

島根県給付適正化調査事業(ケアプラン適正化調査研究)報告書

平成 20 年 1 月 31 日

島 根 県

(受託作成) 特定非営利活動法人島根県介護支援専門員協会

目 次

はじめに

ケアプラン適正化調査研究における介護給付適正化の捉え方	1
-----------------------------	---

第1章 介護支援専門員へのアンケート結果

1. 居宅の介護支援専門員の現状	2
2. アンケート集計資料	6

第2章 聞き取り調査の結果

1. サービス事業所からケアマネジメントにおける現状と課題	
ア) 訪問系	9
イ) 通所系	10
ウ) 短期入所系	11
2. 居宅支援事業所の介護支援専門員とのヒアリングから見えてきたケアマネジメントにおける現状と課題	12
3. 利用者主体、自立支援の考え方、現状と課題及び今後の方向性	13

第3章 圏域別分析結果

ア) 安来圏域	15
イ) 松江圏域	18
ウ) 雲南圏域	21
エ) 出雲圏域	24
オ) 大田圏域	27
カ) 浜田圏域	30
キ) 益田圏域	34
ク) 隠岐圏域	37

第4章 その他

1. 島根県給付適正化調査事業（ケアプラン適正化調査研究）実施要項	39
2. アンケート内容	42
3. 実施経過	46

はじめに 介護給付適正化におけるケアプラン適正化の捉え方

今回のケアプラン適正化調査研究においては、ケアプランとは介護支援専門員の行うケアマネジメントの総合的活動の集約された文章化であると捉えることから、「他分野、他職種のサービスを連携のとれたひとかたまりのサービスとしてサービス利用者に届けること」を念頭に、ケアマネジメントの適正化が結果としてのケアプランの適正化であり、単にプラン作成の適正化に終わってしまってはならないという考え方に基づいている。

これは老人保健福祉計画と一体的に作成される第3期介護保険事業計画においても、その基本指針として示されている「1. 要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防の推進を図ること」、「2. 高齢者が住み慣れた地域で最後まで暮らせるよう、医療と介護の連携、在宅と施設の連携、支援困難事例への対応などを強化し、利用者一人一人について、多職種が連携し、介護給付等対象サービスを含む地域における様々なサービスや資源を活用しながら継続的にフォローアップしていく包括的・継続的なケアマネジメントを、地域において確立していくこと」(中略)「4. 高齢者が介護を要する状態になっても、その人らしい生活を自分の意思で送ることを可能とする“高齢者の尊厳を支えるケア”を確立すること」(抜粋)という、介護支援専門員が目指さなければならない、「自立支援」、「地域における多職種連携」、「利用者主体」が、利用者に対し、また地域においてどのように取り組まれているか、その現状と課題とを把握することをまず目的としている。

今回の現状分析は、介護支援専門員がそのケアマネジメント過程で主観的に課題として捉えるもの、フォーマルサービスが客観的に捉えるケアマネジメント過程における介護支援専門員の課題とを介護支援専門員有資格者に対するアンケート・ヒアリング、及びサービス事業者に対するヒアリングと、二つの視点から分析を行った。

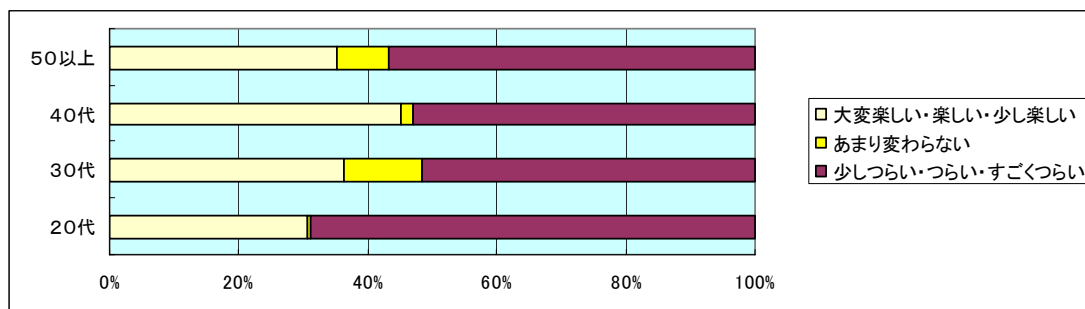
コンプライアンスが監査や指導で指摘されるので、介護支援専門員が行わなければならない業務、及びそのケアマネジメントの結果としてのケアプラン、その他整備を必要とされる各種様式にとらわれ先行し、目先の業務という非常に狭い範囲に目が行ってしまうことがないよう、まず目指す「自立支援」、「地域における多職種連携」、「利用者主体」が、地域においてどのように遵守されているのか、現状を分析することで今後の課題を明らかにしていく。

今後の方向性としては、現状と課題を明らかにした上で、業務におけるコンプライアンスが、自立支援・多職種連携・利用者主体になぜ必要であり、どのように反映されて効果を生み出していくものなのかを、介護支援専門員を対象とした研修、地域のサービス事業所を交えた研修、及びどのような地域づくりを目指すのかといった地域計画などに反映させる材料とすることを目的とする。

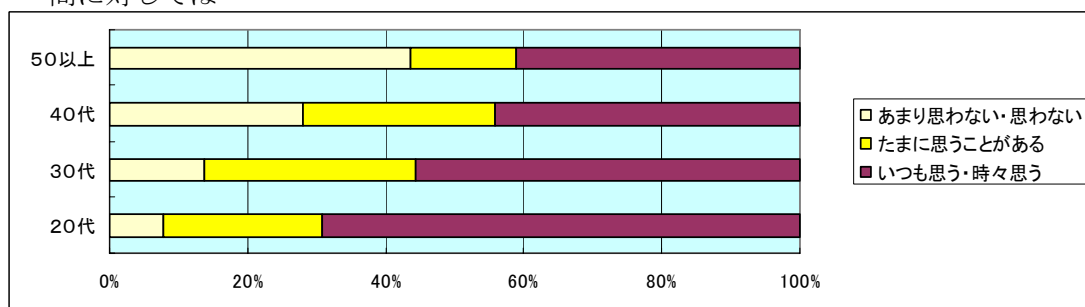
第1章 介護支援専門員へのアンケート結果

1. 居宅の介護支援専門員の現状

① 居宅の介護支援専門員における職業に対する年齢別意識



② 介護支援専門員の仕事（職種）を変わりたいと思ったことはありますか、という設問に対しては



基本的に居宅の介護支援専門員の仕事を楽しいと思いつながら行っている現任者は、全年齢においても5割を超えることはなく、特に20代といった若い世代では64.3%が毎日の仕事を多かれ少なかれつらいと感じ、仕事を変わりたいと思っている。また年齢が高くなるにつれ職種を変わりたいという思いは少なくなってくるが、これは年齢的に「もう介護の現場に戻ることはしんどい」といった身体的要因が少なからず存在すると推測される。

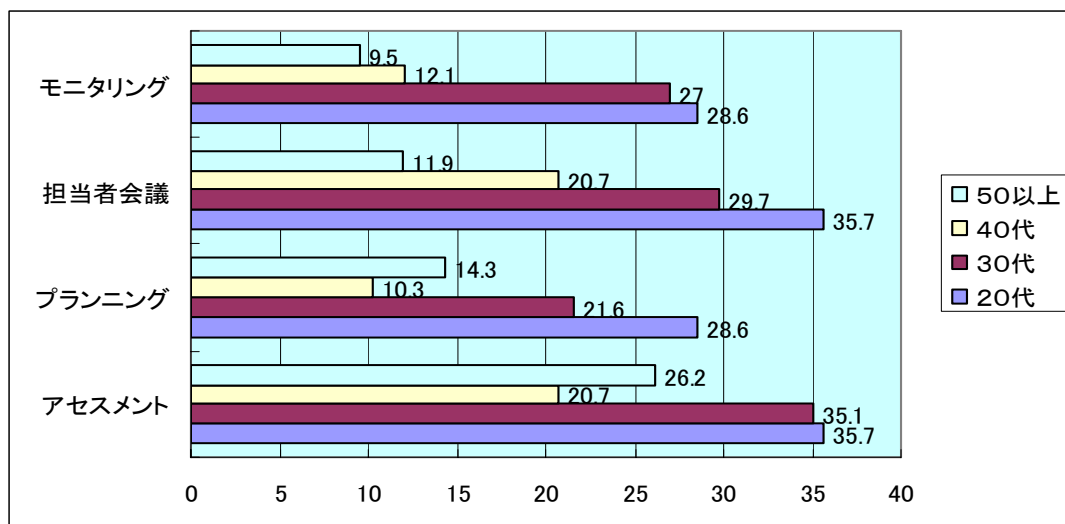
年齢的には40代が一番仕事に対する充実感が高いが、現在の介護報酬では単純計算月給が手当込みで193,106円になり、40代前後の雇用は事業所の赤字補填がない限り困難な状況になっている。(介護35ケース・支援8ケース、初期加算1回/2ヶ月、稼働率100%、人件費比率60%、賞与4ヶ月での介護報酬上試算)

現任者以外からは「介護支援専門員は大変そうだからなりたくない」という声が多くみられる中、事業所などで働くスタッフの介護支援専門員に対するイメージは「事務仕事が忙しそう」、「相談が大変そう」、「ストレスが多そう」など、魅力のある職種とはなっていない。「なぜケアマネの仕事が好まれないのか」という点では、主治医を始めとした他職種との関係づくりに、ケアプランの検討という内容だけでなく人間関係の円滑さを求められる

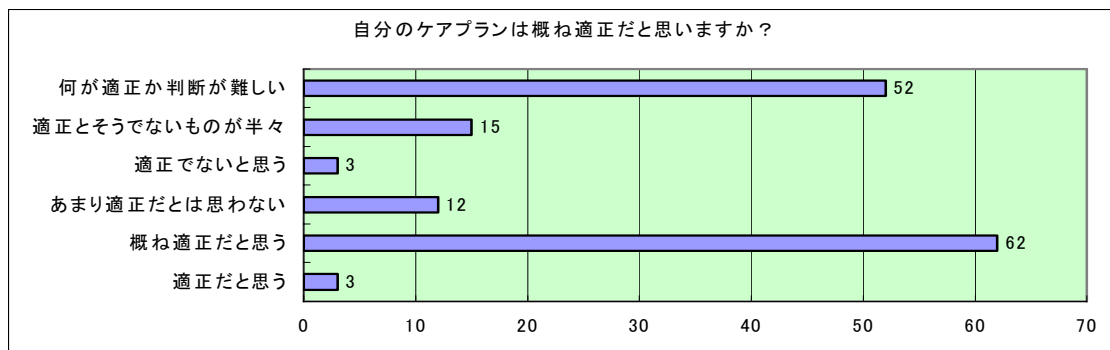
から、ケアマネジメント経験のない特に若い人たちには難しいと思われるのではないかと推測される。ペナルティー（減算）という一方通行ではなく、若い世代を中心とした業務におけるサポート体制、及び魅力ある職種になっていくような取り組みを行わない限り、この職種に思いをもって入ってきた人ほど早く燃え尽きてしまうといった危惧がある。

■ アンケート集計のうち現任で働く居宅介護支援専門員からの回答（n数 155）

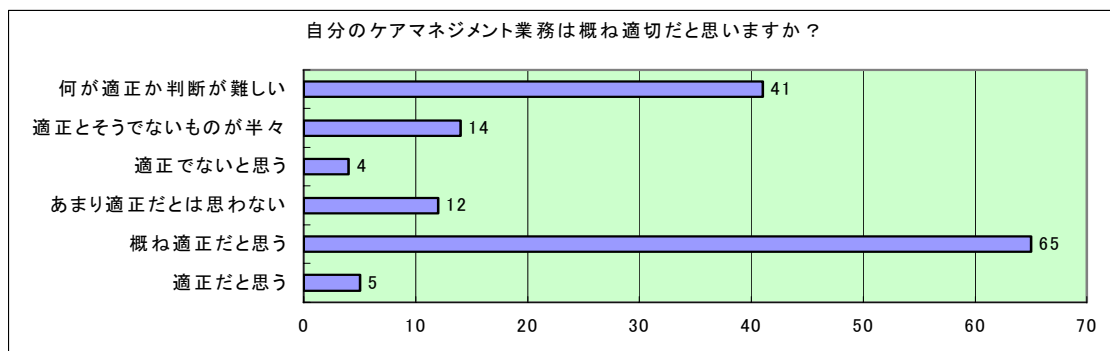
③ 居宅の介護支援専門員における「不適切・うまく出来ていないと思っている業務」のうち、アセスメント・プランニング・担当者会議・モニタリングにおける年齢別割合



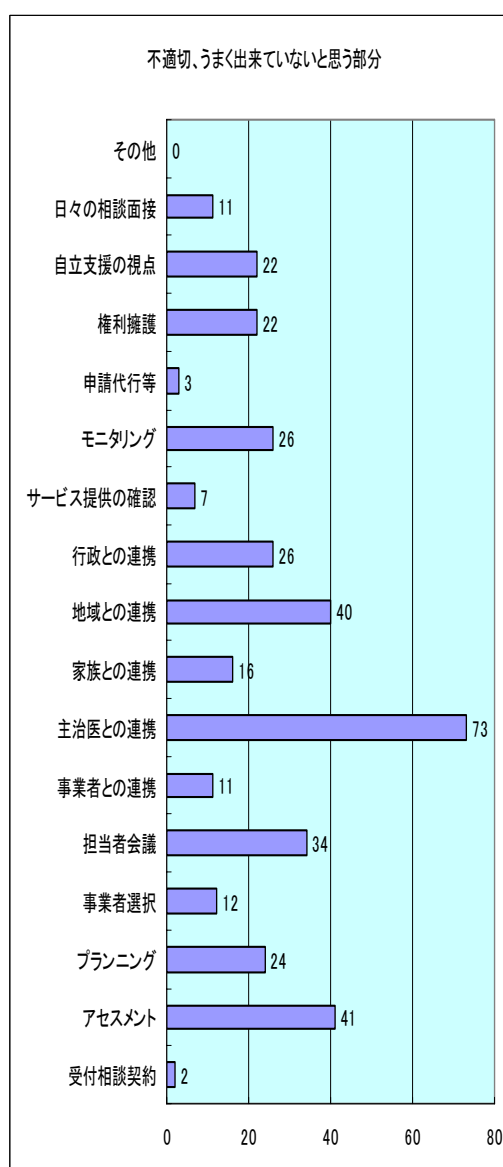
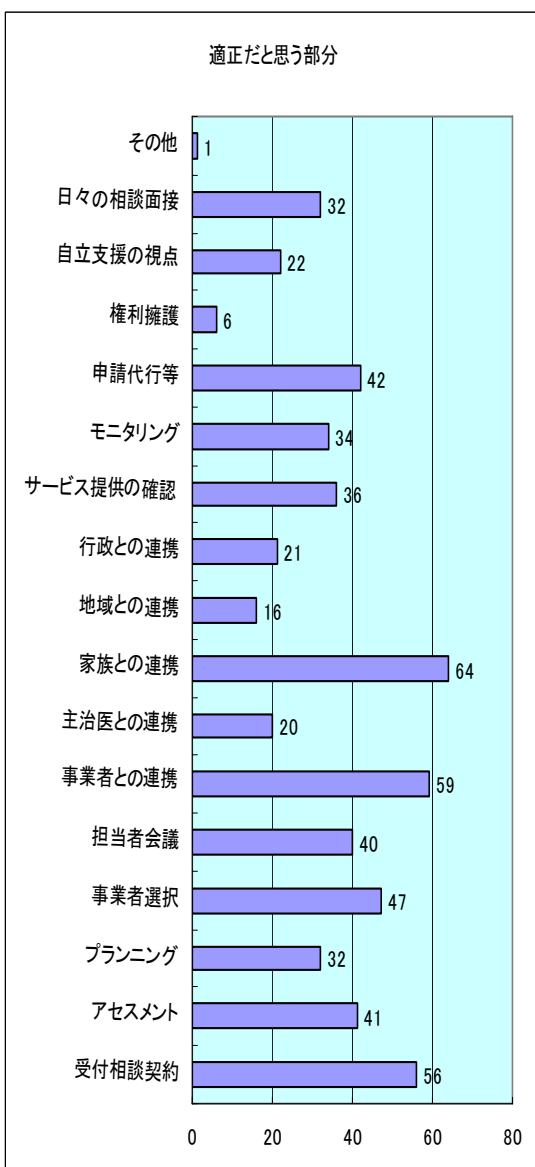
④ 居宅介護支援専門員におけるケアプランに対する意識



⑤ 居宅介護支援専門員におけるケアマネジメントに対する意識



⑥ 適正だと感じる部分と不適切だと感じる部分の比較



居宅の介護支援専門員における「不適切・うまく出来ていないと思っている業務」については「主治医との連携」、「アセスメント」において高くなっている。

適切だと思う業務のうち、連携で見ると「家族・事業者との連携」では高く、反対に「地域・主治医・行政との連携」で低くなっている。

「受付・契約・申請代行・事業者選択」などの業務も適切に実施されているとなっているが、反対に「権利擁護」、「自立支援」、「相談面接」などで低くなっている傾向がある。

自分のケアプラン、及びケアマネジメントは概ね適正だと思いますか？という設問に対しては、年齢に関係なく概ね適正であるという意見が多いが、「何が適正か判断が難しい」という意見が一番多く、多くは適正を業務的にではなく、その業務の目的である「自立支援」、「地域における多職種連携」、「利用者主体」が適切に出来ているかどうかの判断に困っていることが伺える。

アセスメント、プランニング、担当者会議、モニタリングといったケアマネジメント業務全般についても、「適正に出来ている」と回答する介護支援専門員の数が1/3に満たない現状は、「～しなければならない」という基準作りばかりでなく、「～まで出来ていれば」ある一定の基準を満たす、といったガイドライン的な基準の整備も必要と思われる。

全般的にみると、ケアマネジメント業務全般における適正感に比べ、「主治医との連携」、「地域との連携」、「行政との連携」、「自立支援」、「利用者の権利擁護」での適正感が低いのは、「自立支援」、「地域における多職種連携」、「利用者主体」が適切に出来ているかどうかの判断に困っている現状と共に、介護支援専門員の意識がそこに向かない、忙しくて向けない、またはそれらのことが分かっているもうまく実践できないというジレンマではないかと思われる。

いずれにせよ、利用者本人やその地域に介護支援専門員がもっと意識を向け、事業者や地域住民と共に、地域作りを考えていけるようなサポート及び環境の整備が望まれる。

以上は、居宅の介護支援専門員自身が主観的に感じる現状と課題をアンケートから集計・推測したものである。

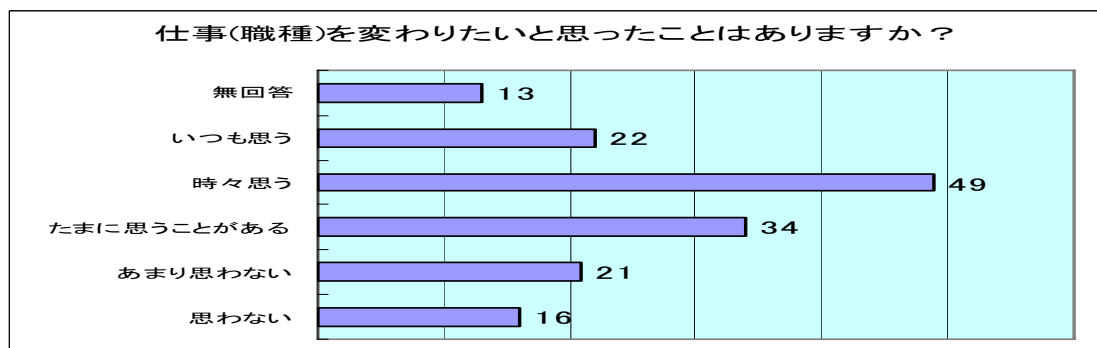
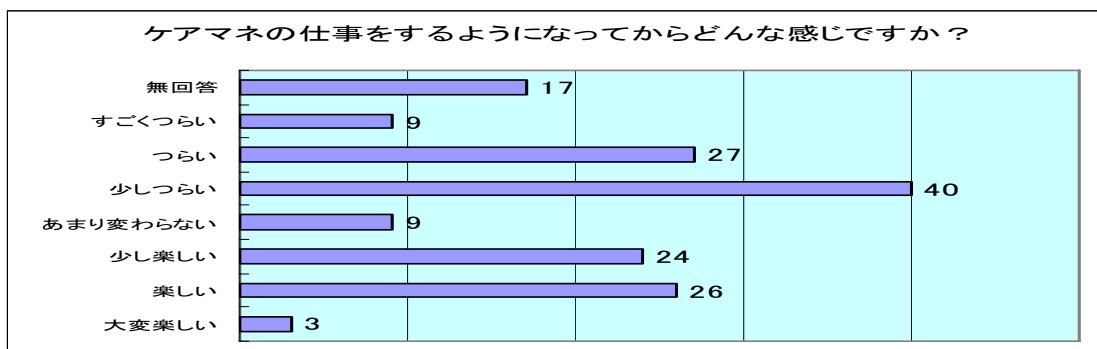
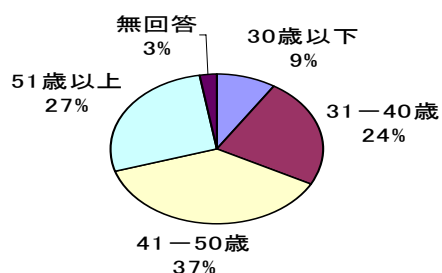
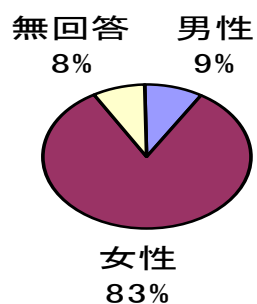
2. アンケート集計資料

介護支援専門員が主観的に捉える現状と課題

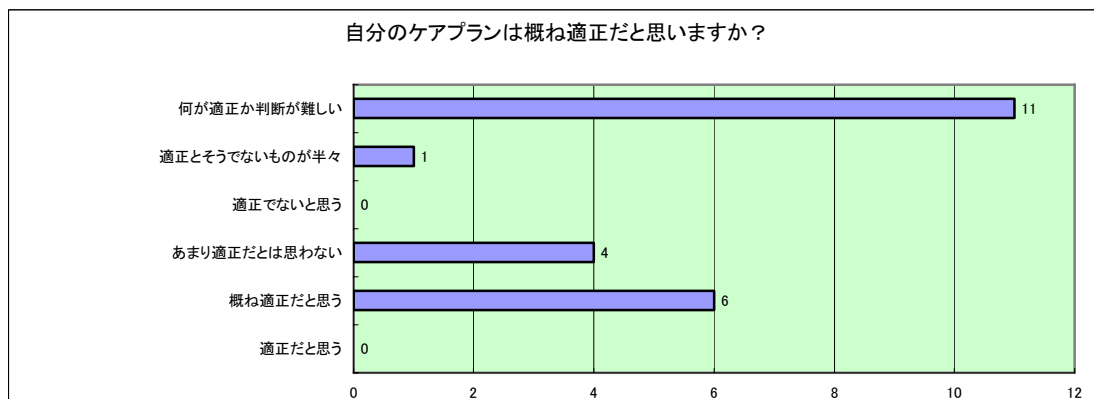
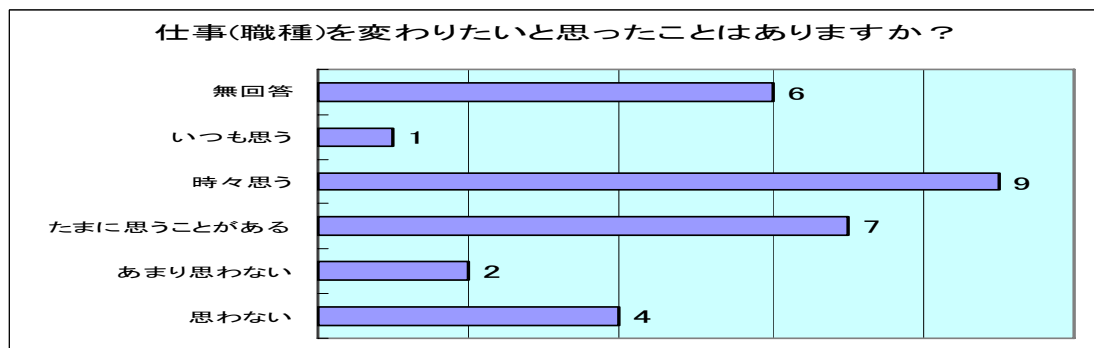
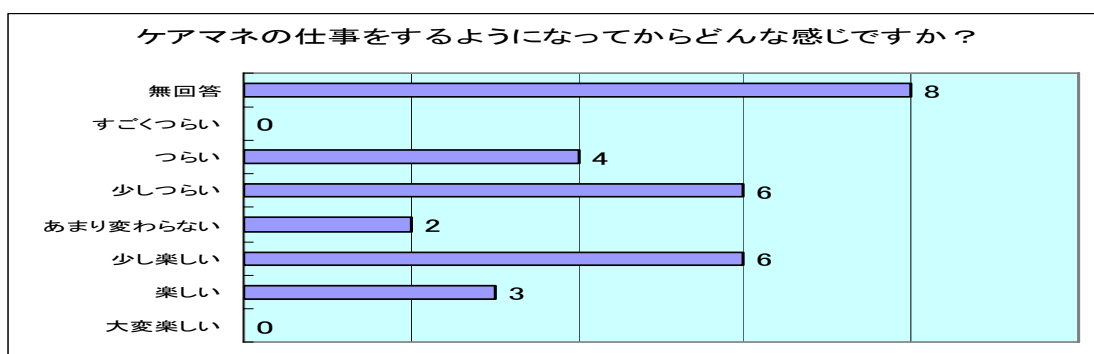
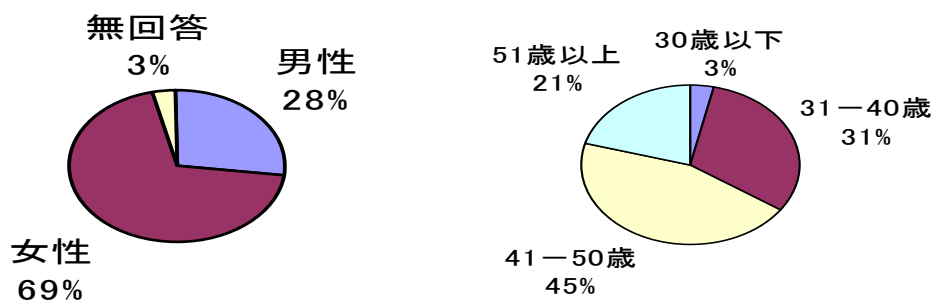
【 H19年10月実施 無記名郵送調査 有効回答数 259 】

<概況報告>

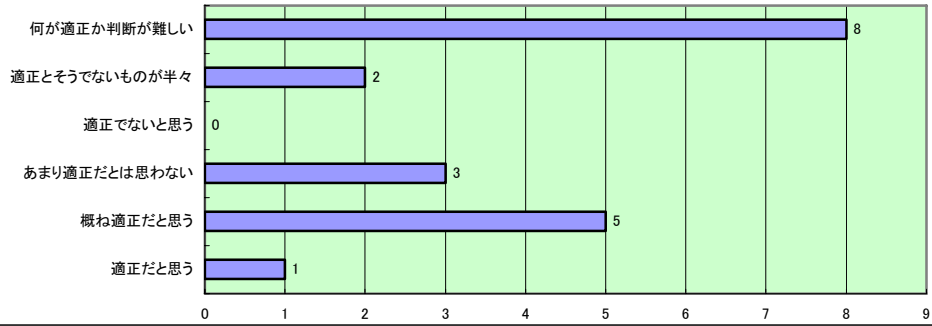
①居宅介護支援専門員(n数 155)



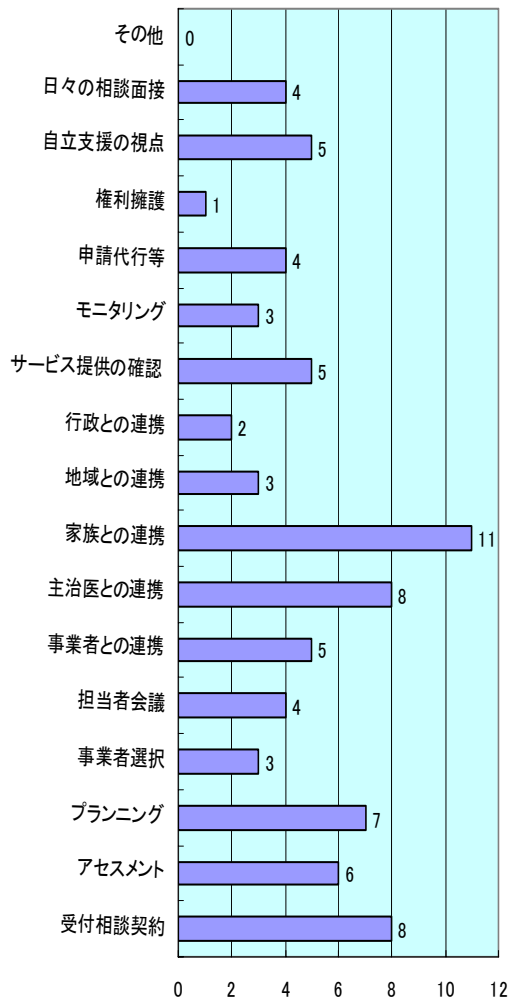
②施設介護支援専門員(n数 29)



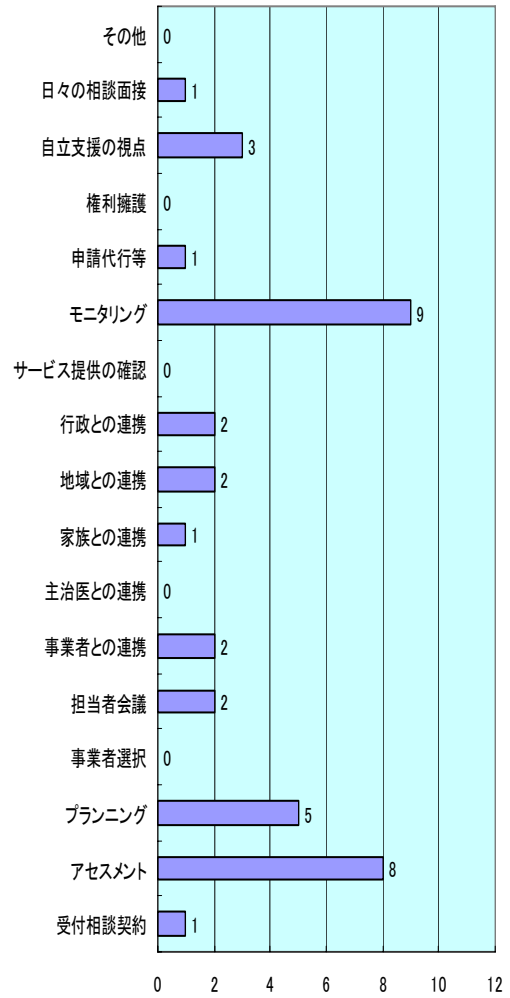
自分のケアマネジメント業務は概ね適切だと思いますか？



適正だと思う部分



不適切、うまく出来ていないと思う部分



第2章 聞き取り調査の結果

1. サービス事業所からのケアマネジメントにおける現状と課題

ア) 通所系

〈現状〉 各圏域訪問介護事業所共通してでていたのは、利用者のケアについてヘルパーが提案すると、高圧的な言い方で話をきちんと聞いてくれない介護支援専門員が一部にいる。聴く耳を持つ話し合える介護支援専門員であって欲しいとの切実な要望が異口同音に出された。また、反面担当者会議が制度上明確に位置づけられてきたので、現場の声を発信してプラン作りが出来るようになってきたとの評価も聴かれた。全体としては、介護支援専門員による個人差はあるが協同するチームづくりがすすんできているとみてよいのではないだろうか。利用者主体、自立支援については、「自己決定できるよう支援すること」「利用者の出来ないことをステップアップしていく過程を大事にする」「利用者の思いを大事にする」「本人の満足度が大事」「精神的に前向きになること」「独居の人は家で生活できることが自立」などのとらえ方があったが、予防プランの考え方が改めて明確になったので、予防の人は自立支援に向けて援助しやすくなったとの感想が出されていた。

担当者会議の開催については、意見要望が多く出されていた。①担当者会議のねらいを明確にして欲しい。②担当者会議の前に情報収集、下話をして欲しい。③会議はレジメを用意し、効率よく運営して欲しい。(1時間以内)④会議報告がほしい ⑤医師が参加する担当者会議は有効だった(医療情報がよく分かる)など。さらに、効率的な担当者会議運営が課題だと思われる。

介護保険の説明を利用者にきちんとして欲しい。介護保険上ヘルパーで出来ること出来ないことがあり、介護支援専門員によってもよく分かっていない人がある。

ケアプランは、何のためにサービスを利用するのか明確にして欲しい。(ニーズと課題を明確に)プランに書いてないことを実施するわけにはいかないので詳しく書いて欲しいという意見と必要なら自分たちで提案すべきとの意見があった。

〈課題〉 利用者をよく把握し、事業所からも情報を得て具体的なケアプランを立てて担当者会議を有効に運営できる介護支援専門員は、連携もうまくいくし一緒にチームとして機能しているとの達成感、信頼感が生まれている。そして、利用者のケアも充実し満足度も高いのではないかとと思われる。また、訪問介護事業所としても専門職として提案すべき事は提案しチームとして利用者を主体として一緒に考えていくこと。利用者にとって必要なことは柔軟に考えて対応していきたいとの前向きな意見も聴かれた。担当者会議でのケアプラン検討を軸にした連携強化が課題だと考えられる。

イ) 通所系

〈現状〉 通所介護事業所にとっての自立支援とは、自宅から通所に出かける生活が自立の一環となっている意識が伺える。通所介護を利用することで地域との関わりであったり、出かける意識が前向きな精神の支援になっている。自立を目指した予防プランのツールでは自立支援の意識に立てるが介護のケアプランから自立支援の目標が弱いので介護給付の利用者に対する自立支援の意識は弱い。

マネジメント過程の中では利用者のアセスメント・生活ニーズ・目標がチーム間で理解できていないことがある。その原因には介護支援専門員のアセスメントシートを埋めるだけの情報ではその人は見えてこないことや、ニーズ解決の為の手段の少なさ、サービス担当者会議を中心としたチーム作りの中で要点を伝えられていないなどが考えられる。また、事業所側から不明な点の解決を積極的に試みていない。

ケアプランは事業所へ行き紙面説明をして依頼するのが本来の形と思われるがメッセージ交換やケアプラン説明しないで置いて帰ることが事業所としてはケアプランを理解できない原因にもなっている。事業者は介護支援専門員が作るケアプランに基づいた個別援助計画の作成を求められているが意思の疎通が充分出来ていないために苦慮している。

サービス担当者会議については義務的開催の意識が強く内容の充実さに欠けていると思われる。事業所はサービス時間を割いての参加で有意義な会議開催を望んでいる。

チーム作りとしては介護支援専門員と事業所の顔が見えたり日頃、情報交換が出来ていることが話しやすい関係になっていく。介護支援専門員は何でも知っている意識があるが実は事業所のほうが情報が多い。また、介護支援専門員に情報を返しておけば他の事業所へは伝わるので自分たちの役割は果たせている意識があり他の事業者間の連携は薄い。

〈課題〉 家から出ることが自立支援の大きな力の一つと考えられている傾向があり家から出る為の利用目的が生活全体を捉えず目先の目的になっている。慣れた場所になってくると家族意向の頻度が増えてくる傾向がある。その人の自立支援とは何か、介護支援専門員と事業所が確認し利用者・家族・地域に伝わるよう時には行政の力をかりながら進むべきと思われた。担当者会議の役割として通所介護・通所リハビリで得た力をどう家庭生活に活かすかまで話し合われ実践されることが大切と思われる。

さらに介護支援専門員の役割・事業所の役割が今一つ受身状態であり、積極的に動く介護支援専門員や事業所とはやりやすいと感じている。受身ではなくチーム員一人ひとりが大切な力であることの認識が必要と思われた。

ウ) 短期入所系

〈現状〉 短期入所事業所は、自立支援の意識が弱く、安全に過ごしてもらう事が一番の目的になっている。その背景として①本人希望ではなく、介護者からの要望が多い。②介護者の休養目的が多い。③施設内事故が多く、苦情も増えていることから、リスク管理が優先する。④緊急や単発での継続性がない利用がある。

チームアプローチは、まず介護支援専門員からの情報不足の指摘が多い。夜間を通してケアを行う短期入所は他サービスとは必要な情報が異なり、事前に本人がイメージしやすい細かい情報提供を望んでいる。そのうえケアプランにも本人の目的、短期入所の役割が不明確なため連携がとりにくく、ただ安全に過ごしていただくしかない状況をさらに招いている。

担当者会議の参加も、介護支援専門員の意識と施設内から業務中に離れることができにくい状況から他のサービス事業と比較して少なく、無理して参加しても、単なる状況報告やケアプランを読み上げるだけの会議の内容に不満も多い。また、他のサービス事業所との直接のやり取りも少ない。従って、同一法人内の介護支援専門員のほうが、日々の情報交換がスムーズで、緊急対応の確認ができ、暫定ケアプランからプラン作成の参加も可能になるため、本人のための目標設定や目的のある対応につながりやすい。

短期入所利用は、介護者休養のほか在宅生活の継続、QOLの向上など自立支援の側面を持っている。介護支援専門員、サービス事業所双方がその効果を発揮できていない。的確な情報と利用者本人の課題、目標そして短期入所の役割が明確になったケアプランを求められている。

〈課題〉 今後の課題として①ケアプラン作成にあたり、介護支援専門員の自立支援の意識が低い。②意見交換が行える有意義な担当者会議の開催と参加しやすい配慮、工夫③短期入所事業所の役割とリスクの共通認識④短期入所事業所と他のサービス事業所の協働、など上げられる。

サービス事業所はリスク管理優先のケアについては、仕方がないと思いながらも疑問を抱いている。ADLの自立は、介護負担と表裏一体の面があり、短期入所で排泄の自立に取り組んでも、家族から拒否されることも少なくない。家族の希望であっても、本人のための利用目的、事業所の役割を本人、家族を交えて事前に相談しあい、在宅介護を共に支える気持ちを確認しあう場をもつことが、まず必要と考えられる。

2. 居宅支援事業所の介護支援専門員とのヒヤリングから見てきた

ケアマネジメントの現状と課題

〈現状〉

利用者に対する適正なマネジメントとは「自立支援」を目的としたその過程であるが、今回の調査ではそのマネジメントの中心となる介護支援専門員は、「自立支援」に向けての視点が必要なことは理解できていても、個々の利用者のマネジメントに「自立支援」にむけて、具体的には取り組めないでいるケースが多い現状があることが見えてきた。

その要因としてはまず、介護支援専門員自身が具体的なイメージが持てないことや、主に介護にあたる家族の意向が強いこと、利用者本人の意向が見えにくいこと、サービス事業所の力量不足により自立支援の視点が伝わりにくいことなどがあげられる。また、法律で定められたモニタリング、担当者会議も監査で指摘を受けないようにとの思いから形式的に行ってしまい、それが何故必要なのかという本質の部分がかけてしまうケースもあるとのことだった。給付管理など事務量の多さもあり、必要なケースに必要な時間を十分にかけることの出来ない現状が「自立支援」へ向けてのマネジメントに影響している面もあると考えられる。

また、医師との連携について介護支援専門員個々の力量に差が出てきたこと、医師全体ではなく、個別の医師、医療機関など特定の方との連携に苦慮していることが伺われた。もう一点、地域差があったのは、介護支援専門員がケアプランにあげたいと思うサービスが実際にはその地域に不足しており思うように支援が出来ない現状もあった。

〈課題〉

調査の中で、介護支援専門員が「自立支援」の視点でうまくいったケースをみると、利用者本人をしっかりアセスメントでき、そこから「その人らしさ」を大切にしたケアプランを本人、家族が理解して意欲を持ち、サービス事業所もその他インフォーマルなサービスも同じ目標に向かってチームとして一緒に取り組み、必要な時期に適切なモニタリングや担当者会議が行えたという共通の認識が見えてくる。

そのことから、介護支援専門員はこのケアマネジメント過程の中身をもう一度適切に見直しその質の向上が求められる。また、その内容を「回数」や「必要事項」といった視点ではなく、「自立支援」の視点で適切に評価されることも、結果ケアマネジメントの質の向上につながり、それが最終的には利用者個々の「自立支援」に帰ってくるのではないだろうか。また、介護支援専門員だけでなく、家族や本人、サービス事業所といった地域全体が利用者を主体とした「自立支援」に向けた意識を持てるような地域づくりを、行政も含め各専門職が一体となり取り組んでいく必要性を感じた。

3. 利用者主体、自立支援の考え方、現状の課題及び今後の方向

〈現状と課題〉

アンケートより、介護支援専門員は業務の適正を重要視していることがわかる。ここでの業務というのは義務化された会議の開催や、ケアプラン、モニタリングなどの書類作成があげられ、減算回避、監査対策といえよう。しかしその反面、正しいケアマネジメントを理解し、習得しようと模索する介護支援専門員の苦悩も伺える。

利用者のためのマネジメントという概念が希薄になれば、法令では適応困難となった利用者と向かいあったとき、解決の手立ても見つからないことは多い。そのため、代弁者になるべく介護支援専門員自身が、利用者を切り捨てる事になってしまうのではないかと危惧する。障害や生活困難があっても、地域でその人らしく暮らしていくための支援こそ「自立支援」であり、それを実現するために軸となる「利用者主体」の意識は地域全体で共有し、行政を柱に住民や他職種との連携を深めることで具現化していく。しかし、現状は保険者、行政機関との連携すら十分に図られず、一方的な関係に終始している。

また、介護支援専門員の多くが、仕事へのやり甲斐を感じず、さらに離職まで考えている心的状況も明らかとなった。これは経験豊かな介護支援専門員が育ち難い環境であり、県民にとっては、良質なケアマネジメントが出来難い環境であるといえる。

サービス事業所からの聞き取り調査から、「自立支援」「利用者主体」のイメージが介護支援専門員とサービス事業所間では共有できていないことがわかった。それぞれがそれぞれの方法で協働しようと言葉だけで連携するため、具体的な行動につながらない。よいチームアプローチを考えるためには、まず同じ場で同じ研修をうけ、共通の視点、目標をもつことから始める必要がある。

また、サービス事業所より指摘を受けたのが、連携の要である担当者会議がその役割を果たしていないことである。体制不足による減算が課せられているうえ、義務化され開催回数は俄然と増え、サービス事業所にかかる負担は大きい。しかし、その効果と必要性も十分理解はされているため、事前準備、開催時期のタイミング、内容、実際のサービスへの効果など、ポイント押さえた有意義な担当者会議に改善していく必要がある。

サービス事業所そのものも適正なケアマネジメントについては、それぞれのサービス事業所の独自性はあっても、サービス提供によって改善できた事がどう生活に活用されているか追及まで至っていない。他のサービス職種の事業所との連携なども「待ち」の姿勢で積極的な連携が行えていない。

〈今後の方向性〉

介護支援専門員からの聞き取り調査で、「その人らしさ」を追及し本人が、家族やサービス事業所、隣家、知人などのインフォーマルな支えの中で、同じ目標に向かって取り組み、継続した安心した生活が出来たとき、利用者、家族と同じように介護支援専門員、サービス

事業所スタッフも達成感を感じ、同時に適正なケアマネジメントを実感していた。その人らしさを支えるためには、その人の生きている地域が大切である。また、利用者が主体的に生活するには、介護支援専門員やサービス事業所が単独ではなく、他職種間でいかに連携をするかである。一つのケースで終わることなく、人が生活をする地域をいかに見ていくか、人から地域への視点が必要である。その為には、保険者と共同して、利用者、介護支援専門員、サービス提供事業所だけでなく、地域住民も巻き込んだ取り組みが、保険者単位よりも、より小さく中学校区または小学校区などといった小規模な単位で取り組むことが必要と考える。第3期介護保険計画では新たに「生活圏域」という視点をもって作成された。単なる行政の単位ではなく住民を主とした地域単位として作用してほしい。

住民をルールに適合させるのではなく、ルールを住民にあわせること。高齢者に限らず、児童、障害者などすべての人々が、地域において一人ひとりが前向きに生きる力を持ち続け、常に主体的な自立した心のあり方などがもてる、高齢者施策を通して、住みやすい、参加しやすい地域となることを願う。

今後、適正化を求めていくなれば、ケアマネジメントのどの過程のどのポイントをどう評価すべきかなど、「評価軸の明確化」が必要であり、保険者、介護支援専門員、サービス事業者等と共同で行うことが必要である。

第3章 圏域別分析結果

安来圏域

圏域の特性

まず、同業事業所単位で集まる機会が一切なく、横のつながりを求める交流の場を切望している。行政や包括支援センターに対しての苦言や要望が多く聞かれた。山間部などは事業所のサービス提供範囲がほぼ決まっていたり、また、サービスが限られている地域もあり、利用の困難さがみられた。医師との連携は上手くいっているようである。

問題点

- 1) アセスメントが不十分、情報把握が不十分、チームでの協同が不十分なときはうまくいかなかった。個々の介護支援専門員によって力量差がある。事業所間格差もある。
- 2) 同種の事業所どうしでの横のつながりが無い。
- 3) 担当者会議でプランを元にした検討ができていない傾向がある。
- 5) ショートステイ受け入れる現場の力量不足があり要望に応じ切れないことがある。また、家族主体に傾くことが多く、ショートからロングステイになるケースが多い。
- 6) 事業者間での自立支援のイメージが一致していない。
- 7) 担当者会議が目的不明、情報収集不十分、意見を言い合っていないなど、効率的に運営できていない。

取り組む方向性

- | | |
|---------------|--|
| 1) 利用者主体 | 利用者主体の明確化。
利用者と家族の意向との折り合い。 |
| 2) 自立支援 | 自立支援の明確化。
短期入所での自立支援への取り組み。 |
| 3) マネジメントへの役割 | アセスメント力の向上。
担当者会議の開き方。
介護支援専門員の力量格差の是正、補強。 |
| 4) チームアプローチ | 事業所からの情報発信。
チームでのケアプランの検討。
同種事業所間の連携の場の設置。 |

聞き取り調査の主だった内容

【居宅支援】

〈利用者主体〉・病状を考えること。・利用者が望んでいること・考えること、今までの生き方。・認知症の人などは誰が代弁者か見極める。・本人と家族の思いが違っている場合は情報を持って判断をゆだねること。・近所の方、民生委員の方の力。

〈自立支援〉・情報の提供を行い、サービスを押しつけず、本人が希望することを待つ。

〈マネジメントへの役割〉・どの様な生き方をしてこられたか。・どの様な疾患をお持ちなのか。・家族関係が安定しているか。・介護力がどれくらいあるか。・これから先をどうしたいか。・家族の力、態度、本院との関係、家族の今までの生活歴。・移動能力。生活の範囲。

〈チームアプローチ〉・利用者の希望を第1に考える事業所は質が高いと感じる。・ケアプランに対して具体的な提案をしてほしい。・ヘルパーがオーダー以上のサービスを実施していたが、新しいニーズに対しての報告が無く、アセスメントが不足したためにおこったことだと思う。・チームで情報のやりとりが密に出来ること。・まず、介護支援専門員がアクションを起こすこと。

〈医師との連携〉・退院時には主治医に医療系サービスの必要性を確認する。・意見書の「医学的管理の必要性」にチェックがあれば、医師に確認する。

【訪問系】

〈マネジメントへの役割〉・利用者のケアについて提案しても「ヘルパーがそんなことする必要がない」と決めつけられた。話し合える介護支援専門員であって欲しい。・事業所が、介護支援専門員にお伺いを立てながら次の仕事をもらっている。・介護支援専門員は、良いフォローをしてくれている。こっちが困ったときフォローしてくれた。・ヘルパーが提案したケア（ボデデイタッチ）をすることで利用者との信頼関係が築けたケースがあった。

〈チームアプローチ〉・担当国会議は、事前に情報収集して臨んで欲しい。・プランの棒読みだけでなく、その意味するところを話して欲しい。・利用者の方向が見える会議をして欲しい。・何でも言える介護支援専門員であって欲しい。・先の見通しを立てて、現在利用していない施設の人も交えた担当国会議ができ、利用者をしっかりささえていこうと思えた。

【通所系】

〈利用者主体〉・介護支援専門員は、利用者や事業所の特性を理解してほしい。・家族の思いだけが先行しないようにすべき。・課題分析をしっかりすべき、なぜできないのかみえないものがある。・利用者主体か家族主体か、施設主体かのどれかに傾いているのではないか。

〈自立支援〉・本人のやる気を起こさせる介護支援専門員は良い。その結果介護から予防に変わったケースがある。

〈マネジメントへの役割〉・予防のアセスメントは、課題抽出が自立支援につながっているので良い。・デイサービスで具体化しにくいプランがある。何のためにデイサービス利用するのかみえにくい。・問題点が見えにくいプランがある。本人のことをよく知らないアセスメントできない。・通所リハビリの目的が「転倒予防」となっているが、何をするのか、それで生活がどうなるのか見えない。「社会的交流」とあるが、通所リハビリでないといけないのか？サービスが不足のため通所リハビリを利用しているとおもわれるものもある。

〈チームアプローチ〉・担当国会議で課題分析され1時間くらいかかったことがあるが効率的にして欲しい。・ベット導入だけでの担当国会議は困る。現場を離れて参加するので、意見提出だけにして欲しい。・退院前担当国会議は病院からの情報が得られて有効だ。・担当国会議をしても、介護支援専門員からもらう情報が少ない。・介護支援専門員と事業所は顔

の見える関係になることが大事。・お互いの情報のフィードバックが大事。

【短期入所】

〈利用者主体〉・好きなこと出来ることを探す。・ショートステイは、本人より家族の意向で利用しているが家族が元気で介護できるようになること大事。・本人の特技を活かしたボランティア活動が出来生きがい支援ができた事例がある。

〈自立支援〉・ショートからロングになることがあるが、家族へのアプローチが必要。・行動障害は自立支援につながることが多い。・ポータブルトイレへの自立が出来たのに家族から苦情が来た。

〈マネジメントへの役割〉・共有できないアセスメント、例えば自宅では食事制限していないのに施設では求める介護支援専門員がいる。・介護支援専門員はよくやっている。介護支援専門員の根気強いアプローチで家族が介護できるようになったケースがある。・利用者の気持ちを共有したい。家族の気持ちが優先されている感じがする。・新規の場合は、事前同行訪問をお願いしたい。・サービス利用中にモニタリングに来て欲しい。

〈チームアプローチ〉・自由に意見が言えるような担当者会議にして欲しい。・ケアプラン原案承認のための会議になっている気がする。ケアプランの検討が出来ると良い。・利用者や家族の様子や気持ちが分かるように説明してもらったら、職員が共感し困難なケースでも受け入れることが出来た。

〈医師との連携〉・医療依存度の高いケースが増えた。

松江圏域

圏域の特性

聞き取りにあたり事業所間で情報収集されての参加だったので事業所毎のまとまりを感じた。事業所格差・介護支援専門員格差が著明に現れる発言が多い。介護支援専門員も事業所もサービスを選べる環境がある。事業所が出来ることや特性を見出そうとしている。連携が図りやすい介護支援専門員は利用者のことをよく知っている、プランの目標がわかりやすいなどの特性があった。

問題点

- 1) 意向表出が出来ない方の利用者主体をどうするか。介護支援専門員がどの立場でいるかでマネジメントが変わる。介護支援専門員のケアプラン内容の個人差がある。主治医の意見を反映したケアプランが必要。
- 2) 事業者との連携、事業所リスクの理解、事業所のスキルアップが必要。
- 3) ケアマネジメント連絡ノートが使いにくい。
- 4) 通所リハリが少なく選べない。医療依存の高い人、ターミナルの人の通所がない。
- 5) サービス担当者会議のあり方。月末担当者会議が多いので集中して出席しにくい。短期入所はサービス担当者会議が少ない。
- 6) 短期入所のプランのあり方。家族の介護負担軽減、休養が多く、自宅環境で安全に過ごすことが精一杯で自立支援は困難。

取り組む方向性

- | | |
|---------------|---|
| 1) 利用者主体 | 利用者主体の明確化。 |
| 2) 自立支援 | 自立支援の明確化。 |
| 3) マネジメントへの役割 | 有意義なサービス担当者会議の開催。
ケアプランと個別援助計画の理解。 |
| 4) チームアプローチ | 生活イメージを持てるチーム作り。
チームケアの理解。
社会資源の理解と関わり。
事業者リスクの理解。 |

聞き取り調査の主だった内容

【居宅支援】

〈利用者主体〉・社会資源へかかわりを広げ利用者の選択肢を広げること。・利用者とのすり合わせ意見が最重要であり事業所や医師などからの意見が対立しても最大限尊重すること。・面談にて介護支援専門員が利用者のそばにいることを話、何事もあきらめないこと。・本人の意向が出れば尊重。即サービスではない。・意向が表出できない場合は年齢を考慮したり表出しやすいきっかけづくり、同居家族との信頼づくりなど繰り返すことで伝わってくることもある。

〈マネジメントへの役割〉・本人家族両方の気持ちを支える。・介護支援専門員の五感やセンスも大切。・介護支援専門員により組み立てが違う。・家族に向きると上手くいかない。・家族のあせりと本人のペースが違う場合妥協点をさがすこと。

〈チームアプローチ〉・本人の個性を生かせる事業者は良い。・介護支援専門員と相談が出来る関係の事業所。・評価報告が内容の踏み込みが浅い所は敬遠したい。・責任者の質、依頼内容がスタッフに周知されている。・会議において冷静な意見を出す所は良い。・他の事業者とのすりあわせが上手く出来る。・目標に対して提供内容がしっかり練れる。・事業者数が多いので普段のかかわりが多いところに傾く。・残存能力を生かさず守りの事業所は困る。・リスクの面で事業者の立場を介護支援専門員が説明する。・サービス事業所へ来てもらえるような配慮をする。・トラブル時に介護支援専門員がきちんと入る。・評価・報告の提出は求めていく・事業所の特性を理解する・求めることははっきり言う。

【訪問系】

〈利用者主体〉・自分の暮らしたいような生活をしている人。

〈自立支援〉・その人の生活イメージが出来る。

〈マネジメントへの役割〉・情報が打診、口頭、紙ベースで来る。・退院後は情報が変りやすい認識が必要。・利用するかわからない人の個人情報扱い方が不明瞭。・介護支援専門員のプランの内容がどこまで記載するか基準がないのでさまざま。・主治医の意見を反映したプランが必要。・ニーズと目標が明確であれば事業所判断がしやすい。

〈チームアプローチ〉・チームでその人の生活イメージが出来ることが必要。・必要なことがケアプランに落ちていないと、事業所から意見を出す。・事業所の発信に動いてくれる、プラン変更してくれる介護支援専門員は良い。・事業所は専門的意見を言っに行かないといけな。・サービス担当者会議は案内方法、目的、内容、終了予定時刻、最後のまとめと報告書に配慮が必要。レジメがあるとなお良い。・大変ではあるが医師が入る担当者会議は有効・担当者会の為の下話が出来ていると会議時間が少なくて良い。・他の事業所の様子を伝える介護支援専門員もいる。・事業者間での情報交換をしても良いのでは。・とにかく介護支援専門員に報告してからという意識がある人がいる。

【通所系】

〈利用者主体〉・介護支援専門員や家族の思いではない。・予防は利用者の目標がきちんと定まっている。・意向を伝えれない人は選択肢を作っている。・予防は良いが介護はわかりにくい。特に認知症。

〈自立支援〉・予防の人の目標達成が出来た人がる。・要介護者の機能維持も自立支援。・本人の満足度があれば目標達成できなくても良い。・精神的に前向きになれることも自立支援。・独居は家で生活が出来ることが自立。

〈マネジメントへの役割〉・基本情報は口頭と紙ベースで届く。最初は電話での問い合わせもある。・初回訪問は同行で担当者会議が開催される。同行がないこともある。・暫定プランの提出がほしい。・担当者会議開催がないこともある。更新時期だからとサービス見直し

担当者会議が多い。業務量から会議は30分が望ましい。現状は1時間。目的、自己紹介、焦点化が的確な会議もある。担当者会議は事前準備が必要。自宅内の様子が細かくわかると担当者会議内容もきちんとしている。・通所の様子を見に来る介護支援専門員と来ない介護支援専門員がいる。

〈チームアプローチ〉・プランからリハビリ内容が伝わってこない。・介護から予防に変わったがプランが一緒。・在宅サービス経験があるとないとでプランが違う。ケアプランが直接通所サービスにつなげられるのはわずかだ。全体像の介護支援専門員と通所時間だけの違いかと思う。・プランと通所介護計画が連動するように立てている。疑問は介護支援専門員に返す。・「他者との交流」というプランが多い。・細かい情報を介護支援専門員に伝える。知らないことが多い。・変更申請時期が介護支援専門員と合わない。・家の中のADLの情報がほしい。・連絡帳の活用。在宅療養ノートの活用。・通所行事は介護支援専門員にも声をかけ様子を見てもらう。・その人にあったサービスか介護支援専門員と一緒に考えたい。・細かいことでも話すことが大切。・介護支援専門員との話をいかにスタッフに伝えるかが大切。

【短期入所】

〈自立支援〉・自宅環境ではないことから、まず事故がないようにすること、その次にレベル低下して帰さない。・排泄の自立支援をしたことがある。・オムツはずしをしたいけど介護者事情でことわられた。

〈マネジメントへの役割〉・リハビリ、夜間の排泄動作確認、利用者自身の休養、施設入所者への面会、寒暖時の避難場所、ボランティア的生きがいの場所。・情報がADL確認で細かいことが伝わらないことがある。・担当者会議開催が少ない。照会が多い。・情報提供書式がさまざまに困る。・実調同行ある介護支援専門員とプランない介護支援専門員がいる。・個人より家族意向が優先する場合が多い。・生活全体より身体機能の狭い範囲のアセスメントが多い。・情報が少ない。

〈チームアプローチ〉・ショート中の状態の変化に積極的に関わる介護支援専門員と何もしない介護支援専門員がいる。・利用ごとにサマリーを介護支援専門員と家族に出す。緊急時は電話。・電話・FAX・メール・共有ノートの活用。・介護支援専門員が変わった場合も担当者会議がほしい。

圏域の特性

雲南地域の居宅介護支援事業所を含めたサービス事業所全体のサービス量が不足していると感じている。そのため、それぞれのサービスが担う役割は大きく、密な連携を必要としている。通所系は、それゆえの介護支援専門員の苦勞も理解しており、少ないサービスをどのように支えていくか苦慮している。環境的に積雪が多く、それを理由に断られることもあり季節と地域の特徴である。地域のつながりは保たれ、民生委員、近隣との関係が重要。地域の視点予防は機能していない。

問題点

- 1) 地域との関係とそれを巻き込んだ支援、介護支援専門員の倫理感。
- 2) 連携の目的、とり方、医療、訪問看護、介護支援専門員の役割と連携。
- 3) 担当者会議の内容と方法。事業所の特徴をつかんだプランニング。
- 4) 通所と在宅の連続性。
- 5) 自立支援と介護負担。

取り組む方向性

- | | |
|---------------|--|
| 1) 利用者主体 | 利用者主体の明確化。
利用者と家族のバランス。
介護支援専門員の倫理・姿勢。 |
| 2) 自立支援 | 自立支援の明確化。 |
| 3) マネジメントへの役割 | 各事業所のアセスメント力アップ。
合同研修にて共通理解を図る。
事業所のリスク管理。 |
| 4) チームアプローチ | チームケアの考え方、基本。
担当者会議の目的、内容、開催方法の検討。
連携のとり方、事前協議の方法。
地域へ視点を向け、地域を巻き込んだチームアプローチ。 |

聞き取り調査の主だった内容

【居宅支援】

〈利用者主体〉・「本人がどうしたいか」を生かす知識、技術。・「本人がどうしたいか」を見抜く力。・家族、地域の中で本人の位置付けを理解すること。・本人、家族、事業所と介護支援専門員の信頼関係。・本人をよく知ること。・生活を継続する力と思いが必要。

〈自立支援〉・本人、家族の力を見積もり、家全体の自立心の向上を目指す。

〈マネジメントへの役割〉・本人と家族が向き合っていない、思いが違おうまくいかない。・提案するタイミングも重要。介護支援専門員が言ったと言われる。・本人の気持ち、昔の仕事、思い出など生活暦がアセスメントに大事。・本人の価値観と見守る勇気が必要。

〈チームアプローチ〉・配達や近所の方、地域の支援があつてこそチームアプローチである。・毎回訪問している訪問介護からの情報は重要。・事業所でアセスメントを行い課題を提案してもらつと良いプラン、チームケアができる。・利用者の変化をタイムリーに報告くれる。・介護支援専門員にただ報告だけでなく、対処をして連絡くれる。・個別プランがケアプランに反映される。・緊急事態の対応が適切。・仕事はここまでと壁を作られると困る。・介護支援専門員や事業所がお互いを理解する。

〈医師との連携〉・医師と訪問看護がすべき連携を介護支援専門員に要求される。・医師と訪問看護の連携がうまくいくと安心できる。

【訪問系】

〈利用者主体〉・意向がはっきりし、したい生活に近づく支援。・可能性を引き出し、できない事のみフォローする。

〈自立支援〉・できる可能性を見極めできない事を補う。・利用者と対等の立場で援助する。

〈マネジメントへの役割〉・サービス利用の目的が明確で、ビジョンがあると評価、再アセスメントができる。・ケアプランが利用者、家族に理解されていない。・訪問介護に訪問看護の内容を言われる。・介護背負専門員の考え、方針、判断を説明してくれると方向性が見える。・サービス事業所が介護支援専門員を育てる。・出身職種で視点が違う。介護支援専門員の教育が大事。・職場内での介護支援専門員の育て方。

〈チームアプローチ〉・介護支援専門員の人間性。・話を聞いて、相談してくれると連携とれる。・報告を受けるだけが連携ではない。・介護支援専門員の思いだけで進められても連携はとれない。情報、目標の共有、同じ視点でよいチームケアができる。・状況や状態変化に対しての介護支援専門員の対応が遅いと困る。・介護支援専門員は要。しっかりしてこそチームがまとまる。・担当国会議でプランが変わる。・担当国会議で目標を明確化し評価できる。・決められた担当国会議は時間の無駄だが、必要な担当国会議は開催してほしい。

【通所系】

〈利用者主体〉・ニーズが本人ではなく、家族になっている。・利用者ではなく、介護支援専門員自体の考えが強い。・家族と本人のずれ。

〈自立支援〉・通所がたりず、サービス自体がたりないのでどうしようもない。・ADLは意欲向上。環境設定は自立支援。・通所と在宅の連続性を明確にしていく。・自立支援が介護負担が増えることになる。

〈マネジメントへの役割〉・事業所の特徴をつかんでもらうと、紹介、事前の相談、情報のやり取りがうまくいく。・空き情報から聞かれると状況がわからず困る。・書面だけで情報提供されても伝わらない。・寝たきりの方の通所利用の意味がわからない。・細かな情報がほしい。・通所介護に訓練してほしいと言われても困る。

〈チームアプローチ〉・介護支援専門員とよく話し合っていると上手くいく。・モニタリングを電話で問いあわせられるが、実際にどのように説明してよいかわからない。・事前に情報収集や話しをしてからだといい。・事業所からの提案も考慮してもらえらる。

【短期入所】

〈利用者本意〉・取り組みたいケアがあっても、家族との考えがあわない。

〈自立支援〉・具体的な目標、目的はそれが行えると、在宅生活の継続につながる。その目的のための具体的な内容があると自立支援につながる。・介護支援専門員の動機付けがうまくいと自立支援に向かう。・目標、目的、役割の明確化。

〈マネジメントへの役割〉・利用者情報が多い介護支援専門員はケアプランの内容にも根拠が見える。・注意してみてほしいポイントや具体的な依頼があるとモニタリング、ケア計画がしやすい。・事業所の意見を聞いて新たな方向性や課題を検討される。・漠然と様子を聞かれても何を聞きたいのか困る。・本人の状態とかけ離れたプランがある。・事業所のメリット、デメリットを家族に伝えてほしい。・情報提供は文書でくるが、内容に介護支援専門員力量の差を感じる。

〈チームアプローチ〉・介護支援専門員は利用者をよく知っていること。事業所の提案、報告に対して利用者の話がきちんとできる。・利用中の様子を知ってもらいと家族と話するときも同じ視点で話せる。・事業所のいいなりでは連携できない。・介護支援専門員の人間性。・報告したあとの対応、一緒に考える姿勢が連携をよくする。・内容によっては事業所同士のやりとりがいい。・家族の言うことを聞くだけの担当者会議がある。・介護支援専門員が受身で目的が不明確。・状況確認だけの会議は止めてほしい。時間の無駄。・役割や目的が明確になる会議は重要。

〈医師との連携〉・医療依存の高いケースの場合、状況変化の対応や観察事項など介護支援専門員がおさえてほしい。

出雲圏域

圏域の特性

医師との連携では、メッセージ交換システムで簡単に意見書を取得できるので、意見書の内容はサービス利用につなげる傾向が強い。意見書の活用度が高いため偏りなどがあり、理由を書いてもらうなど、意見書の書き方の工夫が必要。訪問系は、自立支援の意識はあるが制度と利用者の間にはさまれ戸惑っている。通所系は地域とのかかわりを希望し、介護保険だけで完結しない意識がある。連携のとり方が問題。短期入所では、入所前より悪くしない、事故をおこさないが目標。

問題点

- 1) 家族の意向重視、認知、意向の聞けない方のプラン作成。ショートは本人が望まない利用などのプランも見られるので改善が必要。
- 2) 担当者会議の内容と方法。必要な情報について事前の確認。目的と内容。準備、開催、記録など一連の担当者会議にかかる時間と負担。
- 3) 共通理解の仕方。地域との連携、事業所のスキルアップ。事業所との日々の連携。
- 4) 予防のマネジメントができていない。
- 5) 制度により報告書、会議などの負担が増えた。

取り組む方向性

- 1) 利用者本位
利用者本位の明確化。
利用者と家族のバランス。
- 2) 自立支援
自立支援の明確化。
短期入所での自立支援への取組み。
- 3) マネジメントへの役割
各事業所のアセスメント力アップ。
合同研修にて共通理解を図る。
事業所のリスク管理。
- 4) チームアプローチ
担当者会議の目的、内容、開催方法の検討。
連携のとり方、事前協議の方法。
介護支援専門員の役割の事業所認識。
- 5) 医師との連携
医師によっての差の是正。

聞き取り調査の主だった内容

【居宅支援】

〈利用者主体〉・家族の思いが強いと家族の立場にたってしまう、本人を説得してしまう。
・認知でも、時間かけその方を知ることによって意向にそったプラン作成できる。

〈自立支援〉・サービス利用だけでは自立に向かわない。
・家族の理解、協力が必要。
・意向があり、自己決定でき、それを共有できれば自立支援につながる。
・具体的な短期目標がポイント。
・認知でも利用者主体のプランができれば、自立支援につながる。

〈マネジメントへの役割〉・意向がしっかりしているとよいアセスメントができる。・意向を聞き取る、引き出すのが難しい。・認知、コミュニケーションが難しい方は生活史からあ
るべき姿を推測。・普段の会話からキーワードをさぐり、アセスメントにつなげる。・家族
の思いが強いと家族のいいなりプランになってしまう。・認知の方は、サービス利用時のモ
ニタリングからアセスメント、プラン作成につながる。それから、その方に適したサービ
ス事業所を再選定する。・直接事業所に出向いてサービス利用時のモニタリングをする。

〈チームアプローチ〉・認知の方は地域の協力、理解があり生活できるケースがある。・介
護保険だけでは、その人らしい生活のサポートできない。・事業所からの積極的な意見でプ
ラン変更する。・自立支援、利用者主体の方向でサービス依頼しても、事業所に理解してもら
えない場合がある。・事業所から毎月文書での報告があり、情報共有しやすい。・福祉用
具の半年の担当者会議は無駄。・負担である。開催のために事業所、家族の調整など事務量
が多いし家族の負担でもある。・会議開催時を決めなくてもいい。・状態変化時は必要。・意
欲を引き出すときに有効。

〈医師との連携〉・医師との連携はとりやすくなった。・医師によって差が大きい。・MSW を
通じての連携の場合も対応が病院によって様々。MSW の力量が病院の格差に表れている。

【訪問系】

〈利用者主体〉・どう生活したいか、そのためにどうしたいか引き出す。・残されている能
力を見て何が問題か考え、本人主体の目標を持つべき。

〈自立支援〉・必要な援助のゴールを持って行く。・要望されるので手を出しすぎてしま
う。・精神の目標、身体の目標が必要。・介護者の自立支援も必要。・できない事をするのが
可能性への援助。

〈マネジメントへの役割〉・訪問介護のアセスメントは見極めが大切。・制度は高齢者に理
解しにくい。「なぜしてくれないのか。」といわれる。・制度の規制が多い。一人暮らしは利
用可能だが、住所が別で同居していても可能で、老々介護でも生活援助ができない。説明
できない。・家族のためのプランがある。・利用者が見えていない介護支援専門員がいる。
プランも少ししか書いていない。・目標とサービスが合致していることが大事。・出身職種
のプランは詳しくなる傾向がある。・ケアマネにどこまで報告したらいいのかわからな
い。・どこまで介入してもらったらいいのかわからない。・訪問が多い介護支援専門員は利
用者を理解している。・病院出の介護支援専門員は生活がみえにくい。

〈チームアプローチ〉・退院時目標があるといい。・早い時期から情報提供あり定期的な話
し合いができてサービス開始だとうまくいく。ゴールも早い。・「かかわりを持つ」がオー
ダーでは困る。・情報提供用紙の雛型があるといい。・方向性が明確になっているといい。・
お金がない。「この内容を30分で。」などとオーダーされても困る。一緒にアセスメントさ
せてほしい。・お金のために、訪問看護を介護にとオーダーされるのはおかしい。・医療の
介護支援専門員は病気中心なので、退院前カンファレンスを設定してもらおうとチームプレ
イがしやすい。・月末報告がプランに反映して欲しい。・ノートの共有で連携をとって

る。・事前情報があるといい。・評価をケアマネに返す。・担当者会議録がほしい。・援助内容の話が多く、プランについてはない。・会議が多くて負担。報酬もない。・会議をして、よくなる事もある。

【通所系】

〈利用者主体〉・共通の認識、方向性があれば、本人のペースで根気強く通うことでよい方向に行く。・本人、家族の思いを共有できると利用者主体になる。・自分の生活を取り戻してもらうこと。

〈自立支援〉・最初から自立を掲げるのではなく、出かけることを目標にし継続することで自立につながる。・地域とのかかわり。通所でも地域の中に出かけるようにすべき。

〈マネジメントへの役割〉・登録者が多く、個別プランを覚えることができない。・生活の中でリハビリができるよう生活中に目標が持てるよう工夫している。・「おためし利用」を利用してほしい。介護支援専門員も同行してほしい。・開始前にサービス事業所の見学してもらおうと雰囲気もわかり本人が安心される。・介護支援専門員は事業所の特徴をしってほしい。・利用者をよく知っている介護支援専門員は、状況変化に応じてプランも変更される。・自宅と通所利用中では顔が違ふ。理解してほしいし自宅の様子も聞きたい。・メッセージ交換を利用され、知らないうちに説明もなくプランが送られてくることがある。

〈チームアプローチ〉・サービス利用の目的、意図が明確だとケア計画も立て易いし、報告もし易い。・具体的な目標をたててほしい。・プランの言葉とケアがずれる。・連携を介護支援専門員にゆだねすぎる。事業所同士の連携も必要。・報告書を作成するが、時間的に大変。安定している方は何を報告するのか。・介護支援専門員がほしい情報がわからない。・本人、家族と信頼関係ができていない介護支援専門員は事業所も連携がとりやすい。・担当者会議を通じて、本人、家族も含めた役割が明確になるとサービスも提供しやすい。連携もはかりやすい。・担当者会議の目的が事前にわかれば、事業所内で検討した意見を持ち寄ることもできる。・形式的で不必要な担当者会議が多い。・必要な時にだけ担当者会議をしてほしい。

〈医師との連携〉・主治医の意見書に通所リハにチェックがしてあるとそれが理由で利用になる。

【短期入所】

〈利用者本意〉・本人が望んでの利用がない。・家族より、本人の思いを大事にする。

〈自立支援〉・事故防止が先で、自立支援より安全第一。

〈マネジメントへの役割〉・短期入所のあり方使い方。・自宅と同じ環境設定を心がける。・利用前訪問ではアセスメントが不十分。細やかな情報がほしい。・緊急時の情報が入らない。・医療情報が不足している。・家族の休養目的が多い。

〈チームアプローチ〉・利用目的が明確だといい。・プランと生活があわない。・ショートのリスクも説明してほしい。・他事業所との連絡取り合いはしない。・担当者会議は定期利用者しか会議は参加していない。・担当者会議のまとめがほしい。・担当者会議で本人が必ず一緒はおかしい。

圏域の特性

医師との連携では、意見書の遅延など医師会との調整が必要。訪問系は、短期入所、通所系の空きがない時にフォローしているが、自分達で動いて連携を崩すことがある。通所系は専門員に対して事業所のレベルとの違いに戸惑っている。短期入所では、安全第一で在宅との違いで転倒のリスクを一番に考えている。事業所からみると介護支援専門員の力量の格差がはっきりしている。事業所と介護支援専門員の連携は良いが、事業所としての役割が不明瞭。全体から、保険者の方向性が不明瞭。

問題点

- 1) 自立支援の捉え方が不明確。安全が第一であり、利用者主体、自立支援ではない。
- 2) 事業所のスキルアップ。予防プラント介護プランの相違。チームでの取り組みが出来ていない。介護支援専門員と事業所と利用目的がずれている。介護支援専門員が中心となっている。共同作業のあり方。
- 3) 個別援助計画の捉え方。給付管理、記録、訪問等のバランス。

取り組む方向性

- 1) 利用者本位
 - 利用者主体の明確化。
 - 利用者と家族のバランス。
- 2) 自立支援
 - 自立支援の明確化。
 - 短期入所での自立支援への取組み。
- 3) マネジメントへの役割
 - アセスメント力の向上。
 - 担当者会議の開き方。
 - 介護支援専門員の役割の事業所認識。
 - 予防と介護プランの違いの明確化。
- 4) チームアプローチ
 - 事業所からの情報発信。
 - 特にデイサービス、ディケアの受け入れの仕方。
 - 地域への繋がりについて事業所を含めての検討。
- 5) 医師との連携
 - 連携がとれている。

聞き取り調査の主だった内容

【居宅支援】

〈利用者主体〉・利用者、家族に満足度調査を実施し、ヒントを得る。

〈自立支援〉・自立に向けサービス導入。状況改善しサービス減に繋げる。・サービス利用で日常生活を送ることと、自立支援のためのサービス必要との食い違い。

〈マネジメントへの役割〉・給付管理、事務量の多さ。・担当者会議で共通理解しているか疑問。・協働作業になっていない。・情報をどこまで流してよいか分からない。・事業所が少なく連携が取りやすい。・サービスがなく、特に短期入所、デイサービスが少ない。・在宅

介護支援センターが支えていたが、居宅に地域でのことが入ってくる。・夜間でも相談の電話がかかってくる。・電話で話し訪問を減らしている。・サービス拒否があり対応に苦慮。・利用者と家族の意向が別。時に親族が入ってくる。・家族が介護保険は遣わないと損と、使われる。・支援と介護で支援は遠慮したい。

〈チームアプローチ〉・サービス事業者との減らすことへの考え方の違い。・訪問介護員の中には自分の価値観で動く。・利用者情報が事業所に入らない。・地域包括へは相談していない。・訪問看護はプランどおり入る。

〈医師との連携〉・主治医意見書がなかなか出ない。・連携がとれている。

【訪問系】

〈利用者主体〉・依存をどう自立させるか。・言われることを全てすることではない。・本人の役割や責任を自覚。・要望とニーズを見極める。

〈自立支援〉・出来るところと支援を考える。・自分の意思を表現。・駆け引きしながら統一。・時間の制限で手を出してしまう。

〈マネジメントへの役割〉・開始時、顔つなぎで同行。情報シートあり。・サービスに困った時に一緒に説明してくれる。・言葉が抽象的である。・利用者をしっかり見て欲しい。知らないうちに利用者に変化している。・予防プランと介護と変らない。・切り替えなのに担当者会議が開催されない。・どこまで出来てどこまで出来ないか分からない。・サービス利用時訪問あり。・家族の話のみで、本人に会わない家を見ない。

〈チームアプローチ〉・開始前、退院前から担当者会議を開催、チームづくりができていいる。・ケアマネが何をやる人が利用者に分かっていない。・サービス内容を説明してくれない。・何でもヘルパーに聞いて24時間何時でも連絡してみたらという。・各々アセスメントしている。・プランの相談に応じない。・状況把握がない。・知らない間にやり方が変っている。・本人を全員で理解すること。・同じサービスを提供して行くこと。・互いに連絡を取り合っている。・すぐ動いてくれる。・緊急事連絡が取れる。・見下した言い方をされる。・見直しの依頼に返事がない。・ケアマネが変る際に事業所で連携が必要。

【通所系】

〈利用者主体〉・身体を休めに来た、手芸に来た、行事だから来た等在宅目的はどこに行っているのか。

〈自立支援〉・どのように生活の支援をしていくか。・何をどのようにしていくか分からない。・身体、精神、社会の3つであり、足りない部分を支援する。

〈マネジメントへの役割〉・アセスメントシートの添付があり理解しやすい。・デイサービスか、デイケアか区別がつかない。・プラン目標が曖昧で何を求めているのか分からない。・プランの目標が高すぎる。・家族のためのプラン（認知症）がある。・プラン内容が一律。介護負担軽減、他者との交流、機能維持、リハビリテーション参加。・ニーズ、目標、内容と明確にして欲しい。・担当者会議で前回の内容がなく新たに話す。・評価を事業所に返して欲しい。・業者のみの情報でプランを立てる。

〈チームアプローチ〉・言う事に従う。・事業所からの発信に応答なし。・担当者会議で事前にテーマが来て、情報を提供しやすい。・何を話せばよいのか分からない。・担当者会議なのに既にプランが出来ている。また、事前に家族と出来ていて、こうして下さいで終わる。・空きがあるかといわれても困る。・事業所に来て実際の利用者の同行を見て、その場で簡単な担当者会議となりよい。・必要な情報のみでよい。

【短期入所】

〈自立支援〉・自立支援とプランの内容が伝わらない。・事故防止が先で、自立支援より安全第一。

〈マネジメントへの役割〉・利用日の未確認。・歩行できない人を老健で歩行依頼。・自宅での生活といいながら、短期入所利用とは。・プランが医療系は分かりやすいが、福祉系は不明瞭である。・モニタリング、評価後のプランに変化なし。・自宅情報が欲しい。・緊急入所のアセスメントが欲しい。・短期入所のあり方使い方。・回数だけの利用者危険度が増す。・介護者プランが多く、本人のプランが欲しい。・短期の生活リズムと在宅生活の連動したプランが必要。

〈チームアプローチ〉・短期入所中の骨折で、引き続き見てくれといわれて断れない。・体調改善依頼が増える。・事前に担当者会議の情報がない。・担当者会議で時間設定がない。・プランをスタッフが理解すること必要。・担当者会議録が欲しい。

浜田圏域

圏域の特性

医師との連携は、医師会に介護保険制度について具体的な説明が必要。訪問系は、介護支援専門員の態度や行動、アセスメントの仕方の問題を指摘。自立支援の捉え方の問題がある。通所系も、介護支援専門員の態度や行動、アセスメントの仕方の問題を指摘。また、自立支援についての不明確さがある。短期入所は、安全第一であり転倒のリスクを一番に考えている。介護支援専門員同士、事業所、地域各格差の問題。行政と事業所と介護支援専門員との連携が出来ていない。

問題点

- 1) 認定審査会の問題。保険者と包括の連携が少ない。行政主導の勉強会がない。
- 2) 県境でのサービス提供。
- 3) 退院についての連携。医師との連携。事業所と介護支援専門員の役割。
- 4) 医師の介護保険制度の理解度。医師と事業所の連携。
- 5) 老人保健施設と特養施設の考え方のすりあわせが必要。
- 6) 介護支援専門員の態度、情報不足、連携の不足、アセスメントの不足。

取り組む方向性

- 1) 自立支援 自立支援の明確化。
- 3) マネジメントへの役割 行政との連携。認定調査について。
- 4) チームアプローチ 地域格差の是正。
介護支援専門員の役割と事業所の役割。
研修会のあり方、現場を知らない講師の研修は良くない。
地域の特性に合わせた研修がほしい。
事業所の研修が必要。
介護支援専門員の格差是正。
- 5) 医師との連携 連携の機会の場の確保。

聞き取り調査の主だった内容

【居宅支援】

〈利用者主体〉・利用者の思いを引き出すことから始める。・家族は本人とセットと考える。・一年かけて本人のプランになればよい。・困ってからの申請でなく、デイサービスを使いたい目的をもっての申請。・短期入所は本人でなく、家族主体である。

〈自立支援〉・介護度が軽くなると残念がる家族。・予防から介護になる人は多いが、介護から予防になる人は少ない。

〈マネジメントへの役割〉・家族のペースになってしまい、アセスメントができない。・本人だけでなく家族や周りの環境等も踏まえアセスメントする必要あり。・聞き上手になり本人、家族に話してもらいながら見つけ、その中でとりあえず今必要なことを一緒に検討す

る。・アセスメントは介護支援専門員によって変わる。・「おいしいご飯を作るあの方」と指名があり調整する御用聞きになっているが聞きながら修正していけばよい。・サービスエリアで県境近くであるが、隣県のサービスが使えない。・介護支援専門員は大きな給付管理に、決裁も受けていないので、きちんとした仕事をしないといけない。・予防プランは包括の確認が入るので良い。・月の半分短期入所利用は施設の利用を促しているもの。・ケアプランが生活全般プランで漠然としている。

〈チームアプローチ〉・通所は介護支援専門員に依頼は多いが、返しが無い。・サービス中の問題を介護支援専門員に解決を求めることがある。・送迎時間や利用時間を変更しているが、給付のことを心配していない。・ケアマネジメントの勉強をして欲しい。・短期入所日数は依存度の高い家族は事業所連携して調整。・短期入所ですぐに入ったら褥瘡があったので延長してくれた。・担当者会議に出席がなく、紙だけの事業所がある。

〈医師との連携〉・直前に退院といわれサービスを繋いでくれと言われても困る。せめて1週間前にして欲しい。・痛みが治まっていないのに退院。リハビリも進まない。点数が取れないからか。・総合病院の医師との連携がとりにくい。・開業医も人によるので医師会から言っても意味ない。・担当者会議が医師とできない。・医師との連携で紙ベースで送るが返事がない。・どういう利用かと問う医師もいる。・この人は施設と決付ける医師がいると家族も言われたからとサービスが組めない。・介護保険制度の説明が医師には伝わっていない様子。

【訪問系】

〈自立支援〉・訪問中にプラン以外のことをして欲しいと頼まれる。・予防プランに「手工芸しましょう」とあるが、それより生活しましょうではないか。掃除、洗濯、調理をして自立支援したいのに包括のプランは違う。意見するが回答はない。・一緒というが、実際はヘルパーさんやると言われる。・できないことができるようになるのが自立支援。・介護保険ではできんことをやってもらいなさいというイメージなので、自立する人はいない。

〈マネジメントへの役割〉・介護支援専門員の主観が入っているような選び方をしている。よく仕事をしている事業所が良いとは限らない介護支援専門員の主観が入っている。・いつでも良いといわれるが実際はいつでも良くなかった。・今日できるかといわれても困る。・褥瘡があったので訪問看護を薦めた。・事業所の特性をつかんで紹介してほしい。・長期目標と短期目標が一緒な介護支援専門員。・ケアプランがこない介護支援専門員。

〈チームアプローチ〉・情報が少ない。・全事業所でのトラブルについて事前に情報がほしい。・他事業所の情報が入りにくい。・訪問介護を家政婦と見ている人もいるので説明してほしい。・急な退院多く担当者会議ができない。・議事録返らないときがある。レジュメが配られ自分で記入する形がある。・事業所でもアセスメントする。訪問頻度が高いので、介護支援専門員が見えていない部分は独自プランを考える。・更新に伴う担当者会議という介護支援専門員がいる。・事業所が事前準備できて参加できる担当者会議もある。・介護支援専門員が一人でしゃべる担当者会議がある。・全員が集まる必要性がない時がある。・頻回

の連絡に迷惑がる介護支援専門員と頻回の連絡を必要とする介護支援専門員。・緊急時専門員がつかまらない、また、土・日曜日は拒否する介護支援専門員。・上からものを言わないでほしい。・言いたいことを聞いてくれない。

〈**医師との連携**〉・急な退院は困る。・介護保険の制度説明をしても理解できないので、非常識なことが起きる。

【通所系】

〈**利用者主体**〉・週何回も来たら本人のためでなく家族のためになっている。

〈**自立支援**〉・デイサービスで過ごす時間は短く家では介護負担が多い。本人よりも家族の問題となっている。・施設ではバリアフリー、多人数。家庭では一人で見ないといけない人や環境を考慮する必要あり。・本人・家族に笑顔が出てきたとき。・ADLだけならいいが、気持ちの自立支援もある。寝たきりの人が格好気になり更衣し参加した。・心も体も元気になることが自立支援。・出かけることで本人の意欲が出た。・寂しさの解消時。

〈**マネジメントへの役割**〉・家族と事業所で調整、プランと利用者になずれがある。・プランの中に家族や環境が入っていない。・本人、家族が見えていない。・事業所、家族が見ても訓練が必要であるのに、限度額超えるのでできないといわれる。・訓練をすれば動けるようになると家族の思いをそのまま取り入れるが、生活全般を見るべき。・プランがないときがある。・情報不足で契約時に分かることがある。・情報シートをもらっても分からない介護支援専門員の一方、電話だけで状態像が見えるポイントを抑える介護支援専門員。・訪問もせずプランを立てている。

〈**チームアプローチ**〉・担当者会議に資料がある。・4～5日前には利用確認をして欲しい。・家族・病院の都合でなく介護支援専門員の都合で時間設定してほしくない。・ニーズがずれているのに聞き入れない。・情報交換や事業所訪問してくれ助かる。・事業所に来てほしい。みんなに挨拶してほしい。

〈**医師との連携**〉・圏域に個性の強い医師がいるので連携は難しい。

【短期入所】

〈**利用者主体**〉・短期入所は、家族の都合である。・安全第一で特に転倒のないように介助してしまう。・家族は出来るだけ長く使いたいと言われるが、本人は出来るだけ短いほうが良いというのが本音。・家ではない行事等で楽しむ方もいる。

〈**自立支援**〉・家庭ではオムツで施設ではトイレ使用でも、家を考えると難しい。

〈**マネジメントへの役割**〉・「空きがありますか」と突然言われても困る。・訪問時に介護支援専門員、家族、事業所と担当者会議になっている。・意見の言える介護支援専門員もいれば、いえない介護支援専門員もいる。・事前に目的がなかったりする。・負担軽減とあるが、そこからどのように個別援助計画が立てられるか。・利用者を見ないで情報発信する。・状況把握していないので医師とトラブルになった。・ベッド数が足りない、数ヶ月先まで埋まっている。・ベッドであるが家では畳。そのためリスクが高い。

〈**チームアプローチ**〉・互いに情報のやり取りをしているので困ることはない。・初対面の

場合顔つなぎで来て欲しい。・担当者会議で他事業所も見えてよい。・会議録がなく各々書いてと言われる。・送り時に介護支援専門員がいると、その場で担当者会議ができてよい。・土・日曜日等リスクの多い日に連絡が付かない。・他事業所が見えない。・胃ろう、点滴の管理医療依存度が高くなってきている。・I V Hやインスリン注射など老人保健施設で拒否され、特養に入る人が多い。・認知症で徘徊のある方が入ると、他の方の受け入れができなくなる。

〈医師との連携〉・介護保険制度が分かっていない医師。・主治医は嘱託医ではない。点滴をして後はそちらで見てといわれた。・医療機関に急患を連れて行くと、また来たかといわれる。

益田圏域

圏域の特性

山間地では、サービス事業所の数が少なく選べない。緊急時に利用できない。ひとつの事業所で地域をカバーせざるをえない実情がある。圏域ではショートステイの空きがない状況がある。介護支援専門員協会と事業所との連携はうまくいっており、介護支援専門員協会として共通の情報提供用紙を作成し活用している。利用できる事業所が限られるが、それでは減算になり困っている。

問題点

- 1) サービスの量、質。医療系サービスが遠方にあり、我が町では重度の人は支えられない。ショートステイの予約が満杯のため入らない。県外も利用する。訪問リハビリがもっとあるとよい。ヘルパー事業所が閉鎖。
- 2) 包括との連携。
- 3) 担当者会議。タイムリーな開催、有効な会議運営。
- 4) ケアプランが具体的でない。

取り組む方向性

- | | |
|---------------|--|
| 1) 自立支援 | 利用者主体の明確化。
利用者と家族のバランス。 |
| 2) 利用者主体 | 自立支援の明確化。
短期入所での自立支援への取組み。 |
| 3) マネジメントへの役割 | アセスメント力。
担当者会議の開き方。
介護支援専門員個々の力量向上と全体の底上げ。 |
| 4) チームアプローチ | 事業所からの情報発信、特にデイサービスデイケアの受け入れの仕方。 |
| 5) 医師との連携 | 医師個人による差。 |

聞き取り調査の主だった内容

【居宅支援】

〈利用者主体〉・研修を受けても実際に出来ないことが多い。利用者の絶対数が少なく、経営的に難しく、解決できない。マヒ状態。

〈自立支援〉・要介護3以上で在宅は無理だとおもわれる。・サービスが充分にないため、在宅で暮らすと機能低下する。

〈マネジメントへの役割〉・デイサービス、訪問看護が2カ所になりやっと選択できるようになった。・ショートステイは4日が限度ではないかと考えているそれ以上だと家族が介護できなくなる。・緊急時に利用できるサービスがない。・山村、過疎地では独居で周囲に支える人がいないので何かあるとケアマネが駆けつけるようになってしまう。

〈チームアプローチ〉・情報を文書でやりとりできるようになった。・デイケアの数が少ないので利用できない為、デイケアでの対応方法をデイサービスに教えて欲しい。・小さいことでもすぐに介護支援専門員に対応を求められる。・介護保険サービスだけでは、在宅は支えられないが、地域の人も介護支援専門員以上のことをしなければ支えられない。

〈医師との連携〉・デイケアの主治医の情報提供が1ヶ月以上遅くなって困った。・介護保険のことを分かってくれていない医師もいる。・病気に対する不安が強い人は訪問看護や往診をすすめる。

【訪問系】

〈利用者主体〉・平成18年以降は利用者主体ということが言いやすくなった。・利用者の思い、生きがいの部分を応援する。・利用者と同じ視点で関わる。・利用者の心の満足を引き出す関わりが出来るよう意識している。

〈自立支援〉・こちらの思いこみではなく、利用者のお思いを大切にす。・チームで協力して支えることが大切。・自立（自律）出来ている人と出来ていない人の見定め、家族関係の調整。

〈マネジメントへの役割〉・指示的な介護支援専門員がいる。医療系の人指示的など、出身職種での違いがあるように思う。・同一法人、同一建物内の介護支援専門員とは連携取りやすい。急な依頼や変更でも対応できている。・介護支援専門員は聴く耳をもって欲しい。・現場の声を発信してプラン作りが出来るようになってきた。・ケアプランが来るのが遅い介護支援専門員がいる。・以前はおおざっぱなプランだったが最近は詳しくなった。

〈チームアプローチ〉・チームとして信頼関係築いて、平等に何でも言い合えるようでないとうまくいかない。・介護支援専門員個人により情報収集量に差がある。・休日に退院する場合なども対応している。・介護支援専門員、ヘルパーがプランを持ち寄り話し合うのが良い。・担当者会議は1時間くらいが適当。・担当者会議はレジメを作って、前もって渡して欲しい。報告書も欲しい。・照会が多く担当者会議をしない介護支援専門員がいる。

【通所系】

〈利用者主体〉・本人の思いが聞けて目先の目標が明確にできること。・モニタリングをきちんとして次の目標を決めること。・本人の状態を介護支援専門員が理解できていないことが問題。・本人不在で家族と介護支援専門員の思いのみでサービス利用していることがある。

〈自立支援〉・生活がある程度出来ること。・今まで出来ていたことが維持できる改善すること。・ADLがどんどん下がらないように考えている。・昼の生活をしている家での生活に近いようにしている。・本人の意志、家族の協力度合いで異なる。・楽しみになるデイサービスになればと考えている。

〈マネジメントへの役割〉・リハビリについての必要性、ケアプランについて意見を言うようにしている。・互いに勉強していけばいい。・依頼があったら、必要な情報を電話にて介護支援専門員に確認、分からなければ再度確認する。・他の事業所のサービスが良ければ介護支援専門員に提案する。・介護支援専門員によっては情報が少なく困ることがある。ニー

ズとアセスメントがつながっていないことがある。・目的がはっきりしていると関わりやすい。・一日だけ在宅に帰るというプランがあったが、介護支援専門員も短期間プラン大変だ。

〈チームアプローチ〉・担当者会議をしていない介護支援専門員がいる。・介護支援専門員がプランを立ててきてその説明で終わっている。・担当者会議の開催時期が遅い。・ケアプランの内容がアバウトすぎる。本人の言葉で書いてあると良い。・担当者会議を連絡手段として使っているとおもえるものがある。・電話で話したことを担当者会議とすることがある。急な退院の連絡、情報が文書で来ない、情報が少ないなど退院時の連携がうまくいかないことがある。・随時連絡を取り合い、毎月報告を出し返事がある。

〈医師との連携〉・病院と介護支援専門員の連携が悪いことがある。

【短期入所】

〈利用者主体〉・利用者に視点を合わせる。介護支援専門員だけでなく事業所も頑張ること。・家族の責任・約悪も説明・説得すること。・本人がショートを嫌がっていても今後の生活や家族のことを説明し説得することも必要。

〈自立支援〉・介護支援専門員と本人が信頼関係で結ばれていること。サービス事業所と家族の間で介護支援専門員が上手に調整をすること。

〈マネジメントへの役割〉・現状維持だけでプランが来ないことがある。・情報の新しいモノが欲しい。・特老のショートで、「排便コントロール」や「脱水の改善」とあっても医療的な目的はむずかしいことがある。・特老と老健を両方予約し、老健を優先する傾向があるのでは。

〈チームアプローチ〉・益田市内の連携は、事業所と介護支援専門員はある程度出来ている。・ショートステイ目的で、「本人の休養」「水分制限を守る」などの目的を達成した。・ショート情報の共有化してほしい。例えば、施設のショートステイが満床状態であることを理解し、有効に活用してほしい。

〈医師との連携〉・内服、医療関係は自分たちで確認する。

圏域の特性

旧西郷町を除いて旧町村単位に、地域に1法人でサービスが完結する状況。形式的な連携よりスタッフが近いところにいる為に、日常的に連携を図っている。高齢化率が高く、しかも家族が本土というケースも多く、ヘルパーが中心的に支えることが多いように感じられた。逆に制度の範囲のヘルパーだけでは支えきれない面を都市部に比べると常に持っており、そこに介護支援専門員やヘルパーの苦勞が伺えた。また、利用者同士のつながりが強い地域で利用者間の情報交換が活発に行われ、また、職員の住民としての立場も活用しながらサービス提供が行われ、結果、地域全体を支えることにつながっている。

問題点

- 1) 利用者同士のつながりの強さによりメリットが大きいですが、時には不正確な情報も共有されてしまうことがある。
- 2) 同一法人であるが故の介護支援専門員と事業所の役割の不明確さ。ただし、同一法人でのメリットもある。
- 3) 短期入所の利用の長期化による、他の利用者へのサービス制限。例えば、老健のベッドが少なく、短期入所がその役割も持っている。
- 4) サービス事業種類の偏り。

取り組む方向性

利用者主体	家族主体から、本人主体への取り組み。
自立支援	経済的な支援の仕方。 短期入所での取り組み。
マネジメントへの役割	介護支援専門員個人の力量の格差の是正。
チームアプローチ	事業所の格差というよりも法人の力量の差の是正。 離島での各サービスの役割のあり方、独自性。 現在ある住民同士のコミュニティの活用。 同一法人でのサービス提供のメリットの更なる活用と、デメリットの是正。
医師との連携	保健師との連携の必要性。

聞き取り調査の主だった内容

【居宅支援】

〈利用者主体〉・自分の事を自分で考えて、向かいたい方向がわかっていること。・本人に意欲があるケースは少なく、家族主体になることもある。

〈自立支援〉・ポイントを絞ったアプローチが自立支援につながる。・本人への動機づけが難しい。・経済的なことや、郡部、離島、高齢社会から協力者がいないことが自立支援の阻害になることも。

〈マネジメントへの役割〉・その人の価値観を大切にしている。・本人の意向が不明確で、ある程度の方向性を持ちサービスを導入する。・本人だけでなく、家族も含めたマネジメントが必要。・デイサービスにはデイサービスの、ヘルパーにはヘルパーのしてもらえ、してもらいたい事を明確に伝える。・利用者同士つながりが強く、利用者同士で情報交換している。利用者から情報を得ることもある。・家族関係が悪いと課題が明確になっても解決に結びつかない。・認知症の夫婦が地域に埋もれていた。・家族、親族が島内にいない利用者の支援が難しい。・移送サービスの充実、もしくはヘルパーによる通院介助が利用者を支える上では必要。

〈チームアプローチ〉・それぞれの事業所の役割の明確化。・ヘルパー事業所から自立支援に向けての意見をもらう機会が多い。・同一事業所の場合が多く、一緒に様子を見に行ったり連携が図りやすい。・違う法人のサービス事業所には足を運ぶ。・同一法人でのサービス提供のあり方のメリットが生かされている。

〈医師との連携〉・意見書のサービスにチェックがある場合、直接医師に話を聞きサービスの導入の参考にする。

【訪問系】

〈利用者主体〉・週1回のヘルパーの協力で残りの6日がんばれる。

〈自立支援〉・自己決定できるように支援すること。・横になっていたいと言っている利用者に動機付けしていくのは介護支援専門員の仕事。・訪問看護導入の理由に基づいて身体を動かす計画をし、努力する。・利用者の出来ないことをステップアップしていく過程を大切に。・ヘルパーが来たときくらいは楽をしたいと思っている利用者。

〈マネジメントへの役割〉・楽だからしてあげるのではなく、利用者の価値観にふれるような声かけや働きかけをチームで行えるようになる。・介護支援専門員の説明不足から訪問看護で入っても何でもしてくれるヘルパーと勘違いする人もいる。・利用者を知っている介護支援専門員は情報が細かく、内容が詳しい。・出来ないことと出来ることの区別が整理されている。・プランに利用者の意欲やニーズが整理されている介護支援専門員と現状だけが書いてある介護支援専門員という。・介護支援専門員自身がどのように支援したいのか不明確なプランもある。・サービス事業所の関わる意味がプランにあるととても参考になる。・要介護1から要支援のケースで状態は変わらないのにヘルパーが使えなくなるのは利用者に理解は難しい。・隣の家も遠く高齢者世帯など、ヘルパーしか話し相手がない利用者も沢山いる。

〈チームアプローチ〉・介護支援専門員のプランと事業所の個別援助計画が連動している。・初めての利用の方は調査に介護支援専門員が同行してくれると助かる。・訪問、通所、居宅が事業所の中にそろっているので1回の連絡で具体的な情報が入る。・よくアセスメントが出来ている介護支援専門員は同じ視点で話が出来る。思いが一緒なので対応も早い。同じ法人の介護支援専門員は何かあれば訪問から帰ってすぐ報告できる。・相談しても反応のない介護支援専門員は困る。・サービス提供中のモニタリングは大切。

【通所系】

〈利用者主体〉・利用者が自己選択できるように豊富なメニューをそろえている。・住民同士が誘い合い。

〈自立支援〉・まず、デイサービスで取り組み、在宅につなげる。・デイサービスでは自分が主役になれる。

〈マネジメントへの役割〉・利用者同士のネットワークが強く、他の利用者の情報を持っている。・地域の人が皆知り合い。・小規模なので全体を見渡せる。・外に出ること事態が生活リハにつながる。・詳細な情報は介護支援専門員から。

〈チームアプローチ〉・関わる介護支援専門員の数少なく気心が知れている為連携が図りやすい。・通所利用後に事業所としてのアセスメントを行い、結果をケアマネにも報告する。・役場の保険師が地区の隅々まで知っている。保険師との連携が大切。・介護支援専門員との同行訪問を心がけている。・苦情の解決に介護支援専門員に間に入ってもらうこともある。・どこまで介護支援専門員に報告すればよいかわからない。・同一法人では介護支援専門員との関係の線引きが難しい。・担当者会議は現在の状態がイメージとおり。

【短期入所】

〈利用者主体〉・短期入所の利用については家族の都合が多く、利用者主体とはつながりにくい。

〈自立支援〉・短期入所の利用期間だけでは難しく、家庭や他事業との連携が必須。・身体的な自立は、介護負担の軽減につながらないことが多く、家族の理解が必要。

〈マネジメントへの役割〉・目標、目的が明確になっているとサービスに取り組みやすい。・在宅復帰について事業所側から介護支援専門員に依頼するケースもある。・介護支援専門員のプランの内容、書き方が違う。・病院から在宅復帰の困難な方の短期入所以来が直接来る。・老健と短期の利用目的にあまり差がない。・事業所の格差よりも個人の力量の差。・入所中に利用者に何を取り組んで欲しいか明確であると、個別の支援計画も立てやすい。

〈チームアプローチ〉・家族との良い関係の出来ているケアマネは頼もしく連携も図りやすい。・同一事業所の介護支援専門員であることがほとんどで、改めての連携より、日常的に関わりを持っている。・同一法人だとミーティングも一緒に行うので在宅とのつながりもよい。・担当者介護を自宅へ出かけることはあまりなく、病院や事業所で行うことが多い。・利用者の生活のフィールドである自宅に出かけて、本人を交えた担当者会議が増えるべき。

第4章 資料

島根県給付適正化調査事業（ケアプラン適正化調査研究）実施要項

1. 目的

島根県におけるケアマネジメント支援が適正に実施出来るよう、ケアプランを含むケアマネジメント業務における現状と課題及び今後の方向性を、介護支援専門員が主観的に認識している現状と課題、サービス提供事業者が認識している現状と課題とをアンケート方式及び面接調査によって明らかにし、その結果を基に今後におけるケアマネジメント支援の方向性を探る。

また、ケアプランを適正であると判断するうえで参考になる事例考察を介護支援専門員に対する面接調査から明らかにし、地域性も考慮したうえで島根県において適正なケアマネジメントが実施されるための介護支援専門員が活用できる報告としてまとめ、来年度以降の指針としていく。

2. 実施主体

島根県 特定非営利活動法人島根県介護支援専門員協会

3. 調査方法

(1) 介護支援専門員のケアマネジメントに対する意識調査。

①県内の介護支援専門員が主観的に認識している現状と課題を把握するため、介護支援専門員 1,209 名（介護支援専門員協会所属）にアンケート調査を行い、ケアマネジメント業務における現状と課題及び今後の方向性をまとめる。

(2) 介護サービス事業者からの聞き取り調査。

①各圏域の介護サービス事業者連絡会から抽出した事業所に対して聞き取り調査を行い、サービス事業所側が認識するケアマネジメント業務における現状と課題をまとめる。

(3) 介護支援専門員から聞き取り調査。

①各圏域の居宅介護支援事業所連絡会から抽出した事業所の介護支援専門員に対して、ケアマネジメント支援がうまく行っていると判断する事例について聞き取り調査を行い、ケアプランを適正であると判断するうえで参考になる事例考察をまとめる。

(4) それぞれのデータより、県内におけるケアマネジメントの現状と課題を把握し、島根県において適正なケアマネジメントが実施されるための介護支援専門員が活用できる報告としてまとめ、来年度以降の指針としていく。

4. 調査対象者

(1) 介護支援専門員意識調査

・島根県介護支援専門員協会所属の介護支援専門員 1,209 名

(2) 聞き取り調査

- ・通所系5事業所、訪問系5事業所、短期入所系5事業所、居宅介護支援事業所5事業所を、サービス種別単位、圏域単位で聞き取りを行なう。
- ・160事業所（5事業所×4グループ×8圏域）

5. 期日

- (1) アンケート調査：平成19年10月1日 ～ 平成19年10月10日
- (2) 聞き取り調査：平成19年10月1日 ～ 平成19年12月31日

6. 結果

- (1) アンケート調査、聞き取り調査をまとめ、島根県におけるケアマネジメントの現状と課題について報告を行なう。
- (2) 報告の期日は平成20年1月31日とする。

会員！全員！アンケートのお願い

初秋の候、会員の皆様にはますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、協会では会員の皆様のご意見を集約しこれからの活動に生かし、県や全国にも提言したりして行きたいと考えております。

忌憚ないご意見をお寄せ頂きますようお願い申し上げます。アンケートはご記入のうえ同封の封筒で**10月10日までに投函ください**。空欄があっても構いませんので、**会員全員の意見が集約できるよう協力お願いします**。



みんなの意見を
反映しよう!!

- 在宅・施設で現在ケアマネジャーの仕事についている方は設問1. 2. 3 (①～⑩). 5. 6. 7を記入
 - 現在ケアマネジャーの仕事についていない方は設問1. 2. 4 (①～⑩). 5. 6. 7を記入
- 【*印の質問は○印をお願いします】

1. あなたの所属等について

*性別 男・女 *年齢 20-30才・31-40才・41-50才・50才～

*圏域 安来・松江・出雲・雲南・大田・浜田・益田・隠岐

*職種 在宅ケアマネ・施設ケアマネ・在宅サービス職員 (サービス種別) ・職
種
施設サービス職員 (施設種別) ・職種) ・その他
()

2. 介護保険について

①介護保険が導入され7年が経過しましたが、利用者の生活は以前と比べどうでしょう？

***良くなった・少し良くなった・余り変わらない・少し悪くなった・悪くなった**

良くなったと思う点をご記入ください

悪くなったと思う点をご記入ください

②介護保険が導入され自分の仕事は以前と比べどうでしょう？

***良くなった・少し良くなった・余り変わらない・少し悪くなった・悪くなった**

良くなったと思う点をご記入ください

悪くなったと思う点をご記入ください

3. 現業のケアマネさんへ (現在ケアマネの仕事に携わっていない方は4へお進みください)

①ケアマネの仕事をするようになってからどんな感じですか？

***大変楽しい・楽しい・少し楽しい・余り変わらない・少しつらい・つらい・すごくつらい**

楽しいと思う点をご記入ください

つらいと思う点をご記入ください

②仕事（職種）を変わりたいと思ったことはありますか？

***いつも思う・時々思う・たまに思うことがある・余り思わない・思わない**

その理由をご記入ください

③今一番の悩みは何ですか？

ご記入ください

どうやって解消していますか？

それに対して何か具体的に支援して欲しいこと、提言がありますか？

④介護保険制度に対して何か要望がありますか？

利用者サイドでの要望をご記入ください
ケアマネサイドでの要望をご記入ください
事業所サイドでの要望をご記入ください

⑤自分のケアプランは概ね適正だと思いますか？

- * 適正だと思う・概ね適正だと思う・あまり適正だとは思わない・適正でないと思う
適正とそうでないものが半々・何が適正か判断が難しい

その理由をご記入ください

⑥自分のケアマネジメント業務は概ね適正だと思いますか？

- * 適正だと思う・概ね適正だと思う・あまり適正だとは思わない・適正でないと思う
適正とそうでないものが半々・何が適正か判断が難しい

⑦適正だと思う部分はどれですか？（複数回答可）

- * 受付相談契約・アセスメント・プランニング・事業者選択・担当者会議・事業者との連携・主治医との連携・
家族との連携・地域との連携・行政との連携・サービス提供の確認・モニタリング・申請代行等・権利擁護・
自立支援の視点・日々の相談面接・その他

()

その理由をご記入ください

⑧不適正、うまく出来ていないと思う部分はどれですか？（複数回答可）

*** 受付相談契約・アセスメント・プランニング・事業者選択・担当者会議・事業者との連携・主治医との連携・**

家族との連携・地域との連携・行政との連携・サービス提供の確認・モニタリング・申請代行等・権利擁護・

自立支援の視点・日々の相談面接・その他

()

その理由をご記入ください

⑨自分が関わったケースでうまくマネジメント出来たと思うケースのポイントは何でしたか？

ポイントをご記入ください

⑩自分が関わったケースでうまくマネジメント出来なかったと思うケースのポイントは何でしたか？

ポイントをご記入ください

4. 現在ケアマネの仕事に携わっていない方へ

①機会があればケアマネの仕事をしてみたいですか？

***是非してみたい・機会があればしてみたい・どちらでもよい・あまり思わない・思わない**

その理由をご記入ください

②在宅・施設等ケアマネの仕事はどんなイメージですか？

プラスのイメージをご記入ください

マイナスのイメージをご記入ください

③今一番の悩みは何ですか？

ご記入ください
どうやって解消していますか？
それに対して何か具体的に支援して欲しいこと、提言がありますか？

④介護保険制度に対して何か要望がありますか？

利用者サイドでの要望をご記入ください
事業所サイドでの要望をご記入ください

⑤自分の業務のなかで関わるケアプランは概ね適正だと思いますか？

- *適正だと思う・概ね適正だと思う・あまり適正だとは思わない・適正でないと思う
適正とそうでないものが半々・何が適正か判断が難しい**

その理由をご記入ください

⑥ サービス事業所として関わるケアマネジメント業務は概ね適正だと思いますか？

*** 適正だと思う・概ね適正だと思う・あまり適正だとは思わない・適正でないと思う
適正とそうでないものが半々・何が適正か判断が難しい**

⑦ 事業所として担当のケアマネジャーを見たとき、適正だと思う部分はどれですか？（複数回答可）

*** 受付相談契約・アセスメント・プランニング・事業者選択・担当者会議・事業者との連携・主治医との連携・**

家族との連携・地域との連携・行政との連携・サービス提供の確認・モニタリング・申請代行等・権利擁護・

自立支援の視点・日々の相談面接・その他

()

その理由をご記入ください

⑧ 事業所として担当のケアマネジャーを見たとき、不適正だと思う部分はどれですか？（複数回答可）

*** 受付相談契約・アセスメント・プランニング・事業者選択・担当者会議・事業者との連携・主治医との連携・**

家族との連携・地域との連携・行政との連携・サービス提供の確認・モニタリング・申請代行等・権利擁護・

自立支援の視点・日々の相談面接・その他

()

その理由をご記入ください

⑨ 自分が関わったケースでうまくマネジメント（支援）出来たと思うケースのポイントは何か？

ポイントをご記入ください

--

⑩自分が関わったケースでうまくマネジメント（支援）出来なかったと思うケースのポイントは何でしたか？

ポイントをご記入ください

5. 協会活動について

①地区協会の活動はいかがですか？

*** 良い・まあまあ・良くも悪くもなし・少し不満・不満・活動がよく分からない**

良いと思う点をご記入ください
不満と思う点をご記入ください

②県協会の活動はいかがですか？

*** 良い・まあまあ・良くも悪くもなし・少し不満・不満・活動がよく分からない**

良いと思う点をご記入ください
不満と思う点をご記入ください

③全国協会の活動はいかがですか？

*** 良い・まあまあ・良くも悪くもなし・少し不満・不満・活動がよく分からない**

良いと思う点をご記入ください

不満と思う点をご記入ください

6. ケアマネジャーに対する研修について何か希望、要望がありますか？

ご記入ください

7. 今後の活動に対し何か希望、要望、提言があればご記入ください

ご記入ください

ご協力ありがとうございました。m(_ _)m

調査委員会

調査委員

藤原 伸二

橋本 靖

石飛 智朗

錦織美由起

稲田 基子

大倉 厚子

日野 徹

委員会記録

- | | |
|----------|---|
| 第1回調査委員会 | 平成19年7月28日
・現状の分析、調査方法の協議。 |
| 第2回調査委員会 | 平成19年8月2日
・ケアプランの傾向についてモデル調査。 |
| 第3回調査委員会 | 平成19年9月3日
・モデル調査結果の検討。 |
| 第4回調査委員会 | 平成19年10月1日
・アンケートの実施。 |
| 第5回調査委員会 | 平成19年10月23日
・出雲地域にてモデル聞き取り調査を実施。
・モデル聞き取り調査の分析。 |
| 第6回調査委員会 | 平成19年11月20日
・聞き取り調査の詳細の決定。
・圏域協会への依頼開始。 |
| 第7回調査委員会 | 平成20年1月20日
聞き取り調査、アンケートのまとめ。 |
| 第8回調査委員会 | 平成20年1月29日
報告書作成。 |

聞き取り調査

- 大田圏域 日 時：平成 19 年 11 月 22 日
会 場：大田市民会館 第 1 会議室
調査員：錦織美由起、大倉厚子、藤原伸二、橋本 靖
- 安来圏域 日 時：平成 19 年 12 月 4 日
会 場：特別養護老人ホームしらさぎ苑
調査員：稲田基子、日野 徹
- 雲南圏域 日 時：平成 19 年 12 月 7 日
会 場：三刀屋町健康福祉センター
調査員：橋本 靖、石飛智朗、稲田基子、日野 徹
- 浜田圏域 日 時：平成 19 年 12 月 11 日
会 場：浜田市総合福祉センター
調査員：橋本 靖、大倉厚子
- 松江圏域 日 時：平成 19 年 12 月 13 日
会 場：島根県介護支援専門員協会事務局
調査員：石飛智朗、大倉厚子
- 益田圏域 日 時：平成 19 年 12 月 15 日
会 場：益田市総合福祉センター
調査員：橋本 靖、稲田基子
- 出雲圏域 日 時：平成 19 年 12 月 22 日
会 場：パルメイト出雲
調査員：藤原伸二、錦織美由起
- 隠岐圏域 日 時：平成 20 年 1 月 7 日
会 場：隠岐の島町ふれあいセンター
調査員：石飛智朗、日野 徹