

【事務局（位田課長）】

おそろいいたしておりますので、始めさせていただきたいと思っております。

それでは、ただいまから第17回桑名市地域包括ケアシステム推進協議会を開催いたします。

皆様方には、大変お忙しい中お集まりいただきまして、誠にありがとうございます。

私は、本日、司会を務めさせていただきます地域介護課の位田でございます。よろしくお願いいたします。

会議を始める前に、委員の交代についてご報告をさせていただきます。

委員名簿を先日ご送付させていただいておりますが、これまで三重県医療ソーシャルワーカー協会代表として山浦康孝様に委員を委嘱しておりましたが、同協会からご推薦をいただきまして、今回から後藤由紀子様に委員をお願いしておりますので、ご報告させていただきます。

また、本日、東委員、山中委員様につきましては、所用のため欠席ということでご連絡をいただいておりますので、ご報告させていただきます。今回の欠席に伴いまして、修正した座席表をお席に配付させていただきましたのでご参照いただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

本日の会議につきましては、先に送付させていただきました「第17回桑名市地域包括ケアシステム推進協議会総会次第」に従いまして進めさせていただきますので、よろしくお願いいたします。それでは、座って失礼いたします。

本会議は、桑名市地域包括ケアシステム推進協議会条例第6条第2項において、「協議会は、委員及び議事に関する臨時委員の過半数が出席しなければ会議を開くことができない。」となっております。本日は、27名中25名の方にご出席をいただいておりますので、過半数に達しておりますことをこの場でご報告させていただきます。

それでは、早速議事に移りたいと思っておりますが、議事に入る前に資料のご確認をお願いいたします。総会次第の裏面に一覧表がついてございますが、資料1、介護予防・日常生活支援総合事業の普及啓発の取組みについて、資料2、「地域生活応援会議」への取組み、資料3—1、くらしいき教室の事例発表資料（リハビリ専門デイサービス エバーファイン）、同じく資料3—2がくらしいき教室の事例発表資料（デイサービスセンター木もれび）。資料4、えぷろんサービスの事例発表資料、資料5、栄養いきいき訪問の事例発表資料、資料6、「通いの場」応援隊の事例発表資料、資料7、委託居宅介護支援事業所について、資料8、地域密着型サービス事業者の再公募について。それ以降、参考資料としまして、桑名市における「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組み、いつまでも住み続けられる地域づくり作戦会議、認知症みんなが安心声かけ訓練in希望ヶ丘と、同じくin新西方、桑名市徘徊SOS緊急ネットワーク事業SOSステッカーについて、以上が資料になりますので、不足の方がございましたら、随時お声かけをお願いいたします。

それでは、早速議事に移りたいと思っております。

議事の進行につきましては、桑名市地域包括ケアシステム推進協議会条例第6条第1項の規定により、議長は豊田会長をお願いいたします。

それでは、議事の進行をよろしくお願いいたします。

【豊田会長】

それでは、これから私が議事のほうを進めさせていただくということといたします。

本日は、お忙しい中、大勢の皆様にご参集いただきまして、本当にありがとうございます。

まず、本日の総会で、後ほどご説明をいただくために、参考人の皆さんをお呼びしております。

まず、リハビリ専門デイサービスエバーファインの竹河誠さん、デイサービスセンター木もれびの伊藤聖史さん、公益社団法人桑名市シルバー人材センターの政本亜輝さん、三重県地域活動栄養士連絡協議会の日紫喜芳子さん、社会福祉法人桑名市社会福祉協議会長島支所の小柳由行さんの皆さんでございます。

参考人招致ということで、皆様に、先ほどの方々をお願いしたいと思っておりますが、委員の皆様、ご異議

ございませんでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

**【豊田会長】**

ありがとうございます。お認めいただきました。

それでは、早速議事に入らせていただきます。

会議次第の1、「桑名市地域包括ケア計画―第6期介護保険事業計画・第7期老人福祉計画―(平成27～29年度)」の進捗状況についてということでございます。

それでは、事務局のほうから、まず説明をお願いいたします。

**【事務局(伊東室長)】**

サービス企画室の伊東です。よろしく願いいたします。座って失礼いたします。

前回の総会におきまして、介護予防・日常生活支援総合事業につきましては、27年度の実績評価として、「×」及び「△」の事業が多かったものの、数値にあらわれてこない事業の実状をお聞きいただき、今後どのような工夫をしていくとよりよいサービスにできるだろうかといった視点でのご意見をいただきたく、今回は各事業の実際の取り組み状況についてご紹介をさせていただきます。

お手元の資料1の裏面に、桑名市の総合事業の全体像をお示ししております。今回は時間の関係もあり、実績のある事業の中からのご紹介となりますが、先ほど豊田会長さんからもご紹介がありました、図の真ん中の栄養いきいき訪問、下のくらしいきいき教室、その左側のえぷろんサービス、「通いの場」応援隊、図の左下の地域生活応援会議をそれぞれ推進いただいているお立場からのご報告をお願いしております。

なお、このご報告の前に、少しこの総合事業に関して、市の普及啓発の取り組みについて、ご報告をいたします。先ほどの資料1の表面をご覧ください。

一番上の段から、年間を通じて、地域生活応援会議は、ケアマネジャー、介護の事業所、地域包括支援センターに個別のケースを通して総合事業など各種のサービスをご紹介するなど、OJTの場であるとも考え取り組んでおります。

また、次に、市民の皆様を対象とした「桑名ふれあいトーク」では、地域包括ケアシステム構築に向けた取り組みや考え方をご説明しながら、総合事業についてもご紹介をしております。

次に、今年6月から7月にかけては、地域包括支援センター主任ケアマネ部会主催により、各地域包括支援センターの圏域5カ所で開催されたエリアフリーケアマネジャー交流会において、総合事業の周知を改めてさせていただき、参加されたケアマネジャーさんの総合事業に関する理解を深めていただきました。

次に、月1回発行される広報くわなの「地域包括ケアシステム」の特集において、毎回「くらしいきいき教室」、「健康・ケア教室」、「えぷろんサービス」、「栄養いきいき訪問」など、総合事業のサービスを利用されている方を取材しながら、その取り組みをご紹介いたしました。

次に、今年9月には、ケアマネジャーを対象とした説明会を開催し、この説明会において、新たに「くらしいきいき教室」事業所として事業を開催する2つの事業所をご紹介し、また、既存の「くらしいきいき教室」の事業所からの取り組み発表、そして、その他の総合事業を周知いたしました。その際にとったアンケートでは、ケアマネジャーのうち、ほとんどの方が総合事業のいずれかのサービスを活用してみたいという回答結果でした。ケアマネジャーの利用意向を伺うよい機会ともなりました。

一番下の段になりますが、今年10月には、「くらしいきいき教室」に係る「元気アップ交付金」を初めて交付するに当たり、「元気アップ交付金」交付式を開催し、機能回復を果たされたご本人や、その方を支えられた事業所の方、ケアマネジャーの方にお越しいただき、開催をいたしました。資料1の裏面にその際の記事を掲載しておりますので、ご参照ください。

市といたしましては、今後も普及啓発の取り組みを継続していきたいと考えておりますので、よろしく願いいたします。

以上です。

### 【事務局（位田課長）】

それでは、次に、各事業の具体的な事例の発表に移らせていただきます。

事項書に沿って、順次発表をお願いいたします。

まず、「地域生活応援会議への取り組み例について」でございますが、この地域生活応援会議は、平成26年10月より開催しており、医療・介護の多職種協働のケアマネジメントにより、適切なケアプラン作成につなげるとともに、高齢者の自立支援を推進しております。

今回は、この地域生活応援会議に対する地域包括支援センターの取り組みとして、北部東地域包括支援センターの片山センター長より発表をお願いしております。

では、よろしくお願いいたします。

### 【事務局片山（センター長）】

よろしくお願いいたします。北部東地域包括支援センターの片山と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

「地域生活応援会議」に、私たち、北部東地域包括がどう取り組んでいるのかの紹介をさせていただきますと思います。

私ども、委託の地域包括支援センターが「地域生活応援会議」にどう取り組むべきかということは、事業運営方針に書かれています。「地域生活応援会議」は、個別課題の解決に資する多職種協働でのケアマネジメントに対する支援、地域課題の把握及びその解決に資する地域資源の見える化、創出のために開催されます。

我々包括の職員は、赤色のところに示されているように、下記に示す事項を理解した上で参加するものとする書かれています。下記に示す事項というのは、第1の趣旨である高齢者の自立支援を机上の空論から現場の実践に転換すること、こちらを踏まえて地域生活応援会議を自立支援に向けたケアマネジメントを実践する場であること、そして、専門職である私たちが実践を言葉で説明する場所であると理解します。

また、第2の趣旨である個人プレーからチームプレーで行うよう転換することと書いてありますので、これを踏まえて自立支援に向けたケアマネジメントを実践しようとする地域の介護支援専門員をはじめとする医療、介護の専門職等に対して、多職種協働で後方支援を実施することと理解します。

まとめますと、地域生活応援会議は、専門職である私どもがその実践を言葉で説明する場である、同時に、多職種協働で後方支援をする場でもあるということです。これらを十分に理解して出席しなければならないと書いてあります。

難しい話が続きました。ここから、取り組みについて紹介させていただきます。

平成26年10月から、包括が自らプランを作成する新規サービス利用者を対象として地域生活応援会議は開始されました。当初から、これらの理念を十分に理解し、参加ができたかという、恥ずかしながら十分ではありませんでした。40人以上に囲まれるということは通常ありませんので、若手はもちろん、ベテランの職員も困ったことになったと思ったものです。しかし、私たちは、今は勉強させてもらえる時期、恥はかき捨てだと考えを転換しまして、まずは1ケース、自分で経験することを目標に決めました。積み重ねていこう、個人のプランではなく、北部東包括のプランとしてみんな考えていこう、必ず3職種で目を通し、少しでもよい自立支援に向けたプランにしよう取り組みを始めました。

実際に、地域生活応援会議に1件出したことで、記載の仕方に戸惑うところや、どのくらい資料の作成に時間がかかるのか、ご本人、ご家族にどう伝えたらいいのか、また、どういう情報が必要なのか、会議に出席するのにどのくらい緊張するのかまで、わかることがたくさんありました。

続いて、1月からは、居宅介護支援事業所に委託してプランを作成する場合と、小規模多機能を利用する場合にも拡大されました。今までも委託の事業所にプランは見せていただいていたのですが、包括だけで完結するものでした。これからは、一緒に「地域生活応援会議」に出席することになります。正直プランに意見するのはおこがましいのではないかと、自分のプランも大して自信がないので人には言えないなど、かなり消極的な意見も出ました。

ここでさらなる意識改革が必要です。第2の趣旨、チームプレーを考えます。「地域生活応援会議」に毎回全員が参加しております。少しずつ積み重なっているものがあるはず。アドバイザーの皆さんから自立支援への視点やアセスメントのとり方、意欲の引き出し方など、聞いたことをケアマネジャーにそのまま伝えようじゃないかと考えました。また、包括の強み、できることって何だろうと後方支援を考えます。包括には4職種いる強みがあります。全員でプランを見て、多職種の目を包括の中に入れてみよう、どのような地域資源があるか、「見える化」したものをケアマネジャーに提供したい。この思いは後日、北部東圏域通いの場マップの作成にもつながりました。このような取り組みは、職場内の規範的統合と全員のスキルアップを同時にかなえることができるものであったと思います。

では、実際に私たちがプランを見ている様子をご紹介します。

これは、居宅のケアマネジャーに提出いただきましたプランの初稿になります。少しでも早くケアマネジャーにお返しできるように、7名を2チームに分けて意見を記入しています。わかりやすいように意見に赤い丸で囲ってみました。右膝の急激な痛みで安静が続き、転倒が怖く、周りに迷惑をかけるかもしれないと今まで通っていた地域のサロンや友人宅に行けなくなった。自宅の庭の掃除やごみ出しが本人の役割だったのに今はやれていないというケースでした。とても熱心なケアマネジャーで、アセスメントの内容が細かく書かれています。思いがあふれて虫眼鏡で見る必要があるぐらい字が小さかったです。

皆さんも資料でより小さくてわかりづらいとは思いますが、この中にある一番大きな丸は、ご本人、ご家族が見るものなので、完結にわかりやすく書いてあります。最近では、2チームで同じ指摘が出てくるようになってきました。ここから意見を集約して、当日に横につく担当者からケアマネジャーに伝えて、プランに生かしてもらうようにしています。

これが最終稿になります。アセスメントの内容が整理され、大分見やすくなっています。わかりにくいのですが、フォントは2つ大きくなったそうです。自立支援のために、本人、家族、事業所が目指す方向が整理されています。「地域生活応援会議」では、本人が今まで通っていた場所、友人や地域の集まりへ早く参加することの大切さ、そのためにできることについてアドバイスをいただきました。

右隣が実際に応援会議の意見をメモにまとめたものです。汚い字で申しわけありませんが、どの職種からどういったアドバイスをいただいたかわかるように記載して、写しをケアマネジャーさんにお渡ししています。

私たちは、このように「地域生活応援会議」を通じて、多職種協働の後方支援に取り組んできました。全員がプランを見るとするのは限られた時間の中、かなり労力を要します。それでもチーム一丸となって自立支援とは何かということを日々個別のケースと向き合っています。

北部東地域包括支援センターでこれまでに感じた変化を5つ挙げさせていただきました。

卒業後の姿を具体的にイメージするようになった。どこに、どういうふうに、通うといいか、ということですね。インフォーマルサービスをはじめとする社会資源がプランに盛り込まれるようになった。それが増えた。ケアマネジャーのプランに自信を持ってアドバイスできるようになってきた。利用者やご家族、予防教室等に、自立支援のためにサービス利用をするということを話す機会が増えました。また、ケアマネジャーやデイサービス等の事業者の担当者が「通いの場」であったり、実際にふだんの様子を見に行ったりということで、卒業に向けて具体的に取り組んでもらう事例も増えてきました。

「地域生活応援会議」ではよくスモールステップという言葉が出てきます。少しずつですができることを増やしていく、または取り戻していく、今までできたことを取り戻していく、そのためのスモールステップという言葉がよく出てきます。多職種の視点でアドバイスが入ることで、気づかなかった本人の能力であったり、使える資源などがわかり、ケアマネジャーとして取り戻すという可能性を信じるようになることができたと私は思っています。

今日、お話しさせていただいたのは、委託包括のたった1つ、北部東地域包括の取り組みです。全ての包括がそれぞれに取り組みを続けていますし、これからも取り組みを続けてまいります。引き続き、ご指導、ご協力をいただきますようお願い申し上げます。

つたない話ですが、ご清聴ありがとうございました。（拍手）

【事務局（位田課長）】

ありがとうございました。

では、続きまして、「くらしいき教室の事例発表について」でございますが、このくらしいき教室は、リハビリテーション専門職がアセスメントやモニタリングに関与しながら、通所による機能回復訓練と訪問による生活環境調整を一体的に提供する、6カ月上限とした短期集中予防サービスになります。

このくらしいき教室について、本日、参考人としてお越しいただきました事業所の方々から、順次発表をお願いしたいと思っております。

では、最初に、リハビリ専門デイサービスエバーファインの竹河様、お願いいたします。

【竹河参考人】

ただいまご紹介いただきましたエバーファインの竹河と申します。ちょっと緊張しておりますので、お聞き苦しいところや、かんでいるところがありましたら、聞こえなかったと言ってくださいれば、すぐに、もう一度お伝えしますので、よろしくをお願いいたします。

桑名市くらしいき教室の事業所の1つであるリハビリ専門デイサービスエバーファインです。当施設の概要を、まず先にお話しさせていただきたいと思えます。というのも、ちょっと特殊な形の事業所であると我々自負しております。場所は西別所、旧員弁街道のあたりにあります。職員の内容がすごく偏っておりまして、常勤の作業療法士が4名、非常勤の理学療法士が1名、常勤の看護師が1名、介護職員が1名というような人員配置でやっています。3時間型の通所介護をベースに、定員15名、午前、午後2部制という形のリハビリテーションにかなり注力している、リハビリテーションしかできないような、いわゆる単機能型のところだと思っていただければ幸いです。

今回こちらにお呼びいただいた話す内容、「くらしいき教室」のメリットについて、事業所から利用者さんの現状を伝えていきながら、何が「くらしいき教室」はよかったんだろうというところをお伝えくださいというふうをお願いを受けました。

「くらしいき教室」については、もう皆さん、僕が今さら言うのは釈迦に説法で申しわけないと思うのですが、週1回の通所型サービスと月に1回の訪問サービスを組み合わせたものというのご理解いただいているかと思えます。利用に際しては、先ほど片山さんからもお話があったように、「地域生活応援会議」等をしっかり行って、多職種連携でいろんな切り口で話をして、利用者さんに対して何を提供するのが一番いいんだろうかというのをまず得てから利用が始まります。

専門職によるリハビリテーションを「くらしいき教室」では定期的に受けることができるというメリットが1つあります。「くらしいき教室」には、通所、訪問ともに専門職、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師という者の関与が必須であります。なので、従前ですとなかなかリハビリの専門職はかかわることが少なかったものであったとしても、絶対にかかわることができるというところで、まず、これは1つ利点だと思っております。

訪問を行うことで、家庭での生活状況をご家族ないしご家族以外のキーパーソンの方でも状況をお聞きすることがしやすい。生活状況がそれによって把握しやすい。また、細かな変化も、そうした方のご意見、ちょっとした報告から変化を察知しやすくなるというメリットがあります。訪問を行うことで、リハビリですと施設の中だけではなかなか完結しなくて、ご自宅でいかに続けてもらうかということも大事になってくるのですが、キーパーソンになる方、ご家族などにも家庭でこういうことを一緒にやってくれたらいいのだけれどという提案がすごくしやすいというメリットもあります。

実際に事例の紹介を今日はさせていただきます。お名前はAさんとさせていただきます。90歳と結構高齢のおじいさんでした。腰椎の圧迫骨折の既往があって、退院されてきたのですが、入院中に歩行能力が大分落ちてしまって、腰は曲がって、手すりもなかなかない状態、杖をつきつきで、もうかなりちっちゃくなってしまっているようなおじいさんでした。ご家族等々、家屋の状況はこちらに書かせていただいたように、一戸建てで住んでみえます。庭に畑があって、なかなか今、整理ができていなか

った。最初のころは、そういう状況でした。トイレは狭小で、歩行器がなかなか入れない。よくある桑名市内のちょっと古いお宅だなというふうにご想像いただければそう外れることはないと思います。

ご家族との関係は、奥さんと2人暮らし。関係は非常に良好。ただ、奥さんは元気なものですから、やりたいことがあるのであちこちへ出かけてしまうので、おじいさんが1人になってしまうことが結構多い状況でした。息子さん、次男さん、長男さんは、それぞれ毎日訪問されたり、週1回訪問されたりという形で、比較的家族関係は良好のご家庭でした。

この方、もともとの趣味としては家庭菜園だったりとかガーデニングだったり、植物、そういうのをすごくお世話するのが好きなおじいさんでした。

認知機能としては、つまりMMSEで25点ぐらい、ぎりぎり、ちょっとつながらないかなというところがややありますけれども、普通の年齢相応の方です。すごいいいキャラクターで、明るいキャラクターの、こちらがお話しして和んでくるようなおじいさんでした。

可動域の制限等々は、下肢を中心に至るところにある状態。こんな生活を続けていたので、なかなか伸びてこないし、伸ばしたら痛いしという形で、膝関節の伸展、足関節の背屈でかなりの円背、筋力としては5段階中、5段階評価で我々は評価するのですが、そのうちの4段階。自分の自重も持ち上げて、まあまあちゃんと動けるけど、ちょっとひ弱だよねというのが4段階。また、下肢についてはどちらかというところ3。自分の体は何となく動かされるんだけど、負荷をかけたりとか、物を持ったりとかというのは耐えられないぐらいの筋力だとご理解いただければと思います。

歩行能力としては、両方にT字杖を持って、かなりT字杖を開いた状態で、円背で歩いてみえる。フラットで広い場所では、見て、ちょっと危ないかなと思いつつも見ていられる。屋外ではとてもとてもふらつきが多いので介助が必要になってくるような状況です。ふらついた際には、その方はやっぱりそういう姿勢なので、前方に転げてしまう、そういうリスクが非常に高い方でした。

排せつはポータブルトイレをベッドサイドに設置。先ほどお伝えさせていただいたみたいに、トイレが非常に狭いので、T字杖を左右に開いた状態で入るなんて全然できませんし、歩行器のままで中に入っていくことも不可能な状況でした。ただ、ベッドからベッドサイドに普通に移動してトイレをすることはしっかりできていたので、そこはまだできていたところでした。

お風呂に関してはシャワー浴のみ。この方、退院後に、一回長男さんの介助で入浴を行ったんですが、なかなかそのときは体力的にも厳しいですし、人の手も要するというので、シャワーだけでいいよというふうにご遠慮されていた方です。

余暇に関しては、テレビを見て、ソファに座ってぐてんとごろごろしているようなことが多くなってきて、圧迫骨折後は外出を全然されていないような方でした。

日常生活については、家事全般については奥さんが行っていました。金銭管理も自分で行うことができていました。入院以前は、先ほどのように自家栽培の野菜を使って、毎朝おみそ汁をつくったりとか、そういうような家庭的なところもある方でした。6年間、毎日日記を書き続けているという、非常にまめですばらしい90歳だと思いました。

この方の希望としては、畑作業がもう一回できるようになりたい。あわよくば園芸作業もできるようになりたい。もっと歩けるようになりたい。最終目標としては、入院以前は毎朝おみそ汁を自分で育てた野菜で作っていたのだから、それをもう一度できるように、自宅の庭でとれた野菜を使って、奥さんのために毎朝おみそ汁をちゃんとつくってあげたいというところを目標にさせていただきました。

お風呂については、先ほど理由は述べさせていただいたので重複してしまっていますが、シャワー浴のみ、浴槽内に手すりはあるものの身体機能がすごく低くて、またぎ動作、足でお風呂のへりをまたぐ動作、またぎ動作ができずに利用することができませんでした。背景にはバランスが非常に悪くなって、バランス不良、姿勢が悪いことと筋力低下、あと、可動域の制限もあってということで、転倒リスクが非常に高かったです。本人は、危ないからシャワーでええ、我慢するわというように、そういつたいいわゆる我慢というせりふを発せられていました。

歩行については、自宅内では伝え歩きが主であり、非常に不安定、T字杖を使っているものの体幹の

保持ができずに、非常に強い円背になっている状態です。杖をつく角度も不良、大きく広げて使うことになっているので、左右幅も大きくとってしまい、実際にお宅の中で使うには不向きな状況になっておりました。

応援会議でのアドバイスとしては、今のような方々を卒業後の生活としてどういうふうな生活を構築するのかということをお話しさせていただいたのと、栄養に関してと入浴の必要性に関してということをお話しさせていただきました。卒業後の生活、この方の場合は、通いの場とか社会的に社会参加というよりは、ご家庭での役割をまず1つ、おみそ汁づくりということがしっかりできるようになるために、お野菜がつくれるようになる。そのためにご自宅の中からお庭に出られるようになる。そのために体幹保持とか、体幹の筋力のほうをしっかりとできるようになるというような道筋になっていました。それに対して、どういうふうに訪問ないし、通所で介入していくかということを担当ではやらせていただきました。

訪問に関してこの方は、うちの施設に通所で来ていただいて、専門職によって適切な身体機能強化、何がこの人に必要なのか、何をしなくちゃいけないのか、どうしたらどのぐらいよくなるのか、何が改善するのかということをちゃんと評価して、その評価をベースに訓練をさせていただきました。

下肢に関しては筋力が足りないから筋力をつけながら可動域訓練を重点的に開始しなきゃいけない。歩行もT字杖で歩けるようになるために、T字杖の使い方というものも一応学習しなきゃいけない、姿勢保持のために体幹の強化及びバランスの訓練、入浴のためにまたぎ動作の訓練、生活場面ではある程度高い空間での物品操作、冷蔵庫から物もとります、おみそだつてとるでしょうし、お野菜だつていろんなところから出してきたりすると思います。そのために腕の挙上訓練、そういったものを評価し、訓練メニューを組んでいき、ここまではやれるという最大限を見つけ出して、この方に体感していただくことが重要だと考えております。リハビリは、ここまではできる、ここまでやってみた、それもやってみたところを訪問のタイミングでできていることを評価して、でも、あとここがもう少しできたらもっといいよねという、補足的なフォローをしながら、どこまでできているか、実際どれぐらいできているのというのをベースにご家族さんたちから話を聞いて、自主訓練のところを回転させていくような感じの介入になります。

現時点での生活機能を患者さんの主観評価とご家族さんからの客観評価、なかなかご自身でやっているよ、できているよといっても、本当にできているのという、セラピストだけだと、介助だと週1回のコメントをうのみにせざるを得なくなってしまうし、どこまで信じていいのかわからない。そういったのをご家族さんに介入することができれば、ご家族さんからも情報を拾ってこられる。そうしたところで訪問というのは、そういう情報の精度が上がるための1つの武器だと思います。移動方法の完全確認と目標とすべき次の移動方法を提案。これは、行くことによって、実際最近おじいちゃんの調子はどうというのをご家族さんに聞いて、これができるようになったら次、ちょっと歩行器でも始めて、T字杖をこういうふうに変えたら、もう少しT字杖の先をフレックスで動くやつになったらもう少しちゃんとしていられるよという段階を提案することができたかと思います。ご家族とともに筋トレの効果を最大化し、体をつくるための栄養指導、これは応援会議の中で栄養についてというコメントを受けまして、体をつくるための食事、そういったのをこちらでもご家族さんにお伝えさせていただいて、それを指導させていただいていました。

成果としては、この方は最終的に屋外杖歩行も可能となり、家庭菜園も再開し、1人での屋外歩行も可能、入浴もまたぎ動作ができることになったことで、また体幹の力がついたことで、手すりをしっかりとって、体を支えていられるようになったことでお風呂に入れる。この方が、訪問5カ月目の時点で、最近毎日入っておるとちょっと誇らしげに言ってみえたのを今思い出しました。それで目標を達成し、元気に生活しているとケアマネジャーからも近況報告を受け、この間、この方、交付式のときにお会いさせていただいたんです。目標がしっかり意識できている、現状もう大丈夫、元気アップ交付金の交付式にも歩行器を用いて自力で桑名市役所に来られて、奥さんと2人、みかん栽培や野菜の栽培も行ってしっかりと楽しんでいましたよという形で、この方、左下の方なんですけれども、おじいちゃん、ちよっ

と緊張されていましたが、当日ご自身でつくられたみかんを皆さんに配布し、そのみかんをいただきながら和やかな交付式になって、とても印象深いご利用者さんでした。

こんなすてきな笑顔をされる高齢者の方を増やすお手伝いをさせていただくことは、我々、事業所として、専門職としてすごくありがたい、楽しい、うれしいいい経験です。こういったことを増やすお手伝いを今後も継続してできればと思っております。

以上です。(拍手)

#### 【事務局(位田課長)】

どうもありがとうございました。

では、次に、デイサービスセンター木もれびの伊藤様、お願いいたします。

#### 【伊藤参考人】

ただいま紹介にあずかりましたデイサービスセンター木もれびの伊藤といいます。どうぞよろしくお願ひします。

当事業所の取り組みとして、今から10分程度で発表させていただきます。先ほどさんざん話に出たのでごく簡単に、「くらしいき教室」って何というところですね。短期集中して、専門的なサービスを提供する。そして、生活機能を向上して、あくまで卒業を目指す。これは、最近卒業を目指す、あるいは卒業できるかどうかの判断を的確に、具体的に浮き彫りにさせる、そういう意味もあるのかなと思うのですが、専門的なサービスを短期集中して、どかんと投入するという仕組みかなと理解しています。

そのために有効なやり方、そして通所と訪問を組み合わせる。このやり方がやはり有効なのかなと思っています。このことで何がいいのかというと、実際にセラピストなり担当するものが行って、その目で確かめる。確かめるのは何か。その人の生活環境、人間関係、家族関係、ここに尽きるのかなと思います。介護保険の場合は、体力が戻るだけで卒業できる事例というのは、それほど個人的には多くないように思っていて、そのときに大事になってくる、状況がどう変わっているのか、人間関係をどう思っているのか、ここをしっかりと見られるのが訪問の一番有効なポイントなのかなと思います。だから、卒業後の生活を具体的にイメージできるように、だからこそ、本当に具体的なプログラムになっていくのかなと思います。5メートルを10秒で歩いていたところが8秒で歩けるようになる。そういうナンセンスなプログラムにはならないですね。あくまでその人の生活のレベルが変わるようなプログラムを設定できるのかなと思っています。

この一連の流れなんですけど、事前訪問、これでその人の生活なりをざっとアセスメントして、実際に来ていただいて事業所を見せよう。そこでもさらにアセスメントを重ねて、具体的に課題を抽出していきます。その上でプランがつくられて「地域生活応援会議」に、これはその人のこれからの支援の方法をもむ場所だと個人的には思っているんですけど、あくまでよりよい支援にするためにどうするのかというのをいろんな専門職の方々が見て、オープンな場で研ぎ澄ませていくようなものなのかなと思います。それで、実際に利用開始。この利用開始の事例紹介を簡単にさせてもらいたいと思います。

この方、ここにあるように、中枢、脳神経の病気で特養に入所されていました。ただ、体力が回復してきて特養にはいられなくなった。それで、遠く離れた息子さんの家に引き取られたというケースですね。全く土地勘もなく、今までずっと特養に数年間いたので、がらっと生活も変わった。自分が一体どこまでできるのか全くわからない、すごく不安が多い、そういうスタートでした。

この方の目標は、あくまで引き取られてきた家なので、自分でできることはしなくちゃね。だけど、ずっと家にいるのも息苦しいし、気も使う、どんどん外には出ていきたい。こういうことをかなえるために、実際にどういう支援ができたのかなということを振り返っていきます。

まず、実際の生活状況ですね。どんなふうな家に住んでいて、どこに困っているのかを具体的に見ていきます。それが自宅ではこういうことをしたほうがいんだよねという提案につながっていくんですけど、それと、もう一つが今回の支援のポイントかなと思うのは、外出機会の確保をごく早期から行いました。支援2なので、週2回通所されるという選択肢もあったんですが、あくまで卒業を見据えたときに、事業所にそんな来ていてどうするのかという、言い方は悪いんですけど、やはり卒業を見据えたとき

きに、自分で外に出ていくのであれば、その機会をごく早期につくっていくことが必要なのかなと思いました。ただ、それを誰が担当するのか、通所事業所である以上、ぼんぼん外には出ていけないですね。そうしたら、それをどこで、誰が担当するのかといったときに、今回のケースでは、シルバー人材センターの方と、実際に通いの場であったり、喫茶店のマスターであったりと、共同しながらこの人の外出の場所をつくっていきました。

これがよく言うPDCAじゃないんですけど、まずは左側の訪問ありきなんですね。実際の生活、人間関係、環境、その人の身体状況、これを見に行く、そうすればおのずとやる動作は、プログラムは決まってくるのかなと思うんです。実際に困っている、これができない。ここさえ具体的にできれば、そのためにやるトレーニングというのが自然と決まってきます。事業所がやる取り組みとしては、とにかく訪問に行った、出てきた課題を改善していく、これをどんどん回すことにする。できるだけ早期に、早く回していくことなのかなと思っています。

そのための1つの道具として、事業所で使っている便利な道具があって、高さが2、横幅が4、かなり柔軟に調整できる道具がありまして、お風呂であったり、上がりかまちだったり、またぎ動作だったり、そういう生活動作一連をできるだけその人の生活環境にぴたっと一致させられる、木でできた高さも変わるもので、とにかく実際に近い状況を再現しやすいのかなと思います。

ポイントであった外出機会をどうするかというのは、くも膜下出血であったり、片麻痺という言葉はどうシルバーさんに専門職として伝えるか。一緒について歩くときに、どういう点に注意して介助したらいいのかということをごく初期に伝えるんですね。今回の場合は、こういう経路で、例えば近くの喫茶店まで行ったほうがいいのかと提案して、地図も一緒に渡しました。その経路で一緒に歩きました。なぜかというと、住んでいる場所がかなり強烈な段差があったり、路面のギャップがある場所だったので、どの道でも行けるというふうには思えませんでした。そういう背景があったので、地図を渡して一緒に歩いて、この経路で外出、週に1回程度一緒に歩ける機会をつくってくださいと。その状況をその都度、電話で、シルバー人材センターの方と話しながらどうだったか否か、この距離でどうだったか、そういうことを確認しながら、少しずつ外出範囲を拡大していきました。その繰り返しをどんどん早く回して行って、この方の場合、6カ月で卒業に至って、現在だと「通いの場」、喫茶店に週2、今はもう少し増えている、大体三、四回ほどは、どんどん出かけていけるようにはなっていると聞いています。

卒業というところで、まとめなんですけど、もちろん一時的に骨折をされた。骨折された身体状況が機能訓練なり何かしらで体力が戻ったならば、もとの生活、体力も戻った、これは卒業なのか、非該当になったなり、身体的に課題が解決されたらきれいに卒業なのかなと思うんですが、実際に利用者さんと関わっていると、なかなかそういうことのほうがまれで、治っていかない、そもそもの基礎疾患がある。だけど、その人が6カ月先にどういう生活をしていくのかなと、そのために必要なことが個人的なネットワークであったり、社会環境であったり、これをどう解決していくのかなというのが、やはり大きな課題なのかなと思います。

あと、もう一つ、この「くらしいきいき教室」について、最後はほんとうに個人的な主観なんですけど、訪問をして課題を浮き彫りにして、実際に支援していく。これって、その人の支援をよりよいものにしてしようとしたら、そんなに特別な取り組みなのかなと思うんですね。暴論になるかもしれないですけど、どの事業所でもやったらいいんじゃないのかなと思うんですね。ごく当たり前の支援の質を上げるために、あくまでも机上の空論にしないためだったら、すごく自然な流れだと思うんですね。ならば、もっといろんな事業所がやればいいのか。そうしたことのほうがより自然に淘汰も起きるだろうし、質も上がっていくのかなと思っています。

最後、主観を挟んでしまいましたが、こういうふうな取り組みを今までできて、実際として報告させていただきました。どうもご清聴ありがとうございました。（拍手）

【事務局（位田課長）】

どうもありがとうございました。

では、一旦ここで、3つの事例を発表いただきましたので、豊田会長にお戻しをさせていただきたいと思っております。お願いいたします。

**【豊田会長】**

本当にすばらしい事例の発表だったと思います。こういう事例がどんどん増えてくれば、卒業の事例もどんどん増えてくるということになりまして、非常に桑名市の地域包括ケアシステム全体に非常に希望が持てると感じたところがございますが、それでは、ご質問をお願いしたいと思います。いかがでしょうか。どなたか、ご意見、ご質問のある方、ございませんか。

**【坂口委員】**

予防部会の坂口です。自立支援の取り組み、ご苦労さまです。

まず、木もれびの伊藤理学療法士にお聞きしたいのですが、6カ月間という短い期間の中で卒業に向けていろいろな訪問をベースにして、そして、それを実際通所で生かして、さまざまな人的なところであったりとか、環境を整えることによって卒業を目指していくということではあるとは思うのですが、実際に卒業ですよということを利用者さんに伝えたときに、そういう方たちの反応というのは現実的にはどんなふうに捉える方が多いのでしょうか。もう卒業なのと思われるのですか。

**【伊藤参考人】**

質問は、まず、卒業間近の利用者さんの生の感想ということですよ。

**【坂口委員】**

はい。

**【伊藤参考人】**

一番多く聞くのは、なぜということ。その次に聞くのは、ほかの人は来ているよということ聞きます。ごくごくまれな例として、桑名市もつらいんだよねということごくまれに聞きますけど、第1のごく初期の反応は、えっ、何でという、いや、6カ月前、こういう話をしてこういうふうに進んできましたよねと、課題が解決されましたよね、目標を達成できましたよねということ聞いても、だって、私、まだそんなこと、聞いていないですと。

**【坂口委員】**

ありがとうございます。

ただ、その中で、卒業ということをやっぱり目指していかれたと思うんですけど、何でという方に関してのフォローアップといいますか、これこれこういうことだから卒業ということで、その方に安心できるような、そんなアイデアとかがもしありましたら教えていただけたらと思うんですけど。

**【伊藤参考人】**

なぜという方のなぜの理由というのは、今まで週1回通って、これだけ体の調子を戻せた、あるいは維持できたのに、それを突然、そのはしごがなくなった、私はどうしたらいいの、なぜだと思ふんですね。実際うちの事業所もそうなった、失敗した事例があったので、今は、ごく早期からそれにとってかわる場所を提案したり、そこにつなぐんですね。かなり労力はかかるのですが、その根回し、そこにもしその人の、例えば通所で週1回来ていた方であれば、週1回通所程度の運動機会にとってもかわるものが提案できるだろうと、そういうものができていけばうまくいったケースはあるのですが、そこなかなと思ふんです。週1回、2回なりの通所に、あくまで利用者さんの資格基準はその半年なんですね。週1回、週2回通所していた6カ月と比べて、それにとってかわるものがあれば納得してもらえるのかなと思っております。

**【坂口委員】**

ありがとうございます。

最後に、理学療法士や作業療法士としての強みというか、そういったものがありましたら、ちょっと教えていただけたらと思うのですが。

**【竹河参考人】**

作業療法士は地域で、ご家庭での生活の場というのを大事にして、その方がどのように暮らしていく

か、どのように生きていくか、暮らすだけではない、生きるところまでちょっと深く、どのようにその人が生きていく中で役割があるか、何ができるか、何を楽しみと思えるか。比較的早期、最初のアセスメントの段階から引っ張り上げていく。その楽しみができるようになるために支援していく。楽しみができるというのは、楽しいだけでは人間生きていかれないので、楽しむために生活もしていくというのにつながる。その段階をいかに早い段階でご家族さんとご本人さんに納得、理解していただけるかというのを提案するのが作業療法士の強みだと思っております。

**【坂口委員】**

ありがとうございました。

以上です。

**【豊田会長】**

ほかに、ご質問、ご意見ございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、また、次のご発表に移りたいと思います。よろしくお願いいたします。

**【事務局（位田課長）】**

ありがとうございました。

それでは、引き続きまして、事項書に沿って、順次発表をお願いしたいと思います。

次に、「えぷろんサービスの事例発表について」でございますが、この「えぷろんサービス」は、シルバー人材センターに登録する一定の研修を受けた会員の方が訪問による掃除、買い物、外出支援、調理等の日常生活支援を行うサービスになります。

この「えぷろんサービス」について、参考人としてご出席の桑名市シルバー人材センターの政本様より、発表をお願いします。よろしくお願いいたします。

**【政本参考人】**

ただいまより、訪問型サービスB、「えぷろんサービス」について事例報告をします。

まず初めに、「えぷろんサービス」の受注件数を報告していきたいと思えます。

平成27年4月より、「えぷろんサービス」を開始いたしました。平成27年度の受注件数は3件、うち、お掃除が2件、外出支援1件でした。平成28年度10月末現在、受注件数は6件、うち、掃除が3件、外出支援2件、買い物1件でした。11月現在になりまして、お掃除1件が継続中でございます。平成27年度から28年度にかけての就業実人員は8名となりました。

受注には至りませんでした。が、「えぷろんサービス」についてのお問い合わせもいただきました。お問い合わせの内容は、隔週で買い物とごみ出しを交互に依頼してもよいか、1回のサービスでごみ出しとお掃除を併用してもよいか等々ありましたが、計画に関することと思いましたので、市や地域包括支援センターへ相談していただくよう返答させていただきました。

次に、「えぷろんサービス」の提供期間と終了理由について報告します。

6カ月で終了したケースが3件、うち、6カ月ごとの見直しにより卒業されたケースが2件、利用者の体調不良などにより終了されたケースが1件でした。後、2カ月、1カ月終了が各1件ずつありましたが、この2件とも利用者と会員との関係がうまくいかず、その後、交代要員がなかなか見つからなかったため、終了となりました。

次に、受注までの経緯を報告します。

今回「えぷろんサービス」までの経緯については、地域包括支援センターにご回答をご協力いただきました。ケース1として、本人の病状から自立支援に向けての掃除は困難であり、サービスを利用して清潔保持を行うための利用となりました。ケース2として、ヘルパー利用が適切でないと思い、「えぷろんサービス」を紹介しましたが、やってほしいという願望が強く、自立支援についてなかなか理解していただかず、民間のサービスを進めたが、金銭的に難しく「えぷろんサービス」の利用となりました。ケース3として、心身の状態とほかのサービスの利用状況により、「えぷろんサービス」が妥当と判断し、また、訪問介護支援員以外の者によるサービスの提供が困難な援助ではなかったが、一定の理解と専門性が必要だったため利用となりました。

シルバー人材センターに受注が来るまでの経緯は、自立支援に向けての支援だけではなく、利用者の状態や家庭環境によりさまざまであることがわかりました。

利用となった経緯は以上となります。

次に、シルバー会員がどのような思いで「えぷろんサービス」に携わっていただいたか聞きました。

まず、「えぷろんサービス」に就業して思ったことや感じたことはありますかとの問いには、福祉にかかわったことがなく勉強になりました。車椅子を押して歩けない道の多いこと、危険の多いことを知りました。利用者と良好な関係が築けるか不安がありました。これから団塊の世代が多くなり、利用者が増えていくだろうと思い、協力したいと、「えぷろんサービス」に就業しようと思いましたがなどの返答がありました。

困ったことはありますかとの問いには、散歩を拒んだときが多々あったり、次回に行く日を約束していたにもかかわらず忘れてしまってみえたことがありました。歩き過ぎて体がふらつき、倒れるのではないかと不安感に襲われ、心が揺れました。特に困ったことはありませんでしたなどの返答がありました。

うれしかったことやよかったことはありますかとの問いには、散歩を拒んだときでも説得して散歩に出かけ、近所の人に会ったとき、とても喜んでいきいきと話している様子を見たときにうれしかった。利用者と良好な関係が築け、コミュニケーションがとれるようになり、昔の話を楽しそうにされたときよかったと思った。目標が達成されたとき、後、鍵をあけて待っていてくれたときなどにうれしかったとかよかったと思ったという返答がありました。

シルバー人材センターでは、家事延長のお仕事をしておりますが、「えぷろんサービス」のような専門家の方を交えての生活支援を受注するのは初めてのことでした。就業会員の中には、初めて個人家庭に就業する方もおり、就業を開始して利用者と良好な関係が築けるか、仕事が続けられるか不安があるようでした。また、「えぷろんサービス」の説明会に参加して、お仕事をしますと登録した会員でも、いざ始まると続かず、代わることもありました。

最後に、先ほども言いましたが、シルバー人材センターがサービスを通してケアマネジャーや地域包括支援センターと連携を図りながら進めていくことは初めての試みです。報告、連絡、相談をどこまですればよいのか、就業会員にはどこまで利用者の情報を伝えるべきなのか等々、今でも試行錯誤しています。

こんなこともありました。利用者の日常をどのように過ごしているか、状態はどうかを就業に行く会員さんに聞いてほしい、教えてほしいと言われ、就業報告書に記入してもらいました。確かに就業に行く会員が利用者の状況を知ることは大切な情報源になると思います。しかし、会員は60歳以上の素人の方です。どのように書いてもらうのか、必要な情報はどんなことか、会員さん自身はわかりません。請け負った家事援助をすることがお仕事だと思っています。担当者としても、会員に利用者の病歴やこれまでの経過を全て伝えているわけではありません。「えぷろんサービス」に含まれるお仕事はどこまで期待されるのか、シルバー会員ができることはどこまでか考えてしまいます。

「地域生活応援会議」ではさまざまな専門の方々からの意見があり、多角的に利用者を見られるいい機会だと思いますが、その専門的な内容を「えぷろんサービス」に携わる会員にどう伝えるべきなのか、どう生かすか考えてしまいます。「えぷろんサービス」に携わってみて、元気な高齢者が今後どのような形で生活支援者を支えられるか、シルバー人材センターがどうかかわれるか、これから課題だと思います。

以上で「えぷろんサービス」についての事例報告を終わります。ご清聴ありがとうございました。

(拍手)

【事務局（位田課長）】

ありがとうございました。

では、次に、「栄養いきいき訪問の事例発表について」でございますが、この「栄養いきいき訪問」は、栄養にリスクを抱える高齢者に対して、管理栄養士が訪問し、栄養・食事指導を行うサービスです。

この「栄養いきいき訪問」について、本日参考人として、三重県地域活動栄養士連絡協議会から日紫喜様に発表をお願いいたします。よろしくをお願いいたします。

#### 【日紫喜参考人】

皆さん、こんにちは。三重県地域活動栄養士連絡協議会桑名支部の管理栄養士の日紫喜芳子と申します。よろしくをお願いいたします。

「栄養いきいき訪問」ということで、訪問していることの内容をお話しさせていただきたいと思います。

「栄養いきいき訪問」の下のところに、桑名市の「介護予防・日常生活支援総合事業」というのがありますけれども、青く丸で囲ってありますね。その部分を担当させていただいております。介護のこういった仕事って、すごく言葉が難しいんですね。そして、とても頭が混乱するような言葉がいっぱい出てきてしまうので、私も最近慣れてきたという感じです。

それで、栄養いきいき訪問を今2人でさせていただいております。今11件させていただいております。9月に桑名市の広報で写真が載りまして、それを見たということで、すぐに2件ほど依頼を受けることができました。なかなか浸透しないと思っていたのですが、やはりそういった新聞であるとか広報とかというのは、皆さん目にしていただけるので、そういった媒体を使うと違うんだなというのを実感させていただきました。

次に、どういう流れで活動するのかということ、次のページを見ていただきたいですけれども、利用者さんが「栄養いきいき訪問」を受けたいと思ったら、地域包括支援センターとかケアマネジャーに申請をして、それから、私どもにお電話をいただいて、いついつ訪問しようかということで日程調整をいたしまして、そして、利用者の方のお宅に伺って、そして第1回目が行われるわけです。大体1回目はケアマネジャーと一緒に同行します。そして、2回目から5回、毎月1回ですけれども、それは利用者の方と一緒に、今度はいつがいいということで日程を詰めていきます。そして、月に1回ですので、6回目にはもう半年が経過してしまうわけですけれども、その中でいろんなことが起きてきます。

その下の「栄養いきいき訪問」のご案内のチラシの右側ですけれども、どういうことがあるかといいますと、低栄養からくる非常に体重が減ってしまうことですね。それから糖尿病による食事の内容、食事の仕方、体重の管理がわからないとか、それから合併症による恐怖であるとかストレスであるとか、家族関係、人間関係、それから高血圧、腎臓病からくる減塩の方法がわからなかったり、それからアルコールのとり方について、それから食欲の出る調理方法や食べ方とその組み合わせについて、それから、一番多いのですけれども、便秘であるとか下痢などの悩み、そういったことが非常に多いです。単純な栄養のお話だけではなくて、日常生活や人間関係の相談、そういったことが非常に広範囲にわたってきております。

その右側の「栄養いきいき訪問」の写真が載っていると思うのですが、これは事例をご報告したいと思うのですが、この事例1の利用者さんのきっかけはどういうものかと申しますと、ショートステイ利用のみのケアプランであったんですが、低栄養のリスクがあり、「地域生活応援会議」で「栄養いきいき訪問」の提案がありスタートされました。

訪問の成果として、太りたいという人はなかなか太れなくて、痩せたいという人はなかなか痩せないのが現実でして、なかなか体重が増えなかったんですけども、食事のとり方の意識が向上。つまりこんなときはこんな組み合わせがいいんだねとか、そういったことが頭の中でわかってきてくださった。それから、バランスよく食べることへの理解が進んだということがうれしいと思います。

この事例1は、低栄養だったんですけども、「栄養いきいき訪問」をきっかけに、歯科も受診されました。この方は漁港の出身で、桑名市の漁港のほうにお住まいだったので、お魚の煮つけとか、そういうのがとても上手な方で、90歳を超えていらっしゃる方なんですけれども、今でも実際に調理する意欲も湧いてきてまして、魚の煮つけなら誰にも、若い者には負けないと、嫁にも負けないとおっしゃるくらい元気が出てきて、お魚だったらおばあちゃんに頼むわって、お嫁さんもおばあちゃんにお任せというか、そんなようになられた写真ですね。

訪問ではたんぱく質がなかなかとれませんでしたので、簡単にとれるおやつはどうということで、プリンなんかをお勧めしたり、コーヒーがお好きでしたので、牛乳などをちょっと入れてカフェオレにして飲むと、そういったところでもとれるよというようにお話をさせていただきました。

事例2は、糖尿病のために栄養管理が必要なんですけれども、コントロールが全くうまくいっていませんで訪問をスタートしました。「地域生活応援会議」では、栄養指導のみではなくて、訪問をきっかけに生活全般を見た支援を提案されましたので、なかなか栄養だけでは無理な事例でした。その方は、自分の殻に閉じこもってしまっていて、ストレスをいっぱい抱えておりました。なので、まず話を聞く、それから、お母様にも立ち会ってもらい、お父様にも立ち会ってもらいということで、本当にすごい話し合いになりましたが、外へ出ることを促す、うちの中に閉じこもらずに外へ出るということをも促しまして、そして、今現在、社会参加ということで料理教室に参加することが可能になりました。

それから、事例3では、訪問の成果といたしまして、訪問時の何げない会話、本当に栄養の話というよりも、どう元気になっている、お食事はおいしいという、そういうことの中で、どうも何か飲み込みが調子悪いんだよねということで、一度検査をしたらどうですかと聞いて、じゃ、今度受診のときに検査をしてもらおうといたら大きな病気が見つかって、そういったものにつながったという事例もあります。

ただ、課題といたしましては、指導方法がお話だけですので、実際にこうやったほうがいいのか、調理のことをこうやってしたほうがいいのかということを実例で示すわけにはいきません。お話だけですので、そういったところができることより効果が上がるのかなと思いますし、それから、栄養の課題に入る前に、精神的な課題や家族関係、そういったことを複合的に抱えている方も少なくありませんので、栄養指導、何々を何グラムとかではなくて、ほんとうに傾聴、相手のお話をまず聞かなければいけませんので、そういったお話を聞くということだけで終わってしまうこともあるんですね。それが課題かなと思っております。

なので、やはりケアマネジャーを通して、今日も私の「栄養いきいき訪問」へ行っているところの方で、木もれびさんもエバーファインさんにもお世話になっている方がいらっちゃって、すごく助かっているというお話を聞いております。木もれびさんも6カ月しか行けないので、今度はどこへ行こうと聞いて悩んでいる人もいました。エバーファインさんのところも本当にいい運動ができて、うちでもやっているというお話を聞かせていただいて、いろんなところと連携していくのが大事なんだなと思っております。

最後にですけれども、栄養のお話はどこですのということなんですけれども、食事バランスガイドというのがありまして、こまの形なんですけれども、人間が生きていく上ではお水が大切で、そして運動も大事です。主食もとらなければいけません。たんぱく質もとらなければいけません、お野菜がとれていないんですね。実際私たちもお野菜がとれていないのではと思うのですが、5品ぐらいとるんだよということで絵が描いてありますので、カラー刷りなんですけれども、これで説明します。そうすると、絵だと目からくるものってすごくわかってもらえます。文字よりもやはり絵が、こうだよということで、そこで納得していただくことがありますので、この絵を活用することが多いです。

本当にこういったところで話す機会はあまりないので、大変緊張して私の思いがどれだけ伝わったかわかりませんが、本当にご清聴ありがとうございました。（拍手）

#### 【事務局（位田課長）】

ありがとうございました。

次に、「『通いの場』応援隊の事例発表について」でございますが、この「通いの場」応援隊については、ボランティアの方が移動支援を必要とする高齢者に対して、ご自宅からシルバーサロンや健康・ケア教室へ送迎を行うサービスになります。

この「通いの場」応援隊について、本日参考人としてご出席いただきました桑名市社会福祉協議会長島支所の小柳さんより発表をお願いいたします。よろしく願いいたします。

#### 【小柳参考人】

ただいまご紹介いただきました桑名市社会福祉協議会長島支所の小柳由行と申します。現在、生活支

援コーディネーター、第2層のコーディネーターとして、北部東地域包括支援センターの圏域を担当させていただきます。

それでは、「通いの場」応援隊の取り組みの状況についてお話しさせていただきます。

「通いの場」応援隊とは、ということですが、今ご説明があったとおり、日常生活圏域内におきまして、通所型サービスBとされる「シルバーサロン」か「健康・ケア教室」に、事業対象者、要支援1・2、もしくはチェックリスト該当者の方を、サロンを運営するボランティアの方々がマイカーでご自宅からサロンまでの移動支援を行うというものです。

移動するという活動に対しまして、「介護支援ボランティア制度」を活用しまして、通常の「介護支援ボランティア制度」は、65歳以上の高齢者の方が指定された場所でボランティア活動をしますと、手帳にスタンプを1時間につき1スタンプをもらえます。ただ、それが1日の上限が2つまでとなっており、5時間ボランティアをしても2つまでなんです。しかし、この送迎を行うと、片道につき1スタンプもらえます。送迎を行って、サロンでもボランティアをすると、1日上限の2スタンププラス送り、迎いで合計1日4スタンプもらえるといった仕組みになっています。

この取り組みを市内に広めるに当たりまして、私が生活支援コーディネーターとして取り組んだことについて触れさせていただきたいと思います。

生活支援コーディネーター、基本的な役割としましては、左側6つの役割が国のガイドラインでも示されていますが、この取り組みを広めるに当たって、少しでも役割を果たしているのかと思うのが1番、5番、6番になっています。その具体的内容で何をしたかというところですが、下のつなぐ役割というところで、地域介護課と「通いの場」応援隊実施に向けた働きかけを市内に行いました。では、そこにどのようなサポーターがいるのかということで、それを「見える化」、創出を行いました。制度実施に向けた必要事項の調整ということで、これは地域包括支援センターですとか地域介護課と行いました。制度実施に向けた担い手との丁寧な打ち合わせや協議、そして、地域全体、これは長島地区になるのですが、地域全体に対するニーズの「見える化」、こういうニーズがありますよということ「見える化」して問題提起させてもらいました。手を挙げていただいたところに関しては、応援隊利用のニーズと担い手のマッチングということで、ここの動きに関しては、第3層のコーディネーターの動的になります、作っていただいています。

コーディネーターの大きな役割として、いろいろなものをつないでいくという役割がありまして、この取り組みの中でも、図になりますが、以前からマイカーで送迎をしていたボランティアの方と、まめじゃ会に通うのがつらくなってきた人をまずつなぐ。そして、その活動を総合事業の中の「通いの場」応援隊という制度とつなぐ。そして、このボランティアの方、この場所だけではなくて、地域の「健康・ケア教室」でもこういうニーズがありますので活躍してくれませんかと声をかけたところ、いいですよというふうに、別のところにもつないでいくというような活動をさせていただきました。

現在、市内でサービスを4カ所で行っています。4つ挙げさせていただきましたが、全て長島町内になります。

1つが姫御前団地まめじゃ会というところで、ここは、ボランティアとして、男性の方2名が事業対象者の方を送迎しています。2つ目は大倉まめじゃ会、ここも同じく男性スタッフの方が運転をしています。福祉健康センターの「健康・ケア教室」というところは、元気な高齢者の方の参加が非常に多いですので、ボランティアだけではなく、車で通ってきてくれている人にも声をかけさせていただいて、このような応援隊として活躍してみませんかと声をかけさせてもらったところ、参加者の方も1名、ボランティアの送迎のお手伝いをさせていただいております。そして、一番下ですね。高座・中川・西川まめじゃ会というところで、まさしく今日ですが、今日から1人送迎をしているということで、運用開始。合計4つの場所で実施中ということになっています。

ここで、事例を1つ紹介させていただきます。

Sさん。87歳のひとり暮らしをされている女性の方です。要支援2で、既往歴が今回ありまして、特に右足の痛みと、今は腰痛、動くとき腰痛がひどいという状況です。サービス利用前の状況としまして

は、元々はこの方、大倉まめじゃ会、設立して10年以上たつのですが、その設立当初は運営にも携わっていた方です。そのころは自転車で行われていて、そのうちにいろんなことがあって徒歩で通うようになりました。これまで携わってきた責任と、昔からみんなと会える楽しみということから毎回通っていた。本人は、昨年度あたりから、以前から特に雨天時の歩行にリスクがあるということで、ボランティアがよく気にかけて一緒に同行したりですとか、そのころも送迎はちょっとあったみたいなのですが、弱ってきました。さらに、今年の9月に腰痛が悪化して動けない状況になり、まめじゃ会に通うという生きがいの継続が危ぶまれる事態になりました。腰痛が悪化してからは物忘れが増えたということをご方からも聞かせていただいています。

このサービスを利用して、行けないかもしれないという不安は解消されました。サービス利用後の状況として、生きがい継続の確保ということで、私も直接お話しさせていただきましたが、まめじゃ会の話をするときの笑顔にあらわれているなと思いました。認知症状の改善は、腰痛悪化が落ちついてからまだ日が浅いので、今後要確認かなと思いますが、見ていきたいと思います。

ご本人の様子ですが、これはサービス実施の時の状況ですが、男性の方がおうちに迎えに行き、集会所へ進む、そして、まめじゃ会で楽しんでいただいて、終わったら車でまたおうちまで帰る。一番最後の写真、右下の写真が、先ほどの介護支援ボランティアの手帳に代表の方が、緑の服を着た方の手帳にスタンプを押しているという状況です。

このサービスの開始に至る過程と、見えてきた課題と要望ということで書かせていただきました。

大倉と姫御前団地は、以前からボランティアスタッフによる送迎が行われていたということもありましたので、そこに応援隊の制度を通して、要支援者の移動支援というのが必要なんですよという理解を深めていただきました。

「シルバーサロン」の側には、多くの人に参加してほしいという思いがあります。その思いと、要支援者やチェックリスト該当者の自立・介護予防というのをマッチングさせて、どちらもよかったな、ウイン・ウインの関係性を構築していくものだと思います。

開始に至るまでには、「シルバーサロン」側に十分理解してもらうための取り組みというのが必要になるかなと思います。特に、「介護支援ボランティア制度」とも2つの制度が絡みます。特にまめじゃ会には今までなじみがありませんでした。なので、代表者へ丁寧に説明を行ったり、代表者だけでなく、他のスタッフの方に説明に行くためにこちらから出向いてというような取り組みを行いました。

そして、「シルバーサロン」や「健康・ケア教室」の運営をされている方々も一生懸命されていますけれども、やはり悩みがあったりですとか、いろいろな思いがありますので、そのようなものに触れられるアンテナがこちら側には必要なかなと思います。働きかけてすぐには動けなくても、何か思いが出て、芽が出かけたときに寄り添える体制というのを気をつけて活動しています。例としては、長島町では、まめじゃ会の方に集まっていただいて、交流研修会というのを年1回行っています。そこで応援隊を紹介して、「介護支援ボランティア制度」の導入も進めました。その芽が今日から始まった高座・中川・西川の運用につながったかなと思っています。

最後にですけれども、この取り組みは、ボランティアがマイカーで送迎をする、自動車保険等も自前という取り組みですので、送迎の下地がない「シルバーサロン」に関しては、働きかけによる実施はハードルが高いと思います。ただ、それでも進めていくためには、利用していた人が来られなくなったとか、近くに行きたいけど来られない人がいるというような個別の情報を「シルバーサロン」と共有して、だからどうしたらいいのかという解決策と一緒に考えていくというのが実施に向けた近道のように感じています。

以上になります。ご清聴ありがとうございます。（拍手）

#### 【事務局】

どうもありがとうございました。

ここでまた再度、豊田会長にお願いをいたします。

#### 【豊田会長】

ただいまの発表、いろいろな課題もまだあるようで、現場で一生懸命やっておられる方々、大変なご努力を積み重ねておられると、そういう状態かと思えます。

それでは、先ほどのお三方のご発表につきまして、ご質問、ご意見、アドバイス等ございませんでしょうか。いかがでしょうか、どなたか。

**【高橋委員】**

発表、ありがとうございました。

最後のほうの「通いの場」応援隊のことでお伺いしたいと思います。

生活支援コーディネーターというお名前が出てきて、1層、2層、3層ということで出てきていますが、この方々は、今現在どういうところに所属されている方なんでしょうか。

**【小柳参考人】**

生活支援コーディネーターは、桑名市におきましては、1層が1名、そして2層として、各地域包括支援センター圏域に1名ずつ、計5名です。1層1名、2層5名は全て桑名市社会福祉協議会の職員が担当させていただいています。

**【高橋委員】**

そうすると、第3層的と書いてあるのはどんな意味でしょうか。

**【小柳参考人】**

2層の中において、圏域の中で生活支援体制の整備が整っていったときに、地域のニーズとサポーター、それを直接つなぐ人が出てくると思いますが、その方たちが第3層のコーディネーターというふうになっています。しかし、今はまだそういうふうなものをやっていく協議会などがなかなか整備されていけませんので、第3層のコーディネーターとして活躍されている方はいないのですけれども、今後仕組みを作った上で、特に住民の方々が担い手になっていただくのが理想ではありますが、2層のコーディネーターが3層のコーディネーターを兼ねるということもありますので、その取り組みに関しては私どもも動きはさせていただいているということです。

**【高橋委員】**

ありがとうございます。

あと、2点ほど質問がありまして、私は、このサービスが非常に広まりにくいなと最初懸念していました。でも、こういうふうに活躍してもらっていくと、欲を出してもっと活躍してほしいなという思いがあります。各圏域ごとに、包括が漏れなくこういうサービスができるようになるにはどうしたらいいのかなという思いがあるのと、これはこれで課題として、桑名市社会福祉協議会の職員の方がコーディネーターとして活動されていますが、それを広める活動をしてほしいということと、後、お写真の中で、6のパワーポイントで、結構高齢の方みたいに見えます。白黒だから。幾つぐらいの方が今送り迎えをされているのか。安全面とかそういう面でお願いやボランティアをしていただくときに、何か基準というのがありますか。

**【小柳参考人】**

スタッフの方の年齢は大体70代の方が多いです。特に基準は設けていませんが、必要かなとは思いますが。

**【高橋委員】**

今度その質問をしたかというのと、よく高齢者の事故とかがあって問題になっているので、何かそういうベースも必要なのかなということもあり、お尋ねしました。でも、理想的には、地域のいろいろなサービスが広まっていくと、一般の方々がもっと参加しやすくなるということもありますので、ぜひ引き続き発信していただいて、もっといろいろな地域で広げていただけたらなと思いますので、よろしくお願いします。

**【豊田会長】**

ほかに、ご質問、ご意見ございませんでしょうか。

私から、同じような質問になるかもしれませんが、「通いの場」応援隊で、長島地区だけは盛んに行

われていてといいますか、ほかの地区では行われていない原因というのはどういことでしょうか。先ほどの幾つかハードルが高いということもございましたが、ほかの地区でなぜ行われていないのか、どうして長島地区ではうまくいっているのかと、その辺をお教えいただきたいと思ひます。

**【小柳参考人】**

私が担当している圏域が長島町だけではなくて、桑名市の一部も担当しておりまして、他の地区に関しましては、大和地区と深谷地区になるのですが、そこの中の「シルバーサロン」といひますと、大和地区には宅老所があつて、同じ「シルバーサロン」ですけれども、働きかけの段階で市内全部同じように働きかけをさせてもらつていました。そのときに一番大きいと言われたのは、やっぱり事故が怖いところなんです。何かあつたときの責任はどうするんだというところで、そこは本当に一番大きかつたと思ひます。ではなぜ長島地区では行われているのかというところですが、先ほどの説明にありました大倉と姫御前に関しては、元々この制度が始まる前から操業されていたんですね。そのため、そこに取組みをつなげたというのがありますので、特別な交流があつたわけではないかなと思ひます。もう一つ、長島地区に関しては、先ほども言ひましたように、まめじゃ会というところを全部集めまして、今の高齢者の状況ですとか、桑名市の制度の状況ですとか、そういった研修して交流してもらつてという取組みをしています。宅老所にしてもまめじゃ会にしても、結構大分前からありますが、元々は歩いてこられる人が通ってくる場所という原則がありまして、長年されている方はそういう感覚が大きいんです。そこから抜け出せないということもありますので、やはりそこは意識を変えていく取組みが他のところも必要になるとは思ひます。

**【豊田会長】**

ありがとうございます。

**【近藤委員】**

今は長島地区のお話でしたが、桑名は宅老所が展開されております。実際のところ宅老所の中でも考え方が前向きにだんだんなつておりまして、サロンをやつたり、私どもは地域性を考慮して、移動宅老所を6カ所ぐらい、展開しています。そういう話を私ども協議会の中で話しておりましたところ、方々のところで「通いの場」、それからサロンなどが展開されつつあります。だから、先ほどもありましたように、宅老所といへば、元気な人、65歳以上の人で歩いてくるというのは一応原則になっています。名前は宅老所といへば、何か古臭いような、ほんとうに名前を変えたいなというような感じも多少ありますが、そういうことで、方々のところでそういう見方をして、1人でも多くの方が参加できるようにしているシステムになりつつあるというのは現状でございます。

**【豊田会長】**

ありがとうございます。

ほか、ご質問、ご意見。

**【片岡委員】**

訪問介護事業者連絡協議会というところから出てきておりますので、「えぷろんサービス」のことに ついて、少し触れさせていただかなければならないと考えております。

このサービス、今お話を聞かせていただきましたが、非常に難しいというか、苦戦していらつしやるのかなどというふうに感じております。当初すみ分けはどういうふうになるのかということをお我々の側で随分心配というか、考えたりしていましたが、同じことを今度実際に「えぷろんサービス」を始められた方が悩んでいらつしやるのかなど改めて思ひて、その辺のところのすみ分けというのは、今後もしろいろ皆さん、苦しみながらやっていくのだからなと思ひ部分と、加えて、例えば既に訪問介護の事業所としていろいろあることというか、迷いながらも既に通り過ぎたところの部分をお今改めてこのサービスの方々が悩みを持って取組みでいらつしやるということを感じると、何か違う形で連携をとることによって、こういうふうなことを考えられたらどうですかというような、お話しできることはいっぱいあるのかなと思ひます。それから、ヒントをお互いに持ち合うことができるのかなというようなことと思ひます。何かうまい連携の仕方というのか、それから、調整のとり方というのか、そういうものを持っ

ていければなというふうに思います。ちょっと頑張ってもらわないとだめかなと思います。よろしくお願ひします。

**【豊田会長】**

大変貴重なご意見だと思ひますが、どなたか桑名市のほうからご返答いただけますか。

**【事務局（位田課長）】**

貴重なご意見、ありがとうございます。

先ほどご意見をいただいたように、すみ分けという部分では、こちらのほうと一緒に入っていた中でご検討させていただいて、ワーキンググループをつくりながら検討させていただいたところですが、先ほど片岡委員から言っていたように、今までのノウハウであったりとか、これまでの考え方というところでも共有できる部分があれば、またシルバー人材センターと、そういうお話し合いのできる場とかも持ちながら、より「えぶろんサービス」が広げられるように進めていただきたいと思いますので、参考にさせていただきたいと思ひます。ありがとうございます。

**【豊田会長】**

ほか、ご意見、ご質問、よろしいでしょうか。

それでは、議事を次に移らせていただきます。

議事の2、地域包括支援センターの運営状況についてでございます。

それでは、事務局からご説明をお願いします。

**【事務局（高木係長）】**

地域介護課中央地域包括支援センターの高木です。よろしくお願ひします。

委託居宅介護支援事業所の承認についてご説明をさせていただきます。座って失礼します。

スライドがございませんので、お手元の資料7をお願ひいたします。

地域包括支援センターは、要支援1・2の方、チェックリスト該当者の方の介護予防プラン等を作成しますが、全ての要支援者等のプランを作成するのは困難なため、一部を居宅介護支援事業所に委託しています。

本協議会で承認をお願ひする理由は、この協議会が地域包括支援センター運営協議会の機能の一部を有しているからでございます。ケアプランの委託事業所は、本来運営協議会、すなわち本協議会で協議、審査していただくこととなっておりますが、年に1度、協議会においてご報告させていただき、事後にはなりますが、新規委託事業所としてご承認いただきたいと思います。よろしくお願ひします。

資料7は、各地域包括支援センターがケアプランの作成業務を委託している居宅介護支援事業所の一覧になります。

平成25年5月時点で69カ所ございましたが、ここ数年で廃止事業所もございましたので、整理いたしまして64カ所になります。資料7の裏面になりますが、それ以降増えております22の事業所に関しまして、委託先としてご承認いただきたいと思いますので、よろしくお願ひします。

説明は以上でございます。

**【豊田会長】**

ありがとうございます。

それでは、ただいまの事務局からの説明に、ご質問、ご意見ございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、ないようですので、ご承認いただいたということにさせていただきますので、次に移らせていただきます。

議事の3、地域密着型サービス事業者の再公募についてでございます。

事務局から説明をお願いします。

**【事務局（伊東室長）】**

地域介護課サービス企画室の伊東です。

議事の（3）地域密着型サービス事業者の再公募についてご説明をさせていただきます。

お手元の資料8をご覧ください。

前回の協議会の際にもご説明をさせていただきましたが、今年度公募を予定している、お示しの5種類の地域密着型の施設になります。6月に公募を行いました。応募事業所がなく、10月より再公募させていただいております。ただ、今のところ、応募いただいている事業所さんがないという状況でございますので、もし皆さんの中でそういった事業所をされたいというようなお声を聞かれた際には、またお知らせいただけると幸いに存じます。

報告は以上です。

#### 【豊田会長】

事務局からの説明につきまして、ご質問、ご意見ございませんでしょうか。

まだ応募が全てなされていないということでございますので、ぜひ皆様方におかれましてはよろしくお願ひしたいと思います。

次に参ります。

最後の議事でございますが、その他ですね。

事務局から説明をお願いします。

#### 【事務局（水野係長）】

地域介護課の水野と申します。私のほうからは、参考資料として配付いたしました、いつまでも住み続けられる地域づくり作戦会議についてご説明いたします。

地域包括ケアシステムの構築を住民レベルでも着実に進めていけるように、今回市内3つのモデル地区、精義、益世、大山田地区でございますが、これらの地区でワークショップを開催しております。

この中では、参加した住民同士で意見を出し合いながら地域の困り事や必要なサポートなどについて考え、そして、その中で企画した取り組みを社会実験として試しにやってみて、その後振り返り、来年度以降どのような取り組みが必要か考えるというのが、このいつまでも住み続けられる地域づくり作戦会議の主な流れです。

益世地区では、本日ご出席いただいている近藤委員さんにも地区の代表としてご指導、ご協力いただきながらこの作戦会議を進めております。出席された皆様は、写真にあるとおり、熱心にご議論いただいております。地域で実施する取り組みの提案などをしていただいております。

裏面にスケジュールが書かれておりますが、来年2月18日は、この作戦会議の成果についての報告会も予定されております。改めて市の広報等で周知をさせていただきますが、お時間が合えば、ぜひ報告会にお越しいただき、各地区の報告をお聞きいただければと思っております。

私からのご説明は以上です。

#### 【事務局（安井主任）】

続きまして、地域介護課中央地域包括支援センターの安井です。私からは、参考資料として提出しました2点についてご案内をいたします。

1点目は、徘徊模擬訓練についてです。お手元の認知症みんなが安心声かけ訓練in希望ヶ丘と、同じもののin新西方をご覧ください。

この声かけ訓練は、認知症などで行方不明になるのを防ぐために、みんなで声をかけ合える地域づくりをしていこうということを目指して実施するものです。

昨年度、桑名市で初めての声かけ訓練を3月の末に新西方で実施いたしました。今回は2回目の取り組みとして、来週月曜日28日の午前10時から希望ヶ丘で、29日の午後2時から新西方、で開催します。新西方は、2回目となります。両日とも4名の徘徊高齢者役の方に地域を歩いていただきます。市民の方には、認知症と思われる人に出会ったときの声のかけ方、対応の仕方について体験をしてもらいます。

次に、もう一点ございます。「桑名市徘徊SOS緊急ネットワーク事業SOSステッカーについて」をご案内いたします。

このSOSネットワーク事業は、外出したまま家に戻れなくなるなど行方不明となった高齢者を、地

域包括支援センターを中心に警察や協力事業所と連携して情報を共有して早期発見のお手伝いをするシステムとなっております。

行方がわからなくなった方のお名前、生年月日、行方不明になったときにどんなお洋服を着ていたか、そういったことを記入した情報発信票を協力機関にファクスします。協力機関は、それぞれの業務の中でその方を探すというようなご協力をしていただいております。認知症の人などで家に帰れなくなる可能性があるような場合には、あらかじめ基本的な情報を市に登録することができます。この事前登録をされた方ご希望がある方には、このチラシにあるSOSステッカーというのをお一人10足分お渡しすることになりました。ちょっと白黒でわかりにくいですが、シールは黄色というか、金色というか、そういう色合いで、桑名市のロゴマークと通し番号がついています。市外に行かれても桑名市の人ということがわかりやすいのと、通し番号がついていますので、何番の方は誰ということがわかるようになっています。黄色いステッカーで、夜に光が当たると反射するような感じになっています。このステッカーを使って早期発見の助けになればいいなというふうに考えております。

以上です。ありがとうございました。

**【豊田会長】**

もう一件、どうぞ。

**【事務局（位田課長）】**

もう一件、今回資料のほう、事前に配付がなくて申しわけないんですけども、30年度からの新しい計画をまた来年度策定していく中で、今回から新しく在宅介護実態調査というものを実施させていただくこととなりますので、また調査のほうを12月から開始させていただきたいということと、ニーズ調査につきましても、10月ぐらいからさせていただいておりますので、また結果等がまとまり次第、この場でご報告させていただきまして、来年度の計画の策定に当たりましてご協力をお願いしたいということで、ご報告をさせていただきます。よろしく願いいたします。

**【豊田会長】**

ありがとうございます。

皆様方から何かご追加のご意見とかございませんでしょうか。

**【花井委員】**

訪問看護のほうから現況報告を含めて、少しお話をさせていただきたいと思います。

病院の在宅復帰率が進む中で、中重度の方が徐々に在宅に移行されています。そういった方は、結構医療的なケア、吸引などが必要な方が多くて、訪問看護に毎日夜間とか早朝の吸引に来てほしいという依頼も最近続けてきています。

桑名市の訪問看護ステーションというのは、常勤が数名の小規模な事業所がほとんどなんです。なので、緊急の訪問看護には出られる体制は整ってはいますが、日中の訪問もありますので、毎日夜間とか毎日早朝とかという事態に対応するのが難しい状況であります。

これからもどんどん病院からの在宅復帰は進む中で、看取りなども在宅で受け入れていかないといけないわけですけども、そういった中で、今長島で1カ所ありますが、やっぱり定期巡回・随時対応型訪問介護看護を今後、桑名市でも整備していかなければいけない時期に来ているのかというのを感じていますので、ここで申し上げさせていただきたいなと思いました。

**【豊田会長】**

大変貴重なご意見、ありがとうございます。

桑名市もぜひともご検討いただきたいなと思います。

他、ご追加、ご意見ございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、本日の議題につきましてはこれまでとさせていただきます。

あとは、事務局にまたマイクをお返ししますので、よろしく願いします。

**【事務局（位田課長）】**

委員の皆様には長時間にわたりご意見をいただきまして、誠にありがとうございました。

なお、協議会総会になりますが、今回は来年2月ごろ開催を予定しておりますので、開催日時につきましては、改めて委員の皆様と日程調整をさせていただき、その上で決めさせていただきたいと思っておりますので、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

それでは、これをもちまして第17回桑名市地域包括ケアシステム推進協議会を閉会させていただきます。本日はどうもありがとうございました。

— 了 —