

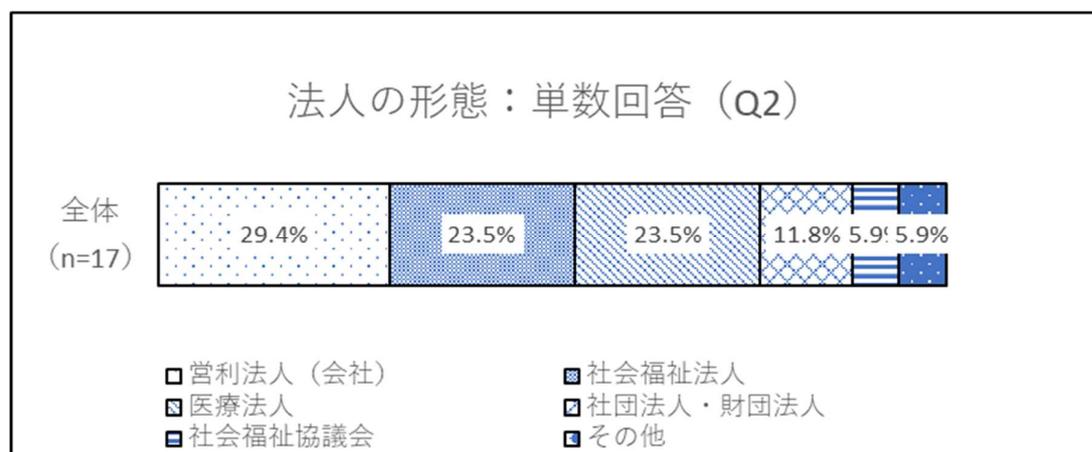
# 居宅介護支援事業所向け アンケート結果について

令和6年5月

## 令和6年度 ケアマネジメントのあり方に関するアンケート結果について

1. 市内居宅介護支援事業所27カ所に対して、居宅介護支援事業者協会総会で配布し、後日回収する方法で調査を実施
2. 調査期間 令和6年4月18日～4月30日
3. 回収率 27カ所に対して、17カ所の回答のため、回収率は63.0%
4. 報告:居宅介護支援事業者協会及び介護保険運営協議会

### Q2 法人形態について

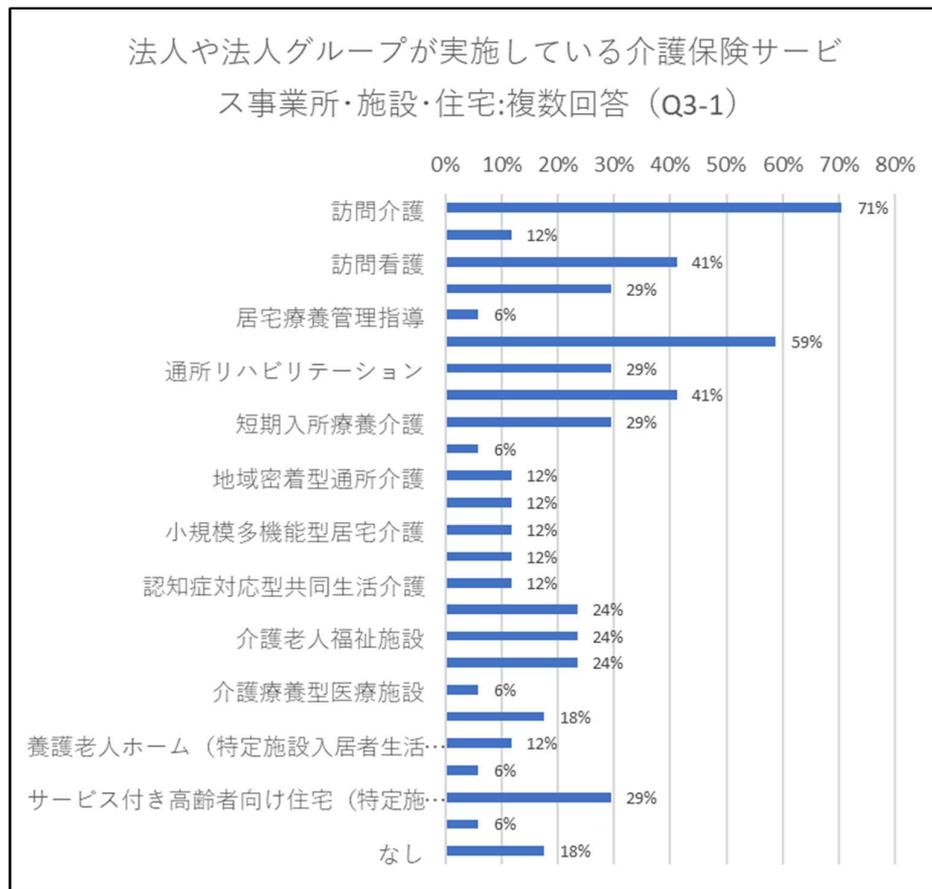


A2: 営利法人5件、社会福祉法人4件、医療法人4件、社団法人・財団法人2件、社協1件、その他1件

### ③ 同一グループ内サービス、併設等の有無について

#### A3 (多い順)

- ・訪問介護12件 71%
- ・通所介護10件 59%
- ・訪問看護7件 41%
- ・短期入所生活介護7件
- ・訪問リハビリ5件 29%
- ・短期入所療養介護5件
- ・通所リハビリテーション5件
- ・貴事業所以外の居宅 4件
- ・介護老人福祉施設 4件
- ・介護老人保健施設 4件
- ・訪問入浴介護 2件
- ・地域密着型通所介護2件
- ・認知症対応型通所介護2件
- ・小規模多機能居宅介護2件
- ・看護小規模多機能 2件
- ・認知症対応共同 2件
- ・居宅療養管理指導 1件



### ④ 職員数について

職員数(平均値):数値回答(Q4)

居宅介護支援事業所に専従	常勤		非常勤						
	兼務		居宅介護支援事業所に専従		兼務				
	併設ないし隣接している事業所	併設ないし隣接していない事業所	実人数	常勤換算	併設ないし隣接している事業所		併設ないし隣接していない事業所		
	実人数	常勤換算	実人数	常勤換算	実人数	常勤換算	実人数	常勤換算	
	3.4人	1.0人	0.0人	1.7人	1.6人	2.0人	0.0人	0.0人	0.0人

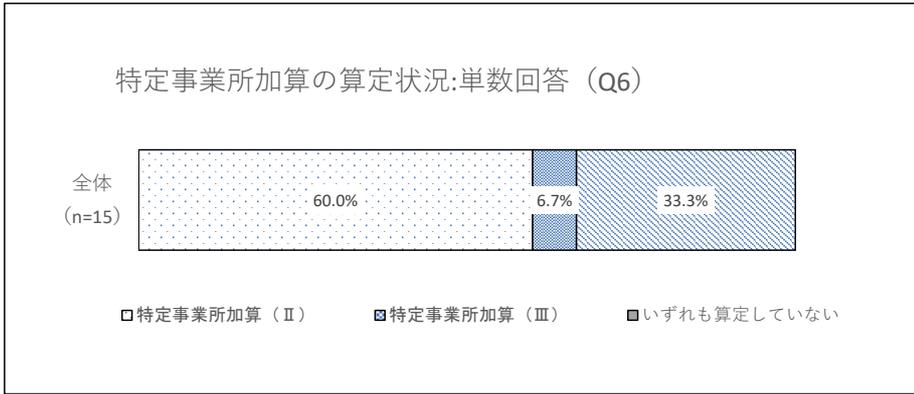
### ⑤ 延べ利用者数について

利用者延べ人数の「要介護度別」人数(全量足し上げ):数値回答(Q5)

要介護(支援)度	n(人)	%
要支援1	36	1.6%
要支援2	66	2.9%
要介護1	734	32.0%
要介護2	698	30.5%
要介護3	389	17.0%
要介護4	241	10.5%
要介護5	127	5.5%
合計	2291	100.0%

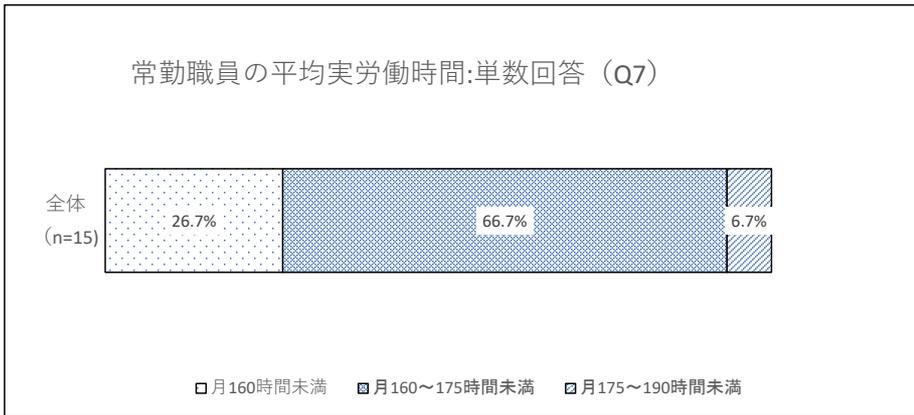
要介護1が734人で32%  
 要介護2が698人で30.5%  
 要介護3が389人で17%  
 要介護4が241人で10.5%  
 要介護5が127人で5.5%  
 要支援2が66人で2.9%  
 要支援1が36人で1.6%

## Q6 特定事業所加算の算定条件について



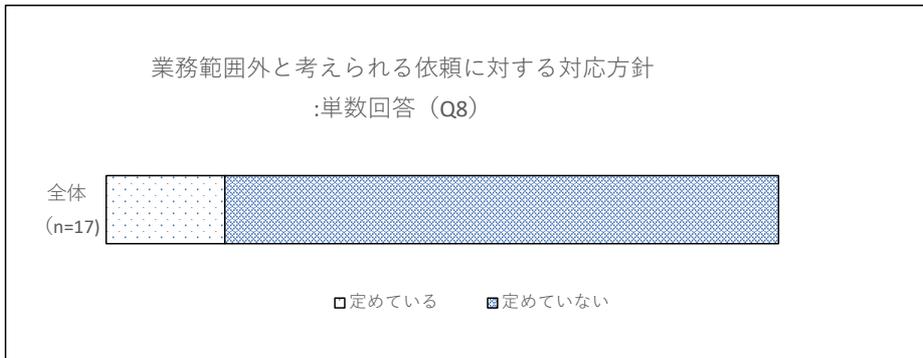
- ・特定事業所加算Ⅰ なし
- ・特定事業所加算Ⅱ 9事業所
- ・特定事業所加算Ⅲ 1事業所
- ・算定していない5事業所

## Q7 常勤職員の平均労働時間について



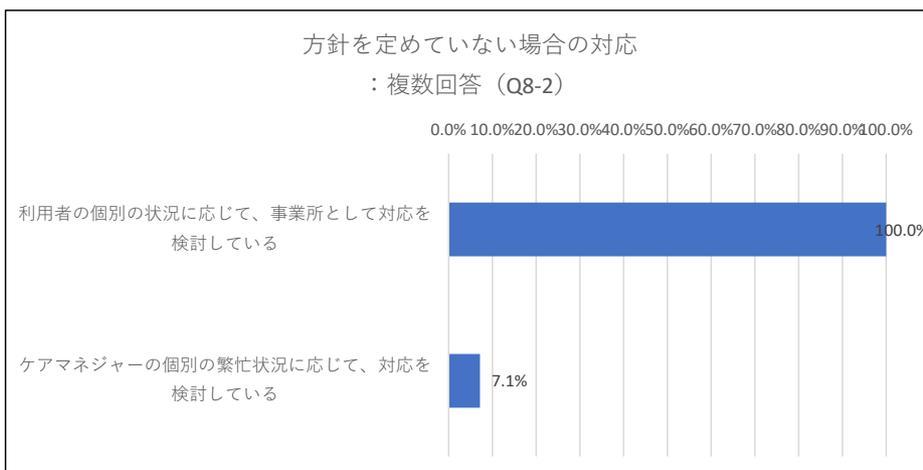
- ・月160時間未満 4事業所
- ・月160時間から175時間 → 10事業所
- ・月175時間から190時間 → 1事業所

## Q8 業務範囲外と考えられる依頼に対する対応方針について



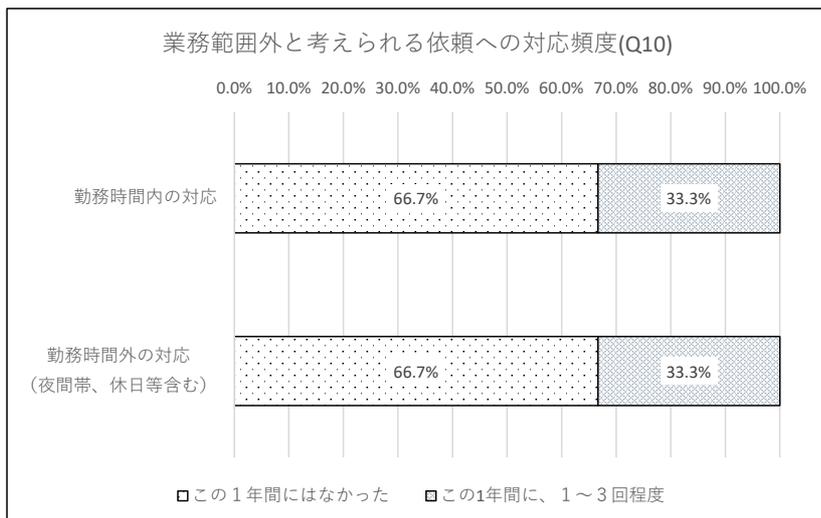
- ・定めている事業所 → 3か所 (17.6%)
- ・定めていない事業所 → 14カ所 (82.4%)

### Q8-2 対応方針を定めていない場合の対応について



**【自由記載】**  
 ○社用車に利用者を同乗させることができない  
 ○管理者以外にも役職者が在籍し、毎日の支援経過を上席または法人ホウン部にも必要時報告している。管理職会議も週1回開催、情報共有の場がある。  
 ○基本、業務範囲外は対応しない方針を決めていて、線を引く必要性があると感じている。依頼については、ケアマネジャーではできないが、自費のヘルパーや有償ボランティアなどが行ってくれることを伝えている。

## Q10 業務範囲外と考えられる依頼への対応頻度について

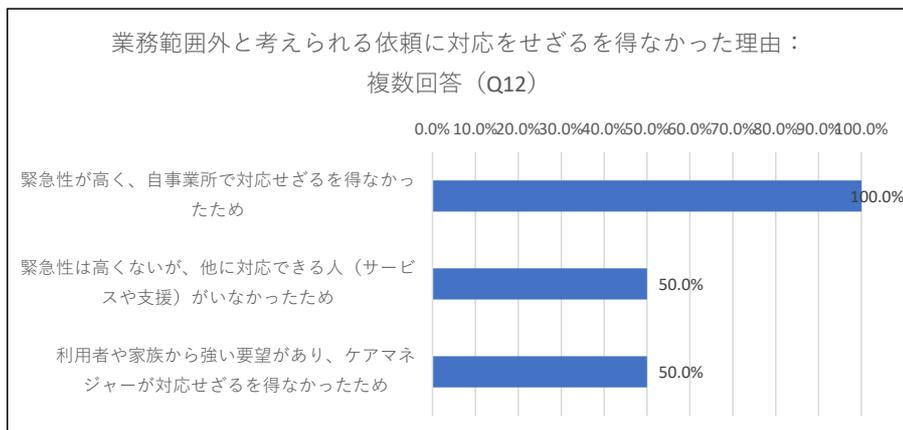


- この1年間に業務時間内の対応はなかったが、2件
- この1年間に業務内容の対応が1～3回あったが、1件

## Q11 対応せざるを得ない依頼の具体的な内容について

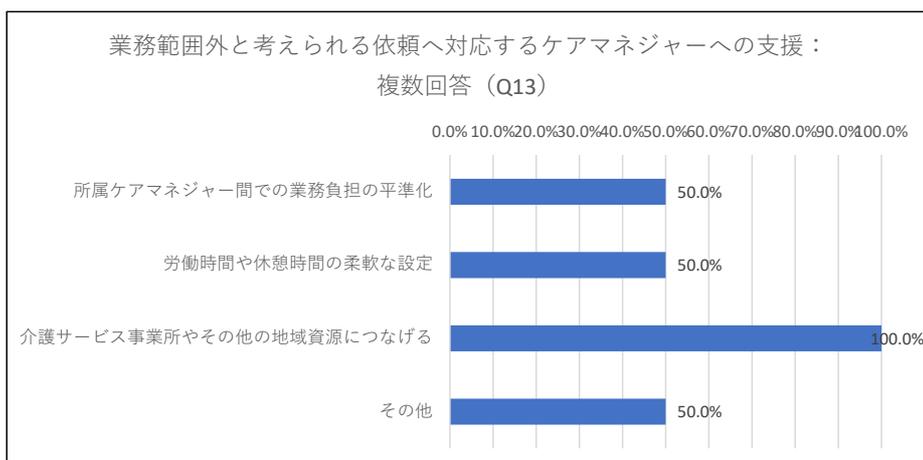
- 入院時の保証人の記名や必要な持ち物等を持参することがあった
- 夜遅くや休日にも行方不明者の捜索に当たることがあった
- 床に座り込んでしまったので、起こしに来てほしい (転落、転倒、脱力など)
- 今回、緊急の電話がかかってきて車→車いすに移動する際、妻がうまく移乗できず、本人を車いすに座らせることができず、ずり落ちたため、車いすに本人を乗せてほしいという依頼  
→この時は訪問して手伝いました。この件依頼、緊急時に対応できるヘルパーステーションとの契約を行ってもらった。

## Q12 業務範囲外と考えられる依頼に対応せざるを得なかった理由について



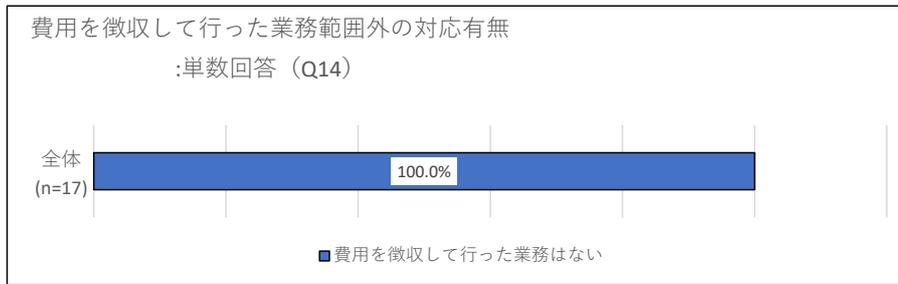
- 緊急性が高く、自事業所で対応せざるを得なかった。2件
- 緊急性は高くないが、他に応じられる人 (サービスや支援) がいなかった。1件
- 利用者や家族から強い要望があり、ケアマネジャーが対応せざるを得なかった 1件

## Q13 業務範囲外と考えられる依頼へ対応するケアマネジャーへの支援について



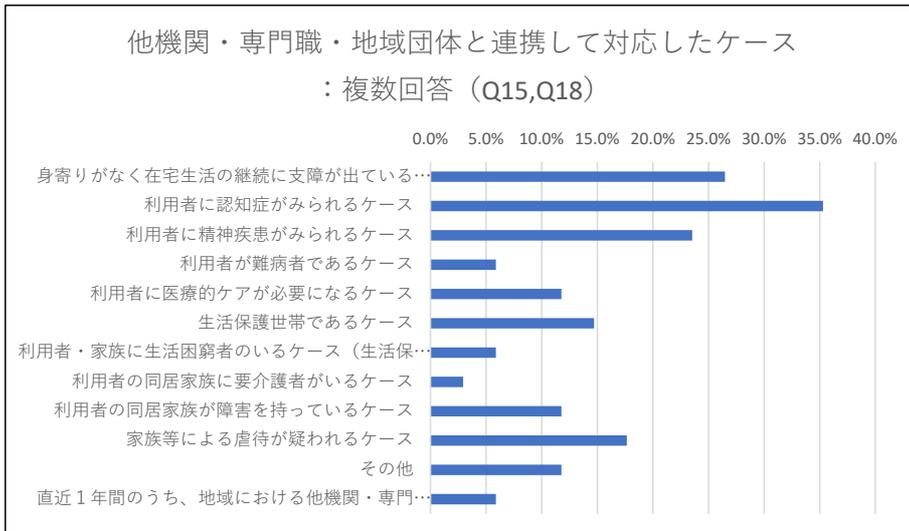
- 所属ケアマネジャー間で業務負担の平準化 1事業所
- 労働時間や休憩時間の柔軟な設定 1事業所
- 介護サービス事業所やその他の地域資源につなげる  
→2か所
- その他 1か所  
\*日頃から注視し、インフォーマルサービスを利用できるか、否かを考えている

## Q14 費用を徴収して行った業務範囲外の対応有無について



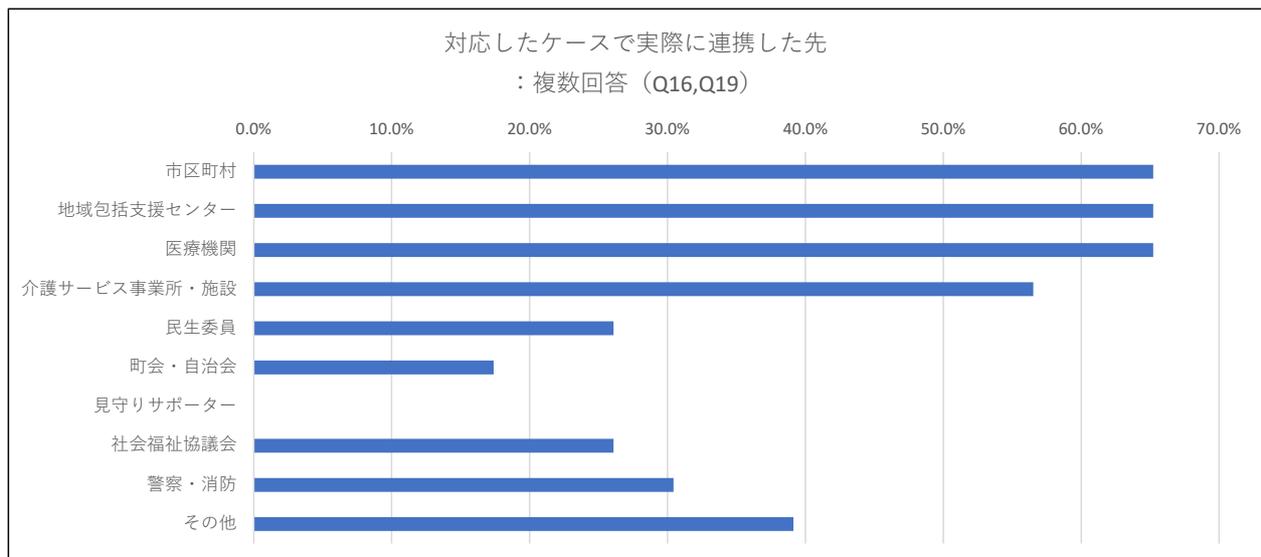
費用を徴収して行った業務外の対応はなし。無償で実施。

## Q15 18 他機関・専門職・地域団体と連携して対応したケースについて



その他の具体的な内容  
 家族の不仲 (意見の対立)  
 8050世帯  
 家族からきつい言葉の電話が多いケース  
 家族が利用者の状況を理解できていないケース

## Q16 19 対応したケースで実際に連携した先について



市町村 Q16 10件、Q19 5件 合計15件 65.2%  
 地域包括支援センター Q16 10件、Q19 5件 合計15件 65.2%  
 医療機関 Q16 9件 Q19 6件 合計 15件 65.2%  
 介護サービス Q16 6件 Q19 7件 合計13件 56.5%  
 警察・消防 Q16 4件 Q19 3件 合計7件 30.4%  
 社協 Q16 3件 Q19 3件 合計6件 26.1%  
 民生委員 Q16 5件 Q19 1件 合計6件 26.1%

## ①連携先に依頼・相談した内容

- 利用者の入院時の対応と利用者の安全な生活に向けての相談や説得などの協力
- 今後の支援について相談
- ①本人の共依存があり、息子(介護者)との分離しての生活の確保②介護者への支援③適切な医療を受ける④介護者の自傷被害の恐れ⑤経済的支援
- ・認知症で独居の為、現状を伝え、定期的な訪問依頼
- ・精神疾患の本人が同居の息子夫婦に嫌がらせをしていたが、息子が本人に手を出したことで、今後本人を隔離できないか相談
- 要介護の妻へ要支援の夫から、介護疲れによる虐待の恐れへの対応
- 徘徊歴のある利用者が行方不明となり市役所(ネットワーク登録済み)、地域包括、警察に届け、町内会近隣の方とも探しに行った
- 夫婦のどちらかが施設入所した場合、残されたかたの生活費等のお金のこと。(施設によって変わるのか、施設入所の健康診断料を出してくれるのか)
- 近隣の方との橋渡しをしてもらった
- ・介護サービス利用について・家族への対応
- 別居で生活保護を受給している本人の息子が年金を使い、本人が介護保険サービスの費用を払えず滞納していた
- ①生活支援課で把握している縁者への連絡依頼・入院時連携・まごころ収集②把握している社会資源の紹介、安否確認チームの一員④入院時の連携⑤日常のケア、様子の共有⑩入院時の荷物、普段の家事、安否確認チームの一員。住宅改修協力、万一の時の借家整理
- 服薬管理が行いやすいように、処方内容や飲むタイミングを相談した。6地域における認知症高齢者の存在を伝え、気にかけてもらえるよう依頼 7近隣住民に存在を伝えるとともに、自治会の役員や当番から外してもらうよう依頼
- 精神病で自殺願望あり。警察から精神病院に送ってもらった
- 往診の先生を通じて病院の先生と連携をとってもらい精神疾患のある利用者の入院を依頼した
- 自宅での問題行動が起こった時の対応について相談
- 世帯全体の支援に必要な機関と連携すること。ご利用者の支援チームと家族の支援チームが協働して世帯全体を支援する視点を持ち、チームによる支援を展開する必要性。
- 家族からケアマネへ「地獄に落ちる」「訴える」などきつい言葉で電話があることを、包括へ支援困難ケースとして提出
- 日常生活自立支援事業における日常生活費の管理や成年後見制度の説明
- 精神症状が強くこだわりがあるため、定期的に入院し規則正しい生活を行い、健康管理を行う
- 本人のサービス内容・家族への対応
- 独居、家庭内、町外で倒れていた過去もあるため、ケアマネがどこまで安否確認をとるか、他の機関がどこまで対応できるのか共有したかった。
- 1まごころ収集にてごみ回収 2訪問診療・薬局による在宅療養 3訪問看護は医療保険で毎日介入、訪問介護による支援 4昼・夕食の配達、安否確認
- 支援者に刃物を向けたため警察に連絡。精神病院に入院

## ②連携において工夫した点

- ご本人の意向には対応可能な点と不可能な点について整理して伝えている
- 本人のこだわりが強く、支援者からの思いが伝わりにくく、本人の安全な生活についての同意調整に悩む。本人の思いを共通認識をしている
- この家族に関わる全ての関係者との連携、タイムリーな対応
- 状況を時系列にまとめて相談した
- 要支援の夫を担当している包括職員と小まめに連絡をとりあった
- 写真と特徴を書いたものを事前に用意していたので、場所を分けて探すことが出来た
- 気づいた点や困ったことが起きたときは連絡をもらえるよう近隣に連絡先を伝えておいた
- 情報交換を小まめに行った
- 本人は独居の為、切れ目なくサービスを利用できるよう配慮した
- チーム内での情報共有。メインのケアマネは一人であるが、居宅内メンバー全てが自宅・ご本人について面談挨拶し、万の場合連携出来ていると本人に安心してもらった。
- 民生委員との同行訪問、近隣住民にゴミ出しのサポートや生活上の遠位な見守りを依頼
- 警察対応
- まず看護師(訪看)としっかり連携をとり、その看護師からDrにしっかり話をしてもらい、連携をとっていってもらった
- 本人の心身・生活状況の情報共有や連絡窓口の周知
- 家族の介護力等アセスメントを行う。長年の家族の関係性なども考慮しながらリスクを評価。各機関と情報交換を行う。カンファレンス等(ケア中の訪問)顔の見える関係づくり、
- 伝える前に事業所内で話し合った
- 本人の病状や家族関係等の情報を共有し今後必要となってくることを本人と一緒に説明した。
- 在宅での様子をしっかりと担当医に定期的に伝えておく
- 同行訪問や小まめな情報交換
- 情報共有、知りたいことを伝えあい、確認できたものから発信
- 訪問診療の際に同席し、主治医に近況報告、各事業所とのこまめな連絡・状況確認

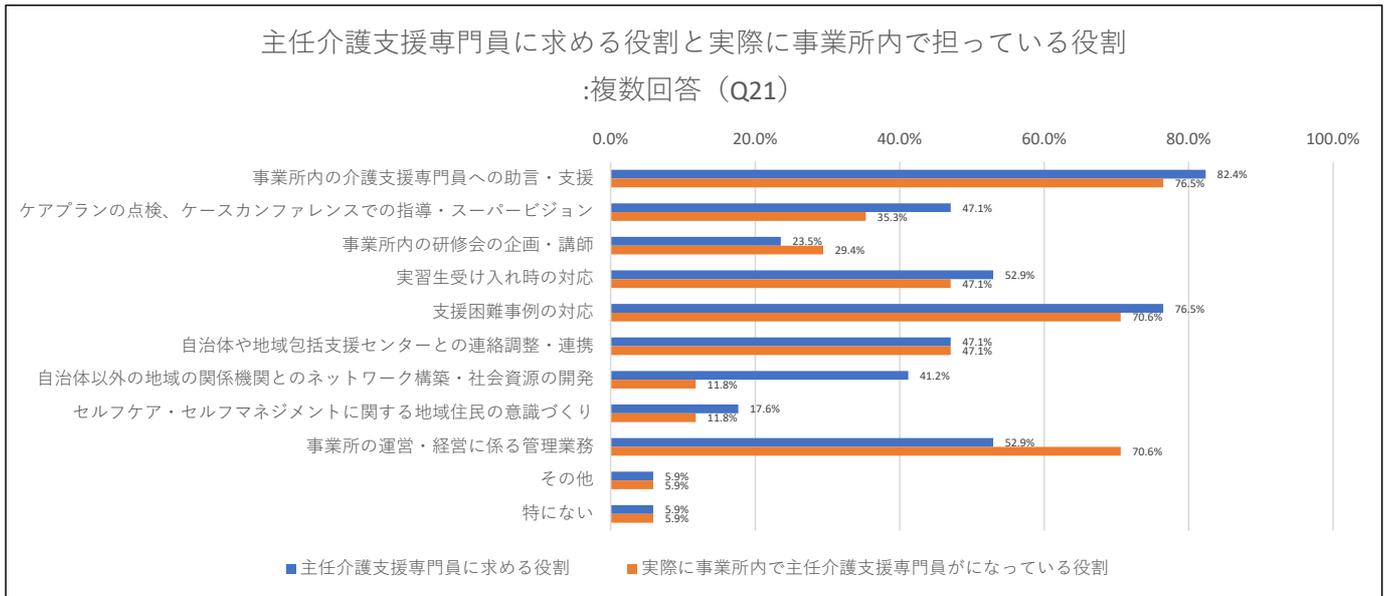
### ③各ケースの支援に当たり、課題に感じた点

- 最適な解決策に至らず、支援者のモチベーションを保つことが難しいと思う時がある
- 認知症か精神疾患かの区別がつきにくい。本人のこだわりの強さが不明
- 主治医との考え方の相違、市・包括との考え方の相違
- ショートステイを利用先で、夜中に不穏状態になり、今後の利用について対応が難しく難色を示される。
- 今回は家族の協力もあり短時間で探すことが出来た。各機関が休業中であってもスムーズに対応できるかは疑問である。
- 最初のうちは良心で協力してくれていても、段々と長くなってくると負担に感じられることがあった。
- 実際に本人に接しているケアマネやサービス事業所が動かざる得ない
- 生活支援課の情報開示の制限。ご本人から了承あっても不可のことがある
- 本人の自覚がなく、介護サービスを断ってしまう。追い返してします
- 訪問看護ステーションが病院からのステーションの場合は、あり合い入院の場合スムーズであると感じた
- 家族が遠方ですぐに対応が難しい時の対応について
- サービスや支援者の専門性に合わせて支援するのではなく、地域や世帯、利用者のニーズに合わせた支援が必要。それぞれの制度の中、適切な対応ができるよう、誰なら支援できるか、どんな制度を活用できるかなど事前に知り、できるだけ制度を超えた連携が必要。また制度の考え方によりスピードが違い、対応が遅く悪化した点。
- 支援困難として相談するケースの吟味の仕方
- 本人が金銭負担が発生することに抵抗があり、なかなか話が進まない
- 家族支援が入りにくい(生活の訪問理由等)
- 行政の「いこまる相談窓口」に対する期待が大きすぎたのか、一緒に考えるという気持ちを受け取れなかった。
- 配食サービス訪問時に転倒されていても、対応時間が限られておりすぐに連絡がつかなかったことがあった

### Q17・Q20(さらに整備・拡充が必要な地域支援やサービス)

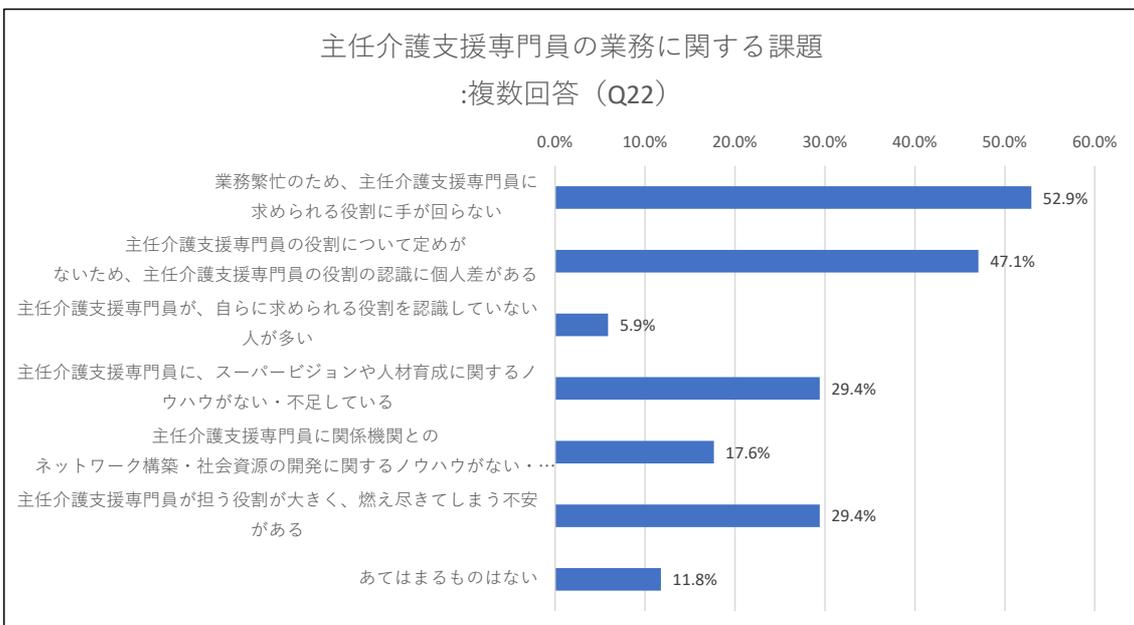
- デイやヘルパー等サービス受入れができない中で、本人の見守りを行う体制づくり
- 介護者は介護保険を駆使して対応できるが、介護者に対しての支援がなかなか前に進まない(市の各部署の垣根があるように思う)。高齢者から問題提起しても、家族全体を改善するような議論がない。高齢者が解決したら、それで終わりなら世帯を見ながら支援するケアマネはやるせない。
- 泊りのサービス(ショートステイなど)の待遇改善
- 民間会社を含めたGPS機能の活用が進めばいいのではないか。(利用料金や高齢者でもわかりやすく使いやすいものを普及)
- 若年の方が利用しやすいサービス、早朝や夕～夜間にかけてのサービス
- 生活保護で金銭的余裕がないが、医療ニーズが高く処置の為の消耗品購入が生活費にのしかかった。要介護1の方、認定時と退院支援開始時の状況が大きく違い特殊寝台、見守りカメラ等が必要だった。大きな病院だと指示開始が遅れる。上記解消できる制度と、支援があればありがたい。
- ゴミ出しサポートや、買い物への移動支援、専門職に限らない掃除支援がより使いやすくなれば良いです
- 本人は認知症、家族は精神疾患のあるケースはとても難しいと思います。家族が本人を見れないが、引き離すともっと状況が悪くなるなと思いました。どうしたらいいか、それはとても難しいことだと思っています
- 1人暮らしの方が緊急で入院になった時の手続きや入院中の対応への支援が必要。経済的に問題が無ければ、自費サービスの調整ができるが、低所得の人では難しく、CMが対応することがある。
- 多職種、他制度で関わったケースを、再度振り返る場が必要。それぞれの気づきを共有し、同様のケースへの対応時に活用する。また、それぞれの考え等を知ること、自身の改善点を見直すことがチーム作りに大切だと思う。
- 家族対応の研修など
- 身寄りのない人の入院時の同意書など成年後見などに結び付いていない場合代行するサービス
- 行政職員の人員数が不足しているのかと思っていしまう。ICT化できることは早期に対応いただき、マンパワーが必要なところへ割いてもらいたい。
- 個人で警備会社の金乳対応について契約されていたが、使っておられなかった。このケースの方はまごころ収集対象だが、要介護1の認知症の方、収集日がわからずゴミがたまってしまふ。要介護1から対象としてほしい。
- 精神疾患の場合、どこまで誰が関わるのかの担当が不明

## Q21 主任ケアマネの役割について



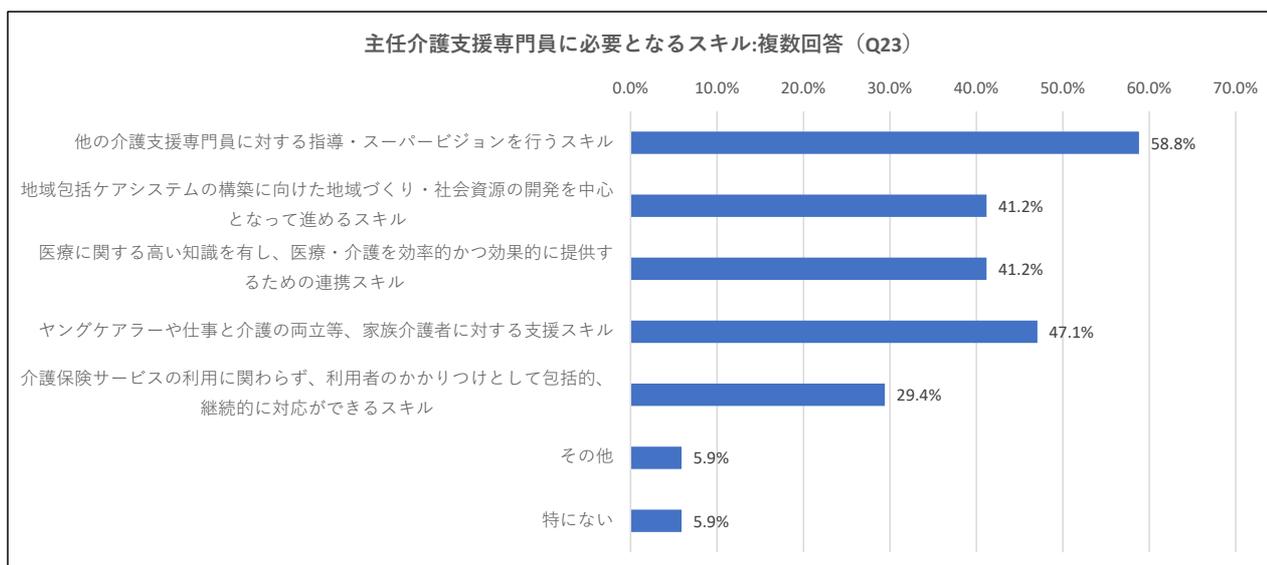
主任介護支援専門員に求める役割と実際に事業所で担っている役割では、事業所の運営・経営に係る管理業務が多く、自治体以外の地域の関係機関とのネットワーク構築や社会資源の創出というところに求められる役割が果たしきれてないことが伺える結果であった。ほか、事業所内の研修会の企画・講師等についても求められるほど、実際には活動ができていないような結果が伺えた。

## Q22 主任ケアマネの業務に関する課題について



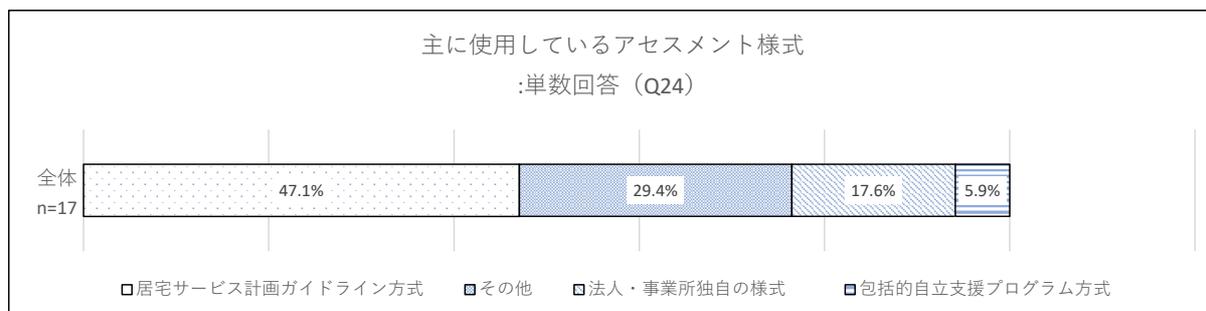
- 業務繁忙のため、求められる役割に手が回らない 9人 52.9%
- 主任ケアマネの役割について個人差がある 8人 47.1%
- 人材育成に関するノウハウが不十分 5人 29.4%
- 役割が大きく、燃え尽きてしまう 5人 29.4%
- 自らの役割を認識していない人がいる 1人 5.9%
- 当てはまるものはない 2人 11.8%

## Q23 主任ケアマネに必要となるスキルについて

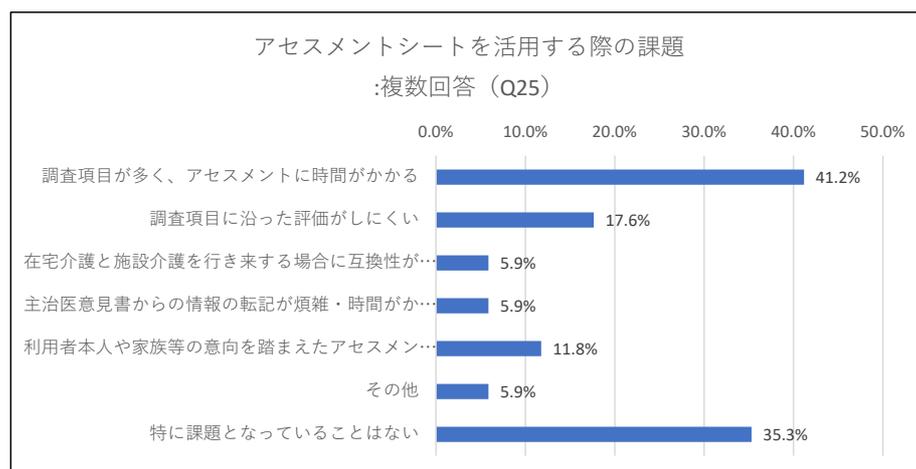


- ほかの介護支援専門員に対するスーパービジョンを行うスキル 10人 58.8%
- ヤングケアラーや仕事と介護の両立、家族介護者に対する支援スキル 8人 47.1%
- 地域包括ケアシステム構築に向けた地域づくり、社会資源の開発を中心として進めるスキル 7人 41.2%
- 医療に関する高い知識を有し、医療・介護を効率的・効果的に提供するための連携スキル 7人 41.2%
- 介護保険サービス医療に関わらず、利用者のかかりつけとして包括的・継続的に対応ができるスキル 5人 29.4%
- その他 1人 5.9% (管理者をとするための経営者視点、安定した運営のための実のある知識)
- 特になし 1人 5.9%

## Q24 主に使用しているアセスメント様式について

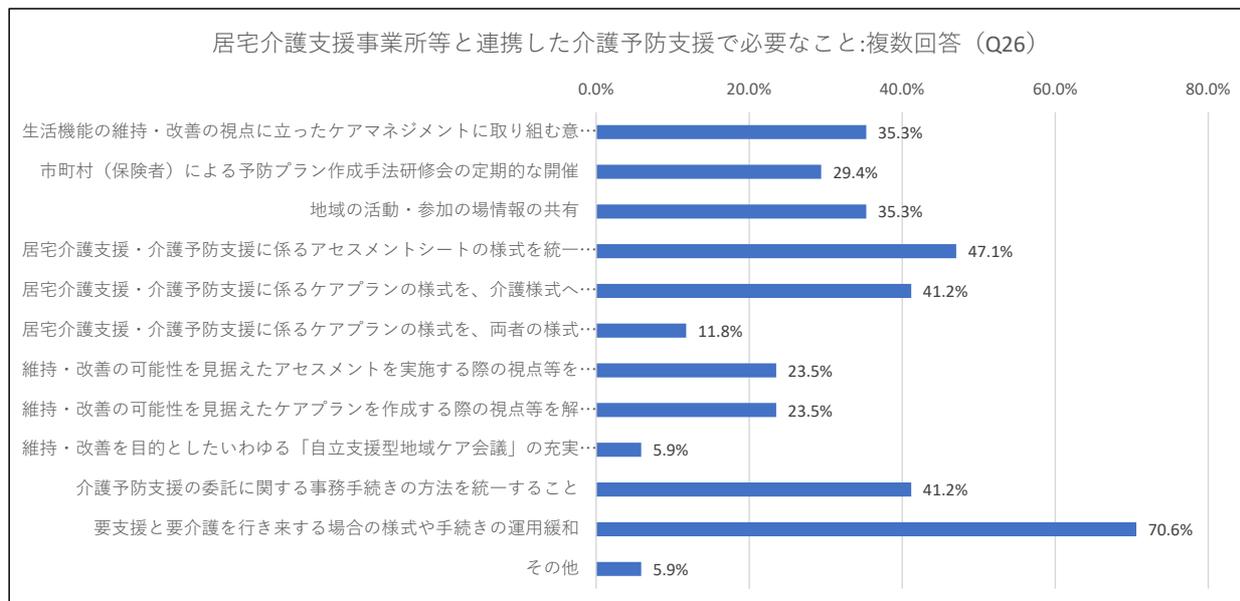


## Q25 アセスメントシートを活用する際の課題について



- 調査項目が多く、アセスメントに時間がかかる 7人 41.2%
- 調査項目に沿った評価がしにくい 3人 17.6%
- 利用者本人や家族等の意向を踏まえたアセスメント 2人 11.8%

## Q26 居宅介護支援事業所等と連携した介護予防支援で必要なこと



- 要支援と要介護を行き来する場合の様式や手続きの運用緩和 12人 70.6%
- 居宅介護支援・介護予防支援に係るアセスメントシートの様式を統一すること 8人 47.1%
- 居宅介護支援・介護予防支援に係るケアプランの様式を、介護様式へ統一すること 7人 41.2%
- 生活機能の維持・改善の視点に立ったケアマネジメントに取り組む意識の普及 6人 35.3%
- 地域の活動・参加の場情報の共有 6人 35.3%
- 市町村(保険者)による予防プラン作成手法研修会の定期的な開催 5人 29.4%
- 維持・改善の可能性を見据えたアセスメントを実施する際の視点等を開設した自立支援強化マニュアルを作成すること 4人 23.5%
- 維持・改善の可能性を見据えたケアプランを作成する際の視点等を開設した自立支援強化マニュアルを作成すること 4人 23.5%

### ※Q26 「その他」の具体的内容

居宅支援も社会参加の場の検討。家族や地域の中で生きがいや役割を持ち(強みを引き出す等)本人らしく生活の継続を自己決定を支援する。

### 選択したものについて配慮が必要となること、重視する必要がある視点について

#### 選択したものについて配慮が必要となること、重視する必要がある視点

(②④⑧⑨を選択)

○1人暮らしで認知症、又家族支援が望めないケースが増えてきている。生活保護受給ではない低所得の方の支援について、多様なサービス・柔軟に利用できる支援が欲しい。訪問、記録、研修とCM業務が多忙になり、人材確保も課題

(①③④⑥⑪⑫を選択)

○予防プランがケアプラン(介護)と比べて作成に負担が大きい。手間がかかりすぎている。プラン料も安いいため、今後受け皿は難しくなってくると思う。1/3の人員の担当に変わっても受けることは、それ程増えないと思われる。

(①⑧⑨を選択)

○ケアマネジメントに限ったことではなく、生活機能の維持・改善ができることの素晴らしさがサービス事業所、地域住民に伝わるのが重要。各ケアマネや包括の草の根運動に頼るのではなく、国レベルで周知してほしい。

以上 ご協力ありがとうございました。