

介護事業者等意見交換会の概要

1. 目的

令和6年度から始まる第9期介護保険事業計画においては、第8期より引き続き「ビジョン達成型」の計画として、山形市が目指す未来像をビジョンとして掲げ、このビジョンの達成に向けて具体的な取り組みを進めていく。

このような中、第8期までの取り組みを適正に評価するとともに、第9期に向けて対応すべき課題を明らかにすることが重要である。

介護事業者等意見交換会は、実際に介護福祉の最前線で業務に携わっている関係機関に、第9期計画を策定するにあたり現状と課題、効果的かつ効率的な取組の進め方等について意見を聴取するものである。

2. 実施概要

実施期間：令和5年8月9日（水）から10月上旬（予定）まで計24回実施（予定）

対象事業者：訪問介護、通所介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設ほか全サービス事業者

※連絡会のあるサービス種別は、連絡会で意見交換会を実施

3. 論点と主な意見

※各事業所・機関から頂戴した意見を事務局の責任にて取りまとめ、要約して記載しています。

【全サービス種別・機関への共通の論点】

（1）地域活動・ボランティアへの参加、就労等の支援

高齢者が健やかに生きがいを持って生活できるようにするためには、社会の中で役割を持って多様な活動に参加することが重要であるが、このたびのニーズ調査では、コロナ禍を経て「閉じこもりリスク」が大幅に増加している状況である。

一方で、社会参加状況として「収入のある仕事」が8期に比べて増加していること、及び、高齢者雇用を実施している事業所の割合が増加している状況から、高齢者のボランティアや就労等を支援することは、社会参加の促進と人材対策にも有効と考えられる。

以上を踏まえ、高齢者の就労を含む活躍の場の創出や多様な地域活動への参加を促進するために、現在行っている担い手研修や就労相談等の取組のほか、各機関・事業所において取り組めることはあるか。また、自機関での取組以外にも含めて、どのような取組が有効と考えるか。

【主な意見】

- ・担い手養成講座の普及、継続をすすめるとともに、担い手養成講座終了後のフォローアップも必要なのではないか。講座終了後の熱が冷めていないうちに対応することが大事なのではないか。
- ・障がいをもつ高齢者など、様々な状況を抱える高齢者がいるため、それぞれの社会参加のあり方を考えていかなければならないのではないか。
- ・高齢者雇用に関する窓口が分からない。窓口を明確にすることで、就労したい高齢者と、高齢者の雇用を考えている事業所等とのマッチングが機能するのではないか。
- ・事業所においては人手不足が問題となっているため、高齢者雇用を積極的に行いたいと考えているが、募集をしてもうまくマッチングしない場合が多い。業務内容に関する情報発信をしっかり行い、事前に理解してもらうことで、マッチングがスムーズにできるのではないかと考える。

(2) 自らの意思と選択によるサービス利用

将来にわたって望む暮らしができるよう、在宅医療や介護について理解を深め、在宅療養が必要になったときに、自らの意思で適切に必要な支援を選択できるようにするため、人生会議及び在宅療養普及啓発の取組を進めている。

調査では、「もしものときのために家族や医療介護関係者と詳しく話し合っている要介護者」の割合が伸びておらず、その理由として「知識が無いために何を話し合っていないかわからない」「きっかけがない」などが挙げられている。

このことから、人生会議の大切さを講座等で理解したとしても、実際に話し合うのは難易度が高い状況と考えられ、より気軽に話し合える機会を設けられるような関係機関の働きかけ等も重要と思われませんが、どのような取組が有効と考えるか。

また、高齢者やご家族が介護保険サービスを理解し、在宅療養を支えるサービスを適切に選択していただけるよう、各介護保険サービスのチラシを作成し普及啓発を行っているが、調査では、在宅生活の継続に必要なサービスとして、「訪問介護」の割合が高い結果になっているものの、事業所の平均稼働率は第8期に比べ、第9期では減少している状況である。以上のことから、訪問系サービスを展開するにあたり、課題と思われることや、それを改善するためにはどのような取組が必要と考えるか。

主な意見（人生会議について）

- ・人生会議について、「自分にはまだ早い」「何を話せばよいかわからない」等の意見を多く聞く。人生会議について今後も普及活動を行い、正しい理解・認識の普及を進める必要があると考える。
- ・人生会議についてよく知らない人でも、昨年作成したいっぶぐカードを用いて実施すると、自分の考えをしっかりと話せる人が多い。このことから、「人生会議」という言葉だけにとらわれず、これからのことについて話すきっかけを作ることが重要であると考え。
- ・エンディングノート等の無料配布を行ってはどうか。

主な意見（訪問系サービスについて）

- ・訪問系サービスによって、どのようなサービスを受けることができるのかが分からない方が多いように感じる。住民に対し、訪問系サービスについて知る機会、質問ができる機会を設けると良いのではないかと。
- ・訪問系サービスの人手不足により、希望する時間に利用することができない等の課題がある。より利用しやすいサービス体制をつくるためにも、人手不足を解消する必要があると考える。
- ・訪問系サービスに限らず、人手不足の原因の一つとして、利用者からのハラスメントの問題がある。ハラスメント問題に関して啓発活動等を行う必要があるのではないかと。

【各種別・各機関への個別の論点】

(3) ①地域包括支援センターへの個別事項

①-1

今回の制度改正で、重層的支援等、地域包括支援センター（以下 センター）の役割が増していくなかで、センターの負担軽減を図りながら地域包括ケアシステムを推進していくため、居宅介護支援事業所（以下 居宅）へ「指定介護予防支援の指定」、「センターからの総合相談業務の委託」などが可能になる。一定の関与を前提に拡大していくことが予想されるが、この検討にあたり、居宅との連携や相談援助スキル、居宅の人員体制等の実態からどのような課題があるか。

①-2

家族介護者を含む世帯支援が重要となっている。また、家族介護に関する不安として、認知症状への対応が最も高い状況となっている。ご家族が本人の意思を尊重しながら安心して地域で介護を続けていけるようにするために、ケアマネジャー、サービス事業所、地域の方々、おれんじサポートチーム（認知症初期集中支援チーム）等と連携した取組の状況や今後各機関に期待する役割はどのようなことか。

①-1 主な意見

- ・実際に指定介護予防支援の指定や総合相談業務を受ける居宅介護支援事業所がどれくらいあるのか、見込まれるのかが分からない。事前に把握する必要があるのではないか。
- ・ケースの見立ても含め研修会や連絡会など定期的なスキルアップの機会を設ける必要があるのではないか。多機関協働支援センター等関係機関との連携が重要となるため、そうした体制を作る必要があるのではないか。

①-2 主な意見

- ・おれんじサポートチームとの連携がうまく取れていないと感じる。「認知症初期」がどこを指しているのかがはっきりとわからないことや、発見時には既に重度化しているため、包括で対応をすることが多い。おれんじサポートチームの役割を改めて共有する必要があるのではないか。
- ・サービス事業所は利用者だけでなく、地域に目を向け地区活動に参加するなど関わりを持つことでつながりを強くし、地域が頼ることのできる施設になって欲しい。
- ・地域の実情や困りごとの把握のためにも民生委員や福祉協力員との連携が必須である。地域包括支援センターの役割や制度等の説明をしっかりと行ったうえで連携をする必要がある。

(3) ②居宅介護支援事業所への個別事項

②-1

このたびの制度改正で、地域包括支援センター（以下 包括）の役割と業務負担が増していく中で、指定介護予防支援の居宅介護支援事業者（以下 居宅）の指定、総合相談業務の包括からの委託などが可能になる。詳細は示されていないが、包括の関与を前提に拡大していくことが予想される。

本市の介護予防・相談支援体制を検討していくにあたり、包括との連携の実態、人員体制等から、居宅への役割の拡大について、どのようなことが課題になるか。

②-2

家族介護者を含む世帯支援が重要となっているが、ケアマネジメントにあたり家族支援及びそのための他機関との連携実態はどうか。どのような対応を行っているか。

②-3

住民主体の活動（B・D型）やインフォーマル支援の活用により、介護保険のみでは解決しない生活支援ニーズや家族支援等を行うことも求められるが、ケアプランに位置付けるにあたり、活用が難しいなど、課題はあるか。また活用できるようにするためにはどのような変更や取組が必要と考えるか。

②-1 主な意見

- ・予防の関わり、社会資源について多くの人が理解していない可能性がある。ルールや様式の書き方なども含めて講習会が必要なのではないか。
- ・居宅として担当させていただく利用者が多くなる事は賛成だが、事務作業など現状でも負担が大きいと感じており、更なる増大は課題の1つと感じる。

②-2 主な意見

- ・必要に応じて、電話やメール、バイタルリンク、mcsなどのアプリを利用して連携している。
- ・ケースに応じて関係機関と連携をとっているが、ケースの緊急性の捉え方についてもそれぞれズレがある場合があり、関係機関との更なる情報共有、連携が必要だと考える。
- ・連携のためのアプリが複数あり、事業所ごとに使用しているアプリが異なるため、うまく連携が取れない場合がある。使用するアプリを一本化することで連携がとりやすくなるのではないか。

②-3 主な意見

- ・住民主体の活動（B・D型）等の絶対数の少なさ、地域差、事業所によつての支援内容の多様さもあるので、把握が難しく、選択肢に入れる事が難しい。活動の特色やカバー範囲など明記された冊子があると良いのではないか。
- ・地域によって活動の場が少ないため、地域の特色を踏まえ、活動の場を増やすことはできないだろうか。

(3) ③第2層生活支援コーディネーターへの個別事項

③-1

今回のニーズ調査結果から、コロナ禍を経て閉じこもりリスクが大きく上昇している。市民の外出を促進し、活動の範囲を広げ、介護予防を促進するために、住民主体の通いの場やいきいきサロンの立ち上げ・継続支援に加えて、閉じこもり防止のためにどのような取組が求められるか。また、閉じこもりを防止するため（外出・活動を促すため）に住民にどのような働きかけが効果的と考えるか。

③-2

介護予防に資する取組として、就労（シルバー人材等）やボランティア活動など、生きがい・役割を持って元気で活躍するための社会参加が有効だが、住民の意向とマッチングする活躍の場について、ニーズにギャップがあると思うか。また、ギャップを埋めるには、どのような取組が必要と感がるか。

③-1 主な意見

- ・「閉じこもり」というワードを伝えても自分には関係ないと捉える人が多い。また、一度閉じこもると外出に対する意欲や気力が低下し、外出をしなくなってしまう方が多い。そうした現状を踏まえたうえで、情報発信を行う必要があるのではないかと考える。
- ・サロンやいきいき百歳体操だけでなく、様々な選択肢があれば良いのではないか。また、行きたいときに自分で行けるようにするため、併せて、移動支援を推進する必要があると考える。

・生活支援コーディネーターだけでなく、近隣住民などからの声かけも大事になってくると考える。普段から交流のある方からの声かけの効果は大きいと考える。

③-2 主な意見

・ニーズの把握ができていないため、ニーズ調査をする必要がある。また、ボランティアをする側・やって欲しい側のタイミングのギャップがあると感じる。ギャップを解消するために、ボランティアの一覧を作成したうえでマッチングが行えると良いのではないかと。

・具体的にどのようなことをお願いできるのか、依頼する側がイメージできていないということもあると思うため、実際に対応した内容や事例などの一覧があると良いのではないかと。

(3) ④在宅医療・介護連携室「ポピー」への個別事項

④-1

家族の介護に関する不安として、認知症状への対応が最も多い状況となっている。認知症が重症化しない段階での早期発見・早期対応に向けて、医療・介護・行政機関等の関係機関に求める役割をどのように考えるか。

④-2

2040年には団塊の世代が90歳を迎え、医療と介護の両方が必要な高齢者が一層増加する。これらの方が在宅で最期まで本人の意思に基づいて生活できるよう、在宅医療介護連携による在宅看取りを含めた体制構築が重要である。

動画ツール等を作成し在宅療養が可能なことを啓発しているが、実際に本人・家族の実際の不安を解消しながら在宅療養を叶えるために、在宅医・訪問看護・その他事業所がチームを形成し、本人・家族の不安に寄り添って支援していくためにはどのような取組が有効と考えるか。

④-1 主な意見

・おれんじサポートチームと情報交換等を行う機会を設け、現状や対応状況の把握をしたい。
・医師が認知症の患者さんを紹介せず抱え込んでいる、もしかしたら紹介先を知らないということがあるのではないかと感じている。精神科の先生とのつながりが必要であると感じる。

④-2 主な意見

・在宅医の横のつながりが必要だと考え、医師会の在宅医で集まる「在宅医連携の会」を作った。在宅医の看取りの負担を減らしたいということで、看取り当番を作成するという話になった。また、現在は、在宅のスキルアップのための動画、緩和ケアの動画を作成し、在宅医や訪問看護事業所に貸し出しできるように準備を進めている。

・正しいアセスメントができるよう、ケアマネに対し更なる知識向上が必要だと考える。併せて、対応のフローチャートがあった方が良いのではないかと。

(3) おれんじサポートチームへの個別事項

⑤-1

家族の介護に関する不安として、認知症状への対応が最も多い状況となっている。認知症があっても、ご家族が本人の意思を尊重しながら、安心して地域で介護を続けていけるようにするため、自機関で

きる取組はどのようなことが考えられるか（現在実施している取り組みは何か、自機関がすべき役割についてどう考えるか）。

また、地域でともに取組を進めていくにあたり、連携をとる地域包括支援センター、地域の人達、介護サービス事業者等に期待することはどのようなことか。認知症のある方を介護されているご家族が求めている支援とはどのようなことか、現状の施策とのギャップがあるのか、業務において把握したことを教えていただきたい。

⑤-2

家族の介護に関する不安として、認知症状への対応、外出の付き添い、金銭管理などが上位にあがっている。山形市では、認知症があっても、本人が地域で共生し、ご家族を含めて安心して地域生活を送れるよう認知症サポーターの活躍による「チームオレンジ」の活動を推進していくことにしている。認知症カフェ等の居場所づくりにとどまらない、本人の外出の付き添いや家族の外出時の見守りなど、より有効なチームオレンジの活動に向けて、おれんじサポートチームが中心となって活動を進めていくにあたり課題と感じていることがある場合、その解決策はどのようなことが考えられるか。

例) 課題：チームオレンジメンバーの可能な活動の取りまとめと本人・家族のニーズのマッチング

例) 解決策：チームオレンジコーディネーターの配置により、各チームオレンジへ具体的な支援が可能となる

また、地域においてチームオレンジの活動を推進していくにあたり、地域、事業者（介護サービス事業所に限らず）、キャラバン・メイト、認知症サポーター、公的機関等に求める役割はなにか。それらを効果的に実践するためのアイデアはあるか？

⑤-3

認知症の人に限らず、ご家族の立場としても、早期発見や早期対応が大切なことと考える。早期発見や早期対応に関する仕組み、支援体制について、おれんじサポートチームとポピーが中心となり、どのようなネットワークが構築されたのか。

また、課題と感じていることがあれば、その課題を解決するために、おれんじサポートチームができることとしての解決策・アイデアはあるか。

連携が必要と考える機関と、その機関に求める役割は何か。

⑤-1 主な意見

・現在実施している取組としては、初期集中支援チーム介入による家族支援、認知症カフェ開催支援・継続支援・相談対応、地域での認知症講話・認知症サポーター養成講座開催、サポートブック配布・説明であり、これらの活動を継続して行うことが重要だと考えている。

・担当エリアが広く、その地区の特性などはなかなか把握しきれないので、何かの取り組みを行う際には、企画や実施などの協力をいただくと有難い。また、おれんじサポートチームの活動は、地域包括支援センターの事業計画と協働で行われてこそ効果的だと思うので、連携がとりやすい環境を整得いただきたい。

・重度になってからの相談が多い為、家族が求めている支援として、対応困難となる前に、度々人生会議（話し合い）などを行いながら、将来設計をしていくことが重要だと思われる。

また、関係者の情報共有と適切な情報提供（認知症に関する知識や認知症の人への対応の仕方、相談先や介護者同士の情報共有）も家族の自立支援（ニーズ達成）に繋がると考える。

⑤-2 主な意見

・チームオレンジの具体的活動が見いだせていないため、チームオレンジ結成を促す普及啓発をどのような説明で進めていけばよいのか迷う。解決策として、チームオレンジの活動における全体像を確認すること、チームオレンジの普及啓発、複数設立される予定のチームオレンジに関する要綱や登録が必要かどうかの協議を行うことが挙げられる。

・地域包括支援センター、生活支援コーディネーターのなかには、チームオレンジの活動内容についてよく分からない方もいると考えられる。連携のためには、チームオレンジの活動について理解するための機会が必要だと考える。

⑤-3 主な意見

・普及啓発活動を行う事により、医療機関や認知症カフェ等から直接相談が入るようになった。早期発見に関しては、認知症に関する不安のある地域において認知症予防教室を開催し、受講者情報を地域包括支援センターに情報提供している。

・課題として、早期発見・早期対応の支援ケースの相談がほとんどないことが挙げられる。地域包括支援センターで対応していないケースに焦点を当てる必要があるのではないか。

・商工会と連携し、労働者に認サポを行う機会を設けることや、地域包括支援センター、ケアマネジャー、介護事業所との連携により、事業対象者のうち認知症に関する項目に該当のある方へ訪問し、状況把握等を行うことが考えられる。

(3) ⑥訪問型サービス B・D、通所型サービス B (地域支え活動団体) への個別事項

活動を継続していくにあたって、制度や担い手の確保、地域包括支援センターとの連携等の課題は何か。改善に向けてどのような取組が考えられるか。

主な意見

(意見聴取中)

(3) ⑦訪問介護事業所 (従前相当、サービス A 含む) への個別事項

事業所調査の結果から、訪問介護は人材確保が困難なサービスの一つとなっている。サービスの理解促進と合わせ、ヘルパーという仕事の魅力発信や生産性向上等の取組も必要と考える。関係機関で連携しながら効果的な取組を展開していきたいが、人材確保や業務効率・生産性向上・働きがいの向上のために取り組んでいることはあるか。また、今後どのような取組が必要と考えるか。

主な意見

・毎年積極的に実習生 (高校・短大他) の学生の受け入れを行っている。

・子育て中の方や子育てが終わった方など就職を希望する方へ訪問介護で必要な資格取得できる、介護職員初任者研修を受ける機会を設けることで、自身の子育てや介護をしながら生活に合わせた働き方 (パート、契約等) へと繋がるのではないかと考える。

・紙媒体での業務作業を減らすことで業務の効率化、生産性の向上を図っている。

・今後の取組としては、継続して、訪問介護に関する情報発信や啓発活動を行うこと、訪問介護の報酬や処遇を改善すること、ICT や AI などの技術の有効的な活用方法について検討することが必要だと考える。

(3) ⑧訪問看護事業所への個別事項

2040年には団塊の世代が90歳を迎え、医療と介護の両方を必要とする高齢者が一層増加することが見込まれる。これらの方が、在宅で最期まで本人の意思に基づいて生活できるよう、在宅医療介護連携による在宅看取りを含めた体制構築が重要であると考え、山形市では、普及啓発動画を作成し、在宅療養が可能であることを啓発しているが、本人・家族の実際の不安を解消するために、在宅医との連携のもと、訪問看護の役割が大きいと認識している。

本人の視点、家族の視点、両方に立って、看取り・在宅医療を含むケアについて、医療・介護がチームを形成して寄り添った支援を行う上で、訪問看護から捉えている在宅医療と介護の連携上又は体制上の課題があれば教えていただきたい。また、課題解決のためのアイデアなどあれば教えていただきたい。

主な意見

・それぞれのマンパワー不足による余裕のなさが寄り添った支援や連携の難しさになっているのではないかと。訪問介護事業所が次々閉鎖してしまうということも拍車をかけているのではないかと。介護職の賃金問題の解決や、やりがいのある仕事としてのアピールするのはどうか。

(3) ⑨福祉用具貸与・販売事業所への個別事項

介護保険制度において、福祉用具・住宅改修は在宅生活を続けるうえで重要な手段と位置づけられ、福祉用具の導入においてリハ専門職が関与すべきとされている。また、山形市は訪問リハビリテーションの利用率の増加を目指しているが、福祉用具の事業所として、リハ専門職との連携を図るための課題やどのような取組が考えられるか。

主な意見

・リハ職との情報交換ができる場を定期的に設ける必要であると考えます。
・福祉用具貸与・販売事業所としての定期点検のタイミングと、訪問リハの利用のタイミングを合わせ、本人の状態をより詳しく把握できるようにすることはできないか。

(3) ⑩通所介護サービス（地域密着型、認知症対応型、従前相当、サービスAを含む）への個別事項

⑩-1

軽度者や中重度者、認知症の有無に関わらず、身体機能の向上だけではない、本人の活動性や家庭内での役割の創出、自立支援、QOLの向上等に向けた個別ケア・個別リハの視点が重要であるが、そのためにどのようなプログラムを設けているか。また、そのような支援を行う上でどのようなことが課題となっているか。その改善策のアイデアを含めて伺いたい。

⑩-2

通所系サービスは、訪問介護・小多機同様に、本人・家族と多く接点を持つサービスであることから、本人の変化や家族の負担感など悩みの発見の目となることもあり、家族介護者の支援や認知症の早期発見早期対応、高齢者虐待の早期対応にも繋がるものと考えます。利用者本人や家族の小さな変化についてケアマネジャー・地域包括支援センターとの情報共有や連携が重要になると思うが、より連携しやすい状況、体制をつくるために、どのような取組が必要と考えるか。また、認知症が重度化する前に早期に発見し、早期対応を行う役割を担うおれんじサポートチーム（認知症初期集中支援チーム）に具体的に期待することはどのようなことか。

⑩-1 主な意見

- ・一人ひとりの状況に合わせるため、個別で対応できる時間を多く作るようにしている。その中でのヒアリングや状態把握などをより細かく細分化してどんなアプローチが必要なのかを多職種で考える時間を設けるようにしている。
- ・課題としては、家族への支援である。独居の方を除き、利用者の家庭内での役割の創出やQOLの向上には家族の方の支援が必要であるが、事業所からの頻繁な連絡や高度な要求(自宅でも〇〇してください等)に負担を感じ疲弊してしまうと、利用者本人へ関心が薄くなってしまふことがある。

⑩-2 主な意見

- ・連携で重要なのは連絡手段だと思う。現在は、電話、メール等で行っているが、いずれの方法にも課題があると感じる。連絡手段については検討をする必要があるのではないか。
- ・おれんじサポートチームとは、これまで連携の実績がほとんどなく、どのように連携をするべきか分からない。また、一般の方々の認知度が低いと思うため、でケアマネジャー、包括だけが分かる組織ではなく、広く市民に知れ渡るように努めて欲しい。

(3) ⑪通所リハビリテーション事業所への個別事項

通所リハビリテーションは、かかりつけ医との連携のもと、医療リハビリからの継続的なリハビリへの移行、身体状況の変化への迅速かつ的確な対応が特徴であり、通所介護との違いと思われる。これらの特徴について、病院・診療所の医師や関係者に理解されていると思うか。また、支援にあたりかかりつけ医との連携はとれているか。

主な意見

- ・病院・診療所の理解は十分ではないと考える。退院時のカンファレンスでも通所介護と通所リハビリの違いが曖昧である場面が散見する。
- ・かかりつけ医から情報提供がないので、連携はとれていない。普段、家族から情報を得て医療機関に問い合わせている状況である。

(3) ⑫短期入所生活介護、短期入所療養介護の事業所への個別事項

2040年には団塊の世代が90歳を迎え、今後、医療依存度の高い方への在宅サービスの提供の必要性が高まっていく。特に介護者のレスパイト等を踏まえ、短期入所系のサービスの利用にあっても医療依存度の高い利用者が増えていくと予想されるが、かかりつけ医との連携や医療的ケアの対応状況に課題はあるか。また、課題解決のため、どのような取組や体制が必要だと考えられるか。

主な意見

- ・担当者会議にかかりつけ医の医師が参加するのは難しくても、かかりつけの医療機関の看護師等が出席してくれると安心。また、出席が難しい場合、医療行為(処置等の方法)を書面でもらえると対応しやすい。
- ・短期入所利用時の状況について、ケアマネエを通してかかりつけ医へ情報提供等行う事で、少しずつ関係性を構築していけるのではないか。

(3) ⑬小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護・定期巡回随時対応型訪問介護看護への個別事項

⑬-1

第9期介護保険事業計画の策定に向け、国は基本方針として、要介護者の在宅生活を支えるため、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護などの地域密着型サービスの更なる普及を求めている。山形市においても多様化する介護ニーズに応える有効なサービスと捉えているが、そのためには地域や医療機関、リハ専門職、包括支援センター等との密な連携が必要と考えるが、連携しやすい体制づくりのため、どのような取組が必要と考えるか。

⑬-2

小多機・看多機・定期巡回サービスは、本人・家族と多く接点を持つサービスであることから、本人の変化や家族の負担感など悩みの発見の目となることもあり、家族介護者の支援や認知症の早期発見早期対応、高齢者虐待の早期対応にも繋がるものとする。利用者本人や家族の小さな変化についてケアマネジャー・地域包括支援センターとの情報共有や連携が重要になると思うが、より連携しやすい状況、体制をつくるために、どのような取組が必要と考えるか。また、認知症が重度化する前に早期に発見し、早期対応を行う役割を担うおれんじサポートチーム（認知症初期集中支援チーム）に具体的に期待することはどのようなことか。

⑬-1 主な意見

- ・地区ごとの事業所で連携のための話し合いの機会を持てればよい。
- ・在宅での生活を出来るようにまずは家族の理解と医師からの支援が重要だと考える。
- ・事業所の法人等が異なってもリアルタイムに、情報が共有できるネットワークツールが不可欠だと考える。

⑬-2 主な意見

- ・小さな変化を連携するためにラインのような簡単に情報共有するシステムがあるといいと思う。
- ・認知症については、家族によって受け止め方が異なり、重度になるまで対応していないケースが多い。また、早期発見・対応がなかなか難しいため、おれんじサポートチームへ相談することもあまりできていない。場合によっては、相談窓口がどこか分からないという声も聞くので、おれんじサポートチームの活動の周知が必要なのではないか。

(3) ⑭認知症対応型共同生活介護事業所への個別事項

第9期介護保険事業計画の策定に向け、国では認知症基本法が成立するなど、認知症に関わる施策の推進を図っている。山形市では認知症サポーターの養成や、おれんじサポートチームの設置など、認知症があっても、本人の意思が尊重され、地域で安心して暮らしていけるよう、様々な取組を展開しているが、認知症グループホームにおいて、生活の場として、入居者と地域の接点づくりに向け、どのような取組が有効であるとするか。

また、認知症にやさしい地域づくりに向け、現在どのような取組を行っているか。

主な意見

- ・事業所を開放し、定期的に見学会を開催する。また、地域の交流の場・行事に積極的に参加すると良いのではないかと。

(3) ⑮介護老人福祉施設・介護老人保健施設・特定施設入居者生活介護事業所への個別事項

⑮-1

2040年には団塊の世代が90歳を迎え、今後、医療依存度の高い方へのサービスの提供の必要性が高まっていくが、施設での医療的ケアの対応状況や、主治医・施設医との連携に課題はあるか。また、施設看取りについて、対応状況と課題はあるか。

⑮-2

事業所調査によれば、介護ロボット・ICT等を導入していない理由として、維持管理の負担感や使用方法についての不安をあげる事業所が多かった。このような不安を解消するには、生産性向上の取組により課題を抽出し、ロボットやICTの導入の目的や使用の仕方を見える化することが有効であると考えられるが、各施設・事業所において、生産性向上の取組を実施するうえでどのようなことが課題であると考えるか。

⑮-1 主な意見

- ・かかりつけ医の、老健と施設の違いへの理解が不十分であると感じている。かかりつけ医との連携の更なる強化が必要だと考える。
- ・看取りの希望や同意に関して家族の気持ちに差があるため、何度も説明する必要があり、時間をかなり要する。施設看取りの相談員（終末期ケア専門士、看取り士）を置いてはどうか。

⑮-2 主な意見

- ・介護ロボット等の導入後のイメージが湧かない。
- ・介護業界はアナログ傾向であり、サービス提供のあり方もアナログ的である。ネット環境も限定的なものしかなく、ICTの導入環境がそろっていない。
- ・介護ロボットなど新しいものを受け入れることに対しストレスを感じるベテラン職員が多いため、導入が進まないように感じる。

(3) ⑯訪問リハビリテーションへの個別事項

山形市では、訪問リハビリテーションの利用率の向上を目指しているが、なかなか伸びていない現状がある。介護保険サービスの理解を深め、利用率を増やすためには、住民やケアマネジャーのサービス理解促進のほかに、かかりつけ医や退院前の病院との連携・連動が重要と考える。医療機関との連携の現状はどうか。また、より連携を促進し効果的なリハビリテーションを提供するための体制や取組について、どのようなことが考えられるか。

主な意見

- ・医療機関のスタッフの中には、訪問リハビリについて具体的にわからない人も多いので、医療機関のスタッフの訪問リハビリに対する理解・認識の改善（研修等）が必要になるのではないかと考える。
- ・介護事業所から医療機関へのフィードバックがあまりできていないので、在宅サービス全般に対する知識・理解が増えると良いと考える。
- ・かかりつけ医との連携時にケアマネジャーも協力してほしい。
- ・情報提供時に電子カルテでやりとりすることで、指示をかいてもらう手間を省くことができると考える。

【第9期計画策定に関するご意見】

- ・介護施設では、人材不足が大きな課題となっているが、年齢制限を無くして元気な高齢者などが働けるようなしくみがあればいいと思う。
- ・新型コロナウイルス感染症の拡大により、活動性が低下して閉じこもり状態となった高齢者が増加した。閉じこもりにならないよう働きかけることは重要だと思うが、講座や教室を開催したからと言って外出するとも限らないので、自宅で過ごしている人との繋がりが途絶えないような事業を検討していただければと思う。
- ・介護者の人生に寄り添えるものであってほしいと思う。介護者のなかには、仕事をしている人やヤングケアラーと呼ばれる人もいるので、制度としてフォローができないか。介護休暇に関する研修をもっと行ってほしい。
- ・いろいろな状況の高齢者に対応できるような施策にしていきたい。