

『生きることの全体』を支えるICF(国際生活機能分類)に基づく  
医療・介護等の包括的提供と運営戦略に関する調査研究事業

別冊 — 4 —

平成 22 年度老人保健事業推進費等補助金  
老人保健健康増進等事業分  
厚生労働省発老 0928 第 1 号

一般社団法人 国際在宅医療研究会  
代表理事 川島 孝一郎

平成 23 年 (2011 年) 3 月



目次

【自由記述回答】

問 .....	1
「在宅で最期を迎えたい」という療養者本人の希望をかなえるために 各医療機関・介護事業所に求められることや、それを阻害している要因など	
問 .....	176
医療・介護従事者や事業体が取り組まねばならない課題、現状制度に 求められる改良点、報酬制度上新たに評価すべき項目など	
問 .....	369
記入者職名－管理者・管理職名称	



問 「在宅で最期を迎えたい」という療養者本人の希望をかなえるために各医療機関・介護事業所に求められることや、それを阻害している要因などについて、ご自由にお書き下さい。

(在宅療養支援診療所) 問30

①末期になると家族が看護力不足、心身の疲労のため入院を希望される。②少しでも疼痛(苦痛)を本人が訴えると家族はたえられず入院を希望する。③退院時に病院より最期は(何かあったら)入院も可と家族(本人)に伝えている。④家族がまだ家で看取る事の心がまえ(教育)ができていない。
医療関係者が在宅は死ぬためというNegativeなイメージをもっており「まだ在宅ははやい」などと話をしていることがある。
「点滴ぐらいしてあげないとかわいそう」という日本人の考え→何もせずに自然な形で看取ることを受け入れる文化になればいいと思う
お金!
在宅だよりは止めた方がいい。より多くの選択肢を国民に用意するのは国家の義務である。
家族の説得を十分に行なうこと
家族の心がまえ、介護力(看取りの考え方)
人員の確保。点数の低さ
最近感じることは在宅での介護力低下である。即ち独居、老夫婦のみの世帯、日中独居などである。これでは看とりは困難で、介護休暇を長期間とれる就業者も極めて少ないのが現状です。美辞麗句ばかりが先行しています。在宅で看取るという社会基盤が弱まっていることを実感しています。会社のあり方や社会制度そのものが問われており、医療や介護の問題ではありません。医療や介護でできることは限られています。少ない質源(人も含む)をうまく活用しても限界があります。高令社会を迎えるための大きな社会制度の変革が必要です。
医療機関や介護事業所は準備できているのに家族側が経済的や精神的に家でみとるということができないと思います
ないと思います。
阻害要因は殆んど家族介護の困難療養病床の不足である
今まで苦労してきた同居家族、訪問診療医のことをわからず…わかりもしようとせず…末期状態になってから帰って来て「何でこんな状態で家においておくの」と無理矢理入院させようとする 都会から戻ってきた子ども(特に娘)がいること!!これでは今まで苦労した嫁はむくわれない!!
最期を迎えるまでの過程を家族が十分に理解していないことや家族の心がまえができていないことが要因となっている。
本人、家族、施設、医療提供者が一致して「在宅」での看取りを決めても、目の前で呼吸が止まったり熱が出たり、骨折したりなどのトラブルが起きると①本人に意志表示できれば、本人②家族③施設スタッフとも結局入院を含めた何らかの処置を医療側に求める事になるのが相場で、結局コンセンサスはコンセンサスでなくなるのがほとんどです。また食事が取れないので点滴だけでもいいということになればDrは毎日500~1000mlの補液のために出向くことになる→これも本来の取り決めである看取りの約束がないがしろになっている例と思うがみな「点滴くらは…」などそれぞれの思いを持つものである
24時間対応診療時間内での急変親類が家人の意見を変えてしまう。
在宅で最期を迎えるのは、家族に見守られて死ぬ方が幸せという本人の希望だが、介護の協力として家族の都合があり、それが阻害の要因と思われる。また経済的にも要因があるのではないか。
f a m i l yの同居がないと無理。
確実な、24時間の介護はむずかしいことも多く今日死~24時間の死亡診断が可能となったことが大きい。阻害となるのはPtや、Familyや親戚等の考え方の変化、介護力の低下によることが多い
・24h訪看の充実・急変時の入院先の常時確保・訪問リハの充実・国の在宅への財政支援(現在のヘルパーへの手当ではとてもムリ)・(いわゆるナーシングチームの充実も必要)
家人の確情があいまいな事 家人ががんばってくればこちらもがんばれる
・マンパワーの確保、体力、気力。・家族の都合等(仕事、金銭、時間、家族関係等)により本人の希望がかなえられない事も多い。・本人の意志が確認できない事が多い。
医療機関の医師・スタッフのやる気!の問題だけでしょう!
介護者のがんばり、の大・小。
人手不足24hr対応の医師が確保できない
最後までみてくれる医療機関がわからない
痴呆
家庭の崩壊という言葉がよく使われていますが、訪問医療、在宅医療は現状では私どもではとうてい応じられません。医療保険、介護保険制度を曲解、自分本意に解釈している向きがある。私が考える在宅医療は、家族その他の支えの中に患者本人が居て、純粋な医療サービス提供が可能ということです。中央の役人には机上の論理ではなく、いかに在宅医療が出来にくい現場を直視して欲しい。
患者・家族様の(①住宅事状②経済事状)が最大阻害要因。医療・介護は“連携”することが求められているが実際は“連携”ではダメで“一体化”していなければ実効しない。私達は“医介同添”を旗印にしています。
マンパワーを充足させるための十分なマネーサプライ。低医療費政策では人件費も出ない。

医師の体力、気力とその評価（経済的対価）
まずは本当に自宅でみとっていいのかの確認（特に家族がいる場合）介護事業者に対しての理解度の有無。結局多くの家族は自宅で看取りは最後は余程のことがないといやがる。ただし本人が独居の場合は意外にもスムーズにうまくいく。その際もまわりの人によく理解してもらっておくこと
診療所であるから人的余裕がない、在宅を増やすことは限界あり。施設を増やすべき
夜間・休日を含め、できるだけ真面目に対応する。
なし
病院、施設への家族の甘え、介護の放棄（人まかせ、無責任）共働きによる人手不足。
ぎりぎりの所に来ると入院を希望するケースが多い
地方と異なり、必ずしも在宅で最期を想像している患者は相対的に少ない。多くの場合、自宅で家族というより積極的に病院を選ぶ人が多い。患者も家族も自己を抑えられる人は少なくなっている。
・診療報酬の判定のむづかしさ・各種要件の複雑さ・書類の多さ。行政の対応
都会には1人暮らしの老人が多くおられますが、特に軽い痴呆でもあり、危険のため、在宅往診はおうけていません。家族同居の老人で在宅往診をしていた時に、夜中に台所で物音がするので、家人が起きて行ったら、コップに台所用洗剤をついで飲もうとしていたことがあり、家人が同居していたから事故をふせげた経験あり、一人暮らしで、軽くても痴呆の方には小生は往診せず、入院を進めています。
連携が困難 地域により、職種不在～少ない 病院志向 在宅介護力が不足 医師自身のスキル知識が不十分、時間拘束精神負担過大
在宅で終末を考える人は①病院に入院したくない②家族といたい③家そのものが思い出など種々。しかし、②③は今後都市部では急速に減少すると考えられ、在宅末期はある時期から減少すると思われる、その一方で①金が無い②入院できないという要因が増えれば増加するだろうが、このあたりのバランスで変化するのではなからうか。われわれに求められることは多くなるが、それが改善されても、希望する人々全てに対応できるとは思えない
介護者、空間、費用、人材
「在宅で最期を迎えたい」と患者本人が思っている、いざ末期になるとやはり病院に入院させてもらえないかという家族がいる。社会的要因として、家人が皆、昼間は仕事や学校にいかねばならず、つきっきりでいられないことがある。消極的要因として、つらそうな姿をみていられない、面倒という意見もあるが、一番は「死」というものについての考え方が未熟であるということだ。常日頃から「死」というものについて、あるいは「脳死」「植物状態」「尊厳死」など、自分がかかわらなくとも、このようなことばの意味や、現場での実状など、ヒントになる現実がなければ、在宅死を迎えるのは無理。
在宅で最期を迎えたいという本人の希望に対して同感する家族は少ない。これが各医療機関や介護事業所の動きを阻害している。
家族の負担が大きく、日夜休まることがない
どのような状態でも、受け入れるという意志です。受け入れますよという情報を広く伝えることが必要です。奈良県では、ミニ市民講座と、データベースへの登録・公開です。☆がんばっている医師へ徹底しつづければ「末期がんの人の在宅ケアデータベース」に2009年8月までの11人が、2010年2月までに37人と26人が登録しました。そのデータは市民講座、公開の講演会でのべ2400部配布しました。
家族が耐えられない
病院との連携特に病院主治医の在宅への認識不足。「直接在宅」というアイデアがない。（病院、療養型、特養）などの施設に転院させることばかり考えているのでそもそも話がこない。そのため家族や知人から直接相談がほとんどない。
患者本人が意志表示できれば比較的にカンタン。いろいろなまわりの者の考えが重なる事でムツカシクなる。→病院の退院時カンファレンス、在宅でのサービス担当者会談で皆の意見を皆の前で表示してもらい一応の方針（最終的にはどうなるか不明のためこの様な言葉にしました。）を決めるのが必要
よく相談すること
病院と開業医の連携不足
本人と医師および、ナース、ヘルパー、ケアマネはしっかりしている。いざというときの「家族」←（一定しない心の動き）と「ターミナル、老人、受入れ病院」←ないという現実
H22.12. ■■■ 義母を93才で自宅で看取った。25年前より認知症発病以来同居していた。C型肝炎、肝硬変、糖尿病（インスリン注射）で最後の3年は完全な寝たきり介護であった。訪看2/w、身体介助ヘルパー2/w、経口エンシュアの飲ませるヘルパー1日2回2/w、訪問入浴2/w、最後まで看取りを経験した。医師として、在宅患者さんを多くかかえているが、多くの医師は最後の看とりまで行ったことは経験が少なくまして、一般家庭での家族の看取りなど、どうしてやるか解ないことが多いと思われる。ICFの啓蒙を医療従事、福祉、介護にたずさわる方、在宅で看取られたいと考えている一般の方に及ぶようにして下さい
24時間対応の在宅支援制度。（時間制限を付けずに）
家人が在宅で診取る、というケースでも最後が近づいて来るとしだいに嫌って近くの病院へ、入院希望される。
介護ホケンの限度額。医療ホケンのように例えば1割負担、必要な介護は制限なく、にしてほしいついでに介護ホケンの認定は廃止して65才以上2割70才以上1割75才以上原則無料にしてほしい
①介護者がいない。あるいは不十分。（私の経験上みとりには1人の患者に対して介護者常勤換算で1.5人必要）②“みとり”の説明をするための十分な時間がもてない。③病院が安心であるという誤った固定観念が定着している。

医療従事者（医師、看護師）が家族、親族である場合で在宅における不理解がある場合、「末期癌は在宅で診れるものではない」「末期でも胸水は抜いてほしい」等特にキーパーソンではなく、たまにしか見にこない親族に医療従事者がいるケースでは在宅医療が途絶えるケースがある。
在宅支援診療所間の有机的な連携。介護施設とのスタッフのレベルの向上
「いつでもいざという時、対応してもらえる」という安心感信頼関係ができるといいと思うが、そのようなものは、求めてもできるものではなく、自ずと生ずるものと心得る。故に、目の前の事案に精進誠意取り組むことだけが私共にできることなのでしょう
最期を迎えて病状が変化してくると、理解のあった家族でも落ちつかなくなり、気がかわってしまって入院を希望することが少なくない。また、親戚などのプレッシャーを受けて「何としても入院させてくれ」となってしまうこともある。社会全体が在宅での看取りをまだ受け入れられていない
一般的な意味での、社会教育が、人間の生死について全く行われてこなかったから、ほとんど、考えたこともない人間ばかりになっている、このことが阻害要因。
人それぞれで在宅を希望しても病状、家庭事情その他で出来ない人もいるし、在宅の人もいるし、これも又人それぞれである。私としては自宅でも思ってもなかなかそうはいかない場合もある。原因は人それぞれである。
本人の希望をかなえる、きめこまやかな対応が必要。介ゴに関しては、時間で動いている人も多い。もっと人間対人間のサービスが必要。
独居やキーパーソンの不在。無縁社会 予告告知の問題 Hp 側の中途半端な説明で帰宅されると双方の思いがずれてくる「在宅で最期を迎えたい」と「在宅で過ごしたい」とでは全くちがう。死を覚悟できて在宅へ帰ることが出来ればフォローは可能だと思う。
訪問体制が24時間対応である必要があるためむずかしいことが多い。家族が受け入れられない場合もある。24時間体制のためには支援診療所間の連携が必要と考える。
①タイミング②私的病院の患者取り込み③在宅での部屋のなさ
死に対して医者として社会に訴えてゆく必要がある。
在宅の希望が多くなる
費用の問題、家族に仕事があつて無理といわれる
・老々介護
ベッド数
I always see Youのアピールと実践 一馬力医療、診一診連携不在。
24時間不可能な為どうしても入院という方法をとらざるをえない。
家族の中で、患者の介護をその配偶者のみがおこなっている場合、本人の意志より周囲の意見で入院にきりかえられることが多い。
社会構成／家族構成 死に対する考え方 周囲の意向
24時間対応を希望されていますが、必ずしも急変した場合、医師がすぐに患者宅に往診出来る体制を希望しているとは限りません。常時、医師と連絡出来る体制を希望していると思われます。医師や訪問看護ステーションと連絡が取れても、訪問する迄に時間がかかったり、患者の病態が急変した場合、連携先の後方病院が確立していれば患者さんの家族も安心して在宅療養が継続出来るのではないかと思います。また主治医の行動、特に休日の行動について、患者さんや家族の方に知らせる事も非常に重要と思います。
やる気と体力
ム床診療所、一人医師、（一人は小児科パート）出張等、不在時の患者への対応、特に死亡時への対応が困難
日常業務の他に頻りに往診したり夜間の看とり等肉体的にも多忙を極めています。日中の診療を中断して往診する事も困難であり医師数を増やすか他の業種への仕事の移行が必要です
入院先病院担当医が在宅医療についての知識、情報、経験が少い。他入院施設への転院は理解が容易の様子。しばしば在宅へ移行する時期が遅くなり、かなり重症化した後に紹介を受ける例がある。
コミュニケーションが大事。入院先での生活医からの予後の説明があいまいな場合は問題
家族の理解
1) 病院医師への教育（在宅への患者紹介法）lecture 2) Patient Family の過度の期待（在宅で全ての医療行為が可能なのではない、特に救急処置）
介護者の不安を十分に取除けていないことや緩和ケアがうまくいっていないことが最も多いのでは
介護者の疲労、介護者でない家族の意向苦悶が強い場合（病院が許さない）往診をしない医療機関が多い。往診はするが末期は診ない医院もある。それを受け入れるので迷惑している。
家族の思い、介護負担 高度の医療的処子が必要 療養者本人の希望を受け入れられるだけの介護力、家族への十分な説明を行い理解を得ること。また、それらを助けられる医療機関介護事業所のおもいや力が必要
・「在宅みとりがとても手間がかかるため不可」と思っている、医療機関etcが、まだまだ多い。・看取りまでの過程で、「何かしなくては」と思う。医療者と本人、家族が多い。☆鎌倉常盤クリニックは、全ての在宅医療部門を「ドクターゴン鎌倉診療所」に移行しました。平成22年12月1日より、外来診療のみ行なっております。
・家族の介護力が十分でないケースにおいて、無理をして在宅療養を推進しようとしている場合が散見される。
本人の意志尊重は大切ですが、やはり家族の同意・協力がなければ困難です。医療機関・介護所は、本人はもとより家族の思

い、願いに迅速に対応できる体制作りが必要で、十分納得してもらうことが大切であると思います。
家族の希望及び家族の協力が一番大切だと思います
本人のわがままです。在宅、介護は本人の問題、意志以外に周囲の人の問題です。国の政策の間違いと教育「死生観」の問題があります。
いざ（死の直前）となった時、家族が再び、救急車で病院へ連れていこうとする事が多い（家で最後を看たいと確認したケースでも）
特になし
夜間の訪問看護、訪問ヘルパー。複数医師のチーム医療ができていない。
しずかにみとりたい
家族の理解、納得
本人の希望であっても家族、親戚が病院での医療、介助を希望していることが多い。また在宅での最期の際担当している医療機関のマンパワー不足あり。介護事業所の訪問看護師の熱意には、いつも感心しております。
滋賀県においては、厚生労働局が、在宅をできるだけ、減らそうとして、指導しているため今後方針を変えない限り、拡がりません。当院では、現在行っている在宅患者が、すべて入院で死亡したら、以後在宅は行ないません。
在宅かん和ケア専門医の不足
なし
非常に難しい設問です。在宅看取りをととは思いますが、介護が1ヶ月を過ぎると遠方の子供達や介護者も疲れ果ててしまいます。当所でも円滑に在宅で看取ることが出来る例は殆どが退院などの後1ヶ月の例です。老々看護、生活苦で子供達は皆遠方で働いているのがここでの現状です。
1) 介護保険制度がはじまってから、医師←→患者の間に関与する人が多くなった。医師と患者の間に在宅で、看取る話がついていたのに、デイサービスなど、で話し合ったことのない人が出てきて救急車で搬送され、レスピレータをつけた状態で生きる人を経験した。「生」をあきらめるのは犯罪、悪いことと思っている人を説得するのはなかなか困難です。2) 軍人恩給や、高額年金をうけてとっている人で、入院費用払ってもオツリがくるような人がいる。そういう人はなかなか死なせてもらえない。3) 家族にとって、在宅はかなり負担です。一度でも病院や施設に入れてしまうと、家族にとって、これほど楽なことはない、のが現状です。一度も見舞いにこない人もいますこういう人をとちめてやりたいと思いますが…。
・病院での療養法と在宅でのすこし方には若干の差がある（病院は治療であり在宅は療養である）ことを理解する・家族の介護力の程度
不明
分からない
特記なし
患者家族の問題が一番である。
24時間体制を作ることがどんなに大変か、わかっていますか？
夜間人員を整えるのに費用がかかることが阻害の要因の一つです。
住宅環境：都市部では2～3LDKが多く、在宅での長期間療養と家族にとってストレス大、ネズミを小さな箱で数匹飼う実験と同じ。小さな狭い住宅しかない地域は、各町内にケア付住居を、公的施設として作り、必要、希望者には安価で入所させ、スプのさめない距離に家族がいる状態が良いと思います。通勤、通学、かい物のついでに、しょっちゅう家族が顔を見える様にするのが良いでしょう。そして、誕生日とか、お正月には家に帰り皆で短期間過ごすのが良いでしょう。
療養者本人の希望は重要だが、それを受け入れる、家族等の要因も大切である。経済的理由で、本人に付きそえないこともあるし、在宅環境が、看取りに適さない場合もある。施設で、最期をむかえるという選択肢もあるのではないか。
クリニックの外来の患者さんの対応でオーバーワーク気味。在宅療養への対応（訪問診療、住診など）する時間がとれない。1人では24時間対応するには疲労が重なり無理。医師もチームでやらないと続けられない。
家族（親族）への本人に対するサービス・医療・介護の内容をよく説明し理解していただくこと。病院スタッフの介護、在宅の理解をいただき診療所、訪問等とのコミュニケーションをさらに構築していただくことが希望をかなえるためには必要
家族の負担の軽減。直接看ない家族が多過ぎる。（別居のため＝世帯が異なる）基本的には、家族がやらねばならず、それを他人（医療機関、介護事業所）に求めてはいけなからと考えます。ただ限界があるのでそれを最少限他人がサポートすべき。現在我が国の政策として、核家族が増えてしまった。その結果実の子供が親の看取りをしない。なぜなら同居していないから。社会の根本的な問題の解決も必要だと思います。子供のいない老人の問題は、また考えなければならないが。
癌患者自身の希望については十分理解しているが、診療所を1人で運営しているため癌患者の看取りまではできない。→連携はなかなかできない（往診専門クリニックでない）。超高齢者（おおむね90才以上）、長期間寝たきりの75才以上の方の看取りを重点的に行っている。
家族の多くは、最期を穏やかにまたは楽に迎えさせてくれとの依頼が聞かれ、疾患によっても異なるが医療が主体となってしまう。介護はあくまでその人の生活を支援するのが目的のため何か変化があった場合は適切な処置ができず医療機関の方へ頼ってしまう。在宅で最期を…と言っている、急変したりいざという時、家族から病院へ救急搬送を希望されることがある。
特に思い当りません。
・本人の意志では決まらない（介護する人が決める）・同居するfamilyが受け入れるかどうかである・たいていのfamilyは一人住まいか、老々の2人という現実がある。
本人の意志確認が難しく、時期失うことが多い。家族も変ると内容が異なり、病状によっても変ってしまう。特に在宅での受け

<p>入れに支障が出ると病院（施設）依存が強くなる。現状の最大の問題は経口摂事が難しくなった際の胃瘻の造設である。しかも設置が終了したら、他へ移る（グループホームにはおいておけない）必要がある。様子をみているうちにやはり機を失う。その様な意味では基準ないし標準のようなものが必要。（今は作る方のみにそれが委ねられている）、私個人としては全ゆる人が「在宅」というのは通用しない。やはり条件の整った人が選ぶ道と考えます。</p>
<p>2008～2009年には10人近くの訪問診療をしていましたが、疲れました。一時的に無理になって来ました。</p>
<p>家族の介護力の問題。在宅医療する医師への負担の重さ（1人だけではきびしい）病院での受け入れ体制もあるという選択肢など</p>
<p>本人が希望すれば何の問題もない。しかし、現在の老人は死ぬ気がないので最期まで病院に行きたがる。家族は全く無責任で自分が楽であれば、あとはどうでもよいようである。病院へほうり込むのが楽で世間体もよいのであろう。田舎ではもう在宅死は望むべくもない。在宅で死ぬためにはインテリジェンスが必要になったのであろう。これからは都会の在宅死しかないのではないでしょう。</p>
<p>介護事業所、入居施設が増えた為に、在宅療養者が必然的に減っている。</p>
<p>最後は病院で…と云う人が多い。</p>
<p>コミュニケーションが全体的に不足 医師に対する他職種の敷居の高さと医師側の受け入れ態度が不充分</p>
<p>家族の負担が大きいと感じ、入院や入所を希望している。</p>
<p>医療機関は、患者本人のみならず、家人もサポートするべきとの視点が必要。本人の症状コントロールのみに視野が狭窄すると、家人は疲れ、在宅を継続することは難しくなる。現代の日本では自宅で死ぬという文化がすたれてしまった気がする。</p>
<p>家族等の介護力不足独居老人が多くなっている。</p>
<p>終末期の介ゴの必要な回数や時間が、現行の制度では十分に供給できず家族の負荷が大きい。</p>
<p>・家族がギブアップ・1人医師体制で限度あり</p>
<p>人として尊重してほしい呼吸機等遠命を望まない 生まれ育った場所で最期を送らせてやりたい…が最期を向えるに当って不安（家族）が強くなり病院への入院を希望する症例が多い</p>
<p>わかりません</p>
<p>主治医（在宅）が臨終までのおおよその経過と臨終時の心構えなどについて家族にしっかり説明し、家族に納得してもらう過程が不充分のように思う。各医療機関や各介護事業所の密な連携が必要となる。</p>
<p>・当市では在宅医が少なく看取りを受け入れる家庭医が不足しています 特に悪性疾患 重症患者の場合は受け入れる医師が少ない事が大きな要因です。</p>
<p>1. 大きな病院の医師・看護師の在宅での看とりに対する無知や無理解。2. 地域医師会のうわべだけの在宅医療推進活動。在宅で最期を迎えるということは、私にとっては「病気を治すのではなく、いかに安楽に最期を迎えるためのお手伝いをさせて頂く」という認識だがみんな、やはり「死にたくない」と思っている。口には出さないが…。しかし、その心の声はいつも聞えてくる。結局は、残される家族にいかになんて納得してもらえるか、という対応になり、死にゆく人のニーズには本当は答えられていないと思う。もっとも、人を死なないようにするなんて、無理なことではあるが。</p>
<p>1. 本当の終末期に入ると家族の疲労（心身）が強くなり在宅の継続が困難となる2. 高齢者夫婦あるいは独居では本当の終末期対応は不可。3. 訪問診療医の疲弊が甚しくなり継続困難となる。4. 訪問診療医（在宅を扱う医師が少ない）5. 連携できる24時間対応の訪看STが少ない。</p>
<p>病院窓口（受付）がこの制度を理解していないので取り次ぎに時間がかかりすぎる。</p>
<p>・介護力、家族を含めた</p>
<p>医師1人の診療所では肉体的、時間的に不可。平成2年より15年間に床診療所として在宅患者も20名前後を持ち、地域医療に貢献してきたつもりですがモチベーションがなくなり外来のみとしました</p>
<p>いろいろな器械が装着されていると力量をこえるのでみれない。</p>
<p>・夜間介護の充実が必要・家人への教育、負担感をできるだけ減らす</p>
<p>疾病のある人をおかかえて重傷の場合は病院紹介入院と成る。治療必要な時は在宅では不自由のため、又夜間起こされる事も大変である。</p>
<p>今の病院志向からは少ないと思いますが…</p>
<p>・退院調整に手間がかかる・告知不十分（余命など）</p>
<p>求められること 急変時または死亡時の対応 阻害している要因（担当医は、どこにも行けず毎日をくらししていく、家族がパニックに陥る。</p>
<p>1、家族の協力が得られない症例がある（物理的、精神的）2、療養に手間がかかったり、ちょっとした（吸引等）処子が必要な場合老一老介ゴ（特に山間部）では困難な事がある。3、病院からの距離が遠くなると（山間地）色々精神的に不安になる家族もある。</p>
<p>専門医や介護事業所との調節役の存在特に公的な立場のコーディネーターが必要</p>
<p>①夜間休日②の対応体制→人員不足③末期になると核家族化に伴い、家族が不安パニックになる。④開業医では夜間の対応が不可能 当初は実施していてもしだいに疲労してやめることが多い。一部開業医→（みんなわがままです）がチームを組んでいる所もあるが大学の先、後輩とか人脈ができあがっていないと無理である。</p>
<p>医療機関の医師の過剰な負担（時間的・肉体的）を求められると困難となる。大きな問題は、家庭環境にある。家族、介護する人を十分確保できれば自宅での看とりは可能と考える</p>
<p>・介護力・在宅医療の知識</p>

<p>ガン末期患者の介護が老々介護である場合など介護出来ない（物理的な理由で）子供家族などから不安や介護軽減のため入院依頼を受けることがある。予後の説明や本人の希望、サービスも入れることなどを説明するが聞き入れられないこともあるし、又介護者の負担（老々介護など）と考えると本人の意志がとまらないこともあります。ガン末期患者や呼吸器をつけた患者のショートステイ用の有料老人ホームがあればいいと思います 緩和ケア病棟のある病院ではなく「家」（看取りのための）があり介護者も一緒に最後を生活出来たら…と時々思います</p>
<p>診療連携の不足部 家族の介護力 ほんとに在宅で死ぬことは幸せですか…無理やりそんな状態をつくっていませんか。</p>
<p>夜間時間外の医師の外出時、不在時の対応が問題である。</p>
<p>社会の（税収不足、小子化、家族の疎遠化、道徳感の変化）による、サポート力の低下は不可避。理想はともかく現実的に公平に最低限の介助をする方法は大規模施設化以外にないと考えます。</p>
<p>・家族の介護力・家族本人の気持ちのうつりかわり…あたりまえですが</p>
<p>病院医師の導入への（在宅）懸念と家族の末期患者に対するばく然とした不安など。</p>
<p>診療連携が必要。当番制など</p>
<p>介護に当る家族の意向が大部分。</p>
<p>在宅での介護の不安から、在宅で看取る決意をされるご家族が少ない。在宅での介護体制の強化が必要であると感じる。</p>
<p>在宅サービス特に24時間対応（夜間）の訪問看護、訪問介護事業所の不足（ほとんどない）、事業としてなり立たないので公的な整備が不可欠。経済的負担。医療費を軽減するため身体障害者手帳を申請しても発行されるまで最低1か月半かかり、その間の医療費負担が大きい。（身体障害者手帳の審査制度を悪性疾患の場合はいそいでほしい。間に合わないケースがほとんどである）</p>
<p>自然に永眠されるのをfamilyがそばで寄りそって見ていくことに耐えられる様な教育。それがあたり前であるという意識をみんなが持てる様にしてほしいです。医療は、患者さんを助けられることもあるし、助けられないこともある。という真実を国民みんなが共有できる様になってほしい。</p>
<p>・本人・家族との意思一致、協力関係確立。・一般的価値観の変革、病院死→自宅死が普通であること</p>
<p>病院は有床診療所との連携しか考えていない</p>
<p>家人の理解と協力</p>
<p>この不景気のため、在宅での最期は激減しており、孤独死や死後病院へ連れていくケースが増えている</p>
<p>独居者の場合夜間の孤独死も辞せずという本人の意志</p>
<p>・介護事業所に看取りの受け入れ覚悟（精神的）が出来ていない。・急変（予見外の出来事）が起こった時に受け入れ入院先の確保が難しい。</p>
<p>1）臓器を診て人間全体を診ないDrが増え過ぎたこと2）多忙な勤務体制のあまり、家族や家庭環境まで考えに入れない医療人の教育の不備→チーム医療で矯正していく3）マニュアル化、拘てん化した西洋医学の普及が、オーダーメイドの患者、家族の希望に応じきれない点。4）訪問看護ステーションを普及して、リエゾンナースを養成すればDrの教育を待つよりもっと良質の医療サービスが可能。5）“在宅での看取り”は本人の満足度を高めるための工夫が必要で、IT（ベッドサイドモニターや双方向性T.V）が必要不可欠なツールとなります。</p>
<p>阻害の最大事由は、①家族の理解が不足している事。②在宅医の不足③ケアマネジャーの力量不足（うまく各部署とのマネジメントが出来ていない）患者さん自身が自宅での療養に不安感を残している（病院への信奉が大きい）本人の希望に沿って在宅から病院への移動が安易に可能とする事も重要と考えられる</p>
<p>1）職員資格の有無にかかわらず、上手に出来る方に介護施設での痰の吸引等規制を厳密に適用しない。2）家族に病状と治療効果を説明納得していただいております。</p>
<p>・家族が本人の希望、説明に対して受容できていない。</p>
<p>家族の介護力の問題</p>
<p>主介護者の不在が主原因（在宅という前に世話をする人がいない）</p>
<p>①インターネットなどで知り得た中途半端な知識でいろいろ云うてくる。②TVの番組も現実が人それぞれ違うのに視聴者は都合のいいようにみて、云うてくる。③個人の考え方のギャップが著しく差がある。放っており、犯罪じみた家もかなり多い→虐待にあたることが多い④医者が拘束されるのがつらいです。</p>
<p>「在宅で最期を迎えたい」という患者、家族の強い希望があまりないこと。死についてのnegativeな考え方が、戦後あたりから強くなってきており、避けている現状。死を家族で分かち合い自身の糧にするという教育が必要と考えます。</p>
<p>介護力の不足、金銭的余裕のない状態の家族が多いこと</p>
<p>家族の介ゴが不足で入院させておきたい希望が強い。</p>
<p>・在宅医療を行うDrが少な過ぎる。・familyの在宅医療への認知がされていない。</p>
<p>・末期癌のPtは個人的意見ですが若すぎて生に対する執着が強すぎます。実際、紹介される患者の半数は病気がとても進行しており在宅に向きません。紹介してくる病院との連携がうまくいかなかったり最初、在宅でと考えていたFも病院で看取りたいので病院を紹介して欲しいと言ってきたり、トラブルが絶えず、当院では受け入れをやめました。手に負えない状態で手間はかかりかかって他のPtの迷惑になるからです。それから、依頼しようとする家族も面談してから、決めると言って、他院に頼んだり、時間ばかり、取られました。そのため、相談料を設けました。癌難民を作っているのは患者、家族側にも問題があると考えますし、看取りは癌以外の高齢者や在宅O2療法等のみの方針を決めています。</p>
<p>在宅医療に対する無知 無理解</p>
<p>家族の介護力 ケアマネの情熱（在宅での） 24時間訪問介護の欠如 ショートステイでの看取り</p>

家族が最期になってうるたえる。
在宅で最期を迎えるにあたり、本人と家族の思志のちがいと金銭的、肉体的、相互がありすぎる。家族も、仕事と、子育てに一生懸命であり、在宅援助できるサービスを出来るだけ金銭的にも安価でうけられる様にサポートしていきたくと思われる。
一番は住環境と家族環境で二番目は、本人の意志。
帰宅できる家のスペースの有無。帰宅できる家の家族構成。すべて働いている時。(介人がいない時)
一番は家族の理解がない事です。本人が自宅で最期迎えたくても、家族は容態が悪くなると病院に入れたがり、本人も家族に迷惑かかると思い強くいえない。前もって話し合っても仲々結論が出ず、そのうち悪くなったりする。緩和ケア一病棟に入れたら本人のためにも良い(痛みなどに関わらず)と思っている人が多い。又家族でも死を自宅でみたくない、と思っている人も多い様です。
・病気や障害の内容によって在宅療養が本人の希望がありながら困難な場合がある。在宅医療機関の日常診療以外でのケアには不安があり引受けるためには医療内容(・知識・技術など)を高める必要あり。・ケアマネジャーを含む各医療機関・介護事業所間の弾力的な情報交換及び協力関係。◎家族の理解。
在宅介護力の低下が1番です。あとは覚悟がない。(関係者全てに)
一人ではやはり無理で、看護、介護する家族の方が家にいない場合はむづかしい 一人暮らしでは特に夜間が不安であり、施設などを考えざるをえない 認知があると家人ともトラブルになりうまくいかない。かえってけんかがエスカレートしてしまうので、距離があった方がよく施設に頼らざるをえない
家族の不安を解消するため、密な、医療、介護ケアが必要。介護側が重症化した時動揺し、安易に病院受診、入院させようとしてしまうので、家族、病院、在宅医師、看護、介護スタッフ全員での担当者会議を行ない、ブレのない方針を建てる必要がある。担当者会議は、家族患者の変化に応じて必要。会議を行なわないときも、連絡を密にとりあうことが必要。一機関だけで行うことではないので、困難な事例が多い。また家族が、最初から末期は病院へ送って欲しいと意志決定している場合が多く、家族の意向をかなえなければならぬ事例が多い。また老人ホームに入居されている方は、末期は病院へ送ることになっている。
患者が家で死にたいと言っている、まず家族が反対します。そこから話が進みません。家族の中で人が死んでいく場面を見たことがないため、死がどんなものかを理解できていません。金銭的にも、癌の人は若くて障害者になりたくないため、入院している方がやすいのです。入院から在宅へ回る人が段々へってます。病院も退院を拒否する人が多くてこまっているときます。
やっぱりなんといっても家族が、それも本人の希望をかなえてやりたいと思わなければそしてできれば複数の人が協力してくれなければいくら医療機関、介人が頑張ってもムリと思う。
本人が在宅での終焉を希望していても、現状の社会状況(独居、老老介護、介護者の離職による経済破綻)では、不可能なケースが非常に多い。各医療機関や介護事業所もマンパワー面で余裕ある経営を行っているところは僅少であり、在宅での最後を推進するのであれば、行政機関(国や自治体)が抜本的な施策(例:補助金等)を講じなければならない。
家族の介護不足、家族の病気に対する知識不足、理解度、地域によって介護サービスに非常に差がある
阻害要因は医療介護ではなく、社会の有り方が定まっていないうえでしょう。家族が解体され、公的な介護が家族に換れる程熟生されていない現状を素直に認めるしかないでしょう。今後どの方向を目指すのかは個々がどう指向するかだと思います。
1ひとりの医師で24時間を支えるのは困難です2. 常勤の医師、非常勤の医師の密接な連携が必要です。3. いっしょに仕事をしている看護職員の努力が必要です。4 24時間対応する事業所も周辺にないしそれを経営してゆくのは事業所としても経営が困難なのはと予想される。
・24時間診療を支える複数医師体制が医療機関に求められる。現在5人で3診療所をカバーしている、5人いても重なることがあり、時間単位での調整をしており、日頃からのコミュニケーションが重要。・訪問診療は効率が悪く、病院併設の診療所では医師の確保が困難。医学教育、研修中に在宅医療を知らせる機会がないと後継者が育たない。・終末期在宅医療は救急対応が多く、介護事業所にも度々のサービス内容の変更を依頼しています。ケアマネも看取りの事例を経験交流し、スキルアップをお願いします。
・最期が訪れるのがはっきりと本人に判ることはほとんどないと思われまます。・いよいよ最期となっても誰しももう一度よくなって生きられるだけ生きたいと思いつつながら最期を迎えることになりまますので、前もっていつ頃どのようにするかなど決めることは出来ません。行きあたりばったりでやるしかありません。
適格な情報の提示
チーム医療・連携がなければ、1日のうち頻回に療養者を往診または訪問などは物理的にできない。在宅での状態が増悪すると家族の不安と介護負担が増大しパニックにおちいる。
家族の受け入れ、介護の拒否、限界。
十分な看護・介護力が必要だが、介護保険のみでは不十分なケースが多い。終末期加算(それまでの5割増し程度)が必要では?
それを支える医療機関が少なすぎます。「死」について教育を受けていないため、必要以上に「死」をおそれ、積極的にかかわることをしようとしない介護事業所が多いように思われまます
司法が在宅で死亡した場合、刑事事件として扱おうとしている。その為亡くなる寸前の往診、死亡直後の往診とか、無用の行事(+)。医療機関に負担がかかっている。司法も高令者、及び障害者の看取りは、ゆるやかに検討し、無用の圧力を加えないようにしないと。在宅で看取ると、刑事事件になるリスク(+)、皆病院に入院させようとする思う。病院は治療する場所であり、死亡時の公的医療保険は支出するべきではない。病院は死亡の近い人は在宅にできるだけ返し、在宅医と連携とるべき。

状態が悪化した時に病院に入院を希望する家族が多いため
・急変時やそれ以外の往診依頼に応じられること・介護負担軽減のためデイやショートを受け入れをしてくれる施設があること・介護できる家族がいること・「具合悪いのに何故病院へ連れて行かないんだ」と言う周囲の声は大きな阻害要因の1つ
〈在宅死〉を〈家族の手扱〉と捉える風潮・(入院もさせずに死なせた)という様な周囲の概念を恐れている・介護力と金銭的な問題、複数の介護者が必要、および訪問看護、往診等の負担。
在宅療養の啓蒙が必要(市民公開講座など)親類が自宅での看取りを希望された時、こんな所で死ぬのかと言われ、急に入院させたことがある
本人が在宅で最期を迎えたいと言っても結局は家族が最後の急変時を病院での治療を希望することが多い。最後まで医療を希望させないようにしたいがここが難しい
本人又は家族と十分話ができていてもいよいよ終えんとなると他人が入って来て、病院入院がほとんど。もっと本人等の意向を尊重すべきであろう。
設備の揃っているところ(医療器具)医師、看護師の多いところで出生、死亡したいという。家族・本人の希望が日本の風潮となっている。昔は看取りの件数が多かったが今は殆んどない病院に劣らない治療器具、スタッフを配置すべきかも知れない
1.在宅訪問回数の上り(3/Wとなっている)2.病状の変化に伴い、往診や、再診の回数が増えるがこの様な不安定な状況に対する厚生局の見方は厳しい。3.在宅療養診療所間の関係が構築しづらい。
まず家族の不安に対して医療面、介護面で連携を組んで家族の不安が少しでも軽くなる様にと過去の事例で感じて居ります。24時間何時でも相談出来る体制を作って行きたいです。
病院の情報が少ない。特に患者の苦痛に直接かかわる問題について原因や治療の可能性の検討の有無がわからないと対応にしばしば苦慮する。家族が退院や在宅療養をうけいれてない場合も困る。治療方針は病院で、夜間対応や点滴だけのために診療所をあてにするケースも困る。病院医師に終末期医療の研修が必要。
・夜間に苦痛や不安が強くなった場合に応じられる体制が整備できない。・療養者を支える家族の負担が大変に大きい。(肉体的、精神的、経済的な面)
・御家族様の理解・各医療機関との連携
・介護力の不足・喀痰吸引・考え方・告知・家族の理解、覚悟
「在宅で最期を迎えたい」ことを阻害する大きな要因は①介護負担②不安。だと思います①のためには制度上、もっとたくさん改善することがあると思います。ますます、老老世帯、独居世帯が多くなるでしょうから、それを支えるシステムをみんなで考える必要があると思います。②はなかなかむづかしい問題ですが、看とりの文化がひろまるということも大きく関係しています。医師のICがしっかりなされるということも制度の説明も大事かもしれません。
一時は在宅死を家族も本人も良い人生の終末と思う人が多かったように感じます。最近では“家族が大へんだから”“いざという時不安だから”と施設療養の願望をもっている人が増えているように思います。病気や障害を持ったら、何もできないと、人生の目標を見失くなっていく人が多いように思います。失なったもの、できないことで頭が一杯で、まだできること、わずかでも可能性が残っていることに目を向けることができず、誰れかにしがみついても安心を得ようという考えにとられるように見受けられます。介護する側になる人はしがみつかれることが恐怖と思う人が多いように見受けられます。
#癌患者さんで終末期に呼吸苦、疼痛等■がむずかしくなり御家族が介護看護をできなくなる。みているのがしのびなくなる。 #最後だけは医療機関でとの希望がある
求められること 療養者が安心して生活できるよう、できる限りの不安をとり除くための行為 阻害しているもの 家族の介護力のなさ、理解のなさ、特に単身者で身よりのない方は、色々困難を伴う。
急病の際に入院できる施設が無い。
痛みをしっかりとること。病状の説明病状の変化に対応すること老病死に対する■■をしっかりとつこと
認知症、老人性うつ状態で本人の希望がわからない。人および独居老人、要介護者への対応。
ケアマネ、ソーシャルワーカー、訪問看護師、訪問介護師、介護福祉士、在宅医師、歯科医師、OTPT訓練士、その他必要とされる職種の人が集ってミーティングを行い対処法を決定し、定期的に見直しを行う
主たる介護者がいない為に在宅で最後を迎えられないケースが多い。都会と違い採算があわないために地方では、休日や夜間の介護を行なえる事業所がなくお金の問題もあり、在宅での看取りができないケースが多い。
1) 家族負担が重く現状では在宅環境は良好とは言えない。2) 緊急時の受入病院の整備が本人、家族の安心感につながる。
すべての事業所が24時間連絡が取れる体制。できればサービス提供も24時間体制。阻害している要因。人員不足、報酬が不十分。家族介護が期待できない。
病院のDrと診療所Drの連携。患者さんも、信頼できる往診医を知っていればぜひひまかせたいと思うはず
◎夜間勤務を安心して行える仕組み作り
家族の覚悟、在宅を視野に入れた入院治療。
24hの対応
阻害している要因・介護者の高齢化と健康問題・家族機能の低下・医療連携や訪問看護の体制の不備・緊急時の受け入れ先の確保が困難・在宅診療をしている医療機関が少ない
やはり各機関、事業所との密な連携が大切と考える。相互に意志疎通が円滑に行くよう、医師がリーダーシップ(雰囲気作り)を取っていくことも大切。また、そうした希望をもつ患者・家族がどういう方法をとれば在宅医療を受けられるのか、よくはわかっていないことが多く、例えば病院内の連携室等のスタッフが、あらかじめ在宅医師等から在宅末期医療の様子を学び(実習に参加するのもひとつ)、経験に基づいたわかりやすい説明を、入院中のPt、Faにしてもらえば、在宅医療を選択する

人たちがもっと増えるのではないかと考えています。
まだ病院で死にたいと言う、希望が強よく残っている。認知症を合併すると家族の負担が大きくなっていく。核家族も問題です。
24時間体制の訪看があるかどうか
本人の希望と家族の介護力との分離
入所時に、本人の意志を確認し、文書化しておく。もちろん、変更可能である。家族にも、確認の内容を伝えておく。
①家族の覚悟がたりない（結局救急車を呼んでしまう）②脳梗塞後の方など、本人の意志が確認出来ない。
家庭の財力と地球の面積と住宅事情と家庭の介護力。（医療関係は微力です）
在宅をさせられる家族が協力出来るかによって成立すると思います。
最期になると家族が動転し救急入院することが多い。
患者の希望を受けるためにグループ診療を行っていた（各医師が抱えている在宅患者をお互が情報を交換し主治医が不在のとき患者家族の依頼により訪問診療を行う方法）を行っていたが全ての医師があいにく不在であったり、最期に間にあわなかったり、終末期家族が不在であったり仲々うまくいかないことが多い 円滑に運んでいても診療報酬の問題がうまくいかない やっていないことが不思議とされています。医師の教育の問題ですが、素質もあると思いますが
在宅の限界を皆でしっかり確かめあうことが重要と思われる。
・経済力・介護力・疾患・家族の不安
同居する家族だけでなく、親族や近所の人達など介護者を精神的にサポートできる地域コミュニティの存在が必要。それらが希薄になっている。またレスパイト入院や、緊急時に入院を確保してくれる医療機関のバックアップがあれば在宅療養は安心。本人の希望に添うためには何かあればいつでも対応できる医療機関、事業所の柔軟で十分な体制が求められる。
・病院の医師、NSが在宅医療をイメージできない。・家族が在宅は大変であると思込んでいる。・在宅医達が病院に対して積極的なアプローチが足りない。
本人がよいと思われることをかなえてあげることで
24時間体制で診療を行っていますが、家人の協力なくしては在宅での終末は不可能です。本人はいくら急変時の対応を説明しても、「心配だ！」と言われ、入院加療を指示するしかありません。私が在宅医療を行っているのは、家人の献身的な介護があるからです。私の地域では、夫婦共働きが多く、経済的社会的に困難な要素が多いです。
24時間、緊急対応出来る体制の維持。しかしマンパワーの不足は大きな阻害因子。地域全体で包括的に支援することが求められますが、実際問題困難である。
・必要に応えられる人員の配置（医療関係者、介護関係者）・経済的資金不足
家族が医療依存、病院依存がある。入院すれば、何とかしてくれると思っている。
“延命処置の有無”の法的考えの確立
療養者の家族の協力を得られない場合には、在宅での看取りはできない。
・帰れないと決めつけている病院の医師・看護師。「無理です」と本人・家族に言う。・帰れると思込んでいる家族・主介護者。まずは一日でいいから帰ってみましょう。と背中をおす 病院医療者がいない。この2つをクリアできれば帰れない人は一人もいません。しかし、うけ入れる在宅医の数と質の確保が最も重要！！
多くの療養者本人や家族は在宅で生活、治療を望まれているが、最期を迎えたいとまで考えている人は少ない。在宅治療中心となる時に確認されていない事がある。他に24時間以内に診療のない死亡に対して司法解剖が行なわれる事で在宅死を望まれない事もある。（今まで自宅で生きる（生活）事を問いながら、最後にテーマの異なる自宅で死ぬ事を問う方法はおかしい。見た数は現在の医療制度で発生するもので増やす必要もなければ減らす必要もない。）
入院を希望しても専ね3か月を超えると別の医療機関へ移され、認知などが環境の変化などにより、拍車がかかる事がある。行き場がない→家族関が希薄で介護に踏み出せない。
休みであろうと、夜中であろうとすぐかけつけてくれる事。病院とほぼ同じ程度の看護力、介護力、阻害要因としては、人員不足、体力的限界。
ターミナル期には、看ゴや介護の必要量が増加します。ニーズに応じて、介護保険のサービスを利用できるようにして下さい。利用が増えても家族の利用料が過大な負担にならない様な仕組みが必要です。
阻害因子。周囲の家族の同意 法的問題
家族の介護力、死生感。死の教育が大切である。医療技術的にはあまり問題は感じられない。
家族の理解不足。いざというときに、あわててしまう。
急変時に24時間対応できるNs、Dr、ヘルパーの体制が必要です。最近、医療や介護の24hバックアップをする体制をとって、在宅看取りをすすめても、主たる介護者が不在であったり、介護者の体調不良、冬期間自宅が寒い
周辺では老々介護、独居世帯が増えている。介護保険では、上記の人々の在宅療養を支えるのは無理。家族がいても、昼間独居がほとんどで、介護を担う同居家族なくして「在宅で最後を迎える」ことはできない。
刻々と変わる、患者、家族の欲求に応じられるように、余裕のある後方病院の整備
本人の希望を家族、病院の医師、介護事業者在宅の医師が理解し、共有し、連ケイする事。阻害要因→家庭内の事情（金銭的な事、介護力不足、住宅事情
1) Advanced Directionが、ほとんどなされていないこと。
・事前の病状説明の問題：担当医が現在の身体状況、今後の経過や予後について正しく家族、本人に情報を伝えているか。・モチベーションの問題：病状悪化は時間を問わない。時間外の緊急出勤を自主的に行える医療スタッフが少ない。

・24時間体制で診てもらえる、緊急時に対応してもらえるということ。安心できる体制。・家族の負担を軽減できるような支援体制。・往診や看取りを行っている病院が少ないため、家族の不安が取り切れない。・「在宅で看る」という家族の身体的、精神的負担が大きい。
家族の協力、受け入れが得られない場合も多い。独居の方も増えており、自宅で最期というのが難しい例もある。結局最期は病院や施設になる例も多い。様々なサポートを知らない人も多い
チームとして連携及び本人・家族とのおもいの共有が最も重要と考えます
安心できる環境 バックアップ オープンな近所つきあい 医院と地域の近い存在
①他事業所（特に訪問看護ST、訪問介護ST）との連携をスムーズにすすめる努力。②社会資源の活用についての知識。③急変時等、時間外や夜間の対応に係る体制作り。④緩和ケアについての知識等が医療機関としては必要と考えます。一方、家族への支援体制や社会資源の不足、事業所間のコミュニケーション不足、人員不足等が阻害要因として挙げられます。
在宅療養を支えるのは医師個人の力には限界があり、地域で志を同じくする者、医師会が中心にネットワークを構築する必要があります
本人の希望を第1に考えることですがその周囲の家庭の事情により（介護力・経済力・及び周囲の理解度等）それは変更せざるを得ない事があり、主治医としてはそれらを総合的に判断して対処すべきである。田舎においては医師も高令化し必ずしも希望できる状態では無い。理解のある若い医師、介護事業所を増やすことが必要であると考えています。（尚、高点数にすることだけでは無理です。）
・入院（疾患を治療するために非日常的な空間に留めること）の意味を理解していない医師・看護師・ケアマネ、患者、家族が多い。・病院は死ぬ場所ではないことを理解していない。
各施設において、24時間体制ということが、求められることと思うが、夜間や、他の診療時間内などすぐに対応するのが難しいことも多いと思う。また、最期を迎えるまでの期間も、状態の急な変化などに対応できればよいが、実際時間的、人的な関係で難しいことも多いと思う。それぞれの施設が役割分担して、柔軟な対応をしていければ…と思う。
問13で説明したように、本家を離れた家族が、色々口出しをするが手は出さない…が在宅での介護者にとっては最大の障害。②老々介護で子供■0の在宅患者の支援体制の整備③緊急にショートステイをとったケースの受け入れが極めて難しい1-2■のスペースを介護保険制度の中で保証する制度で緊急■の確保はできないものか。病院の救急ベットの少ないもの
・求められること終末期を迎える患者さんご家族のメンタルケアスキル。終末医療を支えるスタッフのメンタルセルフコンディショニングスキル。緩和ケアスキル（麻薬の使用法、酸素器、呼吸苦の対処法。向精神薬の使用法など）・阻害因子スタッフの全般的なスキル不足。スタッフのメンタルマネジメント。緩和医療関連の薬剤費が高すぎる（特に麻薬）。いろいろと診療報酬上の加算など特典があるが、患者さんの支払能力が低いことが多い。
在宅での看取りを希望しても、在宅での“死”と言う事で「世間の目」「対応」「処置」又、ケースによっては、「検案」といった不安が多く、主治医がいても、往診対応出来なかったり、介護事業所に於いても、時間よっての対応困難や急変、臨終時は医療機関への丸投げ状態が多々あり、結局のところいざという時には、救急連絡、搬送、医療機関での対応、臨終となってしまふ。在宅での看取りを推進しても対応する医療機関や対応してくれる医師の不足、又、介護事業所との連携不足及び対応困難で「在宅で最期を迎えたい」という療養者本人の希望をかなえるには難しい現状である。在宅での看取りのシステム創りも然る事ながら、施設、人員確保が必要だと思う。
介護する家族が安心して在宅療養できるように支援する体制をそれぞれの機関が連携して行うこと。阻害している要因：連携がうまくいかない。家族が安心できなくて不安が大きかった場合。病院で治療を受けて亡くならせないと、体裁が悪いと思っている家族もいること。
病院医療者のcareを目指した姿勢が在宅医療に入ってきたり、影響を与える状況が強い。病院医療者もcareを意識した医療サービスを提供出来ない内は、本当の在宅医療には至らない。在宅医も本人・家族の意向を最優先する意識に至らないと、いつまでも在宅医療が病院医療の持ち出しに終わってしまう。
医療機関、介護事業所としては、必要なものは充分なmanpowerと家族側の協力。家族の中で協力体制ができていない場合には病院へ戻る事となる例が多くなる傾向にある。一番重要なのは“在宅”についての家族の同意、理解と協力であると思う。
「在宅で最期を迎えたい」と希望されても、どのような状態になりどのような対応するかを、本人家族が受け入れられない場合があり、やはり病院を希望される事があります。看護、介護を直接されていない親せき、身内の方の意見が「病院になぜ入れないのか」等に左右されます。「在宅での最期を迎えたい」と希望される方には、できる限り十分な説明をその時の症状、対応をたえず説明、納得して頂く。急変時の対応をかかわるスタッフ全員が同じ目標、方向性を持つ。
☆在宅をえらべる選択技を知らない→（・家族もケアマネ、・病院staffも）上記のための広報、広げていく活動
24時間安心して自宅での生活・介護を受ける事 看護（リハビリ）にて少しでも楽な生活が出来る
家族が少い場合は、住みかえて高専賃などの設備の整った住宅に慣れておく。
緊急時での対応の仕方等を事前に家族・本人とも相談し、遂行する。
通常の病院のドクターの意識改革が必要
以前は、家にはたくさんの人々がおり1人が寝込めば、その人を付っきりで世話をしてくれる人がいたため、往診してもその方、本人の状況を聞き、アドバイスができた。しかし、今は昼間往診しても、本人のみがいるだけで、時折人がいてもそれは、ヘルパーの人である。ほとんどの人は1人で家で過しており、末期の人が家にいると、家人は仕事を休んだり、他の人に付き添いをたのむという状況では、ほとんどの人は在宅での最後をとというのは、難しいと言わざるを得ない
在宅で最後まで面倒を見るにはそれ相応の時間的余裕とスタッフの体制が常時必要とされる。救急に必要な器具類、酸素などポータブルなものを確保するかどこまで生命を維持するためにやるか生前早目に話し合いを個々に持っていなければなら

い。それを阻害する要因は何回も話し合っただけで対応する内に良い所におさまり、なくなるのではないか。
ケアスタッフが、在宅療養が無理だと判断して入院をすすめてしまう。高齢者や、臨終の時期の身体の変化をケアスタッフが理解していないため上記のことが起こる、不安になる。本人や家族が理解していても、周囲の他者や親せきが入院をすすめてしまう。周囲の人たちにも、あらかじめ地域社会として、在宅の理解を深める。活動をした上で、周囲にも説明が行えるケアスタッフをつくる。在宅医療をささえるスタッフが不足している。仕事の内容（24時間体制）のわりに手当が少ない。休日、夜間出勤時の翌日の人員が少ない。
特になし
・病院で告知ができていないことがある・ケアマネジャーと医師の連携ができていない・家族への教育
あくまで在宅で最期を迎えたいと希望する人はこれまで1人しかなかった、あくまで患者さんが苦しまずに最期を迎えられる様にする事が最も大切な事ではないかと思う
病院と診療所の目にみえる関係と患者への理解病院と診療所の信頼関係が大切、施設として、かつ医師同志としての連携がポイント
家族の理解
・家族の支援の低さ・整った環境がないこと。
病院へ求められること①余命の告知がしっかりされていないことが多く、本人家族が覚悟をもてないまま、無駄に時間を過ごしてしまうことが多い。
病院においては各病棟に1人のケアマネジャーが必要と思う。実際の業務をせずとも、外部のケアマネジャーと対等に連携する事が可能となり、スムーズな在宅移行が可能になる。現実的には、その様な病院はなく、生活支援の視点を持つ医療者（医師・看護師）はあまりにも少ない。恐らく入院患者30名に対して1人ケアマネジャー資格をもつ看護師が必要であり、その様な人材を育成しなければ急性期病院の役割は十分に果たせないと思う。
病院での治療をどこまで継続するのかでそれ以降の方針はかわってくると思います。病院治療が終了中断した時点で、在宅療養が困難な状態になっていけばおのずと在宅移行は困難になると思います
・まずは診療所にファーストコールをと周知依頼してもサービス提供者があわててQQ車要請する場合あり。
療養者本人が安心して自宅で最期を迎えられるように訪問診療、訪問看護必要に応じて訪問介護等を計画し、24時間連絡がつき対応できる体制をとること 阻害している要因としては①家族や介護者が急変時にあわてること②経済的な要因③独居であったり、家族が療養者本人の希望にかなえられない理由をもっていること（仕事、老々介護、認知症）
現場で最も求められているテーマは「苦しむ人と逃げないで向きあう人材」と考えています。日に日に弱っていく人と、どう関わってよいかわからない人に、制度的なアプローチをしても、実際にはひろがりをみせないでしょう。真の援助者を育成するボトムアップが必要と考えます。援助とは、病状やこれからのことを『説明』することではないと考えます。苦しみ、特に治療抵抗性となった、苦しみをかかえながら、生きるための“支え”を支援することを意識したとき、どんな私たちがあれば、相手の支えを強めることができるのでしょうか。「苦しんでいる人は、自分の苦しみをわかってくれる人がいるとうれしい」ことを基本とします。くり返しになりますが、説明だけでは援助にはなりません。“聴く”ことを援助の基礎にした展開をもっと意識するの必要を願います。
“人（生物）はいつか老いて死ぬもの”という認識、覚悟をもたない人が多いと感じています。欲望が強ければ満足度は低くならざるを得ない、選択すればする程、迷いや後悔がつき物ですから“看取り”“死”を100%満足されるのは難しくお手伝いする私達も“ほどほど”の気持ちが必要だと思っています
家族が看取る体力がありません。老老介護である人、子供も疲労している。
家族が途中疲れない様な地域支援体制の構築が求められるがそれを誰がやるのかが課題。地域ケアシステム作りの中においては、中心となるトータルコーディネーターの力量が問われるところと考える。
在宅で最後を迎えたいという本人の希望をかなえるためには家族のよほどの覚悟が必要である いよいよ末期になると、ほとんどの家族が動揺する。息がとまりそうだななど、10分おきに電話がきて、往診にいつでもすぐに来てくれという電話で、外来の仕事が出来ない。
介護制度がもっと進歩しないと在宅でというのは難しい。特に老老介護の家庭では難しい。
生活支援や疼痛コントロールなどが求められると思います。また、阻害している要因としては、生活環境が挙げられます。
定期的な訪問診療、応診に限らず頻りに訪問し、対応していく事が大切だと思う。必要ならば訪問看護ステーションなども介入していただき、協力、情報を交換しながら本人の望む死に対し、自然な形で迎えられる様援助する。
要因と言えるかは定でないですが、妻が、夫を介護している場合 親戚、近所、友人等への面子もあるようです。妻の本音は、夫の希望通りしたいが、亡くなった後の事考えると、やるだけの事はしたい 色々言われたくない様です。夫が妻を介護していると、割りきっているのですが子どもが居る場合最終的には子どもの意見で動く事が多いです 独居の方は、頼る人がない為か、出来ない為か、最期は希望通り在宅で迎えられると思いますが、本当に希望通りだったかは、定かでないです。在宅での最後は、本人を取り巻く環境作りが出来れば可能だと思います。
本人・家族がそれを願っていても、実際の場面になると、看とる家族の体力的負担や、精神的負担が大きくなってしまふことがある。それについての支えが必要であると痛感する。
医療機関は往診対応できても介護事業所がわが市では、24時間体制ではない事（夜間対応力がない事）患者家族に大きな負担がかかります。多くの医療行為を必要とする時期になると在宅においては不安に思う事が多くなります。介護疲れも出現します。食事がとれない、高熱がある等の症状が出現すると多くは、入院を希望されます。入院すると再び在宅は考えられず、療養型病床への移床を希望されます。
24h体制をずっととっていて、医師、スタッフのつかれもひどくこれ以上つづけられない。近くの医師による集団医療がよ

いが、具体的な動きがとれない。
①在宅での医療と介護のシステムが、ご家族の負担を増やすことなく、入院している状態と同様に家族としての愛情を持って見守るだけで良い、24時間体制を自宅で確立させること。②自宅で看取りを行う場合のご家族の自己負担を、入院で死亡するときの自己負担より、どの状態でみても明らかに少なくすることが必要です。③患者さんご本人が在宅での看取りを希望されても御家族への負担を心配されていることが大きな障害とされます。在宅看取りの経済的、肉体的負担軽減策が必要です。
介護力が問題になってくる事が多い。重症になった場合医療的な処置が多くなり訪問看護のサービス等を導入するが家族にかかる負担は大きく、主介護者が高齢であればあるほど、精神的にも肉体的にも負担はかかる、それをサポートする様にサービスを導入するがそれも利用時間の制限があり十分ではない状況がある。
臨死期直前（亡くなる2W前）からの医療介護の対応が不十分だと在宅死は困難になる事が多い 具体的には重症者では医師が往診する。同様に訪問看護師の育成が必要。
家族とのコミュニケーションと医療・介護担当者の理解の一致
療養者本人が「在宅で最期を迎えたい」と希望しても、嫁、夫が死亡している場合、非常に不可能なことになる。家庭をもっている、娘、息子は一切手を出さないからです。特養、2ヶ所の嘱託医を約30年しておりますが、病院での臨終を望む方が多くみられます。
静かに最期を迎えさせてあげるには、積極的な医療は必要せず、静かにしてあげて様子を見るのがよいかと存じます。
1医療機関、1介護事業所での対応では、負担が大き過ぎる場合があるため、複数の医療機関や介護事業所での連携が必要と考える。
家族の病識により異なる
核家族化による「家」の意味が昔より薄くなっている。家族のつながりも弱くなっている為、家で見守る人がいない。不景気で共働きも当たり前であり、ムリ、ムラ、ムダをなくす行政の制度は不可欠であると思う。
・介護をしていく上でのマンパワー不足 要因 在宅での受け入れ体制が整わないまま短期入院で半強制的な退院をせざるをえない状況。マンパワー不足解消のために多方面のネットワークと関連を持ち利用可能な手助けは最大限に受ける事により介護者の負担軽減はかる。・経済的な問題 要因 面倒をみざるを得ない状況のため介護者の仕事の継続が困難となってくる。
家族の死の受容 死への覚悟がないと看取りはムリ。
依頼までの家族との意志のそ通がなく始めて往診して相手の顔がみられ家庭環境も分り、当院の状態は御家族の方はほとんど分らない
末期癌患者についてはこちらの経験不足
医療と介護と家族の連携が重要。相互理解がなければ困難！！
医療と介護の連携の重要性。
医療介護の連携施設を息子が帰りしだい、考えて5年以内に初めたいと思っています
終末期は病院で過しても家で過しても本質的には変わらないということをお客様家族様に納得してもらう努力をすること。その阻害要因は1)在宅医療看護の知識技量不足。(病院の知識・技量に比べてというのではなく現在の限界として)2)お客様、御家族様の病院志向(病院に行けばこの苦しさを軽減できるからのがれられる?)
#1病院の担当医の無知#2在宅へ移行する際の患者、家族教育のマニュアルのなさ#3告知のなさ(余命等についての#4器械の不勉強#経済的理由#その他、周辺、行政者の無知や一般の無知が大きい。
①24時間体制②在宅サービスとの連携 阻害要因①家族の不安、家族の連携が不十分②家族内での意見の違い
自宅での最期を望まれるほど、介護サービスの提供(デイ・ショート)の利用が不可欠になるし、医療機関の利用(短期入院、レスパイト入院も)が必要になる。個々の交渉よりも地域全体の連携が最も望まれる所です。
苦痛の伴わない場合は在宅で最後まで診て行き易いが家族がその苦痛に耐えられるかどうかの問題である。患者は殆んど意識がなく苦痛もなかった最後の瞬間まで見るのがつらいと訴える家族もあり、その時点時点で柔軟に対応している。
・求められる事は、24時間体制で対応できること。又、各職種との意識統一(家で看取するという)が必要と思われる。・阻害している要因。マンパワー不足。老々介護による、家族の介護力不足。費用の負担
病気の経過や臨終期の症状についての説明が不足している可能性がある。また、介護者を含む同居家族はともかく親戚の者へも情報を伝えてもらう必要がある。後者に関してはマスコミを通じての在宅医療介護の認識徹底が必要と考えられる。
家族の支えがない人(協力が得られない)、独居の方は難しい現状ではないかと思えます。ヘルパーは、決められた時間があり付き添っておくのは無理…e t c耳にします。
各医療機関に求められる事①療養者本人及び家族・支援者に対しても説明する。②最期を家で迎える事に不安がないか意思疎通を充分に行う。不安を一度でも与えないようにする事(=安心させる事→病状進行の予想される推移、出現する症状、それに対する処置など説明しておく等③医療機関の人が「自分もこのように終わりたい」と共感を持っていないと説得力のある説明はできないと思えます。現在は啓蒙不足かと思えます。
医師会が在宅に対応していない。
退院前カンファレンスや、サービス担当者会議の開催、参加がまず第一に必要なと考えます。阻害している要因は、病院Drの在宅医療への理解不足、医療系スタッフと介護系スタッフの溝の深さなどが大きいと思えます。
家族の理解が最も重要。死にいたる過程をくわしく家族に説明する。24時間いつでも対応することを説明する。なるべく点滴をしない。家族の負担を軽くするため、自然に枯れていくのが最も楽であることを説明する。阻害する要因入院せずに満足な治療をしないことをよしとしない世間的な体裁これまで介護してこなかった親類のことが多い
★24hr体制。連携や組織作りの不備。

<p>連携といってもその方法は多種多様（TEL、FAX、E-Mail、診療情報）であり誰がどうコーディネートするかが大切である。一般的にはケアマネジャーがその役割を期待されているわけであるが能力差が大きいうえにその報酬は低く有能な人材が育成される土壌とはいえない。医療機関では連携の際の報酬が問題になる。結局一医療機関が複数の医師をかかえる場合に支援診療所の役割を果たしているのが現状ではないか。介護事業所の役割は明白で在宅での介護力を補うために不可欠である。夜間の活動が望まれるがこれはまだ現実的ではない。</p>
<p>退院のタイミング、家族の覚悟・介護力、スムーズな介護サービスの導入ヘルパーの観察力、医師の判断力 行政の対応や決まり（介護認定に時間を要したり、ヘルパーが介入できること・そうでないことが現実的に厳しすぎる、金銭的に負担を強いられ、家族が大変な思いをしている）</p>
<p>医療機関と介護事務所が密に連携をとり、24時間体制で患者さまをサポートしていくことが必要だと思います。ただ、24時間体制の訪問看護ステーションは、数も少なく、人員も不足しているのが現状です。今後、そのような施設に対しての支援が必要だと思います。</p>
<p>紹介医療機関が本来診る意志がないのに“いつでも入院できる”“いつでも診ます”と患者、家族に軽々しく言ってしまう。また退院前にホスピス等に必ず受診をさせてから、退院調整を行うため、家族は、本人の病状が悪化（終末期）と同時に入院させたがるが多くなる。</p>
<p>一番の阻害要因は「家族」。現行の介護保険制度が家族介護を前提にしている限り、家族が「NO」または「Give up」した場合は在宅看取りは成立しない。家族の負担がなく、本人も落ち着いて最期を迎えられる場所が必要と考える。今後独居の高齢者が増えることも考えれば「自宅」での最期は現実的ではないと考える。</p>
<p>同じ目標や考え方を共有していること相互の信頼（阻害）責任者の消極的な考え方</p>
<p>求められること1. 24時間・365日の対応2. 距離的に近いこと（当院では車で30分以内をひとつの目安にしている）3. チームワーク（看護師、作業療法士、基準病院医師など）3. 介護できる家族がいること（複数）（希望して在宅を始め、介ゴ者の疲労で再入院するケースが多々ある）阻害因子1. 介護する家族に対する支援</p>
<p>「本人の希望」＝家族がどう心構えをすれば良いかを頭で分かっているが、急変時となると救急車を呼んでしまう、もしくは、黙って見ていられずに、次の余計な行動をしてしまうという現状。介護事業所は『何があっても看取り、在宅』という患者と、『何かあったら病院へ行きたい』という患者で、上申内容をコントロールできなければいけないものの全くそれが出来ていない。</p>
<p>ふだんつきっきりで介護をしていない遠方在住の近親者が病人が危篤とのことで来院して『何で自宅で放置しているの？！早く入院させて！』とつきっきりで介護している家族を叱責することなど…</p>
<p>①介護力不足がNo.1です。年間99名看取り病院28名でした。最后迄は93%②家族の想いをかえる</p>
<p>家族の不安、在宅での受け入れ体制等。</p>
<p>1) 終末期症状に介護者（家族）の精神的苦痛がみられる2) 介護者に繰り返し、症状を説明し、死に到る。繰り返しの説明に対しての色々な対応を求めてくる3) 終末期（病院から退院）の医療に家族の意見が別れて、対応に苦慮する。</p>
<p>患者は「在宅で最後を迎えたい」と思っているが、親族、家族が全体として同意していないと、結局、最後の段階になって救急車に乗って病院に行き、そこで死亡診断書のみ書いてもらうという虚しい結末を見ることがあります</p>
<p>・家族ははじめ看取ると決心するが、患者病状の増悪、不穏に耐えられなくなる為・医師の年齢（私67才）を考えると在宅看取りは月に5人が、体力的限度。</p>
<p>高専賃、有料ホームでの看取りが少なく、そこで最期を迎えさせてもらえない家族の介護負担が大きく、難しいことがある。老すいでもがん末期の様に訪問看護の頻回訪問制度があるとよいと思う。高令夫婦の場合1人が自立していると訪問介護（家事援助、買い物等）が使いずらく介護負担が大きい。</p>
<p>24時間対応のむずかしさ。家族の希望（病院で死なせたい）</p>
<p>介護者の不安と負担。不安を和らげるようなスタッフからの説明不足。</p>
<p>本人の希望が表現された時直ちに行動すること。周囲が完全を求めて準備時間がかかってしまうことが、阻害要因です。</p>
<p>療養者本人が希望しない場合。本人が希望しても家族が希望しない場合。あるいは、本人が孤独の場合。説明と納得で決めても、意思は日々に変動しがちなのが日常である。自己負担金額によっても（経済的不安）意思に変動が、認知症が進行すると、家族が持て余す場合も。</p>
<p>ケアマネージャーを中心に療養者、療養者の家族と相談しケアプランを作成してチームで援助しなければならないと思われる。そのためには医療関係者、介護スタッフなどの協力はかかせないが、介護の度合いにより負担の限度をこえる場合があると思われるのでそのことについて検討が必要と思われる。又看取りとなると家族が不安におちいり自宅で最後を迎えることについて拒否する場合がありますので必要十分にケアマネージャーがスタッフと綿密な連絡をとり安心出来るケアプランを実行する必要があります。</p>
<p>患者一人一人のニーズにあったサービスを提供する。阻害している要因は、「病院で死ぬのがあたりまえ」という意識が強いこと。家族に心がまえができていないこと</p>
<p>阻害している要因：金銭面の負担 共に暮らす（1日を通して側にいる）家族の不在</p>
<p>在宅患者がショートスティ中、症状が変化した場合施設では外来患者扱いとの理由で、すぐ帰宅させる。死にそんな人までも帰宅させる。ショートスティ中の施設に医師（主治医）や担当している訪問看護師が往診することは許されない。安心して家族がショートスティに出せない原因である。</p>
<p>当地域は独居老人、老々介護を行っている世帯が80%以上であり「在宅で最後を迎えたい」と思ってもかなえられないことがほとんどです。</p>
<p>在宅で最期を迎えるためには先ず家族が最後まで面倒を見てくれるかどうかが問題である。その上で、信頼できる医師の看取</p>

り、信頼できる訪看信頼できる経験のあるケアマネが拘ってくれるか。
一番は本人の家族の理解と協力不足と経済力が阻害していると考えられる。
本人の意志を確認することができたら出来る限りそれが実現できるよう医療機関、介護事業所は支援し、連携した行動をとるべきである。医療機関の場合は結局のところ、それを運営する医師や中心となるスタッフの意思により、それができるか決定されるだろうが、介護事業所の多くは医療政策や法制度の中で定められた事業所ごとの方針、決まりがあるため、それから外れることは困難だろう。重要であるのは与えられた場、状況でそれが出来るよう、阻害要因を取り除くことであろう。その阻害要因としては、①自らの病気、状態を告知されず、残された時間を或いは暮らし方を療養者、家族自身で判断、選択できない場合②療養者本人の気持ちや苦痛を理解せず、又、家族の意向を確かめずに施療者が在宅療養を推進する場合③ケアを通して相互信頼が築き上げられない場合④迫りくる困難や変化を予測、予知できず家族がその事態を受け止められない場合、等が思いつく。
在宅で介護をする家族がいない（あるいは家族にその余裕がない）事業所には十分なスタッフがいらない特に中山間地では訪問に時間がかかったり天候によって訪問できなかつたりする場合もある。在宅では住居条件療養環境が、人的のみならず物理的に劣悪な場合も少なくない在宅が望みであろうが、実際には困難な場合も少なくない。そのために入院や介護入所施設を造った。
阻害しているもの 病院が「いつでも入院していい」と言ってくれる事。療養病床を守りたい医師会。求められるもの 正しい説明 悪いしらせをつたえる技術
家族が病院での最期を望むため
①患者さんの「本当はどうしたいのか？」をひきだす愛情②そのためどこへどうつないだらいいの知識の欠如（病院側）③まだまだ看取りをしている診療所、病院が少ない④訪問看護師数の少なさ⑤“何もしない、口から食べられるものを食べて点滴しない”という選択肢の提示ができてないこと多い。
本人、家族の希望を病院側が受け入れないケース（麻薬使用者やC.V、人工呼吸器装着した重症の方）が若干ではあるが見受けられる。病院医師コメディカルに在宅での療養全般に関しての理解や知識をもっと持っていただきたい。また在宅で支えていく医療者、介護者側も、終末期療養に対し「大変」とかという負のイメージをいれずに、積極的な姿勢となれば、よりよい在宅での最期をむかえられるのではないだろうか。
当診療所は医師を24h対応出来るシステムになっている為重症者も家族が自宅での希望があれば添っている為今現在問題は発生していない（介護保険の申請なしも検討しながら行っている為）家族が一時的に疲れて1～3日以内なら希望あればショートを使用しながら行っていける為
訪問医師を支える訪問看護師、それを支える介護士、まとめるケアマネージャーの連携のスムーズさが求められる。阻害している要因については、いろいろあると思うが、利用者側の経済的な問題。本人や家族の医療・介護への低抵抗。介護認定度の段階があげられる。
24時間での対応。不安をとるための説明。
家族
バックベッドの確保が難しい。重症度の高い人程、ショートステイ等を使用しにくい。（今度の改正でどのくらい改善されるか期待）
阻害している要因として、家族の協力だと思えます。老々介護になり、とても無理ですし、家族も働いていたり、遠方にみえるので…。ボランティアなどつり、互いに助け合う環境にもっていくのはどうでしょうか。
当院は父を含め現在、2人体制で形の上はそうであるが、現実的には私が訪問診療を行っている。しかし、私の義務で父に頼むこともあるので今後私が一人でやることを考えると、マンパワーが大切であると考えます。しかし、医師2人を設けることはコスト的にも当院では大変である。そのため、重症なP t は訪問診療等にもお願いはしている。今後は人数的な問題（スタッフ）と家族の理解が大切と考える
急性期の疾患の治療を終えた後、または、治療中から、終末期に対しての本人・家族の意向を聞く機会や、治療方針のギアチェンジなどに関し、病院入院中に考えられる場が増えると良いと思えます。但し、話し合いには、時間や、集まる人の調整など、負担が多く、困難なのが現状。
訪問看護師の熱意、力量により差異が大きい。在宅でのチーム一丸となれば阻害されることはあまりない。レスパイト入院できるベットがなく家族が疲労で倒れることがあえて挙げるとすれば要因である。訪問看護師の教育がまだまだ必要である。
24時間の支援体制を提供する。家族のケア、家族の負担軽減のための支援として社会心理的問題の相談窓口の設置。各事業所間の調整機能の充実が求められる。阻害要因は、在宅の資源の不足や調整機能の不足など

（在宅療養支援病院） 問30

開業医の高令化、病院Drの多忙、家族の受け入れ拒否。長野県は独居老人が多く、子供は他県にすることが多い。
・在宅で最後を迎えるということは、家族にとって、不安と感じる場所が多く、躊躇される事が多い。一つ一つ不安を取り除く、医療と介護の連携、十分な説明が必要。・本人が在宅で最後を迎えたいと考えていても、引き受ける家族の事情（例）共働き、老々介護、協力者がいない、家族との関係不和といった原因が多く、また、患者本人は呼吸ができなくなったら苦しい、吸引をその都度きちんとしてほしいという想いがあり、在宅ではなく、療養病棟で最後を迎えたいと気持ちがかわることがある。
・密な情報の共有と連携・家族の受入れ体制 e t c
社会全体が、自然な死に方、死ぬことについて考える必要はあると思えます。ピンピンコロリが自然だとは思いますが、老衰で死ねない世の中になっていると思えます。人は誰でも死ぬ前は介護が必要になるものです。“介護予防”なんて言葉も、

個人的には全く意味不明な言葉です。自然な流れをまるで悪いことのようにとらえる考え方もおかしいと思います。核家族化が進んで、間近で死ぬ人を見なくなったし、ぬいぐるみやロボットで癒される人を見るとゾッとします。病的に「健康」に執着したり、健康で強いもののみを評価、優先する考え方はおかしいと思います。生きていれば病気になるって障害を持ち死ぬこととなるのが自然です。
ご家族が希望されず、ご本人の意志も今いちはっきりしない場合が多い。ご本人が希望され、あまり家族が望まれていない時にどこまで在宅をすすめる必要があるか判断しかねる。常に在宅を促がすことが正しいというわけではない場面もあろう。
訪問診療、訪問看護、往診等のサービスシステムが地域にあることで住み慣れた自宅で過ごしたいと思う方々は徐々に増えてきている。しかし、ケアマネ、介護サービスに限界があり、家族の介護負担の増大により、在宅での生活が困難となるケースも多いのが実情であります。ケアマネ、介護福祉士、ヘルパーの強化が在宅生活で最重要であると考えます。ケアマネ、介護福祉士、ヘルパーの地位向上と賃金の安定もスキルに影響していると考えます。
・本人、及び家族の意志の明確化・終末期における病状変化時の家族の対応や不安がつのった時の入院施設の確保・24h対応の体制づくり・医師の位置づけ→当直医師が病院をはなれることが困難・地域連携の充実・アドバイザーの不足（地域の症例が少なくケアマネ自身のコーディネーターがむずかしい）
家族の状況、共働きや核家族で自宅にいる人がいないと介護を在宅でするとき受け入れ体制ができていない。
☆本人を側でみている家族への精神的、肉体的援助（家族が不安に思った時の相談窓口）

(臨床研修指定病院) 問22

死とは、医療機関で行うものという概念がしみわたっている。介護手学所は死をアツクアツた経験がなし、看取りの中心は家族であり、医師は死を確認することと、診問と■ものであることを知らせ、家族や介護者が温かく死を迎えられるように指導する
24Hでの対応ができる体制が必要。人員不足。規模を縮小する事業所が多い。報酬がふえると、利用者負担も大きくなり、利用も減る。
①リスクよりもQOLを重視すること②リスクは病院、診療所、医師が負うこと③家族、本人を支えること④
在宅で看取る事に対しての医療者側からの情報提供が不足していると考えております。また在宅医療体制についても充実しているとは言い難い状況と思っております。
家族の支援がなければ「在宅が無理」となっています。これが解決できればもっと在宅への移行がすすむと考えています。
ひとえに人員不足、医師も看護師もヘルパー、ケアマネジャー全て足りていない、実際に訪問看護事業所が全国の1/2の市町村にはなく、数も伸びていない
訪問診療は行っておりません。
阻害要因（・家族が看取りを経験したことがないので怖がる。・ヘルパーが看取りを経験したことがないので怖がる。・ケアマネが看取りを経験したことがないので怖がる。・医師が、勝手に家では看取れないと思ひこみ、又は、何か（例えば点滴等）しなければいけないと思ひこみ勝手に「転院案」を出してしまう。）・実力のある訪問介護事業所が少ないので増やしてほしい・訪看の数が足りない。又、24時間対応をとるにもNSが足りない。…どうにかならないか？
本人の意思の確認が十分行なわれていなかったり、家族の意向が強く、在宅で最期を迎えることが難しい場合があるのではないかと。また、本人、家族が安心して在宅で最期を迎えられるような環境がまだ十分整ってないと思われる。
・受け入れ可能な在宅支援病院。当地域には5件程しかない。24時間対応可能な医院は少い。・家庭機能の崩壊。親子関係が悪い又は子供が遠方に住んでいてフォロー不可な場合が多い。一人暮らしのがん末期の患者を在宅で一人にしておくことが難しい。・病院にて看取ると意識が強い。地域柄家で看取ることに罪悪感を感じるケースが多い。病院で亡くなれば世間体も保てる。
在宅でのスペース（ベッド、食卓、トイレ、移動スペースなど）医療キカン、介ゴ事業所ではマンパワー不足（サポートする）、サポーターの意識の低さレベルの低さ。家族のサポート、遠距離、高令化、核家族化、家族の絆の弱体化、持続（継続）できない、レスパイト必要。財源問題。
医療機関のバックアップ体制。PT、Famの知識不足、不安
・病気や障害を持って本人がどのような生活をしながら在宅で過したいと考えているのかを確認し、その気持ちを尊重した関りと支援を行なう。・ご本人の「どうしたいか」といった気持ちを医療機関・介護事業所が共有し、それぞれの機関に合わせた役割分担を行なう・家族も含めた支援体制を構築する。阻害している要因、・病院職員、役所の職員（そんな状態で家に帰すのか！と言われたことあります）の在宅医療に関する知識不足・病院と介護の垣根が高い。診療情報提供書ひとつで連絡をとろうとするが、それでは患者、家族の希望は伝わりづらい・病院の規模が大きいと、どこに連絡をしたら良いのか、わからない。責任の所在が不明・家族も生活がきびしいため仕事を休んで介護をすることが困難。家族不在時に訪問看護、ヘルパーが入るようにすると、経済的負担が大きい（特に医療費3割の方）・地域によっては訪問診療や訪問看護を受けてくれる事業所が無い（山奥すぎて）
1975年代より、病院で最期を迎える方が急増した結果、「死は在宅で迎えるもの」という意識が国民からなくなってしまったのではないかと考える。「病院＝医療を提供する場所」であり、最期は自宅で家族が看取ると国民の意識改革が先ず必要。病院側は、患者1人1人のQOLに応じた医療の提供を行うことが必要で、医療提供方法をシンプルなものに切り替えるなど、在宅で介護しやすい医療の提供方法を考えていかなければならない。また、在宅での看取りに対する加算を増やすなど、在宅看取りを行う医師を増やす働きかけを行うことも必要。核家族化や高齢化、女性の社会進出などにより、「在宅で介護をする」ことが難しくなっている現状もある。在宅に戻りたくても戻れない方々のために、「看取りの出来る施設」の増設が必要。

多職種が一体となってクライアントを支援できるネットワーク作りが求められている。
・在宅での療養は、経験のない市民への啓発・在宅で看取って頂ける医師の増員・在宅で生じることに対応できる、医師、看護師の育成
最後に苦しい時にすぐに対応出来ず、ER受診し、入院し、病院で看取る例が多い。訪問専門のDrがいて、すぐに在宅で対応できるように、する事が良いと思うがー
・急性期病院→急性期治療後、すみやかに次医療機関への転院・慢性期病院→入院時より在宅復帰、療養の場をみずえた支援・在宅療養診療所→病院、施設との情報交換、共有、双方向性の連携強化、医学の進歩に遅れない知識獲得・介護事業所→スタッフ、医師の看取り教育、緩和ケアの知識・各医療機関・介護事業所の役割分担・役割の明確化・それぞれが実施している医療、ケアを双方向性に理解し共有する。(情報交換)(連携の強化)(顔の見える関係性構築による友好関係)・阻害要因・業務の複雑化・多忙化(医療、介護共に)・患者、家族の依存性(自立性が低い)・死生観の欠徐(市民向け啓発教育が必要)(人生の最期をどう迎えるか考えていない。)
☆各医療機関・介護事業所に求められること・各地域にターミナルまで診られるDrがいること・医療的な側面の知識も豊富なケアマネジャーがいること・準備に必要な時間の確保・医療機関、各事業所との役割分担と連携のためのスタッフの確保(絶対量の不足)☆阻害要因・介護者の不足・介護保険内(制度内)サービスでは、生活を支えるための絶対的介護量が不足している・医療機関の機能分類化による一医療機関の在院日数の短縮化が患者・家族に負荷をかけ「最後をどうしたいか」という課題に直面できないし、スタッフがサポートする余裕がもてない。
・住んでいる地域(場所)(例)山間部(山奥)など福祉サービスが充実していないかかりつけ医の問題・医療側とサービス事業所の温度差(サービス事業所はなにかあったら怖いと言われるため)
・当県は3世代同居率は高いが、日中仕事で不在のため、日中独居のため、受け入れが困難な場合が多い現状です。それをカバーするための方策が必要ではないでしょうか。・ケアマネの方の医療に関する知識向上。・往診Drの充実(知識・技術・精神面も含め)・訪問看護の造設(1ヶ所もない市町村があります)・吸引器のレンタル業者はありますが吸入はありません。往診医療機関より貸出してもらえれば助かると思います。サクションチューブも単価が結構高いと思います。・ADLが良好な方が多いのですが、ベット利用希望者も多いので要介護2以上の認定をお願いしたい。・薬剤士の方による麻薬の調材(薬品を含め)と配達ができるよう整備いただきたい。
・当院のような急性期の病院では、全ての医師が訪問に行ける状態にはないのが現状です。当院からは離れたくないという患者本人・御家族の思いの違いがあります。・本人は在宅を希望されても、それを介護する家族がいないという現実もあります。老々介護では共倒れになってしまいますのでその辺がネックでしょうか。・吸引を家族以外でもOKとなったが、それを出来る事業所が少ないと思います。もっと、訓練の場と家族の理解も必要ではないでしょうか。
求められること。療養者本人の意向をすばやく適確にとらえ(アセスメント)、本人の希望をかなえるため最善をつくす姿勢を持つこと。すぐにあきらめて、本人にがまんさせたり、無理を強いて進めたりしないこと。方向性がまれば、皆が同じ方向をむいて、フットワークよく事をすすめていくこと。病院(入院中)と在宅・生活での違いをお互いがよく理解し、医療と介護の連携を十分にはかかると。そのためには、お互いの領域のことを十分知り勉強することが重要である。阻害 介護保険等、サービス利用のための手続きや申請がしにくい。すぐにサービスが使えないことがある。使えるサービスが制限されている(希望のサービスが利用できない)利用料金が安い。看取りのできる往診医が少ない。独居の場合に最後をむかえるのが難しい。病院スタッフが、在宅への理解に乏しい。在院日数の関係で十分な在宅の準備ができない場合がある。在宅での医療行為(吸引や経管栄養など)が家族かNsと限られている。介護者へのサポートが少ない。
在宅療養が中断することになった場合の受け皿医療機関→「すぐに受けてもらえる安心があるから家に帰っても安心」
・在宅で最期を迎えたいという希望をかなえるために、医療機関で働く人達に求められていることは、特に療養を支援するご家族に疾病の進行状況や発症などを説明しておく必要があると思います。最期に近づく状況と、その過程を地域の医師、訪問看護師、ケアマネジャー等にどのようにサポートしてもらえるかも説明し、ご家族にしっかりとイメージしていただく必要があると思いますが、それがなかなか実施されておらず、状況が変化するとご家族は不安になりあわてて救急車を呼ぶということにもなります。院内職員が本人から在宅で最期を迎えたいと言われた時に、院内職員が成すべきことをしっかりと身につけていなければならないと思います。阻害要因は、院内での教育に在宅医療看護に関するものが盛り込まれていないことと院内にシステムとして、退院調整看護師を配置し、その任に当たらせることが必要と思います。また、担当する医師も最期に至るまでの状況、対応の仕方なども説明する必要があると思います。まずは院内職員と本人ご家族を、混じえてのカンファレンスを行ない共通認識をもつことが必要で、これがスタートだと思います。
医療機関と介護事業所と療養者本人との連携(連絡を密に取り合う)が重要になると考えられる。ことさら独居の方々への配慮等を社会的にサポートする仕組みを考えていかなければいけない。
・人の死を在宅で迎えるということに対する不安、恐怖心及び経験不足が家族の本人の思いに寄り添って看取りをすることを阻害していると考え。・年令を重ね、食事の経口摂取困難となり、誤嚥性肺炎等で入院され、肺炎等の治療後、食事再開、ST介入等しても改善しない場合、何もしないで看とるという事に対しての罪悪感、倫理感もあり、家族は点滴療法や経管栄養を希望され、家族は仕事を優先することもあり転院あるいは施設入所を希望する。→・人のいつか、死ぬものであり、年を重ね食事が減り食べられなくなってもそれが自然の摂理であることを伝えられること。平常死。在宅で最期を迎えられることを保証し、家族と共に対応可能な看取り方法を考えること。
レスパイト目的での入院、在宅サービスの未熟さ(設置数継続的な意味で)
〈求められること〉・医療依存度の高い方への支援・対応・緊急時・夜間のサービス導入と病院側の緊急時の受け入れ体制(阻害している要因)・家族の死生観(e x . 最期は病院で亡くなるものだななどの考え)・家族の核家族化・高齢化に伴う介護力の弱さ

<p>①在宅診療所の情報不足②病院医師の知識・認識不足③タイミングの遅れ④当地域では、NSのネットワーク構築は少しづつ進んできている在宅ターミナルケアや緩和をしている病院の情報が少ないため、どこをかかりつけにすればいいのかわからない。特定の医院に限られてしまう。⑤最期の時は病院という意識がいまだに根強い。在宅へ帰ることよりも転院を選択する医師が多い。I. Cが不十分なため、在宅医からクレームがある→在宅に帰ると急に治療を中断された印象がある。治療早期から本人が最後までどうしたいのか確認する必要がある⑥在宅へ移行するタイミングを逸してしまい、結局病院で亡くなる人も多い。早期の支援開始、治療方針の決定が必要</p> <p>・在宅サービスの資源の不足（夜間など特に）・国民（医療者も含めて）の意識（人がいつか死ぬということを自然だと考えられるような）</p>
--

**（訪問看護事業所） 問22**

<p>独居の方で、在宅で最期を迎えたいと言われていたが、支える家族の負担が大きくなったり、在宅支援診療所の医師の消極さなどで、結局は本人の判断能力の低下が少しずつできて、病院で最後を迎えることになった事例が多い。</p> <p>・往診医不足・安心して自宅で最期を迎える事ができない・訪問看護ステーションの体制が24時間とれない（人員不足）</p> <p>・看取りをする往診医不足。それに関連する看護師の負担。・在宅医療への理解。</p>
<p>家族が最後は病院への看取りを希望するケースが多い。特に、介護者が働いていると、その傾向は強い。</p> <p>医療機関は情報の提供（治療方法、経過、予後など）をして関係機関との連携を密にして、緊急時の受け入れをスムーズにしてほしい。介護事業所は終末期の看取り研修を充分受けて自信を持って患者・家族に対応する。現状を医療機関へ報告し、適切なアドバイスを得ながら安心して介護や看護が受けられるような環境を整える。阻害要因は家族やその他の親族の在宅への不安が大きいと思われる。そのためには医療・看護・介護にたづさわる人の熱意や充分な知識と家族の不安要因を解消する努力が必要と思われる。</p>
<p>夜間、具合悪い時・Drの往診難しい時に病院へ搬送する時、救急車だと帰される場合、困る・ヘルパーか夜間ストレッチャー入る車の確保が難しい。また、夜間対応してくれない。入院のない病院のDrが担当の場合、連絡が不十分な場合がある。大きな病院の場合、担当医がいなくてと言われる事あり。</p>
<p>本人が希望し、家族が協力できる体制で、納得済みであった場合ほとんどの症例は最期を迎えさせることができお互い達成感も得られた。ただし家族関係がうまくいってない場合は、無理であり、家族を説得できるほど甘くはなかった。小人数の診療所でも看取り体制は、家族との信頼関係があれば、困難ではないと思う。</p>
<p>特になし</p> <p>・医療機関、ヘルパーステーション、訪看、等の体制は整備しとりかかっていたが、ご家族の体調不良等が出た為ターミナルではあったが最後の最後に病院入院に変更となり永眠されたケースが多い・介護者、家族の体力、気力の持続力も重要と考えられる</p> <p>・自然死とはの説明・病状の説明と理解が本人、家族に納得されていないと難しい・24hの体制と連携、e t c・スタッフの人員、受け入れ体制の確立</p>
<p>在宅で実際に介護されるご家族の介護力、在宅医の不足</p>
<p>在宅医一人では24hr 365日診る事ができない。それを要求する人は診れない。診療所同志の連携といっても、過重な労働となるため病院や訪看の協力が必要です。食べれなくなるのを、自然な事と判断するのが難しいが、医療従事者も、家族もそれを共通の認識として持つ必要があります。</p>
<p>家族や経済状況を考えて「最後まで在宅で…」と言われる方が少なくなってきていると思います。病院の方が安心、と言われる方も多くなってきています。人としてどう生きるか、という問題に対して考えている人がどれだけいるかだと思います。1日1日の生活におわれている方が多く、人生の豊かさ、生きがい等にまで考えがおよばない方が多くあると思います。生活が安定しているという事がまず第一にくると思います。現場（在宅）では、もっとシビアな状態です。</p> <p>・看取りを行うかかりつけ医の不足。麻薬の管理等ができない。・訪看の人手不足。スタッフの知識不足・介護力不足（専従の介護者がいない）</p> <p>・最期の看取りについて家族同志の話し合いがされていない・本人は最期を迎えたいと思っているが家族が迷っている</p> <p>・当事業所は365日24時間対峙をとれません。とれるなら希望にそえるかと思いますが、そのためには→スタッフがほとんど子育て中→子どもをみてる人がいないから、休日や時間外は働けない→24h365日の保育（小学生も含む）やベビー・チャイルドシッターがいればOK。上記のように考えます。看とりや老後の問題は結局、子育て支援とも両立させないと、大切な医療の人的資源が有効活用されずに悪循環をくりかえすのではないのでしょうか。もちろん他にも色々問題はありますが当事業所で私（管理者）が一番直面しているのは子育てとの両立です。</p>
<p>いろいろな家人の思い。統一性。往診医の姿勢。最期は病院へ</p>
<p>24時間対応可能な医療機関と、訪問看護事業所においては、慢性的な人手不足状態の中で、看取りに参加できるマンパワーが足りない中でも引き受けて、短期集中でナースの頑張りでごなしているのが現状です。</p>
<p>在宅医の協力は得られているが、ご家族の不安感が大きかったり、核家族化による、介護者の負担が大きかったり、兄弟の関係や親族の了解が得られなかったり、責任のぬすくり合いなど、長男の嫁に対する負担が大きかったり人間関係のところでつまづきが多いと感じている。まだまだ、“最期はご自宅の住み慣れた家で”には、ほど遠い現実を感じている昨今です。親戚から「どうして病院に入院させんの…？」という言葉が多いように感じています。老いの中での自然な死…最後の1スプーンのスープ…よりも点滴…の思いが…考えさせられています。自然な死の受け入れができていけばと思っています</p>
<p>家族の方が在宅での看取りを希望されたらほとんどの方が看取れますが、家族の不安が大きくなったら在宅での看取りは出来ません。又、吸引、出血の対応はやはり家人が出来る事に限りあり、Nsが24時間傍につけないので不安があると思います。</p>

在宅での看取りは利用者家族とNsの信頼関係も大切なので早期に在宅への移行が在宅での看取りに継がると思います。
主治医（訪問医）がなかなか来てくれない。家族に在宅で最後を看取る勇気・覚悟がない。
不安の解消、苦痛の緩和、サポート対制（落ち付いた対応）ターミナルケア 阻害・時に家族やヘルパー（かわいそうで見られないなど）・緊急要請が多い（不安の強い家族）場合は医師が入院させてしまう。・時に完べきすぎる家族（やりすぎて疲れてしまう。そこまで求めてはいないのに…）
・往診医師の不足、その情報の不足・在宅看取りのイメージ教育の不足、・介護力の不足に対して使用できる公的サービスの間をうめる。マンパワー不足
ターミナルケアに詳しい医師こまめに往診対応してくれる診療所STとの連携を十分にとれるようにする。本人、家人の同意が必要症状のコントロール十分な説明。ターミナルで在宅に帰ってくるのにすぐに介ゴ保ケンの認定がでないので困ることがある。
介護者の一時的（数時間単位）な時間をとることができない。医療処置や疾患によっては、デイなどの利用ができない。ガン末期や重度障害で、交代する介護者がいなかったり、負担が大きい場合のヘルパーの見守り支援を制度上認めてほしい。胃ろう、吸引が病院では安易におこなえているが、在宅に帰ると行き場がなくなる。（療養病院の医療区分制度や、介護施設の受け入れの問題）
死の教育（どういうものか）、病院死と在宅死のちがい、メリットとデメリット、家族の負担度、在宅チームの協力度24時間訪問看護のPR、在宅支援診療所が少ないことと例にそうであっても表面的に掲示していない往診医をふやす。訪問看護師の確保、介護関係の給与のマップ
連携できる往診医、医療機関不足、スタッフ不足。
・在宅での介護者がいない、いたとしても老々介ゴにより、夜間が不安。・夜間看取りとなると、医師不足による医療キカンより出ることができない。・在宅支援診療所がない。
在宅療養、そして在宅で最期を迎える、迎えられる事を世間に伝える事が必要。それで在宅療養でその人らしい生きかたができる事を、もっと世間一般に知っていただく事が大切だと思います。これは、在宅に関わる全ての事業所に求められると考えます。介護保険の介護度による単位数制限、自費でサービス利用（要介護5であっても）して経済的負担が大きい。家族介護が無くても生活（療養生活）が送れる支援体制が確保できる事。
在宅療養を支援する医師、訪問看護師・ケアマネ・ヘルパー・家族等の連携が十分に行われないと、安心して在宅看取りが行えない。また病院から在宅にもどる際も、病院スタッフ（医師、看護師、SWなど）が十分に在宅へ連携できるよう知識が必要。
・介護保険の申請。・できるだけ早い段階での在宅スタッフを含めたカンファレンス。・家族の本音をしっかりと聞き、不安であれば、いつでも入院できる体制。・「できない」と考えるのではなく、しっかりアセスメントして、何をどのようにすれば可能であるか見出す能力。
本人や家族の意志の強さ
24時間対応にて夜間でも動けるようにしているが、特に夜間の不安は本人、家族共に強い様子にていつでもDrが動ける事、看護婦が動ける事。
・支援体制が十分にとれない（老々介護、他の家族の協力が得られない介護サービスが人員不足で十分に入れない金銭的な負担。・主治医の支援体制がとれない。
在宅サービスの理解 家族のサポート
連日、24時間対応はやはりしんどいのでこれが阻害原因の1つです。
緊急対応が物理的（人的）に制限があるため、対応が困難、しかも、手当もつかない現状である。
家族が、十分に理解、納得できていない。同居していない家族の意見で、同居家族の気持ちがゆらぐ。
・24h運営する訪看の存在が大きい、休日、夜間の対応できるスタッフが少ない・経営的に訪問をふやすことを望まれ、動けるスタッフが過度に働き仕事が嫌になるケースもある。・訪看STが少ない、なくなる原因として、やはり、24h対応を求められることがあると思う。少規模STでは、管理者が動くことになるが、事務業務の負担もあり、長続きしない場合が多い。システムを作っていくことや、NSとしての先読み、観察力については、現場の経験が豊富でないといふ。人間関係の基礎についてなどコミュニケーション能力を問われる状況である。経営のサポートなど（管理者の財団で行われているような）必要と思われる。記録の整備、書類の管理など、たちあげから2年目ぐらいまでのサポートを行う業種も必要と感じます。
・往診医が24時間体制で受け入れてくれる事・独居でなく家族の介護力がある事。
・本人は、「家で最期をむかえたい」と思っても、介ゴする人が、どう対応したらよいのかわからず、急変すると病院へ搬送されてしまう。そのため、事前から、介ゴ指導、相談を密に行なう必要がある。・医療機関は受け入れが、なかなか難しい。ベッド確保が大変である。
・計画的、時間の余裕を持って退院させて欲しい。所長不在で書けていない部分もあります。すみません。
信頼関係が築けるだけの技術と心とマンパワー。阻害しているもの世間体
本人、家族共に、病院入院中には、在宅で最期を迎えたいと言われるのですが、いざ、在宅で生活がはじまると、家族はみているのが“つらい”や“体力的に無理”となることがあり、ホスピスなどに入ってしまうことあり、現在の、医療保険、介護保険制度の枠の中では、十分な支援ができないこともあるのが現実です。又、保険料を払っても、制度の利用料の支払いが十分にできず、利用が制限されるケースもあります。（基礎年金のみの方が多いです）
在宅医の受け入れ態勢と、疼痛緩和が必要になった時の薬物の確保の有無によって本人の希望がかなうかどうか大きくかわるので、やはり医療機関の姿勢や連携に改善が必要だと思います。独居であっても本人が不測の事態も了解であれば看取りは

<p>できるので、やはり心穏やかに過ごせる為の緩和を主治医がどこまで協力してくれるかで左右されるものだと感じています。私達NSは、本人、家族が信頼しているDrの事を、不満として、言葉にもできず、希望されている生活をあきらめてこられた人々を何度もくやしい思いで病院へ送りました。本人の望む生活を本当に考えるのならせめて、かかりつけ医が、在宅療養支援Drを紹介される等の本人中心の対応を、お願いしたいと思います。</p>
<p>急変した時家人があわてて病院へ入院させてしまう。家族の負担が大きくなり疲れてしまう</p>
<p>24H体制の確立、特に訪問看護が必要と思います。又、往診体制の充実も同様かと。</p>
<p>説明を充分におこない患者さん、家族の不安をとりのぞく。家族が少く忙しいため、在宅で最期をむかえられない場合が多い。連携を整える。24h対応可能か。</p>
<p>訪問診療医の不足のため、医療が安心して受けられない。</p>
<p>1. 医師→往診していく事。しかも24時間 2. 看護師→24時間連絡体制をとっていく事。1. 2がそろっていると出来ると思うが1. 2ともにターミナルケア、ターミナル医療の精神がそなわっていると尚十分と思われる。1. 在宅療養を支援診療科としての指定を受けているものの、訪問等の対応は出来ない診療所が多いのが現状です。若い医師がもっともっと頑張らなければなりませんぞ！！</p>
<p>・CMが施設入所ができる施設に所属していると入所しやすくなる・病院に入院している方は、入院と在宅を比べると、介護の大変さ（金銭的、経済的、時間的、体力的）に施設を選ぶ傾向にある。入所は割安感がある。・在宅を支える訪問看護を行なう気持のあるスタッフが非常に少ない。そして、休日と夜間の勤務は希望しないスタッフが多い。子育て中の職員のお子さんを預かる施設がない。時間外や休日もお願いしたい。その為に仕事を休むスタッフが数多くいます。・近隣の病院に託児所ができたことを聞くと、他の医療機関の職員の子も預ける事ができたら良いと思います。</p>
<p>家族の不安が一番大きいのでは？本人も迷惑をかけたくないと感じるのでは？</p>
<p>家族の受け入れる意志が弱い。（介護力がない）。老々介護が増えており、介護力がない。独身の子供と二人暮らしの老人も増えておりたとえ、サービスが充実していても在宅での看取りは、困難。</p>
<p>・癌末期の方の場合医療機関からのインフォームドコンセントをしっかりといただき、往診できる開業医（かかりつけ医）に紹介してほしい。「何かあったら来たらいい」ではこちらからも連携しにくいし最期まで支えることができない。・医療機関が総合医でないため別々の指示を受けることができない大変さ。例）循環器かつ泌尿器にかかっている方・ケアマネが制度を熟知していないこと。（一部だが）・制度上の問題介護優先で特別指示書は2Wしか使えず。・主治医が往診しない医療機関の場合状態が悪く受診させても（何とか救急車で搬送も）点滴1本で帰宅となること。介護タクシーもとれず寝たきりの方を移動させるのは家族が大変。</p>
<p>365日24H対応の事業所が少ない。（Drも含めて）それぞれの規模が小さい。他事業所と2ヶ所での訪問もあるが、責任面から考えるとむずかしい。</p>
<p>“死生観”と在宅を支えるマンパワー不足（マンパワーも視点を同じくする人材はもっと少ない）生命のプロセスとして最後にあるのは、高齢者等の場合、安■な死であると考えますが、その思いを持ちかつ実行できるケースがあまり少ないし部外者の意見にうごかされて挫折してしまう場合も多いし、関わる者も■ない事はしたくないのが本根でもある。看取りの文化の復■がQOLからも財源のムダの視点からも必要だと思う。</p>
<p>医療…往診する医師の減少。病院職員の在宅への理解不足→説明不足につながる事業所…ケアマネの質によっては歩けなくなったら終末と思っている人がいたりサービスの変更や見直しをせずに通り一辺の計画しか立てられないケアMがいたりする時にはトラブル（末期状態では状況がつかめず）を丸なげするケアMもいる。地域によって末期を支える体制のある所と全くない所がある。</p>
<p>「在宅で最期を迎えたい」という本人希望はあっても往診に来てくれる医師がいないので、状態が悪化したらやもうえず病院へ入院するケースが多いです。在宅支援病院が普及し在宅で安らかな最期を迎えられるよう本人の希望を尊重してあげたいものです。</p>
<p>①ご本人が在宅で最期を迎えたい②家族もそれを望み支えたい③ご本人・ご家族を支えるサポートチームがしっかりとできている。（以上の3点がそろっていれば在宅でのみとりはできると思います。逆にひとつでも欠けると、それは難しいと感じています。独居の方の場合、どうしても在宅死を希望される場合は③のサポートチームの努力が不可欠です。しかし費用的にも保険的にも限界はあります。インフォーマルサポート体制の充実も望まれます</p>
<p>在宅で安心してすごせる様に、医療面（チューブの取り扱い、吸引点滴等）、介護面での指導が必要。・阻害している要因として、本人や家族がきちんと理解していなく指導ができていない・主治医の治療方針がきちんととされていないか家族への説明が不十分な場合不安がしだいに大きくなり最期に病院で、と、なってしまいます。</p>
<p>・介ゴカ（家族の）・独居の場合、ヘルパーや訪問看護の人手不足</p>
<p>24h連絡体制で対応しているが、緊急訪問などが増えると常勤2人だけ（管理者含め）での対応は負担が大きい。</p>
<p>求められること・“在宅で迎えたい”という本人・家族の希望について、主治医が十分検討、説明し、チームでそれらを共有できること。・本人・家族の意向が、尊重される様、連携（医療と介護）を密にすること。阻害していること・時に医師が十分ご本人達の意向をきかず、症状変化した時に安易に入院をすすめる事。</p>
<p>在宅支援診療所に対する医師の理解不足、介護負担（と主になる）在宅に対する不安、イメージができない。医療、介護者が“最期まで家にいたい”という本人の思いはムリと考えられている。本人中心の考え方ができない。</p>
<p>一時的に時間がとられるため、人的なフォローが必要。人的な不足がありなかなか受け入れられない。連携して行なえるような体制づくりができるとうい</p>
<p>まず24時間の対応が必要なのでスタッフの人数確保。経験豊かなスタッフを集めしっかり対応できるチームを作っておく。情熱のある医師との連携。</p>

<p>・医療機関の連携。・阻害要因、Drが親身に対応してくれない。人員不足、待遇悪。</p> <p>在宅で家族に囲まれて、住み慣れた自宅で最期を迎えたいという療養者本人の願望を家族がその態勢への理解、協力があるかが重要な要素であると考えます。本人の尊厳がまもられるような、残された死までの期間を人間としての尊厳を失うことなく有意義な日々を送る為に個別的に考慮して援助内容を考える必要があると考えます。各医療機関・介護事業所に求められることは、状況判断に必要な情報をできるだけ細かく収集することであり、その収集にあたっては、つねに療養者本人とその家族中心でなければならないが、ケアチーム全体の役割の円滑さとチームワーク良く、必要に応じたサポートとして、定期的な専門家による往診ないし訪問看護、訪問介護が保証される態勢を整えなければいけない。家族指導として患者（療養者本人）の状態が重篤になることで、全身の機能低下に伴い、褥創や肺炎を併発しやすい事も十分指導しておく必要があるが、心情の配慮から遅れがちになりやすく、生前に会わせたい人々に徐々に会わせる計画や葬儀・死後の処置を含む準備を事前におこななければならない、信頼関係の成立と共感的支援なくしては難しい問題だと感じます。</p>
<p>24時間の対応を行っているが、夜間急変時に御家族の方不安に感じておられる。僻地の為対応が遅れやすい。</p>
<p>・本人や家族の十分な思いがあること。（在宅死について）・Dr、Ns、ヘルパーの協力、連携体制が出来ていること・地域や家族がまだ、在宅での最期について認識はうすく、選択の範囲にでてこないことも多い。</p>
<p>在宅での訪問診療を24時間体制で行ってくれるDrが少ない</p>
<p>1、特に病院の考え方に、在宅療養についての知識が不足している。退院後、在宅療養に移行する場合、その方の環境因子に基づく指導が必要である。2、関わる職種全ての人々が在宅療養がどのように展開するのか、予測を持って統一した支援ができるように知識、技術を深める事が重要。3、地域でのかかりつけ医を持つ事、更に病院と診療所の連携（特に急変時の対応）4、本人やその家族の思いや、願いが本物の意見である事。（他者が勝手に判断しない）5、在宅で最期を迎えるとは、病院等の施設ではなく、今ある物を用いて支援するという事を理解できる事。6、ことある毎にインフォームドコンセントを行い、信頼関係を成立させておくこと。</p>
<p>医療機関・いつでも訪問診療がしてもらえる医師、いつでも受け入れてくれる病院。24時間体制のとれる訪問看護師と人員確保</p>
<p>・退院時に、しっかりとしたICが行われていない。特に癌の告知・介護する人のキャパにもよる。途中で、つらさに耐えられないetc。思っていた以上に困難だったetc</p>
<p>家族の理解、協力が得られない。家族の負担（医療行為など）多い。</p>
<p>マンパワーの不足</p>
<p>看取る方の気持ちが大切。支援者達が、最期を迎える方のみでなく、看取る家族の強力な支援者でなければならないと思う。看取る家族は、不安だらけで、最後まで「これでいいのか」と迷ってしまうと思う。「これでいいのだ」「これが一番良い選択だった」と、思える支援が大切だと思う。</p>
<p>・医療機関側の退院調整がおそく、在宅準備の段階で病院でなく、なられることが多い・本人の希望をキャッチできる、病棟Nsが少ない（日々のケアや業務におわれている）・介護者、本人への情報提供が少ない。・ヘルパー、ケアマネジャーの医療的知識の向上が必要。（ターミナル＝こわくて断わる）・訪問看護師の人数の増加。24H対応できるスタッフの増加</p>
<p>家族・最後が近くなると不安がでてきてしまう。・医師の在宅死に対する、ムンテラやケアが雑で、家族がショックを受けてしまう。・連携がとれず、ターミナル時の対応が時間的に困難（医師やNsの）だったりする。</p>
<p>・ターミナルケアに理解のあるケアマネジャーが不足している。看護職あがりのケアマネが減少し、福祉あがりのケアマネが増加したことで、在宅死に対して本人・家族の不安よりも、ケアマネの不安が増大し、すぐに入院の流れになってしまっている。本人・家族の希望を変更させてしまう。ケアマネの存在が問題。・24h対応の訪問看護ステーション、看取り往診してくれるDrの不足。バックベッドの不足により、一度ENTしたら、具合が悪くなった時に再入院できないのでは…という本人・家族の不安。・病院Dr・Nsの在宅生活へのイメージの欠如。在宅が可能であることのインフォメーション不足。・訪問看護師の知識・技術の不足。特に麻薬や医療機器の取り扱いなど。・訪問看護師自身の死生観・看護観の未熟さ、死に寄り添うことへのストレス、未熟さ。</p>
<p>阻害因子は家族と思われる。最期の状況をあらかじめ説明しているが、現実的に起こった場合、病院へ搬送される場合が多い</p>
<p>24時間以内に医師がみていないといけない事。往診してくれる医師が少ないこと。24h対応してくれる医師が少ないこと。当地域は古くから往診の体制があったのでステーションとしてとても助っている。</p>
<p>利用者や家族が在宅死を希望していても、介護負担や急変時の対応への不安などで、実現出来ないケースも、多くみられます。在宅医療に積極的に取り組まれる医師が地域には少ないこと、病院では診療のうえに往診を行なう制度がなく1人の医師にかかる負担が重くなっている。在宅では、介護者の状況など個別性があり、本人の意向や病状を一度に診る必要があるため、仲々経営的には厳しいものがあると考えます。各介護事業所では、出来るだけ本人や介護者の重いを聞き、思いをかなえられるように連携を密にして、主治医の負担を減らせるように努めていけたらと考えます。</p>
<p>・往診の医師が町内に2名。しかし推進はしていない医師である・2名の医師を拒否する療養者（評判や過去経験）・総合病院医師と往診医師の連携不足（お互いに積極的に行う気がない）・高令者世帯、独居で介護者不足・サービス導入の金銭不足・家族拒否（恐怖・不安・就業のため）長い間“人は病院で死ぬもの”と考えていた国民です。死を目の当たりにした人がほとんどいません。死への教育が殆んどなされていないため在宅死は絵に書いた餅です。医師、看護師、MSW、訪問サービス者が、本人、家族を中心に守っていき、死について教育する体制を強化しなければいけません。</p>
<p>患者さんが自宅でさいごを迎えたいと思っても、それを受け入れる在宅医の数が少なすぎる。結局、志のあるDr2~3名がすべての在宅死をみる事となる。もっとも在宅死を受け入れる在宅医師の増加不可欠。又、最期（ターミナル）になると痛み、倦怠感、呼吸苦といったつらい時期が必ずおとずれる。症状コントロールできる医師が少ない。病院から退院する時にきっちり症状コントロールできた状態で退院できるよう、病院医師のスキルアップ必要。うけ入れとして訪問看護師の数の</p>

<p>不足が依然としてある。受け入れるナースがいなければ在宅もうまくいかない。看護師不足は解消できないのか？病院のDr、ナースが在宅移向への知識、思いがあまりない。よく調べもしないで「みてくれるDrがないので、あなたは退院できません」といともたやすく患者へ伝えるスキルの低いナースがいる。すべてのシステムづくりからとりかかるべきである。</p>
<p>・家族の意見不一致・往診医の協力がでられず・主治医の理解不足</p>
<p>・家族が“死”に対する認識受け入れは不十分であること・苦病を緩和させるケアが不十分なこと・ケアする側に独居は困難、高令者世帯では困難という思いがあること・24時間体制で必要なときに必要なケアが受ける体制にないこと。</p>
<p>看とり時間によっては、往診医が対応できにくいことがある。</p>
<p>在宅での介護力、問9のモデルでは主介護者は妻で長男夫婦が同居している、長男夫婦が、何もしなかったとしても、何らかがあった時には妻のフォローをできる。当地域は中山間地域で老々介護が普通であり、（子供と同居している家はわずかである。）老々介護で最期は介護者の体力がもたないことが多々あるし、都会に出ている子供たちは、なかなか平日の介護を手伝えないのが現実です。</p>
<p>&lt;医療機関&gt;在宅支援医療機関への紹介連携を円滑におこなう。本人が在宅で過ごされる為に必要な支援（サービス）を考え、スムーズに自宅療養できるように考える。&lt;介護事業所&gt;・本人、家族の希望の確認を行ない、できるかぎり希望に添うように、努力する。・多職種の人達と連携し、（病院・医師、ヘルパーケアマネ等）自宅で最期を迎えてもらいたい。&lt;阻害要因&gt;・急性期病院においては、まだ病気を治すだけの医療をおこなっている病院がほとんどで、トータルしての治療になっていない（各人の退院後の生活など考えていない）</p>
<p>・Dr、NSの24時間体制が人数的に無理、・介ゴ者の負担が大きい</p>
<p>病院CWからCM→訪問サービスへの連携が遅いこと。迅速な連携体制がとれる様行えているときは、スムーズに在宅で支援が行いやすい。</p>
<p>・最期を看取ってくれる在宅医が不足しています。・重度の障害を持っている場合は、病院医師が主治医になる事が多くなると思うが、訪問診療をして下さる医師がほとんどいないため最期が病院になるか突然死として警察が介入することになってしまっていると思います。・家族には休養が必要ですが重症である程ディサービスやショートステイでは受け入れてもらえなくなるため、在宅療養を続けられなくなります。通所看護施設やレスパイト入院用のベッドが必要なのではないかと考えます。</p>
<p>・病院からの往診医がない為、在宅看取りが困難。</p>
<p>在宅死はみんな希望していることだが、本人の思いと実際の家族の介護負担と大きなギャップがあることがある。在宅死をすすめていきたいが、「見ていくのがつらいときには病院という手もある」と逃げ道を用意しておいてあげないと、在宅死という重圧に負けてしまう場合もある。逃げ道と、死へのプロセスをきちんと明確にすることで意外と在宅死がすんなり行える場合が多いのではと感じる。個人的には自分の在宅死への気持ちがゆるがないのであれば、たとえ独居の人でも在宅死はできると思うし、それを支援していくこともできると思う。しかし、人それぞれ性格がちがうため、それができる人（家族など）できない人さまざまであって、必ず在宅死がいいかといえばそうでもなく、相手のいろいろな要素を考えながら決定していかなければならないと思う。在宅死をすすめていきたいが病院という選択肢もあって当然と思う。在宅死を望む場合は何度でも話し合いや、死についてのシュミレーション等も必要だと思う。自分の死を受け入れて死をむかえる方が、きっと満足度も高い。関わるチーム全体で頻ぱんに情報共有が必要だと思う。</p>
<p>人材、支援介護事業所、在宅支援診療医の不足。24時間体制不備。24時間体制活動にみあう報酬。介護力不足（家族）</p>
<p>自宅で看取るという気持ちが、最後の最後に「やっぱり病院へ出ます」という家族が多いように思います。「怖い」という声も聞きます。説明しても、その時はわかってるつもりで頷いておられても、やはりいざという時は揺らぐようです。かかりつけ医もいろいろな先生がおられ、結局「病院へ出なさい」と言われる事もあります。開業医の協力は不可欠だと思います。</p>
<p>・家族介護力が重要。家族を支える事が訪問看護、ケアマネ、ヘルパーにとって大切。・医療依存度が高くなった際、家族のストレス、訪問看護が度重なって夜中に訪問依頼があった際、翌日の勤務に影響。・訪問看護のマンパワー不足。対応できる能力のある人が少ない・在宅支援診療の医師不足。（1人で対応しているため、夜中に出勤すると翌日の診療に影響。その為、看取りの受け入れが困難な時がある</p>
<p>・家族の各家族化なのか、介護力の不足・家族の病院を望む。・すこしづつ良くなっているが、医療機関の理解の不足、それにとまなう説明不足。・医療機関にもよるがベットを空けとかないためなのか収益を考えるとところもあり。・医療機関、各事業所ともに忙しく、連携に不備が生じる。・担当するケアマネジャーの資質に影響している。・医療機関、各介護事業所ともに人員が不足。・当事業所の看護職員個々の差があり、育成不足がある。・地域性が大きいと思われるが、“在宅で看取る”が普及していない。</p>
<p>24時間主治医の対応が可能か、また訪問看護STとの連携をはかってもらう事で支援がしやすいと思える。各サービス事業所間での連ケイや情報の共有が求められる看取りは時にゆれる結果になるので、それでも大丈夫である事をきちんとその折々に伝えられる支援者の質の向上が必要であろう。</p>
<p>医療機関・24時間対応できる往診医が少ない。・病院側では「何かあったら病院に…」という説明をされ、在宅医への移行を積極的に行かない。介護事業所・吸引等、医療的行為を含む対応が困難とする事業所が多い。全体的に老々世帯、単身世帯が多く、在宅介護そのものが困難となってきている状況である。</p>
<p>主治医が24h体制である事。訪看が24h体制である事。主治医、訪看が連けいが取れている事。家族等介護する方が看る事、一出来る体制である事。介護する方への不安の軽減が出来る事。本人が自宅で最期を迎えたいと思っている事一病院へ行きたいと思っていない事のカクニン</p>
<p>医療機関は対応できる医師数が少なく病院を出れない為、救急車で搬送しろと言う医師もいる。在宅診療所との連携がスムーズに行かない。医師→医師が「言えない」と言う現状がある。医師は看護師の言うことより医師の一言で良いことが多々ある。在宅診療医も休みの時に急変がおこる事がある。地域の医師同志で、不在時の対応をしてもらえないのか医師会はあるようで</p>

あるが、なかなか難しいようだと感じる。
医師の協力、経済的問題
①介護負担、サービス利用の経済面負担、急変時の対応。家族の「入院したらいつでも先生も看護師さんもいるから安心」という気持ちを、在宅でも継続しなければいけないが、在宅療養をよく知らない医師が多く「何かあればいつでも病院において」「入院にしましょうか」など簡単に話をつけてしまう。起こり得ること、自宅でも看取りが出来ること、本人がそれを望んでいるということを家族に理解してもらい説明が必要。②利用料についてガンであったり若年者であれば医療保険での利用になるが、訪問看護においても限度額証明書や高額医療の控除を受けられるようにして欲しい（利用者が支払う段階で）
最期を迎えた時、療養者本人の「在宅で」という希望よりも、家族の不安が強くなり再入院となる場合が多い。医療機関や看護・介護事業者は、療養者本人はもちろん、家族を含めた支援が必要となる。最も不安を感じるのは緊急時の対応である。医療機関は病状の変化に応じて臨機応変にできるような連携の仕組みが望まれる。私たちの地域は島しょ部で高齢者が多くなっています。在宅での療養を望んでも、介護者も高齢になっており在宅生活が難しくなっています。子供達は街に出ており、病院・施設に頼らざるを得ません。
・24H体制で受け入れられる人数には制限がある。（スタッフ数が少ない。夜活動できるスタッフが少ないなど）・在宅で思っている最後は痛みのコントロールなどむずかしくなり家人の希望で入院になることもある。往診医で、疼痛コントロールをうまくはかれるDrが少ない。
マンパワー不足。訪問看護、24h体制という負担感。
主治医、主に病院のDrは在宅での見とりができない。しかし、Ptは、病院のかかりつけが多い。クリニックのDrは対応してはただけだが、なかなか末期や重症になるとHPへかかっている方が多いため。
24h対応に対応できる人材の確保。R器の管理や医療器具の管理、知識。スタッフへの指導。他との情報交換。
「最近お家で亡くなる人はいませんよね」とよく面談時にご家族から言われるので、「そんなことはありませんよ。私たちNsが関わっている方は、お家で最期を迎えられる方もおられます」といつも返します。病院で死ぬということが通常になっている＝その意識改革が必要だと思います。核家族、少子化と、介護力・マンパワーの低下はありますが、しっかりと相談できる人がいれば(ex, CMorNs) or SW。何とでもなるとは思いますが…。相談窓口が明確になっていないのも原因の1つだと思います。通院調整Nsの役割でしょうか…?
支える家族がいるか、ということサービス事業所をその一部を援助することしかできない
〈求められること〉・緊急対応(24h)、不安感を取り除く・責任もって関わられる担当者(信頼関係)・看取り対応できるDr〈阻害している要因〉・スタッフの時間(個人)の確保→信頼を得る為には並たいていの責任感ではダメ!→途中、疲労により退職してしまう。(スタッフの人数の減少)・介護保険、医療保険)でまかなえず、自己負担金が多い。
医療機関のDr、Nsには・在宅での医療、介護システムについてどのような支援があるか情報提供。・実際のかかわり:退院共同指導、面談の診療報酬化。・訪問看護の役割の浸透・巡回型訪問介護のシステム作り・近りんの見守り・臨終のみとりをどう判断するか、死亡診断についてある程度看護師にまかせる・在支診が機能していない(みとりの医師がほぼいない)
開業医だけでなく、県立HP、その他の医療機関での看取りをする医師が少ない。訪問Nsの存在を知らないDrがいる。看取りの医師に限られ、少ない現状。
病院側。ターミナルの方の早い時期でのプランニングをし「退院支援ナース」を窓口として、退院してからの在宅サービス(受け皿)を調整する。※退院の時期により、帰ってきたものの1~2日で亡くなるケースも多々あり、本人、家族が納得のいく最期が向かえられない実状がある。在宅側。退院前訪問から往診医・薬剤師・ケアマネージャー他サービスとカンファレンスを行い、いざとなったら、バックアップ病院の支援もあり、スムーズな流れを安心したケアが提供できる。揺れ動く本人の病状や家族の気持ちの支援が一番難しいのではと思います。訪問看護ステーションの数も少なく、また1事業所も小規模な為、ターミナルの利用者の受け入れも数件と限りがある。支えるスタッフのNsの数も不足しており、その人にかかる負担も大きいのが実状。
在宅看取りをする為に訪問看護を始めました。H12年頃より、現在になる程在宅で亡くなる方が減少しています。それは、ICFを高齢者介護に入れてしまったせいだとも思っています。高齢者に“いつまでも元気に社会参加を!!”はありえません。在宅での死をと覚悟する本人も家族もへりました。心配なので病院へ…食べられなくなったら鼻注を、胃ろうを…と親族も100さいの親に「餓死したらかわいそう!!」と治療を求めます。医師も治療しないと訴えられます。おかしな社会になっています。本人が自分の意志をきちんと表示する事を、すすめています。高齢者介護においては最も大切です。99才で口腔摂取ができなくなって介護者主治医とも担当者会議をしてこのままで緩やかにと了解していたのに娘(78才)の「ガ死させるのか」この一言で鼻注して1年半介護が続きました。本人は幸せだったのかどうか分かりません。
・在宅で最期を迎えたいが、家族に迷惑がかかるという思いが強いため、希望が表出されない・訪問看護が毎日入ることで安心はしてもらえが、費用面で大変。特に“癌末期”の診断がつくと医療保険でのサービスとなり、若い方だと3割負担になってしまう。介護保険でも、要介護度により、限度額内ではむずかしいケースも多い・往診してくれる医師はいても、夜中などは対応していない場合もある。・在宅医をもたずに退院され、病院でフォローされている場合は、死亡診断をもらうことがむずかしく、救急車で病院に搬送して確認してもらおうということができない。もし、呼んでしまったら、検死が入って、よい最期を迎えられない。・家で最期まですごし、確認のための搬送が可能(救急隊、病院側の受け入れ)であれば、もっとギリギリ~最期まで、在宅にいられるのではないかと訪問看護としては、24時間対応しているのだからかけつけられるし、看取りもしているが医師と連絡がとれない時に困る。
療養者本人が「在宅で最期を迎えたい」と思っても、まず家族がその思いを受けとめられないケースがとて多くなっているように感じる。どうしても在宅で最期を…となるとやはり“介護者”が必要になり、介護者にも覚悟が必要となる。しかし“介護者”がいない、非協力的であるなど、すぐに病院や施設へという、希望を言われる。又、最期までみてくれる在宅医が少な

い、もしくはそのような在宅医を選択してくれないため、主治医のいる病院に戻ってしまう。関連病院に入院といったことになってしまう。
求められる事◎医療機関と介護サービスとの連携。MSWや、連携室、ケアマネージャー、看護師、介護事業所との連携 24時間介護サービス◎病診連携。訪問診療する医師の確保（疼痛管理や、話をよく聴くことのできる優しい医師）バックベッド救急対応のできる体制整備。阻害している要因◎本人が病院を望んでやまない。独居、互いが高令であり介護困難◎家族が仕事休めず介護できない。今までの人間関係的に面倒みたくない◎周囲の目（親せきや知人）が、病院をすすめる◎介護の大変さを思い、ためらってしまう→施設へ入れようかと考える◎利用料金◎医療器具が多さん付いており、不安
・私どもの事業所では、2名しか「在宅で最期を迎えた」ありませんが、まだ、在宅で最期を迎えるという認識が本人、家族に、薄いように思います。・本人に、どこで、迎えたいかを聞けない家族。・最後は病院で迎えるものだという、周囲の気持ち、家族に影響している。・医療機関でも本人に意向を聞けない。聞くように努力せずに人任せにしているのではないかと。・訪問看護師と家族、本人との意志確認の不足。・最期を迎える時は、どこというようなことを健康な時に表明していない。以記のことなどが、考えられるため、在宅看護に入った時点で、時期をみて確認し、お互いが納得して、迎えることができるようケアをしていく。
看取りの十分な説明の時間の確保、看護師の充実。在宅死に関する市民講話。（家で亡くなくても罪悪でないという教育）人でなく病気にのみ注目される病院の関わりを、“生活する人”として関わる視点を持って欲しい。退院前に関わることのメリットを病院側が知らないのか、カンファを希望しても「入院前と同じ状態だから。」との理由で、関わりを持ってない。病院で行う本人や家族への療養指導が断片的なため、退院後一日を通して介護することが難しい。入院中に、病院泊や試験外泊を検討して欲しい。
求められること。・24時間体制の訪問介護、訪問看護の強化・各サービス担当者間の連携強化・介護職による吸引手技技術向上、拡大（現在条件付きでALSなど一部では認められているが、その他の患者にも必要と思われる）・介護人材の確保とサービスの質の向上・ボランティア育成。阻害要因・介護協力者がいないと疲弊してしまう。・経済的に苦しい・患者の苦痛を適切にコントロールできない場合（特にペインコントロール）
・家族介護力のない方、経済的に余裕のない方には、病院や事業所でも対応できない現実がある。
各医療機関の連携を病院と在宅医の連携。見られる在宅医が少ない。家族や本人の不安に対するフォローがしっかりされていない。
介護者の理解と介護力不足、訪問医の不足、訪問看護師の不足
本人が在宅療養を望まれたとしても、家族の受け入れが経済的な面、あるいは協力者等容易にいかなかったら難しい
・病院からかかりつけ医への変更への抵抗感。往診できる医師の確保。・迷惑をかける事へのためらい・病院で最後はみてほしい→診断書をだれに書いてもらうのか等の話が、家族にうけいれてもらえないことがある。信頼関係のなさ？
最期までの阻害は家族だと思います。2009年までは在宅でと言う方が多く、介護者が妻の割合が多かったように思います。もちろん夫が長い期間見ておられると自然と受け入れているようにも思います。往診医が増えることは在宅での最期の拡がりに結びつきますが多が癌を専門としている様子で知識的に片寄っているのか等気になります。
医療機関に求めること：十分な説明をして欲しい。あいまいな説明、不安になるような内容を話をすると、そのことだけが残って他は殆んど聞いておらず、家族が出来ない、大変だと思うような内容だけを受けてしまう。安心感を得る内容にして欲しい。・今だにDrの中には、最期まで経口摂取が出来なければ輸液と考える方が多く、自然経過で看取りをすることに不安を感じる方もいる。介護事業所求めること：最期が近づくなかで、介護職員の不安を家族の不安の増強にしてしまいがち。看取りへの介護方法も就待して欲しい。阻害する要因の第1は、家族の介護力と不安です。介護力をもっと介護支援事業所が看取りとしての介護方法を身につけることで支援体制が整うのではないかと考える。不安に関しては、医療者がきちんと説明、サポート体制を整えることが解決出来るのではないかと考える。第2は経済的理由。70才未満の3割負担者は生命保険等の関係上、入院の方が経済的負担が少ないことが多い。
家で死ぬことが現代では、大変難しいことをみんなが理解すること。生きることを守る医療とどう死ぬべきか、どう生きるべきかを医療人がもっと考えていかなければ、在宅で最期を迎えることに理解を求めるのは難しいでしょう。医療が生命を守ることしかしなければ、在宅で死ぬことは、高度医療を捨てることとほぼ同義になると思われます。生命を守ることが最も重要であれば、家ではなく病院で死ぬべきだと考えられます。どう死ぬか？に対する考えを深めていけば、昔のように在宅で死ぬというあたり前のことが可能になる世の中が作れるかもしれません。
療養者本人と介護者の気持ちや考え方のすり合わせ。療養者本人はもちろん介護者の不安の軽減。介護者の負担の軽減。介護者への看とりの教育。事業所間の密な連携。緊急時の対応。症状（苦痛）コントロール・アセスメント。阻害要因、最期を看る介護者の不安。“何もしないで看ている”ことへの罪悪感。
医療機関…麻薬を使った疼痛管理ができる。24h往診体制がとれる。連携しやすい。無理な治療、検査はせず、常に本人、家族と向きあって、治療方針を決定してゆける。きちんと、説明できる。介護事業所…緊急事態にも冷静に対応できる。フレキシブルな対応ができる。いくつかの事例を持って何度か経験している。事業所の体制が整っている。阻害因子…上記の逆。家族、親せきの方々の考え方が「在宅」ではない。介護者の体力、気力、健康、（心身の）障害がある。一人しかいない。お金がない。説明のうけ入れが悪い。医療機関や介護事業所から遠方にある。
家族（特に介護者）の負担が大きくなる。地域性 家庭環境、家族背景、地域連携 いつでも、緊急時に対応できる往診可能な医師が少ない。
柔軟な対応が必要で、夜間を含めた自宅訪問をしてくれる事が、本人や家族を支える。在宅で支える為の医師、訪問看護等の事業所が不足している。
家族の精神的支援。苦痛に対する対応、苦しむ姿を見る覚悟、命を全とうするという事の覚悟。いつ死を向かえるか、介護期

<p>間が決められず、その間の介護力の確保、(人、サービス、時間、お金等)延命処置をしない事の意味。「最期の時」を周囲の者が大切に思える環境作り。医療側の見守ることの役割。どこまで医療的なかかわりをするか、臨終の時をどう迎え関係者はどうかかわるのかよくわからない。本人もだが残された家族が、「良かった。」と思われる最期を迎えられる事が、より大事な事と思う。家族として何がしたいか、どうしてあげたいかしてあげたい事が支えられることが一番。そのためにも気持ちにしっかり寄り添い本根の部分で、理解できることが必要と思う。</p>
<p>・家族の介護力が弱い→これをサポートするサービスが不足(24h対応、365日、緊急時)・家に居たいと希望する本人の思いを受け取められない家族・平素は訪問診察しているのに緊急時(夜・休日)に往診しない医師</p>
<p>24時間対応と介護力</p>
<p>在宅で看取りで最期を迎えたい希望でも、定期的な訪問看護、訪問診療を組み込んで、きめ細かな病状の経過観察が必要で、家族の要請だけで往診していたのでは、病状変化の見落としが起こる可能性があると思われる。</p>
<p>各医療機関に求められることとしては次のようなことがあると思います。①休日、夜間でも連絡がとれ、必要に応じ往診していただけること②起こりうることとその対処方についての説明をしていただけること③疼痛管理をしていただけること・病院からの退院時点で正しい疼痛アセスメントができておらず、麻薬が開始されていない場合が多く、又、往診して下さるDr.で麻薬を用いた疼痛管理をして下さる方も少ない為、退院後間もなく疼痛管理の為の入院になったケースが何例かあります。・往診して下さるDr.が少なく、受診不可能になった時点でかかりつけ医を替えなければならないことがあります。又、平日往診はできても、夜間休日対応ができない為、在宅での看取りケースを拒まれるDr.もあります。介護事業所に求められること①365日、24時間対応できること②必要な知識・技術を習得していること③医療機関、他事業所との連携がとれることなどがあると思います。</p>
<p>移動している在宅支援診療所が、わずかである。夜間や休日にも対応する介護事業所が少ない。家族の介護力がない(老、老介護が多い)介護保険制度を要介護5で、粹いっぱい利用してもなお、多くの自己負担分が出る。訪問看護が必要な場合、地域の資源として事業所が少ない。</p>
<p>・介護者を支える家族のハッキリとした意志があること。それをサポートする訪問系のサービスの関わり方をいつも考えている1つ1つの言葉を大切に、知ってもらいたいことを伝えていく。病状の悪化、急激な変化にとまどい、救急車を呼んでしまうことがある。搬送先の病院での対応に心痛めることが多い。病院は病気を直すところで、死に場所ではないと、言わんばかりの対応をされると、終末期がこれで良いのかと思う。病院機能・機構に問題あると思います。</p>
<p>・介護者の力量。・主治医とサービス事業者等との連携・緊急時の病院の受け入れ</p>
<p>胃瘻を造設すると家族が管理できないことがある</p>
<p>・24時間365日対応できる医療体制(医師、看護師)→在宅で看取ってもらえる往診できる医師が少ない。特に夜間、休日対応してもらえない医師もいる。・介護職を含め在宅で看取る事の意識や重要性が感じられなくなっているように思う。積極的に家族支援していくという姿勢がない。・施設利用が増えてきている介護者不在の家庭環境も影響していると思う。</p>
<p>訪問介護事業所が24時間サービスを提供できる場所がないため、独居での在宅死はできない。</p>
<p>在宅医におけるペインコントロールの難しさ。理解のちがいが総合病院との連携に対する不安。支える介護者が不在。就労等において、介護できる環境にない。など。</p>
<p>24時間のバックアップ体制が必要です。少人数(マンパワー不足)で対応することによるストレスはかなり大きいです。当番制をひける位の担当人数がいるとよろしいかと思えます。国あるいは地方の経済的後立(オペラント動機付け)があればと思われま。</p>
<p>往診医が24時間体制で関わってもらわないと看取りは不可能。療養者が自宅で最期を迎えたいと思ってもその人を見守る介護者が高齢で認知症があったり疾患を持っていたり共倒れしてしまうこともあるので訪問看護師やヘルパーの協力が不可欠。しかしどの職種を利用してもコストがかかるので現実には金銭に余裕のある人しか在宅で最期を迎えることができないと思う。</p>
<p>介護者が一人であると、いくら、毎日サービスが入っても、24時間のうち、ごくわずかしが支援できない。又、ALSなど、胃ろうや痰の吸引などが必要となった状態では、デイケア、デイサービス、ショートステイなどのサービスの受け皿がないことが、家族(介護者)の心身ストレスを増大させてしまっている。→結局、病院へ…というケースが多い。</p>
<p>阻害因子。介ゴの不足。昔の様に2~3世代家族で支える家族力があるという世帯はごく少ない。老夫婦のみという世帯が多く老々介護では負担が大きすぎる。24H支援する形には出来るが、経済的な負担が問題。年金のみの収入では、支えられない世帯が多い。若い人がいないと判断がついていかず不安が大きい。相談相手はぜひ必要(それも、頻回に気がるにかけつけてくれ細々としたことも聞いてくれる人)医療機関:24H往診可。Tel相談にも親切に答えてくれる所がもっと欲しい。NsでもTelしにくいのに療養している人、家族は、さらに相談への壁は高いと思える。訪看STももっと欲しい。横のつながりも欲しい。保健所ももっと協力して欲しい…介ゴ事業所:介ゴ技術向上、医療知識を学ぶ。時間に追われ、中途半端な援助で終わって欲しくない(もっと働く人の賃金をあげるべき)今後ALSなど痰の吸引が必要な人、ターミナルの方のヘルプがどんどん増えるはず。どう対応していくかを個々の事業所だけでなく日本の国として、考えていくべき。すいません乱筆で。忙しいんです。</p>
<p>・独居である・過疎地でサービス利用が困難。インフォーマル・フォーマルなサービスを活用する。</p>
<p>・家族に対するターミナル期の説明・本人が苦痛なく過ごせるように病院・訪看等の連携・本人の状態悪化に伴う、家族の不安、恐怖により、病院へ搬送してしまう。</p>
<p>〈医療機関に求められること〉主治医との連絡の取り易さ。必要な時のスムーズな訪問診療</p>
<p>・在宅看取りしてくれる医師が少ない。・看取りできるだけの訪問看ゴの人員的体制ができない看ゴ師不足・ケアマネの在宅看取りの知識不足</p>

介護事業所からは、ヘルパー業務をしている途中で亡くなられる、とかデイサービス中に亡くなられるのではないかと思ひ怖い、との声が、良く聞かれる。しかし、訪問看護師の連絡先や、Drの連絡先を明確にしているため、介護事業所に阻害される事はない。「在宅で最期を迎えたい」という本人に対して、家族の受け入れが不十分だった為に、もう、あと、1日、2日の段階で家族が入院を希望された。家族も在宅で最期を…と思っておられると思ひ込んでおり、急に入院を言われ、家族への指導が不十分であった事を反省したケースであった。
退院後、状態変化等があり、主治医に報告、指示を迎う場合の連絡がうまくいくよう、考える必要がある。24時365日対応が必要。主治医が病院の場合、往診が不可能である。その際開業医と連携して、最期まで、かかわってもらえたらよいと考える（こういう場合は、早め入院となり、在宅で最期をむかえにくい）
病院のように2～3交代で緊急体制にすると、人員、経費がかかり現状で24h緊急にするとNsが疲弊する。
・ご家族が最後までみとりを行わず、最終的には、入院を希望する・病院が「最後の看取り」を行う体制にはない。
24時間体制が必要になってくる。人員の確保が難しく、医師も24時間体制をとるには1人では無理。入院中にターミナルチームが→在宅療養→最期・在宅での最後を迎える教育・カンファレンス}で環境を整える。・家族中心・看護師介入・医師介入←入院繰りかえす。家族の介護疲れ。在宅で最後を迎えるには家族の介護力に不安ではじめてもかかっている。ちょっとしたことで緊時訪問していたらきりが無い。よほど今で最後を看取りたいと思っている家族でなければ本人がいくら希望していても無理だと思われる。
・在宅で最期を迎えたい本人の希望があっても反対する家族がいたらかなえることはできない。色々説明しても「在宅死より病院死の方がよい」という価値観が変らなかつた方もいる。その場合はこちら側があきらめるしかない。・在宅で可能な限りの治療を希望された場合、点滴の問題がある。適応かどうかで医師と家族の思いにズレが生じる。家族の思いに沿った時、訪問Nsと医師の間にもズレが生じるお互い話し合いで調整がとれたらうまくいくが、医師がどれだけ訪問Nsのアセスメントを信頼してくれるかがカギとなると感じている。・往診医が少ない。・訪問看護師の件数が高い。（若い人が少ない）夜に働ける条件のある人は病院で夜勤要員となる。人数の少ないステーションは1人にかかる心理的重圧感も大きく重度の方をかかえるのは大変なことだと思う。大規模になって緩和された。
病院→在宅への移行がスムーズでない、紙だけの紹介状結局患者さんがたらい回しで見捨てられた感じ在宅スタッフが少な過ぎる
主治医との連携、家族の理解
入院先の病院は「何かあったら又入院」という考え方が主でかといって再入院しても又すぐ帰されるの繰り返し、在宅看取りの考え方や方法を病院も知るべき。
最期を在宅で迎えるには介護力が必要となります。本人がいくら望んでも家族が拒否すれば病院へ搬送されてしまいます。私たちは本人の望みを叶えるために訪問時にPtのケアだけではなく家族のケア（メンタル）も行うようにしています。家族の負担軽減のためにケア（清拭等）は訪問時に行う、不必要なケアの依頼はしない。負担に感じることがないかどうか話を聞きその情報をDrやケアマネへ送るようにしています。特に最期が近づくと家族の不安も増すので頻回訪問し、あらかじめ看取りのパンフレットを用いてどのような状態になるのか説明をしています。もうじき亡くなる人が家にいるだけで負担は大きくなるのでその負担を軽くするよう各事業所が働きかけられたらいいと思っています。
家族の力量、インフォーマル支援が不可決。医療機関だけでは難しいのが現状。
・家族がなかなか心構えが出来ない・ケアに入るに当たって利用料に制限があり、適切な対応が取れない・緊急対応の取れる医師、看護師が少ない
家族の理解と医療機関介護事業所の連携
主治医の考え方
①家庭内の介護力の不足…面倒なことは、したくないという気持ちがある。（高令者では介護に対応する力がない…）知識不足②経済的要因お金がかからない様に思われているが、実際はかなりのお金が必要と思う。} 阻害要因③夜間対応や急変時対応がすみやかに多処できない点で不安を利用者が持たれている。④各機関の連携がとれていない（まだ不十分…）⑤家庭内での人間関係協力者がいなければ、療養を続けることは、無理と思う元気なときの家庭での関係が良かったか悪かったかで、違ってくると思う。
家族の受け入れができていない。介護力が不十分。主治医によるターミナル体制が不十分。在宅で最後まで思っている、本人・家族の思いが状況によっては変化する場合もあるので、病院の受け入れが万が一の場合できるよう、在宅医と病院、訪問での連携が必要と思う。又、医療処置が多い場合、HHにも協力してもらいたい時でもなかなか実施してもらえないまでに時間がかかるので、臨機応変な対応をしてもらいたい。急変時の対応やケア・方向性が統一していけるよう。ケアマネ中心になって情報交換、カンファレンスを密にしていく必要があるのではないかなと思う。
本人の強い意志が必要。家族の受け止める力、精神力必要。協力してもらえるDrが存在すること！！→これに対しては、再々専門職が訪問しフォローしたり付き添ったりすることが必要。
・経済的な問題・家族の介護力・在宅診療所の受け入れ体制が不十分
本人、家族の意向がはっきりしている場合は、医師の方針の元、訪問看護各サービス業者が一丸となり支援していく事は可能であるが、家族が高令であったり、2人世帯、病気を持っている等で共倒れの危険がある時は、病院へ入院をすすめる。
・核家族、老老世帯が多く介ゴ力がない・本人が家に居たいと希望されても同居されてない家族の方がHPを希望されるケースが多い・開業医と夜間、休日は連絡がとれない
症状の変化にすぐ対応できる訪問診療の体制や、看取りについて勉強会等を■ねて参加できるスタッフが必要。また、介護力の不足から入院に走ってしまう例や自宅での看取り経験がない事から受け入れ困難となることがある。事業所例もいつでも訪問できる体制を整えなければならず、労力は（エネルギー）人員の確保と意欲がないとできない。24時間連絡体制ではある

が24時間体制と変わらずに行っている。(心理的負担が大きい)
・在宅でできる医療の内容についての説明が不十分・病院でできる医療の目的と、在宅医療の目的の違いの説明不足・個人負担額の比較、医療費上限、還付等のしくみの説明不足
各医療機関と介護事業、その他、在宅療養を継続していくために必要になってくる関係者の連携が十分にできていないことや、急変時の家族の不安が大きく、それをサポートできる環境が整っていないことが阻害の要因となっている。
・訪問診療が行なわれていない。・24時間、対応の訪看がない。・たとえ、上記があったとしても、在宅で介護する人の存在。在宅で療養を続けるための費用。(例ば、冬の暖房費だけでも、かなり必要)
介護者の介護の負担の大きさ。もう、みとられない。苦しんでいる姿を、みとられない等々在宅で看取る、覚悟は、必要と思う。それでも、最後まで、看るという気持ちがあるのであれば身体にかかる負担を少しでも減らせるようサービスを活用し悲しい気持ちを、少しでも、理解できる又、何でも、話せる、人間関係を築くこと。ストレスを、ためこまないようにする。家庭内の不和も、ダメです。
・24時間体制の訪問看護事業所の不足、看護師人員不足、体制や手当の不備
病院から在宅へ移る際は、家族(主に介護者)に退院指導など、心のケアなど、十分に行う必要があると思う。各医療機関が、定期的な訪問診療を行い、状態の変化にいつでも在宅療養のフォローができる、不安な声にいつでも対応できる、迅速な対応で、家族・本人の不安を取りのぞくことが出来るよう、かかわっていけること。家族だけでは、全ての事を負担することが無理が生じる。介護保険制度など利用し、家族の負担を軽減する。入院から在宅に移る際の病院での在宅療養についてのアドバイスや説明を十分にし、本人・家族を含め在宅療養に不安がないよう、支援していく必要がある。
病院から診療所への紹介がなく、緊急時は往診ではなく、入院といった形がとられやすい。また、診療所の先生や、訪問看護師も負担が大きい為、受け入れる事がむずかしい。医療者と家族、本人との十分な連携と信頼関係が必要であると思う。
24時間連絡体制。すぐ対応してくれる医者が必要。家族で介護し、看取る覚悟と、負担を軽減する体制、緊急、急変後も症状のコントロールが可能である。〈阻害〉往診してくれる医者がない。家族負担が大きく最後は入院希望される。状態急変し、病院入院してしまう。
臨床間近の苦しみを見るに見かねて、主介護者以外の人が病院へ運ぶことを強要する場合が多い。
往診にいくつたさる先生が少ない24時間対応している訪問看護が少ない。スタッフが少なく、休みなどとれず、体力的な負担が大きい
ご本人から家で死にたいと言う言葉はよく聞かれます介護力の問題等いろいろありますが当事業所の場合は、病院付属の訪問看護事業所(ステーションではない)ですので一番の問題は医師が往診に出られないという事です。1回/Mの定期の訪問診療には出られますがその他の緊急時の訪問はしません。ですので在宅でぎりぎり迄、見て病院に搬送看取りとなります。なかなか体制は変わりません。
医療機関における在宅への理解と在宅医師の増加。職種間の連携と訪問看護師のスキルアップ。療養者及び家族への在宅療養に関する説明と同意。
・独居の方をどう支えるか。・24時間対応のサービスが少ない(訪問診療も含めて)・緊急時の支援体制が劣る。等、不安がつきまとう
・訪看ステーションが少ない・訪問しサポートしてくれるDrが少ない・病棟側の介入が遅いorかなり不十分。他職種との連携がとれていない。・地域のネットワークが弱い
開業医で在宅死を引きうけてくれるところが少ない。家族が看取りまでは…と拒否する。
・独居である。(他に支援者がいない)・かかりつけ医に理解がない。・緊急時対応が難しい。
経済面。
家族の受け入れる気持ち、とそれをフォロー出来る様な体制・医師、訪問看護師、等の全てが関われる体制が必要。
高齢者で老衰で在宅で最期を迎える人が多い。ほとんどが、本人の意志を伝える事の出来ない方々であるので家族が決める。最期を迎える準備として、家族の希望を聞き、主治医に伝える。臨終時再度家族に再確認して、行っている。最終判断は家族である。
担当者会議等以外でも各サービス機関の連絡をこまめにとり、ターミナル期での状態の変化についてサービススタッフ共通の意識をもつことが大切と思われます。また家族にも改めて状態について主治医より説明が必要と考えます。在宅で最後を看取るといことは家族の協力が不可欠であり、配偶者や働いている子ども達がいれば介護に参加しやすい社会の協力体制が必要と思われます。育児・介護休業法により介護休業制度、介護休暇制度がありますが、まだまだ実際には取得しにくく、仕事を辞めて介護をする家族も多く、経済的な危機の可能性があると思います。又、独居の場合の在宅での看取りの問題があり、今後検討していく問題と思います。実際には往診してくれる在宅医や、訪問看護は不可欠ですが、全国的には人手不足のようです。実際に当ステーションも少人数ですので、夜間の対応など、人材不足でスタッフ個人に負担が大きいことは確かです。在宅を支えるスタッフ確保への対策もすすめていかなければならないと思います。
ホスピスケア診断されたはやくい時期より導入すべきと強く思う。治療ができないからホスピスではないこと。残りの人生を楽しくどう生きるか生きる為のホスピスだと思ふ。病院から在宅へ戻す時期!最後の最後体がどうにもならなく、追いつめられた時期が多い。もっと早くていいのでは!入退院くり返していいと思う。
24時間体制でささえる訪問看護ステーションと、いつでも往診してくれる医療機関が必要と思います。訪問看護で多くの事はできますが、やはりその後ろ立てにDrがしっかりついてくれる事で、療養者本人や家族はもちろん、訪問Nsも大変心強いです。本人や家族がどうしても不安になってしまい、「在宅はやはり無理か…」と思う時でも、Drの「大丈夫、これでいいですよ」という一言があれば不思議と皆さん落ちつかれます。最期まで家にいたいという本人の希望をかなえる為には在宅をささえるチームはもちろん、家族の協力がとても重要になると思います。家族みんなで協力して看取りをしようとし

<p>ている時に、まわりの者（親せきや嫁に行った娘など）が「こんな状態で病院に行かなくていいのか」など世話をやいてくると、大変です。逆にまわりの者も巻き込んで皆で協力体制がとれると家族の負担も軽くなります。いかに皆の意志を統一するかが重要になると思います。独居の場合は、逆にやりやすい面もありますが、近所の方々とつながりが強いと、その方々を納得させる事に苦労します。何度も話し合いを持って、理解を得られるようにしています（主にケアマネが活動）</p>
<p>介護力不足。社会的な要因（例えば、家で死なせると親せきから、きちんと病院で治療するようクレームがくるなど）家族の不安。</p>
<p>・症状コントロールが重要。そこが上手くいかない本人も家族も辛くなり病院へ入院することも多い。・病状説明と予告告知がされている方とされていない方とでは看取りに対する「腹のくくり」に違いがあると感じる。・介護するヘルパーさんの意識も重要。何げない一言でかえって本人や家族の不安をあおる事もある。・支援診療所の充実。看取りのできる医師が増えること。病院勤務医のようにPCに向かって話す医師では在宅医としては、どうかと思う。腕は良いかもしれないが… まずは挨拶ができて目を見て話しのできる事からだと思最近感じる事が多い。</p>
<p>各医療機関・各介護事業所の家族を含めた関わりを密にし、連携を図ることが強く求められるが、人員不足の問題や、在宅での環境など伴わない点が考えられる。医療機関も抱える療養者が多いという課題も原因であると思 ます、介護職に医療的知識を含む専門性を考えてもらいたい。</p>
<p>◎医師及び病院入院中の担当看護師がご本人ご家族の意志確認が必要、医師が病院いつでもどうぞと言っても、救急外来医師への理解はなく「なんでつれて来たか？」と言われる。家族はおくやみに伺うと「あきらめの悪い家族でごめんなさいね」と言われた。在宅でなくなる前に何度も救急搬送した。そしてやっと自宅で最期をむかえたケースがあった。最期をむかえる事は大変な事だけはその説明がキチンとなされていない事や医療職と患者さん家族に温度差がありすぎる。中に入ってこと細かく説明しスムーズに在宅での看取りをコーディネートする実際にかかわる担当ナースと訪問看護師との連携が出来れば違つか？とも考える。◎退院時に開業医へ紹介したから「看取る」と言ったから…と病院側に言われても、関係性の不十分な開業医では見きれない所も多々あり 在宅支援診療所と名をあげても活用しきれない所がほとんどである ◎人生の最期を自宅でと思っても迷う事はたくさんあるため、私たち訪問看護師も実際に死と向きあいつつ、利用者さん、介護者、ご家族様とも向きあっているのですが… それぞれにご満足頂ける最期になればと思っています。</p>
<p>御本人のニーズに合わせてサービスを組む事が大事だと思う。しかし、介護量の増加やF a mの心身負担u p（就労への影響も含め）にて、病院入院や施設入所になってしまうケースもあると思うのでF a mのとりまく環境にも配慮があれば在宅介護の%はu pすると思う。</p>
<p>往診や看取りのできる医師が不足している。医師以外は体制が整うのに、死亡確認には病院につれて来て欲しいとか死が近づいたら受診につれて来るように…というD r。看とって欲しい医師は往診できないほど忙しい医師が多い。往診や看取りのできる体制にできるよう、在宅療よう支援病院には、D rを一人専門で雇用（ローテーション組めるような、あるいは地域で在宅当番医を設けて欲しい。）できるような援助金を出して欲しい。</p>
<p>在宅で看取ることに対して、家族の援助がないと難しいと思った。入院してるほうが安心といわれる家族もいれば、家で見たら体が楽といわれる家族もおられケースバイケースで対応していく必要がある。3割負担の医療保険の利用者にとって負担が大きく、在宅では料金を一度支払って返ってくることを説明していても負担に感じる方もあり経済的な問題もあると思われる。</p>
<p>・日々変化する症状、訴えに対応するための、医薬品、医療、福祉用具の手はい、順備を迅速に行なわなければならない。・夜間休日等、対応できない場合も多い。</p>
<p>・往診医が少ない・訪問看護師少ない・訪問介護が24h体制でない</p>
<p>阻害要因・マンパワーの不足、キーパソンの不在・費用面不足等・サポートするスタッフの不在（在宅医療を行う医師、他チームスタッフ等）・環境面・身体面（症状の緩和がなされている）各医療機関、介護事業所に求められること・24時間オンコールの医療、介護援助ができる体制にある事・患者や家族の不安に対応できるスタッフの育成（人間性と共にコミュニケーション等のスキルも必要）・各スタッフがバーンアウトしないような体制・いざという時の後方支援病院の確保・スタッフのスキルu p</p>
<p>不安なく在宅療養を継続するには、多くのサービスが必要。休日、夜間の対応は不可欠であるがその分経済的負担も大きくなる。その為呼びたくても呼べないという現実もある。事業所のボランティアな動きによって利用者の生活の中での彩りの部分がf o l l o wされているように思う。介護保険に関わる職種はこのようなI C Fの取り入れについてや尊厳について、拘束についての研修が多く、療養者、家族と接するにあたりより対人として関わっていると思うが病棟などでは、考え方視点の変化がなく威圧的であったり、人格をもった人として接していなかったりI Cが不十分であったりと在宅と病院でのギャップをととも感じる。同じ視点で人ととらえ問題を抽出し、共に解決に向けての働きかけがしたいと思う。</p>
<p>あまり希望する人が少なく家族が在宅看とるのはむずかしいケースが多い</p>
<p>「在宅で最期を迎えたい。」と希望されても、大切な方が目の前で命を（呼吸が止まる）おとすことは、大変なことであり、パニックになります。又、当の本人も不安、苦痛があり、大変なことである。ここを、安心して、送り出すことができる。本人の苦痛をとり除き、御家族、本人も安心して最期を迎えるためには、医療と看護の連携が重要である。具体的には、訪問診療と訪問看護が定期的に入り、よい時から、時を共有して、信頼関係をつくり上げておく事が重要であると思う。この信頼関係が、最期を迎えた時、安心して悪い時も共有できると思う。訪問診療だけでも、最高の看取りはできない。又、訪問看護だけでも最高の看取りはできない。この二つの連携があって、それぞれの役割がマッチして、御家族、本人の満足した看取りをすることができると思う。大切にしているポイント。・生きる力をひき出す。・残されている時間で何をしたいかをひき出す。・よい時間も共有、悪い時も共有一信頼関係・五感を生かすかわり。（おいしい、気持ちいい、が大切。）・御家族の心のゆれ動くタイミングへのかかわり。不安へのかかわりをタイミングよく、かかわる事の大切さ。・医師へ適格に情報を入れたり、訪問看護師のアセスメントをしっかりと伝える。などが重要であり、チームでかかわる重要性を感じている。</p>

<p>最期まで24時体制で緊急時や■■も対応可能な往診医。最期まで24時体制で緊急時や■■も対応可能な訪問看護。生活上の緊急時にも対応するヘルパー事業所。ご本人のみならず家族も支援する制度。介護負担軽減のため、重症者でも受け入れるショートステイ、ディサービス。医療、福祉全般に知識のあるケアマネ。看取れる体制をもつショートステイ。障害や出来ないことに注目に危険を回避するために。悪くなると受けつけなくなるデイサービスもあるが、参加することを重視して受けられるデイサービス、ショートステイ。これらの事業所の連携。使っている保険。特に介護保険には使用限度がある。家族へのサービスが無理。非がんの人向けの保険サービスが、がん末期のようにはない。</p>
<p>・医療機関においては、本人、家族の意向を確認し、今後おこりうるであろう状態の変化について十分な説明がされる必要がある。  ・在宅医の決定、それをフォローできる体制をとるための病診連携。  ・緊急時に対応できるよう往診できる在宅医や訪問看護（24時間体制）を必要とする。  ・介護サービス業者が意向、方向性を統一し、それをまとめる中心となる役割をこなす人物がいなければならない。</p>
<p>・病状変化時の医師からの説明と、在宅で出来る限りの対応を行うことで、入院は減ると思います。同じ症状で、入院した場合に病院で行われる治療も同時に説明して、患者、家族に選択して頂く・家族の介護疲れの対応として、レスパイト入院ではなくショートステイの受け入れを良くして、訪看が入ることで継続ケアの実施と、ショートスタッフの（患者さんも）不安軽減につながると思う※現状はほとんどターミナルの方のショート受け入れは無いと思います。</p>
<p>病院から、もっと早い時期に在宅に帰して欲しい。少しでも亡くなるまでの時間を在宅で過ごせる様にして欲しい。病院と在宅のかけわたしをしてくれる人が必要。</p>
<p>・家族の気持ちの変化・在宅医の治療に対する考え方・ケアマネジャーの先ばしりや、経験不良・病院退院時に、在宅での、できることなどの説明、家族指導の不足</p>
<p>家族の気持ちの揺れや、不安、疑問に向きあい、ていねいに説明できる時間や、知見、コミュニケーション能力の不足があります。</p>
<p>医療機関に対しては、人員の確保をし、24時間看護師や医師が対応できるようにした方がよい。しかし、地域性から、人員の確保ができず、24時間対応できず、在宅で最後を迎えたいという希望に応えられない。スタッフがいて、対応できれば、家族への病状の説明やこれからどのように最後を迎えるのかを説明し、本人の希望通りにしてあげるためにどのようなサービスを利用できるか等相談できると思います。</p>
<p>本人の希望をかなえることは大事と思うが、家族が在宅で過ごすことはどんな事（医療や日常生活）どれだけ負担が大きいかを納得した上で在宅生活をスタートさせないと難しいと思います。ケアマネに対しても、末期の方をかかえる家族からは夜、昼なく休みの日も相談等あり、医療関係者同様負担は大きいので報酬を改定してほしい。</p>
<p>24時間、365日運営する医療機関や介護事業所が増えないと難しい。人材や財源がない。国が思っている以上に本人や家族は苦しい立場に居ることを理解して欲しい。マスコミを使っても良いのもっとアピールする必要がある。何かをきっかけとして、住民が声を出すべきである。高齢者や認知症の増加は目に見えてる現状を実感して下さい。</p>
<p>阻害している要因は家族と、金銭面であると思う。求められる事、全体を調整できる能力。・インフォーマルな分野の最大限の活用。・地域連携。</p>
<p>・在宅医療を行なっている医師が十分でない。  ・最近パート看護師が多く緊急時の対応（特に夜間）が難しい。パートスタッフは家庭の事情で緊急時の対応は行っていない。  ・看護師確保が難しい。</p>
<p>最期までその人らしく生き、生活できるよう援助する。阻害している要因としては、世話をする人の負担が大きい、金銭面での問題をかかえているなどと思われる。阻害している要因を取り除く方法がわからない、又は、援助が受けられないという事があるのも問題と考える。そのためには、地域の活動や市区町村の働きが重要である。もっとそれに携る人間は、積極的に取り組み動かなければならないと思う。</p>
<p>往診医は不可欠ですが、必ずしも往診医が入っているお宅ばかりではありません。病院医師が「できるだけかよってきなさい」という言葉を、いつまでも言い続ける為、ギリギリの所で病院に行ってしまうケースが目立ちます。家族が仕事を持ち、よゆうなく看ている場合などご本人様の希望はすてられてしまいます。また介護保険では、同居家族がいる為、〇〇〇はできない、△△△はしてはいけない…とできない事が多すぎて、大切な時にヘルパーが入りません。今のシステムでは自宅での看取りは難しい所もあり、訪問看護への負担が大きいです。24h家族を支え必要であれば緊急訪問をする、このままでは訪問看護師が負担が大きくなりすぎてしまいつぶれてしまうと考えます。往診医+ST+ボランティア+PT+宗教家+CMなどチームで支えるシステムの検討が必要と思います。地域で支えるシステム作りは実際お客様の取り合いもあり、進んでいないと思います。</p>
<p>・主治医の24時間緊急時の往診・主治医の24時間連絡体制作り・介護負担・夜間の死後の処置・看護師の24時間連絡体制作り・ホームヘルプサービスの夜間巡回型対応・本人、家族への精神的ケアをする人</p>
<p>入院中の説明で「在宅でがんばれる」と思っている家族は多い。しかし、現実には厳しく、「介護者が夜に眠れない。10分毎に起こされる。うなり声が気になる。痰の吸引が多い。衣類をぬいでしまう。落ちつかない」等の状況で疲労感が著明。ヘルパー導入をすすめますが、経済的理由、他人が家に入ることを拒否、世間体などがあり、拒否材料となる。Nsの訪問も減らしてほしいと言われることもある。経済的に困っている事例（リストラ、ニートで親の介護をするケースなど）が多くなっている。Drサイドから「もっと回数を増やせ、ヘルパーを入れろ、介護保険の枠があるから全部使しましょう」と言われてもむずかしいことがある。お金の相談をし、最大限できることをしていくこと、それぞれの家族背景を知ることが大切だと思う。おおよその金額を示し了解をいただいても、請求書を見て「払えない、来月来て」といわれることもあります。底辺には泥どろとした家族関係経済事情（ビニールハウスで寝ているケースもある）があり、現場は大変！という思いが強い。</p>
<p>24時間待機の医師がいないため、夜間、救急搬送になってしまう。</p>
<p>利用者に十分、在宅で最期を迎えられるのだという、情報提供が医療機関で十分されていない事が多い。その為にはどうすれば</p>

<p>ば良いか…ということをも含め、本人家族への説明が十分なされることが必要かと思う。本人の希望さえ、十分、情報としてとらえていない医療機関もある。早くからの介入が私達、訪問看護の立場からお願いしたい。在宅へ帰ってから急展開ということも多々ある。そういった場合説明はしていても、心の準備ができていない。急で動揺して、不安で病院へ搬送してしまったというケースも少なくない。信頼関係が築かれていない状態での看取りは、必ずしも満足する結果ばかりとは限らない。各職種、色々な立場で、連携を密とし、適なタイミングできめ細やかなサービス提供に努める、メーリングリスト活用など、利用者にとって家族にとって、サービスが1つの輪となり、提供されているという安心があってこそ成功するポイントだと思う。在宅では、在宅支援診療所の医師ばかりではなく、地域で支える体制づくりも大切かと思う。ホームドクターではあるが、病院へ入院し在宅となった場合、緩和ケアに対し十分対応できる医師他環境ばかりでない。地域全体あらゆる、職種の在宅への普及に向けての取り組みが大切だと思う。</p>
<p>介護者の負担、不安。医療機関の受け入れ→24h体制の診察、往診ができない。</p>
<p>往診医がない。癌末期の緩和ケア専門医がない、又通院していた医師から他の医師へ変わる不安を訴える人が多い。</p>
<p>事業所のスタッフ各々にとっても無理なく、24時間体制をとれるような、人員の確保。在宅医療に対する関心や必要性を、もっと医療従事者へ働きかける。</p>
<p>医療機関から十分な説明がされていないのが現状なので家人が帰ってからの生活の全体像がつかめていない。</p>
<p>医療的ケアが多い利用者は、病院ではなく、自宅近くの診療所や医院の生活に定期的な往診を受けながら支えてもらう必要がありますが、医療処置が多くなり、物品の準備などに慣れていない先生方は「受けられない」と断わるケースもあります。又、「24時間体制していない」と断わるケースもあり、私達看護師がやってあげようと思っても難しい事もあります。病院の地域、連携室の話では、まずケアマネと話をした時に、在宅に向けて積極的ではないという話もきけ、なかなかチームで動くことの難しさを感じます。利用者、家族にとって、どうしたいのか、どう望んでいるのかを一緒に考えていく人々が増えていくことを望みます。</p>
<p>本人が家族の希望をできるだけ尊重したいと思っているが、診療所の為、他科医院・病院との連携が必要</p>
<p>ケアマネージャーのプランが問題。アセスメントが不適切。癌末期でBed上の方に、車椅子や手すりづけをする。利用者の言葉を聞いているだけで、ニーズだととり違えている。展開が早いのに、介護の利用者と同じ考え方、対応です。緊急の出来事をヘルパーから直接報告させず、ケアマネ（自分）を通すようにしている。病状の変化は直接、訪看に伝えてほしい（対応が遅れる）訪看指示書や、サマリーをもっている。訪看宛になっているのに開けている。指示書が1ヶ月もケアマネがもっていた。バイタルが不安定になるとすぐに入浴や、ヘルパーを終了にしている。訪看の意見とすり合わせてほしい。（利用者が入浴好きな人もいる）最後までチームでかかわりをもってほしい。訪問入浴できなくても断わらず、清拭や洗髪に変更できるように制度でなっている。介護者に傾聴する対応も必要で、ヘルパーさんにも利用者、介護者によりそってほしい。経験してほしい。利用者が末期であっても食事をしていたり、歩いていると訪看の訪問を減らそうとする。体の外しか見ていない。ケアマネの事業所を優先している。点数が足りないと訪看が少なくなる（回数）</p>
<p>・ホームドクターのうけいれの厳しさがある。・家族の介護負担、認識不足・看護職員のワンパワー不足</p>
<p>・急変時に備えての受け入れ体制を整える。・病院受診者は、往診不可能となることが多いので、往診可能なかかりつけ医を早く決めておくよう指導しておいて欲しい。・受け入れる家族の協力体制が、死期が延びることで、くずれてくることもある。こんなに大変（夜間の介護など）と思わなかったなど…。</p>
<p>・在宅で最期を迎えたいという希望はあっても家族の支援や介護事業所の対応時間が限られている。長期になると家族の疲れや不安が強くなる。</p>
<p>制度の問題、2ヶ所施設の訪問看護入り、一ヶ所ステーションが24時間対応、リハビリ目的でもう一ヶ所のステーションが入っている日に緊急訪問が出来ない事。介護と訪問看護（医療）で別々にしてほしい</p>
<p>家族の心構えや不安感がある。家族の理解力。医療機関や事業所が、説明や支えていくことなど伝え、理解し、心構えができた時には、在宅で看取られることが多い</p>
<p>（医療者側のギブアップ、介護事業所側のマンパワー不足</p>
<p>医師の往診、医師、訪問看護等、24時間体制。本人、家族の意志が同じか。</p>
<p>医療期間から在宅への移行の時期が大切なので、連携を十分とり、その時期をのがさずスムーズに在宅へ移行できることが望ましい。本人の希望はもちろん大切だが本人を支える、家人、環境にも十分な理解と配慮が必要だと思われる。介護事業所のケアマネージャーとも連携が十分とれ、在宅医、訪問看護師の体制が万全ならば、本人の希望はかなえられると思います。</p>
<p>家族の不安</p>
<p>1. 介護者不在…仕事をしている子供が傍にいない 2. 往診医の存在…PRが少なく知識をもっていない為入院しか方法がないと思われる方が多い 3. 経済的負担…3割負担の若い方は、思うようにサービスを利用出来ない 4. ケアマネの知識不足…訪問看護等の医療業サービス導入の時期が遅い</p>
<p>・家族へのバックアップ（・家族同志で助け合って交代しながら介護する ・休む時間の確保…いつでも入院できる病院がバックにあること ・往診医の確保・訪問看護の緊急体制（24h365日） ・訪問介護（夜間も対応）</p>
<p>過疎地においては、独居老人が多く、「在宅で最後を」と、思っている、家族の意向や、医療機関が違い、介護事業所そのものが、近くなる、介護サービスを受けるのが困難という状況があります。</p>
<p>・訪問看護師のさらなるスキルアップ、精神面、身体面、社会面を支えられる看護師。・医師や、すべてのかかわっている職種の、連絡調整、又は、看取りの時期に、カンファランスなど、意志の統一。・「在宅で死にたい」でも「不安」と、家族は両面もっている為、その不安を軽減し、安心して、在宅で看取ることができるよう、緊急時の対応、災害時の対応等のシステムの確立が必要と思われる。又、生活を支える支援の充実。地域のボランティア、近隣、医療、介護と、多くの人がかかわれるシステム作りが、現状ではたりないのではないのでしょうか。</p>

<p>医療機関→・フットワークが軽く、往診依頼にすぐに対応できる。・相談や各サービス事業所との連携の窓口が一本化されている。・ショートステイを目的とした入院ができる。・在宅療養を支える医療機関と、後方支援病院との連携がしっかりとれている。→医師はいつでも忙しく、病院のベットはいつも満床で空きがないため、往診や入院の希望に答える余裕がない。介護事業所→・本人の状態の変化等に応じて臨機応変に訪問回数や訪問日時を変更できる体制がある。・ある程度の知識（医学的）と経験のある人がスタッフの中にいて、サービス提供の中心的役割をになっている。・少人数で担当してサービス提供できる。（顔なじみの人が、いつもケアしてくれる。）→報酬が安く、職員のスキルアップ等、優秀な職員を育てる余裕がない又は、優秀な職員を雇う余裕がない。効率良く運営しようとする訪問予定の急な変更には対応できない。</p>
<p>介護の方法。病状の急変時への対応。夜間の急変時への対応。休日の急変時への対応。主治医への連絡がつかない場合の対応。ヘルパーが終末期ケアをする際のスキル面の向上。ヘルパーが終末期ケアをする際のスピリチュアの向上。病状の変化へのF aの理解、病状の変化へのF aの受容、病状の変化へのF aの傾聴への対応。本人の尊厳へのケア。本人の死生観への介入。</p>
<p>在宅で最期を迎えたい人には必ず、在宅の医師がつくこと。痛みを徹底的にとること。訪問看ごと連携することがとても大切。阻害している要因…サービスを含め、家族、本人が強く思う意志。</p>
<p>夜間の看護・介護体制がやはり手厚いである為、家族への負担は大きい。就寝時間中連続で家族の代わりに看護・介護ができる体制が必要だと思う。（30分、1時間、スポットのみの訪問でなく、連続6時間など）</p>
<p>本人・家族への病状説明や思いをしっかりうけとめることが入院中に実施でき、意志が確認できれば退院前に在宅の療養環境をととのえる病院・地域の連携が大切です。在宅においては、24時間をささえる在宅支診や訪問サービスの協働、状態の変化に応じたスピーディな調整が求められる。24h支援してくれる医師の量と質の確保が必須。</p>
<p>在宅で最期を見る人が必要。そしてその介護者を支える人も必要。24時間支える人が大勢いれば心強いし、身体的にも精神的にも無理とならないが、マンパワーがなければ、療養生活がギクシャクすることも考えられる。</p>
<p>医療機関によっては往診が不可能なことがあり、最期まで看れないことがある。介護者がいない場合や身寄りがない独居の方は難かったケースがある。介護力も必要で高齢者世帯で家人からの援助のない場合等も難しい。24時間対峙をとれないことで、看取りが出きない事業所がある。夜間のサービスがないこと（ヘルパー等）</p>
<p>・在宅看取りについて、理解して頂くことが必要だと思います。理解する為には関心を持って頂くことが必要だと思います。時に退院を許されなかったり、退院したら次は入院出来ない等、無理解ゆえのジレンマは退院すべき時を逃がすことにもつながりかねません。・医療者も病院死をあたりまえとせず、在宅死は大変なことと決めつけず検討して関わる必要があると思います。・在宅看取りには24時間の関わりが必要となります。ゆえにチームでの関わりが不可欠であると考えます。各職種がチームを組み役割りを分担することはもちろん、チーム間の情報共有が大切であると考えます。それぞれが忙しい中で情報共有は現状なかなか困難なものです。何か有効なコミュニケーションツールがあれば、よりチーム力を上げることができるのではないかと思います。・療養者本人の希望をかなえるためには、常に予測的思考を持ち、基本的計画を立てる力が必要だと考えます。同時に急な状態や状況の変化に対応できる力も必要だと思います。個別性が高く、ケースバイケースとなる事も多いと思います。したがって自ら体験したケースを事業所内等で共有したり、経験者からの教を学び合い、様々な情報を必要に応じて提供できる力を持つことが必要だと考えます。研修等、学びの場への参加やケースカンファレンスを通して学びを深めることが必要だと考えます。実際には業務に追われ日々忙しく、学びの場を持つこと自体が困難となっているのが現状です。・社会的にも病院死があたりまえとなっている感があり、最期の時に急に訪れた遠い親族に「こんな状態で、何故病院へ連れて行ってあげないのか!。」と叱責されたというケースも聞きました。在宅看取りが社会全体に正しく理解されていないと思います。理解されていない事が阻害要因の1つであると考えます。</p>
<p>病院の都合によって入・退院を決めており本人の意志が反映されていない。医師は率直に患者と向き合うことがなく、患者は自分の思いを決められないまま不安を抱かえて在宅に戻ってくる。説明不足のため不安が強い。</p>
<p>ヘルパーが深夜帯は動いていない為、365日、24時間動く介護事業所が、生活圏域に有ること。在宅医の不足。地域ボランティアに対する、ネットワーク構築を行政把握地域コーディネーターの不足。介護者のレスパイトの為の支援体制の充足。</p>
<p>終末期における、家族教育・本人が自己決定できるように支援していく必要がある。入院中の退院指導か、まだ不十分な施設が多いように思う。そのため、不安をかかえたまま、退院されるため、不安が強くなり、再入院される人もいる。</p>
<p>・医療者側の在宅を支えるという思いが必要だと思います。・病院側の判断で退院できない方は多いと思います。</p>
<p>医療機関、特に主治医となるところの積極的な支援、介護事業所のサービスの自由な選択。たとえば、ヘルパーなど、同居家族の有無で、サービスが変わってくる。家族、社会全体の考え方の変化。在宅で看とることが、家族が、できることを医療に任せなかったなどという世間の考え方。</p>
<p>自宅での最期を望まれるほど介護サービスの提供（デイ・ショート）の利用が不可欠になるし、医療機関の利用（短期入院やレスパイト入院も）が必要になる。個々の交渉よりも地域全体の連携が最も望ましいと思われず。</p>
<p>死生観の違いが原因で必要以上の点滴などが行なわれている。医療機関の先生方にも、自分が病気を経験したり、身内を亡くしたりしたことのある先生と、そうでない方で、患者さんへの対応が違う。本人が在宅で最期を迎えたいと願い、家人も同じ意見であったとしても医療機関の考え方で、入院をすすめられたりもする。又、本人はしっかりと意志があったとしても、発言が出来なくなった時点や、痛み、苦しみを表わした状態になると、不安が大きくなり入院になる事もある。訪問看護師の中にも、支えきれないと感じ、在宅を支援できない人もいる。</p>
<p>大学病院から退院してくる際にホームDrを探さねばならないが状態把握ができない。往診や対応に不安があるなど医師が消極的になりなかなか決定できないことがあります。また、家族とのコミュニケーションが不十分でなかなか、医師と家族の信頼関係が築けず何事にも家族が遠慮して言葉をのんでしまうようなこともあります。在宅支援診療所の看板を掲げているが、機能していない医院も多く、訪問看護師の介入のしにくさを感じることもある。病気とともに家族や家庭をみて、介護力を判断してから治療方針等を決めてほしい…と思うこともあります</p>

<p>まず本人の希望と家族の希望、同一であるかの確認。急変時の医師の対応（往診等可能であるか？、定期的な往診可能か？）どこまで受け入れる事が出来るか、事業所の対応能力。・経済的負担・家族の思いが、統一されていない。・介護の長期化による心身の負担の増加。・孤立。</p>
<p>家族介護の負担が大きいこと。それを小さくしようとするとお金がたくさん必要になる。介護保険の限度額内では困難なケースが多い。訪問看護師の不足から夜間対応がむずかしくなったり、やはり夜間に対する支払いのお金は大変な負担である。</p>
<p>・療養者本人の希望をかなえるために、各医療機関・介護事業所に求められることは、まずは医療機関が在宅での生活をイメージした上で、色々な指導ができること。在宅療養の実態を認識することから始まると思う。そして、その中で本人の希望をいかにかなえさせてあげることができるかを考えることができるだろう。（在宅サービスの実状も含めて）たんてきには、在宅医・訪問看護助が中心となって、調整していくことがbestかと思う。介護保険サービスも利用するとしたら、ケアマネージャーが中心にもなってくるが、あくまで医療系が調整役として考えていった方が、より日々の病状に応じた支援ができるのではないかと考える。他のサービス事業者へも、密に指示・助言していくことができる。そうした連携が、希望をかなえるために必要なことであるとする。・阻害している要因は、H p 医師の在宅に関する知識・理解不足、又在宅で受け入れる側のDr、NS、ヘルパー等の力量不足、家族への指導理解がうまくされないこと等…があげられる。</p>
<p>・ケアマネ 迅速な対応と適時のプラン変更、スピーディさが必要・医療機関24時間連絡のつく体制。・介護事業所 夜間対応や頻度の多い訪問への対応</p>
<p>・24h対応してくれる、医療機関が必要（訪問看護など）すぐ相談にのってくれる。又は来てもらえると思うと安心だと思います。（本人・家族）・痛み、苦しいといった苦痛をやわらげてもらえること。・状況により、すぐ対応してくれる。福祉用具事業所、訪問介護などサービス事業所があること。</p>
<p>・一人暮らしの場合は最期を在宅で迎えることは困難と考える・在宅でケアをしていく場合、療養生活全般にわたり医師を始め、多様なサービス事業者が参入し支援されていくことが理想であるが、介護の高齢化、少子化、失業率の上昇から経済的な負担もあり、本人、家族介護者の身体的・精神的不安は強く、現実にも面談しても経割事情を話され、サービスも1つか2つでいいと言われるケースも多々ある。</p>
<p>「家族の支える力」在宅で最期を迎える場合、家族の協力が必要であるが、独居であったり、高齢であったりするため困難な場合がある。在宅医の中には、在宅での看取りに消極的で入院をすすめる場合もある。</p>
<p>在宅で最後を迎えたいと考える方に携わる各事業所職員にかかるコストと報酬額が見合っていないと考えます。看取りも含め、常に24時間どのような状況にあっても、対応可能な体制を整えておく事は非常に困難です。更に、この半世紀あまりの間に、死ぬことが起こる現場は既に自宅から病院へ移っており、この意識を改革してゆかない限りは「死は病院のもの」「病気になったら病院へ」という流れに乗ったまま、数少ない在宅での看取りの方の為に、常時職員を数名対応にあてる事も難しく、改善は困難だと思います。</p>
<p>在宅に帰る時期（最も適した時期）の判断が遅い。「今」という時を見極めきれず、地域連携する時間なく病院で亡くなってしまわれる方が多い。もっと早くに地域に連携するようになる必要がある。</p>
<p>・主治医の緩和ケアについての考え方。（よく知らないDr. もいる。）・途中で介護疲れや精神疲労で看れなくなった御家族のためにいつでも受け入れられる（入院させてくれる）病院の確保。・親せき等の偏見。（家族を責める。「入院させないでかわいそうだろう!」など）</p>
<p>ターミナルケアになると、急変時は24時間対応になります。呼ばれる頻度も高くなります。それに対応できるスタッフが必要になります。他の訪問もあるので、急変時、スタッフが時間があれば訪問できますが、今のところ呼ばれても訪問できるのは、訪問に行っていない師長が訪問することが多いです。ターミナルになるとほぼ毎日なので、スタッフ配置に気がつかない。</p>
<p>・看取りを担当して頂ける医師不足。・療養者本人は在宅での最期を希望されても、家族は病院での安心した看取りを希望されるケースが多い。・当方の様に、小規模な訪問看護ステーションが多く24時間対応をしたくても、することによる心身の負担が大きい。</p>
<p>～阻害要因～ ・家族介護力 ・家で看取るという家族の度胸 ・家で看取り方の具体的方法を知らない。～希望を叶えるための医療機関等に求められること～ ・家族教育 ・レスパイトケア ・住民への死生観の教育 ・看取り方の教育</p>
<p>在宅看取りをしてくれる医師が不足している。最期のときについての説明をきちんと本人、家族、医療機関、介護事業所間でカンファレンスを行うことが少ない。在宅では家族の負担が大きい、そのために何が必要か、どんな支援があるのか、病院には情報が少ないのではないかと。また、ケアマネージャーも医師との連携が弱く、そこからの情報を希望へと結びつける力が弱いのではないかと。訪問看護ステーションも、人員不足の中利益も上げなければならず、ぎりぎりの所でやっているの、回数を増やすことや、じっくり傾聴することもできないこともある。その地域での看取り体制作りなど、行政も入って、システム作りや予算や点数などの報酬面での改善がないと難しいのではないかと。</p>
<p>療養者、家族の思いを尊重していく姿勢が、必要である。看取りに向けて本人やFamilyの不安や動揺をいち早くキャッチして早目に対処していく。またいつでも連絡がとれる体制を支援する事業所や医療機関が存在することが重要である。阻害している因子としては、訪問看護ステーションの数がそれほど多くないこと。往診医も限られていること（訪問看護師や往診医の体制の基盤強化）当ステーションは常勤3名と非常勤1名の4名で、2台のケータイを持ち回り当番で対峙をとっている。土よう日、日よう日ステーションは、休日体制だが、緊急当番の代休もなく緊急当番は拘束されるため、精神的負担は多い。常勤看護師が増えないのが悩みの種である</p>
<p>訪問看護導入時にはすでに末期の状態であり、よりよい最後を送るための時間があまりにも少ない。短時間でfa、本人とコミュニケーションをとり、意志確認やどういふ方なのかを理解して環境を整えることの難しさを感じる。又、病院Dr、Nsの理解がまだまだ充分でない。そして制度も不十分であるため、本当に本人が望む状況にできないことも多々ある。在宅で最後をーという気持ちが固まらず迷っている。では何日間か外泊してみましよう。その間調子が悪くなれば看師さんが来てく</p>

<p>れますよ。というのは昔の話して外泊中のオプションでの訪問看護も不適とされ、外泊中何かあったらHPへ戻るよう話すようにと厚労省より指示があったとき。プロセス1つ1つが支援されるようにならなければ満足した最後をむかえられないと思う。</p>
<p>本人の希望はもとより、その家族が在宅で本当に介助が可能でぜったい医療機関や事業所が、24h体制でフォローすることの約束だと思う。入院中の介助者に対する教育の弱さ、看師など在宅に対する考え方が弱い。担当がばらばらな為、本人はもとより介助者の不安が大きい。ぜったい在宅で生活できることもっともっと話すべきである</p>
<p>在宅で最後を向える方はまず御親族のサポートなしでは困難かと思われます。経済的にも又精神的にも自宅だと思っていたが不安が…と病院へ行かれる事になったり又痛み等の訴え等もいつ起こるかも不明である為。</p>
<p>総合病院などでかかりつけ医として通っていたが、在宅への往診はしていないため、近医訪問医への転院について総合病院の方からすすめてくれる事はない(家族が受診へつれて行くのが大変と知っている。)家族が、希望を2回位話して、ようやく紹介状を書くケースもある。在宅で最期をと家族が希望していても、実際、家族の介助力がともなっていない、又は介助していく姿勢・意志があまりともなっていないケースもよくある。</p>
<p>病院のDrやNSが在宅療養についての知識不足。(在宅サービスの使い方。往診の可能なDr。訪問看護について。24h体制、看取り体制)</p>
<p>在宅での看取りをする医師がいない。</p>
<p>介護をだれが行うか。介護をする人がいるかどうか、介護者の健康状態はどうか、ひとりひとり違う環境や条件の中で在宅で最期を迎えるためには、介護状況や生活状況をみながら、不安を取り除く精神的なアプローチも必要。拘縮が進むと介護が大変になる。拘縮を予防していくことも大切になってくると思う。</p>
<p>在宅療養支援医師の情報のなさや、先生同志の連携のむずかしさがあり、訪問看護を通じて、情報を一般病院の先生より近医の先生へ提供する形が多い。もっと在宅看護の意識づけが社会に浸とうすれば、在宅療養の方が増加するであろうと思われる。</p>
<p>#1・24時間見守り、介護が必要であることから、介護者の力量次第です。緩和ケアが必要な場合は薬剤管理や在宅医による十分な対応が必要となります。↓・病院から在宅医の紹介。#2・家人が居てもターミナル期はヘルパーによる生活援助導入できる制度が必要です・レスパイト入院できる機関の充実が必要↓急性期病院であっても空BEDを活用できる制度を。#3・「医療機関」から「家へ」へのタイミングが遅すぎる。早い段階での在宅従事者の介入やカンファレンスの実施を。退院支援看護師の活動が不足、未充足である。・医療現場スタッフは、在宅へのイメージが理解できていない。相互間の移動を柔軟にし、風通しの良い雰囲気。#4・ターミナル期は介護区分をはずし、経済力に見合ったプランを立てられる様に制度改革をして欲しい</p>
<p>24時間対応できるかどうか↓マンパワー不足(医師、看護師)</p>
<p>・チーム医療が整っていることがまだ少なく、医師との連携が困難なケースが多い。・頻回でなくても月1回や定期的な往診を行うなど利用者、家族が医師との関係をつなげてほしい。</p>
<p>・癌のターミナルの方、脳血管障害で寝たきりになった方最後まで家族、本人が自宅と言う方がいますが、肺炎、嚥下障害等、合併症を併い家では見ていられない状況になった時、家族は入院を希望します。・最後はどこで見て行くかで医療機関との大変なやり取りもあります。医療ではなく療養状態になり、全介助を要する方の施設さがしや、お金が多額にかかる事でどうしたら良いか等々、家族がこの状況ではどう見て行くか介護拒否の人もいます。年金で入居出来る人は限られています。長生き=お金がかかる、今後、自分自身の事も考えたりします。海外の介護事情を見ていると、自身がみずからの手で、小住宅に移り住める環境が整い、愛用の家具等持ち込める施設作りが大切ではないか、いつまでも自分の時間を大切に、又体力低下を防止し生活出来る事が理想であると考えます。人々を一つの建物に入れ規則にしばらくの生活はADL低下につながると考えられます。</p>
<p>・何かの時にすぐにきてほしい。・介護方法をおしえてほしい。・Drと連携とってもらいたい。・最期はどうなるのか知りたい。家族の負担減らしてほしい。阻害要因。・家族に病気、介護についての知識がない。・家族に最期を看取る勇気がない。・家、部屋が狭い。・家族に負担がかけられない。</p>
<p>老老介護をする世帯が今後増加してくると思いますが、介護保険では、在宅でのサービスは不足します。限度額を越えれば全額自己負担となるため、経済的余裕のない方々は在宅で療養はできません。経済的負担が小なければ、在宅での最後を迎えられる方が増えると思いますので、社会保障で対応して頂きたいと思います。</p>
<p>・医療機関での往診体制や夜間、緊急時の対応もうけ入れ可能な医療機関が少なく、又、介護のわくの制限などがあり、又、家族の負担や、金銭的な面でも、問題があると思う。</p>
<p>医療機関、介護事業所に求められるもの。1、24時間往診体制の整備 1、24時間訪問看護体制の整備 1、専門的な知識や技術の習得 阻害している要因 1、医療機関や介護事業所の支援体制の不備(人員不足など) 1、専門的な知識技術の習得不足 1、介護報酬の適正化 1、在宅で最期を迎えられることの啓蒙、支援不足。</p>
<p>・独居の場合、本人、親族の同意と協力について事前の話し合い、ケアマネージャーが主体となってサービス調整。・本人と家族の希望の確認。24時間のヘルパー、緊急対応体制訪問看護、往診医、本人、家族の方の心の揺れるケースが多い。寄り添えるようにしていきたい。</p>
<p>在宅医の夜間対応が困難 訪問看護師の不足 地域的にむずかしい、山間部等におけるサービスの不足</p>
<p>阻害している要因は、家族の介護力、と経済力 利用者以外の家族も外部からの援助が必要であれば、最後を迎えることは困難となる 過去に本人末期癌妻RAで車椅子生活、母認知症、山間部の一軒家に住んでいる。屋外(自宅敷地内)で倒れていても外部サービスの訪問がない限り発見されないかもしれない。という状況があった。癌末期だったが年齢が若いため医療保険ではコストが高くなる。介護保険の認定を受けたが初期のため、支援となるため限度額内のサービスでは充分とはいえないがまた生活保護を受けて見て独居の方の看取り時も、介護保険枠内での対応がギリギリであるなど、サービスが使えれば何と</p>

<p>か可能となるだろうという状況でも、使えない…というのが現実です。お金も必要です。</p>
<p>・在宅を支える医師が少ない。・在宅を支える医師は、疹病コントロール等、緩和ケアの知識が乏しい。・在宅を支える医師、看護師、介護職員のより一層の知識技術の向上が、必要。・医療機関の医師、看護スタッフが在宅への理解（システムやイメージ）が乏しい。・一般の人々も同様・ケアマネも（福祉職）コスト又本人の希望にこだわり、必要なサービスをマネジメントできていない。</p>
<p>・医療機関は24h対応するための地域連携ネットワーク作りが必要だと思います。1ヶ所で365日、24h対応は、絶対に無理なので、連携し、連絡体制を整え、家族、療養者が安心できる体制作りを希望します・介護事業所は、マンパワーの不足があると思います。特に老健、特養では、看護師の人数が少ないため、重症者はみれない状況があり、看護師の人数の見直しが必要だと思います。訪問看護においても、マンパワー不足があり在宅看取りとなると、24時間交替で連絡体制をとりませんが人数が少ない事業所では、受け入れる療養者の人数にも限界があり、本人の希望をかなえたくても、すべてには、対応できない状況があります・療養者が希望しても、家族の理解がなければできない事なので家族に十分な説明ができる、コミュニケーション技術が必要</p>
<p>みとるための医療体制（往診医、訪問看護師）みとるための介護体制（ヘルパー）} 24h、みとりのための教育（家族、事業者）</p>
<p>ご本人の希望よりも、ご家族の思いが優先されてしまうことも多く、痛みや不安をいできつつ最期を迎えられることも多い。（ホスピスにすぐ入れない。又はご家族が断ってしまった。）医師がモルヒネの使用開始を迷われることも多い。家族老々介護では、支えきれず、サービスの利用に限度もあり、満足できる生活は困難。往診医が最後の最後に病院への入院をすすめることがある。また、祝日など大型連休で往診医（開業医）が不在で救急搬送されることもある。</p>
<p>各医療機関介護事業所間での方向性の統一とお互い連携をしようという意識が必要である。また療養者本人あるいは家族に対し、細かい説明や予測される経過を話し現状や病気に対する受け入れが自然に出来る配慮が必要であると考えます。特に医師においては在宅で看とるということに消極的なケースが多く、いよいよターミナルにて在宅で看たいという家族に対し夜間は対応出来ない往診も出来ないと言われその日に急遽主治医を変更し、その2日後に在宅で最期を迎えたという方がいました。「在宅で最期を迎える」理屈ではわかっているにもかかわらず実際の経過をとりはじめるとこんなはずではなかったどうしたらいいかわからないなど療養者本人家族にとまどい不安が出てくるのは当たり前でありそれを消去軽減するのは各医療機関介護事業所など周囲でサポートしている人達だと思います。また介護負担を減らすのも在宅で看取る事が出来る為の方法だと思います。介護者の介護能力を見極め不足部分をどうサポートしていくか重要であると考えます。</p>
<p>・往診医がない・「介護してくれる家族に負担がかかる」という意識。病状急変時の対応に不安がある（家族）・介護してくれる家族がいなく、補う環境が整っていない・本人と家族を支えるチームサービスが不十分である</p>
<p>療養者は「自宅で」と思っても、それと迎える家族が安心して受け入れる体制が必要である。時として、家族は、在宅で看護を初めて行くと「こんなに大変なの？夜が心配。本当に、これでいいの？」など色々な不安をかかえると思います。いつでも、どんな時でも、受け入れてくれる病院があるという安心が必要だと思います。今は施設病院の受け入れ体制をもっとスムーズに出来れば、良いのではないのでしょうか？</p>
<p>在宅で最期を迎えることを理解しているか？本人の希望がほんとうに在宅を望んでいるのか？見極める必要がまずある。本人の希望とそれを受け入れる家人との間の認識や思いにちがいがあってはうまくいかない。これが阻害要因にもなっている。本人の正しい希望をしっかりと家人に伝える能力が関係するには求められる</p>
<p>・医療機関を退院する際に本人家族に「最期の迎え方」についての説明が不十分である。入院していた病院での説明と在宅になる場合の往診医などが、きめ細かな説明をすることが大前提かと考える。更に入院中に看護師が看取りの心構えについて、医療従事者との合意の上、本人や家族に考える機会を作る事が必要である。訪問看護師は病状の変化を見極めながら、主治医との連携のもと、家族や本人と十分話し合う家族の不安を払拭するケアが出来る事が大切と思う。私達の事例で、在宅で死亡すると警察が入ると思っている方が居り説明後在宅で看取った方が居りました。</p>
<p>在宅療養者家族（介護者）にとって、自分達だけで看れるかという事と何かあった時にまた病院に戻れるのか、という事が一番不安なのだと思う。そのプレッシャーで無理だと思う人も多いと思う。そのため、支援者がこんな風にサポートすることができる、緊急時24時間連絡できる、入院が必要となったら受け入れてもらえる、という事がわかれば、在宅での看取りも増えると思う。一度、在宅に戻ったら途中で、やっぱり無理でしたと言ってはいけない。またはそう言っても病院は受け入れてもらえないのではないかとすると覚悟が決まらないのはわかる気がする。本人、介護者が選択できるサポート対制が必要と思う。</p>
<p>精神の訪問にていくつか不回答あり申し訳ありません</p>
<p>24時間での連絡、対応体制を望まれるが、待機者の確保、人員的なことでは実際、対象者が少ないので可能な状況である。</p>
<p>・本人が在宅で強い希望があっても、家族の意向で病院に入院されることもある。家で看ることの不安が強いと考えられる。とりまく皆で支えるためには主治医（かかりつけ医）のフットワーク、他関係者の統一した考え方が必要だと思う</p>
<p>・医師の死亡診断・終末期の家族の精神状態</p>
<p>求められていること1、24h対応体制・緊急時に診療や訪問看護ができる・必要時は入院の確保ができる。阻害している要因1、医療スタッフの在宅療養の理解が不十分2、早期より家族指導（退院に向けて）がなされていない3、MSWが関わりが少ない4、各事業所、ケアマネジャーの理解が不十分5、レスパイトの受け入れ先が必要6、経済的問題・入院していても自宅介護でも費用はほぼ変わらず。</p>
<p>死に対する、家族の不安が大きく、うけいれることが出来にくい。地域の医師は受けいれ良く、協力的となってきたように思える</p>
<p>阻害：本人、家族の死生観（←行政も積極的にTO、DFD等公共機関による教育、ピアーール変更）人の死に関することの減</p>

<p>少(病院でなくなる)・自然な死の経過がイメージできない。自宅で介護すること、看取ることが理解できず不安が先ばしる。・入院、在宅療養に関するコスト的な内容が不明・治療すると治るとい認識とどこまで治療をすればよいのか・本人、家族の精神的なストレス(病院でみないと周囲から非難されるという観念もある)超高齢であれば寿命が…と相談によりうけ入れられるが、若年の場合は期待感があるため、治療優先となりやすい◎病院医師、看護師の考え方がまだ治療優先となっている。在宅で看取れる方向への説明ができない人が多い。説明方法が未熟で不安感を増大させる場合も多く、入院から自宅に帰れない人が多い(非常に残念です)◎コスト面:助成のある場合と全て助成のない場合、不平等な公費の利用(特に生保、又母子、父子家庭についても理由により制限も必要ではないか→離婚(理由による)と事故死等では差をつけてもよいのではないかと考える・急性期病院(コスト関係)が多く、在宅看取りのできる場所が少ない(殆んどない)レスパイトも病院ではできない(重症者は必要)・ヘルパー(看ゴ師資格のある)の業務分担をして加算づけ等しないと、在宅での吸引、褥そうのガーゼ交換等は看ゴ師と家族だけでは困難がある。・施せつでの看取りも必須となっている。在宅者も(デিশョート時)急変あり</p>
<p>医療機関や訪問看護が連携を密に行うことや療養者の家族のサポートが重要となるためお互い情報を共有し協力しあうことが必要。また事例検討など行い、どのようにすれば在宅で最期を迎えられるのかを、多職種で勉強会などをくり返し行い地域の中での連携できる、機関を増やしていけるように顔の見える関係づくりを行っていく。阻害している要因については、入院中に“この状態では在宅ではムリ”と。先に医療者が本人、家族に言ってしまう、施設や転院先をすすめてしまう。在宅をあきらめてしまわれる事があるように思います。又、在宅で24時間対応して下さる、医療機関がもっと必要になるが、在宅で限界が生じた時に、いつでもうけ入れて下さる後方支援病院がもっとあればありがたい。最期を在宅で迎えたいが家族が短期間でも休息をとりたい際にうけ入れ可能な施設が(点滴が必要なケースe t c)特養や老健ではむずかしく、うけ入れ先の確保が必要。</p>
<p>在宅で最期を迎えるには、各医療機関、介護事業所は24h体制でいつでも対応できるようにしておかなければならない。しかし実際には訪問したNs(夜間)は翌日の仕事をどう対応するのか、別のスタッフがいるのか、又、別のスタッフで対応できるのか、が問題である。それと、連絡を受けて対応するまでの時間にも問題がある。家族にしてみればすばやい対応を希望されているであろうと思われるが…又、対応するスタッフが若いと家族も不安が増強してくる事も考えられる依頼を受けた時に看取りが出来る、NSでの対応と考えると、それぞれの施設(事業所)では困難な事もある。</p>
<p>家族・本人が最期は在宅でと、初めは、強い意志があっても、いざとなると家族は“様子がおかしい”と救急車を呼んだりDr往診依頼したりする。もし自分がそういう立場(家族に対し)になってみると延命処置をすると思う。</p>
<p>受け入れてくれる在宅往診医が減少傾向にある。</p>
<p>・最期を看とる医師の存在が必要。24hで対応してくれる医師がいないと、在宅の看とりは難しいと思います。・いくら在宅サービスが入っても、家族が自宅で看とると思えることが必要ですが、やはり入院してくれていた方が安心、との思いも強いこと。病院の主治医から「具合が悪くなったらすぐに病院に来て下さい」と説明されていると、家族は在宅で看とろうという思いから離れていくものだと思います。</p>
<p>他職種と密な連携。</p>
<p>・本人や家族が安心して、まかせられるチーム体制、・訪問診療と看護、家族、関係機関の信頼関係。・特に夜間の往診の体制が厳しい。</p>
<p>24時間対応できる体制が看護師にも医師にも求められています。</p>
<p>自宅で最後を看取るといことへの本人、家族への十分な説明とバックアップ体制がとれていない。(事業所としての体制、医師の協力)</p>
<p>・主介護者も高齢者で、共倒れの可能性が高い。・主介護者の看取りに対する不安・社会的に在宅での看取りは十分に医療を受けさせていないと思われるが。</p>
<p>医療、福祉、介護の連携が必要</p>
<p>在宅でサポートしてくれる医師があまりに少ないのでは?</p>
<p>訪問看護ステーションでの勤務は3ヶ所目です。1つ目は在宅中心の診療所の開設でしたので、医師はじめ、リハビリ職、介護職、外来、地域の他事業所とも連携が良く、良い形で高齢者中心の在宅、在宅死の支援も経験しました。2つ目は、エイズボランティアをしていた看護職で設立したステーションでした。HIV/AIDS患者、難病、障害者中心で、医療保険中心でしたので、在宅資源(介護、在宅医等)をさがす、開拓する、問題は発見した人が調整する、等、病院との連携が悪いケースもあり、本当に苦労しました。現在は障害者・難病の方が多いです。利用者ご本人の生活意識が高く、又、当事者ピアカウンセラーが、様々な対応や精神的ケアにもかかわって下さり、看護・介護間の連携もうまくいっています。課題は、地域に在宅をみて下さる医師がほとんどいないことです。特に、精神科領域、障害者・難病を理解して対応して下さる医師が少なく、今後の課題です。(病・診共に)訪問看護師の確保も困難で。これも今後の大きな課題です。システムの問題が大きいこともあげられます。(呼吸器つけなくても■■りとか)24時間ケアの必要な人もいて介護保険では生きていけません。又介護保険サービスは生活や■■思な人の生きがいをもたえたサービスにはなっていません。医療の必要な要介護者・障害者のもんだいも対応されません(ex.自己注射、等)</p>
<p>関わる人たちが連携して、本人及び家族を支えていくことが必要だが、いろいろな制度に限界があり、十分にできているとはいえないと思う。いざ、本人の苦しむ姿を見ると、覚悟をしているはずの家族でも、それができなくなることも多い。その時に支えていくことが難しいと思う。</p>
<p>24時間の連絡体制の確保。療養者を24時間看ている家族の身体的、精神的負担が大きい。</p>
<p>本人、家族の経済状態によりサービスを受ける制限があり、提供したくても、できない場合がある。そのため各機関事業所が、うまく連携し患者本位であるよう、細かくカンファレンスを密にし臨機応変な対応が必要</p>
<p>・在宅で最期を迎えたいという希望がありますが在宅医の確立がされていない為、希望が叶えられない場合も生じると思いま</p>

<p>すので、住み慣れたわが家で最期を迎えさせられる様先生方の協力を得たいですね。</p>
<p>ご本人は在宅で最後を迎えたいとの思いがあると思うが「遠慮」があつて口に出せないのではないか？よく訪問に行くと、「素人だから何もできない。」とか「家族に迷惑をかけるから」とか話される。また地域性もあるのか「こんなひどい病人を病院にも連れていかないで…」とか言われる。介護者の立場や仕事、経済状況にもよるのではないかとこのような要因があるが、今後希望をかなえるためには訪問看護ステーションも24時間連絡体制だけではなく、病院のような夜勤体制をとり、診療所や病院等と一緒に取り組むことが必要ではないかと思う。「在宅で最後を」ではなく住みなれた場所「グループホーム」や「高齢者賃借」「老人ホーム」…でも良く、ご自分で選択できればよいのでは</p>
<p>家族、本人の不安を安心にかえることを求められる、阻害因子は介護力だと思ふ。介護力を補う為、ヘルパー訪問看護を使う時に制度的なところで制限をかけられるとところで在宅で最期を迎えたいと思う人たちの希望をかなえられないのだと思ふ。</p>
<p>治療をしないことは悪いこと。自然な死の受け入れが、何もしないことと思ってしまう（医療者も家族も）こと。患者を主体に何が最適なのかを考えられないことが多い。「在宅に帰りたい」というニーズが出れば、病院内だけでなく、地域の在宅医や訪問看護師を含めて、どうしていけば、そのニーズが充足できるかを話し合うことが必要だが病院内で解決しようとしてしまいがちである。病院内だけでは、考えがせばまれてしまうことが多く、在宅へ帰すタイミングが遅くなる。</p>
<p>小規模の事業所で、アンケートにじっくり取り扱ふ気持ちの余裕がありませんで、誠に申し訳なく思ひます。アンケートの答えになりませんが最近よく思うことは、同居していても親子関係の稀薄です。中途又は初めから一同居で、長年数年の係りの中で何らかの感情のもつれや、こだわりの中で型づくられているのだらうと思ひますが、「助け合い」の心が見えません。お互い気使い遠慮し合ひで助けを求めるとも、同居者の支援も自ら手を出すことをしないことです。介護サービスが利用出来ありがたい面もありますが、かえってそれが家族間の疎遠を招いているように思ひます。外部の支援も、もちろん必要だと思ひますが最近は何よりも、在宅で暮らすなら身近な人の人間関係を取りもどすことが大切に思ひています。昔のように一。</p>
<p>在宅療養支援医療機関とそれに携わる医師の不足。訪看に携わるNs不足。医療保険制度の見直しや、在宅医療を望む家庭への社会保障の見直し。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・各医療機関、介護事業所が24時間対応できる人、物、技術を持っていること。</li> <li>・暮している環境が整はない。経済的な不安がある。</li> <li>・事業所に医療器具など十分な備えが出来ていない。</li> <li>・十分な時間を提供できるとしたらボランティア的なことが多くなる。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅で看取りをしてくれる医者が少ない</li> <li>・看取りは積極的で往診は消極的な医者</li> <li>・在宅療養に積極的は医者が少ない</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間体制の事業所があつても、実際は対応不可能といわれる。</li> <li>・往診医が少ない。</li> </ul>
<p>主治医の考え方。家族の不安。ケアマネの理解不足。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・れんけいHP+在宅。DrNS・せつめい。在・関係中カンのれんけい+支えん体制サポート力。fe・介ゴ力の評価→足りない所支えん</li> </ul>
<p>自宅での介護不足が最大の原因で診療所で受入れてます。皆様、職務、子、夫妻あり、経済的にも困難である。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・癌性疼痛をもたれた人に関しては確実に麻薬を取扱える往診医がないといけなひ。</li> <li>・介護者の問題。家族の生活を支えていかなければならぬ為、介護の為に仕事を辞めることは不可能な立場の人が多ひ（特に若い方）。在宅での看取りは理想的ではあるが、その人がその人らしく最後まで、いられる空間を作る為にご家族が、納得して介護されるならいいが。生活の犠牲がそこにあってはいけなひと思ふ。理想的な在宅での看取りを支える為ご家族のできる事、できない事を認識した上で、訪問看護の導入し、医療的立場からご家族様のターミナルへの介護指導～グリーフケアを支えてもらひ、介護負担の軽減から可能な状態の時ではサービスの利用や、通所困難になっていくのようになってこれは訪問介護の利用をし、各サービス同志での利用者に対する情報交換（申し送り）ができる関係作りが必要ではないかと思ふ</li> </ul>
<p>本人の意志はあつても、家庭の事情がありなかなか受け入れが難しい状況である。医療機関でも、在宅移行希望はあるが、受け入れの実情を把握しきれない状況もあり、今後は入院時より退院支援に向けてのカンファレンスが活発にならなければいけなひと思ふ。病院のスタッフも介護事業所の把握を行なわなければいけなひと思ふ。院内でも、退院支援室の設置等が必要となると思われる。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・往診医が24時間対応してくれない。（在宅療養支援診療所以外でも、24時間対応してほしい）</li> <li>・家族の受け入れ「家族も在宅で最期を迎えたい」とおもふ。</li> <li>・介護事業所だけでなく、ボランティアの参加も必要である。独居の人は、とくに、必要。</li> </ul>
<p>在宅で受けられるサービスについての説明は、医療機関や事業所に求められることだと思ふ。現状は、病院ナースが在宅生活のイメージや介護サービスについてあまり知らないこともあり、起こりうる問題に対する不安を持ったまま退院になったり、またその不安が解消されないために在宅で最期を迎えたいという希望を断念してしまうケースも多いのではないかと思ふ。在宅看護、介護に対する情報提供不足は阻害要因として大きいのではないかと。十分な情報を伝えた上で、ご本人やご家族が自己決定できるよう支援していくことが重要と考える。独居や高齢者のみの世帯では、在宅で介護や看護の必要性が高まった際に、現在の公的なサービスの利用だけでは厳しい面がある。在宅で生活をするためには専門的な介護や看護の一部を必ず家族が担わざるを得ない部分があり、高齢化が進む中、老々介護の状態では自宅での療養をあきらめざるを得ない現状もある。</p>
<p>影響していると思ふ要因・病状・年齢・本人の精神状態、希望・家族の精神状態、希望、健康状態・介護力、協力態勢・在宅（を訪問してくれる）医師・ヘルパーや訪問看護の介入があるかなど</p>
<p>対応能力の拡大（人材、知識、技術）家族の死に対する不安や理解力不足、介護者の介護力と介護量不足、まだ病院で死ぬものであるという思い。今までの関係</p>
<p>ケアマネジャーやヘルパーも在宅での看取りについて知識が不十分。高齢者世帯が増えている中、サービスを利用したとしても、心身共に負担が大きくなるため、本人の意志に反して病院での最期となることが多い。若い世代は、自分達の生活があるため就労しながらの介護となれば負担が大きくなる。都心と異なり老老介護が多い。本人は在宅を求めても家族背景や介護</p>

力を考えた時に病院にならざるを得ない。
・家族の介護体制がとれない・急変時の対応、連ケイ等が困難な事例もあり
介ゴカ力の低下。本人の希望。家族の希望。往診医の少なさ。在宅の見取りを知らない
・在宅往診医が少ない。・末期がんの場合、麻薬対応できる往診医が少ない。・介護保険利用にて転機を迎える場合、経済的問題から、訪問看護の訪問が制限されることがある。→家族の不安増大により入院となるケースあり
1、大切な家族（本人）に対する死相感についても考え方がまちまち。（家族間の葛藤）→家族のあり様が時代とともにかわってきている。2、死をむかえる過程で生命体の変化が説明されてなかったり、説明されてもうけ入れられず、不安や恐怖心がぬぐえない。3、苦痛を伴うことへの不安が大きい。その場に立ち会うことの拒否感。4、延命治療はしないと決心したものの、苦しくなった時状態が悪化した時最後まで治療（できるだけ積極的治療）してほしい。見捨てられ感にかわる。5、在宅でうけ入れる時、日常性が非日常性にかわる心的負担。これらを考え、家族や本人の不安をひとつひとつつうけとめながら一緒に関わる支援者と思っていただけの信頼関係、誠意が築けると、結果として在宅で最後まで看取りができた満足にかわっていく
医療機関での在宅療養の方法についての件、その役割と介護保険制度についての件等。情報が不十分に理解されているケースもあり、本人、家族の思いとのずれが生じる場合、退院のタイミングをなくしてしまう場合がある。相互に情報共有してどこでも安心と連絡、連携が図れる場にできれば、在宅への移行や医療への移行（入院精査自的等）がスムーズに流れると思う
刻々と変化する療養者の状況を主治医に報告しやすい環境と密な連携が必要。介護の必要度も増していくことから、ケアマネとの情報の共有も大切である。医師・訪問看護師・ケアマネ・訪問介護、本人、家族が一同に介して話し合える事ができると良いと思う。重症の方に関しては医療・介護の担当者（Dr. も含む）が定期的にカンファレンス等を行えばと考えるが、忙しい勤ム医はとうていそこまではできないと思うが。訪問看護の事業所間のコミュニケーションがもっとあってもいいと思う。他事業所の良い所を導入し、改善していくことで訪問看護の質も向上していく。
○安心して在宅で過す為には受けたい時に医療や介護が受けられる環境が必要。阻害要因○訪問診療に出かける医師が少ない（医師不足）又その意識の薄さ。○訪問看護不足で十分な訪問回数を確保できない。
・ご家族の体制が十分でない、負担感。・緊急時の往診体制の安心感。・訪問看護の体制の安心感、充分な納得、説明を本人、家族にできているか。
希望をかなえるため求められている事。・不安の解消→訪問頻度、緊急の対応、病状の説明。・往診してくれるか？病院で最期にするか？の方針決定。・介護力不足をどのようにフォローしていくか→介護サービスの利用説明。・本人が辛いのか→辛いようにしてほしい。阻害の要因。・本人、家族が不安を解消できず勇気が出ない。・医師（今までのかかりつけ医）が往診拒否された。・家族の関係、介護力の低下。・家屋の狭さ、ベッドを置けない、片づいていない e t c .
かかりつけ医の緊急時対策が不十分である事が本人及びご家族の不安材料になっています。又「最期は病院」という社会的風調も阻害している原因ではないかと思えます。
病院から在宅へ帰そうという流れが病院側にあるのかなー病院ー病院で家にはなかなか結びついていない感がある。家族も、65才過ぎて「家にいれば」「元気であれば」「診てあげたい」と思うのではないか。女性の場合、夫、男性におむつ交換してもらおう抵抗があるかも・介護保険の活用推進を
・最期についての説明が不十分・説明はされているが、ご家族の受け入れが不十分、家族の不安が強い・病状が突然のケイレンや痛み呼吸苦など本人が苦痛を強く訴える場合、や、吐血等の激しい症状が出る場合・夜間の不安にこたえるための相談や訪問が必要だが、十分答えられないと在宅看とりはむずかしくなる・最期にむけてこの状態の変化を予測して説明されていない場合・一人暮らしはなかなか在宅ではむずかしい・本人、家族と医療機関との意志そ通が不十分な場合・関連機関、CM、訪問、医療機関、HH等のコミュニケーション不足、連携がとれていない場合。・医療機関の体制が不十分、訪看体制不十分。
社会情勢もあると思います。看、介護を担う家族が高齢であったり疾病を抱えていたり、共働きや職がなく生活に困まっているなどの家族背景があるため、在宅介護の環境が整備されないため困難であったりします。また、医療者側では告知が進まない、または告知をしてもその後の相談支援が確立されていないまま療養者や、家族がおきざりにされている。治療ありきでどこまでも治療しないと医療者の責任を問われる時代にもなっていることに明確な意志を示せず医療的処理をしてしまう。コストUPを図るための医療処理をすることで死に対する自然な思想や倫理がくずれているのではと思います。死に対する個人の意志を尊重したいが、余命が長期化するにつれ意志確認ができず家族が個の死に関して責任を負えない感情もあると思う。在宅支援診療所の在り方も疑問、病院との連携もあいまいで在宅移行になった後も家族、療養者の終えんの場所に対する意向や、治療継続の選択の説明はない。在宅医の説明責任の認識があいまいのような感じがしています。ケアマネージャーも介護支援のみに的をしぼり、人生の最終ステージ時に他方向からの視点で家族を支援療養者を支援していくためどのように協働者を選択、マネジメントしていくか、考えて欲しいと思う。
24時間対応、いつでも医療関係者が来てくれる安心。本人と介護者の強い願いと意思、それを後押しする支援者。親族の意思統一
主治医の死生観で利用者を診る為Drにより当りはずれがある。Dr同志の連携が取れておらずプライドがあるのか緩和が出来ない。大病院（入院していたところ）と地域の病院の考え方が違う。介護事業所、ターミナルへの介護の知識が乏しい。時間以外の延長はしない。
・かかりつけ医が自宅へ死亡確認に行けないと最期に病院へ行かなくてはならなくなる。・在宅で死を迎える＝何も治療しなかった、病院に連れて行かなかった、と周囲から言われてしまうのではないかと、という家族の不安。・上記、家族自身も考えていて、在宅にいただけは悪い事と考えてしまう。治療をすれば、少しでも良くなるのではないかと、という思いがある。・在宅で看取りができるシステムがある事をあまり知られていない。・看取りをしてくれる医師が少ない。
・各医療機関、介護事業所は本人が「在宅で最期を迎えたい」との希望があれば、体制はほぼ整っていると思う。阻害要因と

<p>しては家族が本人の希望を受入れる事が出来るかが大きな要因と思われる。</p> <p>在宅で最期を迎えたいもしくは迎えさせてあげたいと希望されている療養者や、その家族は多いと思う。しかし、現実はその希望を叶えられたのは、ほんのひとにぎりの人達だけだと思う。在宅での見取りへの不安（その要因として、どのように症状が進行していくのか？何かあった時には直ちに医療などへ連絡でき、対応できるのか、もしくは、指導が受けられるのか？経済的には？e t cがあげられるが）を打消していかなければ、在宅へふみ切れない。医師が疾患の説明を行う時期にケースワーカーや、看護師等も在宅への説明、イメージ作りを行なうことが大切である。又、在宅への意向があると判明した時点から訪問看護師、ケアマネなどとの関わりがあれば、在宅へ帰ってからの信頼関係を構築しやすいと思う。</p>
<p>どの程度の医療を行うのか、望むのか、主治医から病状の説明時に折に触れ話し合いをどの程度行っているのか、その説明を行う時に誰がその行為をいつどの様に行うのか。診療所のナース、訪看、家政婦、家族や協力者がいるのか。お金もかかるし、遠慮や不安定さがある。家族の望みも本人と同じとは限らず、病院に入りたい、家で看たい逆のパターンもある。イメージと違って最期は静かには行かず大変苦勞し、後で介護者が入院したり、心に深い苦しみや後悔が残った方もおられる。入院してその後を考える事も1つの方法で、レスパイト的に入院しても本人のADL体力共気力も全てが低下し、退院する時には入院前よりも介助量が増え、サービスがかなり厚くなってしまいうケースもある。癌末やご高令の方の場合は、サービス側もよい意味でのあきらめ、受容、限界、寿命であると冷静にとらえることも必要ではないかと思う。できるだけ自然にと希望すればその家族本人の気持ちを尊重し、思い出作りの要素を大切にしたり、サポートをしていくことも大切ではないか。急変＝痛み、苦しみのない様に医療チームは観察を行い、生を全うでき家族との時間を安心して過ごせるようサポートすることが大切ではないか。家族以上に熱意ある関わりを持とうとする方がいるが、私達は立場を考え、一線を保ち、周囲とのバランスを考えながら関わらなければならない。それが正しい論じてしまうと他のサービス提供者が自責の念を抱き、ご家族にもプレッシャーを感じさせてしまうのではないか。</p>
<p>家族がいても医療処置他、ケアが必要であれば訪問看護や介護の介入が必要であるため体制を充実させる</p>
<p>「在宅で最期を迎えたい」御本人の希望があっても、家人の負担はとても大きいと感じる。その療養者本人との関係や、とりまく親戚、経済的な事や、介護者の数、年齢などで在宅ですごす事ができない事が多い。・在宅ですごすにはお金がかかると感じる。介護保険内でおさまるサービスだと、やはり家人の負担が大きくなると思う。サービスも、家人は側に居るだけでよく、オムツ交換や食事、介助e t c、全て、他者に任せる事ができるなら楽かとも思うが、そこまでサービスが整えられない事が多い。・親戚の方々にも本人が意志を伝えていければよいが、周りが病院につれていってもらえないと考え、家人も周りに気づかない意志が尊重できないケースもあった。</p>
<p>求められること①医療職はがん告知や余命告知だけでなく、家族も含め死生観をきちんともてるような説明や関わりが必要②療養早期からの病院と在宅医療職との密な連携③症状緩和がはかれること（痛みや呼吸苦の軽減）④在宅主治医と訪問看護とが連携をとり24時間対応できる体制があること⑤必要な時に必要な介護が提供できる⑥病院医療職の在宅療養への理解促進⑥ケアマネジャーの医療に関する理解が不足していても必要な医療に結び付けられるような仕組みづくり阻害要因①家族が死を怖がり亡くなるということを受け止められないこと②痛みや苦痛がコントロールできない時。③独居や高齢世帯で介護力がない。④介護保険制度の限度額設定により多量の訪問介護が必要な方には訪問看護が入れない。⑤在宅医療職と患者や家族との信頼関係やコミュニケーション不足⑥ケアマネジャーの力量の差⑦一般の人は医師や看護師が自宅に来てもらえるとは思っていない。また、高額な費用がかかるのではという不安を持っている。⑧看護師の本来の役割が認識してもらえない。（お世話する人と思われている？）⑨利用に結びつくまでのハードルが高い、癌末期であってもまだ動けるから訪問看護は必要ないとケアマネや本人・家族からいわれることがよくある。⑩病院主治医の在宅療養に関する認識がない。患者が切望しており、在宅での受け入れ態勢があっても病院主治医が在宅療養は無理と決め付け、訪問看護は必要ないと指示を出してもらえないこともまれにある。</p>
<p>精神障害者の訪問看護を行う事業所として発足。最初は若い人の障害者が多かったが、最近は高令者の精神障害者の訪問看護の依頼が多くなっている。そういう意味では今後このような看取り時の対応などが増加するものと思われる。開設2年目に入りました。</p>
<p>24時間体制での実訪問できる状況、相談できる関係作り。核家族化がすすんでいるが実際に介護に関わるのは嫁、長女が大半という意識が在宅介護を困難にしている。24時間、実際にすぐみてくれる医師（往診）が必要。</p>
<p>主治医、訪問看護STにおいて、24時間対応を確保していく。介護者の負担軽減に向け、介護事業所の役割を、状況変化に応じ検討していく。</p>
<p>在宅医が少ないために医師の負担が大きく、なかなか在宅医が決まらない。本人の意志はあっても家族に迷惑をかけられないという思いが強く、家族の意志や思いを表出させるかかわりが少ない</p>
<p>現在、当法人診療所におきましては、家族、本人の希望、もしくは、急性期病院での治療の必要性がみられる場合を除き基本的には在宅での看取りをしております。平成18年度の制度化以降、小規模多機能型居宅介護事業所および地域密着型特定施設入居者生活介護施設を診療所より5分のところに設置し、在宅での介護および医療の継続が困難になってきた方、また、その家族の為、これら介護事業所を共に在宅医療の継続を続けております。介護事業所に出向き在宅医療を継続することは、介護保険上の取り決めもあり、診療所の医師や看護師の負担は大きくなりますが、介護事業所の努力も含め、現在のところ施設において年間10～15名の看取りを行っております（小規模多機能型居宅介護25名、特定施設入居者生活介護29名（現在20名ユニットで運営））本人の希望をかなえる為に必要なものは、ひとえにスタッフの心構えなのではないでしょうか。しかし、当地域に関しましては、看護および介護スタッフの不足も大きな問題ではあります</p>
<p>医師との連携・医師の在宅訪問への理解度</p>
<p>治療を病院でうけていると、いざ在宅看取りの時期になって紹介され、関わる期間が、短かすぎ、家族負担が大きい状態が以前より多くなっていると感じる。化学療法等をうけながら、体調管理を在宅医がうけもつなどの流れがあると、不安等、生活</p>

<p>に添った支援にもつながりやすくなると思う。病院→在宅医への紹介状をもたせた場合、もったままになり、ギリギリのタイミングで受診したり、間に合わなくなったりして、病院へ緊急搬送（死亡確認）となる。病院からのネットワーク強化、支える在宅サービス側、市民への啓蒙活動など必要と考える。</p>
<p>・24時間、緊張が続く家族の負担が大きい。（後方支援の整備）・退院前の病状の説明が適格（切）でない（自分の病状は正確に知る権利）・外泊訓練を何度か行い、サービスも入れるようにして、イメージを具体化してから在宅に移行する・退院指導は、上記の外泊訓練で訪問看護師が行う方が在宅生活に慣れ易い（移行し易い）</p>
<p>・夜間急変時が家族のみでは難しい。</p>
<p>単身生活者では最期の看取りが困難で死亡診断書を書くDrが嫌がる</p>
<p>・依頼できる在宅医が少ない24時間365日を一人の在宅医で支えるのは難しい・地域の医療機関がハラクベッドを確実に確保できない。症状マネジメントや在宅の困難と本人や家族が思った時入院の調整が難しい再入院した時最期は家でといわれたので何で入院してきたのと心ない医師看護師の言葉もあったりする。・在宅で可能な医療処置で良いと本人家族が思うことができない・介護サービス提供者（ヘルパーなど）も在宅で最期を迎えるということにどの様に支援していくか不安が強い</p>
<p>阻害要因・介護者の精神的な不安が強いため入院治療する。・在宅医師が高齢化し、緊急時の対応がむずかしく入院をすすめる。求められること。・介護事業所、訪問看護、医師を含め皆で支えることをアピールする。（私達は、皆であなたを支える、こまった時は呼んで）・ケアマネの協力</p>
<p>訪問診療、訪問看護の充実。事業所スタッフが障害者やターミナルの方を受け入れ対応出来るだけの介護・看護のスキルアップが必要。家人の介護技術（介助や介護方法）を指導する場を設ける。家人が在宅での介護が負担や不安の要因となる事が多いのであらゆるサービスを活用しながら本人自身や家人の負担軽減になる様情報の提供・サポートを周囲と連携しながらすすめるなければならない。その他ここ最近NPO法人による（？）「その人の希望を叶えてあげる」活動が目立つようになってきたがまだまだ一般の人には知られていない。そういった活動が増えれば「在宅で最後を迎えたい」だけでなく「生きること全体」が充実するのではないかと</p>
<p>☆病院が在宅で看取りができる。モヒやDiv。（入院中とほぼ同様な医療が受けられる）事を知らない。☆病院が知らないことで、患者へも、情報として、伝えない為Ptも知らないから、できない☆緩和ケアを行える。在宅診療所が少ない。☆70才以下の若い人の医療費が高額な事</p>
<p>病院スタッフが在宅は無理だと判断し、本人や家族の選択肢をうばっている。開業医が少ない。専門の開業医が少ない（内科ターミナル、神経難病）24h往診できる開業医が少ない。地域によって在宅に対する知識が低い（一般の方）（家族会や、家族向けの講習）利用者が集える場所が少ない。（遠い）</p>
<p>ご本人の人生の終焉にたずさわらせていただくことへの感謝の気持ちと共に、意志を尊重した支援ができるよう誠意を持って努めていくことが大切である。各職種間での連携を図り、チームとなってそのことの支援をしていく必要がある。在宅での最期をのぞまれても、日・週単位でこくこくと変化していく状態へ、ご家族の不安がつものこともあり、ぎりぎりのところで医療機関への入院を希望される場合もある。それはそれで、ご本人・ご家族の意志を尊重するよう働きかけるべきであり看取りの段階での入院の受け入れがなかなか難しい。急性期病院においても、在宅療養者への理解と連携の努力が必要となってくると思う。</p>
<p>求められる事：緊急時に連絡がとれ、在宅に来てくれる医療従事者がいる。相談にのってくれる。介護者家族が安心していられる連絡体制。介護者家族が負担にならないように、使えるサービスがある。経済的な面。阻害：求められている事ができない状況。本人と家族の関係性。1人暮らし。介護の協力者がいない。老々介護。</p>
<p>サービス体制が整い安心が得られること。マンパワーが充分得られること。家族や本人の思いが、理解され、それに対応できること。十分な話し合い。</p>
<p>1. 24h365日の体制。2. 病院医療者と在宅の連携。→在宅可能かどうか医師が決めることがある。患者が自由に希望が言えない。在院日数短縮の為に退院させる制度のあり方。3. 地域の連携によるバックベツ整備。</p>
<p>本人と各医療機関等の連携（人手不足、共有できる時間の不足</p>
<p>・家族の方が24時間介護できるか？ということが1番である。「在宅で最後を」と御本人が希望されても、家族が不安をいただき、病院へといった流れが多いです。（介護が大変）阻害しているのは家族の受け入れ心理だと考えています。</p>
<p>・在宅での環境整備。（各サービス事業所間の連携）・医療機関との連携（緊急、急変時の対応）・阻害している要因・制度の関係で、出来ない事が実際は多い。・家庭の環境もあり、老々夫婦だと介護負担となり、在宅生活の継続は難しい場合が多い・金銭面で十分サービス利用ができない・医療機関が最終的に見取るため介護事業所が、利用されない場合が多い。</p>
<p>最近、山間部、独居、ターミナルの利用者様を訪問している。最初は訪問介護を利用したが、本人の状態が悪化し家政婦を導入し、現在は通して看病してもらっている。今後の経過がどうなるか、最終の看取りはかなりむずかしいと思われる。すこしでも家にいたいという希望はかなえて援助したいと思うのだが…。家族の人数が少なく、介護者（キーパーソン）不在のケースもある。又、老老、認認、及び家族が障害、独身の子とその片親といったケースがとて多くなっている。サービスの内容が変化している。（本人よりも家族）</p>
<p>「死ぬ所は病院」という意識が根づいてしまっている。往診してくれる医師・医療機関があり、看取ってくれることや、訪問看護の存在が知られていない。</p>
<p>家族・本人の希望を聞きできるだけかなえてあげられるようにしていく事が大切だと思います。最期をむかえるに当たり、どういうビジョンでむかえるのかを考えてもらえるようにアプローチしていくために、医師からの説明も大切だと思います。</p>

（訪問介護事業所） 問22

・支援すべき者全員が、同一見解に立つこと。・家族が心から最後を自宅を迎える準備と心がまえがあること。・社会全体と

して在宅でみとる事がまだまだ浸透していないと思う。
<b>医療との連携</b>
人材の確保とある一定のモデルの立案。在宅で最期を迎えるにふさわしい個人の尊厳に重きをおきたいが、体制上やご家族の意向も加味すると、なかなか希望どおりとはいかない。安全面の配慮等も含めると、各機関との密な連携が重要であるが、人も少なく常々顔をあわせることも少ない。本人を中心にすべてがまとまってひとつの支援の輪をつくるためには、体制に余裕のもてる人材確保と、それを促す介ゴ報酬の加算が必要である。
・家族介護の限界―最後の最後で救急車を呼ぶなど家族が不安に思ってしまった。・24時間体制の在宅医が不足・在宅医の説明・モルヒネなど痛みの管理ができず苦しいときはホスピスになってしまったケースがあった。
病院は「病院が全て」と思っている節が強い。病院スタッフは現業があり在宅には来ない。連携したくてもできない。
<b>特になし</b>
ご家族の環境と意志が重要である。きちんとした連絡方法の確立。ご家族と事業所間での契約のとりかわしもいずれ必要となるのでは…？最期をむかえる時に、私たちサービス事業所が責任を問われる事のない為には……？なかなかきちんとした事を細かく説明して取り決めておく事が、必要なのに言いにくい部分もある為に不明のまま部分が多い状態で終わることも多いです。病院から、在宅へ（ターミナルとして、戻ってこられる方が多いです。）ご家族も手さぐり状態です。支援する私たちはご家族・ご本人の要望にそった支援をさせて頂く事に専念（急な対応）（1日3回の対応を早急に）など条件としては、きつく、きびしく、人不足の事業所の多い中、きびしい状態です。
<b>地域の医師のネットワーク！</b>
専門職が入院や入所を勧めるケースが多いと感じる。本人・家族が在宅を希望していても「在宅はもうムリ…」と突き放してしまう専門職が多い。又、本人は在宅希望でも、家族が入院させてしまう事もある。本人が入院を望んでいるなら、入院は妥当だが、本人が望んでいない入院、入所が多すぎるのではないだろうか？
<b>ターミナルケアの難かしさ、連携</b>
24h対応はしていてもずっとそばにいられるわけではないため、在宅で一人ですごす時間が不安でいっぱいになる。体調がわるくなったとき本人も家族も動揺して「やっぱり入院したい」と言いだすケースも多い。本人・家族のはっきりとして意志確認や説明が大事。精神的ケアが重要になるので、ヘルパー・NSはそういう研修をうけたい。また死について残された時間についてゆっくり向きあえる人が必要。→たとえば町の中に何ヶ所もある寺社の僧職・神職の人とかが訪問してくれたらいいのと思う。
<b>わからない</b>
<b>家族の理解の低さ。施設実態の知識のなさ（家族・本人共に）</b>
医療関係、本人、家族、ケアマネ、地域社会、訪問介護員との連携、記録を密にする。ケアマネジャーはじめ介護職の方は福祉の原点に戻り考えて欲しい。私個人2010年10月31日で事業を廃止しましたが、今迄携わった方、地域の相談やボランティアに追われ全てお金ではない事、心のケアをして居ります。皆様が心を豊に人生をおくって欲しいと思います。
・介護者の状態把握・本人の健康状態・訪問診療の医師との連携（今現在まだ不足している）→ケア、マネーを通さないと返事しない医師が多い
・石飛Drの「平穏死のすすめ」的な医療者側からの病院での最期が本人にとっての最高ではないことを知らせる機会をつくる。・医療側から「何が何でも死なさない工夫」をしすぎないことを社会的に認めさせる。手抜きではないことを。・本人と死生観について話し合う機会をどこかで誰かが作る。・死にゆく方を看つづける不安をへらす情報を様々な機会に流しつづける。・本人らしい「生」を尊重する。・介護者側は医療機関に丸なげしないで不安と対処を工夫する。
<b>在宅医を中心としたチームケア。</b>
<b>家族の理解受容</b>
1、在宅系サービスの使いずらさ ショートステイは複数チェックし調整むずかしい。訪問介護30分はヘルパー嫌がる、利用者も嫌がるが経済的余裕のないと限度額のため承諾している。男子在宅のヘルパーは当地ではまだまだ嫌われる。利用者も男性であってもプロ意識を利用者が嫌う。特に訪問系2、利用者とその家族の希望がない。利用者がのぞんでも家族が平和に暮せないと入所希望する施設入所が安心といわれる。利用者は家族に逆えない。
<b>サービスの質・量</b>
体調維持をすること。・訪問診療、訪問看護など医療系の関わり・医療用具の準備・ヘルパーの医療に関する知識
社会福祉法人に付きものの法人、施設監査。あまりにも担当職員の応用性の無さ。法律、規準通りの指導しかしてこない。対人援助を実践しているということが分からないと思う。
在宅で最後を迎えたいと思っても、身体機能が低下すると家族も不安になり、病院や施設を選択される方が多くなっているのが現状です。また、家族も仕事を持っている方が多く、仕事を辞めて介護する方はほとんどいません。したがって施設入所が増えているのが実状です。
阻害要素としては本人の示す病態。痛み苦痛に対し本人と家族がどこまで許容でき、それに対して在宅医療が対応しきれぬのかということ。逆に言えばこれを可能とする医療の提供が「在宅で最期を向える」際のKeyとなる。2つ目の阻害要素は支給限度基準額。サービスが必要でも金銭的に負担できずに、という状況。
<b>ヘルパーの医療的・生命学的な知識がたらない</b>
<b>求められる事 急変時の対応 阻害している要因 家族の介護力の有無</b>
急変時のサポート体制役割分担の明確化 各サービス間、家族などの療養者情報の共有 家族介護者をサポートできるインフォマーの関わりが少ない事での支障 介護者が生活のために仕事をしながらの介護ができるか限界になり、本人の希望を叶える気持があっても困難がある

在宅で最期を迎えるためには、医師との信頼関係がとれて成り立つ物で、現状では看とる事の出来る医師が少ない事と家族の気持ちがかかる事も多い
ほとんどのケースは、病状が急変し、病院へ搬送されそのまま入院し、最期を迎えられている事が多いです。
・家族の介護負担の軽減ということからの入院・訪問看護の手薄さ（事業所が少ない）・医療的措置の必要性
ここ2～3年、在宅療養者の数も極めて減ってきた。訪問介護の身体介護は減り続けている。施策で労健から特養も増えた事もあるが、グループホームまでに介護が重度化していると聞く…私も（重度障害要介護5の母を介護中だが、一時特養に入所させたがその時の自己負担はユニットケアで月に8万円で済んだが現在、在宅介護ではどうい保険では追いつかず12～15万円かかっている。特養では医者が定期的に来てくれるが、在宅では行かなければならない。現在在宅療養している人はお金持ちか生保の人位ではないでしょうか。制度を根本から見直すべき段階に入ったのではないのでしょうか。
・最終期・往診の回数を多くする事が本人、家族が安心する。・電話でのホローでも良い。
介護者への援助、介護支援者が一人で介護負担が大きい。別居等で本人の実情の把握ができていない。
・夜間対応のヘルパー事業所が少ない・家族がいるから訪問はできないというしばり（※状況によっては訪問可能ではあるが全てが許されたわけではない）・介護のイメージが悪い。不景気であることになおのこと給与が少ないというイメージで人手不足。・看取る経験を積みたいが環境がない。受け入れる側にも不安がある（技術面、家族への配慮等）・ヘルパー自身の精神面のフォロー（責任感、不安感への配慮）・ホームでの看取りは他入居者の目もあって現実的には難しい。「次は自分の番か」と思われてしまわないか。周囲の理解も必要
対応可能な人員の確保と知識であろう。
家族の協力が得られない、医療面のサポートを（24時間看護なし、主治医の往診がない）在宅でおこなうことに不安が大きい介護者さんが多く、又仕事を持ちながら、老々介護での負担が大きいところから、病院での最期の方が増えています。
勤めている家族との同居の場合、家族が留守中に、介護サービスを受けながら在宅で過ごすというのは経済的に厳しく、施設入所をした方が負担が少ない。まだまだ在宅で家族が見守るといのは難しい問題がある。
本人が希望される場合は、現在も対応できています。本人が希望されても、家族が病院が良いとの事で、入院されたり、施設へ入所されたりするケースも多い。家族の協力、理解でも大きく左右される。
家族が、その最後の状態を看取ることが出来るのか、心構えもあるだろうが、そういう状態になったときに、どのように対応したら良いのか、不安に思うはず。→「在宅で最後まで迎えたい」本人の気持ちは理解できるが、受入れる側の人間がどう思うのか…まだまだ受け入れられる環境ではないのではないのか（社会全体が…）
在宅介護の国の介護報酬が低いために、事業所としては担当ヘルパーに十分な賃金が支えない所。
最期は疾病の悪化があり入院となる。在宅での自然死は該当がない。最期の状態にもよるが四六時中の見守、介護が必要となった場合、家族支援、介護サービスでは、どうい対応できない状況にある。介護サービス内容も、内容の規定があり真のサービス提供はできない状況にある。四六時中の見守り介護を必要とする者にとって家族支援も介護サービス提供者としての対象にしてもいいのではないかと思われる。最期にあたっての尊厳は、「人のぬくもり」それは家族にある。他人では全ては難しい。家族介護も内容規定で対象とすべきである。医療との連携も難しいところがまだある。医療も介護も生きる支援であるが、個人の尊厳権利も死の権利も必要と思われる、最期の選択もあっていいと考える。
訪問診療やみとりをしてくれる医師 家族はそれを望まない場合が多い。
医療機関・病院の医師不足。在宅に診察をして下さる医師が少ない。
・在宅で最期を迎えたい希望の場合には、やはり、ヘルパー、訪問看護、医療の連携を密にしないといけないと思います。・又、亡った後の事もどうするのか、生前にお聞きして、家族の支援や関係機関の対応の仕方も確認しておくべきではないかと思えます
家族の負担が多すぎる。
家族の方々が家で本当に世話が出来るのだろうかという不安が一番大きい。本人の希望で家に帰られると、家族の方々のストレスが高まってくる。（期間が長くなってくるとはいいが）介護を実際にたずさわる家族の人達の心のケアが大切だと思う。病院を出られ帰って来られ実際に治療にたずさわる先生は小さな医院の先生方である。訪看が入り訪見事務所ヘルパーがはいっているか、キーパーソンである人との思いが違う事がよくあり、結局本人及びその妻（夫）にとってよくない結果が出る事が多い。（例）実際には遠く離れて住んでいる娘であり他家に嫁いでいる。現実がよくわかっていないのに指示する
①家族の理解と覚悟が足りない事②在宅での訪問介護・看護の充実が足りない事③医療機関との連携の不足
1日24時間のなかで介護保険で補える時間は限られケアとケアの間2時間あけないといけないので4～5回の訪問で時間も1回30分～1時間半までのケアです。長い時間は見守りというのはケアには入らずダメ、家族が居たら生活援助はだめなど規制が多く、要介護5でも全部を使うことが出来にくく、家族の不担が多くなります。自費になると多額なお金もかかります。酸素、吸引が必要になると、それだけで出来ないと家族がしりごみをしてしまいます。なにかあったときはやっぱり病院が安心と言う方が多くおられます。
病院退院まえから、介護教育、協力機関の連携、家族への心がまえ、カンセリングがしっかりとされるいざという時に、駆けつけてくれる、バックアップ体制、特に医療系訪問者の存在。普通の介護の協力者（複数介護）がいる。精神的、肉体的、軽減を図れる訪問介護員、包括的な相談や情報提供してくれるケアマネジャが重要。家族は、本人が、痛い所を、看ることはいやである。介護への無理解、精神的につらい。まだまだ訪問診療をする医師、看護師が不足している。訪問介護員の医療行為の体制の不備もある。保証問題など、明確になっていない。
・他の症状の悪化（褥瘡、痰の発生、呼吸困難、激しい発熱）・家族の見栄・医師の弱腰
経済的な負担が大きい。マンパワーの不足（高令化、同居家族がいない）情報の不足（病院の医師が知らない）→又、ケアマネが知識不足、連けいの不足、スタッフの不足

<p>①主治医の往診が思う様にできない。以頼すると時間が無いとか、夜間の対応を断られる。②訪看の知識不足と単位が高い。③早朝、夜間の訪問介護を行なう事業所が少ない。24H対制が整っていない。重度の方の介護、夜間対応を嫌う介護員が多い、そして賃金が安い。④要介護4、5の方の限度額が低い。⑤家族の方が入院させたがる。入院させた方が安心と思われている。⑥急変時の対応、マニュアルが作成されていない。⑦ご本人の意志が尊重されていない。⑧事業所の管理者、取締役が介護に関わっていない。書面上の管理のみに関わっている。</p>
<p>自立は介護適適用外であります、介護保険は自立の為の支援の定義があります。憲法には自立の定義はどこにもありません誰でも在宅の我が家の城で夜中に腹がへったからバナナが食べたいと言っても食べられますが施設はむずかしく食べられません。精神的やすらぎは、自己主張が出来る在宅で最期を迎えたいという希望がかなえられます。小回りができる家族的な介護と支援が介護保険で出来れば、また24時間365日対応出来ると言っても本人の主張や選択に対応しなければ意味がないと思います。箱形の施設の行政と公金が使えらる社会福祉法人と民間の参入の時代の流れで、親孝行の継がりが無くなり福祉で介護する変化では冷たい人の心が生まれた日本人の心の持ち方が原因で核家族の問題の結果ではないでしょうか？自由は自立と孤独死に継がって行くような社会で戦前と戦後の人々は人種が違うように感じます。医師との信頼おける管理者の上で看護師や介護福祉士ヘルパーの連係が、利用者に理解されるケアで、また家族への理解が尊厳へと継がる最後の看取が来ることを願います。</p>
<p>・心のケア(ご本人、ご家族に対して)・必要な医療、介護(内容、回数)・家族の介護力・費用・往診医不足</p>
<p>各医療機関・介護事業所には限界があるので家族が、介護をする覚悟がないと、無理となる。</p>
<p>介護事業所に求められる事。・病気に対する知識。・時間のゆず(深夜の対応、休日の対応等)・家族との信頼関係。・機転をきかせたケア方法。阻害している要因・家族の介護力の差。・家族の気持ち。</p>
<p>・各家族化が進み老老介護では介護者に負担がかかる。・家庭では十分な設備がない・知識がないので介護力に欠ける</p>
<p>サービスが24時間本人さんにつきそうことはできず、1日2~3回が限度。そんな中、急変されると、ご家族が不安になり病院へ行くことが多いです。</p>
<p>救急搬送により延命措置等での病院における最期を迎えるのは、本人の希望ではないとしても、現状ではやむをえないのかと思う。</p>
<p>介護保険の支給総単位数では、サービスがまかなえない。24hは無理がある。</p>
<p>往診 訪問看護サービスが不足して在宅が難しい</p>
<p>1. 「療養者(利用者)は、夫々が異なる病状・個性・生活習慣・家族構成人生観・世界観等を有し、生きる希望も違っている。」ことへの認識が前提となっている。従って、これに対応する事業所は、画一的な考えではなく、一応のマニュアルがあったとしてもその通りでなく、「柔軟性のある最良の選択」をめざす必要がある。2. ここに接遇力と介護技術の優秀性が問われる。不断の研鑽と研究・習熟が重要となって来る。3. 介護制度の急激な改変は、現場を混乱に陥し入れることになるので要注意。4. 利用者に対しての介護が一貫したものでなければならず、また継続していなければならないが、制度によりこれが破られることになれば、改訂の意味がない。5. 現在ヘルパー1・2級は、多くの利用者に対応し豊かな経験を有しており、かなりの年齢でも対応力は劣ることはない。むしろ貴重な介護力であることを忘れてはならない。これを生かさず制度改正は全体の介護力を減殺することになる。</p>
<p>・在宅医療に対する医療機関の理解と協力・支援体制。・生活の場における「死」というものを経験できないことの方が多い。死というものに対して、恐怖心の方が強い、本人が在宅での最期を希望してもそれを支える家族の支援体制が不可欠だ。高齢者の一人暮らしが増える中で、在宅での看取りを実現するのはハードルが高く、多いように思う。孤独死=問題として扱われる風潮が高まる中で、在宅での看取りを進めることも重要だが、ホスピスやターミナル施設の充実させる方が時代のニーズに合っているように思う。どこで死ぬかより、最期をどう生き支援するかということをテーマに置いた方が、様々な面に対応しやすいように思う。・阻害する要因としては、質問にある「各医療機関・介護事業所に求める」ことだと思ふ。死に行く人にしか死に行く気持ちは分からない。「在宅で」と思っている、それを支える家族に負担がかかればあきらめる人も多いと思ふ。国民性かどうか分からないが「人に迷惑はかけたくない例え家族でも」と思うことに違和感を感じない。昔は在宅で死ぬ方が多かったというが、逆を言えば、在宅しか看取ることができなかつたともいえる。死の受け皿が多い現在、在宅での最期を復活させるのであれば、そこを支える制度や仕組みを新たに創設する必要があると思ふ。今の医療・介護の全体像を見るにあたり、在宅での死を優先し、取り組むだけの余裕はないように思う。ピンピンコロリが難しく、ある程度障害が続くというのであれば、結果より過程、whereよりHowを重視する方がニーズには合っているように思うが…。</p>
<p>求められること：チームケア(Ns、ケアマネ、行政、医師、ヘルパー、薬剤師、ヘルパー、家族etc)を確立して、定期的に担当者会議をし、サービスの提供を整え、充実させていく。阻害している要因：介護力 経済力</p>
<p>・各関係機関との連携と方向性や目標等の統一・阻害要因→在宅での利用限度がせまい。最期を迎える方(余命あり)については特別措置がはば広くほしい。死期を考えたつもお金を気にしてガマンしたり家族の負担が大きい</p>
<p>重症化してくると、介護者の不安感強く自宅での看取りに対して拒否感みられる。家では死なせたくない後々、色々思いがけぬ事言われるから</p>
<p>家族は自宅よりも、病院での最後を希望しているのではないか。阻害要因1. 住宅構造 入浴 排泄</p>
<p>医療機関→医師が忙しすぎる為、緊急時対応できない時がある。介護事業所→介護保険制度上では、定期的訪問が基本となっており、病状の変化に合わせて、不定期での訪問が困難。又、ヘルパー自身も、予定で活動している為に、シフトを組みにくい。家族→病気の予後等についての説明を受けていても、どのように変化していくのかという不安が大きく、在宅での看取りに踏み込めない 国に対し、費用がかかりすぎるので、社会保障の部分で安心して、在宅で最後を迎えられるシステムを、つくって欲しい</p>
<p>訪問でも見てくれる病院があまりにも少ない 在宅で苦しんだとき家族はどうしていいかわからない。</p>

<p>様態が悪くなり、病院へ搬送され、最終的に亡くなる形が多いのだが、様態が悪くなった時には、本人が希望を言っていない状況が多く、また入院すれば、病院の流れに沿う形が多いため、現実的に在宅で最後を迎える方が少ないのでは？</p>
<p>一般的に急変時には病院へ救急搬送となりそのまま、入院治療の継続、その後死亡の流れとなって来るため、在宅での看とりとならない現状がみられる。</p>
<p>ベグやサクシオンが看護師又は家族という現状では在宅困難要因になっている。訪問介護員のせめて介護福祉士にはまかせて良いと思います。</p>
<p>1. 医療行為 病院関係者が在宅に入ってくる頻度。1日どの位まで入れるか。ボランティアナースの活用。介護にたずさわる人の医療行為。2. 生活の見守り。家族以外でのサポート力。ほんのちょっとのおたすけマンをたくさんつくる。阻害しているのは法律と制度。制度にしばられると何もできない。</p>
<p>病院のシステムと担当医の方針が合わずに退院されるケースが増えています。その結果環境整備ができていない内に在宅介護からスタートし、NS、Drとつないでいっています。特にガン末期の方の行き場がないようです。治療専門病院の次がないため、初対面の往診医に何も言えず…最後の場面で初めて、もう薬は使わないでと痛み止めを拒否（ご本人には説明なくいきなり、セデーション、深い眠りへ）私達が訪問するともうろうとする中、「先生に殺されそうになった」と本人、先生には話せない事をいっぱい聞きました。死の7日前からはDrを拒否、看取りはNS、ヘルパー家族で行い、診断書作成（死亡確認）のための往診がありました。息を引き取る2h前まで話していただきましたので安らかでした。また、死後の処置を家族と行き、アロマトリートメントにより顔のマッサージを行いエステティシャンでヘルパーの者がメイクを担当、独身だったので嫁入りのようなメイクと着付けて送りました。友人や在宅関係者や家族から「きれいね」と言われ、きっと本人も喜んでいらっやると思います。②認知症の看取りも在宅困難ケースです。</p>
<p>医療行為が必要な場合 家族や介護者がいない点 緊急時対応策の不足点 介護報酬が低く、長時間の支援は保険外となる。専門家の育成が必要（エキスパート、スーパーバイザー）</p>
<p>訪問診療を行う医師の不足。</p>
<p>在宅で最期を迎えたいと思っていられる方はここ2～3年で増えていると思いますがそれはまったく無理な事です。何か変化があればすぐに救急車を呼び入院をされます。（在宅医もそうします）家族もヘトヘトです。理想と現実の違いです。阻害しているものなどありません、人間の心理です。余程家族が強い意志を持ちDrや訪看、訪介が理解を示すかです。そうやって来るとCMはサービスに入れられない訳ですから現、問題になっている訪問介護員の医行為です。これもまったく無理な話です。職種の違いでいくら研修を重ねても経験もなし根本的に勉強不足です。ほんとに私もS22生れの63才ですがケアをさせて頂いてありがたい！される側になったらどうしようと思います。今から若いヘルパーを育てツバをつけて置きたい心境です。ICF研修で聞きますがもうひとつ理解出来ていません。ひとりひとり違います。</p>
<p>・介護面での対応不足。・認知症状に対応できないレベル。・在宅福祉サービスの不足。・経管栄養への早期転換。（病院）</p>
<p>在宅にて最後を迎えたい意向は強いが、どうしても入院中に死なれる方が大半である。阻害する要因もなく一つ上げるとすれば、訪問巡回医師24時間体制の構築と在宅医療器具の提供体制等による、自宅を病院化出来る事だと思えます。</p>
<p>ターミナル期間の訪問看護、訪問介護の介護報酬料の低さ。介護者人員不足。</p>
<p>私の事業所は、訪問介護事業所であり、療養に関する部分は、訪問看護事業所をお願いしている。しかし、これからは医療の部分も訪問介護事業所がかかわる事が大事になってくると思われるので、そのしくみ作りも含め、大切な部分だと思う。将来的には、訪問看護事業所との連携による、介護つき高齢者賃貸住宅の活用が必要になってくると思う。現在も、胃ろう、腸ろうの患者の方の退院時に問い合わせがあるが、その要望に応え切れていない。家族介護の方が、旅行や緊急時の場合福祉長屋（低所得者用介護つき高齢者賃貸住宅）の横に宅老所を設け対応している。（自主事業として）これから、こうした対応がより重用になってくると考えている。</p>
<p>①専門家のくせに「何かあったらどうするのか」という意見がCCなどでよく聞かれる。「何か」って何があるんですか？とききかえすとだまる。特にNSさんがこのようなことをよく云う。「利用者、家族の生き方を支える」専門家としての援助者であることの自覚が一番求められる。この視点での知識・技術の学習が求められる②経済的事情＝介ゴ力の不足。住居の問題レスパイトの支援の不足。在宅で介ゴすることのイメージができない</p>
<p>在宅で最期を迎えている方は、病院に間に合っていない方が殆どです。もう少し早ければと云うタイプです。病院に入院して自宅の布団の上で死にたいから連れて帰って欲しいと云っても今、帰ったら本当に死んでしまうからダメ！？訴えは届かないケースが多いと思う。</p>
<p>医療と介護の連携。担当者や法人の意識の違いがあり、阻害の原因となる事がある。</p>
<p>・「お年寄は世話がかかるだけ」という認識をあらためることが肝腎です。どうしても施設は行きたくないひとり暮らしの97歳の女性の在宅介護をしておりますが、先日も、ちょっと言動がおかしくなってきたので、認知症を疑い、医者に相談したら、「その年になったら、何があっても不思議はない」と軽いいなされてしまいました。いくつになっても最後まで人としての尊厳を認めていきたいものですが、医者へのこの態度には落胆してしまいました。ひところ、セクハラ（性差別）という言葉が流行りましたが、私はこういったお年寄軽視に、エジハラ（年齢差別）という新語を思いつきました。・又、お年寄の方にも、責任の一端はあるかもしれません。「年とっているのだから、やさしくしてもらってあたり前。もらえるものはもらわなくては損」という考えで必要以上に介護保険や、自立支援金をむだ使いしているお年寄も、なきにしもあらずだからです。それこそ老害とかげ口を言いたくなる様なお年寄もいられます。人間はほんと、やっかいな生き物ですね。お年寄だけが家族から浮いている状態では、介護事業所と家族の連携もやりにくくなります。</p>
<p>・医療機関は可能な限り在宅を目指すという努力が見えるが、家族や本人には在宅での生活に不安と抵抗があるケースが多い。また、経済的にも入院生活の方が負担が少ないというケースも多いため、在宅への道のりは厳しい場合が多数である。</p>
<p>ご家族は在宅を希望されるが、最期の状況やそれまでの時間的な流れや介護方法等を説明すると約3割は在宅をあきらめ、病</p>

院を希望されることがあるご家族の心構えや思い、だと思ふ。
各医療機関は定期的に訪問して療養者本人の様子を伺い、介護事業所（ホームヘルパー）も常に把握をしておく皆様、サービスの利用に余裕がなくヘルパーもギリギリのところで行っている
一求められること一・ひとことで言うと（総論）関係者全員の意志統一と覚悟。プライドの保持かと思えます→これらを持って各論を解決していき、本人の権利を守ってゆく。・警察、司法の理解。・家族介ゴがなくても（ひとり暮らしでも）、生活できるだけのサービス提供の体制が保障できる一阻害の要因一・事業所、家族の意識の不足＝教育、勉強の不足・ケアマネジャーの関係機関の調整能力の不足イコール、意識の不足なのだと思いますし、この部分はお金にならない仕事であるから・関係する者たちの「何があっても対応する」という覚悟・警察、司法の無理解・医療機関の医師から「在宅は無理だから施設を申し込みなさい」と言われる例は多いです。・現実的には「ケアマネジャーが家族の意向を優先して」施設入居をすすめることが多いです。
・最初の質問で、ピンピンコロリと出て来たので、何故いきなりその質問なのかと思いました。死ぬのを待つとう印象の質問です。・自分の今後と言うより、人事として考えている人が多いのでいざ自分が障害をもつとどうしたら良いのかわからず、人まかせにしてしまう傾向が強いと思います。・私は介護が仕事なので、看護師のかわりはできませんが、重要な利用者・家族の中には、看護師のやる事を求める人が多いです。それは、看護師にたのみたいけど、介護報酬が高くて全部はたのめなから、介護師にやってほしいのですね。また福祉用具をいやがり、人の手で介護してもらいたいと無理を強いる場合もあります。今後、介護士が働きやすい環境を整えなければ、介護士が育っていきません。結果、在宅生活を送りたいと思う療養者の希望を阻害する要因になっています。
訪問介護、訪問看護、薬剤士、と連携を取りながら、本人の楽に過ごせる様に行う。
介護の利用者の全てが何らかの病気をかかえて利用している為に最後はそれの悪化になり治療の為に入院し最期を迎える事が多い。何が阻害している事ではないと思う。※病院に施設を合べい
体制的にむずかしい。もし自分の家族を介護する側で有れば、24時間、何か有った時に対応してくれる訪問看護・介護が有れば安心して対応してもらえ。介護ヘルパーとしては、決められた時間に対応する為「今来てほしい」の対応に答えられない。
措置なので帰るべき家、在宅はない。（市町村の措置下）
病院のケアは看護で患者となった利用者のADLは低下入院後元気になっても処置が必要になり入院させると皆生きて帰れなくなった。トイレ→させない→パルーン 食事→トロミでキザミ→胃ろうにされる 離床させない、声をかけない
医療と介護の関係をしっかりとって本人が家にいる楽しみを持ってほしい。医師に最後の生き方をみとめてもらい。
1. 家族にその意識、考え方が無い。本人の本音を聞いていないのか。2. 入院中の場合は、自宅へ連れ戻しは出来ない。又、そのような状態ではなく不能。
経済的な支援が少ないと思う。自費サービスの費用がかさみ、病院を転々とするケースが多い。
・家族の協力が無い・現金が少ない・負担が大きい・家に帰りたいという意志ができない・レンケイがとりにくい・ヘルパーや医師の不足・一人一人個人に対して納得のいくようなケアができない現況があると思います。
医療機関：本人、家族に対するムンテラ、又、わかった時点での早めの医療機関内での動き方向の決定とチャンス（時）の適切な判断。介護事業所：基本職種により、在宅死のとらえ方が異なる。まだ介護現場での在宅死についてのとらえ方が不十分
家族は在宅でと考えていても、状態が悪化してくるとどうしていいかわからず不安になり、医療の助けを求めてしまう。訪問看護の役割は大切であると思う。ターミナルになられた方の家族支援も行う必要があり、大変と思う。家族は在宅で思っている、外にいる他の親族の事を思い、病院へ行くことを希望するようになる。家族、親族の、話し合いが大切である。
各書類作成、手続きの確認
家族の認識（病院の方が楽に最期まで観てくれる）
本人の希望と家族の希望を一致させることが重要。また中山間地域に住む方にはサービス量からみても困難なケースが多いと感じる。
在宅にずっといられるには、家族の協力が不可欠です。ヘルパーやNSはあくまでも応援体制となります。今の制度では、十分な訪問ができない。単位が足りない。
医療機関・介護事業所・家族との連携が求められる。（個々に合わせた緊急時の対応方法等の確立）・業務量の多さに時間を追われる。・スタッフ確保の困難さ・登録ヘルパー等への意識付けの難しさ。
介護が必要になった時、身内の介護やサービスを利用しながらの生活となるが、それらにも限界があり、病院への入院、施設への入所というような方向となる。「在宅で最期を迎えたい」と考えるのであれば、地域医療の充実、施設も在宅と考えるのであれば施設内で医療が実施できる体制を整える事が必要だと思ふ。
24時間体制の見守り等在宅医の訪問回数等
つい最近、末期癌の方が、在宅で最期を迎えられたケースがありました。余命の告知はされずただ、本人の強い意志で入院はしたくないという事で、妻・娘が看護された。在宅医のDrが近くであったので最期2日間は本当に何回も往診して下さって、ご家族も本当に心強かったし、感謝されたとの事でした。“在宅で最期を迎える”に当たっては、やはりそれを支える体制が万全でないと思ふので、医療・介護共に特別なチーム作りが＝（サービス）必要なのではないかと思ふ。
家族の介護力がない。本人の意志そんちょうが弱い。
在宅で最期を迎えたいと言う気持ちがあっても、それを意志表示しているのかは？家族の事を考え、家族の事情もあり、最期を病院で迎えている人が多いのでは。
・往診、訪看、訪介、ケアマネF aなど…との連携。サービス担当者会議などについても参加されないDr多いです。お忙しいとは思いますが末期になってきた時などできるだけ参加して欲しいです。・NSに多いですが家族と話をする時に上から目

<p>線になってしまって家族が不愉快になり関係がうまくいかなかったケースが何度かありました。NSからFaへアドバイスや指示があってもなかなかできない部分も多いです。Faの思いや気持ちを今以上に考えていただきたいとその所思いました。・本人の気持ち、希望は叶えてあげたいですがそうするとFaの負担が増えることがあります。Faの精神的負担が少しでも軽減できる対策があったらと思います。</p>
<p>体調の変化の兆しを見つけると確実に入院になり、ADL低下が著しい依って在宅での介護は難しくなっていると思う</p>
<p>社会資源の活用を存分にしたいところであるが、それをコーディネートするCMの資質に問題があると思います。それぞれの機関や特性を十分考慮の上、連携をとったサービスの提供をしながら、ケアの連続性をもっていきたいところである。しかし、単体でのみ、連携は心がけているものの包括的ケアの転開のかなめであるCMが機能できないのが現状である。</p>
<p>家族が仕事をもち、重度となると、病院へ希望する。</p>
<p>在宅で最期を迎えるのに阻害しているのは病院が多い。在宅で過すためのノウハウは病院は提供しない所が多い</p>
<p>訪問診療・訪問看護の充実</p>
<p>安らかに最期を迎えられる様に各機関、家族との連携、環境の整備、家族へ心構えの説明。「在宅で最期を…」と思っても、家族が拒否したり、連れて帰れない状況（家の環境等）だったり阻害するものは身近にあると思う。本人が望む「最期」にどれだけ近づけるか、どこまでそれをサポートできるかによって変わってくると思う。</p>
<p>・家族が在宅療養を拒否している。・家族の介護力の低下。</p>
<p>・24時間体制の介護緊急時、受け入れ体制の整った医療機関。・医師病院の不足</p>
<p>家族の理解受け入れの体制要介護の限度点数→ターミナルだからといって回数を増やせない</p>
<p>・どのような状態になったら死が近づくのかを説明。・今晚が山と判断できる観察力が必要。阻害要因1. 本人の希望より家族の考えが優先2. 世間の眼が気になる家族3. 病院医師の説明不足4. 尊厳不足</p>
<p>医師の在宅生活での理解と事業所との連携が重要。</p>
<p>家族との関わりチーム連携</p>
<p>・在宅で最期を、と望んでいてもいざ急変すると救急車を呼んでしまう。そのまま入院となり「1日でも長く…」と言う家族の希望により結局は病院のベッドで最期を迎えてしまう。・在宅でどのように最期を迎えればいいのか家族の不安ターミナルのあり方や仕組みが分からない様である。</p>
<p>在宅になると家族の負担が多くなり長期になるとなお大変、社会資源にたよると金額的負担が大きくなる為続かない。</p>
<p>在宅での医療環境や家族の仕事等</p>
<p>主たる介護者に「看とり」についての心構えを、説明する必要があると思います。ご本人は、そのつもりであっても、介護している家族が「看とる」事は、大へんだと経験がない為病院へ送りこめばいいと、思っている人が多いようです。その反面、在宅で「看とる」ためには、応診してくれる病院を捜し、定期的を受診し、必要に応じて訪問看護師による医療処置を受けながら、訪問介護事業所にも頼り、独り介護でなく、チームでケアをしていく事が、最期まで在宅で過せる方法だと考えています。その為、医療機関や、訪問介護事業所はご本人を含む家族の要望に敏感に対応できる、密着した、介護が求められます。</p>
<p>連携医が確立されていないため、在宅で最期を迎えた場合の死亡診断書を書いてくれるか不安がある又、救急隊も呼吸停止している場合、病院への搬送を拒否されることが不安である。</p>
<p>家族の同意行政の意向</p>
<p>在宅では無理な事（人手等）が多すぎる</p>
<p>仕事があつて介ゴをする人がいない</p>
<p>各医療機関→24時間対応する。介護事業所→24時間対応する。阻害要因→家族</p>
<p>独居の寝たきりの人を支える為に必要な時間が不足している。また仮にその時間が使える様になっても行けるヘルパーの数が足りないだろう。</p>
<p>実際に、骨折等で入院治療が必要とされない療養者に対しても、「ベッドが空いているので」と入院をさせて、在宅では元気に過されてきたにも拘らず、入院後、病院で何人も亡くなっている。つまり、金儲け主義の病院が阻害している。</p>
<p>家族の理解など。また、主にリーダーシップをとるのは誰なのかという問題など後手後手とならないような説明の不十分。など</p>
<p>地域生活を送りたいという意思を尊重し「在宅の最期」を全うさせてあげるべきと思う。</p>
<p>・介護職に認められる医療行為（家族には認められているが）がないため、在宅で独居となる重度療養者のケアができない。また、医療系サービスの単価が高く、介護サービスを補おうとする際、頻回に訪問を組めない。・担当者会議において、担当医師からの話をきけない。ケアマネージャー等からのまたぎきとなる。療養者の変化時の対応等、自信を持ってできない。生活面における具体的助言を得られにくい。・介護職の教育内容として技術面（移乗やオムツ交換等）が中心であり、他職種との連携や前提となる記録のとり方等が、養成されない。連携のためには、医療・介護の共通言語が必要。それは、療養者当事者にとっても、理解しやすい言語であること。</p>
<p>家庭環境が一番（単身一人、家族が日中不在等）現在の介護保険制度では家族中心で介護事業者はサポートする形になっており働いていたり、最期まで自宅でという強い希望が本人、家族になれば不可能。本人も家族に気をつかい入院、家族も心配だから入院となっている。</p>
<p>1. 「1分1秒でも生きてほしい」病院の方がその援助を期待できるからと言う家族の「情」2. たくさんの介護を担う自信がないという家族の事情、あるいは情愛の弱さ。3. 突発的な介護量を提供できる人的な余裕がないという介護事業所の事情24時間の介護をカバーできるヘルパーが少い。4. 公的な制度の支給決定に時間がかかる。（重度訪問介護）5. 先の見えない介護に、自費利用の経済は負担が心配という家族の事情</p>

ヘルパーの医療行為
・ 独居及び高レイの夫婦2人暮らしなど介ゴ力不足の低下又同居であっても、屋間独居等、常に主のそばに居ることが出来ない
「在宅で最期を迎えたい」という言葉より、思い浮かぶのは、病気により末期を向かえられている方です。そうした時に、在宅での医療を受けられる体制、薬の管理、本人や家族の方が行えない部分での介護面における支援の必要性などが考えられます。また、家族の方や本人の精神、心理面へのケアという面でも重要な役割を担っていく必要があると思います。そうした時に必要なのが、医療機関・介護事業所間における連携の密度の濃さであると思います。ご本人の病状、その日の健康状態、心理面などを総合的に支え、その方が望む生活のあり方を実現していくことが求められます。また、どうしても家族の方の支えというものが必要となってきます。ご本人だけでなく、家族の方への支えとしても支援していく役割も求められる場面が出てくることと思われます。我が地域では、ご本人が在宅を望んでいても、それを支える家族の方が高齢であったり、社会資源が不足していたりという現状により、在宅で最期を向かえることのできるケースはほとんどないように思われます。社会資源の充実ということはもちろんですが、支えていく人々の意識づけということも必要であると考えられます。
家族が最後まで家でみられるならいいが去年あったケースは独居のため、本人は希望していたが、病院でなくなられた、そのため家族の支援がない場合はむずかしいと思います
・ 在宅での見とり体制が不十分・家族の意識が少くない。
本人や家族の意向を十分聞きとり、不安感をとりのぞく。緊急、急変時の対応も即できるよう関係スタッフ、家族間できっちり話し合う。
(求められること) 1. 医療機関と介護事業所の連携強化 2. 介護事業所の人的基盤の強化 (および収支改善) 3. 医療的知識のあるケアマネジャーの確保 4. 訪問看護ステーションの増加 (阻害要因) 1. 介護事業所の収益力が低く人的な業務拡大が困難 2. 医療機関と介護事業所の連携を図ることのできるケアマネジャーの不足 3. 在宅に関心の薄い病院が多い 4. 訪問看護を担う看護師の不足
生活保護の最期は引きとり手もなくケアマネが市へ依頼することも多々あります。点滴や治療がなくなると在宅へということもDrから言われることもあります。在宅でのターミナルにはKPが不在の方にも実質的には困難です。
介護の現状であれば点数不足という問題で十分に支援を受ける事が出来ず、やむを得ず入院されるケースがほとんどでした。
死亡届けなど諸手続きが面倒 (病院ならスムーズというイメージがある)
在宅で、余後を迎える為の技術や知識
ご本人が在宅でという希望で、ご本人がしてほしい事可能な限り事業所としてヘルパーと事業所が一緒にお手伝い出来ればと思っております。介護保険では、やってはいけない事があるので、本人が希望されても出来ないサービスがある
通院できない利用者には往診をしてもらい (今まで利用者を見て下さっていた先生が来てもらえるのが一番よいと思う) 訪看やヘルパーとの連携が必要。ヘルパーは医行為ができないし知識もないので急変された時の対応が難しい救急車を呼ぶ事しかできないこともある。
不明
家庭環境や、家族の考え方
本人の意志を常に確認する
訪介に求められるのは、十分な知識と看取りをする為の家族を含めた精神的面でフォローや、他、介護技術を身に付ける事。阻害している要因は国です。実際にナースが1級ヘルパーにおきかえて、訪介業務に従事してはいますが、褥創、経管の管理、爪切り、湿布、点眼など現在法律上認められてません。在宅で看取る場合、この程度の事もヘルパーが行えなくては、利用者様の経済的負担を考えると100%無理になってきます (毎日1回、1h、訪看のサービスを入れると、ヘルパーは訪問回数が減) →こうなると、在宅には居られなくなる。国が、ヘルパー業ムの見直しを行わないといけないと思います。
医療との連携がうまく機能しない場合がある
・ ご家族が施設病院を希望・ケアマネージャーも、ご家族の意思によりケアプランを作成又在宅で最後を迎えるプランを作成できないケアマネージャーが増えてきた。・ 訪問介護の24H体制が必要・ 「病院で最期を」という事が一般的となり、在宅で最期を迎える事は、キーパーソンとなる方の強い意志が必要。自然に在宅で最期を迎える事がこんなに難しくなったのは…介護保険制度ができ、本来、在宅生活を支援するはずのケアマネ、訪問看護等の関係者から、病院入院をすすめる事が多く、それをことわり在宅でという事が難しくさせていると思います。当事業所では365日24Hの巡回型ホームヘルプサービスを行っています。(H8年より) この2月にも、100才独居の男性でしたが、ご本人が家にいたいという意志を尊重し、1日4~5回の訪問介護と最期10日位は1日1~2回の訪問看護で、在宅で最期を迎えました。まず1、医療、訪問看護が適切に訪問して下さる2、訪問介護のレベルの高さ (ケアマネの所に、毎朝、夜20:00と朝4:00の様子が看護記録かと思える報告書がFAXされ、医療につなぐ。日々変化する身体状況に合わせた、介護を行う (例、飲み込みが悪化→トロミの変化、水を飲んでいただけなくなった時のケア方針、褥瘡の早期発見と対応。少しでも痛みを減らす為の体位交換、口腔ケア等々) 私個人的には、訪問介護のサービス内容はあまりにも多く、在宅で安心して最期を迎える為には身体介護のプロが必要です (家事、調理、身体介護全てにおけるプロを求めるのは難しく、当事業所では365日24時間巡回型ヘルパーと一般的にヘルパーの行う滞在型ヘルパーに分け、専門性を高めています) 365日24時間の利用者様は末期ガン、難病、感染症ターミナル…と重要な利用者様が多く、常勤職員15名 (内介護福祉士13名) 登録ヘルパー15名位で運営しています。深夜は主に正規職員が訪問し緊急訪問にも対応しています。今回100才の男性をヘルパー訪問中に、ケアマネと最期を看取れたのは、訪問介護員の質の高さだったと思います。ターミナルの経験が多く、日々変わる体調に適切に対応できました。3、訪問看護、ケアマネ、訪問介護の連携。健康チェック表を全員が確認し、主治医からの指示により行えました。感想この100才の男性は身寄りのない方でしたが、最期は痛がる事もなく当日も握手をされ「家がいい」という思いを叶える事ができまし

<p>た。このような事例がもっと増え、最期は、医療費でなく介護に係わる費用が増えるべきではないかともっと多くの方が、このように自然に在宅で最期を迎えたら、と願うばかりです。介護保険が開始され在宅で最期を迎える方が減っているのは悲しい現状です。</p>
<p>利用者さんの健康状態を各医療機関同士の情報の練達が必要になる。少しでも体調を崩しケアを怠れば病院への入院になる可能性もあるので情報を早く知り、その後のケアプランが重要になる。</p>
<p>「在宅で最期を迎えたい」と思っても、往診をしてくれる病院がほとんどありません。施設では連携している医療機関がありますが、在宅で過ごされている方は往診が必要になった場合、往診してもらえない医師を見つけることが出来ません。（自分の経験）在宅専門の医師を増やす必要がある。</p>
<p>求められること 連携・急変時につけられる 阻害していること 忙しさ、人不足</p>
<p>経済的</p>
<p>・家族の理解</p>
<p>在宅で最後を迎えるということは医師をその最期を迎える時間に独専することであり、死を迎えるにあたって必要な器具を独専的に使うということである 医師の数も看護婦の数が足りない。自宅で死を迎えることは、ゼイタクなことである 多くの経済的に迎えない人間は施設・病院で死ぬのがよい。</p>
<p>：在宅で最期を迎えたいと思っている方は多いとは思いますが、自宅では転倒（段差があり）が多かったり、疾患があり（透析をしないといけない状況だったり）病院から出れないことがあります。</p>
<p>・家族関係の複雑さ</p>
<p>「在宅で最期を迎えたい」という本人や家族の思いがあっても、実際にしんどい本人を目の前にする家族の気持ちを察すると難しいように思う。しっかりとした医療ケア（必要、適切な所で）と介護分野での支援、家族へのケア等の体制が必要であると思われる。</p>
<p>医療機関と介護事業所の連ケイにつきる。ICFの考え方に基づいた連ケイを行ない1つのテーマに沿った意見交換を行なう。</p>
<p>ご家族に最期をご自宅でという覚悟がない場合が多いように感じます。在宅往診医も増え、サポートする事業所も増えているとは思いますが、最終決定者の考えで、変ってしまうように思います。</p>
<p>医療機関や看護師など、医療こそが絶対だとの思いがあり、素人が何を言う的な発想があつて、困り込みがはげしい。家族はあまり周りに例がない為にとっても恐ろしい事と思ひふみ切れぬ。また本人自身が家族に迷惑をかけるくらいなら、自分ががまんしようと言い出せない。もっともっとみんなが自己主張するようにならないと拡がらないだろう。</p>
<p>・医師、訪問看護、訪問介護、家族の連携・在宅医療の医師の増加・訪問看護の看護師の増加・訪問介護…ヘルパーの増加…サービス時間の増加・訪問介護に関しては、事業所に対して、もう少し、事業が成り立つ賃金等が必要・利用者が受けれるサービスが、賃金、サービス単位数が少ない方もあるので、受けたいサービスを受けれていない状態。</p>
<p>本人の訴えや不安等じっくり傾聴しおだやかな精神状態で過ごせるよう支援します。</p>
<p>・家族の介護力の無さと、在宅のサービスを知らない</p>
<p>核家族化共働き世帯の増加</p>
<p>在宅での医療体制の低さ。ホームヘルパーの役割がもっと増えてもいいのでは？ヘルパーとNSの間にもう一つ職が必要になってくるのでは？</p>
<p>家族の協力体制 家族の理解と覚悟</p>
<p>・在宅で最期を迎えるにあたり、ひとつの大きな要因は医療行為ではないかと思ひます。医師、看護師にしかできないことが多く、在宅ではいつとわからない状況での対応が難しいことになるのではないのでしょうか 家族はできても介護士は不可となっていることで家族にもとめるのは難しいことだと思ひます。</p>
<p>利用者により良い最後を迎えてもらえるように在宅介護の質の向上を量ることが大切。しかし、現状は24時間付きっきりでヘルパーがケアをするのは不可能なので家族の協力次第で在宅で最後を迎えられるか、病院や施設等で最後を迎えるのかは変わってくると思ひた。</p>
<p>当会の利用者は老々介護の方が多く在宅での最期となるとそれを支える為のサービスは現状の介護保険制度では十分でなく、介護者の負担が大きくなる。この負担をいかに軽減できるのか、を考える事が必要です。</p>
<p>ヘルパーについては身体介助（おむつ交換、清拭、着替え、ベットメイキング等）で介助するが他について医療行為の問題もあり最期近くなると自然に訪問看護師へ移行されるケアとなってしまう。</p>
<p>ヘルパーについては身体介助が主になると思ひれます。オムツ交換、清拭、着替え、ベットメイキング等。他については医療行為の問題もあり最期近くなると自然に訪問看護師へ移行されるケアとなってしまう。</p>
<p>・訪問診療して頂く医師が少ないこと。・病状が悪化して行くようになると家族の意識に変化が生じることで病院に救急搬送することが多い。・キーパーソンになる人への周りの理解が低いこと</p>
<p>家族は最初は、最期まで家だと思っておられるが、病状が進行してくるといろんな面で不安がいっぱいになってこられる。その際にその都度、訪問し患者や家族に説明してくれるDrが少ない。結局、夜間は、病院へ搬送する事になる。又、訪問介護を利用して、吸引等の処置は出来ない。受け入れない為家族の負担が大きい。高齢者世帯では、介護者も高齢である為、理解出来ず、結局は断念してしまう。医療者側は、病気をメインで診ており、その人全体を見ていない。90歳だから、病気をしたら1人では生活は出来ないと言って入院生活中にせん妄状態→認知症に陥ってしまい、結局施設へと、本人の意向を無視している。又、病院スタッフの介助方法の雑がADLの低下、筋力低下拘縮を誘発している事に気がついていない。高齢者を受け入れた以上、その人にあつたケアを考えて欲しい。人員不足からおこるものなのか、施設入所が出来ない人達がたくさんいる為、手がかかると、業務の見直しが必要と思ひます。（特に中間100床まで病院）</p>

医療従事者の入院のすすめや家族の希望。在宅での医療行為の制限（ヘルパー）費用負担 夜間の対応がない事。
医療機関：在宅で最期は無理と理解し行きつく先は入院としか考えてない所が多い。急変時等、フットワークは悪く、緩和の視点が薄く腰が引けた姿勢が目につく 介護事業所：制度のしぼりを強く感じ運営している事業所が多く、計画書に基づく活動内容のみ行うマニュアル化された業務しかない事業所が多く急変時等臨機応変な活動が困難な運営形態の事業所が多い。両者とも、大きなリスクを伴う活動と認識し、できれば関わりたくないとする事業者が多いように感じます。
本人さんは、ほとんどの方は在宅でとおられるが家族さんがいる場合は、家でみれないからと病院又は、ホームへ入所させられるケースがほとんどです。独居でヘルパーを利用してがんばっておられても体調不良で入院され、そのまま退院することなく亡なれる方がほとんどです。あとは、在宅で亡なられた方は、独居でヘルパーのこない時間帯に一人で亡なれていたケース。この場合、けいさつが来て大変なことになるのでつい介ゴする側も調子が悪ければ入院をすすめてしまいます。そのまま帰ってこれないケースがほとんどです。在宅で最後は介護職の一番の目標であると思いますがそれを実行できるプラン作りができるケアマネに今まで出会ったことがありません。
在宅でとおられる方は多いと思います。ご家族もできるなら在宅でとおられます。支援者は人員不足が大きな要因があります。家族の方も、仕事や生活家事で疲れきってしまいがちですので、「安心」「休息」を提供できるよう支援者の態勢が必要だと思います。また、医療と介護の連携も大切だと思います。ご本人は、準備と周りにどうしたいかをしらせておく、周りの方は、できるだけ思いを汲みとることをしておく必要があると思います。
24時間体制の確立が困難な事が多い。
ひんぱんにあるものではないので、何をどうやっていいのかわからない。
阻害しているのは家族の問題が大きいです 出来る出来ないより、最初から在宅を考えておられない御家族の方が多いです。誰かがしてくれるのはいいけどそれを自分の所に持って来てくれるのは困るという様な考えの方が多いと思います 介護事業所や医療機関に相談を持ちかける事はなく判断されています
・看取りをしてくれるホームドクターがまだまだ少ない ・ヘルパーが医療的ケアに踏み込めない 最期は医療的ケアが必要となってくることが多い中ヘルパーに出来ることが限られて、したくても法令下でできない。
在宅での看取りに関しては、なかなか難しい問題があります。訪問看護師、医者との連携を密に図り万全の体制で望んでも最後は御家族による救急車の要請となり病院で最期を迎えられるケースが少なくありません。当事業所でのケースは、殆どそのケースです。また在宅で急変した場合、医師の対応なども影響がある様です。
・まず本人が終末期をどのような場所で、どのような形（延命治療を含めて）で生きていくのかを確認し、意思表示を残しておく。・往診できる医師を確保する（いつでも、みとりができる為に）現在は息絶える状況では、救急車を呼ぶ方が非常に多い。・ヘルパー等が、家族が対処できる医療行為程度（胃ろう栄養、痰吸引、貼布、塗布薬の手伝い）等を、援助時にできるようにする。その為には資格取得時のカリキュラムの中に組み込み、十分な手技と、理論を理解した上で実習を行い安全を担保していく。・現在の資格者には、特別研修を行ない、安全確保を第一にした実習を行うとよい。
在宅療養を促進するためには、何か異変が生じた時の問い合わせ、往診、救急体制が24時間で充実する必要があります。これがないと、ご本人及びご家族が在宅に踏み切れず（不安のため）病院または施設に頼ることになります。
医師の考え方が現行ではごく限られた人のみが良く大半の人々は状況悪化でH/Pへ 簡単には、キ一的立場が決まらない 特に夜間は119搬送指示
・家族の介護負担の大きさ・在宅での緊急時の対応の整備（医療との密な協力）
介ゴ保険の上限が決まっている為、重度者の在宅サービスでは自費が発生する。
現在事例がありませんが介護保険利用者でいうと、訪問診療のお医者様ができ在宅での最期を迎えられる方が増えていると思いますがまだまだご家族の協力と人の確保が欠かせません。また医療行為に対しての、知識不足や制限もあり、難しいこともあると思います。
介護者を支えることが大事 24時間対応がきちんと出来るか。無駄な延命治療をしないで消極的治療にする。かかわる全ての事業所との連携プレーが必要。
家族・往診医・訪問看護・訪問介護・等の連携24H対応がむづかしい
介護保険給付の上限や制限
急な症状の変化により対処出来ない状況が多い為、救急車に通報となる、又訪問介護時間外が多く家族がすでに通報している場合がほとんどである
自宅のバリアフリー化 本氏に関わる全ての職種の連携 ご家族様との日頃のコミュニケーション 最終対応時の連携のための連絡網 ご家族様の意向
家族でもやっている医療行為に対してはヘルパーでも出来るように、きっちりとしたものを名記してほしい。ヘルパーにも指導していくような。家族にしてみればヘルパーにお願いしたいことでも症状にもよるが、いちいち訪看にお願いしている。訪看は単価が高いため、限度内で定めようとする外サービスのけずる方しかないでいる。
・軽度者は訪問介護を利用するが重度になれば、入所、入院しそのまま最期を迎えるケースが殆んどである
この様な紙面でいくら書いても理解できないと思います。実際に訪問介護事業所に1年せめて3ヶ月ぐらい働いて体験してみることをおすすめ致します。
最期の時が、24時間中、いつ起こりうるかわからない状況に有る為、制度としては、訪看、医師、訪介と24時間体制はあるにしても、現実に深夜に向いてくれる事業所は、極少に近いものがある。その点は、家族も、承知していて、体制の整っているHPで…ということになる。地域的なものかも知れないが、在宅医療に積極的なDrは少ない。
医師不足
1、家族との協力体制2、毎日、日2～3度の訪問、担当者の確保。3、訪問看護、訪問医師との連携 阻害要因1、家族の

協力体制（すぐ入院させる）2、ヘルパーの確保（24時間巡回型の導入）
家族の意向にまかせる
細かい監視体制が要求されるが時間的、費用的に不可能な面がある。
報酬単価をターミナルに関しては、上げるべき。
・医療機関…延命治療でなく、ご本人の希望の治療をしてほしい。ご本人の気持ちをうけとって、技術でなく、心でケアをしてほしい・介護事業所…介護保険サービスのみのサービスでなくその他のサービスもプラスして（独自サービス）介護ができればいいと思います。・行政…上記のように介護保険というのに、とらわれずもっとゆりめてご本人の気持ちをうけとった自由な介護ができるように政策してほしい。また、介護をしている人の福利厚生（家族、サービス事業所職員）を高めてほしい
家族の安心、家族への支援体制が充実しないと難しいと思う。しかし、十分な支援を受けるにはお金がかかり、そのためには働く必要がある。だが、介護のために働けないという現状があり、アンビバレンツが起こっている。
今のところ、ターミナルケアは行っていないので、定期的に訪問看護と訪問診療が入りながら、訪問介護を行っていますが、緊急的に医療処置が必要となった時に、やはり入院となり病院で最後を迎える方が大半です。利用者本人も在宅で最期を迎えたいと決断する時の家族の介護力を、どれだけチームケアでカバー出来るかによると思います。利用者本人が高齢の場合、主介護者も高齢だと、共倒れになる可能性もありますし、本人の判断力、理解力も必須です。
在宅で最期を迎えたいと望んでおられ在宅で生活されていても急変時などは病院へ入院されることが主であるため、在宅で最期をむかえる方は少ない。
在宅で最期を迎えたいと思ってもその時が来た時に身体的異変があれば救急対応となる→本人はこれはこれで良いと思う家族が望んだから。自然に眠るように命が終われば別ですが死に関する事はその時にならないとわからない。
殆んどの方が在宅で…と思っていることは、どなたも望みかかありたいと…。何故？在宅では無理なこと、1. 常備24H医療看護が必要。2. 家族が犠牲になり二次的の患者が発生。3. 結果的には、死を選ぶという事態（殺人に問われる場合も…）等々、色々なカベと未確的な事が想定される。理想と現実には、大きなギャップがある。解決策は、地域の中でお互いが助けあう空間と環境作り…、広大な温暖な場所にプライバシーを守る居住空間と、施設、医療機関、畑、田のある装置を作り、雇用創出と安心、安全な、終の棲家作りを国、自治体、NPO法人等が一体となって経営（但し第3セクター方式はダメ）
高齢者御本人が「在宅で最期を迎えたい」と思っている、いざ病状が悪化すると病院の方が安心できると思っである。御本人様も御家族様も。本当に親身になってターミナルケアを行う往診してくれる医師が少ない。特に田舎では病院の数も減っている。医師の数も少ない。反対に高齢者は増えている。特老や老健やグループホームに入居してある高齢者が多いけど、病状が悪化した時は病院に入院して最後を迎えてあると思います。家族もある程度お金がある方は、施設に預けた方が介護で苦労することもないからと思います。
往診や相談先の充実 必要なケアの十分な量と質 介護者の不安や負担の解消阻害要因：費用・人的資源・公的サービスの不足
家族の協力なくしてできないことではあるが本人が尊敬される人間でないといけな。医療機関や介護事業者は法律に基づいた対応しかもちろんできない。それら組織が最大限の対応と思うか思わないかは本人が愛される人物でないといけな。その上で、あとはどれだけ対個人に融通の効くサービスができるか。法律でどこまでOKなのか、行政がどれだけOKなのか、統一した意思で的確な指示を出してほしい。区役所・市役所・府庁等と言うことがバラバラなのは困る。
介護保険法、障害者自立支援法の法施策の分立化が利用者（当事者）の生活に影響している様に思慮されます 互いの施策の中にあるサービスを柔軟に利用出来る様現在検討されている総合福祉法（仮称）？を導入して頂き十分なケア体制の構築がなされる様お願い致たく存じます 又、合併した場合サービス従事者専門職の育成等それぞれの分野での現場レベルの課題点は多く有る様に思慮されます。
阻害要因は安上がりを目指した医療福祉制度
本人、家族との連携。こんなはずではなかった等、する前と実際経過中時では、考え方、思いが違うはずである為その都度の確認。・医療機関、介護事業所が対応できる（存続できる）ような報酬設定。・医療機関、介護事業所の意識、知識のレベルアップ。
当診療所は、在宅医療を長年（往診、訪問、看護ヘルパー）継続しているので、連携が取れているので利用者の依頼は多い。御本人の望む在宅で最後を迎える意向を阻害している要因は①家族介護の覚悟の有無。②それをささえる医療と介護の充実。③家族の不安を緩和するような精神的サポート（Dr、Ns、ケアマネ等）★これは私の個人的考えですが核家族化により独居の高齢者が増え、在宅医療、介護の世話を、家族の拒否に会うケースがある。連けい体制が出来ても、受けての家族の存在は不可欠です。今迄別居の家族が同居は無理があるように思う。独居での終末期を迎えられる人はごくわずか（天涯孤独の人等）だと思っ。
療養者の希望を受容するにあたり、それに対するリスク等を説明、書面で交付する必要があると思っ。
医療と訪問介護の連携が必要である
・本人が苦しむ時本当にすぐかけつけてくれるのか（痛みを伴わない療養であれば自宅療養を希望しても…）家族がどこまで対応しようとしているかの見極め、それを説明すること
介護力不足 医療依存度が高い。急変により、意志と関係なく救急車搬送されてしまう。本人の希望を叶えるために関係事業所の意識統一。連携をとりやすい人間関係の構築。関係事業所をたばねる人の力量。
・医療との連携、往診、訪問看護・根強よい病院での最期
在宅でも診察が受けられる等、医療機関を、より身近に感じられ、また介護者の負担軽減によるストレス回避を重点におけるよう、支援していくこと。
在宅で十分な医療行為が提供されないがぎり、難しいと思っ。最期には医師が診断しなければならぬ以上、医療機関や介護事業所にできることはないと思っ。

<p>阻害している要因は家族が病院へ連れず自己判断で寝かせたままにしてしまう、ヘルパーやケアマネージャーの介入を拒み必要最小限のケアしか実施出来ない。家族がいれば今後の方針は家族が決めるしかない状況であること。</p>
<p>在宅で最後をみてやりたいという方は多いと思われるが現実ではほとんどの方が入院されお亡くなりになります。見ているのがとてもつらいらしく、どうする事もできないらしい。自宅での死は受け入れられていないのが現実である。意識のちがいであろう。</p>
<p>看護、介護体制を十分に立てられない。経済的問題や人手不足。活動や参加といったより高次元のサービスについてはさらに困難。介護でさえ充分でないのが現状</p>
<p>在宅での夜間などスタッフの確保とその財源がむずかしい</p>
<p>各サービスの連けいが大切だと思いますが、最近、子供さんや家族がいらない方や、遠方にいる方も多く、サポートして下さる方がいなければ、介護サービスだけでは在宅ケアはできません。一番の阻害要因ではと思います。</p>
<p>家族に理解者がいない1人暮らしの利用者さんがいる時は親類の方達は「めんどうが見られない」「施設に入ってほしい」と周りの親類はめんどうが見られない。回りに親類がいても、なかなか人の事までは、と思っている人が多いように思います。私自身は住み慣れた「自宅で最期を迎えたい」と思っている利用者さんがいるので、本人の希望を受け入れて行きたいと思えます。</p>
<p>本人をはじめ、家族への精神的サポートと関係者間の連携が必要。本人の希望を重視だが、家族等の介護力とのバランスが保たれない場合は、困難なこともあり得るのでは。</p>
<p>「在宅で最期を迎えたい」という希望をかなえるためには在宅医療を充実することが大切である。快適な場所で家族や仲間と満ち足りた時間を過ごしながらかん取られることが可能となる。在宅医療は心の医療で、医療従事者が患者の心に寄り添い、幸せな環境作りが不可欠な医療です。これを充実させることが在宅で最期を迎えられる近道になると思う。</p>
<p>・求められること・医療と介護の連携・経験、知識、技術・阻害していること・リスクをおそれる行政</p>
<p>療養者個人の状態によって阻害要因は異なると思います。医療依存度の高い人については、訪問診療、訪問看護のサポートが十分に受けられ、介護者が複数人いることが必要であると思います。それらが満たされないと、家族は家へ連れて帰ることをためらいます。又、再入院がいつでも可能である事も必要です。療養者と介護者の状態（身体的、精神的）は常に変化していくからです。医療機関は療養者がどこで最期をむかえたいのかを確認し、そのためにはどのような条件が必要なのかアドバイスができる選択肢を提示できる事が必要です。介護事業所は終末期の変化が激しい療養者に臨機応変に対応できるスキルが求められると思います。又、Dr、Ns、その他サービスとの連携が十分にとれる環境であることが必要です。</p>
<p>医療機関との連携の難しさや、家族の介介力の限界が在宅での最期をむかえるにあたり阻害している要因になっている。</p>
<p>介護保険の単価上限までにおさめてのプラン作りであれば、サービスの量がたりない。当然、Faの介護力がなければ在宅ターミナルはムリ。独居の場合はホスピスや医療系の入所でないとかケアできない。在宅型の看取りの家（高専賃のような形式のもの）など、今後ますます需要が増えると考えている。</p>
<p>24時間の対峙にすると、費用の面でまず家族の方がいやがる。→なるべく病院で治るようにしてほしい。もしくはそのままそっとしておいて欲しい。病院なら医師がおられるので納得できる。</p>
<p>・医療サービス（往診、薬剤師、訪問看護）を整える。・介護負担の軽減、ヘルパー、訪問入浴等、福祉用具に係る者、皆で話し合う機会が必要。※病状や、介護の必要性に対し介護度が低いためにサービスが限度を超えてしまい、金銭的な負担が生じること。※介護を担っているために就労が出来ず、負担の割が払えないとサービスが必要と解っていても、使わない例もある。※介護者が丸ががえしてしまい、アドバイスを受け入れず、必要と考えられるサービス（訪問看護や訪問入浴等）を使わない例もある。担当医師から必要性を説明してもらえればと思う時がある。</p>
<p>ご本人の希望よりも、家族の方が、病院のほうが最後は安心ということが多いと思います。それは、まだ在宅医療が知られていない、在宅医療に力を入れる、病院が少ないのではないかと感じます。</p>
<p>住みなれた家で親しい家族に世話になりながら、自分の好きな時間にケアを行ってもらえることや日常の孫の声がきこえることや台所の料理をしている音、好きなテレビを見たり好きな時間に眠ったりと、自由な時間が自宅では出来ます。そのかわり、在宅医療が必要だったり家族の負担を軽減できるように訪問介護や訪問看護も活用できればよいし、とりまとめをするケアマネージャーの力量にかかっていると思われれます。</p>
<p>訪問診療医師、訪問看護師、ヘルパー家族、特に家族の「在宅で最後を迎えさせたい」との希望に沿って、何があっても覚悟の上での訪問を続けてきました。『在宅で診る』という受け皿があってこそその在宅介護であること。患者+家族の心を支えることが、とても大切に思えました。緊急連絡先を貼りつけての介護で、本人を含め、よく頑張れたと思える最後でした。</p>
<p>求められること・主治医による指示・生活をするのに不便な部分の介助・身体的に不便な部分の介助・家族へ最後をむかえるための心づもり 阻害する要因・独居だと近所の人達が心配して施設へ入れた方がいいと言って担当ケアマネの事業所又は行政へ苦情として上ってしまう・家族の理解と負担</p>
<p>在宅医療に前向きなDrとの連帯により、終末期を自宅で迎えることは難しくない</p>
<p>「在宅で最期」は、本人の意志表示が大切かと思えます。最後の望みに関し、インフォーマル、フォーマルな協力体制があれば、多少の問題も可能になっていくかと思われれます。まだ、世間では意識も薄く、選択肢さえ与えられない方もいるのではないのでしょうか。今後高齢者の人口も増々、増えて様々なケースが予測されるが自分の最後の選択や方法をあたりまえに、答えが出てそんなステージをむかえられる社会になってほしいものです。</p>
<p>在宅で最後を迎えたい希望のある場合、訪問看護を訪問介護に求められることは、病気に関する知識を知っておくことと、その人を支援するにあたり、携さわる事業所が連携して、みんなで支援していくこと。阻害している要因としては、事業所と医療機関との連携がとれていないことや、医療行為などヘルパーの出来ないところをどうするか？訪看などの対応では、金銭的には難しいというところが現実である。又、最後まで在宅にいるという事で病気の再発を遅れてしまうかもしれないということ。</p>

特になし
一人暮らし、家族が非協力的なのが殆どの要因だと思います。昨年在宅で最期を迎えられた方は「金銭的に施設入所はできないから」という理由でした。最後は病院か施設で迎えることがあたり前という間違っただけの思い込みをしている人が多いため、在宅でという説明をすると虐待だと言われぬか、警察沙汰になるんじゃないかと心配する家族もいます。いよいよ最期が近くなり、苦しそうにしている本人を見た家族が思わず救急車を呼んでしまった例もありました。ヘルパーより清拭中意識がなくなり、そのまま他界してしまっただろうという声をきいたこともあります。事故苦情、訴訟等のリスクを心配しての発言だと思います。
自分の家で死にたい…誰もが本音ではそう思ってる。でも家族が願いを叶える為の金銭、体力、環境が許さないのが現実では無いでしょうか？お金に余裕があれば預かって欲しい、でも負担を考えると家に置くしかないし、息がつまりそう…自分の人生なんて有るのか？いつまでこの生活が続くのか？介護事業所が出来る事には（法）が壁となり、介護者に休みをとすめるのが…ぐちを聞くのが精一杯です。
・本人の希望は最後まで家にいたい！と思っても家族の思いは、そうではないことが多い。理由）・家で亡くなると警察が入り、面倒・苦しむのを見ていられない、弱っていく姿を見られない・どう接して（話しかけ）よいかわからない・介護ができない、できたとしても不十分である→特に排泄、食事作り→介助。在宅での医療は、現状でも十分なものだと思います。すぐにかけてくれますし、点滴もできるので、家で、看取ろうと思っても十分可能なんです。但し、それを24時間、傍にいて見るのは、家族なんです。その家族の療養者に対する思い、あとは生活です。どうしても仕事を休めない人もいます。先が見えない介護です。それらを考えると、家族の人の気持ちも中々、そのようには出来ないことでしょう。そう間に入って相互の気持ちを寄り添わせるのが、ソーシャルワーカー（入院中）だったり、CM（在宅）の役割じゃないでしょうか。是非、発揮してもらいたいものです。
・在宅で看取れる医師不在・訪看不足。人員不足（特に専門職）で希望がかなえられない現状
人生の最大の目的は、幸福になることです。生きている間、幸せな生活を送り、臨終をむかえた時、人生に悔いなしと死んでいく時思えるように、生きていかななくてはなりません。現在の日本人の心は、欲、いかり、ぐちの三毒でおおわれており、そのすさんだ心の多いままでは、日本の国も亡国をむかえています。愛国心がなく自己中心、欲望肥大で、今さえよければと、犯罪に走る人も多いです。命ある、全ての生命に必要なことは、「命」が内からも外からも、害されることなく、人生をまっとうすることができるよう、正しいことは何かをみつめていくしかありません。
家族の居ない人は、難しいと思う。24時間体制で、見廻れる環境が整っていない。
家族の受け入れ。受け入れて促せるような声掛けが必要（重分な説明）
介護サービスは、医療が出来ない。医療的なサービスは訪問看護サービスがあるが、金銭的に負担がかかるので毎日利用できない方がいる。金銭面の負担が大きいと思います。
・介護事業所に勤務（訪問介護）する者として、医療行為に対する不安・医療機関、介護事業所、双方に当てはまることからして、24h、365日受け付け、慢性的人材不足の昨今、非常に困難なことと言える。・在宅で最期を迎えたいという希望に関して、家族の負担も考慮しなければならない。・訪問介護ヘルパーが日に複数回訪問するにしても、訪問時間については限られているため、一日のうち大部分の時間は家族が担うことになる。
医療行為について、介護職ができる事に制限があり今後更に厳しくなる事。医療職が介護職より優位に立つ態度を示すこと。 以上問題点、改善が期待される点
家族の意志を確認する。急変した時の対処法を決めておく。訪問介護がたくさん入ると負担額が多くなり、経済的に余裕のない家族には支払うことができない。終末期に関しての訪問介護は一部負担を免除するとか、限度額の特別枠を作るとか、何か手だてをうつ必要があると思います。
家人が最期を家で看取ることのすべき行為がわからず、結局救急車を呼んで病院で亡くなることが多い。例えば急変時の対応、夜間の対応で医療との連携がかかせないのに、どうして連絡したらよいかわからない 家人が、安心して家で看取れるよう連ケイ情報を紙面で手渡すような配慮（医療側からの）が必要ではないか。
病気が急変し（転倒等）入院になる利用者が多い
医師の協力 訪問看ご この指示が家族、サービス事業所との連携がスムーズであれば、家族は確信が持てる（決心する）上記の協力が得られない場合は家族は同意しない
訪問医療と訪問看護、在宅訪問介護の連携の不備
当町では在宅で最期を迎える体制はなくすべて病院に行きます。それは行政の医師しかおらず。民間の医師がいると「在宅で最期を迎える」ことができるのかもしれませんが。
独居や老々介護が多く、たとえ介護力があってもほとんど施設や入院し本人の望む“在宅（住み慣れた家）”という事にならない現実がある。
・介護事業所と医療機関との連携を図ることが大切だと思われまます。・利用者の緊急連絡システムを構築し、夜間も安心して在宅かできる様にする必要があるのではないかとと思われる。
・具体的な介助方法の説明が欲しい。・何かあればすぐに受診→入院になる事が多い・在宅で可能な治療等は、往診できるとよい・訪問看護・訪問看護の向上、
在宅医療では、本人の意志では別に医師主等である為、仲々希望通り在宅での最後は難しい
在宅で最期を迎える方はターミナルのみ経験で家族・訪問介護員のみでは対応出来ず、訪問看護・医療は不可欠で、家庭医の充実化をもっと増やしてほしい。
家族の不安（介護力）、痛みの緩和、不安、痰の吸引、医療行為 e t c
「在宅で最期を迎えたい」という療養者以外に人工透析患者など自宅にいたくてもいれない最期は病院のベッドの上という方

<p>もたくさんいます。在宅で最期を迎えることは不可能だと、何十年と病院へ通院して来ます。在宅でターミナルケアを行っている過程で必ずと言っていいほど、医療系と介護系の意見がぶつかっています。正直、在宅ケアは、訪問看護が中心で回っているように感じます。在宅での最期の希望はかなえてあげたいけど、このままでいいのだろうか？と疑問に思ったこともあります。本人自宅で・・・と書いていても、その家族が受け入れないということも一つの要因だと思います。家族を市町村の福祉関係者はもっともっと支援すべきだし、介護事業所へ頼んだらもう知らない！みたいな態度にも問題があると思います。あまりにも役所関係は現実を知らなすぎです。</p>
<p>家族、介護者がよほど強く言わないと病院でスイミン薬づけにされて意識を取りもどさないまま病院で死ということになりかねない。病院でのスタッフ不足で夜越きろわたり困る。ねむってむいてもろわるいと困る。家族が強く言って自宅で療養することになりスイミン薬を減らすと意識を取り戻しコミュニケーション出来るまでに回復した。2ヶ月間位のよい終末期を送ることが出来た。その間笑顔も観られ知人、家族とのお別れも出来た。家族への説明にもっと時間をかける必要がある。一人の人間の人生の最後をどうしても良い対応では困る。その2ヶ月間に家族もヘルパーも事業所も大いに学ぶところが有った大切な時間を無にしたくない。ケアマネジャーの対応も大事だと思います。人間の尊厳を大事にしたいと思います。</p>
<p>病院の医師のカジョウなまでの抱えこみ、家族の療養者への不理解。在宅介護への不安。私が10代の頃は死は身近でした。最近の人達は人はチョットした事で障害をもつこともあるし死ぬ事もあるという事を忘れてしまっているのではないかと思う。事を忘れてしまっているのではないかと思う事ばかりです。病氣も障害も死も必ず向い合わなくてはいけないものと言う教育を小さい時からし、色々な場面でも対応できる人間を育てるべきだと思います。町・市・全体が安心して、認知だろうが、知的に身体的に障害があろうが、生きて行けるそれが理想です。それには、考え方も心もユニバーサルでなくてはいけないと思っています。私は父を家に病院から一時来宅さえゆるしてもらえず、えています。医師、看護師の一言が今も25年たってもゆるせずにいま私達は1対1 1対死と思っている人が多すぎるの対応と忘れず、介護するべきとキモにメジしています。</p>
<p>利用者様、本人の希望は在宅で最期を迎えるには介護者の家族の覚悟が揺らがないよう支援できるでしょうか？急変の際、地域が充実し、医者が応診に来てくれる環境が必要です。ヘルパーは利用者様はもちろん介護者の精神的なささえになり、利用者の希望に添うような時間帯に訪問できるヘルパーの数が多くありません、賃金が低すぎるのが原因でヘルパーの仕事は敬遠されています。ヘルパーも資格が必要な専門職です。サービス提供者も介護福祉士等の国家資格が無いと出来ない職種なのに軽視されています。</p>
<p>緊急時の対応や24時間での介護体制が組めないのが現状です。</p>
<p>在宅では、療養する為の設備にも限界が有り介護する。家族にも限界が有り医療機関や介護事業所も人手不足も有りなかなか24時間体制を作る事が難しいからではないかと思う。</p>
<p>本人家族の意思が第1なので、3の要望に添った体制をとる。一番不安なのは、在宅での医療体制と介護員のターミナルケア技術を向上させていく必要がある。</p>
<p>ご家族の意とするところが大きいのですが、事業所としては、普段からの、説明と必要と考えています。契約上のご相手でもその家族全体の考え方が異なる場合があります。</p>
<p>在宅介護員の訪問も毎日入っていても体調確認時に不調だと訪看、訪問Dr. ケアマネ等に連絡をして、病院へ搬送される。本人が在宅で・・・と思ってもヘルパーが24hそこに入れる訳もない。体調が悪い方をそのままにはしておけないため(又、そのような時には必ず医療機関へとつなぐ事を契約書にある)本人とDrでちゃんと最期の事を話すなど対応をしておかなければかなりむずかしいと思われれます。本人の意思、意向を訪問診療でどこまで行えるのかは重要です。</p>
<p>急変時の対応を医師、看護師、訪問看護員家族等と蜜に連絡調整を行い、適切に対応する</p>
<p>・家族の覚悟と療養に対するスキルアップ。・医療関係者の介ゴに対する認識度のアップと介ゴ事業者へのスムーズな説明。・介護事業者のレベルアップ</p>
<p>生前に本人と家族が話し合い在宅を希望されているなら、サポートの問題点などを理解していないと無理です。家族が最後の症状に付き合えない場合が多く本人が希望していても、病院にとなる事が多い</p>
<p>・事業所に求められる事 1. 人員の充実 2. 質の良い従業員の育成 3. 給与のアップ ・阻害要因 1. 家族の協力 2. 終末期には多くの介護時間が必要、医師の意見書で介護時間を短期的に増やせれないか。</p>
<p>衣・食・住・医、全てを支援者がカバーできること。ヘルパーや家族と訪問看護・主治医が常に連携が取れる状況にあることが望ましい。実際は独居で身内が近くにいなかったり訪問看護は日・祝日が休みだったりで、連絡が取れないことが多い。訪問看護にも2Hルールがあり、ヘルパーの訪問していない時間に何かあったら・・・と思うと、なかなか在宅でそれも独居で終末を、というのは難しい問題だと思う。</p>
<p>老老介護や認認介護が増え、家族が支えきれない。</p>
<p>当事業所では、在宅での最期は、大賛成ですが個人個人で差はありますが、訪問介護員として言わせてもらえば、重度の場合は、やはり家族様の協力がなくては、先には進みませんし、ヘルパーや訪問看護師などは、介護保険の点数がオーバーする事が多いので、その部分を改定していただ 限りある時間のある方を温かく、苦痛なく、安楽な気持ちにしてさしあげたいと思います。</p>
<p>・老老介護が多い・公的サービスの不足・経済的な理由・独居(核家族)・在宅医療をしてくれるところがないなど</p>
<p>御家族同居の場合は、最期を在宅でと言う事は可能ですが、独居が多い為、ギリギリまで在宅し、最後に病院という例は多々あります。又、自宅という考え方も多種多様化してきており、自宅＝一戸建・自宅マンションではなく、高令者住宅、ケアハウス等、変化しています。現在の高令者の方は、自宅に拘りを持つ人と、経済的に余裕があり、介護付マンションに、早々と移住する人に分かれているように思います。・人に邪魔されず、自由に暮らせる場が自宅ではないでしょうか？</p>
<p>「在宅で最期を迎えたい」という方の希望をかなえるためには、医療機関や介護事業所の24時間サービス提供と緊急対応が求められると思う。しかしながら、報酬の低さや、それに伴う人財不足等で長時間に渡るサービス提供や緊急対応はむずか</p>

<p>しい状況にある。また、ケア・マネージャーの作成するケアプランによるサービス提供には、緊急対応が盛り込まない状況であり、緊急の対応に関しては実費負担となる。利用者の心理とすればかゆいところに手が届くサービスを必要としているのに1ヶ月のケアプランで予定を立てるははたして良いものなのか疑問である。</p>
<p>いつになるかわからない最期を見極め、ピンポイントで在宅に帰すことは難しいと思う。やもすると「最期はまだか」と待ちかねない状態も考えられるから。しかし、本人の希望をかなえるという点で考えるなら、やはり本人の意識がはっきりしているうちに、在宅にし、「家に帰ってきたよ、ただいま」という実感を味わうことが大切だと思う。そのためには、必要な医療機器や医療行為が十分に行えること、家族の負担を軽減できることなど協力体制が整っていることが必要など思う。昔と違って、医療が進んだため最期に向けてできることが多くなりすぎているから、在宅だとそれをしない選択と思いがちだと思う。病院にいる時と同じ状態を在宅に持ち込むには多大な準備や人員がなければ無理になってきていると思う。往診し、臨終を看取ってくれる医師がいないこと、家族が少ないこと、病院の方が最後まで治療を受けられること、などが要因か。</p>
<p>シームレスケアと情報の共有が必要。又、家族の理解が特に重要で緊急時に対応できるシステムが出来てないと不安になり本人にとっても苦痛しかならない。</p>
<p>人は死をむかえる時に家族は苦しんでいる時に、救急車を呼びます、延命治療は望んでいなくとも見てみぬふりは出来ません。つい救急車を呼んでしまう事は仕方がないと思う。在宅で最期を迎えたい方にとって、家族の介護は計りしれない苦労がある。その為、医師に頼ってしまう。そうではなく、在宅で最期を迎える事の説明を家族が納得するまで、説明する事が大切と思う。その為にはご本人に携わる関係者が内容を知る事が必要。</p>
<p>第一の問題は家族介護が可能かという問題がある。緊急時にも往診していただけるDrと訪問看護の存在も不可欠である。療養が長引いた場合もDr、Ns 家族 ケアマネ等の連携が必要。肉体的はもちろん精神的負担も想像を超えるものと思えるが、本人の生活に対する思いを満たすという点では意義がある。</p>
<p>経済的負担 行政の窓口→介護認定のあり方 要支援と要介護の基準わからない →サービスを使わせない</p>
<p>よくわかりません。病院の方が経過をみやすいからでしょうか？在宅では家族の受け入れがあるかどうかが一ぱんだと思います。</p>
<p>ICFの十分な説明が必要 阻害している要因としては家族の意志とケアマネージャーさんの施設依存（ショートステイ）があると思います。</p>
<p>・情報不足・訪問しりょう、訪問看ごとの連携不足・利用者の金銭問題</p>
<p>一番阻害している要因は、本人ではなく家族の考えで入院となること多いと思います。現在、たずさわっている2例を紹介します。①人口呼吸器装着して5年目、進行の速い方で3年目頃からロッドイン状態。介護人は、肝キノウ障害で療養中の夫のみ。訪問ナースの排痰ケアが適切でなく肺炎無気肺くり返す。入院中、心停止したことあったが、以後安定。療養型病棟で最期を、夫希望し、入所したが、人間的扱いがなされてなく、夫が、「家でおれが看とる」と覚悟され現在、在宅中。夜間介護導入しフォローしています。②家族いるのですが、独居で、自然看取りを希望している女性（保健師さんで、難病担当して下さっていた方）本人の考えが揺らぐことなく、定期的に毎日を過されています。時々、「お手伝いすることありませんか」とたずねます。その中で、一番喜ばれたことは、四肢マヒ進行によって、パソコンが打てなくなった時でした。コミュニケーション支援のOTさん依頼し、オリジナルのスイッチ作成と、その方にあった「オペレートナビ」の導入したことです。この方は、強いご自分の意志で、だれに阻害されることなく、在宅で最期を迎えることになると思います。</p>
<p>主治医が往診するHPは少ない。家族がみてくれないと本人の意思とは関係なく施設、病院に行かざるをえないケースが多い。</p>
<p>①家族、在宅医、訪問看護、訪問リハ、訪問介護のみんなの連携がしっかりとれていなければいけないしその人の状態をみんなが理解していなければいけない。②介護保険制度がそれを阻害している要因の1つである。③経済力がその家にあるかどうか。</p>
<p>①主治医、訪看が連携強くとれている場合と②訪看はDrにいわれることしかししない この2つで大きくかわる。誰が主動権をもつかはその利用者、家族の違いによりいいきれないが、本人も家族もふくめたターミナルケアフォローが行えたらと考える</p>
<p>・必要なサービスが必要な時に提供出来るような体制が実現出来れば24時間365日、安心して在宅で過ごせると思います。・医療的ケアの体制でいうと、信頼関係が築かれている、かかりつけ医を持ち、連携がとれた大きな病院で定期的を受診が出来れば、安心して、在宅で最期を迎えることが出来ると思います。・よく聞かれる言葉ですが、「多職種連携」が表面的なものではなく、情報管理（個人情報問題）の変な壁をとばらった本当の意味での連携とは、地域で包括的にケア出来る体制が整えられることだと思います。・医療保険と介護保険の制度が難しすぎて、理解できない。現場で働いている私たちでも混乱してしまうことが多い。・在宅で最期を迎えたくない、望まないけど在宅へ帰らざるをえない療養者もいるのではないかと思います。・介護保険下では、サービス限度額があるため、必要なサービスであっても利用（提供）が出来ない場合も多い。</p>
<p>ターミナルケアの受け入れに対する理解が必要。包括的支援の構築が出来ていない。（一部できている）</p>
<p>経済的なことや支える家族や地域住民等の絶対的数の減少（少子高齢化等）と生活の便利さ豊さを求める為の共働き家庭の増加により、介護を家族で支えることが難しくなっている。</p>
<p>介護保険を利用し在宅でのサービスを使用することあたり、希望するサービスを、受けられる様に、介護保険法の見直しが必要なのではないでしょうか？</p>
<p>重度の介護者（要介ゴ5）の在宅介ゴをする場合、特に独居者にあつては、夜間の安否確認がむずかしい。行政からは施設移行を進められるが、そうすると在宅サービスの売上げ減になり死活問題になる。民間事業化は、何のフローもなく、エンピツ1本から自責でまかない事業運営を行っている。同じ介護事業所でも、そのおつてたつ基盤によって考え方は大きく違っている。在宅関係者は”在宅で最期を迎える”ことに対し反対しない、と思う。</p>

<p>家族の意見が中心となり、ケアマネージャがプランニングしているのが現状であると思います。日中独居である利用者がほとんどであり、限度額もあり、介護負担をなくす為にも入所してしまうケースが多い。</p>
<p>ケアマネが家族の事しか考えず行動している部分にあるが、在宅在宅といっても難しい物があるのも事実である。共働きであって介護しようと思っても、日中は独居になる。独居中に訪問や通所を利用するにしても、限度額がある。そうすると、どちらかが、仕事をやめるか入所させてしまう。仕事をやめしまうと、サービスを利用しなくなる事が多い。悪じゅんかんしすぎ!</p>
<p>求められること・・・本人の気持ちをわかってあげることができる 技術的なもの(介護の中でできることに対して) 各医療機関との連絡 阻害している要因・・・人員の確保</p>
<p>・各医療機関、介護事業所とも24時間や緊急時に対応してくれる機関がないこと(市内には) ・療養者本人と家族とのあり方</p>
<p>・介護事業所には身体状況の変化、早期発見 心のケア 安楽、安心な生活を支える・医療機関には医療行為と介護事業所への支持と状況伝達</p>
<p>本人の意志で最期は在宅でいたいという希望がありサービスを開始しました 最初は、1日1回～1日3回になり、安否確認もかねて入りましたが、家族の方が遠方のため、急な対応ができなく最後は病院で亡られました 家族が遠方に来てすぐに来れないという事が問題になりました。チームを組む以上はやはり家族にも協力があつたと感じました</p>
<p>介護員の制約の多さやご家族の支援不足。又、行政やそれに伴う政治的基板の弱さ</p>
<p>・死ぬという事に対する不安や怖れが非常に大きいように思います。・一緒に看とりをする支えとなる力が欲しいのではないかと思います。・病院で最善をつくしたが、駄目だったという周りへの納得できる説明家族が見放したのではないという免罪札としての施設内死への期待等が大きいように思います。・在宅医の充足や補償。・緊急対応が出来る事が本人や家族の不安の解消や軽減につながる事を考えれば、事業所や医師、医療機関に十分な補償が約束されるべきと考える。医療機関や事業所は資質の向上</p>
<p>介護力が不十分</p>
<p>地域の医師も往診を担っているけれど、在宅医師という位置づけの医師は少なく、在宅で考えた時全く知らない医師にたのむことになる。地域の医師がもう少し在宅に時間を割り振って下さると・・・あと地域的にバランスのとれるような医療機関とおしの連携がとれないものか。訪問介護も24時間対応の定期訪問をすすめるようですが、10年余りやってきて夜間の定期訪問を含む24時間が必要なケースはそんなにあるものではなく、それよりも訪問介護事業所は、そういう時期にある利用者さんに対しては、それに応えられる体制はとっている。ただ報酬が使わないだけ。小さな介護事業所が地域の中で生き生きと信頼されて、働けるように介護事業所自身はヘルパーもサービス提供責任者も自信をみがき、ケアマネージャーを育てていくくらいの力をつけなくてはいけない。</p>
<p>阻害している人は療養者本人と住んでいない親戚です。</p>
<p>◎在宅医療(・往診・訪問看護)→緩和ケア ・訪問介護・訪問入浴→清潔を保ち安楽な状態 阻害している要因・家族の協力体制・介護にかかる費用の負担</p>
<p>・時々訪れる遠方に住む家族→最期にかけつけ、皆で決めた方針をかきまわしてしまう。</p>
<p>医療サービス 介護サービスの連携が必要</p>
<p>自前の家族と本人との確認が出来ていない</p>
<p>介護事業所では、医療行為を行えないので、訪問看護を多用してその他の必要な介護を訪問介護で行う。又、緊急を要する場合は、救急に連絡し、主治医に連絡し、家族に連絡して対応する。訪問看護を利用すると利用者負担が思いのため、少しでも削ろうとする。結果早い段階で最期を迎えることになってしまう。</p>
<p>状況の悪化に伴い自宅でも思っているも家族の不安感が強く病院で入院して最期を迎えてしまう</p>
<p>家族の協力なしでは出来ず、なかなか家族にそこまでの余裕がないように思われます 金銭面からも支援に限りがあるようです</p>
<p>家族の負担が大きく急変した時はすぐ病院に入院するのが良いと考えている家族が多い。24Hで支援する体制ができていない医療と介護を一体化し、トータル的に支援していく仕組みがあれば、在宅でも看取りはできると思うのですが・・・。</p>
<p>家族が手がかり、病気との関わり方がわからず又、仕事から本人に対しての対応が無理と考えられます。又、本人と家族との、不仲が一番の問題だと思われることが、介護の仕事をしている時に感じられます。</p>
<p>家族の精神的、肉体的負担軽減、サービスの枠にとらわれない訪問サービスの提供の仕方。(時間や区分の制限があつて、計画が立てづらい)</p>
<p>介護能力に応じた在宅での過ごす日程を考えてほしい。病院は、やたら退院をすすめてくる。ギリギリまで入院して、最期は、在宅で迎えられるように配慮してほしい。</p>
<p>・事業所内の人手不足・家族援助が出来ていない・医師の少なさ・居住の環境の悪さ・場合によるがヘルパーでは出来ない行為、イロウの手あて</p>
<p>やはり家族と本人の関係が大きいと思います。その関係を越えて、指導は難しい。核家族化が進み、「きずな」がうすくなっているのを感じます。事業所に求められる事は、普段から利用者及び居宅事業所(支援)との信頼関係が大事だと思います。その上で、問題点、改善点を常に話し合える環境を整備(あたりまえの事です)する。</p>
<p>病状見守りというサービスが保険でまかなわれないこと。必ずこの時間におこるというサービスのみでは、最期はむかえられない。</p>
<p>・医療機関では研究材料として価値のある患者さんは何々在宅へは返したがらない。返しても又病院へと促す。・在宅療養に於ける居住環境(訪問入浴が利用出来るスペース)家族等の介護量、経済力等の把握と利用者、家族への心のケアが介護事業</p>

<p>所に求められる。それを阻害するのは関わる者の寄り添う事支える上での方向を一ツにすることが出来るか出来ないかの違い。・家族の心の動きが最期は又病院でと云うケースもありました。</p>
<p>「在宅で最期を迎えたい。でも不安でできない」ということだと思います。不安の原因は、まず痛みに対してどの程度緩和されるか、どれくらい迅速に対応してくれるか、これらが病院と全く同じだということになれば医療面での不安は解消される。(全く同じだと十分な説明が必要)もう1つの不安は「そばに人がいるか」ということだと思います。病院でいえば病院スタッフ、病院では24時間スタッフがいます。ナースコールを押せばきてくれます。独居の人以外でも24時間、家に家族がいるわけではない、また、家族の介護力も様々。余命のわかる方に関して、サービスの制限やサービス時間の制限はしない。みんなで支える、尊厳ある最期を迎えることができるように。</p>
<p>・在宅での医療体制を整える事が難しい。・家族の負担が大きすぎて患者の意思が通しづらい。・在宅介護と病院医療のサービスを繋ぐための隙間を埋めるサービスが必要となるが、見当たらない。ボランティアで誰かが動いているケースが多い。</p>
<p>家族の介護力、住んでいる地域の環境、山間部で往診の医師の確保が難しい。</p>
<p>家族での対応がしきれない。24時間体制では自費の負担が多すぎる。</p>
<p>本人の不安、病院の反対、家族の意向</p>
<p>在宅サービス内容や在宅サービスを行う職種の技術や知識等含めた質の向上が求められる中、まだまだ社会的に認められていないサービス内容等があり、在宅で求められる物は大きいものに対して、それをを行うための許可がまだ認められていない状況等で阻害されていると思いました。例①ヘルパーによる吸引や注入(胃ろう等)の取り扱い→在宅では、このような医療行為を必要としている方が増えている状況であるも、まだヘルパーサイドで行える状況ではないため、高額な訪問看護を利用されているが、負担が大きく、在宅では困難。ヘルパーにも、それらの技術や知識がなく、受け皿とならない等。②在宅での麻薬の取り扱い等、病院で使用する薬を在宅で使えないものもあり、苦痛の緩和等が不十分で、在宅で看取るには訪問看護師等利用していても、困難な事があり、病院で最期を迎える方が多い。在宅サービスの質の向上が必要。</p>
<p>訪問看護で、深夜の受け入れが少ない。自社に看護師がいても、ステーションを持っていないため、連携に時間がかかる。</p>
<p>・情報の共有・家族の意志(本音含む)の確認を誰がどのように行うか。・緊急時の判断はどのラインで、誰がどのように行うか。以上のことを、誰が、いつ、責任を持って決めてゆくかが必要。阻害している要因・一般的な常識</p>
<p>病気に対しての不安や、緊急時の対応などどうしてよいかわからない方が多い。最善をつくすことが医療であるという考えの方が多。訪問看護や医師の往診などもっと充実できたらよいと思う。</p>
<p>24hの介護をサービスだけでは担えないので、家族にも相応の覚悟と分担が出る。それができない家族の状況が多い。高令世帯、独居、利用者と独身の娘・息子みの世帯。</p>
<p>自宅で看取りして欲しいという利用者の希望又家族も同じ気持ちである事意思を尊重し、出来る所は、他の職種と連携を取る必要がある。家族達には相談しやすいよう信頼を求められるように対応する事。本人の生きる力を伸ばす事によって、家族の苦しみ介護の不安を少しでも、楽しい介護にと思われよう阻害している要因を取り除いていきたい。</p>
<p>在宅医療者の希望に対して、柔軟に対応できる体制作りが介護事業所には大切だと考えます。そして医療的な知識はとても重要だと思います。ただサービスをこなすだけになりがちな訪問介護ですが医療者への報告などもしっかりと行なう事ができなければ支えられません。しかし、往診医師や訪問看護は訪問介護員に対してのアドバイスや観察ポイントなどをなかなか伝えていただけないのが実状であり、サービス担当者会も活用されていません。介護事業とは連携をとる必要がないと考えられているのか?よくわかりません。</p>
<p>デイサービス等、施設を利用しながらの在宅介護が難しい状況にあり、受け入れを拒まれてしまうケースもある為、在宅でのケアが無理な状況にあるものと考えられます。施設においても、入所を拒まれる事が多く有り、在宅でというケースも少なくない為、訪問医療や訪問介護を利用し、最期を在宅で迎えられる事は理想なのではないかと思えます。</p>
<p>・介護事業所を支える医療機関の存在・医療に対する相談機関の有無</p>
<p>グリーンケアの充実が大切と考えます。また病院、介護事業者等が、地域のクリニカルパス等で連携していけることが鍵であると考えます。</p>
<p>家族と同居していない独居だと、1人で過ごす時間が長すぎて、心配である。最低でも、1日に数回、ヘルパーや訪看が入りたいが、限られた時間であるため、難しい。又、短時間だと、ヘルパーに入ってもらうのも金銭的に頼みづらい。</p>
<p>家族が在宅でのケアが大変なので嫌がるので、施設などに入れたがる。</p>
<p>独り暮らし(支える家族がない等)。費用がかかる、施設と同じならあずけてしまう(家族の意見)。心のケア、介護者の不安。ヘルパーの質の高さ。</p>
<p>・医療機器が必要になった場合に、自宅の改修をともなうと病院への入院となる。・独居の方は、看取りができないためむずかしい。・家族が病院を希望する。</p>
<p>①療養者本人(および家族)の意向を聞きとること無しに、医療的回復のみを目標にして治療に当たったりすると、世話をすることも出来ず在宅が不可能になることがある。②どこまで医療を求めるか本人が決めていない。③地域ぐるみで支える仕組みを作って、近距離ですぐに訪問できる体制を整える。④家族か医療職にしかできないケアについて、家族の負担が大きい。</p>
<p>・医療費、介護費・家族の介護力、考え方(価値観)、どうしたら良いか解らない(情報不足)・本人の考え方(迷惑をかける等)・関係機関の考え方</p>
<p>在宅で安楽に最期を迎えられることがなかなかできず、'家で死にたい'と生前言っている、いざその時になると、本人も家族も気持ちにブレが生じ、病院搬送のケースが多い様に思われます。在宅で死を迎えたくても、訪問医(主治医)が少なく、警察が入るケースもある。</p>
<p>当事業所は介護保険と障害福祉に関っております。割合は9:1位です。その障害福祉の利用者様についてですが、医師・ケアマネ等から指示を受けまして、その指示(プラン)通りにヘルパーにも対応させ、3、4ヶ月の事ではありましたがご本人</p>

の希望をかなえる為に対応致しました。悔は全くありません。質問の後半の部分については解答出来ませんのでご了解下さい。
医師による訪問診療を実施している所が少ない。在宅の場合、サービスの量、金額が多額になる可能性が高く、本人、家族の経済的負担が大きい。
現状的には、在宅で最後という問題を抱えていないので、あまり重要視していなかった。
①家族の理解が得られない。・家族の体力的・精神的負担が多い。・経済的にもしんどい。・迎えるに当って家を改造しなくてはならない。・他人が（ヘルパー）入られるのが嫌だ。・介護人の自分がリフレッシュできる時間がない。・家族に迷惑をかけたくない。
在宅で終末医療を行う際は、詳細な指示を医療機関から頂いていたとしても介護事業所は専門知識が無い為、いつ何が起こるのかという不安はつきまといます。訪問介護とヘルパーが連絡を取れる。いつでも対応可能な病院の連絡先がある。又は、時間があれば担当医師から直接指示や学ぶ機会がある。 などの環境が整わない限り、「在宅で最期を迎えたい」という希望の療養者のサービスを引き受けることは、簡単には出来ないと感じています。
・在宅治療はお金がかかると思われている。（ヘルパー賃金等）
地域の医療、福祉関係者のネットワークの安定。
訪問介護事業所ですが、自宅での利用者さんのターミナルケアをする自身がない、知識がない。今後の課題です。
具合が悪く受診し、入院、そのまま退院できずに亡くなる事が多い。だからと言って受診させないわけにもいかない。往診してもらっても、「検査してもらいなさい」と言われればやっぱり受診しなければいけない。介護者の判断。
医療や介護サービスはもちろん大切ではあるが、在宅で最後を迎えたいとの希望があれば、精神的にも穏やかな最期を向えられるよう心のケアも大切になり求められることだと思います。阻害要因があるとすれば、家族関係が不和であり最期の時でさえ関わりを拒むような家族も多くいる。
受け入れることも、さまざまな問題（家族の介ゴ力など）や、状態不安定で2週間ですぐ病院へ戻ってしまいました。受入れには、もう少し体制を整える必要があり、家族にも十分な説明を要します。事業所側としては、やはり安定した利用者さんを希望します。ヘルパーを用意する為には、それなりに急きょ対応できるようにと確保する必要があり、急変時に対応という責任感が重くのかかかってきて、メンタル面でプレッシャーに負けてしまう人もいます。家族も老老介ゴであったり、拒否されたからといってオムツ交換せず便まみれ状態など、よくよく聞くとご飯も食べさせてないなど、在宅介ゴをよく理解されず戻ってくる場合、金銭的に施設入所が出来なくやむを得ず・・・など、さまざまあります。また、重度は重度なりに限度額的にも厳しく、家族もシビアです。
家族、客、サービス、近所の方の支援等、すべての連携が大切。当事業所を含め、夜間の対応等がまだ一般的に不十分な事が多く、組合、家族の介護力で決まってしまう事になっている。事業所も利用者が少ないとたいへんですし利用者も対応が整っていないと安心して在宅で介護出来ないという状態。それと金銭面も多いにある。
急変時の対応。夜間（早朝）の対応。
・本人が希望しても、家族がそれを望まないケースが多い。
本人の希望があっても、病状の悪化が発生してくるので、どうしても病院搬送になる。
・本人、家族の不安を取り除く体制。・終末期を支えるヘルパーの質
在宅希望された場合、24時間の介護をするのは、主に家族となり、介護のために家族が、疲れ果てる姿をみます。訪問看護、訪問介護を導入されても、わずかな時間しか利用出来ず、寝たきりの方の場合の意識のしっかりされた方は、目的をどこにもついたらいいのかご本人も家族も、又、介護者も手さぐり状態です。介護者としての不勉強を感じます。在宅で、家族以外のサービスを受ける場合の費用は大きく負担感強いと思います。サービスを減らさざるを得ない状況にあると思います。
22. 11. 24最期を迎え自分の体がおとろえて行き昨日迄出来ていた事が今日は出来ない。本人が一番良く解って居て置いて行く妻や子供の事などこまかく記録されて居て介護するヘルパーに相談された事も有る。寝て居ても、昔の思い出や、これか先の家族の事を心配された。
本人と、家族の強い意志がなければ、最期まで在宅での生活は、無理である。過去に、家族の熱心な介護により、3件、在宅での看取りがあった。訪問介護のみでかかわっているケースでは少ないが、訪問看護での、ターミナルケアでは割合は増えると思われる。
医療行為をヘルパーに求めないで欲しい。医療従事者によっては、「家で支えるなら少々のグレイゾーンは、ヘルパーも協力すべき」といった威圧的な態度の人もある。看取りの覚悟をもっているヘルパーは少ない。自分が担当したときになにかあったらどうしよう、という気持ちが強い。看護師にあこがれていた人なら、意欲的に取り組む。求められる能力と報酬が、また学んでいる内容が違いすぎる。末期の利用者へ対応できるヘルパーは、限られる。「登録ヘルパー」の仕組みでは人材が少ない。夕方以降や土日祝、小さい子供を持つヘルパーの緊急交代など、解決すれば今以上に取り組める。ヘルパーは利用者やその家族、一般的な視点は「安い家政婦、お手伝いさん」。介護の専門職としてみてくれず、「お金に困った人が働いている」と露骨に言う人もいる。看護師に近いような志や周囲の目があれば働きがいがあるのでは？
在宅で最期を迎えるためには定期的なサービスだけでなく24時間体制で又は緊急時にも対応できるようなサービスを充実していく必要がある。同時に家族に対しての相談業務等のケアに関して各医療機関、介護事業所等での対応で家族の負担軽減のための取組の充実が必要。
医療機関、介護事業所間の連携がまだ十分でないと思う。
医師、病院の考え方。本人と家族の医療的な知識不足。これらが阻害要因となる。
1. 夜のサービスは家政婦協会様が良いです。1. 人生の終末医療として、医療とヘルパー連携チーム
家族の方の希望が一番で医師の心が二番。本人の希望は弱い。前者達の心を変える必要あり。
当社ではターミナルケアを行ったことがある。訪問回数増したが要介護5の単位ではカバーできず、ご本人の実費負担があり

<p>家族様への負担は今後考える必要が政府にはあると思います。</p>
<p>この間、103才の方が、手がしびれると訴えていた。このしびれは、数年前からでいろいろ検査しても、高齢のためとの診断であったが、東京から、有名な医師が、1週間に1度、近くの病院に診療に来ていたとの話しに入院した。終末であった。在宅希望であったが、治したいとの希望が一時的に高くなり、医師の進めで入院した。入院し、オムツも使用し、歯も入れなくなり介護サービスがB e e d生活となりねたきりとなった。重度となったため、在宅には帰れないと医師の話である。本人のニーズと医師のやさしさから、病院死を選たされた。</p>
<p>在宅医療も24時間体制を確立してもらい、介護事業所においてもその通りであると思う。が、家族の介護負担も多大なものであり、訪問看護師、訪問介護員が訪問することにより、休んでいただくことが目的であっても、家族にすれば、家に来てもらっていると思えば、休まず、側に居なければならぬと思ひ、返って疲労感を生む結果にもなっている様である。ショートを利用したくても、満床で、利用がなかなか出来ないのが実情である。又、重度な方だと、申し込みを断られるといったことも耳にする。本人が、「在宅で・・・」と思っても家族の協力がなくては、困難である。</p>
<p>・在宅療養できる医療機関が少なく、主治医との連携が困難。・24時間の体制介護がとれない。制度が整備されず市町村が受け入れない</p>
<p>・警察の聴取がある時がある。・家族が最後を見たくない。</p>
<p>一番の問題は、在宅での長時間介護は費用が重みお金のある方は施設へ、お金のない方は家族での介護中心になってしまいます。しかし現実では在宅で寝たきりの方を介護する家族の負担は想像を絶するものがあり、虐待に結びつきかねません。本人の希望より周りの環境を整える為にすべき点が求められます。必要な所に出費し不必要な所を削る判断基準を確立すべきだと思います。</p>
<p>ターミナルの方の場合日々、体調の変化があり、それに伴うサービスの対応が介護保険制度の中で、出来ない事が多い。訪問介護の際に、独居の方の場合、死になられた時、後に、いろいろと調べられるのが、わずらわしい。</p>
<p>最後まで命を永らえたいという家族の気持ちが大きく、そのため入院させる事になり、入院夫で最期を迎えている。</p>
<p>家族等の支援が、最期に近づくときと見てられないのか、医療病院へ入院させてしまう。</p>
<p>上記のような書類の多さ。</p>
<p>訪問をし、医師・看護師のケアを受ける。ヘルパーが療養者の身の回りの事を行い、療養者自身が行えるのであれば行ってもらい、介助が必要な場合は介助をし、療養者自身が出来る環境にする。療養者の家族は、家にいてもずっと見る事が出来ず、療養者が1人である時間を心配するため、病院又は施設への入所を希望する事が多い。</p>
<p>・私共、介護事業者は医療的な面では各医療機関、訪問看護等との連携を深めていくことがこれから益々必要になってくると思います。介護保険制度も様々な問題点があり、日々の生活で手いっぱい利用者様、その家族様等苦しんでおられる状況が見られます。行政の方からの様々な指摘があり、あれをしてはいけない、これもしてはいけないなどの指導も定期的であり、本当に（自立支援の為と言うが）困っている人々の為の介護保険、医療保険なのかという疑問は日常的にあります。</p>
<p>・在宅で最期を迎える時に必要なこと。・介護保険制度の十分な活用。・家族介護力・介護に対する心得＝気おおいすぎない。・知識と連携、コミュニケーション。・障害要因・家族介護力不足→経済力があれば補える。・社会体制として、24H体制の整備ができていない。・関係者の知識、技術不足。・連携、調整、コミュニケーション不足。</p>
<p>体調が悪化し、日常的に医療行為が必要になり、病院に入院となる。</p>
<p>本人を支える人、環境の整備、とう痛緩和や、水分・食事の確保等、全てにおいて大変な出来事です。そして、全てが求められると思います。ケースバイケースですが…</p>
<p>F aの支援、訪看、医師との連絡が欠せなく、HP（ヘルパー）の活動内容にも充分指示をし、対応している。</p>
<p>在宅で最期を迎える為には、家族の介護が最つとも必要であります。家族の介護負担の軽減の為、医療機関、介護事業所、その他を利用されていますが、実際、サービスの時間、サービスの内容などプランの立て方に対し、時々、疑問を感じる時があります。点数の事を考えなければならぬのは解かりますが、一人一人利用者様の把握が不十分だと思われれます。ヘルパー（介護員）が最期を迎えるケアを行える者が全体の何%いるのかも疑問です。</p>
<p>各々の機関や専門職の役割分担の明確化。緊急時の対応方法について〔課題〕・技術、知識を有した訪問介護員等のスタッフの確保（育成）が課題・緊急時の臨機応変的な対応・医療と介護の連携</p>
<p>医療と介護との連携、特に訪問看護の事業所が少なく在宅で最期を迎えたいと思っけていても、地域にそのシステムが整っていない。ヘルパーの力量が整わない。24H、ケアをしている事業所も少ない。看護と介護のすみわけをきちんとすることができていなくて、看護の方が上に立ってみている感じもある。訪問診療の医者も少なく、地域で支えるという考え方にはなっていないのが実情である。このような中、（2025年には絶対病院も施設も不足するのはわかっている）、できるだけそぎ介護予防重視の施策をする。残存能力を生かし、できることは最後までする覚悟をみんながする。合意形成する。介護事業所、ケアワーカーの賃金保証をすることも、担い手不足の解消になると思う。</p>
<p>各関係機関の連携が必要。障害している要因 中心静脈栄養や胃ろうになった場合、在宅での介護を続ける事が介護者の精神的にも身体的にも負担になる。</p>
<p>求められる事 必要時、緊急時の医師、看護師の直接的対応、介護する側又される側の心身的な安心感、最期時のお互の覚悟。障害している要因 早く病院へゆけば助かったのに…等の社会の声、病院への搬送や救急に対する責任を問われるのではないかと云う思い</p>
<p>①. 医療面で安心できる医療体制の確立がまず第一①往診医の増（訪問看護の増）②休日、祝日診療の増③救急医療体制の整備、（救急車は6分で来るが搬送先の病院を探すのに30分～1時間かかる）2. かかりつけ医制度の確立と過剰投薬の抑制による医療費増の低減3. 介護保険制度での利用料個人負担額で施設利用の方が在宅生活者より、割安となっている為、施設利用希望の家族（本人の意思を無視して）が多い。在宅の利用料を施設利用料よりも安くすると在宅サービスも自ずと充実し</p>

<p>よう。④. 医療分野は独占事業として介護分野に対して壁を作っている。ある医療行為は、家族は行っても良いが、ヘルパーが行う事はダメというのは不合理である。一定のルールの下で、ヘルパーが実施できる範囲を広げないと、在宅で最後を迎える体制整備は現実には無理と思う。</p>
<p>求められていることは、当事業所であれば、可能性を拡大し受け入れ難い状況をなくすことです。病院でなく在宅でという気持ちは、独居であってもあります。しかし現実には、動けなくなった人の生活をどう支えるかという問題が解決されない限り、望みは叶いません。また医療、介護の調整ができたとしても、費用の問題で断念せざるを得ないこともあります。個の裁量ではどうにもならないところへきています。最期くらいは自分の気持ちのままでありたい。こう願う人の声が届く日はいつになるのでしょうか。</p>
<p>・見とりの出来るような、訪問時間が設定されていない（介護保険では2時間たたないと次の訪問が認められない）・訪問介護員の不足、給与の低さ・非常勤職員の働く時間の効率の悪さ（午前中1時間 夕方30分など…）（※一応了解して働いているが、休日等こんなこともあり）</p>
<p>「終のすみ家」であるはずの特別養護老人ホームが、「終の収容所」となっているように感じる。病院でもない、特養（など）でもない、本当の終のすみ家があれば、必ずしも自宅で最期を迎えなくても本望ではないか。「この世の天国」を実現できるのは、もはや宗教以外ないのだろうか？自宅が天国であればいいが…。</p>
<p>・家の方が勤めている・在宅で最期をと思っている、変化してくるとこわくなって救急車を呼んでしまう</p>
<p>家族の受入体制がないため</p>
<p>在宅サービスを利用するには、介護保険での限度額がICFを支えとするサービスには無理がでる。結局、お金がある人とならないで受けれるサービス量が変わってしまい、本当の意味での自立生活は限度がある。医療も治療以外は次に場所となり、完全に復帰できるまでのリハビリは現在できているのか？在宅で最期を迎えたいという希望があるなら、その為の判断や、今から個人ができる事、今後を考える機会が大切と思う。自己決定していけることが、自立支援とも思うので、しっかりと社会が情報を流していく必要がある。教育の中でも学んでいくべきである。</p>
<p>独居の方がとても多く、在宅を希望されても24時間そばにつくことが不可能である。現在勤務する事業所は、独居もしくは老々介護の利用者さんが大半で、訪問介護、デイ、ショートそして時々入院などで生活されている。医療との連携も現在でも上手く取れず、いまだに医師は特別の人である。中には熱心に在宅医療に努力されている医師もいらっしゃるが、病気になっても精神的に救われる利用者はほんとうに少ない。医師、ナース、ケアマネ、ヘルパー、リハビリ、皆が利用者に生きていることの喜びを感じてもらいながら最期をむかえることが出来るのは夢の又夢のような気がする。果して家族と同居の利用者は幸福かという、必らずしもそうは言い切れない。利用者のレベルが下がっても、施設待ち、ショートの空き待ちが現実で、スムーズに在宅介護を行なうことすら出来ていない。昔のように、大家族で老衰で自然に最期を自宅でむかえられる方など回りを見回してもいないような気がする。核家族で、年寄りから教えられる優しさを持たない悪い意味での個人主義者が増えていくと思う。高齢者のことを考えるには、正しい子育てからのように考える。</p>
<p>緊急の事態には、対処が出来ない為、当事業所は居宅の為、緊急の場合は連絡網にて、対応しますのでこの間と違うサービス提供を行っている事業です。</p>
<p>ターミナルケアは、在宅医、訪看、訪問介護、CMがしっかりとしたチームケアができなければ、本人も家族も心安になるため、横のつながりがとても重要となる。その中でもCMが全体を理解し、しっかりとかじをとれなければ納得のいくターミナルを行うことはできないと思う。又、在宅医も家族のメンタル面のサポートをできる方でない、家族の不安が本人につたってしまうので、経験のあるDr.が必要であり、その数がまだまだ足りない。</p>
<p>周囲の人の理解が十分に得られない</p>
<p>家族への負担</p>
<p>高度な在宅医療や介護技術や、その為の機器や住宅改修それに供う費用、日常生活的な事が非日常生活的になる事</p>
<p>利用者の体調の変化を見逃さず、他事業所との連携を密にする事、利用者が安心して最期を迎えられる様な接し方等家族がそばについてあげたいと言う思いがなかなか思通りに行かない事等（仕事の都合で）</p>
<p>包括的訪問介護と徹底した医師との連携、チームワークが必要。阻害要因は家族等による介護者の不安。</p>
<p>家族介護力の限界と24時間訪問介護を行うのにヘルパーの確保が難しい。訪問看護の入り込みが重要となると思われるが担当の看護師の精神的負担も大きいし、訪問看護師の確保も難しいと思う。</p>
<p>必ずしも本人の希望と家族の意向が合致しているとは限らず、また介護保険制度の中での援助内容の範囲が限られている為に希望した最期を迎えられないケースが多々あるように思います。</p>
<p>医師、ケアマネージャ、介護事業所、訪問看護、等、皆で、情報共有し、連携を取りあって、ターミナルケアが出来るのである。体調異変時に、密に連絡を取れる事が必要。</p>
<p>介護事業所担当者が、人が死を迎えた時実際になされる処置や必要な手続きについて十分に理解することで、あわてずに本人の要望を聞くことができると思います。</p>
<p>・家族の介護負担が増えないように、状態状態に合わせた支援が必要と思う。・現状でも要介護5で医療（訪看）、入浴、ショートヘルパーと使うとめいっぱい限度額になる限度額出すのが厳しい自宅も多く、サービスを使わないで最少限で家族がみていることもある・まだまだ動ける、高齢者もかなり多い。地域で同世代の人をボランティアで出てきてもらうようなうながす方法はないだろうか。・今の高齢者世代は特に（世間体、男子台所にはいるべからず）etc気にする方がまだまだ多い「他人の世話になりたくない、なんで、うちの娘や息子がやらないで、他人がうちに来る」と怒っているおじいさんもいる。</p>
<p>Dr.の考え方の異なり医療職は、病院を治療の場と考えており、家族は、なんとかしてほしい所と考えている。介護職も死ぬにしても病院で適切な判断をしてほしいと考えている</p>
<p>痰の吸引が24時間を通じ頻回に必要な為介護者の負担が大きくなります。1日数回の訪問看護の利用は困難でありヘル</p>

<p>パーにはまだはっきりと認められているわけではなくヘルパー個人にかかるリスクが大きくなる為なかなか受け入れてもらえないのが現状です。近い将来吸引がヘルパーの仕事のひとつとして位置づけられるという話もありそれが実現することで介護負担は大きく軽減されると思います。</p>
<p>療養者本人にかかわるすべての医療機関・介護事業所の連携が保てる指導・調整をする機関の充実と人材の育成が必要と思われます。どれか一つの機関でもかかわる人たちの体制が崩れると「在宅で最期を迎えたい」という希望をかなえる事は難しい気がします。対応していく人たちの育成もしっかりしていかなければならない。最期を看とる事は、とても体力を使い、人材を育てていく事はとても大変（難しい）な事だと思います。</p>
<p>療養者本人の希望をかなえるためには、家族の協力がが必要です。かかりつけ医や介護事業所は、その希望をかなえるために支援させていただきます。</p>
<p>本人は在宅で最期をと思っていても、家族は初めから在宅では無理と思っているように思う。自分の母の時も吸引等医療面のケアが求められてくると自分は大丈夫やっていけるとしても家族の大反対があった。ケアマネ・社会福祉士等が、十分に話を聞き、訪問介護・看護事業所を紹介していく。在宅介護が可能であることを具体的なケアプランを示し納得するまで何度説明していくことが大事と思う</p>
<p>在宅にて希望はあるが、主治医の訪問はかなり難しい在宅で支える医師のニーズに対応できていない現状があると思われます。</p>
<p>24時間の医療管理体制をとるのがむずかしい</p>
<p>・家族も同じ気持ちでいる事です。家族にその気持ちがないと本人の希望がかなわないので、家族にも不安のない様、本人様に接する事出来る様に回りの環境も大切です。</p>
<p>在宅で静かに最期を迎えることができる体制として医師、訪看、ケアマネ、ヘルパー家族が連携することが大切。</p>
<p>在宅でおられていても最後は病院で</p>
<p>①まずは、ご家族でご本人の介護ができる人がいない、仕事等で日中家に居る事ができない②医療面で在宅に医療器具を持ち込めない。③介護事業所が見つからない、ヘルパーが医療行為ができない（家族ができて）</p>
<p>本人、家族も家で暮らしたいと願っていても、最後の最後になると、不安から入院してしまう事が多い。不安と言うのは、病院で、最善の治療を受けたい、受けさせたいと思う。家族は何もしない事に罪悪感を覚える。気持ちの移り変わりは当たり前で、また頑張り過ぎない事も大事だと思います。</p>
<p>状態の変化に対応できる体制が整っているのか・・・医師の対応が考え方が希望にあっているのか？緊急時の、対応に対し、家族、本人の承諾は、など確認しておくべき事・・・家族の中でも考え方の違う人がいれば後々、問題が発生する事も考えられる・・・在宅で、本人が最期に向い変化していく状態を各機関と連携が取れる事、大切だと思う。</p>
<p>今の時代は、昔と違い、個々人の生活が優先となっているので、生活を崩してまでも、在宅介護を送ろうと思う人自体が少ない。ただ、その少数の人たちだけは、きちんとお見送りしたいと思っています。</p>
<p>・家族の理解 介護を必要とする者一親等一に対する愛情や感謝の気持ちが薄れているため、介護に対し、あなたまかせ的な面が見られる。従って、利用者に対しては親身になって接する必要がある、家族にも愛情と感謝の念をもたせられるようにしなければならない。・介護に対する理解 家庭における介護と事業所における介護について理解を深め、お金を払っているから全て事業所で責任をとれといった考え方を改めさせる必要がある。</p>
<p>本人の安心できる環境を整える必要がある。・24時間体制の訪看、訪問介護の充実 ・サービスの種類の増 ・医療との連携 家族をケアする関係機関の充実 ・家族会に参加できる体制作り。（1時預り等）</p>
<p>ICFというものが、どういうことなのか、何を意味しているのかということ、しっかりと理解し、ではそれは現場レベルで何をすればいいのか、ということチームとして理解、行動することが必要。</p>
<p>医療分野と介護（福祉）分野の連携がいわゆるようになってから久しいですが在宅での行為をとってみても「医療行為だから」という制約で、介護職が手を出不せないものがまだまだたくさんあります。在宅で最期を迎えたいという希望をかなえるためには、従来の縦割り構造の改革や医療職が持つ職域への意識改革が必要だと思います。当然、介護職も在宅生活を支えるプロとしての技術や資質の向上も必要だと思います。同じ国家資格でありながら、「介護福祉士よりも看護師の方が上」という考えを持たれている現状（周囲にもこのような考えの方がいらっしゃる）を残念に思います。（どちらも優劣や上下の関係になるものではないので。）お互いの専門知識を生かしながら、真の連携で在宅で最期を迎えたいという療養者本人やその家族を支えるシステムの構築が求められていると思います。</p>
<p>・介護保険の利用者で、ガンの末期で、点滴やハルンバッグをぬいたり大あばれして在宅になった利用者がいました。医療スタッフからは、問題児扱いで、家族も困ったのでした。そのため在宅での医療のかかわりは拒否、入浴したいとのことで全身清拭での対応しました。本人含め周囲の人みなが最後の時期とわかっていたので、もっと早い時期での、様々なアプローチできなかったものか、心残りが残ります。・障害の利用者で、筋ジスで30才代・40才代～長期療養病棟に入所する方もいます。家族がいてもいなくても…また本人もそれを抵抗なく受け入れて（本当はちがうかもしれないが「しかたないから」などと話している…あきらめている様子ですね）家族がいる方の場合、ヘルパー利用（他者が家に入ること）がいやで、自分で、介護が限界と…。障害の方は、ベッドのレンタルや訪問看護はないし、様々もっとレンタルできたらいい。</p>
<p>・利用可能な制度が少ない。・お金がかかる。・事業所等のスキルが低い。・介護負担が大きい。</p>
<p>在宅においても、行きとどいた医療がうけられる様計画することが必要。</p>
<p>家族介護の限界、仕事に行けない、経済的な理由が大きくある。早い時期での施設申し込み（予測して）を行うように話している。実際そのようなケースが増加しつつある。入院中に、病院から施設を、捜してもらう事もありました。</p>
<p>行政の考え方。介護保険では困難なことでもケアマネージャーにまかしている</p>
<p>職員がターミナルケアに関して意識し、知識をもって援助すること。</p>

訪問診療、訪問看護が来てもらえ、家族が了解してもらえ、事が前程。
病気により体力が低下、自分の事も出来なくなって来て、排泄時や移動時等自分以外の誰かがいてくれないと困る時対応してくれる。24時間体制は難しい。
医療・介護ともに自身の専門に邁進しているが横のつながりが乏しい事が多い。医療は介護保険の単位等お構いなしで支援を要求（時にはCMを無視）したり、介護分野の支援者に上から指示したりする。介護は病識（知識）の乏しさが目立つ。お互いが疾病、医療制度、介護保険制度について知識を深め、お互いの役割を理解する事が大切である。
・緊急時対応の手順や他事業所・医療との連携方法 ・家族の役割りと医療・介護の役割りの申し合わせ ・本人の望むこと、家族の望むことの確認。阻害理由 ・核家族化により人の死に直面することがなく不安、住宅問題 ・死への過程が分からない ・個人主義（自分の生活を犠牲にたくない）
在宅でのチームワークならびに家族の状況が在宅で最期を迎える状況にない。
関係各機関の連携が最重要。
介護力不足もあると思う。全員で目標に向かって行っているが家族が阻害している場合もある。
いくら本人が在宅で最期を迎えたいと思っても、家族の協理解なしでは在宅の最期は無理だと思います。在宅で最期を迎えるという前提で書かせていただきます。介護事業所としては、緊急な場合も対応できるようにしていかなければならないと思います。又ケアマネとの連携を図り、情報の共有をする。
本人とその周囲（希望を叶える為に必要な機関すべて）の連携がうまくとれていないとむずかしいと思う。これは型にあてはめられる問題ではないので、問12にもあった中心的役割を担う方がケースバイケースで個人にあわせてやっていくしかないと思う。阻害している要因かどうかはわかりませんがいずれにしても人が動けば賃金が発生します。それをどこが保証というかどれだけ認定してくれるのか。手厚い介護を望むには各個人で貯蓄なりしておかねばならないのか…。
利用者は「自宅に戻りたい」。最後は家に帰りたい。と言うのが口ぐせみたいになっており、重い方には、病院内でも、自費でヘルパーの付添いを行っているので、皆さん家に戻りたい、が夢みたいです。ヘルパーが、もう少し良くなったら、家に帰れるから、と、いつも、宥めていて言っています。家族も連れて帰れるものなら、…と、言っていますが、やはり、病状にもよると思います。家族は夜中に具合が悪くなったら、どおしよう…と、いつも、考える、と言っています。白い壁をみながら死にたくない、と言われたのが、一番心に残っていますが、家族の方には、家に連れて行きましょう。とは言えませんでした。
家族の介護力が確保できない。不安も大きい。常に対応できるシステム作りが必要。
・御家族の考え方も大きく影響される。 ・本人の状態に合わせた対応を最後までやり続け、本人はもとより家族の介護負担等も担える事業所である事 ・自分の問題としてどういう人生を過したいのか考えておく事が必要。 ・医療的ケアを必要とする人の不安をとり急変した時、24時間何かあれば相談できる事等の説明やサービスに対する不安をとり除く事。
全ての要介護者は在宅にて最期を迎えたいとおっしゃっています。ご本人を取りまく環境が整えられておりません。又お世話をする嫁、家族が低令化していますので我が子供の事、仕事の事が中心で親の介護には老人ホームに預けおけばという考えになっています。もう少し家庭の役割 子供の役割を考えない限り、老人も生きることの喜びも見い出せないように思います。
私事ですが（関係ないのですが）私の義父が、昨年12月 日 に家で永眠しました。病名はすい臓ガンでした。7月8日に病気が発覚し9月に、再検査を行う為大きな病院に照会状を書いていただき受診。2日後位に手のほどこし様がないと医師から告げられました。入院期間は20日間、その後退院して抗ガン剤治療の為2週間に1度通院、合計6回行ったが、効果全くなし、内服のみの治療となりました。その後は近くの医院にて、血液検査等行いながら内服治療していました。父は退院当初からもう入院はしないと断っていました。胆汁を外へ出す為、チューブを挿入していましたが、4ヶ月間毎日、家での入浴介助、消毒やガーゼの交換等しました。私の方もヘルパーの経験もあり、シャワーチェアや浴槽台利用し毎日半身浴介助しました。体力が低下し、そろそろ介護保険の申請をと思い、保険者に相談。即、福祉用具のレンタル、購入、サービスも使って良いとの指示が出、翌日から訪問看護師の利用、点滴24時間施行、点滴の調整や交換等は私が行う。介護保険の申請翌日から、動けなくなりベット上での生活。「病院へ行かなくて家で良いですか?」「うん」とうなずく。日中は母(87)に上見してもらいながら、訪問看護を訪問介護員(私)サービス利用しながら、わずか15日間の在宅介護でした。排泄介助も尿器を使用しましたが、殆んど漏らす事ありませんでした。最後の最後まで、50音を使っての訴えもありました。若い時から、私(嫁)に子供はいても「お前しかおらん、お前に頼む」と言っていましたし、私もしっかりお世話してあげたいと思ってました。
まだ、利用者様の数が少ないので、対象者がいない。今後のために勉強、聞きとりをしていきたい。
・第一に在宅に戻られてもその人を介護する人が高齢であったり、同居している家族がいても働きに行っている為、見る事が出来ない場合があります。 ・いろいろなサービスを利用して介護していくにも利用料のこともあり、なかなか全てを受け入れることもむずかしいのではないのでしょうか。
・介護保険の限度額。 ・独居の場合、各種サービスの必要性があっても、限度額の上で、必要なサービスを受けることができない。自費で受けざるえない。事業所の思い、担当の思いにてボランティアで対応している現状。
いつでも安心して医療的処置や介護が得られる支援体制が求められると思うが、それを支えていける人材が不足している。
<阻害している要因> 1. 介護力の不足 2. 家族と本人の意向の違い 3 自宅の環境 4 介護サービスの制限がある。 <各医療機関・介護事業所に求められること> 1. メール等を利用して情報交換されれば、リアルタイムでの状況を把握し迅速に対応できる。 2. チームが一丸となって支援していく
人件費の不足。
療養者本人は皆在宅で生活をしたい希望を持っているがそれには家族という受け皿がないと難しい 介護保険による保険対応のサービスも利用の時間サービスの枠が細くなりすぎて柔軟性がない その人が本当に必要なサービスになっていないの

で家族もささえきれなくなりどうしても施設病院へという事になってしまうのだと思う。
<求められること>・ニーズに応じた専門的かつ必要に合わせた迅速な支援 ・安定した支援提供体制（人員・システム・柔軟な理解）<阻害要因>・人材不足によるサービス体制が整備できていない。（医療・介護サービス・障がい者支援サービス・行政等）・支援体制・事業を運営する為の資金の確保と安定したニーズ需要。
ターミナルケアで在宅を願い、自宅に帰って来ると服薬や点滴等医療に係る事が多い事とヘルパー等のケアも多く時間が取れませんがその為のシフトの変更や他の利用者との調整が必要になったりします。
求められること 医療機関→本人の希望、ニーズを把握すること。 介護事業所→身体介護技術アップとターミナルケアの理解 チームワーク 阻害している要因 介護スタッフ、現場スタッフの負担大。
・地域医療の体制が出来ていないこと ・介護職員不足のためと地域の特性からヘルパー 2 4 時間対応が困難なこと
介護事業所においては、24時間訪問介護が必要となりまた体制的に24時間訪問看護との組み合わせがないと安心のケアにはつながらない。又在宅支援診療所も必要となると思います。療養者本人の希望をかなえる前にまずは家族の理解を得る事が出来るだろうかという点が最大の阻害している要因だと思えます。
家族の理解と経済的理由
・自己負担が増してくる。・ヘルパーの人数が不足している。・介護者が長続きしなく共にたおれると思う又、つらいと思う
在宅での環境（人、物理的情况、心身の疲労）が整わない。
退室の話しがでると、要介護者は様々な不安を抱いてしまいがちですが、安心して自宅で過ごせる様にこの時点から在宅支援が始まっている。病院から自宅に帰る際”もう少し良くなったら””もう少し動けたら”と高い目標を設定していると、帰れる時期を逸してしまう事もあるので、家に帰れるチャンスをのがさない事。介護保険サービスを検討する際：本人、家族の気持ちを大切に適切な時に適切なサービスが受けられる様、心の期を見極める。これまでは、病院で最期を迎える事が多く、介護職が看取りについて勉強したり実践する機会はなかったが、これからは人が死にゆく過程、その時の支援方法についてきちんと学び生活の場での看取りについて熟知して支援できる様にする。医師や看護師は、医療の場とは違った生活の場でも、納得のいく死を問い続け支援していく事が求められている。死にゆく人の心身の苦痛を最小限にし、そして人生最後の時期をどう生きるかを自分で自覚し決定する。それを周囲が最大限支援する事ができれば最高です。在宅で最期・・・を阻害する要因として、家族介護力（意欲）の弱体。社会的介護の不足と在宅医療の不十分さが関係するのではないかと考える。家族介護に頼らないで、在宅で暮らし続ける為の社会的介護が圧倒的に不足している現状であるから、在宅生活が困難となり、施設入所せざるを得ない状況にあるのではないだろうか。
在宅で最後を迎えるということはすばらしいことですが家族の介護力が必要です。24時間365日となれば家族の負担は大きすぎます。社会全体で支えていかなければいけません、それにはまだ連携がとれていないと思えます。介護事業にとっても24時間体制をしなければいけないとは思っているが人材不足など深刻な問題もあります。
本人が「在宅で最期を迎えたい」と思っている、家族が、在宅での最期を受け入れられる状況かどうか。安全で安心できる医療や介護で、いざという時に、力になってくれるのか？
最終的家族の意向。介護力、家族構成による。a) の場合、同居家族の強い意思。b) 救急車対応にて搬送後終焉を迎える。入院期間は短い。
在宅医療の充実、Dr、Nsを確保する為の報酬改善、訪問介護員への医療行為の拡大、夜間訪問体制の充実、家族への医療行為指導必要。
訪問看護師、ヘルパー不足。家族（多数）の意見のちがいがい。
在宅で最後を希望する場合、死亡診断書を書いてくれる医師を明確にしておく必要があると思えます。急変すると搬送されてしまい、病院で亡くなるケースもある
・入院して在宅で最期を迎える場合、退院できる時期の判断のむずかしさ。・在宅で最期を迎えるまでの期間による、長期になると負担が大きい。・苦痛時、対応がすぐにはできない。・家族の理解
介護者が利用者の変化に対する観察力の大事さ、強い信頼関係を結べるように心のこもった介護をする事が訪問介護事業所に求められる事だと思う。
医療機関には病院にいる時と同等の医療をすみやかに受けられる事が望まれていると思う。介護事業所に対しては家族が対応できない時、休息をとりたい時にヘルパーで対応できない等の制限が多く、介護負担軽減につながらない。在宅療養支援診療や訪問看護は料金が高い為、負担が大きい。
チームケアで行い、連絡を密にとること 緊急時の体制 阻害の要因 家族の思い、負担から入院するケース
特に医療機関（医師）の体制が整っていない。24時間介護体制もまだ未整備の状況である。
自宅で緊急状態となった時に家族が不安や負担が多くなり在宅では困難となる 介護事業所もすぐに人がくるわけではない
独居で家族介護が困難な利用者は家族もない生活保護の方々が多く救急車で入院され数ヵ月後亡くられることがほとんどであり、家族が居られて介護されるケースは当事業所では珍しいですが家族間での意見の違いで夫は妻を介護したいが二人の娘さん達は入院させたい例がありました。退院時にはメディカルソーシャルワーカーやケアマネージャーの方々や担当者会議の上訪問介護の回数や内容を検討し元気になる在宅で最期を迎えられる様に支援させて頂きますが担当ケースワーカーにより非協力的なこともあり連携が困難な場合もありました
終末期を迎えた段階で医療機関、介護体制を整え在宅にお送りする。阻害される原因としてはいくら本人が希望しても家族が受け入れられない状況や意志がないと希望をかなえてあげられないと思う。それには早い段階からの話し合いが必要ではないかと思う。
介護保険サービスの限度額 独居で身寄りがいない、あるいは、近くに頼る方がいない、等緊急時の対応が難しい方、専門職（介護系）の精神的ストレスが大きい介護職の医療行為について 「死」というものに直面した時の責任負担が大きい医療が

<p>メインとなってくるが、利用者からみると、医療従事者より介護従事者の方が生活全般について、知っており、信頼関係ができていて医療従事者の面接、関わり技術 接遇等の不足。</p>
<p>本人が在宅を希望しても、家族が不安や負担が大きいと入院を希望する。在宅療養、ターミナルを可能にする医療体制や在宅サービスが整備されていない。人材不足。(医師、看護師、ヘルパー等)</p>
<p>・一人ぐらして、経済的にきびしい。・利用料の支払いがある。</p>
<p>医療者も介護者も人手が充分ではない、家族も24時間ついている訳ではなく、一人で最期を迎える事が多くなるのではないかと思う。病院であれば、誰かがいるので安心と云う事もある。</p>
<p>・夜の時間帯のサービスがなかなか整っていない為、きびしい面がある。・家族、近所等の支援も必要だと思う。</p>
<p>阻害している要因は、厚労省のこれまでのデータでわかっているはずである。その事に対し手をうたずに調査ばかりして意味がない。こんなことをするくらいならもっと行動しろ。</p>
<p>私のところは小規模多機能型居宅介護ですが、在宅での負担を減らす為に、ショートやロングをとり入れたサービスをしています。ロングステイに関しては、医療の往診はOKになりましたが、訪問看護等はできないとの解答です。核家族化した現在、小規模多機能型居宅介護での在宅の一部を支える事は必要です。でも、訪問介護、訪問リハが導入できるといって施設入所しないといけないのかなど疑問に思います。(事例1)事業所に往診に来ていただけるドクターより依頼あり(火曜日)息子さんと二人暮らしの92才の女性の患者さん、先週金曜日までは手押し車で病院にいられていた、月曜日に受診にみえないので火曜日の朝自宅に往診にいかれたらベッドに(尿、便、たれ流しの状態で)ねてあったとの事 暖房もされなく、息子さんは朝早くから仕事に出かけてある、病院(入院施設のある)に入院されても良い状態ではないとのことで、緊急に小規模でおあずかりしました。介護保険、同時申請、ドクターより看とりの事も考えてほしいと言われる。同居の息子さん以外の方も事業所にみえ、毎日のドクターの往診、点滴、にもかかわらず、一週間以内にお亡くなりになりました。家族の方は毎日、事業所に来られ、納得できる形で看とられました。訪問調査を急がせたので亡くなる前日に調査が終わり(新規申請)要介護5の認定ができました。家族の方は3万円以内の負担ですみ、葬祭場の確認もしていたのでスムーズにお通夜 お葬式と終わられました。今回はドクターからの依頼であったので 夜中でもいつでも連絡して下さいとの約束がありましたが、一般でこのような事例があると、すぐにドクターへの連絡ができるかどうか不安です。</p>
<p>①本人が在宅で最期を迎えたいという希望があっても、家族および身内の支援がない方については、今の介護サービス利用だけでは限界がある。現状では、家族、および身内の支援がある方は少なくなっており、独居で暮らしている方が大半である。②在宅での症状の管理が、介護者がきちっとできるひと又、具体的な相談にもきちっと対応出来る体制。③状態がわるくなれば、すぐ受け入れてくれる(入院体制)。</p>
<p>「在宅で終わりたい」と云う人の大半は家族のある人で在りますが以前天涯孤独の女性高令者が自宅を離れ度しないと、入院退院を繰返していましたが、この女性の場合最後は意識不明になり病院に搬送され亡くなりましたが、入退院の際の地域の人の応援や、当社介護士が介護保険外でも呼び出され、それでも今以上に介護員に近隣から苦情が来る位多くの人に迷惑がかりました。本人の希望をかなえる条件に家族がある事が必要だと痛感しました。「在宅希望」のアセスメントは、本人、家族、医療機関、ケアマネージャー、ヘルパー(要員)が、必要に応じ介助を行います、家族に休養を取ってもらう事が、介助員の第一の目的であり、家族に変わって介助しますが、阻害される大きな要因は家族の人達が休養せず、本人の要望を無視して、たえず口出しする事です。本人との家族との板挟みになり、アセスメント通りに行くにくい事です。介護事業所を変える時には、かならず、家族の不満から生じます。家族に気に入られる事が、介護の要件に入る事はなくし、質の良い、質を高める介護の要件は本人の希望を充分かなる事から始める事だと思います。</p>
<p>当事業所で検討した所、医療機関、介護事業所以前に、利用者の金銭問題や体の状態、家族の協力が得られない等の問題があるため、本人の希望がかなえられない場合が多いのではないかと結論に至った。</p>
<p>・すでに、本人に意志確認が困難な状態になっていることが多い。・家族の理解度が低い。(理解するための時間が短い。)・病院からの説明不足。(医師のコミュニケーション不足?説明時にイメージさせてあげないと誤解を招く。)</p>
<p>以前より支援機関を利用する介護者の意識が変わってきているが、介護保険制度をより細かく説明する必要はあると思う。</p>
<p>訪問医療をして下さる医師が少ない。病気が悪化すると、すぐ入院に成ってしまい病院で亡くなる方がほとんどです。医療装置の貸し出しも高額な装置などは、何台も無いだろうし、介護事業所はやって良い基準が決まっているので、最期を迎えたい方の場合は、やはり看護師レベルがないと、介護が出来ない。</p>
<p>ご家族の力がやはり必要と思われれます。精神面でのフォローが重要と思われれます。大切な方のお辛い姿を見つづけるのは大変な事だと思います。最期を迎えられる方への訪問介護の役割は、ご利用者様はもとより、ご家族への支えを念頭に置いております。</p>
<p>・療養者本人の気持ちを理解し、・医療機関は、家族 介護事業所に対して、医療面での、必要事項の説明、指導を行なう。・介護事業所については、疾病の理解、介護方法、家族等サポートとの連携 阻害しているもの 療養者に対しての思い、心、を大切に人が少ない。在宅を認めている、又サポート出来る、システムが少ない。</p>
<p>大きな理由として2つ考えられる。1. 緊急時に十分な医療行為が受けられないという不安 2. どれくらいの介護負担になるのか、家族が負担に耐えられないのではないかと不安。1については、医療機関担当者が 想定される緊急時の状況とその時必要な治療を具体的に説明し、在宅で実施可能な治療と、在宅ではできない治療とに分けて、本人と家族の判断を求めることが必要。当然簡単に判断できることではないので、丁寧に説明し、時間をかけてじっくり考えてもらうよう、医療機関担当者が支援することが大切 2. ターミナルケアにあたっては介護と看護の連携が重要であり、両面からの支援が在宅において必須である。ケアマネージャー又は看護師のいずれか(本人や家族の信頼関係による)が中心となって、ヘルパーおよび看護師が支援できる内容、体制を説明し、不安感の軽減を計る。いずれにしろ、莫然とした不安感が在宅でのターミナルケアを避けているので、具体的な対応と支援体制を説明し、信頼感をもってもらうようにすれば、在宅で最期を迎えるケースが増</p>

えるのではないかと？
・単身の方が多いため在宅で最期は難しい ・介護者が高令の為色々なサービスを利用してもそれ以外の介護が難しい。
家族の不安と 終末になると病院へ搬送する
・家庭環境の中で介護ができる限界の訴えが多い ・介護事業所は家族、本人の希望に基づき、受け入れる方向で考えている。ご本人の意思を尊重しつつ、ご家族の不安や看護負担のための緊急時の対応が医療機関、介護事業所の体制に必要。特に夜間の介護に関しては家族負担の観点からも事業所の介入が不可欠なのではないか？ それに従事するための事業所の整備、人材の確保が困難な現状。
在宅で最後を迎えたいという希望をかなえる為にはやはり病状の変化に対する対応が心配であると思うので訪問看護師を増やせたらと思います 看護師さん不足で各家庭をまわられる看護師が不足していると思うし医者も在宅に力を入れている方が少ないと思うので増えてくれればと思います 最後になると医療的部分が多くなっていくので介護職では対応出来にくいところもあると思います
「死」を迎えようとしているときは誰でも不安にかられると思う。傍に誰か第一のケア。それにはスタッフがいることも大切だが家族と一緒に看取るという姿勢で家族に協力を求めることも不安軽減につながる。介護者の多くは介護するのは当たり前、周囲の人や特に家族に受け止めてもらえず虚しいと感じていることが少なくない。介護していることを家族が一番理解して支援していくことが重要である。介護者からの生の声を聞き、介護者自信の考えに傾聴し、横並びで寄り添いながら歩いていこうとする気持ちで支援することが大切。在宅を継続する上で常にどのような状況であれば在宅が継続でき、どのような状況であれば在宅の限界について事前に家族と話しあっておくべきと思う。特にターミナル期は日常生活全体に介助が必要となり、介護される人と介護する人の双方が心身共に消耗しまいがちである。このような状況にならないためにも専門職の早期介入が有効と考える。更に、医療やケアを駆使しても改善が見られない場合は入院や一時的な入所なども選択肢の1つとして検討していかなければならない。
家族介護だと思う。なかなか本人の希望をかなえると言うケースは少ない 家族に決定けんがあるケースが多い。それも分かる
家族と同居している方でないと在宅で最後までというのは、難しいと思う。たとえ老々介護であっても一日中、医療、介護機関が訪問しているわけではないので、急変等の際、連絡できる人が一人でも居ないとできない。本人の希望は「在宅で最後を」であっても家族も同じ考え方でなければ、実行は出来ない。
緊急時の体制をしっかりと整えておく
家族介護力の低下（核家族等）にともない医療機関、介護事業所間の連携がうまく行えていない。かぞくの介護負担の軽減につながるDayのあり方（Dayサービスでの1日の過し方）にも問題がある。喜んで楽しみにされDay利用されている方は少ないとおもわれます。在宅サービスを続けて頂けるよう質の良いDayサービスが増えてほしいです。
担当医師による定期的診療、訪問看護師による定期的な訪問介護ヘルパーによる定期的な訪問 これらは必須訪問であります。が介護認定の限度額、又、認定段階で相応の認定がおりる分ではなく限度額が不十分である為、うまく介護保険内で収まるとは限らない
制度がまだ在宅生活を充分にするまでの理想論でしかないということだと思ふ。地域格差も含め、地方行政との柔軟な制度が必要ではないか？とは言え現実には難しく、最終的には周りの人間教育の重要性を直視しなければならないのではないかと。
高令の人、障害の人みんな住みなれた家で死にたいと願っているのはあたりまえでしょうでも自分のせいで、自分がこんなんやからといって家族のいいなりになるのが現実です。ケアマネも役所の相談員もみんな病院、特老をすぐ口にします。ベット上であっても家族の中に入りたいたいです。共働きで大変な家は多々あります。でもと何度思い、涙し、病院や施設に送り出した事か手をにぎって、いきたくないとなをむいたままだまってしまう人、人、人 在宅で一番必要なのは医療との連携いでは何があってもちょっとの事でも連絡すればDr、看師が来てくれれば安心です。でもHPもすぐ救急車よんで下さい。今はムリですとたらい回し、HPに入ると元気になって帰ってくる人なんていない。涙流してもうあんな所いたくないとこの様な現実わかりますか？共働きの人のつらさもわかりますか？高令者障害者のいきば、考えられますか？考えられないアンケートなんてムダです。
家族の介護力がなく病院へ搬送されることが多い。急変時、警察による検死が入ることがある。それはさげたい。
痛み不安のない最後を迎える為24h体制のサポートシステム（気兼ねのない）を望みます。24h体制を掲げてあっても、夜間はやはり気兼ねをされ朝を待つ事があるそうです。
長時間の介護が求められている。介護保険の点数内でおさまらない。保険外自費介護費用が負担である。ヘルパーの人数が足りない。
阻害とは思わないが時代の反映、政治の流れがあると思う。低賃金 女性の社会参加 介護人の高令化 長寿。介護現場の低賃金、人材不足等。「最後を自宅で」と願うのは本人だけでなくご家族にもあるが、費用の問題、介力の問題があり、現実的には在宅は難しい。ご本人の機能状態もあり（最近では胃ろう、ストーマ、吸たん等）家族の負担も大きい。90才すぎた要介者を“孫”が世話してるケースもある。「最後を在宅で」それが叶う社会になってほしい！
各医療機関、各福祉事業所の連携が必要。阻害している要因 在宅介護の限界 医療対峙への不安 家族負担（体力、精神面）
医療、介護機関はもちろん不可欠ですが、民生委員、地域のボランティア等不可欠。（特に、都市部に近い程、御近所の関係が疎遠の為）
1. 本人の詳しい病状に関して、主治医よりの説明や指示をもらい各関係者がよく病状を把握した上でケアをしていく 2. その人らしい最期をむかえられる様に支援していく 医療・介護との連携により目的の共有（まず本人の思いを優先していくこと） 3. 御本人御家族の気持ちに寄り添うことが大切 4. 心強い在宅で往診してくれる主治医が見つかることが困難 ☆阻害している要因 ☆ ①主たる介護者がいない or 高齢であり夜間等の介護が困難（介護保険の限度枠がオーバーするため夜

間のサービスを控えるため) ②病状の急変時(タンの吸引など、ストーマの交換等)に対応しきれない ③心良くすぐに往診してくれる医者が少ない→在宅診療に力を入れてくれる医療機関の情報が少ない
医療面で病気に対する苦痛を少しでも和らげる方法が取れたらいいと思う。介護従事者の技術の向上。近くに適切な医療機関がない。
24時間体制での訪看、訪介護、Dr支援等、本人・家族のカウンセリング 阻害要因：家庭環境、地域環境、介護者の精神的心理的負担 利用する側の意識
病院に入院して退院する事になって家庭での環境、介護力が変わり、退院がスムーズにいかず長期入院ができる病院へ転院したり、その間に身体機能が衰えてしまうケースがある。そうなるとう家庭へは帰れず、そのまま施設入所となる。自分自身にそれを置き換えてみると例え自宅に帰っても家族に負担はかけられない、と言う気持ちがあるので、現実を受け入れるしかない。家庭で最期を迎えたいそれを一番阻害しているのは、同居率が低く、又、世の中が、働かなければ生活しにくい状況にある情勢だと思う。
現在家族による介護が中心でありその事における社会的コストも、やもえない状態となる場合がある。自宅で最期を迎える為には介護の為離職を余儀なくされる場合もある。又高齢世帯も増える中地域で暮らす為のサービス整備社会環境がなされていない。介護人の老化、介護疲れによる体調不良などにより施設及び医療機関に頼る事となる
訪問介護は療養者の方への医療行為が出来ないことが多い為在宅で病状が悪化した場合、訪問介護への移行が多い。
在宅で最期を迎えるには、その時々で変化する病状、心身の状態について支える存在が必要であると思います。医療機関においては、医師、看護師の人手が足りなければ、急な変化や細かな疑問や要望に対して対応できないと思います。介護事業所においても人員が豊富でなければ、対応できません。今の介護保険制度においては、余裕をもって人員配置をすると、事業が立ちゆかなくなると思います。しかし、「在宅で最期を迎える」には、臨機応変に対応し、じっくり、ゆっくりと本人や家族と向きあうことが求められます。また本人、家族には死を見つめ、何を優先するのか考えていただく必要があると考えます。
在宅で最期まで看取する場合訪問診療を随時していただける医療機関が必要ですが、なかなか近くに往診して下さる医療機関がなく入院をせざるを得ない状況だと思われま
家族、Dr、訪看、ヘルパーが連絡を密にして体調に合ったサービス調整が必要。ある程度、家族の協力がないと難しい。
休日や夜間もサービスに入ってくれる訪問看護師やヘルパーが必要。又、すぐに対応してくれる福祉用具の事業者。電話がつかぬがる医師。毎日夜間もサービス入ると、介護保険のわくだけでは収まりきれない。又、救急なことがあっても入院はしない、させないという皆の思いが同じ方向を見ていないといけない。日頃からサービスに入ってる者同志コミュニケーションがよくとれてることが大事だと思う。
ヘルパーステーション(訪問介護)は、日常生活の支援はできますが、医療部門のお世話はできませんし、ヘルパー自身も知識がありません。生命に関わることは、専門の方がカバーされます。お互いの機関が連絡を密にして、情報の提供によって、本人さんが在宅に満足していただければと思います。
・死への恐怖心から専門家へゆだねていること。死というものの、イメージを変化させる。
まず家族の協力につきると思います。①金銭 ②家族 ③主治医 ④ケアマネ ※やはりすぐ入院、入所させる現状 家族と介護だけでは見切れない
在宅で看取りを行うためには医療との連携は大変重要になってきます。その上でチームを組み、早朝、夜間の対応を均質なケアで行なわなければなりません。そのためには、ターミナルケアのチームを組むことのできるヘルパーの確保をすることが必要になってきます。現状では、スキルにばらつきがあり、30名登録しているヘルパーで、対応できるヘルパーは5名程度になります。(自事業所では) 今後、在宅で最期を迎えたいというケースが増える事が予想されますが、ヘルパー養成の最初から、見なおす必要があるかも知れません。看取りができるヘルパーの養成を願います。
在宅における家族の医療行為への不安・心配
サービス時間の見直しや最期を何えられる際の対応の確認をCMを交えてご家族と必ず行うようにする。阻害していると思われる点はヘルパーの数が訪看の数だと思います。対応したくても数が足りなくておことわりするケースが有る。
最後まで、在宅でと希望されている人はいます。病气や、ケガが元で入院したら、退院ができてその後も引き続き施設入所になったりしています。最後の判断は家族です。
・往診医、訪問看護師によるターミナルケアの充実 ・痛み等には緩和処置、専門的な相談支援を受けること ・介護者→苦痛を和らげるような精神的介助、身体的介助、トータルケア ・金銭的負担への軽減が絶対的必要であると思われる。
「在宅で最期を迎えたい」と思う人は多いと思うが、家族の負担を考えると、本人も家族も決断は難しいと思う。本人や家族が、そう願ったとしても、医療機関や介護事業所が十分なサポートがないと実現できない。この為に医療機関や介護事業の熱意や、十分な教育や経験が必要だと思う。これらの環境を整える為には十分な運営ができる財政的支援が必要不可欠だと思います。当事業所でも3年前に在宅で最後までお世話させて頂いた経験がありましたが、とてもよい勉強になりました。お陰様で、一昨年、私の母を自宅で看取ることができたのも、この経験があったからこそと感謝をしています。
①家族の(同居者又は同居者以外の親族)気持ち ②夜間の対応体制がつくれるか ③制度外サービスの利用が必要となり自己負担が高くなる
家族の意向 主治医の協力なし
医療、福祉、保健の各分野が情報を共有して支えていく。自宅では必らず、介助者が(家族、近隣の子供達)必要になる。
「住み慣れた場所で最期を迎えたい」との要望では、一日、一日を安心して生活を送り、急変した場合等、スムーズに訪看や主治医との連携を取りサービスを行いたいです。
在宅介護、看護支援等の体制不備
・家族の仕事があるため病院での死を介護者が希望するケースが多い(家族に死を受け入れられなく最後は病院でと言う気持ち

が強い)
・医療機関との連携を図る。・緊急時の対応の確認・家族の方との連携を図る 阻害要因・家族の高齢化(介護者)・単独の生活(家族が遠くに過んでいる)
家族支援があまり望めない。
療養者様本人のご家族の要望や希望により、療養者様本人の希望をかなえる事ができない事がある。
・療養者の苦痛をとり除いたり家族の負担軽減を図る。・障害がありながらも他の機能を使い生活していく事ができる事を本人に伝え、一緒に実行していく。・在宅で最期を迎えるためには家族はもちろん各医療機関や介護事業所のサービスを利用しながらでないと家族だけでは成り立たないと思われませんが、出費が膨大になってしまうとサービスを受ける事が出来なくなってしまうと思います。・社会全体が障害のある人との交流ができるような世の中になっていない。
医療機関と介護事業所の密接な連携は必要。しかし、医者はあくまでも病院という建物の中において実際に本人の容態が悪化してから診るという状況。そうした現実の中で、在宅で最期を迎えたいという願いは、本人のみならず、家族にとっても、大きな不安を抱くため、とうていかなえられないものと思込んでいる。訪問医療が行わなければ、こうした不安は解消されない。また、介護事業所は、よりよいサービスに徹したいものの、経済的に苦しい人は、最低のサービスでもがまんしなければならない現状もあり、格差が生じていることにやるせない思いをする時もある。
◎最期を迎えるにあたって、本人や家族への説明や話し合いがなされない為、緊急時すぐ救急車になる。◎訪問看護や往診のDrとの連携が大切 ◎最期を迎えるまでの、経過についての理解がない為、今が、どの状況か、判断できず、あわててしまう ◎サービスを提供する側も家族も、本人をふくめて最期までの流れを、イメージしながら支援できるように、話し合いを重ねることが大切。
・家族の負担、不安・本人家族の気持
・1人で判断出来ない人が一人暮らし等して家族の支援が難しい時・介護事業所等利用したいが利用料等支払いが大変な事
例えば、急変した時に、病院であれば何らかの対処は出来ると思うが、在宅であれば、そういう状態になった時、対応出来ずに(病院ほどの設備等間に合わない)亡くなってしまう事もあると思う。家族は、本人が在宅でという希望を叶えてあげているにもかかわらず、そういう時は、どうしても病院と在宅との違いを感じると思う。病院の様に即対応という迅速な処置をして、だめなら諦めもつくと思うが、在宅だからその対応が遅すぎたとかでは、納得出来ないまま後悔が残ると思う。本人の状態にもよるが、家族は覚悟は出来ていても、諦めてはいないと思う。在宅に決める時は、どこまで医療的な事や介護的な事が出来るのか良く話し合っ、納得した上で判断すれば良いのではと思う。
・ヘルパーの質、数が足りない。・基本のサービス量だけでは、夜間などのサービスが不足し、結果、家族の負担が増し、本人の意思より、まわりの負担軽減にはしてしまふ。・最期を迎える場所も大事だと思うが、自分らしく死にたいと思っている方も・・・介護保険のヘルパーサービスに当てはまらない事、音楽、自身で料理作り、などの提供や、パジャマでなく、毎朝スーツにきがえたいとか、ゆっくり話だけして欲しい、アルバムをあげ、なじみのヘルパーと、一緒にお茶したいなど・・・☆自宅にいても、最後の最後やりたい事が、保健業ム外だった場合、あきらめてもらう事⇨終末期に自宅へ、ボランティアは入れにくい
在宅診療所の先生や各サービスを利用し連携していく事が必要 夜間の訪問ヘルパーのサービスが無い為あるといいと思います
・本人の病状(臨終時)の正確な対応しき。・周囲とのいしきのズレ・本人の気持ちの有り方
ヘルパーの介護時間では、足りない。家族の方がいる場合、仕事を持っている持っていない場合の違いもあるが、目が届かない場合は無理がある。家族の方の大変さもあると思う。
協力的で良質な訪問診療医の確保、24時間体制で、必要に応じて、診療や訪問看護を迅速に行えることが重要。家族の協力は様々な意味で重要だが、負担軽減の為に、十分な訪問介護が必要である。その為にも、何度も言及しているように、介護保険制度の見直しが必要不可欠である。
在宅医療、治療になるとやはり家族の負担が大きすぎる事が最大であろうと思われる。家族としてみれば病院に入院してもらうと安心だし、自分たちの生活のリズムがそのままよいし、療養者を介護するとなると、回りの公的援助があったとしてもその中該となる介護者はやはり家族である。その介護者が家族に居れる状況を今の社会では出来ないように思う 経済的に、又、物理的に在宅療養者を抱えこめる在宅はあまりないのではないか。
独居や老々介護で24時間目を離さずいる介護というのは、現実では、少数はかなえられる事もあるかも知れませんが多数の療養者を対象とした場合には厳しいものがあると思います。訪問介護、訪問診療、訪問看護、いろいろなサービスを利用しても誰もいない時間帯という隙間が必ずあってその間の孤独死という不安もあると思います。誰でも迎える死というものを前もって学習しておく(こういう状況の場合はこうなりますので、という病気の説明とか緊急の連絡先とか)心穏やかに最期を受けいられるように普段からの説明とかが必要かと思ひます。
独居の場合は・本人が希望していても、最期が近いと思えば、介護事業所としては救急車を呼ばざるを得ない事があった。後日問題にされるのでは?と思ってしまう・同居では夜中でも介護の体制が整う場合は、本人の希望がかなう場合があるが、その時は介護者の家で看取る気持ちが変わらない必要がある・本人の「最期は、こうありたい」が例えば、ドナーカードのように制度化すれば、よいと思う。
本当に御本人様が「在宅で最期を迎えたり」と考えているのかを、意思を尊重することが求められます。が、しかし、本人様(利用者様)が、認知であったり、障害によりコミュニケーションができなかったりすると、家族の意思が尊重されます。そのため、午前より、御本人様が在宅ケアの様子を確認したり、情報提供したりすることが求められます。介護保険を利用される年齢は75才以上がもっとも多いため、65才~74才までの5年間に、御本人様が「在宅ケア」「在宅システム」の環境

を整えることが重要と考えます。この環境を整える方法としては、前もって事前相談システムの確立や情報提供を行いながら、御自分の将来像や環境をイメージし専門職（ケアマネージャーor社会福祉）等に、相談し、今後のポートフォリオを作成することが求められると考えます。
担当ケアマネ、ご本人様、家族様と共によく話し合う事業所の職員ともに よく話し合うことがだいじであると思います
阻害している要因としては、体調に変化があれば、家族が医療機関に連絡をして、入院をして、そのまま病院で最期を迎えるので家族の意識改革が大切だと思う。在宅で最期を迎えたいと個人は主張していても、家族が無理解な場合は、事業所としては、家族の間には、立ち入る事は、むずかしい。
・医療機関と介護事業所に連携を図る事が大切であると考えられる。・緊急時の往診うあ訪問など24時間対応での在宅のサポートが十分に出来ない
本人希望の最期を迎えたいという意志を尊重し、Drはじめ、連携をとりたいが、介護保険枠内でなかなか時間がない点を考えてほしい。結局それが邪魔し、希望に添うことが出来ない例が只々あると思います。
介護保険には上限額があり、それ以上のサービスは割負担になってしまう事と、1割1負担であっても費用が発生する為、サービスをためらう現状がある。医療的ケアが必要な利用者であると訪問介護員では対応できない部分がある。
少子高齢化に伴い在宅で最期をとっても現実的に困難であり、医療機関や介護事業者が努力しても国自体の政策が重要であり、元になる物から変えない限りなにも変化はない
ショートステイがいつもいっぱい確保できない。訪看など金額が高くて限度額に入りにくい。家族も知識が無くて施設を頼りたい。
在宅医療の医療的環境は、家を中心に患者を全面的に引き受けて展開していく高度包括医療体制とも考えられます。患者に係わる医療スタッフが協力して「在宅医療チーム」となるため、病院で受けられる医療のほとんどが在宅で行えます。必要であれば、歯科医や耳鼻科医など、他の科の医師と連携を持ちチーム医療が組まれるため、在宅医療は1つの形があるわけではなく医師の持つ技術や地域で供給されるサービスによって異なってきます。患者やその家族が自分の意志で上手に選択できるようサポートしていくことが在宅医療にとって重要なことです。そして医療と介護との連携がとても重要である。実際に起こる問題は、患者本人や家族の心理的な動きや動揺から生じるケースが多いのではないかと。看護師、医者、弁護士といった専門家がメンタル面も上手くサポートできるのが理想ではあるが、家族側の知識があまりにも不足していて要望だけが非常に多岐に渡っているようなケースだと変化する状況を理解してもらうだけでも相当な努力をようする家族も医療、介護、従事者も心に余裕を持って対処できればコミュニケーションも減り無用なトラブルを回避できる。その為にも家族がターミナルケアについて知識をもっておくことが重要だと思う。
・家族の協力が無い事 ・家族と本人の思いがちがう
・医師による十分な病状の説明 ・家族の精神面のケア ・本人の状態に合わせ福祉用具やサービスの変更を考えていきたいが予想以上にADL低下したり病状の悪化が急激なことが多い
なし
訪問看護と主治医が24時間体制で協力してもらえると、家族さんをしっかりと支援していくことが必要だと思う
・療養者、家族が不安な時（体調に変化があった時など）に24時間つながり相談にのってくれる在宅医との連携が必要 ・医療的な処置については看護師、生活上の介護については介護士といつも相談にのれるような連携体制 ・在宅で最期をむかえるにあたり、本人も家族もその最期に近づいていく過程の心の変化に対するフォローや教育 ・料金に心配がないことが安心の一つにつながるので、その部分のフォロー ・本人が安心して穏かに過ごすために趣味、し好など在宅でもそれらを継続できるシステム
家族支援を考え専門職はその専門性を最大限発揮しサポートする。時間数オーバーで ご家族の自費の部分が増え経済的に圧迫する。
在宅で最後を迎える為には、医師、訪問看護師、ヘルパーなど多くの方が係る必要がある。本人の不安の取り除く為の精神的フォローや介護計画（ケアマネージャーのプラン）が必要となる 各所での連携が必要となる。阻害しているもの①介護保険制度の介護度による限度額②家族がすべてケアマネにまかせてしまう
終末期を向かえるまでの自宅での可能な介助、サポートの仕方、本人の望んでいる事をどれだけ叶う様近づけるかのアドバイスを求めたい 本人の病状により不可能な事
ALSの方を受け持っています。子どもさん1人で働いているので、訪問の吸引をお願いしています。昼間は訪問看護とヘルパー、訪問入浴の対応です。痰の吸引に関しては、ヘルパーによる吸引が認められていますが胃ろうへの接続はまだ認められないので苦慮しています。家族には認められている医療行為（床ずれの処置等）であるがヘルパーには認められないという事をもっと広げて認めて欲しい。家族がいても協力しない方もいるので介護力を補うことが必要。
24時間体制での医療との連携が徹底できず、介護者にとっても不安が大きく救急時に対応できない為、病院へ頼りきってしまうのが実状である。また、家族が抱える問題が大きすぎる。経済的な面や精神的な面含めて地域で支えていける状況にはなっていない。
以前よりも在宅医の往診体制は整ってきているが最後を迎えるまでのプロセスに対して知識や心構えが家族が不十分である事や一人暮らしの方などはいくら在宅でと思っても家族不在の中ではどうしても無理がある。在宅で生活していても“何かあったら病院に、”という思いが強いように感じられる。最期を在宅で迎える事に対すると本人。家族の意志の確認と家族に対するフォローをもっと行う必要がある。在宅医の体制があれば自宅で最後を迎える事が出来る事を知ってもらう
・ご本人が今迄行なって来た時希望している事どのようにして行きたいかお聞きし、医療機関、介護者が連携を取り合っこのちらの考えを押しつづけず相手の立場に立ち傾聴して行く事が大切だと思います。
短期間の介護を自宅で行っている場合は急変時に病院での医療が必要となっている事が多い為、病院での最期となっている。

又、長期の療養となる家族の介護力が不足（各家庭化、独身者、単身者、子どもがいない 老老介護等）する為施設への入所となる事も多い事が要因と思われる。又、在宅で介護しフォーマルサービスを利用する事により精神面、身体面での疲労は少しは軽減されたとしても経済的利用で施設入所となる事も多く急変時は病院又は施設での最期となる事が多くなっている。
①在宅医師で往診のして頂ける場所が少ない 24時間体制で往診してくれるところで市内で1ヶ所しかないこと 往診してくれる範囲が限られていること。②家族の支援が十分出来ないこと③介護保険サービスの限度額が少なく在宅でサービスのみで最期を迎えるまで支援するには限りがある
①家族に囲まれながら最期を迎えたいが、その家族が問題②家族が安心できる介護メニューが外されている。見守り 話しあい手 散歩の付添 ③在宅療養者本人にあわせた介護…ケアマネージャーを信頼（今の制度、指導は、あまりにも信頼していない）
医療と介護が連携していることが一番だと思う。
末期の介護量が大変多くなるので、他事業所、他職種との連携が特に重要になってくると思う。緊急時の体制など医療側の受け入れが確立されていないと難しいと思う。
・医療機関 往診をしてくれる。24時間の訪問看護。入院必要な時は入院がスムーズにできる・介護事業所 通所サービス…その人に合った時間利用が出来る。訪問介護…医療的なことが指導のもと出来る。・家族 精神的、経済的な面から、在宅で最期を迎えることはむずかしくなってきました。相談内容を確認してみますと、多くの方が施設入所を希望しています。自宅で最期を迎えるということは、これからますますむずかしくなると感じています。
家族の力が弱くなっている。介護が大変→施設、安心→入院というように考える場合がほとんど。その選択肢にあるのが金銭的な理由で入所しないという方。私の事業所の場合そういう方が多い。在宅にて、生きたいという方へのサポートができたとき、介護者として喜びを感じます。在宅でケアできる（最後まで）となると家族の力がとても重要。サポートする側にあまり力がなくてもやっていけるのです。利用者の側ではなく、家族の側に立ってケアマネジメントすることのできるケアマネには、この地域でもなかなかお会いできない。利用者本位となれる、サービス体制。サービス側の意識を高めたいと思う。この現状で、ケアを受けたいとは私はあまり感じない。悲しいことです
訪問看護事業とケアマネージャーからの連絡を密にとる家族の精神的な問題にかかわり安心をもたせる 阻害している要因はよくわからない
・お金の問題・介護者の問題・急変時の受け入れられる医療の問題もあると考えられる
在宅介護を日々、支援して稼働しています。そこで、本人の本当の思い等は生活している上で、すい上げていって意味のある生き方が出来ると考えます。各々、ケースケースで違いはありますが、たとえ身体的に不自由でも、持っている思いは生きたいでは無いだろうか。回りの活動、支援に参加しながら今後も在宅支援を図れる様頑張ります
ご本人の希望を医療機関等が入院してもらおうとの方が、介護に対して自分達の手から、むずかしい利用者には、できるだけかわらずご本人の希望を無視されることが多く思われます。ヘルパー等も何とかご本人のご希望に対して最期までご本人がご自宅ですごされるのなら、ヘルパーに対しての自由が失われても、楽しい最期をと考えますが、県、市等とのカンファレ、病院、看護師、ケアマネージャー等、もしも家で最期をむかえられた時の責任のがれの答えばかりで、みんなでご本人の希望通りを大変であってまかなえてあげたいと思います。誰れもが必ず一回はむかえる最期を、もう少し前向きで本当にご自分の家庭が一番楽しく、一番住み良いと考えておられるのに少しいつも逃げの声が出る事が多く、どうすれば在宅で最期をむかえられるように、元気な者が全員で手を貸せるような前進的な考え方を望みます。
本人が希望されても、家族等の介護に無理があるように思われる。常に対応可能な病院になってしまう。
夜になると不安…など24時間体制でも在宅の場合、気をつかって呼ぶ事が出来ない。その点病院のナースコールの方が呼びやすい。家族が安心していられる、というのがあると思います。
訪問してもらいたいが介護員でも医療行為はできないので家族の負担になっていたり、利用回数や時間の限度があって利用者や家族が求めているサービスが達成できていないのではないかと思います
・医療に関しては会議に出る意識の欠如（Dr）・看護師は、在宅に関わろうとする人が少なすぎ敬遠されている印象が強い。自分の領域にこだわり、Dr、介護との連携に興味が無い方が多い。実力がないかもしれない。仕事を丸投げされる方もめだつ（介護に）・介護事業所は能力不足で利用者のニーズに答えられる質量共に不足している。連携といっても、医療からの仕事の押しつけに終わりやる気なくなる仕事とも、いわれているので携われるヘルパーは少ない。本当に「助けたい。」と思える人しか携われない。・会議をしてもDrのいない会議が多い。医療の相談ができずに本人、家族、介護事業所は困っている。盛り上がらない。・上手にコーディネートできるケアマネもいない。難しいと思うがDrのいない会議は無意味な時もある。意味がわかってないのかなと思う時もある
・本人の希望で必要な事・体調を見ながら他職種との連携が必要（ヘルパー⇄在宅医師、訪看）・連絡はノートなど利用し家族も確認する事・最期が近くなると不安が多くなるのでこまめに話しておく事。・阻害している事・「…やっぱり自宅でのみとりは無理！」と家族が引いてしまう事。・最期の最終で「やっぱりもう少し長生きしてほしい」と思う事。・どれだけ本人が希望しても、最終的には「できない」と家族が病院に入れるケースが多く、また本人も不安にたえきれず訴えもまともに聞いてもらえなくなる事があります。 本当に必要ですか？ってなります。
グループホームの例では終末時には、家族さんと話し合いをします。・先ず食事がとれなくなった場合どうされますか（口から通らない）①出来限り口から食べて頂く。水分もとれなくなった場合は自然にまかせる。②血管や胃ろうをする。①と②どちらかの選択で①の場合は続いてグループホーム。理由、今迄の生活の継続で人々話し声が聞こえる中での生活がある（皆んなが声をかける）②の場合は病院です。 家族の選択なので問題はありません
本人と家族で延命などについて意思を確認していても、呼吸が切迫し苦痛の表情に耐えられず、パニックになり救急車を呼んでしまうと思う。その場に居合わず者にとっての判断、責任を明確しておく必要がある。事後のグリーフケアは遺族と共に

ケアに係ったスタッフにも必要だと考える。
在宅での対応や医療機関の連携等。家族の介護力にもよるが、やはり、自宅で最後までとなると家族も本人も覚悟とともに、どのような状況になるのかという手探りのもとに看護や介護のサポートが必要だと思う。介護保険のサービスだけでは夜の対応など難しく、お金の問題もあると思う。
Dr が中心になるのはある程度しょうがないですが、ヘルパーなどの1番利用者さんに接する職種をもっと理解してほしい。施設の手厚介護より在宅の方が不安感が利用者さんにもあるでしょう。そして、全体の介護保険金の80%位を施設の人が使っています。たとえば、整骨院の先生は素晴らしいから、訪問して治療して話しをなから加療とか、PT、OTよりもすぐれていると思うが…。「在宅で最期を」なら24時間、訪問対応が必要でしょうね。だから、全ての介護関係者のむだな書類記入をなくして、その分の時間を利用者によりあててほしい
・希望を叶えるために求められる事。ケアマネジャーとの連携で、きめ細やかな（要介護者本人が求めている事）支援に徹する事。・阻害している要因。要介護者と家族間との支援内容に対する相違並びに支援に伴う自己負担（法定外経費が伴う場合もある）額の支払い。
・住環境が整わない・家族介護者の不足・経済的負担・介護職のスキルアップ（精神面も支えられる）
危とくの状態になるとほとんどの人が病院へ行って治療する。本人は意識がもうろうとなれば家族は少しでも早く救急車が無料なので大病院で治療を受けさせたい。
介護従事者はどうしても平素少しでも体調が不良になると医療機関に係る様するものである。理由は家族より後でなぜその時医療機関に係るようになってくれなかったかと言う苦情が有り責任問題になるのがある為であり在宅で最期を迎える事を進言しにくい。
在宅で療養介護を求めたい場合に、家族介護を含めて介護保険で行う場合、各職種の連携を重も必要とし24時間体制も生じてくる。家族介護では長期間に渡れば様々な面で限界がでてくる。それに化わる介護保険では料金負担に対応が難しく、日中は備えても夜間帯がは入れれば負担は高額となり、一般の利用者、家族では介護保険制度を受けたくても限界が生じてくる。又低年金生活者では終末期にも在宅で最期が望めるものか。自分の先々を考えても不安要因である。近年の社会経済状況からみて、現段階でも施設入所、在宅にしても家族負担に苦慮している話を耳にする。この状況が悪化してゆくものなら在宅で最後ということは、ますます難しくなるのではなからうか。
「在宅で、最期を迎えたい」という気持ちだが、本人にあって、医療機関、介護事業所で、連携をはかったとしても、家族の協力がなければ、在宅生活は、厳しい状況だと思えます。
・在宅で最期を迎えたいという本人の希望をかなえるための覚悟（家族、医療機関、各介護事業所などの）・支援体制（訪問看護24時間体制、訪問診療など）
受け入れる家や家族がいない場合、在宅に戻れない。戻れない時希望しない治療を受けなければならない事
医療機関→往診、今後予想される症状の説明、ゆっくり話を聞く。介護事業所→ひとりひとりのスキルアップ（知識、介護技術）
在宅で…といっても最終的には病院に搬送されるケースが多いと思う。私たちはニーズに合わせてサービスを行っていますが単位数が少なくて十分な時間をとれない時も多々あります。疑問なのはガンのターミナルケアでも要支援や介護①であるのがおかしいと思っています。それこそ十分なケアができないのではないのでしょうか？
「看とり」の研修などの機会が増えてきていますが看とり側の体制の不備があります。在宅医療にとり組む病院、医師不足、24時間対応の訪問看護不足があります。人員不足は待遇の悪さが第一の原因だと考えます。
療養者の死亡時、F aの裁判訴え
・出来ることなら在宅での考えは皆様あると思えます。①高齢の為肺炎、心不全、炎症数値高等理由様々で入院、そのまま亡くなる方多し。②疾患等で介護保険使用、ケアマネジャー訪問、ドクターと巡る事はごく一部のケース。介護保険活用うまく出来れば良いが出来ない場合もあり、家族負担を考え各施設に入所する事あり。③ケアマネジャーの教育、④地域包括のあり方良い方向性を見出せる様に。⑤介護保険制度明確に分かりやすく、使いやすく。
今まで過ごして来た、なじみある地域、環境で在宅生活を送る事の大切さ、家族と共に暮せることの幸を思った時に、最期の日々を在宅で過ごせるならばと多くの方は望むでしょう。しかし、在宅で最期を迎える事の不安は、病状の不安であったり介護力の不安であったり、療養に対する不安色々な不安が阻害因子となります。在宅で終末期を迎える事ができるとしたら、治療やケア、生活を支える介護であったり、総合的な地域での医療体制が必要になると思えます。家族ごと支援できる連携チームがあればそして、知識や技術をもって支援できれば安心した在宅で最期を迎えることができるのではないかと思います。家族にとっても意義深い事となるはずで。
意見の順は不同です。医療機関関係者は本人がただ今最期に至ったか、どうなのかおわかりになりますか 一週間位の可限では今のうちに自宅へ帰へそうと言われますが本人の家族の要望は一般的どちらなのでしょうが 医療機関に求められることは今まで、どちらの医療機関も入院患者が満杯であり事業所でのケア要請が多くなっている。（当ボラ虹では心から精神誠意で当たっている
長年住み慣れた家で最期を迎えたいのは本人の希望が多いですがそれを受け入れる家族の同意を得るのがむずかしい 夫婦二人で老々介ゴの中では気持があっても無理です。同居の子供達や近くに子供が住んでいて理解してもらえれば可能です 介ゴさせて頂く方は家族の希望があれば協力して可能だと思う あくまで病気で最期の場合毎日大勢の介ゴ者が入りたりするので、最期が予期出来ない期間中家族の方々の介ゴ疲れも大きいのでなかなか実現出来るケースは多くはないと思う 自分も10年余りヘルパーしていますが最期を自宅と云うケースは5件位です
御家族間でのわだかまり
ほとんどの家族が自宅で療養をさせる事が困難だと考えており、又、実際にターミナルケアを家族がするには、とても大変な

労力を要する
阻害…人員不足、家族、経済的な問題 希望…人材確保、意志統一、連携、24時間体制
介護事業所の立場から言えば、まだヘルパーのターミナルの勉強が不足。実際に介護度の高い方の利用者少ないこと、1対1の対応で現場で学ぶべき医療行為はヘルパーにさせることできないキマリがあり、また実地させる機会が与えられていません。レベルアップの必要であります、今の訪問事業の報酬で本当のプロフェッショナルを育てることはむずかしい。また家庭医で、しっかり死生感を持ってご指導くださる先生が少ない。医師の指示で動くとされている看護師も同様です。チームワークを作るスタッフがもっと力をつけるように環境を整えないと、本人も家族も死の不安に向き合っていられません。死生感のもち方ももっともっと学ぶべきです
家族・本人が望んでいる治療が在宅で行なえる様になり、介護負担軽減の為のヘルパー利用が必要と思う分だけ利用が出来る事 在宅での衛生管理や医療関係のものが資格がなく出来ず、思うような疼痛看護や介護が在宅では行えない 実際必要である介護度の認定がおりない又最大でも必要な介護が足りない
医療と介護の連携 ご家族へのケア 信頼性を築くことです。阻害要因、死への不安（ご家族、ご本人）、認識
療養者本人および家族の気持ちにいかによりそえるかが大切。医療と介護の連携も必要。協力できる体制づくり。本人が在宅を望んでいても、家族の気持ちは違うことがある。家族が「家で看とりたい」と思っている、容体の急変により、考えが変わって最終的には病院で亡くなるケースもある。
何をしても認定調査がなかなかならないものか。ターミナルの方も何人か受け入れているが、最初の入り口がややこしく、多くの人間が出入りをして、もうそれだけでしんどくなると家族さんが言われていました。
看取る家族の縮小化と家族の介護力不足、精神的・身体的負担の増加、情報の共有、連携、役割分担の明確化、痰の吸引、じよく蒼の処置等の医療行為の制限。
ターミナルに取り組む医療機関がない。家族は家で看取りのできる体制になく、不安である。
1. 家族が在宅での最期は無理だと決めつけている。病院だと安心だと考えている家族が多い様に思われます。2. 地域格差があると思いますが、受け皿になる介護事業所がターミナルケアに取り組んでいない。3. 訪問先でも施設待ちの利用者が多い様に思われます。4. 高齢者の住宅改修が困難で在宅が無理だと、レベルが低下するとよく聞きます。
・独居の方の場合、家族が心配され早目に病院や施設へ入れられる場合が多いです。（ご本人は自宅にいたいと思われても）「何があっても覚悟はしている」という家族さんならその願いはかなえてあげられますが、認知症になられる場合無理だと思われます。無理やり病院→施設へと行かれ、結局認知症がすみ、ご本人の気力や残存能力までもなくしてしまわれます（現にそのような方がおられます）。残存能力をひき出す事は、その方の生きる気力になると思うので、まわりの方の理解が必要になってきます。・介護事業所はご本人の希望をかなえてあげられるよう努力しておられるとは思いますが、家族さんが強く施設などを希望される場合、「何かあった時」の責任問題があるので、ご本人さんの希望をかなえてあげられるようにのお力にはなれない事が多いと思います。
要介護度の限度額が少ないと思います。最期を迎えるためには、夜まで援助する必要があると思いますが、最期を援助する本人の安心を考えると限度額が少なく、夜までできないと思います。家族がいても在宅であり、家族がいない又は家族が老々であればそれは無理で、施設利用をせざるを得ません。
1. 公共、医療、看護、訪問家族等の各機関との連携 2. 阻害要因 大臣の辺見な見方。国民一人一人の理解。在宅、施設を利用するにも先だつのは金であるから。
家族の介護力が弱く在宅での対応に不安が大きい。夜間の十分なサービスがない。サービス料の負担が大きい。医療、介護の連携が不十分。必要なときに必要なサービスを使える制度になってない。なので在宅シフトという割に在宅が充実できず、施設入所を希望するのである。
介護的側面として。1. 家族の協力が得られるか。訪問介護等では時間的に制限有り 2. 設備が整い、それに対応できるか。呼吸器（アンビューの使い方）、吸引器等。医療的側面。1. 医師や看護師の定期的、緊急時の訪問 2. 緊急時の病院等への連絡体制 3. 在宅療養の為の指導。以上が連携をとり、又説明が十分に行なわれ、利用者の不安を取り除く様にする。
介護事業所としては24時間対応が受け入れられるシステムが必要であるが、一般の事業所としては人員が不足。利用者側の阻害されている要因としては、介護保険利用の限度額が設定されているので、単価が高くなる夜間利用は不可能である。
・療養者の病気に関する知識をより知り、少しでも変化があった時に、医師・家族への連絡が必要ではと考えます。・家族も生活があり、療養者の希望等、かなえられればと思うが、ヘルパーを利用し、介護する場合でも限界があるのではと思います。
私どもの事業所は在宅で、そして最期の場合を考えて“みとりの先生”～を…という方向性で、「自分の家で」というご利用様がほとんどなので、最期の期限がわかっていらっしゃる方については、ご自身、ご家族ご納得の上で、「こういうふうに行きたい」というご本人の意志にもとづき、在宅介護、在宅看護、在宅にてのみとりの主治医先生にての最期、という流れで行っています。私どもの考えを阻害するものといえば、要介護者でなければ話はすすめられない現実。各医療機関の意見書により、重病であっても介護すら受けられない人もたくさんいらっしゃる。介護事業所である当社も、いきどおりを感じる事が多々あります。
阻害要因として。ターミナルケアに対する知識不足。療養者本人を取り巻く家族の多忙さ。
・24h必要な時に必要な人（医者、看護師、ヘルパー等）が自宅に来てくれるようにする。・痛みのない生活を送られるように支援する。・精神的な支えを行う人が必要。
世の中の風潮がまだ自宅で看取りを行うという流れになっていない事、安心して在宅で最後を迎えるには信頼出来る医師の不足もあってか、まだ最後は病院でという考え方が多いと思われる。又、経管栄養など医療依存度の高い人は、なかなか在宅で最後を迎えるのは制約が多い。問23にも記入したが、在宅で最後を迎える為には、要介護状態になって施設に入所するのではなく、そのままずっと在宅介護を継続して、その流れで最後を迎えるという姿が自然だと思われるが、そのような人たちは

極少数であるように思う。
家族の理解および関係機関の支援。
体調に変化にある場合（末期がん）でも必ず家族の方が病院を希望され、延命を望んでいます。
最期をどこで迎えるかは、家族の状況、考え方次第ではないかと思えます。「在宅」という捉え方も多種になってきているので、自分の家以外にもホームのような場所でも、居ごちの良い環境作りをすればよいと思えます。やはり各機関が連携し、多勢の中の個人の生き方を大切にしたいケアが出来ればと思えます。
在宅を希望されている方も、入院先の病院や地域クリニックの医師から訪問診療への移宅指示書が出さないのが、24時間対応の訪問診療医師に関われない患者が多い。安心して在宅医療が受けられるようになってほしい。
訪問介護、ショートステイ、デイケア等サービスを利用するが、限度額制限があり（なしにしても多額の費用がかかってしまう）、今の時代家族は仕事ででかけ介護との両立は大変困難なことである。
今だ80%の人が病院で死んでいる。家で死にたいと思う人が多い割には、現実には家で死ぬ事に不安を感じている人が多い。又介護支援体制、家族関係なども大きな関係だと思う。日本人の特徴として、人に迷惑をかけたくないと思う余り、自分の思っている事を通す事が出来ない。私は家族に手を取られながら、住み続けた家で人生の終えんを迎えたいと思うのだが。政策面ではもっと在宅医を作り、家族に遠慮する事なく自宅最後まで過ごせる社会を作りたい。介護者による医療行為の禁止も解禁すべきだと思う。（勿論教育しての事だが）
・24時間対応型のヘルパー事業所がなく、又ヘルパーも不足している。・終末医療となるため医療機関の対応（訪問など）が実際難しい状況にある。・本人の希望があっても最終的にはそのようにならない事がある。家族など介護者の協力、介護力が不足のため。
本人の意志が伝えられていない。
介護事業所は24時間可動すれば良いと思うが、ヘルパーは主婦が多い為、夜朝体制を組むのがなかなか困難である。深夜とか明け方、施設のようにはいかない。
「在宅で最期を迎えたい」という療養者本人の希望を叶えるために、我々介護事業所はそれに沿ったケアを行っています。この際、希望に応えるためには、最大の理解者は家族となります。家族が療養者本人の希望を叶えたいという強い信念がなければ、それは叶うことができません。ふだんは入院、最期を医療機関で迎えるというケースがふつうです。医療機関もふつうにクライアントを受け入れ、完治に向け全力投球するのですが、そのことを望むのも家族です。在宅介護の大半が、こうしたケースが圧倒的ですが、このところ家族も様々な形で医療・介護の組み合わせをしながら在宅で看取りたいと希望するケースも徐々にではありますが増える傾向にあります。つい最近、在宅で最期を迎えた高齢者がいました。家族の手厚い介護を頂きながら、足りない部分を訪問介護員が力になり、急変に備えて医療機関がバックアップする形です。延命措置を望まなかったため医師は死亡診断書を書いただけでしたが、95歳の大往生でした。このことを考えると、在宅で最期を迎えることのカギはもちろん家族の強い信念と、それを支える専門職が、いかにベーシックにクライアントに介入するかということではないでしょうか。
在宅で最期を迎えるにあたって、さまざまな発作などが起きた場合の対処法などを家族の方に教えるなどの支えが求められると思います。
本人に対しての最良のケアを求め、医療との連携は欠くことができず、主治医からの指示で頻回の訪問看護の24時間の体制が求められ、家族の介護負担の軽減で訪問介護のサービス提供も必要と思われる。医療・介護では万全であっても、家族の受け入れが問題となる。それは家族の看取りに対する恐怖や不安が大きいのではないかと思う。そんな時に主治医より看取りについて詳しくアドバイスがあり、また看護師や訪問介護がサポートできれば、本人の望む「在宅で最期を迎えたい」という希望が叶うのではないのでしょうか？
・介護保険でできない事が多すぎる ・介護する人の高齢化
家族とDr. のムンテラで決まってしまうから。
・家族の受け入れを良くする為に職場での介護休暇制度の普及 ・いつでも入院の受け入れができるという体制 ・訪問診療を多くする
・緊急時の対応 ・本人や同居家族への精神的な支え
今まで担当された方ほとんど状態が悪くなり、医療機関を受診しそのまま入院。本人の希望と家族との思いに食い違いが見られる様子あり。地域性もあると思えますが、重度になったら自宅での介護は無理と思っておられる方がほとんどです。
・本人の意向より家族（介護者）の意向が強くなるケースが多い。・地域によって在宅医療に限界があり、家族が在宅療養に不安を感じている様子がある。・各事業所、医療機関が連携を取り合い、本人の意向と目標に向け総一した意識でサービスを行っていく。
絶対条件となるのが、Dr.の訪問診療が支えになって下さることです。
最期まで自分らしく生き続けられる様に療養者本人のニーズを医療と介護が共有し連携体制を作ること、又療養者が必要とする時に訪問し必要なケアを行なえる体制を作ること
介護力、24時間対応のシステムが整わない状況や緊急時の対応が困難。
・本人と家族の希望が一致しない ・家族が世話出来ない。
家族状況にもよるが家で最期を看る事はリスクが多きい。医療機械や介護事業所での密な連携が最重要となる 今の制度では医療行為がほとんど介護職員は出来ない為医療係に頼るしかないが緊急対応や夜間対応は現実事業所では限度がある。もっと人数が増え、対応出来る体制が必要である
医療や介護の窓口を一本化し、往診、介護相談、情報提供、サービス提供などが、連携して24時間いつでも対応できる体制と、関わる関係者が「在宅で最後を迎えたい」療養者を看取るという強い気持ちが必要。医療機関や介護事業所が体制を整え

ても、「在宅での最後」には、キーパーソンとなる介護者（家族等）が必要だが、現在では病院や施設で亡くなる方が大多数で、家族や介護者は在宅での看取りの経験が無い為、看取る意識も低く心身の負担は大きい。また、独居者の場合「在宅で最後を迎えたい」療養者のキーパーソンを誰がおこなうのか、環境に恵まれた療養者だけの特権になるのかなど問題は多い。
CMやDr. Nsのへんけん（世間で）本人の意思or命をどちらを優先するか
ご本人、ご家族に説明と同意をきちんと交わす事が基本だが、なかなか理解に時間がかかり、ご家族の意志も揺れ動きご本人の希望の在宅で最期を迎えたいと思ってもかなえられないケースもありました。
当事業所は、訪問介護を行っているので、ヘルパーに限って言えば、ヘルパー各々の重度者への対応能力の向上（事業所の教育力の向上）訪看のような他事業所とのコミュニケーションをもっと図る。全体的に言えば、人々の意識を変えるための情報発信をもっと行う。我が家で最後を迎えたいと思う人また、家族の最後を家で迎えさせたいと思う人は、多いと思います。が、そのためにどうしたらいいのかまで考えている人は、まだ少ないのではないのでしょうか？だから、思いとは別に、病院にまかせてしまうことになってしまう。最近では、在宅で療養する方をお手伝いする医師や看護師の活動をテレビで見る機会もあるので、人々の知る所となってきているが、それをもっと拡大していくための活動を行うべきだと思います。そのためには、少しでもかかわっている我々のようなものが、もっと知識を深め、技術を向上させるための努力を続け、また、かかわる本人や家族に情報提供する一步一步の活動が大切だと思います。
在宅で処置が行えない場合 家族がお手上げになってしまう事
最期を迎えたいといっても家族の協力体制はなかなかかえられない。実際みるといっても発熱や、体力の低下などノートにつづってみるくらいでないと変化に気づかない。各事業所が話し合うときを担いで定期的にもうけ、連らく用紙も一環していないと、ムリだと思う。在宅時の訪問医師などもたらない。
胃瘻は、延命治療の一種である。嚥下障害や意識障害があるからといって、また賠償リスクを恐れるといって、いたずらに胃瘻施行するのではなく、本人や家族への意向確認（本人の状態像がどうなるのか、そうなったばあいに家族介護があるか受入先あるかを含めて）を行なう。本人や家族が望まないならば、摂食障害により栄養不足や衰弱しても、ホスピスケアやターミナルケアで看取れる仕組づくりが必要である。
異変が起きた時すぐに往診してくれるDrがいること、又1日に何度も往診でき、家族に対するメンタル面のケアもできることが療養者本人の希望をかなえるために求められる事だと思います。しかし、在宅で最期を迎えたいと希望しても受け入れる介護者がいない事、往環境の不備も阻害の要因になっていると思います。
24時間体制の介護は、環境や人員がともなわないと無理ではないか？したがって在宅においてはこの二点を整えるのが厳しい思われ、大きな要因になっていると思う。
本人の意志を尊重したきめ細かな在宅への介護、看護、医療が必要である 介護者への支援体制の確保
・医師は状態が悪化した時は、入院、治療をすすめる 何もしないで見守ってくれる医療関係者はまだ少ない 何もしないことに対する評価は今のところない
在宅で最期を迎える事が出来る方は、とても恵まれた環境にいらっしゃる方だと思われる。金銭的にも住宅環境的にも、又、家族の介護力がなければ在宅療養は難しい。さらに、地域の医療体制や介護サービスが充実していないと、要望に応える事が出来ない。夜間や緊急時対応が可能なサービス資源の充実が必要。現在の介護報酬では、良質な人材育成や増加は望めないと思う。
・療養者本人が、在宅で安心して、生活できる体制作り ・在宅での介護力の問題
阻害している部分としては、人材確保の難しさが一番だと思う。在宅で最後を迎えようとすると、家族の負担が大きくなる可能性があり、そのフォローをどこまで出来るかに関わってくる。本人からもどの様にどんな形で最後を迎えたいか、それに対してもどこまで対応出来るか、それぞれ、人材と金銭面での心配がついてくる。
在宅での医療や、介護サービスだけでは不安があり、やはり病院に入院という安心感は大きい。
在宅で最期を迎えたいと考えていても、急変時には救急搬送されることも多い。また、24時間の医療体制は在宅では困難。サポートしてくれるかかりつけ医や訪問看護の存在が重要と思う。本人の思いと家族の思いが異なることもあり、どこまで本人の意思をききとり、尊重できるかは難しい判断もあるのではないかと。また、家族に過度な介護負担や精神的負担となるケースもあり、サポート体制が必要と思う。
・チームケア。・24時間ケア。・訪問医療・訪問看護・訪問ヘルパー・ケア・マネ等のチームワーク。・心身の苦痛、心理的不安感を除く。（阻害要因）・緊急時の対応に苦労する。・家族の負担が多いので、レスパイトケアにも気をつける。
緊急時の対応を迅速に行う事。各関係者が、療養者、及び家族の方の問い合わせに、適確に答えられるようにする。
療養者にかかわる各医療機関、介護事業所間の連携が必要。家族への相談、支援のできる機関の定着していると家族の介護負担軽減になる 金銭面の負担も大きくなってくる
安心して在宅生活を継続できる為の医療機関の体制や医療保険上の問題点や介護保険上、限度額を越えてしまい利用者負担が増大してしまい本人や家族の希望があっても、体制を整えるまでに至っていないケースが多い
訪問や往診の医療機関が少なすぎ地域にいない事もあり、探すのが大変、又、近くの医院では往診もしていない所が多く、在宅で最期はかなりむずかしい。往診はしていませんと断られる事が多い。状態が変化するとすぐに入院させる。
①当地域の介護力とサービスの質について 例えば当地域において、当方のホームヘルプサービスも含め24時間の訪問介護をしている事業所はなく、訪問看護もこの地域1ヶ所であり限られた社会資源で在宅サービスでのターミナル実施しなければ成立しない。家族の介護力がたよりになり、家族のいない利用者には全く本人のガンバチ（？）決意しかないと思われる状況である ②訪問看護ステーションの充実と、在宅医療をになう医師の増加、24時間のホームヘルプなどを前提にして成立するケアである。
独居や老夫婦世帯等は特に介護力が低下しており家族のいる家庭でも就労している方が多くなかなか在宅では看とる事が困

<p>難になってきている。医療機関においても在宅においてもなるべく本人の希望をかなえる為に在宅に戻して頂き訪問介護や訪問看護等のサービスを組み合わせ介護と医療を連携して在宅で最期を迎えられるようにしていきたい。</p>
<p>在宅での暮らしには多くのサポートが必要です。介護保険では足りない部分を自立支援法でと国は言いますが、行政は、時間数をこばみます。負担は、家族と本人に重くのしかかります。そして、重度を受け入れる事業所はごくごくわずかです。単価の安さに問題があるからです。在宅移行、施設からの地域移行と国がうたうなら、受け皿も整えて欲しい。受け皿が小さいのでは、何も変わらない。障害をもって、自分らしく生きれる社会は、健常者が考えてもできない当事者の声が必要です。健常者が考え出すものは健常者が住みやすいものでしかないからです。</p>
<p>訪問診療の医師からの申し送りや、看護師さんからの申し送り等連携を密に取り、ご本人様や家族様の意向を尊重しつつ介護できる体制にしていけるのが良いと思います。</p>
<p>・医療機関、介護事業所等が問題なのではなく、在宅で本人の介護、看護にあたる、家族の意向次第でないか？どんなに重度の介護者をかかえても、在宅で介護をしたいという家庭があれば、高齢になれば、施設に入ってもらいたいという家庭もある。最後は人の気持ち次第でないか？</p>
<p>各サービス事業所がそれぞれの役割をしっかりと把握してターミナルに向けてのチームケアを行なっていく事が重要と考えます。その中心となるのがケアマネであり各事業所の調整等を行なってゆく必要があると思います。しかし、往診もひとつの病院だけでない場合、担当者会議にもお忙しい為出席して頂けず処遇に於いても自分はこう思うがそちらの先生にお任せしますと両方の先生から言われ、ケアマネとしてもどうして良いのか判断がつかない場合もありました。</p>
<p>この間は、ありませんでしたが在宅で最期を迎えた方は何人かいます。訪看が医師と緊密に連携する中で、家族の理解で事業所もかわり、家族からも喜ばれました。また、長い間息子さんとも連絡が取れていなかった1人ぐらしの男性と最後に息子さんが再開して看取ったこともあります。御本人や家族が望み、連携することで、この町では可能です。</p>
<p>家族介護の限界があります。一人暮らしの方が多いです。</p>
<p>在宅で安心して過ごせる為のサービス提供が必要では。家族と本人への十分な説明と、関わる全ての人間が支援に努めれば、希望はかなうと思います。</p>
<p>・横の連携（医療、介護） ・十分なサービスを提供するには、人員が足りない。 ・在宅での最期をむかえる事については、家族の心がまえや環境（老々介護、1人暮らしなど）がネックとなる。お金の問題もある。</p>
<p>・家族の介護負担 ・精神的負担が大きい ・緊急時における家族の不安、対応力 ・医療、介護、家族、本人との連携、コミュニケーション作り、信頼関係が大切と考えています。</p>
<p>家で最期を迎えたいが十分な介護力が得られず、上記の連携の1つが欠けると在宅継続不可能になる場合が多く、結局医療機関への入院となるケースが多い。 ・看取り介護は質の高い介護力必要 ・患者、家族を支える質の高い支援のできる介護員が求められる ・介護員の育成→適正があり 等々さまざまな課題が考えられる。</p>
<p>求められることについて ◎住みなれた生活の場で、終末期を迎える「その日」までその人らしく生き、できるだけ快適な生活を送れるように援助することが大切。それを阻害している要因 ◎地域によって医療とつねに連携することが出来なかったり、24時間体制がととのっていないかったり、訪問看護が土、日、祝日が休みで、介護者が不安を感じている。</p>
<p>住み慣れた家で、家族に囲まれて最期を迎えたいと思いは、ほとんどの人が思うことだと思います。でも、それがなかなか出来ないのは「迷惑をかけたくない」「経済的負担」等を考え、本人自身が望まないこともあるだろうし、家族にとっても「生活があるから、現実的に困難」とあきらめてしまうのが現状だと思います。実際、ターミナルを自宅で迎えることで、家族の負担は非常に大きなものとなります。介護による疲労、睡眠不足、精神的ストレスです。関わる機関はDr、訪看、訪リハ、訪問歯科、保健師、訪問介護、ケアマネ、と様々ですが、どれも長時間（介護者がある程度休める時間）、滞在することの出来る職種はありません。1/W程度のSSを利用するしかありませんがそうすると、訪問介護の利用が少なくなってしまいます。支える資源があっても、負担が増したり、制限があっては実際の利用にはつながらなく、結局は在宅生活をあきらめる結果となってしまいます。本人はとにかく「安心」「安楽」を求めている。それは、家族、自身の病気、取りまく全ての問題をベストとは言わないまでも、ベターな形で解決され、安心して過ごせることを、他者の力を借りて、実現したいのではないのでしょうか。</p>
<p>家族の同意と連携してくれる必要業種が不可欠</p>
<p>自分の意志ではなく（家族の希望）が強く、殆どの方が最後は病院又は施設へ搬送され亡くなるケースが多い。</p>
<p>・看取りの状態になると受診しても治療の対象にはなりにくい。 ・急変しても主治医にすぐに連絡せず救急車を手配しずに亡くなっていると警察の介入により家族がパニックを起こしてしまうケースがありました。 ・看取りについての家族の十分な理解が必要と思われます。</p>
<p>在宅に戻られた時点で、今後おこりうる事柄をきちんと説明すること、それも含めて対応していける環境を本当に提供することができるのかをそれぞれの立場で吟味する必要があると思います。</p>
<p>・日本では医療水準が高く、寝たきりの高齢者が生存する期間も長いとされており、介護受ける者、介護者ともに高齢化が著しい現状で、更に高齢者のみのご夫婦、或いは一人で生活しているのが大半を占める状況です。このような状況が現状の在宅医療の背景にあると考えられます。又、施設に入りたい高齢者も多くは在宅生活を希望されています。とりわけ、病院での長期療養を望むケースは少ないものの、高齢者が入院すると高齢者は治療すべき疾患が多く、長期入院になりやすくなります。その一方病院は一般的に治療の場であり住む環境としては快適なものではなく、帰宅を希望されているケースも多々あります。これら全体の背景として日本社会の超高齢社会があり、介護を要する患者の高齢化は急速に進んでおり、それに関連して通院介助にも苦慮していることにもつながっています。 ・求められること 1)在宅治療入院治療の選択肢に加えて、治療をどこまで適用していくのか判断するステップも必要ではないか。 2)在宅医療の展開においては、医療体制の整備（24時間医師の確保）、介護疲れによる家族崩壊が起きない様な体制整備。</p>

地域医療の格差、Drのモチベーション、訪問看護の体制
本人の希望などはあるが、家族と自宅での生活に不安が多く、その為の訪問介護員の派遣の説明なども致しますが受け入れが難しい。
在宅で看取りをしてくれる医師が少ない。訪問看護師が少ない。介護士のできないことも多いのでどうしても家族の負担が大きくなる⇒家族が不安である。（すぐにきてくれるのか？何かあったらどうしよう？）等
在宅医との連携 訪問看護との連携 ケアマネージャーとの連携 訪問介護（ヘルパー）との連携 家族との連携 本人の希望をかなえる為、しっかりお世話する。体調異変の場合、医師、訪問看護、ケアマネジャー、家族と連携とる。
家族・本人が安心して在宅で過ごせるように、どういう時はどうする、こういう時はこうする、という説明と対応が必要。1人または2人暮らしや、同居していても家族は働きに出ていて、家に安心してられない人達がたくさんいます。
本人の心が穏やかに過せる様な対応が提供出来るシステムが必要、現介護保険ではターミナルケアとは言え、限られたものです。医療に関しても金銭面等問題はありますかと思いますが、介護側からの意見です。阻害要因としては、家族の問題、金銭面が大きいと思う。
要因としては、高齢者の独居化がすすんでいて、ターミナルケアやヘルパーの派遣に限界がある。周りに協力してもらえ環境がなければ在宅での看取りは難しい様に思われます。そもそもの医療保険、介護保険の制度設計から見直す必要があると思います。その上で医療と介護の一体化を進めていく事が今後重要になってくると実感します。
訪問系サービスの充実と訪問診療の充実。適材適所と臨機応変に答えられる訪問の対応能力が必要。・希望に答えられる人員の確保。・それ以外の社会的サービス・環境・介護者の支援も必要。
『人はいつかは死ぬ。かならず死ぬ』この事を医療者をはじめ、すべての人が再確認する事が大切と考えています。その上で、死が訪れる迄、より良く楽しく生きる事を考えたいと思っています。人は一度しか死なない。その時を大切に精一杯サポートしたいと考えています。
対象者なし
最期を自宅で・・・と思っている人は多いようだが、実際具合が悪くなると結局は病院で・・・という人が多い。医師の往診が少ない（医師が少ない）事もあると思う。又、訪問介護が単独で、利用者の最期を・・・というのは今までないし、この町ではこれからも少ない様に思う。そういった面で、自分にとっては「リアル」な事ではない状態です。
・3F建ての家で2Fがリビングになっていて、生活にこまる。・独居の方
・痛みや介護負担の増え・かかりつけ医、介護事業所、看護など、支援するところの連携
緊急時の対応がまだまだ不十分である。
「在宅で最期を迎えたい」ということを、はっきり本人がわかっている場合は、家族さえ納得しておればいかなることも本人のためにお願ひできると思いますが、その対応がスムーズに出来るのか疑問である。各医療機関現場、介護事業所の現物に於いても対応する側が人員の確保に困難さが窺える。家族構成や住居環境など本人の希望とは乖離しているのが現状で結局はお金がないと難しい。私の父も「家に帰りたい」と云っておりましたが家に帰ってもその面倒を見ることができませんでした。又、兄と話をし看取り介護を最終的に施設へお願いしました。
十分な説明と対応（技術だけでなく心）急変時の心構え
まず、在宅で最期を迎えたいと本人が思っても、受け入れる側、家族が不安でいっぱい。その不安な事を1つ1つクリアしていき、やっと在宅での生活がはじまる。しかし、その説明の段階で重度の利用者になればなるほど医療的処置の高さを求められ家族はできるのに、なぜヘルパーさんにはできないの？といつも言われます。訪NSを呼べばそれだけお金がかかる。在宅で生活する為にはやはりお金は必要、そのお金を支払える能力がある人はいいが支払えない人は、又病院へ戻ることになる。本人の希望をかなえてあげる為には、最期を迎えるには・・・社会保障として皆が平等に必要なサービスを自分らしく最期をむかえる為に使えるようなシステム作りを願う。
最近、自分の父が急変し、その時入院していた病院の医師から「この先、転院してもらいますが、その後はそこで最期となると思います」と言われたことがありました。私の家族は混乱し、その方法しか考えられなかったと思います。しかし介護の現場で在宅で最期を迎えた人を見ていた私は、在宅のときにみて下さっていた医師（在宅訪問）に相談し、自宅に帰っても療養しながらなんとかやっていけると家族と判断し、現在訪問介護サービス等、利用しながら自宅で生活を送っています。その時に思ったこと・・・病院医師の先生方は病気をみておられるのだと・・・。高齢になり病気を抱えて生活するようになったら地域の訪問医療を行っている先生に主治医となってもらい、在宅で生活をしていく為の支援をしていただく。医療機関には在宅で生活を送るための・・・究極に言えば、家で最期を迎えるための支援がどのように現在地域にあるのかという情報をぜひ患者側に提案してほしいと思う。それは一方的な事務的な言い方ではなく、少しゆっくりと納得できるような、また、おだやかに最期を迎えるための準備ができるような対応であってほしいと願います。
医療機関は日頃の訪問診療において本人の状態を把握しておくこと、また急変時対応ができるよう準備しておくことが大切と思う。介護事業所は本人の在宅での生活の援助、支援内容をよく検討し、できるだけ満足、納得のいくものとする。また、状態悪化の場合、家族と相談し、すみやかに医療機関へ連絡する必要があると思う。阻害している要因としては、・家族の負担が大きい・「在宅でのみとり」を行なう医療機関が少ない・介護事業所では人員が十分ではない
設備の整っている病院は市内や町外がほとんどであり、在宅で最後をとると移動に時間がかかり往診や訪問看護等多くの回数入れない。また家族は県外で仕事をしているという方が大部分であり長期間の介護は無理との事が多い。独居の方や高齢夫婦世帯などはむずかしい。町内の病院のDrに往診の方もおいでるが、積雪の為Drが訪問できず様子をみていたが翌日状態が急変し救急で行くもまに合わなかった方もおいでた。ヘルパーとして事業所で雇用の募集を出しても山間部の事業所ではなかなか来てくれる人がいない。人員不足である。また車での移動に時間がかかる。
〔求められること〕在宅で使用可能な（医療機器の設置（福祉用具等〔阻害要因〕人材不足、技術・知識不足。

お世話をしている家族が最後の最後をみる自信がない（不安）感じます。
・24時間、頻繁に巡回してくれるサービスがもっとたくさんあれば緊急時でも安心できると思います。
在宅で最期を迎えた方の家族の力は並大抵ではありません。その家族を支えることも大事なことです。本人、家族の信頼をいただくことが、もっとも大切なことだと思われま。心で接することこれが重要な所です。在宅で最期を迎えることを阻害している要因は家族の気持ちだと思います。家で看取することは、すごい力が必要になってきます。いくらサービスが充実していても家族の力がなければできないことです。昔のように在宅でというのは、なかなかむずかしいことだと思います。
・ヘルパー不足・家族の介護力不足
最期まで家族がどこまで看れるか、不安ではないか？各機関の終末期に対する体勢が整っていないと在宅では限界があると思う。例えば24時間ヘルパー対応（緊急時対応）確立しているか？
1、在宅医師の不足2、訪問看護師のレベルがNsによって違いが大きい。3、24H・365日の支援の充実
身体や生活などに介助が必要という目に見える部分の援助が中心になり、本人や家族への先の見通しや不安の解消という心のケアが不足していると感じています。専門職が横の連けいをとりきれないまま終結という印象も強いです。「在宅」で最後を迎えたいという御本人の想いを確認し、いろいろな説明するという最初作業さえ、なかなか出来ないでいる現場がほとんどです。要となる、職種の専門性がうすいことが原因の1つではないでしょうか？
臨機応変に対応出来ること。疼痛をコントロールしてくれること。介護の代行者がいること。もしくは独居でも常に連絡が取れる体制が取れること。夜間の訪問体制のしくみづくりができていない。1名のドクターしか対応できない。→全ての看取りは不可能であり、また対応も遅くなる。介護者がいないと在宅での看取りはできない。常時つきっきりの介介を依頼すると費用面で限界がくる。できれば、どんな人も、「在宅で最期を」の希望をかなえられる世の中になってほしいと思う。
緊急時の対応、夜間の対応（開業医との連携）、が鍵となると思います
3年前、「病院で死にたい」といっていた父が逝く際に「家に帰りたい」といいました。しかし、もうすでに時遅く家で最後を迎える体制は整っていませんでした。また一人ではどうすることもできず、病院で見ることができてよかったと思います。「在宅で最期を迎えたい」という思いをかるえるためにはそれなりに各関係機関との連携、準備が必要です。特に在宅医、Nsとの連携、そして訪問介護、訪問入浴、そしてそれらを調節するケアマネの手腕、経験値、熱意など、こういったことへの理解に乏しい人が多くいることも現実です。
・療養病院が元気な人を入院させてしまい、そこそこ元気なまま長期入院になり体が弱り、病院で死んでしまう。・家族も先生には弱く、家にいない方が良いので入院させてしまう。・介護者が嫁の場合が多く、在宅介護や長生きされるのを全く希んでいない場合が多い。
在宅で最期を迎えるためには、家族の協力と医療機関、介護事業所
在宅医を中心としたチームを作り各方面からサポートしていくことが大切。在宅にて過ごしていても医療に精通していないと不安になりどうしても入院などに頼りがちである。
核家族の家庭が多く、日中独居、老老介護等家族の介護力に限界が見られる。家族の事情、状況も把握した上で、ご本人の希望を家族に説明しそれぞれの役割分担が納得していただける安心できるものであるよう連携、協力体制が築かれなければならないと思います。医療機関と介護事業所間では個人情報の問題もあるため、家族を介して伝達が行なわれることが多いのですが、医師の指示等の説明を介護者が理解されていないこともあります。状況に応じた対応も必要では？
在宅で最後を迎えたいと願う人がいるなかで、それを支える家族の負担が大きく、希望どおり実現できないケースが多いのではないかと思います。核家族化が進み、老々世帯が増えているなかで、自宅で看とる体制が、充分ではないかと感じます。今後在宅医療提供体制の確保、在宅医療やターミナルケアに関わる職種の知識、技術の向上が必要になってくると思います。
・在宅にて最期を迎える事をご希望される方に対しては、医療機関と各介護サービス事業者との密接な連携が必要であると考えております。体調の変化に合わせてのサービス提供はもちろんですが、しばとなった場合の連絡であったり、行動をあらかじめ、関係各位と打ち合せをしておく事が重要だと考えます。各機関がご利用者の状態をリアルタイムで把握出来ていれば、ご家族や本人への説明等にも整合性が取れ、安心、納得されるのではないかと考えます。
長期間の療養の場合に、家族が燃え尽きないように、医療機関には、レスパイト入院の受け入れ体制の強化。介護事業所には、本人のための介護サービスの質の向上と家族の気持ちをやわらげるような、会話（コミュニケーション）が求められる。制度と費用軽減ができないため。「在宅で最期を」阻害している。
求められること一医師看護師、介護従事者、家族がいつでも連絡を取り合えいかなる事柄も情報を共有していく体制をつくる。急変時の対応がどこまで介護員ができるかの確認。末期患者に対し、介護の単位外で自費になってしまう場合も介護保険内で対応できるようにする。阻害している要因・・・病院に入院していると、24時間体制で何があってもすぐに対応できるが、在宅でだと、あらゆるサービスや制度を利用しても、在宅で最期をむかえるには、家族の負担も何らかの形であるし、又ずっと目が行きとどいていけるかという、難しいところもあるだろうし、末期の状態ですぐに処置が必要となってきた場合に、できない場合もあるところがある
365日24時間の先の見えない介護、在宅医療・訪問介護を利用しても、介護者の精神面、体力への負担は大きい。在宅医療・訪問介護を利用するにも利用者負担も大きい。本人の意思尊重をするには、在宅での介護者の支援体制
・介護者の負担をどのようにささえるか。・サービス事業所の人員不足のため必要なサービスに対応できていない。
在宅医療についての情報が乏しいために、イメージがもてない。また支援者にとっては周囲の無理解な視線によって罪悪感を伴うことがある。病院側の技術的な部分の在宅への持ち込みや、訪問サービスはもちろんだが、本人や家族に対する情報提供および、不安に対する心理面のケアが重要である。座位＝危険でケアとして不十分という誤解をといいかなければ。
・在宅医療に取り組む医師や訪問看護事業、ケアマネと連携をとっていくことは短時間でどう連携していくか先ず地域で包括的な取り組みしくみ作りが必要。・地域で家族支援できる相談窓口の充実。・最後を自宅で過ごしたい気持ちはあっても思

い通りに体調や精神状況が変わっていくことは、ケースバイケース。急変した時に対応ができれば、残された介護者も、迷いながらもこれで良かったのだと思うことができるのではないかと思います。
・夜間の介護者が、不足している。・介護保険での対応することができない。（点数が絶対的に不足している）
昨年8月からサービス開始したOさんは肺ガンのため年内と余命宣告を受けたが未婚で身よりが無く自宅で死にたいと希望された。さっそくケアマネージャーが手配し、当事業所、訪問看護、親しい友人で、介護の体制を整えた。ご本人が医師から直接余命宣告を受け、在宅での生活を選択したにもかかわらず、末期ガンであることも、年内の命と言われたことも思考の中から追い出してしまい、自分に都合の悪いことは記憶の改ざんをおこなって、訪問するヘルパーや看護師を攻撃するようになった。服薬は気がむいた時や体がつらい時に適当におこなっているがご自分ではしっかり飲んでいとおっしゃる。あと数カ月の命と思って請求の対象外となるサービスはボランティアで支え、好きな物を好きなだけ召し上がっていただいた。在宅酸素の管理もあり訪看を入れていたが、ご本人の激しい拒否で中止となった。在宅生活を続けるにはあまりにも不安定な体制となってしまったが、不思議なことに肺の影が縮小し、どんどん元気になってゆき、2月21日現在も存命されている。この2週間便失禁がやや多くなり、病状がすすみそうな気配ではあるが、この不安定なプランのままでも続けるしかない状態である。キーパーソンとなる親族がなく、認知症状や、精神疾患的な言動が現われている利用者を在宅でサポートするのは大変に困難である。様々な条件をつけて、行政措置の対象者を認めないと、今後ますます困難なケースが増加して、対応できなくなると思われる
・独居で族協力が得られない・介護保険での在宅サービス利用枠が足りない
・本人・家族の意思を確認し、死に対する揺れる思いにより添う・病状についての理解・今後の予測が立てられる。（これは、はっきり言ってわからないが、おおよそを予測する） 阻害要因・本人・家族との意思が通じない 病気をどう受けとめているかの違い・あくまでも第三者であるので、深くは立ち入ることができない。
療養者本人だけでなく、その御家族とどのようにして、看取りを行いたいのか」との話し合いを、各専門家と家族が集い、同一の目的を持って、ケアをしていく事が大切。難しいことは判りませんが、〈死ぬ場所＝病院看取り＝重責〉と言ったイメージが強く、回避すべきとの思いが強い。責任の所在自宅の場合は家族を明確にし、家族、本人の思いに添って、粛々と看取りの環境を作っていけばよい。その際にいつもぶつかる壁は、介護給付の制限。自宅で看取る場合、要介護5の給付では、家族、介護者に重い負担（金銭と心身的疲弊感）が重なり、大往生にいたるまで、家族、介護者がgive upしてしまうケースがほとんどである。ターミナルの加算よりは、在宅ターミナル時の給付制限の上限額を引き上げるべき。反対に医療保険に制限をかけ、苦痛を取り除く最低限の処方と生命活動の可能な栄養を補給できるようにし、大往生にいたるまでの時間を家族にも、本人にも満足できる最期の時間をすごせるように、ケアプランをたてて行きたいです。
介護保険関係の対応では不十分であり、家族も仕事の都合等で、介護力が不十分の中、医療系の対応も介護保険内で行う事は困難ではないかと考える。
介護事業所において医療面の低さ。命を預かる以上医療に関する部分が大切だと思う。阻害している要因について、介護側で出来る範囲は、法律によって限られている。短吸引は口腔内のみ、経管栄養は取り外しのみなど、法律の壁が多く、支援が行き届いていない。認定居護工などあるように、介護においても、認定介護員など新たに作ってはどうかと思う。
病状が悪くなれば、家族も病院のほうが安心。少し病状が悪化すると、救急車で病院へ搬送するので、在宅で迎える方はほぼ0に等しいと思います。在宅では、家族が医療機器の使用や管理を余儀なくさせられる不安要素が増えることとなり、病院で、医師や看護師に任せられた方が安心である為、終末期は、やはり病院で過ごす事が多いかと思えます。
考えさせられる問題だと思います。本人が重度の認知症だったら、意思の確認が取れなかったり、ご家族も高齢である為、説明してもわからないといった状況がある。本人にとって何が必要で何がベストなのかを、本人、ご家族、医師、看護師等の関わりのあるすべての職種の方と定期的に検討する必要があると思われる。2月に入って、ある90歳代の女性が、食事も入りにくくなり、レベルが低下した為、1日おきに受診し、点滴治療を受けていた。辛そうな表情を見た医師が、本人に「入院してから治療はいやか？」の間に、本人が手を差し伸べ、医師の手をギュッとにぎり、入院はしたくないとの医師を示した。ご家族、ケアマネに報告し、その後、再度検討会議をし、ご家族は、本人がきつい思いをせがめることで、という思いを聞く事ができた。だが、これで終わりと言う問題でもない。最後まで定期的なご家族への報告と、担当者会議は必要と思われる。
たとえば有料老人ホーム「すみれ草」では、死が近くなった時になってから、はなれていた家族が…色々とあらぬ事を言い出す。基本的にはふだんかかわっている家族の幸せを大切にしているのですが！！・本人の意志がはっきりしているのであれば、とりあえず、在宅で最期を迎えることは可能である。・医療の支援をきとっと受けられ事ができるので可能ですが、往診してくれる医師はあまり多くいない。・脳血管性の認知症の方などは、リハビリをがんばって何かをしたいなどと思ってもらう気がみられない。食べて、寝ていられればいいや！！ってかんじ。リハビリをがんばれば…歩けそうなのにと思っても、リハビリやっている本人にその気がないと…！！何事も良い結果につながりません。だれの為のリハビリですかって感じです。
求められること。・ターミナルケアのあり方を関係者で共有する。・訪問診療の充実。阻害している要因・医師不足・体調不良＝医療機関へ連絡＝とりあえず入院 このプロセス
家族の精神的負担を考慮すると、かなりの覚悟がいると思う。訪問医療、訪看、訪問ヘルパーと連携して、家族の不安もケアできる体制をしてほしい。
お金の問題、介護力の問題、サービスと医療の連携の問題など。寄り添う家族の不安、死生観の問題など。ターミナルケアという考え方が一般的になるには、それなりに時間を要すると思います。
・家族の心構え。・在宅医療のドクターはいるが麻薬等処方を出せる医師が少ない。
大切な事は各医療機関と介護事業所、その他療養者に関わる者達との連携です。介護事業所のスキルの高いヘルパーの確保も大切だと思います。阻害している事は多少ありますが、独居の方も多く在宅時家族の見守りが無い事、難しい事です。
・最期をどう迎えたいか、主治医や家族・ケアマネージャーとの話し合い、理解が不十分な為、担当者会議等で、具体的に話し

<p>合い、計画を立て確認しておく事が大切だと思う。</p>
<p>家族が入院後、不安になり自宅生活が送れる自身が無い。退院後に使える特別な介護の幅を増やしてほしい。</p>
<p>重度の要介護者に対応するサービスの整備（24時間対応型、随時対応型サービス）（介護療養病床の廃止期限の猶）高齢者住宅の整備、供給の促進。生活支援サービスの民間企業の参入と総合化 地域包括支援センターの充実 介護、医療、福祉等の行政サービス、インフォーマルサービス等の情報窓口（ワンストップサービス）人材、機能強化、サービスの総合的コーディネートプランの作成（ケアプランだけでない）</p>
<p>家族で出来る範囲以外のところで、24時間必要に応じて、サービスが提供出来る。システム。利用者負担金等のバランスがとれているから家族や本人の「在宅で最期を迎えたい」という決断になるのではないかと思います。</p>
<p>・医療機関、ソーシャルワーカー（配置さえしていれば）とCMの連携体制不足。・医療に強いCMの育成。・公的な相談機関不足。行政職は素人です。</p>
<p>・介護力 ・痛みの限界（本人及び家族） ・経済力 ・往環境 ・家族構成 ・地域により介護サービスの格差がある</p>
<p>求める事 ・医療機関、介護事業所が十分な連携を取りきめ細やかな対応が必要と思う ・自宅での設備、衛生面の不安が大きいと思われる。</p>
<p>※各医療機関、介護事業所に求められる事 ①医者、訪問看護、介護（家族）の連携を密にしていく事 ※阻害の要因 ・医者～夜間等の診察の拒否 ・家族～どうしても介護が出来ない。</p>
<p>・医療機関・痛みの緩和、下熱の為の薬の使用の仕方を家族にしっかり指導して欲しい。“薬が効かなくなる恐怖心”から、すぐには薬を使わない家族もいる。・本人の苦痛を今、取りのぞく大切さをもっと指導して欲しい。・介護事業所・なるべく少人数での顔見知りのヘルパーや経験者で対応していく。・ご利用者のみならずご家族のメンタルケアも必要となって来るので十分な情報が必要である。・明るく、誠実に病人と向きあう事は、知識が多い事よりも大切な事だと思っている。</p>
<p>「在宅で最期を迎えたい」と思う事が本音であると思うが、様々な家庭の事情により、困難なのが現実によくある。在宅の終末ケアで一番重要なのは連携だと思う。近年法令等の遵守、人材不足、メディアの活性化、医療訴訟件数の増大等々サービスを提供する事業者は様々なしぼりの中で事業者は運営を行わなければならない。そういった意味でやはり在宅よりも病院で亡くなる方が安心だと御家、本人は基よりサービスを提供する側少なからず考えていると思う。「在宅で最期を迎えたい」という療養者本人の希望をかなえる為には御家族はまず、「人は必ず老いて亡くなる」と認識を持つ事。どんなサービスが必要かしっかり考える事。営利な目的だけでなく、療養者本人及び家族の希望をしっかりと捉え、ずれがないようにサービスを提供していく事が重要であると思う。</p>
<p>・チームスタッフは揃っても家族の介護力不足が多かった。・どのタイミングにどれ位残された時間があるのかななどによって家族も協力体制の整え方があると思うのでその辺がむずかしい。（在宅へ帰すタイミングと主治医からの家族への病状を含めた十分な説明がとても必要だと思う。</p>
<p>阻害している要因はないと思いますが、利用者の状態により自宅では、難しい方もいらっしゃると思います。ご家族の方も、ヘルパーの回数を多く利用したいが、介護保険の制度もあり、思うように利用できなかった事もありますので、今後はもっと目を向けていって欲しいと思います。</p>
<p>病状が重くなると大きな病院へ運ばれる人が多い。在宅医と家族とのコミュニケーションの不足だと思う</p>
<p>・緊急時に備えての、夜間の医療体制。・在宅での訪問看護の充実・在宅での受け入れ体制（介護者、環境、費用）</p>
<p>介護、医療、行政等と家族が共通認識を持ち、連携したサービスを実施する。</p>
<p>ターミナルケアの一員として訪問介護に要請があればすすんで参加したい。</p>
<p>介護者が一人で背負うことが多いため複数存在すると在宅生活が長く続けられると感じる。</p>
<p>在宅で看取りをするために、往診可能な医師や看護師の体制づくり。吸引や、経管栄養が、加算をとってでも訪問介護できるような体制づくり。地域資源ネットワークづくりが必要であると思う。老老介護・認認介護のように同居家族がいても日中不在であるため、在宅介護が困難なケースが多くなっている。ターミナルのケースが多くなってきており、在宅で看取りたいという希望が多く、少しずついろんなサービスの説明をして、他機関との連携をとりながら支援している。上記の人数には、ターミナルの方が多く含まれており、病院で亡くなった方の中には、最期の2～5日間のみ入院された方も含まれている。胃ろうや、気切のため施設入所できない人も増えてきているが、老健もなかなか受け入れが困難であり、看取りのできる施設をたくさん増やしてほしい。</p>
<p>在宅で出来る限りのサービスをおこない日々おだやかな生活が送れるよう連携していく</p>
<p>・それぞれの環境、受け入れ、理解含め、整わない。・それぞれに合った人生環境の整備が、必要。</p>
<p>・介護員のレベルアップ（研修）及び家族の理解。法の規制事項が多すぎて、本人の希望するサービスが出来ない場面が多すぎる。</p>
<p>ゆるやかな死（ターミナルケアを受けており、意識こんだくから死に至る）など、事前の本人、家族の決めごとやまわりの十分な支援があれば自宅での臨終も選択肢とすることはできるだろう。しかし、状況の制度であったり一般的な考え・対応においては、まだまだ生活の場と臨終の場はわかれていると思う。</p>
<p>可能な生活習慣は継続できるように、家族の介護負担が過重にならないように支援する必要がある。阻害要因としては、自宅でサービスを使いながら過ごす方が、費用の負担が大きくなる。家族が介護負担や、精神的負担に耐えられなくなる。</p>
<p>みとりに対しての理解がない。HPに入れることが長く生きさせることと思っているのでは？</p>
<p>・多様なニーズにスピーディに対応出来る在宅ケアサービスの展開、その時々に必要なケアを見極め、状況に応じた支援を導入出来る体制、施設確保が求められる。・入院中から家族ケアに重点をおいた継続的支援が求められる。阻害要因としては、ハード、ソフト両面においての整備不足等が考えられる。</p>
<p>ご本人の出来る限りの希望（望み）を聞いてあげること。そして、家族などの配慮も充分に行うこと。不足すると、後悔の念</p>

<p>が起きることも考慮。</p>
<p>家族の負担が大きい様態が悪いと入院をさせる。入院してしまえばなかなか退院が難しい（医師の承諾が得られない）</p>
<p>1回の訪問の後2時間あけなくてはいけないこの枠は最期に近い方にとって不親切。家族が介護出来ない状況にあって、その時位は、と思う</p>
<p>ヘルパーは点（短時間）のサービスしかできない。継続的、見守り、支援など地域での連携が必要</p>
<p>・事業所間の連携、他職種の連携を地域内で統制する仕組。・疼痛の緩和・家族のサポート・大家族の生活環境にあったかつての日本では看取りを目にすることもあったのではと思う。身内の死にも子供の頃から接することなど看取りの環境が今よりも整っていたのではないか。核家族となり3世代同居も少ないことから、看取りは病院でと死に対する意識や体験が減ったこともあるように思う。自宅での看取りは一般的な事と意識の変化が求められると思う。</p>
<p>往診医の確保が困難だったり、介護者の負担など、自宅で死を迎えられない要因だと思います。介護事業所のヘルパーには、看取り介護の研修へ参加できる体勢が必要だと思います。</p>
<p>・家族の支援には、限度がある。・サービスには限度がある・金銭的な問題</p>
<p>その方の思いを理解する事はもちろんですが、その体制が出来るのかどうかだと思います。家族の理解が無い場合もありますし、体制が取れない場合もある。又、事業所として危険がある物について受け入れたくいと感じてしまう事があります。（何があっても良いとよく家族は言うが、HPが原因（直接、間接でなくても）で亡くなったとか言われたりする事は絶対にないと云えるのかと思ってしまう。）</p>
<p>在宅で最期を迎えたとすると、例えば、独居の高齢者の場合、ヘルパーが第1発見者になる可能性が高く、その点について、予め、フォローを未然に担当者会議等で話しておく必要があると考えています。</p>
<p>本人が在宅で最期を迎えたいと望んでも、家族は大きな負担となり、簡単に受入れることはできない。在宅でも必要な時に往診してくれる医師の存在が不可欠で、さらに、医師に聞けないようなささいなことを教えてくれる支援者も必要である。それを担うのは在宅サービスではないかと考えている。（特に訪問系のサービス）家族は看護、介護をするために仕事をやめたりしなければならぬ場合もあり、肉体的、精神的な負担だけでなく経済的な負担も出てくる。そのような負担を軽減できるような制度が増えれば、在宅療養の増加につながるのではないだろうか。また、「寝たきりになったら病院か施設」という考えがあまりにも一般的になっているので、入院した時には医療の側からそうなった場合に備えての心構えなどを家族に説明し、早い段階から退院後の調整を行うことでスムーズに移行させていくことも必要である。</p>
<p>在宅で最期を迎えたいと思っておられても、訪問介護の場合単位数が足りなかったりして、本当にしてあげたい介護が出来ない事があります。特に一人暮らしであればなおさらです。やってほしいけれど、単位数が足りない。となればどうすれば良いか困ってしまいます。医療機関では、在宅でずっと往診して下さる先生がおられたら良いと思いますが、それも難しいです。</p>
<p>臨終時の心構えやグリーフケアをきっちり行なうこと。治療の可能性の見きわめの説明。家族の心情に配慮。</p>
<p>核家族、老々世帯の増加により家族（1家族内）での介護力は低下している傾向にある。また介護者の就労、もし退職した場合などの収入の問題も大きい。仕事をやめたことにより介護者がやりがいや気もちのハリをなくしたり社会から孤立してしまうリスクも高い。介護者が今までの生活の流れを維持し、将来に希望を持って在宅介護をつづけていける様な行政のサポートが必要と考えている。介護者が希望を持って生きることにより、介護される側の環境がかわっていくと思われる。医療機関と介護事業所はケアマネを中心に連絡を密にとりあっていくべきと考える本人、家族と医療機関、介護事業所の意志、方向性を統一性をもってケアをすすめていく。</p>
<p>医療と福祉、介護、保健のさらなる連携が必要と思います。</p>
<p>たいていの場合、容態の悪化があるので、治療が必要となり、又、家族も不安があり、緊急車両で病院へ搬送し、入院となる場合が多い。</p>
<p>・かかりつけの医療機関が往診してない。・独居である。・エレベーターが無い。・家族が対応できない</p>
<p>その人が人生をどう生きてきたか、どう家族と接してきたかが問題で病気になった人が弱者だから回りが弱い者を助けるのは当たり前だがそれまでのその人の生き様が結果として出るのだと思う。</p>
<p>求める事1. 24Hの相談援助（医療機関）2. 家族の覚悟3. ヘルパーの医療行為とされるものの解禁。（家族は可）吸痰、床ずれの処置、摘便など。4. 長時間の訪問見守り等も含めた、ターミナル期のサービス。</p>
<p>私達事業所は、在宅ではなく施設内限定の訪問介護を行っており、利用者様の中には、やはり家に帰りたいと訴える方も多々いらっしゃいます。私達の立場からなかなかそれを叶えてやることはできません。養護老人ホームにはさまざまな理由で入所された利用者様がいらっしゃいます。家族からの虐待、金銭面での問題、認知症による自立生活の困難、このようなことから施設へ入る方が増えているのが現状です。在宅ではよほど家族の協力と行政の協力が無い限り、最後を迎えるのはむずかしいと思います。お世話する家族にも自分の生活があり、仕事もあり、精神的な苦痛をしいられてしまい、養護、または、特養への入所へいたる。私達事業所ではそのような方が多く見られています。</p>
<p>・分かりやすい介護サービスの説明（種類など）・医療機関側の理解。・本人の強い意志</p>
<p>本人とのかかわりの中で、痛みや、苦しみをできるだけ少なく、を合言葉にねたきりにならないよう、持てる機能を少しでも活用した生活に力をあわせるようにしているこの地域では、病院に行ってみてもらふことや、たくさんお薬をのむことにまだ、安心を得ている方が多く、生活習慣の援助（24時間対応）で持てる機能を活用できるよう奮闘中。24時間対応できる所が少ない。</p>
<p>入院すると、とかく、胃ろうをすすめる病院が多い。（人手不足からか食事介助できず、えん下機能低下のため）家族も胃ろうにしなければ入院させてもらえずおい出されるケースが多くこまっている。医機関と在宅サービス所、家族、もっと多くの人とカンファレンスを開き、その方にとって何が一番良いのか話し合うべきとつも思う</p>
<p>24時間での相談体制の整備</p>

<p>医療機関（病院）と介護事業所とのより密な関わりが不可欠だと考えます。現状として、ケアマネージャーが持つ医療的立場からの情報が、かなり不足して見受けられるように思います。これは、介護の現場からケアマネージャーへとなられた方が多く存在されることが一つの原因かと思えます。これが悪いという訳ではなく、医学的知識がやはり不足しているためかと私自身考えます。また、その重要性に対する意識がやや欠けているのではということも、実感することが時折あります。また、医療機関からしても、介護現場等に関する知識はあまりないと言えるかもしれません。末だし、どこか別物として認識してしまう状況あるいは従事者が少なくはないのかと感じます。医療・介護・福祉と文字だけ並べられたものはよく目にしますが、現実、少し壁があるようにも思います。もっと分かりやすく言うならば介護現場または事業所責任者でも、医師へ何か質問するということが、なかなか行いにくい風潮があるかと思えます。ケアマネージャーとメディカルソーシャルワーカーとが密にまずつながることで、もっと壁がなくなるのではと感じます。</p>
<p>在宅で最後を迎えたい希望を家族も同意し、協力体制ができなければ本人の希望はかなえられない。医師との連携や家族と調整するキーパーソンが必要と思う。</p>
<p>それを実現できる事業所がまだ未整備である。</p>
<p>情報提供が大事利用者や、家族の不安がなくなれば、そして、まわりが、ちゃんと支えれば「在宅で最期を迎える」事は可能と思われま。</p>
<p>在宅で最期を迎える為には、本人や家族が安心できる環境が重要。・継続した医療スタッフ（医師や看護師）のかかわり。・ケアマネージャーを中心とした各サービスの連携。・緊急時の連絡方法や対応の確保。・家族の介護負担の軽減と、その理解、情報提供。・家族が負担を軽くする為のサービスの利用（ホームヘルパー、ショートステイ、デイサービスなど）又、今後、重度療養者の在宅介護には、ホームヘルパーによる医療行為の課題も検討されるべきところと考えられる。胃ろう等（経管栄養の対応）、痰の吸引、床ズレの処置等その点に関して、医師や看護師と、日々のケアを提供するヘルパーへの指導や連携についても、改善がはかられたい。</p>
<p>往改等で、環境を整えること。複数のヘルパー事業所、SSを使えることは、必要だと考える。</p>
<p>・ウチでは見れないですと家族が云う。・24時間対応ヘルパ及び訪問がまだまだ足りない。</p>
<p>法律や、施行令などに、しばられ、自由に活動できないことが、あるため、手控えてしまうことがあったり。共通認識になっていないことにより、裁判沙汰になったりと、萎縮してしまうことがあると思います。ただし、「在宅で最期を迎えたい」という気持ちを、社会性のある法律で、規定したり、追認することになると、「個人性」のある在宅死に他人が土足で、踏み込むようなことにならないよう注意する必要がある、と考えます。</p>
<p>求められること・各機関の連携・介護事業所の人員の余裕・ヘルパーへの研修の充実。阻害している要因・サービスの量の不足・限度額の設定・緊急時の対応・人員の不足・ヘルパーの待遇・待機させておくだけの保険報酬がない。・以上のことからくる家族への大きな負担、または家族の不在。</p>
<p>・緊急時の医療系サービス（訪問介護・訪問診療等）の対応・医療系サービスと在宅サービスの連携・本人の痛み等の苦痛により、介護者が在宅で見きれずに病院に運ばれてしまうケースが多い。</p>
<p>本人がどのように最期を迎えたいかを確認する機会がない。在宅で最期を迎えたいという希望があっても、在宅での看護、介護力が不足している。また知識あるスタッフが少ない。自宅で最期を迎えるということが一般的な考えでないことが多い。</p>
<p>誰もが自宅で最期を迎えたいと思っているはずだが、家族にしてみれば在宅介護への不安、環境、在宅状況等も出て来る老老介護になれば共倒れの可能性も出て来る。体調不良に気がつかず重とくになっている事もある。病院側にすれば医療的処置が必要なくなった段階で退院の指示が出る場合も少なくない。介護に不安を思う家族の為には説明がまだまだ不足している。又、在宅サービス体制や施設も不足している</p>
<p>在宅を可能にするためには、同居者が必要です。しかも、ある程度、自立され、療養者本人に対し、最低限の介護が出来る方でない、要介護の方は、在宅はむずかしいと考えます。要支援の方で1人住しの方は、介護事業所等を利用し、外との関わりを持ちながら在宅生活を行ってゆく事が望ましい。</p>
<p>昔は、自宅で看取るのがあたり前だった。しかし、保険制度や医療機関も増えたが、核家族や女性も働く方が多く、介護力も、まだ差が多く低下している面も見られる。人生の最期を希望する方はいるが、迎えることができる条件が整えられず、希望が叶わない場合もある。身体的・精神的ケアと生活ケアが必須になると思う。最期を迎える為には、利用者と家族がまず希望していることを確認して、サービス提供側の条件を整える必要がある。症状コントロール可能か、介護力があるか、考えられる気がする。本人の苦痛や苦悩に敏感で、判断できる様に、医師、看護師、ケアマネージャー、その他の専門職の役割を対応計画に入れてほしい。身体的・精神的・社会的・霊的な側面からの本人の痛みがある様に思う。うまく情報提供が出来る工夫が必要と思う。</p>
<p>・核家族のため、高齢者世帯、独居が多く在宅での（介護力不足）生活は困難と思われま。又医療、介護サービスを受ける金銭、経済的な面から考えてもむずかしい。（住宅事情）・医療機関、サービス事業所の人手不足の解消。・サービス事業所としてどんなサービスにも対応できる人材を確保するためのスキルアップ研修。医療行為（褥瘡処置、なども必要になると思われ。・今の介護保険制度では十分なサービスを受けることができないと思う最低限のサービスは期待できたとしてもその人らしい心のゆとりまでとはいかない。</p>
<p>・家族では、支えきれない・・・大変な労力、時間・訪問介護では、支えきれない・・・人、報酬面・医師、看護師・・・同上</p>
<p>家族は、病院でと思う気持ちが強いと思う。家でのみよりは、精神的、肉体的にも負担がかかります。まして、血のつながりのない親に対しては、なおさらでは・・・。</p>
<p>在宅に戻って来られるような環境が出きない、家族が忙しい。事業所においては、人員不足と対応が24時間派遣が難しい。医療機関でも人員不足とすぐかけつけ指導、対応できない。</p>

在宅環境による影響で戻れない場合が多い。
在宅医療の体制作り、在宅医療の推進、在宅ターミナル体制作り、ターミナルケアに関わる専門職と役割 特に家族のかかわり方が重要と考えます
・ヘルパーが胃ろう注入できない。・ストマのバック交換ができない。
家族が最終的に救急車を呼んでしまう。
夜間対応、点滴の交換等の対応が家族及び、介護者で24時間対応ができない
自宅でしっかりしたものができないとしてもその中でフォローできるコトを探し行っていくべき。
・終末を観とる介護力が不足している。～24時間体制がとれる人員の配置・終末を看取る看護力が不足している。～24時間体制がとれる人員の配置・終末を診とる在宅医が不足している。・死亡後の手続等が病院の方が早い。(死亡診断書等・・・)
・家族の不安・身の周りの事を、家族と協力して介護サービスにて行う。
・本人の希望に反して、会が、いつ急変するのかという不安と、急変した時にどうしたらよいのかという不安要因。・病状が進行するにつれ、本人の訴えが頻回になり、眠る事が出来ない。ストレスがたまる。(本人も不安だとは思いますが・・・)
・介護不足(老老介護、核家族)経済的問題等が阻害している・医療機関と介護事業所との関係の不足(いまだに医療従事者と介護職の格差が強く感じられる。※医療行為の訪問介護者への枠決め、医療行為を行なえないのなら、必要な時に連絡し、すぐに対応してほしい。でも反事は人がいないからと午前必要なのに午後一番にいきますしかももらえない訪問介護員が医療行為が出来ないのであればすぐの対応が出来る様なシステムを医療機関では早急に調べてほしい。(たとえば介護員の実習を必要時間消化させ実技のテストを行なうとか)
・病院から遠い場所にある。・介護事業所に人員のゆとりがない時(いつでもいける人の確保)・訪看にしても、人手不足ですぐ対応がむづかしい時。(今までの方は、どうか調整が出来た)・本人の希望又家族の希望で退院はされたが、食事の内容、身体的な介護の内容がきびしくなっていた時、担当するヘルパー不足から他の事業所へ移ってもらった時の、本人とのコミュニケーション不足。本人の受入などむづかしい面が出たりする。
家族の手に負えないとの家人の訴え
保険での介護に関わる時間不足や介護職員不足など
まず100%の方が、自宅で最期を迎えたいと考えていると思う。問14、15でも述べましたが、母親の例を考えながら、改めて思うことがある。1)医療機関 医療措置が終わると、施設への入所を強要はされないが、意に反して先導する対応が見られる。リハビリについては、在宅に必要な状態を最も把握している家族の意に沿うリハビリが行われていない。2)地域医療のお粗末さ 在宅を決断したが、ケアマネに在宅終末ケアを援助する気持ちはあっても医師をも動かす権限がない。やむなく、隣の医師に頼んで在宅での往診、訪問看護師による点滴を行ってもらい、最期を迎えた。介護については、ケアマネの手配で、うまく機能し、訪問入浴まできちんとしてもらった。痛切に感じたのは、医師のモラルと地域医療に対する姿勢が最悪のケースでも、家族が受任せざるをえないシステムが存在したことである。3)医師の自覚と体制整備 医師の役割が鍵である。医師の権限が非常に強く、属人的判断に左右され、振り回される面が多い。医療従事者、介護従事者、患者、患者家族、行政等周囲が、医師の顔色をみながら、対応している様子は、異様に映る。ただ、みんな困っているのであるが、行政すら意見をださない状態が続いていることに憤る?医師会に相談したが、「医師には二種類ある」と豪語され、放置されている様子に見えたのは無念の思いがある。国に申したいが、開業する・している条件に、地域医療、特に終末医療への意識・処置を義務付ける必要がある。
なるべくご本人の希望通りを望むが、医療的な事が必要になれば在宅は無理である。
・本人は希望されるがご家族の受け入れが難しい
各事業所同士の連携。ご利用者宅に共有の連絡ノートはある事多いですが文字だけの文章だけでは、伝わりにくいかと。それに対して、ご家族の負担が大きくなるかと思えます。
人材のやる気。
本人は、在宅で最期をと考えていても、一緒に暮らしている家族には負担が大きく、在宅訪問介護員を利用しても無理がある。体調の変化にも不安があり、悪くなると入院することになったり在宅でなるべく過ごしていても、最終的には、医療機関で亡くなる場合が多い。深夜や早朝にも訪問介護員を利用することも限界はあるし、介護員の人手不足にも問題がある。在宅で最後まで暮らせるよう、地域ぐるみで、取り組む案も必要と思われる。
本人の希望をかなえる為に求められること 1. 体調変化の報告に対して、医療から適切な指示が得られること。2. 緊急時の対応を関係者全員が共有していること。3. 本人や家族の気持ちが穏やかでいられるように、言動に配慮すること。4. 主治医以外の専門の診察が必要な場合、オープンに検討し、適切な処置ができること。5. 最後まであまり「死」を意識しないで過ごせるように普通に接すること。阻害している要因 1. 医療従事者に「最期を看取る」という言動が、利用者に伝わりすぎることがある。2. 主治医のプライド・権限が強すぎて、他の専門医との連携に支障をきたすことがある。
入院期間が3ヶ月を越すと入院出来ない現状が1人暮らしを
在宅で最期を看とる為にネックになっている事①介護保険に対しては、単位数内でのケアでは、看とるまで支えられず利用者さんに自費でのケアをして頂く事になり経済的な負担が多くなる事。②往診できる医院が限られている事。③利用者さんが、ひとりで居る時間が多くご本人が不安で在宅に居られなくなる(独居)
在宅で最期を迎えたいと願っても家族(介護者)があつてのこと。介護者を支える協力者も必要であると考えます。訪問診療、訪問看護があるからヘルパーが安心して訪問が出来ると思う。体調の変化等に対応してくれる医師、看護師が居ることが大切である。
・在宅における医療処置に限界がある事。・家族の受け入れ対峙が出来ていない事(独居やお子さんが遠隔地にいらっしゃる場合)。・在宅で他職種のケアを入れるのに、御本人や家族の同意が得られない事

<p>在宅で最期を迎えたいといっても、現状の在宅介護、訪問診療などでは毎日のことなので限りがあります。在宅での最期療養を阻害している要因といえば 1. 独居。2. 家族がいても、とても面倒見れない又は見ない。共倒れになってしまう等。3. 他人に見てもらうには金がかかり、又金がそこそこあっても、在宅介護は給付上限、介護時間制限があり四六時中は難しい。4. 夜中介護は、今24時間在宅介護推進を言っているが、どの地区も夜中に訪問する介護員が潤沢にいるはずがない。ただでさえ介護人手不足の上に、女性中心の介護員は夜中に走って在宅介護を支えるという発想は机上の空論ではないか。5. 貧困層は在宅にも施設にもいられない状況になりそう。最期在宅の方の程度にもよるが、排泄が自立出来なくなった方、食べることが自力で出来なくなった方は付ききりの介護がなくては在宅での生活は無理。それを在宅だろうと、施設だろうと、他人に面倒見てもらうお金の無い方は生活保護か、死ぬしかない現実です。</p>
<p>一人暮らし、老夫婦世帯が多い。在宅で最期を本人が元気な間は希望するが実際は医療機関に入院、その後退院しても介護者不在又は年を重ねて介護ができない場合が多く入所の形が多いのが現実である。</p>
<p>各介護職員の質の向上をしていかなければ「在宅での最期」がむづかしい様に思われる。また訪問看護においても人材を確保しなければ「在宅での最期」は難しいのではないかと。介護と医療がきちんと連携していかなければなかなか「在宅での最期」はむづかしい様に思われる。</p>
<p>医療機関や介護事業所に限らずすべての組織は問題が起きた時の自分たちの立場を守る為又、人道主義的にも建前を優先する傾向がある。本人の希望が最優先出来る、してもらえるシステムが必要。</p>
<p>介護、看護のサービス提供頻回に対応する人員が不足し、十分な体制が組みにくい。家族の協力支援、理解が乏しい。医師の在宅における本人の生活に対する理解が乏しく、連携が（指示のみで）とりにくい。</p>
<p>ご本人とご家族にとって最期の迎え方を十分に意向をうかがう必要があります。介護事業所として出来る事を伝える。お元気なうちに気持ちを話し合い、書面に残す。また、意向通りにならない場合もある事を十分に伝え、理解していただく事も必要である。（人員の問題、環境の問題など）</p>
<p>最期を迎えることになると、利用者の体調変化に家族が不安を抱える。家族の不安感を払拭するような、各サービスのターミナル期におけるサービスが必要。（体調によるサービス時間の細かな変更。又サービス種類の変更） そのためには、ターミナル期において、1. 在宅医との連携。2. ターミナル期むけて、サービス担当者会ギの重要性 が重要であると思われる。</p>
<p>・ターミナルケアであるという気持ち（介護者の）。・本人の希望をできるだけきいてあげる。・残りの日々を楽しく安心してすごせる工夫（阻害要因）訪看、医師の意見（人によりますが）</p>
<p>・医療機関、訪問看護、訪問介護の連携が密にできる事で安心して在宅生活が出来ると思う。・阻害している要因 受け入れる家族の承諾がむづかしい。</p>
<p>最後は、本人の意識がない事も多く、家族判断になる。本人の、「迎たい」という意思より、「迎えさせたい」という家族の気持ち次第。</p>
<p>介護保険の充実</p>
<p>在宅で最期を迎えるためには、自宅への医療と、介護サービスが必要。訪問診療、訪問看護、訪問介護（訪りハビリ、住環境への配慮）などの連携が大事。容態が不安定なときの医療としての大きな病院への入院検査がうけられる連携が必要。自宅と病院の間に、診療所での小規模ホスピス、ショートステイの活用も、本人や家族のレスパイトとしても必要。大きな病院では、患者の在宅後への配慮が少ないので、ケアマネとソーシャルワーカー（病院）が中心になって動けることも必要。</p>
<p>訪問看護や訪問介護の緊急時訪問は可能なことが多いが、その後の訪問医→救急病院の連携が難しいと聞きます。一番頼りになる訪問医は救急体勢をとっていない。こんな時は救急病院にというが、救急までもいかないが、心配という部分や電話でも良いので訪問医に連絡したいなど、ご家族のおもいは複雑であることが多く感じます。</p>
<p>最期の看とり時同居家族がパニックになり救急搬送する。主介護者が死を受け入れていない。</p>
<p>療養者本人が最期に近くなってくると病院を希望し、家族も安心して病院に入院する形になっている。阻害というならば病院という名の安心といえる。</p>
<p>求められる事 ・定期的往診 治療、薬の管理相談 24時間在宅医療による往診、看護、介護。 阻害要因 ・時間外は受けつけてもらえない。・医療機関どうしの連携がスムーズに行っていない。・24h対応が可能なしくみ作りができていない。・家族の不安が大きい。家で静かに息をひきとるとは限らない。苦しい姿にたえられない。</p>
<p>家族支援のあり方、また認知症等で受け入れが難しい利用者の方への支援について、安否確認が必要なケースや、家族の相談窓口の設置、包括支援センターの周知について。</p>
<p>・家人、医療機関、訪問介護の連携に努め、家族、本人の不安を解消すること、家人にはどのようになってゆくか、ターミナルの状態の説明をきちんと医師や看護師から説明をされ、不安や心配な点は逐時解決してゆくことが大切だと思う。24時間呼べば30分以内に対処してくれるといつ安心と医療機器の取り扱いの不安を解消すべきだと思う。</p>
<p>秘密保持は、必要だが利用者の方の在宅介護には、関係者との連携の為には、関係者間では、秘密保持は、阻害していると思われる。</p>
<p>介護（通所、訪問）事業所の”ターミナルケア”についての理解を受入れは、もう少し浸透してもいいかと思えます。事業所のスキルUP。</p>
<p>在宅で最期を迎える為には病状に合った医療、介護の24時間の対応が可能な事、又ターミナルケアについての知識もと思う。担当する職員のケアも必要になると思う。阻害要因について 経済的理由が大きく家族の有無、対応できる家族のあるなしでは大きく違ってくると思う 住環境で近隣に迷惑を及ぼす可能性がある事も考えられる。</p>
<p>当事業所に関しては、重度又は、終末期の方を、お世話が出来る。知識と経験を持ったヘルパー不足もあり、完璧な受け入れには、難がある。家族が安心して、介護出来る様子、サポート不足。各機関の連携不足。</p>
<p>・在宅での介護（特に夜間）ができない。夜1人で過ごす事は、本人もさみしいし、それを見守る家族も1人では体力的にも</p>

<p>無理がある為、本人の希望がかなえられない 介護者不足の為、特養、老健へ預ける人が増えるのだと思う。在宅で最期を迎えたい」と思う人は多いが、介護を行う家族にその力が無い。そして、その経験が無い為にどうすればいいのかわからない、自宅での介護は、家族に重労働をもたらす事になる。現実的に、ヘルパー、通所、短期生活介護を利用すれば、介護保険も高金額になる。過疎化の進む農村では、自宅での介護もむずかしくなり、独居の方が多くなっています。親の介護の為に仕事に行けない人もあります。ディサービスに通っていても、体調が少しでも悪ければ迎えに行かないといけないうえに仕事が続けなくなります。しかたなく老人の年金で、生活となれば家計はたいへん苦しい現状となっています。介護を行なっている人は、自分の時は、だれが助けてくれるのだろうと心配しています。生活苦の為介護保険もかけられない人もあると聞きます。過疎地での一人の夜はとてもさみしいとも思うのですが・・・利用できるサービスもない所もあるのです。</p>
<p>最期の際家族が病院へ通報してしまう。最期を見とることができない。(不安になってしまい)</p>
<p>緊急時、急変時の対応が迅速であること。介護者の負担の軽減が出来るよう、サービスの充実をさせる。家族の理解、費用の問題がある。</p>
<p>家族の受け止め方、死に対する考え方、などをきちんと説明し、理解してもらう。QQ車と呼ぶと、必然的に延命に繋がる。在宅Drなどと、きちんと、信頼関係をきづいてもらう。サービスに携わる人、全て(Famも含め)の人の気持ちを一つにする。</p>
<p>死亡者の大多数を高齢者が占める時代を迎えている。今日において高齢者ケアにおける終末期ケアの体制が整備されていない。医療者本人の高齢化、重度化により、本人の意思確認が極めて困難な状況にあり、「在宅で最期を迎えたい」という希望があっても家族の意思等により、自宅以外で終末期を迎える場合も多いと思われる。介護保険制度では、「住み慣れた地域で自立した生活の維持を目指す」など在宅介護を掲げている。しかしながら、その背景には、要介護の高齢者を抱える家族の負担の大きさが大きい。在宅サービス等は利用はしているも、家族介護の負担は大きく、現実には、在宅介護を支える十分な、在宅サービスが整備されているとは思われない。また、終末期ケアにおいても、高齢者等の尊厳を重視した、終末期ケアに関する知識や技術の習得は不可欠であるが、ケアに携わるスタッフのケア理念、ケア技術の不安がある。施設や病院での医療ケアに頼らざるを得ない現状を救うのは、何らかの医療と介護が一体となったサービス、介護サービスが軸となった、福祉と医療の連携が制度として提供できる仕組みの確立が必要だと思われる。</p>
<p>医療機関や介護事業所だけの努力や改善等の問題ではありません。全国民の意識を高めるのも大切、実際に現在の住宅事情から考えるのも困難な山。御本人が希望されても、御家族達の考え、戸住宅の場合は自宅内で行う行為には支障が少なく、でも近隣の目があるとの事、集合住宅の場合もっと、支障がある、自宅での最期を迎えられるのは困難です。少子高齢化社会になって来ましたが、子供が親の面倒を見る事すら難しくなり、何かと24時間、一緒にいられない事が大きな支障と考えられます。その他、家族いない方には、医療や介護にかかる費用も膨大になります。負担出来ない人も多い。</p>
<p>だれでも死は承知していても、もし、自分が入っている時、あるいは伺った時に死を迎えた場合、きちんと対応が出来ない、とこまる。又、うたがわれたりしたらどうしよう。等、最期に対しての看ている方の不安がかなりある。この点を解決しなければ、本人の希望は解かかっていても病院への方向が強くなると思う</p>
<p>在宅に生活していれば自然に齢を重ね、体も自然に衰え自然に死を迎える事ができると思えるが医療の進歩によって、食事がとれなくなると胃ろうにしたり延命処置がなされ、息をしているだけの生活も余儀無くされる事も多い。本人の意志や思いが本当にそれを望んでいるのだろうかと思う事も多い。本人が元気のうちに、介護者は、本人の気持意志生き方をしっかり理解して医療処置について十分考えた答えを出してほしいと思う。在宅医療については医師不足も大きな問題となっていると思う。生きているとはどのような事なのか、どのような死に方をしたいのか健康のうちによく考え語り合う必要を常に感じる。生き方に対してはいろいろなサポートがあるが自分の死に方に対してももっと考え語り合ってもよいのではないだろうか、と思っているが死に対しては、タブー視されている。</p>
<p>・訪問介護事業所としては、排泄介助や食事介助で1日2～3回伺うことがあります。介護保険制度では介護度により限度額が定められています。在宅で最期を迎える方にとっては限度額が定められることにより安心、した安らかな在宅生活を送ることが困難になってしまうのではないのでしょうか。訪問ヘルパーとして、各関係機関と連絡を密に取り、その方や御家族が安心して自宅ですごせるよう、身体のみならずメンタルの部分も注意した対応をさせていただいています。言葉使いや立居振舞にも細心の注意をはらっています。</p>
<p>ご本人の意志と、それをかなえる為に緊急時になってどう動くかをそれぞれがきちんと確認し合っておくことと、それを家族も十分に納得しておかなければいけないことなのでその為の説明や話し合いの機会を何度でも持つことと思います。家族が十分に納得できていないと、助かったかもしれないのに見殺しにしたのか・・・といったような世間の見方を気にしていざとなると「みとる」ということが怖くもあるでしょう。</p>
<p>専門家主導の支援となってしまう事が問題となる。ターミナルケアを充実させる視点として専門家の連携を重視することだけでなく、個人の意思を尊重した個別のその人らしい生活が送れるような支援を展開することが求められてくると思います。</p>
<p>・往診医師の不足・サービス利用(介護保険)に対する偏見。及び家族の他人には家に入って欲しくないという、パーソナルスペース。・経済状況。求められること。・知識。コミュニケーション能力・リスクマネジメント能力。</p>
<p>連携の強化、情報の共有、24時間いつでも対応できる体制 家族への支援 適切な説明(適切なタイミング、適切な言葉) 介護保険の区分支給限度額</p>
<p>・医療と介護事業所との連携が重要・家族、本人の不安を取りのぞける、緩和ケアが出来る。・ヘルパーへも高度な医療行為が求められる。・短時間ケア(早朝、夕方、18:00以降)が出来る。・24時間対応にもこたえられる。・ヘルパー育成が、出来、すぐに対応出来る。・すべてにおいて、人材確保が課題、募集をかけても力量のある人材が集まらない。※介護職への処遇改善※在宅介護に対し、ハローワークなどは「簡単に出来る、仕事。誰にでも資格さえあれば、出来る」と、提唱しているように思う。とても奥深い仕事だと思ふ。又、1対1で向う事でもあり、さまざまな技術が求められるため、とても難</p>

しい。
訪問者に往診医の協力、連携。家族の心がまえ、本当に最後まで看る気持ちがあるか定期的に確認し状況に応じて対応する。疾患の理解があつて療養者本人のおかれている現状を理解できること呼吸器等を使用して家族に世話など迷惑かけたくないと思っている人がいかに多いか。在宅（ALS）の看とりはそう簡単でない何故ならほぼ最期に近い時まで意識ははっきりしている為、覚悟していると言ってもそこに寄り添える人がいるといたないでは大きな差がある。本人の意志通りにと家族は思っているが現実には直視できなくなる。吸引や医療的ケア行為はヘルパーでは介入できないと言われ、そこを通すとなると自費ボランティアになってしまうことが多い。一部の神内医師や関係する保健師、看護師等のように理解して最後まで添うと言える支援者は数少ないのが現実。介護事業者にとっても患者家族にとっても使い易い制度をアピールしてほしい。在宅で最後を迎えたい＝個々に全く異なる最後がるのですから。
老衰や、急な死亡なら、在宅で最期を迎えられるがほとんど病状が急変して、救急車で運ばれ病院で亡くなるケースも多いので、在宅で、最後期を・・・も難しい事もある。家族としてみれば、本人がいくら、在宅を希望しても、無理な部分が多く出てくる。
・医師、訪問看護師等、医療機関関係者の、死生観が、未熟すぎるように感じる。その方がどう生きたい（死にたい）のかを、しっかり向き合つて話をして方向性を決めてほしい。・胃ろうの是非についての議論が重要だと思う。考え方によっては生命維持装置のような位置づけでもあるので。・家族以外の人が行う吸引は、徐々に広がりつつあるが、研修のあり方等が徹底されなければ、どちらも不安だと思う。・訪問看護や訪問介護のがもう少し柔軟な制度となるといい。
<本人、家族の理解>入院、入所中の方に訪問看護師が説明に行ける機会を作って頂けたら効果的なのに、とよく思います。<紹介者の理解>病院で実施していることは、ほとんど出来るのに（例えば、人口呼吸器装着患者や24時間持続点滴のポート管理等）、そのことを知らない医療従事者が多いと思います。その理由は、受け皿である訪問看護、介護の規程が小さい為、安心して頂けないということが大きいと考えます。<親類や周囲の理解>普段、私達が頑張っている姿を見ていない、親類が（特に遠くの）見えて、「こんなに悪いのにまだ入院させていないの!」と言われて入院に至るケースも比較的多いです。（特にお嫁さんが介護に当たっている場合）
・生活の援助を1.5Hに限られている事。働く方は女性の比較的高齢者が多く、1.5Hごとの移動となり他の職種に流れしてしまう。・医療（訪問看護等）の単価が高く、服薬管理等に時間がかかると実際にご利用者に対する時間が少ない。
利用者本人は100%と言っていい程自宅で最期を迎えたいと言っていますが少し世話がかかる様になりますと家族が率先して施設入所を希望されます。本人の気持は無視自分達が大変になる事がいやなのです。原因は家族生活の崩壊だと思います。これから先施設入所がいっぱいで入所できなくなったら在宅でどれだけできるのか危惧しています。
本人、家族、医療機関、事業所が密に連携をとり、意志統一をすることが大切であると思う。
・在宅医師、訪問看護との密な連携が図られるようにサービス担当者会議などの回数を増やしていったほしい。・家族の介護力や心理的なことまで、アセスメントがスムーズにでき、本人や家族のもつ内的な能力を引き出すことができればいい。
本人や家族が在宅で最期を迎えるという強い意志がないと無理と考える。かぞくは心配して病院へ入れる。
・医療的ニーズが高まると、介護の事業所（ヘルパーステーション）としての限界を感じる。・医療的ニーズが高まると、「治療」が優先され、その方の「生活」というのが後回しにされてしまう。並行して行えないか。
・老世帯の介護力・金銭面（年金等）での負担・各事業所、医療機関との連携が大切かと思えます。
情報の共有はもちろんだが、目標の設定をよく関係者が理解する必要がある。家族を在宅で送るのはなみ大抵のことではないと思う。「ぴんぴんころり」ではいけないからである。医療的なことが多い人では、医療機関の協力が不可欠であるが、介護ヘルパーは対応できず、訪看、訪問治療のための医師が対応することとなる。十分な支援ができる体制があつて始めることができると思う。介護ヘルパーも医療行為をしなければ24時間365日の介護は家族だけでは厳しいと考えている。また、家族以外のサービスでは、費用負担も大きく経済的にも大変だと思う。医療機関に比べ低いヘルパーの賃金の問題もある。訪問介護も慢性的な人手不足であり、人員の配置が難しい。もし、呼吸困難やけいれん、心停止等の状況があつた時家族もヘルパーも対応できないと思うし、精神的な負担が大きい。医療従事者ではない人がALS等の疾患を持つ人をケアするには、まだまだ技術、精神面で人材に限られると考えている。加齢に伴う身体機能低下の方でも同様と思う。
ケアマネージャーで看護師をしている方、家族の中に看護師がいる方。先日も、ターミナルの方が訪問介護のヘルパーにつきそってもらいたいと涙で訴えるも…家に帰りたいと強く言ったところある病院はうるさいので、注射で眠らせたと家族より聞きました。こんな事は許されて良いのでしょうか？そして、二度とヘルパーは顔を本人に出すなと家族である看護師の孫嫁が言っていました。すべての看護師が悪いとは言いませんが、なぜ、在宅で最後を見てあげないのか！！最後はみんな自宅に帰りたいとむなししい思いをいただいています。私達ヘルパーとの連携で、自宅で、最後まで生きる事は可能です！！今まで、介護事業してきましたが、自宅で亡くなった方も何人もおられます。みんなやすらかな顔をしておられ、家族も喜んでおられました。
人間の尊厳を大切に。療養者本人の意見に基づく介護医療体制にし、その生き方を尊重する。本人の希望と阻害する自学のひとつに家族の思いがある。介護としてはご家族の意見を尊重することが出来ないのか現状です。説明の医療体制が療養者の病状に合わない場合も前例にそえないこともある。
現実介護する人が高齢だったりする人がいない。
・その方の必要な回数でサービスが受けられるようにするための介護員の数がありません。・重度の方に対する報酬等の加算がありません。
医療機関、在宅で最期を迎えたい方への説明が充分に行われる事・病状の説明、今後の見通し（医師）・療養状況の説明（看護師）・在宅での療養について（ケースワーカー、ケアマネージャー）・在宅医、訪問看護、訪問介護との連携 日本人の現在の死生観があまり浸透していない為「死」に対して受け入れられない自分が在宅で最期と望んでいたとしても家族が受け入れ

ない。”死”に対しての不安や恐怖があり移行が困難。しかしここ数年在宅で最期を迎えさせたいと希望される家族も増えてきた。
・在宅医療のドクターが少ないし、夜間対応の病院も少ない。・急な時の対応を家人の方が対応出来るだけの情報をきちんと出ていない。・家人の方の受け入れがあまりない。
療養者本人が希望されていても、家族との意見の食い違い等で、しかたなく施設にという事もある。医師が定着しない為、むずかしいと思う。医療、介護、家族が同じ思いでないと無理。ピンピンコロリと苦しまず、楽に死ねたら良いと思う。
医療／介護のノウハウ意識、在宅生活支援の中核を担うはずのケアマネジャーの意識の低さが問題
家族は24時間の介護や自分達の居ない時間の安否やつき添いを希望しますが、現時点では認められていません。又緊急時にすぐに来てくれる医師や看護師についても、思う様に見つからないのではないのでしょうか。長い間世話になっている医師がいても往診できない事もあります。家族も自分で死を看取った経験がなく、どう対応して良いのか、弱っていく家族を目の前にして気持の持ち様や相談する事の時間がゆっくりと持てないと思います。家族は介護者にも医療の一部をして欲しい、どこまでしてもらえるのかとの思いもあると思います。家族が要望するケアや体制が提供でき、最後の時間を共有できれば良いと思います。
・家族の協力が無いのと、意識のずれ。・急変時の往診体制がない。又救急搬送の場合、家族の高令化と老々介護で（子供は居ても県外居住）搬送先の病院に行く事ができない。
介護事業所に求められている事は、24時間の中で訪問介護員が朝、昼、夕、夜の2時間以上開けての稼働は最低限の支援でありそれ以外の時間は本人様と家族の時間でありますが、高齢者のご夫婦の生活内容は、生活費の問題、食生活、光熱費を考えると、暑さ冷さもギリギリ我慢し、現実には厳しいです。最期を迎えたいと思うのであるならば家族の理解が前提であり町内25軒中、1軒だけ、自宅で最期を迎えられた人がいたと聞きました。行きつけの個人病院のDrとの夜間対応、介護事業所との無理のないプラン、行きつけだった床屋さんの出張サービス、ボランティアの方々のアコーディオン等、色々な職種の人々が在宅へ向かって参加されたようです。24時間対応の中で、意外と食事準備の対応が大変かと思えます。訪問介護員が掃除、買い物、食事準備等させておいておりますが、98才の方のご家族から「うちは、4～5日位の分の惣菜だけを作ってくれるお手伝いさんが来て」と言われました。例えば、火曜日の午前中3時間位惣菜だけ作り、掃除等なし。調理師免許を持ちながら就職難の人がいるのはもったいない。
御本人の最期を在宅での希望に答えられるのは、家族であり、又、それを阻害するのも家族です。家族さえ、受け入れて下さるなら、医師、看護師、ヘルパーどのようにも援助、手助けは出来ます。
医療機関や事業所などは、体制が整っているかと思えます。ただ、その家族の負担が、大きい事が問題だと思えます。介護保険での金銭面ではかなり負担は少なくなるかと思えますが、ターミナルケアになりますと介護力が大きく必要になってきます。最近の家族様は精神面やその介護に関わる時間や労力など、どうしても施設や病院へお願いされるようです。なかには、ご本人の希望を受け入れ、ターミナルケアをされているご家族様もおられますが、かなり減ってきています。在宅で最期を迎えると、何かと面倒な事も少なからずあります。御家族様の意見が、ターミナルケアを少なくされているような気がします。
介護者の身体的負担が大きく不安もある。本人の状態が良くないと、夜間の急変の心配もあり、訪問看護等導入してもなかなか難しい問題と思う。本人と家族の「必ず自宅で」という強い意志が全てを動かすと思えます。
主介護者、介護保険の上限金額などのハードル
ケアマネジャーに在宅でささえると言う気がまえがなく、訪問介護ができることをあまりにもしらすで家族の思いを聞き入れられないことがある。
・最期迎える時の状況を本人、家族によく説明する事。阻害因子→同居していない家族（兄弟、姉妹、特に娘）に説明する事
「在宅で最期を迎えたい」と希望される方、住み慣れた家で最期を迎えたいと希望する方は多いと思えますが「死に方」と向き合い本人が希望する住み慣れた家で最期を迎えられたら本当に幸せですが、病院で亡くなる方も多く、中には制度のもと訪問診療、訪問看護、ヘルパー等多種のサービスに支えられて在宅で終末を迎える方も増えてきました。しかし、少子高齢化時代、家族にわがままを言いながら最期を迎えたいと思っても支える家族が居ない。医療、在宅福祉や介護サービスと「地域」の連携が必要になっていると思うが、近所つき合いも気薄な時代で皆が自分の事として置き替えて考え家族だからだけでなく、人として皆で支え合う気持ちがないと現在も将来も厳しい現実だけではないか…以前、主治医、NS、本人、家族、CM等話し合い（何度も）COPDの看者を最期まで在宅で決めたが、重症になり苦しむ姿を見ていられず、結局緊急搬送され病院で亡くなりました。親子共に強い気持ちで思い考えていても苦しむ姿を見ている事は辛い事で病気によっては最期を家で固執しすぎるのも…と。
関係機関が連絡を密にして本人が少しでも安心、安楽に過ごしていただくようにする。家族にも自宅でみとつたと満足感を感じていただけるような声かけをする。
・本人が何を希望されているかをしっかり捕え、色々な機関等と連携を考えた上で支援を考える。
在宅で最期を迎えたいという希望をかなえるためには介護者の介護力と、サービス事業所をいかに組み入れるかだと考えます。ただ、介護保険や他のサービスを使っても限度があるので家族が疲れきり、施設へと移行しています。介護保険の限度を寝たきりの人には重くした方が良く考えます。
在宅での最期を迎える本人の意向と家族の意向がまず、すり合わない。ここでケアマネジャー（以下CMとする）や現場職員から家族へ体制整備などのご提案をすると、本人のご意向が通ることもある。すべての説明を訪問看護のNSなどが行くと、本人も家族も安心してまかされる。在宅での看取りとなると家族の立場では、医療的ケアがどれだけ、安心できるものかを、実感し、費用効果としての夜間対応などまかせられる医療が望まれるようである。次に、通院Drから往診Drへのスムーズな移行は、これもまた訪問看護が適切な調整を担わなければならない、お世話になった先生へのご恩が、手離せないこともある。Dr間にもフレキシブルな対応をおねがいできれば、在宅療養者は増えると感じる。CMが十分調整できればよいが無理がある。

<p>家族の中には、往診Drからは、入院の際受け入れてもらえないのではないかと、心配している人も多く「在宅で最期を迎えるときあたのだから、何がなんでも在宅だ」という観念は、見受けられる。訪問看護事業所としても、医療、特に訪問看護が入っていただかないと、在宅で最期まで生活するというご意向を支えきれない。たとえば、家族や本人が、DrやNsだと大変やりやすいわけである。</p>
<p>求められていることは連携。阻害しているものは共通理解の不足、お互いの勉強不足</p>
<p>若者は都会に流出し、田舎に老夫婦が残され老老介護をおこなっている現状がある。在宅で最期を迎えたいと希望されても国が決めている介護保険サービスには限度があるため 家族の負担は大きい。せめて施設入所で受けられるくらいのサービスが在宅でも受けられるのであれば、自宅での最期もありうるが、現状では無理である。特に田舎においてはサービスが充実していないことから困難をきたす。</p>
<p>人材不足 資源不足</p>
<p>入院生活をしていると、家に帰りたい様子ですが1人で生活するのはむずかしい為、施設入院をしている人が家で過ごしたいけど、帰れないと言うのが現状だと思います。</p>
<p>・在宅医療、看護の充実 ・家族の介護力 ・訪問介護サービスの充実</p>
<p>24時間体制の訪問介護事業所がほとんどないので特に夜間の介護は御家族の負担となる。重度になると医療的処置も多く、不安がつきまとう。ヘルパーもできない 行為等 制限が多く、計画が実行できず家族支援とはならない。入院中にしてもらえぬ処置が在宅でもしてもらえよう 病院職員が派遣されて訪問する様な24時間体制のセンターができて はじめてターミナルケアが出来ると思います。</p>
<p>・家族・介護者のケアも行う事が必要である。その為のケースワーカーを、又心理師も配置する事が望ましい。・病院との連携強化を図り、在宅でもできる限りの医療提供を行えるように配慮する。・重症の場合の病院対応がなかなか困難。特に受け入れ先が無い。・ドクター不足・家族の負担大により、家族が本人から離別してしまう。</p>
<p>医師、看護師、保健師、ケアマネージャー、介護福祉士、特にALSのように進行性の疾患の場合、状態に応じてのサービスの変更や追加が必要となってきます。その時、サービス提供者の相互の連絡体制や役割、連携が大切になってくるが、一対一でサービスを実施している訪問介護にとって（必疎なとき、必要な支援、必要な期間）柔軟かつ即応する対応が必要だが、介護員の人数、他職との連携、特にケアマネージャーがカギである。・障害をもって生活して（生きていく）大変さ。その障害を受け入れるまでには色々な事があり支えが必要です。支援を受け入れ生活していくまでの関り？ ・どう生きて行きたいのか？ 普段から考えて、話し合っておくことが大事かとも思う。・お金 誰もが持っている分でない。・連携する医師の考え方に大きく左右されます。在宅で生活を続けたくも少しの変化で（もうウチでは見られない）と救急車さわぎ。どうしたらいいのでしょうか？（主治医をすぐ変えられる人は良いが）</p>
<p>在宅で最期を迎えるにあたっては受け入れ体制が整っていないと難しい 訪問に関しては夜間深夜帯のサービスも必要になって来ると考えられるが事業所としては人材の確保が難しくなかなかスタートできない。</p>
<p>家族の介護力が一番大きなポイント。周囲の意思も重要。事業所としては日曜、祝日、早朝や夜間の対応が人員的に難しい。</p>
<p>24時間体制による介護、看護の確保が保たれている 居室を病室のベットと同様に考えるならば24時間安定した、定期的な介護、看護に加え、急変時の対応等の担保が必要と思われます</p>
<p>家族の介護力の不足や不安感、 医療との連携→24時間迅速 介護事業所→専門的なケア（安心感）</p>
<p>各医療機関、介護医療所に求められる事 ・医療、介護の連携がわかりやすく、利用してもらえる（書類や専門用語がわかりにくいのでは・・・） その病状に合わせて購入しなくてはならない 機械や器具等を全部補助でまかなえると良い</p>
<p>医療機関、介護事業所、家族、行政との連携を大切にしています。</p>
<p>在宅において終末期を迎える環境が整っていない。家族の不安</p>
<p>介護度だけでなく必要な人に必要な量を提供できない。</p>
<p>・在宅医が少ない（緊急対応） ・医療費が高い（訪看） ・訪看の緊急対応体制→救急車を呼ぶ ・経済力（本人・家族のコスト面） ・ターミナルの経験が少ない</p>
<p>・訪問看護事業所と訪問看護師の増加。 ・潜在看護師の発掘と処遇改善 ・訪問介護との連携</p>
<p>定期的な訪問看護・診療 病状が重度化すると在宅のケアが難しい</p>
<p>医療機関は治療が先決になり、介護は、ケアなので、どちらも生きる上で、同じ重さであるのでその、ミックスの仕方の問題である。どちらも必要である、</p>
<p>地域での終末期在宅医療を行なおうとしている動きがやっと始まったばかりである。末期の方は病院から家へと移る時にあまりにも差がありすぎる、通院時間や痛みのケアを在宅で24H時間体制で支援してくれる施設、病院がこれからできそうなのでまだまだ時間がかかる。人の理解度や協力の度合、それが皆に均一に広まっていく事が大切。</p>
<p>在宅医療では、なにが事があった時に、対応できる医療体制の整備（24時間医師の確保等）、介護保険の改革（介護疲れによる家族崩壊がおきかないような体制）が必要。</p>
<p>・求められる事 ご家族の協力とコミュニケーションをとり状態の変化に気付いた時は各医療機関との連携を図る事です。 ・阻害している事（要因） ケアマネジメントが出来ない、金銭的問題</p>
<p>医療機関 1. 延命措置の自粛 2. 終焉時に於ける医療行為が無い場合での在宅へ移行。介護事務所 1. ターミナルケアの体制の確立、家族・介護事業所職員</p>
<p>阻害要因→家族の介護力、居住環境、経済力</p>
<p>当事業所がある町は過疎化の進んだ町で高齢化率36.8%、約20年後には50%を越えるだろうと予想されています。そのような現状ですので、当然、独居の高齢者が多いということになります。前の問の「在宅で最期を迎えた方の人数」は家族に見取られ在宅で最期を迎えた方ばかりではなく、ほとんどが「亡っているのを発見された」方となっています。「在宅での</p>

<p>最期」の必要条件としては家族の介護力があること、そしてそれを補うのが医療や介護事業所であると思います。まだまだ地域の資源不足のため夜間に対応できる在宅の介護サービスがありません。ですので夜間が不安になったら施設入所というコースがほとんどです。現時点では夜間対応を開設してもニーズがほとんどなく経営が成り立たないのも現実です。</p>
<p>本人、家族、各医療機関、介護事業所との連携を密にする。介護事業所においては、ターミナルケアと技術の向上。阻害している要因としては、介護する家族の人手不足も考えられると思う。</p>
<p>訪問診療、訪問看護の密度が不十分で、最終段階で療養者本人が「やはり病院で」、理解している家族も最終段階で「やはり病院で」となるケースが多いように思われます。</p>
<p>療養者本人の現在の状態やこれから考えられる状態と、その時々に対応を介護者や本人に説明し理解していただくこと。療養者本を取り巻く環境が整わない。介護者の人数、住環境、看取りに対する教育環境（家族等の理解）、経済的な問題（家族に介護の有資格者がいる場合、介護報酬を受けられるような制度があってもよいのでは・・・）</p>
<p>○末期ガン患者の方については、在宅での医療面でのケアが充実されてないと感じます。訪問診療に力を入れてみえる医師もみえないのが現状だと思います。痛みにおいても麻薬を扱っている在宅診療の医師は、この事業所の市内にはみえないと聞いています。もっと在宅診療に力を入れてくださる医師が増えれば・・・と思います。○ご利用者とともにご家族の方も同じ思いでないと出来ないことですし、それには家族との関係も良い関係を保つ必要がありますし、その方達を取り巻く支援者も同じ思いを持つ必要があり、中心となるケアマネジャーやワーカーさんの力量が左右することも有るのではないかと感じています。○在宅で過ごし続けることは、経済的にも大変だとも感じています。訪問介護をさせていただいている中で、限度額を超えた自費分についても考えさせられるものがあり、安心して過ごせる経済状況も必要不可欠ではないでしょうか。</p>
<p>○独居であると検死などなり、病院に運ぶ方が安心である。○在宅で身内と病院の連携が密であることが必要○本人の強い意志。</p>
<p>ご家族への最期を迎える時の感情を察し、日頃より細かい意思疎通に心がける</p>
<p>1. 家族の介護離れ、施設入所志向が大きく入所となる。2. 要介護者と家族の関係が余り良くない、家族の介護への姿勢が消極的である。3. 介護の見守りや夜間介護の負担が大きいため、施設へ入所する。4. 施設側で施設入所を重視する。施設側から入所を勧めるため、在宅介護の余地があっても入所する。又は認知症の進行など特養の入所予約で促進されている。5. 介護保険で入所が安く済むという問題意識があり。これも介護保険金の費用増につながっている。6. 在宅介護の普及活動が小さい。7. 介護関連の人材不足（質、量）</p>
<p>連携、緊急時の対処方法。介ゴ保険。</p>
<p>（各医療機関・介護事業所に求められるもの）療養者本人の生活とプライバシーを大切にしなければならない為、ケアにかかわる人は、できるだけ少くするのが原則です。又そのように望む療養者や家族が多い。提供者の最小単位は、医療面では療養者を支える医師、看護師と生活面の支援を行う介護者（家族・介護職）などです。定期的、又必要に応じて最新の患者情報を共有しチームの一員としてケアにかかわっていくことが基本です。ボランティア組織や又心のケア（スピリチュアルケア）の担当者の存在も大切です。（求められている事を阻害している要因）家族の介護力がまったくない独居高齢者の場合、介護保険による公的な支援だけでなく、ボランティア組織などを中心とした地域による支えが不可欠です。○在宅での症状緩和が難しい場合。以上</p>
<p>・金額が高い・訪問看護業務の不透明化</p>
<p>1. 緊急時にすぐに見てもらえない。1. 自宅で亡くなられた時の死亡診断がめんどうである。1. 家族身内の方が目を離すことが出来ず四六時中ついていなければならない。1. 介護事業所に24時間対応所が少なく利用者の持っているサービス対応単位数も少なく、費用についても自己負担が重くのしかかっている。</p>
<p>訪問診療、訪問看護、介護事業所の連携が不可欠＝対等の位置づけ。また、ご本人の希望にそった計画の作成。応診医師の不足が要因の1つ。介護員の人員不足。ご家族の不安が残る事→入院となる流れ。</p>
<p>医師をはじめ、メディカルソーシャルワーカー、ケアマネジャーを中心とし各担当者の連携が求められると思う。本人の精神的不安を調整し、介護者、家族の負担軽減を図る事も重要である。経済的負担の軽減も考えるべき項目である。訪問介護のヘルパーが医療分野についての算入がいきにくい現況にある。痰吸引等についても実施可能であっても慣れないヘルパーでのケアについては家族も不安が残るとい声もあり、事務所としても積極的実施には踏み込んでいない状況である。</p>
<p>御家族の意向</p>
<p>事業所ではHHが入れる時間が限られて来る為、家族様との手助けも必要となってくる。本人の希望、家族の希望を一致させておく必要がある。ケアマネと医療機関との連携を図りその時々に対応が求められる。</p>
<p>在宅診療医（24時間対応可）・訪看不足。地域医療ネットワークが整備されていない。</p>
<p>医療費が軽減されるといい。在宅で最後までとなると訪問の医療の支援も増えると思われる。現在ヘルパーの認められている医療的な行為は限られている。介護福祉士の資格とともに研修を受けよう少し医療行為が出来るよう緩和されれば、利用者の自己負担額が抑えられ、利用者にも安心感が強くなるように思う。</p>
<p>訪看、介護事務所（hp）、福祉用具、PT、医師等のケアマネを通しての連携の重要性。阻害要因、家族の理解のなさ。家族の協力の出来ないところ。</p>
<p>家族の介護負担が大きい</p>
<p>訪問出来る医師やヘルパーの不足</p>
<p>介護保険制度、医療保険制度、年金制度、生活保護受給者は比較的優遇されていると思います。</p>
<p>1日に数回の訪問介護が必要になる為、複数の事業所に来てもらう事になる。重度障害を扱える所や痰の吸引などを行ってくれる所が少ないので増やす事が必要。医療機関と介護事業所、家族の連携も大事。家族の負担をできるだけ少なくできるようにサービスをしてほしい。痰の吸引など講習を受ければ訪問介護員でも、場合によっては行えるが、処置の際の事故の心配な</p>

<p>だから依頼を受ける介護員は少ないと思う。</p>
<p>在宅で生活できるように少しでも他の職種と連携してよりよいサービスを提供する事</p>
<p>家族の意識が大きくなっている 本人が在宅を願っても、介護負担の大きさや環境、精神的な負担の大きさに時間の経過と共にゆらいていく事がある。意識の改革も必要と思う。</p>
<p>本人の希望に沿った支援を行なうには、様々な関係者の理解が必要であり、その不十分さが阻害要因であることは間違いないと思う。本人が在宅を希望しても現行の制度では限界があり、核家族化、地域格差が広がる今日では、全ての人が同じサービスを受けることは困難である。医療機関、介護事業所は、利用者のニーズをしっかりと聞き取れる職員を育成し、行政に、訴えかけていくことが求められる。</p>
<p>・事業所の人員不足・事業所のターミナルケアにおける知識不足・訪看、ケアマネ、病院、家族等の密接な連携 看とりを実施するには、まずは、御家族の介護力が大きな課題となると思う。病の床についている御本人様よりも支える家族の受け入れ態勢、医療、介護知識、環境整備の充実が大きく立ちはだかっていると、考える。</p>
<p>家族が本人の意向は二の次になり、一日でも長く、生きてほしいので、医療機関をいっぱい使おうとするが本人が、本人らしく、最後を迎えたいなら本人の意向を100%かなえてくれるべきです。</p>
<p>在宅で最期を迎えたいとの希望はどなたもお持ちです。実際在宅で最期を迎える事については、多機関との連携もとても大切な事で家族、医師、介護事業所との連携がくずれてしまうと療養者本人に精神的、肉体的に負担が大きくなって行きます。回りから支援する機関の連携がとても大事だと思います。</p>
<p>自宅を終の住かとした利用者がほとんどであるが、家族の対応について問題がある。</p>
<p>経験浅く分かりません。</p>
<p>・在宅で最期を迎えたいという気持ちと、現実があまりにも違っていることであり、例えば癌などで入院しており、終末期で自宅に戻りたいといった場合でも状態によっては、家族の対応が困難であったり、訪問介護や、訪問看護のきちんとした導入が出来なかったりで実現できてません。私達の事業所では、重度や、終末ケアの受け入れをしたいという想はあるのですが、利用者が無いのが現実です。ほとんど、施設（現在は看取りケアを実施している施設も多く）や有料老人ホームなどに入所されてます。実際、共働き夫婦の増加もあり、自宅での介護が困難になってます。家族とご本人の想いが同様でないといえないです。又、ケアマネジャーも人それぞれの考え方があり、自宅は無理という判断をする人もいられるでしょうし、在宅サービスのより一層の整備がないと家族は判断するのに迷うことと思います。</p>
<p>・率直に思うことは、最後は、住みなれたわが家、又、ご家族のそばで過ごしたいと思う、そのお気持ちを尊ぶようする事。・在宅で最後を迎えるためには、家族だけでは対応していけない部分やたくさんの課題があると思います。又、医療機関、介護事業所においては、ご本人様、ご家族様が理解できるような状況説明をして頂きたいです。</p>
<p>①介護体制や介護力について 見守りもふくめ、独居の方では（御家族の協力が無い）、介護者が全くいない場合かなり困難。「必要な時に必要なケア」は、介護保険や医療保険など制度内でのサービスではむづかしい。②緊急時対応について 緊急時対応は課題が多い。夜間は実際は訪問しない訪看ステーションも多い。緊急時対応をしなくて良いような先手の看護、先手の訪問など訪看の質、量の増加が望まれる。③②の件も含めもっと訪看ステーションを増加のため、一人ナースでの訪看ステーションの開業を認めるべき。一人のナースが5人の利用者をもてば、10人のナースが地域にいれば一病棟が出る。5～10人の利用者なら一人のナースでも対応可 ④医療と介護の連携、ヘルパーとナース、ドクターの連携について 医療スタッフは、ヘルパー等福祉系の援助者を「下に」みているように思う。それぞれの援助者の専門性や意見をもっと尊重してもらいたい。サービス担当者会議では、自由に意見を言い、その時々を協力し合って支援する事が必要。特に医師は多忙でもあると思うが、「肉体的治療」以外は関心のない方がおられる。今回のICFの理念など、もっと学習してもらえればと思う。</p>
<p>人員確保や朝・夜にサービス提供できるように</p>
<p>在宅では主介護者が就労等により、介護できない為、ヘルパーが訪問しますがヘルパーの訪問時間も決まっているのでどうしても終末期の方が一人になる時間がある為、本人が「在宅で最期を迎えたい」と希望されても家族の同意や協力がなければ難しいと思います。在宅で亡なられた方はやはり家族が（お嫁さん）が、在宅されており、ヘルパー訪問や訪問看護の訪問以外の時間帯は家族様が対応されてました。家族がいない方の在宅での最期は経験がありませんが、希望があれば24時間の訪問介護、24時間の訪問看護いつでも往診してくれる主治医が必要だと思いますが、現状は、介護者の中にも独居の場合、「ヘルパーさんが来てくれる時間は限られている、最終は施設や病院」と考えておられる方も多くあります。</p>
<p>死を特別なものではなく、誰れでいずればおとずれるもので、できれば安楽にその時を迎えたいと思っている方が死を受容でき、痛み苦痛をコントロールできれば可能であると考えます。これには、ご本人、ご家族の考え方が大きく左右されると思います。ご本人が望んでもご家族の協力無しでは難しいし、たとえ独居の方であっても、各機関の連携がスムーズで後見人の方があれば不可能では無いと思います。又、支援体制が細かである程これが可能になると思います。</p>
<p>ご本人は在宅で最期を迎えたいと思ってもご家族や各機関等の話し合いで施設や、病院に、入所、入院される方々がほとんどです。</p>
<p>利用者が在宅でと思われても家族様の協力が同意が必要になると思います。担当者会議等で十分に話し合うことが必要。利用者のことを一番に考えるサービス。（あたりまえのことですが）</p>
<p>医療機関・・・在宅での注意点、緊急時の対応などを介護者へ指導する。介護事業所・・・医師からの指示を確認し、家族の意向、本人の意向も理解しておく。阻害・・・各関係する人の意思の相違、家族と本人の意思の相違など、その他、本人の家庭環境、周りの環境など。</p>
<p>・家族が救急車を呼び、少しでも長く生きて欲しい、高度な医療を受けさせたいと希望する。・重病の方が家に帰りたいと言っても、家族の介護力がない・死に対する恐れ、死の準備が家族にできていない場合どうしていいかわからない、不安で不安</p>

でたまらない。老老介護では、難しい。・ガン末期で要支援2で、在宅になっても、介護保険があまり使えなく、訪問介護で支えが十分できない。
・十分な支援体制 ・緊急事態の時の対応の対策 ・生活できる環境づくり ・家族等の支援力や理解
・訪問看護や在宅医師をふまえて、訪問介護でのケアの充実をはかる事。・本人の希望に添った生きかたを推進する。
在宅で最期を迎える場合、痰の吸引が必要となることがありますが、私たちの事業所では、今のところ慎重にしています。特に、痰の吸引については、本人の状態、家族の状況、その他支援体制などを確認し、確実にヘルパーをシフトできるかを検討します。ですから、無理と判断したら、そのケースを受けない場合もあります。
ご本人と家族の意見が一致している事。又、体制作りがしっかり出来ていないと難しいと思われれます。しかし、在宅で最後を迎えたいとの思いを尊重し、その様なケースは、皆様穏やかなお顔をしておられると思います。又、最後まで頑張られた家族へのねぎらいや心のサポートも大切だと思います
当事業所の利用者さんは独居の方が多く、ご主人が在宅を希望されても、24時間看れる訳ではなく、どうしても救急搬送をしてしまう。主治医との連携を取っていても、死後の検死や最期のケアに合ったヘルパーのその後を考えると在宅は難しく思う
在宅の人的環境が希薄、老々介護、集落の点在等々環境が大きく左右している。その多くが入所を希望する。
ターミナルケアの意義を各協力機関と共に共有し確認し、どのような看取りをするのかの意志確認が必要。又、宗教関係者との連携もあれば尚良いと思う。
・家族が仕事などで留守になるため支援に限界がある。・往診（時間外）を行ってくれる医療機関が少ない。・支援体制が不備。・金銭の問題。・家族の不安への支援がない。
1. 人手不足・専門職不足。2. 在宅医療チーム全体の連携不足。3. 専門的な講習期間が長すぎてスタッフの参加が不可。4. 24時間体制の事業所が少ない。5. 3、4、から人材不足。
緊急時の対応が難しく、特に夜間等、医療機関の在宅訪問
在宅支援の強化。訪問事業所の人材不足（ヘルパー2級のスキルでは技術的には難しい場合が多い。また、給与面、責任面においても不足）
この仕事を10年ほどしていますが、在宅で最期を迎えられる方はとても少ないです。理由として、家族がいっしょにすんでいない方が多い事もあり、本人の希望がとまらない事と、在宅でもかなりの金額がかかってくる事です。
本人が望んでも、家族が望まない。嫁姑の問題は、根が深く、解決するには、困難、嫁の姑に対しての悪口や、姑が嫁に対していう悪口には、本当にあきあきしている。人間関係の問題はどうにもならない。
経済的負担が解消されることによって、ほとんどの問題は解決すると思います。
ご本人、ご家族ともに在宅で最期を迎えたい迎えさせたいと思っている方々は多数おられると思います。ただそう思っておられても、それに直面すると、どなたも救急車を呼びます。また、在宅で最期を迎えた時は、一度警察が訪問されています。医療機関の中に最期をサポートしてくれるシステムがあったら、現状もかわっていくことと思われれます。
ご家族との連携、医療機会との密接にとり合い、きめ細い対応をして行く事かと思います。
在宅での最期を希望しても家族が面倒を見られなかったり、各機関と連携をとっていても、介護者の負担は大きく治療者が重度になる程、叶えられない現状にあると思う。介護保険での訪問にも限界があり、本当に望んでいた通りの”在宅での最期”を迎える事ができるのかどうか、家族、介護者の理解、協力なしにはできない事と思う。各機関でも協力できることは行い支援していると思うが、今後も望通りの最期を迎えられるよう支援を行っていきたい。携わっている事例も少なく、他事業所での取り組みなども知りたいと思っている。講習会など積極的な参加も行っていきたい。
医師からの指示を確実に家族、介護関係者に伝えてもらいたい
求めること 緊急時にも対応してほしい（速やかに） 阻害していること 介護者の負担、不安。医療との連携が図れない
御家族の要望と御本人の希望がことなる事がある時、対応のむずかしさが出てくるケースが生じる。サービスの提供にもかぎりががあるので、希望をかなえる点ではむずかしいです。
・障害を持ち在宅を希望しても介護力がなければ自宅に戻る事は不可能。・家族の受け入れがなければ、医療、介護が整っていても在宅はむずかしい
①家族の理解が得にくい②医療との連携が難しい③介護スタッフ不足である。④24時間の対応ができない⑤責任が重すぎる⑥できれば第三者が関わりたくない
・在宅で最期を迎えたいと思っていたとしても、家族の方の支援がないかぎりそれは、いくら関係機関が連携を持った支援したとしても無理だと思う。家族の方が何の負担をしない状態であっても精神的な負担はかなり大きいと思います。支援者が24時間ずっときてくれる訳でもないし、それに係わる費用の負担もあると思います。
在宅で最期を迎えるためには家族の協力、連携は不可欠になる。主介護者になりえる家族の心身の負担やケアがなかなか進まないている。又、金銭的・時間的・精神的にも負担を強いられている。本人も家族に迷惑をかけたくないと思ってしまう。
・家族介護負担の軽減・介護保険や障害者区分により制限がある。・金銭面の負担・24時間の介護が必要になった時、介護者は仕事をやめなければならず収入がなくなる。・介護者自身の体力にも限界がくる。・本人の希望をかなえるだけのお金にも心にも余裕がなくなる。
私共の会社周辺ではとても良く配慮されています
訪問介護 ケアマネ 訪問看護の連携
ヘルパーの確保（利用者は増加するがヘルパーは不足）→給与の問題、安いで資格は持っていない人も実際ヘルパーとして働いていない人が多い

利用者 家族をとりまくケアマネやヘルパー、訪看や訪問リハ等が連携を取り行う。
本人がどのような日常生活を送っていきたいのか、よくお聞きし、どうすれば希望に添った支援をしていく事が出来るか多職種の方と話し合い決めていく。 家族さんとの意見の違い等が出てくると思います。それをできるだけ本人の希望をかなえられるか何度も話し合って進めていく。
現在ALSの利用者（70代男性）をサービス提供責任者として担当している。在宅で奥さんが主たる介護者として介護しており、各サービス、訪問介護、訪問看護、訪問入浴、マッサージ、訪問リハビリ、往診（かかりつけ医ではなく近くの医師）を利用して在宅で生活している。まだ人工呼吸器は使っておらず在宅ニップ療法で、胃ろうは開けたが食事は経口摂取している。今年に入ってから呼吸がかなり苦しくなっており、2月に入ってからは話す力も低下している。気管切開をして人工呼吸器をつけるかどうか重要な決断の時期だと思うが、本人と奥さんの考え方、気持ちのズレもあるし、2人ともが担当のケアマネジャーを信頼できなくなっており、ケアマネジャー交代の話が出ているが後任がみつからず決断ができないままでいる。 本人たちの問題もあると思うが、ケアマネジャーの力量不足もあると思うし、その信頼関係が築けないと他のサービスもうまくまわっていかない。ALSの利用者さんは特にコミュニケーションのとり方が難しいと思う。
在宅で最期をと本人は思っているもやはり病院に最後は行かれることが多い
「最期を迎えるとき」は医療が多く関ることになると思いますが、看護か介護か区別がつかない部分も増えてきます。それを支える丈の力が家族（困りの人々）に有るでしょうか？現在介護職には「家族が行うこと」として退院して来ることでも、出来ないことが多すぎると思います。 そのため、家族の負担が大きくなり、とてもこれ以上は出来ないから病院へ・・・ということになる例が多いようです。 ケアスタッフの質、技術を高めてゆくこと、連携を取り易い関係を保つこと、総合的に支える中心となり得る人を育てることが必要だと思います。「家族に困惑をかけたくない」「自宅で最期をなんて無理だ」と思っている人も多い事実です。家族、地域で支え合える、支えてもらえるのだという確かな物が有れば、安心して「在宅で・・・」と思えるのでしょうか。家族や、一般の住民の方への介護の講習会も必要となるのだと思います。
各医療機関、介護事業所の連携が1番大切だと思われま
終末期 余命2年が6年延びた事 実例として72才男性 ケアマネが関わり、在宅での生活を始め、本人も精神的にも落ち込んで何もやる気、気力もないも病院生活を拒否される。訪問介護が開始 ヘルパー毎日型 独居であり、最初は散歩・歩行可能であった。事業所も本人の意思を尊重する為にも夜間の安全確認の為開始 年令とともに身体的にも疲れ、ヘルパーへのやつあたりもあり、精神的不安 本人への対応をどうやったら在宅で過せるか あらゆる面から病院受診の拒否 移動支援の活用 身体生活面の対応 本人喜ぶ事はありませんでした。 家族との連携・ケアマネ・ヘルパー・医療・訪問看護の連携 最後は在宅でみとりたいとの全員の思い 在宅でのチームプレーは携わらないとわからないと思う。 夜間訪問も不安で生きているのかの確認をまず行う事には、誰にも経験はないと思う。本人の意思を尊重する為にも在宅での最後の人生を送ってもらへたのかと思うと心苦しい しかし、ヘルパー全員で対応し、本人も喜んで頂けたと思う。
「在宅で最期」を希望されていても状態が変化すると家族様は、やはり病院を選ばれ、結局は、入院したまま最期をむかえられるケースが100%です。 独居利用者様に関してやはり状態を家族様に伝えると病院搬送指示があります。 またヘルパーも、状態の悪い利用者様をそのままにしてはおけず病院へと搬送します。
互いに連携をとり、問題解決に向けて、取り組み、本人介護者が、安楽に過ごしていただけるように支援すること 在宅で最後を迎えるのは、相当な介護力と介護者の強い意志が必要だが、高齢者夫婦世帯、独居が増え、家族の絆が薄れていたり、介護力不足がある。
阻害しているのは、介護者の心身の疲労
一人暮らしである 夫婦二人暮らしで介護者も高齢で対応できない 家族の意向 医療が必要 訪問看護、往診、介護を増し在宅を続けたいけど金銭負担が大きい
・介護認定単位の制限や介護保険法の制約・ケアを提供する側の物理的な理由（人員不足）
医師、看護師、介護職員、本人、家族等の連携 勤務体制や経済的事情等
阻害している要因 家族や親戚の意見がくい違う時チームケアに支障が出る。本人の希望が、はっきりしていて、本人の立場が主張できるなら1つに向かっていけるが本人も曖昧ならばすべてにおいてパラパラになる。
・急変に対応できる事。・在宅での介護者がいるかどうか。・全事業所、医療、介護が連携を取る事。
家族介護力。独居の方は地域力
在宅で最期を見とることができることを大多数の人が知らないことが第一の問題である。死期が近くなると大病院を目指す人が非常に多い。一方で在宅を支える医師や看護師の数も不足している。必要な時にすぐに往診してくれる医師を増やす必要がある。訪問看護については医院・診療所が見做しになっているため実数の把握がむずかしいが不足していることは間違いない。介護保険を利用している者の場合ケアマネジャーがケアをするが、在宅療養について詳しい者は極めて少ない。研修などにより質向上が欠かせない。ただし、すべてのケアマネジャーを教育するのではなく、医療連携を専門にするケアマネジャーを認証する制度を作るべきである。
「在宅で最期を迎えたい」という希望がある場合、実際その場面になった時にパニックにならないよう医療機関・家族・ケアマネジャー・介護事業所が集まり対応について十分に話し合う必要がある。阻害している要因と言えるかどうか分からないが訪問介護員のみの方に利用者が急変し苦しんだ場合、今、救急車を呼べば助かるのではと思われる時、人として、どういう対応をとってしまうか？
在宅で看取る場合、医療サイドの条件として24時間のケア及び往診・訪問看護・チームケアなどとの連携が必要不可欠となる 本人はもとより家族も家で看取りたいとはっきりとした意思が必要に思う。
今の私には分からない事が多いです。その場に立ってみないと、携わってみないと何も分からず、前向きに事を考えることはむずかしいです。

・24時間、夜間等の体制が在宅ではむずかしい・医療的な面でも病院の方が安心
支援体制の弱さ
在宅で最期を迎えたい その希望をかなえるために各医療機関と介護事業所の連携が大事な事だと思います。お互いの情報の交換をすることで早い対応が出来ます 今までさまざまな環境で生活されてこれ思いも人それぞれ違い最期の希望を第一に考えた支援が出来ればと思います
各医療機関・介護事業所に求められるものは「これである」とは一概には言えない。なぜならば、1人1人性格も、生活背景も違うように、1人1人のニーズが異なってくると考えるからである。同じ「在宅で最期を迎えたい」との意向であっても、そこには様々な思いがあり、考えもあり、十人十色である。その1人1人のニーズをしっかりと理解し、アセスメントした時に、初めて医療・福祉に求められるものが、明確になるのではないかと考える。その為、医療機関・介護事業所としてはその方のニーズ理解した上で、各機関の役割を明確化し、在宅での生活を安心かつ安楽に最期を迎えることができるよう個々に合った支援を提供する事で、QOLの向上にも繋がっていくのではないかと考える。現在、「在宅で最期を迎えたい」という希望をかなえるためには、医療・介護制度を変えなければ、十分に「療養者の希望をかなえた」「希望による最期」というのは、ありえないと思います。現在の制度では不十分です。
・介護保険の枠の中でできることが限られている。例えば家事援助を行えば役所から「掃除をしなくても死なないから掃除は必要ない」と言われ、入浴介助をすれば「2～3日入浴しなくても死なない」などと言われる。このお役所体質が、在宅療養を阻害していると思う。
ご本人は在宅で最後を迎えたいと考えていても、在宅で支えてくれるDrが、いつでも何かあったら来ますよ、相談にのりまずよと言ってくれるDrがなかなかいない。家族も不安になる事も多く、本人の希望よりも最後は病院へ、施設へと移ってしまわれる。ヘルパーも24Hサポートできない。訪問から訪問。間2H開けての訪問になる為、必要な時、必要なサービスが出来ないことも有。高れい世帯では介護者にかかる負担は大きい最後手をにぎってもらえたら、いい人生と言えるのに。本人、介ゴ者に在宅で死にたいとの思いに添いたい
主に1. 在宅における急変時の対処（対応） 2. 家族の理解。
己むを得ない事情さえなければ殆どの方は住み慣れた我家で最期を迎えたいと思うのは周知のことと思います。でも、私が所属する事業所でターミナルケアを受けられ在宅で亡くなる方は極まれで年間お一人かお二人です。ご家族、ご本人が在宅で望んでいても病状の悪化、又重篤な状態に陥った時、病院を選択します。阻害している要因は何点かあると思いますが乏しい知識のなか挙げていけば、下記の通りです。①医療体制の不足＝チームケアが確立していない 訪問診療機関不足 病院と在宅医療の連携不足 訪問診療と訪問看護の連携不足 ②医療を中心とした介護等との連携体制の不十分さ 利用者の生活の質と疾病とが一体となって、在宅での望む最期となるはずが実現が困難となっている ③本人を支援する家族に十分な説明が不足している 死を迎える課程、介護力が低下した時の援護体制 本人・家族を支えるケアチームを実感できる体制づくり不足
訪問介護サービスに関するしぼりです。本人にとって必要なことが何であるか？何をしてほしいのか？一つ一つに意味があるので、本人が望むケアにいつも現在は悩んでいます。それが以記で言うしぼりだと思えます。何でも屋ではないが、ある意味では在宅を支える為に必要なこともあるはずだと思えます。
1. 24時間の対応が必要と思われるが、家族も事業所も対応できる状況にない。2. 医療の対応については、本人の意思を第一とし、どこかの時点で打ち切ることも選択できるようにする。治療していると医療に関われないヘルパーは、サポートできない部分が多くなるし、Dr. Nsも人手が足りない中、結局、在宅困難となる。静かに死を迎えることは、否定されるべきものではない。（治療は死との格闘であり、敗けて死を迎えるものと言える。これとは異なり死を受容する考え方があってもよい。）3. 在宅の方が、経済的負担も大きいこと。ケースによると思うが、トータルのには家庭の経済的負担が大きくなる。
現行のシステムでは24時間の常時介助を受けることはむずかしく、またそれを可能にするような介護事業所の充実も欠けている。介護員の量と質を確保するための、介護業界全体の処遇改善が必須であり、介護報酬の見直し・介護保険や自立支援法の運用の柔軟化が求められる。医療関連としては、痰吸引や呼吸器についての医療者独占を改め、かつ介護者が痰吸引等行った際の、リスク保障についても、これまでの介護者個人が全責任を負う形から改めるよう対処する必要がある。地方においては、医療の確保もままならない自治体もあり、訪問医療を充実させるためにも医療の構造の見直しが必要なのではないか。
・必要な時にいつでも訪問してくれる訪看や訪介の事業所があまりない。訪看は土、日、夜間は基本的に×の所が多い。訪介も、夜間は人手がない。・サービスを利用するとお金がかなりかかるので、ちゅうちよする。・最期の迎え方の心づもりが、できないので、不安である。・（特に息使いが、荒くなると、不安でいた＼まれなくなる）
医療機関、介護事業所の支援にも限界があったりまだまだ介護の方は支援のレベルが向上していないと思います
本人さんの意志を尊重し、在宅で最期を迎えたいと要望があった場合、訪問介護、訪問看護、訪問入浴その他 主治医 いろんな機関がその方の為に 訪問しますが、やはり その都度 支援に入るヘルパーさんは、水分を取らない、食事が減る、夜中のオムツ交換に入るヘルパーは 亡くなってないだろうか？と 不安で鍵を開けて入っていきます。最後は、医療的な支援に重きを置く形になると思うので、どうしても救急車を要請してしまうと思えます。
本人の希望と家族の希望が異なる為 家族の事情
医師と看護師等から家族及び介護事業所に随時連絡する 終末期の症状と対応の仕方及び 家族の心構えを家族・親類に説明している 阻害：末期状態に家族が精神的に耐えられないので救急車を呼ぶ。阻害：家族が緊急時や、終末期の対応がわからない 常時医療関係者がいないので不安である
特別養護老人ホームの1階などに ファーストフードなどを設置したりすることにより 介護者なども老人ホームに行きやすくなると思う 店などには 介護福祉士が店員であれば どこへでも行きやすくなる 福祉士の資格を持っている人が、各職業に配置することにより阻害要因がへるのではないかと

本人の思いと 家人の思いのずれや 介護力の限度を感じる 介護者と 要介護者との関係によると思われる 夫婦と親子、嫁等の関係では 力の入れ方に違いがある 要介護者への思いにも違いがある
終末期は本人に24時間だれかが付添える体制がないと在宅で最後は迎えられないと思います。
阻害している要因は家族、急変時に救急車を呼ぶ、そのまま入院、一死亡 介護事業者においては 救急車を呼ばなかった責任がとれない
家族の認識の問題、負担増になると思っている 介護事業者、医療機関の就業者の密なる説明 行動 介護訪問、看護訪問、訪問診療等 理解するまで 説明する（在宅だと24時間体制で対応）
本人、家族の希望を 変化あった時や なくても 時々確認していく 関係職に周知させる ” 最期 ” の期間を判断するのがむずかしい 入院してしまったばあい 治って 退院か ある程度で退院か よくなるのか このままか 在宅で最期を迎えるのか そうするために在宅へ戻るのか
・金銭的負担の軽減 介護をするためには仕事をやめたりするなどの犠牲が伴うため、家族の金銭的負担が増える。・家族が看取りをするという決意が必要である。終末期を迎え、ゆれ動く家族が多いため、看取りをするための知識を与える機会をもうける。例えば 保健センターなどの行政による在宅介護相談会や体験者による講演会など ・医療機関の協力。24時間対応の往診訪問をしてくれることも大切。フットワークの良さ、すぐにかけてくれる。上記の3つがそろって はじめて在宅での終末を迎えることができるのではないかと。
在宅での最後に関しては家族の納得された介護が重要
在宅生活を支える家族のフォロー、本人様の心身の変化の見極め、安楽な生活の確保
往診を行ってくれる医師が少ない。深夜に対応できる医療・介護の期間が少ない。報酬単価をかなり上げないと、対応してくれないだろう。在宅で生活するならば、どうしても家族等の介護に頼らなければならない。同一世帯の家族であっても、子と孫では、考え・感じ方がちがうので。特に多感な年頃の孫がいる家庭は課題が多い。最期がどのような状態なのか、寝たきりなのか、認知症なのか、排泄はどうか、（家中の臭いが）家の改修とか福祉用具は使えるのかなど、状況によって様多なハードルが考えられる。様々なハードルがあるから、結局入院を選ぶことになる。家族等は入院させて「安心」「楽」になりたいと思う。一人ぐらし等の場合は、長時間の介護が必要になるので、家族みたいなこまやかな介護が提供できない（サービスメニューが決まっているので）ので、又、緊急事態に対応できないことなどで、入院をさせざるを得ない。現在は、以上のような理由などで、自宅で死を迎える人は少なくなったけれど、45年くらい前は、ほとんどの人が自宅で死を迎えていた。息をひきとった家族の体を拭き、体毛を剃り、わたをつめて、死に化粧もしていた。生活様式が変わってしまって、個人・個人の考えだけでは押し切れない地域の、社会全般の考え方があって、それに合わせておいた方が無難だし、あえて大へんなことをするよりも、本人の気もちよりも、入院をえらんでしまうのではないかとと思う。
・終末期医療に対する知識・事例等を介護事業所で検討・看とりに対する 介護職の意識を高める 阻害要因 ・看とりを受けられる事業所が少ない（往診、訪問看護、訪問介護、24時間対応）・家族の理解・利用料の負担
良くお話を伺うこと→ご自分で話される方は、体調を過少に訴えるか、大きさに話されます。医師、看護師のお話、ご家族の言われる事をよく吟味し、計画を立てる→そのための時間が足りない。 どこかの病院のように 時間がないから食事はその位でさげましょう 等の介護はしたくない。 在宅でと望まれる方は ご自分の生活がなりたいので、たとえば、入浴に1時間（入浴前の準備から、入浴後の 迄）などと決められると ゆっくり入りたいと望まれている方は 他は良いから これだけとは、ガツカリされる
在宅医療サービスが少ない、ホスピスやターミナルケアのように、治すだけではなく、緩和医療を中心にした医療、介護事業所等が、増えていくとよいと思う
とにかく、いそがしすぎて 本人を 取り囲む人たちが うまく 活動出来てない様に思います。
在宅で最期を迎えたいとことばにしたなら、救急車は呼ばないですね。点滴もしません、薬も出せませんと医療関係者からの申し入れ、書面にて印をとのことも。死ぬ時期、死なせる時は微妙に変るものという心理的な変化を認めず、画一的になってしまう傾向が強まっています。とても恐くて声を出せません。ALSで呼吸器をつけませんといったら、救急車は呼びませんね、となりました。なんども変りえることを前提に、やさしい対応がない限り、ことばにできません。
病院に行かず往診の先生に診察して頂き延命処置はしない（酸素マスクは必要）。趣味等を一緒に行うように本人からの希望が多い。会話が深い。食事の自由な希望（何でも好きな物を食べたい）。介護保険では行えないことが多い。往診の先生が来訪できない日がある（緊急時困る）。訪問介護の方が来てくれるが、「先生でないと断らない」と言われ、先生との連絡がとれるのが遅く、本人家族はどうしていいのかわからぬときがある。
開業医は診察時間があり、その間には救急車を呼ぶということになるため、在宅医の連携で常時来てもらえるようなネットワーク作りをしてほしい。介護事業所もいつでもすぐに訪問してくれるような所は少ないため、契約も複数できるようにして急に対応できるようにしてほしい（ケアマネに聞くのみでなく）。ターミナルになると医療には高い評価がつくのに対し、介護には同じというのは不自然である。
緊急の場合、病院で処置しないといけない状態が見られる場合、救急車で病院へ搬送せざるを得ない。
在宅で最期を迎えたい意志があったかどうかの把握ができない状態で支援することが多く、家族も共働きであったり老々介護であったり、独居であることがほとんどである。そんな中、急変があればQQ搬送することが大半であり、命の判断をヘルパーではできない。重とくな状態であれば医療にゆだねるしかない。
在宅で最期を迎えたいと希望する人をたくさんみてきましたが、家族間の問題、知識不足、ケアマネージャーの知識不足により在宅医療につなげられない等、訪問介護に依頼はくるのですが、時すでに遅く亡くなるケースが多い。
家族の不安を取る。または不安を減少する。
体調不良、急変時の在宅での対応が難しく救急車搬送に成る。在宅介護になった場合、家族が対応に不安をもたれ退院させる

自信なく施設、転院になる。
介護者の負担の増加。介護力の低下。
医療機関や介護の事業所等の連携はあるが、本人の家の事情、金銭面での障害が多い。家がせまい、お金がかかる、家族が立ち会わない等がある。
一生懸命介護されている御家族でも、最後は病院で、という人が多いです。家で静かに亡くなるという事は、現在はとてもむずかしい事に思えます。残された家族全員が手をつくしたが亡くなった。という事で、その人の死を納得されている気がします。
・訪問診療医の意識不足（説明不足）。・本人の希望が不明確だったり元々強い意思がない。・家族が実際に疼痛を目の当たりにすると入院を希望してしまう。
・療養者本人の希望と家族の意向が必ずしも一致しない。家族は生活維持のために就労しなければならず、介護者は高齢者あるいは就労を断念するケースがある。
チームケアや家族が一致団結し、最期をと願う場合にどれだけ医療機関の協力が得られるかという事が大変重要になってくる。現場スタッフ、介護事業所がやる気でも、Dr. の一言でくずれてしまう場合も多々ある。
医療・看護・介護をケアマネジャー中心に家族・本人の希望に沿って調整していく。家族の介護負担を軽減し、サービスを利用することの経済的・精神的負担を少なくすること。
かかりつけのお医者さんと密に連絡をとり、介護事業と家族が療養者が具合が悪くなった時の処理が迅速に行われる様にしてはならない。
（求められる事）・24時間迅速に対応してくれる医療機関・介護技術のやり方の相談・家族みんなの考え方の統一・介護事業者との信頼（阻害要因）・家族的な介護力不足・しっかりした家族の意見（理解力）・経済的な問題
在宅でという希望でも最終病院搬送されて亡くなることもあり、ぎりぎり希望がかなえられたと思えば、在宅で亡くなられたと考えて良いと思う。要は、本人の希望や家族の希望が実現でき、在宅での死をより良く迎えられたかどうか、そのプロセスへの関わりが大切だと考えている。今回担当のALSの方が在宅で亡くなられたが、往診でモルヒネ投与して頂いたり、訪Nsが滞在してくれたり家族、本人へのサポート体制を整えられた。数ヶ月前に、ターミナルカンファを行っていたため、スムーズに連携できた。場面にあわせてのカンファでの情報共有をし体制づくりが大切だと思う。
まずその気持ちを受けとめる。そのうえで出来ること出来ないことをはっきりさせる。各職種間の連携を密にする。緊急時に連絡をとれる体制づくり。いつでも往診してくれる医師の確保。その人の最期を受けとめる覚悟。その人の最期とむきあう為に自分を強く律すること。一緒に悩み、考えること。時に一歩ふみ出す大胆さ。
・格差家族化に伴ない、介護力に欠ける。・入院しても病気が治るとすぐ退院させられ、施設を希望してもなかなか入所できない。
・急変がおきた時、医師等の医療の部分の対応・家族の精神的負担の軽減・家族と共に介護事業所が時間を気にせずにサービスの提供を受ける事ができる
求めること。家族支援・いつでも、かけつけてくれる医療関係者（土、日、夜間対応）・休める時間を確保するための手厚いヘルパー訪問（土、日、夜間対応）阻害要因。家族の心理・「辛そうな姿を見てられない」いつまで続くのか、1日？2日？・「目が離せない」ことで急変に気付けないのでは、という不安・側から離れられない責任感、その時を見過ごしてしまうかもしれない不安→身も心ももたない
求められること1. 家族、介護者、各医療機関、行政がそれぞれの役割を自覚し、連携すること。2. 身体の維持、サポートのみならず、生きる意味や介護者への接し方、死への不安など本人の心の深い部分に対する専門的なケアが欠かせない。これらを行なっていくために・家族と共に思いを共有していく。時間がかかるのでつい不足になる・介護者の病気（認知症など）とそれに対する適切なケアの教育、訓練がまだまだ不十分。
医療機関や介護事業所が密に連らくを取り合う。家族の協力が不可欠。
阻害の要因の中には病院、施設、家族の意志判断によることがあった。
本人の希望を最大限生かすには地域の連絡、協力を得て行く事がまず第一に重要である。あとは家族、本人（無理な場合はしかなないが）の同意（もしくは書面で）を得る必要はあると思う。行きちがいで後々問題が生じる事になるのでその辺はしっかりしておかないといけない。
病状の正しい理解とご家族の思いをきちんと確認しておくことが大事だと思います。リスクを伴うので、近くに安心できる訪問医がいることが絶対条件になると思います。
ヘルパーの数が足りないため、家族に安心感を与えられない。医療機関・Drや看護師に望むこと。在宅で看取ることに対して家族を指導し、不安感を取り除いてほしい。いつでも来てくれる（24H）体制をとってほしい。ヘルパーに対しても死について指導してほしい。不安なときはいつでも来るというDr、看護師が沢山いてほしい
在宅での最期は家族だけの負担ではとてもみとる事はできないと思いますが、現状、夜の9時、10時、深夜に訪問できるヘルパーの数はほとんどなく募集しても来てくれません。登録ヘルパー制度にも問題があります。生活できる範囲の給料がだせる職業にならないと在宅で最後までみとる本来本人が望む生き方を支援しなければいけない職業がなり立ちませんし、意識（職業意識）の勉強も必要ではないかと思えます。
家族の負担軽減や本人の状態把握のため、頻回に訪問する必要がある。介護保険の利用限度額が終末期のケアを行うには足りない。
・苦しまれた時の不安が、家族には大きく、本人の気持ちを受け入れる前に、自分達の不安が解消されないのだと思う。・医療機関のかかわりは重要だと思うので、細かい部分についての説明が、大切と思う。
できるだけ、自宅で過ごせる様に、その御家族と協力し、介護のサービスに入るようにする。

現在在宅で最期の方を訪問と有料サービス（夜間）で支えています。職員の人件費がかなりの負担で今の訪問介護も会社を維持するのもむずかしい。ご家族様が支払いが出来ない方は在宅で最期を迎えることはむずかしい。提案、地域の広さや人口により町内会単位で病院、看護師、介護士とを配置してチームですぐに利用者様の家に訪問できるようにすると巡回しながら健康管理と介護サービスを受ける事が出来るのでは。又、町内会の社会的資源も活用し、皆で協力して協働で支援できる仕組みを考え出す事が大切かと思う。
最終的に往診をたのんでも夜間はムリなので結果的には病院に（救急車）運ぶ事になるのでは。昔の様に自然に家で最期を迎えるのが…むずかしい。
ご本人の不調時に家族が不安になり病院へ運ぶため在宅での見送はない。
在宅で最期の時を！というのは幻想なのでは？と思う。単に医療費の抑制のための誘導だとしたら幼稚すぎる策である。昔日の頃の医療機関の未整備のため否か応でも自宅での最期が待っていた。それをあたかも日本人の意識の問題にすり替え、量の上の往生というありもしない幻想をいつまでも振りかざしている、としか思えない。今後の展望としては、戦前教育を受けた人と戦後教育を受けた人の間で、家に対する考え方に相違が出てくる。この違いに一早く気付かないといつまでも固定化された観念上の対応しかできなくなる。
訪問看護、病院等の連携、家族の考え方の確認
住民だけでなく、行政、事業所共に“死は病院で迎えるもの”という昔ながらの考え方が根づいている。そのために在宅で看取ることへの建設的な考え方や取りくみがすすまない状況。
医療サービスと福祉サービスの同時に両方を使えることが必要。
住み慣れた家で最期を過ごしたいと思う人も多く、そうした在宅生活を送る為にも、また、病気に対する不安や心のケアの為にも介護保険や医療保険、そして有料による在宅医療、在宅看護サービスを利用するのも良いと思う。しかし、現在、昔と違い往診医も少なく、急に様態が変わった時に不安となり、家族に迷惑をかけたくないという方もおられると思う。又、積極的な治療は病院でないと受けられないことや、介護事業所に訪問看護師がいないところも多いなど、その体制が整っていない。
切れ目ないサービスの提供を求められていると思いますが、夜間等時間帯によって人員の配置が困難である。根本的に人員の配置が困難である。又サービス提供だけではなくご本人ご家族の不安軽減の為、相談、助言等が必要だと思いますがそれに長時間とる事は難しく、介護報酬として相談、助言だけでも算定ができるよう（時間制限は必要だと思いますが）にし安心して最期が迎えらるようになればと思います。
チーム理解と連携、在宅で可能な限りを受け入れ、ケアする。ケアマネはすぐ病院へ送りたがる。
・在宅で最期までという希望はあるが、医療機関や介護事業所も何かある時にすぐ対応してくれる体制が必要だが、人材や報酬により、なかなかそうはいかず、救急車で病院搬送となる可能性が高い
●介護事業所に求められる事・介護事業所に対応できる事、できない事の説明。・対応できなければどこでその部分を補えるかの相談、説明・他職種との連携・介護者の精神的、身体的介護負担の軽減に努める●阻害している要因・介護保険、自立支援ともに支援の時間が限られているので24時間介護をしなればいけない人への対応が難しい・家族が仕事を持っている人などでは介護が難しい
在宅療養に関して医療職（とくに病院）と介護職・福祉関係の人との間に温度差がある。医療職は病気を診て人を見ずという考え方の人が結構多い。医師は病の背景にある個人、個人を支える家族や地域社会を良く思い測って医療に携わるべきである。介護・福祉関係の人はもう少し医療的な■養を身につけて欲しい。両者が共通の思いで療養者や家族を支援すれば在宅看とりもふえると考えられる。
「在宅で最期を迎えたい。」というご本人の希望をかなえるためには、家族の協力が得られなければ難しいことだと思います。そばに介護者がいてくれて各医療機関とも連携がとれていて、ご本人、介護者の不安、負担を取り除けるように、相談、助言、援助を行ってくれる、密に連絡の取れる介護事業所が求められると思います。
ないと思う。
阻害している要因は、対応できる、医療機関・介護事業所がすくない事。家族が希望していない事。希望していても、本人の苦しそう姿に絶えきれず、入院させてしまう事が多いと伺う。介護事業所に求められる事は、臨機応変に対応できる体制作り、ヘルパーへの指導、意思の疎通ができる環境作り。（周囲・関わる機関等とも）
ヘルパーさんの時間制約があり自由に活動できない現状です。人員募集にも経費がかかりますので人数が集まりましたら医療機関と連絡を取りながら本人様の気持ちを考えながらケアしていきたいと思っています
本人が何を望んでいるかを明確にし、関係者が共通認識をすること。～こうあるべきだなどの固定観念にとらわれない。本当にできないこと、本当にダメなことは、実際には極わずかなのではないかな…。
・サービス資源の不足と利用料の負担・家族の負担・事業所にあつては報酬単価
実際に終末期や危篤情態になると、本人の意思や希望よりも家族の意見が強く、やるだけの事をやって悔いの無いようにと病院へ入院、今まで会った事無い家族がバタバタと来て助けてあげたい等ときれい事を言う。（お金の有る家庭に多いと思う）まず、親族できちんと話し合いをしておく必要が有ると思う。
医療機関との連携が充分に出来れば在宅で最期を迎えれると思います。訪問介護員の確保（24時間対応出来る）も必要である。その為には介護報酬が問題になると思われます。医療と介護との壁を取り払う必要があると思われます。
医療機関としては、療養者に関わる全ての専門職からの評価を元に、本人や介護者に現況を理解しやすく伝えることが必要。また、本人、介護者の今後の生活スタイルについて意向をしっかりと聞き取ることが大切。その上で個々の必要なサービスや利用出来る資源の情報提供が必要。退院後、初めて在宅介護を行う家族（本人も含め）として、不安要素が多いと思うので、それらの1つ1つを明確化し対処法を提案することで、「家でも生活できるかな」と前向きに検討出来るのではと考えられる。※家族介護が必要であったり、同居の場合は、家族の意向もくみ取る必要あり。また、入院中から在宅生活に向けて意向の確認、

医療介護の指導、栄養指導、家屋訪問等を定期的に行えると良い。在宅生活では、主治医（医療機関）と訪問看護・介護、通所サービス等のパイプがあり、状態悪化時の受け入れ先があると安心。※医療処置の希望や程度を明確化しておくが良い。
介護保険サービスや、その他、インフォーマルなサービスを利用しても、一時的に在宅で生活は可能ですが「在宅で最期を迎えたい」と言う本人の希望をかなえるには、家族の協力、介護力もなければ成立しないと思います。医療機関側も終末期在宅医療を推進している所もあればそうでない所も多く、在宅医療を推進している医療機関を探さなくてはならない。訪問介護事業所がターミナルケアに携わる事も少なく、大抵は医師、訪問看護が主である。
終末期はほぼ医療職の担当分野であり現行の法制度では介護職の介入する権限、機会も付与されていない。
本人の希望、思いをどれだけ理解し、又、訪問スタッフに伝え協力していくかを常に共有する必要がありますし、何事があるかわからないのでフォローできる体制がないと、事ム所としても訪問スタッフにしても不安であると思います。最期を迎える心がまえをいつも伝えていきあいたいです。
・各関係者の連携不足
在宅生活が温やかに過ごせるように各医療機関や介護事業所は必要な在宅サービスの助言。阻害している要因、最期を迎える為の家族の受け入れ介護者の不安。訪問診療や訪看の不足。24時間訪問介護の体勢
一人ぐらしだと対応しきれないのが現状と思います。又、家族と一緒に住んでいても、介護をずっとしてられない状況と思います。
本人が在宅で最後を迎えたいと望んでいても、胃瘻や在宅酸素の説明があると応じがち（特に家族より遠くに住む身内がかわいそうと思う）である。胃瘻や在宅酸素になるとより対応が難しくなり、少しの異常でも在宅が困難となりがちで在宅での看取りができてにくい。看取りは訪問看護と訪問診療側との連携にかかる。
主治医が、在宅医、専門在宅医師である場合はかなりな場合は、うまく本人の希望をかなえることが可能である。経済的な負担が大きいため、生活保護やたくわえのある方はいいが、少ない年金暮らしである場合は、病院になることもある。ガン病名であればなおさら、麻薬を使用するため、費用が重んでくるし、在宅専門医師の場合は、経験も豊富であるため、麻薬使用方法を熟知していることが多いが、麻薬を使用することを拒んで、患者を苦んでもただの痛み止め等で対応する在宅医師もいる。それを見て、やむをえず入院をさせる家族もいる。
本人が在宅で最後を迎えたい希望をかなえるために。医療、診応はどの様に訪問できるか、点滴はどの程度でやめるか等の医師の立場から見きわめや話し合いをしている。訪問看護、医師、等への状況変化の連絡を行う。本人の状態の把握、見きわめ。訪問介護、訪問看護への状況連絡と本人・家族の状態把握・家族・本人の気持ちに寄り添う。家族、主介護者だけでなく補助してくれる方がいるか。（できたらいる方がいい）どの様に手伝ってくれるか。本人の気持ちをくみ取って冷静に対応できるか。相談する人がいるか。ケアマネージャー、各機関、家族に連絡を取り相談し支援する。阻害要因、延命に主題を置かず自然に近い形での医療の力をつくす。
一番は在宅での介護力が少ない事だと思います。経済的負担も大きくなるので、経済的余裕があれば自費でいくらかでも介護員を依頼できる。介護保険内で24時間バックアップできる体制が必要と、切実に思います。自宅にいたくてもできないと（現実）です。
自ら在宅で最期を迎えたいと希望する方はもしくは希望できる方はいません。自分で判断できる方も少なく、判断できたとしても家族の大変さや医療処置は希望していなくても病院に運んで欲しいという家族の希望、も強く在宅で最期を迎えることはできていない。・在宅医療を実際に行っている医療機関も少なく、それを支える先生も少ないと思う。地域での較差も有り、連携がとれない状況にある。また、介護事業所には、医療的な行為がまだ実施されていない事業所も多く、医療側と介護側の連携ができていないと思う。
現在は「在宅で最期をむかえたい」誰もが思うとは限らない。では何故限らないのか？それらが、在宅ターミナルを阻害している要因であると思われる。今私が、医療機関や各事業所に関わる業務を行って思うところである。在宅の自分のたたみのうで死にたいとだれもが思うが、その反面、家族への負担や在宅医病の不備にて、あきらめずおえないのではないであろうか？在宅での終末を希望する人が増加したとしても、介護力の問題があり在宅ヘルパーの問題等もクリアしなくてはならない。すなわち介護するだけでなく、ある程度の医療知識と重度介護の経験が必要とされる。現状、そこまでの介護が出来るヘルパーならば、訪問ヘルパーではなく、給料の安定している施設へ流れてしまう。「在宅で最期をむかえる」ならば、支援のかなめとなるヘルパーの働きやすい環境を提供していかなければ、そうすることは不可能である。介護保険制度が開始されて20年近くが過ぎているが、今だに「在宅で安心して最後を迎えられる」とは全く耳にしなない。できれば、実際の介護現場を目にされて、重度を受け持っている訪問介護事業所のヘルパーの声に耳をかたむけて、現状の要因を確認して、少しでも早く「在宅でのターミナル」があたり前になるように改善して欲しい。阻害している要因は、在宅医療の整備、支援力不足「在宅でのターミナル」への関心・危機感の無さ！
介護事業所としてはターミナルケアについて勉強会を開いたりしている。特にグループホームでは家族との話し合いを基に、最後についての対応は決めてある利用者さんもある
1. チームケアが推進されない。医療機関と在宅ケアスタッフの連携が今一つ図れない。事例として事業所でターミナルを在宅で終了した例がある。介護保険制度利用者でケアマネージャーと主治医（病院の看師）との連携が密であったこと。在宅ケアスタッフの定期的なカンファレンスなど主治医の協力が大きい。これまでの事例ではみられたことのない連携であった。2. 24時間365日のケアスタッフの確保が難しい。費用負担が大きい。3. 質の向上
各医療機関の対応が遅れている。具体的には療養者本人が往診の先生を探すのに苦労している。
・病名、予後についての十分な説明臨終時の心構え。・支援チームの連携
・まず、家族の判断・決断を優先する。もちろん、本人が、しっかりしていれば、本人。・危険な状態に陥った時、救急車を呼ぶかどうかを、必ず確認することになっている。まずは家族に連絡を、まずは、救急車がどちらかを決めてもらって、それ

に従い、あとは、家族に任せたい。それらを阻害している要因については、今のところ、遭遇してない。
在宅で最期を迎えたい人は唯もが思っています。現実では本人がおもっているほどできていません。介護者の負担も多く状態が悪くなると入院となります。独居の方はサービスを受けながら経済的な面もあり認知症となれば地域の協力もかなり必要となりますがいずれ施設となつていく状態です
・本当に在宅で最期を迎えたいという本人の気持ちの訴えは多いのですが、やはり疾病があると在宅では医療（訪問診療）の面が数も少なく不安を感じているようです。社会的入院がなくなり、身体に不安をかかえている利用者が多い反面、訪問介護にも規制があり、支援の体制もそうですが費用の面の事も問題としてあがってきています。国では在宅でという方針もあるようですが今のままでは、施設に…というのが一番近い気がします。独居の方や低所得の方が安心して暮らして在宅で最後を迎えるのには、多職種の連携なしでは、難しいと思います。それぞれ視点、支援がちがうのですが医療系、ケアマネは順位をつけているようです。意識改革も必要かもしれません。

**(居宅介護支援事業所) 問22**

「病院等にて最期を迎えてもらいたい」という家族も少なくない。それは自宅での介護が大変であり、急変した際の心構えやその状況を受け入れる気持ちができていないから。本人は自宅で最期を迎えたいと言ってもいつまで続かわからない介護生活に不安があり、実際に行き、数日、数ヶ月と経っていくにつれ疲労がたまり、夜間も起こされ休めない。ヘルパーを利用したいが夜中に来てくれるヘルパーはいない。病院に短期間でも良いからお願いしたいが、レスパイトのための病院は限られている。ましてや施設もALSというだけでお断りされる。そんな状況の中、自宅で最期を迎えたいと発した本人に後悔の気持ちが生まれ、「申し訳ない」を繰り返す。実際に介護されている家族の気持ちを確認し、何が必要なかを把握した方が良いのでは？と感じます。
阻害要因 金銭的な問題 家族の理解不足 家族の覚悟 事業者の理解不足。急な対応が出来る事業所や医療機関との密な連携が希望をかなえる事につながる。
〈阻害〉①家族も本人も在宅を希望しても、家族の就労などの問題から 在宅サービスを利用だけでは、在宅で看取ることが困難の場合。②本人の年金額が少ないことや、今の社会情勢から介護者や同居家族が就労していない場合は、必要性があっても、本人のサービス利用できるものが限られたりする。〈各機関に求められているもの〉①主治医の在宅での看取りについての、家族への説明不足。②本人の状態悪化時に、家族の動揺があり入院させる場合。③終末期を迎えるにあたり、本人の状態がどのようになるのかなどを、家族説明不足の場合などもあり、今まで近親者の死を見たことがない場合もある。④デイサービスやショートステイ利用など徐々に体調が悪化する場合は事業所としての受け入れ態勢など。上記①～④などがある。サービス担当者会議での本人の希望や家族の思いなどを確実に把握し、本人の意思に添ったプランが必要になる。訪問看護事業所や各サービス介護事業所の連携や、主治医指示や連携など随時伺うなどの必要性がある。
経済的負担や家族の介護負担があまりにも大きい 往診してくれる医師不足 訪問看護事業所が少ない 医療行為へのリスクが高い
病院の方が安心 介護力（家族）の低下 サービス量の限界
24時間見ていかなくてはならない 急変時について具体的イメージが湧かない為の不安 緊急時の対応についての不安
みとりをしてくれる医師不足
医療的管理が必要な人に対して、ヘルパーではできないことがある。（痰の吸引、気管切開者の吸引、床ずれの処置など）家族が吸引することなどに対して不安がある。医師、看護師が来てほしい。連絡をとりたいたいに、なかなかできない。
自宅で看取る為には常に担当できる介護者が必要です。また医療との連携が出来、最期をどこで迎えたいのか本人、御家族と事前にお話し合いをしておくべきです。本人は在宅を望んでいてもお子様方が介護を長期間行うには気持（御家族）がなえたり、就労している為にやめるわけに行かなくて、結局は病院に搬送しています。最期までの流れと状況を担当者側から詳細にご説明し、それまでの間ご家族に考えていただけるよう幾つかの方法をご提示することも大切だと思います。状況によりアセスメントをしっかり行い、提供する担当者側との意見の一致も大切です。利用者家族と信頼関係が出来ていることも大切ですが利用者の本心を元気に時に聞いておけない家族の状態が、在宅で看取れない1つの原因となっているとも思います。
・訪問診療、訪問看護との連携が必要であるそれが二つ同時にできないと在宅は困難である
療養者又はその家族の知識不足。
家族の就業、臨終時の対応の不安、サービス量（コスト）の負担
本人の希望にかなう形での医療機関の協力体制が生まれつつあります。
1) . 医療費（入院すると（個室しかない）費用がかかる為 2) . 家族が在宅でと希望した
Dr とのコミュニケーションがない。本人及び家族にケアマネ・事業所から職務範囲での説明は行っているのでDr は家族からしっかりと説明を受けて欲しい。
世の中の全体の動きとして在宅で最期を、という流れにしないと病院で亡くなるということは変わらないと思います。在宅での医療についても少ないので往診のDr のフォローなど対応できる場所は少ないというのも原因だと思います
・時間をかけた持続的に力強い援助が必要とされる・いろいろな雑務多く、いつの間にか疲れ出て余裕なくなっているのが阻害要因
医療費が高い（入院も）在宅にしても往診代やその他の医療費や介護費用等高額な費用が必要で家族にも負担が多めで迷惑がかかるので長い期間の介護は無理である本人も家族も早く行った方が両方の為である様に考えている人が大変多い事である 長生きは嬉しい事ではない事が問題である
疾病が重度すぎて、在宅での治療が困難。病院での治療が必ず必要となる。
1人の利用者として、かかわる中で…「どのような、旅立ちをしたいか？」は、それとなく感じるよう、相談の中で、こころがけ

<p>ています。「幸せな死とジョイントする福祉、医療」15年くらい前にでた研修の内容です。このころはただのSWだったので、ばくぜんとした思いしかなかったのですが、同市内の、緩和ケアをおこなうDrと、つながりが、もててから、(有名な方です)「生きるとは」を深く考え、CMとしての立場が、すごくせまく、制度上にいる自分の立ち位置に、疑問を感じるように、なる。ケースの中で、特に地域性もありますが、「家から、旅立ちたい。」と、ほとんどの方が、思っています。年をかさねた、おだやかな、旅立ちであろうが、中途障害(事故や難病)先天性の障害であろうが…。がまんすることが、美德の国民性これってどうなんでしょう?医療機関←介護事業所、包括的に動きましょう。主人公は、「生きる」と言っている本人であって、そこによりそうのが私達です。</p>
<p>阻害している要因として介護保険制度の限度額の課題がある。実際、1人暮らしで要介護5の方を介護保険だけでは支援することが困難であり、ケアマネジャーや関係者のボランティア的サポートが必要な場合が多い。また介護保険制度はしぼりがきつく、全て最小限での生活サポートとなるため、ICFという個人因子や本人の希望通りには支援できないことが多い。自分らしく生きたいと願ってもかなわず、だきょうやあきらめの方が多いように思う。これでは生きる意欲すら低下してしまう可能性もある。</p>
<p>在宅医療費の利用者負担が大きいと感じる人もいる 家族の意向とのちがいが 家族の負担が大きくなるが現状の介護保険制度では家族への支援はできづらい(具体的な生活支援など)</p>
<p>・ご家族への介護、医療指導の強化・市町村によっては行っている所もあるが夜間の訪問介護、看護支援が少ない。日中はもちろん、夜間の対応に目を向けた事業が必要である。</p>
<p>特になし</p>
<p>金銭面(医療や訪問介護等)</p>
<p>訪問診療を主治医で在宅ケアを支援している場合で急救時に「夜間、勤務外」で医師が不在の時は病院の医師も最期の確認を取れる制度にしてほしい 診断書作成が一番大変であると思う</p>
<p>在宅医療専門の医師が少ない</p>
<p>在宅の環境による。独居でガン末期 麻薬使用の場合、往診、訪看、ヘルパー等出来る限りのサービスを導入しても、提供出来るサービスには限界がある。</p>
<p>福祉用具貸代(特種しんたい)軽度者だと手つづきが面倒。末期ガンの方などには介護度かんけいなく手つづき不要で出してほしい。医りょう保健、介護保険等わけずに一つの保険でできるようにしたほうが良いのでは?</p>
<p>・本人、家族の理解、覚悟・本人、家族、主治医、訪看、関係機関の連携 阻害かどうか?・往診医、訪問看護の不足と24h体制の不足・往診医と病院との連携</p>
<p>往診医が足りない。</p>
<p>医師の不足に伴い、訪問診療を行い最後の看取りを行ってくれるDrが少なくなってきている為。</p>
<p>家族の病識不足←医療機関、介護事業所の説明</p>
<p>☆求められる事。・住環境やサービス体制・往診の対応☆阻害している要因・24時間のサービスを(介護保険で)してもらえない事業所が少ない。・借家であったり、古い家であったりして住宅改修ができない。</p>
<p>・介護面 家族の介護力には限界があるため、介護保険制度利用してのサービスが必要であるが、経済的負担も大きい。</p>
<p>訪問看護師不足。応診体制が整っていない</p>
<p>本人、家族が了承していても、本人が苦しんでいる姿を家族がみていられなかったり、短期入所中に病院に入ってしまうそのままが多い。</p>
<p>・介護と医療の連携が必要かと思えます。ケアマネとDr。(MSW)がもっと密な関わりの中、介護ができることが望しいと…・わりと、ケアマネとDrとの連絡、連携はとりづらいと思えます。やはりDrは忙しいでしょうし、ケアマネも40件からの担当をかかえさまざまな希望、プランをたてることの難しさを痛感します。特に、高齢者独居、アルコール依存のある方、認知症、障害者の方々は、1人のケアマネが、ケアプランをたてるのではなく、複数でかかわれる(1人でかかえない)枠組(システム)ができるとよいと思えます。1チームで関わるシステムをつくってはどうかと…(担当者会議ではなく)</p>
<p>社会資源は充実している。家族の意志が全も左右されるものと思えます。</p>
<p>・まず、担当者本人が、どれだけ人として関わっていただけるか。自分の立場だったらと置きかえて考えることができるか。そして、チームケア、チームアプローチが行えるか。同事業所のサービスのみでもなければ、関係スタッフが一同に会するのはなかなか難しいので、連携が非常に大切になる。平日と土日、日中と夜間、場面ごとに関わり方を決めていかなければならない。・阻害している要因は、24時間対応の事業所が少ない事と、担当するスタッフの消極性、知識の乏しさがある。また、医師の積極性のなさも感じる。</p>
<p>関わる機関、各事業共に病識に対して共通理解が必要 同一方向をむいてのケアが必要かと思われる</p>
<p>急変時に対応してほしい。24時間対応できる体制が整っていない。</p>
<p>一部■■するが、病院側と(医者も含む)在宅での受け入れる側とのケアなどを行っていく側との考え方の違いなどもあることが多い(ギャップ)例えば何月何日に退院して下さいとのことで相談があったとして、介護者側は自宅での介護が難しいと言うことも多く、実際、平均寿命が伸びたことにより、介護を行っている人自体も高齢になっていることが多く、その為に個々に持病を持っているケースも少なくなく、老老介護になってきていることが多くなってきている。介護保険にしても、手つづきなどを行ってすぐに対応できることも少ないことが多い。</p>
<p>介護する家族の考えで自宅でのみとりがむずかしい場合が多い。さいごは病院で、と希望する家族の方が多いと感ずる。自宅で介護する人手がないという家族も多い。(日中独居)重度になったら施設に入れたいという家族が多い。</p>
<p>苦痛なくご本人や家族が満足出来るような支援をして行く必要がある。訪問診療、訪問看護、訪問介護 病院との連携を図って行く必要がある。なかなか家族の方の協力が得られない場合がある。サービスだけでは不十分であり、家族の方の協力が必</p>

要と思う。訪問診療の判断力・レベルなどに対し不安を感じている 訪問看護の人員不足 訪問看護員の医療処置分野の拡大と実務研修の充実を図る事が必要
・利用者の状態の把握のための資料の提供を十分行ってほしい・頻回な利用者の状態の把握対応の仕方を検討する機会が必要
一人93才の女性が自宅で風邪を引いて、食欲がなくなり、やせて、体力がなくなり、ヘルパーさんが1日昼と夕方と入り介護したが、往診の医師が自分の病院に介護タクシーで入院させなさいと言うので、入院させたら翌日死亡されました。高熱が発生したり、胸が苦しいとか息が苦しいと利用者が訴えた時は実際救急車で病院に入院させるのが実態です。
①密な連携と情報の共有。②・在宅療養の為の往診できるDrが少なすぎる。・同居家族の介護力、意欲
〈求められること〉状態の確認→変化に対応 環境づくり ターミナル e t c 知識力向上 〈阻害因子〉生活環境・介ゴ力不足
ヘルパーとして医療行為が出来ない。研修を受けて、吸引等は出来るようになってるが、その他の医療行為に限定がある訪問看護事業者も多忙、点数も高いので介護保険の点数では頻回には利用出来ない。医療機関でのお願いもしたい(往診等)ヘルパーも身体介護のスキル不足。
身辺の介護看護をする人がいない環境が整わず居る場所がない。いざという時の覚悟がない。
・訪問診療がもっと気軽に頼め、又、訪問してくれるDr' が、増える事を、希望。ほとんどが病院へ搬送されての、死亡となる。
・特養入所はあまりにも割安感が大きすぎる事が特養待機者が数百人となっている要因の1つではないか。特養は措置時代のように応能負担の方がよいのではないか。・在宅介護者への慰労金給付。現制度では条件が厳しすぎ、該当者が少ない。・訪問診療医の充足。当地域では訪問診療の専門診療所が2ヶ所(ホームオンクリニックつくば・つくば在宅クリニック)あるので助かっている。・家族に十分な説明をしないまま、胃ろう o p e を行うDrが多い気がする。胃ろうの仕組みについては説明しても、o p e 後の在宅介護の苦勞・施設入所の困難さについての説明が不十分ではないかと感じる事が多い。芦花ホーム・石飛幸三氏の話には共感させていただく事が多い。
・訪問診療、往診をしてくれる地域の医者が多くいれば良い。みとりを行っていない所が多いので、かかりつけ医は大きな病院になってしまうので、状態が悪くなると入院してそのまま病院で亡くなるケースが多い。家族も大きい病院へ入れると安心と考えている部分大きい。・本人は家で最後を迎えたいと思っても家族が仕事をしていたりすると、状態が悪くなった時に対応できない。介護保険のサービスでも時間に限りがあったり、行える事にも限界がある。
◎体制が整っていない。Drが在宅まで手が回らない。◎家族も忙しい(仕事など)
最後の状態を知っている家族がいなためどうやってその状態を介護してよいかわからないらしく、本人が望んでも家族がぎりぎりになって入院を申し出る場合がある。
本人家族の希望にしたがう
昨年11月に100才の方が、自宅で亡くなりました。老衰です。本人も家族も、入院はしたくないということで、訪問医師にも依頼し、定期的に診察を受けていました。Drは、家族の意向を汲み、救急車は呼ばず自分が来るまで待っているようにとのこと、このような理解がないと、自宅での最期は難しいと思います。CMも、Drと、連絡をとり易かったのも幸いしていると思います。
ご本人が「在宅で最期を迎えたい」と言える人がどうか?その相手が居るかどうか。また、それを伝えられた人も、誰かに発信できるかどうか、というフォローが必要だと思う。ケアマネジャーとして在宅介護で関わっていた方が入院や、往診を受けていて、いよいよその様な状況になってきたとき、まずは「そろそろだ。」という事実を何処で、誰がするのか、という問題がある。入院中に主治医から納得いく説明があれば、病院のMSWから、家族を含めた調整が大体は図られて在宅支援のメンバーに情報が届くが、説明がなく退院し、その後は往診管理となったり近医に通院したりする場合、ケアマネジャーとしても、「どのタイミングで、どのような話の流れで「最期の意向」を確認したらよいか、悩むことも多い。実際、在宅ケアアセスメントの中に(MDS-HC)「終末期に対する希望」という内容もあるが、大体の人は「長い入院はしたくない。できれば自宅で。」と答える。ただ、いざとなったら、また、その準備ができていなかったために、病院でなくなる場合もある。そんな時は、「どうしてもっと早く…」と、後悔することもある。もっと早く、診断がついていたら。もっと早く、意向を確認していたら。もっと早く、主治医と相談していたら。もっと早く、みんなと相談していたら。もっと早く、準備ができていたら。この、「もっと早く」の、振り返りをいかして、最期を自宅で迎えられた方もいる。誰かが、意向を確認したら、その想いを共有できる仲間が必要だと思う。仲間のメンバーは、その時によっても異なるが、本人・家族・主治医・ケアマネジャー・サービス事業所それぞれが、本人の意向の為に、率直に意見を出し合えるかの連携力が必要で、その想いに答えてあげられる実践力も必要ではないか。阻害する要因は、すぐに「入院しかない」という医師。「こんな状態で帰すなんて」という病院や親戚。である事が多いように思う。いかに、本人の想いを汲み取り、発信して仲間を増やすかが、そのために周囲との信頼関係を築いていきたい。
在宅では最期を迎えることに不安があると話す家族が多い。病院で最期を迎える方がほとんどである。在宅で本人と家族が安心して最期を迎えられるように(不安をとり除けるように)ケアマネジャーとして働きかけていくことが大切だと思いました。
家族の関わりで最後まで看たいとおっしゃってられる方がすっかり夜中に1人でみとりました。本人も妻がいれば良いと話していました。訪問看護師、訪問介護妻と連絡ノートを共有し、不安はその都度記入し、医師に確認指導を受けながら支援しました。ヘルパーの医療行為の問題 家族の少し離れる時間の確保 医療従事者の方々が福祉職への適切な指導があれば在宅での最期がみれるのではないかと思います。
・在宅医師が少い・独宅者の場合心配が多い
訪問看護の事業者数、職員が少ない。いつなんどきでもTELできる人(NLS、Dr)がいらないのは不安。とにかく「不安」いざ決心して在宅をはじめても状態が変わってきたら「本当にこれでよかったのか、ムリではないか」と不安がつるばかり。

決心をひるがえして救急にかけこんでも帰される。どこにも入れない。
主治医の積極的な往診などによる支援体制が急務といえる。しかし、現状の医療制度においては、エビデンスの基づいた治療行為が基軸となっており、在宅における支援の在り方は、専門職としては矛盾を孕んだ行為となる可能性が大きい。この点を今後、医療の教育段階でどのように構築していくかが、ポイントとなるのではないかと。また、昨今の過剰な権利意識に基づく、訴訟も在宅医療を推進して行く上では、弊害となっていると思われる。
・在宅のDr～家族との話し合い、家族も在宅の期間状態により気持ちが動くため、何度も話し合う。・訪問看護～CMよりも、本人、家族の状態を把握している。→本人以外に家族の相談に応じてくれる。・病院～延命処置と治療はちがう事を認識してほしい。治療はできないとすぐ退院だが、胃ろう、経管など、あたり前のように家族に告げる事をやめてほしい。障害一介護する家族のまわりの親せき、子供等、介護保険。
家族の不安により在宅で最期を覚悟していてもいざとなると救急搬送にて入院がほとんど家族が最期自宅でと訴えても医療（訪問診療）が勧める事もある。
医療、介護の制度。家族関係。個々の考え方住環境等様々。
1. ご本人の生活全体の把握が大切 2. キーマンの役割について、制度的保証がないので、個人の努力に、頼って運用されているのが、出来映えのバラツキとして出ている。
●阻害している要因 1. 家族の都合（どうしてもひきとれないといわれる方多し）
・24時間サービスが必要・運営的に不可能（人件費が高く、報酬が少ない。利用者が少ない）
当地域は社会資源の不足はない。
家族の無理解 本人の人権を理解しているとは思えない人々が多い
障害を持って退院しても、医療と介護等様々なサービスを導入して在宅生活を維持できるとしても家族がちゅう躇してしまう。在宅医療や介護サービスについてもっと啓蒙が必要 また医療関係者が施設入所だけでなく在宅生活も可能であることを家族に説明して欲しい。医療と介護の連携機能が向上するよう努めていく事が必要である
24hの対応の訪問介護、往診、看護 家族が負担できる程度の費用、不足する時の補助 救急時にどこに連絡するか日常的に理解しておき、119番しないで必ず担当医にtellすること 1人暮らしなどで最期を看取る相手がいない
・家族、本人の意向が変化しやすい為、その時々で対応せざるを得ない状況。サービスも柔軟に利用できるようになってほしい・要介護認定に時間がかかる・末期癌で予防認定（要支援1. 2）では支援困難 日々に状況が変化しやすい中で再申請し認定される迄にかなり時間を要す。
問6と同様 医療における制度運用は（健康保険法の療養担当規則）は都道府県の「支払基金・国保連合会」、介護においては「自治体単位」で運用が行われている。同一都道府県の「自治体が隣接する地域」における介護事業所は、自治体別の福祉施策等の社会資源を、利用者の「保険者別」にも把握運用する必要に迫られている。※医療・介護、の制度では、“国内のメニューは完備”されている。*療養者本人の地域に、“完備されたメニュー”が提供される機関が揃っているか？*機関が揃った地域に、“コーディネーターする機関・資質”があるか？*上が満たされた地域で、“供給体制が永続される”体制となっているか？
・緊急時対応の場合の医療処置のあり方・夜間の訪問介護のあり方
訪問看護事業所 在宅診療所の圧倒的不足。訪看が使いたくても使えない
分からない
家族の負担、気持ち、家族関係
・自宅の近くで、看取りをしてくれるかかりつけ医がいない。・麻薬の取り扱いをしている近医がいない。・専門知識を持ち、また、対応できる能力をもった、訪問看護事業所が少ない。
緊急時や、本人、家族、ケアマネが必要と感じた時に柔軟に対応できる体制。現在は、志しが高い医療機関や介護事業所が、自身のプライベートの時間を費やし、又は無給で対応することもある。それでも地域に志しが高い施設等があればその地域に暮らす方は救われるがそれが無い地域では希望があっても病院等で最期を迎えることもある。国からの指導のもと、都道府県、市町村単位で丸投げになる委託ではなく直営でそのような取り組みが必要であると思う。
病状のこともあり医療機関、在宅医が、在宅での療養より入院をすすめる傾向がある。また、事業所も、何かと医療受診、入院をすすめる。
急激な状態の変化もあると入院中から病院サイドからの本人の状態の説明や今後の病気の変化等についての詳しい説明が少なく「本人が在宅を希望しているから」「家に戻った方が本人も安心するだろう。それが本来の姿だ」との理由で家族の不安な気持ち等はケアマネに対応してもらおうようにと家に戻されるのが現状「何かあったら救急車で来て良い」と言われても家族の不安は大きい 在宅で訪問看護の存在が大きいが地域的に対応業者も少ない状態。訪問診療する医師も数限られており、少なく、退院時に「往診してもらえ先生を探して下さい」と在宅連携のSWよりケアマネに話される状態である。悪化してからの介護保険利用で、認定が出ないうちに亡くなる事も多い。退院しても1泊で病院に戻る事も多く、短時間で苦勞して準備をしてもケアマネとしてはむくわれない事が多い。
24時間いつでも緊急時の対応が可能な、医療と介護の連携体制。家族介護力の低下（老々介護）による過重な介護負担。
・緊急対応できる体制・人力・家族の協力、家族の理解不足・地域の協力）説明不足（医療・福祉）
家族介護の限界を感じています。それぞれの家庭で度合も違いますので在宅で最期を迎える人ばかりは増えていかないと思います。ICFの考えをもっと全体に浸透することで療養者本人の考えも変化して行きますし、それに伴い家族の方の考えも変化して行くと思います。阻害しているものは、同居して介護している方の介護に対する考え方が一番阻害している要因と考えます。医療機関、介護事業所も自立支援を念頭に入れた考えで療養者本人を応援して行く事をもっとしていかなければならないと思います。その事を達成するためには、時間と費用がもっと経ると思います。介護事業所の数をもっと増やして、関わる

職員も増やして対応して行くのが一番近道と思います。
介護、医療保険制度。例えば身体介護を利用するにも様々な要件が拘わるし、限度額、応益負担も足かせとなりうる。介護事業所については“給付対象外サービス”の整備や人員の調整により24時間365日対応は可能となるであろうが、人材不足の感も否めない。
末期患者に対してのサービス事業所の配慮と知識。ケアマネと家族の信頼関係。延命治療の認識
緊急時すぐに連絡が付くと言う安心感はとても大切な事かと思われ。御家族の「家で最期までみとろう」と言う気持ちも「病院の方が本人のためになるのでは」「訪問を度々してもらうのは心苦しい」などゆれ、寄り添う介者が何人かいないければ難しいのではないかと思います。
医療行為の厳格化、看護師、医者でないと行えない行為が多すぎる。ヘルパーにも認めるべき。
救命についての家族の理解、医師の説明が一致しているかどうか。本人の意思が明確かどうか。往診医や訪問看護ステーションが地域に必要な程度あるかどうか
◎ここ最近、「在宅で最期を迎えたい」という人は数えるほどしか出会っていません。在宅・在宅と言っても、ニーズは「施設」に入れてくれ！「どこでも良いから、入れるところをさがしてくれ！」という声ばかりがきかれる現状もあります。◎老老介護で、介護者に問題のあるケースが多々あります。介護者支援の方法が教えてほしいです。
緊急時の対応
ヘルパーが簡易な医療行為ができない 重篤な急変時の入院等の受け入れ状態困難
自宅でなくなった場合、変死扱いになり、家族・関係者がp o l i c eに調べられて犯罪者扱いを受ける。自宅で死ぬことがあたりまえの社会（文化）となっていない。家族の思い
医師の判断・指示
家族の対応、介護負担感、在宅医療、往診医が少ない。
・病院は退院希望はきいてくれるようになったと思う。・帰宅してからの医療の継続については配慮してくれる病院と、家族・ケアマネージャー任せと、両方ある。・帰宅に抵抗が強いのは家族。独居の場合も無理とあきらめられている。・介護事業所はケアマネージャーがしっかりしていて専門分野の尊重と連携を明確にして、チーム力を上げていきましょう、と激励すると本当に一所懸命努力してくれて、実力を獲得していつてくれる。・家族がしりごみする理由は、時間や身体の負担のこと、費用負担のこと、近隣の目への気がねがある。
往診する医療機関がない
ご家族の意見、認知症等による介護への抵抗が強い場合。
医療依存度の高い利用者や重度要介護利用者の受け入れを、在宅サービス事業者側が拒否するケースが多々ある。在宅サービスを利用しやすい環境を作る為、制度的な縛りを緩和するべきだと思う
・往診ができる医師の不足。・訪問看護師の不足。
1. 各種サービス事業所数の地域格差があること（医療・介護共） 2. 家族の受入に対する相談支援の拠点が不明確 3. 訪問在宅医が少ない 4. チームケアリーダーの育成
・家族が恐がるので病院でと希望される。
死亡確認をしてくれる医師がいません。家族や本人が在宅死を望んでもフォローしてくれる医師がいないため、不安が強くなり、結局は入院して最期を迎える事になってしまっています。
まず、同居、別居されている御家族の意向が強い（施設へ）。家族も、就労等で日中介護できる人が少ない。サービスで補なうことも無理がある（単位数など）老老介護の現状で、障害あり、在宅で最期となると今後ますます施設へ入所のニーズが高くなるのでは？
・Drが家族にだけ余命を告知していて本人が知らなかったことがあり、3ヶ月のうち2ヶ月半は訪看・往診・ヘルパー・福祉用具を拒否し亡くなられた方がいた。・Drが主治医意見書に癌の末期と書いて下さらなかったので訪看を医療で入れてあげられなかった。調整しているうちに亡くなった。・1円たりとも払いたくないとサービスを拒否した方、サービスを調整したが、ケアマネも無報酬・主治医は、本人とキーパーソンの了解を得て、往診Drを紹介してはどうでしょうか？・ヘルパーさんは「何かあったらどうしよう」「死んだらどうしよう」と不安がるのですが「この方は看取りですよ。もし息が止まってもあわてずまず訪看さんへT e lして下さい」と伝えます。救急車を呼ぶ人、呼ばない人を最初に伝えています。・アセスメントの時（初体面）「あなたはどこで死にたいですか？」などと聞けなくて、ご家族には「万が一の時は救急車を呼んでもよろしいですか？」ということは「延命するということですね」と確認します。「延命って何ですか？」と聞かれ「スパゲティのようにチューブにつながれ、人口呼吸器をつけられて生きることですよ。長くなって家族が疲れたから止めて下さい」という訳にはいかないんです、本人の意志にかかわらず、生きられるのですよ」と伝えます。本人の気持ち、家族の気持ち（バラバラだと困る）・経済的なことを聞いたらスピードが大切、往診Dr・訪看・福祉用具・ヘルパーすぐに探さなければなりません。責任が重いです。中途半パには関わられません
医療過疎地域のため急変時に医療的な対応をすることが難しい。医師の体制が休日や時間外の対応が現実的に難しいため、入院が促されやすい実情があります。介護事業所についても訪問に車で片道30分くらいかかるケースが珍しくない地域においては、緊急的な対応がしにくい現状があります
医師の在宅生活での理解と事業所との連携が重要。
「在宅で最期を迎えたい」と、本人の希望があっても、医療機関が公的な病院、訪問看護STであれば、難しいです。それは、「家で最期を迎えたい」と思う気持ちにより寄ることが出来ていないように思います。病院の医療を、押しつけるような感じにしか私には思えないのです。立場の違う医療、福祉等の方々とチームケアとして情報を共有し、同じ方向を向いて成しとげることは、エネルギーが、要すると思います。

<p>最期まで支えられる体制づくり。自宅で最期を迎えることを家族が不安に感じている。</p>
<p>訪問看護STでは、家族といっしょになって、本人と家族が望む形を応援しようと努力していますが、家族や、本人の望む事にはいろいろあり、そのために、障害になっていることもたくさんありますもっと、こうしてあげればいいのに、と思っても、家族の、高齢化、介護能力の違いや、金銭面での障害が大きいです。1番は、家族や、本人に、お金のかからいで、しかも、24時間の手助けができることが大切だと思います。</p>
<p>①過疎②医師不足③看護師不足④財減不足⑤家族不足</p>
<p>・在宅での介護力の問題、介護者の負担が大きいこと。・在宅医療への不安（日曜、祝祭日の対応、夜間の対応など）・核家族が進み、在宅で介護サービスだけでは対応しきれなくなっている。</p>
<p>1. 訪問看護が先に入っている時に、在宅を支援して下さる医師（往診）を決めていない。2. 担当になるまでの説明が充分行われていない。（デスクエデュケーションができていない）又、それぞれが、自分はしないと主張する。3. 往診をしない医師が紹介を他の医師にしない。紹介状を書かないと言う。4. 同居家族など、家族の支援が受けにくい人は難しい。5. 主治医の在宅での死をむかえる支援の能力1. ペインコントロール2. 告知やデスクエデュケーション3. あわてないで必要な処置ができること。6. 家族の考えが一致していないとき。</p>
<p>往診のドクターを増やさないで、現状では実際に訪問看護が主となり支えている。一般の方たちの認識として、最期は病院で迎えるとの思いが強く、まずは一般の方たちの認識を変えていかなくてはいけないと思う。</p>
<p>・医師、看護師、ターミナルにそなえ薬、医療器材を充実させる必要あり 在宅での看とりは大変</p>
<p>本人が希望しても、在宅環境で受け入れられる家族ができない因子（仕事をしていたり、高齢、虚弱、病識がない）が多く、本人の希望を必ず受け入れる事ができない状況が多く、サービスに関しても受け入れにくい場合や経済的負担で依頼できない事も多く。今後、在宅で最期を迎えたい希望をかなえるため、24時間バックアップできる訪看ST、医師、訪問介護ステーションの充足をしていただきたい。本人の経済的負担軽減。関係者の給料アップなどをして頂く事も退職を出さない事も考えていって欲しい。</p>
<p>訪問看護、在宅医療を増やしてほしい。</p>
<p>利用者だけでなく家族を含めて支える覚悟のあるDr、不足 制度を理解した上で尚且つ融通のきく事業所不足 家族制度のもろさ 24時間利用者（家族）の不安と向き合えるシステムの問題 “死”についての無知</p>
<p>往診医が少ない。（専門医もあまりいない。）</p>
<p>・家族の強い希望の有無（在宅介護の真のきびしさがわかっているかどうか）・家族の介護力の低さ（現在の介護保険制度ではフォーマルな支援者のみでは困難）→介護者一人では無理…（家族の中での交替要員が必要）・キーパーソンが高齢の配偶者のみの場合もむずかしい点が多々ある・レスパイトケア体制が不十分（ショートスティがすぐに利用できない）・在宅に限界を来たしたときに（施設病院などの受け皿が用意されているかどうか）・ケアマネジャーも一人のところではケアマネのプライベートタイム時にも何かあれば動ける体制が必要・訪問看護診療も24時間体制（ネットワーク機能しっかりした連携が必要）・年末年始の体制・病院搬送（緊急時）されたときには、認知症高齢者の場合家族に夜間の付き添いを依頼されることがある。・又一人暮らしで見寄りのない高齢者の場合のお世話は誰がするか（洗濯・手続き・お金の支払い入院等の保証人など）</p>
<p>・ガンの方、～訪問診察、訪問看護、訪問介護、福祉用具、通所介護利用したケースの方、最期、痛みがひどく、黄疸になり、どんどん痩せて家族さん、見ておれず、救急車にて病院に搬送、点滴し帰るよう言われたとの事。医師と喧嘩するようにして、1日でも入院させてもらい痛みをとってほしいと懇願。食欲もなく入院となる。翌日、とても良い表情をされ（病院に行くと本人も安心するのだと思う）、家族も、その笑顔を見てゆっくりしたようだ。2日目亡くなったと電話あった。・～長く入院され、退院した翌日、体調悪くなり又、入院し、すぐ亡くなられた方もいる。（早く退院させられるケース多くなっており、こういうケースも多くなっている）・家族さんの介護力でも長生きすると思う。家族さんが難儀になっているのをわかってと気持ち的に悩み、早く亡くなるケースも見える。（寿命？わからないですが）</p>
<p>・自宅で最期を迎える為には、訪問診療（医療機関）、介護サービス、御家族の理解が必要と思います。①訪問診療に関しては、癌末期の、ペインコントロールのできる医師がない、医師の知識不足から、すぐ大きな病院（入院病床のある）へ紹介してしまう。又、訪問診療の可能な病院が少ない。②訪問看護にしても、事業所の数が少ない事から、重度の方の受け入れを断る所もある。③家族がしっかりしていないと在宅での療養も困難となってしまう。④経済的にも、多くのサービスが入る事で、費用負担が多い。</p>
<p>①家族が応じることができない（最期場面に立ち会う心の準備ができない）②介ゴ、看ゴの対応ができない③自宅で最期の場合、自然死でも警察が立ち入るので、嫌だ、近所から入院もさせないと言われる（訪問看ゴが定期的に訪問している場合には、看ゴで夜間等は死亡時間確認し、訪問診療のDrと連携をとり死亡診断書作してくれる場合もあるが、まれである）④本人、家族がみとりを希望しても、よりそう形で応じてくれる、介ゴ事業所、医療キカンが少ない</p>
<p>在宅で最期をむかえたい希望者はいなかった。事業所としては、看ゴ職配置や、医師の協力必要となり手が空かない状態となる。</p>
<p>密な連携が必要だと思います。</p>
<p>在宅で最期を迎えたケースはありません。何件か、「在宅で最期を迎えさせたい」と退院し、介護サービス等を利用し、在宅での療養を行なったが、本人の苦しい顔や急変する事に家族がたえきれなくなり、救急搬送したケースが多いです。在宅で最後を迎える事を支援していくには、各医療機関との連携や医療機関から家族への状態の説明、予測される症状等を、日々、伝えていく事が必要と思います。</p>
<p>・介護者がいない・家では、看取るのは、こわいと思っている人が多い・何もせずに自宅で息をひきとった場合は、心残りがある。</p>

<p>☆何があってもおどろかない。☆予測されるリスクを共有する☆毎日サービス提供する、訪問介護員の不安を吸収できるよう責任者に働きかける☆家族に対して見守っているふんい気を伝え続ける、言葉にできるふんい気をつくる特に医療機関は「何もしない選択」をした家族に対して、何度も確認同意を求めないこと、その日その日で家族の気持は変わるので、動ようしないよう配慮を求めたい。自らの機関の責任を免れようとする働きかけが多いと感じる。</p>
<p>本人の希望を実現しようとする“思い”。（その思いを家族に伝える熱意含む）家族も基本的にはその“思い”を実現してあげようと思っているとされるが介護力や負担感等の面が阻害要因であると感じる。</p>
<p>求められる事。医療・介護の連携。・主治医のそれに対する（看とり）積極的介入。阻害要因。・主治医の方針がぶれる</p>
<p>・家族の意向も在宅で迎えたいと思っているのか？それを確かめ、本人の希望とちがう時、家族の気持ちをどうやって、本人の気持ちを受けとめ、在宅で介介していくという気持ちになってもらうのか？その苦勞を支えてくれる、チーム作りと家族がそのチームで不安なく、在宅できるかという問題があると思います。</p>
<p>明確に在宅で最期を迎えたいと言える利用者の方が多くできる様にしていく段階なのではないでしょうか。言われて亡くなられた方も多いのですが、家族に任せますと答える方もとても多いです。ケアマネの目からすると何故在宅でここまで看られたのに、最後に病院・施設にお願いしてしまうんだらうかと思うケースも多いです。家族と本人の話し合いがとても大切なことの様に思います。又、介護の負担を減らす支援も。在宅医療はターミナルケアの加算などで進んでいると思いますが、経済的負担をどう軽減して在宅で看取るかというテーマは残っていると思います。</p>
<p>訪問診療が第一優先といえる、各関係者、事業者、家族らが本人を取り囲むネットワーク作りが必要となる。そのネットワークにおける、リーダー的役割がだれになるかは、各々で話し合いが必要となるでしょう。</p>
<p>情報の共有、連絡を密にする、活動時の確認</p>
<p>担当地区では、夜間の訪看対応ができていますので、たすかっているが、訪問診療の充実が必要と思う。又、家族力の維持や、フォローが必要だと思う。（もちろん、夜間訪介を含め）医療処置の家族指導</p>
<p>医療～往診される医師不足。昼間診療中には行けない、休日、夜間に対応できないという開業医が多い。（定期的な往診はするが…）ある程度病状が悪くなると入院をすすめる医者が多い。本人が「家で！」と望んでも、家族の受け入れができない事が多い。理由は、不安が一番。介護負担の増による、介護者の心身の疲労が二番。在宅サービスを入れると、お金がかかる、人が家に入って来るのがイヤ！という人もいます。在宅サービスを入れても、1時間を数回。その他の時間は、家族が対応しないといけない。介護休暇などの制度がある職場は少ない。生きている時に休んで介護された方がいいと思うが。死亡されると、休みがもらえる。世間の考え方を変える必要がある。</p>
<p>現在担当している方の中に「在宅で最期を迎えたい」と言われる方はいません。いざとなると皆入院されます。そして状態が良くなったら退院を考えておられます。高齢なので、入退院をくり返す方も多いです。今後在宅で最期を…と希望される方があれば、本人や家族が不安にならない、家族の負担になりすぎないように、24時間体制でチーム内に密に連携がとれていることが必要だと思います。</p>
<p>家族の介護力。（核家族、独居、老々介護）金銭的な、余裕がない</p>
<p>・介介認定の申請～結果までの遅れ。・在宅最期＝福祉用具、が多い、ターミナルも含め、福祉用具の対応（介介保険での）については、行政も柔和に対応してほしい。</p>
<p>ドクターと訪問看護が、家族と介護スタッフを引っ張ってってくれること。そうでないと、不安で、入院してもらいたくなる。</p>
<p>苦痛患者をみていられない家族、介護員が救急車を呼び又は、吸引装置がなく、呼吸困難状態時責任を感じ往診医、訪看が病院へ運び、そちらで最期を迎える。望んでない点滴や酸素マスク、心臓マッサージを行なわれてしまう。家で死を迎えられた2名は、往診医にみてもらっており、呼吸が止まった状態で診断してもらった。決してきれいごとではない。呼吸が止まっていく家族をみつめる家族、介護をしつこくできないと思う</p>
<p>・どうしていいかわからずに困惑する家族の支援・入院によって造設される胃ろう等（家族には本当に理解できるまでの説明はされていない）・キーパーソン以外（日常的には関わりのうすい）の家族の理解・本人の気持ちを十分に前もって聴いておく、伝えていく取り組み</p>
<p>訪問看護が少ない。家族の認識不足。協力体制。サービスの必要性への理解。</p>
<p>家族の介介力のなさ（高れい、仕事、多忙）日中独居</p>
<p>独居のケース、支援むずかしい キーパーソンがいればよいが、キーパーソンも不在のケース</p>
<p>・家族が居る場合の身体、生活介護の制約。・家族が就労で在宅で最期の時全利用ワクに制限が大。訪看医療でも、限られI V Hの交換等家族に負担大（薬局受取り等の連携のむづかしさ）</p>
<p>家族の介護体制</p>
<p>在宅で医療処置を行いながらの生活は、ご家族にも医療の知識と体力が必要となり、それが難しいとお金の面でも負担が大きいためなかなか現実となるケースはむずかしいのではないかと思います。町内会のように各区内、町内での専門医や担当医が常に巡回してくれるような状態ができることはないかと思うがどう考えてもムズカシイ…</p>
<p>介護事業所を各市町村の行政が管理する事は事実上不可能。役人の主張が阻向原因となっている。</p>
<p>家族の支援なくしてはむずかしい。家族への支援については、もっと検討されるべき。家族が自身の仕事を辞めざるを得ない状況にならず、介介が続けられるような細かく大たんなサービスが必要と思う。（24h見守り的なサービス）</p>
<p>・特に癌の終末等の方の場合、転機が早いので介護認定を早目に出してもらえないと困る。（サービス範囲、家族負担への不安等が大きくなる）・地域がら病院で診て欲しいという、家族等の固定観念が強い。・介護事業所のレベル（受け入れ）に格差がある。・介護事業所職員の人数等の減少で対応の困難さがある。・本人の在宅受け入れのない場合、又、癌等で痛みや、苦しみを伴う場合、精神的ホローや、不安が大きく、1人でいられない等の問題が生じやすい。</p>

同居親族の介護力不足、高齢化。
・在宅医により違いはあるが、最期を迎える準備のご家族の心の準備をできない状況で、救急車で搬送される方が多い現状。ご家族の理解や、サービス関係機関へも起こりえる状況や、起こった時の対応について、サービス担当者会議等の中で、十分に伝える必要がある。・お互いに、ご本人やご家族を精神面で支える事ができる様に信頼関係を築く事が必要。
(求) 今(付き合っている)、連携している医療機関の医師(訪問診療)や訪問看護師、ヘルパー事業所とはうまく情報共有できている。(阻) 家族が在宅死を望まないケースがある。
・今後は、ガンの方が在宅で生活する人が増えると思う抗ガン剤治療が入院でなく通院で行っている。除々に体力が低下して最期が近づいてくるのを本人、家族も感じている。今までの利用者さんは、家族が最期は病院で亡くなる方が多かった。いざとなると救急車で病院に搬送されて、そのまま入院→死亡のケースが多かった。常にヘルパーや訪問のナースがいるわけではないので1人で介護している場合は不安で救急車を呼んでしまう。・何かあったらケアマネや訪看に連絡してもらって様伝えても夜間や早朝は遠慮がある様子です。・事前に「最期はどうされますか？」とケアマネも前もって聞かすが、はっきりした返事を確認できない場合がある。本人も家族も死をはっきり受け止めていない状態で何度も聞く事が出来ないまま、亡くなられたケースもある。
在宅診療を行っている医師不足。在宅で看取るということに消極的な医師が多い。訪問介護の介護員不足により、家族のみで在宅で生活させてゆくことには、介護力が不足している。
医療保険に従うチームと介護保険に従うチームとの連携が未熟です。これが第一かなと。
①手順をきちんと踏めば、自宅でもスムーズな看取りが可能であり施設や病院で看取るより費用も少なく済むということを知らない人がほとんどである。②在宅看取りには、どうしても家族のサポートが必須である。このサポートができない、又はしたくない人が多い。③老いればゴールは死であり、死を看取ることが人として自然な行為であるという認識の欠如(病院で死ななければならないと考えている人もかなりいるのが実状) 病院は治療するところで老いは治療できない。受け入れるべきものとの認識を育てていくのがこれからの行政の役割と考える。
家族が働いている場合、在宅で最期を迎えるのは難しく、病院に入院している方が安心であるという方の方が多い。往診医が足りない核家族で介護をする家族が少なく、主介護者一人に負担が重くなる老々世帯、独居
御家族の介護するという気持ちと実際に介護できるかどうかの見極めが、施設入所をできる施設のケアマネとヘルパー事業所のみでのケアマネではプランが異なる(利益をもたらす事業所に片寄る)。公平中立でない。
f amの意向をまとめて、主になるケアマネジャーが調整していく☆f amについて、同居家族と、はなれている家族の意見がくいちがうことが多々ある。家族が協力的でないむり。
家で死なれたら、困る。1. どうしていいかわからない 2. 怖い(家で死んでほしくない) 3. 責任が重いのが嫌 4. 気が安まらない。 5. 病院の方が何かあっても安心・上記の様に受け入れる家族の心のハードルが高い老衰等で体調が落ちてきた方達の家族に早い段階で、家で看取るのは、大変でも難しくもないという、具体的な情報を伝える(病状によって、どういう最後を迎えるのか、問題が起こった時はどういう対応を誰がするのか等) CMが最後まで、家族と一緒に寄り添うという、安心信頼感を持ってもらう。訪問医や訪看が本人の病態に向き合うだけでなくおだやかな最後を迎えられる様支援していくという姿勢を見せる。
医療機関については疾病によっては在宅困難と判断されるケースが多く対応してくれる医療機関も少ない。もちろん訪問看護系の医療サービスも少ない。家族の意識もまだ在宅よりは悪くなれば病院と考えていたり、共働きなど家族が仕事を抱えているケースも多く、実状は困難と考えられる。
家族関係や家族の不安感 24時間体制の往診や訪問看護体制 独居や高齢者世帯では心身共に困難 経済的 家族が障害者の場合
・家族の介ゴ力、いざという時に自信がないと訴える・本人の遠慮(家族に迷惑をかけたくない)・社会的(隣近所)な目を、家族が気にしすぎ、そちらに重きを置いてしまう。
往診、訪看、病院との連携が難しい。通院や入院のタイミングや介ゴ疲れの時に終末期の方をショートステイではなかなか受け入れてもらえず、ご家族も不安であずけられない。レスパイトケアができる病院があると安心して在宅で最期を考えられるのでは…
①介護保険の支給限度額に制限があり、朝、昼、夕、夜間、早朝のオムツ交換がプランに入れられない(オーバーする)。最低生活に必要な支援を安心して利用できれば、皆、自宅生活を望んでいる。支援者がいない。支給限度額を超え生活困難等の理由が在宅生活を遠ざけている。②訪問介護員が不足している、募集してもこない。
24h体制
体調の変化に伴い、入院になりADLが低下する依って在宅での介護が難しくなっていると思う
当事業所のある市内では、訪問介護や訪問看護の24時間対応がなく、緊急の場合、対応できない。
・安心して在宅生活ができる様に訪問診療、看護が自由に利用できる様になれば、いいと思う。また訪問介護も、24時間が緊急時の利用がしやすい様にする。・また、家族が、看護が大変なので、週に2日ほど休める様に支援できたらと思う・阻害は、家族の看護、介護に対する不安、心配が一番だと思います。
各機関や家族などが、同じ方向で、支援していくか、体制の統一を図り、連携をはかる。しかし、介護力不足(独居)な部分もあり、ご家族からの意向でHPにということもある。
地域の医療・介護を支える基盤を整備
当社は、ケアマネだけの事業所である為、医療濃度の高い利用者は、多くなく、又いても最終は、救急搬送で病院に入院しそこで終末を迎えるパターンが多いです。でも今まで数人、在宅で最後を迎えられた方々がいらっしゃいました。その際、共通した事は、本人又は家族の“何があっても自宅で最後まですごしたい”という強い意志でした。(もしくは、過ごさせたい。)

<p>その事から本人や家族の在宅で最後を迎える意志があるかどうか、もしくは、あってもそれを押しとおす覚悟があるかどうか、というのがキーワードのように思います。その覚悟を持つためには、“今後どうなるのだろう”という不安を打ち消す必要があると思います。その為の支援が必要と思われる。ですが実際には、そこまで在宅にこだわられる利用者も家族も少なく、緊急時は、やはり救急搬送で病院に入院ということが多いことが当社の現実です。それらの事から「在宅で最期を迎えたい」という療養者本人の希望をかなえるために当社が求められていることは、本人及び家族の意志の確認と本当に望まれた際の本人及び家族と共に当社自体の覚悟であると思っています。その上で強い希望をかなえられない阻害要因の一番は、“不安”だと思います。(本人家族及び当社自体の)</p>
<p>在宅で最期を迎えたいと思ってもお金の問題がある。訪問医療、看護は必要と思うが、けっこうお金がかかる。家族の不安が大きいため、訪問看護は有効であるが、やはり最後は病院に行かれることが多い。在宅医をもっと増やして欲しい。在宅では見守る方向で、点滴等の治療はしないで欲しいただ痛みはしっかりとる医療をして欲しい。</p>
<p>・在宅で最期を迎えたいと考えていても、容態が急変すると家族が救急車を呼んでしまう。日頃から、いざという時の対応を、訪問の医師、看護師、家族、ケアマネ事業所担当者で確認しておくことが重要と考える。特に訪問看護師の役割は大きい。</p>
<p>本人としての希望は90%以上はあるが家族としての意向が施設や病院入院を強く希望されるケースが多くなって来ている。往診できる先生の体制をととのえ、すぐに連絡できるようにする。</p>
<p>家族が病気に対する不安が大きい。Dr、Ns、H、Hの連携で対応できる様にはしている。訪問入浴、PTも含め、各担当者の意見をマメ家族との「橋渡し役」を受け持つ事になっている。1/Wの訪問になる事も多い。家族の希望に合ったサービスを搜して紹介する「うさばらし」の相手にもなる。在宅で最期をと希望する人は多い。Dr、Nsの信頼関係が大切になってくる。特に癌末期で1W~3ヶ月家に帰りたいと言う人もあるこれらはいつも同じ事業所で受ける事になり連携は保ちやすい、特に事業所間の連携は大切になっている。24時間往診のDrとも仲良く仕事させてもらっています。</p>
<p>・家族の心構え・家族の介護力不足・家族のターミナルケア知識不足</p>
<p>本人、家族在宅診療訪問看護各サービス事業者の連携が重要。在宅診療、訪問看護の24時間体制の受け入れが少ない。</p>
<p>家族の支援 訪看、医師がすぐ来てくれない。(状態に不安があって連絡するが)</p>
<p>家族の理解力と介護力</p>
<p>・各医療機関、訪問介護事業所については阻害要因は無いが、介護をされている家族の親戚や近所の人達つまり口だけで実際に介護に携わっていない人達が阻害要因となっていると思う。</p>
<p>在宅で独居の場合、息をひきとる時に誰もいなくなったら…という事に、身内が反応し、最期を病院でと希望される事が多い。本人は覚悟を決めても、周りが「後悔する」という事にこだわってしまう。その説明が難しい。又、サービス事業者も看取りに関する勉強をもっとして欲しいと思う。</p>
<p>・かかりつけ医を常に、つけておく必要がある。</p>
<p>1日24時間相談できる事業所が欲しい。介護者の介護負担が大きすぎる(嫁と子供の)使い勝手の良い介護サービスの事業所が少ない。</p>
<p>在宅で最後を考えていても最終的に入院先で亡くなるケースが多い。</p>
<p>・ヘルパーが医療処置をすることに制限があること・訪問医療のDrが少ないこと・介護保険の限度額</p>
<p>・最期を迎えるにあたり医師の協力が必要であるが協力を得られなくて断念したケースもある。・食事がとれなくなると家族もあわててしまっている。DrやNsの説明が必要である。</p>
<p>・経済的負担 サービスを目一杯使ったとしても一割負担が払いきれない等がまんすることがある。介護度の範囲内であれば一割負担であるが、オーバーすると10割負担となりサービスをまんすることになる・サービスが必要な部分で使えない特に夜間、土、日などのヘルパー事業所が少なく利用できない。・独居、老々介護等が増えて主介護者が最後まで看られる環境がくずれている。同居していても子供達は仕事があり主介護者になることができない。</p>
<p>人工呼吸器装着、気管切開、胃ろう造設、24h持続点滴など医療ニーズの高い方の介護者の負担軽減を図るためのサービスが使いにくい。医療行為と事故、責任問題など 事故の危険性が高い負担が大きい責任が重いなどいろいろある割に同じ介護度の医療ニーズが高くない人との差がないため、敬遠されてしまう</p>
<p>医療・介護・福祉の専門職によるチームでのケアが不可決。◎課題 医療(特に医師)との連携が困難な状況。</p>
<p>家族は胃ろう造設の気持ちが悪くても医師から胃ろうを作らないとすぐ死ぬから親族を集めるよう言われて胃ろうを作ったがその後熱が続き入院が長びき意識も明確でなく結局在宅が無理だったケースがある。胃ろう造設すれば術代が病院に入るだろうが、病院側は本当に家族や本人の事を考えているのだろうか。病院の収入ばかり考えているのではないだろうかと思える場合がある。医療費抑制で病院の収入が落ちているのも一つの原因か。</p>
<p>本人ではなく家族の希望が多い事。</p>
<p>そうは言っても在宅では何かあった時に、本人を取囲む家族にとって不安が強い。</p>
<p>最近少なくなってきたが、病院側が介護に対し、連携を積極的に行わない事が多く、こちらからの話にも応じて頂けない事が多かった。現在でも診療所や少規模病院では見受けられる。</p>
<p>・本人、家族の介護サービス事業者の在宅死に対する恐怖感、理解不足。・家族の介護力・サービス量。</p>
<p>在宅死を希望されても、日頃介護していない親族の「何で病院に入院させないのか」という言葉かけにより介護者の意志がぐらついてしまう。退院時も含めなるべくかわる人達みんなに、在宅死について話すようにしている。(せつかく最期の所で救急車を呼ばれないために。)なるべく訪看を入れ、介護者が安心できる体制を作っている。また、亡くなっていき方(死の直前の状態)の説明や場合によっては、亡くなった後の事も想定して話をしておく介護者は動揺しない。</p>
<p>本人は自宅で死にたい、と云う。家族も病院生活・病院での介護に疲れはてる。家族も退院させたい、と考える。そして退院し自宅での療養生活が始まる。もちろん往診医や訪問看護などの体制を考えて。しかし、病状が急変したとき、それが死に直</p>

<p>結しそうな状況なのか、経験がないからわからない。在宅療養で起きそうな症状や場면을事前に家族にわかりやすく説明する必要が医師にはある。医師は家族の意向や介護力、経済力など本人をとりまく環境を総合的に判断しなければならない。そのためには、ケアマネとの連携が必要である。</p>
<p>・在宅チーム（Dr、Ns、ヘルパー、インフォーマル）の編成が未だ出来ていない。・過去、在宅死でチームが有効に機能したケースは、24H対応可能なDr、Nsの存在が欠かせず、現地域においては、未だ少数であり、頑張っている個人の力だけに頼らず地域でネットワーク化していくことが必要と考える。</p>
<p>◎ご本人が元気な時に、自分の意志をご家族に伝えておくことが重要最期における医療機関、介護、看ゴの連携を充分行いご本人の状態に合わせ各機関が対応して頂けるようになることよい。在宅での最期は誰れもが願っていることであるが家族は24時間のお世話になるため必要時にサービスが使用できるよう制度の緩和をしてほしい。</p>
<p>家族状況と病気の理解、制度のはざま、が阻害されている。</p>
<p>たぶん、誰もが「在宅で最期を迎えたいと思っているのではないかと思います、現実には厳しい様な気がしますが。本人の希望はそうだとし、まわりの御家族や支えてくれている方がいなければ、成立しません。しかし、在宅で最期を迎えたとすると、まわりの方々も、何かをぎせいにしなければならなくなるかも知れないし、精神的にもきついかも知れません。介護サービス等を利用して、限界があるかもしれません。</p>
<p>ターミナル期は、介護者の負担が大きく、通所、ショートステイなどの利用が必要な状況であるが、本人の状態が安定していないという理由で、事業所が敬遠しがちである。そのため、家族はつきっきりで、離れる時間さえ持てない。→医療機関と密接な関係が保てるような通所、ショートのサービスがあれば良い。</p>
<p>人手不足 家族の意見が合わない。在宅看取りに不安がある</p>
<p>地域（社会）資源の不足</p>
<p>在宅で最期をむかえるにおいて、本人と介護者の意向のちがいがみられる。昔ほど施設入所への抵抗が少なくなっていることを感じる。父のため、母のためという子の気もちをもつ人が経済上もふくめてもっている。</p>
<p>・在宅で安心できる環境が整えられない。・家族に看取りの自信や、介護力がない。</p>
<p>各事業所（医療機関）間の利害関係</p>
<p>本人、家族の希望にそった対応が必要。家族へ最期までのプロセスについて説明し理解が得られるようよりそう</p>
<p>状態が悪くなった段階で入院するため、だが、悪いことでは無い。長い間在宅で生活している！！</p>
<p>突然亡くなった時の対応や、心構えについて、知識が低くもっと研修等が必要だと思う。（介護事業所）最近まで死ぬのは病院、自宅で死ぬと警察が入ったり、解剖で体を切られる等悪いイメージがあり、ヘルパー対応中であれば自分が殺してしまったのではないかと自責の念にかられてしまう。家族の理解や協力がある中での看取りで医師や訪問看護訪問入浴、訪問介護が連携を取れば本人にとっては幸せな最期だと思う。実際昨年そういう最期を迎えた方がいたのでとても良い人生だったと思う。それにはもっと看取りについての周知が必要と思う。</p>
<p>病院に受診に行かれその後病院で、亡なられる方が多く、御本人様が自宅に帰りたと言われても、家族様が対応できない方が多い</p>
<p>・医療機関と介護事業所の連携が求められるがそれを阻害しているのは、主治医のあり方だと思います。</p>
<p>介護体制が整えられず、最近直前に病院へ入られる方多いです。</p>
<p>病院と居宅支援事業間の連絡経路を明確にして、早く対応できるようにする。病院によって、病院中での連絡経路がマチマチで、明確ではない事があり、対応が難しいこともある。MSWの力量か、病院の体質なのか…。</p>
<p>訪問医、訪問看護師が不足している。家族の介護力不足、家族の不安が大きい。退院時の在宅療養に対する説明が不十分で家族が心構えできない、不安が大きく、退院しても結局すぐ再入院されるケースが多い。</p>
<p>・必要な時に支援が受けられる体制（医療、介護ともに）</p>
<p>家族との関係</p>
<p>医療的処置が自宅では対応できない家族も不安である</p>
<p>・家族の考え・家族の迷惑を考え、本人が希望できない・一般の方の考え方（病院での最期じゃないと、十分な医療を受けさせていない→と親せきに言われたという方が多い→薄情な家族のイメージ）・往診看護の人員の不足（空きがなく受け入れられないといわれることが多い）・サービス施設の受入体制の充実（がんであるだけとか、末期に近い状態で、ショートステイなどが受け入れてくれない）</p>
<p>・「在宅では看られない」という意識を払拭してほしい。・本人の「最後」の迎え方についての確認を事前に行っていない 家族もその心構えがない・「ターミナル期だけ」介護2看護をしてくれる所があってよい 当所では実施中</p>
<p>介護、医療とそれぞれの分野があることが困る。点数では足りない部分が多い。時間もかかるし。</p>
<p>緊急時すぐに対応してもらえる体制（夜間含む）。必要に応じて入院ができる。</p>
<p>重度の療養者は、常時対応できる、体勢が必要だが、そのためには、介ゴ保険や、自立支援の対応のみでは不足しており、療養者の金銭負担が大きくなったり、介ゴ者の介ゴ負担が大きくなってしまふ。</p>
<p>医療機関との連携が重要だと思う 医療連携室の整備をお願いしたい</p>
<p>介護生活が長くなると支える家族の負担感が大きくケアマネとして「入所」の相談やショートステイの利用について話を進めようとする傾向にある本人自身が「（入院や入所でなく）在宅で死にたい」という希望を家族に伝えていても食事が経口的に困難になった胃ろうは造らないでほしいと医療側に伝えたとしても最後まで家族が看ることができなかった（入院先で死亡した享年101歳）地方では大家族で生活していても実際介護するのは一人くらいである皆が分担して介護する家庭はごくわずかである核家族化が進んだ今在宅介護は非常に負担が大きい介護保険制度で本人を支えることは同時に家族を支えることで</p>

あり家族の生活も視野にいれて支援していくのが現状である
現在まで、その様な人を担当した事がない。終末期で意識をしっかりと保っている人がいなかった事と、病院での入院中に亡くなる方がほとんどである。家族も入院を望んでいる方が100%であった。また家族の負担が大きく、自宅での思いもあるのが現実として入院し病院でとなっていると思う。・同居している家人も仕事をもっていたり、高齢どうし、1人暮らしと昔とは変化している。現実と本人の思いとはリンクしていないと考える。きれい事だけでは無理だとも思う。
・医療機関に於いては、縦列体制が阻害している様に思います。例えば、MSWも主体的に活動できず、一定期間入院された患者を、出さなければならないという事に追われ入院中の患者、家族に対して、勝手に施設入所を勧める事が発生しております。又、資格に酔ってしまい、気取り、見栄心から連けいが、困難となる場合もあります。
・核家族により介護力が希薄・主介護者、家族へのフォロー、コミュニケーション、メンタルケア等・早期発見、早期対応、早期治療に向け、チームで対応、周知・経済的な問題と環境
・連携強化（顔の見える関係作り、互いを理解し認めあえる関係作り）・家族介護力の低下・在宅医の協力・支援者の力量不足
家族様が同居されている場合であれば在宅で最期を迎えたいというご本人の希望をかなえることは可能だとは思いますが独居・高齢ご夫婦二人暮らしの場合、最期の前の病状の悪化（食事摂取が出来ない、排泄の問題、ご本人の不安感、家族の不安とざい悪感）不安感などがあり希望をかなえることは極めて困難、当事業所でも独居で「在宅で最期を」という本人の希望で在宅療養を続けたがやはり、ギリギリには入院してNS・Drの見取りの中で入院後1week~10日以内にお亡くなりになるケースが多い
まず、家族が本人に意向に最後まで付合えるかどうか、途中で吸引や酸素、胃ろうなど注入、吸入、尿バルーン処置オムツ交換等24時間かわりきれるか、本人が苦しんでいるのを間のあたりにして、救急車を呼んでしまうことも多くある。・揺れる家族の気持ち、本人の気持ちを常にサポートしてくれる人が必要。それは、訪問看護師及び主治医等に相談している場合が多い。・医療処置の多い利用者をうけ入れてくれるショートステイ、ディサービス等が中学校区内にありすぐ受け入れ可能になるようにしてほしい。
・在宅では、衛生面がきちんと出来ておらず、退院しても感染症や誤嚥を起こしすぐに再入院されるケースが多いです。・もっと、退院前に家族に指導するべきだと思います。
・「在宅で最期を迎えたい」と本人が希望しても受け入れる家族の思い、年齢、持病（健康状態）の問題で不可能になる事がある。本人が、また、独居で身寄りがない場合は緊急時の対応、亡くなられた時の事、その後の事等を本人と詳細に取り決めなければならない事が膨大で、それらにかなりの時間を要する。その為に、本人の希望がかなえられないままに終わる場合がある。
訪問看護事業所がない。
家族の考え方（日中仕事を持っている。別居している等）
心肺停止で緊急搬送され、意識戻らず在宅生活不可能 入浴時溺死状態で緊急搬送され、病院で死亡する。
在宅で最期を迎えられるかどうかは、かなりの部分ご家族にかかっていると思います。ご家族が、これまでのご本人の生き方を尊重し、他の人達から言われる細かなことを気にせず、必要なところで動いて下さったならば、可能となるようです。逆に言うと、まわりがうるさく言わない、ということでしょうか。ご家族にとっては、どのような最期となる可能性があるか、いくつかのケースの情報があれば、少し心構えができるようです。
「在宅で最期を迎えたい」と意思はあっても①十分な介護力がない②介護力がない③24h対応してくれる医師がない。すぐに入院を勧める。④医療的対応が難しい、などの理由で叶えられないことが多いようです。
・今の社会状況では、家族関係も希薄となり、死に方について、話し合いの場がない。・最後について話し合いを行っていないので、どうしても、病院に搬送され亡くなられる事が多い・病気についての知識がない。医師からのインフォームドコンセントが不十分であり、将来、病気が進行するとどうなるかなどの具体的な部分が見えず、実際にその時になって、本人や家族が困惑することも見られる。・往診していただける医院が数ない。・主治医はその時の病気の診断をするが、既応歴（他の医院に通院している場合など）生育歴、現在の環境などを知らないままにされる。その為、特に認知などについては、短時間の診療での診断は難しいので、もっと本人や家族と話し合う場を設けて欲しい・事業者も、どうして良いか？をケアマネや、家族に判断を委ねるのではなく、事業者自身がどうしたら良いか？こうした方が良いのではないかなどもっと専門的な見地からの意見を持って欲しい。・訪介、訪看、訪問リハビリ、その他、インフォーマルなサービスで家族、本人の精神面を支えるようなサポート体制がない
末期癌患者は別として、在宅で看取る多くのケースは家族がそれを望んでいる場合が多い。当事業所は退院時にその意志を確認し、それにより在宅支援を固めている。特に往診医との関係はより良く保たれているので不便は感じていない。
・往診医や訪問看護師を入れる
・核家族化が進んだ為か、家で死を迎える、という経験をしていない人が多くなり、家で死ぬことが特殊なこと＝タブーになりつつあるのではないかな。・療養者に関わるサービス事業者も、生かすことばかりを考え、「どう死を迎えるか」ということに目を向けていない。死を遠ざげる傾向がある。・在宅で死を迎えるにあたり、緊急時に対応してくれる医療機関（昔でいうところの町医者）が少ない。
人材不足が最大の原因です（特に訪問系）
・軽度者は、訪問介護や通所介護を利用しているが年齢が進み、認知症状等が表われ、家族が面倒（世話）が出来なくなってくれば殆んどの人が施設入所や、病院に入院し、そのまま最期を迎えるケースが多い。
各医療機関、介護事業所の支援はもちろんのこと支える家族が在宅での看取りについての理解がなければ急変のときに慌ててしまい結果として緊急入院となるケースが多いように感じます。

意識障害や血圧の降下が見られた場合、在宅で末期を迎えたいと思っけていても救急搬送となってしまう。自宅で亡くなると変死扱いで警察等が介入するというイメージが強いからであろう。
前者について。在宅介護では介護力がきわめて重要になります。又、それに影響する要因は最も大きなものである、在宅介護は家族と環境との関係を観察し情報を得そこにある問題を把握することからはじまります。先ず特徴をあげると、・病院では治療を中心とした医療の場であるが、家庭は家族を単位とした生活の場である・病院は24時間体制で、専門職が医療が行われているが家庭は家族により介護され、医療の専門職はいない。・病院は医療従事者が主体となって医療、看護がすすめられていくが、家庭は家族が主体である。このように療養者の希望をかなえるため、各分野の専門職の連携なしではよりよい環境を作っていくことは困難である。後者については。在宅における介護力は勿論、介護知識、技術不足ならびに意欲が基本になることから、介護者の身体的・精神的社会的情報も把握し、総合的に介護力の評価をしていく必要がある
家族の終末期介護の受け入れ力は低いと思われる。
家族が在宅での最期よりも病院での最期を希望されるケースが多い。ケアマネジャーの働きかけでも、なかなか在宅で選択されることがない。本人も家族に迷惑をかけたくないとと言われることが多い。
本人・家族の同意 主治医の協力が必要
病院によって連携がスムーズにいかず、そのことがネックとなり不安をまねき、在宅に戻る事ができないケースがある。退院後の病診連携がスムーズに行えれば在宅で、最期を迎えやすくなると思います
・地域に訪問看護ステーションや24時間対応の訪問介護事業者がない。・看取りなどを行っている特養も少ない。・独居生活を長年しており、同居家族の率が低い。・医師の往診をされている医師があまり多くない。
訪問看護師の不足。往診医の充実
1. に家族介護のあり方だと思う。いろいろ考えられるが、介護力がない。経済的に余裕がない。家が狭い。排泄物等で臭い。他者の出入りが嫌だ。容態が変化した時の緊急時の対応等々。
特になし
在宅医のほとんどが診療の合間に往診を行っているため緊急時の対応が難しい。結局急変時は救急車を呼んでしまうため、そのまま入院となり病院で最期を迎える方がほとんどになってしまう。また、最期を迎えられるまでにご家族様が介護疲れから断念されるケースがある。サービスを限界まで使っても足りず、ご家族様が介護力がない場合、経済的に余力がないとサービスを十分に満たせない。
家族を支える制度が少ない。介護サービスだけでは支えられない反面家族が支えようという気持ちがなく介護サービスに全てまかせようとする事もある。家族へのメンタル面でのサポートをする事で最期の場所ができると思う。又行政協力も不可欠と思われる。窓口での適切な対応で介護がどのように始まるかが決まる部分もある。
家族が最終的に病院を希望
・在宅における家族介護力の不足・介護者の理解不足
・基本的に家族が診ており不安・介護負担軽減・病状変化時の迅速な対応) 阻害している要因
医師不足と、訪看等がないため。
☆各医療機関が訪問看護ステーションと連携しながら、「在宅で最期を迎えたい」という本人の希望をかなえるために、情報提供等を行い、サービスを提供していく必要がある。
人の心の中に、死に対する判断を自分でするのがこわいと思っている。責任を医師にあずけたい。助かる希望の現われ。
自宅で介護できる介護者がいないと、本人一人では対応できない。24時間体制なので、急変時の対応や、介護者の精神面、経済面の負担が大きすぎると、共倒れ等の心配がある。家族構成が一人世帯、高令夫婦世帯、子と親のみの世帯が多くなり、家族の介護力は低下している様に思われるので、在宅で最期を迎える体制は弱くなっているのではないのでしょうか。
国の政策が現実にそくしていない
容態が悪化した場合往診医に連絡するが、救急搬送にて病院へ運ばれる。
家族介護の負担 家族知識不足
家族のメンタルケアの不足…家族の負担が大きすぎる 限度額(サービス) があるためサービス利用に制限あり 医療の協力が乏しい←→介護と連携難
主介護者の介護力不足で入所・入院となるケースが多い
介護保険の点数も足りなく、医療機関との連携も難しい事が多い。
療養上、本人が心身的に苦しんだりしたときの医療支援体制、社会資源が不足している。終末期の対応の方法や本人の状態像の事等より、把握しておかないといけない援助者の負担も大きくなる。事業所の人員体制の充実、担当件数を少数にする為、援助しやすい体制づくりも大切
在宅ホスピスなどの金額が高い(70才未満、年金暮らしの方は特に) ←がん末期 e. t. c その為、自宅で最期を迎えることができず、高額や入院費(差額ベッド代など)を支払い入院を続ける人が多い。→(差額なしの部屋に移動できれば在宅療養するより金額が安い)ため)
求める事はその都度違いがあり要請します。ですから阻害されることもないです。
・金銭的負担が大きい。・精神的な不安(家族)がある。・重症化で、かかっているHPが大きく、訪問診療を行わない・治療か、看取りか、あいまのまま、退院して来る。
病院より退院し、在宅へ帰られる時に在宅での看取りか最後は病院かをはっきりさせている事が少なく、家族はどの様に対応すればよいか困惑し不安となっている
・家族の受け入れの体制(心がまえなど)・往診に応じてくれる医師

<p>最期までの阻害は家族だと思えます。2009年までは在宅でと言う方が多く介護者が妻の割合が多かったように思います。もちろん夫が長い期間見ておられると自然と受け入れているようにも思います。往診医が増えることは在宅での最期の拡がりに結びつきますが多が癌を専門としている様子で知識的に片寄っているのが等気になります。</p>
<p>サービス費用</p>
<p>今の所重度の方で在宅療養を行っている方は1人しかいません。医療ケアが主なのですが、妻と家族で介護してありますが、福祉用具貸与のみで、他のサービスを受ける様子はありません。妻もCMIに本人の状態を余り見せたがらなく、今後の課題です</p>
<p>療養者本人の希望がしっかり定まっており、決定できる時期に決めておいた上で、在宅療養の基盤を整えたケアチームを形成できれば、その希望を叶えることができるようになってきている。阻害するのは、本人と家族等との希望が異なる場合や、はっきり決められない場合、あるいは、決定しておく事項がそのままの状態、病状が悪化してしまった場合などだと考える。</p>
<p>1. 訪問看護がどうしても必要になりますが、利用料が高いため、介護保険で利用するには限界があること。そのため医療保険での訪問看護の利用をしたが、その運用に制約があり、現実的にはとても利用しにくいことがあります。2. 又、癌末期とは言っても要介護は1レベルの認定なので、生活をカバーできるサービス枠ではない。3. 家族がいても80をすぎた高令の方が（障害もあったり）、日中、夜もケアをすることが前庭となつてるので、とても在宅での看取りは困難。4. 秋田市内では土・日・祭日・平日の時間外の訪問看護は行っておらず、夜の対応ができない。</p>
<p>本人は在宅での最期を希望していても、家族が拒否している場合があるのではと思える。目の前でみとる恐怖や不安、介護の不安や拒否など。</p>
<p>・なるべく医療処置を受けさせてやりたいとの家族の希望で、在宅よりも病院や施設もしくは介護付住宅を選ぶ方が多いので、まったく在宅で最期を迎える方は担当したことがない。・本人が希望したとしても、訪問看護や訪問診療が足りず行えない場合が多い。</p>
<p>・医療介護の連携（役割分担、情報交換）・緊急時（急変時）の連絡体制・介護者へのフォローアップ・入院の受け入れ体制（特にご家族が心がわりした時に受け入れられる病院がある。この体制があるだけで家族は安心して介護にあたることができる。）</p>
<p>「本人が在宅で最期を迎えたい」という本人の希望があっても、家族の対応が困難な例が多いです。ヘルパー等の導入にしても「プロが入っているから任せきり」にしている例が多く、家族が全く対応しない事も多いです。介護保険にしても自己負担もあり、保険料も負担があるため自分が払っている意識が強い。そのため払っているからやってもらうという姿勢がある利用者とその家族があり、制度的にも24時間関わることが難しい状況で短時間のお手助けをするヘルパーに頼りきりになっていると思います。自分の家でやすらかに家族の中で看取られたいと願望がかなうのは難しい状況かと。大家族である程度、収入的に裕福な家庭でないと、在宅で最期をおだやかに迎えずらいと思います。医療の放棄および介護の人任せはこの先も続いていくように見受けました。</p>
<p>①24時間対応、休日の体制の不備②最期を迎えるための家族へのアプローチの薄さと家族の覚悟のゆれ③地域では特に独居の方は民生委員や、近隣住民の反対がみられる、自分らしく最期を迎えられない④医療機関との連携には各病院でばらつきがある。⑤ケアマネジャー自身も、人生の最期と一緒に歩いているという覚悟がゆらぐ（まわりの意見が多いと、本人の意思をつらぬくだけの気持ちを代弁しきれなくなる）⑥行政機関の関わり方の薄さは攻めるべきだと思います。もっと保健師やSWを現場の中に導入すべきでしょう。市町村の独自サービスの開発がないと介護保険のみでは対応はできません。</p>
<p>家族が在宅では最期を迎えるには不安、イヤだとの訴えがある場合、医師が、入院を勧めてしまう場合等。</p>
<p>「在宅で死にたい」という意志を確認できるまでの「面接」をできる主治医が不足しています。ガン告知がスタンダードになりつつある中で、Drが、ケア的、サポート的、カウンセリング的、治療、面接ができない＝スキルがない為。余命のコトも話されず、けれどENTさせられ家族も、在宅チームも困り…訪問Drも元々の主治医が余命のコトを話していないのに「自分は話せない。そこには触れられない…」と気持ちはわからなくはないけど、情けないというか…2010年12月～1月、末期ガン。の対応で本当にこまりました。Drにカウンセリングスキルを持っていただき、c1に一人の人間として、対等に向き合ってもらいたいと思いました。Drが過労死するくらい忙しいのは知っているけど…</p>
<p>家族がいて最後を迎えたいと希望する方であれば可能だが1人暮らしであれば無理がある。</p>
<p>本人は、自宅で最期を迎えたいとの思いは強い人が多いが、医療の連携（訪問医）が思うようにできてない。訪問医の数も少ない、又、在宅での療に対する医師の共感と理解をもう少し深めて頂けたら、と思います。</p>
<p>阻害要因・最後のみとりの際、家族の不安が強くなり、最終的にはHPへ入院となっている。家族として本人の苦しんでいる姿をみている事に耐えかねる状況。各医療キカン、介護事業所に求められること・24時間かけつけてくれる医療キカンであってほしい→家族が安心してみとりをできる環境作り・往診対応できる医療キカンの充実が必要</p>
<p>・介護力が乏しい。・住宅環境が悪い。</p>
<p>本人・家族の意向を最大限に支援する姿勢が求められている。病状等の著しい変化に、迅速に対応させざるおえない。しかし、介護保険を利用するには、認定の変更や、福祉用具利用にともなう書類の提出等がある。通常の業務以上に求められることが多い。書類等の業務を減少することで、各事業所は、最善のケアができるのではないかと。</p>
<p>周囲に対応してくれる医療機関がない。</p>
<p>本人の入院希望がない。</p>
<p>①インフォームドコンセント（理念の確認）②連携、連絡体制③協働（チームアプローチ）④家族支援、後方支援、等についてしっかり体制を整えておく。</p>
<p>・在宅支援診療所の数が少ないことや、看取りについての説明が十分ではない場合もある。家族の介護力が乏しい。介護者が仕事をしていることが多く、昼間家でみれないことも原因他、高齢化していて、子供達が別居、仕事をしていることも多い。一該に事業所に求められることも多い。いかなければ、近所交流、血縁関係濃く、医療機関も少ないという環境から在宅で</p>

<p>の最終は自然であるのではないか？</p>
<p>家族の負担がどうしても大きくなるが、点滴をしたまま、短期入所療養介護、デイケア利用が、医療保険と介護保険の重複によりできない場合もある。また、状態から事業所よりことわられるケースが多い（家族がまんがいち亡くなっても…と同意していても）また、状態も不安定なため、医師のいる短期入所療養介護やデイケアの利用が望ましいが、利用中まんがいち亡くなっていた時、診断書の件まで主治医と家族と相談が必要なケースもあり、どちらかで書くなど、医師どうしの連携もしてもらえると助かる医療系のショートステイや、デイケア利用日に、体調変化あり、訪問看護や訪問診療など同日に利用したい場合などもある。医療保険と介護保険の重複は基本的にできない事になっているが、もう少し使いやすくしてもらいたい。</p>
<p>家族の介護負担が増大している。それまでは自宅で面倒みていたものが、入院してしまえば数日でねたきりのような状況になることが多い。どんどん、家族には負担感が大きくなり、「このまま、病院で」あるいは、「施設を探して欲しい」となる。</p>
<p>在宅で最後を迎えられる環境が整っていない。介護保険の限度額が少ない為、満足できるサービスが受けられない。（要介護4、5の方）実費が発生すると家族の負担が大きくなり、施設入所になってしまう。</p>
<p>・本人が望んでも家族が希望しないことも大きな要因である。</p>
<p>当事業所のケースではケアマネが中心となり、医療と介護の連携を行なった。主治医も週1回の往診で状態の治療や状態の観察を行ない、主治医の指示により訪問看護も対応できた。介護も、訪問介護事業所と通所介護事業所が手厚い介護を行い、在宅での生活を支えた。求められるものは、連携の主となるケアマネの力量と、それに協力してくれる医療と介護の力量と考える。独居の方であり、家族は介護にはやや消極的であり、本人は「在宅希望」であったが家族は「入所・入院」を希望。阻害と言うのであれば、本人と家族の思いの違いと、独居であること。連携に非協力的な医療と介護と考える。</p>
<p>訪問診療を行なう医療機関・訪問看護の充実が求められると思います。阻害している要因には介護力・経済力があると思います。</p>
<p>死亡診断のとり方。最期を在宅と考えていても、家族の気持ちがぐらつく。安心感が得られるように医療スタッフ（Dr. N s' C w）との連携が必要と思います。</p>
<p>阻害している要因：資源不足、情報不足、経験不足により、在宅で最期を迎えることをリアルにイメージすることが難しく、恐怖を感じてしまうことだと思います。求められることは、知識経験情報を持つこと、在宅で最期を迎える為には、これがあれば、またはこうすれば大丈夫であり、また、それが架空の話にならず、現実に活用している資源として存在していることが求められると思います。</p>
<p>在宅での最期を希望しても、苦しんでいる姿を見て、家族が病院に連れていく。本人と家族の意向が合わないときにうまくいかない。</p>
<p>在宅での看取りには、家族の協力と医療との連携が必要です。24時間体制で対応できる医師と看護師がいないと、在宅で最期を迎えることはむずかしいと思います。看取りの経験のある医師が少ないことが問題です。</p>
<p>本人の希望と家族親族の希望の違い 医療・介護事業所は、万全を尽さなければならないので…</p>
<p>・訪問看護ステーションや訪問看護師不足・早朝、夜間、時間外の緊急体制不足（訪問看護、訪問介護）・24時間OKの医師不足（在宅医専門者不足）・家族の介護力不足→病院における介護指導不足・在宅療養環境の問題→専門空間がせまい少ない等・最期を迎えたいと思っても途中で気持ちや考えが変化して入院を希望した場合の24時間体制が不完全→私共でも結局最後の数日は入院となってしまうケースが多いですから…・どのような重篤な状態にもマネジメント能力を十分発揮しきれぬケアマネが少ない→ケアマネの力量不足等々あげたらキリがありません。</p>
<p>医療との連携不足が一番であると思います。サービス圏の中ですべてが整うものではなく、その人の状態や家族状況にはバラつきがあり、なかなかサービス調整が困難となっています。又、ヘルパーに対する医療処置についても今ご改善を行っていかねば、在宅を支えていくことは困難だと思います。</p>
<p>①往診可能な医師は少数であること。②費用負担があるわりには介護負担が重くなること。（入院した場合と比較して）③自宅で亡くなった場合の不安（家族は素人である）対応の不安、警察、救急車が来る←→病院だと家族は安心</p>
<p>在宅での看取りについて医師や看護師から家族に説明して欲しい。本人は強く希望していても家族の不安の大きさから結局は病院への入院となるケースが多い。</p>
<p>緊急時の医療体制や家族の介護力、看護力、が重要家族介護、看護への負担と家族の受け入れる力・心が問題</p>
<p>・口腔内以外の吸引を訪問介護員ができない・SSも定期的に取りには空がない・家族が生活のために仕事を続けている・往診してくれる医師が少ない・急変した時の対応ができない（家族・職員）</p>
<p>ターミナルケアに関する技量 研修等にかかる時間がない＝介護報酬の低さ</p>
<p>「在宅で最後を迎えたい」という療養者本人の希望をかなえるためには、本人の身体、健康面において、在宅医師、訪問看護師は必要と思われる。又、本人の身体のみでなく、本人の生活や精神を支える為の支援も必要である。訪問介護、デイケアや福祉用具レンタル等充実すること、そして家族に対する支援も重要と思われる。在宅生活が困難となる理由として、介護保険の制度的なものがある。例として、悪性腫瘍末期であっても本人に認知症がなく、問題行動がない為か、要介護1の判定が出たため、歩行や起き上がりが困難にもかかわらず電動ベッドと車イス貸与がむずかしい。「軽度者に対する福祉用具貸与費及び介護予防福祉用具貸与費の取扱い」の制度があるが、完全に「③できない」という項目になってないと、利用できない。又家族介護の負担を考えた場合、人工呼吸器装着者、吸引器の利用者、胃瘻経管栄養の方等、ショート利用を施設に依頼しても受け入れられなかったケースもあるように思われる。</p>
<p>24h体制の訪問介護、訪問看護、ショートステイ、訪問診療などの調整が難しい状況がある。療養者本人の身近に適したサービス事業所が選びにくい為、最期の在宅介護も困難と感じている。</p>
<p>家族カンキョウ</p>
<p>・往診を24hできるDr不足・往診を24hできる訪問看護事業所不足・往診を24hできるヘルパー</p>

・状態悪化時の対応をどうするか？・主たる介護者（家族）の覚悟があるかどうか？・往診等がほとんどない（少ない）地域のため、本人・家族の不安が強い
まず、訪問診療の問題。第2に市町村、国の考え方が在宅中心でない！！
・在宅で最期を迎えたいという本人の希望があっても家族やまわりの認識や理解、覚悟が足りない・家族や本人をバックアップするサービスの不足（訪問系のサービス、病院の対応）・介護事業所としてはできるだけ本人の希望を尊重したいがまわりの人と情報の共有や連携をとるのが難しいと考えられる場面が多い
各医療機関と介護事業所との密な連携が必要だと思います。
在宅で最期を迎えたいとの希望される方がいても訪問診療（医師）への調整がむずかしく、最期は病院で亡くなる方が多い。
医師とサービス事業所が連携して行っていく必要がある
在宅で最期を迎えたいという本人の希望をかなえるのであれば、介ゴ事業所の問題、各医療機関の問題としてとらえるのではなく、全体的にほうしゅうをあげるとか（制度上）しないとむずかしいのではないかと？介ゴ職員の質とかあるが、今でも低い金額で働いている現実がある。一般企業並みに介ゴ職全体をあげないと又みんなが支える社会保障にしないと、家で在宅で最後を迎えたいという本人の気持ちになかなかそえないのではないかと？
まずは家族の理解が得られないどんなに訪問診察や訪問看護が入ったとしても大半は家族が看なければいけない。金銭的なことも話されずに退院してくることが殆んど。入院していれば保険金があるが、在宅ではそれも無く、入院する以上に出費がかさむ。短い子命を宣告され、自宅に戻ったものの予想以上に在宅生活が長びきその間、介護の為に休職すると、金銭的にももたないことが何度かあった。また急変時に入院していた病院へ急救搬送しても「自宅で最期まで看とるんでしょ！」と帰されいったん在宅と決めるともう、入院の余地はないといった対応をされる介護事業所は癌末期となると受け入れは困難だし力不足。
介護保険の支給限度額越えてしまうと、費用負担が大きい。レスパイト先がない（重度者の受け入れ施設がない）
・まだまだレスパイトケアの場が少ない（お互いに疲れた時、少しきよりをおくことでまた関係の修復もはかれる）・緊急時の医療機関の受け入れ態勢の不備。・介護保険外のサービスの不足。・介護保険内でうけられるサービスの制限。・特にターミナル期におけるサービスの不足。
本人から在宅で最期を迎えたいとなかなか聞くことはできませんがだれもがそう思ってみえると思います。大病院では長期間入院ができず在宅へ返せられますその事により訪問診療看護を利用し最期を迎えられますが家族にとってその最期の時までが大変かと思えます。入院させて頂ける所をさがされる事により在宅での介護はむずかしくなるように思えます
最期を在宅で…と考える方がいません。それぞれ家族に迷わくをかけたくないなどの理由で病院で最期を…と考えてる方が多いです。また、その為に保険に入っていると考える方がほとんどです。
・介護者の精神的ホロー・経済的支援（医療系のサービス負担は大きいが必要である）・主治医を、まじえて方針を決める（きっちり主治医より説明があるべきである）
医師、看ご師（病院）訪問看護）この指示が適正に（カンファレンス等）行なわれ介ゴ保険等のサービス事業所との連携がスムーズであれば家族は在宅で、看取りの自信が持てる。これがなされないと、家族は、本人の意向とは別に、病院を希望、介護力不足を、補えない。
サービスの量が不足しているため自宅に戻れない24H介護はきびしい現状にある。介護力（家族）の協力の不足。
阻害している要因として家族の介護力、家族関係、住居環境、地域の環境など色々あると思うが、経済的な事が一番の阻害している要因ではなかろうか。家族以外の社会資源を使えば使うほど、経済的負担は大きくなり、経済力がなければかなわない。
自宅で看取り介護を行うとなると、家族の負担も大きいので、家族の介護負担を軽減する支援が求められていると思う。
24時間体制で在宅医師、訪問看護、ケアマネ等が対応する必要があるが、電話応対くらいはできても、通常ケア時から対処するには、人員や事業所体制が整っていない。
医療機関の在宅でのバックアップとそれを支える家族の思いがないと達成出来ないと思う。
・家族の負担が多いから（介護・医療・特に緊急時の対応）
〈求められる事〉・ご本人、家族の思いや、役割を明確にし、各サービス事業所が共有すること・在宅医、訪問看護、訪問介護、ケアマネージャーが密に連携していくこと。
◎ケアマネを介して、医療介護など地域ケアを上手に使う。◎本人の意志が強い時は、プライドが通所介護などに出る事を嫌う事がある。特に男性が多い。◎自分の状態を他に見られることを嫌がる◎金銭的な面
医療機関では、早く退院して欲しいというプレッシャーを患者の家族へかけてくる。介護側としては、進行性や末期の方をどこまでケアできるのか迷うことがあり、その間をとりもち調整に走りまわるとケアマネージャーは訪問看護ステーションやヘルパーステーションに頭を下げている構図が見えてきます。お互いに余裕がない中で意思疎通がうまくいかず、退院、即時的なサービスを提供できず、医療の側からは「早くしろ！」「何やってんだ！」みたいな言われ方をすることが多少なりとも経験します。はっきり言って、介護側がいつもペコペコしている現場では「在宅で最後を迎えたい」という本人の希望をかなえることは難しいと思います。
訪問看護の急性増悪時に訪問できる日数が連続して14日間と決っているのはおかしい。14日間以上で病状が変わらないと入院の必要性があるとの考えられると言う見解はどうかと思う。医療行為をヘルパーが行なう事は危険かもしれないがちゃんとした教育体制をつくれれば、出来ると思われるし、毎日の生活で、医療行為が多くなれば、ヘルパーでも出来なければ、生活できない
医療機関に対しては定期受診ができなくなった場合往診対応していただける事、臨終時の診断をして頂ける事、訪問看護ステーションに訪問看護指示書を書いて頂ける事。介護事業所に求められる事は緊急時の対応連携家族介護者の介護の尊重と協調

性、家族介護者の介護負担の軽減、主治医やケアマネへの連絡報告相談をタイムリーにできる事、など。阻害している要因としては、療養者の住む地域性、サービス事業所の少なさ、介護者の健康不安など、過疎地の場合近隣の協理理解が得られないなど、副介護者が不在の場合など
医療機関介護事業所)のスタッフが十分に本人と話し合い、家族とも納得してはじめて可能である必ず末期になると日頃顔合せしない親戚が出て来て入院治療せよと迫ってくる
最近では病院で最期を迎えている人が大半なので看取ることへの不安が大きい。在宅介護を支えている人も経験がないことが重度になったら病院に行くことが当たり前となっている。地域の医師も入院をすすめている。在宅で最期を迎えたいという希望が本人と家族にあった場合は家族や本人の不安が何かと一つづつ聞き一つ一つの不安を取り除いていく為に支えていく専門職がその意識を持つことが必要ケアマネが重度になれば病院や施設をすすめているのはケアマネジャーとしての質も問題
まだまだ最期を迎えるのは、HPになっています。在宅で介護訪問診療して下さる医師も、最期が近づく病院へ入院させます。実際3日(入院)おなくなりになった方がおりますし3人程1カ月位でなくなった方もおります。家族もまわりの方々もHPに入院し亡くなる方が安心するのではないのでしょうか。過去に私が担当した方で在宅でお亡くなりになった方はただお1人です。(10年間従事)
医療と福祉が連携し、本人の意志を尊重できる環境を作ることが不可決と思われるが、在宅では困難な医療事情もあると思われるし、家族の心構えや不安などが出てくると思われる。
・家族の不安や負担が重くなるため・周囲の理解不足
24時間体制 主治医との連携→医師が忙しくなかなか連携しにくい、サービスの質 医師から話を聞くのに何時間も待つ
在宅で最期を迎える事に対しての家族の思いをしっかりと主治医と話し合う。
在宅医療、訪看、Drの訪問診療の充実がないと、在宅で死亡の場合、検視?等主治医がいないと刑事問題になりかねない。家族(親戚)が在宅で看取ったと責任追及する。ケアマネが責任を問われるより、救急搬送先の医療に任せたい
ほとんどは自宅で訪問看護などの協力でみていますが、本当に最後の何日か(1月以内)のみ病院へ入ることが多いです。ぎりぎりまで自宅が可能になりつつあり、死が目の前に来て入院しています。自宅で亡くなられた方は急死であり、病気等あれば多分同じかと思えます。やはりDr、ナース、一番は本人の「家で死にたい」に対して主介護者の気持ちです。ぜひとも家での気持ちがあれば回りの支援は大変なようで90%できますがほとんどの方は看取りは病院と考えていて、本人をできるかぎり見たという気持ちから最後は病院の人が多いです。
・往診をして下さる医師がなかなかみつからない。・病院(急性期)にかかっているといざという時には入院はスムーズだが、その後「在宅で最期…」という事になった時には、今までかかりつけ医がない場合やかかりつけの医師が往診をしていただけない場合は、とても困難。スムーズに在宅往診して下さる医師を確保できるようにしてほしい。
求められる事：寄りそう信頼関係 阻害：家族、情報不足
ターミナルの場合、介護度毎の限度額内でヘルパー等を計画するのは難しい(サービスが足りない)このような場合限度額はなくした方がよい。
・介護職員が吸引できないこと・連携
往診医が少ない(特に末期癌を診る開業医)在宅死について積極的に話し合う機会も少ないし、家族に不安があるため病状急変の際は病院へ搬送されがち
阻害の要因①Drが往診に行けない。②訪問入浴車が動いていない。(新しい人の受け入れをしない)③家族の介護力と「在宅で最期まで看たい」という意志。④訪問NSのスキル。⑤夜間体制が機動していない。☆a)の方、レスピレーターを装着して1年半在宅で妻が看られた。妻の強い意志(在宅で看たい)と、かかわる方達の綿密な連絡と協力のおかげで、この方の在宅の看とりができた。☆現在②がネックになっており今後を心配している。市に働きかけるが改善の見透しなし。(ALSの利用者さん、自宅浴室にリフトを設置して訪看と入浴しているが、ADLが落ちると自宅ではむづかしくなる。)⑤について「ヘルパーさんにAM2:00に来てもらって排泄の介助をしてほしい。」と、当利用者希望あるもその時間帯に入ってくる事業所がなく困っている。
・医療系サービスとの連携。・環境を整える経済力。・介護力の問題(高齢者介護)(経済的負担)(病気に対する知識がない)(急変時の対応が不安)
・familyの不安を取りのぞき、信頼関係をきずいていけば在宅看取りはできると考える。・スタッフの精神的followも必要
ご本人の安心、安全の確保と家族の介護負担の軽減
在宅で最期を迎えるためには、主治医の協力が不可決である。本居宅では、病院、訪看を併設しているが最後は、病院に搬送し死亡確認をしている。家族も在宅での最期を希望していても途中で介護できなくなる、精神負担も大きい。
最期は在宅で迎えたいと、入院されていて帰宅される方はいるが、いざ状態が悪くなると、再度病院へ送られ入院。最期を…ということになるケースがほとんどです。それは、家族がいない人は仕方がないことですが、家族が居ても少しでも設備が整った場所で安らかに…という思いと本人も少しでも長く生きたいと思うのか、病院だと安心するのか…。又、福祉の現状では、最期の利用者に最後まで付き添うことは、できないと思います。
介護者のレスパイトが重要…ターミナル期は、ショートステイは殆んど受け入れてもらえない(病状の変化もあり得るので対応が出来ない)病院も病状が安定していれば入院をさせてくれない事も多々ある。ターミナル期とはいえど光が見えない状況での家族の介護負担は日が増す事に大きくなる。訪問系でのサポートは色々なサービスと組み合わせても、1日に3~4h程度組む事が限界(例、誰かに見てもらって買い物など外出したいけど見守りで入れかわるサービスはない)
最期は自宅での希望の方が大部分を占めているのが現状です。しかし、現実には、1人暮らしで誰も面倒を見る人がいない。又同居の家族が居ても仕事等の関係、また、介護の面倒は出来ないと協力を得ることが困難で病院や施設でのみとりの多いのが

<p>現実です。加えて、地域性というのもあります。今後、高齢化の加速で今以上にこれは問題視しないといけないかと思ひます。誰もが希望されている最期を自宅で迎える事は、どのようにしたらいいかということを知する事も大切かと思ひます。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ターミナルの方を受け入れる医師の不足・家族の介護力が乏しい（老々介護、ひとりぐらし）・不便な地域（交通、店、病院、雪が多い等）（遠隔地）</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族の不安を取りのぞくこと「本人が家で…」と思ひても、それを受け入れるご家族が十分な理解をもっていないとむりだと思ひます</li> </ul>
<p>①核家族化②個人在宅での介護者不在（事業所へ住所を移していないもの）③介護事業所での“みとり”は増えていると思われる</p>
<p>医療スタッフの価値感を押し付けるケースがあります。重篤な疾患を負っている人ほど医療スタッフの何げない言葉が重たくひびくことが多いように思ひます。“説明と同意”ではなく“説明と選択”を重視すべきであると考えています。</p>
<p>医師が「それは無理です」と怒り出すケースがある</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・体調不調時にすぐ往診可能な医療機関・質の高い最後をむかえるための単位数・夜間に介護者の負担を軽減できる訪問介護のシステム</li> </ul>
<p>10年程前は、在宅で最期を迎えた方はけっこう居ましたが最近ではめっきり減りました。どうしてだろう、とよく考えます。在宅の最期は見る人が必要ですが、家族に看るといふ人が居なくなったんだと思ひます。看る方法を説明しても、看る気がありません。もっと看る方法の説明を変えて安心できる説明が必要だと思ひます。今後、病院の受け入れが減ってくると思ひるので「仕方なく」から在宅へ選ひ、やってみるとよかつたと思ひて頂けるサポートを行なっていきたいと思ひます。</p>
<p>ケースバイケースでなんとも言えない</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急時の連絡先や、緊急時の対応を各事業所間で共通意識を持つて取り組む・主治医から、利用者の思ひを再確認し、家族に同意を求める。</li> <li>・阻害要因として…緊急時に家族が混乱し、救急車を呼ぶ。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・コンビニの様に24時間、365日営業、同じ価格（料金）でサービス提供を受ける事できる体制作り。</li> <li>・利用者ニーズを一番に考える必要はなく、困難な事は断る、それを認めてもらえる制度作り。〈阻害要因〉・年代別に異なる価値感の相違・他者（関係機関含む）が多過ぎるがゆえに選択肢も増え、判断に迷う。</li> <li>・健康な時は「終末期」を考える事がない。ゴールの見えない、分からない未来より目先の利益や目標を設定している。無意識に「死」を自身の出来事として促えられず、又避けている様に感じる。</li> </ul>
<p>「在宅で最期を迎えたい」といふ本人の強い意志があり、家族もそれに同意しているのであれば、あらゆる支援等の提供が必要になる。しかし、本人・ご家族の意向にもよるが「本人に少しでも長く生きていてほしい」といふ気持ちが強くなり過ぎて、本人の趣味や好きな事を阻害しているように感じる時がある。例えば医師より外出の禁止や好きな飲酒の禁止により本人のQOLを殺してしまい、家族も医師の指示だからと賛同し本人の生活を制限してしまう。死期を早めるような事態でも本人の意志尊重を重視するのであれば良いのではないかと思ひます。</p>
<p>見取りをしてくれる医師の存在は不可決であるが少ない。急変は休日夜間が多いため対応が難しい。救急車で運ばれば病院へ行き処置されてしまう。本人と家族の意向にズレがある。在宅で見看るのは不安が大きくサポートしてくれる職種があればいいと思ひます。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・自宅へ来てくれる医師が少ない・介護事業所のスタッフが対応についての不安、知識や経験の不足がある。家族の介護者も同じ。</li> </ul>
<p>「在宅で最期を迎えたい」と退院されても、医師の在宅診療がないケースがほとんどです。何かあれば救急車で病院へ連れて来て下さいといふことになり家族は大変な思ひをします。その都度頼るところがなければケアマネに連絡がきて在宅1週間で死亡した方がおり、その時は1週間毎日ケアマネが訪問するはめになりました。（往復1時間）</p>
<p>どこも窓口をわかりやすくする。相談しやすい、手続きが簡単等、あげればキリがない。</p>
<p>本人の大半は在宅を希望されていると思ひますが介護者である家族の意志や意識の問題が大きいです。家族が在宅で看取る意志が在れば、現在の医療機関でも多くは可能と考えます。</p>
<p>往診や訪問看ゴが充実し、ギリギリまで自宅で看る人は増えてはいるが、医療度が増し、発熱や食欲不振になると一番最期はHPを選択される人が多い。往診医や訪看は数的にはまだ不十分。</p>
<p>家族の介護力と受け入れ、家族の意見の一致。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療（医者含む）、福祉保健関係者の合同研修の創設及び、継続的参加により、一定の意思統一を図り、患者と支援者が同じ目標に向つて取り組める土台づくりが必要と考える。他の職種の専門性に関心を持たず、自身の受け持つ分野のみに捉われていたり、時に患者の意向に反し</li> </ul>
<p>24時間いつでも対応できる体制が必要となりますが、在宅でそれを実現するには人手が足りていないのが阻害要因として考えられます。在宅医の方で24時間体制をとっているところは増えてきましたが、生先一人一人の頑張りによって何とか維持できている、というのが現実だと思ひます。また、24時間体制をとれる訪問看護は数に限りがあります。厚生労働省は介護保険法改正において24時間体制充実を謳っていますが、根本的な問題として限りある国家予算の内、どれだけ社会保障費に回すべきなのか、という議論が進んでいない（仮に進んでいるのだとしたら、それが国民には周知されていない）為に24時間体制が必要だ、とする理念は存在しても現場はそれに追いついていけない。といふ事になっているのではないのでしょうか。</p>
<p>最初に在宅で最期を迎えたいといふ本人のご希望があれば応診等できる医療機関を選んだり、介護体制の強化に努めています。ただ阻害している要因として考えられるのは、本人の希望と家族の希望が違っている時やかなり医療度が高く（ALS等、常時吸引が必要な場合）介護力がない時であると思ひます。まだ当事業所は設立してまだ浅いため、ALSの人やその状態の人にあつていないため、今後は、そのような時になった時のことを想定し、医療と介護のチームプレーのとれる、体制作りをしていきたいと思ひます。</p>

・特別養護老人ホームが増えることで安易に入所させる傾向がある。・医療機関から退院する際、在宅での資源提供が少なすぎる。また、介護の方法を学ぶ機会が与えられず退院するため家族が困惑する。
・家族の受け入れ困難（知識不足）・世評・地域の協力体制が不足
①家族が不安になり入院させてしまう②家族が家で死ぬことを嫌がる
・訪問診療ができる機関をエリアごとに配置し総合病院とのネットワークを確立する事・訪問介護と訪問看護がもっと連携が 持て支援できるシステムにする事で介護負担の軽減ができるのでは
介護力不足、各機関を組み入れる説明をしても受け入れは拒否が多い
・介護する方が気負いする事なく、「できる事」「できない事」を伝える。・ケアマネは各機関、事業所との連携を密にし、 介護者に協力していく。
病院医師との開業医との連携不足。家族の在宅介護に対する不安。
・独居の場合は、かなり困難・介護保険の限度額内ではサービス量が不足・医療との密な連携の確保ができない。・緊急時が 不安
経験がなくて、又真剣に考えてもいなくてよくわかりません。
在宅で介ゴしたために在宅サービスを利用していくが医療機関を利用する回数が必要だったり、家族の介ゴがないと支給限 度額が足りなくなる
・在宅生活上で起こりうる状況の可能性を抽出し、家族と支援者側とで事前に想定しておくことが必要と思う。・様々なこと が想定できる為、十分な説明をし承認を得ることが重要。・病院によってはDrの理解・介入が困難なところもある。
当事業所において現在の所、阻害要因は感じられない退院時等のカンファレンスで本人の希望や最期の対応を話し合っている からでは、ないか？
・担当医師の協力不足。
Drの説明不足、介護についての知識不足。利用資源が少ない、サービスの整備が不十分。介護や医療に関わる市の職員の 知識不足、対応が不十分。
・介護のマンパワー不足（夜間入れる人材の不足）・介護保険の重度者の基準単位の不足（必要で夜間ケア入れるとなると限 度を超過する）・ターミナルを迎える家族そのものへのケア提供ができないこと。・ターミナルを迎える家族が行なう家事へ の代行ができないこと。休養もたせ、気力を保つためでも認められていないこと。・ターミナルは重度のケースというイメージ が先行しているようだが、それ自体「家で最後むかえたい」と言いにくくしている風潮そのもの「家で最後むかえたい」と 言うのとわがまま、迷惑をかけるといった思いされる制度体系ではないか。きちんと国としてメッセージを発するべきである。
在宅で看取りを24時間やっているクリニックが少ない。当院も24時間は不可能です。その理由は、往診送と訪問看護師の 体制が十分でない。又、救急外来を24時間行っている。御家族も利用者の介護度が進んでいると介護疲れが出現し、入院さ せて下さいと言われるケースが多い。
家族の受け入れ体制、介護・医療サービスの不足
必要なサービスが速やかに受けられる事が大事 介護の申請が遅れ、認定されるまで、時間がかかる
・医療機関との連携や、対応。・最期における家族への対応、家族のフォロー対制
介護者不足（不在）
スポット的に短期間に集中してサービスに入る態勢になっていないので、ケアマネとしてサービス調整に専念する。また在宅 の場合は家族等の協力がなければ24時間365日の対応は現実的には難しいので、高齢者世帯では対応は難しい。往診でき る医療機関も少ないため、医療的対応にも不安がある。
・家族が対応しきれない・訪問医や訪問看護師より、救急を呼んでしまうので入院となってしまう
家でみとる場合の必要条件是、家族の介護力、限度額内で利用できるサービスでどの位、本人、家族を支えられるか、緊急時 の応診対制、受診対制が確立されており、本人に何かあった時、医療の対応がすぐできないと、家族は安心して、家で見てい くことができないなど、本人家族をとりまく、訪問介護、訪問看護、医師、通所サービス、移送サービス福祉用具貸与などが、 どれだけ本人家族を支えることができるかどうかにかかっていると思う。また、一人暮らしなど家族の形もさまざまであり、 臨機応変な対応ができるよう、受け入れ体制を整えていくことが望まれる。
医療機関…できれば退院の1週間前くらいにCMに連絡し、カンファレンスをしてほしい。以外と、今日、明日の退院という 時になってから、MSWから連絡が来ることが多く、本人の情報や、身体状態もよく把握できていないまま、在宅に戻ること がある。介護事業所…療養者の方の受け入れが難しい（特に老健）など、施設のほうの事情で断られることが多々あった。私 が受け持ちした方はPEGだったが、PEGの方がO名までしか受け入れできないと言われた。療養の方は医療行為を必要と しているので、家族の方の介護疲れを軽減する為に老健を利用したくても、できないことがあり、困ったことがあった。在宅 介護支援するのに、かかせないと思ったのが訪問看護だった。家族へのアドバイスや、心のケアなどもしていただき、在宅介 護はもう難しいのでは、と親類から言われていたが、1年以上、寝たきり状態の拘縮した利用者を実娘と訪看の方と一緒に介 護できた。今後、病院での療養から、在宅での療養者が増えてくると思うので、より、訪看の必要度が増すと思う。
本人を介護する家族の負担軽減や安心感（夜間急変時含む）が得られにくい。現状の医療介護体制の不十分さ（本人、家族に とって）及び、経済的負担の限界や、要介護度認定（負担限度額枠）等が本人、家族の望むレベルにないことも阻害要因。
①ケアマネジャー間の情報共有②在宅医療機関が、どこまでできるか分からない。
介護者や連携機関が本人の希望について情報共有し、看取りに向けて、チームワーク良くやっていく。
家族（介護者）の意志を確認
阻害要因としては、秋田県の低所得事情があげられる。若いものは、ほとんどが供働きであり、日中は不在である。在宅で最

<p>期をと言われても、それは難しいと言わざるを得ない。また、在宅にあるものは、本人の妻や夫であり、老々介護が現状である。往診や訪問看護等をうけながら、在宅で頑張っている家族もいるものの、やはり、重病化した場合は病院へ入院という方向にある。逆に、介護サービスを利用しながら在宅で介護できそうな家族でも、「どこか、あづかってもらえる所はないか。」と、入所型の施設や病院を希望する人が多い。今年、1月には、99才のデイ利用者を70才になる嫁が介護し、最期まで家で看るとして1/27に自宅で亡くなったが、これは、まれなケースである。地域で「在宅で最期を」という考えは、まだ、まだ低いと思う。</p>
<p>本人は在宅にもどりたいくても、家族が家で看取る受け入れをこぼむことが多い。家で最後をむかえることができることを医療機関や介護職などが知らせる必要がある。どのような支援や援助があるのか、どのような経過をおっていくのかを知らせていく必要。</p>
<p>在宅で看取る為、家族の受け入れ姿勢と、Drとの関係 訪看のサービスに応える力。</p>
<p>家族が安心して在宅で受け入れるには、訪問診療の充実家がはかれると良い。Drとも24時間連絡がとれると安心につながる</p>
<p>・24時間体制で在宅医療が可能な病院が必要・上記病院と介護保険事業所とのネットワークの構築・家族や介護者がきちんと本人の希望を理解して協力が得られる。・悩み事について気軽に相談できる体制が整備されている。・訪問看護や訪問介護体制の整備・市町村等からの経済的支援</p>
<p>往診してくれるDrが少ない。Dr-訪看-家族-本人-ディー-訪問介護 意志統一がむずかしい。</p>
<p>住民は“死”を受け入れる準備ができていないため、施設か病院で“死”を迎える。・若病を緩和するケアが十分に浸透していないものの一つの要因と思う・核家族化がすすみ独居高齢者世帯だけでは死を迎えるには厳しいとケアする側にも、覚悟ができていない</p>
<p>・家族の受け入れ、協力・郊外のため、訪問してくれる医師、看護師がいない。</p>
<p>求められるもの1. チーム医療連携2. 行政支援3. グリーフケア 阻害しているもの1. 行財政の仕組2. 人的不足3. 経済的問題</p>
<p>在宅医療医師の不足 家族等介護者の不足 金銭的問題</p>
<p>・在宅医療のネットワークが不十分である。・医療職以外の介護職の方への看取り教育ができていないこと・ケアマネジャーの質の向上が必要。・家族への教育をどのようにしていくか。・家族の心身の負担が大きい</p>
<p>主に家族の対応にある様に思います。</p>
<p>本人が希望しているなら、本人の強い意志を常に確認しておかなければならない。それを希望する場合には、ご家族の同意も強くなければならない。スムーズな終えんの医療連携の理解等、ご理解いただけない場合がある。</p>
<p>・介護者が、本人の訴え、（痛みや、呼吸苦、食べられないこと、など）に対応しきれない。みていられない。不安がつよくなる。・介護保険、医療保険とも長時間の看取りのつきそいはなく、また、かかる時間の予測もつかないので、介護者が看取ることのできる精神的な強さが必要。・24時間看取りをしてくれる医師がいない。・経管栄養、頻回な吸引の出来る介護力。（1人では夜間も吸引が必要では、つづけられない。）レスパイトできる医療施設もない。仕事をしていたり老々介護ではやれない。</p>
<p>在宅の往診医、訪問診療の専門医が不足している。一般の開業医の先生方の意識変革も必要と思われる。自分で病院に来れるうちは診るけど、来れなくなると、別のDrに（往診医）降られる先生もいる。重度の方の受診させる事も困難で、車の手配（送迎車）など、必要だったりするので、そういったものが積み重なり、在宅が難しくなる事もある。</p>
<p>・脱利己性が求められる。・意欲と信頼が必要・在宅療養が可能な社会資源の整備・在宅療養が難しくなった時点での後方支援（病院への入院など、やってみてダメならまた入院して、落ち着いたら、また療養するという在宅療養の循環）</p>
<p>独居の方や老々介護をされているお宅は、子供さんが市外・県外で働いておられます。看とりをするといっても人間の生命、何月何日と決められるものではありません。高令の介護者はもちろんのこと、市外で仕事をしている方も介護休暇はもらえるけれど何ヶ月も休むことはできないし、その間は無給です。生活もあるのでできない相談になります。それよりは、安全で安心して預けられる施設や病院を希望されます。地元の高令者もわかっている方が多く望みながらもあきらめています。</p>
<p>・家族支援が乏しい・死生観が社会として薄い。学習していく機会も少ない</p>
<p>求められる事・その担当する方の情報と病気に対しての認識を関る事業所の中で関る人間全てが周知していること。1人1人で対応や考え方が違わないように良く話し合い、納得した上で、担当する方に関わっていく。・医療機関、介護事業所間もお互いに壁を作らず、意思疎通を行い、協力体制を完全にしておく。・常に聞く、傾ける耳と心を持っていること。阻害している要因・お互いの職に対する過大なプライドや押し付け。</p>
<p>この地域は利用できるサービス資源が少なく、高齢者世帯、ひとり暮らし世帯が多い。同居の人がいても生活の為勤めに出ています。在宅での看護、介護が大変きびしいです。医師の往診、訪問看護もなく具合が悪くなると救急車で、重症の方は救急車で45分以上かかる総合病院まで運ばれます。介護サービスも訪問介護、訪問入浴（地域で週1回）ショートステイ、デイサービス（利用できる限られた日数）福祉用具貸与、購入。市在宅福祉サービス、社協福祉サービス。訪問リハビリもなく、必要を感じたとき家族送迎で遠くの老健施設にお願いします、機能改善の前に家族が体調くずし継続できないケースが続いています。*地域で支える力がなく、アンケートの内容に程遠い現状にあります。</p>
<p>阻害要因～長男の嫁に介護意欲がない（仲が悪い）息子夫婦が共働き（経済的にゆとりがない）</p>
<p>・各医療機関・介護事業所に求められる事・各種職の連携や協力、情報交換、情報提供本人の意向に対しての協力体制で何が可能で何が出来ない事なのか話し合う。出来る事に対しての協力体制をどうするか・阻害要因・家族の意向（在宅では療養、介護が出来ない。施設入所か療養型入院を希望する）・往診医に限られている・在宅介護をする気があるが家族が不安に思うサービスの限界、法的な弊害。</p>

夜間の介護体勢が不十分。急変時の訪問診療・訪問看護・24H体勢の訪問介護をしてくれる事業所がない。ヘルパーがやってはいけないことが多い。
家族への啓蒙不足
往診、訪問看護、訪問介護をセットで（介護ベッド等も）供給できる事が必要。家族介護力によっては病院の方が安いから入院になる。（施設も同様か）その他元々の人間関係によるものも多い。療養者本人が「在宅で最期を迎えたい」と言わない事も増えている。かかわる側としては本人の意向を尊重する事は当然だが家族とのかかわりの中で施設や病院の方が幸せにさせるケースもある事を多く見ている。人間関係の改善は簡単にはいかないが経済的な事情で選択ができないのはなんとかならないかと思えます。
全面的なバックアップ体制、特に看取り行なってくれる医師の存在は重要かと思えます。看取りまで行なってくれる医師が増えることを望みます。また、阻害要因としては家族状況が挙げられると思えます。社会全般に就労意識が高まっている昨今、家で家族と看取ろうと思っている人は減っています。できれば専門家（病院等）に最期はお願いしたいとか、世話するために失業しなければならぬ不安などが、在宅での最期を迎えられない要因になっていると思えます。
安心して在宅生活、介護ができるような体制作り。医療面の不安が大きい。介護保険の対象となるサービス利用の拡大、生活全般の支援。
医療処子を適切に行ってくれる。事業所がなかなかない。訪問介護のヘルパーが出来る範疇の支援が決っている。訪看との連携が難しい。介護保険では単位数の中で支援に入る利用者が多いので当然利用者が必要なだけの支援は受ける事が出来ないのが現実です。
家族の介護力が十分でない。
・精神面のサポート、痛みや苦しみの排除すること。ご本人が、望む普段通りの生活を取りもとせるよう手助をする。・私は、新人のCMなのですが、今回初めてターミナルケアに携わりました 現在、調整中です。利用者の方も入院中。在宅に向けての準備をしているところです。病院の地域医療連携室の方が、病院との、調整又、在宅医、訪問看護STにも、調整して頂いて、本当に、わからないところだらけで、大辺助っています。医療保険の事がわかりずらく、困っています。誰から連絡していいのか、失礼にあたらないか、そんなことも気になっています。
いろいろなサービスで関係していくが、目標の統一化までの時間がかかる。
在宅医と後方HPとの連携
在宅で最期を迎えたい…と言いながら気持ちが揺れる。不安な時にいつでも相談できるようにきめこまやかな対応が必要であり、それが求められる。阻害する要因としては不安に耐えきれない家族の気持ちが大きく左右される。一年かけて、施設と在宅での違いを話し、在宅で看取った家族がいたが両方を体験できる訳ではないので、どちらが良かったか？比較できないので結局はわからない！！
・在宅で最期を迎えるにあたっては、介護する家族の介護力や決心が大切である。家族の介護力を見極め、家族、本人が後悔をしないよう、サービスの調整も必要である。すべてサービスに頼るのではなく、本当に必要なサービスを必要な分だけ調整する。そのためには、本人、家族 サービス事業所間の連携が必要。
本人に必要な医療がどれだけ受けられるか、又、介護サービスがどれだけ必要とされ、それが保険内でどれだけ受けられるか。絶対必要な医療行為でも、職種によって、制限があったり、（やってはいけないなど）範囲が限られていたり、（ヘルパーの内容など）するので、不便そう。要介護度によってもサービスが限られてしまう。又、本人が在宅で…と望んでも家族環境（住宅など）があわなかったり、家族の協力が得られなかったり、経済的な問題があると難しい。何しろ、経済的余裕が十分ないと家族の協力は絶対必要。しかし、現状では、自分たちで勢一杯で時間・労力・金銭面全てにおいて療養者の面倒までは…という家族が多いのでは、と思う。
・24H、医療、看ゴ、介ゴの体制を整えるのは困難。・経済的な理由。・看ゴ、介ゴの負担が心身共に大きく負担と感じる人が多い。また、それらを支えるためのシステムが整備しにくい。・本人が在宅を望んでも、家族は病院での最期を願うことで「精一杯やった」という、世間に対しての対面を考える人もいる様に思われる。
家族の協力が訪問看護と往診医がいることが重要になってくる。夜間の緊急対応ができることも必要である。
・不安を和らげる人と環境が少ない・援助者がターミナルを受け止めきれない
本人は自宅に居たいのだが、家族は自宅で亡くなることを望んでいないことが多い。警察が来たり、周囲の人に知られてしまう世間体を気にする家族が多い。医療ニーズが高い利用者が多いため、ケアマネも家族も不安を抱くことが多い。
・サービスの調整に時間を要する（最期に間に合わない）・近所の目（警察etc）・サポートしてくれる、DrやNsが少ない
ガン患者については在宅診療が充実しており、自宅で大往生が見られますが、それも誠実な実績ある在宅診療があるからです。リウマチなど苦しい病気でも在宅診療の医師が探せず、入院を繰り返す、病院で逝くケースが多いようです。1時間毎に寝返りや、排尿騒ぎをする方など家族介護が限界で、夜間短時間看護、介護の復活が望まれます。経営面、ヘルパー、看護師の待遇を考えると療養者と同じように気の毒になります。弱者が弱者をいじめて成立つ生活では困ります。
・病院の退院許可が下りない為、家族が自宅での看取りを強く希望しても、難しいことがあった。家族の依頼により、訪問診療を受けてくれる医療機関を探したが、なかなか見つからなかった。（老衰でいつどうなるかわからない状態）「医療的な治療を行っていないなら、自宅へ連れて帰り、家族で看取りたい」と家族が強く希望しても、結局、訪問診療が見つかり、退院できるまでに1か月半程かかった。病院側には、患者を診ている責任があって「今は、退院させられない状態」と言われ、訪問診療は「病院の退院許可が下りないと受けられない」「経鼻栄養は管理が難しい」と言われるのも、理解できる。しかし、家族が「急変を承知で退院させたいと言っているのに何故、家族の希望を叶えてくれないのか。これでは、八方塞がりだ」という思いも、家族の身になると同情した。

家族負担が大きいこと。医師の協力がなかなか得られないことから難しいと思います。
家族が休みたい、と感じたときにすぐ受け入れる所が少ない。老健施設が胃ろうや認知症の方を受けなかったり…。
・本人の思いを聞き、希望がかなえられるように、話し合いや調整などを行っていく。病気のことを良く理解し、対応できるようにする。・家族の不安感や、事業所の知識・技術不足が阻害している要因にあげられる。
・医療機関：病状説明や予後、病名告知を行い、退院前・退院後にカンファレンスの時間をとり、在宅生活について、検討する場の提供。〈阻害している要因〉業務多忙、人員不足、ゆとりのなさ。介護保険を理解していない。在宅の現場を知らない。地位的な格差を感じ話にくい。・介護事業所：医療との連携不足やケアマネの力不足により本人の希望をききだす能力が統一されず、不安を招いている。チームケアが充実される事を望む。〈阻害している要因〉医療関係者への連絡経路の未熟 ケアマネの質の差が大きい（各個人） 研修不足（経験不足） 教育者の未熟
・独居又は高齢者のみ世帯が殆どどの為、介護者不足、介護能力（技術）不足などが挙げられる。・24時間の医療管理が現状では難しい状況にあり、24時間体制の医療施設（訪問診療）や訪問看護等の充実が必要。・医療行為（軽微の）が医療関係者や家族に限定されていること。
家族も含めて、患者の状態悪化に対して見守ることができず、救急対応をしてしまうこと。
〈求められること〉・医療と介護事業者の連携・縦の関係での連携ではなく、横の関係での連携・家族への心理面のフォロー・本人の「生」への尊厳の尊重・本人へのメンタルフォロー 〈阻害している要因〉・医療従事者と介護従事者の壁・介護支援専門員の知識不足・医師の時間調整の難しさ
・訪問介護や訪問看護を利用するための料金が高い。
在宅で最期のイメージが家族～スタッフに持てるしなっている。
受け入れる所の数、経済力
・本人の希望、本人をとりまく人々の思いが異なり、病院搬送される事が多い・本人をとりまく人々の、医療処置指導が不充分である為、不安、動揺が強くなり救急対応となる
・主治医からの病状説明と在宅で最期を看取る為の心がまえ等の話し合い・ケアマネジャーによる家族介護力の確認・一時入院の可能な提携医療機関との連携・レンパイト入院の受け入れ・チームで情報を共有し同じ目標に向かって支援していく姿勢（多職種連携）・家族の介護負担の軽減・本人への精神面のケア（専門家による）・訪問診療、訪問服薬指導訪問看護の緊急対応等の医療面のネットワークの充実・医療と介護の連携（阻害している要因）・痰の吸引や胃ろうに対する支援、医療行為への制限がある（ヘルパーは行えない）・絶対的な介護力不足（老々介護、独居、介護者が夜■忙しい等）・個人情報問題より近隣の協力が受けにくい・独居の場合保証人問題や医療行為に対する同意を誰が行なうか？・貧困家庭の増加による介護費用の制限・24時間対応のヘルパー事業所がない
本人の強い意思で家という希望はあるものの独居でありキーパーソン不在（遠方等で帰省して介護が出きない）介護者はなかなか在宅介護にふみ込めない。在宅での生活もサポートを細かくすれば出来る事をキーパーソンである子夫婦等に説明する介護の困難さのみ思い、わずらわしい介護に消極的。サポートするケアマネも24時間すべてサポートできるわけでもなく強く在宅介護をすすめる事が出来ない。
〈求められること〉主治医、訪問看護、家族の考えをひとつにすること。いつでも連絡できるようにしておく。家族があわてないように症状変化を事前に説明しておく。〈阻害している要因〉お互いの考えが食い違っている。ご本人の病状が在宅で過ごすことが難しくなった場合。
・在宅医療サービスが不足 在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションが足りない。個人医院のDrに主治医を依頼した所、休日や夜間に連絡が付き結局救急車で入院となってしまった。・介護保険サービスの限界 ターミナル期を在宅で過ごす為には介護サービスのみでは不可能であり、結局は家族等の協力が必要。・経済力、介護力 現役世代で共稼ぎでない、介護に専念できる人が非常に少ない、自宅で見取ってあげたいという気持があっても現実には困難（現役世代の生活がある）介護休暇なる制度はあっても、期限が分からない。収入の保障もない中で実際に活用できない場合が多い
・ICFの理解を医療者、介ゴ者に求める。・ヘルパーの介ゴ報酬を上げる。（採算性の向上）
・延命処置として胃ろうをすぐ施行されていますがそれは、本人の意志としてどうなのか分からないので。・家族は介護をしたがらない、大変だからと言われます
夜間の介護力が足りない事が多く、又、家族が、看取れる場合とそうでない場合がある。一人は家族に看取られて静かに息をひきとったが、一人はとてもねたきりが長く続き家族も疲れていた。一人は朝、起きて、すぐに亡くなったが、身寄りがあったが、ヘルパーが訪問時の最期であった。いずれのケースも、主治医が好意的に動いてくれたので、家族も安心されていた。
・自宅で最期を迎えるにあたって在宅診療をしてくれる先生が少なく、又、患者がいっぱいで、受け入れてもらえない。・かかりつけ医が、ある程度の大きな病院で、介護度が高くなっても訪問診療してもらえず、通院しなくては行けない。・決められた時間でないと訪問できず、緊急時等対応が難しい。
地域の訪問医師。
家族、医療機関のささえ。本人、家族の希望がいっしょであれば、可能であると思う。
急変の時にすぐに対応できる往診の体制。訪問看護と訪問介護の連携の大切さ。家族への思いやり。阻害しているものは、家族の受け入れ。
在宅での看取りの主役は「家族」だが、初めは「看取る」覚悟ができていない家族も、病状が悪化していくにつれ、不安が強くなり、動揺し、最期はやはり病院で亡くなる、というケースも多い。それは、「こういう時はこういう経過をたどる」「次はこういう状態になっていく」という病状の予測される経過を何度も家族に説明し、「こういう時はこういう風にして下さい」と伝えておくことが必要である。その上で、「どんな状況にあっても、最後まで一緒にいます」ということを言葉で伝えておくことが大切。「グリーンケア」とは、亡くなる前から始まっており、きちんとした看取りができた家族には必要ないことが

多い。
・ターミナル期でも、入院中に、在宅での選択肢をていねいに説明する機会を設けていくこと・本人の意向をカクニンする機会やタイミング
24時間体制で在宅療養を支えるためには在宅医や訪問看護ステーションも24時間体制が必要であるが現実には皆日中勤務している中での対応であるため医師や事業所側の負担もかなり大きい。
療養者本人を支える家族の支援、主治医の協力 24時間体制の医療のサポートの難しさ、家族との考え方の違い
本人は希望していても、家族が入院させるケースがほとんどと思われます。
・サービス事業所が少ない為に、希望をかなえる事ができない。・働く人が少ない為に、十分なサービスが提供できない。・医療機関が遠すぎる。
最終的には家族や本人の意志を大切に、対応する
不安（本人一人ユキ）
・急変時の対応、症状の早期発見等において、医療機関をはじめ各訪問スタッフの連携が必要不可欠だと思う。利用者の情報の共有が十分できるようなカルテ等のシステムがまだ十分、活用できていない。
本人・家族の希望や、その時の状況にもよるのではないだろうか。私たち法人は、訪問看護があるので、在宅で亡くなるケースが多い。
・本人は在宅で見とりをと思っていても家族はできないと救急を呼ぶことになるだろう。かかりつけ医は呼びにくい（夜間帯は）とのこと。・ケアマネや介護事業所へも電話を夜間帯はしにくいとのこと。・かかりつけ医の方から夜間帯は救急を呼んで下さいと言われることが多い。
求められること。・良心・利他主義・粋・覚悟。阻害していること。・政治不安・雇用不安・金もうけ主義者・利己主義者。
主治医の協力体制が不足している。
・自宅での介護力。老々介護が多く、知識も少なく不安があるから入院させるケースが多い。・ショート施設等でも特に重度化する疾病をきらい傾向がある。・応診、訪問診療機関が少ない。・自宅で生活する上で年金等の問題もあり、割高な医療系サービスを導入できない。・特に田舎で自宅にいる介護者が多数ではないが、都会に出て働くことのできない、知的障害者等をかかえた家族が割合が多く、適切な介護さえもできていない。本人を引きはなし、やっと適切な介護の提供ができる状態 * それでもしっかりとした家族には「在宅での最後」を説明し、くりかえしお話をするようにしています。頼りになる先生もいらっしやるので！
できる限り速やかにご本人の思いを達成できる連携。ゆっくり思いをきける時間。介ゴ者をサポートできる体制。医療と連携。
専門職意識で、医師が特に改める必要を感じる
・訪看の単価高い・インフォーマルが少い・ボランティアの充実が急務
・介護者の負担が大きい。・Dr、NSの24時間体制がむずかしい。
「家族の不安」家族指どうが必要、不安の解消
・本にんは望んでいるが、家族が受け入れられない。・急変で運ばれる、など、以外な事で運ばれて亡くなるなどのケースが多い。ターミナルなど、余命宣告されていないと難しいと思います。また、自宅死は、病死でなく検死というものもあると思います
介護者負担、やすめない
最期を迎える在宅である程度になると思うが、安心できる医療とサービスがないし、今のところは何かあれば、病院になってしまっている。在宅で介護などするにしても、使えるサービスや金銭的にも家族の、負担が大きいのも問題である。
私の職場ではターミナルを抱えたことはありませんが、実際に、受け入れを行うにあたって、必要とされることは、医療チームとの連携です。共有された言語が通用しないことがあります。それは、こちらの時間や労力によって少しは歩み寄れるかとは思いますが、一期一夕でなしえるものではありません。ここは、（話が飛びますが）、やはり、財源を見直し、無駄使いはやめて、即席ラーメンのようなヘルパー（私も持っていますが）の資格者に、専門性の高いケアを行うことは避けてしかるべきではないでしょうか。
核家族化、共働きが増加する中、末期症状を在宅で看るのが難しい現実がある。
訪問診療、訪問看護、訪問介護の24時間体制やケアの充実を図る必要がある。地域によっては隔たりがあり、在宅で看取る体制を整備し、訪問介護による医療行為の緩和、緩和ケアにおける各専門職のスキルを身につける必要がある。
介護力が重要です。本人にその気持があっても家ではという方もいらっしやいます。往診医訪看が、十分機能している今は、在宅死は実現できる課題です。むしろ独居の方が最後の最後まで家にいるケースが多いですネ。こちらも頑張っているいろと動きます。本人さん達はまあ満足だったのではないかと勝手に考えています。家族のゆるる思いにつきあうことができるケア提供者が必要でしょう。次に来る問題の予測がつく方、そしてチームが協力的であることが重要です。今ALSの方のところでヘルパーさんが、本人の中に同調しすぎてしまい、チームが、バラバラになりそうになってます。ヘルパーさんの立場も十分わかります お互いに相手の状況をみていかないと自分とこのテリトリーはこうだと、言ってしまえば、チームワークがなくなってしまいます。ALS本人さんはそのヘルパーさんが一番いいようですので周りは、摘状態です。むづかしいですが、ICFに基づくことができないであろう方です。病識をもつこと、病氣とどう向きあうか、本人に考えていただきたいのですが、まるで自分の身体ではないような発言（パソコンでの画面上ですが…）家族は元々の性格なのでおっしやてますが、自分の身体をとりもどしてほしいです。
本人から在宅へという希望がない 希望があるのかも知れないが意志表示される人がいない 延命治療を拒否すると退院させられるので延命治療をして結果としてその後間もなく死亡するという事例さえある。家族が在宅を希望しない場合が多い「家

ではみれない」と云う。
お金。家族で介護するには限界があるのでヘルパーや訪看にたよらざるを得ないがそうすると、実費がかなり出る。最後はやっぱり「お金」の問題になることが多い。
過疎地域の医療系サービスの充実
・療養者本人や家族は在宅での最期を迎える事に対しても不安が大きいため、心配や不安を取り除くように説明が必要と思う・医療機関は、いつでも、安心して相談相手になってくれるように、働きかけて下さい・介護サービス事業所は重度療養者の受け入れを拒否しないでほしい
ターミナルケアに対応できる医療機関が増える必要があると思う。在宅で最期を迎えたいと思う人が多いが、ターミナルは健康状態が不安定で、急変にも即座に対応していく必要がある。知識とスキルを持っている人材はまだそう多くはないと思う。又、医療と介護さまざまな側面から支援していく必要があり、各事業所の細かな連絡・調整が必要である。公的なサービスだけでなく、ボランティアなどインフォーマルな支援も必要になってくると思う。又、見合った後、残された家族に対してのグリーフケアも重要な支援のひとつである
阻害要因 昔しのように大家族での生活習慣が崩れ、個人主義と成り、個々の生活重視と子が親等の死について実体験がない事。最後のみとりが出来ない子供が多い事。家で葬儀が地域コミュニティー等で行われている事が普通になった事、近所つきあいが無い為に助け合うと云う煩わしさ、全て金で処理出来る几調に飲み込まれた事。病院もサービス精神旺盛で直ぐ葬儀社に連絡、手間がかからず病院も、葬儀者(社)・亡くなった家族も、システムに何の違和感なく受け入れている。よって、在宅で最期をと病院側(Dr)は本人の意志を尊重して在宅の段取りを採り退院させるが、様態の悪化で救急車にて再入院そして死に至る。
24時間体制で支えるという事は、その体制を作る事が大変むずかしい。いかなので、従事できる人を見つけられない。
急変時の対応を、医師、看護師、訪問看護員、家族等と密に連絡調整を行い、適切に対応する
なるべく御本人の希望にそえるようふだんから、主次医、家族、ケアマネ、サービス事業所等間の連携をとっていかなければいけないと思う。
求められること。医療に関する知識。阻害している要因 介護力の不足。
本人や家族の意志を尊重する。阻害する要因は、「治療をしないのなら、病院に連れてくるな」という医者。考えられる治療が、一種類しかない医療機関。・どういう最期を迎えたいかと、家族間で話しあっていないと、在宅で迎えることは難しい。
高齢者世帯となっており主な介護者が高齢で有る。「在宅で最期を迎えたい」という本人の希望を叶える為に各事業所の担当者、医療、社会資源、公的資源等、最大限に活用し、御本人の住み慣れた地域において、今後も安心して暮しが送られる様にチームケア一丸となって御本人やその家族に支援を行う。
・介護保険料 現場を見てほしい(協力的な自治体もありますが、それは孤独死等事件があってからです。まだない所は上から下目線で、働きかけを阻害される事が多いです)介護保険課に看護師やDrを入れるといいのかも?
各家族の就労や介護力、行政制度、地域の介護力(サービス含む)などが阻害要因として上げられると思う。行政よりも、自治体や地域事業者など、地域に密着した事業者や協力団体を主に環境整備を行う事が大切だと思います。
往診医が少ない。電話で往診をお願いしてもすぐに自宅に来てもらえないという声もある。家族介護力の不足。同居の家族がいても、在宅で看取りをする覚悟がない。すぐ入院や入所をさせてしまう。本人も家族の介護を遠くよして、しかたなく施設入所を望む人が増えている。小規模多機能など、在宅療養者を毎日見守りできるサービスを安い料金で利用できることよい。
・地域医療、往診医の確立、協力が少ない。・家族の意志、協力者が少ない。・経済的負担。
・医療支援者により状態変化時に対応できる体制必要。家族は状態変化に常に不安をもっている・介護者を支える、周りの家族からの心身両面の支援が必要・病院からの退院時、在宅医師との連携ができず信頼できる往診医探しに難しいのが現状
求められること・看取りが自宅のできることを前向きに伝えていく・看取りの具体的な方法・どうするか等を入念に指導する・緊急時は24時間対応することを約束し、実行する・関係機関全てが上記を承知して連携しながら対応する。阻害している要因・何かあれば病院へ行けばいい(救急車を呼べばよい)としか考えていない。他の方法があることを知らない。(本人・家族はもとより医療関係者も)・家族に指導(看取りを)できる人がいない。・医師が在宅の看取りに無感心で訪問しようとしめない。・ケアマネも看取りについて知らない人が多い
・家族が重病人を看取ることが出来るしという意識や不安がある。・病院が一番良いという医療機関、家族の意識がある。・本人の意向がわからず病院に任せてしまいがち。・家庭環境面が不十分である。・介護保険制度が手続き、利用にあたり複雑である。特にターミナル期においては制度が弾力的に運営される必要があるか不可解である。
受け入れる医師が少ない。
在宅で生活させたいと言う方はあります。ただ急きょ看る事ができない場合があります。その時利用できる施設がないです。特養のショート等胃ろうはダメ、酸素はダメと制約があり不可能です 病院においても社会的入院であるため不可能の現実です 介護保険以前の様な福祉サービスにてショートステイを利用できる場の確保や医療行為の伴う方々の利用施設が必要で病状の悪化に伴い、入院を要求する医師があり、在宅で最後を迎えられないケースもあった
訪問医師、看護の充実と、連携をとりやすい環境。
・家族の負担が大きい・本人及び家族の覚悟は相当な覚悟が必要で結局は無理と言う事になる。
・私の担当した場合にはやはり家族様の不安が大きいです 考えられる症状、それに対する緊急時の対応等、計画していても、家族様が心配して病院に戻ってしまう事が多いです 家族様が独り、もしくは、昼間家人が居ない場合主介護者様の精神的フォローが難しく思います
・独居、老いた介護の場合 マンパワー可をたたくきそい、見守ってくれる人はサービスとしては難しいので、看とりの経験者のボランティア会などが必要。・生活支援のサービスがつかえず困ることも多い。・月7万程度の年金生活単身者だと、在

<p>宅のサービスでは資金的に支払いが困難で入院するケースが多い。在宅でくらすとは、それだけでもエアコンの故障やブレーカーがおちる（電力不足）水まわりの修理、冷ぞうこ買い替えなど、ひとりですらす上でのリスクがあり、借家の場合は追い出しのイヤがらせもあって、弱者がくらすこと自体が難しい地域もある。・飲酒・寝タバコ・大声などは地域住民の中でも一般的に理解を得にくく、支援に対して「ムダづかいだ」と周辺住民から訪問者が叱責されることもある。駐車違反で通報されたりする。（医療以外は駐車のみとめられない）</p>
<p>医療現場、介護サービス事業所の現状等、提供する側の体制づくりがとうてい出来る状況ではない。人員不足、過重労働等、地域格差がある。</p>
<p>いつでも相談できる医療サポートがある。キーパーソンを支える数名の支援者がいる。昼夜、必要時にかけつけてくれる医師、看護師のサポートがある。</p>
<p>・夜間等の対応のための医師の輪番制度等の体制の不備・御家族の在宅医療の限界と長所の理解と在宅死の受け入れの不足</p>
<p>本人や家族が安心して、在宅で生活ができるよう、医療関係者をもっともっと、サービスとして、導入していくべき。そして、医療職との情報交換や連携により、介護サービスも不安なく、支援に入れるようなフォローがあるとよい。なかなか、主治医や、医療関係者をまだ支援に十分ひきこめていない現状がある。</p>
<p>往診医の確保 地域に往診できる病院がほとんどない 町財政が難弱 個人因子として・在宅で長い間お世話をされ終点が見えてきて（往診医も確保）よりよいゴールをめざしていても、家族に最後を看とる時の不安が強く、入院→I W後死亡されるケースあり。・病院の方が安心・隣り近所の目を気にしすぎる 何度も説明を繰り返したが、力不足</p>
<p>医療機関・往診しているものの、夜間は、クリニックは不在で連絡もとれないこと。・はじめは最期を家でむかえたいという思いはなく、というか、そこまで本人にかくにんせす退院することも多い。途中で家で最期をとんでも、往診医が、みとりに積極的でない場合、難しくなってくる。</p>
<p>・24時間の体制で支えられるうけ皿の不足・介護している家族に対する終末期の介護についての知識、技術を説明したり、指導することがきちんと行われていない医療機関・介護事業所共に家族に説明・指導できる知識・技術を向上させることが必要と思う。</p>
<p>・医療機関に関しては、明らかに救急搬送が必要な場合以外の判断に困った場合の相談、往診（特に夜間）が気軽にできる状況とシステム作りを、どこが主治医でも出来るような環境作りをしてほしい。・阻害している事は同居家族の不安感。</p>
<p>求められる事→24時間体制の対応。医療との連携。疾患に対する知識 阻害要因→サービス量が少ない。事業所を選べない。事業所の都合に利用者が合わさないといけない。</p>
<p>・本人はその希望があっても、家族が同意しない。・夜間往診してくれる医師、看護師が少ない。</p>
<p>・希望としては在宅で住み慣れた住いで最期を向きたい。しかし現実には傷害や認知症、■急性があり、家族もとまどい、医療機関、施設にたよってしまい、当初の事はなかなか実現出来ない。・社会現象として、お互いに助け合う社会的環境が弱い。個々の考え、倫理、法律がなく、自己防衛のみの発送に致っている。・自宅で最期を向けてのマニュアル的なものがあればうれしい。</p>
<p>・それぞれの役割を明確にして、チームとして話し合いを行うこと。・本人を中心とする事・家族の考えや思いを1つにまとめる 阻害要因・家族の役割が1人に集中して負担となっている場合、その他の家族の協力が得られにくい・Drの対応が悪い</p>
<p>■■診療がなく、家族が不安となる。</p>
<p>介ゴガが少ない。家族が少ない。協力者が少ない。</p>
<p>事前に予後説明を受け、納得しているようでも、状態が急変するとうばいして往診医を呼ぶ前に救急車を要請してしまう家族も存在する。死を受け入れることは頭でわかっていることと、現実でまのあたりにするのは違う。</p>
<p>○家族への支援、指導。○その本人の思いを皆で共有するのは困難。特に「家で看取る」ということへの家族の理解、覚悟がない。それはそれは難しいと実感している。○在宅医療専門の医師が必要○訪問看護の役割がもっと必要ではないか。</p>
<p>現在経験なし</p>
<p>・認定調査時のADLで、結果が出る為、急変時の対応が困難。末期は、余命を見こしての結果を求める。もしくは、末期の方は早急に認定結果を出す。・医療機関から、正確な情報とご家族・ご本人の病気に対する理解度を開示してもらいたい。・医療の部分も対応できるヘルパーの増加。（胃ろうなど）</p>
<p>①胃ろうや吸引など、ヘルパーが行える制度の確立をめざすべき。家族が仕事をもちながらでも在宅で看取れるために。②ヘルパーの年齢制限を設けるべき。（80才でもヘルパーをしている人がいるため）ヘルパーの質をあげるには、講習を一定の資格を設けテストも受けさせるべき。（介護福祉士除く）</p>
<p>在宅で最期を迎えたとしても医師の往診などがなく死亡診断書を書いていただけない場合が多い。救急車などを呼んだ場合、延命処置を行うため穏やかな死を迎えることは難しい。昔のようにすぐかけつけてくれる医師がいればいいのかと思う。</p>
<p>最終の看取りが深夜であった場合家族の不安が大きい 親類等の人々の理解不足がある。医療も受けさせないで…等の不平不満が噴出し家族が追い込まれる。訪問医師不足、家、施設で最期を望んでいても死亡確認の制度がはっきりしないのは困る。例えば開業医にいつも親でもらっていてもたまの留守に不在であったら救急搬送し死亡確認をしてもらいたくても公的病院と開業医の連系や相互理解が困難である。安心して最後を看とりたいと思っている家族や職員はいる。以前在宅死が普通であった頃とは社会事情ずいぶんちがっているのだからしばらく時間がかかりそうである。あえてその機会を早く迎えるようにするならば家族が1人居て、サービスが適宜導入されることと思う。最初は家族に手当等を出しながらでも啓発するとよいと思う。</p>
<p>在宅でささえていくためのマンパワー（家族の介護力と介護サービス量）</p>
<p>ご状態が悪化した時の家族や訪問介護事業所の介護体制を整えにくい。夜間の訪問看護や訪問診療にも限界がある。</p>

介護保険の制限。医療機関の在宅への協力、支援。
ここでの「在宅で最期」の意味がよくわからない。入院して1カ月以内になられた方の人数を含んでいる。
在宅での生活を維持していく為には、各機関との連携し、患者と家族が情報を収集して一元的に保有し、各関係者が患者の情報を共有する事が出来るシステムが必要である。又、介護者の社会的環境を考えて行かなくてはならないと思います。
訪問診療を行っている医療機関が少ない。御家族、患者にとってわかりやすく利用しやすいシステムになっていない。また家族に在宅死を受け入れられる心がまえができない。身体状態が悪化してくると不安が強くなり、入院を選択してしまう。また、介護や医療保険のサービスを利用して、常時介護してくれる家族が一人は必要であり、家族が仕事を持っていけば難しい。
本人の金銭、住宅問題が阻害している。医りょうキカンとしては■り人が非常に少ない
医療機関や、介護事業所は、できるだけ本人希望を叶えて差し上げたい気持ち強いが、独居では、サービス利用だけでは対応できず、インフォーマル部分でも持続性に不安を感じる。又、家族のいる方は殆ど、家族が、それを望まれるケースが少ない。
在宅で最期を迎えたくても、その時を迎えるにあたって、医師を呼ばなければならない。また、亡くなった後の聞きとりや、解剖の有無等、“在宅で最期”という言葉に想像される、家族一同と手を握り合ったまま…という理想には程とおい、現実がある。自宅で最期を迎えたい人が大多数だと考えられるのに、実際は手間や、嫌な思いをするだろう、といった理由から、それが出来ないという理不尽さに憤りを感じます。本人の生前の意思確認などがあれば、そっと自宅で最期を迎えさせても良いのでは？と考えてしまいます。
入院中から病院関係者や各事業所が密に連■して、退院後の生活について、統一した意識を持つ事が重要だと思います。
基礎疾患が医療ニーズの高い人や複数疾患をかかえている人は在宅での最期への要望は比較的低い。年齢が若いことが多い。90～100歳位の超高齢者になると本人も家族も人生の修焉への心積りが出来、死を受容できる下地があるのでそのことが在宅での最期へつながるのだと思う。が初老期の患者が病院での最期がたとえ不適切であったとしても「手を尽したのだから」とのあきらめ方が巾を効かせているのではないか。死への序章はメタルケア、学習していくものと思う。安らかな死への導入は必須である。ホスピスだけが担う機関であるわけではない
医療機関からは在宅で介護する上での具体的な指導（医療面での）例えば、吸引や経管のやり方など。万が一家族が（介護者が）倒れた、介ゴがむずかしくなったときの病院でのバックアップ。ショートステイ先（介護保険）が呼吸器、吸引、などの医療ニーズの高い利用者が利用できない
○家族の介護力不足○経済的な問題（サービス調整時にネックになります）各々が各々の仕事を充実させ連携強化により、可能とさせると考えます。各医療機関に求められること→K末期の方などにおいて、在宅へのスムーズな移行のために、本人・家族へのメンタル面での支援の充実。その時期をみこした、在宅関係機関への報告・連絡・相談 介ゴ事業所に求められること→素早い在宅サービスの調整
○訪問診療“みとり”まで往診します。とする診療所、かかりつけ医を増やして欲しい○2人に1人は癌で死亡するといわれる時代、痛みのコントロール、緩和医療、麻薬が使える、医師を増やして欲しい。○嫌じゃ嫌じゃ病院に行く位なら死んだ方がましじゃ」と言われた利用者さんを死亡される、6時間前に説得し（みとり）をされない医師が「仕方なく、うなづかれ」病院に搬送したことが今でも心残りです。○でも、今、私が担当している利用者さんは、ぎりぎりまで在宅で生活し、最後は病院でという方が多いです。○在宅“みとり”の医師不足だと思います。訪問看護は、ほとんど24時間対応で動いていますよ。在宅医療の問題は医師ですね。
在宅で、妻が看とられたケースで、入院中M、ソーシャルワーカーから在宅復帰か、療養型の病院に転院かの選択に立ち合い在宅を望まれ（夫婦共）支援したケースですが、在命。退院から4カ月間往診と訪看・訪問介護事業所2カ所利用で連絡ノートを利用し、妻が高齢者世帯で不安なく対応出来る内容で結局看取りは、朝方妻が受けとめる型で終わりました。支援した者は、その後の配慮もしましたが、療養用に工夫した居室をすぐ以前の応接間にもどすなど…ただ初7日過ぎた頃、妻（奥さん）が云われるには「今もおとうさんがならす呼びりんの音が聞こえる気がする」と云われ、連絡ノートを読みかえしてしまうので、これはもらって下さいと云われ受けとった事があります。高齢の妻だけでの看取りは、その後の残された人にとっては、きつい日常だったかもしれません。受けとめる家族の数にも配慮すべきだったのかと考えさせられました
最後まで命を永らえたいという家族の気持ちが強く、そのため容態が悪くなれば入院させる事になり、入院先で最期を迎えている。
1、仕事等により介護するマンパワー不足（家族介護力）2、病院の方が、お金がかからない。（経済的）この2つが、阻害要因としてよく上がります。在宅で最期を迎える場合、環境整備、サービス調整など行うのに時間が掛かる。その為に、なるべく早く退院の調整を行う必要があります。病院のターミナルへの理解・協力が重要で、特に大病院の若い医師の方々への教育が必要だと思います。在宅医療やターミナルの経験が少なく、共通のテーマで話しが出来ていない部分があります。私の住む大村では、医師会の先生方を中心にターミナルや在宅医療の体制・サポートシステムをしっかり作ってくれていて大変助かっています。
希望をかなえる為に求められるのは互いの考えを尊重できる介護・医療の連絡。しかし、現状ではケアマネジャーを含め考えがたよっている事が多く、実現できない事が多い
看取り希望の患者を断る、診療所やケアマネが少ないからいる。在宅で最期といっても、急変時は救急で対応してほしいというニーズの患者や家族が比較的多い。ギリギリまで在宅ケアしても、最期、死亡診断は病院でという意識は、患者・家族のみならず、医療・介護の関係者にあると思う。
終末期医療の提供を在宅で病院と同じ様な環境を整備する事が困難である。医師－看護師－家族の連携と協力がうまく機能する環境はいずれの場合も困難である。
在宅医療を指示してくれる医師がいない。協力病院も少ない。主治医が無理！と言ったケースも多い。家族の“みとり”の考

えが（想い）理解できていない。
介護力や緊急時対応（特に夜間帯の対応）が問題となる。緊急通報装置の設置についても当該市町村については独居でないと設置出来ない等の矛盾を抱えている。（高齢者世帯では必要なケースもある。）医療的な不安もある。経済的負担や家族、介護者の精神的負担も大きい。疼痛コントロールの困難さも考えられる。
最期を看取ってくれる主治医の存在が1番 終末期になってもあわてず看守れる家族のあり方。家族に対して、指導、はげまし、支えとなってくれる訪問看護訪問介護師の存在。柔軟に対応してくれるケアマネ、ヘルパー訪問看護師の存在。やはり覚悟はできていても終末期にはあわてたり見るのがつらくなったりします。その時家族がどう判断するかだと思います。家族をしっかりサポートできるかどうかそれぞれの職種の力量だと思っています。
これはたまたま私の周りにいないだけかもしれませんが、まず本人は在宅での生活は望んでいます、何かあれば病院に行くモノだととらえているみたいです。そして当然家族も…。ただ本人よりそのような希望がある以上、現制度では往診や訪看利用をしながら…というのが一般的ですが、急な連絡に対応して頂けない現状もあり、なかなか理想につながるまでには至っていないような気がします。（特に過疎地で著明）
迅速な対応。知識・連携。24時間対応体勢 阻害しているのは、医療費負担・家族の負担
当事業所では、在宅における看取りの事例がほとんどないために、具体的な対応・課題については表現できませんが、今後在宅における終末期ケア等が必要となった場合を想定すると、介護・医療スタッフの綿密な教育が重要となってくることと思われます。また医療機関との連携が特に重要になるのではないのでしょうか。家族が医療機関での終末ケアを望むという傾向が強いことも課題となると思います。多種類の医療・介護事業者が24時間対応のサービスを提供することにより、家族の経済的負担をどのように賄うのかという負担の軽減化を実現して欲しいと思います。現在の国民年金による収入では24時間の在宅ケアは難しいのではないのでしょうか。
在宅での見回りの経験がなく、家族、スタッフもあたふたとしてすぐに医療機関に搬送する流れが一般的になっている
家族が在宅で死迎える事に不安が強い。又物理的に困難。（介護者が高令、又仕事を持っている等）末期に呈する主な症状（喘鳴等）経過について事前に説明し、介護者や親族の不安を軽減する。（核家族となり身近で死を見る事がほとんど無い）
本人がのぞんでいても家族がのぞまない場合もある。家族の考え方と本人の望みが一致した上での支援となるため、医療や介護の事業所が阻害しているとは考えられない 在宅での医療設備の確保（在宅での無菌室）や在宅での手術が可能であるとか、夜間のヘルパーや看護師の配置がうまくゆけばもっと安心した最期を迎えることができるのかと考えます
「死について具体的に考えておらず又保険も少なくなってきた。よってそれなりの準備心の備えを行なっても「苦しい」その言バが本人から出た場合パニック救急搬送がある。
・往診医、往診医をバックアップする病院が必要であり、連携がうまくとれていること。（緊急時、検査時に受け入れてくれる）・訪問看護と往診医との連携・訪問看護、往診医（特に看取りをしようとする医師）の不足。・家族の介護負担軽減のため、レスパイト入院できる体制。・本人、家族の意向を尊重した治療。・医療側→介護者（ケアマネジャー、介ゴサービス事業所）への情報提供。
・独居への不安。・サービス不足。
・医療機関の協力体制・介護事業所の共通認識。・受け入れる家族の協力、思い、考え方を徹底して話し合いを行う。本人の希望をかなえるためには、何が問題なのか解決出来る様に支援する。
家族が看てあげられない 独居、老々、介護力不足（在宅O2や吸引 経管栄養の管理や手法ができないなど）家族間の意向のくいちがい 経済的困きゅう◎求められる事 精神的支え 接遇 心くばり 各事業所間の連携い 緊急時の対応連絡先の確認など
各専門職同士の密な連携。日々の日常業務に時間をとられることが要因。
医療と介護との連携。（往診、訪問看護、訪問介護など）介護力不足、知識不足等
主介護者の意識、能力、経済力を確認し、おぎなう。
・現状在宅死を選んでも事件扱いはされることも考えられる。往診してくれる医師・訪問看護等、在宅医療の充実、警察、消防署へも理解が必要かと思えます。・身内による在宅看護・介護が受けられない場合、時間・料金・ヘルパーでは医療行為の制限があるなど、他、介護認定においても、病状の悪化・進行が（急速な）予測されていないため、サービス調整が追いつかなく、介護保険サービスだけではまかなえない。
訪問診療は行うも、在宅での対応が行えない。とりあえず病院へ搬送されるパターンが主である。在宅の場合は、まれである。（自殺も含まれる）
本人から在宅で最期を迎えたいというケースは1例もない。生前、本人と家族の間で話されたということから、家族が、当方に伝えてくるというケースが、主を占めている
介護者が2人以上はいないと継続が老々介護も多い為難しい 本人の希望だけでは叶えられない支える家族様の理解も必要と思う 往診医のバックアップ
関わる人全てに“看とり”の気持ち心構えが必要と思われる。老いや疾病に関する理解も必要なのでは？本人は病院に行きたくないと言っていた。（元気な時）妻も最期まで家にいさせてやりたい、管につないだり、入院させるのはかわいそうだからしたくないと言っていた。ところが、しばらくぶりに来た孫などが、「どうしてここまで放っておいたの？」と救急車を呼び病院へ。そして入院。退院もしたが、息が苦しそう…と救急車を呼び病院へ。結局最期は病院で亡くなった。同居している家族だけでなく親族も含め全ての人に老いや死というものの考え方、本人の考え方（思い）など共有しておかなければ在宅死は迎えられないと思った。
阻害因子である家族の反対意見をどのように協力体制に向けられるか？がキーポイントです。前向きに「看取り」を考えている家族は、条件をあげてくれたり、できることとできないことを区別してくれたり、「あとで後悔したくない」強い思いを持

<p>っている人が多いです。看取りを希望しない家族をもつ患者さんは、施設や病院など、在宅を希望しない人が多いです。家族の反対をうけてまで在宅看取りを願っていないようで、辛い点であります。</p>
<p>・延命治療を行うかどうかでも元気な間に本人（理解可能なら）家族にもしっかり聞いておく。普通の生活ができる事が一番の幸わせで、最後まで人間らしく生きれる、生かされる事が求められるのでないか。医師不足、主治医でないと、たらい回しにする（緊急時）のが現状</p>
<p>（求）病状に合わせた対応。（阻）家族の受け入れ体制。</p>
<p>在宅がスムーズに実行出来ることが望ましいがなかなか家族が自宅で最期を迎えようとしていない。（拒否的）家族の療養に対する積極的な参加が得られない。</p>
<p>家族への遠慮や、経済的困窮、あるいは、人的パワー不足による入院希望が多く、これらが在宅終えんを阻害していると考えている。在宅での最期希望では、在宅医療の充実（訪問薬剤や退院時共同指導の充実）及び、病診連携の拡充徹底。そして、住環境整備の行政的支援拡充。介護事業所としては、在宅ケアマネとの更なる密なる、連携と家族、親族への理解要請への助力。またいつでも戻れるという介護者への不安解消。一人への介護支援も必要だが、現実には家族介護者が一般的には担うので、彼等の支援の充実（支援の支援）が必要である。病診連携においては、ベッド数の不足はあるものの（医師、看護師不足もあり）、終末期一緊急入院（3～4日位としたいが、現実では7～14日間必要か）体制は整えなければ。今の状態では訪看、訪問診療の技術的、環境的に不可である。I U Hがやっつとで、M R I、C T等、人工呼吸器だって…また24時間看護体制は現状では無理（家族では）。家族が■弊する。よって、病院等への密なる連携は不可避であると考え。</p>
<p>医療機関…往診、訪問看護、訪問リハビリ 介護事業所…緊急事態に対応できるヘルパーを確保する 阻害している要因・訪問介護では、できる事、できない事がある・金銭的な問題。</p>
<p>・ちょっとした医療行為を規制される事で単位数の高い■■が必要となり対でできない場合が多い ヘルパーさんができる事をふやしてほしい。・うけ皿となる家族の理解が得にくい事が多く帰る場所がない。・金銭的な問題も多い</p>
<p>往診医との連携が一番大事になります。家族への説明も、その都度必要。往診医が看取りをしていないことは、少ないですが、夜中での往診は、きびしいので、夜中の往診は亡くなった時は、しない先生がいますので、死亡診断として頂くのは、朝、9時頃になることもあります</p>
<p>医療部分について介護者ができない事（やってはいけない事）の枠が広すぎて、看護では任えないことを、介護で補えることができたなら、料金的にも安くなる。知識を高め、医療の専門分野をわかり易く習得し、連携を取る。介護者の終末に対する心構えを皆で共有する。</p>
<p>現在はなし</p>
<p>かかりつけ医・訪問看護との連絡・関係が何より大切ではないかと思えます。その他、訪問介護等のサービスも欠かせませんが、それらの基本は家族の協力があってこそだと思えます。療養状態が大変であるならば事業所を2～3カ所にしたりして事業所の役割分担をすることで可能な限り在宅療養が継続できるようにしていく事が療養者本人の希望をかなえる方法の1つではないかと思えます。</p>
<p>話し相手■気分転換の散歩、買い物など介護サービスでは自由に使えません。ターミナルの方は医療的な処置よりもそれを望んでいるのではないかと思えます。在宅で最期を迎えるには医療機関の連携が必要だと思えます。しかし医療機関は忙し過ぎて、きめ細かな配慮ができないのが現実です。そのため、結局、最期は病院に入院することとなってしまいます。しかし最近開業医が往診してくれるところが多くなり、在宅で最期を迎える人が多くなっています。</p>
<p>本人を支えるマンパワーを補う体制が必要。経済的な問題でサービス利用もできない人は最期は病院である事が多い。低所得者のための介護サービス費の援助も必要だろう。医療体制と医療費の問題がある。中高年の癌患者はいつそう増え在宅看取りを希望される人もふえると思うが、往診、訪看が3割の医療費負担となれば断念する方も多い。“病院から在宅へ”と社会的な流れになっているが介護者のいないお金がない人達への支援がなければ単なる“投げ出し”になってしまうと思う。</p>
<p>いくら本人が在宅で最期を迎えたいと思っても、介護者（同居）が介護力がなかったりと家族の考えしだいの部分も大きいと思う。訪問看護の利用単価が高く、実際利用してみても満足度が低いケースもある。認知症があっても自宅で過ごしたいというケースでも問題行動（周辺症状）が地域にとって迷惑となり周囲から苦情が来る事で家族は施設に入ってほしいと希望する。周囲の理解を得て、更にサポートしてもらい体制づくりをすることは地域性により非常に難しい場合がある。支給限度額が足りずもっと必要なサービスがあっても受けられない人もいる。もう少し幅を広げてほしい。医療機関にしてもD rが介護保険制度やケアマネの働きに理解がなくなると連携できない事もある。</p>
<p>在宅で最期を迎えたいのは本人は希望すると思えますが家族や子供達は、そうは思っていない人もいます。介護をするため仕事を辞める人、収入がなくなる人も増えるのでないでしょう。お金があれば有料老人や介護付施設に入れることにより、自分達の生活がある程度守られ仕事が続けることが可能です。この世の中なんといつても生活をつづける為お金が必要です。</p>
<p>各医療機関、介護事業所に求められること。対人援助技術をきちんと理解し習得する事 最期をどこで迎えるかの次に大切な最期をどのように迎えたいかをきちんと把握しそれにむけて支援していく事が大切だと思う。それを阻害する要因としては面接技術のスキルの低さが上げられると思う。必要性を理解しスキルの習得をする事が必要。</p>
<p>・療養者の病気進行にともない、激痛や苦痛を目の前にして、親族がうろたえ何も出来ない状況になった時。・医療の知識が全くないので不安。・家族の生活もあるし、共倒れになってしまう事の回避。・長期間になり老老介護となり疲労困ぱい</p>
<p>・在宅に積極的な医師。・各人の考え、医療を求めない在宅死の形に寄り沿う事業所や医師の存在。・介護力（家族の）。・若い方のターミナル、経済的な負担</p>
<p>訪問診療等の充実</p>
<p>療養者が在宅で最期を迎えたくても、日常生活を支える家族、看護師、介護員、医師のスタッフがそろわず、結局は行きたく</p>

ない病院で「しばられたり」「ミトン」をはめられたり、力の限り抵抗して、その力つきた時ご本人の最後の時間が来るような気がします。
本人の希望だけでなく、家族の意向や介護力が重要と思います。
社会資源（在宅診療、看護）の不足。現在の訪問看護は、何かあれば病院に送る様だ。90才すぎの高齢者が家で死にたいと言っても、水分制限をし、点滴をし、血管に入らないと病院へ行くように指示される。グリーフケアも忙しいということで行ってもらえない。残された高齢者もうつになってひきこもってしまうことがある。がんの場合も、かんわケアが充分行われることなくすぐ病院へ行くことになる。（ぐちになりました。）
・金銭面の負担。・在宅では設備が不足
・介護者の受入れ体制が弱い。・介護保険制度の給付に「しほり」が多すぎる。ターミナルの方と維持期の方を分けることはできないのか。
今回の在宅で最期を迎えた方は88才男性、癌末期でした。最初は「最期は病院の意向」でしたが、入退院を繰り返すうちに、亡くなる3週間前、本人が「家に帰りたい」と意志表示しました。この意志に基づき、病院担当医、病棟看護師、在宅についての相談がなされ、在宅となってからは、在宅医と訪看、ケアマネが連絡をとりました。本人は「大満足」と言って亡くなり、御家族亡くなった淋しさはありますが、喜んで下さいました。在宅で最後を迎えるには、①往診をしてくれるDr. ②訪問看護（緊急時に対応できる）、③状態の変化に応じてケアマネが対応すること、①～③の連携、これに伴ない御家族への説明と同意。
障害要因。・家族とのつながりの弱さ。・老老介護。・地域とのつながりがいいこと。医療機関・事業所。・24時間支援システムがない、又は弱い。
在宅で迎へたいという人は少なく、病院は安心という考え方の人が多い。家族が大変と思っている。
以前訪問介護の事業所に勤めていたので、そういうケースは何件か見てきたが、家族の身体的・精神的負担はかなり大きい。しかももう良くなるとわかってるので、そういう意味での精神的なケアも必要だと思う。私達が仕事で何度か会っただけでも、どんどん状態が悪くなっていく過程を見たり聞いたりするのはとても辛い。（食べれなくなった、薬が効かなくなった、腹水がたまってきた、意識がなくなってきたe t c.）「だから、どうすればいい？」と聞かれると、困ってしまうが。
・訪問看護市の不足。・往診医の不足。・ヘルパーの不足
・在宅主治医との連携、頻回な往診や訪問看護との連携。現状では、近くの開業医の先生より往診ができないと言われているところがあり、歩行困難で通院難しくなっている方がとても不安、不満を訴えている方もいる。このような状況では、安心して在宅で最期を迎えたいとは思えない。・介護事業所の理解、対応受け入れできる体制の整備。体調が不安定な方（医療依存度が高い方）のデイ、ショート利用は受け入れてくれる施設がなく、ずっと家族が介護しなければならない状況である。家族の負担が大きい。
・訪問診療医が少なく確保しづらい。・Drと福祉職の連携がとりにくい。・急変時に家族のみでは対応できず、そのままH pへ搬送することが多い。支えるシステムが不十分
（阻害している因子）・家族の問題。自宅で看取る勇気がない→知識、意欲。仕事をしている（介護者が）。金銭的問題。介護者の疲労。色々な人が来るのが嫌（回数、人数）、面倒。夜眠れない（安心して眠れない）。家で死んで欲しくない。大変な事はしたくない。苦しむ姿を見れない。近所の目が嫌。・本人の問題。妻（夫）に迷惑をかける（介護者に迷惑をかける）。お金がかかる（長崎は特に原爆被爆者は医療費無料である為、在宅はお金がかかる）。家族に自分の思いを言えない。して欲しい事を言いつらい。つらい顔や小声を聞きたくない。（医療機関・介護事業所に求められる事）医療機関→退院時指導をしっかりと。急変時の対応処置なども介護者が解かるように指導。介護事業所→医療の知識。退院前に介護者と一緒に指導を受ける。看取る心構え。倫理明確。サービス事業所の共通認識。チームケア。
家族介護力、知識、技術、受け入れの姿勢。フォローする医療体制の不足（在宅訪問医師、訪看ステーションの体制）→24時間体制とは名ばかり。実質的には機能できていない。
・訪問診療（看取りを受け入れてくれる往診医）が少ない。・ご家族が病院入院を希望されている場合が多い。・医療的に不安な介護事業所が多く、断られることもある。
家族や本人の不安。かかりつけ医の対応。訪問看護師の対応
家族が阻害しているケースが多いように思います。在宅より病院のほうが、医療的な設備も含め整い方が違うと思っている人が多いと思います。家族の納得が得られないまま、在宅で最期は無理です。
介護者の介護力（高齢、老人2人世帯、共かせぎ、病状悪化時の対応）
訪問診療してくれる所が少ない。
医療キャンには→ターミナルでどのように亡くなるか、一般のかたはイメージ出来ていない。予測される急変や亡くなり方をイメージできる様、家人等にしっかり説明しておく、家人少し安心できると思う。この不安が大きくて、ほとんどの方は病院でみとると言っていることが多い。・ターミナルみとる開業医も増えないと困る。介護事業所→病院との連携や急変時の情報共有。・早期対応が重要。・訪問看護の数も少ないため、数、対応の絶対数をふやしてほしい。
在宅生活を支える主治医などが、状態悪化の際、家族に入院を勧める場合が多い。2010年3月に自宅にて最期を迎えたケースは、医師より入院（療養型）を勧められたが、ケアマネとして家族と話し合い、本人も家族もどのような最期を望んでいるのか、今まで利用してきた訪問介護と訪問看護も加えながら在宅が可能であることを話し、とりくむ中、家族、親族に囲まれて、住みなれた自宅で自然な最期を迎えることができた。主治医ももっと訪看など使って、往診も加えながら在宅での看取りを考えていただきたいと思っている。
「最期の死に苦しみ」に家族が耐えられずに医療へすがってしまう。以前よりその時にはという家族との話し合いがきちんと行われていないと、結局は救急車で医療機関に行つての最期となっている。

<p>病院で沢山の医療スタッフが関わっている中で亡くなっている方がほとんどであり、身近にある現状である為、医療スタッフがまわりにはない中で最期を迎えられるのか訳もなく不安であると思います。漠然とした不安を受け止め切れず、環境に合った具体的な方法や逃げ道を示すことができなければ困難であると思います。</p>
<p>・Drとケアマネージャー、及び医療機関とで、温度差がありすぎる。もっと制度的にDrも協力する旨を強調した制度としてほしい。</p>
<p>本人も望んでいたとしても、悪化した時に家族の不安が大きく、救急車を呼んでしまう</p>
<p>・24時間の医療、介護の対応 阻害している要因・介護家族の介護負担や不安</p>
<p>介護者不在もしくは介護力不足</p>
<p>・延命のための処置を行うか？どうかで又迎え方がちがうと思います。どこまで医療でやるのかどこから介ごのみで行うのかで大きく違ってきます・在宅でも必要な医療行為があると思います。それを行える人が側にいるか？それも問題だと思います・経済的な問題も発生します。</p>
<p>・地域の医療、訪問看護の体制、町内に診療所のみで夜間は診療行っていない。往診の体制がない。・自宅で状態が悪くなると、町外の病院へ送られてしまうなど、田舎であるが故、全く自宅で死を迎える体制が整っていない。・自宅で心配停止が発見されると、救急車で診療所又は町外の病院へ送られてしまう など、いろいろあります。</p>
<p>求められること・その方を支える人達の連携、技術の向上など 阻害していること・在宅で最期を迎えたいを支える環境不足・介護者へのサポート不足</p>
<p>医療従事者が介護事業所と連携してくれない。利用者と同行で病院へ行っても診療室に入れてくれない。介護保険による通所リハビリを「わけのわからない接骨院がやっている所に情報提供しない」と言って連携を取らない整形外科など、医療が一番と思込んでいる医療従事者が多い。これでは、在宅で最期を迎えたいと言う本人の意志は無視され続ける事になっている。</p>
<p>・田舎のサービス事業所、特にターミナルケアが出来る訪問看護事業所が少ない。・医師との連携が難しい。・高齢者世帯が多い。家庭（家族）の介護力が小さい。・経済的理由</p>
<p>病院のDr、Ns. が在宅の力を信じてくれると・・・</p>
<p>・医療、介護、在宅との連携・阻害している要因→医療、介護、在宅との連携がとれていない為。</p>
<p>家族の理解 各医療機関（主治医、訪看など）との連携 本人の意志 が必要と思う。・症状が不安定で、医療的ケアが病院でないとできない時はどうしても緊急入院しそのまま病院での最期となってしまう。・むかえる家族の理解や協力がないと不可能（家族が就労しているなど）。</p>
<p>各医療機関、介護事業所等が、「在宅で最期を迎えることができる」という選択肢の説明と、往診可能な医師が圧倒的に少ない。療養者本人やご家族が希望されても、往診して頂ける医師がいなくて、ターミナルケアのチームが作れないことにも要因があると考えます。</p>
<p>訪問介護は医療と違い時間通りにサービスを行い、時間通りにサービスを終了します。精神的なケアの面でも、医療のように時間をもうけ、心のケアが出来るといいのにと感じます。</p>
<p>全ての関わりのある職種の連携が大切だと思います。医療機関と介護事業所の係わりを増やし、もっと密に情報交換するとよいと考えます。</p>
<p>実際に最後を自宅で迎えることの家族にある不安。在宅への医療系サービスの不足。</p>
<p>24時間対応しきれない、連携不足</p>
<p>在宅での緊急時対応を24時間体制で図る事は困難 また家族の協力を得る事も難かしい</p>
<p>・Faの介護負担、在宅で対応を下さるHP不足。・訪問介護、訪問診療の充実を図ることでFaの精神的負担の軽減は図れると思われる。・介護サービスの利用でFaの身体的負担感の軽減は図れるが医療費及び介護利用費用の経済的負担は増となる。</p>
<p>訪問診療の充実と介護事業所の理解が必要。家族の介護力も低いと不安が強く、介護者がバンナウトしてしまう。達成出来た家族には、グリーンケアも必要だと思います。</p>
<p>阻害されている要因・医療の意識・・・当人のQOLを見た治療を考えていただく・延命ではなく「生き方」に目をむけるようになると・家族の思い→Drからの一方的な説明だけでなく、心理的なケアをうけられて、本人の希望にそった医療、生存の選択・介護→老々介護や、家族の日中不在などに対応できる体制を。（生活援助の緩和など）・往診医の問題・地域医療をになうDrがいない。・Drが高齢化している。・家族間の距離（同居していても「看れない」家族たち・遠方で、手を出せない、など）</p>
<p>・訪問看護の24時間体制の充実・訪問介護の24時間体制の充実・主治医と病院との連携</p>
<p>・医療機関→家族が限界に感じた時に入院、治療に変更できる体制・介護事業所→医療の知識と対応方法の勉強が必要</p>
<p>家族の介護力の低下と医療ニーズの高い人の、ショートステイ等の受け入れ先が少ない。</p>
<p>長期化、慢性化の疾病により在宅療養の場合重篤な状態になった場合は病院に行きそのまま亡くなるケースがあたりまえの気がする。本当に在宅で家族に見守られ亡くなるケースは非常に少なかった気がする。</p>
<p>本人の希望と家族の希望を考え、そのために必要なサービスを提案していく。阻害の要因はやはり、家族の意見が強いと思います。</p>
<p>老・老や認・認介護により、介護力に問題がある。（山間部の為）往診等協力的な医師も多いが遠地に住む家族より入院入所の依頼が多い。</p>
<p>在宅で最期という方も、いらっしゃいますが、殆の方は突然死に近い形で亡っています。病床に臥してと言う方は、在宅での数年死亡者は居ません。</p>

<p>かかりつけ医を決めておき、急な受診にも応じてくれることを確認しておく。介護保険などの制度のみだと計画的なプランに従っての利用しかできないことが多いので緊急対応をしてくれる助けあい事業などにも入っておくと本人も家族も安心していられる。</p>
<p>ご本人が在宅を希望された時、ご家族の意向を含む環境（介護力他）が整わないと難しいと考えます。</p>
<p>在宅で介護していても本人の急変時の対応（夜間）が不安である。医療的な判断が家族にできない。どう判断すれば良いのか不安なため、入院や施設への入所を希望する人が増えている。24時間で病状の変化時の相談や指示のつけられるサービス機関があるとたすかる。</p>
<p>体制を整え無理で見通しがつかなければ転院を勧めます。</p>
<p>異常を早期に発見し、入院に致ったり、さすけのおかげで入院できたりして自宅で亡くなった事がない。</p>
<p>家族の介護力が低下しており、サービス利用調整が必要であるが、必要なサービス量の確保が難しい。病院からの退院が主な目的となり、今後の病状の進行や、病院としてのフォローの説明が不十分な所がある。</p>
<p>・24h緊急体制の医療とともに・介護職の医療行為を広げてほしい</p>
<p>家族内で、在宅に不安がある、家族中にもおられ念書を交わしていてもいいぐらい、結束していないと言揺らずく思います。今だ、医療機関、介護事業所連携の壁は、破れていません。</p>
<p>24時間在宅診療所の看板はあっても実際に行ってくれる医師は、ほんのわずか。訪問看護STの24時間体制を取っている所は数が足りなく、看護師の数も少ない。医師と看護師が整うことが前提になると思う。ヘルパーの24時間体制の事業所はよい。</p>
<p>・入院直後から在宅で利用可能な制度等を紹介し、家族の理解を促す。・病状が安定しても、一度退院したらイザというときに対応できないのではという不安を軽減する。・地域のかかりつけ医による往診体制。・入院設備のあるHPにかかりつけ医用のベッド確保。・入院か在宅かを状況の変化に応じて選び直せる。</p>
<p>医療体制が整わないと、本人や家族の希望にそったケアはできない。地方では、特に医師不足となっており、終末期に立ち合える。医師がいないことが要因だと思う</p>
<p>・サービス利用料金の支払いが高額になる金銭負担（低所得者の方などの問題）・緊急時における迅速な対応が必要となること・家族介護の身心的負担も考慮する必要があるので）求められること</p>
<p>核家族化（ひとつの要因ではありますが）による家族介護力の低下、生存時から医療や介護サービス、それら施設の利用ケースが増え家族が病院もしくは施設での最後を希望している事が多くなっている。</p>
<p>・痛み、苦しむ姿を家族が受け入れられなくなってしまうことが多い・在宅での看取りを家族が決めても総合病院へ送るDrがいる。</p>
<p>在宅での介護の限界 介護者の肉体的、精神的負担がかなり大きく影響していると思われる。本人の希望と家族の思い 回りの協力が大きな要因となっている 各関係機関との連携が必須条件と思われる。</p>
<p>（阻害要因）・一般市民の認識が不十分。まだ大きな流れとして一般化していないので、それを選択するという家族の認識と知識が不足している。在宅で最期を迎えたいという療養者本人の希望をかなえるには、周りの人、特に家族の意思、決意は重要。⇒今後、一般化（国の方針として、お仕着せ含む）していけば改善できる。（各医療機関・介護事業所に求められること）・各専門職自身の認識が不十分。・医師、訪問看護等の医療機関側の十分なバックアップが必要。・療養者本人、家族（介護者）の意志、決意を中心にしての各医療機関、介護事業所の連携</p>
<p>1. 介護力が一番問題。老老介護、認認介護など。介護力が低い状況では在宅は困難。2. 経済的な問題。医療系のサービスは単価が高い。ケアプランに入れにくい。3. 在院日数の短縮代で医療依存度が高く、チューブが入ったままでも退院させられる。など</p>
<p>本人の希望があっても、介護する家族に不安が強い場合が多い。医師、看護師、ケアマネージャー等、関わるスタッフ間の連携を強めることと、緊急時に、医師や看護師に連絡がつく体制が不可欠であると思う。</p>
<p>①安易に胃ろう等しない。胃ろうをすすめすぎる。②安易に延命呼吸器等つけない。③本人と家族があらかじめ話し合っける。④医療の点数の付け方や器具が高すぎる。高いので度々使って元を取りたいと病院が考へるのではないか。そのため通院を強要するのは良くない。⑤検査に医師が頼りすぎるので、往診の先生に自信を持って指示していただきたい。⑥訪看とヘルパーの区別けじめをはっきりつけ、吸引事故の責任はあくまで、医療サイドで受けとめるシステムにならなければ、とても協力はできない。⑦医療の優位（介護に対して）を主張している現状において責任も医療サイドなのは当然です。</p>
<p>療養者本人が在宅で最後を迎えられるような地域医療在宅連携システムを確立すべきであると思う。限られた医師の数なので訪問看護体制、居宅介護支援体制等の充実が必要かと思われる。</p>
<p>・地域にある医療機関が数人ずつでも在宅での看取りまで含めた医療を提供する。連携を強化する。・24時間対応の訪問看護ステーションの拡大、充実。〈阻害要因〉・医師不足。・看護師不足。・絶対数の不足からくる過酷な勤務と責任の重さ、それに見合わない待遇という悪条件からの就労者の減少。・地域医療を担う医療機関の人員的負担。・医療格差</p>
<p>・訪問NSやヘルパー往診→24時間対応。いつでも対応できる体制でほしい。・介護度によっては、サービス量がオーバーしてしまう事もある。・往診できるDrの数が少ない。・老々介護などでは、金銭的に大変なケースも多い。→末期の訪看や、他のサービスの単位数について、減額があってもいいかも。</p>
<p>家族の介護力、家族の不安が大きいです。最期をどう迎えるかについての話し合ができていない為いざとなった時の迷いがあります。元気な時にしっかり話し合っておくことが大切だと思います。</p>
<p>・小さい子供がいる方は本人、家族がぎりぎりまで入院治療を望むケースがあり、退院時期をのがしてしまう。・主治医が治療をぎりぎりまですすめる。・家族が在宅での生活で突然亡くなった。（いつ死ぬかもわからないことへの心配）症状の進行、等、受け入れができなくて、不安をつのらせ退院できない。退院しても再入院になる。・主治医が在宅生活は困難と判断し退</p>

院できない。・マンパワー不足
・介護保険適応外にあたる内容でも受け入れてほしい。・家族の不安を解消するだけの在宅サービスは現時点では不十分なので・訪問看護職員、s t の設置の充実・医療機器の割引・往診医の充実、充足・夜間緊急対応の整備。医療機関からの情報提供、指導など
・家族の不安、とまどい。・何かあってもすぐ相談できる所がない。・f a 疲れても休めれない。・本人が思っても f a への気兼ねからHPへ行く。・大HPと後方支援HPと往診医とケアマネジャーとの連携がむずかしい
緊急時に来てもらえる主治医（訪問医）が手軽に利用できたら在宅でも安心できると思う
家族の不安と人員不足
本人希望ではあっても、家族が病院へ（家族の不安が大きい）
ご本人が在宅で最後を迎えたいと願っても、現状は在宅介護を担う介護者への支援システムが不十分です。介護は最終的には人の力です。介護するために仕事を辞めるかという岐路に立たされるのが数多くいます。ご本人の希望を叶えるには、介護者を支える仕組み、サービスを整えることが第一です。医療機関や介護事業者は現在の仕組み、人員の中で精一杯がんばっていると思います。介護者を支えるための短期入所は3ヵ月先まで予約で一杯です。本当に必要となったときに使えません。また、お金がなくて、サービス利用を控えている要介護者もいます。介護現場は、ベッドが足りない、看護師が足りない、介護員が足りない、給料が足りない、休みが足りない（取れない）など“足りないづくし”です。
独居が非常に多く、家族の介護力の低下
医療及び介護者の人員不足。
①独居。②家族が心身の負担を受け入れられない。③家族関係が悪化。
在宅での最期は、本人のすべてが望んでいる。しかし、在宅では家族の負担が大き過ぎて了解が得られない。また、苦しさ等で、本人が望む事もある。
私の住んでいる地域の特性なのか、在宅診療、応診をして看取りに協力してくれる医師が少なく、家族も家で看取りをする環境が整っていない事の不安が強く、何かあれば病院入院を希望している。病院は治療目的でないと入院受け入れをしてくれないが総合病院は急性期治療の病院なので1週間～1ヶ月以上たつと（社会的入院状態になると）病院からは退院をせまられ、市外でも受け入れをしてくれる施設探しを家族はひっしになって動かれる。在宅で家族が本人を支える事が出来ると言うシステムが明確にないのが現状。環境（医師、病院不足）と家族の受け入れの考え方が本人の希望、要望に合わない事が多く、在宅で生活を支える事に障害となっている。
在宅で看取ってくれる地域の開業医が必要（山間へき地で開業医が少なく選べない。病院医師と連絡をとらない。開業医の判断で勝手に薬をかえる。急変時きてくれない。ことがある）療養者がひとりぐらしとか、家族はいても息子ひとりとか、娘がひとり、老々世帯であることが多く、夜間の見守りや、急変時に即対応することがむずかしい。若い世代と同居していても同じしき地内で別居しており日頃も交流は少ないため、異常時に気づいてもらえないなどその家族のもつ問題もある。本来家族が行うべきことを、介護サービス事業所たとえばヘルパーなどがおこなうことはむずかしい。
・医療機関にかんして①求められること・在宅では、往診医が必須となるので医師の充足が絶対条件。24H連絡可能？・専門化してしまい、病気を診ることも大切ですが、人間として診て頂けるDrが少ないように感じています。②阻害要因・往診医の不足。24H体制であるなら、組織化しておかないと負担が大きくなる。・現在の診療報酬体制。・介護事務所①求められること・確かな技術の習得。・ソフト面での対応技術。②阻害要因・ヘルパーにおいては離職が多い（訪看でも同じ？）・介護報酬（賃金）の低さ
「在宅で最期を迎えさせてあげたい」という家人さんが自分のケースではほとんどないです。病院でお願いしたい、というのが家人の思いとしてあるのでは・・・（自分で最後というのはあまりに大変だ、とかいう思い）
開業医等地域医療推進している医療機関と在宅サービス（訪問系）との連携が必要である。療養者本人の希望をかなえる為に家族（主たる介護者）を支えることも大切だと思います。24時間体制で対応出来る介護事業所の確保が難しい
同居家族が在宅で看取る事への不安が大きい。
本人や家族が最期まで、という強い気持ちがあれば、在宅で最期を迎えることはできると思う。医療機関や事業所のサポートは、非常に重要ではあるが、やはり、本人・家族にそういった思いがなければ、周囲だけ、そのつもりでも、難しいと思う。本人・家族が在宅で最期までという思いであれば、それを私たちはサポートしていく。
終末期は、マンパワーで決まります。ご家族、ご近所、ご親戚の方々がどのぐらい介護に協力して下さるかで家で生活できる期間が決まります。地域・家族のつながりが、希薄となって、家族の力も低下している今、それを引き上げるような取り組みが必要だと思います。また公的な支援が“ピンポイント”のみなので、滞在でもOKとなり、費用も公費負担になれば家での看取りが増えると思います。医師の十分なサポートを前提で話をしています。
重篤な時期の介護を支援できる、訪看と、ご家族の連携
家族が安心して生活できる連絡体制 在宅で最期を迎えることに対して、阻害している要因は家族の介護力
在宅では、十分な医療行為が行えない。
在宅で最期を迎えられない理由として、家族を24時間体制で支えられる支援がない。制度には制限があり、家族や本人の意向にはそえない現状です。在宅介護を考えるならば、もっと家族の支援が必要だと思います。
・訪問診療を行ってくれる医師が少ない。・訪問看護を増やしたくても限度額の関係で増やせない。
・家族の介護力にたよる部分が多い 今の制度化では、難しい事が多い ①病院での介護者家族への評価と訓練や、意識確認が不十分。家族は「素人だからさわる事自体こわい」と思っている人も多い。家族の死に責任を持ちたくない。介護家族の年齢、仕事、健康状態や他の支援者の有無などのアセスメント不足。②介護・医療制度の中でのサービスだけではカバーしきれない。家族が24時間介護しているのに対しサービスがカバーできるのは2時/日程度。③医療処置利用者の受け入れ施設が少ない

<p>ショートの利用が難しい。胃ろう、痰吸、酸素でも施設の看護師の体制が取れない等の利用で、人数を制限されたり、受け入れられない。それ以上の医療処置となると全くない。重度の利用者を受け入れられる土壌が出来ていない</p>
<p>家族の不安や負担を軽減する方法の提案を行う ある時には、少し強引でもサービスを導入するリーダー性・24hの連絡体制と訪問体制（家と各関係機関）・時には短期入所の活用 密な関係機関の連携（情報交換など）在宅に関して興味を示しているDrであれば、本人の気持ち家族の気持ちを考えて下さるので、相談しやすい。短期入所の受け入れ体制で終末のケースはリスクが高いと敬遠されがち。特に夜間時の急変時の対応に困惑される（介護職より看護職の方が不安強い様子）→依頼する際は夜間、急変時、担当医につながる工夫をしている。（いつも行っている訪看に連絡、担当医に直接連絡するetc）</p>
<p>①本人の意志が不明確。（在宅でか病院でか？）②家族が自宅で医療に関する介護をしていくことに不安が多い。③自宅で終末を迎えるように、家族が思っても、最終的に、病院へ搬送し、1週間位で最期を迎えるケースが多い。④本人が望むのならば、家族が意志を受けつぎ、自宅で最期を迎える準備をしていけると思うが…。高齢であれば、家族も受け入れられる。⑤「最終的には、病院へ行く 連れて行く」という家族の考えが多い。病院へ連れて行っても、助からないとわかっていても、住みなれた自宅で息をひきとるケースは少ない。⑥病院側、在宅側で、終末期の事を話し合い、深くかかわることが必要と思われる。⑦在宅医療、介護のかかわり方が大切、ケアマネは調整できるか、どこまでかかわることができるか。</p>
<p>・金銭面が多い。</p>
<p>・介護力・環境・受けたいサービスが対応する事業所が少ない為（夜間、短時間サービス等）</p>
<p>ガン末期の方がターミナルを在宅で迎えたいと願われ退院して来られてもご家族が異変時に結局は救急車を呼ばれ、病院で最期を迎えられる方が多い。在宅での医療チーム（Dr、Ns）で支援ができていても急変時のご家族の判断がそのような動きになることが多い。ご家族が「ターミナルを在宅で」という深い意味を理解されていなかったりとり乱されたりという、覚悟というのかわか、不安な気持ちを持ち続けておられるので、本人の意向や、Drの説明等が、まっとうされずにおわってしまうのだろうか？</p>
<p>療養者本人とどこでどのように最期を迎えたいかという話を詰めていないので、急変時には家族の意向で病院に搬送することが多い。応診や在宅で看とる環境を事業所、家族で整えようとする意向は少ない。家族で家で看とるという考えの介護者は減少傾向にあるのも要因と思う。利用者も介護者に負担を掛けたくないと望む方も増えているように感じる。</p>
<p>主治医が、やたらと在宅で、看とろうとするため、本人は苦しむならH.Pに行きたいと言っている、家族も、救急車を呼んでいいのか迷っていることがある。</p>
<p>在宅で終末ケアをしている医師、訪看がほとんどいない。（当市では医師2、訪看2ヶ所）</p>
<p>ご本人とご家族の意向に沿った在宅サービス体制を整えることが大切であり、もしものことがあっても悔いなくご本人が最期を迎えられるようにしてあげたい。可能な限り、傾聴して、変っていくご本人たちの心を支えてあげて、何かできないことがないかを考えていくことが、その気持ちかきとご本人たちにも伝わり、幸せを感じさせることができるのではないかな。</p>
<p>・各事業所との連携・家族との連携・訪問診療へ上手くつながらない。</p>
<p>・御本人、御家族共に”在宅で”との意識は必須。・「看とり」の出来る体制がある事・緊急時の体制作り→24時間体制で医療が受けられる・介護者がいる・その介護者を支える人が居る・生活がスムーズに出来る 経済的にも自立出来ている事・阻害している要因・在宅での介護者不在（同居されていても仕事をしている等）・往診体制がない</p>
<p>ご本人は希望しておられてもそれを介護ケアする家族の同意が得られないケースも増えてきているように感じます。自宅で最期を迎えると”検死”であるとか、面倒なことになるのではないかな、介護の負担が大きすぎて生活できないのではないかな等不安要素ばかりに目がいってしまい、結局ご本人様のご意向に沿えないようです。HP側からの”大丈夫”という言葉だけでは納得していただけない面が多々あると感じます。</p>
<p>24時間往診体制。</p>
<p>緊急時の対応が不足している。量、質ともに</p>
<p>*医療機関に求められる事①入院時から本人や家族の希望の把握②痛みコントロールが出来ている状態での退院③入院中から往診の医師（医緩和ケアが継続できる往診医）を確保してから退院④緊急時に受け入れる病院を確認。急なアクシデントや痛みコントロールが出来ない場合に入院の保障⑤訪問介護ステーションに連携⑥早めに地域包括支援センターや自治体に家族相談をして頂き、使える社会資源を準備（介護保険の申請等）⑦介護保険を利用する場合はケアマネジャーとの連携*医療の阻害因子として一番は訪問診療を受けて下さる医師の不足だと思います。在宅で最期を迎えたいと希望される方は多く居られると思いますが引き受けてくださる医師が居ないと不可能です。訪問診療所が当事業所の近隣に開設されました。2ヶ月間で3人依頼しましたがすべての方を受けてくださっております。社会相談日当日に急遽退院（肺がん末期、酸素15L使用中）して2日後に死亡された方も受けて頂きました。感謝です。*自治体の支援と介護事業者の支援 がん末期で在宅療養に必要な、ベットやエアーマット・訪問介護等、介護サービスの暫定利用を認めて頂く等、介護保険を利用する場合は自治体のサポートが必要です。（訪問看護は医療保険で保障される）当事業所設置地の自治体ではがん末期の方が介護保険を申請するとスピーディに面接調査を行い本人の状態を把握します。さらに暫定利用の承諾についても速やかです。したがって、ケアマネジャーは安心してケアプラン作成を受けることができます。当事業所に癌の方のケアプラン作成依頼があればすべて受けております。3年間でがん末期の方のケアプラン依頼が13人でしたが担当して約半数の方が1ヶ月以内に死亡終了し、85%が2ヶ月以内で死亡終了しております。自宅に帰る前に亡くなる方もおられ、急ぎの対応が必要です。ただ、ケアマネジャーが依頼を受ける事に躊躇することが多いようです。勉強会や体験を重ねる事が必要だと思われま。</p>
<p>在宅生活を深く支えてくれるDrがいなかったことが問題。往診もしてくれる人がいない。検死の手間。総合的に援助ができる医療職がいなかった。自分の課しか責任を持たないDr。訴訟のリスクがあるからか、危険なことはやりたがらず、援助をしなくなった風調。</p>
<p>夜間～深夜の訪問介護員の確保が困難。そのため、在宅にて家族と同居の場合家族の負担が増大する問題があります。また、</p>

<p>独居の利用者の場合、いつ急変するか分からず夜間に何かあった場合に気づいてくれる人がいないため、孤独死の可能性があるという問題があります。そのため、入院の方が安心とつい考えてしまいます。</p>
<p>在宅で最期を迎えたいという希望をかなえるためには、ケアマネジャーとしてはまずは利用者本人や家族の希望や要望を満たすことを何よりも大切にしたいケアプランを作成していき、漫然と要望を受け入れるのではなく、利用者本人や家族が成長と共に進化し変化していきけるようにいきたいです。利用者本人や家族の要望要求の「デマンド」ではなく、その根本的な問題解決に必要なこと「ニーズ」に基づいてケアプランを作成していきたいです。同じ要介護度でも独居などの環境因子の違いで公的援助サービスの利用量が違うため、介護度による利用限度額を撤廃すべきだと思います。</p>
<p>地域の医療体制が不十分で往診など対応できるところが少なく体調が思わしくないと通院し入院となる。通院するときの手段もなく、在宅介護の環境が十分でない。介護負担軽減の為にショートステイなど利用すると、寒さもあり自宅での介護に戻る事がむずかしくなり徐々に長期のショートステイ利用から施設入所となってしまう。認知症の方は近隣の方々の苦情や心配が大きく、理解が得られない。</p>
<p>阻害要因としては、家族が在宅での看取りを望んでいない傾向にあるように思う。昔のように「在宅で最期を迎える」ということが少ない現在では在宅での看取りが特別なこととなり、家族が不安に思ってしまうのではないだろうか。</p>
<p>・訪問診療の医療機関の周知。ケアマネジャーと医療機関の連携が必要。・訪問看護の緊急時訪問の利用。自宅で見送りたいと本人・家族共に思っている、実際に急変時などは救急車を呼んでしまい、病院で最期を迎えることになってしまう。想定される病状を説明してもらったり話し合ったりしておくことが大切だと思う。</p>
<p>本人の不安。家族の不安。親族の病院信仰。介護力の不足。介護保険のサービスの不足、制限。医療、介護従事者は分担して、会員が365日24時間体制をとるべき。そうするための教育と経済的うらづけの不足。</p>
<p>・病院等からの情報をしっかり在宅医、訪問看護、ケアマネに伝える。・訪問看護等とケアマネとの連携を密に行い、すぐに動ける状況を作る。・家族、ご本人に対して病状の説明を行い、その病気の受け入れについて把握して、支援する。</p>
<p>支援をしようと言うことは、多くの選択肢があり、その中からその人の生活に沿った支援を行うことだとは思いますが、選べる支援が少ない上に向き合って最後まで支えられる人がいない。在宅で最期を迎えるマンパワーがそろっていない。家族や周囲の人が老いて死をむかえることに慣れていない。</p>
<p>在宅で生活していく上で、本人、ご家族に具体的なアドバイスを行い、予測される病状、状態の変化を伝える。また本人のありのままを受け入れ見守る。介護者の不安を軽減する。本人の人生を振り返る行動を見守り、残された人生を楽しみを持ち望みをかなえるような関わりや援助が求められる。ケアを続けていく中で阻害している要因は、病状がコントロールされないと家族が最期まで看きれず、支援していく医療職、介護職スタッフのジレンマがある。また介護者である家族が疲れてしまったり最期まで診る医師がいなく入院せざるを得ない状況になることがある。ターミナルを告知していないと症状や使用する薬物に関する説明も十分にできず、理解納得が得られない。コミュニケーションもとりにくくなり誠実に利用者に向き合えない。医師と訪問看護師との働きかけや在宅ターミナルを診る医師同士の連携協力などが行われれば、利用者、家族の希望をかなえていくベースとなる可能性が期待できるのではないかと思います。</p>
<p>・ターミナルケアについて、介護事業所に求められていることは、日々衰えてく利用者様に対し、しっかりと向き合い、最後の時まで、その方が快ちよいと思われる介護を提供していく必要があります。家族の不安や心配を取り除く声かけや関わり方について常に心がけておくことが大切だと思います。この考え方は、理想論だとは思いますが、介護を提供し、利用者様と向き合っていくには、しっかりと理想を持ち、その理想を追い求めていくことが、よい介護、支援につながっていくと思います。それを阻害しているのは制度の壁であり、介護を提供する事業所の人的限界であると思います。あくまで在宅での最後を本人や、家族が望まれるのであれば、本人や家族の希望されるサービスをしっかり提供できるだけの制度の充実と、介護者（ヘルパー）の質の向上を図っていくことが必要だと思います。</p>
<p>・気楽に応診の依頼ができる医師が少なすぎます。</p>
<p>ご家族の支援がないかぎり在宅で最期を迎えられないと思う。これからは老老介護なので、その所を問題にしていきたいと思う。</p>
<p>・医療機関 訪問診療する医療機関の数の少なさ。往診の先生が、その都度代わる事が多い。・介護事業所 医療ニーズの高いケースを受け入れてくれる、施設、事業所が少ない。（特に施設入所とショートステイ）</p>
<p>①在宅での介護事業所のできることに、認められていることには制限がまだまだ多く家族への負担、事業所全体への負担も大きい。②医療と介護の連携が不十分であり、医療面との話す機会が少ないと感じる。③ヘルパーの資質向上、均一化が難しい。医師、看護師からの指導、研修できる機会を多くして欲しい。④行政の見直しが必要。市町村での違いも大きい。⑤ケアマネの知識不足があり、その年度で研修や制度の新しい知識を得られるようにして欲しい。（聞かない限りわからないことも多い）⑥事業所でも研修に行ける時間的余裕を持たせて欲しい。</p>
<p>・介護者の精神的、身体的負担が多い。・計画的なサービス体制では対応は無理。状況に応じて柔軟に対応することが求められるが、それにはかなりの精神的負担と事業所のリスクをとらなければならない。・担当者のやってあげたい気持ちをつぶしてしまう現状。</p>
<p>★家族、本人との「それまでの歴史」が順調であれば、まず大丈夫であると思うが、「それまでの歴史」が何らかの事情がある場合、いくら医療機関・介護事業所がアプローチしても実現は難しいと思う。本人の気持ちも尊重しつつ、家族の心情もじっくり話し合ってから結論を出すことがまず必要だと自分の祖母の終末期を振り返ると、そういう答えが出ました。例え、最期を「自宅で・・・」と書いていても実現が不可能としても少しでも「在宅で看ましよう」というプロセスがあれば、本人も納得すると思います。</p>
<p>認知症で理解力が乏しい。経済力がない。高齢者世帯で介護力の不足等、様々な阻害があり、本人（家族）の意思が反映されない事も多い。介護支援専門員としては、介護者、本人の意向をもとに各事業所とお金のかからない方法、家族間の調整（人間関係）も行なわなければならない。各事業所、医療関係の前に担当の主治医の安心感のもてる説明と説得、介護支援専門員</p>

への信頼関係が大事と思う。
介護職による医療処置（サクシオン、胃癌対応、バトン撤去時処置、等）に制限がある。
介護者へのサポート。介護力が少ない場合、困難
・退院後、訪問在宅医療を導入するケースが多いが、医療の訪問なので、訪問看ゴによる医療補佐と介ゴを求めても提供してくれない。退院後に、入院時のDrへ定期受診するケースは、そのDrの指示書を頂き介護保険上の訪問看ゴを導入し、医療～シーツ交換、清拭等の支援がしてもらえる。訪問医療の看ゴ師も清拭なども行ってもらいたい。訪問診療で、介ゴ保険の訪問看ゴを導入する事ができなくはないが、他事業所となるので依頼しづらい。終末医療になると、訪問診療所から訪問看ゴ（介ゴ保険→医療に変更になった場合）に支払いが発生するなどがあるためかなと思います。・病院Drと在宅Drの連携がとりにくい。
総合病院に入院し在宅になった場合、往診してもらうことは困難であることと、訪問看護が不足しており、在宅で医療を提供できていない。
在宅ターミナルケアでは医療との連携し、チームとしての支援を行なうことが重要ですが、医療は病気の面から、私達は生活面からと、視点が、それぞれ違っていることもあり、総合的に包括的にご利用者を据えるのは難しいと感じています。医療的な情報提供も少ないので共有できる情報をもう少し交換しあいながらターミナルケアに関わっていきたいと思います。
医療・介護サービスで本人に最も適していると思われるサービスの検討会を行ないサービス提供を行なう。在宅において家族の受け入れ体制が充実していないと困難と思われる。
主治医や看護師が、本人や家族に対して、在宅で最期を迎えることへの不安を取りのぞくように、常に話しをしていくことが必要である。実際には、本人よりも家族が、在宅での最期に対して不安を持っていることが多い。ケアマネジャーとしての役割は、本人、家族の意思をきちんと確認し、各チームスタッフとの連携を深めていくことだと思う。
在宅医の勤務かつクリニックの医師であるので夜間の対応が日中であれば訪問看ゴやヘルパー等、その場に比較的自宅に伺うことが可能（介護保険利用であれば）。医師であれば日中であれば対応したことがあった。24時間以内に医師が訪問して状態を見て予後の予測ができることは、現在では困難である■■■
本人の希望を優先できない場合も有りうる。家族の受け入れが出来ないなど
在宅で支えている家族や地域への支援力や理解。
在宅介護を行う為には、受け入れる環境が整っているかどうかが大きく影響してきます。ご家族の介護の主たる担い手が、家事や育児、仕事等により時間がなかったり、病気を抱えていたりすると、「在宅で最期を迎えたい」という希望がかなえられない。
・在宅で最期を迎えたいと望んでも、それを支える在宅診療と訪問看護の体制が不十分である。・退院時の病院側から本人、家族への終末期の迎え方についての十分な説明がないまま「本人が帰りたいと言っているから」というだけで退院させると、家族の無理解に、受け入れ側が振り回される場合がある。・医師は、85歳を過ぎた高齢者であったも、えん下困難になったら胃ろう、腎不全になったら人工透析などの延命治療を強く進め結局は療養病院や介護施設で障害期間を延ばすことになってしまう。家族が自然に最期を迎えさせたいと思っても言い出せない社会になっているように思う。・がんターミナルの患者さんを退院させる時期について、病院側は考慮してほしい。医療、介護用品を準備しておいても退院日当日に亡くなり、準備・訪問・徴収に労力を費やしても何の算定もとれなかったケースが昨年2ケースあった。
・在宅で最期を迎えたい家族の希望があっても、土壇場になると家族の覚悟が出来ていなかった。最期だと関係が思っても家族はなかなか受け入れられず病院へ行き、延命されることが多い。・在宅介護で、家族も頑張っけてきたのに夜間すーっと息を引き取ったことで、警察に介入されるケースがしばしばあります。ケアマネとしては、そういう事がないように予見し、訪看さんを入れるなど対応していますが、関わった家族やサービス事業所は、残念に思います。・往診してくださる医師がいない。家族の強い依頼で往診してくださる医師もいるようですが、ケアマネは力になれません。・訪看さんも事業所によっては、受診の促しが頻繁で、老々介ゴだり、介々介護だり、家族の非協力で受診出来ない場合が多いため、訪看の導入に迷うことがあります
サービスを提供する側の思いこみ
医療や、介護、保健、福祉といったサービスがそれぞれ、バラバラな考えで、サービスを提供している様子が散見されます。利用者主体でサービスの提供を考え、連携していく必要があると思います。連携そのものを理解していなかったり、他のサービスを理解していなかったり、サービス提供側に遠慮や思いやりが足りない点を改善し、それを調整していく役割の人が必要だと思います。
ご本人又は、ご家族が「在宅で最期を迎えたい」と思っている方がどれだけいらっしゃるのか？今現在の日本の現状では、本当に少ない方々のように思います。しかし、少なからず在宅で最期を迎えたいと希望される方は居らっしゃり、その為のスタッフはその時も訪問の医師、看護師、ホームヘルパーなどが対応し、出来たと思っています。つまり阻害している要因は、ありません。（過去5年間で、3名）
訪問看護事業所が少なく、24時間体制はもっと少ない末期医療を行う場合、家族にかかる負担も大きく、日中独居状態や高齢世帯も多く、支援だけではカバーできない家族背景も多いように思います。またいつまで続くか分からない家族の負担・不安も大きいように思います。ガンでは痛みのコントロールや覚醒等、時にはセデーションが必要な場合もあるように思われます。家族の替わりになる支援として訪問介護が大きな役割になりますが、夜間帯は家族が中心になるし、介護保険だけでは限度額が越えることも多く、金銭負担も大きいと思います。訪問看護を特別指示書で介入しても、医療保険の負担割合によっては負担金も大きいように思います。
HP、在宅医療、CM等の連携
家族、医療機関、介ゴ事業所の協力、連携、信頼関係が築かれていること。

<p>・介護力の低下・24時間ヘルパー事業所が少ない（ヘルパー業務の範囲が狭い）・介護者の精神的苦痛の緩和が困難。</p> <p>①経済的負担が大きい。②家族に介護力がない（子供が遠方に住んでいる、子供が仕事を持っている、配偶者がいないか要介護状態など）③認定介護度の限度額が足かせになっている。④ショートステイの施設が少ない（ショートステイを利用したい時に利用できない）</p>
<p>医療機関と介護事業所の連携以上に、家族（看取る）の決意と、実行力が重要となると考えます。</p>
<p>医師のコミュニケーション不足。医師（在宅）の数の不足。訪問リハビリの数の不足。訪問看護の数の不足。短所入所施設の数の不足。</p>
<p>地域医療のかかわりが大事です。医師の姿勢・言葉1つで療養者・家族は前向きに受けとめることができます。気持ちの持ちようでも細胞もプラスに変わると思います。医療・介護とも応援団になりきる事が大切です。</p>
<p>人間の死をどのようにとらえるのか、生きることは何なのか、等 整理できていない。延命治療は不必要ではないかと思う。昔は家で亡くなるのが自然で当たり前だった。みんなが布団の周りに集まり「まだ生きてるから・・・の用事をしてくるとか」往診の先生が来て体をさわりながら「あと1時間位で死ぬからみんなを集めておきなさい」とか死に水を用意したり、ろうそくや線香を用意したり、死を向かえる準備を家族全部でしていたような記憶があり、死を一つの行事的感覚で見ているように思う。子供心に親せき、縁者がぞろぞろ集まるのは妙に楽しいものであった。従って喪失感があまりなく、立ち直りも早かったように思う。死一通夜一葬式の1連の行事で死というものを悲しいというよりはその人のことをいっぱい語り合って生きたその人の人生を語り合ってむしろ楽しいような気がした。何かワクワクした感じがあったように思う。</p>
<p>各医師がきちんとした話し（病院用語ではなく）分かりやすく伝えてほしい。</p>
<p>阻害している要因はありませんでした。医療、訪問看護、訪問介護が連携がうまくいき自宅で看取りができました。</p>
<p>「在宅で最期を迎えたい」との希望があっても、医師の往診、訪問看護がスケジュールに縛られており急変時の訪問が困難な状態です。最終的には「救急車で来院してください。」と言われ、病因内でのターミナルケアとなっている。</p>
<p>担当の方が最期をおうちで迎えられました。阻害するものは何もなく家族の協力をたくさん得る事ができました。家族や本人が在宅で最期を迎えたいと言われるのならやはりそうしてあげたいなあとと思いました。</p>
<p>①環境（24時間の対応が困難）②夜間、緊急時、連絡がとれない。（認知症・一人暮らし 家族が遠方等）</p>
<p>在宅で最期を迎えたい人はすべての人だと思われませんが、身体状況、医療面での事で在宅では困難になるケースが多い</p>
<p>本人が在宅で生活するにあたり必要なこと、注意する点、緊急時の体制等を話しあうようにし、それに対し病院側の緊急時受け入れ体制を明確にした上で、在宅介護看護サービススタッフが連携して動くようにしている。訪問看護事業所が要介護5などの重度の方をうけ入れる時には重要になってくるとされる。</p>
<p>介護サービスでは訪問看護の終末期の看とりがあるが、そういったサービスが現状幅広く知れ渡っているとは言い難い。また、家人として療養者が苦しむ姿を見てそのまま死亡させることを受け入れることができるかやはり心情として病院に連れて行かなくてはと思うのではないかと。現在虐待の一つとしてネグレクトが問題にもなっておりそれにも引っかかってしまう恐れもあるのではないかと。</p>
<p>往診医がなかなかみつからない。ショートでの受け入れがなかなかない。実際 移動する事も困難。しかし夜間帯家族も大変で不安も大きい。訪者もいっぱいいるところが多く、良い事業者は空気がない。</p>
<p>訪問の上での診療、処置、看護といった医療が地域によって叶わないもので山里での我が家での看取りは過酷でもすれば家族が先に悪い結果を迎えることとなる。熊の出没がみられる道すがら訪問を強いることは誰にもできないものと考えます。</p>
<p>医療行為についてヘルパーの事業所としては制度と家族の要望との間で悩む事が多い</p>
<p>訪問看護事業所と看師が少なく家で看護する家族だけでは見れない。不安である。</p>
<p>在宅で最期を迎えるためには①往診してくれて最期まで自宅で診てくれる医師②訪問看護③福祉用具（ペット エアーマット）がサービス上は絶対必要です。 そのためには①看とりのできる介護者（キーマン）と②サービス費用を支える経済力を持ち合わせていることが重要です。 平成の大合併でへき地といわれる地域と合併していますが、交通の便が悪く、かその他の進んだ市域に住居をかまえる人は上記の関係者に訪れてもらえずやむなく病院や施設入所の道をとるしかありません。年金も少なく、入院入所すらできない人もいます。全国的に介護保険料や住民税を納めている中でこの不平等な現実があるため、この状態を改めていく国の施策ができなければ医療機関や介護事業所に求めても法の下でうごくことしかできない状態では難しいといわざるをえません。</p>
<p>在宅で最期を迎えるのには家族への負担が大きいので無理だと思います。</p>
<p>在宅で適切な緩和ケアを受けることができない状況の為、痛みが強くなれば病院に行くしかない。ターミナルで医療度が高い人を受け入れてくれる介護事業所に限られる。（特にデイやショート等の適所系）在宅医と病院医の連携と治療方針の統一ができていない時がある。告知がどの程度までなされ、今後どのようにしたいのか、介護・医療の全てのスタッフの方針統一がされにく。</p>
<p>医療と介護の両面で連絡を密にとり必要時に早い段階で対応することにより本人・介護者に安心感を持ってもらう。また在宅サービスだけでは介護の負担が増した時に緊急に受け入れてくれる病院や医療対応可能なショートステイが必要と思われる。</p>
<p>・主治医との観点の違い ・家族の協力が得れない（施設まかせになってしまう） ・介職員のレベルがそこまで達していない（ターミナルの） ・NSが日勤業務となっている</p>
<p>・家族の介護力やマンパワー不足。 ・在宅で最後まで看とることができる 医師不足 ・ぎりぎりまで在宅にいても不安になり状態悪化すると救急車で受診してしまう。～家族が不安 ・ターミナルやALSに対応してくれる ・24時間対応の訪問看護師やヘルパーの不足 ・在宅を支える診療医師も結局24時間の対応がむずかしく夜間や土・日の変化時は、救急病院への受診をすすめるため。</p>

在宅で看取りをしてくれる医療機関とサービス事業所の不足
病状が重くなればなるほど在宅での介護が不安になりまた介護者にとっても負担になると思います。ヘルパー（訪問介護）が利用しにくい。（制限が多い）重度だとデイサービスなども利用しにくいケースもある（胃つう、尿カテなど）SSについても同様のため介護負担が増えるとレスパイト入院など利用するしかない状態でF aがたいへんになる。
・医療機関～本人の希望を正しく聴くこと。それに合致できるよう家族支援をすること ・介護事業所～本人の生活、生き方を理解してその思いに寄り添ったケアを提供すること
事故等のリスクが心配になる
・主治医の理解がない。・独居だと自宅で暮らせないという医療従事者の思い込みがある。・看取りケアの教育が不十分。
同居（家族）の協力がある環境と在宅医の増加も欠かせない条件であると考えられる。また、見取りについて警察等の考え方も改めていかないと難しい面がある。
訪問診療の充実 慢性的に忙しい医師の負担が大きい 高令者家族が多く、介護に負担大きい。介護保険は緑のサービスではなく点のサービスで、結局 家族に負担がかかる 子供達も自分の生活を守る事で いっぱいで支援がむずかしい
医師との連携、24時間往診対応可能な医師が必要。ヘルパーも同様に、いつでも対応できる体制づくりが必要。24時間対応可能な事業所が少ない。家族は苦しんでいる姿や少しでも長いきして欲しい。介護量から病院を選択するが多い。
・在宅医院の受入れが難しく訪看も減少傾向の為、体制を整える事が難しいと感じる ・医療の24h在宅介護体制が増設してもらえればターミナルを希望される方も安心した在宅生活を送る事ができると思います。
緊急及び臨時対応が出来る事。現状、介護保険制度では臨時対応が認められておらず 自費対応となっている。自費が高く それを利用できる人も限られており、また、自費であっても臨時対応を受けてくれる事業所が少ない事。担当利用者で言うとも本人の希望を叶えてやれる家族の覚悟がない場合が多い
人の命の終焉を受け入れる心の整理が、出来ないことが、事実です。死とはそんなに簡単に閉じることが出来ない難題であることが、わかり得ないことです。宗教的に天寿をまっとうと云いまして苦痛に対する対処をどうしてあげていいのかわかり、看護介護による快の手助けにしても すぐに届かない場面があることです 最後は 本人と家族にとっても試練においやられる心痛ととまどいにあたふたとしていることです。各々が、何を優先するのか、まぢまぢになり、まとまらない考えや感情が錯綜していることです。死ということ为先きおとりして生きることが、原因です 生れた時から 死にむいて終る日があることを考えること、見ること教えることが、おきざりになっているようです 家で死にたいと云って求め すがりついていましたが、最後は事故死の姿になっていましたし、独居では容易でないことです いつまでか、自宅で過ごせる限界のみきわめの約束も必要でないでしょうか。
・退院困難な要因が医療以外、例えば、経済力、介護力、家がない人…をどうするのか？・24時間対応出来る訪問看護 ・ターミナルに対応出来るような取り組みを行う必要がある ・本人、家族への心理的なケアも必要と思う。ケアマネが訪問し相談や話を聞いているが、主治医や看護師、医療ソーシャルワーカーの態度、言葉は大きい（重い）と感じる ・グリーンケア 核家族が増えており、今後、益々必要と思う。・本人が家で死にたいと思っても、家族の負担や不安が解消出来ない限り実現は難しい。まずは、自分の意志を明確にし、周囲に知らせ、家族や地域の人も本人の気持ちを尊重するといった家族の絆が問われる。そこが不安定であればしっかりした体制や連携は構築し難い。
24時間対応出来る体制がとれるか。家族が死に対して十分な理解がなされているか。家族側に在宅で最期を迎えさせたいという熱意があるかどうか。死に対する不安や家族間の精神的まとまりがあるか。
柔軟な対応が必要。阻害している事は、家族の思いが必ずしも一致しているとは限らない。
在宅で最期を看取りたいという希望で妻が介護しかし急変した場合など救急車で病院に入院されてしまうケースがほとんどです。かかりつけ医（往診医）が入院を提案されることもあります 妻一人が介護者で一先けん命行っている最中で他の家族から入院させないことを非難されることも考えられます 余程介護者が強い意思をもってあたるか、介護者を支える人達が居ることが大切だと思います
○ご家族、キーパーソンの方の延命に対する考え方が不明瞭（曖昧）である場合、施設としては相当悩みます。 ○主治医もキーパーソンの方にふり回されます ○救急隊も困ります ○特に疎通が取れなくなっており昏睡状態になっている本人の意志が確認できない場合、家族の意向を尊重しなければなりません。ご家族が一転二転すると在宅での（居宅）でのターミナルケアは難しくなります ※ご家族が意志を明確にされるとターミナル支援もしやすくなります。
医療体制（訪問診療・訪問看護など）の不足。
在宅療養支援診療所が全国に1万ヶ所あり、北九州市内にも多く点在している。しかし、1人のDr. が抱え込んでいる現状が多くDr. も一杯一杯の現状である。又訪問看護師、介護員も不足しその人材は他業界や、施設へ流れているのが現状。単的に申し上げると、夜間の報酬を上げるなり、何かのメリットを付加する必要がある。制度だけが発展しても、中身がついていっておらず、「制度の空洞化」が目立つ。年々老々介護が多くなり、独居が多くなり、今後の支援体制を充実する必要がある。国は「施設→地域」への移行を謳っているものの、現状は退院を迫られ、やむを得ず外出（退院）している事が多い。「人がやりたがらない部分は報酬を上げる」事が必要。
僻地で、病院がない。隣地域まで行かないと入院できる病院がない。豪雪地帯で、緊急搬送が難しい。
最期の時を迎える時の様子や心構えを介護者である家族に理解してもらうための心寄りそう説明。家族etc不在の場合や介護がない場合は、常駐できる体制や制度ではないので困難。
・家族は『家で』と思っている方多いと思うが、いざ家に在るとなると負担になってしまう場合が多いと思う。サービス導入についてはこの場合、「まったくの知らない人」より地域のそれも顔見知りの人の援助が心強いと思う。医師からの「はっきりとした余命宣告」、「在宅へ」とすすめることも重要だと思う。
○体制的に提供できない事業所が多い。○医と介護での連携が不十分。○在宅で支えてくれる開業医が少ない。

<p>・主治医が全て往診に来、定期的に経過を見られるものではないので在宅での最期は限られてしまう。・訪看、訪介、医師などの連携、ネットワークづくり・介護者のキチンとした看とりの心がまえが重要・平日頃からの本人と家族のコミュニケーションをとりイメージ等の話し合いをもっておく</p>
<p>○24時間いつでも必要時、緊急時の対応○必要時、すぐに訪問できる体制の構築○巡回定期見守り訪問介護の充実阻害要因○人材確保が難しい。○介護報酬が不十分のため、離職率も高く質向上も難しい○制度がコロコロ変わり利用しにくい。○書類が多く、高令者にとっては、理解しにくい。</p>
<p>往診を行っている医療機関の協力と本文介ゴ、看ゴの協力。末期の診断であっても、何か対応をして欲しいと望む家族が多いのが現状で結局入院となり病院で死亡確認となっている。</p>
<p>急な変化にどの様に対応するか、訪問医・訪看はかかせない、家族の最後をみとる覚悟と、精神的な支えが必要、各事業所特に訪問系の事業所には、病状を、常に知らせ報告し、連携をとる。CM自身も事業者の活動中に同行し病状把握をする。</p>
<p>医療との連携が必要。その他、医師などが、もっと積極的に、関わってほしい。通院の際はもちろんだが、ケアマネからの相談にも時間を作って相談にのってほしい。忙しくて、なかなか、時間をとっていただけない状態</p>
<p>24時間365日対応可能な訪問診療介護されている家族の覚悟や、体制</p>
<p>在宅で最期を迎えたいと思われていても在宅で見とる往診医がいない。最期は必ず大きな病院へ入ってしまう。</p>
<p>本人が希望しても家族が不安で希望しない場合もある、医療機関に入ってまうことが多く、在宅での最期はそれなりに覚悟と環境の整備が必要となる、いずれもそろわなければまず無理。主人の実家のある宮崎で義父を在宅で看取りましたが1年後に主治医だった地元のDrに会った時には1年間でも在宅で看取った家は0件だったとのこと。緩和病棟、ホスピスなどが医療施設としてもあり、世話をかけたくないとの気持ちから在宅を選ぶ人は少ない。</p>
<p>①身近かな往診医が居ない。②暴力行為等（アルコール中毒等）に早く対応する機関がない。③24時間、対応できる機関が少ない④精神病等に早応できる医療がない⑤介護保険下のサービスも急変時に対応してくれない。⑥土、日の急変時に対応できる医療も介護事業も行政の支援もない。⑦スピチュアルな対応がない。</p>
<p>24hの訪問介護、訪問看護が必要。しかし訪問看護はほとんどなく機能していない（24h）又、家族も老々介護が多く、在宅はH・Hが入っても無理がある</p>
<p>・主治医のもとでほとんど死を迎えています。・在宅でと本人が望んでいても、この土地では、支援がありません。</p>
<p>・訪問看護、24時間体制ができていないか？・医師の訪問診療が24時間できるか？</p>
<p>各事業所にもとめられていることは、介ゴ士のレベルup医療の知識もある程度、もったものが介ゴ現場に3人以上いることで緊急時に対応できる。阻害している要因としては、介ゴ側の責任転嫁、そして最期を迎えることの意味の大きさを理解できていない、もう一つは医療側、在宅支援診療所の充実</p>
<p>・苦痛の軽減について・抹消から、そのつど穿して点滴をする。針が入らないと、何回も刺す。本人、家族が受け入れていたら、自然のままでもよいかと思う。経過を家族が理解できていなく点滴を求めていたのか？・急変時、パニックにならないよう連絡方法を再々確認することが必要に思いました。</p>
<p>医療、介護の連携がスムーズに行える環境が必要であると考えます。以前に比べ各様式もできており連携できるようなにはなってきたと思いますが、不十分であります。Drへの問い合わせ等行うも返事がこなかったり、医療従事者の対応も問題だと思えます。</p>
<p>離島であり、限られたサービスしかなく、病院の医療体制も充分でないのが難しい。介護者も高齢であり介護力の問題もある。スタッフが充分でない現状です。</p>
<p>阻害している要因については・家で看とる習慣があまりない為、どうにも悪くなると入院を希望する・訪問看で、往診の先生の絶対数が足りない。・家で看とる為に安心感が得られる広報活動等をもっと広めていってもよいのでは。</p>
<p>・緊急時も含め、状態に合わせて柔軟に対応できること。</p>
<p>本人の意思に反して、家族が施設入所を希望している場合や独居の為に在宅生活がかなわない場合、老々介護で介護者の負担が心配される場合など、個々に色々なケースを抱えていて本人が在宅での終末を望んでも、希望通りになるケースは少なく、それ相当の周囲の人達の協力が必要となる。実際に家族と話をしていると、殆どの場合は非協力的な考え方でおられるので、こちらの気がめいってしまう。昨今の家族関係ひいては現代の人間関係が希薄なものであるとひしひしと感じています。</p>
<p>・介護保険は介護保障ではないので、主たる介護者の意欲と健康状態が良いことが不可欠。・介護保険は「生きることの全体」のニーズを対象としていない。・医療管理が必要な場合のサービス提供のいない手 家族ができることであれば訪問介護でも研修等の方法で可能な体制にする必要性。・どのように死んでいくかという知識不足。・死の話題がタブー的意識 病気を治療するための援助者として仕事 自分らしく生きるための援助者として仕事。・生きること全体を支える中での死の迎え方どこで死んでいくことを受け入れるか</p>
<p>家族に仕事があると、常時いっしょにいられない一となると悪化とともに病院へとなる 最後まで自宅で一と考えていていても実際呼吸が浅くなったりしてくると病院へ運んでしまう家族が多い（怖くなってしまふ） Dr. Nsから、最後の状態変化の可能性をよく説明してほしい（しても理解しているようではない方が多いのも事実） 24h対応の訪問介護の充実 ケアマネのプランの力の向上（自分含） 在宅での暖とケアの充実</p>
<p>・医療関係者や介護業者に在宅での終末期対応はムリと考える人が多い。・偏見や無理解により親類や周囲の人に「なぜ入院させないのか」と家族が責められる事がある。・重度の在宅介護は費用の負担が強い。・家族内の関係の問題（関係が悪いので介護の継続困難、家族が本人の希望を拒否する等）</p>
<p>介護力や介護者の不安があると、看取りはむづかしい。各事業所は、不安の除去につとめる必要がある。</p>
<p>在宅での看取りを希望される場合2通り考えられると思えます。①末期癌患者の場合は比較的元気でADL自立の状態から在宅支援が始まる場合と②疾病により入院、急性期病院退院後、施設入所・転院せず在宅で療養し最期を迎える場合 両方で必</p>

<p>要となってくるのは、訪問診療、訪問看護・介護、訪問入浴、通所介護福祉用具貸与等の居宅サービスである。癌末期の方に対しては、病状の進行による急変、短期間で病状悪化するため急性期病院、訪問看護事業所との定期的報告・指示・処置連絡など連携が必要。ヘルパーの事業所など加わっている場合も、情報・状態の共有が欠かせない。看護師からケアマネへの定期的な報告が毎日ほしい。阻害している要因はケアマネへの連絡だと思います。在宅療養し最期を迎える場合は、訪問医と看護師の連携が重要で病状の変化、状態の観察した様子を看護師から医師へ報告し、注意事項を担当各事業所へ伝達することが必要。ケアマネへの報告があると、各事業所に連絡されます。情報の共有・的確な指示の伝達が重要かと思えます。</p>
<p>「在宅で最期を迎えたい」という療養者本人の希望を叶えるためには、単に医学的な知識・技術のみではなく、終末期のADLの視点から残された時間をどのような状態で過ごすことが有意義であるかを患者個々の価値観により保証されるべきであると支援する人々が認識する必要があり、支援する人々の社会的地位の格差をなくしそれぞれの専門的な立場から、自由に支援に対する意見が述べられ連携できるようになることが重要だと思われます。阻害要因としては、日本に社会的合意として安らかな死が定着していないことと、医療における自己決定権が慣習としても制度としても未熟で明確な事前意思が医療従事者に伝えられない点が考えられます。又、介護に対する男女不平等感と介護に対する価値観の低さ、在宅介護の経済的負担の重さ、介護保険制度のサービス内容の評価の格差、早すぎる高令者延命処置在宅医療対応医療機関数の数が考えられます。</p>
<p>訪問診療・家族の介ゴカ</p>
<p>家族と共にみとるという心がまえ。</p>
<p>一番は連携をとり、療養者のニーズを達成すると共に、見込まれる変化への対応を行い、QOLの確立を目指す。医療者による看取りの啓蒙も重要と思われる。</p>
<p>病状が悪化する事により、入院との意識がまだまだ本人、家族の中に思いが強い。在宅で最後までとの思いの中、介護者の不安が非常に大きい。在宅での見看的医師の少ないことも、有る</p>
<p>在宅医の不足、緊急時対応がスムーズにとりにくい。訪看、訪問介護利用に限度がある。</p>
<p>・本人の意志確認ができないことが多い(レベル的に)ケアマネが確認していたとしても家族が受容できない、体力、精神的に。・在宅へ往診してくれるDrが少ない。・Drによっては訪問看護事業所を指定してきたり、ケアマネの連絡を無視する先生もいる。年末年始などは自分の用事を優先のため救急車を指定した先生もいる。・研修会でもらったパンフ(在宅での看取りについて)等を利用して説明も行っている。・関わるスタッフには本人、家族に対して精神面で配慮し関わってもらうことを認識し支援する。・苦痛の除却</p>
<p>対応してもらえる在宅医療機関の不足。緊急時の訪問体制、制度が充実していないため、ご家族や、身内がいない方の場合の看取りが困難</p>
<p>阻害しているのではないと思うが、ギリギリ迄在宅生活を行い最後に救急車で入院し亡くなるという方が多い。要因としては、各医療機関や介護事業所との緊密な連携が必要とされるため対応してもらえるところはまだ少ないと思われる。・私自身Nsではないため医療依存度の高い方の在宅生活は自信がない。このようなケアマネジャーが多いと思う(福祉系が大多数)。医療の研修はしていただくか実践が併なわない研修のあり方を考えていく必要もあると思う。</p>
<p>・在宅医療を行う医療機関が少なすぎる。・在宅での医療を支える家族の精神的・身体的負担。・看病(介護者)がいない。</p>
<p>24h対応してくれる事業所がある。不安時、相談にのってくれるところがある。夜間でも対応してくれる医師がいる。病状の変化にともなって対応してくれる福祉用具事業所がある。</p>
<p>在宅で最期を迎えたい人が、どの位いるのか分からないが、私が、9年間ケアマネをして、在宅で最期をと決めて看とったのは数人しかいない。そしてその殆どが、結局、在宅では最期を看取られず、入院に至ってしまった。そして病院で最期の看取りとなった。痛みが強かったり、急変したりで在宅では難しかった。主治医も、入院へという判断になってしまった。自分自身も経験が少なく、医師に提案出来る事は殆どなかった。目標とする事にどのような方法がとれるのか、の対策も十分ではなく、設定そのものが出来なかった。研修自体も少なく、あっても病院付属の訪問看護で、連携が十分にとれ、病院内でも、検討出来るといった環境で、一体感があり、それを十分に生かした事例だった。自分自身が困った部分を克服していくような事例がほとんど発表されていない。出来れば、もっと勉強し、取り組んでいきたい。</p>
<p>救急対応の不足、家族を支える事でかなえられる事が多くなか上記の不足や情報不足がみられる。又、医療機関よりもすぐに救急搬送という指示も出来る為、病院へ戻らざるをえないケースが多い。</p>
<p>・往診をしてくれる医師がいるか ・家族が、最期を看取りたいと思っているか</p>
<p>退院するにあたり本人・家族が在宅生活を不安に思うことなく正しい身体状況や疾病についての理解ができていることが大切と思われる。そのためには医療機関において時間をかけて説明したり具体的に在宅での生活がイメージできるような提案ができるようあらゆる分野からの情報を把握することも必要かと思う。医療機関と在宅との医療的介護度に対する不安感のギャップも大きな要因と思われる。介護者が少し休みたいと思っても痰の吸引が夜間必要であれば受け入れられるショートは少ないなどが例にあげられる 在宅で生活するためには在宅医療と家族の介護力をおぎなうサービスが重要と思われる</p>
<p>がんのコントロールできない痛み 呼吸苦 着ている家族のつらさを支える体勢 在宅生活を反対している人がいる「死へのプロセス」の共通確認 死の準備教育</p>
<p>地域の家族構成の変化で老々介護や独居の家庭が増えて介護者が不足している。また、それを補うための訪問看護、ヘルパー事業所が対応できない。さらに、容態に応じて、泊まることができる、医療的ニーズに応えられるデイサービスが必要と考える。例えば、診療所とデイが併設だと看取りも可能と考える。</p>
<p>在宅医療の体制、介護の充実。医療行為の制限等の家族負担、不安</p>
<p>・早期に本人の意向、介護者、家族の意向を確認すること。その確認した内容を、適切な判断のもとに関係機関に連絡し情報の統一を図ること。(主治医へも忘れず伝える) ・また本人の希望も変化することも多く、適宜確認することも必要。</p>
<p>&lt;求められること&gt; [入院先の病院から退院して在宅生活を行っていく中での入院時から退院までのご本人の把握をする] →</p>

<p>家族、在宅医、訪看、ケアマネジャー、訪問介護など※各関係者が退院前会議 退院後会議 1ヵ月後会議 3ヵ月後会議 6ヵ月後会議&lt;障害要因&gt;各関係者も毎日の業務に追われ、一人一人をゆっくりと把握してとらえていく時間や余裕がない。</p>
<p>・家族の認識不足 ・医療機関との話し合い不足</p>
<p>介護保険では在宅サービスに限られている 行政独自のものも地域によってバラつきある 医者の理解、知識が不足している 退院後の医療と在宅の連携 医療機関がケアマネに丸投げするパターンもある</p>
<p>最期に向けて、どういう道すじを歩むかの説明。今の症状やとり得る対応策の説明。正直、展開やゴールが見え辛い、説明したとおりにならない</p>
<p>・介護保険事業者 特にヘルパーにグループケアの視点があれば尚いいと思うが、看取りについて各事業所ともに積極的ではないと思う。</p>
<p>医療と介護との連携と情報の共有化。在宅でターミナルケアを行える体制を持つ医療機関の不足。具体的にはターミナルケアのために応診できる医師訪問看護師とそれが行える人材確保と法整備「病院でなく在宅で」ということに関しては本人はもとより家族も「ちゃんと介護できるのか」と不安を持つ。家族の不安の声にしっかり耳を傾けた上で、具体的なサービスの内容を明確に提示し、説明する必要がある。</p>
<p>・死亡確認 ・家で迎える事への心の準備、心のケア ・家族の気持ちとかくご</p>
<p>「在宅で最期を迎えたい」という願いを叶えるには、それを支える家族・介ゴ者の安心感を得られることがポイントだと思う。安心感を得るには、サポート体制の充実、ケアマネ・介ゴ・看ゴ・医師等各種専門家が連携しチームケアができること、緊急時の対応だけでなくふだんから何気ない疑問や不安を気軽に相談できる関係作りが求められると思う。また、体調の変化や長期化等から家族の負担が増大する恐れがあることを十分認識し、段階に応じてその都度説明や相談を行う必要がある。経済的負担についても見逃してはいけない。阻害している要因は上記のサポート体制が充分でないこと、在宅医がまだまだ少ない。現状では家族の負担が極めて大きいと感じる。</p>
<p>今年度は最期を迎えた人はいませんでした。在宅で迎えるにあたっては利用者や家族だけでなく、サービス事業所や社会や地域全体で支えあう体制が必要だと思います。しかし、家族がその思いになられるのには相当な決断が必要であり、なかなかこれまで最期をむかえることが数としては少なかったです。また、最期までサポートしてくれるDrの不在は大きいです。地域によって差がありDrのいない(往診)地域すらあります。地域間で介ゴ医療がうまく連携が図れるようなんらかの手立てがとれればと思います。方法が何かときかれると困りますが、ハード面からして問題があるので整備が必要だと思います。ただ昔に比べて「家で最期を迎えたい」という思いは減少傾向にあり、家の介ゴが困難＝施設をえらばれる方が多くなりました。</p>
<p>在宅で最期を迎える予定で(希望で)支援していても、ほとんどの人が死期の2～7日前に入院する事がほとんどである。理由として主治医が、不安がる家庭に対してははっきり決断した言葉を告げない場合が多い。①O2や、挿管、輸液等の治療で短期間の延命である事や、苦痛を与えるだけでないかとの相談をしない事が多い。②加療すれば、本人が苦痛なくなると家族が思いこむような発言をする。③主治医が早い段階から、どのような死を向える事になるかと言うことをはっきり本人、家族に告げていない場合が多い。</p>
<p>本人の希望とは反対に家族(介護者)の不安が大きく、最終的には病院へ搬送→病院での最後というケースが多い。これは、介護者の不安を解消する為のいろいろな状況下での対処法などの説明が不十分な事と、訪問サービスの時間に制限があり、休日・夜間の対応がなかなか受け入れ先が少ない事が要因の1つと考えられる。通所、短期入所施設等に求められる事としては、医療的専門知識の低さや、利用者の状況に合わせた受診、送迎などの融通性が乏しいと思われる。看取り介護は本人様だけでなく、その家庭(主に介護者)へのバックアップも大切な支援となっており家族自信が看取りの受け入れに十分な理解と強い決意がないと実際は難しいのではないかと思います。</p>
<p>医・介の社会資源がある地域であれば、必要なサービス提供は可能だが、主介護者が高令であったり、協力者(家族の)が不在の場合、介護者が先に倒れてしまう。介護者を支えるサポートがないと又、介・医サービス以外で、よりそってくれる介ゴ者がいないと、在宅での最期を迎えるとは難しいと実感します。</p>
<p>吸引等の医療処置の家庭指導が十分にされること 臨終に駆けつけることのできる医療体制 家族等が看とりの意義をしっかりとして携え続けることを可能とする医師看護師からの助言指導。土日祭日早朝夜間対応が可能な介護体制 死の準備教育 医療職の介護職への教育指導。家族の不安へ迅速適切に必ず対応できること 家族のレスパイト体制 在宅のインフォーマル支援の提供 家族力(家族関係力、主介護者の能力、経済力がそれぞれ一定程度あること) 医師が患者家族と時間をとって共にいること、時には看護行為を直接されることが効力が大きい。上記を可能とするマンパワー 報酬上の裏打ち(添付資料) 1. 医療介護の連けい・心要、要請に即応できるフットワークの良いDrの数不足 ・家族、本人の不安をとりのぞき、死(残された時間)を共有できる職種の不足(ナース、ソーシャルワーカー、宗教人他) ・訪問看護師の数とスキルと意識による供給不足 ・土・日、祭、早朝、夜間、に対応できる介護システムを下支えするためのシステム(利用者に経済負担をさせず労働者に負担のみを与えない経済面も含めたサポート) ・“死”に対する命に関する教育啓もう不足※家族も介護職もどこでも教わる機会をもっていない。家族、介護職の負担をサポートし、本人の不安をとりのぞくシステム、役割が充実しない限り残された者も含め、ストレスの残らない看取りはむづかしいと思う。家で看取りにも経済的サポートシステムは必要と思う。</p>
<p>病院、在宅とわけて考えないという事は大事だと思います。その人がその人らしく、生きて、死んで行くという過程を継続して見ていられる視点を持つことが、その人らしく一生を全うできる事につながると思います。それには多職種の連携は勿論ですが、自分の職場のみではなく、他の社会一般を見て、視野を広げ興味を持つという事ではないでしょうか。</p>
<p>なし</p>
<p>病院に入院しているのと同じ安心感 しかし、実際には、家族の負担感や不安が多く、在宅死を希望しても家族が許さない。よほど家族間に強いつながりがないと無理 また入院している方が出費が少ない 在宅の方が経済的に負担が少ないと思えば在宅死は増える</p>

<p>求められる点。連携。協働。阻害している要因。・介護者の経験不足や力量不足による不安</p>
<p>・本人の希望は、自宅にいて最期を迎えたいと思っている。・介護者の気持を考えると、在宅では大変と思っている場合は、本人の気持ちに沿えないことがあり施設などを紹介することがある。・在宅で最期まで介護したいと思っている場合は、介護疲れなどを考慮し、ショート等各種サービスを利用してもらう。</p>
<p>やはりまだ社会が共働きなどで面倒を見れないという点、また介護の対応、支援者の精神的ストレスなど、支援者の負担が一部であると思います。今後デンマークの介護のように介護者の自律という方向になれば、また、変わってくると思います。</p>
<p>家族の思いも尊重しながら本人の希望への進めがかなえられるか、何度も話し合った。在宅で最期を迎えると決れば、Dr、ナース、ヘルパー、福祉用具他、担当者間で本人をせいっぱい見守るよう話し合う。往診医とも訪問時に合流したり、チームワークを大切に。入退院を繰り返したり、ホスピタルへの転院の相談もあれば入院中に限らず奥様の相談相手となって支援していった。その支援があって奥様が在宅での決心がついたこともある。入院しても支援の継続は大切である。近くに事業所があることがすぐにつけられたり、又、頻りに訪問して安心を得て頂ける。中には家族が疲れて病院でと願う方が優先されることもあり、やむえないこともある。痛みの緩和ケアを願っても、最后迄痛みとの戦いをみるのは家族としても辛い場合もある。しかし、ターミナルケアで重度の医療器機をもって在宅で最後看取った人の殆んどはDrやナース、ケアマネ、ヘルパー等に感謝の言葉があった。ただ中には、ターミナルケアは治療は何もなく看取るしかないといって、状態が悪くなってもすぐにつけてもらえないDrも一人いた。そこは在宅ホスピタルをうたっていて、利用者が多すぎて朝報告して夕方しか来てくれなかった。担当人数は限度を知ることも大切。</p>
<p>ご本人と家族の臨終時の対応希望。上記判断の不一致。家族の不安。対応出来る社会資源の不足。介保の単位数の上限。障害支給量の上限</p>
<p>在宅での経済力及び介護力（精神的負担及び不安感）</p>
<p>看護師の体制等の医療的、体制が必要。課題としては、家族とサービス側の意向の確認をいつ行うか（聞きにくい、切り出しにくいなど）責任問題を事業所が考慮し、サービスに消極的になってしまう。</p>
<p>・訪問診療を行う事・医者第一主義の考え方を辞める。・都市部中心の物の考え方をやめる。日本全国同じ様に事業所が設立される事が必要・医者不足の為、医者の質が低下している。医者不足の地域では本当に医者の横暴があり、なんとかしたいが来てもらえる医者がいない為どうしようもない。都市部中心の考え方をやめる必要がある。</p>
<p>看護師の意識が低い、今だに、医療のための看護力しかない。医師と（担当医）救急救命（救急隊員）、病院事務関係者が、連携しなければ、対応が難しい。同居の家族だけでなく、親せき等にも、本人の意志で在宅での最期を希望した事を、伝えておかないと、どたんばで、言い争いになる事もあるので、気を付けた方が良い。</p>
<p>①介護出来る方の人数把握②主治医、在宅訪問診療医等の確保③医療器具の準備、扱い方④家族、親族の統一見解</p>
<p>在宅療養を支えるシステム→往診、24h対応の訪問看護、訪問介護、家族の支援システム。最期まで、やりたい事ができる、行きたい所へ行ける、会いたい人に会える、それをわかってくれる介護力。</p>
<p>要介護状態の人は、持病を抱えている人がほとんどで、持病が悪くなったら入院するというのが、本人、家族共当然の事となっている。それは、良くなって退院するという願望のもとでの入院となっている。最近、訪問診療の医療機関が、増えて来ているが、あまり浸透していない。家族は、当然の事として入院させ、そこで最後を迎えるのがほとんどです。</p>
<p>・独居、老々介護等、介護力の不足・家族の受け入れに対する不安、拒否。・介護サービス利用、自立支援サービス利用料の負担。…が、阻害している要因。・医療従事者の積極的な介入。・行政、介護事業所の適切な情報提供。…が求められる。</p>
<p>最期は自宅で、との思いは殆んどの方が、実際に施設利用、入院等の際希望をかなえたいと思うが、一番の阻害している要因は家族ではないでしょうか。私達ケアマネや相談員等がその方向で、と思っても、家に連れて行くのは無理なので、何処かを捜してほしい、と言ってくるのは家族が多いのです。現在は介護保険利用で、レンタル、訪看、ヘルパー、往診と色々在宅での看取りをすすめて見るが拒否されるのが実情です。</p>
<p>・医師の説明不足。</p>
<p>・24時間往診可の医療機関が少ないこと 24時間対応出来る訪問看護事業所が少ないこと 夜間の訪問介護出来る体制が、人員不足、人件費の加算等で対応出来ない・本人は在宅を希望されても、家族がそれぞれの都合を言われ在宅を望んでいないケースがあり、本人の思意に添えないことがある</p>
<p>・家族の体制、就労状況や体力的不安など・往診医の数が少ない</p>
<p>・本人の希望と周囲の意向にずれがある場合なかなか調整出来ない。・24時間の支援体制がまだ充分でない。</p>
<p>・在宅でも最期を迎えられるという事を一般にもっと知ってもらうことが必要だと思う。・医療機関（特に大きな病院など）も、本人が在宅を望んでいる場合は、在宅での最期を迎えられるように支援するべきだと思います。医師や看護師の言葉で家族が在宅で看取ることを断念するケースが多いです。病院関係者も、もっと在宅知識を深めてほしい。・在宅医療に力を入れて下さる医師が不足している。状態が悪くなると大きい病院へ搬送され、そのまま病院で亡くなることが多い。・介護者が共働きの場合が多いので、なかなか在宅では看取れない。・介護度5であってもフルにサービスを利用すると限度額におさまらない。その分家族の負担が増加する。</p>
<p>退院前に病院相談員が、在宅で看取ることが出来ることを家族に紹介してほしい。家族は、家で看取ることが出来る事を、知らない人が多い。24時間対応出来る訪問看護、往診できる医師が少ない。ターミナルのサービス導入時は、時間との戦いである。家族の精神的余裕が少ない時に、次から次へと各事業所の契約等、書類攻めにあう。「それが辛かった」と言われたことがある。ケアマネジャーに対しては、行政は、そのような時も、暫定ケアプランをまずは提出してから…と強く指導してくる。当たり前のことと思うが、自分達にとって、家族にとっても、現実的につらいことがある。</p>
<p>本人が強く望んでも介護状況が変化すれば再考しなければならず、状況変化に準じて本人、家族の意志の再確認と、関係者同志の密な連携が必要。また、グリーンケアも見すえたそれぞれの機関の役割分担が必要（阻害因子）家族は目の前の状況で感</p>

<p>情先行の時があり、客観的判断が難しい事がある。また、家族の中でも立場によっては思いも違い、方向性が統一しにくい事もあるのではない。</p>
<p>・主治医やスタッフとの相談や説明をきちんと行ない、在宅介護に向けての覚悟や家族の結束力を持てるまで確認しあう。また、急変した時に安心して入院、相談できる体制が求められる。・核家族が多く、自分の生活に精一杯で精神的、経済的に余裕が持てない。治療が終わって在宅へ戻るが、患者や家族に理解してもらえない事が多い。在宅へ戻る前に不安を取ってから帰してほしい。独居や、在宅を提供する人手不足が課題である。</p>
<p>その希望がまわりに伝わっていない。</p>
<p>◎主治医を近くの開業医のDrに決めていても、開業医のDrが夜間不在ということが多い(医院だけの設置で生活場は市外)本人や家族にとって安心できない(夜間対応がないことに)◎在宅でのサービス事業所の職員にも本人だけではなく、家族に対するサポートとして精神的負担の軽減を補う姿勢が求められる。そのメンタル的補助の学び場が必要。</p>
<p>求められること 医療機関、介護事業所の連携が図れ、統一した意識のもと携さわる事ができる。地域での支援チームが組める。(自宅までの時間、緊急時の対応を考えると、地域でサービスの充実が図れるか、検討する必要がある) 阻害・要因 家族の気持ちや在宅での介護のマンパワーが不足している。医療機関、介護事業所がある場所が自宅から遠い。</p>
<p>本人、家族の覚悟を支えるだけの体制、24時間対応できるチーム作りなど</p>
<p>各事業所間での連絡網を充実させる。夜間の訪問医療、特に往診のできるDrをふやすことが必要と考える。</p>
<p>最終的に家族様の意志が優先される為</p>
<p>・在宅で看取るためには、24時間365日対応でき、モルヒネの持続皮下注やIVHポート等医療依存の高い患者も支援できる体制と緩和ケアに精通した医師や看護師の育成が必要である。又ケアマネージャーやヘルパー事業所においてもターミナルや緩和ケアに対する知識、技術を高め、チームとして質の高いケアを行なう必要がある。・研修教育制度の充実も図っていく。・多死社会に向けて心のケアができる心理療法工を在宅でもサービス提供できる様なシステム作りが必要だと思う。・ヘルパー看護職と一緒にサービス提供できる介護保険制度の改訂が必要。医療保険でも複数名訪問看護加算は付いたが、人手不足により現実的ではない。・訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所が24時間体制で連携をとり、夜間、早朝を問わずいつでも対応できるシステムが必要。現在はあまり機能していない。</p>
<p>介護保険では見守りは認められていないので食事介助、排泄介助等限られた時間と決られた時間しか利用出来ない在宅で最後を迎える方のケアについてはあまり考へられていない。</p>
<p>阻害している要因ー核家族化と多忙な生活スタイルにより、家族が介護に関わることが難しい社会構造・死の恐怖(死にたくない死なせたくない想い)があり、死を受容できず死ぬまで治療を続ける為、病院で死ぬことがあたり前とみんなが思っていること。・死が非日常的であること・人と人との関わりが希薄になっており社会よりも個人に重きを置いている社会 各医療機関一死に逝く人がどのような経過を辿るのかを家族らが理解できるように説明し病院か?在宅か?を選択できる状況設定すること。介護事業所一医療・関係機関との連携が図れる体制づくりを強化する</p>
<p>・医療機関に対して、大病院ほど患者が多すぎ説明などの時間が本当に短く家族に不安を与えている。・介護事業所はもっと医療に対する知識が必要と強く感じています。(このところ若いドクター達が訪問クリニックを開設しています。何かビジネスチェックな先生も増えてきているように思います。)研修などへ参加できる助成がもっとあれば事業所もヘルパーなどに参加を促せると強く強く思います。</p>
<p>医療機関、介護事業所の連携が最も重要である。</p>
<p>夜間の体制が少ない。訪問介ゴを見守りでいれるような制度をつくって欲しい。家族だけでは現状厳しい。</p>
<p>①高令者の終末期がいつかありまい②家族のサポートできる社会資源の不足③介ゴ保険の認定結果が亡くなった後に通知されるケースあり サービスをどこまで入れるか判断に迷う</p>
<p>・往診の医師不足・緊急時の体制(受け入れHP)が整っていない。・家族の負担が大きいが、それを減らす為の介護サービス(訪看、訪介等)の利用が十分に出来ない。(事業所の受け入れ体制が整っていない。ご家族の経済的負担が増える等)</p>
<p>本人が在宅を希望しても在宅生活を支える家族等の支援が必要、家族に代わり、介護保険、自立支援等のフォーマル(又はインフォーマル)制度を利用して人的資源、サービスの質(ケアする側の技術)が本人の希望をかなえる程充実していないからだと考えます。</p>
<p>24時間訪問してくれる医師がいないからです。もし医師がいない状態で亡くなると、警察が入る事になったりして大変な事になります。そう考えると、急変し救急車を呼び医師のいる病院へ行く事は自然な事だと考えます。</p>
<p>往診して下さる医師がいるのであれば希望はかなえることが出来ると考えています。</p>
<p>現在の所在地には病院(入院棟無し)が1ヶ所しかなく、往診なども困難な状況の為往診ができる病院や診療所などが必要だと思っている</p>
<p>「死ぬ」を陰、けがれ、滅び、など後向きに考えない、思わないというものを文化的、風土的にする必要がある。「死ぬ」と「死の時の状態」を同じにしない。死の時に貧困、不自由など「悲しい状態」であっても「死ぬ」ことは誰もが持っているもので、それをいじくってはいけない。求められることは、医療機関・介護事業所にあるのではなく、国策にあるのではないのでしょうか?でなければ、国の風土を変える様な事業所のムーブメントが必要なのではないでしょうか?</p>
<p>家族の負担が多く、大きくなっていく。ほとんどが病院へ入院というふうになっていく。もう少し医療で訪問していただけると、本人、家族も安心と思うが、事業所や病院の人数も不足しているようで難しいのが現状と思う</p>
<p>アセスメントをしっかり行ない、本人と家族の希望を優先させたケアプランを作成し実行する。本人が独居であったり、介護者に問題(認知異常など)があるとむずかしくなる。</p>
<p>家族等の相談、悩みに対応できる窓口の整備(24our)療養者の急変に即応できる体制整備 介護(看護)負担の増大。又は不安の増大 ライフスタイルの変化への不安 経済的基盤の欠如</p>

各医療機関や介護事業所、家族が個別に対応するのではなく、連携をとる事が必要、又、本人、家族に終末期の理解と準備をサポートする事が必要
在宅で家族の見守りをうけながら、最期を迎えるという希望は、かなえてあげたいと思います。それには24時間対応してくれる看護師、医師のバックアップが必要です。昼間はもちろん夜間一人で看護を続ける家族の必要時に、看護師、医師が適切なアドバイスを出したり、往診をしてくれるということは、心強い援助になると思います。
阻害 制度上での制限 介護力の低下
まずは家族が本人の希望を理解してあげられるかどうかが始点になるかと思われます。そして希望を叶えていく過程においての障害を取り除いていくことが大切になると思います。最期を在宅で迎えるため日頃から医療介護従事者との連携を密にしていくことが第一で、よって阻害の要因は、家族の意識になってくると考えます。
人手
核家族化
各事業所、医療機関は現状でも良く対応してくれていると思います。高齢世帯がふえ、子供達も介ゴできないケースが多く、在宅での最期が困難な状況です。
・悪性腫瘍の場合、痛みや精神的な苦しみをどこまでコントロールできるかによって、在宅で最期を迎えられるかどうか大きく変わってくるのではないかと思います。実際に悪性腫瘍患者の場合、病院へ戻り最期を迎える方がほとんどである。本人、病院医師、在宅医師、訪問看護師等との連携を密にしていくことが必要だと思う。
そういう方もいますが、一方家族に負担をかけたくないとおっしゃる方も半分以上いるのではないのでしょうか？ 今や在宅の介護者が1人いればいい状態である。しかし、介護者が1人というのはその状態によるがみきれないのが現状である。最後に近づく程。その方が子供で無職であればよしとするが今は少ない。ほとんど60歳以下の介護者は仕事があります。それを理由にもできるし生活のためにも必要でもあります。又、配偶者が介護者となっている場合気持ちはあっても身体がついていかない状態で共倒れになりかねません。可愛想なくらいです。「在宅で最期を迎えたい」簡単に発せられる言葉ですが重たすぎです。介護力は在宅において充分できる家は少ないと思います。誰か主介護者以外に2人の協力者があって調度良い状態と考えます。ケアプランで聞こえよく、知人隣人ボランティアさんとも連携をと言われますが、あてにしているはずもありません。人間関係の悪化の方が心配です。(地域密着型ができつつありますが、ターミナルケアの進歩状況は?) 私の扱う方々は皆困って施設にお願いしたいとおっしゃる方ばかりです。(特養がやっている居宅事業所ということが理由だと思います。) 結論は在宅でも1:3の介護力が最後を迎えるには必要です。なおかつ人間関係が良好が条件です。(介護者の身体や生活を守る為という意味で)→誰も(1:3)が必要 そして介護者は外で働かなくても良い生活力、経済力が必要かもしくはその手当がどこかで出れば、介護力ももどるかもしれません。か、お金は出すから、やはり社会でみてほしい流れは強いとも思えます。
・医師の往診が受けられない病院に通院している利用者に対しての支援が出来ない事・家族間の団結が希薄のため介護負担を苦痛に感じてしまう。・訪看事業所の受け入れが出来ない時がある
支える家族へのケア。医療。介護の連携(縦ではなく横の)
家族の介護不足解消。→高齢者が見ていることが多い。夜間の緊急時の対応→医師の往診 独居で介護者がいない。長い期間は介護者にとって負担となる。(心身の)医療知識のなさ(個々のかかわる人たち)緊急処置できない。医療従事者でないといけないこと、(処置)
・仕事をされている家族がほとんどで「家で介護できないので何とかしてくれ」「施設に入れたい」と言われる。また、自宅で介護したくても仕事を辞めてまでは介護できない介護するのは嫁の仕事という考えが田舎ではあるようだ…。一人の人に負担がかかってしまう。・ネットワーク作りができていない。・医者の協力が足りない。・最後を迎えるまでの期間…介護が大変。その負担を減らすためショート等を利用させたいが、受け入れ先がない。・往診してくれるドクターが少ない。
最期の看取りまで対応してくれている医療機関が少ないように思う。本人がそう願っても家族が納得できない時もあると思う。末期癌の場合、安定した状態で一時的に退院して在宅生活を送ると決めた場合、介護保険サービスの利用となる。ケアマネとして在宅環境を整えたり、サービス調整をしたり担当者会議をしたりモニタリングしたりアセスメントをしたり介護保険ほうしゅうを受けるためにかなりの労力を必要とする。ところがそうやって整えてもなかなか退院できなかったり退院してもまたすぐ状態悪化し入院してしまうケースが多い。ケアマネ事業所としてもしぶることもある。もう少し手間がはぶけないものかと思う。
在宅医療支援診療所の不足 MSWとCMとの連携不十分 CMに医療の知識がたりない
本人の意向をどこまで尊重してあげたら良いのかを見極めながら優先順位の違いを把握し援助する 各機関・事業所が一人を支える為にチームとしての役割をしっかりと行う。家族と本人の関係が悪いとスムーズに援助が成り立たないことがある。
地域の医療介護サービスの環境の他、家庭における介護力が必要と思う。・医療・介護サービス事業所については緊急時にも対応できる24時間体制がとられているところがあるかが重要と思う。・家族が在宅で看取ることについての正しい知識と意識を持ちサービス担当者等からの介護指導等を受け適正に病状管理が行われることが必要と思う。・介護の為に、仕事を辞めなければならない社会状況あり。施設入所を選択するケースが多いと思う。
病気の経過、予後などについての説明不足(本人、家族共) 介護を支える力が足りない時、サービスの利用が枠で制限されている為、結局介護負担が軽減されなかったり、我慢したり、不安なまま、すごしたりと、在宅死の満足感を得られにくい。訪問看護が足りず、ステーションに合わせた日程となってしまう。往診してくれる医師が少ない。
「在宅で最期を迎える」為には、各医療機関・介護事業所の連携が重要である。医療面においては、病院・かかりつけ医(訪問診療・往診)訪問看護等が連携をとり、どのような事にも気軽に相談に乗ってもらえ、痛みの緩和・胃ろう・酸素療法、パルーン等に取り組んでもらえること。いつでも入院引き受け先があることにより、療養者本人・家族が安心できる、又、介護

面においては、気持ち良く生活を送る事ができ、生活の質が高められるよう、身体面、生活面から援助を受けることにより、安心して生活ができる。医療面・介護面で連携をとり、本人及び家族が援助を受けながら安心して生活できるよう支援する。障害をしている要因は、本人が在宅で最期を迎えたいと望んでも、家族が、介護疲れが出たり、苦しんでいる顔を見るのがつらくなったりと入院という選択をしてしまうことにある。本人の支援だけでなく家族への支援が必要である。
「在宅で生活したい！」と思ってもDrの指示で対応出来る介護者がいるかが問題と思います 又、医療と介護、看護の連携が必要と思います。
「在宅で最期を迎えたい」希望をかなえるためには家族の協力と経済的に安定していないと難しい。
ターミナルを在宅で迎える為の体制（主治医、訪問看護、夜間における介護の充実 家族の不安をとり除ける支援内容 社会の風潮づくりなどができていない
往診してもらえる医師が少ない為、結局、病院へ入院する例が殆どである。すぐに対応できる医師がいれば、在宅で最期が可能と思われる。
一人暮らしの方が最後まで自宅でもと思って、24h対応もコストがないと出来ない。家族がいても終って行く姿を見る事の精神面で不安や負担が大きい。私自身も実母を自宅で看取りました。私は訪問介護の経験もあったのと姉やおばが手伝って下さったから出来たと思います。ある程度の知識や看取りの経験がないと・・・
・介護事業所、従事者（私も含め）の、諸制度に対する知識が不足していることが第一の要因。 ・医療機関（町内の）の支援が不足していることも要因。 ・ご本人が在宅で最期を迎えたいと思っても、家族や周りの方が、「無理だ」とあきらめていることも要因。 ・介護力が不足している。（同居の方が日中不在など）
・医師との連携がうまくいかない。 ・訪問看護サービス、特殊寝台等の福祉用具貸与サービスを使い始めるのに時間がかかる。 ・ガンetcで変更申請するのに介護度がはっきりするまで時間がかかっている
・家族による介護がない為、在宅に戻ることができない。 ・近隣の方やボランティア等の活用ができない。 ・急変時の受け入れ病院が確保できない。（安心して在宅介護が行えない）
求められる事 本人の思いに対しての意志統一の徹底を図る。 障害要因 Dr、介護士（特に医療系）は、悪化すると入院を勧める事。
今まで障害はされていない。本人の意志決定ができない状態で、家族と相談し本人の性格、今までの生活歴など考慮し、最期は自宅で迎えられた。Drは病院をすすめたが、家族の思いが大きかった。 最期を自宅で迎えるには、家族の負担もかなりありました。もちろん夜中に何回も状態悪化があったのでDrも往診で対応されていました。とてもありがたかった。
・緊急時の対応 ・家族が不安に思う ・介護者の交代を担える人が少ない
24時間体制で往診してくれる医師、看護師の存在が、家族が看取りを安心して行える第一条件で、在宅医療の充実が重要だと思う。しかし現実には厳しい。地方では公立の病院等で「24時間対応訪問可」の看板を掲げて、医師、看護師の確保をしてほしいとも思う。大家族制が崩壊し、家族介護力が絶対的に不足している現実がある。複数人の親身な介護者がいないとサービスだけでは、在宅で最期を迎えたいという希望は叶えられないと思う。遠方に住む家族が、安心のために施設入所を手配するというパターンが圧倒的に多いと感じる。「死」を間近に診たことのない核家族世代には自宅での看取りは難しいのではないかと。
往診診療がまず×。祝日祭日も困難。休む時多いようだ。病院の往診体制、休日、夜間の診察についての窓口も往診がない。24時間の往診医療は不可欠。医師の協力がなければ在宅で最期は迎えられない。介護は訪問看護の24時間体制、相談窓口を開き、いつでも安心して相談でき来てくれるという家族支援がなければむづかしい。家族支援もバックアップしないと孤立してしまう。必ず情報を発信してもらい未経験の人に話を聞いてもらう。
家族が仕事をしている。高齢化と病状が悪化している為、家で看にくくなっている。施設が多くなり利用しやすい為、軽減の為、利用する家族が多い。
・介護力 ・往診医師がない
・往診をしてくれる医師との密なる連携が必要。 ・何よりも家族の協力は必要。 ・夜間のヘルパーの対応ができていない。
24hの体制で対応することが、ネックだと思います。訪問看護でも24h対応するのはなかなかどの事業所も困難なので病院で最期を迎えてしまうケースが多いと思います。
・町内に往診してくれる医療機関がほとんどない。夜間ともなれば、まったく無いと言ってもいい状態の為、安心して在宅で介護することが難しい。また、町内に看護ステーションがなく、隣の市町にお願いしている。看護ステーションの数も少なく、お願いできない時がある。 ・ショートステイの利用も定期に取り入れ、在宅でもと思って、医療依存度の高い人になると、受け入れてもらえない。 ・訪問介護事業所の質を考えると、お願いするのが心配な時がある。
老々介護や1人暮らしが増え、家族や地域の支援体制がなくなっている。
・訪問看護ステーションの充実。緊急に訪問し、主治医に連形し、死亡証明書をスムーズに書いてもらえるかどうか。 ・若い方の利用者は緊急に連形できるよう対応
24時間対応が出来るか？家族の支援があるか？
在宅で最後を迎えるための家族の理解、介護負担の増加を嫌う。対応できる事業所、夜間帯でも対応出来る所がない。
・24時間体制の連絡・協力が行える。（医療・介護事業所） ・24時間運営している訪問介護事業所がない。 ・家族の理解及び協力が得られにくい。 ・老老介護、核家族化、息子・娘と同居しておらず、介護力乏しい。 ・経済的理由 ・同居家族が仕事をもっており、常に介護ができないため、施設へ入所との希望になる。 ・延命治療をした為、医療頻度が高くなり在宅に戻れない場合がある。
家族・医療・介護との連携
①医療機関・介護事業所間では今だにある垣根と属意識。②技術ややり方等の統一性のなさ。③情報・伝達方法などのかたよ

<p>り。④医療・介護とに精通している専門職がコーディネートして①～③のことをクリアーしていくこと</p> <p>・往診体制の充実、24時間365日体制の訪問看護及び訪問介護の充実。施設系、通所系サービスの重度者受入れ体制、理念の充実と医療系サービスとの連携の促進がもっと必要と思う。・医療福祉担当者及び事業者が在宅での見取りについて検討、理念を協働して共有する地域会議、大会が市内で行われたことがなく、各事業者が見取りについて家族とともに行う認識がないに等しい所が多い。 ”死” は自宅か病院で迎えるべきであり、事業所（者）のサービスにおいて起きることは”事故”であり、責めを受けるという認識が大半であり、見取りに対しての義務、支援等が検討されることがコミュニティとして機会がない。</p> <p>往診医師が少ない。 ケアマネージャー、介護事業所の知識、経験不足。 研修機会がない。 アドバイス、フォローしてくれる所がない</p>
<p>設問14. について触れたとおり、価値観が多様化している中で、本人と家族の本心、本音を引き出すための人材の確保とアプローチの方法についての創意・工夫が必要と思う。 その具体策については、小生の中では、今の処、用意がありません。</p> <p>・「最後は病院」という意識、考え、理解が自然になっていること。 ・自宅での最後についてイメージがわからないこと。イメージを描いてもそこからどうしたらいいのか考え思いが行動にできないこと。（どう動いていいかわからないこと） ・人的物的に支えきれない現実があること ・最後の時に、「支えたい」という気持ちより「恐怖心 不安感 疲労感」などの気持ちが先立ってしまうこと</p> <p>・在宅で生活する際に、家族が心配な時に、入院、施設利用がすぐ対応できる体制が必要である。 ・不安である為に、在宅への生活をこばむ利用者がある ・病状が不安定でも、家族との連絡が取れるならば、SS利用ができる施設がほしい。</p> <p>・ケアマネージャーは病気や薬に関して自分が弱いと思うところの分野をもう少し勉強をしていく必要があると思う。 ・家族の介護負担（特に精神的な面をケアする）に関して相談をしていく所が少ない（特に土、日の相談） ・医療と介護・精神の専門のケースワーカーが少ない ・ケアマネを国家資格にする（国家資格で5年間働らいてその上に試験をうけて毎年研修をするのになぜ国家資格でないのかなど、制度上介護保険そのものに問題がある</p>
<p>まずは、その利用者様の思いを支える気持ちが大切だと思います。 医療機関と介護事業者の連携がしっかりしていること、介護者が精神的にも、肉体的にも、負担にならないような配慮がされていること、医療機関の24時間の訪問体制、（看護師、医師）がなければ、本人、家族への安心を与えることは難しいと思います。 この地域では、24時間の在宅の医療体制がありません。「家で死にたい」との思いを出来るだけかなえられるよう、支えているケースがありますが、限界まで自宅で見て、最終的には病院で最期を迎えるということがほとんどです。実際、自宅で最期を迎えた方は数年前に1例だったとおもいます。</p> <p>求められること ・行政機関（介護保険課・生活保護）との連携、迅速な対応 ・訪問診療の充足。在宅療養支援診療所 ・家族のレスパイトのための、一時入院体制（ショートステイ）</p> <p>在宅で最期を迎えた場合、検死が入ることがある。主治医の対応が不可欠である。</p> <p>本人・家族の思いに寄り添った往診医の不足</p>
<p>急変の心配がある場合は通所サービスが利用しにくいこと。 訪問系サービスのみでは 在宅での看取りを考えている家族にも心身ともに負担が強いられる</p> <p>・求められる事 ・家族の気持ちに寄り沿える ・必要な医療・介ゴの情報提供 ・各事業所の情報共有 ・家族・本人が安心できる位の訪問時間と回数 ・要因 ・時間が十分にとれない 協力病院・訪看が少ない 制度に限りがある 利用料金の負担</p> <p>独居の方が多かったり 在宅での介護力が無かったり（同居の家族も仕事を持っていたり、する。介護者も高齢の場合も多いので 24時間 見守り、介護の必要な方は在宅で最後までみるのは難しい ・最後の看取りが 医師の訪問があっても 不安がある事も多い</p>
<p>急性期の対応が困難であり、本人は希望しても、実際、介護している、家族に心構えがなかったり、不安が大きかったり、何か、異常があると、医療（入院）に任せたいとの希望が多い。</p> <p>・急変した場合の受け入れ ・訪問看護利用の制限 ・家族介護のみに頼ってしまう傾向</p>
<p>家族への不安の解消と 在宅での医療体勢が整っているかが、重要だと思います。本人が自宅を望んでも、結局、家族の協力がなければ、自宅で最期を迎えることは困難だからです。ですので、病院から退院、施設から退所される際に、しっかり、家族へ説明し理解してもらう必要があると思います。</p>
<p>阻害の要因はきりが無いと思いますが、しいてあげると、支える家族が休みがとりやすいよう社会全体で意識を上げていくことだと思います。現状は、仕事を休めばマイナスの評価をつながるので仕事を身内より優先している人も多いと思います。</p> <p>在宅療養を可能にする在宅医療サービス、介護サービスが充実しておらず、家族に介護負担、経済的負担が重くのしかかるため、意欲、希望があっても断念せざるを得ない状況である。 延命が本当に必要かを家族を交えて話し合い、家族も考える機会が必要である。本人の死生観や意志について十分に確認する。家族は疾患に対する知識と理解が必要。</p>
<p>家族の介護力の低下（老老介護、若い人達は働かないと生きていけない）在宅の環境が整っていない（段差が多くて大きい、個人の部屋がない）医療機関と介護事業所の連携はとれていない（入院すれば介護保険の契約が切れるため対応ができないつまり報酬がないので病院まかせになる）往診してくれる医師がいない。家族の生死観（病院で治療して死ぬのであればうけ入れてくれるが、在宅での見取りには不安が大きい）</p>
<p>おう診をしてくれる意志が少ない。かく家族の為、介ゴ力が少ない。痛み等苦痛を伴う場合に緩和医療が充実していない為、自宅で最後を迎える事が難しい。</p>
<p>「在宅で最期を迎えたい・・・」と本人、F aが希望され、各医療機関だけでなく、特養においても、看取り、終末期ケアを実施している施設はあります。私は希望＝対応が全てと思っていません。その施設か事業所の力量もある為、本人、F aがこの施設であれば最期を迎えたいとイやる気持ちもわかりますが、介護の現場には全てを対応できる人的、環境、制度的資源が不足していると思います。上記のことについて対応していくには、介護職の一部医行為に対応許可、認定介護福祉士など、介護</p>

<p>の現場に医療現場と近い評価が必要と思われます。</p>
<p>「最後は自宅の畳の上で」との思いはあっても、それを実現するには、家族に理解してもらい協力してもらうことが一番大切だと思う。今まで、いなかった家族が1人増えるだけでもたいへんなことに加え、最期ということで、介護用具や医療用具が必要だったり、介護者が高齢だったり、自宅にヘルパー等他人が来ることを嫌がったり、この状況がいつまで続くのかという不安があったり、他人の目が気になったり、さまざまな原因があると思う。</p>
<p>本人は在宅での最期を迎えたいという思いが強くても、介護をする家族が看取りへの不安が強く、結局病院へ搬送することになる。在宅での最期を迎えるようにするには、本人を看取る家族の協力が第一になるので、家族の看取りへの不安を解消するために、医療従事者も介護従事者も考えていく必要があると思う。具体的には、医療従事者は、看取り状況になる本人の状況変化について家族に話しをし、どのような時に連絡をするべきか、どのような本人の変化を観察すべきかを理解できるように話しをする。また、介護従事者は、家族が安心して介護できるかを考え、家族の介護負担が軽減できるように支援する。</p>
<p>各医療機関、介護事務所の情報共有及び連携。費用の問題。看取りに向けての話し合い前に本人が急激に状態悪化し、間に合わずに入院となってしまう。家族が本人の病状に対する理解が追いつかない。サービス不足による介護疲れ、特に夜間。</p>
<p>本来は自宅で最後を迎えたいと考える、利用者が多い事は感じているが、介護サービスで、死を看取るような形のサービスが十分でない。又、自宅で最後を迎えるために、対応してくれる主治医も多くない。家族、親族からして見ると、家で看取るといふ形を作るのに、理解が得られない事が多く、結局病院で最後を迎える利用者が多数である。</p>
<p>「在宅で最期を迎えたい」という利用者が居ても、それを阻害しているものは、24時間、介護をする家族が少ない。病院のDrが聞き入れない！家に帰さない！家族もDrに言えない！家族が最後まで医療を希望する。まかせっきりの人達が多い。家族が吸引器、人工呼吸器など操作を拒否する。病院が患者を拘束している。禁止されている事をしている病院もみられる。自宅に戻ると、主介護者の負担が増えるので、体力的に無理な人、愛情の無い人、能力の無い人、我がままな人などさまざまです。環境的に無理なお宅もある。部屋の寒さの問題、広さの問題、住宅改修でも償還払いでもあるので、一担金額の支払いが出来ない人もいる。制度の改定が必要である。3～4ヶ月後には還付されても困る人がいる。往診してくれるホームドクターが居ない。胃ろうだと介護者の介護時間が長時間に渡ってしまい、出来る人と出来ない人がいる。訪問介護の事業者で、途中断ってしまう所もあった。ヘルパーさんが辞めてしまい、人出が不足してしまう業者もあるので結局大手の業者をお願いしなければならない事例もあった。</p>
<p>家族力の低下「死生観」のない社会となって久しいこと。</p>
<p>①介護力の不足②動介、認知症の為御自宅で看取ることが困難な為③在宅診療可能な医師が1人で診療出来得る数には限界がある。④365日24時間対応も求められているが・・可能なのか？⑤北欧（デンマーク、スウェーデン）では居宅や施設における看取りは特別な事でなくケアの一端であると考えている。国民のレベルや考え方の違いが大きく影響している。日本の国民は老衰末期の状態では医療がどこまでかかわればよいのか？自分のこととして考えるべき。</p>
<p>本人の考えもあるが多くは最期をみとる家族の理解がなかなか得られず病院対応になるケースが多い</p>
<p>本人（F a他親族）よりの聞きとりを充分に、返答に対しての主治医の意見調整したもの本人F aの意向の明確な情報共有認識。阻害理由”家で死んでしまう”なぜHPへ入院させなかったのか？世間体。同居以外のF aの反対意見、”なぜHPへ入れないんだ”</p>
<p>担当ケアマネご本人様、家族様と共によく話合う。事業所の職員ともよく話し合うことがだいじであると思います。阻害している要因として、情報は多くあっても本人に行き届かない。行き届いても、自分で制度と利用する為の申請などが行なえない。援助者が近くにいない状況であれば制度を自ら理解し利用する事ができない。</p>
<p>「在宅で最期を迎えたい」という希望があり在宅で支援しているケースでも具合が悪くなると家族が本人の辛い様子に耐え切れず入院になるケースは多い。（2/3以上）阻害している要因としては、家族の不安が大きいと考えられるが介護事業所としては本人を看護する家族に寄りそうことが大切だと思う</p>
<p>各医療機関や、介護事業所等に求められる事は、本人の気持を理解することと共に、その人を介護している家族の気持を常に考慮し、相談しやすい関係作りが大切ではないか。それを阻害している要因としては経済的な面の不安と支援（家族）が不十分であること。また自宅で最期を迎えるということの本人の心の準備、元気な頃から、できる事の準備等、家族との関係作り等、人生とおしての中でその時その時その人の人生の中で、いかに死ぬかと常して意識して考えておくことが必要であると思うが、あまり、考えきれてない。</p>
<p>在宅での看取りには医療が半分以上かかわるようになると思います。密に訪看に連絡をとり主治医とも連携が図れることが重要だと思います。</p>
<p>病気が重くなる程、在宅で最期を迎える事が難しい様です。往診医や連日の訪看の訪問等、医療面の充実必要と思われます。また、ヘルパーによる吸引の技術向上の為研修会等地域格差も大きいです</p>
<p>家族の不安が大きい。</p>
<p>医療機関、介護事業所との密なる連携が必要。現在の介護サービス提供事業所では、体調不変があった場合、受診のすすめ、入院への考えが多く、体調不変者の利用可能としていない。もし、何かあればの責任を考え、病院への移行へつなげる環境となっている。家族に関しても、いざとなると、在宅での看取りとならないケースがほとんど、終期は入院、終結となることがほとんど。精神的負担が介護者にたまってしまふ事も要因ではないだろうか？</p>
<p>①往診して下さる医師がいない（山間部）人手も足りない（片道40分の山間部に行く事業所は少ない）医療、介護、保の料を納めているにもかかわらず、その恩恵を受けられない地域があることは不公平に思われます。②ご本人の希望に無理解な周囲（家族、近隣人、在宅支援に積極的でない事業所、すぐ入所をすすめる）③ご自宅の環境（家屋の老朽化）療養できる住宅の提供④24時間体制の事業所であっても夜間の人手が少ない。</p>
<p>支えたい思いがあっても、たとえば夜間出勤するスタッフが代休がとれないなど勤務環境面が未整備です。ただし、介護サー</p>

<p>ビス事業所が小規模なところばかりなので、大きな組織のように休みの代替がきかないなど 理念と現実のギャップがあります。如実にできるのが在宅ターミナルケアの支援でターミナルケースがふえるとスタッフの疲労が目に見えて大きくなります。お金やしんどさに変えられない人として得るものも大きい 支援ケースもその精神論だけでは立ち行かない感があります。</p>
<p>在宅医療の充実</p>
<p>私達が担当する地域では、在宅療養を支える医療機関の少なさを痛感します。在宅医師不足、バックアップしてくれる医師があまりにも少ない！医師は利用者（患者）に対し「生活している人」としての視点を持たれているのか（？）疑問に思う場面が多々あります。また、総合病院の現場のスタッフからの連系も薄いと感じています。病院側の事情（在院日数）もあるので、入院された時から退院を考えた指導的関わりの視点を持たれる事を望みます。</p>
<p>地域連携が必要と考える。各医療機関のネットワークができていない為、身近に安心できる医療療養ができない現実がある。</p>
<p>日本では家族や主治医などの意向が尊重される場合が多く、本人の意志を尊重することが難しい。延命治療が行われると自然と在宅での看取りが難しい。医療、家族など全体的な考え方を考える必要がある。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急時、急変時の対応（対処方法、対処してくれる機関のかくほ）</li> <li>・24時間体制で生活を支えられる介護ケアの人材不足 ・利用料負担</li> <li>・個人情報保護がある為、連携が図りにくい ・介護事業所との連携（身体状況変化の連絡など）が上手くいかない事がある ・家族、本人の意向が違い、どちらにもつげず支援が困難 ・主治医の在宅での看取りの方針が他の職種や家族などと合わない</li> </ul>
<p>各医療機関、介護事業所、家族の連携やチームアプローチを適切に行い、24時間体制の確立を行う。また阻害している事は家族介護力不足やお金の面、同一志向のみだれ等がある。</p>
<p>深夜帯の療養支援体制が整ってない為、やはり安心の入院を選択されてる方が多い。夜間の急変時もすぐにつけてくれる、在宅医や訪問看護の体制整備が望まれる。</p>
<p>家族の受け入れ困難</p>
<p>応診するDrが少ない。介護事業所も提供中の死亡を考えると、家族等との訴訟問題に巻き込まれたくないと思います。核家族化が進み介護している姿を見る事なく生活して来た世代。急に介護をと言われても出来ない現状だと思う。</p>
<p>家族の不安が大きいと思われまます。実際に介護している人以外の親族が“延命”や“もっと適切な処置”を暗に求めている様子があり、主介護者様もいらぬ非難を受けたくないと早目入院させてしまうように見受けられました。幸いにも私共の地区には看取りを支援して下さる医師にも訪看スタッフにも恵まれており、体勢は十分にあります。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・病状、身体状況が悪化した際、家族がどうしても救急搬送を依頼したり、病院に搬送してしまう。 ・在宅で亡くなった場合、警察が関与する等、その後の対処が面倒だという側面がある。</li> <li>・核家族化し介護者が少なく 伴い、各仕事を持っている。 ・介護知識がもてない。勉強するにも仕事等事情でできなかった。（不安である）</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間対応できる医療・介護体制の整備が不十分。 ・受け入れる家族の体制・理解等が得られにくい。</li> </ul>
<p>病院から退院前に在宅介護に対しての不安について介護技術、相談、連絡先等を事前に介護者に指導してほしい。 ・通所サービスではリクライニング車椅子の利用者の受け入れが少くない。 ・ショートステイ以外、夜間のサービスが少なく、介護者が夜ぐっすり休むことができず負担軽減とならない。 ・在宅医療と医療機関、又、介護事業所との連携が難しく利用者の状態によってはSSなど受け入れてもらえない。 ・介護事業所の人員体制にも問題がある。どこの事業所も余裕のある人員など配置していない。手のかかる人は受け入れがない時もある。 ・重症利用者の場合、事業所の人員や環境など適さない所も多く受け入れれない。 ・地域性もあって、家族は居ても共働きで日中は留守、夜は家の事で手間のかかる介護はできない。介護離れが多くなってきている。 ・在宅で看取りを支援してくれる医師が少くない。 ・医療と福祉の協力、共有は根本的に違うので、いつまでも溝は埋らない気がする。</p>
<p>療養者本人が「在宅で最期を迎えたい」と希望しても家族介護者が拒否する場合があります。 レスパイト入院・往診、夜間や緊急時のヘルパー訪問等、介護支援が充実していれば不安が軽減され、最期まで介護を継続できる人もでてくるかと思えます。</p>
<p>家族の看取りに対する覚悟や理解が難しいのが現状 また看取りが出来るかかりつけ医の往診が必要となるが協力が得られないケースもある。</p>
<p>H20年4月より地域密着型特養が開設されました。入居者や家族が在宅を希望されれば退所されます。その後は診療所医師、医療の訪問看護、介護保険のヘルパー利用等で最期を迎える支援提供をしてきました。家族は「家でみてあげられた」と満足されるケースが増えました。医療と公的サービス支援が整えば在宅での最期は可能と思えます。</p>
<p>本人、家族の不安から病院を受診され入院される。</p>
<p>今までに在宅で最後を迎えたい方は1名 ほとんどの方が痛みや苦しみが少なくしてくれる病院に安心があると思っている様子（比較的健康的な時は在宅と話されるが）在宅に見守りの人がいれば可能だったが、家族の暴力や家の中にヘルパーを入れるのに抵抗や、24時間ヘルパーの人材不足</p>
<p>阻害の要因は、以外と家族が多いことがあった。</p>
<p>本人が在宅で最期を迎えたいと思っても、家族の理解が得られにくく、費用が限られてしまっている為、思うようにサービスを入れていけない現実があると思う。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・多職種の協力が必要。大変だから何かあったら病院という意識が当たり前になっている。最期を迎えるためには家族の協力が必要になってくる。 ・在宅医療施設の充実と家族の介護力の強化。 ・在宅で最期を迎えられる環境があるか。本人の希望をかなえる為には家族の受け入れが欠かせない。 ・受け入れ先、時間的、経済的、精神的、家族関係など考えれば誰でも可能なことではない。はっきり言えば、家族の意欲さえあればできることだと思う。</li> </ul>
<p>本人の意志を尊長する。</p>

・お金・限度額（介護保険の）・家族等の援助
訪問医療や、夜間対応の事業所等の整備ができておらず対応できていない状況。また、在宅で最期をという本人の希望に沿うためには家族に負担がかかりすぎる。
求められている事：・刻々と変わっていく体調に対する、ご本人ご家族の精神的な面への支援。・在宅でとっていても家族が、受診を希望した時の受け入れ医療機関への連携・療養者ご本人の苦痛のない療養生活 阻害要因：ターミナルケアに対する、ご家族の認識不足や支援者の説明の不足
“医療依存度が高い”“最期を自宅で”という希望があった場合、看護師のケアマネを探す傾向があり、集中して多忙となる。広く医療の知識を得て、（ICFの理念も周知して）ケアマネなら誰れでも担当ができるようにと願っています。
退院前のカンファレンスへの参加、退院後のフォロー（連絡の取りやすい環境）地域サービスの充実、行政の支援 家族や地域の協力や理解
・医療機関 かかりつけ医を持っていない方に在宅療養支援診療所を紹介したが、本人、家族の気持が定まらず、救急車を依頼してしまった。・介護力がない場合継続した長時間見守りが出来ない・短時間の定期訪問をしての介護は可能なのだが。・排泄したい時に居てくれない。・介護員は、家族がやっている医療行為が出来ない。・高齢な介護者が医療行為を指導され退院したが、出来なかった。・医療側にも介護員が出来ないことをもっと知って欲しい。
・主治医の理解、協力・家族への必要な介護技術等の指導・訪問看護、介護等の事業所の迅速な対応
在宅での終末を迎える人は実態的には少ないと思います。「可能な限り在宅で！」と言われる人が多く、この「可能な限り・・・」の線を引くのは、一体家族の判断のみで良いかと日々考えます。この度、意見を頂いたのは、「最後まで」の気持ちがありながら「最後は大きなめいわくをかける」と言われました。今、介護労働人口のことばかりクローズアップされていますが、「声かけあい」で、維持できる限界が在宅の限界なのでは？と思うことはあります。高度経済成長のなごりで、自分をつきつめること考えることを忘れ、「最後」どういったカタチで・・・を今一度取り組みなおす必要があるのではと思います。何を書いてよいかまよう為、手を止めます。
本人の意思表示が確認できていない。本人も決められない
急変時や死亡時の対応してくれる在宅医の負担が大（24時間対応）訪問看護の24h対応してくれる事業所が限られている。急変時は入院させてくれる施設の確約ができにくい一家族として不安 在宅の方が費用負担が大 入院費用<在宅費用（訪看、介護費用 訪問診療）一介護負担大 不安大 在宅は点のサービスのため家族の負担が大（精神的、身体的）若い療養者は経済的問題が大 残された家族の将来に対する不安が大きい為、お金を使いたくない心理が働く場合もある。
家族の介護力には限界がある。医療や介護サービスを上手に利用する必要がある。
病院・医院・訪問看護等と、各介護サービス提供事業者との垣根を失くした支援連携が求められると考える。現時点で、ターミナルの方の在宅介護支援も行っているが、特に阻害している要因はないのでは・・・と考える。ただ、医療関係者の方々は、介護サービス職員を下に見ていたり、病気は見ても、在宅介護の背影が見えていないと感じる時があり、しかし、介護サービス職員は知識の乏しさや、専門職としての意識の低さを感じられる。そういった双方を正す事は基本的にはパーソナリティの部分も大きく、困難だとも思うが、各個人が気付き、お互いの職種の特性を知り、同じ立場で連携をはかれるよう、努力していきたいと考え、業務についている。
その地域の医療機関の状況により、在宅での看取りができるか、できないか決まると思います。現在、私どもの地域では、診療所の医師不在で、他病院から代診に来ていただいています。在宅で看取りたいという希望があっても、いざという時に対応できる医師がいない為、入院せざるを得ない現状です。全国的に医師不足がいられていますが、早急に常勤の医師を配備してほしいと思います。
在宅でみとる時に一番初めに家族がその希望をかなえてやりたいという気持ちをもっている事が出発点と思う。地域性もあると思うが、家族がそれぞれ仕事をもっている現状ではなかなか実現できていない。総合病院でも「在宅で」という選択肢が示されていないのではないかな。
（各医療機関・介護事業所に求められること）・サービスは特に365日24時間営業していると、家族も安心だと思う。・迅速に必要なサービスを流す。・本人や家族に対して、説明を十分に行う。・関連機関の連携。（阻害している要因）・介護保険等もう少し使いやすくしてほしい。・本人は在宅を希望しても、家族が不安感、仕事、健康上の利用で受け入れられない。
かかりつけの病院があればいいが病院にかかっていない人などがおり、訪問診療のやっているところをさがし、依頼するのが、なかなか気軽にできない
ご本人や家族の精神的なフォロー、どのように声をかけてよいか経験不足もあると思うが、難しい。ご本人の状態の変化に伴い、サービス内容が多く訪問介護事業所にサービス時間や、サービス内容の変更をお願いするケースが多い。週単位、数日単位で変更することが多いのでかなり事業所の負担が大きいと思う。福祉用具事業所もベッドを入れて、数日で亡くなったりマットの交換もあり、かなり負担があると思う。家族の負担も大きく、少し休息したりできるようにしたいがショートステイの利用もむずかしい。
本人、家族が安心して最期を迎えられる対制練絡体制が整っていること。
・住診・ターミナルに対応できる医療機関が少ない。・Dr. の介護に対して理解が低いと思うので、もう少し勉強してほしい。・環境（ハナ、経済面、人）にも協力は必要だが、限界もある。
・まず感じるのは絶対的に必要である主治医の協力は在宅での最期はきびしいと思う。在宅に念心な主治医が必要不可欠。そのことが阻害となることが多い。・地域性によっては訪問看護の提供がない地域がある。・介護をする方が高令である。
介護力の低下
在宅はどこまでをさすのか、質問の意とする範囲がわかりづらい。現状では在宅生活していても、傷病により入院し死亡する

<p>ことがほとんどである。完全に家で亡くなることを求める在宅はかなり難しいと思われる。往診をしている医師も少なく、介護保険の事業も充分であるとはいいがたい。死亡した際にどう対処すればよいか社会的に認知されることが先決ではないだろうか。また核家族化や日中独居、生活費などの金銭的なことが課題になるとと思われる。</p>
<p>現実には医療、介護保険共にワクが小さく、家族の負担は増大している。家族が先にたおれるケースもあり、本人の意志に関係なく入院を強制される。在宅で最期をみとる事はきれいな事ではすまないケースが多く、緊急に対する対応も特に役所より後から問われるケースもある。在宅の居宅としては、とても困難な場合が多い。</p>
<p>・介護に対しての知識不足があると思います 介護に関しての方が在宅で看とるのは恐い不安だと思いが強く施設や病院へ対応をおねがいでいるのではないかなと思います。</p>
<p>入院中初期から余後判断、在宅での生活を考え、在宅サービス事業所との連携を図ることで、たいいての問題は解決できると考える。療養者や家族の考えの中に、死を迎えるのは病院でという根強い考えがあるように感じる。療養者本人が望むのであれば、在宅で一人で死を迎える状況になったとしても（家族不在時や夜間就寝中）住み慣れた我家の空気の中で終焉を迎えられたと思える考え方がメジャーになれば、在宅死も選択しやすいと考える。</p>
<p>在宅で最後を迎えたいと言う方は多いが、医療、介護保険が逆に妨げになっている。</p>
<p>本人は在宅を望んでいるが、介護をされる家族が仕事をしている為日中の身守りができない。介護保険だけでは在宅は無理なので医療の方も上手に使う在宅を支援する。しかし、介護者も年齢に関係するかなと思いましたがたとえ年をとっていても、大変な所を介護や医療に頼めば良いので、介護者と本人のつながりの深さだと思いました。我が家も義父がガンになり家で介護と思いましたが、妻がそれを望まなければできないし、私が介護に慣れていても仕事をやめてまでもはまる事ができなかった。仕事を介護で休める様になってはきているが、子どもの託児と一緒に、介護もしやすい環境になっていないといけない。ただ生活もあるので介護をしても収入が少しはないと自分達の生活ができていかない。本人の自立の気持ちもしっかりないといけないと思う。要介らだから介護保険をたくさん利用するとは限らない。排泄が自立できていると利用も少なくてすむので、福祉用具などが充実していると介護保険の利用量に影響がある様に思います。</p>
<p>現在は昔と違い同居家族が皆働きに出ており日中は不在宅が多い。その為にサービスを利用しても時間に限りがあり、それ以上のサービスを求めるとなると介護保険の限度額が足りなかったり、有償では金銭負担が多くなり家族の生活も大きな負担となる。金銭面だけではなく、介護への精神的負担も増え、家族の仕事への影響も出てくる。療養者の希望に沿うには費用補助、介護休暇など社会への理解も必要だが、休暇を取ると仕事なくなるなどの不安もある。</p>
<p>24時間支援体制となれば、家族の負担も大きく、支援の充実や各関係機関との連携が必要になってくる。介護保険利用限度枠内では時間的に長く支援できない状況や緊急時に対応できる医療機関（在宅医）が不十分な状況がある。医療機関や介護事業所もこまめに関わりを持ち、安全で安心した医療や介護ができる体制があれば本人の意向に添った支援ができると思います。</p>
<p>・医療と福祉の連携がとれていない・在宅医療、在宅サービスが僻地では不足している。</p>
<p>・医療機関や介護事業所が本人の希望を叶える為に努力をしても、それらを叶える為には経済的な問題がからみ経済的に余裕がない方は、必要な（充分な）医療や介護を受けることができないという現実をつきつけられる・最期を在宅で迎えられる方への経済的な援助やそれを支援する医療、介護関係者への報酬の援助が必要と考える。</p>
<p>・フットワークの良い医師が増えるような医療報酬にしてほしい・医療管理の必要性のある方を受け入れられるショートステイ、デイサービスを増やす・生活環境（介護力）のないことが阻害している</p>
<p>そのような希望者は少ない。在宅での終末は、本人も家族もそれなりにかくごが必要なので、MSW等がきちんと意向確認してほしい。受け入れたいせいの整わない中での決めるのはむずかしい。</p>
<p>・最期になった時・救急車を呼ぶのか呼ばないのかを相談する。・療養時・今後どのような過程をたどっていくのかだいたい話を話してあげる。以上をサービス担当者会を開き、統一する。・本人が穏やかに毎日が暮らしていけるように心のケアを行ない家族の方のしんぱいや悩みに対して聞いてあげ対処できる所は各分野で行なう。阻害していることは、痛みがひどくなったり本人の体調が急変するとあわてて救急車を呼んでしまうことだと思います。</p>
<p>1例 在宅でと決め、家族の不安から往診医に報告するとすぐに主治医に受診を奨められ介護タクシー代が近かいのに高額（6000～8000円）かかり、長時間待たれ診てくれる時間は少して患者がかわいそうになり往診医も変え在宅酸素迄したがダメでした。その間訪問看護師の家族の指導や助言、医師の変更も有り助かった。その他福祉用具、介護タクシーの利用もした。2例 主治医の指導の基、訪問看護で対応、天痘病がひどく、主治医は高齢なので強い薬はさけたいと言われていたが、全身に広がり血だらけとなる。皮フ科の医師の往診を受け、治ったが、命も短かった様に思う、家族も長期だったのでほっとされていた。福祉用具利用</p>
<p>病院に死ぬのが当たり前。自宅でみるとの考え方が家族がない。できない。</p>
<p>見取り介護や本人のニーズに沿った事を行う。</p>
<p>・医療機関：入院時から在宅スタッフがかかわる。在宅準備にとりくむ。医療スタッフも家族と共に在宅生活のイメージを統一させる。本人が在宅で行わなくてはならないことを入院中から取りくんでおく。医療スタッフ、MSW、薬局が在宅医、ケアマネ、在宅への薬局に引きつぎを行う。・介護事業所：入院中からケアマネを中心に本人の疾患、進行の理解し、本人と家族の意向や精神状態を理解しておく。本人、家族に介護スタッフとしての関りをしっかり説明し、役割分担を明確にしておく。・在宅医：介護スタッフの関り状況を随時把握し、本人・家族の心身の状態について情報共有を行い、ケア方針、医療方針を明確に指示する。十分な安全を与える態度で接する。※緊急時、いかい対応するかを安定期に話し合っておき、本人の望む処置に至るようにする。・阻害要因：本人や家族の不安を招くような言動はとらないこと。</p>
<p>（求められる事）連携（阻害してる物）プライド 法や地方自治施策をもっと地方にも目を向けた物が必要</p>
<p>「在宅での最期」はやはり家族さんがあってのこと。本当に身寄りのない方は、病院で最期を迎えることとなる。</p>

医療機関と連携し、何がニーズとしてあるか聞き取り、その人に合ったサービスを入れる。各サービス事業者とも連携をとる。
介護者が就労している場合、誰か代わりとなってくれるのか、又、退職してしまった場合、誰がその収入を補ってくれるのか、現在の社会の仕組みの中で在宅で看取りを行うことは家族構成に恵まれ、地域の医療機関に恵まれた一部の人しかかなえられないと思う。
・訪問診療をしてくれる石がない。少ない。・家族の精神的負担が大きい。
家族の療養や介護体制及び自宅で看取るつもりにならない
病院が急変時受け入れてくれるという安心感があると、家で看とる思いがでてくる
本人や家族への十分な説明。最期を迎えるまでに予想される状態の変化をわかりやすく説明し不安をとりのぞくことが必要。必要なときにはすぐに連絡がつき、かけつけてくれる医師。訪看が必要。家族や本人が希望した時には病院を選ぶこともできるよう病院の先生と在宅医との連携も大切。（阻害要因）病院の中で不必要な治療や十分な説明のないままになされる延命措置。主治医が在宅医との連携を図ろうとしない。かかえこみ。十分な説明がされず、家族が不安を抱えたままのケースが多いのでは？
医療機関と介護事業（ケアマネを含む）等、関係者間の役割分担を連携と送球な対応。
家族と同居されている療養者と独居の方では日常生活の送り方が違うと思います。同居家族が多くいる世帯。同居家族がいても高齢者同志の世帯など世帯状況の違いによる介護力の差にもよるがやはり年金生活をしているわけですので、厚生年金受給者（以前の教職員、国鉄、公社など）の年金額を多少下げること、他に財源を充てることができるのではないか。・在宅で最期を迎える為には、在宅医療で日頃から訪問してもらい体調を確認いただくことや、訪問開度、通所介護等、サービス事業所と医療とは情報提供をしながら、見守っていくことが必要だと思います。また、家族や本人の不安を解消するために、うまくコミュニケーションをとっていくことも必要だと思います。
病院、診療所からの訪問看護では時間の制限があり在宅で必要と思われるサービス利用ができない状況がありますが、訪問看護シテーションの立ち上げは経営的な問題から増えない現状。唯一あったステーションの設立が必要だと思います。家族との連携について、全てをサービス利用で任せられる。
終末期ケアには、長期の生活支援と死および死別後のケアまでが含まれる。余命予測や死別の準備へのケアなどの医療の専門的な支店と、生活をより歴史的包括的に捉え支援する視点や社会関係を維持、拡大するための働きかけなど福祉の専門とする支店、それぞれを強化し両者を融合させていく取り組みが技術として求められる。問題点としては①コーディネーターの不在又は知識不足②医療、福祉の連携の困難さ③チームケアにおける情報伝達、システムが普及されていない④在宅医療がガイドライン化されていない。⑤介護力不足⑥24時間の支援ケアシステムがない為がある。介護保険との関係では、訪問看護は原則として介護保険の適用となり、衣装保健の適用が対象となる疾患名や期間など非常に限定されていること。又臨機応変に対応する必要のある末期ケアにおいて、ケアプランは立てにくい。又生存が限られている65才以上の患者にとっては、介護保険の恩恵はほとんど受けられないまま命を終えることになる。
求められること①主治医の往診体制②訪問看護の利用、緊急時の体制③介護力（家族の連携）④充分サービス利用できるだけの財力 阻害している要因①往診をことわられる②家族の思いのズレ（本人は在宅希望でも家族の入院希望）
・往診医の不足 ・訪問看護師、訪問リハビリの不足、認識不足（利用者の） ・デスエデュケーション→高齢者への延命の国尾的理解、議論必要 ・制度の見直し必要
・在宅に訪問する医師が少ない。 ・在宅に訪問する医師は、疼痛コントロール等、緩和ケアの知識が乏しい。 ・在宅に訪問する看護師、介護職員のより一層の知識・技術向上が必要。 ・医療機関の医師看護スタッフが在宅への理解（システムや在宅でのイメージ）が乏しい。 ・一般の人々も同様 ・ケアマネ（福祉職）もコストや本人の希望を優先とし、必要なサービスをマネジメントできていない。
まだまだ家族の介護力が大きく影響すると思います。（家族が高齢だったり、介護の知識がない等は難しい）又、訪問看護や訪問介護のサービスの体制が24時間になっていない我町では安心して在宅で最期を迎えることは難しいと思います。ですが、御本人、家族の思いが強ければ可能と思います。今年に入ってから二人の方が在宅で最期を迎えることができました。（医療処置は家族が病院で指導を受けています。）
当母体の病院では、地域のホームドクターとの連携がうすいのか？F aが在宅で看取りたいと希望しても理解が得られないケースがある。在宅での看取りを、サポートを、説明を行うこともMSWは勿論、医療スタッフが行わない。ケアマネから医師へ希望をつたえるが伝わらない現状あり、バックアップ体制が出来ていない
在宅での最期の為には家族の意識により大きく左右されると思います。現在我々専門職に向けての研修では『在宅での最期』というテーマで行われており意識し始めているが、家族が決定権を強く持っている現状では、我々だけでなく家族も含めた意識改革が必要。
・住み慣れた環境で、家族や医療、介護の支援を受け在宅で最期を迎えたいと、本人、家族が希望された場合、医療、介護スタッフは、できるだけ協力体制を整え、連携して行くようにしなければならない。本人、家族、ケアスタッフで充分連携が取れていれば阻害するものは特にない。
在宅医師の方がすくなくなっている 核家族になり、自宅で介護する方が少ない ある程度の金額がかかっても施設に入れるのが安心だと思われる
・訪問医の存在と対応。（最近では良くなっている） ・日に変化する症状等の家族のメンタル面フォロー体制
訪問医療、訪問看護、訪問介護の利用可能機関を一定数確保し、各市町村で公報しいつでも利用できる体制をつくらない限り困難である。
・独居の高齢者に対しては、医療依存度が高くなった場合、高専賃等の居住地でも在宅生活は厳しい状況です。皆さんが家族と同居を行える環境であるならば回避できそうなんですがね・・・。

<p>○療養者の希望を叶えるために各医療機関・介護事業所に求められるものについて ご本人が在宅に戻られてから、ご本人・ご家族・医療機関・介護事業所での連携が円滑にいく様なシステム作り。又それぞれの立場で気兼ねなく意見交換ができる関係作りが求められると考える。 ○在宅療養を阻害する要因として ・キーパーソンが在宅介護を決意できるかどうか？（精神的・身体的。経済的に） ・キーパーソンが在宅介護にあたっての医療介護のバックアップシステムについての情報不足はないか？ ・受け入れる側の生活環境はどうか？ e x. キーパーソンを取り巻く社会的立場・仕事・家族構成・・・在宅介護を受け入れることで今までの生活パターンが崩れることで、キーパーソンの身体的・精神的ストレスの増強により、ネグレクト・虐待・精神疾患を引き起こす要因とならないか？</p>
<p>・吸引などの医療行為があると、在宅介護が難しい ・病状が悪いと本人も辛く、家族も対応が出きずに入院を希望される事が多い</p>
<p>1) 介護保険で利用できる訪問看護ステーションが当地域に少く（当市は1ヶ所、隣接市に2～3ヶ所）、必要に応じて直に利用できない 2) 往診してくれる医師をさがす事に苦慮する。 3) 介護保険で利用できるサービスが種々あるが本人の希望をかたえる為介護をする家族が安心して在宅で看取りをできるサポートが少い様に思う。</p>
<p>家族の介護疲れがあり、結局は入院となる。</p>
<p>往診医が見つからない 連れ合い取りづらい 遠方から退院した方はすぐに訪看、往診につながらない SOSを出すのがおそい 病院にいる時点で担当者会議をしたいが情報ない（在宅介護、支援）状況で帰る方が以外に多い。</p>
<p>むやみに胃ろうやIVH、点滴をすすめない。家族、本人の不安の拭払。</p>
<p>1、家族制度の崩壊 2、訪問看護の利用が難しい } 絶対数が少ない。 3、訪問診療の利用が難しい } 絶対数が少ない。</p>
<p>1. 過度の医療行為のみなおし 2. 本人の事前の意思の確認 3. 医療介護の同レベルでの意見交換、本人の意思に基いた調整 4. 介護する家族への医療介護の技術知識等、側面的サポート</p>
<p>最近少しずつ在宅でみると家族が増えてきているように思えます。本人が希望している為、経済的負担が病院ではある為（個室代等の費用面）介護保険制度を利用する事が出来る、などの面で増えたと思う。介護保険が導入され特に末期の場合訪問看護の力は大きいと思う。医療との連携もしっかり行い、家族に医療面でのアドバイスも出来る。ただ往診医が少ない事が在宅での看りに至らないケースが多い。望んでいる治療が在宅では限界がある故に入院し病院で死をむかえるというケースも多い。老々介護故に病院、昼夜介護が出来ず病院家族が安心していられるので病院とさまざまな事例があり複数の要因で在宅で最期をむかえるのが困難な事です。在宅での看りがご本人にとって安心だと思いがなかなか現状ではむずかしい。</p>
<p>死亡原因について、家族から、訴訟をおこされる事</p>
<p>関係機関の連携を図り、死を迎えるにあたっての起るべきリスクであったり、支援者側の体制、緊急時の対応、24時間いつでも相談できる窓口の確立、など本人、家族へ納得理解をさせておく事など誰がコーディネイトしていくかはっきりした役割を決めるむずかしさがある</p>
<p>在宅でも病院にいるのとほぼ同じ治療が受けられることや、緊急時の対応策を、色々なケースを想定して決めていくことが必要。本人も家族も安心できる精神面での支援が求められると思います。（環境の整備も含めて）これまでの経験ですが、医療系サービス（医師や看護師）との連携がもう少しできると、家族は安心されると思うことがありました。病状の説明を、看護師任せで医師はあまり来ない。又看護師も最期を迎える為の心構えや、病状の説明などももう少ししていただき、家族を支える支援も必要と感ずることがありました。福祉職も説明しますが限界があり、医療系の方の説明の方が本人、家族には安心感をもっていただける様です。家族が緊急時と感ずることと、医療系の方が緊急と考えることに温度差があることが多い。家族は不安が一杯です。しかし十分な説明で、家族が頑張れると、最後は納得し充実感を持たれる様です。その後のグリーフケアはスムーズです。</p>
<p>・本人や家族が願う”最期のすごし方”を尊重して可能な支援が充分にとどけられる様、相談、面談、機能をより高めたい・その為の実務的研修を増やして欲しい。</p>
<p>最期の状態（苦しみ、痛みなどの症状）に対してすぐに対応が出来ない場合の家族の不安な軽減出来ないのではないかと思います。高齢者、末期のPTに対する医療制度が在宅での看取りに障害となっていると思う</p>
<p>・疾状が安定しない療養者（呼吸困難等の急性期疾患）・独居者</p>
<p>主治医が夜間の往診や死亡確認をして頂けず、最期を迎えることに家族が不安に思っている。</p>
<p>・24時間体制で深夜も必要に応じて（時間帯、回数）対応が必要。・主治医の訪問診療が可能かどうかの有無。・ガン末期の人の痛みや食事が取れなくなった時の対応での主治医、訪問看護、訪問リハビリ、ヘルパー等の連携。・家族の負担も大きく、家族（高齢者世帯）の理解が必要。〈阻害している要因〉介護サービス事業における報酬単価</p>
<p>在宅で最期を迎えるには家族の協力、医療機関の協力などが必要になりますが家族にも生活があり支援していくのは困難な場合もあります。夜間対応、医療行為</p>
<p>・家族の不安・担当医が24時間看護してもらえ施設に入れという・いざとなったら病院に行っている</p>
<p>①経済的要因 制度だけでは介護力のない方は困難である。自費を発生する事の可能な者は本人の希望を叶える事が出来る。後見人がいる事も必要（独居の型方、認知症の方）</p>
<p>状態の急変などに家族がとまどい救急車を呼ぶなどの判断が難しく最後は病院になっているケースが多い。介護力の問題も大きい。</p>
<p>在宅で最期を迎える人の意志をどこまで尊重してあげられるか。チームでかかわる中で1人でも納得できていない事があれば本人の希望にかなえる事が出来ないと思う。</p>
<p>求められること→正確な情報の開示、共有 障害→在宅医師数の不足 要因 ケアマネジャーの経験不足、知識不足、力量不足、介護事業所の技術不足、勉強不足 本人、家族の思いの変化、家族間の関係が良くない。在宅に戻ることに対してのリスクマネジメントがきちんと行われていない。誰が主導権をもって進めていくかがわからなくなる。</p>

介護者が不安になって結局、入院してしまうことが多いです。ある程度、医療系のサービスを利用している場合、対応はできていると思います。介護者が阻害していると思います。
「在宅で最期を迎えたい」誰もが希望することですが、一人で生活される方には厳しいです。同居家族が一人でもいらっしやること。24時間、誰もが見守る状態が必要と考えています。医師・看護師の訪問はもちろん訪問介護も1日に数回（短時間もあり）の訪問、ご家族様の（介護者）の疲れを癒す・相談相手になることなどが必要と思っています。病態や介護の方法などに精通することが求められています。現在の介護者の養成状況では医療内容について理解をする時間や場所がないと思っています。医療処置が必要な方が、在宅に戻るケース対応できる人材が必要です。そのための養成機関の設備も必要と考えています。
「人は病院で死ぬ」というイメージが強いので、在宅でも最期を迎えることができる仕組みを知ってもらいたいと思います。医療機関は積極的に在宅に移行してもらい、介護事業所は怖がらず、スキルアップする意味で受け入れできればと思います。
時間や内容でサービスが決められている為、24時間介護が必要な利用者は介護者がサービス提供時間に合わせて利用を行っているのが現状です。訪問介護のサービス内容を利用者のアセスメントにより柔軟に対応できるようになると本人や家族が在宅にてという考えになってくれると思います。又、訪問診療の認知度が浅く、看取りを謳う訪問診療が少ない為、在宅で最後をと考えが出てこないと思います。
各事業所、医療機関が24時間対応できる
「在宅で最期を迎えたい」と思いながらも希望を叶えられるだけの支えが確保できず、最後は病院でという事になる可能性が高くなるのではないのでしょうか。
家族構成、介護者の有無。経済面、サービス内容についての理解、医療機関の理解
主治医のアドバイスのもと、支援方法を同一し情報共有する。また常に連絡を取り合い、緊急時迅速に対応できる体制を整えることが大切と思う。ターミナルケアに対して知識を深め、それぞれがスキルアップを図っていく必要がある。病状が落ちついている時にしばらくの間でも在宅を・・・と病棟NSより相談あり準備する中で
介護分野のサービスは充実しているが、医療分野（訪看、訪問診療）の設備が不十分である。又、ケアマネ自身の知識不足
ケアマネージャーを中心とし家族、医療、介護の連携24時間の対応ができるようにする
訪問医師不足と訪問看護師さんの責だと思えます。それと受けいれる家族の体制、気持ち、充分なことを行うには、限度額の問題も生じて来ます。
ご本人の意志をチームとしてどれだけ尊重できるかと徹底することが大切だと思えます。現状では家族に負担がかかります。いかに心身ともに負担を減らせるかがポイントになると思います。
往診可能な医師が少ない。
希望があっても最後は家族の意志で、病院に搬送されることが多い。在宅でみてることの不安感、罪悪感が疎外要因。訪看など提案しても、高令世帯では生活が大きすぎになってしまうような印象を持たれ、スムーズにはいかないこともある。あまり現実的なことをつきつけると希望が絶たれるようで家族自らが直面しようとしないうえに他者から強要する理由もみつからない。
・独居の方が多いため、家族の介護があてにできない・夜間できる介護事業が少ない・病院では、治療が中心、在宅では訪問看護や、訪問診療等を利用したいがサービス、限られている
同居家族が介護出来る状況であっても、緊急時に、どのような対応が可能か、日々の介護の注意点、予測される変化が共通認識になれば、家族、在宅サービスの担当者も気持ちがゆれ動かないのでは無いか。又24時間対応のサービスが受けにくい中で、1人の介護者に重負担がかからないことも考えて行かれたら良い。
各医療機関：在宅の看取りをできるかできないかはっきり標ぼうして頂きたい。できるといいつついざとなれば威丈高に「N.O」といったり、できないといっても「ここまではできる」という介護職への歩みよりをカンファレンスで表明して欲しい。介護事業所：とにかく「医療」を極力学んで欲しい。家族は介護より医療に悩まされることが多い。DrもNSも忙しいのは判るが「わかるように説明のフォロー」をできる介護職を目指してほしい。ケアマネのレベルが低いといわれ、NSあがりのCMが威張るのは、さもあらんと思う。しかし、法律にも詳しくあって欲しい。せめて、社会福祉レベルの知識は欲しいものである。阻害要因：特に9割以上がメディカル側。「賢いのは判るが・・・」といたい。介護は今の制度ができたから資格要件をいわれるようになった訳で、確かにオツムが弱い。だから、クランケのことを考えて医療サイドから「何故、この人に、『在宅での看取り』をさせてやりたいかを極めて欲しい。さすれば道は開けると思う
家族の本当の意味での覚悟が必要と考えます。精神的ケアの充実が望まれます。
体調急変時の訪問診療を受けられないので家族も当事者も不安。疼痛緩和が家庭では限界がある。食欲減退や嚥下能力低下で食事が出来ない時、栄養補給できない等の問題があり現在社会では近隣との関係も含めて病院で最後をみとってもらおう。しかし栄養剤補給や、人工呼吸器装着で行う延命治療については本人も家族も本音は避けたい気持ちが強のではないかと。
最期を在宅で迎える為には、それを見守り支える家族の存在が不可欠である。それが不十分な場合は、周りの種々の機関の支えがあっても、最期には病院へ戻ってしまうのではないかと。
・ご本人が在宅での看取りを望んでも、家族への負担が重くなることを考え、病院での最期を選ぶ人が多いのではないだろうか。・在宅サービスの充実度に地域格差がみられる。・地域に1つは、24時間365日体制の訪問看護があると良い。・重度、医療依存度の高い利用者をうけ入れてくれるショートステイやデイサービスなどサービス事業所の不足。・在宅医がなかなか決まらない。
・介護者が介護困難・癌など疼痛に対してコントロールが難しい。・往診を頻回にできる医師 医療キカンがあれば在宅で最期を迎えやすいのでは。
①次男、三男や次女、三女等の別居している子ども達から、病院や施設を利用するようにすすめられる。

<p>・急な状態悪化時の対応・医療的な処置</p>
<p>24時間体制での支援の拡大が必要 サービスの量（時間）の拡充（訪問看ことで訪問介こ、医師の訪問等）利用料金負担の軽減 サービス提供者側の質の向上（知識及手技）点滴管理 吸引、胃ろう、人工肛門等管理</p>
<p>受け入れる体制が少ない。連携がとれない。・医療～在宅まで来てくれるDr. ・訪看がない。（少ない）・介護～介護保険のみでは、とても無理。家族の力が重要。・家族～死に対する考え。病院で死ぬという概念ができあがっている。人が死んで行く過程を知らないで。．．．医療に求める、ものが大きくなる。（高齢者の老衰についても） ・やりたくてもできない訪問看護ステーションが多く、存在していると思う。</p>
<p>私個人もそうだが、元職が医療系でない場合、疾病への理解が乏しく、又、最期の場に立ち会う経験もなく、自信が無い。このような、ケアマネージャーや、医療系以外の介護職が在宅生活を支える場合、ご本人やご家族に、自信をもって、最期まで支援をしますと云いきれない弱味が、第1にあります。独居の場合は、特に。又、「在宅で最期を迎えたい」と皆様望んでおられますが、緊急時は、やはり、病院に行かれることを、止めるわけにはいきません。そして、日頃からの、医療との連携ですが、連携しやすい、往診医が、身近にいない、連携しにくいといった現状がまだまだあります。介護保険制度へのご理解は、ずいぶん進んでいるようですが、今後の大きな課題と思います。</p>
<p>・終末期医療の充実（訪問診療、看護、緊急時の連携）・在宅医療の為の相談窓口（ソーシャルワーカーの充実）・家人が行っている医療行為のヘルパーでの介護保険対応への拡大解釈</p>
<p>・「在宅で最期を迎える」ことのイメージを本人・家族に説明することが大切。・何かあればいつでも支援するという姿勢を伝えること。・「生きること」「死にゆくこと」を具体的に伝えていくこと。・スタッフ側に在宅介護のイメージがない。・緊急時特に医療依存度の高い方で、メディカルショートステイのようなサポート体制が整っていない。</p>
<p>本人や家族の思いは、常にゆらいでいるものと思います 特に家族は、その時が近づくとつれ不安を持つでしょう。又、最期を看取ったあとに、「これでよかったのか」という思いも常についてまわるとも思います その一連の心理に沿って気持ちの手当てができていれば、希望がかなうのではないのでしょうか。やはり、在宅医の存在が不可決であり、家族や本人の思いに寄りそうことのできるスタッフが不可決と思います。そのようなことが、余ゆうを持ってできるような報酬の確立、看取りの患者さんの受持ち人数の制限等、1人の医師が、たくさんの患者を抱えている現状では、その気持ちに寄りそうことはできず、思いがかなわないこともあるのではないのでしょうか。</p>
<p>周辺地域も含め、訪問看護や往診、さらに家庭での受け入れが、かなり当たり前という考え方があるのでターミナルを迎える人は、在宅にもどりやすく、さらに支援も行なわれている状況です。</p>
<p>本人が自宅での生活又は、最期を希望されていても、家族の方が、不安や、精神的負担感があり、受け入れられないケースが多くあります。又、その状態をささえるだけの、主治医（特に末期癌の方の場合、疼痛コントロールの出来る、開業医がいない）が、なかなか、少ない状況です。急変時は、緊急搬送で、と言うのでは、難しいと思います。又、医療保険と、介護保険が、併用されている場合、訪問看護の利用が、複雑になってしまいます。近頃では、家族関係の問題も、さまざま、受け入れにくい所もある様です。ケアマネージャーとしても、方向性を変えることは難しいのが現状です。</p>
<p>家族も家で看取るという覚悟や自信がないのは、私たち、サービスを提供する側も、十分に自信が持てないのも要因と思われる。家族も。在宅でみるとなると、就労している方が多い今日、職場の理解も必要になってくる。その場、その場の対応だけではなく、先を見すえた対応（〇〇状態になった時は、連絡下さいe t c家族に予め伝えておく）が大事。皆が同じ方向を向いて対応していかないと家族は混乱してしまう</p>
<p>主治医の考え方しだいである。本人が入院を拒否していても、往診はしないから入院となるケースが多い。又、御家族でも、本人の意思を尊重せず、無理と言って入院する事になる。入院先では、延命治療するので、次に退院してくる時は、医療処置が多い。そうなると、頭から在宅での介護は無理となり、施設入所となる。（病院で、けんめいな治療を行っても、死亡するケースがほとんどである。）このような、事例を見ていると、本人の意思を尊重し、在宅で、往診してくれる医師をさがし、自然に終末を迎える事が、本人、家族にとってもベストと思うが、それは、私が仕事上でみているからであって、利用者さんや家族は、何も知らず、病院に入院すれば、なんとかなると思っている事が多い。説明はするのだが、この説明は主治医がするものと思う。ケアマネが説明した所で、納得を得る事ではない。今後は、地域医療に携わっている医師に在宅で最後まで責任を持ってもらえるようにしてほしい。</p>
<p>・自宅でも考えていても実際には体調の変化があると病院を受診し、そのまま入院、ずっと退院に至らずそこで ・ご本人、家族がすべてを在宅で対応ができかねている 頼るのは入院設備のある病院でと考えている</p>
<p>医師や看護師、家族などが 対応出来るかどうか</p>
<p>在宅で最期を迎えるにあたって本人の病状に対するサポート体制がどの程度整っているか、在宅に於ける介護力（家族および訪問介護）病状を管理する医療機関（往診体制や訪問看護の協力）などがあげられる。それを阻害するものとして上げられる要因は、例えば山間部やへき地に住まい、医療機関が近隣にない、家族の協力が得られないなど</p>
<p>・医師の在宅医療の理解 必要性の判断（看護部門） ・医療系従事者の在宅医療の理解 ・在宅系従事者の医療関係の質の充実 ・家族、本人、近隣の方、行政等各関係者の理解 情報提供</p>
<p>本人の希望も少ないし家族も病院で最期を迎えたいと言う方が多いのでわからない</p>
<p>在宅介護で 医療依存度の高い利用者を支えるには、訪問診療、訪問看護、訪問介護の利用が必須になるが 受け入れできず 断られるケースが増えてきている。（事業所が足りない） 医者も 退院を強要するだけで、介護する家族の声に耳を傾けようとせず、病院本位で物事をすすめる。看護師も同様で 医者と家族の間に入って 相談にのってくれる姿勢はない 全てケアマネに丸投げ状態である。いつも不愉快な気分になる。</p>
<p>家族の意向と本人の意向が違うことがある。在宅医療が進んでいない。往診をしてくれるDrが少ない。ヘルパーが医療行為ができない。（家族ができることに対しても）訪問看護の単価が高い。各専門職がお互いの役割について理解をしておらず、</p>

役割をみとめていないことがある。精神面でのケアについての理解ができていない。身体的なことだけではなく本人を取り囲んでいる様々なことに目をむけてお互いの役割について理解、協力していくことが必要ではないかと思う。特変があった時は病院や救急車を頼ってしまう。
介護施設や有料老人ホーム等の医療スタッフが充実していない
訪問看護で対応してくれる事業所が少ない。新規の方はほとんど受け入れてもらえない。他、医師、ヘルパーの連携が困難である。
病気に対する家族の不安
先日 末期癌の方が在宅で最後を迎えた。本人の希望をかなえることができたのはそれを支えるチームがしっかりしていたからだと思う 訪看と往診医が医療を支え、毎日のように入ってくれており、訪介の方では報告を常に行い、日々変化する病状に対して即時対応を用具貸与はしてくれた。CMを中心にケアチームは成り立っているが、一刻を争う場合は直接的やり取りも必要となっていた。日々接しているのはケアチームであるため「これが必要ではないか」「こうしたらよいのではないか」という提案が毎日のように行われていたおかげで私は手を打って行けた 必要なのは CM⇄事業所だけでなく 事業所⇄事業所のやりとりができる関係性の構築と、互いに相談し合いそれに対応していく体制であると思う。医療側も介護についての知識・理解があり、チーム意識が強かったことも一因となっている。現状として そのようなチームが組めるのはまれなのではないだろうか。
在宅で死にたいとの希望者に対して多くの医療関係者、介護事業所がまず難しいとの話をする人が多いと感じています。確かに往診医、訪看の数字的欠如はありますが、できないことはないと思っています。当事業所で最後の最後に病院にいかれた方もいますので、実際はもう少し人数的にはいらっしやと思います。医療体制がとれれば介護はできると信じています。昨年ガンのターミナルの方で 家族は 最後まではと 当初いっていた方で・往診医（在宅O2 吸引、点滴 業者）・訪看・薬剤師 居室カンリ指導・福祉用具・住宅改修・家族・ボランティア で1ヶ月すごされ、家族はその様子を見て病院ではなく自室ですごすことを選ばれました。私は介護側ですが、医療で充分対応できると痛感しています。それとオーガナイズする私たちの力も必要だと思っています。この方は介護力がF aにありましたので。私の事業所の数確認して私は5/9名、他の4名もその日搬送して亡くなりました。でも他のケアマネの数をきいてやはりかたよりがあり対応の仕方について話しあう機会となりました。
訪問診療、訪問看護の連携と家族の覚悟が必要となるがそういった事が不足するとかなえられない
本人が在宅で最期を迎えたいと願っても 介護をしていく家族が在宅で看取る事に大きな不安を抱えていると思われます。在宅で関わる職種が、家族が安心して最期を看取れるように日頃から「緩やかに衰えていくことが大往生」と説明していく事が必要かと考えます。家族の心構えが徐々にできてくれば、本人の衰えを受け入れられ、本人らしい最期を一緒に迎えられるのではないかと思います。
在宅→病院で最期のケースが100%です それが現実です
・家族が、途中で疲れてしまい、介護拒否が始まること ・Drが、緊急の対応に素早い対応が出来ず救急搬送に頼ってしまわざるを得ないこと ・家族が、いつどんなことが起こっても、誰のせいでもない 本人が希望通り在宅で最後を迎えられたことを喜んであげられる気持ちを持つこと
在宅で最期を迎えるには、家族力の絶大に必要である現状があります。どんなに訪問を充実しても満足を得ることは出来ないと思っています。最期迄、家族がかかわれるかにより、24時間の支援が生きる様に思われる。家族のいない人達とは聞かれれば、それは24時間係わる事業所の力量であり、ケアマネの力量であるが現状の要介護保険制度ではなかなか支援出来る範囲は限られている。それこそインフォーマルな支援が充実しないと支援できない様に思っています。
地域に拠点のある訪問診療所→新しく出来、広い地域を対象として、広告も派手に出しているような診療所が2つほど出来たが、担当医師が交代したり、携帯が繋がらなかつたり、来ても患者のからだのどこにもさわらず、15分で帰ったりして家族から苦情がでたことがあった。→地元で開業しているかかりつけ医が、最近、割合、積極的に往診して下さるようになった。特に30代～50代の医師で、親の代から開業していた医院で、訪問看護と連携し、見知りまでする。自宅で最後を迎えたい人に朗報だと思う。しかし、最後の最後で、家族がゆれ、救急車を呼んでしまう事もある。
・自宅で介護を行うための、介護者（家族＝介護力）の不足と、お金がかかりすぎる。・本人を一人にしておく時間が不安という家族の思い。・サービス＝お金 となってしまうため、在宅が難しいこともある。
・状態が悪化するとすぐに救急搬送をするのが当たり前という風調がある。・家族で看取る為の体制が不十分である為、家族が不安である。・地域の医療機関（主治医）との関係が希薄であり、意志の疎通がとりにくい。・在宅で最期を迎えることに家族が慣れてなく、（都会では特に）周囲との付き合いもない為、色々アドバイスしてくれる先輩（人生の）もない。・末期になったら主治医が親身になって、往診を真目にしてくれるという事もない為、家族が家で看取るのを躊躇する。・病院でなくなった方が手続き上分かりやすい。
医師で、在宅の可能性を考えずに頭から無理と思いついていての方がいる。在宅は関係機関との密接な連携が必要であるが、そのリーダーとなるケアマネージャー自身が、在宅は大変ややこしいとおもわれている方が多く、施設入所を勧める。独居の利用者の場合、現在の介護保険制度では24時間安心して暮らせない。医療、介護の連携がスムーズにとれない。家族が同居していても最後まで在宅でみとりをするという事に不安が大きい。
家族の介護力と理解不足が一番の阻害原因ではないかと思う。個別に家族を指導するような事ができれば、在宅が可能になるケースは多いと思う。
在宅でみていくというDrが必要。
介護事業所と医療機関の連携が、十分なものになっていないと国算なケースも多いと思います。医療機関が介護事業所にゆだねるケース（レベル）と、介護事業所が医療機関に依存するケース（レベル）に、差がありすぎるのも阻害している原因と思

います。介護事業所に、医療にたずさわる人員が少ないのも一つの原因と考えます。
家族の支援と金銭的負担が在宅で最期を迎えたいということを阻害している要因の一つと思われる。
認定が遅い。間に合わない。みなしでプランを作るので、経済的負担を考えてしまい、おさえたプランになる。家族の負担ふえる。・ベッド等福祉用具も、みなしで行なうので、家族が10割のことを考えると、すぐに利用しないときがある。・大きなHPだと、先生と話をするのが大変時間がかかりすぐにプランが作りにくい。・訪看等を入れるにも、Drの指示が必要で認定のおくれや、Drに会うのが大変なことがあり、すぐの対応ができないときがある。・対応してくれる訪問介護事業所が少ない。又、質にばらつきがある。・特定事業所加算をとっている所が夜の支援可能な所が多い。経済負担大きい。質が良いわけでもない。
サービス提供事業者に急な対応ができる余裕がなく、常時家族がいて、急な対応が可能であったり、移動手段（車）を持ち合わせていないと、難しい現状。事業所も余分な人員を配置していない？
・訪問看護の点数が高すぎて、介護サービスと組み合わせることがむずかしい。・自宅で最期を迎えた方がいたが往診のドクターと連絡をとり合い、ボランティアで働いた。「父が今ひきとりました」という連絡が深夜にあり、かけつけたりした。病院より自宅でみとりたいという家族に対し、精神的な支えになることからはじまり、介護の仕方まで指導した。
在宅で最期を迎える為には、やはり、支援事業所だけでは無理であると思う。在宅で2人の方を望み通り、最後を迎えたが、2人とも家族の強い意志があった。常にそばにいる介護者がいなければかなわなかったと思う。
訪問看護事業所の不足
往診（緊急時）を行っていただく医師の確保 在宅でとの希望が本人からあっても、Faが精神的にまいってしまう Faが利用者の苦痛に最後まで耐えられない
臨機応変に対応できるサービスの充実を図ることが求められると思うが、人員の確保が難しかったり、訪問する移動に時間がかかり対応が遅れたりという問題が阻害している要因であると思います。在宅で最期を迎えることにこだわらず、入院中でも、一時帰宅が行いやすい環境があれば、在宅で過したいという本人の希望をかなえることができます。今の制度では、入院中だと、一時帰宅のときに在宅のサービスが使えないので、入院と在宅が移行しやすい環境作りが求められると思います。
サービス事業所の正月、盆、日曜日休みは困る。病院によっては協力医を受けてくれない。ヘルパーさんの報告が密でない。サ責への報告がないのでCMにあがってこない
・家族の受け入れ態勢が整っている話し ・訪問看護や在宅診療してくれるDrが居るか
・ご家族の希望。・往診できる医師の数が少ない。・訪問介護・看護事業所に対応力のある事業所がまだ少ない。・ターミナルを引き受けるケアマネも少ない。
家族が安心して看取するための医療面のバックアップとして応診医、訪看はもちろん必要だが、家族が「もう無理」と音を上げた時、入院できる病院につなげてもらう医師とおしのネットワークが求められると思う。
介護従事者の医療知識不足。医療機関からの情報不足。
・入院中、医師、本人、家族の会話が行われていない。・在宅に帰った本人は、最終期であることの理解が行われていないために、在宅で最期を迎えたいという気持ちはあるが、そのタイミングをのがし再入院、病院で最後となる。・在宅環境、介護環境が満たされず、結果入院の選択しかできない。・応診と訪問診療の単価に納得していただかず、月2回の応診では、在宅の終盤のケアは限度がある。・地域での在宅医療資源の不足。・介護保険制度、医療保険制度のきりかえ可能な訪問看護ステーションの不足。・在宅で看とりができるという認識不足（家族）・病院医療機関どうしの連携不足。・月2回の応診医が在宅でケアができるのか？・ケアマネジャーの力量。・居宅療養管理指導のあり方。
ターミナルの方を担当する際に必ず確認する事は「最後をどこでむかえたいですか？」「どこでみとりたいですか」と本人・家族にききます。家族が「家でみとりたい」と強く思う方は在宅を支える側にとっては「一緒にがんばってみましょうね」と伝えられますが、最近の傾向として大病院が「ターミナルは家ですぞ」という意識が強すぎて、何の精神的なケアや身体的な指導もないまま。「はい、ケアマネさんよろしく」状態で家にもどってくるので支援サポートがたいへんです。先日も（12月に）亡くなったご家族からTELをもらいました。（娘さん、保健師なので専門的な考えの方です）ターミナルで在宅に戻されたという思いが強く、病院側が書いたNsサマリーをよんでたいへん怒ってらっしゃいました。在宅サポートの訪看、ヘルパー、訪問入浴、ケアマネにはとても感謝されてくださっていましたが「亡くなる2～3日前より状態変化の記載が訪看さんにあるのになぜ主治医が受けてもらえないのか？（大病院で、いつでも救急に来て下さいといわれていましたが実際には受けてもらえなかったのです）」と娘さんは、「救急車をよんですぐ行けばよかった」と後悔の念にかられているのです。退院前のカンファも2回行い、「往診の医師をつけてもらえないか？」と、Nsに相談した際に「主治医との関係がよいから必要ないのでは？」「決めるのはご本人です」といわれました。本人もNsやDrに「具合わるければいつでも救急にすればみますからね」と言われていたので、当然往診のDrも断りました。大病院にとって「救急外来」で診るといのは、当然ですが、救急に行くまでの間の処置や対応等訪看Nsだけでは対応困難の場合が多いです。往診Drにたとえ5分でも診て指示もらえるだけでもとても安心できるのではないのでしょうか？現状は、大病院と在宅介護をするサポート体制がとても不十分だと思います。
〈求められること〉・ご本人、家族様の気持ちにそいながらチームで支えていく意識。・各々の明確な役割分担及びそれをふまえた上でのチームワーク。〈阻害している要因〉・各々のケースで違うと思いますが、一般論で言えば ・本人と家族の意識のギャップ ・経済的問題 ・往診医不足 ・訪問看護不足 「自宅で看取る」ということへの不安を取り除く相談機能が弱い ・訪問介護不足（24時間対応） ・医療依存度の高い方のショートデイといった受け入れ先が不足している。 ・「家族」という機能自体がぜい弱化している ◎「最期は在宅」と本人、家族の気持ちが決まった段階でスムーズに医療から在宅へと移行していく連携の弱さがまだあると思います。
上記2名の方は、1名は、たまたま在宅にて病状が急変して救急車にて入院 そのまま亡くなり、もう1名の方は、病状が安

定したので退院してもらいたいと病院側から申し出があり、退院後すぐにショートステイを利用して1週間後に亡くなりました。二人共、ご自分のご希望で「在宅にて最期を迎えたい」と言う事ではありませんでした。
・看取りをお願いする往診医が少ない。・医療系のケアマネが少ない為事業所に偏りがある。・レスパイト入院やショート利用が出来ない。
24時間の体制や緊急時にかけつける医師、又はそれを受け入れられる医療機関、事業所の不足。
ケアマネジャーとしては「最期を迎えるため」の体制、それに係るコストなど、できる部分を正確に説明します。何よりも問題は「万比診断してくれる医師」がいないことです。往診はしても緊急時の往診はしない医師ばかり。在宅支援の看板は掲げていても、とにかく月2回訪問診療することが何よりも大切で、それ以外のことは知らない、とにかくつきあいづらい医者。ほんとうに在宅医療のことを考えていくのなら、医者教育を「人を治す」教育にして下さい。専門バカは入ません。知識は必要ですが、その知識をどう使うのか。「在宅での看とり」をみんなが困ることなく普通に迎えられる医療の改革が必要です。
本人の希望をどれだけ家族がうけとめて、在宅で看ようという気持ちになれるのか。
生きるということは死ぬということなんだろうと思う。”在宅で最期を迎えたい”つまり、どう死ぬかということは、どう生きるかということ。何が重要かと考えた時、①24時間の医療体制の確保、②本人及び家族の強い意志③本人や家族への精神的フォロー④介護力の確保⑤疼痛軽減 だろうか。(チーム力、医師や看護師、家族、ケアマネ e t c) 増強!
・病院と診療所の連携がうまくとれない・在宅で死まで面倒みて下さる先生がいない・退院時に向けて、病院は 家族に「〇〇の症状になればいつでも病院に来て下さい」という内容を提示して退院するので、家族はキョーフ心を持ってしまい、在宅で死を迎えることができない。一時退院になっている。
・家族の介護能力の問題・家族の介護環境の問題・経済的問題・地域によっては、使えるサービスに制限が多く、必要なサービスが利用できない。・医療機関、介護事業所、家族との密な連絡、情報共有体制・地域住民を含めた、緊急時の体制・行政の参加。
各種の連携
・24時間対応の事業所が少ない。(オムツ交換等)・独居で、緊急時の対応が出来ない。・独りで生活するのが、不安である。(同居人が居ない)・緊急時に対応してくれるDrが少ない。
主治医(かかりつけ医)により、積極的な先生と拒否的な先生があり、後者においては大変連携がむづかしい。
・家族みんなで日頃からどのような最期を迎えたいかを話し合う場をもつ事が一番大切ではないか。・又、それをかなえる為には、どのようにしたらいいかをみんなで話し合っ元気な時から相談しておく方がいいと思います。
・家族の介護力の問題(24時間体制がとれない)・「死」に対してどのように向き合ったら良いかという家族の迷い・急変時や緊急時に医師、看護師や事業所にいつでも連絡して対応してくれるかどうかの不安
家族の協力体制、24時間緊急対応してくれる医師(訪問診療医)の確保、が重要。本人と、関係者の見解の統一がなされていけば、ほぼ可能となると思う。が日々病状や気もちなどにも変化(波)が出る、と思われるため、そのような状態をゆるぎなく支えていく、関係者の密な情報交換と、協力体制が必要。へんかが起きた時に、すぐに動けることも大切。
核家族化しており、介護者が高齢であるため、自宅での介護が困難。子供達はいても離れていて仕事があり、介護が困難。病院の方が安心である。専門家は増えているが、家庭医が少ない。
往診が必要になる為、開業医さんにコンサルした後、それから市立病院では知らないつりをしてしまう。
在宅で最期を看取れるだけのマネジメントが出来ていないため、病院で看取ることが多いのが現状である
在宅医を決めておくこと、大病院の場合、自宅で、心停止がおきた場合、救急車はこんでくれない事があり、家族がこまる事がある
「在宅で最期を迎える」ということは、医学知識のないfaにとって、心身の負担は大きく、相当の覚悟が必要なことと思います。適切に助言できるNsやDrなどの医療スタッフ、緊急時にかけつけてくれる対制など、最期を迎える本人、faに対してケアできることが重要だと思います。大勢の方がターミナル期を家で過ごすには、訪看の数や医師の理解など、課題が多いと思います。
家族や本人の気持ちを十分に聞きとっていない、家族の中には「病気で最期をむかえるのがあたり前」とよらえている人も多く 自宅でむかえる選択もあることを周囲が説明する必要がある。
在宅重視と、言われてはいますが、ケアマネの果たすべき役割が非常に大きく期待されているところです。医療の高度化に伴い医療度の高い人が在宅にもどるケースも少なくなく、医療との連携が重要視されていますが、実際に病院は、急成期のみ受け入れて地域にもどす事を最優先して考えています。しかし、地域では往診してくれるDrも少なく、受け入れる基盤が整っていない事も事実であり、安定期に入ったクライアントも継続して、フォローしてほしいと思います。また、在宅で最期を…と願うクライアントには各事業所が連携してサービスを提供する事はもちろんですが、やはりその中心的な立場にある、ケアマネと、Drとの密接な情報交換がとても大切かと思えます。
・ケアマネジャーとしての力量不足(アセスメント力、知識、精神面でのケア等)・介護者の価値感、状況の変化に伴う肉体的、精神的ストレスをどうケアしていくか、本人のおもいだけでは、それを通すことが難しい現実・死生観(スピリチュアル宗教、価値感などの教育)を明確にしていないところ。・死亡診断書をどこで医師が書いてくれるか
・在宅でとは、口では希望するが、入院の型を取るのが大半である。・家族だけでは不安とってしまう。・往診はあっても看護師も入っていても不安を感じている。・古い土地であり、病院で最期をと考えを持つ人が多い。
・医療系知識の習得・医療機関との連携・Faの協力・医療保険、介護保険を上手に利用・福祉用具等の生活環境・Faの心構え、指導
ターミナルを行っている往診医が少ない。
・在宅、医療側で最期についての価値感に差がある。・在宅側の支援体制不足で本人、家族側が判断がゆらぐ、不安感あり。

<p>・総合病院と開業医との連携又、開業医とおしでの連携を行い、いつでもDrも対応出来るシステム・訪問介護、看護の24時間の訪問システム。実際、介護、看護、が夜間訪問（定期的）する事は職員数的にも難しく又、それを行った場合、職員の過重労働になる現実。</p>
<p>まず、何より、御家族が看れない介護が重くなると、施設や病院を希望する意識的なもの（介護が重いとは、オムツ交換、体位交換、車いす移乗、食事介助、胃ろう、吸引等が発生するような状態）それプラス、全てを介護保険や医療保険でまかなう事が出来ず経済的負担が発生する事（月々10～15万程度の負担であれば病院でみてもらい、少し多めに支払う方法が良いという効率の部分）経済的な負担を少しでも減して自宅だと思うと、就業している家族が、仕事をやめなければならないという事も有り得ます。（現実結婚していない娘、息子がどうしても在宅で重度の方を看たいという事で仕事をやめた例は重度で在宅継続の例の中で数多く見られます。）また、全て保険で対応してもらい負担が少なくてもサービスの受け皿や人材が少なく夜間の対応が必要な吸引は特に家族の手にゆだねられます。また、多くのサービスを利用すればするほど、多くの人を自宅に入れねばならず、家族は施設の様な環境の中で生活せねばならないというストレスをかかえます。（毎日の訪問介護、頻回な訪問には、多数の人員を要するので、誰が来るかわからない…というストレス）医療機関と介護事業所の連携は、大部改善されては来ていると感じます。</p>
<p>医療連携にてDr往診、疼痛コントロールなどすべて連携し、訪問看護師により24h対応し連携している。在宅での見取りは完了されている。阻害はご家族の”心のゆれ”であるが、本人痛みのコントロールされていれば、穏やかに見守りし、見取られ心静かに寄り添う事で完了される。</p>
<p>・一番員として自宅で支えることができる家族がいること・訪問診療、医師、看護師、訪問介護士など在宅で支援できる支援者が必要。</p>
<p>通所やショートステイ等の受け入れが難しく、在宅でのサービス利用に限られてしまう場合がある。往診して身取りを行っている主治医がついている方は良いが往診を行っていない主治医もあり、在宅療養が限定される事もある。</p>
<p>・在宅介護を支える受け皿が不足している・介護力不足（家族の）</p>
<p>当事業所で在宅で亡くなられた方は、医師、看護師の協力を得られ、毎日訪問看護師や、医師往診を行っていただけただけの事が良く医師看護師との連携が取れていたことでご家族も安心されてようです。医療と介護の連携とよく言われますが、区を行うケアマネ連絡会でも「担当者会議を院外で行う時は医師の参加は無理です」と言われ「ケアマネの質の悪い人はブラックリストに載せている」と言われました。私達介護職（ケアマネ）は医師と話を聞く時も時間帯に気をつけ、連絡をしています。医療側の上から目線は続いています。「もっと医療用語を勉強しなさい」とも言われましたが、医師の意見書など象形文字のようで読めない。先生にコメントを伺っても「介護をよろしく」とか「介護頑張ってください」という事ぐらいしか書いていない。とも言われました。</p>
<p>・本人の希望であっても周りで支える時間が一番長い介護者、家族の協力が不可欠で、医療に携わった経験がないと難しい。（怖い、どうしたらよいかかわからないと言われることが多い）・家族の負担を考え、サービスを導入したくても経済的に無理なこともあると思う。・医師や看護師側の対応（時間的な制約など）・今の時代は、特に高齢者と言われる前の世代の方の親せきの方々は入院させないのはかわいそう（痛いのではない、苦しいのではない）という思いが強い人が多いと思う。</p>
<p>まずは 本人を支える家族の理解と協力が一番大切と思う しかし、日々 病状が変化をし悪化していく様子を見てみると とてつもなく不安になっていく家族・・・ 人が死ぬまでに どのような状態が変化していくのかを学ぶ機会がなく、在宅で受けられる医療に限界があることから 病院に入院すれば その不安と治療が十分に受けられるという気持ちが強くなることで 最後の最後には入院というケースになる場合が 私の担当する人は多いように感じます。 また、その家族の不安をあおるのが親族の意見（在宅で死ぬなんて 必要な医療を受けさせないとまわりから言われる等）やはり、地域性も大きな要因であると考え それから介護事業所においては、利用している際に自分の事業所を利用している時に急変が起きて、家族から責任をとられるのではないかと自己防衛が働いて 利用を制限してしまうところも多い。本人がどうしたいかを遠慮なく言えるような家族関係も大切、だからといって すべて家族だけで支えることは困難であるため、ICFの視点で 包括的に本人とその方をとりまく環境などからアセスメントをして、問題を解決するための支援をつなげていきたいと考える、個人が自らの死生観をもつことも大切であるが、それを他人に押し付けることなく 相手の死生観を受容し支えていける人間力が必要である。もちろん在宅医療が整っているかは外せない条件です！！</p>
<p>支えるスタッフの人数に限りがある。（24時間毎日となる為）その家族にあったスタッフで支えられるとは限らない。スタッフの知識が不十分である。経験が少ない。グリーンケアを含め、メンタル面での専門スタッフの介入が難しい。</p>
<p>・家族に介護の知識も無くて自身が無い、・近くの病院の医師に相談をかけず、大きい病院に行き、施設入所をすすめられている、・ケアマネジャーが、訪看やショートステイなどもっと上手に在宅に取り入れれば在宅生活は可能になると思う。でも金額が高いため、回数的に頼りにならず施設を選ぶようになる</p>
<p>「在宅で最後を迎えたい」という本人の希望があっても介護力の関係もあり、かなえる事ができないケースが多い。又、看とりを希望されていても病状が悪化するにつれ、病院を希望されるご家族様が多い事が現実である。</p>
<p>医療、介護系のサービスでは在宅での最期のうけ入れはよいが 最終的には家族が途中で在宅で見とる事ができなくなり病院などにもどってしまう 家族の覚悟が問題</p>
<p>介護事業所、訪問介護の人材不足などがあり介護者（家族）の希望の時間、サービスに答えられないことがある。介護事業所から利用者の家まで遠い中山間地域で冬季は凍結があり早朝、夜間などはサービス利用が難しいことがある。</p>
<p>・家族関係の悪い家族ではまず不可、これが割合多い ・家族には認められる医療行為が、介ゴ職員ではできない。にも関わらず医師等は、「誰にでもできる」と説明し、延命治療を促す。医師は介ゴ保険の置かれている状況などまるではあくしていないにも関わらず、家族、本人に言う事で、ケアマネジャーよりも医師の言う事を信用しがちである。 ・訪問看護は医師の指示や、費用面から導入に結びつかない事が多い、絶対数も少ない。 ・「在宅で最期を迎えたい」という事にこだわる人</p>

<p>は多いのでしょうか？私自信場所に対してのこだわりは無いし、それ程こだわる人は多くない様に思う。「場所」ではなく、「安心感」の問題だと思う。</p>
<p>ガン末期にはボランティア事業が多い①福祉サービスを利用しない、介護保険申請代行は本人、家族ケアマネしか出来ない為、必然的にケアマネがしていくのは、ボランティアです。ターミナルは訪看と②病院の医師自体がケアマネや在宅医を軽視している 何が出来るんやという考えがある③情報提供不足が目立つ④緊急時の受け入れをしっかりとしない為、在宅へ帰っても不安があり、私達も受け入れに消極的になる</p>
<p>介護保険では限界があるので 家族のフォローも含めた全体的な（24hr）のサポートが必要</p>
<p>家族の不安、介護力不足、周囲の無責任な中傷まがいの言葉←「最終医師にもみてもらえないの？」 「どうして病院へ入れなかったの？」</p>
<p>&lt;求められること&gt; ・在宅ケアの知識を身につける ・本人・家族の意向を正確に把握すること ・医療・介護事業所の連携強化 &lt;阻害している要因&gt; ・本人・家族の意向（自宅で最期を迎えたい）が明確でない→十分に確認できないまま医療機関で亡くなるケースがある ・連携が十分にとれない ・本人が希望しても家族が望まない ・経済的な理由で断念することがある</p>
<p>訪問医療や訪問介護を行う医療側で責任が持てないので、入院してくれといわれることがある。複雑な家族環境が、あるのでは。</p>
<p>寝たきりや介護に必要な体制が不十分</p>
<p>医療面でのサポート 介護面でのサポート 等 1日24時間のうち、どこまで支援できるか 家族だけでは限界がある 本人の気持ちと家族の気持ちと一緒にというわけでもない 在宅というよりも 安楽に最期を迎えるにはどうしたらよいか ということを考え、「良かったな」と思える気持ちになれるよう支援方法を考えるべき</p>
<p>・家族・身内の支援が受けられない。</p>
<p>独居の方で、日中はたくさんのサービスを導入することが出来るが、夜間は訪問看護の緊急対応しなくなってしまうこと。</p>
<p>・在宅に戻ってからの環境。介護者の受け入れ状況等、本人介護者の不安軽減 治療が不可能になった時期から本人家族へ十分な説明が必要、その時期から多職種が関わることが出来る体制を作る ・医療機関の説明不足、在宅が可能であるにもかかわらず、勝手に無理と判断してしまう医師 タイミングが遅すぎて時期をのがすこともある、 ・在宅の生活について十分説明をし不安を取り除く、時としてバッグベッドの必要性あり、家族の不安、こわいという気持ちでHPに戻りたいと思うケース、HPでなくても終末期家族で安心して過ごす場所も必要 ・介護負担が大きい場合ヘルパーを導入したくても見守りや話し相手としてのサービス提供ができない、24H体制でヘルパーのサービスが受けやすい制度作り ・年金がもらえない世代の経済的負担、医療費3割、往診、看護代が高い、介護度が要支援要介護1の判定ができることもあり急激に症状が進むと、サービスの不足がでる、判定に考慮が必要</p>
<p>※各医療機関に求める事・えん下困難な状況になると、すぐに胃ろうのオペ等する病院側も改めてほしい。オペし在宅へ戻った、後の生活、介護負担、受け入れ施設等、病院側のMSWIは、ある程度、理解していても、主になる医師が理解できておらず、最後に困るのは、家族です。 ・地域の医療機関との連携においてケアマネージャーも含め在宅支援の担当者への協力態度を改めてほしい。介護と医療は、対等の関係にしないと成り立たない。情報の提供にしても「返事を下さい」と言わずとも返事は書いて欲しい。※介護事業者に求める事。診断書の統一！！もしくは、意見書に感染有無チェック等。費用負担を軽くする事業所を比べると上から目線の指示ではなく家族の気持ちに添って支援できているか。特に訪看は、トータル的にみてる事が要求されるので家族も安心して在宅介護が続けられる。※その他、自治体がサポートすべき事。介護家族の支援（共感）が必要。精神的、身体的負担を傾聴していく。2025年に向けて高齢化社会になります。制度利用していく上で必要な申請等、きちんとわかりやすく説明して欲しい。</p>
<p>・在宅サービス、医療サービス、保険外サービスの連携がスムーズに出来る必要有 阻害要因・家族の介護疲れ・医療行為が十分でない事・容態が急変した時のサポート体制・本人家族の不安感</p>
<p>・医療体制を整えること。最期まで自宅で看取るということは本人にも家族にも不安があります。すぐに相談ができて話を聞いてもらえる体制が必要と考えます。 ・カンファレンスを充分に行うこと。自宅で最期まで看取るためには、その人に関わるすべての人が共通認識を持つことが大切です。そのためには充分にカンファレンスを行うことが必要と考えます。</p>
<p>・「在宅で最期を迎える」ことは、今後ますます難しくなる。その流れは止まらない。（止められない）。 ・また「在宅で最期を迎えた」から、必ずしも全てにハッピーとも思わない。 ・「在宅」の定義は特養、有料老人ホーム、GHなどの施設や、高齢者住宅などなどひろがると思われる。 ・「ピンピンコロリ」という言葉、考え方が好きになれない。高齢者、障害を持つ人達を否定するように聞こえる。</p>
<p>人は常に希望を持つ事で生きているのだと思います。“最期”であってもその人が求める希望が存在するのだと思います。だからこそ「在宅での最期」を望むのではないのでしょうか？又、病院や施設で最期を迎えようとする人も同じだと考えます。命ある限り、人には皆、思いがあり、叶えられる事であろうが、そうでなかり胸の内にひめられています。私がケアマネージャーとなり「最期」について、その迎え方について考えさせられた事は介護保険制度やそれに関わる自治体独自サービスにおける制限の多さです。その制限がコミュニティパワー（地域の力）さえも阻害してしまう事もあるのです。限度額、サービス内容、専門分化しすぎたこれらの制限の間に埋もれてしまっている人々がいるのです。「在宅での最期」という希望さえも阻むものです。だから在宅困難となり、入院、入所など在宅離れとなってしまいます。ヘルパーの生活支援内容の制限もその一つですが、家族がいては家事援助は入れない。末期の人を家族は24hで心配し支えてゆくのです。これは本当に大変な事であり金銭的にゆとりあるなら自費でも家政婦でもうけられます。しかしそういった家庭は少なく、だから家族は働くのです。「在宅での最期」を本当に支援するのなら本来あるべき死の迎え方を在宅でと考え推進してゆくならば、末期限定もいい、制限をゆるめ、本人と家族の一世帯についてを支援してゆくべきです。制限を行いコミュニティの力を向上させるのは現状ではどうあっても無理です。今、地域に負担をしているようにしか思えないのです。制限はまた制限を生み負担を増やす</p>

<p>のです。</p> <p>在宅で最後を迎える為には、大勢の方の協力と家族の覚悟が必要だと思います。まずは24時間で訪問していただける主治医や訪問看護が欠かせません。現状では、往診していただける医師も限られており、急変時、夜間にも応じていただける医師の確保は難しいと思います。介護事業所においては、少しずつ医療処理の必要な方への受入れが広がってきていますが、吸タンの必要な方に対しては、受入れが阻まれてしまうことが現状です。様々な制度を利用することで、家族への経済的な負担も増えていくことも難しくさせている要因だと思います。・核家族化の影響で、自宅で介護してあげたいという思いがあってもできない。“病院で迎える以外ない”という潜在的な思い込み。</p> <p>本人・家族と十分に話し合って意見を統一しておくことが求められると思うが、単一機関で行っていくことは困難だと思う。本人や家族が、そのように望んだとしても、家族にかなりの介護力や医療的知識がなければ、現状のフォーマルサービスでは対応ができないのではないかと？</p> <p>地域的に一人暮らしや高齢者世帯が多いことで、介護力が乏しいことや、在宅医師が少なく介護サービスも十分に利用できる状況ではない。「在宅で最後を迎えたい」という療養者本人の希望をかなえることが難しい状態である。</p> <p>・家族の協力不足のあります。家族は大変ですが・・・・痰の吸引があると誰かが見守りをする必要になり手替わり不足です。・最近ばかりつけ医の往診があり以前に比べて安心出来ます。・訪問看護や訪問介護の協力は欠かせません。緊急時もあり人手不足で調整も大変な様です。</p> <p>在宅での看とりの際、医療機関との連携以外に家族や介護者の精神的支援が重要だと思います。また、臨終時の具体的対応を事例に確認しておくことが必要ですが、現実では、中々死亡確認してくれる病院が見つからないというケースもありました。</p> <p>病状が重い方で、家族が恐がって在宅を決められない。又、病院が安心できる等。（病精のコントロール等）親せき等の対面的な事から、家だと大切にしていけないように思われる。</p> <p>（要因）家族又は介護者が自宅にずっと居られない。急変に対応する事が困難（判断に迷う）希望をかなえるためには… 家族の代わりにケアのできる人を探す。訪問の医師、看護師とケアマネジャーの連携を密にとる。ケアマネは家族とも。緊急時の対応や、状態の変化に際しての方向を都度確認する。</p> <p>①家族、それから地域住民の理解と協力は欠かせない。②介護事業所とケアマネジャーの密な連携が欠かせない。↓（阻害）安易な入所（特に有料e t c）要求を家族が行なう事。</p> <p>病院主治医、信頼できる医師と連携がとれる。24時間サポートできる体制であること。相談がしやすい。家族の心情の変化への対応など、医療・福祉間の連携も密に取れるようにする。</p> <p>〈医療機関・介護事業所〉 退院後の主治医の往診。介護保険サービス利用の受入れ。〈阻害要因〉 家族の身体的、精神的、経済的負担感 食事、健康管理といった在宅生活の不安 福祉用具、在宅酸素等の準備 24時間の見守り等の実施</p> <p>・社会資源の充実 ・在宅で看取るため往診の体制を整える ・経済的補助 ・介護休暇 ・少子化 ・核家族 ・共働き ・家族の決心のぐらつき、不安</p> <p>受け入れる家族の介護力の不足。在宅医療の不足</p> <p>「在宅でいつまでも暮して生きたい！」は誰にでもある希望だと思います。それには病気に対しての問題をクリアしていかなければならない。病院中心（入院）の医療だけでなく自宅で医療を受けられるしくみ、在宅を支える福祉の充実をもとめられる。後期高齢者医療制度の行き先も不透明で受診できるそのものが脅かされている。医療費の増加もあり国民皆保険制度も不安になっている。長年住み慣れたわが家にいられることには身体的ケア（医師、訪問看護）介護サービスの利用等があるが一番は家族の協力が不可欠である。いくら本人が望んでいても家族が協力しないことには全人的ケアはできない。</p> <p>病院と在宅療養担当の医師・看ごステーションe t cとの連携がとれる体制がまだまだととのっていない。在宅で最期をむかえる場合（家族の不安、本人の不安）をとりのぞく事が必要だが、コミュニケーションや説明に十分な時間がとれなかったり、誰が中心的に説明するのか？ 信頼して相談してくれる関係ができるまでに時間がかかるなど。金銭面の負担が大きい。助成制度や保険制度がもっと充実するといひ。</p> <p>家族のゆれる気持ちのサポートが十分できない</p> <p>病院から説明を受ける時一方的で在宅の実情を把握していない医師が多い。また病院の実情で相談員から「家に帰るか転院するか、ベッドがない、すぐ出てほしい」と家族は言われ決心するひまがない。ケアマネジャーに急に相談されるが慌てて在宅医や各サービス事業者を捜さないといけなひ。在宅医も含め、関係者で集まってカンファレンスができるとスムーズに行くか。以前から面識がある場合はよいが新利用者ではこの重い課題を話し合うには時間が短すぎる。病院ではいづれ出てくる問題であればゆとりを持って次の体制に取り組んで貰いたい。在宅医もすぐ入院を勧める医師もいる。自分が24時間体制ができなければ、他の医師に委譲する姿勢も大切。今後予測されることを十分伝えてほしい</p> <p>医療保険と介護保険のすみわけ 特に介護保険では、限度額があり経済的にも負担を考えていかなければいけない。家族にかわる介護としての人材＝ヘルパーのできる業務に制限があり家族負担が大きくなる。</p> <p>・社会資源の充実 ・在宅で看とるための往診の体制を整える。 ・経済的補助 ・介護休暇 ・少子化 ・核家族 ・共働き ・家族の決心のぐらつき、不安</p> <p>・在宅介護者の知識、介護力不足 ・住診医の協力体制不備 ・地域性（自宅より病院が安心） ・医療行為の制限があり、ヘルパーが介助できない</p> <p>病院はもっと相談員と連携し、家族にしっかりと説明し確認を得ておく。 ↓ 相談員とケアマネがしっかりと情報の共有し、家族と信頼関係をもつ ↓ スピーディな対応。1日単位ではなく、1時間単位で動くことが大事。利用者の命は待ってくれない。</p> <p>・本人が「在宅で最期を迎えたい」と思っても、家族にその心の準備ができていないと最期は病院でという気持ちになり病院で最期を迎えている。何かあった時、すぐに対応処置してくれるのが病院で在宅では無理という感念があり病院の方が安心で</p>
---

あると思っている。なぜなら1分でも1秒でも長く生きていてほしいから。病院で処置してもらえば長く生きられると思っている
・家族の介護力 ・経済力 ・施設の意欲低下 ・家庭復帰意識の低下
・家族の意向次第で、退院出来てしまう事。・退院出来る状況でないのに退院させてしまう事。上記2点は病院に対し、疑問を感じる事です。キーパーソンが介護者となるが、体力・気力次第といった所で個々に違うので、MSW等が主となりしっかりとやってほしい。
現在、そのように希望されている方はいない。しかし、家族的な問題があると思う。
阻害要因：家族の知識、介ゴ力。求められること：家族への説明、精神的支え、療養環境を整える、往診医師・訪問NS・ヘルパー等の連携。
きめ細かいサービス（介護者の気持が安定するような）。人材不足。
在宅で最期を迎えたいと思う方はいっぱいいると思いますが、急変時、すぐ医師がかけつけてくれるかどうかの不安がいちばん強いように感じられる。在宅医も最後迄で看ますとは言っている現実にもその時期は迎えた時に医師がしばらく見ていないからと診断書（死亡）書いてくれないないこともあり。訪問介護も、自分の必要な時間で来てもらうわけではないので、利用しにくい等の問題がある。
①特に医療機関に於いて24時間体制を掲げていても、Dr・訪看の動きが悪く、介護者の助けにならない点がある。②本人の在宅希望アセスメントがはっきり取れてない際、最終の治療方針が、家族の意向になってしまう事も有る。③家族は24時間介護を希望していても、それに対応する人材が不足している現実がある（特に地域差がある）④不安を抱えている家族に対しての精神的援助が出来るシステム・人材がない。（ホスピスを除く）⑤本人の気持ちに添ったケアをするヘルパーがいるか疑問。⑥ターミナルケアが出来る診療所が少ない。⑦ターミナルケアに取り組んでいる事業所が少ない。介護事業所は、あくまでも医療の付随とされている。⑧痰の吸引等、介護師として出来る仕事の幅が、公的に認められていない。
求められる事：病院から退院する場合等、入院中の本人の情報を密に集めその中から本人の意向をかなえるべく、できる事を在宅のスタッフの中で模索できるかぎり希望をかなえられるようなプランの作成。モニタリング（訪問）をし日々見直ししながら支援する。 阻害している要因：・家族の知識不足、理解力不足。・主治医からの情報提供不足。・金銭的負担が大きい。
本人、家族の希望をはっきりさせ、周りの者の理解が必要である。
突然におこる事がどんな事か知っておきたいと思うので、知識が必要。連けいが難しい。
訪問看護事業所が少なく、夜間の支援が受けられない。開業医の医師が夜間も対応してくれるところが2ヶ所あり。担当利用者様は治療よりも安心を重要視され満足されています。
家族の死期に対する理解と準備。急変時の対応。かかりつけ医との連携について説明し、理解していただく必要がある。ケアマネとして在宅で最期を迎えたい、本人及び家族のかかりつけ医は、どのような関わりを望んでいるのか知りたい。現実的にこういうケースは少なく、指導していただきたいと思う。また、老々介護が多く、介護者が介護できなくなってしまうのを恐れて入院や施設を希望する方も多い。
・24時間での体制を整えることが難しい。・老々介護が増えていて、家族の負担が大きい。・ヘルパーの医療行為がまだ充実していない。・訪問看護の費用が年金暮らしの人には高い。
・24h切れ目のないサービス提供・緊急時の対応・家族への支援
本人を支える家族の協力が有り、医療機関やケアマネ、各介護事業所等、関係機関との連携が必要と思われます。
訪問看護（24h）の充実と往診医との連携。痛みの緩和ケア。死の受け入れ グリーフケア。
往診の先生が少ないことや総合病院へとのぞむ家族が多くなっている。
「家に帰りたい」とか「最期まで家で介護していきたい」と聞くことが以前より多く耳にする。疼痛の訴えが無い場合はある程度可能であると思われるが、家族の不安は大きいと思う。痛みの訴えがあれば、お互いに不安・ストレスが大きい。緊急時に主治医が不在であるとは地方の病院ではよくあること。また、自宅で見取り検死が入ることになる場合もある。医療機関で在宅診療や在宅での看取りについて、取り組んでいただきたい。また訪問看護や訪問介護の体制づくりも、国として取り組んでいただきたい。
・いつでも対応、訪問してくれる医師や訪問看護師の確保・家族の理解・独居、老々世帯など介護力の問題・医療行為をできるサービスに限られる
介護力、経済力のない方でも各サービス、支援を十分に受けれるような体制づくり、制度の確立。不足しているサービスの拡充。介護力、経済力が要因で本人の希望が実現できない。家族が在宅介護やターミナルへ不安を抱えている。十分な説明
介護にあたる家族が協力的で時間も十分に取れるかどうかそして本人の不安はやはり痛みや急変時の対応がしっかりと整っているかという事と思う。経済的な問題も「安心して在宅で」という希望を阻害していると思います。
医療依存度の高い人へのサービス不足家族の在宅死の体験不足による不安。家族の介護力不足。（老老介護であったり、家族が仕事のため、物理的に本人のそばにいられない。など）
医療、介護のサービスが、地域によっては不十分な為本人や家族の希望が叶えられない現実があります。マンパワー不足により、在宅での生活が困難になってしまいます。また医師の意識の問題も大きいと思います。家族もいったん病院に入院すると家で看ることへの抵抗（大変さ）がでてしまう傾向があると思います。家族がどれだけ覚悟ができるか、医療機関がどれだけ応えられるか、それが大きな問題だと思います。
本人が希望しても家族に不安があり。死後に「あの時あすれば・・・」と後悔が残る。夜間変化があった時どう対応して良いか不安と家族。在宅で最後が迎えられる様な往診、訪看等の医療の充実。又訪看も格差があり、重度や終末期の訪問はいやがる傾向にあり受けてもらえない。ショートステイも重度の受け入れはむづかしい

私のいる所は人口7000人程の小さな島です。そのため在宅医療は満足できるものではないと言えます。病院ではなく在宅にて医療行為が受けられる体制が不十分では家族も安心して在宅でケアを行う事は困難だと思われま
医療の体制がととのってないと思います。
家人に介護に対する意欲や忍耐、自信が無い。
医療機関や介護事業者が主体なのではなく、利用者が主体であることを常に念頭に置くことが必要。阻害要因は人員基準、報酬単価にある。
医療機関は、在宅での看取りをふくめた、在宅での療養生活がイメージできていない。在宅での介護サービスを含む生活支援について知識や調整技術を向上すべきである。介護事業所は、病院の在院日数短縮化や、医療ほうかいの現場、(最近の含む)医療処置についての知識が充分ではない。知識技術について、向上すべきである。本人、家族も、他人事ではなく、自身のこととして主体的に学習し、行動すべきであると思う。
・医療知識と連携・本人、家族の支援
医療知識の少ない介護職員は死への恐怖、疾患の理解不足があり、終末期ケアを拒む傾向にあるようです。在宅での看取りを支えるにあたっては、医療従事者からの簡潔明瞭な説明や、サポート体制・連携のあり方について説明し、介護にあたる者が不安なく関わることが必要と思います。療養者本人が「死」を受け入れる過程にいかに寄り添い共感し穏やかな気持ちで接することができるか、支援者の気持ちを一つに関わっていくことが必要と思います。
①在宅緩和ケア研修会、など年単位でも多くの研修会が企画されその都度、多くの関心がよせられ参加者も熱心に学習していると思います。②がん診療連携拠点病院、診療所の方々との連携は、残念な事に私達の事業所ではほとんどありません。③身近な生活圏域で医療と介護が連携されるよう望みます。特に医療系サービス(訪看)のマンパワーが絶対的に不足していると思います
24時間体制の医療が受けられない。・昼間診療所を開設するが、夜間Drがいない。・救急病院がなかったり、あっても専門医がいない。家族を支援する力が弱い。老老介護で、不安がある。離れたところにいる家族(子供)からすると、病院へ入ってもらいたいと思う。
阻害：家族が緊急時の対応が難しい。
・各職種の連携と情報の共有。・介護保険の制度。上限が決められた限度額に、終末期の方はおさまりにきらないケースがある。金銭的な面で、医療・介護ともに十分なケアができず、辛いことがあった。家族も、複雑な心境伺えた。
食事が食べられなくなり、ムセが見られる様になると、胃ろうの話が医者から切り出される。家族は充分分らないし、命を考えると、意思の力に負けてしまう。それから大変だと思う。胃ろうになると、在宅への道が細くなり、施設も、外部からのショートを受け入れにくくなってしまふ。胃ろうへの移行が簡単に行われすぎている。口腔ケアから始め、口腔訓練をすれば回復出来る人は多いと思う。しかし、現状では、入院日数の増加は、医療費がかさみ、困難になっている。ゆるやかな介護ゆるやかな死、を在宅で迎える、方策をもっと今だから考えるべきだと思う。
・希望をかなえる為には。・介護保険給付を増やす。・核家族の解消。・阻害している要因。・症状が急変した時の対応の不安さ。・社会資源の不足。・介護力不足。
在宅で最後を迎えたいという願いはがんのターミナル期の方、神経難病の方など、増えてきていると思います。当法人では在宅診療、訪問看護、ケアプランセンター、ヘルパー、デイサービスなど、がありケアマネを中心に連携し在宅での最期を看取るケースも多くなっています。連携のポイントはスピードだと思います。特に刻々と状態が変化するターミナル期の方の場合は役割を事前にきっちりと決めておき、すばやく連絡をとり合うことが必要になります。あと医師が今後の見通しを状況に応じて家族に説明することも大切だと思います。今の介護保険の制度では要介護5でも利用できるサービスは限られていて、家族に介護できる人がいないと在宅で最期を迎えることはできません。・介護できる家族がいる事・24H対応してくれる往診医がいる事・在宅での医療サービス(訪看)があること・ある程度の経済力が必要だと思います
医療に強いヘルパーが少ない
人生の最後は自宅で過ごせることを幸せと思い、自宅で最後を迎えさせたいと理解のある家族が増えていると思う。そのことから、医療と福祉のより一層の連携がとられていくことが望まれるのであろう。
・往診体制、自宅にて医療行為ができる様になる、又、医療だけでなく、在宅生活を支える、生活支援をなくす様な制度改革に反対します。一人暮らしが多くなり、日常生活に介ゴが必要でなくても、生きていく上でのささいな事の支援にて精神状態が安定する。
主治医が入院を提案する
社会の考えの変化により、療養者の希望も変化しつつあるように思える。自宅で最後までという方自体少なくなっているようで、それを支える家族、親戚もそれぞれの生活で精一杯のようで本人もそれを理解していることが多く迷惑をかけたくないという気持ちが強いようである。※死や最期を迎えた時の考え方などは日本人は諸外国に比べそこまで意識していないのではないだろうか？自分は父・母に時折話す事がある。(死・最期の時・場所)悲しいことに福祉・医療サービスはビジネス化してきており、枠を超えたチームケア、アプローチが困難になってきていると考じる事が多い。(その事業所の持っているサービスによって違うのだろうか)ましてやきちんとした考えのある専門職も少ないのが現状ではないだろうか？
本人は在宅で看取られてもいいと望んでいても、それをみている家族は、このまま本当に亡くなっていくのを見届けられるのかもかしいたら、何か助けられる方法はあるのではないかという最期の最期を迎えるまで思いは、揺れている方が多いと思います。その気持ちを穏やかに受け入れられる様な言葉でイメージをもち、その日を迎えられることができることが重要だと思います。そのためには、在宅医療を担う、医師、看護師の役割は大きいと考えます。
24時間の医療体制、介護体制
本人が希望しても、同居や別居の家族がどう考えているか確認する作業と、それぞれくい違う思いがあればすり合わせていく

<p>ことが大切、その上で緊急時の対応と確認し、医療機関と関連する事業所がどう連携していくか話し合い本人、家族と共通理解をもつこと、本人や家族の不安を取り除くために、緩和ケアの知識と予後予測を説明できるスタッフ（医師や看護師等）が必要、阻害している要因としては医師が不在のときに対応できないからと反対することがある、また家族が介護力がなく不安を感じる時など在宅では難しいと思われる</p>
<p>今年95才で亡くなったおじいさんは「家で枯れるように死にたい」とずっとおっしゃっていましたが、医師には、自分から、何も話さない人でした。医師も、「動かなあかん、水飲まなあかん」しか、おじいさんと話をしない人でした。いよいよ、もう長くないと思われる頃、おじいさんは「苦しい苦しい」と人を呼ぶようになり、家族もどうにもしてあげられない、聞いているのがつらいと医師に相談されました。医師は「ほな入院するか」と言われまた。おじいさんも、面倒をみる息子のつらさを思い、「入院する」と言われました。担当ヘルパー達より、「願いを叶えてあげたかった」という意見が、私の元に寄せられ、私も同じ思いでしたので、思い切って御家族に、入院したら、おじいさんの望んでいた枯れるように死ぬことはできない。苦しみが長引くだけになる。もう一度、医師に相談してほしいとお願いしました。医師は、「そうならそうと言ってくればいいのに」とよく眠れる薬に変えてくれました。それ以外は、何もしないと決めてくれました。2週間後「明日、又来るね」と言うと、左手をあげて、答えてくれた翌日、眠っているのかかと思っていたら、亡くなっていた、と息子さんが、電話で教えてくれました。</p>
<p>各機関の連携を図り、利用者及び家族の在宅生活に対する不安を軽減できる体制作りを整えることが重要。</p>
<p>「在宅で最期を…」と思っても途中で気が変わるなど迷い不安がでたときの対応。</p>
<p>・緩和ケアを行える往診医が少なくない・夜間に急変など、在宅にかけつける医療者が少なくない為に、本人の家族の不安がある・家族の支える為の制度的な支援が貧弱である・在宅となっても病院との連ケイが密に、とれているならばもっと一担は退院し、最期を家で看とれると思う</p>
<p>・本人の意思の尊重及び家族の理解が大事。・臨終まで、医療を受けさせたいとの家族の思い又、主治医の理解等、が阻害の要因となる。</p>
<p>ケアマネージャーとして、自宅での看取りについて家族とも話し合う事があります。各事業所と連携を取って介助、支援して行くのですが合併症や、急変により入院せざるをえない方もいます。ご家族やご本人の強い意志が必要と考えられます。</p>
<p>各医療機関：情報の連絡方法や～くらいならば連絡がある、いらぬなどの決定事項がないことが多く、結果、家族、事業者の不安をあまり、入院し終末を迎えるケースが多い。阻害する原因は、本人が望んでも家族が本人の苦しむ姿を見るのが辛いと感じる場合が多い。家族の不眠不休がどうしても増えることで肉体的な苦痛が負担となる場合。</p>
<p>チーム医療の結束又まとめるリーダーの存在が必要、阻害要因は自宅で死を迎えるにあたり法的な部分</p>
<p>制度の根本が在宅での最期を不可能にしている部分がある。また医療関係者がサラリーマン化している部分も増えており、最期をバックアップしてもらえないDrが少ない。介護事業者も休みがあたり前の所が多い結果、入院を選択せざるを得ない</p>
<p>病院の、Dr、ナース、等の在宅死に対する理解が乏しく、本人が希望しても、危険だからと反対意見しか言わない。在宅サービスに対しても知識がないのでアドバイスが出来ない、ひどい病院では「退院したら、何かあって困ってももう入院させませんよ」と脅したりする</p>
<p>①在宅で看取る体制を作りにくい、一番の障害は往診医が少ない事！！24時間連絡出来る医療体制が必要②訪問サービスも365日の体制作りが必要③ヘルプも365日提供出来る事業所は少ない④医療知識を持ったケアマネ、ヘルパー等が必要、特にケアマネの医療の知識の向上が求められる⑤吸引、経管栄養がヘルパーでも出来る体制が必要⑥吸引、経管の利用者さんを受け入れるマットの確保特に人工呼吸器装着患者のマットは全くない！！</p>
<p>在宅ケアでは、医師や看護師が常にそばにいる環境ではないため、家族は本人の症状の変化に不安や心配を募らせてしまいます。そのため、今後考えられる状態や変化を説明し、理解しておいてもらうことが大事になってきます。一度の説明ではなく、何度も丁寧に説明していく。医療従事者では、当り前に思われる些細な事でも、家族にとっては、不安に感じる事が多々あり、その都度、指導やアドバイス等が的確に行え、家族の不安が除去されれば、本人の容態の変化にもあわせて対応していけるのではないのでしょうか…要所要所で、本人・家族の不安や心配を除去するためには、主治医や、訪問、ヘルパー、ケアマネ等が連携を密にした上で、本人や家族と関わる事が重要だと思います。また、医師の言葉は絶大です。どんなに自宅で看取することを、本人や家族が望んでいても、実際に容態が悪化し、本人が意思を伝えられない状況になれば、家族の意思にまかされることとなります。この時の、在宅医師の役割は、とても大きいと思います。</p>
<p>・在宅で最期を迎えることについて、いまだに家族に不安があり、病院で最期を迎えてもらいたいという家族がまだまだ多いというのが現状であると感じる。在宅系サービスを利用すれば、自宅で生活し最期を迎えられるということを病院や介護事業所が家族側にしっかりと説明する必要がある。そのためには知識を身につけなければならないと思うが、医療、福祉機関や相談機関が集まって情報交換できる場が少ないと思う。</p>
<p>・死への恐怖・痛み、苦しみ（本人）に対し、家族等がどう対処してよいかわからない（目の前でみてられない）</p>
<p>◎介護力の不足（24時間体制での提供がえられない）</p>
<p>・各医療機関の医師、看護師の取え方のちがいが、又、本人の病状など、実際に本人の病状で帰宅ができなかった。ホスピタル施設がなく、医療機関での対応となる、地域の格差を実感します。・家族の介護体制については、高齢者世帯では、配偶者の疾患があれば介護が難しく、子供達の援助においては住い、経済力、疾患、親セキの環境で難しさなど・介護サービス等について、比較的経済的に裕富な方であれば訪問系サービスを限度額いっぱい利用することで可能と考えますが、その他の方々においては難しい、又、訪問介護にいたってはいろいろ制約がありできないのが現状です。・開業医について、医師の意識のちがいがあり、在宅での最期を診てくれる方もいれば、病院での入院を促がす方もいらっしゃいます。それぞれ、本人の意志と関係なく周囲で方向が進められているのが現実ではないでしょうか</p>
<p>医師とのコンタクトが必要であると感じるが、専門的な所まで立ち入ることに限界を感じてしまう。病院死…病気時の安心、</p>

<p>経済的には楽である。在宅死…住みなれた家、家族や本人の希望、往診医師、訪問看護。施設死…家族の遠慮 など一長一短があるように思う。</p>
<p>緩やかに衰えて行く事は、回りの協力があっての事、どうしても、セルフネグレクトになりがち、その要因を早く、見つける事が大事、ICFを使用して、すいあげ視点をどこに置いていいか活用して頑張っていく、求められたら支援するでなく、こちらから進んで安心して頂ける、生活を、維持される様図っていく。</p>
<p>緊急時に医療、介護の両面で問題無く対応出来る体制を整えておく事が大切。現状では病院から在宅で看取る気持ちで帰って来ても病状悪化等に併う困難には家族の力だけで難しい事が多く、家族が不安になり結局病院に戻る事が多い。しかし病院は簡単に入院出来る体制でなく、高額な入院費を払えば何とか入院出来る事もある。年金で暮らす高齢者にとっては非常に辛い事である。訪問看護の充実が言われているが昨今の訪問看護はナイチンゲールの思想とは程遠く医療行為のみで看護としてとらえている事が多く、出張ナースの感が強い。もっと療養上の世話特に心理的問題にまで心配りが出来るナースの育成と報酬にとらわれないでも運営出来る国になってほしい</p>
<p>・家族のかくご、医療的なフォロー（24h）・本人、家族の意向の確認、共有作業（本人の意思確認が行える時に）・家族への精神的フォロー</p>
<p>・往診を行える医師が不在・勤務医も多忙を極めており、訪問看護との連携が十分に行えない・訪問看護師の力量 - 何かあるとすぐに入院をすすめる・独居、高齢者二人ぐらしが多い、介護力がないため、医療→胃ろう、じょくそう処置吸入吸引などが必要になると在宅では生活できない。ヘルパーも注入できるようになれば違ってくるかと思う</p>
<p>本人が在宅を希望され家族も納得していても自宅で急変が行った場合救急車を要請してしまい入院生活になってしまうケースが多い主治医、事業所、ケアマネ、家族とも本人の意志を明確にしておく必要がある</p>
<p>ご本人が家で最期を迎えたいと、はっきり意思表示されてもおひとり暮らしの方は実際不安は大きいです。応診医、訪問看護、訪問介護、インフォーマルで協力する知人の方々でフォローしても、状態が変動大きく（肺がん末期から脳転移？）ご本人もろうとうとしていたり、はっきりしていたりで、本人の希望通りにいかず、病院入院となってしまったケースもありました。「在宅」というのは「家族に看とられて」という意味が大きいのだと思います。独居世帯が多くなっており、「家族に看とられて」の形がとりにくくなっているのではないかと思います。</p>
<p>介助する人、看ぶる、できる人がいないこと</p>
<p>一番問題になるのは家族の介護力です。二番目の問題は提供できるサービスではフォローできない部分が多く、インフォーマルサービスを従うには費用がかかりすぎる事です</p>
<p>・通院もできなくなる為定期的な主事医の応診と訪問看護の訪問。・訪問介護も定期的に訪問し、訪看と連携を取りながらサービスを行う。（主治医～訪看～ケアマネ～訪問介護～家族）間の連携がきちんと取れる事が重要。・頻りにヘルパーが出入りをすると「家族が面倒を見ていないのではないか」との偏見の目で見られる事が多く、サービス導入や、訪問回数の増を家族がためらう事がある</p>
<p>家族が病院や施設へ入院入所させてしまう。（普段関わりのない家族が口出する）医療機関が老健と病院を往復させているようだ。</p>
<p>地域によっては体制が整っていない。また整っていても地域に浸透していない。</p>
<p>・病院側の理解、協力不足・ケアマネジャーの尻込み（家族への支援できず）→終末期への支援に不安あり・レスパイト的な受け皿（家族の負担増大の時のための）</p>
<p>経済的問題、家族側の精神的な問題、往診を受け入れていても看とりはしないというDrの問題等により在宅での看とりをあきらめた例はあります</p>
<p>・同居家族であるが日中独居者も多く、見守りができない。・家族が専門機関に委ねる。・家族に終末期をケアする知識がなく、相談者も少なく不安なため病院を利用する。・若い世代の人は「死」を嫌う傾向があるため、自宅で看取りをしない。・家族が心理的負担を強く感じる在宅見守りのために・家族が希望すればいつでも入院（入所）できること・訪問支援が24時間365日提供できること、医師、看護師、ケアマネ、ヘルパー・家族への説明、デスエディケーションの推進啓発・社会的に死を看取るための理念づくり・在宅医療の充実・地域における包括ケアシステムの構築（行政）・看取り後の家族へのメンタルヘルス支援</p>
<p>急変時の体制が不十分（HPは昼間しかやっていない）Dr（往診が望ましい）を変えたくない希望が多く協力が不十分Faの理解力（老々介護だったり、子供がいなかったり）が不十分</p>
<p>介護力の不足、家族の不安、夜間対応のサービス不足等</p>
<p>本人の意志を尊重し、“看取り”を覚悟するご家族もいらっしゃいますが、本人の状態が低下、悪化されてくると、うろたえておてあげ状態になってしまうケースがあります。そしてあわてて医療機関へかつぎこまれ、最期の最後でバタバタ…医療機関や介護事業所の皆様には、ご家族様との連絡を密に、フォローアップをしっかりと行ってほしいです。</p>
<p>在宅で看取るためには家族の介護力が必要となるが経済的な事情で仕事をせざるを得ない病院、私の地域は医療過疎のため連携も大変だし、往診の先生もいない医師が忙しすぎる。一人一人本当に話をきくことができない、お薬手帳はあるが、実際には活用できている人は問題のない人ばかり、問題がある人は薬自体同じ薬を何か所からももらってきている実態がある薬を二重に出すことが非常に多いような気がする。在宅で看取るためには現在の介護保険だけでは足りない。訪看、訪リハを医療にして介護は生活につかえるようにした方が良い</p>
<p>家族も、その場ではパニックとなり、即急救車を呼んでしまう為、病院で最期を迎える事がほとんどである。本人含め、早くから家族を入れて話すべきだと思う</p>
<p>・主治医との連携にかかっていると思います。その中で主治医が予後告知ができる先生と、しない先生がいます。しないと、利用者と将来の事も話し合えないし、ケアプランが立てられません。・利用者に対して、リビングウィルなど死生観の考え方</p>

<p>など元気な頃からの意思を聞く状況がない、機会があったら、そのような仕組みと教育があったらいいと考えます</p> <p>・医療側は延命治療しないというなら、退院して下さい。とご家族へ言うこともあるのではないかと思います。自宅でターミナルケアのことなどの説明もせず…。家族は仕事もあり、そのサポートがどのようにあるのかなどは知らないため、その医師の治療を受けるといふ方向になり、何が何だかわからないうちに延命とつながる処置をうけているという現状がほとんどであると思います。・当事業所の老健施設（併設の方）100床中、24床～26床が経管栄養の入所者です。石垣島内の施設は4カ所のため現実には他の施設も同じです。・医療の治療システムの中に延命の処置を行う説明の中に、説明のマニュアルなどをきちんと行えるようにしてはどうでしょうか。①医師が説明する部分、民間の保険の説明（チェック方式）のようにする。②メディカルソーシャルワーカーが説明する部分と分けて在宅の介護保険制度や訪問診療、訪問看護でみとれること、老人ホームの入所の待ちの現状についてなどの説明部分をマニュアル化していくことも必要。・医療保険で延命せず（胃ろうや鼻腔の経管栄養をせずにも）「みとり」をもっと評価できる報酬制度をもうけることも大切ではないか。</p> <p>・急変時、救急搬送で病院に運んでしまうこと・在宅での医療体制の不足・死を迎えるにあたっての認識不足（家族や介護者）・ターミナル期の知識の向上が必要・医療機関と介護との連携が必要・家族との関係作り</p> <p>・悪性腫瘍で急変の可能性がある場合でも介護認定が軽度になった場合、十分な支援が難しい事がある。・介護者が不十分（交代者がいない高令など）、介護費療養費の負担が大きい</p> <p>手厚い看護と手厚い介護、- 求められること・家族の介護力不足、又家で看たいという強い気持ちを持つてない。</p> <p>本人が苦しうようになった時、家族がそれに耐えられなくなる家族の不安を受けとめるところが少なすぎる刻々と変化していく状況について、医療サイドからの説明が不足している。本人の苦痛緩和をきめ細かにフォローする方策が皆無に近い</p> <p>・在宅での介護に家族及び介護者での対応に介護保険では対応出来ないオーバー分の費用が出せない。又家族が全て対応出来ないなど支援する側の費用及び人的な確保が困難な場合。・在宅での医療的な介護技術の研修などが充分でない為、又、研修にかかる費用が高額な為、何々、研修を受講出来ない。・在宅で最期を迎える為の、いろいろな状況に対応（精神的な部分も含む）出来るだけの情報及び研修がされていない</p> <p>在宅復帰に対する、往診を含む医療体制の確立に対して、退院カンファレンスにて話しは行なうも、退院後の相談に関してはあまり協力的でないことが多い。その為、ケアマネが具的的なサービス支援を組む際、医療面でのケア、支援に不安を感じる。</p> <p>往診医の不在</p> <p>（求められること）・本人、家族の不安の軽減・サポート体制の充実（阻害の要因）・経済状況・医療体制の不足・「在宅で最期は大変」という先入観</p> <p>・在宅で最期を迎えたいと考えていても、生活の背景によっては、在宅で最後を迎える事が難しい方が多いと思います。現状では療養者本人の希望だけではどうしようもない状況もある。求められる事とすれば緊急自体時の連絡体制の構築であったり、お互いの情報を共有し、その人の生活を支えていく事が大事なのではないのでしょうか</p> <p>訪問看護、往診で対応しているが急変した時は救急車対応になる。実際、自宅で亡くなる人は今までのいない。「在宅で…」と書いていても苦しんだら救急車を呼んでしまう。</p> <p>・自宅で看取りたいと思って始めても、途中でレスパイト目的で利用出来る施設がない。麻薬を使い始めると、医療療養型しか選択肢が残らない。（麻薬のカンリがむずかしい…と）かと言って医療療養型が減っている現状。家族が疲れきってしまう。又、身体介ゴを入れても一時しのぎにしかならなかったりする。・病院医師からのICの遅さやタイミングが悪く、帰りたくても帰れない患者も多いので、Drへ在宅移行の思考を学んでもらう事も必要</p> <p>在宅で最期を迎えたいという思いのある本人に対し、医療機関や介護事業所に求められる事は、本人の思いに添えられるよう、日々、事業所間や、医療機関との連携に努める事いつでも常々相談出来る体制を整えておく事。様々な思い、意見に応えられるよう、1人が抱えこまず、皆が思いを共有しあえるチームワーク信頼関係が大切、求められる事だと思います。</p> <p>・24時間対応できる医師、訪問看護、訪問介護の事業所が市内にない。・家族も高齢だったり仕事を持っている事が多く1人の介護者では精神的にも体力的にも支えられないし、在宅と思っていも最後は救急車で病院に行く事が多い（苦しむ所を見ていられなくなる）・子の世代も病気をかかえていたり精神、知的障害だったりして介護者がいない例も多い。</p> <p>・医療機関介護事業所に求められること1）往診や訪看を可能にすること。2）本人や介護者の不安を受けとめられること。3）ケースの経済性を把握し、理解すること。・阻害していること1）介護力2）医療との連携</p> <p>在宅訪問診療医の不足、24時間訪問看護、訪問介護・事業所の不足。介護家族の覚悟と精神的な支援</p> <p>看取りをしてくれる訪問医への情報提供緊急連絡対策の充実 経済的な問題、家族の介ゴ力不足、住宅の構造、家族、親族の死に対する理解不足（在宅での看取り）</p> <p>家族の不安、知識不足</p> <p>訪問診療専門の病院数が少ない。自宅で介護者がダウンした時医療的な管理が多い方はショートステイで受け入れてもらえない、老健でさえ痰の出る回数が多いだけでも手がかかる、夜間の看護師が少ないので対応できないと拒否される。ヘルパーにできる医療行為が少なすぎる家族にできるものなら公的に認めていただきたい（胃ろうの管理吸引など）</p> <p>在宅医療の充実が計られていない。・24時間対応のDrの確保が困難。家族支援の困難・家族の都合に合わせたショートステイの確保が難しい・緊急時のショートステイ対応が困難・医療依存の高い人の受け入れサービスが少ない・24時間対応の訪問介護がない</p> <p>本人の最後の場所を考える時日頃の話の中で十分に話を聞いたり真の気持ちを把握していない事が多く、苦痛の緩和や対症療法的な関わりになってしまっている事が多い為。</p> <p>24時間対応の介護事業所が近くにない。</p> <p>訪問診療（往診）を引き受けてくれる医師がいる事24時間対応の事業所である事</p> <p>・24時間対応している、診療所が少ない。電話にての指示でも良いので24時間対応は必要でないか。・家人の不安、思い</p>
---

<p>と、医療機関の対応にずれがあるのではないかと？どのような時に入院が必要で、家での見取りに対して、どのような経緯で何がおこっているのか、説明と家人が納得して見取れるようにすることが必要。家人も、しっかりと自分の思いをまとめられる時間と介護事業所、医師をまじえた話し合いが必要ではないかと？・日中独居、共働きしないと生活できない家族が増えている。1人にしておくことへの不安もあり、最初から施設か病院でとなってしまう。施設（特養）へ入所させた方が費用がかからない点もあるのではないかと</p>
<p>・家族の意志統一ができていないといけませんが、できていても、別居の親せきなどがこじらせることがあります。「何で病院へ連れていかんのや」とか→周囲への協力が必要です。・「その時」がきてもうろたえない体制づくり。事業者間の統一・ぎりぎりまで受け入れられる通所サービス等の整備・どこを最期とするか。</p>
<p>独居では難しい、本人さんが例え希望されても、急変→入院→死亡が多い。家族同居の場合は、家族の気持ち、どんなに本人希望しても最終的には介護する家族の意識の問題がある。又、支援に関する医療サイドのバックアップは重要でこれがないと成り立たなかったケースが多い。</p>
<p>・家族や本人の不安の解消ができていない・金銭的な問題・家族の支援体制</p>
<p>家族が家で看取りたいと強く希望しており、急変しても救急車を呼ばないのであれば、自宅で看取れると思いますが、たいいてい家族は苦しんでいる本人を見たら救急車を呼ぶのではないのでしょうか？</p>
<p>・医療機関、訪問看護、訪問介護の連携が密にできる、安心して生活が出来るように・阻害している要因、受け入れる家族の承諾が得られない。居住する住宅の障害</p>
<p>療養者本人の希望を叶えるためには本人の不安を取り除くことも大切ですがそれと同時に家族の不安を少しでも取り除けるように努めていくことが大切だと思います。私が以前病院で働いていた際、末期の癌の患者さんがおり、「病院ではなく自分の家で最期を迎えたい」と話していました、そのことを家族に伝え、もし何かあったらすぐに病院に連絡しても大丈夫ということ、また、在宅サービスについてはケアマネジャーが本人、家族とよく話し合いながら無理なく在宅生活を送れるように支援していくということをお話しました。医師や看護師も同じような話をしたのですが家族は「本人の希望は叶えてあげたいが、家でみるには不安がありすぎる」と話しており、何度も話はしたのですが、結局在宅でみることを家族は納得してくれませんでした。確かに家族の立場に立って考えれば病気の人が家でみるということはかなり不安があると思います。その不安を少しでも取り除くことが療養者本人の希望を叶えることに繋がるのだと思います。</p>
<p>在宅で最期を迎える事は基本的には本人の意志家族の看取りの意志があれば、どんな形であれ可能だと思っている。ただ死や病状に対する対応や衝撃が一般人には厳しく、自宅で変死をした場合に警察の立入り調査があるなど法的に難しい部分もあり、やはり在宅で看取る場合や訪問診療をしてくれる専門医や訪問看護は必要不可欠であると思う。介護事業所に関しては当地域に関してはショートステイにくの人ある程度充足している部分あり、支援は可能。訪問Dr.について、緊急時及び夜間対応をしてくれる医師が少なく、また急変時に受け入れてくれる病院→入院対象の病院が少ない事で、かなり在宅療養への不安が生じている様に思う。</p>
<p>本人・家族が安心して看れる環境をつくる 精神的、体力的に支援できるサービスをほどよく利用して行く全てを家族か介護サービスで行う事は困難である為互いにカバー合える具合での調整 最期は医療的な問題より精神的不安、介護する人が不安になる時期「家で看ている事が本人が希望している」部分がもっと病院ではしっかり看てもらえるのではないだろうかと思ってしまう事がないように、本人の希望が家にいる安心感家族と共に生活している安心感が一番重要である事などを伝え精神的不安感がないように支援してくれる医療者からも積極的に伝えてほしいと考えます</p>
<p>行き届いた（医療、介護）保険制度と医療技術の進歩は、制度の維持と技術の進歩自体が自己目的化しやすい。例えば、胃瘻患者のために療養型病床群があるのでなく、“療養型”を存続させるために胃瘻患者をつくりだしているかの如くである。もう一度人間（あるいは高齢者）がどこまで生命を維持するかあるいはどのように生きるべきか（死を迎えるべきか）の原点に立ち返ってみる時期である。高齢者への胃瘻手術は、大多数が延命治療である。本人が望んでいるかは疑問であるし、家族もその長らく命と介護に精神的・肉体的、経済的苦しみを負いつづけることが多い。そこで、療養型を増床しようとか特養に医療機能を付加させ受皿を増やすのは、本末転倒である。いたずらに財政・国民負担を増やす。求められるのは、インフォームドコンセントにより胃瘻手術しないで老衰のターミナルケアに結びつける支援もある（明確化、合法化させる）という方向性を提示していくことである。</p>
<p>・在宅でも十分な医療を受けられること・家族が高齢者を病院で最期を迎えることで、満足を得ている。</p>
<p>急変時など希望時における速やかな対応、が必要だと思われまます。</p>
<p>必要なサービス事業者が足りず、望むサービスが受けられない、往診してくれるDrが少ない</p>
<p>各事業所のとりくみが不十分である為できないのが現状です、しっかり研修をうけて一人でも多く在宅死ができるようにしたいです</p>
<p>・急変時の対応や心構えについて十分な助言ができておらず何か起きた際に救急車をよんでしまう事業所もサービス利用中であれば救急搬送してしまう・肺炎などをくりかえしている場合には経管栄養などの処置を施してしまう・入院してしまえばどんどん積極的な治療を行うよう医療スタッフが説明する。</p>
<p>在宅で最期を迎える医療的な体制があることを療養者本人や家族が知らない。介護事業所での受入れ許容量が少ないこと</p>
<p>ショートステイやデイサービスなどの利用中に急変があったり転倒などの変化があった場合、家人も対応できず、とりあえず救急車というケースから入院→死去、というケースもあり、必ずしも希望はかなえられないと思います。最期のみ在宅で、であれば、急変時に対応する在宅医の存在は大きいと考えます。</p>
<p>在宅療養が可能となる環境整備。1. 介護してくれる家族、介護負担の軽減 2. 急変時の医療体制。（往診） 3. 在宅療養支援診療所の拡充 入院となる理由（入院してほしいと思われる場合） 1. 介護の限界を感じた時。 2. 激痛で見てられない時。 3. 意識レベルの改善ができない時。</p>

<p>・介護者が利用者の子であれば仕事をもっていること多く介ゴの両立はむずかしい。・介護者が利用者の配偶者であれば、高レイで体力的に困ナンなケースがある。</p>
<p>・各医療機関や介護事業所の連携を今以上に充実していかなければならないと思いますが、双方とも時間に追われる仕事から、難しい点が多々あると思います。双方ともに良い方法で連絡調整できると良いです。</p>
<p>・医療機関、介護サービス事業所、担当ケアマネ、家族様等との連絡調整が図れていない。・本人は自宅で死を迎えたいと思っても家族様がどうしたらいいのかわからない。(心の準備等ができていない)・病状が悪化すると救急車で搬送してしまう・在宅で医療機器が十分に使えない。</p>
<p>私の担当の方で在宅で終末を迎えられる方は、家族全員の協力と同じ気持ちで、最後まで本人の尊厳を大切にされる方や金銭的に病院での終末を迎えられず身寄りの少ない方などおられます。今の社会風調から、なかなか最期を自宅でされる方も少なく、家族の協力が得られない場合が多くみられます。核家族で自分中心の多い世代の中での親の介護は一言で言えるものではありません。ひどければ離婚や家庭崩壊にまで至ります。ケアは身体的疲れと精神的疲れ社会とのかかわりなど様々な条件を細かくホローしていかないと在宅ケアのむづかしいことを日々の業務の中で感じます。特に他人まかせで親の世話はケアマネまかせになりがちな部分の考え方を直すには、やはり子供の時の教育の仕方、昔からの大家族で人に思いやりをもった育て方をしていないといけないと言う事だと思ふ。戦後のだん階の世代は自己中心型の方が多いのでその部分の考えを修正することがまず第一と思ふ。</p>
<p>(求められる事)・疾病の理解と本人自身の心境を把握する事。・安心して自宅で過ごす事だけを考えてもらえる様に本人を混乱させる様な連絡や質問は必要最低限さける様に配慮する。・通院や医療が安楽に受けられる事で病状の把握や病状の不安解消が図れる様にする。・本人の性格や生活歴を念頭に入れた上で、対人サービスである事を第一に考える。(阻害している要因)・病院と違って医療や処置が整っていない在宅で過ごしていけるのか・誰を頼りにして生活していけばいいのか不安がある。・病状が逆に悪化しないだろうか。・世話になる事が多く、気疲れしないだろうか・地域になじめるかどうか。</p>
<p>1. 夜間、休日の訪問診療体制がない。2. 軽度の急病の場合、通院介助の体制がないため、救急車要請にならざるを得ない。3. 「在宅で最期を迎えたい」と希望していても、体調や介護者の有無、体調不良で施設入所せざるを得ない場合が多いが、受け入れる施設が少ないため、早めに施設を探さなければならない。4. 特に生活保護者では、特養しか受け入れてもらえない。5. 生活保護者は有料老人ホームは門前払いがほとんどで狭き門である。6. 高齢者専用賃貸住宅を在宅療養の場所として考えたいが、山奥にあったり、医療、介護その他にバラツキが目立ち、中にはいわゆるタコ部屋的な所もあり、永住地としては不安である。</p>
<p>介護施設における医療処置の緩和介護職員に対する指導、教育を行ない家族で行える処置について同等に出来る事が介護者への負担軽減となり少しでも長く在宅生活をすごせる様になるのではないかと。</p>
<p>在宅医療の充実と介護を担うヘルパーの教育が必要と思われれます。ヘルパーができない事が多すぎて在宅での生活を困難にしている。</p>
<p>家族が医療に頼る傾向が強い。又、介護(在宅サービス)の充実がはかれていない。(人手不足)</p>
<p>在宅介護を提案するには、ご本人、ご家族への十分な説明が必要になってくると思います。その説明をもとにご本人、ご家族が安心して在宅介護を受け入れる準備を行う(支援)ことが大切です。(介護と医療の連携を十分に行なう)「在宅で最後を迎えたい」という療養者本人の希望を阻害する要因としては、ご本人、ご家族の家庭状況、サービスを提供する事業者の体制状態等色々な問題があるのではと思います。</p>
<p>・福祉用具が安くレンタルできること。</p>
<p>在宅医療が充実しておらず、本人が在宅を希望しても最期になると、どうしても医療機関への入院となってしまう。</p>
<p>地域により大きな格差がありますが、とにかく医療系サービスが足りません。そのような状況では、ある程度、医療依存度が高い方、身体状況の重い方等は、自宅で療養する、看取るといった認識も少ないですし、介ごする方が共倒れしてしまう可能性も高くなる為、おすすめできない状況です。上記に示した、3名のうち、1人は突然亡くなられた方であり、何としてもおうちで看取りますという強いご希望があったのは2名でした。</p>
<p>在宅で最期を迎える場合、同居している家族の覚悟が必要。その家族には、医師から、もっと身体的に分かりやすい言葉で最期までの間にどんなことが起こりうるのかなどを説明し対応のノウハウを事前に指導してほしい。(頭では理解しているつもりでも、現に目の前で本人が苦しむと、専門職のように冷静な対応はできないので…)</p>
<p>・医療機関、介護事業所との連絡連携が必要がある・往診、訪問看護事業所を増やす必要がある・ケアマネ、ヘルパーの医療に対する知識の向上・家族の協力・入院がいつでも出来る安心感が必要。</p>
<p>家での療養生活が安心して行えるように、本人の意向、家族の意向を大切にしながら医療機関、介護事業所との連携が大切であると思います。一方で、家で療養したくても家族が仕事で不在になるため介護する人がいない場合、又、在宅サービスの上限以上が必要な場合、利用料金が高額になり、支払えない場合等は、家での療養生活を阻害していると思います。</p>
<p>本人→100%在宅での希望あるが 介護 環境 サービスの導入がむずかしい 子供が都会の為独居が多い</p>
<p>重度になると介護者の負担が増え、介護のストレスのじょうずな発散や相談相手がいらない事により、施設へ高専賃とデイサービスが一緒の所へと本人の希望とは別の方向へ進んでいってしまう。傾聴や信頼関係により、又地域や各職種のコーディネート力により、ご本人や本当は「在宅で最期を迎えさせてあげたい」と思っている介護者の希望にそえるよう力をつくして行きたい。</p>
<p>①在宅で治療する場合、自宅で出来る医療の程度は低く、熱発等で病院と家での入退院が頻回になる。開業医が入院加療が良いと考えても病院で受けられない時も往々あり。②開業医で24時間体制は限度があり、困難。又都市部ではビル開業が多くなり、仕事場と住居が異なり時間外の往診は困難。③往診は患者にとって経済的負担が多きく希望しない。又医師の方も、時間、人手、夜間時の心理的拒否感、経済的にも合わない等で減るであろう、現実には若い人で往診は少なくなっている。④交通</p>

<p>事故で頸椎損傷者の場合、10年程在宅で往診しているが、家族の負担多きく、いざと云う時の入所施設もない。69才の開業医として先の心配が多きい。⑤在宅で胃ろうで食事している患者、これらは誤嚥性肺炎の予防ではあるが、b e d上の生活で生きがい、何か希望があるのか、安ねいがあるのか？どうしたらこれらを満すことが出来るのか？家族の受け入れは長期でも良いか e t c。施設では責任を問われぬ為、少しの病的変化でも退所させることも多い。場所場所で、ここまで見ると云う指標が欲しい所。⑥自然死と、延命治療の入口の所での判断の指標も必要。医師の立場から書きました。</p>
<p>・対応できる訪問看護ステーション、看護師不足。・本人が在宅を希望しても家族が他の親族や、世間体を考えて入院させる。</p>
<p>在宅で最期を迎えられた方、その家族の為に緊急時の対応が必要です。緊急時の対応になると、夜間帯の訪問もあり、スタッフは常にストレスがあります。緊急時の対応が出来るようにスタッフの処遇対応が課題だと思います。</p>
<p>医療機関や介護事業も家族の方針で決める事であり、本人の意志を大事にする事は当然であるが、苦しんでいる姿を見て家族が楽にさせたいと思うなら病院へ行くと思うし、在宅での死が理想の死に方とは思えない。自分であれば自宅で生活して苦しくなれば病院へ連れて行けと家族に言うと思う。</p>
<p>医師同士の連携、介護力(家族)、環境因子不足</p>
<p>家族の不安が多い病院の方が安心と話す方多い</p>
<p>・P t、家族と医療機関との密なコミュニケーション・在宅でのコミュニケーション・死生観について(本人、家族)</p>
<p>ぎりぎりまでは、家で生活を希望される方も最期(1~1週間ぐらい)の最期は家族の不安も大きいので、ほとんどの方が入院される。主治医ももう臨終ちかい利用者にはどうするか確認するとほとんど病院希望される。急死以外に家で亡くなるケースは少ないのでは</p>
<p>医療機関は治療が先決になり、介護は、ケアなので、どちらも生きる上で、同じ重さであるのでその、ミックスの仕方の問題である。どちらも必要である、</p>
<p>在宅生活を行うにあたり、家族の負担が増えてくる。サービスをたくさん利用すると限度額を超えてしまうため経済的負担が増す</p>
<p>家族様の意向。</p>
<p>①食欲不振等で入院になると、D rが独居、高齢との理由で施設入所と決めつけてしまう。②他関係機関より入所又は入院させないと虐待と言われる時がある①②以外で求められること・訪問介護事業所の対応やターミナルに対しての理解力・現状うけいれ困難な介護者の家族の言動</p>
<p>ご家族、各医療機関、介護事業所、公的機関の連携は必要不可欠。本人の気持ちを尊重し、それに対して各機関が円滑に援助出来るような環境整備を行っていかねばならない。各機関の役割を確認し、把握する事が重要と考える。</p>
<p>・苦痛のない療養生活を送るため24時間訪問診療や、訪問介護サービスが受けられる。・小規模な事業所では24時間体制が取れない。</p>
<p>療養者本人が在宅で最後を迎えたいと希望しても、最も身近な家族の受け入れの有無が重要である。日中単身となる高齢者も多く、家族の不安も大きい。家族も在宅を希望した場合、往診を引き受けてくれる医師、訪問看護が必要不可欠である。介護疲労軽減のための受け入れ施設などのベッド数確保、経済的負担も阻害している要因である。</p>
<p>①本人の希望は、在宅でを希望しても、受け入れる家族の気持的(精神…)に「病院の方が、周囲(身内…)への世間体が良い」の考えが、根強くあるのでは…?②病院から、退院、転院を促され、不十分な説明で在宅医療の知識をほとんど提供しない状況で、家族は「放り出された」感じが大きい。その為、時間をかけた丁寧な説明が必要である医療機関や行政窓口への不平不満や病院へ通い続け、家族の方の体調不安、口だけ出して全く助けてくれない身内の愚痴等、かなりの時間を要する</p>
<p>癌による痛みや、不安、家族の疲労などに対し、本人・家族を中心に、医師・訪問看護師・ケアマネジャー・ヘルパーなど専門職がチームを作りサポートしていくことが必要ですが、それらを阻害するものとして、①介護者がいない、②在宅ターミナルケアを行う医師の不足等があると考えます。</p>
<p>1. 「本人の意思の確認」をする。2. 支援する家族の負担能力、介護能力の見きわめ。3. 1、2、の時点で、「これまでの生き方」「生活歴」が反映されて来ると思います。4. 1、2、3のバランスと公的介護力の見きわめ。5. 4の時点で重要なことは訪問看護だと思います。6. 訪問看護で必要な課題は、主治医と高令者及び家族とサービス事業者への看護管理と、トータルケア(後手ごてにならないよう、かかわる人達をリードできる管理能力を持った看護力、つまりヘンダーソンの12か条(14か条)が選択的にプレゼントできるリーダー性の発揮…だと思います。7. 看護力の高いリーダーのもとで、主治医、サービス事業者、本人、家族は、心穏やかに、在宅でのみとりは、実現されていると思います。すばらしい看護師との出会いが療養者の希望をかなえている…少し体験ですが…体験しました。</p>
<p>・家族が本人の苦しむ様子にたえられず、救急搬送を依頼してしまう。そのことは、すなわちサービス事業者等が十分な家族支援ができていないためだと考えられる。</p>
<p>在宅で最期を本人が希望し、家族もできることならその気持ちを尊重したいと気持の上では理解していても、現実には、介護者の心身面での負担が多く、ふみきれないのではないかと。本人の病状、変化をしっかり把握し、ケアする上での共通の認識をもちながら、介護者、D r、介護事業所が連携する体制がとれなければ、難しいと思います。</p>
<p>・求められる事・協力、連けい。・リーダーシップのとれるD r。・訪問NSステーションの数が少ない。・D rの力量。医師としての情熱・プランを作成する人材。・各職種のモラル。阻害している事。・一部のモラルのない医師。・家族の介護力。・地域性。</p>
<p>まず、在宅医療をしていただける医師が少ない。近年は除々にふえ、近隣の開業医の先生方が連携して、不在の時は他の先生に連絡して下さいなど…体制をととのえてくださる先生も出てきました。訪問看護ステーションも24h対峙をとっている所は多くはない。訪問看護師になり手がいない。また生活をささえる訪問介護のなり手がいない。24h対峙もとれないのが現状で、1人ぐらしでも在宅で最後を迎えたい、という方への支援が困難です</p>

<p>・在宅で最期を迎える為には家族の理解と介護力サポート出来る医療機関の確保が必須と思われませんが“病院で最後を迎える”事が一般的になり過ぎていて本人の意識も薄く必要な社会資源も確保しにくいのが現状だと思います。又、ケアマネージャの経験不足や力量も影響していると思います</p>
<p>「自宅で最期を迎える」ということが特別なことではなく“自然なことである”という社会全体の理解が必要だと思う。本人が希望を伝えることができる場合はよいが、すでに言葉で伝えることができず、介護者や家族の判断において自宅で看取った場合、理解を示さない親族等の心ない言葉によって傷つけられ自問自答を繰り返す人もいます。介護している人にとっては必要以上の苦痛を療養者に与えず、一番落ち着ける場所が自宅であると分かっているが、介護から遠い人にとっては「なぜ重病人を病院に連れて行かないのか」と理解できず、どのような場合でも病院こそが最善の選択肢であると信じているように感じる。また本人が望んでも、往診してくれる医師や家族・介護者の受け入れや覚悟がなければ希望は叶わない。それまでの長い家族関係の構築が、最期の自分を受け入れてくれるか否か決まるように思う 自宅で自然な形で送るためには、往診し、死亡診断書を書いてもらえる医師や24時間対応の訪問看護が欠かせず必要に応じ介護事業所を利用することになる。療養者の最後がどのような状況になるかを関係者で共有し静かに受け止めることが大切であると思う</p>
<p>訪問診療や訪問看護のサービスを十分に使えない。</p>
<p>家族の介護力や在宅で最後を迎えると言う覚悟。また在宅で最期を迎えるための24時間対峙の訪問看護や訪問介護。医師との連携の充実が、大切。往診対応してくれる医師も少なく、夜間体調が悪くなると、主治医どころか、救急指定の病院に搬送される。</p>
<p>在宅で最期を迎えたい一介護の状況により異なってくる。家庭環境がまず第1に関係して来ると思います。老夫婦で助け合う、子供達が見守り必要な援助が受けられることが出来るならば本人の希望をかなえることが可能になると思います。</p>
<p>医療機関 1. 延命措置の自粛 2. 終末ケア時に於ける医療行為が無い場合での在宅へ移行 介護事業所 1. ターミナルケアの体制の確立 家族、介護事業所職員</p>
<p>・介護者及び本人が“死は怖い”という思いや“死に対して受けとめきれないこと。・40～50年前までは、自宅で死を看取ることが当然だったが現在は医療機関で死を迎える人が多くなり、家族は死に至る過程を経験していないこと。・医療機関や介護事業所は、「人間は必ず死に至る動物」であるあたり前のことを受け入れられるように支援すること。「いかに死なせないように」するのではなく、「いかに生きるか」を説くこと。医療従事者や介護事業所は、死にたいして、大さわぎをするのではなく、その人らしく生きられるように支援することが大切。</p>
<p>在宅で最後を迎えるために。いつも感じる事は家族の方の「死に対する受け入れ」ができないことでした。死にとなり合わせのスタッフにとっての受け取め方とはじめて死に向かい合う家族の受け取め方。どうされたいのか？いきつ戻りつ返答。多分、私でない人の結末をきっとしよいきれないお気持ちだろうと思いました。そのため、お気持ちが変わっても仕方がないと思い、主治医やまわりのスタッフの方々には常に情報を提供するように心がけました。そして、何かあればすぐ連絡できる体制づくりをしました。健康な時からの教育の中に生きることの意味を考える機会を社会の中で作ることが大切だと思います。高齢者が多くなる中で「死」を身近に感じ考えることができる機会を作ることが必要だと思います。</p>
<p>・家庭環境を整えることが大切ですが、ハードとソフトが両面あって自宅で最期まで居られるのだと思います。一番は家族のおもいと本人のおもいがほぼ同じであること。それがあれば、それを支える物(者)は集まって来ようと思いました。</p>
<p>地域的に在宅サービスの要望に対して、サービス業者が少ないこと。特に訪問看護や訪問介護の夜間のサービスがほとんどない現状がある。サービス事業者まかせでなく、行政側でもサービス事業者への助成等、継続経営できるような施策がないと、1民間事業者では無理である。</p>
<p>本人は自宅で最期を迎えたいと思っても介護に手がかかり過ぎ、サービスを使うにしてもお金がかかり過ぎて仲々在宅療養は難しい。訪問看護やヘルパーさんを充分に利用出来れば可能になります。又主治医との連携がうまくいってみんなが家で死ぬことを当たり前にしていくことが大切な考え方だと思います。</p>
<p>求められていること・精神的不安の解消やフォローアップ・医療機関と介護事業所の連携(情報共有)・緊急時対応の充実(各事業所の連携)・在宅往診医師、介護師の充実・日頃のきめ細やかな対応や相談しやすい環境作り・在宅生活における環境整備 阻害している要因・介護する家族の精神的不安や介護力不足・緊急時対応の不足・在宅往診医師の不足・介護者のターミナルケアに対する恐怖心</p>
<p>①ターミナル時期の本人・家族の不安に対して支援出来るシステムが希薄。訪問系サービスは実待が必要なため、電話対応は評価されない。又ヘルパー等は緊急時の訪問は出来るが難しい、等。又訪看もスタッフが少なかったりと対応しきれない②介護保険全体が施設系に対しては包括的な評価をしているが訪問系サービスにはそれがいないため、ターミナルをかかえると大変である。</p>
<p>本人の状態が急変すると、やはり病院へ行ってしまいうため、自宅で最期を迎える事はとても困難だと考える。私も昨年中5～12月中担当している利用者様が5名亡くなられたが、皆様病院で最期を迎えられている。1人は娘が「できる事なら自宅で」と言い退院したのだが、応援に来た姑に説得され、4日で病院に戻ってしまった。まわりの協力体勢が必要なのだが、皆が同じ方向での考えの支援でなければ在宅での最期はとてもむずかしい事だと思う。</p>
<p>・24時間365日対応型の訪問介護や訪問看護が必要。その為の費用が高負担になる。サービスの拡充と負担上限の設定を提案したい(公的な援助制度を作る事)。・在宅で最期を迎える為には本人もさる事乍ら家族の心理状態が非常に不安定になる。ソーシャルワーカー等、傾聴できる人の手配も必要。すべての人がボランティアの手配が出来るわけではないのでシステムとして機能する様になると良い。・ホスピスと同様レベルの医療体制(ペインコントロール)と癒しの人の手配が可能になれば在宅終末は進むと思う。・現在は在宅医療(訪問診療)は整ってきたが、看護師が不足している。特に精神科の訪問診療は少ない。</p>
<p>本人が安心して在宅で最期をむかえられるように、何かあったらすぐ対応してくれたり、又日頃から相談にのってくれるサー</p>

<p>ビスがあればいいがサービスが不足している。特に訪問看護が充実していない。又24時間対応できる、訪問介護、看護がない。</p>
<p>・主治医の理解・家族の意向・介護保険制度の支給限度額（多額の費用がかかることがある）</p>
<p>在宅で最期を迎えたい人は居ない。大体、最後はかかりつけの病院に救急車で行き最後を迎える予定の人がほとんど、皆さん、そういうものだと思います。</p>
<p>在宅医療との連携が重要になると思います。介護サービス事業所や訪問看護など利用していてもやはり、家族と在宅医との関係がしっかりしていないと、色々問題が起こります。以前もう危いという方がいたが看護師の判断でまだ大丈夫だろうという事で、連絡しないで、夕方亡くなり、先生は他県で今日これるかかわからないなどもめた事がありました。こちら医療の事は先生や看護師さんをお願いするので、専門的な事はわかりません。そういう事があると医療系のケアマネさんの方がいいのかとつくづく感じます</p>
<p>ご家族にも「在宅で最期を迎えさせる」という考えを持ってもらうことが重要である。</p>
<p>・家族に在宅で最期を迎えたい意志がない・仕事、家族構成などで在宅でみとれない・高齢夫婦世帯、介護者にも病気があり介護できない</p>
<p>“在宅で最期を迎えたい”本人の意思を本当に確認できているか、支える家族の覚悟は出来ているか、家族間の意志の統一はできているか、をしっかりと確認しておくことが大切だと思います。さらに家族の覚悟を持っていただくためにも、決して脅かすことではありませんが医療介護の両方から、在宅時の起こりうる状態、対応についてわかりやすく説明し納得していただくことが大きいと思います。在宅では、手技や知識はもちろんですが心をこめて本人家族に接していきたいと思います。阻害する要因については、在宅医がいない場合や24時間事業所が付いていることは出来ません。独り暮らしの方はどうでしょう。家族の健康状態、家族間の意志の統一がなされていない場合は難しいと思います。</p>
<p>①本人、家族が希望していても医師の訪問診療が少ない。②家族が不安が強く、在宅での介護が困難③食事を食べられないと、デイサービス、ショートステイの利用が困難</p>
<p>受診後入院、救急車で搬送後入院されそのまま最期を迎えられています。ご家族が在宅での看取りを決められた方は在宅で亡くられています。緩和ケアを受けられれば、介護事業所はいつでもサービスを提供できます。ご家族の判断が重要だと思います。</p>
<p>在宅医が病院へ送ってしまう。</p>
<p>・急変時に即対応ができるか・高齢者世帯など介護力の不足・療養者本人がそう思っているが家族としてどうか・本人家族の精神的不安感を軽減することができるか・家族の体力（介護力）が持つのか特に夜間がたいへん・本人の希望、思いを、医療機関、介護事業所がどの程度把握しているか・食事がとれなくなると鼻腔栄養や胃ろう造設を勧められ障害期間を長くする結果を作る・深夜もホームヘルパーを利用できる体制があれば家族が家で看とることに前向きになれる</p>
<p>・高令者（老老）介護です。・介護保険の1割負担における経済的理由。</p>
<p>まずしっかり支える家族に覚悟がない場合が多い。往診に来てくれる、医師が不足している。ケアマネの業ムが多すぎて、きめ細かく、対応出来ない</p>
<p>・「在宅で最期を迎えたい」という意向が少しずつ増えているが支える制度についてまだ十分知らない人が多い。・本人の強い希望があっても、一人暮らしの場合は現時点では難しい。※「どういう生活がしたいのか」の先は「どう死にたいか」ではないだろうか。本人の意思を確認しないまま延命措置が行なわれているのが現状と思われる。病院で家族が決断を求められる時は、時間的にも余裕がなく本人の意志確認も難しい。在宅時の主治医が継続的な診察の中で確認していけると良いとおもう。在宅で看取る場合は、関係者に病気だけではなく、本人や家族を支えるおもいがより求められるとおもう。急変時に家族がパニックに陥らないよう予想される状態をきちんと説明することや24時間対応の訪看ステーションも不可欠におもう。定年前に年金についての説明会が行なわれるように「どう死にたいか」を定年前に考える機会を作ってもよいのではないだろうか。</p>
<p>・家族介護力と経済力がないと困難・サービスへの家族・事業所双方の日頃からの具体的な情報不足（ケアマネにききましよう、と宣伝する程度ではわからない）ケアマネ自身も、経済面への制度支援、医療側がどのように協力してくれるか把握できていない。・ケアマネへの相談窓口を、医療側に1カ所作ってほしい※どのような場面で、どのていどのことを、どのようにDrに相談したら良いか等。医療費がどうかかるか等、教えてくれる窓口。訪看では、なかなか教えてくれない。</p>
<p>病院の相談員が在宅への橋渡しを十分できていない状況があるので、入院と同時に説明と対応があると家族はどうしたらいいのか聞きとり動けるのではないのでしょうか。治療が終り、胃ろうという状態になり在宅で看とると家族は言われても家族に力がないと困難。本人阻害要因 家族等へ遠慮。わがままと思われると感じる 認知症になり周りの人をふりまわし判断困難。家族阻害要因 体力的に困難と感じる。今までの家族関係から支援を嫌がる。医療的なことができないと尻ごみする。病院阻害要因 QOLではなく治療中心。胃ろう、経管栄養、IVH等行いたがる（超高齢でも認知症でも）医療・相談員のつながが悪い。（忙しすぎる）介護事業所阻害要因 施設入所をすすめる。施設へ丸投げ。在宅での看とりのスキルが少ない。訪問看護の単位数が高いので金額負担多い。</p>
<p>・御家族、事業所が24H介護をその時間ごとに振り分けること。・御家族は頑張るが疲れて倒れないように、長く続けられるようにする。求められること。医療：在宅で入院中のように状態の変化を支えられること。・御家族、本人への看取りへのフォロー（看護）特に家族へは看取りを迎えるまでのフォローと最期、その後のフォロー。本人に対してはなるべく苦痛をとり、安らかに死を迎えられるように看護する。介護：家族のみでは疲れてしまうため、状態変化があるごとに介護支援の見直しを行う。・例えば家族の腰痛悪化の時は移動、移乗時の介助、排泄介助等の負担が大きい部分は介護支援を行う。阻害している要因：医療と介護の連携・少しずつ連携しやすくなってはいるが往診医が少ないため最期まで在宅という希望が叶わないことが多い。</p>
<p>本人の希望があっても、家族は助けたいので病院につれていってしまう</p>

<p>いよいよ最期をむかえるまでに心をゆるす支援者の存在が一人でも多い方がよいので早くから複数の人間がかかわっていく必要 家族が安心して看とるためにも必要 何をケアするか何を治療するかではなく、その人本人や家族の気持ちに（心）いかにによりそえるかが大事と感じる。サービスの利用に限られている。終末期は介護することがなくてもそばにいて手をにぎってほしい 話を聞いてほしいという気持ちがあるが在宅訪問介護では介護時間のみあうケアの内容がなければ事業所として対応はできない 家族の負担軽減や安心のためにも終末期には幅広い対応ができるとよいと思う 又、終末期にレスパイトとして使用できるショートステイ先が確保できるとよい 現実的に受け入れ先を確保しておくのは困難 以上のような不具合があるので「お任せ下さい」と言い辛い 複数の家族が同一の意見で希望していない限り現状では介護が破綻してしまう心配が大きい</p>
<p>病院が癌末期の患者さんに退院後再入院を拒むことが多い。他の病院を紹介するとのことだが末期の状態までつき合ってきた病院の手を離れることに、利用者、家族は強い不安を抱く。在宅での支援により最期まで在宅でいられるかもしれないという莫然とした思いは持っても、経験のないことにいどむ方がほとんどであり、もし思いなかばで継続できなくなったときに受け入れてくれる病院があることは、利用者家族の不安を軽減させると思う。介護事業所に対しては夜間訪問をする事業所が増えるとういと思う。</p>
<p>・本人と家族との臨終日の迎え方の意思の違いが結構ある・訪問看護一担当医療機関の意向を受け、を利用したの終末ケアが充分に行なえる所が少ない。</p>
<p>本人が希望していても、家族がそれを拒否すれば、入院をしつづける場合が多くなるように思います。ケアプランもやはり家族の意見が通りやすいように思います。</p>
<p>末期の方が急変した時、一時的に入院できる医療機関が確保できない</p>
<p>在宅で最後を迎えたい利用者、家族を支えるためには、本人、家族をとりまく関連事業所、人員のエコマップを作り共通認識で支援すること。医師、訪問看護師等医療従事者が中心になって、命令、指示系統をはっきりさせる。役割分担とはっきりさせて、連携を図る。本人よりも家人の精神的な支えが、在宅での最期と看とるための、重要ポイントとなる。在宅の最期を迎える体制をつくるためには家人があわてない体制を整備すること。</p>
<p>・本人、家族への十分な説明と理解・支援者の意識統一・具体的なイメージ不足・過剰な医療処置（多量の内服薬、胃ろう、無理な通院）・往診医の不足</p>
<p>急変時の受け入れ、緊急時の連絡体制を整える。在宅で看取りをするご家族の葛藤心の変化、介護疲れ等に丁寧に向き合う、一緒に話し合い、希望に添う様努力する。ご本人の希望を、日頃から、ご家族に伝えておく。ご家族も意思統一を図っておく。人の気持ちは変り易いので、何度か意思確認をする。家で看取りをする覚悟を、ご家族で確認して頂き、サービス事業所の関わる部分を理解して頂く様説明を行う。できるだけ最後はご家族に関して頂ける様、介護技術、看護技術を伝える。</p>
<p>・在宅での介護力が不足→社会資源の不足</p>
<p>サービスの供給体制、経済的問題、家族の介護力、制度上の問題（介護保険と自立支援法など）様々な問題がありそれらの条件をクリアしないとターミナルケアが困難な状況が現実としてある。</p>
<p>・在宅療養支援診療所をうたっているが定期的な訪問診療のみで24時間体制ではない所がある・訪問看護の事業所の利用者受け入れに限度がある・家族の介護力が少ない。家族の精神的不安等がある。・医療面で受け入れを拒否する事業所が多い</p>
<p>老健ですが昨年から「ターミナルケア」を始めました。「在宅で最後を看取りますか」とおすすめても家族にとって負担が大きいのか「はい」という返答はいただけません。家庭で介護してきた女性が仕事を持つ事が多い現代では受けいれる負担が大きいように思う。</p>
<p>在宅で最期を迎えるためには、在宅で過ごすことができる身体状況、生活状況であることが大事である。日頃から予防を続けて健康なまま最後を迎えることができれば、それに越したことはないが、継続した治療や介護が必要な方は少なからずいらっしゃる。そうしたときに在宅で十分な支援体制をとることが必要である。利用者とキーパーソンを支えるコーディネーター力が必要になる。この場合コーディネーターは主治医であり、家族より本人に接している時間が長い訪問介護事業所などの介護事業所だったり、ケアマネジャーなどの専門職だったりする。また医療機関を含めた各サービス提供者がそれぞれの立場から本人の在宅生活を支えるという共通の目標のもと、各職種の専門性に敬意を払いながら、忌憚のない意見を出し合うという関係が必要になると思われる。</p>
<p>重症の方を受け入れる場合急変なども考え訪問看護またいざという時の受け入れ病院がはっきりしていない場合は受けません。訪問看護師と受け入れ病院がいっしょで連携がスムーズかつ急なことがあってもそこにいけるという確心がない限りターミナルの方は受けません</p>
<p>阻害している要因は、問13で既に述べた通りで①家族による介ゴ力の低下と②急変時の対応の不備である。ICFもさることながら、①と②を解決すれば療養者本人の希望を叶えることが出来る。しかも医師不足と医療費の大巾削減が可能である。</p>
<p>介護力の確保がむずかしい。夜間の訪問介護は、又あまり実現できない</p>
<p>・本人、ご家族の意向をふまえた上で、それぞれの機関がどういった役割を受けていくかを明確化し、チームとして統一されたマネジメントを提供することが重要と考える。・問題点として、それぞれの機関の支援には限界があり、ご家族が担う部分の大きい事が上げられる。</p>
<p>本人、又は家族（本人に告知されていない場合）に在宅で看取ることのメリットを（適切な時期に適切な量だけ）説明し、看取りの中での気持ちの変化を汲み取り最期に向かって本人、家族が迷ったり不満をできるだけ減らすよう、チームを作り支援していくことが必要。阻害する要因については、在宅への理解のない医師非協力的な態度や、看取りに慣れない事業所の家族に対する不適切な提案や言葉かけ。</p>
<p>・家族の支援の確認をする。（本人の希望は家族がある方は家族の影響を受け、本人の思い通りにはならない方が多い。）阻害している要因になる。医療、介護等の療養者本人と関わる者がしっかりと連携することが求められます。</p>

<p>普段より自分の最期について家族と話し合っていない事が大きな問題だと思われる。家族もみとる事への負担はあると思うので、病院・施設に頼ってしまうと考えられる。</p>
<p>希望をかなえるために求められること・往診・訪問介護・訪問看護 阻害要因本人の希望と家族の思いのギャップ</p>
<p>在宅看取りは、何人も担当してきました。どのような経過をたどるのか、死までのイメージが家族にどれだけ持っていていられるか。それを説明する。役割分担がきちんとされるのが大切 本人の希望をかなえる為の家族の介護力や心がまえがどれだけできるか。看ゴ師 在宅訪問医師 ヘルパー ケアマネ等、チーム全体の連携、看取る為のその人とのルール 取り決めをきちんと行なう。緊急時や苦痛の対応はどのようにしていく等細かく決め統一した対応ができるようにしておくことが大切である。医師との連携不足により夜間や休日に亡くなったとき、病院へ行かざるをえなくなり検死の道をたどることがある。それがクリアできれば在宅看取りはむしろかきいことではないと思う</p>
<p>・実際に自宅で療養させようと看取りを考えている家族でも、どの段階から看取りレベルか、寝たきりにさせないようにしていても、その状況に入ったとたん、家族の精神的負担（プレッシャー）が大きくなります。・そこまでもおちついて受け取られるような家族への精神的支えにサービスは気を配らねばならない。納得いく看取りができるには、サービスなどでの支えられている力を感じて勇気をもって、家族がとりくめるかにかかっていると思います</p>
<p>介護者の不安が強く最期を自宅で向えられない場合もあります。ナースステーション・医師の質の問題もあります。介護者が仕事の都合で休みを取るのが困難等もあります。</p>
<p>在宅で最期を迎えたいと最初希望される方も、最終的には病院に入院されるケースが多いと思います。在宅医療が不足しているとかではなく、本人をとりまく家族の思い等いろいろな要因があって、できればまだ治療を受けて、という形になると思います。</p>
<p>自宅で最期をといった考えが当たり前だった時代もあったようですが、医療技術の進歩により、入院治療が当然となっている、考え方が一番の阻害要因として考えています。私も物心ついた時には自宅で誰かが亡くなるといったことに対し嫌悪感や恐怖心がありました。初回アセスメントにおいて支障のない範囲で、在宅か施設かといったことは聞くようにはしていますが、周囲、特に別居家族からの意見に本人、介護者は必ず、ゆれ動きます。状況に応じて制度紹介や方向性の修正はしていますが、やはり周囲に押し切れ、在宅死は難しいのが現状として感じています。</p>
<p>医療費が高くなるにつれ、受け入れ事業所が少なくなる。それにより在宅より入院・入所を選択することになってしまう。</p>
<p>1. チームケア（どのようなチームが良いのかは不明です。）・在宅か病院か？ご本人、ご家族の意向は？・チームケアの確立に向けての準備時期（往診して下さる医師）・医師との連携について（係わりを持って下さったお医者さんが、とても良かった。また、他お客様とのお付き合いがあったので、話しやすさ、聞きやすさがあった。）訪問看護導入時期やステーションの選定も医師と同じステーションの導入が出来た。）福祉用具（電動用ベット3モーター式とエアーマット緊急での手配が出来る事業所の選定がスムーズに出来た。）以前、チームを組んだ事業所の方々であった為、お互いの連携がスムーズに出来たこと。お互いに確認し合っただけの情報を待たないでも間接的な情報の中で動けたこと。（時系列→お互いに連絡を取り合った時間を基に次の展開が出来ていた。）・チームケアがとても大切だと思います。阻害する要因→お互いを知らないから生まれてしまう問題？☆在宅医をどうするのか？往診が出来て、24時間対応して下さる先生今回の3人の方々、医師との連携がとても取りやすかった。☆連携、チームを組織する為に多くの機関と係わりを持つこと、ネットワークを積極的、意図的に作る事が大切だと思います。時には事業所も選ぶこと。</p>
<p>24時間対応のサービス（訪問看護、訪問介護、主治医）の不足。費用面や、介護保険限度額上の制限がある。家族の介護力や理解が十分でない又は受け入れを拒否する。緊急時いつでも受け入れてくれる病院</p>
<p>医療や介護の連携を（疾病 経済状態 環境）の如何に係わらず情報提供していく事。家族介護力の評価もしていくが介護負担等阻害し要因となる。より良い介護をしていくために必要な指導を用い支援を行う必要がある。</p>
<p>求められること→在宅生活の不安の軽減 緊急時の対応 阻害している→家族の介護の不安</p>
<p>現時点で各医療機関・介護事業所において、出来る事は精一杯もうすでにやっているといます。一番問題なのは、家族の介護力がなくなってしまった事だと思います。本来家族が担うべき介護をやる家族がいない。という悲しい現実が、一番問題なのではないでしょうか？3世代大家族で、おばあちゃん達が孫の面倒を見て、そのおばあちゃん達に介護が必要になってきたら、子や孫らが自然と皆でお世話してゆくというような昔は当たり前だった光景がなくなってきて、それを医療機関や介護事業所に肩代わりしてやってもらおうという事自体、無理や限界があると思います。家族再生、家庭再建、家族円満で、少子化を防ぎ、未婚をなくし、為に生きる地域の助け合い精神を浸透させるというような事こそ、必要なのではないのでしょうか？その上で、どうしても足りない所はお手伝いします。という介護保険であってほしいと願います。</p>
<p>医療機関…往診医の不足。介護事業所…24時間体制。体制を整える為には、人材が不足している。</p>
<p>・状態に応じて、往診医から本人家族に見通しを説明する。・関係者が、本人と家族の意志を大切に、共通の認識を持つ。・最後を迎える心がまえを、家族に伝えていく（訪問看護）・どちらも満足して最後を迎えられるよう、精神的に支えていく・関係者間の24時間体制での連絡が取れる方法がある。</p>
<p>・家族の介護力の低下、不安・家族が仕事をもっている為一日ついている事が出来ない・医療的知識不足…最期についての説明がうまく出来ない。</p>
<p>本人、家族の不安を取り除く助言が必要。在宅医にしっかりつなぎ連携してくれる病院の医師がいれば、前向きに考えられる。将来のビジョンをしっかりと描き不安解消のための説明をしっかりとしてくれるMSWやケアマネジャーがいれば安心できる。本人や家族には、在宅で最期を迎える…という選択肢は、一般的でないと思う。希望を言ったところで、叶えられないという思いもあるだろうから、それらの思いを汲み取って他機関につなげられるよう、ケアマネジャーの力量アップが求められると思う。</p>
<p>在宅で最期を迎える充分な社会資源と介護力がない。特に山間地である当方では、高齢化のため、独居高齢世帯が多く難しい。</p>

また医療サービスへの理解が乏しく、訪問看護等、根づかない。住民意識も在宅で最期を迎えられると思っていないところもある。
家族の不安感や医療行為（特に吸引）のレクチャーが必要。又、家族の受け入れの協力が必要
夜間や休日に対応できるサービス事業所が少ない。（かかりつけ医も含む）
・在宅で最期を迎えるとは具体的にどういうことか説明する。・本人、家族の不安によりそえる体制があるかどうか（緊急時の対応も含めて）・本人の苦痛をできるだけとる 阻害している要因・死を病院でとの思いこみ・死の瞬間を見ておかなければいけないと思っている・看取るのが恐いとの思い
家族の意向を正確に把握する。医療機関はリスクを説明し、不安をあおらない。
制度内で、できるサービスの限界と経済。医療では、制度内の枠が限られてはいますが、本人の希望は叶えられることもできる。在宅医と、後方病院との連携。最期を迎える、本人と家族の意向が違ってきた場合の対応。介護保険では、サービスには時間と経済との関係で利用に制限を超える場合が多く、支払に調整困難となる。急な対応には、プランなき事はサービス出来ない為にサービスとプランとの、行政の枠内で調整を最期を迎える人には、利用しづらい。サービス事業所のしてさしあげたい気持ちになってもできない状況。時間外のサービスになってしまうことが阻害となっている。
・病院と地域の開業医との連携がとれていないので患者さんを病院に救急搬送して、病院で亡くなります。
在宅での看取りには問題があると思う。呼吸困難、食欲低下、褥瘡処置、四肢の拘縮等在宅で介護できる家族の減少による一人にかかる負担の増大 経済的に介護費用の捻出のため働かざるをえない家族 それに伴いストレスによる介護者の病気等 在宅介護の問題は一概に片づけられるとは考えにくい 実際、在宅で最期を迎えることはなかったが診療所との連携により最終段階で入院体制をとることができ病院先で看取ることがほとんどでした。家族にとってもその方が不安が少なかったように感じます。このように医療側で、いつでも受け入れ体制をとってもらうことでケアマネとしても家族、医療との連携のもとスムーズに信頼関係を構築できたと思っています。このように介護保険、医療保険の枠組で困らず柔軟な対応が必要と感じます 又、医者の方柄な態度で家族に不安を与えてしまったことも多々あります。医者の患者に対する対応も考えていただきたいと思います。面倒だから在宅に戻してケアマネに対応させればよいという態度で振り回されることもあります。最終的には人間対人間です。物扱いされた時には憤りを感じます。
・地域により医療系のデイサービス、特養の受け入れがなく、重度のサービス利用者が思い様に利用出来ない。・各事業所がリスクが大きい利用者の受け入れを拒むことが多い。・Drから在宅は無理でしょうと言われると家族も在宅で看取りをする自信をうしなう（不安となる）
「在宅で最期を」と考えても、やはりそのときを迎えるまでの在宅介護が難しく（24時間在宅で家族が見ることができない（就労、介護疲れなど））実際にはショートステイをロングで利用したり入院という形になっているのが現状。介護のサービス提供事業所も医療依存度が高い方を受け入れられない。受け入れられる体制が整っていないことも要因と思う。
緊急の場合でも速やかにサービスを利用して本人や家族の不安が軽減できるような体制づくり。体制が整っていないから在宅で最期を迎えたいという希望を阻害しているのではない。
24時間体制で対応可能な訪問診療があれば、充実できれば、本人、家族、他職種の方も安心し、在宅を検討できるのでは。入院中と同じように在宅でも急変したり、必要な時にコールを押すように訪看が、Drが対応してくれる体制ができれば可能。
・家族介護が難しい。仕事を持っている。一人暮らし。老々介護。私共の施設も特養。老健。グループホーム。有料老人ホーム等でもターミナルケアをお行っていて、現在特養は5人ターミナルケアを家族が希望している。・自宅で最期を迎えたい方は殆どだと思いますが、家族との信頼関係
在宅医療、介護の限界点が、患者、個人によっても違いますが、医療従事者、介護従事者もそれぞれ異なり、担当Drの価値感によって左右される事も大きい現実がある。医師が無理といえば、あきらめる家族の方が多いと思われる。本人の意志表出のできる癌の場合はまだ在宅での看とりも行われているが、脳血管疾患などの、意志表出が困難な場合は、更にむずかしい。（家族の強い意志がなければ、在宅に移向するのはむずかしい）・本人の希望、意志表出をどこで行うのか（どの時点なのか）・表出された意志を誰が保障するのか・終末期というとならえ方いつまでかわからない状態での・在宅生活での受け入れる家族の不安と、疲労をどう支えるのか・受け入れた家族の経済的支援はどうするのか。介護、療養をするために職を失う可能性もあり介護休力という一時的なしのぎ方以外の方法があるのか。
介護者の負担が大きい主治医が入院させたがる（往診をしないところ）
本人が在宅でむかえたいと希望されても、家族が受け入れをされない場合が一番多い。本人がどうしても帰る（自宅で死にたい）と入院を拒否している場合は、協力体制（いつでも看師、Drがかけつけること、必要時ヘルパー派遣etc）をとることを説明し緊急時の説明等で家族の理解をもとめ、最期をむかえた事もある。
・訪問看護ステーションは、休止している。・地域全体をみても、24時間体制の訪問看護や訪問介護、及び在宅支援診療所がない。サービスがあれば、使いたいが、資源がないのが実情。・地域性として、病院、施設が多い。家屋が古い。段差が多く住宅改修困難事例が多い。・独居、夫婦世帯が多く、介護を担う人が不在であったり、老々介護であることが多い。・若い家族は、就労や子育ての問題があり在宅介護や看取りに対し、消極的である。・地方は、少子高齢化でサービスも地域較差がある。住み慣れた地域で…といっても、支援体制が不備な為、民間に依存しているのでは…？と感じることも多々あります。
在宅でも充分最期を迎えるには費用の確保と在宅医、訪看、訪介の連携の充実が必要と思われる
家族介護を継続することのむづかしさ。→（医）在宅医療を理解して頂けるDrが少ない（介）24時間体制の事業所が少ない
在宅で看取りができることを知らない人が多い 訪問看護、訪問診療を知らない 在宅看取の支援をケアマネジャーが行っている事を知らない 在宅死への家族の不安が大きい 在宅死に対して本人が望んでも本人が家族に迷惑をかけるから…とあきらめている
在宅で最期を迎えるためには、経済的なことや受け入れできる環境が整うことが求められる。又、家族の了解も必要になる。

<p>ご本人の強い希望で在宅で過ごすには体調の急変時に医療との連絡や相談の24時間体制のできることではないと、関わる者が不安になる。在宅で最期を迎える時は直ぐに医療、看護、介護、ケアマネジャーとのチームケアを整え、24時間対応ができることが望ましいのではないかと、思う。</p>
<p>・在宅医療を積極的に協力して下さる医師が、いてほしい・訪問看護やヘルパーの対応は良い・阻害している要因・家族が対応出来ない(病院へお願いする意向)・家族に在宅へと、向かう事の不安を取り除く事の説明を行うことが、出来ない・本人や家族を精神的にサポートすることにケアマネジャーが(病状の進行において)対応に不足がある。訪問回数が頻回に対応できない。訪問看護にまかせてしまうことになってしまっている</p>
<p>医療、介護お互いに、互いの「出来る支援」を知り、本人の為に力をつくす必要がある。</p>
<p>・介護力の有るム・往診できるDr、Ns(24h対応)・本人の思い、家族の理解・サービス事業所の連けいが不可欠です</p>
<p>本人・家族の不安は何か?その不安に対応できる体制が必要。地域医療の体制と関わる職員との連携、整備。</p>
<p>・在宅にて終末をむかえる、昔ではあたり前の事でも、今は最後は病院での考え方になっている。自宅で見取ることが出来るには、マンパワーの必要性和福祉・医療の連携が必ず必要。介護する家族の精神的な不安がない様に適所にサービスを利用し、身体的な負担がないようにしなければいけない。</p>
<p>各医療機関へは急変などに対して往診などに切り替えられる機関が不足しているすぐに入院指示、“往診はできない”との回答が多い。要因については、家族の理解が得られないことが多い。</p>
<p>医療と介護が別々になっており、連携がとれていない。治療を望むのか何もしないのかの確認がとれておらず、在宅で…と思っても最後には救急車をよんだりしている。在宅で最後をむかえるにあたり、どのような準備が必要なのか、その都度の説明を行ってくれる人がいて、その都度説明をしてくれる。</p>
<p>・家族は医療知識がなく不安があるため、理解えがたい。・24時間対応が難しい・医療との連携がとりにくい</p>
<p>介護力。</p>
<p>病状の状態と家族の方の介護力だと思います</p>
<p>病気などがある場合、本人が在宅でと希んでも治療、発作、痛みなどがある場合、困難となってしまう場合がある。介護をする御家族にとっても負担は大きい。医療機関の巡回診療等充実させたい。</p>
<p>・とにかく終末ケア・医療を支える在宅医が当市では絶対的に不足している。・医師会のDrとの話し合いでよく話題にあがるが、なんと言っても診療報酬があまりにも少なく、在宅医療中心・訪問診療中心で行くと経営が成り立たないとの事。・介護事業所の場合も、終末ケアを支える場合は24時間365日対応できる体制が求められるが、当市でも訪問介護が1ヶ所、訪問看護が2ヶ所、年中無休で営業できる体制を取っているが「終末ケア」を支えるまでに至っていないのが現状である。・「自宅で最期を迎えたい」との願いが誰でも思っていることだが、一般の方々はそのような体制ができるとは思っていないし、最後は病院しかないと思っている人も多いのではないかと。後期高齢者制度での「リビング・ウィル」尊厳死についてもっと真剣に議論を深めて、人生の最後は誰もが選択できる「死に方」を選らべるように行政・国がもっと周知してほしい。</p>
<p>在宅医を見つけ協力を求める。また訪問看護に協力を求める。本人及び家族にどのような生活をしたいか十分に話しをし、その為にはどのようなサービスを利用するのが良いか検討する。本人のみや家族のみの話しに耳を傾けるのではなく両者の考えを十分に聞き、本人及び家族が家で暮らして良かった…と思えるような支援が必要である。</p>
<p>希望①デイサービスによる社会参加、入浴、訓練など(特に身近な小さな所では、多少のわがままも、仲よくなりケアスタッフさんとの信頼関係もできて、よかったと言うことばになり得ると思います)②所々で(1週間の)訪問看護、介護さんも取り入れると家族の方も話したり、相談したりして、安心や自分の寄り所となる。③医療は近医の先生に頼み、往診して様子を看護して頂ける方向④福祉、用具、等利用活用⑤話しをよく聞いてあげられる(医療も介護も)相談窓口が豊かであること。阻害①家族がまず、見守る事が大変となって何をどうしたら、こうなると、説明されても、困った不安、見てるだけでもいや、オムツ交換夜中に起こされる。とにかく、入所依頼。→②入所入院は費用負担多く、皆困っているものの③なぜこうだから、困っている事、どうして行ったら(経験知識)ていねいに説明できる人がケアマネだけではなく居宅介護支援にはケアマネの前に話を理解できる人を置く。</p>
<p>体調が悪くなった場合、病院に搬送されたり、家族が受診したりし、そのまま入院や死亡となる。</p>
<p>医療が24時間体制で対応できない。介護も同様でこの体制を構築し、継続するには人材(良質な)が必須であり、その為には、賃金が不可欠であるが小規模な小回りのきく事業所には困難が多い。その支援がなければ家族は当然困難です</p>
<p>その本人が“家族に迷惑かけられない”と思う気持ちも強いと思います(阻害の要因)。認知症等でそのあたりの意志が不明時は可能と思いますが治療するか保存(点滴や胃ろうなど)的に行うか家族も最後までまようと思うので、そのあたりの説明やうけとめかたについての対応が必要だと思います。24時間対応についても必要ですが、見る人が家族のためみるかたが就労ですと難しいと思います。すてきな…と言っては“死”に対して語弊があると思いますが…亡くなりかた、みおくり方をされた方もいらしたのでなんとかそういうかたが増えるように日々考えてはおります。ご家族が思い残すことない対応ができた!と思えるように介護事業所は接していったり、医療機関も、ゆるる気持ちを受け止めて又、最後についてのイメージをご家族に話してゆけばなんとかなるかもしれません。</p>
<p>在宅医療に対応してくれるDr.が少ない。家族の不安が軽減できない。ターミナル時期の対応がむずかしい。</p>
<p>本人の症状、痰がからみ、常に吸引が必要な人などは、家族がたえられない。近所の人や、親せき等が介護者をねぎらう事をしないで病院に行った方が幸せなどと言う。</p>
<p>ターミナルの場合短期間での、身体レベルの低下が考えられるが介護認定結果が、要介護3と本人が亡くなってから結果通知があり、実費請求が高額になってしまった。認定調査、審査会、各市町村(保険者)によって異なる為家族が気の毒だった。認定調査時の主治医意見書の作成、プランに対する照会等、医師からの協力を得る事にいつも神経をつかう為、つかれる、又、作成してもらえないまでに、時間のかかる事が多い介護力の無い家族にとっては訪問介護等のサービスは不可欠と思われるが</p>

<p>2時間あけないと、サービスに入れない等、不便（ケアマネが見守りに入ったりしました）又、社会資源の活用ができればいいと思うが、終末期の見守り等してくれるボランティア団体あるのでしょうか？介護者が、最後の最後で、やはり、病院へお願いしたいという気持ちになった時スムーズに、受け入れてくれる病院が必要 経営もあるだろうが、ベットわくを1つあけておいてくれるかどうか。急変時等の各サービス事業所の対応がとれるかどうか。本人の希望と家族の意向がくい違っているとその都度調整が必要であり、説明が必要医師からのアドバイス等とても重要（往診医）</p>
<p>医療機関に求められることとしては、へき地の医師不足の解消等があげられると思う。また、実務上においては応診可能な開業医が少なくなってきたこと等も問題であろう。介護事業所に求められることとしては、いわゆるターミナルケアを実施する際に最低限必要な医学的知識の修得や経験をふんだん介護員の育成等を課題としてあげられると思う。独居世帯の場合は特に体制構築が困難であると考えられる。それはフォーマルサービスのみでは本人の身心状況の確認が常時行えないことに起因する。そういった際の見守りネットワークをどのようにして構築するかが介護支援専門員に今後求められる部分と考えている。</p>
<p>・医療の通所の少なさ。・病院の医師はあまり在宅をすすめない傾向にある。</p>
<p>〈求められること〉共通認識をもち、係る事ができる。〈阻害している要因〉医療機関を連絡が取りづらく、話をすすめたところで理解してもらえない医師や病棟NSがいる。</p>
<p>退院時は、在宅復帰できるようにして退院させてほしい</p>
<p>①核家族の中で在宅での終末介護は負担が大きく、本人が急変すると介護者が不安をつのらせて入院となってしまう。 ②受診病院が最後迄応診するのではなく在宅では「訪問クリニックの医師に依頼し月2回の訪問診療の金銭的な負担も大きい。</p>
<p>家族が在宅で看取ることの決断がつかない。病院が退院させるタイミングがおそすぎる。→介護保険を利用し在宅での介護を送る場合、申請、認定調査、事業所の決定、サービス提供、担当者会議、契約など様々な手続き準備が必要になる。落ち着いた生活リズムが整うまでに1～2週間はかかってしまう。中にはそのバタバタした準備の中（特に末期がんの方）で亡くなってしまふことがあり、とても残念に感じている。病院側にはもう少し早く、状態が良いうちに退院させてもらえたら、と感じたことがあった。</p>
<p>ご本人はもちろんご家族のご様子も含め各機関、事業所で連携を密に図ることが重要とされるのではないと思う。また、状態に応じて臨機応変な対応が必要となってくるため1つの機関・事業所から出ている情報の共有を常に心掛けておく必要がある。病状の説明や予後の告知については他職種ではなく主治医からあるのが望ましいと感じられる。なぜなら医師という立場から患者を診て専門的な話しができるからである。同じ内容を伝えたとしても受け取る側からみれば他職種ではなく始めから「先生」という立場で話しを聞いているので違いは歴然だと思ふ。ただ在宅医師の不足やまた、医療行為が必要となった場合の事業所が限られてしまっているので選択肢がもっと増えればより安心して在宅で療養できるのではないと思う。</p>
<p>24時間の訪問可能な事業所特に訪問診療、訪問看護</p>
<p>器材の管理夜間の不安</p>
<p>病院と医院（訪問診療可能な）との連携…入院、退院時。訪問看護ステーションの充実…当地域には1事業所しかなく、事業所やその管理者への負担がとて大きくなっていると思います。「在宅で最期を」と思っているでもそれを支える家族の協力なくしてはサービスだけでは支えきれません。また、往診可能な医師がひきうけて下さらなければ、それもかきません。また、入院が必要となった時（レスパイトなど）、受け入れできる病院の対応も必要です</p>
<p>・在宅で最後を迎えるには、本人、家族を中心としたチームが必要である。本人、家族の意向をチームで共通理解し、支えていく関係者達の強いつながり（医療と介護の連携）が必要である。・本人、家族の精神的なフォローを行うにあたって、関わるスタッフの精神面での研修が少ない。・最後は病院で迎えるものと思っている人が多い。そして、もし、在宅で死を迎えた場合のイメージができずに不安がつづる。送り出す病院も、しっかりと説明もないまま退院を迫るケースが多い。本人、家族が理解し、在宅での最後をイメージできるような説明に医療関係者は努めるべきである。・CV、吸引等、医療行為が多い場合はデイサービスやショートステイの受け入れが困難気味である。介護職員でも行える行為の範囲が広がれば良いと思う。（CV、点滴バックの交換、吸引、経管栄養等）。特にヘルパーには、家族と同じ行為を許可するべきであり、その為には、介護職員向けの研修を定期的に行い、安全にサービスを提供できる体制を整えていく必要がある。</p>
<p>24時間体制の往診医の不足</p>
<p>家族、介護者の介護拒否、放棄による要因あり。又、一人暮らしの方の危険度が多く、そのことに認識されていない場合が多い。地域との協力は望めず、一人一人が孤立した生活のパターンになっている 専門職の受け入れには不信感があり、自己流でやっている。他人に入らせない風調あり</p>
<p>県民性や家族の関わりとして、子どもの多く居る人たちにとって事前に子どもたち全員が在宅で最後を迎えることを了承していなければ、同居の子どもや嫁で判断できる問題ではないと考える人が多いと思います。後になって救急搬送をなぜしなかったと責められるかもしれないの思いもあります。本人が子どもたち全員に自宅で終わりたいと伝えていたとしても、県民性、土地柄なのか慣習となっていないように思います。最後をどこで迎えるかは医療機関でも介護事業所でもなく本人と、その家族の決断によるものと考えます。その決断したことに対して医療機関・介護事業所が従うしかないと思います。</p>
<p>・家族が仕事をしておりターミナル期になっても休めない。・在宅医が少ないし緊急時の対応が難しい。・介護者が高齢であつたり男性介護者で精神的不安が大きい。・介護保険の限度額をオーバーしてまで在宅させたくない。経済力等・過去の家族関係がうまくいっていない・家にサービス関係者が出入するのを嫌う面倒がる。・何と言ってもその家庭でどのような役割の人であったか、大切な人かが一番と思われる。</p>
<p>1) 緊急時に入院出来る、大病院を含むネットワークが必要。（応診、訪看が入っていても、救急車で搬送先が決まらず、長時間かかる事が多い）2) 介護保健外の家政婦や、ボランティアをお願いし、休日、夜間の見守り目的のケアが必要→コス</p>

<p>トダウン、人材確保（夜12時の30分～1hrの近所のボランティアの方のケア1度2000円は、私達のケースのKey Pointでした）3）利用者の体調不安定時の記録、解析。水分摂取量、排便、寝起き、低抗の記録、グラフ化により、原因が明確になった。4）介護担当者の正直な記録、報告。5）ケアマネージャーの献身的関わり。（高ヒン度、長時間の傾聴、10～15回/月）6）介護担当者の丁寧で、心のこもったケア、忍耐強く、ねばり強いケア。（認知症者の、同じ事のくり返し質問にも、毎回、丁寧に答える）創意工夫（同上のくり返し、質問には、回答書（簡潔、大文字）を用意し、それを読んでもらいながら、説明する→質問の減少→納得し、質問しなくなった）〈阻害要因〉・痰吸引をヘルパーが出来ない。独居老人や、家族がいても急がしい場合、痰吸引を看護士さんに頼っている、高額費用で継続出来ない。→入所。・昼夜逆転がある場合、睡眠薬と夜間パトロール、往診医、訪看による高ヒン度管理等の工夫が認められないと→入所。</p>
<p>ご本人、家族と最期の希望や意思の確認をとっていても救急搬送すれば命を救うための治療を病院はされる。点滴での栄養補給を延命と考えるのか？口頭で聞いただけの要望を立証して医師に伝えるにはどうすればいいのか？在宅で看取りをするには環境と支援者が必要だが家族が拒否すれば難しいため病院で逝去するに至っている。</p>
<p>・本人の意思がかなりはっきりした形で表わされているか？・在宅医療や在宅介護の方法論が明確であること。・それらを行う機関や事業者の連携がとれていること。・特に最期を看取る医師の理解と最期に至るまでの指示や助言が家族や事業者に伝わること。・最期が在宅であることは、本人の意思であり、間違っていないことを同居以外の家族、近隣、地域が理解していることが望ましい。・それでも急変時、「やはり病院へ」という気持ちの変化などについて全ての関係者が受け入れられる柔軟さ</p>
<p>往診して下さる医師が必要。定期的な訪問以外にも訪問してもらえる訪問看護ステーション。訪問介護ステーション。各サービスが受けられることが大事。同居家族も本人の希望をかなえるために「在宅で介護を行う」という意志を持っていないければならない。今までのところ、家族が介護を続けられずに在宅で最期を迎えることがむずかしくなることが多い。</p>
<p>在宅でサポートできる医療体制と介護力が在宅ケアのポイントになると思います。・医療・近くに往診して下さる医師がいるか、訪問看護ステーションがあるか・在宅で看取れる病気なのかどうか・介護・12～24時間で利用できるサービスがあるか・本人の希望に合わせて、協力できる家族があるか 阻害要因・経済的な問題、で本人が生きている間をサポートできるか。</p>
<p>経験の少なさや関わり方がわからない…などと言った家族や本人がいること。又、従事者自身の不安や家族や本人へ伝えきれない部分。</p>
<p><b>家族の負担と病状の悪化</b></p>
<p>・急変時、すぐ対応（往診・訪問等）してくれるDrや訪看の体制がとれていること。・介護保険の上限をなくし（要介護4、5の方）必要なサービスを使わせてほしい。（今、ワク外は、自費で対応している人がいます。）</p>
<p>本人は家で過ごしたいと思っても◎家族が家で亡くなるのを見守る力覚ごがあるかどうか。訪問看護ステーションにもっと人の配置をして欲しい◎医療機関に入院した時から在宅という視点が希薄のように感じる旧態然◎終了時カンファレンスを</p>
<p>24時間の支援体制を整えること。事業所の採算を考えると過去に24時間をしていたところが2社撤退したことをふまえ人口割合で考えると人員の確保が難しいのかもしれませんが 人材もどうしても働きたい希望は日中に限られます ターミナル等は日々の変化が早くあつというまにすぎってしまうので認定の期間の短縮など</p>
<p>利用できるサービスの量（回数や時間）に制限がある。介護者の負担が大きい（経済面、精神面、体力面）</p>
<p>・なんとも・阻害はありません</p>
<p>・ご本人、ご家族が在宅での最期を希望されれば支援できる体制は整ってきていると思われる。がんなどの悪性疾患の場合は、在宅で最期を迎える方は徐々に増えてきているが、急な病気の時は救急車で運ばれ病院で最期を迎える方がほとんどであった。・ご本人が在宅を希望されても、介護力がなければサービスだけでは支えきれない現状がある</p>
<p>・今までの考え（病院で最期を迎える）が常識となっている（利用者や家族）・希望するサービスに対応ができない事業所や介護保険の制度・在宅での看取りでの単位数を入院より大幅に上げる・病院での死亡で1人200万かかると聞いたことがあります。老健・特養での看取りの単位数をもっと加算すべきだと思います。</p>
<p><b>家族の受入れが困難</b></p>
<p>本人、家族の希望により、自宅で最期を迎えるために、訪介、主治医、訪看、福祉用具貸与、インフォーマルサービスは癌のターミナルに痛みの緩和を目的として、鍼灸治療の往療をプランに組み入れて、QOLの維持につなげることができた。本人、家族の感謝の中で見送ることができ、CMとしても、達成観があった。しかし、当初は、在宅での最期を希望しながらも、家族の状態や、本人の苦しさから入院となったケースもある。最期の迎え方を家族と何度も話し合い途中でも確認し続けることが大切と思われる。</p>
<p>・医師による在宅療養者への支援体制が乏しい。・訪問看護などのサービスによる24時間の体制が乏しい。</p>
<p>ターミナルの期間にかかるお金がネックであきらめる人も多い。</p>
<p>常時の見守り、管理が困難、特に夜間帯。</p>
<p>病院で最期を迎える人が増加している。家族は在宅で看取ることへの不安がある。どのような医療、介護サービスがあるのかも知らないケースも多い。退院時、家族への在宅支援（在宅医療、介護サービス）の説明がないため、家族は家に帰れないと勘違いし、帰宅せず転医をくり返し病院死するケースが散見される。主治医はもっと在宅医療などについての理解と認識を深める必要があるのではないかと。また、在宅療養支援診療所と介護事業所が連携して、実際に看取った事例を地域に紹介し、どのような在宅医療と介護サービスを利用すれば在宅での看取りが可能なのか。家族に見える形での情報発信も必要と考える。</p>
<p>本人が最期まで在宅を希望されても、土壇場で家族が医療関係者のいる病院搬送を希望する。家族は最期まで最善の医療を尽くしたいと思う為、生前に医療関係者からの家族への説明が重要です 又、サービス関係者の家族に安心して最期まで看取りができる対応をしていく必要があります</p>
<p>在宅に移行する場合、訪問看護や訪問介護サービスが必要な時に、必要な量が得られない事がある。</p>

知識や経験本人への尊厳
在宅で最期を迎えたいというご本人さまの希望をかなえる為、阻害している要因・自宅に戻っても見てくれる人がいない・見る側の生活も阻害されることとなる為、見る側にも限界がある。希望をかなえる為に各医療機関と介護事業所の連携をしっかりとること。自宅に戻ってからの緊急時の時どうしたら良いかをはっきりと見る側に伝える。介護事業所との連携 訪問介護を利用し、介護負担の軽減を図る。
〈求められること〉・医療機関、サービスの連携、認識の統一。〈阻害要因〉・在宅医療に対する理解、不足・医療体制・サービスの質
確認当時は在宅で最期を迎えたい希望があっても肺炎等で入院帰宅できずに亡くなるケースが多い。それ以外、本人の希望があってもいざとなると医療機関に頼ってしまう家族が多い。ケアマネとして家族に対し本人の希望であると家族を説得できにくいケースがほとんどである
地域的に訪問看護事業所が少なく本人の望む看護ステーションが利用できないことや夜間のヘルパー利用が難しいことがあげられる医師に関しては、往診医がずいぶん増え本人の安心感もてるようになってきています。老老介護が増えており子供、特に現役で仕事をもっている人の場合は協力がえにくく自宅で最期をむかえる本人の希望とは一致しないことが多い
# 1 在宅支援診療所不定→タイムリーに往診が困難。# 2 訪問看護ステーションのマンパワー不足。→人材不足、人気が無い。 # 3 介護者が在宅医療を十分理解できないまま退院されている。病気の理解不足の為、進行状況と共に不安が拡大していく。→タイムリーに進行経過を説明し、不安を緩和支援する。
1、対象者の疾病の基本的な理解が必要2、対象者に対する（生きたい、生きるとはなどの）思い3、1があり各関係者の技術的な専門的な知識〈阻害している要因〉1、医療についてのある意味の億病なところ、根底には、医療行為は個人責任（実行責任）となることがあると思います。2、在宅の医師（在宅生活を支援する医師）の数が少ないことや、24時間体制の看護ステーションが少ない。3、家族の介護力も要因（家族に思いがあっても少子化のため対応ができない）
求められていること：サービスの量、事業者、医師をふやすこと 阻害している要因：介護報酬が少ない、24時間対応サービスの不足
・思うタイミングで往診医に来てもらえないと不安になり、在宅生活自体に不安をお持ちになる。・先が見えない場合、家族が不安になる。・家族を支えることも大切と思うが、時間的にも不十分になることが多い。
訪問看護や訪問診療等訪問系の医療サービスとの連携を重視している。本人は在宅で最期をと望んでも家族の負担が身体的にも精神的にも大きくなるため。それを周りで支え支援していくことができなければ実際には難しいと思う。
「在宅で最後を迎えたい」という本人の希望を叶えるために医療機関・介護事業所に求められることや、阻害している要因について施設の現在の状況としては、特別養護老人ホームの定員が50名の施設に、400名以上の申込者がいるという状況である。特養の介護度の平均は4に近く、介護度の1、2の方はいつになるか分からない状況である。有料老人ホームが新設されるが、最低でも月に13万円から14万円はかかるが、年金では支払うことが出来ない人が多くいる。頑張って生活されている高齢者の状況は、80歳の女性でまだお元気であるが、将来のことが心配になって相談に来られ、上記の話をすると宝くじに当たるような感じですねと言われていた。高齢者は死ぬということですねと言われていた。介護保険が出来て甘えている人が多いので無くなればいいのにとも言われていた。その方は、自分で運動などをされ、地域のパトロールのボランティアをされている。健康に気を付けながらも一生懸命に生活されている。認知症の問題も多く影響をしていくと思われる。これからもっと単身者が増えていく中で、認知症の方が生活していくためには、デイサービス・訪問介護・訪問看護を利用して支援を行っているが、充分ではない。何かあった時にはご家族へ連絡を入れ、対応してもらえない。服薬管理など含め、まだまだ認知症に対してのサービスになっていない。本人の想いだけで進め自己決定について、周りの関係者は病院や施設の方がいいと考えていても、本人の希望だけで話が進むと、病院の入院継続や入所継続も出来なくなり、在宅生活へ戻られる方が増えてくる。在宅に戻ったとしても、現在のサービスでは足りない。周りの関係者は心配しながら支えていく。入所施設の現状、健康に注意しながら介護保険を使わずに生活されている高齢者、認知症の方を支えるサービス、本人の在宅への想いだけで進む支援の限界について触れましたが、これからどのようになっていくか考えながら進めていくと、本人が自己決定が難しくなっている時に一人でいいから一緒に考えて、決めていってくれる人がいれば物事が進むと思われます。
・各医療機関に対して24時間連絡対応して相談できること。市が介護保険相談について24時間対応できること。（土、日、祝日、年末年始お休みになっている）
尊厳死についての理解。在宅医への理解と協力。家族への説明と協力 急変時や最期の時に家族の心かまえや理解が不十分になってしまうため病院への搬送を行う事も多い。
大きい病院のDrが主治医だと、なかなか時間をとってもらえない。介護保険に携わっていないHPが介護保険に対して理解してもらいにくいのかと思います。
家族が入院を望みます。
（医療者へ求められるもの）医療機関や医師の力量に大きな差が出ていると思います。特に急性期病院は、部分的な疾患の治療が終われば、他の状況にはかかわらない、総合病院でありながら横の連携がとられていなく（ex. 骨折は手術がすんでもまだ熱があったり、痛みがあっても退院をせまられる）家族や本人の求めるリハビリや訪問看護へ指示が出してもらえない等、病気をみて本人をみない医師主権となっていると思います。MSWのはたす役割はさらに重要で、家族とのコンタクト、スムーズな退院、在宅へむけての支援をしてもらいたい。（介護事業所へ求められるもの）介護報酬だけではこの事業所も十分な対応はできないと思う。制度で制約されているところは、人として放っておけない良心とボランティアでおぎなっているのが現状ではないか、一人暮らし高齢者世帯は特にケアマネ、ヘルパーはやらざるをえない部分が多く、それを全て有償、有料でまかなうことは金銭的に不可能。地域のカーボランティアも人手がない状況もあります。長寿県のような長寿県ではさらに障害期間が長くなっている。等問題は山積み。制度の枠を越えた地域対策を考えていくことが急務となっていると思う。

<p>自宅で過ごしてもらうために必要なサービスの受け皿が少ない。</p>
<p>病院と在宅を支えるスタッフとの連携が充分ではない。かかりつけ医が往診をしてくれないことがある。医師が忙しすぎる。在宅を支える看護師が不足している。ケアマネジャー、介護職員の医療的な知識、経験の不足。それを補うシステム、連携が十分でない。本人、家族の不安を解消できる十分な量の介護サービスを利用できる法制度が整っていない。</p>
<p>在宅生活が無理であっても退院させる 介護力不足も原因と思う</p>
<p>病院のDr、Ns自身が自宅で看とることの意義を感じていないことが多く、多大な医療保険の財源をつかって治療行為を行ないつづけている。自宅で看とることをもっと選択肢の一つとして、介ゴ者へ提示すべき</p>
<p>①在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションが実際に24hr動いているところ少ない「夜電話すると救急車を呼んで下さいといわれる」②介護福祉士にもできるのに認められていない医療行為（吸痰、胃ろう一見守りの栄養剤の終了時の処理</p>
<p>在宅で最期を迎える方はほとんどが癌末期の方々でした。また、ぎりぎりまで在宅で見て、何日か入院してから亡くなった方もいらっしゃるし、緩和病棟で看取られた方もいます。その内の私の担当のケースの方は、本人が以前から入院を拒否している方だったため状態悪化前から往診クリニックを利用し医師や看護師と信頼関係を結び、本人の意志、家族の意志を伝え病状が悪化し、最期を迎える時にも、医師から常日頃「何かあったらいつでも、24時間待期していますのでいつでも連絡下さい」との言葉通り、奥さんは状況報告し、夫の手を握りしめ、夫を自宅で安心して見送っています。医療、介護が家族、本人と信頼関係を結んでいることが、在宅で最期を迎えることができていると思っています。</p>
<p>主に1. 家族の理解 2. 急変時の対応</p>
<p>介護保険サービス限度額の設定によるサービス量の限界。訪問介護員の医療行為の制約</p>
<p>〈求められる事〉・医療関係には24時間すぐに対応してくれる、看護のやり方や相談にのってもらえる。メンタル面のホロー・介護事業所には介護軽減の支援、メンタル面のホロー必要時は24時間対応が出来る。（阻害要因）・家族の支援不足、緊急時の連絡が出来ない・介護力、経済力、看とり時の精神力</p>
<p>・医療機関として在宅療養が安心してできるよう心構えや24時間体制の支援。訪問医療、訪問看護の支援を行う。・又家族への支援として家族に在宅ケアの方法を伝えるとともに精神的な相談、支援を行う・介護事業所も同様であるが、この医療、看護、介護のチームケアが必要である。・いずれにしても本人及び家族の思いを優先する。その人なりの思い大事にし個別ケアに努める。</p>
<p>往診して下さるDrが地域にいない（少ない）</p>
<p>本人や家族が安心感をもって在宅での最期が向かえられる様な、医療と介護の連携が必要と考える。ケアマネジャーやソーシャルワーカーにも医療的な知識が必要であるとともに、関わりつけ医との信頼関係も重要。</p>
<p>・ケアマネジャーの強い支え（知識）が必要である。</p>
<p>受け入れ対応の医療機関、夜間対応の介護事業所が少ない</p>
<p>①ターミナルやALS、透析患者の受け入れ施設が少ない在宅で介護を行っている家族負担は大きく、又介護者の休養や用事の為に短期生活援助等や、必要な場合があるが受け入れ施設が少なく病院も患者本人の体調不良でもない為受け入れは困難②認定で低く出られる方もあり、サービス調整が難しく短期間でADLの低下により区分変更行っても認定に時間がかかる③点滴などの医療的処置が多く必要となり支援できる訪看も少ない</p>
<p>・在宅で最期を迎えるにはまず、主治医の協力が一番と思います・又事業所の責任問題に対する意識の改革が必要。保障等の問題かもしれません。</p>
<p>在宅復帰すれば、病院に利益になるように誘導すればよい。一番大切なことはご本人の幸せ。</p>
<p>家族の負担を考えると在宅での最期というのは現実難しいと思う。それだけのホローを医療機関や介護事業所に求めても時間的に無理だと思う</p>
<p>・求められること 本人の意志決定を援助し、それを家族や関係機関で支える体制をつくる・阻害する要因 医療機関の在宅緩和ケアに対する知識不足、医療機関と在宅の連携不足 経済的問題 見守りなど、介護保険以外のサービス。</p>
<p>病気の場合、医療機関にゆだねるといふ家族が多い為“最期は家でみたい”といわれていても救急搬送されるのが現状です</p>
<p>利用者本位とはあるが、回りの環境などで難しいと思います。医師の考え、対応でなかなか連携がとれない。独居の方が、多くなっている要因ではないでしょうか。ケアマネが24時間支えるのには、限界があり、無理ではないか。支える、全員が同じ方向をむかえないと無理ではないか。</p>
<p>ターミナルケア デスエデュケーションの教育</p>
<p>在宅で最期を迎えるためには、訪問診療を専門にする医療機関と身体介護のできるヘルパーをそろえた訪問介護と医療判断や医師との連携がすぐれた訪問看護がそろえば、ケアマネとしては何の心配もない。そして、技術のある訪問入浴を加えれば何も言うことはないが、あえて阻害している要因があるとしたら、最期まで看取る意欲を持ち続ける家族が少ないことではないかと思う。それにはケアマネとしての家族が疲れ切ってしまうためのプランの提供に問題があるのかもしれないし、家族の休息としてショートの実も望まれる。</p>
<p>介護生活を長く続けている場合は、特養などの施設入居を希望される方が、ほとんどなので、在宅で最期を迎えることは数少ないと考える。末期ガンで長期入院されていたケースぐらいしか、在宅での看取りは行われないうちであろう。最近では特養でも看取りをしていただけるようなので、よりいっそう在宅での最期はむずかしいであろう。現在自宅で最期を迎えている人は、どちらかというと本人家族が希望してというよりは、病院に対して不信感をもっているケースが多いのではないかと。（あるいは出されてしまった。）これまで担当させていただいたケースでも、まだ十分在宅で介護できると思える人でも、家族が施設入居を希望されれば、それ以上何も言えない。</p>
<p>往診（24h在宅支援診療所）数が少ないために、退院后直ぐに医療のスタートが起きない…①急死した場合検死になる一家族のとまどい。②病院は退院期日を守らなくては保険点数（収益）が下がるので、在宅準備が、間に合わなくても強引に退院</p>

<p>させる一病院の問題というより国の政策が問題。介護事業所に求められること。・24h対応できるだけの人材を確保すること。国に求めること。・介護従事者が、生活していける賃金の保障。資格ばかり作り、勉強をさせても見合う給与が払えない（介護報酬の低さ）結果、看護師不足と同じ働かない者が増えるだけの状況となる・体制の整備</p>
<p>訪問診療充実</p>
<p>緊急時の対応がむずかしい（24hの体制が開業医の先生にない）ため終末は病院へ行く事が多い病院へ行くので、胃ろうなどの処置で延命できてしまう</p>
<p>家庭での介護力の不安。24時間体制で支援があると家族に自信がわく。一人で介護しなくては行けないと思うとそれだけで押しつぶされそうになる。</p>
<p>医師会の非少極的姿勢や医師不足、医師の認識不足が大きく阻害している。求められることは多々ありますが国の制度の中で動いているので、国の考え方が進歩しなければ、現実レベルでは難しいです。特に介護と医療の間が開きすぎています さっさと退院となっても、受け入れる側の態勢（介護）はまだ追いついていません</p>
<p>求められること・職業倫理・各々の責任感と各々の理解・チームワーク・チームのリーダーシップ・寛容さ等 阻害している要因・家族の拒否・「求められること」の欠如、特に職業倫理と責任感・同じ事業所間・同じ医療機関内での考えや理解の相違・収益のみを求める事業所・医療機関の経営方針・住民（国民）の意識やうわさ（事実）による変な知識・ご本人の希望より、ご家族の希望が重視されることが多い。重度や末期＝施設や病院という潜在的な意識があると思う。又特養等は、世帯分離すれば費用が少額で済むとあって、年金もしっかりあり、ご家族の収入もしっかりあるといった方を好んで入所させていて、本来在宅で全く問題なく可能な人が入所、お金も家族にも問題があるという方が在宅といったふうに矛盾がある。「入所させて介護はせず、お金も少して年金まで当てにする」裕福なご家族のための施設が多すぎる。施設こそ実費負担を高くすべきなのに反対である。</p>
<p>やはり主は家族となると思います。往診をひき受けてくれるかかりつけ医がおられても、家族の不安な気もちが強いとDrや介護のスタッフだけではかまいません。そのためには、それまでの家族関係だったり、地域の人たちの偏見だったりまだまだ田舎では、「どうして病院へつれていかなかったのか」などの人の口があります。本人の思いだけでは実現できない現実があります。最近あったケースでは独居で、近くにFaがいるケースで、訪問すると死んでいた、ということがあるかもしれないと主治医から告げられると、とてもひとりにしておけない、だからと言ってずっと付き添っておれない…ということで、どうしても病院へ、ということになりました。一般的にこんなケースがまだまだ多いと思います</p>
<p>本人、家族が最後どのように亡くなっていくのかの説明が漠然で、医療面の不安をかかえたままの方や、どのように亡くなっていくのかのビジョンもなく、在宅生活を送り、何らかの変化があった際、家ではみていく事が出来ないという事で病院へ入院というケースがほとんどではないかと思えます。</p>
<p>ターミナルになった際に介護者がゆっくり休めることができない。ショートスティやデイサービスなど断わられてしまう。</p>
<p>周防大島町は高齢化率が50%に近い地域で、独居、高齢者世帯が非常に多い。そのため自分の身の回りのことができなくなると、在宅をあきらめ、施設を希望される方が大半です。独居で要介護3以上になると、在宅サービスでは支えきれない。利用限度額の制限もあります。また70才代の長男夫婦が102才の母を施設から引取り、最後を家で看取りたいと在宅での生活を始めましたが、半年後、容態が急変し、救急車で病院へ行き、2ヶ月後病院で最期を迎えました。私にはコメントできませんが、残された人が後悔のない様、見送ればと思います。</p>
<p>病状の把握、緊急時の対応等、綿密な連携が必要となる。グリーフケアについての知識、ご本人、家族への対応が求められる。在宅で最期を迎える為には、家族の協力、金銭的余裕も必要と思われる。</p>
<p>家族の介護力が不足している事が、大きな要因だと思います。</p>
<p>圧倒的な資源の不足です。在宅でターミナルをとの希望があっても・往診してくれる医師・訪問看護ステーションの絶対数が圧倒的に不足しています。・特に介護サービスだと、緊急時の対応がほとんどできない。ショートスティなどは2ヶ月前から予約しないといけない。自宅で死にたいと思っている方にどうぞ協力しますと言えない事が悔しいです。☆特に医療機関の看護師、医師に対し、・接限マナーの悪さ・治療本位・利用者、家族の説明不十分を強く感じます。医療者の再教育を強く望みます。</p>
<p>現状の介護保険制度だけでは、家族の介護負担及び金銭的な負担が大きすぎる。在宅で介護したくても、老々介護や単身世帯など、難しい面も多い。社会全体（地域、行政、社会の仕組みなど）が変わらなければ、本人も家族も思ったような支援を受けられないと考える。</p>
<p>・疼痛コントロールへの対応方法についての説明やそのやり方のレクチャーがしっかりできていない（医一介）。◎DNARへの対応が消防署ごとにまちまちで在宅での看取りが難しい（特に在宅での看取りを理解している家族がいた場合緊急対応も119番にはTELせず対応すると思うが、不在時にDNARを理解していない親族等が119番にTELした場合がありそういったケースでの緊急隊の対応が全国的に統一されていないと思われる）。結局望んでもいない病院で看取りを迎えたケースがあったとのこと。</p>
<p>チームケアの体制が確認できないし当分体制づくりは無理と思われる（理由：Drのリーダーシップ等）</p>
<p>・各関係先の連携・関係先の数（質）→その人に必要なサービスを幅広く利用できるよう提供・医療のケアマネでない場合、キーパーソンはあくまでケアマネなのかどうか・利用できるサービスに限られるのでは？・経済的問題・家族がどこまでやるか・本人や家族が必要とするサービスでなく事業所のおしつけになっていないか</p>
<p>緊急時に訪問できる診療体制作りが必要。また、世帯構成人員の減少、就労による日中の家族不在という状況も在宅で最期を迎える阻害要因になっていると考えます。</p>
<p>在宅ターミナルを実施するには医療との連携が欠せないと思われませんが、当地域の医療機関はいつでも急変時に対応してもらえるところはありません。通常の診療時間は対応するが時間外は救急車を呼ぶようにといわれています。結局、病院で死を迎</p>

<p>えることになり、本人の希望にそえないことになっています。在宅ターミナルを実施するには、医療、訪問看護、介護事業所等との24時間のネットワークの構築が必要ではないでしょうか。</p>
<p>市内に訪問看護ステーションがありません。市外に依頼してもなかなか受けてくれる所が少ないです。また訪問診療を行っている事業所もありません。情報も少ないです。</p>
<p>家族の看取りに対する不安が大きく家族への説明、往診の先生との連携も必要であることはもちろんだと思います</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族の不安因子の削除・本人や家族の意志・希望の確認・医療面だけでなく生活面のフォロー</li> <li>・主治医の往診連絡体制・訪問看護24H・居宅サービスが希望通り受けられる・介護者がいる</li> </ul>
<p>・各医療機関へ求められること：在宅死を希望、延命を望まない人には、今の病状や今後起る病状の予測について本人又は家族に十分に説明を行い、定期的な訪問診療によって、看取りまで責任をもって関わって欲しいと思います。又、内科以外の診療科の充実も必要だと思います。歯科眼科耳鼻科皮膚科泌尿器科など必要に応じて往診があれば、例えば難聴をやむを得ず放置して、ほとんど人とのコミュニケーションができなくなるような不都合が防止できると思います。・在宅で最後を迎えたい療養者の願いも、長期化すると、介護者の疲労や共倒れにより断念せざるを得ないケースがよくあります。（レスパイトの為の入院の充実 ショートステイ受け入れの増加、緊急ショートステイ受け入れの増加 重症者のデイサービス、ナイトサービスの充実を望みます。</p>
<p>在宅生活を希望している人にとって在宅でいられるからすべて満足しているという訳ではない。介護保険の制度的な使いづらいいこともあるだろうし、又は、最期を迎える状態の精神的な辛さや思いは、家族だからすべてくみとれるという訳でもないだろう。介護従事者たちが、どこまで本人の思いによりそってられるかで、周辺環境よりも、心の安定が一番だと思う。</p>
<p>在宅サービスで、家族の負担をいかに少なくできるかが（身体は勿論のこと、精神面での支え）必要と考える。家族は急激な病状の変化に対しては動揺が多きく、冷静でいられなく、救急車を呼んでしまう。しっかりいざという時にどう対処すべきか本人、家族、ケアマネがよく話し合っておくべきと考える。</p>
<p>最近一部の病院ではがん相談支援室・地域医療部という部署の活動が充実してきてHPと在宅の連携に重要な役割を果たして下さるようになった。しかし開業医やHPの中のDr、Nsによっては未だ在宅療養・介護サービスへの理解が不十分な人も多く、上記の部署と関わる事なく在宅に移行した利用者・家族には（在宅-HP）の関係が満足のような状況が築けない場合も決して少なくはない。Drも本人・家族からの訴えには耳を傾むけるが外部（例えばケアマネージャー、介護サービス事業者側）の情報はあまり関心がないのでは？と思う事がある。HPスタッフも人手不足限られた時間で活動で疲弊しているように思う。</p>
<p>※家族の協力なしでは在宅で最期を迎えたいと言う本人の希望はかなえられない。</p>
<p>在宅での介護は介護者にとってかなりのストレスがかかると思われるため、介護者の負担軽減のためにヘルパーや入浴車等のケアをととのえる必要がある。又、医療との連系を図るために往診に来てくれるDrに依頼したり体制作りを行う。また、本人は在宅で最後を迎えたいと思っても周りの特に家族が拒否したら病院に入院しているほかないと思います。（阻害している要因）</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族の介護力、や周囲の考えや思い・支える医療体制・協同</li> </ul>
<p>「在宅で最期を迎えたい」という希望者は多いのではないかと思います。家族の協力が無いことには難しい状況にあると思います。特に病気がなったときには病院受診が高齢で大変である。自宅で安心して病気治療ができるようになるためには訪問診療や訪問看護等が大きく関わってくると思われます。訪問診療ができる医療機関は数少ない状況であると思いますので、利用する側にとっては不安は大きい。また、充実した医療ができるのかも不安のひとつと思われる。本人が病気治療が必要であるということになれば、家族にとっても入院治療をして方が安心ではある。また、家族が仕事をしていて面倒が見られないとなると、最期を在宅で迎えることは難しい。介護事業所においては、介護サービス事業者同志連携を持ち、情報交換が円滑にできるようになり、適切なサービスが提供できるようにして欲しい。介護サービスは充実していますが、介護保険上、できないことをやっては行けないこともあり、支援に困ってしまうこともあります</p>
<p>サービス不足。（HH、訪看、DRも不足）。利用者にお金がない。介ゴ認定ではサービスが全部入れられない。</p>
<p>医師→在宅医療の推進 家族が自宅で最後をむかえられる気持ちももてること→医師としての責任と覚悟が必要 介護事業所はいつでもO、Kであるが、医療の協力が不可決 在宅医療を行う医師、医療機関の不足。医療制度の改革</p>
<p>スムーズに在宅に復帰するために、まず連携が大切です。在宅の環境をいかに早くととのえることができるか 必要なサービスを利用できるようにするか 必要なサービスを検討するには十分な情報も必要となるのでやはり連携が大切だとおもいます 現在の介護保険では申請から1ヶ月、結果がでればまずケイヤク、アセスメント、ケアプラン担当者会と書類がたくさん必要な状況で認定も予防と介護とは大きくサービス内容もかわってしまうのでやたら時間がかかりすぎるとおもいます。</p>
<p>①（病院のDrからの十分な説明が不足しており在宅のDrも、家族や療養者との話し合いが足りない様に感じます。②在宅のDrが、いつでも往診出来る事が大事だと思います。副担当医も必要だと思います。又、24時間体制の訪問看護も少ない様に思います③在宅で最期を向かえた事がない家族が増えているので、とても心配だったり恐かったり、バタバタしてしまいます。家族みんなで見送るとい自然な考えを広める方法が必要かと思ひます 小供のころからの教育も含めて…</p>
<p>死亡時の確認がスムーズに行えるよう、24時間の往診体制が必要。当地域では、死亡時までどのように支援して行くか、かかりつけ医によって考え方が色々違うため、最期に救急車を呼ぶケースも少なくない。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医との連携・家族の協力・サービス事業所の不足（24時間対応してくれる事業所が少ない）</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅訪問診療を充実させていただきたい。・常に医療機関との連ケイを密にとれるよう対応していただきたい・介護者の不安やストレスが少しでも緩和できるよう常に相談できる体制が必要。・死後の対応策もしっかり整え、精神的な苦痛をやわらげる。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人が一人暮らしの場合サービスの空白時間が生じるためその間に異状が発生した時対応が遅れる。このような時間やでき事</li> </ul>

<p>についてどう対応したらよいかわからない。現状では入院する以外に対応できていけない。・在宅診療をしてもらえる医療機関は増えたが、緊急時の往診にも対応してもらえる医療機関は少ない。・在宅で最期を迎えるために準備すべきことや、どういう状況であれば在宅が可能なのか利用者にとっての情報が少ない。どこで情報が得られるかも知らないことが多い。・家族に在宅療養が可能であるという認識がない。・訪問看護事業所が少ない。・入院できる病院、開業医、居宅介護支援事業所、サービス事業所との連携が不十分。</p>
<p>・訪問診療医院が少ない・介護力の有無・経済的理由</p>
<p>主治医、訪問看護等医療者の連携と柔軟な対応が一番求められていると思います。</p>
<p>・レスパイト先の確保・巡回型のヘルパー、訪問看護・往診の充実</p>
<p>在宅での看取りは『不安である』というところをめぐいされないとなかなか、難しいと考える。本人の状態がどう変化してそのことについてどのような対応策があるのか、また介護者の負担はどのくらいあるのかなどが考えられます。各職種の援助者がどのくらいのことをしてくれるのかも不透明のままでは、心配が付きません。ケアマネジャーが中心となり医療、福祉をつなげ看者さん、その御家族と共に信頼関係を構築させたチーム作りができれば御本人の希望をかなえ易くなると考えます。療養者本人、家族の状態、事情は変化していくものなので短いインターバルでチームでの方針、話し合いなどを重ねていく必要があると思います。医療側から見た視点、介護からの視点、本人・家族の希望それぞれ価値感がちがうところを、いかに本人主役のケアができるか、なるべく意識のずれをなくすることは大切なことであると思います。</p>
<p>家族が、どこまで支えられるかが一番大きい。本人様の思いがあっても、支援してくれる家族やサービスの入り方（介護度、費用負担）が安心できる状態をつくれなければ、成り立たない。24hみまもっていくには、交替できる人的体制と、費用負担に不安がない経済的安心が大きい</p>
<p>入院期間短縮が呼ばれているにも在宅生活への知識が医療従事者に乏しいため（入院から在宅への情報が不十分なため）何度も連絡を必要とする。経済面 公費のある方は入院の方が負担金がかからない。日中、仕事を抱えている方にとって夜間のサービスが充実していないと不安が大きい。</p>
<p>在宅サービスと介護者の負担増 夜間サービス緊急時の対応が不十分である 療養者本人の希望では叶えられず介護者の知識理解等が不十分である 受け入れ体制の高齢化 社会的要因 家族関係の見直しが必要である</p>
<p>家族や本人の在宅で最後を迎えるとの覚悟がなかなか出来ない 訪問診療や訪問看護との連携や、もしもの時引きうけてくれる病院や、ホスピスがないこと</p>
<p>自宅に戻るにあたり、家族の介護力により、療養できるかどうかが大きく左右され、家族の受け入れが困難な時は本人が自宅で最後をと希望しても在宅療養が困難である。また、経済的な理由も療養の可否を左右することが多い。療養環境を整えるのに、往診医や後方機関の連携、介護事業所については、連携のとれる体制の整っている所に依頼するなど、ある程度環境も整えられる必要があると思います。</p>
<p>病院、訪看さんとの連携、家族の考え方の同意の確認 家族の考え方のちがいがあるとチームケアがなりたたない</p>
<p>・往診してくれる医師が少ない。本人、家族の話をじっくり聞いてくれる医師がいない。看護師の役割が必要だが資源に差がある。・本人と家族の意向のくいちがいがい。・痛みの緩和、苦しさに対する処置が在宅ではむづかしい。家族による見守りの対制がとりづらい。・自由な「〇〇したい」という訴に対して行動をうつすことがむづかしく利用者も「無理だから」と考えることもしなくなっている。「別に何も無い」の返事が多い 家族も「そういっても</p>
<p>本人の希望をかなえるためには、非協力的な家族が一番問題。</p>
<p>・医療機関のバックアップが不可欠。・家族は状態の急変時などに不安を感じている。・在宅での見とりを希望する家族は割合としては少数である。</p>
<p>1、家族の不安を軽減できるようなサポート体制をしっかりと作り、医師や訪問看護の急変時への対応ができること、家族への精神的支えとなれるようケアマネジャーや介護職員が連携していくことが求められる。2、家族の関係の悪さ、経済的に仕事をやめることができない。介護休暇も取れない等、精神的な弱さが家族にあり、医療にたよってしまい自然死を直視できない。</p>
<p>家族の介護負担が大きい。</p>
<p>阻害しているものとして介護保険制度（訪問介護の規制がある ターミナルの利用者の状況は一定しない体の置き場がない人には中々ヘルパー業務として該当しない事が多くこまっている</p>
<p>本人が在宅を希望しても、家族が医療機関にゆだねる</p>
<p>本人が在宅を希望しても、周りが許さないことはよくあります。自宅で患者さんを見ることは24時間、家族に負担がかかります。本当は自宅に帰りたくても帰れない。また、家族以外の人からも入院させた方がよいのではと、とやかく言われることが多い。今まで、病院で死ぬ人が多かったので、今から家で最後を迎えるというのは稀異に思えるのではないのでしょうか？また行政でも、家で死亡という司法解剖が必要だとか、いろいろめんどくさくなりそうで、家でみるのは少しハードルが高いと思われるます。</p>
<p>往診や訪問看護が広まっているのでよいと思います。介護保険の普及でだいたいできるようになってきていると思うがサービス量が決まっているので、ボランティアはあたりまえの部分がありこれは問題です。御本人に同居の方があれば時間的にカバーできるので希望がかなえやすいと思う</p>
<p>本人と家族の思いの違い。本人は自宅、家族は見れないと言う。◎夫婦（高令者）世帯の場合高令の介護者に対して負担が大きすぎる。Back upする家族（子供達）が遠方である。◎子供と高令者の場合、子供は仕事をしており昼間独居が多いため介護できないなど 介護者がいないのが要因となっている。</p>
<p>①高令者のみの家庭で一方が癌等で「在宅で最後を…」という方の場合、やはり介護者の身体的精神的ストレスがかなり大きい。特に夜間の不安は、はかりしれないものがある。（いつでも連絡を…と話すもやはり気をつかわれる）②認知を併発され</p>

<p>た場合、又違った意味で介護者に心身共にストレスがかかってしまう。③麻薬等でのコントロールにもやはり限界があるご家庭も…④たとえ在宅で…と強い希望をもたれていても自分の周りの家族の者の体調の変化、今後の体の変化（自分の）すべてが未知であるためやはりどんな状況になっても自分の受け入れ場所がはっきりしていることが必要であると思いますそれによって本人、家族の安心につながると思います。いちおうきちんと連携病院を決定しておくことも必要かと…</p>
<p>・経済的 サポート力が弱い 阻害・ケアマネジャーの訪問回数は頻回でまたデリケートな対応を求められる。・病院からの退院支援を行い、在宅退院準備を綿密に行うも病院で息を引き取り、ケアプラン作成料を頂くことが出来ないことも年2～3件ある</p>
<p>往診できる医師が少ないため本人、家族の不安がある。また、各家庭の事情もあり、看取るまでの負担に対する思いが入院につながりやすくなっている。さらにケアマネジャー自体の説明や動きも積極的とまでいかない傾向もある。</p>
<p>普段から健康全般を相談できる地域におけるかかりつけ医制度の確立が充分でなく、在宅での最期を見守る医療体制の不備が、「在宅で最期を迎えたい」という療養者本人の希望をかなえることができない大きな要因と考える。又、臨終時における心構えが、教育、情報不足により、家族による延命願望による病院対応が求められる要因となっているとも考える。</p>
<p>・本人、F a が安心して生活できる環境作りが必要（24時間いつでも訪問してもらえるDr、訪問看護、訪問介護の事業所がある。何でも相談できるスタッフがいる）・本人、F a（特にF a）が状態の変化にとまどい不安や苦痛でいたたまれなくなる。</p>
<p>病院では、できるだけ本人や家族の意向を受け入れ、積極的に在宅に向けての協力やアドバイスをを行なってくれる。訪問診療も行なってくれる。訪看も訪介も福祉用具も要望があれば受け入れ状態はOKである。しかし、現実には本人や家族の不安が大きかったり、独居の介護者がいなかったり、費用の問題も大きく、終末期の退院は現実とならない事が多い。</p>
<p>事業所ができることには限界があります。（行政サービス）個別に対応できるもの、作ってほしい。個別に合わせた対応ができていない。</p>
<p>ご本人、ご家族の意向をしっかり受けとめ、又、客観的に環境等を考慮した上で、法律の垣根をこえ、施設病院も一体となつて行くと、満足していただける介護に近づくものと思う。</p>
<p>在宅医療、在宅療養の体制が不十分。迅速に対応するために早期にケアチームを構築することが不可欠。在宅で療養する場合、例えば介護保険の認定の範囲ではまかなうことができないことが多く、経済的な負担も出てくる可能性が高い。</p>
<p>在宅医療を行ってくださる医師がいない。訪問看護が毎日入れない、薬剤師がいない等、医療行為が在宅で行えず、入院するケースが多い。ヘルパーでできる医療行為も少なく対応できないことが多い。家族介護も仕事等ありまた遠方に住んでいるとの事で介護ができないということがある。介護のサービスは充実してきているが、在宅医療はまだ柔軟な対応ができていないように思います。</p>
<p>24時間の訪問介護や、土、日休日の訪問介護、訪問看護の人手が少ない等の理由でサービスの対応ができない事が多い また、家族は、家で急変があった場合、あわてるので、すぐ救急車を呼んで病院へ行こうとされる事が多い為、それなら、病院で入院していれば、安心であると思われる事が多い 往診に来て頂ける医師も増えてきましたが、在宅医療に対する知識があまりない先生もおられます。その先生が主治医の時は苦慮します。介護職やケアマネ等とも、相談しやすい先生であればスムーズな場合も多いと思うのですが、話じづらいのが現実です。これからは生活面、家族などトータルな目を持つ事を医療職の方々にも求めます。</p>
<p>ターミナルケアの拡大と法律。阻害の要因→家族の理解、協力体制</p>
<p>医療機関と介護事業所との連携。・療養者の体調の注意する点・変化があった時の対処方法等を「在宅で最期を迎える」方針になった時に関係する事業所・医療機関・家族で話し合い確認しておく。医療機関との連携がとりにくい。</p>
<p>阻害している要因は家族や、周囲の人々。在宅で最期を看取ると言うのは大変な事である。ましてやいつ最期になるかは誰一人正確な日時はわからない。それを考えると家族や周囲の人々は支える事にためらいがあると思う。医療機関と介護事業所が手を組んで医療機関はソーシャルワーカーを代表として医師の意見考え方を伝える。介護事業所側はそれぞれの事業所の意見を集約してケアマネジャーが伝える。医師とケアマネジャーが同等の立場で療養者本人・家族が支えれば困難な在宅における終末期も乗り越えられると思う。</p>
<p>・福祉職特に介護福祉士、ヘルパーからケアマネジャーになられた方々は全体的に医療に対する知識がうすく、医療依存度の高い利用者となると、施設を希望されたり、うまくマネジメントできず、訪問看護に丸なげ状態となり、訪問看護師より不満が出てくる時がある。・また「在宅で最期を迎えたい」という療養者本人の希望をかなえようと思うと、往診医、訪問看護師ケアマネジャ、家族が、同じ考えのもと、「最期を迎えるための準備」を家族に説明していくが、往診医は忙しく、ゆっくり話を聞けない。訪問看護師も、忙しく、家族や本人のゆれ動く気持ちによりそえない場合がある。こんな時医療的知識のある看護師がケアマネジャであると、最期を向える患者の様子とか、医師、看護師に連絡するタイミング、物品の準備など、家族と少しづつ話しをしていき、静かに自宅で最期を迎えることができる。ただそれには往診医、訪問看護師、看護職のケアマネジャが圧倒的に少なく、在宅での看取りがおしすすめていけないと思われる。</p>
<p>介護保険内のサービスだけでは十分な介護を受けられないことが多い。けっきょく、実費のサービスを利用したり、家族が仕事を辞めて介護をすると、長続きしない。</p>
<p>・自宅で最期をと考えている本人は非常に多いが、家族は病気の重症化に対応できないケースが多い・本人の苦しみをずっと、身守る事は家族は難しい状況。・「病院が安心だから…」との家族の考えが強い。</p>
<p>・希望をかなえるためには、在宅医の先生が増えること、また、介護事業所は訪問看護訪問介護が24時間稼働する事業所がもっと増えてほしいと思います。・阻害している要因・在宅で最期を迎えるにあたり、その前に生きていくためには、お金がかかります。最期といっても、何日か、何ヶ月かわかりません。利用者様の多くは、まず、金額を心配されます。また、事業所経営についても、実際利用者様がないことには成り立ちません。地域がらもあるのかと思いますが、口では、望みを言わ</p>

<p>れても（「自宅で最期を迎えたいと」）実際は、“病院”を選択されます。事例が少ないためか不安がとても大きいように思います。また、高齢者夫婦では、介護する側の人にも、重圧がかかるのでそれを取り除けるような接し方、言葉かけ、説明等も必要になってきますが、そのような方に慣れていない経験不足な人材では難しいことだと思います。</p>
<p>・在宅での最期をとおっておられても、家族の協力が得られない時・在宅に往診して（24時間体制）下さる、医師の不足・訪問看護等のサービス量不足</p>
<p>・本人が急変した時の対応にF aが戸惑いや不安を感じている。</p>
<p>医師がいつでも往診できる体制がない→家族は不安。対象者の状態の変化やそれに伴う対応の変化など、種々のサービス提供者が情報共有し、同レベルでの対応が出来るようにするべき。すぐに主治医に連絡がとれる体制をつくる→サービス事業所が安心</p>
<p>・サービス利用に制限が多い。経管栄養・人工呼吸器装着・急変が予想される利用者のデイサービスやショートステイ利用が困難なこと多い。</p>
<p>家族の介護力によって在宅で最期を迎えることができるのか大きな差がある。</p>
<p>介護者不在サービスの量を確保できない。限度額が少なすぎる。利用者の負担が大きくなる。素人が介護することを考えると本人や、家族をサポートする場所が必要。介護者が仕事をやめなければならないケースも発生している</p>
<p>○本人・家族がどうしたいかどうなりたいかを考えられない。延命するために治療、医療費また介護負担費の増加この先の意見を考えない医療処置も○地域性と習慣考え方・地域との関係の小ささ・親と同居せず、またできない。子供を作らない。・自分本意・協調性の欠如言ったもの勝ちが普通になっている○貧富の差お金が無いために心にも余裕が無くなる。価値感も変わってしまう。どちらをえらぶ？○日本のコミュニティ文化の崩壊・地域の隣組e t c・アパートe t cの乱立左記に協力また管理できない行政治安の悪化。毎年先を考えるか人も文化も流動的で先が見えない。</p>
<p>それぞれが単独で医療、介護にあたるのではなく情報の共有が必要。そのためにはこまめな連絡や先を見すえての会議も必要になってくる。ただどの事業所（医師も含めて）も多忙を極めていて余裕が無い。</p>
<p>・往診医がかかえている人数が多く、結果的にH S PへQ Q搬送ということ多い・在宅で死ぬということにたいしてきちんと説明できるD rすくない。・吸引などできるヘルパーの整備必要→そもそも現サービスフル活用でも在宅介護がムリな利用者がある。H S Pの対象でない病氣ない、というが、家族に管理能力ない方の在宅ケアは介保だけでフォローできない。しかし、家族はケアマネに何とかしろということ多く、困る。ヘルパーの質がひくくなっているとかんじる。・P e gやマーゲン、吸引などの処置が必要な患者をE N Tさせる時もうすこし介ゴ方法もH S Pサイドで考えて欲しい</p>
<p>①24時間対応で夜中でもかけつけてくれる医師が少ない。看護師でも死亡確認をできるようにすべき。②自宅で死亡すると変死体あつかいされる。事例の場合、変死として扱われる死体の多くが「自宅で死亡した者」である。死体や周囲の状況に犯罪の客観的形跡が認められなくても、自宅で死んだ者は医師が看取っていないことから死因を明確に判断出来ないため、これらの死体は初期的に変死として扱われ、監察医の検案によって死因の判断が行われ、死亡診断書に相当する検案書は監察医が作成する。しかし自宅などで死亡した者でも、その者が死亡の直前まで医師の元に定期的に通院して診察を受けており、担当医師が診察をしていた疾患で死亡したと認めることが出来る死体は、病死扱われる。また、病院で死亡した者で、死因の判断が出来る死体であっても、「診察を始めて24時間以内に死亡した者は、明確な死因の判断をすべきではない」という見解が多く医師間であり、監察医に下駄を預けてしまうことが多い。しかし法律・規則上「24時間以内は不可」という趣旨の明文はなく、あくまでも医師の間の無文ガイドラインであって、遵守事項ではない。③入院していればもっと長生きできたのではないかという家族の思い、世件の目④自宅で亡くなると残された家族がその部屋で寝るのが気持ち悪いという思いがある。⑤賃貸の家だと、あと入る人がいやがるため大家さんより、病院で死んでもらうよう言われる</p>
<p>経管栄養（鼻腔→胃ろう）の方向にほとんどがされてしまうので昔の様に老衰で食べられなくなり枯れて行く様に、自然な最期を迎えられなくなっている。社会的入院は相変わらず多い。管を挿入しなければ病院に居られず、家では介護力がない。在宅のヘルパーは医療行為ができないという状況の中難民はどうすれば良いのでしょうか。</p>
<p>訪問してくれる医師が少ない緊急時の対応が困難。</p>
<p>医療・介護ともある程度の金額がかかる為、例えば、C a、o p eを行う場合等、事前におおよそ～位の金額が必要になると思われる等の説明を受けられると、本人も判断の基準にすることが出来ると思う。</p>
<p>・介護者の不足・治療対象とならないと言われやすい廃用症候群での病状の変化への家族の不安。時間外やすぐに往診してくれるD rの不足。</p>
<p>24時間体制と、密な連絡、連携が必要</p>
<p>☆「在宅で最期を迎えたい」は最後に救急車を呼んで病院へ行き亡った場合は在宅と考えるのか又は病院と考えるのか。在宅で最期を迎えたいと言っても、家族が対応しきれず、病院へ行くケースが多い。上記「0」は病院へ行き死亡確認であったり数日時間～数日後亡くなった方を病院と判断し記入した。</p>
<p>家族の介護負担が大きい。サービスがたりない。訪問看護ステーションから遠ければ交通費を支払うのでお金がかかる。病院に入院したほうが家族がらくできるとみんな思っている。（本人の思いを無視して病院に入院させる人が多い。）入院して、手足をしばられ点滴を受け亡くなる方が多い。（かわいそうです。）</p>
<p>・過疎地であり医療機関が少なく往診・訪問診療行なう施設がないため終末期の看取りができず、来院を求められている・訪問看護ステーションが近くにない。・訪問介護は日中のみであり、24時間体制がとられていない等々、地域でのサービスの充実が必要。・阻害要因・事業所は人的・経済的に厳しいため、事業拡大困難な状況にある・過疎地で年金は基礎年金とわずかな国民年金・高令者世帯であり、サービスにまわせる金額も限られている。・地域の住民の考え方に、死に対して病院で死ぬという考え方が残っている。・ショートステイが常に満床の状況であり、必要時に利用できない。</p>
<p>現在、最期を自宅ですべてと思っている夫婦のケースを担当しています。妻は夫が元気だった時いつも苦しい思いだけはしたくない。</p>

<p>無理な事はしないでおこうと話していたので食べたくない、飲みたくないと言わない夫に食べさせようとしない。同居している嫁は自宅ですと見る事に不安を感じている。2年前に夫を亡くしているので義母に入院してもらえないかと強く言えないし、判断も出来ない。夫が生きていればきちんと言ってくれるのと思っている。担当医は往診を1週間に1回して下さり、毎日看護師が点滴に来て下さっている。横で90才の妻が座っておられるが点滴中の異変に気づく事は難しく終るまで看護師がいてくれるので助かっている。家族は急変した時の対応をどうすれば良いのか不安に思っている。訪看の緊急時の連絡先が心の支えになっている所が大きい。やはり24時間相談出来る所が必要だと思う。最期を自宅でと思う時、介護人1人では難しいと思う。</p>
<p>老老介護が多く、最後を医療機関・施設をたよる傾向にある。</p>
<p>主治医の説明不足、介護者（家族等）の知識不足、支援者の知識不足、全体の連携力のなさ、終末期を見きわめることの困難さ、死ということへの意識が現代は希薄。終末に向けての支援というより、元気で長生きの為の支援という方向性があり、現実を受け入れられないでいる人々が多い。介護が大変だから、病院、施設への要望が多いのがその証拠かとも思う。</p>
<p>1. 医療的支援が不十分 保険（医療・介護）内で実施できる行為に“しぼり”があるため、十分なホローができない。2. 家族と本人の希望に温度差がある。3. 家族の支援体制が不十分</p>
<p>・往診可能な医師の数・家族による介護の手が少ない。（核家族化・老・老介護）・家族による介護を補える夜間訪問介護サービスがない。</p>
<p>往診体制が整っていること、家族の愛情と携る人の誠実な対応 しっかりとした介護技術ターミナルケアのための専門的知識を持って家族に説明が出来一緒に介護をする楽しさを分かち合う強い信頼関係の上で在宅でみとることが出来ました。阻害している原因は家族の無愛情 食事を与えなかったりおむつ等の交換をまめにしない 医療との連携がうまく出来ていない 患者をきらう 早く死んでしまえば良いと思っている人がいる。介護の技術の弱さ 自信のない対応だと患者様自身不安不穏になりやすい。安心して生活出来る環境 緊急時の対応がしっかりしていないこと等です。私は自信を持って自宅で最期を迎える気持はいつも持っています。どんな人でもみとりたいと考えます。</p>
<p>在宅医療と家族の協力。</p>
<p>・死に向かい合う不安で、家族様が在宅での介護ができず入院を希望されるケースが多い。・介護サービスで利用できる限度があり、家族の介護負担を考えるとどうしても入院となる。（特に老々介護等）・在宅医が、看取りまで十分に医療支援ができるかに不安を感じる。・訪問介護事業所で、今まで医療従事者で行っていた吸引等の行為ができる人が確保できるか。事業所に求められること。・医療機関に関しては、本人や家族に対して在宅療養について十分な説明をおこない、安心して在宅で生活できる体制づくりができ、医療と介護で連携が取れるように実践する。・訪問介護事業所については、吸引等できる介護職の確保を行う。・医療と介護の連携を密に図る事ができる。</p>
<p>・介護をしている家族へのレスパイトが必要な時、本人を一時的に入院させてくれる所が少ない。・覚悟はしていても、その時が近づくると介護者の不安や増大し精神的にも肉体的にも疲労してくるので、介護者により沿う支援が必要となる。</p>
<p>在宅での24時間・365日フォローできる医療・介護の体制がきちっと整っていない</p>
<p>・訪問系サービスの充実やセルフケアを含めた在宅医療が重要と考える。・在宅医療におけるチームアプローチとして、かかりつけ医の役割では往診を含め、医療処置への指示等、多大となるが、広範な社会資源とて、医療従事者以外との連携を行う点で医療の専門的知識不足が問題となる点があげられる。</p>
<p>・自宅で最期を看取る在宅医が少ない（この近くには2名いるが、患者が多くなかなか引き受けてくれない）・訪問看護は在宅での最後に対して協力的である。</p>
<p>母体が病院なので「家に帰りたい、家で死にたい」という方は多くみえます。まずそれを受け入れる家族が拒否するケースが多くあります。その理由は、「死」という事に対する漠然とした不安。実際の介護力不足。終末期経過の中で苦しむ姿を見たくないなどです。ここで問題になるのが医療機関、各事業所間のサポート体制を在宅で介護する家族に対する支援不足にあると思います。・在宅療養生活について、地域の医療サポート体制の差大。サービス資源不足。病院へ在宅医との連携の問題など・日本が核家族化して家族の「死」を看取るという国民意識がなくなってきた「死」をある意味嫌がる傾向もある。「死への教育」も家族への指導をして必要。漠然としている「不安」の一つ一つを解決して行く方法の提案が必要。心の準備を含めて、早期に本人家族を含めて支援体制を整えていく必要がある</p>
<p>・医療機関との連携が十分にとれる事が大切</p>
<p>夜間のサービス体制がないこと。</p>
<p>・地域にある医院や診療所などが、24時間、対応できる体制がとれているところは、在宅での看取りがスムーズにできる。・痛みコントロールや、家族の精神的な支えなど、医療が担うところは大きいと感じるので、支える家族の揺れる思いに添えるよう関わる事業所と医療職とが連携していくことが大切だと思う。</p>
<p>在宅生活を支える為にはサービスを含みさまざまな手間、ヒマ、時間がかかる。その部分（数字にあらわしにくいもの）を評価しないで、数字や記録に残す事だけをふやしながら予算を押さえていく行政のあり方が問題。国が中負担・低福祉を旨としている。</p>
<p>・日に日に衰えていく姿を24h看ること自体を受け入れられない・介護者の体調問題・家族の役割も大きいため、家族に複数の介護者がいると希望がかなえられるよう・主治医と訪問看護の連携・在宅での生活に訪問介護の利用は家族をサポートする意味でも、大きな役割（身体的介護、家族のメンタル部分へ）・往診のない医療機関が主治医である場合。</p>
<p>・H23. 1月に該当ケースあったが、医療機関や介護事業者は、本人、家族の希望等に添えるよう積極的にかかわっていた。Drの説明もわかりやすく、時間外も対応していただいた。</p>
<p>「看取り」の段階では、チームによるケアが重要であるが、①利用限度額が低く、緩和ケアのヘルパーを付き添わせることができない。②ヘルパー自身の処遇が低いため、人材不足③②も関係し、質を高めることが困難。医療の側面では、①訪看の2</p>

<p>4h対応は増えているが、対応してくれる在宅医はほとんど居ない。②病院か、在宅かの選択となったとき、その後の柔軟な対応ができない。</p>
<p>在宅で最期を迎える事は、24時間介護が必要な状態であるという事で、自宅での受け入れ体制を万金にしておく必要がある。特に24時間往診可能な医師や看護師の手配。65才以下の人は医療が優先になるという事で、夜間になると、別途料金がかかったり経済的な面でも阻害される。本人の精神的不安も、サービスではとぎれとぎれの時間になってしまうので、不安がつきまとい、家族の協力がどこまで得られるのかも大きな鍵となる。</p>
<p>末期をよく理解していない開業医が在宅医を受けること</p>
<p>病院と在宅医とのネットワークが薄い。家族にかかりつけ医がいる場合で、DrにOKを頂いていても、退院時のDr間のやり取りは簡単な事が多く、緊急時に入退院の連絡や部屋調整の依頼など訪看Nsやケアマネに振られる事多く困惑する。又、家族が最後の場面近くになると、入院希望し在宅Drもすぐに同意して、全く行きつけない病院に救急搬送された話も聞く。</p>
<p>ご本人自身は病院ではなく「ご自宅で最期を迎えたい」と思われる方がほとんどだと思います。その思いを尊重し、ご家族や各関係機関も連携をとってご意向に添えるよう努めておられると思いますが、医療依存度の高い方は状態が急変することも多く、その時（特に夜間）にすぐに連絡をとって家族や介護事業所が対応できない状況も多くあります。医療と介護の連携を行政も強く訴えています、実際に連携がとれていないのも現状です。24時間対応の訪問看護、医師、往診していただけるかかりつけ医が充実し、救急対応の総合病院と連携していれば、もっと家族、本人も安心して在宅で過ごせると思います。又、介護職ではできない医療行為も多く、本人、家族ならOKという場合もありますが、実際には本人、家族ができないから介護サービスを利用している方が多いので、結局は病院で、できるだけ診てもらいたいと思われるのだと思います。退院時のカンファレンスも看護師、ソーシャルワーカー、本人、家族と各介護事業所の参加はありますが、主治医、かかりつけ医（退院後）の参加はほとんどありません。連携パス等に熱心な医療機関でも、先生によっては不参加で同じ病院内での連携さえ、とれていないこともあります。医療機関、介護事業所、地域、情報システムの連携が整えば、もっと安心して「在宅で最期を迎えること」はできると思います</p>
<p>・在宅で支える家族の介護力の問題（同居家族の気持ち、意思）・本人の想いを支えられるだけの介護力が実際になかったり、（高令等で）あるいはありそうであっても、精神面でゆとりなく拒否してしまうことがある・独居の場合、常時のみまもりがない分困難に感じる事が多い。ケアマネの方で可能かと思っても、医師の方で、困難とわりと簡単に判断してしまうことも多いように感じる</p>
<p>訪問診療の医師の確保。訪問看護の看護師の確保。いつでも、サービスが受けられる様になれば良いと思う。</p>
<p>家族と医療機関や介護事業所の連携・24時間体制で対応できる、医療機関の医師不足やスタッフ不足。・24時間体制で介護できる事業所の不足・家族の看取りに対する意識不安や動揺など</p>

問 2012年4月、診療報酬・介護報酬が同時に改定されます。また、それに合わせて、医療・介護制度に対してさまざまな見直しが行われることとなります。医療・介護従事者や事業者が取り組まねばならない課題、現状制度に求められる改良点、報酬制度上新たに評価すべき項目などについてのお考えを、ご自由にお書き下さい。

(在宅療養支援診療所) 問31

<p>今後の高齢者の増加を考えると病院入院による医療費の増大が心配である。無理な（無意味な）延命治療は必要ない。無駄な治療・検査が医療費をあげている。家族ももっと勉強し（教育し）医療費の無駄をなくす必要がある。特に高齢者の医療には無駄が多い。ある程度になったら（ピンコロでも良い思う）！！☆予防医学の充実が必要である。健康維持することの重要性。早期発見早期治療につける。☆「かぜ」で病院にかかっている患者がまだいる。・機能分担を国がわと強力にすすめるべき！！（診療所、病院の機能）：教育不足！！病院もその患者に通りの検査を実施している。無駄な事をやっている。</p>
<p>病院ベットが減少し、特養などがふえず、老老介護がふえてきているため、その間をうめるためにショートステイの利用がふえているショートステイは制度上特養に準じており、訪問診療、訪問看護などが入れない。しかし、ショートステイは在宅に準じるべきであり、訪問診療、訪問看護、訪問薬剤管理、リハビリなども利用できるようにするべきではないでしょうか？</p>
<p>医師の技術料に対する評価を高めて欲しい</p>
<p>介護保険は国家的詐欺制度である。国家は国家の義務を単純／公平／選択の自由をもって国民にはたすべきである。机上の金や数学の結果ありきで、理念なく作られた制度ははやく廃止すべきである。この制度運用の議論は不用でかつ国民の利益に合致しない。</p>
<p>在宅診療をmainに行っていると患者単価（レセプト単価）が高くなる。するといわゆる高点数個別指導の対象とされる。現在横浜市青葉区でもクリニックへの呼び出しは在宅診療をメインにしている所が多い。高点数個別の制度がある限り、「午後は往診へ」移行することはないし、私は訪問診療をこれ以上増す予定はないとしている</p>
<p>財源の確保</p>
<p>今の経済状況では、低負担高福祉は難しく、国民が高負担高福祉を望まないのであれば、医療・介護のサービス低下は止むを得ないものでしょう。負担額とそれに対するサービスの量・質を広く国民に開示して、負担とサービスを選択させるべきでしょう。</p>
<p>理想は多くあるが、財政難でサービスは、薄くなる一方だと思います。報酬切りくずしで、サービス事業所のフットワークも悪くなることでしょう。</p>
<p>介護の破綻が目前であろう。増税は避けられない</p>
<p>訪問看護や在宅支援診療所は零細なところばかりです。早期退院の為癌患者も重症のまま在宅へ移行しています。当院の1、2月の在宅看取りは5人、入院看取り希望は7人でした。最近家屋の事情でギリギリまで在宅でみて最後は入院というケースが目立って増えています。家族の介護力の低下が原因です。一方で政策的に在宅へ重症患者がもどされて来ます。望まない在宅医療を受けるケースが多くなっているのも事実です。社会の貧困化を感じています。医療、介護制度を多少いじっても解決へは至らないでしょう。風邪やかすり傷などの軽いものは医療機関で診るのはもうやめるべきです。女医の活用も重要です。医師不足といっても今や医学部入学者の30%程度が女性なのではないですか？しかし、女医は一度家庭に入ると仲々実践力として期待されずにもまれていたのではないですか。これは、医学を継続しながら子育てが出来るシステムが社会にないからです。医療・介護はここだけいじっても駄目でトータルの社会システムの中でのしっかりとした計画のもとに適正に位置づけられるものだと思います。余りにもいいかげんな今までの制度設計のありようにうんざりしています。このアンケートを通じて未来の為の良き提言を行って頂きたいと思います。</p>
<p>すみませんが、このところアンケートだらけでうんざりです。世の中の、とくに在宅支援診におしよせるアンケートを止めて下さい。</p>
<p>これから勉強します</p>
<p>現制度のままではどんな改善をしても老人は幸せにならない。筆者も既に高齢でありねたきりになった場合、家庭に於ける療養は不完全と考えて居る。但し、特定療養の対策は別であり、ICFが機能すると思います。</p>
<p>何が目的かわかりません。設問が多過ぎます。また冊子を読んだアンケートは時間がかかります。もう少し内容を練って下さい。</p>
<p>特になし</p>
<p>現在とくに思いつくことはありません。</p>
<p>ここ数年報酬単価が下がりはばなしです。全ての職種のモチベーションを維持・高め、このアンケートのいう「健康余命」とか「ICF」の質向上に資するためにも報酬単価増額の動きがあつてしかるべきだ。日本の長期的ビジョンを示せない政治家に「ICF」の理念なんてわかるのでしょうか…？</p>
<p>ケアマネージャーの存在は医師がやる分では問題ないが、資格を医師がとらなくてもできるようにしないと、ケアマネージャーは所属の病院に有利に動き、在宅医師を変更させられた事が何回もある事は解決されないと思う。報酬上はこれ以上下がるとう介護をやる人材がなくなると思う。上げる分はいいと思うが…。</p>
<p>手続き、内容、申請等が煩雑すぎる点改良の必要あり</p>
<p>在宅訪問療養に対する、対価にやはり、利用を考えると少なくなって来ていると思う。三鷹市ではなかなか在宅をという開業Drが少なく、24時間開業について腰がひけていることが多い</p>
<p>期待しない、与えられた点数でがんばるしかない。</p>
<p>1診療報酬、介護報酬の大幅なup、を求める。2補助金での処遇改善策は不合理、介護報酬に組入れるべきである。3期令暮汲の繰り返しは医療崩壊を加速させる。</p>

医師がもっと訪れるように、在医総管、在宅末期の算定要件を厳しくするべきでしょう。行っても行かなくても毎日1650点もとれるのは明らかにおかしいですし、逆にデュロテップパッチの高用量を連日使用した時に（赤字！）になるようなシステムもおかしいと思います。
財源をまず考えての制度見直しになる為全く期待しない
医師会中心に在宅医療ネットワーク化を行ったことへの評価を取り上げてほしい
若い先生に在宅しない方が増えています。どうしてしないかと聞けば“安いから”との返事。やはり時間当り、往診キヨリ等から合わないのでしょう。
市民、家族の無関心を改めないかぎり医療・介ご制度をいくら見直してもはじまらない
制度上最も求められる改良点は訪問リハにおける1ヶ月毎の「診療情報」の規制、訪看のように6ヶ月毎にせめてすべきである。訪リハの利用が少ないことが統計上言われているが①事業者側としては点数が低いためにバランスがとれないこと②実際運用上の規制がわづらわしいこと、とくに自院以外のDrに依頼しづらい。このような事務方の細かい規制が多すぎるように思います。
・低医療費政策からの脱却・必要な人件費、リスク管理費用等、利益を上乘せした、報酬体系の再構築。・24時間対応の在宅支援診療所は労働基準監督署流にえば医師が3人必要です。医師を安上りに使わないで下さい。☆医師給が安いので、優秀な人材が他業者に逃げています。・政策誘導的な見直しは弊害が多い。天下り団体からの委託と推察される☆このアンケートも、政策誘導のための資料にされると思うと、腹立たしい。☆きちんとやれば在宅の方が費用がかかるのは自明の事です。川島先生が頑張っておられるのは、存じ上げておりますが、似たような面倒なつまらないアンケートが多過ぎます。
訪問診療上の点数が極めて少なくかつ同一建物内での点数はもっと低くおさえられている。これはサービスを低下させろといっているようなものであり、また同一家族内の場合も別々に診療しているのが普通である。介護についても、いくら注意を促しておいても、それを調整してくる人の質問の仕方によって全く点数がことなることが多くみられる。患者の本質をみるべきことができていると思う。ただし極めて粗悪な診療をする医師がいることは確かであり、循環管理や呼吸管理さえもできない医師がすべてがすべて訪問診療をする態勢にも問題がある。人間という特性上、部分品のように各科の専門医が開業して急に全身をみる医師には到底なれないのである。特に神経疾患の複雑なものやガンの末期患者には病院で診療した以上に深い見識と経験それに基づいてカンドころが診療には必要となる。ICU、CCU、RCUや救急、麻酔等の経験を積んだもので死亡者数が約50名以上経験した医師が技術的には必要ではないかと思われる。胃瘻についても簡単に設置してはならない。
・有床診療所を活用すべし・元気の出る有床診療所が可能な制度の変更必要
特に無し。
1. 介護保健従事医師の再教育（介護保健と一般市民を混同して居る）2. ケアマネージャの教育の徹底と資格を厳重。3. 特老施設の増加。4. 介護施設許可の厳格。（特に産業界よりの利益追求をみにく）5. 厚生労働省の介護基準を金銭予算を考えない変更の中止。（純粋理論の変更を行う事）6. 介護従事者への報酬のupは言にまたない。
在宅での家族の負担軽減小院小所での家族の負担を少し上げる→在宅への促進無駄な延命の中止
小生84才4年前脳梗塞3ヶ月の入院リハビリで復帰終に診療をcross車の免許も返した為往診は難しくなった。依って現在は在宅診療はしていない。患者家族の相談、紹介は行っている
同一建物での訪問診療が別世帯でも算定できないということ改めるべき
在宅は医学総合管理料（処方せんによる投薬）で、レセプトを請求した場合、処方せん料を減点してきます。特に東京都中央区の場合は減点をしてきます。不当なことと存じます。
負担が大きいので外来中心の医療機関は、受け入れ困難
介護一次判定のブラックボックスをきちんと公開し、これまでの問題点をはっきりさせること政府サイドでの判定をさせないことが大切。
特になし
全体的に介ご報酬、在宅見とりに対する点数が低く、医師としてもモチベーションが上がらない。もっと点数を上げて、在宅診療にとりくむ医師の数をふやさない、在宅医療は現状のままかもしれない
診療報酬の改定とは別に診療報酬自体がゆるやかに減少してきている現状は医院の経営見通しを暗くしています。特に在宅医療についての点数改定をしても高令者をかかえる各々の家族が在宅医療を望まない傾向はますます拡大しています。電子カルテやレセプトコンピューターの経費拡大とは反対に診療報酬の低下があり医院存続には厳しい環境が続いています。2012年4月の診療報酬改定には期待しておりません。
ここ、2・3年在宅診療は行っていない。
老人ホームへのショートステイの管理を在宅主治医の責任へ。
改良点よりも地域での連携（顔の見える）方法を先につくらないといくら報酬でのインセンティブがあっても発展は無理と思われる。
要介ご度と要医療度を少し組みあわせるクライアリアを考えるのも良いかと思えます。例1.（80～90才の）脳梗塞後で要介ご度5（ベッド上）の患者にペースメーカー植込み、PTCA等の先端医療は本当に必要??例2. 脳梗塞・パーキンソン病等の摂食障害のためにPEGを入れるのが必要??PEGを入れた後の在宅での介ご力も考え合わせて適応を決める必要あるのでは…私の考えがどの適度、どの様に報酬制定にかかわるかは不明ですが、その様な考え方も必要ではないでしょうか。「生きることの全体」とありましたが「死に方・死にザマ」を考える会とした方がインパクトがあるのではないのでしょうか。（堀井）
制度をととのえるあまり条件がきびしくなりかえって、在宅ができなくなることがあると。
特にありません

<p>“儀性的精神”で行っている“低医療費高度医療体制”に、愛の目をむけて下さい。</p>
<p>介護の入所施設は種類や、数が増えている。施設での看取りはまだ限られた所でしか行われていない。病気が急変したり、末期になると病院に送られ最期を迎えるパターンは旧来どおりである。介護施設の職員にICFを良く理解してもらい、在宅医と病院の連携、一般病院の在宅医療部の新設、一般内科開業医の在宅医の増加には厚生労働省の看取り（在宅）の法的整備が必要である</p>
<p>1. 診療報酬の改善 2. 介護報酬の改善 3. 医療関係者、介護従事者にも人間らしい生活の出来る環境を作る。</p>
<p>1、在医総管は、月2回以上訪問しないと算定できない。→これは、月1回の訪問でも算定可能と改定して欲しい。2、（外来）往診の70才以上の負担金が12000円超ても、12000円で済むケースを上限8000円程度に下げて欲しい3、訪問看護の回数の制限etc、〔いつでも、患者側からの要望あれば、訪問看護に行けるようにして欲しい（現状は制約がある）〕4、訪問診（Drの）、在医総管の算定では、同一日に2回以上行っても、1回しか在宅訪問診療が算定出来ない。回数を一出来高化して欲しい。</p>
<p>本人負担をへらすこと。在宅に移行する人はほぼ全員身体障害の手続きを行っているけどそれ以外にも、例えば在医総管は非課税で8000円上限を3000円にするとか。必要な医材は材料ヒを全額みとめてほしい。もち出しになってる。介護の点数は上げてもっと事業所や人がふえてほしい。夜間の対応も。</p>
<p>己れに与えられた役割を精進誠意、心をこめて真剣に行つてのみと心得える</p>
<p>前にも述べたが、在宅医療において最大の問題は往診する医師が少ないということである。在宅支援診療所のように24時間体制高機能のものに限定して高い評価を与えているが、これではかえって参加人数を減らしている。夜間休日まで往診しなくて良いといった思いきった低機能の在宅医を考えてみてはどうか。家で看取るということは家族が看取るということです。夜に息を引き取ったら、翌日に往診して確認すれば良い。末期になっても週に4回などと細かい条件はつけずに、家族との関係でそれなりに臨機応変に対応すれば良い。連携は必要に応じて行えば良い。（そのかわり、報酬は少なくなるでしょう）もっと広く浅く報酬を分配し、たくさんの医師に参加してもらうことがまず第1と考えます。（他のどの職種が欠けても何とかなりますが、医師が欠けると在宅医療はできません。）今のうちに、すぐとなりの家にも往診しないというのはどう考えてもおかしい。在宅を懸命に行っている医師にも限界はあろうかと思えます。</p>
<p>まず、介護保険を始めたことが早急であった。たんと、スウェーデン、デンマークのまねをしてはじめてことだし日本が始めた際にはすでにその国において破たんしてきていた。その二のまゝを日本はふんでいる訳である。この制度の為、それまでは特に私のいる山村部では親は家族が最後はみとるもの思っていたが、今はねたきりになれば、すぐ施設に入れてしまう。その方が家族も楽であるからだ。この様な介護制度が出来てからである。3ヶ月たてば他の施設にうつされ、とつても自宅療養を希望しても患者さんの意志にそえないことが多い。特別の病気はわからないが、年をとって認知症になってもねたきりになっても自分の家で家族にかこまれて生活するのが最善である。しかし、10年、国民にあまい汁をすわせ、こんど在宅にしようとしてもむずかしい。又それではその施設を作っても作ってもこの年代希望者もどんどん増加、いつまでたつても鬼ごっこである。家で介護する人もそれなりの費用を出せば良いと思う。このアンケートの様な包括的なことをまとめても学問的にはそれなりの意味はあるものと思うが、しかし普断の患者と接していると、その人にとって家族にとって最も良い方法はそれぞれ違ってくる。先程ものべたが、人間の一生は死するまでそれぞれちがうことである。</p>
<p>在宅においては、介護者の負担軽減をもっと考えなくてはならないと思われます。とくに、一人暮らしや老々介護が増えているのももっともマンパワーが必要と思われます。しかし、単に介護していれば良いというものでもないのでヘルパーさんの教育にも力が必要で、心が癒される介護となっていければと思います。</p>
<p>介護保険制度で行えない生活支援サービスを必要に応じて行えるようにすること</p>
<p>改良点①私的病院への長期3ヶ月以上入院へのペナルティー更に私的病院での後方、施設への転出及び自前で全てをまかない、かこいこみ多数あり②紹介患者の「とりこみ」あり帰って来ない。③小生学会でも発表した日本人社会における「ウサギ小屋」では患者も帰りたくないし、家族に迷惑かかるといった感覚が強い④介護にて、診察をヘルパーが入れかわり立ちかわり人物が変わる事に高齢者はついてゆけない。そもそも事業者の中に悪い人がおるので、法的に変えてはいるが。</p>
<p>独居老人が増加している。食事などを少し助けてあげるだけで健康寿命が延びると思われる方が多いが、十分な援助ができていないと感じる。</p>
<p>一般診療所の諸検査の適切さの評価</p>
<p>我国の人口構成を見ても、福祉に関する国家予算の増加は単に自然増分だけでも、一方的な右肩上りは必然。特に医療、介護費用の増加は将来に亘って国家予算を圧迫する事は確実視されている。税収が増加しなければ、社会福祉予算の増加が困難であるという状況ですが、解決策はもっとマクロ的な見方が必要だと思えます。現在、300万人～400万人とも推測されている非正規の若者を、医療、介護あるいは関連の事業に就労させる施策が真剣に政府に求められていると思う。</p>
<p>在宅もmainと外来mainのclinicの機能分化・分担の容認 下らない→下らない高点数個別指導を止める。医者（外来main開業医）が割を喰っているうちは、まともな医療が維持できる。先ず医療崩壊＝勤ム医の立ち去り型サボタージュにstopを！予算の重点配分。性善説が通用しない医療者（clinic・hospital）・介ゴ施設の駆逐！！保険審査の完全オープン化！</p>
<p>原則2h以内に帰ってくると（かわりの医師がない場合）思うと22h×365の仕事と同じと考えてもらいたい。</p>
<p>医療と介護とが一体となって在宅療養を続けなければならない事は周知の事実です。医療と介護との連絡がスムーズにいかない事が多々あります。診療所と全く無関係な介護事業者との連携は非常に困難な場合が多いです。医療と介護との連携をスムーズに行なうために地域包括支援センターの役割が非常に重要です。しかし相原市の例においては、医師が地域包括支援センターのスタッフを存じている医師は非常に少数と思われます。来年4月の報酬改定には、医療と介護との連携に報酬アップがなされる必要があります。認知症に関しては、認知症サポート医の役割が重要と思われます、サポート医がどのような役割</p>

<p>をしたらいいか、まだハッキリとは判りません。介護従事者の給料は世間並みとは言いがたく、特に若い男性が介護施設に就職しても、どんなに有能であり、かつ勤勉であっても、低賃金のために離職していきます。又、就職難のため介護でもしようかと思って、求職にこられる方々は、残念ながら介護の仕事のきびしさ労働時間の長さ、賃金の安さもあって、すぐに離職されます。このように介護現場は慢性の不足です。就職を希望する人が長く続く職場であるためには、賃金の大幅アップが必要不可欠であります。</p>
<p>ネットワークづくりとくに医師間の協力体制。休暇時の代診体制情報の共有化など</p>
<p>患者さんの訴えが多様化してきて全てに対応する事は困難です。診療報酬で外来管理加算の制度に不備があります。診療の上理学療法などをすると外来管理加算ができないのは理解できません。</p>
<p>訪問点滴や、在宅中心静脈等において薬剤が持ち出しになるケースが多い</p>
<p>ターミナルケア加算等については“24時間”というしぼりを見直してもらいたい。</p>
<p>1) 在宅移行時の病院への報酬増加2) MSWCareManager) 在宅時業への参加(診療介護)報酬追加。←影の苦労人として適切な評価・報酬を得ていない。</p>
<p>問10に丸を多くつけたが自分でできる範囲ということで十分できているとは思わない。毎月30名ほどを往診し年間6-7名を自宅で看取っている。そうした実績を評価する報酬制度にして欲しい。日本政府は忙しいが十分な報酬があるので報酬が上がることを特に求めないが、報酬で動く医師、報酬で動かそうとする行政にはうんざりだ。医師以外の末端の医療従事者はさほど恵まれていない。実績を評価した管理や報酬制度を期待したい。制度は単独で手続きは簡単が宜しい。客観的な評価があればそれで機能する。</p>
<p>身体を治すことばかりにスポットをあてるのではなく「人を癒す」ための方策にも高い評価をしてほしいと思います。</p>
<p>・個別指導は在宅を別に評価して選定してもらいたい。・「処置」は算定させてもらいたい。(検査は算定できるように改正されたのだから)</p>
<p>私自身は在宅診療にかかわっているが、国全体でみた場合に小中高令化がすすむ中で、介護力が手うすな『在宅』へ、ねたきりの患者を誘導することが、本当に正義であるのか。日々考えさせられる。すなわち、無理をして在宅医療をしているケースが多すぎる。療養型の病床の存在は、患者の集約化と、労働力人口の減少からみれば、必要だと思えます。その方が経済的効果もよいのでは？</p>
<p>制度の見直しは必要ですが、やはりそれに見合う報酬は必要で、地域・天候などの環境状況によっても訪問医療や往診は随分ちがいができます。やればやるほどしんどいというのは少々考えものです。</p>
<p>重症患者に対して訪問介護 訪問看護) 同日に複数人を訪問する時の評価を十分にしてほしい</p>
<p>患者が独自に在宅、訪問看護等決定しにくい 情報がわからない何をどこに相談していいのかわからない不明であるとの事で、病院の紹介するままに在宅、訪問看護を決めているいわゆる同僚系の経営でやってる施設が多い。同場所に住んでいて往診、訪問した際の点数改悪には、驚いている。→元来にもどすべきである。特養ホーム、老人施設が足りない、いわゆる社会は入院はどうしても必要な存在である時が多い気がする。在宅では、世話できない家庭がまだ多い</p>
<p>介護病床は残すべきである</p>
<p>在宅でみとりをする点数が大部あがりましたが夜間訪問看護がまだ不十分です。一人でみるには医師のマンパワーも限界があります。</p>
<p>・書類多すぎてムダ、エコじゃない・看取りまでやるのなら、それを評価する制度</p>
<p>特になし</p>
<p>①介護関連施設の人員大巾増員②介護関連施設の就業者の給与大巾増加</p>
<p>なし</p>
<p>毎日、患者さんに追われ、報酬、制度など考えている暇がないのが現状です。何が変わろうと、根本は一つです。お互いにあるがとう、おつかれ様でしたと言える心でやって行くつもりです。不十分な解答ですが、今回はこれにてご了承下さい</p>
<p>次期改定について、とくに要望はありません。昨年6月に在総診算定の患者が月100名をこえました。通常の外来をしながらの訪問診療はこのあたりが限界かなと考えて、います。改定が、どのような結果になるかわかりませんが、できるかぎり在宅の患者を見守っていきたくと思っています。ALSは数年前に1例看取った経験があるだけで現在みている人はほとんどが80才以上の老人でありこのアンケートの趣旨とはちがうのかもしれませんが。失礼ながら、図6のような色とりどりのスライドは目がチラチラして、読みにくく、よいスライドとは言えないと思います。</p>
<p>・在宅療養中、訪問看護や訪問リハビリテーションが必要と考えられる患者さんに対し、ディサービス利用ができていてと適応外とされている。在宅でも通所とは別角度から指導して欲しい時がある</p>
<p>消費税をどうするか。診療報酬にどのように反映させるか</p>
<p>分からない(仙台から何回かアンケートがきているが出来れば、これがさいごにさせていただきたいです)</p>
<p>特記なし</p>
<p>介護制度の不公平さの是正。介護制度の抜本的見直し。医療ときりはなすこと。保険料でまかなうのはおかしい。</p>
<p>日本の人口は減少傾向にあります。へき地に住まなくても本土に住むスペースは十分あります。へき地に住む人を制限すれば遠隔医療などの高値な医療をしなくてすみます。</p>
<p>書くだけの知識も経験もありません。</p>
<p>診療、介護に対する評価が低くすぎます。ヘルパーさんが給与で充分家族が養えるようにすべきでしょう。あれだけ、キツイ仕事に対する国の評価が低くすぎ、これでは、後継はおろか、現職もやめてしまうでしょう。</p>
<p>いわゆる老人ホームの診療に主にたずさわっています。介護付有料老人ホーム、ケアハウス、グループホーム、特別養護老人</p>

<p>ホームなどに訪問診療に行っています。特養については、介護保険導入以前から存在している為か、診療報酬が、きびしく制限されています。配置医師報酬があるからと思われるが、老人ホームの中でも特に介護度、障害の程度が重い人たちが入所しているので、患者急変も多く、病院へ搬送する事例も多くみられます。在宅患者ではないので、関連病院との24時間連携は出来ませんが、御願いで無償で連携をしてもらっています。他の施設と同じように訪問診療が行えれば良いと思います。</p>
<p>家族の介護が困難で長期療養が必要な患者さんの施設が少ない</p>
<p>財源がないのは理解できるが金額ありきでの改悪は行なってもらいたくない。10年～20年先を考えたシステム作りを行っていただき短期はそ中で変更を加えていくひまである。ここ10数年の改定（改悪）は長期見通しがないまま行なわれておるとしか思えず医療・介護スタッフのみならず患者本人・家族がふりまわされ、疲弊していくのみである</p>
<p>医者は何でも屋ではないので、家庭の中までは立ち入れないし、また立ち入るべきではない。ターミナル医療を否定するものではないが、求めがあって初めて医療行為をすべきで、行政がすべき事までやっていると心身とも潰れてしまう。</p>
<p>当院の地元では特養が積極的に施設内での看取りを行っており、嘱託医を2人契約しているため、死亡者が出て診断書もかける。施設内の看護師や職員の看取りに対する理解がある。現実の家族の関係が希はくになっている入所者が多く、特養の職員が架空の家族として暖かく見守るようにしており、自然と看取りを行う雰囲気がつくれつつある。</p>
<p>医療・介護制度に関し、情報化社会のためそれを受ける本人または家族は豊富な知識を持っているが故に、いろいろな要求（例えば、胃瘻栄養、IVH、在宅酸素、合成麻薬の貼布剤…など）が聞かれることがある。勿論要求は叶えるが、それに伴う対応や訪問が増加し少数数での対処が困難になってくる。そのためにはスタッフの確保が必要となり医療の点数、介護の単位数の改善（増加）をお願いしたい。以前、当院のような小さなクリニックでも看護師、准看護師が4名居て訪問診療も積極的に行っていたが、外来患者数の減少も去ることながら、収入が大巾に減少し、現在では准看護師2名のため消極的になってしまった。要するに当院は経済的理由による人員削減が消極性を産み出してしまったと言える。医療・介護の更なる拡大充実と向上を計るために、川島先生のお力を大いに期待しております。</p>
<p>・自己負担の軽減ができないのでしょうか。自己負担の徴収を各施設の裁量にまかせる、でもいいのですが…。</p>
<p>介護保険制度は確かに老人だけの在宅にはすばらしい制度である。しかし、安易に受ける人が多い</p>
<p>一番残念に思うのは、救急ないし当番の連携が失なわれてしまった事です。その為、施設の事情より外出や旅行も制限されどしようもない時には連絡先を知らせる様にしています。当番も検死も自宅外の診療の方は不在で連絡がつかずそのほとんどが当方に回って来ます。その点では、医師の医療に対する取え方が古来とは異なり、公益、公共性は失なわれたと思います。なお制度面でも個別接種などが義務づけられその一方では補障問題におびえるのが本音の意見として出て来ます。日本人の特性として、どこまでが公共であってどこからが個人かという所が極めてあいまいである所に原因がある様に思います。医療の高度化は、大変有り難いことですが自らが実行出来る内容は縮小する一方であり、一員ではあっても現実には利用者の側に立って判断する事が多くなりました。在総診や在宅終末など内容的には当然と思える事を実施しています。しかしながら現実にはこれを負担額の増大ならびに基準の適合などにより事実上は実施不能になっており、点数のUPと裏腹に実施不能も現実である（スタッフの確保が難しく、賃金の方が実動より高い）。従って、私はむしろ全ての医師が（特に個人で1人でやる）安心して請求出来る制度の実現が必要であり、不当審査（病名落ちをカットする）は廃絶を望みたい。査定分を本人ではなく保険者が支払うべきである。常連客に査定を理解させるのは不可能に近いと考えます。</p>
<p>報酬制度上は①まず初診・再診料の上昇（診療所く病院）②説明に対しての評価（診療所であろうが病院であろうが）③在宅医療に対してももう少しやりやすくする制度（医療にとって）→（例えば中核病院に在宅医療部を併設し、連けいすることを条件とするなど）</p>
<p>1. 介護認定審査は止めるべきだ。最低限医者を除くべきだろう。どんなに改良しても不平不満はなくなるから、コンピュータの一次判定だけでよしい。2. 80才を過ぎたら病院受診は禁止すべきだろう。診療所の医療で充分とすべきだろう。紹介状を持ってのみ病院受診は可とするべきだろう。3. 介護職員の給料を倍にすべきだろう。その財源は医者から特別徴収して当てるように提案したい。</p>
<p>介護報酬を上げて、同時にヘルパー時給を上げること。</p>
<p>介護事業所が在宅で、利用者・家族とともに月1回リスクアセスメントを行った時に報酬が算定されることになれば、できることから改善される仕組みが在宅でも広がるのではないだろうか。このリスクアセスメントは災害時に向けての対策も含まれるが、環境因子、個人因子やメンタルヘルス、又、家族や職業としての介護者の健康のための課題も含めた多面的なものである。労働安全衛生分野の参加型改善は、介護職の職場が在宅支援である場合もとても有効と考えられるが、依頼者である本人・家族に事業所が言いにくい面があり、報酬や法律にないことも制限要因であった。参加型改善は参加者の意見を出し合って、できることから改善していくものである。本人・家族が参加する中、障害や死と、より快適に生きることにできることをよく考えていく・話し合うことにもつながると思われる。現場、在宅の制約を乗り越えて、できることから改善し、支援体制を作っていくためにも、月1回リスクアセスメントが報酬として算定されるように実現したい。（良好実践例の写真などを用いたアクションチェックリストが各家庭の実情に合ったものとして作成できると良い。）</p>
<p>患者本人の負担（経済的）が多く、在宅医療を中止希望者がいます。診療報酬を見直して（公費を多くするとか）患者負担を軽くする事が、在宅医療の普及に役立つと思います。私は、応診、在宅にかかる車馬賃は一切医師負担としておりますが、現状は上記の通りです。</p>
<p>医師1人で診療中の場合 外来で診療中に急変したと往診依頼があっても外来患者をほったらかしにして往診する対応できない</p>
<p>医療法人の急性増悪期において、14日間がみなしの訪問看護事業所（ステーションでない）は介護保険から医療保険に移行するため、実際に訪看を60分行なっても、0円になってしまう。この点を改善していただきたい。300床規模の病院は近隣の在宅医に対して、日頃の、在宅医の努力や限られている検査での訪問に対し理解や援助がほしい。24時間の連携を</p>

<p>とっている事を病院では理解していないためか、こちらからお願いをしても、不快に断られる事があります。診療所は我慢する事がある。(日中や平日はMSWさんに相談するとトラブルは回避できます)病院に勤務する医師はお忙しいという事を聞きますが在宅への紹介の患者さんはわずかです。病院の患者数が減れば、忙しさも減るのではないのでしょうか。</p>
<p>公的診療所であるが、収益について色々指摘される。在宅で、しかも安らかに過ごす為には、自然な死を迎えることを目標にした価値感の共有が必要。これには診療報酬はつかないが、莫大な時間と労力と精神力が必要である。それを経て実現できた自然な死は穏やかに家族も苦痛から解放される“良い最期”である。医療費も極めて安く済む。それを管理者、開設者が理解してくれるか否か。</p>
<p>介護保険の認定が遅く、特にがん末期が急性増悪などの変化に対して、要介護度の区分変更が追いつかず十分な介護を受けられない。</p>
<p>・家族が家で死なせる覚悟をもつこと・支援的のみでは365日いざという時の対応はできない。そんな時医療連携といっても無床診同士では頼めない。救急入院しかないが病院医師が気の毒。・事前に家族と十分話し合っ、急変時の対応を決めておく必要があるが、老老介護や認知症の介護者はわからないことがある。・家族が余裕をもって介護できる体制を作る以外今は方法がないので家族(介護者)サポートを介護保険、医療保険で認めること。今は制限が多くて無料サービスするしかない。・訪問看護サービスを医療保険に戻すべき。そうすれば必要なだけ、現物給付サービスができる条件が広がる。</p>
<p>これ以上しぼり及び報酬が厳しくなると訪問診療を止める施設が増えるでしょう。</p>
<p>わかりません</p>
<p>医療療養病床と介護療養型医療施設(存続させるのであれば)の区分けを明確にし医療療養病床の診療報酬上の評価を上げなければ改善は見込めない。</p>
<p>特養を運営していますが一番困るのは老いだけでなく複数の疾病を患っている入居者に対して医療の介入が大きく制約されている事です。医療と介護の連携がもっと密になされれば救急搬送する事態は減少すると思われま。地域密着型小規模多機能施設は在宅サービスとして最も望ましいと思われまが採算性から当市でもどこも手を挙げようとはしません 運営し易い報酬を整えるべきです</p>
<p>○同一建物の患者に対する点数は、見直してほしい。○24時間対応可能な体制をひくために、自分の健康や家族を全てぎせいにしている。24時間対応していることへの評価は、もっともっと高くしてもよい。はっきり言って、国から3億円/年ぐらいもらってもいいと思えるほどはたらいっている。△いまの在宅医療はかかわる人の献身によって支えられている。そうではなくて、システムでささえられるようにしないと。60才以上の医者は完全に在宅から腰をひいているがこんな医者でも、簡単なことならできるはず。60才以上の医者2人+40~50才の医者1人でチームをくんで、患者に対応していけば楽だと思う。△大病院につとめる医師・看護師に一定期間在宅医療にかかわるシステムをつくれればよいのに。</p>
<p>1. 在宅医療の評価(医療・介護)が低過ぎる。2. 介護サービス利用者は全体対象者の15%程度であり、保険料は5,000円程が限度。あとは税でみるしかないが軽症者の自立支援策をもっと工夫すべし。3. 在宅医は全く拡大せず逆に縮小傾向にある。少数の在宅医に過重な負担がのしかかっている現状からは大変辛い。費用対効果でいえばこんなに悪いものではなく、ただ医師の責任感でやっていると思う。収入的にもなくても困らないのでできれば年令的にも止めたい。</p>
<p>容態の変化や点滴もれ、開始終了で複数回患家を訪問することが多いがこれの評価。</p>
<p>介護の中心は、ケア・マネジャー等の介護に直接係わっているであり、医師は介護の審査判定手を引くべきであり、意見書をしっかり書くことだけにすべきである</p>
<p>診療報酬が少なすぎる。国の財源が少ないことは承知していますが、できる範囲から高令者を優遇すべきである。例えば90才以上の高令者は無料。死ぬまで看取る(無料)。死ぬ時だけでも金の心配をせずに死ぬように計うべき。</p>
<p>何より介護保険の認定制度そのものが改善すべき多くを内包していると思います。項目。自立をサポートするものになっていないのでは、できなくなったら手をさしのべるのではなく、いっしょにやることで生活がなりたつ人々がいる(老々世帯、一人暮らし…)経済的にやはり負担が大きく利用できない、制限して利用するという方が多い。透明性。さじ加減で軽くなったりするしくみはいかがなものか。医療機関としてできること、定期的に通院されている方が介護が必要になってゆくことは多くあります。診察にみえている間に、この方はどんなご家族とくらしをいらっしやるのかなど、介護が必要になった時のことを考えて患者さん情報をつかみ、メッセージも伝えてゆく。介護の職員にタイムリーに橋わたしをする。介護が必要になってからはもちろんですが、その前に、キーパーソンであるとか経済的なことなど、困難はすでに見えている方もいらっしやいます。そこへ、どうかかわれるか</p>
<p>制度が複雑すぎてどういふうに請求して良いのかがわかりにくい。</p>
<p>夜間に入れる体制を整えてほしい</p>
<p>介護保険が始まった当初に教えられたプランの立て方では、障害をもった人を良くしようというような発想があったように記憶しております。私としましては、高齢で障害をもつようになった人が良くなったりするわけがないだろうと少し異和感を感じつつケアプランをたてていたように記憶しております。ICF的な発想というのは、現場では以前から現状に対応しなければならぬという必要にかられてやってきていたように思えまして、とくに革新的なものではなく、考え方の整理には役立つ程度のものではないかと考えられます。</p>
<p>介護サービス利用中の診療ができないのは困る。“往診”ならOKとかにしてほしい。気管カニューレや胃ろう、バルネ t cは採算われ、人工呼吸も、レンタル料=加算で、大変なわりには採算にあわない。</p>
<p>在宅医療は在宅医にとっても大変つらい仕事であるので、診療報酬の増加と、体力が続かなければ、すぐに止めることができるシステムが必要。</p>
<p>経済的負担、家族の精神的負担の軽減に対する体制</p>
<p>・社会保障に関しては、財源はどうなるのでしょうか?財源がないいじょう、それなりの医療で我慢してくださいとの説明が</p>

<p>必要ではないでしょうか？当然富裕層は対価に値する医療を受けられますが、一般の人々は、それなりの医療ということになります。在宅支援診療所について、私の診療所も基準施設となっていますが、適応できるPTは限っています。実施する場合も夜間休日是对応が遅くなったり不可だったりすることも十分にあり得る旨を説明します。病院からの紹介ですと事前にその点を確認します。マスコミで取り上げられることもあります。それだけ、珍しいということではないでしょうか？自宅か病院のベッドでかかりつけ医か、いわゆる病棟をと説明していますが、襖に描いた餅ではないでしょうか。</p>
<p>在宅を推進するためには、介護者とその周辺の環境を改善していく必要がある。・空間的環境 介護ベット、ポータブルトイレ etc を設置できない状況をどうしていくか・人的環境 ヘルパー、介護士、看護師、家族支援する別の形の人々の養生（ボランティア）</p>
<p>・高令化社会で費用全体を支えるのは難しいと思う・在宅なしには病院の救急医療は難しいと思う。</p>
<p>医療介護に関わる問題点、又改善点なども山積みであるだろうと思いますが一在宅支援診療所として出来ることは自分たちの関わる患者さまが自宅で安心して療養出来るように又家族が介護出来るように日々努力していくことだけだと思います。こういう思いがつながっていけばひいては患者さまのためになるだろうと信じてやるしかないです。</p>
<p>ドイツの介護保険が事実上財政的に破綻したとの報道を目にした年に我国の介護保険はスタートしました。医療と介護の突然の分断は、各の責任と役割りを明確にしましたが、人的資源の或いは資金の非効率化を同時にもたらしました。新たな『介護関連産業』の創設との説明もありますが、自分の目からは、国家による介護利権集団への合法的税金、保険金の流し込みとも映りました。実際にポスト含めて利権の拡大あると思われま。医療法という営利を名目上排除した法体系をくぐりぬけて『介護ビジネス』という産業を『立法』という中央突破で創設するのが目的だったのでは無いか？と考えてしまいます。その原資は税と年金と保険料です。今更かもしれませんが再び医療と介護の一体化、効率化を新たに模索する時期にきたのかも知れません。この10年が失われた10年にならない様に祈っています。</p>
<p>特になし。</p>
<p>特にない。</p>
<p>軽度者の介護保険はずしは絶対やめるべき。認定制度（要介護区分）自体を廃止すべき。療養通所介護の点数のひき上げ。夜間の訪問看護、訪問介護への報酬ひき上げ。低所得者への利用料負担の減免制度の拡充。</p>
<p>特養従業員の年収をupしてもらいたい。</p>
<p>①家族が居る場合、家事援助が受けられない介助負担、家事負担の軽減がないと、在宅で最期を迎えるのが困難→家事援助を柔軟に、あるいは現金給付ありに。②サービス担当者会議を開催したいが、ケアマネが開いてくれない。認定更新時のみが義務であり、それ以外は義務でないといふ県も言う。末期癌などで悪化が見込まれる場合、医療側の意見でサービス担当者会議が開けるようにして欲しい。</p>
<p>劣悪な介護ビジネスを根絶やしにすべき</p>
<p>介護士の給料が上げられるような改定が必要</p>
<p>①家族介護を促進するよう家族介護の経済的支援をする。（現行の社会介護のヘルパーに対する料金よりも金額を多くするのが大切）②訪問往診、訪問看護訪問リハビリの料金を大幅に増額③社会介護の時間帯を例えば8時間10時間12時間24時間と区別する。要介護者の家族がいる場合は、一部負担金を徴収した方がよい。④介護休暇を十分にとれるような雇用制度を公的に義務化し、雇用側には公的経済的支援が出来るシステムを構築する。家族介護に対する社会的評価（雇用側の評価）を高める。その他いろいろあると思われるが、要は多くの要介護者は家族介護を望んでいると思われるので家族介護のしやすい環境づくりが大切だと思います。社会介護の熟実は大切だが、民間では経営していくために費用がかえってかかるように考える。また費用を押えるために規制すると、介護の質が悪くなる。</p>
<p>安全で豊かでなければ何もできない。安全で豊かな日本が維持できるか否かにより状況が変わる ALSのような特殊な疾患（数が少なく）（高度の身体障害のみ）をとりあげるのは専門家の思考実験としてはよいと思うが、実地医家へのアンケートとしては現実から遊離してしまっていると思う。</p>
<p>グループホーム内での医療、看護行為の制限をとりはらって看取りが出来るようにしてもらいたい。</p>
<p>1) 医療は介護と相補関係で展開されるようヘルパーの仕事も吸引だけでなく、胃瘻、人工肛門、胃ろう、排泄処置（洗腸等）もDr、Nsの指示があれば可能になるように見直して欲しい。2) チーム医療の一員としてアロマセラピストやネールセラピスト、整体マッサージ師、心理療法師、訪問薬剤師も加わると在宅医療がより促進されると考えられます。（自由診療で適用する）3) 統合医療の導入を促し、保険外診療で在宅患者のQOLを高めるメニューが併用できるようになれば、患者満足度はさらに向上する。4) 宅老所、高齢者専用住宅でもターミナルケアができるような間取り、個室を配置し、少なくとも1部屋でもよいかから“見張り部屋”を準備して欲しい。5) 医院（クリニック）や介護事業所、訪問看護ステーションの連携が近後の在宅医療の鍵になると確信します。</p>
<p>現在、特別養護老人ホームの配置医師をしています。毎週1回4時間程度をかけた約50名を診療しておりますが、（毎日曜午前中1～2時間、訪問、重症者を診療）2年程前より、施設内での看取りを行っております。元来、特養は医療施設ではないという事由から、診療費所は算定不可として、きておりましたが、看取りに入る前は特に家族の希望で食事摂取が困難の場合、数回の点滴等を要望されます。こういう看取りに至るまでの医療行為が旧の特養施設法のままなので現場は非常に混乱しております。（特に、特養はむやみに配置医師以外の往診等は不可）因に、点滴しても薬剤と示指料の算定のみで（定時以外の呼び出しは往診を算定していますが）経費が重み苦慮しています。悪性腫瘍患者以外、特養入所者の配置医師の医療行為はどこまで認められているのでしょうか 各担当部署に照会しても明解に答えてくれません。（因に毎月税込160,000円の報酬です）毎日の外来業務も多忙で身体的にも24時間オンコール状態は大変ですが、入所者の笑顔に力づけられ、微力ながら老人介護に参加していますが、矛盾を感じています。以前厚労省に問い合わせたところ、介護に費用を割いているので医療にはまかせないと言われました。</p>

<p>1) 介護と医療を併合2) 専門病院の医師不足(救急夜間対応専門医の不在) 3) 制度を拡げるのではなく整理し一般人に分り易く利用出来る形で提供して欲しい。</p>
<p>・医師不足が増える中、看護師や家族が行える事の拡大をはかってほしい。・家族からの要請あればすぐに対応できる体制がとれるように今後制度を簡単に(緩和)していただきたい。</p>
<p>1. 訪問診と往診の区別が問題であると思う。2. カテーテル交換実施者の材料が請求できないことが問題である。</p>
<p>認知症の評価としての改訂■■■■またはMMSE scoreに保険点数をつけること</p>
<p>診療報酬に関しては、在宅を大事にしていっているので意見はありません。世の中の一般人の非常識な方が問題だと思います。</p>
<p>・在宅医療について、患者負担(金銭)の増大と、医療提供側の実際の診療以外の職員への心的、事務的負担の増大・在宅でできる医療サービスレベルと家族の思いとの相違点。</p>
<p>今のままでいいと思う。</p>
<p>上げておいて梯子を外すようなマネはして欲しくない 今回のアンケートは厚労省の補助金でとは言え、僕らが答えるのはどうかなあとと思います。</p>
<p>・医師達は診療報酬upを求めている人が多いですが国民皆保険制度を守るために政府の予算が赤字なのだから求めるべきではないです。維持するために後期高齢者医療制度は存続するべきです。・介護報酬も収入のある人は後期高齢者同様、自己負担を増やすべき、また、1号者の介護保険料の負担を増やすべきです。</p>
<p>質問と関係ない事述べます(悪しからず) 1月■■■■日6年間、在宅で診ていた明治37年生まれ的女性、亡くなりました 家人よりTEしうけかけつけた時既に心停止状態でした。驚いたのは、死装束用意されていた事でした。昭和43年インターン制度廃止1回生として卒業当初麻酔科医そして、肺癌を主体とした胸部外科医、約30年の勤務医生活后、平成10年診療所開院俄内科医をやってきました。数多、見送りました。昭和60年より諸事情2年間、八王子の特別養護老人ホーム勤務しました。入居者アンケート「居心地良い施設です…」本音きくと「こんな所嫌だ、家帰ってえ」大部分の方でした 介護保険導入がささやかれていた頃です 施設長、偶々中学の先輩でした。私にぼつりといいました。介護福祉関係の方、海千山千御為倒しの人多いよ 耳に残ります。その後施設長肝臓癌で亡くなりました。私は院外薬局やりません 医者が薬の事勉強しなくなるような気がするからです ジェネリックなど全く興味ありません。71才を前にして食べていけさえすればよいと思う“老”医師のたわ言です。</p>
<p>1) デイサービスでキノーが改善した利用者さんが介護度が落ち、減収、又は、利用不能になる事はやはりおかしい。改善したのであれば、評価されるべき。2) デイサービスの単価が安い。デイサービスは在宅を続けていくためには、絶対に必要。もっとデイ+在宅を評価してほしい。3) 特別養護老人ホームでの医療行為に対する評価をあげてほしい 現状、24hr365日対応で、積局的ターミナルケアもしているのに、末期の癌のみ認めるとするのは、いかがなものか。</p>
<p>介護認定をもっとシビアにしないといけないと思う。無駄が多すぎる。要支援レベルの人達を別かくで強化するプログラムがいると思う。</p>
<p>患者、家族側となれば、介護サービスが安価でたくさん受けられる様にしてほしいが、医療側からは、スタッフの業務の多さと、量からすると、お給料が安すぎる。又、スタッフの腰痛者と、リスクをこわがり、余り、家族からのストレスを感じている人が多い。もう少し安心して医療、介護を提供できるような見直しをしてほしい。</p>
<p>・介護事業者の業務について医師の関与を強める。・改定→点数up!!</p>
<p>介ゴ制度が問題。小泉改革によって、民間まかせにした事。国は、手を出さない事。誰でも立ち上げる事はいい事だが、投資する人は見返りを考えているから、充分な事は出来ない。金もうけに走っている感がある。いつまで経っても働く人は浮べれない。国立介ゴ施設があれば、基準が出来るのだが…。</p>
<p>1) 家族介護に対する支援 家族構成の変化に伴い介護力が低下している。貨幣社会の為に現金がないと生活出来ない社会になっているので介護者に対する報酬が必要だと思います。24時間体制と緊急時の対応が十分とれないと在宅でみとることは困難で入院せざるを得なくなります2) 必要な医療と不必要な医療の仕分け 現在の医療の中で本当に患者さんの為に必要なものを見極める作業をもう一度する必要があると思います。病院や医療機関へのかかり方についても十分に周知されていないと思います。かかりつけ医をもって、必要な時には専門医の医療を受けるシステムをもっとはっきりさせるべきだと思います。フリーアクセスも限度があります。デメリットも考える必要があると思います。それを国民全体のコンセンサスとする努力が必要で3) 地域の医療機関とシステムの整備 日本全体の医療像を描いて、整備すべきだと思います。過疎と乱立なく秩序がよいように思います</p>
<p>急性期入院在院日数を少なくすることで結果として回復期リハビリ病院からも締出される 医療・介護難民と称される人が増加してきている。当然スムーズに在宅に帰れる人も少なくなり中間施設であるはずの老人保健施設に医療依存度の高い人が増えてくることになる。現在では生活介護専門である特別養護老人施設でさえ医療の比重が徐々に増えてきていると聞く。自立支援・在宅復帰支援のためあらたに療養型老健施設が制度化されたがすでに老健施設では医療の質を上げてきている。いたづらに階層をつくることは反対である。老健がさらに充実した中間施設として機能し得るように医療については条件を検討した上で適切な医療保険の使用を可能にすることが必要である。「地域包括ケア」構想はそれ自体素晴らしいものであるが支援するそれぞれの役割が十分果せるような制度改正が望まれる。先の改正でリハビリについての報酬が考慮されたのは評価したい。</p>
<p>介護保険が始まって10年が経過しました。今だにアセスメントシートが統一されません。ケアカンファレンスもほとんど形式的なもののみです。ケアマネジャーもはじめは看護師もいましたが今は福祉系の方のみです。今でも医師には会いにくいとのことで連絡もありません。岡山では医師で施設を経営している方が多くありその施設内では連携(医師とケアマネ)はうまくいっているということになっておりアンケートをとると60%以上が連携がうまくできているということになり改善すべき問題はないことになっています。私見ですがICFとことさらに云わなくてもMDSはアセスメントの中にICFの考え</p>

<p>が反映されていると思っています。多くのケアマネはMDSを使いません。というよりアセスメントをしません。ここが最大の問題であって今回のアンケートの例のごとくすっきり問題点が明確になり、関係者がそれにとりくむということにはなりません。しっかりface sheetをうめ、ニーズをpickupし解決すべき問題を整理してケアプランにつなげていくことが大切。本人の社会参加、本人の希望が〇〇だからというだけでケアプランを作成すると客観的な評価（ケアアセスメント）がおろそかになりはしないかと思っています。</p>
<p>認知症に対し、診療中の相談で長く時間をとることが多い 認知支援加算あればよいのと思っています</p>
<p>末期医療を担当する、介護側への報酬を高くしていくべきと考えます。在宅での終末医療に対し、介護スタッフの協力なくては、在宅での終末医療、看取りは行なえません。</p>
<p>入院費&gt;在宅費としなければ進みません。在宅→医療ただにする（ただし老人ホームは別）入院→3割～5割とする</p>
<p>特別養護老人ホーム入所者を対象とした“医学総合管理料”の創設（訪問診療を前提とした）</p>
<p>1 在宅医療をすすめると言っているが高点数になると注意している（数多くなれば平均点も高くなる一小生のところではまだないが）2. 在宅になれば訪問しなければならぬ。患者宅に行くまでの時間をもっと評価してほしい</p>
<p>前頁からの続きです。国民、個々が何を望むのかを明確に出来ない限りつまりサービスとして何を望むのかをはっきりとしない限りサービスを提供する側は応じようが無いという事です。与えられるものに満足。或いは不満足というのでは無く、自ら何を望むかを明らかにし、それに担当するだけの負担を自ら負う、それしか無いという自覚を、そろそろ持つべきだと思います。</p>
<p>2 4時間支援を少しでも試みようとする事業所に対しては、1. その経営が成り立つような報酬が必要です。2. 医療介護の保険の審査についてそれを支える、支えようとする暖かい心が前提にあってほしいと思います。</p>
<p>・介護破たんにより在宅が継続できなくなるcaseが増加しています。・介護導入：本人が拒否、家族も理解しない、家族も要ケアの場合介護保険未利用な状況でサービスを試みる期間が必要。介護保険でない部分を自治体等でカバーする制度が望ましい。今は困ってせっぱつまって依頼する状況が多く、あわただしい。認定のじん速化も求められる。・介護認定審査：審査員をしているが、状況がよくわからず、一次判定に納得できないケースも多い。介護度で利用上限が決定されてしまうのは不公平（悪平等）であると思う。介護度はあくまで標準値とし、状況により上限オーバーを認めるか否かを審査する方が重要では？いずれにしろ認定審査は大きく簡略化可能。・介護事業内容：プロとして生計をたてていくにはあまりの低賃金。・医療：病棟で7：1などが決定されると、看護師が流入し、不均衡が生まれる。</p>
<p>医療側は在宅長期で「最期まで家で。」との希望の方には、また悪性末期の方には治療一辺倒ではなく、ケア的な治療を行なう柔軟性が必要。介護側は公共の場所にAEDが設置されている時代であり「ヘルパーだから。」「福祉系のケアマネだから。」とか、言い訳ばかりせず、ある程度の血圧測定や一般的な救命処置は出来るくらいの使命感と責任が必要。報酬制度はあまり国の都合で点数を大きく変えないで欲しい。診療所として特徴を出して貢献して行こうと考えても、将来点数が半分になるかもしれないと思うと、思い切った設備投資や人員増員が出来ない。また「レセプトの平均点で個別指導を行なう。」と脅すのもやめて欲しい。本当に在宅訪問診療が必要な通院困難患者を選んで受けて行くと、どうしても高点数のレセプトになる。行く必要もやる事もない患者の所に多く行って平均点が下って指導を受けないというのはおかしい。理不尽！</p>
<p>見直しの内容が提供されていないので判断できない。</p>
<p>有床診療所ですが、経費が負担になり入院を廃止しようかと思っています。近所の方々は続けてほしいと云われますが…。</p>
<p>お金だけで死ぬ場所を誘導できません。必要以上に高い報酬をつけて頂くと気軽に訪問できなくなります。</p>
<p>①腱縫合手術点数について 外傷后腱が切れた場合、早及速やかに縫合すべきが学会・学術書（手の外科の実際）ですすめられているのに。伸筋腱だけは縫合しても、保険請求できないという、おかしなシステムがある。②骨折の手術材料について：ステンレスで充分なのに、無用なチタン製の材料（10倍以上の高額）を使い親方日の丸で保険請求をしている。③ペースメーカーの治療費が米国と比しても高額すぎる。④多剤投与（精神科、循環器科）が目により、生活習慣予防指導にて減薬の努力をしているか疑問。⑤無用な延命処置に保険のムダ使い有り。（人工呼吸等）⑥整骨院の療養費せい求は、不正が多いと思われる。</p>
<p>・訪問看護師の絶対数が足りない・在宅酸素やその他処置が必要な方を受け入れてもらえる施設の整備・施設職員のスキルアップ、モジュレーションアップにつながるようなもの・医師不足地域では医師個人の努力や医師の家族の理解に支えられている。評価されないといつかはイヤになると思う・ヘルパーができる行為の拡大は望ましいが、個人個人のスキルアップも必要・都市部と地方では医療に関わる人数も環境も異なる。依頼があれば20km以上離れたところにも往診に行くことがある。近くに診療所があったとしても外来に追われ在宅まで手がまわらなかつたり、その先生自身何キロも離れた所へ往診に行っており、これ以上の負担は困難と思われる。現在は離島でもない限りへき地医療とは認められず医師が地方からどんどん都会志向になるのもやむを得ないと思わされる。ICFを活用することになったとして日本全国同様な対応ができるのでしょうか？</p>
<p>医療と介護がリンクした体系がつくられることは、現実的な方策と思われる。しかし〈合理性〉に名を借りた安上がりの社会保証構築に繋がることを憂う。基本的に報酬が上がることを、望む（社会保障の充実の上に、立案されるべきである）</p>
<p>在宅療養支援診療所の点数が高くてありがたいが自己負担が多くいただきにくいです。</p>
<p>上記に対してはない。当院は通常の外来で手いっぱい在宅は困難な状態である以前勤務医の時、開業当初は在宅をしていたが現在はしていない。していない者が色々言うべきではないと思う在宅現役の先生にアンケートはお願いした方がよいと思う</p>
<p>理想論を言えば、キリがありませんが、要は経済的理由で十分なケア&amp;医療ができないのがほとんどでしょう。（EX）今回のアンケートとは直接関係ないのですが、癌末期患者のホスピスなどいかに自費とはいえ100万/月単位というのは「命のさたも金次第」（地獄）でしょう。これは何もホスピスだけの問題ではなく老人ホームにてもしかり。どんなに医師あるいは本人が十分なケアを受けさせたい、あるいは受けたいと思っても実際にその願いがかなうのは5%もないのではないかと。※予談ながら、胃ろう造設、気管切開等90～100才の御老人にやって意味があるのでしょうか？その他むだな医療が多</p>

ざる様に思います。私自身延命治療は拒否しています
# 1 介護職員の報酬の見直しをする事でレベルアップにつながる。# 2 療養病床に対しての報酬の見直し
在宅医のネットワークの構築
・病状・介護上の相談など、家族から持ち込まれる内容は種々様々ある。医師にせよ看護師にせよそれに応じるべく、日夜努力しているが、ボランティアとなっている。他業務の中、財政的な保障も、あってしかるべきではないか。・都市部と地方（農村部）の医療機関でも、在宅療養を支えるために求められる内容が異なると思う。同様の基準では無理がある。・介護職、看護職の待遇改善が可能となるような制度改定がなければ、ICF活用も進まないと考える
保険上の・寝たきりの状態定義がよくわからない・寝たきりに準ずる状態と寝たきりの区別はいかなる状態か。・介護保険では寝たきりとは介護度Ⅳ or Ⅴを指すらしいが、不明瞭の区分・悪性腫瘍の在宅医療の場合末期癌と、癌（末期でない）では全く介護度が違う。末期癌の定義を明確にしてほしい。Ct、予命6ヵ月以内、3ヵ月以内の場合！！と言うように。
ALS患者の人工呼吸器1）（外向態）と吸引器2）の給付について1）に就いては問題なし2）吸引器（大型）（消耗頻度が高い）頻回吸引の為機能低下するが買換えの際行政の補助が一部あるのみである。1）2）は中味セットで給付するべきと考えるがどうでしょうか。
消費税をupしてもよいから、これ以上介護報酬を下げないでほしい。むしろ介護報酬をupさせ、介護従事者がより意欲が出る環境をつくってほしい。
・訪問看護の全面医療化。・24h薬局のインセンティブ。・レスパイト入院の制度化・24hヘルパー派遣・同一法人事業所の規制の緩和
医療、福祉は本来営利事業ではないので、経営の自立＝営利事業ではないという視点を持てる事業者が荷になっていくことが必要だと思います。社会が不景気だからといって景気対策、雇用対策の視点で医療・福祉を考えると、本当の制度の仕組みはできないように思います。相手の立場に立った物事の展開を考えることは言葉では易しくても実行は難しく、相手の満足を得ようとして甘やかしたり、真実から目をそらした筋書きですすんだりすると、利用者自身も自分の本当がわからなくなると思います。本当をわかり、しっかり悲しみ、しっかり悩み、本人自身が自分自身のこととして乗り越えていくために力を貸していくことは、企業感覚では向いていないと思います。グローバリゼーションを生き抜いていく企業の経営感覚と、医療福祉の経営とは異なるものがあると思います。といて、医療福祉経営が、自立した経営でなくていいということではありません。そのことを考えた制度、仕組みづくりをもう一度原点に戻って検討してほしいと思います。介護する人が介護しやすいこと、介護される人の願いが満点でなくても納得できること、そして誰れもが、自分の人生は自分が決めていくという覚悟と自分への責任というものが揃っていくことが必要だと思います。人が自分で自分のことができなくなった時のサービスは、どのようなサービスがあればその人が胸を張った自分でいられるか、また全面依存状態であっても、介護される人が尊重される介護と、介護をしていく人が、自分を失わず、人間的に介護するための負担の限界はどこまでと、致密に検討して決めていくことが重要ではないかと考えます。
癌患者さん以外の終末期の訪問看護の日数制限をなくしてほしい。
治らない慢性の疾患を多くかかえる高齢者に向きあう医師は、患者の生活環境をも含めた全体を診ていく姿勢と能力が問われる。今まで積みあげてきた専門性を否定することではないが、専門性にこだわっていれば、対処しきれなくなるであろう。
患者さんの自己負担金を少なくして頂きたい。診療報酬・介護報酬以前の問題点として義務教育の中に「論語」をとり入れて欲しい。
①医療の安全について考えた時に、類似の薬品名での使用間違いが問題になったこともあるのに後発薬品の氾濫で現場では薬の鑑別がむずかしくなっています。薬品名も似ているための混乱もあります。薬品間違い防止のためにも医療費削減を考えるならば、先発品の値下げでの対応をすることはできないでしょうかと思います。②診療所は以前より夜間でもかかりつけ患者からの電話での対応をしていましたが、地域医療貢献加算として義務づけられるのは医師が精神的に抑圧されてしまう不安があります。点数は加算したうえで電話対応がないところへの減額対応にしてはどうかと思います。③介護保険も年々、自立や支援など介護度が軽くできるケースが増えています。もっと高齢者への介護援助を考える必要を感じています。また、今回介護度によるケアマネジャー変更の案がありますが、馴れ親しんだケアマネジャー変更は高齢者への精神的負担もあり施設によっては人員面での困難もあると思うので再考をお願いしたい。
災害時の医療介護体制をどうするか？
改定の都度ややこしく分りにくくなっていく。すっきりしたものにならないか。
利用者側からの評価制度が必要と思う。
◎『代診医制度』などを支える事務局費用を賄う制度仕組み
往診に時間がかかる為、往診料引き上げ、24時間対応による評価の引き上げ往診時間が長いことによる評価の引き上げ
・ケアマネジャーの役割が大きいがその分は仕事量が増え、労働に見合っただけの報酬の改訂が必要・年をとること、障害を持つことを不幸と感じなくてすむような社会的保障制度
現在、週2回の午前中のみ伝って頂く非常勤医師1名おりますが、あとは夜間・休日も含め、ほとんど私一人で現在193名のPt.をみております。在宅医療には約3年従事して参りましたが、今後益々必要な分野であることを事あるごとに実感しております。しかし、高いモチベーションを維持するにも不安なのは、例えば自分が急病を患い、自分のPt.を十分に診ることのできない状態に陥った場合などを考えた時です。個人でおやりになっている他の在宅医師も少なからず同様の想いをお持ちなのではないかと想像します。現在、他医療機関との連携により行われた在宅診療に対し一定の点数が認められておりますが、各医療機関同士が互いの連携にもっと積極的になれる魅力的な保険上の配慮があると、今よりも医療連携が促進され、個々に不安を抱え、場合によっては疲へしている医師たちに安心と新たなやる気をもたらすのではないかと期待します。
認知症の問題が負担になってくる、例、一日中大声でさげふ、徘徊する

訪問看護の24時間体制に対する診療報酬をあげる
国が在宅を推進するなら今後もしっかりと診療報酬をつけるべきでしょうね。
医療介護の連携についての指針（急変時の対応も含め）ケアマネージャーの重要性。
①介護度の見直し。要支援、要介護の境目がはっきりしない②在宅に関しての医療報酬の請求が複雑でわかりにくく、例えば点滴、処置などをステーションにたのんだ場合と自院で行った場合とで請求出来たり出来なかつたりがいろいろあり、足かせが多い③訪問診療時の車両の警察での手続のめんどくささや、個人情報保護の点からはありえないと思われる、訪問患家の名前、電話番号の明記、クリニック側のケイタイNo.の明記などがとてもイヤなので、制度をあらためて欲しい。この手続（半年ごとに各警察に書類提出、後日再度書類受取）がもっと簡便化されてくれれば、小さな診療所でももっと訪問診療に参加すると思われるが。
そんなに心配しないでも医療介護に金を入れたらきりない。国民負担を多くする以外にない。日本民族は優秀だからある程度したらピンピンコロリの数は増加すると思う。寿命のみ延びても健康余命が短いというのは停年を10年延長85才までとして、ゆたかだから60停年で働かなくなるのでないでしょうか
在宅にばかり力を入れるのではなく、施設の充実も同時に行っていく必要がある。
診療報酬介護報酬の線引きを明確にとりきめておかないとうまくいかない 現在制定されているミトリ加算のいろいろなシバリが問題になることは明白になる24時間以内に何回診療しなければならないとかいろいろなシバリがある。
確かに利潤はあがらなくなって、今は給料もしっかりもらって（まだ従業員の給料もへらしていません）それでトントン。まあいゝというものでしょうか 前回の診療報酬改訂でも減収でした。ターミナルケア加算も条件がきびしくなかなかとれず、またすんなりと通らなくてよく返戻になってきます。それでも一生懸命やってウチがつぶれる時は他はその先にやっていけなくなっているだろうと楽観的です。特にというなら特養で経管栄養で単にクソ・小便製造機になっている人達が大勢います。その上最後は病院で。こういうケースが医療医を圧迫していると思います。また書類が多く（このアンケートもそうですが）、毎日何時間が診療終わったあとや休日に時間とられます。もろもろお役人の天下のためでしょう。統制は第二次大戦の時よりひどいのでは。民主党がつぶれつつありいかんともしがたいですね。（読めないような字ですみません）
介護保険でもって軽い人やまだ余力のある人が介護保険にすがっている気がする。又、認知症の人が重くなっている気がするのでもう少しみなおしが必要であろう 区分変更は問題ありと考える。
小規模多機能始め、ほとんどの施設で看取りを行なわない。何故なら看取りに対する報酬がないからであり、この状態では病院の機能がマヒしてしまう。在宅の看取りについて24時間以内とそれをすぎた場合の報酬点数が違いすぎる。主治医が責任を持って看取ったのであればそれなりの報酬が必要ではないか。
在宅医療の点数の大幅UPです
在宅医療の報酬を上げないと、在宅医療の拡大にはつながりにくい。又、医療と介護の連携強化の為、それなりの報酬を上げてほしい。
事業所に多額の利益が集まるシステムはおかしい。利用者又は希望者全員が利用出来るようなシステムがほしい！絵に描いたモチにすぎないのか？
金もうけのための仕事にならないようにしてほしい
訪問看護と訪問介護を同様に導入できると、在宅ケアの効率はUPすると考えます。結果、訪問回数が減らせるケースもあります。
訪問診療に対する点数の改正。介護報酬を底上げしてほしい。介護職自身の質の向上を図る制度援助をしてほしい
①医療系サービス。訪問看診、訪問リハビリ、訪問薬剤指導、訪問栄養指導、歯科衛生士の訪問は、介護保険のサービスから、医療保険サービスに移して下さい。②衛生材料は、実費で医療保険サービスとして給付して下さい。③胃瘻チューブ交換はスカイプルー法で、充分可能です。手技料、チューブ料を算定できるようにして下さい。
ヘルパーやケアマネージャー、リハビリに対する報酬を上げなければ広がっていかないのではないのでしょうか。医療に関しては今で十分と思います。
・在宅医療開始前に介護者に対して行なう事前相談の報酬上の評価。・管理料（気管切開など）の算定要件の再検討。
株式会社など、営利企業の参入を排除しないと、大変なことになる。要介護認定をはずす。
リハビリテーション医療の正当な評価を望む。現状では日数を越えたりは外来受診を拒まれ、介護保険に誘導されているが、介護保険では日常のケアが優先され訪問介護、デイサービスなどで限度額が消費され訪問リハ、通所リハは後回しにされる。適切に専門的な評価を行いながら、プロがリハを提供すれば、状態の改善がはかられ要介護度も軽くなる例は多い。特に高令者は独りで家に閉じ込めテレビの前でじっと動かない生活が続いて、不活発、不活動から廃用症候群に到り寝た切り状態に進む。人との接触、社会との関わりを絶たない生活設計をみんなが考えていかないと、結局は重介護になった人を社会が面倒みなければならない。寝かさない、歩行させる介護をとり組まないと。介護保険で提供されているリハビリを医療保険に戻し、必要な量のリハが受けられるようにしてほしい。高令であっても慢性期疾患であっても、難病の維持期であっても、リハでそれ以上悪化させない要介護度を上昇させないリハ医療をもっと充実させるべき。介護を担う人達にリハビリの重要性を実習含めて教育してほしい。他動的にでも筋肉、関節を動かすことは大事。息を引きとられるその時まで、体の柔らかさを保って上げることが当たり前になってほしい。
・いわゆる医療系施設は訪問ケアマネによるケアプラン作成・GH利用者の福祉用具貸与を可能とする。GH利用者の訪看利用を介護保険の枠内で可能とする。・認知症の人に対する治療報酬上の指導料の復活（初診時加算を行う）・わかりづらい、在宅医療関連の診療報酬体系の整理・“逆流法”による在宅でのPEG■■を診療報酬に認める。
国に期待することはない。現在の診療報酬が原価（人件費、材料費、地代その他医療機関の維持費）に見合っているとは思わないが、反面報酬が高得点というだけで、個別指導など犯罪者のように扱われる。一方、失業率の高さや世帯辺りの収入の減

<p>少を考えると、診療報酬をアップさせることが「在宅離れ」を加速することにもなりかねない。政府が行なう「改定」「見直し」は、思いつきであったり「改悪」であったり、医療者／患者双方にメリットのある劇的な改善がなされるとは思えない。現状維持でもよいので、何もしないでほしい。</p>
<p>在宅医療をすすめている一方で、診療報酬が複雑である。もっとシンプルにできないのか…訪看などマンパワーすくないところを複数ヶ所でお互いに補えることが普通になれば。特養老健などにグループホームと同様に、外部の在宅Dr（ターミナルもみれる）が自由に入れる様にする必要あり</p>
<p>ケアカンファレンスは必須であり、ケアカンファレンスへの参加を報酬上評価していただきたい。</p>
<p>医療側がもっと在宅へ目を向けた方がよいと思えるような報酬 現場を知ってほしい</p>
<p>①医療と介護は両輪ではあるが、サービス提供体制としてもっと交差させるべきであると考えます。例えば訪問介護と看護。日に応じてどちらが優先度が高いのか、両方なのか等について事業者が判断して（又は要介護者の希望に応じて）サービス提供が柔軟にできればと思います。…このような事業所の検討も始まっているようですが…。②超高齢社会に向かって介護費用の抑制は、当然大きな課題ではありますが、事業所の経営者もスタッフも食べていけないような介護報酬の設定では、早晚介護保険制度は崩壊すると思われま。質を求め、報酬アップにつなげる方策（ただし、小規模事業所が努力でできる範囲の質）をとってほしいと考えています。</p>
<p>・在宅療養支援診療所に非常に手厚くなっており在宅看取り10000点はとても算定できません。・施設訪問診療の場合の管理料を各個人で算定できるようにしないと、医療、介護の両施設を有する法人が患者のフリーアクセスを阻害します。・在宅末期を算定する場合に訪問看護ステーションが算定できなくなってしまう、同一法人が訪問診療し、同法人のステーションが担当することになってしまいます。訪問看護ステーションも独自算定できるようにすべきです。・在宅総管算定の場合に、院外処方と院内処方での格差があまりにも少なく、これでは“投与するな”に等しくなり、粗診を奨励することになってしまいます</p>
<p>地域の医療関係者は疲弊しています。あまりにも医療介護に対して無策であり、地域の現状を知らなすぎると思います。急性期医療の崩壊の為、医師として医療に取り組む情熱が失なわれる毎日です。数年後には廃業するつもりです。報酬制度の改定とは表面上のことだけで日本の医療を背負ってきた診療所の開業医は心まで崩壊しかけています。都市の大病院・専門医だけが医師ではありません。私自身も大学・勤務医としてやってきました。</p>
<p>・医療費は生産する年齢、または、身体的に上昇している年代に使うべきで、衰えて死に行く年代に使うべきではない。生前～40代までは皆保険で良いがそれ以降は緩和的処置、積極的治療が希望であれば自費で行うべきである。これは、あくまで次世代を守るための考え方である。</p>
<p>在宅患者訪問診療料の規定（難病）が病名のみで定められていて、状態ではないことに疑問がある患者様もいます。訪問看護で対応できてはいる状態ですが、診療が制限され、点数算定ができない訪問になりかねません。（往診料で算定しても、レセプト減点になることも有）年齢が若い方で事故等の後遺障害で寝たきりになっている方にも安心して医療を受けて頂けたらと思います。</p>
<p>緊急にショートステイが必要なときに地域全体の中で何とかやりくりの出来るような余備スペースの確保は制度上保証がつけば可能ではないか、否の場合病院の受け入れも不可のことがあり、大変困るケースがある</p>
<p>さまざまな部分での見直しがされるところで、医療、介護の事業で診療報酬詐欺事件（医療費が全額公費負担となる生活保護受給者の135人に不必要な心臓手術を行われていたり）が多々発生している。このような不正を未然に防止できる行政での体制強化を課題とする。現状の介護サービス利用料は、1割負担であるが、所得により負担変更などを考える。また、福祉用具の利用について、介護度により、車いすレンタルが出来ない状況にて、軽い介護度であっても補助道具として必要な場合もあるのに、レンタル出来ないため、常に不自由かつ自立を阻止している現状を見直しすべきと考える。診療報酬においては、在宅医療点数を評価するべきと思う。特に・同一建物居住者の訪問診療200点の評価・同一患者又は同一居室の2人目以降の点数評価・在宅患者訪問点滴注射管理指導料60点算定要件の改善（看護師等が週3回以上訪問点滴注射を行わなくても算定できるように）</p>
<p>老人介護施設で有料老人ホーム、宅老所、高専賃など認可の基準が緩いものは、更に緩くして欲しい。施設基準ももっと緩和してもらいたい。</p>
<p>診療報酬、介護報酬の改定や制度に対しての見直しが行なわれるにあたり、現在に於ける医療介護報酬や制度についての矛盾点として、入院中や入所中の患者様や利用者様達が他疾患を併発したり、疑がわれたりした場合の専門科の受診を必要とした時や、他院での定期的加療を必要とした時の減算に関し、利益上、退院や退所を余儀なくされるケースが多々にみられそれに対する患者様や利用者様及び家族の方への不安や負担が大きい様に思われます。又、疾病及び内服薬の種類や量によって、どこまでが医療で、どこまでが介護施設でどこまでが在宅介護なのかの線引きが、曖昧であり在宅復帰や在宅介護や在宅看取りを推進しようとしても、患者様や利用者様や家族の方達が希望する様な、在宅看護、介護、看取りは望めない様な気がします。在宅介護困難入院困難や入所困難ばかりが目立ち、希望とする在宅での看取り数の増加には難しい現況があると思います。</p>
<p>在宅医療における診療報酬はおおむね適切に評価されていると思われる。・ただし複数診療所が別々の医学管理料を担当診療所ごとに算定出来るようにすべきである。在医総管は一患者一診療所のみが算定請求するのは当然である。（在宅医療は、患者（利用者）が中心になる、医療・介護・福祉である故）訪看は主座を介護保険下に置いて特定疾患、特定状態は診療報酬下で24時間対応とすべきである。同一建物内居住者の訪問診療料が870点から200点に下ったのは当然と言えば当然です。</p>
<p>・在宅診療においても病院と同じように必要な処置に対する報酬がきちんと取れるようにして欲しい。・同一事業体で在宅診療訪問看護（リハビリを含む）を行っていると同日訪問でコストが一方しか取る事ができない。実際は同一であるからこそ連携が密でより良い看護医療を提供している事が多いという事を理解して頂きたい。・若い方の末期癌医療において、3割負担</p>

<p>のため病院入院中よりも在宅の方が費用がかさむ場合がある。ex サンドスタチンなどの薬剤の使用を行っている場合など。→できれば病院入院時と同じ又は安くなるような在宅のための補助が必要と思います。</p>
<p>核家族化が進んでおり、自宅での見とりは余裕のある家族でないと思理かと思います。</p>
<p>・介護での決められた枠で厳しきあり・在宅医療で医師の点数が低い為に医師への給料を考えると大変である・24時間往診など含めてお願いしているが動く割に(看護師同伴し)点数が少なく給料は時間外発生となる経営は楽ではないと思われま す・在宅医学管理料に24時間を含まれている現在、総合的にみても大変である・医師を確保するにあたりやはり介護の訪問 看護と同じでは少々不満もある・増々寝たきり老人が増えているが、入院しても安心して寝てられないのが現状である</p>
<p>有床診療所はベット数が少いの一般病床だけでなく医療療養や介護療養に部屋がわかれている。患者の状態に応じて部屋を 移動するが、患者とスタッフの双方に非常に負担がかかっている 有床診療所のような小規模の施設が医療および介護保険に 対応できるように考えていただきたい</p>
<p>終末期病院から在宅へと移行されつつあり今後もその流れとなり得ると思われる。それに共う、診療報酬、介護報酬の見直し を行ってみたいと思います。</p>
<p>当院は田舎にあり、回りの方たちは、国民健康保険、国民年金の方たちが大半で給付金はわずかなものです。そういう状況で は、診療報酬の点数が上がっても、なかなか請求しづらく又、未払いも多くなります。救急や在宅を診た場合、患者負担のない 診療報酬の上乗せというのはできないのでしょうか</p>
<p>社会的介護という観点で始まって10年になるが家族の負担が大変である。その段階でも話題にのぼったが家族への報酬もも う1回考える必要があるのではないかと。それに関連して介護者が男性の子供という場合が多くなりつつあり、市町村の包括セ ンターの見守りを十分に細かくやらないと、生活が成り立たなくなる。虐待、無視、いじめ、消えた高齢者などの社会的な現 象が出て来ないためにも。地域における地域の人々を巻きこんだ介護体制が広く広がりを持つようになってほしい。真面目に 地域の高齢者を訪問しても“うさんくさく”(胡散臭い)見られるようではなさけ(情け)ない。</p>
<p>・特養の入所者は医療依存度が高く、入所者が適切な医療を受けられるよう、がん末期以外であっても、外部医療が入れるよ う見直しを!・ホスピス・緩和ケア病棟を長期に利用する場合の制限。・高齢者ではホスピス、緩和ケア病棟の自己負担額は、 特養、老人ホームよりも少ない。(差額ベットを除く!)・入院も、高齢者では自己負担額が、特養や老人ホームよりも少な いのでどうしても入院させたいことになる。・働く世代の、がん患者の入院、在宅医療費が高すぎる(高齢者に比べて)・ 高額療養費が診療所、薬局、訪問看護ステーションの3ヶ所の合算となり金額によっては看護が合算できなく、複雑で説明も むずかしい。・訪問看護ステーションのオプション料金が、契約の中で自由に設定されており時間外に利用した場合自費請求 されるケースがあり、オプションなので、医療費に含まれず、高額療養費にも当てはまらず、大きな負担となっている。不明 瞭な料金システム、法的に可能なのか?実際の例定期訪問を(月)(水)(金)としたとき、(火)(木)に臨時訪問となる と、オプション3000円、時間外は5000円となる。(自費)24時間対応加算もっているのに、このようなことがゆる められているオプションなので、行政→知っていると思うが…。や保険者もはあくしていない実態がある。交通費が自費なの で、遠い所の患者さんは不公平である。なので払わないと言われた事もある。どこでも在宅医療が受けられるならよいが、在 宅医が少ない現状の中で、いない地域の患者さんは遠くから呼べなくなる。・チームワーク、必要だが、それぞれの事業所を 別々に集めてカンファレンスを行うのは、無理である。</p>
<p>特になし</p>
<p>いろいろな点で制限が多い・たとえば点滴は2週間までなど</p>
<p>①診療所と病院の役割分担について最近病院は午前も午後も外来診療し次回来院日まで指定ししかも1~2ヶ月の長期投薬 をされている。開業医が紹介しても仲々患者をかえしてもらえない。又介護療養施設を併設して患者のとり込みを行っている。 いづれも経営上の事と思われる。これでは病院医師は過労となる。開業医も往診医がどんどん減少し経営上も外来もへりつつ あり困っている病院と医師の役割分担が出来る様な制度にしてほしい。②有床診療所は入院単価が低く入院患者があると1人 でも入院あれば当直看護師を当直させねばならない。又給食のための従事要員も必要となり当院も10年前より入院をやめて いる。どこも受入れ先がなく且緊急性の高い場合はやむを得ず入院させる事もある。③診療報酬の内容が細かすぎ種々の管理 料、加算も複雑難解でもっと簡単なもの出来ないものであろうか</p>
<p>地域での中小病院と診療所の信頼関係と連携 特養も医療の外部からの介入とすべき、各人の基本的人材に沿った、各人の医 療利用にすべき。訪看の特別待遇も視野に入れて充実させる。</p>
<p>(本日までの締め切りにて、時間がないのでパス)</p>
<p>いつも感じることは次の点です。主治医意見書のことです。病院医師が主治医意見書を書くことはどう考えてもおかしいと思 っています。在宅で療養中の患者さん達が多く、病院への通院も困難な患者さんの状態を把握することはむずかしいと思われ ます。在宅へ往診するわけでもなく、急変時に対応するわけでもないのに、在宅で療養中の患者さんには必ず「在宅主治医」 を置くことを義務づけることが最も適切な方法だと考えています。「在宅療養支援診療所」はそのための存在ではないでしょ うか。また往診もしない病院医師が「訪問看護指示書」を書くこともおかしい話だと思われま。 「訪問診療」と「訪問看 護」はセットで動くべきだと考えます。患者さんと訪問看護師が困っています。</p>
<p>①地域包括支援センターが、利用者の困り込みをして肥大化し、本来の役割を果たしていない。ある地域では、センターが窓 口から予防介護、サービス、施設介護、療養病棟まですべてを持って巨大化してしまっている。そのケアマネジャー は組織の一部として動いており、利用者を支援するというよりも搾取の対象として扱っている様である。②地方自治体に福 祉の専門家、指導者がおらず、その結果各センターに業務を丸投げしているのが現状になってしまった。センターの見直し、 業務の制限、透明化が必要だと思う。③地域の急性期病院の質の向上と情報公開が必要だと思う。質の向上の為に各病棟内 ケアマネジャーを導入しなければならぬ。情報公開では入院患者の退院後の状況について、いったい何%が在宅、施設移行 しているか。1ヶ月以内の再入院率は何%か。これらを公開して診療報酬に反映すべきだと考える。④NHKテレビで富士宮</p>

<p>市の地域包括支援センターの取り組みが紹介されていたが、自治体が中心となって各部門との連携もよく、よいお手本になると思った。総務省や厚労省は自治体幹部を教育し、このような利用者の立場に立った行政を指導してほしい。</p>
<p>これから迎える多死の時代、病院主体の看取りはさらに困難になってくると思われます。そのため、病院主体の医療から、在宅主体の医療の方向に転換されていくべきと思われ、介護に関しても、報酬を上げ、スタッフのモチベーションを保てるような方向で制度を変更していく必要があると思います</p>
<p>在宅療養が推進されてきたが、一方で在宅療養が困難な人々が増えています。つまり独居者、老々介護、認々介護、生活困きゆう者等です。無縁死、無縁社会が大きな問題になっています。介護申請は、本人あるいは家族からしか申請ができません。従って在宅療養に偏重してはいけないと思います。終のすみ家を社会が整備していくことコミュニティーをふやすこと。（たとえば、認知症だけを收容するグループホームではなく老人もがん末期も一緒に入れる偽似家族的なユニットが多く作られる必要があると考えます）一方で在宅療養を推進しつつ、一方でケア付き住居、上記ユニットを国、自治体によって作っていく必要があると考えています。無縁者を無くすこと、ICFの理念を拓める活動制度が求められています。</p>
<p>当診療所は訪問看護ステーションを届け出はしていない。終末期訪問診察及び訪問看護が1日1回しか算定できないのは著しく不公平である。時間外、深夜、休日加算をそれぞれ算定できるようにしてほしい。</p>
<p>特に考えなし。</p>
<p>改定される期間が多い為、在宅者は困らているのが現状。これから、在宅の人が多くなると思われます。一番困っているのが、病院との連携、病院は機能評価で、地域との連携と掲げていますが、意識的には、なっていないと思われます。医療機関のネットワークが充実出来ること、病院スタッフの在宅への意識向上等が必要と思われます。診療を受ける、介護を受ける方々が医療の専門家からきちんと説明を受け納得する事が必要で、それが少ない為に現場では、苦勞する状態です（高令者が多い為納得に時間が必要）（改定されることでおきてる現状）介護内容が年々縮小され、在宅で過されてる方々は年令も増し内容の把握が困難となり、精神的ストレスから身体への影響が大きく入退の繰り返して医療費もかなり増え（病院では飲まない薬を処方したり、残薬が多いと報告しても関係なく処方する病院が多い）高令者の医療費は多くなると思われます。在宅の人達は（コロリと死にたい）と言われます。本音とは思いますがやはりコロリといかない為苦痛強く入退繰り返し、その介護してる人も高令で倒れ入院身内が居ない方は同時入院費用がない方は福祉の援助、この様な状況が命、生きることなのかと胸が痛いです。（核家族化の問題も大きいと思います）</p>
<p>・医療介護制度は利用される方によっては、介護の支援を多く必要とする方でも介護度で制限があります。受けたいサービスを受けられない。また経済的な問題をかなり気にしてサービスを制限する例も多いです。・訪問看護制度の利用者の激減についてもやはり介護と看護のちがいが理解してもらえない事。単価が高い事が理由で利用中止になる事も多く、主治医の意向やCMさんの説明も理解してもらえず受け入れが悪くなり激減しています。・本市では高令者世帯が非常に多くなっています。独居老人であったり、老夫婦で生活していて、老々介護になっています。在宅において最期を迎えたいと願っていた方々も今では入院を希望したり施設入所を希望する様に変わりつつあります。</p>
<p>特にありません。</p>
<p>一定期間2～3ヶ月以上の入院期間をへて入院中に死亡した場合に、死亡前一定期間（2～4週間）の医療費については包括として、保険点数上は減少させ、患者さんや御家族の自己負担を少なくする。このことによって、死亡前に掛かる医療費の削減と在宅への移行を推進することが出来ないかと思っています。（仮称：入院時死亡加算、在宅看取り加算）</p>
<p>介護保険制度は、利用者（患者）のプロフィールを知っている医療従事者が療養に関するプランを立てる事が大切であり、情報も十分ではない方が調査を行い、介護認定に費用までかかり、しかも十分なサービスも受けられずにいる状況があり、このような制度は中止するべきであると考えます。</p>
<p>若い方の癌等終末期のコストがかかりすぎる。子供も小さく経済的に厳しい方が多い。在宅死を希望される場合介護者に介護休暇がなければ収入なくなるため。</p>
<p>・医療保険から介護保険のスムーズな移行・慢性期リハビリテーションの重要性・過介護にならないような体制、その見守りホーキング博士のICFを活用され、物理学者として活躍され、身体が不自由でも、結婚され、家族の構成に努力されたことには敬服し、尊敬いたします。日本でも障害を克服し、希望が実現する社会が来ることを期待したい。</p>
<p>在宅療養支援診療所を重点的に重視するのではなく、一般診療所の在宅医療への参加を容易にして多くの診療所の連携の下で、これから益々増加する高齢者の在宅医療を支えて行くことも考えるべきである。在宅医療を専門化するのではなく、広く浅く多くの医療機関で支え合う仕組みもあって良いのではないかと考える。</p>
<p>・返戻査定が厳しすぎる（高齢者に対して）正しい治療で過剰になる・外科処置の診療点数が低い。材料費に見合わない。（腹腔鏡の手術等）・病院と同じ治療を行っているのに、診療所ということで加算がつかない（化学療法、その他）・診療所での診療医の志気が下がる。</p>
<p>・人材の確保 意欲を高める風土作り・質の高いサービス 個人個人が目標をもちスキルアップすることで専門性が向上し質の高いサービス提供につながる。国は良質なキャリアパスに取り組む事業者を評価すべき、と考えます。・人材の確保と安定・処遇の改善が課題で介護従事者が希望と誇りを持ち働き続けるためには、誰でも真面目に働けば社会水準以上の賃金が確保される・休日（特に連続）が取りやすい・コミュニケーション（人間関係、風通し）が良いなど事業所の取り組みも必要です。</p>
<p>施設への往診について、在宅への往診との点数差をなんとかしてほしい</p>
<p>・現場に則した報酬制度の確立が重要（役人さんたちがもっと現場を理解するべし）</p>
<p>・在宅医療の現状を役人が把握し、それに見合う報酬改定をお願いしたい。（まじめに対応している医師が多数います。）</p>
<p>いくら意見を言っても行政まで届かないので、改定されたら改定された通りにやるしかないと思います。</p>
<p>四角四面のケアマネージャー等への規制をとり、人間らしく働きたいと言う人が多い。</p>
<p>当クリニックは一般的な小さなクリニックである。広くプライマリーケアにとり組み在宅診療が主たる経営の柱の1つとなっ</p>

<p>ている。そのかかえる問題を以下に述べる。1) 近隣医院病院との連携と競合：診療及び在宅診療への熱の入れ様は各医院、病院間で様々である。熱の入っている組織間には競合が生じやすくまた連携も起りやすい。つまり系列化しやすい。しかし当地のような過疎に近い地域ではその連携すら生れにくい。2) 従って在宅診療を充実させてゆく為には勉強会等に広く参加し自らのプライマリーケアを高める努力をしてゆかねばならず、また伝を頼りに非常医師の助けを必要としてくる。そうすればまた経営努力を重ね基礎を少しづつ拡大してゆかねばならなくなる。このように中身の濃い診療在宅診療をすすめてゆくならまずまず医療活動（診療と経営）に埋没してゆかざるを得ず、自分から医者を引き付け何も残らない己に出くわさざるをえない。3) この問題の解決の為に例えば病院勤務医との連携を考える。ほとんどの病院勤務医は在宅診療、在宅緩和ケアを理解していないから、病診連携の上からも有要で、次の提案をしたい。病院勤務3～5年間に1年間はクリニックに半勤する義務を負わせる。半勤とは例えば月・水・金はクリニック、火・木・土は病院勤務とし給料はそれぞれから半分づつもらう。こんな制度があれば当クリニックなどは本当に助かるのだが（私の自由時間も増えるというものだ）。そしてそこに報酬制度上何か評価コストがもらえれば一番よいのだが……。</p>
<p>報酬制度が上がるかといって、それを特別にやる気はない。医師として、人間として、信頼してくれる患者に誠意をつくすのみである。それで点数が上げれば請求し、されなければ、それはそれで良いと思う。以前から24時体制を行っていたし、夜間も往診、看取りも、当たり前になっていた。</p>
<p>訪問看護が利用しにくい制度であることが問題（・介護保険と医療保険で分けていること・「在宅末期」が訪看ステーションとの間で費用戻しの必要があり使いにくい・訪問看護での点滴が非常に請求に難しい</p>
<p>現在、一番問題のあるのは訪問診療の点数である。特に同一建造物（マンション、アパート等）は830点が200点になるのは納得が行かない。月に2回以上行かないと在宅時医学総合管理料が取れないのもおかしい。仲々患者に納得してもらえない。1回行っても半分づつ取れる方法はいかがか？初診者は特に3回行かなければ点の取れないのもおかしい話である。退院時カンファレンスも点数が少なすぎる。特に私共の田舎の医療機関は往復に2時間カンファレンスに1時間でも合計3時間。医師看護師等が参加するには給料も支払えない状態である。</p>
<p>現状は報酬は施設に入ります。これを自宅、看護者に渡すようにする。</p>
<p>わかりません。</p>
<p>介護報酬は上がらないと皆疲弊しています。</p>
<p>・多職種の効率的な連携、必要なカンファレンスは必ず行い、短時間で済ませるかわりに必ず出席する、できるようにする。あとは、メールを使いながら、リアルタイムな情報共有をする。I. C環境の整備が重要と思われます。医師、看護師、薬剤師、歯科医師、ケアマネの連携が特に重要です。地域で多職種を集め、事例を作ってグループに分けてカンファレンスシミュレーションを行い、後にみんなで検討する・吸引処子、胃瘻等の注入処子、決められた創処子（褥瘡を含む）など介護職はそんな研修を受けてできるようにする。・訪問看護は介護保険でなく医療保険に組み入れるべきと思います。ヘルパーでできることはヘルパーにしてもらって大事な訪看Nsを有効に活躍できるようにして欲しいと思います。せっかく医学教育を受けている訳ですから……。</p>
<p>取り組むべき課題ITを用いた医療および介護の連携。アナログでは無駄が大きい。報酬制度上新たに評価すべき項目膀胱留置バルーン管理の点数が低すぎる。ウロバッグ代を請求できるようにしてほしい。診療以外に使用した褥瘡治療のデュオアクティブ退院日に訪問看護を入れるケースを緩和してほしい。</p>
<p>24hr体制を徹底出来るような（・法整備・診療報酬のupや充実・介護報酬のupや充実</p>
<p>・訪問診療料での同一建物に関する規定を改めるべきである。明らかに高専賃を対象にしたものなのだから高専賃や有料老人ホームと限定すべきである。（大きな公団やマンションで複数の在宅患者さんがいることは稀ではない。）・国が得た利益をどの分野に振り分けるか？医療・介護分野の経済波及効果は明白であるが（株）参入の利潤至上主義では福祉国家にはほど遠い。</p>
<p>〈課題〉ヘルパーの行為に対し、制限が多い それは本当に患者様、ご家族にとって良いことなのか？重度の患者を受け入れるにあたり、ケアマネジャーの医療的な理解度が低いと適したプランが提供できない。訪看のなり手が少ない（？）〈報酬制度上の問題等〉様々な医療処置を自宅で行なえるようにはなってきたが、医療機関の持ち出しになるものもあり、まだまだ整備が必要な印象。手厚くなればなる程、家族の負担は大きくなるため、早期の緩和ケア介入がしにくい現状もあると思う。</p>
<p>・当院で訪問診療を行っていて、診療報酬についての表記が難しく、いつも事務と悩まされています。具体的にケースを入力すれば“これとこれが増算できますよ”と教えてくれるサイトを立ち上げて頂けるとありがたいです。・バルーン留置中の患者さんの受け入れを拒否する訪問診療施設がある様です。材料費などのコストが高い割には管理料などに含まれてしまうからではないでしょうか？材料費が含まれてしまう場合、たいていの施設は、コストを少なくおさえる事を考え、患者に良いものを使うよりは、安価なものを選んでしまうと思います。・訪問看護ステーションが今より充実していければ自宅での看取りもより可能なケースが増えると思います。訪問件数が多すぎて、なかなか看護師がまわりきれないのが現状の様です。訪問看護ステーションが行う業務に対してもう少しコストが上げられれば看護師も増やせるのではないかと思います。</p>
<p>全体的に介護看護に対する費用が低く過ぎる。特にケアプラン作製費は易い。1件平均1万円で月に35件では、1人のケアマネジャーは月に35万円しか稼げない。したがって、ケアマネジャーの給与は事業所が赤字にならなければ年俸400万円を越えない。このような仕事は本来行政で行うべきだ。又、移動入浴は1回12500円もする。デイケアでは入浴させると赤字になる施設もある。移動入浴か、デイケア（入浴を含め）1日分より高いなんてことがあることがおかしい。事業所は営利を追求すると、パートや非常勤職員が増加し、介護レベルはアップさせるのが難しくなる。雇用も不安定となり労働衛生上も良くない。報酬制度そのものが予算を少なく見た上での決定である為、無理がある。介護保険は制度を国民に知らせるためには良いが実際には相当な無理が現場にはあり、多くの職員がパーンアウトしている。医療、介護、雇用、労働条件等グローバルな見地から制度を見直す必要がある。先にも記したが、最初から営業利益を出せない事業所を見込んで（職員が低賃金</p>

<p>で我慢すれば可能だが) 制度を行使していること自体おかし。</p> <p>在宅診療誘導のため「在宅医学総合管理料」が算定できるようになったがその算定条件ゆえに、在宅診療のハードルが高くなっている印象がある。また、その金額のため、在宅診療をあきらめる患者家族もいる。24時間、365日の対応には、それだけコストがかかるが、患者負担でない方法を考える必要がある。また在宅診療は一部の特殊な診療所が行うものではなく、地域の全ての医療機関が、その診療時間の一部を在宅診療に変更し、地域全体で支える時代ではないかと考える。</p>
<p>①訪問栄養指導に対する整備・訪問リハの様に他医療機関からの依頼に対して栄養師のいる医療機関から訪問できない。自院の患者(診療をしている)しかみとめられていないため栄養師のいない医療機関から栄養指導がおこなえない→可能にすべきである。②数の少ないSTに関しては報酬を上げることにより訪問リハにおけるSTの件数を増やすことが可能になるのではないか。③医療保険で訪問リハに行く場合、訪問診療と同一日には算定ができないという不具合がある。④施設内の患者はリハビリは施設内の介護にふくまれるが、施設内にPT、OPが勤めるのは難しい。施設への訪問リハビリが入れる様制度の改革が必要。</p>
<p>1. 増え続ける認知症診療、初診患者の診療には1.5～2時間かかる。心理学的テスト(e x H D S - Rなど)相談料)などの報酬化を望む。2. 高齢者の「予防教室」のシステム化地域毎に身心の予防教室を。</p>
<p>・今の日本には何も期待していない・自分のポリシーの元に在宅診療を着々と行って、貫いていくのみだと考えている。・地域の中で縁のある患者を支えているわけであり、ひいては市を支えとか県を支える、国を支えるといった程までの意識はまったくない。我々を知って関わった方々の満足度があればそれで良いし、それが縁だと考えている。・各事業体は①その本質をきちんと理解し、②他部所には踏み込まず尊重して、③各個人(職員)に対し、きちんとした意識教育をすべきである。④それに加え、各事業体自身が上を目ざしていくべき努力をしつづけること。・しかもそれを国がきちんと評価するシステムが出来なければ理想だけを語っているだけできっと何も実現しない。</p>
<p>在宅での点数は下げないでほしいです!</p>
<p>・大分医療と介護の連携ができる体制にはなってきたが、もう少し医師と気軽に話ができる関係になりたい。そのためにはケアマネ自身のスキルアップが必須。・本人の全体像を見て主治医の意見書を作成して欲しい。・地域包括支援センターの業務内容にばらつきがある。特に直営と委託では違いがある。地域包括ケアシステムの確立のためにも包括業務について最低限のルール決めが必要か。</p>
<p>①医療、介護の保険を1本化し、負担金は合理的な配分が必要である。保険制度の改革が必要である。病院に適応しているDPCも欠陥が多い②老人に対する医療は疾病だけに限定し介護は加齢による現象で、地域の負担とする(地域の活性化、都市人口集中の改革)③老人ホーム、介護老人施設等の疾病は医療保険です。介護は、国民の税金です、施設基準は地方で決める。多くの高齢者は1LDKで十分。現在老人保健施設を利用しているのは金持が多い(家族は1ヶ月10万～20万位の負担金を払っている)④宗教団体から、集った金の一定額を募金する⑤老人でも、健康な老人は保育、介護に機会を与へ、コミュニティの発展に促す⑥高校卒業で希望すれば、又、国がお願いして介護に参加する</p>
<p>(介護報酬が低ければ有能な人材が介護業界に入ってこない。さりとて、介護報酬が高すぎても、利益追求の株式会社の参入があり、弱い立場の患者が切りすてられる。</p>
<p>・老健での治療費を認めること</p>
<p>高専貸や有料ホームの看護師が点滴、留置交換できず困ることがある(制度・規定でできないという)高専貸では全くの部屋貸しであったり、夜間誰もいず見守りのないところがありそこから移り住むにも施設の受け入れ先が見つからない、又は探すために大変な時間や労力がかかってしまう現状を改善し安心して生活できる制度ができるとよいと思う。</p>
<p>在宅での介護力がない。老々介護、働く女性が多いことなどから在宅医療にも限界を感じる。グループでの生活、地域全体のとり組みが必要と思う。一人ぐらしの老人がいっしょに住むというようなことはできないだろうか。訪問介護、看護の充実。24時間対応。マンパワーを増加させること。報酬上での対応を希望する。</p>
<p>地域での在宅療養支援のための多職種連携の活動を行うこと。インターネットにて「西区在宅ケア連絡会」をご覧ください。当地域での活動をご理解いただけたと思います。厚生省が2月14日に出した在宅医療連携拠点事業の地域版とでもいうべき活動です。</p>
<p>介護保険制度の始まりは、財政破綻した医療費を削減するための手段として出発した。医療も介護も需要に対して供給が上回らなければならない。当初4兆円産業として出発したが瞬間に7兆円規模となった。社会経済情勢の変化とともに、国の社会保障制度年金、医療、介護福祉の年内予算を毎年2000億円宛年次的に削減する施策がとられた。自助、共助、公助で努力することをされたが、覚悟がない。世界一の長寿国、年々高齢社会が進む日本で経済戦争はグローバル化の中で、少子化、雇用不安、傷病者、脆弱高齢者も増えつつある。健康で文化的最低限度の生活保障を唱えた戦後状態、あるいは欲しがりません勝つまではといった戦時中を想わせる現状ではないか。医療も介護も、戦陣医療、従軍看護・介護にも類似しているのではないかとさえ思われる。国際生活機能分類は情報収集・解析の出発点であり必要十分な実践施策と実行、評価は理想の実現に向かって、牛歩遷々としても不断に繰返し評価、解析、施策の欠陥を補充し訂正～更新し続けねばならないだろう。現実には、第一戦部隊スタッフ各自の滅私奉公に(個人の良心)依存しているといっても過言ではない。</p>
<p>寝たきりの方については割合それなりの介護度が結果として出る事が多いのですが認知症の方については動けても徘徊する重症例についてももっと介護度をあげて欲しいと思います。家族の負担が大きく疲れきっても受け入れ先がない事もあり、もっと受入れ先の充実も検討されたいと思います。</p>
<p>・訪問医療と訪問看護が同時に出勤した場合。それぞれが、算定できないこと。・電話対応e t cの点数が算定されにくいこと。・患者家族等との面談(患者本人が含まれない)で長時間に及んだ場合でも、診療報酬が加算されない(弁護士相談に時間単位!!)・患者本人が家族が、きちんと適切な訴えをできること。・一家族で複数の患者を診療しても、一人分しか算定できないこと(在宅をしていると、家族全員の主治医となることが多い)</p>

<p>特養入所希望者数と、今年度増設するベット数がよく新聞報道される。生きることの困難がみられて、特養へ入所するならわかる。家族のわがままで（入所希望者が元気で）入所希望を出しているところが沢山あると思われる。特養を沢山作ることが福祉事業と勘違いしている。もっと大変な人を自宅で働かしながら、あるいは会社をやめて嫁にも行けず頑張っている人もいる。施設の事業主のみの懐のみ増え、従業員は低賃金で働いている。税金の使い道がまちがっている。政府は「在宅支援」とは口で言っているだけで、予算は入所施設にのみ使っているのが現状である。どんなに特養つくってもきりが無い。在宅で介護している人にもっと光りを、自宅でおとしよりを看取ったという子供、嫁としての安堵感が人間生活では大切なことと思う。その後のお墓参りにつながると思う。死後の供養につながる生前の介護が重要である。</p>
<p>・在宅介護の介護力不足（若い人がいない等）しかし施設への入所待ちが多すぎて入所できない・認知症の方で医療が必要な方の入院治療できる施設がないに等しい・看護師不足、介護士不足</p>
<p>税収の減少に伴い、日本経済の低下が考えられる。福祉に対する予算の減少が考えられるので、診療報酬、介護報酬は減少すると思う。若い人が介護施設で働かないので老老介護になることが問題</p>
<p>院長80才産婦人科医平成6年より長男一緒に医院に務める放射線科専門医内科平成17年より分娩を中止する</p>
<p>1. 財源確保 1. 人材確保 1. 地域にはそれぞれの事情あり地域で解決できる様な工夫が必要（高令化率、自治体による財政力の差 1. 営利主義の排除→一方で十分な賃金をスタッフに払える制度上の工夫が必要 1. 医療と介護が十分に行なえる様に連携がとれること</p>
<p>各地の厚生局の指導に対する態度 私たちは犯罪者ではない 点数が高いと個別指導を受けることとなります。現在行われている個別指導を受けたくないの在宅医療を行いたくないというドクターは少なくありません 点数がややこしく誤解されることが多いようです。在宅というより施設でのみとりを増すことだと思います 施設からの終末期の救急搬送を断ることも必要だと思います。ケアマネの教育を。看護師さんは、仕事をしながらレベルUPのため勉強することができます。ケアマネは働きながら、経験者が新人に教えるというようなことができていません。</p>
<p>非がん患者、老衰であっても、もう少し訪問できる制度がないと、不安をもつ家庭も多い。</p>
<p>改良点：ディサービスやショートステイ利用中におこった体調不良時等の往診をできるようにして頂きたい。</p>
<p>医療度の高い患者への診療への加算（一律はおかしい）、管理料をとれるように。</p>
<p>特記なし…</p>
<p>前は診療報酬は弱干上がったが、病院の方であった。おそらく、国の方針としては抑えられる方向であると思う。それに加えて介護報酬も同時にかかるので大変である。出来る範囲でやるしかないが、病院で入院して最後を向えるより在宅での見取りの方が明らかにcostは低くてすむ。しかし、それにたずさわる医師、スタッフは遠出もできず、の状態なので、そこを踏まえて改定をお願いしたいが。</p>
<p>①高齢独居ないし、高齢夫婦のみ世帯の在宅療養を支える支援②重症障がい児や若年の重症障がい者への在宅支援③訪問看護を育てていくための制度設計</p>

### (在宅療養支援病院) 問31

<p>・人手がありながらうけ入れない家族には入院費の上のせなどの処置がほしい。とくに、施設のほうが、高いという理由で転院を拒否する悪質な家庭もある。無理に帰すとぎゃくたいする、もしくはネグレクトで亡くなるので、帰せず、病院の経営を圧迫してしまう。とくに、気切の患者は施設のうけ入れがないので、行き先がない。はやくヘルパーにも吸引処置ができるようにしてほしい。</p>
<p>2012年4月の診療報酬、介護報酬の改正に従い、医療介護の機能強化という点で議論されていますが、私は退院、転院に携わっているという立場から、①転院先が少ないといった現状。②退院して在宅に帰る場合、医療行為という壁がある為、スムーズにサービスにつなげられないといった状況に、直面します。その為①については、医療行為が必要であり、なおかつ、家で暮らすことができない患者さんは実際に増加しているので、介護療養病床の廃止、3年延期という策では不十分だと考えています。実際に当院でも廃止の動きにより、療養病床から出されて、受け皿もなく困っている家族がいます。②については、介護職員が、痰の吸引のみならず、訪問看護、訪問診療を利用しながらも、その不足を補う形として、インシュリン注射の投与もできるしくみであれば、金銭的にゆとりがない家族も、在宅での生活が可能となる方が、増えると思います。しかし、その為には介護職員の十分な教育と、家族の同意という取り決めなど、明確にする必要があります。また、独居の方に対しての、24時間対応の定期巡回、随時対応サービスを創造することによって、在宅で安心して暮らせる方が、増えると思いますが訪問看護、介護との連携が必要と考えられます。私は老々介護世帯も、対象となることを望みます。また、施設では、ユニット個室の負担減という提言も出ていますが、その前に、受け皿を作り、施設入所の待機者を減らすことが、先決ではないかと考えています。上記のような、制度上の課題と共に、現場で働く私達は、患者さん家族の話をよく聴き、その方達の生活が地域とつながるように支援していくことが、必要だと考えています。</p>
<p>・適切に情報収集し全体を把握したい。・すべてを余すことなく（漏らすことなく）活用してゆく。・療養型（介護も含む）の存続を明確にして欲しい。・報酬up（医療・介護とも）・保険料down。・限度額の引き下げ。・医療及び介護の質の追及、向上。・マニュアルの見直しとその活用。・ショートステイ用のベットの確保。〈ショートステイ受入体制に対する補償〉。</p>
<p>報酬改定のテーマは常に「制度の持続可能性」を探るといったものです。給付抑制→自己負担増による制度の表面的な維持が目的です。介護保険は今後、重度中心型にして、利用者を削減し、施設の民間事業化や自費サービスの増化が基本的なポイントです。また、今後多死時代を迎えて終末期ケアは家族と自費が支えていくこととなります。孤独死や看とりビジネスが広がり、放置されたように死ぬ人が増えます。介護保険の導入時は、「いつでも、どこでも必要なサービスを安価で受けられる制度」と宣伝していたと思います。制度が定着化すると、軽度要介護者の切り離し、報酬の引き下げ、自費の増加へと流れてい</p>

<p>き、次回の改定以降は、給付を抑制するために地域の互助をあてにした制度設計をしようとしている。互助はあくまで介護保険のすき間を埋める役割で、介護保険に代れる専門的サービスではありません。また、定額報酬化の流れが強くなるでしょう。小規模多機能型居宅介護でうまくいったと考えたのか、認知症ケアのためには必要だという流れをつくっているが、要支援1～2の通所サービスの利用しづらさを考えてもわかるように、定額報酬では対応できないケースが多く存在する。出来高払いを中心にしておかないと、使えないケースが多く発生して困難事例が多くなる。定額報酬化すれば、ケアマネジャーもいらなくなって、事業所が利用者を直接ケアマネジメントしていく流れになるのも狙いの1つだと思うが、ケアマネジャーがいなくなるとこの制度が成り立つのか、本当に疑問です。</p>
<p>在宅において、医療経済的な問題は必ず関わってくるものと思われるが、現在のように「医療費をへらす為に在宅とすすめる」という国の方針には反対。在宅は集約化という観点では、明らかに非効率であると思うが、意義は効率とか、経済的とかそういったものを超越したところにある。その為、だれでも在宅をおすすめする、在宅でみると、というのをよしとするのではなく、本当に希望されている方をのみ対象に、行っていくべきであると考えます。</p>
<p>在宅の診療報酬のアップを望みます。365日24時間のストレスは想像を絶するものであります。介護報酬については、国の推し進める、在宅への意向は、施設と在宅の区別をきちんとすることが重要である。</p>
<p>これからむかえる超高齢社会と多くの方のみとりをするための啓もうをすすめるとともに、それに応えていける構造転換と職員教育が必要である。心も体も経済的にも安心してむかえられる様な国を上げての構えと具体的な財政的な手当てが必要だということを訴えていく。認知症の方の治療がいかにかたいへんかそれを診療報酬上評価し、必要な人員が配置できる様にしてほしい</p>

(臨床研修指定病院) 問23

<p>自宅や介護施設でも自由に死を迎えることができるようにしてあげ、死の■■■■いには医師は不必要であることを認知し、医師はいつでも死亡診断書を出せる形にすれば、大きな病院で死を迎えなくてもすむし、医療の荒療は防げきる</p>
<p>介ゴ保険制度そのものを見直し・現場の声をきいてほしい・書類上の手続きのみ評価される。医療の公費負担が多いが、公費対象外で、自己負担が大きいケースもある。→適切なサービスがうけられない。公費負担の見直し必要。訪問看護事業所が、24Hで運営できる人員の確保を。</p>
<p>DPCによって病院から切り捨てられる患者が多い。病院、特になんか処置や公立病院は責任ある医療を行うギムとする。かかりつけ、介護の患者が病状悪化時に入院拒否した場合は病院にペナルティーを荷すようにすべき、高令者、癌末期の入院しても長く、点数にならない患者を拒否する病院を公開して、批判できるようにすべき。</p>
<p>在宅医療に対する報酬の充実、介護職における医療行為に対してのガイドラインの見直しが必要かと思えます。</p>
<p>在宅医療をすすめるには、生活支援をする人手がもっともっと必要だと思います。そして1人あたりの介護者の負担を軽減し、賃金は安くても気軽に参加できるようなくみを考えるのはどうでしょうか。介護と医療も、そろそろ切りはなしてはどうでしょう。「老い」や「障害」は病気ではないと思うのですが。「死」を医療で扱うことも、そろそろやめませんか？</p>
<p>・介護従事者への待遇の改善・訪問看護機能の拡充・訪問看護の周辺業務の効率化・民間企業の訪問看護への参入など</p>
<p>・胃ろうやCVポートなど簡単に造れないようにしてほしい・在宅サービスの質を充実させてほしい(ヘルパー特に)・小規模多機能に是非看護師を!!・特養で看取りがきちんと出来るようにして欲しい。→すぐQQ車呼ぶ→胃ろうorCV→施設は引き取り拒否!!→療養型の入所待ちで急性期病院も困っている。・看取りができたことに対して(在宅or施設での)評価を与えたらどうでしょう…?</p>
<p>・在宅医の充実に向けての制度改正、及びスキルアップに向けての教育体制・訪問Nsの権限拡大・在宅医療よりも入院している方がコストが低いとどうしても病院にいることを望むことになるため、在宅の方のコストを低くできるような制度・家人が在宅で看取りたいと思えるように</p>
<p>包括的医療・介ゴにてコストとマンパワーをより合理的に配分。倫理的に終末期・急変時になってもストレスなく在宅で対応できる実践経験必要(医療者も介ゴ従事者も)(終末期相談料云々など費用は別の形(名称)でコストがつくよう配分…</p>
<p>・2010年の改定でケアマネジャーとの連携が評価され介護支援連携指導料が新設された。また退院調整加算も年齢の制限などがはずされより多くの患者さんに適応されるようになった。病院内で退院調整を行う部署としてはひとつの評価基準となるが、労力の割には点数は低いと感じている・2012年の診療報酬、介護報酬の改定については勉強不足のため上記以上の返答がみつかりません。すいません</p>
<p>1. 理学療法士からの意見(1)退院調整や地域連携への報酬を大幅に上げる。(2)地域医療及び介護における専門職への医師からの権限委譲(3)介護職種の地位の向上以上の3点です。(1)については、病院(主に急性期)は報酬がつかないことは基本的には行われません。(経営上の問題のため)そのため、政策的に利益を挙げられるシステムにしなければ経営者が取り組むはずがありません。(2)について、地域医療を行う上で、都市部のように徒歩圏に主治医がいるという地域は中山間部を抱える地域ではほとんど皆無です。主治医意見書だけをもらうためだけに車で行くというロスをなくすために、地域医療については医師の権限を縮小させるべきです。その分、看護師や理学療法士等のコメディカルに権限を与えるほうが効果的であると考えます。(3)について、介護職の離職率の高さは他の職種よりも大きいものです。これではサービスの質の向上につながらないどころか、いわゆる「介護難民」の拡大化をまねきます。したがって、介護職の給与及び地位向上を制度的にバックアップし、将来的な必要数を中長期的に確保することが必要であると考えます。2. 看護師からの意見 医療法の改定により、医療度の低い方(胃瘻のみ、褥創処理あり、頻回でない痰の吸引、時々点滴が必要など)の施設入所や療養型病院への入院が困難となっている。核家族化・高齢化・低所得・女性の社会進出などによって家庭介護力が低下しているため、行くあての無い高齢者(介護難民)は年々増加傾向にあり、早急な改善が必要であると考えます。現在、ある施設の中には、要介護状態となったり、医療処置が必要になったとの理由で、退所を求めるところが少なくありません。要介護状態になっても、</p>

<p>医療的処置が必要になっても、入所が可能な施設の設置が望まれています。また、介護職員の処遇を改善し、報酬を上げることによって、介護業界全体のレベルアップが図られると考えます。処遇が改善され、多くの企業が参入することによって、提供可能な介護サービスの内用が充実してくると思えます。介護の現場で働く人たちが、疲弊してしまわないような給与体系の見直しをお願いしたいです。</p>
<p>①病院での診療も大切ですが、医師の診療報酬が主体であるために、在宅でかかわる方への報酬が■づらく。従って在宅での療養がしにくい状況にあると思えます。医師のみでなく、すべての職種のかかわりが報酬にむすびつくような、制度にすると、もう少しかわるかもしれません。②在宅療養者を診療する医師がgeneral. ■tでないことも問題です。様々な状況に対応できるgeneral. ■tにDrfeeをつけてはどうでしょうか。③夜間、休日に往診が必要になった時に、それができないため在宅が無理ということもあります。制度上、可能に（夜間、休日の体制をとれるようなシステム作り）が必要と思えます。24時間連けいは、現実的ではありません。</p>
<p>生保関係の患者の・医療費軽減負担なしは問題ではないか。・老々介護で生保でなく、年金で細々と暮らしている人が、やっとなで生活し、介護保険のお金をたてているのに、生保の家族は権利だけを言って、何もしないでお金が入ってくるのは問題だと思う。（税収も少ない中）</p>
<p>・救急医療の評価のさらなる拡大評価・急性期病棟等退院調整加算のMuWの評価をあげてほしい。</p>
<p>・高齢者が多い病院とそうではない病院（都市部）のちがひ。（6PCにより病名である程度入院日数を計画できるが、高齢者の多い病院では退院を支援するSWにとってきびしい現状がある。患者家族からは「やさしくない病院」などと言われてしまう。または「追い出ししている」とも言われてしまう）・療養型病院の必要性→受け皿がないときびしい。</p>
<p>・病院Dr・Nsが訪問看護STのNsに情報提供を行っても算定できません。■看STは6000円算定が可能です。是非病院側でも算定できるようになれば良いと思えます。・入院より在宅の方がお金がかかれば在宅方向にはならないと思われま</p>
<p>す。</p>
<p>介護保険を、もっと利用しやすい制度にすること。現状では在宅で療養している方の中で、介護保険によるサービスで十分まかなえている方は少ないと思う。ケアマネジャーの能力向上、質の向上。サービス事業所の質の向上、数の担保。緊急な場合も含めレスパイトできる医療機関や施設がたくさんあること。←こういった入院や入所にも一定の期間であれば報酬を設けるべき。</p>
<p>・薬価の低下交渉→（ジェネリックを多用している医療機関への思恵というか、メリット（ジェネリック頻用加算、とか…）・古い薬の採用中止、EBMに乏しい薬の、承認とり消し）・介護職員の創出。新規採用、合格</p>
<p>・病院から在宅支援を行なう退院調整看護師の配置に診療報酬上加算がつくと良いと思えます。疾病や障害をもって在宅に帰るわけですから十分な計画と、外部との連携に力を注ぐ必要があります。その点を強化し、在宅で生活する体制をきちんと整えれば、在宅で生活出来る方も多くなります。・ケアマネジャーの資格者にいろいろな職種の方々があり、疾病を持って退院する患者の理解を十分してもらえないことがあります。ケアマネジャーの定期的な研修を制度の中に盛り込んでいただけたらと思えます。</p>
<p>高齢化が進み、医療・介護の必要度が高まっていくなか、それに応しい報酬体系を整備すべきことと考える。体制基盤が整備されなければその上の乗っている現場は崩壊せざるを得なくなっていく。今後、医療・介護の報酬制度の枠を越えた新たな制度も視野に入れた改革が必要になると考える</p>
<p>・高齢者が多死する時代を迎えるが、家族介護力は低下をどんどんしていく在宅で看とることを話をしても“できない”家族は増えている。在宅だけでなく施設での看とりをする方向での加算を望む。</p>
<p>・療養病床の削減案の見直しが必要。・MSWの取り組みがもっと評価されるよう、各種退院調整加算の点数UPと、MSW病棟配置制をした場合の加算新設。</p>
<p>◎訪問看護料の自己負担の引き下げ。予防的に訪問できるようなシステムが必要◎在宅や施設へ移行した事に対する加算、訪問看護導入したことへの評価◎再入院（Ptの自己管理不足などによる）率の低下。訪問サービス導入で予防できる病状悪化を少なくする◎逆紹介率のupかかりつけ医（ホームドクター）を持つことを評価、大学病院との2人主治医制の推進</p>
<p>在宅でも費用が高いのでもう少し安くなるといいなあと思えます（効率は悪いので実際は人件費等考えると安くするのは難しいのかもしれませんが）</p>

### （訪問看護事業所） 問23

<p>ターミナル期でも、癌末期でないと、医療保険対応にならない点。介護保険の中で重症、ターミナル期に細やかなサービスを利用するには、限度額の枠が阻む。訪問看護が、カットされることも多い。支援する医師の不足。在宅療養生活する方のバックベットの確保（医療依存度の高い方）</p>
<p>認知症の老々介護が当事業所利用者で多くなってきている。認知症の老夫婦を介護してくれる介護者がいず、日常はもとより、疾病の観察（排泄・食事等）など、情報がいまいで、受診同行も誰がいくかと問題になった。現介護保険では、介護したくても時間や金額のわくがあり充分な介護ができない。その利用者に合った設定できるとよいと思われる。</p>
<p>診療報酬は非常に複雑でわかりにくい。（当ステーションは、今でも正確に請求事務が処理でき、支払いが受けられているのか心配です）もっと単純にわかりやすくできないのですか？（介護報酬について、施設の場合ですが、夜間対応加算は普通に考えてムリな加算です。あってもないと同じもの、どうしてこのようなことを加算と考えたのか不思議です。加算を取れるような（可能性として）方向を示してほしい。又、施設でターミナルを向える利用者も多くなっているため、高齢者グループホームでもターミナルケア加算が取れるように願います。特養では取れているのですから…）</p>
<p>24h対応の充実。・病院・ヘルパー</p>
<p>家族との信頼関係を成就するうえで、医師のみでは不可能であり看護師やケアマネジャーの存在も必要である。実際、他診</p>

療所の患者さんからよく、ケアマネジャーに相談を持ちかけられる。ただし、居宅介護支援事業所を掲げているのに報酬が少なく、事業所としての経営はなりたっていない。介護報酬の改善が望ましい。ただし、介護予防部門は、地方自治体の管かつにすべてにおいて縮小化すべきだと思う。
全ての報酬増額のみ！？
・スタッフの教育の充実→研修への出席（なかなか十分な時間調整ができない）・利用者さんの突然の入院、キャンセル等で訪問が定まらない（変動対応が多い）
・病院・診療所Nsによる医保による訪問看護への評価・24h体制加算e t cをみとめてほしい・介ゴ保険の介ゴ度による点数と、サービスへの加算が増えたことによる、利用者サービスに制限がかかってしまうこと
介護保険の場合、限度額があり、なかなか訪問看護のサービスが入れてもらえなかったり、必要であってもサービス回数やサービス時間がけずられたりする。訪問看護は医療系のサービスを任う部分も大きいため、医療保険でのサービス一本化してほしい。
在宅医療で使われる胃ろう経管栄養チューブ・カテーテル、IVHにかかわるルートや針など、材料費を正しく評価しておらず、管理料でうやむやにしている。デッドストックの問題もあり、これら材料の少包装の販売と適正な価格設定をしてほしい。不用な書類の記載の手間をなくしてほしい。（訪問リハビリ指示書の毎月の記載はムダです。）
ヘルパー身体援助・生活援助の内容「利用者は、ふろのとびらを、掃除を希望しているができない」「電気のかさを掃除を希望しているができない」通院援助、車椅子の利用者様で長時間の坐位は、できない。ヘルパーは付きそいはできない（病院内）
①2ヶ所からの医療保険による訪看で不可のせいで困っています（難病の方とか）うちの事業所は24h体制ではないので、24h体制をとられている事業所といっしょに入れなくて困ることがよくありました②今の報酬ではスタッフの退職金まで十分にまかなえるようなものとはほど遠いと思います③そもそも介護保険と医療保険で訪看の報酬や制度が違っているから、ややこしくて困ります。報酬も〇〇加算、〇〇加算、とかでわかりにくいしすぐ変わるので！現場は、ただでさえ忙しいのにかんべんしてほしいです！！もっと、事業所にも利用者にもわかりやすい制度になってほしいです。
制度の複雑化により、介護保険、医療保険の説明に時間を要するとともに、ご利用者様、職員等への制度理解が難しいと感じています。医療保険への一本化は、困難なのでしょう。制度のはざままで、苦しんでおられる方が、まだまだいるなど感じています。必要な医療が必要なサービス量で届けられないものかと。マンパワー不足もありますが…。介護保険料、医療費のふくらみが、社会で支えていく構造の保険料の増加もやむを得ない現状。本当に必要な方は、「人の世話になっちゃいけん迷惑をかけない…」と、利用されなかったり、認知症のひとり暮らしの「孤独死」…e t e、ひとり暮らしの増加と高齢化率（豊北町40%）を越え、地域医療体制が不安定で、安心していける社会となっていない現状と思っています。田舎では、年金暮らしの方々がタクシー代がかかり、医療機関への受診も困難になってきています。今後、自分たちが老いた時、生活はやはり困難と思います。もっと税金をかけて、社会保障を手厚くともマンパワー不足、支援者（事業所がない、サービスがない）現状の地域格差はいかに解消していくべきか。
特別管理加算以外の方の深夜訪問は日勤と同様なのでやはり、加算をつけて欲しい。訪看の常勤2.5をなくして欲しい。小規模でも対応は出来ると思います。Nsの給与体制が良くなれないかぎり、訪問看護師が集まらず拡大出来ない。
①・制度の有効活用・当事業の周知②医療・介護との相異の改善（複雑すぎる）③医療、介護）退院日訪問の可能となる算定規準（特）（重）に関わりなく、退院日に不安を持ち訪問を希望する方は多い。その日から生活をするので環境も整える必要はある。介護・在宅以外での死亡時（ターミナル算定が出来ない）の算定。・退院時指導加算の算定。（80%の利用者は介護保険利用者）・担当者会議参加への算定もしくは不必要と思われる。（状態変わらず、サービス変わらずも行なわれる）会議をやめる。・初回契約時の算定。
・加算の付かない実調への手当・訪問看護算定の統一（医療or介ゴ）・訪問看護利用時の指示書の廃止・連携情報提供の周知と加算額のup
訪問看護の報酬を上げてほしい・今のままではよほど必死に訪問に行かないとすぐに赤字経営になってしまいます。余裕の持った仕事ができるように、一回の訪問の単価を上げてほしいと思います・担当者会議などの出席した場合の介護報酬の設定をしてほしい・初回訪問の単価を上げてほしい。初回の利用者様に対してはカルテの準備や担当者会議の参加など多くの時間と労力がかかりますのでそれを評価してほしい・入院などで実際に訪問に行っていないが退院してこられることを考えるとその枠を置いておかなくてはなりません。経営のことを考えると入院やショートステイで訪問にいけないことが多いと赤字の原因になってしまいます。実際に訪問に行っていないでも枠をおいてあげている場合に入院管理料みたいなもので報酬をつけてほしい・24時間加算の報酬を上げてほしい。携帯電話に24時間拘束される訪問看護師の精神的苦痛は大きいものがあります。それが嫌で訪問看護ステーションへの配属を拒む看護師もいます。・報酬を上げると区分限度額と利用者負担を同時に見直さなくてはならないと思います。利用者負担を見直してほしい・生活保護や難病以外の利用者は全て一割負担なので高くても利用できない高齢者もよくある。本来訪問看護が必要な利用者全てに訪問看護を受けてもらえるように経済的に厳しい利用者に対しては5%や3%の負担額でもよいと思います。・家族に介護の負担がかかりすぎと思います介護保険制度の見直し・同居の利用者様で区分限度額が一杯で十分な介護を受けられないケースが見られる。区分限度額を柔軟に裁量できるようにならないでしょうか？あるいは区分限度額を超えそうで困っている利用者様には疾患を問わず訪問看護を医療保険でいけるような制度を創設していただきたい。・ターミナル期の利用者様が状態が刻々と変わるので介護認定を待っていたのでは十分にサービスの導入ができないケースがあります。ターミナル期の利用者様は残り時間が限られているので認定審査会にかけなくても一律介護度4とかの認定をおろすようにしてはいかがでしょうか。
社会保障費抑制ありきの議論はやめてほしい。
・訪問看護師不足・医療保険で介入時、他事業所が訪問した場合（特にリハ）緊急訪問の依頼があった時、自費になってしまう（同一日訪問がダメなため）→同一日でも緊急の場合は、通常通り訪問できる方がよいと思う

<p>無駄な医療、介護を省き、していない医療介護に報酬を支払わないこと。している人にはきちんと報酬を払うこと。利用者が必要としている時に必要なケアをせず報酬を受け取るのは如何か？行政はもっと現場を見て必要としているところにお金を使うべきと思う。介護保険では保険で利用できる単位数があり保険外（自費）サービス利用して療養している方がいます。本当に必要とされているのかの見極めも必要だと思うが、もし本当に必要であれば行政は動かなくてはいけないと思う。また、私たちが在宅療養に関する者も、もっと家で療養できることを世の中に伝えなければならぬと思います。日本という国が安らかに最期を自宅で迎えられる環境を作るためには。私も、安らかに家で最期を迎えたいから。</p>
<p>介護報酬について、現在、特別管理加算を算定している利用者に予定外の訪問をした場合、2回目以降からしか夜間・早朝等の加算がつくとあるが、ぜひ1回目の訪問時から加算をつけてほしい。</p>
<p>・医療、介護ともに同じ報州とする。（加算も同じ）・重症者、24時間対応、等の加算は、利用したステーションいづれにも付けること。・医療の重症者加算の4日以上訪問は撤廃。・少人数のステーションでターミナル等の利用者がある場合条件によっては加算を付ける。</p>
<p>・担当会議、退院時カンファレンスに加算をつけて欲しい・報酬は上げて欲しい・利用者側の意識改革（何でもやってもらえると、やってもらって当然といった考え）・自己管理指導・医療連携など関連機関への連絡に対する加算・災害時対策</p>
<p>在宅療養を押しすすめていく上で介護制度は重要です。介護報酬が現状ではとても低く、これでいい介護を維持するのはとても困難です。今後高齢者が増え、被介護者が増加していくなかで、まず財制面でどこまでこの制度を支えられるのかと考えます。そのためには国民が自分も将来的に介護にお世話になる可能性があるため、この制度を支えるために税金を増やしてもよいと考える必要があると考えます。被介護者になっても公的に支えてもらえる制度があり、安心して生活するためには多くの税金を支払ってもよいと考え方を考える必要があります。そのためには国の考え方の思いきった方向転換が必要です。ただ介護のために多くの税金を払っていてもそれを自分が利用しなくても、他の人に役立ててもらえればよろしいという奉仕の■ ■教育してゆく必要があります。現状の教育では権利の主張ばかり強いように思います。</p>
<p>・訪問看護は、医療保険のみの対応となってほしいと思う。</p>
<p>・担当者会ギに参加した場合の報酬を希望します。</p>
<p>・人員不足・従事者、事業所による一貫性がない事（教育の一貫）・他機関の連携・精神疾患の受け入れ</p>
<p>24時間対応体制する為にスタッフは見えない自己犠牲を強いられています。手厚い報酬をお願いしたい。当訪問看護ステーションはオプションの利用料金は設定して交通費以外保険内で行っております。他事業所で行っているオプション設定はいかがなものなのでしょうか。利用者負担になっているのではないのでしょうか。</p>
<p>訪問看護の報酬は大きく増減が今までなかったのですが、訪問看護師へ支払う報酬も全く変わらず、給料も上げることなく勤務してもらっています。報酬額を上げるには加算をとることになるのですが、加算をとると、利用者への負担も増えることになるため、板ばさみ状態です。退院前に病院でカンファレンスを行う際には、報酬を受ける基準を満たすことができず請求できないことも多くあります。看護師も病院勤務のほうが、給料も良く勤務時間もきちりと決まっている為看護師の確保も難しいです。利用者負担をかけることなく報酬をもらえる加算の制度にしてほしいと考えます。看護師の意識にも問題があると思います。在宅では疾患だけでなく、その人の生活や人生など全体をとらえて支援していく必要があると考えているのですが、疾患だけをとり支えを行おうとする、看護教育の中で、在宅の教育を充実させるカリキュラムも必要ではないでしょうか！</p>
<p>国民年金の人や裕福でない人の利用が多く、利用したくても生活があり希望を満たせない事が多い。1回250円の利用から830円+αになると回数を減らしたりヘルパーさん利用となったり、ショートを利用し家人が居ない生活に慣れ入所してしまう事もある。報酬があがれば私達の給料が上がる訳ではなく利用者が困ってしまう様では意味がない。元気な時に働き、困っている時は安心してサービスが受けられる体制づくりが必要。デスク上での考えと現場は差があります。</p>
<p>各地域の特性にマッチしたサービスが構築される事。又、その事が実現可能な規制緩和を含めた法改正。有能な人材を雇用できるだけの報酬設定。</p>
<p>「訪問看護」の報酬体系自体が地域で生活する精神障害者を支援するためにあまりフィットしない点。</p>
<p>・サービス担当者会ギの報酬・「特別な関係」の見なおし。居宅のサテライト。</p>
<p>1. 在宅末期医療総合診療の廃止。2. 深夜、早期加算が特別管理加算を算定している利用者でかつその月の2回以上の時に加算されるとの現状であるがそのしぼりを省き、全ての利用者で緊急時対応の訪問時も加算できるようにして欲しい。3. 休日加算を介護保険でも出来るようにして欲しい。</p>
<p>・医療法人のみなしの訪問看護において急性増悪期（14日）に先生の訪問診察と訪看が同一日に行なわれた場合、訪問看護が介護保険のケアプランであっても医療保険に移行して、医師の訪問があるとNSの訪看はなくなる。みなしの訪看をステーションの訪看のように介護保険でも請求できるようにしていただきたい。・子育て中のスタッフが安心して子供を預ける事ができる施設がほしい。（時間外や休日対応できる）・施設入所は割安感がある。（特養は全部で月7万円位？）・ケアプランにおいて公平中立でない。90%減算であっても例えばヘルパー事業所におけるプランは全部がヘルパーで（介5）を自分の事業所でヘルパー派遣し（介1）の方を他事業所にする。介5を独居で訪看を家族が希望しないと週1回のデイサービス以外全部ヘルパーが限度額いっぱい入っている。・公平中立という本当の意味、自分の事業所を優先させているのではないのでしょうか？（全体的にみて）・公務員的な職場に勤務する職員は給料やお正月は休み土・日お休みと恵れている。ヘルパー事業所はスタッフのやりくりをして時間延長や年中無休で事業所は営業してほしい。しかし実際はその逆である、特に上司は。事業所間で格差がある。公務員は赤字であっても給料がすごく下らないのは民間と公平でない。</p>
<p>「限度額」なくすという意見も出ているが、それだと制限がなくなり、大変なこととなる。今のままで良いと思う。ただ、審査会で、期間（2年間）が最長だが、④、⑤に関しては、“ずっと”があつていいと思う。・予防給付の制限（定額制）は、とりのぞいてほしい。限度額内ならば、自由に、利用したいものを、利用できるようにしてほしい。特にリハが実施出来るようにしてほしい。介護度→同じ障害でも「意欲のある人が低く」「依存心の強い人が高く」不公平感が強い。どうにか改</p>

<p>善すべきであると思う。</p> <p>・事業体に取り組むこと・従業者の確保（訪問看護師の充足と処遇改善）・質の向上（知識・技術）・地域連携・制度改定・訪看を医保のみにするか病名や状態によっては選択できるようにするか・訪看の医保・介保の加算点数の統一を。・訪看の医保の訪問回数制限なしに。・訪看の介保のサービス担当者会議も評価の対象に。（時間をさかれて点数とれない）・訪看の医保の複数名訪問1回/Wは制限なしに。・訪看の医保の4回/月以上でなくても加算（重症管理）がとれるように。・サービス情報公表の調査は無駄。料金も高い。・訪問リハと訪問看護が同日に入ってもいいように（同じ事業所から）1日の回数制限もなしに。・訪看介保の夜間訪問（緊急）は全て時間割増がつくようにしてほしい。・ケアマネのレベルを合わせてほしい。</p>
<p>介ゴ保険制度の見直し。訪問看ゴの位置づけ—医療のみにする。他キノウを備えた事業所をふやす。包括的に</p>
<p>在宅での家族等の不担は決して施設等とは比較にならない程大きいと思う。同じようにサービスを提供するとなると効率は悪い。（本来在宅医療は家族や本人が我慢してのあるいは別の視点からのQOLにすぎない）→報酬UPと共に患者、利用者負担に差をつけるべきである。普及したければ“0”とかの必要あり。</p>
<p>〈訪看〉医療保険算定での重症者管理加算に対して…月4日以上訪問看ゴを行った場合にしか加算が出来ませんが〈例〉カテ・テルのトラブルで臨時訪問をしても1日2回しても月3日までだから算定できない〈例〉人工呼吸器の装着された方は当日からリスクを抱えた関わりをするのに月の3日目に入院したら算定出来ない☆月の1日目からでも前日訪問看ゴの算定があれば可能にしてほしい。☆ENTして来た日からでも算定出来る様にしてほしい〈居宅〉・住宅改修の支援時の加算をしてほしい。・医療連携に対する加算をしてほしい遠方で出向けなくてもTELでの連携でもOKにしてほしい・記録物に対する簡素化・モニタリングは短期目標やサービス</p>
<p>医療保険を使用すると高額になるので30分～1時間が同じ金額なので29分までの料金があれば利用しやすいと思います。</p>
<p>・これから、さらに在宅医療・ケアに求められるものは大きくなっていきます。ここ数年間でも人工呼吸器の難病の方、小児、そして癌ターミナルのケースなど重症化が目立ってきています。・医療チームだけでなく生活を支える介護チームのスキルアップも必要です。特にこれからヘルパーさんに求められるケアは大きく変わると思います。吸引、注入食などの医療的ケアの必要も増えています。現にレスピレーターの方の吸引も依頼しており医療チームとの頻回な勉強会やミーティングが大切です。4月改定に訪問看護ステーションが求めるもの。・現在45才以下の癌ターミナルの方は介護保険が使えません。ベッドも自費でレンタルされており、これを見直してほしい。・高次脳キノウ障害の方の介護保険利用を認めてほしい。医療保険で3割負担してもらっている。・退院日の訪問看護の算定を認めてほしい。退院日こそ、一番病状は不安定です。</p>
<p>訪問看護を行っていて疑問に思う事①H22年度？改定時に褥そう（真皮以上）に限り28日間の特別指示書はよいがDMによる壊死の場合は28日間の特別指示書がでない。☆壊死でも処置が必要なのになぜか？②医療保険での訪問の場合Drが訪問診りようされた日は訪問看護請求できない。上記の様な処置が必要な場合Drが処置をしてくればよいがせずに帰る。請求できるようにしてほしい。③精神疾患を持つ利用者から依頼が来たが当ステーションは精神科HDが併設されていないし精神科Drがない。併設やDrがいる場合は医療保険で訪問ができる。当ステーションはこの場合介ゴ保険での訪問となりヘルパーの生活介ゴが優先され入れなかったことがあった。連けいをとるので、医療保険で入れるステーションと変わりないとする。同じシステムにしてほしい。④「緊急訪問看護加算」（医療保険）について、在宅療養支援診りよう所の指示で計画外の訪問した場合加算する事ができるがDrに報告（ステーションにTELがありすぐに行ってケアした場合etc）が後になる事がほとんどである。事後報告でも「よい」としてほしい。⑤老すい末期やその他がん以外の末期（COPD末期、腎不全末期etc）なども訪看が状態に合わせて頻回に入るケースが時折ある。その患者たちも医療保険で訪問できないものか。とくに独居の場がん末期と同じように手がかかる。⑥訪問看護の居宅療よう管理指導について今の条件では使えない。使いやすくする為には…考え直してほしい。⑦訪問看護は訪問行って「何ぼ？」の世界であるがこれではNsの質の向上につながらない。研修など勉強に行っても収入確保できるぐらいの単価をつけてほしい。</p>
<p>病院の報酬と在宅の報酬があまりにもかけ離れた価格制度のため在院日数短縮のうけ皿としての在宅が伸びないと感じる。報酬を引き上げて利用者の負担額が増えるのでは利用率は下がる一方なので、改定もあってよいものかどうか。結局施設や病院が優遇される体制では現状から抜けることはできないと考える。</p>
<p>現在、訪問看護ステーションには、理学療法士も所属していますが、訪問看護を行う上で、リハビリ希望の方も必ず看護師も訪問しなければならず、複雑化しています。是非、訪問リハビリステーションの設立をお願いします。在宅におけるリハビリ効果は、全体の7割を越えています。ADLが上がる事により、介護量が軽減し、意欲にもつながっています。福祉用具に関しては1割負担という安さのため、機能も多用化し、高級化しています。そこまで必要なのかどうか疑問の機能もあり、介護保険を有効にみんなが利用するためには、改正が必要と思います。</p>
<p>課題、改良点、介護保険の枠組みでは、訪問看護が必要数計画に組み込めず、計画外にサービスで時間延長等がある。又、小規模多機能事業所を利用しているケースについては特に訪問看護の枠が（残り単位数が少ない）十分とれず、実際の訪問時間を請求できない場合がある。この2点については、改良が必要と思われる。</p>
<p>在宅は、診取り、在宅死ではなく、人があたり前に、生活できるような支援が必要。介護だけでなく、生まれてから診取りまで、精神、障害等、在宅で生活されている方、全てが、対象となり、緩和だの、ホスピスだののくりはしないと考える。人としての関わりが上下の差なく私利私欲のない関わりがもてる社会にしてほしい。</p>
<p>診療報酬では重症の方に対して2カ所のステーションが入ることが可能になっているが、2カ所ではでききれない場合がある。3カ所は原則的に7/Wの訪問をしていることが原則となる。3カ所入ることができるとよい。また疾患によっては1カ所のステーションのみになっている。2カ所入れるようにしてほしい。また24h体制で1カ所のステーションが担当していてもその日に訪問しているステーションが訪問するしかない。つまり1日に1カ所しか訪問できないため24時間対応体制になっていましてしほりが多すぎる。介護保険でいく場合と医療保険でいく場合で不公平がある。訪問看護はすべて医療保険になると管理しやすい。</p>

<p>介護保険の導入は在宅医療在宅死をへらしました。在宅介護は限界とみんな言ってます。今は地域でみる事をテーマにしてやっつこうとする専門家達の話をよく耳にします。たしかにもう家族介護では限界がある。どうにか、地域で支えていくとしてもそれが可能な継続できる報酬を検討してもらいたい。</p>
<p>人手不足をなんとか改善するための取り組み。尊い仕事をしているのに評価されず、担い手がない。訪問看護の緊急時の手当が低く過ぎである。事業所として自由に決められてしまう。国の対策として、最底限の金額を示してほしい。当ステーションは、一日300円である。これでは、誰も仕事につかないし、24時間支える体制を作るのは無理！</p>
<p>訪問看護の御利用者様から、医療、介護制度に対する意見があった内容につきまして、記載させていただきます。☆介護疲れの為ショートステイを利用を多くされている御家族様の声。『介護保険は限度額をこえると10割負担となるので困ると思う人も多いいんじゃないですか？介護疲れを取るか、経済負担を取るかですよね』☆介護疲れの為、夜間を含む訪問介護を1日3回と、定期的なレスパイト入院を利用されている御家族様の声。『最近入院する様になりましたが以前入院しない月で自己負担額が多額で介護保険のあり方に疑問を感じました』《現在は障害者保険等で自己負担額についてCMが調整を考えているとの事です》☆左半身麻痺の60才男性、自己判断によるリハビリ治療メニューを作成し、信念と意欲が強く、装具装着による歩行、車の運転をされている方の声。『週に1回の訪問から、週5回（月～金）にしたい、最低でも限度額までは利用する権利があると思っている。利用していない事について損をしていると思う』その他、介護度の認定方法への疑問も多く、他者からの誤った情報もあった事もあり、（介護度を高くなる様に重症の様になると良い等）医療保険については『ケアマネジャーが関与しなくなると思い不安を感じた』との声があり、十分な説明と御理解の為に、私自身が取り組まなければならない課題として、御利用者様の意見を傾聴し、医療・介護制度を理解し、評価したいと考えます。</p>
<p>在宅（在家）以外のサービスを認めてほしい。例えば、重度障がい児の学級への訪問看護②旅行や、外出支援への訪問看護③訪問看護の介護保険の点数からははずす。（点数が確する）④在宅の看護師を増やすために訪問看護の報酬のUP</p>
<p>訪問看護の必要性がとりだたされているのに、医療と介護制度の間で、困惑することが多い。もっとシンプルに制度改革されると良い。</p>
<p>介護保険を使う事によって、ケアマネのさい配によるサービス、偏りが大きいと思います。訪問看護は介護を使わず、医療1本でいけたら、無駄な作業等はぶかれると思うのですが…。</p>
<p>改定後の契約の取りなおしなど…</p>
<p>・退院前カンファレンスを開催しても、ENTにつながらなかつたり、初回訪問前の死亡・再入院では、ステーションとして算定できない。→出席率の低下の原因。・2人訪問の条件の緩和。・在宅末期医療総合診療料のあり方の変更→開業医のDrは出費をおしめ、緊急訪問が行えない。本人・家族の不安の軽減につながらず、ヘルパーでは24h対応が困難である（特に夜間）。</p>
<p>訪問看護は介護保険からははずし、医療保険での対応が望ましいと思う</p>
<p>在宅看取りについては、医療従事者のみでなく介護従事者やケアマネジャーの協力が、必至と考えます。生活を重視したアセスメントにおいては、ケアマネジャーの力が、大きく在宅看取りのケースについては、報酬の考慮を考えられたらと考えます。訪問看護については、重度者の増加で、薬剤の確認などの業務が増えており、そのことが、仕事量の増大につながっており薬剤師の活動が必要と考えます。入退院が多くあり仲々件数の増加につながらず、スタッフも増やせない状況である。</p>
<p>訪問看護が医療も介護保険も両方適応でき、さまざまな規則で仕事しているが、一本化するべきである。以前のように医療保険適応のみにもどすべきである。アセスメント能力の低いケアマネは「訪看よりヘルパーの方が安いから、ヘルパーさんのケアでいく」といった金額で決めるものもある。全く身体状況を考えていない、考えられない。あげくのはて、褥瘡ができたから入ってほしいと依頼。褥瘡ができないようにする考えがない。このようにスキルの低いケアマネは報酬を下げてもいいくらいだ。訪問看護はもっとタイムリーに必要なだけ入る事ができ、予防的観念からもっと入れるようにしていく必要あり。</p>
<p>介護認定を受けて、要介護度の判定の基準は認知の度合、ADL（ねたきりか、歩行できるかどうか）で左右されることが多いと感じる。疾患（病気治療のことが反映されないことがある。在宅生活において、重い病気と向き合うのに訪問看護の利用が大可欠なのに生活面で介護を利用すると、使える点数が足りなくなることが多い。医療重視（訪問看護は、介護保険と分けるべきではと感じることがある。）30分訪問看1は、時間が短く、できないケアが多く、ボランティアになることがほとんどです。訪問看護ステーションの経営は厳しい状態です。</p>
<p>訪問看護に初回加算があるのに訪問看護にないのはおかしい。指示書発行するまでの医師との連携や訪問の調整などに時間をかなりかけている。ケアマネに連携加算があるのに対し、訪看にはないが医療保険と、介護保険の区別がつきにくい状況になっており、行う作業は変りない。整合性を高めてほしい。</p>
<p>・DrやNSの往診料が少ない集合住宅も個人宅と同じを希望する</p>
<p>医療・介護従事者がリスク管理の知識を高めること。知識・技術の向上。また医療・介護の保険制度をどの職種も同様に説明が行えること。報酬制度上では介護がテレビメディアでいろいろ取り上げられています。公平な見方で改良されればと思います。</p>
<p>・小規模、多機能の施設利用にあたり訪問看護が必要であっても単位数の不足により十分に入れることができない・小規模・多機能施設における重症者の利用が困難な点（胃ろうや気管切開など）・小規模特養又は特養ホームにおける看護体制について、状況によりさながら老健か療養型の病院化する・看護師中心のデイケアなどで重症者を支える体制の充実</p>
<p>①医療保険と介護保険の内容の統一をして欲しい。3回／週以上の訪問必要な場合特別訪問看護指示書の依頼など、医師にもタイムリーに伝える事ができにくかつたり（総合病院は特に）、時間がかかってしまつたりする。制限が必要なのだろうか。 ②介護度で訪問サービスの回数が減らさざるを得ない状況がある。特に要支援～介護1程度の方は、調査した時の具合もあつてか低く出た時に、再度変更申請かけようと思うと、医師が面倒見がられたりする。要支援の方でも、環境（一人ぐらしとか同居者の介護力不足など）によっては、訪問回数を増やした方が良いと思える状況の方で、限度額オーバーしたらもう払えな</p>

<p>いというケースもある。介護度が高くても、限度額一杯に利用される人ばかりでもありません。③加算の部分で、特別地域訪問看護加算など、地域の事情で加算をとるのに、どうしてそこに住んでいる（利用者）方が負担するのでしょうか。そこに家があるだけなのに、しかも利用者は、少しでも安く利用したいと思っていられるんです。そのような理由で、事業所として加算をとっていませんが、何とか良い方法はないものかと思っています。④「訪問看護ステーションの規模を大きくする」という今後の計画についてですが地域性もあるとは思いますが、なかなか現実的ではありません。都市部では可能かもしれませんが、利用者の家を把握するのも大変。普段特にかかわっていない方を緊急時に評価はできないと思うし、病院へ行く事になるのであれば、救急車要請のお手伝いをするという内容になるのでしょうか？</p>
<p>・訪問看護を全て医療保険にしてほしい（限度額の都合で入れない）・生保（見直しは必要と思う。一般の人より充実している。生活も豊か）の上限をきめては？やる気のない人に感じる（自己負担ないため）・ヘルパーの給料が安い。単価の見直しの必要性を感じる。・訪問看護はもっと質の向上とマンパワー確保の必要性を感じる</p>
<p>1、医療制度について・管理療養費…2回目から12日以降の評価を12日に限定せず、すべてに算定出来るようにしてほしい。2、介護制度について・退院時共同指導加算、医療制度のみではなく、同等に評価してほしい・特別管理加算、医療制度と同等に、管理の重症度により加算額の変更をしてほしい。※医療制、介護制度ともに、在宅におけるケアプラン会議に対する評価を算定していただきたい。</p>
<p>・退院されても医療面での継続必要のケースでも高齢者単身世帯や、高齢夫婦世帯だと介護保険の限度額の中では生活中心と考え家事援助のためにヘルパーさんを利用することでいっぱいになってしまう。予防的な面で健康状態の確認等、医療を別枠にする方法はどうか…？・使える制度を知らないために使えていないケースもみられ行政又は、入院の医療側としてしっかりと相談・指導できる窓口があると良いと思います。</p>
<p>土、日、祝日、介護保険では加算額発生しない医療は独自の事業所で加算をつけている→事業体は加算はけいぞくしている。訪問になくはならない医療保険の方が加算あり訪問をこばみ、介護保険の方の訪問依頼が多く入るむじゅんを感じる。医療度が高い方の訪問時間が2hを超える方が多くいる。週1回疾病限定のある長時間加算はどうか？→回数、疾病の制限はいらなと思う</p>
<p>前問の②と同様、利用者が料金を支払う段階で免除できるようにしてほしい。重症者管理加算対象の見直し・内服薬、貼布剤、注射に関わらず麻薬の管理料として対象にあげてほしい・CVポートの管理を重症にあげてほしい。特別訪問看護指示書の見直し・グループホームでの看取りを推進しているのに現制度では14日間しか関わることができない。老衰であっても病死であっても看護師が「明日からは指示がないから来ません」とほっとくわけにはいかない。老衰など（ガン以外）でも看取りまで出来るように特別処遇が必要と思われる。</p>
<p>診療報酬や介護報酬が改定され、利用者の負担が増えると思われます。（医療・介護制度の見直しはよくわかりませんが）今まで利用できていたサービスが利用できない方がいらっしやいます。私たちの事業所ではその為に利用者数が減っているのが現状です。年金生活者にとって医療・福祉の負担は大きいものです。</p>
<p>ヘルパーの医療行為の参加は否定的です。資格をもうけた方がよいと思います。子育て中で仕事ができない看護師が復帰できるような、システム導入などができればと思います。</p>
<p>・当STは、精神疾患患者も多く訪問しています。もちろん神経難病、Caの末期の方も同じくらい（人数）おられます。精神の方は、電話相談が非常に多く、又、電話が10～時に30分かたく長いです。これが診療報酬として算定できるととてもありがたいです。又、医療処置の内容により点数化して欲しい。</p>
<p>①医療保険の使用が厳しく、毎日管理の必要なケアがあっても、週に3日しか利用出来ず、家族のストレスが↑。本人も介護ギャクタイに会う可能性も多い。②デイサービス夜間の方向性は他のサービスに悪影響を起こすと思う。小規模多機能やショートステイ、療養通所介護等の特性を欠くと共に、サービス自体の意味の区別が失くってしまうのではないのでしょうか？③訪看1人制においても、経験上、3人でも限りがあり、他事業所との協力と考えても、実際はなかなか困難だと思う。（同STでもスタッフ間、困難です）④報酬がスタッフのお給料に結びつくぐらいの（賞与も出ません）1ヶ月の数字を出して欲しい。→一日走り回ってボランティアしている訪問看護師より楽しんで病院に居てお給料も多い方が良いと思う看護師が多い。それなりにレベルの高い訪問看護師の報酬をアップして欲しい。※介護スタッフも同様です。（〈アンケート〉）⑤ICFにおいてはあまり理解力、勉強不足で申し訳ありません。）</p>
<p>サービス担当者会議出席の評価。訪看の「療養上の世話」部分の実施は医師の指示によらないなど裁量の拡大。</p>
<p>訪問看護では、1人につき1日5～6件かかえていないと赤字にならないが、入院がいたり、ショートステイがいたり、実際は穴が開いてしまう。必要数確保するという運営上の問題がつかねにある。また、スタッフ確保には常勤2.5人という枠がある為、皆ギリギリの状況で働いている。女性が多い職場ゆえ、病院Nsと同じように、不足が慢性化している。また、制度上、医療と介護など保険の複雑化や加算制度など、請求が難しく、統一化が早くになされたらと感じる。カンファレンスなど時間を割に参加することも多く、報準で認められれば、ありがたい。</p>
<p>介護保険の第1条に個の尊厳という言葉が入りました。それは本人の自己選択、自己決定を保障し、本人が自己責任をとる事だと思えます。老いても元気に、社会参加を、保障する事は、無理だと思えます。特に、この理念を実践する事には医療費も介護、福祉予算も莫大な費用がかかります。個々の自己選択力を高める支援を行い「してあげる！！」医療、介護、福祉をなくしていく事だと思えます。医師の説明責任（病状、告知等）と介護者の自律支援→自己決定支援を求めます。民法上、本人が決められないときは親族支援、後見人制度があります。相続権とあわせて扶養家族責任も求めていくべきと思えます。※成年後見人もしていますが、息子、娘がいても後見制度を利用し、お亡くなりになったら特額の相続を息子、娘がする事になります。社会福祉としてもこの国はおかしいと思う事が多々あります。→おねだり得の社会ではないのでしょうか。</p>
<p>医療保険と介護保険とは同じサービスでもまだまだ報酬面や制度面での違いがある。利用者としては同じサービスなのに、何故？という思いがある特に特別指示書等で両方の保険サービスを使う場合などに困る在宅支援診療所に併設しているステー</p>

<p>シヨンのため、いわゆる“特別な関係”にある医師からの指示での訪看が多い。しかし、医療の場合、同一日に訪問看護、リハビリ、診療が重なっても算定できない。訪問リハビリの日に緊急訪問で依頼をうけることもあるが、算定できなくても訪問せざるを得ないのが現状。医師の訪問診療のあとで、訪問の依頼があることもある。リハビリ、看護、医師では訪問の内容、目的も異なるのにこの制度はおかしいと思う。・退院前カンファレンスに参加することが多く、スムーズな在宅支援のためには必要と考えるため、何とか時間の都合をつけ、遠方の病院でも参加するようにしているが、ステーション等介護サービス事業所への報酬がつかないのはつらい。医療、介護いずれにおいても、何らかの加算がつくとありがたい。</p>
<p>訪問看護で行く医療保険。指示書に末期とか、ターミナルの記載を入れてない時があったり、指示書をなかなか出してくれない医師がいて、指示書は、先に医師から書いて患者渡しにして訪問看護にという流れだと、やり易い。多さん加算項目は出されているが、あまり活用、利用されていない。診療報酬・介護報酬が上がると、将来的に自分が利用する時、料金が高くなり大変だろうと考える。自治体赤字や、介護の破たんなどおこさせないような施策が大切ではないか</p>
<p>私は、訪問看護ステーション看護師としての実績はまだ3ヶ月しかありません。定年退職後に入ったからです。病院勤務していた折から、在宅には興味があり、退職後には、これから必要となる高齢者の在宅医療に関わっていこうと考えていました。実際に勤務してみると（当所は単独で行っている）、地域の訪問看護ステーションを統括する事業所が明確でなく、相談ごとはどこに行けばよいのか、わからない。利用者さんを確保をして、利益を、維持するためにはどの連携方法があるのか、よくわからないなど、これからは始めるには、大変迷いがあります。また、病院から退院される時の、情報よりも、重症度が高くて、在宅のケアで対応するには、準備不足が発生してしまったり、連携の難しさを感じたこともありました。また、在宅医療に理解のうすい医師もあり、コミュニケーションも難しいこともあります。・例えば地域の包括支援センターに、必ず医師が常在し、チーム医療がスムーズに行えるよう、支援を必要とする方々、我々支援者が、スムーズに在宅に行けるようなシステムが構築されることを望みます。・報酬なども介護、医療保険が統一され、手続や、それに関わる人、物、金の削減などを検討していてもらいたい。・まだ、はじめたばかりですが、地域医療に関わる1人として、熱意はあります。同年代以上の人々が介護を受ける時代ですので、もっと勉強して、必要としている人が安心して、生活できるように支援していきたいと思っています。☆アンケートを答えるために、多くのことが勉強できました。臨床の場と、在宅とのちがいが「本人の生活の場」、とらえ方を整理することを新めて、考える機会になりました。乱筆、乱文、感ちがい等たくさんあったと思いますが、真剣に取り組みました。調査結果を楽しみに待っています。大変な調査、お疲れさまです。</p>
<p>今後独居の高齢者が増えてくることが予想され、医療および介護のネットワークからサポートするシステムの構築が必要不可欠である。現在医療従事者、介護従事者それぞれの事業体および福祉の事業体がそれぞれにもっている情報をうまく共有していく仕組みづくりが今後重要になってくる。各地域ごとに医療（診療所および病院）と介護事業所と福祉事業所をつなぐソフト面のキーパーソンは①ケアマネジャー②地域包括支援センターのスタッフ③病院のケースワーカー④診療所の在宅診療部門担当者・訪問看護師⑤在宅支援診療所の医師・看護師⑥福祉の担当者。が想定される。地域内でのさらなる連携を促進するための診療・介護報酬の評価が上がることを期待したい。</p>
<p>人材確保のための職場環境（給与、有休の取れる体制作り）整備。自治体のフォロー体制、公的支援。人材育成と24時間対応できる体制作り</p>
<p>・介護職員の処遇改善をしたり、人材確保・低所得者への配慮（利用者負担軽減措置の推進）・チームとしての在宅医療を提供するためのネットワーク構築</p>
<p>若年の在宅で、癌末期を過ごされる方が、医療費を心配されて、思うように治療や看護を受けられない現実があります。</p>
<p>ターミナルケア加算について24時間以内の訪問を枠を広げてほしい。48h〜とか。介護予防には算定出来ないのもおかしいと思います。</p>
<p>・緊急時訪問看護加算のup・医療保険の訪問で13回から安くなるという報酬体系の中止・介護保険の利用者が退院する際にも退院時調整加算を訪問にも適応してほしい。</p>
<p>今後、単身世帯や、老々介護、障害者をかかえる老人世帯、など増えてくることが予想されます。介護保険での限界、自己負担額への不安…など、現状でもさまざまに、法のはざまで辛い思いをされている方々にもすくいの手がさしのべられるように望みます。診療報酬では…精神科、訪問看護、重症者への二人介護よりも、長時間訪問又は1日複数回の訪問をみとめてほしい。ステーションに、精神保健福祉士の配置を可能にしてほしい。介護報酬では…介護予防にも早目の訪問看護の導入ができるよう、限度額のみなおし</p>
<p>ICFも連携もとても大切。ほんとうに疲れ切っています。ICFでみるなら視点を全体で共有しても行かして行く力量が不足しています。チームの中に引っぱる人間がいるとうまく行くことは確かです。引っぱる人材は少なすぎる。負担は大きくどの利用者にもとは行きません。今の日本の介護保険の中でぎゅうぎゅうぜめに行なっている介護行為、事務、余裕がない現状。みんな方向性が見えないのかもしれないかもしれません。お金もいけどやりがいがあると対象の子～老人も変化すると思うし、この評価がお金となったら本当の評価かもしれません。看護師不足、人材会社より紹介するので年収15～20%を手数料でと言われる現在。こう言う方をどうにかしてくれると日本国中のステーションはつぶれずに済んだと思います。</p>
<p>・厚生労働大臣が定める疾病として、悪性腫瘍末期がありますが訪問看護利用するにあたって、医療保険を優先とあるが70才未満の患者の場合、3割負担となってしまう。他のサービスは介護保険で1割負担なのに…。状況に応じて、利用する保険は、どちらでもよいとして欲しい。介護保険利用が満杯であれば医療保険というわくの広がりが欲しい。・自立支援も介護保険も統一したサービスとして一つにして欲しい。</p>
<p>国の財政上、診療報酬の増大はするべきではないと思います。又、生活保護と医療、介護の関連性を検当することは絶対に必要。個人的には、訪問リハビリステーション創出は医療、介護保険上には不可欠であると考えます。急性期をあつく評価することと慢性期を低く評価することは、イコールの関係ではないはずなので、もっと評価基準を一定化すること。</p>
<p>診療報酬、診療報酬算定の緩和。同一法人の訪問診療と訪問看護など同一建物の訪問診療・訪問看護費。加算の緩和、訪問看</p>

<p>護、管理療養費13日目を降もつける。重症者管理加算、月4回以上の条件。長じかん訪問看護加算、週1回まで。同一日に2ヶ所の訪問看護ステーションの算定不可。一日当たりの報酬でなく一回当たりの算定へ。介護報酬、特別管理加算を医保並へ。緊急時の夜朝・深夜加算算定の緩和。・出来れば訪問看護そのものを介護保険から、はずしてほしい。説明するのにも複雑。</p>
<p>・医療保険と介護保険のギャップをなくす・困難事例を責任もって支える自治体の改善・介護従事者の報酬のベースup・在宅医療（医師）の充実→24h体制ができる・若年ターミナルの（癌）の医療費控除等の支援・小児医療の充実・障害者福祉の充実</p>
<p>診療報酬や介護報酬の内容が細かくなっている為、利用者や家族への説明が大変で、理解していただくことが困難なことが多い。しかも、対象者が、高令のことが多いので、訪問の導入に多くの時間を要することが多い。又、その分は、自分達の報酬にはならない。訪問看護では、介護と医療を統一できればよいと思います。</p>
<p>・在宅支援診療所と特別な関係にある訪問看護の同日訪問の場合、片方が算定不可になるのはどうしたものか。</p>
<p>まじめに仕事に取り組んでいる人は毎日一生懸命やっている。国は不正があってはならないため、いろいろな書類を制作することでチェック機能をもうけ現場の仕事以上に事務量を増やしている。頭がよく回り悪い事をして少しでも手を抜いても報酬を得ようとする人は事務処置を完璧にすることで、いくらでも、得られる事に納得いかない。本当は、実際どんな事が行われているか利用者の満足度等をちゃんと評価してもらいたい。場場で変化する利用者に対し、私たちは、常にその場に応じてサービス内容を変えることも多い。介護保険は何にしてもケアマネの計画が基本と言われ計画にない事をして評価されない。不要な事までしない、必要だからする。Nsとして、今まで看護判断、評価分析と行ってきた自分としてケアマネが月に1~2回訪問したところで何を把握できるんだろうと思うところもある。どれだけの教育を受けてどれだけの能力を身につけて、その立場に居るのだろう。サービス提供者側にもっと自主性を持たせていように思う。大きな目標方向性は関係者で確認し、その目標を達成するためには、それぞれが方法を見つけ出し対応し、目標達成期限時にどれだけ達成できているかきちんと評価できるようになればいいと思う。そのためにはそれぞれの職種がプロ意識をもち志高く日頃送ることが必要だが、善いばかりでないのが現実。難しい。</p>
<p>在宅で療養せざるを得ない要介護者は増えるのでしょうか。家族介護はどの程度まで期待してよいのでしょうか。終末期のケアはとても大切で大変です。そのための加算はありがたいですが、利用者の負担も大きくなります。本人や家族の思いにもっとそいたいと思います。</p>
<p>介護保険でのカンファレンスに加算をつけてほしい</p>
<p>医療と介護の連携体制がうまく行くように取り組み、現状制度をさらに改良して行く事が必要と思われま。</p>
<p>・訪問介護等、現在、事業所集中減算の制度があるが、A事業所のサービスを使いたいので、居宅介護支援もA事業所という要望が多くある。連携をとってもらいやすいから全てのサービスが揃っているからAを選んだという方も多い。事業所選択の自由といいながら、集中減算があるのはどうかと思う。・現状では緊急時対応で夜間訪問しても、夜間の加算がとれない。夜間訪問は心身の負担が大きいので緊急でも加算をとれるようにしていただきたい。（訪問看護）</p>
<p>在宅を支える職種（ヘルパー、訪問看護師、PT、OTなど）に対して、払われる報酬が少ないこと。単体で訪問看護ステーションを持っても維持していけない現状にあること。必要なサービスが介護保険の利用枠をかなり超える事例がよくなってきていること。医療、介護それぞれ、保険の自己負担分を払うことが、経済的に苦しい事例が増えてきていること。</p>
<p>・特に訪問看護は医療と介護のそれぞれにあるサービスで医療と介護の区別が難しい。同様の事を行っても医療保険、介護保険での請求と2本立てになっており、わかりづらい。様々な加算が追加されてきているが、加算でなく基本の報酬をアップして欲しい。加算ふえる事で、事務的な仕事量が増えているように思う。</p>
<p>地域性もありマンパワー不足。介護報酬が低いため、介護職につく人が少ないこともあると思われる。すべての職員の常勤雇用はむずかしい。</p>
<p>在宅に関わる点数向上をはかり、病院看取りの点数を下げれば、各機関が動くと思います。</p>
<p>報酬が改定されるたびに書類の整備や利用者への説明が増えるのでなるべく改定されない方がよい。報酬が上がっても利用者負担も上がるので制度が活用されなくなる（できなくなる）利用者も増えると思う</p>
<p>・居宅介護支援費は原状のまま、利用者負担なしで良い。</p>
<p>最期の看取りの場は問題ではなく看取るまでの過程が大切。（回数も大切だが内容が一番）過程を評価することは難しく、わからない。</p>
<p>癌末期の人の3割自己負担はなんとか軽減ならないか？収入のないところで大変</p>
<p>高齢者率の高い土地の為、老夫婦世帯が増加している。誰の家にも車がある時代が終わり、訪問診療が増えてくる時代へと変わってくると思う。医師、看護師、ケアマネ、ヘルパー、デイサービス等事業所が、連けいを取り合えるように互いに気をつける事が必要だと思う。ケアマネはサービス担当者会議を行うたびに、報酬の加算があっても良いのではないかと思う。特に医師との連けいが取れていない人が多く、医師を含めた会議は更に加算なども良いかも。</p>
<p>介護保険、医療保険、指示書に関する、条件が複雑。解りやすい欄表、系図等があるとよい</p>
<p>・介護保険でサービスを利用するには、利用者側の財源がないと、サービスを利用できない現実があり、お金がない人にかぎって、サービスが必要なケースが多く、財源をクリアしなければ、事業が成り立たないのが現実である。・介護保険の申請手続きが一人暮らしの老人等は、家族がそばにいないと、できないケースが多く、介護難民が多いと感じるが、保険金すらも払っていない場合も多いので、どのように介入していけばいいのかわからない。・報酬に関する記載が、表現があいまいで、どのようにとらえたらいいのかわからない。</p>
<p>・介護保険制度でも退院支援指導加算つけてほしい。同じ事をやっても加算つかないのはおかしい。・外来においても病院とST相方に加算があると良い。加算があると外来のDrも会ってくれると思います。・複数名加算1/W以上必要な時ありま</p>

<p>す。緩和されると良いと思います。医療度の高い方を看取る時は必要です。（HOT、サクション、点滴（ポンプ）パルン、麻の方連日訪問あり、1Wで亡くなりましたが連日2名でいきました。）</p>
<p>国は医療費を大幅に削減したいのですが“お金がない”ことをきちんと国民へ説明する終末期を自然な経過で迎える（点滴や胃ろうなどしない）ことが良いことだと啓もうしてほしい 制度が複雑すぎて理解できないわかりやすくしてほしいコストがとれるものであってもいろいろ書類を準備しなくてはいけなく面倒なので取っていない</p>
<p>訪問看護ステーションは本当に必要なのか、以前の様に病院からの訪問看護が良いのではないかと、国の目標にステーションの数が達しないと言われ、サテライト、合併して大規模ステーションにすべきと言われていたが各ステーションに任せっきりという感じがある。ステーションの管理者が経営するという形をとっていても進歩はないと思う。訪看は医療のみとしシンプルな形態として本当に必要な人にだけ訪問すべき。</p>
<p>訪問看護の必要性がどんどん高まる中、訪問看護に携わる人が少ない点が問題だと思います。病院に対しては1対1の体制が整えられたら国から報酬がありますが訪問看護にはありません。病院での退院前のカンファレンスへの参加、担当者会議、訪問看護サマリーの作成等訪問以外の面での評価が必要ではないかと思えます。お金がないと十分な地域支援や医療を受けられない、今こういう状況で苦しんでいる方々がたくさんいます。大往生の話でしたが、それを叶えるためにはお金が必要です。支援を受けるにも1割～3割負担があります。少ない年金でどうやって生きるか…行政のサポートが十分であればいいですが、ピンピンコロリと死にたい…という希望がうまれても仕方のない世の中ではないかと思えます。個人的な意見ですが、訪問看護はもっと評価されてもいいのではないかと思えます。病院のNsより少ない給料ですが、内容（行っていること）は病院のNsに負けない位立派だと私は自身と訪問看護に携わる全てのNsを評価します！！</p>
<p>医療側一過剰な医療を促して、医療費をおさえていく一方で、診療報酬は上げて必要な医療はしっかりと行っていく。病院が赤字では良い医療はできない。命を守る為には病院がしっかりとしていないと成り立たない。医療スタッフの増員、カウンセラー、MSW、PSWの位置づけをしっかりと。報酬も受けられる様にする。医療費は無料化し、病院側も無料だからと言って薬をたくさん出せない様制度作りをしてほしい。過剰な医療費が出ない様な制度作りが必要。必要な所に必要なだけ使うを原則としてほしい。</p>
<p>・従業員、事業所としては経営して行くには、報酬UPを望む所ではありますが、利用者側として負担が増えてしまえば、利用される方も減ってしまい、経営困難となり、いたちごっこになってしまう。こうならないためには、国等からの補助金というような形で収入を増やすしかないか？</p>
<p>訪看の算定のみなおし。カンファレンスに参加しても、介ゴホケンの方だと算定されない。看ゴは医療の枠に入るべき。介ゴホケンだとまわしにくい。</p>
<p>高令者世帯で明日の食のにも困られている方もおられます。←行政の方をお願いします。きちんとそういう状況を把握して頂きたい…</p>
<p>訪看で1時間半以上かかるケースも多く、ボランティアとなっている。2時間の訪看のわくを作してほしい。医療保険では退院前カンファレンスがレセプトにあがるが、介ゴ保険ではボランティアとなっている。病院→在宅への移行がスムーズになるためにも点数がつくといいと思う。HHの質がバラバラなので、レベルによる加算をつけてレベルの向上がはかれたいのではないかと。HHの休日、体制を充実してほしい。</p>
<p>&lt;訪問看護&gt;は医療保険のみ使用がありがたいです。難病や癌末期でも、市の方で介護保険優先と指導されていますが途中で症状が悪化して、毎日、頻回な訪問が必要になるケースがあり、高齢者の家庭が多いので「介護」「医療」ということでの説明が十分納得できず、理解が難しいケースが多い。又、契約書も「介護用」「医療保険用」とあり、中の加算も、少し表記がちがってくるのでややこしいと思われる。医療保険1本化を希望します。命を支える医療で支給限度額を意識してサービス提供することに無理があると思われる。「生きること」を支える、本人さんとの外出、旅行の付き添い、外食などにも保険が適用されるといいですね。</p>
<p>・緊急訪問があるが、月の初回は夜間、早朝、深夜であっても加算はとれないが、深夜帯に訪問しているのに評価されないのはおかしいと思います。改善して欲しいものです。・医療保険で障害の場合、病院であれば、定額支払いとなるが訪問看護の場合、償環払いとなり、手続きが増えるので同じにして欲しい。・尿留置カテーテルの閉塞で頻回に緊急訪問をせざるを得ない人、その他医療処置が必要な方は、介護保険でなく、医療保険にして欲しい。介護保険限度額の範囲を越えてしまったり、必要な介護サービスを削る事になったりと、生活維持に支障が出る。老人世帯、一人暮らしが多くなっている現在、訪問看護は介護保険限度枠から外して欲しい。</p>
<p>☆医療、（ターミナル）の場合の訪問回数の規制緩和。☆介護保険で、ターミナル（老衰）になった場合の区分支給限度額からの除外。☆ターミナルケア加算に関する訪問回数等の条件の緩和。☆介護保険に於ける、退院時カンファレンス出席等の報酬。</p>
<p>介護保険制度を利用したい方がいても、要介護状態にならず、介護保険制度そのものに不満がある。</p>
<p>医療保険では、何度も、入っても、報酬につながらないことも多々あり、2回目、3回目と、点数がダウンします。2回目、3回目は、夜間が多く、夜間の方が、点数が少なく、人件費は夜間の方が高いです。病名によっては、週3回まで、となって他に緊急でよばれても、点数になりません。全ての訪問に、報酬があると、むくわれます。</p>
<p>介護保健での枠組みの中では、十分な訪問看護は提供出来ない。よって在宅での生活が長期化する事はなく、しいては医療費の圧迫にもつながる。予防点、観点からも、訪問看護は、医療保健の範中としてあつかってほしい。また緊急時訪問やターミナルの受け入れは、訪問看護従事者にかかなりの負担がかかる。各事業所等に拘束手当等の義務づけを設けてほしい。稼働率にかかわらず拘束されている事に変わりはないのだから。在宅関連の事業所を持っている施設に対して、何らかの報酬があっても良のではと思う。</p>
<p>・医療、介護と二つに分かれ複雑である。・末期状態も癌に限局される為、心不全や肝不全の末期状態の人は毎日訪問出来ず、</p>

<p>特別指示書を出してもらっても2週間と限定される。今後増々高令者が増え、同じ様な事例が増える事が考えられるので、悪性腫瘍ではない終末期の利用者の訪問を考慮する必要あり。また、悪性腫瘍等で最期の状態の時には1日3回の訪問では足りない。また、1回の訪問時間も1時間半以上かかってしまう事が多いので、それに対し、どうするか検討が必要。・様々な制度が出来たが、やはりどの保険でも範囲外になるが、障害がひどく介護力が必要な人への体制が十分ではない(例えば56才の大腸癌の人がいるが、ADLが落ちており、入浴介助を行っているが、訪看のみの介助では十分ではなく膝折れ、転倒等リスクが高い。しかし介護ホケンも使えないので、福祉用具や訪問入浴等使えない)。</p>
<p>毎日訪問が必要な時、特別な関係の場合、診療が予定の時には、算定できない衛生材料費は、どこまで負担すべきなのか、指示される先生の考え方により、統一されていない軟膏は処方されているが、消毒物品等は、市販の薬局等で購入していただく場合がある。ガーゼ、絆創膏も購入されている</p>
<p>訪問看護の依頼が入りません。広告、お願いしたりと努力はしています。院内のDrは忙がしく、在宅まで思いが及ばないようです。よく聞かれる言葉は「悪くなったら受診して」訪問看護は悪くならない為に予測して予防ケアをしているのですが…。居宅のCMもサービスの説明はされますが利用者、家族の選たくとの事でサービスに結びつける情熱がないようです。病院の方針が明確にされていない事に原因があるのですが…。(経営者病気にて長期不在)介護保険の訪問看護は主治医の指示書がなくても入れるようにならないのでしょうか。勿論主治医とも連携して仕事はしますが導入の部分でCM、も困るようです。</p>
<p>療養者やその家族、訪問看護師、ヘルパー等、現場に関っている方の声をしっかり反映してほしい。同日に複数のステーションが入れないことや、介護保険での点滴実施のマニュアルが徹底していない等改膳してほしいことは多々あります。</p>
<p>・訪問看護は医療保険と介護保険の2本柱で、活動しているが、請求の整合性を見通してほしい。・訪問看護の居宅療養管理指導は条件が現実にそぐわず、対象者がいない。</p>
<p>訪問看護は医師の指示書が必要であるためやはり介護保険ではなくすべて医療保険での訪問看護が望ましい。</p>
<p>在宅に移行するのであれば訪問看護ステーションの位置を上げるべきと思われます。現状は介護の方に目が行っており、看護師の役割の重要性再確認すべき。基準緩和と報酬増額を望む。</p>
<p>現在、訪問看護に長く携ったスタッフが不在のため、解答を控えさせていただきます。申し訳ありません。</p>
<p>ケアカンファレンスに対しての評価がほしい。ケアカンファレンスに時間をとられあとの記録もあり、通常の訪問に差し支える。</p>
<p>2012年介護保険制度改正に伴い、保険料上昇や利用者負担の増など課題が出てくる。介護職には医療との連携が進められ、医療的知識を含む専門性が求められる。財源確保が難しい現状はどうか?24時間対応の巡回型訪問サービスの人材確保はどうか大きな課題と考える。労働条件や広範囲に及ぶ技術や知識の習得、全てにおいてレベルアップが必要であり、前倒しで実施しなければならないのに、時間的な遅れを感じる。もっと現実的な「ありのままの姿」を見つめ直し、行政の方針のみが先を歩いていっているのではないかと疑問に思うことがある</p>
<p>・必要な方へ必要なサービスが行きとどいているのでしょうか?居宅介護支援事業所も増えて、過度のサービスや、ケアマネと事業所が1つの所などずさんな状態の所も出てきているように感じます。有料老人ホーム(他県へ出資)にて自らの所のサービスを充実させるあまり、必要な看護サービス(訪問看護)が計画から削除された話しもききます。・介護報酬においても退院時のカンファレンスは行なわれているため、介護保険でも報酬がとれるとうれしいです。</p>
<p>在宅サービス継続には、そこに携わるスタッフ・人材確保も大事だと思うが、給料の面で生活出来ず、離職する方も多いと思う。報酬upにて改善されれば、量・質共に確保され、在宅の流れも作れるのでは。</p>
<p>壮年期40~60代の癌のターミナル期の経済的な負担軽減のための制度があるとよいと思った。働きざかりで発病した人にとって子供等への残すものがあると安心できる。医療費が多くて、保険制度や税で対応できないが、薬を残っていても処方してる時もあり、必要な医療に使われているとよいが、生保は無料だから、薬をいろいろ予防的にもらっている人もいた。必要のない往診もあり特別指示書を必要ないのに出す場合もあるとのことで、収入が増えるも、利用者に負担がないからと請求をしては財源がいくらあっても足りないと思う。特別指示書の場合急性増悪の時と治療が必要な時ときまっていると思うが、毎月毎月入浴介助でいってるケースにもDrの指示を出してもらったから行っているところもあるときいた。正しく、請求、指示依頼をしなくてははいけないと思う。</p>
<p>当訪問看護事業所は、精神科専門としていることより妥当な回答ができません</p>
<p>診療報酬・介護報酬等に関して。現状制度においては、細かな所でのサービス(ボランティア的な)部分が多い。医療、介護従事者、事業体全体の持ち出し部分で支えられている事が多いと思います。実際の現場と机上のものとのギャップが大きい。医療、介護従事者・事業体がとりくまないといけない課題について。様々な見直しは何回か行っていますが、医療・介護に関しては特にですが“ヒト”“人材”により効果のありようが変わってくるのではないのでしょうか。いい人材を育てるためには、教育・研修により様々なスキルを磨くこと。1人1人が余裕を持ち、生き生きと働くためには、余裕の持てる環境の整備を行うことなどあげられると思います。どんなに素晴らしい志を持っている人もバーンアウトする現状があればいい人材を活用できなくなってしまいます。スタッフ、チーム間の人間関係、チーム力も大切。現状制度に求められる改良点、制度上新たに評価すべき項目。・ケアマネジャーの報酬のアップ(様々な職種の中でいろんな面で激務にもかかわらず介護報酬が低い)・在宅医療を行う医師、看護師、介護職等々</p>
<p>・ターミナルPt.で介護認定を受けていない場合、申請から認定まで時間がかかりすぎる。又、週単位、日単位で悪化していく為区分変更申請しても間に合わずサービスがうけにくい。ex)支援ではBedかりられない。認定前だと軽く出た場合、限度額をこえることを恐れ、欲しいサービスが使えない。ターミナルPt.は、申請後速やかに認定。区分変更ができるシステムが必要。自治体によっては、ターミナルPt.に関しては申請後5~6日で調査に入り早急に認定を出すようになったという所もあるようだ。</p>
<p>1. 訪問看護の診療報酬を上下しなければ、訪問看護師になる看護師が増えない。-◎この事は国の考える入院期間を短かく、</p>

<p>在宅へ戻す。この状況を守り切れない。◎患者、利用者はお金が大変で、訪問看護をたのみしたいが、お金がなく、たのまない。それよりはヘルパーを。となってしまう。サービス体制強化加算で6単位増えることが、利用者に負担がかかると。これ以降お金のない方は、逆に訪問看護をたのみしたい。事業所が成り立っていない。という問題イシキを感じている。2. また、高齢者を対象とする訪問看護の経営はとても大変である。新規利用が増えることもあるが、死亡、入院、転居などで経営が安定しない。(又、ショートを多く使う方も増えてきた。一従って正職の看護師は少なくして、リンジ、パートでチームを組む。職場づくり、人づくりに困難さや所長のエネルギー大変!!一ひへいしていく。ICFの学習は1回うけてますが、不十分です。理解不十分で記入、申しわけなく思いますし時間がなく、乱字乱文にてお許し下さい</p>
<p>スムーズな連携ができるように。連携加算：医療保険ではもっと適応範囲がふえるように。介護保険では算定できるように。小規模多機能の検討。24時間診れる診療所が増えるように、地域Drネットに何らかの報酬がつくように。介護、福祉系にも看取りが出来るように。加算や研修会、連携体制(医療職がもっと入れるように)精一杯、訪問にまわらないといけなくらい、多い利用者数、忙しさ。そのような中で連携や情報交換のための時間がとても作りにくい。全般的な報酬引き上げ。地域で働きやすい環境、給与など。非がんに対する保険の充実。非がんでもターミナルのような時期が来ると医療保険に切りかえられる。加算はすべて利用者負担になっている。加算がふえるのは事業所にとっては良いが、利用者にとってはあまり好ましくない。加算については、市や国の負担ということにはならないでしょうか。</p>
<p>今後さらに病院での入院期間の短縮化がすすむことと考えられる。在宅療養を余儀なくされる利用者が増えることが予想される。スムーズな在宅移行ができるよう医療、介護の連携の充実が不可欠となるであろう。訪問看護の必要性も高くなると思われるが、現状の訪問看護ステーションは看護師の不足が問題化されている。看護師の充足が課題となっている。このことについてどこの機関でも取り組んでいることであるが、なかなか良策がとれていないのが実状である。また、在宅療養における衛生材料の調達も困難な現状がある。開業医の損失をできるだけ縮少できるよう中央化がはかれる必要がある。</p>
<p>報酬upを望めば利用者負担が増えるという観点から、先ゆきの見通しがわかりません。ただ、連携に使用する時間は多いので、その分が少しでも反映する様な評価がほしいと思います。</p>
<p>・介護保険の担当者会議出席が必須であれば共同指導加算等をいただきたいです。(医療保険の様に)</p>
<p>よくわかりません</p>
<p>・プランを作成している利用者の住宅改修をおこなった場合(業者の紹介見積もり、理由書作成)の報酬があつて当たり前だと思います。何故なくなったのか理解できない。・利用者の相談に応じ訪問したり、プランを作成してもサービスを利用しなかった場合の報酬が0となるのは、ケアマネが働きづげにくくなる要因となります。(施設長より苦言を云われる)・ケアマネがきっちり仕事をこなし、力量アップするために利用者一人の報酬単価をアップしてほしい。使用する用紙の数も限りがなくみんなギリギリのところまで頑張っている状況です。</p>
<p>労働条件や賃金の保障を確保しなければ、人が集まらない。在宅の受け皿づくりに(取り組まねば)力を入れる必要があると考える。日本はデンマークより30年遅くれていると言われている。デンマークは、介護者が居なく、家族に給料を支給していると聞いている。日本も状況により考えるべきだと思います。</p>
<p>全体的にとりくまなければならないのは…①個人のレベルアップ、事業所全体のレベルアップ。②認識力の向上。(一人一人が…)知識の向上。③慈愛の精神をみがくこと。報酬上新たに評価すべき項目。在宅がふえるにつれ訪問看護師は重要な役割を担うことになるが訪問看護師になろうとする人が少ないし、すぐにやめてしまう。訪問看護師をもっと評価すべきであると思うし、それがなければ維持できないと思います。</p>
<p>・看護師は処置、家族からの健康相談に対応していたら時間内に終了しないこと。・寝たつきりの人、体重が重い人の処置、入浴介助は看護師の体に負担があり退職する人もいる。・介護職の給料が低く問題にされているが看護師も検討すべきだと思う。・移動距離は調整しているが、依頼が地区が広いと訪問は難しい。</p>
<p>・訪問看護ステーションでのPt、Otの役割りの見直し。できれば、Pt、Otさんはずしてほしい。訪問看護はあくまで看護の役割をはたしたい。Pt、Otさんは独立してステーションを開設すべきだと思う。なぜなら、訪問看護ステーションの中でPt、Otが訪問してもリハビリのみで健康チェックができていない。緊急時の対応ができないなど。・ケアマネさんは、いろんな職種の集まりです。なかには、医療的な事をしらずにレベルの低い人たちもいます。もっと教育が必要だと思います。又、性格(感情のコントロールができる人)も大切だと思います。私は社会福祉士さんか、看護師が良いと思います。</p>
<p>改訂(定)は必要ですが、次から次へと算定条件が加わり、めんどうである。書類作成に時間がとられる。同じような内容で共同加算、支援指導、連携指導など、ひとつにまとめ「その人が在宅で生活するための話し合い」は行い退院するわけですから、まとめて下さると助かる。点数を取るための、訪問や往診の回数を増やすのはどうかと思う。必要があり行う行為や、訪問回数になればと思います。</p>
<p>・現在訪問看護へ視点が向けられているといってもまだまだです。医療保険で2ヶ所、3ヶ所のステーションが介入できるようになったといっても、実際、療養日は、1ヶ所のステーションしか請求できません。実際、手厚いケアを行ってもです。相方の調整、協議も大変です。やり甲斐があり、地域を今後、担う訪問看護といえど、現実はなかなか充実してません。・情報提供に関わる料金等、1ヶ所しか請求できないのも、どうかと思います。</p>
<p>利用者に、これ以上の利用料負担は、無理である。事業所存続のために、介護報酬をあげても、それが、ネックになっている。訪問看護ステーションの報酬があがるとよい。質の向上のためにも、常勤者のみで稼働できる経営状態になりたい。</p>
<p>・緊急入院、入所などの時、看護サマリーで情報提供をさせていただく事がありますが、一定の報酬があるとありがたい。実際時間をかけて作成し、持参する事も多いです。退院前カンファレンス、サービス担当会議など、1時間位かけて行なっていますが、報酬がありません。訪問に出る方が収入があると思っています。出来れば加算がつくとありがたいです。退院後、おためし期間として1~2ヶ月は訪看を使用すると決めてしまっただけではどうでしょうか?プラン上になかなかのせるタイミングがないとよく聞きます。早目に入れておくことで、問題を早くにキャッチし、医療費の抑制につながると思います。</p>

・限度額の制限の見直し・報酬の値上げ、など希望
訪問看護を一元化し、すべて医療保険にしてほしい！
たくさんあると思うが、考える余裕がないです。
・入院から在宅へなった時に訪問看護が必要な事があってもコスト面から訪問介護のみを希望される。
・看護は医療で統一を希望・ターミナル期対応加算等を使いやすく、利用者を在宅で最後まで安心して迎える事が出来るような制度検討してもらおう
医療依存度の高い療養者を自宅で支える場合、訪問看護ステーション1ヶ所では困難です。（小規模ステーションが多いこと。報酬上、頻回に行けば行くほど単価が下がるなど）現行で同一日に2ヶ所のステーションが訪問に入れない緊急加算は1ヶ所のみなど…連携し支えて行きたいと思っても、その辺のステーション同士の取り決めが難しい状況です。
・介護保険が優先であり、事業所としての経営が大変です。常勤のスタッフをと考えても困難（経済的）です。もっと事業内容の充実を図りたくても出来ません。（研修会への参加等）医療保険の枠の拡大を検討していただきたいと思います。
小児のレスパイト先の確保・ターミナルケア、小児などの大変なケースをみている看護師への報酬の増収入へ。小児、若いターミナルの方の経済的負担を軽減する為の償還払いの中止。
医療保険での訪看・緊急訪問加算は「在宅療養支援診療所の指示」であるというくりになくしてほしい。（2650円/回）・月に1回でも訪問したら特別管理加算（重症者管理加算250点or500点）が取れるようにしてほしい。（現状は4日目/月からとれる）介護保険での訪看・緊急対応したら2回目からではなく1回目から、夜間・早朝・深夜の加算が取れてほしい。しかも特別管理加算の有無に関わらず。担当者会議 退院カンファレンス）に参加したら加算が取れるようにしてほしい。
・訪問看護の介護保険と医療保険の報酬の算定の仕方が複雑でわかりにくい。とくに途中で変わる利用者さんは同じことをしてもらうのに何で料金が大幅にちがうのか理解しにくい。評価される加算も介護保険と医療保険では大きくちがいで、事業所側から見ても理解するのが困難です。介護保険か医療保険かによってその方の看護内容が変わるわけではありません。同じ看護をしているのですから同じ報酬をいただきたい。・訪問看護にも初回加算がもらえるようにしていただきたい。開始当初は、ご家族や本人への説明・アセスメント・他サービス事業所との連絡等でけっこう労力がいらいます。長期利用者が少なく、短かいと1ヶ月または2～3ヶ月の利用となり、利用者の入れ替わりが激しく大変です。・ショートステイの利用中でも訪問看護が利用できるようにしていただきたい。指示通りの処置や手当てがしてもらえず、悪化して帰ってくる人や、処置や手当てが複雑だからと利用をことわられる方もいます。医療的ケアが必要な重度の在宅療養者が増えているのにその対策ができていません。
24時間不安な状態を、在宅で過ごす際の支援のあり方。24時間、複数回訪問にも4回目からは算定が出来なくなることへの、対応が出来ないこと
訪問看護は、医療保険と介護保険と使いわけがあり、介護保険優先でも医療的な依存度の高い方も多く、また介護保険では支給限度額のみから利用回数に限られてしまいとても利用しにくい現状にあります。医療費に支給限度額はないのに、本当に必要な介護が限度額によりおさえられている方もなかにはいます。訪問看護は医療保険に一本化することはむづかしいのでしょうか。ケアマネの質の向上にむけ、机上ではない対策が必要と感じます。福祉系のケアマネが大半をしめている状況で身心の状況をしっかりアセスメントできるケアマネが少なくなっている様に思われます。
介護報酬と診療報酬では同じ行為を行っても料金が違ってくる（例えば複数訪問）ので、一緒にしてほしい。
・現状制度の中で矛盾を感じることも多くあります。・支援が必要だと感じるケースでも、経済的困難があり、利用できなかったり、経済的に余裕があるから施設入所を選択する事となったり。・早朝や夜間のサービス体制について、医療的ショートステイについて受診が困難な療養者の検査体制について、受け入れ先が必要だと思います。・医療と介護を分けて考えることは出来ないと思います。システムとしてもっと連動することは出来ないのでしょうか。・病院からある日退院して在宅療養となる現状ですが、施設内で家族が介護の練習を泊まり込んで出来るようなサービスは不可能なのでしょうか。中間施設といっても療養者を預るだけでは、在宅療養へとつながっていくとは考えられないのです。・介護者が介護に関わる時間の評価がないと思います。・実際に訪問した時間だけが報酬として認められていますが、電話での相談や関わりは評価されていないと思います。連携の一部としてとらえれば評価対象となっているのかもしれませんが、実動に応じた評価となっていないと思います。・現行制度では同日に2ヶ所の訪問看護は入れません。定期訪問と緊急時対応が別ステーションとはいかないので、無理が生じていると思います。思いつくまま並べて記入しました。
地域包括ケアシステムの中で、トータルコーディネーターを誰が担っていくのか？現在の包括支援センターでは力不足。小規模多機能に、トータルコーディネーターになれる人を育成して行き、365日、24時間タイムリーに地域支援できる体制作りが、一番実践可能と考える。訪問看護機能を加えるか、連携を考慮する。
訪問看護が利用しにくい制度であることが問題・介護保険と医療保険で分けていること・「在宅末期診療料」が訪看ステーションとの間で費用戻しの必要があり使いにくい・訪問看護での点滴が非常に請求しにくい制度
・家政婦が家政婦として利用者に入り、介護保険のプランの中での仕事もする。同一人物が、監視などない状況の中で、本当にプラン通りのケアを出来るのか？ダブリで請求はしていない…というが、在宅の密室の中でどこまでが家政婦の仕事でどこがヘルパーの仕事…区別つけられるのか？大原家政婦紹介所では、この方法で1人の人が家政婦になったりヘルパーになったりしている。他の事業所もあるのではないかと。訪問看護の訪問時間が、介護保険では30分、1時間、1時間半と決まっているが医療保険では、おおむね1時間とあり、時間延長が2時間を越えなければ料金が請求できない。医療保険で利用している利用者が、2時間以内ギリギリまでケアを要求し、看護師が、2件行けるところ1件しか活動できない。介護保険と同じように最高1時間半として延長料金をとれるようにしてほしい。又は、介護保険と同じ料金（時間により金額をかえる）にして欲しい。

<p>・訪問看護は介護と医療の2本立てで制度が複雑・混在しており、利用者も理解しにくい。できれば医療で1本化してほしい。</p> <p>・現在の介護区分が多すぎると思います。・24時間定期巡回型サービスに、訪問看護が入るようですが、対応出来るのか、心配です。一人暮らしの方の場合、受診になった時、誰が付いていくのか、家族と密に話し合っておく必要があると思います。又、保険料も上がるのかとも心配です。</p>
<p>利用者負担が多くなることで、利用したくても利用できない人が多くなる。</p>
<p>事業所については、利用者の希望するサービスを適切に実施出来る体制づくり、それを実現してゆく為には、逆に現行制度の、規制・基準緩和を実施し、多様化しすぎて、医療・介護従事者すらが理解・把握が困難となっている。サービス種別の簡素化を図り、各事業所がそれぞれサービス内容で特色を出せるようにしてゆく事が大切だと考えます。</p>
<p>・医療保険での訪問回数制限をとりはらってほしい・夜間、早朝訪問の加算制限をとりはらってほしい・担当者会議・退院カンファレンス参加の報酬・療養通所介護をもっとやりやすく（報酬、人員の改定）介護保険</p>
<p>24h対応の際の診療報酬が低すぎる。Dr. 優遇、訪看軽視と思います。実際の対応は訪看NSで、24h対応を強いるのなら、報酬をもっと上げないと、ボランティア精神をあてにされては誰もこの仕事（訪看）をしようとしません。（勤ム時間後の17:30～翌8:30の対応の時給が150円くらいでは今どき待機携動もちたくなると考えるのが当然です。コールは実数少なくとも夜中だったり緊急訪問が必要だったりの負担が大きいです）</p>
<p>エンゼルケア、みとり時、グリークケアの点数改良。</p>
<p>・訪問看護サービスが医療保険と介護保険の場合があり、サービス途中に変更となる場合もあるので事業所にとっても利用者にとっても不便。統一してほしい。</p>
<p>別紙のとおり</p>
<p>介介護の利用者1割負担制度の見直し、訪問看護単価の見直し（利用者負担）制度がかわっても「事業所」がかわらなければ、いくらいい制度でも利用されずにおわる。加算も「とる」「とらない」ではなく、単価に+したのものと「とる」制度、「とらなくてははいけない」制度にし、その分をきちんと現場に返す事業所をチェックすべき！</p>
<p>質の向上</p>
<p>その人がすみなれた地域、すみなれた我家で安心してすごせるよう、地域で支えあう取り組み、体制が必要。事業体、行政、等が連携を取りあい、地域における包括ケアがなされていくことが大切。○病院から在宅への移行をスムーズに行う為。・退院日の訪問の算定（全ての人）・退院前のIC同席における評価、加算（カンファレンス）。</p>
<p>医療、介護を考える際、他地域と比べるとあまりにもない物が多く、何を改善、改良ということよりも、医療、介護の地域格差の解消が必要と思う反面、マンパワーも財源もない状況の中で既存のやり方ではない医療、介護の提供の仕方、仕組みを考え出していないとならないのでは…とも思いますが、具体的にどういふふうになると、わかりません。</p>
<p>末期癌患者の介護保険の見直し。末期状態と医師が病名を記載したなら、介護予防にはならず、特別枠を設置してもよいのでは。例：末期癌すべて要介護⑤。2号被保険者について、介護保険で対象となる病気について検討を。・進行性筋ジストロフィーで四肢麻痺があり、体が大きな男の方ですが、介護保険が使えず、在宅で大変苦勞しています。小児の在宅医療の充実を。レスパイト入院の病院が少ない。ほとんどない。小児の医療依存度の高い場合…さらにレスパイト入院先がなし、日帰りでもあずかってくれる所がない。</p>
<p>医療、介護従事者の不足に対する改善。認知症に対する報酬</p>
<p>訪問看護利用の方で介護サービス提供票をケアマネから前月末に受け取り計画により家族と話し合い決定しているが、その日に自分の都合等でキャンセルが出たりする。キャンセル料金はもらっていないが月4回の内2回もキャンセルしたりする。キャンセル料等取れるように（当日キャンセルに対し）出来ないものか。医療と介護を同じ料金で設定出来れば利用者も理解しやすいし説明もしやすい。点滴で訪問もしているが、毎日と言う事は少なくw/3回位までに対し加算を出してもらえたら良いのでは、技術料に対しての見直しとして。報酬改定の速報をわかりやすく出してもらいたい。</p>
<p>訪問看護を開所して2年目、独立型のため件数は少ないものの、地域でご家族がかかえ込み本人も自宅に閉じ込み傾向にある。難病の方や、精神疾患の方が以外に多いのには最初びっくりしました。特に難病など、療養費や加算だけみると報酬はよいのかと思っていたが現には、介護者も年々高齢化、医療依存度も高いため処置・ケアも多く時間もかかる。回数も多くなるが…。医療保険で請求してみると、12月までは加算が付くがそれ以降は加算はなし。しかし、行ってくるケアはまったく同じ必要で行っているわけだから行った日数分に加算が付く形になったらよいのに…と思いながらレセプトも行なってます。難病や精神疾患の研修（特に具体的な内容の）を増やし、それに少しでも多く参加し、訪問看護のスキルをアップして、処置やケア出来るようになることが制度改革をするうえで根本として必要なことかもしれません。</p>
<p>・時間で区切られている訪問看護では、利用者に求められるサービス提供が困難です。健康相談や看護技術提供（浣腸）など時間で区切れず、状態に応じて時間がかかるものがあります。限度額や経済的な問題があり、訪問した時間での請求が難しいケースが多くなっています。・在宅療養を提供する側のスタッフの質の向上の為、人材育成をもっと積極的に行う必要があります。</p>
<p>介護保険制度は良いが身体的な面、精神的な面、両方面での認定が必要と思われる。身体的な面中心の時もあれば、精神的な面中心に調査され、認定がみとめられない場合もあり、調査も一日だけでなく2～3回と行なう必要があるのではと思う。</p>
<p>取り組まなければならない課題 1、医療機関や介護支援事業所の支援体制の不備 2、専門的な知識や技術の習得不足 3、介護報酬の適正化 4、在宅で最期を迎えられる（可能性）の啓もう 5、公的機関のバックアップ体制 改良点、報酬制度新たに評価すべき項目 1、医療保険での訪問看護の2人体制の日数判限の見直し 2、ケアカンファレンスの算定 3、報酬制度が複雑でわかりにくい。</p>
<p>訪看の医療、介護の区分け等分かりづらい。訪看の啓もう活動をどうするか（一般の人、ケアマネ等に広めていく。）訪看はどうしてもコスト高になると思われ、利用に結びつかない場合がある。財源が無いので一部負担金の助成は厳しいと思われる。</p>

<p>しかし、何らかの方法で軽減しコスト面でも利用しやすくする。</p> <p>・病院併設の訪問看護事業所は、介護保険の単価が低く、同じ事をしていてどうして？という疑問があります。又、カンファレンス等にしても、同事業所内で退院される療養者には、各種加算は算定できませんので訪問看護としての実績が目に見えて範影されない事もあり、評価が低くなっていると思います。・医療、介護と少しづつの違いがあり混乱してしまいます</p>
<p>24h体制への評価、移動距離が長い場合の加算などの検討。病院と在宅療養支援診療所のコストの差など国の政策としてしかたのないところとは思いますが、がんばっているところにきちんと費用が支払われるしくみを考えていただけるとありがたいです。同様に訪問看ゴステーションと、医療機関からの訪問看ゴも同様かと、同じことをしているのに費用が算定できたりできなかったり不公平さを感じます。都市部とそうでない地域では人口密集度が違うのでサービスの効率化にも差がでます。いくらがんばっても移動に1hかかるところでは、その間の報酬は0円です。移動時間がほとんどないところでは、その1hで1~2件分の費用が算定できます。どの地域においても同じように収益があり、事業所が増えるような制度を望みます。(なかなか難しいかもしれませんが…)</p>
<p>・介護保険・医療保険で同じ内容でも報酬が違う。・介護保険でしかサービスを使えない重症者に対しての使用できる時間枠を増やしてほしい。・介護保険利用者が緊急なのでと訪問依頼を受け行ってみても全く緊急ではなくこんな事だと思うケースがあるので日・祭日夜間帯の自費設定(自日設定)あるので時間外加算がつくようにしてほしい。・リハビリテーション充実加算など医療の質の評価とはとうてい言えない成果主義を廃止し、質の評価につながる制度にして欲しい。(365日も同様)</p>
<p>・担当者会議の必要性が大であるにもかかわらず、診療報酬制度が保証されていない。新たに評価し、制度に追加してほしい。・訪問の回数制限があり、必要な時、必要な回数の対応が困難なこともある。介護保険と医療保険の2本立てで、制度上複雑すぎる利用者に於いても、月の内、両制度にまたがる人がいて理解しにくい。</p>
<p>・医療、介護の1本化を希望する。現場は複雑で混乱している状況である。・介護保険の場合担当者会ぎ、退院調整会ギなど、報酬に反映されないのに多くの労力、時間を費している現状である。・利用者が、入院などになると期限が明確でない為訪問枠が空く状況が長くなる等で、収支に影響が出てくる。</p>
<p>利用者負担割合</p>
<p>1、特別な関係での同日算定ができない、訪問診療、訪問看護等役割の違いがあるので算定可能にして欲しい2、診療報酬、介護報酬での言葉の統一化をして欲しい。利用者、医療従事者共にわかりづらく混乱する。(例)24H対応体制と緊急時訪問看護加算、重症者管理加算と特別管理加算等</p>
<p>勉強不足で記入できる力がありません</p>
<p>◎訪問看ゴは医療保険とする(現実介ゴ保険が限度額いっぱいの時、緊急時等もとれない事あり)現在は医療と介ゴで制限があり利用しにくい。書類による保険の利用方法変更もあるが、現実的でない。特別指示書(点滴一食事のできない高令者に対して家族の希望は多い。・2Wで終了するはずもなく医師、看ゴ師も対応に苦戦。褥そう処チ2W×2回の多額も、残った日数を介ゴ保険対応。又自ヒもおかしい対応と思う。))◎3回以上4回以上等やめる◎特別な関係により退院前カンファレンスしてもコストにつながらない。・事業体系が違うのであれば報酬につなげてほしい。このために時間を費し指導に関しており無報酬はおかしい。◎訪看療養費は12日までコストに反映するが、それ以降は無報酬となる◎ターミナルケアや重症の場合毎日又頻回に入ることが多く制限をなくしてほしい。◎現在の身障対応20.8月以降身障対応をした人は医療費助成がなくなっているのであれば、それまでの人も同じようにする。不平等!!(癌の人は高額のみで助成はない。対策必要では!!)若年も多い生活困難となる。◎小キボステーションでは2人体対策困難で報酬につながらないことが多い。◎担当者会議への参加も必要があつて出席しておりこれもコストにつながらないのはおかしい→ケアマネは業務に含まれるが、サービス事業者は時間を費して参加している。担会加算等加算としてうち出し、利用者にも再々の担会によるコスト負担も認識してもらおうと、もっと効果的な計画にもつながるのではないかと。☆とにかく実際に動いて対応している内容を見なおし、加算でよいので、コストにつなげないとサービス側の維持継続は困難◎地域抱活の窓口対応、又訪問対応も充実必要→もっと地域へ</p>
<p>病院においては、NS職員の増加は図れますが、福祉関係、訪問看護は■り年が少なく、運営にも支障をきたします。長々とどまる為に、その施設では魅力ある。対策を立てると共に研修や同行への手厚さも必要ではないかと思えます。病院に比べると場所により、お休みが取りにくかったり、給料の面ではまだまだの所がほとんどだと思います。利用者の方への負担も又、考えていかなければならない問題です。報酬があがれば負担額が増加し、必要な方にケアが受けられないという問題も出てくるかもしれません。年金にも限りがあり、高齢者も税金の支払いが出てきたりと増々問題は山積みになってくるのではないかと思われます。</p>
<p>訪問リハの関わりには18年度問題から制約があり、ケアマネージャーの利用のあり方に影響し、リハビリを受けたい利用者の利用のしにくさとなってしまっている。もう少し看護との関わり、リハビリの評価など今後検討されると良いと思われまます。</p>
<p>・訪問看護は医療保険と介護保険との利用で、制度上分かりにくい仕組みとなっております。例えば癌末期の人は医保ですが、余命6ヶ月位で医師より末期と言われたい状況(例えば延命目的の化学療法をしていたりしますが)ですと状態が悪化し、臨死期を迎え、その時点であなたは末期ですので医療保険に切り替わりますと説明をするのでしょうか?・訪問看護の居宅療養管理指導の使い方が制度上使いにくいものとなっております活用出来ていないと考えます。その為見直しが必要と考えます。例)担当者会議を経て利用することが必要か?通院出来ていても、自宅での状況は医師は把握出来ないのでは?</p>
<p>・予防サービスの報酬UP。・介護認定評価の見直し。厳しすぎる。・在宅支援、地域で暮らす生活を支える為には在宅サービスの制限を見直してほしい。例介護(訪問)サービスの個別利用のあり方。個人として見るべき。独居でないで利用できない条件があり困る</p>
<p>担当者会議に参加した際の報酬</p>
<p>現行制度は、計画訪問、細切れ、使い方に制約がある、など、結局要介護者が食事、排泄、外出等の日常生活を、サービスにあわせて生きる一という不自然で不自由なものになっています。又、趣味や家族の為の家事には使えない、など“介護が必</p>

<p>要になっても”社会の一員や家族の一員として生きようとする人の意欲や生き方を否定するものとなっています。食事を提供するのではなく、ご本人が食事を作ることを支援する、という発想がありません。又、家族がいることが前提のような制度設計になっていますが例えば糖尿病で自己注射の必要な高齢者、障害者独居の場合、のように医療処置の必要な人の対応は困難です。やはり、介護の必要になること、障害をもつことをどう考えるのか。ということが、（それでも生活者であること、社会の一員であることが尊重される）制度として否定されるようでは、実際の生活の選択肢も、当事者の気持ちや意識も、前向きには難しいと思います。職種・事業所間の連携と共に、あくまでご本人が自分で考え、選び、自己決定した生活を支えていけるような制度が必要だと思います。最後に、私たちは性的少数者の訪問も経験しましたが、パートナーが同性であること、＝「家族」のありようが多様であること、たとえば、同性業者であること、HIV感染であることをかくす為にサービスは使わない。地元の事業所は使えないと思っている—ということなどあり、生活者として包括的に支援していく為には、かかわる側の意識が問われる。（人の多様性、家族の多様性を理解しておく必要）と思います。</p>
<p>医療保険では訪問回数に制限があり、介護保険では、自立とみなされるが、訪問が必要な場合に、十分に支援できていないことがある。</p>
<p>・訪問看護師の確保（不足を解消する為に）・介護サービスを利用された方が良い方でもサービス内容を全く知らない人、介護者一人で介護され困まられている方に介護保険利用を知らせる手段を考えて下さい。</p>
<p>訪問看護が介護保険の中に組みこまれ、総括的な点数でしか請求できない。例えそこで、注射、点滴、腎洗、膀胱洗、皮膚科処置 e t c。手数料が発生してもよいのではないかと？そこで、訪問看護は介護保険の請求ではなく、医療保険の請求にすべきではないか？</p>
<p>在宅医療を行っている中で、同日に特別な関係のあるクリニック、ステーション（Ns）の報酬が往診でないと取れないという矛盾があると思うので変えていかないといけないと思う。</p>
<p>重度な人も軽度な人も同じ報酬では、軽度な人しかとらない事業所が増え、重度な人は敬遠されている現状がある。加算を増やせばわかりにくい現状報酬を重症度に合わせて、わかりやすくして欲しい。</p>
<p>クライアントが自身の望む生活を支援できるように、幅広いサービス提供が出来るような制度が必要。</p>
<p>訪問看護をはじめで短期間で何とも云えないが、30分、1時間で何が出来るか、利用者の思いに添うことの難しさを実感しているところです。健康状態の把握で週1回の訪問等の計画では、例えば便秘など不快を訴えられた場合、排便に対する援助等を組み込む。又環境の調整など十分でない、（ヘルパーが入っていても）等あった場合、時間の延長など広々ですが、時間は時間と割り切れないこと、他職種との境界のトラブル（他事業所の場合）になって不快な思いをするなど、利用者にとってよかれと思ったことがそのように受けとめられない時、一人を多職種で支えることのむずかしさを感じています。</p>
<p>介ご予防について、ICFの考え方や介ご保険の導入により、利用者本位の考え方をうばってしまう。できる能力をサービスを介ごうばってしまう。又依存的な心に傾むけてしまいがちなサービスに疑問をもってしまいます。介ご保険医療保険の財政が厳しいと言われる中、サービス利用を悪用したかのようなケアマネジャーの行動にはびっくりする現場をまのあたりにしています。現状制度を考えると必要な人が使えないサービスはあるのでしょうか！このようなサービスは破たんしてしまうのは目に見えているのではないのでしょうか。</p>
<p>・医療保険で2カ所の訪問看護ステーションが入れるようになってほしい。・離島の医師不足が解消されないと何もできない。・訪問看護の経営が不安定。単価が高くて利用者が増えにくい。利用者の負担が大きくなるのではなく利用しやすい。</p>
<p>介護報酬の改正は一部行なわれているが、なかなか在宅でのサービスの評価が少ない様である。職種の難しさもあるが、一定人員の確保、専門職としての教育についても今後、検討すべき事項だと思われる。</p>
<p>・介護保険と医療保険を同じレセプトにしてほしい。医療保険は時間制限がない。介護保険は、制限がある。・加算がつくと、つかないのが、保険によって違う。担当者会に出ても加算がつかない。（介護保険）</p>
<p>介入回数や疾患などで、介護←医療保険となるが、金額に差があり、途中や、介入時に抵抗感がある。それが医療的なサービスのかかわりを（必要なのに）減らしてしまっているように感じることもある。ケアプラン作成時に個人からケアマネに料金を払うシステムはいろいろな意味で困難が生じてくると思われます。</p>
<p>時間外、休日、長時間の評価。安定した事業運営ができる報酬。</p>
<p>・40歳以上の第2号被保険者の疾患について、もう少し疾患の種類を増やすことはできないのか。40歳以上の方が介護保険料を収めているにもかかわらず、介護保険の利用ができないのは公平さに欠けている。福祉用具や、住宅改修で、自立した生活が送れるのであれば認めて良いのではないかと。・医療保険では退院時共同指導加算等条件がそろえば加算がとれるが介護保険でも同じように退院時の加算を評価してもらいたい（介護保険利用の方でも積極的に退院前カンファレンス等が行われている）</p>
<p>改定の度に現場はパニックになります。今以上に現場・書類に追われ、離職率の↑になるでしょう。利用者様の為に汗を流す事には、かまいませんが、その度に利用者様・患者様を振り回しています。</p>
<p>訪問看護の認知度の低さ。低賃金（Hpとくらべて）サポートシステムの強化。</p>
<p>・国民のニーズに応える。医療や介護を実現するための報酬改定をしていただきたい。・現場のスタッフが対応に苦慮している状況やケースに関しての支援であってほしい。・訪問看護はあくまで医療保険への1本化にしてほしい</p>
<p>現在勉強中ですので、記入はさげさせていただきます。</p>
<p>○訪問看護として、ヘルパー教育（吸引指導など）にあてる時間や、サービス担当者会議に出席しても収入として算定されないため評価してほしい。○難病対策としての福祉制度などの理解、知識向上を図りサービス提供できること。○難病患者に対応するスタッフの充足が必要だが、看護師不足で満足な対応をしづらい。○大変な状況で仕事をし達成感を得られても、給料に反映されない現状がある。電話拘束や、緊急訪問のための出勤など、もっと認められる様な賃金体形にしてほしい。（各事業体の問題で難しいとは思いますが）</p>

<p>・単純である事。</p>
<p>在院日数…疾患に応じて、考慮してほしい。リハビリ…脳血管障害で短期入院後、在宅に移る場合、リハビリの方向性を病院からリハビリスタッフへ引きついでいけるように、ケアマネ教育が必要。報酬制度…訪問介護、ケアマネの報酬が少い。訪問看護師のなり手が少いので、病院看護師との報酬の差を考えてほしい。訪問看護ステーション…ステーションを立ち上げる、パワフルな看護師がいても、資金面で断念している。資金の融資などの制度があれば小さい規模のステーションが増えていくのではないかと。私は自分で立ち上げましたが自己資金（300万円）を使いました。これでは、まず資金がなければできない訳で立ち上げる人は高いハードルになっていると思います。</p>
<p>地域性なのか、看護師不足、特に在宅へ目を向けたN r sの不足が深刻です。働く環境のせいも必要かと思えます。なんせ、ゆとりのないところには成長も発達もありませんから…。</p>
<p>40代、50代でもガンの方が訪看を使いやすい制度に、ガン末期で介護保険併用でも訪看は3割の医療保険では利用しにくい。終了時カンファで課題～在宅看とり～を集積し修正へもっていく～の増へつながら。報酬をあるいは検証を。</p>
<p>訪問看護の位置づけが介護保険ではあいまいになっていると思う。本来介護保険は自立支援への手助けとなっている、実際は介護度が高い後期高齢者の医療処置後の在宅訪問が多い、予防的指導の役割を担うことが少ない。医療的処置に伴い、在宅療養が困難であっても経済的理由で、介護負担がありながらぎりぎりな状況で在宅療養を続けている事例が増えている。心身ともに看、介護従事者も負担大である、要介護度が高くなっても、報酬は変わらず、改良を望みたいと思います。また、看護の役割を考えると、本来医療的処置や、看護を必要とされている方々へなすべきことが、果たされていないと思います。医療保険での訪問看護、介護保険での訪問看護を今度はっきり位置づけて欲しいと思います。</p>
<p>最近介護保険の利用者が3Wもショートステイへ行っておられる。ショートより帰ると全く動くことが出来ず介護負担が大きくなり結局寝たきり状態となり、入所することが増えている。施設ばかりが増え在宅サービスは減少している。ショートステイを毎月施設より予約を取り施設に空きがない状態にしている現状です。</p>
<p>・在宅ヘルパーさんの報酬の引き上げ。・胃ろう等の管の管理が必要な要介護者を受け入れてくれる施設が少ない。特養で夜間看護師がいないので、吸引の必要な人は断られてしまう。（ショートステイ）家族の休養の為にショートステイなのに、本当に必要な人は受け入れてもらえない。施設にとって大変ではない人が好んで受け入れられている印象は否めない。・例えばALSで呼吸器、吸引、胃ろうとなっている人は、もっと受け入れ先が少ない。病院ショートも受け入れ先が少ない。医療処置の多い人の受け入れ先、デイサービスが増えれば良いと思う。・これから増えそうな、独居高齢者が安心して在宅生活を送れるような取り組み。独居の人は介護保険で使える枠を増やすとか。</p>
<p>医療制度の変革に伴い、医療依存度の高い患者が、在宅に帰るケースが多くなっており、看護師1人の訪問では、負担が大きくなってきている。H22年度の医療保険の報酬において、複数名加算が新設されたことは大きく評価できる内容と思われる。しかし、週1回の加算ということで、難病など、訪問回数の多い利用者への負担は大きく単価を下げてでも、1回の訪問に対しての加算（介護保険と同じように）がとれるようになれば良いと思います。※時間の余裕なく、モデル図への記入をしません。申し訳ございません。ともすれば、医療的な目線に重点をおいてしまいがちですが、ICFでの記録は、生活、社会面など幅広くとらえることが出来るので、今後は、より勉強していきたいと思えます。お疲れ様でした。</p>
<p>訪問看護ステーションの人員が不足しています。看護学生の実習でほとんどの学生が将来訪看を希望されます。とても嬉しく思っていますがなぜか増えません。誰でもやれる仕事ではない。判断力、責任の重い仕事、経験（看護としても、人生としても）がないと“難しい”“勇気がない”とも聞きます。24時間の緊急携帯を持つ事も家族を犠牲にする、プレッシャーを感じる、夜間に出かけた時の不安感など重荷を感じ、辞めてしまうという事もよく目にします。家族が少なくなってお互いにストレスや体調管理など支え合う人間が1つの家の中に少なくなっている。何でもサービスに任せたり頼ったり期待して待っていてもサービス側が対応困難になっている事もある。家族とサービス側の適度な距離感を大切に、ある程度その生活スタイル自分達で創ろうとするやり方を見守っていてもよいのではないかと思います。責任感が強くやりすぎ、言いすぎてしまう事で結果的に自分の首をしめる事になってはいないかを常日頃考えている。家族への求められた時、困り事への具体的な現実的な声かけを行い、共に生活力を身につけていって介護サービスや医療が不安になればそれはそれでよい事なので、サービスの厚みが良いサービスではない事も1つ念頭におかなければ崩壊してしまうのではないだろうか。緊急訪問や自宅での医療行為は今後増えていくかもしれない。お金をかけず、不安の軽減、技術の向上の為に病院内でも家族の参加、コミュニケーションを十分に摂り、患者と家族の距離を縮める事も今後大切になってくるのかと考える。意外に自宅で安定しているケースも多いのが実情である。安心なのでしょう。</p>
<p>医療職から診ても心配な状態の方が、治療の必要性がない（治療の手立てがない）からときちんと疾患の理解や受け止めができていないまま、どんどん在宅に帰されてきているように思えます。どうしようもなくなった状態で放り出すような形の退院ではなく、治療経過中から在宅医療スタッフと連携をはかれるようになることを望みます。訪問看護従事者としての努力不足かも知れませんが、まだまだ訪問看護師の役割が認知されていません。わからないままの訪問看護導入においては退院時であっても利用に消極的であるのが現状です。自己決定はもちろん大事ですが、必要性やサービスの役割効果のわからない人に自己決定しろというのも無理なことではないかと思えます。入院に依存しないためにも病院と地域の連携のあり方を仕組みとして作ってあげれば、むしろ無駄な医療がなくなり生活全体をみた支援が可能になってくるのではないかと思えます。現在の訪問看護制度では、必要な方に必要なだけの訪問看護を提供できないのが現状です。介護保険制度においては、ケアマネジャーが訪問看護の導入をしなければ、余程主治医が指示されなければまず利用されることはありません。また、利用限度額の縛りのため介護力のない家庭においては生活するための訪問介護が優先で訪問看護は切られます。要介護度と医療的なニーズが一致していないことも大きな問題です。やはり、介護と医療を切り離して考える仕組みにして欲しいです。利用者の医療的な重症化に伴い24時間対応や退院時共同指導などが欠かせるなくなっています。訪問看護が軌道にのるまでの調整的会議や説明のための訪問など時間をかけても2～3回の訪問で終了することも少なくありません。しかし、介護保険における退院時共同指導</p>

<p>にケアマネには報酬があっても訪問看護は算定できません。深夜の緊急訪問でも1回目は加算をつけることができません。これらの見直しをして妥当な報酬が得られるように見直しをいただきたいと思ひます。</p>
<p>①精神障害者の訪問看護の希望は増加傾向にあると思われる。訪問看護のよさを(特性)を説明し、実際に契約できるまでには、かなりの労力を要するが、これらは保険点数上評価されず事業所の大きな負担となっている。患者の生活により沿った看護は、今までに経験したことのない患者や家族にわかってもらうには時間を要しているとともに、1割負担若しくは上限自己負担額との調整により自己負担が決まるが、この自己負担の軽減が事業普及のネックになっている感がある。②精神は訪問以外に電話やFAXでの訴えや要望が多い。事務所経費が加算されてもよいのではないか。③その一方で電話1回1時間などザラこれがなんとか点数上評価されないか。④退院時指導も訪問指示との関係で評価できないことも多い。</p>
<p>小規模施設の増加、介護職への報酬の大巾な引き上げによる介護職の離職防止。ヘルパーさんへの医療知識の勉強会参加を容易にする体制作り。要支援1、2の廃止及びその分の要介護度の見直し(予防給付のケアプランと介護のケアプランの統合)による人件費、事務経費をへらし、他へまわす。施設利用料金の実費分(食費、居室費他)の利用者負担の軽減→年金で入れる施設をふやす。高令者の医療負担を値上げしない、一般は1割負担のまますえおく。</p>
<p>看護師の同行訪問を、報酬上算定してほしい。(介護保険においても)医療において、2時間をこえる訪問2人訪問の枠を拡大してほしい。小児においては、呼吸器装着外の状態にあっても、2人訪問必要なケースあり。(留守看等の場合)</p>
<p>介護報酬の見直しにつきましては全体的な底上げが必要不可欠なものであることには変わりはありませんが、介護事業における入所、通所の事業種別がつきにくくなっているように感じられてきており、入所事業も通所事業も一本化でよいような気がしております。また介護保険の認定区分につきましても、要支援を含めた7段階の区分ではなく、3段階程度の区分でよいと思ひますし、要支援を現在の限度額のまま存続していくことにも、いささか疑問を感じております。</p>
<p>・医師への報告・指示受けにかかる時間計上が評価されていない。・ターミナル時の訪問時亡なられていた時の点数計上がない。</p>
<p>利用者の若年化がみられています。医療費等の負担も多く、十分なサービスも使用ひかえをし、苦しんでいる方もおられました。委任払いが使えると必要な方にもう少し使いやすいサービスになると思ひます。重度化の可能性のある方は介保を優先すると十分な医療(訪看)がうけにくい状況になることが多いです。制度の改正が必要と思ひます。医療介護従事者や市民に対しても、生き方、死に方、人生観など学ぶ機会をもうけ、また、地域のネットワークの中で、色々な方とディスカッションできる「サロン」が、必要と思ひます。事業所の利益をこえた啓蒙に参加しやすい社会作りが必要と思ひます。</p>
<p>高令者サービスと若年者サービスを別にする方が受け易い。特に若年のターミナルや重度介護者は、デイ・ショートは受け難い。かと云って、レスパイトは、かかりつけではない事が多いので、受け難い。入院も嫌がるケース多い。通所療養型プラスお泊りが時々、できると家族も時々休けい出来る。報酬がつくことには、規制が多すぎて、実施するのが面倒と思ひます。つい、手取り早い業務だけで満足してしまう。規制緩和がポイントと思ひますが、悪徳な法人もいるので何とも難しい。報酬形態が細かくなることによって却って業務が繁雑になるのは、困る。特に事業所外に出て行なう業務なので、記録物で経営が決まるのは、快く感じない。</p>
<p>・人数規定が少ない・点数に見合わない・医療材料にコストがかかる</p>
<p>介護保険において介護者でサービス量を決定するのではなく、本人に合ったサービスが提供できる様にするべきだと考える</p>
<p>・訪問看護が2つの制度にまたがり整合性が一致していないため混乱が生じている。・医療依存度が高い在宅療養者のレスパイト、デイサービス等のサービスが提供できる場所がない・訪問系サービスは報酬=人の部分が多く、経営が困難の事業所が多いサービス提供の質の部分に報酬の基礎があり、それ+αで人のサービスという報酬関係が必要と思ひます。</p>
<p>・訪問看護は単価が高いので、限度額の範囲内にする時は必ず、けずられる。・サービス公表制度に対する項目対処が多い。・小規模事業所に新人職員が来ない。来たとしても指導する時間がもてない。・報告書作成など日々の記録が多い・加算点数について複雑な要素があり、取り入れられない取り方がわからない。・指示書について・病院より退院する時に、指示を病院か在宅かで確認するが、重複した指示が出て、迷惑をかける。・病院医師が忙しいと、指示書の作成が遅く、指示ないままに訪問している。・研修会の参加。都市部で開催される会に出席できない。平日は訪問である、そのため休日を利用した参加になるため疲れがとれない</p>
<p>介護施設でのスタッフの定着が出来ない原因の1つがやはり介護報酬の低さである。介護には男性スタッフも必要であり若い方だけでなく家庭をもっている年代に見合った賃金でなければますます担い手が減ってしまう</p>
<p>・特指の期間が切れた後、介護保険の中で点滴等行う事に対する、特別管理加算の様な、報酬・評価はできないのか?・ターミナルケア加算、入院後亡くなった場合、24h以内でないといふ加算がとれないが、もう少し時間が延ばせないか。36h間とか…。前日に行ったケアが反映されない為。・介護保険でも、在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している利用者については、特別管理加算の対象にできないのか?→例)介護保険下で、老人で、高令な方で、家で自然に看取りたいといふ介護している方が、水分と、ラコール等の栄養ジュースのみ、摂取されているが、どうしても、1日300ml前後位しか飲めない時に、1~2回/wとか飲めない状況により、点滴を行う事があります。(医療に切り替える事が必要なのかと思ひますが、月初めに一度点滴して、しばらくは大丈夫で、後半又、点滴を希望される場合があります。)医と介どちらでも算定できるとよいと思ひます。・医の在宅患者連携指導加算や、在宅患者緊急カンファレンス加算を、介護保険でも、同様な場面の時の算定もできたら…と思ひます。(状況が変化してもそのまま介護保険の算定の人が多いため)同じ事をしていても介だと評価されない。・訪看時の駐車禁止の緩和。許可証を取りに行っても、この場所はとれないとか、規制がある。癌のターミナルで家で看とりを行っている場合等。緊急で訪問したり、点滴や、スタンド、トイレ等運んだり、車でかけつける事が多く、訪看での駐車は無条件にしてもらいたい</p>
<p>報酬制度・併設病院の患者様が退院するにあたり退院時共同指導加算や退院支援指導加算が請求できないことの見直し・退院時に同行訪問していても当日の訪問看護料が請求できないことの見直し・重症者管理加算4回目以後でないといふ請求できないこ</p>

との見直し。訪問看護の地域へのPR不足・看護師が自宅へ出向き、看護ができるということを一般の人達は殆ど知らない。実際困って、やっと訪問看護の存在を知るとこんなに助かりました…という人達が多い。訪問看護での保険の扱い方の複雑さをもっと分かりやすくしていく。
在宅で看取られる環境
・人員の確保・プロとして技術の向上・地位の向上・ヘルパーの身体介護は点数をあげるべき・訪問看護、訪問リハビリの理解を広げる
1. ALSの人のレスパイトケアが使用できるBedの確保。外出支援の為のサービス。2. 40～65才未満の人の訪看費用1割に。3. 身障者への、訪看費用1割に。4. 地域ごとのネットワーク。病院→診療所、訪看等利用者の選択を支援する連携。5. 「ホームホスピス」身近な場所での看取りを可能にする。
・医療保険で可能となる訪問看護の幅を増やしてほしい。現在は、介護保険でも医療保険でも訪問看護に行くことのできない方もいます。・また訪問看護ステーションの訪問回数や、他のステーションとの訪問についても見直しをしてほしいです。
・訪問看護は医療保険で対応がよいと思う。限度額があり、必要な時に必要なサービスができない。
医療・介護に分かれている訪問看護の報酬を一本化できればよいが…。
電話対応は現在料金発生していないが、今後料金をもらえる様になってもらいたい。

### (訪問介護事業所) 問23

医療行為をヘルパーが行なう時の認可
☆早朝～夜間の時間帯を現状～8:00、18:00～なのを～6:00、20:00～という風に狭めてほしい。朝、夕はニーズが多いにも関わらず、時間に制限があるため同じ時間帯に訪問が集中してしまうため、依頼を断らざるをえないケースが多い。☆利用者サイドへの保険制度の周知。今だ、介護保険で利用しているサービスもお手伝いさんや、便利やさん感覚でいる人もいます。利用するからには理解をなるべくしてほしい。☆我々の収益は報酬に限られ、それは介護サービス実働でしか得られない。その割には実働以外に関わる時間、労力が多すぎる。もっともっと簡易化してもらえたら人件費も増やせるのですが…。
我が日本はどうしても逐次必要に応じて対応する傾向があり、根本的もしくは大胆な投入による全面的な改善がみられない。上記の理由に対して、理念とは別に雇用促進のための福祉を推進してもらってもよいので、大幅な予算計上を行い、とにかく資本を10年間でもたくして、地域に根付く事業所の体づくりや、医療と介ゴの協力体制の強化を手厚く支援するべきと考える。
・サービス調整したが実績に結びつかなかった時の報酬(急変しなくなったり、入院がのびてしまったり)いろいろなサービス調整し受け入れがととのっているのに、帰られない人などの時ただ働きになっています(ケアマネジャー)
利用者がサービス回数等を増やしたいのに、単位数より受けられないケースがある。
介ゴ報酬請求が複雑すぎる。特に重身は実績票等が雑多な作業が多くわかりづらい(ご本人に説明しても理解を得られない)まず報酬が安い。雇用の面からみても上げるべき。その分増税すべき。
単位を上げるにつきます。
ヘルパー不足に悩まされている事業所は、多いと思いますが、いくら良い制度になっても、現場に立ってくれる人がいなければ、絵に書いたもちではないでしょうか？まずは、なぜ人が定着しないのか？そこから改善しなくては、ダメでしょうね？介護に従事してくれる人を、増やす為の制度の確立でしょうか？
利用者の負担増が困ることです。
診療報酬の見直しは必要ないと思います。
介ゴ予防はやめてほしい。重度訪問の単価をあげてほしい。重度訪問に対応している事業所に補助金をだしてほしい。65才未満でもオムツの支給がほしい。第三者評価に補助金を出してほしい。介ゴホケンの負担金に支払上限額の設定をしてほしい。特定事業所加算は利用者に負担のないようにしてほしい。
わかりません
ケアプランの適正度の評価委員会の設置(行政に義務付け)現在の介護保険運営協議会委員の様な人材の確保と一般からの公募制度の義務付け。※公募でないと、行政側の都合の良い人材しか集まらないから。不要・無質なケアプランの防止。例えば生活保護世帯では、自己負担がないから限度額いっぱいケアプランが横行している。3畳1間の部屋の生活援助を週6回等不要な保険料負担がまかりとおっているから。
・予防介護や生活支援は、家族が行えばよいとお思います。・医療と介護を格差を少くしてほしい・研修費用や情報公表の費用は、国・県・市が負担するべきである。特に、研修費用については、個人が受講して、事業所から退職した場合、事業所としては、大変な損害となります。
報酬のみでなく、ケアマネ、訪問介護員、他介護に携わる人等の資質向上の為の講習会を開いて頂くのも大切だと思います。
延命治療の再考、肥満対策タバコ増税等余分な医療費、介護費の抑制をしましょう。
・心の部分は報酬にならない。人生を語り合い、やり残した事、気がかりな事を聞きとるまでには時間もかかるし、エネルギーと愛がなくてはできない。評価の対象外である。・物体はみるが人間を看る点がない。・医療と介護に賃金差がありすぎる。医者1以上対看ゴ師1/2位対介護1/4以下
国の法整備
要支援1、2の方が生活援助を受けられなくなるとききます、週1回の包括センターのボランティアの配食サービスに解消されるとしたら生きて行くのは何の楽しみもないと云われた人もいます。私はI. C. Fの考え方で情報提供をするのを学んだ

<p>最初の時何と科学的なのか感激しましたのを忘れられません。そしてできるだけその方法を使っていますが、評価されないのです。また業務内容の変化もあります。町の認定調査は0、行政窓口からの新規の紹介も0、公表制度を説明しても高令契約者は理解できません。この調査料支払が大変です。この公表制度がもっと低額にしてほしいです。最後にもう一度 水戸市の要支援1の方は買い物のできる店が次々とつぶれ大型店へ行くのが遠く、予防訪問介護、週1×で買い物をして頂いて生活を何とかやってます。どうか介護難民を作ることはやめてほしい！</p>
<p>質の向上</p>
<p>働く人が夢を持てる職種となるように改定を願う。このままではこの仕事をする人がいなくなります。</p>
<p>加算が前提の報酬設定はしないでほしい。</p>
<p>居宅部門の今の報酬では、人数制限がある以上赤字になっています。また、訪問介護も今の報酬では休日加算がなく、ヘルパーには時給を高く払っても事業所は利益が減る一方です。身体介護も家事援助もヘルパーの労力は同じなので報酬を一本化してほしい。ヘルパーの時給は高いと一般的に思われますが移動時間や労力等を勘案すれば決して高いとは思いません。祝日や年末年始も働かなければいけない現状を理解していただきたい。ヘルパーは常に集まらず、高齢化も進んできていますが次世代のヘルパーは育っていません。先々ヘルパー不足は見えています。介護保険制度を見直し、介護に対する一般の方の意識を変える努力を国が行なわなければ、在宅介護の担い手は減る一方だと思えます。不況でもヘルパーは不足している事を見れば介護は誰でも出来る訳ではない事をわかっていただけるのではないのでしょうか。</p>
<p>・必要なサービスが受けられる・過度なサービスをしない</p>
<p>「医療と介護の連携」とはいうものの医療と介護には「共通言語」がない。ICFが共通言語になるべきなのだが、医療側の理解が薄いと感ずることが多い。「生活」に目が向かない。ICFが「生活機能」を「共通言語」とし「生活」を中心とした「共通言語化」を図らないと連携など困難。報酬上は福祉系サービスの評価を高めることが不可欠である。同時に負担と給付についてしっかりと論をつめていく必要がある。</p>
<p>休日、夜間のサービスを適正に評価し報酬額をきめる必要がある</p>
<p>・包括的な報酬の見直し・介護職のできる行為の拡大</p>
<p>自宅での暮らしを支えるのはヘルパーの介護があってこそそのケースも大きい。単なる生活援助を評価して低いのではなく、同時に生きる力になっている、安心してもらえる現実がある。新たな評価については前回3%の改正も限られた範囲で、苦労はどのサービスでも変わらない。緊急時加算などの評価の取りにくさ。2時間あける事の必要性等、いつ変化するかかわからない中でサービス評価を考えてもらいたい。短時間中での多くのサービス内容をこなすため、ヘルパーの気付きや配慮ができにくい部分がある。もっと訪問介護サービスを重く見てもらい、すぐに減らす事に連げないで欲しい。努力し、足り困って在宅をしたい人に寄り添う心を持っているので。</p>
<p>制度が変わる度に、高齢者に説明しているが、ほとんど理解されない事が多い。それが不満の要因ともなり、わかりやすい制度にと希望しています。</p>
<p>在宅介護において、多くの方が不安に感じておられるのが通院についてです。全国的にもかなり病院の付添いについては、問題になっております。必要な診療にもかかわらず、病院同行時の「単なる待ち時間」は、保険給付の対象外として扱われています。「診察中は医療保険」なので対象外とかひどい時には通院介助に身体介護はありえないという保険者までおります。これにより「利用者の隣に座って待っている時間は、ただ座っているだけ」とされ、自費サービスに切り替わったり、事業所で負担しているケースもあります。事業所としては、ヘルパーを拘束する分だけ人件費がかかるのに、介護報酬として請求できないこともあります。利用者が、いろいろなサービスを選択できるはずの介護保険サービスか、保険者の保険財政のせいかわかりませんが、制限をされています。保険者が、ケアマネジャーのケアプランチェックを実施するようになってから、特に通院介助に関してはきびしくなっており、ケアマネジャーもビビっているようにさえ感じます。介護保険の一人当りの使用できる単位数が決まっているのですから、もう少し、ケアマネジャーの裁量、利用者さんの意向に沿ったサービスが実現されるよう国から働きかけていただきたく思います。どうか宜しくお願い申し上げます</p>
<p>①介護職員の定着率の向上によりサービス内容の充実、良質な人材確保によるサービスの充実、ステータスの向上にはあまりにも低い介護報酬の引上げが喫緊の課題であると思う。特に一般民間企業と比較しても介護報酬の単価は低すぎる状況にあるのではないかと。②訪問介護の報酬単価では休日（法的休日）稼働の場合、介護報酬単価に反映されておらず、全て事業所の負担するところとなっており、経費増となっている。現状の介護報酬の「朝・夜」に「休日」を加えることが必要であることを提言したい。（介護を必要とさせる方は休みなしになるか、事業者にとって、休日（法定）にヘルパーを派遣すると通常日（平日）よりも経費増になる。いきおい、休日のヘルパー派遣を歓迎しないことになりかねない）</p>
<p>問22の現状から、交付金なしでは赤字の決算となってしまふ。掃除ばかりの仕事が増え、ヘルパーをやめる人間も多い。やはり、生活と言う現実を考えると施設なのかと思う。建築基準や消防基準も考えても施設が安全であることは確かだ。ただ未だ多くを選択できる程ない。毎年毎年同じテーマについて考えてきたが、福祉制度・社会保障・教育・全体的な問題と私は思う。又政治もだれが責任者なのか決めてほしいものです。</p>
<p>・介護については各事業所が今後運営して行く上で必要な事は介護者の収入です。日々の仕事量などを見ても年収400万が不可能な様では？介護者が生活して行けない。</p>
<p>受診助時の訪問介護者の控除は一律ではなく要介護度や認知の状況によって判断されるべきと思われる。紙面上での判断ではなく、実際行なわれている介護の現状を調査時には確認して欲しい。訪問看護には仕事内容（看護内容）のチェックは甘くなされ、介護で提供されている内容のチェックが厳しいのではと思われる。（報酬もかなり少ない。）</p>
<p>・囲み介護はだめと言われるが、経営上やむを得ない現状もある。各個人、限度額の中で必要なサービスを行っているのだから、少し目をつむって欲しい。・サービス提供責任者の地位をCMと同等に。まだまだ意見を通しにくい。（相手のCMにもよるが）・人員基準の見直し、（ヘルパー10に対してサ責1人）11人からサ責2人になる。この1人増えただけで正社員</p>

<p>を1人雇うにはムダがある。・利用者一割負担は収入によって二割にしても良いのでは？・生活保護の方、中には金銭面に余裕がある方、実際にいます。タダで医療、介護保険サービスを利用するのはあまり納得いかない。・医師は増やして欲しい。他職種で実情はよく理解していないが、過剰な勤ム時間である事は伺える。大きなHPほど医師の担当する患者が多く、診察時間が回ってこない。高齢者と受診すると、待ち時間が長く受診する前に具合が悪くなってしまう。（NSも同様に増やして欲しい）</p>
<p>改定は要介護2以下の利用者への生活支援を給付対象者から外そうと策定されている。これは極めて危険な改定だと云わざるを得ない。何故なら、生活支援における危険度の回避率は要介護2で30%要介護1で20%要支援2で10%要支援1で5%と推定されるからである。健常者が通常の生活における転倒等に依る危険率は低度であるが、介護支援を要する者は前述の如くの確率である。即ち、10回に3回は要介護2の利用者は転倒等の危険にあっており、その危険が致命的な事態に至ることも多いのである。介護保険における意義の1つは、そういう危険度の回避にあることは云うまでもなく、それを2012年4月の改定は無くそうとしているのである。これは介護保険制度の自殺行為だと思われる。</p>
<p>看護と介護での医療面でのサポートで介護職員のレベルもありますが医療面がある程度家族の代替で出来ればもっとスムーズにケアプランを組めるパターンもありました。訪看のレベルもいろいろだと思いますので訪看にもレベルアップをして頂きたい。単位が高いのにヘルパーの身体介護と変わらない事業者もあり連けいも取れにくいなど、在宅では主治医と訪看に振りまわされることがあります。（例）訪看に土・日祝休みで夜間出さない事業所ありますが終末期になり途中での切り変えも難しくすぐに病院紹介とつながるパターンもあります</p>
<p>ICFを、重要に思いますが、まだまだ現場では、事業所の運営状況も厳しく、ヘルパーを募集しても、良い人材を確保する事は厳しく、質の向上が図れていません。重度訪問などは、特に、報酬額も低く、なおかつ、サービス内容は肉体的な負担も大きく、ヘルパーの受け手がありません。まだまだサービスの選択は不可能ですし、ヘルパーの質も低いのが現状です。</p>
<p>泊まりのデイ等を保険対象にしてほしい。ニーズはかなりあります。ただ単に、単価を引き上げるのではなく、きちんと評価をするシステムを確立してほしい。</p>
<p>・介護従事者の賃金が低く、人員（特に看護師）不足を解消するしくみをつくってほしい。（介護施設で）・単独事業（例えば、訪問介護のみ、通所介護のみ、高専賃のみ）のみでは、事業収益性が悪く、複合事業での収益性を上げることで、従事者の賃金を上げることもできる。現在の介護保険制度では、複合サービスを想定して、施設基準、人員配置基準とはなっていないため、事業者としては、経費が重さんで来ている。制度の問題なので、すぐにでも改善してほしい。！！</p>
<p>訪問介護事業所の要望としては若いヘルパーが賃金の低さのせいで長く続かない所が一番気になる所です。介護報酬の大幅アップを国に要望したい。管理者が給与を取れない状況では事業所も長く続かないと思います。</p>
<p>介護従事者の報酬不安定がネックとなっている。介護者の収入を安定させるためには、正規従事者にする必要がある。その為の報酬基準は難しいが、安定して、収入が得られる体制にすることが必要とされる。※当該事業所は小規模の介護事業所でありアンケートには参考にならないと思われる</p>
<p>診療・介護報酬のみなおしが必要であります。皆さん困っています。</p>
<p>現場の意見がほとんど通らない状態で毎回不安を覚えます。福祉が大切と言いつつも医療と福祉の同じ財源でまかなおうとしている為一方を立てれば一方が沈む状態に光がないと思います。介護従事者に給与等魅力のあるまたきちんとして雇用が出来る報酬体制を作らないといけなと思います。</p>
<p>・介護報酬を頂く事により、自己研鑽の為に、色々な研修には参加した開催する事は、もちろんの事ですが、どうしても自己流の研修方式になりやすいので、市町村、もしくは、保健所などで定期的に、研修を開催して頂くとありがたいです。また、国が何故介護報酬を出してくれるのか、その意図もわかりやすく、もっと値打ちをつけてもいいぐらいだと思います。</p>
<p>需要と供給が地域によってバラバラなのに一律で考えることじたい無理なことで都市部の考えを田舎で実行することじたいかなりのズレがある</p>
<p>母がアルツハイマーになり18年在宅で世話をしてきたのがきっかけで訪問介護と介護タクシーをやっております。まる6年目をこの4月に迎えますが、経営は安定しません。休んだのは母がなくなった時に4日程であとは必死になって働き続けていますが、今だ経営は安定せず、その月度事のやりくりを追われ続けています。利用者様が2人程亡くなられ、2～3人の方が入院されてしまわれるだけで、もうどうにもならない状況になります。仕事量を増やすとヘルパーさんが（数）必要となり、仕事量が少なくなるとヘルパーさんは去ってゆきます。そうなった場合には1人の（サービス提供責任者様）人に負担がど〜とかかかってきます。その繰り返しがこの6年間続いています。社長の私は基本給8万円＋交通費が3年続き、昨年より9万円＋交通費になりましたが基本的には介護報酬があまりにも低い為としか考えられません。介護給付（4%）金がいただけるようになり従業員にはいく分かづつ上乗せ出来るようになり大変助かっておりますが…。頑張っても頑張っても決してむくわれる事のないのがこの仕事であるように思われます。福祉の低辺と実際にささえている所がこのありさまでは、よい従業員はやとう事が出来ません。高の低辺の改善がない限りは福祉の世界福祉のレベルアップは計ってゆけないように私には思えません。改善を考えてほしい。</p>
<p>①在宅の介護スタッフの報酬の低さに留意してほしい②帰宅されるまでの在宅介護スタッフはほとんどがボランティア無償で動かなければならない現実がある</p>
<p>最近役所はサービスを減らすことばかりを考え減したことが手柄のようになっていきます。もう少しQOLの向上とか、お年寄りを在宅へと置いていたころの考えを思いだし、もう少しお年寄り本位の考えと、やさしい言葉がほしいと思います。</p>
<p>医療と介護との連携、認知症ケアの充実は、重要であることは不可欠です。安心して、自宅で看取りが出来る様に、しかし現状は、まだまだ医療関係者との連携には、ハードルを感じてしまいます。私も訪問介護への対応には差別を処遇や、報酬面でも格差を感じます。住み慣れた地域で、暮らし続けたいとの思いを実現する為介護環境の整備をしなければならないと思うのですが、リハビリもまだまだ不足しているし、カウンセリングも十分にされない状況だと思えます。サービスの質の確保や効</p>

<p>率的なサービス提供に向け事業所としても取り組んでいます、ホームヘルプサービスの必要性は、いわれている割には、社会的地位は低いです。それとサービス提供責任者の責務は多く、その業務に対しての評価がないと思います。是非、職業として成り立つような、改善をお願いします。</p>
<p>まずは財政面の立て直しが第一だと思う。決められた中で最善の介護方法を考え長く続く体制の構築が必要と考えます。これからの高齢化社会に耐え得る経済的裏付けのない気兼ねの政治はダメでしょう！！</p>
<p>・ヘルパーの利用時間☆生活1は必要☆身体を2時間以上空ける。→1時間でも良いと思う。</p>
<p>①要介護3、4、5の方の限度額を引き上げる◎1日4回の訪問行なっていますが、単位を落として行なっています。朝(身1生1)昼(生2)夕(身1生1)夜(身体1、夜朝)加算Iです。月にすると15000単位オーバーしています。②身体、生活を無くし一元化③ケアプラン作成を介護福祉士5年以上(実務)の方に作成して、CM(支援専門員)を無くすと介護保険料をおさえられる。④医療介護福祉士の養成 医師の指示のもとに医療行為が、行えやすくなり、質(介護員)も向上する◎介護職員処遇改善助成金が交付されて職員の方に現在2ヶ月分の(年)賞与が支払う事ができています。今年で終りになりますので大幅な報酬アップを望みます。現状の賃金を維持して頂かないと職員の志気も下がりますし、介護職に希望がもてなくなります。助成金のおかげで、ここ2年間求人も行なってませんし、退職者も有りません大変感謝しています。</p>
<p>介護報酬は、身体も生活も同じ時給にしてほしい方法と。国家資格者介護福祉には一律に国より支払いと、介護支援専門員にも国からの支給で、公務員の給料体形にしてほしい。小さい事業所は福祉である弱者の立場に立ちケアマネは、報酬と言うよりもボランティアの時間が多い。またヘルパーも5年10年のキャリアは、身体も生活も苦労は同じでありかえって生活の方がむずかしい所が多い顧客満足では十人十色である。医療は世界レベルの公金であるが、福祉の公金は、2006年の社会保障給付費は、年金9.2%医療5.4%福祉は2.9%である2001年の場合ドイツフランススウェーデンは福祉のみで8.6%~12.5%スウェーデンの場合は年金が9.6%医療が7.4%福祉が12.5%と割合が福祉が一番多いわけです日本の福祉の財源が少ないことが問題です。フランスやスウェーデンは、労働者から1、企業から2の割合で社会保険料を徴収しています企業からの税金の割合が日本は少なくしている状態である。このような財政では、有資格者が不就労化現象を一層悪化させるだけです競争原理が働く民営化参入でも質が上げれば要介護度が下がる給与の安定が無くなる仕組は働く前向きな姿勢がなくなる原因を作っている。と感じます。</p>
<p>介護報酬が低すぎる。介護事業だけで生活していけるレベルまで上げて欲しい。</p>
<p>介護をしたことをない行政が、指導監督をしている問題。厚生労働省の方が実際数年、各現場で働いてみれば問題点・改良点等しなければならぬことが多々見つかるはず、小さな事業所が、問題点を行政に伝えても上までには届かず、改良されない。医療・介護の予算は税金から決っているので、抑制されがちだが公務員の給料は、抑制されていない問題、同じ税金からなのにおかしい。現、段階で利用者の為の介護保険ではなくなっている。ケアマネが、行政からサービスに関して、圧力をかけられている。</p>
<p>やはり報酬の少なさ、訪問介護は、施設や、病院等に比べ1対1の仕事なのでむずかしさが有るのにもかかわらず報酬が少ないので仕事としてすぐになげ出してしまふ方が多い様に思う。もう少し、賃金が上がると頑張ってみようと思うのでは?と思う事が度々有る。最近病院～在宅にもどる方の重度化が進んでいるので仕事としては、とても大変な仕事になって来ている。</p>
<p>医療連携ほどむづかしい事はないです</p>
<p>現在勉強中だが総論賛成、各論反対みたいである。モデルを設定して結果から判断した方がいいかなと感じる。利用者の負担増だけは避けるべきである。</p>
<p>訪問介ゴ員とCMの質の向上</p>
<p>利用者負担を考えると介護従事者の報酬の安さに対しての不満のやりどころもめげてしまいます そのバランスをどこに取るか、年金(それぞれもらっている額)の枠内で医療や介護がまかなえるようになるべきだと思います。一律って平等なようですが決して平等じゃない低所得(年金)の老後をどう支えるか</p>
<p>問22に記入した内容と同じ。</p>
<p>・サービスの質向上が叫ばれる中で、受皿作り(入所施設)の整備の方が優先され、各種団体の参入が可能になったことで、入ってみなければ良い施設かどうか分からないといった問題が増えていると聞く。財政の問題で介護保険の限界も見えてきているように思うが、それでも現場のスタッフは高い志を持って真のサービス質の向上を各方面で努めている者も多い。この国の福祉はどこを目指すのか明確なビジョンを打ち出した上で具体的な戦略を講じなければ、問題提起をしながら問題の種を増やしているような矛盾した現状からは抜け出せないと思う。・特養は終の棲家であると認識しているが、法令では「在宅復帰」とあるのはなぜか。サービスの質の向上をうたいながら、入居者の介護度が下がると介護報酬が下がるのはなぜか。ユニットケアを推進しながら、従来型とユニット型で居室料に明らかな差があるのは問題としないのか。職員の配置基準は何を根拠としているのか。数多い疑問の声に答えてくれる機関も無ければ機会も無い。経営上、報酬の改定は興味を示さざるを得ないが、福祉の屋体骨である制度そのものがどこに向かおうとしているのか、答えが見出せない。現場の事業所自体がその答えを見つけない必要があるが、国にはトップダウンだけでなくボトムアップの体制作りにも理解を示してほしい。介護職の処遇改善も重要な課題であり命題ではあるが、今の状態ではそこまでの期待は持てない。全ての施策が、その場しのぎのような気がしてならない。長期的なビジョンに立った制度運営の兆しだけでも垣間見たい。</p>
<p>介護職が足りない。特に若い世代(20代~30代)のヘルパーがいない。いいかえればヘルパーの職業的社会的な認識が低く、労働環境や賃金が低く定着率が悪い。介護員の給料アップと資格取得できる専修学校などが必要だと思います。</p>
<p>訪問介ゴ事業だけみると、事業所が簡単に増えすぎ介ゴ保険スタート時に比べると、ヘルパーの質自体が落ちている。又、書類等は増え、現場と併用しなければいけないため時間を足りずコストはかかるよって赤字傾向である。法改正は必要だが書面だけでなく現場を知った上での改正になってほしい。現場も大きな会社ではなく地方の小さな会社の経営状況をみた上での改正が必要</p>

現状の状態は末期ガン、寝たきり状態の患者さんでも3週間で病院退院をよぎなくされる退院した患者を自宅でみる場合の家族は苦痛のなにもでもない。患者の家族は出来るなら病院で亡くなってくれたらいいと思っている。こんな状態では将来60才以上の人は不安でたまらないと思う。
現状の介護報酬では、現場で働く人は生活が成り立ちません。特に訪問介護は、1対1であるという事、患者宅へ出向く為、移動時間が必ずかかる事、この2点において、非常に非効率的な形である。それだけ手厚い、又、患者サイドに立ったサービス形態である訳で、その点を考慮に入れた報酬にしなければ、いつまでたっても、質の高いヘルパーは雇い揃える事はできません
訪問介護員の技術向上加算などが採用されていくと良い。スキルアップイコール収入増がなければ、むずかしい。介護福祉士の位置づけの加算も少い。ヘルパーとして働く環境整備が遅れている。
改善されないことをのぞみます。介護保険、医療保険の支払い（負担が）あがらないことをのぞみます
①教育システムの確保（災害時介護も入れる）報酬が上がっても質が上がるか？です。生活のための仕事として介護をやる以上、どのような事でも、体験として積み重ね、利用者に返していく気持ちがあれば離職も減るでしょう。現状レジ打ちの方が楽だし、責任も少ないし、おこられないし、難しくないし…又は、資格のみが目的の方が多い。②資格試験の時に面接も行う。（医師免許と同じように）③以前医療事務としてコンサルタントと一緒に開業をやっていた事があります。今は開業医の質も落ちてきましたが、往診医の中には、話だけで帰ってしまったり、PCを入力しながら会話をして高額を取ったり…と、色々な事がありました。※コアな事よりも全体的、総体的な議論も必要な気がします。今をどうする、という現実的なことに振り回されて、将来に対する、対策が遅れている事が心配です。介護職も言われた事はできるがそれ以上の気づきや行動につながらず“人間教育”の不足を感じます。先人に学びではありませんが教育過程に少し論語や古典や哲学など人間の基点ができるプログラムを増やしてほしいと思います。乱筆乱文あしからず
福祉用具の導入 人間ではなく機械を利用しながらやっていると、腰痛で辞めて行き、復活される人が少なくイメージ的に良くないと思う。介護をされている方の負担軽減
・総体的に低く、経営上は苦しい・真の社会福祉の再構築が必要である。・介護保険（フォーマル）サービスのしぼりが大きい。
居宅介護支援でケアマネージャーが月に何回も計画書を変えないといけない利用者は1割の自己負担+αがあってもいいと思う。
地域生活支援事業を廃止して、国と地方、市町村が障害者に対して同一サービスを決定し、介護報酬の決定は緻密に計算された方法で行って欲しい。調査員にも研修をして実態を見極めて不正な給付を正して欲しい。特に生活保護の実体はケースワーカーに増やして正しく補助されているか？働ける人にはもっとサポートを付けて就労させて欲しい。生活もほんとうに最低限度の生活になっているか考えて欲しい。
診療報酬については解かりません。介護5.4の方についてですが家族（本人も）CM、包括職員、在宅医、訪看、訪介いっしょになってサービスを提供する場合どうして限度額があるのでしょうか？はみ出したのは10割になるのです。限度額を決めずに必要なだけ提供をさせて頂いたらどうでしょうか？包括（予防の方）は認定がおりれば訪介等家政婦さんです。包括の職員が簡単に1週間に2回掃除に入ってくれという訳です。私の家も1週間に1回も掃除機等かけません！独居で誰も汚す人はいません。安否確認を含むならばはっきりと云ってほしい。包括の職員の教育が足りない。現場をしっかりと見てほしい。家族に学校の先生とか市役所に務めている人がいると急に態度を変える。サービス提供責任者の意見もしっかり聞いてサービス（回数）を決定する様にしてほしい 包括職員は窓口対応のみにしてCMに委託してほしい。調査を退めた方がよい これも経費のムダです。包括職員がすると良い 調査費用が高い 変更申請を出す必要等ない 大きく変化があれば包括が行けば良い。介護保険ムダ使いしないでほしい。大変な事になります（団塊世代）関係者の方どうぞ介護保険が崩壊しない様しっかりと現場を見てほしいです。
・介護保険 認定 介護度の見直し（段階を減らす）。・介護報酬の大幅見直し（現行は低すぎる）。・ボランティア=福祉の考え方はやめる。・在宅福祉サービスより施設サービスに重点を置く（現状に即し）。・医療・介護保険制度の合体。・医者への待遇を見直す（現行は優遇し過ぎ）。・帳票類が膨大なため追われている現実を厚労省は再検討すべき（簡略化を図る）→介護保険。
・問題点1.〈介護事業新規参入の抑制〉乱立する事によって、介護従事者の不足、既存事業所の経営の圧迫など、バランスが崩れている為。2.〈看護師不足〉介護事業所に看護師が流れ、医療現場に看護師が不足している。介護事業所の人員規定から看護師を外すなどして、医療現場に戻す方針を持たないと、医療介護2つの分野に従業員不足をもたらす。3.〈包括支援センターのあり方〉現在のあり方では、とても公平中立とは言えない。民間、特に社会福祉法人からの出向によって包括支援センターが構成されているが、完全行政に移向しなければ、公平中立は守られない。4.〈報酬〉報酬が上がらない限り、介護事業に携わる従業員の処遇改善は計れない。
・現状制度の見直し・官査においての不正請求以外の返戻処分を見なおしてほしい。
市民団体全国協議会（市民協）に加入する団体として、「介護保険を継続・発展させる一千万人の輪」「宅老所を全国に広める会」等に所属し、活動しています。意見書等も政府に出していますので、ご参考に。市民協（03-6809-1091）東京都港区芝公園2-6-8日本女子会館1階にお問い合わせ下さい。
・介護保険限度額の問題・訪問看ゴの点数の問題→提供者からみれば安いと思うが利用者からみれば高い
施設は誰かが経営しています。そしてヘルパーも介護士等も使い捨て出来るのです。行政に届けば幾ばくかの報酬が出るケースの人達はどんなに多忙でも（現場）受け入れるパターンが多い。
介護職員のスキルアップ。働く意欲を向上させる為、報酬単価を上げ利用者負担も上げない様にする事。
「春退社」と言えば、かつては、結婚の決まった女子社員が、会社を退職することであっておめでたい意味で使っていました。

<p>今は、寿退社と言え、結婚の決まった男子の介護関係従事者が、介護の仕事では妻子を養っていけないので、仕事を止めて他の職種に従事することです。現に、私の身近にもそういう若い男性を知っております。介護の仕事は体力勝負でいきおい、施設などでは、どうしても男手が必要なこともあります。「保育の仕事は若い女の子にさせておけばいい。年寄の世話は、年配のおばちゃんにさせればよい」といった安易な見方ではなく、男性の一生の仕事として安心して従事できる職業としての方策をたてて頂きたいと思えます。10年以上介護の現場にたずさわってきた40代の男性職員が、新卒の一般サラリーマンと変わりがない年収という例もあります。財源がない社会情勢ですが、なんとかして、格差是正に依り、誰もが安心して暮らせる妙案はないものかと思えます。弱い者にしわ寄せする政策はこりこりです。</p>
<p>介護従事者の一部医療行為の規制緩和等が注目されているが、介護事故の増加も懸念されているため、必ずしも医療と介護の融合が合理的ではないように思われる。介護報酬見直しにより報酬額が引き上げられたとしても、人材不足や待機者等の問題解決には至らないと感じている。平成15年度の改定以来在宅へのシフトが企られているが、依然として施設系サービスへのニーズが高いように感じられるため、ミスマッチの感は否定できない。事業所としては、このミスマッチを埋める努力が必要となるが、冷静に現状を把握し、将来像を描けるだけの人的資源に乏しいのが現状と考えている。したがって、介護サービスに対する報酬そのものよりも、医療・福祉・介護に導員する社会のしくみそのものを創出すべきと考えている。</p>
<p>介護保険制度に関してはお金がないと使えない。お金がない人はサービスを利用したくても我慢しなければいけない人がいる。低所得者でも利用しやすい制度にする必要がある。介護報酬で従事者に満足いく給料・賃金をかけていける事業者は数少ないと思われる。処遇改善交付金など努力は認めるが本気で考えているなら国は抜本的な改革が必要だと思えます。</p>
<p>医療・介護に携わる全体にもっと制度的に国が多くのお金を使ってほしい。平等に利用する人達も格差をなくしてほしい。ムダなところは減らして必要な人に支援が行き届くようにしてほしいです。介護従事者、事業所も向上心を持って、努力が必要と思えます。</p>
<p>◎介ゴ保険の始まりは「介ゴの社会化」だったと思えます。それがどこかへ行ってしまい、お金の計算（予算内でのつじつま合わせ）になっているように思えます。各論に負けることなく、高い理想（総論）をかかげ、それを見失わないようにしてほしい。◎現場としては、基本の報酬を上げていただきたい。特養は、人件費ひとり400万以下に、設計されていると思えます（この400万には、事業主負担の社保料や健康診断や、ユニフォーム、職員厚生費も含んでです）これでは給与を上げるのは困難です。報酬が上がったときには、社会保険料、介ゴ保険料の事業主負担、熱料費、食料品、プラスチック（石油）製品の値上がりでそちらに経費がとられ、給与改善に回らないような気がします・政府には、日本国民の生活を維持するための食料の自給率の確保と、エネルギーの確保をしてもらいたい。それをしないで「平成の開国」をするのは非常に危険だと思えます・いちばんの取りくむ課題は、「職員の教育」だと思えます。教育が「生きる力」になると思う。・介ゴ現場での医療行為の拡大は危険を感じているので、進んで賛成しません（法的裏付の不足）</p>
<p>訪問看護と訪問介護の報酬の差がありすぎます。施設では、介護士が医療行為を行い、在宅でも医療の依存度の高い療養者を受け入れるため痰の吸引をヘルパーが行えるようにする動きがあります。何か事故があれば責任を問われるのに、ちゃんとした法律も作られないうちにやれと言われても受け入れる事はできません。それならば、看護師が行えるように報酬単価を考えるべきです。介護士ができない事を求められるのは、とても辛いのです。利用者の生活を支援する介護職をもっと理解してもらえらるように。これからも仕事を続けながら努力したいと考えています。</p>
<p>国が求めている看護師や介護士に対する条件と実際に認められている業ム内容はその技術の習得に要した時間の割合にその範囲はせますぎる為、知識の無駄になっている。もっと看護師等の医療行為範囲を広く認めるべきである（当然資格条件をきびしくする）ケアマネジャーのプラン作成は必要ない。現状では何の実行的意味をもたない。（月に1度や2度の訪問調査で利用者の実体はつかめない）費用の無駄である。※月に1度の作成は必要ない。必要毎で良い。</p>
<p>介護報酬が見直しされるとのことだったが職員には何もなかった。認知症に対する介護保険があてはまらない。認知症加算が必要と思われる。</p>
<p>薬剤給付に説明、アンケート等二重に有り不用。手数料ばかり取られるが、袋で充分わかる。聞かれた事のみ説明で充分。</p>
<p>土、日、祝日は報酬を上げてほしい生活30分というコードを作ってほしいむかしのように複合型を復活させてほしいヘルパーに出来ることE X 服薬管理を増やしてほしい病院内介助も労働評価してほしい。</p>
<p>介護報酬、在宅の場合介護度が高くても同料金というのはおかしい。施設は介護度によって料金が違うのに！</p>
<p>誠に残念乍ら、ヘルパーのなり手が居なくなり、介護事業が続行出来なくなる。現状ヘルパー待遇では、廃業予定事業者が沢山いると思う。少し景気が上向いた時に大変なことが生じると心配している。ヘルパーが集まらなると、当社及び同業者も、事業縮小を考えている。廃業分岐点で、結論が出る。介護難民を真剣に考える必要が有ると思う。ヘルパー賃金の世間並に修正を要する。ヘルパー減少→利用者絞り→介護難民→介護保険制度不信。ここでは詳細に云わないが、立派な政治家役人達の国民及び関係者への甘えは間違っているのではないのだろうか？介護ヘルパーの仕事は3K+1Yと世間で言われているキビシイ、クサイ、キタナイ、ヤスイと言われています。</p>
<p>重度障害者に対する報酬制限をなくし、手厚くケアできるようにするべきだと思う。</p>
<p>もっとわかりやすい方法でなにがどのようにどう変化したのかをくわしく教えていただけるように改良するのが1番先だと思う。見直しをする人が全く理解できない改定を行う場合があるので、もっと勉強して、現場のことも理解してもらいたい。</p>
<p>介護報酬の見直しにより、サービスを少なくしたり、中止したりする方もあるかと思うので、受けたくても受けられない方が出ないように考えてもらいたい。実際サービスを受けたくても受けられず家族でがんばっている方が多くある。利用したいサービスがないのも不足している。買い物難民に対してヘルパーが対応できるように考えてもらいたい。</p>
<p>不必要な部分、あいまいな部分は、カットし実費によるサービスを促す。</p>
<p>報酬について処遇改善等の施策はあるが現場で仕事としている者にとってはまだまだ厳しいしかし、利用者負担を増やすと自然と利用者が離れてしまう介護をうけたくてもうけられない状況になってしまわないかと心配している</p>

<p>根本的に従事者が足りない。足りない中で「質」を求められても困難である。中山間では商店や学校も無くなっていき、若者も集まってこない。近い将来、施設や在宅において、介護職員が高齢化し、資格はもっていても、プロによる老々介護になってしまうのではと心配している。地域加算については更に引き上げを要望したい。</p>
<p>特定事業所加算を取っているため単位不足のケースが多発し、ケアマネから敬遠されてます。やはり、特定加算を取っている事業所は利用者から、単位や、利用料を頂くのではなく区や都、国から補助が出るべきだと思います。ヘルパーの直行直帰が多い中、私達の会社は朝事業所に出勤し、1件1件利用者宅から、事業所に戻って来ます。その際の、移動時間は（自転車で行っている間）業務保障しています。（その為かなり赤字ですが）ヘルパー1人1人に、十分なお給料が入るように企業努力しています。その為にも、社会全体が、介護職の労働条件をよくしていく工夫をしてほしいと思います。</p>
<p>・訪問介護における緊急時加算に対する事業所の認識があいまいで、算定して頂けない事業所（居宅）がある→実費扱いでの対応を要求される。・認定調査の段階で、家族背景（環境因子）的な要素がほとんど反映されていない為、本当にサービスが必要としている利用者がサービスを使えていない。・優秀な人材を長期に業界に残せるような報酬体制の変更</p>
<p>特別養護老人ホームで看取りが行える為にも、常勤医師の配置加算について見直し検討をして欲しい。</p>
<p>介護制度について、書せて頂きます。生活援助は、どこまでの事を提供すべきなのか、家族が居る場合も含めて、考え直すべきでしょう。介護サービスが入る事で家族との係りが、又、家族の介護に対する思いも変化して来ている。訪問介護の介護報酬が低い為に、医療面の介護も、訪問が行った方が良いケースでも、介護で提供される様なケースもある。医療と介護は、はっきり分けた方が良いと思います。</p>
<p>・事業所加算について、加算をとりたいと考えましたが、実際低所得の方や単位をギリギリまで使っている方も多く、加算をとると利用者の負担もふえるのでなかなか申請できない。・在宅で最後をむかえたいと思う人は多いです。そうすると、ヘルパーの質（知識、技術）の向上、サービス提供責任者のスキルアップの必要性が高くなるので研修などの内容の充実を図ってもらいたい。・利用者がサービスに対し苦情を言う窓口はあるのに、事業所が利用者やF aに対し困っている事や苦情を言える所があってもいいのではないかと思います。ケアマネに報告しても改善されないケースもある。・訪問介護は報酬が低いので運営していくのが大変。</p>
<p>保険者、包括支援センターの調査内容があいまいで確実性がなく、シークレットすぎる。介護度にもバラつきがある。立ち合いが出来るようになると良い（訪問調査の会議時）。ご利用者が私のいい事はなんでしようと、あきらめている事も多く、答えてはいかねばならない。</p>
<p>介護職に求められることはかなり大きく、より大きくなって来て、重度のものであるが、軽くあつかわれることに大して、大きく失望している。仕事内容等の理解を十分にさせていただきたい。私達は「お手伝いさん」ではない。また、高齢者の求めるものは何かとも、十分に調査する必要があるのではないかと。当然ながら、我々もより高度な研修が必要と思う</p>
<p>介護報酬が先に上がったが個人の利用限度がそのままだと入れない時間が出て逆に個人負担金がふえるのでしっかり改良して欲しい。</p>
<p>介護職の職離れがあり、需要と供給が上手くいってない様に思える。利用者様も受けたいサービスが限度額や、経済的な面で受けられないといった事が多々ある。特に要支援の方に多い。同じ要支援でもADLのレベルに大きく差があり、区分変更を出しても、変わらない事が多く、困っている利用者様に対して、事業所ができる事は多い様で少ない様に思える。“介護”という職に関しても、一般的な職種と比べても給料は安い。NSなどの医療従事者に比べても安く、ますます介護職離れが加速している。全体的に見ても見直す部分は大きく、よりよいサービスを提供できる様、提供してもらえる様な制度改革を望みます。</p>
<p>介護職に対するの評価、時間外手当が少ない。想像上での介護時間と実際の介護における実績時間の計算基準の改良をしてほしい。（矛盾がある。）</p>
<p>1. 介護保険制度の生活援助。1時間以上を30分を希望します。短時間で集中し生活援助できる場合があります。だからといって生活援助の半分の報酬ではこまります。</p>
<p>医師からの指示と看護から介護への診療補助行為が介護職によって資格が異なるので難しい。経験上の差などがあるためケアの質も下がる。</p>
<p>・サービス内容に決まりが多すぎる（あれはダメこれもダメ等）利用者が何を望んでいるのか、もっと現場の声を聞いてほしい 主に通院介助（院内介助）、外出介助、生活援助の内容、単位の限度。・認定結果が出るのが遅すぎる。</p>
<p>要支援Ⅰの利用者の中にはまだご自分で家事等可能な方が見られる。家族同居の利用者に対してもケアマネージャーの見解の相違でバラつきがある。（線引きがあいまい）</p>
<p>介護職員の給与面での入れ替り等激しい為、報酬の改善が必要だと思います。</p>
<p>介護従事者の処遇を改善しないと職員は減ってしまっていて、今後人手不足が見込まれると判断され、介護従事者処遇改善手当が支給されました。事業所にとっては介護報酬が改定される度に、売上が減少し、職員数は増えても、利益が上らない状況が続いています。将来的に安定している理由もなく、会社として、度重なる報酬改定は、不安であり、その結果は改善手当が支給されても、会社の不安は職員の不安であるのです。</p>
<p>介護度が1～3の介護報酬額が低く、経営を圧迫している。訪問介護もボランティアのようなものであるのが現状であるがボランティアにも資金が必要な状況で、とても経営を継続していくことは困難である。高齢者賃貸住宅に対する国の施策が何か問題がおこるとその都度、法律が改定されるため増々経営が苦しくなる。1. 消防署との間に火災報知機を設置しなければならない設備費におよそ1,000,000円かかる2. 消防署より逃難スロープを設置するよう指導があった最低500,000円かかる3. 築22年たつ建物にいまごろになって、土木事務所より違法建築だから三階部分の使用停止を通告される（22年前建築許可を出したのは土木事務所のはずであるがいまさら違法だという説明がない）（当介護事業所を潰す意図しか考えられない）（銀行よりの借入れ返済のため、この事業をやめるにやめられない）</p>

<p>利用者に直接的に掛かる費用でないものが多すぎる。(例) サービス公表、等</p>
<p>報酬UP無駄な書類作成をなくす(紙、時間のムダ)</p> <p>・介護報酬が極めて低い。・大手と言われる事業所に24時間対応を義ム付ける。・介護制度から洩れている障害者もいると思われるので広く間口をする。・医療関係で連携を強くする・事務量ばかり増え介護がしづらくなって来ているので事ム量を減らす・集めた介護保険料を介護を受ける方の為に多く使う様にすべきであり、役人の給料等は介護予算に入れられない様にすべき。・包括支援センターは天下り先にならない様に。・きめの細かい介護の仕事が出来る様に制限を緩める。単なる作業で仕事が終わらない様に。・現場から意見を集め、日本の介護保険制度にする事が最も重要課題である。</p>
<p>働く人材が不足しているので診療報酬も介護報酬も上げなければならない。役所にも介護者として働ける人間を置くべきではないか。全てを民間の企業がするのは限界がある。</p>
<p>身体介護・生活援助と区分けせず、包括的な介護としての位置付けとこれに見合う報酬の保障。介護保険制度は民間が参入しないと実現できなかった制度であるにも拘らず、各市町村では、これまでの福祉法人に、最優先で仕事を廻し、1件も行政から民間事業所へは廻さない。非常に汚ないやり方であり、承服できない。又、福祉法人だけでなく、国の代理事業である為、民間参入事業所にも同様の助成を行うべきである。</p>
<p>介護保険創設の理念は「利用者本位」や「介護の社会化」だと理解しています。限りある国や地方自治体の予算を介護保険にどれだけ配分するか。小手先の処遇改善交付金のような、ごまかしの改定でなく、公的責任の部分をもっと手厚くして雇用の創出と、高齢者の生活実態に例したサービス提供ができるように検討して欲しい。今の時点で新聞等で見るかぎり、利用者負担増、利用枠の制限など、高齢社会、一人ぐらしの増加などに思いをよせることなく、「財源」ありきを軸に改定の論議がされているようです。公的立場としての社会保障制度や福祉対策という中、長期的視点で、高齢者等のセーフティーネットが作られるような話しが伝わってこない。持続可能な制度として運用するために、「個人負担、利用者負担やむなし」「増税やむなし」という見直し結果となるとすれば「負け組と勝ち組」「貧富の格差」の二極化は拡大し、およそ先進国といわれるに、ふさわしくない社会環境になると思います。そうならないように夢もてる国造りとなるように知恵を出して欲しい。</p>
<p>利用者にとって良い、医療保険介護保険制度となるような改正をお願いしたいと考えます。私たち一人ひとりが安心して生きていける日本を創ってほしいので長い眼でみた計画となる改正を。医療と福祉が各々の立場に立った関わりをとっています。</p>
<p>財政難の国がどのように医療介護制度を考えているのか非常に不安。単に報酬だけを上げて各自自治体毎に提供できるサービスが異なるとはいけない。どこにいても同様のサービスが提供できる様に対応して欲しい</p>
<p>・家族支援や本人の努力、専門的介護によって、対象者が、重度化せずに維持されている点について、評価してほしい。・現在の予防訪問介護は定額制のため、本人が自助努力等しても、介護利用料はかわらず、「同じお金を払うなら使わないとソン」という考えになっている場合も。・家事援助を介護保険下から、はずそうという動きがあるが、生きることの包括的支援というのであれば、食事や、室内の整理整頓、安全で清潔な暮しを保障することが、介護の重度化を防止することにつながると思われる。・ただし、介護職側も、生活支援が、効果的である点について検証が必要であろう。・退院時の担当者会議が加算対象になり、医療・介護の連携がとりやすくなった。在宅継続時の担当者会議においても、医師の同席に対して加算がとれる等あれば、より医師との連携がとりやすいのではないかと。・生活援助は“(単項目の援助さえあれば)あとは自分で何とかする、何とかしたい”という希望をもつ人も多い。現行の1hという区切りでなく、30分だけという単価もあれば、報酬の増加にブレーキがかかるのではないかと。冬期における灯油入れ、買い物のみ、ゴミすてだけ、そうじきかけだけという、部分的援助への需要が大きい。</p>
<p>軽度者の家事支援が介護保険から外れる可能性について。現在の日本では互助・共助がかけているのにボランティア地域などで不可能な事を包括ケアではうたっている。国は自助に頼るそれに伴い新たな雇用と考えているのではないかと。家政婦や新たな事業が家事援助を行う。お金によゆうのある人はそれで良いかもしれないが、その他の人は…?介護保険事業は大手で勝ち、小さな事業所は経営困難な時代に逆戻り。選べるサービスはなくなって介護してもらっているという形に戻る。ただ、現在のだんかいの世代の人々が高齢者になった時、介護してもらっていると思う人は少なくサービスの質についても問われる事になると思う。国は何を目指しているのか…現場をみてほしい</p>
<p>①医療的ケアの実施(法制度化)在宅系にあっては、研修時間を重度訪問介護従業者養成研修(講義10H実習10H)のみにして、通信教育も認める。研修機関を医療機関に限定しない。法制度化して、逆に事業所がとりくみづらくなるようでは本末転倒②医療的ケアを供うサービス提供には加算を。研修(実習)実施する医療機関には、何らかの報酬の創設を。③重度障がい者等包括支援の本来の主旨はよかったが、報酬が低い点と、I型で「コミュニケーションがとれない方」と限定されたことにより、利用しづらいものとなってしまった。この点を改良して、本人のその日の体調を合わせてサービスをくみ合わすことが可能な、このサービスの再生をはかってもらいたい。</p>
<p>医療行為の拡大</p>
<p>現在のサービス提供の状況から見ますと、サービス提供が本当に必要とする方に充分提供されていなかったり、このサービスがこの方にとって本当に必要とされるものであるのかという場面が見られるような気がします。介護報酬改定により、各種加算事項が設けられ、各事業所とも、この加算を満たすため、人員を増やすなどの施策を講じている所も見られます。しかし、この加算は、利用者負担により、満たされることとなっているため、利用者の負担が増え、サービス利用を1割負担で利用できる限度を越えてしまい、全額自己負担をやむを得ずしてサービス利用している方もおります。もう少し限度額の基準を見直す必要性が感じられます。また、各事業所においても、サービス提供をするまでの事業所ごとの書類の整備が必要であり、その数も多すぎるような気がします。もう少し簡素化できるところは、そのように行っていく工夫が必要ではないでしょうか。</p>
<p>各機関が合同しておこなうために、簡単な意見が交換できるようにしていくこと。メールなどして利用者用の同一のカルテのような、サイトに各職種が接続することで、現状がすぐはあくできるようなシステムがほしい</p>

・小規模事業所などに費用負担が重い公表制度の廃止・ねたきり重度加算の追加・在宅医療従事者への待遇改善
利用者の権利が侵害されないよう、制度の行く末を監視し、利用者が必要とする時に利用できるサービスの環境づくり。医療、介護従事者自身の質の向上。
(介護報酬の問題点) 1. 前回3%アップの改定と言われていたが、一部の地域の通所介護事業所は減収となり、不信感を持った2. 介護職員処遇改善交付金も、キャリアパスなどの要件を追加するなど本来介護スタッフの賃金を底上げする目的から道筋がそれたように思う。キャリアパス要件を満たさなければ処遇を悪化させて良いのか？(改善方法) 1. 国の財政状況も課題ではあるが、報酬に対する将来的なビジョンを明確にして、今後20年間で介護職員の労働条件や環境はどのように改善されるのかを示して貰いたい2. 小規模多機能型サービスのケアプランは外部のケアマネジャーが担うべき3. 訪問看護と訪問介護サービスは一体的に提供できる仕組みが必要4. 介護事業に関する権限は市町村に委譲すべき
①介護度の判定基準を明確化する。②若いワーカーが自立した生活ができる程度の報酬金額を考える。③介護保険料の地域格差について上限を検討する。
介ゴ度要支援1、2の必要性を感じません。週1回のデイ利用といえど本人が来たいといって毎日くる方もおられ実際拒むことも難しいのが現状です。いずれ介ゴ度が重度化しそれを待っているからです。ただ介ゴ度5の方でも単位数が限度オーバーしてしまうと、高専質のような形では、見てみぬふりはできず、無料サービスでオムツ交換を入ったり介ゴしているのが現状です。だからといって訪問介ゴの単位をもっと細かく設定されると給付管理するにも50人~100人と増えてくる中1日の作業量はかなりの量となります。それに対しての給与報酬はありません。在宅でも同じことがいえると思います。介ゴ度1~10段階に設定し一般の方々がもっとわかりやすく介ゴ保険を理解し利用できるようにしていく必要があると考えます。介ゴ職の給与も一向にあがらず助成金がでていてもそれが給与に入っているのかすら不明な成物も多々あります。それを労基に行ったところで何ら解決しません。CMや介福など試験をうける経験の経歴のうそ会社(印)などもよくみかけます。そのあたりももっと慎重になってほしく思います(余談ですが)よろしくお願い致します
ものすごく狭義な話しですが当事業所は福祉用具貸与の事業所を並設しており、その人員配置基準がほんとうにしんどい!常勤2名 廃止したら良いのでしょうか、訪問の利用者ニーズから派生しておりやめずにいる。売上げ規模で人員基準緩和してほしい!年間300万以下ならいいや、100万でもいい。訪問事業所並設の場合は兼務OKなど!
介護員、ケアマネジャーの仕事に対する賃金が低すぎ、退職する人が多い
国におまかせ
介護度1~2程度の利用者の限度額を下げて、逆に4~5の利用者の限度額を増やした方が良い 現状ですと、介護度4~5(End Stage含)の方はどうぞ施設にお入り下さいと言ってるようなものです。
色々希望はあります。しかし、今の官僚制度政治家の行動を見てみると、将来はまっくらです。しかし、非観的なことを話してもしょうがないので僕たちは僕たちに出来ることを、少しずつ、継続してやって行く。これしかないと思います。自己満足かもしれません。しかしもうけ主義でない思いやりをもった介護福祉タクシーをこれからも続けて行きます。
処遇改善が2012年より報酬額にくみこまれるということを聞いています。今、キャリアパス要件をクリアしたり、書類を作成してなんとか従業員に還元できるように努力しています。しかし現状、事業所の負担が大きくなっている事は事実です。私達のような小さな事業所には役職を与える事もできず、スキルアップで給与を上げていく事も、研修の時間をもうけるのも出費がかさみ、結局従業員にうまく還元できません。かと言って、処遇改善費を下げるわけには研修費もままならないのでやるのですが、他の仕事に影響が。大きな施設に行けば充実した研修やキャリアパス、スキルアップの機会があると思うのですが、小さな事業所は全て(事務全般プラスアンケート、書類作成、情報公開etc)少人数の者がこなしていかななくてはなりません。(事務は報酬対象外)又、書類が増える事でチェックする人手がいる為、公務員の給料も上がる、増員されるような事になるなら、簡素化してよりよい事業所になるための時間をつくる事ができ、給与や増員でおさえられた税金をまた介護事業者に還元できるようにして欲しい。業務の簡素化で雇用が少なくなるという国側が考えるのであれば、その雇用を介護員に育てあげればもっと施設の介護が手厚くなると思います。介護の未来が明るくなるように努力して欲しいです。
介護職の質の向上 他職種間とのコミュニケーション、連携 利用者が介護保険を正しく理解している人が少ないので、国や自治体が国民に向けてもっと説明するべきだと思います。介護は福祉ではなく、事業であり、職業であることを国民が理解しないと、介護職の給与等は向上しない。その為には介護報酬を上げる必要があると思います。介護職の給与が上がれば、質は自然と上がるはずですが。他に職がなければ、介護の仕事をとというのはやめて下さい。介護は誰にでも出来る仕事ではないと思います。
年金など収入は増えないのに医療費や介護費の負担が増えると、利用しない(できない)人が増えると思います。利用する必要性がなくなったわけではないので追いつまる人もたくさん出てくるのでは?と思います。
24時間体制は介護者の負担軽減につながると考えられます。但し、巡回型訪問サービスとなると大規模事業所でないと仕事が出来ないと考えられます。
介護は医療に学ぶべきである 高令者の看護ができるのは看護師~医師です。モラルのない介護ではできません。医療が人間のいのち生命を守ることが原則です。
介護職員に対する対遇をより良くするため介護報酬を増額していかなければ事業継続が困難になると思われる。(特に人材確保において)
・学校教育で見られるような、モンスターペアレントのようなモンスターのような、クライアントや、介護者が増えており、そのために職員が心理的に追い込まれ退職・休職する場合があります問題の多い利用者の処遇を、行政がきちんと示してほしい。
①支援センターが利用者を困り込んでいる。②包括的な報酬に関し、事業所に対してもそうだが利用者に対しても徹底した通知を行ってほしい。利用者は自分の都合の良い事しか言わないので法的に、出来ない依頼もある。それを断ると他の事業所に依頼するが市役所に苦情と言う型でもんくを言う。その時、市役所には、はっきりとした態度を取ってほしい。また、法律

<p>を守らない事業所は、取締ってほしい。そうでなければ、まじめに行っている事業所がつぶれる。</p>
<p>主たる事業は訪問介護の為、その立場からの考えを申し上げます。又、居宅支援も小規模運営です。2012年4月の改定では、更に予防を重視との見方がありますが、包括のあり方に大変疑問を感じています。包括は、福会福祉法人などの傘下にある為（そのような事業所多くみられる）要支援者→要介護者となった場合の居宅プランは、同法人内居宅への移行等が主な運びとなっており、利用者のまるで、包括を持つ法人の「かかえこみ」と感じているこのごろです。又、訪問介護事業所の加算は、（事業所）利用者負担にも跳ね返る、報酬単価となる為、加算事業所として届け出ることをためらっている現状もあります。今後の改正で、24時間訪問介護などクローズアップされているようですが、税制面でかなり優遇されている福祉法人などに、もっと頑張ってもらったらよろしいとも、民間事業者としては考えるところです。この度の調査書の意図とは、違う方向になっていると思われませんが、このような機会はとても有難く、書かせて頂きました。</p>
<p>ヘルパーさんがこの仕事から離れる原因は生活出来るだけの収入がない。労働時間が少ないと云っている。例、時給800円でも8時間同じ場所で働きたい。1時間のコストを上げるのではなく労働時間を増やして欲しい。労働力のヘルパーはますます少なくなります。</p>
<p>1. 訪問介護事業者としての悩みは介護従事者の劣悪な労働条件の改善がはかれない事。（介護報酬が少ないこと）2. 事業運営上利用者の確保が非常に厳しい事。体力（資金力、人材等）のある事業者が肥り、若少事業者がより困難な経営状態に追い込まれていること。3. 現政権は消費税の引き上げで福祉関係の財源を確保するような方針が今後日程にあがってくるようですが、現時点の消費税の使途が不明な処でもあり、福祉目的だけに消費税全てを活用しなければなりません。4. 厚労省の担当者は現場の実体を理解し得ず机上の改善（予算がない）を支出の削減で対応する感じが強い。5. 介護福祉士の資格取得の例の通り余りにも現場を知らなさ過ぎる。「理想は高い」は結構ですが事業そのものの維持が出来ない方針はいかがなものか？6. 調査は各種行なわれていますが、制度改正に事業者の声が反映するようお願い申し上げます。</p>
<p>限りある財源の中で、人間にとっての幸せとは何かという事を関係者が真しに議論して、その実現にむけて制度設計をしてゆくべきだと思う。医療者はその立場からものをいい、介護者はその立場から物を言いというように人間を中心におくという事からは程遠い議論ばかりだ。</p>
<p>・介護保険に関しては、在宅介護の報酬をもう少し見直す必要があり、介護保険の制度も、もう少し、内容等についても、明確にし、資料等、研修会をするべきである。・各市町村でサービス内容などの違いがあるのもおかしい。・市町村は、もう少し、現場を理解する必要がある。</p>
<p>難病等の方が在宅で生活することを希望されることが多くなってきた。介護するヘルパーも病気について勉強したり、研修にも参加して知識を深めていく。また介護技術も研修等を通して向上させていく。在宅で生活している介護度の低い方の生活援助があることで心身共に支えて病気の悪化の予防になっている。改定される時に生活援助を支援から外すと結果として介護度が重くなると考える。</p>
<p>報酬単価を上げるのではなく精神ケアや自立支援を利用者のニーズに応じた内容を設定して欲しい。それには認定に対する単位数ももっと必要な方（なければ独居の方は自費が出てしまい自費はとれないので、事業所やケアマネがサービスで対応しているのが現状！）が多いので改正すべきです。</p>
<p>3K（くさい、きたない、きつい）と呼ばれている介護職が、一般職と比べて給与が少ない事はおかしいと思う。また、大変な仕事の割に休日が少ないというのもおかしいと思う。こういった面から若者の介護離れが進んでいると私は感じた。また介護認定も認定員によって基準がバラバラでしっかり定まっていないのもどうかと思った。また、失業者が介護職をしたいと思っても、資格（ヘルパー2級等）取得に約10万円かかるのも見直しが必要と感じる。介護をしたくても金銭的に厳しく手が出せない人がたくさんいるという現状を分かってほしい。</p>
<p>1. 介護更新認定時に要介護から要支援と軽減されるケースが大。この状況を変えられないのか 2. 上記に伴って介護保険自己負担分が変更され、要支援になり安くなる場合は良いが、支援が介護となった時負担が変わり高くなり同じ内容のサービスを提供しているのに何ぞ？との不満が利用者にあります 3. 支援の場合、事業所が一ヶ所しか認められていない点一ヶ月まとめて支払う点 月4回が基準の介護報酬で、月5回あった場合の1回分は事業所の負担となるケースが大。利用者から1日分の負担を求め難い点 4. 介護サービス情報公表制度の事業所負担の大きい点 介護サービス情報公表制度が十分に活用されていない点 介護サービス情報公表制度は必要とされていないのではないか</p>
<p>・規制の緩和（利用者側・介護従業者側） ・医療行為の緩和 ・自己負担が増える事によるサービス拒否</p>
<p>介護報酬について 平成12年4月よりスタート、見切り発車したケースではあるが3年ごとに見習すとのことであった。しかし、15年18年は介護報酬が上がった部門もあれば下がった部門もあるが全体的には6年ずーと介護報酬が下がった状態である平成21年に30分身体と、1時間の生活援助が少し上がったが赤字経営がほとんどの在宅介護事業所についてはほんのおしぼり低度の報酬で赤字補填にもならなかったのが現状です。よって、近隣の事業所が閉鎖されるところもあり今後の将来が不安です。消費税を特定財源として、5%~8%上げれば良いと思われまます。（すべて医療、介護にしか使わない）いずれみんながお世話になるんですから、苦情は出ないと思います。とにかく今の介護報酬ではヘルパーをやる人がどんどん減っていきます。将来が見えません。</p>
<p>介護報酬…平成12年4月スタート→平成15年4月介護報酬下がる→平成18年4月さらに介護報酬下がる→平成21年4月身体30分と生活援助1hのみ少々上がるしかし赤字経営の事業所にとっては赤字補填にもならない。消費税5%~8%上げる。但し特定財源とするすなわち、医療、介護以外には使わない。しかも金額についてはガラス配り（透明化する）いずれみんながお世話になるので反対する人はいないと思われまます。とにかく今状のままでは希望あるヘルパーが“がっかり”して退職するのは目にみえております。今でも離職率20%以上です。真剣な取り組みに期待したいです。一般会社員年収450万介護福祉士年収280万（国家資格ですよ！！）余りにも差があります。</p>
<p>介護従事者への賃金の見直しをするにしても報酬自体が、低い為、小規模の事業所は維持して行くのが大変です。利用者のこ</p>

<p>とを考えるとヘルパーさんの移動は問題がありあまり交代はさせたくありませんが、登録ヘルパーさんは二重、三重登録（又は他の職種との兼職）されている関係上むづかしく、条件をよくしないとやめられることも考えられ人員不足をよく耳にします。見直しが良い方向性の元で行われればと思います。</p>
<p>・生活援助は1時間からとなっているが、食事をセッティングし、服薬を確認するだけで、十分、在宅生活が出来ると思う。ムダな時間は、お互いに“損”である。・ケアマネの月1回の訪問も、安定しており、状態把握が出来ていれば良いのではないかと思う。安定している利用者も月1回訪問、独居の人には家族のように通院やその他いろいろと呼ばれ体がいくつあってもたりない。・訪問診療といって、高額な診療報酬をとっているのに、夜間是对応せず“最初に説明して、患者の同意をうけている”と言いがれられるが、きちんと対応されているDrと同じ報酬というのはどうかと思う。</p>
<p>訪問介護においても訪問看護と同様にターミナル加算、緊急加算を認めてほしい。ある意味リスクを伴い、急変時の備え等活動時外の業務も大きな比重をしめています。現在の報酬制度ではあまりに評価が低い。</p>
<p>★特に大阪では、介ゴ事業者がふえすぎて、お客のとりあいになり必要でない方にもサービスに入っているケースがあるのではないかと思います。その反面サービスが必要な方なのに介ゴ度が上らず実費不担もできず困っている方もたくさんいます。介ゴ認定が納得いかないケースがたくさんありますが必要な方に必要なサービスが入れる時間をとれるような制度にしてほしい。この場合（事業者の利益のためにサービスをふやす人がないように、きせいできる案があればいいのですが）この前ワイズマンの研修で白澤政和さんがおっしゃっていた介ゴ認定をやめケアマネジャーが責任をもってその方の必要なプランを作るようにするという意見に賛成でそのように実現してほしいと思います。</p>
<p>・多岐わたる職種が関連しており、それぞれの制度が複雑すぎます。・被介護者も増加がありますが、介護者の人員不足は続くと思います。介護者自身の健康の維持、メンタルも重要です。報酬をあげると、財源も問題だと思えます。・ICFの活用は大変重要で意味のあることだと思いますが、被介護者の方の意識や捉え方は、なかなか本来のICFとは違ったものになっていることが多いです。それを説明し、納得して頂くことがとても難しいです。・制度の手引きなど、解釈が分かれること多く、一歩まちがえば“不正”となってしまうそうです。多様なケースがあるので困難かもしれませんが、線引きが明確化されればと思います。</p>
<p>居宅介護支援事業所だけではやっていけない。やっていけるように報酬を考えないと中立の考え方ができない事がある 訪問介護の通院介助について拘束時間が長いにもかかわらず報酬がカットされる事が多い。拘束時間は仕事のはず。医療系の訪問看護等の報酬単位が高すぎる。福祉系のサービスを上げるべきか医療系の報酬単位を下げるべき。医療系の介護保険は高いため利用しにくい。</p>
<p>介護保険はなんの為に出来たのかを思い出して下さい あまりにも最初の理念からかけはなれていると思います もう少し介護者本人、利用者本人の目線にたった制度にならないと続いている意義と意味を見失ってしまいます もう一度制度を考えられる方、骨子の案を練られる方が原点に戻ってみてはいかがでしょうか</p>
<p>これは訪問介護事業所が声を出さないだけでどこも泣いています 通院介助の中抜けは絶対に見直しが必要！！・通院介助で中抜けを強要されるが実際のところ側にいて見守りや支援することがほとんどである。病院での職員は外来患者の対応までしてられないのが現状。ヘルパーが通院介助しなければならない患者は年々増加傾向にある。それに対して病院スタッフは、ヘルパーが中抜けしないといけないことに対して知らないから当然のごとく呼びつけられて当たり前のように支援させられる。利用者様のことを思うとこれは病院側がすべきとは、とても言えない。それに介護タクシーや電車等を利用して遠い病院への通院介助は、ヘルパーは帰って待つということもできない。病院は大きいところ小さいところどこも最低の人員でやっている。結局ほとんどの通院介助の場合、最初から最後までヘルパーは拘束されてしまう。絶対にとれない診察室でもドクターの方から同席を求められ介助をしたり質問を受けたり説明をしたりしなければならない。独居の認知症の方などいたしかたない。拘束された上に医療者に気を遣い、支援をするのに中抜けを言われるのは許しがたい。最低賃金を無視することである。行政がこのようなことをしてもよいのか。病院内での拘束時間をせめて最低賃金で出すべきではないのか。この間を利用者が実費負担できる人は限られてくる。事業所が目をつぶってしなければならないのもおかしい。登録ヘルパーに中抜けだからとガマンさせるのもおかしい。社員だけの対応に限界がある。</p>
<p>・介護保険は軽度者のサービスを省き、重度者には在宅に帰す考え方である。介護保険の適正な使い方を目的にしているのだから、「自立支援」を掲げているにもかかわらず、抑制が多い。それより、ケアマネの質を高める事、適正かどうかをチェックしていくシステムを確立した方が、より自立支援になり報酬が低くなるのではないだろうか？また、担当者会議に参加する事業所にも、ケアマネに研修する「自立支援」等の学習をさせ、会議で自立支援に対する活発な意見交換ができるようになってほしい。現在は受け身の参加である。ICFの考え方は「障害者スポーツ」をされている方を参考にするとわかりやすいと思う。障害者の人達が残存機能を使い、スポーツをチームワークをゲームを楽しんでいる。人は楽しみを持てば、自ら動く力を持ちあわせている。医療に対しては、介護保険制度やケアマネの仕事内容を理解していない人が多い。従事者に介護保険の知識も、浅くでも良いから理解してほしい。連携がとれて始めて「在宅のみとり」が可能となる。又、三ヶ月入院後は報酬が低くなる今の制度は社会的入院は減るだろうが、介護難民が増えるだけである。急性期治療から慢性期治療そして、老人保健施設の流れまでを、もう少し期間を長くできる様にしないと病床は空いているが、「退院するように」と追いたてられている、患者が気毒である。「レスパイト入院」に対する評価と報酬体制ができるかと有難い。</p>
<p>介護報酬が、ボランティアや福祉領域であった影響のためと思われるが、今だに低いように思う。このため、介護従事者（特に若い人）が正規社員として一定額以上の収入を得て、結婚しても十分に生活ができるようにならなければならないと思います。いつまでも、やりがいという名のもとに従事する人に頼るようでは、現状は変わらないと思います。他の産業と同レベルの所得水準にするためには、サービス報酬の増額→事業収益の改善→従事者の所得水準の向上に向けても政策が必要だと思います。</p>
<p>医療、介ゴ連携に主治医出席しなければ、報酬減算。医師は介ゴに対して義理なしの考えの改善。</p>
<p>・福祉職の離職率の高さを改善・生命を預かる職である故に、それ相当の報酬・介護職の地位向上（「たかがヘルパー」とい</p>

う意識が世の中の大半を占めている)・福祉サービスの地域間格差の是正
生活援助の打ちきり反対です。現在要支援2で介ゴ1もしくは2に近い方でも一人暮らしで認知症がないため、ADLの低下があっても不自由な生活を送られています。生活援助とは掃除だけでなく生活全般を支えるものです。私たちが買い物して調理をすることで以前のような生活を安心しておくことができおられます。介ゴ利用料の増はやめてほしい。今、年金から介ゴ保険料を天引きされ、やっと利用料を支払われているのに高くなったら、利用を減らさなくてはなりません。要支一介ゴ 介ゴ→要支の6ヶ月での更新が1年になるのは賛成です。
在宅で最後を迎えることにあたって私たちホームヘルパーにとって医療行為に対しての安全性が心配されます。まだまだ制度について知られていないことも多くわかりにくいと思われま。 (勉強不足もあると思いますが) 手軽に相談できる場が多くあるとよいと思います。
サービス提供責任者への固定給がほしい(国から2万円程度)介護報酬でプラス83点は低すぎる。ケアマネージャーの能力(認識)不足が気になる。人材育成に力を注ぎ、予防に力を入れているが収入には結びつかない。認定調査のバラつきが大きいと感じる事がある
・障害自立の居宅介護・家事援助の報酬が低すぎて事業所として採算が成り立たない・当公社では精神の方への訪問を行なっているが低くせめて介護保険と同じ単価にして欲しい。
介護報酬の加算を基本部分に包含することを求めている。
・介護認定の厳しさから十分な介護が受けられない。特に認定調査での内容も1時間程度では利用者の状況を正確に判定出来ていないと思う。・サービスでも通院について病院内での介護は医療に変わるとの事でヘルパーは拘束されているにもかかわらず報酬が得られない為、事業所としては出資が嵩む。・評価としては処遇改善手当の支給でヘルパー離れが少しは食い止める事が出来ているのが現状。・全般的に重労働である為サービス時間、内容の緩和の検討が必要と思われま。・「介護サービス情報の公表」本当に必要なか見直しの時期ではないですか。
軽度者の生活支援が介護保険からはずされるのではと不安です。利用者さんは、死亡・施設入所と年々減り収入もおちていて、日々経営者から売り上げがおちたと何か方法考えなさい。と言われている。これで生活援助がなくなったら、私達はやめるしかありません。かと言って在宅で生活されている高齢者の方は本当にヘルパーが来るのを待っており出来るだけ家で住みたいと言っているのが現状です。
今の介護現場を支えているのがパートや主婦であり、2級ヘルパー資格者である。訪問介護を出来る資格を介護福祉士以上に限定してしまうと、今の介護職員の人たちが殆んどやめてしまう恐れがある。金銭面、時間的余裕がなく、介護福祉士の資格をとる事が出来ないから。これでは、介護保険制度が崩壊してしまう。
1、診療報酬、介護報酬が改定されても、利用者自身の意識の改革がなければ、まったくの無だて事業所がとり組まなければならぬのはヘルパーさんの確保です。2、新たに募集したヘルパーさんも実体験した事点で半数が退職してしまいます。3、あまりにも利用者本位で、特に生活保護を受けられている利用者さんは、ひどすぎる。(家政婦と間違っている方が多い)
いつの改正をみても、医療職の権力が強く、老健施設等の報酬改定は常に高い。〇〇加算、〇〇加算、〇〇加算と、実際に行われているのかどうか、利用者に説明も困難なような加算明目をつけられて、旨味をとっていかれている。(多くの講演者、研究者、著名人な方の弁にも沢山聞かれる)昔から、医師会の権力の強いことは知られている所であるが、小さな現場の事業所に働く介護職にも、平等に評価されるようなシステムにしてほしい。交付金などという、こそくな手段で、一時的に賃金改善を行うようなことは、やめてほしい。職場の人間関係が壊れていくのみ…。全国、あまねく有る、社会福祉協議会や、〇〇〇事業団という、自治体の外郭団体が公共の施設で、介護サービスという営利事業を行って、民業圧迫している実態を是正してほしい。そういう団体こそが、包括支援センター業務をもっと充実して行くべき…。介護予防に力を入れるべき…保健所とタイアップして…それが問4、問5につながる…
課題 1、キャリアパスの実行によってヘルパーの技術力の向上2、ヘルパーの充足による交替体制の導入3、常勤ヘルパーの充足による常時対応 制度上の問題点 1、通院乗降は収益性が悪いので訪問介護事業所は撤退している。通院が介護に果たす役割は少なくない。もう少し報酬の面で改善して欲しい・老健に入院している患者の通院乗降の適用・病院から病院への通院にも適用して欲しい(専門医に通院する場合、別の病院へ通院する)・ヘルパー資格のない運転講習会修了者も行えるようにして欲しい、(通院乗降)(運転協力者不足の解消)
介護職はだれでも出来る仕事ではない、これで満足出来ると云う事はない。天職と思うしかない。大変な仕事である。それにもかかわらず政府の介護報酬が少ない限度敷料を上げなければ職員の報酬も上げられない
医療と介護は時間的に違う 報酬が違いすぎる
訪問介護の報酬単価を上げるべき。
・介護報酬(ヘルパーによる通院介助)・通院介助の時実際は2時間かかって待ち時間、車での移動時間、診療時間は医療保険対応になるので、ヘルパーに支払う給料と介護報酬とは採算が合わない。(訪問ヘルパー)・居宅から居宅への移動時間に、登録ヘルパーには給料が支払えない。その分の介護報酬を上げて移動時間にも給料が支払えるようにしてほしい 介護保険と医療保険を使った訪問看護の明確化
離職率が高いので、賃金の向上が必要だと思う。賃金が上がるのなら職としてのハードルも高くなるのではないと思う。よりよいサービスのため、有能な人材を集める。ハードルは高まるがサービスは向上し、全体の質も上がる。良いサービスを受ける事により、病院に関する部分は減り、医療費の増大を抑制できる。その分を介護事業所に回す。医者や看護師も病院内に居るのではなく、もっと外に出て地域の中で仕事をこなす様になり、地域の質が向上する。賃金の向上と介護職のハードルの向上。この2点が必要なのでは。
事業所加算についての不平等さを改善してほしい 努力して加算をとることができても利用者負担がふえるため利用を控えられるケースが多い。又、訪問介護においては加算要件と、利用者が満足される内容とに相違があるため利用者にな納得にくい

<p>もっと平等にサービス内容を評価し、利用者に負担かけない方法で、事業所、介護職員の処遇改善するシステムをつくるべき 訪問介護の賃金が低く、辞めて行かれる人が多い。施設と違ってヘルパーが利用者宅に入るので精神的なストレス+支援=重労働となります。</p>
<p>介護事業に携わっているのだから、それを中心に…。 1. 相対的に予算が大巾に不足している為に、全ての方が受けることは不可能だが、認定の有様はかなりバラつきがある。自治体によっては、予算都合上どうみても介護度が…と思う方が低く低く…。多々ある。 2. ならば予防的措置、医療、介護含め特に介護の予防訪問介護（要する要支援）に対し、サービス内容と予算をつけ、介護度が進まない対応をせよ。さすれば、結果的に長い目でみれば予算的には削減される。 3. 対症対応するならば、使用目的税として消費税を上げる。年金と医療、介護のみに使途。入りと出を管理するところは一元化しムダづかいしない様に。（グリーンピアや官僚の天下り先作りはチェック）抜本的な大巾な、ドラスティックに改革しないと…。時間が無い。スピードを上げ、クイックレスポンスを！！このままだと暴動が起こる！！</p>
<p>「在宅で最期を迎えたい」という希望をかなえる為ターミナルケアの研修を増やし、診療報酬・介護報酬もターミナルケア加算の金額を増やす。ターミナルケアの知識を持った医師や、親身になって往診してくれる医師の数を増やす。→ターミナルケアにかかわる医師の数を増やすため、それにかかわる医師が高収入（今以上に）を得るように、診療報酬を見直す。それに訪問看護も、ターミナルケアの知識をもった看護師の数を増やす。</p>
<p>ヘルパーを公務員にして生活を保障して、働いてもらう。男性ヘルパーがヘルパーとして働いて家族を食べさせていけるだけの報酬が得られるようにしてほしい。</p>
<p>問22にも記述の通りであるが法施策、制度上に加え報酬面での改定においては運営側、従事者側双方の環境改善がなされる様な制度設計を強く要望致します</p>
<p>《課題》連携を図る。《改良点》若い人達が参加でき生活ができる賃金、保障。《評価すべき項目》まっとうにしている事業所が損をしない報酬制度。不正にはもっと厳しいペナルティを。</p>
<p>全ての国民が安心して医療、介護が受けられる体制（無料化）が望ましい。財源の問題が浮上するが、この旧体制、大企業優先の政治、経済のあり方の根本的見直しが必要な大きな課題である。今のこて先のこざいくでは、行き詰まりが見えている。働く人々（介護職）は、サービスの質を求められ、書類の山（ケアマネ等）を求められ、でも頑張っているが、利用者は将来の不安のため（国の保障がない為）、お金を残そうとしサービスを使いたがらない。1割負担でさえ！！利用者負担増は日本の将来を危くすると思える。★全ての国民の意識変革が必要です。（自分の事だけを考えない）政治家・経済人・国民・全員の</p>
<p>国が多額の借金を抱えているのに保険にするのは疑問に思う。介護保険料の徴収を20歳以上からにする等財政の確保を考えるべき。人材不足+低給料→人材の低下は目に見える。</p>
<p>医療行為が難しい問題の1つであると思う。命にかかわる事なので、簡単に誰でもは難しいと思うがもう少し、特に訪問介護等には広げて欲しい。</p>
<p>いろいろな制度わくの中で、必要としているサービスが必要な人に届かない。本当の意味での福祉が置きざりにされている。</p>
<p>法改制により、事業者側は、改制にあわせて、事をはこんでいくが、利用者側は理解に苦しみ、ただ「しょうがない」と、改制とはうらはらに、従うのみです。事業者側も、改制のたびに色々準備をしたり知識を身につけたり、労力がかかり、利用者は自立の方向にむかわされ、無理をして生活をしないでなければならないケースが多々あります。誰の為の改制なのか、改制して、大きく利点があったところは何なのか、目差しているものがよくわからず、はっきりしません。</p>
<p>利用者負担を軽減するとともに報酬を増やし、従事する人材を多く確保創出しなければ、良い制度ができて利用することができなくなります。最期を迎えるまでに介護が必要でない人は少ない為医療介護の従事者が増える制度を求めます。</p>
<p>・介護報酬が十分でないことから、社員を雇用することが難しく、パート、アルバイトのみで働く方ばかりの雇用になってしまい責任面、利用者とのコミュニケーションの充実、ヘルパー間の意思疎通がとりにくい。・改定に伴うPCソフトの買い替え費用が金銭的に負担である。</p>
<p>報酬上病院と同等の報酬が在宅にも与えられれば、病院と同様のことが自宅でも出来ると思う。介護保険の区分限度額をなくしてしまわないと、介護報酬の単価を上げても、出来ない介護が多い。報酬単価の値上げ、サービスメニューの増加よりも区分限度額の徹廃又は増額が必要</p>
<p>他のサービスに比べ（重要だと思う）ヘルパーの利用料金が低すぎる事です。何でも「安いヘルパーさんで対応を…」という事が多く、困る事も多いです。良い人材を確保する為にも、賃金の向上の為に、介護報酬を見直してほしいです。</p>
<p>利用者本人は、身体が動けなくなっても住み慣れた自宅でいたいと望んでいる人が多く家族、親類は、世話をするのが大変だからと利用者本人の意向も聞き入れず施設に無理に入所希望されているように感じています。利用者本人の意向を第1に考えてもらえる制度の見直しをお願いしたい。大人数で手広く介護事業している事業所もあれば、小人数でも利用者さんの希望を第1に考えて、コツコツとやっている事業所もあるので評価して頂きたい。</p>
<p>・支援内容の明確化、統一化・介護度区分の平等化（個々によって差があり、納得のいかない内容、結果の場合が多々ある。）</p>
<p>要支援者、軽度の要介護者にかかる給付について 介護給付の対象外にしようとしている→予防重視型システムへの転換に反する。軽度者は、効果的なサービスを提供することにより、状態が維持、改善する可能性が高いとの認識に立ち、要支援者、軽度要介護者に必要でかつ効果的な介護保険給付が提供されることが必要と考えます。保険給付割合の引き下げについて 経済的な理由から介護保険サービス利用を控えることにより被介護者本人の状態悪化を招くとともに、在宅介護を支える家族の負担が増えることも考えられます。また高齢者医療制度の見直しにおける70～74歳の2割への負担増の動きも合わせると、医療介護の両方において利用制限を余儀なくされる事態が危惧されます。私は介護保険制定の精神に立ち、誰もが必要で十分な介護を受けることができる措置を求めます。</p>
<p>・独居の方が多く、1日3回の食事を安全に提供するためには事業所として無報酬で行なわなければならない時がある。限度額オーバー。・そのような場合は、何らかの審査をへて救済をおねがいしたい。・制度改正は制度上で考えられた運用を相</p>

<p>定して行なわれるが、実際にはそのようではなく違った方向で運用されているケースが多い。制度や形を増やすのではなく、基本となる制度の運用連携に柔軟性をもたせればよいと思う。・制度を増やして介護支援等に直接的でない仕事を増やすより、きちんと訪問し支援する仕事を重視すべきである。</p>
<p>在宅療養、在宅介護を今の日本の環境で推進していくのは無理があると思います。施設入居待機者が何十万人もいる現在。団塊世代が後期高齢者になる2025年問題。今も未来も結果は出ているのではありませんか。施設を増やし、自宅か施設入所を選ぶことができるようにした方がよいと思います。又、福祉サービス従業者の収入をもう少し手厚くしないと、離職率は改善しないと思います。正直、男性が家庭をもつためには手取りが少ないと思いませんか？（管理職や経営者は高給かもしれませんが一部の人のみ）私は訪問介護事業所勤務のため他の職種については勉強不足ですが、訪問介護事業としての不満は以下です。・サービス提供責任者としてやるべき事が多いわりに介護報酬はつかない。（モニタリングなど）・担当者会議、退院前カンファレンスに参加しても報酬なし（しかも記録も残さないといけない）・通院介助等の待機時間等（待っているだけの間は報酬なし。送迎だけするには現地への移動時間が倍になる。終了時間が不規則のため予定が立たず、結局拘束時間が長い。）・生活援助への規制が多く、実際の生活にそぐわない事が多い。e x エアコンのフィルターそうじ（電気屋さんやボランティアを利用しろと指導される）行きつけの理髪店への移動介助（訪問の散髪サービスを利用しろと指導される）室内灯の電球等の交換（電気屋さんやボランティアを利用しろと指導される）※何でもできるようにしろ、という訳ではなく、独居の人などケアマネージャーが必要と判断することで、介護保険サービスとして提供できる柔軟さがあればよいと思います。</p>
<p>介ゴ職員の賃金を少しでも上げてもらえるよう、介ゴ報酬の点数を見直してほしい。</p>
<p>介ゴ保険については、区分支給限度基準額の見直しをされなければいけないと考える。身体の状態や既応症、後遺症等で同じ介ゴ区分であっても必要なサービスの差（量）が大きく、ひとくくりにしてしまえない。又、認知症等あり、24時間の見守りが必要としても、GHは費用が高く…又、特養は要介ゴ3以上でなければ入所判定会の机上にすらのせられない。在宅で限界のある利用者については、区分支給限度額を検討する必要がある。家族同居の生活援助については、明確な目安を設けてほしい。担当ケアマネージャーによって判断にかなりのばらつきがあり、訪介としては戸まどうばかりである。予防訪問介ゴについては生活援助ばかりであり同居家族があってもケアの提供等あり…この不公平さは一体何かと思う次第である。</p>
<p>1. 訪問介護にて他の家族の方へのケアについてもOKとする。（洗たく物等家族の方のものもOKとする）夫婦や親子での複数介護について包括的単位でもOKとする。訪問記録等の簡素化2. 24時間訪問介護は特定の施設のみにする。24時間訪問看護、福祉用具、デイケア、デイサービスは別とする。できれば訪問看護は医療保険とすればよい。訪問診療や、薬の指示等は介護保険から別ける。介護タクシーは地域にもよるが介護保険から別ける。まずは利用者負担にする。ただし本人の支払い能力に応じて市町村が負担する。3. ケアマネージャーの利用代も1割負担とする。4. 介護職員への待遇改善金以上になるような報酬単価とする事。施設職員の給与が30万支給になるようにしてほしい。訪問介護員は待機時間等一考してもらいたい。5. 老人ホーム法を根本的に改善してもらいたい。高齢者の方には食事が必要なので食事の提供するだけで老人ホームと決めつける事はいかかと思われる。居住スペース特に専用スペースは本人の支払い能力等もあるので、必ずしも個室に拘るのはいかかでしょうか？特に老人ホームと認定されると宿直者が必要であるが公的資金を補ってほしい。市町村およびその事業者にもっとまかせていただきたい。6. 事業を展開したい事業者には国からの補助金を公私関係なくしていただきたい。7. 地域包括センターがうまく仕事が出来ていないのもっと高齢者独居を施設等へ移動させる努力をしてほしい。要支援の方と要介護の方でケアマネージャーが違う事は利用者を無視していると思う。消費税を早く15%程度にしてほしい。</p>
<p>・住宅改修の際の見積りの立ち合いや意見書の作成等、介護サービスを使わないと介護報酬につながらない事になりましたが以前はありました。住宅改修だけの対応の方もいるのでボランティアになっています。改めて新設して欲しい。・要支援の制度は要介護と移行したりで煩雑でやめて欲しい。包括支援センターの担当になったり、切れたり行ったり来たりする人も多い。だったら限度額や、サービスの限定にした方がいい！</p>
<p>介護報酬が上がったとしても、介護度の限度額が上がらないと逆に必要だったサービスをけづらないといらない事につながる。報酬を上げたら、限度額は、上げないと、本人、家族と困ると思います。</p>
<p>診療報酬・介護報酬が改定されますが、今までやってきた訪問介護、看護、リハビリの在宅医療の必要性は、変わらないと思われれます。情報をキャッチし、対応していかなければならないと思われれます。介護報酬は、祝祭日勤務しても平日と同単位なので賃金額は労働基準法では割増計算支払になるので事業主としては祝祭日は僻けたがる。祝祭日の報酬の値上 通院等乗降介助1率100単位となっている。介護度3. 4. 5や車椅子利用者は報酬を値上げしないと介護タクシーは成り立たなくなっている。</p>
<p>どの様に改定されるのかよくわかりませんが、現在、訪問介護に関して報酬単価が、デイや、入所施設と違い、60分、90分の介護のため、正職員が少なく、登録ヘルパーで活動している現状です。在宅介護の担手である筈が、収益が少ないとのことで、待遇が、軽く扱われているのが、残念です。</p>
<p>①現在の介護報酬では生活全搬まで援助はできない②生活援助の単価が低い（食べる事、清潔な居室、衣類ー基本的な生活）生活援助が基本的な生活をたもっている③居宅サービス計画作成費の単価が低い（計画の作成、評価、見直し、各関係機関への連絡）思った以上に時間をとられる。</p>
<p>介護現場に係る職員に確実に報酬が還元される為には、有資格者への手当の支給を行い、長く、現場で働こうとする賃金体制を国が作ることが必要かと思われれます。資格を持っていても、現場の給与が安いために、離職している人も多いように感じられます。</p>
<p>現在、私の事業所では、有料老人ホーム（住宅型）とグループホームを4ヶ所しております。有料では、在宅の報酬とし金額を設定しています。グループホームはそんな中、同じ介護度でも、身体レベルと認知レベルの違いはあるが、あまりにも金額がちがいます。地域のニーズからするとグループホームが一番必要性を感じていますが、単独事業としては、金額がむずかしい。結果として、有料のだけあわせでないと、採算があわなく、スタッフ確保もむずかしい。グループホームの報酬の見</p>

直を検討してほしい。又、長期間のグループホーム利用者は当然医療依存度も高く、医療との連携も大切、これは本来のグループホームの規定のづれを感じている。
介護従事者や事業体に取り組む課題や改良点は、サービス開始時の利用者をいかに把握して、サービスを開始することができるか。報酬上の新たに評価すべき項目については、サービス提供責任者の報酬の見直しをしてほしいです。
・ケアマネの国家資格、更新研修の廃止・介ゴ度に応じての限度額の廃止・P4みたいな考えでプランつくってる身にもなれ！！安い報酬なのに
過疎化が進み、夫婦共働きが普通になっているため、在宅介護はできない家庭が増えています。一人暮らし＝最期は施設から一人暮らしでも在宅にするためには、足りない所が山ほどあります。新たに取り入れて欲しいものは安楽死制度です。10数年介護の仕事に関わってきましたが、自分は寝たきりになりたくないと強く思っています。動けなくなり食事も食べられなくなった時、安楽死を希望できるよう、制度の導入を願っています。
・在宅で最後を…それならば家族の協力がなければ成立しない。その為にも同居の人がいても生活支援が出来る、必須では無いでしょうか。・散歩が認められなくなってから機能低下、うつなどが進んだ方が多くなった様に思います。・社会参加の始めとして家から外に出る最低限の自由は必要では無いでしょうか。自宅の周りをヘルパーと歩けば近所の人と接しよく出来るし会話も出来る・テレビを見るだけで1日中家中、家族も気が抜けないし気分が落ち込む。車イスでも外の空気を感じれば良いと思う。・なぜ施設では許されるのに在宅では法に外されるのか？理解出来ない。
介護従事者・身体介護の基準・何分以上は、利用料が発生するのか・生活援助で本当に必要な事をしぼって欲しい(イ)軽い内容の買物、掃除などだったら、介護保険とは違う事業者がやるようにする、とか。(調理も)事業体 キャンセル料発生は、介護保険も障害福祉も一律料金にしてよいか、(イ)玄関先(ロ)当日(ハ)前日閉めてから。現実となると(近くなってくると)色々な、細かい問題が浮上してくると思います。(たくさん)
専門職がない現状で、新たにいろいろな取組がされても対応できない。
子供、大人、老人、障害者、それぞれの区別なく、介護のもんだいを考えていけるといいと思います。
身障取得者の、長期入院があるが、払いもどしがあるために、介護施設への入所に移行できない現状がある。入院していた方が、金銭面で負担が軽いのは、おかしいのでは・・・。
2015年、いよいよ「団塊の世代」といわれる人達が65歳に到達します。現代人は実年齢より心身共に「若い」と思われる人が多くいます。50～60年前の我が国の60歳、70歳の人達より、現代の60歳、70歳の人達の方が平均的にみて、はるかに若返っています。およそ8掛けくらいの見方でちょうどいいという考え方もあるくらいです。しかし、いくら若返っていると言ってもやはり実年齢を重ねれば、体調不良や不安は自然と自覚せざるをえません。現在の我が国では、子供や若者の数が極端に少なくなっています。核家族化は、急速に進み今や老若男女、ひとり暮らしという現状も多くあります。看護や介護を担うのは、やはり「人」でなければならぬと、考えています。経済連携協定により、海外から熱意と意欲を持った若者達がたくさん来日していますが合格率が1/100、3/200というような現実では、協定もほとんど機能していないのではないのでしょうか。どうすれば、彼らの熱意や意欲を、この国で、生かしていくことができるか国がもっと真剣に取り組むべきだと思います。介護従事者に対する全体的な待遇の改善も早急な手当てが必要です。誰もが必ず看護、介護を必要とする時がきます。今は元気な人達も、皆でこのことを考える時代がきていると思われまます。
・居宅の報酬が低すぎる。サービス導入できなくてもケアマネは、何度も足を運んだり、書類作成したりする必要があるのだから、報酬は与えるべき。(ただ働きになっている。)
・予防介護は、いらぬ。もうひとつ意味がわからないし、必要ないと思う。介護が必要なら要介護認定し、必要ないなら、介護保険は使えない、とはっきり線引きした方がよい。予防は、全部医療が福祉でまかなって、介護保険とは切り放したら良いと思う。・情報の公表・・・1年に1回は多すぎる。経費も手間もバカにならない。やたらと、調査やアンケートや、報告など多すぎて大変迷惑。もっと仕事しやすい環境を作って欲しい。どこの事業所も頭が痛いと言ってます。ケアマネなど利用者のお宅を訪問する時間をけずってまで書類作りに追われています。・管理者研修等、制度の説明等、インターネットを使い、事業所で資料を見られるようにして、忙しい中、県庁や遠い所まで足を運ばなくても良いように考えてもらいたい。・最近研修に費用がかかるようになったのはなぜ？仕分けされるべき団体の収入源になっているような気がするのだから、参加したくない思ってしまう。
ケアマネジャーの質の向上
・各事業者のサービスの質への評価が介護報酬にはんえいされていない。
介護法をもっと現状に合ったものに改正して欲しい
一人暮らしの重度の方は現在の限度額ではサービス量が不足 在宅での生活が維持はできないので不本意ながら施設入所を希望する。せめて訪問介護(看ごを合わせて)1月4回訪問できる様な限度額にしてほしい(10割負担は無理)在宅を推進するのであれば、一人暮らしができる様な方策をお願いしたい 地域ケアのために、行政も真剣に考えるべき、できることは必ずある
高齢者、障害者等の福祉は国の税金で見るべきだと思います。1気に上記のようにならなくとも上記の方向にすれば国民が安心すると思います。訪問介護に行く多くの利用者様よりいつも云われます将来が不安だと 又昨年より東梅市内で居場所、サロン町内ボランティアを初めましたが多くのお年寄りには将来が不安と云われてます。無縁社会と、介護難民を作らないようにお願いします。
在宅での生活者が少なく、事業所の運営自体が危ぶまれている。介護報酬にしても、自分の健康を維持管理していく上で一番大切と思われる調理等の家事援助の安さ！身体的なケア(特にオムツ交換など)に比べ、栄養面や調理方法等身心共に疲れます。今、現場での人材が本当に少ないのが悩みです。施設に比べ1対1の人間関係の不安の訴えが多いのと単価が安いので募集しても集まらない現実です。
財源確保の為、生活支援の基準を上げ生活支援を減らすなどしてその分を身体支援の財源にあてるのはいかがでしょうか

現場の実態を知らない人達が、勝手に決めつけるのは論外である。困っている人達にやさしい制度を。
これから老人医療や介護を受ける人口は増大していくが、受け皿となる病院・施設・事務所において利益が確保できない状況である。たとえば、活動して報酬が得られるのはヘルパーの介護のみであり、サービス提供責任者は事業所としては重要な条件であるが、生産性で見ると100%人件費コストである。特に小さな事業所では、管理責任者やサービス提供責任者の人件費コストのウエイトは高く経営を圧迫している。また、医療従事者やヘルパー不足はますます深刻化していく一方でヘルパ2級の資格保持者が介護の仕事を選ばない事も重大な問題だと思われる。原因として介護の仕事は①重労働で②低賃金で③時間が不規則であり、自分の生活にゆとりが無くなってしまい、利用者への喜びや癒しを与える事が継続できなくなってしまうと思います。小さな事ですが、通院介助において病院へ入ってしまえば、ヘルパーは介護できなくなる（介護報酬外）が本人にとっては呼び出されるまでの待ち時間、薬を待っている時間やトイレに行きたい場合などヘルパーと一緒にいて欲しいと望んでいるができないため通院介助を受けられない。〈介護タクシーも同様〉介護報酬の考え方は正しいが、利用者本人は理解できないのが実態です。昨今介護費用が増大している事で財政に影響しているとの報道をよく見ますが、本質的には「小中高齢化」であり「各家族化や共稼ぎ」が増えている社会情勢において独居老人が増大していると思えます。
これから増々、糖尿病、人工透析 心臓病、高血圧など高額医療の患者が増えていくと思います。こういう患者の病院受診時は必ず栄養指導を行うとか将来こういった治療をしなくてはいけなくなるということをしちんと患者へ伝え、自分の病気を正確に理解し危機感を持たせることが必要だと思います。欲望のままに飲んで食べて、しまいには体がポロポロになって大量の服薬、高額な医療を受けてしまう。こういう人がとても多くなっているような気がします。もっと早くに阻止することが大切だと思います。一生けんめい食事療法を行い、人工透析にはなりたくない！と生きてる人も上のような人達と同じように見られてしまう。現実はとても辛いです。介護保険を利用しなきゃ損をするという概念を見直しさせることも必要ですし、介護事業所間でのレベルの比べ合いなど、介護従事者自体がおかしな方向へ行ってしまっているように感じます。そして、忙しく動き回っている介護事業所に対して、書類の提出やアンケートさまざまな書類作成に追われて、肝心なケア 心のこもったケアが出さない現状です。もっともっと現場を見て状況を見て下さい。
私たちの事業所の介護者は高齢化しています、実習でいまヘルパー免許を取っている子は20代、30代、40代と若いのがたくさん居ます、そして素質の有る子もたくさん居ます。これらの若い芽をまっすぐに伸ばすべく教育してほしいと思います。純粋な心で勉強している子の芽をつまないように。不要な経費はカットしてミーティングして元気な高齢者にはガンバってもらって明るい介護社会を築きたい
訪問のお医者様がヒヘイしています。老人医療についての勉強若い医者にもこの世界で生きていけるタイセイを作してほしい・不必要な薬の出し過ぎ・リハビリの使いにくさ（看護師のリハビリでなくプロのPTにするとか）
介護報酬について 訪問介護は利用者様が突然中止および訪問しても利用者様が居られない場合報酬が請求できません ヘルパーは時間まで待機しその間拘束されていても支援しなければ収入にならず訪問先から次の訪問先までの移動時間も報酬に入りません 1日中働いていても正味の訪問時間が5時間程度で週5日働いてもサラリーマンの平均給与の1/3以下です 在宅での家事支援は個々の家庭のやりかたに添った支援で知識と経験が必要です又、1対1で行なう支援で精神的にも重圧を感じます ヘルパーの報酬は処理改善ではなく、報酬単価を上げ安定させる 単価及び報酬の出し方を根本的に改善しないと若いヘルパーは育ちません 10年も経ない内に現ヘルパーも高齢化でヘルパーのいない手が居なくなりヘルパーの需要と供給が崩れると思います 現在サービス責任者への報酬は、有りません 国は書類整備は要求しています。サービスの質を上げる為の件費はどこから算出すれば良いでしょうか？医療系の単価は高いが、訪問介護が薬の管理入浴介助、在宅で生活できる為の生活支援は安い。施設から自宅へ帰して行く為にヘルパーは最も必要な支援と考えています。デイりになっては、誰かが氏を支えるのでしょうか？福祉サービスを仕事として生活できる報酬をお願いしますハビリしても看護師が服薬管理をしても生活を支えるのはヘルパーでそのヘルパーが居なく
訪問介ゴ員はいつもチームの中でも弱い立場に位置づけられているような気がします。利用者や家族からも内容的に理解されていない点が多く困る事があります。施設と違って在宅は利用者さんの城！！なんです。その中に入って行く事のむつかしさ、等・・・ヘルパーの希望者が少ないのもそんな点があるのでは？！在宅介ゴ分野の理解の少なさが見直しされれば良いと思います。
・資格を取得されていても仕事をされる方が少なく職員不足はずっと続いている事 ・お仕事をされても報酬面で不満や労働条件（休日等）の不満で退職されてなかなか続かない ・介護施設や障害者の施設が少なく待っておられる方が多い事
・利用者が利用できる時間が充分でない ・報酬が低くヘルパーがあつまらない ・予算の多少によって利用者の判定が変わってくる
介護事業所・介護士には様々な法的及び倫理的規則・基準があり、現場もそれに振り回れている。しかし、利用者にも最初や途中でも契約や重要・注意事項を説明しているにもかかわらず、クレームを何回も繰り返し事業所介護士を交替するよう要求してくる。例えば、事業所を5回以上渡り歩く利用者には、行政指導もしていただき、内容によっては、利用料を少し上げる可能性もあるような対応をとってほしい。利用者もある程度の教育は必要であると思う。
介護サービスの内容がかなり複雑です。通院と共に買物をする時間の決かた。サービスとサービスの間に2時間差をつける。サービス行动上、一回の外出で件数を満たすことが大切だと思います。連続が難しくなっている時間の変更等が多くなると何々認めてくれない。サービス時間のオーバーも認めてくれない。居宅事務所さんによっても、大きく差が見られます。
提供責任者について ヘルパーへの算の向上に向け研修、同行、申送り、ケアカンファレンス、CM、利用者への調整、帳票作成緊急時、ヘルパー休時訪問、とても重要な役割を担っています。サービス責任者は必ずいなくてはならないのに事業所や、介護報酬での評価がないサービス責任者は常にヘルパー、利用者の事を常に考え対応している これでは訪問ヘルパーで申送りを行なっている方が良いという反断をする方も多い 現在在宅訪問ヘルパー（高齢）になり、募集は常に行なうが、若人、他の反応がまったくくない。賃金でも（職員）手取り20万円位。その他ヘルパーが訪問している時間、曜日、自身が休みであ

<p>っても対応を行っている介護報酬での評価を行ってほしい。事業所加算について 加算Ⅱでの事業所です。新規依頼時、加算Ⅱを伝えると利用者に負担金があり単位数も関係するため断られるケースが多い事です 事業所として、常に研修、同行、利用者宅へに訪問を行い算の向上に向け利用者1人1人についてのカンファレンスを行っています。事業所加算をつける事で依頼がなくなってしまうという現実をどうにかしてほしいと思います。非常に残念です。誰のための介護保険なのか、何のための介護保険なのか、何のための加算事業所なのか？</p>
<p>報酬等については、まだ低賃金であり重労働や特殊職でありもっと評価してもらい実際に合った報酬が得られるよう改定してほしい</p>
<p>・現在の介護保険制度は開始当初のイメージとなっているのか？・報酬抜きでのサービスをするとは思えず、そのバランスが必要と思われる。</p>
<p>①居宅介護支援の事業所が他の事業所を兼務する事は中止すべき、(兼務の禁止) ②介護報酬の大巾アップが必要。介護職員の処遇改善で人員の確保を(他産業からの転入促進)</p>
<p>報酬が改定されるのであれば、利用者の区分限度支給額も変わらないと、限度を超え、10割負担をしてまでは利用者が利用しないと思う。単価のみ上がるのであれば、利用回数を減らさざるを得ない。そうなれば手厚い支援とはならなくなる。事業所の運営が、適正となるのは当然だが、提出や、保管すべき書類が多く、新しく事業を立ち上げた所が、廃止になることは避けられないので、労働基準や、指定の申請などで省くことができることがないか今度、考えてほしい。月に1回のモニタリングや報告も、もう少し期間をのばせないものでしょうか。利用者の中には、いろんな人(CM、利用している各事業所)が毎月毎月入れかわり立ちかわり来て、疲れるとの意見も多いです。そのたびに私達も申し訳なく思っています。制度の利用が適正かどうかを判断するのも大切なことではありますが、さまざまなことを、もう少し簡略化することも必要だと思います。</p>
<p>限度額が、介護度によって一定であるが、介護環境によって、差があっても良いのでは！</p>
<p>色々な報酬が改定され金額(負担額)などが上がると思います。が、介護従事者もそれに共ない、質の向上、サービスの向上を、訴えられると思います。ですが、向上に向け、日々努力や勉強しているヘルパーたちにも、もっともっと評価してもらいたいと思います。現状ではご利用者よりもヘルパーの方が手薄になっています。意味のない税金を使うのではなく、意味のある税金を使ってもらいたいと思います。</p>
<p>・介護従事者の待遇の改善・サービスの量を増加させる</p>
<p>・介護保険の使い方について、家事支援の限度を決めるべき、限度枠内だからと言って、目一杯使うのはどうかと思う。当時業所は公益法人なので無駄な使い方をしないよう、他事業のケアマネや利用者にも助言するが、それが頭が固いとか言われてしまう。保険料と税金でまかなわれるのだから、家事の全てを保険で支援する事が、本当に良い事なのかと疑問に思う。身体介護と生活支援を切り分けて考えるべき。生活支援については、一律に限度を決めるべきと思う。関係機関の制度上の意識統一が必要 介護報酬が低すぎる。真面目に行う事業所が赤字やサービス残業をしなければならないのは変な事。</p>
<p>医療保険に関しては、利用する人とししない人の差が激しくその為医療に対する健康保険負担や税金の投入等の関係で不公平感がある。その不公平感を是正するためには、自己負担率を3割から5割にあげ、さらに病気にならないための予防医療に力を入れ医療費を抑制すべきである。予防医療については食生活の指導や運動、医学に対する知識習得など、病気になりにくい体質づくりを国や地方自治体が支援して行くべきである。また病気になりにくい体質をつくるサプリメントやカイロプラクティクスなどの治療にも保健を適応させるべきである。介護報酬はその報酬額の安さが問題視されているが、報酬の引き上げは国民の負担増に直結する問題なので報酬額をいたずらに上げるべきではない。問題は、医療と同じで病気になったら費用がかかることことからその前の予防が大切で介護も要介護状態にならないような介護予防策を取るべきである。介護予防に一番効果を発揮するのは、なんといっても外出である。外出はご承知の通り、社会と係ることで体に色々な刺激を与えられ、身体の機能低下を防ぐことは明らかである。施設にカンヅメにしたのでは、身体機能を加速的に低下させるだけである。自由に外出できるような、介護保険制度を希望する。</p>
<p>介護従事者の人手不足は深刻。→賃金と魅力がUPしないと・・・経営状態が厳しい現状。→訪問介護やケアマネの居宅は、特に厳しいと思う。⇔報酬の見直しは重要。でもその負担が養護者に大きくなってしまうのは、医療も介護もお金持ちが好きな道を選べ、お金がなければ我慢せざるを得ない状況を作り出してしまおう。それはおかしい。</p>
<p>・アンパソニーの不足から介護に関わる職種の地位独占(給与体系)も必要。又、施設も社会的な地位向上の為に人材育成は重要です。</p>
<p>さまざまな書類が必要になっていますが、最低限の書類が良いと思う。同じ書類をいくつも作成するのではなく、共有する事で時間が短縮され、報酬が上がる事につながってくるのではないのでしょうか。</p>
<p>要支援と要介護のかきねをなくしてほしい</p>
<p>◎ただ1点 利用者家族の制度になっていない 望むサービス等に対して制約が多く提供出来ない 外出支援等は生きるため必要なサービス ・利用者運ぶ(移送)車に対しての法的制約必要。デイ・サービスの車両等 届出が無い車輛あり 福祉輸送 道路運送法78条(義務) 有償運送に対して届出必要である。運輸局へ 報酬制度 職員改善等は事業所としてありがたい</p>
<p>まだよくわかっていません。</p>
<p>1年経過の訪問介護事業所で1人でも多くの利用者を獲得すべく努力しているところで、そこまで考える余裕のないところです。</p>
<p>当事業所は、ナースが14名中、9名いるので「訪問看護」にした方が、「儲かる」とアドバイスして下さる方がいます。しかし、理由があって「訪問介護」にしています。他の事業所さんより、高めの時間給なので利益は少なく大変ですがNPOなのでなんとかやっています。&lt;理由&gt;訪問看護は「一訪問いくら」「20分~2時間→少ないまで、以後有料」なので、利用者さんの希望するケアが充分できない(短時間で)ひどい人は、バイタル測定だけで帰ってしまう。家人いわく「バイタ</p>

<p>ルだけなら、私でもできる」「決まった時間に来ず必要な時間まで、みてもらえないから、買物もできない。逆にストレスが貯る」「外出時の支援がナースは制度上だめといわれる」等 医療的ケアの多いALSの場合、家族負担が多く困っています。又、自分らしく生きる為の支援が必要になります。そんなことから、長時間支援できる「訪問介護」にしています。社会参加の為の「外出支援」もできます。⇒「訪問看護」にも、長時間訪問を認めてほしい。外出支援ができるようにしてほしいと思います。「医療的ケア」をしている訪問介護事業所の優遇策をとり入れてほしいと思います。</p>
<p>今後、高齢者の数は増加していく上で労働力不足の対策、(公務員のように賃金を民間の中立額に設定を決める)をこうじる精神的にダメージを受けて仕事をやめていく人が多いので働いている人の心のケアを定期的に位置づけをする(休日もなかなか連休がとれないなども緩和する方針決定等)</p>
<p>・サービス提供責任者の給料がおかしい・一般スタッフとのちがいが、まだまだみとめてもらえないのか？</p>
<p>・私たちは介護従事者として、現場で毎日利用者に関わりをもち、仕事をしています。介護報酬が改定となるという話を聞かされても、ピンときません。私たちに求められる課題として、医療知識・保険制度・法律の知識や経験・スキルなど増えるばかりで、業務に追われる毎日です。・自由に書いてよいと言われれば、現場の声として届けたいことがあります。昨年からの処遇改善交付金をいただいておりますが、23年度で終了するというので、24年度から処遇が改善・維持されるような報酬制度の改定となることを願っております。個人的な問題ですが、介護の仕事をして8年となりますが、給料(報酬)はほとんど変わりません。これは全国的にみても同じだと思いますが、一般企業から思えば考えられないことです。・現在、介護分野においては、離職率が高く、人手不足が生じています。この課題を解決するために、日々どの事業所・施設でも頭をかかえていると思います。将来に希望や目標が持てるような専門職としての地位が与えられれば、それが何であるかは具体的に挙げませんが、検討していただければと思います。・個人的ではありますが、私はこの仕事に誇りを持ってますし、大好きです。定年となるまで続けていこうと思っています。乱文・乱筆で申し訳ありません。</p>
<p>訪問介護と看護で同等のサービスを行っているにもかかわらず報酬単価がおよそ倍違うことが納得いきません。改善を希望します。</p>
<p>訪問介護事業の人材不足は危機的と言われる。介護報酬の底上げをしない限りこの問題は解決されないと思う。ヘルパーから介護福祉士そしてケアマネージャーとスキルアップしていくのは、やはり現場の”しんどさ”があるからだと思います。たとえば同じ身体介護2を例にしても、訪問介護と訪問看護とでは倍程差があります。しかし、利用者の1割負担もそれとともに引き上がってしまう所が悩む点でもあります。現在では、処遇改善があり、それに関しては評価させていただきます。</p>
<p>支援できる事で、利用者の意欲につなげる事ができたらと思います。また、利用料についても、考えてほしいです。事業所側としては、報酬を増やしてもらって、もっと利用者様に、質の良いサービスが出来る様になればと思います。</p>
<p>苦言、大くの利用者を確保し、事業収入を安定させ従業員にも夢を持たせてやりたい。が出来ない。どうしても出来ない。10年間死にものぐるいで頑張るが今だ不十分。医療系の介護事業所は退院する利用者(患者)の在宅サービスへの囲い込みをするな。単体の民間介護事業所への利用者流入はきわめて少ない。利用者が自由に自ら希望する介護事業所を選べる環境にない。病院から老健から在宅からまた病院へとまるでキャッチボールT E L E N本で利用者を確保している。介護報酬を上げてもらおうとは思わない現状でよい。が仕事をくれ。介護事業に参入し12年、金は残らなかったが多くを学んだ。これから誰にもうばわれることのない宝だ。と思っている。だい分疲れた、が負けずにまだやる。どんなことがあっても自分で納得するまで素手で岩をくだく苦勞にもへこたらん。</p>
<p>本人の意見、意志を尊重し、思えるケアの実現</p>
<p>何を言っても無駄でしょう。本人の意見や意志を思えるケアの実現といっておきます。</p>
<p>ヘルパーがどこまで医療行為が可能になるのか 医療行為ができるようになったことでそのことに対する研修はあるのか。2000年介護保険の導入にあたって、大きな課題に上げられたのが、「医療と介護の連携」です。しかし、介護保険の導入から今日までの10年間、医療・介護連携の課題は遅々として進まず今日に至っています。では、なぜ進まないのでしょうか、それは医師側(医療側)が介護側への協力を十分に行なわないため、「医療と介護の連携」がいつまでたっても実現しないのです。様々な研修会やシンポジウムなどで「医療と介護の連携」がとりあげられ意見交流が行なわれますが、その場だけの事で終わってしまっているのが現状です。それは連携が進まない主要な要因が、医師(医療側)の非協力姿勢にあることが分かっていますが、それを正面からとりあげ真剣に論議する事が弱いからです、つまり連携が進まない根本原因を見逃しておいての、研修会やシンポをいくら開催しても意味がないということです。「淀川助け合い」は、医療と介護の連携という国民にとって切実な課題を前進させるため、医師側(医療側)の問題点を率直に提起します。関係者におかれましては、誠意あるご検討がいただけるよう、心から要請する次第です。1. 医師(医療側)が介護側を見下している「医療と介護の連携は」国民の側からいえば当然の課題です、しかしこの課題を実現するために介護保険導入時から関係者の間で問題になっていたことは、医師側(医療側)の介護側を見下す態度です。これは10年経過した今日にいたるも、抜本的改善がなされずズルズルと来ています。では医師が介護職を「見下す」事によって、どのような事態が生まれているのかを率直に指摘します。(1) 医師は、介護側の意見や問題提起にたいして積極的に耳を傾けようとしないうち、あるいはきわめて不十分です。そのため介護にたいする、医師(医療側)の無知、無理解が一向に改善されず、それが「医療と介護の連携」を妨げている大きな要因になっています。介護問題を積極的に知ろうと医療側が思わない限り、医療と介護の連携は絶対に無理です。(2) 在宅で介護サービスを利用している者にとって、ケアマネージャーやヘルパーは日常生活にとって欠かすことができない存在です。また日常の心身の状態を把握しているのも介護職の人達です、したがって利用者が医師の診察を受ける場合、利用者の生活状況や心身の状態を、介護職が医師(医療側)に報告することは必要なことです。また、診察や医療内容について、介護職が質問や意見をのべることも、在宅での介護や治療を進める上で重要な事柄です。介護サービスを受けている人の多数は高齢者です、診察や治療後の在宅生活で薬の管理や心身にかかわる療養事項について、介護職が見守らなければならない薬の管理や心身にかかわる療養事項について、介護職が見守らなければならない場合が多いのです。したがって医師は、診療・治療、薬、自宅</p>

療養の注意点などについて介護職にたいして、必要な説明と報告をすべきです。しかし、医師はこの介護職の当然の行為について「個人情報」などを口実にして、認めないことがよくあります。介護サービスを受けている人達にとって、介護職は有力な代弁者・代理者の役割をも担っているのだという事について、医師（医療側）は明確な認識を持つべきです。（3）地域で医療側は介護側に比して強い力を持っています。医師の社会的地位は高くそれは介護分野にもおよんでいます。介護認定、介護施設の利用、日常の在宅療養での介護サービスの提供に当たって、医師の診断・診断書や治療をめぐっては活動できません。そのため介護側は、医師（医療側）とトラブルになること、または嫌われることを何としても避けようとし、その結果医師への率直な意見や批判を自ら制限する事になり、それは医療と介護の連携を妨げているだけでなく、医療の改善の道をも閉ざしているのです。例えば高齢患者が管理できないほどの大量の薬の処方、さらに薬の効用について患者・介護職への説明内容が、現状のままで良いのかと介護側は疑問や意見をもっていますが、率直にその事を医師に伝えきれていないのが現状ではないでしょうか。さらに、手術など治療結果について、患者と介護職がおかしいと思って医師に尋ねても十分な返答がなく、介護側が思い余って利用者に別の医療機関の診察を受けてもらい、そこではじめて手術・治療の不備が分かるといったことがあります、このことも医師（医療側）には十分知らされていないと思います。これらの事例は「医師（医療側）に介護側が率直に意見を言えない」状態によって、国民がその不利益を被っていることを如実に示しており、関係者に改善の努力を強く求めます。2、在宅生活・介護を考慮した医療になっていない（1）高齢者が入院すれば、がんばって歩いてトイレに行っていた人が寝たきりになるとよく言われます。これは病院では、高齢者の入院患者にオムツをよく使用します、この事が努力してトイレにいった生活をダメにしてしまうのです。病院は怪我や病気を治療する所です、それは患者にとってひとつの通過点であり、治療を終えればまた家庭での日常生活がはじまるのです。そうであるなら「通過点」である病院は、日常生活と介護を考慮にいたした治療をすべきです。特に排泄、食事、入浴は日常生活の基本であり、これらの身体能力が維持できることを医師（医療側）は常に考えてほしいのです。そのためには生活環境などについて介護側の意見を十分に聞き尊重していただきたいのです。（2）医療と介護は制度としては別れていても、実際には区別できない一体のものです。そのため病気を持つ要介護者へのより良いケアを行うにあたって、医療側と介護側の合同ケア会議はきわめて重要です。にもかかわらず、ケア会議への医師の参加はきわめて不十分です。ケア会議の多くは、ケアマネージャとヘルパーの介護側に医療側から看護師や理学療法士が参加して実施されています、医師の意見は看護師から間接的に聞き会議を行なっています。この状態は、在宅介護にあたって医学的知識を介護職が十分に持つ上で困難を生じさせています、さらに医師が介護への知識と理解を得るために大きな妨げとなっています。3、院内介助について 医療側の院内介助についての対応は、建前と現実が大きく食い違い、不透明なものになっています。（1）通院における患者の院内での移動や待機時間の付き添いについて、多くの場合医療側が行っていないのが現実です。しかし、介護保険利用者にとっては「院内は医療保険が適用される」ので介護保険が使えないのです、それなら医療保険を利用して介助サービスを受けようとしても医療側はしてくれない、仕方なしに患者は自費で介助サービスを受けるのです。また、介護報酬が出ない院内の時間を介護事業所が負担してヘルパーをつけている、さらに事業所のヘルパーがボランティアで付き添っている場合もあるのです。なぜこのような事態が生まれるのか、それは病院内の必要な患者への援助は医療側が行い、介護側は病院までの送り迎えの援助をする事が建前としては確認されているのですが、実際は院内の援助について医療側ができていないのです。この現実を医療側の方から、「実際はできていない」ことを正直に明らかにして問題提起をする必要があるのではないのでしょうか。（2）これと同じような事は、入院中の患者の世話で生まれています。「完全看護」を病院が表明していても、実際には患者の買い物、洗濯、食事介助、見守りなどは医療側できていません。それなら「できていない」ことを医療側が率直に認めその上に立って、一連の世話について介護保険適用の論議を行なってほしいのです。（以上）

介護保険料が改正されても介護従事者の待遇がなかなか改良されないのが万年人手不足が解消されないのが現状なので一考すべきだと思います

・介護認定を基準に元づいて、また、生活状況のみで、正しく行うべきだと思います。ご本人様の状況をADLを見て行い、また関係機関の話も聞いてほしい。個人差がとてもある。結果ができていて、でも、過程もみてほしい。

弱者にとって一番良いのは何か。という事を念頭に置き、介護する側もされる側も互いにしたい事されたい事ができる様な制度になってほしい。

医療、介護事業者は全体の流れや、人としてみていく。対人援助者としての資質の向上を図り、安心できる存在になるべきだと思います。過度の医療の廃止→あくまでも家族や本人の希望に沿う事が前提であるが自然体での死への受容ができるような環境ができるといいと思われる。介護事業所や従事者が生計をたてられるような適切な報酬設定と教育への支援。

・「生活援助」を甘くみてはいけません。ピンピンコロリを突然死と理解していることではない。少しずつ遠くへ歩けなくなり自由に動けなくなりやれていたことができなくなり・・・を補うために生活援助を受けてこれまでに近い生活を続けていくことができる。そして食べられなくなり・・・少しずつ弱って・・・（1週間ほど入院して・・・も含めて）亡くなっていくのを「ピンピンコロリ」と呼ぶ。「生活援助を受けることで転倒が防げ、体調の変化を発見し、適切な食事が摂れ清潔が保たれて介護を受けなければ生きていけない期間を縮めることができる。少々自立調整健康余命が延びる。「生活援助」を切りすてて「介護」ばかりに重きを置くのは、人間の生活についてかたよった見方をしての結果。ほんとうに重い、身体介護が必要な人はたしかにいます。が今の介護報酬の中の「身体介護」は「生活援助」の延長の部分がかなり多い。重度の身体介護は別として、「生活援助」「身体介護」の区別なく、一人の人の生活を成り立たせるための重い大事な仕事として評価すべき。別にするなら「生活援助」を自立調整健康余命を進ばず重要な仕事としてもっともっと評価すべき。

あまりにも安い賃金ならびに主婦の方手間で仕事をしている人が多数あり、受けた仕事も回らなくなっております。その為経営者が寝ないで仕事をし、私みたいに体をこわして仕事になりたちません。施設では、2人のスタッフに介助ができたり休んでもかわりがいます。体が少しでも悪くても仕事を続けられます。家で死にたいと思う気持ちはだれだってあります。今自分が病とたたかっているから言える事。若くたって、老人だって同じです。

30分以下の生活の支援が必要に思います
利用者負担の増加について 利用者負担が増加することでサービス利用をおさえる傾向にあり ニーズと利用数のひらきが出てくると思う 利用者負担でなく 制度上の点検整備が必要になってくると思う
特に介護報酬が低い 不安な書類や人員等に縛りが多く若い人が職業として生涯つくことが出来ない 社会保険料や介護保険料を支払っているにもかかわらず十分なサービスを必要時に受けられない
医療介護制度改革前に、年金制度改革が必要だと思う。医療・介護サービスが必要なのに年金が2万円の方には、とても無理なことであり、お金持ちで裕福な方のみより良いサービスを受けるシステムとなっている。介護はチームでやるものであるから、介護職のみの介護報酬の改定をやっても職員のモチベーションは上がらない。介護に携わらないという人は、絶無だと思うので。もっと簡単な形での介護報酬の改定をすべきだと思う。(例) 1ヶ月の労働時間でその職員へ処遇改善交付金を支給する。制度が変化することは良い事であるが、利用者・家族への説明が何度も変わる事で理解して頂くのに時間が掛かる。理解して頂いた頃に又改定があるので、高齢者夫婦や家族が高齢の場合は、様々な誤解を受け、信用を失うきっかけとなっている。
なし
もっと介護報酬を上げて使う側も支援する側もやりやすくしなくてははいけないと思います。ヘルパーもなかなか増えない状態で、介護される人たちがどんどん増えている状況の中、泣いている人たちがたくさんいます。
訪問介護についてですが、身体介護が要介護度4以上でなければ出来ないと言うことで、行政の指示があり事業者としての取組方が非常に困惑しています。要介護度4以上という行政の考えは、身体的機能低下のことからとらえていると思われてなりません。もしも、認知症の要介護度3でしたらどういう結果が出るか知っているとは思われません。乗降介助で病院等に行った場合に受付までは、実施範囲でしょうが、その後の待ち時間(診察)までどのように本人が対応するか、見当がつくと思います。一人にしては、置いていくわけには出来ません。身体介護の状況を分析して指導していただきたい。又、最近は、家族と同居していると生活援助をなかなか認めてくれません。身体障害者の同居か老老介護でなければ出来ない状況が続いています。このままの状態で推移しますと、訪問介護事業者は、都市部では、何とか行けるが、郡部では経営が出来ません。介護タクシーも事業として実施していますが、公益の一環として社会福祉協議会が、介護輸送事業をしているため、市町村の包括から、社協に丸投といっても過言ではない位癒着しているので、一般業者には、なかなか、サービスが廻ってきません。どうか身体介護の見直しと社協の活動の範囲を十分に論議していただきたい。
現状で要支援者への単価の見直しをしてほしい。(要支援者の月別で回数が多く使う方は赤字の為)
制度の見直しでは、もっと分かりやすい制度にして欲しい。利用者の方も困惑されています。こちらが説明しても、その後あまり覚えていない、勘違いなどが良くあります。高齢者は新しい事を覚える事は、難しくなります。そしてこの仕事のない時代に離職率が高く、各自治体の温度差(市により、きびしかったり、そうでなかったり)があります。実際、事業所の経営はきびしいです。要介護者についても1~5必要?と思います。判定が昔に比べてきびしく、這って移動されている方でも要支援など。予防介護は良いと思います。(利用者の生活意欲の向上につながり、本来あるべき姿に近づくとと思います)今のつまらない政治を見てみると、何も期待はできませんね。地方が自立する時代になったと思います。ギリシャみたいになると外国の投資家がこないだTVで言っていました(3年後くらいに。)今後事業所としての取り組みとしては、従業員に対しては給料もかなり高く支払っているのでは問題はないと思います。利用者に対しては介護保険で出来る事、出来ない事を、もっと明確にしたいです(今でも時々全然関係ない事をたのまれて困る事があります)。経営の方では新しい事業への投資を考えています。長々とすみません。
退院時のカンファレンスへの参加や、医療・看護との連携をとったときの加算。サ責への報酬。
国は在宅を推進しているはずなのに、何故、病院や施設に入りたい方がこんなに多いか。在宅生活に不安を感じる制度の内容にしかかかっていないからである。納得のいく最期、自分の周りの人に心から「ありがとう」を言って別れることができれば成熟した国になれるのではないか。介護報酬の増大により、いつ、介護保険制度が破たんするか、改悪されるのかと若い者は不安いっぱいである。介護で働いている若者は、結婚もできない「いつ辞めよう」と、希望も何もない現状。まず若い介護従事者の希望のもてる職種にしてほしい。報酬の伴わない仕事がレベルアップするはずがない。使うべきところにお金を使ってほしい。まわりでも不正が多く行なわれている。記録がぬけている等ばかりを指摘するよりもケアプランが正しいか、不正を生んでいないかを見るべきである。紙の上のみ見ても不正はなくなる。介護度を抑えることばかりに気をとられているおかしな現状がある。不正の話はうわさではよく聞く、なんとかならないものかー。
・情報公表制度の即時廃止→必要最少限の介護報酬から更に事業所が調査料をなぜ負担するのか?ヤクザのショパ代と何ら変わらない。・障害福祉サービスと介護保険サービスの単価の差をなくす→コーディネーターのいない障害者は単価の安い自立支援法のサービスを依頼しても事業所が見つからない→生活できない。・障害福祉の相談員(ケアマネ)が居ない、障害福祉サービスと介護保険の統合など何らかの対応が必要。・介護の報酬単価UP→総額は下げるなどしても単価は上げないとこのままでは有能な人材は消えてしまう。
書類が多すぎて利用者に対して十分な支援、相談を受けることが難しい。緊急時の対応が月に2、3人発生するとモニタリング、アセスメント、支援経過等が貯ってくる時間との戦いです。新規利用者を受けたくない時がある。住宅改修に対する報酬が以前は2,000P(少ないと思っていた)があったが今は無い。手間と時間、結果も評価される報酬が有って良いと思う。認知症加算に対して長谷川式の点数に応じて決めて欲しい。介護1から介護4でも同じⅡaの医師が多い。見回りに訪問したり時間を取られることが多い。点数に出ない人もいらっしゃるが点数で決めればまだ納得できる。
ケアプラン作成時の上乘せ、燃料代の上乗せ
在宅生活を最期まで送りたいと言われる方が増え、在宅へおられる患者様の重度化が増えてきており、そのために、在宅サービスに求められる物も大きい。医療、介護等の連携もとても重要ですが、在宅サービスの質の向上も大きな課題だと思います。

<p>今は、色々在宅では行ってはいけない事も多く、在宅で求められる物と、在宅サービスで行えるものとの差が激しく施設や病院で最期を迎えられる方が増えています。もっと重度障害者さま等の対応ができる事業所等、増やす必要があるのと、その様な対応をする事業所のリスク等も考えて、事業所にとっても良いと思える様な改良をして頂けたらと思います。まだまだ重度障害者さま等の受け入れ可能な事業所が少ないので、受け入れたいと思える様な制度になればと思います。</p>
<p>ニーズの多様化が進み、対応するヘルパーも大変になってきている。利用者にとっては、料金の値上げは、とても厳しく、利用回数を減らさなければならなくなると思います。本当に必要な方を幅を縮めることも重要だと思います。</p>
<p>当事業所では訪問介護はしておりません。通所でするので設問にお答え出来ませんでした。私も長年看護師として病院に勤めて参りましたが看護師に比べて介護者のコストが非常に低いと思います。仕事の内容はそれ程変わらないと思います。ヘルパーの資格を取ってもそれでは生活が出来ず退めていく人が沢山おります。福祉の重みを（かかわる人、仕事）をもっと理解して頂ける国にしてもらいたいといつも考えてます。今の日本は余りにも福祉に対して関心が足りないのでは！</p>
<p>介護保険、自立支援法の垣根を超えて、重度の方には対応すべき</p>
<p>利用者にも負担なく介護従事者にもゆとりのある支援ができるよう又介護福祉士受験の講習は事業にとって、他の人材の確保等問題あり。以前の実務3年間で受験できるようにして欲しい。</p>
<p>訪問介護や施設の介護職員に対して吸引や経管栄養などが出来るようになると言われてはいますが、まだまだ介護従事者には無理ではないでしょうか？全員できるではなくある程度手技などがしっかりと行なえる方限定としなければ危険な気がします。</p>
<p>特にありません。</p>
<p>社会保障が複雑になってきているので簡素化し、国民が利用しやすくなるように、事業所も書面におわれず利用者と関わる機会が増える仕組にして欲しい。</p>
<p>介護する側としては給料が上がることを望むが、老人からお金を上げてまでもらうのはつらい。なるべくなら介護保険の支払いが上がらない様にしてもらいたい。生活援助が、なくなるのではという話もあるが、介護の現場を理解し、言っているのか！考えられません。また、その反面、なぜ、この人が、介護を受けているのか？と（他の事業所ですが）思われる人もいる様に思う。認定もしっかりやっただうえで、検討してもらいたい。報酬については、良くわからず。すみません。</p>
<p>介護職員の給与がなんとかなりませんか？今、40代、50代の男性が時給900円で働いています。将来が見えてこず、辞めていきます。うちの法人の問題なのかも知れませんが、改善が見られません。介護報酬の問題なのか。職員が定着していただけるような見直しになればいいと思います。</p>
<p>寝たきりや重度障害の療養者の介護（身体介護）の報酬をもっと評価してほしい。サービスを使える人使えない人の判断が一定ではないのがごもん？家族がもっと参加することで補えるサービス内容の検討、保険の見直しに係るサービス種類（内容）による細かな報酬体制の確立を図ってほしい。</p>
<p>・事業所評価加算等、利用者の負担となる加算はいかがなものか？（加算があるために、必要なサービスを入れると限度額をこえてしまう方がいた） ・軽度者へのサービスについて、検討されているが心身状態の維持のために必要と考えています。</p>
<p>ケアマネジャーが単なる調整役になっているように思えるので、何でも屋さんでは無く、法的に権限を持てる程度の研修と報酬と両立して専門家・職になっていけば良いと思います。医療職がそれをやるには忙しすぎるし、専門分野も異なっていると。在宅の訪問介護事業所のサービス提供責任者としても、もっと社会資源の知識も増やして専門職としてアプローチしていく必要があり、その後きちんと（現在は無報酬ですが）対価をもらえるだけの評価をされる仕事をしていきたいです。</p>
<p>・全体的賃金底上げと育成（人材） ・教育、研修等（関係機関の意識改善）</p>
<p>希望はたくさんありますが、財源なくしては不可能と思います。</p>
<p>当事業所は昨年末頃に県介護保険課の監査を受けました。結果は無事にパスしたのですが、それについて色々思う事があります。何点か改善しなさいと指摘された中で、どうしてそこまで要求するのか、それをやるにはケアの手を抜かなければならないと思う程、要求が強かったです。特に書類上の事で、その為に人を配置しなければならない程の要求です。国費、（？）費支給を受けてるからというのは判りますが、これで改定されると更なる要求だと思います。書類だけで結果を決めるなら、そこだけ出来ればいいのか？という気になる程です。こんな脱力感が残らない様な改定だといいますが。</p>
<p>訪問介護の単価を上げる。地域での連携が不足している。個々の事業所での対応が主であり、一般的な情報の共有は出来ているが、深い意味での共有化が出来ていない。医療系（病院など）との協力が得られない場合が多い。個人情報理由にして断られることも少なくない。</p>
<p>介護報酬が向上されても、実際に、働く立場の職員にとっては、報酬が向上していない現状をもう少し、国が、調整をして欲しい。</p>
<p>1. 認定調査の方法を根本的に見直して頂きたい。毎回10～15分の中で初めて会う利用者をどのように判断出来るのかいつも疑問に感じます。せめて専属の調査員にして頂き数年同じ方を見て判断してもらいたい。又、主治医意見書のような介護事業所の意見書などもあったらいいと思う。2. ヘルパーは社会的地位が確立されていないこともあり国家資格である介護福祉士が認定されていますが、人材がなく忙しい中、長期の休み、高額な研修費を出しても現実には2級ヘルパーと同等の扱いです。私くしの事業所のヘルパーも会えて介護福祉士を受験したいという気持ちの者は皆無の状況です。ヘルパー＝家政婦という世の中のイメージを変えるには、ヘルパーが介護制度で重要な存在として認識し、影響力を持つ地位にして頂かないといけないと思います。その為には、ヘルパーという職業を全て国家資格にし、お給料も国から頂く定額制、保障制度など公務員扱いにするぐらいに考えていかないと本当に数年でヘルパーはなくなり在宅訪問介護は消失すると思います。</p>
<p>介護報酬がアップすることを望みます。</p>
<p>担当するケアマネは、原則、病院に入ろうと、施設に入所しようと変わらない担当として一定の報酬を支払い関わる事ができるようにしてもらいたい。</p>
<p>医療、介護の分野のさまざまな急変に頭がついていきません。見直しされるたびに、そのことを理解するのが精一杯です。課</p>

<p>題とか現状制度とか不服不満があっても、従わなければいけません。</p>
<p>介護報酬が低く、介護費に支払われる賃金が増やせない。報酬が低いと正社員になれず離職者が増える。だからと言って、負担額を大幅に増やすことになれば利用したくても出来ない人が増える。</p>
<p>見直しの有無に関わらず、サービスの質の向上や介護員との連携を常に心掛け、利用者により良いサービスを提供出来るよう、事業所全体で取り組んでいきたいと思っています。</p>
<p>重度障害者の場合、色々なサービスを利用しながら家族の負担も少なく在宅で介護、生活して行きたい希望は皆あっても、介護報酬が結構負担となっているのが現状です。また利用料を低くすると、今度は事業所が大変という事になってしまいます。結局、介護保険料が高くなっても、施設や病院に入所という事になってしまいます。国が福祉医療をもっと考えて行ってほしいと思います。</p>
<p>介護職員処遇改善法案は、永続的に続けて頂きたく思います。</p>
<p>まだ、どの様に改定されるのかは、具体的に知りません。報酬が、上がろうか下がろうか、「人」を介護している立場にありますので、利用者さん皆、幸せに健康を目指していただく為の取り組みは日々、考えなければなりません。</p>
<p>・訪問介護において、認知症の利用者、訪問時不在の報酬を評価して欲しい。在宅サービスの障害になると思われる。</p>
<p>介護サービス提供をしているヘルパーの処遇について、事業所は努力していますが、まだまだヘルパーの仕事に対して、「誰でも出来る簡単な仕事」とその質に低い偏見が多くあり、そのお手伝いさんの世間の声で、やめていく人もいるのが現実です。心は困っている方の役に立ちたい、自立の手伝いをしたいと高い志をもって資格をとり現場に出ても、きびしい現実が待っています。介護報酬の見直しも、今頑張っているヘルパーさんにきちんと反映出来るほどのこともなく、いつも、事業所の期待は裏切られていると思います。予防の制度が始まった時も、介護へ移行する方が少しでも少なく自立への手伝いが出来る様、現場は頑張っています。予防の内容の見直しがおこり、あれも、これも出来ないとなれば、もう、ふみとどまることは出来なくなり、介護者はふえることと思います。利用者だけでなく、働く人の処遇にも配慮した改良を心より待ち望んでいることです。</p>
<p>①生活援助に対する報酬が、安すぎる。毎日利用しなければならぬ利用者と、時々利用者が一律料金ですが、毎日訪問すると、計画が立てやすく、援助の方法もはっきりして来て、大変良い方向になっていくのが明らかである。②事業所から、利用者宅の距離が10K以上とかの場合は、加算があると良いと思います。(時間を要する上にガソリン代がかかるので、事業所の負担が大きいため。)</p>
<p>時間に融通がきく人が正社員指向で仕事を探さないで、訪問介護に魅力を感じてくれるにはどうしたらいいか。正社員でヘルパーをやるとい、30分程度の仕事をターミナルの利用者宅への訪問で複数こなし、早朝や夜間も勤務時間として設定できる報酬。現在のヘルパーステーションの重度加算は利用者に負担がかかる。限度単位内で使える回数が減るので、加算をとりづらい。利用料が増えるのは、「良いモノは高い」ので胸をはれるが、単位超過で10割負担がふえるのは、迷惑だと思う。ここを改善すれば三ツ星ヘルパーステーションの名乗りをあげたいくらい。</p>
<p>・介護報酬の引き上げ。・通院介護制度の見直し</p>
<p>在宅医のまじめに取り組んでいる方々の報酬を上げてもらいたい。無駄な報酬も多すぎる。</p>
<p>1. 介護利用者は一割負担及二割負担にして、ヘルパー所得を確保する事。1. 介護保険制度が今後も継続する事と、事業として社会に貢献し、生き残って行く事。1. これからの高齢社会を安心、安全な地域社会にする事。1. 町内単位にて、身近に地域テリトリーにて、サービスステーションの目の届く体制づくりが、大切です。</p>
<p>訪問介護で家事援助が、交通費コミで1580円などとはもつてのほか。この金額で事業所はいくらとれますか。交通費の方が良い所も出る。国は、こんな事を考えてやっているのですか、「生かさず殺さず」の政策ですかね。1例、1580円ー交通費600円往復。ヘルパーさんに残り全部与える。980円。1時間働いて、事業所は0。又、事業所が500円取ると、480円1時間。こんな事を介護職員にさせて、議員さんたちは年間〇億円の収入。みんなおこってますよ。仕事はつらいのですよ。</p>
<p>介護従事者の賃金報酬が低いため、介護業界での安定が必要な報酬体系を考えて欲しい。</p>
<p>営利でないNPO法人は、報酬は賃金となり、改定されても市民のための改定であれば、問題はないと思う。「医療、介護、予防、住まい、生活支援サービス」は、団体の始めから活動目的であるため問題はない。インフォーマルケア(時間通貨)も初めから、16年になり定着している。法人としては、終末ケアと認知症重度に力を入れ主対象としている為、法改定は、理解が深まると期待しています。</p>
<p>例えば、介護保険を収めても、全く使わずに他界された方などに、保険料の数十パーセントでも戻しがあっても、いいと思うのですが、収めた金額にも段階があればいいと思います。</p>
<p>診療報酬の負担額を上げる。介護保険制度では、24時間体制な施設でない困難。在宅でできるよう細かく改定するべき。厚労省は机上論で現状を把握していない。介護で貧困ビジネス化している。</p>
<p>要介護状態と実情に多少のズレがあります。自分で出来る事も、ヘルパーが来る事で頼ってしまい、何でもやらせてしまう利用者もいる。この反対に、認知症の方は、調査の際元気に対応してしまうので、軽度と判断され家族の負担を減らす事が出来ない方もいます。これは、基準が医師による身体的(病歴等)判断と行政が決めた調査内容中心によるものだと思います。制度においては、ケアマネと訪問介護ヘルパーの意見書も重要だと思います。現状を一番把握しているのは、ヘルパーではないでしょうか?ヘルパー、事業所、ケアマネ、医師、役所これらすべての意見、見解を組み入れる制度にしてほしいものです。</p>
<p>交付金を受けられ、従業者に、加給出来ていたのが無くなると聞いています。新たに、どの様な方法で、されるのか解りませんが、出来る限り事業所の事務手続きの簡素化をお願いします。</p>
<p>介護報酬の安さの為、従事者が安定しない。医療系からの情報提供のあいまいさ、生活感まで聞き取ってほしい。特にありません。</p>

<p>・課題として、ヘルパー介護職のレベルアップと定着率の向上、それに伴う処ぐう改善（根本的な）</p>
<p>・訪問看護、介護報酬、生活援助等の縮小、削減などが厚労省の方で議論されてあるみたいですが、利用者様にとっての生活援助とは、なくてはならないものであり、ADL、QOLの向上という点でも、絶対に縮小及び介護保険の対象外になるという事は、利用者様が生きていく上でも事業所にとってもなくてはならない支援内容だと私共は思っています。</p>
<p>・訪問介護員、特にサービス提供責任者の研修（知識・技術共）が重要。在宅生活を現場で支える介護職員は「要」の存在である。が、現状の報酬単価は、その評価に見合わない低いものである。もっと訪問介護に焦点を当て、力のある介護職員を社会全体で育てていく必要がある。そうしないと、10年後、20年後、30年後の私たちの未来は暗いものになる。笑顔で「老い」「死」を迎えるためには、個人の意識変革が必要ではあるが、社会全体で価値観、人生観、死生観について学び、意識を変えていかなくてはならないと思う。介護職員は、生活全般を立体的に捉えて援助を行う専門職である。価値ある仕事であることが評価され、若い担い手が増えることを切に願っている。・訪問介護の報酬単価の設定について・サービス提供責任者の役割の重要性を真に考えるなら、事業者に対し人数に応じた加算をつけるべき。・現在の事業所加算は、利用者に負担を強いるものだが、事業所の努力に対し支給されるもの、と思われる。事業所に対しての加算に切り変えるべきと思う。・資格取得にかかる時間と費用、経験の効果的積み上げを考えた時、2級、介護職員基礎研修修了者、介護福祉士が同じ報酬単価で設定されているのは、どうか。見合う報酬単価の設定があってよい、と思われる。・スキルを上げるには常勤割合を増やすことも大事。単価を見合うものにすべき。・介護職に就く人材に夢や希望が与えられる広報をお願いしたい。コムスン問題、マスメディアの報道問題、制度改正による短時間訪問、等々、高令者の現状に見合わない状況の中、若者が働きがいを見出せない職種になっているのではないかと。在宅の現場では、楽しさ、喜び、やりがいを感じられることが沢山ある。もっとアピールしてほしい。☆専門職のスキルを上げるにはICFの考え方は重要。研修もしている。将来予測をもった支援方法が考えやすい。</p>
<p>どう変わるのでしょうか？不安はありますが、現場に携わる者としては、それに従うしかありません。利用者との直接の関わりは変わることがないので、ただ一生懸命働くのみです。一つ希望するとすれば、書類が多過ぎて困っています。日誌から評価から何から何まで…何とかありませんか～と常に思っています。</p>
<p>訪問介護は、日々時間との戦いで、賃金も安く上がらず、HPの確保も難しく、閉鎖する事業所も少なくない。今後、休日、賃金、仕事内容等、見直し必要。</p>
<p>介護報酬に対して、身体、生活介助、例えば身体を考えると、楽な事例、大変な事例と幅がありすぎる。身体介護の内容をもっと理解してほしい。介護報酬の改定よりも、現場のヘルパーに支払われる報酬が、仕事と伴っていない。ですから、身体介護をできる介護員が育たないと思うのです。</p>
<p>・介護職員による喀痰吸引や胃ろうに対する医療行為への研修の実施とそれをスタッフにどのような形で周知、指導していくか…という点など。また、その介護職員による医行為に対しての報酬上の評価などの幾何・改定のポイントが保険給付の抑制に重きを置く内容になってはいけな。・現状の介護予防給付が国が考える保険給付の抑制に必ずしもつながっているとは思えない。むしろ、保険給付の圧迫につながっている感あり。・人材の確保、教育。・介護を生涯の仕事として取り組めるような報酬（賃金）体系への変換・医療機関における在宅生活へのフォロー→病院内での治療行為のみの意識から、在宅復帰後の介護や医療的指導（家族構成、介護力などを意識した支援）</p>
<p>予防重視の介護保険制度であってほしい。重度化しない介護のために、介護度軽度者が使いやすい制度にしないといけな。 (自立支援にむけて) ケアワーカーの賃金が安い。(これは当事業者も) 高齢者が払える額は限られているので、税金を使うこともしなければならないと思う。</p>
<p>・人手不足・薄給・処遇改善計画に於ても、月に15,000円ほどの給与アップしているが、月に16万～17万に成ったとしても介護の仕事をやりたいと思う人が増えません。かと云って、単位数だけを増やしても保険を使いたい人が全額のUPより使えなくなってしまう</p>
<p>1. 介護予防等での一括包括報酬制度は即刻、廃止すべきである。理由 1. 利用者が2つの事業所を選べない 2. 1回当りの単価が利用者の事情により、変る 3. 利用者本位よりも事業所本位の制度である</p>
<p>今の制度は、小さな事業所は整理・統合して、大きな主要なところがあればいいと思っているのではないかと思います。報酬の低さに疲へいきっています。新たに評価すべきところは、制度上義務づけていることには加算すべきということです。(例えば、サ責の月1回の訪問やモニタリング)ただし何十人にもいる大きな事業所には上限を決めて。取り組む課題は、24時間介護の充実です。心のケアができる職員も必要です。</p>
<p>・事業所としては介護報酬を上げてもらいたいが、保険料が上がると思うと、利用される方が減少、介護、支援が必要な方まで利用中止される場合が起ってくると思う。・介護保険ではなく、公的な支援方法が何か考えられないのでしょうか。</p>
<p>「介護」という言葉のみがクローズアップされ、「福祉」の本当の姿があいまいになってきた。「介護保険」という互助会制度、あいまいな福祉という名のもとに提供される「介護サービス」という商品、そしてそれをビジネスチャンスと捉えながら競争原理により質が高まる、との錯覚。その原理をつきつめれば、いずれ日本の介護ビジネスは淘汰され生き残った極めて質の高い事業所数社により運営されるのだろうか？それが「福祉」という事なのか？極めて質の高いものならば、福祉が“提供されるもの”でもいいのかも知れないが、なんとも先行き不安である。</p>
<p>・身寄りのない独居の方の受診は、だれがつきそうのか・身よりのない独居の方の具合がわるく、ヘルパーから連絡があつて救急搬送が必要となったとき、ケアマネジャーがついていくが、6時間とか拘束されてその間仕事ができない。(何とかならないか?)地域のネットワークと言われているが、地域の方に受診介助を頼んでもなかなかひきうけてはもらえない。介護保険をできるだけ使わないで行ないたいが、とても難しい</p>
<p>介護報酬を上げて、介護職の処遇を安定させる事でICFを達成させる事が出来る。介護職の質の向上にもつながります。</p>
<p>訪問介護も定額性の方向となっているが、制限がないと事業所の中での対応が可能か不安がある。定額性になることによって利用者が平等にサービスが受けられるか？定額性の金額に対してもどの様にサービスを利用者が選んでいくか？実際、小規模</p>

<p>が増加していく中で、定額性により訪問介護事業所は延びていくかわからない。医療等の連携の中でもHHも医行為の緩和がされてくるが、その部分でのサービスなら報酬も加算されるべきである。おなじ食事介助、入浴介助でも病状により方法はちがいが、訪NSの方がよいと思えるケースもある。その中で、訪NSより料金が安いという点で、訪問介護での入浴という考えではしっかりとニーズにあっているのかと思う時がある。ケアマネの質もあげてほしい。</p>
<p>◎介護事業所として、生活援助を排除するような動きが耳に入ってきます。生活援助は以前と違って自立支援を目標として行なうのが通常のような形になっています。在宅で自分の身の回りのことを少しでも長く自立して行けるよう、生活援助はとても大切なことだと考えます◎加算について、事業所の為には利益が生まれるかもしれませんが、利用者の請求に上乘せになるのは納得出来ません。◎細長い日本列島、気候も移動もまちまちです。その地域に見合った報酬の設定を強く望みます。◎大雪の今冬は特にヘルパーの移動に長時間を要した。労基局は移動時間をヘルパーの報酬に加えるようにと言っているが、事業所にはその分は介護保険法では支払ってもらっていない。厚生労働省の省内で検討してほしい。</p>
<p>この調査の回答等の内容がまさか、文面にて、自分が書かなくてはならない時が来たとは、驚きです。当事業所は（自分）14年前に移送サービス（非）ボランティアから始まりました、なぜ私が書くのか、理事長がなぜ私にこの用紙をまわして来たのか、内容を読み込んで内年令的にこの課題を考えられるにいい年頃です？と感じました。ピンピンコロリは当初新しい用語として、65才過ぎた方々は、あこがれと云ってもいい位、それが良いと、それでも元気な人達ばかりの中でのにぎやかな会話と成っておりました、私もその一人でしたが、今回この調査によって、私の考え方は、大きく変り、又、生命、死とか、年令とか、環境とか健康状態とか、あらゆる事を考えるきっかけとなりました。ピンピンコロリが良い事なのか、良く無い事なのかも今回はっきりして来ました。14年前、私自身、移送サービスの世界に入り、始めて障害者のなんと多い事に涙しながら、利用者さんを目的地への移動のお手伝いをした事でした。ピンピンコロリは、で死ぬるには、最悪の事態が起きなければならぬと云う事では無いでしょうか。私の年代の小学生の頃は、この言葉にあてはまるのでは無いかと昔を思い出しました。家で倒れ、医者呼びに行っても間に合わず、死に至る事が多かったです。その後、医学、医療が進み、すべて健康に長生きに、そして自分が、自分らしく生きて行く人生へと、社会が努力して行く中、ピンピンコロリと言う言葉は、適していないのではこの調査1つで、思い知らされました。昔は10人10色と云いましたが今は人はすべて、各自色と、思います。2012年4月に改定や、見直しがなされると有りますが、年を追う事に、改定や見直しをして下さるのはとても良い事で感謝致します。非ボランティアで介助をやっていられた方は、金額等は余り眼中に無かったように思いますが、ある年代頃より、それが職業として考え方が変わって来て、生活する上で大事な職種と成ってしまいました、若い方々がこの介護職に従事して頂く様に成り、又、高令者が助けられ、そして、若い方々も働ける場が出来、助かり、高令者は戦争と云う苦難で今の日本を立ち上げ、ここに来て雇用の場を若い方々に提供して下さった、と私は感じました。制度の改良点等、私には深くはわかりませんが、行政に携わる方々へ、一層のご努力とご配慮と、お願いし、障害が有っても無くても、その人らしく生きて行ける社会をよろしくお願い致します。</p>
<p>・介ゴ保険では、できないことが多すぎる。高齢独居の方を在宅で支えていくには、サービスにはばをもたせないと、今後増加する独居老人を支えていくのは難しいと思う。・自立支援法についても、高齢者と障害者ではがニーズが違うのに自立と介ゴの報酬（制度）を一緒にするためにむりに近づけようとしているが、本来のニーズに違いがある為、実際にむりが出てきている。・訪問介ゴは、訪看に比べ、評価も低く、また、報酬が安いと思う。昔の家政婦さんではなく、介ゴ員は医療知識もあり、ケースの病状にあわせた身体介ゴやアドバイスも行うようになっている。もっと評価されてもよいのでは？。</p>
<p>各機関との十分な連携</p>
<p>小規模事業所が運営が苦しい。大手事業所は色々なジャンルを同一敷地内にあり援助距離なくサービスの提供ができる、提供価格に差をつけるべきケアマネを就労させる価格提供になっていない</p>
<p>リハビリの強化（パワーリハ）</p>
<p>介護報酬が引き上げられないと人材も集まらず、スキルアップ研修等も難しくなると思います。また長時間の介護についても報酬改定を望みます。</p>
<p>課題が多すぎる事と結果があいまいな回答が多い為に困惑しております</p>
<p>ケアプランの様式をもっと簡素化して事務量を減らしたい。一方で評価の様式を標準様式に加え、作成したケアプランが確実に見直され、明確な意図をもったケアプランが作られるようになって欲しい。中重度者のケアマネジメントプロセスにおいては自然と訪問回数が増えることから一定の条件をクリアした（定められた訪問面談シートに記載がなされる等）訪問について出来高制で報酬上評価を行う方法は、「手間ばかりかかる割におカネにならない」等言われている状況を一転ヤル気が起きるようにさせる効果があるのではないかと考えています。</p>
<p>・介護職員のレベルUP・精神的ストレスにみあう介護報酬・生活支援のあり方 同居家族がいる利用者宅の掃除 e t c . 同居の息子さんがいるからヘルパーは入れない、利用者が育ててきた息子、今迄たのんだことがないしさせたことがない、たのむつもりもない 身体訪問の都度汚れているのに気づくが手が出せない。</p>
<p>医療側の考え、介護側の考え、家族の考えのすりあわせが必要に思います。関係した人個人の考え、能力の異なりも考える必要。</p>
<p>介護を必要とする人が在宅で過ごすのに限度枠があり十分なサービスが受けられない現状があります。特に一人暮らしの人の場合はサービス以外のサポートなしでは暮らしていくのが困難です。介護保険制度では財政的な面で全てをカバーすることは出来ないと思うのでそれをフォローする為のしくみ作りへの取り組みが積極的に行われることを望みます。</p>
<p>・医療と介護の連携が大切。・利用する人たちが主治医の先生をきちんときめ受診をし、何かあった時に指示をもらえる様な体制を作っていかなければならないと思う。・利用者さんにとりまく環境の整備を共に考えてくれる機関の整備をもう一度考えていかなければと思う。それぞれの立場で仕事をするのではなく連携が大切。・認知症対応について報酬制度上の評価項目に入れてほしい。・生活援助の報酬制度上身体介護に近い単価に上げてほしい（身体介護ぐらいに家事援助は個別性があり対</p>

応が難しい)
職員の資質向上が求められています。又、各関係者との連携が重要と考えています。
利用者本人・家族は多くの不安や悩みを抱えながら毎日を送っている。しかし毎日の訪問では時間に追われ、そのような話を十分に聞くことができない相談機能に点数の加算を設けたらどうかと思う。これからはどうしても在宅重視の政策がなされると思うので夜間訪問の重視医療機関との24時間連携加算等
ケアプランについては加算をいろいろつける事で見直しがされました、加算をとるとするための書類が増え手間がかかりせっかく、報酬を上げていただいたものが届いていないのが実態です。認定調査に時間がかかり、請求前に業務が集中する中主治医の意見書、住民票のとりよせは時間もかかりますもっとスリムな制度改正が必要かと思われま。
独居高齢者で国民年金の方が、支援が必要な部分に受けられない。家族が、介護保険にたよりすぎてあまり手を出さない。
報酬が上がれば、利用者の負担金も上がる可能性あり、不担になっているのがもっと不担になり、医療介護受けたくても受けられない人が多くなると思います。
・在宅体制強化するには介護（ヘルパー）も重要ですが訪問看護体制しっかり整理する必要あると思う、例えばすべての訪看が24時間体制にし医師、訪看、ヘルパーの連けいをみつにすること。・介護（ヘルパー）の今の研修体制をもう少し強化すること、利用者様が安心してケア受けれるよう。
訪問介護事業所は、援助の決まりが多く利用者様の本当に必要な事がそれぞれ違うので決っている中であるのが大変です。
訪問介護従事者の立場から意見を言わせていただきます。サービスを利用したくても、利用できない、また、利用させないような行政のしめつけがあります。最後は我が家だと思う人は多いと思います。しかし現実は一割程度です。一人暮らしや高齢世帯では、経済力、介護力の面からも限界があります。ピンピン、コロリを願う気持ちはとてもわかります、しかし、今回の参考資料を読ませていただき、考えが変わりました。改善点と言われても、難しい事はわかりません。しかし、障害があっても、気がねなく家で暮らしていける、介護や医療が受けられる制度を作っていただきたいと思ひます。地域全体で取り組んでいくことも必要だと思ひます。
対価に見合ったものを提供できているのか？それをまず考え（個人が）（人→会社→行政）それに必要なだけの（最小限の）お金を投入してもらおう。・要支援1、2→要支援へ戻す。・要介護のプランと要支援のプランを同じ書式にする。・包括は、要支援はもたず、その前の段階の方達を見る。要支援は、通常のCMに持たす。・要介護2と要介護3の間の限度額の開きを小さくしてほしい。
1経営者の経営感覚の改善 事業を運営していくためには、経営感覚を必要であるが、それ以上に、介護事業のなんたることを十分に認識する必要がある（モウケ主義からの脱却）2従業員の定着化と給与等の改善 介護事業は、あまりにも定着力が低く、逆に離職率が高い。労働とそれに見合った給与等を検討し、改善を図るべきである。
訪問介護は「在宅で最期を」というケースが増えています。短期で終了するケースが多く緊急時の対応等事業所の負担は大きくなっています。特別なケアになるので、訪問看護のように加算や、予防のような月単価で、急に仕事がなくなっても雇用維持できる報酬体形にしていきたい。
問22で回答した通り、医療・介護従事者が、双方の理念に基づいてのみ対応するのではなく、お互いの専門知識やノウハウを生かして、真の連携をとれるシステムが必要と思ひます。また、同様の行為であるのに、看護師と介護福祉士が行った援助についての報酬が違うのは、改定すべきと考えます。新たに評価すべき項目として、介護予防分野の訪問介護や通所介護について、毎月文書での報告が義務付けられている支援経過や6ヶ月毎の評価報告への対価、また、委託を受け支援計画表を作成する居宅支援事業所への報酬も見直すべきと思ひます。
障害と介護保険とは、利用者負担がちがうため、不公平感を持っている利用者もいます。徐々に改善されると良いと思ひます。同じ障害福祉サービスに通所中 2人とも隣りあわせの席で、料金のこと話し合ってるようでした…。
・生活保護受給をしていない、高齢者の生活が困難な為、医療や介護にお金を使わない人が多い。世帯によって受けられるサービスが同じでないのは平同ではない。
特になし
現在のヘルパー2級での資格で、将来的にも介護従事者が可能なように社会に対し、ガイダンスをして欲しい。数年前に、ヘルパー2級で仕事するために、新たに、資格をとらないと仕事が出来ないとすれば現場の人員が確保できなくなる。（現在でも人手不足）有資格者が増えても、実動出来る人がいなくなってくる。制度が出来ても機能が思うように行かなくなる。現場に目を向けて欲しい
介護をするヘルパーやケアマネージャーに対する報酬が安すぎる 家族に対しての支援に対しても認めるべきであり短時間生活援助（15分）でも認めるべき。
・介護のプロとして働く人材の確保 ・サービスの質の向上
処遇改善交付金でようやく、7年目にしてベースアップが実現した。この制度を継続・拡大して、職員が、安心して働き続けられるよう、報酬に反映して欲しい。お泊り代は必要性が高いので、設備整備の補助や、夜間の介護報酬の設定等やって欲しい。
往診して下さるDrも増え、少しずつ良くなっています。しかし、主治医意見書を書いて下さっているのに、介護保険制度の内容を御存知ないDrもおられます。Drの研修にも取り入れて欲しい（積極的に）です。特に開業医のDrにとってはこれから求められる事が増えると思ひます。私は詳しくないですが、Dr更新や診療報酬により反映したらと思ひます。個人的には現状で良いのではと思ひます。介護保険のみでは生活を支えるのは大変ですが、他の社会資源と連携して組み合わせれば、出来る事はまだまだあるのではないかとできれば地域福祉、社会福祉の視点での教育を必須で取り入れて欲しいし、「ケアマネジメント」とは何か？という事を定期的な研修（単位）として組み込んで欲しい。後、認知症の方が増えています、診断できる精神科が少なく、患者が全て集中してしまひます。患者も初診まで時間がかかるし、Drも多忙で疲弊してしまひ

<p>のでは？と心配です。できれば認知症サポーター医を増やして、相談に行けるDr、かかりつけDrを増やして欲しい。そこが評価されると地域で活躍されるDrも安心では？と思います。</p>
<p>訪問介護は、特に家事援助の単価が低すぎ！！日常生活の支援はそこにこそあると思われる</p>
<p>平成18年の介護保険制度改正で、訪問介護においては報酬面等抜本的に改革をなされ、同業者の中には当時「在宅介護（訪問介護）に明日はない」とまで言った人がありました。その言葉を裏付けるように同業者（知己の）は一社辞め、二社が辞め。次々と閉店。弊社でも、ヘルパーが一人辞め二人辞め、という状況。補充をしようと募集しても反応はゼロ。現有勢力を維持するのが、やっとのありさま。これを10年先、20年先の日本の在宅介護に投影、おき換えて想像すると、ゾッとする。早急に在宅の介護を担う人材の育成と制度の整備をしないと、10年先には、介護保険の訪問介護の供給は途絶えると思います。</p>
<p>診療も介護も対人なので報酬を点数で表わすこと自体むずかしいことだと考えます。現場の者は実績を訴えるしそれを全て取り上げてもらうには、基金的に使い放題という訳にはいかないのだろうし…。常に話し合い歩み寄り終わりのない問題だと思います。</p>
<p>制度とは言えヘルパーの時間を区切ったり短いサービスの為時間とコストをかけて何回も通う制度。要介護度別の限度額上限まで使えば在宅で家族が看取る場合、家族が働きにいつてもずっと楽になるはずなのだが使えない。死は全て医療に任せている現状、胃ろうの現実 介護保険は絶対に必要な制度です。10年間経過し在宅で暮らしていくにはどんなサービスが必要か改正も含め真剣に考えてほしいと思います。</p>
<p>介護保険制度が生まれまして10年が経ちました 見直し見直しでその度にお年寄から離れた財源重視の制度になってきているように思います。今要介護者が何を必要としているかを考えずに机上の制度でありますことに事業所として制度を作った以上満足して頂けます介護に向かって頂きたく思います。介護報酬の改定の上に制度の充実を図って頂き、安心して老後を送れるように社会の実現をめざして頂きたく思います</p>
<p>お金（年金等）等、たくさんもらう人は良いのですが病院も長くはおられないし、お金もいる。かといって施設へも入れない。行く所がない高齢者が増えています。お金に余裕のない人は、在宅での介護保険サービス3本柱（ホームヘルパー、デイサービス、ショートステイ）を使い家族の協力も必要です。介護報酬も少なく、低賃金の訪問介護員をする人は年々減っています。かといってヘルパー2級以上の資格をもってないと仕事もされない。生活援助等、支えて、在宅で暮していけるのにあまりにも報酬が少ない。報酬が少ない為、賃金を上げる事が出来ない。もっとしっかり検討してほしい。事業所の経営難に陥る。在宅での介護報酬をもっと上げてほしい</p>
<p>国家の予算にも限りがあるとは思いますが、これからの老人大国に備えて、それぞれの取りくみが再確認されなければならない。老人や障がい者も、できるだけ、医療、介護を少なくする努力も必要である。日常の健康管理で少しは改善できる事もある。しかし、介護を必要となった場合は、やはりいろんな連携をして、その方のために全力でサポートできる体制作りは重要である。介護への甘えすぎはいけませんが、いざ必要となった場合は地者、家族のサポートを受け入れ、本人も、気持や身体的にできる範囲の事では自助努力をすべきである。常に弱者への思いやりとサポートの方への感謝が大切。</p>
<p>現在、制度についてとても複雑すぎます。特に、訪問介護サービス内容の縛りに関しては、とても把握しづらいのが、現状です。県・市単位で細かな内容が違って来ている、人が変わるたびに内容も変わる。それらの事を現状高齢の方に説明しても複雑すぎて、理解されにくいと思います。制度だけが走り、人はそれに追いついていないのが現状ではないのでしょうか。"24時間"が必要な所もあると思いますが、地域によってはそれだけでなく、違う面に関与されていることもあるのではないのでしょうか。特定事業所加算についても現状と大きく離れ、とても、加算対象になる事業所もないのでは、特に訪問介護については人材面で非常に年々、苦勞が多くあります。要介護者が増加して、逆に訪問介護員が減少しています。制度に処遇改善等もありましたが、特に変化はありません。要介護の方が、安心・安全に暮らせ、また、訪問介護員が満足して仕事出来る様な制度になればよいかと心から願っております。</p>
<p>・生活援助の単価が安いのではないのでしょうか。身体介護と同様に、かなりハードな仕事内容だと思います。その為、自分で出来る部分も多くあるにもかかわらず、利用している人が多くなっている様な気がします。それは、その人だけの問題ではなく、家族も同様です。家族で出来る所もやらずに頼り込んでいる所もあります。</p>
<p>・介護予防は、身体介護や生活援助を行っても月単位報酬となっており、訪問回数についても「程度」で表わされ、介護保険より優遇されている。・デイサービスの送迎プランで、ヘルパーは定時に訪問するがデイの車が遅れると待ち時間は算定されず、事業所の持ち出しとなる。・ケアマネには1件につき報酬があるが、サービス提供責任者にはモニタリング・調整・書類作成など複雑な業務の割には労力の評価が低い。</p>
<p>介護報酬上で考えられている訪問介護員の賃金モデルケースを国が明らかにすべき。</p>
<p>現場で働いている人の声をもっと制度に反映させてもらいたい。</p>
<p>・介護サービス事業所（ケアマネ・在宅サービス・施設サービス等）による支援体制整備の地域格差（人材不足・体制不足等に伴う受け皿の減少と利用者の増加）・保険者による新規サービス事業者の掘り起こしと支援。</p>
<p>介護報酬がどの様に改定されるか内容の把握が出来ていないので答えられません。それとは別ですが、訪問介護仕事をしていて思う事ですが在宅ケアをしていて急な入院、や最期等突然に行る事が多々あります。ヘルパーの安定雇用等を考えていても仕事量等が不安定の為躊躇してしまいます。</p>
<p>☆とり組まねばならない課題 診療報酬は地域医療の特別加算として、現存医療連ケン加算があるが、その他過疎地の往診報酬の見直を考えてもらい、在宅介護の推進を考えてほしい ☆介護制度の介護報酬について。改良点。（身体、家事との境界を無くすこと） ・身体介護としての単価の違いの評価が分らない ・家事支援の意識不足と思われるので見直しが必要と感じる。 ・ヘルパーのモチベーションが下がる ・訪問介護の移動時間の追加が必要と思われる。（地域によって格差があり、不平等に感じる） ヘルパーの移動時間の稼働として、算定出来ないことで、報酬単価にみわわない</p>
<p>訪問介護事業所においては、もっとサービス提供責任者に感謝（もっと評価して欲しいので）の意味も含め加算の項目を増や</p>

して欲しい。例えば認知症利用者への介護報酬を見直して欲しい。
人材不足から全てにおける余裕が持てない為向上が図れず事業所の存続が心配される
・役所に勤務の介護保険や支援センターの職員は、机の上の話のみでなくもっと実態をはあくする為にも現場に出向いて欲しいと思う。以上
1. 先ず介護される(利用者)の生活を把握してほしい「予防」というひとくくりの考え方ではなく、全体を見ていかなければならないと思う。2. 財源の問題・・・訪問介護事業が存続できる報酬(利用者負担増にならないようにしてほしい)3. 介護保険が始まったH12年は、まだ在宅でケアを希望される方が多かった。今は家族の介護力の低下で施設に入所が多くなっている。特養の待機待ちも多く、在宅での生活を余儀なくされている。介護保険での点数の枠ではおさまらずケアマネージャーやサービス提供責任者のボランティア(制度からの報酬はない)に頼っている。機械的に枠にはめるのではなく、「必要な人には必要なだけの介護量」を提供できる制度にしてほしい。保険はみんなから保険料を徴収しているのを有効に使われるように考えてほしい。
生活援助の0.5Hは必要と思います。24時間体制でのサービスは今後益々必要になると思いますがそれにあつた報酬がないとできません。良い人材の確保が一番苦労しているところです。処遇改善交付金を支給してくれているが財源の問題もあるので将来ずっと支給できないと思われる。介護報酬の上積み希望します。
介護保険料を払い、必要な介護サービスを受けようと思っても、限度基準額により、十分なサービスが受けられていない。現状を知っていただきたい。
介護保険、訪問介護、その他でのプランで、家族との係わり等配慮してなく、介護保険の圧迫を感じるケアマネージャーのプランを感じる事があるが、それ以前介護報酬による訪問介護員への報酬の減少。安定した職種でない為、若い人の介護員希望者なく、介護員も高齢化している。訪問介護員になる人が最近ではない。募集をかけても、時給は他の職種より良いと思うが、内容的に厳しい所が多いと思われるのか?収入が安定してなく人材の確保も難しい。医療・・・訪問看護との連携による同行訪問が必要なサービスの医療処置。病気により体調管理が専門的知識が必要な為、単なる医療との組み合わせプランによる対応も在宅では必要性が大きくなっている。重介護度の在宅者が増えている為。報酬制度・・・1年中、365日早朝と夜間のみ加算であるが、祭日、休日、年末、年始など社会上、加算がつくような日での報酬加算があってもよいのでは・・・と思います。なかなか特別な日の調整は難しいです。加算が付けば依頼しやすいです。〈特定事業所加算の弊害について〉・利用者負担(利用料金)がアップ・介護認定限度額オーバーする為10割負担となる・年金生活者等低所得者に対する差別化・介護保険制度の利用者本位に反している・事業所としても利用者が特定される為逡減している・サ責業務が増えて訪問活動が難しい。利用者への負担を一律にするかアップしないで保健で賄う
現在の介護報酬では、在宅のヘルパーの意地が難しい。報酬が上げられないならばサ責の業ムや、配置の人数を見直してほしい。必要のない書類ばかり多く、ムダな紙と人件費をつかっていてそれこそ税金のムダ使いだと思います。サ責の報酬も一部増えましたが、利用者の負担が増えたり単位数が足りなくなる問題もあり、請求しにくいのが現実です。
要支援の方の病院受診は市町村によって可能のところと認められていないところがあります。全国一律に決められてなく、介護制度の解釈の仕方が違うのでは事業所もとまどってしまう事があります。
介護を必要とする人が増えている現実と社会の問題を切り離して考えることはできないと思います。人が求める生き方や理想もそれぞれですが今は夢をいだけない世の中なのかもしれないさびしさを感じます。人と人との関わりが希薄になり家族のあり方も変わってきています。親を見ない子供子供を見ない親が増えています。精神的な問題をかかえ生きていくことが難しいと心を止めてしまうかなしい結果をむかえてしまう人が多いです。未来に希望を持ってない人が多く、身体よりも心を病ませている時代を私は生きています。制度を見直す前に、やるべきことがあるのではないのでしょうか。一人一人が生まれ生きる権利を得ました。あとはお互いがそして自分自信が認め今を共に生きることを考えていかなければならないと思うのです。どんなに金銭的に物質的に満たされても心を病んで生きているのでは意味がないのです。私達は共に生きる喜びと分かちあえるすばらしいものだと思います。
介護報酬の全体的レベルの低さ。増え続ける介護を必要としている高齢者、需要と供給のアンバランスからいってももっともっと介護職員の報酬をあげるべきである。福祉に対する国の予算を確保するべく手段を早急に考え、実行していただくよう切に願う。
私ども事業所のような小規模なところでは介護報酬の改定・見直しは気になりますが4月に実際に実施されてからどうなるのか?結果で対応することしか考えられません
・看護師、介護職員、医師不足、・介護保険サービスのサービス量はケアマネの能力次第なので ケアマネの質の向上→チェック機能があまりなく、本当にそのサービスが必要なのか?税金、保険料の無駄使いがないか。逆に、本当にサービスの必要が必要な人が限度額により、自己負担が大きくないか?あいまいである。・介護職の賃金向上。・資格による報酬体系の見直し。→現在の加算等。・介護従事者不足により 雇用対等でヘルパー2級資格取得を奨励しているが、税金を投入しているわりに、資格取得後のチェック機能がない。本当に介護の仕事に従事しているのか?・失業者が介護分野に流れてくるため介護従事者の質の低下が懸念される。
介護は加算で報酬を上げるんではなく、基本報酬を上げてほしい。住宅改修、福祉用具購入の導入には報酬をつけてほしい。認定区分を見直す。(予防と介護を行ったり来たりしないように)介護保険の有効期間をなくし、状態変化した時認定し直す。介護従事者の待遇改善。
・利用料の負担が増えるが、年金は下がるので大変。・国や県 市町村独自の減免制度導入。・介護職員処遇交付金の活用。一人の人の最期をみとる事は、多大な覚悟を必要とすると思う。
私達の回りには最近、施設等がタタさんできつつあります。恵まれた環境(介護には)と思います。24時間在宅が厳しい方にはその施設を十分に利用できれば本人、家族も安心して暮らせると思います。その施設等の現場で働く方の報酬を引き上げ

<p>できたらいいと常々感じております。私は訪問介護ですが、在宅で、最期までというには厳しい家族状況を見てきました。最短の時間を施設にお願いできれば安心と思います。最長の時間はやはり在宅で自分らしく、生活できることが最良と考えています。</p>
<p>・課題等についても各関係団体から報告があっている。その報告に対し迅速に対応すればいいが、国家予算がないならなにもできないのでは。</p>
<p>小規模多機能での医療の導入のあり方や負担の軽減について、もっと考慮してほしい。</p>
<p>・巡回型介護保険制度への移行。人材の確保、身体介護サービス提供力のアップ。</p>
<p>まず現行の介護報酬が安い事、どこの介護事業所に私用者が依頼してもほぼ同じで変わらない、小規模な介護事業所は、資金がとぼしく、ヘルパー獲得に必死になっている、大手事業者は福利厚生も充実し、薄利多売になっても、利用者の人数も枠はずれに多く、非常に有利な事も多くどんた出店して行きます。ヘルパーも利用者も融通のきく、安心出来る大手事業所へと足が向く、そもそも、今もこれから先きも、介護保険法が平成12年に実施された時から平成38年頃には破綻する事はわかっていて途中で、修正、改正を繰返し出費を止めながらでないと続かない事は厚労省も知りながら、その都度改正をして来た、2012年の改定する内容も早くわかっている事で、要介護1以下は介護保険からの報酬を切り捨てる。介護保険料は40才から20才位に移行させる、交付金そ増やすと云われていますが、手続きが複雑でもらっていない介護事業者もかなりいると聞いています。又、ヘルパーも統計上では多くいますが、実情は半数も就労していない、その理由は賃金が安い重労働になる、又次に最初から就労はしないが、資格だけ取っておく人があまりにも多く見られます。今の民主党は雇用促進にヘルパーの賃金を上げていくと云いながら実体を知らない他業種と同格に賃上げすると、毎年交付金を上げないと合わない。厚労省は高齢者人口が世界一より、世界5～6番位いと考えるのも無理ないと思います。介護事業者の倒産のしれに施設やヘルパーが、介護利用者を精誠意介助し介護度3→2へ、2→1へと回復し本人や家族が大変喜び「ありがとう」感謝され大きな矛盾が起きています。これも悪循環になっています。この先はヨーロッパの様に、一元化にし大手事業者だけになるか、又このまま続けるには抜本的見直しが必要な時期が来ていると思いますが・・・</p>
<p>・交付金の継続</p>
<p>特になし。</p>
<p>・今後、団塊の世代が介護を受けるようになり、いわゆる「モンスター高齢者」は増加すると思う。事業者を守ることも考えるべき。今後、訴訟などで事業者が負ける事例が増えれば、介護、医療従事者はますます減少すると思う。・介護従事者は、医療知識、業界を積極的に学習し、医療従事者は介護制度、業界知識を学習すべき。互いの事例発表会などがあると良いのでは。・医師はコミュニケーション能力を身につけるべき。もし忙しくてもとある能力を発揮できないなら、そういう環境を国、国民全員で改善するべき。・サービス提供責任者への評価が低すぎ。緊急対応もある、現状をよくわかっていない人間が制度を作っているのだな、というのが良くわかる。</p>
<p>介護報酬が少ない為職員ぎりぎりの体制で運営している事業所もあり、危険度、職員の疲労度が高く定職率が低いと考えられる報酬の見直しを願う。</p>
<p>・区分支給限度基準額の見直し、要介護5以上クラスに成ると、基準額内におさまらない人が多い。・訪問介護での医療行為の見直し&amp;報酬アップ</p>
<p>訪問介護では、作業内容と時間がいっぱいです。ご本人様、ご家族への精神面をフォローできる、ゆとりができるの良いと思われま。本当の意味での、ご利用者様のやる気や、生きる力を出すには、足りない部分の補足ではなく、生きる喜びだと思います。自分で行える事を、行う力を引き出すには、今の介護の時間でみると、あまり取れないのが現状です。お客様も、少ない生活費の中から、介護保険料や負担金を出しておられる事も大変な事と思われま。</p>
<p>どのようにしたら、生涯、自立した生活が、出来るか、というのが、自身にとっても、知りたい事でした。介護の仕事に当たり理解した事は、・生きる楽しみ、楽しさがある。・思ってくれる人がいる（特に家族でなくても大丈夫な時もある）・機能の低下をサポート出来る物、人がある。体力の衰えに伴い気力も失って来るのかと思いますが、心のサポート、生活出来る状態を維持する事によってある程度、自立した生活が出来ると思います。ただ、サポートが、現状の制度では、結果的に費用がかかる状態（自立していける人の、サポートをする事が難しい）介護度にしても、医師によっては、意見書を（利用者をきちんと見ているのか）適当に書いている。人として、大切な人としての、介護を考えていただけると…制度も、家族も、在宅で最期を迎えられると思います。私が私は望んでも、回りの望まない事も多くあります。無理をしなくても可能な状態であっても、入院を余儀なくされる場合があります。制度に合わせて、人の教育も必要なのかも知れませんが。私は手当という事を大切にしています。国も、人の心、人間とは何かという所から、制度を考えて欲しいと思います。</p>
<p>医療保険と介護保険は、原則的に同時には使えないという指導になっている。しかし、現実には病院内での介護が必要なケースは非常に多い。・病院内での移動介助・排泄介助・医師や看護師への病状の説明、医師からの指示の理解 病院の職員は非常に多忙であり、高齢者や障害者の院内介助を依頼することは不可能であり、ヘルパーの援助がなければ受診できない高齢者が多数いるのに、院内で介護保険を適用することを認められるケースは極めて限定的である。現実を見た運用を望む。入院中も、自宅からの衣類や日用品の運搬など、ヘルパーの支援が必要なケースもある。勿論、家族のいる場合は問題ないが、独り暮らしで身よりが近くにない場合、ヘルパーに頼む以外ない。限定的な運用でかまわないので、入院中もヘルパーが利用できる制度も必要である</p>
<p>・初回のみ提供責任者の加算が低い、他に計画変更の作成のおおしとかサービスの調整もしているので評価して頂きたいと思います。・利用者様によっては医療行為の希望される方が多いので今後考えてほしい。課題にしてほしいです。</p>
<p>・現在問題になっていることは、事業所ごとで事ム処理（介護計画等）が複雑になっている。時間内で処理できず、時間外になる点で介護職の人数を増にして対応しているが思うようにはかどっていないので 介護職でパート職と常勤のバランスも当施設問題有り、その為パート職に事ム処理をしてもらうことで解決できないか、現在検討中である。</p>

<p>医療については完全看護をしている所が少なく特に、玄関から診療室までの介護は全く行っていない医療現場の状況である。介保上、訪問介護については病院の玄関までを想定しており玄関から医療現場が対応すべきとなっているため、空白（介護が受けられない）場所、時間がある。訪問事業所の報酬対勢を抜本的に見直し、医療の様に点数で計算するべき。訪問介護はサービスを提供（介護を提供）しない限り収入を得られない。サービス提供者が在宅を訪問し、介護についての助言や説明をしても収入が得られない。薬局のように「薬の説明」というたて前でたのまれてもいない紙を渡すだけで点数が加算されたり処方せんを出すだけなのに受診した事になって点数が加算されたりして欲しい。又、医療事務のように介護事務も確立すべき。実績計算（医療でいうレセプト）や、職員管理（健康診断の手配やインフルエンザ予防の手配）備品や車輛の管理等を全てサービス提供責任者が行わなければならない為。</p>
<p>介護制度に関して要支援者または軽度の要介護者に対する介護保険におけるサービスの充実が必要。保険内でできるサービスがどんどん少なくなっているのが現状。本当にしてほしいことがしてもらえず、サービスを利用したくてもできない方が多くいらっしやいます。ある程度の制約は必要かと思いますが、使える範囲の拡大も大切ではと考えます。介護ほうしゅうに関しては財源を介護保険料のみで充当するには限界があり従業者の報酬の底上げが必要なのは周知のところですがこれ以上の保険料の負担はきびしいのではないかと</p>
<p>在宅での介護報酬で新たに見直しされて欲しいのは通院介助の部分で院内での見守りの部分を見直して頂きたいです 軽い認知症で脳梗塞でだいたい自分で出来る方がいらっしやるが病院への通院は医者から話された事にははいはいとうなずいて聞くので分かっていると思っていたが家に戻ると分からないと話すし、一人での受診大変になればますます病院から足が遠くなり悪化してから受診する事になるので早めの受診が病気を防いだり治療になると思うからです</p>
<p>サービスの質の向上 24時間対応できるようなサービス「小規模多機能型居宅介護」 認知症ケア、認知症予防の充実 同じ境遇の介護者同士が集まる機会や介護者の精神的な支えとなるシステムづくり</p>
<p>介護報酬の改良では利用者負担がないことをいひの。事業所加算では加算分は利用者負担がある。事業所としては各自のレベル、スキルアップのためにも加算というのははげみになるが、利用者負担がかかる事に納得がいかない。レベル、スキルアップには政府が応えんしてほしい</p>
<p>高齢者は増加していますが、施設入所も「待ち」状態。身体的には軽度であり、要支援の方でも、薬の管理、服薬が出来ない認知症の方やもう少しサービスが使えるら、と思う方も多々あります。介護保険がパンクするようなことがあったら困りますが、環境等も評価項目に入れてほしいです。</p>
<p>お客様主体の考え方で見直して欲しい</p>
<p>まず第1にやるべきは日本再建で、そういった医療、介護分野への認識及び、必要性を高める事ではないか。そもそも、日本自体の赤字が解決されない限り、この狭い分野においても不安定さは解決されない。インフォーマルなサービス、フォーマルなサービスのバランスを現年代で考えそこに対しての財源確保が急務であるとする。また、各事業所、医療施設は各スタッフの能力に甘え、それよりサービス提供能力の低下を招いている現況が多いと思うが、それにより安定した情報の共有、サービス提供キャパを現実レベルより低くしている要因だと思っている。</p>
<p>先日この様な勉強会がありました。出席させて頂きましたが、本当に必要な事が何なのかが、政府の人達はわかっていないと思います。お金、財政がといてきびしくなっています、本当の所、介ゴの意味、介ゴをしている人のつらさ（家族）わかっているのでしょうか お役所の人はお金もあります。お手伝いさんもやとえます。実際に手をさしのべて介ゴなんてしないでしょ目で見ただけで他人の手を使つての介ゴでしょうお金のない人はどうすればいいのか本当に考えているのでしょうか？ 障害者になりたくてなったんではないんです。障害者に生れたくって生れたんじゃないんです。家族の人もみんな身をンにして頑張っているんです。なのに政府、お役所はどこまでわかっているんですか？って声を大にしていいたいです。あなたが身体不自由になったらどうします。目がみえなくなったら、耳がきこえなくなったら、手がなくなったら、足がなくなったら、お金がいっぱいあって生活している人になんか何をどういったって通じないのが現実でしょう こんなアンケートなんてムダなんです。上の人になんか伝わらないのが現実です。家の中で細ぼそと電気もつけず、暖房もひかえ、じーっとベットの中で生活している人もいてる事わかって下さい</p>
<p>要介ゴ、要支援を行き来する人が多くプランは居宅で行う方がよい。地域包括センターの本来業務を行政とともに行えるよう希望する。訪問看護、夜間訪問介護の必要性が多いのでそれにともなった介護報酬が必要。課題としては、医療と介護の連携、地域ネットワーク構築の必要性。財源の確保、貧困問題で生活保護に対する取り組み。2次予防対策者把握事業でほりおこされる困難事例に対するとりくみ方法。</p>
<p>介護サービス、事業所加算、限度枠の中からも出しの為、利用料増となる為、介護度高い利用者は利用控えとなる。基本報酬を上げ事情書レベルの低い所を減算へ。住改のみの依頼、報酬なし、1000円位でもあるとうれしい。利用者限度額にはね返らない加算システム。訪問調査の時、同居家族や独居の調査も行えば後から住民票を委任状でケアマネが取る必要もない。</p>
<p>包括センター地域内における利用者情報を包括センターで一元管理し地域内の利用者の一人ひとりの課題、解決策を模索する仕組みを構築されてはと思います。現状では各サービス事業者の情報交換がスムーズに出来ておらずよりよい介護がしにくい状況かと察します。</p>
<p>改良点＝15人定員のデイをやっているが“通常規模”になり経営は“最悪”である。毎日、2、3人減らせば“小規模”になり安定した経営ができると判っているがあき待ちの人もあり意図的な人数制限はできずにいる。“規模数”の改良、見直しを要求したい。評価＝生活援助の単価 生活援助は時間との戦い。煮物しながらを掃除機かけ、洗濯機を回し、干し、おかずも2、3品作ろうと思うと、大急がしの1時間である。仕事量と単価は比例しない。もう少し評価してほしい 資料作りの簡素化を計ってほしい。管理者、サ責の資料の多さに多くの時間をとられている。日々に変化する利用者さんの状況に責任者としての対応、ヘルパーへの連絡事項等、現場と事務量のつりあいをとるのに大変である。</p>

①介護の必要性は身近に感じているが24時間対応が難しい状況にある ②医療行為の幅に問題がある 薬塗布 吸いんの為の研修制度 ③まだまだ介護報酬が低く（体力に限界を感じる人あり）なり手不足
①病院⇄在宅 病院⇄施設等へ入所する際に「情報提供所」「診断書」提出等必要ですが病院により料金はバラバラであり、医療との連携が必要でスムーズにいくように各医療機関に周知してもらいなるべく費用のかからない様に、所定の様式を作ってもらいたい。主治医へ更所時（介護保険証）の御意見を照合しても、全く返答もない病院（医者）も多くいる。 ②利用者が通院する際に、院内での介助以外の時間、例えば診察室での介助、対応（コミュニケーション：医師からのお話を聞いたりする等）は算定出来ないため、医療機関で、ボランティアや看護助手をつけて、フォローすべきだと思う。 ③介護予防支援者の方の報酬が低い（委託料）（介護の方も予防の方も手間度や訪問回数は変わらないのに書類作成が煩雑で大変） 包括→居宅支援へ予防のプランを託すのであればそれに見合った支援にすべきである。
事業者が利益を求めるあまり、過剰な薬の処方や介護等をなくしていく必要があると思う
介護報酬のupが必要。職員給与の見直し等行なう上での財源は必須。介護職員人数確保が厳しい状況の中、マスコミの3K報道は、働く側にも希望している人にも悪影響を及ぼしている。本人の進学希望にも親が対し影響を及ぼしている事も見えかくれている。どんなに理念に基づき、すばらしい援助計画であっても後に続く拍手が育たなければ厳しい。
現場に携わっている事で一番感じる事は、利用者のニーズに全て答えられず、毎回の援助で、あれもしたいけど時間がない、利用者（高令者）は個人のプランが決っていても、十分に理解する事が出来ず、これもして欲しかったと不満を募らせてしまう。独居が多い為、利用者の一番の理解者は、現場のヘルパーであるが、ここまで決っていても迷ったりつい手をさしのべたりが現状である。こういう一番身近な問題点を、少しでも解決できる様な糸口があれば良い。
特になし
在宅サービスの利用者と家族の介護かは、家族の介護期間の長期化により共倒れの状況も多く、在宅介護の限界を感じる事が多有る。在宅介護から、施設サービスへの移行は困難をきわめており、その点を解決してほしい。
倫理・法令遵守は守られるべきものであって、改めて誰か外部からのチェックを受けなければ、できていないというのは介護、医療従事者として認められないと思います。また介護の分野では個々のケアマネジャーによる計画に大きな差があると感じています。介護度の重い方では家族による支えが重要で、そのためにその家族の就労の機会や多くの時間が奪われていることを考えると、家族に対する支援がもっと必要だと思います。制度上制限を設けなければならないとしても、介護ではその人の人生を支えることになるので、一人一人の個性、特徴、要望に対応し、柔軟なサービスが望まれていると思います。「制度に甘えてしまっている」ように見受けられるケースもあり、利用する側にも課題があると思います。
前回の改定でサービス提供責任者の初回加算が認められました。サービス提供責任者は訪問介護計画の作成、担当者会議の出席、定期的な訪問等でかなりの時間を費しています。それらの時間も新たな項目で認められたらありがたいと思います
・介護報酬が安い為、ヘルパーに安いお給料しか掛けられない為、やめる方が多い状況であり。なかなか補充されなくて困っているので介護報酬をあげて欲しい。又、介護福祉士でなければならないようにして、全て、常勤にして欲しい。パートが多い事により常勤への不担は大きい為。
当所のような小さい事業所は経営難です。要支援者が多いし、地域包括が困りこみをして以前のように利用者をまわしてこないなどいろいろ理由はあります。しかし利用者の1割負担はあまりにも少ないと思います。調査も無料ならプランも無料。20年30年後に介護保険は続いているのでしょうか。今の老人は年金をきっちりもらっている人も多く、そんなに出せないわけではないと思います。介護保険に任せっきりで、家族が介護を放棄してしまってるのも多いです。介護保険前はいったいどうしてたのでしょうか。けっきょく社会に頼る人間が増えて、それがあたりまえになるから、少しのことで文句をつけてくる人が多くなる。事業所をやっているが矛盾を感じます。私たちはサービス業なのにあれをしてはダメこれもダメ法令遵守ですと役所はいつてきますがサービスを実際にうけている人は少しでもやってくれるところがいい事業所なんです。当然だと思いますが。要介護2か3以上の人からしか介護保険をうけれないようにした方がサッパリするのではないのでしょうか。
利用者が少ない為、特記事項なし！
特にありません。
介護従事者人口が減少なのは当然の事として大前提になる反面、要介護人口は増加する。①必要最低限の介護にとどめる（理想を唱えていても無理なもの無理とする事。人間の欲望は限界がない） ②その為に大規模な基準受和する（人的規準の緩和） ①②は小泉流耐え難をも耐える事である ③サービス内容とより厳格な規準を設け、ガンジがらめにする（出来そうな事はしてもら、本当に出来ないで死んでしまう事だけするくらいのサービスにする） ④介護従事者の給与が少ないと言われるがもっと少ない職業もあると思う。それを決めるのは職員と企業である。介護報酬の範囲でやりくりするのが常識、ただし最低限の給与は決定指示する事。⑤④によりなるべく少ない経費である様な報酬にする 以上で、長く続けられるシステムにする。財源があるなら、サービスの新設も検討するシステムにする
・ムダな経費を削減していく。 ・専門家を増やすのではなく、一般の人々をも医療、介護に参加してもらい、互助精神でやっていく。
・職員の給与への反米 ・介護報酬の上乗せ ・財源の確保 ・施設→在宅へ向かう ・住みなれた場所で亡くなるためのネットワーク作る
見直しされる事で事業所として評価すべき点は現在ではまだ手さぐり状態なのでわかりません。ただ改正されるに当り、書類の作成、整備・見直しが必ず有ると思います。サービス提供責任者の仕事が膨らむのはいなめないのかと思われます。
介護報酬が上がっても、利用者にとって、苦しめる時もあります。支援回数が増える時もあり、事業者にとって、良いとは言えない場合もあります。
介護保険制度は社会として必要な制度です。ここにお金がかかるからといって、利用を抑制して予算を消滅したりすることは、全ての人に不安を持たらす結果となり、その為に老後に向け予分な貯蓄を強ることになる。日本の貯蓄高が1000兆を越す、

世界に類のない現象が、この老後の不安が原因ではないかと思えます。介護保険を始め、福祉施策が十分であれば、十分な貯蓄をしなくて済みますし、経済もうまく回って行くと思えます。ヘルパーが安心して働ける様に介護報酬を上げ、働く場を広げて行く必要があります。介護予防の報酬を切り下げる事は多くの重度の人を増すことになり、逆に多くの予算が必要になるので見返す必要があります。
在宅でのさまざまな状況に対するためには、人材の確保、育成が重要となる。また人件費がかかるため、介ゴ報酬について検討して欲しい
現在、ケアマネは改正毎に記録の整備が多くなり、介護予防教室の開催等が多くなり、業務が正直追いつかない現状です。できれば35人の利用者の方々のモニタリングを1時間は訪問しお話を傾聴したいと思います。難しい時間調整となります。心に向きあう支援がしたいと思っても、書類や企画に追われる毎日が2/3を占めています。こんなことでいいのでしょうか。利用者にやさしい備品を購入したいと考え提案しても売上実績がなければ購入できません。このまま件数主義無意味な補助金の無駄使いを行っているのか疑問です。
介護報酬について、現在、生活援助、身体介護の単価に差があるか、実際に利用者の生きることにに関して、何が一番大切かといえば、“食”だと思ふ。単価を上げるべきだと考える。
介護保険制度の見直しを行なって頂きたいです。介護度のバラつきがかなり多く見られます。(例)自立位の人介護1や介護1では軽すぎる人が現状介護1のまま 医療行為の見直しも必要ではないか?最近では胃ろうや経鼻の人達も在宅での生活を望んでいる中、ヘルパーができない行為が多くあります。
・地域内でのホームヘルパー等の支援者の増強 ・家庭、家族支援者への報酬等の経済的援助
・報酬制度がしっかり行き届いているか、給料等、国で確かめる制度であって欲しい。末端まで届いていないのではと思う(前回の2年間だけの交付金についても) もっと働く人がやる気を持てるような給料体制であって欲しい。
・認定調査にむらがある様に思える。 ・サービスを利用したいがお金がないので利用できない回数を増やせないと言う声を聞く事がある。(デイサービスやヘルパー派遣等) ・1件のお互に訪問するにあたり、人件費、車(移動費)や事務費(手袋やマスク等)等、報酬単価の割にいろいろとかかり過ぎ、経営状態がきびしい。請求事務を行う事務費(システム保守料等)保険等 ・若い人材の確保が難しい
介護給付の金額を上げ介護にたずさわる人材をもっとふやしてほしい。
制度と報酬の改定という重要な経営環境の変化に対応
・訪問介護が支援に入るのに決まり事が厳しすぎる点がある。(夫婦の片方に支援が必要でも片方に障害がなければ生活支援では入れない・・・など)
乗降介助で通院先(病院内)に本人を置いて来ているが、病院内で、スタッフが対応しきれない(待ち時間一ヶ所で待たずに動き回る)こともある。ヘルパーは付き添っても、料金はいただけないし、家族は付き添えないというケース、けっこうたくさんある。今後、老人が通院した際に、実際の支援のあり方を検討しなければならないと思う。
障がい福祉サービス・介護保険のプラン、医療の訪問看護等、いろいろ制度をこえてプランする時、とても大変です。利用者の状況が変わることも多く、生活の質や、本人の生き方にまで思いを馳せることがむづかしく、支援する側が、ジレンマに落ち入ります。それでも頑張りたいと思えますが・・・。
訪問介護で生活支援と身体介護についての認識の改め生活支援はけして主婦業の延長ではなくその方の生活にあった(今まで行った生活の経続の為の援助)ものであり生きる「かて」である 本人の生きる喜び(食)の大きさを理解して設定して欲しい
・介護従事者の質の向上、それに伴う報酬の見直し ・手段は別として生活苦の人でもサービスを利用しやすい様な仕組みが必要と思えます。
・生活援助の単価が安い。 ・重身者(知的も含めて)の施設が少ない。 ・発達障害者、児の施設を増やしてほしい(知的も含めて)
言いたしたら、きりが無いが・・・人口の減少、介護員の不足、税問題などあるが、一番大事なのは、健康で自分らしく生き、自分らしく死ぬ事を誰もが望んでいる。延命の為の処置も、本当に自分の意思なのか?など、倫理も念わるし、大変な事だが・・・若い時からの積み重ねのすべてが、高歳になったとき、すべてふきだすのをみていると、10代~60代までの元気な世代が、どう生きるか?先をみずえた方策を取り、障害期間を短くしていく為、制度の改かく以上に、対象の人間を65~でなく、0~の包括的な考え方としていくのが、大事だと思う・・・
遠い病院に入院されその月に何度も訪問したがサービスを使われなかった為、医療連携と退院加算が取れなかった。どこも経費はかかっているので加算だけでももらえるようにして欲しい
本当に在宅でがんばって最期を向かえようとする人への、介ゴ保健制度の限度額オーバーのmondsい。金額を、2~3割とか、そもそもの介ゴ保健の利用定義の再提唱。使うから豊かなのか、使わないから豊かなのか。選択をせまられる人が、利用定義の誤解釈をまねくような、現状のマスメディアにも、不満は残る。
現在私は、高専賃の管理業務を行っており、当物件内に、自社の運営している居宅介護支援事業所と訪問介護事業所が併設されている。ここでは当然、在宅における訪問介護やデイサービス等の介護サービスを利用して生活をしていくことになる。(食堂にと3食食事はご提供可ではあるが。)つまり、家族の介護を受けずに、一人で暮らしている想定となる。ここでの問題点は、やはり障害の重い方への介護をどのように提供していくかということである。①自身で移動できない方の移動・移乗介助は?②排泄排泄介助は?③胃ろうの注入は!④インスリンの自己注射ができない方は?⑤透析の方の介護タクシー利用は?①、②に関しては、最低の30分未満の身体を行っても、十分な関わりを持たず、それに加えて、短時間の援助で報酬が得られず、そもそも、限度額に達し、サービスを提供できない。弊社は、生活支援サービスの一部として、介護保険とは別の形で提供しているので生活が継続できるようにしているが、自宅で身寄りのない方で、障害の重い方は施設に行きなさい、と言っ

<p>ているようなものである。今後、サービス付高齢者住宅が増加していき、増々在宅におけるサービスが重要となるため、前述した内容を改善していただきたい。③、④の部分でも、医療行為のため訪問介護では行えず、訪問看護を導入すれば、あっという間に限度額に達し、介護面でのサービスがほとんど提供していけない。常時医療行為が必要な方は、家族の支援が無ければ在宅での生活は無理でしょう。ということになってしまう。まとめると、・介護度別限度額やサービスごとの単位数の見直し、もしくは、柔軟な対応が行えるよう、状態に応じて、1日単位での報酬での訪問介護（必要な援助を時間に縛られず提供）を行えるようにしたらどうか。・医療行為の範囲の見直し、訪問介護を医療保険に完全移行。在宅のメリットを無くしてしまう、過剰な管理的な生活にならないよう配慮しながら改善していただきたいと考える。又、当然、それによって、財政が圧迫されてはいけなないので、上手く調整していく必要がある。</p>
<p>介護報酬は現状より高くなってよいと思う それが介護従事者の給与に反映されるようになればよい。医療に関しては もっと予防的な策を実行し、病気になってからの薬づけの体制は止めてほしい。</p>
<p>・在宅で最期を考えると医療（訪看、往診医）の関わりは重要で、多くなると思える・往診は医療ですが、介護保険での訪問看護の報酬単位が、訪問介護と比べて高すぎるので、手厚く組み込めない人が出てきている・利用者の声として「訪看さんは来て何もしてくれない」「どうですか？と言って帰るだけ」と言う人も時にある・訪看を手厚く入れたばかりに“生活”を担う訪問介護を切ることになり、在宅ができなくなり入院になる人もいた。・今24時間訪問介護が検討されているが、短時間の訪問に対しては利便性が計れる一方、現状の訪問介護のシステム（登録ヘルパーが多い）の中で、これは事業所への負担のおしつけになりかねないと危惧する。</p>
<p>介護保険制度が開始されて、10年以上になります。制度の矛盾を3点あります。主に、平等にうりられる制度であるべきである。特養の入所問題やグループまでの重度化対応など、在宅では、ケアが難しい利用者が増加しています。唯にでも受け入れられる制度、事業所を選択できる制度が徐々に崩壊しようとしています。例えば、生活保護者をねらった悪質を入所問題、ユニット作導入されたが、資金の面でどうしても、個室に入ることが困難であることなどがあげられます。第二に、要介護規定が高くなるほど負担が増加するという点であります。金額の負担が増加すれば、利用者負担も増加し、要介護の政善がみられた、利用者や事業所への加算が求められます。第三に、介護を保ってない人への対応です。65才～74才ぐらいまでの人を対象とし、御本人のマイケアプランを作成することが事前に用意し、本人独自のケアプランが求められます。この3点を包括的に行うことが求められます。将来に向けて行う介護医療を御自分で選択しプランを作成していく時代にあると考えられます。</p>
<p>医療保険でできること 出来ない事を明確にする 介護保険でできること 出来ない事を明確にする</p>
<p>介護職員の賃金の見直し。介護職についた人も、生活できる賃金がなかなか確保できない為 離職するケースも多くあり結果、介護職の人員不足にもつながる。当事業所でも登録ヘルパーがなかなか集まらないという現状。介護報酬に関しては、特に求める事はないです</p>
<p>サービス提供責任者に対する、報酬単価の引き上げ。初回加算だけでなく、サ責に対しての加算が欲しいと考える。また、加算全体に言える事であるが、利用者負担が増加する為に導入がしにくい面がある。</p>
<p>在宅で胃ろうの人などを介護できる要件が少ない。ヘルパーに対して規制が多い為 在宅が無理になる。介護度も最近ばかりではない。利用するには限度額の枠が少なすぎる。</p>
<p>まず初めにICFの考え方をしっかりと理解していない医療機関が多いので、連携が取りにくいという印象を多く持っています。介護報酬については、休日（日、祝日、お盆、年末年始）について、休日加算がありません。しかし、従事者には、割5分増しの報酬を支払っています。人手不足の中、休日加算がなくては、どんどん人手不足になると思われます。休日加算の介護報酬の見直しを見直して頂きたい。</p>
<p>・事務作業が多すぎる（どの事業所に関しても）・加算のために書類が増えたり、手間がかかる。・加算は、利用者への負担になる→限度額をこえるケースもあるのでは…・医療との連携といわれるが、病院、医師、現場の看護師によって差がありすぎる。・介護職員の処遇改善では、施設職員と訪問介護（ヘルパー）に差があるように思います。「在宅」における、ヘルパーのレベルアップは、当然必要なことですが労働条件としては、改善すべき点があるのでは…しかし利用者負担になると…</p>
<p>介護の質の向上。</p>
<p>・訪問介護に於いてはヘルパー不足である ・社員を募集しても給料面が一般と比べ低いのでなかなか来ない</p>
<p>特にない</p>
<p>いままで介護保険制度が改正見直しされても訪問介護での見直しがされず利用される方もいろんな悩みをかかえていて困っています。又、できる部分、できない部分などがまだはあくができていませんし、介護と言われてもどこまでが介護とされているかが分からない状況です。有償サービス、訪問介護とありますが、どこまで行い、どこから行っていけないかがめいもくとしてしっかりしてほしいと思います。又、介護保険の中に介護タクシーで病院等の送迎などは別と言われてはいますが、その点はどのように成るのでしょうか。その組み合わせが、良く分からない状況になってはいますが、その点めいもくを教えてください。</p>
<p>ヘルパーの確保につきと思います。</p>
<p>A L Sの方を受け持っています。子どもさん1人で伺っているので、訪問の吸引をお願いしています。昼間は訪問看護とヘルパー、訪問入浴の対応です。痰の吸引に関しては、ヘルパーによる吸引が認められていますが胃ろうへの接続はまだ認められないので苦慮しています。家族には認められている医療行為（床ずれの処置等）であるがヘルパーには認められないという事をもっと広げて認めて欲しい。家族がいても協力しない方もいるので介護力を補うことが必要。</p>
<p>要介護者が求めているサービス、障害を持った方のサービス個々に求めているものが違うので、いろんなニーズに合わせてサービスを実施すべきであると思う。高齢者にとどまらず若い世代の方にも介護保険制度について分りやすく説明があれば、もっと関心も高まると思う。</p>

<p>3年見直しの三度目となるが、全ての事が各利用者や事業所に浸透していないまま、見直しがなされている場合もあるのではないか。介護保険制度が見切り発車しやっと内容が一部把握できたところで情報公表等が、はじまった。サービス提供が十分に必要な人に提供できているか。要介護認定が以前に比べきびしくなった点もあり、必要であるにもかかわらず利用できていない人又、必要であるもうまく活用できていない。事業所の維持管理の為に無資格者を介護に従事させてしまっている現状が、うきばりになってしまった点がある。全て利用者が弱者になってしまわない様に見直ししてほしい。</p>
<p>・区分支給限度基準額の見直し ・加算が複雑であり、本人への負担となり限度額に影響するため十分に利用出来なくいる。本人負担ではなく（加算の金額は事業所に支給してほしい ・予防給付の見直し 1ヶ月の定額負担の通所サービス、訪問介護サービスは中止し、1日あたりの金額（介護給付と同様）に設定する ・要介護5の人が在宅サービスで生活出来るよう支給限度額を設定してほしい。</p>
<p>国は、介護保険制度の導入にあたって「在宅介護」と「家族介護の軽減」をスローガンとしたが、いつの間にか「施設介護」も組み入れた。案の定、介護保険料では、賄いきれなくなり、在宅介護の報酬をケチることとなり、報酬の減額や問22②のメニュー矢面に立たされた。このメニューは療養者の自立にとって、どんなに大切なことか介護（在宅）現場を調査すべきだ。少い利用者の方（施設入所者）に多額の資金（費用）が使われ、10倍以上の在宅利用者に少額の費用では、介護保険導入時の精神（約束）に反し、法違反の事態ではないか。そもそも、介護保険に「施設入所」を組み入れたことを見直さないと介護保険料納付者は、「施設入所」のために払っているとの感じがして止まない。</p>
<p>医療と介護が連携していく事が絶対必要と思う。利用者（犠牲者）を抱え込む事業者が多く、本来の介護保険制度の機能は果たしてないのではないかと。特に施設の役割を再度認識して頂きたい。連携加算にしても個々の事業者ではなく、保険者単位で達成できたら加算するとか又、介護保険事業は民間も社会福祉法人も同じ事をしているので社会福祉法人にも加税するべきだと思う。</p>
<p>・労働人口が減となれば税収入のおちこみ。・少子高齢化で介護現場で働く人が少なくなる。・家族の意識の変化がおきてきている→介護は施設で。・都市部と農村部ではサービスのあり方がちがう。以上のことから、これからは1件1件自宅での介護はむずかしいと思います。軽度の介護者は、各少地域ごとに宅老所が必要です。（朝、夕は自宅で）重度の方は、5～6人づつ1家屋（家屋を活用）協同生活をする。そこにヘルパー、看護師医師が訪問。夜間は夜勤が一人。建物の制限はあまり決めず、災害時のいげ道の確保と近隣の協力の確保を最低基準とする。毎月1回程度は行政で見回る。元気な高齢者にも介護を担ってもらい、年金以外の収入源としてもらう。力の必要なところは若い方と二人でするなど。</p>
<p>利用者本位の自立のための介護保険であることに重きをおく</p>
<p>施設と在宅のケアが同じように支払い出来ない。在宅での夜間の訪問は同居の方の考え方にもよるが、正しいとは言えない。24H対応を行う事業所は赤字になるのははじめから考えられることだと思います。</p>
<p>障害者、障害自立支援の報酬が見合っていないと思う。制度が改良出来る事と事業がよりよいサービスを取り組み、日々努力も向上出来る様にしなければ、全体を考える事の大事さもアンケートを通し、少し解かった気が致します。</p>
<p>介護報酬等が少々改定されても必要なヘルパーを求人広告で募集してもまずは1年間でもほとんど応募がなく、特に応募が有っても50代後半、60代の人が多く、若い方々も資格をとってもヘルパーさんはされない方が多い様です。現在も不況の時は仕方なくヘルパーをされていて、他のところで時間給がよくなれば必ずヘルパーは少なくなると思われまます。介護福祉士等のステップアップで資格を取っても施設等では必要でしょうが、ヘルパーステーションでは、持っていて、そんなお金をかけて勉強して、それほど資格かと思われている方が多いようです。又、よくヘルパー等から聞くのは、自分の親が介護が必要であっても、自分がヘルパー資格を持っていても自分の親をみられない。他のヘルパーに頼むのなら、半額でも良いから親をみる事ができる体制が必要で、そうすれば親と子、親と嫁等、核家族の問題に対しても、他のパートに出るよりもよいのにと聞くことがあります。又、利用者の方が介護保険を必要となった時は必ず、各市町村に相談されるので、そのまま市の介護員、ヘルパー等が派遣され、一般の介護センターは自分で全て利用者を確認しないと倒産されているのが現状です。市の窓口で利用者を受けつけ、その後はその方の地域にあるヘルパーステーションに預けて介護を行うことを考えるべきだと思います。</p>
<p>・制約、書類の提出、作成が多く、手間がかり過ぎ。・介護報酬の単位を上げて欲しい（処遇改善交付金よりも） ・1割負担が少なすぎるため、利用者や家族は色々理由をつけて支援を依頼される傾向がある。2割負担にすれば自分で、家族でするのではと思う。 ・認定に疑問を感じる。常に接しているヘルパーの意見を全くないのはおかしい。</p>
<p>当事業所は、特定事業所加算Iを頂いており、他の事業所よりも20%高いという事で、介ゴ度が4、5でも限度額オーバーになってしまう事があり、頭が痛い問題です。一番に限度額を改定して頂きたいです</p>
<p>初回加算など事業所としては評価していただき加算をつけられるのはうれしいですが、利用者の方々の負担が大きくなってしまわないかと思ひます。</p>
<p>事業所（介護）として若い方が一生この業務について世間と比べて生活が保障される給与体系ができる払える報酬にしたい。本当に人件費を公から支払えば実体もわかるし、従業員も安心して働けると思うのですが、現状では若く介護分野に就職しても年収400万の壁は遠く及ばず300万円では家は買えません。子どももつくれません。子供にもこの仕事はやりがいはあっても生活はかなり苦しくやめた方がいいと言っています。私も妻に苦勞をさせていることを考えるといたたまれない思いがつのります。自分も企業に勤めようと思っています。子どもが大学に入れられないのはつらいですから</p>
<p>NS、Drの立場から必要な報酬がもらえるか、書類もとてもざつなものが多い様に思ひます。内容もちょっとだけしかなくても多くあっても金額は同じっておかしいかと…。介護も同じで各職種でバラバラなものを使用しています。同じもので内容がうすいならなおせませんが…まったくちがうと意味がわかりません。介護保険も自立支援も同じ事。重訪は特に本人が希望すると「何でもアリ？」になっている利用者もいます。福祉の見なおしをするのであれば料金は少しでも発生すべきだし3時間以上のロングケアは本当に必要ですか？1か月100万円以上使っているのに0円でありですか？車も運転できてコンビニ</p>

<p>に行ける障害者に家事援助は必要？いろいろ見なおして下されば意味のない事がたくさんあるのではないのでしょうか。書類もただたくさん書いてあれば良いのでしょうか？必要な部分がわからない事がいっぱいあります。知らない人が見ても理解できるひらけた医療、福祉にしてほしいです。☆介護や医療の現場を知らない人達がどれだけ改定したって同じ事です。まず利用する側を体験してみても？1か月やってみれば良いのでは？ヘルパーとしても一度やってみて下さい。何が言いたいのかわかりますよ。</p>
<p>介護職員の給料はやはり安いです。介護保険の単価が上らないと支払う事が出来ません。医療介護は人間にとって必要なものです。人間の基本の費用は今回の見直しには是非考慮して欲しいと思います</p>
<p>重度訪問介護の報酬がまだ低いために、経営的に応答できない事業所が多いのではないかと。利用者は使いたくても受け入れる事業所が無く、市からの支援費も支給されるまで、何回も足を運び、許可後に更に時間増を依頼しても日数がかかり、介護の疲れと、交渉とで家族にとっては相当なエネルギーを消費している。また、自治体によりその時間数に幅があり、理不尽を覚える。</p>
<p>サービス提供責任者の業ムは重く、その評価や金額等の価値もないため、大変だ。がんばった結果会社の負担となる。良いケアや在宅ケアの継続のためには、介護保険のケアからしか入ってこない。収益を上げるかそれ以外の部分でも収益が上がる制度を検討してほしい</p>
<p>再三再四書きますが、ムダな帳票類をなくす事だけでも介護スタッフの労働をしやすくし、報酬といかなくても労働条件の改善となると思う。介護予防はいらないうです。・そして、この様なアンケートが多すぎます。・改善金の助成についても、ムダな作成が多い。そして、事業所も赤字経営が続くのはおかしいですよ。国は医師は評価が高く、民間の事業所は低いあつかいを受けている。医と介護従事者の取り組みは、チーム組織出来れば良いのではないのでしょうか。半公務員の社協が中心でなく、役所や県が中心でない民間が中心の組織が必要と思う。それには、医師が中心であるべきですが、そこには我々は医師の利益や医師の付属になる可能性あり。大変むずかしいです。弱者の我々介護従事者がもっと団結が必要である。在宅重視なら訪問介護に関して、手厚い報酬を願う。正社員スタッフは本当に大変な仕事です。これで24時間体制になったらスタッフ不足は将来めにみえています。</p>
<p>・ヘルパーの介護報酬の引き上げ。在宅ヘルパーにも、一部医療的ケア（講習会を受けるなど一定の条件下で）を担えることが可能となる仕組みをつくり、報酬のアップを図る。・特別養護老人ホームの重要性。介護施設の中でも、特養はもっともニーズの高い施設であるが、周知のように待機者が多く、かなり供給不足であるところから、経済的背景に関係なく、利用できるよう確保すべきである。・安心、安全なグループホームの確保。施設の防火等安全管理と、夜間の職員体制確保による国からの補助財源の支援。・医薬分業の見直し。体調が思わしくない人や年老いた人達にとって、以前のように病院内で薬材が支給できれば安心できる。</p>
<p>・介護報酬の上乗せが加算で行われるのでややこしい。純粋に訪問介護報酬を引きあげてもたいたい。（他の報酬に比し、訪問介護報酬が低すぎる。）しかし、利用料にはねかえるので悩ましいところ。・訪問介護の事業所加算は付けられるが現在は当事業所では付けていません。・居宅支援専門員の報酬を引き上げて欲しい。決められた様にケアをして行くには担当ケースを減らす必要があるがそれをする事と事業所収入が減り、結局訪問介護事業所に依存することになり、集中減算制度があるし、依頼したくない他事業所に依頼する事になってしまう。集中減算（特定事業所）制度はやめて下さい。・要支援者の訪問介護を止める方向の検討がされているがとんでもない事です。週に1回か2回ヘルパーが訪問する事で利用者が元気になり、生活にはりが出ます。重度化させないためにも軽度のうちに援助して行く事が欠かせません。私が担当している利用者（要支援1）は夫婦で死ぬ相談までしていた人が元気になり、半年で自分達で生活できるようになったので認定の更新をしなかった人がいます。困った事、すぐ支援してくれる人がいるというだけで安心し、身体状況も改善します。訪問介護を軽視していますが日常にかかわるヘルパーの存在は高齢者には大きな存在です。人は身体介護だけでは生きて行けません。きれいな所に住み、着、好みの食事をすることによるこびも見いだせるのではないのでしょうか。・ケアマネジャーもホームヘルパーも高齢者や社会に信頼されるようにレベルアップして行く必要があります。</p>
<p>軽率に病院へ行くので救急車を有料にすべき。</p>
<p>土、日、祝日の出勤及時間外出勤（夕方6時以降）の出勤については人員の確保に苦慮しているので大幅なる診療報酬の引上をお願いしたい。</p>
<p>介護関連制度について（介護福祉士資格）・国の施策では介護福祉士の増員を図り、介護の質も向上をめざし、又介護福祉士の保有事業所に対しての報酬が支給対象とし整備を行っているが、早期の資格取得者の増員は考えていないのだろうか。当事業所としても資格取得を図っているが、第一戦の現場で介護従事者には資格取得に向けての学習にきびしいものがある。質の向上は必要と思う。又第一戦の現場の介護従事者こそ取得することが実質的に思うが、取得するまでに一度失敗すれば翌年となり期間が長期に渡ってしまう。一方資格取得だけでは実銭に活用できているとはかぎらない。本来必要としている現場では長期化が、サービス提供に影響するものでもある。他分野の国家資格期間として（毎年2回）実施されているものもある試験回数に対し急務を思われる。介護福祉試験回数（毎年1回）は（毎年2回）へ改めてもらいたいものである。試験開催地としても、介護報酬も底水準で金銭的にもゆとりのない中で遠方への交通費、時間にかかりの負担があり、断念する者も少なくない。国の施行に従事する者への配慮が行われていない。ゆえに各県の関連機関への委託で受験者の管轄所在地で行ってほしいものである。又24年度実施の試験からは実務経験に加えて養成施設で6ヶ月以上の課程修了者を受験資格要件としてさらに要件をきびしく打ち出している。これでは介護現場で日中活動している受験者にとっては受験が遠ざかるものになってしまう。養成施設6ヶ月課程がこういった形能のものか現段階では予想がつかないが夜間体制では実施されないようにも思える。受皿施設の整備をどのように進めて行くのかそういった施設が定員オーバー締切で該当漏れで延滞者がでないように行ってもらいたいものだ。（養成施設6ヶ月課程修了者）要件は先送りにして現状段階で継続してもらいたい。何を基準に資格要件を変更してゆくのか施策が読めない点がある。学歴経験者優先でこれからの福祉を底上げして行く事も大事ではある</p>

<p>が、介護保険開始以来の現場実践介護支援員がこれからの福祉を支えて行くことも確かである。それにしても、現状では事業所内の資格整備にはもうしばらく期間が必要である猶予期間を調整してもらいたい。現況では学歴経験資格取得者は施設等に割合としては多く在宅介護では学歴経験資格取得者は持続できない点も考慮しておいてもらいたいものだ。</p>
<p>・介護について、理解してもらうことは、もちろん、介護制度についても、細かく、説明し、納得してもらうことが大事だと思います。また、現場で働く人の意見に、耳を傾け、情報収集することも、必要になってくるのではないのでしょうか。</p>
<p>①医療、介護従事者、事業体の質の向上②医療、介護従事者、事業体がお互いに歩み寄り、お互いを知ること③医療、介護従事者、事業体の連携がスムーズにとれるシステム作り④わかりやすい制度作り①相談窓口の一本化②手続きや書類の簡素化⑤改善されていること又は維持できていることに対する評価</p>
<p>在宅介護重視といっても限度があると思う。公の入所施設の増床も必要ではないか？</p>
<p>診療報酬、介護報酬が同時に改定されるという事は、サービスが使い辛くなり増々厳しくなってくると思う。医療などに関しても行き辛くなり我慢して病気が悪化したり、手遅れになったり…と良い事はないと思う。国民を守る義務を忘れてる様にも思える。将来私たちが利用する頃は…と思うと怖くなる</p>
<p>・重度者に対する介護・介護員を選ぶ利用者に対する介護（特定の人以外受入れない利用者）・褥瘡の処置を行う利用者・抵抗する（暴力的）利用者・医療的処置が必要な利用者 以上の項目が評価できる内容かと思われます</p>
<p>介護従事者の給料</p>
<p>・今後高齢者増の時代に入って行き、介護保険負担減で行えるか、国県市がどこまで補佐出来、ある程度の満足頂けるかそして終末期を迎える事が出来るか大きな課題です。・報酬の改良は末端の職員に特に変化なし</p>
<p>診療報酬、介護報酬がどのような形になるのかわかりませんが、個人的な考えとしては利用者に負担がかからない様にしたいです。いろいろな加算もありますが、訪問介護の特定加算で利用者負担があるのでそれもちよっと疑問を持っているところです。在宅での介護従業者としては、在宅で安心してくらしらせる様に連携をとってささえていきたいと思えます。</p>
<p>課題としては次のとおりである ①24時間体制にするための人員確保②利用者負担増しによる介護時間の削減③移動困難者に対する手厚い制度を。</p>
<p>1、介護制度 年々高齢者が増加すると思いますが訪問介護となる認定調査について一番の基本になりますが人間がすることとは言え正確な認定が出来ていない時がある。特に認知症等でおしゃべりはしっかり出来て行動や記憶がともなわない方の認定むずかしい？ 1、報酬 介護にたずさわる方々への報酬が低い 時間的に足りない程お仕事内容がいっぱい？</p>
<p>課題…重度訪問介護に対しての介護従業者の報酬が少なすぎる</p>
<p>課題 報酬をあげてもらおう。（生活ができる様に体制を整えてもらおう） 現状制度に求められる改良点・身体と生活の報酬の区別をなくす・人を支えるのにできないことが多すぎる・認定調査員や審査会で介護度決定が公平でない</p>
<p>訪問介護の小規模のところは生き残れるかどうか不安でなりません。仕事が減少（予防なくなると聞いています）、それでどれほど報酬が上がるのか。介護保険始まったときの理念はどこに行ってしまったのか。現在最低限のライフラインを確保するのが目的とはっきり言われています。同時に介護保険を使っている人が現実には少ないので、自己負担をもう少し上げてよいかと考えます。何でも国まかせでなく、自己責任ももっとあれば…</p>
<p>通院介助のケアの実態で、院内での対応についてのヘルパーの援助等の必要性、重要性の見直しや買物同行についてある程度の範囲までなら、交通機関を利用した買物も出来るようになる等、現利用者のニーズに合わせたケアが出来る制度になってもらいたい。中途半端な事しか出来ないのが現状ではないか。報酬改定がされても、又施設やごく一部のサービス区分の改定だけでは、介護の仕事をする人が減ってしまう一方である。ヘルパーの労働を評価するべきであると思われる。又、支援専門員への報酬も評価すべきである。1人に対して数十人の人のニーズなどをきめ細やかに対応ししんどい部分を一人で担っているのにもかかわらず報酬が低いと思われる。サービス提供責任者も同様であるが、まったく評価されず報酬では初回加算や緊急時加算など単発が多く、日頃の調整や、状態把握、その他の手続き等を行なっているにもかかわらず毎日の報酬が無い。新たに評価すべき項目であり報酬対象とも思える</p>
<p>介護保険制度の核は人間の命ですので医療界が母体となる体制で福祉・介護分野は専門性を高めて行くことがすべて人間の生の質をレベルアップされることですので職業としての専門性を上げるためにも、介護の従事者の雇用を選択し、報酬も高められるぐらいに専門性をあげるべきです。当事業所は病院が母体となり訪問在宅ケアとして居宅と訪問看護、訪問介護の事業所として理想的な連携をなしています。</p>
<p>軽度者の生活支援の制限は、すべきではない。軽度だからこそ、ヘルパーの支援によって在宅生活ができているのであり、それを制限することは、かえって重度の人が増えることにつながるように感じる。</p>
<p>介護保険が1割負担から2割に増えるとの事ですが、利用者は生活を切り詰めて生活しているのに、今は何もかも値上げが多く、生活難民が増えて、生活保護が多発しているように思える。ケアプラン料も発生するらしく、どうなっていくのか先が全く見えません。</p>
<p>居宅介護支援の場合、独居加算、認知症加算とか細かな加算が設定されています。それなりに手間がかかる利用者に対する支援を評価しようという意図は分かりますが、本人の状況、家族の支援の状況等様々で、加算のとれる状況も様々です。要件に合うケースもあれば、家族はいてもかえってめんどうで手間のかかるケースもあり、平等に評価されるとも思えません。この際、細かく不平等な加算をするより、一律に介護報酬を上げていただける方が、仕事のやりがいもあるように思います。現場では、お金がないために必要でも十分な介護を受けられない人が多くおられます。高額介護サービス費の自己負担限度額の引き下げを希望します。</p>
<p>・「介護サービスの情報の公表」は利用者（もしくは介護者）が利用しているようには思えないので廃止してほしい。）・また第三者評価、行政監査等、現場には様々な評価機関がしる。その度に資料作成等に手間がかかり、本来の業務に支障をきたす。もっとスリム化してほしい。・最近サービス利用者にクレームが目立ってきている。頑張っている事業者を守る機関も</p>

<p>考えてほしい。やり玉にあげられるのはいつも事業所ばかり。・最近介護認定審査が増加している（奈良市）。介護認定そのもののしくみをもっと検討してほしい。・居宅では1人のケアマネジャーが担当できる件数が決まっており、それを超えると減算となる。ケアマネ1人が1月に稼げる総収入にも限界があり、諸経費をひくと、経営は大変厳しい状況であり、ほとんどが人件費である。施設（特養）等のバックボーンがあれば何とか運営できるが、単体の居宅では経営は成り立たない。</p>
<p>訪問介護をしていつも家族さまが大変だと痛感しています。1. 訪問ヘルパーや訪問看護の組み合わせは限度内でおさめる様ケアマネジャーは頑張っています。介護度の高い利用者は高額になっています。2. 施設に入れば安く、家族の負担も軽くなります。3. 様々な事情で一人暮らしをされていますが、サービスを十分に受けようとお金がかかり、一度入院すると在宅は無理だと家族さまから相談を受けることがあります。4. 高齢者住宅、有料老人ホームなどの施設も年金が少ないと入ることが出来ません。5. 訪問ヘルパーも労働条件も事業所によって違います。・安心して介護、医療サービスが受けられる制度。・雇用条件の充実</p>
<p>・現状制度の改良点として、生活援助と身体介護を区別してのサービスはおかしい。・サービスの分け方を考える。</p>
<p>現行、国は医介の連携をうちだしてはいるものの、十分に連携がとれていない。円滑な連携を更にギムづけるべきである。当然事業所としては報酬制度を十分に組んでもらい、よりきめ細かいサービスの為活用すべきことを訴えます。</p>
<p>1. 現場の議論をもとに優先順位などを考えず、財源を軸に考えて制度改革をされているので、矛盾点も多く、現場では戸惑も多い。</p>
<p>限度額が以前のまま変更ないにもかかわらず、生活援助・身体介護等の単価が上がっており、介護が必要な人が充分サービスが利用できない。重度な人になればなる程、現状としては在宅介護が困難な状況になっている。特養は待機の人が膨大な状況であり、介護の人を抱えている家族・本人共に寄り添えないのが現実の状況である。</p>
<p>・介護福祉士やヘルパーができない医療行為があり、それが医師の指示のもと介護する方に看護師がやり方を教えてくれるものもあるが、支援できない部分もあるので改善して欲しい。・介護は思った以上に大変な仕事で、その為離職する人も多いので、賃金が高いと少なくなるのではないかと思います。</p>
<p>「報酬」の事のみうるさくさわがれていますが、「お金」、「営利だけの目的」の会社は辞めていただきたいと思います。「介護制度の見直し」は、確かに必要なものかもしれませんが、実際現場に必要な「介護」というものから、必要以上にかけはなれてはほしくないというのが本心です。ケアマネさんから「あれもダメ、これもダメ」と言われると、現実な話、ヘルパーが出来る範囲など狭く狭くなってきてしまいます。逆に「良いサービス」など出来なくなるのでは？と考えます。</p>
<p>診療報酬、介護報酬が改定になるのは良いと思うが、その負担が高齢者に行くのはいかがなものかと思う。</p>
<p>介護保険は、利用者の増加により大変きびしい現状である事を踏まえ、介護報酬の見直しが必要な事はよく理解出来ます。介護保険導入の頃はもっと在宅志向になって行くのかと思っていましたが、世の中の流れは施設介護へと向っています。在宅で生活する人、介護する人たちがもっと有利になるような、そして住みながら在宅で最後まで生活出来るような、そんな世の中になってほしいと思います。それにはあまりに訪問介護への利用の際の制約が多いように思います。施設入所者は所得段階の補助により施設に居ながら預金がぐんぐんと貯っていく現状があり、片方では制限されたサービスの中で不自由を感じながら生活してみえます。この違いはいったい何なのでしょう。施設入所者は年金額など収入に見合った費用負担（財産も含め）が必要だと思います。現状の状態で40歳からの介護保険料を引き下げる（年齢を）べきではないと思います。</p>
<p>現在の介護報酬では職員の給料を上げられない。もともとの水準が低いので、若者からみたら魅力のない職業で後人が育たないし、介護の質の底上げにもならない。介護度で単位が決まっているが、サービスをがんばっておこなうほど事業所としての収入が減る（介護区分変更で介護度に変更になれば）のはジレンマを感じる。制度を見直したほうが良いと思う。</p>
<p>介護事業が参入し家族が出来る事もお金を出せばしてもらえらると思っである。出来る部分もしてやる事業所が利用者にとって魅力的であり、出来ないと言ってもせざる得ない。</p>
<p>訪問介護事業所の提供責任者の業務内容はきちんと決まっていますが、報酬がない。初回加算のみである。計画書や予定作り、会議出席と多い。きちんと提供者1名につき月〇円とか利用者1名につき〇円とか評価して欲しい。身体介護1や生活援助2の単位が上がりましたが、全体が使える単位が上がらない為、使えるサービスが減ってしまいました。使える限度額を上げるよう検討して欲しい。</p>
<p>65才になると介護保険が優先される為、自立支援の方々は自己支払いが極めて高くなり、支援の制限が出るため、多くの方々は自立支援から介護保険へ移行が拒否される為、説明してもなかなか理解してくれないので移行理解まで時間がかかる。自立支援と介護保険の差をなくしてほしい。報酬も一限化して、在宅で自らしく生活出来るような報酬制度を希望したい。</p>
<p>訪問介護員。医療に関する知識、特に病気に対する知識等、勉強しなければならない。</p>
<p>本人の希望と家族の思いが違うため、両者が納得できる支援に結びつきにくい。</p>
<p>財源がないとの理由で今までのサービスをどんどんはずして行くような介護保険には反対。10年たち、この現状は制度がはじまった時にわかっていた事なのに生活援助は廃止。ケアマネジャーの利用者負担等24年度の改定では停ったが、その先の改正には実施するのではないかと物言えぬ弱者に自立しろとばかりに2階のはしごをはずされている。介護従事者とても妻子を養えない給料で従事しなければならない大変さ等、いつも利用者には笑顔で接して欲しい我々には、何とかしてもらいたい問題。24年からの地域包括ケアでは、医者、介護の連携が密になり、24時間巡回サービスでより良いケアが出来るのではないかと期待しているが、どれだけの事業所が参加できるかは問題。サービスの量、種類等、地方と都市部では大きな開きがある。もっと地域毎に権限を持った介護保険制度であって欲しい。</p>
<p>・介護と医療が連携を取ることが必要ではあると思いますが、実際介護現場から医療へ連携を取ろうとしても難しいことがあります。そのかわり医療から介護に対しては、一方的にカンファレンスなどの日時を決め、それに必ず出席すると言われる事があり、立場の違いを感じさせられます。・介護報酬については財源の事もありますが、もう少し増やしてもらえないかと思っています。・訪問介護では、要介護の利用者より要支援利用者の方の利用が多く、サービス提供している側から、本当に必</p>

<p>要なのかなと思う事もあります。無駄に介護サービス費が使われているようにも思います。</p>
<p>介護保険に関していうと、施設ばかりの政治的な発言力が強すぎ、在宅とくに訪問看護・訪問入浴・訪問介護などの不安定な事業があまりにもみすごされて、大変な思いをしてやっているような状況である。訪問看護・訪問入浴・訪問介護の事業が安定して続けられるような制度設計にしなければ、在宅生活を継続的に支援することは出来ないだろう。（基準のみなおし、本人負担1割という原則のみなおし、補助金の創設、重度者がキャンセルした場合のとりあつかい等、利用者も事業者も使いやすいシステムに変えなければならないと思う。） e x . 訪問入浴は本人からすれば高く感じられる等、限定的に自己負担はもっと低くて良い。</p>
<p>医療の部分は何とも言えないが、介護に関しては色々あると思う。援助の時間、生活保護の方の認め方、地域の方にお手伝い頂き連携をとる事。予防の方の援助の回数、低所得者の介護保険の使用方法、問題は様々である。どうしてもお金のある人は密度の高い介護を受け、低所得者には厳しい現状が見られると思う。年金共々、若い人が現状をささえる事もあるが、働いている時、将来に向けて介護費用が貯めていけるとよいと思う。せっかく今働いて、将来介護が必要となった時、ささえてくれる人がいない、では意味がない。財源方法から見直す必要があると思う。どうしても金銭がからんできません。老後はお金が必要です。在宅での介護で医療を含め24時間体制は難しいと思いますが、最後を家で、と思うと、もっとも在宅での男性スタッフが必要です。男性スタッフが生活できるくらい給料があれば良いが、低賃金では生活出来ない、給与の見直しも必要である。</p>
<p>国の緊縮財政の中で報酬に大きく期待はできないだろう。むしろ引き下げの方向にあるのではないか。そうなると、介護サービスの低下はまぬがれないのもまた事実だ。介護サービスの濃淡が介護度合いによって決定される事業体になって、介護報酬の行方は大きな関心事である。我々の事業所では、在宅三事業を実施しているが、その中で事業として大きな比重を占めるのがデイサービス事業。この中のプログラムの一つとして、療育音楽を週3回取り入れている。この療育音楽は認知症の抑制だけでなく、介護度を軽くする効果があることでも知られている科学的な療法である。ピアノのプロをお呼びし、大きな声で唄ったりタンバリンや鈴を持って演奏を楽しんだりするプログラムである。利用者は全員いきいきとした表情でこのプログラムに取り組んでいるのが何とも嬉しい。開業して2年余りですが、すでに利用者の中には要介護度が低減する高齢者も出てきた。一人は要介護2から自立へ、もう一方は要介護2から要支援2に、3人目は要介護1から要支援1といった具合だ。もちろんこの地域では我々の事業所だけで、このプログラムは具体化してなく、他の事業所からの視察も多いが、ネックは演奏者がなかなか身近にいないことだ。こうしてみると、いかにこの療育音楽がスーパープログラムの一つかが理解できるように思う。こうした要介護度の提言は利用者や事業体にとっては介護報酬の低減という現実が存在する。利用者にとっては自己負担が多くなり、事業体にとって収益が少なくなるため、何か制度上の矛盾も感じない訳でもない。成功報酬とはいわないまでも、要介護度が好転したケースに対しては、評価すべき新たな報酬制度を設けることを声を大にしていきたい。</p>
<p>ケアマネジャーの業務について11年になります。制度発足時から現在も事務処理しなければならない業務が多く、毎日1~2時間の残業をしております。利用者とは本気で向き合おうとしてもその時間もなく、目の前に山積みされた事務仕事を片づけている毎日です。何年か前に事務的業務の簡略化を提言してくれたはずなのに、どこに行ったのでしょうか。介護報酬を上げたいと思えば加算を取るしかなく、それを取るには事務的業務が増える。利用者に向き合うのは15分で、パソコンに向き合っている時間が4倍近くです。1人1人の利用者ときちんと向き合う時間が欲しいと思います。</p>
<p>医療が介護保険を理解し協力するようせざるを得ない体制をつくる。介護の自費サービスについてきちんと調査し、介護保険ですべき事、自費対応すべき内容をしめす。</p>
<p>・在宅介護中心の訪問介護員の体制強化 ・訪問介護の生活援助、身体介護の一本化、単価の見直し</p>
<p>従業員からの現場の声に耳を傾け、自分の親・兄弟を利用させたい事業所のサービスを考えれば、自ずと答えは出てくると思います。それに伴う介護料金や報酬は利用者が妥当と思える料金であれば不平はないと思います。</p>
<p>施設待機者が多く、在宅での生活をより安心出来る様なケアサービス提供が求められる。認知症または精神的な症状等により在宅だけの介護になっていて、家庭内で悩んでいる介護者の数は特に多いと予想される。そんな中でサービスの要となって来るとされる訪問介護であるが、報酬が低く、サービス内容にも制限がある為、事業所でも悩みとなっている。在宅介護の現状を踏まえ、早めの検討と改良を望む。</p>
<p>区分支給単位の見直しが必要と思われる（介4・5の単位をUPする等）</p>
<p>介護が必要になっている方に対して病院との連携や手厚い介護など医療、福祉面での充実が求められ、福祉力は介護力が心の癒しをプラスし行われ、見守り、社会参加する機会を適時行っている事が大切と思われます。</p>
<p>介護職員の賃金が低い事、処遇じゃう全交付金ではなし報酬事体を上げるべき</p>
<p>ケアマネジャーは介護保険の利用を減らす事も考えて欲しい。また不公平にならない様、介護保険が上がりぬ様利用者負担の割合を増やす事も必要だと思ふ。</p>
<p>家族・利用者さんのニーズは複雑で多様である為介護保険制度では満たしきれないニーズが沢山あります。利用者さんがもっと相談しやすい支援体制が必要と考えます。介護保険以外のインフォーマルサービス（社会資源）の利用を知らせて行き、安心した生活が出来て在宅で生活出来る制度を望みます。何より相談支援体制の重要性を考えます。また介護職員の資質向上と報酬面での充実がなければ今後制度は成り立って行かないと思います。私達介護職員も気を引き締めて日々努力が必要と考えます。</p>
<p>訪問介護員がALS療養者等に吸引をおこなう行為が試験的に実施されているようだが、決定されれば、研修を受けたとしても、介護員のスキル差が大きくでてくる行為だと考える。生命に関わる行為だけに、介護員の負担や不安は大きい。一連の行為ができる認定試験等を行い、認定者だけが出来る行為としたほうが利用者の安全面も保たれ、介護員の心身の負担減になる。高度な行為なので、介護報酬や介護時間も現行の身体介護等とは区分したほうが良いと考える。</p>
<p>今は身体介護に対しては、報酬が高く見られていますが、生活援助の方が全般的に体力も脳力も使っていると思います。生活</p>

<p>援助の方の報酬の見直しを期待しております。</p>
<p>ホームヘルパーにしても、個々の能力に差があり、均等なサービス提供が行われているとは言えないかもしれません。事業所全体でのレベルアップを図り、専門職としての能力向上を図りたい。ヘルパー不足の原因の1つは移動時間の問題があると思います。移動時間を十分に給与に反映させるには、今の報酬では厳しいです。サービス内容も、家族の状況を考慮した上での要・不要の判断が必要だと思います。独り暮らし、近くに身内がいない方だと、現在の訪問介護の範囲では、足りない面があると思います。一方、家族がいるのになぜ…？という場合もあります。</p>
<p>現状の介護の現場と、このようなICFに基づくシステムとのかけはなれた内容にとまどう。本人の意志決定による、とかいろいろいわれているが、入所に入っていくやすい家族の行動に、どちらに気持ちを向けて信念をもてばいいのが現場のスタッフが一番ゆらぐ。一日一日来てくださった利用者様に、訪問に入った利用者様にその一日、その時間が喜んで頂ければと思う。</p>
<p>・急性期に脳血管疾患発症し治療しても嚥下ならびに意識障害あるばあいには、“胃瘻にしない、ターミナル連携加算”を設けて、本人家族が望むならばいたずらな延命介護、医療を支援する仕組づくりが求められる。</p>
<p>本当にサービスが必要な方に、必要なサービスを行なえることにより、安心した在宅生活が続けられると思います。又、重度訪問介護について無料の方がいたり、利用料が掛かる方がいたり様々ですが、料金は小額でもよいので全てにおいて徴収すべきだと思います。利用料が発生しない方は何かと過剰なサービスを望まれることが多い傾向にあります。逆に利用料が発生する方はサービスが必要でもお金が掛かるからと援助を拒否するケースがあり、現場で働く者にとってやりきれない思いがあることも事実です。</p>
<p>昨今のニュースや新聞紙上においては福祉や介護に係わる喜ばしい事は少なく、非常に厳しい現実が突きつけられている。しかし、いかに高齢社会になろうとも将来をささえる、確固たる基盤を示さなければ介護関連の業種はますます衰退していくと思う。介護にかかわる人々の生活が安定出来るような制度を作らなければ人材は集まらないと思う。消費税にも手はつけなければいけない時だと思う。介護保険制度においては生活援助の部分を縮小とする動きが見られるが高齢者が元気で在宅生活をすぞすには絶対不可欠なサービスであるので熟慮すべきだと考える。一番重要なのはいい職場条件を作って多くの人々が介護の仕事をしたと思うようにならなければ、よい人材は集まらない。逆に言えば少々我慢してでも雇用しなければならぬ、すなわち、しわよせは、利用者にふりかかるとなると思う。</p>
<p>ヘルパーの人員確保、人材育成 処遇改善が必要である</p>
<p>・顔をみるだけ、手をにぎるだけでも医師の往診は評価されるべき 必要のない投与や過剰な検査は本人に苦痛を与えるだけで保険のムダ使い 本人の生命力のみで在宅で最期をむかえるためには“何もしない”みとりができる医療が必要 今のところとりくむには制度上問題がある ・余命のはっきりしている病気の人は対応できるが、高令による寿命には対応できないところでの介護従事者のレベルアップが必要</p>
<p>在宅での自立した生活が求められる中、利用者様の意識が低く、自分でできるようになる為のヘルパーさんではなく、何でも、してもらう為のヘルパーさんという認識が強いので、もう少し介護制度を理解してもらう必要があります。ヘルパーはお手伝いさんではありません。介護報酬が低く、訪問介護事業所では、ヘルパーをする人も少なくして事業所を継続していけるかも不安です。ヘルパーの数が少なくて、供給があっても受けられないのが現状です。</p>
<p>・いくら施設を増やしても、それに関わる人材がなければ一番に関わりを持つのは介護現場の人達であり、人材の育成と確保が憂慮されるべきであると思う。・医療現場の縮小から施設での看取り等、重度の利用者が増え、現場の劣悪な環境は人材不足によるものであるように思われる。・利用者に余裕を持って介護、接したいが、書類作成等で時間が取られる。実情を把握できるのは、書類だけであると思うが、手厚い介護をしようとすればするほど時間が足りなくなり矛盾があるように思われる。</p>
<p>改定により、利用者やその家族に負担を強いることになってはならないと思う。在宅介護をしやすい制度にしていくことが必要ではないか。利用者自身がサービスを選び、自分らしく在宅で過ごしていけるよう、また、家族に過度な負担がかからないよう、包括的な介護サービスが提供できるようになれば良いと思う。</p>
<p>高齢者に対する負担が大きくなると益々生活全体がしにくくなっていく。しかし、生活保護を受けている方で、不用な通院、在宅介護を受けている人もいるのは確かだと思う。必要な介護をする事は重要だが、計画の見直しや、自立に向けての支援を行っていくことが大切だと思う。介護従事者にとって、辞めにくい労働条件や賃金アップの見直しをお願いしたい。</p>
<p>特に思いつきません。</p>
<p>訪問介護員の募集をしても施設系への応募はあってもヘルパーは、ほとんどない状態であり、財政的にこれ以上介護報酬単価の底上げは困難と思われるが現場は必死で在宅の利用者対応に追われている状況である 重度者の限度額を上げることを検討して欲しい</p>
<p>介護職員改善助成金が出るので目いっぱい給料を支給しているが期間終了後はどうなるか心配。生活援助で訪問サービスをしていても身体介護が必要な事が多く、その部分は評価されず、サービスになっている。時間が足りないので、何かあったらどうしようと思う。報酬は上げるべきだけど、算定評価、特別加算等も解かりにくい。特別加算なくとも同じ仕事で、大きな会社では満たされるけれど少人数の会社では、かなり無理、大きな所だけ生き残りそうである。</p>
<p>訪問介護では24時間対応のヘルパーを確保して夜間（深夜）も訪問し在宅での介護を楽にしていける為に考えていかなければならないと思います。又、介護度によってサービスに限りがある為困っている独居の方もいるので一人暮らしの方は何か調査時にでも勘案してもらい安心して在宅サービスを利用できるようにしてほしい。</p>
<p>・介告の現場ではどこも賃金に不満を言う人ばかりです。人の命を預かる仕事の大変さ、大切さは、医師やナースと同じです。もっと改善して欲しいです。処遇改善交付金も、手続きが大変ですしいつまでもわかりません。継続できる何かがどこにもありません。・事業体としては、職員のスキルアップや多種多様な人材確保も必要だと思います。派遣ではなく、支援サービスとしてとらえて行ける事業体でありたいです。</p>
<p>医療従事者は医療保険、介護従事者は介護保険には詳しいのですが、その逆は理解していないのが現状です。例えば、主治医</p>

<p>が患者に対して一人での通院は無理だからヘルパーさんに付いて来て貰いなさいと言います。患者にしてみれば先生がそう言ったのでお願いします。（出来るでしょう）と言われるのが介護保険ではヘルパー同行での受診には色々な制約があります。患者や主治医が望んでいる事は院内介助ですが院内に於いては看護師や病院職員が対応する事とされているため院内介助での算定は難しく、受診までの待ち時間や検査にかかった時間は派遣時間としては認められていません。認知症の方は、主治医の話す内容の理解は難しく、また日常生活の様子を伝える事も出来ない為、同行したヘルパーが伝える事もあり、家族に対しては受診結果を伝える義務と責任があるのに受診時間も算定されないのでは事業所としては全くの赤字となります。ヘルパーが同行した場合、算定外の時間であっても利用者から離れている訳にはいかず（検査の時以外）単なる待ち時間であっても援助しています。この様な点についても考慮して頂き改定される事を望みます。</p>
<p>①自立を妨げるような過剰な介護は必要ないが、要支援者を、介護保険からはずすような方向は、むしろ、要介護者を増やす結果になる。きちんとしたいと思っても高齢化するほどむずかしくなるため、ほんの少しの援助、訪ねて一緒にやることで、生活を保っている人が多いのに、最低限の質的な生活を奮う結果につながる。町内会、ボランティアは、仕事ではないため、よほどでなければ継続していけない。②国保税が高くて払えない→健康保険証がもらえない→重症化してやっと病院へ手のほどこしようがない、という悪循環になっている。国の都合で毎年福祉予算を削るやり方を改めなければ、医療も福祉関係もなりたたない。③介護・看護従事者が少なければ、常勤・主任などが補うことになり、大変になってやめるケースが多い。するとまた1部にしわ寄せ…。従事者は定着しないという悪循環になる。抜本的な制度改革が必要。④現在介護の主任は、一般ヘルパーと同業。主任職は、上記のようなカバーをしながら、契約、計画、アセスメントなど、多忙である。ここは評価してほしい。⑤要支援者も、要介護と同様の報酬評価にしてほしい。交付金の請求をしなくても、報酬上できちんと評価してほしい。</p>
<p>より良い介護を目指していますが、ヘルパーさんの賃金がなかなか上げてあげられません。在宅で自分らしく生きていくためのお手伝いをしてほしいという訪問介護ですが、ヘルパーを育て、より良い介護を目指すには、ヘルパーの仕事に夢がなければいけないように思います。若い人にも「生まれて死ね」命を大切にしながら（自分も、他人も）介護は利用する方の人生の歴史に入って仕事をさせていただくのだから、心からやさしい気持ちで、介護に努めていけるよう、職員一同研鑽して行きたいです。</p>
<p>賃金が安く、新しい人員が集まらない。</p>
<p>人材が不足しています。募集に係る経費効率が悪く、1人のヘルパーを確保するのに4～5万円はかかります。ヘルパーの仕事は収入のわりには、厳しいとのイメージもあるようです。事務負担を極力減らせるような仕組み、ヘルパー管理、シフト表、帳票書等、時にサービス提供責任者の負担が大きくなっています。（利用者への対応への時間をもっと確保したいため）夜間対応型訪問介護の体制が必要になってきています。それには、人数不足があり出来ない状況です。</p>
<p>施設型の介護の考え方ではなく、自宅で介護をしていく事でのメリットや負担（家族）が少なくしないと、安意な施設や病院への送りは少なくなりません。御利用者本人は、どんなに自宅での生活を望んでも、施設等の方が、家族にとって楽なものでしかありませんし、ケアマネ自身も、その様に持っていかせてしまうという悪い今までの流れを考えなおし、御本人主体のプランとして動かさなければ、利用者自身がイキイキしてくるのではないのでしょうか。介護報酬ですが、あまりに訪問介護について、大ざっぱな報酬の気がします。1対1での負担の大きい仕事をしながら、もっと改善をお願いしたいです。ただし、自宅で介護するにあたり、自己負担が多くなるとは家族もやはり自宅介護は無理となります。◎自宅で介護にメリット、全額的な助成、現物的な支援も必要ではないのでしょうか。いつでも私たち訪問介護はスキルUPをし、利用者様が自宅でイキイキらせることを目標に努力して行きますのでよろしくをお願いします。</p>
<p>仕事の質、キャリアパス制度の導入等</p>
<p>主に高齢者の方が利用される介護保険においては、ケアマネジャーがコーディネーターとなり利用者の方に種々のサービス利用選択の機会があるが、その一方で自立支援利用者の方においてはネットワーク作りやそこからの情報入手、プラン立案から実行への展開など一連の事柄を自ら行わなければならないケースが多い。つまり、利用できるサービスに差が出てしまう傾向にあります。このようなことを避ける為の予算確保を含めたサービス提供体制の整備が必要と思われます。</p>
<p>弱い立場、現場の職員にしわ寄せが来ることをないようにしてほしい。</p>
<p>今の所、特にわかりませんが、報酬が上らなくて実際に現場で働く方の意欲も向上しないと思います。</p>
<p>認知のある方、日中独居の方に対して短時間の訪問ではまかないきれない事が多い。⇒家族の介護負担も含めての介護保険のはずだが、考えさせられる事が多い。・誰かが自宅にいてくれれば安心して仕事が出来ることが長時間のケア（見守りはダメ）介護保険でなく自費でとなるとかなりの金額になってしまう。⇒パートで仕事している主婦には厳しい金額となる。必然的に仕事をやめ、自分で介護するしかない。家族の介護負担の軽減にはならず、追いつめる形となっているような気がする。・普段は家族が見ているが、たまには息抜きしたい。デイサービスにでも行ってくれれば良いが、自宅が良いという。（軽度の場合）受け入れてくれる所が無い。（重度の場合）気功、胃ろう等そんな時こそ介護保険を使わせてやるべきではないか？と思う。・ヘルパーほど給料の安定しない職業はないと思う。事業所側も利用者が減った時にすぐに仕事を回せる訳でもないで厳しい状況。どんなにがんばっても、1人が1日に動ける量は決まっているので、限度がある。何かを作ったくさんうる、というような訳にはいかない事をわかっていただきたい。</p>
<p>・ヘルパーの介護報酬を上げてもらいたい。・病院通院するとき、自費ですが、もう少し介護保険でできるようにしてほしい。（お客様の負担が大きい）・医療機関の受診（待っている）時間が長い。</p>
<p>介護保険になってからヘルパーのサービスが減っていくばかりでヘルパー2級以上介護福祉士を16人そろえていても、事業所の運営が厳しく人件費を払っていけないような状況に向かっています。原因は、介護を必要としても予防で認定が出ると何回利用しても1ヶ月定額の報酬で、ヘルパー週3回1.5で派遣したら、予防Ⅲで4010点でとても少ないです。そして自立に向けてと言って、介護の人が元気になって予防になったら事業所としては報酬がマイナスでがっかりします。しかし、</p>

<p>ヘルパーは自分の頑張りでその人が元気になったらとても嬉しい事で利用者と一緒に喜べる訳ですからその時は事業所にポイントのように報酬を上げるべきです。とても矛盾点が多いです。ヘルパーでターミナルケアに入ったら医療と連携したり、本当に個々のヘルパーに連絡が必要です。「もう水も飲めなくなった」とか介護者にヘルパーが支えて処置をしてもらったり（訪問看護頼まなかった場合）本当に時間もかかり、ヘルパーの心理的負担や家族を支える力がいらいます。その時にはターミナルの報酬として事業所に報酬があれば、家族も本人も在宅で安心して死を迎えることができます。ヘルパーは、長く利用していた方が亡くなるとサービスが全て空いてしまい、調整も必要です。新規がすぐ来るわけではなく、どうやってヘルパーに給料を払っていかうかと悩んでしまいます。せっかくヘルパーになっても施設のようにずっと仕事がある訳でなく、特にパートヘルパーは、とびとびのサービス月いくら働けるか不安になります。安定して働けると分かれば介護する人も増えます。ヘルパーの単価を上げてもらいたいのと、介護する人に手当をつけたらもっと利用者が安心できると思います。</p>
<p>高齢者が増える現在、医療を必要とする人が増加して行く。その中で医療を十分に受けられない、受けにくい人もいます。やはり金銭面です。子供手当など一時の事に力を入れるよりも高齢者が最期をピンピンコロリを迎えられるシステム作りを考えてもらいたい。又、介護報酬の加算を考えたら、どこから出る金銭かと言う事です。結局利用者が負担している事で、国市町村から出ている訳ではないのが問題です。各事業所もスキルアップや評価を重んじて勉強しても利用者から頂く事は出来ません。今迄は週に3回受けられたサービスが事業所加算をする事で、週に2回しか受けられなくなるのです。訪問調査にしても担当ケアマネが更新で行うのであれば、担当となった時からの対比が出来るが市の職員であったり、他事業所からのケアマネでは現時点しか見えないと思う。なのに評価をするなんて無理だと思う。更新時の調査の仕方システムを考えて貰いたい。高専賃でのサービスの取り方や取り込みサービスを考えてほしい人らしく生きているのか扱って貰っているのか疑問ではなく現行を知っているだけに国市町村の対応が疑問に思う。認知者を虫に例えたり、オムツ交換を拒否しオムツ内でする事を強要する等考えられない事が起きている。高い金額を払い、預ける家族を無視した対応をなんとか出来ないのかと胸を痛めます。私は母をそういう所には預けず、自宅でターミナルをと考えています。</p>
<p>・通院や院内でのフォローのしかたなど、医療と介護に区分けする事で、結果、利用者の理解を得られないケースがみられる。 ・医療行為でも、一番身近なヘルパーが出来なかつたりするケースが多く、在宅での生活をバックアップする範囲がせまくなっていく気がします。 ・認知症での在宅生活を支援する枠組みを別にもうける必要性があると強く感じます。</p>
<p>事業所が継続して行けるように人員、経営の安定のフォローを是非お願いしたい。良いサービスの提供に努めれば努める程、事業所が苦しくなっている。</p>
<p>家族の介護に対して報酬を出す事を検討してもらいたいです。在宅死を迎える場合や、障害者の介護等、家族が大きな負担を感じながら介護されているケースや全く専門職まかせといった感じでおられる方それぞれです。介護を家族に無理強いするのではなく、少しでもその労に報いてほしいと考えています。家族関係が一段と希薄になって来ています。施設介護を否定するつもりはありませんが、在宅介護はしんどいかも知れないけれど、学ぶ事がたくさんあると思っています。</p>
<p>現在勉強中です</p>
<p>「生きる事全体を支える」という考え方の前に、介護と医療とがすごく離れていると感じる。障害の有無や、年齢に関わらず、医療→福祉の見方がずぐかたよっていて、福祉サイドからすると、とても肩身がせまいと感じてしまう。線を引くのではなく、できることをできる人が・・・全てでなくても、できる範囲で大きく支える・・・という視点を多くの人達で共有できればと思う。まずは自分の会社の職員の考え方を変えていく為に・・・色々考えなければなりません。</p>
<p>単価を上げる→給与を上げる→離職率が下がる→現場を実際に見てから考える。机上だけでは絶対にうまくいかない。医療との連携を図る→在宅で過ごせるヘルパーの地位をあげる。</p>
<p>介護の質と量の向上</p>
<p>平成21年12月より処遇改善交付金制度に申し込み、給与改善に取り組んでおりますが、これが終了しますとその改善した内容が夢と消えるようでは非常にむなしい施策だと思います。取り組んでいる事業所もピンからキリまでいろいろな会社があります。国が見直しをされるのは非常にありがたいことですが、ヘルパーに直接給与されるような雇用給付金は一人当たり支給金のようなものでもできれば如何。制度上の問題点は我々が議論にもはじまりません。国としてこの福祉施策をどの方向へ進ませるか、赤字国債に頼っても決めるべきだと思います。チョロチョロと改正するのはあまり意味がないし、一方で上げ他方で下げて調整するような見直しだけはやめて欲しいし、改正に対する対応も手間がかかります。</p>
<p>訪問介護の事で言わせて頂きたい事は介護報酬の見直しです。訪問介護員は不足しています。やっと人材が集まったと思っても月の収入が少なく生活できない等の理由で離れていきます。技術的人柄的に良い人が給料の問題で離れていくので残念です。訪NSにあるターミナル加算をヘルパーにも導入してほしい。ターミナル利用者に関わる場合は何百倍もの情報のやりとりや、精神的な面でも重労働となっているので。人相手のサービスなので、書類上にかかれた項目以外のサービスも求められなければ生活に支障がくる場合が現場では多々ある。臨機応変な対応ができる記録等を含めた制度上の緩和を願う。ケアマネ次第で良いも悪いもその利用者の人生が変わる。ケアマネの問題として教育など。</p>
<p>・医療の進歩によって助けられる命が増えているこの時代、様々な障害をもった人々が自立の支援を受けるようになってきました。その障害に合わせた介護する側のスキルアップが出来るような研修制度等があると良いと思います。 ・介護の現場でも、虐待やネグレクトが年々多く見られるようになって来ました。その原因のひとつはやはり貧困にあると思います。経済的に弱い立場の人でも安心して介護サービスが受けられるような介護保険制度になってほしいと思います。 ・地域で訪問診療していただける先生がより多くなってもらいたいと思います。</p>
<p>・利用者負担を十分に取るべきである（ケアプラン料等） ・報酬を見合った形で上げるべきである。</p>
<p>処遇改善手当が支給されてますがなかなか、介護職員の処遇を大きく改善するには至っていないのが現状です。特に障害福祉の介護報酬は、単価が低く介護保険なみの時給になるよう、事務所が負担している状況です。身体障がい者の方も、介護保険の利用者なみにいろいろな制度や事業所が選べるような相談できるケアマネジャーが必要です。自立支援という名のも</p>

<p>とに、本人が（少ない情報の中で）苦勞されているように感じます。</p>
<p>現在の要支援の方は一律に報酬額が決まっていますが、その中で一回の活動時間（ヘルパー）が1時間の方、1時間30分の方、入浴介助のある方などまちまちです。報酬額が決められていて、内容がバラバラなのはおかしいと思います。ヘルパーセッションによっては入浴介助が、あり、活動時間が1時間30分になる利用者のところはできないと言われるところもあり、要支援と要介護の利用者の方でしている仕事は同じなのにヘルパーの支給額が違っているところがあります。要支援の報酬額の見直しはぜひ必要であると思います。要支援②の方と要介護①の方との違いはわからない程なのだと思いますが、方や身体という報酬があり、方や同じような状況でありながら身体という名目がないことに疑問を感じます。</p>
<p>・個々の利用状況が違うため、保険で出来る事出来ない事を、きちんと利解して頂いてからの、サービス利用見直しをして頂きたい。又、介護報酬が、下がると、ヘルパー不足が、また、深刻なため事業所が、少なくなる事が心配になります。</p>
<p>・介護を担う人材不足。介護の現場をより魅力あるものとするための処遇の改善や人材確保策を積極的に講じていく必要があると思います。介護職員の処遇改善交付金については、処遇改善の実態を検証しつつ、平成24年度以降も継続してほしいです。・私達サービス提供責任者の業務として運営基準に明記されていない業務が多いです。多忙さゆえに時間を割けない現状にあります。これにより、管理が作業管理に留まり、サービスの質を高めるための本来業務に専念しにくくなっています。制度の改善等をお願いしたいです。</p>
<p>・在宅介護が中心のケアになりつつあるように思いますが、訪問介護員も、いつまでも非常勤扱いでは、人材不足となり、サービスニーズはあっても、提供出来なくなる事も考えられます。処偶改善は大切ですし、私達も取り組んでいるところです。介護報酬の改定と、処偶改善は共にタックを組まなければ、解決が困難だと思います。2012.4月の改定に期待致します。・ケアの24H、365日の提供の人材確保が困難に必要なサービスなので、充実と継続を考えていきたい。・地域包括ケアシステムの構築で、ご利用の在宅の確保は出来るのでしょうか。もっと地域力をつけるシステムを考えてほしい。</p>
<p>介護の現場では、必要な人材の確保、教育の充実が急務だと思います。利益主義ではなく、本人の生活の質の評価を報酬に反映出来たらと考えます。</p>
<p>1. 24時間365日の間断ないサービス提供ができる体制づくりが必要2. 配食サービスの食数を増やす（公費負担ありで）3. 買い物難民への支援。4. 送迎途中の買い物等の支援ができるようにする。5. 医療依存度の高い方の緊急受入先の確保。</p>
<p>当事業所はケアハウスに併設の訪問介護事業所です。従いまして本当に軽度の利用者様が対象となりサービス自体も生活援助（掃除、洗濯）がほとんどです。唯身体介護となると入浴の見守り程度です。今回アンケートについてはよくわかりませんでした。申し訳ありません。介護の現場で働くものとしていつも思うのが不平等だと思うことです。必要な人に必要なサービスが受けられるともっともっと人として穏やかに暮らせるのにはと思います。またその反面なんでも介護保険でサービスを求めてもいけないとも思います。もう一つは各市町村介護認定があまりにも温度差がありすぎると思います。</p>
<p>今感じている医療問題をひとつとり上げます。私の住んでいる地域は尼崎の南部に位置し、尼崎で一番の商店街がある商業地域、物価が安いことでも知られています。また、大阪、神戸への交通が至便、平地であることから自転車や車イス自乗の方もおられ、住宅は密集しています。そして基幹病院やクリニック、在宅医も充実しています。つまり独居高齢者や障害者にとっても生活しやすい「買い物と移動と医療」に便利なところです。そんなことから最近高齢者専用賃貸住宅が多く実在し、その多くが医療機関と連携しており、入居者は同時にこの医療機関とも契約して2週間に一度は往診を受けるシステムとなっています。生活保護受給者、認知症患者には問題が発生しないのでしょうか。年金で生活している方にとっては、ここに不満を持つ方が少なくありません。どうして受けたくもない医療サービスを定期的に受け、過剰に薬を処方され、後で高い医療費を請求されなければいけないのか、というのです。私達が一般に医療サービスを受ける時、医者との相性や看護師の対応、規模などにより、それに適した医療機関を自由に選択する権利があるかと思っています。独居高齢者や障害者が多い中、誰も声をあげなければいつまでも治療の対象となり、ここに権利侵害、権利擁護の問題が発生しているように思います。このような医者のモラルハザードを防ぐにあたって、私はこのような施設にも社会福祉士の必置、そして、本当にその方に適切な医療が受けられる体制を整えることが、ひいては医療費の削減、そして本当に質の良い医療を受けられるようになるのではないかと感じております。</p>
<p>本来介護保険は在宅で過ごせることをサポートすべく作られたものである。それでもやはり在宅より施設だよりになりがちな状態である。施設オンリーになることは仕方ないと思うもののやはり本来ひとりひとり自分の家で自分らしく生活していきたいと思っている。在宅で過ごせる様にするための事業（通所、ヘルパー、訪看、ショートなど）を重視すべきと考える。</p>
<p>通院時に病院内の介護は出来ない点は改善するべきであると考えています。医療と介護の線引きは必要な事であると思いますが、本人が本当に必要としているサービスを制度上の問題で受ける事が出来ないとなると、自立した生活を維持していけないのではないかと考えます。また、在宅で生活される方が今後増加するかと思いますが、訪問介護や、訪問入浴において出来る事を増やせないかと思えます。現状の介護報酬ではそれに見合うサービスが出来ない恐れもある為、出来る事が増えた場合、介護報酬の増加となってしまうかもしれませんが、ご家族の介護負担の軽減につながる事ではないかと思えます。また老々介護の世帯の増加によって、利用料金を支払う事によって普段の生活が圧迫されてしまうケースも見受けられます。世帯ごとの収入に合わせて負担割合を変動するなどの取り組みが必要かと思えます。財源の問題等あるかと思えますが、ますます高齢者が増加していく中、利用料金の滞納等の問題がより多くなると考えられます。介護保険制度を利用する人に合わせた制度改正が必要ではないでしょうか。</p>
<p>・報酬制度上については、短時間訪問の単価を上げることを検討してほしい。・医行為についての制度上の明確化。・医師の往診体制の強化と訪問看護のサービス体制の充実。・介護従事者への医行為の研修を充実させる。</p>
<p>・事務手段や書類などの保管や量の多さ・医行為について</p>
<p>現在の医療・介護のそれぞれの報酬や制度は、改定のたびにどこかに、ひずみがでてくるものとみえています。例えば、医療介護いずれにしても自己負担金の割合や、中身の問題、更には、それらに取組む労働者、雇用面など……。気付きとして</p>

<p>下記にあげてみたいと思います。 障害者自立支援・・・先の項目であげられたようにサービス利用者を必要とする方が障害を持ちながら生きるための「理念+説明+支援」のよりどころを、作った方がよい。障害者自立支援にも、ケアマネジャーをおいた方がよい。移動支援サービスが、地域生活支援事業の一環として市の独自のサービスであります。このサービスも障害者自立支援のサービスと一緒に出来ないか。目的に応じて、サービスが使える、使えないの判別があるので不便である。介護保険・・・ケアマネの介護報酬をもっと引き上げてもらい、利用者負担も（一割）作ってみたりできないか？介護保険料として、40歳以上の方は、支払う義務があるが、30歳以上にして、財政をおぎなってみてはどうか？利用者本位で考えた時、どうしても、介護保険のみでおぎなえないところがあり、なおかつ、社会資源の活用をしても、物足りない場合があります。ケアマネジャーの手腕次第といわれたら、それまでだけど、よりよいサービスを提供させるため、居宅介護支援事業所の人員に関する基準において、ケアマネジャー補佐的な人材をおくようにしてみてもどうか！？</p>
<p>受診時の対応の全時間介護報酬に算定</p>
<p>・訪問介護事業所の報酬の見直しに関し本人負担の増では報酬の改正とはならないと思われます。 ・ケアプランの内容にばらつきがあり、事業所に負担が大きい。認知症の方への認知症対応加算は、訪問介護事業所へも必要。但し、自己負担の増額では、事業所の請求に、難しい点もあると思われます 独居加算も同じく、必要と思われます。</p>
<p>重度な利用者には数回（長ければ数ヶ月）におよぶ研修が必要。また、困難なケースに向かうヘルパーの心理面のケアにも労力がぼう大にかかる、人を安定させ、生活を安定させ、サービスの質を高めるために、必要不可欠な労力であるので、そこに対する報酬を考慮してもらいたい。</p>
<p>・重度の要介護者に対して、介護保険での対応が、充分できない（在宅で）。要介護5以上が必要である。 ・重度の要介護者への対応も重要であるが、現在の要支援者に対しても対応もおろそかにしてはならない。現在の予防制度は利用者に全く受け入れられていない。定額制度は、理解されない。 ・生活援助は絶対に必要な援助であり、介護保険から切り離すことは、利用者が、介護保険制度に不信感をもつことになる。 ・生活援助と身体介護を組み合わせた複合型が、必要である。</p>
<p>当事業所の人員の体制は正職員3名のうち施設ワーカー出身者が2名、常勤パート1名、夫の扶養を抜けているパート1名、70代のパート2名、残りの12名は夫の扶養の範囲内（年間103万円）で働くパート職員である。介護のプロとして重度の利用者に対し、適切な判断を下し、介助する技術を持っているのはわずか3名で、手順を教えてもらって同様の介助ができるものが2名、計5名で身体介護中心の利用者を担当している。ヘルパー全員の技術向上を目指してはいるが週2～3回の出勤で年間の収入103万円になってしまうことと、家庭と両立させたいという意向の強いパートヘルパーには、技術の向上やスキルアップに対する意欲はない。では正職員を増やし、レベルアップを図るとすると人件費が増加して赤字決算となり経営を維持することはできない。今だに、ヘルパーの仕事は家事をすることのように一般的に思われているようだが、実際には非常に短時間で家事援助、身体介護、相談援助を適切におこなうことが求められている。また最近では、利用者本人だけではなく介護者である独身の娘、息子や高齢の配偶者が精神疾患や認知症を病んでいるケースも多くなり、大変に困難なケースが増大している。より専門的な知識と高度な技術が必要になってきているのにヘルパーのほとんどは家庭の主婦のパート勤めに頼っているという事実にも困り果てている。サラリーマンの妻の扶養控除を無くし、義務教育の子がいなくなった家庭の妻は特別な事情以外、みな常勤で働き税金を収め、社会人として責任を持って仕事をするようにして欲しい。また、今後増加する高齢者を社会で支えようとするならば、資産のある人はそれに応じて、税金を収めてもらい、介護料、医療費も現役と同じように払ってもらった方がよい。加齢による老化現象を治療の対象となる病気に入れられないこと、生活習慣病の治療費の負担割合を上げること、等、思い切っておこなって欲しい。</p>
<p>・レスパイト入院の受入れ先の病院はあるがなかなか取りづらい</p>
<p>介護保険は在宅でとのH12年施行時の理念は失われ、病院、施設のビジネス化されたサービスに対しての給付が重視されている。給付制限されるべきは、高齢者に対する過剰なまでの本人の意思を無視した医療であり、生きる屍と化した人体を養護する為だけにある、施設サービスに対する給付である！！生活の質、人間としての尊厳を主張するICFの考え方を追求し、制度の持続性を可能にしたいならば、生命に対し、意欲を持つものに対し、支援を強化するべきである。居宅ケアマネジメントの責任を追求するならば、施設ケアマネジメントにおいては、さらに質の低下を問うべきものではないかと思う。特に有料老人ホームのあり方、特別養護老人ホームの利用者負担給付額のあり方を問い直せば、おのずと在宅支援のあり方、家族のあり方が、みえてくるはずと思われる。在宅サービスに対して、過剰給付を何の裏付けを持って（今は、介護度の重度化がその裏付けとなっているようですが）給付制限抑制を唱えているのか、全く視点がずれており、ナンセンス。在宅サービス抑制推進論者が、マヒした体をおもちで、家で自炊をしてみれば、それを支える家族の立場になってみれば、生活支援の重要さが理解できるのではないのでしょうか。身体も心のバランスも悪くなって、重度化していくのは、人間の運命であり、自然のなりゆき、下降時を水際ととらえ、給付を制限とすれば、ますます下降していくのもですよ。人間はそう強くない。困ったときにすくってあげられる制度にして欲しい。</p>
<p>訪問介護の算定が、30分刻みではなく、10分or15分等の間隔で行えれば、違ったプランの作成を行えるかと思えます。</p>
<p>介護業界は以前低賃金でサービス残業ばかりであると実感している。給料、介護報酬が上がらなければ離職率もさらに増え、誰も職につかなくなる。若い人が入ってこない状態となっていくと考えられる。</p>
<p>報酬が改定され、利用料が増えることの中には、技術や質を求められ、研修や技術指導が追いついていかないのが現状です。介護従業者不足なども視野に入れていかないとはいけません。</p>
<p>介護報酬について、前回の改定でヘルパー30分の単価は上がったが、限度額が変わりないのであまり変化なかった。 ・介護報酬アップが基本だと思う。今のままであれば、介護職はまだまだ少ない給料で生活する事が…むずかしい。 ・予防介護や成人病予防に力を入れて欲しい。ガン検診等にも力を入れる。人間の死について・・・考える（どう生きるかを）そんな話し合える場を作り、死が身近に感じられるようにして欲しい。</p>
<p>今の介護保険では、在宅で満足に行く、必要なサービスが受けられないことが多いように思う。高齢者世帯が多くなり、老々</p>

介護で毎日の生活が維持できない状況になっています。家族の負担にも限界があり、社会全体で支えていく体制を充実させて欲しい。
ベイズユーゴーや制度の維持が目的とされた改定に大きな期待はしていません。ピンピンコロリではないですが、死が身近になっていない世の中なので、ある種、考えてもいなかった死がこわく、おそろしいものに思えるのは当然のことだと思います。人は100%死ぬはずなのに、死を迎え入れる準備がなされていませんので、制度を整えても、死生観に影響を与えることはすぐにはないと思います。制度は制度として、使いやすくわかりやすく決まれば良い。働くものとしては、生きていくのに必要な保障が得られる改定なら、大歓迎ですが、一方で全体的に負担が増すならば、良いとは言えません。
医療行為と私達介護員ができるサービスのボーダーラインが良くわからない所がある。今まではやってはいけない事が今は大丈夫とかいう行為もあり、よけいに困ってしまう。介護保険について良くわからないという高齢者も多く本当に私達の手を必要としている人達が利用できていないのでは？
特になし
給付と負担・被保険者範囲の見直し・一定以上所得者の利用者負担の引き上げ 介護人材の確保と資質の向上 医療ニーズに対応できる介護人材の育成
介護保険の単位数の見直し。利用者、負担の見直し。介護と看護のやくわりの再検討。
介護保険制度にはふりまわされているので、改正後、検討することになっています。認知症の利用者様に対する支援が充分に出来ない制度ではないかと感じています。
・医療、介護連携モデル（様々なパターン）の提示。・上記が事業として成り立つモデル作成。・人材育成と体系の確立。・医療、介護の職としての魅力作り。広報。
・施設から在宅へだが、在宅生活を支えるHH不足と訪問介護サービス提供不足・予防訪問介護に対しても緊急時加算を適応して欲しい・医療機関も治療のみでなく在宅復帰期に向けての視点が必要・訪問介護計画書作成と説明・同意に関して報酬の設定をして欲しい・訪問介護サービスに対する報酬が要介護度に関わらず同じであるのはおかしい。他のサービスと同様に介護度による比例報酬を設定して欲しい。・日曜、祝祭日のサービス提供は時間外対応と同様にしたい。・訪問介護サービスでの生活支援は利用者の生活全体を通じ利用者の生活向上を図るために行われるもので、単なる家事代行ではないが家政婦と同一視される風調が依然として残っている。メディア等を通じて広く社会へ発信されることが必要だと思う。その観点も踏まえ介護報酬も生活支援と身体介護を分けることは不合理ではないかと思われる。
介護職が医療について勉強し看護師さんの補佐が出来るようにと思っていますが、人間の命に関わる事等でどこまで出来るか心配である。
・介護事業において、もう少し現場（仕事）において、大変である事を知ってほしい事（改正）報酬を上げて高齢者の方へ負担が大きくなる。色んな方向で考えていってほしい。
・通院介助支援中の待ち時間の対応部分が算定出来ない。同行ヘルパーは、待ち時間中も、ご利用者の為に在駐しており、急なアクシデントにも対応出来るよう待期しているのであり、他のサービスに動く事も出来ない拘束時間など考えると、大変不条理と思われる。
・利用者さんのための改定して欲しいですネ。・生活援助の30分訪問もあつたら、幅が広がるのではないのでしょうか。宜しくお願い致します。
介護従業者は仕事も多く（書類作成が多い）まともに休めない。それに見合う報酬も少ない。訪問看護ではしてはいけない事も多く利用者の事を考えて行けば行く程頭をかかえるのが現状です。
福祉を充実させ、介護する方も、される方も安心して出来る様な体制がほしい。介護の報酬も、仕事の割には、低いので、従事する方も減ってしまう。高い料金を払い、資格を取っても割に合わない様に思える。
他のサービスは分かりませんが訪問介護に関しては今の介護報酬で充分だと思います。しかし、サービス内容についての規制が多く、やっていい事とやっていけない事の制約が多く、事業所でも把握する事が大変である。介護保険の主旨は社会的資源を導入して介護が必要になった人とその家族を支えるのが一つの目的なのですが、家族がいたら、生活援助はダメだとか、要支援、要介護1の人はベットを借りるのに理由が必要だとか、医療でそういう規制があるのでしょうか。介護保険が始まって要介護者が増えるのはわかりきっている事なのに、介護に関する費用が年々、増えているからといって、何でも規制をかけてくる。その反面、介護職の定着率が悪いからといって助成金を出したりとやっている事に長期的なビジョンが何も見えていない。ケアマネの業務にしても（コムスン事件があつたから仕方ないのかもしれないが）年々、業務の量が増え、事務仕事に忙殺されている。毎月のモニタリングとか、必ずしも必要とは思われない。良質なプランを作成するには他にも方法があると思う。ケアマネは書類をちゃんと作る事に目的が行ってしまい（そうしないと監査の時に必ず、つっこまれるから）文章一つでも頭を悩ませながら書いている状況です。不正を防ぐ意味でもある程度は必要ですが、あまりにも現場の事を知らない人達が不正を防ぐ目的だけで規制しているようにしか思えません。
・常勤主体のヘルパーステーションです。長年赤字経営ですが特別養護老人ホームの母体の足をひっぱりつつ、存続しています。運営方法について、素人のサービス提供責任者は訪問に走りながら頭悩ましてよい方策はみつかりません。（管理者相談にしていることは基本）・利用者ニーズに応えるための時間の工夫なども行っていますが、小策ですが、単価をもう少しあげていただきたい。稼働時間の手当もいただきたいです。
わかりません
看取り体制について（在宅に近い状態で、看取れるように施設や在宅サービス体制を整えてほしい）ケアマネや介護職が仕事をしやすい報酬や制度を、現場の声を聞いて検討してもらいたい。
前回の改定で身体介護・生活援助の評価が少し上がりましたが今回も生活援助の見直しをして頂きたいと思います。生活援助の調理は、利用者宅を訪問してから食材を確認し、病気・咀嚼しやく状態・嗜好等考慮したうえでメニューを決め、調理・配膳・

後片付けまでの一連の作業になります。時間配分をきちんとしないと時間内に終了する事が困難な時もありますので、もう少し調理を評価して頂きたいと思います。
下部にあたるヘルパーへの報酬が少なすぎる為、やめていってしまう方が多い。身体的苦勞が多い中での仕事になるのでもう少し国で考えて欲しいです
・介護員のレベルアップを図りたいが、研修等は平日がほとんどであり、日曜日がない。小規模事業所で出席がむずかしい。・サービスの実施に入る前に担当者会議を行うが、初回だけは初回加算が認めてくれているが、その後何回も担当者会議が行われるが無報酬である。・病院等へ付添が必要であるサービスを実施しているが、一人暮らしの方で診察室の中での対応は、介護保険に該当しないが、実際には、診察の結果や今後の方針とか医師より介護員が説明され今後のサービスに必要な事であり介護報酬に算入しても良いのではないかと。(生活保護世帯では徴収する事が無理であり事業所で負担している。)
改良点は多々あり、現実には提示される内容に対して対応を図っていくことになるが、長い目でみて若い従業者が希望や夢をもって生活も人並みに送っていきけるような待遇面での向上を現況して欲しい。
入院期間が短くなり、急性期のみが対象になると、自宅に帰るか転院か介護施設の利用を考えなければならなくなります。当地域の現状としては、受け入れ施設が不十分であり、共働きの世帯が多いため老々介護状態で日中過ごす為、ヘルパーや訪問介護が支えています。しかし、十分な介護やりハビリが出来ないため、重度化に繋がっているのではないかと考えられます。また、介護保険の区分支給限度額内ではサービスが不足であるが、全額負担はできない為十分な介護を受けられない方もいます。在宅復帰を進めるのであれば、施設入所よりも費用負担が少なく済む方法が必要なのではないかと思えます。
介護従業者のスキルアップをして、家族・資源・公的サービスを活用し、統合的な生活をおくれるよう支援していきたい。
・介護報酬の引上げ(個人負担ばかりでなく公費による負担も)・介護従業者の報酬の下限設定をし、効果的なサービスを行えるようにする。・処遇改善交付金の制度の恒久化、及び提出書類の簡素化。
介護報酬のUPヘルパー給与が低い看護師との差余りに大きい
・介護サービスの質の向上のための研修等の充実・介護従業者の健康管理。腰痛予防対策・介護職員の処遇向上。事業所の経営の安定化・介護報酬単位の増額・介護報酬単位休日、祝日の設定・介護職員の確保
改正内容を正確に把握したい。
・介護職員の給料アップ・人材不足・労働のきつさ・介護施設の不足
色々なニュースや情報を見ているのですが、制度を検討している所には現場の声は届かないのでしょうか？又、〇〇会や〇〇代表等、現場の代表として参加されている方はどれくらい現場をされていた又はしているのでしょうか？現場の声が入っていない制度は意味が無いと思います。又、高齢化が進んでいるのに制度に使うお金が変わらないのもおかしいと思います。金が無いからしない・出来ないのでは無く、します。出来ず⇒からお金を考えていかなければいけないと思います。道路や建物はお金が無くても建設予定が決まっています、お金はあとから何とか出てきています。箱にお金をかける国ではなく、人にお金を掛ける国でいてほしいと思います。
「在宅で最期を迎えたい」という高齢者がいる一方で、費用面等の問題で施設に入れない人も多いと思います。比較的費用の安い特養、老健を増やして欲しいと考えてます。
介護職の離職率が高い原因としてあげられる賃金の低さについて、現在は当事業所では処遇改善交付金で一時的にアップしているが、今後の見通しについては不明である。介護職のモチベーションの低下は質の低下につながる。仮に介護報酬を上げると、その分利用者の負担が多くなる可能性があり、その結果、利用者の心身機能が低下し、病状が悪化する危険がある。介護保険料についても上げれば良いというものでもないし、まずは財源の確保をどうするかを考えてほしい。ケアマネジャーとしては、しっかりとアセスメントを行い、本人、家族が担う部分にまで不必要なサービスを導入しないようにすることで、自立支援を行っていかねばならない。
介護の資格の見直し。資格を取るための費用が高い。資格を取っても、報酬が少ない。そもそも資格は必要なのか？(もちろん勉強は必要だが)
訪問介護では特定事業所加算などが出来たために、その事業所を使えなくなった利用者がおられると思います。利用料金が安いコールサービスの質が高いとは言えないと思います。通院後の買物など普通の人であれば当然である事が、介護保険では出来ません。その辺をもう一度見直していただけたら良いと思います。改定のたびに利用者も事業所も理解するのに時間がかかりたいへんです。実際に現場に出ている人もまじえての介護報酬の改定でなければ意味がないと思います。
給付水準と負担の社会的合意の形成。
介護事業者としては、自立支援のサポートとしてもっと巾ひろく支援できるように、従来の身体介護生活援助という枠組みでなくもっと利用者の実際の生活にそったケアのありかたを考えていくべきではないかと思う。実際の生活(障害、高齢、かわらぬ)は身体、生活とはっきり分けられるものではないからである。又、コミュニケーションの重要性もケアの価値の中にも含まれると思う
処遇改善交付金などありますが、やはりまだまだ介護報酬が低いため、介護職員があつまらない現状があります(特に在宅の分野)。働き手が少ないとやはりご利用者さらに必要なサービスが提供できないなども起きてきますので、ご利用者の経済的負担が増えないで、介護報酬が上がる仕組みが必要だと思います。個人的な意見ですが社会保障の安定のためには消費税の増税も良いのではと思います。
所在と安否確認は出来る状態を保たなければいけない。
1、介護保険で出来ない事が多すぎる。2、認定がいいかげんである。人によって違う。
・医療との連携が必要。・介護員のレベルアップにかかわる研修時間の確保。・地域ケアプラザの開放。・介護制度(一人一人が時間を使う必要がある)理解できない・介護保険料を納めた人へは無料で介護ヘルパーの研修が受けられる。(母子手帳交付と同じように教室にて学ぶ)。・その上で必要な介護・医療に理解をする。

<p>・在宅を支えるのは私達訪問介護やケアマネ訪問看護です。担当者会議でそれらの人と顔を合せる機会があり皆さん真剣に利用者を支えています。又、それらを支えてくれているのはヘルパーさん達ですが今の制度では生活1.5Hが主流で前の様に3Hとかの長いサービスがなくなり移動にも時間がかかり交通費も出してあげられないのが現状です。会社からは売上、売上と連呼されサービスの依頼とヘルパーさんがバランスが取れないと出来ません。どこの事業所もヘルパーさん不足です。処遇改善がもっと還元される様にして頂きたいと思います。</p>
<p>在宅で最期を迎えたり、または、できる限り在宅で過ごしたい利用者の為。①無制限の一割負担での介護。サービス。デイやヘルパーの実費は多大。重度の方（特に認知症の方）には見守り介護が必要。②施設利用負担&lt;在宅でのサービス負担。自宅にいる方がお金がかかります。施設コスト以上に・・・∴施設に入るためには、財産処分してでも、それなりの経費はいる。逆転しない限り、在宅希望でも施設にいきます。③家族負担の軽減いつ終わるかわからない、介護へのレスパイトが、足りません。④小規模施設（たとえばGHなど）への安全強化の過剰。スプリンクラーもなく、（あたりまえ）、冷暖房すらない劣悪な環境の自宅です。高齢者、（固定資産税まで払ってる）より、生保をうけ、安全安心、安楽？にくらす高齢者とのちがいがい。</p>
<p>改定改定と何年かおきにされていますが、日々の業務に追われて、それを考えることがなかなか出来ない。いつ改定したのか、どのように変わったのか・・・後から知る現状であった。国が決めていることに、従っていかなければいけないし、はっきり言えば、評価などするひまもありません。利用者様にとって、良い方向に変われば別に言うこともありませんし、私はサービス提供責任者と言う立ち場ですが、毎日毎日、現場に入らなければ業務がまわって行かない。施設内の勤務ですので、養護の職員支援員と訪問介護員の業務が入り乱れて、毎日、戦争のようです。従って、私が評価できるような知識は持っていません。すいません。</p>
<p>・ケアマネジャーの報酬の見直し、独立できる環境を作る。・介護者側のストレスを減らすための取り組み。・介護保険制度を利用者が分かりやすくするための取り組み。</p>
<p>・予防給付の制限を少なくする。・認定により、サービス限度額が違うのはおかしい（介護度）</p>
<p>制度上どうにも出来ないのかとも思いますが複雑すぎる料金設定等が、現場のものすらも悩ませることがあります。その原因の一つには、制度上しぼりが細かく厳しいこと。現場のスタッフがやりたくても行えないサービス等や、これはどこの現場でも聞かれる声だと思えます。結局はお金に関わってくることであり、不正な請求など行わないためにも、しぼりは必要です。しかし、無意味な見直し、利用者や現場スタッフを苦しめるような結果になる見直しにならないよう慎重に行なわれることを望みます。</p>
<p>人材不足と人材教育および研修制度等介護報酬プラス評価と家族の意識改革（まだ病院にいた方が安心という）が必要かと思えます。</p>
<p>・今後、介護を必要とする人が増加すると見込まれる現状において、（訪問）介護従事者の数が追いついていかないと推測される。・サービスの質を高める為には、事業体の運営管理が適切に実施される事は基より、内部、外部の研修をさらに重ね、実例からの学びを大切にしていける必要がある。・介護報酬の安定、人員確保が必須である。市内の訪問介護連絡会の中で、課題や要望を共有し、行政への提言も具体的にしていける。・又在宅ケアには、医療のスタッフや保健所、各種サービスとの連携も欠かせないので、「ネットワーク」への参加や継続に努めていく事も重要。・今後、事業体でも各自、ICFの考え方を共有していく必要があると考えられる。</p>
<p>・介護者に対して正当な賃料を支払うこと</p>
<p>加算という報酬制度は、一見、質の向上をあげるようになるという印象をもたせますが、実態は、書類の山をつくるだけで何らかわっていませんそれをどのようにしたらよいかとの考えが、浮かばないことに、腹立たしさを感じます。自分自身に対して。</p>
<p>課題・各期間の連携。医療機関、ケアマネジャーはもっと訪問介護員に耳を傾けてほしい。訪問介護員ももっと積極的に現場から情報を提供していきたい。・訪問介護員の質の向上。改良点・ケアマネジャーの独立。現状は各種サービスを提供している事業所に所属し、そこのサービスの利用に誘導している（施設、デイサービス、ヘルパー）。・ケアマネはじめ、サービス提供事業所を選べることを、利用者に周知すること。・ヘルパーに対する賃金率を厚労省が調査・公表すること。介護報酬に対して、現場のヘルパーに渡る分が少ないことを明らかにすること。新たに評価すべき項目・訪問介護で制度上置くことを義務づけられているサービス提供責任者に報酬をつけること。・生活援助のとりあげをやめる。・要支援者の保険はずしをやめる。・若い人がヘルパーで生活していける程に介護報酬を上げること。ヘルパー自身が高齢化している。・国庫負担を上げる。</p>
<p>平成21年の法改正では、介護報酬アップが各種加算を算定することでなされた。しかし要介護支給限度額については単位数が据え置きだったために、限度額いっぱい利用していた利用者はサービス内容に変更がないにも関わらず、限度額超過しサービスを減らす必要があった。特定事業所加算を算定する”優良”事業所が限度額調整のためにサービスを削ったり、費用負担の面から利用者に敬遠されたりするのはおかしい。報酬アップ（するのなら）加算ではなく、一律基本単位数を上げ、また、合わせて支給限度額単位数の調整が必要と思われる。</p>
<p>訪問介護事業所としての意見としては、・介護保険の無駄が多いと感じる。介護保険制度内のサービスということに関して、特に訪問介護は判断が難しいことが多いと思うが、ケアマネジャーの感覚の違いなのかサービス内容から明らかに外れていることを希望してくるケアマネもある。又は利用者きちんと介護保険制度を説明できるケアマネが少ないとも感じる。結果、無駄な訪問も多くあり、総合的なケアに結びつかないことが多いと思う。ケアマネジャーやそれを受ける事業所の資質の問題かもしれないと思う。・加算制度がうまく機能していない。他事業所を見ても事業所加算を取得している事業所はほとんどない。取得できる環境にあっても利用者に迷惑がかかるとして取得していない事業所が多い。確かに単位数が少しでも少ない事業所に来てもらった方が、組み方次第では1回分多く入れたりするので利用者の感覚は当然と思う。ショート・デイ等は加算取得している、よりレベルの高い事業所を望む方もおられるだろうが、ヘルパーに関しては来て掃除してくれるなら安い方を</p>

使った方が良く考える利用者が多いと思う。訪問介護の加算取得事業所は、身体介護のレベルの高さを売りにすべきと思うが、実際問題として依頼が多いのは生活援助である点も、加算取得が進まない原因と思われる。
在宅生活は必要に思うが、家庭、家族の状況によっては介護施設への入所も必要でありそれが不足しているのが現実である。待機者200名以上の施設もかなり多い。これから2025年まで十分に検討し在宅サービスと施設サービス平行に検討することが必要である。
受診同行の算定について、院内介助、検査に掛った時間などがあいまいな為、実際に同行に関わった時間が長い、そのままの報酬は取れていません。病院からの、看護等は受けられず、一人での受診にほとんどの人が不安を抱えています。事実、8時に迎えに行き、13時すぎまで同行などという事もあります。かと言って、その方を置いて戻る事は出来ないのです。この件は色々と言われてますが、良くなってはいません。事業所としても、困っている1つです。
長寿・高齢化が進んでいる中で、寝たきりや認知症高齢者も増え、介護者自身も、高齢化しています。平成12年より介護保険制度がスタートし、保健・医療・福祉が一体化し、サービスの給付と負担を明確にして、社会保険導入し、介護サービスを自ら選択にして、成年後見制度も生まれているにも、かかわらず、在宅での生活は、とても適切なサービスを提供できていない部分も、あります。今まで、ヘルパーも「家庭奉仕員」としてやってきたことが長い為なのか、高齢者の自立支援の為の介護と位置づけられても、うまく行っていない気がします。予防になった方も、現状としては、変わらない気がします。「元気になったね・・・」と言うと「サービス使えないね・・・」と返事が来ます。利用者の負担も、見直しがありました。それぞれの限度額がそのままなので、ヘルパー中止等も、見られます。今度は、元気になった高齢者の生きて行く場所や老人クラブ（地域社会活動）や老人憩いの家や地域でささえていくことが出来る様に、なってほしいと思います。また、貧困な方でも、十分なサービスが受けられる窓口をも、必要です。
・介護報酬が減になると働きてがいなくなる。
小規模事業所では、経営が、なりたたない。何故か・対官庁の規制や調査、管理が多すぎ、対応に大変な時間を要す。・（例）毎年の情報公開の立入り調査・・・不必要と思われる。（申告制にすべし）
訪問介護員の評価が低い。働き手の不足。賃金が安い。時間内での心労に見合う賃金ではない。医療行為が出来ない。吸引、経管栄養が出来るようにすすめて欲しい。介ゴ、看護を両方頼むと、お金もかかります。
金銭的に余裕のある方や予防の方は、介護の実際を知ってもらい自力で出きるところで指導を行う。本当に介護が必要な方々に介護保険を生かしていく。又、同時に家族の介護離れがあるので現状を知ってもらい家族間のつながり的なものを強くしていける制度があればいい。
特にありません。
・通院介助の報酬制度の評価を考えてほしい。・介護職員の医療、行為の専門せいを、どう思いますか。現場の実態を把握して、考えてほしいです
在家支援を行っております。ホームヘルパーの報酬も含め、地位が低いホームヘルパーも意欲的に医療を学び、研習を行政が積極的に行うことで弁護の視野が広がると思います。プロ意識を高める必要がある。家事支援の見直しの案があるようですが身体と共に居室の清潔も重要です。ゴミ屋敷カビだらけの浴室等必要最低限の清潔は重要です
・高齢化は進み、核家族が現状、介護する家族もなく、老々介護や、親子で介護を受けている方も少なくない。何が必要とされるかはやはり経済問題が大きいと思う①補助金の見直しをし、個人（利用者）の負担が軽減されたらと思う。②介護員特にヘルパーの求人に対し、人が集まらないのは、報酬が少ない事と、仕事量の多さと感じる。余裕がない援助のうえ、日に4～5件を廻らなければいけない。体は疲れ介助はおろそかになっていないかと心配。③生きて行くうえで大事なものは生活の支援だが、生活援助が1時30分までしか出来ないのは、問題。
特にありません
・介護保険で必要な時に必要なだけランダムに使える様な法・40歳未満でも介護保険の適用（ガン患者）
医療的支援も今後必要となってくると思うので専門性を必要とされる様になり介護従事者や事業所も真剣に取り組む時期に来ている。せめて介護従事者も1級、2級でなく介護福祉士の資格取得に頑張してほしい
・介護報酬の改正で、利用者の負担が増えるケースが出てきますが、経済的な不安から、利用回数を減らしたり、家族からの支援をうけにくかったりが現状です。介護保険料の本人負担も、生活苦につながっています。介護保険料も、75才以上は、無料化とか、介護5でも在宅で充分ケアが受けられる時間（金額）が欲しい。家族の介護力も（老々）ない。
限度額が設定されているが、指導に依り限度内の提供を下げろ・・・との制限が加えられる。実状、現場を見て、実際の様子を受け止め、解答をされるべきだと思う。事実を直視し、書面だけで片付けて欲しくない。
改定を国の予算の関係で行うので利用者には負担がかかり高齢なので説明しても理解できにくい（今よりサービス時間、内容が悪くなる場合）
介護報酬で言えば、現場従業員まで、報酬が廻ってこないと感じている。助成金や交付金に係る事業の展開は、事務が複雑なだけである。申請しない事業者の従業員は恩恵ゼロである。そもそも、中間搾取の機関が多すぎるのである。その意図でシステム化されているので、どうにもならないが。介護保険で言えば、初めに国家の予算が毎年存在し、そこから末端までのカネの概略の流れは次のようである。国家予算→（諸経費）→介護報酬【事業者総年商】→（投資家）→（利益）→（組織上だけの役員）→事業諸経費【直接経費】→（協議会等の間接経費）→実務者賃金【管理者と従業員】（〇〇）は、中間・間接機関の費用で、これが適正であると思っている人は一人もいないと認識している。そもそも、介護の世界に投資家や役員が入って利益を得る必要等ない制度への見直しが必要と考える一人である。最終的なおこぼれを従業員が賃金としているイメージであり、現実である。このことを改革せねば、議論にならない。ICFの概念を学んで思い当たるのは「胎児から墓場」までのきめ細かな一貫した福祉の概念が必要であることである。学生期～胎児から定年（65歳）までの福祉 熟年期～定年後から健康余命年齢（介護不要年齢）までの福祉 老年期～障害期間の福祉 ICFの観点とは異なるが、頑張った人にはインセンティ

<p>ブ(奨励・還付)のある社会制度の仕組みが必要ではないか。医療でいえば、薬・治療・入院等々である。利権が複雑に絡み、各論になると永久に決断できそうにもないが。介護であれば、貰ったサービスは目いっぱい使うとの意識が、利用者のみならず、事業者にも見受けられる。</p>
<p>・24時間のヘルパー訪問。もしくは、祝、祭日、土、日対応。定額で！・移送サービス！</p>
<p>見守りに対しても評価すべきだと思います。難しいかと思いますが、大変な利用者様の場合、人として、ほってはおけなく、その辺は、個人の奉仕の気持ちで現状なりたっている事が多く思います。</p>
<p>改定と言う事が先行して利用者個々の理解説明が徹底周知できない</p>
<p>・介護保険の利用内容の見直し。・無駄な利用や過剰なサービスなどはないか。・支援する側の人材不足の理由を解明しその対策。</p>
<p>本年2月に京都市に提出したアンケートの回答と同じ内容です。1. ショートステイの受け入れ先が少なく困っている。・現状はリピーターを優先しており、新規も公平に利用できるシステムを望む。例えば3ヶ月継続後は1回休んで頂く等、検討の余地があると思う。・家族同居の方は特に介護疲れが目立ち、ショートを利用する事で負担を軽減し、在宅介護を継続できるのではないかと。・現状は3ヶ月前の予約が当たり前になっているが、1ヶ月前の申込みでも検討できる余裕が欲しい。・老健施設のショートのベッド数を増やす事を検討して欲しい。・改正案のデイサービスの宿泊利用が実現する事を期待している。2. 夜間対応型訪問介護は最低限の必要でよい。・報酬単価が高額、人員の確保が困難、職員の疲労が大、夜間の訪問の危険性等から、今以上に増やす必要はないと思う。・特に定期訪問についてはベッドやオムツ等優れた製品が多く、当事業所の現状を見る限り、希望される事も、必要と判断される方もいない。・緊急時対応のみで充分だと考える。3. 特定事業所加算を通常の限度額の枠外にして欲しい。・特に訪問介護の場合、重度な方ほど訪問利用が多くなり、良質のサービスを提供すべきなのに、現状では加算の付いていない事業所を優先せざるを得なくなっている。・利用者の選択ではなく、ケアマネージャーが加算の付いていない事業所を薦める傾向がある。・必要なサービス提供が限定される為、是非検討して欲しい。</p>
<p>要介護重度の利用者が在宅で生活するには家族の介護力に左右されているのが現状です 一人でも障害を持ちながら自律した生活を送れる様介護保険制度をさらに充実させるべきと考えます。</p>
<p>誰でもが介護を受けるのは、難しくなるが、1割負担で支援してもらえるのはとっても有り難いし、家族の安心感もある。もっとも在宅で過ごせる老人が増えると国の補助が出せないのも現状かも知れない。2割～3割と負担するようになると、年金生活者は介護を諦めてしまうのではないか・・・本当に介護が必要な方の紙オムツ、無料はこのまま維持して欲しい。</p>
<p>・課題 現在提供しているサービス内容の適正化にむけての見直しの継続。・改良点 ヘルパーの定着率が低く、特に早朝夜間対応できるヘルパーの人材が少ない。・報酬制度 規模・地域加算、初回加算など新たに加算の対象となる対照は増えたが、現実問題として介護員一人一人のお給料は上がっていない。</p>
<p>医療介護の従事者や事業者が取り組まなければならない課題が、医療介護制度が決まったあとというのでは後手でどうにもならない事なるのではと懸念しております。日本国の社会福祉の行く末は ①北欧タイプのような高福祉、高負担。 欧米人と違い日本人の気風では、自己寿命制御(自助力で食べられなくなったら死を選択する等)が出来ないことから、高福祉高負担では限りなくお金がかかり日本国は倒産するでしょう。②低福祉、低負担 日本の実力はこんなところですが、為政与党がどこであろうと民意を得られず実施不可能でしょう。年金、医療、介護を公的資金でまかなうというパンドラの箱を開けてしまった以上日本は、身の丈に合った社会福祉に戻すことは政治主導として不可能です。③中福祉、中負担 ①②が不可能なので必然的に中福祉、中負担という実態のない可もなく不可もない現状維持土α これが今の政治、行政が取りうる唯一の方法です。利用者にとって中福祉をまじめに実施すれば、お金を用意する必要がありお金を使わいようにすれば、医療・介護従事者は泣きを見て、ここに参入して仕事する人が消えていきます。そこで 介護関係の改良点 1. 介護提供人口を増やすこと！ 介護の資格制度を官僚の考える資格制度【たとえば大学受験、国家公務員試験】ではなく知識優先から人格優先として、外国人も取り易くして介護人口を増やさないとだめ！介護をする人を制限すれば、介護費用は増大することがなく、財政も増大しないことを想定して、提供介護人口をコントロールしているのではないでしょうね！と疑いたくなります。(資格レベルを高くすれば質の良い介護が出来るという美名のもとに) 2. 介護事業所が成り立つような給付UP[最低10%UP]を行うお金がなければ、現在の特定事業所加算を利用者負担に反映せずに介護職員処遇改善交付金と同じ配布方法とする。3. もちろん介護職員処遇改善制度を時限立法にせず、継続して将来は事業所がそれを自主的に実施出来るようにする。すなわち、官僚が考える独特の性悪的行政が介護事業に携わる人々の苦勞を増発させています。</p>
<p>サービス向上の為の介護報酬の引き上げ 医療と介護の連携がスムーズに行く為のシステム作り</p>
<p>介護職、看護職ともに人員の確保をしなければ、現実には老々介護が増えてきている中、なかなか対応できないという事実がある様に思われる。低賃金の為の介護職離れや重労働、過剰勤務による介護職離れを何とかしないといけない、と考えています。</p>
<p>訪問看護の取り組みについて、事業がすべき内容に課題が多い点。</p>
<p>在宅での介護が推し進められているが、重度の方は、今の介護保険の限度額では介護しきれない場合があり、又、介護労働の低賃金、労働者不足により、訪問介護サービスの充実が図れない状況にある。重度の方の介護力は多大であり、医療ニーズも高く、より、訪問介護と訪問看護の連携が必要である。訪問介護も重度は専門知識が必要であり、報酬の見直しが必要と思われる。</p>
<p>・予防介護(要支援1, 2)は必要ないかと思えます。要介護にならない為にヘルパーと一緒に行って今の状態を維持する為とは思いますが実際一緒に行っている利用者は10人に1人いればいい方だと思います。本当に必要なのか、ほかに支援してくれる人はいないのか？必要であれば要介護者と同じ生活、身体援助を使用すれば良いのでは、と思えます。・生活援助がなくなる方向とされていますが、高齢者世帯、息子と両親など介護を必要とする人の世話をできる人がいない世帯もたくさんあります。生命に関わる生活援助は必要と思えます。・ケアマネージャーのアセスメント力によってモチがいが出ています。必</p>

<p>要なサービス、不必要なサービスを見きわめて頂ければムダははぶけると思います。ケアマネの判断によって残りの人生も決まってくると思います。ケアマネ判断力の統一ができればいいですネ（難しいですが）</p>
<p>①最近賃金の規定を一般的な金額に、しっかりと確立で決めてしまう事と、②介ゴ報酬の、①に耐えられる額に引き上げる事。</p>
<p>介護でいえば、介護規定が、要介護、予防の間を行ったりきたりというケースがあり、利用者にとっては、わかりにくいし、使えるサービスが介護度により変わってしまい、継続したケアに支障がある。軽く認定されると、必要なサービスがうけられない。一人の人の個別なプランを、ケアマネごとにて、評価していけば介ゴの認定制度はいらないと思う。介護に、医療行為の範囲も広がっていくが医療とのきちんとした情報共有、申し送り、指導が必要であり、リスクに対する対応がどうなっていくのか、不安がある。現状の報酬では人材も集まらないし、研修が多く必要なら、研修に対する報酬を確保できるような形にしなければならないと思う。事業所は、ヘルパーのスキルと意識をアップさせていくことが常に必要になっており、現場でひとりひとりが判断できるように、研修をつみかさねていかなければと思う。業務がひろがることで、行政の指導に関する業務が増えていくことはまた、（小さい事業所では）かなり負担になっていくと思う。重度と軽度とのすみわけも必要かもしれない。そこをつなぐ、ケアマネジャーはまた、重要と思う。</p>
<p>報酬改正が、利用する根本的な場所に、有意識に反映することを願うばかりです。働く方達ももちろんですが、だれが、何のための制度なのかを忘れないで欲しい。改正になっても同じ前よりも悪くなった…では最悪です。介護については、これまでの事を言わせていただくと、改正になっても良いことは思い浮かびません。利用する側の負担ばかり増えてしまうことだけは避けて欲しいし、サービスを提供する側は負担と思われたい。できない事に対してもしっかりと説明し、カバーできる力量も必要になっていきます。私達が利用者さんを評価するように、現場の評価を続けていって下さい。と、願います。</p>
<p>介護処遇改善も来年で終りで一時的に介護従事者を増やそうとしていますが、在宅での重度の介護に不安は大変あると思います。質の向上とよく上層部はおっしゃいますが、それに見合う体制作りは大変きびしいと思う今頃です。現場で働く人達の為に机上だけの上司では、理解できないと思うし、どうしてもきびしい社会状況の中で介護保険を限度額内で使用すると一割自己負担もきびしい状況の中で家族は苦しい思いをしています。介護者の処遇、家族のきびしい現実現場で家族の本音を聞く度つらいです。</p>
<p>都市部はわからないが地方では、在宅より最終的には入所を本人というより家族が選択するケースが多い。制度はあるが経済的な面で、家族は比較検討して結局少し高い手度施設がいいかと安易に考えると思う。（デイ、訪問毎日利用と特養入所）政府は特養を従来の社会福祉法人だけでなく民間へも移行するらしいが結果的に在宅の高齢者が減少して入所が増えることになる。政府の財政負担はますます増え、これをどうするのかと私は心配する。思いきって入所の個人の費用負担を2倍にする方法、また財政支出を減らす方法として社会福祉法人に税負担をさせる。つまり現状社会福祉法人は同じ介護保険制度の中で民間が支出している法人税等支払っているわけだが、これは不公平というものである。これを是正するだけで、かなり日本は楽になると思う。</p>
<p>様々な年齢に合ったディサービスディケアが必要。リハビリを中心に短時間利用できるサービスが必要。</p>
<p>訪問介護への希望される時間帯が朝、昼、夕方に集中。日中の時間に空きが生じるため効率が悪い。</p>
<p>介護従事者の賃金アップ</p>
<p>・地域包括ケアに対する事業所の見直し、24時間対応できるのか検討、ヘルパーの資質、人数などの検討。・現時点では介護保険を利用して資産がなければ快適な老後とならない事は不安があり、上限額の引き上げや、国からの援助引き上げをしてほしい。・今後生活援助の見直しがされるが、認知症の方、独居の方は必要。・認定審査が遅い。費用もかかりすぎている</p>
<p>CU業は”訪問して情報集め、その人らしく生活できるよう支援していく”ものと思います。そのため、土、日などなく動き、時には夜の調整もあります。実際はCUのみなさん、”サービス”で動いています。その分の報酬UPを希望します。</p>
<p>要支援の認定者の中で入浴介助など身体介護を行なっている状況や訪問回数、時間が充分ではないケースもあり、利用者の個別性を重視した内容、報酬を考えてもらいたい。</p>
<p>問22の各問題を、それぞれ検討し、全体でさらに検討し、総合的な援助、体制の検討が必要。</p>
<p>・介護従事者の質の高上を行う事。書類、担当者会議等の仕事の簡素化をはかる事が重用だと思われます。人数が多くしないと採算がとれない現状では、なかなか、その方にあったサービスをさせて頂くのは、むずかしいと思われます。特に認知症になられた方の介護をどこまで支えるか。現場でがんばっている事が、各施設の方針により報酬も大きい差があると思われます。介護従事者、介護を受ける方が充実した生活を送れるような制度になる事を祈っています。</p>
<p>介護報酬のベースアップ</p>
<p>実際に携った事のない人たちが、報酬・制度を変えるので結果 意味のない事となる。1回でも自分が療養者、介ゴ者の立場としてサービスを受けてみるとか、介護する側を、経験して欲しい。介ゴ職の報酬が、低すぎる。HPで働くDr、Nsより、大変な仕事だと痛感する。在宅には、何の医療器械も、ないのに、介ゴ員は、きちんとか対応している。HPより、施設より、在宅介ゴの方が、大変。</p>
<p>地域包括システムを支える人材としての専門能力の向上が不可欠であり、関連他職種との連携協働が実践できるよう、各事業所、各個人がそれぞれの役割と専門性についても認識することが重要であると思われる。介護サービスを利用する高齢者が増え、また、そのニーズも多様化し、高齢者が住み慣れた地域で安心して、生活を継続させることができるようになるためには、課題も多いだろう。保険料や給付費の決定は市町村単位で行われているため、隣市と保険料がちがう、すなわち、住むところによって保険料が異なるといった地域間の格差が生じるのは、不公平さを感じる。核家族化の進展により、「老老介護」や「認認介護」の増加も予測され、社会や地域で支える制度としての介護保険制度を確立していくために、地域による介護格差（サービスも含めた）が生じないような取り組みが必要だと思われる。高齢者だけでなく、高齢者介護に実際に携わっている、介護する多くの人が疲労を抱えた介護現場で、質の高いサービスが提供できるのであろうか。魅力のある高齢者介護の現場づく</p>

りが、何よりも優先し、求められるのではないだろうか。
行政では、住み慣れた環境で最期を迎えられたら、良いなあ〜と。それに共なって、地域での協力、助け合い、医療や介護事業分野の連携作業を問われます従事者も、専門職員としての知識を身に付け職業に対する認識を高める、質の高いサービスを提供する、それに合わせて報酬を上げてほしい。医療分野では、医師不足と言いながら、専門医が多く（大学病院特に）結局患者をたらいまわしされる場面になってしまい、本当の医者なら80名の病気を見る事も出来るのに、町の医者で十分わざわざ大学病院へ行かなくても済む事、町の医者を手厚くしてほしい、（本当の医者ならば）、無駄が多い、だから人不足と。介護現場では、本当に介護が必要としている利用者に手厚く、安く、要介護にならない要支援者の認定も、慎重にお願いしたい、本当に必要なのか？（淋しいたねなのか！面倒のたねなのか！）このような例は自費にしてほしい。現場経験少い支援者も問題あり、人生経験浅い支援者も問題あり、介護事業は人とかかわり、心身共にケアする事業内容でもあり、マニュアル通りにはいかないのは当然です。最近現場で感じさせられた事、知識や、技術ではお教える事が出来ますが、感性やお思いやり、心遣はお教える事じゃないので、従事者も、仕事に誇りを思っ努めほしい。生活支援より、身体介助の報酬を手厚くお願いします。て
勉強不足の為わかりません。
・訪問介護事業・身体介護と生活支援では単位数が異なります。支援をさせていただくなかで感じることは、身体も生活も差が出ないように思います。身体的な介護時には、その事を行なうことで完了となるわけですが、生活支援では、形になることが少なく、ケアも内容が細かく、心体的に疲労感がとても強いです。身体、生活の差はいかがなものでしょうか。・様々な制約があるなかでの支援は大変である。利用者さんのニーズもさまざまなが多いです。
今後ますます医療と介護との連携が必要になってくると思われそうですし、やはり最後には家族の役割があると思うので、制度をしっかりとすることもさせることながら、社会的に家族のあり方が見直されていくといいと思います。報酬についてはとても難しい問題がありますが、このままでは事業所が成り立っていかないかたり、介護が必要な人が制度の壁で受けられないということも出て来るかと思われるのでどの部分に手厚くするかという判断は専門家の方々にはしっかりと考えていただきたいです。
現在行われているケアマネジメントの手法はアセスメントに基づき課題となったところを支援するために適切に使用されているのではなくサービスをパッケージ化することで総費用を抑えることに主眼がおかれているように感じます。この現状ではICFの視点からアセスメントを行っても本当に必要とされる支援がなされないのではないかと考えています。
・利用者負担増ではなく、利用限度額増。・介護福祉士増員（事業所より、合格者輩出）・職員評価基準制定・外部研修への積極的参加・接遇
今の制度検討は財政論でしかなく本当に必要な制度設計がされているとは思えない。職種や事業所（会社）のわくを越えた連携の強化（協力体制の構築）サービスの質を評価できる指標を作る。その上で良い事業所の報酬をアップする（今のサービス提供体制加算などは全く質を反映していない）24時間の定期、随時訪問サービスは必要だと思うが、夜中に短時間でぐるぐる回るような仕事を好んでする人がいるか？介護保険制度の理念はすばらしい。その理念が実現できる制度を作らないといけない。あほらしいローカルルールはなくす一貫した指導。訪問看護は全て医療保険適用にするすケアマネジャーの質を上げる。その上で、裁量を増やす。（必要なサービスが受けられるようにする）
前項であげたように、・医療との連携がとれる。・技術の高いヘルパーが揃っている。・早朝、夕方、18:00以降や24時間対応も出来る。・利用者から求められる事に、いつでもこたえられる。・終末期ケアや、家族に対しての緩和ケアが出来る。まだ、沢山あると思うが、これらを踏まえた、うえで、選ばれる、事業所にならなければいけないと思う。
すいません。現場をまわすのにいっぱいいっぱいです。。。。。
・どのような制度になっても対応できるよう、日頃から体制を整えておく必要がある ケアプラン料の一割負担についても自分のプランを自信を持って作成し提供していれば利用者、介ゴ者も納得し同意を得ることができると思う。
必要とされる支援を全て利用可能な社会であってほしい障害者への介護支援は一日24時間を自由に使えるように、ヘルパーも日々目標を高く研習に励んでNsと比べても劣らないケア技術を学び励んでいる。ヘルパー（事業所）支払い額があまりに低い、高令者介護とALSなど呼吸器使用の介護とは差があつてよいと考える。
・グループホームの医療連携、看取りは現在、加算という形え差別化しているが、今後は、看ゴ師を必置として、全事業所が十分に重度化に対応できるようにしてほしい。事業所の都合で利用者を選ぶという状態になりつつある。・医療と介ゴの連携については、構想のみでなく、具体的に方向性を示してもっと連携が綿密に行えるようにしてほしい。そして、医療にも介ゴ、ケアマネ等にも、評価としての報酬が必要。そうでないと、「しなくてよい」ということになる。・老健、特養、GH、デイなど、人員基準が少なすぎる。理念を目指そうとするならば、今の人員ではムリ。業務的になって当然。老施協が人員upを要望しないのは私利私欲のため。現場は限界が近いと思う。・認定調査、審査会等、不必要な出費が多すぎる。介ゴ認定は不要だと思う。（サービスを上限まで利用している人はとても少ない。）もっと実質的なサービスにお金をかけるべきだと思う。・将来的に、医療保険と介護保険の一本化を考えてほしい。介護の問題は、40才以上のみでなく全国民の生活に大きく影響を及ぼしている。まずは制度として継続できる体制を築いてほしい。また、高令者でもわかりやすい制度にしてサービス利用しやすいシステム作りを望む。
2012年に向けて事業所の大キボ化を考えられている様ですが、当事業所は開設当初より、訪問看護・リハビリ、訪問看護を立ち上げて一本化してきましたが、従来の事業所はそのままという話を聞きました。看護ステーションも介護ステーションも併せた考え方が出来れば、書類の対処が、どれ程助かるかと思えます。例えば人事の変更書類等も、毎年4月に（変更があれば）別々に申請しなくてはなりません。この8月には、療養通所介護（重症者の家族は、一般ディサービスにも行けず、介護疲れになっている為、看護師が、対応する通所看護）と一般通所介護（ディサービス）を開設予定で建築中なのですが、申請書類が増えることを考えると気が重くなります。このことが、かなりの多忙になります。☆療養通所介護の問題点①難病や

<p>②癌末期等の方が利用出来ることになっているのですが、これらの方は医療保険対応となりますが、このディサービスは介護保険のみの対応となる為、とても矛盾を感じています。近年の改正で医師の指示があれば、この限りでないという方向を向いているのですが、①②の重症者にはボランティアで対応ということになってしまっています。同時改正で何とかならないものかと思い悩んでいる近頃です。乱筆で沢山書いて、読みにくくて申し訳ありません。日頃思っていることを長々と書いてしまいました。よろしく願い致します。つい、NSの視点になってしまいます。済みません。</p>
<p>・現在、収入が低く、認知症の親を看ておられる家庭がよくみられます。介護負担軽減出来るだけでなく家賃等の軽減など生活すべてを見据えた対応を、一軒一軒早急に考えなければ行き詰まる。</p>
<p>介護活動については改正があるたびに厳しくなるばかりです。あめと鞭のような気が致しておりますが、今回の改正はどうなるのでしょうか。改正の厳しさが弱者と言われる利用者にしわ寄せがいかない様な改正を希望しています。</p>
<p>費用削減＝在宅サービスの充実</p>
<p>・医療と介護の連携・職員のスキルアップの為の研修制度の充実・要介護認定による限度額の見直し</p>
<p>生活援助の内容の見直し、独居以外の人へのサービスをただダメと言うのではなく、そうじや買い物などを支援してもらえれば、自立に向える方もいる。現状をもう少し見て欲しい。机の上だけで議論して欲しくない。</p>
<p>・利用者のニーズに添ったサービス・各事業所との連携・事業所内部のチームプレーが重要かと思えます。</p>
<p>サービス提供責任者に対する報酬を上げてほしいと思う。365日の対応は精神的につらいからである。人が人をケアする場合、必ずケアする人にも緊急時が発生する。それをフォローしているのがサービス提供責任者である。自立支援ではケアプランと同様なアセスメント及び訪問介護計画まで立案して評価をしているのになぜ、報酬として認められないのかと思っている。</p>
<p>・病院ばかりがもうかっているように見うけられます。病院→在宅での支援を、大きな業者よりも、もう少し小さな会社に回したりしたらどうでしょうか？大手よりも、私達の小さな会社はより手や心がかかけられると信じております。老人は誰しもが独りぐらしはもとよりみんな淋しさや支援を求めています。又、地区、県、市、国が介護に対してもう少し考えて欲しいです。・介護報酬にしても、会社としてはほとんど利益はありません。ヘルパーに人件費としても多くは出してあげられないのが現状です。又、削減の為に専員もおいていません。どの老人にも介護は、必要ではないかと思われまます。・要介護5のわくの方でも、短時間で（たとえば1時間で）食事介助、排泄介助、水分補給、口腔ケア清拭、着脱介助、服薬介助、PT移乗介助、食事セッティング、片づけ…60分では無理ではないでしょうか？寝たきりの方は、サービスが足りないと言えられ、かなりの声を聞いています。</p>
<p>介護の世界もボランティア精神の時代から仕事に転換する必要がある。若いころさしのある介護職者が生活をし、あたり前の家庭をきずけるような報酬制度にならないと良い介護は出来ない。現状維持改善傾向があるが、また一連の手術80%くらいの収入と云われる。高度な技術や資格を持った職員が能力に応じて報酬が得られることも必要だと思う。</p>
<p>・介護報酬が安過ぎる為、働く人の定着が少ない。・介護者は家族の人がやってる事や医療機関がする事（吸引、摘便等）にももう少し参加できるようにもって行ってほしい。</p>
<p>ヘルパーに対する賃金をあげるため、加算等を設けてほしいです。</p>
<p>在宅で自立した生活が送れるようにと介護保険制度は始まったが家族介護がなければサービスのみでは費用がかさみ自費になるケースが出てきている。経済的に負担になってしまうとサービスを減らしてしまう事やサービスを入れる事も出来ず重い介護負担や望んでいる在宅生活が送れない高令者が多い。”加算”が全て利用者負担になっている事がサービスを増やせない原因になっている。また、加算をつけている事業所では訪問を増やす事は出来ない現状、他の事業所へ変更せざるおえない。今後高令者の増加が予想される。認定調査のあり方や要支援～要介護1までの高令者に対して介護保険で付加できるのか検討して欲しい。介護保険が医療保険の二の舞にならないように。現場の声を聴いて欲しい。</p>
<p>・予防介護の方で自分で行える部分があるがなかなか良くならずに、ずっと利用しているがもう少し何とかかなと思う。・利用者の方でもお金にある方はどんどん良い介護、施設などのサービスが受けられるが、ない利用者の方はなかなか途中でしんぼうし、受けられないサービスがある。（特に減額の人などは施設に入りづらい）・利用者の方で、自分達がサービスを受けているの部分が税金で行われている事をもう少し知って利用している人といない人がおり、使わなければ損という考えの方が多くなってきている。（家人も同じ考えである）・家族の方が同居されていても介護拒否があり、一日に3～4回訪問しなくてはいけない人がいるが、単位数が足りないお金があまりないなどの人が最近多くなってきているので30分単位から15分単位にしてもよいのではないかとと思うが、その時に時間があまり少ないと行ってくれるヘルパーがいなくなるのではないかと心配もある。</p>
<p>・現場の意見をもっと聞くべき。・現場に入り、実際の介護を試してみるべきだと思う。・身体介護より、生活支援の方が大変！！・生活支援を見直すべき。排泄介助での訪問から訪問の間隔を2時間はあけなければならないのはなぜか？疑問に思う。療養者、それぞれで間隔は違うはず。せつかくトイレに行けば間に合うのに、オムツの中では、今ある機能もダメになってしまうのでは？</p>
<p>現場を知らない小役人が好き勝手に制度をいじることに対して「現場の声」をきちんと伝える事がまず重要。※現状の制度改正にかかわっている人物は、現場の代表としては全く不適格な人物である。</p>
<p>・ケアプランの自己負担については、無料で継続して欲しい。・加算制度によって利用回数が減らされたり、介護予防によっては通所回数が自動的に週1回程度、週2回程度と決められる事は利用者の選択ができません。1回しか利用しなくても要支援2では通所利用料が高いとの負担もあります。</p>
<p>・介護従事者の給料が安い為転職者が多く又定着率が悪い。・多忙すぎて働く意義が見い出せない（慢性疲労）</p>
<p>「介護の事がわからない」「どこへ行けばいいの」聞かれる事があります。もう少し身近にドコモショップやユニクロとかマツモトキヨシとか目立つお店も横に、介護無料相談所、介護グッズ糖尿病の方が食べられるお菓子とか、紙オムツとか、販売</p>

<p>されていたら良いと思う。配食サービスの試食会。とろみの試食品、パット試食品、それから、デイサービス等で出される昼食の体験（予約制）、ボカリゼリー試食。介護がもっとそばにあったら、スーパー、デパートにもあったら心強いと思います。スポーツ用品店と提供したり、マタニティ用品店とも共存したり、そういう介護もこれからありだと思えます。よろしくお願ひ申し上げます。仕事の合間にて乱筆申し訳ございません。ヘルパー事業内での意見交換のみで記入しました。御了承下さい。</p>
<p>①ヘルパー人員不足の中130万枠、103万枠など税金対策で働けるのに働けないヘルパーとしての役目（使命）をはたせない…こんなに残念な事は有りません。絶対に1日も早く税金のワクを取りはらって頂きたい。②居宅中心の理想の介護社会建設も、ヘルパー不足では成り立ちません。・◎ヘルパーさんの地位高上のためには、ヘルパー自身の勉強も必要ですが。◎精神的にも体力的にも過酷な労働に低賃金では、ヘルパー不足は当然です。◎収入の不安定の原因にはイ、利用者さまの死亡にてサービス中止 ロ、利用者さんの入院にてサービス中止 ハ、移動時間では料金は無し（などの原因により、定時で働ける、デーサービスなどの施設などに移行していきます。在宅へのヘルパーさんは、収入は不安定です）③介護報酬の料金アップで魅力ある職業にして、頂きたい。低賃金では良き人材も集まりません。</p>
<p>大変申し訳ございませんが、勉強不足です。現状、日々の業務で精一杯です。私共では、この5月に向けて移動支援をさせて頂けるよう大阪府に申請する予定で準備しております。それが終わりましたら、2012年4月に改定される制度について検討していきたいと思えます。</p>
<p>家族が在宅で介護する上で限度が少なすぎる。毎日の生活なのでもう少し上げてほしい。</p>
<p>介護報酬特に、訪問介護の場合、身体よりも生活支援の報酬を見直してほしい。身体はかぎられた支援ですんでいるが生活はその人の全部をみななければならず、調理のしかた、洗たくのしかた、掃除のしかた、すべて、その人なりのやり方で支援しなければならず精神的なふたんはかなり大きい。そのうえ、1対1で支援するむずかしさもありません訪問看護員になり手がない。こんなことから現状を見直してほしい。</p>
<p>訪問介護による、身体介護の5分10分のたし算による介護は、本人の状態はあくができなく、きけん</p>
<p>ケアマネジャーとしては「自立支援＝自立促進型、機能向上型」のケアプランの推進が求められます⇒ご用聞きケアマネではダメです。しかし、現状要支援の方が自立になるケースはほとんどなく利用者も要介～要支援に認定されると軽くなった＝良かったと思えず「なぜ下がったの」と残念がります。事業者（居宅）も支援料が下がりますから、自立促進型機能向上型のプランになりません。要介護や要支援の区分で限度額を決めるのではなく「必要な援助時間」をその人その人で介護度や病気ではなく、本人の能力、F aの支えられる体制を引いた、こんなサービスが必要な時間、サービス内容を割り当てられる介護システムになってほしいと考えます。</p>
<p>ヘルパーの生活援助の利用料が安すぎます。ヘルパーはパートで安い賃金で働いてきびしい事を言われて、がんばっています。せめて、正職員になっても採算がとれるような、利用料にしてほしいです。こんな状態では今後ヘルパーになりたい人はあまりいないのではないかと危機感を持っています。もう少し希望がもてる職種になってほしいです。</p>
<p>・自分の様な小さな事業所に関しては、加算等の利点も何も考えられる、開設に関しても補助金も何もありません。・報酬制度に考えて欲しいとすれば、少人数の介護者に活用している事業所に対しての補助があれば助かります。・特に開設に際しても資金繰りの困難もあつたりし給料補填に対しても半年位は安定性は考えられません。従って小さな事業所に対しての援助が必要で。</p>
<p>・訪問介護のサービス提供責任者の業務内容に対しての報酬がないのはおかしい。・ケースカンファレンスに出席しても何も報酬がない。かなりの時間を要しているのが現状です。ケースカンファレンスはこれからの支援をしていく為には、とても重要なことだと考えるので報酬をつけてほしいと思えます。・これからの課題としては、誰もが最後まで在宅での希望をかなえるために、医療的ケアが出来るヘルパーを育成し、他事業所と連携を図っていきたくて思っています。</p>
<p>在宅医療、特に在宅専門医の存在が少なすぎる。認知症高齢者や障害者を自立支援と称して、施設から一人暮らしをしてもらったまでは、良かったとしても、そこに充足されるサービスの量が制度上では間に合わない。インフォーマルなサービスをうまくマネジメントできない、又長期になるであろう生活を、本質的な援助計画やケアプランを作成したとしても、医療との連携ではなく、報告に終始している。ケアマネジャーは、医療の加点のように、プラン作成○単位、訪看調整単位、Dr調整単位など詳細な明細にして、国保連請求が可能では？他のサービスも可能であると思う。しっかり行っている事業所やケアマネジャーが一目でわかるようにするべきあると感じている。サービス提供事業所では、一番の情報源であるという自負から利用者との対話、情報収集、記録時間とした単位を正式に認めるべきであると感じる。ケアマネジャーの情報提供に多くの時間をさいているのが現実である。薬剤の方では、ジェネリックなど工夫がみられ、受けやすい雰囲気を整えて下さった。しかしながら高度な認知症の方には服薬管理は、ままならない。貼り薬が発表されたとのことで期待している。他にも在宅で最期まで生活したいと願う方の中には認知症状の強い方もおられ、体制（見守りや誘導が必要な状況をカバーする）が早急に望まれる。</p>
<p>在宅で安心して最後まで暮らすことのできる制度の構築が必要であり、支えることができる訪問系のサービスの充実が必要と考える。当初の制度とは異なり在宅生活の維持継続がしにくい方向に向っているような気がします。入所に向っている気がします。（経済的にも制度的にも）</p>
<p>現状では家族が同居しているケースでは、介護保険制度の訪問介護サービス提供には、家事援助において制限がある。しかし家庭の事情により、家族が働いている場合など、実際には家事援助の支援が必要なケースも見受けられるため、家族がいてもケースによっては家事援助がうけられる制度の改正が必要である。 h</p>
<p>訪問介護の活動について身体介護、生活援助の報酬額が異なっているが、訪看の場合は、時間単位での報酬に対してなぜ、訪問介護が身体介護と生活援助で、差をつけ、分けられるのかが納得いかない利用者にとって必要な援助なら、それは、身体介護だろうと生活援助だろうとそれにかかる時間で、よいのではなかと考える。現場において、身体介護が、その状況で必要な生活援助に代わる事がケアマネの指示である場合があるが、介護事業としては身体介護報酬から生活援助の報酬になったら、予定額を下まわる事も多々あり、経営が難しい生活援助の中にも、対象者が弱者という事もあって、食材の品質にも気を</p>

つかい又調理も、持病をもった方でなくとも工夫したりして、本人が安全に食べられるような工夫をしている身体介護にない 気使いが必要な支援である
・介護職員の給料アップ ・要介護度軽度者の生活援助の見直し（必要以上の掃除の援助が多い） ・サービス提供責任者の事務業務が多い
介護保険対象者が増え、介護保険料を上げざるを得ないと言われている。介護保険が始まったきっかけは障害者とその家族だけに任せるのではなく、国民全員でかかえる事により、安心して仕事が継続できる、家族の介護負担を減らすというものでした。障害者本人の自立を促すというのはもちろんですが、高齢者が障害者になって、リハビリするのは並大底の事ではなく、住宅改修しても長く利用できたかと聞かれると疑問である。ターミナルの方は進行が早いので、住宅改修した頃はつかまり立ちでトイレに行けたのが、強い薬が必要とする頃にはベット上生活となり、果して改修が良かったのかと疑問に思う。少しでも、安楽に快適に、本人が望む事なので、思いした事なのだが。認定調査も初回1回だけで良いと思う。変更が必要な状態の時は区分変更申請すれば良いと思う。変更申請は本人又は家族だけでなく、施設側でも申請できるようにすると、軽い人が施設に居続ける状態は防止できると思う。介護度が低い人は十分在宅で生活できるのであるから。認定審査に加わる者として、1回の会議で50名近い人数を判定するのはかなりの負担であると初回は有効期間が6ヶ月と短く、6ヵ月後には再審査であり、そのための労力、費用が無駄になるような気がする。調査項目も見直してほしい。初回の大ざっぱな調査で十分である。介護度が認定されてもその限度額満額（1割負担）を使える人は少ない。利用者側よりも行政側の費用（調査、審査にかかる無駄な調査費、人件費）の見直しもするべき。住宅改修は全国統一の審査基準を設け、ケアマネが利用者にできないのですよと言える体制を作ってほしい。利用できないサービスとケアマネジャーが代行してしまうケースが多く、あまりにも負担が大きい。監査の時、県職員から利用者1人の報酬がわずか13500円/月だけでしょう。それなりの対応をすればいいのですよと言われました。真面目に取り組んでいると放っておけなくなる時もあるのです。
・地域密着型の施設への補助制度の拡大・介護予防事業へより力を入れる事ができるような公的対応の確保
職員の介護保険などの知識の向上や技術のスキルアップも必要 研修など行っているが参加のメンバーがなかなか増えない。介護報酬の見直しなどあるが財源がなければ難しい様に思う
生活援助90分以上できない現状で、うちの事業所も身体介護のケースは殆んどなく生活援助が大半です、全国的にも訪問介護の事業所は厳しい状況だと思います。来年の改定案では予防給付の方は生活援助が無くなるのではと聞いておりましたがそんなことが決定されれば事業所としてやっていけなくなります。是非その点と介護報酬の見直しを考えてもらいたい。
・介護職員の全体的な低賃金 世帯主として、生活が自立できないほどの賃金は問題であると考えてます。同等に社福等法人の理事、理事長等の法人体制は、報酬が応能的でない面がある。報酬については、訪問介護の場合、タイムスタディ方式にて、算定しているようですが、移動、用意等の時間が考慮されておらず、公平でないと考えてます。（一時間の訪問介護に、一時間半～二時間要します）
サービス提供責任者が対応する業務がかなりハードにも関わらず 初回同行訪問時の加算1回のみ200単位であるが書類の作成、ヘルパー、利用者、各関係機関との連絡調整ヘルパー研修指導等々多様 ある意味ケアマネよりハードに思われる その点評価してほしい。
・介護予防の方の生活支援は、自立支援につながっていない。 ・重度な障害のある方や支援を必要としている人たちにサービスを提供していかなければならない。 ・公助、自助、共助の連携が重要であり、在宅においての生活や、ターミナルケアが可能となる。 ・障害期間は短い方がよいが、その人がその人らしく生きることができるのならば、障害期間も掛け替えない人生となると考える。そのためには、様々な機関が連携し、地域社会のネットワークが重要であると考えている。
同居の家族が全く介護に対して介入されない家庭でも制度上支援に障害ができる
・訪問看護の充実（人と事業所） ・地域との連携（民生児童委員） ・市町村との連携
・利用者に満足感を得てもらえる介護を行なうこと。 ・介護制度自体を知らない人へのアプローチ ・医療、介護、地域での包括的なチームアプローチ
お互いその現場では、自信をもって、取り組んでいるので、きめ細かな、現場の声を吸い上げる、力量のある方が、見直しすることが大切、
在宅での一人暮らし（一人世帯）が増えている現状から要支援1～2を自治体まかせにする今回の改訂は困ります
在宅で行っている診療報酬を高くしたら、地域で在宅医療が充実するのではないかと介護では、移動や事務的な時間や働く人の給料をもっと見なおさないと若い働き手が続かない
介護報酬1. 介護業界は未だ未成熟な為、従業者の報酬が一般余言比低いと云われており、従業者の定着率が低い。2. 介護費用の費用増加が云われているが介護費負担層の根本的な検討。
家族と同居の要支援、要介護利用者の生活援助について。日中就労があり不在の家族に代わり、調理や掃除等に制限があり過ぎる。家族が特に、要支援、要介護者と健常者の割合が1：1の場合、家族に自分の時間はなく、仕事と家事と介護にあげ暮れる毎日であり、負担と疲労は測り知れない。家族にかかる負担の軽減を図るべきである。
以前よりは改善されてきましたが個人情報の保護を理由に医療側から情報がなかなか伝ってこないということがあります。こちらから訪看等に細かな状態変化を報告しているがそれに対する回答やアドバイスがなかなかもらえないこともあります。サービス担当者会議においても、在宅医療に熱心な一人の医師を除いて外の担当医の方は、一度も同じ会議の席に着いたことがありません。利用者に関わる全ての専門職が一つのテーブルで話し合いのできる機会が多くできるようになればと思っています。
人間の尊厳や自立支援、地域での支えなど求められるサービスの質の向上を担保し、サービス提供者たちが生涯の仕事として働らきがいのみでなく、人生設計、生活設計が可能な賃金体系や処遇を確保していくためには、根拠的な「負担と給付」の問題について国民合意をもとにした、制度設計がはかられるべきです。現状、高齢者が働らく人たちのキャリアやスキルを評価

<p>し、生涯生活設計可能な、賃金体系や処遇等を請ずるのは不可能です。国や自治体の給付や助成もその財源は保険料や税ですから、それらをトータルに循環しなければ根本的な制度設計も報酬設計も困難です。処遇改善への助成等として整備の求められているキャリアアップ等なども、事業者として努力していますが、本格的な、人生設計可能なものにしていくことは無理です。制度・給付の範囲内でのささやかな努力には限界がきています。</p>
<p>課題としては、医療ニーズの高い要介護者に対応できる高い技術を持ったヘルパーの育成。改良点：介護給付が削減されていくなか軽度介護者からの生活援助のニーズ対応。家族の介護と介護保険を利用して最期を迎えるということを考えたとき、現在の医療・介護制度では、利用者の経済的負担への不安。また、若者の減少による税収不足から財政への不安。この様な不安の解消。</p>
<p>現在、処遇改善により、賃金の改善がなされていますが、今のベースを維持出来るようにして欲しいと思います。それにより、一人でも多くの方がヘルパーを志望してもらうことを願っています。診療報酬が増えることで、必要な診療が受けられず、病気の悪化を招くことも不安に感じています。</p>
<p>介護保険制度上の書類の多い事に関してはとても追いつく事が大変である。生身の体を持つ方の介護、常に変化があるのはあたり前である。その都度その都度、書類書類と追われる事が多く、現場への出向き、連携機関への連絡等が逆に遅れる場合もある。現場を第1に考えたい為、書類に追われる事は少し簡素化を求めたい。介護保険料は、ほとんどの国民が支払いをしているはずである。しかし、行政によってはきびしく又、隣の市町では利用が可能などといった矛盾がおこっているのが現状です。市、町の担当者（個人）の判断によって差があるのはいかがなものかと思う。だれもが平等であることを願う。介護職員の国外からの導入については賛成できかねます。国内の若者をもっと育てていく方向を願います。（報酬等を含めて）</p>
<p>利用者様が本当にやってもらいたい事が介護保険ではやってはいけない部分になっている事があり、困ってしまうことがある。（1人暮らしの老人）</p>
<p>課題1. 介護者の要員増、質の確保、福祉士の養成。2. 介護員の研修制度の充実。3. 介護員の待遇改善。4. マネジメント強化。改良点1. 介護報酬の加算の見直し。2. 情報公開制度の見直し。3. 介護事務全般のシンプル化と重点化、PDCAの書類充実を最低必須としてそれ以上は任意。4. 介護生活現場重視、事務ワークのスリム・シンプル・ミニマムライン必須化。5. 訪問介護、予防訪問介護、障がい者自立支援法の居宅介護の訪問系は法は一本化し、ヘルパー要員体制も一元化する。6. 福祉用具貸与・販売について訪問系などの事業所（貸与元のアンダーになる委託先）の要員体制基準（2）はもっとゆるやかに。</p>
<p>人材確保への取り組み・介ゴ報酬を上げるなら処遇改善に直接結びつくような仕組み・理念、倫理・報酬を上げる・労働環境・その方に合った介ゴ度認定基準・特別扱いの考え方・介ゴに認められる範囲のせまき・国、市の流れ作業の考え方・身体介ゴ重視よりメンタル面での介ゴの必要性を行政がすること。</p>
<p>1. 診療項目細分化され過ぎ利用者はどこの項目に行けばいいのかわからないケースが多く診療を受ける前の相談があればいい。又、一つの診療所にて体調の悪さを大部分診てくれる医者が少ない。1. 医療、介護の連携の相談窓口が分かりにくい。1. 診療項目の多い高齢者の場合の服薬管理がやりづらい方が多く大方の方が年金収入から考え、病院行きをためらう人も出て来ている。1. 病院へ1人でいけない方寒い時、暑い時の通院、外出（急な時の連絡の方法）の対応が手薄である。1. 長期療養型病棟では、まるでうば捨て山のごとく高齢者の方がおられ、通路を歩く看者すら見えず、見舞の方もほとんどいない病棟がたくさん有り心痛みます。病院とはいいながら、老人ホームとほとんど変わらない。入院されている方が単に死を待つだけの様に思われ今後その数が増えて行くだけかと心配します。1. 町中での診療所の診療してもらえ時間が短く週に2日半以上は休診である所が多く、他の時間の対応は緊急用車輦に頼む以外にないという現状である。</p>
<p>診療報酬・介護報酬改定にあたり、現状で合点がない点、困っている事を直に訴えられる機関の情報、実際に改定の原場に届くシステムづくり。事業体自ら作成しなければいけない書類、精求のマニュアル化、国の補助による支援によりスムーズに本来の介護・医療に専念出来る場の作成。</p>
<p>・具体的な改定案件が示されていない状況であるので現在の時点ではコメントが難しい。・介護職員の処遇改善交付金については、継続して実施してほしい。・看護師と介護士の待遇の格差が大きい中、現在では介護士の生活が成り立っていない状況にある。</p>
<p>基本報酬の引き上げが急務ではないか。（所処改善手当等臨時的の制度ではなくて）</p>
<p>HHが減っている要因は報酬が一番だと思う。過酷な労働時間、体力、精神面でも大変でもそれには反映されていない。報酬を上げることにより、人材も増え、又、色々な研修参加も出来る。しかし今まで少しづつは報酬が上がって来ているがHHに入ることはないように思われる。</p>
<p>・事前訪問、担当者会議の評価・訪問看護、訪問リハビリテーションの提供者拡大したい。施設基準の緩和、緊急時対応加算の評価。</p>
<p>H17年度に予防介護がスタートしましたが、制度上の都合で利用者に予防になったり介護になったりと混乱させ、契約の手間をかけるとともにケアマネの方にも業務の負担が増していると思います。実際、要支援の方でも単位数を上回る支援が必要と感じられる方もおられます。包括単位数を出てまでヘルパー事業所が支援することでもないと思います。もう少し利用者の状態に合った介護度をもらいたい。区分変更申請の手間とかかる費用も無駄である。</p>
<p>ヘルパー資格が介護福祉士資格でないとダメとか、福祉士受験が大変になる事。又、時給（ヘルパー）の低さ、ヘルパーはとても気を使う仕事。サ責の研修の少なさ。何でも分からない事はサ責に聞きなさいと言われるが、サ責自身もよく分からない事多い（サ責研修等あまりない為）。又、福祉関係の研修、講習の授業料の高額が受けにくくしている。</p>
<p>介護度の認定にバラつきがあり利用者さんの中にギモンや不信感があるので困っている。必要な介護が点数不足になってしまう事があります。予防介護の定額制度も見なおして欲しい。通院介護の必要な利用者さんが多いが実状をよく検討して欲しいです。</p>

不正請求や財政難や色々な問題もあるので何とも云えないところもありますが、今現在の介護保険制度は重度の療養者は在宅で住むな。と云っている様なもので、WHOと掛け離れている。生活保護についても改定すべき。
報酬が上がるのは大事な事だが増えた分の負担をどこから補うのか問題だと思う。税金が増えたら生活にも影響が出ると思う。介護報酬が大幅に増えれば介護員の数も増えると思う。現在の状況では一度働いても、すぐ辞めてしまう人が多いように感じられる。
他社に委ねる制度が続いたため、改めて家族介護が必要となっている現状が受け入れることが難しい。公的機関からわかりやすいことばでの説明や制度改革しなければならない現状を説明を行う必要がある 医療機関を看者が自由に選択できる、雰囲気や、過剰な診療や押し寄せの医療ができないような施策をこうじてほしい。介護技術の向上の為に、報酬の見直しをしてほしい。医療との格差が大きすぎる。
医療・介護従事者は、強い理念・倫理を持ち、根拠のある仕事ができるよう各団体は取組むべきである。特に介護においては歴史も浅く、職業倫理が定着していない点は早急にやるべき課題である。
現在、介護保険制度では、要支援・要介護に区別してあるので計画の立て方や報酬の違いにとまどいを感じています。支援の方はヘルパーと共に頑張れというシステムがとてもおかしいと思う。在存機能を活かしながら出来る事を行ったり、要支援、要介護にかかわらず同じ事だと思う。是非改正をお願いしたい。
訪問介護の場合 入院等で訪問介護の件数が減少してヘルパーの収入に安定性がない できればヘルパーのある程度の固定収入が確保される様な対策を求める。 安定した収入が得られない職には、人員確保がむづかしいと思います。
経験浅く分かりません。
・何年かのブランクを経て、訪問介護事業にかかわることとなりましたが、以前より、ずいぶんと利用しにくい制度になった感じがしました。予防が加わり、自立支援という支援など。特に感じたことは、病院受診同行が出来ないので、待機時間が発生して利用負担になってます。医療スタッフにと言いますが、総合病院などでは待ち時間も長く、看護師職員は忙しくて利用者（車いす）の移動などの余裕がない。結局家族が同行となっています。生活する中で、利用者のここが自分で出来ないのにその部分がヘルパー支援出来なかったりしてます。支援内容のグレーな部分も、戸惑いながら支援していることもあり、何が良くていけないのか疑問におもいながら活動しています。その人らしく、生活出来るのは、何が喜ぶのか考えることが必要ですが、マニュアル通りの支援になってしまっているのが現状です。
・たくさんありすぎて、何とも云えませんが・・・まず率直に思うことは、現場だけにしわよせがくるのは、なるべくさけて頂きたいです。・福祉の分野はやはり、今でもお給料がわりに合わないと思います。
・退院前の病院での担当者会議は加算がつき、病院側も積極的にとりくんでいただけるようになった。退院後に予想される援助・支援事業者全員の参加を評価し、在宅にむけた会議が開催されない場合減等などの政策誘導を望む。在宅主治医、訪問ステーション、訪問事業者やケアマネは参加要である。・訪問看護は、介護保険と切りはなし、医療保険での対応を望む 他のサービスが単位内に治まらず、利用できない事がある。・骨折や癌末期などの方は介護認定が出るまで、サービス利用をまつ事は不可。ザンテイプランを開始するとしても、福祉用具のベットの利用などはケアマネが「軽度者の福祉用具理由書」作成が必要であり負担が大きい。病名や状態像より主治医の判断で利用できるように、理由書作成なしで、してもらいたい。・医師がケアマネの開催する担当者会議に参加した場合、評価してもらえようような改正を望む。医師の参加が増えるにちがいない・・・ケアマネが記入作成している住改理由書は、医師の診断書と同様のあつかいにしてもらい、制度外の自己負担金をつくっても良いのではないと思う。・国の財源がない以上、介護保険にかかる費用負担は検討急務である。（１）介護予防のケアマネジメントをなくす。認定後、役所か包括支援センターへ行き、地域の事業所を選択してもらうなど行う。（２）認定審査を初回と一定期間経過後１回と区分変更の時のみに減らす。一割の利用者があるので、必要のないサービスを入れる事はそんなに多くはないと思う。ケアマネへの指導は強化するが、更新はケアマネの裁量にまかせても良い（１）（２）により介護保険財源を確保する
土・日・休日に対しての報酬が平日と同じなのは変だと思う。役所は休みなのに 又、IHVとか決まった時間でなく週何回行くかとか、一人暮らしをしている人にとってはまず顔を見て安否確認が大切だと思う。
医療や介護だけの問題ではなく日本という社会全体の構造を変えない限り在宅サービスの充実は難しいと思います。私もそうですが、働かざるを得ない環境にあり、もし自分の親が介護が必要になったとしても、在宅で最期を迎える事は難しいと思います。在宅重視も本人の意志を尊重する上で大変大切ですが、在宅でどうしても生活出来なくなった場合はそれを受け入れる施設が必要だと思います。「理想は家で親を看取りたい」でも核家族化や景気不振の為、働かざるを得ない現状が多くあると思います。訪問介護業務を通しての感じていることですが、「ヘルパーさんと一緒に買い物に行きたい」と言われます。福祉タクシーを利用し同行という形はとれる場合もありますが、低所得者の場合はタクシー代の負担もかかり、その願いが叶わない現状があります。ICFの理念では生きること全体をささえるとあるのにその人の自己実現が叶わない、花や草を生きがいの様にしておられる方もいます。でもヘルパーは草木の水やりはしてはいけません。窓の外の汚れが気になって気になって仕方ないでもヘルパーはしてはいけません。ヘルパー業務をしている限り法に基づいて援助を行っているのでお断わりはしています。でも人間として心になにかひっかかるものがあります。利用者主体といっているのに利用者主体になっていないような気がする時があります。ある程度の線引きは大切ですが、利用者の現状を知って欲しいです。
継続可能な、報酬を望みます。確かに、人のお役に立てれば・・・やりがいのある仕事ですが、きれい事だけでは継続できません。仕事の大変さ（肉体的、精神的）に見合った報酬である事が継続可能な介護サービスであると考えます。
訪問介護の身体介護について、デイや施設などは要介護度別で、単価設定があるのに対し、訪問では、介護度にかかわらず同じ単位数である。単価が低い、介護度が高い人も低い人も同じというのは、納得もいかない。在宅に戻すことがすすめられている中、このような差では、なかなか訪問介護事業をやっているのがむずかしい様におもう。
同居家族がいる場合、家事援助はできない、と言われ特に包括支援センター職員が厳しく言われる。家族の関係や、家が独立

<p>していても、休日に出来るから、介護保険は使えませんかと言われるのは、訪問介護としてもやりにくい。訪問介護が複数回入っている場合2時間あけて次の訪問に入るとあるが、午前中に医者へ行くと、日に3回訪問が計画されていると、介護保険が使えなく有償ボランティアで、やればいいと、ケアマネに言われて困っている。サービスをくっつけると、長時間になり、理由書を書かされるので、いやだと言われやりにくい。ガン末期の方の認定は、要介護度を高く出して欲しい。最期のケアマネージメントを計って頂きたい。</p>
<p>・緊急対応と判断される内容の拡大 ・生活援助の評価 介護タクシーの保険適用を求める検討をしている。</p>
<p>つねに新しい情報を把握して、提供出来る様に努める。改正にともなって、スムーズに移行出来る様に連携を図る。</p>
<p>他の職種に比べて仕事内容からいっても介護職の報酬は少ないと思います。特に在宅介護の若い方の担い手が本当に少なく、寂しい事と同時に、危ぶまれます。社会的にももっと見直されるべきであってほしいです。それと共に在宅を最後まで支えているのは私達であるという誇りと自負を持って、それに見合った評価も頂きたいと思います。それには努力もいりますが・・・</p>
<p>ケア内容に対しての意見 ・通院の時しか外出をされない利用者さんがその帰りに自分で食材を選んで食卓に変化をつけ喜ばれる事を拒む制度は納得がいけない。他の買物も同 別の機会に外出介助を設ければ準備から余分に時間がかかり費用もかかる・・・</p>
<p>医療制度改革 開業医 家庭医 日常的な医療を担う 一般病院（各県に8～12を基本に人口比で病院数を定める） 地域医療 診断能力を確保（外来紹介診断中心）及びリハビリ・在宅復帰治療 【地方自治体や公的団体等公的な性格を有する者が経営し、半外来を中心とした医療を（診療）核として、ベッド数は人口比で必要最小限に留める】・・・【開業医等からの紹介や診断を求める外来患者等に診断する】・・・【診断がついた時点で何処の誰に治療を求めた方が良いか患者に指導するか、又は患者の希望を聞く】・・・【診断内容に相応した医療機関等の紹介が基本又は原点】 地域中核（救急）病院（各県に4～6を基本に人口比で病院数を定める） 2次医療 救急・2次的治療・手術【一般病院からの紹介患者や救急を担当する】・・・【自分の処で治療することが不適切と判断した場合は、高次機能病院や専門医療期間に紹介する】・・・【無理はしないで積極的に紹介する】 高次機能（専門）病院（各県に2～3を基本に人口比で病院数を定める） 専門医療 専門及び総合治療・手術（紹介者及び本人が希望するDrを中心に組み立てる）【専門的機能を中心に診療に関わる】・・・【集中治療や特殊治療が必要な場合は、迷わず集中治療機関（特殊医療）に委ねるか紹介する】 集中治療機関 特殊医療 集中治療及び特殊な治療 ※【治療の目処が見え次第、段階的に元の医療機関に戻す】 効果 開業医は、総合医として基本的な教育の下開業する。その次のステップ機関からは、全ての基本的データ等を共有することを原則として、検査等の重複を省く。治療効果の効率化・体系化及び患者の意向を重視した医療提供体制を構築することによって、選べる医療へと転換し、コストパフォーマンスを含めた選択制度を導入する。国民に対しては、選択制度教育を徹底し、全ての責任所在を選択者本人に帰することを明確にする。この段階に至れば、真の医療・介護への理解が深まり、一人一人が生命の尊厳について真剣に取り組まざるを得なくなると考えている。 ※地域医療の崩壊の現場に居る者として、保険料等の応分の負担を強いられている一方で、潤沢な医療を受ける権利を失っていく未熟な制度は、一つの格差社会の象徴ではなからうか。経済優先主義と生命の尊厳は、どの程度が均衡の支点になるか、誰かがぼつぼつ考えなければならぬ分岐点では？</p>
<p>事務局ご担当者様 前略 私は大阪市平野区にて障がい者福祉サービス事業を運営しているものです。今回のアンケート調査に直接関係する内容であるかどうか不確かではありますが、重度の障がい者のケアにあたり医療と介護の連携の重要性と難しさを痛感しておりますので、そのことを以下に示させていただきたいと思っております。多忙のためアンケートに回答するための十分な時間がとれず、このような形で意見を提出することについては誠に申し訳なく、また大変失礼かとは存じますが、貴調査研究にお役に立てれば幸いです。草々 医療の現場において医療間の連携が不足しているように感じています。また、介護サイドの思いが医療サイドに伝わらないことへのじれったさを感じています。重度の障がい者（特に40代を過ぎた方）においては、様々な疾患が生じているケースがあります。重度の障がい者は、ご自身の体調を正確に伝えることもできず、ご家族や介護スタッフが普段の心身の状態の観察に基づいて、微妙な変化を読み取り、医療的ケアの必要性を感じ、診療科を選択し、診察を受けることが多くあります。受診する診療科も多岐にわたることが多く、それぞれの診療科において病状（普段の様子と微妙に異なる点）をその都度いちから説明する必要もあり、ご本人、ご家族、介護スタッフがそのために疲弊することもしばしばあります。医師は担当している診療科の見解でその診療科としての治療方針のみを打ち出し、薬を処方し、しばらく様子を見ましようということになりかねないことが多くあります。急性期医療の病院内のスタッフ間でも、一人の患者に対する医療の連携が取れていない状態であり、さらに地域の慢性期医療との連携となると皆無に等しい状態です。また、介護の視点で感じ取れる心身の状態の異変が医療サイドには伝わらず、理化学的な所見でのみ対応される無機質さが非常に残念に感じます。医療間の連携と介護サイドとの連携のマトリックスを形成して、一人の障がい者に対する医療的なチームアプローチが可能となるような環境整備の必要性を強く感じています。そのためには、その障がい者の生い立ちや病歴といった情報の一元管理や共有が出来る環境も必要かと感じています。さらに、我々障がい者福祉サービス事業者はこのようなマトリックスのハブになるべきではないかと最近では感じています。以上、取りとめのない内容となり申し訳ありませんがご参考にしていただければ幸いです。</p>
<p>政府として介護保険を導入する時にもっと深く計算又は計画することが出来なかったのか疑問に思う。机上の計算だけでは成り立たない事が明白なのに、我々介護事業者にとって政府は無策としか思えなくて腹立たしい。介護保険の利用者は高齢者が増加し急増するのは明日なのに読みが甘いとしか言いようがない。また介護保険で算定出来る事と出来ない事が各自治体によって扱いが違うのはおかしい。又、介護保険料もしかりである。日本国民として、日本のどこに住んでいても同じ質の介護を同じ保険料で受けられるのが当たり前であろう。これは憲法違反であるとも思われる。安い介護報酬を設けて、サービスの提供を利用者が受けられない現実、国民年金より生活保護の方が収入が多い現実等、今の日本は何かおかしい！</p>
<p>・介護職員への給与の増加。・介護職員の安定的な人員確保。・要支援に対する生活支援の見直し、生活支援の利用料値上げ。・</p>

カンアレンスに対する報酬の制度。・ほんとうに必要な人に必要な介護ができる体制。・在宅福祉の充実
ケアマネージャー①自立支援（障害者）に対する知識不足。介護保険以外で支援を受けたい時、ケアマネージャーが相談窓口でなく各利用者が直接事業所に t e l してくる。②一方事業所としては重度障害者に対する専門的教育を受けていない D r を出すことになる。しかも事業所としては介護保険に比べて（国からの）報酬も少なく、さらに、利用者は長時間を希望されるが時間（訪問）が増える毎に報酬はダウンする仕組みは残念である。③家族の負担がかかりすぎる。*①②を超えてご利用者ご家族の支援をすべきであると理念を持って出来る限りの支援・協力をしている。e x ) A L S であっても人間として尊重し、例え、人の手を借りても楽しみたい気持ちを大切にすべき。それには 2 - 3 時間程度でなく、日数単位の c a r e が必要
介護従事者の報酬のひきあげ、改善、離職者が多いことが全てを物語っている。新人のため、まだ理解が浅くわかりません。
報酬を上げる事は良い事だが利用者に負担が増える。地方は年金生活者が多く所得が低いのでデイなどサービスを多く利用すると生活自体が出来ない。スタッフの給料も色々な部分で増やしたいが、事業所自体の安定的な収入が望めない（介護保険の利用者は入院退院が多い）。4%の交付金で月額1万5千円の増はどこから出た数字かわからない。100万円の売り上げで4万円交付されても1人のスタッフに1万5000円の金額を出せない現状。
介護報酬があがる事をして、介護従事者のやる気ができますと思います。それだけではなく、事業者が職員がゆとりのもてる援助ができるよう人員の確保をしていき、質の高い介護が実現できる事を希望します。
現場で介護に従事する人たちの処遇が改善されることが、支援の質の向上に直結しているものと考えます。
・介護制度がどの様に改定されるかははっきりとはわかりませんが、介護を受ける方中心の制度にして欲しいと思います。どうしても実際とはかけ離れた方向に行ってしまう事が多く現実にはそぐわない事がとても多いと思われまます。・介護報酬に付きましては処遇改善の費用を出して頂いておりますが、そういう物ではなく、報酬そのものの値上げを考えて頂き、均等に報酬が頂ける様にして頂きたいと願っております。・書類等の提出が多く、仕事に集中出来ない事が現実です。
改定されることにより、今利用されている方々が今より不便になったり、不利な状況におかれる事のないよう、国としてもしっかりと基盤を作っていくしてほしい。たくさんの人々がその人らしい人生を送れるよう、自分も逆の立場に立った時、そうしてもらいたいと思えるような制度、見直しされていく事に期待します。
・訪問介護報酬が一番低いように思われます。医師、看護師の方達は、報酬に見合った治療、ケアをお願いしたい。・介護士からの質問、依頼に対して、早急な対応してもらいたい
取り組まなければならない点・従事者の質の向上（介護技術、知識、接遇）。評価すべき点・介護度が軽くなった際に事業所が自立支援に力を入れて取り組んだ場合
制度改正で独居高齢者の支援を視点を当てて取り組まねばならない課題があると考えられます。高齢者の急増に対し、介護保険制度は十分対応しているのでしょうか。ひとり暮らしが増加することは必然的に家族介護力が低下することになると思われます。こうした事を考えると、ひとり暮らし高齢者でもできる限り在宅生活を続けることができる環境づくりがまず第1に必要な不可欠だと考えられます。大きく2つの課題が出てくると思われ第1は、介護保険制度での在宅での支給限度額についてこの支給限度額は要介護度別に決まっていますのでこの限度額を超えてサービスを利用した場合には、全額自己負担しなければならないことになってしまいます。一般には、支給限度額の4割程度しかサービスを利用していませんがひとり暮らしの場合には家族の介護力が期待できないだけに、当然支給限度額に近いサービス量を利用せざる得ないことになると思われます。これには、支給限度額を超えることで施設入所以上に高い自己負担をせざる得ない場合も生じてくると思われます。第2点は、介護保険制度のサービスだけでは、ひとり暮らしの要介護高齢者は在宅生活が難しいと考えます。例えば食事サービスや移動サービスといった介護保険以外のサービスの充実が必要要件ではないでしょうか。その意味では、地域での互助の仕組みがなければ、ひとり暮らし高齢者が地域では長く暮らすことは難しいと考えられます。
介護従事者不足で悩んでいます。25名程の登録ヘルパーで活動していますが、高齢のヘルパーが多く、ヘルパー自身の健康を考えながら無理させることが出来ず状態です。募集しても若い人がこない（条件の良い所に流れる）し、中堅どころの人は賃金が低い、生活が厳しいといって退職や転職をされています。（報酬だけの問題ではないですが）利用者様がどんどん増え需要は大になるが対応出来ない状況の現在です。従事者の報酬面では是非改善、評価して頂きたいと思います。
・介護保険も医療保険と同じようなシステムだと、良いと思う。介護度によって利用者が振り分けられる制度に疑問を持っています。負担金は介護度関係なく支払うのにといつも不満に思う。認定にかかる費用、不服申し立てにて更に費用をかける、その金額も納得出来ない。ケアマネージャーにかかる費用も利用者1割負担が良いと思う。訪看、ヘルパーの料金は介護度に関係なく一律である。障害あるなしで利用の選択が変わる事があっても介護にかかる時間、手間で金額が変わる事に違和感を感じています。必要か必要でないかは保険で選択するのではなく個々で責任を持って決定出来る制度であってほしい
①社会保障制度の充実を図るには、それなりの報酬が必要であり、まず財源を確保し、無駄を省き、有効に使用することが大切と思う②介護予防の必要性も大切と思うが必要な人（介護度の高い人）に必要なだけ限度額の見直しが必要である。③社会がもっと現状を理解し、家族ができない部分を支援してもらおうと言う感謝の気持ちをもってもらい、スムーズなサービスの提供ができれば良いと思う④地域社会からの評価が低すぎる
訪問介護に関しては軽度者が半数以上を占めていると聞いている。特に要支援者等の方などは介護保険の考え方等の理解がとても低く、まだまだお手伝いさんの様な感覚の利用者が多い。もっと、出来るところではご自身で行ったり大変だからヘルパーさんにやってもらった方が楽だという考えから目標に向かって自分で出来ることを増やしたり外に出て心身共に機能を向上する、リハビリ等に参加するなど前向きな介護保険であってほしい
・書類があまりに多すぎる（書類の整備が必要）・現場を知らない（現場をした事がない）勉強だけの人に保健師やケアマネージャーになってほしくない。医療に…（ただの事務職や試験を取るだけの実習だけの人）には、資格を与えないでほしい。・利用者や家族が自分らしい生き方を考えるならケアマネージャーの必要性がわからない。人にまかせっきりになり道がきりひらく事ができない。もっと自由に介護のあり方、仕方を選び何が必要で何がいらぬか、もっと考える事ができればその人らし

い。人生の歩み方を楽しむ事ができるかもしれない。
・ヘルパーの確保を最優先
見直しがされて報酬は上がるべきだと思うが、利用者の負担が増えるのはどうか・・・と思う。勉強不足ですみません。
介護保険がスタートして10年。色々な改正がなされ今に至る訳ですが、在宅の3本柱と称されてスタートしたにもかかわらず、介護職が医療職と格段の差があり、特に訪問介護では、非常勤の方を持たないと事業所の運営が出来ないような状況にあります。利用量が一定でないために非常勤の方を常勤に出来ないのです。利用量が一定でないのは、利用者が夏は在宅で、冬は施設でという方が多く在ることや、複数回利用しなければならぬ方は、体調が悪化して入退院をくり返したり、施設のベット数が増ると当然訪問介護は減ってゆきます。当事業所の在る小国町は他の市町村とも遠方で、他の町の訪問介護サービスを利用することが難しい地域であるため町内の方々のニーズには応えられるようにしています。難病の方への対応も出来るよう研修も行っています。スタッフの80%が介護福祉士です。それでも半数近くが非常勤で、処遇が改善されません。又、生活援助についての最近の有識者(?)のとらえ方についてですが、介護保険は在宅で過せることも大きな目標だった筈です。「ある程度障害があっても、自分らしく生きてゆく」それが在宅であった時、家族へ負担をかけないように過していくためには、家事援助は重要なサービスだと思います。体に触れること丈が介護ではありません。食事を提供する事も、掃除、洗濯をして環境を整えることも、全て介護なのです。家事=介護との考えから、今までの生活援助も介護保険の中で身体介護と同等に扱われることを希望します。介護福祉士にある程度の医療行為を・・・という動きですが看護職を介護職と同じ報酬にしたい。介護職がスキスアップする為にも、研修の場を多くしてほしい。
介護者が必要と考えている支援が受けられない(時間が足りない、回数が足りない、福祉用具が借りられない等)
・高令者は年金生活で過される方が多く見られ・特に収入もない生活保護を受けなければならない 後期高令者を目の前にどうしようもない デイ・サービス・入所を希望するも最期の心配 家族よりの援助もなくあきらめる方が多いと思う。施設入所も 空待ちが何百名待ちで苦勞している現状である。在宅で暮らしたいが後の事は子供たちへの迷惑をかけたくないと話される。一生、心身・身体的にも低下する。不安をかかえながら生きていく方への支援策はこれからかだいではないでしょうか。一生楽しく生きていってほしいと願いたい。
・現状、かなり不必要なサービス(本人が出来る、同居家族がいる、介護保険上不適当等)を、事業所として減らす・重度障害と介護保険の報酬の差をできるだけなくす・従事者の技術向上・保険一割負担は応能負担に
介護認定、更新にかかる医療、行政の認定事務の迅速化 更新時においては居宅サービス事業所等の援助内容やケアマネジャーの評価を充分考慮していただきたい 調査員の平準化
介護の仕事が続けていくには、第一に自分の生活の安定がないとやっていけません。ボランティア精神も必要で相手を思いやる心のやさしさも求められています。報酬の見直しはとても大事な一つだと思います。利用者の立場からは色々な意見を耳にしますが制度がよく理解できていなかったり、不満があっても言えないという現実がある様です。病院受診も2~3ヶ所されているお年寄りもいて、薬の種類も多類と自己管理が難しいのでは?というケースもあります。入所待ちの高齢者が多いのも問題です。
※時間の制約や90分、60分以上のケアに関して報酬を下げすぎている点の見直しを行う ※利用者負担を2割にして(個別収入によって変動性にする) ※サービス提供責任者の報酬が全く有りません。訪問等を多くこなしても、しなくても報酬がゼロなのはおかしい ※介護従事者のボランティア精神に依存しすぎだと思えます
訪問介護職員が行う服薬介助について 服薬確認や促しは、認められていますが、服薬の管理は、はっきりされていません。実際は、独居や、認知症等で、薬の管理が、必要な利用者はたくさんいらっしゃいます。ご本人の意向とケアマネジャーの意向が、くいちがう場合、サービス事業者としては、とてもやりづらいです。現行の介護保険制度では、ご本人の自立支援・自己選択とかいわれていますが、私は居宅事業所や、サービス事業所の自立支援や自己選択に思ってしまう場合があります。
介護との連携に後向きな医師・病院が多い。ケアマネジャーの質にも問題があるが、退院前のケアカンファレンスを必置とし、参加者には報酬を与えるシステムを作るべきである。同席する訪問看護、訪問医、訪問介護などに一定の報酬を出すことで連携が進むと期待できる。在宅に戻ってからも医療・介護の連携は必要であり、定期的(随時)のケアカンファレンスに報酬を支払うシステムも必要である。
サービス、技術の向上を目的とした研修等についての評価等。
・現場の現状の把握 ・地域による現状の把握
私は、福祉系の資格を持ち、管理職として働いておりますが、正直、診療報酬・介護報酬の改定が、本当に「療養者の為に、又、看護・介護する支援者の為」を考えた報酬になるのか?現制度には、期待がもてません。評価すべき項目とは、全てでは。特に介護保険制度に関しては、何を評価して報酬単価が決められているのか?不思議です。例えば、介護制度の中、医療制度もですが、医療従事者が行う支援と福祉系従事者が行う支援の大きな単価の違いは「何なのか」と思います。(例)医療行為とヘルパーが行う「生活支援」の単価の違い。大はばに違うのは何なのか?と思います。この違いは、必ず療養者の最後が在宅で迎える事の出来る、唯一の課題だと考えます。医療と介護のさまざまな差が、全てを「だめ」にしていると考えます。
・介護サービス情報公表の調査は必要ない。
現在は要介ゴでは家事支援30分は存在しないが、地域の協力も難しい地域において、ゴミ出し等必要な事もあります。身体のみならず、家事支援でも30分~のサービスがあればもう少し必要なサービスのみの支援も可能になり、不便なく在宅で生活できるのでは、と思います。自立支援の為の介ゴ保険制度であることの大切さ、難かしさを感じています。一人の利用者に同じサービスを関わるヘルパー全員で行うことの必要性感じます→ミーティング時、常時、検討していますか 質の向上に時間かかるのが現状です。介護従事者の募集にもなかなか人材不足になりがち、質のよい人材を救めることの難しさがあります。予防→介ゴ→予防→介ゴと半年ごとに変わり、又ケアマネも変わっていると、ケアマネの人により、ケアプランも関わり方も変わり、利用者がどう生活して行きたいのかが、ゆらいていることもあります。生活援助はその人がその家で、その地いまで

生活していきたいとの生きがいに大切な援助です。身体介護と同じ位、時にはそれ以上大切なことになると思います。単価も家事支援＝身体介ゴだと思われませんか？
税金と保険料で介護報酬が賄われていることからすれば、介護事業を運営する社会福祉法人は地方税も含めた租税の免除、軽減を廃止、行政財政の負担や国民の保険料の軽減を図るべき。営利法人は同一の介護報酬で運営し租税の免除軽減もない。介護事業による事業者の税の公平を図ること。
介護報酬 (1) 人が生活するという事はADLのみが介助を受けて自立できるだけでなく、食べて睡眠をとり排泄すること全てに家事的支援が付加されている。現状のサービス区分が身体単独が高単価で生活支援が低く設定されていることが理解出来ない。生きること全体がその人の生活であれば身体・家事を区分けする必要はない。(2) 予防給付の見直しが必要 予防ということ観点をしているが、現状の予防給付利用者の多くは、疾病・機能の回復が困難な方であり、ADLは何とか自立していてもIADLの自立は支援の継続が不可欠。要支援Ⅰ、Ⅱといった分類に意味が見い出せない。反対に軽度者にとっての保険利用に疑問を持つケースも多い。(3) より質の高い生活を追求するのであれば、本人に出来る範囲での活動や何かに参加することは必要なことであり、外出介助が、通院・買物に限定されているのは如何なものか (4) 少子化と高齢者の急増という今後の推移のなか介護職の確保は個の事業所のみが抱え、解決すべき問題なのではないでしょうか？安心して年老い、障がいを持って生きる力を得ていくにはあまりにも希薄な体制整備としか思えません。
今考えられている、改制の内容をもっと真剣にお客様の立場に立って考えてほしい。何の為の福祉なのか？その点が一番重要で大切にしなければいけない、基本的なことを見直すのが最重要です。
1. 認知症で独居あるいは高齢者世帯が多くなっている。訪問は、時間を忘れて不在などで、空振りになるケースは多くなっている。ヘルパーには賃金を支給する一方、キャンセル料の徴収は難しいため、会社負担が大きくなる。報酬制度の中で手当てが必要と考える。
通院の際の介護サービス利用について、院内介助が柔軟に行えるように制度の改善をしてほしい。痴呆等により、ADLそのものは良好でもつきそい無しでの受診は困難という事例も多く、また院内の看護体制でも人手不足のため受診者一人一人に対処してくれないのが実情である。現行では、院内の介助でも一部は保険外サービスとなってしまうので、本人負担も大きく、安心して通院できる状態になっていない。
どこに住んでも同じような制度が機能してほしいと思います そのためには、施設であれ、在宅であれ、一人の人間が、同様な支援がされてほしいと思います。在宅では全くといってよい程、重度の人に対しては支援が足りません。訪問リハビリの事業所が、千葉市ではほとんど対応できていません(事業所が少なく)又、財源に関係しますが、生活保護受給者の人が介護保険上かなり増加しているのではないかと思います 自己負担が限度額内ならば0なので、ケアマネが、担当のねらい目しているのではないのでしょうか？私も、ケアマネなので担当人数が多いほど、良いのですが。一般の人が、自力でがんばっている様子と比較すると、必要以上にケアマネに掘り起こされいるなと思うことがあり、しいては財源を圧迫する小さな一員となっているかもしれないと思います。
福祉的な人材が不足しておりその問題が報酬的なものなのかかわからないが現場は大変である 医療支援が増しても介護の支援はかぎられる 各介護者の質の向上も必要 さらに法の改正も医療・介護がささいあえる見直しが必要になるのではないかと思います
私個人の意見ですが、ICFの考え方をずーっと実践してきました。NPO法人 セルフ・サポートとは 自立を意味します。サービスする側も、提供される側も お互いに自立を目指して活動して来ました。24H連絡のとれる体制を組み 電話のやりとりだけで 相手さんが落ち着いたり 話を聞くだけで 元気になったりと 誰かと関わっているという意識 誰かに 気に掛けてもらっているという感覚 それが、一番 大事な事なんだと、日々 思っています。独居さんが多く、認知さんが多く、在宅で暮らすのは大変ですが、何か役割があるのではと思いつつ活動しています。介護保険も当所の考え方と大きくずれてきている感です。医療費が嵩むので、在宅への流れが、本来の姿ではないですか？当法人は 在宅のみの事業です。最後まで在宅の方は、単位数が足りませんので、NPO契約にて夜も支援入れる様に 有償事業も行っています。家族に変える事は出来ませんが、人間本来の姿で、天寿を全う出来る様な 仕組みを今から考えていきたいと思つています。
社会福祉協議会でしかできない事業 介護保険に該当しない境界線の人を対象にした包括支援センターの事業が今後、社協の事業としたほうが よいのではないかと 訪問介護など 赤字傾向であり できることなら 報酬単価をあげてほしい
介護保険になれて来られた利用者ではあるが やはり スリム化しなければならないことがある 何でも 介護保険ではなくてできないことはできない しかし しなければならないことはすることが大事だと思う
訪問介護での通院介助時、院内での待ち時間や制度で認められない時間を 制度外事業で補っていますが、経済状況がよくない方に関しては、負担が大きく「病院へ行く事が出来ない」との方向に気持ちがむいてしまう事もある。院内は医療保険の管轄内という認識が医療側に希薄なのか、人手不足という物理的な問題が大きいのか、不明ではありますが、検査や処置の補助、急に入院が決まった後、ベッドを準備するまでの間、「ヘルパーが帰ると困る、すべての手続きが終わるまで、若しくは家族到着までいてもらわない」と 強く医療側より求められる事が少なくありません。介護事業所は制度で認められない支援時間は請求できない為、この様な事がくり返しおきると 現状に対し疑問を感じます
・必要な時に必要な社会資源が投入出来ない。ケアマネを法令で縛り過ぎ、又、事業者も縛られて、この一週間、この一ヶ月が重要と判ってもサービスに組み入れられない。人材が不足している為、組み入れられても、出来ないということもあるが。・訪問介護・サービス提供責任者のモニタリング、安否確認等の算定外サービスに報酬を与えてほしい。・ケアマネはもちろん、介護従事者全体のスキルアップは他事業種よりも必要がせまられていると感じる
制度がうたっているほどサービスの量がない 杓子定規な解釈でほんとうに必要な人に介ゴサービスが利用できない
2012年の改正を前に、今後の制度のあり方は、サービス提供者、サービス受給者、事業者、家族などの立場から多様な視点での議論が必要です。現在の滞在型中心の介護では要介護者の在宅生活を支えることは困難であることから、24時間短時

<p>間巡回型の訪問看護・介護サービスを導入 24時間365日の在宅生活を支えられるようにすべきである。と各研究会報告書には明記されていますが、本当に滞在型では在宅生活を支えることが困難なのでしょうか。現場の声が活かされ、現場も納得できる制度改正をめざして、こらからも直接意見を聞く機会を増やしたいと思います。改正に向け、ホームヘルプサービスの目指すものは、専門性の向上（認知症高齢者の尊厳を支えるケアの確立が求められており、日常生活圏域を基本とした在宅でのホームヘルプサービスの方法など）そしてこれまで以上に質の良いサービスを目指していきたいと思っています。すべては、利用者に寄り添う事。しかしながらそれは望む生活を全て受容するわけではなく、劣悪な環境にある場合には働きかけて、それが改善するようサポートすることは必要であると思います。</p>
<p>介護職の医療行為や24時間対応に関しては、在宅でケアするためには、絶対必要と考えられるが 現実 独りぐらしの最後は自宅ではむずかしく、又、家族の介護力が薄いなか 介護職に求められる専門性は求められていく その立場は とても必要と言われるが 給料に反映せず 生活が安定されない 介護職が多いと感じる国の施策は 在宅と言うが 現実には 自宅で過されず 病院に入院し、退院できずに なくなるケースが多いと感じる</p>
<p>・介護報酬の単価の見直し ヘルパー、介護福祉士の資格取得者は多いのに 介護従事者として長く勤務したり、えらばらる職業となっていない 平均寿命も長くなり、在宅生活への移行等、支えていく為にも 介護従事者の「永年勤務」を支える為には どうすれば良いか、もう少し考えてほしい・給与面で 特に 男性は結婚する為に、転職をするパターンが増えていることが現実だ。・早期退職＝利用者様の事がわからない職員での仕事につながり 利用様のためにもなっていないと思う。</p>
<p>介護報酬が上がると利用者負担も上がり、介護サービスの利用頻度を控えなければならない人も出るだろう。報酬の単価が下がると会社経営が苦しくなるのは当然だけれど、あるていどは下がってもよいと思うときがある。介護保険導入前（ゴールドプラン）は全国普遍的に介護サービスを供給し、日本中どこでもそのサービスを楽しむことができる制度にする・なる筈だったのに、介護認定や利用のしやすさなどで、市町村又は県レベルでの違いが明らかに生じている。介護保険料も市町村で違いがあるし、サービスの量・質にも違いがある。例えば過疎地などでは保険料や税金を取られるのに介護サービス業者は少ないし、行政サービスも十分だとは言えない状況で 行政サービスだけじゃなく生活上の業者のサービス（スーパーやコンビニ、銀行などの機関〔農協が積極的にガンバっている地域はいいけど〕病院、理髪店、娯楽施設など）が極端に少ない。極端に少ないから行政のサービス補助が必要になるのに真逆になっている。富める地方、貧しい地方、富める人、貧しい人 貧富の差・力の格差が「介護保険だけは」と期待していたのに見事にはずれた。介護保険に、利用者の上限金額を定めたのはなぜなのか。医療の轍を踏まないためなのか、とにかく使いにくい制度である。医療保険のように必要な人は自由に使えるようにすべきで、高額医療のようなシステムも導入する、又、医療保険と介護保険を一元化して、広く保険料を徴収し財源の安定化を図ることも大切だ。報酬単価は少々下げてもかまわないし、医者言うなりに検査A→B→Cとするより、本人の意志でCの検査ができるようにする。注射を希望する人には注射、薬を希望する人には薬といったように、あるていどは本人にまかせることも必要で、費用も説明すべきだ。介護も保険で定められたメニューではなく、本人が本当に必要とするメニューを提供できるようにすべきだ。庭の草取りでも、窓ふきでも、生活に必要なならやるべきだろう。ヘルパーの仕事外だ、なんだというより本人の安心と、心配ごと気掛かりを解消できるならいいじゃないか。①医療と介護の保険を一元化して単価を下げる。②利用者の選択・要望を取り入れやすくし、利用の幅を広げる。③山間部や僻地には、青年海外協力隊みたいな人材を2～3年派遣して、その地域の介護システムを作らせる。（介護保険も、自立支援も、利用者と業者が対等な自由契約の下にサービスを選択し、自立（自律）生活に役立てる制度だというけれど、行政のシバリツケ、制約が多すぎる。また、税で補われている事務費等の間接経費がかかりすぎている。）</p>
<p>改定前に介護の現場等再度しっかり把握して頂き、問題点を抽出してもらい、賃金等の見直し 処置改善交付金の検討（一律化） 訪問看護と介護の格差・訪問看護における 医療行為の見直し 医療行為の幅を広げる</p>
<p>人間は 同じような事をして 同じような生活をしています、が、十人十色で、細かいところでは、全部違います。療養者も 介護従事者もそうです。全員が満足することはできないのです。生まれた時から、死ぬまでの教育だと思います。甘えればキリがなく、厳しくすれば精神を病む。医療、介護、福祉等の支援以前の問題だと考えますが、そうも言ってもらえませんね。ヘルパーに対する提供票以外の無理な要求、サービス残業など、指導はしていますが、人と人との関係だから 割り切る事の難しさです。ケアプランの立て方、たとえば一律（入浴）シャワー浴30分は大変苦勞しています。冬場は身体が暖まらず、延長になっています。障害者へのはてしない支援は問題だと思います。援助が受けられるからと傍らから見ても無理な使用をしている方が見受けられます。しかも、私達がいるから、ヘルパーが成り立っていると 上から目線です。目が見えないだけ、耳が聞こえないだけ等と りっぱに自立している方がおります。私達とみんなで成長して行きましようとうれしくなります。これも 生きるための教育だと思います。健康な人にも欠点があります。補い合えれば、お互いに支援しあえます。介護従事者報酬より、高額なのは問題です</p>
<p>・個人負担を下げ、より、利用しやすくなるように。・介護保険の制度についての周知、啓発</p>
<p>考えていることは たくさんありますが 今までも 現場で働く者の考えが あまり活用されてない様に思います。上からの指示にしたがうのにせいっぱいです</p>
<p>全般的に求められるサービスの質に対して報酬が低い現状である。又今の介護保険は家族が居て介護負担の軽減が主であったが、現在独居住人が多く利用者が出来ない事に対して、ヘルパーがやってはいけない取組が多く、在宅生活が継続するのに困難が多い。保険外サービスでやる事は可能だが、お金が無いと生活が難しいのはおかしいと思われる。人が人の世話をするのは大変な事だと思います。</p>
<p>介護制度について。1. 介護保険ではできないこととされている「病院での待ち時間」「病院帰りの買い物」「家族がいる生活支援」等によって、介護保険の1割負担よりはるかに多くの金額を負担させられています。とんでもない悪政です。役に立つ介護保険へ。2. 1. 5時間の家事援助がさらに短くなりそう。1日に数件かけもちでの訪問は、プライドも意欲もヘルパーからうばってしまいます。コミュニケーションも認められた時間で訪問できるように。3. 月額単価にしてほしい。常勤</p>

<p>雇用が拡大できる。4. 単価は身体介護（約1時間4000円）が激減し、生活・身体又は生活のみになり、2800円が1時間平均になっている。介護保険の仕事といった場合、看護1時間8000円、OT・PT30分8000円、と較べてもあまりにも安い。1時間平均4000円にならなければ、安定した雇用ができない。5. 支援費も介護保険も支給料、時間があまりにも大差あり、全身性障害者で7時間～635時間まであり（月）支給基準が明確ではない。6. 支援費単価が安すぎます（重度訪問）。7. 新たに認められるべきものは、1と2のコミュニケーションです。</p>
<p>今まで入院して治療したものが一段家に帰されて通院という型になってしまうのは、認知症の方にとって家族のいない人は困る。薬の塗布がヘルパーさんができないのは困る。</p>
<p>限度額の中で組み合わせるのではなく、個人の必要な介護時間を割り出し、個々で役所より許可をもらえようにしてほしい。認定調査と認定会議に必要な費用を省略できるようにしてほしい。予防への訪問介護もマルメではなく訪問看護と同等にみてほしい。訪問介護は実際の行動が見えにくいため報酬も低く、助成金等でレベルアップになるとは思えません。仕事への定着率も悪く、現役のヘルパーに対しての教育も事業所内のみでなく、ヘルパー協会等を作り意識を高めることも必要。今のよう細かすぎる手数でなく、利用者様にも説明しやすいようにしてほしい。ややこしすぎます。そうじ等には一割を二割、三割にしてもよいと思うが、身体には一割にとどめておいてほしい。</p>
<p>家事援助を安易に見られているが、女性にとって家事援助はとても大切だ。</p>
<p>・従業者の賃金見直し、改制</p>
<p>情報開示で求めれば得られるが、サービスの内容が各事業所により大きな差がある。介護員の質を上げるためにも、適正な報酬が必要だと思う。若い人材を得て育てる為にも、生活の保障が必要だ。</p>
<p>私どもの事業所は、ヘルパーが10名程の小さな事業所ですが、経験をたんでさあこれからという時に、ケアマネージャーの試験を受け、次の仕事へ移っていく人が多く、常に新しいヘルパーの補充ばかりで、技術の高いヘルパーがなかなか定着しません。今後は在宅での介護がより高度なものを要求されるわけですが、現場で働く高い技術を持った人を増やす事ができたらと切に思います。</p>
<p>3年毎の改定で、体制の変更や事務量、経費負担を考えると頭が痛い。</p>
<p>本人の為、本当に必要な介護保険診療が受けれる事を願うばかりです。</p>
<p>加算を利用者から頂くことが正しいかわからない。</p>
<p>医療中心となる為、他のサービスが見直される為、それに対応するサービス、又その部分に対しての報酬の面の見直しが必要となる。（医療に対しての体制、人員、報酬等問題は多いが、介護される方が今まで同様の無理のないサービスが受けられる様にすること、負担となる事が発生しない様にしないのでは）</p>
<p>・記録や時間に追われ、利用者により精神的により添って行く余裕がない・現場と机上の考え方の違い・介護保険制度の正しい使い方の周知不足・ストレスばかりが溜まる現在のしくみ・ほとんどがやりがいを感じる事が出来ない現況・コロコロかわる制度内容とまわりの理解</p>
<p>重度訪問介護について。以前厚労省プロジェクトの重度包括支援調査（横浜訪問の家さんが受託していた調査）の際、未席に加えて頂き、重度の方への支援に関して重度訪問介護で十分な評価をうけていない旨、専門官に説明したところ、次回改良時に事業所加算での重度対応評価をしていただきました。しかし、重度障害者のサポートのための重度訪問介護が滞在型であるという理由のみで、単価が居宅身体介護の約1/2評価である現状に変わりはありません。ALSの方のベット上洗髪、清拭、体交、吸引、等を実施していても、同様の評価にはならないわけです。単価が安いことで、何が困るかというヘルパーの確保が困難となるということです。わざわざ特別な介護を行った上に、給与が安かったとしたら、安易な考えではつとまりません。人の確保ができなければ、在宅でのチーム構成の支えがないということになり、結果在宅へは戻れないということになります。一生懸命研修をしてヘルパー養成をし、ALS患者様に対応できるヘルパーを養成しても、大変な介護のわりには、他のヘルパーと同じ評価なので、辞めていく職員もいます。当事業所は、重度者受入れに積極的ですが、重度訪問介護を行っていくためには、あまりにも厚労省の設定は無理解です。企業努力は当然行っている上での制度への不満です。再々検討を望みます。</p>
<p>・介護報酬が上がることにより給与も上げられる。・訪問介護事業の通院介助の支援が分かりにくい。・医療が緩和されているので訪問看護と訪問介護の単位数があまりにも違いすぎる。</p>
<p>・訪問のサービスが生活と身体にわかれているが在宅サービスを行う上でどちらか一方にサービスに区割けできないところがある・過疎地区でサービスを行う時間より移動を行う時間が長く、介護報酬が賃金と合わない・医療行為が必要でも在宅で生活する事に移行しているが家族の負担が大きく支援を求めたいが訪問看護の充実ができていない。・医療行為だがヘルパーのできる範囲の拡大</p>
<p>緊急時の訪問・対応、連携について。夜間、休日、等の対応、連携について。取りくみ評価、加算を。医療処置必要者の受入れについて各事業所取りくみを。</p>
<p>介護する側の都合が有先されることが多々あるが療養者様の希望に添う医療や介護ができることが課題です。</p>
<p>訪問介護の事業所として、求める改良点は身体介護と生活援助の相違である（平位数の）。例えば、自宅に訪問して提供する調理等は本人の希望を考慮しながら、家にある材料で、短時間で仕上げる等、身体介護の労力をはるかに上まわる、エネルギーである。予防介護においては、利用は自内で、時間、回数、曜日は単位数の中で収めていけばよいと思う。</p>
<p>利用者にとってよくなるのであればそれはそれでかまわないと思う。どの様に変えても第一は利用者がよければそれでいいと思う。</p>
<p>前回のプラス改定（介護）は加算ばかりで、限度額の見直しが行われたわけではないので、目一杯の利用者はオーバーが出たり、サービスを削ったりしなければいけないケースもあった。トータルでの調達をお願いしたいです。関係ないですが介護従事者交付金も経継してほしいです！期限がすぎてしまい大変申し訳ありませんでした。</p>

<p>重症な利用者様は、介護保険の利用限度額内に収まらない。小規模多機能のように丸めでの報酬は利用者にとり良い制度と思うが、事業所にとっては、<math>+ \alpha</math>がないとやっていられない。(国?)利用者からは高くなく負担してもらい、<math>+ \alpha</math>は保険の方から提供できれば良いと思う。事業所の特定加算は利用額を削るようになってしまう。負担も利用者へ求められるのはいかがなものでしょうか。ヘルパーさんが減っています。お給料が安いのも1つの原因で、今後の在宅介護に暗雲です</p>
<p>措置から現場にいるヘルパーは資格を取得前にまず現場を知り現場で動きながら知識や資格を得ました。2級制度ができず資格をとってから現場に来た人の中には知識と現場のギャップが大きすぎただ給料の割に仕事がえらいから続かない人が多くなった気がします。措置の時代は人と人とのつながりも大事な仕事としてとらえましたが今の制度ではコミュニケーションの前に家事の形、介護の形が先行して大事な人を見る、コミュニケーションとその技術が欠けているように思えますし研修の来てもらっている人をもてコミュニケーション技術が十分2級資格で手得されていないように思います。知識を得る(頭で)事と同じくらいの時間をかけ現場の人を見る現場の仕事を体感する事が大切だと思います</p>
<p>課題、スペシャリストを育成する。現状離職する人が多く、人が育たない、人を育てる人がいない。改良点、報酬制度上新たに評価すべき項目。サービス担当者会議出席に対する評価。ケアマネや他事業者との連携に対する、評価、個別支援計画書に対する評価。経過報告書に対する評価。</p>
<p>もう、期待は持っていません。</p>
<p>報酬に見合ったサービスが提供できる様、介護者も常に意識し、努力をすることが必要だと思う。</p>
<p>介護報酬については、1ヶ月単位で要支援と同じで決まった額の支払いとし決まった時間を提供するのではなく必要な分の時間とし巡回して日常生活が出来るようにし、病気等の時は回数を増し、出来るだけ医療費等もかからないよう経済的負担のかからないようにケアしていく。事務の仕事が多くて時間がかかりすぎる。少なくすべきだと思う。</p>
<p>・現場の介護者(ヘルパー等)は記録に追われています。・研修に出たくても今は働いて(現場)いくら(お金)です。・情報開示の為の書類も…皆大変です。何が一番主なのでしょうか?利用者の事より書類さえしていれば良いのですか?・相手の気持ちを思いやる程心にゆとりがない様に感じます。・チェック〜と心が通いません。報酬〜で働いている人が何人いるでしょう。安い賃金で体を痛めている人が多くいます。でも血の通った相手を大切に思うから頑張っているのだと思います。若い方が定着しないと言いますが…気持ちもわかります。机上の空論が多すぎます。本当の意味で…明日は自分の親が…と思うと、今の政治はおかしい。介ゴホケン料を払っているのに利用する者の意見を把握出来てないし迷走がかりで…そんな中でも介護職は停ってられないんです。毎日〜。でも利用者の笑顔が何よりの報酬です。心が病んでない時はそう思います。</p>
<p>介護報酬について、加算をもうけているが、自立支援が適正に行われる事で、利用者の自立度が上がり出来る事が増え要介護度が下がった場合にも加算をつけてほしい。なぜなら、サービスの量が減る。自立してできる事が多くなるから。当、事業所では、そのケースが多く、売り上げが元気(自立支援ができた)になったことで減り運営が厳しい。要介護度が下れば6ヶ月は利用限度枠も減る。利用者は喜び、国県市町村の負担も減る。事業者のみ収入が減る。スタッフは喜ぶ(いいサービスを提供しお客様が元気になり志気が向上する)。元気で自立した利用者を増やしみんなが喜ぶ制度であると事業主もやりがいがある。現在は精神面のみ充実感がある。会社運営に関していつも不安をもって大変である。以前、上記サービスについてモデル事業として欲しいと申し出たが、他事業所に金儲けにならないと言われた。もっと福福理念を持った事業主教育が必要である。</p>
<p>継続可能な制度維持をお題目に介護報酬を引き下げ(基本設定自体が極限的に低い)が画策される中、一方的な介護の質ばかりが求められ続けられてきた。現在の介護保険制度では、経済的困難者が必要な介護を拒否したりするケースがある、全てが保険で処理するのではない、税による介護が保証されないと、介護難民の増化を招いてしまう</p>
<p>介護度により受けられるサービスの内容がちがう点はなんとかならないか。又、生活援助と身体介護の報酬がちがうのが大変さは同じなのに理解できない。</p>
<p>報酬については、重度訪問介ゴの単価が安すぎる。うける事業所が少なく、利用者は困っている。事業所自体も経営が不安定で人材不足をおぎなえない。24時間介ゴについての評価をもっとしていただきたい。“命”にかかわる報酬として、あらためて改正していただきたい。</p>
<p>「地域包括ケアシステム」を中心とした介護保険制度の改正については、概略聞いているが詳細にはわからない。本制度の改正により、住み貫れた地域で暮らしていける為の制度として構築して頂きたい。特に軽度認定者を現行の給付から除外するなく、従来通り介護保険を利用しながら生活していける様にするなど、従来の多様なサービスのシステムを極力変更せず、「在宅サービス」の充実を図ることで多くの方が安心して生活できる様にして頂きたい。又、介護の人材離れが課題になっているなか、時限的に創設された処遇改善交付金についても、諸加算の率が低い等で廃止の方向で検討されている様ですが、今後も介護従事者の処遇改善策を検討して頂きたい。</p>
<p>生活支援の単価を含め介護報酬単価を上げる必要性を思います。特に障害は単価が低く、訪問介護員への賃金を介護保険と同額にしている場合、移動支援は支援量が増えるほど赤字となります。ぜひ改善していただけたらと思います。訪問介護員の質の向上の為定期的(3年~5年に1回程度)に現任研修を実施するシステム作りが必要です。評価すべき項目については、担当者会議に出席した時、退院、退所時に介護報酬が算定できればと思います。</p>
<p>処遇改善交付金が終了するので、それにかわる何か(単位に加算)や単位があがるなど、収入が下がらないようにしてほしい。常勤体制が手厚くできるよう、事業が成り立つ報酬にしてほしい。自立支援の単位を上げてほしい。介護保険と同じことをするが、単位数が低い。訪問介護員の医療行為が一部解除されているが、介護員は看護師ではないので、仕事の領域を広げないでほしい。看護師の人手不足を介護士で補うことをやめてほしい。包括報酬がふえそうだが、自宅をすすめるなら(援助いくらの方がよい。事業所加算を他の職種の加算のようにもう少しハードルを下げてほしい。</p>
<p>①地域(小~中学校区)で支える医療・介護の視点を。②多職種連ケイが円滑にいくようなシステムを考える。単純に診療報酬や介護報酬を上乗せするというようなやり方は良くない。</p>

<p>在宅介護の現場では、老老介護が増え、介護疲れから、心中事件等が多くなっています。施設介護も特別老人ホームの待機者が42万人を超えています。今後も団塊世代の高齢化で要介護者の急増が見込まれています。要介護者を支えていくには、介護人材の確保がとて重要になってきます。「財政」と「人材確保」という、介護を支える基盤がしっかりしていなければ、介護制度は成り立っていかないと思います。</p>
<p>まかせろ。</p>
<p>現在の介護報酬は専門的な労働としては安すぎると思います。ケアの質が働き手の処遇に反映される仕組みを取り入れられないでしょうか。報酬の低さがケアの質の低下を招き、さらに介護保険の評価を落とすことになると思います。利用者の負担に跳ね返らない形で、働き手に報いることができる方法を、培っていくことが必要だと思います。</p>
<p>小さな訪問介護事業所なので大きな事業所の営業に仕事が行ってしまいますができるだけ利用者様が安心して介護受けられるようヘルパーに指導しておりますが報酬制度に応じられない面があり経営が苦しいです。(小さな事業所はヘルパーに賃金払うのがせいっぱいですが志は高く親味になってケアしてます)</p>
<p>・地域包括支援センターの在り方・包括支援センターの機能を十分に活用し要介護状態の予防を図る・軽度者に対するの取り組み・過剰な支援の見直し</p>
<p>入所施設というコンクリートを増やすのではなく、自宅で生活するという条件を増やすことが必要だと思います。入所施設で生活するコストと在宅で生活するコストに違いはありますが、入所する状態であるのにベッド数の関係で在宅にいる方達の援助が充分でないのは公平でないと思います。在宅での生活を維持していく為にも、ヘルパー使用時の自己負担額を軽減して使用可能な範囲を広げます。ヘルパー数の確保にはヘルパー報酬を引き上げることで収入を増やし人材を集めます。財源は、入所された高齢者の方の年金を一部当て、他は高負担税で補います。</p>
<p>重度訪問、居宅の家事について報酬が安すぎると思います。移動支援は、天気が悪いとキャンセルになってしまう等、利用者の都合や天気に左右される事が多い。ヘルパーが予定していても、長いケアになるのに、突然のキャンセルは空いてしまうし、収入にもならないので受けずらくなってしまいます。</p>
<p>介護報酬が低いと思われる。訪問介護において人員の確保が大変困難である。ヘルパーに対する賃金が安すぎる。よりよい介護を目ざせば、ボランティアになってしまう事が多いと思われる。ケアプランの作成料金を上げてケアマネージャーが独立してプランのみたてて行けるようになれば過介護はなくなると思われる。自事業所へプランの90%も出しているケアマネにいいプランが出来るであろうか?ケアマネの独立が介護費の縮少と、本当に必要な介護が出来るようになると思う。医療と介護の報酬の差がありすぎるのも問題である。医療・介護全体を通して見直しが必要であると思われる。</p>
<p>・現状の課題として①診療報酬の関係で、医療期間から3ヶ月という短期間で退院され医療処置が必要なケースが多く、本人や介護者の精神的ケアがなされていない場合が目立つ。(精神的ケアが必要)②医療の高度化により、若者、老人問わず中途障害者が増えることが予測される。・介護従事者や事業所の取り組みとして①個々のヘルパーの質向上に努める。②スタッフの人員を増やす。※事業所の質が向上すると、利用者負担(料金、単位数)が増える為、利用者が利用できなくなるといった問題点がある。</p>
<p>現状の制度では、まず、介護認定調査に対して思う事ですが、介護認定調査員の調査(新規、更新等)により認定結果のばらつきがあると思います。基本チェックリストに添って行なってはいると思いますが、立ち合いもなく、利用者様のみで調査を行なうのは無理があると思います。新規、更新時に関わらず全ての認定調査時に家族の立ち合いを義務付けしてはと考えます。出来る事に対しての時間の設定も付加してはどうかと思います。例えば「自分で衣類が着れる。ズボンがはける」等の時は出来るけれども、どれくらいの時間(分)で出来ているのか。調査員の中には、下着から上着まで全てご自分で出来る利用者様に対して出来ていればご自分で出来るに○を入れるのですが、実際のかかった時間等は聞き取りしていないようです。1日24時間のうち、身だしなみを整えるだけで2時間もかかっている、出来るにしているのです。後、区分支給限度基準額の見直しも必要かと思えます。介護度の低い利用者様は特に問題ないと思われるが、介護度が③以上の利用者様は、限度額内でサービスを抑えているケースも多々あり、本当にサービスが必要な方に十分、サービス提供出来ていないと思います。それと、要支援者の抑制、介護保険申請については、ご本人、家族がされますが、目的(サービス利用)については、不透明な部分もあるように思えます。住宅改修のみ、福祉用具の購入のみ等だけで申請され後は、サービスを利用せず認定期間が切れ、更新もされていないケースもあります。</p>
<p>介護報酬単価に合理性が乏しい。高単価(身体介護)が低単価(重度訪問障害)の3倍弱である事に介護制度本旨から乖離する。低単価(重訪)は事業所も敬遠し、利用者の事業所探しに奔走するのが現状。事実、重訪の価格形成を分析しても利潤を出す予地はない。逆に、高単価(身体)は事業所が群がり、結局は腕力の強いメジャーの独占となるのも必定。更に、身体介護の2倍が訪問看護であるところから介護制度を歪めている元凶が何らかの政治力にある事は容易に推察できる。介護報酬の単一単価を望む。</p>
<p>今後の社会を支えていく職種として、必要不可欠な力だと思われます。若い力も必要です。みりよくある職種に位置づける為にも、介ゴ報酬の見直しは、大切なキーワードになります。小さな事務所ですが町の役に立てたら…と大きな病院の様な力はなくともかかわる方達に安心して生活して欲しいと願います。その為にも、事務所がやっていける為の努力もしています。医療・福祉の制度を見直しで欲しいです。</p>
<p>・30分身体介護の見直し・退院時(病院内で)担当者会議開催の為の加算</p>
<p>介護保険だけでは人は生きられない。その人のできる活動を支えるのはいったい誰か。助け合いの会NPO法人びすけっと(微力の助っ人)は介護保険以前からの高齢利用会員の買い物から通院までを支えてきたが送迎活動を中止する。原因は仲間の高齢化、続く人材が育っていないこと。びすけっとのような活動は多くの人が必要と認めるが動くまでいかず、そうした活動への理解援助が町政・町民に共有できていない。送迎サービスも、配食サービスの安否確認を含めた1食200円の補助金も、「あなたたち勝手にやってんでしょ、介護保険以外の人にまで配食サービスの補助金は出せない」と行政の包括職員は言われ</p>

<p>たそうだ。人は介護保険だけでは生きられないことがわからないようです。配食サービスは自立の阻害とまで行政は考えており、配食サービスの補助金は、びすけっとでは受けたくないないと、現在480町では福祉バスを走らせているがドアツウドアまでいかず、便利に使えない人や狭間の人に元気でいてもらうために、お助けマン活動もしてきたが・うまく動いているとは言えず。これで誰もが安心して暮らせて介護予防の助けになるとは言えない。タクシーとは少し違う繋がりがある、びすけっとの活動。行政ももっと目線を広くもってほしい。ひとりひとりが生きていくために課題を解決していく必要がありますその視点が必要。いろんなことへの気づきがほしい。介護保険料は適正に使われるべき。介護従事者の賃金をしっかり支払いたいが払えない。結婚しても家計を支えていけない金額です。男性は結婚したら転職を考えざるを得ない職と言われている。仕事量・事務量が多く、ヘルパーは綿密な話し合いや打ち合わせが必要だし、施設や通所はやってもやっても切のない職場、高齢者が増えても介護職はこのままだと担い手がいなくなると思います。介護職に男性がいることは視野が広がり、仕事のはばも出て女性特有の世界になりがちなところを防いでよい職場環境になれると感じます。国、県、町も介護保険だけでは生きていけない人ひとのことを考えていかないといきづまると感じます。介護保険料の低所得者負担の軽減が必要。本当に困っている人多い。</p>
<p>高度な医療よりも、その人らしさを求められるような、在宅医療のせい備が必要だと思う。</p>
<p>一番必要な在宅での24時間介護、看護ができる様に、限度額の引き上げが急務と思います！！在宅での訪問介護員の報酬アップ</p>
<p>・在宅で最期を迎える為にはではなく、在宅で昔のように最期を迎えられる人、物、環境をととのえられるよう法整備して欲しい。・昔の“となりとなり”の関係は今後とても大切だと思う。助け合う心は介護サービスとプラスして初めてその方の生活に大きく作用していくと考えても良いのではないのでしょうか？</p>
<p>〈在宅でのターミナル〉の方向性が定まらない理由として、介護報酬での限度額でのしぼりがあるからであり、限度内でのサービス提供となると安心した十分なサービス提供を行うことが困難である。介護度5で訪問介護・看護・SS等の支援は限度内では、まず不可能である。自己負担もなく安定した在宅生活の維持継続はありえない。・必要なサービス項目に対しては優先サービスとして公費負担を行う・在宅介護者は、短期入所の受け入れを緩和させる・医療との連携を円滑にして受診体勢を確立する・ターミナル希望者宅への訪問ヘルパーの手当て公費とする。介護報酬そのものが誰でも同一である事の見直しを行い、提供サービスの必要性、緊急性を鑑みてそれぞれ各人に合わせた、報酬であり提供サービスであるように、本人の現状を考慮すべきである。介護現場において「これは必要なサービスか？このサービスは必要ではないのか？」という場面が多く、カンファレンスを行ってケアマネに提案してもなかなか実行されない。限度額は決まっているの仕方がないが必要に応じた内容によって、巾広く利用活用ができる介護保険となるべきではないか。県指導においても、もっと適正なサービスが提供され、本人のニーズと合っているのかを細かく指導して欲しい報酬制度が改定されれば指導内容も変更してサービスの適正を判断指導をお願いしたい。医療、介護制度は全くちがう内容であり制度であるが、常に深いつながりがあり、つながりがなくてはならないのであるが現場サイドからすると見えない、隔たりがある。以上</p>
<p>・介護報酬をあげてほしい。(職員の定着率をあげるため)・情報公表、外部評価、実地指導は利用者のためになっているのか？</p>
<p>キャリアパス、人事考課などの一体化したシステムの構築が必要。</p>
<p>現場レベル、市町村レベルにおいての話し合いが必要不可決</p>
<p>問22に同じ</p>
<p>・いつも人材不足ばかりが、話題になる。常識的に待遇のよい職場に人出不足は、あり得ない。待遇が、悪いから人が来ないし、値も低い。あたり前のことである。単価が見直され、それなりの報酬が出せれば、黙っていても人は、来る。就職難を叫ばれてはいても、この業界に、何故、就かないか？考えれば、簡単なことである。魅力もないし、低賃金、将来性もないからである。政府は選挙結果を恐れて、利用者負担を上げることもしないし、財源もない。この職種は、万年、人出不足となるでしょう。ハローワークは、無料でヘルパー養成し、その間、補助金まで出して、ヘルパーを育成しても、彼らは職業として選ばない。それなら、それに関する経費を全部単価にあてていただきたい。基本的に人が好き、世話が好きという、好青年たちを、他の職種に追いやらざるを得ない、現状に疑問を感じる。制度として充実させたいなら、人材の確保ができるよう、まずは、賃金保証である。それ以外には、ないでしょう。</p>
<p>介護保険導入時は唯もが介護保険を利用しました。それがパンクするようになればきびしく介護が必要な人が受けられずまだまだ必要でない人が受けている状態です。高齢者は窓口がわかりますが障害者の場合窓口もよくわかりません。もう少しわかりやすくしてほしい</p>
<p>介護予防訪問介護はICFをツールに利用者の意欲、生きがいの創出、うつ症状の改善などの自立支援を行っており、成果もでてきていると思います。ただ現在の訪問は、時間、回数に制限もあり、実質的には利用者にも理解されづらい事があります。現場ももともとめている時間と介護報酬にもギャップがあり見直しをしていただきたいと思います。H24の改定で地域包括を視野に1訪問10分程度の24時間巡回型訪問介護が創設されるときいています。確かに短時間巡回型サービスの可能な大都市の事業所にとっては、経営効率はあがるかもしれませんが広大な北海道では、経営が立ち行かなくなることもあると思われます。また私達の従来からの訪問形態で培ってきた「生活を視る」視点を軽視されているようでヘルパーを看護助手するものでありホームヘルプサービスの基本がくずれてしまうような気がしています。あと、重度要介護者は在宅生活の継続のためにサービス量が多くなり訪問回数も増えます。この為費用負担も大きく区分支給限度額も超える場合もみられます。地域で暮らすことの継続の為には、要介護4以上の方の区分支給限度額アップは必要かと思われます。逆に実際に施設では介護度の重い方はねかせている事も多く、介護報酬の分配の仕方をみなおしてほしいです。在宅生活を維持するにはホームヘルプサービスは必要なものですからこのままでは、経営優先になり在宅を支える事業所が減っていきってしまうおそれがあるように感じます。</p>

(居宅介護支援事業所) 問23

在宅サービスの充実(夜間)。ヘルパーが可能な医療行為見直し及び研修。医療機関、介護施設受け入れ体制の見直し。要支援の方でも福祉用具貸与を無条件で(特殊寝台等)。財政確保。人員確保。給料。ケアマネージャー仕事内容見直し。

現状医療対応のあるご利用者が家族の介護負担軽減の為S。Sに行きたい状況だが特養はNSが当直していない理由 老健は支出が増となると言う理由で判定会ギでS。Sも入所も出来ない状況がある。今後上記も考えた上の介護報酬を改定すべきと考えます。

精神障害者・知的障害者・身体障害者などサービス利用に当たり介護保険が優先で、その後各障害のサービス利用となる。過剰なサービスまでは必要ではないが、本人が望むサービスや自立できる援助に対してのサービスなどについては、介護保険の点数化だけでなく、必要な人に必要なサービスを利用できる制度になってほしい。介護度が軽くても必要なサービスもあれば、介護度が高くても利用されていない方も多くいられる。現実にはそぐわない制度である。また、金持ちはいいが、年金が少なく1割負担が大変な人もいる。弱者に何とか日の当たる制度改革を行ってほしい。現在若い方でも就労していない人や、両親や祖父母の年金で生活を送っている人などもある。就労支援の強化が必要である。年金より後期高齢者や介護保険料の天引き。そのほかに医療費や介護保険利用料の1割負担などあることから、生活は苦しくなっている。利用者負担額の検討をしてほしい。介護従事者についても、研修の充実や介護業務など、利用者の方がその人らしくあるべき姿に少しでも叶えることが出来るように支援していく必要がある。

(ケアマネに求められる事があまりに多すぎる 社会的地位がない 報酬が低すぎる)書類処理に追われる。役所や医療はケアマネに丸投げしてくる事も多々ある・介護認定について～納得がいかない結果でありサービスを有効活用出来ない事がある もっと疾病の進行性も反映すべき

介護保険限度額の引き上げ 入院日数を増やす 施設の増設 障害施策と介護保険の一体化(被保険者枠の拡大) 消費税の引き上げ(福祉目的)

見直しや改定の度に介護支援専門員の質が常に問われます。しかし、実際にどのような調査が根拠となっているのかがよくわからない。まじめに、きちんと業務を行っている人の方が多いと感じている。時には、“こういう人がいるから質が低いと言われる”と思う事は、もちろんありますが…。又、大きな法人所属なのか、小規模なのか、独立型なのかでも違いがある。改正の度に業務の責任や規制がきびしくなる一方、今回の法改正の24時間包括サービスでは不要論もあり、そもそも介護保険制度スタート当初の“本人が選択できる”という支援が追いやられていると感じる。介護支援専門員が介護保険制度の要と言われつつ、実際のサービス調整は併設寄りであり、その他の独立型や小さい規模の所は断られないよう必ず連携をとるようにしている。又、断られれば別の所を探す事を繰り返し、利用者や家族に説明し契約を結んでもらうよう調整をする。大きな法人で10人以上介護支援専門員がいても独立で1人でいても、ケアマネジメントの方法、支援はほぼ変わらない。連絡のとれにくさも一緒なので、大規模の所は良いという加算制度は見直しするべき。医療費の仕組みは知識不足だが、3割負担でも国民はうけている。介護保険も時代に即したケアの質、技術を向上させ安心して“障害のある期間”をうけ入れられる事業へ向かって欲しい。

介護保険料、後期高齢者医療制度など、年金受給者から差し引かれる金額の負担が多く。一割の負担でサービス利用するも、その人の生活を支えるのにも、いろいろと生活を切りつめていたり悩ませていることだと思います。ケアプラン料の有料化となれば、サービス(介護保険)利用を妨げになると思います。医師、看護師などの医療機関側とケアマネ間との連携がうまくいかないとします。

・入居者の高齢化・料金がホームによって差がおおきい・団塊の世代にさしかかり保険料の問題  
・医療との連携体制加算が導入されるべきだと思います。医療保険の方が単位数が高い。まだまだ医師との連携がとりにくい為医師にケアマネや介護保険の周知をお願いしたい。・スキルアップをして介護報酬には直接結びつきませんので、専門職加算を考えていただきたい。・ケアマネは法人に所属しなければ仕事をする事は出来ません。独立した社会的地位が認められるよう法的な支援もお願いします。・一人ケアマネには主任ケアマネ研修を終了しても加算がつきません。1人ケアマネでも主任ケアマネ加算がつくと有難いし、評価を期待します。

介護保険の中で給付率が増加している現状は理解できません。ケアマネの1割負担は利用者が激減しかねない状態になる可能性が高く反対である。福祉用具、住宅改修費の1割を変更した方がいいと思う。

ケアマネージャーの負担が大すぎる。独立して、いける、環境が必要といえる

医師に対して、介護サービス等への情報提供の必要性等の研修があると良いです。介護ベッドを入れると寝たきりになる、リハビリすると悪くなるという医師もまだいるので、研修してほしい。→専門認定(?)等の更新時とかに。

介護度に応じたサービス提供の形から高齢者をくくり全ての要望を叶えられる介護保険制度を望みます。特に必要支援と要介護でサービスに差を生じるのは矛盾があり、介護保険料の徴収の特性上からも差をつけることを解消してほしい。

介護保険は死亡後費用がとれません 又、かかわってはならないような行政から言われています。が、死亡後の始末が(書類など)ある場合や、交通(介護タクシーなどの手配などの)もろもろボランティアで動くしかない事態です。

加算を増やすことばかりでなく基本報酬を大幅に上げることが必要と思われる。安くて大変な仕事でその人生活を支えるとなると負担多き。実際ケアマネしていますが長くやりたいとは思いません。

自己負担分をもう少し引き上げるべきだと思います。居宅介護支援についても採算がとれず課題が上がっていますが担当できる件数を上げなければこれをクリアするのは困難だと思います

改定がしかたないとはいえ本当に多い ある方向に行くために変化してゆく それにとまって変更することが多すぎてこれもまた疲れる 加算、減算、加算減算とその過程で疲へいてゆくような気がする

自分が世話している場合又世話をしてもらう場合と両方考えて他他の人がやっている時と全体と考えて介護がいかに大切で大変な事か、と考えるともっともっと高い給料と意欲がもてる制度にしてほしい。今、他の職種の方が給料が高く、大変な仕事

<p>の割には安いので家族も持てないのが現状でボランティアではできないので、意欲をもってやりがいのある仕事と思える様に改善して欲しい、又事業所も書類が多く役人の為に（責任のがれ）の書類ばかりで事業所の為に又利用者の為になる様な改善ではないので負担を少なくして利用者の為になる様な改定を望む。</p>
<p>通所介ゴが優遇されていて、訪問介護の頻度と単位が割が合いません。特に予防支援の場合、1ヶ月単位となるので、何度訪問しても、事業所不担が多きく、利用者も理解出来ていません。通所は介護度によって単位が変更になり、重度の利用者に対しては、介護の負担が大きければ大きい程報酬が大きく取れるのに対して、訪問介護は、介護度が上がる程介護負担は大きくなるのに単位は変わらないので、納得いきません。今後、訪問はどんどん、割合が少なくなってます。夜間報酬がなくなり、均一してしまうなど、言われていますが、人員が不足し、人件費ばかり重んでしまう傾向にあり、訪問介護は苦しくなると考えられます。国が在宅重視と政策を作っても何の意味もなく、在宅で死を迎えられる利用者は、経済的に余裕のある者だけが受けられる、方法です。いろいろな介護の加算はとでも取りにくい加算が多くて、何の役にも立たず、かえって事業所の可動率を増加させ、仕事が重複し負担に思えます。</p>
<p>第71回社会保障審議会介護給付費分科会資料より 区分支給限度基準に関するを読んで…ケアマネがいかにきちんと介護保険をまわしていないか大会になってます。（・訪問看護をつかえず、医療系のサービスが少ない…と・単独サービスが多い。）判断したNS 社福 介福はどんな方がしたのか知りませんが、今ネット上で、火ついているこの方々はご存じでしょうか？各ブログでにぎわってます。①（訪問看護→これは以前のアンケートにも記入しましたが、CMや家族が何にどう使っていくのかわからないし、地域性もありますが「医者に行くからいい!」が多いです。訪問リハやデイケア数が少ないです。ニーズ直結できるのは老健（PT、OT、ST）すべている所、大崎ではここぐらいです。単独サービスが多い→国民年金の多い地域では食べていく事が生きる事の第1条件です。必要最低分のサービスしかいれません。だからなおさら①は利用できない（仙台とちがってO市は多いです）保障費がかかるからとか、ケアマネに知識ないから、NSケアマネにまかせようではなく、根本的に考え方を、何のための制度か？考えなおす必要があると思います。確かに、訪問介護の家事援助、デイサービス、このふたつは、地域の横出しサービスで、市町村でおこなうレベルだと考えています。2012年4月改正で健常者、レベル（特に要支援1、2）のニーズは市町村単位で介護 医療 重複ケースは介護保険、自立支援法、医療でささえていく方向でと考えています。と、あればCMの基礎職種や、だれでもいいというわけでもなくなります。ケアマネ協会の研修も、内容がかわってくるでしょう。介護保険は「その方の生きる」を支えるパーツ。色々なパーツが組み合わさってはじめて実現すると思います。「生きる」という事が。</p>
<p>居宅の立場から、・独居、認知両加算について（独居でも手間がかかっていない場合もある）・介護度と報酬の関係 介護度が高くてもケアマネの手間がかかるとは限らない 介護度が低くてもひんぱんな訪問やTelが必要な場合もある</p>
<p>現状では自宅で介護している方、施設に預けている方、一人暮らしの方と様々な介護の形がありますが、その中でも一人暮らしの老人が今後も増え続ける中で、家族の支援もなくサービスの利用単位も限られ生活するのは非常に困難に思います。2012年の改定ではもっと一人暮らしの老人に目をむけた制度、例えば一人暮らしと証明ができれば特例としてサービスの利用回数を増やす等の制度が必要ではないかと思えます。</p>
<p>特になし</p>
<p>利用者の自立を促す制度、しくみが出来ていなく残存能力の低下を進めてしまう時が多い</p>
<p>①介護制度で訪問介護の通院介助の身体介護、通院乗降介助の判断が難しく、利用者本位に考慮してほしい。②車椅子の付属品クッションをレンタルする場合、車椅子をレンタルしない場合出来ないとのこと。制度の見直しがあっても良いと思った。福祉用具の購入の場合をもう少し安い価格してほしい。（殿部褥瘡が出来やすい人にクッションを利用させたいと思ったけれど断われた）</p>
<p>在宅点数のアップ。しかし在宅は点数をアップすると利用者負担が増え利用が激減する。施設利用者の利用負担を1.5割にし、在宅を0.5割にするなどの配慮をしなければ在宅生活者は増えない</p>
<p>とくになし。</p>
<p>・財源の確保・地域資源の充実・ネットワーク構築する担当を確立すべき 現在の様に包括や主任ケアマネが兼務の形では困難・地域で支える体制作り 報酬制度・サービス担当者会ギ開催加算（居宅、サービス事業所とも）</p>
<p>利用料が上がると利用を制限する人が増えてしまう。本当はサービスを利用した方がよい状況でも、利用しないために身体をこわして入院、はよくある。このうえ、ケアマネージャーに対して1割負担というようなことがあっては、本当に困る。</p>
<p>訪問介護員の報酬について（時間がかかるサービス等についてや回数の多いサービスについて）</p>
<p>・ケアマネは、医療系・福祉系出身者がいて、それぞれ得意とする分野がある。その為、不得意とする分野での知識を向上させるように、研修にすすんで参加し、不得意分野をなくしていく。・利用者、家族に対して情報の提供を行っていく（わかりやすく説明）・居宅支援は、利用者から徴収する事なく現行請求（国保連）を継続していく。・1事業所が経営できるにみあう、報酬を得ていきたい。経営できなければ廃業していく居宅支援事業所が多くでて、ケアプランが作成できない。介護サービスを受ける事ができない。要介護者がでてる。</p>
<p>・介護度4、5の方が訪問介護や訪問看護をご利用される際、単位数が不足しています。改良して頂きたい。</p>
<p>・福祉用具、住宅改修のみで支援した場合報酬につながらないので評価して欲しい・介護予防支援について報酬があまりにも低すぎる・介護保険以外の各種申請等の評価について検討して下さい</p>
<p>・施設利用に関する受け入れ体制の柔軟性・訪問系サービスの人材確保に関する報酬アップ・応診体制の整備・施設サービスの人員配置基準の見直しで3対1では今後、重度化にさしあたり、対応できない</p>
<p>私どもは、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、高齢者デイサービス、訪問介護などの介護保険事業を運営しております。法人としては20年余り地域に根ざした福祉を目指しています。この間、措置の時代から介護保険制度へ移行して、その都度、法人の運営も変化してきています。特に、介護報酬については、3年に1度のペースで、単位・数の増減があり、すくない報</p>

<p>酬で、介護職員を雇い。しかしながら、その人件費（賃金）では、人材がいつかず、人の出入りの激しい職場と言えます。これだけがんばれば…それ以上のボーナスや、昇給も期待できない現場には、やる気や意欲を感じることができないと思います。少子高齢化（超高齢化）が増々、ひどくなるこれからの時代に、介護や年金などの社会保障には、不満のつものところ。介護職員への給付金もいつまでつづくのか不明のままだし、根本的に考える必要があるのではないかと、おもいます。又、利用者負担については、人それぞれに収入は違いますが、負担割合を1割→2割というのは、いかがなものかと…おそらくは、利用者は必要な介護を受けず、がまんする人もいるのではないかと思います。</p>
<p>医療、介護共に自由裁量の幅を広げるべきです そうでないとトライする精神がなくなり 発展が望めないからです 法律もリストラした方がよい時期だと考えます</p>
<p>・医療も福祉もそうだが、まずは、職員が安心して働ける環境を整えてほしい。居宅などは、採算がとれないために縮小傾向であり、なり手も少なくなっている。不安を抱えた職員が担当者に対して良いケアを行えるはずがない。・少しずつ介護保険制度は国民に浸透してきているので、ここにきて、大きな変化は逆効果になるのではないかと。また、一から覚えなければならなくなると興味を離れると思う。・介護認定に主治医の意見書は本当に必要なのか？申し訳ないが、たいした内容も書いていないのに担当医のワンマンで提出が遅れ、審査会が行えずに、サービス内容も確定できず困っている利用者が数多くいる。※もちろん、利用者のことを思い、細かく、正確に書いてくださる医師の方もたくさんいますが。</p>
<p>介護度の見直しははかられ、明らかに介護サービス導入が必要と思われるにもかかわらず、介護度が出ず必要なサービスが利用できない人も数多くいる 確かに財政負担が大きいのも解るが必要な人に必要なサービスが利用できたらいいのにと思う</p>
<p>介護度の見直しが必要と思われる。急変した時に、介護保険がすぐに使えるようにして欲しい。支給限度額の見直しをして欲しい。</p>
<p>入院等や身体状態の低下により在宅生活が困難である利用者の方がふえてくると考えられます。受け入れ先 病院もなく、サービスも十分に受けられない状況が出てくる可能性が大きいと考えられます。入所等などの受け入れも現在は難しい状況であり家族の負担が大きいと考えます。</p>
<p>2月9日新座市役所でケアマネ研修会があり、立教大学の服部先生に改正点をうかがいましたが、介護報酬を押さえるために、包括支援センターに新たにコーディネーターを置いて、出来るだけ、丸目でサービスをし、介護費用を押さえることが主で、私のような在宅のケアマネは何もメリットを感じられませんでした。当初の在宅介護の理念をくずれ超高齢者社会がどんどん進んでいる日本では消費税をあげ、医療や介護をまかなうしかないのも事実と思います。</p>
<p>医療と介護の係わりから見れば、圧倒的に介護の割合が生活上多い。高度な医療技術も大切かもしれないが、介護力が無い状態であれば、在宅介護は不可能。今だに、孤独死や介護放棄、介護難民等のニュースが絶えない。もっともっと介護に対しての現状を把握していただき安心して老後や介護生活、在宅療養が行える社会を作っていく限りは、まだまだ安心はできない。</p>
<p>・医療と介護の連けいが取りにくい・訪問看護師の不足→訪問介護でできることを増やすべき（医療行為の分野で）</p>
<p>医療を必要とする在宅利用者について訪問介護で出来る範囲を研修することによって、出来る医療行為の範囲を広げてほしい。訪問看護は点数が高いし数が少ないのでヘルパーほど頻回に利用出来ないの</p>
<p>・居宅支援費は取らなくても良い。（利用者から）・デイ、ケアの利用日が、Dr' がいないと、営業さえできないとは…。</p>
<p>◎居宅介護支援事業所の認知症加算・独居加算は算定がわずらわしい上、その内容も意味不明。独居だから、認知症だから対応が大変になるというわけではないと思う。特定事業所加算を算定しなくては、採算がとれないような報報体系は見直すべき。自グループのサービスを使わせようとするケアマネが存在する事はモラルの問題ももちろんだが、この制度自体にも問題があるのではないかと。特定事業所減算などを制度化しても、無意味。10件中2件だけは他グループのサービスを使い、残り8件は自グループのサービスを使わせるケアマネも多いのではないかと（実際確認したわけではないが）。その特定事業所減算も医療系サービスはなぜ除外されているのか？医師会の力が働いているのではないかと疑ってしまう。◎通所リハビリの加算が複雑すぎ。短期集中リハ加算・リハマネジメント加算・個別リハビリ加算月13回以上は算定できないとか月8回以上の利用の場合のみ算定できるとかetc、利用者も理解できないままサインをしているケースも多い。シンプルにできないものか。・せっかく高い志で入職してきた介護スタッフも、低賃金で生計が立てられなかったりモチベーションが上がらずに辞めてしまうケースも多い。介護職員処遇改善交付金も手続きがわずらわしい上に、十分に現場スタッフに還元されている感じがしない。子供手当のように現金支給制にした方が、分かりやすくモチベーションの向上につながるだろう。</p>
<p>・介護保険制度に求められる改良点◎要介護度別の廃止、限度額の廃止◎ケアプラン作成料の見直し、利用者負担は反対！！</p>
<p>・介護職員の給与が低すぎる。・無駄な書類作成が多すぎ。改善が言われている中ますます書類や記入内容が増え、残業しても書類ができていかない。現場でも書類作りに時間がかかり、労働時間も増えている。アンケートの依頼が来るが、そのアンケートをまとめる暇もなく、悪循環となっている。・病院内でも介護に対し理解不足の上司がいて、収入の低い介護事業は不要と考えている。当病院においては、理事長が理解しているので何とか成り立っているが、その下にあるそうでない上司も居るわけで、介護の重要性についてもっと理解をしてほしいと思う。・事業所の収入をあげるために、過剰なサービス（例）“有料老人ホーム+通所”の利用の仕方の利用がある。特に通所サービスにおいては、考えなくてはならないのでは。・核家族のあり方、家族の協力のあり方が考え方が気薄になり、核家族が発展するならば、その後の老人の生活のあり方を含めた考え方を、幼少期から必要なのではと考える。</p>
<p>変化に従う</p>
<p>政権が変わる度に、見直しを言われますが、国会での議論がなされないまま、法案が可決しないことも多く、見受けられます。現場の職員は、日々、同じ作業をし、賃金を得ていますが、処遇改善費も、手元にわたらず、運営母体の収益にあがるところもあると、聞いています。（幸いに、私達はいただいています）現状をしっかりと受けとめ、介護の仕事の離職率の多さに歯止めがかかるようなり組みをお願いします</p>

〈取り組む課題〉①制度見直しの前に、現在の業務内容の見直しをしたい。本来のケアマネジャーの業務とは離れた業務も多いように感じている。必要の無い、文書作成なども多い。②ケアマネジャーの質の向上 どのような教育が必要なのか。研修に参加しただけでは、ケアマネジメントは行えないことが分かってきた。③不足しているサービスは何か、上記をふまえて利用者や地域が求めていることは何かを検討したい。〈現状制度に求められる改良点〉①介護認定の方法…認知症があっても独居だと、体は元気で介護度は低く出てしまう。独居なので、家族も生活上の支障までは十分把握していない。認定調査の際にまで、ケアマネジャーが口出しできず、必要なサービスを受ける事ができない現状がある。②情報公表制度…利用者に十分な情報が公表されているとは思えない。お金の無駄③施設利用…限度額負担認定証がグループホームでは利用できないというのは、不公平④ケアマネジャーの資格取得について…教育を充実させて欲しい。看護師や介護福祉士のように学校が必要なのでは？と思えるほど、難しい。(資格取得も、実践も)ケアマネジャーの資格の更新研修なども、問題あり(有資格者全てに更新研修のお知らせが行き届いていない。)⑤ケアマネジャーに対しての、ペナルティが厳しい。(減算項目が多く、その対応に追われて多忙。)⑥介護保険制度そのものの、啓蒙活動は業務をやりながらでは大変。保険者(行政)が行わなければならないのに、何も無い。現状はケアマネジャーに任せられている“自立支援への取り組み”についての理解は、広く理解されていないようだ。

特定事業所加算 医療連携加算 退院退所加算 認知症加算 独居加算等は今まで通り 加算をつけられるようであればよいです。医療、介護との連携が今後も大事になってくると思います。利用者さんと家族の思いを大切に今後かかわってきたいと思います。

入院治療から療養型へ希望なされる方が多い中(在宅ではどうしても無理の方がおられます)療養病棟を減らされる事はとてもつらいです 介護職員の定着の為に報酬単価アップが必要と思われます 経営努力だけでは難しいです 居宅支援について書類の多さがきわだっております ケアマネの離職にならない様、しめつけない様なやりがいのある職業となる様、評価していただきたいです 包括支援でのかかわりで病院同行入院支援で多くのケアマネが報酬が発生しないケアを行っております 再考いただけたら幸いです

ドイツのように家で過すかケアホームにするか自分で選択できる体制がもっとできるとよい。医療と介護が充分配慮されなければならない 命の問題なので常に何らかの連ケイが大切なので今の日本ではかなりむずかしいと思う

一人のケアマネジャーが要介護者30~35件要支援者8件程担ったとしても、収支差額は赤字となります。手のかかる利用者は、どうしても敬遠されてしまいます。居宅介護支援事業所として、安定運営のできる介護報酬を希望します。

・介護認定のあいまいさ。限度額の制約により必要なサービスを受けられない。・申請から認定まで当市は50~60日かかっている。支障大きい。・報酬が安い→給料が安い。

世界一の長寿国となった日本は、結果として社会保障大国としての地位を確立できたと評価できる。だが、少子、高齢化に伴う社会保障費の増大は深刻であり、今後どのような財源確保の施策を構築するのが問われている。個人的な意見としては、保健・医療・福祉の分野において、どのように資本主義経済にリンクさせるべきか、早急に検討しなければならないと思う。必然的に、最低限の保障を国家として維持すべきラインを明確化し、それ以上の高度医療や介護サービスに関しては、基本的に個人の費用で賄う形式にシフトさせていくしか方法はないのではないかと。国が現在推進している高齢者専用賃貸住宅等が、これらのモデル的な施策といえる。医療制度においては、高齢者に対する月単位の包括診療を疾患別に導入していき、それ以上の診療を望んだ場合は、自己負担で賄う形式や、混合診療の規制緩和等が考えられる。なお、医療・介護従事者や事業所としては、人権における倫理をしっかりと踏襲しながら、在宅ではなく地域単位で生活を支えて行くための、既存のサービスを包括出来る機能を備え、時代のニーズに即したサービスのあり方を常に模索していく姿勢が望まれる。

7年めのケアマネです。医療、介護従事者、事業所すべてで取りくまなくては行けないのに、心のケアの部分は、7年前よりうすくなってしまった気がします。言い訳になってしまいますが、介護保険のしぼり、書類の多さ、月に1~2人、状態が変化すると、どうしても時間をとられてしまう。私にとっては、36人(入院中を含めて)の利用者だが利用者にとっては私は、たった1人のケアマネ、いつも、そう心に命じているつもりですが、毎月、そのジレンマと戦っています。報酬でいうと退院加算はあっても、入院中、退院後の生活のために何度もDrと話し合い(Drの時間に合わせるので、夜間が多いです)サービス事業所との連絡、家族との話し合い(Drに家族が面談する時、同席が多いです)何度も何度も時間をつかっても、結局、転院、家族がみられない、Drより、在宅はムリとの話しになると、入所手続き、説明、事業所への対応、そして、報酬はありません。現状の制度では、家族の負担を減らす事もできず、国は、最後はボランティアを平気で、うたいます。(情報開示の中に介護サービス以外のサービスの位置付けがあります)私は、ボランティアがキライです。プロとしてプロの仕事をして、報酬を得る、そうでないとサービスは低下し、最後に生活していくために、介護から人が去っていきます。本題からはずれてすいません。先々月、 stomacher、吸引、胃ロウになった利用者が在宅はムリとの判断により、転院しました。うつ状態だった妻が、先月、自殺(服毒)しました、在宅って何なのでしょう？ご本人が在宅だった時、いろいろな人が(私も含め)共に妻に対応してきました、妻の生きがいもみつけようとして、でも本人がいなくなった時、認知症だけでなく、難病の家族や介護を受けている家族の心のケアができる方法はないのでしょうか？自立支援って何なのか？いつも疑問に思っています。毎日の書類と訪問と、CMとしてできる事は、ほんのひと握りです。改定に期待はしてませんが、心のケアができる、介護保険になってもらいたいと思います。HHで、話しを聞く、見守る、それでも本人、家族が救われるのなら、おむつ交換は10分だと切り切る指導はなくなると思います。

先日訪問介護事業が22年度経営改善との統計がありましたが処遇改善の事かと思われるが経営面では相変わらず。苦しい経営が継続している。ヘルパーも1/2の人数となりサービス提供責任者がサービスに入らざるを得ない状況である。サービス提供責任者に対しても仕事量が増え重い内容になり(重責になり)退職者が多く定着しない。1件について介護保険で対価があれば給料に反映が出来定職率が上がると思える又強く希望する。

1. 国は財源の裏付けに切込むべき。2. また、最低限「各事業者が円滑に直接業務に専念できるように」過度の記録や、手

<p>続きを簡素化してほしい。その上で、事業者が自助努力するのはいうまでもない。</p>
<p>●介護から1. 従事者が取りくむこと1. 働く者がやめないあきらめない、ようにする1. 圧倒的な人手不足には、賃金だけでなく現場の重労働の改善が必要。1. 職員の質の向上1. 現場は男の人の手が必要だが男性少ない 賃金について●実際例(男)職員(3才、妻、子1、デイサービス 手どり12万円くらいいけないとダブルワーク家庭不和)</p>
<p>事業者数を規制、安定した自業運営が出来るようにしてから、新しいサービス等にとり組むべきである。</p>
<p>課題：ターミナルで退院し、在宅、自宅で身取りを希望するパターンが増えている。退院後の医療と医療の連携を見ていると、まだまだスムーズとは言えない。家族が両医療機関を行ったり来たりしている状況があるので、再なるシステム構築が期待される。改良点：医療も介護も人手不足等により、時間が取れないお金にならないことしないというので、退院カンファレンスに参加出来ない。呼んでもらえない現状あり。どんな方でもれなく退院カンファレンスの実施を望む。評価：サービスに対する評価とは、サービスを利用する市民がすることなのに、何故自分達で行うのか、矛盾を感じる。評価は利用者にしてもらえる様な、システム構築が期待される。</p>
<p>ケアマネージャーに対する報酬が低い。35件を担当したとして、年間の報酬は500万程度にしかならない。ここから経費を引くと渡せる報酬は限られてくる。その割には求められる事が多すぎる。</p>
<p>・住環境等を整える事で自立度が向上すると考えられるにも関わらず、ニーズを捕えて適切なアドバイス、提案ができないケアマネが多い。福祉住環境コーディネーター2級以上の資格を持って支援業務を行っているケアマネが、住宅改修に責任を持って関った場合に報酬が得られる様にして欲しい。←私は兼務で地元の工務店と請書を取り交して、プラン、写真、図面見積りを作成して受領委任申請をしています。利用者に対する環境整備はデイサービスや訪問介護等の介護サービスに繋げる以前に考える事であるのに、不自由な生活をしている者が多い実態がある ・特定事業者加算Ⅰは軽度者を排除してしまい勝ちな制度になっているので、要介護3～5の割合を50%程度に改めて欲しい。→要介護4～5の人は施設入所になるケースが多い。3～5を確得するためには極力重度者のみを受け入れる傾向になってしまう恐れがある。制度に合わせるのではなく重度者がたまたま多い比率になった時、いつでもⅡからⅠを選択できるようにして欲しい ・認知症加算は中途半端な加算と思います。医師の診断が優先である事は宜しいのですが、認定調査時の調査員の調査票がⅢ以上あっても医師の意見書がⅢ以下であると加算が取れません。心療内科等に通院して診断を受けていると明確なのですが、そうでない場合は認定調査員の調査票においてⅢ以上になっている場合でも加算がとれません。何故家族の訴えを反映した調査員の調査票が軽くみられるのかわかりません。</p>
<p>関係者すべてが連携をとれる環境作り やはり中心になるのは公的機関だと思う 1事業者の利益追求にならないよう公平な立場の人が中心になり介護医療地域をつなぎトータルでその人を支援できるしくみを作って欲しい 介護看護の報酬差をうめて欲しい 役所のタテ割りをすべてやめて小さい役所でトータルケアをして欲しい 出所で役所と同じことができるよう、各個人のレベルアップ役割を増やしてサポートできる体制にして欲しい</p>
<p>・連携に関する加算より、連携したいが必須である為基本報酬に盛り込んでほしい(介護側) ・医療サイドに連携に関する評価(報酬)を上げてほしい 現状では積極的に連携を図ろうという医療機関が少ない</p>
<p>ア. 求められる“介護支援専門員”の知識。〔医療・保健・福祉・一般〕* “医療・保健・福祉”制度→介護保険法・健康保険法・身体障害者福祉法及び関連法・伝染病予防法・生活保護法・精神衛生法・各種税制・地方自治法…* “医療・保健・福祉”学術→介護技術学・医学・東洋医学・看護学・公衆衛生学・心理学* “医療・保健・福祉”分野の社会資源→自治体独自の福祉施策・ボランティア組織・関連する民間業務の分布・各種家族会及び支援団体・MSWを配置する病院* “利用者及び介護家族”の把握→利用者；病歴・後遺症・治療内容及び治療方針・両親を含む悪性腫瘍歴・療養姿勢・性格・趣味嗜好・介護する家族との関係 介護家族；介護力(単純介護力及び保険や医療の制度等の知識を含む理解力)・介護負担力・利用者との(過去からの経過を含む)家族関係 イ. “求めるべき介護支援専門員像”に対する、コスト面の評価。* “ア”. に示す医療・保健・福祉、他の多岐に亘る知識を介護支援専門員に求め、更なる「質」に関する要求をも求める代償としての“妥当な対価”を、今支払っているか？* “初期投資”の保証も無く「質」までも求める事は→今の経済至上社会においては出身母胎の構成・体質からは専門外故の、敬遠すべき「困難事例」の対象となり、求めに耐られず「離職率の促進」に直結する帰着と、ならざるを得ない。介護保険を論ずる識者などからも求められる多岐の知識を介護支援専門員試験のみの学習で習得する事は難しく→「医療職＝保健師・看護師・薬剤師ほか・社会福祉士など」は待遇面により参入せず、→独立型「居宅介護支援事業」は成り立たず、→「訪問介護併設」所属のみのケアマネとなり、→「居宅介護支援」以外の業務は結果として“訪問介護”の欠員補充作業が主体となり易く求められる学習は進まず、→「居宅介護支援」の中立性・独立性、も望めず自身の専門外である複雑な制度の吸収もできず、質の向上も期待薄となっている。</p>
<p>都市部以外の24時間体制の包括ケア</p>
<p>介護保険制度には、主治医意見書が必要であったり医師との連携が必要だったりすることが多いのに何も介護保険を分かろうとしないDrが多い。主治医意見書も頼んでから1ヶ月半経っても「×切り(有効期限)までまだあるから」というDrも。依頼して10日以内に書かないと、意見書手数料却下や罰則などを設けると良い。お客様に大迷惑がかかるので困ってます。</p>
<p>介ゴ福祉士のレベル低すぎる→レベルUP教育体制国向のあり方見直し 在宅診療、訪看の報酬UP。介護報酬は全体的に底上げしないと、持続不可能。◎地域区分の見直し、東京近こうで、加算ないところあり(三郷市、八潮市が1.0なのはおかしい) 介ゴ保険事業所の合併をうながす施策ある程度、大規模にしないと、職員のキャリアUPができない。</p>
<p>分からない</p>
<p>困難事例への加算検討(訪問回数への評価) 家族への支援(クレイマー等)と施設の受け入れ、認知加算をとりやすくしてほしい。サービス事業者の看ゴ職員配置の緩和。</p>
<p>特にない。</p>
<p>医療に関しては詳しくわからない面もありますが介護に関しては各事業所が単独で運営しても職業人として収入が得られる</p>

<p>仕組みが必要である。今のように単体では、人が生活する収入が得られない仕組みではこれから、仕事をする若い世代が福祉の職業に就きたいと思わない。ボランティア精神だけでは、困った人は救えません。</p>
<p>ICFの考えはその本人は良いがそれを支える家族が必ずしも介護や看護に労力や金銭が本人に使えるとは限らないのが現状である。在宅（家庭）での基本的な生活が無理な場合の受け皿が少ない。60才代～若い方については経済的に厳しい方も多く、娘息子達は仕事をやめ介護することも不可能なケースも多い。医療と介護の連携を必要と言うとすれば同等な立場で考えられる事が必要と思う。</p>
<p>多額の赤字国債の発行で、財政はパンク寸前である。年金・医療・介護をはじめ社会保障費の負担は、今後も急速に増加する。増え続ける社会保障費を国民全体でどう支えていくべきか、政治家は目先の政局にとらわれず真剣に考えていただきたい。限られた財源の中でいくら制度を細かくいじくり返しても、将来の負担増にやりくりできないことは誰の目にも明らかである。政治家は党派を超えて財源論を本根でたたくかわし、国民にとって耳の痛い話でも将来の子孫のために必要な政策を訴えたい。医療や介護の面で改善すべき点があるとすれば、十分な説明と本人の自己選択、自己決定を基本として、サービスの提供者と利用者の対等な関係を尊重すべきであると考えます。</p>
<p>・在宅酸素・重度医療必要者）老健施設に負担がかかる為受け入れが困難→家族に介護休養を提供できない→入所者が自由に診療できる体制          ・低所得者がサービスの提供を受けられない。本人・家族の負担を減らす          ・限度額の設定 必要な援助計画が立てられない          ・職員の減少 地位の確立 報酬の見直し</p>
<p>①ケアマネジャーのプランに対する報酬について、利用者負担もやはりあっても良いのかなと感じています。最近では、プランの内容をよく見て感想を言われる方もいます。プランの中に自立支援となるICFの考えをもっと取り入れて生きがいをみつけてあげたいと思います。そのプランの作成の評価をしてもらうためにも、利用者負担はいくらか必要と考えます。②以前から取り上げられていたと思いますが、予防の方の介護報酬の金額が低いことがあまり居宅の事業所が力を入れていかない理由もあると思います。予防活動こそがこれから必要な部分ですので力を入れて行ってほしいと思います。</p>
<p>左記に加え、訪問介護事業所を例に取るならば、安定した収入が得られる様、検討すべきではないか？又上記に加え居宅介護支援についても同様に財政的に赤字の事業所も多く。要件（収入に関わる）を増やすのではなく、実収入を増やし、援助の担い手を育成する必要があると痛感する</p>
<p>ケアマネジャーの書類作成業務が多過ぎるために、訪問に限界が来ている。要介護度で居宅サービス員を決めるのではなく、実際の困難なケースは要介護1、2であることを国は知るべきだと思う。精神疾患は要介1、2が多い。</p>
<p>在宅分野はサービスを実施する場所が閉ざされた空間のため、時間など不透明になりがちかと思われ。その中で、いただく報酬にみあったサービス、品の高いサービスを提供するためには、事業体側の倫理も含めた研修、又、サービスを受ける側もしっかりと情報を知り、人まかせではない、自分の人生の最期のために、よりよく生きて行けるような国民全体の教育も必要かと思えます。</p>
<p>今の保険制度では、あれはダメ！これはダメ！とのしぼりが多く、本当に利用者が必要としていることができない。美容院、理髪店は趣味とみられ、本人が行きたいのにに行けないのはおかしい。特定疾患についても、ガンは末期でないダメ！はおかしい。</p>
<p>各サービスの本体の報酬が引き上がる。現行ではボーナスが持ち出しになる。もしくはサービスの質に応じて自由料金制度を入れて事業者のサービス向上の意識付けを行う。</p>
<p>介護予防（支援1、2）も要介護も、調査や手続きは同様の手間をかけるのに、報酬に差があるのは変です。同じにして下さい。</p>
<p>地域包括支援センターがもっと活躍し、地域全体を支え市町村に任せきりにせず、もっと積極的に指導する体制を取ってほしい</p>
<p>訪問介護報酬アップ 要支援者（包括）・要介護者（居宅）とプラン作成が分かれるのは利用者があちに行ったりこちに行ったりと不利益をこうむる</p>
<p>患者（利用者）の経済的負担が高い。介護者のレスパイトサービスの充実。</p>
<p>仕事に応じた報酬にするべき。苦勞している人たちの給料が少ない。家族の要望はふえているが、それにみあった報酬ではないと思う。サービス業だと言われているが、違うと思う。サービス＝何でも言う事をきく＝自立心がなくなる。</p>
<p>予防、介護、介護の線引き、が無意味。在宅医療、居宅系サービスの連携、組織づくり、往診医の増加、レスパイト入院先の増加、施設系サービスの介護職の給料up、など。重度障害の方のS・Sが非常に取りにくい。施設の現場主義の意見のため。結局、スタッフの給料が安い、そうなる。</p>
<p>・テキストにあるように障害期間が長くなるのであれば、          ・可逆的でない障害、疾病について、要介護認定を繰り返さなくていい、としていただきたい。          ・訪問系のサービス（配食、買物の配達なども）が増えているが、買出しのマイクロバスなどの外出系のサービスを創出していただきたい。          ・工夫のない宅老サービスが乱立しつつある。障害があっても活かせる「何か」、役立つ「何か」を探りたい。          ・在宅医療を軽んじる医師はまだ多い。          ・介護チームと協力してくれない医師・看護師が多い。          ・いくつもの制度を併用する在宅の患者・利用者はケアプランの作成も実施も手間がかかるので、「他所の事業所に回せ」という同業者が現実にある。          ・行政は、民間の事業所の実力アップと不正監視はしていただきたいが、それと結びつかない無用な書類や作業を、行政の職務からも減らして、小手先の改変をもうしないで、せめて5年10年を安定した方針を示していただきたい。</p>
<p>介護報酬が低すぎる、24h、365日する仕事にしては。</p>
<p>居宅介護支援費の一部負担金は改定時導入してほしくない。</p>
<p>ケアマネの社会的評価が低く過ぎる。</p>
<p>福祉業界で働く人間が安心して生活できる給与水準を確保してほしい。</p>

<p>・「医療と介護」の連携について末端の在宅医まで、重要性が認識されていない。まだ「どちらが上」という考えをもち、どっしり旧体制の考えで、患者に接している高令の在宅医が多いなかでは、入院設備のある病院（Dr）もなくなり改善の方向にすすめていくには大変な心労があります。・これからは、医療・介護の団体は“共生”の気持ちで協力しあい、共に“人材確保”に対する施策に全力で取り組まなければならないと思います</p>
<p>・ケアマネが全体をまとめるが時間、手間のわりに、報酬が少ない</p>
<p>入院中の利用者さんに対する支援に関して、月の全て入院している場合報酬はないのですが、実際は退院後の生活を安心して送れるために、リハビリの進行状況の確認や住宅改修のプラン作りサービスの調整など行なっているので、評価すべきだと思います。</p>
<p>今までのものをベースに検討ではなく、大きく転換が必要では？収入に応じての、サービス利用料一割負担？高所得者と低所得者間の是正が何らか必要。介護報酬により、サービス事業者が運営しているが、報酬が低く良い人材を確保できない現状をどうすればよいか？</p>
<p>・介護職全般に報酬が低い。実際に生活保護を受けているの方が、不安なく穏やかに生活している。具合が悪い時はすぐに病院に行ける。・ケアマネージャーの報酬が低い。独立型だと収入は安定しない。生活保護の方と同じ収入になるまで、何年もかかった。具合が悪くても病院に行けない。・現在の状況では老人ホームはすぐには入れない。医療の必要な方（胃ろう・痰の吸引）が自宅で生活していくには家族の力が必要なのに、独居の方が多い。家族の協力がまったく得られない方が多い。要介護4、5で胃ろうの独居の方でも、自宅で生活できるように、限度額を上げて、ヘルパーが胃ろうを出せるようにすべきです。・私たち介護職は、どちらかというと、利用者さんが良くなって、介護を必要としなくなることを望まない。介護度は変わらないか、重くなくてもこのまま自宅で長く生きられるように願っている。自分達の収入に関わることなのだ。・ケアプラン作成に対し、厳しい指導があるので臨機応変に支援する為には、変更になる度に担当者会議が必要になるので短期間の変更は手間が掛かる。福祉用具を借りる時も返す時の担当者会議をしなければならない。利用者の体調や家族の状況でいつでも変更してあげられるように、ケアプラン・担当者会議・利用票と提供票の差し替えをなくしてほしい。担当者会議の調整でも何日も掛かる一でできれば変更したくない→そのまま暫くそのままとってしまう。・ケアマネは利用者のことより、書類があるか、印をもらったか？担当者会議はいつにしたら良いか？根拠は何と書くか？そんなことばかり考えています。・行政の指導は夢の中までやってきます。こう聞かれるだろうからこう答えようと発声練習しています。</p>
<p>・高令者の特性に合わせた医療のガイドラインが必要と考えます。・サービス内容も地域の実情に合わせたメニュー作りができるように柔軟性を持たせることが必要と考えます例）個別のニーズに合わせたサービスメニューとして、入浴介助のみへの対応など・訪問介護の料金形態を訪問看護のように、1本化した方がよいです・介護認定の在り方に問題が多いので、見直しが必要と考えます・また、振興局による介護事業所への指導があまりに威圧的な割に相談機能がほとんどないため、役割を見直してもらいたいです。・情報公開もお金がかかるばかりで地域住民には何の役にも立っていない現状のため、地域の状況に合わせて、行政にチェック機能を持たせることで充分との考え方もできると思います。</p>
<p>1、特定事業所集中減算は、とりやめてほしい2区分支給限度基準割の撤廃</p>
<p>重度の人が在宅で療養されてきます。訪問看護の複数の訪問が制度上みとめられ、しかも、本人負担にはならないことが大切ですヘルパーの、通院介助を、認めることが大切です重度者が在宅にいます。1人で通院は、無理なので、要支援者や、家族の人に対しても、ヘルパーの生活援助が必要です。家族がいると、ヘルパーが入れないなんて、ナンセンスです。元気でくらしてもらうために、ヘルパーが導入されるのは、良いことです要介1、や要支援の人に、ベッドがレンタルできないとか車いすが借りれないとか、何を考えているのかと思う要支援の人は、ヘルパーなどは、何回行っても、決められた値段なんて、これでは、利用に制限を、もうけたのも同じです。ヘルパー会社がつぶれるのも、あたり前です。</p>
<p>①無駄な書類をなくす、50%程は必要ないと考えています②有効期間と評価期間を2倍に（3倍でも）延長する③限度額の撤廃④事務の簡素化⑤資格の再検討</p>
<p>家族は約7～8割が施設入所を希望する。在宅介護を続ける方は、関係がよほど良好な家庭と施設入所可能な財力がない方という現状です。安易な施設入所という考え方を変える施策、教育が必要と思われます。学校教育で在宅生活の必要性を学ばせることは重要だと思います。また、スタッフの慢性的不足の状況を改善することも必要です。募集を出しても来ない、採用してもすぐに辞める、給与、夜勤に対する不満など、スタッフの処遇改善も課題です。</p>
<p>介護支援専門員の加算について、医師の診断まかせだったり、住民票の請求に関する書類を本人が書ける能力がなかったりと事実と合わないことばかり。住宅改修の書類を書いても一円にもならないのはおかしくないかと思えます。医師は来た患者の顔を見ただけでも再診料がとれるのはどう？本当に適切な医療をしているか、確認できているのか？本当に薬をのみ切っているから処方できているなど何も確たる証拠なしに高額な薬をつぎつぎ出しているが、本人の家にたくさんたまっていることが多い。眠剤は近所の方に配っているし、一番お金のかかっている所を野放しにしておいて、保険料も上がっていくと困るのは、国民だと思います。医師の言うことは何でもきいて当然という妄想は捨ててほしい。病院の負担も1ヶ月1万円／1人の1割にしたらどうですか？待っているからガソリン代もかからないし。体の一部しか診れない医者に生活に関わる判断をまかせるのは不安でたまりません。</p>
<p>国（官僚）の考え方に共感を持てる所が無いので、今後も特に期待していません。まず現場を体験してほしいです。</p>
<p>訪問介護職員のみ給料のみでなく、介護、医療関係者に関する方々の給料アップをして欲しい。又報酬の上げる事は、保険料、一割負担も大きくなるが、国で無駄な税金を天下り法人等に補助金を出しているのであれば、医療、介護に関して、税金を使って欲しい。</p>
<p>医療←→介護の連ケイを行った際の加算をもう少し検討してほしい。また、医療スタッフの介護保険に対する認識が低いように感じます。</p>
<p>利用者・家族の生の声をきく姿勢。行政担当の現物現場姿勢（ばらまきをやめる）（本当に頑張っているHpや事業所を評価</p>

<p>するシステムをつくるため) 高齢者の(家族)の応能負担 適正な治療と緩和(気休め的処方)の区別</p> <p>・ケアマネジャーは利用者・家族には見えない働きをして在宅療養を支えているその黒子的存在、縁の下の力持ち的機能を真に認めてもらえているのだろうか・小規模ケアプランセンター一人ケアマネ特にサービスを持たない単独支援事業所の存続は非常にきびしいものがある。(しかしそういう所のケアマネジャーのケアマネジメントは、サービス利用にかかわるときに(選択する)何よりも利用者さんサイドに立ったケアプランが作成できると思われるが、制度的には一番きびしい財政状況に甘んじざるを得ない。)・又、短期入所制度はあっても(レスパイトケア的)実際はショートステイのベット数がないため利用できない点・入院時の(家族のいない高齢者の場合)世話は誰がするのか・認知症高齢者(には限らないが)のための日常生活自立支援事業(権利擁護事業)に関しては必要にもかかわらず十分足りていない状況(支援員が)・成年後見制度の使い勝手の悪さと問題点・軽度者のベットや車イスその他利用の制限が必要なのか・要支援者の委託制度について現実とてもやりにくいし不要な仕事量が多いです。・要介護認定の判定基準の見直が必要ではないか・配食サービス業者さんの参入が少ないように思う(一番必要な分野)調理済み弁当でなく←(好ききらいが多い…あきてくるなど…がある為)ヘルパーは自身で味付けできるような食材だけの配食サービス業者さんがふえてくれればと望んでいる</p>
<p>居宅支援事業者の1割負担の話あるも、利用者負担が大きくなり、介護サービスの利用にも支障がでると思う、所得による給付もあればと思う。追伸、思いつくまま記入しました、良くわからず間違った答かもしれません。乱筆にて失礼します。とり急ぎ、記入しました。</p>
<p>・サービスを利用したくてもできない方もいる・負担限度額を設けなくて利用者の1割負担を継続してほしい。・有効期間を設けなくてほしい、必要時にはCMが区分変更を出すため。・重度の方も自宅で療養できるように、訪問看護の費用負担を減らしてほしい。</p>
<p>介ご報酬の改正により、介ご職員の身分保障が出来る対制を期待する</p>
<p>・訪問や、書類、整備に追われている。・もっと、書類作成がかんげつに、なれればと思う。)ケアマネ。</p>
<p>在宅で最期を迎える事は、現状では、経済的余裕と家族の心理的物理的余裕がないとかなえられない状況と思う。・元気でいつまでも頼らずに自宅で暮らす(→生活援助重視・在宅で最期を迎える→介護重視。現状はどちらもかなえられない、視点を明確にして制度を見直してもよいのでは??</p>
<p>事業者が取り組む課題</p>
<p>国の財政の現状からを考えると、これからは医療、介ゴの質を落さずに、費用(経費)を抑制していくことが必要であると考え。特に費用を重点的に、医療、介ゴのあり方を個々にチェックしていく機能を作って欲しい。</p>
<p>介護保険はジェネラルな制度なのかと思う。本来は、細分化されていたサービスを全て一まとめにして提供すると言うのが元々難しいのではないと思う。ターミナルケアに力を入れているのであれば、本来行政の力で通所療養など支援して広がっていいのにほとんど利用できないところがない。在宅でのヘルパー利用も、夜間型ができたと言っても費用も負担が多く、単身のターミナルの方を支えられる体制になっていると言いつても難しい。制度だけが全てとは思わないが、以前より福祉、介護もビジネスと化してしまっ、お金の合わない仕事と仕事とを言っ風にして思えてならない。昔の福祉、介護の良かった点もきちんと再評価する必要があるのではないのでしょうか。</p>
<p>報酬の上げ下げは改定に伴うが、その変更後の使途が不明では困る。現場スタッフの給料は、厳しいものでそこへ補てんされるならば利用者の理解を得られるであろう。</p>
<p>ターミナルケア重度化している利用者のサービスの充実、個別的に枠を(支給限度額)を見直すべき、机上の質より、現状を理解して欲しい。</p>
<p>地域包括支援とうたわれていますが、それを支える、ケアマネの支援をお願いしたい。努力もしないケアマネはろん外だが、もっと介護関係に明るい未来を見いだせるよう、政治は、もっと努力して欲しい。国の財政安定化をせつに、願います。</p>
<p>介護を社会で担うための介護保険と思っていたが、内容が複雑で、改定のたびに変わって、わかりにくい。本人への介護を、家族と同居ならできないというのはおかしい。医療との関係があいまいで、訪看、訪リハは全て、医療保険になったほうがいい。入院、入所中は、いくら動いても、報酬につながらない。そのまま、亡なれたり、入所されたりすることが多い。認知症の評価が、実生活より低い。訪問調査に立ち合い、困り事を伝えるが、主治医の意見書の判定ばかり、重視されている。主治医にも、生活上の困った点を伝えるが、なぜか意見書には、反映しないことが多い。専門医受診も、主治医に却下されることしばしば。家族も望まない。改良してほしい点・訪看、訪リハは医保へ・入院、入所中の支援への評価→(在宅につながらなくても)・認知症の評価に、訪問調査を重視してほしい。・訪問看護ステーションから、ヘルプ同行の評価。同事業所の方が連携がとれやすい。</p>
<p>核家族、少子高齢化、不況、老老介護、独居などの社会情勢で、在宅での療養や介護を受けることは難しいと思います。認知症の独居者は生活を継続するにも限界があり、低所得の人はグループホームへの入所も難しく、また、なかなか空きがない状況です。もっと施設の数やふやす方が良いと思います。介護保険のサービスに従事する人材不足も問題になっていますが、若者が高い志を持って働きはじめても現実には負けて、いい人程やめてしまうよう残念です。ケアマネとは、行政がまんまと面倒だった部分を押しつけたように感じるが多々あります。このままでは明るい未来は見えません</p>
<p>・在宅へ病院、施設から返す方向に動くには、在宅、病院どちらでも同じような状態で過せないと不安があり、生活できなくなる。ICFの考え方では、できる事を見だし、生きるハリとしていける手段として・身体的なサポート、リハビリを毎日続けられるCPT、OT、STをもっと外へ・精神的なサポート、SW、ケアマネ。・最低限度の介護。・経済的な行政からの補助。</p>
<p>CMは、文章の達人ではない。プランや、書類多すぎて、振りまわされている。自分は、人数も減らさなくては、自分の家族にも、支障がでる。CMである前に一社会人として、の生活も確保できる生活をするには、現在のプラン作成料では生活できない。プラン作成を増やし、書類に追われていくと、利用者にも目が届かなくなる。アンテナをはれない。経過記録で、支援の</p>

状況ができる方法等を検討してもらいたい。
訪問リハが訪看ステーションで行う場合、1/2の利用でなくてはいけない。しぼりは妨げである。障害者のサービスも介護サービス事業所でもうけられるよう一体化にすべきである。高令、身障、知的精神障害者同志で生活している世帯がふえている。包括も、ケアマネのプランの指導的意見を記入するだけの場所にしていいのか。予防の方々のサービスを充実させれば、要介の認定者をふやそうとしないと思う。加算が多すぎ、意味のない記録にぼうさつされそうである。介護度を廃止したらどうだろうか。不必要なサービスをつけるようなことがまだあるだろうか。医療、福祉の連携は制度を近づけないと平行線のまま。包括はいらぬ。審査会いらぬ
・1番大切なのは、対等の立場で連携できること！！だと考えます。・その人の生活を地域や家族等まで含めて見ていくこと。・まだ視点を変えられないでいる一部の看護師の教育。
国の（介ゴ保険）制度でありながらケアマネ事業所がほぼ赤字というのは公的制度としておかしい。（ケアマネ自身が一般の平均給与を上回っているのなら仕方ないがそうでない）。介ゴ給付金がケアマネに入らない根拠もわからない。
介ゴ保険制度そのものの見直し必要。現場の声、反映されない。書面上のことばかりにふりまわされ、実際のケアについていけない
医療、介護の訪看等自由な選択が望まれる。医療わくでの制限、介護保険の制限等でふりまわされる事多い
・要介ゴ区分（支援と介ゴ）で担当機関が変更となるのは、混乱が生じる。・もっとシンプルな制度へ、わかりやすい制度へ・要介ゴ区分（限度額の設定）は必要なのか？・Dr病院が制度の理解をしてきていない。・家族に介護を求めることはむずかしいこの時代に“在宅へ”というのは、理論としては理解できるが、むずかしい。普通の利用者は、施設志向である。“在宅”へこだわるならもっと細かいサービスが必要。“近所のおばちゃん”的なサービスが必要（細かい部分に手が届き、お財布にもやさしい）
・従来の介護予防は、状況で介護度の人よりも訪問回数が多かったり、書類の作成も時間的な費しも多く。一体（本）化が良いと思う。・住宅改修の書類作成に対して報酬がないのは生活場の安定配慮からみても、少しはあって良いと思う。・医療療養型、介護との見解を一般の人達から見たり聞いたりしても解るようにした方が良いと思う。・医療の体系・施設の体系を基本的な差違を意見交換できる場を設け、適当なサービス提供ができたと思う。・介護保険施設における、医療費の施設負担は無理があると思う。（例えば、腎不全の予備軍の人のエポジン等の事、アリセプトの高額→切れば進むかも（認知症）しれない）という例の人など実行できないと行き場が限定されてしまうと思う。
？
・医療機関でのリハビリ継続ができる期間を延ばしてほしい。・要支援1、2や要介護1、2と認定されている方はひとり暮らしや老々介護の方も多いため、限度額の見直しも検討してほしい。・入院期間も、十分に準備ができないまま、退院される方も多いため、病院内で（病棟内）ソーシャルワーカーへ状況を事前につなぎ（退院寸前ではなく）ご本人、ご家族の十分な理解をなされてから、退院させてほしい。※急いで記載してしまい、乱筆乱文お許し下さい。他にも伝えたい事がたくさんありますが、また何かの機会がありましたら、宜しくお願い致します。
・1月に自宅で看とりたいという家族の希望で病院へ2度看護師さんと会い、情報を得ました。退院してその日に在宅の医師、看護師と今後の予定などの確認を行った。退院後2日目に亡くなられ、全て請求は医療保険で請求するとの事であった。この場合、ケアマネに対する報酬はなしであった。・このようなケースが評価されないのはおかしいと思う。
①独居高令者が認知等で金銭管理が出来なくなった時の“あんしんセンター”機能があるがハードルが高いのと、お金がかかる為なかなか実際の利用に結びついていかない。ケアマネジャーが担っている部分も少なからずあることを評価してほしい。 ②介護の現場においては、非常に報酬が低い。安心して、結婚・子育てが出来報酬を出すべき。若いマンパワーが育っていない。③現代社会においては、認知と精神が混在している利用者は沢山いる。介護福祉士の受験のハードルを上げるだけでなく現場の中で研鑽が出来、資格とすべきである。研修に時間をさいても介護職は育っていかない。
シームレスな流れが作れていない。医療と介護のギャップ差。（別ものようにみている）医師に関しては本当にもっと介保のことを勉強すべき。介保従事者も医療のことを勉強すべき。各職種での各差をなるべくちぢめる（給与面の）特に介護職やケアマネの評価はもっと必要。訪問リハの情報提供書はいらぬ。訪看のように直接指示書のシステムが良い
在宅看取りをすることが、施設で（病院を含めて）死ぬより費用がかからず、看取る家族にとって負担軽減がはっきりわかれば、こちらを選択する家族も増えるのではないか。在宅看取りの医師立ち合いの基準の緩和。あまり厳しいと立ち合える医師がいなくて看取りができない。（往診医師の少ない現状ではこのところがとても大事）在宅看取りをするにはケアマネのかなりの力量を要す。居宅のケアマネ特定加算Ⅰ、Ⅱ等は人数の多い事業所にとって都合がいいだけでケアプランだけの独立居宅支援事業所にとっては、介護認定基準がハードルが上っている現状で多くのケアマネジャーを願いきれない（採算割れにつながる）介護支援専門員は介護保険の要と言われながら冷遇され続けており報酬は組織力の大きな施設に有利に動いている。これでは在宅看取りに向けては動けない。
居宅ケアマネジャーから介護保険サービスの説明（初回）にかなりの時間をかけ対応しているが、実際サービスにつながらないケースも多く、まったく報酬のない仕事で時間がさかれてしまうことがある。（・やっぱり自宅での介護が大変なので施設を紹介してほしい・すぐ入院してしまうケース・もう少しサービスを使わず様子を見たい）医療連携・退院・退所加算はあるが、在宅生活が困難で施設を探し紹介した場合は加算はない要支援も介護も同じ書式でプランを立てるなど同一の過程をふむ形にしてほしい報酬の差や書式の違いなどで支援の方は受けられない状況である
・施設入所は在宅にくらべて利用者負担が割安である。・ヘルパーの家事援助のプランは、誰れでも家事援助していただきたい（子育て中も含め）のだから税金でまかなっている部分又、一割でできる部分もあり、考え直す必要がある。（独居のヘルパー利用のみのプランを本人が希望しており、プランを変更できない～本人の希望のため）・利用者が平日は施設にディサービスやディケアに行っているため医師の訪問が日曜日になってしまい医師の休日がとれない。・利用者は定期的な医師の訪問

を希望しない、薬だけは希望している。この様な中で医師はストレスを感じながら訪問しているのではないのでしょうか。
・介と医療の連けいがとりやすいような法の整備。・ケアマネジャーの資格をはっきりさせる。(公的資格で、はっきりしない)
・難病や終末期を自宅ですごすために帰って来る方達の為に1ヶ月動いても在宅復帰する前に亡くなったり帰れなくなったりして報酬にならない事が多い、又入院入所しても家族は相談に来る。・身内がいけない高齢者のkeyとなってしまうため、介護保険外の調整や制度への橋渡しに、多くの時間を取られてしまうため介護保険上の仕事が滞る。・自立支援の時間計算やプランの調整はCMの仕事となって、障害の制度は時間をくれるだけ
月1回訪問のモニタリング(居宅ケアマネ業務)の必要性があるのか中には月1回で大きく変化のないケースもあり必要に応じてでも十分と考える。まだまだ介護報酬は低く感じている。又、事業所の運営費にはまわっているが、別枠で決まった金額を人件費として計上してくれなくては、ケアマネもモチベーションもあがっていかないように感じる。経済的に介護サービスを利用しなければ大変なケースも多く救済的なものもあつたとしたら利用者の安心につながっていくと考える。又、介護医療スタッフを養成するカリキュラムを見直し、介護系、医療系に分かれるのではなく広く知識習得のための体制作りも必要と思っている。介護サービスにかぎらず、地域独自のサービス発掘やお互いに助け合える地域作りも大切なものではないでしょうか
ケアマネジャーの報酬の低さ 相談援助業務の時間が評価の低さ 対人援助への評価の低さ 件数の制限をするなら1件当りの報酬を高くすべき事務員の配置が出来ない
・CMに対する、報酬の低さ、業務内容に値する点数評価が低すぎる・住宅改修は、CMIにとってボランティア?・限度額(介ゴ度別)は必要?(介1や介2でも、もっとサービスを利用せざるを得ない方はオーバーになってしまう)・更新申請は必要? 認定調査等に関する費用(税金)がムダではないか?
1、医療費を削減病院で高齢者の最期を迎えれば医療費はかさむ。在宅で最期を迎えられる様なシステムを構築してほしい。
夜間の報酬従事者の対遇(報酬面)→育成
保険者の調査内容が曖昧で確実性がなく、シークレットすぎる介護度の結果にもバラつきがある。立ち合いが出来るようになると良い(調査の会議時)ご利用者が私のいいごとはならんでしょうとあきらめている事も多く、答えていかねばならないと思っています。
・お金を出せば、いろんな有料老人ホームが、あると思うが、低価格での住まいが、必要であると思う。(特に、うちの様な田舎に)・ケアマネジャーの報酬についてだが、もう少し介護報酬をアップしてもらわないと、赤字である。・介護報酬(しせつ)のアップをしてもらわないと、介護職員がこない。
介護保険も10年が過ぎ社会に定着していますが、まだ一般的に内容を十分に理解されている方は少ないと思います。ご利用者様が、何を一番望んでいるか、その実現にはどういった支援が必要かを説明し、納得のいく介護や医療の支援が必要だと思います。今後、介護保険の利用が増えると保険料や、個人負担金の値上りが心配になります、きちんとした、制度維持が出来る様にしてほしいと思います。
ICFの考え方は、すばらしいと思います。しかし、現場では利用者のさまざまな状況で、生活(なんとか生きていく最低限の暮らし)でせいっぱいな方が多いのが現状です。制度自体も規制が多く、生活保護や非課税の方が利用できるサービスはあっても、ギリギリで大変な方が利用できず困難なケースもあります。入所施設も充実していないから、よけいに皆が入院に依存したり、はやめに施設を申し込んでおり「いつでも必要な時に利用できる」と思うことができず、在宅生活をもっと快適に暮そうと考えることができるのではないのでしょうか。ケアマネとしては、介護報酬があがらないと事業所自体の経営が難しい状態です。障害者をもつ家族として考えると、施設の充実、わかりやすい制度を望みます。
医療・介護労働者の賃金がいちと安全を守る仕事につりあわない。
以前課題として出たケアマネの利用者負担については反対です。本当にケアマネが必要な人が利用できなくなり大変なことになると思います。急性期からリハビリ期(回復期)や療養型へのしゅみは、無駄をはぶくためにはいいシステムだと思います。ですが、どうしても例外となる人は出てきます。そのような人達をどのような所に行ってもらおうかととても大変なことがあります。例えばウロカテテル(腎カテテル)があるが認知があり病院には入院させて頂けないが(療養型でもせん妄など問題行動のある認知は、入院できない)在宅でも独居の為困難。施設でもウロカテテル(腎カテテル)という特殊な医療がある為困難。というケースもある。又、wt100kg近くある独居の要介護5の利用者だが性格的にも問題がある(すぐ怒る)為、在宅でも施設でも入院でも困難というケースもあつた。そんな方々をスムーズに受け入れてくれる所をできるだけ確認してほしいと思います。
・ケアマネを医療職にして欲しい。
国民全体が納得のいく制度の見直しは、難しいと思うが、本当に必要な援助(介護サービスの利用)が行われるようにしたい。自分でできることは、人を頼らずにやり抜く覚悟を持ちたい。制度があるから利用しないと損だとか、薬をするためとかではなく、本当に介護が必要な人に適切な支援ができる制度になれば良いと思う。在宅でも施設でも介護職がやりがいを感じ、将来的に生活が安定する報酬がもらえるようになり、介護職の従事者が増えることを願う。
在宅で過したいと思われる本人の希望を、できるだけ受けとめて行きたいと思うが気がねや、不安が先立っている。在宅ケアを支援する介護従事者への教育レベルをアップし報酬においても高く評価してほしいと考えます。特に重度障害者居宅サービスの報酬が安いため、従事者が少ない受け入れ事業所が少ない 平均的なヘルパーさんの時間給は1500円→2500円ぐらいになればよいと思う。同時にケアに対する、知識や技術の向上してほしい、人を尊敬する意識を高め、気づきの感性をレベルアップできる様になればよいと思う。各研修も民間のものが多く、出費の負担もあり、自発参加が少ないと思う。介護福祉士においては定期的なレベルアップの研修を義務付けられるとよいと思います。
介護認定の医師の意見書が調査とまったく合っていない方が何人もおられます。意見書が他の方ではと思われる場合もあり

<p>ます。認知症についても把握されていないです。</p>
<p>1) ケアマネの報酬を利用者から1割負担というのには反対です。98才の利用者がよく言います「ケアマネは来ても何も仕事をしない、話しだけで印かんをもらって帰って行く」と2) 介護度が支援と介護を行ったり来たりする人—これを全て介保でいけば利用者は支援も介護も「介護保険証をもらっている」と言います。3) 軽度者福祉用具貸与理由書について…12/1付で区分変更を出し1/17に支2が出た時→プラン作成、担当者会議を開催しないと提出できないこれを1月末に出さないと、12月、1月分は実費(ベッド)になりますと役所の担当は言う…時間に追われて残業の毎日になります。4) 地域包括の解体…公的責任を放棄、介護保険の縮小に繋がる。契約が包括で仕事はまる投げの状態です。5) 独居者の支援について…支1、支2でも住宅改修や福祉用具のレンタル等3/月位訪問が必要です。1/3月で良いといわれても、利用者はTELや来所で相談に来られます。加算はもらっていますが少し不満に思っています。6) 認知症の方…Drの意見書でのⅢa以上となっていますがDrが認知症という病名を記入してⅡbもあります。こちらもTEL対応はできず用事のある時は3/月訪問が必要な人もあります。遠距離の家族との(連携、連絡も大変に思う時もあります。</p>
<p>・介護職の処遇、待遇・医療、介護の壁・介護職の医療知識不足</p>
<p>急性機病院と、在宅医療機関との連携、在宅医療の充実、緩和ケアの質の向上。24時間の相談体制に加算を上乗せ。在宅での重度介護実施について介護者の医療実施部分について明確にして欲しい。</p>
<p>細かくする事でニーズ、報酬がうけやすくなるか、反対になる場合もある。家族、本人は細かい方が受けやすい。事業所は対応する者によって差が出てくるのでやりにくい。しかしレベルアップになる。</p>
<p>なし</p>
<p>介ゴにたずさわるスタッフに対して、もう少し改ぜんしてほしい。特に認知症にたずさわるスタッフは大変です</p>
<p>人生がひとつながりである事を、もっと理解する事が大切だと思う。どうしても関わりが、病気になってから、介護が必要になってからになってしまうので、それ以前のどうやって生きてきたか、どう死んで行くのかが、浮いてしまっているように感じる。又、「どう死んで行くのか」は元気な頃からの生き方にもつながるが言葉として、どう死んでいくかというフレーズを出す事が、タブー視?死ぬ事を真剣に考える事、又、おおっぴらに話す事が、ふきんしんのような考えがあるのでそこを各個人が考れる機会や教育が必要だと思う。又、生活支援については、機械で対応できるものに関しては、購入に補助等を出したり、し、少しでも減らし、人でしか対応ができない事に介護職員を対応するようにした方が良いと思う(人が少ないので)人を支援するという事と、お世話やおせっかいはちがうという事を、もっと勉強するようにした方が良いと思う。報酬上は、医療に甘くて、介護に厳しいのはどうかと思う。</p>
<p>1. ケアマネが実施しなければいけない業務の中で月1回のモニタリングの記録は負担が大きい。簡素化してほしい。2. 特定事業所集中減算が通所介護に適用され通所リハに適用されていない理由を一般の人にどう説明してよいか?減算の妥当性は本当にあるのか?</p>
<p>ある程度の実績のある事業所には、さらに、報酬を増やすべき。</p>
<p>住み慣れた地域で効率の良い介護サービス利用のために実費での(介ゴ保険外)宿泊等のサービスとショートステイ(介ゴでの)もあり、利用者は使い勝手の良い方を選び利用している。被保険者(医、介護)のニーズは何か?どんなサービスを望んでいるのか?統計を取って効率良く使い易いサービス利用基準としてほしい。エンゼルケアや訪診等も医・介護の双方の保険項目にあり、介護優先なのか今ひとつはっきりしていないのでラインを引いてすっきりとして欲しい。(社会福祉法人の特権は止めてほしい。民間経営にも補助等欲しい。</p>
<p>・介護従事者の医学的知識の不足。</p>
<p>・介護予防は重要である。介護保険と分けて考えてもらいたい。・介護保険は利用者負担は現行のまま1割で行ってもらいたい。</p>
<p>医療ニーズの高い人たちの在宅療養が増えていきます。その人たちの介護者の負担を軽減するためには、デイサービスやデイケア・ショートステイなどの利用がスムーズにできるようになることだと思います。より利用しやすくするためには加算がつけられるようにしてほしい。現在同一介護度では医療ニーズのあるなしに関係なく利用料金は同じです。医療ニーズの高い方をみてもらうためにはそれなりの利用料が必要かと思えます。加算制度ができることで、もっと利用しやすくなるのではないかと思います</p>
<p>・在宅ケアが中心となるような施策が必要。◎医療面・往診の充実・介護保険制度の理解◎介護面・医療面との連携・ケアマネの処遇改善(ケアプラン料・加算)・現場職員の人材確保</p>
<p>・医師を除き、病院勤ムであっても賃金はおさえられている。また介ゴ従事者は賃金見直しされたがケアマネージャーはない、不公平である・動くのが面倒だから、好きなものを好きなだけ食べたいからといって本人の生活習慣が改善されず要介護者となった者と、生活習慣を改善し、要介ゴ状態にならない者が同じ介ゴ保険料の徴収はおかしい。要介ゴ者は1割の自己負担金であるがこれをもっと引き上げるべきだ。・老人は医療費が安いので、蚊にさされて赤くなっただけで受診する人もいます。これももっと引き上げてちょっとのことでは受診しないようにした方が良い。・透析患者など医療費がかからないため、足が痛いからシップをくれと言って病院からもらっていき、近所の人にくばっているという話もある。全てを無料にするのではなく、透析も自己負担金を上げ、また、耳鼻科にかかる時は一般と同じように支払をするべきだ。また、障害者年金も考え直してほしい。本当に働けない人のみ対象にするなど、働けるのに意欲がなく年金で生活する若い透析患者もいる。</p>
<p>・介護は必要であるし、重要であると言いつつながら、報酬が安い。・流動的に介護保険は見直されているが、おかしいことが多い。</p>
<p>現在、日本経済が不景気であることから、介護ヘルパーとして働く方が多い。今後、現状での賃金では職離れに悩む事になると思われる為、報酬の見直しが早期に必要だと思います。</p>
<p>・ケアマネのケアプラン料を上げる。(赤字経営)うちの事業所は看護師、保健師、社会福祉などの基礎職が多く賃金が高い。</p>

<p>認定制度はやめ、ケアマネが必要と考えるサービスを使えるようにする。限度額の廃止。・所得の低い人はサービス利用料の限免を行う。・介護保険料のペナルティをやめる。認知症があって介護保険料の滞納がある人がいざサービスを利用しようとした時、3割負担など、実状がわかっていない。・訪看、訪リハは介護保険からはずす。・最近Caターミナルの若い人が、お金がなく介護保険も医療保険も控えるケースに遭遇する。ガンの人が、すぐ身障手得できると、もっと安楽に在宅で過ごせる。(もう治療の時期は終わっているのに、わずかな望にかけて、抗ガン剤など高額治療を行って、お金を使いはたしてしまい、最後の緩和ケアに使えるお金が残っていない。)</p>
<p>・利益を考えたソーシャルワークではなく、やはり医療福祉共に継続が重要であり、自身が潰れないように経営的視点を持つことが課題。</p>
<p>介護報酬があがるとデイサービスやその他のサービス事業所の利用が低下してしまう</p>
<p>報酬単価引き上げ、行政の民事介入、特養等入所施設の増、サービスの質の向上。</p>
<p>利用者を大勢抱えて、現在は、ケアプラン等も、何んとかこなしていますが、今又AアコケヒサンヤマイユノシルメモAア1うタト厳しい状況になってくると思います。私達も、常に勉強をして、向上していかなければ、いけないと思います。</p>
<p>デイやショート利用中の主治医(在宅かかりつけ医)の往診を認めて欲しい。特にショート利用中の「主治医」とは、現行保険法の中では、事業者と契約している医師となっているが、利用者の急変時には、やはり、現在かかっている医師に診てもらうことが妥当だと考える。しかも、ショートステイが利用者家族の不在時の介護の提供である場合、事業所に来てもらい受診することが難しい場合があることなど、自明である。そのようなことから、往診は認めて欲しい。それがあればターミナルや状態不安定な方へのサービス提供のハードルは低くなると考える。</p>
<p>在宅で最後むかえることが一番望ましいと考えていますが、家族は病院にぎりぎりのところで救急車搬送をします。いつか終えんのかかわからずとってしまう行動です。訪問看護、在宅医師の不足があり、理想的にはいきません。まず、介護報酬を上げて、医師(訪問する)、看護師等の人口を増やし、きちんと家族が本人が望むような体制が続けるよう国はずべきです。人材の確保はなにより大です。それには報酬の引き上げこれしか考えられません。施設入居も一杯ですが、安心して在宅で過ごせるように。</p>
<p>ケアマネのスキルアップ、フォローアップ体制のバックボーンが欲しい</p>
<p>ケアマネージャーなのでそれに感してのことになります。ケアマネージャーの事業所は利益どころか、赤字経営で運営がむずかしい。それでまた、減算される項目が他の事業所よりおおい。また小さな事業所には加算もなく良くこれで事業者が続いていると思う。中立公平でサービスをということを実際にすべての事業者にもとめるのなら、居宅介護支援もせめて多少の利益のできるサービスにすべきで、個人でも設立できるものにした。また、住宅改修、福祉用具購入、高齢者福祉事業、こまかくいえば救急での病院つきそい、これすべて報酬としてなく仕事を苦しめているだけとなっている。</p>
<p>加算で報酬を上げるやり方でなく全体的に、底上げをしていく方法で、報酬がアップできるとよい。</p>
<p>当初スタート時(介護保険)よりも、利用者本位からずい分かはなれて来ている。特に市行政の職員の保身体制</p>
<p>今の国の財政を考えると良い方向に向くとは考えずらく、介護を受けなければならない高齢者は増えていくという悪循環なので制度自体を考え直さないといけないと思う。</p>
<p>介護報酬等取るために、事業所のレベルアップや、書類の作成等が大変で、業務内に、仕事が終わらない。利用者さんに時間を取り、各関係者とも連携を取っているとどうしても時間内に終ることができなくて、そのケアマネージャーが一生懸命仕事してもその評価が薄く、会社でも残業が認めてもらえない。</p>
<p>現在の報酬のあり方については、医療系に手厚く制度が作られていると思います。又、介護においては、大手が有利になる様に改定されており小規模の事業所は今後経営が増々苦しい状況におこまれてしまいます。小規模の事業所に対しての取り組みをお願いしたい。</p>
<p>夜間の訪問看護や介護の提供が位置づけしやすくなると良いと思う</p>
<p>本人、家族が安心して在宅療養するには、医療介護のサービスを十分に受けられる必要があると思いますが、現状ではどちらも十分とは言えません。訪問診療をしていただける医師も数が少なく、地域にも知られていません。訪問看護師の数も十分とは言えません。介護サービスでは訪問介護(ヘルパー)の利用が制限が多くむづかしいため、複数の介護者がいるなど家族の介護力が十分ある場合以外は介護者が心身共にくたびれてしまうケースが多くあります。現状では在宅で最期を迎えるというのはかなり難しいと言えます。</p>
<p>介護保険サービス利用者の中には、利用は必要でもマネジメントを必要としない軽度の方も沢山います。各サービス事業所にケアマネをおいてそういう方は対応。マネジメントが必要になった場合に、ケアマネ(居宅)が対応する様にすれば良いのでは?と思う事があります。家族がそれなりに力を持っていれば“入浴の支援だけで大丈夫”となります。なのに、色々な事を聞かれ、あとは月に1回“おかわりないですか?”の訪問のみ、落ち着いていれば、何ら問題はないのに、プラン料発生します。サービスにつながれば、事業所で変化に気付く体制を作った方が、よけいなお金はかからないと思いますよ。以前に比べれば39名の担当で居宅ケアマネは楽になったと思いますが、39ケース中1~2名がマネジメントが必要でもけっこ一業務に追われます。そこに新規が何件もかさなったりすると、テキトーにならざるを得ません。セルフプランをすすめるとか、何か方法がある様な気がします。</p>
<p>一番の悪は、介護→支援→介護でCM担当者が変わらなければいけない事。制度を決める人は、一度民間のCM、ヘルパー等を実地で体験してみる事!!論より証拠である。</p>
<p>医療報酬は高くても特に大きな不満はなく利用しているが介護制度については慣れていないせいか利用者には価値感の低い物とされているように思います、医療と介護は一緒に価値感に考えられたら良いと思いますがなかなか定着しないのが現状かと思われ</p>
<p>2012年の改定では現状のままという部分が殆んど聞いています。これでは新たに評価すべき項目はありません。</p>

<p>・介護で働く人達の給料が安いところが多く、職員がいつかない。財政の根本的な見直しが必要・デイサービスに送迎加算を復活してほしい・要支援→介護となった時、ケアマネ（包括→居宅介護支援事業所）の交代に戸惑う方が多い。包括も説明はしてくれているが、なかなか理解がされない。「一生この人（包括担当）をたよるつもりだったのに」などと言われることも多い。そのあたりの、担当がかわらなくてもいいような体制づくりも必要だと思う。・要支援の方のデイサービスなどでの入浴加算と、ケアマネへの報酬アップ</p>
<p>医療連携加算の要項の1つ正看護師でなくてはなぜ×か。看護婦不足の折柄とグループホームでは高度な看護技術を要求することはマレである。医師との連携も強固に確立されている。准看護師で充分足りると思う（只永年の経験は重視されると思うが）是非再検討して載きたい。</p>
<p>医院内の介助は認知症の方には必要な介助だと思う。病院内は医療だからと分けられても、その人が生活するために必要な通院、受診なので、日常の様子、薬の内容を誰れかが聞くことはぜひたいに必要でそのためのヘルパーであってもいいと思っています。それが出来ないため私は、必ず同席して受診につきそっています。その人にとって、こきざみな対応が必要で、短期・長期の目標ではなくその人が生活するために何が出来て、何が出来ないのか、それを誰れが助けるのかをプランにする方がいいと思います。最期を在宅ですごしている方は目標よりも、どうすごすかが重要なため。希望でプランを作りたいが出来ないのがさみしい。もっとケアマネの自由でプランを作らせてほしい。</p>
<p>診療報酬と介護報酬の格差の是正。介護報酬の適正化</p>
<p>・介護保険制度で、在宅支援をかかえて施行されているが、実際の生活上、介護保険では支援できないことや、枠の制限があり、在宅支援できないところも多い。施設入居者、入院者をモデルとして、時間や枠の制限等考えられている様だが、在宅の場合、施設や病院とちがい、さらに時間と労力と費用が重むことを考慮してもらいたい。・介ゴサービスの報酬単価が低い。He不足</p>
<p>医療や介護、他の福祉制度について、それぞれの制度だけの理解ではなく、他の制度についても理解が必要！例えば…病院の医師や看護師が「要介護1ではないからケアマネに変更してもらったら…」と言われたと本人家族がいう。現状は経済的には厳しい家庭であり、沢山のサービスは利用できない事を理解せずに安易に発言する と…いう事は介護の理解ができていないのに、介護度を上げるだけの目的で、説明しているのでは？上記はよくある混乱である。介護保険の中核としての位置づけにケアマネの知名度が低いのではないかとある家族は、医師が言う事が絶対だと思い込んでいる。病院によっては医療連携室が機能しておらず、入院時や退院時の情報集収に苦勞する。又病棟看護師の対応のバラつきや情報提供拒否に遭遇する事はめずらしくない。情報共有に対する標準化が必要ではないかとICFの考え方は良いと思う。医療、福祉はもちろん一般にも普及できないだろうか？こんな世の中では自分が高齢になった時が心配</p>
<p>最後の迎え方について個人個人がもっと情報を整理し最後のあるべき自分の姿を検討していくべきかと思う。死はタブー視され具体像もなく年齢を加えていったのが今のお年寄りの姿だと思う。お年寄りの認識がはっきりしているうちに確認しておく必要性を感じる。また医療に求めたいのはこの地域において在宅診療を行う医療者が少ない、またお年寄りをトータルに診る医師が少ないように感じる開業医にとってはなおさらで治療方針も、はっきりしない医療とお年寄りの生活を結びつけて助言してくれる医師が増えてほしいとまた診療報酬面でも手厚くなったら良いと思う</p>
<p>・介護が必要とされる人で限度額の中でプランが組めない人、また金額的に必要であるが受けられない人など、がいる。その反面、本当に必要なかと思うサービスを利用している人等様々である。ケアマネの質に左右される事も多い。本当にケアマネは必要なか、やっていると。Aのケアマネは何でも望めばプランを組んでくれる。Bのケアマネは杓子定規で融通がきかないなどケアマネが変わった時など良く聞く話である。また事業所も同じ、このヘルパーはしてくれるのにあのヘルパーはダメと言う事もある。それをとりまとめているケアマネの負担は大きいし、権利者意識の目ばえた利用者や家族の攻撃のまとなる。周りでも、ケアマネを辞めた人間は二度としたくないと話すし、資格を持っていてもなり手が無い。昔の様に行政がプラン作成をすれば良いと思う。ケアマネが便利屋となっている実情をもっと考えるべきであると思う。・本当に介護の必要な人のみきわめをケアマネ1人にかぶらすのはどうかと思う。机上の上では何でも言えるが、現場をもっと見てほしい。この仕事でこの報酬では生活できない。人の事を考える前に、自分の生活が立ちいかなくなってしまうから個人で居宅をする人間はいなくなってしまう。併設の事業所は自分の所へ客を引くために居宅を置く。けっきょく利用者の事より、利益なのであるから、プランもかたよったものになってしまいがちである。私は居宅（ケアマネ）はどこの施設にもぞくさずに単独であるべきだと思う。そのために行政がケアマネだけをすれば、もっと良くなるのではないかと（利益をもとめないから）。公正中立なんて現実はないと思います（悪法でしかない）</p>
<p>・職種間格差の原因を作らない様なシステムが必要だと思います。※地域包括支援センターも何の為に位置付けられているのかを理解すべきです。（無理解な所ばかりではありませんが…）例えば困難ケース（所謂、ヤクザ世帯）を、居宅介護支援事業者に任せ、初回カンファレンスの際同席し説明等同事業者にさせて、完結し、終了してからこそっと、家族に「何かあったらこちらに連絡してくださいね」と言ってる態度は許せません。・入所施設では、利用者が首つり自殺してるのに、心不全で済まされているケースもありました。家族等は、身近にスタッフの目の届く所に住まわせてもらえるという幻想を持つ様ですが、とんでもない事です。予算を在宅介護にお願いします！！施設にはスタッフに責任を問うのではなくて、経営者責任をしっかり持てる様にして欲しいです。（資格取りだけが策ではありません。）</p>
<p>・社会保障制度を総合的に見直し検討して欲しい・過剰医療及び投薬等、目に余る。無駄な治療（特に高齢者）や、捨てられる薬に目を向けて欲しい（限度額）・要介護状態に対し格差をなおし、統一して欲しい、もっと家族や子供達が介護をすれば喜びを実感できる対策を検討して欲しい。・認知症の方は医療機関の受け入れが無いと等しい早急に一般の方と同様に入院出来る体制を検討し安心して治療出来る対策を折に願います。（認知症の方は、すぐに退院させられる。人手不足や事故への遭遇や専門性に欠ける）・自助努力加算・相談業務加算・一定以上、訪問が必要になった時の加算・施設入所者の待機期間が3年以上と聞く、ある所で要介護1の方も見えるのは納得いかない。基準や規定を見直し欲しい。・未来の若者・子供達が安</p>

<p>心して生活出来る社会</p> <p>・地域包括ケアにおけるそれぞれの役割りや何が出来るのかを考えて行く必要があると考えます。・介護と医療の連携強化・終末期の支援、認知症高齢者の支援、支援困難者の支援等介護保険制度だけでは対応出来ないケース等支える仕組みや報酬上の評価が必要だと感じています。</p>
<p>利用者の意向にそった介護サービスといわれながら現実には介護制度にはばまれて十分な介護が出来ないケースや、サービスが制限されたことにより病状やADLの悪化を起したケースも多い。一部新聞で「ケアマネジャーのサービスプランを第三者機関が見直す」と介護サービスを減らせるケースが7割にのぼった」との内容を読み1日24h年365日利用者の体調は一定ではなく、何を理解し、何を基準に考えているのかと不満に思った。今までの制度改革が全て上手いっているわけではなく不用品費用等を使用している部分も多々あると思う。現場の実状をふまえた改革であれば受け入れられるが逆に費用がかかるばかりで利用者・家族に負担がかかっていることであれば現状のサービスを継続することで細かい点の改善でよいのではないかと。</p>
<p>・在宅を増やしていこうと思っているなら、5以上の最重度者に対して、もっともっと支援するべきです。家族は、仕事しなければ、払えないので、たいていは高令者の夫・妻が何となく見よう見まねでしていることが多いです。介保の単位数で、全くの寝たきりの方を24h365日、支えることなんか出来ません。医療といっても、夜間はなく、またDrが居るときにCMとか誰かが立ち合わされて…でも、私たちCMには、報酬はありません。すっごく、おかしな制度だと思います。・ヘルパー（訪介）の単位数が、要1の軽度者でも、要5以上で医療依存度の高い人でも、身体介助が同単位とは、おかしくないですか？・外出支援で、閉じ込めりをふせぎたいとかいいながらも、「散歩はNG」が主です。週3、4度も、買いものするものもないし、経済的なこともあります。もっと、現場をみて欲しいです。</p>
<p>1、現状制度の改良点（1）高額所得者に対しては、現在の自己負担の1割から引き上げるべきだと思う。（2）要支援の方の訪問介護、通所サービスの利用料金を月単位ではなく利用回数によって変わる要介護の方と同じにするべきだと思う。理由。今後、要介護者の増加に伴い、介護保険費用の増加が見込まれます。その対策として上記2点を考えました。</p>
<p>・アンケートの内容がむずかしく良い回答が出来なくすみません・今後についてショートも十分利用出来ないしお金がない高齢者が多く生活が大変なケースが多いです。</p>
<p>企業努力が足りないと言われればそれまでだが、小規模の事業所においてサービス（人材・設備）&gt;介護報酬の状態である。介護報酬の大幅改正を願う</p>
<p>・細かな点ですが訪問看護が夜間緊急で、サービス提供しても、日中と点数が変わらないのは不可思議です。気の毒に思います。・私の事業所は個人の居宅ですが、現在ひとりケアマネ。人をやといたいと思いますが、いきなり利用者数が増えることはないの、人をやとくと、2年近く赤字となり、経営がなりたちません。同じ法人内に数個居宅がある所は、上手に事業所加算をとっておりうらやましい。独立型居宅は貧乏です。どうにかならなあと思います。・住宅改修、福祉用具購入は、担当ケアマネはただ働きます。ケースによっては大変な労力を伴うことがあるのに…。評価してほしいです。・監査の際、利用者数が多いところは、監査の眼をのがれるファイルが多く、利用者数が少ないところは、隅から隅まで調べられます。結果、利用者数の多い事業所は「これは～」と思う計画書の存在がゆるされます。おかしな話だと思います。・疑問に思う点を市役所、地方局、県と尋ねて全部違う答えが返って来たことがあります。今だに解決していません。このような場合、大変困ります。・専門研修に関してですが、1年内に全部受けるのは、仕事をしながらということ考えると、かなりハードです。また、3日連日というのも、家庭がある者にはきついです。課程Iなどは、1ヵ月に5日を用します。研修に加えて、担当利用者様への訪問、1ヵ月にこなす仕事量は少なくなることはありません。ここまでして研修を受けて、更新するだけの資格なのだろうか考えてしまうこともあります。ケアマネも、普通の肉体と精神をもった人間ということ思い出していただきたいです。介護制度の存続には、ケアマネに対する扱いも大きく関係すると思います。公正、中立を守って欲しいなら、守れるような待遇をしてほしいです。以上好き勝手に書かせていただきました。ありがとうございます。</p>
<p>#1、当事業所は、居宅介護支援事業所の単独型です。元職が看護師で訪看をしていました。依頼されるケースは医療依存度の高い方が多いことが特徴ですが、訪看が必要な方などのケースでサービスができない方がこれまで多数いらっしゃいました。理由は、収入額が少なく、食べていだけで精一杯で高い訪看には手が届かない方の方が多いということです。特に独居の場合そこで、止むを得ず元職（訪看の経歴あり）の当方が必要時は対応してきました。料金を請求（自費）できないので、ほとんど自社が負担してきました。もちろん利用者の方には、こういう事情の説明はしませんが、少しでも、介護報酬が頂けるといいなあと考えること、たびたびでした。財政が厳しい今、仕方ありませんが…。#2、サービスを提供する各事業者特にヘルパー、訪問看護の倫理に欠ける人達が未だみられます。事前の教育（研修）は受けていると思いますが、もっと、時間をかけて教育をする必要があると思います。（もちろん当社も含みます）まだ、おばさん感覚で仕事している人達が存在します。#3、要介護認定の簡素化を求めたい。理由は膨大な費用の手間ばかりではなく、認定の遅れから利用者の方に支障が及ぶ。#4、支援費の利用者負担増には反対。低所得者などの高収入者が居宅介護支援を利用できないことが考えられる。</p>
<p>・介護保険のケアマネとして仕事をしていますが、ケアマネの資質を上げる事は重要です。特に医療面で、不十分な部分が多々ありますので、研修、試験などにも、その課題を取り入れていただければと思います。・ケアマネジャーは公平で中立な立場ですが、併設型の居宅にいる方が多いので、その部分で、本当に中立か？利用者にとって利益を持たず活動ができていないかは疑問です。・認定調査については、審査についてとてもバラつきがあると思います。行政から委託を受けて行っていますが、きちんとした認定を出すには、やはり“行政”が一括すべきだと思います。・医療保険、介護保険ともに、必要でない部分も多く保険が使われていると思います。医療保険については、「1ヶ月に何回まで病院に行くことができる」「薬の重複した処方」などが無いように、徹底的に管理して、無駄を省かないといけません。・介護保険でも、世帯を別にして、負担限度額の申請を受けたりして、実費の軽減をはかる制度があります。しかし、そうすると、世帯全体では収入があるのに、高齢者一人では減額の対象となるのはおかしいと思います。きちんと、所得によって、負担が決まるよう、もう少し、細かく所得の段階を分けるべきです。又、介護保険の負担は1割ですが、かなり低い額です。訪問看護では1時間「約9000」の費用が</p>

<p>発生するなど、法外の値段もあります。本当に必要なサービスを受けるのであれば、3割の負担でも良いと思います。1割だと色々利用できるなら、限度額一杯まで利用しようとする事が本音ではないでしょうか？・医療制度が、とても理解しやすい制度となっている、もう少し国民にとって理解しやすい制度を構築していけないといけない</p>
<p>・現状制度に求めるものは、医療、介護保険ともに加算条件を統一してほしい。・患者1人に対する書類の多さは事業者の経営にもダメージを及ぼしている。両者を同様にこなすと管理者は倒れてしまう。書類等にも一定額の報酬をつけてほしい。</p>
<p>・介護保険でも退院前のカンファレンスに出席していますが報酬が無い状態です。</p>
<p>①とにかく「介護者は地方に多い」事に留意し、そこに日のあたる制度であってほしい。介ゴ保険にしても「選べるサービス」といって事業所がなければ社協の独専！！それでは日本は良くなりません②社協にメスを入れてみる</p>
<p>・訪問介護員が出来る資格を介護福祉士以上に限定しようとしているが、今、日本の介護現場では、殆どどの職員が2級ヘルパーであり、主婦やパートが多い。その為、金銭的な面や、時間的な面から介護福祉士の資格をとる事が出来る人がいない。介護福祉士の資格が必要ならば殆どどの職員が介護現場から離れてしまう。又、離れなければならないこれでは、介護保険制度が崩壊してしまう。</p>
<p>ケアマネとしての視点からになりますが…現在の報酬は介護度によって決められていますが個人的に感じていることとして、必ずしも要介護5の方が大変とはならず要介護5の方の場合、支える家族もしっかりされ在宅生活が行えているケースが多い、かえって要介護1程度の方が家族間との問題も抱え対応に苦慮することが多いように思います。福祉用具のみの利用者の方などもあり、ケアプラン上での目標設定が行いにくいケースもあり、ケアマネとしての関わりに悩むこともあります。</p>
<p>在宅での死亡時のケアや看取りケアは在宅で最期迎えた場合に加算があるとよいと思う。医師との連携では家族と一緒に通院の同行を行い状況を確認、こちらからも情報提供した際には評価して頂く必要があると思う。医療面の報酬を制限しても、結局介護面での報酬の増加が見込まれる為。退院促進を評価した報酬改定は望ましくないだろう。</p>
<p>改正度複雑化を感じます。・介護認定審査方法の変更・介護報酬の見直し・要支援、要介護の認定段階の追加・介護プラン、予防プランを作成する「地域包括支援センター」の設置・福祉用具貸与購入品目の追加、等々各々への説明が困難な事も多々ありました。見直しや改定によりよりよい、保険制度の運営を図りつつも、高令者の理解を求めることは困惑を抱くことは拭き切れません。21年10月に施行された処遇改善交付金について“介護従事者”に対する賃金改善に充当するための交付金支給が新設されましたが施設全体で、ご利用者様にサービスを提供しているのがほとんどであることを鑑み、その中には看護師、調理員、ケアマネジャーが関わっているが対象外である事に対し疑問をもつ所です又賃金改善以外、処遇改善へ向けての実施項目に充当できないものか希望するところです例、介護補助用具等の購入、健康診断、腰痛対策への取り組み、職員休憩室、喫煙スペース等の整備以上改良を求める課題として提案いたします</p>
<p>在宅復帰の際、プラン作成に基づくアセスメントは、入院中の時点で行ったものは認められておらず、本人・家族ともに退院後の生活に対する不安が大きい。中・重度者の場合、転院や施設入所も検討されるようになる。在宅での生活が安心して行えるよう、退院前のアセスメントと、病院側からのICFを活用した情報を基に作成した暫定プランが認められると良いと思う。</p>
<p>問9をみてもらうと適面ですが、私自身にICFの知識が乏しく大変申し訳ありません。今後勉強し、ICFの視点を身につけたいと思います。</p>
<p>特になし</p>
<p>・予防給付の見直し 介護度（要支援1要支援2）によってデイサービスの回数制限があったり、利用料金が決ってしまうのはおかしいと思います。</p>
<p>・介護保険導入時に基本とされていた在宅での生活を支えるためのサービスの充実を今1度考えてもらいたい。現状では、施設介護の方向に向いてしまったとして思えない。・改定ごとに施設利用費負担と在宅サービスの利用費の負担が変わらなくなっているような気がする。いろいろな在宅でのサービスを使うより、施設入所の方が安価になる。・過疎化が進んでいる地域などでは、在宅で使えるサービスは限られている。（ショートステイ・訪問介護・通所介護のみ）</p>
<p>特になし</p>
<p>本当にサービスを必要としている方に十分にサービスが行き届かず、お手伝いさん代わりにサービスを利用する方が増えてきているように思える。特に独居、または老々介護の方に対しては手厚く、サービスを増やせるようにしていく必要があると思います。また、土、日、祝日においてスタッフの人員確保が難しいため、加算があると助かる。サ責の事務作業も多いためケア以外にもサ責に対して加算がほしい。</p>
<p>給与面での待遇まだまだ低給与である。介護ではなく要支援者は行政が行うべき。市役所（地域包括職員）は公務員であるならばもっと努力してほしい。そこでの支援の仕方やバックアップ体制が悪いと今後介護状態になった場合、立て直せない。その状態でICFは初められず介護者のフォローアップをしてははとも本人は支えられない。認定調査は誰の仕事？と思う。介護度により金額上限を決めてもご家族・本人に出す金銭がなければ意味がない。上限は当事者の財源と思う。介護度って何だろうと思う。</p>
<p>報酬が低すぎる。（介護に関してはヘルパー2級程度を給与の基準に考えているフシがある。労働対価として評価すべきである）</p>
<p>当事業所は病院が主体の医療法人でありながらなかなか在宅との連携について目を向けてもらえないので医療連携加算を居宅支援事業所としては取っているが、病院は関心がないので保険請求していない。地域は必要とし求めているも医療機関側はとりあえず退院、ベッドコントロールにやっきになっている。病院側にもっと目を向けてもらえるような報酬制度にしていく必要があると思う。</p>
<p>・訪問サービスは日時が定期的に決められているが、随時訪問出来るようにしなければならない。・ケアマネジャーは動いている割には報酬に繁栄されない。（実動と報酬が見合っていない）サービス利用を結局されなかった方に対する動きが報酬となって評価されていない。</p>

☆医療・介護料金が年間で高額になった場合、一定以上の額を国が負担するなどの策が必要となる。
努力すれば収入が増える仕組みを作る。
医療費、介護費共高令者が増える程大きくなるし医療、介護共ある程度利用が制限されている様に感じます。保険外の医療は高額で治療を継続できない状態も起きるのではないのでしょうか。若者の就職難等も問題になっていて保険料未納のため保険未加入者も増加しているのではないのでしょうか。又、介護職員の報酬は低くおさえられ、職場離れや事業所を転々と変えている人も多数で、昇給も望めない状態の様に思います。報酬を上げれば、利用者の負担は増えるし、今の制度では問題は解決しない様に思われます。社会保障の充実と負担のバランス、財源確保等検討が必要だと思います。
医療依存度の高い在宅での高齢者がふえる介護者がいない場合も多い。
介護休暇の充実。保障
予防のためのサービスが低くみられています。デイサービスやヘルパーの家事支援があるから在宅での悪化予防、自立した生活の維持ができています。医療系サービス重視となれば、悪化が促進され施設入所が増加すると思います。
2012. 4月介護報酬の改定に期待したです。経営も大変である事(報酬が低い為)介護とう、大変な職業(排泄介助等)しておるなかで、給与も上がらず、身体的・精神的にもストレスも多く、男性職員は、結婚もなかなかできる様になる事も困難であると現場から聞いております。介護従事者も、負担にならない介助の仕方、ストレスの解消方法、受容して、その人の特徴、疾患(既往、現病)、生活歴等理解して尊重して、支援して行く姿勢が大事だと思います。職員の技法だけではなく、研修して行く事もこれからの発展だと思われれます。
率直に言って、形式的な決まりごと、事務処理の量が多く、実務的に本当に必要にして行っていることなのかと疑問に思うことがよくあります。書式や援助のためのツールを充実させたり、ツールの用い方の上達を求められたり(計画書の作成の仕方等)という所では、援助者の事務量、負担が大きくなるばかりで、実践的ではないとも思います。私はケアマネですが、ケアマネジメントのプロセス(特に書式的なしばり)をより簡素化すべきです。大切なのは、必要な帳票をそろえる事ではなく、一般的に利用者をとらえる観点であったり、支援の具体策であったりする訳で、研修プログラムを充実させたりする方が意味があると思います
在宅介護支援センター(24H対応可)の位置付けが不明確。高専賃内のデイサービス、訪問介ゴ、看護の単価を安価設定にすべき!!要支援状態が長く続けられる高齢者には、評価してあげて欲しい。(家族同居の場合のみ)
・入院病床を持っているHPから、病床を持たないHPに紹介すると報酬が上がる。又、受け入れると上がる。・要介護状態が改善した場合には、評価されるべきと考える。(しっかりした、モニタリングにより改善する例が多い)・老健の入所期間が、長くなると収入が減額していく。又、施設側に退所時は、メリットがあるようにする。・ケアマネジャーが召集するサービス担当者会ギにサービス事業所が出席しないと減算になる。(利用の契約を、本人又は家族としただけで良いと思っている事業所もある)・日中はディ、夜間は宅老で、ほとんど居住している人には、ディサービスが実質行われていないので、制限を設ける。・有料老人ホームにおける、サービス利用量のとり決めにペナルティー(例:関連法人ヘルプ90%以上で、利用すると入居費減額etc…)
ケアワーカー(ヘルパー)さんの報酬対制を見直さないと、人材が集まらない。人材がないと、支援はむづかしいと思います。
ICFも連携もとても大切。ほんとうに疲れ切っています。ICFでみるなら視点を全体で共有しても行かして行く力量が不足しています。チームの中に、引っぱる人間がいるとうまく行くことは確かです。引っぱる人材は少なすぎる。負担は大きくどの利用者にもとは行きません。今の日本の介護保険の中でぎゅうぎゅうぜめに行なっている介護行為、事務、余裕がない現状。みんな方向性が見えないのかもしれないかもしれません。お金もいけどやりがいがあると対象の子~老人も変化すると思うし、この評価がお金となったら本当の評価かもしれない。看護師不足人材会社より紹介するので年収15~20%を手数料でと言われる現在。こう言う方をどうにかしてくれると日本国中のステーションはつづれずに済んだと思います。
山の様にあります。包括支援センターの連中は公務員のように8:30~5:30分で帰るし高齢者本人の自己実現の達成を支援するというより「元気ならほっとけばいいわ」って言いますからね、又人の出入りもよくあるし広島県のやり方は、1次予防2、3次予防どころか、1年もしない内に要介護状態にさせて、そちらでケアプランをお願いしたいそうなのですみませんと今日もTELがかかってきました。「エー!!要介護になるのが早いんですね」と嫌味を言いましたら「ええデイサービスは利用されていませんでしたから」という返事が帰ってきてがっかりですよ。デイサービスを利用していたら、要支援~要介護にならなかったのかと言いたかったのですが福山市の包括支援センターはどこもにたりよったりなので…言葉も出ませんでしたね。包括の人達はいらないので社協とか市町村がしたらいいのに…それで要支援者の重度化防止になるとも思えないし…困ったものですね。主治医のプライドだけは高く、カンファレンスは出席しませんからね。①住宅改修の申請書を書いたらお金下さい。②ケアマネは月1回の訪問ではないので訪問に往じてお金下さい。③要介③~要介①へとなった人をマネジメントした人にはお金下さい。④Drは意見書を30日以内で書いて下さい。お願いします。超高齢化社会を向かえる訳ですが、皆が皆、介護を受けるとは限りません。92才でも元気な方もいます、99才の詩人、柴田トヨさんのように生きてほしいと私は心から願っています。以上
書いたら何かかわるのですか?
無駄なお金の使い方が目立ちます。必要な方には必要なだけ、そうでない方はそれなりにという事が大切でしょう。市場原理を導入したツケ(安易に検討する事なく)が回って対症療法でしかなく、その為、又資金が必要。・医療保険と同様に保険証だけで簡単に利用できる制度、上限額は必要。CMが専門性と共に独立した立場でプランできる体制づくり。認定調査程資金を食いつぶしているものはない。これは止めるべきと思う。・ADLが主で認定結果がでるのはおかしい。・ICFにしても環境が整わないとうまく可動できないと考えている。家族の考えにどれだけ介入したプランになれるか。・同居家族がいれば生活援助はできないとか・生活単位でみれば、草が家の回りに茂っても対象にならない介ゴではないから一般的に草にボウボウ生えた中で生活の質は保てるのか。業者を雇って草刈るとはいつてもお金もないetc。介護を介ゴ保険だけで考えるとお

かしな点が沢山でくる。もっと社会保障という広い視野で介ゴを考えて欲しいし、システムを再考して欲しい。市場原理を入れたり、認定調査にお金を沢山使ったり、会社という考えでみたら倒産だと思う。もっと効率よく、意味のあるお金の使い方があはずです。介ゴを考える時、いきどおりしか感じません。多少乱雑な回答になり申し訳ありません。個人的な回答として受けとって下さい。

「pay as you go」＝財源の確保がなければ、制度改正は実現できない。という考え方の中では、当事者や支援者が最も望む制度は創造できないと思う。多くの業務に追われる中での解答の為、十分な時間をとることができず、中途半端な解答しかできず申し訳ありません。

1. サービス提供する事業所で働く人々には、その給与で生活ができる賃金の保障をすること。2. 介ゴ保険料金とサービス利用料金は、所得に応じた応能負担の原則に立つて行うこと。3. 住民税非課税世帯や非課税個人の場合は保険料・利用料ともに無料とすること。4. 暫定期間の扱いについて、緊急に利用する場合、暫定としてサービス利用をしますが、認定ランクがわからずに利用することはとても不安です。このような場合、ケアマネの裁量を尊重することが必要です。5. 要支援の人を介ゴ保険からはず動きがありますが、大変困ります。絶対はずさないで下さい。朝のゴミ袋1つ出すのにも困っている（もっていけない）人がたくさんいます。また、週1. 2度の支援の日だけが少しは人間的生活になってることや、人との触れあいの日、安全確認の日になっています。なくさないで下さい。

・報酬が上がらなければ、いい人材は確保できないが、介護保険料を上げることは得策ではない。他の財源確保が必要である。

これまで病院で生活していたような状態の人が家へ帰る、退院の運びになるのであろうという感じがこの調査でわかりました。ケアマネだけでもヘルパー訪問、往診だけでは支えられない。24時間体制で支えてくれる所が増えれば良いし、緊急的に受け入れてくれる所泊まる所があれば安心要素が増えると考えます。ICFと何度も出てきますが、言葉は知られているがその意味や活用については浸透していないと思います。

報酬改定については、単価の値上げが良いとも言えませんし、給付率が上がれば税金を上げる事にもなりますので、単に料金改正の問題は、内容のうらづけが求められる必要があると考えています。予防事業は、要介護認定のはじめとして導入されましたが予防効果はあまり感じられませんでした。現状で認定期間も半年～2年と巾をもたせてはありますが、半年の認定期間は、3ヵ月後には更新し認定調査を受けて頂く事になるため変化や状態像の問題もありません。これについては、1年にしても良いと考えます諸経費のムダと考えます。又、調査される立場の人達からの苦情も多く聞かれます。介護保険がスタートして御家族自慢の介護力が低下したようにも感じております。サービスで対応しなくても良いところまでサービスに依存する傾向もあります。本来の自立支援を目的とした制度ではありますが10年前の家族と今の家族を比較すると、家族の役割が薄れるのを痛感しております。（制度の充実のためには）納税者としての老人への説明不足はいつも問題と考えています行政を初めとして、もっと現場の状況を歩いてみて聞きとり説明すべきと考えます。市町村の努力もたりないと思われま。

高令者本人に資金（年金等）がある場合はスムーズにサービスが使えるがいない方は在宅で家族に援助をお願いするが、家族に“力”がない場合や年金を頼りにしてしまっている場合は、介ゴ力を求められない。又、虐待に至ってしまう事がある。今後どこからどのように制度が変わるかにより当事者の境遇に変化があると思われる。よって、権利擁護の重要性が増すと思われる。

・胃ろう・吸引の人でもすぐに泊まれるショートステイ・ケアマネジャー（居宅介護支援事業所）の一律、介護報酬1300単位希望。特定事業所加算のハイシ。・介ゴ認定のハイシ。→お金のムダなくなる。→ケアマネが独立できて、公正・中立に業務にあたればサービスへの利益誘導にならず「必要なサービス」しか使いません。よって認定による「限度額」が必要ありません。これは障害者制度と同様です。自立支援法には実質、限度はないです。・「ボケてもいいよ」という社会意識変カク。高令になったら体力↓ボケるのはある程度仕方ありません。ボケるのは悪、介ゴを受けるのは悪という「他者評価」は人権侵害かと思えます。本人が「ボケるのはイヤ」と言う分にはよいですが、他人が「ボケるのは悪」というのはイカンです。

介護職員の質の向上に努め研修の機会を多くとってがんばって来たが見直しのたびに報酬が減額され実績減になり従業員の給料にもひびいてくる事が不安である。

ユニット方式の特養が新設されています。入所先が増えるのはいいことですが、果たして入所出来る方が増えるのでしょうか。時代の流れがユニットケア、個別援助ケア、プライバシー尊重となっているのは理解出来ますが、経済的な流れ、未来の経済状況が合致しているとは到底思えません。受入先のベッド数が増加しても、入りたくても入れない人の数は減少しないと私は思います。・要支援での月額利用には疑問があります。1～2回利用しても1月分の負担は、利用者には負担は重く、又、保険の無駄にもなるのではと思います。1月のうち利用した分だけ負担できるようにして頂けたらと思う。・要支援②の方も限りなく介護に近い方も多く、介①と支援②の行ったり来たりで利用も不安定になり又、本人の不安も大きいように思われます。できたら、支援②の方は、以前のように介護①にしてもらえたらサービス利用が安定できるかなと思います。

1. 課題・在宅医療制度の充実・在宅介護が困難になった時の受皿が少ない、費用が高い・医療依存度の高い方の受皿がない。・特定高令者の■の充実（1回/Mは少なすぎる）2. 改良点・後見人制度の改善→費用軽減、時間が長くなる、書類の簡単化・介護専門職の地位向上と賃金の値上げ3. 評価すべき項目・介護職の手当ての導入・ケアマネの経験年数に対する加算・新入ケアマネ採用に対する加算

・介護職がやりがいを持てる賃金が保障できるようにしたい。・入院時の差額ベッドに苦しんでいる人が多い。差額ベッドをやめてほしい。・ショートステイに胃ろうインシュリン注射など医療依存度の高い人こそ入れてほしい。・介護保険あって介護なし、生活支援が家族があると認められない（全てではないが）ような改悪は、やめてほしい。・介護力が乏しく、親の介護の為に仕事ができない、やめなくてはならないような状況を改善したい。・医療費、介護負担費の軽減。

ケアマネを含め、福祉職は賃金が安く、労働に見合っていない。最善をつくして「生きること」を支援しようとしているが、時間を要し、残業手当てもなく、自分が疲れている。介護保険上でケアマネの責任は大きい。担当するケアマネでその人の終盤の人生は大きく変わると考える。スキルの高いケアマネ、福祉職を育成する為には、賃金アップが望まれる。尚、働く側も個々

人がスキルアップし、専門性を磨くことが大切である。他職種から評価を受ける、スキルを磨く姿勢が必要である。
特に無し。
改定の中が決定していないので、よくわかりません
1. 病気だけをみるのではなく、患者そのものの全体像をとらえていく必要ありその様な教育が必要である。2. すべて、サービスありまでではなく…介護者…家族…孫も含め患者と向き合う必要あり。根本的に、制度改正も含め、今後の21世紀高齢者、障害者の社会参加ノースライズを考えるならば、教育…ゆりかごから墓場までの障害者、弱者に対する関わり方、総合教育の必要性があると考えます。
・デイケアのリハビリの回数とリハマネ概算について、8回未満でも、利用者の希望がある（金銭的な理由など）・医療保険と介護保険の重複請求、介護保険の医療系サービスの重複について特にターミナルの利用者にもっと使いやすくしてもらいたい。・前回の改正で加算がついた分、限度額も上げてもらいたい、必要なサービスが使えなくなるケースがあった。
生活を全体見渡すという観点から言うと、「食べる」ということも大きなウエイトをしめているといつも感じている。訪問介護にしろ、施設の厨房、調理員にしろ、これらの重要な役割を任けているサービスに評価が低すぎる。薬を何種類もだすよりも、食生活から十分なものがとれるようにされたほうがよりよい生活になるのではないかと考えています。
・更新の認定調査にバラつきがあり、状態がかわらないのに要支援、要介護をいったりきたりするところがある。調査員によって介護度が違う事に疑問を感じる。
在宅介護の準備が整っていないにもかかわらず退院を急いと言いだす病院があるがたいていMSWが居ない。
介護報酬に関しては、報酬アップが最低でも現状維持である。なぜなら、それを行なうには、介護事業所の適切な事業運営が求められる。現状での加算の形態では、書類上での基準の整備等でしか判断されず、本当に良いサービスが行われているのかの判断が行なわれない。思いを持ち、手厚く小回りの利かす介護を行なっても判断されない加算の形態には疑問がある。ケアマネで言うならば、住宅改修の理由書もなんらかの報酬をつけても良いのでは。医師は他院への紹介状でも報酬がある。
良いサービスを提供するためには、人材の確保が必須であるので、収入の確保のための介護報酬改定が必要だと思います。
どんな状況でも生きていくことに喜びを感じることができたり、希望を持って生きていくことができるように整っていけばと思います。重度医療の必要な方が退院し、在宅での生活を始めようと思う時、数年前の状況から比べて、お医者様も話し易くなり親身に相談に乗ってくださるようになり、訪問看護ステーションや訪問リハビリテーションも増え、医療や福祉の用具も進化し、デイサービスやショートステイの事業所も、数も増え、医療依存度の高い方の受け入れ実績のある事業所も増えたと思います。制度としては存在していても、地域に不足している、又は存在しないということが以前は多く、患者様もご家族様も、支援している側も、絶望をしてしまうことが多く、ジレンマを感じる事が毎日だったように思います。その数年前に比べると、現在はとても色々なことが便利になってきていると思います。周囲の人たちも、周りの人に迷惑をかけたくないし、自分も辛いからピンピンコロリと死を迎えたい、と言われる方が多いですが、頂いた資料を読み、ピンコロは減り障害期間要介護期間が統計的にも増えている現実をみて、その期間に暖かな生きる喜びを持てるようにすること、絶望をとり除き、パワーレス状態を改善していくことが私達ケアマネージャーの務めだと思いました。
わかりません。
介護保険制度が導入されて10年が経ち、様々な事業所がたちあがっていますが、制度を悪用する事業所が後をたたく、又、行政の指導も甘いと感じています。まじめに取り組んでいる事業所が、経営に苦しむ姿をみるにつけ、何とかならないものかと思っています。又、制度に全てを丸投げしてくる家族にも疑問を感じ家族にも力をつけてもらわないと制度だけでは支えられないケースも多くあると思われます。行政ももう少し、現場を知るべきで、医者の質もあげていくことが望まれます。ケアマネージャーが5年毎に更新制になっているのですから、医者も更新制を導入して、勉強できない医師は免許取り消すことも必要ではないでしょうか。
多々あると思うが、予算との兼ね合い。・予防通所者の月額か日額へ・通リハのリハマネ加算の算定方法の見直し。
看護師の資格をもってケアマネを専門に行っている私にはさまざまな機関から重度の方を紹介されます。一人あたりの訪問回数もかなり多く25～26名の利用者であっても、毎日の訪問は100件以上です。これらに対する評価は何の保障もありません。又、訪問看護師不足で待機することも多く、その間私が医師とチームを組み動いたりもしますが、全てサービスになってしまいます。時には死後の処置にも立ち合ったこともあります。訪問看護であれば死後の処置として点数があり報酬が保障されていますが、ケアマネが緊急やむなく医師と一緒に夜中に行っても何もない訳です。当たり前ですが…そこで私は考えます。医療ニーズの極めて高い対象者に在宅支援を行う場合の評価があっても良いのではないかと…看護師でありケアマネであるが故のわがままかもしれませんが、今の事業（独立型居宅）はこのままでは存続も厳しいなあと思いつつ、日々送っているところです。あまりに急いで記入して無茶苦茶で乱雑な文字になってしまい申し訳ありません。
居宅については、その単価も低く、なかなか細かな訪問や対応ができず…。1人35件担当し、重症者を担当していくことが大変となっています。又法での制約がきつくと、その人なりの生活を支えていく為には、利用しづらい制度だと思います。
①入所施設の受益者負担 在宅より有利不公平感がある。入院時も同様②処方する薬の管理 本当に必要なのか？過剰な薬が処方されているケースが多々ある③引きこもり、生活習慣病予防に対する評価 医療+介護で十分な連携が取れるよう改革→一部の人の利益ではなく国全体の利益につながることで取り組むべき。今後日本は財政破綻へ進む。無駄を省き、必要なところへ財源を充てるべき。患者が少なくなれば病院や薬屋さんは困るがそうなる以前にくい止めることに対する評価をするべき乱文、乱筆で失礼いたしました
・認定有効期間はなくても良いのではないかと半年や1年はあつという間に過ぎ調査料や主治医意見書作成料がかかり過ぎていく感じがします。状態に変更がある場合は区分変更申請をすれば良いのですから。・要支援の訪問介護、通所介護サービス料の定額制は無駄。極端な話、月1回利用しても毎週利用しても金額が一緒なのはおかしい。・要支援の訪問介護（生活援助）がなくなるのは困ります。利用する事で独居生活が続けられている人がたくさんいます。

介護度で決定される支給限度額は、本人のおかれている状況で、決定されるべきものではないか。
・介護全体の報酬が低くすぎる。その割には仕事がつい。・認定調査員により介護度にバラツキがある。・要支援のサービスを受けていた人が、更新時自立と判定され、サービスの必要な人が受けられず機能が低下してしまう。・主治医との連携が困難で、上申しても返信がない事が多い。・介護保険サービスが、うまく皆に広められていない。・幼稚園児の頃から老人とふれあい、交流の場を積極的に設けたらいいと思う。（たとえばお遊戯会、敬老会、節句のイベント等を合同企画する。）
1件、1件いかに丁寧に来るか（課題）、評価すべき所：チームケアを上手く運営していくための担当者会議等
現状では、要介護1の方でも車イスや電動ベッドが必要な方がかなりおられる。要介護2以上でなければ車イスや電動ベッドが利用しにくい制度は、どうなのだろうか？制度の検討見直しをお願いしたい気持ちになる。胃瘻、吸引器、人工呼吸器装着等の受入れを拒まれる施設として、施設側のリスクや職員の専門性の問題等色々ある様に思われる。職員の配置、専門性の確保又、職員に対するの対遇（給料条件等）を考え、研修を重ね人材を育てる必要性を感じる。ますます高齢者が増える今後の社会において介護、福祉、医療から人が離れていかない職種にしたいものだ。
介護報酬の低さから介護職員が低賃金となり特に男性職員の職場離れが後をたたないと思います。報酬の見直しを望みます。日中のサービスは利用できて夜間帯を対応するサービス事業所がないに近い状況です。充実すると在宅介護も負担なく行えるのではないのでしょうか。
家で最期を迎える人には色々な課題をクリアしないとイケません。①本人の希望②主介護者（家族）の覚悟③経済力④医療のバックアップ（フォロー）⑤適切な薬の取り扱い…などなど 家で看るには誰かが付きっきりになる場合が多い。そうすると収入がない。入院や施設へ預けるとお金はかかるが、家族は働けるため収入がある。色々な条件（課題）が入り乱れているので、こうすればいいと言えない。
自分年令を重ねてきて、今の介護保険は全部なくて、医師会が国で行なって、昔のようにした方がよっぽど金もいらずいいと思います。私は在宅で大部分の人を見送りましたが、痰をつまらせて亡くなられた方で、不審死と思われ、息子さんと警察に事情聴取されたこともあります。年金制度と深く関わっていて、単に健康保険の問題だけではないと思います。又、日本でよその国を参考にしてもあまり、解決はできないことが多く、親子のつながりや信こう等が違いますから。
・在宅介護のニーズは増加すると考えられる・利用者の状態も多様化している（以前は加齢に伴う障害が多かったが今後は疾病の後遺症も増加すると考えられる）・今後は医療・福祉・介護・施設・在宅での連携が重要になる・福祉、介護従事者に対する仕事量の増加や責任は増えると考えられるがそれに見合った報酬の設定・多種多様なニーズに応えられるように情報や制度の公開・各研修の充実
診療報酬、介護報酬ともに引きあげて現場の人間も納得できるものにしてもらいたい
（今回の改定については、大きく変わった所がない。社会保障問題（消費税）をあげないと大きく改定出来ない こまかい所を改定しても人もあつまらない質のよい方もこない）社会全体で支えるように対応する必要がある
在宅（往診）医師の拡大居宅療養管理指導の充実
医療が介護を司ることが最もよい。介護だけでは、幸せには死ねない。医療を中心とするチームが必要。介護職員の多くは奉仕の精神を認められない。これまでは医療が介護まで、責任を持ってみていた。介護が独立する理由は何か？医療～看護が頂点にいて介護が必要な人を責任を持って最後までお世話をするのがよいと考える。
介護士の給料問題。・低賃金のため離職者も多く、サービス事業にたずさわる介護士の不足。・各施設に認定介護士をおくことで介護士のレベルアップをはかる。・ヤングオールドのための訓練施設。・市町村における健康保持増進に関する公報の徹底
医療や介護を必要とする方がもっと制度を理解する必要があると思います。必要となってから理解するのではなく、必要になる前からわかりやすくする必要があると思います。制度の問題も大事ですが、改定されていいこと、悪いことも沢山あります。もっと利用者がわかりやすくする為にはTVやCM学校教育などで説明していく事が大切だと思います
情報公表は必要ない。介護認定については不満が続いている。（正確な認定が出ていない）
一人暮らしの重度の方は現在の限度額内ではサービス量が不足し、在宅での生活の維持はできない。不本意ながら施設入所となる（10割負担は無理）せめて、訪問介護（看ごと合わせて）1日4回の訪問ができる様な限度額を広げて欲しいもし不可能であれば、夜間訪問の体制を行政で真剣に考えるべきである
利用者の利用料金の負担がふえることはサービスの量が減り事故や認知等の悪化の原因になる。それに供い医療費がかかって行く。介護報酬については、訪問介護サービスの生活支援、身体介護と分けているが、どちらも同じ重労働で単価に違いがあるのはおかしいと思う。生活の向上を目指す上では生活支援が重要な場合もある。自立支援、及び介護負担につながる施設、ディ、ショート等不足している。又、軽度者用のアクティビティが活発に行えるような施設があれば一人一人が元気に生きがいのある生活ができるのではないかと思います。
介護保険は、介護度によって限度額があるが、人それぞれの環境があり、（たとえば、家族介護力がない、独居である、経済的な問題など）環境の事も細かく考慮した限度額の設定がほしい。
・報酬の改定や制度の見直しをするに当って、増大する医療費や介護費を誰がどのように負担するべきかを議論するべきではないかと思う。・独居や老々世帯の介4介5の人には支給限度の単位ではサービスが不足する事がある。・介護サービスを行うスタッフの量と質の維持について現状のままで良いとは思えない・ケアプラン作成に本人負担の料金が発生すると自立支援にならなくなるおそれが有ると思う・新しいサービス導入にともなうケアプラン変更や担当者会議で加算が取れる様にしてほしい
介護報酬の引き上げと引き上げた分、給料として職員に支払われているか検証が必要だと思う。
・過疎地と都市部のニーズは違います。また、収入も大差があります。制度を作っても利用できるお金がないのが現状です。・利用者の生活を支えることよりも、サービスを使ってもらおうことばかりが先行してしまい、事業所は経営のことを優先するの

で、本当に必要なサービスなのか整理が必要なのでは。
居宅介護支援費を利用者より負担をとる案がでてますが、現状のまま介護保険料よりの負担であればと思います。
改定（案）にあるように地域ケアシステムの必要な事。
介護報酬について考えると、2000年に介護保険がスタートして、見直しされる度に報酬は徐々に減らされており、個人の実費負担が増えてます。過去5年間のうちに我施設でもヘルパー、デイサービスの利用回数が1人あたりで減少傾向にあります。大崎は市自体が貧しく、新しい独自のサービスを施行していく体力がありません。富裕層の方たちは訪問ヘルパー、看護、リハビリを在宅で十分に受けられている様に感じます。自立支援法や介護保険によるサービスを受けるのが申し訳なく思う人もおります。介護従事者としては、堂々と胸をはってサービスを受けていただく環境や雰囲気創造していく努力をすべきです。
要支援の月額と言うのはおかしい。要支援者は地域包括が窓口になり、1人のケアマネに上限があるため、もてなくなるケースがある。契約を、居宅と地域包括で行ったりきたりするのはおかしい。本人は混乱する。
介護認定調査が必要かどうか（要支援Ⅰ、Ⅱは必要か？）認定結果が更新の度に変わる人がある「状態は変わらないのにコロナと変る」と訴えられる。ケアマネがきちんとしたアセスメントで公正公平な見地で、介護保険法の理念に基づいたプランを作成し自立を支援していき、ご本人、ご家族のQOLの向上に務めていけば、介護認定より、医療保険のような使い方の方が良いのではないかと？
365日24時間、求められる医療などができる体制をつくる→費用の設計も必要で消費税の上昇はさげられないと考える包括的ケアから医療ぬけば→原始社会と■
医療も格差が出ていますどうしても治療に必要な医療高度先進医療は国とか公費でまかないその他の入院の必要な病気とかはDPC外来とかの診療は自費割合を上げるとかしないと医療費はうなぎ上りになる。病院としての機能診療所としての機能介護施設等が連携して在宅での生活ができるよう機能分化が整うようにしてもらいたい。
1. 住宅改修の申請手続と終了報告にも1件当り報酬を算定すべきと考えます。（手続～完了、確認）一連で1件。2. 通院等乗降介助①車椅子の方も要介護1の手のかからない方も同じ1000円は不当な金額である。②実際車椅子の方は乗降に20～30分は手がかかります。にもかかわらず同一単位は、ケアプラン作成上、事業所に対して気の毒に感じています。③重症な人は、介護タクシー事業所としても効率が悪く（費用）報酬が低いので軽症な人を受け入れ易い様に思う。④改善案要介護1～2要介護3～5改善すべき3. 訪問看護、訪問リハビリの理学療法士、作業療法士の単位も同じにすべきと思う
私共の地域では、22年になってから医療を福祉が連携しようという動きが見られる様になりました。まだまだ医療の分野について知らないことが沢山あり、もっと関心を持って取り組んで行く必要があると感じさせられます。どの様な改正があるかはわかりませんが、今の福祉はもっと医療と連携し、利用者の支援をしていかなければならないと考えています。制度が変わると、今までより良くなる部分や扱いにくい状態になることが出てくると思われるので、関心はあります。
・住宅改修や福祉用具購入の調整だけでは、報酬が発生しない。・医療度の高い利用者でも、在宅での体制が整わないのに強制的に退院をせまる。・介護予防と介護保険を行ったり来たりする事。（本人の状況に変化がないのに）・医療連携室のない病院との情報のやりとり・介護職員処遇改善交付金は、なぜ、ケアマネが対象にならないのか。（他職種と、同一給料表を使用）
書類作成が非常に多い。利用者に関するよりもはるかに時間を費やしている。書類関係を減らしてほしい。報酬や対遇を上げてほしい
・介護報酬の増額にあわせ、住宅改修に対する意見書作成の報酬。・在宅介護が増加する中、重度の方も年々増々しています現行のケアマネ一人に対し、35名（実際には、実績がなくても、支援が必要な人も多々ある）は多すぎます。すべてが中途半端になってしまっているのが現状だと思います。ケアマネの努力も、もちろんしていかなくてはいいませんが、書類作成の多さも問題ではないでしょうか…
国の負担も国民の負担も限界。福祉、医療が自己責任、資産で差が出てくる可能性大きい
ケアマネの仕事が多くなりすぎです。病院が上手にケアマネを利用して、退院をせまってきたり、早く在宅への方向づけをとせまってきたりします。入所を希望する家族に対して入所待ちの間、胃ろう、気管切開等の方の介護について在宅へ向けて働きかけ、しばらくは自分で在宅で介護していく力をつけたり、働きかけたり、余分に仕事が多いです。書類仕事が多すぎて、たくさん働いて利用者のために動いて成果をあげてもあまり利用者を担当せず（少ない）ケアプランを複雑に必要なく書いて、支援経過をことこまかに書くケアマネの方が優秀と思われるような気がします。
居宅介護支援の報酬を上げてほしい。せめて、利益がでるかでないかの報酬設定を検討してほしい。
ケアマネジャーで5年経ちました。35人のお世話をさせていただいておりますが、365日毎日のように電話が鳴ります。ケアマネジャーは、好きでなければできない仕事だとつくづく感じております。自宅にも要介護者の世話をしながらケアマネをしているので介護者の気持ちも充分わかるので今まで、仕事を続けてこれたのだと思っています。一番大変なのは書類が多すぎる事です。
予防（要支援者）の包括サービス月額料金。地域包括支援センターの民間委託：高齢者の抱えこみ
・予防に対する評価をつける・居宅介護支援の報酬を上げる
・人員配置基準の見直し 3：1→2：1へ又は加算へ・成年後見制度の普及医行為との連携の中で、利用者の権利擁護の視点、又、家族が近くにいらない人等への決定権の問題として。
居宅介護支援は、サービス提供したらいくらという報酬体系ではありませんので、ひと月のうちに何回訪問しても一定の報酬であり、サービスに結びつかなければ、ただのボランティアで終わってしまうことが多くあります。その中でも住宅改修のみだと理由書を手間をかけて作成しても報酬は0です。せめてこれだけは評価していただきたいと思っています。
・通所リハ マネジメント加算…月の加算ではなく、1回につき〇単位の方が利用者にもわかりやすい。リハ加算…2回/W

<p>以上でないとは不可とあるが、1回/Wしか来たくない。でもリハビリはしたいし必要の方の扱い方を検討してほしい。・訪問介護、訪問看護…複雑すぎて利用の仕方がわかりにくい。もっとわかりやすく利用の仕方を明記してほしい。</p>
<p>・介護保険のサービスを利用するまでの一連の流れをスリム化する。・サービスが始まってからの書類の簡素化。・介護予防制度の見直し。</p>
<p>医療、介護の連ケイは不可決であるが医療従事者も介護保険について、理解していない事も多い。お互いに勉強が必要である。</p>
<p>・居宅介護支援について、ターミナル期の支援に対する評価をして欲しい（支援期間が短いのに、病状変化に伴うプランの変更等もある）</p>
<p>現在、「訪問介護」報酬は、身体、生活の時間での単位のみで、介護度別はありません。デイや施設で介護度別の報酬があるが、ヘルパーにはありません。訪問介護にも、介護度別の報酬の加算があれば、ヘルパーの仕事への意欲も違ってくると思います。又、介護福祉士としての自覚も向上するのではと思います</p>
<p>高齢者増加にともない1高齢介護者（特に介護度4、5）の受入れ施設（特養）の不足2上記施設が同じレベルであること（レベルの違う施設の増加は将来整理に難渋する）3介護職のみの給料上積みはダメ（運転手も介護に従事している）4早く税を上げ福祉化に力を入れること</p>
<p>社会保障費削減が主たる改正と考えられるので、現場が益々困ると考えます。現状の介護保険制度を支えているのは不景気だから「やむを得ず福祉に来た人」や「退職したいけどできずに続けている人」が介護の担い手となっている現状があり、理念とか云々ばかりひとり歩きしています。なぜ介護報酬がこんなに安いのか考える場がなく、叩れることが増えた（県の実施指導の厳格化、利用者の権利意識等）為、現場は疲弊します。その割には「儲かるビジネスだ」とか言って未経験のスタッフ（人件費安い）をかき集めて運営している危険な有料老人ホームやデイサービスが増えています。このような危険な所が増えるのを抑える為にも資格の厳格化や設置基準の厳格化が必要です。現場の記録物ばかり叩く指導を行政が行っても、悪い事業者は消えません。むしろ疲弊します。</p>
<p>介護保険自立支援となっているが介護度が下がって自立度が進んでもやる事が全く見あたらない 予防や自立になった利用者がADLを高く保てる場所は無くあっても使いづらい（送迎がない 時間短かい）けっきょく自宅にただいるだけとなりADLが下り介護保険の利用者になる場合が多い軽度者や予防者が積極的に使えるサービスが北区にはない 重い介護者が在宅で質の高いサービスを受けようとした場合入浴食事（準備から食事介助まで）オムツ交換、医療など充実させるとなると介護保険の単位数では足りない 夜間はどうしても家族の負担になっている 低所得者はサービスを使わないようにする事も多く、質の高いサービスを提供できないどころか最低限の生活をいじしているだけである</p>
<p>ケアマネージャー1人あたりの人数は少なく、報酬アップしないと仕事を続けられません。今、ケアマネージャーの役割りは幅広いものとなってきています。いろいろなアイデアを考えても時間と能力が必要です。そして、それに見合った給料がないとケアマネージャーをしたいと思います人は居なくなります。本当にやる気のあるケアマネージャーは、いろいろなアイデアをもっています。昔に比べて、重度医療処置が必要となっている人が増えています。延命するだけがいいのか、皆が考えています。重度医療を選択するかどうか、その時の説明が重要だと思います。医療関係者でなければ、その意味はむずかしく、選択した後で後悔することもあります。本人らしい生活ができるように、本人が選ぶ必要があるが回りの人のアドバイスも重要です。家族の手に負えない状態になると、家へ帰れません。</p>
<p>今のままでも良い。課題解決しても、新たな課題も生まれるだろうし、毎度、その繰り返しと思う。現代社会は社会的弱者、社会的不利と言われる人々に対し、過保護過ぎるとも感じる。人間、窮地に立たされた位の方が、アイデンティティーを発揮するのではないのでしょうか。「善」も「悪」も同時に進化してるし、表裏一体とも感じる。弱者は強者の引き立て役ですね。評価される制度を作ったとしても、20年前の処遇（利用者、家族、従事者）と今の処遇にさほど差異は感じない。公的社会保障制度自体、無くなっても良いと思うし、無いなら、無いなりのライフスタイルを自分で考えたら良い。日本人は、以外と環境対応能力は高いと思いますので、それなりに順応していくのではないのでしょうか。介護保険の区分限度支給限度基準額を撤廃すると、保険者は困りますか？医療保険に限度額オーバーがないなら同じ様に出来ませんか。所得による、応能負担は難しいですか？外国の様に民間保険へとシフトチェンジしたら困りますか？医療、介護の従事者は国家、地方公務員化すれば、もっと人材は集まるかもしれません。</p>
<p>今後も団塊世代が高齢に達し、劇的に高齢者が増加していく。それにより医療・介護の必要性が増えていくがサービスの質的低下にならないような取り組みが必要。処遇改善交付金のような給与上昇による人員確保も大切ではあるが、それだけでは満足される事業所にはならない。例えば特養入所に関して、現在では申込みをして即入所という所はまずない。待機者も何百人待ちが当たり前になっている。家族が継るような気持ちで入所申込みに行っても、入所担当者から「うちは〇〇人待ちですから…」という返事が返ってくる。そのセリフを言えば家族も諦めが付くだろうというような気持ちが担当者にあるように思えない。待機者が多いからどのような案が次にあるか等の話も特にない。家族を少しでも安心させるような回答もない。特養態がお高く留まっているブランドなのか。特養入所担当者のみを例にあげたが、他の職種についてもプロ意識が低く自己研鑽に努めようとする意欲がない人が多いように感じる。スタッフが新しいスタッフを育成する時間がないので、個人を育成する環境整備が必要。</p>
<p>医療→介護への流れが確立していない。従事者の報酬を上げるためには利用者負担が多くなるのは悲しい。リハビリ制限を見直してほしい（医療）</p>
<p>（課題・改良が必要な点）・必要時にショートステイが利用出来ない→空きがない・医療や介護制度について一般に広く知られていない。コマーシャルが必要かも知れない。（報酬について）現在、住宅改修についてのプラン作成、事業所との連絡調整、改修か所のアドバイスや相談対応。制度の説明に対しては、ケアマネージャーは無報酬で行なっている。→評価して欲しい。</p>
<p>居宅介護支援事業所を立ち上げましたが月給13万円その他諸経費です。ケアマネ事業所だけだと、ボランティア精神で生活が成り立ちません。私は年金受給者なのでそれでも良いのですが若い方は大変でしょう。だから単独の事業所はあまりないの</p>

<p>でネ。施設に併設が多い。単独事業所でも生活出来るくらいの報酬を考えていただきたい。</p>
<p>改定されるのは良いが、まず先にすることは、利用者が支払いを行うのだから利用しやすい報酬額を設定すべき。医療、介護保険ともに国に税金として納めているのだから国が各事業所に対して支払う負担を多くする事が先なのでは？改定うんぬんも必要だが、ハイリスクばかりが目立つのはどうかと思う。また、介護保険の調査方法も改善が必要なのでは？市町村ごとに違う申請方向の統一も必要では？（例えば主治医意見書は市町村ではなく、利用者や家族が行うところもある）利用する側に立った対策がほしい。実際に利用するのは、対策案を出した健常者ではないのである。何かしらの負担や不自由をかかえている人なのである。立案した健常者が実際にその立場になったとして考案した方がよい。</p>
<p>介護保険について。・介護保険の給付を押さえる事が先決の見直しはやめてもらいたい。何が必要で何が不必要なのかを調査してから改訂し、必要な処は厚くすべきである。・独居高齢者の場合は、介護が必要になった場合には、在宅生活にこだわらなくてもよいと考えます。支払い能力等の問題もあろうが、有料老人ホーム等で、常時介護者の目の有る所である程度の集団で居る方が安心、安全に過せるでしょう。</p>
<p>お年寄りにも分かりやすい制度に 福祉業界の給料の低さも人材不足の理由のひとつ 大変だけれどもやり甲斐のある魅力ある仕事と評価されるように（医師、Nsと同等位の）なってほしい。それに見合った給料を</p>
<p>レスパイト入院が出来る病院の増やしてほしい。</p>
<p>・介護保険制度が注視されることで、高齢者福祉制度が衰退しつつあるように感じる。医療、保健、介護、福祉、住民、行政、各々がなすべき役割を再度明確化したうえで、一体的に制度改定に反映させること、ある程度地方に裁量を委ねることが必要</p>
<p>一課題一◎介護従事者 特に福祉系ケアマネジャーの医療分野に対する理解促進◎医療従事者 入院患者の治療が完了したから明日→金曜日に来週月曜退院というのも含む退院ではなく、退院後の支援体制構築にかかる時間も考慮して計画をたてる必要があると思います。一改良点一◎訪問介護員による通院介助について、基本的に病院内の支援は病院スタッフがすべきとして介護保険対象外としている、というのに代表される現実に則していないルールの改正。◎認定を受ける前に暫定的に介護保険サービスを導入する場合において、認定調査を受ける前に逝去されると、それまで利用したサービスが全て介護保険適用外（調査を受けることができない＝要介護度がでない為）となり、本人、家族の経済的ダメージが大きくなる仕組みの改正一報酬上の評価すべき項目一◎ケアマネジャーが作成するケアプランなど書類一通一通に対して報酬を設定すべき。作れば作っただけ相対的に報酬が減る仕組みはフェアではないと思います。</p>
<p>まず、予防に移行する利用者が増えてきている（判定がきびしくなってきたので）のに、居宅介護の受けられる予防の件数が制限（8件まで）されているのは、おかしいと思う。また、予防は、プラン料の割に抱括との連携や同行で、何度も足を運ばなければならないため、予防の料金も一律に上げてほしいと思う。また、プラン料の一割不担という話も聞かれているが、一割不担となれば、介護保険を使わない人もでてくるのが懸念されるので、今後もプラン料は全額介護保険の方から出された方がいいかと思う</p>
<p>わかりません</p>
<p>市民の相談窓口での対応 要支援者・要介護者への助言が明確にちがいがあがる 要介護度取得者一自分でCMを見つけサービスを受けて下さいではどのような方法で行っていいのかわからない場合はどのようにしたらよいか等の助言が必要かと思えます。 独居高齢者増加している中で自己申請できる方がどの位いるのでしょうか もっと低辺での支援から見直しが必要かと思えます。すべて自己申告しなければ補助もでない認識できている人ばかりではない ・まだ開設から1年であり経験もない中で仕事してます ・介護保険制度の内容もよく理解できていない状況です ・保険料が高くなるほど年金生活者の受診は少なくなり、重度になってからの対応となっている</p>
<p>ケアマネジャーは無報酬で利用者の入所先や入院先をさがしています とても根気のいることです</p>
<p>・医療介護の枠をはずし総合的な支援にした方が連携が取りやすいと思います ・小さな改正を積み重ねる事で業界に混乱が生じ根本的な改革をすべきだと思います。</p>
<p>今の日本の国家予算の一般支出半分以上が、年金、介ゴホケン、医療等社会保障につかわれている以上、それら高令者の増加が現実的である以上、増税やむなしと思うが、若い人の勤労意識の向上と働らく場の保障をしていかないとだめだと思う。</p>
<p>ケアマネの報酬は従来通り100%国保連支給を希望。ケアマネの仕事は奥が深く、ほとんどボランティアでしている所もあり、今後もこのような現状が続くと思われる。</p>
<p>①地域で支える認知症のサポートの仕組みの充実②独居の高齢者を支えていくコミュニティのサービス③介護保険を利用しないで生活できる予防に着目する。介護保険施設も活用できる様にする。④外出サービスを市町村サービスで工夫する。⑤福祉施設従業者の処遇改善（介護職だけでなく）⑥地域の街角サロンの場所（公民館等）を生かせる工夫⑦孤独にならない高齢者⑧往診してくれる先生が多くなる。⑨薬の管理も手伝ってもらえる方法</p>
<p>・情報の公表制度は無意味で事業者にとっては高額を払って仕事を増やしているものです。</p>
<p>ヘルパー不足とヘルパーの高齢化が問題です。20名ほどいるヘルパーの平均年齢は51才です。腰を痛める仕事も多く、仕事を選んで訪問してもらう事も多いです。</p>
<p>・高齢者及びその家族が身近に感じ、活用し易い制度となるよう簡素化した内容になればと思う。</p>
<p>・単独事業所でも経営できる報酬単価・緊急時のショートステイ利用ができる様単価改定等が必要では？空きベッドを無くす様に運営しなければならず、緊急に必要な日数を利用できない状況にある。・改定に際してのサンプル数が少なく 介ゴ保険は家族の介ゴからの解放を目的の一つとして謳っているが家族の介ゴ能力を最大に活用しても介ゴ保険で補完できない</p>
<p>・各従事者が責任と、比例した報酬がうけとれるようにすべきである。特に、介護従事者の未来の生活ビジョンが、現在ではえがけない状態である。</p>
<p>・将来的に、介護保険の負担が1割から2、3割へと引き上げられた際、事業所側としてもより良いサービスの質が問われる</p>

<p>と思います。・職員全体の質や意識をさらに良いものにしていくことは当然ですが、負担増が理由でディサービスの利用を控えてしまい、運営していける状況が維持できるかが心配です。</p>
<p>ケアマネ事業所にアンケート送付下さっているが、介護系ケアマネジャーを外そうと国の方で考えている。誰を新しくマネジメントさせるとか、誰をはずすという事よりも独居が多く、低所得の方も増人、決して課題通りに全てニーズをくみとることができない中で、キーパーソンのいない特に男性独居の方への医療・介護について考えてもらいたいと思う。逆に看護師がマネジャーになって行って下さるとして、現在の看護業務をしながらケアマネジャー兼務の方がこれから多数誕生するのだろうか。介護に対して上から目線で見えるマネジメントをもしするならば、現場からヘルパーやディスタッフはどんどん離れていくだろう。看護師で「○○しなさい」や「○○すべき」と言いきり、仕切りたがる人は多い、それをマネジメントさせるのだろうか。在宅は病室ではない、医療知識でマネジメントができるという考え方はどうかと思う。介護保険のケアマネジメントはたとえ加算がつかなくても本人と同行でDrへ受診しカンファレンスをしたり、MSWとカンファレンスを入退院以外でも行なうが、これでの■■加算はつかない。しかしDr側は報酬がついている。常々その面での不公平感を感じている。総合的公平な形での改正をすべきであろう。医療・介護どちらかに優劣をつけている間はこの国の社会保障は発展しないし、在宅での最後を良質にむかえるというのはごく限られた少数にすぎない。</p>
<p>・医療と介護を同時に考えることができる立場にいますが医療と介護では報酬がかなり違うことにびっくりします。又、訪問看護も経験し外部ケアマネとの接点もありますが利用者より御家族の意向に沿ったマネージメントが多くみられその為に利用者が入退院を繰り返す結果となっています。病院からの訪問看護の点数を上げて欲しい。ステーションとの差額がありすぎると思う。</p>
<p>24時間対応可能な事業所の増加。職員不足の解消。非協力的な家族を持つ利用者への居宅介護支援費。</p>
<p>現場の介護職の報酬が、上がるのは、良い事だと思うがケアマネージャーの報酬は、なぜ、上がらないのですか？他事業所と組んでいない、私の事業所は、ほぼ一人でやっています。3人以上のケアマネが、いないと加算は、もらえません。利用者の事を考え、独立し、居宅支援のみで営業していますから、得られる報酬に限りがあります。ケアマネを3人に増やしても、利用者は、急には、増えませんが、（増えるまで、2～3年かかります）その間の給与は、払えないから、無理です ケアマネは、情報をどれだけ持っているかが重要だと思います。ケアマネが知らないで利用者が損してしまう事がたくさんあります。キャリアが、あるケアマネを持つと、大事にしてほしい ケアマネの継続年数で報酬に差をつけても良いのではと思います</p>
<p>・自己決定について、CTの意志を大切に。・医療と福祉の連ケイが大切といわれているが、しっかりとできていないと思う。・家族フォローが必要。</p>
<p>障害期間が伸びていることは、医療の向上とともに必然的なものだと思う。その医療を受ける側の本心、希望に合った医療を自由に選択できることを望みます。障害をもつようになって、その人のやりたい気持、やろうとする気持をさまたげないようにしたいと思う。そのための支援・制度であってほしい。私は、毎日認知症の方のお世話をさせていただいているが、家族や、介護者が、あぶないから、転倒のおそれがあるから、怪我をしそうだとかやろうとする気持を奪ってしまっている。事業所もことなかれ主義で安全に安全にと…。また、家族も、事故でもあろうものなら、責任の所在を追及したがる。高齢者や障害者にとって自分の出来ることしたいことを自由にさせてあげること、それのお手伝いをすることが、支援であって身体的苦痛がないようにと心配しすぎて心の支援がない（したいが出来ない）こんなジレンマをいつも感じている。できないことの支援はする。それ以外の生活の一部始終まで、監視しすぎている。やりたいことやって怪我したっていいじゃないか…それには痛みもともなうだろうけど、やらせてもらえなかった気持の痛みよりは、ずっといいと私は思う。食べたいものの制限、行動の制限、本人の気持を無視した介護・医療はいらぬ。</p>
<p>独立型の居宅介護事業所に対して事業所加算を設けてほしい。中立公正な立場から本人の支援をするためには併設型では限界がある。</p>
<p>・通院介助の帰りに買物をしてはいけない、などと利用者の意向からかけ離れた、法令のあり方が問題。・各市町村がボラの育生に力を注ぐべき。・要介護者の戸口からゴミ置場までのゴミ出し・窓拭きなど、訪問介護事業者だけでは手が回らないできないサービスにボラを使う・ボラは中学生、高校生でも充分可能。庭の水まきだけして欲しい高令者も多数います。・介護保険金の使途ばかりでなく町の人意識改革も必要と思われる</p>
<p>介護保険は必要な方には重く、介護保険を利用していく必要がさほどない方にはうすくしていく事ができるような、ランク付けがあるとうれしい。利用してみないと評価できないが、必要と思われる方で利用されている方もいる。自立や特定高齢者の分類への評価移行が早めにできていくと、必要とされる方への見方も変わっていくように思われる。</p>
<p>医療…働いている者は3割負担だが、これでも、毎月2～3回の定期受診となるとかなりの負担額になる。給料が上がらないのだから報酬料も据え置きしてほしい。介護…利用者は今、1割負担だから介護サービスを利用しているのだと思う。これが、2割負担、3割負担になったり、CMの報酬料も毎月1割支払うとなると、利用する方が、ぐっと減ると思う。介護事業者としたら、報酬が上がってほしいが、利用者のほうへ負担が行くのは嫌である。利用者へ負担かけず、報酬をあげろというのはかなり難しいと思いますが、1割負担で、基本料金を若干上げるといのはどうでしょうか。2割や3割より負担は少ないが、単価をあげることで多少報酬が増えると思います。また、居宅のCMが、単独でも事業できるような報酬額にしてほしいと思います。どこかの法人に属さなければ仕事ができないというのも、なかなか納得しづらい部分があります。CMに関して書類関係が多すぎて、後手々々になってしまうことが多々あります。もう少し簡潔にし、利用者や家族の相談や、施設等の利用状況を見たり、自分の目や耳で聞きたいです。書類作りの為に私達CMは仕事するのではなく、利用者や家族のサポートをうる為に仕事していますし、CMとはそういった仕事だと思います。書類ができていからよい事業所と思われるのは、とても心外です。ちゃんとした事業所は、利用者にアンケート用紙でも送って聞いてもらえば間違いないのではないのでしょうか。</p>
<p>・独立型ケアマネージャーをもっと評価（報酬増）して欲しい。・医師が忙しすぎるため連携しにくい。ケアマネージャーとの連携を医師に対しても評価（報酬増）をすれば、連携しやすくなる。</p>

私の関係している機関は社会福祉法人で特養ホーム（ショートステイ含む）、デイサービス（介護と予防）軽養老人ホーム、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所です。この特養の制度程、低所得者にとって優しい施設はないと思います。最終的には行き場のない人の終の住処で最高の場所だと思っております。■の制度を守って行くために、居宅介護支援事業所の地域サービスに更に力を入れ、又地域包括支援センターとしての公的機能の役割を更に充実して行ない、それらの活動と連動して総合的に地域サービスとしての介護である特養機能を保持し、発展させて行く事が、在宅介護が充分行なえないケースを補って行けるのだと思います。
介護報酬をあげてもらいたい。男性が一家を背おって、働く様な職場（給料が低すぎて、家族をやしなえない。嫁ももらえない。）になっていないのが、現状。私は、51才、ケアマネをしているので、その中では良い方だが、それでも手取りは21万である。若い介護の男性ははたして将来の計画が立てられるのでしょうか。
保険は平等にと皆保険とスタートしたが、お金の無い人の不平等を感じます。保険制度の在り方を見直し、措置時代の弱者を支えてた良い面を復活させて下さい。真の社会保障制度を作って頂きたい 福祉施設に入った人は年金の見直し。（預金になる。家族の生活ヒ）
財政が厳しいことは分かるが、ヘルパーサービスのしぼりが強く、在宅期間を短くさせてしまう気がします。
・現状制度に求められる改良点（介護保険）①介護者の有・無により必要とするサービスが異なるため、必要に応じたサービスが受けられるよう限度額の制度を見直してほしい。②訪問介護の人員基準2.5人を小規模地域は別枠（小人数）で考えてほしい。
予防、介護を一元的に戻す必要あり 予防、介護が行ったり来たりしすぎ。介護認定が従来より軽く出て使える限度額が限られている。ケアマネジャーに全て頼りすぎ。市町村はもっと頑張るべき。
・居宅介護支援の報酬増による、事業所経営の黒字化。・介護支援専門員の退院・退所加算の要件見直し→病院等と密に連携しても、結果としてプラン変更がなければ算定できない。・訪問介護の「生活援助1」の復活。・自立支援法との統合。・各事業所への、保険者の年1回の実施指導。・福祉用具事業者の初回加算、地域加算
改良点 1. 人員設置・配置基準の生活相談員の位置づけ 2. 特定集中減算の見直し→中途半端 3. 介護報酬準位の改善→部分的引き上げ 4. 公表制度の見直し→任意でいいのではないか 5. 居宅介護支援の利用者負担→自立支援と同期させる
ケアマネジャーは、1ヶ月の担当で報酬が決まっているが、実際に毎日電話がある利用者や毎日訪問しなければならない利用者もいる。毎日訪問する交通費、所要時間、面談に要する時間、他職種との連携、書類の作成等1人の利用者に費やす労働力を考えると全く割に合わない。医療のように、診察料、処方、電話診療等細かく請求できるのであればまだ少しはやる気にもなるが、現状では持ち出しになる利用者があるのが現実におこっている。又、利用者もケアマネジャーにはお金を払わなくて良いと分かっているため、雑用にケアマネを利用する方もいる。医療現場では考えられない事が介護の現場には起こっていると思う。
・介護認定の見直し・介護が必要な人に、サービスが利用できるよう利用者負担額の見直し。（お金がなくて、サービスが利用できていない人がいる）・限度額の見直し。（在宅で24時間介護が必要な人には、介護者が不在では、限度額オーバーが出てしまう）
介護報酬に関して加算制度が実際に利用者に役に立っているのか？目的を果たしているか？疑問に思っています。
支援が必要である方に対する介護認定支給限度額の廃止、それに伴う問題は介護保険制度の目的を理解する、広報事業所の意識が必要である。家族介護力の強化も視野に入れて頂きたい。社会状況で家族介護が期待できない状況であっても、社会資源の充実を期待したい。しかし、介護報酬の見直し（良い方向へ）をしてもらわないと人材の維持が出来なくなる。特に男性職においては、この程度の介護報酬から出せる給与では家族を養えない。支援費（障害施策）でレクリエーション参加のヘルパー同行が許されるのに、高令者では制限があるのは理解できない。高令者は自分の楽しみの為の外出支援は必要ないのでしょうか？高令者は高令者らしくと言わなければなりません。本人の思う事が思う時に思う様に出来る。それこそ、ICFに基づく理念ではないのでしょうか？それが自立調整健康余命期間の延長にも影響して来るのではと思っています。
経管栄養の行える保険サービス・頻回な吸引の出来る、通所又は入所サービス・24時間看取りの医師の数のアップ・看護サービスの供給量のアップ・レスパイト施設が必要。・病気の予後のムンテラ、病状変化に伴う、介護をイメージできるような説明
報酬の問題と収入（税制）的な問題とのバランスも大切だと思われる。現在の日本の財政を考え、高齢者が増加した場合の事を考えると、今以上の報酬を望んで良いものか、不安でもある。様々な事業所の現状や課題を■にしているが、お金を掛けていく部分の見極めは必要だと思います。医療費についても、高額になりすぎているので、介護から収入源をとった、医師会全体の風潮もある為報酬が高騰していくのではないかと思います。
介護保険制度は、長期ケアを前提とした制度設計となっており、悪性腫瘍や難病などキュアには対応することが困難なケースがある。医療保険と介護保険の範疇をそれぞれ広げるなどし、例えば、在宅退院から30日程度は、医療保険と介護保険の併用を認めるなど柔軟に対応できるように報酬体系を見直すことも必要であると考えられる。
いったいどのように改定されるのでしょうか 都合の現状はわかりませんが単純に考えて、都会は人口も多く医療・介護ともにそれなりの報酬があると思います。介護保険料も人口の割からいって多いと思います。もちろん仕事に対する報酬もです。しかし、地方にいくと仕事に対する報酬は都会の半分以下です。でもサービス利用料は統一なのではありませんか？介護保険料は地方割高になっています。高令者が残こされ、今更この年になって都会に行くのは嫌だといわれる方、住み慣れた地で暮らし死にたいと思っている方が多いのです。2~3万の年金収入で医療・介護の費用を天引きされ、残った分で光熱費を払い食べていかなければならない現状も踏まえて頂きたいと思います。このような状態で安心して暮らせるはずはないと思います。介護保険導入以前は施設に入れば生きてゆけたが、今は高く入れないのが現状です。高所得者のみの高令者の尊厳を守るのではなく低所得者の先行きも心配していくような配慮はないのでしょうか。私達CMも書類作成が多く訪問もまま

なりません。もう少し書類作成の簡素化も見直して頂けたら幸いです。
◎介護度、病名にかかわらず、ターミナル期となった時にはサービスが自由に利用できる。・病名にかかわらず、訪問看護の利用については保険の1本化をする・ターミナル加算を訪問看護だけではなくケアマネージャーにもつけてほしい
居宅介護支援に関することでお答えしたいと思います。介護支援専門員は必要無いと思います。各サービス事業所に優秀な相談員を置いて、必要な人はそこへ行ってサービスを申し込みれば良い。総合的に調整の必要な人は、行政に置かれている地域包括の社会福祉とかやれば良い。介護支援専門員の人員ヒが浮くと思う。事業所によっては営業マンのように考えている経営者もいる、必要ないと思います。記録ばかり増えて、手間ひまのかけ過ぎのように思います。
病院ではある一定の期間になれば退院を推めるが本人や家族は在宅での介護に不安をもっている人が多い。施設や病院のたらい回しになる事がある。もっと在宅介護するうえのうけ皿がほしい。病院から退院、すぐ短期入所や老健施設に入れさせたいと言う家族の意向に対して介護施設では「状態が安定していない方は受け入れられない」と拒否される。家族の不安に対してどうサポートしたら良いか…。介護される難民が増えている。どこにも行く所がなく、家族はあきらめて自宅で介護されている。特に同居している家族から協力が得られない高令の介護者は気の毒である。金銭的負担も大きい、お金がある人は良いがお金のない高令者は十分なサポートもなく生活しなければならない。長生きはしたくないと考えてしまう。将来、特に年をとってからの生活に希望が見い出せない。
介護予防システム。
ケアプラン作成の報酬が介護度により差があるが、極端なことを言うようだが、介護度が重く、状態の安定した方へのサービス提供種類や量はほぼ決まっております。ケアプランの変更もほとんどなく、手間がかからない。軽い人の方がプランの変更や状態の変化などがありかなり手間がかかる。それなのに介護度の重い人のケアプラン作成料の方が高いのは納得がいかない。特に予防の方へかかる手間は要介護5の方に何倍にもなるが報酬は1/3以下である。利用者一人に対する毎月の作成書類も多すぎ自宅に伺ってじっくり話を聞く時間がなかなかとれない。利用者との時間を大切にすると書類が整わず監査にひっかかり減額されるので、ケアマネは、日々書類作りに追われるが何か変。
・介護保険の限度額の撤廃。個人的には重度の人が介護保険だけで一人暮らしができる事が必要と思っているので（現状ではとんでもない自己負担になるから）・要支援認定についての考え方の整理。サービスのあり方にしろ、認定の出し方にしろ中途半端、ホームヘルプ、デイが定額料金になっている事の不思議（しかもショートを使うと日割り？）そもそもショートステイを使う必要があるのか？・前回診療報酬改定でリハビリが大きく変わった時にあとは介護保険でやるからという内容だったが、介護保険の改定にはそれについて何もふれておらず一方的にあとは介護保険といわれてもと思った。別々に作業をしているからそうなるのはわかるが連動するものは連動させてもらわないと困る。
24時間訪問サービスを厚生労働省は目玉事業としてもうけようとしています。地域によってはさほど需要のない所もあります。本当に必要かどうかをよく検討していただきたいです。また、介護保険が脱施設（社会的入院からの脱脚）を謳い文句に施行されたはずが、逆に施設指向になっているのはいかがなものかと。保険方式契約方式という制度の使い易さは評価されるべき点かと思いますが、24時間介護が必要な方が施設に入れなかったり、金銭的負担が重くのしかかりサービスを使えない人がいたりするのも納得がいかない現状です。在宅で生活する（したい、させたい）人が本当に使いやすい制度していくことが必要ではないかと思いますが、そのために新たな事業をもうけ無駄な予算を流すよりは、今ある事業内容を見直し、適切なサービスが在宅で受けられるようにしていく必要があるのではないのでしょうか。また、福祉系サービスの利用率が高い割に医療系サービスの利用率が低いという意見もありますが、そのサービスの使い易さや分かりやすさも高低の要因かと思えます。まずは制度を見直し、理念に立ち返ることが重要ではないかと思えます。
介護保険事業者の報酬 従事者へ給与面等の向上 人材育成
まずは診療報酬、介護報酬の値上げしかありません。ヘルパーの収入を守らねばいつまでたっても人手不足が続くと思います。良いケアが出来ない事をこれからの利用者を守っていく事が出来ない。
連けいの充実が一番必要だと考えられる。介護従事者の方が医学に関して、知識不足が考えられる
診療 介護での報酬や制度をお互いに理解していく必要があると思う。
・当通所事業所では介護状態別に利用曜日を分けてサービスを提供している。5日間のうち、一日は要支援の日、2日認知症、2日認知症でも軽度の方と認知症のない方…という区分けをしている。そのため、要支援の方は週1回しか利用できないことになる。ケアマネによっては要支援2、だから2回は利用しないと…と、言われる方がいる。確かに要支援の方でも2回必要な方はあると思うが、ただ、暗に支援1だから1回で良い、2だから2回と、言うことにはいかがなものかと思う。たとえ支援1でも介入しなければいけない方、支援2、でも訓練の必要性がわかれば意欲を持って自主訓練をする方、さまざまです。要支援の制度が出来たばかりに業務は繁雑になり、利用者との関係もぎくしゃくしてしまう。報酬にしてもIとIIの差があり過ぎる。実際現場ではIになったりIIになったり、半年毎にかわっている。本人の状態としては何ら変わった様子はない。まったく不可解です。同様な面は支援と介護Iについても同じ事が言えます。何だか良くわからないけど請求通りら払うだけ！！が利用者家族の理解度です。ケアマネが説明した時はわかっているようですが！！おまけに今回の公表制度調査で利用料の説明に1ヶ月分を提示しているかどうかをチェックされた。要支援は1ヶ月分が提示できても要介護は提示できない。1回の利用料は料金表で説明しているにもかかわらず、今回のチェックは1ヶ月分の提示がしてあるか、どうかです！！と言われる。チェックされようがされまいがどちらでも良いが非常にナンセンス、ととても無意味で事業所泣かせに過ぎないと思っています。又、福祉用具の利用についても軽度者のベッド利用については特例給付の手続きが必要、この手続きが面当てで自費扱いの利用を勧めるケアマネも多い。それがねらいなのであればサービスから外せば良いと思う。軽度だから必要という利用者は多い。
ケアマネジャーの役割が多く又期待されているようになった。その点を評価してほしい。要支援、1・2の方も要介護者と変らず手間となっている 何らかの手助けがあれば自立した生活ができる為にケアマネジャーの役割が大きく、又、訪問回数も

<p>多い。相談にのる時間も長いので報酬を考えてほしい。市役所からは必ず包括支援センターへ行っている様子 包括は平等に利用者の、依頼をしているのか、又、依頼がある場合は大変な人ばかり依頼してくる 居宅に依頼する場合、平等に居宅支援事業所のみでは給料が支払えない</p>
<p>・訪問介ゴにおいては、小規模多機能の様に、短時間でも使えるサービス、例えば生活30分以内でも介ゴ掛金で使える。・居宅介ゴ支援においては、介護度で報酬を決めるのではなく、各々の状況、支援しなければならない状況により、貰って良いと思う。・住民票により、1人暮らしとするのではなく、とりまく状況により手がかかるため、住民票にこだわる必要はないと思う。アセスメントがもっとも重要。・認知症介ゴ、支援がむずかしく、家族の本人への理解が重要と思われる。認知症の場合介ゴ保険制度を利用する場合は、「認知症講座」等を身内の人、誰か一人でも受けていただく義務を加したらいかがでしょう。現在CMから行ったり、研修の場を紹介したりしておりますが、積極的に参加できない人が多い。</p>
<p>「お金がないと、年をとって生活できない」と誰もが考えていると思います。在宅でみている人も「施設にはお金がないから入れない。」と考えています。生活保護や医療費の公的補助には限界があり、ケアマネをしておりますが、独居で身よりのない方を担当した時など本当にどうしたらよいか不安でたまりません。誰もが通る道なので「目やす」があるといいです。介護報酬の件ですが、事業所はできるだけ経費を安くおさえるため、パート従業員を多くしています。それでも、信頼関係ができ、組織がしっかりしていればやりがいがあります。</p>
<p>社会保障全体の中で議論すべきかと思いますが、介ゴと医療に関しては医師やケアマネが言うからサービスを利用したり薬を飲んでいる事も多いのではないのでしょうか？援助者側が本人の生きると支えるならその人にとっての生きるとは何なのかもう一度よく考えた方がよいと思います 一方利用者も 病院やデイサービスに行かないと不安だったり地域の中で一人になってしまうと感じているのではないのでしょうか？みんなで何かをして生きてきた年代の方なので仕方ないですが、心身の自立とは何かもう一度考えてもらい■にはそれを■めてあげて地域の目があたたかくなればよいと思います 後半の部分は、制度の問題ではないので政治が考えた方がよいと思います</p>
<p>1. 現状の問題について 介護サービス利用者が増加するのに伴い、介護サービス事業者も増え続けていることから、各介護サービス事業者共に人員不足が目立ち、人員確保のために人件費を上げざるを得ず、経営が非常に厳しい。2. 制度改正に向けての要望 学者の非現実的な財政論で固まった制度改正議論はやめにして、もっとグローバルな視点から近未来社会づくりの制度改正論をせねばならないという意味では、この部分こそ政治主導で制度改正を行ってほしい。</p>
<p>・ケアマネはサービス事業所から離れ、ケアマネ事務所に集まり仕事をすることで、公平・中立が担保される。・ケアマネも、サービス事業者も、利用者の介護度が下り要支援になると落胆する。重いままで居て欲しいと思うような報酬のあり方を正すべきである。・軽度者のデイサービス、デイケアにお金を掛け過ぎている。ある程度自分で動ける方々は、仕組を作ってやれば金をかけず、ヘルパーに手伝って貰わなくても、自立活動はできる。1割負担でなく2割負担でも良い。但し低所得者には配慮が必要。1日500円で暮している方は1,400~1,500円も支払ってデイサービスで遊んで来るぜいたくはできない。</p>
<p>訪問診療や往診をしてくれる医療機関が増えて欲しい。</p>
<p>・多くの施策や制度が生み出され、利用される方々の選択の幅は広がってきていると思うが、未だ、支援方法と利用者の状況がマッチングしていない事例が多いように感じる。・行政、国の思いと実際の介護を行う家族の思いが異なり、家族から施設入所を希望されることが多い・良い支援、質を上げる為には、現場で働く介護職、看護職、ケアマネ、相談員などにもっと責任と役割を明確に与え、その分報酬も高くすべき。</p>
<p>(課題) ・チームケアの充実(連携方法の検討) ・ショートステイ利用が待ちなしで行えるよう整備する。・訪問看護利用を間単にして、訪問介護との連携を密にする。(現制度改良点) ・要介護認定制度の廃止(認定なしでもサービスが受けられる) ・限度額の設定改善(所得に応じた設定も考えてほしい)(評価すべき項目) ・在宅を担っている訪問介護。訪問看護への評価。・ケアプラン上改善、維持が、図れている、ケースへの評価 いろいろ記入しましたが、まとまらず失礼致しました。</p>
<p>・ショートステイ施設の拡充。(単独の施設が少ない) ・在宅困難者に対する居場所の確保(例:宿泊サービスの利用) ・ケアマネは書類作成や記録に日々追われ、本来の訪問面談等がおろそかになってしまう傾向にある。特に緊急性の高い利用者や高介護度者、困難者等を抱えていると、本来のケアマネジメントが遅れてしまったり、中身の薄いものになってしまったり、最も重要な信頼関係をそこねてしまう懸念を持っている。従って、ケアマネの利用者保有件数を35件→25~30件程度に下げ、中身の充実を図ることが必要であると考え。ケアマネは日々の書類作成と記録で疲弊している。・利用者に視点を合わせるのではなく、書類作成や記録に重きを置いている現状にあり、本来の介護(自立支援)、保険に立ち帰るべきである。従って、事務処理の簡素化を図って欲しい。・地域包括の充実がうたわれているが、公正中立である筈の地域包括支援センターは、経営母体である法人等の利益を考慮しなければならず、公正中立とは言い難い。(例:経営母体に居宅支援事業を抱えていると、そちらに利益誘導をしなければならず…)。従って、地域包括の運営母体は、居宅介護支援事業所を持つてはならない等の規制を加えるべきである)。</p>
<p>家族介護者への報酬を検討する。</p>
<p>・医療従事者と介護従事者間のお互いの歩み寄り・個人的な意見とし、介護福祉士に吸引経管等の医療行為を許可するのに 疑問を抱きます。</p>
<p>低所得の方々が十分な医療や介護を利用できていない。</p>
<p>医療~介護にかかわらず、「生」への希望を支えるものとなしたい。 コスト~給付費の基本的な(根本)の見なおしが必要ではないか!!</p>
<p>安定的な ほうしゅう</p>
<p>職員報酬の減額と定数の減</p>
<p>・介ゴ予防(軽度者の)負担が報酬に見合わない</p>

<p>1. 財源がないという理由から介護保険サービスに制限を持たせてはいけない1. 軽度者に対する支援も継続していく(独居、老々介護の増加が見込まれる為) 1. ケアマネジャーの利用負担を利用者に持たせてはいけない(公平でなくなる) 1. 重度介護に重点を置いた介護サービス利用にとどめてはいけない1. 介護サービスに従事する者の給与体制のアップ→安心して仕事を継続できるように1. 介護に関わる者の精神面の支援(グリーフケア等) 1. 書類等の業務負担の軽減 1. 介護職の医療的な知識の習得 1. 行政とサービス提供事業所との垣をこえた連携 1. 事業所が健全な営業利益をうめるよう制度の見直し 1. 医療行為に対する考え方の転換(福祉職への指導) 1. 医療側の在宅アセスメントの必要性(生活全体をみる訓練) 1. 薬剤師の居宅療養管理指導の導入時のハードルを下げる(ケアマネが必要として導入も可能とする) すべて医師の指示でなくてもよいのでは? 1. 訪問看護師の育成増員 短時間継続ケアへの評価を与える(インシリン注射等)</p>
<p>在宅介護(ケアマネ)の仕事を選んだ時より、さまざまな事例に出くわしとにかく忙しい!! 8時間労働なんて夢。それにくわえ書類の多さ、情報開示等も加わり、書類整理におわれて疲れはてています。相談も時間をかけ聞きますので1人ケアマネとして自宅で仕事をして5年になります、行政説明、研修等で家族からあきらめられられています。家族の事が出来なくなるほど時間におわれています。この多い書類を少し少なくしてもらいたい。H24年介護報酬が変わり、これ以上仕事量が増えると「仕事をやめたい」と考えています。ただ現在の利用者さんを他のケアマネさんをお願いする事も申しわけなく思ったり……。いっしょうけんめいやればやるほど時間がかかり仕事が増え自分の時間がありません。とにかく書類を少なくしてもらいたい!!</p>
<p>法に縛り付けられ、法に反してはいないかと苦しくなることがある。訪問介護、通院介助に関する矛盾を改善して頂きたい。予防と介護を行ったり来たりする利用者のケアプラン。利用者や家族が安心して在宅で暮らしていける制度、かつ介護従事者がやりがいを持って働ける制度になって行くことを願っております。乱筆、乱文申し訳ございません。宜しくお願い致します。</p>
<p>医療側から介護側へのアプローチはスムーズであるが、介護側からはかなり敷居が高い。介護側からの要請に対応した場合に報酬が算定される等であると連携しやすいのではないかと医療側に介護保険制度への理解、意識の低さを感じる。</p>
<p>☆ケアマネジャーの報酬UP・ケアマネ事業所が単独で採算がとれるようにしてもらいたい。</p>
<p>現在、生活援助2が一番短かいが、生活援助1の30分サービス提供があれば、もっときめ細かい、サービスの提供ができると思う</p>
<p>・ケアマネジメンツの質の向上。・医療、介護報酬の抑制。</p>
<p>ケアマネジャーの給料の見直し(利用者負担なし)で検討して欲しい 福祉用具貸与の介護度別の品目制限の廃止</p>
<p>在宅医療で家族が不安が強ければ、無理だと思ふ。かかりつけ医も1人医療のため、24時間の心がまえは、体力的にも無理である。高度の医療でなく、終末期を、見守り、よりそえるような、強い心がまえが家族にかけている。広い意味、教育も必要だと思ふ。教育にはお金がかからない!</p>
<p>障害者自立支援…家事援助の単価が低い。地域生活支援…視覚障害者のガイドの単価が低い。</p>
<p>☆介護タクシー利用について⇒現状では要介護者1人で、通院する時にしか、利用できないが、殆んどの方が、高齢の配偶者同伴でないと受診できない状況で、1人でタクシーに乗り、通院できる方は比較的介護度の軽い方が多い。本当に困っていて、サービスを必要としているところにサービスが届いていない。</p>
<p>自宅でみとりを支えたケースへの加算(居宅、HH、小キボ他)</p>
<p>認知症で独居の方が増えることへの手当てが不足している。対策が必要!!</p>
<p>夜間訪問介護も24時間体制加算を取り入れている所が少ない中で改正後24時間で訪問介護や訪問看護が連携してというのは進まないと思われる。かなりの報酬がないと運営は行えない。遺族年金を含め月18万円程度年金収入がある方が特養や老健入所した際負担限度額認定を受けれる対象であり月々5万円以内で入所できるのは柔順している。不必要と思われる受診を繰り返す生活保護受給者もいるためたとえ100円でも一部負担を導入した方が医療費を抑えられると思う。入院中で在宅復帰困難な利用者の今後の相談で病院や家族から呼ばれ、今後の行き先について連絡や調整をするのに対して、時間をとられるのに何の報酬もないのが事業所としては厳しい所である。独居で協力者があまりいない方が増えていく中で、ケアマネジャーが頼まれる雑用も多く、関わっている中ではしてあげたい気持ちもあり実際行っているが、全てを受けていると他の仕事がおろそかになってしまう。ケアプラン事業所が単独で行えば赤字になるということが、おかしな現状である。</p>
<p>・介護報酬の安さからの介護離れによる人材不足・ケアマネジャーの質の向上というなら、試験だけではなく専門学校での育成を図ったらどうか?合格後の受講や現任研修だけでは難しい。・医師等のケアマネジャーに対する評価の低さ及び賃金の低さ(鳴り物入りの新しい資格の割に中途半端)・家族の介護負担軽減の為、社会全体でみていこうとの理念で始った介護保険制度だが、家族がいるからダメということが多。子供が沢山いてもほったらかして独居の方が介護保険を手厚く受け、親と同居している方が、規制が多い。・生保の方が一部負担金がいらない為、目いっぱい利用し国民年金と今まで一生懸命貯金したお金をとりにくくしながら生活されている方が、必要最低限の利用で頑張っているのを見ると矛盾を感じる。・高齢者がサロンのように集っている整形外科とか、不必要な薬を沢山もらい、シップなども自慢気に分け与えているのを見るとどうかと思う。・介護の療養型の廃止の延期はよいが、多くが医療の療養型に転換され、行き場のなくなった介護度の高い方は、医療の療養型に流れ不必要は医療行為を受けているケースもなくはない。</p>
<p>ケアマネジャー・介護制度に関して、資料作成の多さが、仕事をしていく上での負担になる。</p>
<p>予防介護の現行制度を見直してほしいです。手間と時間がかかりすぎる。</p>
<p>年金から、介護保険料や医療保険が引かれてます。介護を使わなかったり、病院へ行かなければ、一定額は返してやればよいと思う。きのぞくな世帯もある。もっと自由に(制限なし)介護保険がつかう事ができればと思う。例)要介護2以上でなければ、ベッドの使用は基本的にはダメとか、要支援でも必要な人はいます。訪問介護の生活支援でも、■30分未満とか、細かく時間せっていをしてほしい。例)日常生活は、できているけど、服薬ができなく1人に、薬を飲ます為に訪問できるサービスとか。</p>

院内での付添業務がありますが、待ち時間は算定されない。事業所負担になります。待ち時間も算定出来るようにならないかあくまでも事業所としてはヘルパーを拘束している為
ケアマネジャーは、人生を担っている感じが否めない。何でもケアマネ…ケアマネと…。だから、給料うんぬんというより、重すぎて、途中で関係をリセットしてしまいたくなる。その辺の支援などが課題かと…。
ケアマネ業務は常に中立性を保ち、利用者、家族の在宅生活における利益を確保維持するためにも、ケアプラン作成費利用者一割負担はやめてほしい。
・ケアマネのサービス計画費については、利用者の負担は、今まで通りないほうがよいと思う。
・介護度の単位を増やさないと、事業所加算をとっても本人の必要介護量が確保できないので加算をとっている事業所が良くても利用継続できず他事業所を選んでいる。今後も加算や条件が増やされるのであれば、小さい介護事業所は事業が継続できなくなるのではと思う。自費利用が多くなっていくのではないかと、何のための介護保険料を払っているのかと思う方が増えるのではないかと。情報が入りにくいのでわからない
①従業者の意識改革。②報酬の見直し。介護サービス種目の見直し、拡大。食事サービス、移送サービスなど 居宅介護支援費について。「単独型事業者」と「他サービスへの併設型事業者」との報酬に違いをつける。単独型の方が高く。ケアプランの自己作成の促進。③ヤクザ加算を。
アグラをかいて いいかげんな仕事をしているケアマネが多い。他事業所との連携の不具合や、母体施設優先のサービス導入など。きちんとしている事業所、ケアマネをちゃんと評価して欲しい。 3～4人の加算のとれる居宅でなくても、一人ケアマネで誰にも相談できず、頑張っているケアマネの、評価、加算も検討して欲しい。 地域■括支援センターの見直し！各市町村や、直営、委託によって業務内容が全くことなります。
厚労省の審議会の資料等をみますと、特にケアマネへの批判が多いようです。また生活援助への批判も。しかし、医療が批判されていない事ばかりでしょうか。不必要な薬、診療、目に余るものがあります。検査ばかりのお金をとる等々、「生きる」とは何なのか、「老いる」とは何なのか、議論せずに、どんどん、進んでいます。本当にICFの考え方でその人を見て、チーム全体が周囲が地域が社会が動けば「その人らしさ」がでてくるのかなと思います。しかし現実を実現している例は少ないです。どうしたらよいのでしょうか？今日も要介で4でとじこもっている夫婦をなんとか外に出したいと家族と共に動いて説明したり説得したり。目をつぶればすぐ要介で5になって共倒れになります。これらのケースを保健福祉課、包括支援センターと協力して援助していますが、やはりDrの力が必要です。Drの援助があれば動きやすい。私達もただ働きですがDrもそんなことをしても収入にはなりません。ましてや、生意気なケアマネごときに話もできないDrも多いです。やはり在宅Drに報酬上のメリットを与えなければいけません。又、ケアマネにも報酬上のメリット（医療系サービス導入に対し）でも国もお金がない。厚労省で机上の論議をする時間と金があるなら現場の人に少しでも報酬としてくださいと言いたい。介護人材の不足は危機的状況です。時間がない、金がない、勉強しない、評価されない、おもしろくない。介護事業所も老老介護です。ヘルパーのなり手も高令者しかいない超高令地域のケアマネです。
家族の介ゴ体制は低くなっている為緊急時の対応に苦慮する。認知症の方が骨折などをしてでも対応してくれる医療機関が少ない。臨機応変な対制がとれる介ゴ保険制度ではない CMへの教育の充実。
・在宅往診医が理解乏しく少い・Hpの介ごとの連携を担う相談員や担当課が乏しい
・往診や訪問看護の点数が少ない又集合住宅の場合も個人宅と同額の金額であるべきである。
・ターミナルの人の認定が遅い■早急に改善してほしい・例外給付手続の作業がムダ 認定結果が出ないと動けない現状をどうにかできないか？
必要なサービスかどうか。本人の意欲（■中になる程他人依存度高い気がします）の向上。人の事言えませんが運動をする事年寄りだけの集まりではなく、若者や子ども達、みんなが気軽に集まって来れる場所があれば良いですね。
？
・医療・介護の連携。・介護保険の財源の確保・地域性特自のサービスの提案。・ケアマネジャーの質の向上。・利用者増加に向けての受け入れの充実。
私はマネタリストが研究する、福祉制度のしくみについて少し学んだことがあります。マネーサプライが、福祉現場とどう関係があるのかと思いますが、事実、財源を見直さなければ、中期財政運営上、厳しいものがあるのでしょうか。レセプトの改定に至っているわけです。私は、財政論については全くわかりませんが、やはり、先にも述べたとおり、無駄使いをなくしていくしかありません。
地域包括支援センターの強化。生きがい地域活動への支援。介護に係る人材への処遇の改善。
医療と介護の狭間で多くの問題が顕在化している。医療と介護の連携を見直す必要がある。介護保険サービスは規制が多いためサービス利用の簡素化を願いたい。
在宅が多くなると、考えます。しかし、このアンケートを記入にあたり死亡した方昨年3人だけ（こういう表現はよくないですが、びっくり！！しました）でした。それにしても利用者さんが5～6人減っています。その内わけは入院入所なのです。家で看れないと、この方達1名のみ独居で家はムリだろうという方を除き、家でまだ介護できるのでは…という方ばかりです。家族が厭がっています。負担増なんでしょう。施設が増えたらいいでしょうが—、金銭的なこともありますね。自分だけ介護をやっている、負担が大きいと感じられているようです。誰もが、障害をもち、生活していくことをもう少し気楽なかんじて伝えられないのでしょうか？たいへんたいへんが先走っていて、だから私もたいへんなんだと…家族もゆれていますがやりきった後の人生はすばらしいことを伝えるメディアがないのでしょうか。提案は、家族の負担感を評価した方での報酬というか税金のもどりとかけたらいかがですか？利用者さん職のない長男（独身）の方が介護している家が何軒かあります。閉塞感のかたまりを感じますが？又、介護事業所の質がすごく悪いです。ここも改善点のひとつです。よい事業所もたくさんありますが、このICFの理念から程遠いですね。何が大事なところであるか、人の人生や生きる意味を問う、職業訓練が足りないです。

ヘルパー2級の時間や内容で、介護できている事が不思議です。基礎教育、三つ子の魂100までというように、介護の基礎の時にばっちり、教える必要があると感じる。いちケアマネジャーです。これアンケートですか？何か考えさせられることが多かったです。ありがとうございます。他の職業として教育（大阪の地方の小さい所です。ご安心下さい）の仕事もしています。内容の一部授業に使わせていただきたいと。ご無理申し上げますがよろしく願いいたします。
①要介護度が高くなれば「お金」になる。要介1や要支になれば「お金」にならない。要介4・5大歓迎！！②利用者や家族の意向にケアマネが振り回される。なぜかー、あんたはアカン、他のケアマネに頼むわといわれれば即収入ダウンとなる。一方的に捨てられる立場にある。（これは他の事業者も同じ。）固定給なし完全歩合制のケアマネに一体何を期待するのか。ケアプランの吟味以前にまずは利用者確保ではないでしょうか。
包括が上手く役割りを果たしていない。利用者さんを支援する際に邪魔をされることが多い。仕事をしなくせに細いことを見つけてはねちねちイヤミを言う上司のような存在になっていて、仕事をやりにくいことこの上ない。この制度を、どうにかすべき。
・過疎地域への交通手段、核家族化していることに対するの対策・一人暮らし高齢者に対するの生活支援の緩和化
介護保険のサービス以外の動いている時間の計上をしてほしい。
今、ここで意見を具申したところで、その通りに成る訳けでもなし、まして今の菅政権ではどの様に決るか不明。基本的には20余年前から、人口動態調査で今日の子供化、高齢化が予想出来たはず、日本の官僚、政治家最高ブレインが箱物、道路、新幹線等に向き、今の政治と金に至った。これは、あくまで要望ですが、厚労省が、医療・介護の背骨をしっかり組み立てその上で板屋を作る。その際に現場の方を入れ審議する。途中で流れる情報だと南九州の新燃岳の噴火の噴煙と同で、国民には小岩と灰が降る様に成る。
現在の7段階の区分。こんなに分ける必要あるのか。また、区分ごとの利用限度の単位、これも必要ないのでは。使いたい人は限度をこえても使いたい。介護度が高くても、家庭の理由等で使わない（使えない）人は使わない。ケアマネの利用者負担は反対。いらぬ。でも35件もたないと、採算があわない。
報酬等については、まだ低賃金であり、重労働や特殊職であり、もっと評価してもらい、実働に合った報酬が得られるよう改定してほしい。
現状で、医療、介護、福祉のどこにも合はまらない人たちがいます。制度を作る時に、限定された使い方しかできない物が多いと、はざま、で苦しむ人がいるような気がします。ICF等、考えるうえで、現状で困まっている人たちの生活を考えていただけたらと思います。
・後期高齢医療制度の廃止。（今の現状、支える人の減少等を考えて負担額の増。）・居宅サービス計画書一部有料化の絶対廃止、ケアマネの質が低下する可能性が高い。（いわゆるご用聞きケアマネ）・介ゴ報酬の引き上げに伴う、一号被保険者徴収額引き上げ。
介護報酬についてですが事業者ごとの収入格差にバラツキがあるとします。介護サービスの中心的役割を担っている居宅支援事業所の介護報酬は、いかになものかと思えます。ボランティア団体ではないのだから、報酬を考えて頂いて考えています。
医療系ショートステイ先がなく、重度（胃ろう、吸痰、等必要）な利用者を、受け入れてくれる施設が少ない。高価な薬を内服していたり定期的な注射薬品が必要な利用者は老健施設に入れぬ。包括で要介護1、2を担当し、居宅で要介護者を担当するなど区別されると、ケアマネジャーがその都度代わって利用者に不便をかける。要支援と要介護の区別をなくした方がよい。
介護度別の報酬単価は不要。一律にすべき！介護度の軽い方でも、1ヵ月の支援内容は変わらず、逆に手間を要している。認知症、家族背景など複雑化している。とても負担。
・終末期対応、訪問看護加算・訪問介護の制度確立とそれを支える対価がなくては、人材確保はむづかしい。
・ヘルパー等の医療的ケアの法制化が急務かと思われます。吸引、胃ろう注入等・在宅への移行準備にかかる医療点数の加算・在宅訪問診療に重点を置いた医療制度の改定・訪問看護師、ヘルパーの人手不足の解消・在宅療養中におけるレスパイト入院や緊急時の受け入れ先の確保等
介護保険制度は財源問題、待遇問題など様々な分野で多くの問題が指摘されています。国民の意識は益々家庭介護から離れていってます。低所得者層など配慮されている部分もありますが金のない老人は死ねと言わんばかりの実態が見えます。高齢社会に見合う社会保障制度を中心とした■■構造が求められています。日本人の心も失われているようです。もともと宗教性も表面的なもので、かつ家庭、地域が失われていく中で地域福祉を叫ぶ声も■■しい思いです。包括に相談に行っても何も解決しなかったという声もあります。体裁ではなく真に必要なものが見える状況に感じます。解決策は容易ではありません。
前問にも答えましたが在宅で生活していく上で急きょ対応できる施設が必要と考えます。又、介ゴ度によりサービス利用回数を決め在宅での生活も合わせ利用できる様な利用■■を考えて下さい。福祉用具についても同様で事業所どくじの価格ではなくある程度の上限を決めなければならないと思えます。現状では毎日デイサービスを利用させ夜間有料させ家族が介護ほうきしている事は介ゴ報酬等運営がしっかりしていないためではないでしょうか
入浴のためと、暖房のための灯油代の値上がりや、ガソリン代の値上げに伴う、収入減がみられているので交通費や光熱費の軽費の増に伴う、介護報酬の再検討が必要。送迎を行なわない事業所もみられており、送迎のある事業所と同じ単価に、納得して利用していたはずなのに、おかしいと感じる人もおり、以前のように送迎を入浴と同様、実■■した場合のみ、加算となった方が納得しやすいと考えられる。受診時の介護は、院内の着脱、移動は、病院内のスタッフが責任を持つべきとなっているも、現実には、院内のスタッフが実施できていない状態である。現実にあった介護医療の報酬見直が必要と思われる。介護認定の結果により使用できる介ゴサービスが制限される事に納得がいけない。スタスタ歩ける、要介護1の人が通院等の乗降介助が受けいれられており、家庭内でも伝い歩きの要支援1の人が利用できない現状がみられている
要支援・要介護への報酬に差がありすぎるが場合によっては、軽度支援者へのケアの方が時間も労力も多く費す事が多いので、

考慮してほしい。
・制度の事（介ゴ保険料）難かしいと思いますが低所得者も安心してサービスが受けられるよう所得の枠を作る・介護予防に対する、多様な取り組み 小さな単位での体操教室やこぼれのない細かな訪問、地域の方との交流による情報の交換等 地域の方との理解が得られれば良いと思います
・認定調査、しんさの妥当性が乏しく、認定期間に3ヶ月ちかくかかる現状は、ホケンとして不相当である（認定をするのであれば）迅速に区変申請するためにも、認定を1ヶ月以内に出すことを徹底すべき。・福祉用具や訪問介護の利用制限をなくし、必要なもの、人手を必要なだけ使えるようにしてほしい・高齢者一般と、ガン長期・難病・進行性疾患や精神の著しい状態悪化、等は同一基準で認定をはかることにムリがあるので区別する・医療ホケンサービスのみ在宅■のケアプランに対しても（介ゴホケンサービスを入れていなくても）ケアマネージャーが報酬をもらうことができタダム働きをなくして欲しい。
現在の制度上において、利用者負担が増大していく状況が予想される中、これ以上お金がかかるような制度にはしないで欲しい。どんなにすばらしい理想を語っても、机上の空論にしかならない。もっと、現場を見て、何が必要なのか、考えて欲しい。
介護施設に看護師が常駐出来るような報酬体制の整備が、病院での医療経費より総支出は減ると思います
病院医師、看護師等との連絡が取りにくい、サービス担当者会議に参加してもらえない、ケアマネージャーの仕事内容を理解してもらえない 受診時に付き添い話を聞く形を取るしかないが、サービスを利用していない月は報酬がない。（入院中の訪問など）直接医師と連絡を取りにくい総合病院等はメディカルソーシャルワーカーさんなどが間に入ってくると助かります。訪問介護現場も、日々利用者様の体調や、家族の急な依頼にできるだけ対応していただいておりますが、担当者会議ケアプラン変更、書類の多さに、ついていけない時もあります。事務作業に時間がかかり訪問が十分にできなくなる等の悩みが常にあります。もっと簡素化していただければと思います。
単独型の在宅介護支援事業所を営んでいます 国はケア・マネジャーは公平中立な立場でいいといいます 経費は利用者一人でもかかります 意欲が有って始めた仕事です 単独型の支援事業所が事業として成り立つ報酬、制度にしてもらいたいです
在宅での切れめのない支援を行い、生活を行っていけるようにするには、やはり、24時対応のサービスや、各サービスとの連携などがあるとよいが。現状のところ、切れめのないいつでも対応できるヘルパーや、訪問看ごなどの、訪問系のサービスが十分体制ができていない気がする。また、本来であれば、施設も一つの生活の手段としてあるものだが、入れる施設（特に老健も）がないのが現状。もっと施設（特に中間施設）が在宅へのステップとして、効果的に利用できたらいいと考える。
・入院・退院時、入院中の他病院受診時（専門的な検査等）に介護保険、訪問看護の利用ができなく、困ってしまう 利用者がいるので、介護保険で利用できるようにしてほしい
課題→減薬 要支援の方の月締めの単位数は無駄だと思うので再検討すべき。ヘルパーの質の向上 改良点→日曜日や祭日の訪問サービスや通所サービスの単価向上
・ケアプラン作成料の負担が利用者が発生するというような話があると聞いたが、そんな事になったら、今のサービスを利用して、ギリギリ在宅生活が維持できている利用者がサービスをへらすことになる。年金生活者の苦労は、官僚の人たちは、判っていないのではないかと。まして、セルフプランなど、立てられる訳でもなく、それなら、何故、介護支援専門員などというシステムを何故作ったのか？理解に苦しむ。それよりも、介護保険制度を、維持していくために、国会議員や、上級官僚の人達の給料を、先ず下げるべきではないか？介護支援専門員の報酬の低いことを改善してほしい。担当件数に限界を決められ、オーバーしたら減算され、とても長年同一事業所においても、昇給も望めない。収入に限られているから、上げようが無いと、ましてや、利益も限られてしまえば、ボーナスなど、とんでもないと言われてしまうと、長く勤めたくても勤められないし、士気も下がる一方です。かたや、市の運営している社協や、福祉事業団という所は、やってもやらなくても、ボーナスが出るし、重度の利用は断るし、土、日、祝日は動かないし、そういう所が、営利事業をすることが、信じられない。営利事業に何故、市から補てんされるのか、よく判らない。そういう所は、もっと特化した事業を行うことはできないのか？と思う。
・利用者は高令になり介護度が段々高くなり、寝た切り状態になる。その反面、軽度の利用者は、転倒、その他で常に見守りが必要で家族支援だけでは対応しきれない。・視点の統一は良いが、個々に異ところの解釈に苦慮している。・一人間を法律で枠作りするには、無理な面もある。人間の深さと巾を考慮してほしい。・国の財政により、介護保険の法案が変わるところで今迄の計画がゆらぎ全体的な流れが止る傾向があります。
・地域で過ごしやすい、システムが必要と考えます。今後、重度化されていく、居宅での利用者への、フォローする地域包括ケアシステムが必要となります。
予防給付の方のサービスをもっときめ細かく評価しながら予防が実践できるものにしなければならないと思う。なぜなら、予防と認定されたと同時に、軽度者＝そこそ元気な自立した方とみなされ、本当に必要な予防活動を与えられずに生活し、あげくに重度化してしまう方が多いからです。ですから、重度の方のみならず元気な方へのアプローチにも高い評価がされるようになればと思います。
介護保険を利用して在宅で過ごすことは主介護者となる家族が日中は家にいることを前提として成立している。制度が施行されて以降、家族の介護力は経済的にも人的にも低下してきて、在宅での介護期間は短くなっている。現代の家族と社会状況により合致した制度改制が必要。
特別養護老人ホームの入所を希望するが、入所希望者が満員で長期間の入所を待たせられる。特養の入所者は、終了か入院（長期）で退所する以外は、平均8～10年の入所。希望者は絶対数、入所ができない。入所の希望、願われず死亡する。介護の費用は約4割が特養の入所者が使い、残りを在宅の利用者が使う。全く不公平な、介護費用の使われ方をしている。ラッキーに特養入所した人と、在宅では、家族の負担をかける。希望する十分なサービスが受けられない。無理なプランを計画してもらえない。24時間の介護サービスが約束できない。など平等である介護保険を見直し、特養の入所者には在宅する、費用分を計算して、負担額は、年金や、家族等に負担をしてもらう。在宅の人達にも、生活を続けられる介護の保障をして、負

<p>担金は、医療保険のように3割にする…とか、考えて欲しい。有効期間や介護度の認定や意見書、審査会等の費用も最少限にして、介護費用の節約をする。本当に必要な人の介護保険の利用を、実行して欲しい。生活保護者の介護サービスの負担は、税で</p>
<p>○手厚い介護が寿命をのばし、医療費もそれに伴い増大していくというサイクルはどうか。○どこまで行っても医療は医療、介護は介護、決して交わることもなく、介護は医療の下請けのように感じることもある。○重箱のスキをつつような、机の上で考えている的な無用の「やってないと減算だよ」の書類作成、手間が多すぎ、どんどん首をしめられているような感じ。やらないことは人間、どこまで行っても本当のことはわからないし、制度はそういう所ではまわっていないと思う。民間で自由にやるリスクはあるだろうが、良いところもあると思う。でも介護保険制度との共存は困難。○施設入所の手続きの手間は見えない所が多い。無報酬なのは脱力を覚える。○こんなアンケートも色々なところから来て、困る。もっと簡単なものにしてほしい。弱少事業所なので一人あたりの仕事がふえる。</p>
<p>・介護職員の報酬を上げてほしいと強く望む。特に僻地や離島</p>
<p>・介護従事者で医療の分野が一部OKとなっている。ほとんど事業所契約なのに、医療の部分だけ介護者（ヘルパー）との契約なのは理解できない。</p>
<p>収入によって負担率を変化させる。又、生保の人は、無料とはしないで少しでも負担させる。</p>
<p>本当に介護が必要な方に必要なサービスを利用していただけよう私達ケアマネージャーは気をつけてプランを立てていきたい。</p>
<p>介護を担う職員不足を解消するには報酬が低いと困る。しかし赤字財政も将来が不安である。所得別の料金設定を導入していく。又は所得の低い人殆どサービスのわくを広げていくことも大事と思われる。介護保険の主志から少しずれが生じるかもしれませんが。介護負担軽減と自立支援は（日常動作訓練、リハビリ）は同一であってほしい。職種の差は当然あるが家族を支援しながら（仕事や社会参加）の介護も大事である。人を大事にし、公的な資金で運営される施設や関連サービス業であるため介護保険制度を健全な運用がなされるべきで皆で大事に維持していきたい。</p>
<p>ケアマネが介護保険サービスだけではなく、医療も含めたコーディネートが今以上にできるように、位置付けをすれば、スムーズなサービス利用ができると思う。報酬に関しては医療と福祉は別に考えるべきと思っている。人数不足は共に言えることであるが、福祉の方が専門性も給料も低い。資格の内容と専門性を高めると共に、みあった報酬体系を考えていく必要がある。（現在の加算では、かなり不十分だし、それ以外の要素が強い）</p>
<p>ショートステイ、施設入所した場合、夜間体制が手薄な為、転倒リスクが高い。もっと夜間介護者の配置が必要と思われる。ショートステイ利用後、ADLの低下が目立ち、帰宅後家族の介護負担が増大してしまうという声が多い 職員の数に限りがあり、すぐ、車イス対応となっている 訪問介護の土日対応して頂ける事業所が少ない。土日の報酬アップも必要と思われる 居宅介護支援については、担当していてもサービスを利用していない利用者の相談業務も多い。報酬面で考慮してほしい</p>
<p>特になし。</p>
<p>一部改正する法案のポイントとして、①医療と介護の連帯強化等②高齢者の住まいの整備や施設サービスの充実③認知症対策④保険者が果たすべき役割の強化⑤介護人材の確保とサービスの質の向上⑥介護保険料の急激な上昇の緩和が上げられている。具体的には、「医療・介護・予防・住まい・生活支援サービスを切れ目なく有機的かつ一体的に提供する『地域包括ケアシステム』の実現」を掲げられているが、福祉の現場において、一番の問題は⑤にあげられている、介護人材の確保とサービスの質の向上と考えられる。又、グループホームに於いては、外部評価・情報の公表と評価を受けるが1ユニットで、13万程度の出費が、かかる事となる。時間と費用の軽減が図れないのか？…グループホームの介護報酬についても、24時間の介護報酬としては、金額は底く妥当な報酬とはおもえません。又、通所介護等の他の事業に於いても、例えば、タクティールケアの導入・他の専門的なサービスや教室を行い、利用者さんがいきいきと生活して頂ける様な笑顔あふれるその人らしい生活を支援させて頂けるサービスをして行こうと考え行っても、介護報酬に反映させて行く事が出来ず、利用者さんが行きたいと思う事業所ほど、経営が難しくなっているのが現状です。現状でキャリアアップや処遇改善等を図って行く事が大変です。</p>
<p>要介護2以上でなければ電動ベッドや車いすを原則利用できないことになっているので、現にベッド、車いすを利用して生活している人が自立に向けて取り組む上で支障となっている。また不安を与える要因となっている。</p>
<p>・事務処理が多い すみやかな支援が必要な割に事務的な手続きが多すぎる</p>
<p>現状制度の改良点 独居や、生活環境によって、介護度だけで、規制される、部分が、本当にその方が、安心・安全な日常生活を送る事ができない現状であり、せめて、介護認定に於て、『独居』や『家族の時間的余裕』等も含めた認定結果であって欲しい。本当に本人の事を考えたくても、一律の介護度だけでは、又、インフォーマルサービス等と、行政は理想的な提案をされるが、サービス体制の整っていない地域対応も考える事もできる認定結果でないと、本当に『その人らしい生活』を考える事ができない。CMの場合は報酬に見合わない事が多く、情熱だけでは対応できない事が多い。手続き・記録に費やす時間も限られる中では、理想的な内容は、『絵に画いた餅』的で現実問題に遭遇している現場では意欲低下材料が多すぎる。型ばかりで救済措置的な加算制度より、もう少し採算性も期待できる報酬制度も見直すべきでは…と感じます。</p>
<p>訪問介護について、問9のような対象者が実際に、在宅生活を送っておられるが、軽度者と同じ介護報酬では、なかなか引き受けて頂ける事業所がなく、家族支援のみでは、限界があった。介護度によるものか、支援内容によるものか、区別して、介護報酬の設定を実施すれば、受け入れ事業所が広がり、在宅生活の継続にむすびつくのではないかと？</p>
<p>東京など都市部では、訪問介護に対する評価が正しくされており、就労していても、見合った給料が支給されているように見受けられますが、地方では、あまりにも評価が低く、賃金も安いので、なり手がいません。介護（高齢社会）において、一番肉体を駆使し、一番利用者と密に関わるポジションであるにも関わらず、そのように扱ってくれる事業所があまりにも少ないことが常々の不満です。実際、ここ八戸市でも、それなりの時給をヘルパーに払っている会社は、ニチイやビリーブケアなど、全国展開している一流企業のみです。他、地元の法人や民間事業所もひどい扱いです。もっともっとメディアを活用して、訪</p>

問介護員の重要性、価値をアピールしていった方が良いと思います。それに伴う正当な評価、報酬を期待します。
現在、色々な加算や減算があり、それらをクリアしようとするあまり、ご利用者やご家族様に寄り添う時間より記録等に追われる時間の方が長い様に感じます。そうではなくもっとご利用者様に寄り添う場合、必要な時間を■保出来るようにしてもらいたいです。
医療系サービスの存在意義を再確認し、財源を医療保険と介護保険両方から支払い、手薄のサービス（訪看、訪リハ）の報酬を優遇し、単独でできるようにする。リハビリスタッフが、事業展開できるように例えば訪問リハの事業所など立ち上げられるような対策を報酬上加味してほしい
1、ケアマネジャーの国家資格化→ケアマネジャーの質の向上が問われる時期となっています。2、要支援・介護認定の見直し及び廃止→コンピューター一次判定ソフトでの不備がどうしても出てくる場合あり。ニーズで必要な時に必要なサービスを、不必要になれば終了としておれば、全く限度容量設定などは必要ないと思われる。3、ケアプラン作成時に（特に退院援助時）、K末期の方など何度もHPへの訪問等するが、急変で死亡といったケースが多くあり。プラン発生せず、コスト計上できない部分をいかに、医療・介ゴ連携強化をしている現状で評価してもらおうかがある。（HP側には、昨年の医療改定時にコスト評価がつけられたので）
○在宅医療、介護“ひとり”まで在宅で希望される利用者さんを、最後の希望をかなえさせられるような、システム作りをする場合、24時間体制を（医師やNSは）覚悟しなければなりません。利用者や家族から呼び出しがあれば夜中でもかけつける体制、プロフェッショナルに与える報酬は、それなりもものが必要だと思います。○それと、在宅で必要な医療機器も何割引きかで買えるようにして欲しいと思います。
・入所については、在宅とのバランスを重視して、報酬評価をしてほしい。・純粋に在宅の利用者と有料ホームで在宅としてサービスを受けている人が同じサービス（報酬）となっているのは考え直す必要がある。外部特定施設と同じような、枠組が必要と思う。・在宅で介護をがんばっている介護者（家族）を評価してもらいたい。介護保険でムリなら税制でも評価して、介護保険の基本を支えてほしい。
在宅を重要と考えているならば、医療だけでなく介護にも、予算をあてるべき。介護の現場ではまだまだ、あつかいがひどい事が多い。（資格自体を低くみる人、金銭的な面）両方の必要をしっかりとみたなかで改正をしてもらいたい。
（利用者の）所得の制限は多少あっても、仕方がないが～（制度上）。必要サービスを控えるようになって、生活に支障が起きてはならないと思います。介護従事者の賃金も低い事から、スキルものびず、私達ケアマネも、書類の山で、おわれ。～仕事量は増えるばかり。利用者さんによっては、月に何度も訪問し、大変な業務となっているが、小さい事業所なので、応接態勢もなく、介護報酬も少ない為、賃金に反映されず、モチベーションが上がらない。
報酬自体が少ない。措置時代の良い部分（社会福祉という側面）に回帰しても良いと思う。経済的貧困層は十分な支援を得られず、死を選んだりするといった現実を考えて欲しい。事業所自体も実際の経営が困難であり職員の定着率や人材の不足を感じている。
福祉、医療制度を頻回にいじくらないでほしい。介ゴが、事業として成り立たないことは充分わかっているはず。それでもしめつけが多い。福祉職の地位向上サービスの質の向上を願っています。
・医療報酬の適正化（介護保険制度のレセプト同様、第三者的な存在と同時請求する事で明確なレセプトが展開できるが、医療にはそのようなモノがなく、疑われても仕方がない状況にある。）・消費税アップによる財政確保（今の税金や保険料では、この程度の医療福祉サービスになるのは致し方ない。しっかり国民も出す所は出して見返りに良いサービスを受ける事が望ましい）・生活受給者のあり方について（彼らは何やらよくわからない権利意識があり、ムダに通院したり、中には薬を転売するなど、本当にムダです。後発薬提供でももったいない）※上記の事項は一部の者や事業所で極端かもしれませんが、こういう場面から国民への不満につながっていると思います。必要な人が必要な分だけ利用していく制度の見直しが必要だと思います。
2号被保険者で、悪性腫瘍により治療・介護保険利用される方が増えています。医療費が高く十分な在宅医療を受けられない方や、介護認定結果が出るまでに、最期を迎える方も多く、対応に困る事があります。介護報酬では独居加算がありますが、高れい者世帯で互いに介護保険利用されたり、障害をもつ家族のみと同居等、援助が必要な世帯も沢山ある事も知っていただきたい。
平成21年に介護保険制度の部分改定がなされ、また、厚生労働省の介護労働従事者に対する特別報酬の支援制度により介護職員の確保をする上で貴重な財源となりました。現在の介護保険制度についてはいろいろの課題があると思っています。最も大きな課題は中央と地方のサービスの格差だと思います。地方に行くと医療機関や介護事業所は極端に少なく、介護保険料を支払っているにもかかわらず介護サービスを受けられず、利用待機者が非常に多いということです。当地域も新潟県の県北にあるため訪問介護事業所の不足介護スタッフの不足が生じています。自治体の財源の問題で介護事業所が増えないということもあります。地域で介護施設を立ち上げようとしても許認可の制度が緩和されているとは言えず、当地域のように高齢化率が40%を超えるような地域には、特別の緩和措置が必要ではないでしょうか。限界集落の論理だけではなく、40%を超える地域でも現実的は限界集落となっているのが実情だと思います。介護保険制度の設計を都市型から地域型のオプションをもたせる柔軟な検討をしていただきたいと思います 例 ディサービス定員を一時的に超過する場合の特例、等。
高令者も将来右肩上がり、それにともなう、介護スタッフ不足、介護制度で100%を満たそうとしていくのは無理。破たんするのではと危惧しています。サービス内容も 夜間帯・昼間帯の2本立てにし、定額性にはどうかとも考えている。そうすることで、介護のプラン、計画書、等の書類の負担もかなり軽減し、ケアプランチェックの監査も別の視点に動いていくと思う。今の制度は、指導監督、監査をびくびくしながら仕事を行っている状態で、精神的負担が大きく疲へいするばかりである。ケアマネジャーとしての仕事長く続けられない職種だと思う。利用者様への困難事例、制度のしほり等、2重3重にも重なり、喜びを見いだせない。その上、給料も上がらない。医療界は、医師の指示のもと、その業務をこなしていけばいい

<p>のに、介護保険制度は、余りにも、きびしいしばりがありすぎすぐに取り消し、返還等になってしまう。その差がありすぎて、びくびくの仕事を長く仕事は続けたいか、実地指導のときにいつもびくびくでいつまで続けられるのか不安をもって働いています。精神的苦痛です。そういうのから解放され伸び伸びと仕事を行っていききたいです。</p>
<p>・私の居住する地域で応診する医師が少い。・私は、自宅を開放し1回/月独居又は、2人暮らし高齢者の皆さんに集って頂きお茶を健康チェックや健康情報提供しています。2日間誰れとも話していないなど楽しみにされています。人数には限りがあり、この様な取り組みをしてくれるCM事業所に加算をつけてほしいなあ〜と。口コミで相談受け訪問もし相談に乗っています。下駄ばきで行ける所に相談場所があれば集う場所があれば地域はもう少元気になると思うのですが…結果介護保険などの利用も減る又、介護保険の谷間とうめる事が出来るのではないのでしょうか？・ALSの人を受けるデイケアやデイサービスがなかなかありません。レスパイト入院以外家族が介護から開放されません。そのレスパイトもなかなか受け入れ先が無いのです。特に気切を選択されないと受け入れが困難です。</p>
<p>一番のネックは介護保険の限度額が存在すること。そのため十分な介護がうけられず家族の負担が増え、介護のためのコーディネートがまず限度額の調整からはじまるというのは非常におかしい事です。もしも医療だったらどうですか？医療にランクがあっても、自費が発生するのは特別の病気か医療保険をはらっていない人たち、です。介護保険を支はらっているのに、希望する介護・その人に必要な介護が受けられないのはおかしいです 報酬の面では、ケアマネジャーの持つ件数が限られ、ケアマネジャーの仕事・役割が増え、まして独居の利用者への支援は限りなく責任の重さを感じます ケアマネジャーの仕事としてはとてもやりがいがあるが、一つの事業所としてはなりたないことをはじめからわかっているような制度もおかしいと思われる 今後居宅への報酬の見直しもお願いしたい</p>
<p>・介護報酬アップ・事務業務の簡略化（必要書類が多すぎる）・長期間又は自宅生活できるまで入院ができないのであれば在宅に戻った時に、安心して医療が受けられるサービスの受け皿を先に整備するべき。・病院に入院する程ではないが、在宅で看るのは負担が大きすぎる人が、過ごせる施設、病院を増やすべき→行き場所がなく、結局在宅になり、介護者の負担、本人の不安が大きい。</p>
<p>医療介護・福祉の連ケイ 困難ケースが急増している為ひとりできかえこまず相談できる所、報告して指導協力受けられる体制ができてきた事を評価します。■成年後見制度法テラス包括支援センター 加算報酬により事業所として動きやすい。今までサービスとして必死で動いていた事を評価いただきうれしいです。必ず紙にのこす事、記録の大切さ知らされました。ありがとうございます。</p>
<p>介護サービス利用について、年々、複雑になりつつあるように感じる。もっと、使用しやすいように変更して頂きたいと考える。</p>
<p>医療、介護従事者の人員不足、解消のため賃金を上げること。これに伴ない質も向上すると考える。</p>
<p>・現在の診療報酬では都会優遇により、へき地の医師不足・看護師不足に追い込まれ、富良野には急性期の病院しかなく、療養病床が少ないため、入退院を繰り返しているケースが多い。家族・本人の負担を考えて欲しい。・介護報酬が実際に、介護員の給料に反映しているか不明。・介護保険サービス利用者から加算として報酬を求めるのはどうか。改正のたび、利用者、家族の負担が増えてしまう。利用料だけでなく、保険料まで変わらず納めているのはおかしい。限度額内のサービス利用は保障すべきと考えている。</p>
<p>認知症の方への医療について、入院先の受け入れが難しい現状があり、院内で徘徊等の問題行動に対しての支援が弱い。看護師も医療優先と介護優先を含めた対応が求められると考えます。眠剤を多用しすぎる場合がある。施設入所や在宅での治療が行えるような体制が必要であり、その設備を整える事も必要と考える。例：認知症での股関節骨折者への対応として、施設や在宅へ安定期に帰して、在宅介護と訪問医療で対応できないかとも思える。そうした在宅での介護と医療の連携の強化を重ねていかないと、ICFも主に広がり弱気がします。認知症に限られた事ではありませんが、病院内で看ないと生命に…治療の初期等であれば院内で、状態の安定期には在宅か施設へ帰って介護と治療を行う場合が考えられます。</p>
<p>医療との連携時、どうしても、医師の状況に合わせて動くこととなり時間の制約が多きい。なんとか、もっと、対応に柔軟性をもてないだろうか。（ソーシャルワーカーが、主に動くなど）</p>
<p>・本当にケアが必要な方にケアできるようにしてほしい（介保の財源をけずる事だけに集中してるように思われる）・実状 高齢者が本当に必要と思っているサービス内容をもっと知ってほしい・医療者は介護者を介護者は医療の実情をお互い知り連携していかないといけないと思う 病院医も在宅医も同様 現状 手さぐりで連携がうまくいってないケースが多すぎると思う</p>
<p>・事業所（通所系）の評価（ハード面だけでなく）それに合わせた報酬・マネジメントの量、質に見合った報酬・ケアマネジャーの地位向上</p>
<p>・経済的理由で、苦しい生活を送らなければならない高齢者がいかに多いか、現状を見直して、制度を改正してほしいと思います。・予防支援をなくし、一本化したほうが良いと思います。利用した分だけ支払う明朗会計でない、納得しない人が多いです。担当ケアマネが変わって（予防←→介護の行き来で）迷う事もたくさんみられます。・月一度の自宅訪問を嫌がる利用者がある場合、自己主張を通し、権利を主張する利用者など、利用票を届けてもすぐにゴミになります。個人情報の処理に苦慮する中で、「紙がもったいない」ので、「利用票」そのものの必要性を見直してほしいと思います。同意を得る手段は他にもあると思います。・特定事業所集中減算90%超について あるケアマネージャーどうして「トレード」してペナルティを逃れる策をとっています。これをしていない私のようなケアマネが、バカをみている現状です。県に事情を説明しても「例外は認めない」。利用者が望んで選択した事業所を「減算になるから」という理由で、事業所を変更したり、居宅を変更したりして、本来の姿なのではないでしょうか？訪問介護事業所が特定加算を取得することで、料金が上がります。県は「そうしなければ優良事業所と認められない」と返答でした。我が事業所は20件をわずかに超えただけで、半年間のペナルティを課せられています。自立した事で事業所が限度された場合や、予防→介護になったためやむを得ない場合は見直すべきです。・福祉用具貸与のセールスマンの営業について 非常にしつこく、いったん納品した後は、「利用者に面談していない」「実際に使用状</p>

況を見ていない」のです。誰でも介入できる制度を見直してほしいです。
・Drはあまりに介護に対して無感心すぎる。医療的な部分だけしか重要視せず、実際日常生活の99%は家族の協力、介護部分がほとんど…切り離して考える事はできない。担当者会議には、参加する事はもちろんない。助言が欲しいと言っても、「特別な」と言い実際本人の状態を知らなすぎるDrがほとんどで、別世界の事とらえている。もう少しDrの方が介護を勉強すべきだと思う。高齢者社会は避けては通れない。在宅で最期を迎えるには、やはり、Drも少しはプライドを捨て、家族や介護者の目線で考えていくべきだと思う。
介護老人福祉施設、介護老人保健施設、療養病床を統一する。
①診療、療養、介護報酬の改善。②施設運営に対する税制面の改善。(固定資産税の撤廃 償却資産税の撤廃(消費税の不公平税制改善 税法の下に平等の精神に反する) ③施設の長期安定経営の継続が出来る配慮が必要。相続問題の改善(税制面での) ④看護、介護者の国家的養成施設の増強。国家的に人材養成校の増設(文教政策の充実)
訪問診療、在宅医療の充実に連動し、訪問薬剤の利用の簡便さが求められると思う。医師の了承や単価の■さ、そして各担当者の理解不足がじゃまをして、なかなか実施できないでいる。もっと簡単に利用可能な方法、例えば家族の希望、了承のみで、実施可能となれば、もっと多くの薬剤師が積極的に在宅に取り組む事ができるでしょう。一包化は老人に不可避であるが、これとて、医師の了承が必要となり、処方箋の記載を求められる。実際とは、サービス一包化として患■へ配達すらしている現状である。もっと利用しやすい体制が望まれる。
・訪問介護のサービス時間の見直し・サービス料の見直し
・ケアマネとして…書類が多すぎ利用者への対でが思う様にできない。・規制が多く本人の希望がかなえられない。・体調変化が急な場合の介護度変更にかかる時間がかりすぎる。・オ 全体として…訪問介護(ヘルパー)に対しての報酬がひくすぎる→質の低下→なり手がなくない・報酬があれば事業所も質向上に向けとりくめるのではないか。・特に終焉を向かえる時はその人らしくおだやかな時間をすごさせてやりたいと思うが現在では無理。(家族の支援理解がない 金銭面で対できない Drとの連ケイがなかなかとれない
診療報酬と介護報酬の訪問看護の報酬に格差があるので、同一になるとよいと考えています。
重度者の介護を積極的に受ける事業所を育てる為、教育してもらいたい。それが実行できる制度になってもらいたい。例えば、①じょくそうの洗浄等。(看護師の指示の元)回数がこなせる。②点滴の針を抜いて、その後のケアに続ける。③など……
診療報酬、介護報酬が上がることでその負担が直接利用者本人にかかってしまうのは大変だと思います。特に低所得者の方にとっては大きな問題です。年金も減らせ、報酬のみ上がるのでは早く死ねということに等しい。
医療自己負担の軽減、介護サービス費の自己負担の軽減。包括支援センターは地域作りや介護予防事業に専念すべきでケアプランは居宅に移行するべき。要支援、要介護で利用できるサービスの違いがあるのはおかしいと思う。きちんとアセスメントし必要であればサービス利用ができるシステムにして欲しい。医療と介護の連携に対し報酬上もさらに評価すべきだと思う。
訪問介護を利用して美容院にも行けるようにしてほしい。QOLの向上には必要だと思う。
介護制度は必要なことだと思います 安心して、生活できる世の中にしてほしいです。
・ケアマネとして、入院中より退院に向けて何ヵ月もかかわったりしても給付が発生せず、ケアプラン料の収入が全くないケースもあります。医療ニーズが高い方、介護力がない方のサービス調整は困難で、疲労感だけが残ります。・医師の多忙さは理解できますが、協力的でない、又介護保険を全く知ろうとして頂けないなど、主治医の役割を保険者は指導して頂きたい。・強い医師には、指導は？介護保険のケアマネには文書等複雑に求めすぎ。・権利意識の強い世代に対して、自助努力が必要なこと、介護保険、公的なもので全てがまかなえないことを広報活動する必要があると思います。
・ケアマネージャーが在宅支援を行う場合、何らかのサービス利用を行わない限り、給付管理が発生せず、ケアマネージャーの報酬とはならない。この状況では、サービスを利用する為の調整になってしまい、本来必要なサービスとの連携は図りにくくなっている。・ケアマネージャーが所属している法人とのかねあいもあり、中立公平的な動きや他機関との調整を行うことも難しい。ケアマネージャーの報酬体型の見直しを行い、中立公平的な支援が行える様にすることが必要と思う。
ケアマネジメントに対する評価及びサービスの質の向上
良心的な医療、介護に取り組む施設が評価される報酬改正であることを、又利用者本人優先の改定であってほしいです。宮古地区は、医療が破壊され、在宅ケアとはほどとおい地域です。宮古市中心部は、いかなるサービスも利用しながら在宅もできるが、一歩中心部から遠くなると、目にあまるものがあります。
独居・高齢者のみ世帯に対し、在宅医療制度の充実化、訪問ヘルパー等の見守り、夜間のサービスがもっと認められるようにならない限り、在宅生活の継続は難しいと思う。
やはり医療と介護の連携は大切です。書類の枚数が増えることなく診療報酬・介護報酬に反映されたいと思います。
・包括支援センターの予防(支援者)のサービスに対する報酬が下げられると聞いたが本当でしょうか?・ケアマネージャーを利用者が自由に選べるようになるかも、とも聞いた事があるが。・平均寿命が延び、なるべく自立に向けて支援しましょうという考えで、介護認定も要介護よりも要支援になる人が増えてきているように思える。支援になれば、受けられる介護サービスも限られてくる。「出来るのだから介護サービスをあてにせず自分でやりなさい」という考えが見えており、支援で認定は下りたが、本当はもっとサービスを受けたい、必要としている高齢者はたくさんいます。また高齢者が増えており、認定されている人も増え続けているというのに、ケアマネージャーの仕事量が増えるばかりで大変です。件数も限られていますし、仕事量の割には報酬単位も低いです。残しておかなければならない資料も多く、事務量の多さには見ていて大変です。利用者が必要としている介護サービス、それを提供する事業所のフォロー(体制)を介護保険法の中でしっかりと立てて欲しいと思っています。
・介護者の受入れ体制が弱い。・介護保険制度の給付に「しほり」が多すぎる。ターミナルの方と維持期の方を分けることはできないのか。

<p>介護予防について。・定額。例。要支2で週1回のデイ、デイケアでも同じ額ではなく1回、と2回は料金を変え選択できるようにしてほしい。・要支2の場合、デイ、デイケアの併用ができるようにしてほしい。要介Iで両方使っていた人が予防になると片方を選択しなければならない。特定事業所加算について。・ケアマネの人数や利用者の介護度によって加算が採れるという制度は、大きな居宅、特に病院が母体である事業所には有利で、人数の少ない所には、この加算は該当にならない。ケアプランの質ではなく、このような事で加算対象になるのは納得がいかない。特定事業所、集中減算について。デイサービスのみ対象となり、デイケアが入っていないのは何故か、デイとデイケア合算検討してほしい。</p>
<p>・施設の充実。・民間事業者への一層の受入れ</p>
<p>年収の多い人は負担が重くても良いと思う。ケアマネの書類が多すぎて時間が足りない。</p>
<p>今居宅と一緒にデイサービスを経営しています。今の介護保険では、デイサービスの利用中の外出が禁止（実質）されています。一部のふざけた事業所のせいらしいですが。私個人としては、外出（半日かけて行ってくる）して気分転換する事はいい事だと思います。介護保険では「気分転換はダメ」です。何をすることも理由づけが必要です。ケースバイケースで、判断できない人たちが「面倒だから禁止にしちゃえ〜」って考えているとしか思えません。1人1人皆違うので、全員に良い事も悪い事ありません。それを1人1人の反応を見て判断するのが、現場のプロの私達の仕事だと思います。このまま「あれもダメ、これもダメ」にしていっていいんでしょうかと思えます。</p>
<p>・生活保護を受けている単身者の方について、手続き等ケアマネがせざるを得ず、手間がかかる。加算など考慮してほしい。・障害者自立支援と介護サービスを併用している方など、様々な手続きでとても手間がかかる。加算など考慮してほしい。・病院のスタッフが介護保険やサービス、制度について知識が無い。</p>
<p>居宅支援事業所として契約し相談を行い、ケアプラン作成し利用調整するも、結局利用に至らず、給付実績がないために報酬にはならないケースが多々みられる。こうした動きは評価されないという事に納得いかない時がある。</p>
<p>・不必要な医療を減らす。・在宅療養、介護を推進する傾向にあるが、核家族化や女性の就労の増加等でマンパワーが圧倒的に不足している。・在宅サービスを受けるには制限が多すぎる。介護保険の利用限度額は必要ないと思う。・施設入所に関しては、まず高すぎる。国民年金のみでは利用できないところが多すぎる。・介護保険に関しては、必要な書類が多すぎる。もっと簡素化すべき。人員や設備の規制も多すぎ、独創的なサービスの展開が難しい。・介護に関する職種の給料が安すぎる、かといって介護報酬を上げることで対応することも問題。</p>
<p>（ケアマネの立場から）1. 退院前、病院へのカンファレンス等に何度も行きます。行った際の評価されない。2. 病院面会、アセスメント、関連機関の調整など行ったが、結果利用しなかった場合報酬がない（時間はかなり要する）→評価すべき（手間はかなりかかる）。3. 認定結果の遅れにより、利用者のサービスが止まったり制限される。その結果ADL↓や死に至った場合、誰が責任をとる（お金がない為認定度が下がり実費負担が増えれば、利用者はサービスを使わない）。4. 受持ち利用者が要支援になり、人数制限がある為包括へ。区分変更後介護になり、再度居宅のケアマネへ。利用者はその度振り回される。5. 包括より認定の遅れがあった利用者が要支援→介護になった為、居宅ケアマネへ依頼。しかしその月の訪問（同行訪問）もケア会議もアセスメントも行われていなかった。特定事業所加算をとっている為減算はあり得ない。その為に利用者を拒んでしまう。差別してしまう。これでいいの？認定の遅れの為であるので、こういう場合の減算はしないで欲しい（認定結果の遅れは行政の責任、利用者の責任ではない！）。6. 主治医の指示書が、月に1回1つの医療機関のみ。どうしても2ヶ所からの指示書が必要な時、認めて欲しい。7. 主治医の指示書など点数化されているが、ケアマネが入所時に記入する意見書には報酬がない。何故？8. 市独自のサービス利用の場合、行政使用の支援台帳を作成。それって行政の代行だと思います。なのに報酬がない。（書類が多く、利用者にもっと接する事が出来れば、家族にも接することが出来ればと思います。毎日の残業は書類作成です。居宅事業所は赤字経営です。もっと有意義に、利用者の為余裕を持って接して行きたい。利用者は月に1回30分程度話して帰る。ケアマネの報酬を知ったら、どう評価するか、と思う。9. 住まいの充実</p>
<p>連携強化。横ならびの関係性</p>
<p>・財源がないため、サービス利用するに際し、しがらみが多すぎる。仕方がないとは思いますが。特に軽度者のベッドや車イスのリースなど、手続きが煩雑なため、利用者からのクレームなど直接受けてしまう。市の支援事業も同様で、昔ゆるかった規定がだんだん厳しくなり、不公平感がある。・情報公表制度は、時間とお金のムダだと思う。</p>
<p>それぞれの市町村により必要なサービスの違いがあり、一定にすることはむづかしい所がある。今回の改定の訪問介護の巡回型は、高齢者住宅のように次から次へ回れるところはよいが、いなかのように次の家に行くのに30分かかかるようでは、事業所は事業にとり組みにくい。町村ごと、あるいは県ごとに考えることはできないだろうか。</p>
<p>・日中独居も独居加算算定条件にしてほしいです。・地域包括支援センターの業務量が多く、一般ケアマネとの連絡体制に支障あり、と思われまます。・認定審査会の不要論です。サービス担当者会議を認定審査会にすべきです（条件として、必ず医師も同席することとする）。・予防（支援）と介護（要介護）を行ったり来たりしている利用者を見ると、気の毒と思う（担当ケアマネの移動があり、ケアマネも包括もたいへん）。・医療従事者は、介護保険に理解を示し（相互の理解が必要）、もっと勉強してほしいと思っております。</p>
<p>・緊急訪問の夜間、早朝、深夜帯に訪問した場合は、月の初回から加算されるべきだと思う。・介護保険の限度額いっぱい介護サービス利用せざるを得ない人に医療サービスが必要となった場合、削られてしまう事がある。訪問看護は枠外での利用とならないか。</p>
<p>居宅介護サービス費の自己負担はない方がよいと思う。</p>
<p>・介護度で負担限度額が決まっているが、どうしても沢山つかわざるを得ない人は、使える様にした方がよい。・新規時や急変で困った場合等、手厚くかかった場合の居宅への加算をふやしてほしい。・支援のかたの担当も月額報酬をUPしてほしい。介護度が状態回復して改善した場合でも、必要なデイサービスなど利用して改善したので、回数へらさざるをえない場合は、ADL維持に逆行していると考える。</p>

<p>生活全体を考えていく視点の重要性を感じています。生活全体を支える体制を国は考えるべきです。そのことが、高齢になっても障害をもって、前向きに活々とした生活をつくり出していく事になると思います。訪問介護の生活援助を切り捨てていく方向性は逆行するものです。訪問介護も訪問看護も在宅生活を支える中心的事業と考えます。この担い手があえいでいます。もっと手厚い報酬体系を希望します。居宅介護支援も報酬安すぎです。求められる任務が大きいだけに、これでは事業としてなり立たないのではないのでしょうか。介護と医療との連携がさげばれています。医療からの発信をもっと強くしてもらいたいと期待しています。</p>
<p>両者が連携しての24時間在宅ケアの確実な導入が重要だと考えられます。それぞれの犠牲でなく、連携による成功報酬などを評価してほしい。</p>
<p>前回の改定時に様々な加算ができました。介護に関わる職員の待遇改善の意図は理解できますが、利用者にしわ寄せがいったことに対して、正しい方向・方法ではない様に思います。要支援という区分ができて、有益であったと感じた場面は私の経験の中ではありません。人間関係が希薄になっている現状では、今のかんじがらめの介護サービスでは生活力が低下している方を支えるのは困難であると思います。今回の改定では包括的に持続的に在宅生活を支えることが大きなテーマとなっていると思います。それを支える為には私達がしっかりした知識や提言力を身につけなければと思うと同時に、すべての機関と地域全体が同じ方向で共に動ける体制が必要だと思います。</p>
<p>・透析患者が利用できる介護施設と、透析の為の送迎を金銭的負担が軽減できるようにして欲しい。要介護4、5で身体介護の請求が認められても、要介護度の軽い利用者が乗降介助での算定になる介護保険制度では、在宅介護を望んでも困難になる。社会的入院を招く。保険者によって違いがあり、不平等である。</p>
<p>・在宅介護を支えている、介護者への報酬・最後の看取りを在宅で過ごす場合の医療の体制</p>
<p>1、記録の簡素化 2、担当者会議の評価</p>
<p>・居宅の集中減算は必要なのでしょうか？併設事業のかかえこみとか色々言われていますが本人の望む家族が望む事業を利用して頂くのに結果集中してしまったということはあると思います。提出書類の多さが一番苦痛です。・施設の人員基準など特にGHでは、ギリギリの人員で運営をしないとやっていけないところなど一人が休むと他のスタッフにシワ寄せがきて、過酷な労働条件になっていないのでしょうか？病気をしてもムリして出勤しないと減額になるから・・・と感染症（インフルエンザ・ノロウイルス・食中毒など）を病んでいても仕事をしている風景はないのでしょうか？</p>
<p>・ケアマネ業務からだ、報酬につながらない相談業務がかなりある。・訪問看護の現状は、できないことが多く、融通がきかない。1日に頻回な訪問（短時間）が必要な方もいて、そういう方は小規模多機能を選択されてしまう。この点の変更あるようですが・・・。ただ、夜間の訪問も必要な方はいるのですが、この田舎だと、人員配置がとて難しく、当事業所で行えるのか不安がある。</p>
<p>介護の立場から・・・夜勤、月4回、月8休で手取り給料が17万円前後では介護職の生活はやっていけない。看護師の給料が上昇する中で、介護職の給料は全くと言っていい程、あがらない。これでは、介護を職とする人材は育たない。介護職がないと在宅で最期を迎えたい人にとって家族負担が増大する。</p>
<p>・住宅改修が必要な利用者様への支援、計画書の作成料等への評価がない為、無報酬となっている。・医師の在宅介護に対する理解を求めたい。</p>
<p>介護報酬は年々下がっております。（人件費等加算という形では配慮されておりますが）日々の仕事、苦労にあった評価を報酬という形で表わしていただきたく思います。</p>
<p>医師と特に介護現場で働く人々の離職率が高く、支援する側も、家族（高齢者、障害者含む。）がおり、そして、同じ生活者であることをもっと考えてほしい。報酬は、基本の単位の報酬を上げてほしい。処遇改善交付金や、加算系の新設だけでは、無理があるし、介護保険制度で言えば、事業所の特定加算を取るにも、条件がありすぎて、取得するのが実際には困難な状況にあると思う。介護保険の特に在宅サービス系のサービスは、改定ごとに、サービスが細分化され、ご本人様はもとより、ご家族様にも、ご理解を頂くことが難しくなっている。もっと、高齢者にも、一般の人々にも、分りやすい制度とサービス体制、形態にして頂きたいと考えます。</p>
<p>今後介護していく人が増えていかなければいけない世の中になってくると思います。報酬を良くしていかないと、介護をする人が減り、介護を安全に受けられなくなってきます。いろんな人もいますがなんとか、いい面を生かし、よりよい介護が出来るようにしていかなければならない。</p>
<p>・現場の声を少し見直しに、組み込まれたらよい方向へ行くかと考えます。・改定されて、利用する方も働く側も気持ちよく生活出来る制度へと変わっていつてくれることを望みます。・現状の書類の数をもう少し簡素化出来ないものかと思いますが、難しいでしょう</p>
<p>認知症の方が在宅を続ける為には、ショートステイの充実が必要だと思います。ショートを併設出来ているデイはほとんどないので、泊まりデイの新設（介護保険での対応）が出来ると、本人の負担も少なく、慣れた場所、慣れた職員の対応が、BPSDを軽減し、事故（転倒、骨折等）を防いでいく事になると思います。ケアマネが、質の向上を行ない、どんな職種とも対等に論議出来る力をはけていかないといけないと強く思っています。（医療系の専門職から、福祉系出身のケアマネに対して、悪いイメージが強い為）公正、中立な立場で、生活を支える視点が、ケアマネに強く求められると思っています。</p>
<p>・病院や医療の役割りが昔とちがう事をみんながわかるように がんばっている人たちを認めてあげられる、報酬に</p>
<p>・在宅と病院の区分け（本人の身体状態的に見た。・ターミナルケアの理解を家族にうながす。</p>
<p>・医療、介護はともに在宅へ向いているのは、確実なので医療機関も、介護従事者も、相談、支援を充実させ、在宅での生活に利用者（患者）家族とも不安なく、受け入れる支援が必要。報酬制度の評価すべき項目・時間介護の日常生活の世話（生活援助）掃除、買い物・ケアマネジメント</p>
<p>利用者負担費用の引き上げは絶対にさけてもらいたい。</p>

サービスが必要な方や必要でない方の利用が、もっとはつきりできたら良いと思います。
地域包括支援センターがあまりに忙しすぎるのか対応が遅くて実際相談できず、以前在宅介護支援センターをやっていた、当事業では利用者家族や、民生委員、町内会などから相談を受けています。もちろん無料です。包括で有料でやっていることを何とか事業としてやれたらと思います。在宅介護支援センターとして受託できればありがたいです。相談数も月3～4件と多く、どこかにつなぐまで人件費もかかっています。又、自立支援法の障がい者さんにケアマネがついてないのはとてもかわいそうだと思います。家族も、本人もどんなサービスがあるのか知らない場合が多いです。相談員はいても行くことができない人、相談できる所があることを知らない人もいます。お気の毒です。介ゴ保険で家族がいると使えないサービスがあり、家族が拒否するとネグレクト状態になります。市はそれでもだめだと言いました。例外的に利用できないでしょうか。お金がないので民生委員とケアマネが援助しています。
最近、特に多く感じることは医師が安易に胃ろうや人工呼吸器装着を行ってしまうことです。退院後の環境や個人の尊厳を考え十分な説明を行って欲しいと考えます。医療依存度の高い利用者が在宅に戻った時のサービスはとて最少限に抑えられています。施設の利用は特に困難でデイサービスやショートステイなど受入れ先はほとんどない状況です。ヘルパー・介護福祉士がもう少し医療行為が行なえるようになると良いのですが？
介護報酬の見直し。認定制度の見直し、認定調査審査会の取り消し。必要なサービスを必要なだけ使うことができる介護サービス。サービス抑制の為評価の導入。行政から家族に面接しサービスの評価をする。ケアマネにまかせない。老々介護等、介護負担の軽減から、生活支援のくくりなど作らない。重度介護者等に対する行政の特別支援。
とにかく、単位数が足りない。地区で利益の配分について不平等があり、十分な介護を実施しているにもかかわらず、介護度がつかず、担当のケアマネが調査することをばばみ、結果利用者に不利益が出るがあったりする。市会議員にたのんだり、いろいろなところへ相談に行ったり、患者を入院（大きな病院）させて、病院の中で介護度をつけてから出してやっとケアが始まる。このような状態でスムーズに在宅介護がすすむはずがない。訪問介護も十分に（十二分に）力を発揮したくても単位数が足りなければボランティア活動ばかりで仕事にならず、不利益となり、士気も下がってしまう。とにかく、事業所によって不平等があるのか、信用がないからか何かよくわからないが、介護度がつかないのには困ってしまう。いつも足りない。十分にアセスメントしているが、役所には専門家がいないので話してもわかってもらえない。私は人助けがしたいのである。私もボランティアしている。在宅はけっこうやりづらいものである。私の事業所は始めてから2年間、在宅で死亡したことはない。（信頼を得るためである）。家で死にたいと言う人もいたが、そういうわけではなえてあげられない。やっぱり死なしたくないかと言われるからである。そうじゃなくてもしろうとばかりが死んだらどうするんかと毎度きいてくる。失礼な話である。病院で死なしてもあなたの病院はよく死ぬじゃないか等と言われる。だからプライドのためにも死なすわけにはいかないのだから。わかって頂けたでしょうか。わからんでしょうか？だいたいその人らしく幸せに生かすのが目的なんですよ？わたしはやってますよ！！とにかく、単位数が変なところに行くと、私の貧乏な利用者にはまわってこないということです。神様におすがりするしかありませんでしょうか？畑ににんじんやじゃがいもつくって生活費2万でヘルパーがやりくりします。どーにかしてちょうだいあれなら見に来なさいよ どーぞ 行政は大手事業所をゆうぐうするか？雪の中で大手事業所はサービスを拒否します。雪だからといってどうしましょうか！？
サービス量の絶対が不足している。介護職は今の不況で就職難の時代でさえ、人数が不足しており、今後の供給について、心配である。やはり、待遇を上げていく必要があると思う。同居家族への生活援助など、制度的にあいまいで、現場にまかされている面があり、ケアマネジャーでいうと、御用聞きの方が家族にとって便利になってしまっている現状がある。できないものはできないと決め、その他の自費サービスを充実させて、補助するなど、介護保険として行うべきことを明確にして欲しい。今後も医療と介護の連携は行う必要あり、報酬への位置づけは必要と思われる。
政治にあやつられるまま、従っている現状で、日本のこれからの高齢者福祉には全く期待できません。
居宅介護支援事業者が単独で経営していくには経営的に厳しい。入退院をくり返す利用者も多く、担当プランが変動しやすく、新しいプランを引き受けても大丈夫か常に不安。住宅改修の家屋調査の立ち合い、意見書作成、手続きのみの仕事はよくあるが、サービスが発生しないため、ケアマネの報酬が発生しない。
・高令者医療と介ゴを一体として捉え、医療報酬→介護報酬へと給付費の配分を見直すこと。（医療職と介ゴ職の給与格差の是正）。・安定した財源の確保により在宅サービスの量的充足を図ること。
要介護状態になっても住み慣れた地域で最後まで自宅で暮らしたいと思う事が結局は困難な状況になっている。費用の負担 連携の不備 介護職員の離職などの原因が考えられる。介護職の離職に対して施策として処遇改善の改定をされているが更に検証していただき財源を確保して欲しい。認知症介護が増える事を考慮した施策の充実を図って欲しい。
民間経営の事業体では対応できなくなる？措置の時代に逆行せよと言っているわけではないが、行政主導の取り組みが必要となってくると思う。
1. 訪問看護は医療保険のみにして欲しい。介護と医療は区別して欲しい。又、単位数が高く限度額に入らない。2. 自立支援法などそれぞれ、複雑になり、地域間格差もありわかりにくい。整備して欲しい。3. 福祉施設で介護職の吸引が医療行為でできないなどの問題があり、チューブ挿入やインシュリン、褥創など処置のある利用者が受け入れてもらえない。NSを増やすなど体制を整備して入所拒否がないようにして欲しい。介護難民をかかえ大変です。
介護保険制度には、様々な制約があるため、利用者のニーズに対応できない面が多いと思う。事業所によっては、保険内と保険外というように、様々なニーズに対応してくださっている所もあり、助かっている。社会保障制度全般の問題であるが、これからの高令者の年金では、とうてい施設には入れない。高令者が、老後のお金の心配をしなくてもよい社会を望みたい。
①介護報酬に目り張りをつける。介護用品は2から3割負担でよい。（甘すぎる）住宅改修も2から3割負担で良い。ムダあり。②高所得者は2～3割負担とする。（年収800万以上の方等）③医療では酸素など、機器が高すぎる。④薬が高すぎる。大部分はジェネリックで良いはず。半額にはなるはず。医師がジェネリックを処方する。⑤介護保険を全員から天引きで

<p>集めている以上（家族がいるから等で）介護をしぼる（拒否する）のは良くない。（今に訴訟が起きるでしょう）⑥脱退の自由を、介護保険と健康保険に認めるべき⑦⑥が出来ないなら開業医の優遇と薬会社の優遇をやめるべきです。⑧使う個人庶民の立場が全く反映していない。</p>
<p>医療保険、介護保険は国民が主体でありたっているという観点にたち、その利用も考えるべきである。90才台になっても保険は利用しないという方もいれば、70才台より介護予防支援を受けている方も多数である。保険制度のあるべき姿が今一度考え、報酬制度も見直すべきかと思う。取りやすいところからとる、負担を願うのではなく、汗水流して働く国民に報いる制度を確立すべきであると思う。</p>
<p>居宅介護支援費の利用者負担導入については盛り込まないと言う事が正式に発表され、胸をなでおろしています。導入論の発端は「財源論」「ケアマネジメントの質」が問われ、それが契機となった背景があるとの事。医療・介護連携に係るケアマネジャーの役割に関しても注視されているので資質向上や研修のあり方について議論し体制を整える必要があると思います。・介護支援専門員の現状と課題（・他から支援等を受けにくい。・専門職としての資質にバラつきがある。・業務負担が増大である。）（・地域包括ケアの実現。・多職種、多機関との連携。・長期継続的なケアマネジメントを担う役割の必要性。・新たな課題に対応できる介護支援専門員の養成。・公正、中立性に課題がある。）・改良点。特定事業所加算の加算要件の緩和～算定月の要介護3～5の割合が5割以上→3～5割の範囲とし流動的にする。・評価すべき項目。適切なケアマネジメントにより介護から予防支援に移行となった場合評価し加算すべきである</p>
<p>介護保険では、介護度を下げないために、演技をする高齢者もいる。必要なサービスが、介護度のよらず、利用できる様な制度になってほしい。医療との連携についても、もう少し、ふみ込んでほしい。医療のリハビリ→介護のリハビリ。どちらも対象は「人」。暖かみのある制度であってほしい。</p>
<p>むつかしいことを考えずに自然に周囲の者が、在宅、（施設）で世話が必要な人々を見ていけると良いのですが・・・</p>
<p>認定調査が入っても、サービス利用に結びつかない人が多い。調査・審査会と、ムダに費用がかかっているのでは、と思ったりもしています。</p>
<p>薬はあまりつかわないようにしましょう</p>
<p>どこにどのような支援を必要としている高齢者がどの程度いるのか介護ホケンサービスの過不足。医療についても本当に必要かどうか。適正を考える事が必要でガイドラインがあったらと思う</p>
<p>ヘルパーの出来る内容を拡大する事。</p>
<p>居宅届けを出し、自宅、病院への訪問を重ね、計画も作成し、いざサービス利用となった際に死亡したり、急に、サービスがなくなった場合、何の報酬もないというのは、どうなのでしょう</p>
<p>介護職に携わる人々の給料アップ</p>
<p>地域包括支援センター制度。制度見直しで発足したため、有力な事業者が運営しているので、単体（我々のような）の事業所は経営が困難になりつつある。</p>
<p>介護報酬が医療報酬に比べて1/3～1/4と大変低く設定されている。1. 居宅支援事業の場合は、「介護の要」と言われ、その活動範囲は、ケースワーカーや、民生委員の分野迄及んでいる。作業量、行動範囲の広さ等々勘案すると報酬は作業量に見合わない。特に行政・医療・各施設から、或いは、自治体から等も、介護利用者に対する処置や、苦情が来る。最も身近に関係している存在として。2. ヘルパーにしても作業内容を考えると看護師より範囲等が広く、定まらない。もっと看護報酬に近づけるべきと思う。3. 事業者内容に関するインターネット検索先が多い。情報公表制度、WAMNET一つにまとめた方がよい。情報公表は利用者で検索しているのを聞いた事がない。ケアマネもこれを参考にすることがない。地域内の情報の方が適確である。費用を使って行うに値いしないと思われる。相方で情報が異なる事もある。</p>
<p>施設入所の基準、料金などくらべ、在宅での介護の場合短い時間しか援助を受けられなく料金も割高になっている家族の協力する手間、精神的負担を考えると必要な援助をスムーズに利用出来る制度に見直しをしてほしい。施設の介護サービスは24時間のバイキング方式で利用出来、在宅は必要な物だけ注文して利用する専門店になっていると思います。むだな所に補助をするのではなく国は介護報酬等、助成金を活用してほしい。介護認定の基準についても必要だから申請していても家人の協力があるから認定に至らないケースもある。施設入所も退所を目標となっているが一度入ったり終身介護が受けれると本人より家族のために機能している所が多い。病院で治療をして回復（リハビリ）の為に老健で入所、次は在宅で生活するシステムに身寄り、親類がない人々が共同で生活する生活の場が施設であれば良いが、生活の場の施設も外部からの援助を必要な所に配置してむだな所は配置しない介護になれば報酬に対しての見直しが出来ると私は考えています。お金を支払えば丸なげの介護を考えている人、本当に必要な事に介護を考えている人、地域の考えでさまざまですが行政の考え方もよくわかる人が制度改正を考えてほしいと思います。</p>
<p>独り暮らし、老々世帯、屋間独居、などがほとんどです。認知症で見守りが必要。心身機能の低下から見守りがあればなんとか生活できる場合も見守りがいないためにおこる事故等を考え限度額がオーバーする場合があります。介護報酬が改定され、利用料金が上がればさらに自己負担が増える可能性もあります。一方、ヘルパーなどの介護報酬は訪問看護に比べ低い。そのため、ヘルパー不足といったこともおこっています。利用者からは、「長生きするでいけないね」などと言われます・・・頭がいっぱいで、どうしていいかわかりません</p>
<p>・現状制度に求められる改良点・・・居宅介護支援事業所が独立して事業を行なっていくように介護報酬を設定してほしい。・現行では公正中立な立場での業務は難しい。</p>
<p>保険料を払っているにもかかわらず「あれもできない、これもできない」と介護サービスに制限があり、被保険者に不満がつっている。給付制限があるのは財源が無いから・・・という事ですが、上手く税金を使う事をして欲しい（保険料をあげる・・・という話しにもっていくのではなく）</p>
<p>ケアマネ一人の為、特定事業所加算体制がとれず現在の介護報酬では採算がとれず事業所閉鎖の危機感がつきまとう。体制用</p>

<p>件の見直しを望みます。主任CMの有資格者であれば、経験年数や情報量も多くケアプラン作成も熟知している為、体制の見直しとしてケアマネの人員の緩和を検討して下さい。</p>
<p>住宅改修の申請書作成（理由書）に点数をつけてほしい。</p>
<p>介護保険制度が制定された理由としては、家族だけで介護を行うのではなく、社会全体で介護を行う、という考え方で制定されたはずではあったが、現実には家族ありきの保険になっていること。</p>
<p>1. 住宅改修に関してケアマネジャーが関与していますが、住宅改修については、ケアマネジャーではなく、専門の方が携わられる仕組みに替えた方が良くと思う。2. 居宅介護支援事業について 居宅支援事業者が単独でも経営できるような介護報酬の制度に改善して欲しい。</p>
<p>在宅介護には医療的な知識が重要といわれており理解はできますが、加齢に供ない、病気を意識しはじめて医療を考えはじめます。普段はそれほど医療を気にかけて生活している人は少ないと思います。これまでの日本の教育の中に生活習慣病を取上げてきた事が少なかったのではないのでしょうか…人は、それぞれの生活を楽しく暮らしたいと願うものではないのでしょうか。国の財源の問題があり、一番本人、家族にとって必要（生活を支えてくれる支援）な訪問介護が制度にしばられ使えないのが現在の問題と考えます。在宅（医療も介護も）に目をむけるのならば、1人1人の生活（暮らし）をもっと上の人達が知るべきだと思います。</p>
<p>・デイサービスやヘルパーを併設しないで居宅だけで運営できるような報酬の改正ができるといい。・ケアマネは事務仕事が多いので、事務の負担が少なくなればいい。・在宅でがんばる人（家族）に何か還元するものももっとあればいい。</p>
<p>①デイサービスやショート施設の施設等に「特別医療加算」を取れる様にする 他の利用者より対応が必要で手間も多いが、食事もちこみ等もあり食費も取れない。加算を取る事で受け入れしやすくなるのでは。②重度の利用者に限り、ヘルパーや看護職を長時間派遣出来る制度にする 負担は少なく報酬多く</p>
<p>・医療に関しては、制度がきちんとしているが、介護になるとあいまいで、ケアマネジャーが苦勞することが多い。・H. 12年よりケアマネ業務に従事しているが、サービスを利用せずに頑張っておられる高齢者に対しての、ごほうびがない。何年間かサービス利用されず介保料は引かれている。今後、そのような方々に、元気で生活していたら介保料が安くなるとか、年度末に給付金が出るのかならないものか？・通院介助について。→院内は基本病院側の介助だからヘルパー介助はおかしい？といわれるが、実際、大病院ではほぼ院内介助は期待できない。結局、ヘルパーにたのまないと独り者の方は不利。しかし、ヘルパー介助は車中見守り必要な人でないと身体はとれないと、保険者より言われる。最近、通院介助が急増しており、毎回、悩みながらプランをたてている状態。→何とか良い方法はないのか？・ケアマネのプラン料も低いと考える。1ヶ月にほぼ毎日、訪問しないといけない方もおられ、割に合わないと思う（※利用者様のところへは、嫌々訪問しているのではないが…必要だから行っている）・担当ケース数について。→30件程が妥当。事ム業ムに追われる状態。今後の設定に期待します。</p>
<p>介護保険の居宅報酬においても退院時の連携が算定できるようになり医療側から介護の方へ、歩み寄りが進んだように思う。以前は入院時に在宅の情報を持っていても怪訝な顔をされたり、退院日を教えてもらえないこともあった。団塊世代が高齢者となり、医療介護の需要は高まる。入院施設や、介護施設の受け入れがパンクすると思われる。在宅介護、在宅医療・看護の体制づくりが必要と思う。</p>
<p>訪問看ゴが、介ゴホケンの中で、運用される点について少々無理がある。また、医療ホケンと、介ゴホケンの利用者では、カンファレンスに出て算定されないことが多いので、本当に利用者さんのために、していることが、評価されないのは、残念です。</p>
<p>居宅介護支援事業所としては①独立型の事業所が運営できる報酬になっていない。②受けもち件数が多すぎて個別の対応に十分に時間がとれない それでも月50hのサービス残業をしている。</p>
<p>・介護保険以外に認知症の人を支援する新しいサービスや独居・高齢者夫婦の見守り支援をして、配食サービスの拡大が必要です。</p>
<p>・要支援者、要介護1の方へのベッド、車イスレンタルができるようになってほしい。（ADL維持するため、レンタルできるようにしてほしい。）・要支援者の持ち数（8人はすぐいっぱいになってしまう。）</p>
<p>・医療・介護従事者 24時間体制に対して人的環境の整備 人的環境に備えての経済的確保 医療、介護者の研修 質の向上（研修・勉強会etc）・事業者 24時間体制に対して人的環境の整備 人的環境に備えての経済的確保 医療、介護者の研修 質の向上（研修・勉強会etc）・現状制度（介護保険に関して・・・） 利用者の生活を支えるとの観点から・・・衣食住に関する支援→訪問介護（ヘルパー）の充実。同居家族のある方（事情は様々）生活援助は基本的にNGとなっていて、導入には保険者との協議が必要となっています。保険者は介護保険の財源を考慮するので厳しい。その点費用は、利用者負担ではなく国～支出して欲しいと思う。もともとヘルパーの介護報酬はとても低いのが現状です。その単価引き上げも利用者負担にするのではなく、国～支出して欲しいと思う。</p>
<p>現在、地域包括支援センターから委託されている予防プランを、2005年改正前のように、居宅のケアマネジャーに担当させていただきたい。プラン作成に伴う事務が煩雑すぎる。</p>
<p>軽度者に対するサービスの無駄遣いは是正。無用な申請の排除。</p>
<p>やる気を・・・</p>
<p>*在宅診療の拡充 訪問診療所の緩和医療・在宅医療の専門医が増えるような仕組みをつくっていただきたい。開業の医師は多忙のためか往診を断る傾向にあります。受けても急な状況変化への対応は困難です。訪問診療所の医師であれば状態変化にも対応していただけます。最期は在宅で過ごしたいと願う方は多く居られます、1人でも多く希望が叶えられるような制度にして頂きたいと願います。*在宅看護について 訪問看護ステーションに訪問・通所・宿泊の機能があれば療養の世話と医療的ケアの部分が継続して保障され、最期まで在宅で過ごせる方が増えると思います。療養通所介護の内容は療養通所看護です。訪問看護と同様に医療保険も使えるような制度にして年齢制限をなくしたり、末期の方や難病の方・重介護の方が単位を心配</p>

せず安心して利用できる在宅療養が充実すると思います。療養通所介護にショートステイの機能があると家族も安心できます。最期の看取りも可能になります。(スプリンクラー等、消防法の基準の遵守に要する経費や人件費は多くなりますが・・・)療養通所介護の人員基準とスペースの基準を緩和し、加算を見直す事により施設の数が増えると思われま。\*がん患者の介護認定について がん末期で在宅療養を勧められる方の多くは、申請時の状態が要介護「1~2」程度であったとしても数日間~数週間で急激に状態が悪化しながら死を迎えます。介護保険を使える期間も短期間です。せめて十分使えるような仕組みを作っていたきたい。介護保険の認定結果が亡くなった後に出ることも多いのが、がん末期の介護認定の実態です。意見書にがん末期と記入されてあった場合はすべて「要介護3~5」の範囲に決めていただくと安心して必要なサービスが開始されます。がん治療中では、治療効果によって短期間の間に軽要介護になったり重介護になったりします。その度にベッドを設置したり引き上げたりした経験もあります。意見書と言う方法もありますが、法律の基本を尊重したいと言う利用者の方も居られます。落ち着いてベッド位は利用できるの良いと思います。\*がん末期の方のケアプラン料について 大変な割合にしてはケアプラン料金も低すぎます。短期間に多くの関わりと労力が必要ですが、ケアプラン料に反映されません。ケアプラン料の見直しを是非お願いしたい。\*介護保をが将来的には年齢制限無く使えるようにして頂きたい。

介護保険見直しの課題の一つに、在宅サービス利用者の「区分支給限度基準額」問題がある。介護保険開始当初から「この限度額では十分な在宅介護はできない」「超過分は全額自己負担となり利用者は耐えられない」など多くの指摘があった。にもかかわらずこの11年間一切の見直しがなく、2009年度介護報酬改定で報酬引き上げがあったにも関わらずこの限度額が据え置かれたため、限度額超過となることを恐れてサービスを控えることが多発した。昨年11月30日の社会保障審議会介護保険部会の「介護保険制度見直しに関する意見」では、(区分支給限度基準額)・区分支給限度基準額については、その引き上げ等を求める意見があり、まず、限度額を超えてサービスを利用している人の状況や利用の状況等の実態を把握、分析することが必要である。・その上で、区分支給限度基準額を超えているケースについては、・ケアプランの見直しにより対応が可能なのか・加算等の仕組みがあることによるものか・今後の新たなサービスの導入等による影響をどう考えるかなどについて、次期介護報酬改定に向け検証を行い、介護給付費分科会において必要な対応を図ることが望ましい。とされていた。今回報告された「区分支給限度額基準額に関する調査結果の概要」は、「超過者の週間ケアプランについて、市町村におけるケアプランの点検者における評価によると、「見直す余地がある」との意見が9割であった。「担当のケアマネジャーに対するアンケート結果では、訪問介護の利用内容を見ると、身体介護に比べ、生活援助の利用が多かった。「また、家族等で介護が補えないため」、「利用者本人や家族から「強い要望があるため」区分支給限度基準額を超えたケアプランを作成している例が多かった。」として、「区分支給限度基準額については、まず、ケアマネジメントの実態を踏まえた上で議論をすべきではないか。」と結論づけている。まさに、限度額超過は、利用者・家族のわがままと不適切ケアプランにその責任があるかのような言い草である。しかし、たとえば、「区分支給限度基準額を超えたケアプランを作成している理由」では、①家族等で介護が補えないため77.5%②利用者本人や家族からの強い要望があるため47.7%③利用者の認知症が進行しており、多くのサービスが必要なため38.2%④利用者の状態(認知症を除く)から判断して、多くのサービスが必要なため36.7%在宅の利用者の生活の大変さや家族の介護の負担の大きさ、区分限度額を超過して多大な自己負担に苦しんでいることが、この数字からでも容易によみとれるではないか。家族だけでは支えきれない利用者家族が、多大な自己負担を覚悟で「強い要望」をすることが何か問題なのか、と言いたい。限度額超過分は一切保険給付が行われていないのだから。「経済的に余裕がある」という回答はわずか24パーセントである。また、訪問介護やリハビリなど医療系サービスが少ないと問題視しているが、それこそ区分支給限度額や、負担の重さ、医療系サービスの提供体制にも大きな原因があるのでないか。市町村の評価者の評価を主要な論拠に「ケアプランの見直しが必要」が大多数と決めつけているが、その内容はまともに分析されておらず、同じ評価者でも医療関係職と福祉関係職で大きく傾向が異なるなど、分析なしには結論付けられないものである。まさに「いいとこどり」の調査結果利用である。過去にも、「訪問介護の過度な利用が廃用症候群を引き起こしている」とか「介護サービスの利用が状態に改善につなげていない」とかという意図的な調査結果をもとに、強引に「新予防給付」を導入した「前科」がある。意図的な「調査結果」を公表し、「一人歩き」させ、サービスの切捨ての世論を誘導していく、まさに悪質な詐欺的手法である。こんな小手先の議論では介護保険は悪くなる一方ではないでしょうか??社会保障審議会介護給付費分科会(第71回)での「区分支給限度基準額に関する調査結果」報告を機に「ケアマネジメントの質について議論」がおかしな方向に進みつつある。この報告は、「区分支給限度額超過者の8割が2種類以下のサービス」「超過者の9割はケアプランを見直す余地がある」などと報道され、これが、独り歩きし、区分支給限度額見直しの議論でなく、「ケアマネジメントの質」の議論にすり替えられようとしている。とくに、同分科会での池田省三委員(龍谷大学教授)は、この調査結果を受けて、まるで鬼の首をとったかのように、ケアマネジャーの行っているケアマネジメントについて「サービスの組合せなんか考えていない。利用者・家族の要求の言いなりになっている。ニーズ(必要性)とデマンド(要求)の区別がついていないということだ」「緊急にケアマネジメントの再構築を考えなければならない」と発言したそうである。また、医療系のある委員は、「ケアプランは、誰かのチェックを受けているという現実があるのか」と質問し、「専門職としての意識が低く、利用者側の意見をほとんど聞いてしまうような場合では、本当は医療が必要なのに、ヘルパーがいてくれれば助かるということで選んでいるケースもあるのではないか。」などの意見を述べたそうである。ケアプラン点検について、厚労省は、ケアプラン点検の実施率は21年度実績で56%程度、また、サンプル的な調査であるため実施率を上げることが大きな課題であると説明(古川介護保険計画課長)したという。本来区分支給限度基準額の議論は、介護保険制度開始後基本的な見直しがなされていない中で、この限度額程度では在宅介護が賄いきれないという現場や利用者家族の切実な声から始まったはずだが、完全に議論がすり替えられている。やり玉に上がっているのはケアマネジャーである。鹿児島で開かれた「第5回日本介護支援専門員協力全国大会」で、報告した厚生労働省老健局振興課の川又竹男課長は、ケアマネジャーの質向上や資格制度、研修のあり方を議論する検討の場を設置するのに先立ち、ケアマネジメントに関する大規模な実態把握調査を実施する方針であることを明らかにした。川又課長によれば、マネジメントの実態を正確に把握できるデータがなければ、実情に即した議論ができず、「結局、(議論は内容を伴わない)空中戦で終わってしまう」と指摘。その上で、検討の場を設ける前に、▽利用者の状態等▽実際に作成されて

<p>いるケアプランの実態▽ケアマネジャーの属性や、ケアマネジャーがプランを作成するに当たっての考え方▽ケアマネジャーが所属している事業所の実情—などの調査を実施する方針を明らかにした。調査の時期や規模など詳細は未定だが、7日に厚労省が結果を発表した区分支給限度額に関する調査よりも大規模な調査が実施される見通し。（医療介護CBニュースより）ケアプランに自己負担を導入することを画策し、反対世論の前にこれを見送らざるを得なくなった厚労省が、今度は「質向上」「資格・研修の在り方」を前面に、ケアマネジャーをやり玉にあげたのではないかと。というも、厚労省が「地域包括ケア」を支える新たなサービスの目玉としている「24時間対応の定期巡回・随時対応サービス」は検討会の中間報告によれば、居宅介護支援事業所のケアマネジャーとは別に独自にアセスメント・ケアマネジメントを行うとされており、ケアマネジャーとは「共同マネジメント」の関係とされているからである（「24時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会」中間取りまとめ）。この検討会での最終報告での扱いは、現時点では分からないが、「訪問サービス」でありながら、ケアマネジャーの「守備範囲」から相対的に独立した「マネジメント」権限を与えられたという、まったく新しい「居住サービス」である。さらに、この「24時間対応の定期巡回・随時対応サービス」の指定に関して、他の居住サービスの指定も影響を受けることになる。「第5回日本介護支援専門員協会全国大会」で、報告した厚生労働省老健局振興課の川又竹男課長は、「2012年度に本格導入が予定されている事業者の指定権者となる市町村が、都道府県による居住サービス事業者の指定に当たって協議を求められることができる『居宅サービス指定に当たっての市町村協議制』を導入する方針も示した。類似サービスである居宅サービスと24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの事業者の指定を調整することで、確実な利用者の確保を実現することが狙い」（医療介護CBニュース）と報じられている。在宅介護の「要」とされてきた介護支援事業所のケアマネジャーの守備範囲が大きく変えられようとしているのではないかと。思えば、6年間の介護保険改正の時に、軽度者の「介護予防」が不十分として、要支援者のケアマネジメントを居宅介護支援事業所のケアマネジャーから奪い、地域包括支援センター（介護予防支援事業所）に移したように、今度は、「中重度者のケアマネジメントが不十分」として、「24時間対応の定期巡回・随時対応サービス」や「複合サービス」といった「地域包括ケア」の目玉となる新たなサービスを居宅介護支援事業所のケアマネジャーの守備範囲から除こうとする策動ではないかと。軽度者のマネジメントを奪われ、重度者のマネジメントも奪われるならば、在宅介護の「要」として居宅介護支援事業所のケアマネジャーはどうなるのか。中立公正・利用者本位はどうなるのか、ケアマネジメントへの自己負担導入議論も復活しかねない。「ケアマネジメントの質」をめぐる議論の中にこの危険な意図が隠されてはいないだろうか。</p>
<p>訪問介護員の確保が困難という問題が、慢性化しています。特に、日曜日と夜間の確保が難しい。そのため、土曜日～日曜日にかけて、ショートステイを利用という方が多いのですが、ショートステイもベッド数が確保できなくなってきており、いずれのサービスも利用できなくなってきているという例が増えてきています。介護職の人員が確保できるような体制が構築できれば大変ありがたいのですが。</p>
<p>・訪問介護での同居家族の問題や、通院および院内介助等、規制が多い。ヘルパーにも一定の研修をすれば経管栄養の注入や痰の吸引等の簡単な医療行為は可能にしてほしい。・訪問看護は利用料が高額すぎて単価も高いので、介護保険ではなく医療保険で位置づけるべきだと思います。・ショートステイが不足しており、空きもない。一番必要な緊急で利用できないことが多いため、デイサービスに組み合わせる利用できるようにしてほしい。</p>
<p>事業を運営する上で、介護報酬の改定より左右される事が多く、人手不足であるが、人員の確保がむずかしい。職員の働く環境も安定して満足してもらいたい。利用者の負担が大きくなると、利用したいサービスが利用できなくなる人が、多くなり、ケアプラン作成どころではなくなってしまふ。地域によって課題は違うので、施設介護を重視するか在宅介護の環境を整えていくのか、全国的に統一はできないと感じる。</p>
<p>例えば、要支援2と要介護1の間を行き来している方の場合、サービス内容や居宅が変更となることで不利益を被ることがあるので、検討していただきたい。</p>
<p>前回の改定でも、職員の待遇改善にはなっていないと思う。今後利用者が増加していくことが予想され、介護職も増やしていくためには、収入の安定が必要です。</p>
<p>①すべての訪問看護ステーションが24時間対応できるように、看護師の育成、及び報酬の保証をすること。②報酬にかかわらず、在宅重視でやって事務が、「1万点の看取り」というのは、気持ちが悪い。もっとさげてよいが、「24時間以内の訪問必要」という制御ははずすべき。③在医経管を2種にわけて、月2回往診に対し4200点を少し下げ、月1回往診にも半額ぐらいの点数をつけるべき。④医療従事者は、365日24時間体制に何らかの形で参加するように啓発（強制はだめ）⑤担当者会議を会例に義務づけることの不当なこと。⑥書類の簡素化⑦介護職の待遇改善⑧医療における「おくすり」外来についても、管理料をみとめること。（指導管理を行った場合、家族に対しや、その他の人に対しても）そもそも無診投薬は医師法違反であるのに厚労省は、「おくすり外来」をみとめているのは矛盾。⑨銘柄別薬類を特許中から廃止すべき。一般名表示にもどすべき⑩医師の自浄作用として、おしかけ往診（訪診）をやめるべき。</p>
<p>胃ろう、ねたきり、全身拘縮など重度化が進む中、重介護にもかかわらず報酬に加算されない</p>
<p>・患者や利用者の視点に立った安全、安心で質の高い医療や介護が受けられる体制の構築。QOLの向上。医療、介護情報の提供による適切な選択の支援。医師不足の問題（産婦人科、小児科等）・高齢者の生活に適した住宅の供給。地域としての施設居住系サービスの今後の整備。介護施設の人材不足の問題。介護職員に対してのコストの問題。・医療から介護への切れ目のないサービスが提供できるようにしていきたい。</p>
<p>介護報酬の改定は必要と思いますが、将来の介護利用者の増加を考えると、何処かで歯止めをかけないと健保と同じで、赤字となる事が予測されます。政治に望む事は、実況可能なマニフェストで国民に将来に対する希望と安心感を与える事だと思います。</p>
<p>医療ニーズに合わせた報酬対価、加算等があっても良いと思う。</p>
<p>①行政の方向性が見えない。②介護が現場の人間は長く継続して仕事していく経済力が持たず、短期間で辞めていく例が増大</p>

<p>している。③行政は書類の量ばかり増やし、現実に関わる時間を短くしている現状を改める必要があることを認識していない。 *川島先生には以前塩釜での在宅介護を支える現場でのヘルパー指導の際、大変お世話になりました。これからも勉強していきたいので今後共々よくお願い申し上げます。先生の活動を応援しております。</p>
<p>特になし。</p>
<p>①介護支援専門員の仕事が多過ぎる。②本当に使いたい介護保険が使えない利用者が多過ぎる。重篤であり介護者も高齢で多くの介護が必要であっても使えない(例)通院介助の送迎などの制限、経済的理由で使えない等、高齢者の立場になっていない。 *私は1人で居宅支援事業所をやっているため少数の御利用者しか受け入れは出来ません。但し、1人1人のお世話について誰に遠慮することもなく誠心誠意を以って御本人、御家族が安心して在宅介護が出来るように心懸けています。その為、24時間相談相手になってしまい、休まる時がありません。乱文、乱筆、御容赦下さいませ。</p>
<p>在宅介護のケアチームとなるべきケアマネジャーにあまりに運営基準上クリアすべき事務処理が多すぎて、やる気はあっても、自分の事業所の経営を維持するため、本来優先すべき利用者対応が後手に回ってしまわざるを得ない現状がある。ケアマネジャーはだれひとりとして、片手間や利潤第一で仕事をしている訳ではないので、多少、事務処理が遅れたり、不備があっても、利用者第一の原則が守れる環境になってほしい。</p>
<p>・在宅訪問診療、居宅療養管理指導を利用されている方ですが、薬が自宅に届けていただけると喜んでます。なるべく家族が薬局に行って頂くよう声掛けしています。届けて頂いているのがケアマネジャーはしなかったケースがありました。しらないうちに薬剤師居宅療養管理指導が設定されているケースが多々ありました。「500円で自宅に薬を届けてくれるので助かります」との家族の声。</p>
<p>介護職員の処遇改善が叫ばれる中で、ベースアップはされたものの事業によっては、さほど反映されず、職員の定着や人材確保ができるほどの改善には至っていないと思います。介護報酬改定に向け再度検討必要と思われる。ただ介護報酬や保険料のアップは、高齢者を苦しめている要素になっていることは相違ありません。低所得の利用者で介護の必要な方にとっては、納得のいかない部分でしょう。負担額を所得割にすればもう少し利用しやすくなるでしょうけど。前回の改正では、医療と介護の継ぎ目のないサービスの充実にも目を向けて頂きましたが、病床の減少や施設の受入れが困難な現状では、在宅サービスの充実を図るべく見直しが必要となってきます。それとともにケア提供体制も整備しなければならない時期なのではないでしょうか。訪問介護サービスのサービス提供責任者の業務に対する評価をもう少し見直しして頂きたいものです。訪問の現場をこなし、内勤、管理的業務により、手が回らない実状です。計画書作成、モニタリング、等々、ケアマネと相違ない程の仕事内容、量をこなしているような気がします。ケアマネの報酬はアップしたのにヘルパーは、初回加算と緊急時加算、事業所加算のわずかなアップにとどまりました。これは声を大にして行政に届けていかなければならないと思います。</p>
<p>医療介護保険サービスのみならず、地域サービスの把握と十分な活用、介護保険において要介護者の支給限度額が一行に改正されていない。また、利用者負担の増大やサービス提供事業所の報酬減は避けてほしいサービス提供事業所、特に訪問介護サービス事業所への利益を増加してほしい</p>
<p>利用者本人や家族が本当に求めているものを提供できているか。その方を取りまく全ての介護職が同じ思いでなくてもよいのか考えられる仮題は山積みである。</p>
<p>ご本人、ご家族の立場に立った支援を継続していく。</p>
<p>①要介護認定の初回申請及び変更申請時の認定期間が6か月なのは短すぎる。現在、認定が下りるまで2か月位かかる場合もあり、そうすると、認定がおりてすぐ更新調査となってしまうので、認定に関わる費用の削減のためにも、せめて1年間にした方がよい。また、要支援2と要介護1を半年で行ったりきたりして、地域包括支援センターと居宅介護支援事業とその都度契約を交わし担当ケアマネジャー代わるというのは利用者にとって負担が大きい。②要支援認定を受けている利用者の予防介護支援サービス計画書の書式が煩雑であり、介護報酬に対して割が合わない。書式の見直しをぜひ実施してほしい。③申請してから認定が下りるまで、1か月以上かかる場合が多く、困っている。早く認定が下りるようなシステムにしてほしい。④情報公共制度にお金がかかる割にはあまり利用されていないのではないかと。事業者負担額をもう少し減らしてほしい。⑤ケアマネジャーの養成は大学教育で系統だてておこなう。主任ケアマネジャー資格は受講のみの認定だけでなく、試験を課す。上記2点の改正によりケアマネジャーの資質向上を目指す。</p>
<p>・医療と介護が連携していかないと、いけないと思います。医療側が報酬をつけてくれたことにより、ケアマネも連携がしやすくなった点があります。・独居者や老々介護者など、受診させることが困難な高齢者のために在宅医療について、もっと充実させてほしい。</p>
<p>加算ではなく居宅介護支援の包括的な報酬の引き上げ。ケアマネの役割が介護保険外にも広がっているため、見直し。ケアマネ本来の設立趣旨である、地域社会におちているサービス、必要と思うサービスなどについて提案した事業所への報酬支援をしていく。</p>
<p>特にありません。</p>
<p>書類が多すぎると思います。加算も退職者で変更しなければならぬ等状態が安定しない。年齢的に給料も低く、自己犠牲も多いです。施設での夜勤等制度上の最低人数が少なく、経営者も最低人員しか配置しない等、職員の負担が大きすぎる。</p>
<p>介護従業者の待遇が改善されないままなのでまず改善して働きやすく、労働人口も増えるようにしてもらいたいです。</p>
<p>・介護認定申請から認定が出るまでの間の支援の中で、報酬に結びつかない支援が多い。・サービス計画と同じように、住宅改修時に必要な「理由書」作成にも報酬が認められるようにして欲しい。・独立型居宅介護支援事業所が、事業を成り立たせたい行けるような加算方法にして欲しい。</p>
<p>・認定調査を自分の担当の利用者を調査することになっていない。全く新規の方の調査をするためストレス、時間の手間がかかる。・認定期間が半年は短すぎる。2年～5年でも良い。変更があれば区分変更の申請をするので有効期間が3年位あっても問題ないと思われる。審査会、調査にかかる費用の節約にもなるから。・ケアマネジャーを公務員又は准公務員にし公</p>

<p>正、中立が保てるようにしてほしい。・ケアマネージャーの質向上のために福祉大学又は専門学校を作り国家資格にするべきと思う。・要支援と要介護の区分けを見直してほしい。包括の機能を予防の啓もう活動にするべき。現在は要支援の方や特定高令を掘りおこして介護保険にしている。要支援の依託業務の内容も見直すべき（業務がはん雑である）・介護度（要支援1、2、～要介護1～5）ももっと簡素に分りやすく（説明しやすいものに改善してほしい）</p>
<p>地域包括支援センター、在宅介護支援センターに予算を出して、徹底的にてこ入れをすること。介護者やその家族また予備軍の人たちが安心して相談出来る場所。気軽に訪問しあつたり顔なじみになれる専門家が地域にいて、元気なときでも、入院中でも、障害があるときでもどんな状態でも同一のソーシャルワーカーが中心にかかわれる環境が作れば、むやみに介護保険の認定にはしる人数も減り、地域の弱点や問題もはっきりすると思う。</p>
<p>すべてにおいて連携が必要です。</p>
<p>病院に対しての通院介助の事を考えてほしい。病院内でのナースの対応もきちんと統一されていない。今後ヘルパーさんとの対応も可能にしてほしい。利用者様がみなさん困っています。</p>
<p>家族が医療、介護について情報が少ない為どのようにしてよいかわからなく在宅でなくすぐに施設に入れられたりされる。もうすこし色々な情報があればと思います。医療と介護の連携は難しいがそのところがうまく出来ればよりよい生活が自宅で出来るのでないでしょうか</p>
<p>介護報酬は同時に改定って言われていますがどうなるのかな？ケアマネのケアプランのお金もとられると聞いていますがどうなるのかなあ？いろいろと不安もありますより良いケアができるように頑張ろうと思います。</p>
<p>環境によりどうしても一人で生活ができない方や病院に行けば治癒し疾病が完治する方などそれぞれの状況に応じて介護サービス（在宅、施設）は必要になると思います。介護度だけでは判断できませんので適切なアセスメント力（ケアマネージャー）を問われると思います。</p>
<p>制度改定に伴い利用される人自身も不安を持たれる。現在利用しているサービスが適切かどうかは分からないが変わる事はあまり好まない人が多い。改善される事は良いが慣れた生活が一番良いと思われる。</p>
<p>経営が大変であるため、報酬単価の値上げ</p>
<p>まだ決定ではないようだが介護予防でのヘルパー利用を制限する考えが厚労省にはあるそうだが、はたしてそれでよいのであろうか？何のために介護予防認定があるのか存在自体がよくわからなくなっている。予算自体が無いのは理解できるが利用できるサービスを制限するには厚労省から直接利用者に対し納得のできる説明をお願いしたいのだが。</p>
<p>うけ入れ先を探すために報酬をあげてほしいとは思いますが所得に応じるなどの配慮がないと制度利用ができない人もあるのではないか。</p>
<p>介護サービスの実際がみられなければ訪問看護の緊急事体制をとって日々電話等での相談、受診指示、病院への連携をとってご本人、家族を支えておられても報酬が認められないのだとかケアマネ業務においてもしかり、介護サービスの利用がみられなければ無報酬とはあまりにボランティア気質にたよりきつたお役所得意の丸投げ制度とあえて記させていただきます。土、日に公然と休まれる公務員のあたり前の所得保障と我々の現状には大いに温度差がございます。</p>
<p>報酬制度の改良は財源の事もありむづかしいと理解していますが規制がきびしい点、本来の利用者中心の在宅生活を維持がむづかしく、利用者と法との間で悩む事が多い。こういう事もこの業界から離れていく人も多いのではないかと思います。現場で働いている方の多くは世話好きな方が多くこの良さを生かせない事にもどかしさを覚えます。</p>
<p>介護保険制度の上で同居家族のいる利用者の為に家事支援ができない。家族も自分達の生活を維持する為に働かなくてはならず仕事が終わって家に帰ってもなかなか介護ができない。私も過去に、仕事をしながら在宅介護をしてきた1人であるが最終的には倒れてしまい、4年間、10月頃になるとモニエルで入院するような状況になり、母を入所させた経験があり、ご家族の負担が理解できます。介護保険の利用をもう少しわくを広げ、ご家族が負担なく在宅で看とれるようにしてあげたいと思います。</p>
<p>&lt;認知症加算について&gt; 現在は認定有効期間内の対照月が請求月ではなく、認定審査会の資料として前もって作成された主治医の意見書記入日が起算日となっている。全ての介護保険料の流れは認定有効期間が基となっているため、認知所加算だけが別扱いとなり、認定審査会の資料をケアマネージャーがとりよせた時医師の記入日が、前認定有効期間のうちに記入されたものだと判明したらその内容がⅢa→Ⅱbのなっていた場合はすでにⅢaとして加算を請求しているため、とり下げて再請求をかけなければならない。こんな事務量と報酬の出入りは無駄なことだと思う。 &lt;退院 退所日に医療系サービスを利用できない&gt; 退院後自宅ですぐに吸痰をしたいケースがあっても当日は決められた病態者しか訪看を計画できない法のしわ寄せ現象がおきている。結局「退院日は何かあったら病院へ行って下さい」と説明するしかできない。 &lt;老健入所中に薬がなくなった場合、リセット退所している&gt; 入所前に30日分の処方をもらい入所するが1ヶ月以上入院希望している場合老健での包括報酬の中から薬代を施設が負担することはできないとの理由で3日間のリセット退所をされる。3日間のなか日に在宅の主治医を受診し処方を受け、3日目に再入所しなければならない。これは法のすき間に落とされた国民のしわ寄せ現象だと思う。ケアマネージャーもたった3日間の在宅プランを立てなければならない（本来は最低でも1ヶ月の期間でプランするのが本来） &lt;居宅介護支援費を利用者の1割負担をなる場合&gt; その周知はどのように行われるのか？利用者のケアマネに対する要求が強くなるおそれがある。求められるサービスが提供できない場合（特にショート等）などは支障をきたす。 &lt;予防のサービス計画書の簡素化を図ってほしい&gt; 事務量の軽減 &lt;認定審査会での認定の基準の安定化&gt; 審査会の合議体により格差がある。</p>
<p>介護職全体に給与水準が低く人材不足となっている。事務量が多すぎ、真に大切な事が見落とされがちになっている。煩雑な事務を簡素化し利用者や接する時間を増やせるようにしてほしい。医療側の「在宅」への意識が十分でなく治療のみとなっている。</p>
<p>在宅介護が困難になった時や長期的な入院が必要と思われる方の受け入れができる療養型病床を増やしてもらいたい。</p>

現場が職離れしない様な給料 up すべてはここ
・介護報酬が一律同じである事に対し、手間がかかり困難事例もあり、それでも同じ報酬なので納得がいかない。出来れば訪問回数とかで多少の差額があっても良いかと思います。・サービスに継がらないケースは関わっても無報酬では、やはり手間を考えるとやはりもっと考慮すべきである。・1件の報酬も18,000円位の金額が必要である。
訪問介護の事業所加算について 事業所加算がつき、サービスが利用できず、加算のつかない事業所を提案する事がある。加算がつき良い事業なのに単位の関係で使えないのはいかがなものかと思います。全体的に介護報酬ももう少し上げてほしいと思います。(通所の入浴サービスなど) 事業体が取組みなければならない事・研修を多くし質の高いサービス提案を目ざしていく。・人材の確保
・まず介護職員に対する待遇、賃金などの見直しをされたい。・介護職員の不足が利用者接遇の低下、質の低下に表われると思われる。現在介護士等の年齢が平均50~60歳と高齢化してきており、体力気力にも無理がある。若い人を起用するための魅力がほしい。
・介護認定の有効期間の延長を希望する。・がん末期の介護保険は使いにくい。早急に対応出来ないのあまり役に立たない。(福祉用具のペット等介護しまではレンタル出来ない。できても医師の意見が必要など手間がかかりすぎる。・住宅改修は安易に利用されやすい。・福祉用具は購入しても使ってない人が多い。・書類が多すぎる。・認知症認定が軽くでることが多にある。・認定調査書をもっと簡素化してほしい。
在宅介護支援事務所として、ご利用者が要介護から要支援になるとデイサービスの回数が減ってしまいます。現在の回数行けるから要支援になれたのですから、それを維持する為にも、インフォーマルサービスをもっと増やしていただければ要介護に戻るといった事になります。理由としましては、デイサービスの回数が減ることにより、ADLの低下、認知症の進行増進になるからです。また、ショートステイでは、併設型より、単独型の方がサービスが濃い為人気があり、予約が取りにくい状況です。ご利用者の皆様がサービスの質を求めだしていると考えられます。介護負担の軽減だけでなく、ご利用者のQOLにも応じ、単独型を増やしてほしいと考えております。
要介護認定結果にずれがある。独居者が不利と思う 訪問調査に問題があるのか?介護保険料を払っているから使わなければ損という意識を持っているのに段々エスカレートしていく傾向にある。行政から国民に対して教育が大事。ケアマネ記録物が多すぎるな、記録に追われている。報酬が悪く独立してはやっていけない。中立公平性が守りにくい立場にある。
当事業所は、山間地域も担当する居宅介護支援事業所である。山間地域には近隣に病院やサービス事業所もなく、十分な医療や介護が提供できない現状がある。また高齢化が進み、近隣との助け合いも難しい。受診するにも車がなくて1日に数本しかないバスを利用し受診するが、病院まで1時間以上(乗り替えが必要な場合はそれ以上)要す。往診も行っているが、必要時に適切なサービスが得られない。また、実際、介護の手間はかかっているが、介護度が低く利定され必要なサービスが提供できない現状もある。
・居宅介護支援の報酬の見直し 単独で行えるような経営が確保できる報酬 理由: 現在居宅介護支援は他の介護サービス事業所を併設されていますが、公平中立の観点から法人の方針や意向で逸脱する事があるように思います。本来はどこにも属さず第3機関である事が利用者の方にとっても良い事 質の高いサービスが受けられるのではないかと思います。単独であれば可能だと思いますが単独でできるだけの資金がなく(報酬だけでは困難)経営もできないので改善が必要なのではないかと思います
介護報酬として認めてほしいものが、臨時対応。ターミナル利用者に対しては、限度額の上乗せを検討してもらいたい。
介護保険が発足と同時に 誰れも65才以上だと受けられると感じられたこと よい介護事業所の有益のためのサービス向上ということでの競合で いくつか仕事を獲得するか 利益誘導が必然となっていった人はそれで成長しているのでしょうか。高令者と一緒の生活をしている時 認知症や身体のいたみ、疾病によって日常の生活活動が、容易でなくなった時、家族は時間をさいたり、気遣い、やさしい思いやりを求められます。同居者に対する線引きが冷たいようです。家族に同居の人は高令者、弱者、病人、障害者の人を当然のように家族の方にむけて来ます(どーにかしなさい)介護者が若い人でも高令であっても弱者を抱えた家族への重みをがまんさせるのではなく心、時間の費いやされるサービスは必要でないでしょうか。いたみの経験のない人、手や足の不自由は人の業作が、どの位辛いのか、未経験の若い人たち お金がいくらでもあり不安がない人が介護保険を考えないでほしい。高令者 介護者を審査会に入れてほしい。要支援の人が危惧されます。
入院から退院までに、医療側と居宅介護支援事業所が連携を図った場合、医療側の加算が居宅のそれと比べて優位過ぎるのでは?
多くの問題要望を書きたいが、すべての改定にももの申す事よりも、只一点、改定する前に全国内の現状、つまりは大都市と田舎の漁村、農村の介護支援は大きな隔りがあるように思います。つまりは、改定にあられる役人が机の上の図面だけではなく実際の現場の真実を体験した上で、改定にあたっていただきたいと、思いますが、無理な事でありましょう。
1. 1人事業所(独立型)は、公正中立の立場になり得るすばらしい事業所と思います。特定事業所加算(1)(2)はどんなに頑張っても届出することは不可能です。同じ内容の仕事をしていて、又、公正中立の立場で(大切な事だと思います)行っているにもかかわらず報酬に大きな違いがあるのは、おかしいと思います。事務員を置くことも出来ません。2. 私達の市では地域包括支援センターが全て社会福祉法人特別養護老人ホームと老人保健施設に丸投げされていることです。この制度ができたから新規が全く来なくなりました。地域包括からもしにきますが困難ケースが多いと思われる。一生けん命頑張ってもむくわれないと思います。3. 介護保険制度ができてかかりつけ医を持つように又、服薬管理を重要視されるようになりました。食欲が無いのに服薬管理ということでそのために看護師が入ることをプランに組み込むなどが行われています。先日こんなことがありました。かかりつけ医に認知症と診断、専門医を受診アリセプトを服用するようになり元気になったのは良かったのですが冷蔵庫をおもいきり開け閉めしてこりつしたりポータブルを外に出したり通常の本人(女)からは考えられない行動をするようになったので娘が薬をのませないようにしました。間もなく以前の本人らしさが戻って喜んでおられました。

<p>ディサービス職員がそのことに気づきその看護師が医師が出している薬はのまないといけないと娘に言ったそうです。どうしたら良いか迷っているが薬はもうのましたくないし薬10錠にたよりたくないと言われていました。又老人保健施設に入所して薬を減らしたらどんどん元気になっていったケースも沢山あります。重複して服用した場合の薬の副作用など薬の恐ろしさをもっと伝えていく必要があると思います。4. いろいろ加算がつくようになり報酬が少し上がりました。少しも嬉しくありません。手間がかかります。特定加算の所はよろしいでしょうが独立型はその位報酬で職員に給料が支払えません</p>
<p>○ケアマネジメント・ケアプラン、ケアマネジャーの資質向上の為の研修の促進 ○要介護認定 認定の有効期間の延長、事ム作業の簡素化 ○認知症診断医の増数・認知症薬の適切な服用・認知症と診断され進行中にもかかわらず認知症の薬アリセプト等処方されていない・認知症施設介護の加算化の再検討 ◎介護人材の確保と資質の向上・介護施設経営者の専門的教育的義務づけ 単位取得の明確化・介護人材の給与の検討→最低賃金を設ける 男性ヘルパーが家族を養うことができる給与の確立 ◎ケアマネジャーの給与は低い 仕事の煩雑化に対して ※認知症ケア専門士を国家資格（国化試験に）</p>
<p>厚生労働省は全く現場がわかっていない。予算ありきで制度を考えるからしわ寄せが現場に行き介護職の給与も上がらない。離職も多く人手不足は解消されない。ボランティア的な考え方はやめてほしい。次回の報酬改定で、料金が下がると聞いている。書類でがんじがらめにされ介護を提供する側、される側とも負担が増えマイナスなことばかりである。民主党に変わっても以前と変わらず悪くなるばかり。介護保険なんてやめてすべて国で面倒みればよい。</p>
<p>介護保険制度についてはやはり社会保険である以上、地域の協力も必要であるが、社会全体で支える事が基本中の基本である。よって介護保険料をアップさせてでも制度を維持あるいは充実する必要があると思う。極端な話、年収2000万も3000万もある方は1割負担でなく2-3割負担でもよいし、低収入者には0.5割負担でもよいと思う。しかしこれでは措置の時代の応能負担に近いものになるので割合については参考までに。軽度者のサービス制限は、軽度者の悪化をまねくのではないかと思う。しかし、それを客観的に示すデータがないのでそのデータを集積できるものならして頂きたい。何事もデータ集めをしないと行政は変化しないので、今後もこのようなアンケートがあれば、私もCMの1人として記入して意見を述べさせて頂きたい。医療報酬についてはよく分からないので記述を避けます。</p>
<p>在宅で介護できる、介護力を準ビできる（お金の心配なく）制度の確立。例えばターミナルなど、医師の意見のみで、すぐ要介護5程度の介護サービスが利用できるしくみ制</p>
<p>○その方の生活を支えていく、という意しきを高める。○ケアマネの見えない支援に対するの評価。（たとえば、サービス側でできないようなことを、しかたなくケアマネがやっている。）</p>
<p>・要支援の方の生活援助について改定になると思いますが援助内容について個々にバラツキがあり、疑問が生じてます。・1割負担にて利用しておりますが、介ゴ保険からの9割負担ということをお忘れしているケースが多く見られる。例えば・・・命令口調・強い依存など、利用者側も意識をかえていただくことも希望する。・包括の機能が見えにくい、困難事例についても、担当ケアマネが居る、ということで、改善への玉出しなど少く保留にされること多い。・ケアマネの精神的苦痛↑特に重度の方の受け入れヶ所が少い、受け入れOKの所は月額が高く利用できない、思案してしまいます。</p>
<p>○在宅での生活を継続するための支援の充実○1人1人の個性を考えたサービスの選択ができる○支給限度額の撤廃により本当に必要なサービスを導入できる。</p>
<p>受け皿と、就労をさまたげず自宅での介ゴが可能とならなければ社会的入院は減らない。</p>
<p>・介護報酬は、加算項目が多く計算する時とても複雑である。・現在予防の方が支援を受け本人らしい生活を、送っている。介護度の高い方に手厚くと、いう方向になっているがむしろ介護度の低い方に支援がされていることで介護度が抑制されている。又介護度の低い時は自分の意思気力もある、それを維持するのはとても重要。・ICFの考え方で介護保険を考えると現在の制度ではあまりに出来ないことが多すぎる。・ディサービス、ディケアが一日単位でないと経営がなりたない様な報酬になっている、午前中午後の区分け、している事業者が少い、があればもっと使いよい</p>
<p>・居宅支援のサービスにおいて、それぞれの地区によって、役所の対応が違っている、統一してほしい。・申請をしてから、審査会まで、時間がかかり、認定の結果が出るのが遅いのもう少し早く確定してほしい。・介護報酬は、現在一割負担だが、それ以上絶対に、上げてはならない。・訪問介護のヘルパーサービスにおいて、やってはいけない事が多すぎる。家族の介護負担の軽減になっていない事例がある</p>
<p>・訪問診療員を増加していただく為の診療報酬マップや、訪問看護、介護報酬のマップ・訪問介護の医療行為の規制緩和と教育制度の充実</p>
<p>介護従業者の質の向上とそれにあう賃金。</p>
<p>医療依存度の高い人々は多く出現しています、又家族が最期まで看るという家庭も減っています。老健も特養もショートステイでも、医療依存が高いと受け入れられません、老健にいたっては薬をたくさん飲んでいて受け入れてもらえません。重度になればなるほど、在宅での介護が必要となりますが、老老介護だったり認認介護（認知症の人が認知症の人を看る）だったりすれば、不可能になり、療養型の病院が例え遠方であっても入ってもらうことになってしまいます。それでも要介護5の寝たきりの人を家で看ている家庭が私だけでも3件有、本人がいること、支えていることで生きがいを見つけておられる家族がいます。法改制がどのようになるかはっきりした全体が見えませんが、今まで不満があった制度や不公平な制度は多々有り、声も十分上がっていると思うので、意見をふまえた制度になるなら、賛同します。とりあえず「ややこしい加算の計算が減ってほしい」というのが希望です。</p>
<p>1. 往診医が極端に少ない2. 具体的なサービス（介護保険下の）を利用していない高令者の実態が行政も把握していない3. サービスを使っていない要支援の高令者の実態が不明、ケアプランにおいても忘れられている。</p>
<p>医療依存度高い在宅高令者が増えるにつれ、サービスの説明が一〜2度では理解されず、何度も説明に訪問する必要があるCMの負担が増えています。CMの報酬を増やし、安定したサービスを件数を少なくしてもできるようにして欲しい。</p>
<p>・上からの指示に従うまでです。・こんな所書いても、何にもなりません。</p>

<p>・通所介護で泊りサービスを介護保険利用できたら、馴染みの場所で泊りができる事は、利用者にとって、いいと思います。（宿泊付きデイサービスについて）・要支援者のケアマネジメントは居宅介護支援事業者が担当件数も8件、決りを作らないようにしてほしいです。（介護予防プラン作成について）・居宅介護支援費の利用者負担導入には反対です。</p>
<p>医療との連携で行うことが大事、それを行うことでの加算の充実、介護の現場での医療行為の緩和。在宅支援診療所の充実と医療費の減額。</p>
<p>・訪問看護の必要性があっても、空きがなく、大変困ったことがある。・悪性腫瘍で在宅に戻る希望があり、準備したが退院前日に状態が悪化してしまい退院できなケースが3件あり給付につながらない。何回も足を運んでいるため評価を得たい。</p>
<p>報酬については、さらなる向上を望みます。他職種と比べても給与が低く、離職者も後をたえない状態です。また、軽度判定者へも援助を中止する考えもでてきておりますが、利用抑制をうたがわせる文章もインターネット等でまわっており、今後の介護保険制度に不安な面がみられます。今後、高齢者や、介護が必要になる方が今以上に増えると思いますので、従事者や事業所はさらなる、サービスの向上が望まれ、痰吸引等医療行為もしていかなければならなくなるでしょう。負担は増となり報酬は減となれば、現場職員にとって矛盾していると思いますし、今後のサービスを行ううえでモチベーションの低下、制度継続するうえで、検討していかなければならない課題ではないだろうか。</p>
<p>・町独自の制度の見直し、取り組み。</p>
<p>①介ゴ予防と、要介ゴを、いったり来たりしている人が案外多くその度に契約書をとらねばならない。かなり、負担、（本人家族が）認定の方法を今一度再考して欲しいが、認定期間が半年となっている人がいるがリハビリに通ったとしても半年くらいでは本当によくはならない。最低でも1年くらいはかかるので半年の期間は見直して欲しい。状態が変わった時は変更申請が出来るので認定期間については、一年以上で良いのではないかと。②入所や、ショートステイが必要な時にとれない現状があり、宅老所等が増えていて、重宝はしているが、出来れば十分の量ができると良いと思います、質の問題もでてくるので！</p>
<p>今後、医療依存の高い利用者が増えてくると思います。在宅の介護保険サービスで医療系サービスを利用する割合も当然増えると思いますが、医行為も多くなるため、担当者（看護師等）にかかる負担も大きくなります。今後はその負担を他の職種が少しでも担えるようなシステムを考えていかなければいけないと思います。</p>
<p>・ケアマネジャーの手間を減らす案が（軽微な変更のケアプラン）意見としてあがっているが、それ位の程度では対して変化は表れない。もっと根本的な部分での制度の見直しや改良がなされなければ改定の度に業務が混乱するばかりである。実際に携わっている現場の声が法改正に活かされているのでしょうか？・利用者個々にあったサービスを提供したくても、細かな制限があったり（介護1の方はベッドのレンタルできない）して、特例の為ケアマネが行う付づいた作業がわずらわしい。大筋を法化してあとは特例扱いしているが、法もユニバーサルデザインにして欲しい。・住宅改修に関しては、把握する必要があるものの書類の作成等手間ひまかかることが多い。ある程度は改修業者に作成してもらい、ケアマネは確認する程度でなければ、他の業務が滞り、迷惑をかけてしまう場合もある。・市の介護認定に対する期間（認定結果がでるまで）がかかりすぎて→利用者は申請日にさかのぼって利用できるから問題ないと考えているのでしょうか？認定期間ぎりぎりまで何もできない。もっと行政が早く対応してくれないと、ケアマネが精神的にもたない。・介護保険は40才以上の人皆平等に支払っているのだから、介護用品購入する場合は認定を受けなくても、ある程度介護保険で負担してもらえないかと思う。例えば、在宅の浴槽に手すりやひとつ取り付けたくても、いちいち面倒な介護保険の申請から調査まで一連の手続きを行わなくては償還されないのは不公平と思う。必要だから購入するのだから、9割まで負担せずとも何らかの補助をして欲しい。（だって支払っているですよ。介ゴ保険）</p>
<p>日常生活動作に対する支援から生きることを支える支援制度への取りくみが必要 医療と介護の連携 担当者会議に主治医が参加されることはまれ 施設でも受け入れを拒否されるALS等の利用者さんを在宅で支えることはあまりに介護負担が多い。介護保険と傷害制度を併用しても家族介護者が1人であれば十分な休息が取れていない現状 ・ショートステイ（利用可能な）を増やす・デイサービス（利用可能な）を増やす・長時間の滞在も可能な訪問介護サービス等 介護保険以前の取りくみの充実 住宅政策 併設施設として・食堂・図書室・ヘルパーステーション ケアマネージャーの家・作業室・プレイルーム・診療室・地域交流空間等</p>
<p>勉強不足と現状にふりまわされる日々で今後についての考えがうかびません</p>
<p>有料老人ホームで、同系列の通所サービス、訪問介護等の事業を行っていると、利用の依頼があった場合、計画せざるを得ない現状がある。CMは特定事業所集中減等の適応があるが、各サービス事業者にはない。各サービス事業者へも、特定事業所集中減等の枠の適応が必要ではないか。</p>
<p>介護保険制度や障害者自立支援法の内容にICFの考え方と逆行している面（単位による保険化、対象外となったサービスの有料化等）がある。在宅で要介護者や障がい者が生活を続けるには制度が不十分。金銭的負担を減らすシステム作りを望む。</p>
<p>予防の人も、介護の人も、ケアマネージャー担当するのは無理がある。予防の人は包括で担当してほしい。予防の人の料金が低すぎる。ケアマネージャーの利用料が無料だというのはどうか？ 1割負担にしても良いのではないかと？</p>
<p>介護従事者から医療機関に情報提供する場合もあるのではないかと？ ・また、介護情報をケアマネに提供し、ケアマネが整理して医療機関に情報を送る時の加算・医療連携室から訪問看護事業所や居宅介護支援事業所に情報を提供してもらう時の加算・在宅で看取った時の介護事業所への加算・質の高い医療サービスを在宅で行った場合の加算</p>
<p>①極端ですが…開業するなら往診することを条件にする②往診に対する診療報酬の引き上げと対象者の拡大③介護従事者の専門職としての社会的地位の確立④医療サービスと介護サービスの提供わうしゅうの格差縮小⑤終末期の介護認定結果への配慮⑥介護支援専門員の基礎資格による報酬格差⑦終末期に対する意思確認用紙等の作成と活用⑧ケアマネに対する医療関係者への情報提供の義務づけ⑨家族が実施できる医療行為のヘルパーへの依頼実施可能な制度⑩家族ヘルパーの介護計画への導入時への報酬⑪日中独居老人への介護利用限度額への加算⑫ケアマネージャー中立公平の確立とそれを支える報酬の引き上げ⑬各受け入れ施設の役割の見直し 老健は重度障害者（気切・胃癌）の受け入れを積極的にしなければならぬと明示し</p>

て欲しい。
積極的に医師と連携をとっていく。また医師の協力
評価すべき点は現状では無し。地域性を考慮し、制度改定を行ってほしい。
今後在宅においてケアマネジャーが中心的役割を果たすに当りプラン料のみでは、役割をはたす事の報酬の見通が有ると運営上助かる。ターミナルのケースに関わる時間頻回なサービス調整、連携に関する時間は非常に大きい。多数のサービス利用者に対する、調整においては、他のケースよりは長生時間、訪問に対する時間は、月1回の訪問では、終らず関わる時間が非常に大きい。実際に関わる要介護者家族に対して、疾病(精神)であったりお互いに要介護状態であるケースに関わるに当り独居加算と同じように、加算対象となると助かります。家族精神疾患を持たれているケースは、本人よりも、その家族に関わる問題のほうが大きい場合が多い
どのように変わるのか決まっていな情報不足している為不安がある。
・介ゴ保健申請時より介4→介3→介2と軽くなるごとに本人、家族の努力はもちろんですがサービス量が減ることに不安訴えが強い。認定結果がでるとすぐで移行期間、考える期間が短い希望すれば1ヶ月くらいの時間必要。・食事に対して医療機関が経口から行うことに対する取り組みが消極的に感じる。誤えん→肺炎リスク高い→経管栄養。・リハビリ希望があっても医療での期間が短い。発症時や治療中の人はリハビリ期間や退院に関して対応できない1定期間は医療と介護両面でのサービス利用が可能でも良いのではと思う。・介ゴ度が改善している事業所に対するの評価(通所リハや通所介ゴ)。・家事支援の評価を高く。・配食サービス事業所が少ない、高い。
・訪問介護について 身体介護と生活援助の一本化(報酬に差があるために利用者と事業所間での折り合いがつきにくい) 同居家族がいる利用者に、訪問介護が入れるかどうかの問題について、ケアマネ任せにしないで明確にできるかできないかを区別してほしい。利用者が直接、保険者に申し入れすると許可されたりする。訪問介護事業所の管理者に対する研修、スキルアップを必須に!(ケアマネの研修と同じように) 介護タクシーとしての利用をもっと誰にもわかりやすく明確に決めてほしい。緊急時、入院時も使えるようにしてほしい(救急車の乱用につながらないように)。・限度額がかわらないのに加算がいろいろついたので使える幅がせばまった。質の向上につながらない。・予防→月報酬が問題。利用者の理解が得られにくい。・誰がみても、判断がはっきりできるようにできることできないことの線引きをしてほしい。利用者によりわかりやすい広報の仕方。・対象が高齢者なので、理解不可能な説明が発生しないようにしてほしい。
社会保障の1つの制度であること。何もかも介護保険では現在の日本の情勢からは困難であるとする。介護支援専門団だけでなく、ヘルパーさんの1人1人まで福祉用具の従業員さんの1人1人迄というように携わっている方々すべての意識と質の向上が必要と思う。専門職であることの誇りと実力 また自分の役割をしっかりと把握するために原点に返ること。公正中立を忘れないこと等の研修は必要と思う。その反面事務員の多さが気になる。質の高いケアマネが増えれば事務の軽減につながることはできないかと思う。医療連携はかなり壁が低くなってきた。医療の知識はもちろんだがそれのみではない対人援助の技術(心?)の向上も必要なのは。※報酬改定には関係ありませんが生活保護者の支援に非常に苦慮しています。生活保護制度のあり方の見直しをして欲しいと考えているのは私だけでしょうか…。
・要支援者(地域包括)→居宅に移管。この時書類のやり取りをしているが、移管した際はすべて居宅にゆだねる。・要支援1の公共交通を利用できる方まで通所サービスで送迎しているがこれは検討してもよいのでは?・要支援2と介護1の区別が(ケース状態)ははっきりしない。要支援1以外は全て要介護とし居宅を担当としては?・要介護者の下ノド額を増やしていただきたい。特に認知症の方は足りていない。・老人保健施設での薬価の関係で入所断われたケースがいます。介護報酬と薬価は別枠で考えていただきたいと思います。
・少子高齢化が急速に進むなか、税金を財源としている為予算に限界がある。・要介護度になり単位数が決められている為必要なサービスが使えないという状況がある。・認定調査員の力量にバラつきがある。
介護保険を利用する人が増えています。一人暮らしの人、老々介護の人、結婚していない子供が親をみる人など、介護負担も大きいです。その人たちをどう保険でみていけるのか、保険料もどんどん上がると、生活自体が大変になってしまいます。介護の方も少なく、もう少し報酬を上げて良いのかと思います。医療依存度の人が多く、介護が大変である。施設入所待ちの人も多く、もう少し楽に介護が(出来る様に)出来たらと思います。
介護関係のみならず、医療関係の改定時にいつも思われる事は長期展望や、しっかりした裏づけがないままに、財源がないから、とか、費用がふくらみ過ぎた為とか、その場しのぎの改定になっていると思わざるを得ない。これを検討する際、専門家は入っているのか、意見がどのようになされているのかが見えず、只費用を削る事だけに腐心されているのではないかと考えて仕方がない。医療関係にしても、大きく様々な事を削減した結果、何を招いたか。意志は過酷な労働を強いられ、有利な条件で働く為科目も偏り、小児科医や、産科医は極端に少なくなった。改定の為に制度が大きく崩れ、医療全体をあやういものにしてしまった。介護も同じような事が言える。質を高めようとする意図があっても、居宅の改定をしたかもしれないが、結果は多くの独立したケアマネが、赤字の為止めざるをえなかった。介護保険が生まれた背景や将来の展望をふまえての、国の意志が伝わらない。利用者の限度額を決定している要素も不明。たとえば、共働きの夫婦で、認知症の親を在宅で見ようと思う際、毎日デイに預けなければ一人で留守番は出来ない。となれば、毎日サービスを利用すれば、足りない仕組みになっている。これは、是非改善して欲しい。ケアマネージャーも、同時に、必要ないサービス、又はサービスが過剰にならない様、利用者を説得したり、教育する事が求められると思う。質を高めていける様な仕組み作りが必要。しかし、たいいていのケアマネージャーは、研修を重ね勉強しているのが実態だ。又質の向上を望んでいる。事業所としても、競争はあっても生き残って行けるよう改定して欲しい。
・軽度の利用者に対する生活支援の切りすてはやめてほしい ・ケアマネジメンの利用者負担などお金がなければ利用できなくなる改正はやめてほしい。要支援と要介護の認定をなくしてほしい。介護職への報酬を上げてほしい。
「在宅で最期を」という基本的な考え方には、ある程度、同調することは出来るが、全てその考え方にもっていこうとするに

<p>は、現段階では、難しい様に思われる。一番は介護力の不足、医療的な支援は、もちろんであるが、主介護者のモチベーション、不安をとりのぞくことが肝要かと思われる「安心して最期を迎えられる」システムの構築を期待する。</p>
<p>駐車</p>
<p>・病院から、患者が在宅復帰する際の情報提供の医療加算を上げて欲しい。(連携が現実的になる) ・居宅介護支援の報酬UPと、受け持ち件数を25件ぐらいにして欲しい。 ・障害者も要介護者も、同じ施設を使えると良い。</p>
<p>・医療関係者のみでなく、介護福祉従事者の生活が安心できるだけの報酬。 ・介護従事者数の拡大や、地位向上</p>
<p>在宅生活を希望する人の為に、介護者をよりサポートできるサービスの増加や新制度の設立が望まれると考えます。(経済的なことも含め、介護者の有職者数が多く早期から施設の入所を求める人も多いです。)</p>
<p>・医療関係者と介護関係者の密なる連携 ・介護従事者不足 ・介護従事者不足にともなう仕事の忙しさときびしさ ・報酬がまだまだ低いためからの介護従事者不足と仕事の前むきなやる気、やりがいのなさ。</p>
<p>介護度が重い人は報酬も高く評価されるが、軽度の方がプラン定まらず、サービスの必要性も高い場合が多い 加算増えるのは事業所にとってありがたいことだがこれ以上利用者の負担を増やさないでほしいケアマネの仕事も増やさないでほしい</p>
<p>・ターミナル期でのベッド、車いすレンタルのみの介ゴ保険利用について、再検討してほしい</p>
<p>介護職員の雇用処遇の改善。予防介護制度の見直し</p>
<p>高齢者は、介護保険料を支払い、昔がんばってきてこられた方だと思っています。少しの障害で介護がつかえない、また、年金が少ないのに利用料や医療が高くなり生活が苦しく、こどくが多くなってきていると思います。厚生労働省や議員さんが同じ暮らししてみてもどうか？と思います。そこをわかってもらいたいです</p>
<p>介護報酬について、介護士の交付金で一定評価は得られるものの1,5万円を見越していたが実際、月平均9,000円のアップにとどまっている。また、これまでの改定がずっとマイナスだっただけに、たかだか1万円程収入が上昇したといえど安心できない。福祉職員全体の給付の底上げ必至であると思う。居宅介護支援事業所については、ケース数の縮小、報酬も限られており、単独の事業所は生き残れない状況になっている。また軽度の介ゴ者の切り捨ては、重度の方を増やす結果になり介ゴ保険の理念に反していると思うので、断固反対である。あと施設入所者がどんどん重症化し医療ニーズが極めて多くなり、夜間看ゴ師の配置基準を法で認めるなど検討してもらいたい。診療報酬については、今後益々在宅診療が増えるためには、事業者との連携加算や指導加算だけでなく、往診医が増えるよう、育成を図って欲しいと思う。</p>
<p>改定の動きは気になります、まだまだ決っていないことが多く、でている情報を全てうのみにすることもできないので冷静にみていきたいと思っています。報酬などは高い方がよいですが、動向かくにんしていきたいと思っています。</p>
<p>医療と介護をともにに行い大きな事業をされている所が多いが実体として、病院と、施設をくるくるまわしたり、両方で言葉は悪いが利益を生んでいる事業がとも多い。利用者を金の生む道具としか見ていない職員等も目につくと同業者としてなさげなくなる気がする(小さい事業者のねたみかもしれないが…①特定事業所加算(支援)についても同様である 大きな併設の支援事業所はケアマネの数も確保可能であるが個人事業所は利用者が30人たらずでケアマネも一人である いくら細やかに訪問、援助しても加算はつかないのは？ねたみであるが腹立たしいと思う事が多い。②特定事業所加算については訪問介護、通所介護についても同様に思う ③医療型の介護サービスについて、医師の管理というだけで優遇されているのでは？！通所リハ、訪問看護、訪問リハビリについての指導(?)が必要ではないか(?) デイケア、ディサービスの大きな違いがない事が多い。訪問看護が、介護と区別ないサービスを行ったり(薬抜きそうじ) 会話(様子観察)だけで提供している事もよく見かける。自転車に乗っている要支援者が訪問リハにてマッサージをしてもらっている等々…</p>
<p>看護師、医師の中には患者を上から見ており、自分は偉いんだ！という態度が目につく人間がいます。医療や福祉の発祥の根源はそうではないと思うとそのあたり前的な態度に報酬が上がるのはおかしい。まずは、その姿整の見直しが必要であると思う。人の命を助ける=いばる事ではない！！医療分野での利用者への評価(アンケート)調査を行ってもっとシビアに現状をとらえた方がよい。患者はDr NSが怖い偉いから意見が言えない。そのような思いをケアマネとしてたくさん聞いています。その現状はおかしい</p>
<p>本人もそうですが、家族状況によって相談支援の様子が全く変わってしまい、対応に時間や労力を多く使うことになります。ケアマネとして、そういったケースも加算等でフォローして頂けると会社としても受入れが可能ですが、複数件困難ケースの紹介が重なってしまった場合、他のバランスも考え、お受けできない現状もあります。これから、高令世帯、独居等、様々なケースが多くなるかと思えます。事務量も大きな負担(個人的には)ですが、家族の協力が得にくいケースの対応が目につかび、不安があります。</p>
<p>家族の負担がこれ以上大きくならないようにして欲しい 重度者のケアを報酬評価して欲しい 訪問介護の特定事業所加算は看とりと限度額との関係で大問題 医療側が退院へ向けて介護側へ情報提供を積極的になるような制度設計を(添付資料)療養病床の廃止がまたのびそうとの事 受け皿の充実がなされないためとの事ですが、ただ数学の上だけの改定では社会は育たない。地域で在宅で支える事の意義を共有したり役割をシェアしたりする活動と共でない、在宅・地域で医療ニーズの高い人を受け入れるには不安がある。 ・経済的、数学の上のバックアップ体制 ・底辺を支える介護職の方々の病理、生理を含めた知識の上に位置づけされたスキルアップと資格取得 ・ファミリー親族、地域であたたかいサポートをしなければ主介護者のメンタル面の負担は計り知れないものと思える。家族に支えられすぎた、家族だけに負担のかかる在宅介護は続かない ・地域在宅での受け皿がなければ、現在予定されている改定は実施されにくい 手をあげたやる気のある人たちにスタートをきってもらう事が重要と思われる 個々の生き方を支える療養生活が望まれる。</p>
<p>「居宅のケアプランの自己負担の導入」ケアマネ1人1人が物さしで計られるため、より自己研鑽していかなければ評価されないという事になり、ケアマネの向上心にはつながると良いとは思いますが、且し、実際考えてみると、経営的な面で小規模の事業所は困難になるかもしれません。セルフケアプランは、誰が支援していくのか、現在の加算の状況など…セルフケアプ</p>

<p>ランの導入を図る事で今後問題提起されてくる部分が多いと思います。「利用者負担を1割→2割～増やす」財源がないのはわかりますが、弱者は切り捨てになります。全て財源絡みなので何とも云えませんが。私たち医療介護従事者にもよく説明をすべきだと思います。</p>
<p>介護職の、収入UP、できるよう、制度改定が必要である。</p>
<p>介護サービスにさまざまな制約があり、使いづらい。またお金がかかりすぎ。本当に福祉国家といえるのか？また社会的入院の方が施設に入っているよりお金が安いというのが変。そのため通院しない人が多い。入院費が高いと在宅に移る。在宅を増やし、サービスを充実させた方がよい</p>
<p>・要支援者、要介護者の担当をケアマネージャーに1本化する。・利用者の費用負担が増えればサービスを減らしかねない。増やさないで介護報酬を増やす方法はないものか？（国で負担するとか…）・ショートステイでは国の方針で、胃ろうの受け入れは出来ないとのことですが、（4月から）そういう人を介護している人こそ休んでほしいのに、行き先がなく困る。改善してほしい</p>
<p>病院と在宅との連携は、時に長期入院となっても家族や本人への支援が必要な場合もある。ターミナルケアで入退院を繰り返し1年延命された人もいるが、その間、病院側からは何度かカンフィレンスの要請があった。病院としては今が在宅へ帰れる時だと本人の思いを汲んでの進めであった。しかし重度の状態では家族としては不安で、又、その度に転院を求められたり医療費の問題等、誰れに相談していいかわからず、ケアマネが頼りとのことで、何度も病院を訪問することもあった。退院時には加算は付くが入院中の訪問は無報酬である。といっても本人、家族との信頼関係の中での支援なので別に構わないが、他にも入院中の方からの相談も多く全く初対面の人であっても、病院側が転院、入所等の紹介をしてくれず「自分で探さない」と言われ相談に来られるケースもよくある。もちろん報酬は問わず、できる限りの情報提供はさせて頂いている。利用担当者にかかわらず、まだまだ地域包括支援センターや市の窓口等へはわからないと言って（又、身近かな所だと思って）相談に来られる。自費相談はとってはいいない。それに困って相談に来られる人が安心して負担なく相談できる場がもっと必要かも知れません。まだまだ地域に密着して気軽に相談できる体制ではないように思います。地域包括支援センターの周知や更に委託して相談支援できる所を増すべきかも</p>
<p>・課題・職員の確保、介護員、ケアマネージャーの質の向上、サービスの向上・職員全体の賃金の引き上げ・企業が（各事業所）が、残っていける様政府の援助</p>
<p>在宅継続のためにぜひ残してほしいサービスは、訪問介護による生活支援であるが、制限するという考え方が年々強くなっている。軽度者であるうちに生活を支えることで、機能低下、重度化を防ぐ意識や、誰もが在宅でできるだけ長く、暮らしたいという希望に沿うものとして、今後も活用すべきであるとする。行政担当者には、よりよく、ご理解していただきたい。</p>
<p>・医者が第一という考え方をやめる・都市部で働く医者には増税・医者不足の地域で働いている医者に対して評価するしくみ。金もうけ主義をやめる。介護ほけん、自立支援サービスをどこの地区でも同一のサービスがうけられる様に整備する。ICFや介ゴ保険制度、自立支援法の目的はすばらしいが限界集落では、まったくあてはまらない。人口減少していく中で、どのようにサービスを確保していくかが問題。もうからない所に業者は来ません。かといって市営、町営の事業所はやる気がないのでまったく使いものになりません。実際サービス拒否もあります。口や方策ではきれいな事が言えますが、実際には生きていくのが精一杯です。・介ゴサービス、医療サービスの都市部集中を分散する必要がある。言葉や考え方がすばらしい物であって実際には活用できない。この様なアンケートで求めている答えを正当化する為だと思いますので、意見がないと思います。</p>
<p>認知症ケア専門士の報酬の検討してほしい。現場でも、相談業務でも、専門的知識の有無で、対応に差があると感じる。</p>
<p>ケアマネ 利用者一割負担については、使われている意識から御用ききケアマネになってしまいそう…公正に仕事をできるためには、一割負担反対 通所 寒冷地です。冬の悪路のディ送迎は、雪かきをしながら、車を時には滑らせたり、溝におとしたり、雪道ながら危険だらけ。山間部なので、車の入らないお宅も。送迎加算をつけてほしい。すごい労力です。雪がすごいと。介ゴ予防 介ゴ予防と介護をいったり来たりしている人のケアマネの仕事が煩雑。予防をすっきりやめてはいいが。</p>
<p>難病、重度の障害を抱える家族は、介護者も高令になると在宅が難しくなり、本人は、嫌でも療養型病床に入院せざるをえなくなる。在宅を希望されて、昼間は介護保険で維持できても夜間のケアまでは、とてもまわらない。巡回型、訪問介護を利用しても、家族の負担は大きく共倒れになってしまう。要介護度が重くなれば、私共も、入院、入所をセンタクせざるをえなくなる。本人は嫌々ながら、入院or入所をするので、病気も進行したり、合併症を併発したりする。</p>
<p>実際に困っている方への利用について、介ゴ度の壁があり、又、区分変更等の手続等で、本当に見極めがなっているのか、疑問に思う事が多々あるように思われる。必要などころへ、最小限度の必要な利用が出来るよう、何か良い方法で改正なる事を期待したいと思います。</p>
<p>・医療、介護がもっと連携がとれるような体制作り・介護予防は、介護保険から分離する・在宅で看取る場合、限度額におさまらないことが多く、新たな制度が必要・地域包括支援センターのあり方、介護度がついた場合、同一法人の居宅に移行されることが多く、公平・中立とは言えない現状がある。</p>
<p>介護従事者の処遇改善交付金を、報酬にもりこんでほしい。若い人、男性でも、生活が成り立つような報酬になってほしい。特別養護老人ホームの看護師さんは、医師のいない現場で責任が大きい割に、報酬が少ない？からか常に職員不足。今後、看取りをしたり、介護職の医療行為に対する研修を行う等、役割は増えるのに…大変に思う。在宅ケアマネージャーが、住宅研修の申請を手続きしても、居宅料は発生しない。ケアプラン、アセスメント、モニタリング…と時間を使うのに、無料奉仕はつらい。</p>
<p>良い人材を確保する為には報酬と評価を若いヘルパーさん達に配分して頂きたい。ケアマネの事務作業を減らし、利用者向き合える時間を確保されたい。</p>
<p>介護保険に関していうと、施設ばかりの政治的な発言力が強すぎ。在宅、とくに訪問看護、訪問入浴、訪問介護などの不安定</p>

<p>な事業がみすごされて、あまりにも大変な思いをしてやっているような状況である。訪問看護、訪問入浴、訪問介護の事業が安定して続けられるような制度設計にしなければ、在宅生活を継続的に支援することは出来ないだろう。（基準のみなおし。本人負担1割（ex. 訪問入浴は本人からすれば高く感じられる。限定的に自己負担はもっと低くて良い。）という原則のみなおし、補助金の創設、重度者がキャンセルした場合の取りあつかい等、利用者も事業者も使いやすいシステムに変えなければならぬと思う。）</p>
<p>介護現場に居る身として…・業務内容は過酷です。その内容に見合った報酬はありません。介護者の後継者不足が心配です。・要支援・要介護の区分は不都合です。見直しが必要です。・高齢者自身にもサービスを受けて当たり前と権利者意識が強い人も居ます。過剰サービスになり自立を損っていることもありますので、ケアプランに工夫・改善が必要です。そのチェックシステムも必要です。・H12年介護保険制度前に特養ホームに入所している方の措置の例代の入所負担金も、介護保険制度に合わせる必要があります。又、特養ホーム入所中は年金や恩給支給の見直しも必要だと思います。</p>
<p>胃ろう、食道ろうの方、24時間吸引が必要な方を受け入れる病院、施設が少ない。認知症の症状が強い方でも安心して入院出来る病院とショートステイの体制をつくってほしい。※認知症だと個室になる方が多い。また24時間付き添ってほしいと要望あり。金銭面でも体力面でも家族への負担が大きい。※暴れた過去があるとショートステイを断られることが多い。（利用途中でも退室する場合もある）訪問介護における生活援助について、制限が多く利用すれば在宅生活を送れる可能性がある方も、施設を探したりしている。生活援助について見直してほしい。医療、介護従事者の知識や技術向上のための研修。特に、ケアワーカーのレベルアップが必要だと思います。介護においては有資格者への報酬加算を創設して頂きたい。</p>
<p>基本的には、報酬を上げる必要性がある。今以上に医療、介護の連係をはかる</p>
<p>財政が苦しいと聞き及びますので、介護保険料の値上げもやむをえないと思っている。</p>
<p>当院では緩和ケア病棟と在宅ケア部門があり、難治がんの患者に対しても最後まで責任を持って受け入れ、患者・家族の希望する療養場所の選択ができる体制になっている。しかし病院によっては治療はしても難治がんになると再入院を拒否するところがあり、行き場をなくした人々の駆け込み寺になっている。現在の報酬制度では善意のある病院ほど赤字になり、経営優先の人に冷たい病院程黒字経営になっているという矛盾があると思う。又、DPCと在院日数短縮のため高齢者も寝たきりだと拒否される病院が増えてきている。年間160万人が亡くなるという超高齢多死社会に向けて安心して死ねる地域や病院があまりにも少ない。急性期病院だけでなく今後ニーズが高くなると予想される緩和ケア病棟や在宅医療の分野も経営が成り立つ様な制度にしてほしいと願う。又、訪問看護ステーションも人手不足で閉鎖に追い込まれる所が増えていて、7:1の病院診療報酬の増加により多くの弊害が全国的に広がっていると考え。今後もっと充実しなければいけない在宅の分野に人とお金がつく制度にしていかなければこの超高齢多死社会も乗り越えて行けないと思う。急性期病院が増え過ぎていると思う。ケアマネジャーの介護報酬制度で、サービス提供ができないと退院支援から在宅サービス準備まで時間と労力をかけても全く、報酬がもらえないという事が、ターミナルなど急な変化があり退院できなくなるケースが多々あり、改正して欲しい。</p>
<p>医師の中で病気治療のみで在宅生活について相談に乗ったりアドバイスをするDrは少ない。連携をとろうとしない、面倒と思っている。</p>
<p>・居宅介護支援事業所がサービス提供事業所とは独立した立場で公正中立性を保つことにより質の向上を図っていく・自己支援を目指し居宅介護支援を行ない自立することができる、要介護度も下がり、介護報酬も下がってしまう。</p>
<p>認知症の方々に対するヘルパーの援助に加算・ケアマネジャーの報酬が倍になればもっと独立した中立の考え方をもちた職種になると思います。（ケアマネがいればヘルパー事業所やデイサービスがもうかるだろうという国の考え方には大反対です。・素晴らしいこの制度を発展させるべく日々ががんばっています。（東京都介護福祉会理事としても研修会企画し、講師としてがんばっていますが60才に近づき少し疲れています。）</p>
<p>①医療報酬、介護報酬が縦割りで制度が分かりにくい。②私は介護支援専門員だが役人の決めた机上論では、やっていけないことが多い。その都度最前線にいる。私達が“悪者”の役をしなければならない。③とにかく“紙”を使いすぎる！地球にやさしい仕事にしてほしい。サイフにもつらい。④私は台東区で働いているが、台東区の病院ケアマネは以前に比べると、スムーズに連携がはかれていると思う。⑤といいながら。今の制度に慣れてしまっている状況です。⑥今の80代以上の皆様はつらい時代、今の日本と作ってくれた皆様です。どうかその皆様に“生きていて良かった”と思って頂けるようにしてほしいと願うばかりです。</p>
<p>報酬をかなりアップしないと人的資源がますます乏しくなる。人が足りなり→サービスの質が低下 利用者本人の希望がかなわないの悪循環。介護保険の居宅介護サービス支援費は少なくとも1件18000円程度ないと現状は打開できないと考えます。</p>
<p>国の将来の見通しが甘すぎると思います。今後20年50年と介護保険制度が成り立っていく為にどうしていくべきなのかをもっと深く考えそれに向けてやっていかなければ私が介護を受けるときに果たして介護保険は存続しているのか、安心して「日本に生まれてよかった」と老いていく事ができるのか、不安でいっぱいです。今後の日本を考えると、その場しのぎの景気対策では再生できないと思います。所得倍増計画ぐらいのインパクトがある事をしていかなないと景気の回復はおろか、企業のみならず地方自治、国までもが破綻してしまうのではないのでしょうか。話がずれてしまいましたが介護保険についてもその場しのぎの事はやめてもらいたいです。今後しばらくは高齢者が増え少子化による生産人口の減少が続きます。介護保険を利用する人達は増えていくのに生産人口減少により、第2号被保険者からの保険料は減っていく。財源はどうしますか？ただでさえ少なくなっていく年金から更に徴収しますか？いずれにせよ来年4月の改定に全く期待はしていません。</p>
<p>現在の所在地には病院（入院病棟無し）が分所しかなく往診なども困難な状況のため、往診ができる病院や診療所などが必要だと思っている</p>
<p>・保険制度だけでは（医療・介護）生きる事全体を支える事は出来ないと思います。年金や収入にも格差があり、生活保護を受けるぐらいギリギリの生活をしている人達が多数です。（西和賀町）・行政としての介護予防の施策をしっかりとし、医療</p>

<p>介護を必要とする期間をできるだけ短くする事が大事だを思うし、介護を受けなければならなくなっても安心して生活できる（収入が少なくても）行政の施策が必要と思われます。・介護度が軽くなった事等を評価した加算があれば良いと思う。・介護度がつかなければサービスを使えないのではなくつかなくても個々に応じたサービスを使える様な施策を行政主体で行なうべきだと思います。</p>
<p>介護保険制度の通所リハビリのリハマネ加算は月8回以てまとめるのは？疑問、その都度で良いのではないか？予防給付も1回分ずつの利用でのやりの方が良いと思う。1ヶ月で丸めになると1回利用して休むことになっても1ヶ月分の請求をしなければならないので</p>
<p>・要介護度の変更により、介護予防⇄居宅介護支援を行き来する利用者がある。その都度、担当者の変更や事務手続きの煩雑さなどの弊害があり、ワンストップサービスとは言えないのが現状にある。・サービス利用がないとケアマネジャーの介護報酬に反映されないため、必要性の少ないサービスをプランに組みこむ可能性がある。逆に報酬に反映されなくとも、支援しなければいけないケースが多々ある。（長期入院者の場合など）。イレフォーマルサービスの活用が謳われるか、地域により社会資源の量、質が異なる。・ケアマネジャーは公を、中立を旨とすべきだが、所属事業所によっては職場の方針（エゴ）により、振り回されるケースがある。</p>
<p>医療と介ゴへすみわけと共同を明確にする事が必要</p>
<p>介護保険の認定結果が要介護1と要支援2の境界で大きな差異が生じている点で平等性に欠けていると感じられます。保険料が月額制になっていることで利用の制限に影響が大きい又、サービスについては本人の生活を支える生活援助に対する評価が低いことも疑問に思います。介護報酬と人件費のバランスを取ることが困難になってきていることも事実です。人件費については経験や技術の評価を認め、見合った報酬を出していけるようにしなければ人材育成をしていくことが難しくレベル向上にもつながらないと思います。</p>
<p>従事者が安心して、しかも意欲的に働ける環境を整える。</p>
<p>・在宅介護や在宅での看取りが推進されているが、24時間体制の訪問介護、訪問看護、在宅医師数が確保されていない。特に訪問看護師が少なく、実際に土・日は勿論のこと、毎日利用が困難な状況にある。在宅療養や在宅での看取りを考えた時、支援する人材が近隣の地域で不足している場合、本人・家族にとっては大変不安を感じる。全国で約5,500の訪問看護STがあるらしいが、これまでに323ヶ所が休止・中止となり、そのうちの152ヶ所が訪問看護師の人員不足といわれている。国や県をはじめ、訪問看護協会等で何とか人員確保できるよう対策をお願いしたい。合わせて療養通所介護事業所が全国的に少ないため、在宅療養を続ける介護者が休養を取ることができない状況にある。これについても介護士のみならず看護師の確保が必要となってくると思われるが、安心して在宅療養者が介護を受けるためにはこのような事業所も近隣地域に欲しいと感じます。</p>
<p>特養に入れば、低い年金で回していけると思いますが、なかなか入れません。生活水準は様々ですが、年金で入れる施設（独身の女性だと6万～8万）がないと、兄弟が負担することもあり、片身が狭く生きていられる方がみえます。安いお金よりも環境が整っていることを望まれる方ももちろんいるでしょう。望む生活ができるようにしてあげるには、お金の問題がついてまわります。どうしたら良いか、特養に入れない介1や2の方の行き場所がほしいです。お金のある方は有料老人ホームへ入れますが、上記の方々は独居生活ができない上、身よりも近づかない状況があります。がん末期の方の仕事が入って動いたけれど2ヶ月で亡くなりました。この間、相当な労力がありましたが報われない思いが積み重なりました。この面の報酬について何か考えてほしいです。・在宅の家族介護の報酬が年間10万円の介護者への支払いについては現金でなくても良いけれどももう少し何とかしてあげたいと思うけれどもいかがですか？かつては現金の支給は女性を介護に縛りつけることと言われててそれも同性として感じ入り、そういう社会はありがたいと思いましたが、介護サービスの利用を拒否するお年寄りの所は大変すぎると思ってます。なにか評価を期待します。弱い立場のお嫁さんの存在を知った為です。</p>
<p>・人材確保・処遇改善（利用者負担しない形で）・事業所に対してではなく資格者（専門性）への評価</p>
<p>支払っている、保険料等に見合った診療や介護が受けられていない。しぼりが多すぎる。使う人はたくさん使っており、使っていない人は使っていないのに同じ支払いはおかしい。高齢者など年金が少ない人たちへの負担が増えている割には、その人たちに恩恵は少ない。高額な治療を受けなくてはならない人たちには国からの補助が必要。</p>
<p>・胃ろう造設者、Mチューブ挿入している利用者、常に痰の吸引が必要な利用者等、重度の医療的ニーズが高い方達をショートで受け入れてもらえないケースが多くなってきている。長期入院が出来なくなっているのも、それ程、在宅で生活される方は、介護度の重い利用者も増加してくるといえる。ヘルパーが喀の吸引を出来るようになってと言っても、喉の奥にある痰の吸引は出来ない！気切の患者の吸引は出来ないなど問題は山積みです。特別養護老人ホームは夜間看護師がいなくても良いとされていますが、これから先は特養も看護師が必要になってくると思います。人件費のこともあるでしょうが、長い目で見て是非検討していくべきだと思います。・ケアマネについてですが、業務が忙しくある時はSW、看護師、ヘルパー、相談員、専員など何でも屋になっています。どこからどこまでがケアマネの仕事なのか線引きも出来ません。車の運転から事務的なことまでしなければならぬことが多すぎます。介護福祉士のみ国から給料面でのアップがありましたが、あれはどうかと思います。介護に関わるスタッフが皆でチームワークを組んで行っていかなければならないのに、ひとつの職種のみを取りあげることはおかしいです。ケアマネの資格とは、いったい何なのでしょう？今一度考えてほしいです。</p>
<p>・在宅での生活を進めていくのであれば、医療との関わりは重要である。訪問看護ステーションや受診時の送迎、付き添い体制をもう少し融通の効く制度にして欲しい。また、医療費が高く、訪問看護料も高く、在宅で生活を送る場合家族の不担も大きいので料金設定も大切な事と思う。医療行為が高いと思われる患者もどンドン在宅に戻ってくるようになってきているがそれに伴う訪問診療をしてくれる機関が少なすぎる。・介護従事者に対してもっと研修や技術力を高めていく必要があると思う。</p>
<p>トータルコミュニティケア基盤形成を任う市町村の役割の明確化が必要 トランス型ケアチーム ただし介護保険法上にきちんとしたトランスの範囲を規定する必要がある</p>

特になし
・在宅で安心して療養生活を送れる環境づくりとして、ヘルパー等の知療の知識の充実及び技術の修得。事業所の研修制度の充実。・施設から在宅へという社会の意識の高まりとそれを支える制度の充実が必要。機能向上（要介護度の軽度化）、在宅復帰に対する評価。
介護度で、利用枠が決まり、サービス内容も決まっている。その為、不安だったり、不足だったりしても、皆、均一のサービスを利用しなければならない。必要な部分だけサービスを使えるような部分があっても良いと思う。認定調査で介護度を決める方法は不安定。やたらと軽くなったり、書き方の印象に左右されているような場合もある。有識者が決めると言ってもバラつきがありすぎる。介護度を決めなくても良い。違う方法を模索すべき。なんでも大規模化することをすすめ、大きい方が安心、質も高められるなどという幻想から目ざめるべき。予防と要介護と分ける必要はない。要介護でプラン作成し、良くなったら、皆、手を離れていくというのは、おかしい。（予防担当の人数制限ある為、枠をこえると、皆、別れなければならない。）→ちなみに昨年末、5名要介ごから予防になった。信頼関係を築こうと、努力し、関係が安定した時に、担当をはずれなければならないとは…。訪問看護の人員基準をはずし、一人からでも開業できるようにすべき。現状足りない。新設された所は、施設併設。在宅へ行くステーションはふえていない。末期癌の人に対する援助は、介護保険制度だけでは、不足、医療に戻すか、連携の方法を模索すべき。
様々な加算があり、本人、家族へ都度説明させてもらっていますがご理解することも難しいようです。
経済的に苦しい人は介護サービスを、必要であるにもかかわらず使えない 施設入居も希望者が多く入れない ショートステイは利用期間などしぼりが多すぎると思う
利用者の負担額が大きい。利用者によっては、利用しなければ生活できない、サービスがあってもお金が払えないと、自ら転倒しながら家事を行ったり、病院へ行くのも控えたりしている利用者もおられる。
給付管理を行わないと介護報酬が算定されないという、現在の居宅介護支援事業所としてのケアマネージャーの動きを、医療との連携、調整を行った時であって、給付管理につながらなかったときでも、なんらかの形で算定できるようになると良いと思います。現在は、退院調整を行っても、その月や翌月にサービス利用しないと何の報酬もありません。そこが、評価されると良いのではないかと考えます。課題としては、介護保険制度に関わっているのであれば、他の制度の理解をしていく等、それぞれの専門分野の担当者が、自分の範囲を超えて勉強することが大切なのではないかと考えています。
「施設より在宅へ」という流れになりつつある中、医師とケアマネとの連携、家族の受け入れなどとびこえる壁が高い。気軽に話しあえる、相談しあえるパートナーになりたい。地域で支えられるよう、横のつながりを大切にしていくことも大事だと思う。（事業所としてライバルではなく）
利用者が重度化しており、現在のサービス単価では限度額の基準内におさまらない。利用者負担額（1割分）の増額をしてほしい。必要な介護が受けられない場合が多い。
医療（Dr）認知症に対して、家族がもの忘れが激しいと言っても、病的には異常ないと見過ごされる事が多い。介護従事者レベルの落差が激しい。プロに徹している者と、プロなのか？と言いたくなる者の差がありすぎ。事業体 地方自治は国の決めた通りに押し勧める。柔軟性が少ない。主体者である本人、そして支える家族にとってよりよいサポートをする事が必要。（金銭的に余裕のない人は、生保でもなければ、特養にさえ入所困難となっている）
1. 在宅での生活を続けるには、やはり「お金」が必要です。最低の年金等しか受けとっていない方には、もう少しサービスが受けられるようにして欲しい。 2. 最低の年金しかもらっていない方は、施設（特養）に入所することができません。多床室の数は少なく、個室ばかりです。個室はプライバシーの保護の為にはいいのかもしれませんが、でも、プライバシーより生きていく事ができない人達があります。「貧乏人は死ね」と考えなければいけないのか？最低限度の生活を送る事ができるようにして欲しい。
・縛りが多く、自由なサービス利用ができない。 ・サービス利用迄に時間がかかる
自宅での看取りに関わったことに対する報酬は如何にしたものか？
施設がどこも空きがなく飽和状態であり、介護負担軽減とはいえ、1日中そばにいれるはずもなく、どこまで1人でついてまわらなくてもいいが・・・施設から
・在宅生活を支えるだけの医療体制が不足。 ・介護保険制度においても、現実、生活支援サービスに制限がある。 ・訪問介護におけるサービス時間や回数に制限がある。 ・単価が低い。 ・介1～2の人が在宅サービスを利用する為には単価オーバーになる。 ・介護従事者の質の向上や、労働に対しての賃金が低い為、家族を支えられない。 ・ケアマネにおいても書類作成が多く現場でみている他の職員がケアマネになると、家族や育児が大変の為なりたくないと言われる現状報酬が低い。
在宅、在宅と言われていますが、ヘルパーさんの給料は低く、働き盛りの人が自活できる給料とは言えません。訪問介護師さんの人員も不足して対応できる状況にはありません。給料だけでも人員確保にはつながらないかもしれませんが、少なくとも生活できるだけのヘルパーさんの給料アップとなればヘルパーさんの確保はできるのではないのでしょうか。初任給で12万→14～15万まで上げるべきだと思います。24h対応の訪問看護師さんの確保はなかなか困難です。給料あげても確保できないでしょうし良い案ができません。
介護4、5の方の限度額を引き上げる。軽度の方で介護保険利用しなくても良い方は、はずしていく。ペットレンタルの見直し。購入が1割でなく3割位にする。住宅改修の見直し。もっと厳しくする。暫定プランをスムーズに行えるようにする。末期癌の方のサービスを緊急に行えるようにする。認定期間を長く延長する。予防の評価を1年とする。医療との連形は良くなってきたが、より良くお願いしたい。リハビリの強化。（訪問リハビリ）専門的な通所希望。
介護従事者が定着するような介護報酬になってほしい。医療依存の高い療養者でも在宅生活が行える支援体制が整えていける地域環境作りに取り組んでいく。介護従事者のスキルアップ研修をひんぱんに開催してほしい。
改定といっても、ざいせいの負担を軽くする為に行なっていると思う。介護で働いている人、介護を受けている人に対して、

<p>何かを改善しようとするとは感じられない。</p> <p>・高齢者夫婦加算をつけて欲しい ・予防プランの介護報酬が低すぎる。介護プラン同様、独居加算をつけた方が良いのではないか。 ・往診をうけてくれる精神科医。もしくは知識のある往診医が増えて欲しい。 ・訪問リハビリ・通所リハビリの数が少ない。利用回数に限度がある。サービス量に地域格差があると思う。事業所がなく選択できない時もある。</p>
<p>①現在の日本医療制度は、利用者や必要が望んで受けていない事も多い。 半数は、医師会や一部の役人がもうかる仕組みとなっている 古い体質がはびこっている。 大半の人間は年を重ねていき、体力がおとろえ、死を迎える事が自然の摂理を望んでいると思う。 しかし、医者や病院にかかれば、元気でいられるという妄想（国の方針？）を持っている人が多い。 気がつくと、植物状態で、施設や病院で、検体状態となって、家族も思い悩むが、一度つけたら、取る事も許されない。②欧州のように、自宅や地域での生活を支えるための介護の選択の幅を広げてほしい。又、医療保険も、必要のない検査や服薬、受診を望むべき人のみ 高額で受診させると良いと思う。</p>
<p>介護や医療保険を使わない人のメリットがあれば良いのではないかと思います。 自立支援とは言いますが、介護度が上がるように努めている人が多いです。特に介護保険は、使わないと損とばかりに依存する傾向がみられます。財政を圧迫している要因では？健康で元気にいる人にメリットを作れば、私も頑張ろうと言う人が多くなるかなと考えます。 介護従事者の待遇（給与）を見直さないと現場での人手不足は深刻です。</p>
<p>1. 課題 ①一定の質が維持していける事業所の経営力。②地域との交流と透明性をもつ。③10～20年后をみすえたマーケティングと事業展開の開発を行う。 2. 改良点 加算等をつけることを介護職人材不足や離職にストップをかけようとしているかつそれでも現場においてはまだまだと思える。さらなる介護職への待遇改善を求めたい。 3. 新たに評価すべき項目 高齢者の重度障害状態にある方への在宅生活維持への介護体制と家族等介護者への助言・サポートしていることへの評価を求めたい。</p>
<p>・問22で回答した施設系、通所系サービスへの重度医療依存者に対するケアを行う支援、促進を図る様に見直してほしい。 ・地域において医療、福祉関係者が終末期ケアを行うことについての会議を行う機会を作り、実際のチームケアで見守りについて検討された場合の報酬を設定してほしい。 ・要支援、要介護の区別による介護保険制度の給付の制限（福祉用具の貸与対象品目等）の撤廃。 ・契約による介護サービスの利用となるが、高齢者、独居世帯には、契約の手続きの負担が生じる為、簡略化の促進を図ってほしい。 ・ケアマネージャーと各関係機関との各連携に必要な共通様式、ツールの作成。アセスメントシート、モニタリングシートなど。書類作成（事務）に係る効率化を統一したもので図る。 ・居宅介護支援事業の充実を図るため報酬upを望む。今後ケアマネージャーの役割が療養者の生活全体の支援により大きく期待されるのであれば。</p>
<p>医療、介護の連携 どうすればもっと取りやすくなるのか、の仕組み作り。 サポート体制作り。</p>
<p>高齢化社会がますます進みつつある現在、今後の対応策には難問が山積みしていると思うが、前項にも記しましたように、私には具体的な方策は見当たりません。但し、思いつくまま、以下に列挙してみます。 ・訪問介護の現場に従事する人たちが報われていない。 ・特養等の入所施設の空きがなく、何年も待たされる。 ・認知</p>
<p>人を支えるには人・物・金が必要。安定したサービスを提供するには安定的に事業が営め安定的に物を確保し、安定した心で長く働ける人材が必要だと思う。全体的な報酬改定（報酬増）を望みたい。細分化しすぎず、分かりやすい報酬区分にした方が、不正を見抜きやすい気もする。</p>
<p>・ケアマネを国家資格にして安心して仕事が長くつづけられる様にする ・病院は治療の場であり、生活の場ではない しかしICFや今の高齢者は治療しながら生きている現状がある ・ケアマネージャーが独立しても生活していける方法を考えてほしい ・新たに 介護福祉士 社会福祉士 精神保健福祉士など2つ以上持っている方に関して 主任ソーシャルワーカーような別な資格をつくりその人がいる所を相談所として認める（報酬全てを含め）</p>
<p>利用者、介護者が安心して生活できるだけの、サービスの受け皿の提供。 利用者本位の制度改革。 退院後すぐは自宅での生活が困難と思われ、ショートステイに行くことになったが、法律で病院には迎えにいけないといわれ、介護タクシーをお願いして、自宅に帰り、迎えに来てもらったことがある。本人の疲労、金銭、時間の浪費などを考えるとなぜ？と思った。 具体的には解りませんが、記録が多すぎるので、必要な書類の整理が出来ればと思います。 日ごろの業務の中、限られた時間での回答になってしまい、充分ではありませんでした。</p>
<p>・ケアマネージャーの待遇、報酬 改善 ・病院、地域の設訪看、ヘルパーなどの、連携強化 ・医療者（Dr、Hsリハビリ e t c）の在宅支援への意識づけ 知識、考え方を教育 ・在宅支援をきちんと行っている所への報酬。</p>
<p>居宅介護支援事業について言えば独立して事業を運営するのは採算面で無理がある。 独立して経営できる報酬面でのアップを期待したい。</p>
<p>末期症状、経管栄養、気管切開と医療依存度が高い程、介護の負担も重くなるが、施設サービスは逆に狭き門となっているのが現状である。 就労、子育てとの両立が可能な手立が必要で。</p>
<p>医療は介護に比べ、守られることが多い。 介護は責任のよりどころが不透明であり、安心して働くことができない。介護保険の細かな見直しもされても、根本で従事する者は3Kの要素から出ることがない為、質の確保は今後どうしていいのか、やる気だけでは生活していくことはできない。 生活保護世帯の方が十分な医療や介介を受けることができている。低所得で頑張っている人々はそこから十分、必要なケアを我慢している現状が大きい。</p>
<p>・介護従事者に対する報酬が低すぎる。 制度上、入ってくる金額は決まってしまうため、仕方がないが、報酬が低いといい人材も入ってこない。 ・介護と医療の連携が不十分である。 医療の方も介護保険制度を十分に理解してほしい。</p>
<p>現在 予防と介護に分かれており 介護度によって利用できる支援が限られている場合があり、すぐに利用したい方にとっては、暫定でという不安定な状態となる ☆予防と介護の枠をはずしていただけたら スムーズな援助が行えると思います</p>
<p>ここ数年でやっと連携の大切さが評価されてきていますが、まだまだ評価されている点数とは言えず、人員不足に悩んでいる事業所も多いと思います。人員配置のためにも、もっと現場の意見を聞くだけでなく、その中の人間も意見する機会があれば</p>

良いのでしょうか難しいでしょうね・・・

今回の介護報酬改定は職員の給与レベル改善につながる水準ではない。現場からは期限付きの給付金では給与は上げられないという声が多い。今回の報酬改定でわずかに収入がアップして事業運営を継続できている事業者が3年間は現在の収入で事業運営を継続しなければならないので、今後3年間の人件費を含めた運営費のアップに耐えられても、次の改定で報酬アップがなかったり逆に引き下げられる状況になれば、介護サービス事業の運営はさらに厳しくなり、人件費に回せる費用もなくなる。次期介護保険制度改正や介護報酬改定の基本的な考え方として、財源不足に対する給付抑制、負担増が列挙され、介護給付費アップは絶望的ということが容易に想像できる。次期制度改正の主たる目的も、今までの改正と同じように「制度の持続性」を最も重視する、財政論中心の改正となり、そのために国民負担増を給付抑制が柱で、介護サービス事業者に対する報酬アップは期待できない。出来高報酬から定額報酬へと移行することで、これを給付の基本として、給付費抑制を狙っているのではないかと考える。居宅介護支援費に対する利用者負担の導入を求める動きがあるが、サービスを現物給付化するためにはケアプランが必須となるのに、その作成代行に利用費用負担が生じることに利用者の理解は中々得られないと考える。これは制度の根幹に関する問題である。

ご利用の方が入院すればそこで契約は切れます。しかし、家族はもちろん本人さんも介護支援専門員をたよりとして頂いています。無報酬だからといってしらないふりもできず面会にいたり、相談をうけたりと他の利用者の収入で入院している方の対応をやっていると同じ、もっと包括的な報酬体制にしてほしい。Drからの意見書の中で、認知症高齢者の日常生活自立度は何をもってチェックをつけているのかわかりません。あまりにもかけ離れた結果が出ていることが多いです。半年、一年の認定期間は短かすぎます安定してしたらもっと長期でもよいと思います。必要になれば、切り替えのできるのですし、認定期間の見直しをすれば経費も違ってくると思います。独り暮らし+認知症+生活保護の方等対応が困難な方が増えています。血援者もなく、行政との連携も（認知症等を理解していない職員）にて行き違いも多くストレスがとても大きい。このような事例に対しての評価がほしい（会議の回数も多い）住宅改修等の手続きを支援しても、報酬がなくレンタルを導入すれば報酬があるとのことで必要ないものを入れてしまうのではないのでしょうか？住宅改修をすれば見守りで暮らせる方もいます。そのような方は要介護であろうと、包括支援センター等で把握すればいいのではないのでしょうか？役場から聞き取り調査がありますか？本人の状況を添っている事業所の意見も加味してほしい。

①ケアマネジャー個々のスキルアップ 各研修～積極的に参加して、レベルアップをはかる必要がある。②特養個々のレベルアップ 医療ニーズの高い利用者の受け入れ拡充。その為には一部医行為を介ゴ職に任せる。介ゴ職の給料アップを求める③居宅介護支援費Ⅰ、Ⅱの報酬アップⅠ、Ⅱ→Ⅰ. 000単位、Ⅲ3、4、5→Ⅰ. 300単位では事業運営が成り立たないと思われる。報酬アップと同時に、ケアマネにも責任を求めることが必要（①につながる内容←）

介護保険導入により「家族に介護が必要となった場合でも働き続けることができるようになった」「家族の負担が軽くなった」という意見が聞かれる反面、利用料などの経済的負担が減っていないため、家族に介護が必要になった時の経済的不安は大きい。高齢者になれば収入も減少し、負担がなお大きくなり精神的不安も伴ってくる。負担割合を変えずに介護サービスが充実できることが一番良いと思うが、年をとっても安心して家族の介護ができる支援が必要ようだと思う。

現在の診療報酬は在宅医療にかんしてはあまり良い状況ではないのではないかと考えています。病院や診療所では1日診療できる人数が多くするできますが、在宅医療（往診）では移動時間などの制限があり、診察できる人数が限られてしまうのに報酬そのものが低いので、往診を専門にする医師が今後増えるとは考えられません。自宅での生活ができるようにするためには安心して医療を受けられることができるような体制作りをすることが必要になり、そのための診療報酬の見直しが必要になると思われます。

ケアマネジャーの報酬アップ。机上の空論やグレーゾーンが多過ぎる非現実的な制限が多過ぎて必要な支援ができないことが多々ある。

2025年の高齢者が最も多いとされる年数まであと13年そう近くまで迫っている。今の介護サービス、医療サービス仕様でこの10年と少しを迫さると考えると、困難であると思われる。まず、金銭的（収支）の問題である。年金制度をはじめ、介護、医療保険の収支は赤字であり毎年その繰返

介護予防に舵を切ったので要支援の人が増加している。ケアマネジャー1人8名まで包括センター（ケアマネジャー1人当たり担当者数 介護予防8名→20名にして欲しい。）より委託されているが実際は待機している人を含めると12名位居る。要介護1から降りて来る人も居る。一人居宅支援事業者はどこの大手病院、事業者からも距離を置いているので、ケアマネジャーの基本姿勢（人権尊重、主体性の尊重、公平性、中立性、社会的責任、（個人情報保護）を堅持出来ている。現状は大病院の抱え込みにより私達の様な事業形態への依頼者は年々減少している。共産党系の病院では自分の所から開業したケアマネジャーの所へ仕事を分配している。介護保険の主旨ではケアマネジャーの独立性が謳われていたが、10年が経過しても元に戻そうとはされていない。独立した法人にすべきである。今後も病院付の居宅介護支援事業者が寡占してゆくであろう。

医療にも小規模多機能を。

①限度額で出来ない場合、自費の利用になる場合何とかならないかと思う②認定の結果にむらがあり、区変の依頼が多く出ている③要介護と要支援のはざまの人についてサービスの不備が多くある。④現在の手順では35件/1人ケアマネの範囲では、ケアマネの処置が改善されない★私は障害者福祉の視点というより高令者介護の視点で記入しました。

医療保険で出来ること出来ない事を明確にする。介護保険で出来ること出来ない事を明確にする。本人、家族の意向、主治医の助言などにより施設利用が適切だと思われる場合は早期に施設への移行ができるよう、病院と施設との連携をはかりやむえず在宅に戻れる方については在宅サービスをすすめるべきだと思う。制度だけではまかないきれない部分について家族の理解が得られにくく、余計に介護負担を感じてしまわれる。介護放棄や虐待に発展しないよう退院前に十分な話し合いが必要である。（ドクターやMSWと家族が話し合いやすいシステムが必要だと思う）

特にありません

<p>今後年々高齢化がすすんでいこことで、自分自身のこととして考えているが、自分がどうやって死ぬのか障害を持ったらどういう生き方をしたいか・・常に考えている。そして家族ともよく話し合っている。最期はどうやっていきたいのか・・やはり、身体がいろんな病気で食べ物を口より入れられなくなったらチューブや点滴はせず自然に死んでいきたい。痛みがあれば痛みは軽減してほしい等希望は（本人の）伝えている。しかし、そこまでいく間いろんな障害を持って、自分の意志もはっきりしないまま（認知症）等で生きていなければいけないかもしれない。自分でも死を選べない状態となる事が不安ではある。常々医療費が高額になり、国の健保も大変になってきている状況なので、どういう医療を受けたいか受けたくないかを意志をはっきり書類に残しておくシステムができたと思う。又介護も同様どういう介護を受けたいか・・一人一人の責任として（社会や家族の責任・・というのではなく）考える必要があると思う。</p>
<p>精神疾患、障害者、老人をまとめて介護保険で対応するような意見が出ているが、担当するケアマネージャーの職種で、マネジメント可能なケースに限りがあると思う。専門は専門の知識でマネジメントする方がベターだと思う。</p>
<p>問2の2で述べたことと重複。課題は在宅医療サービス、何かとすぐ訪問診療可能なDr、医院が。地域に充実すれば、介護者の不安も軽減。制度上では、医療と介護サービス、の重複利用可能となる、改良点が必要。仕切りのない受け皿が必要。在宅での看とりのメリット、環境をととのえること。</p>
<p>医療と介護の連携がより密にできるように在宅介護が安心してできるように従事者を増やせる方向で報酬を見直していただきたい。人は人によってでなければ助かりません。よろしくお願ひ申し上げます。</p>
<p>・難病ケースの支援の拡大と、事業所負担の増減の幅改善のためにも分散したサービスをうけられるようにすることで、支援の幅がひろがることを期待します。・事業体のとりくみは細々あると思いますが、現場もまわり事務作業も行いかつ規模が小さいゆえの経営のむずかしさも、疲弊しているのが現状だと思います。事務負担の軽減や事務員の資格化や報酬への反映があると現場に専念できる観境が作りやすいのでは、と思います。</p>
<p>地域で支える体制づくりが必要と思う。病院から在宅に移行する場合、介護をする家族・介護者の心身の負担は短時間の訪問支援で軽減できずにいます。医療介護がもっと有効に支援できる方策が必要と思っています。それから、なにより病院入院の方が経費負担が少なく在宅での人的負担、金銭面での負担も多くなっているのが在宅継続維持できずにいると感じています。在院日数でしぶしぶ在宅しても、支援が充分でなく、再々入院をくり返しているのが現実です。なにか、在宅するメリットを考えていく必要があると思う。</p>
<p>制度の整理が必要。現在、色々な施設があるがそれぞれの役割を適切に果たしているとは言えず、それぞれがあいまいな役割を担っている。職員の充実、地域資源の理解が必要。</p>
<p>・介護保険サービスを利用していない方の支援費の導入。（現在はサービスを利用していないと給付管理が行われず実質タダ働きとなっている。・居宅介護支援のアップ（利用者負担は現状のままで）。ケアマネの給与が低いと離職率が高くなり（キツイ仕事なのに介護職と同じ位では）スキルの高いケアマネがそだたない。</p>
<p>①認定（介護保険）制度 特に調査方法の再度見直し。形ではなく、必要な方に必要な福祉や医療を提供出来る内容へ。認定にかかる人件費、期間がかかり過ぎる。ケアマネの質を高め、医療連携を深め、もう少し任せてほしい。②介護分野のスタッフが自立した生活を維持向上出来る労働条件を確保してほしい。又、介護スタッフの研修の確保で力量アップし、社会的にもプライドが持てる職として自立が目指せるよう働きかけてほしい。</p>
<p>・介護支援専門員の身体的にも精神的にも負担が大きいので報酬を上げてほしい。</p>
<p>居宅介護支援及び居宅サービスにおいて報酬が低いと思われる。加算で報酬が得られる時もありますがその加算が適用される為に条件が多すぎ、適用外になる事も多い。又、書類（アンケート等も含む）が多く、実際に訪問する事等に大きく影響を及ぼす事がある。又、事業所等は利用者の全体像を把握し、本当に達成出来る目標を事業所全体で取り組む事が今一度必要である。介護職や相談職のレベルアップ、スキルアップの必要性と、技量の差がない事等の問題解決などがある。行政の今以上の多大なバックアップも必要となるであろう。</p>
<p>地域包括ケアシステムの中でトータルコーディネーターを誰が担って行くのか？現在の包括支援センターでは力不足。小規模多機能にトータルコーディネーターを置き、365日24時間タイムリーに地域支援できる体制作りが一番実践可能と考える。加えて、訪問看護事業所を置くか、連携を考える。</p>
<p>訪問介護事業所に対する報酬金額の見直し検討</p>
<p>税金が落ち込んでいる現状の中で家族での負担も大きくなっていると思います。事業をやる方針としてこれだけ負担しても、安いと言われるサービスをしたと思っています。その為には良い人材を確保しなければと思いますが、満足のいく賃金を支払う事が出来ず、満足のいくサービスが出来ていないような現状ではないかと、日々毎日悩んでいます。良い人材の確保・高い賃金の確保・資の高いサービス、それが実現できれば、充分いき届くサービスが出来ると思います。現状制度では、加算がありますが、利用者から見れば負担の大小でしか判断していると思います。ですから資の良し悪しで判断している人は少ないと考えると加算制度は意味がない事ではないかと考えます。それとケアプラン料の件ですが、医療保険と同様に事業所に直接提示して利用できるとすれば、ケアプラン料の介護保険からの支出が削減出来ると思います。各事業所の介護計画は必ずケアマネージャーが行なっている事業所が多いと思います。それで二重にプラン作成が行なわれている事を考えれば必要ないのではないのでしょうか？</p>
<p>要介護5の認定で単位数がオーバーし、かなり自己負担が発生している方がいらっしゃいます。サービスを利用しないと、介護者家族の生活も成り立ちません。不公平かもしれませんが、要介護5の重度の方のみ、プラスαの給付を認めてほしいと願っています。在宅でも褥創が悪化してしまった時の病院の受け入れが大変厳しいです。しかし在宅での処置は家族では限界があります。ヘルパーさんが処置できるよう認めてほしいです。胃ろうの処置もヘルパーさんに対応できるようにしてほしいです。胃ろうの方のショートステイがなかなか予約できません。各施設とも対応を広げて下さっているのですが、1日の受入れ制限がある施設ばかりで介護者の急病でも受入れていただけません。何か加算をその都度算定できる等改善して下さい。</p>

<p>・いろいろな改定がされても、それが単に医療費、介護費削減の為だけが目的の改定であって欲しくない。政府として、医療費、介護費を含む社会福祉関係費の財源をきちんと確保できる施策をまず講じて欲しい。</p>
<p>ケアマネジャー 兼務はどうしても難しい。看護師をしているが診療側からも頼られているし、ケアマネ業務はしないといけないし・・・忙がし過ぎる毎日である。</p>
<p>・福祉系サービスの集中減算の見直し（抱え込みの問題について）</p>
<p>・訪問調査の内容や基準は在宅と施設では環境や生活条件が異なるので変えるべきである。・利用者がサービス利用の希望をしケアプランを作成したその後その都度サービス担当者会議や調整を行う。そこまでして中には利用なく入院をされる場合があり、報酬に結びつかない事がある。・ケアプラン作成までに訪問、アセスメントを実施するので、そこまでの報酬をつけてほしい。・ケアマネジャーに対する責任は重く、医療系サービスには非常に甘いと思う。・医療サービスは別にしてほしい。居宅療養管理訪問（特定疾患）等ややこしい。・居宅は必ず月1回訪問しており、必要時はプランの変更をしている。評価が必要か・・・ケアマネジャーの書類が多過ぎる。・集中減算事業所の対象にどうして通所リハビリが含まれないのか、不公平である。・書類だけの監査・実施指導だけでなく、利用者への聞きとりも行ってほしい。</p>
<p>・要介護認定制度見直し・予防プラン見直し 予防と介護をいったりきたりしている方がおりロスが多い・担当者会議のあり方 形だけになりかねない場合も多い・ケアマネの書類、雑務が多く紙ばかりになってしまう 医療、介護のIT化が必要かと思われる</p>
<p>特定施設に関わった事があります。特定施設への介護報酬は減らしても良いのではと感じました。在宅介護では、認定された介護度の範囲内のサービスでは不十分なケースが出てきます。特定施設では実際には「介護」ではないのでは・・・と思われる事があると感じました。</p>
<p>・サービス提供事業所が改定により存続（経営）が難しくなると、提供するサービスが無くなってしまいます。家族は施設利用の希望が強まり訪問系のサービスが肩身狭くなっていますが、必要な家庭もあり、バランスが悪い。</p>
<p>・暫定プラン作成の頻雑さの解消と、暫定プラン作成しても認定結果次第では給付費が請求できない場合がある。・適切なマネジメントの具体象が不明で、給付費減算を避けるためとして、際限なく業務量が増える傾向にあり、モチベーションの低下、焼つき症候群的現象が見られる。又逆に、過大な業務量から不正に走る傾向が一部にはあるが見られる。適切なマネジメントのガイドラインを示すこと。又、業務の省略化に資する改正を希望します。</p>
<p>医療にしろ介護にしろ、一番その人にとって重要なことなので、真心を持って接して頂けるようにして欲しい その為にはその労苦に見合った報酬がなければいけないと思います。</p>
<p>施設利用の方向になりつつあるが、在宅であることを基本にするためには、それに対する評価がもっと必要。</p>
<p>ケアマネ1年目の為詳しい報酬について把握ができていません。</p>
<p>同法人で訪問看護+入所施設（小規模多機能）をもっているところは少ないと思うし、新たに作るにしても費用を要するため、モデルとしてかけてあるものが実現可能なかと不安になっている。現在の各事業所が手をつなぎ協力し合うという体制もあると思うが、担当のケアマネはどこ誰が担うのか？現状医療依存度の高い利用者の受け入れが悪いのは、状態の変化に対応しながらケアプランの修正や調整を最期の日まで、続けていかなければならない時間をどのように作っていくかという現実にあたってしまふ。要介ゴ1でも内部疾患の医療を必要とする利用者として例えば通所系を1回/週で問題なく利用できる利用者とケアマネの報酬が同じなので、かたよった依頼が増えるのではないのでしょうか。（暫定もしかりで、周囲の「暫定でなければ受けない」という声もききます）介護保険は“病気を持っている高齢者”がサービスを受けられるものなので、医療一介護の連携は、本当に必須と思っています。いかに生きるかが主だった当初から、それに加え、いかに死んでいくかも私達ケアマネがいっしょに利用者さんと検討していく課題と思っています。</p>
<p>利用者に今以上の負担が行かないよう、ケアマネジャーが書類作成の時間を少しでも訪問にまわせるよう検討して頂きたいと思います。</p>
<p>・相談業務が評価されない。報酬として算定されていない相談が多い。入院、入所中の家族が判断に迷い相談にみえる。・同居であったり家庭崩壊が増えている。家族間でのコミュニケーションが取れていない・求められる書類が多く押印も多過ぎる高齢者にとって交付される書類の処置も負担になっている。</p>
<p>・特養と老健の明確な役割の区別化 従来の老健が中間施設の役割をきちんと果たせば病院の入院患者が不必要な長期入院が減らないか。・病院職員の介護保険の理解度の向上・介護認定の結果が早く出るようにしてほしい。→結果が出ないために入院期間が長引くなど無駄が出る。</p>
<p>介護報酬の引き上げ</p>
<p>施設や在宅などおかれる立場によって同一職種であっても状況がみえにくいいため連結性のあるケアが考案されにくい 情報を共有する時間がとりにくい。在宅サービス事業所が病院の時間にあわせて調整をしているが、負担が大、医療依存度の高い人ほど情報の共有が頻回に必要 認知症のある人の入院治療には家族の付き添いが必要な場合が多々あり 家族の負担が大きい（24hの対応 経済的）相談業務（ソーシャルワーカー、ケアマネ、訪問看護）に対する評価が低い。効率も悪く事業所の収入になりにくいいため、人員配置が少ないため1人に対応する時間が限られてくる。不安感を持っている人が多いのでは。</p>
<p>介護サービスを利用するにあたり、日曜日は休みがほとんどだが、家族が休養できるためにも、日曜日にサービスを利用できればいいと思う。</p>
<p>今の報酬額では、職員の給与に反映できず、十分な人員確保が困難であり、経営、運営を考えると、サービスの質の低下が懸念される。忙しくなるが、給与は上がりず、サービスは維持、向上と言われても、モチベーションを維持させるのは、困難である事が多い。しかし、介護報酬を上げる事は、増税を考えていくのであれば、国民がどう今後を考えて、何に重点をおいて生活をしていきたいのか、しっかりと考えそれを政治にしっかりと生かし、しっかりとした方向性をしめしてほしい。</p>
<p>ケアマネとしては、医療、介護、自立支援制度、都道府県、市町村独自の制度等、勉強して必要な適切な支援を行わなければ</p>

いけない。と思います。
ターミナル期のサービス内容の変更等がありケアプランを数日単位で変更することがありかなりの負担がある。各事業所にも負担をかけている。介護報酬の見直しに考慮してほしい。
・要支援を、1と2に分けることはいらぬのではないかと。・要支援1、2の予防プランは委託せず、包括でしてほしい。(居宅は介護で精一杯)・居宅介護支援費の1割を徴収することになれば、介護サービス利用をひかえる人が増えてくると思われる。
報酬(介護現場)の低さから、人材の不足が決定的である点につくる。
介護保険が自立支援を目指すのであれば、自分自身で調整できる人は、自己作成ケアプランでよいのではないかとと思われる。自己作成により使えるサービス使えないサービスの理解が図れるし、ケアプラン料の削減、介護保険費用の抑制につながるのではないだろうか。自己作成は行政職員の手間につながるかもしれないが「サービス選択の自由」の権利であると思われる。社会保障制度は医療機関や介護事業所、それに携わる従事者のしめつけではなく、より良い制度づくりのためには、大きな方向転換も必要ではないだろうか。
介護者がボランティアとして求められている傾向がある。仕事として取り組む場合他職種との格差が多ければ支援者が生活をしていく事ができない。介護福祉士を勉強してとつても生活の糧にはならない。この世界の人間が仕事を継続できない原因の一つである。今後、必要とされる資格であり、人材であればもっと高い報酬が必要であると思える
介護支援専門員は客観的に利用者を見てサービスの導入をしないといけないが結果評価もうすぐ、職員の応援に対応したりと雑用ばかりに思う。
高令化社会、多死時代の到来が近い将来となっている事を考えると、疾病状態と老化の事象を区別して考える事も、あるいは必要なのではないかと考える。一人一人の考え方を転換させるプロパガンダ的な活動が必要だと思っている。又、高令者は医療と介護の連携を充実させることが、療養生活の継続、入院期間の短縮に最も重要であると考え。診療報酬、介護報酬の同時改定の際、更に評価し重要なポイントとして認知させる事が必要かと思う。医療、介護の問題ではなく、地域の問題として地域全体で考えていくという方向制、行政も一緒になり、取りくむ必要がある喫緊な問題であると思う。通所サービスの需要が今後増大すると考えられるが、施設基準として、リハビリスタッフの配置が重要なのではと考える。活動評価することが大事なのではないか？質の向上につながり、自立支援を促進できると考える。訪問看護の普及についても同様であるが、訪問看護師の希望者が少ないという問題もあるが、施設基準等の加算などで、ステーションの人員配置等を評価し、規模の拡大を図る事で在宅死への対応がとりやすい環境にできるのではないかと考える。
居宅介護支援事業所の報酬制度を見直してもらいたい。事務処理をもっと簡潔にできるような制度にしてもらいたい。
・独居や認知で加算されたが、それが介護専門員の報酬の見直しにはならなかった(介護の様に国からの指示がなかった為)・認知加算のⅢは主従医の判定がバラバラだと思える。かなりの認知と思ってもⅡ止まりで、そこまでないかなと思っているとⅢ以上の時もあるように感じます。長谷川式の点数などで判定されたいと思います。・介護保険でケアマネはいらぬ様な言われ方もありますが、利用者1人1人の介護に応じた計画で多い部分の歯止めもしています。できない事はできないと言っていますので、すべてが使えばなしの計画ではないと思います。・住宅改修だけの報酬がないのが残念です。市町村で2500円のプラン料をいただきましたが、年度変りに(ちょうど合併もあり)なった為、何度も訪問し計画を立て、サービス担当者会議もして無報酬なのは残念です。一ヶ月分だけでも計画料があつて良いのではと思います。・通所リハビリで週に2回利用であれば加算が取れるが、実際の利用が8回利用がなくても加算を取る所とそうでない事業所とバラバラです。ケアマネの計画が週2回で8回あれば、たとえ利用が6回になつても加算されるので、はっきり線引きをしてほしい。・要支援の方は自立(に向けていってほしいので)に近いので、在宅改修は必要ない様に思います。それこそレンタルで対応し、要介護1~5までの方が身体的に変化が大きいので改修される方が良いと思います。
・介護業界は職員の入替わりが激しく、一つの事業所に職員が最後までいる事が少ない。仕事に対しての給料が安いなどの原因が多いと聞く。また就業時間も決められた終了時間がズレる事が多く、また職員の人数も利用者一人に対しては規程で決められた人数では現実的に厳しく、同じレベルの利用者ばかりではないため、利用者、入所者の介護度に合わせて従業員の人数を決めてほしい。・介護支援専門員の介護報酬の解釈(赤本、青本)の内容も曖昧でケアマネジャーによって解釈が違うためはっきりしてもらいたい。
・居宅介護支援事業所として要介護者と要支援者の委託を受けプラン作成を行っていますが、支援から介護、介護から支援と変更になれる都度新たな契約が発生し利用者に混乱を招いている・在宅支援においては独居や高齢世帯、認知症高齢者の増加や虐待、貧困といったさまざまな問題が多く困難事例として係わる頻度も多く解決にも負担が大きくなっている。書類整理にかかる時間も多く、件数的にも多く持てない。しかし報酬的な事もあり事業運営を行う上では難しい現状がある・満足の行く介護を行うためには、余裕ある人員体制、福利厚生等で職員自ら心身共に健康で満足した日常生活であつてこそ心から笑顔で接する処遇ができる・重度の方の受け入れ相談もあるが在宅医療の受け入れ機関も少く相談に応じきれない状況もある・包括支援センターとしての機能や役割がうまく作動しているのか、地域の状況が把握できているのか疑問に思う。今後、独居、高齢世帯、認知症高齢者等増加していく中、もっと身近な所での相談窓口や早期発見早期対応への対策が必要と思う
・診療報酬、介護報酬の算定のし方が複雑になりすぎた 利用者に説明し理解を得る事は容易ではない・医療や福祉では支援できない事がおすすぎる。
・低所得の方が必要な医療や介護を受けられない現状がある。何とか必要な医療や介護を受けさせてほしい。・特別養護老人ホームのような低料金で入所できる施設を増やしてほしい。・主治医との連携がとりやすいシステムを作してほしい。
ベースが看護師のケアマネは減少している状況だと考えます。現在の介護報酬では看護師の方はケアマネをやめる方向になってしまいます。介護支援専門員には医療の目線が必要に思いますがいかがでしょうか？
医療的な病気があること＝重度と考えないでほしい。在宅介護者は、医療面よりも介護や精神面での援助を求めている事が

<p>多い。限られた単位数の中で、単価が高くて援助時間の短い訪看を望まれるケースは少なく、むしろNsのいる通所サービス等でまかなう事が多い。在宅介護での重度＝病気が重度ではないと知ってほしい。介護度の重くなるケースは、本人より家族負担の大きいケース。たいいては、デイやショートといった、「預かってもらえるサービス」を希望されます。</p>
<p>&lt;取りくまねばならない課題&gt;・ケアマネージャーの資質向上、真の自立支援を行うケアマネジメント手法の確立をめざすことが必要。・介護保険制度の間での認知度、理解度を上げる。・若い世代の高齢者や介護への理解を深める。&lt;改善点&gt;・報酬を増やし、就業したい職種となるようにする。・必要書類数の削減＝教育の改善 教育機関や履習期間等十分な教育から質の高いケアマネジメントが行える専門職の育成。・国家資格への引き上げ強化すべき項目&gt;・住宅改修理由書（住宅改修のみ利用時）の報酬設定。・支援開始してもサービスに結びつかなかったケースの報酬設定・困難事例ケースの加算設定</p>
<p>「要支援」「要介ゴ」の壁は取りのぞいてほしい。包括の仕事は予防プランを作成することではなく、各事業所が抱えている困難ケースにCMと共に積極的に関わっていくことだと思う。認知症の人のための復見へのスピーディな手続きを進めてほしい。二度手間になる契約も高齢者をまどわすややこしい書類作成の仕事でなく、その人をその人の生活を見る仕事でありたい</p>
<p>軽度者の福祉用具貸与について、理由書が本当に必要なのか疑問。本当に必要な方は貸与すべき。現場を知らない役所の方に文面で理解してもらうのは無理がある。要支援者の生活援助をなくすといった話が浮上しているが、生活援助ができなくなったら困る方が多数出てくるはず。ケアプランの負担について、それが施行されたら、介護が必要でも負担がその分かかってしまい、要らないといった方も出てくるかもしれない。</p>
<p>難しいことはわからないが、各事業所が用心の奪い合いをしているような今の仕組みが改良されてほしい</p>
<p>・介護予防支援は包括支援センターが主となっておりますが、委託業務として1件4120円でうけております。プラン作成等、包括に確認いただいてからの流れになる為、手間が多いのに収入が少ない形になっています。予防2件で介護の方1名と計算では成り立ちません。介護の方と同じ、より以上足を運ぶ事もあります。介護報酬では見直していただきたいが予防の方です。・居宅介護支援、単根では赤字です。いつになったら解消できるのか。</p>
<p>連携についてやす時間で報酬にはならないのでみとめてほしい</p>
<p>老健施設の中での医療費が施設もちになることで入所制限されるのがおかしい。介護、医療のリハビリの連携をスムーズにできるシステムが必要。退院時、病院側に在宅医に連携することを義務づけてほしい。カレクアレンズの開催の義務付けてほしい。急に退院ということがないよう、地域連携先の充実を。</p>
<p>・介護予防についてのケアプラン料アップ・住宅改修にかかる書類等に時間を要する為、作成費用を加算してほしい。・どこの医療現場からも、もっと情報提供がスムーズにできるようなくみ、体制をつくってほしい。</p>
<p>介護報酬を上げることが保険料を上げることになると思います。訪問して、サービスを利用しない人には、納めた保険料の何%でも還付して欲しいなどの声が強いです。保険料、公費負担でサービス利用料が間に合わないからと保険料を上げることはあまり賛成できません。利用者の負担割合を増やす（一律でなくても）ことや、認定調査についての真性者負担の検討も可能と考えます。また、医療との関わりについて、障害者認定であれば医療費がない（ゼロ）と言う部分に大きな疑問を抱きます。日常生活の中で「障害者だから医者さんなんぼかかってもただだべった」と言う言葉をよく耳にします。障害者の方が裕福だ、うらやましいなどと言われる制度もどうかと思います。負担額、割合の見直しを希望する声も聞かれます。ショートステイの利用の現状について「ショート」＝「短い」の意味がないと感じます。本当に理由があって利用したい人が、ロング対応の利用者に占領（言葉不適切ですみません）されて枠がないと受け入れてもらえないことが多いです。ショートのあり方も見直す必要があるかと考えます。</p>
<p>障害のある人たちは、本人やその家族が自ら望んで傷害を負った訳ではない。しかし食事や排泄などの生命維持や社会生活を営むうえで、障害を起因とする制限や不都合が生じてしまう。その制限や不都合を軽減し、人並みの生活を送るための社会的支援は権利としての福祉とされてきた。障害が重ければ重いほど福祉サービスの量は増し、負担もかさんでしまう。所得に応じた上限数は設定はされているが、非課税世帯であってもその上限額は最低でも障害者基礎年金の約1/5に相当してしまう。このような応益負担は一人ひとりが「分断のスパイラル」にからめとられてしまう恐れがある。だといえども、本人ならびに家族の責任に転嫁してしまったように考える。</p>
<p>・医療、介護の連携強化・利用者、家族に対しての教育（理解の向上）・介護保険→「介護の社会化」としてスタートしたが程遠いものとなってしまっている。“保険”として一律で支払っているのに、使えるサービスに差がある。施設に入所できない、医療依存度高い人入所する所がない。→結局家族、身内の負担となっている。・ケアマネ不要論が浮上するが、論者の見識が理解できない。コーディネイトに対するコスト意識が低い上に、地域包括ケアにおいての“地域の自助力を高めるための業務”を期待している。円滑に生活を守れる様対応しているケアマネの多機にわたる対応を考えての発言なのか？現場の意識、意欲を低下させる発信になってしまっている。・制度を考える側と現場の人間は、そもそも対立軸上にあるのか？地域住民へのサービス、生活の向上の視点から見れば、対立でなく協働、共調が大切であると思えるのだが・・・・制度についての詳細については挙げると書き切れないので省略。・医療依存度が高い人への対応（重度）←法整備、誘導。・要介護認定の見直し←有効期間の更なる見直し。ガン末期時の加味→明らかに状態悪化が見込まれる時の介護度（高く出す等）・予防（要支援）と要介護の一体化←包括と居宅の行き来はムダ</p>
<p>・緊急でショートステイや施設入所等を利用したくとも、利用者が多く必要な時に利用出来ない。必要な人に必要な時に利用が可能な状況となってほしい。施設の増加・事務量が多くもっと軽減してほしい。</p>
<p>・国では利用者数35名と言っているが採算が合うような単価にして欲しい。・事務的な仕事が多すぎる。・今後、独居・高齢夫婦世帯が多くなっていく中で、介護保険サービス、（少ない）インフォーマルサービスのみでは支えることは難しい。ちょっとした援助で在宅生活が可能で人もやむなく病院・施設入所になっている現状。外国のようにひとりの障害等がある人に起床時～就寝時まで家族でなくヘルパーがついているような体制を目で見てきましたがそれに近い体制があるだけでも</p>

安心して在宅生活ができるのではないかと考えます。
在宅への移行を推進するために担当者会ギヤ、情報提供を行えば、〇〇点という則反と、今后そういう在宅への移行取り組みを行っている医療機関へは、更に＋〇〇点という加算及び公開を行っていったらどうか。高度医療機関と同等。在宅へのバックアップ推進機関としての設立＋点数が必要のように思われます
圧倒的に相談に来る方は「制度の複雑さ」を訴える方が多いです。利用しやすい開かれた制度には程遠いと思われます。複雑にしないといけないのであれば、それをカバーできる程度の説明会、説明会の質を国全体で上げていく必要があると思います。又健常者のみならず視覚・聴覚に障害を持った方にも理解しやすい様工夫が必要と思われます。
・現場で働く者としては、もっと現実を知って欲しい。報酬改定があり、いろいろ改定されたとしても、現場で働く者にとっては何も変わらず、改定した所をきちんとやらなければならないので、増々大変になってくる。利用者も、それを支える者も満足できる改定にしてほしい。
主治医－ケアマネ－介護事業所のつながりが十分ではないと思われる 介護保険が始まりどうしても収益主義になっている
介護報酬が低い。 ・ケアプラン料 独居や精神的に不安のある人は日に数回訪問。訪問時間も2時間を越える人もあり、時間を要するが、訪問回数、訪問時間と関係なく、報酬は同じである ・介護職等の賃金は低過ぎる（医療職に比べ）
施設でのリハビリは強制的なものが主体となっており、これからは発想を変え、本人が楽しみながら参加できるもの、例えば本格的なカラオケ設備や点数を競うゲーム機器などの導入を積極的にすすめ、機器購入の助成や報酬を考慮すべきである。重度認知症に効果のあるアザラシのロボットなど日本で開発され海外で評価の高い癒やし器具などの導入も可能とすべく、現場の意見を直接くみ上げた上で、改定作業を進めなくてはならないと考える。
・年金が年々下がっていく中で、限度額内で対応出来ない利用者が多く、家族とも同居が不可能な方を支援する中で、特例的に、限度額を無くし特例給付等の選定が出来ればと考えた事があります。
医療・介護従事者がお互いにそれぞれの改正内容についての知識を習得すること。 今後改めて評価すべき項目について 報酬の改正に伴いむやみに加算条件を厳しくしたり事務作業を増やさないでほしい 特にケアマネの事務手続きをできるだけシンプルにしてほしい。
・書類や記録物の事務量が多過ぎるので、もっと簡素化してほしい ・各事業所に対応して欲しい様な事をケアマネジャーに依頼してくる事業所があるので改善してほしい。（役割の線引きが難しい。） ・主治医との連絡がもっと取りやすくなるとう良い。医師からケアマネジャーへの指導、助言のシステムがあると良い。
・認定調査の費用を削減し、その人に必要な量のサービスが利用できるようにする。 ・情報公開サービスの廃止
1、事務処理の簡略化（繁文縟礼） 2、利用制限の緩和（サービスコードが細か過ぎる） 3、認定機関の長期化（変化には区分変更で対処） 4、サービス指定基準の柔軟化（現実的基準への変更） 5、上記見直しによって生まれた時間を研修に活用
一般的に重度の認知症等、加算をとっていない事業所も受け入れているのが現状です。今後も増加していく事が考えられます。意見書等中～重度の認知が認められれば一定の報酬があっても良いのではないかと思います。現状の制度に関しては、あまりに期間が画的に決められていて柔軟性に欠けると思います。
・加算が多く煩雑すぎる（通院介護、入所（ショート）にしてもどうして加算があればと付け加えるのかと疑問に思う ・書式の簡略化。全国統一書式を作ってもらいたい。 ・保険者ごとの見識にも疑問がある。国が決めた統一見識の中で仕事を行いたい。県に問い合わせると保険者に相談との返事がかえってくる事が多く、他府県の利用者が居い場合、非常に困る。 ・机上での改正でなく現場、現状にあった改正を行って欲しい。
医療度の高い人を受け入れていかなければならない事
・平成18年度から始めた地域密着サービスの「小規模多機能型居宅介護施設」の充実を希望したい。認知症高齢者の在宅生活を続ける場合、小規模多機能型介護施設のサービスが充実されれば、安心した生活の確保ができる。 ・認知症ケアの支援体制と家族ケアの充実を図っていく。 ・予防プラン報酬の見直し（プラン料が安い）。 ・要支援者を含めたケアプラン担当件数の制限が、利用者にとって不利益になっている。 ・訪問介護のサービス提供にしばりが多く、利用者、家族の理解に無理な場合がある。 ・居宅サービス計画の料金・・・沢山のサービスを利用する方は、やはり調整に手間がかかる為、評価していただきたい。 ・配食サービスを介護保険優先でなく、利用できると良い。
・自宅で最後を迎えることができる様、医療・介護の連携が必要。 ・在宅医として地域の医療に取り組む医師が必要。 制度上新たに評価して欲しいこと ・終末期（自宅で看取るケース、最後は病院であっても数日前まで在宅で過ごした人）を支援した介護支援専門員（居宅介護）に対する加算をつけて欲しい。←看護師等が訪問すると時間で報酬がありますが、CMは一ヶ月の報酬のみしかつきません。実際、毎日の様にCMが訪問することが多々あります。
介護支援専門員の評価として・現報酬規定では相談、面談やインフォーマルサービスの調整についての評価が不十分だと思う。既定の介護サービスの利用がないと報酬が認められていないことを改変して、相談面接サービスが正当な対応の評価を受けられるようにして欲しい。 ・現状では、主任介護支援専門員は「事業加算」を算出しないと報酬評価がされない。これでは資格を取っても業務の中で生かされないままとなる。1人や二人の事業所が多い現状をふまえ、そうした小規模事業所でも何らかの主任ケアマネジャーの役割を認め、それを報酬として評価することをお願いしたい。
事業者にとって経営を考えたとき、保険点数が上げられる（下げられる？）事はとても助かる状況はありますが、反面利用者からは負担が増す事により、サービスの利用に繋がりにくくなる方も多勢いる事が考えられます。双方にとって利用して頂き易い、保険制度になる事を望んでいます。
・小規模の利用のしかたをもっと柔軟に考え、利用しやすくする。現状では普通のデイサービスやショートを組み合わせて利用するのとそれほど変わらないのではないかと思います。小規模の良さをもっと発揮できる様なシステム作りが必要ではないかと思います。 ・職員の平均的賃金が安すぎる。

<p>・主治医を中心にチームを組んでの本人や家族へのサポート・病気やけがにより障がい者になったとしても、住み慣れた地域で生きがいを持って暮らしていけるような地域社会づくり</p>
<p>・家族の介護力の低下</p>
<p>◎制度上矛盾点がある（介護保険と予防給付）①事業所加算を取るには予防を受けられない②予防を受けないと包括から仕事が来ない③利用者で予防と介護保険をいったりきたりする方に理解を求める事は大変である。制度を説明する事も大変である。④予防給付の扱い方、包括との係り方に無駄が多い・書類が多い・時間がかかる・安い①担当者会議→②計画書作成→③包括担当者へ届ける→④確認印をもらう→⑤利用者訪問し説明する（印）→⑥各事業所へ配布 システムの改善をしてほしい。さいそくしないと包括から戻するのに時間がかかる（一ヶ月も）これでは事業へ指示が遅れる。◎居宅（ケアマネ）をしっかり行うには、経営を考えたらやれない。経営はいつも赤字事業所の管理者はボランティアで行わなければならない状況である。</p>
<p>連携は絶対必要。やりがいの持てるよう。正当な社会的評価と報酬が必要と思う。今は、医療関係者に対しての評価は高いが、介護関係者に対しての評価が低すぎると思う。</p>
<p>利用者様一人ずつのニーズに対応していけるよう専門職のスキルアップが大切である</p>
<p>ケアマネジャーです。書類が揃っている事だけに重さがおかれると事務処理だけに忙殺され本当に必要な支援を見失う時があります。ペーパー上で介護はできません。生活保護をもらっている人の支援は大変です。独居加算よりも生活保護の加算が欲しいです。入退院の連携加算は不要と思います。情報のやりとりは当然の事だととらえていますので。</p>
<p>薬の処方→医院などでは重複して処方している所があったり、認知症等の問題で1日2回服薬するのが精一杯という状態を説明しても担当医は考えてくれないこともあります。改良してほしいです。必要な薬の過剰処方。</p>
<p>現状では介護サービスを利用するために、申請を行い、訪問調査を受け、審査会を経て介護度が決定。自宅に介護保険証が送られてきて始めてサービス利用となります。サービス利用まで約1ヶ月を必要とします。サービスを必要とするときに申請しては遅いので、まだ利用しないがそのときのために申請される方もいます。調査費用・意見書費用も馬鹿になりません。もう少し使い易い制度にすべきと思います。サービスが必要になったら、地域包括に申請に行く。地域包括のでは、利用される方の居宅を選択していただき、包括の職員・担当予定の介護支援専門員が初回訪問を行い、アセスメント・利用サービスを共に考える。次にサービスの事業者・主治医など関係者による会議を行ないサービスを決定する。利用まで出来るだけ日数を掛けない。必要ときに必要なサービスが受けられる。サービスの必要がなくなれば中止する。そのために定期的に会議をおこなう。調査に係る費用を、初回加算や会議などの報酬に。</p>
<p>新聞誌上で、定額利用ができる訪問介護を導入するよう動きがあると知りましたが、そのためには介護従事者を増やすことが必要になると思います。若い人達がこの仕事を目ざすための取組みに期待したいです。今のままでは、介護報酬を上げてても問題となっている効果は期待できないと思いますので、組織をまとめられる人材を確保し、強い組織ができる仕組みが必要ではないかと思ひます。</p>
<p>・各市町村により申請の様式や提供の書式が異なる為、全国的に書式を統一してほしい。又アセスメント様式も統一した方がよいと思います。・居宅介護支援の報酬が介護度で一律なのはおかしい。書類の申請代行や介護相談が算定されないのも、おかしいと思います。・居宅介護支援はサービス提供に繋がらないと報酬を受けられない福祉用具販売等・医師には介護保険についての理解が浅い方が多い。担当者会議に出席できないのなら、医師に対する照会の書式を作してほしい。</p>
<p>サービスの質を確保する。ケアマネージャー個々の能力の向上と「生きる」事についてどのようにマネジメントしていくかを確立していかなければならないと思います。介護報酬に関しては（介護支援専門員）支援費の利用者負担について、今回の改正では見送りとなったと聞いています。介護保険制度の中核ともいえる部分が再度検討される事になったので、今後、十分に議論してもらいたいと思います。と同時に支援費の利用者負担が導入される事になれば、今まで以上にケアマネージャーの質が問われると思います。</p>
<p>介護支援専門員に求められるものは、大きく負担になっています。本来この職業は役所関係の方が守られた中でおこなう職業ではないでしょうか。役所になれば細かいケアが出来なくなるのでないかという声も聞かれますが、それは教育だと思ひます。本人、家族の意向と現状のギャップ、それを調整する難しさ、日々ストレスです。保険者や役所からは監査が書類提出等を求められ、仕事も繁難（こちらの文字をもらいたいらしいです 煩雑）です。上記の割には給料が安い。とにかく安い。以前、医療関係にいましたが、その当時の3/1の年収となっています。</p>
<p>財源が限られていることは理解できますが、まず財源ありきで議論がされているようで、心配です。各職種で様々な考え方があると思いますが、利用者にとってどうなるのかが、基本になければならないと強く思ひます。対象となる高齢者は今この時も生活されているということ認識し、その生活が豊かになるように知恵を出し合うべきだと思ひます。24時間対応を制度化することで助かる方はおられますが結局サービス利用の時間以外の時は、家族に負担がかかります。現状、夜間対応型訪問介護を利用する方がほとんどいないことを、どう総括しているのか疑問です。もっと現場の状況を具体的によく見てほしいと思ひます。切れ目ないサービスをめざすのであれば、日常生活にもっとポイントを置き、ヘルパーの多様な利用を検討した方が、家族にとっては有効だと思ひます。</p>
<p>認知がないと難病を抱えていても認定が低く出るため、サービスが足りず、苦勞する。独居であることも加算してほしい。</p>
<p>だれもが平等に医療・介護の恩恵をうけられるように検討されるべき。ターミナルイメージを共有するのは性急にはできないししない方がよいとおもうので家族とケアマネが家庭医のように長く関わっていけるような制度にしてほしい。急変期のマネジメントと長く関わっていくときのマネジメントを同じ人が行う必要もない。長く関わっている中での評価もこれからはして欲しい。例えば介護度u p加算、長期現状維持加算など、ケアマネが申請しなくとも自動的につくものがあってよいとおもう。</p>
<p>点数の足りない方、利用料の負担が出来ない方に対して、身体介護、夜間の対応（転倒）高齢の介護者が対応出来ない時に、ケアマネが対応することも度々ある。又、生活支援を週1回程度あれば自立出来る方も多い。その方々に、生活支援を全て切</p>

りすてることは、ケアマネとして辛い部分がある。1割負担が出来ない方、自費が出て大丈夫な方、全ての方が安心して、自宅で生活出来るように、訪問治療、(自宅に近い医院で)服薬管理が、もっと気楽に依頼出来るシステムがあればと思います。(末期のガンでなくても)

・医療の課題：命を守ることは何か、人の命の限界ほど統合的に判断してほしい。単に「延命」として捉え、安易に胃ろう等が増え続けている現況は、日本が減んでいく要因のように思われる。医療といえども経済概念と照らし合わせ、いたずらに高度医療を駆使する方向への暴走は一考を願う。介護とも併せモンスター、悪質業者の一扫、生保に重点をおいた乱費の撲滅を、検討してほしい。真摯に生きている人が普通にまっとうできる状況が歪んできている気がしてならない。社会福祉法人、医療法人の不正は恒久的に暴いてほしい。・現状制度に求められる改良点：医療に厚く、介護に寒い報酬体系。→しかし、介護のお粗末を思うと仕方ないかという気もするが、…。医療もだが、介護には悪質業者が多すぎる。もともと「介護をしたい」という人には「善い人」が多く、「一人一人何んとか、お世話をしあげたい」と思っている。そこを逆用して低賃金、ピンハネしてこきつかう介護事業者は山ほどいる。これを労働基準局で目を光らせ、チェックして欲しい。・新たに評価すべき点 連携している居宅支援事業所です。我々の周りはアホみたいな社会福祉法人が、かこいこみをしているサービスばかりです。集中減算を、ボーダー40%位に下げてください。利用者の家族の科目です。「他のディを考えることできるのですか!？」

軽介護者であっても、必要な支援が受けられる世の中であってほしい ただ介護保険が財生難だからといって利用者からプラン料をとるようなもともとスタートした時の理念と全がちがう方向になってきている。1人1人、ちがうことを政府はわかっているのですかと云いたいです もっと節約できることがあります。必要な時は期間の途中であっても生分申請は出します CMという職業も理解されていませんし、信じられていない気がします。質を高めるというのは、十分理解され残言を受けステップアップしていく又、評価されないといずれはなれていく人もきっと多い事でしょう国がつくった資格なのに責任をとっていません。

まだ改正の要点となる情報に目を通す機会に接していないためコメントを控させていただきます。

在宅生活を支えるスタッフの中でケアマネジャーは様々な活動、知識、各機関との連携等まさに何でも広く対応を求められている。その中で経験、知識が不十分なケアマネジャーの成長を支える仕組みは不十分と言える。現在なら各家庭でもインターネットを使うのがあたり前の世の中になっていることを踏まえるなら、継続的な通信教育の制度の早急な提供をお願いしたい。

・介護サービスの質の向上。・医療と介護の連携強化。・地域包括支援センターについては、本来の業務である社会資源の開発や地域で孤立している高齢者や支援困難事例への対応に専念すべきで、介護予防プランの作成は委託するかプラン作成専任の職員で対応する。・訪問看護や在宅医の充実。・家族のレスパイトサービスの充実。・デイサービスの延長利用(例えば夕食後までなど)。・医療系のショートステイを増やす。・末期ガンの方は、急変されるので、はやめはやめに対応できるような支援体制づくり。

日本政府がこれから、どんな日本にしたいのかによると思います。北欧型、高負担、高報酬、アメリカ型の低負担、定報酬、日本は、曖昧でよくわからない。今までのように、社会全体で支えることも大切ですが、受益者負担の原則から、利用者負担を考えなければならないと思います。診療報酬や介護報酬を改定するときには、利用者の負担も大きくなることも考えなければなりません。

・介護支援専門員、ケアマネジメントに対する報酬UP・同居家族がいても生活援助ができるような工夫(現状では届出により可能な場合があります)・TVでも介護現場の賃金にて取り上げていました。低賃金の為人手不足だと。報酬UPにより改善されるのではないのでしょうか。

介護報酬への問題・予防給付定額制の問題 月中でキャンセルしても1ヵ月発生したり通所系はその人の必要性で回数を決めるとありましたが結局事務所側で要支1日/h要2日/hでこの辺りは定着してしまっている(事業所側の採算で仕方ないのかも)選択できないのはおかしい。・限度額の変更はないのにサービスには加算等について利用料の変更になったこと介ご度による行ける回数の変化がない(通所系、ショートに関して特に感じる。訪問系はあまり感じないが)ため、介ご度とサービス量が?調整も難しい 又退院直後リハに対する集中加算が高く他のサービスとの併用調整困難あり・居宅介ご支援事業 特定事業所加算による不公平感あり 業務内容は、変わらないのにケアマネの人数により加算がつくのは正直納得できない。地域に密着した小さな(2~3人)事業所が守られて良いのではないのでしょうか

・変に制度にこだわり、高齢者を置き去りにしたものになっている。制度は大切だが、もう少しシンプルにしてほしい。・かけるべき所には、お金をかけてほしい。・医療ばかりではなく、福祉関連の賃金を保障して、やり甲斐のある仕事として、定着できるようにしたい。・Drの仕事の量を軽減できるように、何でもかんでも医師の許可をとるのはどうだろう?・連携できる医療機関と、できない所との差が激しい。もっとMSWを配置して、報酬につながる仕事として、確立したほうが良い。・情報公開(介護サービス)は、必要だが、…。毎年お金を払ってみてもらう程ではない。(現行制度は、撤廃!)調査料を支払うなら、ホームページを作成してくれる民間企業に依頼して、もっと見やすく、わかりやすい、情報として更新したい。(各市町村のホームページから、リンクするなど。)医療と介護の連携も重要だが、わかり易さが必要。・末期ガンの要介護認定。急速に悪化するので、認定された頃には他界している。区分変更も主治医意見書次第で間に合わない。・予防と介護の間でふりまわされる。利用者本人も、サービス関係者も困る場面が多い。料金、制度など。・高齢者が使いやすい保険証にしたらどうでしょうか?(大きさや色)デザインが毎回異なるので色々あり過ぎる。

改良点 高令者が病院にかかり過ぎで、ビニール袋いっぱいのお薬を、うれしそうに持ち帰っている姿を見受けます。本当に、こんなにいっぱいのお薬が必要な病人でしょうか。開業医が、なんでも、かんでも、専門でない病気や薬を処方し、同じものを何年間も高令者は、医師を信じて服薬のケース、かなりの数です。これでは、医療費は増々赤字では?聴診器で診療する医師を見られない。すぐに検査というわけで採血、MRC、CT検査医師が自己診断で必要性のある患者のみ検査を行い医師は自信とプライドを発揮して望しい。入院よりも住み慣れた我が家で在宅生活を安心して安全に暮らせるようにホ

<p>ームヘルパー訪問、地域の老人会等々がささえあって支援出来る事がらを、今後、医療費、介護費等の節限につながればと願っています。大変失礼な事を記してまして申し分けございません。</p>
<p>将来の社会保障制度を考えるに、現在の少子高齢化への急速な歩みや、国の政策をみると、暗たんたる思いにかられますが・・・それはさしおいても、私達が取りくんでいくべき、事を、記入します。まず、予防給付制度の導入は、財政面では、抑制の効果は、大いにあったかもしれませんが、利用者や事業者にとって、「予防」効果が上がったのか・・・疑問です。地域包括支援センターの果たす機能や役割も、今後に期待せざるを得ない段階です。そもそも福祉・介護職の専門性がまだまだ低い歴史が医療に比べて、浅いというか、教育体制そのものも不十分な現状です。私達個人や事業者としての研修体制の確立等々、課題は山積みです。又、報酬が低く押さえられている為、人材の確保も困難。ボランティアや福祉の精神が美徳とされ、利用者のためにと、働かされる課題はきりなくありますが・・・限度額の見直し（介護度に応じた）・低所得者の方への対策 ディの会費減免等。・ディのお泊り→別枠設定・ケアマネ～請求が無い月でも、入院時等、支援していれば加算・1件の報酬単価をもっと上がると良いが、特に予防は低すぎます。</p>
<p>・サービス量が不足しているために利用者や援助者の関係においてパターンリスティックな関係が生じている。（介護保険制度において）。・利用者、援助者である家族への精神面を支えるサービスが不足している。・介護保険を全面に押し出した支援が多い。（介護保険の常識がすべてではないこと。介護保険がある意味特殊であると思っ距離をおいて支援すべき）。（例えば介護支援専門員は要介護高齢者を支えるソーシャルワーカーなのか単なる介護保険制度の番人にすぎないのか？）</p>
<p>医療と介護の連携に関する評価がさらに必要になり、追加されると思われる。ただ、現状では、連携が十分とは言えず、見直しが必要と考える。現在、脳卒中パスなどが医療機関に導入され、さらに介護施設との連携ツールとして活用されているが、まだ認識が低く、体制整備が必要。この点は介護事業所に評価されると思われるが、単なるツールとしてではなく、連携の見直しになることが望ましい。</p>
<p>・介護のソフト面、技術だけではなく、介護職としての専門性を確立していく・医療者が、もっと生活を考えられるようにならないか。・医療と介護の連けいのためのパスを早急に確立し、それに報酬を高く付けるだけでも考え方、見方が大きく変わると思う。・ケアマネジャーの質。相談援助業務を踏まえずして試験が受けられる現実を何とかしてほしい。介護福祉士でも、生活相談員としての実務5年あることが、必要と思います。</p>
<p>・介護保険における居宅療養管理指導で主治医が訪問すること、医療保険での往診がうやむやでわかりにくい・医療連携の加算を居宅の事業所で取れるのはいいが、情報を送ったところで、医療機関で活用されなければ、一方的に、加算のためのムダな行為になってしまうので、もう少し有意義な加算にしてほしい。さらに退院、退所については、施設から情報をもらった場合、加算が取れるのに、施設入所の際は、資料を提供しても加算が取れないのもおかしい。・ケアプランの作成について利用者に1割負担を求めないでほしい。・報酬が見直されて、もし、利用料が上がるようであれば、各介護度の限度額も見直ししてほしい。</p>
<p>医療処置の実施者の制限について、主治医の体制整備（自宅出来る処置の差）家庭医の教育体制（他職種連携について）病院との連携※各職能団体の壁をもっと低くして！連携体制は報酬がつかないと出来ないのか！各団体で、似かよった資格を作る意味はないし、将来を考えてほしい！各学会も、多すぎるし、会費も高い！制限する法も考えてほしい。やってることは同じである。会員ごとに、分断していることである。加算が多く、もっと一本化して、質を高めた方がよい。ケアマネジャーの研修体制の充実（基礎職種の制限等）</p>
<p>ますます、医療と介護は密接な関わり合いを持つことが必要だと思う。普段から、書面だけではなく、お互いの顔を知ること、関係も良好になると思う。</p>
<p>・ケアマネは、どれだけ、その人のために、がんばっても、介護度によって報酬がきまっている。ボランティアで動く事が多い。（たとえば、体調がすぐれない。来てほしいと言われれば、行かない訳にはいかない。看護師の資格もあるので、一応血圧を測って、状態をみる。話を聞いているうちに良くなった、ありがとう、感謝される。）看護師でケアマネで働いている人は少ないのではないかと思います。先日の研修でも、180名中、10名程度であった。給料が低い。しかし、これは1人あたりの報酬がきまってしまうので、他、どうがんばっても、何も無い。今後、医療度の高い方が、在宅で生活しなければいけないといった状況が増えていくと思うが、医療、看護の全く知らないケアマネだと、気づく所が、ちがうんです。そうすると、利用者さん、御家族さんが、かわいそうです。もっと、その人の状態によって、担当ケアマネが選ばれても良いのではないのでしょうか。</p>
<p>・予防支援と要介護に弁別する納得出来る理由付けが不明確であります 又、公的機関の責任の所在を明確にして民間事業者の役割をサービスの向上に結びつけば。・保険サービスの介護報酬の単価に不満です。レベルの高いサービス事業所も低い事業所も基本的には同じ報酬である事は疑問である。・中山間地域加算の新設には納得しているが報酬単価に不満あります 当事業所のような山間部を営業する所では 片道30kmの利用者もかかっています ボランティアの精神も大切ですが給与が捻出されにくいです 介護難民が増加しそうです</p>
<p>・簡単に解りやすくしてほしい（細分化せず） ・大きな方向性に向けた改定ですと解りやすく説明してほしい（改定した理由、根拠を教えて欲しい）</p>
<p>報酬が改善されると 書く事 保存する書類が増えるため、なんとも言えません</p>
<p>保守的な事業者や病院が増えてきている。介護保険を利用していると、病院や事業者が行わなくてはいけないことまで CMに連絡がきて依頼されるケースが多い。（例：病院まで迎えに来て下さい。入院中に、帰宅願望が強くて仕事にならないから、来て下さい。本日のサービス内容はどこにチェックしたらいいですか等々）労働と対価がみあっていない。働いている人の質が悪く、新人職員や研修生をいじめる人がいる。行政が縦割りで話にならないことがある。（頼りにならない。）病院にとって 手のかかる人や都合の悪い人達が、はじかれてしまう。生活保護・障害福祉制度についてもっと見直しが必要かと思う。成年後見制度についても見直しが必要。見直しするにあたっては、直接、出向いて話を聞く機会をもっとほしい。机の前だ</p>

けに座って、見直しはしないでほしい。
介護業界全般に給料が安く（特に地方）人材不足になりやすい。賃金を大幅に上げれる取り組みを行ってほしい。
介護予防の月単位の利用料は負担が大きすぎ、要介護者よりも高額（1日あたり）になることがある。1回ずつに改正すべき。住宅改修の1件あたりの担当にも報酬を算定してほしい。要介護認定は、本人の状態が変更したときに変更申請で対応できないかと思う。（更新申請を廃止して）
医療・介護制度 改定の際 家族・本人に説明できるようにしたい。
訪問リハビリを限度額外算定にしてほしい。排泄に介助が必要で家族の協力も得られないような人は必ず限度額を超えている。（用具や入浴も必要となるから）そういう方達を少しでも回復させていくにはリハビリの必要性が非常に高いし、ゆくゆくはそれが障害期間を短くすることにつながるし、さらなる障害（じょくそう等）を予防することにもつながるのだが、排泄、入浴、食事などの生活面のケアから順位づけしていくと リハビリによる回復は常に最下位となっており、必要でも「限度額を超えてしまうので」と切られてしまうことが多い。何度も「リハにもっと 入れれば」と思う人達を見ながら制度の限界を思う。訪問看護でのリハビリも、医療で行えるものが限られているし、訪問リハの事業所は、介護保険を持っている以上、医療で行うことができない。居宅療養管理指導のように限度額外算定ができるようにならなければこの現状はかわらない P O S T は I C F もしっかり学んでいるため、理解もある
鉛筆書きですみません。2月時間なく走り書きとなっています。申し訳ありません 事務所内で話しあいたい事項でもあり、来月時間をとり話しあっていきたいと考えました。ケアマネージャーとして仕事をしてみて、その方の生活を支える、死をどう迎えるかを常に考えた立ち位置で仕事することのむつかしさやそれをしないでケースを担当している人がいるのではと考えると その方の人生に関わる人の考え方が大きく人の生き方に影響を及ぼしていると感じています。情報がこれほど拡がっているにもかかわらず 取りこもうとしない人には何も入ってきません。国は連携と簡単にいいますが、本当に運くのは人だと思えます。人が動かないと運ぶものも運ばなくなる。ケアマネ同志で話すと 医療との連携はむつかしいとよくききますが、難しいとって 動かない人がいるのではとも思えます。何とか連携を図ってほしいと動いていると連携を図ってくれる医療従事者がいてくれると感じています。志木は事業所、Hpも あまりないのですが 問22の事業所は全て他市にお願いにいきてもらいました。ただ目先の報酬改正や変更ではなく 長期展望の施策を私たちに提案してほしいと願います。
病院を退院時、在宅介護が困難で、行き場がないという相談が時々ありますが、一件一件の施設探しはかなり労力が必要で、全く新規の場合、何日費やしても 100%ボランティア状態のこともあります。相談に来る家族は何かから手をつけたら良いか、どこに何があるか分からない、また 家族が高齢であれば尚更です。役所に相談に行っても（治療の必要はなくても）入院しかないので？との返答も珍しくありません。特養や老健入所に関して、空き状況や特徴等 サポートしてもらえらる機関、又は 確立された体制があると救われる人は多いと思えます。一ケアマネがそれらを随時把握しておくのは困難で、タイミングと運にまかせる、といった感じです。落ちついて 終の住処を選択する、という余裕はその時はないように思います。まとまりのない勝手な意見で申し訳ありません。
医療費、介護費が今後増大することへの取り組みが必要と思えます
・医療優先の考え方がおかしい ・介護に関しては、医療、介護が同時点において、御利用者様、家族を支えていく考え方をしていくことが本当だと思う。（Dr、訪看の中で自分達のサービス優先という考え方がある） ・介護者（ヘルパーやケアマネ）のレベルupをしっかりとらかっていくこと。各事業者が、かかっている介護者のレベルを十分に把握していくこと
介護保険制度の基本（保険で老後を見ます）くずれて来ているのが、最大の問題。今の保険制度では、全然成り立っていない。地域単位で介護がまかなえる様に、制度の見直しが必要。介護認定調査の有り方も現場と合っていないと思うし、介護度制度もおかしいと思うし、報酬制度もかなり現場とかけはなれている単価になっているし、一番大変な思いをしている人達が賃金が低いのと、質の低下あまりにも忙しいので、勉強する余裕もなく、日々仕事を続けなければいけない現状を改善しなくてはいけない。在宅ヘルパーの登録制度の勤務、直行直帰の勤務が本当にいい介護につながるのか疑問に思っています。それに介護福祉という資格がどんなに必要な資格なのか、はっきり機能の区別がない、専門的な人材育成が出来ていないのに制度に振り回されている。介護制度そのものが複雑、理解しがたい所がある。これから先の方向が見えない。
病院で器具に囲まれて、しかも、高額な医療費が発生して、そのうえ、本人の望まない延命がされての死より、おだやかに、枯れ木が朽ちるようになっていくのを、在宅医療にかかわる報酬を増やしてほしい。
新規認定が軽く出すぎて、サービスを計画できない。変更申請の結果が遅い。
「在宅」を重要視するのなら、在宅で頑張っている家族の支援の充実は、はかって欲しい。・ショートステイやデイサービスは大変良いと思うが、ショートの場合、家族が予定した日に入所（利用）が出来ない等のことはない様に。・在宅で頑張っている家族の為に、年2回（夏冬）にボーナスを出すとか…どこかに招待するとか…旅行券をプレゼントするとか…楽しみを持って頂くことを企画する。・施設に入所すると家族さんもフリーの時間が増えて、当初は感謝もしているが、時が立つと気にも留めなくなっている事も多いと聞く。施設入所者の方の介護度の見直し（介護1～2の方は在宅で）との線引きも必要と思われる。・そうなれば、仕事を辞めて介護をしなければいけない方が大勢出てくると思われる。その為にも、在宅での介護者の為のメンタル面や収入面でのサポートが必要になって来る。その辺りにも、改革をお願いしたい。・ケアマネの給与をもっと上げてほしい。
在宅で最後を迎えるには、現在の介護保険では対応しきれない。（24時間安心は無理）介護保険を利用するにも制限が多すぎる。（例、在宅では老々介護が多く、介護者の介護も考えないと在宅の共倒れになってしまう。）ケアマネージャーの報酬は介護保険で確保されているが、サービス提供責任者の報酬は初回加算くらいで、介護保険の中での位置づけが定かでない。要支援1-2、介護1-5の区分の観点の見直し。もう少しシンプルにできないものか。要支援1-2は包括支援センター、他は居宅支援事業所というの、介護の考えに統一性がないようでおかしい。要支援者だからケアプラン作成が簡単、楽とは思えない。介護保険の利用に関して制限が多い。現状では利用者が何とかできる事の援助はオツケイで電球のとりかえなど、

<p>ちょっとした時間でできる事は禁止というのはどうなのか？ヘルパーができる医療行為の枠が広がってきているが、その指導体制が明確になっていない。</p>
<p>事業所には様々な経費負担を課しているが、介護報酬がそれに見合っていないと思う。様々な基準を見直すか介護報酬を引き上げないと従業者への報酬は上げられないと思う。</p>
<p>職員の給与up、待遇改善。</p>
<p>居宅介護支援事業所については、現在、居宅サービスを利用した方のみ実績とあげられ報酬が算定されている。しかしながら、実際には居宅サービスにつながらないケースも同じように、相談援助を行い、時間も費やしているのが現状である。この不合理的な制度の見直しが行なわれれば嬉しい限りです。老健にいたっては、他科受診の際の算定基準が厳しすぎる気がします。今後、在宅での包括ケアが推進される方向性を示しているが、地域を含めての基盤が、まだしっかりとしていないのが現状である。この課題を克服していかなければならないと思う。</p>
<p>医療に携る方（医師、看護師…）との連携。介護保険制度を医療、介護従事者、事業体がよく理解した上で高齢者の在宅生活を支えていくことが大事だと思われる。</p>
<p>しぼりが多すぎる。CMが判断し必要と思っても保険者がNOというダメ。CMは何のためにいるのか…と思うことがある。CMの質にばらつきがある。医療との連携を取りたいがDrは忙しく、会えなかったり、介護保険に対して理解がなかったり、否定的な先生もいて、連携を取りにくい。医療連携について、Drにも理解して欲しい。独居以外にも、高齢世帯等、介護者不在の加算がほしい。CMの個人に対してのスキルアップで主任CMがある。特定事業所はつづけてほしい。CMがスキルアップのために資格がとりやすい何かがあればと思う。介護度の重い方が長く在宅でいられること。認定が軽くなり元気になった等、CMの努力を認めてもらえるとうれしい。</p>
<p>問13でもあったように、在宅生活を支える人間の立場の確立（透明性、いろいろな利益に左右されず判断が下せる状況）が必要。（新たな職種）として、ケアマネージャーとは別に設けるべきだと思います。（個人的にはしっかりと立場が守られ、確かな報酬がある、公務員が最適と考えます）</p>
<p>「要介護5」の方はほとんど寝たきりの方が多く、朝、昼、夕、夜とオムツ交換を組めば、もうそれで35830単位 自宅での入浴はできず、デイに行く。（訪問入浴も単位高い）えんげが悪いが食介はできない オムツで精一杯 リハビリで筋力アップしたいができない 介障害をつかいたいが介護保険がさき どうやってプランを立てればいいのか実費がはらえるくらい金持ちでなければ在宅は無理なのか！！ケアマネはプランだけではなく、あらゆるものにたずさわって、こまねズミのように働いているが給料は低く、ケアマネやめたい。</p>
<p>いっしょうけんめい介護し、支援した結果、介護度が軽くなり、支援する側の利益が減るといふ現介護保険の制度はおかしいと思う。又、介護度についても、ばらつきがあり、一生けんめい自分で何とかがんばろうとしている利用者は、介護度が軽くなる。頭のいい方でしたら、どう答えたら、介護度が重くなるかわかっており、非常に不公平な制度である。又、高齢になってから、評価されることに対して（点数をつけられるという事）嫌な思いをしている方は多いと思う。65歳以上になったら、自分で必要なサービスを選ぶことができ、サービスを使わないで自力で努力している方には、健康手当金のようなものを渡してもいいのではないかな。介護認定にも税金が投入され、ちゃんとした結果がでず、変更申請をくり返すという、本当に無駄な事だと思う。介護度が重いほど、事業所の利益があがるのなら、何もしないで寝たきりにさせておけばよいことで、自立調整健康余命をめざそうとしている社会の考え方と相反する制度である。</p>
<p>・サービスを使わず1人で負担されている方を見つけだし、サービスが受けられるように支援する事。・ターミナルは急変すると家族が入院を希望してしまう。本人の希望が尊重されない事があるので在宅医療の充実、急な対応が可能になるために整備してほしい。暫定で対応しても決定するまで日数が長すぎるので使えない ◎暫定期間は暫定期間の認定がほしい。◎夜間対応（宿泊も含めて）の公的機関がほしい。事業所加算の基準は見直してほしい。</p>
<p>サービスが動いて初めて報酬が出るが、サービスが動かなかったとしても、訪問や連絡、事業所間との連絡調整、担当者会議を行う事もあり、サービスが動かなければ何の報酬も出ない現在の制度を改善してほしい。</p>
<p>診療報酬に比して、まだまだ介護報酬は低いと思います。人材や、業務内容の充実を考える上でも、金銭的な部分の保障が大切だと思います。</p>
<p>病院側が、居宅、訪問看護ステーションを併設してくれると在宅医療もスムーズに、本人、家族にとっては不安なく生活することができるのではと考える。住んでいる地域には、そのような資源が乏しい。</p>
<p>問22と同様ですが、医療と介護のサポート体制を充実させてほしいです。連携を図ると言葉ではありますが、実際には行われていません。「たらいまわし状態」なのです。だれが統一性をもって1人の人をサポートを一貫してみれますか？医療は病院、介護はケアマネが現状です。具合がわるい年寄りがいて、動けなくなっている人を救急車で病院に搬送すれば救急Drに「タクシーがわりに救急車をつかうな！大病院に年寄りも救急でみることは、他のもっと重症な患者が診れなくなる！」と言われた事がありました。そのお年寄りは1人ぐらしでベッドで生活。朝、動こうとしてベッドから落ちてやっとベッドに戻り「胸が苦しい」と訴えていた所にケアマネが訪問し異常にきついで動かす事も痛がってできないために救急車をよんだのです。それなのに「重症でない」「タクシーがかわり」といわれたのです。だからDrに言いました。「痛くて動かせない人はどうすればいいのですか？」と。そのDrは言いました。「日頃からもっと小規模ですぐ受けてくれる病院に行きなさい。」と。通常は、個人病院に通院してましたが、その先生は多忙で往診ができません。小規模な病院は、日頃から通院している患者でないと救急ではみてくれません。大病院から紹介されれば救急で受け入れてくれる所もあります。Drに「大病院でみれないのなら紹介して下さい」とも伝えましたが、何の返事ももらえませんでした。結局肋骨5本骨折していたため、入院となりました。大病院のDrの言い分も腹立ちますが、今の医療の現状なので、Drの言う事も理解できます。往診のDrは緊急ではこれないのですから・・・どうしても救急車をよぶと大病院に搬送するというシステムなのですから、仕方ありません。今後このような方が多数増えると思います。また、そのお年寄りは1人ぐらしですから、今後、ねたきり状態での1人ぐらし</p>

<p>は困難です。いくら介保サービスをつかっていても自費がでます。施設に入れたくても満床で入れませんし空きがある所は高額です。今もその方は病院で行き場がない状態です。在宅に戻したくてもサポートするヘルパーやNsからも「目が離せない」「緊急すぎる」と言われます。今後も行く場がない方も増えると思います。</p>
<p>(ケアマネジャーの立場から) ケアマネジャーの業務内容が報酬単価に反映されていないと思う。1人35件と担当利用者数の上限は決められたことはいいとは思いますが、1人に対してどれだけの事務作業がケアマネに求められているか、あまり衆知されていないのではないだろうか。一部のいいかげんな事業所によるいいかげんなケアマネにより、それを防止するためにいろいろな細かな決まり事ができていると思いますが、まじめな事業所程、その細かな決まり事をまじめに実施し、そのためのぼう大な事務処理を実施しています。しかしケアマネの今の単位では黒字になることは難しく、その穴うめにやっつけはいい法人でのかかえこみを実施し、その帳じりを合わせようとしているところは少なくありません。(当法人ではしていませんが・・・)もしくはあえて特定事業所加算をとって単価を上げようとする事業所も多く出てきていますが、それに見合う程ケアマネの質があがっているのか疑問があります。ケアマネの単価を上げることがケアマネの質を上げるための根本課題とは思いますが、必要不可欠なことのひとつとは思いますが。※今回のアンケートは内容が膨大なため他の職員の意見を聞きとることなしに全くの私見となっておりますのでご了承ください。</p>
<p>診療報酬に関しては、全くわかりません。介護報酬に関しては、それぞれの報酬単価で安く設定されており、その中でそれぞれの事業所がやりくりしておられます。それぞれの事業所の利用者が入院したり死亡したりすれば請求額が減り施設運営の従業実数は、決められているので運営がきびしいです。それぞれの施設ごとに運営費を一定割合にて出してもらい、残りの報酬単価を下げてでもいいから最低限の保障をみてもらえると、少しは良いのではないかと思います。</p>
<p>・ケアマネに関して、調整に時間がかかるのに報酬が少ないと思う。とてもエネルギーが必要であるが、現状では受け入れが厳しいと思います。終末期加算も必要と思います。・病院でも在宅でも費用負担が大き過ぎる。特に在宅は実費でのレンタル(吸引器等)が必要であったり経済的に負担が大きい。・認定結果が出るまで時間がかかり過ぎる。・介護度が軽く出る事が多い。</p>
<p>診療報酬に対する大胆な改定を望みます。今の日本の現状と将来を見ずえた医療を行っているのか。厳しいチェックシステムをとり入れて下さい。医師の免許の更新制度も希望します。ただ薬を大量に出しさえすればいい、というような医師はいいかげんどうにかして下さい。薬剤師もただ薬を渡すだけでなく、どれだけ大量の薬がムダにすてられているか、患者さん宅に行って下さい。きちんと飲めているか確認できるシステムがないと、薬は渡せない。くらいのことを考えてもいいのではないのでしょうか。</p>
<p>介護に従事する人の給与のUP</p>
<p>・サービス提供によって生活キノウが向上した場合は加算してほしい・小キボ多機能を県の指定にしてほしい・ケアマネジャーは施設の併設はやめて公の立場にしてほしい・老健は 役割、キノウを果たしてほしい。入所期間が長くなれば料金を安くしてほしい。・お金を持っていない高齢者は介護保険を利用できないのが現状です。平等ではありません。・要介護認定は、精神疾患、精神行動障害のある高齢者は介護度にハンエイされません。</p>
<p>医療、介護従事者の質の向上が必要 そのためには、特に介護従事者に対する、処遇改善(金銭面)を行う必要がある。介護をやりたいと考えている人や、現在従事している人も将来の生活に対して、現在の処遇では不安に思い働かなくなる、今後ますます高齢者が増え、ヘルパー等の必要性が増えるが、介護をする人がおらず 外国人、仕事がないため、介護をとりあえずする人が増え 質の確保はできなくなる。誰もが歳をとり、いつかは障害期間で生活することになる、その時の安心を今から作っていく必要がある。制度については、予防にもっと力を入れ、評価していく必要がありサービスについても使いやすい環境の構築が必要</p>
<p>利用者に分かりやすい説明</p>
<p>・何時でも、対応してくれる、医療機関を設置して欲しい。・身体介護、生活援助の介護報酬を1本化にして欲しい・利用料の2割は、所得に応じた対応して欲しい。・計画料も所得に応じて、対応して欲しい。よろしく、お願い致します。</p>
<p>・サービスの質の向上を図ることが大切であると思う 一人一人に意識改革をしていくこと</p>
<p>現状の介護保険審査は、現状のADLにばかり視点が行っています。なので、独居の人の介護度が低くでるケースが多くなっています。ADL以外に、疾患によるリスク管理、例えば糖尿病の疾患がある人が、家族支援がなく(同居していても支援をしてくれない家族が多くなっている。)、インシュリンの自己注射が出来ていない、食事管理が出来ていなくて、さらに病気を更に悪化させているケースに対する評価が反映されていない。ADL以外でも、本人が抱える問題として、なんとか自分で行っているのではなく、支援する事で、病状に安定や転倒に危険性が回避できるなどの未来に向けた可能性でも評価してほしいと思います。それが加わる事で、医療費、介護費の増加は軽減出来ることが期待できます。</p>
<p>ケアマネジャーは、雑務が多すぎる。仕事量の割に報酬が少なく、赤字である。 医療報酬改定に伴い、医療側からケアマネジャーに求められる事が多くなり、さらに仕事量が増え負担が多くなるのではと心配される。</p>
<p>利用者に提供するサービスの見立てが上手くゆき、IADL質の向上を促し成功する度認定区分は下がり報酬が減らなくなっていく</p>
<p>医療も介護も同等に考えていかなければ先はないと思われる。</p>
<p>住宅改修時、ケアマネ関わりますが、報酬がないため、もうすこし、検討、してほしい</p>
<p>財源の確保。サービスの質の向上。現場で働く介護スタッフさんの報酬アップを望みます。今でさえ、ぎりぎりの中で働いている介護員の方々。これから介護につきたいと思う人は、今のままではますます少なくなっていくような気がします。介護保険制度自体が成り立たなくなると困ります。特に2交代で働く老健や特老の介護員さんの負担は重いと思います。</p>
<p>前回の改定は、在宅重視と自立支援を個々の利用者のニーズに対応したサービスの質の向上で実現するという基本的な立場に立ったものであった。これは在宅重視と自立支援のためにリハビリが重視されその果たすべき役割が非常に大きく期待される</p>

<p>ところ。また各事業所間のチームワークが大切となり、各職種の専門性に立ちつつ職種の壁を越えた利用者本位が重要かと思えます。</p>
<p>”人は必ず誰でも死ぬ”という事をしっかり受けとめ、自分自身の価値感を今一度確認することを行うこと。その為にもWHOの”健康の定義”についての理解、啓蒙活動、教育を行うこと。在宅での安心感を提供するために上記のことを徹底する。</p>
<p>1. 認知加算いりません 2. 独居加算いりません 3. 予防の方への訪問とか、サービスの調整は介護1～5と同じ位、訪問や相談を受けて活動しております。報酬を1000単位を希望します。 4. モニタリング等を一律化してほしい。</p>
<p>どんなに変わっても、まずは法令遵守。その為には、法令の理解、学習が大切。介護保険に限って言えば、介護報酬を改善しなければ、業界全体がたへてしまうでしょう。被介護者と介護従事者双方が満足する制度を期待します。</p>
<p>要介別の介護報酬は一律にしてはどうか。現状お金のない人は医療、介護とも受けたくても受けられない。介護保険制度は、良い制度だが、措置時代の方が福祉らしい福祉だった様に感じる。報酬を上げるだけでなくもっと根本になる所（精神）に立ち戻ることも必要なのではないか。</p>
<p>介護報酬を上げないと、給料に反映されない。人手不足は解消されない。高齢者、介護保険対象者は増えると思われるのに、支える側が不足。</p>
<p>・医療と介護の連携方法（システム作り）医療、介護職それぞれがお互いの業務内容を知り、協力していく。・在宅での生活が困難な利用者の受け入れ先の確保。Mhi、インシュリン注射、在宅O2等、医療処置が多いと特老での受け入れ困難であり、特老でもそういった利用者が受け入れられる様職員体制の見直し・居宅支援について、色々な加算項目が引き、実際に動いた事が評価されている事を喜しく思いますが、病院によっては、介護保険について充分理解されていない事もあり（県文等でも）担当者会等と聞くと、「必要ですか、何を聞くんですか」などNS、MSWから言葉が返ってくる事もあります。</p>
<p>まず、利用者、御家族が介護保険、医療を利用して、在宅介護を行い満足した例に学んで欲しい。御家族、利用者の意見をとり入れる仕組みを第三者評価に入れてはどうか？（事業所の基準ばかりを知らずにはなく、この地域の人々は、制度利用に満足している割合が多い、それは何が理由か？保険者のサービスが充実しているせいなのか？事業所が数多くサービスを選べるせいなのか？施設や病院が多く、入所、入院がしやすいせいなのか？）医療側に求めたい事は入院、退院時のアセスメントを行い、病院側の治療の方針と利用者家族の意向を調整した上で、必要な支援機関につなげる事をきちんと行って欲しい。相談員が明確な支援をしない病院で退院をせまられ、家族が助けを求めて電話をしてくる例が後をたたない。しかも、すぐに対応をせまられ、ルーティンワークをこわしてまで、対応する事が多い。介護（居宅支援）に関しての反省的は、日々の急がしさにまぎれ、確一的な制度に無難な（介護保険制度の細かな規則にひっかからない）プランばかりを受けようとする事業所が多い事。ICFにもずいてプランを作ろうとすると、確一的なサービスやプランではなくなるし、手もかかります。けれど、利用者の満足度は高い、少しのサービスでも、感謝される事はあります。プランの良し悪しや効果によって、報酬を評価する事は、難しいですが、出来るだけ、シンプルでわかりやすい制度であって欲しいと思います。規則にとらわれ、プランの手足をしばるような事があっては、効果的、効率的な支援は旗ふりに終ると思います。</p>
<p>法令遵守あるのみです。利用者の思い現実があるのみです。</p>
<p>掛りつけ医が訪問診療を行っていないため、わざわざ主治医を変更する事がある。訪問診療に対する報酬を上げる事で訪問診療を行う主治医が増えることを期待する。介護職員に処遇改善交付金が支給されているが、施設職員全体の給与は低い。施設職員全体の給与改善を図るような目的的な報酬アップを望む。</p>
<p>介護スタッフの報酬が低すぎる。介護の質を上げる為には必要である。</p>
<p>お医者さんのカルテの中に、病状以外の事項が記述がされていない。医師（主治医）の意見書の特記すべき事項が空白であったりする事が多い。CMが確認調査前に受診に同行したり、手紙で報告をしたりで情報の提供をしているが、生活全体の部分と受診の時間の違い等もあるが、先述のように、上から目線的な部分が見られるように感じます。癌などの終末期の協力は頭が下がる医師もたくさんおられます。雪の降る日にヘルパーが入ったら玄関で利用者さんが転倒されていて、主治医に電話をすると半袖のまま利用者さん宅まで来て下さった医師もおられます。ケアマネ連絡会では、福祉系のケアマネが多いので医療用語のわからないケアマネが多いと言われ（医師会理事より）ましたがどちらもスタンスを変えて話をしないといけないと思います。受診等で忙しいのは理解できますが、私は先生への手紙の時に担当者会議への参加の可否等を伺う時もあります。電話は100%迷惑との事でFAXでくださいと言われていたので、郵送しています。まだまだ連携には時間がかかりそうな気がしますが、良い先生にもお会いしましたので、迷惑がられても、連携を取らなければいけないと思っています。</p>
<p>・独居加算以外に老老世帯のように1人ではないが例えば1人が介護認定を受けていて、もう1人は受けていないが高齢（80才以上とか？）な場合等その方にも助言等必要な場合もあるのでそのような世帯加算！？・精神疾患ある方の医療連携が今度の重要な課題と見られる。・独居や老々世帯等の医療受診時に送迎支援や買い物支援など保険以外でもサービスを充実してほしい。</p>
<p>1. 訪問介護の医療と介護の法制度が複雑なので、もう少しシンプルにしてもらいたい。（例：特定疾患の方でも医療優先・介護保険優先の違いがあったりする） 2. ケアマネージャーや病院がもっと訪問看護の利便性を分けてもらいたい。 3. 利用者の負担増はやめて頂きたい。 4. 要介護判定を明確にして欲しい。 5. 書類の簡略化 6. ケアマネージャーの質の向上（ケアマネージャーに差が大きい。）</p>
<p>・訪問介護の内容を拡大してもらいたい、医療の方は金額が高い→訪問介護 訪問介護では胃ろう等に対してもしてはいけない制度になっている。現場では家族も困っている、手伝える方法（研修の設置など）を望む、</p>
<p>難病の方で医療費などが免除になるか 所得などかたくさんある方までの免除は不要だと思う もっと低所得の方が満足できるサービスを充実してほしい。 ケアマネで住宅改修や福祉用具の購入だけの方でも書類などを作成して役所に出しても 介護給付がないと報酬がないのもおかしい。 訪問介護の単価や介護職の給料を上げてほしい</p>
<p>・今後病院から重度の方が在宅へ帰り、在宅生活継続のためには支給減額額を上げないと現在の支給限度額内では、十分な介</p>

<p>護ができず、家族の負担が増すばかりである。・支給限度額内では一人暮らしは困難である。（制度の見直し）→支給限度額を上げる。・生活援助は、居宅で暮せる命綱、少しの支えがあれば、わが家で暮せる。（・施設での人員配置基準の見直しを）・入居者は重度化しているのに、介護職員は昔のままであり、介護職員は辞めて行くため人員配置基準の見直しをして欲しい。（ユニット型個室の負担軽減）・ユニット型個室については、低所得者の負担が大きく入所が困難であると指摘があることから、社会福祉法人による利用者負担軽減や補給給付の拡充により、一部を軽減すべきである。その際、生活保護受給者もユニット型個室への入所が可能となる。（グループホームについて）補給給付の対象ではないが、地域によっては利用者負担が著しく高く低所得者の利用を妨げていることから、地域で暮らす認知症を有する人を支援する視点に立って何らかの利用者負担軽減措置を検討して欲しい。</p>
<p>・「誰の為」の制度なのか？・医療従事者の為？・介護従事者の為？・介護・医療サービスの経営者の為？・厚労省の役人の見栄の為？・市役所等職員に仕事を与える為？・研究者、学者の為？利用者の為の制度をうたっていた発足時の理念など、すでにかけるも見当たらない！利用者の為の制度になるならケアマネ不要なら不要でも良いと思うが、某池田氏の主張は間違いだらけである 制度設計をする人間の資質を国民から問うべきだ。まずは資質について、もっと考えるべき</p>
<p>ENT前に、ターミナル（難病）はもっと報酬UPして欲しい</p>
<p>・ともに要介護の夫婦等の生活の際の特別な制度が欲しい。・独居生活者が急増しており、緊急時の受け入れが困難・ケアマネの業務はデスクワークが多く、実際の訪問等の動きがどうしてもおろそかになっている。見直しや改善すべき点をみて大きくかえる事が必要のように思います。</p>
<p>往診料が高いので簡単に在総診を60～台の人にすすめられない！</p>
<p>少子高齢化がますます進む日本で、医療介護にはますますお金が必要となる。強制的にでもお金を集めれば、人は育てられる。</p>
<p>真から必要な方にのみ診療介護の改正を望みます</p>
<p>医療と介護それぞれが連携し、それぞれに見合った報酬を考えてもらいたい。やっていることに対して評価をきちんとしてほしい。</p>
<p>・一人暮らし同様、障害者や疾病者と同居（2人暮らし）の場合、ケアマネージャーが家族がわりに動かなければならないことや調整に苦労することが多いため、「独居加算」のように加算をつけてほしい。・手のかかるケースとかからないケース一律に介護度で居宅介護支援費が設定されているのはどうかと思う。ケアプランをさいさい変更する場合など、手がかかった分だけ加算がつくとよい。</p>
<p>在宅限界を高めていく中で、ヘルパーの支援内容の多様性が求められるが、それに見合った給付や法制度が整っていない。</p>
<p>ターミナルの利用者については、訪問診療の医師をさがすことから始まり訪問看護、調剤薬局等医療系の調整、その人の生活状況から民生委員との関わり、時には生活保護が受給できるよう相談連携役、さらには亡くなった後のグリーフケアと生きるための生活支援、家族支援もおこなっている。ターミナルの利用者だけでなくその方の意向に合せ医療、介護福祉のコーディネーター役として幅広い活動をしています。24H対応、休日返上も度々、介護報酬のUP希望。ケアマネージャーを介護保険だけの仕事と思っている方も多いと思いますがコーディネーター役としての役割を明確にし多職種連携の中心的立場を確立できるようにする。ケアプランにみえてこない調整の苦労がありそれに見合った加算なりの評価をしてほしい。・ケアプランに含まれる住宅改修は、ひと手間かかるので別に加算料がほしい。</p>
<p>・医療依存度の高い人が在宅で生活していく為に、今の制度では通所系のサービスを受け入れてくれる施設は、まずありません！これは人員配置や報酬も関係あり、無理な受け入れをすれば裁判沙汰になる。行き場がなくなり結局は施設の方向を考える。もし有料老人ホームの空室SS利用とか、病院でのSSサービスがあれば、家族も安心できると思う。・ヘルパー事業所は、30分、60分と時間にきっちり提供します。それに比べて訪看は～30分、30～とアバウトな提供時間で殆どが45分くらいで帰るのはどうかと思う。・デイケアのリハマネ加算や短期集中リハ加算の設定も考える必要あると思う。・医療連携加算についても、入院加算で病院側に情報を提供しても実際に病院の中で情報が共有できておらず退院時カンファレンスで活かされていない。・入院中は、MSWが支援していく中、家族はCMに何度も相談に来ます。かなり時間がとられるので家族の気持ちに支援が必要なのかな、何かしら加算もいるかもしれません。・CMが人数制限できた事は評価できます。ちょうどいい人数ですね。ただ、予算プランに時間がかかりすぎる今のシステムは見直しが必要です。要支援①、②区分なし要支援でいいと思うし定額制もなしにしましょう！！・サービス公表がスタートして3年が過ぎますね。書類をきちんと揃える事は大事です。普段の業務の見直しにもなるし、知識の再確認にもなります。ゆえに監査がある昨今、同意もないまま、あたりまえのように県、市の職員に書類を見せる、職員の威圧的態度には、少々不服です。誰の為の書類なのでしょう。今一度、考えるべきと私は思います。</p>
<p>問22でも書いた通り、一つ目は末期の方々の制限をゆるめ「在宅での最期」をより具体化した支援を求めます。「買い物」に行きたい「外食がしたい」希望をもち安心して最期を迎えられような法改定を求めます。家族だけではむりなのです。型にはめられたサービス内容には実際に質はなく不安と負担しかないのです。どうぞ在宅で家族と共に自分の住みなれた空気の中で最期を迎えられるような“希望”を改定する事で与えてもらいたいと思います。コミュニティワークの推進です。これには診療報酬も含まれます。往診は実際に金額が高い（個人負担）個人負担軽減を希望します。通院もそうですが・・・高額医療費制度も有りますが立てかえできない世帯も多いです。だから病院の未収も多いです。又、民生委員不足を考えてほしいのです。民生委員にも支援に対しての介護報酬をもうけて、“地域を良く知る人の力”をサービスにくみこみやすくていいのではないのでしょうか。ボランティアというのはそもそも生計が成りたち、その上で行われるべきものです。そうしないと、負担が増し又生活の為に働かなくてはならない中高年層が多い現状ではボランティア活動は維持できないのです。民生委員の訪問に対する制限をゆるめ、介護報酬を与えることで民生委員の有り方にも変化が生まれるように思います。ケアマネージャーの課題として。。。地域の在宅介護支援センターが積極的に活動しているとは思えません。中途半端に思われます。ならない</p>

<p>っそ、ケアマネジャーがしっかりと教本どおりの支援ができていたならこれは必要なくケアマネジャーがコミュニティワークの担い手としてもっと活動したいところです。中途半端な専門分化は混乱と理解しずらさを生みます。ケアマネジャーとして地域に広く深く関わることは、これもまた専門分化による活動制限ともいえる為残念なことです。</p>
<p>在宅医療や介護に対する報酬を上げ、従事者がやりがいと同等の給付を受けられる事が求められると思います。しかし、それに伴って利用者の負担が増しては結局、利用したくてもできないことになってしまいます。結局は、財源をどこからもってくるのが問題となってくると思います。両者がバランスよく展開していく為に具体的にどのような方法が有効なのかはわかりません。・医療的な処置が必要な方や、服薬による制限があり、入所受け入れ先が制限されること。在宅での介護サービスについても制限が多く、利用できない。</p>
<p>介護料金の自己負担が増加すると必要なサービスが受けられなくなったりするのではないかと懸念される。それが家族の介護負担につながり、介護放棄や虐待になっていくのではないかと懸念される。介護保険の目的の1つは自立への改善だと思うが、介護認定度が軽度に改善された場合、それなりの評価があり、介護報酬へつながることが必要ではないか。</p>
<p>・介護サービスが充実するように介護報酬の引き上げ。・24時間地域巡回型訪問サービスの構築が取り上げられているが、地域差があり過疎地においてはサービスを担うことのできる事業所は少ないのではないかと懸念される。・介護サービスは、訪問介護や通所介護の利用が多く、訪問看護など、医療系のサービス利用が少ない。医療との連携とれないのは福祉系のケアマネジャーが多いことが原因とされているが、介護サービスとの連携を重視されていない医師も多く、スムーズな連携がとれるような体制作りも必要と思われる。</p>
<p>離島や中心部より離れた山里地域の人はデイケア等の利用はしたくても出来ない状況です。</p>
<p>現在日本の抱える社会問題（経済情勢、ニート、急激な高齢化率、多様化する家族の問題など）との関わりが大きく、今後、制度を継続する為には、大きな見直しが必要だと思います。負担料のあり方をどのようにしたらよいか、さまざまな視点から検討が必要ですが、ケアマネジャーのケアプラン料については、ケアマネジャーに対する要求度が高くなり今以上の業務の負担は、精神的にも大きいです。</p>
<p>政治がしっかりしていない状態では良くなると思えない。利用者や家族の負担がこれ以上増えない事を願います。医療も介護も患者、利用者の目線で物事を考えない（考えられない）制度になっていると思います。すでに飽和状態の在宅介護サービス。ニーズと需要が一致していない。施設には入れない、介護サービスは使いづらい。サービス事業所の事も見えにくい。（新しくできてはいるが）ケアマネジャーも自社サービスに偏っている。（包括も）</p>
<p>在宅介護の中心とも言える訪問、通所系の報酬単価を引き上げる ケアマネジャーの報酬単価を引き上げ、管理件数上限を20件までに引き下げる。（1件1件の関わりを密にする）ケアマネジャーのケアプラン作成手順にICFを取り入れる方式とする。</p>
<p>利用者様の身体状況の悪化等で区分変更申請の際の有効期間の延長の検討・見直しをしていただきたい。</p>
<p>・医師不定や・介護従事者不足、の改善・経済的負担軽減による診療報酬、介護報酬の改定</p>
<p>内容の検討が不十分なので記入できません</p>
<p>老老介護、認認介護世帯が増えている現代 報酬ばかり改定されている。それが国民にきちんと返っているのか？疑問である。介護報酬改定を受けた給与引き上げの処遇改善状況はどこまで介護員、福祉従事者に反映されたか？事業所の貯蓄になっているのが現実である。〈ケアマネジャーとしての希望〉ケアマネジャーの事ム処理を少なくして欲しい。訪問が多いので事ム処理を簡単にできないでしょうか？担当件数も30人位で充分と思われる。密にプランにむきあえる。</p>
<p>重度利用者に対して、必要な時に必要なだけのサービスが受けられる体制になってほしい。今の介ゴ保険制度では、家族にたよる部分が多すぎる。金銭的な負担、精神的な負担多い。家族介護者の支援がもっとほしい。介ゴ保険でできる事が無い（利用しても家族の負担がへらない。）ならば、市町村独自のサービスや民間サービス（あまり高額でない。）の充実でフォローできるように。在宅が全てではない。施設の充実。（質、量とも。）施設と地域社会、家庭（在宅）との交流、行き来がもっと活発になればいいと思う。認知症世帯や高齢者だけの世帯などを地域で支えるしくみができればいいと思う。高齢者、障がい者が実際どのように生活しているのか？世間一般の人が知らなすぎる。</p>
<p>①住宅改修 福祉用具購入等についてもケアマネジャーとして一連の業務の流れに添っての動きをしている介護報酬の算定がされていない。算定の検討をお願いしたい。②主治医意見書の認知症判断と御本人の実能に大きな差違がみられる。判定基準をもって実施してほしい。③院内介助の介護保険適用の基準を見直し、病院到着後の移動介助（安全確保）を病院側が責任をもって行って頂けるシステムを作してほしい。④ケアマネの利用者負担は反対です。</p>
<p>ケアマネジャーに対し、〇〇できなければ減算など、本来のケアマネジメントで時間が必要であるにもかかわらず事務的なものが多すぎると思う。かといって事務職がかたがわりできるものでもなく、しぼりばかり強くなることは良くないと思う。報酬に関しても日頃の業務の責任の重さの割には介護報酬の点数が少ないように思える。</p>
<p>○在宅での生活継続のためにはサービス不足 訪問看護や訪問リハビリを利用したくても 手一杯だといわれてしまう。病院から出されてしまうことに家族はとても不安を感じている。少しでも安心した生活を送ってもらいたくても サービスが不足している。在院日数ばかり気にする病院。家族や本人の不安に対して少し見つめてほしい。○ショートの利用をことわられてしまう。人工呼吸器装着者や末期のガンなどの人はショートステイを利用できない（病院ではないので医療依存の高い人はことわられてしまいます）最近医療系のショートステイなるものも出てきましたが緊急時の対応はむずかしい。（いろいろ書類を提出すると言われてしまう）（書類を準備するのが大変で利用をあきらめた人もいました）病院や施設への入所が困難な現在、在宅での生活を充実させるためにはまだまだサービス不足だと思います。</p>
<p>・介護職員不足・医者不足・経済的負担軽減による診療報酬、介護報酬の見直し</p>
<p>・自立支援を考えた計画作成・介護福祉士の医療行為、拡大（経管栄養、吸引等）・往診医の増加・訪問看護単位数減額・一月月の要介護度別 限度額の見直し</p>

<p>財源のことばかり先に考えられ実際の生活に目を向けられていない。地域包括ケアシステムについても、良く考えられていない人が作成した理想のように思える。現実、地域と仲良く出来る人ばかりではない。孤立している人の方が多いところに、医療連携を含めた地域包括ケアシステムをとり入れてどうするのだろう。住民1人1人の意識改革が必要である。私は、教育の過程からそれをとり入れるべきであると思う。義務教育の中で他の科目より福祉科目を優先し中学卒業時には、ヘルパー2級程度の技術、知識をすべての人が身につけるべきである。そうなれば、医療連携も地域包括ケアもできてくると思う。もうひとつ、評価をするなら結果を評価し、加算とすべきである。状態を改善させた、介護度を軽くさせた、維持させている等の評価で事務所加算を計上すべき。今の制度で真の意味での質の向上は計れない。</p>
<p>・多剤使用による認知症の悪化を防止する ・地域当りの施設件数の制限 ・サービス利用の有無でなく、状態から考え 要支援1→自立にする。 ・診療報酬・介護報酬が高い地域、施設他に監査を頻回に実施する。</p>
<p>○通所介護事業所の運営が厳しいです。当日キャンセル4～5件は当たり前（特に冬・夏場）の中で、人員調整が困難です。単価を上げる等していかないと、閉鎖事業所が増加すると思います。○居宅事業所の人件費と、収支バランスが取れません。35件常に維持していくのは困難です。</p>
<p>職場にあった改定であれば問題はないと思う。</p>
<p>財源の確保。処遇改善交付金、キャリアアップ制度の継続（人材確保定着率up、技術・質の向上）。そのための財源確保。制度の見直しのみではなく現場をよく見て体験し実感をしてもらいたい。</p>
<p>A：人材不足、離職の多い介護業界に対し、厚労省の打ち出す介護保険制度の制度見直しが多すぎる為、過重な業務がつかまとう。改定する必要があるのか、現場がその意見が反映されていない様に思える。不活発な包括支援センターも有り、利用者だけを掌握し都合の良いクライアントさんのプラン・サービスを行う所も有り。現状の認定調査の遅れ、調査員のさじ加減で、認定が大きく変わる。 B：人材育成の為に、時間とお金を惜しまない。待遇の改善をはかり、心志しの有る若者の離職を防ぐ。会社理念を持つ事で、業界の地位の低上げを行う。 C：要支援者に対する報酬単価が低すぎる（要介護にならない為にも必要な段階であるはずなのに）</p>
<p>介護サービスを必要な利用者が介護申請の結果の中で要介護から要支援になり必要なサービスが利用できなくなり不満がでているのが現状。自立した生活をおくるのに必要なサービスも利用できなくなりそれに変わるサービスも少ない。</p>
<p>医療・介護職には高度な知識と技術と判断力が必要となります。そのためには相応な待遇でなければ適材適所という状況にはなりません。</p>
<p>書類作成が多い。計画書を作成するのに会議が必要だが、終わったばかりでも新たなサービス導入を言われたりすると、「面倒だ」と思う事がある。サービスを利用しなければ、ケアマネの報酬にならないのに契約だけで相談に呼ばれる事もあり、無給で上手く利用される場合もあった。緊急時にショートが使えず、困る事が多い。「外泊なんてかわいそう」と言って頑張る介護者ほど入院したりして、急にショートが必要になる事がある。認知症が重度だと利用が難しくなる。</p>
<p>見直しにより従事者が仕事に誇りと責任を持って取り組めるようになれば良いと考えます。個人個人、志しは高く、その方々の能力を十分いかせる社会になって欲しい。</p>
<p>医療系のサービスが少ない。単価が高くて安い方のサービスが多くなったり、時間や回数に制限があったりする（大洲市であっても旧長浜町の為、医療系のサービス事業所が遠い）</p>
<p>・介護従事者の報酬があがってくれたらありがたいと思うが、その負担が利用者にくらしたら介護保険を使つての「生きること全体」を支えるというのは増々難しくなっていくと思われる。・生活援助の大切さを理解してほしい。家族がいても、共働きでの生活が必要な現社会の中で生活での訪問は、「生きる」為に必要であると考えている。</p>
<p>私は医療系のケアマネであり医師とのコンタクトも取りやすいと自負しているが、当事業所では他に介護福祉士からのケアマネが2人いるが訪問看護を利用する事で身体状況の把握や医師とのコンタクトを取りやすくしているように感じている。老人が増加する中で在宅のケアを充実していく事は必須であるが、現在は件数が制限されたにもかかわらず、何にかまだ把握していないが、とにかく忙しい。毎日を送っているタイムスケジュールの評価をやる時間もない状況。よくないと反省。要支援についてはいろいろと考える。支援1から自立につながった人はどれ位いるのか！90才を過ぎてから支援2と介護1をいったりきたりしている人がいる。記入をする事が多く、支援は大変。その手間の割には報酬が少なすぎると感じる。訪問介護、訪問看護、訪問リハビリの質の向上を求めたい。</p>
<p>・全ての人にとって、よりわかりやすく、利用したいと思える様な見直し、改定を期待していますが、現状は厳しいものとなるのではと危惧しております。今まで利用していたサービスが制限されたり、金銭面での負担が大きくなる事で、生活の維持が出来なくなってしまうことのないようにしていただきたい。・又、医療、介護の枠をこえて、包括的な支援が出来る様な制度となることを希望します。・専門職種の育成、レベルアップの為に、もっと国をあげて支援対策をしてほしい。志なかばにして、職を辞してしまう、要因に仕事と報酬が見合わない事もあるのではないかと思います。社会的にも認知されることが必要と思われまます。</p>
<p>要介護度でサービスの量が変わるのではなくその家の環境（介護力、家族関係、経済力、住まいなど）が大きく影響すると思います。その方に必要とされるべき医療や介護サービスが適正に提供できれば、安心して暮らすことが出来ると思います。</p>
<p>入院ベッドが少なく、入れない。症状が改善すると、状態が不安定でもすぐ退院させられる。重度の介護者、専門的医療の必要（人工透析、人口呼吸器etc）な受け入れ施設が不足。全体的にも不足し、特養は何年も待たされ、申し込みも断られる所もある。低所得者が利用できる入所施設、身元保障人がいない方でも利用できる入所施設、身体障害を有している方がリハビリや仕事をしながら入所できる施設が不足し、高齢者ホームや地元から遠く離れた施設を利用をよぎなくされている。高齢者でも精神疾患で重度な問題行動があると、高齢者施設では受け入れ困難。精神科病院へ入院しても、あまり改善なく退院され、受け入れ先がない。認知症による問題行動のある方は、精神科病院の入院を断られる事がある。在宅介護において介護保険サービスですぐに限度額を超えて補えきれない場合がある。</p>

<p>高齢者が増加し、福祉、とり分け、介護に従事する人材がますます必要となっている現状で、仕事の大変さに見合うだけの報酬が受けられない人がほとんどです。もうそれが何年も続き、若い人材が職を離れていっています。病院等では介護職の地位は低く、職員の質も向上しません。お金をかけて資格を取得しても報酬があまり変わらないと（基が低い為）いい人材は育たないのでは・・・？いい人材が育つ＝いいサービスの提供＝安心して老後を過ごせる事だと思います。</p>
<p>・退院前に（できれば入院時から）在宅療養を想定した準備を病院側から積極的にする。・要介護認定の簡素化。（複数の専門職による認定をその場で出す。など）・社会保障制度全体のシームレス、ワンストップなシステムの構築。・相談支援や連携についての評価</p>
<p>・本当に必要な人が、必要な分の介護サービスを受けて自宅で生活できるような制度になることが求められます。現状では、介護度による限度額のしぼりがあり、それによって自宅での十分な介護サービスを受けられない人がいます。逆にあまり介護サービスを利用しなくても自宅で生活できる人もいます。介護度による限度額が適切なのか疑問に思います。・現行の要介護認定の為の調査のあり方も、本当にその人の介護が必要な状態か分かるのか非常に疑問が残るものになっています。認定審査会のあり方も含めて検討してほしいと思います。</p>
<p>以前では入院出来た人達も病院から在宅にもどされ医療依存度の高い人が多くなっている。家族の負担を軽減するためにショートステイなどを考えるがどこもいっばいで又重度は受けてもらえない。色々な加算があるが、終末期や医療依存度の高い利用者を受けた時の加算を事業所や居宅に付けてもらいたい。施設等の箱物は現状では増やす事はむづかしい様ですが、核家族化が進み、どうしても在宅では介護できない現状がある。特老などの待ちも何年もと言うのは異様な状況、有料老人ホームも金額が高く年金生活者は入所できない。適切な費用の施設の増も必要と思います。</p>
<p>介護、医療の現場を直視し、実態を見つめて制度の改定（改善）して欲しい。数字や書面だけでは現実も実の無い改定になるのでは？現在も家族状況の読めないままの包括の指導が有り、不適切なプランだと指摘され、その対象者は重度化の一途をたどっています。</p>
<p>・介護予防と介護の一元化（介護保険）・診療報酬及び介護報酬での加算算定の明確化・公正中立事業所への評価・事務的書類の簡素化・所得区分による利用者負担割合増の再検討・社会福祉士等配置加算の新設</p>
<p>一口では言えないくらい様々な課題が散積していると思うのですが、今後ますます高齢社会となり、財源はどうなるのか、と気にかかってなりません。現状ですでにせっぱつまってガケツチの状況にあることと、一般の方々にも周知する必要があるのではないかと思います。</p>
<p>・利用者には経済的負担の軽減・サービスの充実・医療、介護従事者の質の向上。人員の確保・国からの補助</p>
<p>退院にあたっての医療・介護それぞれで算定できる加算に合意性がなく、その結果相方が利益を得られるように算定していることがあると思います。在宅の見込みのないケースであってもカンファレンスへのケアマネジャー参加を求められるというのもその一つではないかと思います。</p>
<p>・シルバー産業新聞に掲載される立教大学の服部万里子さんの2012年改定に向けての・・・を興味深く読んでいますが。これからどうなっていくんだろうか・・・と整理できません。地域包括ケアは具体的にどう展開していくのか？今回職場でも話し合いをしました。「地域包括ケア」という言葉自体「へえー」そうなんだという反応でした（私も含めて）。今回のアンケートに参加させてもらい、あらためて考える機会を与えてもらい、ありがとうございました。・出された意見。支援、介護を分ける必要はないと思う。認定審査にかかる経費は〇万と言われている。本当に必要か。介護保険制度教育（一般）の必要性がある。認知度はまだまだ低い。在宅療養生活を支えるマンパワー不足（介護、看護、在宅往診医）がある。宮城県北に回復期病棟がないので設置をして欲しい。神経難病の方々が入院リハビリ専門施設の整備を県北にも作って欲しい。私達は仙台リハビリテーション病院から退院して在宅療養される利用者をとおして、リハビリ訓練の有効性を強く感じます。</p>
<p>医療制度について自分自身が知らない。医師体制不足もあり、重度の療養者を迎える体制がなく、自分自身知識不足だ。</p>
<p>現在、高齢者が飲んでる薬が多すぎる。認知症が進んでいると分かっている薬を出している医師の気が知れない。どちらでも良い薬なら少し減して欲しい。糖尿病もしかり、インシュリンを打てる人はどの位の人なのか、薬ばかりにたよらず、何か違う方法は、ないのでしょうか。人は実験材料ではない。昼間患者であふれている病院は、どの位の人が本当に必要なのか？病気がない人が、医師の意見書を書いてもらう時（申請時）今まで病気一つしたことがなくても、病院へ行き、何か病名を付けられ、病人になる。もっと違う方法で、誰かに意見書を書いてもらえないか。医師の意見書の中には、医療的サービスを中心に考えている。医師自身もデイケアと、デイサービスの違いは分かっているのかと思う時がある。</p>
<p>居宅介護支援について。特定事業所加算という一定規模以上の人員体制がある所のみに加算を与えていますが、それでは居宅のみの事業所や小規模の所は生き残ることができない。介護報酬を上げる事が求められます。集中率は90%となっていますが、より公平性を求めるならばもっと下げても良いだろうと思います。ケアプランの有料化は絶対すべきではない。介護相談の入口からお金がかかれば相談することからためらう人もでてくるし、例えば車いす月々500円でレンタルしている人などはケアプラン料を支払うことになるとそちらのほうが高くなるのではないかと、給付抑制にもつながると考えられます。</p>
<p>要介護、利用者さんの状態によって介護報酬を変えてもらいたい。現状は要介護1～5も同じ</p>
<p>医療ニーズの高い入所者の受け入れや対応力、キャパシティを施設ごとに拡大する努力が行われ、医療・福祉などの多職種協働を確立して、地域全体に療養の場を増やしていくことであろう。さらに、医療・福祉従事者のレベルアップを図り、養成課程でのカリキュラム導入と十分な研修や教育のガイドラインを設けることも重要と思われる。</p>
<p>・日々増化する高令者のニーズに対応していく為ケアマネジャーの役割が重要になり、業務量も増えていくと思われます。医療（病院の医師）と在宅生活の現状の温度差を無くしていきたいです。時間がなく、乱筆にて申し訳ありません。サービス事業者、■に従事する方の雇用安定と、報酬アップを求めたい！</p>
<p>・様々なサービスが増えたり、加算が変更になったり、本人・家族、職員も困惑してしまう。・ケアマネ不用論、変なプランの立て方や、昔の考え（介護の考え方）のケアマネも多く専門職としてクエスチョンな人材が多く悲しい。→人材育成が必要。・</p>

<p>ストレスについても検討が必要。(行政も時になげやりで)3年間の離職率現場職員、訪問7~8割、施設6~7割。・団塊の世代・若年層の疾病の増加についての取り組み。・福祉サービスの集中減算についてなくしてほしい。医療系サービスがうらやましい。</p>
<p>現在、特養も老健も申し込みしてもすぐには入れないという現実の中、中間施設として利用する居住系サービスにも、まだまだ限界があると感じています、在宅で支援するという点では、介護のプロにケアを委ね、医療はやはり医療でのフォローは不可欠です。もしも、改正したいという、点があるとすれば、居住系サービスの体系に医療ニーズの高い利用者さんや患者さんの受け入れの出来る施設の整備をすすめてほしいと願います</p>
<p>・要支援と居宅(要支援1、2と要介護1、2)の行ったり、来たりがある。本市の場合、委託がないため、ケアマネが変わらなければならない。他にも、毎回から毎月単位になったり、訪問も3ヶ月に1回と対応が変わるのは混乱する。また、居宅→包括→居宅に変更する度に契約をとりなおすという状況は無駄と不快に思える・往診可能な医師が増えるといいと思う。病院に行きたがらない方、行かせられない家族が結構いるまた、認知症に関する専門医が少ないかと思う</p>
<p>地域包括ケアと推進していく上で地域包括支援センターや医療機関・各サービス事業所、そして行政がもっと自らの役割を認識し、成熟する必要がある。一つに連携していくチームプレーが求められると思う。軽要介護者の福祉用具に関して例外給付の需要が伸びているといわれるが、例外としてではなく、もっと利用しやすいシステムが欲しい。地域によっては低所得者層の介護給付の制限があったり十分なサービスがなかったり地域格差がかなりあり、平等ではないと思う、脆弱な地方や全国レベルからみて不足な保険者をもっと見直して欲しいと思う</p>
<p>・要支援者の人数制限の廃止、-ケアマネ側から、担当できない旨、伝えると利用者さんは「捨てられた」と怒り、信頼が一瞬で憎しみに変わります。中には、絶対要介護にしてもらおうと、歩かなかったり、もの忘れのふりをしたりして、本当に、レベルが落ちてしま方もいます。・有料老人ホーム、高専貸住宅が、続々と建っています。入居したお年寄りは、昼間は、1階のデイサービスへ行き、終われば自分の部屋に戻り、ヘルパーが世話をしてくれる。毎日が同じことのくり返しで、たまに来る家族を心待ちにする。日本全国に、同様の生活をしているお年寄りが、何十万人もいると思うと…、いずれは、年金額別に、振り分けられて、自分の意志と関係なく、入居制度になるのではないかと、戦戦恐恐としています。・認定調査における主治医意見書の廃止。「主治医意見書を書いてもらわなアカンから、病院行っとかな」とどこも悪くないのに病院に行き、処方された薬をすてている人がいます。先日は、「痛い時だけ来て、ずっと来てないのに、もう(意見書)書かん」と一喝されました。・認定審査会の廃止。一人一人に支払う経費が無駄。</p>
<p>24時間対応してくれる事業所を求め声が大きくなりつつあるが、提供側の体制作りに困難をきたしている現状をみなおされるべきであるとする。又、改定されるにあたり、提供側の質の向上をさらに取り組んでいかなければいけない。</p>
<p>・ケアマネジャーの独立型が可能となるようにさいさんがあれば、もっと上質な仕事ができる・配合弁当への補助金があれば、もっと在宅生活可能となる人が増える・通所リハ利用者は訪問リハ利用の併用が出来ない事の無意味さで身体機能がおちている・区分支給限度枠の増加を求める・要支援と介護度の担当分けで迷い混乱あり、居宅で全て担当出来たら良い</p>
<p>介護の面から考えると・(訪問)介護員の増化・介護従事者の経済的保障・介護員の質の向上・介護資格の整備(介護福祉士資格試験不明で■■の改善)・資格取得における経済的負担の軽減(大手)・福祉ビジネスへの監視、監督強化</p>
<p>介護職の必要性が問われていますが給与面で将来に対する夢もなくやめて行く人が多くいます。特にこれからという若い男性、女性は。介護職と医療職と同じサービスを行なう場合の報酬差が大きすぎる。(訪問看護師と訪問介護員との入浴)</p>
<p>2025年の予測でのさまざまなデータを新聞などで読んでいて、お金がかかるんだな、そして長生きもしてしまうんだなと感じる。お金がないと早く死んだらいいのにな、家族はもちろん、周囲にも思われるんだらうなどと暗く予想しています。厚生省等が持ち出そうとしている地域包括ケアなどは、どの年齢層に協力してほしいんだろう。人工の20パーセントが75歳以上になった時、1歳から74歳までで、働き手は自分の事で手一杯ではないかしら。高齢者で期待できる人材はいくつまででしょうか?家族間でも虐待が増えているに、地域が虐待せずに守ってくれる為にはやはり行政によるボランティアに対する特典と監督ではないでしょうか。ボランティアだと思ってたら近所の窃盗にならないといいのですが、実際、訪問時に玄関先に置いていたヘルパーの私物がぬすまれたり、スーパーのレジで買い物をそのまま取られたり、せちがらい世の中なので。安全と保障はセットでないと信頼してお金を使えない。使わないと経済が回らない。回らないと社会保障できないんですね。</p>
<p>正直ムダが多い、保険請求部分が多い割合をしめるので(患者宅利用者宅へ行くといっばい薬がでてきたり…又、ムダなサービスを多く導入している。結局社会保障制度がパンク寸前なのは国民の倫理及び提供する側の倫理の欠如による所が非常に大きい。譲渡報酬、介護報酬、調剤報酬等々保険制度においてレセプトを守る部分に何して、国民、病院事業所等の倫理的な部分をしっかり考え直す必要あり。てっとり早いのはメディア(特にマス)がイニシアチブをとりしっかり考えて頂き誘導されてはいかが?</p>
<p>企業サービスである限り、むつかしいと思います、また、適正化の名のもとに、何でもかんでも削減すればいいという姿勢が行政に広がっており、そんな行政が頭を打たない限り良い制度設計は困難と思います</p>
<p>福祉用具、住宅改修の申請等、ただ働きが多すぎる。北海道の冬期間の訪問については、免除制度が欲しい。入院中プラン料が無しになるが、退院するまで枠を空けて、待っていないなければならないので、プラン料の50%でも出して欲しい。死亡した場合、訪看は加算あるがプラン料は、加算ないが香典等経費がかかる。新規等で色々な相談を受けるがサービスに結びつかないと無料で終わってしまう。毎月、利用票、提供票が必要なのか、疑問、変更時だけでよいのでは?介護度に応じてプラン料が違うのは、労力と合っていない。特に要支援の委託を受けている場合、労力は2倍で報酬は1/3要支援と要介護で、制度が別れすぎていて、利用者が大変判りづらい。説明するのも大変!!</p>
<p>介護について①予防について介1、介2が予防になりそうです予防となりますと報酬が低く、独立型の居宅はやっていけません、ケアマネの質向上するには教育が必要です。多くの研修に参加させて学んでもらっていますが…②限度額オーバープランが問題になっています単品プランについて。デイが多い→認知症の為夜だけ家族介護屋は支援してほしい人が多い、ヘルプが多</p>

<p>い→デイ等のサービスは受け入れられない認知+精神疾患の方が多く見受けられます。単純に単品プランと批判するのではなく、その背景から必要な人も居ます。限度額オーバーは家族の介護力が低い人が多く見受けられます。「社会で支える」と当初の方針であったはずで、やむを得ない事情の利用者さんをきめ細かくすくい上げていただき、改定していただきたい。多問題ケースには、ケアマネ管理料アップを希望します。</p>
<p>・利用者負担アップが案として出されているが、給料や年金が減ってきている時代である。財源を確保しなければならないのは理解できるが、お金がなくて適切な医療や介護が受けられない人々が増えてくるのも予測される。それと同時に家族（子供）と別居している世帯が多くなってきており、家庭の介護力も確保しにくい。10年位～20年位を考えた時、介護が受けられない人が出ないような制度づくりを今のうちから取り組まなければならないと思う。</p>
<p>介護保険制度上は、通常の日常生活を支えることには大きな役割をはたしているけれど、「その人がしたい」ことのサポートとなると、介護保険制度では提供できないことが多くあります。例えば、1泊旅行などでも、介護サービスでのヘルパーや、送迎は適用にならず、その他のサービス利用としても提供するところは稀であり、家族にたよる部分が多い、そのため、めいわくかけるからと、本人があきらめてしまうことになる。介ゴ外サービス提供をするところは、収支があわず経営がつかない。介ゴ事業所は介ゴ外までは手がまわらない状況がある。ICFの考え方で支援するうえで環境因子の充実が求められるとおもう。</p>
<p>医療制度改定については詳しいことはわかりませんので記載いたしません。介護制度については、ほぼ改定されず施行されるものと思いきやケアマネの事務処理においては負担増加なく良かったと思っています。制度全般において、社会保障費の増加は少子高齢化でしかたがないと思っています。予算の経費削減でケアマネの居宅サービス計画書の負担を利用にもとめるのはおかしいと感じます。予算を考える上で政府はもっと議論をしてほしい。高齢者の入所先等について、政府は老人福祉施設を増やさない方向でこれからも進めていくにあたり、入所施設がないので在宅生活という方も多く居ます。在宅を望む方はそれで良いとして、入所生活を希望する方、いたしかたない事情もあり、特養、その他施設は必要なのではないでしょうか。介護従事者全般について、介護の仕事は志ばかりであり賃金については、他の業種から比較すると低水準だと思います。やはり得られる賃金で家庭生活できるものでなければならない、又、失業対策としての雇用先と考えるのもどうかなと疑問に思います。現場の仕事は気力及び体力を使い、その他、さまざまなことを行うなど厳しい状況です。若い人であればまだ適応できるでしょうか、中高年者には厳しいです。学卒者が魅力に思えるような業種にしていきたいと思います。</p>
<p>包括的算定による削減は行うべきではないと考える。また同時に算定の行いにくい加算にも問題があるように思う。</p>
<p>困難なケースでも、前向きに、取り組むには、本当の生き方、が出来る、意味も、すい上げて、解かる事が一番大事、行政が、それに見合った、報酬等を出して下さる事も大事、なぜなら、時間が必要であるので仕事以外で支えているのが多い現状、</p>
<p>真のケアマネジementや訪問看護のあり方を望むなら、公正中立を保てるだけの報酬を与え公務員的な立場に引き上げ教育も全国統一にする</p>
<p>介護員の医療行為、リスクへの制度的な保護</p>
<p>介護、看護の際リフターや特殊な機械を必要とする方に対して従事者が負担に感じないよう用具のレンタルを施設にも行ってほしい</p>
<p>・要支援も要介護も書類の様式を統一し、包括支援センターからの受託を廃止する。（同じ扱いで良い）          ・合のケアマネジャーの資格はあいまいで不安定、業務に線引きがない為家族的な役割を求められる場合（通院介助、身元引受人、買物等）がある。ヘルパーの草抜き禁止のような決まりも必要。          ・誰でももらえる主任ケアマネも制度を改めるべき。          ・居宅支援費も1割負担（1/日訪問基準）、で、その他の訪問や代行は有料にする等必要。</p>
<p>・通所介護・訪問介護・福祉用具レンタルや購入等に集中減算があるが、利用者が「〇〇事業所のデイに行きたいので、同じ事業所のケアマネさんにケアプランをお願いしたい」等と希望されても、90%以上になってしまうと集中減算になってしまう為受けられないという事になってしまう。利用者や家族のニーズに答えられない…という結果になる。          ・ケアマネは中律な立場で…とは言うものの、現在のケアプラン料では、独立して事業所を起業しても、とても利益は見込めないのが現状ではなかろうか？「公正中律」と言うのであれば、ケアプラン料をアップして独立できる状態にしなければ無理である。          ・介護度が高いのにサービスを2種類以下しかプランニングしていないのはケアマネが悪等と言っている偉い方もいるが、それぞれに利用者や介護者の思いや都合があり、入れたくても入れられない場合が多い。机上の空論を唱えるのではなく、もっと現場に目をむけて言葉を発してほしい。</p>
<p>建前的に新たな報酬をつくるより現場レベルで負担がかからないようにしてほしい。</p>
<p>・介護を受ける側の負担軽減・介護を提供する側の報酬の改善（賃金を上げる）</p>
<p>・一番は経済的負担の増大を招かないようにして欲しいと思います。現状を見る限りでは、経済力がある利用者は在宅サービス、施設サービスも十分に利用できますが、経済面の問題のある人は決して十分ではありません。十分に利用できない人達が必要なサービスを利用できるような措置が欲しいと思います。ケアマネの利用にも1割負担をするのは好ましくないと思います。</p>
<p>一割負担とはいえそれが支払えず介護が受けられない人が多くみえます。世帯収入に応じて自己負担が0～1割の幅で変わる方が良いように思います。ケアマネージャーへの報酬も自己負担一割持たせるという話ですが、その場合はケアマネージャーの役割を各役所の人担当、自己作成プランをすすめる方が良いと思います。現状、小規模多機能は同一事業所しか使用できませんが、色々な事業所の組み合わせができる形の方が良いと思います。在宅での看取りをすすめるのであれば24h対応往診医や在宅で高度医療←？胃ろう交換は往診医で行うとかを受けられるようなしくみが必要だと思います</p>
<p>・福祉、医療、教育は従事する職員の資質・士気がサービスの質を決定するため、資質にふさわしい賃金体系が可能な報酬制度が最も大切であります。          ・地域医療の再生のため専門医を中心とする医師の確保が重要。現状では地域医療が崩壊し医療格差が益々広がり、医療を十分受けられなくなることを心配する。          ・介護職が魅力ある仕事となっていないため、社会的に（国</p>

<p>レベル) マンパワーの確保対策を早急計って欲しい。・特別養護老人ホームでは生活機能訓練等により、ADLの改善が計られるが、結果として介護報酬が下り、経営を圧迫する。成功報酬の制度が必要と考える。・各種の加算は本来介護報酬に組み込むべきである。・地域密着型サービスは経営が極めて困難であるため大幅な報酬改善を行わなければ整備は進まないと考ええる。</p>
<p>書類におわれて現場で生かせる時間に支障がでている、サービス連携上の簡素化、ヘルパーの医療行為を行えるための法整備、介護職への報酬アップ</p>
<p>1. 地域包括ケアに関して：医療介護、住宅の連携を唱えているがほとんどの事業所が抱えこみと考えている、抱こみを推奨しているわけではないこと？明言していかないと大変なことになる。2. ケアマネジメントの独立、介護保険の限られた財源を有効に使うためには、ケアマネの独立をすすめるべき、併設居宅をなくさなければ給付は増えるばかり、なぜなら併設居宅のケアマネは営業マンだから。本来であれば第3セクターを使い、ケアマネを集める方が良いと思う。集中減算を金額で9割にするのも良いかも。3. ショートステイの病床数を増やしてほしい。特にお正月、お盆緊急時にすぐに使えないと意味がない。4. 医療過疎をなくしてほしい。訪看訪リハを医療保険にして純粋に介護だけに使用しないと医療ニーズが高い人が在宅で生活できない。また透析の人の家族の介護負担も半端ではない、院内介助が使えないため家族の負担が多くなる。</p>
<p>主治医意見書の記入の雑さが気になります。前回は丸うつししているかの様に思い、本人を見ていない、その人の人生が左右されるくらいの責任をもって記入して頂きたい。また、医師は、介護保険をもっと理解してほしい</p>
<p>ケアマネジャーが、中立公正にできない状況があります。4人の事業所は、経営が赤字になるという計算があるようですが、小規模のところは赤字です。又、限定調査の仕組みが変わり、介護→予防給付に変わる人が多いです。経営的に厳しいです。ケアマネジャー1人でも経営が出来て、赤字になれば、わざわざ事業所評価加算をとるために、3人のケアマネをする必要もないし、中立公正にアセスメントしサービスにつなげる事ができると思います。中立公正にケアマネジャーが出来ることが適切なサービスの使い方ができると思います。</p>
<p>医療保険の中で、延命せずにみとりをすることをもちと評価できるようにしていくことも必要。</p>
<p>当事業所では訪問介護サービスを終了する予定である。小規模事業所が良質なサービスをして報酬に反映されない特定事業所加算について、当事業所はクリアできない点があり実施できなかった「全サービス（1件1件全て）についてサービス前後に書類もしくはメール等により担当ヘルパーと連絡をとる」という点である。1件30分単位のサービスが増え、移動等に種々のコストがかかっている、その上「1件1件その都度」は物理的に無理がある。上記を算定している事業所も、実は上記をクリアしていないと聞いている。サービス内容も含め良質な事業所は生き残れない訪問介護のコスト計算をした上で定められた報酬であるか疑問である、きめ細かに対応していくことで、全体的な大きなコストは削減されていくと思うが…ケアマネジャーについても小手先の加算ではなく基本で答えるべきである。事業として成り立つ必要がある職種であるにも関わらず、何かの事業にぶらさがなければ運営できないのは問題であろう。上質なケアマネジメントも又、大きな意味のコスト削減になると考える。※問9については時間がとれず書けませんでした</p>
<p>・今後在宅での医療的な介護が増えてくると思いますがそれに対応出来る介護職に対しては通常の報酬に十分が加算されるようにお願いしたい。・介護など365日全部均一報酬ですが、通常の公務、及企業などでは日、祝日は、労働基準で割増の賃金を支払っているので介護保険の報酬も、それに準じた支払をしていただきたい。・介護の技術向上、スキルアップなどに対する講習を公費において開催していただきたい。</p>
<p>退院に関して診療報酬、介護報酬が見込まれることにより、退院時のカンファレンスが比較的、容易になったと思われるが、ケアマネの稼働時間は変わらず、現行制時のもとでは、負担は大きくなっている。退院、退所のみに対する報酬の改定ではなく、在宅支援全体の中の一部と考え、全体的な見直しをしてもらいたい。</p>
<p>・在宅でがんばっている家族への評価・機能を向上した方への評価、それに関わった事業所への評価を高めて欲しいと思います。安易なサービス導入にたよらず、自立支援を地域全体で取り組めるようにできればと思います</p>
<p>・従事者の課題としては、従事者一人一人の質の向上を図っていかねば、生活を支えていく事はできないと思います。・診療報酬・介護報酬の議論についてですが、私個人としては、診療報酬・介護報酬どうこうよりも、このまま国の借金が増え続けていいものかと思ってしまう、このまま進めば必ず国は破綻します。破綻してからは遅いので、全体的に考えていかなければいけないのではないのでしょうか？</p>
<p>・乗降介助、身体介護を1本化してほしい。・ケアプランの自己負担はなし（現状のまま）・訪問介護では担当者によってサービス内容の異なることがある、誰が入っても同じようにできる教育が必要・予防の月単位自己負担はやめてほしい。その月に1回しか利用しない（入院等で…）で1ヶ月料金はひどいと思う・通所介護で以前のように送迎加算があってもよいのでは？</p>
<p>・訪問看ゴが主体となった高専住でみとりの場のカクホが求められる。・CM報酬で独居の方の場合の加算の見直し（労力を要する）・訪問看ゴにおける、グリーンケアの算定・死亡時のターミナルケア料金が患者に10割負担になる事</p>
<p>医療機関が施設を作ると癌の人認知の人、健康な人でも最終的には医療が必要になるので助かる。・癌の人が増えている医療（主治医）より十分な説明がなく退院される様子、末期思えるが家族がそれを認識しておらず、リハビリして歩いてもらいたいか言われるが状態的に食べられず体力、筋力も低下している。ケアマネから医療的な説明はできない。主治医に聞いてもらうが説明が十分されなかった。・保険料、利用料も上がると負担が増え使いたいサービスも使えなくなる。・癌の人は急に悪化する為申請時の介護度が軽く出してしまう、区変している間に亡くなってしまふ。</p>
<p>課題・医療と介護のスムーズな連携・個人情報保護法の壁・医療、介護保険制度の理解・改良点・介護保険の予防給付と介護給付の区別撤廃・評価項目・訪問介護、生活援助15分、30分の創設</p>
<p>・多職種連携をめざした研修の実施・それぞれの職種に応じ、アセスメント力向上のとり組み。・職種の役割とチーム連携の研修。・本人を中心として、この方がどのような生き方をめざしているかを知り、よりそって支援するチーム作りのできる、質の高い専門職を育てる、教育システム。・病院を渡り歩き、投薬を重ねてもらった患者への対策として、コンピューター管理</p>

<p>による投薬管理システムの構築。在宅での内服されず捨てられていく薬の多さに疑問を感じる日々です。・介護認定調査は家族本人の訴える力が大きい方にメリットが生じている現状です。認知症ケースが増えていく現状で、本人の力、家族介護の力の程度、できる事、できない事、生きる上で支障のする事を適切に評価する認定調査のあり方を再検討していただきたい。</p>
<p>いろいろ要望にこたえて調整をするが、それが報酬に生きていないような感じをうける。もう少し実情を知ってほしい</p>
<p>(1) 24時間のホームヘルパーと聞いてとても良いことだ、家族も安心できると思ったが、①人材が確保できるのか?②ニーズが高いのか?③夜中人が出入りする事に抵抗はないのか?④夜間の割増し手当てはどれくらいになるのか等いろいろ疑問が出てきた。(2) 介護保険の認定調査にも疑問がある。一人暮らしで重い障害を持っている方でも認知症状が全くなくしっかりされている方だと、時間をかけ努力をして自分で何でもせざるを得ないので“できる”が選択される。軽い障害の方でも家族がいて危ないから一度薬を飲み間違えたことがあるから家族が管理しているとも言え一部介助となる。介護の手間って何だろうと思う時がある。一人暮らしだから援助を求めているのに介護保険を使えないこともある。(3) 病院から退院する時、しっかりケアマネに対し情報提供して下さる病院とそうでない病院の差が大きくなってきている。相談員が病棟ときちんと連絡を取って連携しやすくして下さる所とそうでない所が出てきている</p>
<p>介護保険制度の中の規制が多く思う様に支援ができない。家族と同居でも家事支援の必要な人も居る。市町村の判断が厳しすぎて支援が上手くできない。サービス残業が多い、ケアマネジャーの業務は、支援にむずびつかない報酬がないが、相談のみや、サービス調整中に入院してしまったり、亡ってしまうケースについては何の報酬もなく、ただ働きになってしまう事が多々有る。医療依存の高い人や、褥創などの処置が必要な人は、Dayの利用時に手がかかってもそれは料金として加算されていない。</p>
<p>医療介護の社会的な評価を上げる為にも統一された教育や資格等を取得していかなければならないと思う。同じ介護でもパラつきがあるし同じケアマネジャーでもやっている内容が様々であり自分自身ケアマネジャーとして繁雑化した中で対応をしていると業務に追われっ放しで中途半端な達成感しかなく毎日疑問が生じてくる。ケアマネ業務が本来やるべき事は確かに指定があるがそこに至るまで相手の事を第1に考慮して、サービスを提供しようとするとしてやICFの考えでとなると簡単には出来ないしシワ寄せが来る事もないと思う。</p>
<p>介護保険の利用にあたり限度額の見直しがないよう?在宅で生活をする人にとって必要であっても限度額をこえてまで利用は出来ない高令者が多い。反面必要もないのに利用している利用者も多い。適切な利用が必要。地方ということもあり、循環型のヘルパー、訪看等は、あまり必要性がないのではないかと。地方と首都圏との違いがあると思います。地方に必要なサービスも検討してほしい。</p>
<p>・透析をしていて胃ろうやインスリンをしている人のショートステイがもっと円滑にしてほしいです。施設→病院の送迎では保険がきかず交通費がばく大になります。薬の飲み忘れ、それでも通院してもらって来て、家に埋蔵している薬をみると、ため息が出ます。そういうお宅がたくさんあります。どうか何とかして下さい。大事なお金がたれ流しされているようで悲しくなります。要介護認定の期間をのばしてほしい。</p>
<p>特になし</p>
<p>介護保険は、介護を社会全体で支えるサービスです。何でもかんでもサービスを利用すると財源がなくなってしまいます。病気は医者、生活はケアマネが担当するので本当に必要性のあるサービスのみを提供すべきである。改良点は医療保険も介護保険も一体化して全体を把握する事。(医療と介護を分けては実態が分らない)評価すべき項目に要介護度が改善したら、加算がとれる。</p>
<p>介護報酬に関しては十分かと思う。ただ利用者負担が1割以上に増えると金銭負担増に伴い、介ご負担も増大する様に思う為(利用を減らすしかない為)その部分は維持した方がよい様に思う。診療報酬に関しては、確実な訪問診療及び緊急時対応をするHP。に対しては報酬の割増しがあってもよい様に思う。入院HPが減少する状況では、訪問診療及び訪問看ごとに頼らざるを得ない利用者が圧倒的に増えると思う為</p>
<p>介護報酬など私は実際何も変わりなく5年がすぎています。問題は事業所特定加算がある事、実際に行っている事は同じで私が1人で行っている方が多い人がいる所より働かないといけない事など仕事量は多く、特定事業所加算を行っている所の評価その事業所と違う事業所の評価があきらかに違うならわかりますが、行政が指導にくる前に資料をそろえるなどほとんど評価として表われない事が大きいのに収入面では大きく違ってくる 加算にしても本来は当然していた事を改め文章や書類をつくり対応させるものを行っているだけで書類が多く行っている事の根拠と証明の為の書類づくりで大変です 今月もサービス計画を9つくりその以外にも入院者の確認新規の人の対応など、又アンケート県からも介2以上の方への調査など仕事を実際にどのくらいの時間として考えているのかおしえてほしいです 訪問はどのくらいを用するのか報酬としている内容を確認したいです 忙しいのにこの様なアンケート時間もどこで行えと考えているのか知りたいです</p>
<p>胃瘵にしないで援助する医療介護連携加算の創設</p>
<p>・居宅介ゴ支援報酬で利用者負担はやめて欲しい。利用者は“金を払ったのだから”という意識でなんでも、かんでも言ってくる恐れがある。</p>
<p>利用者がサービスを月に1度も受けないと“居宅介護支援費”が算定出来ませんが、何かと本人・家族からの要望などで全く関わらない事はないので何らかの形で評価して頂くと良いように思う</p>
<p>医療依存度の高い利用者は、ほとんどショートステイ利用ができない現状です、又、ケアを行う施設の職員配置を考えて欲しい(給料が安い、人材が集まらない、介護報酬がupするような対策をとらないと、人権費は上がらない。but保険料もupできない、利用者負担もupできない - この様な状態では先が見えません)</p>
<p>介護事業者における難病支援の研修そして研修をうけていない事業者は減算するとかは大切だと思います☆難病の特性を知らなくてケアをしている為■。</p>
<p>・認知症ケアに対する評価・算定に関わる届出などで柔軟に行える様にしていきたい</p>

<p>24時間体制がクローズアップされているが、それを行うにはかなり大きな事業所でなければ難しい。いつでもかけつけることができる制度も考えながら、今、頑張っている事業所や従事者が、むくわれるような報酬を考えてもらいたい。“世の中の役に立ちたい、少しかせぎたい。だけど、家族の世話もあり、自分の時間もほしい”そう考えているヘルパーさんが多いから現状の訪問介護はそのまま続けても、やりがいと報酬と大変さがつりあっているものにしてほしい。</p>
<p>介護制度に関して、重度の方のサービス利用が十分介護保険では、まかないきれなくなってしまうこと。在宅を望まれても24時間体制のサービス提供事業所が十分機能していない為、家族の負担が大きい</p>
<p>介護サービスの中で訪問看護は、他のサービスと同等以上の評価をうけている印象があります。訪問看護の利用のためにヘルパーで可能な入浴介助を看護師が行ったり、食事の介助を看ゴ師が行っている場面に会うことがあります。他のサービス利用をすすめれば半額程度で受けれることを考えれば、何か別の評価（例えば訪問し様子観察のみで1ヶ月の包括で点数をつける）など考えてはどうか。多職種で話をすると、訪問のNsの方が「在宅療養には100%Nsを入れて療養を」というようなことを必ず言われますが、重度でなければ必要のないこともよくある。本当に必要と考えるのであれば、在宅療養管理指導での利用など、介護サービスとは別物として考えてはどうでしょうか。ICFはとても良いと考えますが、希望・意欲のないお年寄が本当に多いので、評価が難しいのではないのでしょうか。初回面談では、たいした情報は得られないことの方が多いです。何か希望・意欲がある時には、多職種・家族・本人で同じ方向を指差すことができるので、とても良いと思います。</p>
<p>1. 予防給付の廃止。2. 重度者（要介護4、5）の区分支給限度基準額の拡大。3. 軽度者（要介護1、2）の区分支給限度基準額の縮小。4. 通院介助の定額報酬制、1回、400単位。5. 認定期間全て3年、初回は1年。6. 居宅支援報酬。加算項目をもっと統一廃止し全体を増額する。</p>
<p>ケアマネジャーに対する利用者負担は、サービスが正しくうけられないため有料化は導入すべきではない。</p>
<p>・取り組まなければならない点は、双方の連携の方法の検討かと思います。・また改良点は多々ありますが、一番は介護従事者の賃金アップかと思います。年々、介護従事者に携わる人が少なくなっている傾向にあるのが不安な点です。そして居宅支援事業所の運営困難。単独でしている所は、大変な思いをしています。制度がだんだん厳しくなり、ケアマネに対する事務処理の煩雑さをよく耳にします。その内にケアマネを業務する者が少なくなり、大変な事になりうると考えます。来年の改定では、色々な面で良くなって欲しいです。</p>
<p>身体障害者1～3級の方は医療費が無料について1級の認定を受けていても収入がある方がいます。障害の原因になっている病気について無料なら納得できますが、風邪をひいても治療費が無料なのは検討の必要があると思います。</p>
<p>現実問題、国にお金もないのに借金の上のせばかりになるのでいっそのこと、包括も十分機能するのではないしするなら、介護保険を第3段階に分け、現在のケアマネの人員のみで施設もこれ以上増設せず、既存のもので活用したらよいと思う。医療保険も必要以上の治療せず最少限でおさえ他の捉え方の方がいいのではないか。大家族がムリなら保育園と老人ホーム（デイ）など一緒に日中すごし夕方どちらも家族が迎えに来られ安心して働ける場を創るのもよいではないか。あまりに有料などありすぎて、低所得者の使える施設がないのが現状です。私のグチ言ってしまいました。ごめんなさい。</p>
<p>サービスの質の向上 様々なリスク管理 援助者の育成指導（スーパーバイザー） 様々な事例検討による業務のふり返りと新たな業務の流れの確立、考え方を学ぶ）取り組む課題</p>
<p>全国一律の介護保険では通院でタクシーに乗っている間や待ち合い室で待っている間のヘルパーの報酬は自費が原則ですが、失明者超難聴者、寝た切り者等個別の事情のある人については自治体の条例等で自律支援費等の名目で支払われています。ところで薬剤師の居宅療養管理指導は中6日置かなければ報酬がいただけないので、例えば脊椎管狭窄で通常の内服薬では、痛みのため生活が営めないような人は、麻薬、神経ブロック、プレガバリン、坐剤等を組み合わせて使用していますが、それぞれ内出血や、めまい、下血等、細かく管理をしなければならない時、中6日より細かく訪問すると、サービス残業代を薬剤師に支払わなければなりません。この様な場合、自治体の自律支援費等の対象としていただけるとキメの細かな在宅サービスにつながると思います。</p>
<p>必要様式を統一していただき、事務作業の簡略化をしていただきたい。現実、事務作業が増大しており本来的なマネジメント活動が行えずいる状態かと思う</p>
<p>介護保険制度下における、訪問介護員ができる行為が限られているため連携が取りずらく、介護への、自信とやりがいにつながっていない。報酬の点に及いても、実労働に見合った報酬がされていない。介護を担う者が生活に不安なくらせる様地位の確立と報酬の充実を願います。</p>
<p>・処遇改善交付金に頼り、人件費をプラスしているような現状が問題である。報酬（介護）をアップさせ働き手が、自身の生活を人並みに営むことができ、ほこりを持って職業意識（専門職として）が持てるようにすべきだ！そうしなければ、質も保てず、この仕事にたずさわる人をふやすこともできない。</p>
<p>1. 介護人材の確保について今後も処遇改善等の検討が行なわれるよう期待したいと思います。（介護職以外でも介護保険制度に携わる職種についても）2. 要介護者に対する介護保険サービスの内容について、要介護者の多様化するニーズに適應する新しいサービスの実施の検討（例ば24時間体制でのサービス等）3. 施設入所希望者の待機状況の改善が必要かと思ます。有料老人ホーム等は、多くなっていますが低所得の方々にとっては、入所が困難なケースが多いと思います。その改善をどうするか？</p>
<p>・介護認定を受けられても、住宅改修のみの御利用の方がおられるが無報酬なので改善して頂きたい。かなりの手間と時間がかかります。</p>
<p>報酬改定が住民にとってのメリットがあればよいが、年金額が限られているため診療報酬が上がれば必前と介護サービスを制限される高齢者が出てくると思われる。生活重視を考えれば、加算も付けられない。しかし、評価されるためには、個別での支援は必要であり、その人のこれまでの生活歴をきちんと把握し、会話のある支援を行っていく事。その人らしい生活を継続できる様取り組んでいける様に職員の意識を高めていきたい。</p>

<p>介護認定調査をみなおしていただきたい本当に困っていらっしゃる方が、なかなか介護を受けることができないといった方をよく見たり聞いたりしますが、どこかまちがっているのではと思うことがあります。現場の声も反映してもらって規準のみなおしなどがあれば公平に介護保険を利用していただけるようにもつなげたいと思います。</p>
<p>医療と介護の連携が必要でありそのためにはどちらも制度を理解することが大切であると思います。医療機関の資質に対して介護の方は、資質の向上を図る必要があると思います。医療との連携加算等についても中身が伴わずに受け取っている部分があり加算がなくてもお互いが連携をとれる体制になりよりよい生活が出来るように改定をして欲しいと願います。</p>
<p>居宅支援計画が介護者が作成できればなによりですが、地域の力を活用し連ケイを取って行くのは、大変な事のように思います。専門職としてのノウハウは必要なのではないかと思います。24時間体制も都会と農村では、かなりの違いがでてきてしまいます。地域密着が良いと思いますが、すべての業務ケアマネ・訪問・ディ・ショートが入っていると、24時間大変だだと思います。利用者にとっては一番良いのではないかと思います。</p>
<p>①医療・介護の従業者が、日本の勤務者の平均の賃金を取れる様に。②医療・介護報酬に対し物価に連動するよう取り決めてほしい。10年間に物価50%上昇し、医療報酬8%上昇した、では縮むのみ。③医療を取りまく環境の変化で、医師になることをためらわせることが多くなった。介護師の量産と失業は医療訴訟を増大させる。生死をみる科目（内、外、児、産）は訴訟も多くなり、希望者も少なくなり、又、所得も低い。④厚生省のコントロールが強められ、治療がヒモ付きになって来ている。ビールス性肝炎、リウマチ等、その他もあり。⑤希望として、今は世界1高い新薬の薬価を先進国の平均値にして、薬価改定は中止し、品質調査を毎年行う。薬1錠に20銭ぐらい上のせすれば費用は出来、又、全国の薬科大学に調査を依頼し、新薬を低価格にして、算出された費用で各医療圏に1ヶ所PM6:00~AM9:00までの救急外来を作ったらどうか。病院の専門医の待遇改善。開業したら全て一般医。日本の医療者の技術料と先進国のそれとの比較をし改善して欲しい所です。</p>
<p>介護報酬が見直されても、事業所の方が吸い上げてしまい、自分たちの給料は全く増えない。当事業所は包括支援センターで、市から委託を受けているため、尚のこと給料への反映は難しい。しかしセンターに求められる業務は増える一方で、担当できる人材の確保も非常に難しい。包括支援センターの大切さはわかるが、行政が丸投げに近い状況でこのような状況が続くようなら各地でセンターの継続は困難と思われる。</p>
<p>・介護保険制度が開始になり、当初は介護保険サービスの推進の目的から定着になり、制度内容の見直しがありました。制度の見直し、内容の見直しで感じることは、介護保険サービスは誰のためかと思う今日このごろです。特に書類、事務作業におかれ、利用者及びその家族にたいへんにむきあえているか？私の担当者の方にいろいろなこと（その人らしい生活、例えば問9の資料のようなこと）をすると手間時間をとられ他の利用者の対応がおろそかになり、事務作業がたまります。又新しいことをチャレンジしたくても介護保険のきめられたサービス、保険者への検査など、スムーズにいきません。“その人らしい生活”“障害をもちながら生活”理想も大事だと思いますがもう少し現実をみつめてほしいと思います。</p>
<p>特養老人ホーム等の不足。重度の方の受け皿が少ない。</p>
<p>認知症グループホームで問題行動ありできないとなりデイサービスで普通に過ごせる方も多い。公共の面前で発揮する能力があると痛感する。</p>
<p>包括支援センターの予防プランの作成は検討されて欲しい。包括支援との両立が難しくなっていると思われまます。介護保険制度の普及をもっと行政によびかけ医療費の削減を目指した方がより自宅での生活に密着した最期のむかえ方にちかずいていけると思います。介護保険制度の一割負担分ももう少し検討しできればなしの方向で考えていけたら、それと同事に、厳密な給付を目指していけると、より適した形でお金がつかわれていけると思います。とはいっても理想ばかりで難しいですね…。</p>
<p>お互いその現場では、自信をもって、取り組んでいるので、きめ細かな、現場の声を吸い上げる、力量のある方が、見直すことが大切、</p>
<p>・独占の方の支援・身体的には問題なくても認知症のため生活が困難になる方の支援</p>
<p>介護従事者の離職率を防ぐためにも介護報酬の見直しや事業所への報酬、生活保護者への扱いの見直し。年金受給者への介護保険料の軽減。現場を知っている人が改定する。</p>
<p>重度者や、医療系との連携が必要な方（訪問看護）では医療対応可能にして欲しい 在宅で看取りを行うと訪看の単位で食事介助等、必要ケアが困難になる。完全独居、看取り等一定の基準を設けて臨時に支給限度基準額を増やして欲しい施設から在宅への理念を大切にしたい</p>
<p>①介護職員による医療的ケアの幅を広げる事が必須と考える。実際医療的ケアが必要な利用者が急増しており、ニーズは多大である。②介護職員の賃金の引き上げも重要と考える。低賃金の為、若年層の職員が毎年たくさん離職していった事実。その事からいつまでたっても優秀な人材が育たない問題がある。将来の介護業界の事を考えると非常に深刻である。③介護保険の所謂、グレーゾーンが多過ぎる事で現場の職員の混乱を招いている。全ての保険事項についてしっかりとした線引きをし職員が混乱しない様な制度を策定してもらいたい。</p>
<p>ケアマネージャーは本人にどのように関わっても費用は同一である。深夜徘徊などの認知症者への関わりは教科書通りにはいかず、一人ひとりの関わり方が違っている。ケアマネージャーの存在と価値をもっと認めてほしい。</p>
<p>在宅医療の知識が、十分あり、病院と在宅をつなぐ役割を担う組織や人材が不足？育たない？現在は、医療度が高い場合は、看護師ケアマネージャーに集中しているが、人数が少なすぎる。※現在のケアマネージャーの報酬では、看護師は病院勤務の方の考えが、多いと思う。※先進的な「治す医療」に比べ在宅は、報酬も含め（見返りを期待するわけではないが？）低い。医療、スタッフ（主に看護師）側より「ケアマネさんは暇？だから、何時間も話を聞けて、いいですね〜」との言葉が聞かれる。最近では、減りましたが…。</p>
<p>医療と介護の連携ということで、医療機関からの退院へ向けてのカンファレンス出席の要請に応じ、退院後、どのような介護サービスを利用すべきか入院先の医療機関と話し合い、その患者さんに関する必要な情報提供を受けたうえでケアプランを作成し、サービスの利用に関する調整を行った場合、「退院・退所加算」を算定できるようになったことは評価できる。退院の</p>

<p>際は、入院先の医療機関とケアマネジャーが共同し、退院後に必要な介護サービス等を確認することで、患者や家族の方も退院後の生活について理解を深めることができ、退院後速やかに介護サービスの利用ができるという利点がある。</p>
<p>・看護管理とトータルケア…を評価できる報酬制度が必要でしょう。・1人看護師の訪問看護ステーションが可能になると（訪問看護ステーションの経費節減になりそうだと思います…）そして、やがて、実績の中で、集団化が可能だと思います。良い事例を重ねることで経済性は生れて来ると思います。高齢者（利用者と家族と医療とサービス事業者をリードする、コーディネートする看護師の出現を支援する必要があると思います。…30代、40代の経験を積んだ看護師を地域に出す。活動できる法的支援を強化すると良いと思います。・人間のダイナミズムを利用できる視点を看護師に教育するカリキュラムも必要だと思います。（地域で活躍できる看護能力のために…）</p>
<p>老健通所リハビリ、リハビリ加算の設定の見直し。入院中等でも、頻回な関わりが必要なケースに対するケアマネ報酬の見直し</p>
<p>・各職種のモラル。・各職種のレベルアップ。・ケアマネの毎月の訪問。（精神的負担）・特養ホーム入所基準のみなおし。・特養ホームで働くNSを多くしてほしい。・特養ホームへ出入りするDrのレベルアップ特養ホームへ入っても、以前に利用していた医療機関の受診（自由化）</p>
<p>介護保険に対する理解を深めることが大切だと思います。限度額内なら何でも利用するという事ではなく、一人一人に合ったサービスを吟味して選択、利用する。又、医療との連携を図ることが大切で、その意味が理解できていない方にはきちんとした説明をケアマネジャーが行った上でサービスを紹介しないと、必要以上のサービスを提供したり、医療面での指導をないがしろにしたわがままな介護保険利用が横行しかねないと思います。利用者本位と利用者の言うがままとは違うと思います。きちんとしたケアプランの元、家族では出来ない所、本人では困難な所に、インフォーマルなサービスも組み合わせることで、もっと生き生きとした生活が送れるように地域で取り組む必要を感じます。</p>
<p>24h、365日在宅をさせられる往診医師、訪問看護、訪問介護が必要です。現在の介護保険制度は、利用がふえれば料金もあがる。限度額を越えたら、それこそ料金は施設を利用しているぐらい大きくなります。ぜひ利用者の負担をふやすことなく、サービスがつかえるようにしてほしい</p>
<p>・居宅介護支援は給付管理が発生しない限り、報酬がありません 無駄足となる事例も多くあります その部分に対して何らかの評価があればと思います・独占加算と同様に高齢夫婦のみで2人共が要介護の場合の加算もほしい</p>
<p>・予防医学や健康寿命の増進に力を入れるべきだと思う・介護制度では訪問リハビリの利用対象者を限定せずに軽度者でも利用しやすくしてほしい。通所リハビリにおいても、回数の指定があるのは納得しにくい。・高齢者住宅が今後益々増えると思われるが、適切な介護報酬や過剰でない医療サービスを受けることができれば利用者にとって望ましいことだと思う</p>
<p>要介護と要支援の料金設定の違い。要支援の月額では利用しにくい。月の途中からの利用がしにくかったり都合で予定通り利用できなかった場合の不満が出やすい。受け入れる側も利用回数に制限をしなければいけない状況でニーズに答えにくい。</p>
<p>超高齢社会を前に介護が必要な人が増え、それに伴って制度も見直しされてきてはいるが、施設への待機者は多く家族は在宅サービスを利用しながら入所待ちしている。認知症のある高齢者や、寝たきり高齢者の場合、介護者の家族は施設へ入所する事で安心しそれが幸せだと考えている方が多い。また在宅で最後を迎えたいと思っても、安心して在宅で最後を迎えられるだけの制度が確立していない為に本当は在宅で死にたいと思ってもなかなか、叶えられない在宅でも施設でも、自分で選びそのどちらでも安心して過ごせる制度を確立してほしい。施設を作るだけではなく、また家族に介護に責任を持たせるのではなく、本人、社会、家族、地域でそれぞれの役割を持って制度を改良してほしい</p>
<p>介護報酬 1. 介護業界は未だ未成熟な為に従業者の報酬が一般企業比低いが、従業者の定着率が低い2. 介護費用の逐年増加が云われているが、介護費負担層の根本的な検討。</p>
<p>人間としての尊厳を守り、1人1人を大切にケアしていることを評価できるようにしてほしい。人間として、あたり前に自分の思いをのべ、生活できるような体制を作っていきたい。</p>
<p>健康ではなくて障害を持ちながら過ごす期間が長い。それを防止するために健康な時に過ごし方に対する指導が必要になってくると思う。多分一般の方々は高齢で長く生きなければいけない事は知ってみえると思う。そして健康で過ごしていきたいとも思われていると思う。しかしどうすればよいかかわからないと思う。そのためには今の現状を知っているのが、一番わかっているのが、ケアマネジャーではないでしょうか。そういう方々の生の声を地域の方々に聞いていただく。身近な問題として考えていただく。ケアマネジャーに地域に出ていただく機会を作ることが地道な活動として必要ではないかと思えます。予防できる可能性が多い方が潜在的に多くいらしゃると思います。</p>
<p>治らない治療薬をつくっていること（それを認可していること）治らない処方を持っていること。それらに対する、保険料を支払っていること等。医療全体に対して そんな事を平然と、続けていることに自責の念が無いのかと思っています。適当（ほどほど）に病気を治し、患者をいつまでも確得しようとする医療体制の多いこと。（そうでない方々ももちろん居られますが…）このつけが、今の社会保障全体に重くのしかかっているのだと考えます。（またそれを享受している国民にも責任はありますが…）人間をもっと統合的に視て支える視点が必要ではないでしょうか？人は必ず、生きてから死んでゆくのですから。</p>
<p>介護サービスを受けている方を、信用するところから始まらなければ、この社会は、さびしいものである。介護度によってサービスの受けれる限度額を決めているが、そのために必要な受たいサービスをがまんしている人もいます。中には、お金を払っているんだから、使えるだけ（1割分）使おうという考え方の人もいますが、ほとんどの方は、常識のある方からこの世の中はできていると思います。必要なサービスを受けるだけではないでしょうか。区分支給限度基準額の撤廃（見直し）監査があるがための、例えば、更新認定時にサービス担当者会議を開催することも、安定していて継続利用で問題ない状況の時に開催する必要はない。その方の状態にあわせて必要な時に開催すれば充分ではないか。介護従事者の定着が悪いのは、報酬が安いのと、仕事がつきつことが考えられる。報酬を上げること。待遇を改善すること。また、介護保険料を上げることも考えてよいと思う。</p>

<p>様々な理由で在宅で療養が出来ない現状です。お金さえあれば有料の介護施設に入れるのですが本当に本人が入りたいと思っているか定かではありません福祉、介護従事者の給料は、世間の中では低賃金です。しかし、利用者が払う金額は結構な金額になります。働きながら親をみる人ならみんな経験することは決められた枠の中でどれだけみてもらえるかを考え、施設を探すことで終止奔走しなければならず気が休まる時がありません。限りなく自由に保険を使うことは出来ませんが、今まで生きてきた生活の延長線上で自然に療養が出来ること、死を迎えることが出来るシステム作りを望みます。</p>
<p>取り組まねばならない課題・医療側と介護側の連携の強化・医師、介護、看護職員の在宅での制度に関する知識の充実（加算内容等…）・CMの医療に関する研修等・介護者のレスパイトケア（介護者の緊急時のショート受け入れ、それに対する評価等…緊急時の対応が難しい）・介護者（職員やヘルパー）等の医療行為の緩和 現状制度の改良点・独居者のヘルパー支援内容の拡大・ヘルパーによる散歩介助、買物同行介助・認知症加算－主治医意見書のみでの評価 評価すべき項目・ショートの緊急時対応に対する評価・入院時の医療との連携時の評価</p>
<p>報酬に対してではないが、今の仕事の中でなぜこんなに書類が必要なのか、本当に必要な書類なのか、いつも疑問に思っている。業務に支障をきたす程で、あと付けで書類作成という事がたくさん出てきてしまう。かと言って利用者や家族はその書類をよく見もしない。書類がありすぎるから、見るのも嫌になる現状もあるだろうと考えられる。何か良い方法はないのだろうか？…</p>
<p>・重度者への見直しも大切だが、軽度者の切りすてにならない様にしてほしい。・その人らしく生きる為に最低限必要な援助も切りすてられていく傾向があり心配している。・介護従事者の資格について明確な位置づけを早急に設定してほしい。（2級ヘルパーや介護職員の位置づけ）介護職基礎研修修了者は介護福祉士受験資格を得られる事。・保険者が厚生省のとりきめに矛盾を感じ乍らも意にそわない認定を下さざるを得ない現状。人の生をコンピューターで処理、決定する現状、介護保険のかかえる課題は多い。</p>
<p>何か事業をしたいと思っても資金や人的な面で不足し、それが壁になっています。そして気持ちだけではすみません。事業所全体での課題です。ボランティアだけでは成り立たないので事業として成り立つような報酬にしていきたいです。</p>
<p>（在宅で看・介護するメリットが少ない。・制度で在宅をうたっているが、ハード、ソフト面では施設の方が充実しているため、金銭、介護力等も、施設サービスの方が安心感があると思う。・我々ケアマネに対しても、インフォーマル面でのフォローしてもらいたい。</p>
<p>今迄、改定されて来た結果は、きびしくなるばかりでベッドを取り上げられたり、利用できなくなったりが多く、予算の関係もあると思いますが、聞くところによると要支援が無くなるそうですが、要支援でも医療的にかなり大変な人も居り、医療と介ゴとは違うとか言い、悲惨な目にあった人も居り、ますますきびしくなる事に危機感をおぼえます。・施設利用できる人は家族が多少楽ですが、とてもこれからは老人が多くなるのに対応できないと思うので家族介護にもうすこし支援の手をさしのべて下さい。</p>
<p>介護の求人はあるが給料が安く人手不足が続いています。給料を高くして人材を確保してほしいです。</p>
<p>介護保険の理念は当初に比べ後退している。特に訪問介護は運用に制限が多い。利用者の不満が高い通所は自由性が高まっているが、お泊まりデイサービスをこれからも許したら、小規模多機能を運営している事業所は止めてしまうと思う。訪問介護があると収益性が下がる。デイとショートのみの方が職員の人数が一定に保てる。医師に介護について理解を求めたいが、患者の方にも医療機関を選ぶ力を養う必要があると思う。いつも行っているところで、色々な検査が受けられると便利だから大きな病院にかかっている方がよいと思っています。検査等が必要になった時は、かかりつけ医がきちんと紹介してくれることを知ってほしいと思います。地域のかかりつけ医には定期的な検査を行い、客観的な安心感を患者に与えることも必要と思います。</p>
<p>介護度の低い方の切り捨てられるのではないかと現在も利用できないサービスが増えているように感じています。経済的な理由でサービスを受けられない方も増えています。介護予防については評価するための計画で意味のあるものか不明な計画を作成せざるを得ません高令者の方にもっとがんばれとは言えません。十分に努力され今を生きておられる方々です</p>
<p>・特養等での経管栄養、吸痰等の医療行為を介護職でもある程度できる様に認めて欲しい・無駄に医療を受けない、薬を出さない、もらわないようにするためには意識改革が必要ではあるが、制度として変えられることはあるか・在宅医療へ少しずつシフトしている中、訪問診療対応できる医師が少ない・在宅で看取り介護をしている家族への支援を強化する</p>
<p>・介護が低くてもサービスが必要な方がみえます。・要支援と要介護のサービス計画の書類を同一にした方がよろしいかと思えます。・何種類もの書類があり、多すぎると思えます。</p>
<p>国は、在宅でなるべく長く過ごしてもらいたいと思っているようだが、在宅をささえている、小さな事業所（居宅、訪問、デイ、訪看、等）に援助はまるでない。あったとしても現実にそぐわない、手続きが、たいへんだったり、利用者の生活や利用者が生き生きと生きる為や、人間としての本質を無視した制度だと思う（今の制度）各市町村にある包括支援センターの中にいる職員（ケアマネ達等）経験が浅く（確かに資格はもっているが）困難事例の相談にいても役に立たない。今現在でも、介保制度を知らない人もいます。市町村は住民に知らせるべき（独居の高齢者などに）だと思ふ。※医師の意見書等がなければ認定が受けられない現状予防の為にディに通いたいの。①診査会で却下される？②主治医、医者はたくさんの薬を出す、本当に正しく報用できるか考えていない。③仕事がおそい（意見書を提出するのがおそい）</p>
<p>〔希望〕・24時間看護師が常駐しているショートの開設・開業医に介護サービスや医療サービスとの連携担当の配置（熱心な医師ほど一人で全部かかえて忙殺される傾向にあるとおもわれるため）</p>
<p>〈改良点〉訪問看護の単位数を居宅療養加算の様に限度外にすると導入しやすい。胃ろう造設や経管栄養等は診療報酬を底くする。〈新たに評価すべき項目〉在宅での看とり加算の増設。（居宅へ）ショートステイでの看とり加算の増設。病院から居宅へ紹介加算の増設。施設→在宅へ連携加算の単位数の増加。</p>
<p>・利用者負担が大きくなると、使わなくてはいけない部分も経済的に利用できない事も予想される。・医療と連携を行うには</p>

<p>医師との連絡を密にすることも必要であるため、通院時の同席や意見聴取も大事である。退院時のカンファ等では、加算が取れるようになり在宅に戻った後も支援がスムーズになった。在宅生活を継続していく上では、医師からの意見聴取は必要であるため加算できないか？</p>
<p>居宅はサービスが発生しないと収入が無いが、家族から見まわって様子を見て欲しい、話し相手になって欲しい等、収入につながらなくても仕事をしている。そういった場合に金額をつけて欲しい。</p>
<p>在宅医のネットワークづくりへの支援 訪問看護事業への支援（緊急連絡体制、質の向上）療養介護への報酬など支援→ほとんどない 訪問介護の医療行為に対する加算（教育をうけた吸引、経管栄養など）訪問看護の通院支援→（急変、重度者など）ヘルパー介助では無理がある</p>
<p>・老健、特養の充実・介護保険上の自己負担額の軽減</p>
<p>介護事業全体に言える事だが、職員報酬が他業種に比べてやはり少ないと思う。介護を受けている人から報酬がとれないのであれば、国や県など行政からの補助がもう少しあってもいいのではないかと思います。このままでは介護のスキルアップも望めず、将来的にも不利益だと思えます。</p>
<p>机上の空論はやめて、現場の声に耳を傾ける。学識経験者の意見が正しいという考え方はおかしい。正当な報酬の考え方、予算の組み方、制度を改正しようとする立場のものが理解していないと思える</p>
<p>・事務書類の簡素化・現場職員が人と人との関わりをもてる時間を確保し支援者がオーバーワークする事なく健全な状態で職務が遂行できる体制を作る必要がある・制度の内容を国民全体に分かりやすい方法で伝える手段を作り周知を図る必要がある</p>
<p>夜間深夜の介護報酬の評価見直し 簡単な記サイですみません</p>
<p>地域包括的ケアの考え方には、これからの地域の将来を考えるとかなり無理があるように思う。また、診療報酬にしても、介護報酬にしても国が財源ありきの考え方で抑制を図ることだけを考えて、制度が見直しをされるのであれば制度本来の目的を失い、現状からかけ離れた社会保障制度となり、それこそ崩壊の道をたどるのではとかなり危機感を感じている。医療や介護従事者、事業体に望まれるのは業務中心から利用者を中心としたケアを考え、職員や事業体の質向上を目指し魅力ある業界にしていかなければ待遇も人材も集まらない。</p>
<p>・他法や医療保険、介護保険制度上でのルール等本人、家族レベルからすると難しすぎる一本化やもっと使いやすくすべきである・事業所からすると記録等書類が多すぎる・ケアマネはもっとフットワーク軽く動けるよう記録類を減らしアウトリーチ出来るようにすべき。調整役給付管理に特化しては？・応能負担を適切にした方が良い。中間所得者以下の負担感が強い・包括払いも疑問である。</p>
<p>・病院を早期に退院するようになり、病状的にも不安定なまま退院され、リハビリ目的で老健に入所される人が多くなったしかし、病状的に「熱が続いている」「食べれない」でも3ヵ月だから次の施設に…では、家族も大変だと思う。老健でも「リハビリ」が出来ない状態の利用者の増加では報酬もあがらない。・老健でも高度ではない医療や、本人が飲んでいる薬に対しての点数を取れるようにしていただければ、病院に送る人が減るのではないだろうか。</p>
<p>介護や福祉制度は利用者は家族を含む利用者本人の生活を支えるという視点が必要になってくると思われる。身体的問題や家族の就労など支えていないという現状の中、必要な手助けがなければ生活していけない方が多いからである。在宅での介護保険サービスのモデルはニーズアセスメントをして、ニーズに対して目標を定め介護サービスを導入することによって本人の生活上の問題を解決していくという問題解決アプローチになっている。ところが慢性的な疾患や介護ニーズや環境的な問題はすぐには解決しえず、サービスを補わなくては生活を支えることができない方も多い。現在わが国の社会保障費は歳出の30パーセント近くになり、歳出に占める割合は高い。うちわけは医療や年金の保険給付の割合が高い。1) 2) しかしもともと直接的な福祉ニーズが少ないから年金と医療費の給付の割合が高いわけではないため、与えられた年金の中で生活を支えるサービスを購入したり、本来は治療ではなく予防介護や保健や健康問題といったことが、医療保険で賄われるといったことになりかねない状況が見られることもある。高齢分野においても介護保険がクローズアップされるが、高齢福祉問題と言われる問題は現実的に存在しており、わが国の高齢化に従って問題は多様化し根も深くなってくると思われる。こうした国民の生活を支える部分については行政や専門家がコーディネート力を発揮して年金や医療給付だけではなく、むしろ食料費、燃料費、住宅などの生活の補助や家族問題や地域での孤立化の問題の解決なども考えたりしなくてはいけないと思われる。単なる生活費の支給で了とすることは貧困ビジネスあるいはそれらに類するものの増大を招きかねない。国や自治体、医療福祉関係者が一丸となって、福祉介護サービスを利用する方の生活を支えるという視点での施策面での議論が必要になってくると思われる。 参考資料1) 財務省HP <a href="http://www.mof.go.jp/jouhou/syuzei/siryou/002.htm">http://www.mof.go.jp/jouhou/syuzei/siryou/002.htm</a>平成22年度一般会計予算の概要 2) 厚生労働省HP <a href="http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/124-1a.html">http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/124-1a.html</a> 社会保障給付費 最終アクセス:h23.2.26 17:26</p>
<p>問13及び22で述べるごとく、家族が介ゴし、在宅で死を迎えてくれる場合は、その家族に介ゴ報酬として50万円/月国が援助します。その場合重症度（例えばALSなど）により傾斜を考慮。勿論、看取ってくれる在宅医の報酬も改善が必要。もしこれが実現すれば、例えば新潟県では7000~8000床（療養型慢性期病院の総ベッド数）が不要となり、莫大な医療ヒ削減と医師、看ゴ師不足も解決することが可能。更に医療ヒを削減しようとするなら、高令者の高令者による高令者のためのユニオン（国）を設立。附：故息的には、時（時間）が解決するであろう、即ち、2050年頃には日本の人口は9000万人弱となり高令化はピークとなり、その後は高令者は急速に減少するからである。2100年には日本の人口は4000万以下に減少。</p>
<p>・現状の介護従事者の報酬では例えば家族を養っている世帯主には厳しい体系となっています。希望、やりがいを持ち仕事をしている方が多い中、生活が苦しくやっていけないと、途中で辞められる方が多いのも現実です。自分達が介護を受ける年齢になった時でも、安心して過ごせるよう従事者の体制を整えてほしいと思います。又、訪問介護等、実際の生活上必要であるにも関わらずサービスとして認めてもらえない事も多々あります サービス内容も画一的でなく、その方の現状をみて頂いた</p>

上でサービスできる裁量を頂ければと思います
報酬アップも検討してほしいですが高齢化社会となり、介護医療の財源を確保できなくなっている現状をどうにかしてほしい特にありません。
包括支援センターの業務が予防の計画作成の人数増大に伴い多忙になっており、地域の取りこぼされている高齢者や老人クラブ等の活動。要支援者予備軍となる方々への取り組みが遅れてきていると思われます。以前の在宅介護支援センターの役割が地域包括へ移行されておらず、介護予防への取り組みを新たに構築することを願っています。通所と訪問介護のサービスに対する予防支援の定額制は、（例えば月1回ヘルパー利用し入院した場合でも3/wの契約なら、事業所に40100円支払うことに対して不適切だと思います。制度の見直し時に是非検討していただきたいと思います。乱文乱筆で申し訳ありません
ICFを活用した支え方の中心的な役割の職種に対してのアンケート問12、問13の回答の件で思う事ですが、介護保険制度の担い手としての介護支援専門員が人生の全体を支える担い手に変わってしまっている。生きること全体を支える職種としてふさわしいのは国家資格であるべきと考えます。ケアマネジャーの資格は都道府県知事の資格で、中心的役割を担うにはそれなりの研修や試験を受ける等で国家資格レベルまで上げる事が望まれます。又、介護報酬の見直しも必要です。
・要支援の区分は必要と思わない。要介護1→要介護5か6、他は自立（理由…要支援と要介護ではケアマネが代わってしまうため）・ケアマネに課せられる責任の重さ仕事量の多さに比べ、居宅介護支援事業所の収入にならない。よって賃金に反映されない・地域によって訪問するにとっても時間がかかる（山間地等）と交通網が発展している地域とで同じ報酬はどうか・地域によって利用するサービスが集中してしまう。あきらかにわかっているにもかかわらず、膨大な資料等を提出させ、しかも半年毎に提出して審議してもらわないと減算になるのはどうにかしてほしい。
団塊の世代が利用者となり増加することを考えると、保険料、利用料の上昇が考えられますが、年金の少い低所得者との隔差が大変気になります。介護保険料を支払っておらずしよ還払いなどとなった場合に現状の生活がきびしいのに、全額支払いとなるのは、サービスが利用できないことと同じです。・現場で調整を図っているケアマネジャーなど一緒に調整困難になっています。無年金、保険料未払いのケースなどへの対応まで改定時に視野に入れて頂きたいです。
箱作りだけでなく、持続可能な制度改正が一番と感じます。また、報酬改定においては、一率的な賃上げや利用者負担とならないことが重要かと思えます。賃上げ＝利用者負担増となることはいずれは止むなしといったところだとは思いますが、現行での医療・介護従事者について、スキルアップや知識習得は当然ですが、それ以前に倫理感をしっかりともてる資格制度、教育は大切なことかと思えます。基盤となる倫理感がなく、スキル、知識の習得のみが先行してしまっている現状は、自分自身も含めて問題視しています。倫理感、スキル、知識をもって対象者へアプローチすることにより、専門性の高いケアがなされていく、それと同時に利用者も満足し対価を払っていけるようになればと考えています。また少し外れますが、初等教育の段階でデス・エデュケーションを行っていくことも、重要と考えます。“死”についての捉え方、価値感も、ICFにおける背景・環境因子の一つ、要素と思っています。在宅での死を本人、介護者が積極的にむかえていくためには、制度の改正や、従事者だけでなく、全ての人間の意識の変容が重要と考えています。これらのことで、費用の負担が双方にとってプラスとなっていければと感じています。
在宅重視？◎在宅を考える場合、医療、福祉介護の連携は大切ですが、家族へのケアがもっと大きなことと思えます。◎家族の休養も必要です。（一時入院、ショートステイの利用など）一度、在宅へ戻ってしまうと、なかなか入院が出来ない、ショートステイの利用も難しくなります。制度、報酬の問題だけではなく、在宅を重視するのであれば支援者が困った時に助けられる体制が必要と思えます。◎施設でのケアと同様のケアが、在宅で受けられますか？施設での24時間について、排泄介助は何回ですか？入浴は、食事は？必ず、職員の目があり、看護の目もあります。在宅では、どうでしょうか？家族と同居していても支援者としての機能を果たしているのでしょうか？単身生活者はどうでしょうか？すぐに利用が出来るサービス等の整備が必要と思えます。◎ターミナルケアについてチームが作れる体制（24時間対応の医療、訪問看護）訪問介護は巡回型（排泄に関するサービス）の整備
在宅医療をもっと受けやすくする。医療保険の訪問看護の適応を広げる（期間、時間など）。見とりの介護についての評価をつけるべき（ケアマネジャー訪問系サービス全て）
病診連携を密にし地域の往診医など受け入れの規模を拡大していく事。障害や疾病を持ちながら暮らしていくには介護体整をきちんと整え安心して暮らせるようにしていく事。本人の思いなど看とりについても把握している事が大事だと思えました。
高齢化社会となり、医療や介護を受ける人口増加に対し施設や従事者が不足している。又独居高齢者の生活支援の不足に対する改善。
確かに重度者の在宅の方の支援を手厚くするという事はいいと思いますが、でもそれはほんのわずかな、ごく少数の方限定になってしまうと思います。介護保険のサービスを利用しているほとんどの方はそこまではありません。（確かにこの恩恵に預かれるようなALSやガン末期の方や病院側から見たらそうでしょうが…。）実際、重度で医療ニーズが高い方々には、病院側の医師・看護師→訪問系の医師・看護師→ソーシャルワーカーさん→ケアマネと、専門知識を持った専門家による、専門的な流れを作って、迅速で手厚い支援が受けられるようにしたいとは思いますが、それは今の特定事業所加算の基準を満たしている。主任ケアマネがいて、困難事例にも対処できて、24時間対応できる所に専門的にやってもらえばいいのではないのでしょうか？それ以外の大多数の利用者さん達は、専門的な難しい説明や話よりも、そばに寄り添って話をじっくり聞いてくれて本当に必要な支援を何げなく援助してくれる事を求めているような気がします。なので高度・重度な支援を提供できる事業所（特定事業所加算をとってる所）と、それ以外を担当する事業所と分けて、専門的にやる所がICFに基づいた情報提供を活用すればいいと思います。現場でケアマネをやってるといろいろ思う事はあります。10人10色、100人100様で1くりに出来ません。要支援の方の方が独居で他に頼る人がいなかったり、入退院をくり返して大変だったり、要介護の方より、手間がかかってたりするのにケアプラン作成等の事務仕事は委託を受けてる分、さらに手間がかかり大変です。なのに報酬は1件3000円で、割に合いません。要支援の判定を受けたからと云って、決して軽い訳ではない場合も多いの

<p>です。又、その方の事をよく知る。解るのにはやはり時間がかかります。半年、一年かけて信頼関係を築いてゆきます。（特にケアマネは月1回の訪問時が勝負）私は基礎資格は歯科衛生士ですが、クリスチャンで、医療奉仕で海外ボランティアに行っていたり、ヘルパーも5年やった上でケアマネになりました。ノルマやしらがみがなく、利用者さん1人1人にきちんと向きあってゆきたいと思ったので、あえて大きな組織がバックにあって、病院や施設に併設しているような所ではなく、個人で1人ケアマネでやっている方の所へ弟子入りしてやっているの、年収は150万位です。薄給ですが（件数が少ないし、予防が多いので）実力と共に件数を増やしてゆけばいいと思っています。又、よりどころを何に求めるか？と問われれば、私はキリスト教精神に基づいたものになりますが、それを人格にまとい武器にできればと思っています。（でも宗教を口に出す事はしません。法令違反になると困るから。個人事業主なので、法律しか私達を守ってくれるものがないので…。）あくまでも低姿勢でご本人を尊重してご本人の話をよ〜く聞いて問題点を引き出しています。なので、こんな私達のような細々とやっている事業所に医療ニーズの高い重度の方はあまり来ません。（2人合わせて40人で1人位です。）→そのうち予防の人が16人。</p>
<p>医療、介護合同のミーティングや研修会の機会を増やす。地域医療連携室の充実ー（みなさんとても忙しそうです。あまり忙しそうにされていると相談しにくい）患者さんで身の廻りの世話が必要なのに、家族など担い手の無い人が増えています。預金の引出し、諸手続きの代行などの援助はどうするかも整備してもらいたいです。入院中は介護保険を利用できないので上記の援助の他、洗濯や買物まで、看護師MSWケアマネらがボランティアで行うケースが増えています。</p>
<p>・事業所も数が多く、特色も、打ち出されており、利用者は選択できる為、事業所加算は、良いと思うが、看護師不足と言われる中、看護師必置の施設を増設するというのは、おかしいと思う。・社会福祉法人は、労働条件も良く昇給賞与、退職金もきちんと支払われているが、民間や医療法人などで働らく者は、サービス残業はあたり前、公休を消化するのがやっとで、有給は、ほとんど消化できない状況である。県から指導があっても当事者達は、苦笑いするしかない。・財源は、医療保険と同じく、高額年金受給者や、働らいている私達以上に収入のある人が多くいるので2割3割負担を利用者がすべきである。利用せず元気で保険料だけ納めている人もいる。・住宅は件数介ゴ度で、額が決まってしまう為、事業所と併設している、他のサービスの自社利用率が高くなければ閉鎖する片身のせまい利益のあがらないところと言われている。仕事量も多く、困難な家庭も増えており、自分の家庭をぎせいに、自分の心身を痛めてまでしなければならぬ状況であるにもかかわらず、むくわれるところがない。有資格者で、ケアマネの実務に着くものが1/4という現状は、何を意味するものか考えて頂きたい</p>
<p>訪問系サービスは時間がかぎられており特に医療系は単価が高く利用者の負担が大きい</p>
<p>ピンピンコロリを目標にすることは悪くないと思うが、現実をもっと知って、周囲を巻き込む覚悟、巻き込まれる覚悟をしよう啓発が必要と思う。希望や理想を描くことは簡単だが、現実、手続きがたいへんであったり窓口が分からなかったりするの、それらを自分のこととして周知されることを求める。介ゴに関係のない世代も、「自分も重要な介ゴ資源」と思って欲しい。ムダな生活援助（ヘルパー）も多く、ケアマネジャーの努力だけでは適正な保険利用に導けない。ヘルパーの資質アップを図って欲しい。介ゴ保険を卒業することを目標にしたが、実際その方が卒業できるまでに、様々な議論を重ね、やっと卒業に至ったケースもある。しかし、現実、プラン料は減るという結果であり、法人内の収支を管理する立場の者としては、ジレンマである。これでは、卒業させずに、一つでもいいからサービスを利用し続けてもらう方がよいのである。国の掲げる方向性とは、“正直者（がんばる者）は損をする”のか…。卒業加算。認定調査の費用も一割負担にすべきでは？ムダな申請も多く、人件費等かなり使っているように思える。プラン料の利用者負担は、相談件数が減ってしまわないか心配すると同時に、近隣の地域包括に全ての相談が押し寄せてしまわないか心配である。</p>
<p>先日地域包括ケアシステムについての研修を聞きましたが、現在の施策は大都市がモデルの施策でピンとこない部分がある。当方の施設のある、山間部過疎地に対する施策も考えていただきたい。そのためには、国に理解を求めることと同じくらい、住民にも、現在おかれている社会の状況（少子高齢化、都市集中、限界集落、国家自治体の財源等）について理解していただき危機感をもっていただくことも重要。</p>
<p>介護付有料老人ホームでの看取り加算のようなものの算定。</p>
<p>同居家族がいると介護サービスがいろいろ制限されている。ケアプランによって、サービス利用が可能とあるが、現行ではわかりにくい。同居家族も、高齢者や昼間独居など様々な生活スタイルにあわせた柔軟に利用できるサービスにしてもらいたい。ターミナル期にある場合は（悪性腫瘍やそれ以外の疾患も）特に、サービスが使いにくい。</p>
<p>必要なサービスを的確に行う。医療報酬が高い。訪問介護サービス短時間サービスの評価。提供時間間隔の見直し。</p>
<p>介護制度、ケアマネージャー報酬増と、初回訪問調整を設定してほしい。住宅改修も現行は無報酬にて、以前の調整費のように設定してほしい。サービス担当者会議、更新時など、義務付けの業務に対して加算、認定調査に関わる時間と、記載事項が多く、調査費が低額にて増額してほしい。医師との各差がある。ケアマネジャーに対して、聞き取り、確認はあっても、医師には行政からの指導がない。主治医意見書の提出遅延など、医師にも報酬と共に指導してほしい。</p>
<p>1. 24時間短時間介護や、訪看・リハビリを別ワクで介護保険へ組み込もうとしていますが、地域に近い患者ならばシステムとして働くが、離れた患者ではうまく働かないので、どうするのか。2. ケアマネの担当件数35人は、ケアマネジメントの質を逆に低下させており、（すぐれたケアマネは50名程度の担当も問題ないが、ダメなケアマネは10名も担当できない）（優れた医師vsダメ医師と同じ）少なくとも、以前の50名に戻してはどうか。3. 訪問リハビリの資源として、介護予防運動指導員やマッサージ師を活用してはどうか（報酬は訪看などより低くても）、患者に週2回はサービスに入れば効果が高まる。4. 1への提案として、医療情報システム（電子カルテ）を病院・地域のクリニックで共有できることでムダな検査が不用となり、タイムリーな治療が行なえるのでは。5. ケアマネを医療チームに加えることで、在宅での生活が更に進められるのではないかと。（医療現場での研修等は必要）</p>
<p>医療・介護両面の相互連携が必要であり、スムーズに移行できるようなシステムがあればご本人ご家族が安心して生活できるのではないかとと思われる。現状では思ったように稼働できていないように感じます。（数、内容）</p>

<p>現在の介護報酬は大事業所が利益をあげることが出来る様な特定加算だと思えます。その特定加算規制のため困難事例が小事業所に廻されています。又、大事業所はリスクをおうような事例は拒んでいる様に思われます。</p>
<p>・問22に記載した様に介護サービス提供事業所の医療支援の充実。・介護従事者自身も医療分野の知識を学ぶ必要があると思う。・介護サービスを利用しない月でも、自宅や病院に訪問したりと、その方に関わる時間が多かったりするためその分の居宅介護報酬ができたと思う。また、現在の加算がつくような方ではないが、ひんぱんに訪問が必要な方などの報酬も見直しがあればと思う。</p>
<p>介護や医療を必要とする人が適切に支援を受けることができるよう、医療、介護従事者の処遇改善が求められるのではないかと。・介護従事者や事業体を取り組まねばならない課題：財政難なので要支援の介護サービスは必要ないと思えます。今後20年後を考えると自分達の介護はだれがしてくれるのか心配です。・介護従事者も将来性のある業務。賃金体系にしてほしい。・医療系は無駄なくすりは処方しないでほしい。</p>
<p>在宅医（24時間、看とりも行う医師）に対する評価を上げてほしい。地域における医療の体制をその地域ごとに構築していく必要がある。医師は病気をみて人をみない傾向がありかかりつけ医、という存在自体への医師自身の実感の低さとそうせざるを得ない現在の医療体制について考えていただきたい。</p>
<p>支援の方の報酬が少ない。介護保険の方との格差が大きい。たとえば介護1～2、10000加算13000円（1人）3～5、13000加算16000円（1人）支援1. 2、3700円（1人）※私達ケアマネジャーは同じような対応をしますかえって支援の方が包括支援センターに行かないといけませんし、プランの書き替えを要求されるのでたいへんです。※市役所の保健士さんからの指導がある。</p>
<p>ケアマネ報酬について・要介護1～3の利用者等、家族もこれぐらい大丈夫だろうと関わる時間が少ない為、本人からの訴え等でケアマネが動くことが多く、プラン以外のこと、介護保険外での用件が多い。報酬をあげてほしい。プラン作成の為の訪問は苦にならないが、それ以外が多い。加算よりも報酬を上げてほしい。連携について・HPからの情報提供が少ない為に毎月HPへ訪問し、情報を得ている。Drからの情報を得るのに、介護保険に理解のある方は、診察について行き、話しを聞けるが、それでない方は、イヤな顔をされる。Drも理解して欲しい。診察外に時間調整もしてくれない。利用者、Pt様への思いは一つだと思うのですが。主治医の意見書について・医療面からの情報だけにし、認定からはずして欲しい。診察時に在宅での情報を提供しても“何も書いてない”“認知度の評価があいまい”☆ケアマネは、居宅事業所の収入が少ない為に常に赤字と言われてます。もちろん居宅事業所がある為にヘルプ、通所係の収入がある事は理解しているのに“居宅の赤字”を言われるとつらいです。“毎日こんなに頑張っているのに”と思うのですが。どう思いますか。</p>
<p>・人材の確保のため教育制度を新に導入する・介ゴ従事者の定着率向のため働きやすい環境と給料面の改善・低所得者向けの施設の増設・特養に入れれない人（入れる迄の）支援の強化</p>
<p>終末期支援に対する加算、及び連携加算</p>
<p>（1）プラン作成、モニタリング、その他書類について・住宅改修、福祉用具購入その他行政が行う介護保険外のいろいろなサービスに対して相談等や調整、手続きを行って手間がかかっているただ働きで終わってしまう。月1回実施するモニタリングに当たっては、毎月一回は利用者宅に訪問し、面談を行い支援経過に記録している。以前は3ヶ月に1回モニタリングをすれば良かった時期もありましたが見直し検討してほしい。・プランの変更がない場合、担当者会議とプラン作成は不要ではないでしょうか。プラン変更の必要性がある場合は担当者会議を行っている。（2）介護交付金について・介護職員のみが交付金支給されているが同じ事業所内でケアマネの私達は定時では帰宅しておりませんので不満も出ていますので見直し願いたい。（3）介護認定について・要支援と要介護1とは認知症の有無で判断されている場合が多い。障害に対しては判断がきびしいと感じる。又、訪問調査員によっても開きがあるという声を聞く。（4）要支援のプラン作成について・要介護と同じ状況の対応であり書式が違うだけで介護プラン作成と変わらないので介護報酬を見直し願いたい。又、要支援者は事業所ケアマネに受け持たせずに統括、包括が受け持つことが望ましいのではないかと考える。（5）介護保険について・介護保険でできる事、できない事が曖昧であるので明確にしてメディア等に周知してほしい。</p>
<p>・介護認定の件ですがひとり暮らしの方の介護度が上がり同程度の同居での暮らしの方は介護者が手をかけているため上がる介護度の矛盾を感じる・介護認定者と予防介護認定者が認定が介護になったり予防になったり対応に手間が、かかる予防認定の方の対応に時間がかかる・施設入所を希望される方が多い。すぐに入所出来ないで短期入所を利用したいが、最近、空きを探すことが大変。家族も仕事もあるので、介護が重い方は、家で看ない方が多い・経済的に苦しい方は、思うようにサービスが使えない。まだ生活保護を受けられる方は良い。年金を家族が使っている場合などネグレクト・介護保険が成り立っていけるようにしなければ、ならない。しかし、サービス量が多いか少ないかケアマネージャーも納得するように対応するが、家族、本人のそれぞれの事情があるケアマネージャーの質だけではない。・精神疾患は介護度があまり上がらない。手間はかかる対応もむずかしい。適切に認定してほしい</p>
<p>現場で働く人々が、意欲的に働ける賃金と労働環境の整備が必要。</p>
<p>・介ゴ報酬のup←マンパワーの確保・24h支援できる対制の確立、help、ショートステイ、訪問Ns・かかりつけ医、Drの理解、連携い対制☆安心して、支えられる ほしいときにほしいサービスがうけられる体制（システム）づくりが必要☆地域で支えるしくみが必要☆ソーシャルワークの確立（ケアマネの責務、MSW）</p>
<p>居宅介護支援費において・居宅支援ターミナル加算・居宅支援住宅改修加算等検討してほしい。</p>
<p>・課題：財源確保が出来ていないため本来必要とされる医療・福祉の報酬を見直すことが出来ないでいる。・要介護認定の評価基準により介護度が下がり必要なサービスを利用できず、自己負担が増している。・現場の職員は低賃金の為、せっかく良いケアができて他職種へと転職し離職率が高い。財源確保の為に保険料の引き上げや計画費1割負担ではなく、国全体の予算を見直した方がよいと考える。</p>
<p>サービス内容についての制限がきびしい。もっと臨機応変にサービス事業者が支援できるよう、各サービス内容でサービス提</p>

<p>供給範囲の拡大を図ってほしい。介護保険の支給限度額範囲で各専門職が望むサービス量が提供できないことがある。支給限度額範囲の拡大が難しいのであればサービス内容の拡大を図ることで対象者へのサービスの充実を図る必要性があるため、考えていただきたい。</p>
<p>◎介護保険制度の矛盾点あり・同居家族がいる場合は生活支援を利用する事ができない。(同じ保険料)・介護タクシー利用は本人のみが車に乗り、家族は別に車やオートバイで行く。車イス利用者や認知症の人は、介護度が低くても1人での受診は困難と思われる。◎介護報酬が低すぎる。</p>
<p>居宅支援は、サービス担当者会議、ケアプランの立案、各種手続き、訪問等全て行っても、実際にサービスの利用が1回でもなければ、給付管理に結びつきません。住宅改修、福祉用具の購入等も、いくら足を運んで理由書を記入し手続きをしても、居宅登録者は、ボランティア仕事です。ほとんどが、関わりが深く、家族との交流も図るため、時間的に不規則になりがちです。一般職にはできるだけ超過勤務手当をだすようにしていますが、常に事業所は赤字といわれ続けて、正直この11年で疲れてしまいました。実際に行動しているのに給付管理に反映されないのは、おかしいと思います。又、病院にも訪問し、入退院の連携をとるようにしていますが、医療機関により対応が違うため、今後どのようになるか、不安です。(特に介護保険を知らない)MSWは、話をこじらせるもとなりかねません。職種の資質の向上が必要だと感じます。これでいいという答えのない仕事は、自分でも疲れてしまいます。</p>
<p>介護保険制度が導入されてからあまりに次から次へと変わる事が多く、もう少しじっくり見直ししてから決定されないものだろうかと思う。</p>
<p>「住み慣れた我家で最後まで暮らしたい」との願いはほとんど市民が願っていることと思う。しかし、現状は在宅介護・在宅医療を最後まで続けると費用面で圧倒的に入院・入所の方が安い費用でまかなえることが最大の要因。これを改めない限り、誰もが願う人生最後は自宅で死にたいとの願いが叶うわけがない。</p>
<p>要支援の方においての、福祉用具貸与に制限があるが、ベッドなど予防をする為に必要となられる方もいます。その点を改善できないのか?と思います。</p>
<p>①特別養護老人ホームの様な入所施設は厚労省や社会全般の中で恵まれている条件が多い感じが法人格の中では気づきます。(車輛の援助等もその一つです)小さな所でも一生懸命ターミナルや難病の方など家族の希望、本人の希望で受け入れて介護スタッフも充分体制とっていても卒の箱物のコロニー的な所の方がと言う事になってしまう。プランの見直しや小さな所の良さのアピールも必要性あると思います。近くの所で良いサービスそれにより予防的なICFがたくさん生まれ(産まれ)介護度の↓にも継がって行く事も多くなろうと思われま。ただそこに行っているだけ、監査に向けての記録専門がいる。ただ紙だけの計上などなど小さな所が寂しく残念にならない様、文章化のみならずどこで評価されるのか、今一度検討と願いたい所です。②包括支援センター、だいたい経営主体大きいので待ちにて利用者さんストック状況これは営業のみで、社会の中では、認知を進めている事や、病気にしてしまっ行く状態にイコールしている事で本人、介護者がより多く安易な方向を取りやすく寝たきりを多くするだけの様な気がします。地域全体のバランス特性を活かされた支援などでできてない。地域包括支援センターは、市、町でやって行くべきではないでしょうか。そう思ってやっている市、町も大変と言いながらもあります。</p>
<p>①老人の増加、それを担う介護の人手が少なく、需要と供給のバランス問題②介護保険を利用して少しわかってる方と介護保険をどう使うのかわからず不便でつらい生活を送っている方がおり、その差が大きい。</p>
<p>日々自己負担がケアマネも(プラン料)おきることを考えて、ご満足いただける(利用者の方々に)よう日々努力はしております。が、書類等が多くなるとかこのあたりを減らせるような改正をしてほしいです。ただ、今後、介護保険、医療保険が続くためにはシビアな報酬改定もしかたないと思っております。がとにかく事務的なことに対応がわれ、もっと質の高いプランをたてたくとも、難しいのが現状です。(ICFな考えは私は大賛成ですが、考える力がなく…)。</p>
<p>居宅支援は利用者に料金を課せないでもらいたい。年金も少なくサービス利用を制限しなくてはならぬ人の事も考えてもらいたい。我々の収入増、新たに評価すべき項目が利用者の負担増加につながるのでは困る。財源が無いと言うが、日本中のほとんどの人達の収入が少なくなっている事を頭において将来の不安をなくすような制度にして欲しい。</p>
<p>いくつも同じような書類を作成しなくてはならない為、どの病院でもどの介護保険適用施設でも書類の形式が同じだと思えます。老老介護の在宅では独居加算と同じように加算があるとありがたいです。現場はとても大変です。</p>
<p>現行の老人福祉法、介護保険制度では厚労省の考え方と地域のニーズに大きな差があるように感じる。厚労省では「在宅福祉」という方針を明確にしているが、地域のニーズで問題となるのは「施設福祉」を希望する声が多いことである。在宅サービスの拡充が図られ、施設サービスと並ぶくらいのサービスが受けられる制度を構築する必要があると思う。そういう意味では検討中の24h地域巡回型訪問サービスの導入等は推進すべきであると思われる。在宅サービス利用者でもレスパイトケアまで行えるようなシステムの構築が必要なのではないだろうか。制度の問題点として要介護、要支援の認定システムがあげられると思う。同じ介護保険制度の中にありながら要支援1~2は予防給付、要介護1~5は介護給付と給付形態が異なることにも不自然は感じる。今後、要支援者に対する対応については慎重に検討していただきたい。当事業所はいわゆる農村部にあり、担当するほとんどの対象者が国民年金での生活となっている。介護報酬改定の検討事項に利用者負担の見直し、引き上げの項目が見られるが、現状においても十分に介護サービスを利用できない状況が見られる中でこれ以上の引き上げは生活そのものを圧迫してしまうと考えている。介護従事者(ケアマネ含)が取りくむべきこととしては、質の向上があげられると思う。端的に言えば「専門性の向上」につけると思う。地域住民、利用者、その家族からプロと思われるような理念・技術・知識・経験の修取が必要であると思う。行政、団体単位、事業所単位での研修制度や指導体制の充実を図ることが課題であると思う。</p>
<p>・働く側にとっては、介護報酬の引き上げ必要。・臨床心理士の普及が必要。</p>
<p>家族も仕事をしたり、又は、離れていたりと以前のようにいつでも連絡のとれる事が減っている。(自分の携帯で)→勤務外の夜にT e lをしたり、土・日・祝日の自分の休みに訪問をしなければ成り立たない。業務見直しまでも必要はなくボランティアのようになってしまっている。これからは、もっと増えてくると思う。e x)親の介ゴで年休など取れず、そんな事すれ</p>

<p>ば、仕事もクビになる…そのような家族はたくさんいる。だけど家族とも話をしなければならない時…どうしても自分がギセイになるしかなくなっており、今度は自分が自分の家族をギセイにしている。負の連鎖のようになっていく。</p>
<p>ケアプラン料利用者負担は、利用者本意のプランになるおそれがあるので、利用者負担はない方が良く思われる。</p>
<p>①ケアプラン作成の中で種々加算されていたものがなくなる事は残念である。②ヘルパーステーション、通所サービス事業所が単独での経営がなりたなくなる制度改正は疑問です。</p>
<p>前回の改定により医療と介護の連携が図りやすくなった。入院された場合、退院へ向けての調整が自宅に戻る前に図れるようになってきたが、進め方や対応が病院によって異なるので困惑する時がある。介護報酬に関しては、認定がおりの前から利用者様と関わっていても、認定によっては報酬につながらない場合もある。また、施設入所となる際にも利用者様にとって必要な情報をお伝えするも報酬にはつながらない。入院の際と入所の際個人の情報は変わらなくても、そこに違いが発生してしまうことが疑問に思う。</p>
<p>サービスが実行され、報酬をうける制度にケアマネージャーは相談業務なので、報酬はサービスと結びつかない場合もあるし、家族指導でおわる場合もあります。民営化の中でボランティアを余義なくされている。</p>
<p>・世帯の体系が変わり、高令者のみや単身が多くなっているし、これからもそうなると思います。今、在宅サービスなどが見直されて、施設が減る傾向ですが、世帯の変化からみると「在宅」での生活は困難なことが多いと思います。療養型の廃止が延期になりましたが、これは（療養型）は廃止すべきではないと思います。・在宅で生活する方のためには、世帯の収入も様々ですが、本人や家族に費用の負担が増えるばかりでは在宅介護は継続できないと思います。・介護職の医療行為が見直されていますが、看護、介護ともに一人一人へのケアに対する思いや、ささいな変化も見逃さない、しっかりした力を養う必要があると思います</p>
<p>・居宅支援事業所の場合、介護サービスを利用しないと給付はないが、実際は病院からの退院に向けて頻りに病院や自宅を訪問しているケースも数多くある。介護サービスを利用しない場合も評価してもらいたい。・職員がなかなか定着しなかったり（離職してしまう）、人員不足で営業している事業所もある。働く人が良い心身の状態でない、質の良いサービス提供は難しい。全体の事業所で働きやすい環境（労働時間、十分な人員の確保、収入等）が整えられれば良いと思う。・利用者負担を大きくしないでほしい。負担が大きいと必要なサービスを利用しなかったり、利用を減らしたりし、それによってADL、QOL低下がみられて介護量増加につながってしまう場合もある。・世帯単位の費用ではなく、個人の収入に応じた費用負担限度額を設定すべき。・医療も介護も、もっと歩みよっていければ良いと思う。医療従事者介護従事者は、しばしば考えが異なり意見が合わなかったり、方向性が定まらない時もある。お互いに専門性を生かしながら歩み寄って支援できれば良いと思う。・自宅で医療や介護を利用して生活するということはお金がかかること。仕事をやめて介護しているため収入のなくなった人も多い。在宅でそういう家庭には金銭給付が絶対的に必要だと思う。（施設や病院を増やすより自宅で生活する人を増やしていったほうが結果的に安くすむのでは？）</p>
<p>都、区の行政の方は法令でしばりつけようとしているが、ケアマネが法令遵守の中と現場の家族、利用者との認識の落差により、立ち打ちできなくケアマネの仕事に対する嫌気をさしてしまうようなバカバカしい話が行き場のない重圧と家族の気分的なむらでふりまわされる。入院後の家族からの相談が毎日おこなわれる。サービスを使わない人への、見守りプランはどうするのか。単なるボランティアサービスで家族が助けられているだけでよいのか。介護報酬について、件数との兼ね合いがあり、利用者の身体状態の変化に予測がつかない為いちがいに件数を増やして良いものでなく、重度の人が多すぎると、件数は増やせず、軽度者では件数の確保が必要になる。安定しない、利用者数と認定度。認定調査に対する行政からの現場をみずに頭から文面からの推測解釈にて、決めつけた表現でポイントを低くさせる傾向あり、認定調査の研修に重点を置くようにしないと税金のむだ使いになってしまう。</p>
<p>最後をどこで迎えるのかということ、本人・家族・主治医が明確にわかっていることが大事だと考えます。また今までは、往診の体制が不十分だったこともあり、家で死を迎えることが、物理的にできなかったということもあります。主治医が病院に搬送して下さいと家族に指示していたケースもあります。家で死を迎えることが物理的にも可能になるようにしてほしいと思います。居宅療養管理指導・往診の体制が整備されることを望みます。診療報酬の改定により、医療サイドが介護サイドに大きく関わようになってきたことは、とてもありがたいことですが、医療サイドの意見はケアマネージャーの仕事、非常にやりにくくしていることも事実です。「自宅療養はムリ！！」とか「医療機関を〇〇にしてください」とか「紹介状は書けません」などなど、ICFの考え方はまだまだ医療職の方には浸透していないと思っています。同じ視点で考えることができないと連携がむずかしいことも多いと思います。介護支援専門員が作成するケアプランの作成費を一割負担にすることは、逆に利用者の不信感（ケアマネに対して）を持たせることにはなりかねないと思います。またケアマネの事務量がまだまだ多すぎます。アセスメント、担当者会、計画書の作成にとらわれすぎて、事務的にやるべきことを消化しているように思われるケアマネも多く、ケアマネが増加することで、ケアマネの質が、今後大きな問題になると思われます。介護保険、自立支援法のみにとらわれず、地域内での支え合いなど、インフォーマルなものを変えていく視点も重要と考えます。</p>
<p>介護保険制度について 軽度者の自己負担の引き上げ案が出ているが現在要支援者が訪問介護週1（1234単位）の支払いがやっとで他の支援を受けられず病状悪化で死に至るケースもあった。経済的弱者は保険料を納めて利用はできない状況である。更にプラン作成料まで自己負担になれば必要な人に適切なサービスが実施されない為先行きが不安である。又、セルフケアプランになった場合、適切なケアマネジメントの指導を誰がしていくのか、専門職でも自立支援に基づくプラン作成は困難をきわめているのに、検証や給付管理に対応する行政も困乱するのではと思っている。</p>
<p>* 身体介護については、整って来ているが“心のケア”については、未だに不十分です。死を待って生きるのではなく、“生きがい”を見出し、対話を楽しみ、皆の為に自分（老人）の出来る役割の見出せるケアが理想。* 同じ人がAの事業所では、何もせず、寝てばかりいて、食事も介助が必要Bの事業所では、積極的で、希望にあふれ、多弁で何でも努力されている。これは、同じ月、同1週での出来事です。* 動物を用いたケアも、重要な1手法として、位置付けられ、マニュアル等整備され</p>

<p>るべきと思います。(ex. 御主人を亡くして、“お父ちゃんはどうしたの?”と毎日20回以上もくり返し聞いていた奥様が“インコ”を飼う事で落ちつき、独居生活が出来ています) *本人のケアのみでなく、御家族の心のケアも、ケアマネジャーの重要な仕事です。訪問看護士さんは、患者の身体状況に注意して診ますが、家族のケアは対象外として、全体のケアは考慮されません。*看取りのケアの場合、訪問看護には、大きな加算がされ又、訪問頻度も高く、充分な収入が確保されますが、ケアマネジャーは、看取りの加算が無く、10~20回/月、長時間訪問しようと、救急車に同乗し、病院にて介助して、4~5hrかかろうと、帰りのタクシー代がいくらかかろうと、一切、加算は無く、かなりの金額負担のボランティアを行なわざるを得ません。*救急車で病院への同行加算、看取りの加算は必要と思われる。(注、救急車の同乗は、デイサービス、ショートステイの施設職員は、行いません)</p>
<p>家族に代わり社会が介護をになうという目的で始まった介護保険制度ですが、10年前に比べて家族の負担が軽減したとはいえ医療の進歩で命が長らえ、介護期間も長くなり、レスパイトとしてのショートステイも必要な時に利用できる程の戸数も無く、まして施設としての特養もグループホームも全く足りない現状です。家族が共倒れしないよう在宅介護で支えるしかないのですが夜間ヘルパーの不在等介護者の絶対数不足もありますが、胃ろう、吸引、インシュリン皮下注、床ずれ排便コントロール等医療ケアの必要な方も増えナース不在の為受け入れてもらえない。サービス不安の為受け入れてもらえないサービス事業所も多くあります。今吸引はOKとなりつつありますがそこでそうした医療ケアの研修を介護の現場でも取り入れて頂き、家族でも病院で指導を受けて可能となっているように現在無資格者のヘルパーにも導入できるよう規制緩和をして頂ければ…と思います</p>
<p>介護保険制度下の報酬がある中で支援が可能なことは限られており、報酬の無い事や、5~10分の訪問で済む見守りや服薬介助や入院後の洗濯などは金銭的に余裕がないと支援を依頼することが出来ない状況にある。事業所として、ボランティアで様々な支援をしているところは多いと思われる。又、医療依存度の高い方が在宅生活を送る上では、訪看の依頼を優先的に行うと訪介の訪問に制限が生じるので独居の方は在宅に戻れない現状がある。</p>
<p>現給付を下回らずに安定してサービスを提供することを求められる時報酬がほぼ横バイであれば、今以上の診療、介護サービス提供の人員の確保は困難なことから、保険制度の中では、医療や介護は生命保持を必要最低限として、財源に合わせて実施されることはやむを得ないと考える。</p>
<p>・介護保険サービス利用し、元気になれサービスが必要でなくなった場合の評価。・現在、在宅で介護をするには施設へ入所するよりお金が多くかかると多い。在宅介護を経済的な面でももう少し支援が受けられたらと思います。・退院・退所時の加算をもっと上げてほしい。病院側と居宅介護支援の両方共上げてもらえば退院・退所時の医療連携がもっと確実にできるようになると思われる。</p>
<p>・国が在宅ケアを進めている割には、在宅サービスに対する報酬が低く、本当に「在宅」を考えているとは思えない。また、医療・介護の従事者がお互いの役割を理解できていない部分が見られる。在宅ケアには、それぞれが必要であり、それぞれの果す役割が機能してはじめて、利用者の在宅生活が成り立つと思います。まずは各専門職の質の向上(ICFの理念の理解)それにとまなうチームケアの体制作り。専門チーム(看取りチーム)に対する報酬の評価を考えて頂ければと思います。</p>
<p>・訪看の単位数が高く、必要な利用をおさえしてしまうことあり。→要検討下さい!!</p>
<p>ケアマネジメント料が1割負担になると、今まで無料だった分、訪問しにくい。①終了時カンファレンスで多項目を見直しができる。終了時カンファレンスに報酬をつけたらどうでしょうか。→ケアマネを呼び在宅連携がうまくいったか。どの時期で呼べば在宅に結びつけられたか。誰に話せば在宅に結びつけられたか。話したことにより在宅に結びつけられなかったか。何が在宅への障害となったか。話したことにより在宅に結びつけられなかったか。何が在宅への障害となったか・主治医参加のカンファに結びつけるには・主治参加をどのような形にするかなどなど課題-修正につながる。集積。</p>
<p>みとりに対する心がまえ。医療的なことが増えていくであろうことから処置的なことの技術の習得のため研修制度の充実</p>
<p>・包括、行政の地域への公正化</p>
<p>・介護保険制度が改定の度に財源不足を理由に制度改悪され利用者負担事業所の運営も厳しくなっている・介護予防と介護認定の矛盾もあり利用者も困惑みられる地域包括支援センターと居宅事業所も暫定利用者2カ所で訪問連携など時間を要している・認定制度でなく、必要な人に必要なサービスが受けられる制度になればよい</p>
<p>・左記の内容です(問22)</p>
<p>給料が安い 職員の質の向上 労働内容 介護職のイメージアップ</p>
<p>ターミナルの利用者や、膝腰など関節疾患で痛みの訴えがある人に、医師の鍼灸同意書をもらい、鍼灸治療(医療保険適用で一割負担なら¥153)を行うことで、疼痛の改善、食欲の亢進、睡眠障害の改善などが得られる。本人や家族に喜んでもらえるので、今後も活用したい。</p>
<p>・居宅介護支援における、住宅改修の支援のみを実施した際にも報酬が必要と思う。・要支援から要介護又はこの逆において担当する介護支援専門員がコロコロ変わらないといけずスムーズでない。改良出来ると良いと思う。・山間地域における冬季などにおける加算等の配慮を通所系にも実施してほしい。(平地と比べると手間の割合が違うと思う。</p>
<p>必要でない人が、医療や介護をうけている。今でも小さな事業所(個人の)では、介護度を重くなるようにさせ、限度額いっぱいまで、サービスを利用させている(ヘルパー・デイ・レンタル)。家族介護をさせている事業所もある。本当に必要な人が十分に利用できるようにして欲しい。</p>
<p>認知症対策の充実強化が急務と考える。核家族化の進展に伴い、家庭介護力が低下し、特別養護老人ホームへの入所申請が集中し、待機者が依然として増加している。直ちに入所できない状況にあるため、他都市にある精神科の病院が代替の受皿となっている。医師をはじめ看護、介護スタッフも少なく、十分なケアも受けることなく、寝た切りの状態になり病院死してしまうケースが多い。地域密着サービスの認知症対応型共同生活介護も受皿のひとつであり、家族・利用者にとって身近かで頼りになる施設であるが、採算性の面から設置に踏み切る法人が依然少ない。施設の数はまだ不足している。保険者である市</p>

町村からの施設整備費の財政支援のほか、報酬面での増額をぜひともお願いしたい。
在宅から施設へ希望される方が当たり前になっている 施設の報酬を見直しも必要あります・介護員の給料up・施設が増設すると介護保険の費用がupする・在宅での介護を充実させる必要がある
胃ろう造設者への対応
現在、訪問介護をしています。ヘルパー訪問に対しての単価は上がったものの、限度額はそのままの為、利用者様に対して必要と思う。頻度や内容が十分ではない。限度額の拡大。ヘルパーのできる範囲がもう少し増えるといいと思う。
家族に説明時に納得してもらえる内容にしてもらいたい。現在、資格による人数（提供体制加算）を改善してもらいたい事業所本位であり利用者本位に生かされていないように思う。職員（職業）のモラルや資の見極める事も必要。（資の向上）経験がなくても資格による数合わせのような事業所が多い。行政が専門分野別に必要な研修を行うようにしてもらいたい内容に関係なく義務感で行っているように思える。介護保険の担当は専門職の配置が必要。3年程度の移動により窓口担当者により説明が出来ないことも見受けられる。地域（保険者が同じ）差があり保険料が同じであるのにサービスが山間部であり利用できない地域がある。
医療の流れとしては在宅へというようになっていますが、現状の在宅は介護力のなさが明確に出ています。介護保険が施行されて10年以上がたち利用者の権利意識はますます向上し「使わなければ損」というようになり、施設入所に対する壁はなくなって、介護3位になると施設入所の方が増えています。個人の思いを充実させる施設や在宅生活がますます求められるため個別性の高いプランがたてられるケアマネの質が必要です。そのためにはもっと質の高いアセスメント力など支援事業所はとりくむべきで事業所の収入のみをおうプランを強要するようではいけないと思います。そのためには、経営がなりたつようにケアマネの報酬を上げてほしいと思う。もっとケアマネや介護職は勉強して倫理や根本的意識を向上すべきと思う
1、24h相談窓口があること2、ターミナル時の認定を急いでほしい。3、予防給付のデイサービス訪問介護利用費の包括利用料金を止めてほしい。4、サービス利用状況に応じての介護度にしてほしい。
〈課題〉①限りある財源であることを、社会全体が理解し負担できることは、負担するという考え方が必要利用者も考え方を転換しなくてはならない社会状況であると思う。（安く、何でも利用したいの考え方からの転換が必要）②社会保険方式（介護保険制度）が絶対であるので考える時期であると思う。〈改良点〉①地域密着型サービスの地域密着の本当の意味にもどる必要があると思う地域密着というのは、いわゆる地域ではなく、地域、地域の特性にあわせていう意味ではないでしょうか？②医療費（介護も）についてですが高齢者も収入にあわせて支払う必要があると思います。③介護保険事業所の中の、ショートスティ、通所リハビリは事業所数が他のサービスにくらべて少ないため企業努力的なことが少ない。
介ゴ者が就労している方が多くなり、在宅での介ゴが難しくなってきた。又、高齢者の2人暮らしや両親が高齢で息子と3人又は2人暮らしの方も多くなってきている。そのため、入所施設や短期入所の利用希望者が多くなってきているが、希望はなかなか通らない現状である。緊急時も含めて入所施設を利用できるよう施設を増やしてほしい。
訪問介護での通院介助時、院内での待ち時間や制度で認められない時間を制度外事業で補っていますが、経済状況がよくない方に関しては、負担が大きく「病院へ行く事が出来ない」との方向に気持ちがむいてしまう事もある。院内は医療保険の管轄内という認識が医療側に希薄なのか人手不足という物理的な問題が大きいのか、不明ではありますが、検査や処置の補助、急に入院が決まった後、ベッドを準備するまでの間、「ヘルパーが帰ると困る、すべての手続きが終るまで、もしくは家族到着までしてもらわない」と強く医療側より求められる事が少なくありません。介護事業所は制度で認められない支援時間は請求できない為、このような事が繰り返しおきると現状に対し疑問を感じます。
健康を維持するために基礎的な知識を教育上する必要があるのではないのでしょうか。教育上とは学校教育において学習することです。幼い頃から教育を受けることが必要です。
介護認定が不透明。認定期間も半年～2年が一率になってない。筋が通っていないケアプランでも1割負担で利用できてしまうのも、なかなか納得できない。利用が単位内であれば、何回でも使ってしまうとか。
「施設から在宅へ」をスローガンに介護保険制度は始まったと思いますが、近年の介護費用の増加を抑制するための法改正で、要介護高齢者が、地域で暮らすことは、より困難になり、施設入所せざるを得ない環境が広がりに感じます。特に訪問介護の利用について制約が増えたことで、ますます増えている核家族や高齢者世帯で要介護高齢者が在宅生活を続けることは困難になりました。ここ数年、県や介護保険保険者である市から最も求められることは法令の遵守であり、行政担当者が民間の介護保険事業者と協力して地域の要介護高齢者の生活を支えて行くことを本気で考えているようには感じられません。在宅介護の現場では、若い有能な人たちが、生涯の仕事として就職できる労働環境が整っておらず、また介護職の質の向上を図る上でも、介護報酬の見直しが必要だと思われます。ケアマネジャーの仕事に関しては、ケアプランの変更についてあまりにも制約が多く、真面目に利用者の生活を考えれば考える程、ぼう大な事務仕事に追われるのが現状です。サービス担当者会議が適時に開催されることは利用者支援していく上で重要なファクターだと思いますが、サービス担当者会議への出席がサービス事業所の報酬上評価されないのは、解せません。
限度額（介護保険）の見直しが必要 限度額はやはり必要なか疑問に思っています。
在宅で療養させるのなら①胃ろうまでは経管栄養の投与は介護福祉士が行えるようにする胃ろう投与時の見守りも認めてほしい 痰の吸引も医師が認めた方に対しては行えるようにしてほしい 名ばかりでない訪問看護 訪問診療の24時間体制の構築 ②がん末期の方は要介護度がついてから、又は在宅で介護が必要になってから亡くなるまで平均40日と書いています 実際今までの経験で、準備して在宅にもどれなかったケース←（病院で退院時カンファレンスして）←何度も もどっても3～10日で亡くられたり、又、要支援とか要介護度1で自立支援ベッドと訪問看護（医療になってしまう）介護給付をあげることで、ただ働きになったケースが何度もあります がん末期患者のケアプランについては介護保険制度の中にこれまで通り残すならケアプラン作成費をもらえる（それも1ヶ月4200円とか10000円ではとても無理です）ようにしてほしいと思います 個人的には医療制度のわく組みにもどし、別だてにすべきと考えます。（看護師がケアプランたてるなど）

<p>在宅で介護することは、家族が安心して介護できることです。それは治療はもちろん、いろいろと経費もかかること、精神的不安も沢山あることです。それらが全て解決できれば在宅で介護できます。見直しの度に保険料が上がり制限ができるのでは、何のために始めた介護保険制度なのかと思います。</p>
<p>特に緩和ケアの利用者について、日々の状態変化による訪問や医療関係や家族との連携に伴う対応が頻繁で要介護3～5の比較ではない。介護報酬の加算等検討願いたい。</p>
<p>・利用者負担は現状負担が限介。・事業所報酬は、サービス提供体制の充実を図る上で低くすぎます。・重度で医療行為のある方の宿泊サービス系に制約があり、在宅を支援するに十分ではない。</p>
<p>・複雑な記録（同じ様な事の記録）・利用者の介護保険への理解不足・ケアマネの仕事の範囲の不透明さ、・納得性に欠く、介護認定結果・研修参加の多さ等</p>
<p>・医療、介護に関しては北欧で行われているように公的に負担することが望ましいと考えている。・現行制度を維持しようとするれば保険料も利用料もあげ更には消費税のような税負担も増えていくこととなるので国民委縮し将来のために貯蓄をしていく・将来、医療も介護も安心して受けられることになれば増税もいとわないが今のままでは負担感が増すだけである。例えば悪性腫瘍等の方に対するターミナルケアのチームアプローチをしていることを評価しさらなる改善を望む。</p>
<p>・お金のない人たちも安心して医療、介護を受けることができるような制度にしていく運動を進める必要がある</p>
<p>在宅において限度額内でサービス提供が充分でない事がある。介5、家族が仕事をしていたりすると施設入所をすすめられる。本人、家族も「自宅で過ごしたい」と希望しても費用的にも自己負担が大きくなってしまふ。介護従事者に対しての報酬が医療従事者と比較し低い。</p>
<p>現在、大きな病院で居宅介護支援事業所があるところは少ない。いやないかもしれない。それは、居宅介護支援をやっても利益はないのかもしれない。しかし、本当に在宅復帰させるつもりならば、自分の病院に居宅介護支援事業所を持ち、どんどん在宅へ復帰させる方が連携もよく取れるはずだ。病院や療養型や老健がケアマネージャーを雇用し、在宅復帰を推進することができるよう、仕組みを考え国としてバックアップしてあげばよいのではなからうか。</p>
<p>色々なサービスを利用しても、介護度が改善されることは少ない。家で誰れとも話をしないと寂しい。また生きていく目的がないなど体のリハビリのように形あるケアではないものが増えてきている気がする。幼稚園・小学校との連携などで、活躍する場面を作ったり、施設へボランティアなどで役割を持つなど心のケアが出来る体制を整えていくことも必要だと思われる</p>
<p>介護職員処遇改善が急務。大変重労働なのに低賃金では介護保険を支えられない。利用者の負担を、増を望む（収入によって）生活保護世帯にも負担を望む。ケアマネ1件の報酬をアップいつも、マイナス部門とはおかしい。独立した居宅事業所が一番ベストではないか。利用者本位の観点からも、（生活全般に渡る、相談業務、24時間対応をしているのに賃金低い）要支援はいらぬ。このまま、継続なら各支援センターで全部引き受けるべきではないか。一番、手まがかかって大変な部門なのだから、地域に密着している所で支援すべき。</p>
<p>在宅において病院へ通院できない人が増えている。家族が働いていて連れて行く時間がなかったり、認知症のための拒否があったりする。訪問診療をする個人病院もあるが時間制限があったりして頼みにくい。訪問診療を専門にする医療機関は少なく、24時間体制の重労働をしいられている。今後はこの分野に報酬が評価されれば、もっと医療機関が増え、訪問できる医師が増えればありがたいと思う。</p>
<p>居宅の報酬は実績があつてこそ初めてもらえる。入院中、あるいはサービス開始にあたって、どれだけ時間を使つても、急に亡くなつたり入院されたりして実績が伴わなければ1円も報酬として受け取れないことに疑問を感じる。現在の低い報酬では、とても事業所として運営していくことはできない。報酬単価が上がれば、1人や2人実績が伴わなかったために無報酬であつたとして、なんとかやっつけていけるかもしれないが、現状のままでは無理。また、介護度によって報酬単価が違うが、手間（サービス調整のための）は同じである。要支援と要介護でどれだけ手間が違うのか、明確な根拠をみせていただきたい。（あるいは要1と要5で）私は管理者ではないので、上から「実績上げろ」と言われ続け、実績が減れば、賞与にまで影響してくる。仕事の内容に対する評価に対して給与等が変わるのは仕方がないと思うが、実績が減ったからといって給与や賞与が下がることに納得できない。高齢者が亡くなるのは自然の摂理だ。100才以上生き続ける人がどれだけいるというのか。高齢者福祉がシルバー産業化になってしまっている中で、居宅介護支援は、唯一福祉的要素が残っている事種であると考えている。だから、報酬が伴わない仕事でも引き受けているのだが、そのことがまったく評価に反映されなければ、仕事に対する意欲は失くなり、実績重視の仕事しかなくなるのではないか。これでは重度の人の受け容れはしたくなくても当然であると考えている。すべては現在の介護報酬単価の低さに根源があると私は考える。</p>
<p>課題 ターミナルと医師が判断した患者は病状が不安定で、利用サービスも訪問看護と福祉用具が殆どを占める、もかかわらず申請しなければならぬ。（本来介護保険申請は状態が安定していることが前提のはず。）訪問調査、審査会などにかかる費用や何より本人と家族の残り少ない時間を妨げる要因になっている事実がある。介護保険から除外し、医療保険対応（訪問看護、ベッド、手すり）に。ー地域密着の考え方ー1、町や市が隣接している場合距離に関係なく利用が出来るようにすべき。境界に住んでいる方にとっての地域はどうなるのか市、町で区切るとはナンセンス。地域密着と考えるなら、小学校を拠点に空き教室を活用したデイサービス、宿泊、入浴施設、学童保育、給食設備を作れば、緊急避難所としても活用しやすく、24時間対応のヘルプや看護ステーションなども一緒になった複合施設が介護予防につながり、若者の雇用拡大につながり地域の活性化が図られる。行政が縦割りから横につながって制度を変えない限り介護報酬を上げてても限界が見えている。</p>
<p>・通所介護サービスにおける介護計画所期間をケアマネージャーと同等にしてほしい。・加算内容（機能が同等）でPTの配置を通所介護にもあてはめてほしい。そして料金も同じにしてほしい</p>
<p>難しい問題だと思われます。介護報酬を上げて、介護職の人に十分な賃金を支払うためには介護保険料を上げる必要があります。実際、年金だけの生活で1割負担の支払いだけでやっとの人も多いので、介護保険料の値上げには賛成しかねます。国</p>

<p>の施策として処遇改善の手当もいいと思いますが、報酬単価を上げて人件費にあてるようにしてほしいと思います。24h対応の医療施設や、療養病床もまだまだ必要だと思います</p>
<p>退院、退所加算がとれない。カンファレンスを開催しないところがほとんどでいつのまにか退院してしまうこともある。退院、退所時、電話でのやりとりがかなりあるがそれは評価されず、病院訪問し必ず面接（看護師、医師）から聞きとることが難しい。</p>
<p>・訪問看護の人材の充実・夜間も利用しやすい介護保険（訪問介護）制度・老健等施設の医療依存度の高い方の受け入れ・医療器材の軽費レンタル体制・ケアマネの報酬の見直し（手間にかかる方でも受け入れやすい報酬）現状、ALS 1人受け持つと10人分の負担がある。これではみんな受け入れてもらえない。・ケアマネの人材確保 看職のケアマネの確保（ケアマネの方が報酬低く、どんどん離れてしまい、結果、病気の分からない介護職の方ばかりになってしまう）</p>
<p>・介護がサービス業といえど常識やルールは必要。あまりにも常識やルールを守らない者、事業所が増えすぎている。・無駄な事務、研修が多すぎる。研修をする側研修を受ける側相手とも頭でっかちになってしまっている。教育・研修そのものに問題がある。→無駄・更新の方の認定調査や関係する費用・ケアマネージャーがまともなら、ケアマネに提出させれば良い。・介護保険の限度額の有効期間。・認知症や根治しない疾病の方の有効期間は2年で良い。・要支援1や自立程度の方の介護保険サービスの利用。・ボランティア、いきいきサロン、社協の仕事・社協の介護保険参入（社福）・安易な減免、世帯分離・講師のため実施されている無駄な研修・保険料を上げることができないという議論→もっとさっさと上げれば良い。上げないことの方がおかしい。・情報公表→県職員の指導・管理の徹底は必要。今のところ市町村職員では心もとない。・市町村職員の天下り先が社会福祉法人という構図があり、社会福祉法人優先で市町村の方針が決まっている。かといって社会福祉法人が、介護援助者としても法人としても全体的なサービスレベルを上げるための役割を全くはなしていない。かつ中途半端に介護サービスに参入して、税金を収めず時代に合わない委託金や補助金を受け取っているのは、お金の無駄である。市町村職員の感情だけで福祉が運営されており、解決されるべき問題が解決されていない。市町村の職員は、真に地域のことを考え、財政的にも福祉的にも、あらゆる知識・努力等が求められると思う。公的機関の職員、特に市町村レベルでは、能力的にも資質的にも問題があると思う。住民が一番近いとこにいる市町村職員が親切で丁寧・穏やかでリーダーシップのある人々なら、全てがかわってくると思う。・資格の取り消し制度をもっとすすめるべき。断わるだけ、退所させるだけ、おどすだけ、事業所とつるんでとんでもないサービスを実施しているだけといったケアマネ・事業所が多すぎる。断ったお客さんの人数や理由を提供させるようにしてはどうか。在宅でなら当事業所はいつでもやりはじめたい。ケアマネや管理者がサービスの質の向上のためではなく、売り上げと楽するためだけの「お客さんの選別」のためだけに働いている現状で許せないことが多い。・賃金はそう上げなくて良い。関係する事業者全体が適正なご利用者の人数を担当できるよう、サービスの向上と標準化及び仕組み、体制が必要。</p>
<p>いろいろ理想論はありますが、報酬を上げるところには必ず悪質なことがおこり、一生懸命個別に関わり時間外に対応してもケアマネは一定額だし、しかしそれを今の加算にあてはめると必ずしも現実にあったものばかりでなく…大変難しく、自分達では表現しきれません。ただ言えることは、介護保険で入所した人達は、一定費用で何でも（？）ありなのに、在宅で頑張っていると自己負担（実費）限度額オーバー）なんで不公平。又、小規模なら、なんでもあり（？）だけど、ヘルパーの訪問は2時間あけるだの、通院介助はダメだの、ベッドは借りられないだの…現実と合わないことが決め決めになり、矛盾を感じています。</p>
<p>24時間対応の定期巡回、随時対応サービスにより、より安心して在宅生活が送れるようになっていくのではないかと思います。</p>
<p>・報酬の改善は基本単位を上げて欲しい。加算、加算ではそれに対する事務管理が負担になってきます。</p>
<p>・まず、ケアマネジャーの処遇の改善です。加算の算定方法を変えるべきです。1回訪問も5回訪問も同じとか、サービス発生しないとプラン料なしとかアホすぎる。・書類の簡素化・（必要時）に利用できるサービスの充実。・施設の増床、医療、依存度の高い利用者や低所得者が入所できる施設を増やす。・医療者の再教育→主治医意見書を書かない医者がある☆ケアマネには医師との連携を強く言いますが実際、医療側に連携する気がないのが現実です。医療介護の相互協力は絶対に必要であるにもかかわらず、医療制度が旧態依然としている事が現状です。</p>
<p>病院・施設のハード面の充実と、そこで働く労働者の処遇の改善。また、介護や看護に対する、社会的認識の向上。</p>
<p>在宅での看取りについてより積極的に取り組んでいくことが重要であると思う。その為には在宅看取加算等の報酬での評価が必要であると思います。医療情報の介護側への開示も連携の為により重要になると思います。それとともに認知症対策もより重点的に取り組んでいく必要があると思います。予防も含め医→介の情報連携により軽度から薬使用により重度化を防ぎ、ご本人の希望する在宅での看取りをご本人の意志確認のもと最期を迎える社会を実現していくことがとても重要になるのではと考えています。その点についても報酬で評価されればと考えます。</p>
<p>介護保険制度の運用に関して 厚労省は「やりながら考える」「見直しをする」の姿勢は場当たりのであり、もっと根本的に「財政問題」と「個人の尊厳」という視点から変革しないと先に進みません！</p>
<p>・行政等が行う研修の内容通り、質の向上は必要であると思うが事務作業に追われ、厳しい状況が現実、その現実をうけとめて対応してほしい。・認知症の方を受け入れる救急HP、入院治療できるHPがない・入院回数をへらし在宅療養となっても結局医療が必要であれば在宅で支援するサービスに限られる</p>
<p>認知症の方への支援として、認知症サポーターの養成、SOSネットワーク、見守りネットワークなど安心して暮らせる街づくり。</p>
<p>在宅介護を進めるには医療のバックアップが必要です。特に在宅でターミナルとなると24h体制が整っていないとできないと思います。またそこに関わるケアメンバーの労力は大きいと思います。その労力に対する評価をぜひお願いしたいと思います。</p>

土・日、年末年始のサービスの確保。土・日、年末年始活動している事業所への加算
まず医療体制が整い病状説明等がきちんと行なわれる本人、介護者の意志
・医療介護従事者として私自身は、私が担当となった為に、その方が不利益を受ける事がないように、医学、制度、地域のシステム等の学習を通して、常に自分のレベルを上げるように努力したいと思います。・介護保険制度開始から11年経ち、困難ケースへの対応がケアマネージャー任せにされるケースが増えてきているように感じます。一例をあげると、88才女性、認知症があり独居要介護の方の担当ケアマネとして、水道管の水漏れ、エアコンの室外機の故障の対応を、主介護者の妹さんへの連絡、業者探し、立ち合い、料金支払いの段取りと2月に全て担当しました。生活保護の支援係の方は、支援費として料金が発生する所への見積りに立ち合っただけでした。2年前にエアコン購入の時も電機店へ足を運び工事の立ち合い、費用支配いを段取りしました。今までは高齢福祉課や支援係として行政が世話をしておられた内容が、介護者がいない、とか高齢で動きにくいとかの理由で、ケアマネが動いているケースが多く、走り回っている現状です。・書面整備サービス担当者会議開催、住改、福祉用具購入と仕事が雑多で、毎日遅くまで残っても追いつかない割には介護報酬は低いと思います。底上げをお願いします。
医療・介護は連携して…とよく言うが、そもそも双方はしくみが全く違っている。医療は医師会が肝心な部分をにぎっており、与党、野党を直接動かしている様に見てとれる。歴史もあると思うが、天下の“お医者様”なのである。例えばインフォームドコンセントや医療ミスは近年よく使われるようになったが、ほとんどの施術の前には誓約書があり、そこには「当院は責任を負いません」風な文章が必ずある。一方介護体系は厚生労働省が管轄であり、ほとんどの施策は国の予算に準じたものではじきだされ、現場の声がほとんど届いていない。例えば土日祝の介護従事者の報酬といったら、何もプラスアルファがない。厚生労働省職員はどうか？休みが多いだろうし、出勤しても手当がある。年末年始、国民の休日もなく介護は必要とされているのが現状ではあるが、自分たちの職場環境や社会保障の受け皿が違いすぎないか。単なる弱者いじめにしか見えない。本来なら、この介護業界の一新をはかりたいところである。介護業界の従事者が、それぞれ声をあげ、訴えていかなければ、報酬だけでなく、すべての事項が現場を無視したルール作りと文書流しをされるだけである。
薬剤について…処方されても実際には服用せず（理由は様々効果がない。副作用がある等々）多量残存しているのをDrが把握できず前回と同様に処方する事がある。→税金の無駄使い、もっとしっかりコミュニケーションをとる事が必要！お薬手帳の活用が不充分、本来の目的を果たしていない事がある→電子カルテ化のネットワークシステム整備すると良い 医療費の確定申告は可能だが介護サービス（福祉系）には適応されない。不公平感がある。ケアマネージャーの資格取得者は増えていくと思うが実際に活動している割合は如何か？報酬が低過ぎとても成り立たず転職者も多いように思うが如何か？役割は問13の回答の如く重要と考えるが実際には継続して運営していこうと思うと困難な状況であると言わざるを得ない
※医療依存度の高い要介護者の受け皿（ショートステイ先）がない（吸たん・インシュリンetc）※近くに家族がいても協力が得られない老夫婦の援助ではケアマネージャーの負担が大きい。※認定調査で日常生活自立度の自立1に対して判定がきびしい
居宅はサービスが動かないと報酬になりません。サービスにはつながらないが関わり続けなければならないケースが増えていきますそんなケースに対する何らかの評価をしてほしいです
（利用者の）・所得に関わらず、サービス利用料金が同じある。所得に応じた利用料金が望ましいと思います。（ショートステイ等には・要介護度によって報酬に違いがあり、介護度が高いと報酬も上がる分けであるが、却って低い介護度の方が支援量が多いことがある。・独居老人は住民票を取り寄せることで証明となり加算が取れることになっているが、本人の住民票を取ることが気がすすまず加算は取っていない。・要介護度が2段階上がると初回加算が取れるが、逆に下った場合には加算がない。自立支援に向けてプランを作成し、要介護度が下がり、目標達成することになる分けである。介護保険費の削減に貢献していると思います。
介護保険料の軽減措置 区分限度額の引き上げ 訪看、リハビリの医療保険への移行 訪問介ゴのサービスの充実 24h体制の往診、訪看の訪問の充実 区分限度額超えの利用者負担の軽減
・インフォームドコンセント インフォームドチョイスの充実・ジェネリック医薬品の普及・日曜、祭日の診療の普及・診療所でもレベルの高い診療がうけられる・大病院の集中を防ぐ・医師になるための学習の中に相談援助、介護の勉強を加える。
もう少し、いや少しでなく、たくさん現場のことをわかったうえで制度見直ししてほしい 現場をしらずに作る制度は私たちにとって何のメリットもありません
①訪問リハビリが使いにくいので訪問リハビリステーションの制度化が望まれます。→自由にお問い合わせ、退院早期には回数も多くしてもらい、積極的なリハビリテーションを展開してもらいたいと思います。現在、訪問出来る病院やスタッフが少ないので制度化する事によって、供給が増えるのではと思っています②予防のために包括支援センターや行政が動いていますが、十分でないと思います もっと、PT、OT、STが参加しやすい様に法律（？）の改正を望みます③ホームヘルパーの医療行為が積極的に可能になる事を望みます（吸引、経管栄養等）④ケアマネージャーの介護報酬のアップ！！かなり、様々な場面で頑張っていますのでそれなりの増収が必要だと思います。⑤低料金で入居出来る高齢者住宅が必要です。これが一番必要です。具体的でなく申し訳ありません
・住宅改修行政（福祉課）で担当を決めて、支援してほしい。・独居住い一要介護の判定が軽くですが、一人だからこそサービス利用が必要だと思います。その部分を考慮してほしい。
介護保険制度の健全な発展のため、利用者（国民含）、保険者（行政サイド含）サービス事業者の対等な関係や情報の共有化が求められる。現状の介護保険制度は年々複雑になり、国民が医療保険制度同様「おまかせ」になりつつある。ケアプランの自己負担も導入されるのであれば、もっと報酬制度などの単純化が必要だと思います。ケアマネジメントについて、ケアマネージャーを初め、サービス事業者、利用者ともに現解を深めるべき。ケアマネジメントの専門性を認めケアプランの内容について行政監査の行い方を改めてほしい。運営基準の変更は必要最低限にとどめる介護支援専門員の業務を介護保険法に明記し、

<p>随時変更が可能な運営基準での定めはなくしてほしい。包括支援センターでの予防プランについて要支援と要介護の往復が業務上不都合であるばかりでなく、利用者に不便を与えている。要支援からケアプランは介護支援事業者でよいのではない。包括支援センターの介護予防としては、現行のサービス利用とは違う方法を考えてほしい。包括は介護保険の利用ではない コミュニティソーシャルワークの分野で、ケアマネージャーをサポートを強化した方がよいのではない。介護保険法の用語について、介護支援専門員、居宅介護支援サービス計画と研究等で頻回に使用されるケアマネージャー ケアマネジメント、ケアプランなど言葉の定義と使い方の統一が必要だと思います。</p>
<p>・予防と介護を一本化して欲しい。(介護保険の無駄が多いと思われます)</p>
<p>利用者本意の介護保険サービスが改正のたびに軽度者切り離しに移行しつつあり、利用しにくくなっている。又、めまぐるしく変わる制度変更によりCM業務も振り回されてるのが実情です。</p>
<p>在宅は単独訪問であり責任も判断能力も求められるので報酬をみあわせないと、スタッフの数はふえない=充実しない=質の向上につながらない</p>
<p>医療者は介護の事を、介護者は医療の事をもっと学ぶべきだと思います。そして医療、介護一体となつてと組んでいかなければ、なかなか在宅での継続はむづかしいと感じます。またクリニカルパスだけ進み急性期病院の在院日数がどんどん短くなっている中では、もっと地域医療や、回復期の病院がしっかりと介護と手をつなぐ必要があると思います。また、介護側も疾患の理解や重度化した時の対応などまだまだ専門家と言われるように知識や実技の習得が必要です。クライアントによりそって医療・介護をコーディネートしていく立場のケア・マネージャーには、知識もさることながら、人を動かすことの力量や包容力なども求められます。どの職種も成り立つことができるように成果報酬は、当然必要であると考えます。福祉だけボランティアで動くことの多さは、質の低下につながるのではないのでしょうか。専門家として研鑽すると共に評価していただく改正を希望します。</p>
<p>2000年に介護保険制度がはじまった時は、制度利用して安心できる在宅生活を送れるのではと期待が大きかった。その後、予防、介護認定(H.18)がつくられどんた予防に落とされていく中ほうとうに利用したい方が利用できない状況が多々みられる。困っている時に、(在宅へ帰される方…病状が重くても)(在宅へ帰りたい方)が介護利用したいと考えて申請してから、1ヶ月以上かかる、認定では、サービスの確定ができずに(利用しない方、困る方)(実費の説明をしたりなど)手間もかかる中、援助でききらない状態にあることもたび々である。今回の改定は、ほんとうに、現場の困っている方が利用しやすくなるのでしょうか。何のために、私達40才以上から介護保険料をとり続けていながら、よりよい物が、提供できないのでしょうか。税金は、ほんとうに困っている方々が安心するためにつかってほしいと思います。私達の行先(この先)も不安ですがよりよい物にしていきたいものです。</p>
<p>・透析患者のショート利用が困難である(受け入れ先がない)・認知症状が悪化した場合家族の負担が大きくなるがサービス利用出来るものが限られ(入所、ショート、認知症対応のデイなど)介護者が疲れ体調を崩されるケースが多い。・居宅支援においては認定の更新で要支援か要介護か不安定な状況の方への対応に苦慮することが多い。・癌末期 ターミナルの方には頻回のサービス微調整や訪問が必要になります。評価すべきではないのでしょうか。(ケースとして、居宅サービス利用中、訪問看護を医療に切りかえた為支援費はとれない。相談は再々あり対応する)</p>
<p>診療報酬 療養型のADL医療区分の矛盾 介護度に比例して医療重度の高い人の受け入れ先がない 医療区分の見直しをしてほしい I V H ・ P ・ E ・ G ・ インシュリン、M ・ T等は療養型では包括となつてしまい受け入れられないが介護度が高く在宅が困難である。介護報酬 老健は包括になっているため検査 投薬等ができない 併設型でも投薬等が包括になっているため行き場のない利用者が増している ケア、マネは月1回の訪問月10回の訪問でも報酬額が同じであり質の格差が生じる ボランティアの部分が多く報酬に結びついていない</p>
<p>医療と介護の連携</p>
<p>最近、在宅療養に力を入れておられる医師も増え連携も取りやすくなってきているが、後方病院等ではまだ連携の取りづらいう所もあり、医師側にも連携を取れば報酬につながるなど、スムーズに連携が取れるよう制度化してほしい。癌のターミナル期などの方は費用面で、負担が大きいので、そういう方の療養の負担が軽くなるよう、医療、介護とも制度の改善をしてほしい。介護従事者で地域や事業所により制度の把握力に差があり、ケアマネージャーに関しては、家族の状況を把握せず、自分の業務が忙しいと、ケアマネ本位になっている方もいるので、能力のバラつきを感じます</p>
<p>今支援費(障害者)の方は18才~0割負担、以下は46で1ヵ月サービスが使えるシステム 1りつに0割負担でも良いかなと考えます。又、報酬単価も長時間の活動は減算になりますが、障害者の移動介護に感じてはつねに時間を必要とします。その辺を考慮していただきたい又居宅介護にかんしては身体介護と家事援助の単価がちがいが家事が低い単価ですがどちらかという家事がより大変な仕事だと思います。その辺もシステムがおかしい気がします。</p>
<p>・サービスの利用の要求からスタートする本人、家族の意向がある。・どう暮らしたいか、生活にどんな希望を持ってがんばりたいかをケアプランで示し説明している。しかし、制度として、自立支援を目標としている。在宅でいつまでも暮らすことができる社会について一般的に広報されていない。・ケアプラン作成により変化を示し目標に向ってがんばるよう意識づけの努力は行っているが「利用できれば良い」「わからないから決めてほしい」と言われることが多い。社会に対して介護保険制度により何を求め財源と継続性に期待できるものかも含め社会全体の認識を深める支援を考えてほしい。・自由な発想により疾患をのりこえて意欲的であったにもかかわらず、高齢者向きと感じ若い方が利用しないまま自宅にとじこもっていることが多い。何かを始めたい人に対して、情報が少なく提供できない事がある。後方支援として窓口を広くして思いを伝えることができ、それにより生活を変えることができるサポート対制が求められる。改良点があると考えます。</p>
<p>・全体的に介護職に対する処遇が良くない。・施設の数も不足していると思う。</p>
<p>要支援を分けてしまい、要支援になれば担当できなくなり居宅支援事業所をかえなければならぬ。何度も契約などの手続をして時間や手間の無駄が多い。ターミナル期の方の介護認定のあり方に問題有り。介護予防自立支援の人と同じくくりでケア</p>

マネジメントできない。
(1) 要支援者にも独居加算をつけてほしい(手間が要介護者以上にかかるケースが多い) (2) (1) 同様に、老人世帯にも加算をつけてほしい
独居の高齢者が、在宅生活を望んでも、障害が多くなると限度額を越えてしまう。つまり、お金がないとムリ。要支援者が必要以上にサービスを使い過ぎる。地域のサロンなどを活用すべきである。
文書の多さに大変な苦勞を感じるのは私だけでしょうか。ましてや、その文章の表現の仕方ですらいろいろと指導され日常の業務の上に研修会への参加など、肉体的にも、大変な勞力を必要とされます。
・サービスを利用した時のみ給付管理できる仕組がおかしい。例えば入院中、施設入所中も家族の相談に乗っている。その辺りの相談業務の評価を加えてほしい。住宅改修の理由書も無償…おかしい。
介護従事者は自立支援についてもっと真摯に取り組むべき オムツをどうすれば外すこと出来るかどうかどうすれば歩けるようになるのかなど考え、人が人として生きるに相応しい方法を考えサポートすべき オムツを交換したり、食事を介助することが、介護ではないことを学び実践すべき。このままの介護では評価されず報酬があがらないのもあたり前、専門職である以上探究すべきである
・本人の生活への意向の確認を十分行なう必要がある。特に認知症の方々への支援。・どんな人でも普通に生活できる街作りも必要。・社会資源の充実。それに必要な報酬も十分なものになることが必要。・報酬を上げることに對して国民の理解も必要。・報酬を上げることに對して国民の理解も必要。・歳をとってもどんな病気になっても障がいを持っても安心できる環境が世間に浸透できるような働きに力を入れる必要がある。・マスコミの活用。・チームケアの充実・各市町村の柔軟性など。
認知症ケア1つをとっても、医療と介護の連携によって解決できる課題が多くあると考える。2012年の改定において、医療と介護の役割分担、連携が促進され、効率的で利用者にふさわしいサービス提供がされる診療報酬、介護報酬の改定を望むものである。
改正や見直しは必要な事だと思います。問題なのは、改正や見直しを行なう事で国民の負担が増える事だと思います。今の日本は所得格差が大きくなるばかりであり、高齢者低所得世帯は置き去りです。地域に密着したサービスを一と小規模型サービスをすすめています、現実的に見て小規模は単位が高く月3万円の年金の方は利用できません。食事や居住費はその地域にまかされていますが、我々のような地方の田舎町で人口が少ない地域はどうしても高くなります。施設利用の段階区分も、第3段階の幅が広すぎ3段階の真中以下の方特に2段階との境目にいる方はサービス利用が思うように受けられず苦しんでいます。今の医療制度も福祉制度も大都市の中～高所得者と生活保護の方中心に考えているように感じます。全国の大部分を占めている低所得者は苦しみ続けるだけのように思います。
介護の現場の現状を実物大にとらえていただき、必要な優先順位に従い、行っていただきたい。
介護報酬が上がるのは、事業所としては良いが、利用者様の負担が上がってしまうと、同じようなサービスを受けることができない方も沢山いるように思います。介護・医療制度はもっと柔軟に対応できるようになると良いと思います。福祉用具貸与についても、貸りれる人貸りられない人が沢山います。金銭的な部分でも、負担が大変な人も多くいます。介護を受けたくても受けられない人も沢山います。在宅サービスも医療面で充実してくると、在宅で最期をむかえたいという希望もかなえられると思います。往診の医師365日、24時間対応可能な医師が増えると良いと思います。訪問看護も同じように増えると良いです。報酬が安く、給料が安くなる為、重い仕事をする方が減っているように思います。前回の介護報酬の改正後も、介護の現場の職員には給料UPという形にはなりません。各会社の考えにもよると思うのですが、利用者様の笑顔、ありがとうで頑張ってもらえますが、子供をもってからの仕事復帰も大変。仕事は常勤でないといけないこともあり、大変です。どんな仕事も大変だと思いますが、もっと働く人にも良く、受ける側も「よかった」と思ってもらえるような制度になると良いです。
自分の職業の事しかわかりませんが、居宅の報酬は一件あたりが少なく、独立事業所の経営が、困難であるのが現実です。中立であるというケアマネの立場は、なかなか維持する事が困難で、併設されている事業所の事を考えなくてはなりません。せめて、独立して居宅介護支援が行なえる、報酬にして頂けたらと考えます
低い給料で人材不足。志で働いていてもバーンアウトして離職していく、そのため、人材育成が行えない。このような悪循環を断たなければ、良化は見えてこないと思える
各事業所の独立性の強化が必要。また、独立性を保ち競争原理を持ち、事業所の優劣を、市町村民全体が行動で示していくようなシステムが必要。また医療側が優で福祉側が劣と言う今までの考え方ができてしまう、システムではなく各職種が同等に物が言えるシステムではないと、医師が頂点におけるピラミッドでは、利用者・家族は物を言いつらい状態のまま、医師にさからえない状況である。それを改善していけば必ず施設入れなくてはならなくなるシステムは崩れ、在宅でも最期まで見れるようになる。お互いの独立性とちょうど良い距離をとることが、これからは求められると思う。誰かにかた入れずと言う事なくビジネスモデルとしてドライな関係を作り上げるシステムに改良すべきだと思う。
・要支援1、2の利用者は本当に介護保険で対応しなければいけないのか、一畑仕事ができるような方々まで要支援となっている状況がある。・医療と介護の連携について、介護連携加算とか創設されてはいるが、病院としては非常に、加算がとりにくい。一書類がないとダメとか、ケアマネや、サービス担当の印、家族の印がないとダメとか、退院後のケアプランがないとダメなどいろいろ解釈があり、結果的に加算がいただけない現状がある。もっと、簡素化してほしい。・ケアマネジャの質の向上が必要。一この10年間で教育体系は充実してきたがただ受けるだけで質が上がっているとは思えない。一特に基礎教育の中に医療の教育が少ない職種がケアマネになると、利用者が重度化するたびに、なぜ退院させるのか、このような人は施設だなどとうけ入れてもらえない。また特養など施設においても食事が食べられなくなると病院へ搬送され、加齢にともなう、食欲低下と思われるケースもある。よって病院には、いろいろな患者がはこびこまれ混乱している。そして、医療現場が疲弊していくという構造に地域の病院はなっている。何とかこの悪循環を立ち切りたいと思う。また地域住民も、病気になったら

<p>病院でずっとみてくれるのがあたり前、親が自分が高齢になってもいつまでも元気という、妄想をいだいている。住民一人一人が自分の親をどうしたいのか、自分はどう生き死にたいのか、日常的に考える機会を作るべきであると思う。</p>
<p>まだ改定がどのようにされるかわかりませんので答えられません。法に従い業務を遂行していきます。公的な仕事ですから。</p>
<p>地域包括ケアを目指す聞いておりますが、地域での昔ながらの付き合いが薄くなってきている今、難しいことだと思います。また、国民年金の受給者が生活保護を受給されている人より厳しい生活をせまられている現状もおかしいと思います。生活保護の人は、医療費を自由に使用していることに対して、もっと必要性に目を向けていただきたいです。平成21年度の介護報酬で介護職の給料が増えましたが、今後も継続していただきたいと思います。また、ケアマネの受持人数についての見直し、報酬も見直しをいただきたいと思います。ケアマネを始めて、もうすぐ2年になろうとしますが、本当にいろいろな知識がないと、難しいと実感しています。ケアマネの試験内容や研修についても見直しが必要ではないかと思っています。最初に地域包括ケアは難しいと書きましたが、もしそれが実現できたら“老いること”に対して、老人も若い人も安心できる国になると思います。また、今後ますます増えるであろう独居世帯も安心できると思います。期日よりかなり遅くなり申し訳ありません</p>
<p>・地域包括的な取り組みの研修とかテレビでもとり上げられておりますが、連携のとり方、制度上介入できない事など・介護従事者やインフォーマルなサービスの不足</p>
<p>・疾患を抱えての在宅療養はF aに非常な負担を強いることになる。・余命1ヶ月等、本人に限られた命とわかった場合はある程度、F aも覚悟ができると思うが、まだ現役世代が、本人を支えることも多く、仕事と介護の両立は、現実非常に困難と思われる。・介護休暇が取れるような制度も出来てはいるがその間の給与はカットされることとなり、経済的にも厳しいと思う。・やはり療養型の医療施設の存続は必須と考える。・夜間のサービスも強化されるようであるが、家族は高齢者、また本人が単身という例も多く、現実問題、如何なものだろうか。・介護職の賃金アップが図れるような報酬体系も強く望まれるところである。・グループホームや、介護施設での虐待や火災発生等、悲惨な事故が相次ぐ中、やはり施設での人員配置基準が甘いのではないかと思う。しかしスタッフを増やそうと思えば、それなりの収益が必要であり確保される仕組みがないと実現が難しいと思う。・介護保険制度創設の経緯としては、そもそも、社会全体で介護を支えようということだったと思うが、今やF aへのしわ寄せに移行しようとする医療や介護の制度のあり方に不安を感じている。</p>
<p>1. 介護認定の方法を改定して欲しい。更新認定の結果、要介護度が軽くなった場合、家族や本人が明らかに元気になったと認識出来ればよいがそうでなければ不満になる。介護度がなくても利用できる方法はないでしょうか。2. 住宅改修についてケアマネには加算がありません。理由はケアマネが作成することになって加算があるべきだと思います。3. 居宅介護支援費を上げてもらいたい。</p>
<p>もう少し運用しやすい法改正になればと思う。財源あつての法律にはなるが、利用者サイドがわかりにくい法律に成りつつある。また、改正の都度、利用できないサービスも増えている。</p>
<p>・入所施設がいっぱいで、急な変化（本人、家族とも）があると、ショートステイすら十分に確保できない在宅すい進しても受け皿がない・高齢者人口は増加していることを、業務をとうして感じているが、サービスや費用等、現実とのギャップが大きすぎる・24時間訪問介護となったとしても、お金がないと利用できないシステムでは効果がない（利用できない、プランに組みこめない）・要介護認定のあり方は設備のない自宅で素人が、老々であったり認々であったりしながらも介護を行っていることが多かったり、独居も増加しているため「介護されていない」状況も多い。在宅にシフトした調査内容に変更してほしい。・医療依存度の高い利用者は、十分に介護の利用をすることが出来ない。制度的に何とかしてほしい</p>
<p>医療介護職員の離職特に介護職は、男性の場合共働きでない限り普通の生活ができない。子供、親、祖父 e t c 同居にもいろいろな場合があるが一人で生活していくには、特に問題ないが家族がいる場合、また介護が必要な家族がいる場合、子供が学生であればなおさらに大変。生活リズムのくるう夜勤をしても一般的な、同年代の収入にくらべても考えられないくらい安い。現在介護職員に手当てとして支給があるが今後の見通しも無く一時々に収入は、少し上がるが、事実夫婦子供2人の生活保護の収入をインターネット等で一度見た事があるが同じ条件での介護職員の給料は、手取りにすると、10万位の違いがある。介護職員は、何をしているのか？職についていなければ、ヤル気を無くせば、今より楽に生活できると考えてもおかしくない。生活保護 e t c 医療、介護保険制度すべての事に関して、見直す必要があると思う。</p>
<p>・介護申請から認定までに時間がかかり、緊急性のあるケースでサービス導入がスムーズに行かない。・本人の状態に介護度が合わないことが多くある。調査方法の見直しや調査員の資質向上が必要。・介護従事者の育成</p>
<p>今後ますます在宅での介護・看護のニーズが増えると考えられる中。現状では思うようなサービスが提供できていないことも事実である。家族の介護力、金銭的なものなど、なかなか十分にカバーできないこともある。サービスにはいつている事業所がチームを組み知恵を出し協力しあって何とかかんとか乗り越えている。当事業所では医師、看護師、ヘルパー事業所、デイサービス、ショートステイ、グループホームと、同法人内では密に連絡を取り合うことができているが今後は、他事業所とも同じあるいはそれ以上に協力し合うことが必要になってくると思われる</p>
<p>・ケアマネも介士様の様に仕事に対する対価をつくるべき。サービスを入れないとCMの報酬にならないのはおかしいインフォーマルサービスを重視というが、その発掘や手配の手間を考えると見合わない・加算が新規でできたが、ローカルルールあり、とりにくいとくに認知→所沢市ルールはおかしいとおもう。独居の加算。書類をとること大変・報酬をあげて欲しいけれどCMはもらいすぎでない相談料が欲しい。又介保以外のサービス（障害給付や害虫くじょ）の相談は別料金にすべき。利用者、家族もとめるもの多い。何でも介ゴのためにはケアマネでは仕事がパンクする。・サービス事業者のプランは書式が自由なのにCMのプランだけルールばかりつくるのはおかしい。もっと簡素化してほしい人によっては2表少々と3表で十分。目標思考プランはできない人も多い高齢者だけでなく一般の私達だって人生にそんなに目標をたてて生きていないと思うので。・独立型の居宅に集中減算をさせるのはおかしいと思う。意図わからない・予防プランの単価低いが、介ゴ度の低い人の方が主張でき手間かかること多い。介ゴ度の重い人の単価を高くするのではなく一律にして手間に対して上のせしていくべき。</p>

月に1回以上行く人は評価して上のせして欲しいコムスンショックの様に、どんなしぼりをかけても不正する事業所はある。このままでは普通に仕事している人が見合わないといとどンドンやめてしまう。書類も多すぎるのでは？
①医療制度について1. 最近針灸院や整骨院が次々とでき、医師の指示も全くなし医療保険で肩こりや全身を自分でくれる所が増えている。お年寄り1回100円、若い人300円位、お年寄りは時間が余っていてもんでもらって気持ちいいからと毎日行く。全く医療保険の無駄使いである。実費にすべきである。2. 老人医療1割若い人3割は不公平である。全員2割にすべきである。バブル時期を過ごしてきた高令者はほとんどの方がりっぱな自宅があり、預金等数千万円持っている人が多い(ケアマネはおおよその年金、資産を聞いている)若い人は診療費、薬代が高いため、つい病院に行かず、手遅れになっている。働きざかりの税金をおさめている、子育て中等の世代が安く病院にかかれるようにすべき。3. 生活保護の人がめぐまれすぎている。同じ病気(例えばかぜ)であちこちの医院病院にかかり(いくら受診してもただ)〇〇〇〇の薬は効かないとか言ってゴミ箱にすてている。病院側も生保の甘い汁をすっている。生保の人も0.5割でも支払うべきである。生保の方はぜいたくな生活をさせている②介護保険制度について1. 制度そのものは良いと思うが私の周囲の事業所だけでもあまりにも悪質である。①例えばケアマネジャー不在(名前をかりている)で資格のない社長が西淀川・ハートケアサポート・石井介護ヘルパー派遣を行い利用者宅には2年以上とか、一度もケアマネは行く事なく事ム所に利用者の印かんを全部揃えている。②高令者住宅ばかりを担当しているヘルパーステーション(大阪市大正区アニスト)は17m2位のワンルームマンションばかりであるが10分もかからないそうじで生活し、バイタルチェックだけの訪看で大もうけをしている。2. 認定調査を行う調査員によって、結果があまりにも違いすぎる。要支援1と出た利用者(それまではずーと要介護1か2)区分変更すると要介護4となるなどの例は多い。又ヘルパーステーションの社長が立ち合い普段はトイレに行っている利用者宅にその日はPトイレを持ち込み歩けない、トイレ介助を受けているようにしているように装い、サービスに多く入ろうとする。3. 身体介護の単位数が高すぎる(330単位位で良い)4. 介護保険は基本「在宅で」となっているがいろいろな施設ができすぎている。5. 利用者が骨折や、脳血管障害等で入院するとADL低下しDrより施設をすすめられる。退院を早めるべき。
制度が改定になった時には又、別の課題が発生していると思います。後手、後手状況に思えます。以前、有料老人ホームで働いて居た時にも感じていましたが、その時も会社の上層部でいろいろ決めても、現場を把握してない方々による決め事にはクエッションマークが多かった事を憶えて居ります。制度を作る時には是非是非現場を知りつくしている方々を加え進めて下さる事を願っています。お国の財源のむだづかいを省く方法は65才を高令者とせず、もっともっと、社会で力を発揮してもらうことだと思います
ケアマネージメントの書類の簡素化。モニタリングにしても、指導箇所が多すぎる。困難事例に対する加算
介護報酬が少しでも上がってくると良いと思うが、それは、自ら、自業所を「こうしていきたい」等の理想を強く抱いているからであるとも思うが、何とも言えない。最低人員基準ではお客様に選んで頂けるサービスの提供は困難であると思うが、その定められた人員であっても必要最低限のサービスは提供できるのであろうと思う
入院中、治療中の合併症等で別病名を付けて治療を行なう病院は、反省してほしい。利用者、家族に負担のかからない、1括した報酬にしてほしい。又は、治療成績を報酬に取り入れると、どこの病院がすぐれているのか判断しやすい。地域密着型や小規模多機能は、利用者には、内容がわかりやすく、導入にあたって、サービスやケアマネージャーの変更など、利用者にも負担がある。ケアマネージャーも、それまでの利用者との関わりを切られるのはつらい。施設に入所しても在宅でも、ケアマネージャーは、継続してほしい。そうすれば、情報公開などなくてもケアマネージャーの連携でサービスの良い悪いは、すぐに広まり、利用者にも伝えやすい。もっとサービスの仕組みを簡単で、開放的にすべきである。
医療機関従事者は、まだ、その人の病気にのみ視点をあてた治療を行なっているように思われる。その人の生活に着目した制度が、必要と思う。
・ターミナルの方への関わりに時間、日数等が連日のように訪問する事が多く、事務量、他事業所、病院等の連携時間を要する・家族への支援に時間を要する事が増大している・精神障害の方が65才になり介護保険優先扱いになると数日間にわたり時間をとられてしまう。又、継続的に少しの間は毎日訪問しなければ関係がつかれない・新規の方でも何日も訪問するがサービス利用につながらないケースが多く報酬対象にならない。・サービス利用限度基準がもうけられているが限度基準利用いっぱいする人は少なく、医療保険のように利用した分だけ負担があった方がよいのではないかと。・相談業務に時間がかかりすぎる。サービス利用開始にならなければ報酬に反映されない。
病院は入院させたほうが収入アップになるのでかんたんに入院をすすめる。先生の方から家で介護するのは大変だからと病院を紹介する。家族が本人のことを思って先生が無理(自宅で介護)だというのが在宅で介護はじめると2~3日は大変だけど、だんだんおちつきボケ症状もなくなり、元気に自宅ですごせている。在宅者の診療報酬をアップすれば、在宅をすすめるようになるのか(医師が)精神科の病院の入院患者は、動く人は点滴できないからとしぼるのがあたりまえになっている。とてもかわいそうです。
入所施設について。①過疎地では山の中的一件屋で生活するなどあり、採算がとれないため、個人での経営者もない。小企模で集って生活できる場を、公的に増やしていかないと生活が困難(家は旧家屋で壊れかけていたりする)②ケアマネジャーのケアプランを私用者負担にすべきではない。・サービス限度額の中で目いっぱいサービスを使おうとすると現状より更にサービス利用に制限が出る③訪問介護の報酬は、生活援助の単価はもっと上げてよいのでは。それと共に介護士の質の向上をもっとすべきだと思う。個人差が大きすぎる。
高令になったり、病気になったり一人で生きていく事が出来なくなった時、現在はまずお金の問題が大きい。その次に介護力。家族関係が問われる。一人では在宅で長く見る事は難しい。介護者のストレスが限界まできているのに頑張るケースもケアマネとしてみてきた。家でもゆとりをもってその人らしく生きていける制度が出来るとよいと思う。
特に年金生活者にとって大きな負担となっている 国民すべてが不安を感じている 根本的な制度見直しが必要。
国民ひとりひとりが自分の健康を医療に頼るばかりでなく、意欲的に考えるのが第1。支援が必要なひとには、医療・介護・

<p>地域と全体で支えるしくみがあるべきで、医療はここまで介護はここまでとたてわりで行うのではなく、窓口を一本にして行き全体で考えて行く。高令者は、後期高令医療制度で、治療したくもできないのが現状。これはおかしいと思う。医療や介護には、お金がかかるので、国民が負担して支えあうのがよいが、どこに税金がながれて行くか不安でいっぱいな為、同意できない。診療報酬、介護報酬ともにもっとあげるべき。この部分は競争ではなく、公共でやるべき。</p>
<p>1. 医療的ケア（軽微な）がヘルパーでも行えるように。2. ヘルパーの質の向上、定着のためにも介護報酬の上向きの改定を。</p>
<p>・同じ行為であっても介護報酬加算に差がある。経管栄養接続・管理などに対し老健は加算あるが特養はない・入所者の重度化により、急変時受け入れ可能な病院がない（少ない）</p>
<p>ホームヘルパーの時給アップ 技術指導、安心してらせるための教育の必要性があります。ターミナルはこわくないみんなが通る道である。生活援助は自立支援につながる。要支援1と2は必要ない。要支援のみで良い その中で自立を考えた身体介助も必要です。週1回は掃除週1回は調理と分けてプランを立てる様に指導している包括があるがその人の生活をさぐ予防的ケア自立心を持たせるといふ考えの予防であれば週2回掃除と調理洗濯の支援もあって良いと考えます。心がゆたかに安心するサービスは最少限必要です。包括から委託されるとケアマネ報酬が1/2になるのはおかしい 全額が2/3は必要です ケアマネは毎月きちんと訪問されている人が多い。委託はまるなげで良いと思われます。生活援助は生活の足である</p>
<p>・必要な人に対して必要十分なサービス量と質の確保（軽度者でも一律にペットやヘルパーの手がいない人ばかりではないなど）・認知症を受け入れられる施設を充実させて欲しい。・ショートの実・通院介助を使いやすくしてほしい。</p>
<p>・介護保険でどうしても医療サービスが高額であり、利用の幅が狭まる。・利用負担が、年金の額により制限され、十分なサービス利用につなげない。・利用金額について、年金に応じた負担当を見出し、同一利用料金から、年金等収入に応じた負担に変更し、生活困窮者も生活の保障が得られるような支援が提供されることが望ましいと思われる。・介護保険の維持、継続を望むのであれば、日本の社会保障制度そのものを変更し、スウェーデン等高福祉を目指すのであれば、税負担を増やす事を国民に納得のいく指針を示し国民の了承を得る事が必要である。・取り組まねばならない課題は、介護の現場への地域住民の参加がしやすいように、開放型にする。・老健施設が、本来の在宅を望むのであれば、特に若年者の機能回復施設と高齢者の維持施設とに分離し、積極的な機能訓練施設としての機能を生かされる施設作りが必要であると思う。特老施設化していると言われる老健ではあるが、施設を責めるのでは無く、特養までの受け皿が必要であると思われる。</p>
<p>総合病院など、主治医との連携が取りずらいと感じる事があります。又、意見を取りたい時に、時間がかかったり主治医の変更など、医療との連携の取り方が、スムーズに行えないと感じる時がある。</p>
<p>・現在の居宅介護支援費では、要介護区分に応じて2通りの報酬となっているが、要介護1～5各々の設定でH21.4月への独居や認知症加算は不要ではないかと思われる。認知症加算の根拠である認知度の評価にバラつきがあると思われ、独居加算も敷地内同居ながら、介護は望めず、実質一人暮らしの場合もあり得ることから正確でない。また、生活支援の要件に一人暮らし等の設定があるため介護が望めない利用者への支援に保険者等への説明や書類の交付が必要となり迅速に対応できない時がある・入院時、退院時の連携加算の継続を希望するが退院時に病院側から交付される書類についての依頼がしにくい現状がある（退院時、医療→介護連携シート）・往診、訪問診療が加能な医療機関の充実と在宅医療を支える訪問看護STが当事業所実施地域内に極めて少ない現状から問題と思われる・介護保険施設で訪問系サービスや通所系サービスの受け皿不足が深刻である。</p>
<p>・取り組まなければならない課題。各サービス事業所、医療機関との連携強化。・現状制度に求める改良点。1. 居宅の介護報酬の算定について、利用者が、入院し、在宅へ戻れない場合、退院後、各サービス事業所へ、ケアマネジャーが繋げた支援例えば、病院から、老健ショートステイや小規模多機能型へ繋いでも、居宅としての報酬がないので、その様な場合、居宅の報酬があっても良いと思います。2. 居宅の介護サービス計画書立案について、現状では、全額、保険給付であるが、給付率、算定をもう少し上げて良いかと思えます。又、地域包括からの委託制度を廃止して、居宅で持てるようにしても良いのではと思います。</p>
<p>・医療・介護のさらなる連携→医療側に介護保険制度に詳しい担当者がいるとスムーズに事が運ぶことが多い→ケアマネの経験があるナース等</p>
<p>・介護認定について、現在要支援2、要介護1、が同じ枠に入っているが予防と介護では、サービス内容も異なる。適切な、介護判定とすれば、要支援1、2、要介護1～7段階評価が好ましいと考える。・住宅改修について、住宅改修のみでは、居宅プラン請求はできないがENTに向け、在宅環境を整えたり、調整マネジメントにかかる労力を報酬として評価すべきではないか？（例）住宅改修、1件→単位など・今後末期がんなどが在宅療養生活ケースが増えていくと想定医療側には、ターミナルなどさまざまに連携加算が付いてきている。今後、チームケアの視点から、ターミナルケースには、居宅、介護サービス側にも連携加算をつけてもらえると良い（意識も高まる）・居宅支援事業所（ケアマネジャー）の課題・医療連携が円滑に取れない（福祉職のケアマネが大半）・1人～3人少数ケアマネ事業所がほとんど（視点広がらない、研修等の充実が図れない）「対策」（案）・居宅に医療職、福祉職、%バランス良く何人以上、配置されている事業所へ体制加算を付ける（理由）看護職のケアマネの確保が年々難しくなっている少数事業所ではケアマネの質の向上が見込めない傾向。</p>
<p>・予防と介護の区分をゆるやかにしてほしい。例えば、書式等書類の統一とか。プラン料の同一化など。・介護度でプラン料を設定する事をやめて統一料金にする・特定事業所加算Ⅰの算定要件の介護度割合も緩和するか廃止してもらいたい。理由、明らかなADL等変化あっても既存の介護度でサービス利用可能な場合は、次の更新まで区分変更しなくても良い場合がある。※区分変更にかかる手間とお金が減る。</p>
<p>・老健では医療依存度が高い方の入所は施設の負担が大きく入所が困難。投薬、注射等医療機関で算定できる項目を検討してほしい。特に抗精神薬抗悪性腫瘍の注射等算定できれば老健の受け入れもしやすくなると思われる。</p>
<p>・日々研鑽に努めるケアマネジャーへケアマネジャーの処遇改善が必要。・地域包括支援センターを保険者から完全に分離し</p>

てほしい・地域格差の問題あり、縮めてほしい・セルフネグレクトの問題→どう取り組んでいくか

様々な加算は大変ありがたいのだが、利用者負担にはね返る為、質の高い支援の維持にはつながらない。安かろう…に現実なっている。このあたりの負担のあり方は、変えねばならない。加算のない、質の低い事業所は単価が安い為、利用が伸び易く質を上げるモチベーションは働かない。自由競争は歓迎するが、それが人材不足にもつながっている。単価の妥当性、もう一度検討されたい。

医療・介護が包括的に受けられるサービスが検討されているが、利用者自身にとってはとても良い事だと思う。しかしサービス側にとっては、経営面で苦しく（時間にとられないという点で…）医療と介護の報酬の幅が大きすぎる為に、取り組む事業所は少いのでは？と考えられる。（現状24時間介護をうたっている事業所も実際は受け入れしてもらえない）医療的処置が必要な方は、ショートや長期入所も受け入れしてもらえないので。その分在宅に負担がかかってくる。もっと柔軟にサービスを考えるなら、それなりの報酬はあってしかるべき。

居宅介護支援事業で医療連携加算、退院時加算の介護報酬が認められたと同じように診療報酬として、連携加算や退院時のカンファレンスに対する加算（ご自宅に行かれた場合の出張も含め）を患者から治療費（1割、3割）としてとるのではなく医療機関に直接、報酬として全額報酬される制度があればいいと思います。同じように各介護サービス事業所も退院時カンファレンスの参加に対する報酬（サービス導入になった場合）や24時間体制加算の報酬を高くし、利用者負担でなく、全額介護保険料（国保連）でまかなわれるようにする。その評価もきっちり点検できる専門性の高い機関に毎年、事業内容を報告することを義務づけることで、医療と介護の連携がなされているかチェックできると思います。

毎日の業務が書類作成に追われている現状です。最低限の書類で済む様になると時間が空き利用者の声をもっと聞く事が出来る様になります。

記入者職名－管理者・管理職名称

(在宅療養支援診療所) 問3 2

院長	院長	理事長・院長	所長	理事長	看護師長	副院長	院長
院長	理事長	院長	院長	院長	事務長	事務長	院長
院長	院長	所長	院長	院長	理事長	院長	理事長
院長	院長	理事長	院長	看護師長	院長	理事長	所長
院長	事務長	所長	院長	院長	理事	院長	理事長・院長
理事長	院長	院長	院長	理事長(医師)	院長	理事長	管理者
理事長・院長	院長	事務長	理事長	院長	専務理事	院長	院長
院長	院長	院長	院長	所長	院長	院長	院長
理事長・院長	院長	院長	事務長	副院長	院長	事ム長	院長

(在宅療養支援病院) 問3 2

理事	総看護師長
----	-------

(臨床研修指定病院) 問2 4

副院長	総看護師長	地域連携副室長
-----	-------	---------

(訪問看護事業所) 問2 4

管理者	施設の所長	保健師	看護師	管理者	訪看	所長・総師長	所長
部署の副主任	所長	課長補佐	看護職	所長	係長	訪問看護ステーション	代表
社長	看護師	所長	副主任	院長	保健師	副センター長	代表
管理者	理事長	管理者	所長	看護師長	看護師	管理者	院長
所長	所長	所長	所長	院長	所長	管理者	訪問看護
部長	管理者代理	事務長	所長	看護部長	訪問看護室科長	所長	
所長	院長	所長	科長	所長	管理者	管理者	
代表	主任	訪問看護	N s	管理者	所長	理事長	

(訪問介護事業所) 問2 4

サ責	管理者兼サービス提供責任者	代表取締役	管理者兼所長	管理者	サービス提供責任者	支店長	主査
所長	主任、(提)責任者	責任者	管理者	サービス提供責任者	サービス提供責任者	居宅管理者	介護チーフ
理事長	訪問介護事業所	管理者	所長	理事長	管理者	サービス提供責任者	介護サービス係長
代表者	管理職	居宅管理者	管理者	兼サ提責	訪問介護所長	主任ヘルパー	係長
管理責任者	代表取締役	所長	自立支援サービス提供責任者	管理者	管理者	管理者	サービス提供責任者
代表者	S担責任者	サービス提供責任者	理事	訪問介護	管理者	所長	事業者の代表者
代表取締役	管理者	経営者	サービス提供責任者	サービス提供責任者	代表	介護長	所長
管理者	施設長	管理者	訪問介護管理者	サ責	取締役	所長	所長
代表	代表者	理事長	管理者	短期入所生活介護係長	ヘルパーセンター管理者	所長	介護福祉士
サービス提供責任者	管理者	係長	事務局長	所長	部長(所長)	経営企画担当	管理者
取締役社長	主任	施設長	サービス提	管理者	サービス提	管理職	サービス提

			供責任者		供責任者		供責任者
取締役	サービス提供責任者	サービス提供責任者	施設長	サービス提供責任者	サービス提供責任者	管理者	理事長
専務	代表取締役	提供責任者	主任	副理事長	主任	管理者	サービス提供責任者
SW	サ責	役員	代表取締役	センター長	副管理者	介護課長	通所介護主任
訪問介護	サービス提供責任者	代表取締役	管理者	サービス提供責任者	ヘルパーステーション所長	事務長	サービス提供責任者
理事長	兼務	管理者	サービス提供責任者	S責	課長	取しまり役	センター長
事務局長	サ責	主任	管理者	管理者	管理者	サービス提供責任者	主任
施設長	代表者	役員	管理者	管理者	取締役	サービス提供責任者	所長
訪問介護	代表	代表取締役	管理者	提供責任者	取締役	サービス責任者	
訪問介護	事業部長	訪問介護	主任	サービス提供責任者	サービス提供責任者	サービス提供責任者	
提供責任者	介護課係長	代表者	所長	管理者	管理者	サービス提供責任者	
理事	代表	ケアマネ	取締役	介護サービス管理者	所長	施設長	
代表取締役	管理職	管理者	管理者	課長	管理者	専務	
管理者	管理者	代表	所長	社会福祉士	代表取締役	管理者・代表	
主任	ヘルパー所長	管理者	代表取締役	サービス提供責任者	サービス提供責任者	サービス提供責任者	
サービス提供責任者	サービス提供責任者	管理者	サービス提供責任者	サービス提供責任者	理事長	所長	
施設長	サービス提供責任者	サービス提供責任者	事務局長	サービス提供責任者	管理者	サービス提供責任者	
事ム員	兼S責	サービス提供責任者	サービス提供責任者	管理者	社長	所長	
センター長	代表	代表	管理者	サービス提供責任者	訪問介護事業所所長	サービス提供責任者	
提供責任者	居宅介護支援	理事長	訪問介護	管理職	マネージャー	サービス提供責任者	
通所部長	所長	理事長	管理等	管理職	指定	管理者	
介護福祉師	介護グループ	管理責任者	課長	管理者	ヘルパーステーションサ責	所長	
理事	センター長	管理者	事務長	サービス提供責任者	センター長	サービス提供責任者	

(居宅介護支援事業所) 問24

管理者	管理者	代表	代表	管理者	居宅管理者	居宅	課長
所長	居宅介護支援	居宅介護支援事業所	■	デイサービス	主任	事務局長	教育担当
所長	居宅管理者	施設長	ケアプランセンター	管理者	管理者	管理者	業務部長
管理者居宅介護支援	施設長	施設長	統轄管理者	居宅	所長	居宅サービス係長	所長
介護担当取締役	管理者	居宅介護支援事業所	センター長	専務理事	係長	居宅支援事業所主任	居宅介護支援事業所
社会福祉士	管理者	代表社員	居宅	管理者	ケアマネ兼務	所長	サービス提供責任者

管理者	所長	ケアマネ	所長	代表取締役	管理者	管理者	管理者
医師	代表	センター長	取締役	管理者、師長	管理者	代表取締役	介護サービス係長
総括管理者	施設長	管理者	理事長	管理者	代理	管理者	管理者
施設長	課長	事務長	居宅介護支援	管理者	代表取締役	居宅介護支援事業所	所長
所長	センター長	所長	代表取締役	課長	居宅支援部長	所長	所長
施設長	事務長	通所介護事業所	管理者	事務長兼務	施設長	参事	センター長
事業所所長	管理者	■	訪問介護	介護支援専門員	主任ケアマネ	リーダー	管理者
管理者	管理者	社会福祉士	支所長	理事長	准看護師	居宅課長	所長
保健師	所長	居宅介護支援	居宅	管理者	クリニック院長	管理者	居宅のみ管理者
兼務	所長	事業主	主任	所長	社会福祉士	所長	管理者
兼ケアマネジャー	ケアマネジャー	管理者、主任	居宅介護支援センター	局長	居宅支援	管理者 理事	施設長
管理者	所長	■	管理者	管理者	管理職	看護介護科	主任
所長	管理者	管理者	理事長	副支配人	管理者	居宅介護支援事業所	次長
代表取締役	会社経営	取締役	看護師	管理者	看護部長	ケアマネ	代表取締役
言語聴覚士	所長	所長	居宅介護支援事業所	管理者	副院長	管理者	管理者
理事長	管理者	管理者	兼務	管理者	居宅	代表	代表取締役社長
ケアマネ 管理者	施設長	所長	居宅介護支援事業所管理者	管理者	管理職	管理者	居宅管理者
管理者	課長	所長	代表	管理責任者	管理者	主任	課長
管理者	管理者兼	訪問介護	管理者	センター長	施設長	副所長	センター長

記入者職名－その他

(在宅療養支援診療所) 問32

特別養護老人ホーム副理事長 兼配置医師	事務局長	事務局長	薬剤師
------------------------	------	------	-----

(在宅療養支援病院) 問32

地域連携室長(看護師)
-------------

(臨床研修指定病院) 問24

P S W	理学療法士
-------	-------

(訪問看護事業所) 問24

看護師	理学療法士	O T	理学療法士
保健師	保健師	認知症ケア専門士、福祉住環境コーディネーター	保健師
P T	P T	P S W	作業療法士
訪問看護師	理学療法士	社会福祉士 精神保健福祉士	事務長
O T R	企画、管理。	訪問看護師	代表取締役
薬剤師	保健師	社会福祉士	代表取締役
在宅サービス部門長	理学療法士	緩和ケア認定看護師	

(訪問介護事業所) 問24

事務管理責任者	サービス担当責任者	社会福祉士	サービス提供責任者
代表	サービス提供責任者	社会福祉士	社会福祉士
P S W・S W	サービス提供責任者	役員	サービス提供責任者
サービス提供責任者	介護員	法令遵守責任者	サービス提供責任者
会社代表	介護員	サービス提供責任者	サービス提供責任者
社会福祉主事	精神保健福祉士	サービス提供責任者	サービス提供責任者
代表	サービス提供責任者	ガイドヘルパー	サービス担当責任者
代表	事業者	サービス提供責任者	サービス提供責任者
保健師	社会福祉士	代表	統括主任ヘルパー
相談支援専門員	サービス提供責任者	サービス提供責任者	サービス提供責任者
生活相談員	サービス提供責任者	事務長	サービス提供責任者、支援費責任者
サービス提供責任者	サービス提供責任者	サービス提供責任者	保健師
社長代理	サービス提供責任者	私はヘルパーなので問題全てに答えることはできませんでした。	福祉用具専門相談員
サービス提供責任者	サービス提供責任者	薬剤師	所長
W. C o副理事長	サービス提供責任者	川崎市障害者ケアマネジメント従事者	サービス提供責任者
サービス提供責任者	生活相談員・訪問入浴介護員	サービス提供責任者	サービス提供責任者
社会福祉士、主任介護支援専門員 第一種衛生管理者	認知症介護指導者	サービス提供責任者	社会福祉士・精神保健福祉士
代表	ケアマネ資格あり	サービス提供責任者	サービス提供責任者
サービス提供責任者	サービス提供責任者	サービス提供責任者	サービス提供責任者
ヘルパー事業所チーフ兼任	サービス提供責任者	社会福祉士	専務理事
サービス提供責任者	会長	認知症ケア専門士	サービス提供責任者
サービス提供責任者	サービス提供責任者	経験者	保健師、P S W、ケアマネ
サービス提供責任者	サービス提供責任者	代表者	サービス提供責任者
サービス提供責任者	サービス提供責任者	サービス提供責任者	会社設立者
サービス提供責任者	生活相談員	サービス提供責任者	介護タクシードライバー
サービス提供責任者	元訪問看護師	サービス提供責任者	総務
主任ヘルパー	サービス担当責任者	副施設長兼務	代表取締役
サービス提供責任者	サービス提供責任者	社会福祉士	代表取締役
サービス提供責任者	サービス提供責任者	保健師、リスクマネージャー	統轄

法人代表者	生活相談員	サービス提供責任者	代表
-------	-------	-----------	----

(居宅介護支援事業所) 問24

社会福祉士、主任ケアマネ、社会福祉主事	サ責	管理栄養士	社会福祉士
柔道整復師	薬剤師	社会福祉士	主事・所長
社会福祉士	サービス提供責任者	社会福祉士	社会福祉士 介護支援専門員
社会福祉士	理学療法士	言語聴覚士	主任介護支援専門員
訪問薬剤師	保健師	社会福祉士	社会福祉士、主任ケアマネ
社長代理	社会福祉士	生活相談員	サービス提供責任者
社会福祉士 成年後見人	会長	作業療法士の資格有、OTとしての仕事は行っていない	社会福祉士
NSW	生活相談員	社会福祉士	社会福祉士
社会福祉士	歯科衛生士	認知症介護指導者、地域ケア推進員	認知症ケア専門士
社会福祉士	社会福祉士	社会福祉士	カウンセラー
社会福祉士	社会福祉主事	CSW	社会福祉士
社会福祉士	社会福祉士、主任ケアマネジャー	社会福祉士	認知症ケア専門士
保健師	作業療法士	准看	社会福祉主事
理学療法士	健康・生きがいアドバイザー・生活相談員福祉レクワーカー機能回復訓練指導員・介護予防訓練指導員	社会福祉士	生活相談員
薬剤師	福祉用具専門相談員	義肢	社会福祉士
OT、薬剤師	社会福祉士	精神保健福祉	生活相談員
社会福祉士、成年後見人	社会福祉主事	福祉用具専門相談員	保健師
社会福祉士	在宅介護支援センター	カウンセラー、看護教員	社会福祉士
薬剤師	社会福祉士	社会福祉士	NS
薬剤師	社会福祉士	理学療法士	はり灸マッサージ師
社会福祉士	社会福祉士	福祉用具専門員	社会福祉士
認知症ケア専門士	社福士	社会福祉士	保健師
社会福祉士	社会福祉士	事業主	社会福祉士
社会福祉士、精神保健福祉士	社会福祉士	社会福祉士	成年後見人
相談員	社会福祉士	薬剤師	社会福祉士
社会福祉士	社会福祉士、精神保健福祉士	社会福祉士	社会福祉士
社会福祉士	社会福祉士	理事	社会福祉士
介護福祉主事	社会福祉主事	社会福祉士	社会福祉士、救命士
薬剤師	社会福祉士	柔道整復師	社会福祉士
保健師	保健師	保健師	薬剤師
社会福祉セ			

## 併設施設－その他

## (在宅療養支援診療所) 問32

院内リハビリ	デイケア
デイケア。有床診療所だが休命中	介護療養型病床1床、1般病床3床、デイ케어
誤後児保育室	訪問看護ステーション 通所リハビリ
通所リハビリテーション	在宅療養支援診療所
デイケア	デイケア
病児保育	訪問リハビリ 福祉用具
訪問リハビリ	認定こども園
介護病床あり	デイホスピス（ボランティアによる）
訪問診察	小規模多機能居宅介護・認知症対応型デイサービス
デイケア	在宅診療所
介護療養型医療施設、訪問リハビリテーション	デイサービス
訪問リハ、通所ケア	訪問入浴
通所リハ	つどい場（縁の家）
ケアハウス	小規模多機能型居宅介護
通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション	有床診療所、デイケア
他の訪問看護ステーションと連携している	デイケア、訪問リハビリ
デイケア	デイケア
通所リハビリテーション	小規模多機能ホーム
訪問リハ、通所リハ	在宅介護支援センター、病児保育
訪問リハビリ	訪問リハビリ。福祉のよろず相談（県委託業務）
デイケア	

## (在宅療養支援病院) 問32

小規模多機能ホーム	病院内一介護療養型医療施設
-----------	---------------

## (臨床研修指定病院) 問24

地域包括支援センターなど
--------------

## (訪問看護事業所) 問24

デイケア・訪問リハビリ	特定施設
通所リハビリ	訪問リハビリ
訪問リハビリテーション	在宅療養支援診療所
シルバー人材センター、身体障害者通所施設（作業所）	介護支援サービス
通所リハビリ	包括支援センター
通所リハビリ、包括支援センター	福祉用具貸与
精神科DC	在宅療養支援診療所
ケアハウス・療養型（医療）・訪問リハビリ・介護予防拠点 事業・デイケアサービス・訪問診療	デイケア
ボランティア、健康福祉塾	居宅支援事業所
医療、介護、病棟、通所リハビリ	デイケア
デイケア	ケアハウス
小規模多機能型居宅介護	地域包括支援センター
デイケア、短時間リハ、訪問リハ	デイケア
デイケア	在宅療養支援診療所
デイケア 訪問リハビリ 包括支援センター	訪問入浴
療養型病院、デイケア	地域包括支援センター
訪問リハビリ	在宅支援診療所
同一事業体ではありませんが、連携しているところに、障害 者事業所グループホームあり	NPO法人街かどディハウス
通所療養介護	訪問入浴介護
通所リハビリ、往診クリニック	福祉用具貸与。
在宅支援診療所、訪問入浴、訪問リハビリ、通所リハビリ、 小規模多機能型居宅介護	福祉用具、訪問入浴、小規模多機能

小規模多機能居宅介護	福祉用具
デイケア・訪問リハビリ	小規模多機能型居宅介護
軽費老人ホーム、養護老人ホーム、地域包括センター	在宅介護支援センター
居宅介護支援事業所	金銭管理、サポート事業外出支援（輸送）

(訪問介護事業所) 問24

介護タクシー	ケアハウス・ユニット・在宅介護支援センター・4月より小規模多機能open
福祉用具貸与・販売	支援
お泊まりサービス	高齢者生活福祉センター 地域包括支援センター
デイケア、訪問入浴	整骨院（兼務）
訪問リハビリ	ケアハウス
ケアハウス	小規模多機能居宅介護
教育事業	福祉用具貸与事業所
介護専門タクシー	人材派遣事業が母体
居宅サービス事業	那須町 地域包括支援センター
介護タクシー	・軽費老人ホーム ・ケアハウス ・地域包括支援センター（市委託）
介護タクシー	養護老親ホーム、身体障害者施設×3
福祉用具貸与	訪問入浴 福祉用具
受託事業自費サービス	地域包括センター
ケアハウス 特定施設	福祉用具レンタル事業部
カウンセリング・有料相談	訪問入浴介護
養護老人ホーム	地域包括支援センター
高令者共同住宅	小規模多機能型居宅介護
生活介護、児童デイサービス	小規模多機能通所、移送、配食など
デイサービス	移送サービス
児童デイサービス	小規模多機能、訪問入浴、障害者自立支援事業
就労継続支援B型	地域包括支援センター
高令者支援ハウス	福祉用具
福祉用具レンタル	移動支援
小規模多機能居宅	養護老人ホーム
小規模多機能型	介護タクシー
生活介護 就労継続支援B型	介護タクシー
就労継続支援B型	軽費老人ホームケアハウス、地域包括支援センター
訪問入浴	特定施設
介護福祉タクシー	移動サービス
小規模多機能	ケアハウス、配食サービス
訪問入浴	訪問入浴
居宅介護	小規模多機能
在宅介護	小規模多機能居宅介護
居宅介護支援	養護老人ホーム、ケアハウス
養護老人ホーム	訪問入浴
シルバー人材・日常生活自立支援事業・福祉有償移送サービス・貸し出し車輛他	地域包括支援センター
訪問入浴	福祉用具貸与、販売
生活介護	ケアハウス
ケアハウス	障害福祉サービス（居宅介護 重度訪問介護 有償福祉運送一般事業）
支援住宅	小規模多機能
訪問入浴事業所	養護老人ホーム
居宅介護支援事業所	通所介護
デイケア（通所リハビリテーション）訪問医療（往診）	小規模多機能型居宅介護、訪問診療
配食事業	ケアハウス
訪問介護自費サービス事業・横浜市在宅ホールヘルプ事業	訪問入浴
訪問入浴	小規模多機能型居宅介護、外出支援サービス、訪問入浴、居宅介護

福祉用具専門相談員養成講座、各種セミナー	ケアハウス
介護療養型医療施設・通所リハビリ	福祉用具販売、貸与、住宅改修
福祉用具貸与	訪問入浴
障害者自立支援	地産地消食堂
訪問入浴	就労支援、共同住宅、生活介護
福祉用具貸与、小規模多機能	自費による介護・家事
小規模多機能型介護施設、在宅介護支援センター、ケアハウス	訪問入浴。
通所リハ・訪問リハ	移送サービス
保育園石巻市	小規模多機能
福祉用具貸与	市からの委託事業等
介護タクシー	訪問入浴介護
通所生活介護	福祉用具貸与、販売
小規模多機能型居宅介護	自立支援、重度訪問介護
小規模特養	デイケア
障害者自立支援	介護タクシー
小規模多機能型居宅介護事業所	福祉用具貸与、販売
事務1人	デイケア
知的障害者、グループホーム	小規模多機能
地域の居場所	身体障害者療護施設、身体障害者短期入所
清掃業、ペットサロン	療養通所介護、小規模多機能施設、就労支援B型
介護タクシー	訪問入浴
生活介護、児童デイサービス、ケアホーム	訪問入浴 福祉用具貸与
福祉用具	訪問入浴
有償運送	小規模多機能
訪問入浴、高齢者対応型下宿	小規模多機能 あんしんアパート
市の障害施策（訪問介護、デイサービス、ショートステイ）	在宅介護支援センター 保育園
在宅介護支援センター、緊急通報サービスセンター	ハリキュウ、マッサージセンター
福祉用具レンタル、ショップ	障害者自立支援者に対する生活介護、共同生活介護
訪問入浴	移動支援、居宅介護、重度訪問介護
ケアハウス	福祉用具貸与
ユニット	小規模多機能型居宅介護
社会福祉協議会	小規模多機能施設
配食サービス、訪問入浴	福祉用具貸与、福祉用具販売
保育園	社会福祉協議会
小規模多機能在宅介護	障害者支援相談
小規模多機能型	訪問入浴
生活介護、共同生活介護、児童デイサービス	福祉用具貸与
高齢者及障害者向け賃貸住宅	障害者生活介護事業（障がいデイサービス）
福祉有償運送	訪問入浴
訪問入浴	グループハウス
訪問入浴	訪問入浴、福祉用具
小規模多機能居宅介護	訪問診療、小規模多機能、デイケア、訪問リハビリ
訪問入浴	介護タクシー
レンタル、介護用品	ケアホーム
軽費老人ホーム	配食サービス
地域包括支援センター	児童デイ
介護タクシー	福祉ハイヤー
小規模多機能型居宅介護	在宅福祉事業
ケアホーム、障害者の方のヘルパー、認知症（グループホーム）	老人福祉センター
訪問入浴サービス	訪問入浴サービス
福祉用具、住宅改修、治験、など	

（居宅介護支援事業所） 問24

デイケア	包括支援センター
------	----------

福祉用具貸与・販売	デイケア
地域包括支援センター	通所リハビリ
通所リハ	宅老
住宅型有料老人ホーム	小規模多機能型居宅介護
デイケア・訪問リハビリ	福祉用具貸与
認知症デイ	ケアハウス（特定）、小規模多機能。
福祉用具貸与・特定福祉用具購入品・介護保険適用の住宅改修	ケアハウス
福祉用具	居宅介護支援事業所
訪問入浴介護	デイケア
デイケア	ケアハウス
包括、地域密着型居宅介護、福祉用具貸与、介護タクシー、配食	訪問入浴
単独の事業所です	通所リハビリ
訪問入浴	ケアハウス
デイケア	医療系
デイケア	自主サービスによる宿泊（ショートステイ）サービス
デイケア	訪問入浴、知的デイサービス、支援ハウス
配食	訪問リハビリ、居宅療養管理指導
福祉用具販売、住宅改修	訪問リハ
※独立型	ケアハウス、小規模多機能、訪問リハ、通所リハビリ
訪問入浴介護、ケアハウス、地域包括支援センター	デイケア
障害事業数種、介護事業数種	訪問マッサージ、鍼灸治療院
訪問リハビリテーション	訪問リハビリ、通所リハビリ
保険外宿泊	介護タクシー
訪問入浴	小規模多機能型居宅介護
専門職後見人、ケアマネ講師	在宅介護支援センター
療養型病床	福祉用具貸与
小規模	ケアハウス
宅老所	訪問入浴
補聴器、眼鏡店	認知症型デイサービス・児童養護施設
通リハ	小規模多機能居宅介護
福祉用具	障害者児童デイサービス
福祉用具貸与・販売	接骨院
なし	通所リハビリ
福祉用具貸与	小規模多機能型居宅介護
訪問診療	訪問リハビリ
通所リハビリテーション	児童デイサービス
訪問入浴	デイケア、訪問リハビリ
鍼灸院	通所リハビリ（デイケア）
居宅介護事業所	訪問入浴
福祉用具	小規模多機能居宅介護
福祉用具	通所リハビリ
鍼灸指圧院	訪問入浴
デイケア	通所介護
配食サービス	養護老人ホーム
軽質老人ホーム	訪問入浴
包括	小規模多機能施設
小規模多機能型居宅介護	認知症対応型デイサービス
通所リハビリテーション	小規模多機能
訪問入浴サービス	ケアハウス
通所療養介護	小規模多機能型居宅介護
訪問入浴、福祉用具貸与、販売	デイケア
訪問リハビリ	介護タクシー
ケアハウス（特定施設入所者生活介護）地域包括支援センター・小規模多機能型居宅介護	訪問リハビリテーション

小規模多機能	福祉用具レンタル
通所リハビリ、短期入所療養	単独
福祉用具販売、レンタル	通所リハビリテーション・小規模多機能ホーム
福祉用具貸与・販売	ケアハウス
福祉用具貸与、販売、車椅子の販売	訪問入浴
デイケア	地域包括
デイケア	住宅型有料老人ホーム
通所リハビリテーション	訪問リハビリ
管理栄養士事務所	移動支援、重度訪問介護
デイケア、訪問リハビリ	訪問入浴
軽費老人ホーム	訪問■■■
小規模多機能型居宅介護	訪問入浴
小規模多機能	ケアハウス、デイケア
福祉用具貸与	針・灸 マッサージ
身体障害者療護施設	訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション
配食サービス、ホームレス支援、福祉用具貸与	福祉有償運送、配食サービス
地域福祉・成年後見	老人福祉センター
デイケア	薬事法第2条第5項に定められた薬局
福祉用具レンタル	通所リハビリ
訪問入浴	デイ・ケア
ケアハウス	小規模多機能施設
生活支援ハウス	小規模多機能型居宅介護
デイケア	通所サービス
訪問入浴	ケアハウス、福祉用具貸与事業所
通所リハ、訪問リハ	ボランティア、外出支援旅行
デイケア	精神科デイケア、共同作業所
訪問入浴介護	ケアハウス
福祉用具貸与	小規模多機能型介護支援施設
訪問リハビリ	訪問入浴
福祉用具レンタル福祉用具購入	小規模多機能・介護支援センター（ランチ）
デイケア	カフェ
包括支援センター	障害者通所施設
福祉用具貸与	特定施設入居者生活介護
軽費老人ホームA型	一般会社
配食	デイケア
ケアハウス	ケアハウス、配食サービス
福祉用具貸与・福祉用具購入・販売	小規模多機能施設、介護付きケアハウス
地域包括支援センター。	訪問入浴
安心生活創造事業	ケアハウス
福祉用具貸与・販売	自費介護
宅老所（介護保険外）、たすけあい、有償ボランティア	デイケア
小規模多機能施設	デイケア、メディケアホーム
小規模多機能型居宅介護。	デイケア
訪問リハビリ	包括支援センター
通所リハビリテーション	ケアハウス、地域密着型介護老人福祉施設
小キボ	レンタル、ケアハウス
訪問入浴、福祉用具貸与	在宅支援診療所、通所リハビリ
居宅介護支援のみ	福祉用具販売、貸与
介護用品、地域包括、保育所	デイケア
福祉用具貸与	配食サービス、保育園
精神科デイケア	小規模多機能
小規模多機能型居宅介護	小規模多機能居宅介護
地域包括支援センター	通所リハビリテーション
デイケア	特定施設、ケアハウス
訪問入浴	通所リハビリ、小規模多機能型居宅介護
家政婦紹介部	家政婦紹介所

デイケアサービス	福祉用具貸与、福祉用具販売、住宅改修（一般家具販売）
ケアハウス	訪問入浴
デイケア	通所介護
養護老人ホーム	地域包括支援センター
鍼灸整骨院	通所リハ
福祉用具貸与、住宅改修	鍼灸院
デイケア	訪問リハビリ、デイケア
指定福祉用具貸与	訪問リハビリ
小規模多機能	認知症対応型通所介護
小規模多機能	福祉用具貸与
福祉用具貸与	学童保育
福祉用具貸与	訪問入浴
デイ・ケア、訪問リハビリ	福祉用具
福祉用具貸与	通所リハビリテーション
通所介護	福祉用具貸与
通所リハビリ、訪問リハビリ	ケアハウス
福祉用具貸与	通所リハビリ
生活介護・居宅介護・児童デイサービス	小規模多機能
デイケア	訪問リハビリ
通所リハ 訪問リハ	軽費老人ホーム
訪問入浴介護	在宅診療、デイケア
認知症グループホーム、（精）社会復帰援護寮	認知症通所介護
デイケア、福祉	通所リハビリ
小規模多機能型居宅介護施設	障害者生活介護事業（障がいデイサービス）
医療機器販売、レンタル	訪問入浴
福祉用具レンタル・販売	通所リハビリ
包括支援センター	介護タクシー
訪問入浴	ケアハウス（特定施設入居者生活介護）
移送サービス	小規模多機能
訪問リハビリ、福祉用具貸与、福祉用具販売	地域包括支援センター
福祉用具貸与、販売 介護タクシー	生活介護事業所
ケアハウス	デイケア
認知症対応型デイサービス	養護老人ホーム
訪問リハビリテーション	福祉用具レンタル・住宅改修
介護療養型医療施設	通所介護
介護保険外の宅老所、生活援助、院内介助等の身体介護	看護婦家政婦紹介所
訪問リハビリ	地域密着デイ
訪問リハビリ	移送サービス
養護老人ホーム	有償ボランティア
独立事業所	デイケア
訪問入浴	小規模多機能型居宅介護
訪問リハビリ、小規模多機能、小規模特養	福祉用具貸与、住宅改修等
移動入浴サービス	小規模多機能施設、訪問リハビリ
宅老所	配食サービス・デイケア・訪問リハ
訪問リハ、通所リハ	児童養護施設
通所リハビリ	福祉用具
デイケア	末期専門のグループハウス
福祉用具貸与	通所リハビリ
小規模多機能ホーム	療養通所 外出支援（医療の必要な重度の方を中心に）
認知症対応型通所介護施設	地域包括支援センター
訪問入浴介護サービス	社会福祉協議会
通所リハビリ、訪問リハビリ	訪問入浴 包括
ケアハウス	福祉輸送サービス、身障介護サービス
保険外訪問介護、横浜市依託事業	デイケア
障害児童デイサービス	福祉用具貸与・販売
地域包括支援センター、小規模多機能型居宅介護	通所リハビリテーション

高有賃	通所リハビリテーション
特定高齢者支援（ミニデイ）	デイケア
包括支援センター	通所リハ、居宅療養管理指導、訪問リハ
ケアハウス	訪問入浴
配食サービス・無認可有料のような施設・デイケア	指定障害福祉支援
小規模多機能	通所リハビリ・訪問リハビリ・居宅療養管理指導
グループホーム	介護療養型医療施設
訪問入浴	通所介護、ケアハウス
訪問入浴	養護老人ホーム 訪問入浴
小規模多機能	小規模多機能型居宅介護
地域包括支援センター・在宅介護支援センター	デイケア
訪問入浴	小規模多機種施設
通所介護・小規模多機能型居宅介護	養護老人ホーム
地域包括支援センター	シルバーハウジング
訪問リハビリ	福祉用具貸与サービス
福祉用具貸与	通所介護
デイケア（通所リハビリテーション）	小規模多機能ホーム
デイケア	小規模多機能施設
老人ホーム	訪問入浴
小規模多機能型居宅介護支援	通所リハビリ

診療科－その他

(在宅療養支援診療所) 問3 2

法医病理科	緩和ケア	緩和ケア内科	老年内科
総合診療	透析	人工透析内科	緩和ケア外科
総合診療	腫瘍内科漢方内科	緩和ケア	緩和ケア内科
救命救急	糖尿病内科	性病科・放射線診断科	家庭医療
人工透析	人工透析センター併設		

(在宅療養支援病院) 問3 2

血管外科	乳腺外科
------	------

(臨床研修指定病院) 問2 4

糖尿病、膠原病、腎内	歯科	高齢医学科、老年病科	形成外科、小児外科、歯科口腔外科
血液内科、歯科	女性診療科	病理診断科	歯科口腔外科、矯正歯科
歯科	小児心臓新生児病理科		



『生きることの全体』を支えるICF(国際生活機能分類)に基づく  
医療・介護等の包括的提供と運営戦略に関する調査研究事業

別冊 — 4 —

平成 23 年 3 月

---

平成 22 年度老人保健事業推進費等補助金

老人保健健康増進等事業分

厚生労働省発老 0928 第 1 号

研究代表者 川島 孝一郎

一般社団法人 国際在宅医療研究会  
東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野

〒980-0013

宮城県仙台市青葉区花京院二丁目 1 番 7 号

TEL : 022-212-8502

FAX : 022-212-8533