

≪阿南市在宅医療・介護連携支援センター事業≫ 介護サービス事業所部会【報告書】			
サービス種別	居宅介護支援事業所部会		
開催日時	令和6年11月13日(水) 13:30～15:00	開催場所	阿南市役所 602・603会議室
部会代表者	仁木	報告者	仁木
議題	①入退院時の連携・日常療養支援・緊急時の対応・看取りケア・認知症ケアについて ②災害時のBCP(事業継続計画)について		
参加者数	居宅介護支援事業所17か所（参加率74％） 30名		

議題①		入退院時の連携・日常療養支援・緊急時の対応・看取りケア・認知症ケアについて
検討した項目	独居高齢者の増加に伴い、認知症ケアや隙間サービスの不足が課題となっており、ケアマネジャーの過重負担や訪問診療医師の不足、通院支援の困難さが見られる。 地域の医療・介護連携や情報共有が不十分で、インフォーマル支援も希薄化している。 対策として、隙間サービスの制度化、ケアマネ支援チームの設置、訪問診療報酬の見直し、通院同行支援の強化、地域社会のつながり再構築が必要である。	
検討内容	高齢者ケアにおいて、独居や老老介護世帯が増加しており、認知症や慢性疾患への対応が重要課題である。特に、隙間サービス（必要だが制度でカバーされない支援）の不足、ケアマネジャーの業務過多、訪問診療医師や介護職員の人手不足が顕著となっている。 また、通院支援の困難さも指摘され、公共交通の利便性や移動介助の充実が求められているうえ、地域の医療・介護連携が不十分で、ケアの質が均一でない状況も課題である。 インフォーマルな支援（家族や近隣住民との助け合い）が希薄になり、孤立リスクが高まっている。 解決策として、隙間サービスの制度化、ケアマネジャー支援チームの設置、訪問診療報酬の改善、通院同行支援の強化、地域包括ケアシステムの再構築、地域コミュニティのつながり強化が必要である。	
結論	高齢者ケアの現状は、独り暮らしや高齢者同士で助け合う「老老介護」が増えており、認知症や慢性疾患を抱える人への支援が十分に行き届いていない問題がある。必要なケアが制度の制限によって受けられないケースも多く、ケアマネジャーや訪問診療の医師、介護職員の人手不足も深刻である。また、移動手段や手助けが不足しているため、通院が困難な高齢者も多く、日常生活に不安を感じている人も多い。 こうした問題を解決するためには、隙間を埋める柔軟なサービスが必要である。 例えば、短時間の家事支援や買い物の代行、急に手助けが必要になったときのサポートが受けられる仕組みがあると安心である。 ケアマネジャーが多忙すぎる現状では、チームで仕事を分担したり、ICT（情報通信技術）を活用するなど、負担を減らす工夫が求められる。また、訪問診療の報酬の見直しや介護職員の給料、労働環境を改善することで人材を確保することも大切である。 通院サポートについては、地域の交通手段を高齢者向けに整備し、通院や買い物に付き添う支援を強化することが必要である。さらに、地域全体で支え合う仕組みを構築することが重要である。 行政、医療機関、介護サービス、そして地域住民が協力し、顔の見える関係を築くことで、高齢者が安心して住み慣れた家や地域で生活し続けられる環境が整うと考える。	
残課題		
備考		

議題②		災害時のBCP(事業継続計画)について	
検討項目	目的	災害発生時における利用者の安否確認および所在確認を迅速かつ確実に行うため、各居宅介護支援事業所が同時時間帯に連携し、確認作業を実施する体制を構築する。	
検討内容		○安否確認が必要な方の基準 在宅利用者を対象とし、以下の基準に該当する方を重点的に確認 ○重度の要介護者 ・医療依存度が高い方（在宅酸素療法や継続的な医療処置が必要な方など） ・日常的な支援が必要な独居または高齢者世帯 ・ケアマネジャーが特に安否確認が必要と判断する方 ○実施方法 ・各居宅介護支援事業所の役割 各事業所が自事業所で担当する利用者の実態を把握し、対象者をリストアップする。 利用者の詳細な情報を、別紙「地域別一覧」に記載・集約する。	
結論		各居宅介護支援事業所が協力し、災害時に在宅利用者の安否確認を迅速・確実に行うための体制を構築する。 重度の要介護者や医療依存度の高い方、独居・高齢者世帯を基準に対象者を把握し、地域ごとに情報を集約・共有します。共通の確認時間を設定し、事業所間で協力することで、確認漏れを防ぎ、効率的な安否確認と支援の提供を目指します。	
残された課題		特になし	
備考		次回、部会にて情報共有を行い、事業所連携や個別避難計画作成に繋げられるようにしていく。	

【会議風景写真】

