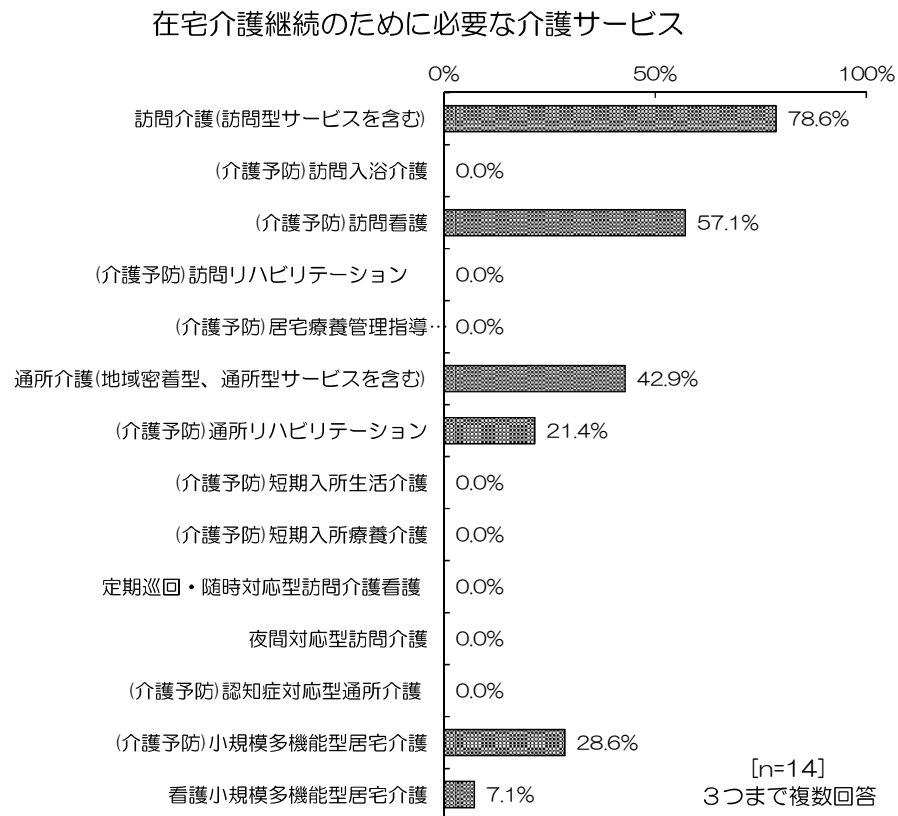


第IV章 地域包括支援センターアンケート調査結果のまとめ

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

在宅生活を継続するために必要な介護サービスとして、「訪問介護（訪問型サービスを含む）」（78.6%）が最も多く、次いで「（介護予防）訪問看護」（57.1%）、「通所介護（地域密着型、通所型サービスを含む）」（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. 訪問介護（訪問型サービスを含む）)

- ・在宅生活の基盤となるもの。自立支援を考慮した支援を関係者共有する必要がある。
- ・在宅での生活全般の支援
- ・単身・高齢者世帯の増加、家族関係の希薄化が背景にあり、日常生活を支えるために生活援助は欠かせない
- ・住み慣れた自宅で過ごすためには、自宅内で受ける介護サービスと日常生活を送る為の家事支援が必須。
- ・在宅介護を全体的に支えてくれるサービスだから。
- ・本人のできないところのサポートと一緒にすることへの支援ができるため
- ・買物や掃除を手伝ってくれる方がいると在宅生活の継続が可能となる場合が多い。高齢になるにつれ、難しい部分がでてくるので、自宅での生活を続けるため支援が必要。山形は山間地が多く買物に不便な生活環境にあるため。生活に直結するサービスのため。
- ・支援の場合、整形疾患が多く膝や腰に負担がかかるため、IADLの低下を招きやすく、支援が必要。
- ・生活維持するため
- ・高齢者のみの世帯の増加に伴い生活支援は重要だと思う
- ・在宅生活の基盤を支えるものだから
- ・生活や身体の支援

(3. (介護予防)訪問看護)

- ・入院期間が短く在宅療養が必要な方が増えている。また、終末期で在宅に戻るケースが増えている。
- ・健康面の安定として、医療依存度が高い方は必須。
- ・疾患を持ちながらも自分で管理ができるが、介護へ移行しない為の見守り、予防、早期発見が必要。
- ・医療による専門的支援の必要な方および、自宅環境に合わせたリハビリ
- ・健康管理するため
- ・慢性疾患を抱える高齢者の支援は重要だと思う
- ・体調管理
- ・リハビリ

(5. (介護予防)居宅療養管理指導)

- ・特に薬剤師による訪問や服薬管理が必要。適切に服薬し病状をコントロールすることで生活継続できる。

(6. 通所介護 (地域密着型、通所型サービスを含む))

- ・特に短時間型や運動特化型だと利用しやすく習い事や家事、用足しと併用しやすい。
- ・運動・交流の場となり介護予防の視点から重要。また、介護者の負担軽減にもつながる
- ・日常生活に楽しみや生きがいができるような支援は必要であるため。意欲向上につながる。
- ・通うことで同年代の方とのコミュニケーションがとれる。
- ・入浴支援
- ・高齢者の外出の機会の手立てともなるため。日中の居場所の確保、栄養の補給 (食事がある場合)、外出、入浴、運動の機会の支援等必要な事が多い。
- ・入浴、交流、認知症予防、全身状態の確認や看護師などによる健康相談
- ・支援体制構築にあたり認知度が高く (サービス利用拒否の方などに) 導入しやすい支援であるため
- ・体力・筋力低下予防、維持

(7. (介護予防)通所リハビリテーション)

- ・早期からのリハビリや指導により、在宅生活を続けるための筋力や体力を維持させるため。
- ・疾患の後遺症や症状が軽度なために、予防でのリハビリの継続が必要。
- ・心身機能の維持、低下防止のためリハビリ指導は必要だと思う。

(13. (介護予防)小規模多機能型居宅介護)

- ・ 独居の方等、誰かの目が入る環境を作りやすい
- ・ 通いや訪問、泊まりを本人や家族の状況に合わせて利用できるのは、在宅介護の継続に有効。
- ・ デイ・HH・SSを一体で提供でき、特に単身高齢者、認知症のある方にはよいサービスだと思う。”顔なじみの開催”。訪問、通所の生活にあわせた一体的サービスが可能。その方に合わせた柔軟なサービスを提供できるため。
- ・ 総合的な支援を受けられるため

(14. 看護小規模多機能型居宅介護)

- ・ 通所、訪問、宿泊を柔軟に組み合わせることで個別対応した支援体制が構築できるため

(その他)

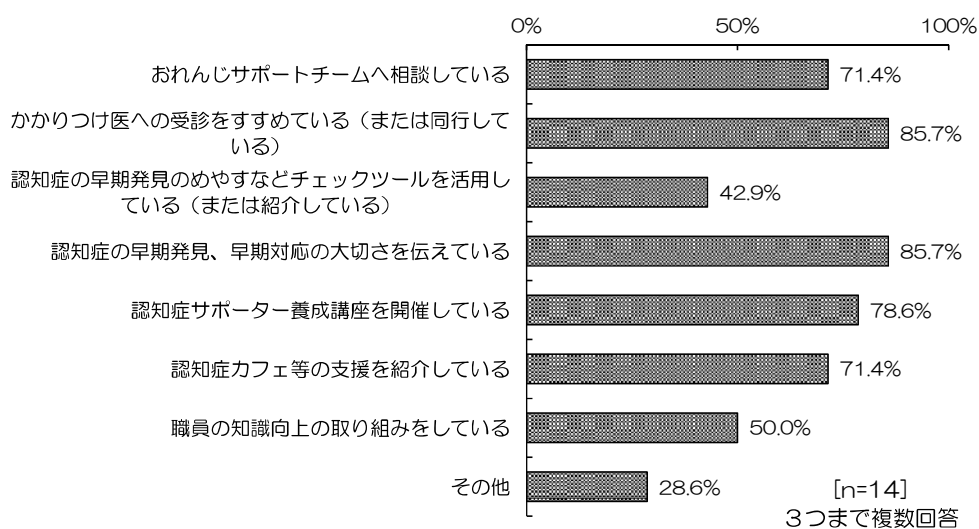
- ・ 利用者ごとに必要なサービスは違うと思われるので選択は難しい
- ・ 人によって違うため上位3つは選べない

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

認知症の早期発見・早期対応のために取り組んでいることは、「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）」、「認知症の早期発見、早期対応の大切さを伝えている」（ともに85.7%）が最も多く、次いで「認知症サポーター養成講座を開催している」（78.6%）、「おれんじサポートチームへ相談している」、「認知症カフェ等の支援を紹介している」（ともに71.4%）となっています。

認知症の早期発見・早期対応のため、取り組んでいること



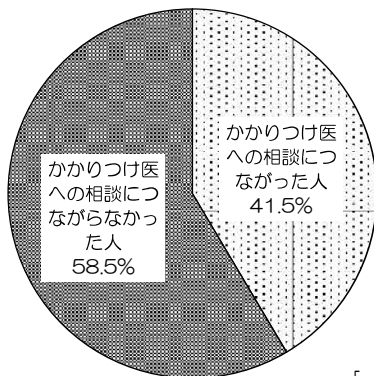
※その他の取組

- サロン等通いの場での住民への周知活動
- サポーター養成講座とは別に住民に周知活動を行い、相談対応している。
- 認知症カフェを他機関と共催で開催している。
- 包括として認知症カフェを開催している。

(2) 認知症が疑われる方への対応について

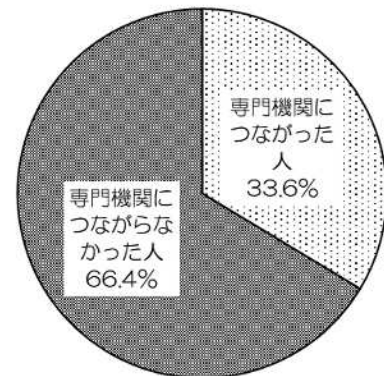
地域包括支援センターが令和4年1月1日から令和4年12月31日の1年間で予防プランを立てている人のうち、認知症と疑われる方は258人おり、そのうちかかりつけ医への相談につながったのは、107人(41.5%)となっています。また、かかりつけ医につながった方のうち、専門医療機関への相談につながったのは、36人(33.6%)となっています。

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



[n=258]
回答事業所：12

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



[n=107]
回答事業所：12

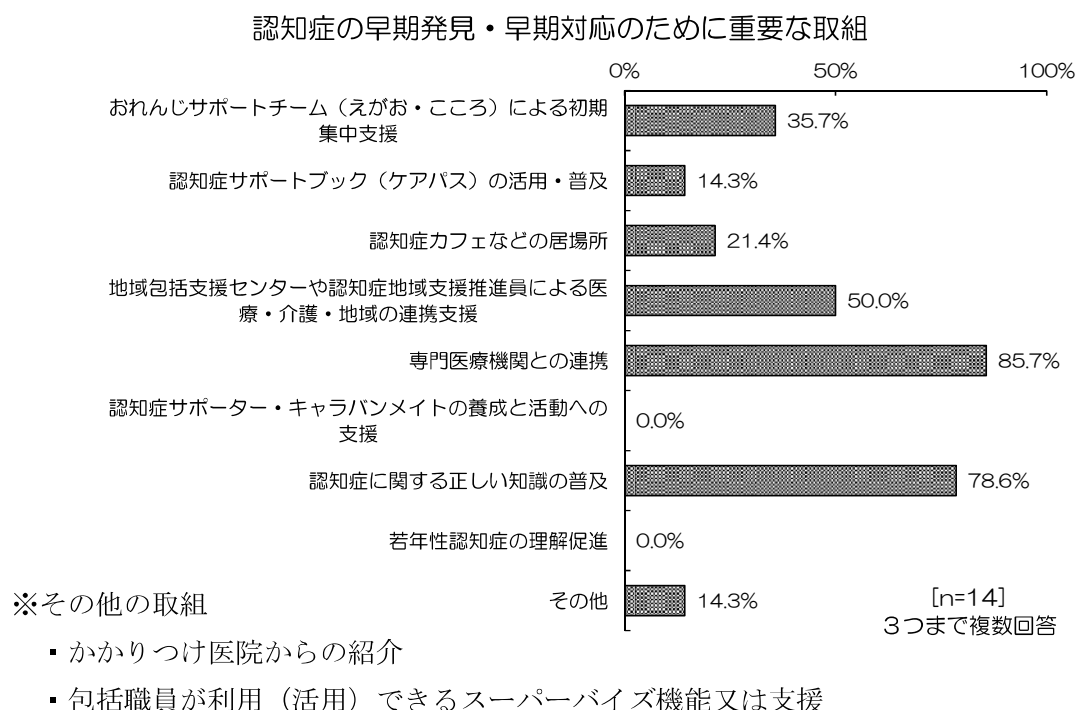
※専門医療機関の相談につながらなかった理由（自由記述）

- ・本人・家族の意向でかかりつけ医への相談のみ。本人・家族に認知症という自覚がなく、専門医への必要性を感じていないため。
- ・認知症らしき症状はあっても、サービス事業所の支援や本人や家族のなかで対処できたため、専門医受診まで勧めなかった
- ・独居で身寄りがいない方は専門医までつなぐことが難しい。
- ・家族が困っていないため
- ・家族が本人に対して関わりたがらず受診勧奨ができない。
- ・家族は医療職でもあり必要な段階で判断が可能、家族に判断を委ねている
- ・家族が介護職でもありかかりつけ医に相談できている
- ・慢性硬膜下血腫の治療を優先
- ・かかりつけ医で対応可能、かかりつけ医への信頼は厚い
- ・経過観察中
- ・専門医を受診継続中・専門医の定期診察を継続中
- ・本人が医師より認知症ではないと言われ、まだ認め難い
- ・周囲から話は出ているが本人家族と相談をしていない
- ・区分変更とCM引き継ぎを行っている
- ・サービス導入間もないため
- ・相談開始時より居宅が担当、委託のため居宅の判断へ

- ・本人、家族ともかかりつけ医の信頼は厚い
- ・生活状況も含め家族と経過観察中
- ・本人の認め難さが予測され、事業所も含め対応検討中
- ・家族の理解不足、本人の状況を受け入れられない
- ・転倒し入院、退院後小規模多機能へ
- ・CMへ委託しているケース
- ・周囲から聞くが、手術を控えており話に出ていない。
- ・家族含め必要性を感じていない。本人が拒否。主治医の理解が得られない。
- ・本人の受診拒否
- ・疑いはあるが、訪問型のサービスなどで様子を見ていて誰も対応に苦慮することがない為
- ・本人、家族が専門医の受診をそこまで望んでいない。
- ・認知症初期集中支援チームにつないだが、初期中の範囲でないと支援を断られた。
- ・認知症はあるが、生活上支障のない程度なので申請や予防プラン作成に至らない。又は、予防プラン支援のまま、受診や医療のタイミングをはかっている（経過をみている）ため受診につながらない。
- ・包括より提案するが、本人・家族が受診しない
- ・特に本人が拒否したため受診させられない。

(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

認知症の早期発見・早期対応のために重要な取組は、「専門医療機関との連携」(85.7%)が最も多く、次いで「認知症に関する正しい知識の普及」(78.6%)、「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。

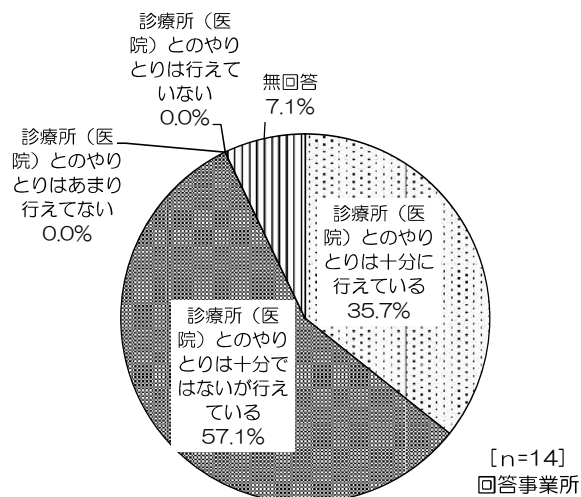


3 連携について

(1) 診療所（医院）との連携状況について

「十分に行えている」(35.7%)と「十分ではないが行えている」(57.1%)を合わせて92.8%が行えていると回答をしています。

診療所（医院）との連携状況



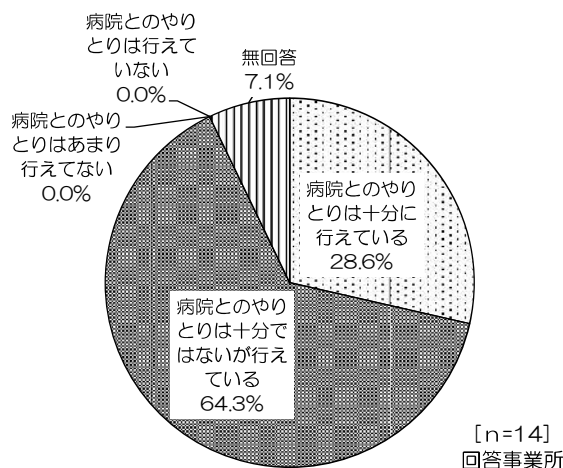
(2) 診療所（医院）との連携をとれていない主な理由について

(1)で「あまり行えていない」または「行えていない」と回答した地域支援包括センターはありませんでした。

(3) 病院との連携状況について

「十分に行えている」(28.6%)と「十分ではないが行えている」(64.3%)を合わせて92.9%が行えていると回答をしています。

病院との連携状況



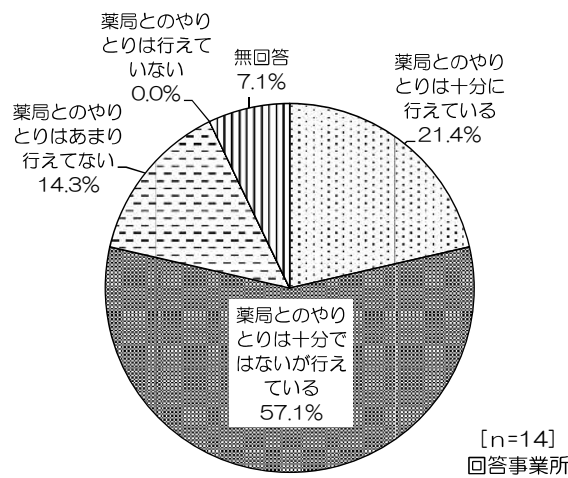
(4) 病院との連携をとれていない主な理由について

(1) で「あまり行えていない」または「行えていない」と回答した地域支援包括センターはありませんでした。

(5) 薬局との連携状況について

「十分に行えている」(21.4%)と「十分ではないが行えている」(57.1%)を合わせて78.5%が行えていると回答をしています。

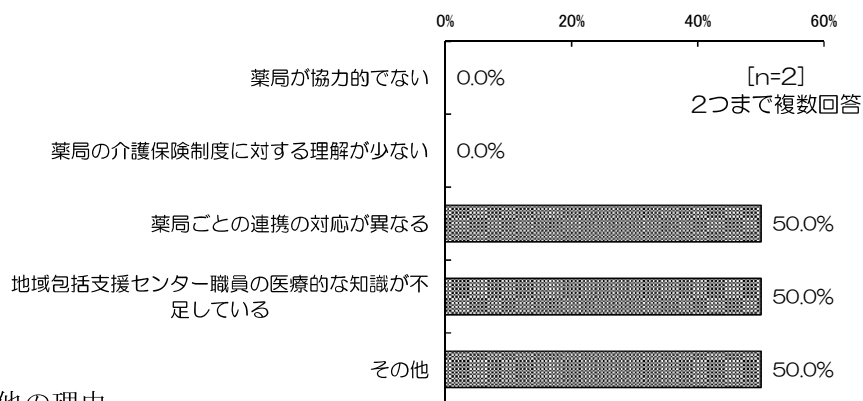
薬局との連携状況



(6) 薬局との連携をとれていない主な理由について

(1) で「あまり行えていない」または「行えていない」と回答した理由として、「薬局ごとの連携の対応が異なる」、「地域包括支援センター職員の医療的な知識が不足している」、「その他」がともに50.0%となっています。

薬局と連携がとれていない理由



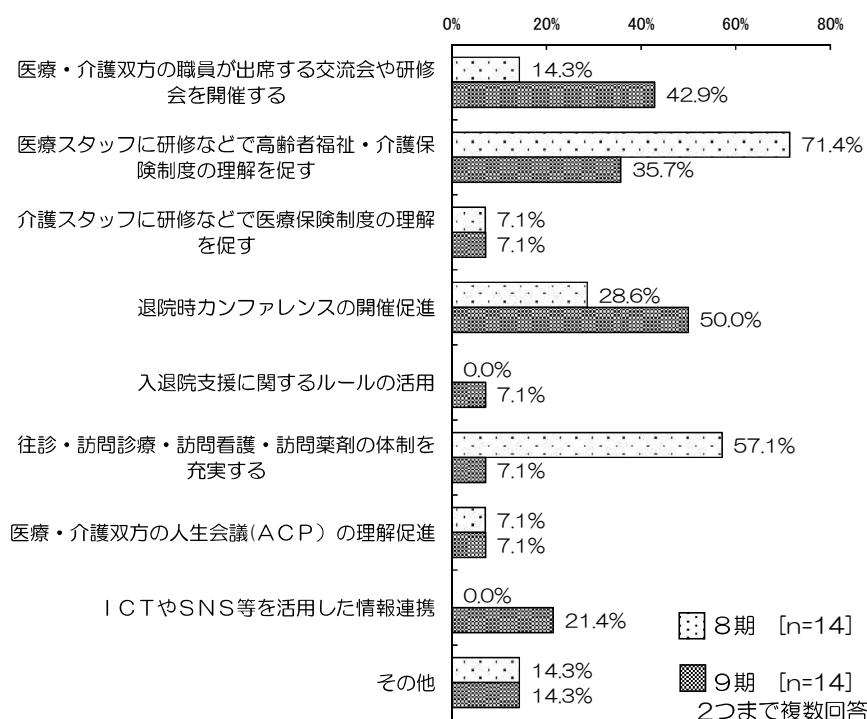
※その他の理由

- ・圏域内は院内処方が多いため

(7) 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

医療機関と連携を図るうえで重要と考える取り組みは、「退院時カンファレンスの開催促進」(50.0%)が最も多く、次いで「医療・介護双方の職員が出席する交流会や研修会を開催する」(42.9%)、「医療スタッフに研修などで高齢者福祉・介護保険制度の理解を促す」(35.7%)となっています。最も多い「退院時カンファレンスの開催促進」では8期の28.6%より21.4%増加しています。また、8期で最も多かった「医療スタッフに研修などで高齢者福祉・介護保険制度の理解を促す」では35.7%減少しています。

連携を図るうえで重要だと考える取組



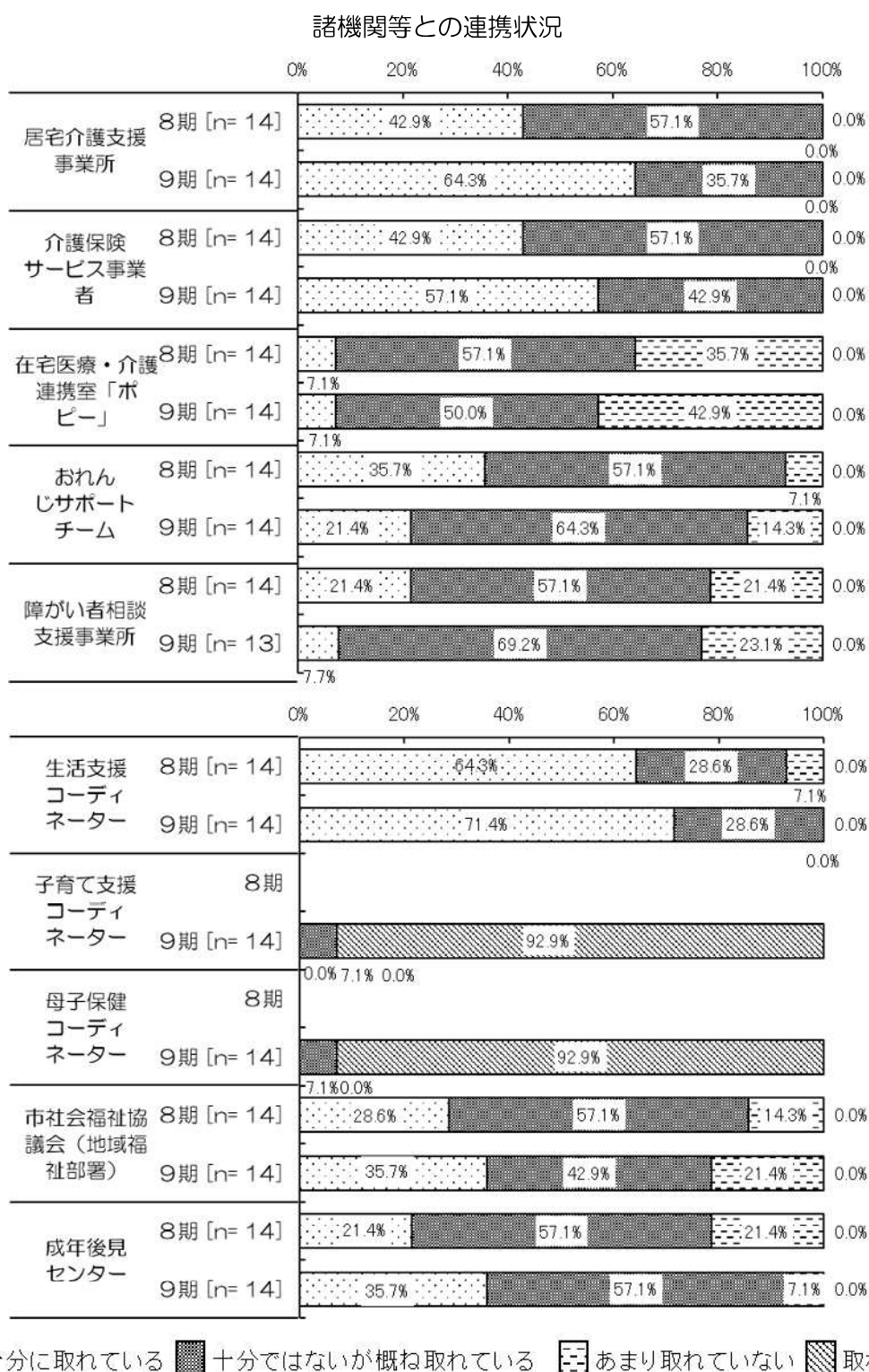
※その他の取組

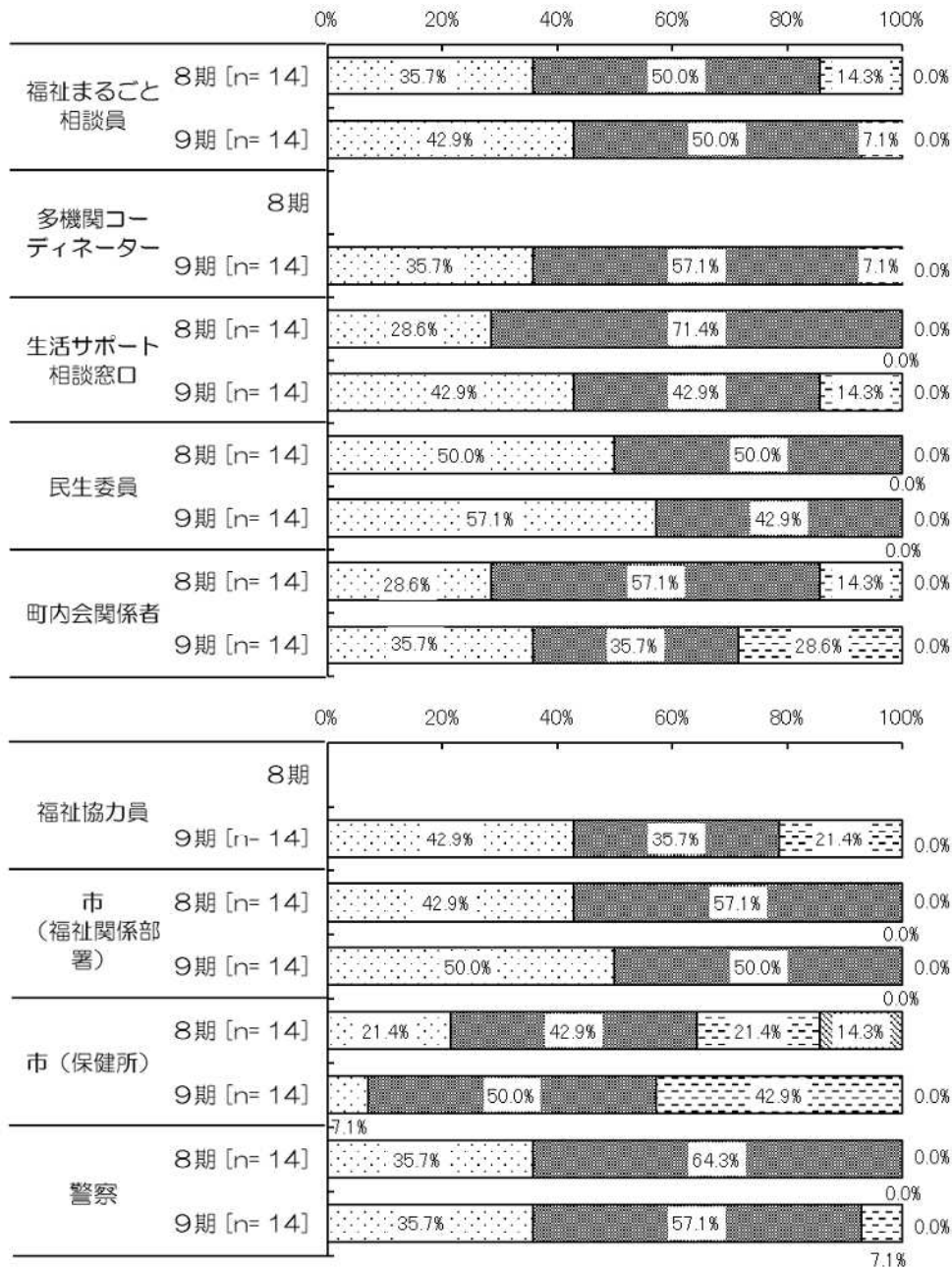
- 多忙な医療従事者の負担を軽減すべく、個別の連携時役割分担や調整がお互いの理解を促す。
- 医療機関への苦手意識のハードルを下げ、足しげく通って、業務や活動を知ってもらうこと

(8) 外部の諸機関等との連携について

諸機関との連携状況は「居宅介護支援事業所」、「介護保険サービス事業者」で、「十分に取れている」と「十分ではないが概ね取れている」を合わせて「取れている」と9割以上と回答しています。

前回8期調査結果との比較では、「生活支援コーディネーター」、「成年後見センター」、「福祉まるごと相談員」では「取れている」割合が増加しています。





十分に取れている

 十分ではないが概ね取れている

 あまり取れていない

 取れていない

※第8期では、「多機関コーディネーター」、「子育て支援コーディネーター」、「母子保健コーディネーター」、「福祉協力員」について調査を実施していない。

(9) 外部の諸機関等との連携がとれている好事例（自由記述）

- 警察に入った近隣からの相談が認知症に関するものの場合、担当圏域の駐在所が訪問して下さり、具体的な状況や相談が包括に入り、訪問、支援につなげている。また、高齢者の安否確認の事例の際にも、単身で親族の連絡先が分からない場合など状況に応じ訪問に同行して下さる。包括としても安心して対応できる。
- 認知症の両親と引きこもりの息子一家に関して、地域住民から様々な関係機関が連携し在宅生活を支えている。
- おれんじサポートチームと連携することで支援体制が強化され家族の安心感につながった。支援の目的を明確化しこまめに連絡を取るようになる連携が行政のほか、民生委員等と実践できていると感じている。
- 民生委員や福祉協力員の連絡会、会議に出席し日頃より顔の見える関係作りができていて、各地域で相談があった際に、包括支援センターへ繋いでくれるので、包括から連絡、訪問しやすく、インテーク時スムーズに相談対応できる。
- 地域役員とのつながりは強く、三者懇談会や直接連絡により、心配な地域住民の対象者がいれば教えてくれ、訪問し実態把握することができている。変化があれば都度情報共有を行う。世帯支援において、各担当している対象者の状況を共有。適宜集まったりしながら各々の問題解決に向けて役割分担できた。
- 個別地域ケア会議を開催し、対応や役割分担をして連携している。
- 複数の課題を抱えた世帯に対しての支援策として、情報を共有しながら役割分担し、訪問などを行い意向などを確認しながら見守り、支援につなげていく。
- 相談者や地区の会議への参加を通して、地域の福祉協力員や民生委員との連携を図ってきた。ネットワーク連絡会の開催、地域ケア会議(個別含む)での顔の見える関係づくり。
- サービス担当者会議や情報交換において、目標を達成する為に本人も含めて検討していく。
- 地区の民生委員からの身寄りがないケース。それまで地域で見守りしていたが幻覚幻聴が強くなり、近所も不安が増す。地域ケア会議で生活や既往歴、受診状況を関係者と共有し、関わり方や緊急対応の流れを確認し、見守り継続。数日後、自身が体調不良を訴え専門医を受診し、入院となる。入院中も空き家の管理、金銭管理など役割分担しながら支援ができた。
- 内容的に考えるのか、関わりの頻度として考えるのかで判断した。

(10) 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）

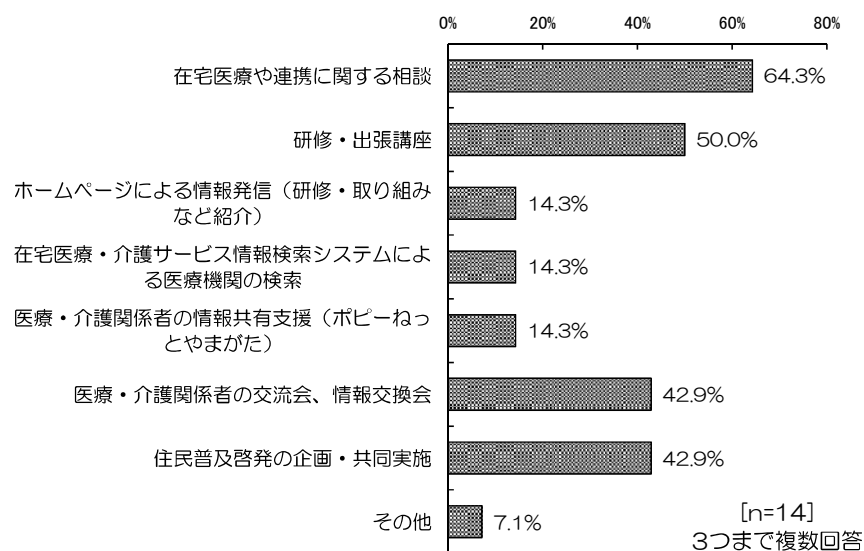
- 子どもとの関りが少ない。保健所はコロナ対応で忙しそうだった。
- 個人情報保護への過剰反応。他機関の機能や役割の無理解により連携が十分でないと感じている。子供が絡むケースがほとんどない為、子育て支援コーディネーターと母子保健コーディネーターの違いが分からない。
- 未就学児や児童が絡んでいる多問題の相談ケースがない。
- とくに関わることがあまりない。どのような時に連携すればいいかわからない。
- 母子、子育ての事例がない。
- 該当するケースがない。
- 虐待事案でも子どもや高齢者(障がい者)との一体的な支援に至っていない。虐待対応の違いがある。保健所の高齢者に対する支援が、コロナ支援以外不明瞭になっている。年齢を区切らず健康づくりに対する支援をすすめてほしい。
- 相談事例がない。
- おれんじサポートチームに相談、ケースをお渡しするにあたり、細かいところまで情報収集とアセスメントが必要で、ケース支援を依頼したあともチーム員会議や都度の報告で時間が必要になる。
- 包括の現状としては、「子育て」関連の相談の場面や、積極的に働きかけることもないため。

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

取組で期待していることは、「在宅医療や連携に関する相談」(64.3%)が最も多く、次いで「研修・出張講座」(50.0%)、「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42.9%)となっています。

「ポピー」に期待すること



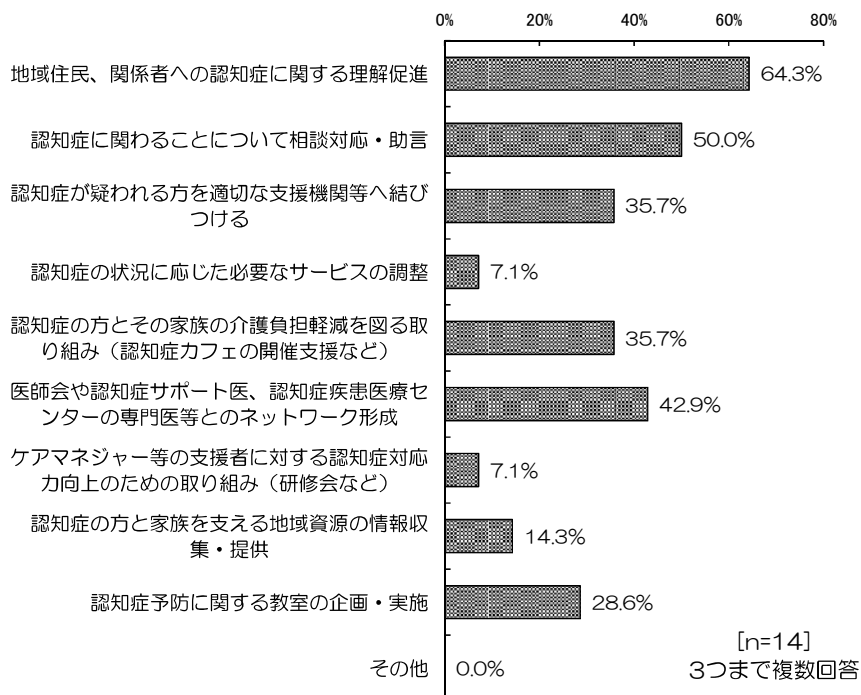
※その他の期待すること

- ・ポピー主催の住民普及啓発の企画

(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

取組で期待していることは、「地域住民、関係者への認知症に関する理解促進」（64.3%）が最も多く、次いで「認知症に関わることについて相談対応・助言」（50.0%）、「医師会や認知症サポート医、認知症疾患医療センターの専門医等とのネットワーク形成」（42.9%）となっています。

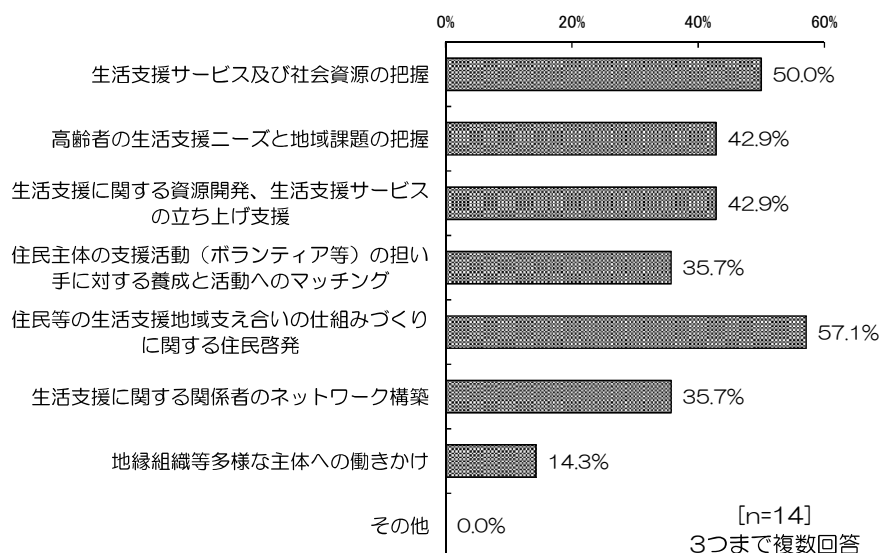
おれんじサポートチームに期待すること



(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

取組で期待していることは、「住民等の生活支援地域支え合いの仕組みづくりに関する住民啓発」(57.1%)が最も多く、次いで「生活支援サービス及び社会資源の把握」(50.0%)、「高齢者の生活支援ニーズと地域課題の把握」、「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」(ともに42.9%)となっています。

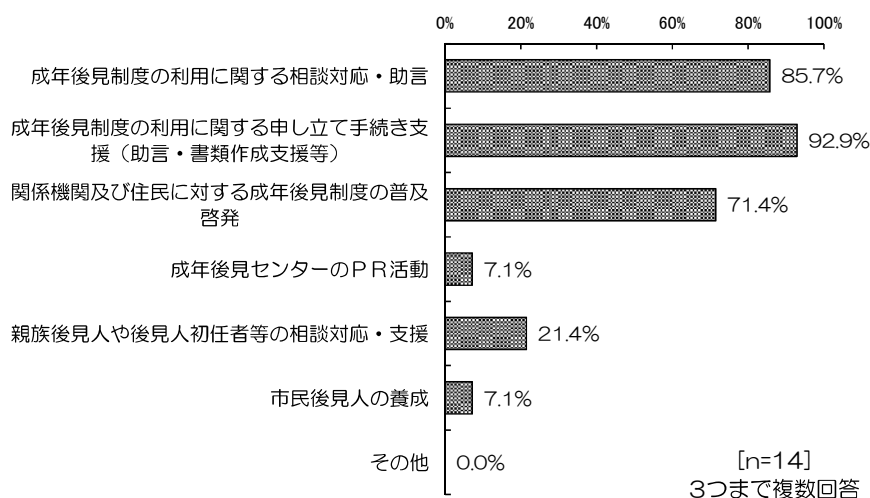
生活支援コーディネーターに期待すること



(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

取組で期待していることは、「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%)が最も多く、次いで「成年後見制度の利用に関する相談対応・助言」(85.7%)、「関係機関及び住民に対する成年後見制度の普及啓発」(71.4%)となっています。

成年後見センターに期待すること



(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）

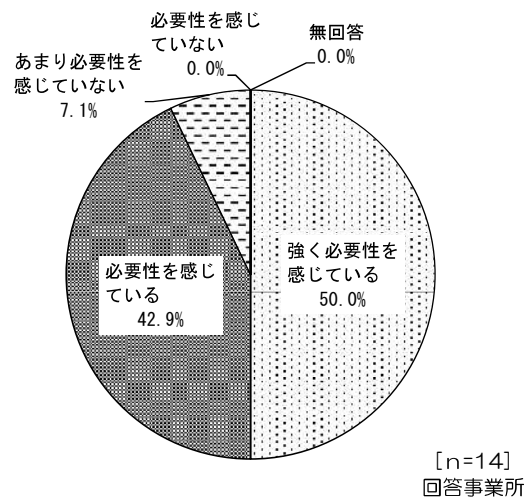
- バスやタクシーなど移動手段にお金がかかる。高齢者が気軽に外出し買い物や通院など自分で続けられるよう移動手段への助成
- 買い物困難者に対して、移動売店等の充実。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの利用促進。
- 介護予防支援事業の業務に追われ、地域づくり・介護予防に向けての取り組みなど市が進めている「まちづくり」の為の時間が十分に取れないと感じている。
- 複合化・複雑化した世帯が増えている中、支援方法の検討と実施、そのための包括職員・介護支援専門員のスキルアップと機能強化が必要と感じる。
- 身寄りのない方を支援して行くために、もしもシートやACPなどのツールはあるが、「元気なうちに」と声を掛けても実際頼れる身寄りがない事実は変わらず、多機関と連携するが最終的に包括・居宅が業務外の事柄を行っていることも多々見受けられる。包括・居宅は在宅生活・在宅介護を支えるために必要なことならばと、業務外のことも行ってしまうがちだ。本業に支障が出ないよう、制度の狭間の事柄に対応できる支援が必要と感じる。
- C型の卒業先をデイサービス以外に、地域へつなげるネットワークづくりが必要ではないか。また、介護保険外の間隙を埋めるサービスが有償では料金体系が高く、インフォーマルなど、資源の開発が必要。
- 必要なサービスは一人ひとり皆違うが、フォーマル・インフォーマルなサービスが充実し、それを上手に使いこなしながら生活できれば解消できる不安は多くあるのではないかと。ただ、フォーマルなサービスを利用する際、様々な制限があるので、制限をもう少し緩和し少額でも有料にする事で利用できる方の幅を広げるなど、もう少し多様な対応があってもいいのではないかとと思う。

5 その他

(1) 高齢者の社会参加等を促進する必要性について

「強く必要性を感じている」(50.0%)と「必要性を感じている」(42.9%)を合わせた「必要性を感じている」が9割を超えています。

高齢者の社会参加等を促進する必要性



※必要性に対する理由

[1. 強く必要性を感じている]

- ・自分の為、人の為に仕事のある生活。
- ・年間をとわず社会参加を続けられる方は、元気に過ごせると思われるため
- ・一部の方に限らず大勢の方に社会参加の必要性を理解し、担い手に関心をむけてほしい
- ・社会参加等がある事で孤立化を防いだり、地域とのつながりができる（何かあった時の対応など）。変化（その人や周りの人）に気がついたりなどもできる
- ・お互いのメリットを生かして、資源開発して健康増進していきたい
- ・役割があって参加できる何かがある事は、高齢者にとって私たちが思っている以上に活力になっているように思うので、役割がある形での社会参加は大変有意義と考える
- ・高齢者の心身の状態に合わせて、生きがい、活躍、活動できる場があることで介護予防や自立した生活ができるから

[2. 必要性を感じている]

- ・以前に比べ退職後も元気に働いている方が多いと感じる。閉じこもり予防にとっても良い。役割をもって社会に参加するということは生きがいにも通じるのではないかと
- ・元気な高齢者の生きがいにもつながる。元気な高齢者でも一人暮らしや高齢者世帯は、他者との交流を持ちたいために通所型サービスを利用したいと希望する方も多。介護保険を使わずに社会参加が出来ることを促進していく方がよいと感じる。
- ・いろいろしたい人も福祉関係者だけでは拾い切れず、多機関のつながりを共有することで社会参加に向けて働きかけられると思うため。

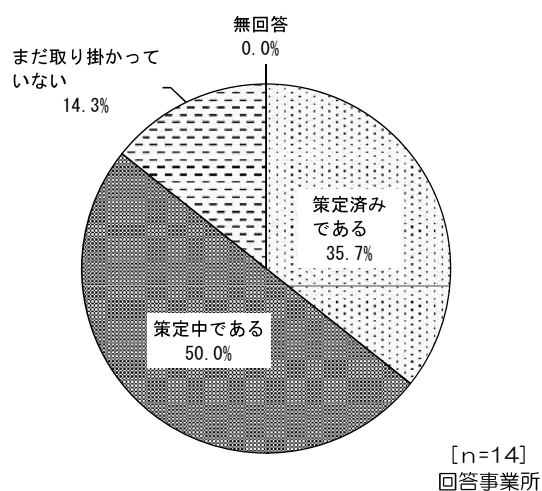
- ・社会参加ができるところが増えることで参加しやすくなる。選択できるところの増加が期待できる。
- ・個人情報などの課題はあるが、ゆるくでも見守れる目は多いほうが良い
- ・健康寿命を延ばし、生産世代の幅を広げ持続可能な山形市であってほしい
- ・必要性は感じているが、そのツール、手法、団体等の把握ができていない。

(2) 令和3年度介護報酬改定において義務化される項目（令和6年4月1日より）について

①業務継続計画の策定、研修及び訓練等の義務化における現在の業務継続計画の策定状況

「策定済みである」は35.7%、「策定中である」は50.0%、「まだ取り掛かっていない」が14.3%となっています。

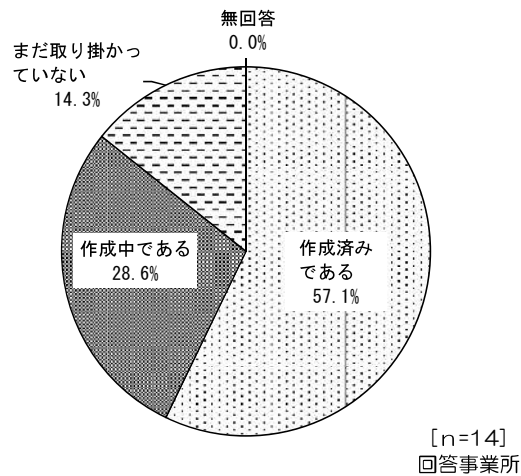
業務継続計画の策定状況



②感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会の開催、指針の整備、研修及び訓練の実施の義務化における現在の指針の整備状況

「作成済みである」は 57.1%、「作成中である」は 28.6%、「まだ取り掛かっていない」が 14.3%となっています。

指針の整備状況



③虐待の防止のための対策を検討する委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者の設置の義務化における現在の指針の整備状況

「作成済みである」は 57.1%、「作成中である」は 35.7%、「まだ取り掛かっていない」が 7.1%となっています。

指針の整備状況

