

令和5年度  
日本ケアマネジメント学会

公益財団法人フランスベッド・ホームケア財団 調査研究委託事業

# コロナ感染拡大がケアマネジメントに与えた影響に関する調査 報告書

令和6年3月

白澤政和（国際医療福祉大学大学院 教授）  
服部万里子（NPO 法人渋谷介護サポートセンター 理事長）  
白木 裕子（株式会社フジケア 取締役社長）  
小澤 温（筑波大学大学院 人間総合研究科 教授）  
福富 昌城（花園大学 社会福祉学部 社会福祉学科 教授）  
内田 陽子（群馬大学大学院 保健学研究科 教授）  
尾形 京子（飯岡・永井地域包括支援センター 主任介護支援専門員）  
茂古沼江里（福岡地域包括支援センター 主任介護支援専門員）  
和田 京美（藤寿会南国居宅介護支援事業所 主任介護支援専門員）  
畑 亮輔（北星学園大学 社会福祉学部 社会福祉学科 准教授／報告書執筆）

## はじめに

日本では、コロナパンデミックは2020（令和2）年1月15日に最初の感染者が確認され、患者数が増加しはじめ、2023（令和5）年5月8日からコロナ感染症は2類相当から5類になりました。

この間には、ケアマネジャーは家庭訪問などの制限を余儀なくされ、多くの課題を抱えることになりました。

こうしたコロナパンデミックの中でのケアマネジメントについて、ケアマネジャー自身だけでなく、利用者や家族にも多くの課題や評価できたこともあったといえます。そうしたエビデンスを明らかにすることで、今後このような事態が生じた場合での対応方法を示すだけでなく、日々のケアマネジメント実践にも活かしていきたいと考えています。同時に、今後の利用者に対して質の高いケアマネジメントを実施していくうえで、貴重なデータを得ることができました。その意味では、本報告書を多くのケアマネジャーに読んでいただきたいと願っています。

最後に、本研究を一般社団法人日本ケアマネジメント学会に委託いただきました公益財団法人フランスベッド・ホームケア財団に感謝申し上げます。また、短期間で調査をおまとめいただきました本調査委員会の服部万里子委員長はじめ、委員の先生にお礼を申し上げます。

令和6年3月末日

一般社団法人 日本ケアマネジメント学会  
理事長 白澤政和

2020（令和2）年1月に日本で初のコロナ感染者が出てから4年が経過しました。日本では緊急事態宣言やまん延防止等重点措置が繰り返し出されましたが、2023（令和5）年5月から感染症法に基づく分類が2類から5類に変わり行動制限無し、マスクも原則不要になりました。

しかしコロナ感染は終わっていません。2024（令和6）年1月に東京都内のコロナ感染者数は増加し入院は1000人を超え、小池東京都知事は「予防対策徹底宣言」をしました。2024（令和6）年2月に厚生労働省は40都道府県で新規感染者の増加を発表しました。

15歳から64歳の現役世代の引きこもりは146万人（内閣府調査）で、5人に1人が「新型コロナウイルスの流行」をあげています。また、高齢者は外出や人との交流が減り、精神的不安や身体的機能の低下が起きます。これらに向き合い、支援するのがケアマネジャーです。ケアマネジャー不足が社会問題化している現状で、コロナの感染拡大が、ケアマネジメントに与えた影響、自宅訪問によるモニタリング、関係者が一堂に集まるサービス担当者会議がどうなったか、サービス利用者にも与えた影響に関して全国調査を行いました。

コロナ感染が続く中で、今後の利用者支援や感染症対策に活かしていただければ幸いです。

令和6年3月末日

研究代表者 服部万里子

# 目次

---

## はじめに

I 調査の概要.....	1
1. 目的.....	1
2. 方法.....	1
3. 調査項目.....	3
II 調査結果.....	5
1. 回収数と回収率.....	5
2. 調査・分析結果の要点と提言.....	5
3. ケアマネジャー調査の結果.....	10
4. 利用者調査の結果.....	42
5. 分析の結果.....	50
巻末資料.....	55
・ アンケート調査票（ケアマネジャー調査）.....	56
・ アンケート調査票（利用者調査）.....	67

# I 調査の概要

## 1. 目的

2020（令和2）年2月以降、日本でも感染が拡大した新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の影響により、ケアマネジメントの現場では様々な支障が生じた。ケアマネジャーは利用者や家族とのかかわりが薄くなり、多職種連携も十分に対応できないなど、厳しい状況があったとの声が聞かれている。そのようなコロナ禍においても、多くのケアマネジャーはケアマネジメントの質を担保すべく、ICTの利活用や面接時間の短縮と訪問回数の頻回化などの創意工夫を行ってきたことが報告されている。しかし、コロナ感染拡大が利用者や家族、さらには医療・介護事業者を含めたケアマネジメントにどのような影響を及ぼしたのか、十分な調査や検証はなされていない。今後、コロナに限らずさまざまな感染症感染拡大時におけるケアマネジメントの質保証を図る施策を考えるうえで、これを検証することは日本ケアマネジメント学会としての使命である。

本調査の目的は、コロナ感染拡大がケアマネジメントに与えた影響について明らかにすることである。また、その結果に基づき、コロナ感染拡大時におけるケアマネジメントのあり方、また感染拡大に備えたケアマネジメントの視点や方法について提言する。

## 2. 方法

### （1）調査方法

上記目的に向けて、全国の居宅介護支援事業所に勤務するケアマネジャー（以下、ケアマネジャー調査）と利用者（以下、利用者調査）の両者を対象とした自記式郵送法によるアンケート調査を実施した。

調査対象者は、介護事業所・生活関連情報検索を用いて全国の都道府県の居宅介護支援事業所から無作為に選出した1000カ所の事業所に所属するケアマネジャー1名と、そのケアマネジャーが担当する利用者1名とした。なお、居宅介護支援事業所に対しては郵送により調査票一式を送付した。封入した書類は以下の通りである。

#### ■郵送した書類一式

① 事業所宛て依頼文	}	ケアマネジャー調査用
② ケアマネジャー用調査票		
③ ケアマネジャー用返信用封筒		
④ 利用者様への依頼文	}	利用者調査用
⑤ 利用者用調査票		
⑥ 利用者用返信用封筒		

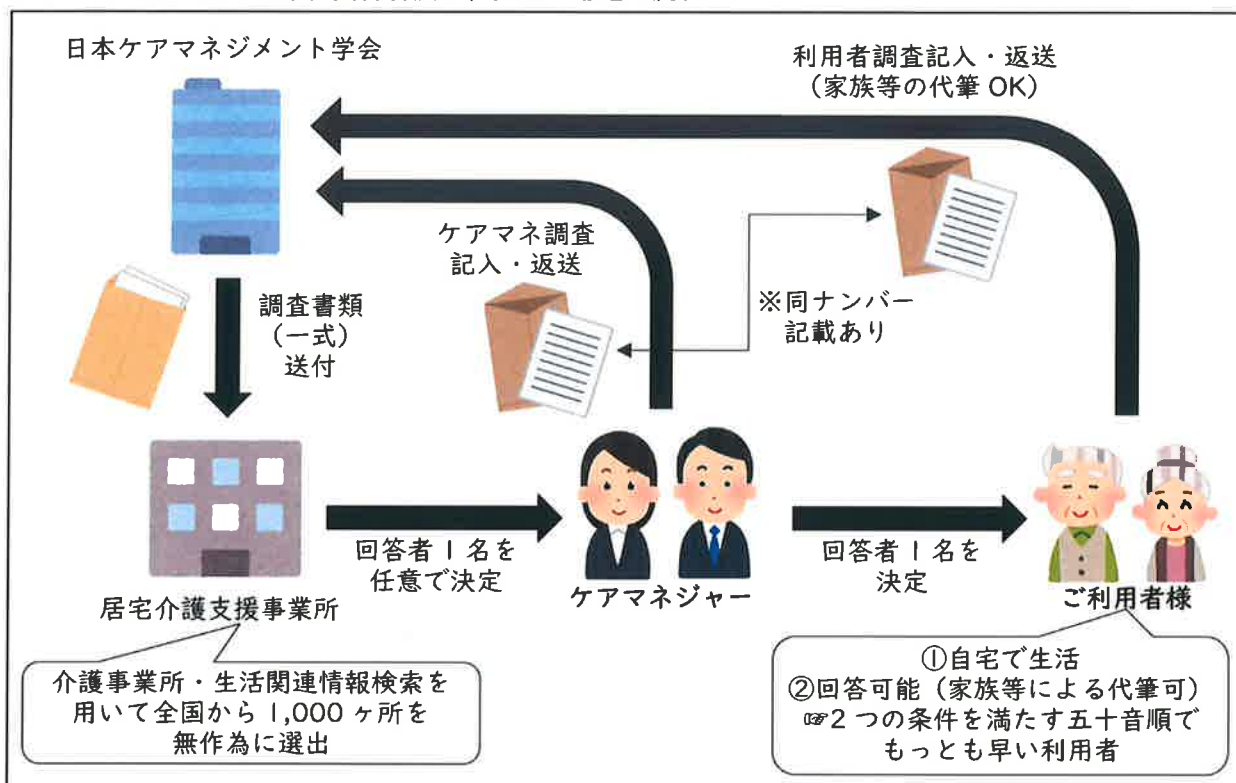
### （2）調査対象者

ケアマネジャー調査に回答するケアマネジャー1名の選出は事業所に任意で決定してもらった。

利用者調査は、ケアマネジャー調査の回答者となったケアマネジャーが担当している利用者のうち氏名が五十音順でもっとも早い方を対象者として選出してもらうよう、ケアマネジャー調査の依頼文に明記した。なお、利用者調査の回答者の条件として、①自宅で生活しており（住宅系サービス入居者は対象

外)、②利用者用調査票への回答が可能な方(家族による代筆もOK)の2つを設定した(ケアマネジャー調査の回答者のケアマネジャーが担当している利用者のうち、五十音順でもっとも早くこの2つの条件を満たしている方)。利用者調査の対象者にはケアマネジャーより上記④⑤⑥の書類を渡してもらった。

図1-1：調査票の配布、回答者決定、記入・返送の流れ



※ケアマネジャー調査と利用者調査の結果を突き合わせて分析できるように、ケアマネジャー用調査票と利用者用調査票には同じ調査票ナンバーを記載した。ただし、調査票ナンバーと送付先事業所は一切結び付けず、回答・返送された調査票から回答者を特定することは一切できないように処理した。

### (3) 調査における倫理的配慮と個人情報に関する取り扱い

本調査実施に当たり、以下の倫理的配慮を行うこととし、依頼文に明記した。

- ・本調査により収集した情報は、調査研究責任者である服部万里子(学会理事：NPO 法人渋谷介護サポートセンター理事長)による監督のもと日本ケアマネジメント学会事務局にて厳重に管理を行い本研究の目的にのみ使用すること。
- ・研究目的(成果についての報告書作成、研修会の開催、学会発表や論文作成)を超えた使用はしないこと。
- ・個人が特定されるデータや結果が公表されることはないこと。
- ・本調査への協力は任意であり対象者の自由な意思が尊重されること。
- ・本調査の趣旨について同意できる場合のみ調査への協力を依頼し、記入済みの調査票の提出をもって調査協力への同意を得たこととみなすこと。
- ・同意できないない場合には提出する必要はなく、そのことに関して一切不利益を受けないこと。

なお、本調査を実施するにあたり、北星学園大学において研究倫理審査を受け、承認を得ている。  
(承認番号：23-研倫第 45 号)

#### (4) 調査の実施期間

2023 年 11 月 28 日 (火) ～2023 年 12 月 22 日 (金)

#### (5) 調査実施における COI (利益相反) 開示

本調査研究は、公益財団法人フランスベッド・ホームケア財団から日本ケアマネジメント学会が調査研究受託事業として委託を受け、実施するものである。調査研究実施に係る委託金助成額は 1,000,000 円である。

### 3. 調査項目

#### (1) ケアマネジャー調査

ケアマネジャー調査におけるアンケートに記載した質問項目は以下の通りである。

##### 問Ⅰ 勤務する居宅介護支援事業所について

- ・事業所が所在する都道府県
- ・事業所が所在する地方自治体の種別
- ・事業所が算定している加算

##### 問Ⅱ ケアマネジャー自身について

- ・性別
- ・年齢
- ・基礎資格
- ・主任介護支援専門員の有無
- ・介護支援専門員としての実務経験年数
- ・現在のケアプラン作成数 (1 か月あたり)
- ・現在の勤務形態
- ・職場での役職

##### 問Ⅲ コロナ感染拡大がケアマネジメントに与えた影響

- ・利用者や家族の状況
- ・インテーク
- ・アセスメント
- ・サービス担当者会議
- ・ケアプランの作成
- ・モニタリング
- ・医療サービスの利用と連携
- ・地域の社会資源の状況

## (2) 利用者調査

利用者調査におけるアンケートに記載した質問項目は以下の通りである。

### Q1 利用者自身について

- ・性別
- ・年齢
- ・要介護度
- ・同居家族の有無

### Q2 コロナ流行前後での変化

- ・身体の状態
- ・気持ちや気分の状態
- ・外出する回数
- ・他者との交流
- ・家族・親族との交流
- ・家族との関係

### Q3 介護サービスの利用

- ・訪問によるサービスの利用
- ・デイサービスなどの通うサービスの利用
- ・短期宿泊するサービスの利用
- ・サービスを利用しようという気持ち

### Q4 ケアマネジャーによる関り

- ・ケアマネジャーの訪問回数
- ・訪問時の滞在時間
- ・ケアマネジャーと電話で話す回数
- ・ケアマネジャーとのコミュニケーション

### ■自由記述

※ 巻末資料 (P.55～) にケアマネジャー調査、利用者調査それぞれの調査票を記載

## II 調査結果

---

### 1. 回収数と回収率

調査の結果、ケアマネジャー調査は379件（回収率37.9%）、利用者調査では281件（回収率28.1%）の回答票を回収することができた。そのうち、ケアマネジャー調査票と利用者調査票がセットで回収することができたのは279件だった。

### 2. 調査・分析結果の要点と提言

#### (1) 調査・分析結果の要点

本調査および分析結果の要点は以下の通りである。

##### <ケアマネジャー調査の結果>

##### (利用者・家族の状態)

- 多くのケアマネジャーは、コロナ感染拡大によって利用者の身体的機能（約7割）、心理的機能（約8割）が低下したと捉えている。またコロナ感染拡大時における利用者のもっとも大きな変化は他者交流（社会的交流）であり、9割近くのケアマネジャーが利用者の他者交流が減少したと回答した。ケアマネジャーは感染拡大時における利用者の身体面・心理面・社会面の変化を把握し、必要な支援と結び付けることが重要である。
- 利用者ケアにおける家族介護者の負担はコロナ感染拡大時に変化したという回答が多かったものの、「減少した」「増加した」いずれも4割程度の回答となっていた。利用者・家族の状況によって介護者のケア負担は減少する場合もあれば増加する場合もあるため、ケアマネジャーには感染拡大時に介護者のケア負担の状況を適切に把握することが求められる。

##### (インターク)

- コロナ流行時にはインタークとしての訪問時間は短く、そして訪問回数も少なくなる。ただし、制度や支援内容についての説明への影響は限定的であり、ケアマネジャーは短い・少ないインタークにおいて効果的・効率的な説明を実施していたと考えられる。

##### (アセスメント)

- コロナ流行時にはアセスメントの面接時間が短く、また面接回数も少なくなることが明らかとなった。またアセスメントにおける主治医との連携はとりづらくなり、家族の同席や本人・家族以外の関係者からの情報収集も減少していた。
- 約4割のケアマネジャーがアセスメントにおける利用者や（家族）介護者の理解はしづらくなると回答しており、コロナ流行によるアセスメントの影響が大きいことが考えられた。

##### (サービス担当者会議)

- コロナ感染拡大によってもっとも影響を受けるのがサービス担当者会議であることが明らかとなった。開催時間の短縮化、開催回数の減少、参加者数（事業所、インフォーマルな支援者、家族）の減少などがかなりの割合で生じていた。



#### (ケアプラン作成)

- ケアプラン作成はコロナ感染拡大時においても7割程度が「変化なし」という結果だが、事業所側の受け入れ態勢や外出を控えたい利用者の意向から体験利用が減少し、事業所探しにかかる時間が長くなるという傾向が見られた。またケアプランへのインフォーマルな支援の位置づけも減少してしまうことが明らかになった。

#### (モニタリング)

- モニタリングはコロナ感染拡大による影響が大きく、利用者への訪問回数、家族の同席、地域支援者との関りが減少したことが明らかとなった。特にモニタリングとしての利用事業所への訪問や住宅系サービスへの訪問が難しく、1年以上電話のみでモニタリングせざるを得ない状況だったという自由記述も多数見られた。
- コロナ禍の対応を通して、状態変化の少ない利用者へのモニタリングは月1回の訪問ではなく電話で十分であることが分かったという記述や、逆に状態や状況の変化が多い利用者については訪問によるモニタリングが行政や住宅系サービスの事業者から制限されてしまうと状態把握が難しくなるという自由記述が複数見られた。

#### (医療サービスの利用と連携)

- コロナ禍における医療サービスとの連携では、訪問診療、訪問看護、そして在宅での看取りなどが増加しており、病院受診のハードルが高くなり、在宅医療が進展したことが示唆された。
- 退院時カンファレンスの開催頻度はコロナ感染拡大時に著しく減少していたことが明らかとなった。また自由記述でも事前のカンファレンスがないまま退院を迎えたり、退院直前になってようやく病院から連絡が来たりするなど、病院との連携が難しくなることの記述が多数見られた。

#### (地域の社会資源)

- コロナ感染拡大を通して地域の通所系サービス事業所、訪問系サービス事業所ともに減少したことが明らかとなった。他方で、コロナ禍には地域のボランティアや集いの場はフォーマルサービス以上に激減してしまっていた。その結果、利用者は外出の機会がなくなり、心理的な機能低下につながったという自由記述も見られている。

#### (ICT ツールの活用)

- 利用者との関り（インテーク・アセスメント・モニタリング等）における ICT ツールの利活用は十分に進んでおらず、利用者・家族側が ICT ツールを用いることの難しさがあることが示唆された。（電話によるインテーク実施は約4割のケアマネジャーが実施経験有りと回答しており、電話は利用者・家族にとって使いやすいツールであることがうかがえる。）
- 医療連携における ICT ツールの活用は「増加した」が3割程度と、他の場面における ICT ツール活用の増加よりも多くなっていた。自由記述でも医療との連携では ICT ツールが活用できたという回答が見られており、医療機関との連携においては ICT ツール活用が行いやすい環境にあったことが明らかとなった。
- 医療機関以外のサービス事業所との連携における ICT ツールの活用状況はさまざまであり、十分な活用は進まなかったことが示唆された。

## <利用者調査の結果>

### (コロナ流行前後での本人の変化)

- コロナ流行前後に利用者本人の体の状態や気持ち・気分の状態といった身体面・心理面の変化としては、7割程度が「変わらない」と回答、「低下した」という回答は3割程度にとどまった。
- 利用者の外出する回数や他者との交流はコロナ流行後に約半数が「減った」と回答しており、本人たちの自覚としては身体面・心理面以上に社会面への影響が大きかったことが明らかとなった。
- 家族・親族との交流が「減った」という回答は約3割だったが、家族との関係は「変わらない」という回答が約9割となっており、交流は減少したものの関係悪化につながったわけではない場合が多かったことが推測できた。

### (コロナ流行前後での介護サービス利用)

- コロナ流行前後での介護サービスの利用について「変わらない」という回答は、訪問サービス利用で約9割、通所サービス利用で約7割、短期宿泊サービスで約8割となっていた。コロナ流行前後で通所サービス利用の変化が大きかったことが示された。
- コロナ流行後でのサービス利用の意向は、「利用したい」が83.6%、「利用したくない」が16.4%となっていた。多くの利用者はコロナ流行後もサービス利用の意向を有していたが、一部の利用者においては利用意向が低減したことが明らかとなった。
- 自由記述では、コロナ禍で不安がある中でもケアマネが丁寧にサービス調整をしたことへの感謝が多数見られており、ケアマネジャーが利用者のサービス利用意向に基づいたサービス調整や心理的なサポートを提供していたことが示された。

### (コロナ流行前後でのケアマネジャーによる関り)

- 利用者からみたコロナ流行前後でのケアマネジャーによる関りでは、訪問回数の減少や訪問時の滞在時間の短縮化、電話で話す回数の増加といった変化が示された。
- 上記のようなケアマネジャーによる関りの変化はありつつも、ケアマネジャーとのコミュニケーションは「変わらない」という回答が85.7%、そして「とりやすくなった」が11.5%と「とりづらくなった(2.9%)」を大幅に上回っていた。自由記述にも多数のケアマネによる丁寧な関りへの感謝の言葉がみられ、ケアマネジャーが感染症予防の対策を講じながらも利用者に寄り添った支援を続けてきたことが示された。

## <分析結果>

### (ケアマネジャー調査の分析結果)

- コロナ感染拡大によるケアマネジメントへの影響は、行政(地方自治体)の方針によって大きく変動することが考察された。つまり、行政が示す居宅介護支援事業所や各サービス事業所の運営方針によって、より大きくケアマネジメントが制限されることもあれば、ある程度ケアマネジャーやサービス事業所の裁量によって柔軟にケアマネジメントを実施することができるようになる可能性があると考えられる。

- コロナ感染拡大時には病院での診療が難しくなるため、訪問診療や訪問看護などの在宅医療が進展したが、その中でも政令市・特別区では訪問診療の利用が有意に多くなっていた。地域特性による社会資源の充実度によって、感染症拡大時の対応に差異が生じることが明示された。

#### (利用者調査の分析結果)

- 利用者の家族・親族との交流は町村で有意に減少幅が大きくなっていた。行動制限が課せられるコロナ流行時において、町村部は住民気質や地理的關係も含めて家族・親族との交流がとりづらくなることが明らかとなった。
- 要介護3・4・5という重度の利用者の方がコロナ流行後にケアマネジャーとのコミュニケーションがとりやすいと感じていることが明らかとなった。電話による連絡を増やすなど利用者の状態・状況を把握するためのケアマネジャーによる創意工夫の結果、中重度の利用者はコロナ禍以前よりもケアマネジャーとのコミュニケーションがとりやすくなったと感じる成果につながっていた。
- 女性利用者は男性利用者よりもコロナ流行後に他者交流が減少したと感じていた。女性高齢者がしている他者交流である地域のかかわりなどが自粛・行動制限により著しく減少したことが影響したと考えられる。
- 同居家族がいる利用者比べて一人暮らし高齢者は家族との関係が悪くなったという傾向が確認された。また同居家族がいる利用者の方がコロナ流行後にケアマネジャーとのコミュニケーションがとりやすくなったと感じている方が多いことが明らかとなった。

#### <ケアマネジャー調査の結果と利用者調査の結果の比較>

- ケアマネジャー調査の結果と比較して、利用者調査の結果ではコロナ感染拡大後の利用者の身体的・心理的・社会的機能が低下したという回答は少なくなっていた。2020年3月以降の長期のコロナ禍の生活を通して利用者は自らの変化に少しずつ順応しながら生活しているため、客観的に判断しているケアマネジャーよりも低下を感じづらかったと考えられる。他者交流はコロナ禍における外出自粛や行動宣言で唐突に減少したため、利用者自身も減ったと受け止めている場合が多かったのではないだろうか。
- ケアマネジャーはインタビュー・アセスメント・モニタリングのいずれのケアマネジメント場面においても利用者への訪問を制限したと回答していたが、それに比べて利用者調査ではケアマネジャーによる訪問回数などは変わらないという回答が多かった。特筆すべきは利用者調査の結果、ケアマネジャーとのコミュニケーションは変わらない、あるいは「とりやすくなった」という回答が多くを占めており、大変なコロナ禍においてもケアマネジャーが利用者にそれを感じさせない関りをしてきたことが示された点である。
- 自由記述ではケアマネジャーが自らの体調管理にも気を遣いつつ神経をすり減らしながら利用者の支援、ケアマネジメントに取り組んできたことが多く記されているのに対して、利用者調査ではケアマネジャーが親身に支援してくれたため不安を解消できたなどケアマネジャーに対する感謝の言葉が多く見られた。ケアマネジャーはコロナ感染拡大において大変な業務に就きながらも、利用者にはそれを感じさせないような寄り添った支援を提供していたことが示された。

## (2) 調査・分析結果を踏まえた提言

本調査および分析の結果より、感染症感染拡大時におけるケアマネジメントのあり方、また感染症感染拡大に備えたケアマネジメントの視点や方法について以下の提言を行う。

### (感染症流行下におけるケアマネジメントのあり方)

- コロナ禍の状況はケアマネジャーの訪問回数を減少させ、インテーク、アセスメントなどのケアマネジメントプロセスにも影響を与えたが、ケアプランやフォーマルサービスの導入など、利用者に対するケアプランには影響を及ぼすことのないよう努力されていた。利用者からは、悪化したという意見も見られたものの、変化なしという意見がもっとも多かった。これにより、感染症の感染が拡大する状況においても、ケアマネジメントによってケアの質を保證することの重要性が示された。今後は、従来の方法に加えて、ICTの導入や活用を積極的に図るなどのシステム構築が求められる。

### (ICT利活用に向けたシステム構築の方向性)

- ICTの導入・活用に向けたシステム構築では、医療機関だけでなく介護サービス事業所を含めた取り組みが必要である。場面によってICTの利活用が効果的なケアマネジメント場面は多数想定されるが、調査の結果ICTの活用状況にはケアマネジャーやサービス事業所によって大きな差異があることが示された。システムの構築に加え現場の専門職が活用できるようになるための取り組み(講習会)なども必要である。

### (在宅医療推進に向けた地域での検討)

- 感染症の感染拡大時には医療機関への受診が難しくなるため、普段より訪問診療や訪問看護など在宅医療を受けられる体制を整備することが求められる。そのため、医療機関や介護事業所、また地方自治体も含めて社会資源(医療)のあり方について検討する場を設けることが必要である。

### (行政による感染拡大防止と利用者支援のバランスに基づいた方針提示)

- 感染症拡大時の対応では、ケアマネジャーやサービス事業所による取り組みの前提として行政による方針提示が重要である。感染症拡大防止と利用者の身体的・心理的・社会的機能の維持という2つの視点がバランスした方針を提示することで、ケアマネジャーもサービス事業所も利用者寄り添った支援が提供できるようになることが期待される。

### (ACP・家族負担も視野に入れた居宅ケアマネジメント)

- コロナ禍では病院や施設での面会制限がなされた。居宅では利用者・家族間での交流は減少することもなく、ACPの推進が図れたことにより、居宅を選択する者の増加が推測される。感染症に対応するためのケアマネジメントに向けて、居宅の重要性を再確認するとともに、家族の負担も含めたマネジメント力の形成がますます重要になってくる。

### (感染拡大時のケアマネジャーの保護)

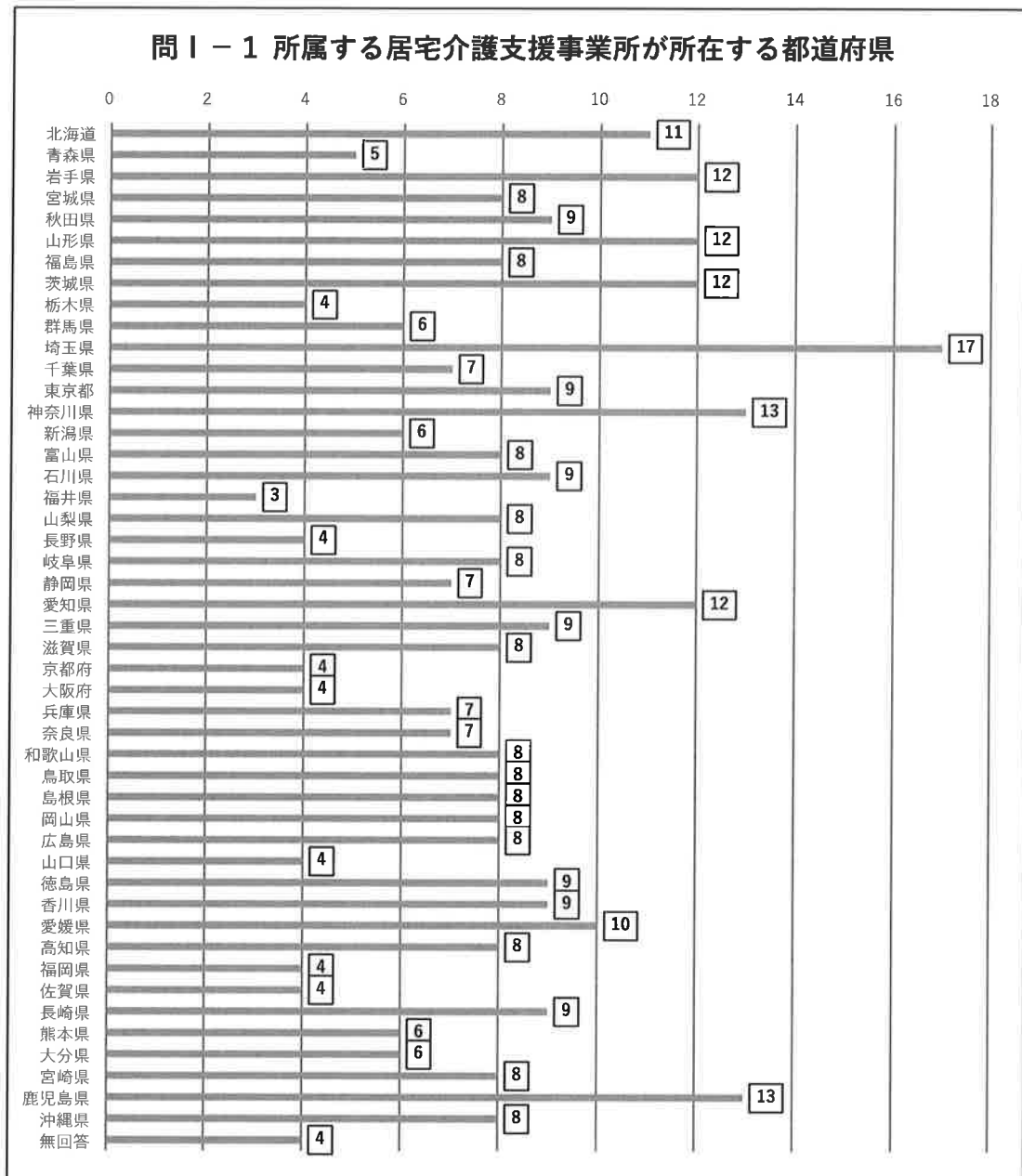
- 感染症拡大時におけるケアマネジャーの役割、またケアマネジメントの重要性と効果が示された。他方で、多くのケアマネジャーは心身ともに大きな負担がかかっていたこと、離職する者も少なかつたことが明らかとなった。今後、感染症対策としてのケアマネジメントの在り方を講じる際には、ケアマネジメントの質保証のみならず、ケアマネジャーを守るための方策についても具体的に対策することが必要である。具体的には上記のような行政による方針の提示、事業所間で共通認識に基づいた協力関係の構築、利用者や家族に対する広報周知などが挙げられる。

### 3. ケアマネジャー調査の結果

#### 問Ⅰ-1. 事業所が所在する都道府県

今回ケアマネジャー調査に回答したケアマネジャーの居宅介護支援事業所が所在する都道府県について、もっとも多かったのは「埼玉県」の17件(4.5%)であった。それに次いで「神奈川県」「鹿児島県」が13件(3.4%)、そして「岩手県」「山形県」「茨城県」「愛知県」が12件(3.2%)の順であった。回答が得られなかった都道府県はなく、全国のケアマネジャーから回答を得た。

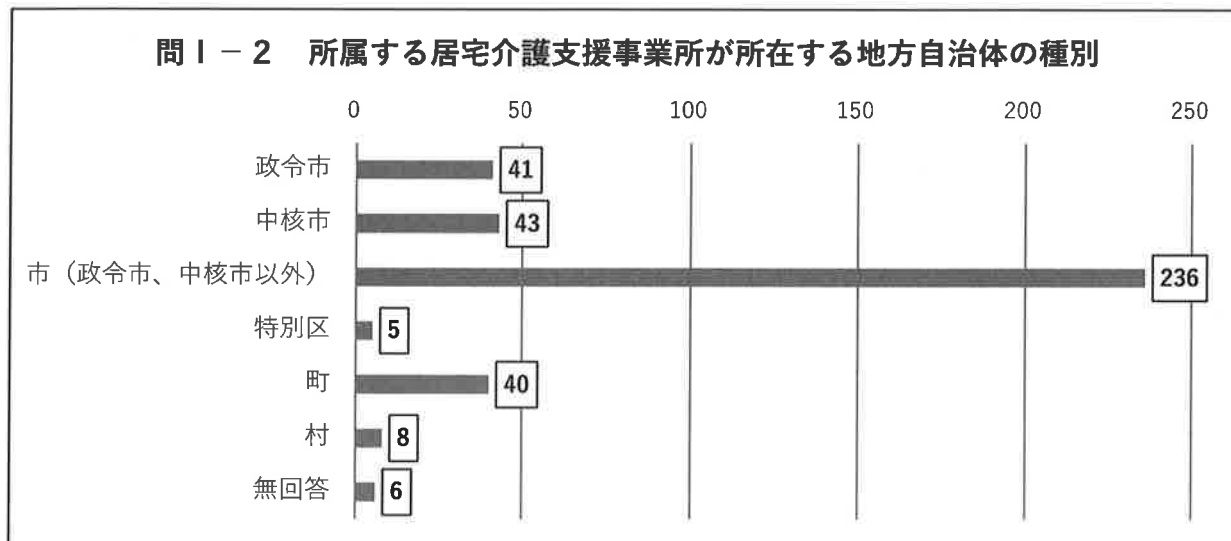
サンプル数	北海道	青森県	岩手県	宮城県	秋田県	山形県	福島県	茨城県	栃木県	群馬県	埼玉県	千葉県	東京都	神奈川県	新潟県	富山県	石川県
100.0 379	2.9 11	1.3 5	3.2 12	2.1 8	2.4 9	3.2 12	2.1 8	3.2 12	1.1 4	1.6 6	4.5 17	1.8 7	2.4 9	3.4 13	1.6 6	2.1 8	2.4 9
サンプル数	福井県	山梨県	長野県	岐阜県	静岡県	愛知県	三重県	滋賀県	京都府	大阪府	兵庫県	奈良県	和歌山県	鳥取県	島根県	岡山県	広島県
100.0 379	0.8 3	2.1 8	1.1 4	2.1 8	1.8 7	3.2 12	2.4 9	2.1 8	1.1 4	1.1 4	1.8 7	1.8 7	2.1 8	2.1 8	2.1 8	2.1 8	2.1 8
サンプル数	山口県	徳島県	香川県	愛媛県	高知県	福岡県	佐賀県	長崎県	熊本県	大分県	宮崎県	鹿児島県	沖縄県	無回答			
100.0 379	1.1 4	2.4 9	2.4 9	2.6 10	2.1 8	1.1 4	1.1 4	2.4 9	1.6 6	1.6 6	2.1 8	3.4 13	2.1 8	1.1 4			



### 問 I - 2. 事業所が所在する地方自治体の種別

ケアマネジャーが所属する居宅介護支援事業所が所在する地方自治体の種別は「市（政令市・中核市以外）」がもっとも多く 236 件（62.3%）、「中核市」が 43 件（11.3%）、「政令市」が 41 件（10.8%）、「町」が 40 件（10.6%）と、さまざまな種別の自治体から回答を得ることができた。

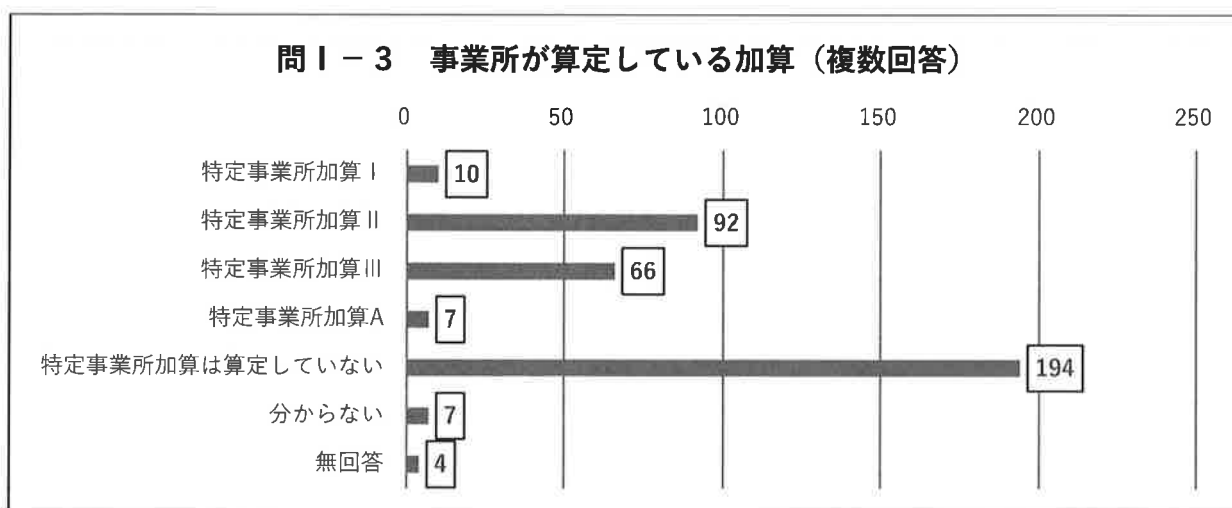
サンプル数	政令市	中核市	中核市（政令市以外）	特別区	町	村	無回答
100.0 379	10.8 41	11.3 43	62.3 236	1.3 5	10.6 40	2.1 8	1.6 6



### 問Ⅰ－３．事業所が算定している加算（複数回答）

ケアマネジャーが所属する居宅介護支援事業所が算定している加算は「特定事業所加算は算定していない」がもっとも多く 194 件（51.2%）となっており、半数以上が特定事業所加算を算定していない状況であった。算定している加算としては「特定事業所加算Ⅱ」が 92 件（24.3%）、「特定事業所加算Ⅲ」が 66 件（17.4%）と多くなっていた。特定事業所加算Ⅰや特定事業所加算 A を算定している事業所は非常に限定的であった。

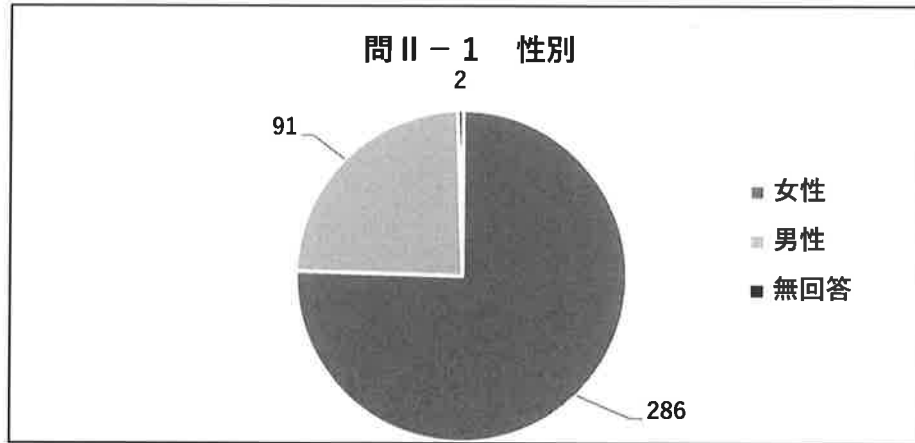
サンプル数	特定事業所加算Ⅰ	特定事業所加算Ⅱ	特定事業所加算Ⅲ	特定事業所加算 A	算定している加算は	分からない	無回答
100.0 379	2.6 10	24.3 92	17.4 66	1.8 7	51.2 194	1.8 7	1.1 4



問Ⅱ－１．性別

ケアマネジャーの性別は「女性」が286件（75.5%）、「男性」が91件（24.0%）であった。

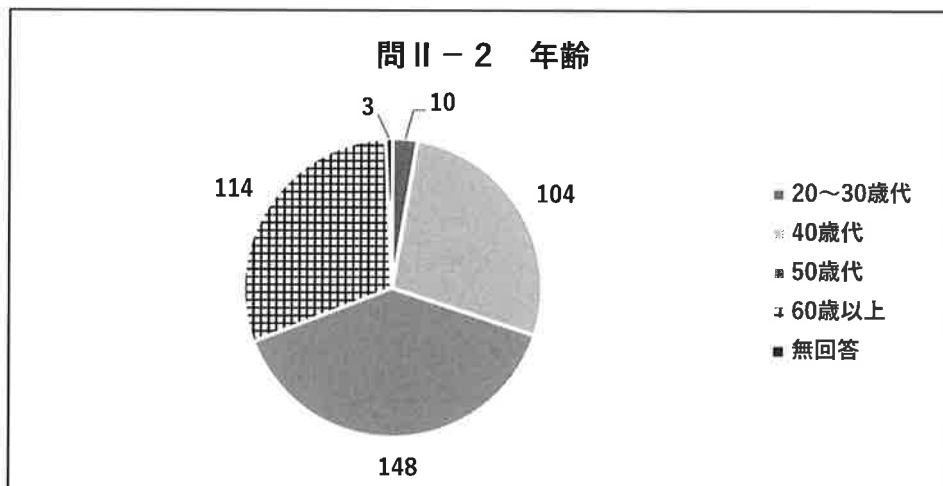
サンプル数	女性	男性	その他	回答しない
100.0 379	75.5 286	24.0 91	- -	0.5 2



問Ⅱ－２．年齢

ケアマネジャーの年齢では「50歳代」が148件（39.1%）ともっとも多かった。

サンプル数	20～30歳代	40歳代	50歳代	60歳以上	回答しない
100.0 379	2.6 10	27.4 104	39.1 148	30.1 114	0.8 3



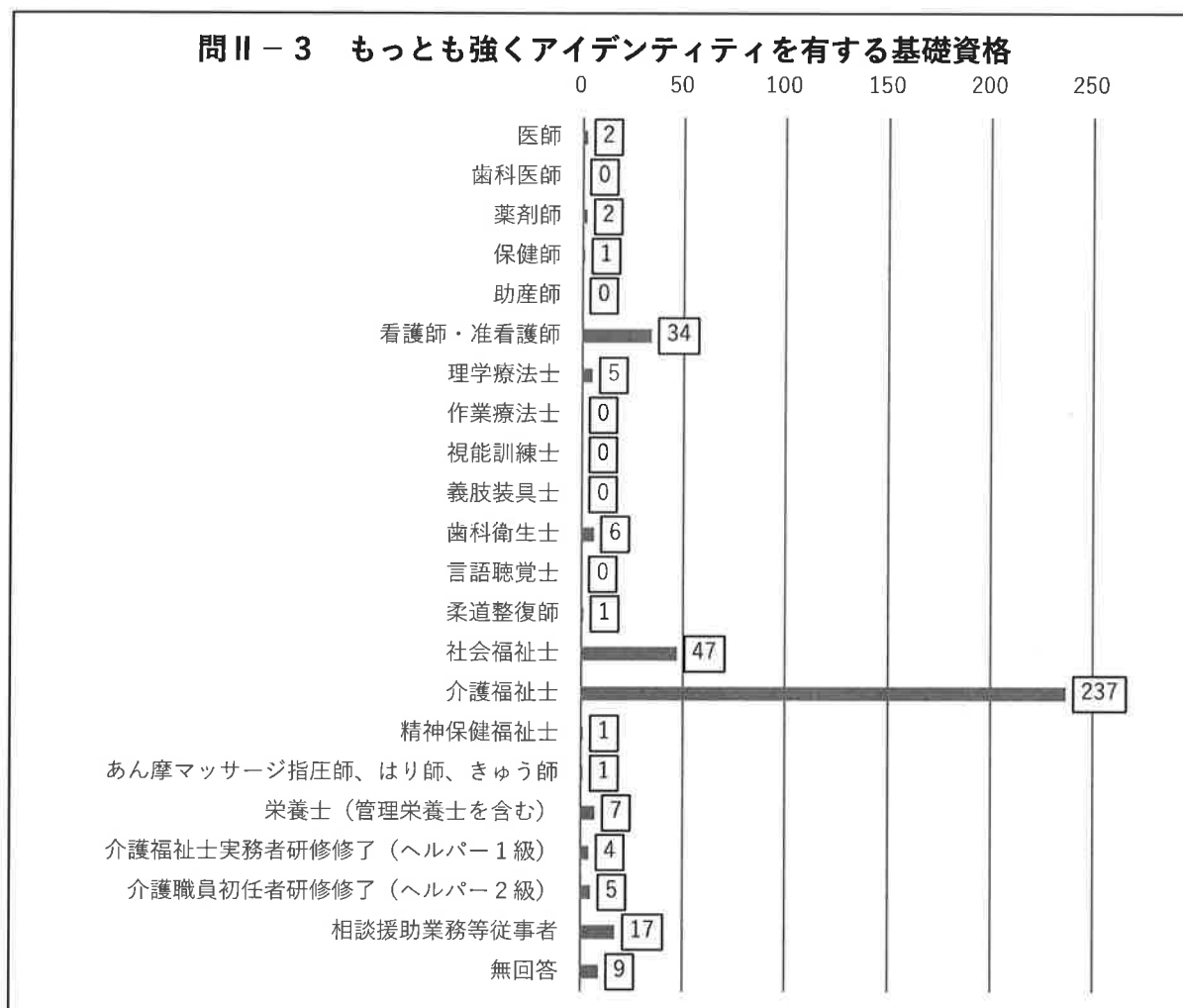


問Ⅱ－3. 基礎資格としてもっとも強いアイデンティティを有するもの

ケアマネジャーがもっとも強いアイデンティティを有する資格としては「介護福祉士」がもっとも多く237件（62.5%）となっていた。次いで多かったのは「社会福祉士」の47件（12.4%）であり、「看護師・准看護師」は34件（9.0%）であった。

サンプル数	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師・准看護師	理学療法士	作業療法士	視能訓練士	義肢装具士	歯科衛生士	言語聴覚士	柔道整復師	社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師
100.0 379	0.5 2	- -	0.5 2	0.3 1	- -	9.0 34	1.3 5	- -	- -	- -	1.6 6	- -	0.3 1	12.4 47	62.5 237	0.3 1	0.3 1

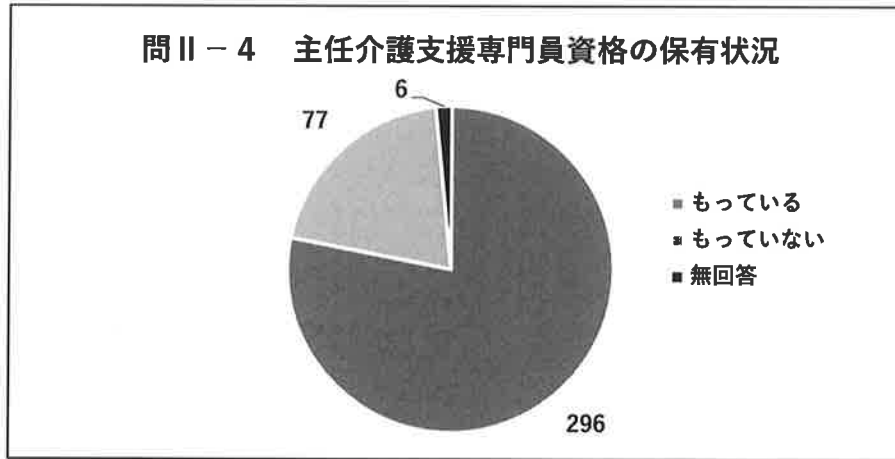
サンプル数	栄養士（管理栄養士を含む）	介護福祉士実務者研修了（ヘルパー1級）	介護職員初任者研修了（ヘルパー2級）	相談援助業務等従事者	無回答
100.0 379	1.8 7	1.1 4	1.3 5	4.5 17	2.4 9



問Ⅱ－４．主任介護支援専門員資格の保有状況

主任介護支援専門員資格の保有状況としては「もっている」が296件(78.1%)となっており、回答した介護支援専門員の8割近い方が主任介護支援専門員の資格を有していた。これは、多くの回答者が管理者等の立場にあることが影響したと考えられる(問Ⅱ－8参照)。

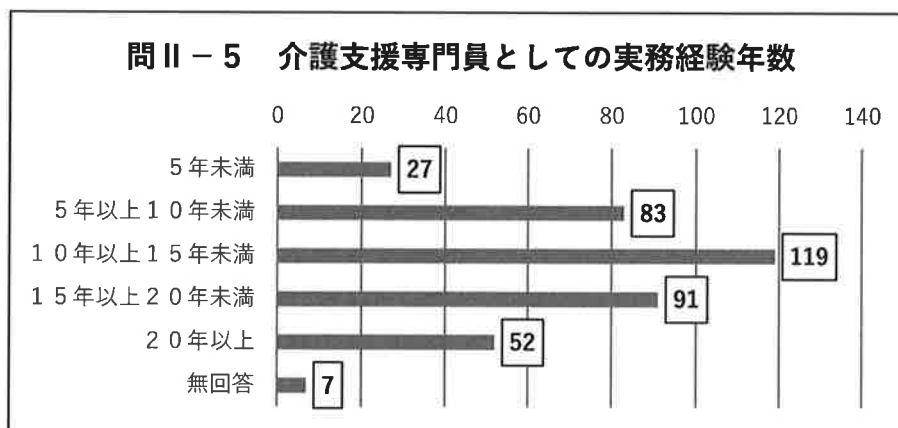
サンプル数	もっている	もっていない	無回答
100.0 379	78.1 296	20.3 77	1.6 6



問Ⅱ－５．介護支援専門員（主任介護支援専門員含む）としての実務経験年数（通算）

介護支援専門員としての実務経験年数は「10年以上15年未満」がもっとも多く91件(32.0%)であり、平均は13.0年、最小は0.17年、最大が24.42年となっていた。幅広い経験者から回答を得た。

サンプル数	5年未満	5年以上10年未満	10年以上15年未満	15年以上20年未満	20年以上	平均(年)	(最小年)	(最大年)
100 372	7.3 27	22.3 83	32.0 119	24.5 91	14.0 52	13	0.17	24.42

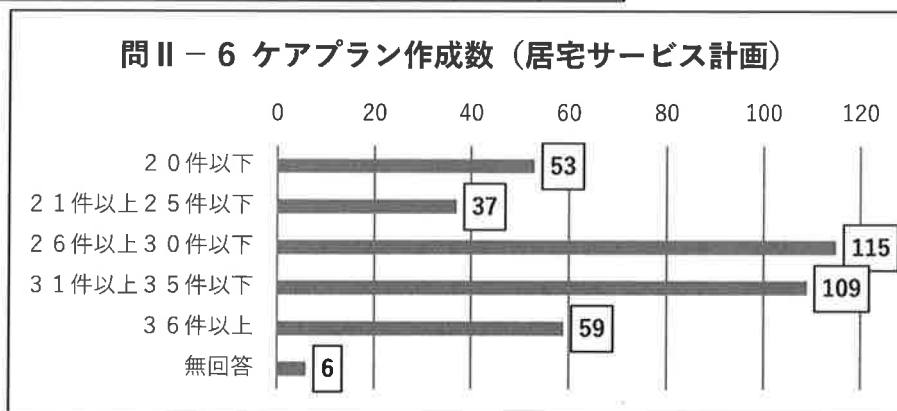


問Ⅱ－6. 現在のケアプラン作成数

① 居宅サービス計画

居宅サービス計画はほとんどの回答者が作成（担当）している状況だった。「26件以上30件以下」が115件（30.8%）、「31件以上35件以下」が109件（29.2%）と35件までの担当が多くを占めていた。

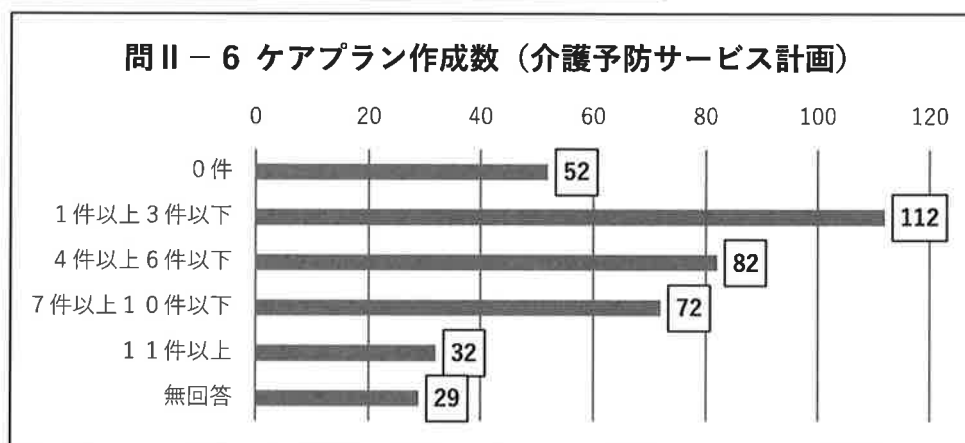
サンプル数	20件以下	21件以下 22件以上	23件以下 24件以上	25件以下 26件以上	27件以下 28件以上	平均（件数）	最小値（件数）	最大値（件数）
100.0 373	14.2 53	9.9 37	30.8 115	29.2 109	15.8 59	29.5	0	70



② 介護予防サービス計画

介護予防サービス計画は無回答が少し目立ったが、これは担当していない方が無回答であったと考えられる。担当している方では「1件以上3件以下」が112件（31.9%）となっていた。

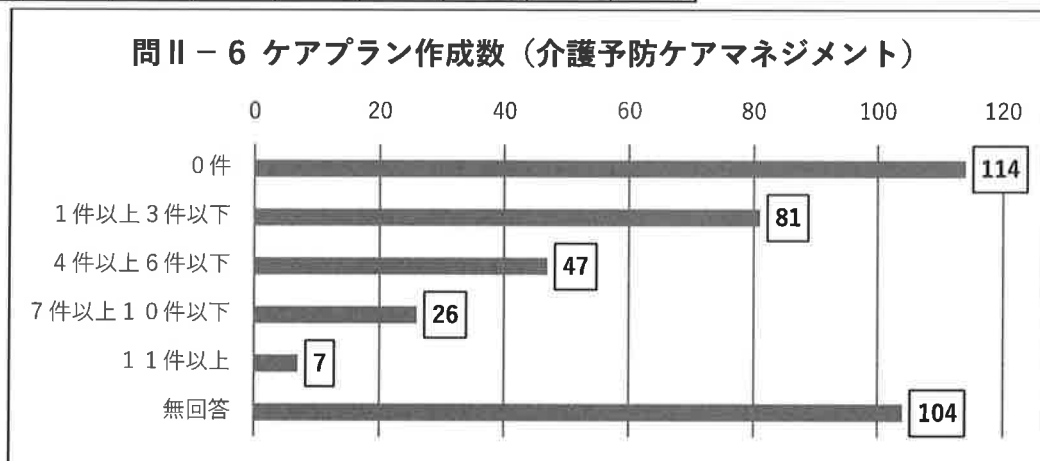
サンプル数	0件	1件以下 2件以上	3件以下 4件以上	5件以下 6件以上	7件以下 8件以上	平均（件数）	最小値（件数）	最大値（件数）
100.0 351	14.8 52	31.9 112	23.4 82	20.5 72	9.1 32	4.87	0	25



③ 介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメントの作成件数は介護予防サービス計画以上に無回答が多くなっていた。また、回答者の中でも「0件」が114件（41.5%）と最も多く、担当していない回答者が多いことがうかがわれた。無回答も100件を超えていた。

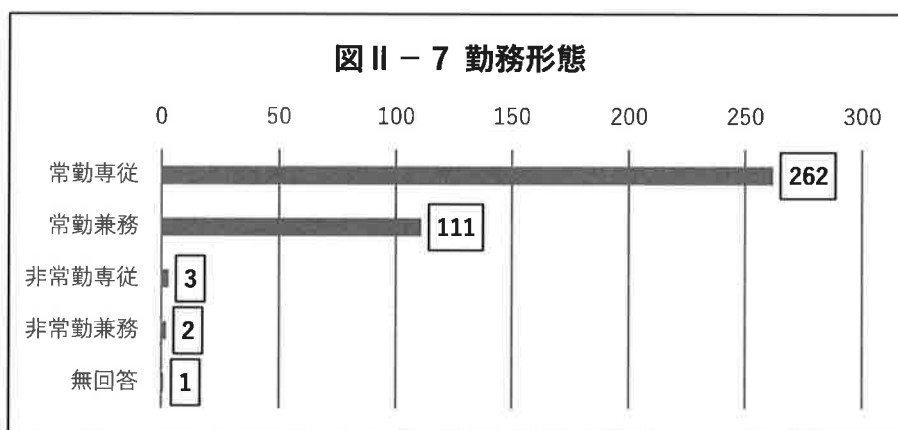
サンプル数	0件	31件以下	64件以下	170件以下	11件以上	平均（件数）	最小値（件数）	最大値（件数）
100.0 275	41.5 114	29.5 81	17.1 47	9.5 26	2.5 7	2.67	0	41



問Ⅱ－7. 現在の勤務形態

現在の勤務形態は「常勤専従」が262件（69.1%）となっており7割近い方が常勤専従であった。次いで「常勤兼務」が111件（29.3%）となっており、ほとんどが常勤となっていた。

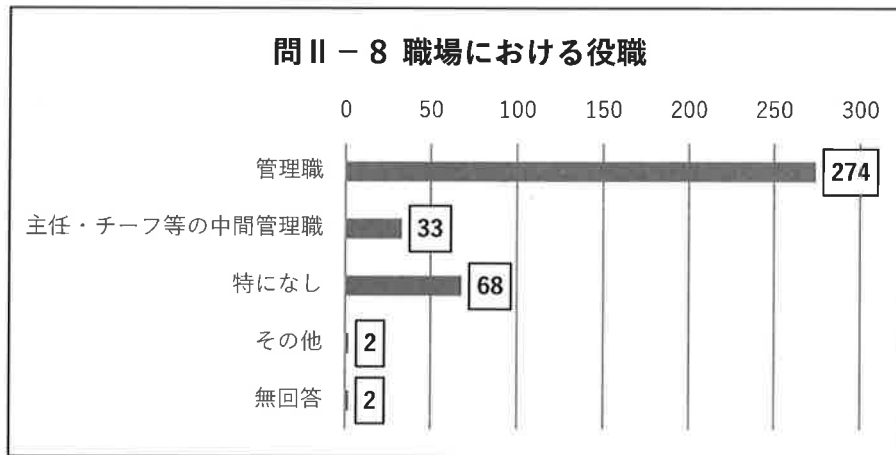
サンプル数	常勤専従	常勤兼務	非常勤専従	非常勤兼務	無回答
100.0 379	69.1 262	29.3 111	0.8 3	0.5 2	0.3 1



### 問Ⅱ－８．職場における役職

現在の職場における役職では「管理職」が274件（72.3%）となっており、7割以上の回答者が管理者であった。次に多かった「主任・チーフ等の中間管理職」の33件（8.7%）と合わせると8割以上の回答者が何かしらの役職に就いていた。これには事業所内で回答するケアマネジャー1名を任意で選出してもらう方法が影響したと考えられる。

サンプル数	管理職	主任・チーフ等の 中間管理職	特になし	その他	無回答
100.0 379	72.3 274	8.7 33	17.9 68	0.5 2	0.5 2

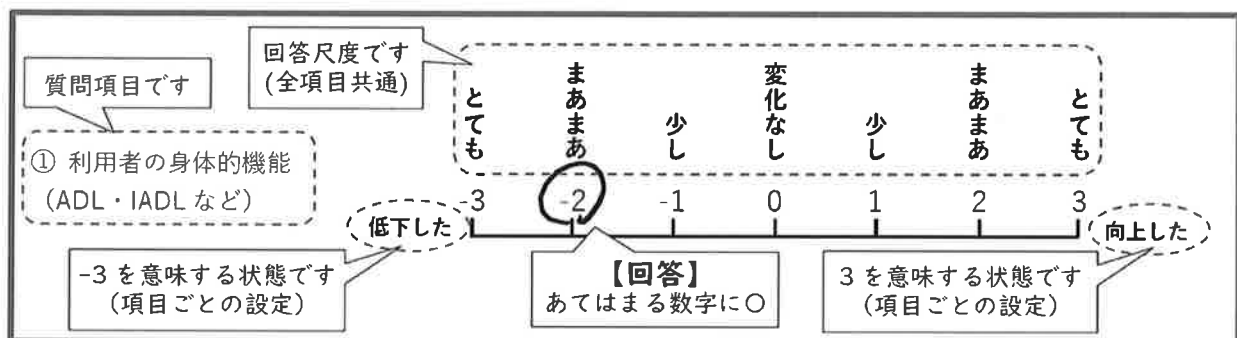


### 問Ⅲ コロナ感染拡大がケアマネジメントに与えた影響

問Ⅲでは、コロナ感染拡大がケアマネジメントに与えた影響についてたずねる項目を設定した。コロナ感染拡大についてはその時期（第何波など）によって影響が多様であったため、今回の調査では「コロナ感染拡大第8波（2022年10月～2023年1月）の時期にケアマネジメントに関する状況や実践がどのような影響を受けたのか回答を求めた。

回答方法としては、各質問項目に関する状況について“0”を「変化なし」として、“-3”～“3”のうちあてはまるもの1つを選択する方法を用いた。（SD法：Semantic Differential法）

#### [回答方法の例示]



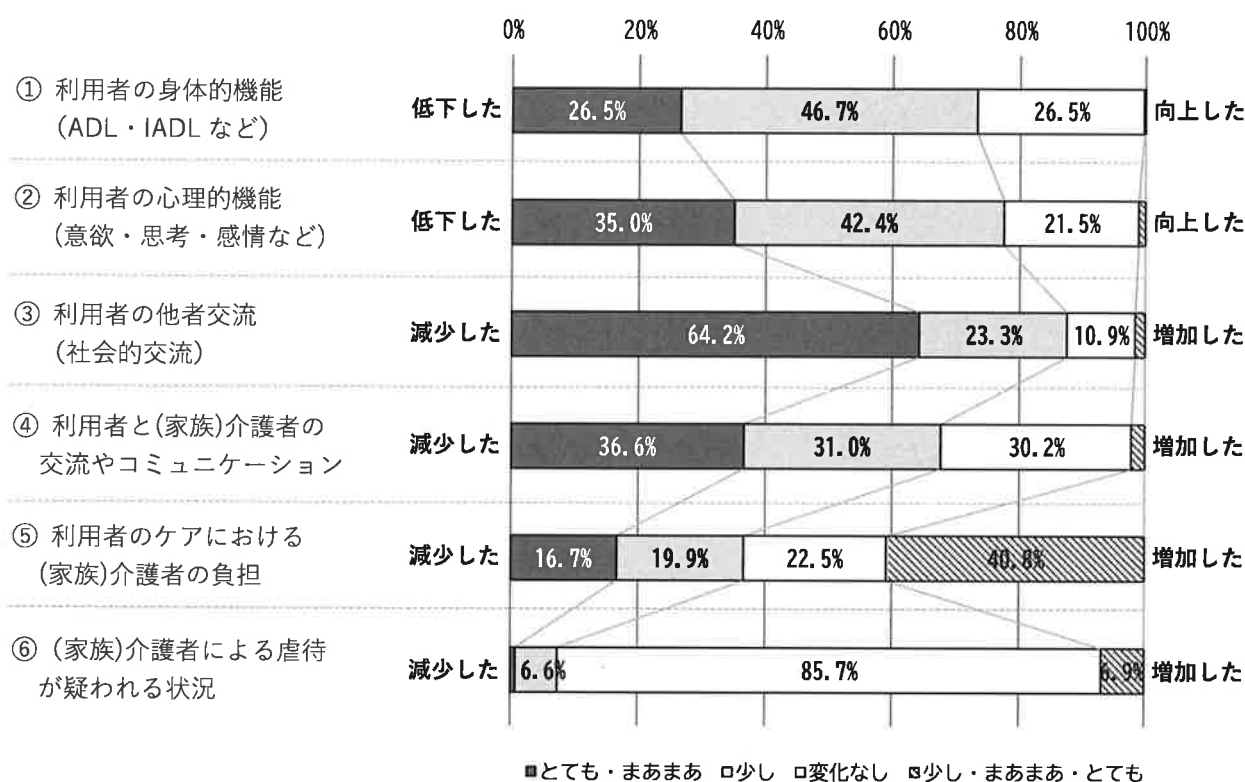
### 問Ⅲ－１．利用者や家族の状況について

利用者や家族の状況の変化をたずねた結果、「①利用者の身体的機能（ADL・IADL など）」、「②利用者の心理的機能（意欲・思考・感情など）」、そして「③利用者の他者交流（社会的交流）」という身体・心理・社会面すべての側面において「低下した・減少した」という回答が7割以上を占めていた。特に他者交流では「とても低下（減少）した・まあまあ低下（減少）した」が6割を超えており、「少し低下（減少）した」を合わせると約9割近い回答者が利用者の他者交流がコロナ感染拡大によって低下（減少）したと回答していた。

「④利用者と（家族）介護者の交流やコミュニケーション」も「減少した」という回答が6割を超えていたものの、「変化なし」という回答も3割を超えていた。つまり、利用者全般において他者交流は減少しつつも、（家族）介護者がいる利用者の場合には家族間での交流を維持することができていた者も一定数いることが示唆された。

他方で、「⑤利用者のケアにおける（家族）介護者の負担」と「⑥（家族）介護者による虐待が疑われる状況」は「増加した」と「減少した」が同程度であり、「変化なし」も含めるとコロナ感染拡大による影響について一定の傾向はみられなかった。つまり、コロナ感染拡大によって介護保険サービスが利用しづらい状況になった利用者の場合、（家族）介護者の負担増加につながる場合もあれば、逆に家族との面会頻度等を制限する必要がある利用者においては（家族）介護者の負担は減少する場合もあったと考えられる。これは虐待等が疑われる状況への影響についても同じ背景が考えられよう。

問Ⅲ－１ 利用者や家族の状況



※ グラフ内の%は無回答を除いたサンプル数を分母としたもの

	サンプル数	とても低下した	まあまあ低下した	少し低下した	変化なし	少し向上した	まあまあ向上した	とても向上した	無回答	平均点
		-3	-2	-1	0	1	2	3		
①利用者の身体的機能（ADL・IADLなど）	100.0 379	5.0 19	21.4 81	46.4 176	26.4 100	- -	0.3 1	- -	0.5 2	-1.04
②利用者の心理的機能（意欲・思考・感情など）	100.0 379	6.1 23	28.8 109	42.2 160	21.4 81	0.5 2	0.3 1	0.3 1	0.5 2	-1.17

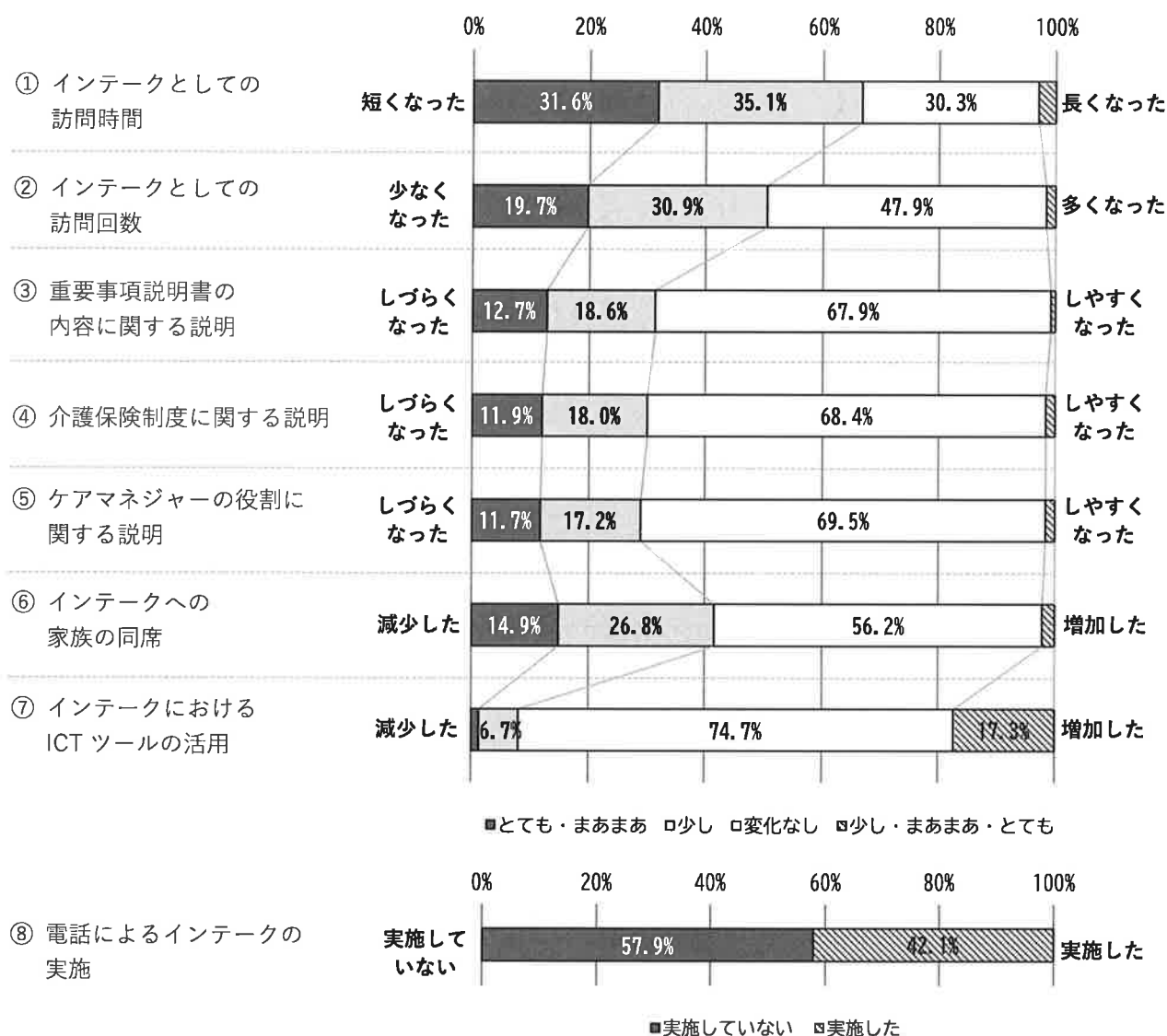
	サンプル数	とても減少した	まあまあ減少した	少し減少した	変化なし	少し増加した	まあまあ増加した	とても増加した	無回答	平均点
		-3	-2	-1	0	1	2	3		
③利用者の他者交流（社会的交流）	100.0 379	30.3 115	33.5 127	23.2 88	10.8 41	0.8 3	0.3 1	0.5 2	0.5 2	-1.79
④利用者と（家族）介護者の交流やコミュニケーション	100.0 379	14.2 54	22.2 84	30.9 117	30.1 114	1.6 6	0.3 1	0.3 1	0.5 2	-1.16
⑤利用者のケアにおける（家族）介護者の負担	100.0 379	2.9 11	13.7 52	19.8 75	22.4 85	18.5 70	16.1 61	6.1 23	0.5 2	0.13
⑥（家族）介護者による虐待が疑われる状況	100.0 379	0.5 2	0.3 1	6.6 25	85.2 323	6.6 25	0.3 1	- -	0.5 2	-0.02

### 問Ⅲ-2. インテークについて

コロナ感染拡大によってインテークの「①訪問時間」が短くなり、「②訪問回数」も少なくなったことが明らかとなった。その結果、「③重要事項説明書の内容に関する説明」や「④介護保険制度に関する説明」「⑤ケアマネジャーの役割に関する説明」など多くの説明がしづらくなることが示されたが、訪問時間や訪問回数の短縮・減少に比べると「変化なし」という回答の割合が多く、短く少ないインテークの中でもケアマネジャーが工夫して説明をしていたことが考察された。ただし、「⑥インテークへの家族の同席」は減少していたため、初期の家族も含めた関係形成は難しい状況であったと推測できる。

「⑦インテークにおける ICT ツールの活用」は「変化なし」が 277 件 (74.7%)、「増加した」が 33 件 (17.3%) であった。「減少した」よりは多いものの、想定よりも ICT ツールの活用は増加していなかった。これは利用者の状況に応じたインテークの実施方法として ICT ツール活用があまり適さないことを示していると考えられる。電話でのインテーク実施は概ね 4 割のケアマネジャーが実施していた。

### 問Ⅲ-2 インテークについて



※ グラフ内の%は無回答を除いたサンプル数を分母としたもの



	サンプル数	とても短くなった	まあまあ短くなった	少し短くなった	変化なし	少し長くなった	まあまあ長くなった	とても長くなった	無回答	平均点
		-3	-2	-1	0	1	2	3		
①インテークとしての訪問時間	100.0 379	10.0 38	21.4 81	34.8 132	30.1 114	1.8 7	0.8 3	0.3 1	0.8 3	-1.04

	サンプル数	とても少なくなった	まあまあ少なくなった	少し少なくなった	変化なし	少し多くなった	まあまあ多くなった	とても多くなった	無回答	平均点
		-3	-2	-1	0	1	2	3		
②インテークとしての訪問回数	100.0 379	7.4 28	12.1 46	30.6 116	47.5 180	0.5 2	0.8 3	0.3 1	0.8 3	-0.75

	サンプル数	たとてもしづらくなつ	なまああしづらく	少ししづらくなつた	変化なし	少ししやすくなつた	なまああしやすく	たとてもしやすくなつ	無回答	平均点
		-3	-2	-1	0	1	2	3		
③重要事項説明書の内容に関する説明	100.0 379	5.3 20	7.4 28	18.5 70	67.5 256	- -	0.5 2	0.3 1	0.5 2	-0.47
④介護保険制度に関する説明	100.0 379	5.5 21	6.3 24	17.9 68	68.1 258	0.8 3	0.5 2	0.3 1	0.5 2	-0.45
⑤ケアマネジャーの役割に関する説明	100.0 379	4.7 18	6.9 26	17.2 65	69.1 262	0.5 2	0.8 3	0.3 1	0.5 2	-0.42

	サンプル数	とても減少した	まあまあ減少した	少し減少した	変化なし	少し増加した	まあまあ増加した	とても増加した	無回答	平均点
		-3	-2	-1	0	1	2	3		
⑥インテークへの家族の同席	100.0 379	4.2 16	10.6 40	26.6 101	55.9 212	1.3 5	0.5 2	0.3 1	0.5 2	-0.58
⑦インテークにおけるICTツールの活用	100.0 379	0.3 1	1.1 4	6.6 25	73.1 277	10.3 39	5.0 19	1.6 6	2.1 8	0.16

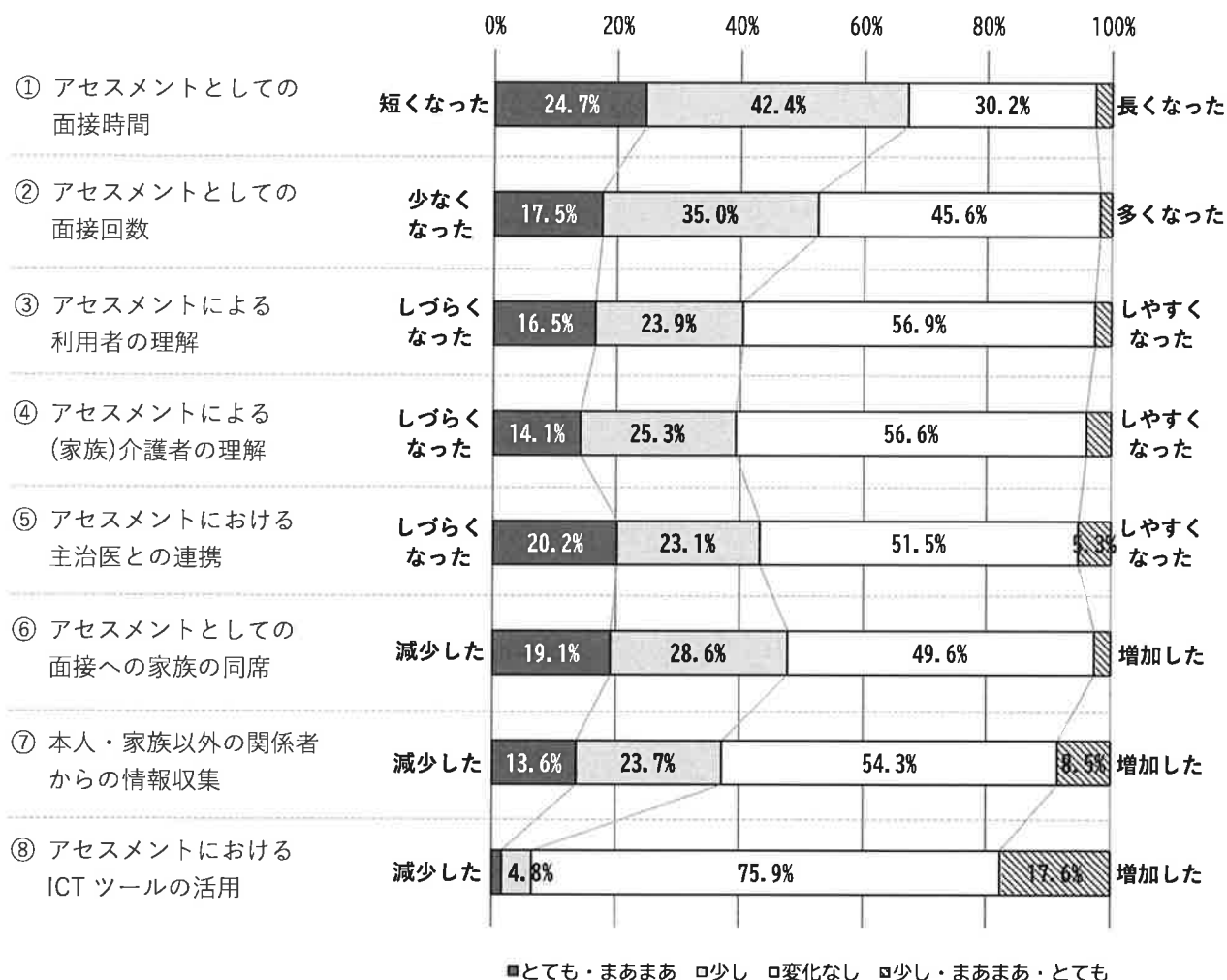
	サンプル数	実施していない	実施した	無回答
⑧電話によるインテークの実施	100.0 379	57.0 216	41.4 157	1.6 6

### 問Ⅲ-3. アセスメントについて

アセスメントにおいてもインタビューと同様に「①面接時間」が短くなり、「②面接回数」も少なくなったことが示された。また「⑥面接への家族の同席」は「減少した」という回答が5割に迫り、「⑦本人・家族以外の関係者からの情報収集」も回答の4割弱が「減少した」となっている。これらの結果、アセスメントにおける「③利用者の理解」「④（家族）介護者の理解」「⑤主治医との連携」についてはいずれも「しづらくなった」という回答が4割程度にも及んでいる。コロナ感染拡大では、インタビュー以上にアセスメントに多くの影響を及ぼしたことが明らかとなった。

「⑧アセスメントにおけるICTツールの活用」では、「変化なし」が284件（75.9%）と多くを占めており、「増加した」という回答は66件（17.6%）とインタビューにおけるICTツールの活用とほとんど同じ傾向であった。インタビューでは利用者の状況を踏まえてICTツールの活用が難しかったものと考えたが、アセスメントにおいても利用者やその家族を理解するためのICTツールの活用方法はまだ十分に確立されていないことが示唆された。

問Ⅲ-3 アセスメントについて



※ グラフ内の%は無回答を除いたサンプル数を分母としたもの

	サンプル数	とても短くなった	まあまあ短くなった	少し短くなった	変化なし	少し長くなった	まあまあ長くなった	とても長くなった	無回答	平均点
		-3	-2	-1	0	1	2	3		
①アセスメントとしての面接時間	100.0 379	6.9 26	17.7 67	42.2 160	30.1 114	1.1 4	1.1 4	0.5 2	0.5 2	-0.94

	サンプル数	とても少なくなった	まあまあ少なくなった	少し少なくなった	変化なし	少し多くなった	まあまあ多くなった	とても多くなった	無回答	平均点
		-3	-2	-1	0	1	2	3		
②アセスメントとしての面接回数	100.0 379	6.9 26	10.6 40	34.8 132	45.4 172	0.8 3	0.5 2	0.5 2	0.5 2	-0.73

	サンプル数	たとてもしづらくなつ	なまああしづらく	少ししづらくなつた	変化なし	少ししやすくなつた	なまああしやすくなつた	たとてもしやすくなつ	無回答	平均点
		-3	-2	-1	0	1	2	3		
③アセスメントによる利用者の理解	100.0 379	5.3 20	11.1 42	23.7 90	56.5 214	1.8 7	0.8 3	-	0.8 3	-0.59
④アセスメントによる（家族）介護者の理解	100.0 379	4.2 16	9.8 37	25.1 95	56.2 213	2.9 11	1.1 4	-	0.8 3	-0.53
⑤アセスメントにおける主治医との連携	100.0 379	7.7 29	12.4 47	23.0 87	51.2 194	3.4 13	1.6 6	0.3 1	0.5 2	-0.64

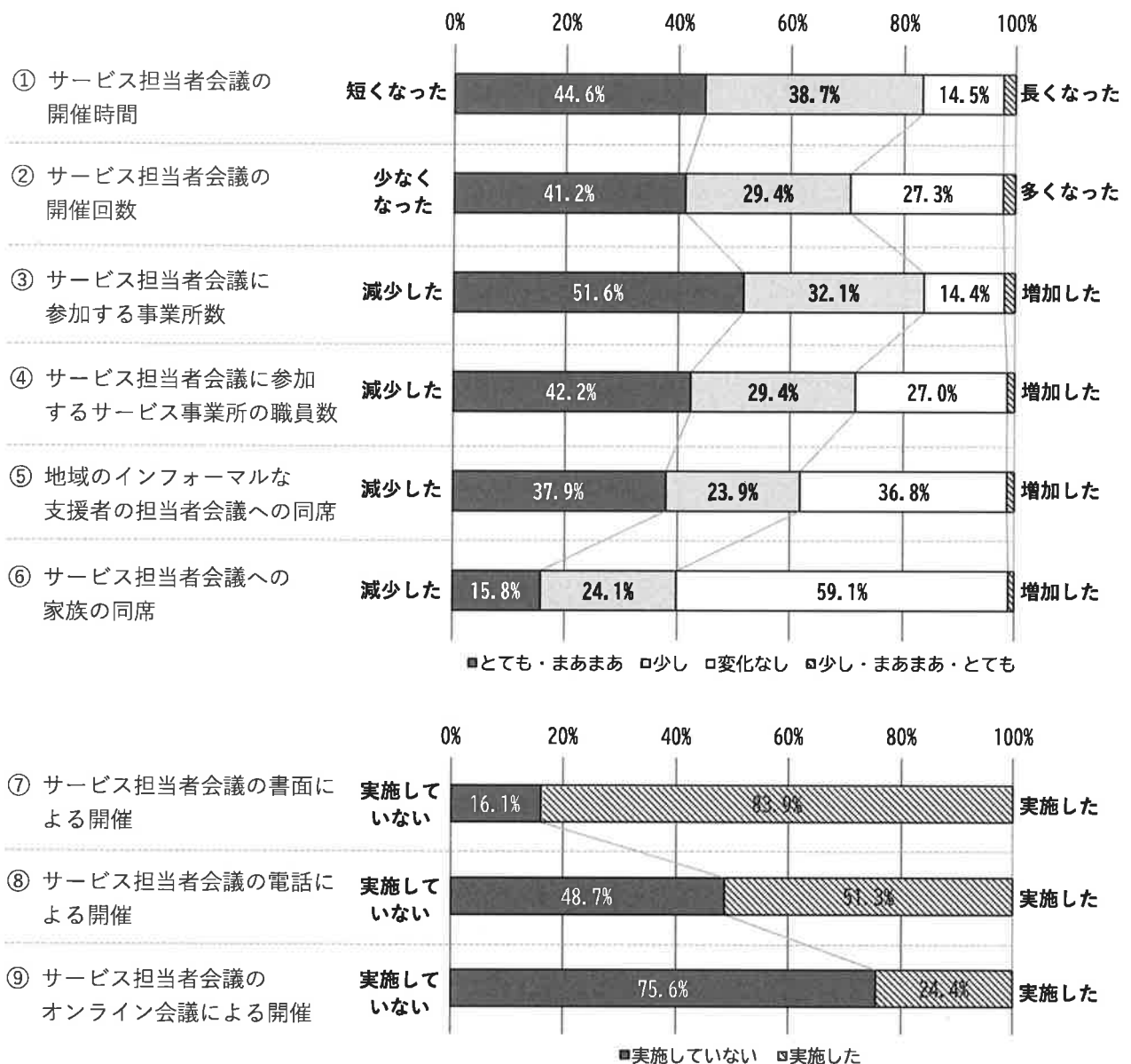
	サンプル数	とても減少した	まあまあ減少した	少し減少した	変化なし	少し増加した	まあまあ増加した	とても増加した	無回答	平均点
		-3	-2	-1	0	1	2	3		
⑥アセスメントとしての面接への家族の同席	100.0 379	5.0 19	14.0 53	28.5 108	49.3 187	1.6 6	0.8 3	0.3 1	0.5 2	-0.68
⑦本人・家族以外の関係者からの情報収集	100.0 379	3.7 14	9.8 37	23.5 89	53.8 204	5.3 20	2.9 11	0.3 1	0.8 3	-0.43
⑧アセスメントにおけるICTツールの活用	100.0 379	-	1.6 6	4.7 18	74.9 284	11.1 42	4.7 18	1.6 6	1.3 5	0.18

### 問Ⅲ-4. サービス担当者会議について

コロナ感染拡大による影響がもっとも色濃く表れていたのがサービス担当者会議であることが示された。「①開催時間」は短くなり、「②開催回数」も少なくなり、さらに開催した場合においても「③参加する事業所数」「④参加するサービス事業所の職員数」「⑤地域のインフォーマルな支援者の同席」「⑥家族の同席」いずれも減少したことが明らかとなった。

サービス担当者会議への参加者の減少によって、関係者間の共通認識の形成や信頼関係構築にネガティブな影響が生じてしまっていたことは想像に難くない。代替する方法では「⑦書面開催」が多く、「オンライン会議」の実施は25%以下にとどまっていた。これには、利用者・家族がオンライン会議に参加することのハードルなどが影響したと考えられる。

### 問Ⅲ-4 サービス担当者会議について



※ グラフ内の%は無回答を除いたサンプル数を分母としたもの

	サンプル数	とても短くなった	まあまあ短くなった	少し短くなった	変化なし	少し長くなった	まあまあ長くなった	とても長くなった	無回答	平均点
		-3	-2	-1	0	1	2	3		
①サービス担当者会議の開催時間	100.0 379	17.7 67	26.1 99	38.0 144	14.2 54	1.3 5	0.3 1	0.5 2	1.8 7	-1.42

	サンプル数	とても少なくなった	まあまあ少なくなった	少し少なくなった	変化なし	少し多くなった	まあまあ多くなった	とても多くなった	無回答	平均点
		-3	-2	-1	0	1	2	3		
②サービス担当者会議の開催回数	100.0 379	20.6 78	20.1 76	29.0 110	26.9 102	1.3 5	0.3 1	0.5 2	1.3 5	-1.29

	サンプル数	とても減少した	まあまあ減少した	少し減少した	変化なし	少し増加した	まあまあ増加した	とても増加した	無回答	平均点
		-3	-2	-1	0	1	2	3		
③サービス担当者会議に参加する事業所数	100.0 379	24.8 94	26.1 99	31.7 120	14.2 54	1.1 4	0.8 3	-	1.3 5	-1.58
④サービス担当者会議に参加するサービス事業所の職員の人数	100.0 379	20.3 77	21.4 81	29.0 110	26.6 101	0.8 3	0.5 2	-	1.3 5	-1.33
⑤地域のインフォーマルな支援者のサービス担当者会議への同席	100.0 379	20.6 78	16.6 63	23.5 89	36.1 137	1.1 4	0.3 1	-	1.8 7	-1.19
⑥サービス担当者会議への家族の同席	100.0 379	7.7 29	7.9 30	23.7 90	58.3 221	0.5 2	0.5 2	-	1.3 5	-0.62

	サンプル数	実施していない	実施した	無回答
⑦サービス担当者会議の書面による開催	100.0 379	15.8 60	82.6 313	1.6 6
⑧サービス担当者会議の電話による開催	100.0 379	48.0 182	50.7 192	1.3 5
⑨サービス担当者会議のオンライン会議による開催	100.0 379	74.4 282	24.0 91	1.6 6

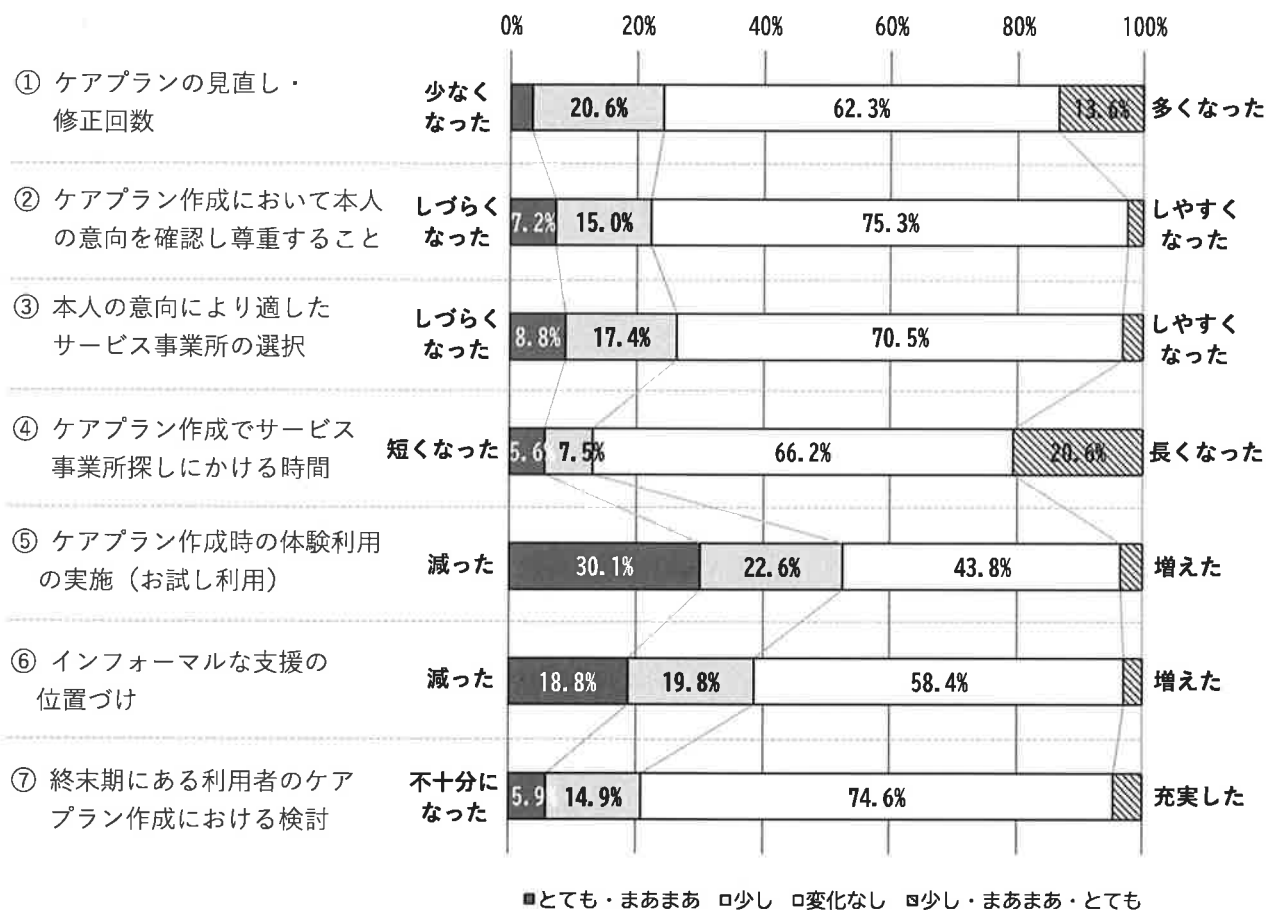
### 問Ⅲ－5. ケアプランの作成について

コロナ感染拡大によるケアプラン作成への影響としては、全般に「変化なし」という回答が多くなっていった。インタビューやアセスメント、そしてサービス担当者会議にしづらさや難しさが生じながらもケアプラン作成には支障が出ないようケアマネジャーが取り組んだ結果が示されたものと考えられる。

しかし、その中でも「⑤ケアプラン作成時の体験利用の実施（お試し利用）」への影響は大きく、「減った」という回答が196件（52.7%）と半数を超えていた。これは事業所側も感染予防対策としてお試し利用を停止していたことなどの影響が考えられる。「④ケアプラン作成でサービス事業所探しにかかる時間」が「短くなった」よりも「長くなった」というのも、このようなお試し利用ができない中で利用者が決めるのが難しかったり、コロナ感染者の発生で事業を停止する事業所があるために利用可能な事業所数が減少したりしたことの影響と考えられる。また「⑥インフォーマルな支援の位置づけ」が「減った」という回答が多かったことも、コロナ禍において地域のさまざまなインフォーマルな支援が減少した影響が想定できる。

以上のような影響が考えられたものの、ケアプランの作成において「変化なし」という回答が多かったことは、ケアマネジャー、また地域のサービス事業所の取り組みの成果を示した重要な結果といえる。

問Ⅲ－5 ケアプランの作成について



※ グラフ内の%は無回答を除いたサンプル数を分母としたもの

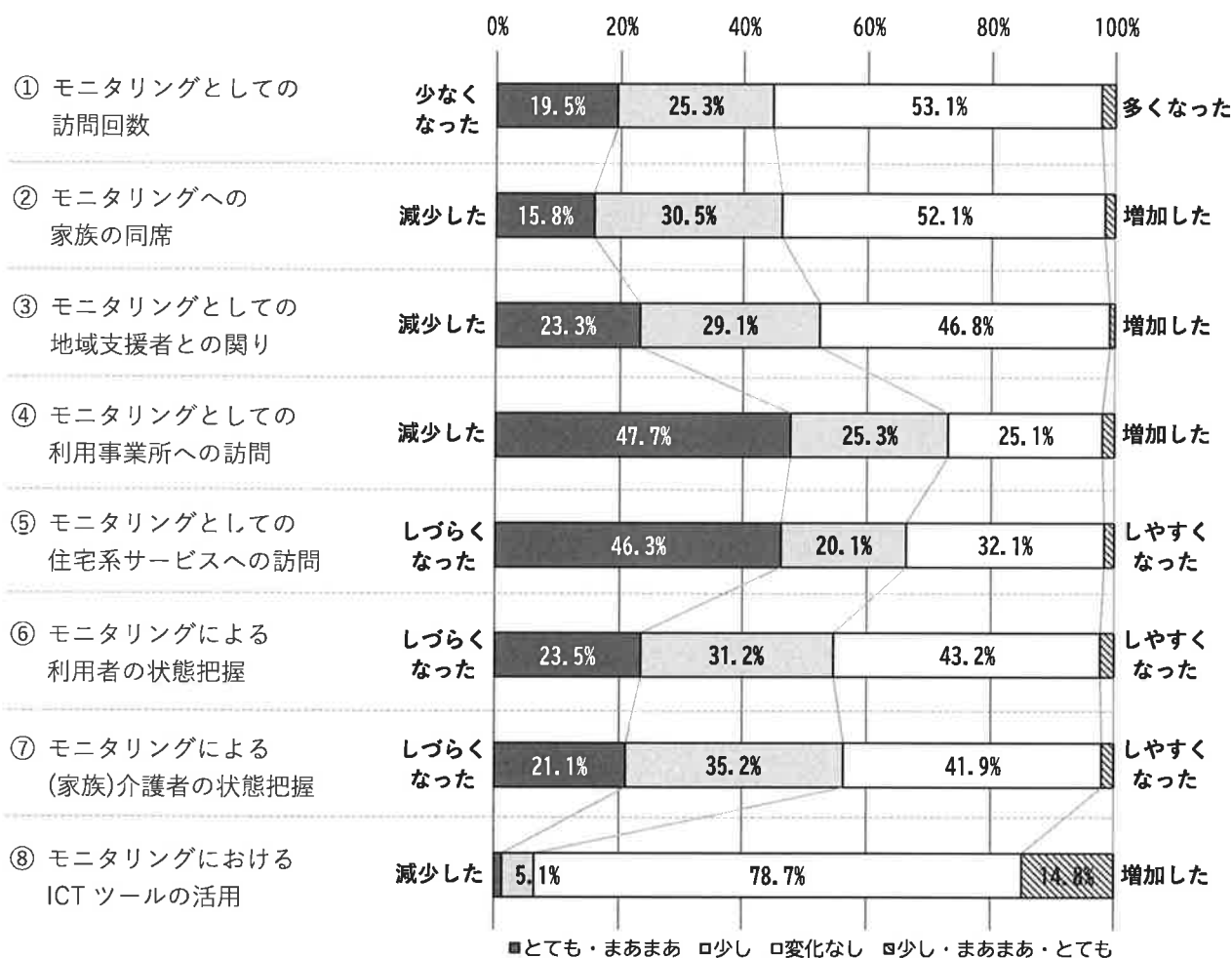


### 問Ⅲ－6. モニタリングについて

モニタリングにおいても「①訪問回数」は「少なくなった」という回答が多くなっていった。また、「②モニタリングへの家族の同席」、「③地域支援者との関り」も「とても減少した・まあまあ減少した」「少し減少した」という回答がそれぞれ5割に近い結果となった。とりわけ「④モニタリングとしての利用事業所への訪問」は「とても減少した・まあまあ減少した」が179件（47.7%）と半数近くに迫っており、「少し減少した」と合わせると7割を超える回答となり、コロナ感染拡大による影響が大きい取り組みであることが示された。「⑤住宅系サービスへの訪問」も同じ傾向にあった。

結果として「⑥利用者の状態把握」や「⑦（家族）介護者の状態把握」もしづらくなったという回答が半数を超えており、コロナ感染拡大時にはインテークやアセスメントだけでなく、モニタリングとして利用者の状況を把握することも難しくなっていたことが示された。そのような中で「⑧モニタリングにおけるICTツールの活用」が「増加した」という回答はインテークやアセスメントよりも少なくなっていた。「④利用事業所への訪問」や「⑤住宅系サービスへの訪問」であればICTツールを活用したモニタリングは可能だと考えられるが、実施にあたっての事業所側の事情やケアマネ側の事情などがそれぞれ影響した結果、現状としてはICTツールを活用したモニタリングは十分に進まなかったと考えられる。

問Ⅲ－6 モニタリングについて



※ グラフ内の%は無回答を除いたサンプル数を分母としたもの



	サンプル数	とても少なくなった	まあまあ少なくなった	少し少なくなった	変化なし	少し多くなった	まあまあ多くなった	とても多くなった	無回答	平均点
		-3	-2	-1	0	1	2	3		
①モニタリングとしての訪問回数	100.0 379	6.6 25	12.7 48	25.1 95	52.5 199	1.3 5	0.8 3	-	1.1 4	-0.68

	サンプル数	とても減少した	まあまあ減少した	少し減少した	変化なし	少し増加した	まあまあ増加した	とても増加した	無回答	平均点
		-3	-2	-1	0	1	2	3		
②モニタリングへの家族の同席	100.0 379	5.8 22	9.8 37	30.1 114	51.5 195	0.8 3	0.8 3	-	1.3 5	-0.66
③モニタリングとしての地域支援者との関わり	100.0 379	9.0 34	14.0 53	28.8 109	46.2 175	0.3 1	0.5 2	-	1.3 5	-0.83
④モニタリングとしての利用事業所への訪問	100.0 379	25.6 97	21.6 82	25.1 95	24.8 94	0.8 3	1.1 4	-	1.1 4	-1.44

	サンプル数	とてもしづらくなった	まあまあしづらくなった	少ししづらくなった	変化なし	少ししづらなくなった	まあまあしづらなくなった	とてもしづらなくなった	無回答	平均点
		-3	-2	-1	0	1	2	3		
⑤モニタリングとしての住宅系サービスへの訪問	100.0 379	26.9 102	18.7 71	19.8 75	31.7 120	0.5 2	1.1 4	-	1.3 5	-1.37
⑥モニタリングによる利用者の状態把握	100.0 379	7.9 30	15.3 58	30.9 117	42.7 162	1.1 4	1.1 4	-	1.1 4	-0.83
⑦モニタリングによる（家族）介護者の状態把握	100.0 379	7.4 28	13.5 51	34.8 132	41.4 157	0.8 3	1.1 4	-	1.1 4	-0.82

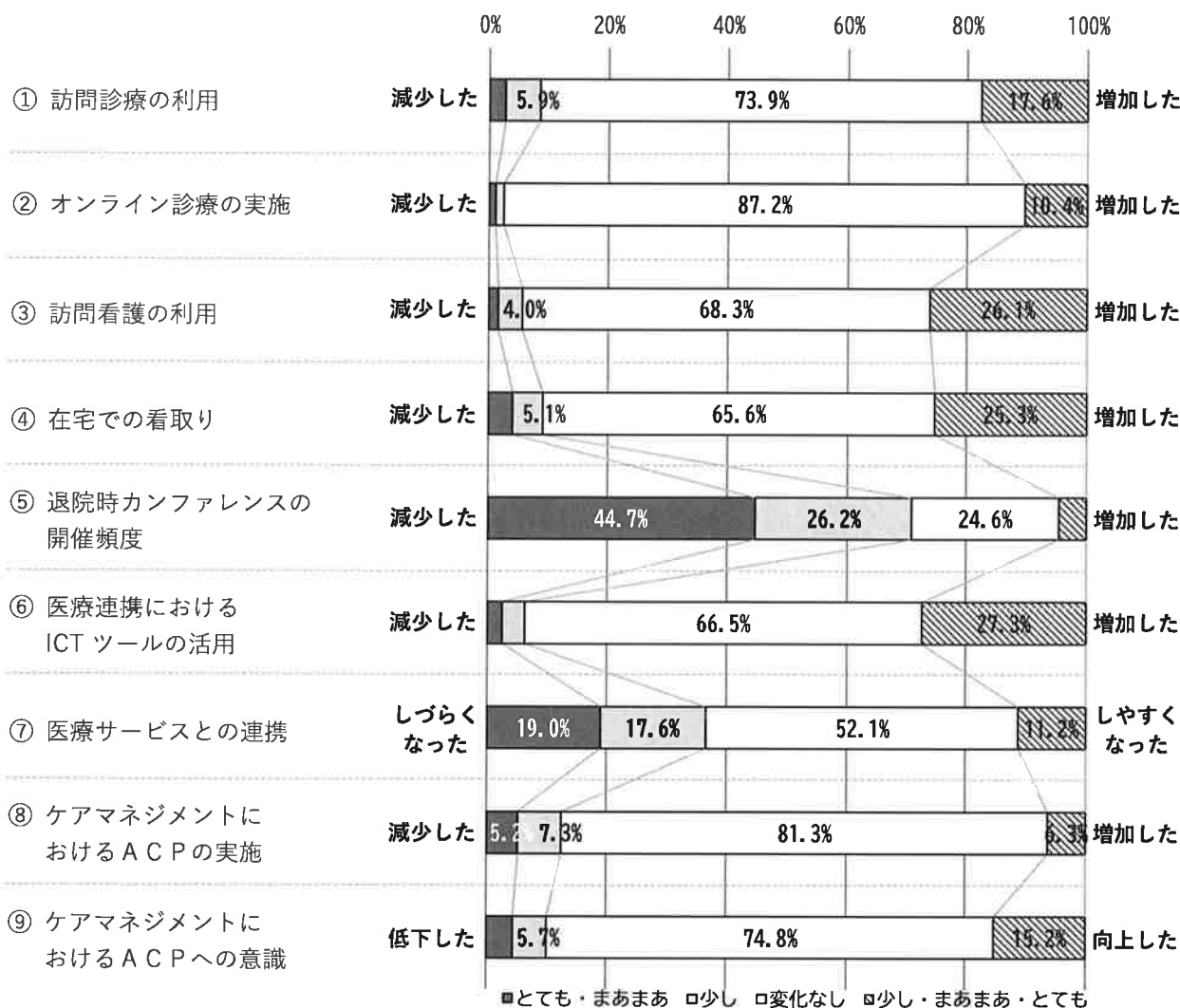
	サンプル数	とても減少した	まあまあ減少した	少し減少した	変化なし	少し増加した	まあまあ増加した	とても増加した	無回答	平均点
		-3	-2	-1	0	1	2	3		
⑧モニタリングにおけるICTツールの活用	100.0 379	-	1.3 5	5.0 19	77.0 292	8.2 31	4.7 18	1.6 6	2.1 8	0.15

問Ⅲ－ 7. 医療サービスの利用と連携について

コロナ感染拡大による医療サービスの利用と連携への影響として、「①訪問診療の利用」「②オンライン診療の実施」「③訪問看護の利用」、そして「④在宅での看取り」も含めて、さまざまな側面において在宅医療の利用が増加したことが明らかとなった。これにはコロナ感染予防として病院に行く利用者の減少、病院側のコロナ感染予防対策としての在宅医療へのシフトなど、利用者側と医療サービス側の両面の変化が影響したと考えられよう。

ただし、「⑤退院時カンファレンスの開催頻度」は「とても減少した・まあまあ減少した」という回答が167件(44.7%)、「少し減少した」という回答が98件(26.2%)とコロナによる影響で開催しづらくなってしまったことが明らかとなった。そのような中、「⑥医療連携におけるICTツールの活用」は「増加した」が101件(27.3%)と、さまざまな場面のなかでもっとも多くのケアマネジャーが「増加した」と回答しており、医療連携におけるICTツール活用が進展したことがうかがわれる。また「⑧ACPの実施」自体はあまり増加していないが、「⑨ACPへの意識」は低下よりも向上したケアマネが多かった。

問Ⅲ－ 7 医療サービスの利用と連携



※ グラフ内の%は無回答を除いたサンプル数を分母としたもの

	サンプル数	たとも減少し	しまあまあ減少	少し減少した	変化なし	少し増加した	しまあまあ増加	たとも増加し	無回答	平均点
		-3	-2	-1	0	1	2	3		
①訪問診療の利用	100.0 379	0.5 2	2.1 8	5.8 22	73.1 277	14.0 53	3.2 12	0.3 1	1.1 4	0.10
②オンライン診療の実施	100.0 379	0.5 2	0.5 2	1.3 5	84.4 320	7.7 29	1.3 5	1.1 4	3.2 12	0.10
③訪問看護の利用	100.0 379	0.3 1	1.3 5	4.0 15	67.5 256	19.3 73	6.3 24	0.3 1	1.1 4	0.26
④在宅での看取り	100.0 379	1.3 5	2.6 10	5.0 19	64.4 244	17.9 68	5.5 21	1.3 5	1.8 7	0.19
⑤退院時カンファレンスの開催頻度	100.0 379	24.3 92	19.8 75	25.9 98	24.3 92	3.7 14	0.5 2	0.3 1	1.3 5	-1.34
⑥医療連携におけるICTツールの活用	100.0 379	1.1 4	1.3 5	3.7 14	64.9 246	16.6 63	7.9 30	2.1 8	2.4 9	0.30

	サンプル数	くとも減ら	らまあ減ら	な少しづら	変化なし	な少しやす	すまあやす	くとも減ら	無回答	平均点
		-3	-2	-1	0	1	2	3		
⑦医療サービスとの連携	100.0 379	6.3 24	12.4 47	17.4 66	51.5 195	9.8 37	1.3 5	- -	1.3 5	-0.49

	サンプル数	たとも減少し	しまあまあ減少	少し減少した	変化なし	少し増加した	しまあまあ増加	たとも増加し	無回答	平均点
		-3	-2	-1	0	1	2	3		
⑧ケアマネジメントにおけるACPの実施	100.0 379	2.1 8	2.9 11	7.1 27	78.9 299	4.5 17	1.6 6	- -	2.9 11	-0.12

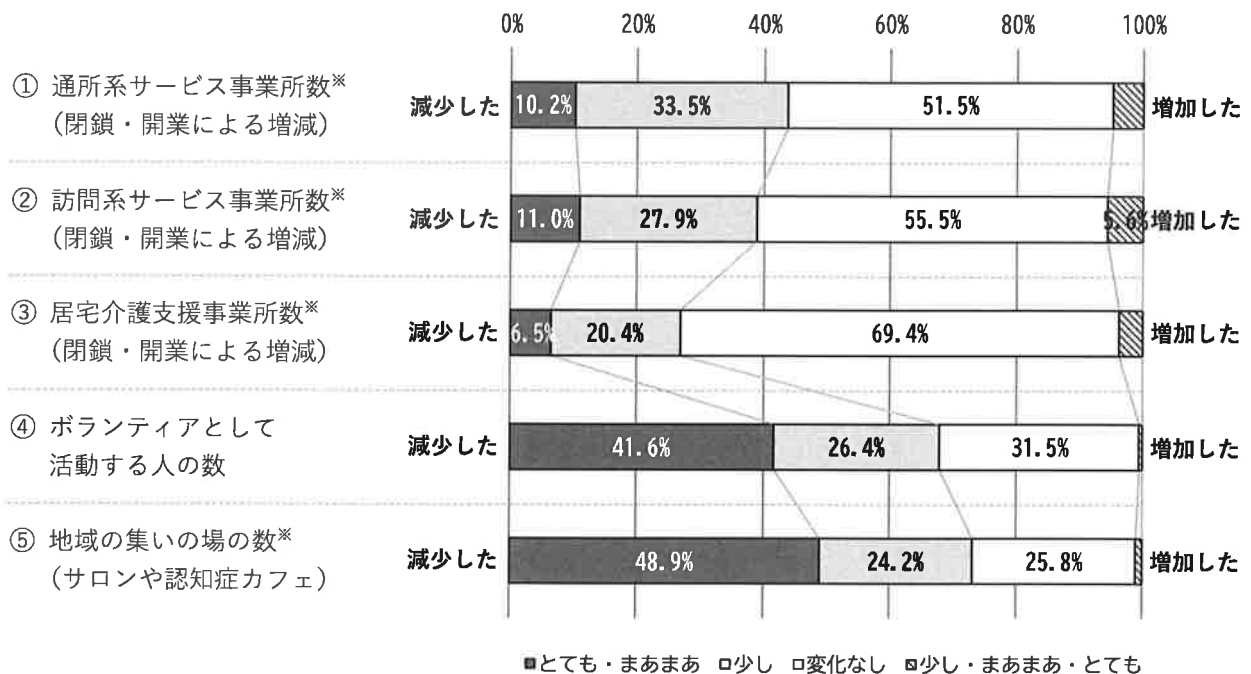
	サンプル数	たとも低下し	しまあまあ低下	少し低下した	変化なし	少し向上した	しまあまあ向上	たとも向上し	無回答	平均点
		-3	-2	-1	0	1	2	3		
⑨ケアマネジメントにおけるACPへの意識	100.0 379	1.3 5	2.9 11	5.5 21	72.8 276	10.8 41	2.6 10	1.3 5	2.6 10	0.05

### 問Ⅲ－ 8. 地域の社会資源の状況について

地域の社会資源は、コロナ感染拡大によって「①通所系サービス事業所数」、「②訪問系サービス事業所数」、いずれも4割近いケアマネジャーが「減少した」と回答した。

他方で、インフォーマルサポートとしての資源である「④ボランティアとして活動する人の数」では4割程度が「とても減少した・まあまあ減少した」と回答し、「⑤地域の集いの場の数（サロンや認知症カフェ）」は5割近い回答者が「とても減少した・まあまあ減少した」と回答している。それぞれ「少し減少した」を合わせると7割近い回答となり、コロナ感染拡大時にはフォーマルサービス以上にインフォーマルサポートが大きな影響を受けたことが明らかとなった。

問Ⅲ－ 8 地域の社会資源の状況について



※クラスターなどによる有期限（2週間など）の事業休止は含まない。再開目途のない無期限の休止（事実上の廃業）は減少としてカウント。

※ グラフ内の％は無回答を除いたサンプル数を分母としたもの

項目	サンプル数	とても減少した	まあまあ減少した	少し減少した	変化なし	少し増加した	まあまあ増加した	とても増加した	無回答	平均点
		-3	-2	-1	0	1	2	3		
①通所系サービス事業所数（閉鎖・開業による増減）	100.0 379	2.1 8	7.9 30	33.0 125	50.7 192	3.7 14	0.8 3	0.3 1	1.6 6	-0.50
②訪問系サービス事業所数（閉鎖・開業による増減）	100.0 379	1.6 6	9.2 35	27.4 104	54.6 207	3.7 14	1.3 5	0.5 2	1.6 6	-0.43
③居宅介護支援事業所数（閉鎖・開業による増減）	100.0 379	1.1 4	5.3 20	20.1 76	68.1 258	3.2 12	0.3 1	0.3 1	1.8 7	-0.30
④ボランティアとして活動する人の数	100.0 379	21.6 82	18.7 71	25.6 97	30.6 116	- -	0.5 2	- -	2.9 11	-1.31
⑤地域の集いの場の数（サロンや認知症カフェ）	100.0 379	27.4 104	20.6 78	23.7 90	25.3 96	0.8 3	0.3 1	- -	1.8 7	-1.49

#### 問Ⅳ コロナ感染拡大によってケアマネジメントに最も影響を受けたと考えること（自由記述）

<p>1.コロナ感染が疑われた場合、誰が受診送迎を行うのか？基本は家族が対応。家族がいない、もしくは対応困難な場合は？救急車を依頼？病院には搬送するが利用者は病院内にも入れず感染判定のみ。重篤な状況でなければ入院もできず、動けない利用者を自宅療養に、誰が自宅まで送迎するのか。地元行政の協力有難かった。</p> <p>2.保健所は、入院以外の患者は在宅サービスを使えと言うが、感染利用者宅へ訪問してくれる事業所がほとんどない。限られた事業者とケアマネで感染利用者へのギリギリの支援。休日も返上し感染覚悟で利用者宅で介護。不適切な支援しかできなかった。とにかく命をつなぐだけ。</p> <p>3.施設サービス休止の場合、在宅サービスでつなげと言えうけれど、そもそも急に施設サービスをカバーできるほど在宅サービスにキャパはない。同居か支援できる家族がいないと大変だった。保健所からは電話での確認があるが、熱も測れない電話をとることもできない利用者の安否確認や食事の提供、排泄の介助など誰が行っていると思っているのか。</p>
<p>12月にサービス担当者会議が集中してしまい異常な忙しさ（※コロナ初期に認定調査を行わず6ヶ月の延期にしたため12月に集中）。コロナで各事業所が停止となり、家族の負担が増えた。調整等でCMの仕事量が増加し、個別訪問する日が取りづらくなった。コロナにかかったり、家族がかかったりすると、特定の事業所から差別的な対応をくりかえし受けた。</p>
<p>①同居介護者が感染、または濃厚接触者となり、在宅介護不能となった場合の、特に緊急のショートステイの受け入れ先の確保が困難を極めた。②利用予定のショートステイ施設、通所施設がクラスターにより利用不可となった場合の、同様に緊急に別のショートステイ施設等の受け入れ先の確保・調整。③ケアハウス、サ高住等の住宅型施設の入居者が、施設の面会・外出制限をすることによる、特に精神面・情緒面での不安や混乱が多く見られた。コロナ前まではそれらの問題は見られなかった入居者が、より影響が大きかったと見られる。</p>
<p>①有料老人ホーム入居者について、施設の玄関先や面会室でしか会えず、居室がどのような状況なのか等の把握ができない。②当方の担当ではないが、感染されて病院で隔離されたことで、大声を出したりベッド柵を叩いたりし認知症が進行したと判断された。</p>
<p>ICT ツール活用と世間では言うが、利用できる利用者はほとんどいない。家族やケアマネがご本人宅に訪問して行うのでは、コロナ禍では意味がないと感じた。</p>
<p>一堂に会する会議等。</p>
<p>医療機関、事業所との連携。コロナワクチンや発熱外来で医師が忙しく、面談などの時間をとってもらえなかった。事業所に入れない。利用の様子を見に行けない。担当者顔と顔を合わせる機会が極端に減った（声は知っているが顔は知らない）。</p>
<p>お一人の方や認知症の方はコロナが理解できずに外出してしまう。マスクの利用ができない。施設入所の方（サ高住、有料老人ホーム）やショートロングの利用をされている方は面会ができなかったり、ガラス越しなど状態把握が難しい。退院前のカンファレンスがなく、電話での情報収集をするが、戻ってきたら状態が悪化していた。</p>
<p>家族が入院中の利用者との面会できないまま退院許可がでるため状態が分からず退院カンファもなく書面での情報提供のみで退院するため家族（介護者）も不安、帰宅後に混乱することがあった。同居家族がコロナ感染した際はサービスが利用できない。また本人がサービス利用中発熱等症状が出た際は利用中止になるため最終的には施設入所希望する。施設入所希望者が増えた。</p>
<p>家族から自宅への訪問の許可が出ないことが継続してある。家族コロナ感染によりショートステイ利用ができないこと。</p>
<p>感染拡大を恐れて、市内に感染者が1人でも出ると休止する事業所があり、デイ・ショート難民が出た。そのため認知症が進行した方がいる。また、第8波の時は市内の多くの施設でクラスターが発生し、たくさんの死者が出たため、在宅の方に施設入所の順番が回り、その後の在宅事情がすっかり変わってしまった。多くのケアマネジャーがケースが減ったと言え、デイサービスの利用者が激減した。また、デイサービスを2ヵ所以上使っている方が、一方のところから利用を止められたりすることがあり、大変過剰で利用者に不利益な事態も見受けられた。制限のない夏と言われた第7波で、地方の病院は医療崩壊を起こし、制限のない冬の第8波で地方の施設は多くのクラスターに苦しめられた。インフルエンザのように経口の抗ウイルス薬が手軽にというか、確立して手に入らない中で、あの第7波、第8波の移動は、介護や医療に大きな傷を残し離職者も出た。その疲れは2023年夏の感染拡大後さらに広がり、介護人材不足に拍車をかけている。</p>

外出の機会が減って心身の状態が悪化した。
感染症への危機意識と BPC への関心度。サービス利用控えによる利用者 ADL の低下。
感染対策を十分にいき、できるだけ対面に対応した。フェイスシートやマスクがあることで利用者が戸惑うことが多くあり、興奮する利用者もいた。十分なアセスメントができたか不安な時もあったが、サービス内容に支障はなかった。
感染による急な休止に振り回される（デイ、ショート等）。ヘルパーの感染によりサービス中止はあるが、家族・本人の感染で介護者が近づけなくなり、ドア越しの対応になる。ケアマネジメントでは何回も計画書の書き直し、度重なるサービス担当者会議で業務が急増、ケアマネ自体、自分の健康が守れない時があった。
感染予防のためモニタリングを電話で対応しても、利用者への支援に対して大きく不利益になることは少なかったが、退院調整の際は面会ができない病院も多く、退院後に困ったことはあった。テレビを見る世代が多く、コロナを恐れる人が非常に多く見られ、当時治験中であったワクチンを打つ人が 8・9 割いた。その後、体調を崩したり、亡くなるケースが多くみられた。テレビを信じ、外出することが減り、心身ともに低下したケースは多い。既に海外では終わっているコロナ茶番も、日本ではいまだにマスク、消毒をしているため、行政が国民に与えた損害は非常に大きかったと思う。コロナ騒動により、ケアマネの仕事が簡素化できることは十分理解できた。ただ、それをまたコロナが落ち着いてくると元に戻してしまう行政に対し、職場のケアマネジャーは理解に苦しんだ。
ケアマネ業務の増大による負担（ケアマネが感染した時のフォロー、県外家族支援困難時の対応等）。研修が全て zoom になった。
現在市の介護保険認定調査が大幅に遅れている。その原因の 1 つとして考えられるのが、市が約 2 年間コロナ禍における感染拡大防止の一環として、認定調査を受けずして認定期間を 12 か月延長できる措置を臨時的に行っており、本人や家族が訪問調査を「密になる」との理由で望まず、上記の措置を選択されるケースが多かったことが挙げられる。通常通り認定調査を受けた上で介護度が更新された場合、有効期間が最大で 3~4 年となることがあり、その間状態が変わらない限り更新手続き及び認定調査を行う必要がない。今年度コロナが 5 類感染症に移行となったため、以前と同様認定調査を行うことを基本とすることになったが、これまで臨時的延長措置を取っていた利用者が 12 か月延長後に一斉に認定手続きを行うため、認定調査の日程調整が困難となり、認定有効期間を過ぎても介護度が確定しないケースが多くなった。そのため、ケアマネジャーとしては介護度が確定しないまま暫定プランを作成することとなり、場合によっては介護度が下がることも想定して、サービスの利用回数を限度額内に収まるように調整しなくてはならない。今のところこの状況が改善する見込みはなく、ケアマネジャーとして今後に不安を抱えている。
現在はほとんど元に戻ったと思いますが、一番ひどい時はモニタリングの訪問も短時間で実施しました。一番減少したのはデイサービスの訪問や病院への面会カンファレンスだと思います。退院されてからの状況でアセスメントとなるのが問題となりました。
コロナが第 5 類へ移行後も、家族が感染した・熱がある等で 10 日間くらい利用を制限されてしまう事業所が残っており、サービス利用に困っている。事業所によって差があり、平等にサービスを受けられない。
コロナ感染拡大については、拡大状況を常に情報を取りながら支援を継続していた。接触を控えるため電話でのモニタリングなどに切り換えながらの対応であった。実際に可視化していない状況もあり不安はあった。また退院時など利用者の状況をしっかりアセスメントができていないことが大きかった（面談禁止であったため）。病院側も iPad や、リハサイドからの状況など伝えてくださる病院もあり有難かった。
コロナ感染拡大により、デイサービスの方から入浴回数を減らす意向があったり、レクリエーションも縮小して塗り絵やプリントばかりすることが続き、会話も少なく、利用者の気持ちの落ち込みや意欲が低下することがあった。全てのデイサービスがそうではないと思うが、1 日座って過ごし特に活動もしない。透明のパーテーションをテーブルに置き、声が聞こえづらく会話も少ない。5 類に移行しても最も感染がひどかった時と対応が変わっていないデイサービスもある。少し感染者が出ると入浴中止、レクリエーション中止で 1 日利用料金を貰っているデイサービスもある。利用者の方に笑顔で楽しく利用していただきたいと思っている。5 類に移行しても施設の対応は変わっていない。
コロナ感染時、サービス利用できる事業所がなく、独居や高齢者のみ世帯の生活リスク、家族の介護負担が増え、コロナ感染時の死亡率の上昇や自宅介護できないと訴える家族の増加となった。サービスを利用できないことで CM への過度な要求や批判を受けることになった。
コロナ収束後、来る必要がない、来なくていいという利用者・家族がいる。ケアマネのコミュニケーション力の低下。

<p>コロナであろうが要介助者は要介助。サービスが止まると生活できない。変化があるなしでは判断できないと思う。忙しすぎてこの多量のアンケートにお答えできない。</p>
<p>コロナにて通所サービスをお休みいただいたり、併用している事業所の利用を控えていただいたりということがあったが、訪問サービス事業所が防護服を着て訪問してくださる等の対応をしていただいた。アセスメント、担当者会議、モニタリングは専門職側の感染予防対策ができてきているかの問題だと思うので、利用者・家族に不安を与えることがないよう、平常通り変わらず行動し、アセスメント、担当者会議、モニタリングでコロナ感染が拡大することはなかった。</p>
<p>コロナにより訪問してほしくない利用者が増えたり、介護認定のコロナ延長があることで本来適切な認定が必要な方がコロナ延長を希望されることが増えたように思う。</p>
<p>今回調査対象期間の 2022 年 10 月～2023 年 1 月にコロナ対策での利用者・家族への直接的な影響はなかったですが、通所やショート施設での休業対応や老健・特養の予定入所がコロナ感染の対策で受け入れ不可となることもあった。本人や主介護者がコロナ感染した際の受け入れ医療機関が確保できていれば本人への影響少なく生活できると思います。退院支援にあたっては面会も徐々にできるようになり zoom を活用しての退院前カンファレンスの開催や本人の動きの確認もできつつあります。</p>
<p>サービス担当者会議について。利用者の状態や環境については常時、電話や FAX など連絡を取り合い、情報共有や支援方法などについて確認できているように思う。また、会議を開催することで本人・家族の面談で支援方法について議題にすることが難しい内容もあり（認知症や排泄失禁など）、デメリットも多くあると感じている。問題点の核心部分での支援方法について、コロナ禍では電話等で詳細に話し合いができた中、逆に会議をすることで話し合いができない場を設けることについて、必要性に疑問を感じている。</p>
<p>サービス担当者会議のためのアセスメントの時間が不十分であった。医療との連携も面接できず不十分であった。入所施設（ショートステイ）等との連携も不十分であったと考えます。</p>
<p>サービス担当者会議やモニタリング訪問、退院時カンファレンス等、三密の環境で行わなければならないことが行いづらく、アセスメントを十分行うことができなかつたことが多かった。</p>
<p>サービスを利用していた方はそれほど大きなことはなかったと思うが、コロナを理由にサービスを利用していなかつた方々が新規に相談に来られた時には、悪化をしていることが多かったように感じた。</p>
<p>在宅での利用者様に PCR の検査をすすめるが、検査に対して消極的で、発熱等の原因がコロナ感染によるものか確定しづらかつた。特に通所型サービスをお休みしてもらい、他の代替サービスを調整（ヘルパー、看護師、配食弁当）するのが大変だった。家族が遠方になると、通院介助や家事援助をケアマネが代行したケースもあつた。また、退院カンファもなく在宅に戻るケースがほとんどで、書面での連携になり不十分さを感じた。</p>
<p>在宅の訪問を短時間にしたり、感染防止のために避けなければならなくなり、お会いできないもどかしさや苦しさを感じつつも、一方で ICT の活用という手段を手に入れることができたとも思っている。最近少しずつ面談の時間を増やすことができ、直接その方に接して思いを受け止め、ケアプランに反映しやすくなつてきたと感じている。対面・会話の大切さを実感している。</p>
<p>事業所によって、県外へ外出したり、県外の方と交流したりした際の対応（検査する・しない、待機期間を設ける・設けない等）が違い、1 つ 1 つ確認した上で利用者やその家族へ情報を伝え、選択していただくことが多々あり、非常に苦労した。</p>
<p>仕事のための仕事が減少した。支援の本質は何なのか考えて業務ができた。本人、家族、医療機関、介護事業所への評判やご機嫌伺いが目標の仕事が減つた。お茶のみ、様子を見るための訪問、建前を良くするための業務がなくなった。コロナ前には良い CM の条件には上記が含まれていた。面談できないことで他の手段を探すようになった。CM や相談員がコロナで不在になることがあり、不在時の支援について考えることができた。家族も「CM がいない時の動き方」に理解を示してくれ、逆に家族の関与が増えた。連絡方法では課題がみつかった。独居の方はデイサービスがコロナで休みの連絡が届かず、また認知症のため忘れてしまい、昼ご飯を食べられず、家で待っていることがあつた。</p>
<p>自身が媒介者にならないよう訪問時間、面談場所（玄関など）、1 日で訪問する件数などに気をつけました。訪問前に電話をして、家族の方も含めた体調確認をするなど、色々な意味で手間をかけました。職員が自宅待機になった時には、残りの職員で対応しましたが、その分、十分とは言えないこともあつたと思います。そのような時はタブレット活用は有効的でした。</p>

事業所側の利用制限があり、認知症の方、独居の方の支援が難しかった。感染拡大予防のため、会議の方法やモニタリングの仕方等工夫できることも学んだ。
施設（有料）に訪問が困難になり、利用者の状態について把握ができず、ケアプラン作成が手探りだった。施設側もコロナを理由に情報を渡してくれなかったり、都合の悪いことをコロナのせいにするこももあった。5類になってからも居室に入らず、未だに生活が見えない施設もある。ショートステイやデイサービス利用においては、コロナ感染が発生したため急に中止になることが多く、対応に追われた。
施設、サ高住、病院等への訪問・面会ができず、電話での状態確認しかできなかった。利用者の把握が難しく、ケアプランの作り直しが多かった。
施設・事業所への訪問で直接利用者の様子や話が聞けないこと。現場に行って目視で確認していたことが、zoom等では分かりづらい。自宅訪問は玄関先でも殆どの方について続けたが、実際の生活の場での情報が見えてこない、見えづらいことがあり、プランに苦勞した。コロナとなって、その後も定期訪問を嫌がられるお宅もあり、訪問拒否の方が増えた。なかなか理解してもらえない。
施設系の利用のモニタリングで、本人面会が制限を受けスタッフへの聞き取り調査のみでの判断になった。医療系サービス利用者の受診同行は行っていいものかどうか判断に迷うことがあり、普段は使わないペーパーでの意見照会になった。
施設入所者（有料・ショートステイ）との面談がたびたびできなくなったことで、本人の様子がよく把握できない。
施設によってコロナワクチンを最低3回打っていないと利用できない（未だに）という所があり、困った。人手不足により施設でのサービスの質の低下を感じる。例えば、デイサービスで個浴対応していたが職員が対応できず大浴場となった。土日祝などサービスの利用ができない。
自宅訪問がしづらい。アセスメントや担当者会議に時間をかけづらい。
自分がコロナ以外で熱が出て、コロナかどうか病院で自分で対応していたときが一番大変だった。
自分自身と自分の家族の感染で、利用者に迷惑がかからないようにするのが大変だった。24時間痰吸引が必要な方のヘルパーのシフトに穴を開けないようにするのが大変だったし、家族に協力を求めても理解を得られなかったりで、神経をすり減らした。夜中に、明日朝のヘルパーが発熱した等の連絡がくるのも当たり前だった。自分自身が休めなくてつらかった。
住宅型有料老人ホームに入居しているケアマネをしているので、コロナでの影響は多少あったものの、在宅の方に比べたらそれほど増大な影響はないと思われる。利用者に対しては、体調不良がみられた場合、往診医と連携を取り対応したので、重篤にならずにすんでいた。また、施設なのでデイサービスに一時期通えなかったが、施設の基準に合わせて訪看によるリハビリは続けられていた。
住宅型有料老人ホーム入居者が、コロナ流行時に外出禁止・外部者立入禁止になり、窓越し面会や施設ケアのみになった。その際ADL低下や褥瘡形成があり、状態変化に適切な対応が取れなかった。
住宅型有料老人ホーム入所中の方で、併設の通所しか利用していない場合、サービス担当者会議は照会で、モニタリングは電話で聞取りにしてくださいと言われて。本人と2~3ヵ月面談できないこももあった。
住宅に入居されている方への訪問が、住宅でコロナ感染があれば中に入れなしいし、面会制限や時間・場所の制限等、様々な制限があり、訪問しづらかった。住宅によって制限が違うので、都度状況の確認が必要で大変だった。
自由に外出することができず、家族とも一緒に過ごす時間も減少し、ストレスが増えたように感じました。
状態安定している方などは毎月の訪問ではなく電話でも良いこで喜ばれているこも多く感じた。初回訪問などは結局コロナといえど通常の訪問となっていた。入院してしまうと面会制限が厳しく、最期に立ち会えない可能性が高くなるこについてはしっかりと説明する必要があるこも感じている。
ショートステイ先でクラスターが発生し受け入れ停止。直前で他事業所を探さなければならなかつた時はしんどかつた。住宅型有料入所の方たちのモニタリング訪問ができなかつた時期は不安が大きかつた。公民館活動など、地域の活動が停止したこで、ADL低下を招く方もおられた。
新型コロナにより利用者の介護保険サービス利用が減少し、家族の負担が増えるこによってケアマネジメントに影響があつた。事業所の閉鎖やケアマネが新型コロナ感染拡大の恐怖・対応に伴い、賃金の向上等がないために退職が増えた。それによる急ぎの引継ぎ等の対応が増え、業務時間が増加している。



<p>ショートステイ、サ高住等、施設の方針として面会禁止となり、モニタリング・アセスメントはもちろん、担当者会議でも本人に会わせてもらえないことがあった。</p>
<p>ショートステイの受け入れ範囲の縮小。H/Pとは違うため仕方なかったが、少しの発熱、咳等でも直ぐの退所、または医療機関受診を求められたため、家族のレスパイトが図れず終了となる事案が多かった。ヘルパーがコロナ感染し、サービス継続困難になることが多かった。急遽2事業所の併用利用に切り替え、リスク分散をする対応に迫られ大変だった。</p>
<p>主介護者が感染し、なかなか受け入れてくれるサービス事業所や施設等がなく、調整に追われることが多かった。ケアマネ自身が感染、濃厚接触者になった場合も通常業務ができず、その後の対応が大変だった。</p>
<p>身体状態や生活状況でサービス介入が好ましいことを理解しながらも感染に対する不安から本人や家族が躊躇している場面でどちらが正しいのか等、明確にお答えできなかった自分自身がいた。「感染」に対しても、人それぞれ考え方や捉え方が違う。マスコミの影響をかなり受けている人もいる。それらの人々に今後考えられるであろう状況の事前回避ができたかどうか。「マネジメント」ってかなり大変ということを改めて考えさせられた。</p>
<p>制度と現実の事業内容との矛盾を感じる。</p>
<p>それまでやってきたことに対する見直しができ、工夫もするようになった。工夫次第でケアマネジメントの方法を変え対応はできると思った。そうしていかないとサービス調整はできない。</p>
<p>第8波時期は大きな影響は少なくはなってきたが、デイサービス内のイベント（外出等）は未だに制限があり、利用者も満足していない様子が伺える。</p>
<p>第8波の頃にはほとんど変動はない。それ以前のコロナ禍に変動があった。第8波が特別なものであるという認識はない。</p>
<p>退院時カンファレンスがなくなり、いきなり退院や医療者主導でプラン（サービス）を決めてくるケースがあった。</p>
<p>退院時にカンファレンスが開催されず、状況も意向も確認できないままプランを立てなければならなかった。施設入所者に何ヶ月も会えず、ケアマネジメントを行う上で不安が大きかった。</p>
<p>退院するまで利用者と面接することができず利用者の状況確認に苦労した。コロナ感染の独居利用者で訪問介護事業所から支援を断られ、ケアマネが買い物支援を行った。コロナ禍で担当者会議の開催が控えられ担当者の照会を依頼するが顔の見えない分、意思の確認に不安があった。コロナ禍でICTが進むと期待したが進められなかった。管理者としての責任と当地区での環境によることと思いますが、今後の対応を検討いたします。</p>
<p>退院調整のための病院面談の制限。認定調査の結果が遅れる。</p>
<p>退院の際に本人に会えない。電話だけの聞き取りでイメージとのズレが大きく、対応に苦慮した。家に帰ってきてからバタバタと準備する。定期のモニタリング時間減。皆コロナに敏感になり、さっと済ます感じ。担当者会議の開催が紙面で、情報共有不足を感じる。ケアマネも入力に時間を要す。事業所見学に行けない（デイサービス等）。自分の家族（濃厚接触ということで休まざるを得ない）、自分もコロナにかかり、業務負担大（電話などのやりとり）。ICTツールは便利であるが急にシステムを変えられないしコストもかかる。</p>
<p>対面での訪問がしづらくなり、利用者家族の状況の把握や意向の確認が難しかった。</p>
<p>短期入所の利用中にコロナ感染者が発生したために、利用日の延長をせざるを得なくなったことが数回あった。次回の利用の意思は少なくなったが、急に他を探すことも難しく、同じ事業所を利用するしかなかった。介護者も勤務先の対応次第で休んだりすることにもなり、プランの変更が多かった。直接の面談が減り、電話やメールのやりとりが非常に多くなった。</p>
<p>担当者会議（更新、長期目標、短期目標）を書面で行うようになり、顔を見ての話し合いはできなくなったが、段取りする必要がなくなり、仕事上は楽になっていた。</p>
<p>担当者会議の開催は人数を減らすようになった。訪問も特に重度の疾患がある方の面談は減少している。</p>
<p>地域自治体・婦人会の行う、ふれあい給食や喫茶が開催されなくなり、利用者達が出かけて集う場がなくなったことで心身の落ち込みが見られ、常に人との距離（実質的な）を気にする様子が胸が痛みました。</p>
<p>通所を利用中の方の様子を、事業所に出向いて行くということができなくなった。有料老人ホームに入所されている方へのモニタリングがコロナ感染予防で1年くらい行けなくなり、電話でのモニタリングが続き、誰なのか分からなくなってしまったり、名前が書けなくなったりとレベル低下があった。</p>

<p>直接面談ができない場面が多くなったことは、今までのマネジメントの中では経験したことがなかったため、戸惑いはあった。ケアマネ自身が感染した際の対応にも苦慮した。</p>
<p>通所サービスの時間短縮により、利用者の在宅時間が増え、ご家族の負担が増加した。また、ケアマネ側の心配も増えた気がしている。</p>
<p>通所の新規利用者受け控えあり。また利用者自身が感染予防のため利用や面談を控え、ADLの低下、メンタルの不調が多くみられた。通所のコロナによる有期限の休止により、入浴できない利用者が増えた。訪問介護が清拭や部分浴を臨時的に実施。居宅のある法人（特養）で8波以降にクラスターが発生した時は、感染の不安からモニタリング訪問が困難となり電話で聞き取りするしかなかった。</p>
<p>通所や短期入所のサービス受け入れが停止し、自宅での時間が増え、介護者の負担増と訪問サービスの調整が困難だった。</p>
<p>月1回のモニタリング訪問は義務づけられていますが、状態に変化がない方は電話での聞き取りで十分で、全く問題ありませんでした。逆に状態が変わりやすい方は月2~3回訪問することもあり、普段からもこのようなモニタリングで十分と考えるきっかけになりました。当時は訪問するだけで感染してしまうような気がしていたため訪問すること自体、怖さがありました。コロナによってMCSやLINE WORKSといったチャットやzoomといったICTを活用するきっかけにもなりました。</p>
<p>手洗い・換気は疎かになる人がいるため、集団で一致団結しにくい。換気すると寒いと閉められる。</p>
<p>デイ等で感染者が出た際、デイ休止となり利用者が利用できなくなり、入浴等をお願いしている方が入浴ができなくなり、他サービス等の調整等して困ることがあった。中にはその事業所でも対応してくれ助かったところもあった。</p>
<p>特に高齢者世帯、独居。家族が遠方などの時、県外の人との受診ができなかったり。それでは誰が受診に同行するか。熱があったり感染疑いがあるとサービスを休まなければならない、その間、誰が支援するか。受診さえも断られ、たらいまわしにされ、仕方なくケアマネが食品を届けたことがあった。本来、自分の仕事ではなく、その行動が正しくないことは分かっていたが、動けない高齢者を何の食べ物もない所に1人で置くわけにはいかず、苦肉の対応。週末等、特に休みの所が多く、感染・疑いのある方への対応をしてくれる事業所はなく、自分で動くしかなかった。</p>
<p>独居世帯の方がコロナになった際の対応については困った。誰が受診対応するのか、誰が支援に入るのか、また事業所が感染者が出たことにより訪問ができないことで、独居者の生活の維持が困難となってしまった。またFaが感染したことによりデイなどを利用できずに大きくレベル低下してしまった。</p>
<p>独居男性利用者宅に、他県から家族が来訪するなら訪問サービスは2週間程ストップすると他事業所から言われたことが何度もあり苦しんだ。結果、他県に住む地域の施設へ移住してはどうかと提案することで、自分の担当も離れてしまった。本人と家族は同じ地域に住まれることで、地域の縛りのようなことから解放され、自由に会えるようになったと感謝された。</p>
<p>入院・入所の方と面会ができなかったのも、紙ベースでの情報のやりとりだけでは不十分で、在宅生活が動きだしたら、色々とサービス調整することが多く大変だった。利用者の体調不良でも受診するのが難しく（医療機関の中に入れないなど）困ったケースがある。</p>
<p>入院時に面会して状況確認することができなくなった時期が一番大変だった。退院と言われても病院からの情報が不十分で、退院後に慌ててサービス調整することがあった。また、家族も面会できていないことで、病院への不信感が強くなったり、退院後に困ることが多くあった。</p>
<p>入院中、利用者の実調ができず、電話や書面での情報では不十分と感じた。事業所の休止は家族の負担増と、代替サービスもなかなか調整できず困った。一時的ではあれ、家族に頑張ってもらうしかなかった。</p>
<p>モニタリング訪問が玄関で終わるケースが出ている。そのため、情報が浅くなっている。</p>
<p>入院中等、直接自身の目で見て話を聞いたりなど、生の情報が取りづらくなった。コロナ陽性反応が出るとショートステイ等途中退所させられ、入院受け入れ病院も見つからず、家族からも「自身で見られない、何とかしてほしい」と言われ、困ったケースが見られた。何かあれば全ての対応・責任をケアマネジャーが負うことになり、理解を得られず苦しい思いをした。こういった時に協力できる体制や相談の場があれば強く感じている。正直丸投げはやめてほしいと思った（コロナ陽性でサービス距離あり）。研修についてはオンライン研修等もあったが、コロナ禍を機に発展したと感じている。研修の内容によっては、むしろこちらの方が良い学びになると思うので、より一層の導入をしてほしい。</p>

<p>入院中の面会ができない。退院前に会うことができず、状態把握ができないまま退院となった。病院からの情報で揃えた福祉用具は自宅では使用できず、退院後にあらためてアセスメントし手配したため、適切な支援に数日かかってしまった。</p>
<p>入院中の利用者に対しての面会制限が多く、新規利用者であるにも関わらずアセスメントができず、電話や紙だけの情報で退院直後からの支援をしなければならなかった。 コロナ感染した利用者に対して、急にサービスが途切れ、自分自身が防護服を着用して訪問しなければならないケースがあった。</p>
<p>入院もできず、家族全員がコロナ感染した時の対応。</p>
<p>人との関わりが極端に減ってしまった。この3年間を取り戻すことはなかなか難しい。</p>
<p>病院との連携が本当にしづらくなった。ワーカーも忙しすぎて、連絡をしても「担当が決まっていない」など、なかなか状況が把握できないことが多かった。ひどい時は入院後、2週間程度過ぎた頃に「明日〇〇病院に転院します」との連絡があったことだった。</p>
<p>病院への面会が制限されており、会いに行けない。退院時の様子が分からないまま自宅に戻ることが多かった。</p>
<p>訪問時間が短くなったり玄関先での面談が増えた。デイを1ヶ月以上休む人も増え、担当者会議も人数が多くなるところは照会に切り替えたりした。カンファレンスがズームになったり研修もzoomで行ったりしていた。少しずつ戻りつつあると思う。</p>
<p>訪問してほしいと希望する利用者が増えた。</p>
<p>訪問を控えることにより、実際に本人・家族に会うことができなかつたので、アセスメントに苦労した。</p>
<p>本人、同居家族などがコロナ感染した時、サービスの利用を中止した。施設系サービスにクラスターが発生すると、必要な時にサービスを利用できなかつたり、ショートなどサービスを利用中の方は帰宅できなかつたりした。</p>
<p>本人と直接面談できる時間が少なくなり、状況を把握しづらくなった。地域でのインフォーマルな集いなどはコロナをきっかけに、かなり減ったかなくなった。</p>
<p>本人のADLの確認がしづらくなったこと。会うことができず職員による聞き取りだったが不安な感じだった。</p>
<p>マスク着用による表情が分からないこと。入院中からのマネジメント困難。必要時の担会の人数に配慮が必要。一家全員の罹患による介護者不足状態にもかかわらず、ショートステイも入院もできない状態。事業所が急なコロナ休止になり、代替サービスを急遽契約利用するにあたり、事業所を探す時間、臨時の担会、計画書作成等、大変な手間となった（なのに利用は1回のみ）。</p>
<p>面会制限が続いたサ高住やケアハウスにおいて、居室に訪問することができず、福祉用具の位置や訪問介護・看護によるサービス導入・介入を十分確認することができず、利用者の不安がみられた。コロナ感染した利用者の状況・後遺症にて、ADLの低下著明、サービスが増し、変更も多くあった。</p>
<p>面会の制限、外出制限と本人のレベルが下がってしまっている。</p>
<p>面談を最小限に抑えても、自分や自分の事業所職員・その家族・利用者の家族が感染していたらと思うと、消毒しても心配だった。書類作成にしろ、本人署名・捺印が必須であり（SNSが利用できない高齢者のため）、切手・封筒など郵送物の経費がかなりかかった。訪問ではなく電話で大丈夫だし、訪問が面倒なのでこれからは電話で済ませたいと発言される本人・家族も数人おられた。</p>
<p>モニタリングがしづらくなった。状況が見えづらくなった。</p>
<p>モニタリングのための自宅訪問減、また担当者会議を照会にさせてもらうことがコロナにより多くなった。サービス担当者会議を行うにしても参加できる事業所は以前に比べ明らかに減った。特にショートステイを利用するための施設系は特に厳しかった。</p>
<p>利用者自身が感染に対しての意識が薄く、症状があっても他者と関わっていた。そのため、後で分かったケアマネ自身も隔離状態となってしまった。サービス事業所で感染者が出ると、必然的に休業となってしまったため、独居で認知症の方などの安否確認としてのツールがなくなってしまった。近隣との行き来もなくなり、デイサービスにも行けず、他者との関わりがなくなってしまう、認知機能は低下したと思われる。ケアマネ自身が感染してしまった時の対応が大変だった。ケアプランを作成しサービス担当者会議を行う予定にしていたが、プラン作成することは担当者しかできないため、困った事態になった。</p>

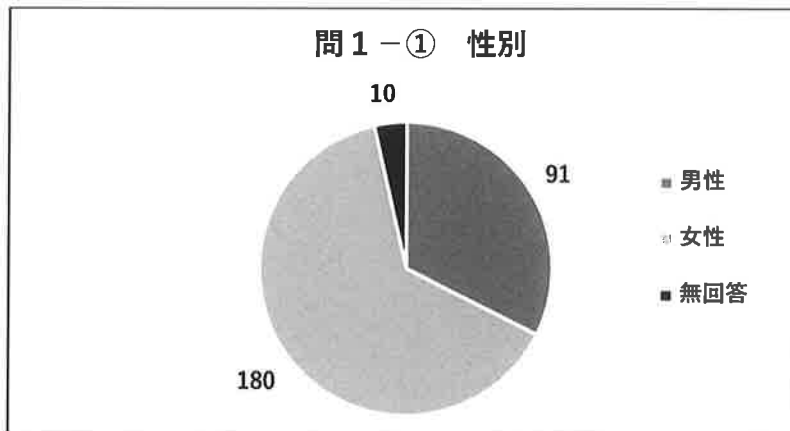
利用者宅への訪問が外からの訪問客となると、本人・家族の抵抗も大きくなり、面談でのモニタリングが取りにくかった。ICTを活用することで医療との連携は図りやすかった。
利用者宅訪問が制限されたこと。
利用者宅を訪問したところ、実は体調が悪かったと後から言われ、コロナ感染した人の濃厚接触者となり、その後の勤務が自宅待機でできなくなったことが何回か続けてあったこと。
利用者の居宅への訪問や時間の制限に影響を受けた。ゆっくりゆったりと話を聞けない。
利用者を不安にさせないよう、マスクの装着、時間をかけずに訪問時間を守る（長引かせない）。利用者の話が長くなることが多いので、切り上げるのが思いのほか苦戦した。
利用予定のショートが感染拡大によって利用できなくなるケースが多く見られ、その都度、他のショートを探し、担当者会議と契約手続きをしてもらうことがとても大変でした（出張や家の都合でどうしてもショート利用が必要で頼まれていることが多いので、簡単に利用不可では済まない）。
令和5年5月の5類への移行前までは、市より原則、訪問以外の手段でのモニタリングを行うように指導あり。ケアマネの判断で必要時は訪問することは許可されていました。自身の判断での訪問を行ったり、電話やメール対応をする等、判断が良いか悪いかまでは分からず、迷うこともあったので、迷った時は訪問していました。現在は特例措置が解除になり全ての利用者の訪問が必須となっています。
我々が係る利用者は、皆高齢の何らかの持病をお持ちの方ばかりで感染リスクが高いため、訪問時は感染しないよう時間をなるべく短く、必要最低限としてマスク・ソーシャルディスタンス等注意するようになり、現在も気をつけている。コロナにかかわらず、ウイルス感染するメカニズムが今回の新型コロナウイルス感染症により、よく分かった気がする。

#### 4. 利用者調査の結果

##### 問1-①. 性別

性別は「女性」が180件(64.1%)、「男性」が91件(32.4%)であった。

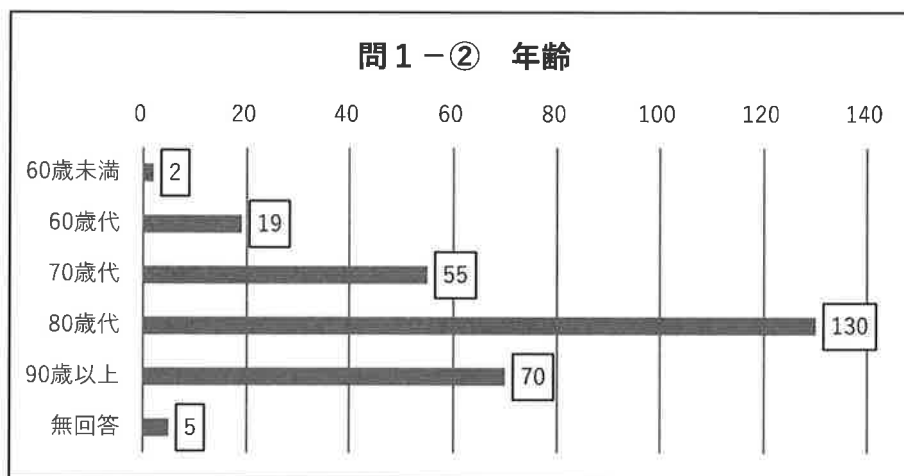
サンプル数	男性	女性	無回答
100.0 281	32.4 91	64.1 180	3.6 10



##### 問1-②. 年齢

年齢は「80歳代」がもっとも多く130件(46.3%)であり、およそ半数を占めていた。そして次に多かったのが「90歳以上」の70件(24.9%)であり、ケアマネジャーが担当している利用者の高年齢化が進んでいることが示された。他方で「70歳代」以下も合計で76件(27.5%)と一定数含まれていた。

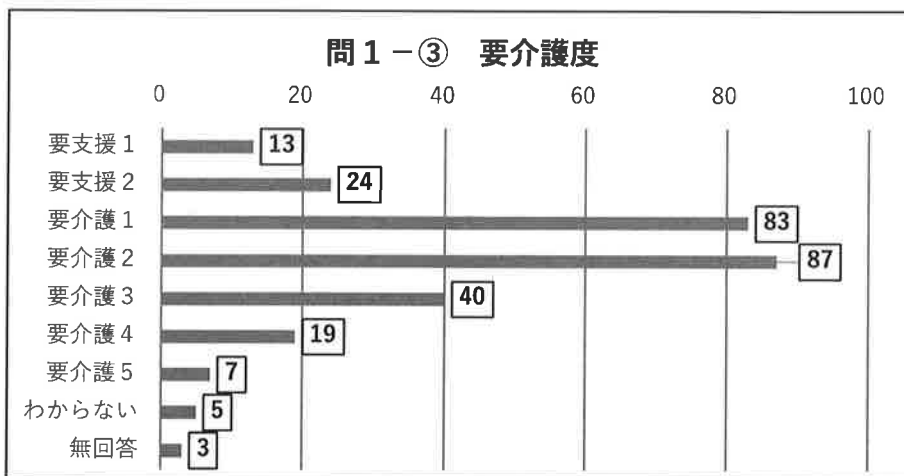
サンプル数	60歳未満	60歳代	70歳代	80歳代	90歳以上	無回答
100.0 281	0.7 2	6.8 19	19.6 55	46.3 130	24.9 70	1.8 5



問1-③. 要介護度

要介護度は「要介護2」が87件(31.0%)、「要介護1」が83件(29.5%)となっており、この2つを合わせると6割以上を占めていた。「要支援1」と「要支援2」を合わせて37件(13.1%)であり、全体的に要介護度は軽度の利用者が多くなっていた。

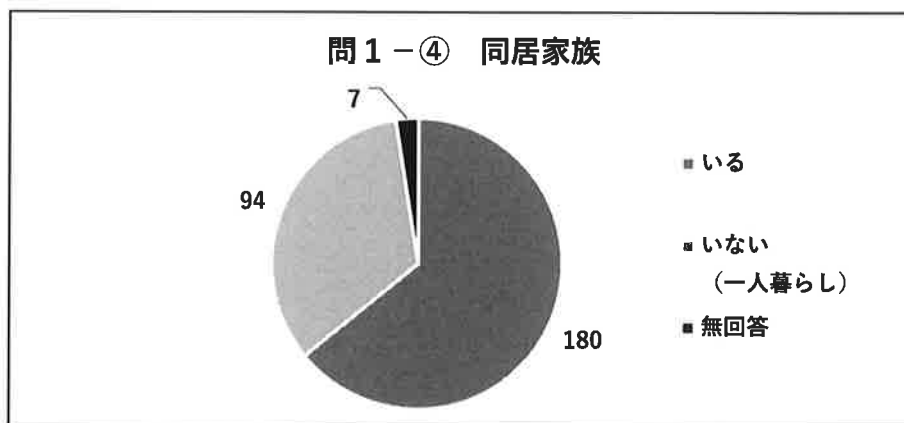
サンプル数	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	わからない	無回答
100.0 281	4.6 13	8.5 24	29.5 83	31.0 87	14.2 40	6.8 19	2.5 7	1.8 5	1.1 3



問1-④. 同居している家族

同居家族は「いる」が180件(64.1%)、「いない」が94件(33.5%)、それぞれ2/3、1/3を占めた。

サンプル数	いる	いない (一人暮らし)	無回答
100.0 281	64.1 180	33.5 94	2.5 7

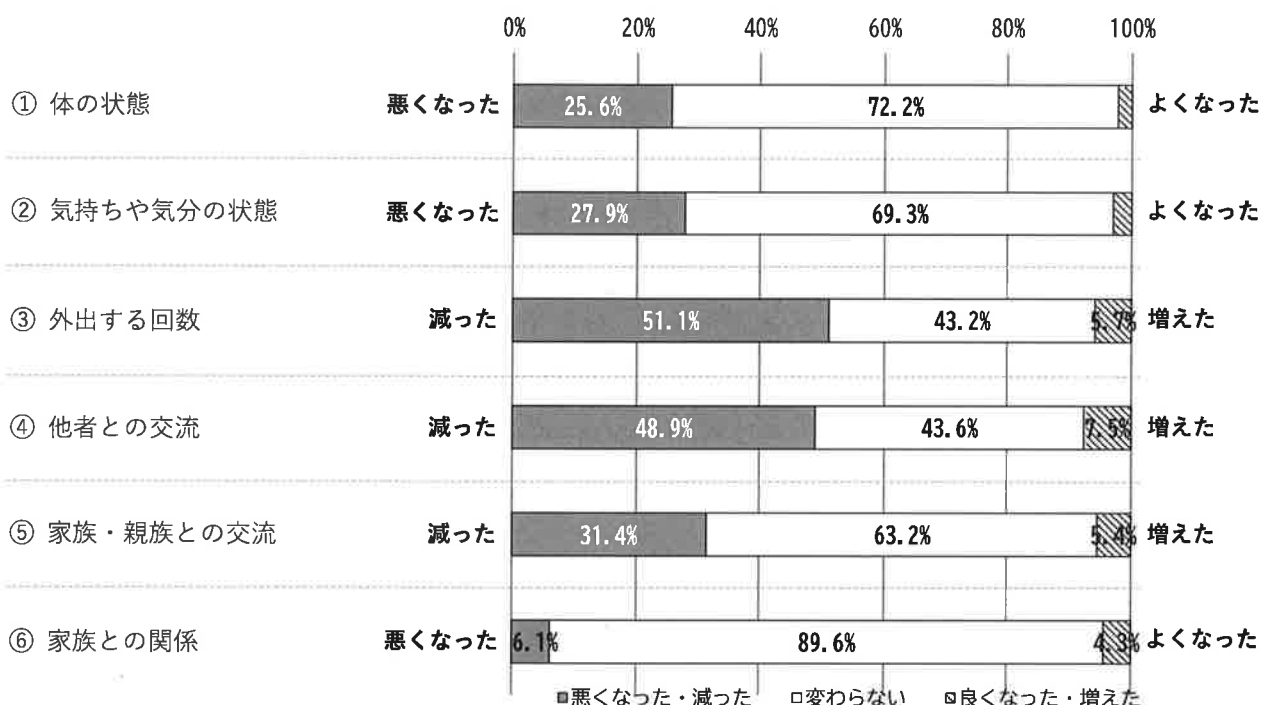


## 問2. コロナ流行前後での本人の変化

コロナ流行前後における本人の変化では、「①体の状態」「②気持ちや気分の状態」で7割程度は「変わらない」という回答だが、「よくなった」という回答はほとんどなく、コロナ流行によって3割程度の利用者が身体的・心理的に「悪くなった」と回答していた。

それに対して、社会的側面である「③外出する回数」や「④他者との交流」は約5割程度の利用者が「減った」と回答しており、コロナ流行で約半数の利用者の社会活動の機会が減少したことが示された。「⑤家族・親族との交流」も「減った」という回答が3割程度見られた。今回の回答者の2/3には同居家族がいるため、どのような利用者の家族・親族との交流が減少したのか、さらに検討することが必要である。ただし、「⑥家族との関係」は「変わらない」という回答が9割、「悪くなった」と「よくなった」の回答はほぼ同数であり、コロナ流行による家族関係への影響は限定的だったと考察できる。

### 問2 コロナ流行前後での本人の変化



①お体の状態はいかがですか？

サンプル数	悪くなった	変わらない	よくなった
100.0 281	25.6 72	72.2 203	2.1 6

②気持ちや気分の状態はいかがですか？

サンプル数	悪くなった	変わらない	よくなった	無回答
100.0 281	27.8 78	69.0 194	2.8 7	0.4 1

③外出する回数はいかがですか？

サンプル数	減った	変わらない	増えた	無回答
100.0 281	50.9 143	43.1 121	5.7 16	0.4 1

④他者との交流はいかがですか？

サンプル数	減った	変わらない	増えた	無回答
100.0 281	48.8 137	43.4 122	7.5 21	0.4 1

⑤家族・親族との交流はいかがですか？

サンプル数	減った	変わらない	増えた	無回答
100.0 281	31.3 88	63.0 177	5.3 15	0.4 1

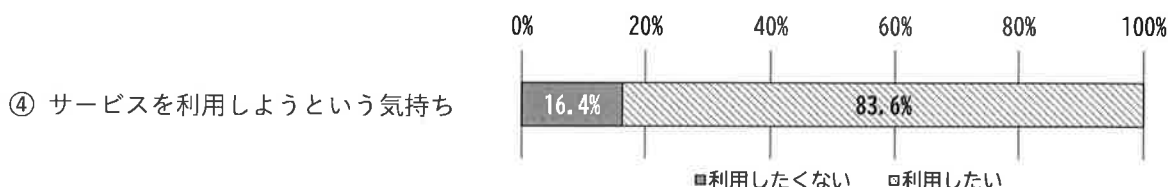
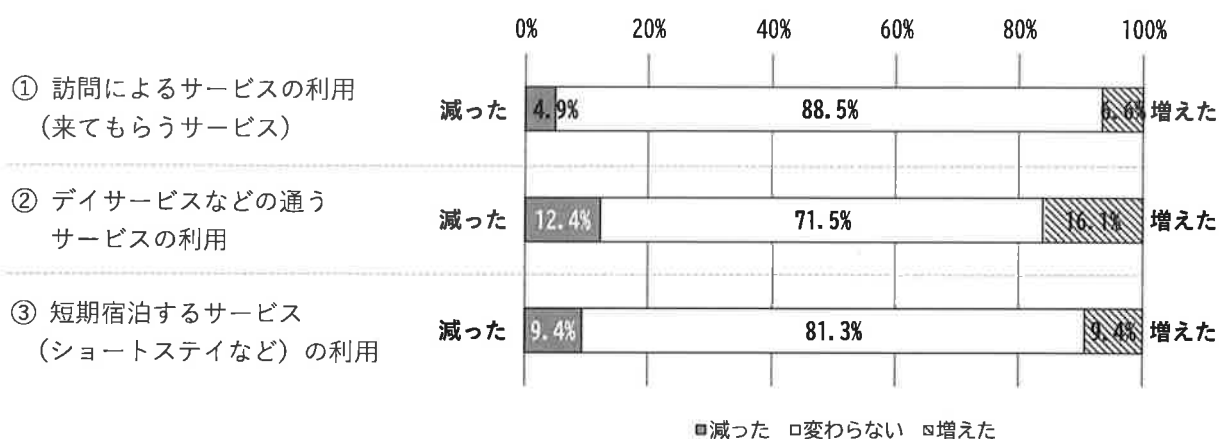
⑥家族との関係はいかがですか？

サンプル数	悪くなった	変わらない	よくなった	無回答
100.0 281	6.0 17	89.0 250	4.3 12	0.7 2

### 問3. 介護サービスの利用

コロナ流行前後における介護サービスの利用の変化は、「①訪問によるサービス」「②通うサービス」「③短期宿泊するサービス」、いずれにおいても「変わらない」という回答がもっとも多くなっていた。特に訪問によるサービスは約9割の利用者が変わらないと回答しており、コロナ流行によるサービス利用への影響がもっとも少なかったことが明らかとなった。それに対して通うサービスの利用は「変わらない」という回答は7割程度と少なくなり、訪問によるサービス、短期宿泊するサービスに比べてコロナ流行による利用状況への影響が大きかったサービスであることが示唆された。ただし、「減った」と「増えた」の回答に大きな差はなく、一定の傾向は見られなかった。これらの全体的な結果から、コロナ流行によるフォーマルなサービス利用への影響はそこまで大きくなかったことが示唆された。

#### 問3 介護サービスの利用



①訪問によるサービス（来てもらうサービス）の利用は？

サンプル数	減った	変わらない	増えた	無回答
100.0 281	4.3 12	76.9 216	5.7 16	13.2 37

②デイサービスなどの通うサービスの利用は？

サンプル数	減った	変わらない	増えた	無回答
100.0 281	11.7 33	68.0 191	15.3 43	5.0 14

③短期間宿泊するサービス（ショートステイなど）の利用は？

サンプル数	減った	変わらない	増えた	無回答
100.0 281	6.8 19	58.7 165	6.8 19	27.8 78

④サービスを利用しようという気持ちはいかがですか？

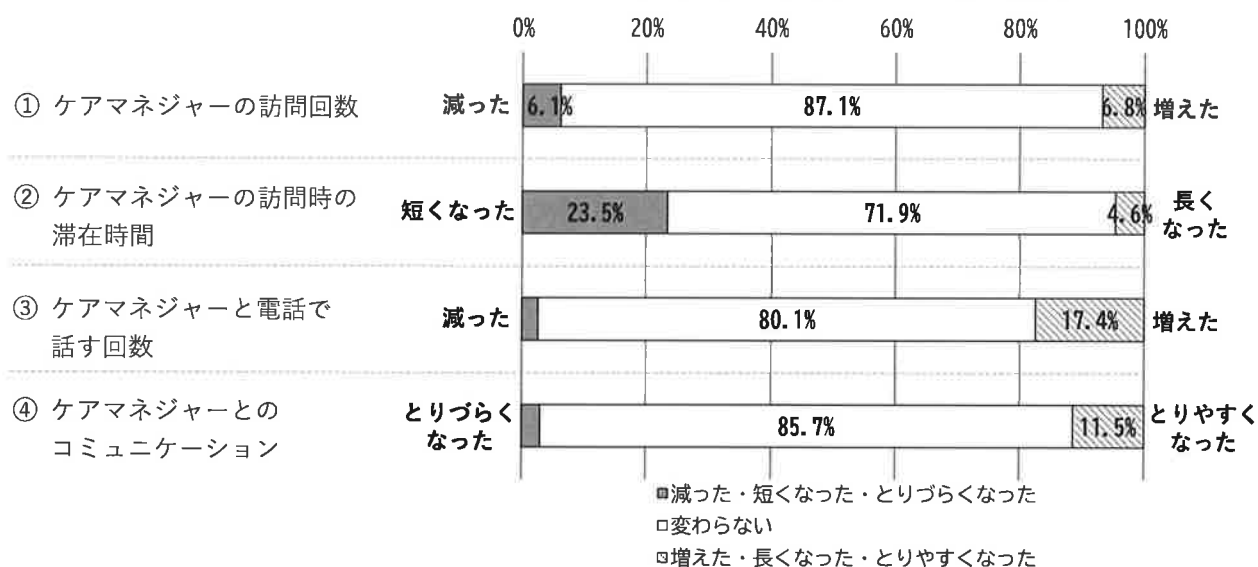
サンプル数	利用したい	利用したくない	無回答
100.0 281	77.9 219	15.3 43	6.8 19



#### 問4. ケアマネジャーによる関り

コロナ流行前後におけるケアマネジャーの関りの変化では、「①ケアマネジャーの訪問回数」では「変わらない」という回答が244件（87.1%）と9割近くを占めており、「増えた」と「減った」の回答数に差はなかった。他方で「②訪問時の滞在時間」は「短くなった」という回答が66件（23.5%）と少し多い回答であったが、それでも「変わらない」という回答は202件（71.9%）となっており、利用者としてはケアマネジャーの訪問回数も滞在時間もコロナ感染拡大による変化をあまり感じていないことが明らかとなった。それに対して「電話で話す回数」は「増えた」という回答が48件（17.4%）と多くなっており、ケアマネジャーの利用者との関りにおける工夫や取り組みの成果が示されたものと考えられる。ケアマネジャーの取り組みの成果は「④ケアマネジャーとのコミュニケーション」は「変わらない」が239件（85.7%）、「とりやすくなった」が32件（11.5%）という結果にも表れているといえよう。

#### 問4 ケアマネジャーによる関り



①ケアマネジャーの訪問回数は？

サンプル数	減った	変わらない	増えた	無回答
100.0 281	6.0 17	86.8 244	6.8 19	0.4 1

②訪問時の滞在時間は？

サンプル数	短くなった	変わらない	長くなった
100.0 281	23.5 66	71.9 202	4.6 13

③ケアマネジャーと電話で話す回数は？

サンプル数	減った	変わらない	増えた	無回答
100.0 281	2.5 7	78.6 221	17.1 48	1.8 5

④ケアマネジャーとのコミュニケーションは？

サンプル数	とりづらくなった	変わらない	とりやすくなった	無回答
100.0 281	2.8 8	85.1 239	11.4 32	0.7 2

## ■自由記述

朝の検温が心配。かかったら母がどうなるだろうなど思った。
うつらないか心配はした。
屋外、外出を控えて生活している。
お互い密にならないよう気をつけた。消毒もよくした。換気したり、外で話したりした。
介護サービスの利用が、コロナ感染拡大により急に中断されることによる不都合があった時。
介護者である娘の職場でコロナ感染あり。娘も心配してショート利用を急にすることになりました。初めてのショートでしたが、すぐに入所させていただきました。娘は安心して仕事ことができました。本人は少し窮屈だったようです。このような利用法があるのは家族として安心でき感謝しています。これからもよろしくお願いします。また、コロナ禍の中でもきちんと説明してくれて、こちらも安心・納得できました。
外出が減って歩くことが少なくなり、外出ができなくなるのではと心配でした。ケアマネジャーの方との会話が明るい気持ちにさせていただきとても良かったです。
各サービスの利用が減少するのではないかと心配しましたが、ケアマネジャーや施設の職員の方が適切な対応をしていただいたので、感染前と変わらず利用でき、大変有難かったです。
家族がコロナ感染した時は不安だったが、ケアマネに連絡すればどうしたらいいか教えてくれて心強かった。
通っていたデイサービスでは換気や消毒等、色々対策をさせていただいており、検査や体調をきいていただける等、安心して利用できました。またケアマネジャーには利用者の目線で親切に予定を組んでくださったり、訪問してくださる等、大変助かっております。他施設との調整等もスムーズで感謝いたしております。
身体が弱ってしまうこと。
変わりなく良くしてもらっている。
感染拡大時に交流が少なくなることは、私のような立場の者には支障が少なかったが、一方支援をより多く必要とされる方には非常に問題であったろうと思う。
感染することが心配。
感染予防は徹底して行いました。デイサービスを利用していますが、5類移行後も変わらぬ安全対策を施設でもしており、安心して利用しています。ケアマネジャーには抗原検査キットを持ち込みで検査してくれたり大変お世話になり、今でも色々対応してくれるので心強いです。
気にかけてもらっている。いつも笑顔できてくれるので嬉しいです。
ケアマネが毎回心配ないよう声をかけてくれたり、健康面や生活面も気にかけてくれて有難かった。親切に対応してくれるケアマネで良かった。
ケアマネもコロナ感染しないように注意して訪問を制限してくれた（来ないでもらった）。
ケアマネやデイサービスで、いつものように話して相談できていたので良かった。
県外在住の子どもの帰省回数は減ったが、電話がかかってくる回数は増えた。
骨折して入院した時は食事もとれない状態だったが、退院して自宅では以前のように食欲も出て、口から食べられるようになった。
細かいこと（食事面、会話）から入院中の様子など病院に聞いていただいたり、助かりました。
困った時にすぐ助けてくれて有難い。
コロナが家に持ち込まれないか心配。デイで感染しないか心配。
コロナが怖くて外出したくなくなったため、体力・筋力低下、気持ちの落ち込み、不安感、ADL低下等の心配。
コロナ感染拡大により、施設が一時中断となった。
コロナ感染拡大のために外出をしなくなり、人との関わりもなくなり、体の状態が悪化しました。認知機能が極度に悪化し、サービスの利用を開始し、外出や人との関わりができ良かったと感じています。
コロナ感染によって大きな変化はないです。
コロナでサービスが止まるのは困ると思った。
コロナでデイサービスが休みになった時の対応は困ったが、自費のヘルパーなどを手配してもらえた。
コロナに感染し、入院中、また退院後もケアマネには親身になり大変ご心配もいただきました。感謝しております。

コロナに感染した時にサービスが使えなくなることが不安です。家族が感染しても同様です。
コロナワクチンは受けているが感染することが心配なので外出をできるだけしていない。
コロナを理由にデイが休みになったりすることで戸惑った。
サービスが利用できないと入浴できなくなるので不安だ（自宅はムリ）。
サービスが利用できなくなってしまうのではと感じ不安だった。
昨年の年末にコロナに感染したが、ケアマネジャーの対応は親切で、適確なアドバイスやデイサービスも変わらず、快適に過ごしています。
自営業なので誰が発症してもおかしくない状況。仕事は休めず、かと言って発症すれば運動や入浴はどうしたらいいかと。ケアマネジャーが都度訪問、連絡してくれ、少しは安心できたと思います。
事業所、特にケアマネは緊張感を持って責任強く状態の把握に努め、良くやってくれた。
施設内でのコロナの発生状況によりサービスを受けられない時もあり、困ったこともあった。ケアマネジャーとは電話での対応など親切にいただいた。
持病があるのでコロナ感染が一番心配でした。今のところ感染なし。
自分がうつらないように、サービスの人にもうつさないようにと心配していた。
自分がかからないか常に心配していました。
自分も家族もコロナにかかって、しばらくデイケアを休んだ。訪問介護やデイケア、ケアマネがいつもより電話で心配してくれたり、アドバイスしてくれて助かったし、心強かった。
状態が安定していれば訪問ではなく電話で良いと思う。
ショートステイの滞在中にコロナに感染したのでつらかった。
ショートステイの利用を多くしようとした時に、施設でコロナ感染が発生するとサービスが利用できません。家族の負担が非常に大きくなります。どうか施設でのコロナ感染を発生しないように対策を考えてください。ケアマネジャーもデイサービスの利用で急場をしのいでもらっています。
親切な対応に感謝しています。
外に出られず1人であることが心配。風邪をひかないように注意深くなり、少し症状などあれば周りの目が気になり外出できなくなった。
デイサービスが短くなってしまい、娘がご飯の用意をする回数が多くなってしまった。
デイサービスに通っていたが、コロナ感染が心配で中止しました。
デイサービスに参加できなかったり、居室から出られなかったことがとても嫌でした。
デイサービスの感染から自分も感染した。そして家族も。仕方ないと思う。ケアマネとの関わりは変わりなかった。
デイサービスの利用をしていますが、とても楽しそうによくやってくれています。安心です。
デイサービスを2・3回にしてほしいです。
特別に不安な心配事もなく過ごせました。デイやケアマネはとても良くしてくれました。
独居で別居の家族が都合から帰省されると、事業所の方も家族の方も気をつかう傾向は消えない。
とても良くしていただいています。
何かあればケアマネジャーから連絡があったので、心配していなかった。
人を避けるようになった。
訪問看護が他でコロナ感染したと聞くと、来てもらえないのか、自分も感染していないか不安になることが多かった。訪問してくれる人はしっかり対策をして来てくれたので良かったです。
訪問のサービスは変わらなかったが、通いのサービスの感染対策で思うように使えず困ったことがあった。あの時期は仕方がないと思うが、大変だった。
本人も感染して利用が減った。
マスクの使用が大変です。人との話ができなくなった。
マスクの着用、リハビリ前後の手の消毒、後のうがい等に注意をした。ケアマネよりコロナ感染情報を貰い、安心してリハビリに参加できた。

<p>マスクをしているのでケアマネジャーの顔を覚えられない（素顔が分からない）。黙食や会話の禁止を強いられたこと（デイサービス）。持病の悪化や入院したら家族と面会できないこと。</p>
<p>満足しております。今後への期待もあります。</p>
<p>もし自分が感染した時、在宅療養でどうすればいいのか、誰が看護してくれるのか心配だった。ショートステイやデイサービスが感染の広がりで見えなくなり、不安だった。</p>
<p>友人と出かけることを楽しみにしていたが、コロナ禍で関係が遠のいた。今では電話をたまにする程度。サービスやケアマネジャーとの関わりには変化は感じなかった。</p>
<p>予防接種1回だけでコロナ罹患、不安であった。</p>
<p>予防注射の申し込み方法等が困難だった。色々相談できるので助かっている。</p>
<p>リハビリのためのサービスを利用しようと思う気持ちがなくなった。外出は家族としか行けないが、決まった場所で短時間で済ませている。</p>
<p>連絡はつくが、家に来てもらうまでの準備が大変だった。</p>

## 5. 分析の結果

回収されたデータをもとに、コロナ感染拡大時におけるケアマネジメントに影響を与える要因や、利用者の変化に関連する要因を検討するために分析を行った。以下、実施した分析結果について記述する。

### (1) ケアマネジャー調査の分析

#### ① 自治体種別（4群）によるケアマネジメントへの影響の違い

ケアマネジャー調査では、コロナ感染第8波（2022年10月～2023年1月）におけるケアマネジメントへの影響をたずねている。そのため、都道府県ごとに緊急事態宣言やまん延防止等重点措置の適用が異なることはなく、都道府県によってケアマネジメントへの影響が異なることは想定しづらいこと、また想定されたとしても都道府県ごとの分析では十分なサンプル数が得られないことから、都道府県ごとの分析は実施しないこととした。

そこで、自治体種別（4群：政令市・特別区、中核市、市（政令市・中核区以外）、町村）によるケアマネジメントへの影響の違いを一元配置分散分析によって検証した。なお、多重比較として等分散を想定する場合には Tukey 検定、等分散を想定しない場合には Dunnett の T3 検定を実施した。

分析の結果、自治体種別によって有意な差が見られた項目は以下の通りである。

すべての結果を通して、「政令市・特別区」のケアマネジャーは、「中核市」や「市（政令市・中核市以外）」のケアマネジャーよりもネガティブな影響が少ない回答をする傾向が見られた。これは、地域による住民特性や地理的な条件が影響したのではなく、行政による方針が影響した結果と考えられる。今回のアンケート調査では第8波における影響を聞いているが、この時期、自治体によって介護サービス事業所やケアマネジャーに求める行動制限には差異があった。自由記述にも「行政から原則として訪問ではなく電話等でモニタリングをおこなうようにと指示があった」という回答もあり、この行政の方針において政令市・特別区以上に中核市や市（政令市・中核市以外）ではケアマネジャーやサービス事業所に対する行動制限が厳しく課せられていた可能性があると考えられる。なお、町村でも同様の傾向があった可能性は想定されるものの、今回の分析結果ではそのような結果は示されなかった。これには、この時期における地域内でのコロナ感染状況に差異があった（町村部ではコロナ感染症がそこまで拡大していなかった）ことが影響したと考えられる。

なお、「政令市・特別区」において訪問診療の利用の得点が高くなっていたことは、行政の方針だけでなく、より多くの社会資源（この場合訪問診療を実施する医師）が存在しているという地域性の影響が推測できる。このようなフォーマルサービスの充実度は市町村の規模によって大きく異なるが、感染症に向けて平時から社会資源を充実化することは現実的ではないため、連携の推進など異なる視点での対策も必要と考える。

#### ・問Ⅲ-4-⑤ 地域インフォーマルサポートのサービス担当者会議への同席 (F=3.25, P<0.05)

政令市・特別区 (N= 46) : -1.15 (1.24)	} *
中核市 (N= 42) : -1.50 (1.21)	
市 (政令市・中核市以外) (N=233) : -1.65 (1.17)	
町村 (N= 46) : -0.96 (1.17)	

・問Ⅲ－６－② モニタリングへの家族の同席 (F=2.79, P<0.05)

政令市・特別区 (N= 46) :	-0.35(0.95)	}*
中核市 (N= 42) :	-0.88(1.09)	
市 (政令市・中核市以外) (N=233) :	-0.68(0.88)	
町村 (N= 47) :	-0.57(0.80)	

・問Ⅲ－６－④ モニタリングとしての事業所訪問 (F=3.53, P<0.05)

政令市・特別区 (N= 46) :	-1.00(1.28)	}*
中核市 (N= 42) :	-1.67(1.28)	
市 (政令市・中核市以外) (N=234) :	-1.52(1.19)	
町村 (N= 47) :	-1.43(1.20)	

・問Ⅲ－６－⑤ モニタリングとしての住宅系サービスへの訪問 (F=5.07, P<0.01)

政令市・特別区 (N= 46) :	-0.80(1.31)	}*
中核市 (N= 42) :	-1.79(1.22)	
市 (政令市・中核市以外) (N=234) :	-1.43(1.25)	
町村 (N= 47) :	-1.26(1.13)	

・問Ⅲ－６－⑦ モニタリングによる家族介護者の状態把握 (F=2.68, P<0.05)

政令市・特別区 (N= 46) :	-0.46(1.01)	}*
中核市 (N= 42) :	-0.90(1.06)	
市 (政令市・中核市以外) (N=233) :	-0.89(0.97)	
町村 (N= 46) :	-0.77(0.87)	

・問Ⅲ－７－① 訪問診療の利用 (F=2.79, P<0.05)

政令市・特別区 (N= 46) :	0.37(0.68)	}*
中核市 (N= 42) :	0.07(0.75)	
市 (政令市・中核市以外) (N=233) :	0.06(0.68)	
町村 (N= 46) :	0.04(0.72)	

② その他の要因によるケアマネジメントへの影響

上記の自治体種別以外にもコロナ感染拡大時におけるケアマネジメントへの影響に関連する要因を検討するため、ケアマネジャーの性別を独立変数としたt検定、居宅介護支援事業所の加算取得状況を独立変数としたt検定を実施した。回答したケアマネジャーの性別や居宅介護支援事業所の加算取得状況によって有意な差が確認されたケアマネジメント項目(問Ⅲ)はほとんどなかった。

これより、ケアマネジャーの性別によってコロナ感染拡大時にケアマネジメントやICTツール活用状況に差があるわけではないことが明らかとなった。また、事業所が加算を取得しているか否かということもコロナ感染拡大時におけるケアマネジメントの実施には特段影響しないことが示された。

## (2) 利用者調査の分析

利用者調査では「減った」などのネガティブな変化を1点、「変わらない」を2点、「増加した」などのポジティブな変化を3点として計算した。

### ① 自治体種別（4群）による利用者への影響の違い

利用者調査においても、自治体種別（4群）によるコロナ流行時の利用者への影響について一元配置分散分析による検証を行った。その結果、以下2項目において分散分析に有意な差がみられた。

家族・親族との交流では市（政令市・中核市以外）に比べて町村では有意に得点が低くなっていた。つまり、町村の利用者はコロナ流行前後で家族・親族との交流が減ったという回答が市（政令市・中核市以外）の利用者よりも多かったことになる。これは町村部に在住している利用者の場合、他市町村や他都道府県の家族・親族との間で行き来することのハードルが高くなっていたことが影響した結果と考えられる。政令市・特別区や中核市の利用者との間には有意な差は見られなかったものの、これにはサンプル数が十分でなかったことによる影響なども想定される。

訪問サービスの利用において、中核市の利用者が市（政令市・中核市以外）の利用者よりも有意に得点が低かった結果について考察することは難しい。ただし、通所サービス利用や短期入所サービス利用では4群間での有意な差は見られておらず、中核市の回答者（利用者）のサービス利用全般が減少したわけではないため、今回の回答者が在住する中核市において訪問サービス利用が難しくなった状況が生じた可能性などが推測される。

#### ・Q2-⑤ 家族・親族との交流 (F=2.86, P<0.05)

政令市・特別区 (N= 30) :	1.67 (0.55)
中核市 (N= 33) :	1.76 (0.44)
市 (政令市・中核市以外) (N=173) :	1.80 (0.56)
町村 (N= 38) :	1.53 (0.51)

]\*

#### ・Q3-① 訪問サービスの利用 (F=3.29, P<0.05)

政令市・特別区 (N= 29) :	2.03(0.33)
中核市 (N= 30) :	1.87(0.35)
市 (政令市・中核市以外) (N=148) :	2.05(0.33)
町村 (N= 32) :	2.01(0.34)

]\*

### ② 要介護度（3群）による利用者への影響の違い

次に、利用者の要介護度（3群：要支援1・2、要介護1・2、要介護3・4・5）によるコロナ流行前後での変化の差について、同様に一元配置分散分析を行った。その結果、ほとんどの項目では有意な差は見られなかった。唯一ケアマネジャーとのコミュニケーションの回答に有意差が見られた。

まず、ほとんどの項目において有意差が見られなかった理由として、今回の調査対象者の条件が影響したと考えられる。つまり、①自宅で生活しており②本人が回答可能（家族による代筆可）という条件によって、要介護度が高い利用者でも本人が回答できる能力がある、もしくは代筆できる家族がいるなど、本人の身体的・心理的・社会的状況を維持するための条件が整っている回答者が多かった可能性がある。

そのうえで、ケアマネジャーとのコミュニケーションにおいて要介護3・4・5の利用者の方が要支援1・2もしくは要介護1・2の利用者よりも有意に得点が高かった（つまり「とりやすくなった」と回答した利用者が多かった）のは、ケアマネジャーによる取り組みの成果といえよう。多くのケアマネジャーが利用者宅への訪問回数を減らしたり面接時間を短くしたりするなど感染対策は行いつつも、電話による連絡を増やすなど利用者の状態・状況を把握するために創意工夫を行っていたことがケアマネジャー調査の結果明らかになっている。要介護3・4・5の利用者にとって電話はケアマネジャーとの連絡を取る最重要ツールであると考えられるため、その電話回数が増えた結果、ケアマネジャーとの連絡やコミュニケーションがとりやすくなったという印象につながったのではないだろうか。もちろん、要介護度が高い利用者の場合、感染リスクも高まるおそれもあるため、多くのケアマネジャーがより気を配って連絡を多くするなど工夫をしたことの影響も考えられる。いずれにしてもコロナ禍において多くの利用者がケアマネジャーとのコミュニケーションのとりやすさは変わらない、もしくはとりやすくなったと感じていたことが明らかになったのは、本調査におけるもっとも重要な結果の1つといえる。

・Q4-① ケアマネジャーとのコミュニケーション (F=6.50, P<0.01)

要支援1・2 (N= 37) :	2.00 (0.41)	
要介護1・2 (N=168) :	2.06 (0.30)	
要介護3・4・5 (N= 66) :	2.23 (0.457)	

③ 性別による利用者への影響の違い

利用者の性別によるコロナ流行前後での変化の差について、独立したサンプルの t 検定を用いて検証した。その結果、以下2つの項目において性別による有意な差が確認された。

まず他者との交流において女性の方が男性よりも有意に得点が低かった。これは、女性の方が男性よりもコロナ流行前後で他者交流が減ったと回答した者が多かったことを意味する。もともと地域で生活する高齢者の場合、女性の方が近所付き合いなど他者交流が多いことが一般的に知られているが、このような交流はコロナ禍の行動制限・自粛によって著しく減少したため、女性の方がより影響が大きくなったと考えられる。

他方で、ケアマネジャーの訪問回数についても、男性の方が有意に女性よりも得点が高くなっていった。そもそもケアマネジャー調査ではケアマネジャーはアセスメントやモニタリング含めて訪問回数は減少したと回答しているが、利用者調査では多くが変わらないと回答しており、認識のズレがあることが分かる。これは繰り返し記述している通り、ケアマネジャーによる利用者との関わる上での創意工夫によって、利用者にそこまでケアマネジャーの訪問が減ったと感じさせないことができていると解釈できる。その創意工夫の一環として、もともと他者交流が少ない男性利用者に対しては、できるだけ訪問回数を減らさないようにしたり、電話回数を増やしたりするなどしていた結果、以下のように男性利用者の方がケアマネジャーによる訪問回数の得点が高くなったと考えることもできる。

・Q2-④ 他者との交流 (t=2.03, P<0.05)

男性 (N= 91) :	1.68 (0.67)
女性 (N=179) :	1.52 (0.59)



・Q4-① ケアマネジャーの訪問回数 ( $t=3.34$ ,  $P<0.001$ )

男性 (N= 91) : 2.11 (0.35)

女性 (N=179) : 1.96 (0.36)

④ 同居家族の有無による利用者への影響の違い

最後に、利用者の同居家族の有無によるコロナ流行前後での変化の差について、独立したサンプルの t 検定を用いて検証した。その結果、以下2つの項目において有意な差が確認された。

まず、家族との関係では同居家族がいる利用者の方が一人暮らしの利用者よりも有意に得点が高くなっていた。いずれもほぼ2点（つまり変わらない）だが、一人暮らしの利用者の方が少し平均値が低く、コロナ流行前後で家族との関係が悪くなったと回答した者が多かったことが分かる。同居していない家族とは疎遠になってしまうため、関係にも多少ネガティブな影響が生じてしまったと考えられる。

そしてもう1点はケアマネジャーとのコミュニケーションである。同居家族がいる利用者の方が一人暮らしの利用者よりも有意に得点が高くなっていた。これはケアマネジャーによる電話回数の増加による影響であると考えられる。つまり、ケアマネジャーが一人暮らし高齢者の家族と連絡を取る場合、もともと電話連絡が多いこと、また同居している家族には訪問による関りが多かったことが推測できる。コロナが流行したことで、感染予防として同居している家族に対しても電話による連絡が基本となった結果、同居家族がいる利用者はケアマネジャーとコミュニケーションがとりやすくなったと感じているのではないだろうか。

もちろん、本調査は利用者本人の変化を聞いているため、上記は家族に焦点をあてた考察であり、ずれがあるようにも受けとめられよう。しかし、調査への回答は家族による代筆をOKとしていることから、同居家族がいる利用者の場合家族による代筆が多かったことが想定される。その場合、ケアマネジャーとのコミュニケーションについては代筆する家族による意向が色濃く反映されることになるだろう。実際、自由記述欄には家族による視点からの回答が多数見られていることも、このような解釈の妥当性を証明するものである。

・Q2-⑥ 家族との関係 ( $t=2.07$ ,  $P<0.05$ )

同居家族いる (N=178) : 2.01 (0.32)

いない (一人暮らし) (N= 94) : 1.93 (0.34)

・Q4-④ ケアマネジャーとのコミュニケーション ( $t=3.60$ ,  $P<0.001$ )

同居家族いる (N=178) : 2.15 (0.38)

いない (一人暮らし) (N= 94) : 1.99 (0.31)

# 巻末資料

(アンケート調査票)

- ・ケアマネジャー調査票
- ・利用者調査票

コロナ感染拡大がケアマネジメントへ与えた影響に関する研究  
 <ケアマネジャー用調査票>

日本ケアマネジメント学会  
 調査研究実施責任者：服部万里子（学会理事）

<ご記入にあたって>

1. ご記入は、黒または青のボールペン・サインペン等をお願いします。
2. 調査対象者ご本人様をご自分の考えをご回答くださいますようお願いいたします。
3. 本調査票への回答をもって、ご協力について同意いただいたものとさせていただきます。
4. ご記入後は、無記名のままご提出ください。
5. 調査へのご協力は任意です。協力しない場合にも一切不利益を受けることはありません。

Ⅰ あなたが勤務する居宅介護支援事業所についてお答えください。

問Ⅰ-1. 事業所が所在する都道府県について、あてはまるもの1つに○をつけてください。

- |         |          |         |          |         |          |
|---------|----------|---------|----------|---------|----------|
| 1. 北海道  | 2. 青森県   | 3. 岩手県  | 4. 宮城県   | 5. 秋田県  | 6. 山形県   |
| 7. 福島県  | 8. 茨城県   | 9. 栃木県  | 10. 群馬県  | 11. 埼玉県 | 12. 千葉県  |
| 13. 東京都 | 14. 神奈川県 | 15. 新潟県 | 16. 富山県  | 17. 石川県 | 18. 福井県  |
| 19. 山梨県 | 20. 長野県  | 21. 岐阜県 | 22. 静岡県  | 23. 愛知県 | 24. 三重県  |
| 25. 滋賀県 | 26. 京都府  | 27. 大阪府 | 28. 兵庫県  | 29. 奈良県 | 30. 和歌山県 |
| 31. 鳥取県 | 32. 島根県  | 33. 岡山県 | 34. 広島県  | 35. 山口県 | 36. 徳島県  |
| 37. 香川県 | 38. 愛媛県  | 39. 高知県 | 40. 福岡県  | 41. 佐賀県 | 42. 長崎県  |
| 43. 熊本県 | 44. 大分県  | 45. 宮崎県 | 46. 鹿児島県 | 47. 沖縄県 |          |

問Ⅰ-2. 事業所が所在する地方自治体の種別についてあてはまるもの1つに○をつけてください。

- |        |        |                 |
|--------|--------|-----------------|
| 1. 政令市 | 2. 中核市 | 3. 市（政令市、中核市以外） |
| 4. 特別区 | 5. 町   | 6. 村            |

問Ⅰ-3. 事業所が現在算定している加算についてあてはまるもの全てに○をつけてください。

- |            |                   |            |
|------------|-------------------|------------|
| 1 特定事業所加算Ⅰ | 2 特定事業所加算Ⅱ        | 3 特定事業所加算Ⅲ |
| 4 特定事業所加算A | 5 特定事業所加算は算定していない | 6 分からない    |

## II あなた自身のことについてお答えください。

問II-1. 性別についてあてはまるもの**1つに○**をつけてください。

1. 女性	2. 男性	3. その他	4. 回答しない
-------	-------	--------	----------

問II-2. 年齢についてあてはまるもの**1つに○**をつけてください。

1. 20～30歳代	2. 40歳代	3. 50歳代	4. 60歳代以上	5. 回答しない
------------	---------	---------	-----------	----------

問II-3. 基礎資格として、もっとも強いアイデンティティを有するもの**1つに○**をつけてください。

1. 医師	2. 歯科医師	3. 薬剤師	4. 保健師
5. 助産師	6. 看護師・准看護師	7. 理学療法士	8. 作業療法士
9. 視能訓練士	10. 義肢装具士	11. 歯科衛生士	12. 言語聴覚士
13. 柔道整復師	14. 社会福祉士	15. 介護福祉士	16. 精神保健福祉士
17. あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師		18. 栄養士（管理栄養士を含む）	
19. 介護福祉士実務者研修修了（ヘルパー1級）		20. 介護職員初任者研修修了（ヘルパー2級）	
21. 相談援助業務等従事者（上記で該当する資格がある場合はそちらに○をしてください）			

問II-4. 現在の主任介護支援専門員資格の保有状況について、あてはまるもの**1つに○**をつけてください。

1 もっている	2 もっていない
---------	----------

問II-5. 介護支援専門員（主任介護支援専門員含む）としての**実務経験年数（通算）**をご記入ください。

通算 _____ 年 _____ か月（2023年11月時点）
---------------------------------

問II-6. 現在のケアプラン作成（担当利用者）件数（1か月あたり）をそれぞれご記入ください。

①	居宅サービス計画（介護給付）	_____ 件/月
②	介護予防サービス計画	_____ 件/月
③	介護予防ケアマネジメント	_____ 件/月
④	その他計画（ _____ ）	_____ 件/月

※作成していない計画の件数には“0”をご記入ください

問II-7. 現在の勤務形態について、あてはまるもの**1つに○**をつけてください。

1 常勤専従	2 常勤兼務	3 非常勤専従	4 非常勤兼務
--------	--------	---------	---------

問II-8. 現在の職場での役職について、あてはまるもの**1つに○**をつけてください。

1 管理職	2 主任・チーフ等の中間管理職	3 特になし	4 その他（ _____ ）
-------	-----------------	--------	----------------

### Ⅲ コロナ感染拡大がケアマネジメントに与えた影響についてお尋ねします

コロナ感染拡大第8波（2022年10月～2023年1月）※の時期に

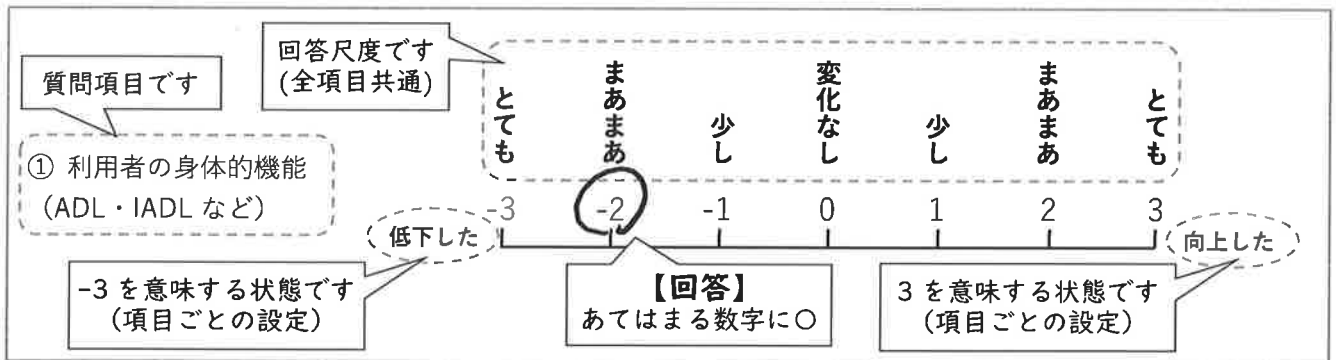
（※最も感染が拡大しており死亡者数も多かった）

ケアマネジメントに関する状況や実践がどのような影響を受けたのか、

それぞれあてはまるもの1つに○をしてください。

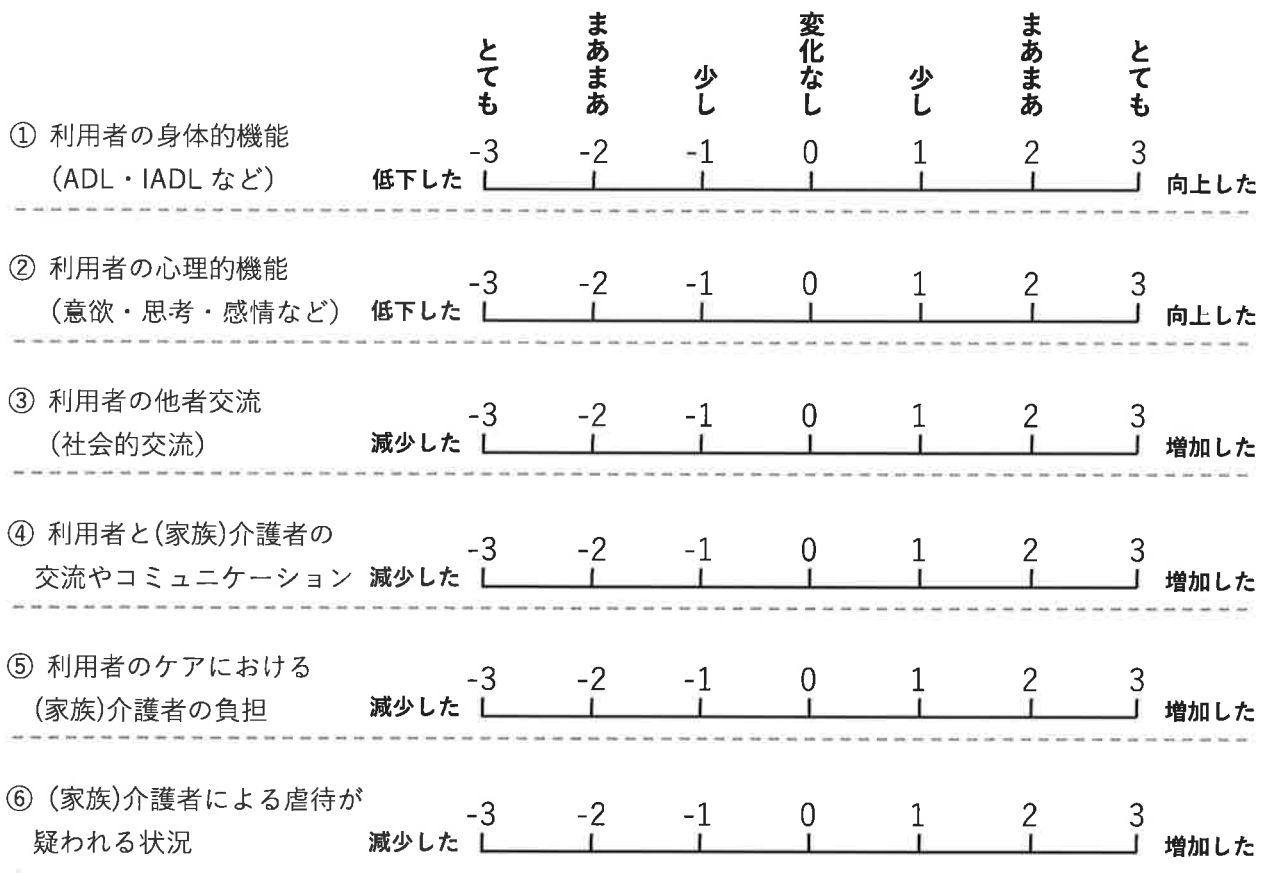
#### 【回答方法】

各質問項目に関する状況として、“0”を「変化なし」として、“-3”～“3”のうち最もあてはまるもの1つに○をしてください（変化がなければ0に○）。



#### 問Ⅲ-1. 利用者や家族の状況について

※コロナ感染拡大第8波における状況の変化についてお答えください



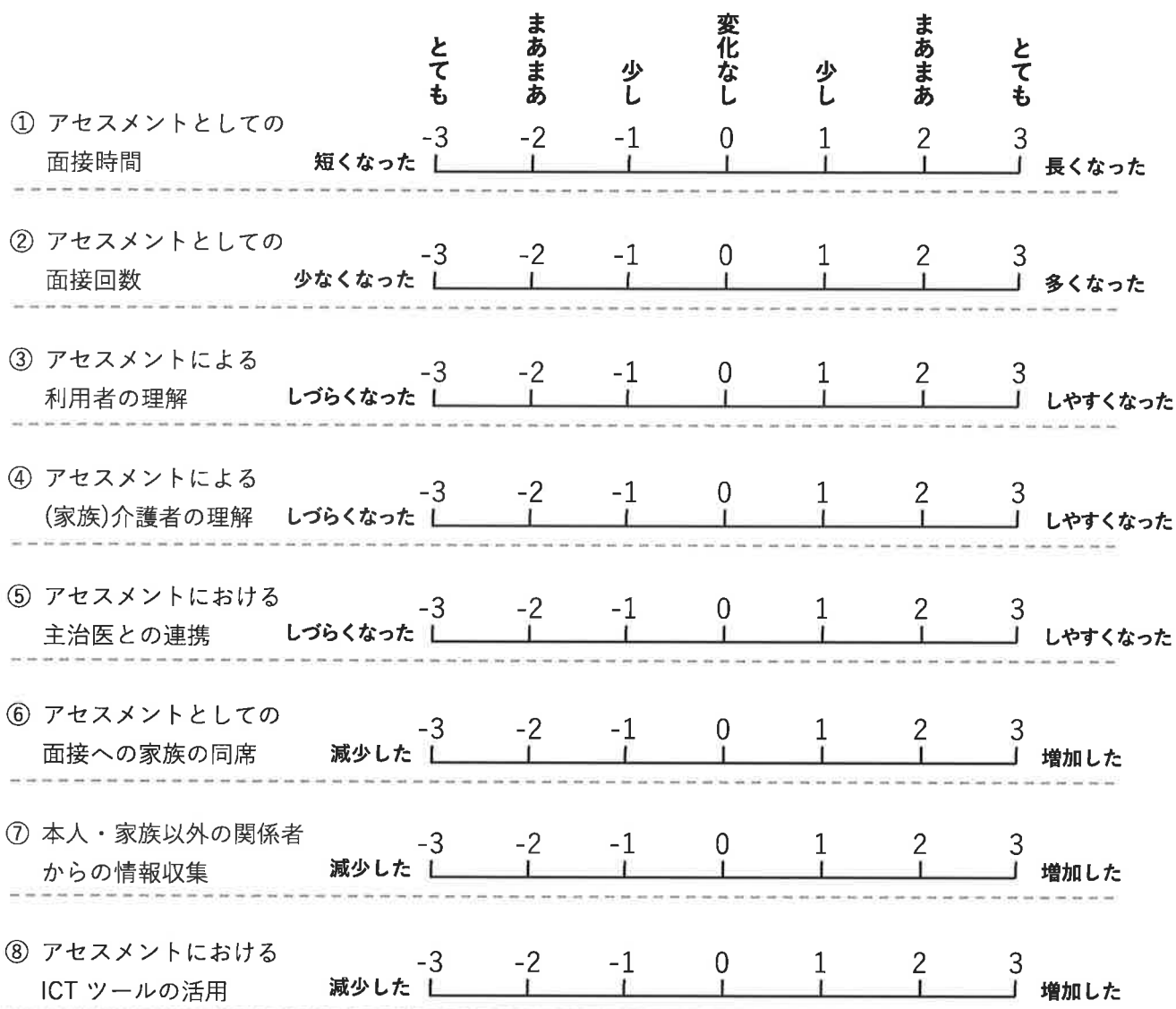
### 問Ⅲ-2. インテークについて

※コロナ感染拡大第8波における状況の変化についてお答えください

		とても	まあまあ	少し	変化なし	少し	まあまあ	とても	
① インテークとしての 訪問時間	短くなった	-3	-2	-1	0	1	2	3	長くなった
② インテークとしての 訪問回数	少なくなった	-3	-2	-1	0	1	2	3	多くなった
③ 重要事項説明書の 内容に関する説明	しづらくなった	-3	-2	-1	0	1	2	3	しやすくなった
④ 介護保険制度に 関する説明	しづらくなった	-3	-2	-1	0	1	2	3	しやすくなった
⑤ ケアマネジャーの 役割に関する説明	しづらくなった	-3	-2	-1	0	1	2	3	しやすくなった
⑥ インテークへの 家族の同席	減少した	-3	-2	-1	0	1	2	3	増加した
⑦ インテークにおける ICT ツールの活用	減少した	-3	-2	-1	0	1	2	3	増加した
⑧ 電話によるインテークの実施	実施していない	0		1				実施した	

### 問III-3. アセスメントについて

※コロナ感染拡大第8波における状況の変化についてお答えください



### 問III-4. サービス担当者会議について

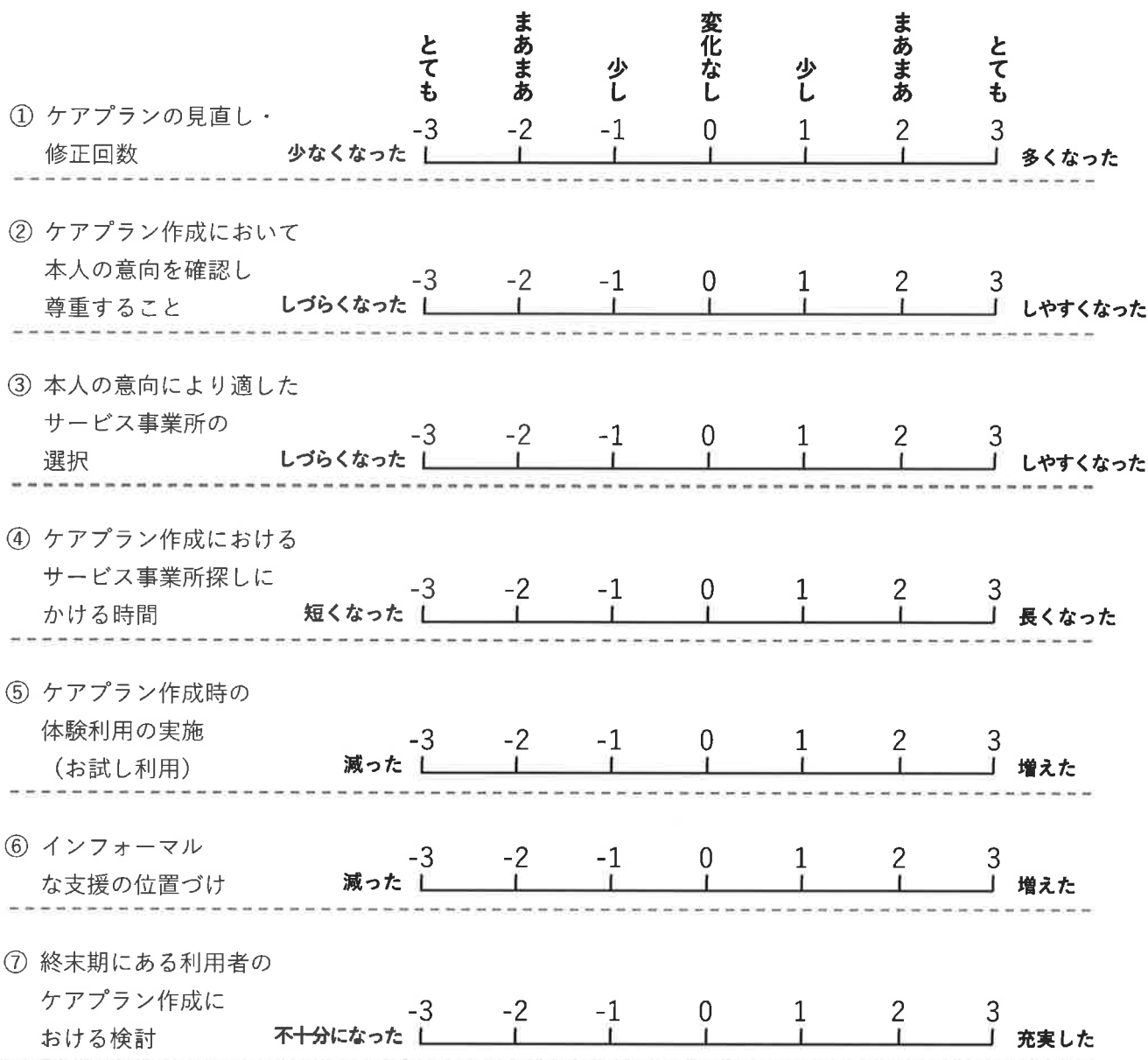
※コロナ感染拡大第8波における状況の変化についてお答えください

	とても	まあまあ	少し	変化なし	少し	まあまあ	とても	
	-3	-2	-1	0	1	2	3	
① サービス担当者会議の開催時間	短くなった							長くなった
② サービス担当者会議の開催回数	少なくなった							多くなった
③ サービス担当者会議に参加する事業所数	減少した							増加した
④ サービス担当者会議に参加するサービス事業所の職員の人数	減少した							増加した
⑤ 地域のインフォーマルな支援者のサービス担当者会議への同席	減少した							増加した
⑥ サービス担当者会議への家族の同席	減少した							増加した
⑦ サービス担当者会議の書面による開催	実施していない			0			1	実施した
⑧ サービス担当者会議の電話による開催	実施していない			0			1	実施した
⑨ サービス担当者会議のオンライン会議による開催	実施していない			0			1	実施した



### 問III-5. ケアプランの作成について

※コロナ感染拡大第8波における状況の変化についてお答えください



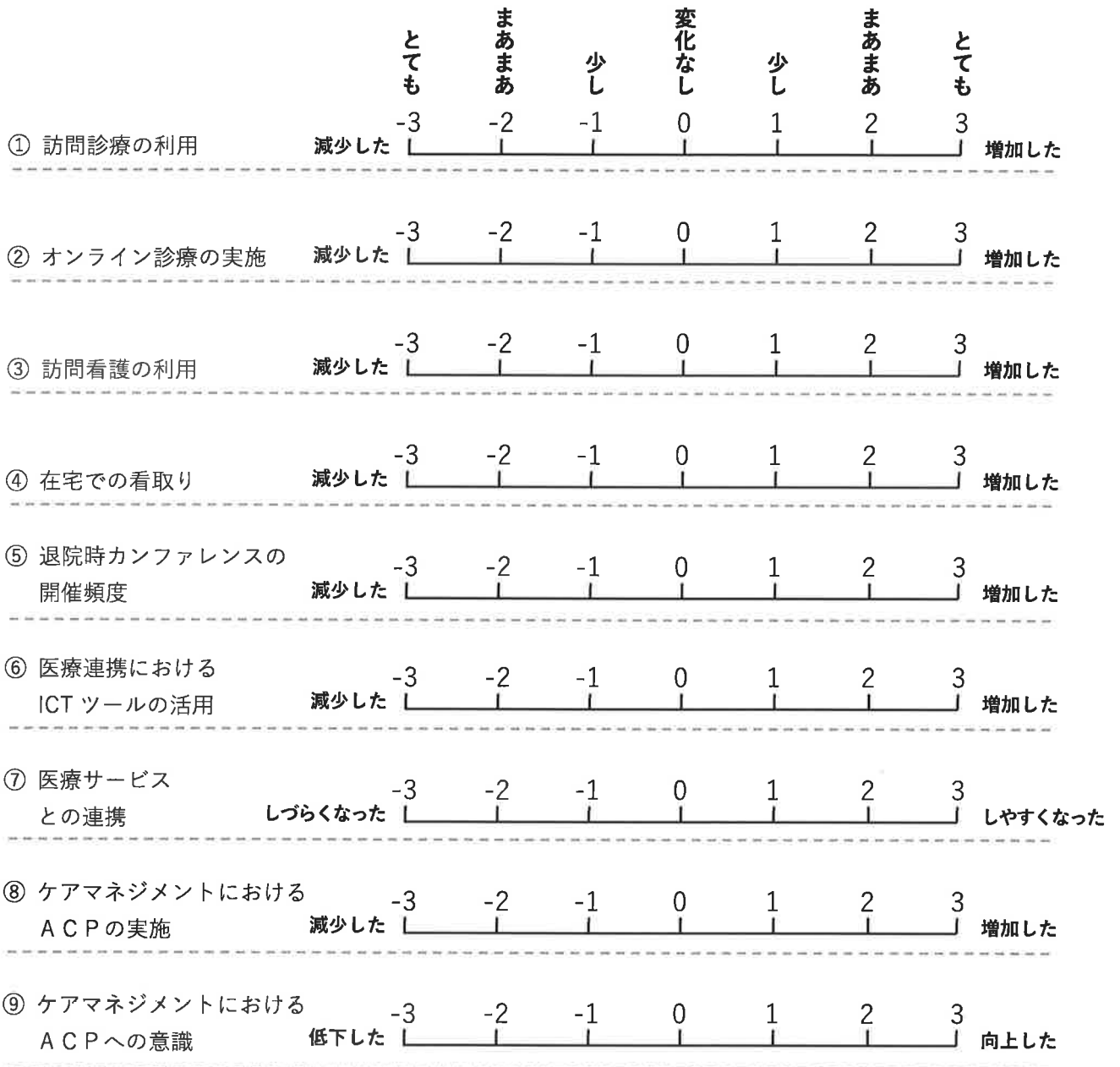
### 問III-6. モニタリングについて

※コロナ感染拡大第8波における状況の変化についてお答えください

		とても	まあまあ	少し	変化なし	少し	まあまあ	とても		
①	モニタリングとしての 訪問回数	減少した	-3	-2	-1	0	1	2	3	増加した
②	モニタリングへの 家族の同席	減少した	-3	-2	-1	0	1	2	3	増加した
③	モニタリングとしての 地域支援者との関り	減少した	-3	-2	-1	0	1	2	3	増加した
④	モニタリングとしての 利用事業所への訪問	減少した	-3	-2	-1	0	1	2	3	増加した
⑤	モニタリングとしての 住宅系サービスへの 訪問	しづらくなった	-3	-2	-1	0	1	2	3	しやすくなった
⑥	モニタリングによる 利用者の状態把握	しづらくなった	-3	-2	-1	0	1	2	3	しやすくなった
⑦	モニタリングによる(家族) 介護者の状態把握	しづらくなった	-3	-2	-1	0	1	2	3	しやすくなった
⑧	モニタリングにおける ICT ツールの活用	減少した	-3	-2	-1	0	1	2	3	増加した

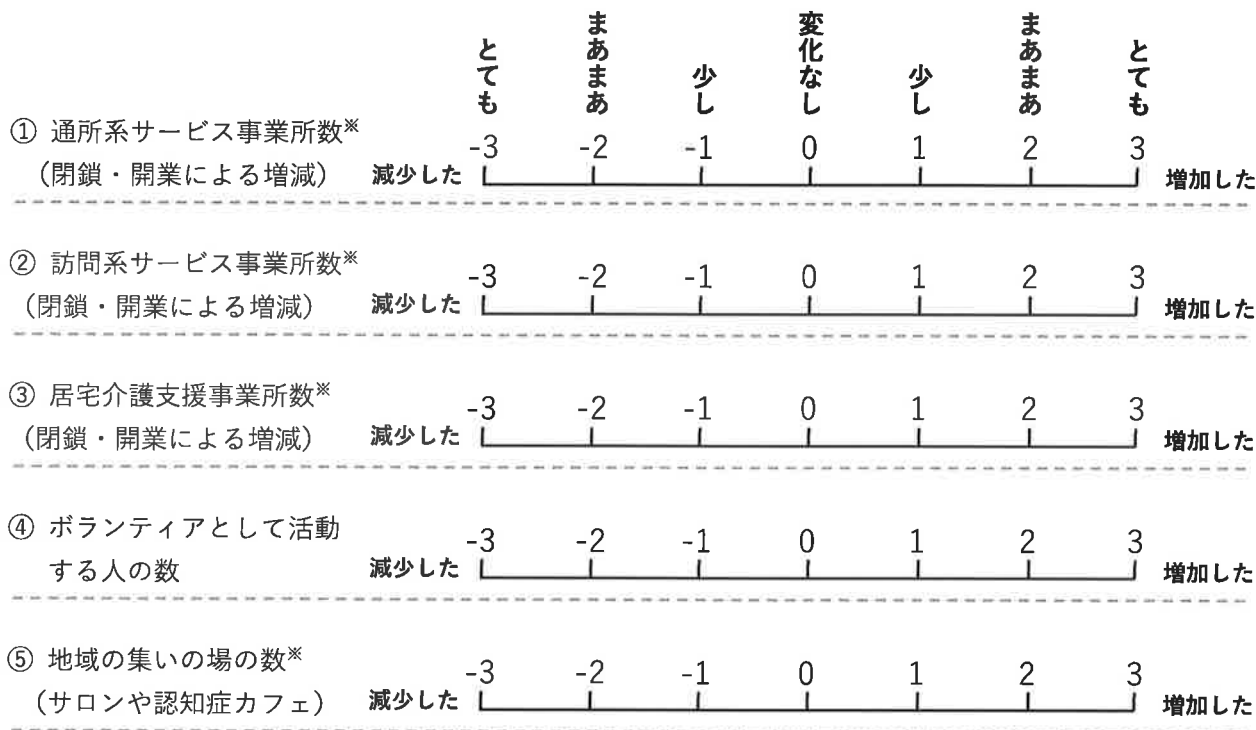
### 問Ⅲ-7. 医療サービスの利用と連携について

※コロナ感染拡大第8波における状況の変化についてお答えください



### 問III-8. 地域の社会資源の状況について

※コロナ感染拡大第8波における状況の変化についてお答えください



※クラスターなどによる有期限（2週間など）の事業休止は含みません。

再開目途のない無期限の休止（事実上の廃業）は減少としてカウントしてください。

VI 最後に、上記以外に、コロナ感染拡大によってケアマネジメントに最も影響を受けたと考えることがあれば自由にご記載ください。

