

高齢者に関する都島区の課題の共有

(令和5年3月17日開催 都島区高齢者地域包括ケアシステム推進会議(みやこねっと)) 令和4年9月26日資料を更新 太字部分追加等

	A	B	C	D
	主な項目	包括的4事業から見えてきた 高齢者を取り巻く課題	《 地域住民向け(a)専門職向け(b) 》 取り組んでいる具体的な内容	課題解決に向けた方向性
1	他(多)職種連携	<ul style="list-style-type: none"> 相談窓口が多岐に分かれているため、各機関の情報共有や連携がしづらい。 支援において課題や価値観の共有が出来ていないため他職種との連携が円滑に進まない。 病院と地域(在宅生活)に向けての切れ目のない連携が十分でないケースがみられる。 	<ul style="list-style-type: none"> 地域ケア会議(ab) 自立支援型ケアマネジメント検討会議(b) 都島区介護事業者合同連絡会・多職種交流会(b) CM交流会・認知症高齢者支援にかかる事例検討会(b) CM*北部包括交流会(b) 居宅連絡会と多職種の連携(b) えむカフェ(a) M-Link(b) 看看連携＝退院支援計画作成カンファレンスの協働(b) 「切れ目のない入退院支援」の検討ワーキング(b) 精神保健福祉相談の活用(ab) 行政作成による相談窓口や制度の周知冊子配布(ab) 支援者を支援するチームのオンライングループの立ち上げ(b) 都島区在宅医療機能・介護資源情報冊子(b) 	<ul style="list-style-type: none"> お互いの活動や役割を知り、すべての職種が何でも言い合える場作り アクセスしやすいネットワークで簡単に情報共有ができるしくみ作り ダイレクトに伝達や相談、報告ができるようメールやMCSの活用 専門職が医療、介護、福祉、生活の視点から課題の有無を考えられるスキルの向上 相談窓口の周知活動の促進 区民からの相談が必要なサービスにつながる体制の構築により、相互理解が進み連携できる。 異なるそれぞれの専門性を相互理解し、多職種連携を進め支援体制を構築する必要がある。
2	複合課題のあるケース支援	<ul style="list-style-type: none"> 精神症状のある疾患の家族を支えていた本人(高齢者)が、認知症を発症(認知症だけではない。サポートできない状況が生じた場合は同様)した為に、適切な支援ができなくなり、家族と子ども生活がしづらくなるケースが増えている。 地域との繋がり希薄化により、重篤な状態になるまで困り感が表面化しづらい。 本人が拒否しているケースにおいて、本人の意思決定支援もあり、支援者が一方的に支援をすすめることができないため、支援に限界がある。 精神症状を有する方に対し、理解や受容がされにくいこと、地域の見守りや関わり方が難しく、地域の困りごとになっている。 本人の立場に立った支援ができていない。 障がいや精神疾患など複合課題のあるケースも、高齢者の担当であるケアマネジャーや地域包括支援センターがすべての相談窓口になっている。 高齢者の支援の専門職であるため、家族の障がいや精神疾患などの知識や制度等の理解の不十分さもみられ、支援時の負担が増大している。 複合課題に対応できる職種間の連携(生活課題に向けてのチーム支援)が不十分な場合が多い。 専門職にボランティアに関わってもらっているが、安定した相談体制ではない。 障がい分野を支援する相談機関や後方支援機関が不足している。 	<ul style="list-style-type: none"> 地域ケア会議(ab) 見守り相談室との連携(b) 障がい者相談支援センター(ある)との連携(b) 精神保健福祉相談の活用(ab) 区役所の生活保護担当、生活困窮担当の連携(b) 区役所実施の総合的な支援調整の場(つながる場)や支援会議の活用(b) 在宅医療・介護連携相談コーディネーターとの連携(b) CM*北部包括交流会(事例検討や他制度研修)(b) 地域支援者(町会・民生委員等)との定期的な情報共有の場を継続(a) 都島区介護事業者合同連絡会・多職種交流会(b) 支援者を支援するチームのオンライングループの立ち上げ(b) 	<ul style="list-style-type: none"> 精神科医療機関と連携を試み、認知症・障がい者対応チームの結成 アウトリーチを一緒にする精神科医師等で要保護や緊急性の判断実施 訪問看護やリハビリ、栄養ケアステーション等、生活課題を抽出できる医療系サービスと連携 地域で専門職と地域支援者とのネットワーク促進 定期的にケース検討を関係機関でできる機会作り 相談窓口の周知活動の促進 地域・行政・相談支援機関が一体となった見守り・相談支援体制の構築 支援の際に、精神疾患等の専門職による、本人へのアプローチ方法や支援への見立により、支援チームとして支援をしていく 市民・支援者向けの講演会の開催をし、疾患の理解、自分もそうかもしれない大人の発達障がい、職場での不適應や対応の仕方、成年後見制度の普及啓発・相談会などの実施にて、地域や家族の理解を深める

	A	B	C	D
	主な項目	包括的4事業から見えてきた 高齢者を取り巻く課題	取り組んでいる具体的な内容	課題解決に向けた方向性
3	独居高齢者が認知症等要介護状況になった際に、在宅での生活が難しい傾向	<ul style="list-style-type: none"> ・周囲との関係が希薄で、認知症を発症し生活のしづらさがあるにも関わらず、自ら支援を発信できない。また、周囲も気づかないため、早期の相談に結びつかない。 ・認知症当事者は周囲からの理解を求めているが、家族や地域住民からの理解や受容を得ることが難しい。 ・本人が在宅生活か施設等で生活を送るのか選択する際の情報提供が不十分であり、本人が選択できない現状に加え、家族や地域の方の意見が優先され、本人が意思表示できないまま医療的入院や施設入所になっている。 ・本人が拒否しているケースにおいて、本人の意思決定支援もあり、支援者が一方的に支援をすすめることができないため、支援に限界がある。 ・高齢者が元気なうちから自分の将来像を描く機会が少ない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア会議(ab) ・見守り相談室との連携(b) ・要介護者名簿(a) ・地域包括支援センターによるアウトリーチ訪問(a) ・北部包括「健活測定会」(a) ・とくしまる(買い物自立・見守り)(a) ・百歳体操開催(a) ・地域の通いの場の開催(a) ・地域の通いの場での介護や認知症の予防や啓発に関する周知活動の継続(a) ・認知症の理解や対応方法を深めるなどの啓発活動(都島区認知症高齢者等支援ネットワーク連絡会などの活用)(ab) ・集合住宅向けの地域包括支援センターの周知活動(a) ・都島オレンジチームとの連携(b) ・認知症サポーター養成講座の周知・活用(a) ・講演会のほか地域やデイサービスでの体験会(a) ・地域支援者(町会・民生委員等)との定期的な情報共有の場を継続(a) ・独居男性のつどい～男の終活(a) ・エンディングノートの作成・啓発(a) ・(エンディングノートの区民講演会・啓発ビデオ作成とYouTube配信) ・北部包括認知症カフェでエンディングノートの講座開催(a) ・北部包括オンラインによる終活講座開催(a) ・都島区認知症高齢者等支援ネットワーク連絡会で専門職に成年後見制度の研修を実施(b) 	<ul style="list-style-type: none"> ・受け入れ施設や周辺症状悪化時にすぐに対応できる医療機関の確保 ・地道な個別訪問の徹底、不在や拒否時の訪問カード等の投函 ・集会所等の利用による相談しやすい体制づくり ・早期から参加できる「つながり作り」に関する仕組みづくり ・要介護状態になる前から、色々な社会資源に繋がれるように広報や講演会等での周知 ・住民が、将来何が不安で何を知りたいか等を把握し、自主的に学べる環境を整える支援 ・周辺症状悪化時にすぐに対応(医療・介護)でき、良くなれば在宅に戻るシステムの構築 ・本人の希望する暮らし方を実現するための情報提供と意思決定支援ができ、生活を支えるケアチームの確立 ・地域包括支援センターの周知活動の促進 ・地域・行政・相談支援機関が一体となった見守り・相談支援体制の構築 ・ACP(アドバンス・ケア・プランニング/人生会議)やエンディングノートなどに触れ、自分の将来をイメージする機会のさらなる促進。
4	独居の高齢者の孤立及び安否確認	<ul style="list-style-type: none"> ・独居で孤立している場合や、本人が支援を拒否すると課題の発見が遅れがちである。 ・独居高齢者の安否不明時の情報共有できるネットワークがない。 ・独居高齢者と連絡がとれず、安否確認のため救急対応で扉や窓を破壊する際に、相談機関に実施指示(破壊後の責任)を求められ、負担が大きい。 ・高齢者が元気なうちから自分の将来像を描く機会が少ない。 ・身寄りがなく、親族がいてもキーパーソンがないケースが増えている。生死に関わる場面や入院・入所時に緊急連絡先が不明で支援に困るケースが増えている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護者名簿(a) ・孤立発見プロジェクト(見守り相談室との協働)(a) ・見守り相談室との連携(b) ・アウトリーチ訪問(要支援・要介護1の方への訪問)(a) ・ハイリスク高齢者の継続訪問(北部包括ことぶき訪問)(a) ・区包括「男のための座学～第二の人生を豊かにする」(a) ・北部包括「健活測定会」(a) ・認知症高齢者見守りネットワーク事業(a) ・町会や民生委員との連携(a) ・「あんしんカプセル」「大切な人に伝えたいこと(エンディングノート)」の活用啓発(a) ・(エンディングノートの区民講演会・啓発ビデオ作成とYouTube配信) ・北部包括認知症カフェでエンディングノートの講座開催(a) ・北部包括オンラインによる終活講座開催(a) ・都島区認知症高齢者等支援ネットワーク連絡会で専門職に成年後見制度の研修を実施(b) ・独居男性のつどい～男の終活(a) 	<ul style="list-style-type: none"> ・消防署・区役所・事業者等が連携を密にし、様々な情報を共有→都島区独自の多職種多機関のSNSネットワーク ・町会未加入者のリストアップやコンタクトを行い、孤立者を把握 ・気がついた近隣の方が、すぐに報告・相談できる場所等の地道な周知 ・「あんしんカプセル」や「大切な人に伝えたいこと」ノートの活用を広げる ・地域包括支援センターの周知活動のさらなる促進 ・地域・行政・相談支援機関が一体となった見守り・相談支援体制の構築 ・アウトリーチ活動
5	コロナ禍で利用できる社会資源の減少	<ul style="list-style-type: none"> ・フレイル(加齢により心身が老い衰えた状態で、早く介入して対策を行えば元の健常な状態に戻る可能性がある状態) ・認知機能の低下・認知症の周辺症状出現及び悪化 ・要介護認定者の増加 ・利用できる社会資源の情報不足している ・地域住民自らが責任を持ち、安全性を配慮して通いの場を継続するのは難しい傾向にある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ふれあい喫茶・食事サービス(a) ・百歳体操・認知症予防教室(a) ・老人福祉センター等、感染予防をしておける認知症予防体操教室等の事業実施(a) ・生活支援体制整備事業(歌声サロン・毛馬コーポ)(a) ・スタンブラリー・測定会(a) ・ラジオ体操(a) ・北部包括「健活測定会」・オンライン健活開催(a) ・区包括「男のための座学～第二の人生を豊かにする」(a) ・オンラインによるカフェや交流会の開催(a) ・認知症カフェの後方支援(a) ・zoom講習会・スマホ講習会(a) ・フレイルの周知ピラの作成及び配布(a) ・「おうち日和」の発行(a) ・区包括「ロージムS100(百歳体操)」・測定会(a) 	<ul style="list-style-type: none"> ・集まれなくても人と繋がれるような工夫の検討を継続 ・オンラインやSNSによる情報発信の増加 ・広報等でのコロナ関連の情報提供や、閉じこもり予防に対して関係機関との調整を図る ・高齢者がオンライン利用できるような体制の整備
6	相談先の周知	<ul style="list-style-type: none"> ・相談窓口がわからない。 ・相談窓口の役割が知られていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・町会や集合住宅への相談窓口周知活動(a) ・町会や民生委員との連携(a) ・町会や集合住宅への地域包括支援センター周知活動(a) ・町会回覧、掲示板活用(a) ・「介護サービス事業所マップ」作成及び配布(a) ・区広報誌(a) ・区社協通信(年4回発行/新聞に折り込み他)(a) ・医師会・歯科医師会・薬剤師会作成の医療機関情報マップ(a) 	<ul style="list-style-type: none"> ・包括的支援事業(4事業)の相談窓口の一本化 ・地域の指導的な役員(町会長・女性部長・協議会役員等)に事業説明を行い、地域住民への周知