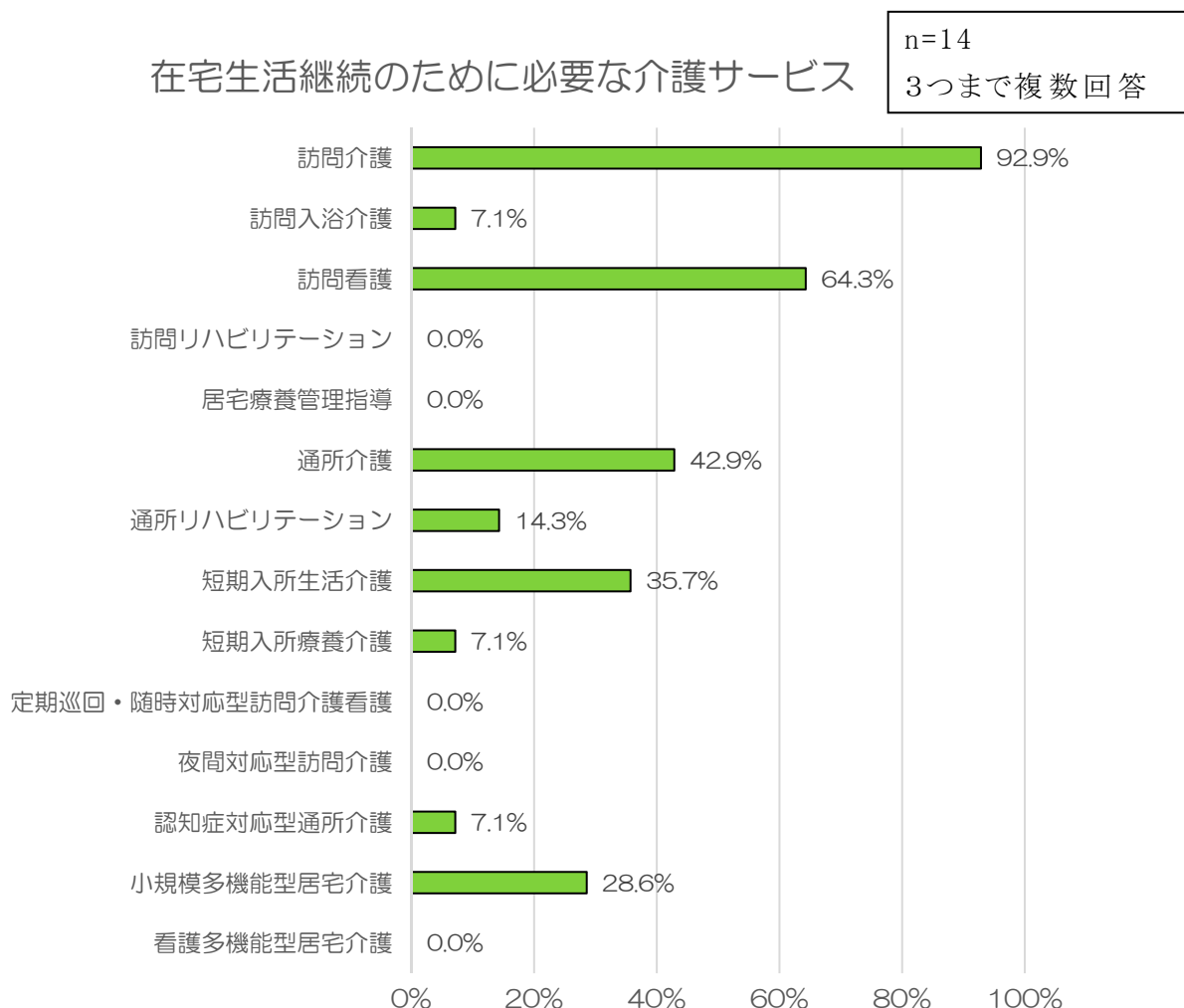


第IV章 地域包括支援センターアンケート調査結果のまとめ

1 介護サービス等の提供状況について

(1)在宅生活を継続するために必要な介護サービスについて

「訪問介護」(92.9%)が最も多く、次いで「訪問看護」(64.3%)、「通所介護」(42.9%)となっています。



※在宅生活を継続するために必要なサービスと考える理由

1. なでしこ

(1. 訪問介護)

- ・運動や交流、入浴等どれも大切なことだが、自宅での暮らし(食事、買い物、家事等)が整って初めて在宅生活が継続できる。その人らしく地域で生活するためには不可欠。

(6. 通所介護 ※地域密着型を含む)

- ・運動や交流の前に自宅での入浴が困難で、介護保険申請に至る高齢者が多い。家族の同居、単身に関らず、自宅で入浴介助や転倒防止など何らかの支援が必要で、入浴支援に合わせ運動を提供することで在宅の期間を伸ばせる。

(9. (介護予防)短期入所療養介護)

- ・家族と同居の場合、また、農作業や家族の仕事の形態に応じ、短期入所があることで在

宅生活が継続できている要介護者も多い。在宅を希望する高齢者、家族の介護負担を軽減する点でも在宅生活の期間を伸ばせる。

2. 大森

(1. 訪問介護)

- ・要支援認定の方でもギリギリADLが保たれている方がいる。その方がIADL自立を目指すのは難しいこともあるため。

(8. (介護予防)短期入所生活介護)

- ・長い介護生活。家族のレスパイトが必要なため。

(13. (介護予防)小規模多機能型居宅介護)

- ・認知症の方が同一職員の介入で安心してケアが受けられ、家族も安心感が持てるため。

3. 敬寿会

(1. 訪問介護)

- ・一人一人の高齢者によって必要なサービスは異なるが、ADLが自立していても、買い物・調理等ができない方は多い。食べることは命に直結する問題でもある。できない所をサポートすることで自宅での生活を継続することができる。また、訪問介護でも自立支援を目標とすることが重要で、高齢者の方が自宅で一人でできることを援助することも重要である。自立支援型介護の技術を向上することが重要と考える。

(3. (介護予防)訪問看護)

- ・病院での医療的ケアにおける期間(入院日数)は限られており、今後回復が見込まれる段階での退院(回復途中の方)が存在する。また、病院退院後も継続的に医療的ケアを必要とされる方は多数おり、高齢者が自らの能力を活かしながら、住み慣れた地域で支え合い、健やかに生きがいを持って暮らしていくためには、専門職(看護師や作業療法士・理学療法士・言語聴覚士等)による医療的ケア及び健康管理・リハビリテーションをうける必要性がある。専門職のリハビリにおいては、身体機能・精神機能・認知機能へ様々な視点から関わることで利用者の心身機能の維持・向上を図ることができると考える。実際に介護度が改善されたり、介護保険サービスを利用せずに卒業(自立)される方もいる。(例:要介護1→要支援1・2などへ改善。又は、自立へ改善。)

(6. 通所介護 ※地域密着型を含む)

- ・閉じこもり・引きこもりを予防・防止する観点から外出の機会が必要。自宅にいるだけでは、他者との交流や活動量(会話や運動)が健康な身体を維持するうえで不足する。筋力や認知機能の低下が進み、重度化する危険性が高い。適切な運動や入浴、他者との交流により心身機能の維持・向上が図られ、介助量や介護度の軽減につながることもある。注意点としては、お世話型のデイサービスでは、高齢者が自らの能力を活かしながら、住み慣れた地域で支え合い、健やかに生きがいを持って暮らしていくには、不十分である。自立支援を目指した利用者一人一人の能力に応じた介護のケア(自立支援型介護)や機能訓練(自立支援型リハビリ)が必要である。機能訓練に関しては、医療の専門職である作業療法士・理学療法士等が配置されている事業所の方が、自立支援を目指すうえで、より有効的であると考える。実際に介護度が改善される利用者の実績もある。(例:要介

護1→要支援1・2などへ改善)

4. たきやま

(1. 訪問介護)

・特に単身者の場合、居住環境の維持や保清面、食事に関する支援が図れないと在宅生活は困難。

(3. (介護予防)訪問看護)

・状態が重度化してくると、処置的な面や主治医との連携を密にはかれる訪問看護が必要。毎日の生活に欠かせない部分の支援になるため。在宅での医学管理が必要な方、自己管理が難しい方には看護的な関わりが必要。

(13. (介護予防)小規模多機能型居宅介護)

・単身高齢者、または家族がいても介護力が期待できない場合には、泊りサービスを含めて柔軟に対応してもらえるから。

5. ふれあい

(1. 訪問介護)

・一人暮らし、高齢者世帯が増える。安否確認も兼ねた家事支援、身体介護を担う在宅介護の基盤。(家事支援の部分は代替え(民間)が利用できるのであればお願いしたい。) 介護離職防止のためにも必要。

(6. 通所介護 ※地域密着型を含む)

・家族のレスパイトや介護離職防止のために必要。利用者の自立支援に向けた運動や意欲向上のためにも必要。

(7. (介護予防)通所リハビリテーション)

・在宅を継続するために、自宅で過ごせる状態を維持、または向上することが大切。専門的にかかわることで、本人の力を引き出したり、筋力低下を予防する取組が必要。

6. 山形西部

(1. 訪問介護)

・単身、高齢者世帯の増加に伴い、買い物や掃除の支援を受けられることで、在宅生活が継続できるため。なお、今後、必要な方でも利用せず車の運転をし、ギリギリの生活をする方も多くなるとも思われる。

(3. (介護予防)訪問看護)

・通院治療や医療行為等があっても、住み慣れた在宅にて本人、家族共に安心して生活できるため。

(13. (介護予防)小規模多機能型居宅介護)

・単身、高齢者世帯の生活状況において、通所介護、訪問介護等の単体サービスでは生活の全体がつかみにくく、生活全体を見ながら支援していけるサービスだから。また、利用時間に関して、時間の自由度があるため、家族の介護負担の軽減が図れるため。

7. さくら

(1. 訪問介護)

- ・栄養(食)の確保の必要性や環境整備などは、在宅生活において重要

(3. (介護予防)訪問看護)

- ・疾患の悪化予防

(7. (介護予防)通所リハビリテーション)

- ・身体機能の維持は重要

8. かがやき

(3. (介護予防)訪問看護)

- ・予防的なかわりから末期状態まで、主治医の医学管理とともに在宅療養を支えるために、安心できるサービスであり、看護師であれば受け入れる高齢者が多いと感じるため。

(8. (介護予防)短期入所生活介護)

- ・自宅に居ながらにして、家族の不在の時や介護疲れなどの緩和などに有効活用し、滞在中は食事や体調管理ができることで、安心して過ごすことができ、住み慣れた町での生活も継続していけるため。

(12. (介護予防)認知症対応型通所介護)

- ・認知症高齢者が増加しておりニーズが高い。認知症ケアのスキルが高い通所介護で、有効なサービス提供をうけ、認知症が進行せず、住み慣れた町での生活を継続していけるサービスとして、地域に密着した機能を持つことができるため。

9. 霞城北部

(1. 訪問介護)

- ・買い物・調理等の支援がないと食の確保が困難だったり、掃除等の支援がないと清潔な環境を維持することが難しいことがある。

(3. (介護予防)訪問看護)

- ・医療的支援、服薬管理

(8. (介護予防)短期入所生活介護)

- ・家族の介護負担の軽減

10. 霞城西部

(1. 訪問介護)

- ・買い物・調理等の支援がないと食の確保が困難だったり、掃除等の支援がないと清潔な環境を維持することが難しいことがある。

(3. (介護予防)訪問看護)

- ・医療的支援、服薬管理

(8. (介護予防)短期入所生活介護)

- ・家族の介護負担の軽減

11. 蔵王

(1. 訪問介護)

- ・多くの高齢者は身体の痛みや億劫に思えてできないことが増えていく。その中でも何とか自宅で生活を継続したいという思いを少しでも支援するためにヘルパー導入は大切なサービスのひとつだと思う。家族以外の見守り体制の構築。課題→総合事業では生活支援・身体介護の明確化はないが、生活支援の分野を山形市独自で横出しサービスの工夫はできないだろうか。

(6. 通所介護 ※地域密着型を含む)

- ・引きこもり防止。他者交流や運動などを通じて生活不活発、廃用症候群の予防。

(8. (介護予防)短期入所生活介護)

- ・介護負担を軽減することで高齢者虐待を防止する。退院直後の独居高齢者支援。

12. 愛らんど

(1. 訪問介護)

- ・単身や、高齢者が日常生活を維持していくうえで必要なサービス。(しかし自宅に駐車スペースがないと、サービス提供は困難と回答をもらう事業所もある。自費で探すが困難だったり、利用者も負担をしたくない意向がある。地域住民の協力を得て駐車スペースを確保しているケースもある。)

(6. 通所介護 ※地域密着型を含む)

- ・自宅で入浴が困難、運動の必要性を併せ持つ方などは従前相当の通所型サービスが望ましい。入浴支援のみの緩和Aの通所型サービスの拡充が必要。医療依存度の高い利用者の受け入れを検討してほしい。(吸引や経管栄養が必要な方)

(13. (介護予防)小規模多機能型居宅介護)

- ・訪問・通い・泊まりのサービスを利用することで、本人の心身状況や、家族の状況を一体的に把握することができ、在宅生活の限界点を高めることができると期待できる。

13. 南沼原

(1. 訪問介護)

- ・食の確保が第一であり、他掃除、洗濯などの生活援助が無ければ在宅生活は維持できないから。

(2. (介護予防)訪問入浴介護)

- ・通所介護等通いのサービスにも行けなくなった要介護者の清潔を保つための手段であるため。

(3. (介護予防)訪問看護)

- ・在宅療養を支えるのは訪問診療と訪問看護である。また、訪問看護は介護予防から必要なサービスであるため。

14. 金井

(1. 訪問介護)

- ・買い物やできない家事の手助けがあれば自宅で過ごせる人が多いため。

(3. (介護予防)訪問看護)

- ・重症化する前に異常の早期発見や Dr.との連携ができるため。在宅での看取りの機会に必要なため。

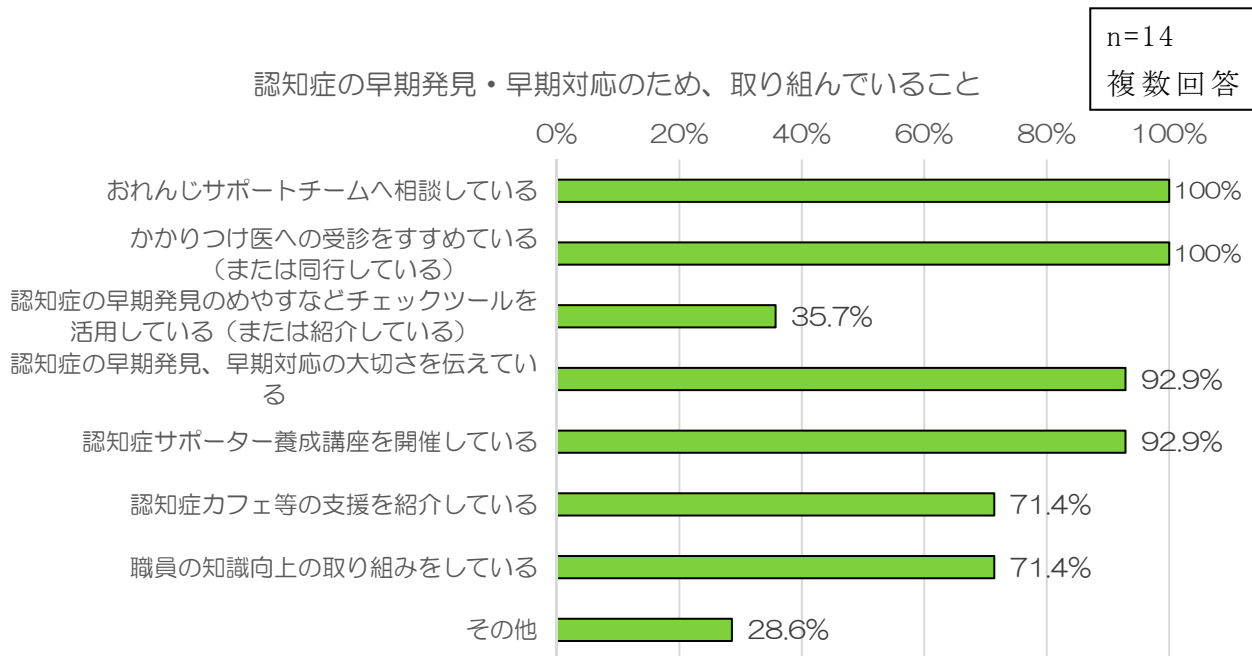
(6. 通所介護 ※地域密着型を含む)

- ・社会交流とともに介護負担の軽減、心身機能の低下の予防、自宅で入浴ができない場合に対応できるため。

2 認知症施策について

(1) 認知症の早期発見・早期対応のため取り組んでいることについて

「おれんじサポートチームへ相談している」「かかりつけ医への受診をすすめている(または同行している)」(ともに100%)が最も多く、次いで「認知症の早期発見、早期対応の大切さを伝えている」「認知症サポーター養成講座を開催している」(ともに92.9%)となっています。



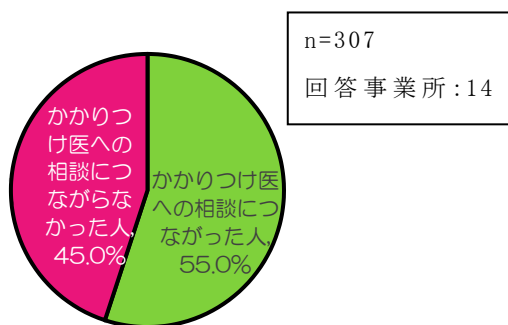
※その他の取組

- ・認知症サポーター養成講座や予防教室をオレンジチームとの連携で行っている。
- ・認知症サポーター懇談会を実施している。
- ・スーパーマーケットへのアンケート、地区社協との共催「知って得する認知症講座」。
- ・年1~2回圏域内にて徘徊声かけ訓練を実施している。
- ・法人内に認知症の専門分野に経験が明るい人材確保に努めている。

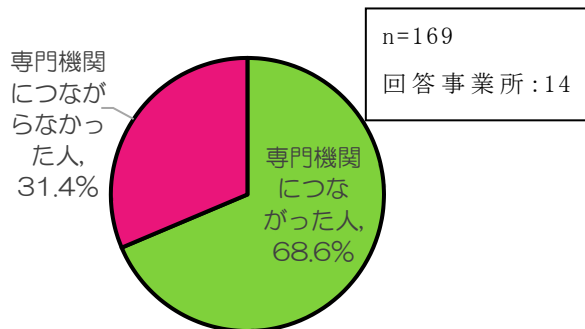
(2) 認知症が疑われる方への対応について

地域包括支援センターが平成31年1月1日から令和元年12月31日の1年間で予防プランを立てている人のうち、認知症と疑われる方は307人おり、そのうちかかりつけ医への相談につながったのは、169人(55.0%)となっています。また、かかりつけ医につながった方のうち、専門医療機関への相談につながったのは、116人(68.6%)となっています。

認知症が疑われる高齢者のうち、
かかりつけ医につながった人の割合



かかりつけ医につながった人のうち
専門機関につながった人の割合



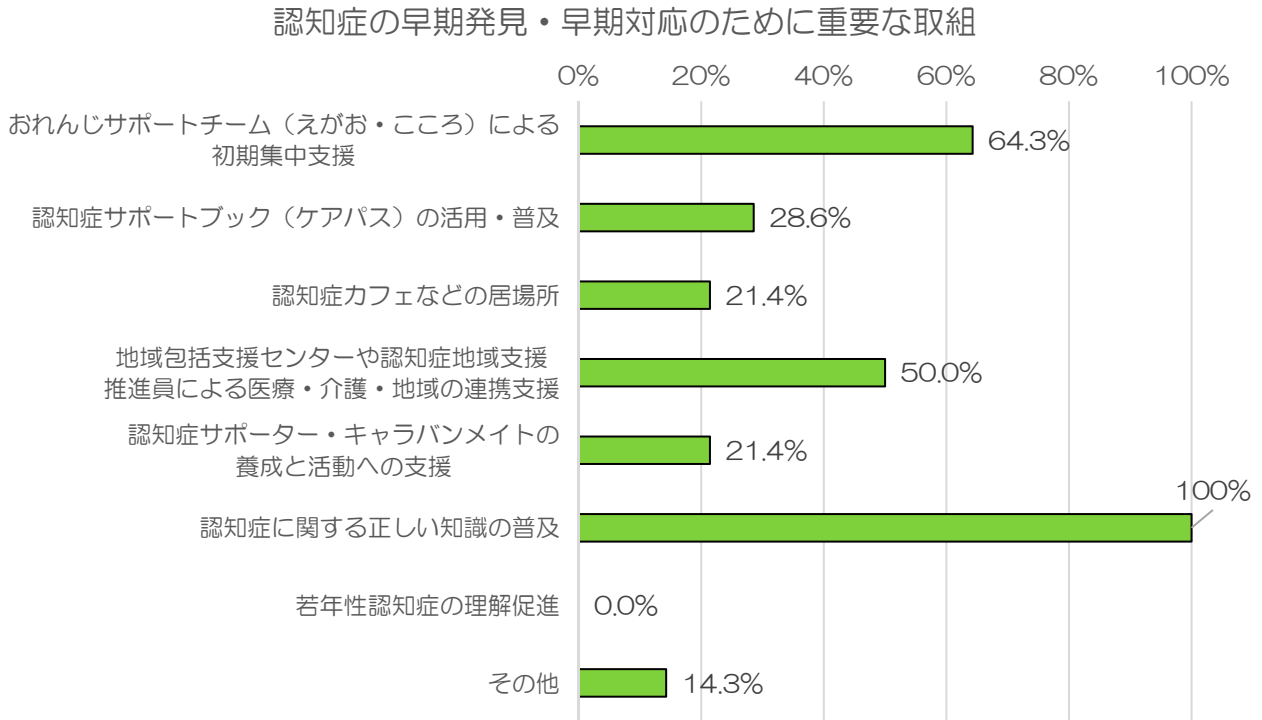
※専門医療機関の相談につながらなかった理由(自由記述)

- ・本人や家族の専門医受診の抵抗、かかりつけ医で処方や相談が可能。
- ・自覚がない為。
- ・本人、家族の理解を得ることが難しい。
- ・本人、家族が、認知症に関する受診の必要性を感じておらず、専門医につながるまではいかなない現状がある。専門職は必要と感じていても、早期発見、早期対応の難しさがここにある。また、家族は認知力の低下によって困って受診させたくても、本人を連れて行くまで説得できないこともある。
- ・本人の理解を得られなかった、家族の病識不足、本人の拒否。
- ・支援開始したばかりのため(信頼関係がまだ)、本人の強い拒否、家族の理解が得られない。
- ・本人の受診拒否。家族が困っていないため行動に移さない。家族の認知症に対する理解不足。精神科への偏見。
- ・本人が望まない。
- ・本人が望まないうえに、家族との関係が希薄、家族が非協力的。
- ・精神科受診への抵抗がある。
- ・専門機関名の表示が露骨だったため。
- ・高齢の為家族も積極的に医療へ繋げることを考えていない。
- ・家族に認知症の理解が低く、専門医までの受診を必要としていない。
- ・かかりつけ医がみってくれるから。
- ・かかりつけ医が年相応と判断し専門医へ紹介しなかった等。
- ・かかりつけ医に、まだその必要性がないと診断された為。
- ・かかりつけ医で処方されている薬で症状が落ち着いている状態。
- ・周辺症状が悪化していない為。

(3) 認知症の早期発見・早期対応のために重要だと思う取組について

「認知症に関する正しい知識の普及」(100%)が最も多く、次いで「おれんじサポートチーム(えがお・こころ)による初期集中支援」(64.3%)、「地域包括支援センターや認知症地域支援推進員による医療・介護・地域の連携支援」(50.0%)となっています。

n=14
3つまで複数回答



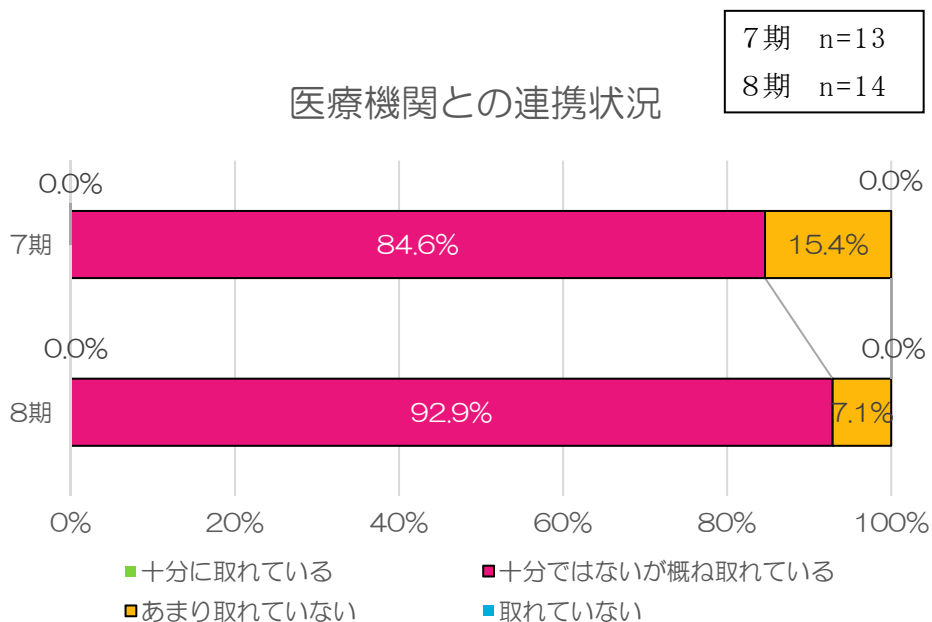
※その他の取組

- ・市による健康診断の際のチェックリスト等、免許更新時の適正検査時のチェック。
- ・医師の理解および認知症対応力向上、専門機関へのスムーズな紹介。

3 連携について

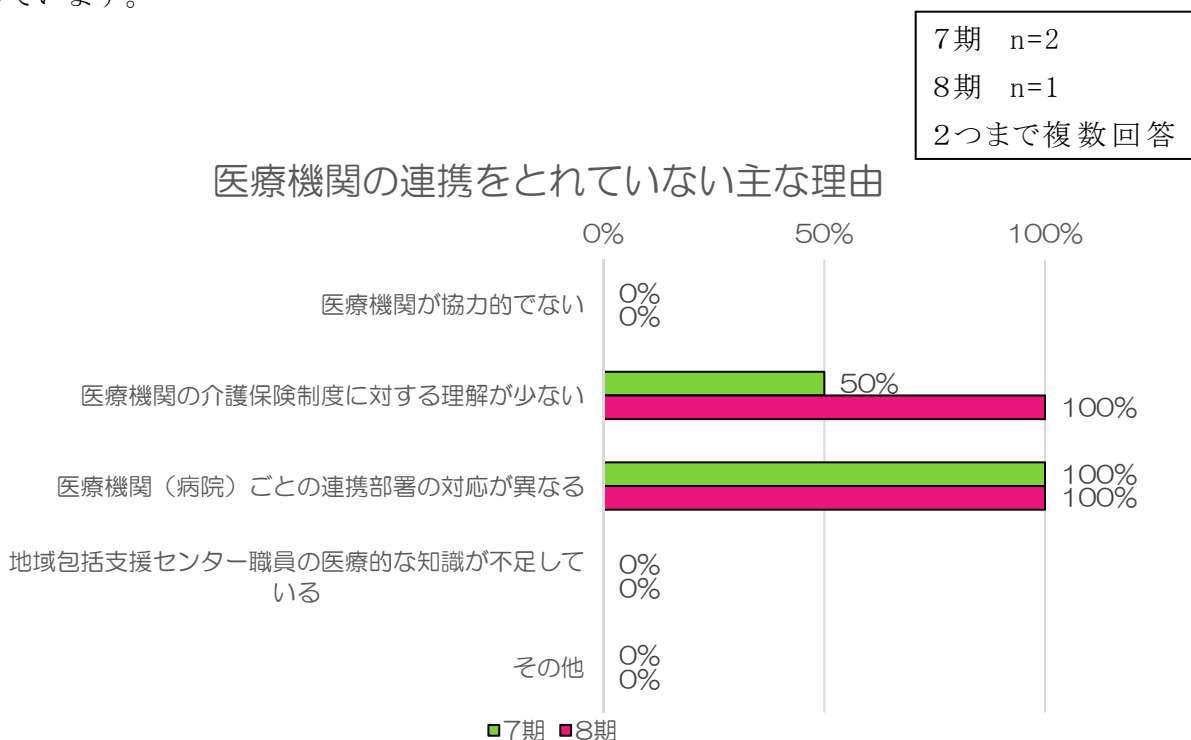
(1) 医療機関との連携状況について

「十分ではないが概ね取れている」(92.9%)が最も多くなっており、7期の78.6%より14.3%上がっています。



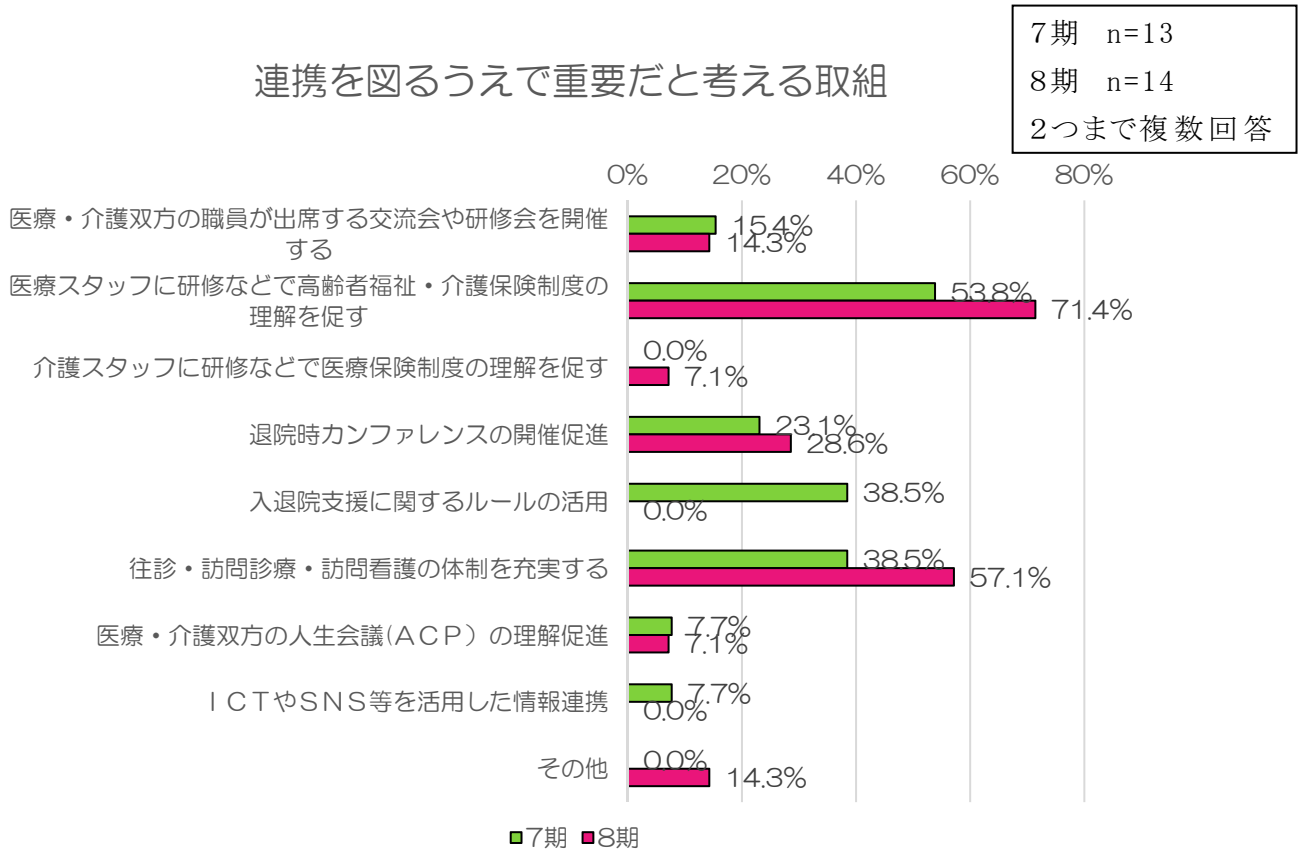
(2) 医療機関との連携をとれていない主な理由について

(1)で「あまり取れていない」または「取れていない」と回答した理由として、「医療機関の介護保険制度に対する理解が少ない」及び「医療機関(病院)ごとの連携部署の対応が異なる」(100%)となっており、7期でも「医療機関(病院)ごとの連携部署の対応が異なる」(100%)となっています。



(3) 医療機関と連携を図るうえで重要と考える取組について

「医療スタッフに研修などで高齢者保健福祉・介護保険制度の理解を促す」(71.4%)が最も多く、7期の53.8%より17.6%上がっています。次いで、「往診・訪問診療・訪問看護の体制を充実する」(57.1%)、「退院時カンファレンスの開催促進」(28.6%)となっています。



※その他取組

- ・連携における日々の課題を双方に伝える仕組み。
- ・介護予防支援に退院連携加算の創設(市町村独自単位の設定)。

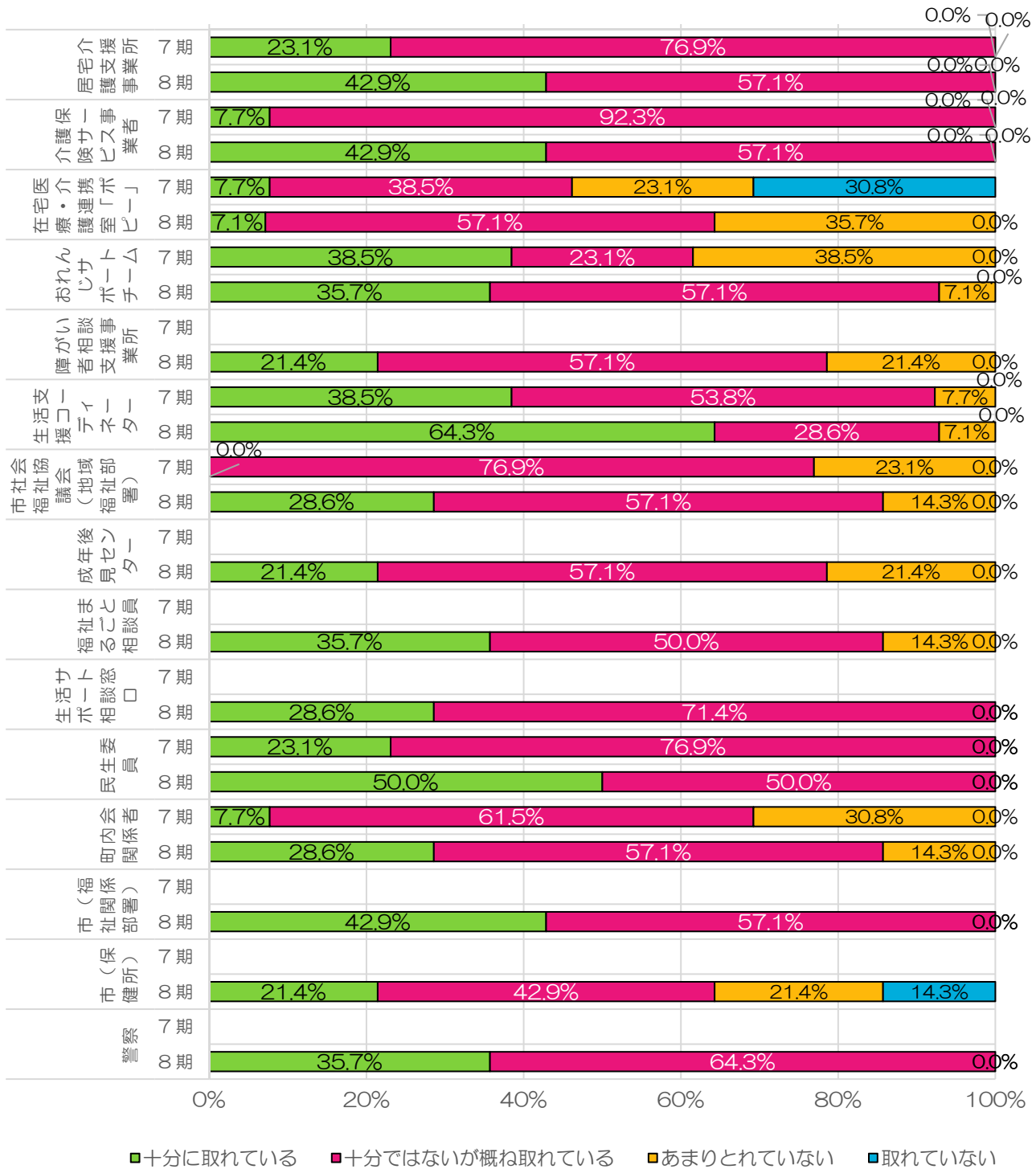
(4) 外部の諸機関等との連携について

全ての外部の諸機関等との連携について、50%を超える地域包括支援センターが「十分に取れている」または「十分ではないが概ね取れている」と回答しています。

前回7期調査結果との比較では、「在宅医療・介護連携室「ポピー」「おれんじサポートチーム」等で連携が取れている旨の回答が増えています。

諸機関等との連携状況

7期 n=13
8期 n=14



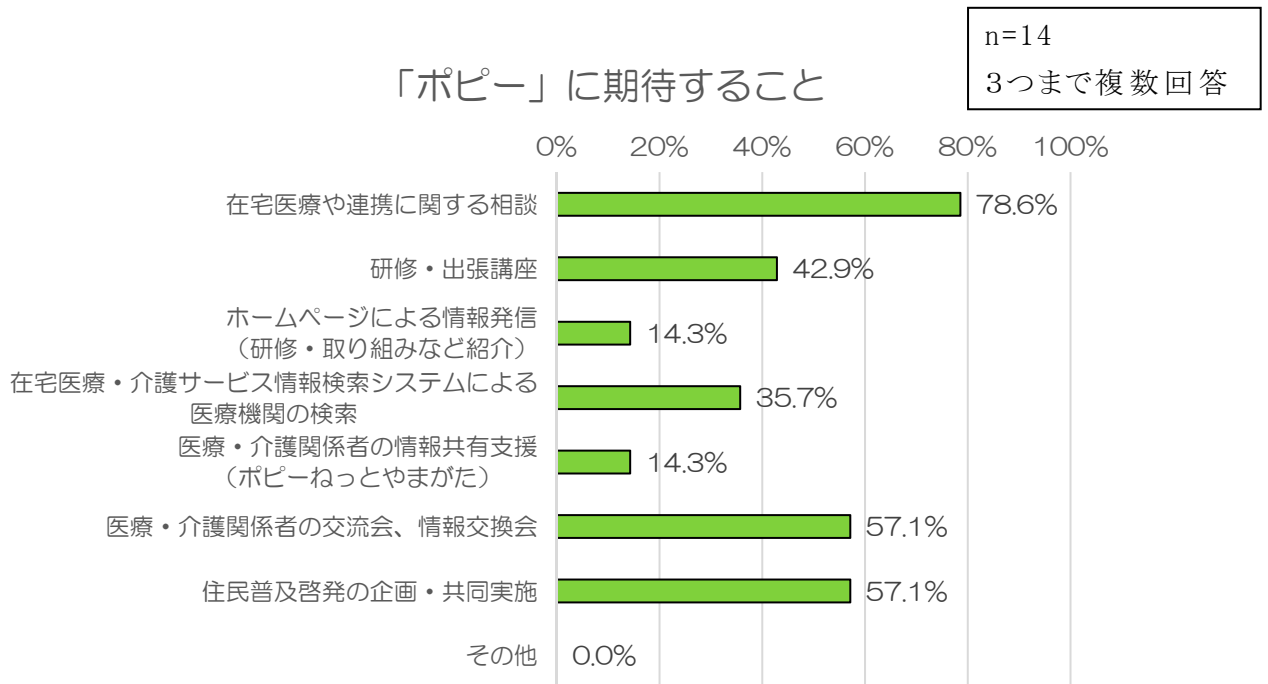
(5) 外部の諸機関等との連携をとれていない主な理由（自由記述）

- ・ポピーについては個別ケースの連携がほとんどない。市社会福祉協議会については、我が事・まるごと相談拠点との連携が出来ていない、福祉まるごと相談員は、新人の方であり経験不足で連携が難しい。町内会関係者とは包括から回覧の依頼をする程度であり、センターの理解が浅いと感じる。
- ・障がいや精神の該当者があまりいないため。
- ・精神疾患疑われる高齢者（受診歴なし）について相談し、同行訪問等求めたが、「自傷他害の恐れがない」と訪問や対応を拒否された。措置入院につながる場合でないと精神保健相談は受けられないのだろうか。包括職員（看護職含め）がアセスメントし、このケースは保健所に相談必要との判断で動いているので、連携を持ってほしい。
- ・直接やり取りする場面が少ないため。
- ・予防の時点で関わるのが少ない。
- ・福祉サービスを利用し、相談しているため。

4 諸機関に期待することについて

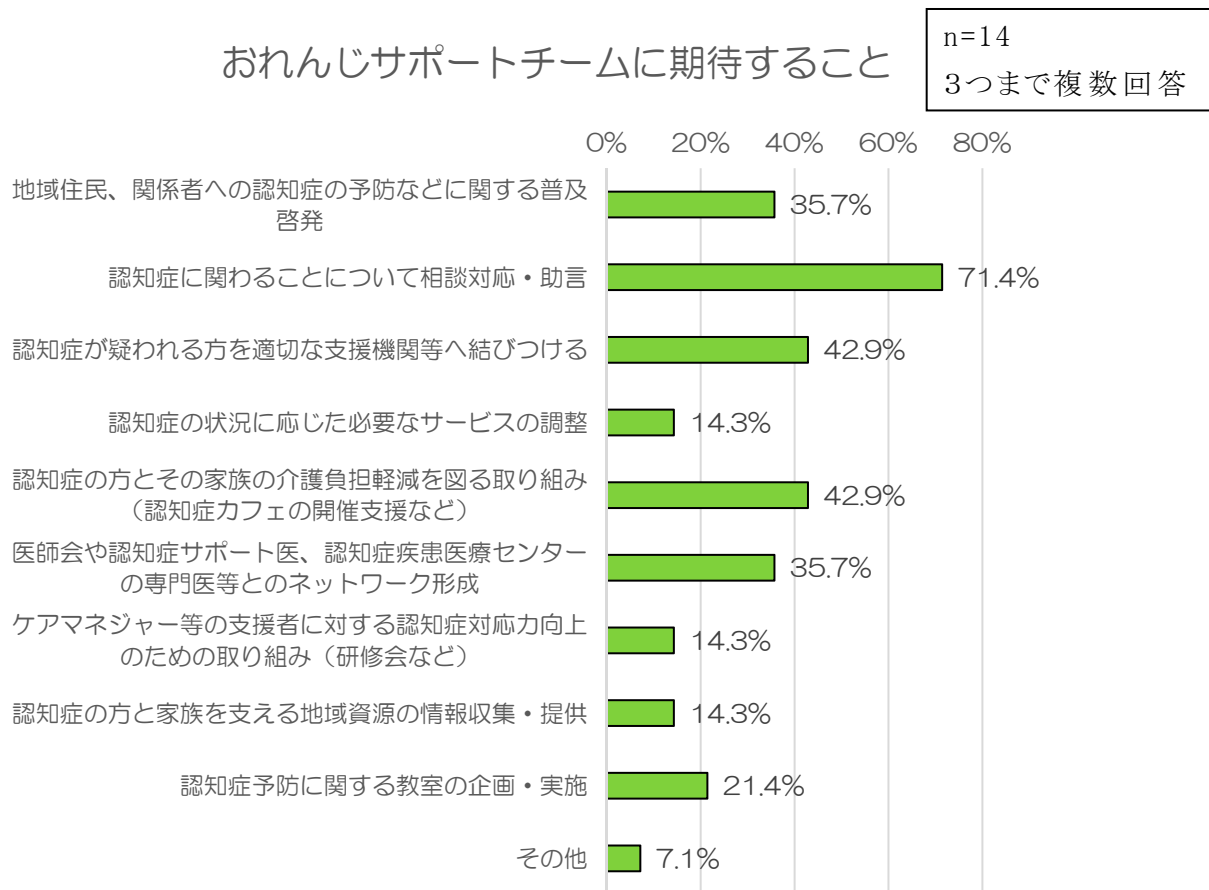
(1) 在宅医療・介護連携推進室「ポピー」の取組で期待していることについて

「在宅医療や連携に関する相談」(78.6%)が最も多く、次いで、「医療・介護関係者の交流会、情報交換会」「住民普及啓発の企画・共同実施」(ともに57.1%)となっています。



(2) おれんじサポートチーム（えがお・こころ）の取組で期待していることについて

「認知症に関わることについて相談対応・助言」(71.4%)が最も多く、次いで「認知症が疑われる方を適切な支援機関等へ結びつける」「認知症の方とその家族の介護負担軽減を図る取り組み(認知症カフェの開催支援など)」(ともに42.9%)となっています。

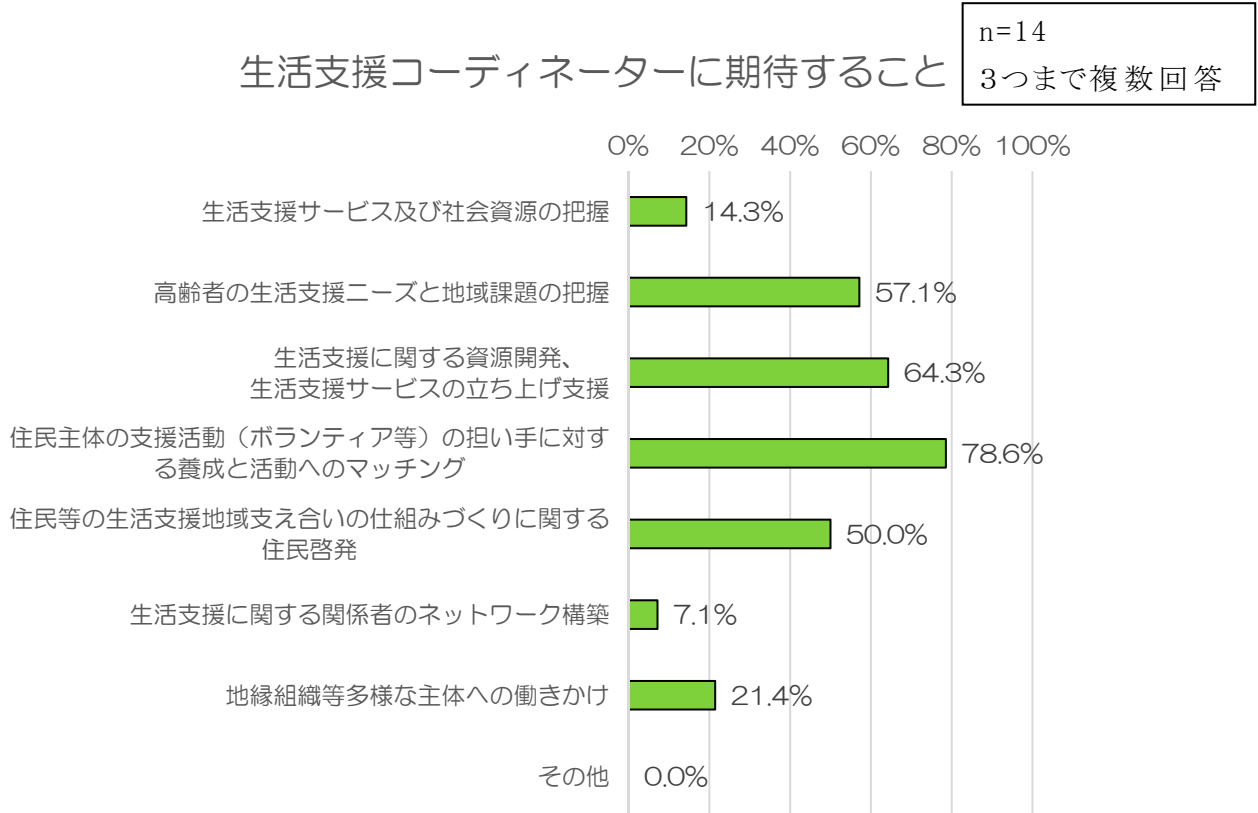


※その他取組

- ・認知症カフェの考え方の整理(ふれあいいいききサロン、百歳体操との関係)。

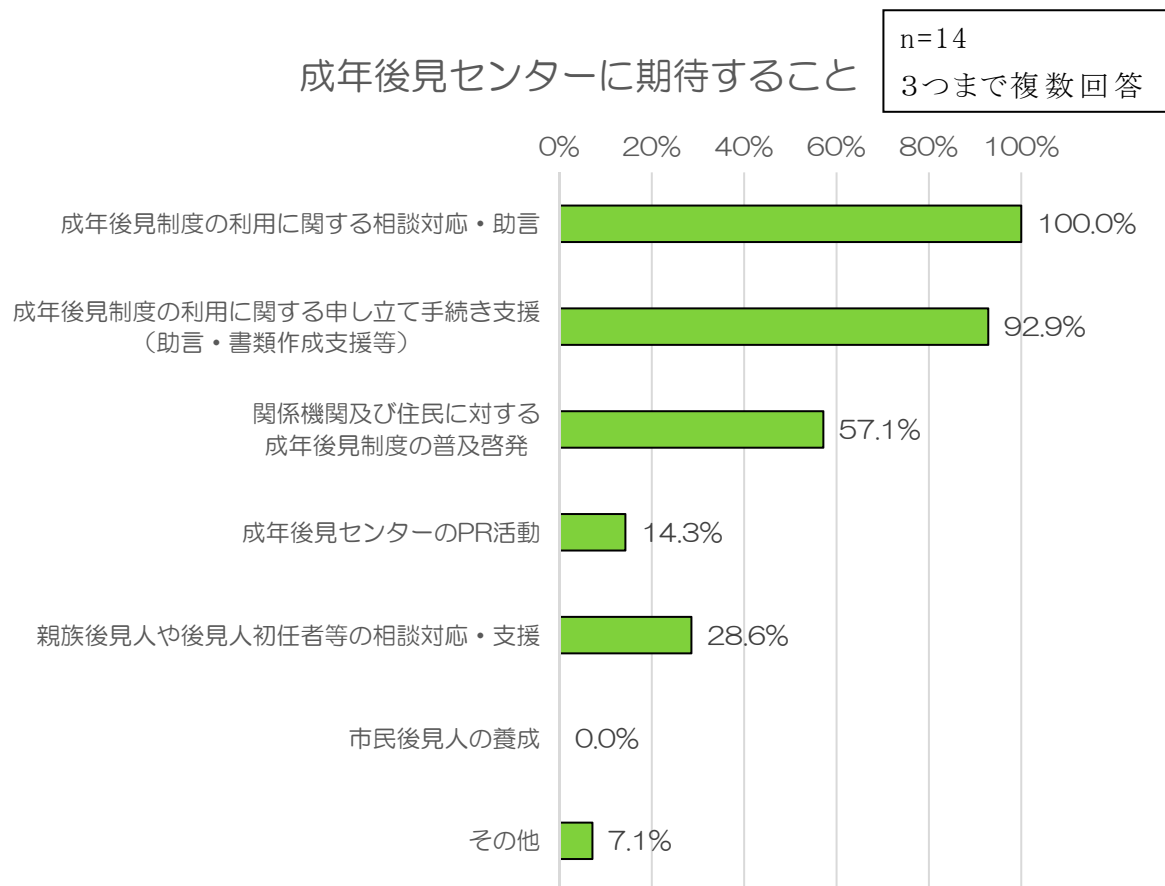
(3) 生活支援コーディネーターの取組で期待していることについて

「住民主体の支援活動（ボランティア等）の担い手に対する養成と活動へのマッチング」（78.6%）が最も多く、次いで「生活支援に関する資源開発、生活支援サービスの立ち上げ支援」（64.3%）、「高齢者の生活支援ニーズと地域課題の把握」（57.1%）となっています。



(4) 成年後見センターの取組で期待していることについて

「成年後見制度の利用に関する相談対応・助言」(100%)が最も多く、次いで「成年後見制度の利用に関する申し立て手続き支援(助言・書類作成支援等)」(92.9%)、「関係機関及び住民に対する成年後見制度の普及啓発」(57.1%)となっています。



※その他取組

- ・中核機関として継続的なチーム支援。

(5) 在宅生活・在宅介護を支えていくための意見・提案について（自由記述）

(1. なでしこ)

- ・高齢者の交通の問題。中心市街地はくるりんバスがあるが、それ以外の地域にも何らかの手段が必要。例えばスマイルグリーンのように小型で様々な地区や住民に対応できるものなど活用しやすい。
- ・移動売店のシステムを作る。商店や小売店のみの企業努力だけでは閉店した時やなり手がいない等継続できない。大手のスーパー等募集し事業を連携する。商店がない地域、交通が不便な地域、地区の住民主体の通いの場、サロンなど住民が集まる機会を捉え、より効率よく企業も住民もお互いに利益が出るような方法を。
- ・往診医のなり手を増やす。往診医になる方へ奨学金(返還不要)を提供し、地域医療に従事していただく。特に今後在宅医療を受ける患者が増えていくと思うので、内科(看取り)や精神科(認知症、精神障害等)などだとよい。
- ・コミュニティセンターを活用した介護予防や相談機能の充実。新に事業所を作るのではなく、事業所から専門職(リハビリ等)の出張を活用し、住民が取り組みやすいような仕組み。

(2. 大森)

- ・往診医の確保をお願いしたい。

(3. 敬寿会)

これまでセンター長会議や各種会議でもご提案をさせていただきましたが、山形市内の在宅生活・在宅介護を継続するうえで、①在宅介護を必要とする高齢者がどの程度いるのか、②在宅介護でどのサービスがどの程度必要なのか、どの程度不足しているのか(通所介護・訪問介護・訪問看護・ショートステイ・小規模多機能等)の詳細把握をお願いしたい。そのうえで、どの地域でどのサービスがどの程度不足しているのかをお示しいただきたい。その結果に応じて、各法人・各事業所が、どの地域でどのサービスが不足していることを把握・理解したうえで、必要な方へ必要なサービスが提供されるように努めることが必要であると考えます。近年は、介護人材不足がほとんどの事業所で見受けられ、特に訪問介護での担い手不足が課題となっております。以前にホームヘルパー2級制度がありましたが、その制度がなくなったことは結果としての訪問介護員不足に繋がったと推察されます。各事業所において、訪問介護で必要とする人材は、要支援者の介護のみができる介護員ではなく、要介護高齢者の介護もできる人材を求めているのは明らかでありますし、本来マンパワーを注がなくてはならないのは、要介護高齢者の介護であると考えます。当然、要支援者の介護も必要であるとは言うまでもありませんが、「高齢者が自らの能力を活かしながら、住み慣れた地域で支え合い、健やかに生きがいを持って暮らせるまちづくり」を実現するためには、現状のままでは、サービスが追いついていかないのではと懸念しております。また、ただでさえ介護人材が不足していくという国のデータが公表されており、限定されたサービスしかできない介護員を養成するよりも、必要な時に必要なサービスを提供できる介護人材を養成していくことが今後の将来にとって有効的であると考えます。現在は、働き方改革法が施行され、職員一人一人の働き方に対する配慮の必要性も増えており、限定された人材ばかりを養成しても、なんでもできる人材へ業務が集中してしまい、結果として負担が増えるこ

とによる健康状態への問題や介護離職に繋がるという懸念もあります。なお、近年の人材不足に拍車をかけるように人材紹介会社や派遣会社が全国の介護事業者の経営を悪化させる要因となっており、紹介経費を含む人件費の高騰も重なり、採算のとれない事業から撤退せざるをえない事業所も存在しております。このような社会情勢下で、山形市として、介護人材を養成する学校の整備や若者を含む中高年者の方の介護人材の養成をする機関の設置など、山形市の第7期以降の「介護保険事業計画」を実現するための対応と制度整備をお願いしたいです。また、すべての事業所の専門職や介護従事者の一人一人が介護予防・自立支援の視点や知識・技術を高めることは必須であり、様々な専門職や専門職団体の機能をフル活用し、山形市の高齢者の方や今後高齢を迎える方々が、「住み慣れた地域で安心して生活できる“まちづくり”」の実現に向けて山形市としての指針と各法人・各事業者への道筋をお示しいただければと存じます。

(4. たきやま)

- ・精神疾患が疑われる方について。本人は困り感がないが、近隣住民や支援者など周囲が対応に困り、疲弊してしまう。認知症の方や障がい者を支える体制づくりは進んでいるが、精神疾患の方が地域生活を継続するための連携体制がない。精神疾患の地域生活者に中心的にかけられる機関が必要だと思う。

(5. ふれあい)

- ・介護保険サービス(料金含む)の住民への周知に繋ぐこと。繋ぐときは、退院まで余裕のある支援を依頼して下さること。ちょっと今回のアンケートの意図からずれるかもしれませんが・・・。
- ・市営住宅をもっと活用しやすくしてほしい。今後持ち家を維持できない高齢者や、一般住民が増えてくる。生活の基盤は住むところ。これが確保できれば、若い人も、障がい者も引きこもりの方も、簡単に生活保護に頼ったり、悪循環に陥るリスクを減らすことが出来る。再チャレンジする意欲、モチベーションを持つことが出来る。長い目でみればそれが山形市にとっても活力となると思う。今後、市営住宅(低料金)の自宅を計画的に、どんなふうにしていくのか、きっと山形市の青写真はあると思うが、現状では見えない。最低でも、住むところの確保ができることは、重要と思う。

(7. さくら)

- ・一人暮らしや高齢者2人暮らしなど多いため、地域のボランティア(買い物やゴミ出しなど)の方が必要だと感じます。

(8. かがやき)

- ・夜間対応のできる訪問介護や看護サービス、定期巡回型訪問介護看護サービスを医療機関の医師にも知っていただき、在宅療養上の介護の支援ができる資源として医療者にももっと活用していただけるように市もPRしてほしい。

(11. 蔵王)

- ・医療側からのすぐに介護保険サービス利用に結び付ける傾向があるが、自立支援の理念、利用料金の発生等の説明不足、本人の意思が重要であることなど、理解力不足を常々感じている。
- ・介護保険制度の権利と義務について一般市民への啓蒙活動が必要と感じる。
- ・看取りについて。すべての患者が自宅で最期を迎えたいとは思っている訳ではない。患者本人の精神的不安、介護力、経済力等を十分に考慮して支援しなければならないと思う。

(12. 愛らんど)

- ・在宅医療(訪問診療、往診)対応の医師、医療機関の確保。
- ・訪問介護人材の確保とサービス単位の増加検討。(市独自の算定基準の検討。現在のサービス単位では安すぎる)
- ・入浴支援のみの通所型緩和A事業所の検討。
- ・中等度、認知症単身の方に訪問介護が利用しやすいよう、総合事業の訪問型サービスの利用(軽度の生活支援)を条件化する。(家政婦、お手伝いさんのように介護保険のヘルパーを利用している方が多数いる)
- ・生活困窮で支援者不在のケースに対しての料金の安い通院介助(外出支援)の事業。
- ・生活保護世帯の小規模多機能型居宅介護の宿泊利用を可能にしてほしい。
- ・緊急通報システムの利用条件について、地域づくり、隣近所とつながりづくりを目的とし協力員3名の確保を条件をしている面があることを承知しているところですが、町内、近所と関係の希薄化、近隣者も高齢化しており、3名の確保が困難で、システムが必要でも申請できない事例がある。事業内容、条件の再検討が必要と感じる。(例えば3名の確保が困難であれば、市場価格よりも低額で利用できるようにするなど。)
- ・ボランティアなどでの買い物支援(送迎や配達など。安価な有償ボランティアの位置づけでもいい)

(13. 南沼原)

- ・「地域包括ケアシステム」の構築については、町内会など小単位でのシステム構築や資源開発などを進めていく必要性を感じており、包括は住民のニーズをキャッチでき、必要な社会資源も見え、地区役員や住民からの信頼もあり、地域住民への啓発や住民との協働や立ち上げ支援がしやすいため、生活支援コーディネーターを支えなければならない。また市全体においても、各圏域共通課題を基幹型包括や保険者、関係機関に伝え共に協議しフォーマル、インフォーマル資源の開発等やネットワークづくりに関わっていく必要がある。検討する会議に包括の代表者が参加しないと机上の空論になりがちであり、実際に多くの会議に包括の代表が参加している。そのため生活支援コーディネーターや基幹型包括に任せきりでは無く、共に進めていかなければならず、また常時学習が必要であるため業務量が増大している。市のヒアリング結果をみると、包括支援係では「包括に求められる機能と役割が増大」「複雑多様化する相談支援、地域ネットワークの構築、介護予防・地域支えあいの推進に向けた取組等に積極的に対応している」等、評価してくださっている。評価表の項目にある業務を全て求めるのであればこの体制で時間内に行うのは不可能。介護

予防マネジメントについては、対応困難ケースが増え、居宅介護支援事業所に委託したケースの相談も多く、業務増になっている。件数自体は少なくなり報酬が下がり収入減となっている。他包括では毎月のモニタリングと3か月に1回のモニタリング訪問ができない状況があると利用者や居宅介護支援事業所、介護保険サービス事業所より聞こえてくる。当センターでは利用者の不利益とならないように居宅に委託しているが、その分収入は減となる。介護予防マネジメントをしっかりと遂行している包括が収入減にならないよう実地指導をお願いしたい。包括の信用にかかわる問題であり、実地指導の結果から包括の業務量がこの人数で適正であるのか、地域包括ケア推進協議会で協議して頂きたい。包括職員は経験のある職員配置が望ましいが現在の委託料では経験を積み給料が高くなれば異動をせざるを得ない状況にあり、地域包括ケアシステムの構築、深化のため、市民の在宅生活、在宅介護を支えていくため、全ての包括の体制強化が重要ではないでしょうか。

(14. 金井)

- ・経済面をも見据えた総合的な支援の充実が望まれる。(居住支援、権利擁護支援)訪問介護の人材が少なく閉鎖している事業所が多いことからヘルパーの人材確保が必要。