

【居宅介護支援事業所実態調査の概要】

資料 2 - 2

1. 調査目的 第8期川越市介護保険事業計画策定にあたり、居宅介護支援事業所の実態を把握するとともに、ケアマネジャーの視点による川越市内の介護サービスの現状を把握し、地域に不足する介護サービス等を検討するため。
2. 調査対象 川越市内の指定居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)
95事業所
3. 調査期間 令和元年12月28日～令和2年1月末
4. 調査方法 電子メールにて各居宅介護支援事業所へ Excel ファイルの調査票を送付
5. 回答数 70事業所 (回答率73.7%)

居宅介護支援事業所実態調査

問1 貴事業所に所属するケアマネジャーの正規職員及び非正規職員の現在の各年齢ごとの人数と合計の人数を、それぞれ記入してください。(令和元年9月30日現在)

| | 正規職員 | 非正規職員 | 全職員 |
|---------|------|-------|-----|
| 65才以上 | 9 | 4 | 13 |
| 60才～64才 | 23 | 4 | 27 |
| 50才～59才 | 62 | 2 | 64 |
| 40才～49才 | 50 | 4 | 54 |
| 30才～39才 | 13 | 5 | 18 |
| 29才以下 | 0 | 0 | 0 |
| 合計 | 157 | 19 | 176 |

※正規職員・非正規職員とは

正規職員→雇用している労働者で、労働時間に関係なく雇用期間の定めのない者

非正規職員→正規職員以外の労働者

問2 新採用職員の賃金について定めがある場合、介護支援専門員の経験が無い職員の所定内賃金を記入してください。

※賃金額は、1ヶ月あたりの決まって支給する税込み額です。(交通費・役職手当等毎月決まって支給される金額を含む)

※介護支援専門員の経験が無い新規採用職員の所定内賃金に年齢等で段階がある場合は、最も低い額を記入してください。

| 職種 | 新採用の平均賃金 | |
|---------|-----------|------|
| 介護支援専門員 | 217,958 円 | n=41 |

問3 事業所管理者の、令和元年9月分の所定内賃金を記入してください。また、賞与の有無を○×で記入してください。

※賃金額は、1ヶ月あたりの決まって支給する税込み額です。(交通費・役職手当等毎月決まって支給される金額を含む)

| 職種 | 9月平均賃金 | 賞与有 | |
|--------|-----------|-------|------|
| 事業所管理者 | 272,084 円 | 64.4% | n=59 |

問4 1年間（平成30年10月1日～令和元年9月30日まで）の実募集人数及び採用人数を記入してください。

※実募集人数とは、1年間の間に採用を予定して募集した実人数です。

（特定の1人の離職による1人分の欠員補充を複数回募集しても、募集人数1人で数えます）

| | | |
|-------|----|---|
| 実募集人数 | 44 | 人 |
| 採用人数 | 34 | 人 |

問5 1年間（平成30年10月1日～令和元年9月30日まで）の離職者の人数を記入してください。

※「離職者」とは、調査対象期間中に事業所を退職したり、解雇された者をいい、他法人への出向者・出向復帰者を含み、同一法人内での転出入者を除く。

| | | |
|--------|----|---|
| 離職者の人数 | 20 | 人 |
|--------|----|---|

居宅介護支援事業所実態調査

問6 離職理由について、多いものを3つ選んで番号を記入してください。

| | |
|----------------------------------|---|
| ① より賃金の高い職場で働きたいため | 3 |
| ② より時間外勤務が少ない職場で働きたいため | 0 |
| ③ より自分に合った勤務時間や勤務シフトで働きたいため | 1 |
| ④ 事業所の経営方針や理念が自分と合っている職場で働きたいため | 3 |
| ⑤ 職場の人間関係をリセットしたいため | 0 |
| ⑥ より権限と責任のある立場にステップアップするため | 0 |
| ⑦ 異なるサービスの事業所で経験を積みたいため | 0 |
| ⑧ 介護業界以外の職場で働きたいため | 1 |
| ⑨ 親の介護や出産・育児など、仕事以外のことに時間をかけたいため | 4 |
| ⑩ 体調を崩したため | 6 |
| ⑪ 高齢のため | 9 |
| ⑫ その他 ※ | 2 |

n=30

※ ⑫その他の具体例がありましたら記入してください。

・ケアマネとしての業務を単独で任せられるとは考えられなかったため、試用期間中に話し合いをして、結果として退職となった。
 ・精神的な負担感の大きさ(重さ)。

問7 貴事業所の管理者は、主任介護支援専門員の資格を有していますか。(1つに○)

| | | |
|-------------|----|-------------|
| ① 資格を有している | 45 | ⇒問9へ進んでください |
| ② 資格を有していない | 18 | n=63 |

問8 問7で「②資格を有していない」とお答えの事業所におうかがいします。
 管理者については、主任介護支援専門員の資格が必要(経過措置あり)とされましたが、
 どのように対応しますか。(1つに○)

| | |
|------------------------------------|----|
| ① 現在の管理者が資格を取得する予定 | 13 |
| ② 資格がある職員を採用して管理者を変更する(法人間の配置転換含む) | 1 |
| ③ 事業の統合・廃止を検討している | 2 |
| ④ その他 ※ | 2 |

n=18

※ ④その他の具体例がありましたら記入してください。

・主任の有効期限が切れた為、現在、新たに主任研修受講中。
 ・経過措置終了後、現在の管理者が主任介護支援専門員取得できない間は休業等検討予定。

居宅介護支援事業所実態調査

問9 ケアマネジャーの業務の質の向上を図るための取り組みの中で、特に効果があったものはなんですか。
(該当するものに全て○)

| | |
|------------------------------------|----|
| ① 介護保険制度に関する情報収集・研修 | 46 |
| ② 介護保険以外の保健・福祉事業に関する情報収集・研修 | 35 |
| ③ ケアマネジメント技術に関する情報収集・研修 | 42 |
| ④ サービス提供事業所に関する情報収集 | 24 |
| ⑤ 事業所内での情報共有促進(定例会議等) | 28 |
| ⑥ ケースカンファレンスなどを通じたケースごとの検討・助言体制づくり | 35 |
| ⑦ (自立支援型)地域ケア会議への参加 | 21 |
| ⑧ コミュニティケアネットワークかわごえ開催の研修への参加 | 16 |
| ⑨ 地域包括支援センターや市との連携強化 | 30 |
| ⑩ その他 ※ | 4 |

n=281

※ ⑩その他の具体例がありましたら記入してください。

・職能団体等における研究大会での演題発表や参加。
 ・他事業所との共同の勉強会や研修会への参加(地域包括支援センター主催)。
 ・一人ケアマネですが、多事業種の方との交流を定期的に設けております。(1回/2ヶ月)

問10 本市が作成した「ケアマネジメント実施の要点」※(平成30年8月14日付電子メールにて各事業所に送付。ケア倶楽部にも掲載しています。)は事業所内で周知されていますか。
(1つに○)

| | | | | |
|-----------|----|------------|----|------|
| ① 周知されている | 51 | ② 周知されていない | 11 | n=62 |
|-----------|----|------------|----|------|

問11 問10で「① 周知されている」とお答えの事業所におたずねします。
「ケアマネジメント実施の要点」を業務に活用していますか。(1つに○)

| | | | | |
|----------|----|-----------|----|------|
| ① 活用している | 40 | ② 活用していない | 15 | n=55 |
|----------|----|-----------|----|------|

問12 問10で「① 周知されている」とお答えの事業所におたずねします。
「ケアマネジメント実施の要点」について、ご意見ご要望がありましたらご記入ください。

・ケアプラン調整会議時に参考にしたり、勉強会の時に活用しています。
 ・改めて居宅サービス計画書の記載方法について確認できました。
 ・分かりやすくして良いです。
 ・研修会等に参加するときに読み返していますが、ポイントがはっきりしていて分かりやすいと思います。
 ・川越市内のケアマネジャーたちがどのような傾向にあるのか、その実態を最新情報として、更新していただきたいです。
 ・アセスメントに関して使用する資料を川越市で指定、作成して頂けるとありがたいと思います。
 ケアプラン指導、地域ケア会議等でも指導が減るのでは？
 ・重要であるからこそ残しているとは思いますが、同一の内容が多いようにも感じます。
 ・内容が若干毎年同じ内容になっている感もあります。
 ・活用しているとは言え、たまに見直す程度の活用である。
 ・あることは知っているし、研修でも使っているのですが、内容のすべてを網羅しているわけではないので、使いこなせているのかどうかは疑問です。

※「ケアマネジメント実施の要点」とは、ケアマネジメント実施の際の国の基準や本市のケアプラン点検から明らかになった傾向・課題をまとめたもので自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントを実施するための手引きです。

居宅介護支援事業所実態調査

問13 貴事業所の事業実施地域(川越市内)で、介護サービス事業所数もしくは定員など、量的に不足していると感じるサービス、また、ケアプランに組み入れにくいサービスはありますか。下記のサービスからそれぞれ3つずつ選んで番号を記入してください。

- (1) 量的に不足しているサービス
- (2) ケアプランに組み入れにくいサービス(⑰～⑳は除く)
- (3) (2)でケアプランに組み入れにくい理由は何ですか？

| | (1) | (2) | (3)組み入れにくい理由 | | | | |
|--------------------------|-----|-----|--------------|---------------|--------------------|--------------------------|------------|
| | | | 量的に不足している | ケアプランに組み入れにくい | 事業所が空かない(定員に空きがない) | 事業所は空きがある程度あるが(定員に空きがない) | 内容がよくわからない |
| 1. 訪問介護 | 11 | 6 | 2 | 3 | | | 1 |
| 2. 訪問入浴介護 | 5 | 1 | 1 | | | | |
| 3. 訪問看護 | 1 | 1 | | | | | 1 |
| 4. 訪問リハビリテーション | 3 | 9 | 3 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| 5. 通所介護 | 1 | 0 | | | | | |
| 6. 通所リハビリテーション | 12 | 4 | 3 | 1 | | | |
| 7. 短期入所生活介護 | 4 | 2 | | | 1 | | 1 |
| 8. 短期入所療養介護 | 5 | 10 | 8 | | 1 | | 1 |
| 9. 居宅療養管理指導 | 1 | 7 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| 10. 特定施設入居者生活介護 | 0 | 2 | | | 1 | | 1 |
| 11. 福祉用具貸与 | 1 | 0 | | | | | |
| 12. 特定福祉用具販売 | 1 | 1 | | | | | 1 |
| 13. 住宅改修 | 0 | 1 | | | | | 1 |
| 14. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 23 | 29 | 15 | 3 | 1 | 5 | 4 |
| 15. 認知症対応型通所介護 | 14 | 3 | 1 | 1 | 1 | | |
| 16. 地域密着型通所介護 | 2 | 1 | 1 | | | | |
| 17. 小規模多機能型居宅介護 | 11 | - | | | | | |
| 18. 看護小規模多機能型居宅介護 | 14 | - | | | | | |
| 19. 認知症対応型共同生活介護 | 1 | - | | | | | |
| 20. 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 0 | - | | | | | |
| 21. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 2 | - | | | | | |
| 22. 介護老人福祉施設 | 1 | - | | | | | |
| 23. 介護老人保健施設 | 3 | - | | | | | |
| 24. 介護医療院・介護療養型医療施設 | 5 | - | | | | | |
| 25. 通所型サービス(総合事業) | 2 | 0 | | | | | |
| 26. 訪問型サービス(総合事業) | 4 | 0 | | | | | |
| 27. 特にない | 7 | 16 | | | | | |

n=134 n=93 n=35 n=11 n=7 n=7 n=16

居宅介護支援事業所実態調査

※ ⑤その他の具体例がありましたら記入してください。

- ・支援者数が少なく定員量共不足で困ることは少ない。
- ・訪問介護については、利用者様のニーズも多様化しやすい傾向にあり、他サービスよりも利用者の自立支援という観点でのサービス提供が難しい印象がございます。
- ・夜間に対応してくれる事業所がない。定期巡回はほぼ皆無。夜間帯の介護が必要になった場合、自宅生活は困難になるので、施設入所になってしまう。
- ・訪問リハビリは事業所付属のクリニックの診察が必要となるため、訪問看護STに依頼することが多い。短期入所療養は契約時に診断書が必要。
- ・医療系サービス(通所リハビリ、短期入所療養介護、訪問看護、訪問リハビリ等)を検討した際に、主治医からの指示書が作成してもらえないことがある。
- ・7:BPSD対応の能力が高くない。夜勤の職員不足で対応困難といわれる。そうするとケアマネも不安なので、利用決定できない。(事故やケガ)。小規模多機能や看護小規模多機能は、宿泊時の費用が高額なので利用しにくい。
- ・14:要介護5の認定者でも、独居の場合は介護サービスのみでは生活できない。限度額オーバーする。
- ・市の境界付近で生活されている方は、利用目的を考えると16は限定される。
- ・問題行動のある方は、7・8は利用しにくい。
- ・量的不足もあるかもしれないが、要介護の方や家族がサービスを受容できるかでも左右される(本人や家族の希望するニーズとマッチしない等)。
- ・定額制の費用であり、家族の金銭的負担感を覆せない事が多いです。
- ・金銭面やサービスの提供時間とケアの必要な時間帯や内容が合致せず見送った。
- ・介護と看護が一体事業所でなければ使いづらい。元々利用していた訪問看護事業所が主治医と関連のある事業所であったり、利用者(家族)と訪問看護との付き合いが長く、お互いの信頼関係が深い場合、定期巡回の訪問介護のみを利用したいが、定期巡回の事業所と単独の訪問看護が連携すると訪問看護の報酬がかなり低くなってしまい、利用できない。
- ・金銭面での折り合いが付きにくい。
- ・医療との連携が難しいです。
- ・対象者がいないため利用したことが無いから。
- ・要望とサービス提供の条件(時間・曜日等)が合わない。
- ・施設の判定会議があるため。
- ・通所リハビリを利用する場合は、原則的に訪問リハビリは利用できない。また、そういった場合は訪問看護のリハビリを提案する事が多い。
- ・そのサービスを提供している医療機関に受診していないと、導入がしにくい印象がある。

問14 定期巡回・随時対応型訪問介護看護について、ケアプランへの組み入れを検討したことはありますか。(1つに○)

| | |
|----------------------------------|----|
| ① 検討したことがあり、その際にケアプランへ組み込んだことがある | 15 |
| ② 検討したことがあるが、ケアプランへ組み込んだことがない | 29 |
| ③ 検討したことがない | 20 |

n=64

居宅介護支援事業所実態調査

※②、③の場合、その主な理由を記入してください。

- ・定員に空きがなかったため。
- ・必要性がなくなった為。
- ・訪問場所が遠いと言われたこともあるし、空きがないと言われたこともあります。
- ・検討してみたとしても、まず事業所がない。あっても、訪問範囲が狭く、対応してもらえない。必要性、需要はあると思うが、人材不足もあるのか、なかなか広まらないのが残念。
- ・単位の調整が困難で家族からの同意が得られず。
- ・ケアプランに組み込んでいますが、訪問看護との一体型の場合、看護師の頻度を週1回程度とされるため、医療度の高い利用者の場合、必要な処置が組み込めないことがある。定期巡回と通所介護を週3回併用すると毎月単位数オーバーしてしまう。
- ・検討以前に、24時間の常時のケアが必要になり、具体的な計画にいたらず、入所の提案になる。
- ・サービス事業所が少ない。使い勝手がよくわからない。検討して担当者会議まで行ったが、単位数がオーバーする為、利用に至らなかった。
- ・そこまでのサービスが必要ある利用者を、現在のところ、担当していない。
- ・ご家族の躊躇のため。
- ・訪問回数が限られると事業所から説明を受け、希望に沿わなかった。
- ・認知症の独居の方の支援で検討しましたが、事業所から提示された訪問回数では賄えないと判断してあきらめました。
- ・結局不要だった。
- ・他サービスと調整ができなかったため。
- ・訪問時間を常に短時間に設定するように入れ、食介など入る際は別の事業所に頼んでほしいと言われた為、意味がないと感じた。
- ・利用希望、必要性があり調整したが、サービス提供してくれる事業所がなく、ケアプランに組み込めなかった。
- ・サービス提供事業所が少ないため。
- ・事業所の活動範囲が狭い。
- ・点数を大幅に持って行かれる。
- ・意外と使い勝手が悪い。
- ・金銭面やサービスの提供時間とケアの必要な時間帯や内容が合致せず見送った。
- ・訪問介護、訪問看護は別の事業所を利用している場合、サービスの利用が増えるときにすべてを定期巡回随時対応型に変更するにはすべて事業所を変更しなければならないため、利用者との信頼関係を再度構築しなおさなければならない。
- ・介護と看護が一体事業所でなければ使いづらい。元々利用していた訪問看護事業所が主治医と関連のある事業所であったり、利用者(家族)と訪問看護との付き合いが長く、お互いの信頼関係が深い場合、定期巡回の訪問介護のみを利用したいが、定期巡回の事業所と単独の訪問看護が連携すると訪問看護の報酬がかなり低くなってしまい、利用できない。
- ・事業所側での早急の対応が困難で利用できなかった。
- ・対応できる事業所が殆どない。

問15 小規模多機能型居宅介護へのサービス変更を検討したことはありますか。
(1つに○)

| | |
|---------------------------|----|
| ① 検討したことがあり、その際に変更したことがある | 26 |
| ② 検討したことがあるが、変更したことがない | 20 |
| ③ 検討したことがない | 17 |

n=63

居宅介護支援事業所実態調査

※②、③の場合、その主な理由を記入してください。

- ・利用料の負担が大きくなってしまうこと。
- ・偏見かもしれないが、利用者の抱え込みのようなイメージがある。実際、自宅にはどのくらい帰っているのか、訪問介護もあるというがショート扱いで殆ど自宅には戻らないのではないか等、疑問があり実態がわからず、勧められない。また、必要だと思われる利用者も、その後どうなったのかわからないので、不安がある。施設入所と変わらないイメージ。変わらないなら施設入所を勧める。
- ・デイサービスに馴染むか？等、お試しが出来ない。
- ・利用している事業所(通所、訪問)変更に関心がなかったため。
- ・特別の必要を感じていない。
- ・本人と家族が希望しなかったため。
- ・金銭面的に難しかったため。
- ・ケアマネが変わると伝えたら断られた。
- ・空きや地域の問題。
- ・空きがなかったため、結局施設入所となった。
- ・担当介護支援専門員が変更になってしまうため。
- ・利用者様家族が利用中のサービスからの変更を希望されなかった為。
- ・空きまちの状態が待てずに他の体制施設に入所した。
- ・自費が出る為、小規模多機能型居宅介護を勧めたが、ご家族が自費が出ても在宅を希望された。
- ・問い合わせしたところ、空き枠が無かったため。
- ・小規模多機能型居宅介護に切り替えした場合のメリットが、利用者にとって感じにくいかと。他の事業所が利用できないとか、利用料金の問題とか。また、ケアマネとしても、どこまで希望通りのケアを提供していただけるのか不安。

問16 看護小規模多機能型居宅介護へのサービス変更を検討したことはありますか。
(1つに○)

| | |
|---------------------------|----|
| ① 検討したことがあり、その際に変更したことがある | 8 |
| ② 検討したことがあるが、変更したことがない | 18 |
| ③ 検討したことがない | 38 |

n=64

※②、③の場合、その主な理由を記入してください。

- ・同じく費用の面で難しかった。
- ・ニーズがない。
- ・看護小規模多機能が定員の関係で、受け入れできなかったため。
- ・どのようなサービスなのかあまりよくわからない。
- ・料金負担が大きく、事業所もひとつのみしかなく、また、CMが変更することになり、提案しづらい。
- ・サービス事業所が少なく、人員体制やフットワークに不安がある。
- ・本人と家族が希望しなかったため。
- ・金銭面的に難しかったため。
- ・家族の理解が得られない。費用が高すぎる。
- ・事業所の数が少ないため。
- ・空きがなかったため、結局施設入所となった。
- ・看護小規模の利用が必要な利用者がいなかった。訪問看護や訪問介護などを組み合わせで利用し、生活支障が発生しなかった。
- ・担当介護支援専門員が変更になってしまうため。
- ・圏域からはやや遠方であったため。
- ・利用者様家族が利用中のサービスからの変更を希望されなかった為。
- ・近隣に事業所がない。
- ・看護小規模多機能型居宅介護に切り替えした場合のメリットが、利用者にとって感じにくいかと。他の事業所が利用できないとか、利用料金の問題とか。また、ケアマネとしても、どこまで希望通りのケアを提供していただけるのか不安。

居宅介護支援事業所実態調査

問17 予防給付のマネジメント等の委託を受けていますか。(一つに○)

| | | | | |
|-------------|----|------------|----|------|
| ① 委託を受けていない | 11 | ② 委託を受けている | 53 | n=64 |
|-------------|----|------------|----|------|

問18 令和元年9月30日時点で居宅介護支援費(Ⅱ)、(Ⅲ)の算定をしていますか。(一つに○)

| | | | | |
|-----------|----|----------|----|--------------|
| ① 算定していない | 46 | ② 算定している | 17 | →問20へ進んでください |
|-----------|----|----------|----|--------------|

n=63

問19 問17で”委託を受けていない”、同時に問18で”算定していない”と回答した事業所に伺います。予防給付のマネジメント等の委託を受けることができない要因がある場合、最も近い回答は次のどれですか。(一つに○)

| | |
|-------------------------------------|---|
| ① 居宅介護支援の業務が過多である | 8 |
| ② 予防給付のケアマネジメント費の委託料が少ない | 4 |
| ③ 当該事業所では1人当たりが受持つケアプランの件数を独自に定めている | 1 |
| ④ その他 ※ | 3 |

n=16

※ ④その他の具体例がありましたら記入してください。

- ・委託料が少ないから、と言う理由でしょうが、ケアマネがたくさんいる事業所や、大手事業所などが委託をまったく受けないのはどうかと思う。要介護から要支援になった途端、包括に戻したり、他の事業所に振ってきたりしている。
- ・特定事業所加算Ⅰを算定しているため。
- ・自主点検項目10-34を遵守するため。

居宅介護支援事業所実態調査

問20 予防ケアマネジメント等の委託について日頃より感じること(意見等)があれば記入してください。

- ・ケアプランの包括の意見の確認など要介護者よりも手間が多く書類のやり取りなど時間を要する。
- ・サービスの必要性のない方などは相談の時点で保留にしてほしい。
- ・要介護の方と同じようにケアプランの一連の流れを経ているのに委託料が安価であること。委託料が少なく、サービス変更の際に逐一包括をからめなくてはいけないので、正直割に合わないと感じてしまう。
- ・要支援でも要介護1と業務的に変わらない仕事量。本人からの要望もあり毎月の訪問になるうえ、本人の希望に介護サービスが合わない事が多く、介護保険外の資源を探したり、地域の方たちに協力してもらったりする。また、出来ない時に、家族、本人を説得するにも時間がかかる。要介護者と対応は変わらないのに、委託料は半分もなく、また、人数が規定を超えると、新規の要介護者の介護報酬が減る、から受けたがらないのではないのでしょうか。
- ・予防も介護も対象者に対しての関わり(手間)は変わらない。
- ・ケアプランの作成や給付管理等、包括を通さなければならず手間と感じる。
- ・予防給付のケアマネジメント委託料が低い。
- ・手間がかかる割に、報酬が極端に少なく、採算が合わない。
- ・委託料が安い割に書類作成や更新認定の過程が要介護者と一緒である。しっかりしている利用者が多く、相談業務や電話などの対応が要介護の利用者より時間がかかる場合がある。
- ・委託事業者と受託事業者間の、高齢者必要書類のやり取りが多すぎる。
- ・予防ケアマネジメントの委託を全く受けない事業所があるため、委託先に偏りがあり「公正中立」ではない。
- ・介護予防のケアプランの作成に関しての勉強会があれば助かります。
- ・決定した介護度の限度枠では、生活状況に合わない対象者もいる。特に要支援の認定者で思う事が多い。地域の人材の活用といっても、実際の介護になると依頼できない。単なる声掛けだけではなく、実支援・実介護が必要な軽度者はどうやって支えればよいのか悩む事がある。
- ・要介護認定者に比べケアマネジメント料が低価で、事業所の運営上、多く件数を受ける事が難しい。
- ・要支援者の支援は、例えば、1回の訪問時間(拘束時間)が長いなど、要介護者よりも手間がかかることが多いこともあるが、その割に報酬が低く、時給換算で1,000円にも満たなくなる。委託は、もちつもたれつなので、可能な範囲で受けている。
- ・予防の利用者の方が何かと要求が多く面倒なケースが多いが、委託料が安いので事業所の運営を考えると受けられない。
- ・委託料が少ない。
- ・委託料が少ない割に、ケースによっては対応する時間が多く負担が大きい。
- ・介護予防の視点がより、介護の利用者より意識される。CMIにとっては、委託を受ける事で自身の気づきにつながることも多いと思います。卒業先の選定が難しく、継続を繰り返す利用者が多いことも事実です。
- ・予防の方程、訪問を待つて下さる方がいるので、毎月の訪問になり、業務内容も介護の方とほとんど変わらないので、委託料が少ないと感じる事がある。
- ・居宅が委託を受ける事で、利用者にとっては連続性を得られる。包括でも専門的に対応できる事もあり、積極的な受け入れは行っていない。
- ・要介護者のケアプラン対応に支障をきたさない範囲での受託になるので、その都度変化があり受け入れを検討するのが面倒。
- ・認知症のある要支援の方は目標設定と実施が予防の枠組みでは難しいと感じる事があります。
- ・委託料が少ない割に介護と同じぐらい負担はかかる。
- ・介護報酬が低いわりには、大変そうである。要介護から要支援になった場合、3か月に一度の訪問になることへの理解を得るのが難しく、結局毎月訪問し支援の内容は変わらないと聞いたことがある。
- ・委託料が少ないと感じる。二人で一人の換算はおかしい。担当人数が増えればケアマネの負担は増えてしまう事を考えてほしい。
- ・手続きに大変な手間がかかります。地域包括支援センターを通す手間は大きいです。(日程・連絡調整や帳票類の送付、また終了時の書類の返還等。)
- ・例えば夫を要介護で担当している場合は、妻が要支援になった場合は、委託での依頼の相談がほしい。
- ・月遅れの申請者が多い。
- ・一人ケアマネですので、余り多くの人数を担当する事ができません。万が一要支援→要介護になった場合、現在、担当している要介護利用者人数によっては、担当できなくなる可能性があり、常にその人数を確認しておく必要があります。

居宅介護支援事業所実態調査

- ・居宅介護支援事業所から直接国保連請求ができないので、不具合が生じたときにやりとりが面倒。できれば居宅から請求できるようにしてもらいたい。認定調査の時の資料提供も、できれば直接居宅のケアマネジャーが取り寄せられるようにしてもらいたい。委託を受けるのは良いが、その間に発する面倒なやりとりを少しでも減らしてほしい。
- ・正直、積極的に委託を受けていくには、報酬が安すぎます。自分が担当している利用者が対象になれば、委託で受ける方向性で考えますが、支援の手間はそれほど変わらないので、当事業所のようにケアマネの人数が少なく、いただける報酬も低いとなると、新規の委託依頼は受けにくいです。

居宅介護支援事業所実態調査

問21 高齢者の在宅医療に関して、ご意見があれば記入してください。

- ・緊急時の対応が可能になるよう、人員を増やしてほしい。
- ・家族様の支援も兼ねたプランを立てておりますが、インフォーマルサービスをもう少し上手に利用したい。
- ・受診拒否の認知症の方への往診体制があればいいと思います。
- ・訪問看護による24時間緊急対応は、ご家族にとっても心強とおっしゃっていました。頼りになる制度です。
- ・訪問診療がさらに充実していけるといいと思います。
- ・高齢者は通院が大変なので、訪問診療等が増えてきているが、料金は高い。月に1回でいいけど、2回来たりするので低所得の利用者は大変。病院からくる医師は利用者の顔を見て「変わらないね。」と言って1分で帰ったりする。新しい訪問診療の医師は話しやすく、相談にも親身になってくれる方が多い。
- ・訪問診療をしている医療機関が少ない。病状によっては受けて頂けないこともあり、医師を探すのに苦慮することがある。ガン末期の方の要介護度が軽く出ることが多く、必要なサービスを導入できない。
- ・訪問診療を積極的に行ってくれる医師が少なく、まだまだ、連携がとりにくい。
- ・通院が困難な方の往診を頼める専門医が少ない。一般的な内科になってしまう。
- ・高齢者個人にも、ご自分の医療情報を伝え、相談をしていく。
- ・訪問看護により、緊急時でも、医師との連携がとりやすく、本人だけでなくケアマネとしても安心できます。
- ・訪問医療の先生には、本当に感謝です。もっと増やしてほしいと思います。
- ・訪問の診療・薬剤師が連携して下さるので助かっている。訪問を専門的に実施するclinicが増える事も、必要に迫られていると思うので、活用できるとありがたい。ただ、後方支援の病院との連携が不安な場合がある。
- ・往診してもらえる医師の情報を知りたい。また、精神や認知症の方もみてもらえる往診医の情報を教えてもらいたい。
- ・受診が難しい利用者に、在宅療養支援診療所の看板を掲げている医師に依頼をして医療面のサポートしてもらっているが、あとから、うちは居宅療養管理指導でやりますと言われた。医療保険でのサポートを依頼したくてつないだのに、残念だった。今のところ、それが関連事業所の業務にマイナスの影響はない。
- ・しっかり迅速に対応してくれる先生とそうでない先生との差が激しい。
- ・訪問診療を行う医療機関が増えているので、特色を踏まえて依頼できるようになってきた。利用者の健康状態を維持するためにはとても良いことだと思う。
- ・訪問看護の事業所が多く出来てきているので心強い。以前より、訪問診療についても利用者の選択肢は広がっていると思います。
- ・訪問診療の案内等があると、ご家族も理解しやすく、利用しやすくなると思う。
- ・一人での通院が困難な方の場合、家族が対応困難なことがあり、受診が遠のいてしまったり、金銭的な負担が高く困っておられる方が多くいらっしゃいます。通院の利便が向上するような交通手段(コミュニティバス等)やボランティア、通院しやすい位置の医療拠点等が整備されると良いと思います。透析通院の場合、送迎サービスに限りがあり、時間帯も重なるので手配が難しい状況です。また歩行不安定な方や認知症がある方の場合、院内の介助を病院から依頼されることがあり、その対応が介護保険では難しく、病院での整備もしくは何らかの支援の仕組みが必要と思われます。
- ・料金が分かりにくい。
- ・高齢夫婦世帯で、介護度が高く医療の依存度が高い場合は、在宅が難しいと感じる。
- ・救急搬送について課題が多いと考えます。救急車に同乗するのは誰なのか。必ず必要なのか。深夜帯に「CMさんが来れるなら病院探しがスムーズになる」と救急隊員さんから電話がありました。そう言われればお受けするしかありません。ショートステイ先での救急搬送も同じです。
- ・在宅医療の需要は増えてきていますが、通院先の個人病院で紹介しない所が多い。
- ・医療過疎状態と思う。また他の市町村等比べて高齢者医療の遅れがとても不安を感じる。
- ・少しずつ、訪問診療を利用する高齢者が増えてきていると思います。市内での訪問診療医が少ないと思います。先生たちも大変で、2日/月訪問するのが厳しい状況になってきているのではないのでしょうか。これから増えていって頂ければ安心します。
- ・在宅医療については、以前と比べれば身近に感じられるようになってきている。もっと発達・普及を願うばかり。しかし、これからさらに増加していく老々介護の現状を考えると、通院が不可能(公共機関・タクシー利用も困難、同居者も車等送迎ができない)になった時点で在宅医療に切り替え、といった、少々大げさではあるが、極端なシステム変更がなければなかなか浸透していかないと感じる。
- ・独居や日中独居だと利用しにくい。

居宅介護支援事業所実態調査

問22 医療・介護の連携について、ご意見があれば記入してください。

- ・区分変更など提案が多くあるが、そもそも支援拒否が有ったり不必要な時が多くあるので患者さんに話す前に相談してほしい。
 - ・どうしても先生の都合によりカンファなど日程が決まるので複数日の設定があると有難い。
 - ・退院日をもう少し柔軟にしてもらいたい。在宅での環境が整う前に退院になるケースがある。
 - ・高圧的、一方的な医療関係者とは連携が難しい。
 - ・医療機関によっては、退院時サマリーを預けない。
 - ・病院からの退院など、医療と連携は特に重要だと感じております。
 - ・算定がとれるからか、寝たきりでも必ず自宅に戻してくる。病院の都合で呼び出され、ご家族と一緒にもう少し安定してからでないと無理です、と話しても全く聞き入れてもらえず、座位保持もできない状態でサービス調整もままならないのに、もう治療はないから、と退院させる。病院側は加算とれるし、自宅に戻せばいいと思っているのですが、これが連携ですか。病院→老健は算定とれないので、一回自宅に戻れ、と。戻ってケアマネに施設を探してもらうようにして、利用者、ご家族の負担は考えないのでしょうか。皆、高齢です。
 - ・以前に比べ連携がとりやすくなっていると思う。
 - ・主治医の意見書の開示について、認定後の資料提供(開示請求)の用紙が利用者に送付されることで、タイミングが遅れ、プラン作成の参考にしにくい。
 - ・シンプルな連携システムの、現実的な標準化を示す。
 - ・入退院、特に退院時に、在宅に向けて細かく連携していただける病院が多いと感じています。
 - ・clinicは連携しやすいが、総合病院・医療センターになると、日替わりの医師などが多く、タイムリーに連絡が取れないので、その点では難しいと感じる。
 - ・チームアプローチは分かっているが、各事業所、ケアマネのことを「何でも屋」だと思っている相談員等が増えた。スムーズで友好的なチーム作りのためにも、各職種の役割や業務内容を関わる皆が、理解してほしい。
- 医療連携は、大きな病院では直接医師とつながることは難しい場面もあるため、医療相談員とつながりを持ちたいが、受け入れや理解がない場合がある。
- ・医療機関により、連携がスムーズに行える・行えないの差がある。
 - ・主治医意見書の作成が遅く、認定結果も遅れる場合があり、サービス調整に支障や苦慮することがある。利用者の負担にもなるので、特に大きな医療機関は早めに作成してもらえようをお願いしてもらいたい。
- 以前よりも自宅での療養について相談や助言を快く行ったださる医師が増えている。とても助かる。
- ・顔の見える関係は定説と思います。そういった意味で、医療介護フォーラムは楽しみにしています。
 - ・病院MSWとの連絡が取りやすくなり、包括ケア病棟がある病院も増えてきたので連携が取りやすくなったと感じます。
 - ・今後在宅での看取りが増えていくと思われまますので、情報共有がしやすい仕組みが構築できればと思います。介護保険で対応できる内容等について、周知する機会があればと思います。同様に医療の方からも必要な手続きや在宅に期待すること等お教えいただければと思います。
 - ・主治医の意見書医学的管理の必要性について病院受診しているのに訪問診療が必要だとか記入されていて、ずれていることがある。
 - ・医師は忙しく、介護側からの連携は申し訳なく感じてしまう。看護師さんとの連携も医療用語を使われしてしまうと分からない事もあり困ってしまうが、分からないと言えない状況であり連携が苦手である。
 - ・病院からの退院支援の依頼で出向き、相談のうちに退院せずに施設入所や転院となるケースが多数あります。特に新規ケースの場合、病院での相談機関でももう少し話を詰めていただきたい。遠方の病院に複数回出向いて書類を作成しても私たちは無報酬です。
 - ・介護保険の内容を全く理解していない方が多い。
 - ・地域連携室のスキルアップをしてほしい。研修を積みればもっと連携がうまくいくと思います。
 - ・医師と介護従事者の交流する場が、まだまだ少ないと思います。医師でも熱心な先生もいらっしゃいますが、そうでない方との差がどんどん開いてきていると感じております。
 - ・医療側・介護側双方での連携意識は高まっていると感じる。病院側からも以前と比べるとこちらに電話がかかってくることも多くなっている。こちら情報を得やすくなり、入院後在宅に戻ってくる際にも支援しやすい。
 - ・連携＝加算というだけでは、実効性のあるものにはならないと思います。