

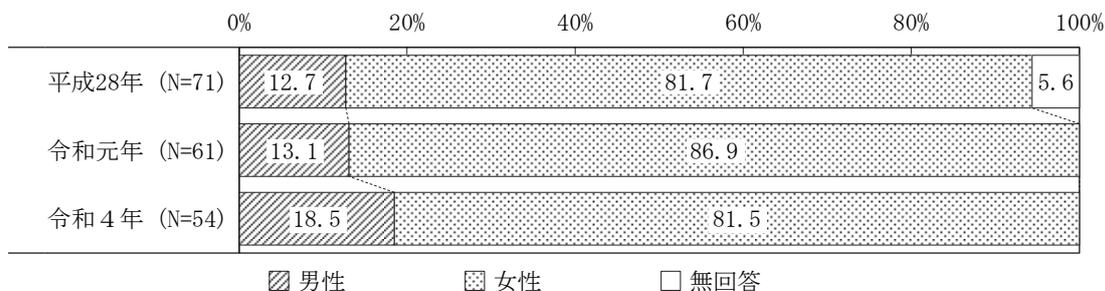
第3章 介護支援専門員調査

1 基本属性

(1) 性別

回答のあったケアマネジャー（介護支援専門員）の性別は、「女性」が81.5%を占めています（図表3-1）。

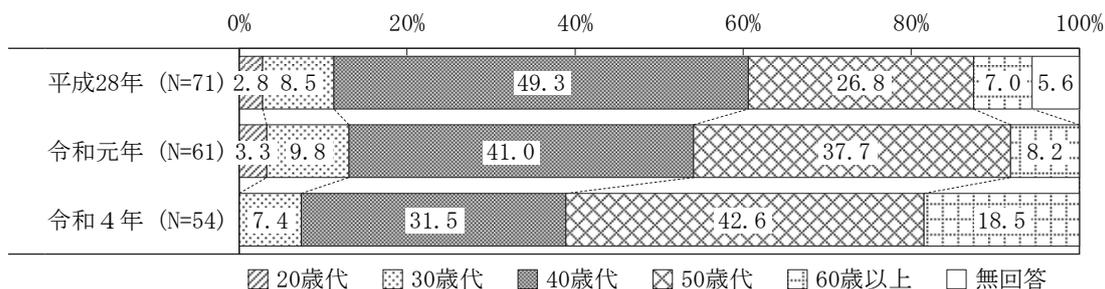
図表3-1 性別



(2) 年齢

回答者の年齢は、「50歳代」が42.6%と最も高く、次いで「40歳代」(31.5%)となっており、両方で74.1%を占めています（図表3-2）。

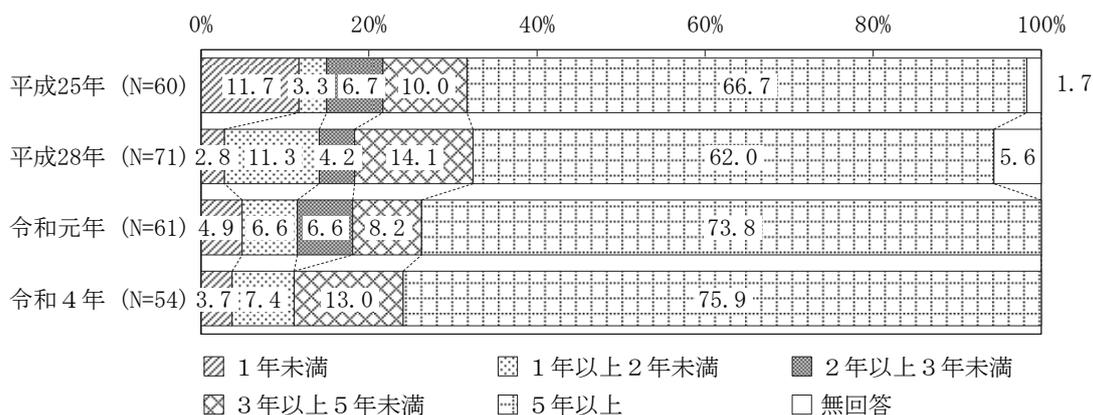
図表3-2 年齢



(3) ケアマネジャーの従事期間

ケアマネジャー業務の従事期間（転職などをしている場合は、前職なども含めた累計の期間）は、「5年以上」が75.9%を占めています（図表3-3）。

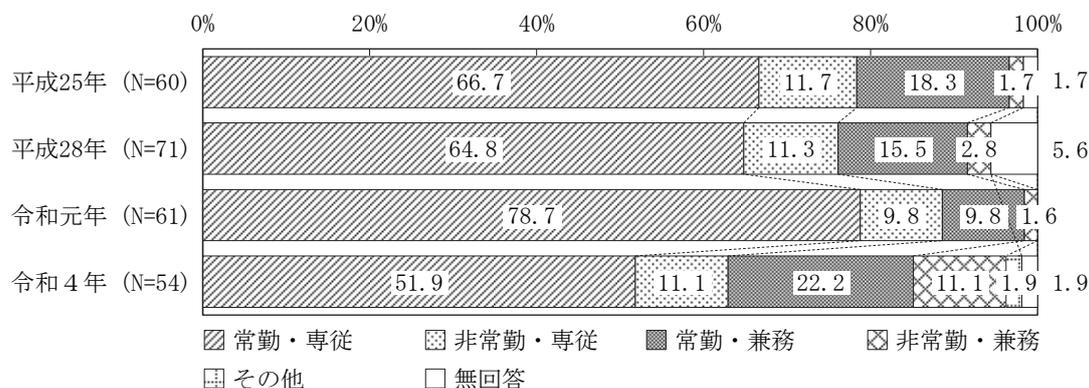
図表3-3 ケアマネジャーの従事期間



(4) 勤務形態

勤務形態は、「常勤・専従」が51.9%を占めています。これに「常勤・兼務」を加えた＜常勤＞は74.1%であり、「常勤・専従」と「非常勤・専従」を合計した＜専従＞は63.0%です（図表3-4）。

図表3-4 勤務形態

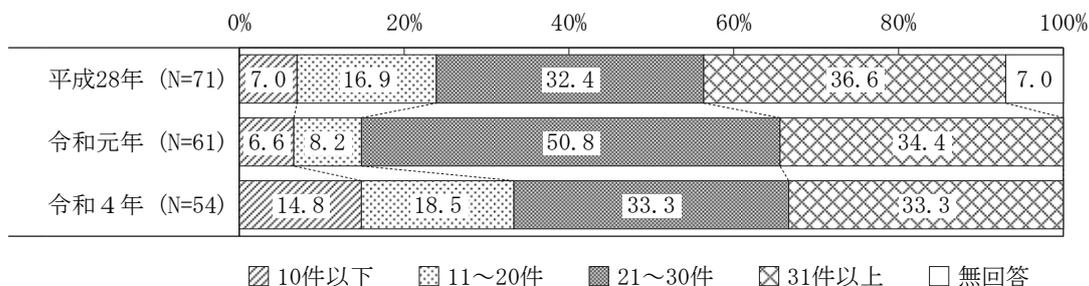


2 ケアプランの作成

(1) ケアプランの担当件数

令和4年10月時点で担当しているケアプランの件数は「21～30件」「31件以上」がともに33.3%と高く、両者で66.6%を占めています（図表3-5）。

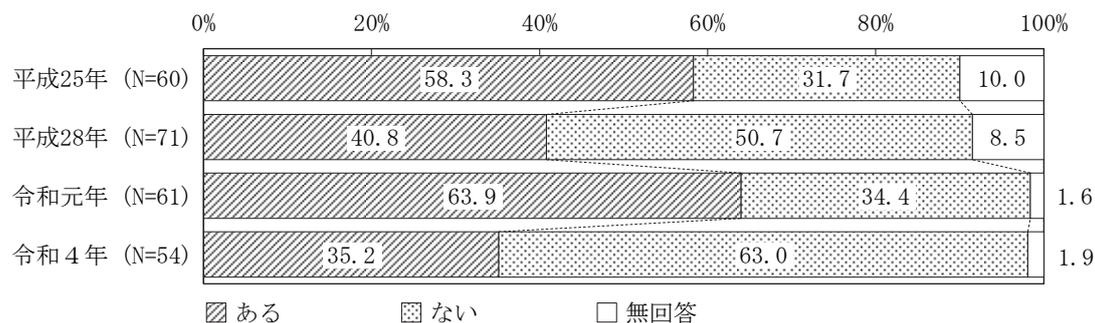
図表3-5 ケアプランの担当件数（介護＋介護予防）



(2) ケアプランの作成を断ったことがあるか

ケアプランの作成を断ったことが「ある」は35.2%となっています（図表3-6）。作成を断った理由は図表3-7のとおりです。

図表3-6 ケアプランの作成を断ったことがあるか



図表 3-7 ケアプランの作成を断った理由

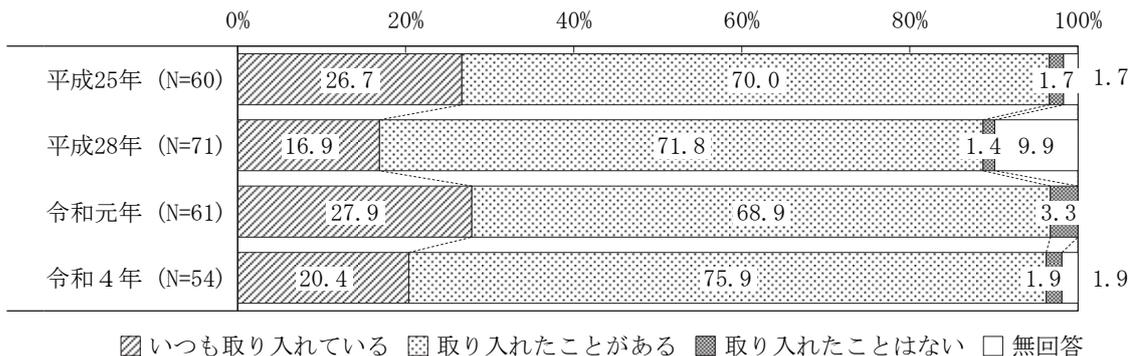
<ul style="list-style-type: none"> ・担当件数が上限いっぱいだったり、新規が続いて対応できる余裕がないなど ・新規受け入れが続いたり、受け持ち件数上限になっている時など ・新規の依頼が多く、受け持ちの件数や業務量が多い時 ・担当件数が多かったり、新規の依頼が続いたとき ・利用者が定員いっぱい。新規が続いて支援できない ・件数が上限に達していたため ・担当数を超えるため ・件数がいっぱいだった ・キャパオーバーの時 ・担当件数がいっぱいの時、スケジュール調整できないとき 	<ul style="list-style-type: none"> ・新規のケアマネジメントが重なった時 ・担当すると減算になる場合や新規が立て込み、身動きがとれないとき ・受け入れ枠に余力がなく、予防の利用者を断った ・業務量増加に伴い適切な対応ができないと判断したとき ・件数がいっぱいであった。業務的に回りきれなくなっていた ・新規が重なり対応が難しかったため ・ケアプランの中に同じ言葉（内容）が多くなってしまうところ ・サービス提供エリア外 ・遠方で適切な対応が困難だと判断した時（県外） ・ケアマネが減って対応できない。新規が続いた
---	---

(3) ケアプランに介護保険以外のサービスを取り入れているか

ケアプランに介護保険以外のサービスを取り入れているかたずねたところ、「取り入れたことがある」が75.9%を占めています。「いつも取り入れている」は20.4%、「取り入れたことはない」は1.9%（1人）です（図表 3-8）。

「取り入れたことはない」と答えた人にその理由をたずねたところ、「介護保険サービスで十分に対応できているから」という回答です（図表 3-9）。

図表 3-8 ケアプランに介護保険以外のサービスを取り入れているか



図表 3-9 ケアプランに介護保険以外のサービスを取り入れていない理由

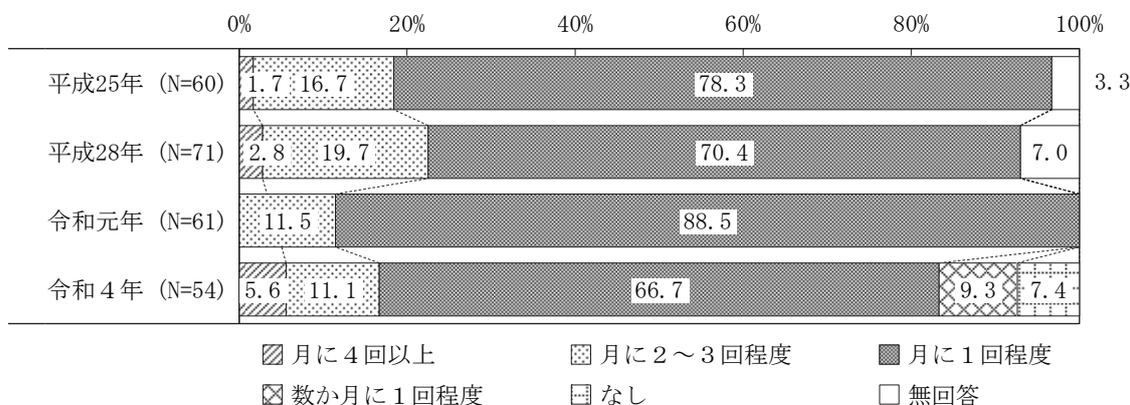
単位：人

区分	平成25年	平成28年	令和元年	令和4年
利用できるサービスがないから	-	-	1	-
利用料などの負担が増加するから	-	-	1	-
本人が望まないから	-	1	2	-
手続き方法がわからないから	1	-	1	-
介護保険サービスで十分に対応できているから	-	-	1	1

(4) 利用者宅の訪問頻度

サービス利用者宅の訪問頻度は、「月に1回程度」が66.7%を占めています(図表3-10)。

図表3-10 利用者宅の訪問頻度

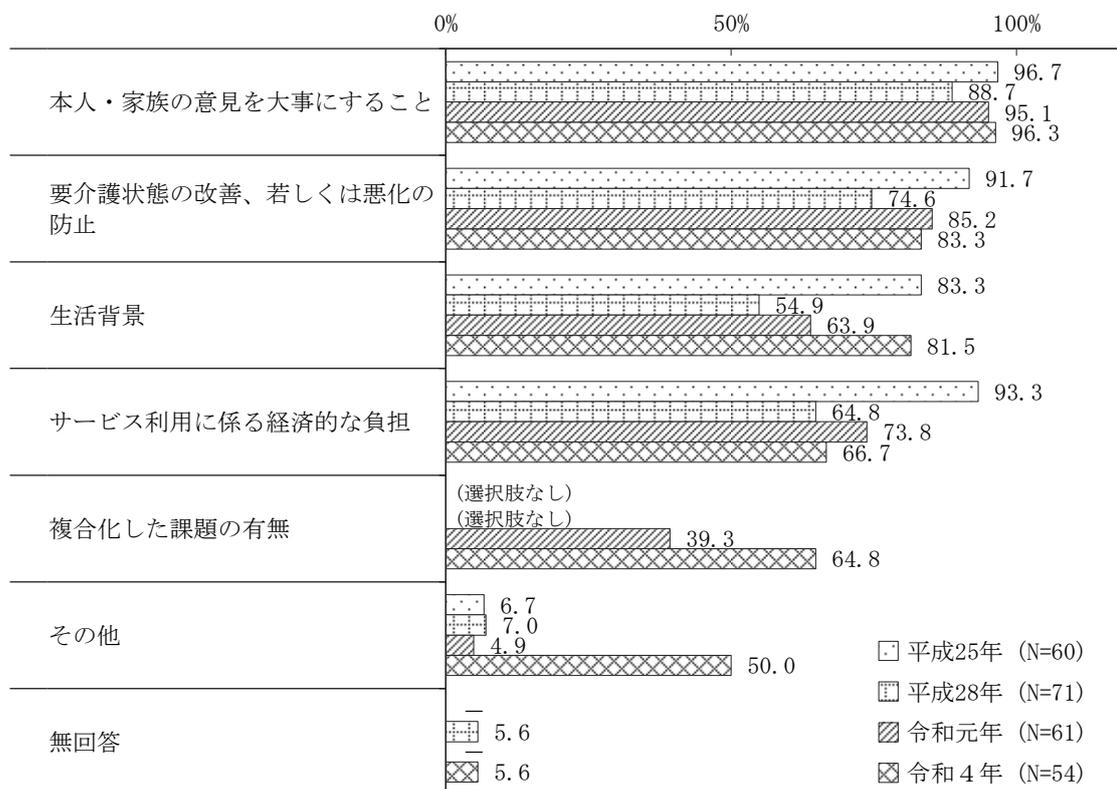


(5) ケアプランの作成時に気をつけていること

ケアプランを立てるにあたり、生活機能の状態のほかには気をつけていることとしては、「本人・家族の意見を大事にすること」が96.3%と最も高くなっています。これまでの調査と傾向は同様ですが、「複合化した課題の有無」が25.5ポイント高くなっています(図表3-11)。

「その他」として「本人の強みを活かすこと」「家族のサポートがどの程度得られる状況か」「その方の暮らす地域とのつながり。リスク」が記載されていました。

図表3-11 ケアプランの作成時に気をつけていること(複数回答)

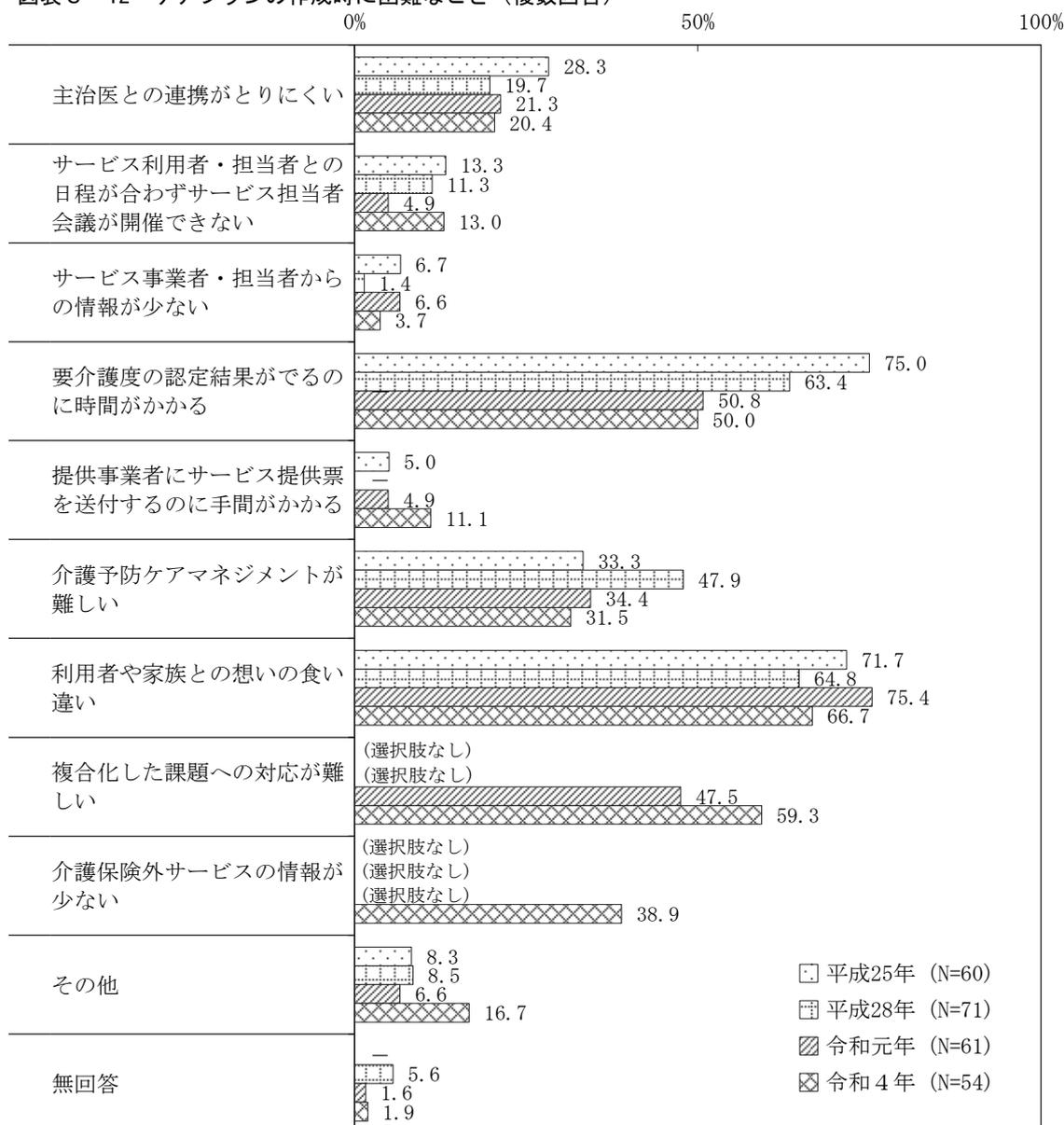


(6) ケアプランの作成時に困難なこと

ケアプラン作成時に困難だと思われることとしては、「利用者や家族との想いの食い違い」が66.7%と最も高く、「複合化した課題への対応が難しい」「要介護度の認定結果がでるのに時間がかかる」も50%以上となっています（図表3-12）。

「その他」として、図表3-13の内容が記載されていました。

図表3-12 ケアプランの作成時に困難なこと（複数回答）



図表3-13 ケアプランの作成時に困難なこと（その他）

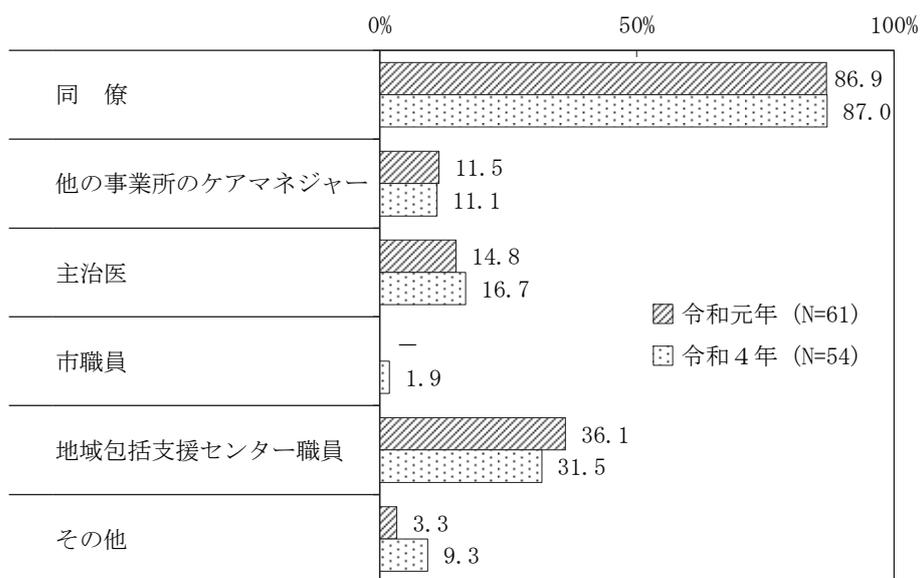
<ul style="list-style-type: none"> ・キーパーソンの家族がいるが、連絡が取りにくかったり非協力的 ・普段会えない家族との連携 ・経済的な問題 ・他の業務等も複数重なるため、プラン作成が遅れることがある 	<ul style="list-style-type: none"> ・総合事業の選択肢が少ない。 ・開業医との連携はとりやすい。複数診療を受けている場合は連携がとりにくい。特に病院 ・同僚との想いの食い違い ・インフォーマルサービスが少ない ・コロナのため、連携が難しい
---	---

(7) 相談相手

ケアプラン作成時に困ったことがあった場合の相談相手としては、「同僚」が87.0%と突出しています。次いで「地域包括支援センター職員」(31.5%)となっています(図表3-14)。

「その他」として、「ケアワーカー」「ご家族」「訪問看護の職員」「サービス事業所」「いない」が記載されていました。

図表3-14 相談相手(複数回答)



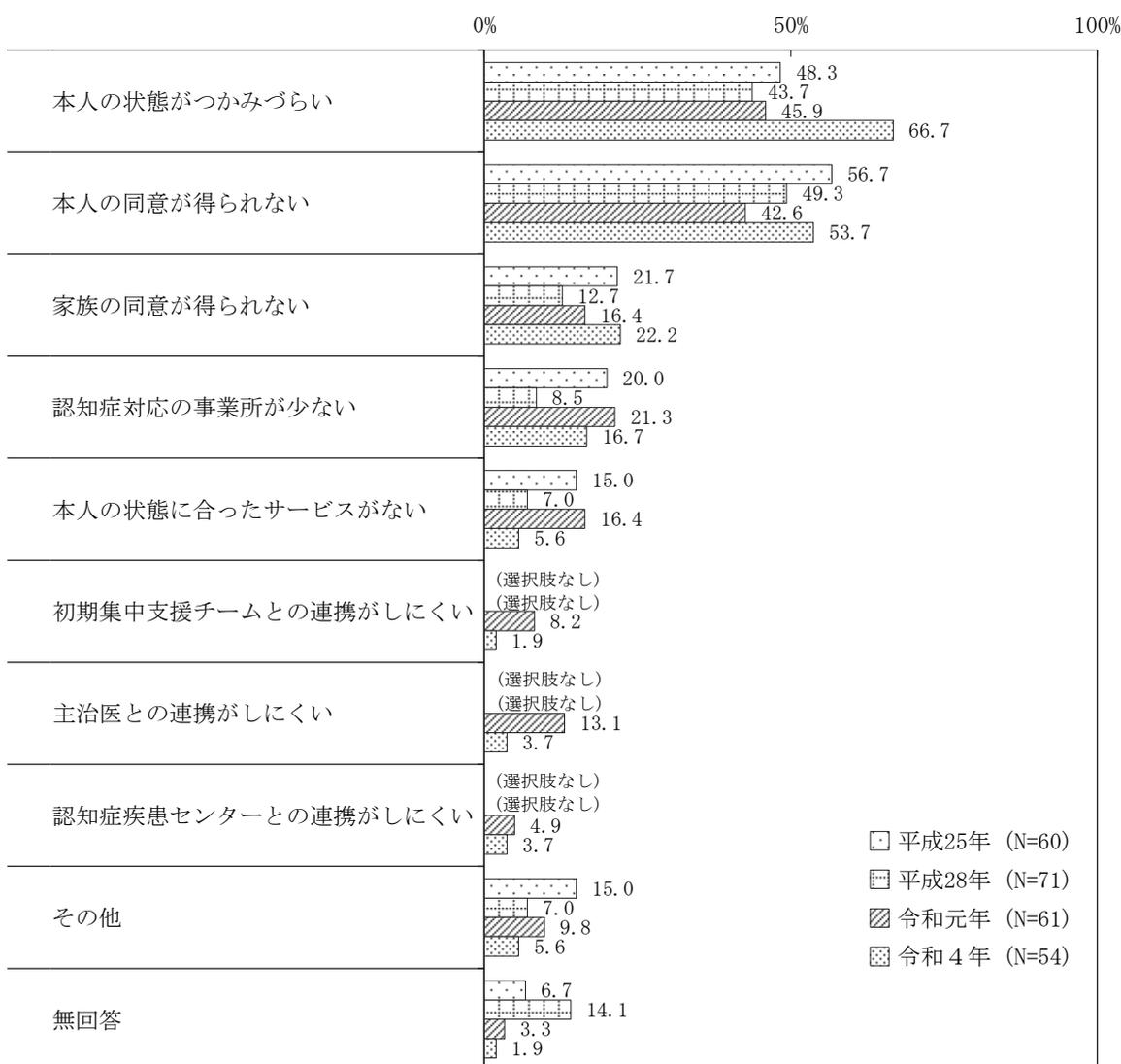
(8) 認知症利用者のケアプラン作成時に困難なこと

認知症利用者のケアプラン作成時に困難だと思われることとしては、「本人の状態がつかみづらい」が66.7%と最も高く、令和元年に比べて20.8ポイント高くなっています。「本人の同意が得られない」も50%以上となっています（図表3-15）。

「その他」として、図表3-16の内容が記載されていました。

「本人の状態に合ったサービスがない」と答えた人に具体的に必要なサービスをたずねたところ、「慣れたデイでのお泊り」「若い方、男性利用者」があげられていました。

図表3-15 認知症利用者のケアプラン作成時に困難なこと（複数回答）



図表3-16 認知症利用者のケアプラン作成時に困難なこと（その他）

<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防対応の通所型事業所が少ない ・時間の短いケアなど ・訪問看護の空きがない 	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科医師と面談がしにくい病院がある（退院カンファレンスが開かれないなど）
---	--

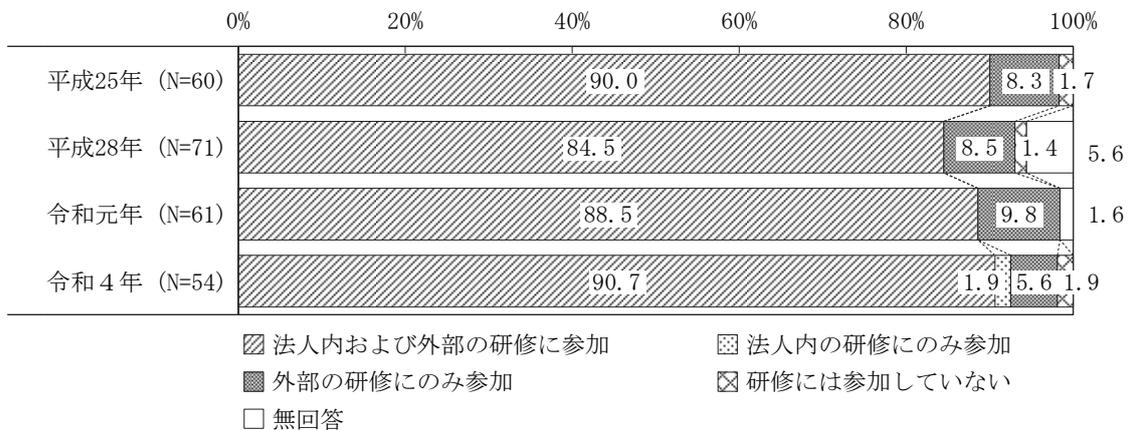
3 ケアマネジメントの質の向上

(1) 研修に参加しているか

サービスの質の向上に向けた研修に参加しているかたずねたところ、90.7%が「法人内および外部の研修に参加」していると答えています。「法人内の研修にのみ参加」「研修には参加していない」は1.9%（1人）ずつです（図表3-17）。

外部研修に参加していない理由として、「研修の案内が本人のところこない」「研修に係る経費が本人持ちである」が記載されていました。

図表3-17 研修に参加しているか

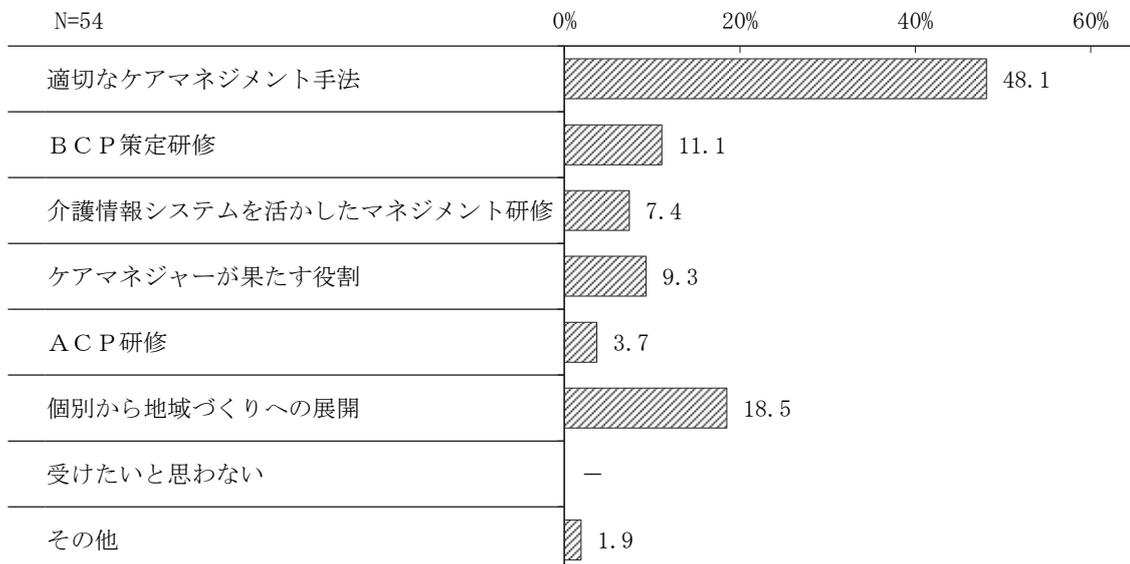


(2) 必要だと思う研修

今、一番必要だと思う研修についてたずねたところ、「適切なケアマネジメント手法」が48.1%と最も高くなっています。「個別から地域づくりへの展開」「BCP策定研修」も10%以上です（図表3-18）。

「その他」として、「1つだけということはない。どれも必要」が記載されていました。

図表3-18 必要だと思う研修（複数回答）

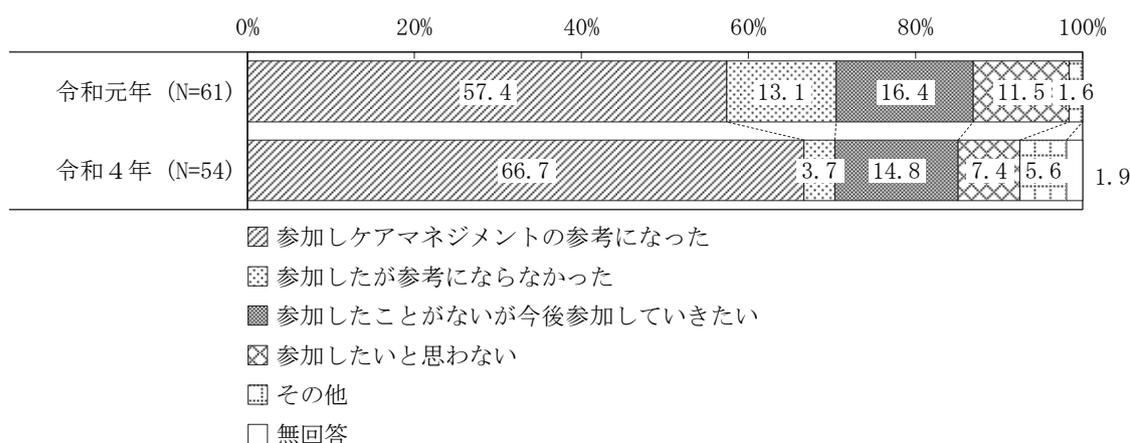


(3) ケアプラン会議での多職種からの意見

ケアプラン会議での多職種からの意見をもらえる機会については、「参加しケアマネジメントの参考になった」が66.7%と最も高く、令和元年の調査に比べて9.3ポイント高くなっています（図表3-19）。

「その他」として、「形式だけのもののように感じる」「対象となるケアマネが限定的」が記載されていました。

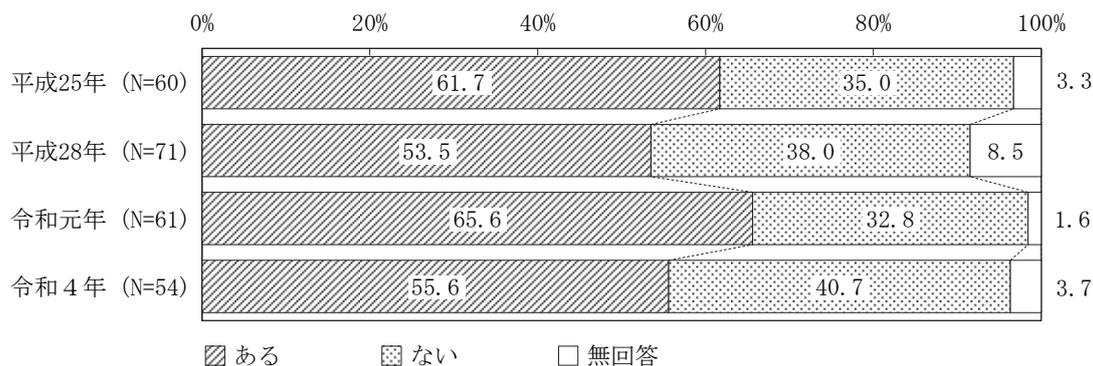
図表3-19 ケアプラン会議での多職種からの意見



(4) 利用者からの苦情の有無

利用者やその家族からの苦情については、55.6%が受けたことが「ある」と答えています（図表3-20）。

図表3-20 利用者からの苦情の有無



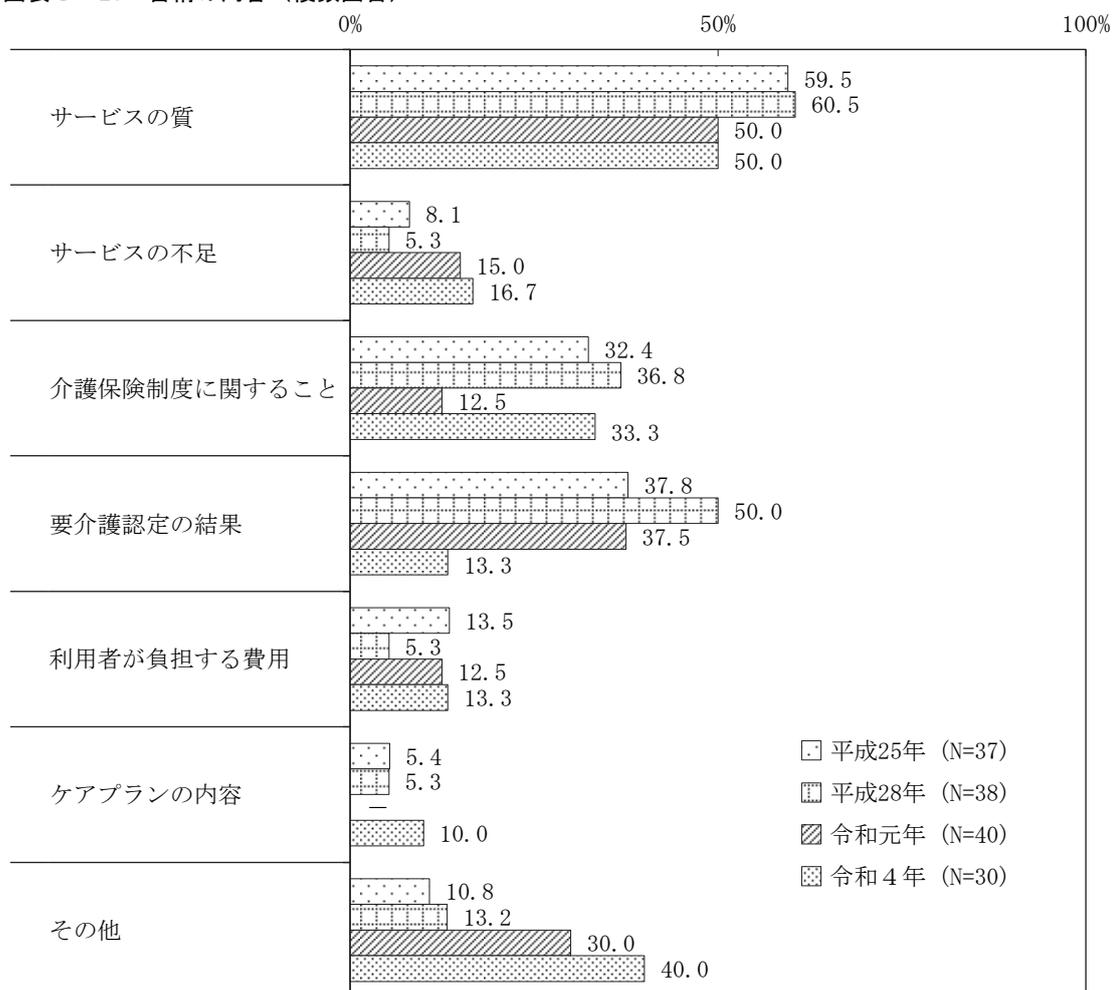
(5) 苦情の内容

前問で利用者やその家族からの苦情を受けたことが「ある」と答えた30人にその内容をたずねたところ、「サービスの質」が50.0%と最も高く、「介護保険制度に関すること」も30%以上となっています。

令和元年の調査と比べると、「介護保険制度に関すること」が20.8ポイント高くなり、「要介護認定の結果」が24.2ポイント低下しています（図表3-21）。

「その他」として、図表3-22の内容が記載されていました。

図表3-21 苦情の内容（複数回答）



図表3-22 苦情の内容（その他）

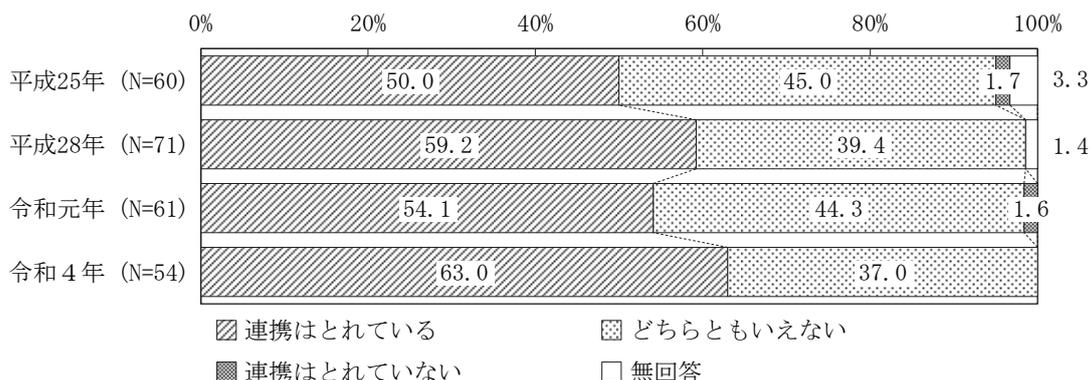
<ul style="list-style-type: none"> ・担当者と合わない ・個人に対して訪問拒否 ・連絡内容の不備 ・訪問のタイミング ・ケアマネと家族の見立ての違い ・利用者や他の家族が全員ケアマネの言うことを聞いて、自分の言うことを聞いてもらえない ・状態の見極め 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の予防の目標を作成したが、本人に認知症と告げていないのと家族より申し出があった ・B型訪問介護のサービス内容について ・短時間利用できるサービス（通所）が要介護では少ない ・保険料などが高い。 ・ヘルパーの訪問時間の変更について
---	--

4 医療との連携

(1) 医療と連携をとっているか

日ごろから医療との連携をとっているかたずねたところ、「連携はとれている」は63.0%となっており、これまでの調査と比べて最も高くなっています。「どちらともいえない」は37.0%、「連携はとれていない」はありませんでした（図表3-23）。

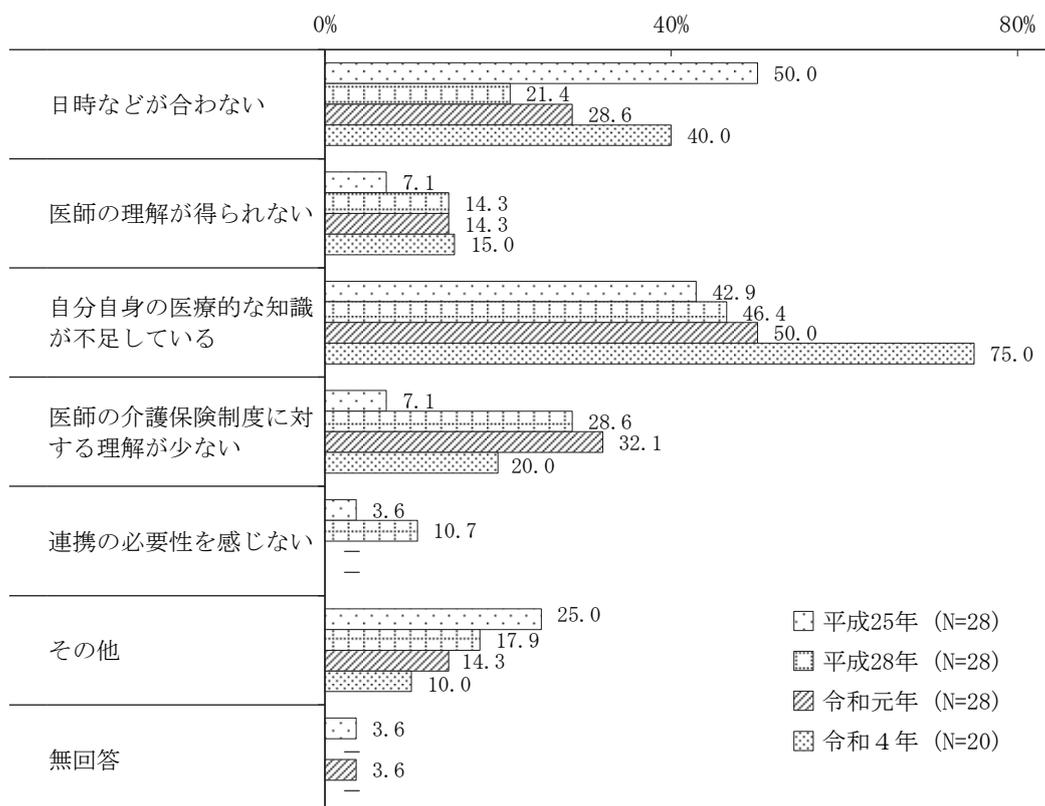
図表3-23 医療と連携をとっているか



(2) 医療との連携がとれていない理由

前問で「どちらともいえない」と答えた20人にその理由をたずねたところ、「自分自身の医療的な知識が不足している」が75.0%と最も高く、次いで「日時などが合わない」が40.0%となっています（図表3-26）。

図表3-24 医療との連携がとれていない理由（複数回答）

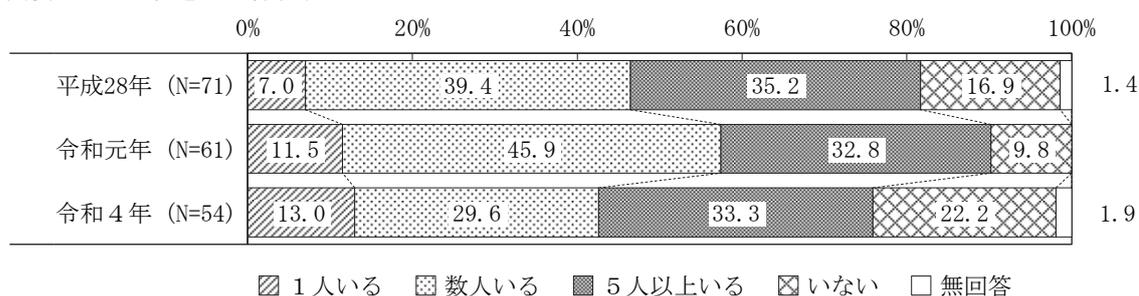


「その他」として、「必要に応じてとっているつもりだが、それが十分かどうかわからない」「病院や医師による」が記載されていました。

(3) 在宅での看取り

「あなたの担当している利用者で、これまでに在宅での看取りをしたケースはありますか」という設問に対しては、「5人以上いる」が33.3%、「数人いる」が29.6%、「1人いる」が13.0%となっており、合計したくいる>は75.9%です。(図表3-25)。

図表3-25 在宅での看取り

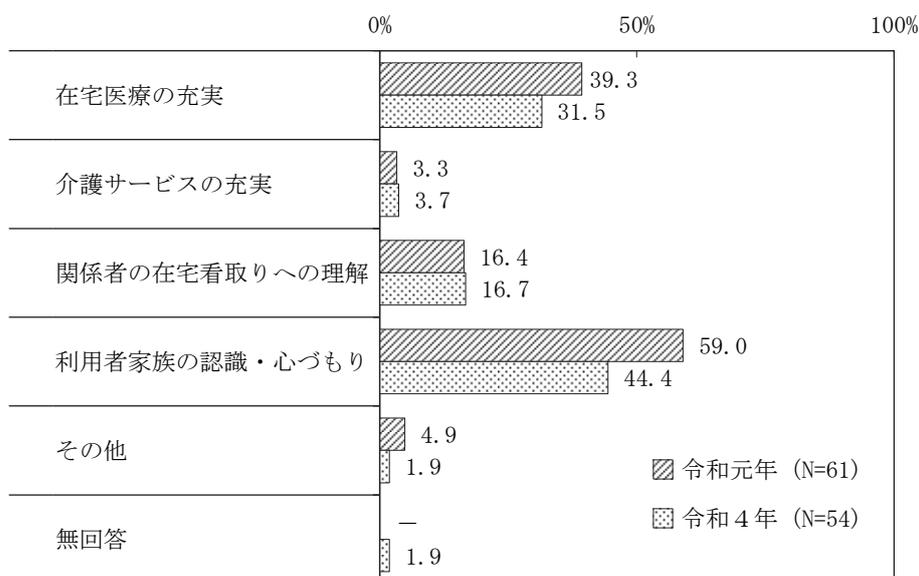


(4) 在宅での看取りで最も大切だと思うこと

在宅での看取りで、最も大切だと思うこととしては、「利用者家族の認識・心づもり」が44.4%と最も高く、次いで「在宅医療の充実」(31.5%)、「関係者の在宅看取りへの理解」(16.7%)となっています(図表3-26)。

「その他」として、「在宅医療と介護サービスの連携」が記載されていました。

図表3-26 在宅での看取りで最も大切だと思うこと(複数回答)

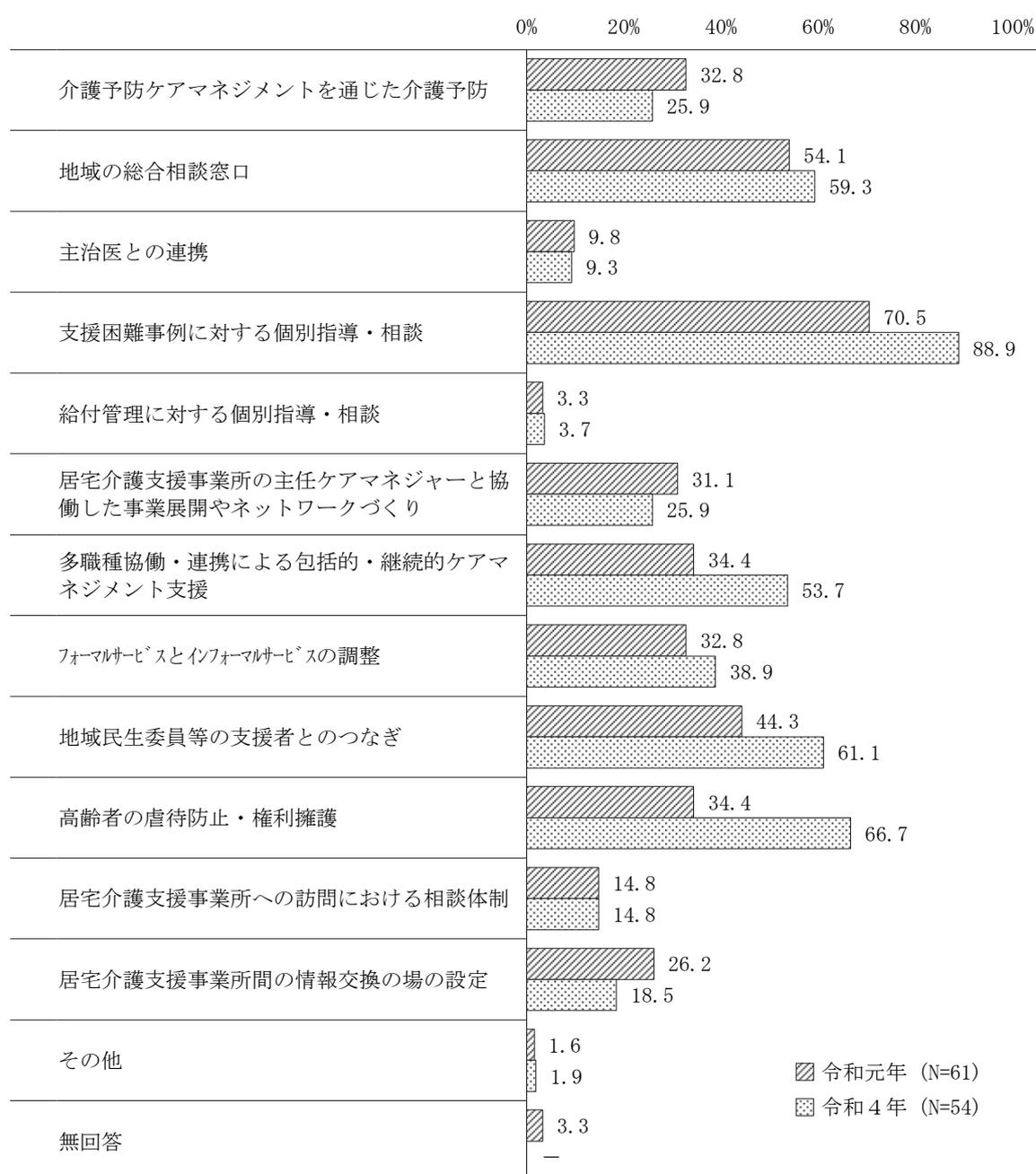


5 地域包括支援センターへ期待すること

地域包括支援センターへ期待することとしては、「支援困難事例に対する個別指導・相談」が88.9%と最も高く、「高齢者の虐待防止・権利擁護」「地域民生委員等の支援者とのつなぎ」「地域の総合相談窓口」「多職種協働・連携による包括的・継続的ケアマネジメント支援」も50%以上となっています。令和元年の調査に比べると、4項目が15ポイント以上高くなっており、多くの役割が期待されています（図表3-27）。

「その他」として、「同じ視線での協働」が記載されていました。

図表3-27 地域包括支援センターへ期待すること（複数回答）

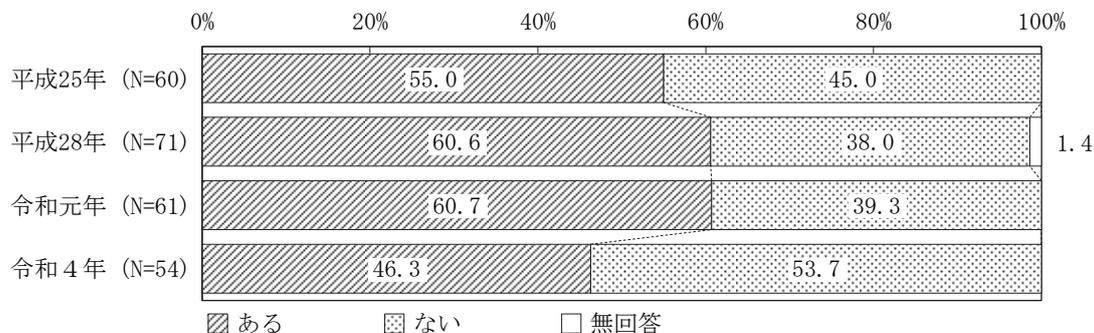


6 高齢者虐待

(1) 高齢者虐待の事例の経験

家庭内における高齢者虐待の事例を経験（担当）したことが「ある」のは46.3%（25人）となっています（図表3-28）。

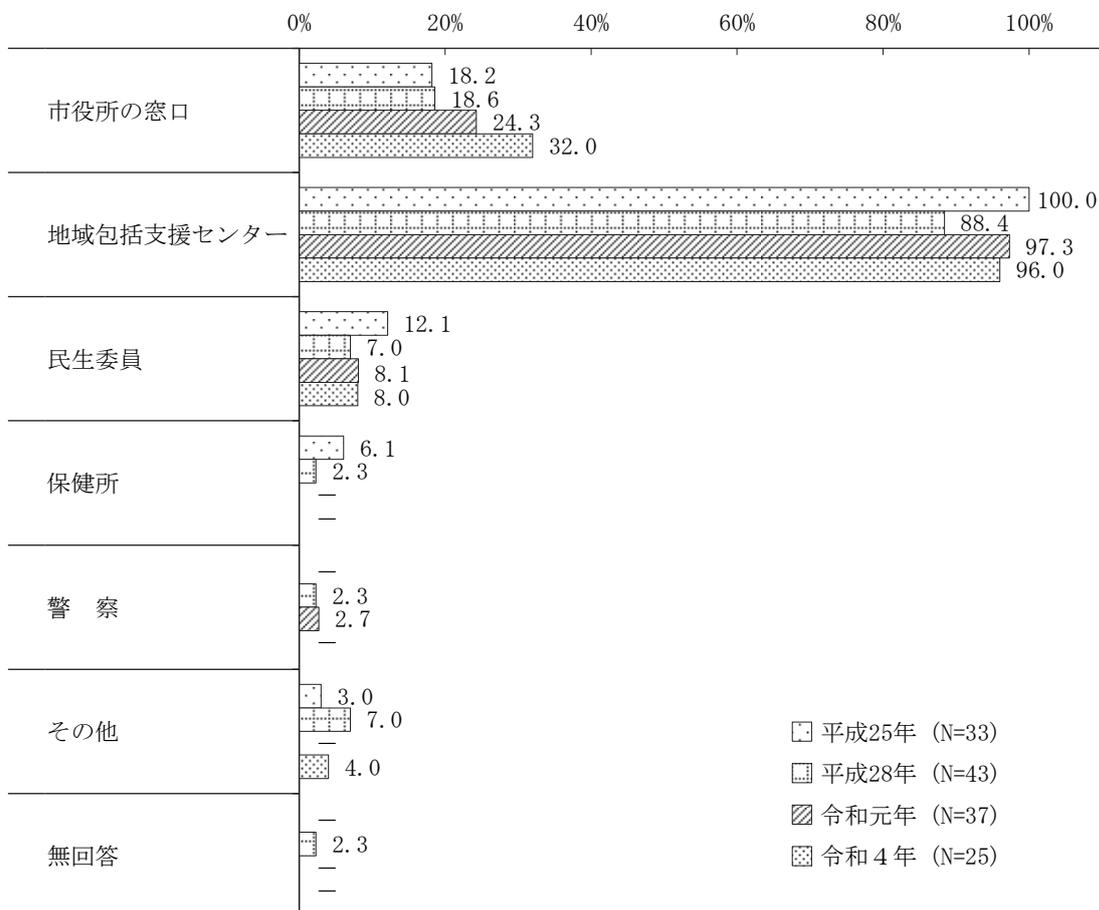
図表3-28 高齢者虐待の事例の経験



(2) 高齢者虐待の相談機関

前問で「ある」と答えた人に相談先をたずねたところ、「地域包括支援センター」が96.0%となっています。次いで「市役所の窓口」（32.0%）、「民生委員」（8.0%）となっています（図表3-29）。「その他」として、「サービス事業所」が記載されていました。

図表3-29 高齢者虐待の相談機関（複数回答）



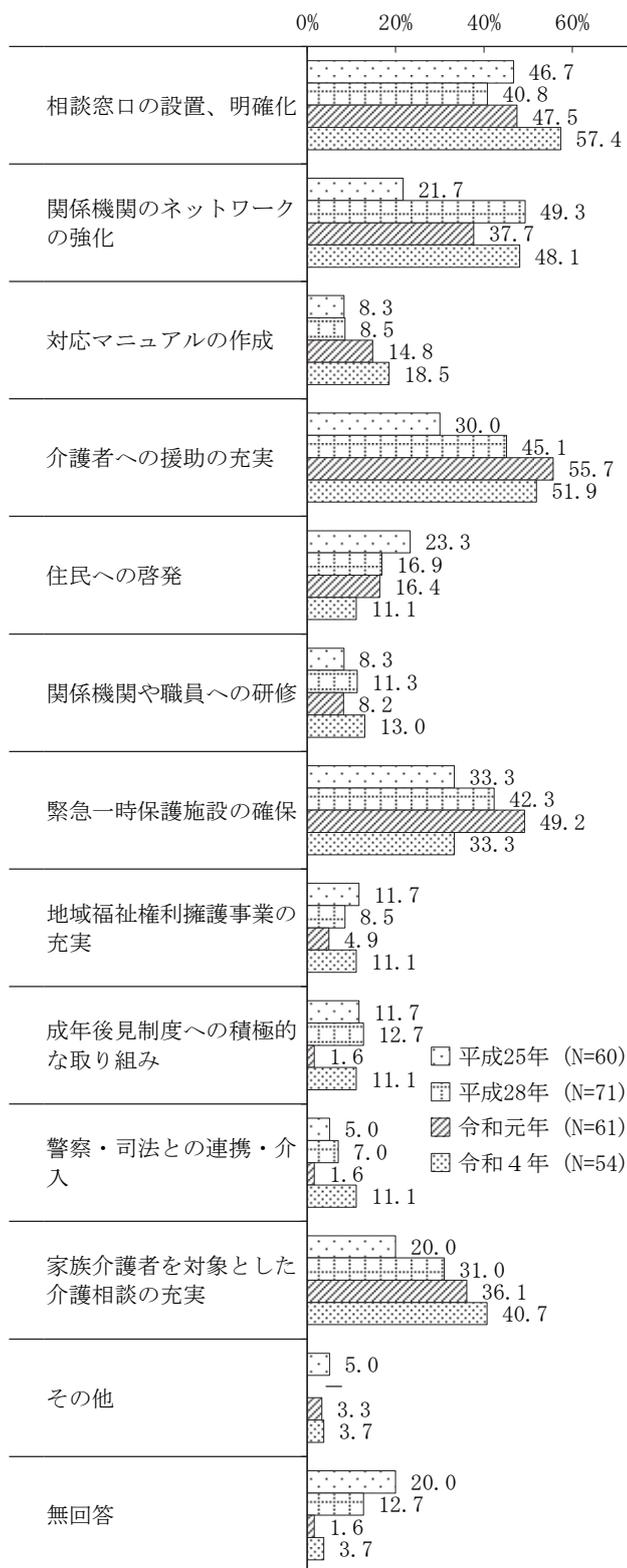
(3) 高齢者虐待の対応に必要な制度

高齢者虐待への対応として必要な制度や仕組みとしては、「相談窓口の設置、明確化」が57.4%と最も高く、「介護者への援助の充実」「関係機関のネットワークの強化」「家族介護者を対象とした介護相談の充実」も40%以上となっています。

これまでの調査から、「相談窓口の設置、明確化」「介護者への援助の充実」「家族介護者を対象とした介護相談の充実」「対応マニュアルの作成」が高くなる傾向にあります（図表3-30）。

「その他」として、「365日対応体制」「再発予防の明確化。定期的なモニタリング会議と結果の共有。高齢者虐待を繰り返す事例の他、予防のためのケアマネジメント研修を市で行っていただくと良いと考えます。ケアマネジャーや利用者やその家族との関係性を崩すことを心配し、早めに相談できていないことで対応の遅れも心配されます。ケアマネジャー向きのマニュアル、市の方針もお聞かせください」が記載されていました。

図表3-30 高齢者虐待の対応に必要な制度（3つまで）

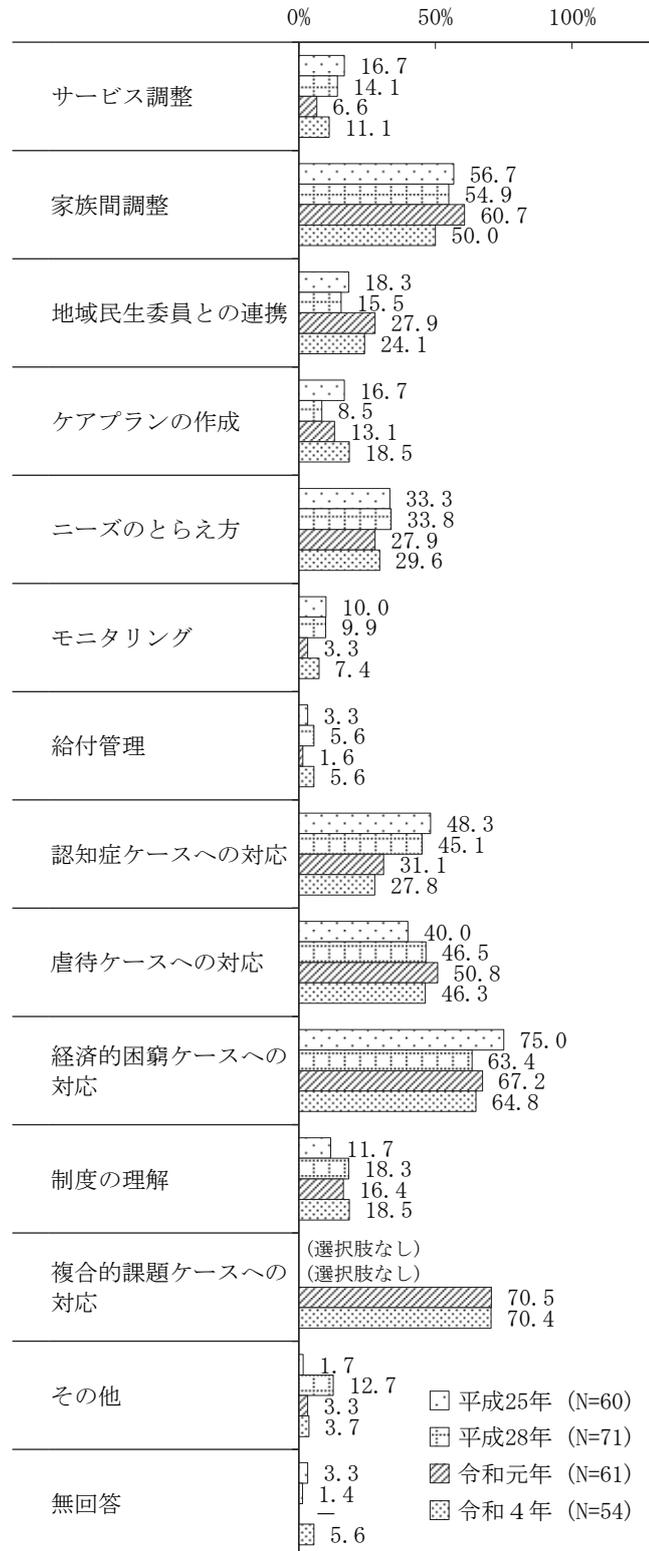


7 難しい業務

ケアマネジャーの業務で難しいこととしては、「複合的課題ケースへの対応」が70.4%と最も高くなっています。「経済的困窮ケースへの対応」も60%を超えています(図表3-31)。

「その他」として、「兼務でケアマネ業務の時間がとりづらい。加算など書類が煩雑」「虐待、困難事例の検討や相談はしても、予防や対策をとる協議の場がなく、ケアマネだけでははらする」が記載されていました。

図表3-31 ケアマネジャーの業務として難しいこと(複数回答)

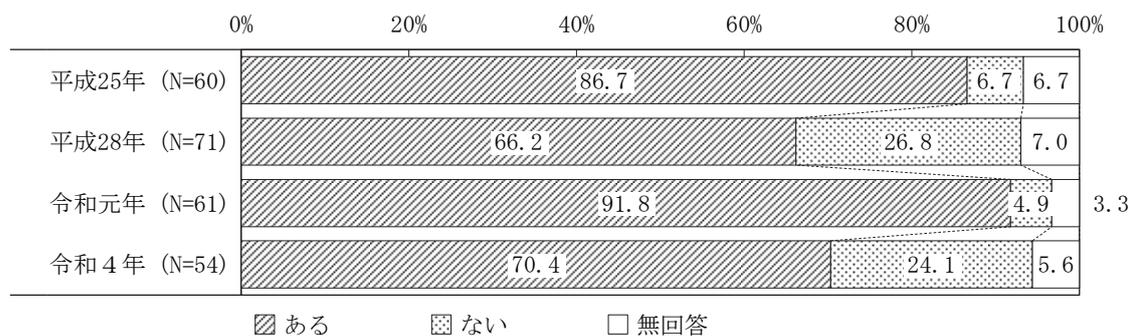


8 介護保険全般

(1) 不足していると感じる介護保険サービス

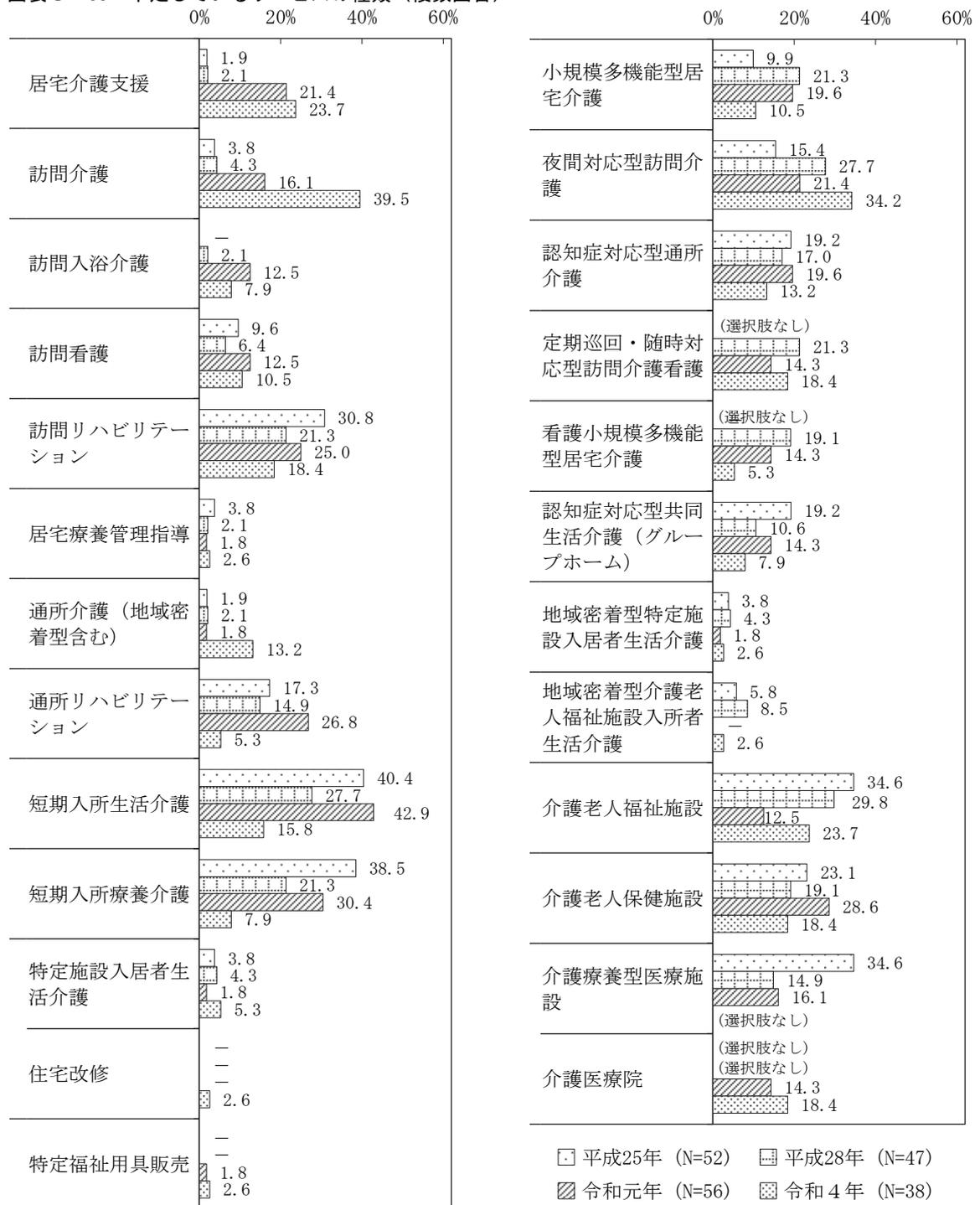
不足していると感じている介護保険サービスがあるかたずねたところ、70.4%が「ある」と回答しています。令和元年の調査に比べると、「ある」は21.4ポイント低下しています(図表3-32)。

図表3-32 不足していると感じる介護保険サービスの有無



不足している介護保険サービスが「ある」と答えた38人にそのサービスをたずねたところ、「訪問介護」が39.5%と最も高く、次いで「夜間対応型訪問介護」(34.2%)、「居宅介護支援」(23.7%)、「介護老人福祉施設」(23.7%)となっています。令和元年の調査で高かった「短期入所生活介護」「短期入所療養介護」はいずれも20ポイント以上低下しています(図表3-33)。

図表3-33 不足しているサービスの種類(複数回答)



(注)「福祉用具貸与」と答えた人はいない。

(2) 介護保険サービス以外に必要なサービス

介護保険サービス以外で必要だと思うサービスをたずねたところ、買い物支援、移動支援などが複数上げられています（図表3-34）。

図表3-34 介護保険サービス以外に必要なサービス

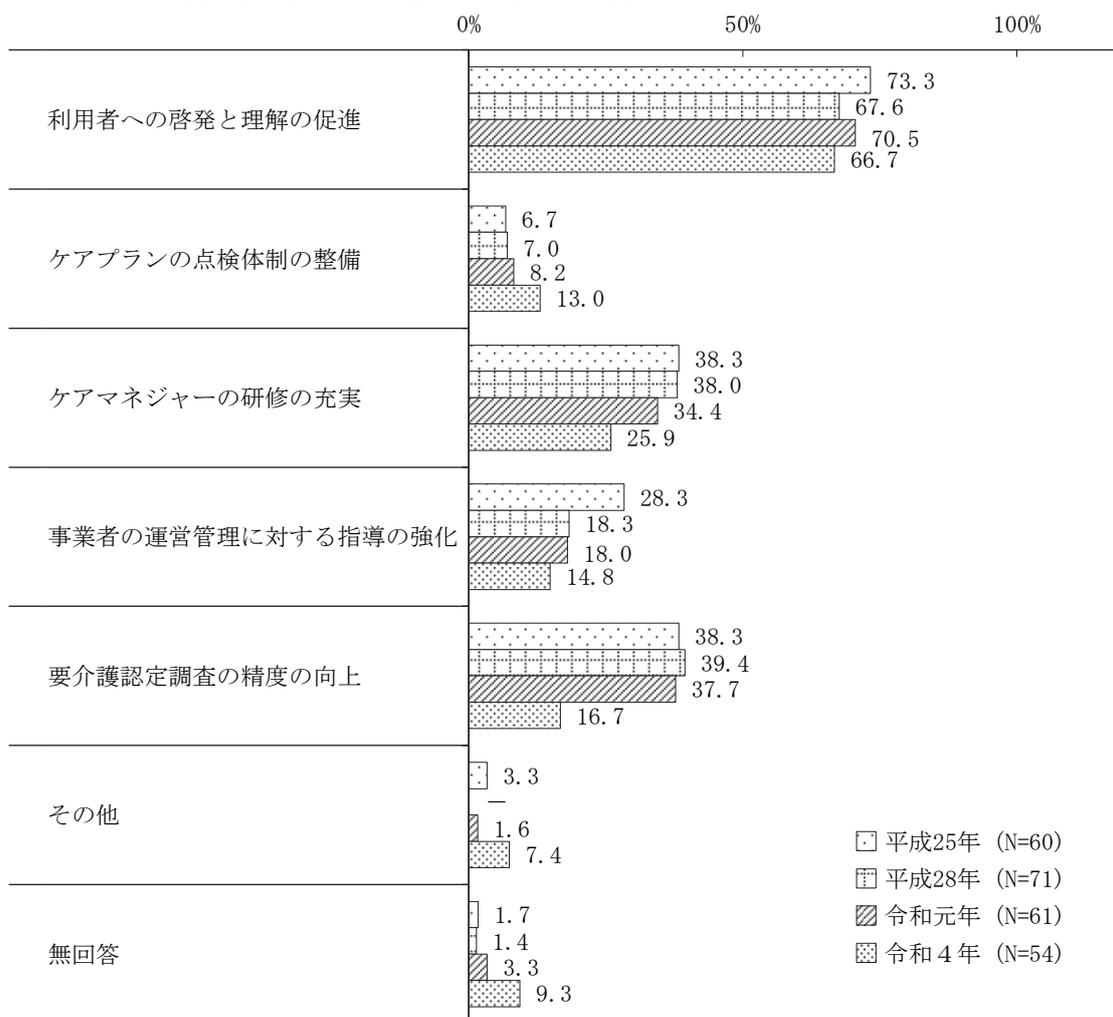
<ul style="list-style-type: none"> ・買い物送迎 ・通院や買い物に柔軟に利用できる移送サービス（安価で） ・受診や買い物等の交通手段 ・買い物（配達） ・在宅サービスで、ご本人を伴った買い物支援 ・移送支援（まいちゃん号は使いにくい） ・まいちゃん号のバス停まで行けない。買い物しても家まで運べない ・送迎サービス（ボランティア等） ・安価な移送サービス（2件） ・要介護の介護タクシー ・移動販売 ・受診時のつきそい ・理美容院において送迎支援を無料でしてくれているところがあるが、市が助成していただければ、もっと支援が広がると思います 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護者の家族会的なもの ・送迎できる高齢者の集まれる場 ・介護者、当事者が集える場 ・なじみのデイサービスで宿泊できるサービス ・メンタルヘルス支援 ・若年性の人が集える場 ・介護保険サービスでは対応できない、制度の隙間を埋めるサービスの充実 ・定期的に運動できるスペース ・短時間の支援（見守り、声掛け程度、ゴミ出し） ・除雪（3件） ・ゴミ出し ・安価な家事代行サービス ・近所の支えあい ・話し相手 ・市北部へ対応してくれる事業所
---	---

(3) 介護給付や予防給付の適性化に向けて

介護給付や予防給付の適正化に大切なこととしては、「利用者への啓発と理解の促進」が66.7%と最も高く、次いで「ケアマネジャーの研修の充実」(25.9%)となっています(図表3-35)。

「その他」として、図表3-36の内容が記載されていました。

図表3-35 介護給付や予防給付の適性化に向けて大切なこと(複数回答)



図表3-36 介護給付や予防給付の適性化に向けて大切なこと(その他)

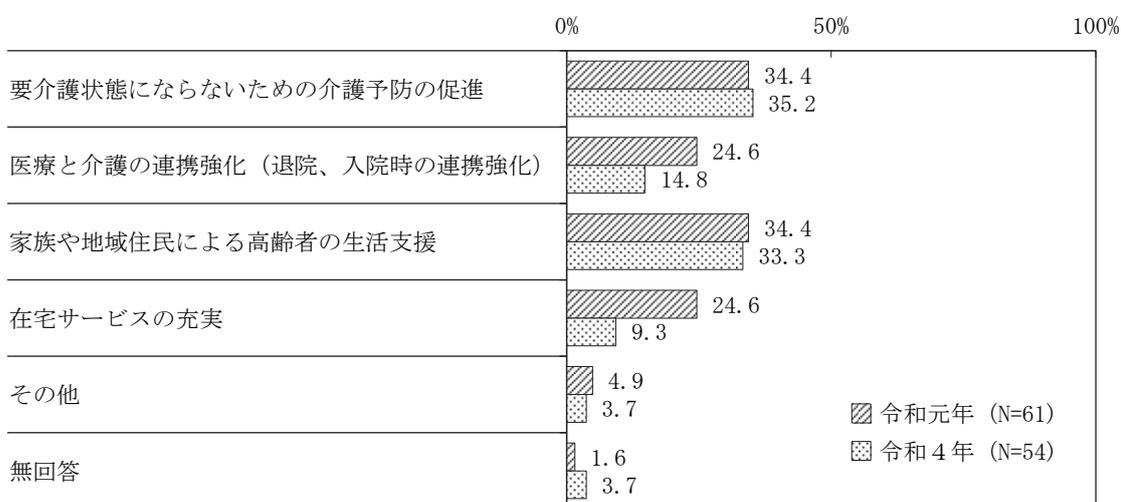
- ・地域力の活用
- ・介護者への啓発と理解の促進
- ・家族にも理解を促す
- ・ケアプランの引継ぎサービスの見直しがしにくいケースがある。例えば頻度の多い訪問入浴、通所介護回数、多く借りている用具など、引き継いでも改めて修正しにくいことがあります

(4) 地域包括ケアシステムに取り組むために重要なこと

住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す「地域包括ケアシステム」について取り組むためには、何が重要かたずねたところ、「要介護状態にならないための介護予防の促進」が35.2%と最も高く、次いで「家族や地域住民による高齢者の生活支援」(33.3%)、「医療と介護の連携強化（退院、入院時の連携強化）」(14.8%)の順となっています（図表3-37）。

「その他」として、「地域住民、支援者ともに、地域包括ケアシステムを理解すること」「フォーマルとインフォーマルの連携。インフォーマルの充実」が記載されていました。

図表3-37 地域包括ケアシステムに取り組むために重要なこと

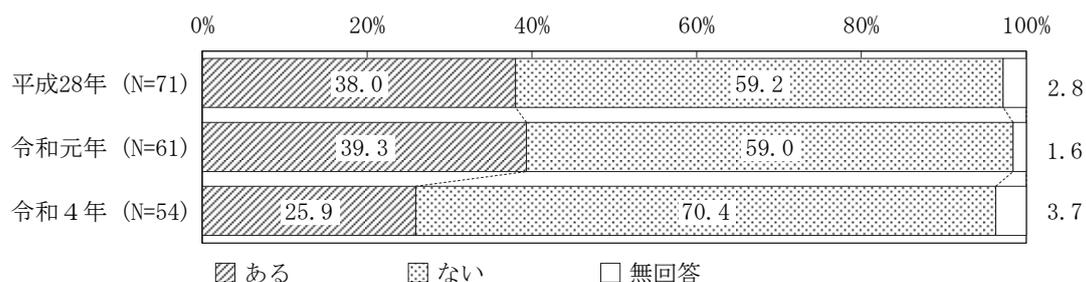


(5) 介護離職のケース

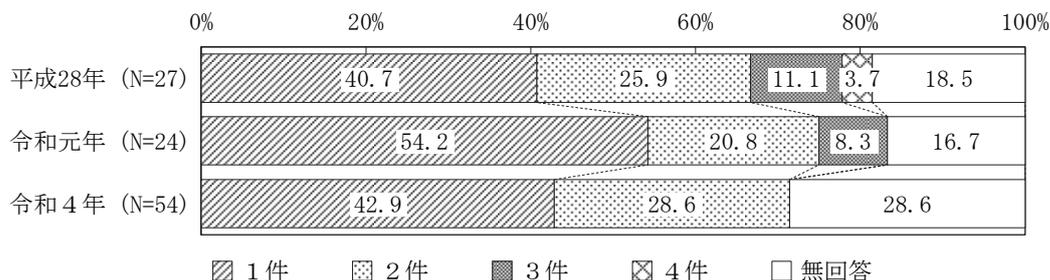
『介護離職者ゼロ』をめざすという国の方針が示されています。あなたの担当している利用者の家族で、これまでに介護のために仕事をやめられたケースはありますか」という設問については、25.9%が「ある」と回答しています（図表3-38）。

「ある」と回答した人にその世帯数をたずねた結果が図表3-39です。

図表3-38 介護離職のケース



図表3-39 介護のために離職した世帯数

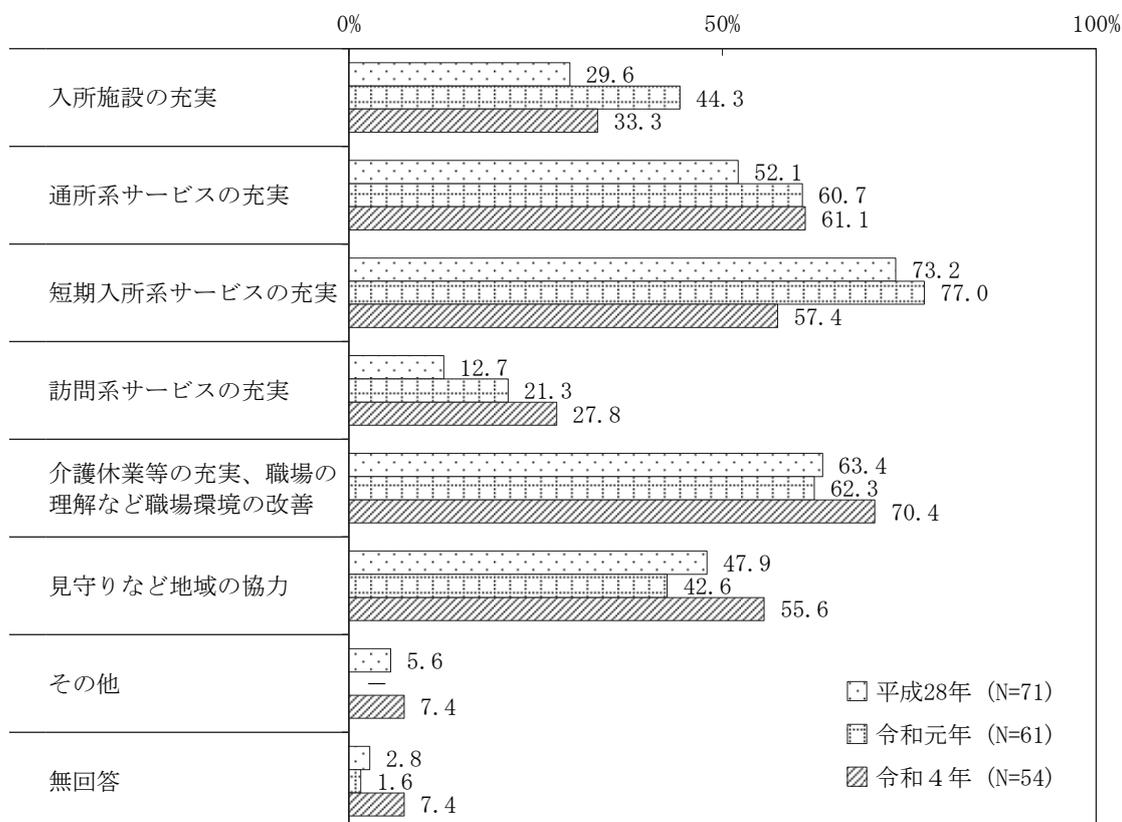


(6) 仕事と介護の両立支援

仕事と介護の両立支援で大切なこととしては、「介護休業等の充実、職場の理解など職場環境の改善」が70.4%と最も高くなっています。次いで、「通所系サービスの充実（時間延長・休日利用・病気時の利用）」(61.1%)、「短期入所系サービスの充実（緊急時の利用・病気時の利用）」(57.4%)、「見守りなど地域の協力」(55.6%)の順となっています。

令和元年の調査と比べると、「短期入所系サービスの充実」「入所施設の充実」が10ポイント以上低下し、「見守りなど地域の協力」が10ポイント以上高くなっています(図表3-40)。

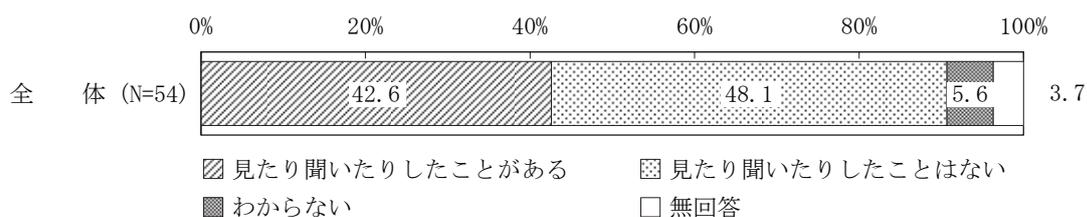
図表3-40 仕事と介護の両立支援として大切だと思うこと（複数回答）



(7) ヤングケアラー

「ヤングケアラー」とは、介護の必要な高齢者、障がいや病気のある家族、幼い兄弟姉妹など、ケアを必要とする人がいるために、「本来大人が担うと想定されているような家事や家族の世話などを日常的に行っている18歳未満の子ども」のことをいいます。「ヤングケアラー」と思われる子ども(のいる家庭)を見たり聞いたりしたことがあるかたずねたところ、42.6%が「ある」と回答しています。

図表 3-41 ヤングケアラー



9 新型コロナウイルス感染症の影響

令和2年以降の新型コロナウイルス感染症の流行に関連して、起きたことや困ったことを見たり聞いたりしたところ、図表3-42のような内容が記載されていました。

図表 3-42 新型コロナウイルス感染症の流行に関連して、起きたことや困ったこと

- ・入院時に本人の状態がわかりづらい。面会することができなくなった。また、サービス利用時も、事業所での面会ができないところが多い
- ・利用者の感染から家族も感染し、訪問のみのサービスしか利用できなかったこと。認知症の方は家族が疲弊してしまった
- ・認知症の方が感染したり濃厚接触者になり自宅待機になったときの家族への負担が大きい
- ・濃厚接触期間が次々と長引きデイサービスに行けなため、1週間以上入浴できなかった
- ・寝たきりで発熱しているのに、普段往診してもらっている医師に往診できないと言われ、他に往診してもらえる医師を探しても見つからず、検査に行くにも簡単にはいかず、保健所や訪問看護も巻き込んで大変な思いをして検査にこぎつけた
- ・ショートステイ利用開始日に施設についたら熱が37.4度。こういう時期なので利用できませんと言われ、お昼も食わずに帰宅。家族は旅行に出かけていた。急遽ヘルパー調整し、訪問対応。帰宅後、熱は36度台から上がらず、平熱。施設に数時間の滞在だったが、施設の決まりだからと1日分の利用料金が請求された。家族は納得していないが、これからもお世話になるので了承された
- ・コロナでサービスが受けられず、何度もサービス調整をせざるを得なかった
- ・サービスを利用できなくなり、認知機能、身体機能の低下が出現した（その後すぐ対応はしてもらいました）
- ・一人暮らしで家族の介護が期待できない環境で、ショートステイ利用中、コロナの感染対策でショートステイが利用できなかったり、利用期間が伸びることで限度額オーバーなどへの不安や、生活自体がどうなるのかと不安になることがあった
- ・コロナに感染した利用者を安心ケアセンターに預かってもらうことができたのですが、自宅に帰ってこられる状態を確認することが難しく、センターの職員さんに迷惑になるのではないかと、様子を聞くことができず対応に困った。歩いておられた方でしたが、一応、車いすやスロープを準備したが幸いなことに必要なかった

- ・すべてのサービスがストップしてしまい、家族と利用者だけの期間を過ごしてもらわないといけないケースが多く、認知症の利用者の家族はとても大変な思いをされてしまいました
- ・リハビリで通所利用していた人が利用中止した。閉じこもり、筋力低下の心配あり
- ・コロナの感染、濃厚接触者の対応を保健所に相談してもつながりにくい
- ・コロナの感染者が出た施設で、入浴サービスが長期中止となり困った
- ・コロナを気にされて外出を控え、ADLの低下や心身機能低下につながってしまった
- ・コロナ感染を心配して、家に閉じこもりがちになった利用者がいた
- ・毎日通所サービスを利用して、昼間、関りや支援をしていない家族から、認知症のコロナ感染者を預かってくれるところはないでしょうかと問われた。外に出て行ってしまおうし、マスクをしないで他人と話すなど、注意していても見守れないと
- ・夜中であっても相談できるシステムが整っていない
- ・施設で発生すると閉所され、サービス変更の調整に追われる
- ・デイや施設での面会が制限され、利用中の様子が確認できない。有料老人ホームでは居室まで行かせてもらえないので、居室での生活の様子が把握できない
- ・事業所への見学が制限されているため、利用の様子など確認できないところがある
- ・ショートステイの利用。部屋から出してもらえない。新規利用の受け入れをストップした等
- ・入所系サービスでは家族が本人と面会できず困っておられる
- ・事業所からの感染者の発生の連絡が遅く、サービス調整や対応が大変でした。一人暮らしの方の対応や事業所からの相談で、ケアマネに相談すればなんとかしてくれるという傾向があり負担が大きかった
- ・コロナの診断、隔離機関の診断がないとサービスが利用できなかった（家族が皆コロナで受診に行かず、状況からみてコロナと思われた）
- ・サービス事業所の感染症対応でサービス担当者会議が開きにくいところ。高齢マンションに住む利用者支援での面会制限、面会に対する情報提供、ルール（ケアマネに1週間分の検温、2回以上のワクチン接種照明の持参など）で引継ぎを外で行った
- ・施設への面会や外出に制限ができ、不自由な生活を余儀なくされることになった。従来は開放的な施設であったのに閉鎖的になってしまった。家族と信頼関係が取りやすかったが、電話や短時間の面談で困難なところもある
- ・予定していたショートステイを利用することができなくなった
- ・コロナで急にショートの受入れがストップした
- ・発熱している家族がいても連絡がなく、サービスを利用していた
- ・熱があると抗原検査を自費で受けないとサービスが利用できない
- ・サービス担当者会議ができず、照会を希望されることが多く、把握しにくく書類の作成が増えて手間がかかります
- ・訪問時間を短時間で行うよう指示があり、十分なモニタリングができないケースがある
- ・法人の方針でオンライン以外の研修に参加できなかった
- ・感染対策で自宅訪問が難しくなった。直接会えなくてもモニタリングできる方法がないか。ICT機器を使っても高齢者では使いこなせない
- ・認知症状により自宅待機が困難な方の対応。家族は遠方で協力は得られず、サービスだけでは点の見守りしかできない
- ・担当者会議の情報が難しくなっており、情報共有、連携がとりにくくなった
- ・入所施設やサービス付き高齢者向け住宅、病院が面会できない
- ・訪問やサービス担当者会議等、どこまで自粛すべきかどこから開催すべきか判断が難しい

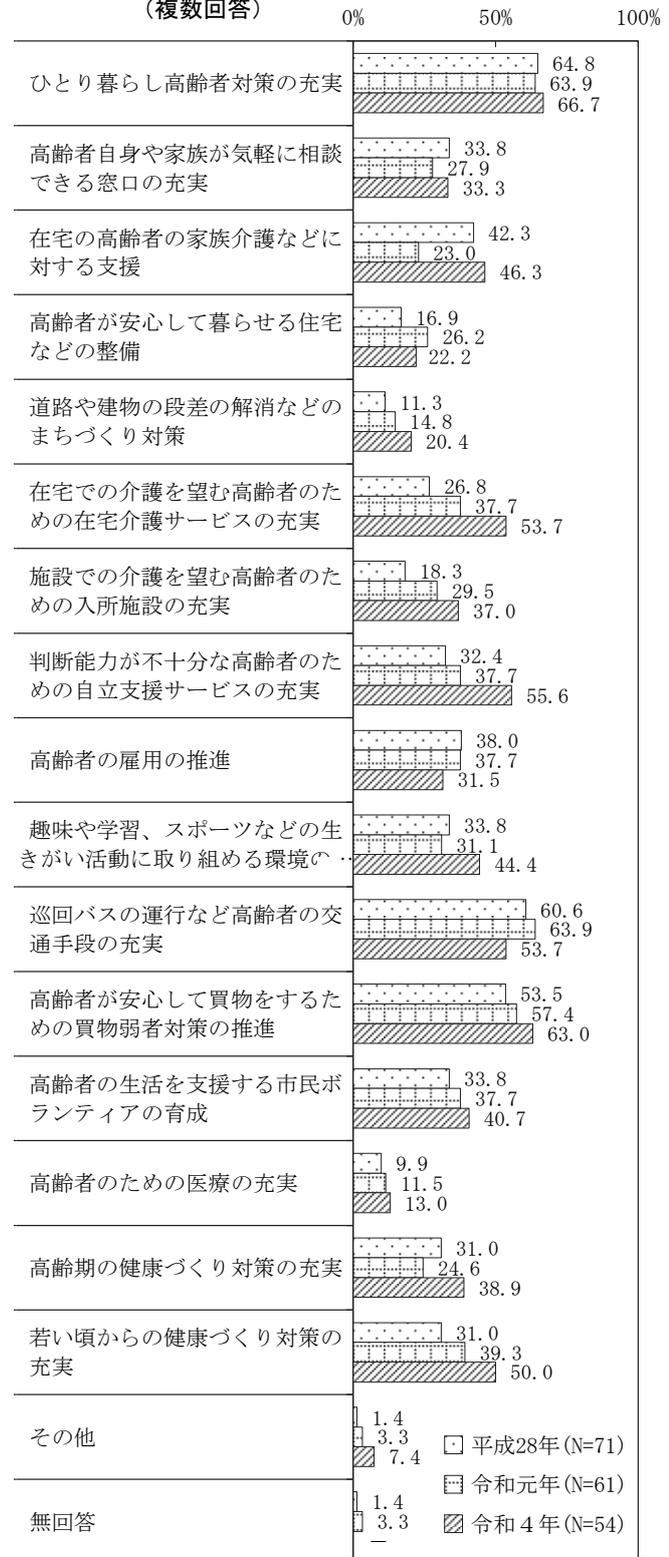
10 重点をおくべき施策

高齢化社会に対して、今後重点をおくべき施策としては、「ひとり暮らし高齢者対策の充実」が66.7%と最も高く、次いで「高齢者が安心して買物をするための買物弱者対策の推進」(63.0%)となっています。「判断能力が不十分な高齢者のための自立支援サービスの充実」「巡回バスの運行など高齢者の交通手段の充実」「在宅での介護を望む高齢者のための在宅介護サービスの充実」「若い頃からの健康づくり対策の充実」も50%以上です。

これまでの調査との比較から、調査のたびに割合が上昇している項目が多く、平成28年以降で今回が最も高い割合となっているのが16項目中12項目あります。また、令和元年の調査に比べて15ポイント以上高くなったのは「在宅の高齢者の家族介護などに対する支援」「在宅での介護を望む高齢者のための在宅介護サービスの充実」「判断能力が不十分な高齢者のための自立支援サービスの充実」です(図表3-43)。

「その他」として、「地域の力を高める。強化する」「増加するであろう限界集落への対応」「高齢者を支える家族の就労や収入増を図る」「経済的支援」が記載されていました。

図表3-43 高齢化社会に対して、何に重点をおくべきか
(複数回答)



11 意見・要望

- 事業所のケアマネが不足し、新規を受けたくても受入れできません。募集しても応募がなく、ギリギリの人数でやっていますが、担当している利用者の家族や以前担当していた人など、どうしても断れない依頼があると、キャパシティ以上の働きをして頑張っている現状です。地域包括支援センターもケアマネ探しに苦労されているようですし、どうにか地域でケアマネさんを増やせるよう取り組みませんか。
- 在宅サービスだけでは独居者高齢者のみの世帯が生活を続けていくことは困難なので、地域の方の見守りや支援があると良い。地域によってバラつきがあるので、まだ開発されていないところには地域包括支援センターが関わって行ってください。介護保険では担えないところに市独自のサービスがあるとありがたい。
- ケアマネジャーなら何でもしてくれると、かなり期待されています。やりがいもあるが（うまくサービス調整などできて、喜んでいただけると、とてもうれしく思う）、反面、自分のいない時にばかり事件が起こり、タイムリーにケアマネジャーとして対応できないこともあり、休みでも出勤して対応するべきか悩みます。
- 地域包括支援センターの支援員が変わる時の申し送りが、記録上だけなのか、細かい部分のデリケートな問題なども含め、毎回、アドバイスの方向性が違ったり、介入の方法によっては利用者さんが混乱し、本来のケアマネの役割の人を通りこした発言をしたり、事業所内のケアマネの上司に連絡したりと、ケアマネを辞めたいと思うようなことをされる方がおられます。その方を指導する方はどういう方になるのでしょうか。利用者ではなく、その方との関わり方にしんどさを感じています。
- 在宅サービスから施設サービスに変わる際に、介護支援専門員同士のつながりが薄く、直接会って話ができるようなつながりがほしい。
- 特に認知症の場合は、ご本人の状況・状態によってはグループホーム入所が困難な事例があります。在宅支援の中で、在宅か施設入所か本人にとって何が良いのか見極める力をもってほしいと思います。
- 地域包括支援センターや市に相談や意見を言うことをためらうケアマネジャーの相談を受けることがあります。そうすることにより事業所の評価をされる、ケースの依頼がなくなるかもしれないので言いにくい、相談しても一緒に考えて行動を共にしてもらえないなどでした。介護支援専門員に求められることも多く、バーンアウト離職も多く、介護支援専門員が少なくなっていないのでしょうか。必要であった配食サービスの配達時間が早すぎる等、利用者から苦情があり配食をやめた方もあります。その他家族さんからも、ケアマネさんがなかなか

いないと聞いていると言われました。山東・伊吹地域と米原・近江地域のサービス提供体制のバランスも心配なところで、また、費用負担を気にしてサービスや配食弁当の利用も控えるケースもありました。

- 施設に従事する職員が高齢化してきています。民間の小さな施設では福利厚生の充実や給与面でも大きく期待できず、若い人を呼び込む術がないのが現状です。経営や運営に工夫はされていますが、介護報酬には限界があり十分とはいえません。今は大丈夫ですが今後は厳しいです。公務員のように一定の給与基準を設けて、一律の給与体制を敷き、そこからプラスマイナスは事業所で決められるようなこと等大改革をしないと、介護の現場はいつも悲鳴をあげていることになります。介護する人材がいなくなります。
- 介護か予防かわからないケースの場合、包括に相談して介護でケアプランを作成していますが、結果が予防の場合、書式が違うためやり直さなければならずとても時間を要します。ケアプランだけでも同じ書式にしていただければありがたいです。