

■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 【介護保険事業計画に関する意見とりまとめ】

7 介護保険サービス量

主な課題

- 小規模多機能型居宅介護支援事業所が少なく、通いの利用枠が埋まっている。
- 介護者が休息できるレスパイト支援、夜間・緊急時にも対応できるサービス体制、気軽に相談できる窓口や継続的な相談支援が不足している。
- 認知症患者の増加が見込まれるが、在宅で暮らす認知症の人に対応できる介護サービスの受け入れ体制が不足している。
- 医療ニーズの高い人や独居の人を在宅で看取るには、訪問医療・看護や訪問介護、家政婦など、多職種の協力が必要になる。料金も高額となり実現のハードルが高い。
- 医療依存度の高い人の受け入れが可能なショートステイ先が見つからない。また医療依存度が高くなると利用料が高くなり、余計に受け入れ先が見つからない。
- 看取りが長期化する場合や、介護度が高い場合、訪問看護は複数回の訪問が介護保険や医療で可能だが、訪問介護は訪問時間や回数に制限があり、回数を増やすと自費が増えてしまう。

8 介護給付の適正化

主な課題

- 自立支援に即したケアプランやサービス提供となっていないケースがある。利用者も自立支援の目的への理解が薄く、過剰なサービスを要求してしまうケースもある。
- 要支援対象者のサービスが、目標を達成しているのに終了しない。利用者・事業者とも、継続を望み、減算となっても続けている。
- 障がい福祉サービスから介護保険サービスへの移行が難航する。利用者のそれまでの生活に適用されていたサービスと同程度の介護給付は不可能なために、求められるニーズに対応できない。
- 身体が元気だが認知症状がある方について、要支援の認定になることもあるが、要支援ではサービス回数が限られるため十分なサービスが導入できず、またそういった方々の行き場も少なく、認知症の進行や、家族の介護離職につながる。

- 在宅での看取りに際して、退院に間に合わず介護度が未確定のまま暫定利用となる場合や要支援認定となった場合などは、容体が急変するとすぐに区分変更の申請、担当ケアマネジャーの変更等が必要となり、本人や家族の最期の時間に影響が出る。

9 介護予防

主な課題

- 介護予防事業に移動手段がないため参加できない人が多い。
- 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。
- 低栄養や口腔機能の低下防止に、本人や家族が食事量や口腔機能の低下に気づきにくさが妨げになっている。また、口腔機能の維持のための相談先が周知されていないため、対策へつながりにくい。

10 介護人材

主な課題

- 居宅介護支援事業所、高齢者生活支援センターの約7割が、職員不足に直面している。
- ケアマネジャーは募集しても応募が少なく、資格保有者も責任や業務負担、処遇面から就業を希望しない。
- ベテランのケアマネジャーの退職後の人材不足が懸念される。ケアマネジャーの経験を次世代につないでいく必要があるが、多忙のため人材を育てる余裕がない。
- ケアマネジャーの知識、意欲、対応力に差があり、支援の質の確保が必要である。
- ヘルパーの高齢化が進んでいる。
- 人材紹介の代行業者の費用が高く、募集をかけられない事業所がある。
- 介護職の人材育成について、前職、経験、年齢等の違いが大きく、平準化した教育が難しい。
- 多忙で業務負担が大きいことが介護職の離職につながっている。
- 会議とケース対応が多く、業務の優先順位をつけにくいことが負担・離職につながる。
- 介護の軽度者まで専門職サービスで対応し続けることは、人材不足が今後さらに深刻になる中では難しい。