

■第 11 次芦屋すこやか長寿プラン 21 書面調査・ヒアリング調査結果 【（仮称）芦屋市総合福祉計画に関する意見とりまとめ】

1 権利擁護の推進

調査先：〔書面〕居宅介護支援事業所、介護サービス事業者連絡会、高齢者生活支援センター、医師会等、芦屋市内病院 〔ヒアリング〕認知症家族会あじさいの会、あしやの会（認知症当事者の会）、ケアマネジャー友の会、神戸大学、認知症疾患医療センター、高齢者生活支援センター

主な課題

- 独居や頼れる親族のいない高齢者が増え、緊急連絡先、入院・入所時の保証人、手術・治療の同意、警察等からの身元引受けなどが大きな課題となっている。
- 成年後見制度や福祉サービス援助事業については、（介護保険制度も含め）そもそもサービスを利用することの心理的抵抗が大きい。
- 認知症高齢者の場合、生活環境を整えること一つにしても意思決定支援しながらになると、かなりの時間を要する。
- 認知機能の低下により、金銭管理、預貯金の引出し、公共料金の支払い、契約、住まいの更新等が難しくなっても、福祉サービス利用援助事業や成年後見制度への心理的抵抗、費用負担、手続き期間の長さから、制度利用につながりにくい。後見人等が決まるまでの支援の空白も生じている。
- 本人の意思を尊重する必要がある一方、短期記憶の低下等により判断が安定しない場合や、受診、介護サービス利用、居所、治療、終末期の選択について本人と家族の意向が異なる場合があり、意思決定支援に多くの時間と調整を要し、家族のご意向やニーズに意識が向いてしまう。
- 本人の推定意思も確認できない場合、手術、胃ろう等の医療行為、在宅看取り、施設入所等を誰が決定し、責任を負うかが明確でない。成年後見人には医療同意ができないことも、医療・介護現場の不安となっている。
- 経済的虐待、ネグレクト、身体的虐待、セルフネグレクトは家庭内で潜在化しやすく、本人や家族に虐待の認識がない場合も多い。認知症による説明の難しさや家族関係への配慮から、事実確認、緊急性の判断、初動対応に時間を要している。
- 家族の介護力や経済力の低下により、意図せず不適切な介護や経済的虐待に至る場合がある。また、家族から介護事業者へのカスタマーハラスメントにより、本人が必要な介護サービスを受けにくくなる事例もみられる。
- 死後の葬儀、遺体の引取り、未払い費用、家財・住居の処分等について、対応者や相談先が明確でない。経済的余裕のない人では民間サービス等も利用しにくい。

2 包括的相談支援体制の構築

調査先：[書面]居宅介護支援事業所、介護サービス事業者連絡会、高齢者生活支援センター、医師会等、芦屋市内病院 [ヒアリング]認知症家族会あじさいの会、あしやの会（認知症当事者の会）、ケアマネジャー友の会、神戸大学、認知症疾患医療センター、PTOTST連絡会、高齢者生活支援センター

主な課題

- 高齢者や家族の課題は、認知症、介護、医療、金銭、住まい、家族関係、生活困窮、孤立等が重なっており、一つの制度や機関だけでは対応できない。本人だけでなく、介護者や同居家族にも支援が必要な世帯が増えている。
- 家族介護者は、介護方法、認知症への対応、仕事との両立、精神的負担等を抱えているが、必要な人ほど相談や交流の場に参加する時間がなく、孤立しやすい。
- 相談の窓口があっても、認知症への抵抗感や、本人が支援を拒むことにより、課題が深刻化してから相談につながる場合も多い。
- 高齢者生活支援センター等の相談窓口が十分に知られておらず、本人や家族がどこへ相談すればよいか分からないことがある。
- 認知症の診断後や介護サービス利用開始時に、医療、介護、当事者会・家族会、介護予防、社会参加等の情報が一体的に提供されず、本人・家族が自ら支援を探さなければならない場合がある。
- 居宅介護支援事業所と民生委員・福祉推進委員との日常的な接点が少なく、担当者や連絡方法が分からないという意見がある。病院との連携も機関による差が大きく、退院前の情報共有や支援調整が十分でない場合がある。
- 医師によって認知症や介護保険制度への理解、診断、介護認定の勧め方に差があり、必要な支援につながらない場合や、逆に必要性の低い介護認定申請が勧められる場合がある。
- 栄養、歯科、薬剤、リハビリテーション等の専門職との連携や、地域資源に関する情報共有が十分でなく、ケアマネジャー等に相談や調整が集中している。
- 見守りネットワークからの情報提供はあるが、個人情報への配慮から匿名相談となり、対象者の特定や支援開始まで時間を要する。登録事業者との関係を継続しなければ、見守り機能が弱まりやすい。

3 地域で暮らす環境づくり

調査先：[書面]居宅介護支援事業所、高齢者生活支援センター [ヒアリング]認知症家族会あじさいの会、あしやの会（認知症当事者の会）、ケアマネジャー友の会、社会福祉協議会、神戸大学、認知症疾患医療センター、PTOTST連絡会、高齢者生活支援センター

主な課題

- 介護予防事業を推進していくうえで、特に課題と感じているものを聞いたところ、「事業に参加したくても、移動手段や通いやすさの面で参加しにくい人がある」が最も多く、次いで「介護予防事業の内容や参加方法が高齢者や家族に十分周知されていない」、「地域で介護予防活動を支える人材や担い手が不足している」、「介護予防の取組が必要な高齢者を早期に把握し、参加につなげることが難しい」となっている。
- 体操等に参加する人は比較的元気な人に偏り、閉じこもりや心身機能の低下がある人ほど参加しにくい。
- 低栄養や口腔機能の低下を早い段階で把握し、必要な支援につなげていくために特に課題を感じているところは、「本人や家族が食事量や口腔機能の低下に気づきにくい」が最も多く、次いで「気づいても、どこに相談すればよいかわかりにくい」となった。
- 在宅生活を続けるには、緊急時の支援、少し困った時に手伝う人、24時間相談、見守り、移動、買物・ごみ出し等の生活支援が必要との意見が多いが対応できる組織がなく、ボランティアがやるにも負担が大きく、介護保険サービスだけでは日常生活のすべてを支えきれない。
- 認知症の本人が受診や介護サービスを拒むこと、独居で生活状況を把握しにくいこと、受診待機が長いことなどから、早期発見・早期対応が難しい。診断後の生活支援や社会参加まで十分につながっていない。
- 認知症の人の意思や生活歴が十分に尊重されず、家族の負担軽減を優先したサービス選択となる場合がある。本人の状態や希望に合う介護サービス、外出・同行支援、居場所が不足している。
- 家族の介護力は、老老介護、就労、遠距離、認知機能低下等により弱まっている。介護保険サービスの不足や費用負担により、家族が疲弊し、在宅生活の継続が難しくなる。

4 福祉人材の育成と事業者支援

調査先：〔書面〕居宅介護支援事業所、高齢者生活支援センター

〔ヒアリング〕ケアマネジャー友の会、PTOTST連絡会、高齢者生活支援センター

主な課題

- 専門職の職種、経験、知識、価値観によって支援方法や連携力に差があり、本人中心の支援、認知症ケア、意思決定支援、困難事例対応等の質を平準化する必要がある。
- 会議、記録、各種調整、制度外の付き添い・手続き等が増え、本来の相談援助に充てる時間が不足している。会議を減らし過ぎると多職種連携が弱まるため、関係づくりと効率化の両立が必要である。
- 利用者・家族からの過度な要求、暴言、威嚇等のカスタマーハラスメントや危険な単独訪問が、職員の負担・離職要因となっている。

5 誰もが支え合い安心して暮らせる地域づくり

調査先：〔書面〕居宅介護支援事業所、高齢者生活支援センター 〔ヒアリング〕認知症家族会あじさいの会、あしやの会（認知症当事者の会）、社会福祉協議会、神戸大学、高齢者生活支援センター

主な課題

- 個別避難計画は、本人・家族、ケアマネジャー、介護事業者だけで作成できず、自治会や近隣住民等の協力が不可欠である。しかし、自治会への未加入、地域関係の希薄化、担い手不足等から、具体的な避難支援者を定めるににくい。
- 要介護者や医療的ケアが必要な人は、避難所までの移動、避難所での介護・医療、福祉避難所への移送が難しい。本人が環境変化を嫌い、自宅に残ることを希望する場合もある。
- 災害時にサービス提供中の介護職員が利用者をどこまで支援するか、事業所としての安全確保と利用者支援をどう両立するかが明確でない。
- 認知症に対する偏見や恐怖心、福祉サービスへの抵抗感が残っている。認知症であることを伝えると周囲が身構える、認知症を冠した活動に参加しにくいといった意見が複数から挙がっている。
- 地域の見守りや支え合いを担う民生委員、福祉推進委員、自治会、ボランティア等の担い手が減少・高齢化している。
- ひとりー役、ボランティア、有償ボランティア（ファミリー・サポート）の担い手が平日中に活動できる高齢者に偏っている。送迎など依頼に慎重になる活動がある。

- 地域活動や見守りの状況には地域差があり、集合住宅では住民間の関係や管理組合との調整が課題になる場合もある。
- 現役世代は、自分や家族が困るまで介護や認知症、福祉の相談先に触れる機会が少なく、地域全体の理解と対応力の向上が必要である。

6 社会参加と活躍を支える環境づくり

調査先：[書面]居宅介護支援事業所、介護サービス事業連絡会、高齢者生活支援センター、医師会等、芦屋市内病院 [ヒアリング]認知症家族会あじさいの会、あしやの会（認知症当事者の会）、社会福祉協議会、神戸大学、認知症疾患医療センター、高齢者生活支援センター

主な課題

- 身近な場所に安価・無料で継続して参加できる活動や居場所が不足し、活動情報も十分に届いていない。デジタル中心の情報発信では、スマートフォン等を使わない高齢者に届きにくい。
- 体操等の介護予防活動は内容が分かりやすい一方、運動に関心のない人には参加しにくい。趣味、学習、飲食、交流、就労、ボランティア等、多様な選択肢が求められている。
- 一人で新しい集まりに参加する心理的なハードルが高く、高齢になってから人間関係を新たにつくることを負担に感じる人もいる。男性や閉じこもりがちな人は特に参加にながりにくい。
- 高齢者や認知症の人は、活動名に「認知症」が付くことへの抵抗がある。
- 認知症の人は予定管理や移動への不安、周囲が身構えることなどから参加しにくい。
- 一度、病気や身体機能低下、家族事情等で活動から離れると、再参加のきっかけを得にくく、そのまま閉じこもりや心身機能低下につながる場合がある。
- 活動を希望する高齢者の経験や特技と、施設・地域活動のニーズとのマッチングが難しい。平日日中の活動が多く、参加者や担い手が仕事をしていない高齢者に偏りやすい。
- 介護サービスを利用する高齢者についても、サービス利用だけで生活が完結し、本人の趣味、役割、地域とのつながりを支える視点が弱くなる場合がある。

認知症に関するヒアリング

[ヒアリング]認知症家族会あじさいの会、あしやの会（認知症当事者の会）、
神戸大学、認知症疾患医療センター、

主な課題

- 認知症であると伝えると周囲が身構えるなど、認知症の人への理解が十分ではない。
- 認知症を正しく理解していない住民が多い。
- 認知症の人と家族の間で、受診、検査、治療、入院等の意向が一致しないケースが多い。
- 診断後、本人や家族が相談先や利用できる支援を十分に案内されない場合がある。
- 認知症になった、あるいは認知機能が落ちてきた時に頼る最初の相談先がどこなのか分かりにくい。
- 介護の介入によって認知症の進行を遅らせることに医師は期待をしているが、介護現場にその意図が伝わらなかったりする。
- 介護保険のサービス以外に有用な社会資源にどのようなものがあるか、医師に伝わっていない。
- 認知症の人が受診や支援制度の導入に抵抗するのは、認知症の病気そのものであり、それを防ぐことはできない。
- 「認知症」の人が参加できる場は重要だが、場の情報が伝わらない。日程を覚えるなど、参加のために必要なタスクが当事者には難しい。
- 「認知症」という言葉が前面に出てしまうことで、人が集まらない
- 認知症の検査・診断を受けることへの恐怖心が強く、早期発見・早期対応につながりにくい。
- 症状の進行により、外出先や目的が分からなくなることへの不安、服薬や通院の管理の難しさが生じる。
- 高齢者や認知症の人は、活動名に「認知症」が付くことへの抵抗がある。
- 認知症の人は予定管理や移動への不安、周囲が身構えることなどから参加しにくい。
- 認知症の診断と診断後の対応が専門医でない場合に正しく行われていないケースがある。また診断後の支援につながっていないケースもある。
- 認知症になるまでに、どのような生活を送っていききたいかなどの意向確認ができていることが重要だが、意向を残せていない。
- 認知症当事者には様々な受け皿が必要だが、本人が継続的に参加できる仕組みや、本人の興味・関心に応じた社会参加の選択肢は十分とは言えない。