識」、「アセスメント」、「ケアマネジメント全般」の順番で多く回答があり、その他にも「事務処理」等に関することが見受けられた。

◆利用者・家族の意向に関すること

- ・家族の意向と本人の意向との調整。
- ・可能な限り利用者・家族の希望にそったプランの提供をしたいが、受け入れてくださる施設がなかなかない(空きがないということもある)。
- ・ケアマネの役割を初回面談の時にしっかりと伝え、本人・家族に理解してもらい、利用者の自立に向けたケアマネジメントを行える。
- ・最近、ご利用者本人・家族が精神疾患という事例が多く、精神の方のサービス利用や医療・福祉関係についてわからないことも多く、これから勉強が必要だと切に感じます。
- ・心身疲労・疲弊・モチベーション・やりがい(ケアマネジメント以前のこと)。多種多様な利用者・家族に合わせた支援をするだけの幅がない。
- ・必要であると思ったサービス内容の本人・家族への説明方法。家族の考え方・生活状況に合わせ考慮した病気に対する対応方法。
- ・複雑で一度や二度説明を受けただけではわかりにくい制度やサービスの内容などをご利用者と介護されるご家族に、いかにわかりやすく説明することができるか少しでも満足してもらえるようなケアプランを作成できるか。
- ・本人・家族の気持ち(ニーズ)をくみ取ること。そのため、訪問・連絡に時間を割きたい。効率的な時間管理・作業。
- ・利用者様や家族の生活の意向を踏まえた課題分析ができているか。その人らしく住み慣れた地域で元気で生活を維持するためにどうしたらよいか。
- ・何が必要かを考える。利用者様が持っている力が発揮できるようなプラン作りができているか。
- ・利用者や家族の意見が違う場合の調整。
- ・利用者様に自己決定してもらえようように関わる。
- ・信頼関係の構築。あくまで支援者であるという姿勢を保つ。
- ・親しみとなれ合いを一緒にしない。
- ・利用者様の気持ちに寄り添った対応を行うように心がけています。
- ・傾聴や言葉にその気持ちが伝わるように努めています。
- ・なるべく本人の希望を叶えてあげたいのですが、それができないこともありますので、その時は十分な説明をするように心がけています。
- ・キーパーソンがいない場合の対応。
- ・サービス提供時に、キーパーソンの援助があるか・キーパーソンがいない場合のサービス調整。
- ・独居や家族不在(遠方の方への対応が24時間になってしまう。できる限り対応しようとする自分の時間がほとんどない。その兼ね合いと付き合っていくこと)。

◆経験・知識に関すること

- ・医療的知識不足。
- ・様々なケースを担当させてもらって、今の自分の中で精一杯していますが、完璧にはなっていないと思います。
- ・障害や難病に対して知識不足は感じています。
- ・担当者によって、その後の生活が変わることのないようにと思って日々、仕事をしています。(私のマネジメントだったから、この程度になったとならないように仕事をしています。)
- ・障害者総合支援・成年後見人制度についての知識が乏しい。
- ・知識・経験不足・利用者によりわかりやすい伝え方。
- ・幅広い知識の取得と経験。
- ・介護保険以外の制度(特に医療の減免・国の制度・市町村独自のもの)について。
- ・手続き方法がよくわかっていない。
- ・介護保険の制度の理解を行い、利用者の思い考えに寄り添い、自立した生活が送れるようにする。

◆アセスメントに関すること

- ・アセスメントに基づくサービス提案の根拠。
- ・アセスメント力の向上。
- ・アセスメントを的確にできず、たくさん時間もかかってしまうこと。
- ・適切なアセスメントを行い、ニーズを導き出すことが不十分な時がある。
- ・ゆっくりとモニタリング及びアセスメントをする時間がない。
- ・ご本人・ご家族がどうしていきたいかの思いや意向を聞き、それに合わせてアセスメントをしっかりと行っていく。
- ・本人の希望・望む生活・したいことをどれだけ聞き出すことができるか？気づく力・読み取る力を高めていきたいと思う。私が担当したことで生活が低下することが無いよう、しっかりとアセスメントした上で色々な提案ができるようにしたい。
- ・利用者の自立支援。個別性のあるアセスメント。
- ・情報収集・初めての聞き取りをしっかりと行う。

◆ケアマネジメント全般に関すること

- ・利用者にとって、本当に必要で効果・結果の出るサービスが提供できているか。
- ・問題点は今見えてくる物かどうか。真の問題点を把握できているか。
- ・その人に合ったサービスを提供できているか。何をすれば負担軽減に繋げられるのか。
- ・必要なサービスにタイムリーに繋げること。
- ・自身が計画したプランの評価。
 - ⇒できる限り対応しようとすると自分の時間がほとんどない。その兼ね合いと付き合いしていくこと。
 - ⇒問題の多い利用者への支援に対して、これでいいのか？私がケアマネでいいのか？
 - ほかの事業所のケアマネなら別の視点で支援するのかと考える。
- ・筆談は時間がかかり、コロナ禍で短時間訪問を考えているが、とても難しい。ポイントを絞った情報収集が弱い。
- ・相手の立場をよく考えること。
- ・利用者様のニーズを改めて何うことも大切だが、モニタリング時などの何気ない会話からも拾い上げ、そこから深めていく。
- ・粘り強くマネジメントをすすめること。
- ・身寄りのない方への支援の場合、多職種連携・成年後見制度の利用などさらに意識して取り組んでいきたい。

◆事務処理に関すること

- ・事務作業に追われる。一人一人の利用者としっかりと向き合える余裕がない。
- ・行政の手続き関係。

◆インフォーマルサービスに関すること

- ・インフォーマルサービスが少ない。
- ・インフォーマルサービスをプランに組み込む

◆業務体制に関すること

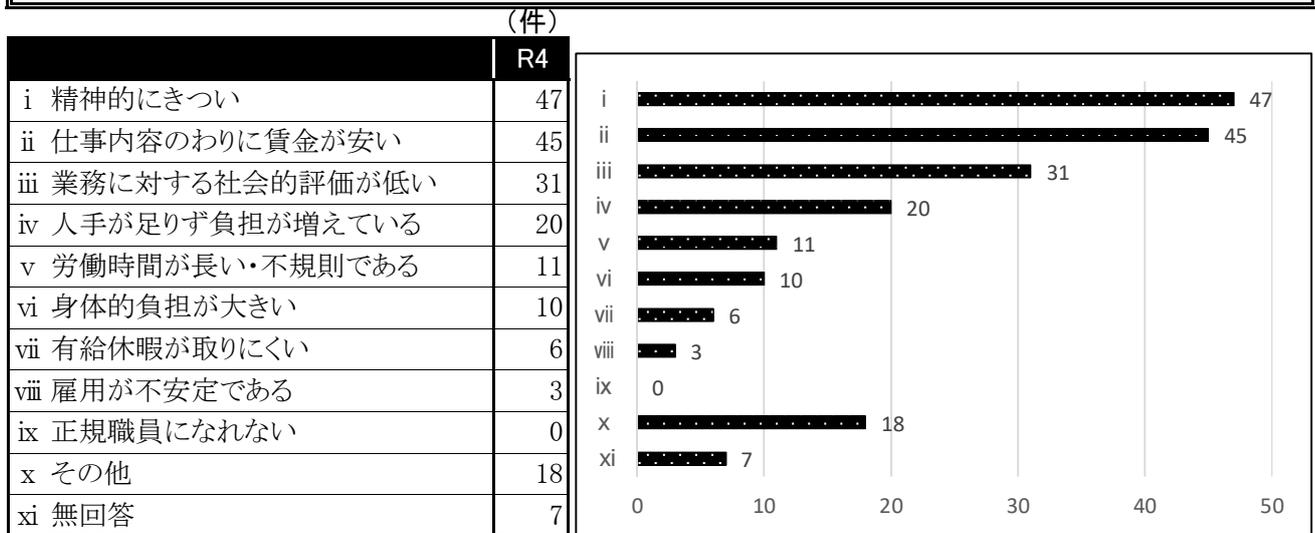
- ・兼務体制ゆえに十分に関われない。
- ・一人ケアマネで相談などが在宅支援でできにくい。

◆その他に関すること

- ・体力をつけること・健康であること。
- ・難聴の方が多く、対話する時に大きな声が出なくなった(体力の限界)。
- ・ケアマネができることと出来ないことの線引き。
- ・ケアマネ業務以外の仕事についてどこまでやるべきなのか。
- ・認定調査をまとめるのが時間がかかる。
- ・人見知りであること。

⑪労働条件・仕事の負担等について感じていること(あてはまるものすべて)

■ケアマネ業務は精神的にきつくて、賃金が安く、社会的評価が低いという回答が上位を占めている。



～「viiiその他」回答内容～

◆勤務状況に関すること

- ・連続しての休みが取れない。
- ・電話で休日や時間外に連絡が入る。
- ・休みの日でも電話対応をしなければならない。
- ・役割が明確になっていない仕事。
- ・身寄りのない人や独居の人にかかわる時間も多く、事業所などに費やす時間が取れない。
- ・ケアマネ業務以外のことに時間が割かれる中での勤怠管理でしたいことができない。
- ・現場、事務作業など役割の見直しが必要と感じる。
- ・時間が足りない。
- ・超過時間、賃金が増えることが気になり落ち着いて仕事ができない。
- ・通勤が負担。

◆他事業所との比較に関すること

- ・法定研修について事業所によって公休や有休、出勤扱いなどバラつきがあること。
- ・費用についても自己負担と会社負担と事業所によって待遇が違う。
- ・個人事業なので将来に不安がある。
- ・大手事業所は利用者の確保がしやすいが、個人事業は包括からの依頼が少なく、困難事例が多いように思う。

◆利用者・家族に関すること

- ・昔と比べ、利用者・利用者の家族の質の変化。
- ・理不尽に大声を出す家族。
- ・何でもケアマネを頼ろうとする利用者・家族。

◆その他に関すること

- ・自分の業務スタイルに合わない面がある。
- ・なり手がいない。

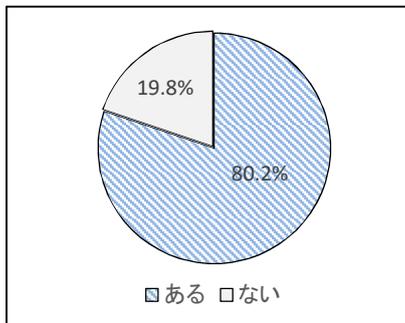
(2) 介護サービスや生活支援の状況について

① 本来はもっと多くのサービスが必要であるが、利用できない状況にあるケース

- 本来はもっと多くのサービスが必要な利用者のうち、約8割が利用できない状況にある。
- その理由としては、「i 自己負担額をできるだけ少なくしたい(26.5%)」が最も多く、次いで「ii 利用限度額を超えてしまう(20.4%)」、「iii 必要なサービスの供給量が不足している(16.3%)」という結果であった。

(人)

	R4
ある	77
ない	19
合計	96



～利用できない理由(2つまで)～

(件)

理由	R4	割合
i 自己負担額をできるだけ少なくしたいため	39	26.5%
ii 利用限度額を超えてしまうため	30	20.4%
iii 必要なサービスの供給量が不足しているため	24	16.3%
iv 必要なサービスの内容に利用者が不満なため	8	5.4%
v 報酬改定により、自己負担割合が増えたため	6	4.1%
vi サービス提供事業者の送迎がないため	3	2.0%
vii 利用したいサービスがない	3	2.0%
viii その他	16	10.9%
ix 無回答	18	12.2%

～「vii 利用したいサービスがない」回答内容～

- ・金額と実際にしてほしいサービスなどが成立しない。
- ・入浴のみ利用のデイサービス。
- ・定期巡回がない。本区域には入れないとのこと。

～「viii その他」回答内容～

◆本人・家族等に関すること

- ・本人拒否、ご家族拒否。
- ・サービスに対する受容が困難のため。
- ・通所サービスを利用していたが、コロナウイルスの検査に来られる人が多く、気分的に足が遠のいた。
- ・認知症があり必要性を理解できない。
- ・家族関係は疎遠で説明したりできない。
- ・ライフラインの支払いが滞っているケースがある(ご家族が管理)。

◆事業所の受入れに関すること

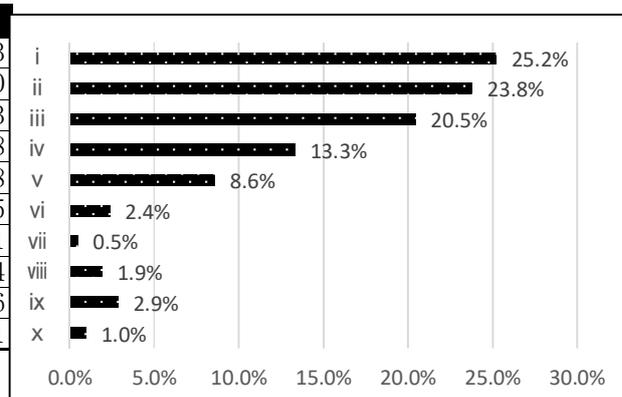
- ・ショートステイの受け入れ先がない。
- ・サービス事業所に空きがなく、利用できなかった(ヘルパー・老健SS 入所)。
- ・事業所から利用者宅が遠く断られる。
- ・地域的に利用できるサービスに限りがある。
- ・利用者の自宅が遠方のため、断られた。
- ・独居の利用者が体調不良になり、送迎(シルバーに登録しているため依頼すると、当日は不可と断られ、ケアマネが病院まで連れて行きました。)

②インフォーマルサービスに関することについて

- ケアプランに取り入れているインフォーマルサービスは、「i 通院や外出の手助け(25.2%)」、「ii 安否確認の声かけ(23.8%)」、「iii 食事の提供(会食・配食など)(20.5%)」の回答が多かった。
- 不足しているインフォーマルサービスは、「i 通院や外出の手助け(33.5%)」が最も多く、次いで「iv ちょっとした買い物やごみ出し(17.9%)」、「v 話し相手や相談相手(17.0%)」であった。
- インフォーマルサービスの情報は、「i 他の介護支援専門員(23.9%)」が最も多く、次いで「ii 地域包括支援センター(18.5%)」であった。

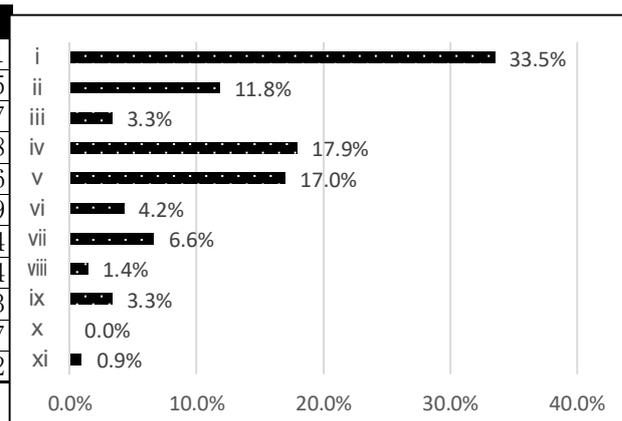
■ケアプランに取り入れているもの(3つまで) (件)

	R4
i 通院や外出の手助け	53
ii 安否確認の声かけ	50
iii 食事の提供(会食・配食など)	43
iv ちょっとした買い物やごみ出し	28
v 話し相手や相談相手	18
vi 食事づくりや清掃・洗濯の手伝い	5
vii 電球交換や簡単な大工仕事	1
viii その他	4
ix いずれも活用していない	6
x 無回答	1



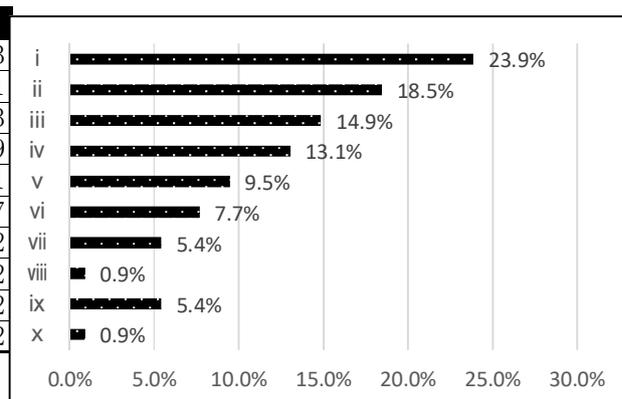
■不足しているもの(3つまで) (件)

	R4
i 通院や外出の手助け	71
ii 安否確認の声かけ	25
iii 食事の提供(会食・配食など)	7
iv ちょっとした買い物やごみ出し	38
v 話し相手や相談相手	36
vi 食事づくりや清掃・洗濯の手伝い	9
vii 電球交換や簡単な大工仕事	14
viii 情報提供冊子「もっ得!!まいづる暮らしの便利帳」	14
ix その他	3
x いずれも活用していない	7
xi 無回答	2



■情報を誰から(どこから)得ているか(3つまで) (件)

	R4
i 他の介護支援専門員	53
ii 地域包括支援センター	41
iii 同僚	33
iv 市役所	29
v 市社会福祉協議会	21
vi 介護サービス事業者	17
vii 民生委員	12
viii 区、自治会関係者	2
ix その他	12
x 無回答	2



～「その他」回答内容～

■ケアプランに取り入れているもの

- ・子・孫・親戚(家族)
- ・地域での見守り・声かけ

■不足しているもの

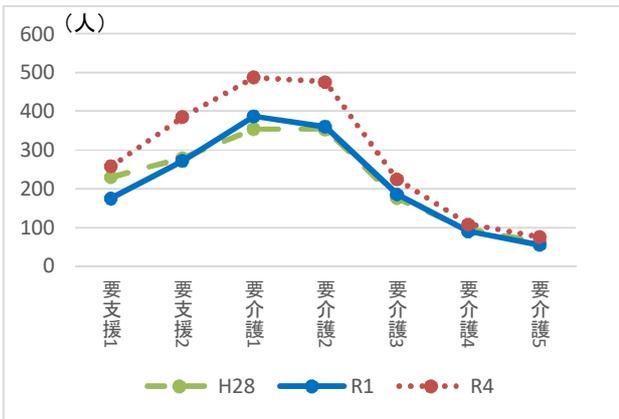
- ・免許返納後サービス
- ・家族が遠方にいる人の日常的な相談、支援
- ・多量な物、ゴミの処分（片付けしないと自宅で生活できない）
- ・24時間の介護タクシー（夕方受診したら帰りが無い）
- ・服薬声掛け、確認
- ・介護タクシー
- ・家電不具合の相談、修理
- ・リモコンやスマホの操作指導

③担当している利用者が、将来どの住まいでの生活を希望しているか。《Q17》

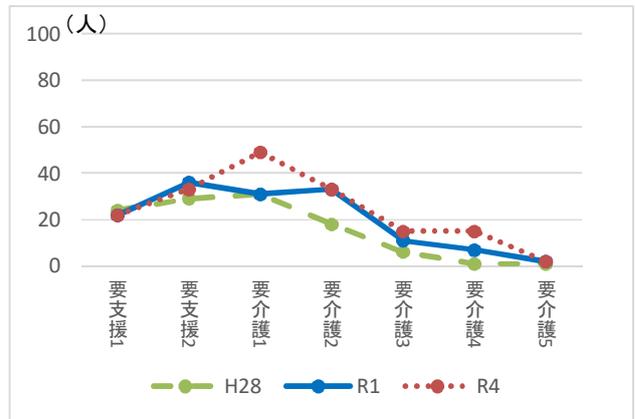
■R4調査結果では、全般的に在宅での生活を希望されており、特に軽度者にその傾向が強く見られる。

		在宅			有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅			介護老人福祉施設（特養）			その他		
		H28	R1	R4	H28	R1	R4	H28	R1	R4	H28	R1	R4
要支援	1	230	175	258	24	22	22	12	14	13	0	6	3
	2	279	272	385	29	36	33	40	44	24	0	10	1
要介護	1	354	387	487	31	31	49	30	60	58	2	12	10
	2	353	360	476	18	33	33	59	89	81	7	14	14
	3	176	186	225	6	11	15	44	64	79	1	4	13
	4	95	90	108	1	7	15	30	33	34	2	9	5
	5	62	55	75	1	2	2	19	23	19	2	8	5

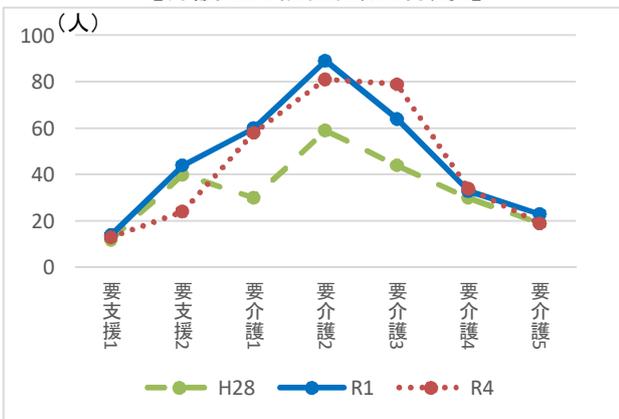
【在宅】



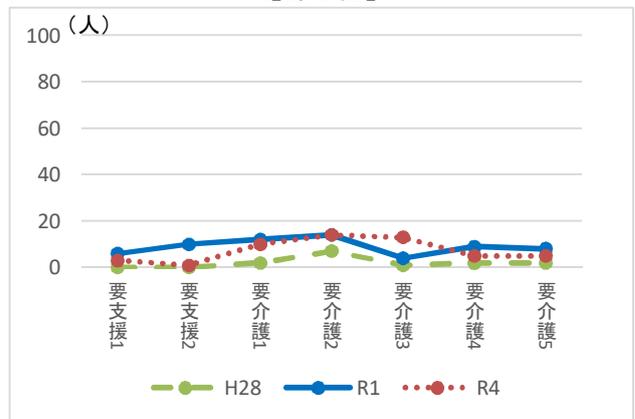
【有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅】



【介護老人福祉施設（特養）】



【その他】



④利用者が住み慣れた自宅や地域で暮らし続けるために必要と思うこと

◆介護保険サービスに関すること

- ・在宅で受けられるサービスの確保ができること。
- ・在宅サービス量の充実・通所よりも訪問系サービスが必要になると思う。
- ・ホームヘルプサービス(訪問介護)の充実。日々の生活のサポートは家事支援とは言え、専門職の介入が必要だと思うから。
- ・一人暮らしでも支えられるよう訪問介護や巡回型のサービスが充実してほしい。
- ・要支援の方で独居の方もおられ、一人では買い物・掃除が困難な人にサービスを提供することができるが、同居の方がいるとサービスを提供できないことがあり困ることがある。
- ・24時間柔軟な対応が可能なサービスの確保(地域住民も高齢化や住民減少等もあり、インフォーマルサービスとして活用できないが増えている)。
- ・夜間帯のサービス。
- ・充実した小規模多機能型居宅介護サービス(急に状態が変化してもサービスの増減が可能なため)。
- ・インフォーマルなサービスの活用。
- ・小規模多機能型居宅介護サービスの看護機能が整うと家族を始め、関わる支援者の負担軽減が図れると思われれます。
- ・その方を受け入れて昔ながらの近所付き合いの関係があれば良いが、大変な時に泊まりができる、地域密着型の施設が利用できればいい。
- ・介護者の休息を確保するためのショートステイサービス。
- ・機能維持のためのリハビリができるサービスの充実。
- ・地域的に利用できるサービスの種類と数が不足しています。市内の中心部の方は選択肢が多くありますが、市内から車で20～30分離れた地域の方には、その選択肢もない状態です。地域の見守りや声掛けもしていただいているのですが、それにも限界があります。独居の方がその地域で暮らし続けるのは大変難しいです。医療についても同様かと思えます。
- ・市内より離れた地域で住んでいる利用者様が住みやすい環境となるよう充実したサービスが必要。
- ・介護者自身の休養ができない(施設不足)。
- ・冬期の間泊まれる集団での住宅・施設と職員の確保。家族(介護者)の休息ができ、自宅での生活が継続できればと思います。
- ・現状、サービスを選ぶことができないことが多い。
- ・年金・預貯金が十分でない人が無料で受けられるサービスが必要です。

◆地域との関わりに関すること

- ・隣近所や町内で助け合えるようなコミュニティーが必要。まず安否確認は必要だと思います(カーテンが開かない。新聞が溜まっている等)。
- ・公的なサービスだけでは住み慣れた自宅での生活が難しく、隣近所とのつながり・自治会長や民生委員の見守りが大切と感じます。
- ・地域・近所の人たちとの繋がり。独居で子供たちが遠方の場合、本人は近所の人たちと顔見知りであっても子供たちと近所の人とのつながり・面識がない。近所の人たちは子供に遠慮があり支援しにくく、子供たちは誰に頼っていいのかわからない。結果、在宅生活を断念することになってしまう。
- ・人との関わりが続けられるように地域住民の方の理解が必要
- ・簡単なことも頼める支援者が必要だと思います。
- ・認知症で独居の方であれば地域住民の理解・関わりが必要であると思う。どうしてもサービス以外の時間ができず、住民同士のつながりが強い地域では日常的な声掛けや見守りがされていることから気にかけてくれる人が一人でも多くいればと思う。
- ・認知症の方への地域の見守り体制の充実。認知症の方の迷惑行為がクレームとなって全てCMにやっけてきます。CM1人の責任に押し付けられても、どうにもなりません。地域の方、近所の方の理解がもっと進まないと思われ続けるのは困難です。
- ・サービスだけでは到底支えきれない為地域の方々の理解と協力が必要だと思います。併せて認知症の理解も不可欠であり、教育の中でその機会があった方が良いと思います。
- ・自治会に加入しない方が多く、希薄な関係性にある地域の方たち(アパート住人)の支援(要介護状態になる前からの関係作り)。
- ・町内会にも属さず、無関心な方が増えており、関わりを望まない風潮にて、ご近所つき合いもだんだん希薄化しているように思われます。

◆地域医療に関すること

- ・医療の充実。医療資源が乏しく、訪診医がごくわずか。
- ・総合病院受診でも一律の外出支援チケットの購入しかなく、市内の総合病院に診療科がないと市外の総合病院に受診することも困難となっている。
- ・適切な医療を受けられる体制が必要。
 - 終末期に往診や訪問看護が受けられない。
 - 一時的な体調悪化の時に十分なケアが受けられない(入院・入所受入をしていただけない)。
- ・通院が難しくなった際の往診・訪問診療がしてもらえる在宅医療体制の充実。
- ・独居だと普段、元気な方でも体調が悪くなると直ぐに対応ができない場合がありますので、受診時の体制づくりも大切。
- ・受診時が一番困る。交通手段・待ち時間の長さ・受診付き添い。経済的にも人手的にも全てが課題。
- ・市と包括支援センターと協力し、地域包括ケアシステムを作り上げていくことが必要だと思いますが、往診してくれる医師を探すので苦勞しています。特に総合病院を主治医にされている方の終末期の時、看取りを希望されても希望に添えない場合があります。
- ・受診や訪問看護よりも身近な健康チェックや相談できるしくみ。早い段階で異常が発見できる。

◆家族の支援に関すること

- ・地域や社会資源の充実も必要だと感じるが家族の協力体制があるかないかでも影響が大きいと思います。
- ・家族の協力。結局はご家族の意志と決断がなくては在宅で踏ん張ることは難しい。
- ・家族の支援や関わり・サービスのみでは不足する部分が多い。
- ・ご家族も「介護サービスで何とかしてください」と動いてくれるところも少なくなっています。
- ・家族の協力が必要だが家族関係が悪化・稀薄・遠方などの理由は多々あるが協力と理解が得られないことが増えている。
- ・高齢化したり認知症が進行すると、住み慣れた地域や自宅が不明になるので暮らし続けることに疑問がある。自宅で過ごすには家族の援助が大切。癌の方は自宅で過ごさせてあげたいが介護力不足・料金が安い。
- ・家族の、利用者様の立場に立った理解ある支援。私たちケアマネジャーも利用者様の立場に立ちきれず、家族の意向に沿わねばならないことが多々ありますので。

◆インフォーマルサービスに関すること

- ・インフォーマルサービスの充実。日々の声掛け・安否確認・介護サービスまでには至らない見守りなどの軽介助や安価な自費サービス。
- ・ちょっとしたことを相談できる所や人があれば、介護保険利用に至らない方へのサービスや地域での見守りの目があれば良いと思います。
- ・インフォーマルサービス。家族が仕事をしていて在宅での生活を望んでいても安否確認や生活援助ができない為、施設や入院になってしまうケースが多い。介護保険では対応できないところをインフォーマルサービスの利用で少しでも在宅生活を維持できればと考えます。
- ・家族代行サービス。
- ・外出時の付き添いサービス。
- ・ヘルパーが不足している中でもシルバーしか生活支援の選択肢がない。
- ・毎日の生活で欠かすことのない必要なことを公的サービスだけでは対応できない為、インフォーマルな支援に頼らざるを得ないが、近隣住民へは遠慮もあるためボランティアやサービスに相談できるようになれば、自費のサービスは高額なため誰でも利用できれば。

◆移動手段に関すること

- ・免許を返納した方への支援。免許を返すと買い物・受診ができない。
- ・免許を返納されたり独居や高齢夫婦世帯が多く、通院・買い物・余暇活動のための交通手段が限られる。皆さん本当に苦勞されています。タクシーで往復1万円を超えて通院などされ、タクシー券は少ししか使えず。交通が便利なところに住んでいる方と、そうでない方ももっと考えてほしい。そのため受診控えもあります。家族も心配されています。どこへも自分で行けない為、引っ越しを…という声も聞かれます。住み慣れた地域で暮らせるためには、足の問題はずっとあるように思います。
- ・交通の便が良いこと。→買い物や通院など自分で行くことが困難なケースは多いです。→簡易な手続きで利用できる乗り合いバスやタクシーがあればと思います。→できれば歩行器を使用して乗り降りできると外出意欲を持ち、生活リハビリに繋がるのではないかと思います。
- ・交通弱者への支援。市内までの交通手段がタクシーでれば非常に高額になる。また最寄りのバス停まで行くことが困難。
- ・タクシーよりも安価な移動手段。遠方の方が免許返納できないのは移動手段がないから。身近なところでタクシーのように安く利用できるものがあれば良い。
- ・小回りの良い移送サービス。
- ・高齢者で車を運転できる人の制限された免許証。日時や地域などの制限を設けて高齢者の運転できる範囲を制限する。

◆見守りに関すること

- ・高齢の2人暮らし・独居・子供が他府県の利用者が増えているので見守りが必要。
- ・見守りをしてもらいたいという希望をよく聞きます。
- ・周りの見守り・地域の見守り・家族の定期的訪問。
- ・見守りができる環境。
- ・食事の提供。見守り援助(内服確認・声掛け)。

◆多職種、医療・介護連携に関すること

- ・多職種の専門的な視点からのアドバイス。
- ・高齢化・独居・身寄りなしの利用者が増えていると感じる(介護サービスだけでは生活を守り切れない。今後も増えると思うので多職種連携し、複数人で一人を支援する体制作りがいつそう必要と思う)。
- ・介護と医療の連携。往診や訪問看護と介護サービスの組み合わせが必要なため。

◆緊急時の対応に関すること

- ・緊急時に対応できる体制の確保。
- ・子供や親族が市内におられない方が多いため、緊急時の対応。
- ・災害時の避難場所・方法・過ごし方などの具体的な内容・計画が必要。家族と同居しておられない・単身・高齢者世帯がほとんどであるため、災害時の移動手段も不安に感じておられる。

◆権利擁護に関すること

- ・財産管理や緊急時の医療同意等を行ってもらえる親族などの協力や代行者の確保。
- ・独居で身寄りがいない人の将来の手助け。財産管理・入院時の保証人など、信頼できる人の育成。

◆その他に関すること

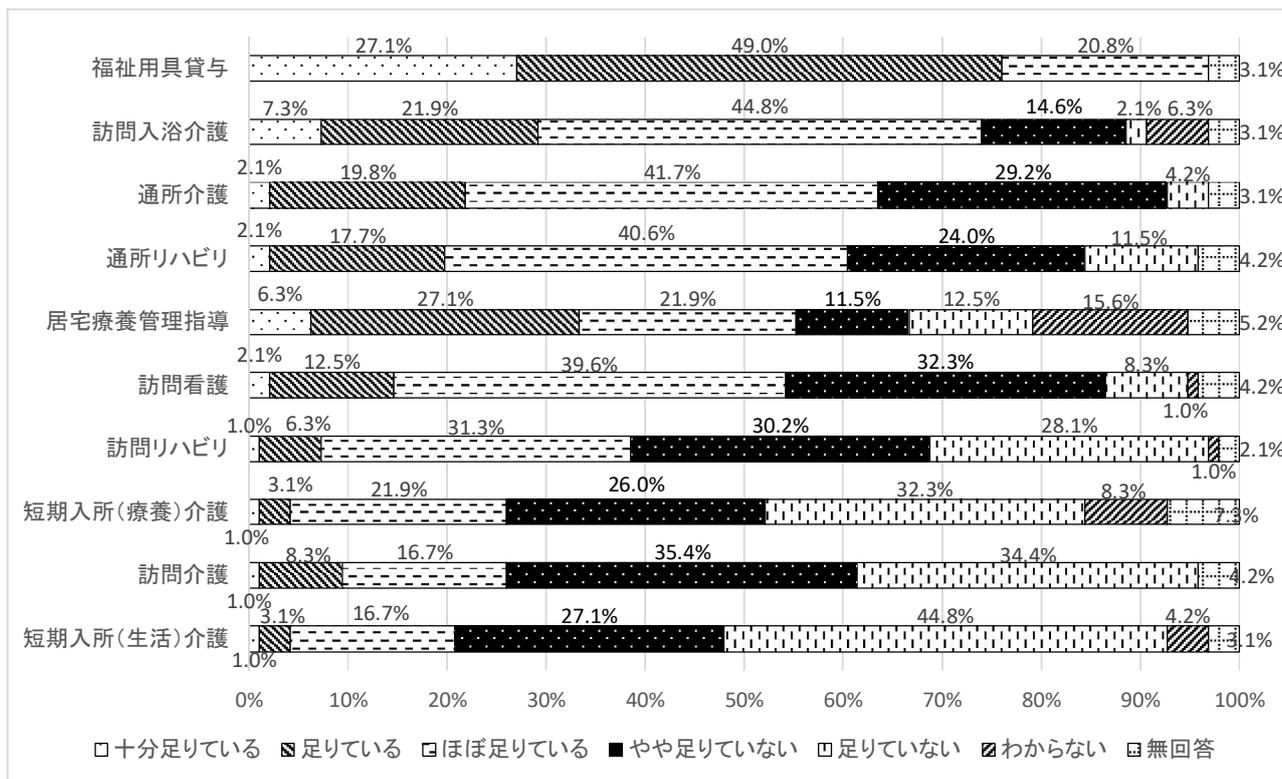
- ・経済的に余裕がないと介護サービス利用料の1割負担さえ厳しく、デイSS利用すると食事代も必要になり、介護サービスが利用できなくなれば家族の負担も大きくなってしまい、生活が破綻してしまいます。
- ・現実的に金銭だと思えます。
- ・生活保護を受けられないボーダーの人への支援をどうしていくか(市福祉援護課が関われない人への対応の充実が必要と思う)。
- ・ケアマネなどの関係者ばかりが行政からの情報や手続きを気にかけているため、独居や高齢者世帯の方でもわかりやすい情報提供。
- ・相談できる人がいること。どの人も孤立することなく、どんな小さなことも相談できることで不安なく生活できる。
- ・完璧を求めないこと・見守り(高齢者同士の)・徒歩圏内のコミュニティの場。
- ・各個人の役割や目的の創出(年々できていたことができなくなったと嘆く話をよく耳にします)。しかし、割合で言えばまだできることの方が圧倒的に多く、その部分で新たな割合や目的を作る事で前を向ける事もあると感じています。
- ・在宅生活を支えてくれるキーパーソンまたは代替のサービス等(独居で身寄りがなければ最終の同意や保障が得られず、責任の所在がはっきりしないため支援が難しい)。

(3) 介護サービスや生活支援の供給状況について

① 利用者のニーズに対する介護サービス(予防を含む)供給量

【在宅サービス】

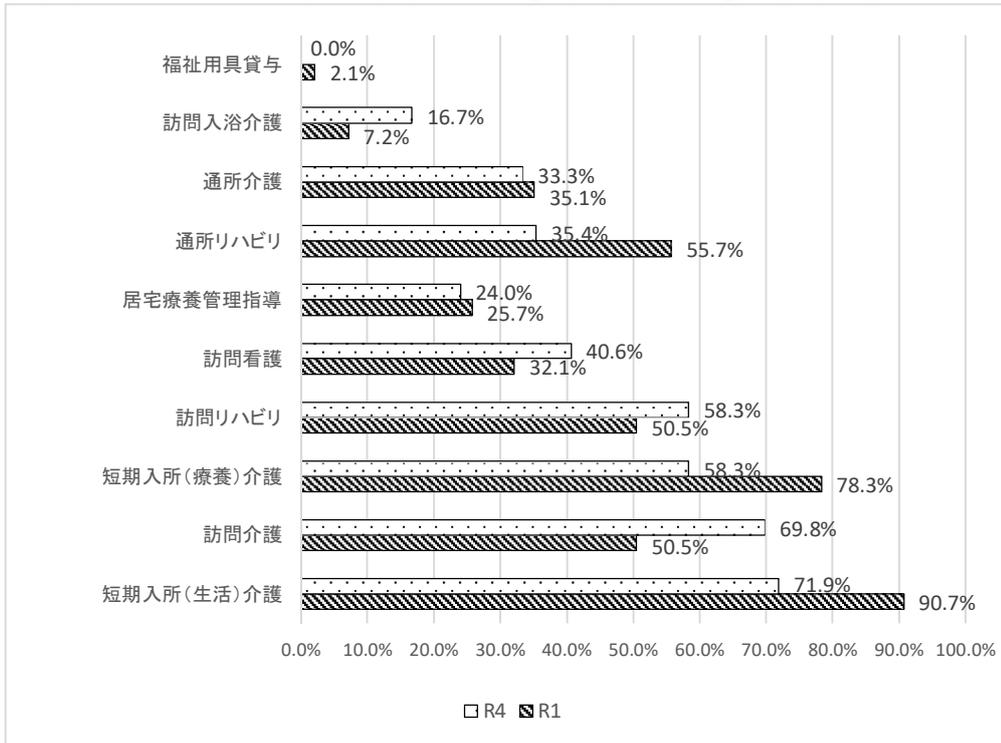
- 福祉用具貸与(96.9%)、訪問入浴介護(74.0%)は、供給量が足りていると認識。
- 一方、短期入所(生活)介護(71.9%)、訪問介護(69.8%)が供給量が足りていないと認識。
- 特に、訪問介護の不足については、R1調査結果(50.5%)から19.3ポイント上昇している。
- また、短期入所(生活)介護、短期入所(療養)介護、通所リハビリテーションの不足については、R1調査と比較して大幅に減少している。



(人)

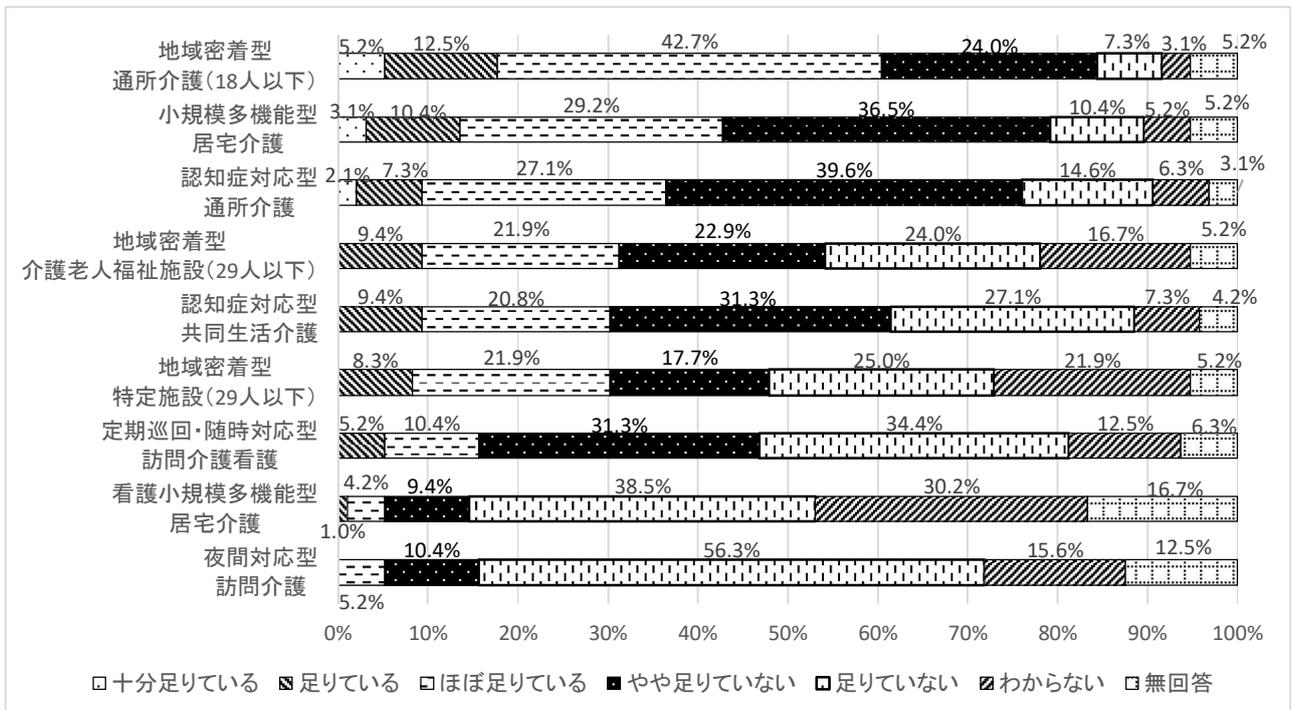
	十分足りている	足りている	ほぼ足りている	やや足りていない	足りていない	わからない	無回答
福祉用具貸与	26	47	20	0	0	0	0
訪問入浴介護	7	21	43	14	2	6	0
居宅療養管理指導	6	26	21	11	12	15	0
訪問看護	2	12	38	31	8	1	0
通所介護	2	19	40	28	4	0	0
訪問介護	1	8	16	34	33	0	0
訪問リハビリ	1	6	30	29	27	1	0
通所リハビリ	2	17	39	23	11	0	0
短期入所(療養)介護	1	3	21	25	31	8	0
短期入所(生活)介護	1	3	16	26	43	4	0

◆足りていないサービス(「やや足りていない」+「足りていない」)の経年比較



【地域密着型サービス】

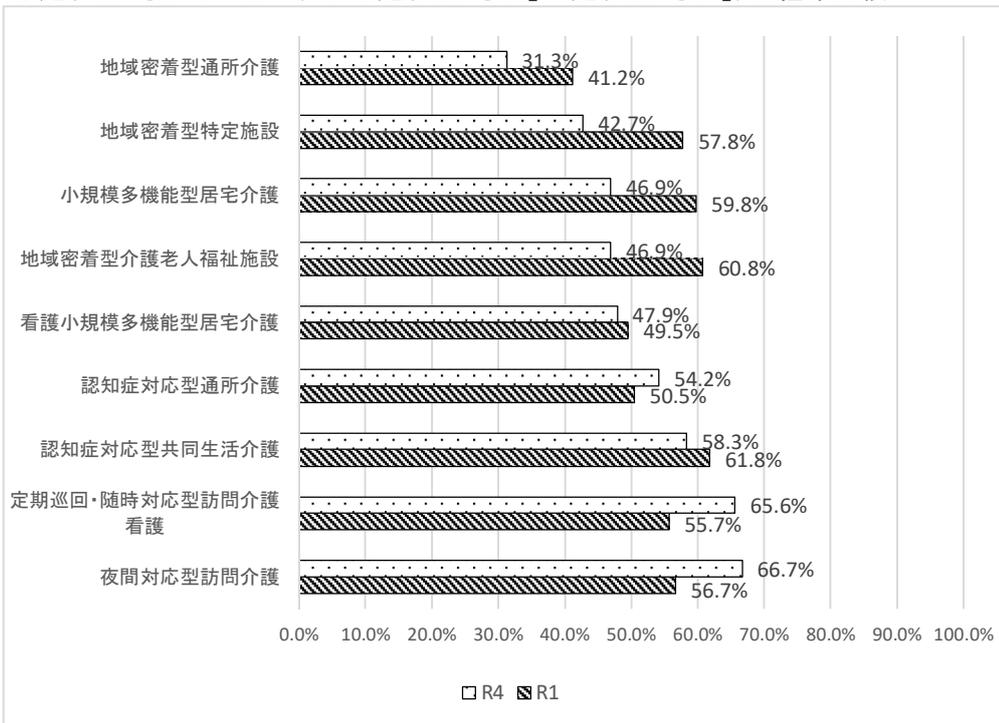
- 約半数以上のケアマネジャーが、「地域密着型通所介護」以外の地域密着型サービスが足りないと認識。
- 「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」と「夜間対応型訪問介護」の不足については、R1調査結果よりも大幅に増えている。
- 一方、「地域密着型特定施設」と「地域密着型介護老人福祉施設」、「小規模多機能型居宅介護」の不足については、R1調査結果よりも大幅に減っている。



(人)

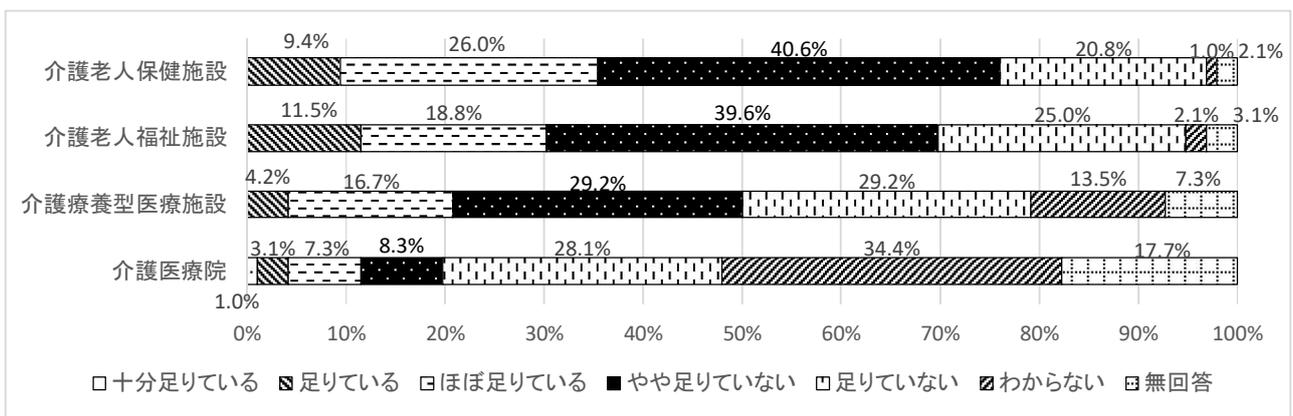
	十分足り ている	足りて いる	ほぼ足り ている	やや足り ていない	足りて いない	わから ない	無回答
地域密着型通所介護(18人以下)	5	12	41	23	7	3	0
認知症対応型通所介護	2	7	26	38	14	6	0
看護小規模多機能型居宅介護	0	1	4	9	37	29	0
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	5	10	30	33	12	0
地域密着型介護老人福祉施設(29人以下)	0	9	21	22	23	16	0
夜間対応型訪問介護	0	0	5	10	54	15	0
小規模多機能型居宅介護	3	10	28	35	10	5	0
地域密着型特定施設(29人以下)	0	8	21	17	24	21	0
認知症対応型共同生活介護	0	9	20	30	26	7	0

◆足りていないサービス(「やや足りていない」+「足りていない」)の経年比較



【施設サービス】

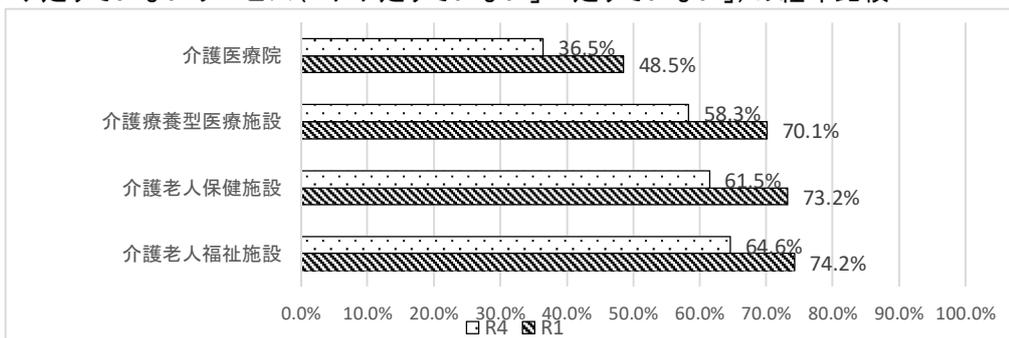
■全ての施設の不足については、R1調査結果よりも減っていると認識されている。



(人)

	十分足りている	足りている	ほぼ足りている	やや足りていない	足りていない	わからない	無回答
介護医療院	1	3	7	8	27	33	0
介護療養型医療施設	0	4	16	28	28	13	0
介護老人保健施設	0	9	25	39	20	1	0
介護老人福祉施設	0	11	18	38	24	2	0

◆足りていないサービス(「やや足りていない」+「足りていない」)の経年比較



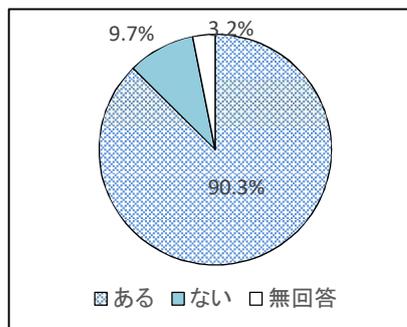
(4) 介護と医療等の連携について

① 看取り期の支援に関わったことがあるか

■9割以上のケアマネジャーが、看取り期の支援に関わったと回答。

(人)

	R4
ある	84
ない	9
無回答	3
合計	93



②看取り期の支援で困ったこと

◆医療との連携について

- ・医療との連携が難しい。
- ・主治医との連携・サービス導入・変更の時期。
- ・介護サービス事業所との連携に在宅医師の協力が得られなかった。
- ・主治医との連携・ヘルパー事業所は看取りの対応が難しいと声があり。
- ・主治医が大病院のDr.で情報共有・連携がとりにくい。
- ・スピード感が必要なので、病気や主治医との連携が十分できてないと上手く支援ができない。
- ・事業所・家族などとのこまめな連絡・連携。
- ・経済的理由・ご本人様の意志決定により在宅における看取りのケースでした。キーパーソンが不在で親族とも絶縁状態であり、お亡くなりになった日が祝日・土日であり医療・行政との連携により対応は行えたが、親族一人も関係されない状況には大変であった記憶があります。
- ・訪問者ごとの連携がスムーズでないと満足してもらえない。
- ・訪問看護や主治医との連携を取り、特に困ったことはなし。
- ・主治医が往診できず変更した。
- ・往診・訪問診療してくれる医師が少ない。
- ・看取りの依頼があっても対応する訪問医が見つからない。
- ・食事も入らず、医療を拒んだ利用者に対し、終末期の看取りを診てくれる医療機関が極めて少ない。
- ・医師に利用者の状況を説明し、早くに往診を依頼したがコロナ禍で診てもらえなかった。
- ・往診を依頼したい先生にはなかなか診てもらえない(地域的なこともあり)。
- ・癌末期で体調の悪化の見通しを意見書に記載されていても調査時の状態で判断が行われ、要支援認定が出た頃には状態が悪化して変更申請が必要であったり、ベッドなどを休日や夜間に往診してもらえる在宅医の不足。
- ・対応できる医療機関に限られる。
- ・在宅医療を支える医師が少なく、医師探しに困ったことはある。
- ・在宅医の調整に苦勞した。
- ・病院にかかられている方は特に在宅医への変更が難しい。
- ・ギリギリまでこことかかりつけ医がなかった。
- ・主治医の先生が決まらない・地域によって訪問してくれない。
- ・訪問診療に行ってくれるのに、「死亡診断はしない。訪問もしない」と言う医師がおり困った。
- ・入院されている方のご家族が5日間だけでも帰らせてあげたいと言われました。しかし、これまで在宅医に関わる必要がなかったため在宅医がおらず、病院から個人病院に在宅医の担当を依頼しましたが断られました
- ・総合病院の主治医で看取り時、在宅医をいろいろとお願いしたが、どこも引き受けてくれなかった。その後、自宅で呼吸が止まり救急車要請し、警察が来て家人が辛い思いをされた。
- ・家族へのフォロー・緊急時の対応・主治医との連絡。家での看取りと選択されていたが、やはり病院を希望されコロナ禍で受け入れてもらえる病院が見つからなかった。
- ・医師不足・たらい回しの結果、往診が可能な開業医に偏る。
- ・状態が低下され、家族の精神的不安が増える中でのかかりつけ医が休日の時の対応に困ったことがある。
- ・痛みが出現し、だんだん悪化がみられるようになった際、当面は看取りを受けていただいたにもかかわらず、主治医から手を離したいと言われた際には家族と共に困ってしまいました。
- ・幸い医療機関と繋がっていたので、そちらで看取りを受けていただけることになり、助かったことがあります。
- ・かかりつけ医の選択によって支援のやりやすさが変わってくる。介護事業所は合わないと思えばすぐに変更できるが、医師となるとそうはいかない。

◆本人・家族に関すること

- ・家族の考え方がまとまらない。
- ・終末に関しての家族の認識が事業者とズレがあった。
- ・ご本人の状態とご家族の思いのズレをどのようにするか？
- ・本人は自宅で看取ってほしい。家族は病院に入院してほしい。と希望されました。よく話し合い家族の不安を払拭し本人の希望で看取ることができました。
- ・家族が家で介護することの不安が大きく、本人は家で過ごしたくても病院へとなる。
- ・ご本人・ご家族の揺れ動く気持ちに寄り添いながら関わりを持つため非常に時間を要する。簡単なことではない。
- ・緊急対応に対する家族の不安。
- ・家族が日中不在で安否確認ができない。
- ・独居の場合、家族が自宅に来るまでに相当な時間を要し、ほぼ一日がかりで対応したことがあった。
- ・家族が遠方であったので常に関わりがなくショックを受け入れることなど、家族支援も一人ではやり切れなかった。

- ・病院から家族が受けた説明の内容が実際には家族が十分に理解されておらず、看取りの覚悟ができていなかった。(コロナで退院カンファレンスがなかった)。
- ・訪問系中心の支援に切り替えて本人の負担をかけないようにしていこうと対話しても家族の心情や理解度的に受け入れの調整が難しかった。
- ・家族の病識・理解・気持ちの受け入れ。サービスに対する抵抗があり、サービスに繋がらない時もあった。
- ・家族が病気への理解や受け止めていない場合の精神的なサポート。
- ・ご家族より最期お風呂に入れてやりたいと希望があり、主治医に相談すると入浴は禁止と指示があり諦めることがあった。

◆早急なサービス調整に関すること

- ・事業所自体の主とするものが看護であるため、最初から依頼が終末期という事が多い。在宅介護を選ばれた時から時間との闘いである。早急に決め、早急に進めなくてはならないが、しなければならない会議が多すぎる。早く進まない。
- ・介護用ベッドを早急に貸与したくても、認定結果が出ていない介護1の時に軽度福祉用具利用で医師からしつかりしたコメントがもらえない。
- ・新規依頼における情報収集やサービス調整など短時間での援助になり対応に苦慮した
- ・短期間で状態変化が連続するため、対応に追われる(時間、人の調整・都度変更の書類作成)。
- ・新規相談での急な退院対応。訪看調整もできていない。
- ・コロナ禍で入院中の面会ができず、退院してから本人の意向・望みを聞いて調整していくことが多い。
- ・看取りの利用者に関わる時間や色んな手続きのために一人に集中して動かなければいけなかったこと
- ・早急なサービス調整ができるか。家族への説明・病状理解。区変のタイミング。

◆看護師不足に関すること

- ・訪問看護事業所に依頼しても今は受け入れできないと言われ、3か所目でOKでしたが、開始までに時間がかかった。
- ・困ったことはないが、在宅医と訪問看護が適切なご支援をしてくださる有難く思っています
- ・訪問看護の利用ができない。

◆介護認定に関すること

- ・認定調査が早期に入ってもらえなかった。
- ・認定調査も遅くて、結果も時間がかかりサービス調整が難しい。
- ・介護の変更申請時、結果が遅いこと
- ・認定が下りる前のサービス導入。受け入れ先がなかなか見つからない。

◆夜間対応に関すること

- ・24時間体制(夜間の医療系の訪問)のサービスが調整しにくかった。
- ・夜間の医療面への不安の対応調整への配慮

◆その他に関すること

- ・MSWから聞く情報から想像して生活にどんなサポートが必要か考えていくことに苦勞する。
- ・各事業所から報告はあるが、実際に訪問して状態の確認をすることが難しい(本人や家族への配慮がデリケートなため)。
- ・介護者が倒れたらどうしよう(介護者が一人の場合)
- ・病院の変化が激しい時、対応方法について関係者全員の方向性を統一する
- ・癌末期などまだ動けるが死期が近い場合、次々と状況が悪化して、福祉用具の選択など、日々再検討が必要。同居家族の精神的・身体的な負担も大きい。
- ・急な対応が必要な場合に事業所がお休みの場合や対応困難と言われる。
- ・現場と公的手続きとのギャップが激しい。
- ・訪問のタイミングを図ること。
- ・かかりつけ医以外の医療のバックアップ。
- ・利用者様のお金がない。
- ・ありません。病気についてわからないことは、Dr.・訪看に何度も聞き、本人・家族には不安がないか何度も聞き、関わった方は嫌なそぶりもなく納得できる支援が行われたと思う。
- ・初動の対応調整(体調の変化と本人・家族の希望変化)が大変だが、それが普通なので特に困ってはいない。

③連携にあたって工夫されていること

◆ドクターに関すること

- ・主治医に担当ケアマネであるべき事を知っていただき、連携がとりやすくすること。各病院の相談員と話す機会を作っている
- ・居宅介護支援計画連絡票(FAX照会)を使用して、主治医へ情報提供やご意見をいただいている。メールを使用し情報提供やご意見をいただいている。
- ・主治医への挨拶・担当CMになった時、開業医に訪問する。
- ・主治医や医療職と顔の見える関係作り。
- ・担当することが決まると主治医への連絡を行い、可能であれば受診に付き添う。
- ・知識がないので利用者様の受診には同行して主治医からの話を聞くようにしている。
- ・主治医に面会できる医院には足を運んでいる。
- ・かかりつけ医に訪看事業所がある場合、訪看を利用することで連携が密になった。
- ・医師や訪問看護と細かく情報共有する
- ・忙しい医師との直接面談はできなくても外来NSやすぐそばの薬局薬剤師に代弁してもらえよう日頃から連絡とり合う。
- ・Dr.・HPとの連携をいかに細かく行うか。そのために日頃から仲の良い関係を築くようにHPの困っていることの手伝いがあればすぐに対応するようにしている。
- ・看取り期のケースの場合、訪問診療のできるDr.をつけてもらい、訪問看護指示書をスムーズに書いてもらえるように調整している。
- ・当分も聞きたいことはあるが「クレクレ星人」にならず、こっちからも与え情報などのギブ&テイクを心がける。文章はDr.にはムダな修飾語等つけず、簡潔に書いて出す。
- ・高齢者のかたは思い込みが強い面があり、Dr.の指示・アドバイスを自分流に解釈されることが多いので、日常生活の中で具体的に必要なことなどに関連付けた説明を行うように努めています。
- ・看取りの場合は訪問看護に任せ、ケアマネとして動くことがあれば、連携をとり動く
- ・訪問看護時や往診時に訪問するようにしている
- ・今後、医療的な援助が必要になるだろうと思うケースは早めに訪問看護の利用を勧めている
- ・通院時に同行して面識をつくる
- ・可能な限り、対面で話す機会を持っている

◆医療連携室との連携等に関すること

- ・医療連携室と良好な関係性を保つ。
- ・連携室の担当者ともまめに連携をとる。関係づくり
- ・連携室や往診担当NSと密に連絡を取る。Dr.直に聞くことは難しいので左記にアポを取り計画連絡を送る。
- ・連携室との連携。総合病院に入院された時の情報共有と途中の情報収集。
- ・各病院の連携室との情報共有・通院に同席しDr.と状況を共有
- ・地域連携室と細かく情報のやり取りをしています。
- ・入院中であれば連携室のケースワーカーとの密な情報共有。それでも情報不足で困ることはある。
- ・病院の相談者に病院内での様子を聞く
- ・相談員様との密な情報交換

◆情報共有等に関すること

- ・ターミナル期などの際に情報共有が重要になる(LINEやチャット機能など有効に使えないか検討中)。
- ・都度に連絡・報告を行い、共通認識を持っていただくようにしている。
- ・日常生活についての状況をお伝えできるようにすることです。
- ・受診の際、ご本人様の前では言いにくい状況について、事前に書面でお届けしたり、その場でお渡ししたりして、普段の状態の情報提供を行っています。
- ・重要な場面では必ず報告を入れるよう心掛けています。
- ・なるべく本人や家族の思いを医療側に伝えていきます。
- ・入院時には、自宅での生活状況・本人が大切にしていることなどを病院に伝え、退院に向けて準備していく。

◆情報伝達手段に関すること

- ・常に不明な点などあれば医療職の方に質問し、連携して行う(メールなど)
- ・援助や営業時間の忙しさに配慮し書面やメールでの連携とし、電話は直接伝える必要のある場合や相談したいことがあるときにしている。
- ・面談の場・受信時の同行・FAX照会
- ・FAXや訪問看護を利用し、できるだけ細やかな連携が行えるよう心掛ける。
- ・できるだけ在宅の方法に合わせてもらうようにしている。連絡が取りにくい時はFAXとかで連絡し、取りやすいところは電話で連絡を済ませて手作業を減らしている。こまめに連絡すること。

◆知識の取得に関すること

- ・医療機関主催の研修会には参加するようにしている。
- ・先輩ケアマネに教えてもらう。
- ・基本的なことですが、病気に対する知識を深めることを日々、意識している。
- ・研修など参加し、勉強の機会を持つ
- ・わからないことは素直に聞き、教えてもらうスタイルをとっている

◆コミュニケーションに関すること

- ・普段からの情報提供・情報共有・コミュニケーション
- ・医療機関の担当者との良好な関係を築くためのコミュニケーションの充実

◆その他に関すること

- ・援助中に訪問(話しやすい状態にしておく)
- ・文書のやり取りなど
- ・入院時から退院後の事を考え準備する
- ・事前に質問を準備し簡潔に終わるようにしている
- ・医療側の意見やニーズと介護側の意見やニーズをすり合わせ、同じ方向が向けるようにしている
- ・コロナ禍で担当会議が開きにくい、開催して本人・ご家族の意向を的確に捉えること

④連携にあたって苦労されていること

◆医療機関との連携に関すること

- ・大病院の医師との連携
- ・市外の病院との連携が難しい
- ・医療サービス事業所・担当者との関係
- ・視点が違うので認識の違いがある
- ・一方的に退院調整されることがある
- ・退院後の支援がスムーズにいかない。病状が安定しないまま病院の都合で退院となる。包括ケア病棟をもっと活用してほしい。
- ・病院側はDr.と患者様が退院の日を決めておられますが、あまりにも急で退院が翌日や翌々日のこともあり、退院準備ができていないことがありました。結果、事業所に無理をしていただくことになりました。また軽い症状の方でもリハビリなどの状況は詳しく退院前に教えていただきたいと思いました。
- ・かかりつけ医(在宅)が少ない。急な退院のサービス調整。
- ・急に「明日、退院になりました」と連絡があること
- ・情報提供はしているが退院連携が上手く取れない時がある(退院連絡だけとか)。
- ・担当看護師からの情報提供が不足している(カンファレンス)
- ・情報収集のタイミング
- ・情報が正確ではなく、医療側の情報提供内容が曖昧なので、退院後にカンファレンスがあっても確認が必要なことが多くある。
- ・入院中の場合、対面できないため本人の状態の把握が難しい
- ・〇〇病院の看護師も参加されるが退院後、家族も本人も薬の内容やどういときに服用するものかわかっていなかったことが多い。何のための退院カンファなのかと思う。
- ・個人病院には連絡はないので受付の人や看護師さんか介護サービスのことをわかっていないと説明とか大変
- ・医療と介護スタッフの意見の違い
- ・介護・医療連携以前に介護申請を住民が申し出た時に断るという体制が理解できない。更新申請もサービスを使わなければ更新したいという意思があっても窓口で断るという体制から見直してほしい。
- ・介護力の問題。看取りも長期化することで支援者の疲労や急な体調の変化についていけずパニックになられる方もある。看取り教育を訪問看護と一緒にすることで改善している。
- ・電話をかけても交換手の対応だけで断られ、かけ直しを言われ全然連絡できないことがある。
- ・各事業所の窓口担当者の差
- ・伝言を受け付けてもらえない。
- ・事業所によっては回線一本で他からの電話が殺到し繋がらないことがあり、急ぎでの相談ができない。

◆医師に関すること

- ・協力的でない医師もいる。
- ・家族・本人の思いの違い・医師と連携が取りにくいこともある。
- ・医師とのコミュニケーション。情報が一方通行になってしまうこと。
- ・主治医があまりにも介護保険に理解がなく知らないことが多すぎる(勉強不足)。
- ・先生からの意見が聞きにくい。在宅での生活をわかってもらえない。
- ・往診していただける開業医の先生が少ないです。
- ・総合病院は連携室があるが、開業医の先生に相談したり意見をうかがう事はハードルが高い。
- ・主治医からの意見書や指示書など書いてくださるのが遅い。プラン作成に支障が出る。
- ・総合病院は主治医への意見書を依頼しても、なかなか返事が返ってこなかった。
- ・意見書(医療系)依頼しても返信が遅く、調整が進まないことがあるので再々の依頼をしている。
- ・書面にて担当医などにうかがっても十分なコメントが得られない。

◆新型コロナウイルス感染症に関すること

- ・コロナ禍で入院中の利用者との面談ができず、カンファレンスも最小限で情報が少ない。
- ・コロナ禍による入院中の利用者様の状態の確認ができない。カンファレンスがないことで情報共有・支援体制の組み立てに苦労している。
- ・コロナ禍で病院からの連絡が少なくなっている。
- ・コロナの影響で退院日まで本人と会えない中での退院調整。
- ・コロナ禍で入院中の方の面会ができず、支援がスムーズにいかないことが増えている。
- ・訪問看護がコロナ禍で非常に不足していた時期があったこと。
- ・コロナ禍において訪問看護・訪問リハが担当者によって状況によって対応に差がある。

◆知識・経験不足に関すること

- ・医療で当たり前の知識でもわからないことが多く苦労している。
- ・医療職ではないので常にネットなどで病状など調べていた。
- ・分野の違いが壁になるのか、理解力が私自身低いので上手に連携できるか不安に思うことがあります。

◆その他に関すること

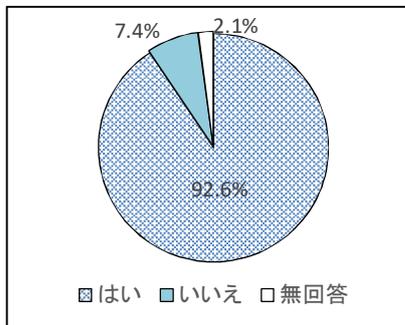
- ・主治医がいない時の対応。
- ・かかりつけ医が病院の場合、通院困難になってくることが多く、その際在宅医への変更がスムーズに運びにくい。
- ・介護保険制度を理解していない医師への対応。
- ・短期間の関わりになることや、もし急に入院すると担当にならないかもしれない。区変中の方のケアマネへの引継ぎ(区変結果がなかなか出ない)。
- ・超多忙な医療機関に対し、サービス担当者会議を依頼すること。
- ・担当者会議などの日程調整や体調の変化時の対応。
- ・24時間対応の電話・相談対応。
- ・医療センターの退院カンファが点数ありごととなっている印象を受ける(在宅看護師が必ず呼ばれるが本当にすべてのケース必要かと思う)。
- ・往診の時間が定まらず長い時間、待たないといけない。
- ・問い合わせ時につける資料や状況を上手く言語化できず準備に手間と時間がかかる。
- ・医療へのアプローチ方法や相談するタイミング等。
- ・何でもかんでもケアマネに連絡が入ることもある(熱がある。急な体調変化など)。もう少し各事業所で判断し対応してもらいたい。
- ・医療機関によっては今でも訪問や電話での相談に気を遣うところがある。

⑤「まいづる老い支度ノート」を知っているか

■「まいづる老い支度ノート」を9割以上のケアマネジャーが知っているが、担当している利用者やその家族に勧めた人は半数以下に留まっている。

(人)

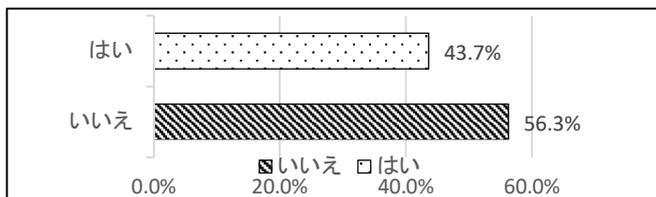
	R4
はい	87
いいえ	7
無回答	2
合計	94



◆「老い支度ノート」を知っている方のうち、担当している利用者やその家族に勧めたことはあるか。

(人)

	R4
はい	38
いいえ	49
合計	87

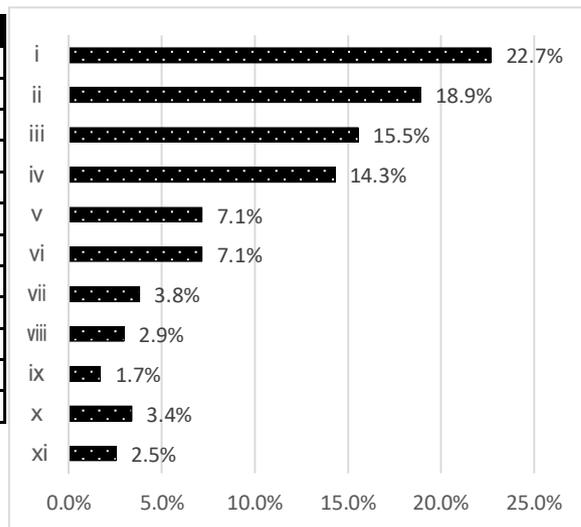


(5) 行政に望むことについて

① ケアマネジャーであるあなたが行政に望むことは何か(3つまで)

■ 「事務手続きの簡素化(22.7%)」が最も多く、次いで「処遇困難者への対応(18.9%)」、「介護保険に関する最新・適切な情報提供(15.5%)」、「ケアマネジャーの確保(14.3%)」の順であった。

	R4
i 事務手続きの簡素化	54
ii 処遇困難者への対応	45
III 介護保険に関する最新・適切な情報提供	37
iv ケアマネジャーの確保	34
v スキルアップのための研修の支援	17
vi 総合事業サービスの充実	17
vii 自立支援や適正なサービス利用についての啓発	9
viii 給付管理に関する相談体制の充実	7
ix 不適正な事務所への指導	4
x その他	8
xi 無回答	6
合計	139



～その他～

- ・介護職員の確保
- ・在宅を支えるヘルパー、デイ職員の不足
- ・ショートステイが容易にできない
- ・受け入れ事業が人手不足
⇒休止する方向で動いている 等
- ・自費利用で依頼している退院介助やちょっとした用事を低所得者でも利用しやすいように補助してほしい。
- ・交通手段の充実、確保