

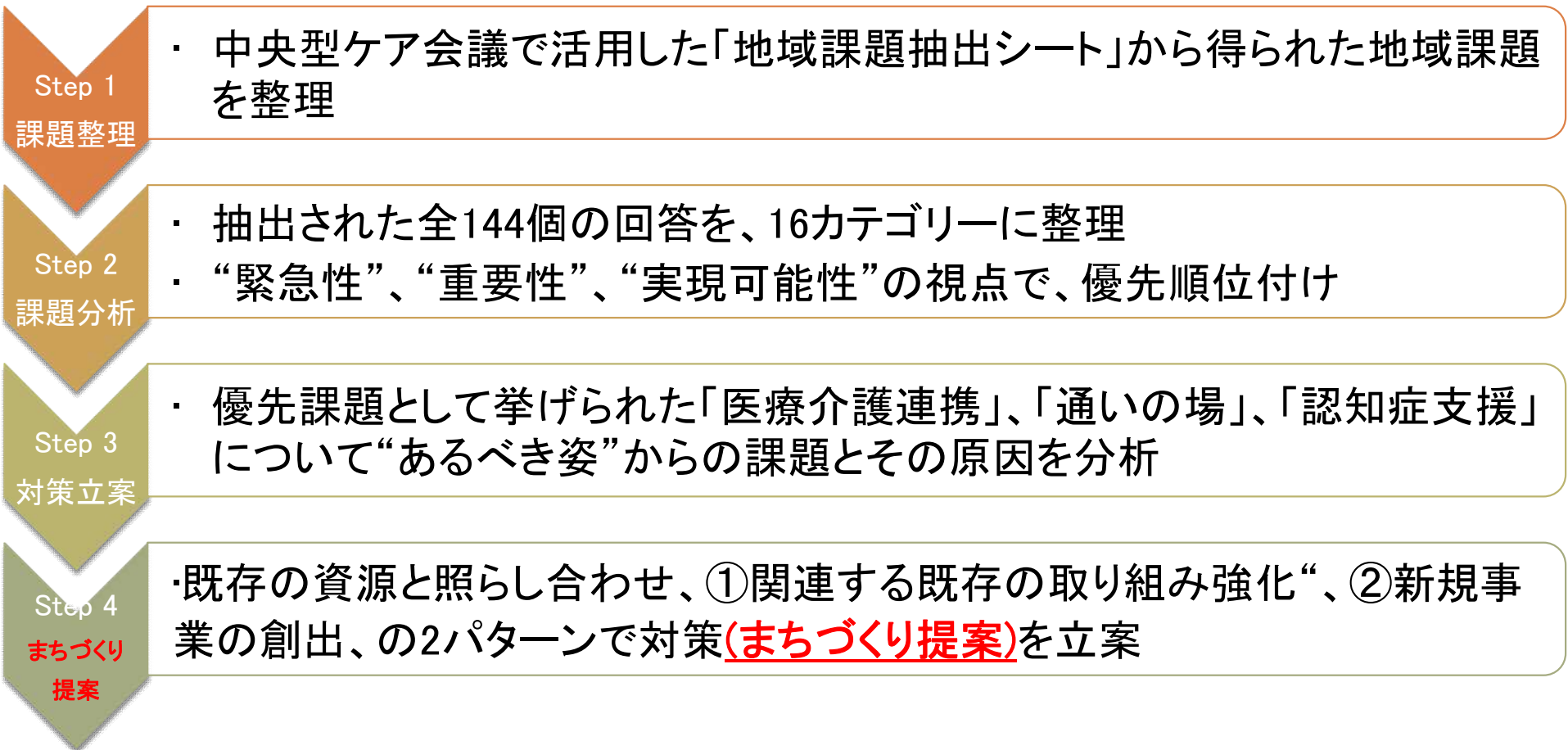
2021年7月20日
鴻巣市地域ケア推進会議

鴻巣市地域ケア推進会議
自立支援型地域ケア会議から発信するまちづくり提案

包括主任ケアマネ連絡会

“まちづくり提案”までの歩み

令和2年10月より、包括主任ケアマネ連絡会を協議の場とし、
推進会議までの工程表を作成



医療・介護連携

あるべき姿

【鴻巣市】 「在宅医療・介護連携推進事業」

医療と介護の両方を必要とする方が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最後まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進する
(市ホームページより)

“目指すべき”連携の在り方

現状の課題

- ・包括、ケアマネが個々に動き回っているが、連携の能力差が大きい
- ・医師により介護に関する認識に差があり開業医など相談員がいないと情報共有や連携が難しい
- ・連携シートがうまく活用されていない
→エリアをまたいだ運用に限界がある
- ・MCTが進んでいない(WG発足の段階)
- ・病院受診ができない利用者に対して、往診が少なく、バックベッドが限られている

個別ケア会議・普段の包括業務で課題と感ずる点

【参考】“あったらいいな”の地域資源

- ・医療保険と介護保険の並用
- ・在宅でのADL、IADLも共通したアドバイスができる生活指導のある専門職サービス
 - ・病院、クリニックと居宅介護、包括支援センターとの連携
- ・地域ケア会議の話を医師・医師会へどのように伝えていくか、場があっても良い

課題が生じている原因

【人的要因(専門職・住民・行政)】

- ・医師の業務が多忙なため、時間が取れない
- ・人手不足
- ・ケアマネらのアプローチ技術が未熟
- ・医師との仲介役を把握できていない

【物的要因(モノ・カネ・情報・時間)】

- ・個人情報の取り扱いによる壁
- ・ICT等への取り組みの理解不足
- ・行政から医師会へ多くの仕事を依頼している。
- ・医師の守備範囲や組織の経営方針などによっても、考えに差が生じる

まちづくり提案

関連する“既存”取組の強化

関連する取組	強化内容
在宅医療連携 シートの運用見直しと普及	<ul style="list-style-type: none">・市外の利用者へも運用ができるよう対象を拡大する・情報提供料の発生など、運用障壁を見直す・連携ノート(ファイル)との住み分けを明確に有効活用をする

“新規”取組の創出

新規事業名	事業目的
メディカル ケア ステーション(MCS) を活用した連携促進	訪問ドクター・訪問Ns、CM、サービス提供事業者間等の連携を促進し、適切な医療介護連携のもとに一体的なサービスを提供する。

通いの場

あるべき姿

【鴻巣市】

「介護予防・生きがいのづくりの推進」

高齢者一人ひとりが心身の状態や生活環境に応じて自立した生活を継続できるよう、介護予防・重度化防止に向けた取組とともに、社会参加や地域活動を通じた生きがいのづくりの取組を一体的に推進します

(第8期鴻巣市高齢者福祉計画・介護保険事業計画より)

“目指すべき”通いの場の在り方

現状の課題

- ・近隣に通いの場がなく、物理的な距離が障壁となり参加に繋がらない
- ・個別の運動負荷や対象(男性限定等)など、内容にバリエーションが欲しい
- ・資源の棲み分けや使い分けがわかりにくい
- ・コロナで通いの場を失い、デイに行きたいという要望が多い
- ・再開に向けたルールや合意形成が未熟
→本人と家族の思いの相違

個別ケア会議・普段の包括業務で課題と感ずる点

【参考】“あったらいいな”の地域資源

- ・通いの場に行けない人が行けるようになる環境になればいい
- ・いつも同じ場所でフラッと寄れる広場があったらいいなと思います
 - ・デイサービスとフィットネスクラブの中間ステップ
- ・過疎地は外出したくてもできないので、過疎地の移動のサロンのようなものがあったらいいと思う
 - ・移送サービス、参加者同士の支えあい
- ・ジム通いに戻してあげられたら…。更衣室⇔プールサイドの移動が出来ず通えていない。(ジムで移動手段を考えてもらう)
- ・のすっこ体操では強すぎる人たちが利用できる施設、デイサービスの夜間コース等

課題が生じている原因

【人的要因(専門職・住民・行政)】

- ・運営者の思いにより、対象者の選定や再開する・しないに偏りがある
- ・個別支援には限界があるという前提も必要ではないか
- ・運営者と参加者の思いのずれ
- ・高齢になってからの地域デビューは難しいため、若年者への意識付け、介入が必要ではないか

【物的要因(モノ・カネ・情報・時間)】

- ・デイサービス後に地域活動へ繋がるための事業所支援が不足している
- ・自主活動を選択する参加者側からのヒアリングの場がない
- ・“誰でも”、“どこでも”の支援が理想であるが、状況に応じた変化や変化に応じた使い分けができない

まちづくり提案

関連する“既存”取組の強化

関連する取組	強化内容
サービス適合表の作成と周知	・介護サービスや一般介護予防、サロン等の使い分けができるよう関係者間の共有ツールへ
足がないなどの“通えない問題”への対策	・空き家の活用 ・共助⇄互助の移行支援
デイサービスへの支援	・地域資源との繋がりを意識した自立支援をサポートできるよう支援
IT難民への支援(支援者・住民)	・フラワーラジオの活用 ・介護予防✕IT

“新規”取組の創出

新規事業名	事業目的
C型事業(短期集中)の立ち上げ	・事業対象を明確にして、ターゲットを絞った中で短期集中で介入期間を意識した自立支援を促進する。 ・ケア会議の対象者が利用につながるなど、入口・出口を明確にして、他事業との関係性の中での運用を目指す。

認知症支援

あるべき姿

【鴻巣市】

「住み慣れた自宅や地域で暮らし続けるために」



※SDGs (Sustainable Development Goals) のゴール (達成目標) を示すアイコン

高齢者独居世帯、高齢者夫婦世帯や、認知症等により常時介護・見守りが必要な高齢者、医療と介護の両方を必要とする高齢者等が増加していくことが見込まれる中、高齢者やその家族が住み慣れた自宅や地域で安心して暮らし続けることができるよう、在宅生活継続のための取組を促進します

(第8期鴻巣市高齢者福祉計画・介護保険事業計画より)

“目指すべき”認知症支援の在り方

現状の課題

- ・適切な診断、治療に繋がっていないケース
- ・重症度や病別支援のがわかりにくい
→繋がっていても、予後予測を踏まえた介入でない
- ・見守り隊やオレンジリング取得者が支援の輪に繋がっていない
- ・毎日の問い合わせに支援者が悪戦苦闘
- ・若年者を含む、地域住民の理解の醸成

個別ケア会議・普段の包括業務で課題と感じる点

【参考】“あったらいいな”の地域資源

- ・認知症初期集中支援チームの活用
- ・専門医につなげ、しっかりした評価からケアを行う方法論、認知症の医学的評価
 - ・社会での役割、認知症初期～中期のサービス
- ・認知症の方が支援者として活躍できる役割をコーディネートできる仕組み
- ・地域での認知症教育(ボトムアップ)、夫の頑固さに対応するケースの支援
 - ・外出時の同行支援、認知症の方と同行してくれれば出かけられる。

課題が生じている原因

【人的要因(専門職・住民・行政)】

- ・認知症者に対する往診が絶対的に不足している
- ・本人が診断されることへの不安や拒絶があり、受診につながらない

【物的要因(モノ・カネ・情報・時間)】

- ・現行の体制では、同行支援が難しい
- ・住民で構成する見守り隊の役割が不明確であり、支援に活用されていない
- ・(見守り隊について)支援者自身の輪やリーダー役がない(言われないと動きづらいのではないか)

まちづくり提案

関連する“既存”取組の強化

関連する取組	強化内容
受診への支援	・身寄りのない人の受診に繋がる仕組み ・複合施設創設や同行支援(推進員・CM)
企業・市民との連携	・社会資源としての企業・学校等との連携強化(すでに県で企業広告(薬局・ボランティアグループ)を行っている?)
アルツハイマーdayを活用した普及啓発	・家族会とタイアップとした普及啓発 ・市内でオレンジ色を着用する認知症デイなどの催しを開催する(市内の見守り隊を運営のボランティアとして登用?)

“新規”取組の創出

新規事業名	事業目的
認サポの普及啓発につながるリーダー育成事業	チームオレンジなどのサポーター育成後の活躍の場を創出し、そのような場を運営するリーダー役を育成する
医師による市民向け認知症講座の開催	既存の市民向け講座などで、積極的に認知症を取り上げて、高齢者以外での理解者を増やす