

## ①【日常の療養支援】

課 題	根本の要因（箇条書き）
<p>介護を担う家族の身体的精神的ストレスを軽減する必要がある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>家族が介護に対する知識が（身体介護や認知症の方に接する方法等）身につけられるよう取り組んでいるが、発信が弱いのではないか。</b></li> <li>・ <b>介護に対する知識ばかりが先導してしまっている（マスコミ、SNS 情報・・・）、技術や対応が追いついていないから身体的精神的ストレスがたまるのでは？</b></li> <li>・ 身体的、精神的ストレスがたまった時の相談先が不明？</li> <li>・ 家族関係希薄</li> <li>・ サービス事業所の人材不足</li> <li>・ <b>病院で説明を受けていても、介護のイメージが付かないまま生活が始まってしまう。と、経験のない家族は自信を失ってしまう。</b></li> <li>・ 認知症があつてショートステイを利用する場合、症状によっては、ショートステイを利用できないため結局介護者の負担軽減ができない。</li> <li>・ <b>介護者が、認知症への対応方法を教わる機会が少ない。</b></li> <li>・ 家族が経済的負担を感じる。</li> <li>・ <b>家族は高齢になり疾病にて衰え、できないことが多くなった利用者のことを受け入れられず「なぜ」と思いながら対応する。それを繰り返し放った言葉に家族は反省や試行錯誤を繰り返す。</b></li> <li>・ 家族から介護方法などに細かく指示があり、反対に信頼関係が作り辛く、苦情になることがあり事業所交代が多いケースがある。</li> <li>・ 親亡き後孤立しがち。</li> <li>・ 家族の負担が重く、虐待案件として扱われる事例もあるが、本人家族とも離れたくない、寂しいといって元の鞘に戻るものが少ない。</li> <li>・ ヘルパーが不足しているため、サービスを受けるまでに半年以上待つことがある。</li> <li>・ 障害者総合支援法から介護保険法による給付へ移行の際など、慣れたヘルパーにいつまでも担当してもらえとは限らない。</li> <li>・ <b>病識がなく受診しがらない人がいる。</b></li> <li>・ 介護者の急な病気の時介護を変わる人がいる確約がない。</li> <li>・ <b>服薬管理への説明。飲み忘れ時の対応への説明。</b></li> <li>・ <b>食べないなどの対処法について、食事管理が必要な介護への不安。</b></li> </ul>

<p>夜間休日の不安が解消できるようにする。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療と介護の双方で、夜間、土日祭日に稼働している事業所や、稼働できる人数が、平日と比べ非常に少ないため、不安との意見が多くあり。サービス提供だけでなく、家族がフルワークしている場合など、上記同様に休日に相談に行ける場所が少ない苦情を多く聞く。</li> <li>・万が一の対応がわからない。又は自分にすべて課せられているように思う。</li> <li>・<b>どのような場面でどんなサービスが利用できるかの説明をすることで相談の場も出来ると不安の解消につながる。往診や看護の緊急対応により本人・家族が安心できる。</b></li> <li>・対応できるマンパワーが圧倒的に少ない。</li> <li>・夜間営業の事業所が少ない。</li> <li>・介護業界全体で人材不足で、日中の対応でいっぱい、夜間まで人材確保ができない（人材不足？手当不足？）</li> <li>・夜間対応可能な事業所数が少ない。</li> <li>・夜間休日に何かあったら来てもらえるのか不安になる。</li> <li>・予測していなかった事態が起きた時に不安になる。</li> <li>・独居者の場合、家族がすぐに駆け付けられない。</li> <li>・人材不足や社会資源が乏しいことで夜間に支援を受けられないことの不安がある。</li> <li>・夜間・休日の相談窓口がない。</li> <li>・不安に感じる事象の想定とその対応について、事前に主治医に確認するなどの準備が不足している。</li> </ul>
<p>在宅医・リハビリ職・訪問介護等の供給不足をカバーする方策を見つけて取り組む。</p>	<p><b>【在宅医】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・<b>訪問診療と往診の違いがわかりにくい。</b></li> <li>・対応できる機関の数が少ない。</li> <li>・同じ医師に来てもらいたいと利用者が希望する。</li> <li>・在宅で診療する時間が確保できない。</li> </ul>
	<p><b>【リハビリ職】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・S Tのリハビリが必要な状態で退院しても、昭島の介護保険でS Tの調整ができず（S Tが常勤の事業が少なく常勤していても1名というのが現状）、必要なリハビリが受けられない。</li> <li>・訪問マッサージの利用を利用者が望み、その必要性があっても、主治医の同意が得られず利用できない事がある。</li> <li>・歴史的観点からみてもPT&gt;OT&gt;STのが現状。 生活期での機能回復は難しい中で、PT/OT/ST自身どこに着目するか？の理解できていないスタッフが多いため、採用側としては無難なPTの採用数を増やしており、対比数になってしまっている。また、リハビリテーションの立場としては、「回復」を職種の魅力と考えている若者が多く、機能回復しない生活期での「生活の回復」に魅力を感じていないセラピストが多い＝病院勤務が多い。・現状を打破するのは難しい問題、各協会レベルの長期的な対応が必要で、介護まではいかないが人材不足は一緒である。</li> <li>・手当や金銭の問題ではないような気がする。今、いる人員でどう対応ができるのか？が課題。</li> <li>・STが少ない上に症状が安定している方のS Tの希望がある。利用する側の意識改革が必要。</li> <li>・発症から年月が経過していてもリハビリを行うと症状が改善されると思いリハビリを希望する方が多い。施設で行うのが</li> </ul>

	<p>リハビリと思っている。</p> <p>【訪問介護】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・定期巡回、小規模多機能の利用規模があっても、市内でも区域外があり、また空きがなく利用できない。</li> <li>・訪問介護士の世代交代がうまくいっていない。</li> <li>・若年層の介護士はベテラン訪問介護士に比べて明らかに家事に対する経験値が低い。</li> <li>・若年層の生活を見ると、家事をしない世代が多い＝現場に出たときに「家事」がネックになってしまう＝働きたくない？</li> <li>・土・日・祭日、朝、夕の時間帯に稼働できるヘルパーが少ない。対応はサービス提供責任者が多い。</li> <li>・職種を上手く組み合わせ、利用者、家族が心配ないように考えるが中には人の出入りが多く落ち着かない利用者がいる。長時間の訪問時間が取れない制度内での対応の為希望時間とアンマッチになることがある。</li> <li>・利用する側の意識改革も必要（いつも同じ人に来てほしい等）</li> <li>・急変時看護職が少人数あるいは1人で判断、対応することへの精神的負担が大きい。</li> </ul>
	<p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問介護士自体の仕事内容がネガティブに捉えられがち。</li> <li>・薬局で多職種から依頼を受けて受託出来ない際その他施設の照会方法がない。</li> <li>・同じ人に来てもらいたいと利用者が希望する。</li> <li>・仕事と家庭生活との両立が困難なため、夜間休日の呼び出しに対応できるスタッフが限られる。</li> <li>・新型コロナウイルス感染や濃厚接触者となり出勤できる人数が少なくなることがある。</li> <li>・訪問看護の人材不足。</li> </ul>
<p>本人や家族が、生活状況や健康状態等を医療・介護関係者へ上手く伝えることが困難でも、関係者間の情報共有が円滑に行われるように ICT 等の仕組みを構築する必要がある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・タイムリーな情報共有は行えているが利用者の状態把握は伝言者の見解となる。ありのままの状況を伝える努力はしている。何をどのように伝えと良いのかを学びながら行っている。実際の皮膚状況なども映像で確認が出来ることで、処置の有無など医療連携に繋がる。</li> <li>・<b>ICT についての利用方法や現状、関係者への周知が不足している。</b></li> <li>・<b>ICT に対しての理解が進んでいないため必要性を感じていない。</b></li> <li>・積極的にかかわる医師がいない。</li> <li>・バイタルリンクは、個人情報保護に対してのセキュリティが高い反面、ツールを施設内で共有できないため扱いが面倒。</li> <li>・ICT 導入の必要性の確認不足。</li> <li>・ICT の導入手続きや利用方法がわからない。</li> </ul>

<p>認知症や精神疾患等があるため、必要性があるにも係わらず医療や介護を受けていない人が、適切な医療や介護を受けられるようにする。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の認知機能低下等のため、受診の必要性が理解できない。又自分の状況を理解できず、対応者に暴言や苦情的発言をし、周囲が何とか連携し方向性を打診するが理解はできない。このような利用者が独居または家族の関係性が悪いことが多い。関係機関が連携し方向性を確認することで少しずつ利用者の気持ちに変化がおきることもある。</li> <li>・なぜ介入を拒むのか等のアセスメントがきちんと出来ていない。</li> <li>・<b>何か起きてからでは遅いので、ある程度の事前の関わりが必要だという事への周囲の理解。</b></li> <li>・<b>認知症＝手がかかると考え問題視している職員が多く、認知症＝理解し支えようと考え、行動を理解しようとしていない。</b></li> <li>・本人の意向の確認が摂れていないケースが多い。周りの声や心配が先行してしまう。</li> <li>・「ひとの世話になりたくない」「契約で家族に迷惑をかける」といって医療や介護を拒否する。または、受診の機会があっても継続しない。</li> <li>・自分の考えを変えることが困難な人がいる。</li> <li>・認知症で受診を拒む人が多いが、訪問して認知症を見てくれる医師がほぼいない。</li> <li>・かかりつけ医がいない。</li> <li>・<b>当事者自身が医療や介護の必要性を理解できないか、受け入れたくない本人なりの理由がある。</b></li> </ul>
---	---