

南相馬市の地域資源に関わる今後必要となるもの及び課題について

I 各単体分野

1 医療について

- (1) 医師・看護師等（若いスタッフ）（病床）の不足
 - ・診察までの待ち時間が長い、入院できない
 - ・十分回復していない状況でも退院しなければならない場合がある
- (2) 在宅医療の充実
 - ・365日、24時間対応の在宅医療
 - ・終末期医療を支える在宅支援診療所がゼロ
 - ・家族の理解、本人の理解が必要
 - ・自立支援の視点が乏しい
 - ・医師の訪問、PT・OTの訪問、薬剤師の訪問
 - ・退院後の相談する場所
- (3) 専門的施設の不足
 - (リハビリ関係)
 - ・急性期での医療後の受け皿（療養・リハビリ）不足
 - ・脳卒中センター開設に伴い、受け皿となるリハビリのための病院やベッド
 - (認知症関係)
 - ・認知症の専門医（初期医療が困難）（もの忘れ相談ができる医師）
 - ・（相双地区において）認知症サポート医、認知症疾患医療センターなし
 - ・認知症を簡単に相談できる場所
 - (その他)
 - ・小児の入院施設がない。
 - ・乳幼児や重度障害児への夜間・休日の十分な対応
 - ・特定機能病院（大学病院等）
 - ・地域医療支援病院
 - ・終末期医療施設
 - ・アルコール依存症の専門医療
 - ・皮膚科
 - ・耳鼻科
 - ・泌尿器科
 - ・周産期医療の構築
 - ・透析診療、重度認知症デイケア、夜間急患対応医療機関
 - ・緩和ケア病床、PET検査（ポジトロン断層法）、ドクターヘリ、救命救急センター
 - ・高度な医療は受けられない（他の地域へ委ねる必要がある）
- (4) その他全般
 - ・医療分野のリーダーシップ
 - ・医療機関相互の情報共有・連携
 - ・病院の健康教室（呼吸・転倒・糖尿 等）
 - ・レスパイト的な入院ベッドの確保
 - ・地域包括ケアシステムの啓発
 - ・介護力と介護知識の不十分なことから、在宅介護への移行がスムーズにいかない。

2 介護について

- (1) 介護士（若いスタッフ）の不足
 - ・サービス事業所を開設してもフル稼働できず待機者が増加
 - ・マンパワー不足で、サービスの利用を希望しても提供してもらえない
 - ・介護福祉士養成学校
- (2) サービス（施設）の充実
 - ・24時間対応の訪問サービスがない。（訪問看護の緊急対応は除く）（独居、高齢者世帯に対応する必要性）（在宅介護見守り事業）
 - ・短期入所利用時間の延長
 - ・緊急時に受け入れる短期入所生活介護

- ・複合型サービスがない。定期巡回、随時対応型訪問介護訪問看護事業がない。(難病など支えられない)
- ・療養通所介護 ・運動メインで行う通所介護がない
- ・長期入院により認知症が発症したり、介護度が高くなったりしても、退院を強いられ、在宅介護を進められても訪問介護・訪問看護が思うように利用できない
- ・介護保険サービスの代替となる社会資源、地域支援等がない
- ・嚥下障害対象の料理教室、宅配サービス

(3) **普及・啓発**

- ・介護保険制度やサービスを知らない人が多い
- ・分かりやすい介護サービス、各サロンなどの案内パンフレット
- ・自助、共助、互助、公助 ・言語・嚥下障害に対する知識不足

(4) **連携強化**

- ・ケアマネとインフォーマルな活動の連携
- ・徘徊を考えた警察との連携 ・通所系介護の連絡協議会がない。

(5) **介護者への支援**

- ・介護している人のためのケア、サポート体制づくり
- ・医療依存度の高い方のレスパイト先、通所看護がない

(6) **その他全般**

- ・入院では介護用品の給付・紙おむつの給付の事業がされない
- ・言語障害の方に対するコミュニティの場

3 介護予防について

(1) **介護予防（施設等）の拠点づくり**

- ・継続的に運動等ができる場(運動習慣の定着) ・デイサービスに代わる様な集いの場
- ・集会所等身近な場所での介護予防支援活動
- ・介護保険に代わる地域での活動の創出が急務である

(2) **従事者不足・育成**

- ・介護予防サポーターの育成(指導者)の育成
- ・運動習慣の定着が困難サービス事業所を開設してもフル稼働できず待機者が増加
- ・地域でのサロンの集まりを担う人が少ない

(3) **サービス（施設）（予防教室）の充実**

- ・自宅でリハビリができる訪問リハビリ事業の必要性の増加
- ・パワーリハビリ等を取り入れた予防通所介護
- ・地域でのサロンはあるが、開催の回数が少ない
- ・学区内で行われている介護予防教室について、もう少し範囲を広げて、各地区で見守れる程度にできると良い
- ・介護予防教室について、期間も短いため、後につながる支援がない
- ・認知症の初期から関わる支援
- ・安心生活創造事業(厚労省)の取り組みが福島県は成されていない

(4) **活動場所までの交通手段**

- ・介護予防教室について、距離や交通手段等を考えると自然と疎遠になる
- ・送迎付きの予防教室は参加できる

(5) **コミュニティ（生きがい）の場として充実**

- ・コミュニティ機能を持った運動施設がない
- ・高齢者が支援を受けるだけでなく、生きがいに結びつくような活動や集いの場（世代間交流、仕事や役割）（高齢者同士が支援できるような体制の整備・・・補助金やポイント制度等）
- ・地区住民同士のふれあい会。特に園児、児童とのふれあい

4 生活支援について

(1) 各種生活支援の充実

- ・高齢者のみ世帯の増加に伴う家事サービス、配食サービス（朝・夕）の充実
- ・介護認定を受けていなくても、対応してくれるサービス（泊まり、買い物、ゴミ出し、移動スーパー）
- ・安心生活創造事業（厚労省）の取り組みが福島県では成されていない（買物支援）
- ・入居できる介護施設や、サ高住、ケアハウス、有料老人ホーム等の空きがない

(2) 生活支援を行う団体等の確保・支援

- ・NPO、ボランティア、宅配業者、老人クラブ（減）、自治会等のイベント（減）

(3) 交通手段の確保

- ・市内巡回無料バス、買い物や介護教室に参加できるような公共の移動サービス
- ・夜間対応の介護タクシーがない（救急車以外の病院受診策）

(4) 見守りの強化

- ・ネットワーク化、システム化 ・認知症徘徊高齢者の見守り

(5) 普及・啓発

- ・不自由な方が行けるお店やトイレなどをまとめたパンフレット
- ・地域リーダー、認知症サポーター等の育成 ・互助意識の啓発
- ・市民のインフォーマル活動の推進 ・集会（仮設等での）へ参加しない人への対応

(6) その他全般

- ・権利擁護、成年後見制度の周知と充実 ・集会（仮設等）へ参加できない人への対応
- ・高齢者のポイントの付くボランティア活動（ポイントは自分のために役立つ）
- ・老老介護、高齢者と日中介護者が不在になる世帯、男性世帯への対応

5 住まいについて

(1) 高齢者向けの住宅の整備・充実

- ・サービス付き高齢者向け住宅 ・高齢者用の公的な住宅
- ・ホームレス一時宿泊施設、有料老人ホーム（サービス付き高齢者住宅）
- ・軽度者の方が安い料金で入居できる高齢者向け住宅
- ・人口減少と共に増加する空き家、空きアパートの介護サービス付き住宅等への転用

(2) 高齢者が暮らしやすい住宅建築

- ・公営住宅のエレベーター、バリアフリー化 ・借上げ住宅は住宅改修が困難である

(3) 新たなコミュニティ（生活拠点）の形成

- ・避難者等による新築住宅が多く建設されているが、一部で地域とのコミュニティがうまく取れていない
- ・居住密集地の変化に対して生活拠点の場所 ・夜間営業のスーパー
- ・高齢者の住まいが広範囲に渡っており、見守りや支援が行き届かない

Ⅱ 連携分野

1 医療と介護の連携について

(1) 情報共有の強化

- ・ケアマネジャー不足により、退院調整がスムーズにいかないケースあり
- ・医療依存度の高い方の在宅生活を支えるための担当者会議における医師の主導
- ・市全体で共用できる医療・介護の連携パスの導入

(2) スタッフ不足・人材育成

- ・24時間対応できるスタッフ等
- ・南砺市の住民マイスター制度のようなものの取組み
- ・子育てしながら就業できる環境が整備されていない
- ・訪問看護ステーションがあるが需要に応えられない
- ・ケアマネジャー育成、健康リスク発生時の対応、補佐役の確保

(3) 在宅医療・介護の充実

- ・医療依存度の高い方への訪問診療と通所・短期入所等の介護サービス
- ・家族、医師の高齢化もあり、24時間の在宅医療が困難⇒入院加療が必要
- ・見守りの強化
- ・地域医療機関が協力し合い役割に応じて支援し、切れ目のない良質な医療を提供し在宅介護へつなぐ
- ・若年性認知症（アルコール性認知症）者の受け皿
- ・認知症患者について入院、入所できる病院、施設が少ない

(4) 受け皿施設の確保

- ・急性期後の受け皿（回復期や療養型など）が少なく、在宅介護の負担が大きい
- ・施設入所困難の長期医療が必要な人の受け皿（合併症などがある方）
- ・介護老人保健施設で入所期間を原則3カ月としているが家族理由で在宅復帰できず入所者が停滞。⇒（在宅復帰機能）小規模多機能を持った施設の充実

(5) その他全般

- ・入院初期面談時、在宅退院方針であっても入院が長期化すると家族方針が変化し、施設希望となってしまう
- ・病院での看取り（DNR）希望者、社会的入院のケースが継続的にある

2 医療と住まいの連携について

(1) 退院後の住まいの確保

- ・退院後の住まいを持っていない人がいる（不動産契約時の信用）
- ・仮設住宅では狭くて不便、介護困難（住宅事情、老老介護）（住宅改修困難）

(2) 退院後の支援の充実

- ・在宅での体調急変時に対応する、バックアップ病院の事前登録制度のようなものがあるとよい
- ・介護に関連する訪問看護スタッフ、リハビリスタッフが不足
- ・終末期の多くが病院となっている現状

3 医療と介護予防の連携について

(1) 介護予防（運動の勧め）の充実

- ・コミュニティ機能を有した運動施設、筋力向上トレーニング事業の定期的開催（病院リハビリは消炎鎮痛算定のみにつき不採算である。病院機能として徐々に制限・整備されていく）
- ・退院後の閉じこもり、栄養不足等の予防対策（入院後、リハビリが提供されADLが拡大でき退院しても、身体機能が低下し再入院されるケースが多々ある）

4 医療と生活支援の連携について

(1) ヘルパー事業の充実

- ・生活支援者（ヘルパー）の不足でサービス提供時間が制限。医療側として訪問してほしい時間の調整が困難

(2) 通院時の交通手段（付き添い）の確保

- ・病院受診時、全住民対象の通院手段が限られてしまう。（病院バス・仮設循環バス）
- ・要介護状態でも家族が仕事の休暇を取ってまで付き添い受診はしない。（受診が途切れてしまう場合あり）
- ・介護タクシーの充実（鹿島区に業者がない）（夜間対応の介護タクシー）
- ・定期的受診確立のため、玄関までの移送サービスの検討

5 介護と生活支援の連携について

(1) 生活支援サービスの充実

- ・訪問介護員（ヘルパー）不足により訪問回数・時間に制限。土日の利用・対応が難しく、サービスの空白が生じ介護の負担増
- ・徘徊防止策、協力隊の設置。
- ・配食サービスの充実⇒栄養面と安否確認、コミュニケーションにつながる

(2) 相談窓口の充実

- ・気軽に相談できる所がない（ケアマネジャーが主）

(3) 普及・啓発

- ・住民の地域包括支援センターの認知、役割、理解が薄い
- ・住民の介護保険について理解が薄い。介護認定されていても熟知していない家族が多い。（ケアマネジャー任せ）（認定結果及びケアマネジャーの名前すらわからない）

6 介護予防と住まいの連携について

(1) 介護予防の充実（交通手段）

- ・住まいの最小単位の隣近所で開催される介護予防プログラムがない
- ・介護予防プログラムがあっても、開催場所まで出向く手段がない方が多い

7 生活支援と住まいの連携について

(1) 細やかな日常生活の支援

- ・在宅見守りの強化（自治会や老人クラブ等で安否確認できるようなシステム）
- ・地域の中で地域包括支援センターと連携し、医療・介護・福祉の情報提供できる場所（例えば商店街の空き店舗等）

- ・若い人との交流が必要（特に子供）
- (2) **民生委員・ボランティア等への支援**
 - ・民生委員等が活動しようとしても、個人情報把握が難しくなっている
 - ・継続的な切れ目のないボランティア活動への支援

8 介護予防と生活支援の連携について

- (1) **介護予防のための生活支援の充実**
 - ・介護予防の観点からも、軽度の日常生活に対するインフォーマルな支援を行う組織が少ない
 - ・街中サロンの拡充（お茶のみ、トイレ休み、ふれあいトーク、観光案内の場としても利用）
 - ・集まれる場が少ない（ハード：集会所 ソフト：サロンなど）
 - ・復興住宅近くに園芸、農園などの共同農地の確保
 - ・送迎手段の確保（乗合タクシー、巡回バス）
- (2) **その他全般**
 - ・独居、高齢者世帯の日常生活支援（ゴミ出し、電球交換、清掃）に対して、フォーマル、インフォーマル両面において圧倒的に不足
 - ・高齢者の1人世帯増加に伴う、近所の声掛けや、民生委員の巡回が重要（見守り隊）