

# 市レベルの課題と対応方針・対応状況・ 今後の方向性

平成28年度 第2回 松戸市地域ケア会議  
平成29年2月7日

# 市レベルの課題と対応方針・対応状況・今後の方向性 ① ～総論・認知症～

- 地域包括ケア推進会議・地域個別ケア会議の議論から抽出された市レベルの課題への対応方針及びこれまでの方針への対応状況・今後の方向性をまとめると、以下のとおり。**（赤字部分：新規部分）**
- 関係団体・機関及び行政は、以下の対応方針及び方向性に沿って、地域包括ケア推進に向けた対応を着実に進めていく。

## 1. 認知症関係

| テーマ         | 市レベルの課題                    | 関係団体・機関及び行政による対応方針  | 対応状況・今後の方向性  |
|-------------|----------------------------|---|--|
| 1. 認知症の理解促進 | ○様々な世代や職種において、認知症の理解を促進する。 | ○松戸市医師会は、小中学校に対して出前講座を行う「まちっこプロジェクト」を実施し、小中学生やその保護者に対する認知症等の普及啓発を図る（28年度：3回以上）。市・地域包括支援センター、 <b>松戸市訪問看護連絡協議会、消防局等</b> は、プロジェクト運営に当たっての協力をを行う。 | ○医師会は、「まちっこプロジェクト」を通じて認知症の普及啓発を図り、市・地域包括支援センター、松戸市訪問看護連絡協議会、消防局等は運営協力を行う。<br>・28年度7回開催<br>（認知症について、4回開催）<br>（いのちの尊さについて、3回開催）<br>※29年2月19日(日)13時～15時40分<br>松戸市民劇場にて実施報告会開催予定 |
|             |                            | ○松戸歯科医師会は、歯科医師会員向けの認知症サポーター養成講座を開催する。   | ○歯科医師会は、28年11月5日に認知症サポーター養成講座を開催。（41人参加）<br>○29年度も引き続き、認知症サポーター養成講座を開催予定。  |
|             |                            | ○松戸東警察署は、署員向けの認知症サポーター養成講座を開催する。  | ○松戸東警察署は、28年10月4日に認知症サポーター養成講座を開催。（51人参加）<br>○松戸警察署は、署員向けの認知症サポーター養成講座を開催する。   |
|             |                            | ○市は、平成30年度までに、全ての正規職員を認知症サポーターにすることを目指す。  | ○市は、目標達成に向け、計画的に、市職員向けの認知症サポーター養成講座を開催する。<br>※認知症サポーターである市職員数<br>781人（25.0%）（28年12月末現在）  |

## 市レベルの課題と対応方針・対応状況・今後の方向性 ② ～認知症～

| テーマ                   | 市レベルの課題   | 関係団体・機関及び行政による対応方針  | 対応状況・今後の方向性   |
|-----------------------|---|---|---|
| 2.<br>住民による認知症の見守りの推進 | ○住民による認知症見守りの仕組みの充実を図る。   | ○市・地域包括支援センター及び松戸市社会福祉協議会は、松戸市独自の取組として、専門職と連携して実践的な支援活動等を行うボランティア「オレンジ協力員」を積極的に養成し、その活動を推進する。                       | ○市・地域包括支援センター及び松戸市社会福祉協議会は、オレンジ協力員の養成及び活動を推進。<br>・28年11月末現在：361人（27年度末：254人）<br>・説明会：28年10月4日実施<br>・研修会：28年12月14日実施<br>○市及び市社協は、オレンジ協力員がスムーズに傾聴ボランティアなどの活動を実施できるようにするため施設向け説明会を開催。<br>①28年9月27日実施 ②29年2月28日実施予定<br>○29年3月17日実施予定の、オレンジ声かけ隊の研修会において、オレンジ協力員への登録を働きかける。 |
|                       |   | ○松戸市認知症高齢者グループホーム協議会・松戸市小規模多機能型居宅介護連絡会は、オレンジ協力員の活動を積極的に受け入れる。<br>・グループホーム：23か所が受入実施中又は協力可能<br>・小規模多機能型居宅介護：9か所が協力可能 | ○グループホームでの体験受入(4名)の報告(28年12月14日実施の研修会)を踏まえて、今後、グループホーム協議会や小規模多機能連絡会は、オレンジ協力員の受入を推進。   |
| 3.<br>認知症の早期支援        | ○認知症の早期把握・早期対応を推進していくことが必要。<br>○かかりつけ医との連携に基づく認知症早期支援の推進。地域サポート医との連携推進。 | ○市は、認知症地域支援推進員等の活動を通じて、軽度認知症の方を幅広く早期に把握し、かかりつけ医等との連携の下、適切なケアに結び付けていく取組をモデル的に実施する。29年度からは、その成果を踏まえて、本格的な展開を図る。       | ○医師会・薬剤師会の協力の下、地域包括支援センター・医療機関・薬局・介護事業所の参画を得て、厚労省モデル事業の一環として、28年10月より、「認知症を予防できる街♡まつどプロジェクト」を開始。29年度からの本格展開に向け、成果を踏まえつつ、検討を深める。<br>・実施機関：21機関 ・支援対象者：92人<br>・医師会との調整の下、かかりつけ医や地域サポート医との連携を図りつつ実施。   |
|                       |   | ○市は、認知症初期の方等の支援を包括的・集中的に行う「認知症初期集中支援チーム」の拡充を図る(今年度：1か所⇒29年度：4か所程度)。   | ○29年4月より、3環境区(中央・小金・常盤平)に各1ヶ所のチームを地域包括支援センターに設置する予定とし、現行のチームとあわせて、合計4か所とする予定。   |

## 市レベルの課題と対応方針・対応状況・今後の方向性 ③ ～認知症～

| テーマ                                 | 市レベルの課題   | 関係団体・機関及び行政による対応方針  | 対応状況・今後の方向性  |
|-------------------------------------|---|---|--|
| 4.<br>認知症<br>の地域<br>支援              | ○認知症高齢者が地域で生活していくための居場所や役割の検討が必要。                               | ○認知症カフェやサロンの推進を図るため、認知症コーディネーターや認知症地域推進員、オレンジ協力員との連携強化のため、交流会を行う。<br>○地域で行われている認知症カフェやサロンの把握と周知を推進する。 | ○28年12月発行の「地域包括支援センターだより」に、認知症カフェの紹介を掲載。   |
| 5.<br>認知症<br>高齢者<br>の意思<br>決定支<br>援 | ○金銭管理等の意思決定が困難である独居の認知症高齢者が増加していく中で、意思決定支援を行う仕組みの充実を図っていくことが必要。 | ○成年後見制度の充実を図るため、市は、低所得の場合の本人・親族申立て費用の助成制度の創設や、市職員増員による市長申立ての迅速化を図る。<br><br>○市は、成年後見制度等の相談対応体制を構築する。   | ○本人・親族申立て費用の助成制度の周知を図っていく。<br>○市は、迅速に市長申立て等を行う。<br>・市長申立件数：26件（28年12月末現在）<br>内申立事務終了 11件<br>○「成年後見制度等相談支援事業」<br>・相談件数：53件（28年12月末現在） |
|                                     |   | ○成年後見制度に至る前段階の支援を充実する観点から、市は、日常生活自立支援事業（市社協実施）の専門員の充実を推進。   | ○市社協において、29年度より、専門員を増員し、日常生活自立支援事業の充実を図る予定。  |
|                                     |   | ○千葉県社会福祉士会は、成年後見の実施や相談を積極的に行う。  | ○社会福祉士会は、週2回無料の相談事業を実施。  |
|                                     |   | ○市は、松戸市介護支援専門員協議会の協力の下、ケアマネジャーの金銭管理支援の実態を調査し、必要な対応を検討する。  | ○介護支援専門員協議会の協力の下、8月にケアマネに対するアンケートを実施（134事業所に送付し、90事業所205人より回答）。その結果、ケアマネの87人（42.4%）が金銭管理支援を経験したことがあるというアンケート結果を踏まえて、対応方策を検討。         |
| 6.<br>消費者<br>被害の<br>防止              | ○市全体で消費生活センターとの連携強化に取り組む必要がある。                                  | ○市高齢者支援課から消費生活センターに対して、地域包括支援センターとの連携についての協力依頼を行う。<br>○松戸市地域ケア会議に、消費生活センターの職員も出席し、必要な情報共有を行う。         | /  |

# 市レベルの課題と対応方針・対応状況・今後の方向性 ④ ～医療連携～

## 2. 医療連携関係

| テーマ                       | 市レベルの課題  | 関係団体・機関及び行政による対応方針  | 対応状況・今後の方向性  |
|---------------------------|--|---|--|
| <b>7. 困難事例における医療対応の推進</b> | <p>○地域サポート医によるアウトリーチの活用が不十分なため積極的に活用し、困難事例における医療対応を推進する。</p> <p>○心身機能の低下等によって問題が発生している可能性がある事例について、十分に地域サポート医の活用が検討されていない。</p> <p>○地域包括支援センターが医療機関と緊密なネットワークを構築し、適切な医療・介護サービスに接続できるようにすることが必要。</p> | <p>○市の在宅医療・介護連携推進事業の中で、松戸市医師会が日常生活圏域ごとに地域サポート医（22医療機関）を配置。地域サポート医は、地域包括支援センターやケアマネへの相談支援を行うとともに、必要に応じて、受診・サービス拒否をする高齢者等への訪問支援（アウトリーチ）を行う。</p> <p>○心身機能の低下等によって問題が発生している可能性がある事例に対して迅速に対応するため、地域包括支援センター等による地域サポート医の活用を推進する。</p> | <p>○医師会と地域包括支援センター・市等は、地域サポート医の対応事例（相談支援・アウトリーチ）の共有等を通じて、地域サポート医の活用を推進し、困難事例における医療対応を推進する。</p> <p>・相談実績（28年11月末）<br/>           ＊相談支援：66件<br/>           ＊アウトリーチ：6件</p> <p>○受診拒否・サービス拒否によって、適切な医療・介護サービスにつながらない事例においては、地域包括支援センターは、地域サポート医の活用を積極的に検討する。また、医師会推薦によって各地域ケア会議の担当とされた医師は、地域個別ケア会議の議論の中で、地域サポート医の活用について積極的に助言を行う。</p> |
|                           |  | <p>○地域包括支援センターによる医療機関と緊密に連携した支援を推進するため、市・地域包括支援センターは、地域包括支援センターの事業評価の中で、医療機関との連携実績に基づく評価を行うとともに、好事例の共有化を図る。</p>   | <p>○市・地域包括支援センターは、地域包括支援センターの事業評価の中で、在宅・外来・入院機関との連携実績を評価し、28年10月に公表。次回事業評価では、地域サポート医との連携実績等についても評価を行う。</p>   |



## 市レベルの課題と対応方針・対応状況・今後の方向性 ⑤ ～医療連携～

| テーマ                           | 市レベルの課題   | 関係団体・機関及び行政による対応方針  | 対応状況・今後の方向性   |
|-------------------------------|---|---|---|
| <b>8.<br/>医療・介護連携の<br/>推進</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○連携を効率化するための在宅医療・介護関係者間のルールづくり</li> <li>○往診のできるクリニック等の増加</li> </ul>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○松戸市医師会は、松戸市訪問看護連絡協議会等の関係団体と連携し、連携を効率化するための在宅医療・介護関係者間のルール作り（エチケット集の作成）を進める。</li> <li>○松戸市医師会は、診診連携（診療所間連携）グループの拡充・形成の推進、在宅医療参入に向けた研修会の開催などを通じて、かかりつけ医の在宅医療を推進する。</li> </ul>   | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; position: relative;"> <span style="position: absolute; top: 0; right: 0; border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"> </span> </div>   |
| <b>9.<br/>在宅ケアに関する<br/>啓発</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○在宅ケア（医療・介護）に対する期待が大きい一方で、不安も大きい。<br/>在宅ケアを安心して受けられるようにするための情報提供や啓発活動が必要。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○市と松戸市医師会を中心とする関係団体は、在宅医療・介護連携推進事業において住民向け講演会を開催し、在宅医療・介護に関する住民向けの啓発を行う。</li> <li>○松戸市医師会は、小中学校に対して出前講座を行う「まちっこプロジェクト」を通じて、学生・保護者・地域住民に対して、かかりつけ医や在宅医療に関する啓発を図る。松戸市訪問看護連絡協議会、市・地域包括支援センター、消防局等はプロジェクト運営に当たったの協力を行う。</li> <li>○市は、パートナー講座（出前）や各種講演の活用等を通じて、重度になっても在宅で生活できる環境整備に関する啓発活動の実施について、検討を行う。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○市と医師会は、3環境区ごとに、在宅医療に関する住民向けの講演会（テーマ「最期まで自分らしく生きる」）を実施。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・28年10月11日（松戸市勤労会館）</li> <li>・28年12月16日（健康福社会館）</li> <li>・29年2月9日(予定)（小金原市民センター）</li> </ul> </li> <li>○医師会は、「まちっこプロジェクト」を通じて、かかりつけ医や在宅医療に関する啓発を図り、松戸市訪問看護連絡協議会、市・地域包括支援センター、消防局等は、運営協力を行う。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・28年度7回開催（認知症について、4回開催）</li> <li>（いのちの尊さについて、3回開催）</li> </ul> </li> </ul> |

## 市レベルの課題と対応方針・対応状況・今後の方向性 ⑥ ～社会資源～

### 3. 社会資源の把握・開発関係

| テーマ                                 | 市レベルの課題                              | 関係団体・機関及び行政による対応方針  | 対応状況・今後の方向性  |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| <b>10.<br/>社会資源<br/>の把握・<br/>開発</b> | ○地域包括支援センターにおける社会資源の把握・開発を推進することが必要。 | ○地域包括支援センターにおける社会資源の把握・開発を推進するため、市・地域包括支援センターは、地域包括支援センターの事業評価の中で、社会資源の把握・確認に関する評価を実施するとともに、好事例の共有化を図る。<br>・社会資源のマップ・リストを作成しているセンター：10か所<br>・マップやリストを逐次見直しているセンター：9か所<br>・センターが把握している社会資源数（1センター平均）：<br>圏域内16.5か所 圏域外83.4か所 | ○市・地域包括支援センターは、地域包括支援センターの事業評価の中で、社会資源の把握・開発に関する評価を実施し、28年10月に公表。<br>地域包括支援センターにおける社会資源の把握・開発を推進。<br><br>【社会資源把握・開発に関する事例】<br>・小金包括：小金管内の介護保険施設を巡るウォークラリーを2回開催<br>①28年11月29日<br>②28年12月9日<br>・馬橋包括：資源マップ作成（別途資料配布） |
| <b>11.<br/>通いの場<br/>の充実</b>         | ○通いの場の充実に資する施策の推進。                   | ○市は、介護予防・日常生活支援総合事業において実施される介護予防に資する通いの場である「通所型元気応援くらぶ」の充実に資する。   |  |

## 市レベルの課題と対応方針・対応状況・今後の方向性 ⑦ ～介護予防・生活支援～

### 4. 介護予防・生活支援関係

| テーマ             | 市レベルの課題  | 関係団体・機関及び行政による対応方針  | 対応状況・今後の方向性   |
|-----------------|--|---|---|
| 12.<br>セルフケアの推進 | ○セルフケアの意識や知識の不足があるため、普及啓発が必要。                        | ○地域包括支援センターが実施する介護予防教室にて、地域づくりの視点を含めセルフケアの意識の向上を図る。               |   |
| 13.<br>就労支援     | ○定年後の高齢者の活躍の場や生きがいがづくりの場を作っていくため、高齢者の就労支援を推進することが必要。 | ○市は、就労・ボランティア活動版ながいき手帳の作成・配布や、高齢者向け就職説明会の開催支援等を通じて、高齢者の就労支援を推進する。 | <p>○市は、28年度中に、就労・ボランティア活動版ながいき手帳を作成する。</p> <p>○市は、高齢者向け就職説明会（見守り協定締結企業）の開催を支援。</p> <p>①28年7月20日<br/>②28年9月20日</p> <p>○市（商工振興課）は、定年退職後の方を対象に就労支援のセミナーを開催。</p> <p>○市社協は、高齢者無料職業紹介所（市役所内設置）を運営し、高齢者の就労を推進。</p> |
| 14.<br>生活支援     | ○元気高齢者や住民による生活支援に資するボランティアの推進。                       | ○市は、介護予防・日常生活支援総合事業における「訪問型元気応援サービス」の普及を図る。                       |   |



市レベルの課題と対応方針・対応状況・今後の方向性 ⑧ ～介護予防・生活支援～

| テーマ         | 市レベルの課題  | 関係団体・機関及び行政による対応方針   | 対応状況・今後の方向性   |
|-------------|--|--|---|
| 15.<br>外出支援 | <p>○高齢者の社会参加を推進するため、移動困難な高齢者の外出支援の環境を整備する。</p> | <p>○市は、高齢者や障害者に配慮した歩行マナーの遵守を周知することについて、検討を行う。また、地域ケア会議を通じて、多様な関係者の議論に基づき、ニーズに合った交通手段の整備を図っている事例（五香松飛台）を共有化する。</p> <p>○市は、既存の制度（福祉有償運送等）の周知を図るとともに、介護予防・日常生活支援総合事業の「訪問型元気応援サービス・困りごとコース」の中で、移送支援サービスを実施する。</p> <p>○警察は、地域住民の要望を踏まえて、街頭での交通ルールの指導を行う。</p> <p>○市、松戸・松戸東警察署、高齢者関係団体、防犯・防災・交通安全等の関係団体で構築された「まつど安全・安心シルバーネットワーク」の活動の一環として「安全・安心シルバーフェスタ in まつど」を年1回開催し、防犯・防災・交通安全等に関する啓発を実施。</p> | <p>○市（市民安全課）は、松戸・松戸東警察署との連携により、「歩きスマホ防止キャンペーン」を実施。また、警察署より依頼を受け、安全安心メールの下部に高齢者等の交通安全啓発文を記載。</p> <p>○松戸・松戸東警察署は、市民からの要望により防犯、交通安全に関する講話を実施。また、交通安全キャンペーンやチラシの配布を実施。</p> <p>○「2016 安全・安心シルバーフェスタ in まつど」は28年11月19日に市民会館で開催。（約450人が参加）</p> |
| 16.<br>ゴミ出し | <p>○ゴミ出しに関する取組事例についての情報共有・提供の推進。</p>           | <p>○各地区で実情に即した取組みが進められるよう、地域の取組事例等の情報提供を行う。</p> <p>○あわせて、行政として可能と考えられる取組についても検討する。</p>   | <p>○地域個別ケア会議において取り上げられた、集合住宅におけるゴミ出しの解決事例など、地域における取組事例の収集を行うとともに、情報提供に向けた検討を進める。</p> <p>○市（環境業務課）は、広報まつど（28年10月1日号）において、ゴミ集積所に家庭ゴミを捨てることが難しい世帯に対するゴミの個別回収についての周知を実施。</p>  |

## 市レベルの課題と対応方針・対応状況・今後の方向性 ⑨ ～その他～

### 5. その他関係

| テーマ   | 市レベルの課題   | 関係団体・機関及び行政による対応方針  | 対応状況・今後の方向性   |
|---|---|---|---|
| <b>17.<br/>高齢者以外<br/>の他分野<br/>との連携<br/>推進</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○高齢者以外の他分野の関係機関（市役所内担当部署、保健所など）との連携強化。</li> <li>○高齢者だけでなく、同居家族の支援が必要なため、他機関との連携・ネットワークの強化が必要。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○難病や精神疾患等の複合的なケースを支援するために、専門的な知識のある機関と積極的に連携をとる。</li> <li>○地域包括支援センター合同連絡会や研修等を通し、地域包括支援センターや関係する機関（ケアマネ等）へ、高齢者以外の様々な問題（障害者等）に対する知識の普及を行う。</li> </ul>                          | /   |
| <b>18.<br/>支援を要<br/>する同居<br/>世帯の早<br/>期把握</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○独居以外の高齢世帯の見守りがされていないことが多く、深刻化するまで顕在化しないことが多い。</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○高齢者を支える機関等が、問題を抱える対象者を支援するだけでなく、世帯としての問題把握をし、適切な機関につなげるという視点をもつように働きかける。</li> <li>○地域包括支援センターなどの関係機関は、同居世帯であっても、地域から孤立している世帯については、可能な限り、地域の関係者から情報を収集し、必要な対応を検討する。</li> </ul> | /   |
| <b>19.<br/>家族介護<br/>者の支援</b>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○家族介護支援策の推進。</li> <li>○認知症関連など、家族支援を行うボランティアのコーディネート機能の向上。</li> </ul>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>○市は、在宅で介護する家族の支援のための講座（家族介護支援事業）の着実な実施を図る。</li> <li>○市社協は、認知症の家族のニーズにマッチしたオレンジ協力員の活動を推進する。</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○市（介護保険課）は「はじめての家族介護講座」を開催。<br/>28年8月認知症コース（全3回） 参加者19人<br/>28年9月身体介護コース（全4回） 参加者14人<br/><br/>下半期各コース2月に開催中</li> </ul> |

## 市レベルの課題と対応方針・対応状況・今後の方向性 ⑩ ～その他～

| テーマ                            | 市レベルの課題   | 関係団体・機関及び行政による対応方針  | 対応状況・今後の方向性   |
|--------------------------------|---|---|---|
| <b>20.<br/>災害発生時の要介護者等への対応</b> | <p>○要介護高齢者等を受け入れる福祉避難所が、実際の被災状況を想定した動きができるようにすることが必要。</p> | <p>○松戸市特別養護老人ホーム連絡協議会は、市との協定に基づき、災害時に福祉避難所を設置し、要介護者等の受入を行う。また、特連協は、被災状況に即した実践的な動きができるように、松戸警察署・消防局・地域住民・市と連携し、実践的な大規模災害訓練を実施する。</p> | <p>○特連協は、松戸警察署・消防局・地域住民・市と連携し、28年9月25日に大規模災害訓練を実施した。<br/>(参加人数：155人)</p> <p>○地域包括支援センター合同連絡会において危機管理課担当者から、熊本災害支援の派遣報告を聞き、災害支援体制を考える機会とした。各センターごとに災害時に何ができるか、何をやるべきか、支援のあり方を検討していく。</p> |

# 市レベルの課題と対応方針・対応状況・今後の方向性 ⑪ ～包括センター～

## 6. 地域包括支援センター・地域ケア会議関係

| テーマ                                 | 市レベルの課題                          | 関係団体・機関及び行政による対応方針   | 対応状況・今後の方向性   |
|-------------------------------------|----------------------------------|--|---|
| 21.<br>相談窓口<br>の充実                  | ○相談窓口の充実を図る。                     | ○市は、地域包括支援センターを日常生活圏域（15か所）ごとに設置するとともに、基幹型地域包括支援センターの設置に伴って、市全域を対象にしたワンストップ相談窓口（高齢者総合相談窓口、高齢者あんしん100番）の充実を図る。  |   |
| 22.<br>地域包括<br>支援セン<br>ターのP<br>Rの推進 | ○高齢者等がよく目にする媒体を活用した周知を推進することが必要。 | <p>○松戸市医師会・松戸歯科医師会・松戸市薬剤師会は、市からの依頼に基づき、希望する地域包括支援センターが医療機関や薬局に地域包括支援センターのチラシ・ポスター等の設置を依頼できるよう、協力を検討する。</p> <p>○市は、地域包括支援センターを住民に分かりやすく周知するポスターを作成し、幅広く周知を行う。</p> | <p>○市は、地域包括支援センターの周知を目的とした「地域包括支援センターだより」を作成し、市民自治課の協力を得て、町会回覧を実施。<br/>※29年1月24日回覧依頼（1万6千部発送）</p> <p>○市は、地域包括支援センターのPRポスターを増設にあわせて作成し、29年3月末に協力関係機関に配布予定。</p> <p>○市は、地域包括支援センター増設に伴う周知のための広報特集号を作成し、3月27日に発行予定。</p> |

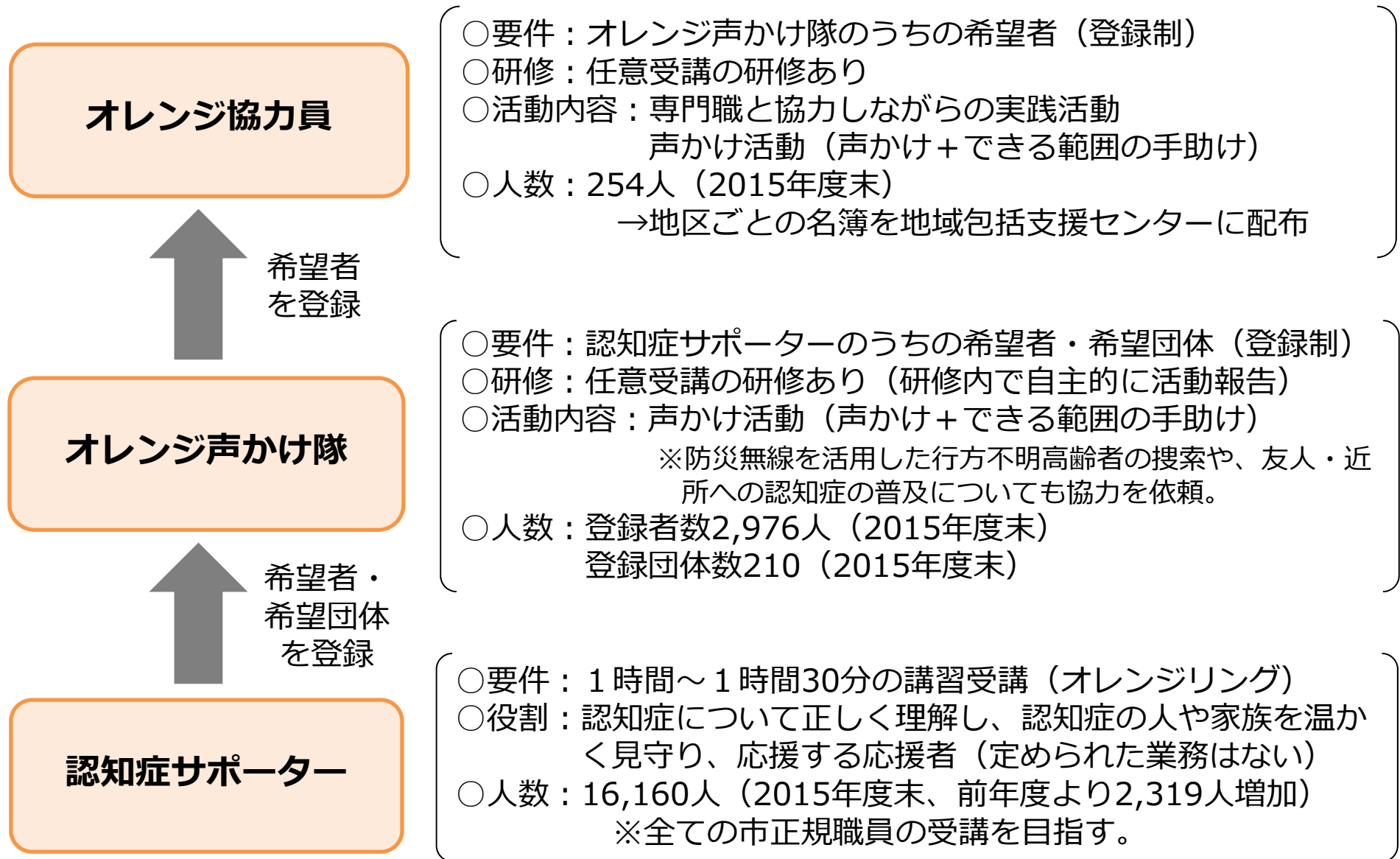
## 市レベルの課題と対応方針・対応状況・今後の方向性（案）⑫ ～包括センター～

| テーマ                            | 市レベルの課題  | 関係団体・機関及び行政による対応方針  | 対応状況・今後の方向性   |
|--------------------------------|--|---|---|
| <p><b>23. 個別ケア会議等の機能強化</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○個別事例の深い検討を行うためには、事例に関わる専門職等の参集の下、専門性の高い個別ケア会議を開催することが重要。</li> <li>○事例との関連が深くない関係者については、個別ケア会議への参加が、負担となっている場合がある。</li> <li>○厚労省通知では、市内全てのケアマネが年に1回は地域ケア会議での支援が受けられるよう努めることとされている。</li> <li>○地域包括支援センターの会議運営のスキルアップ、また専門知識の習得が必要である。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○地域ケア会議運営マニュアルを改正し、以下のとおり、個別ケア会議等の運営方法を改善する。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・原則、個別ケア会議は、個別事例と関連する専門職・関係者を中心に開催。</li> <li>・個別ケア会議の事例は、原則1会議2事例以上行う。</li> <li>・個別ケア会議の事例は、①緊急性・重要性の高いもの、②ケアマネ等関係者が希望するものが優先だが、①②が無い場合、③ケアマネ事業所で輪番にする形で事例を提供する。</li> <li>・地域包括支援センターは、地域ケア会議の開催に当たって事前に事例や出席者について、基幹型地域包括支援センターに相談する等、基幹型センターと密接に連携する。</li> <li>・個別ケア会議で議論された困難事例のうち困難性の高い事例・典型的な事例等の検討を深めるため、市レベルでの勉強会の開催を検討する。</li> </ul> </li> </ul> | <div style="text-align: center; height: 500px;"> </div> |

# 參考資料



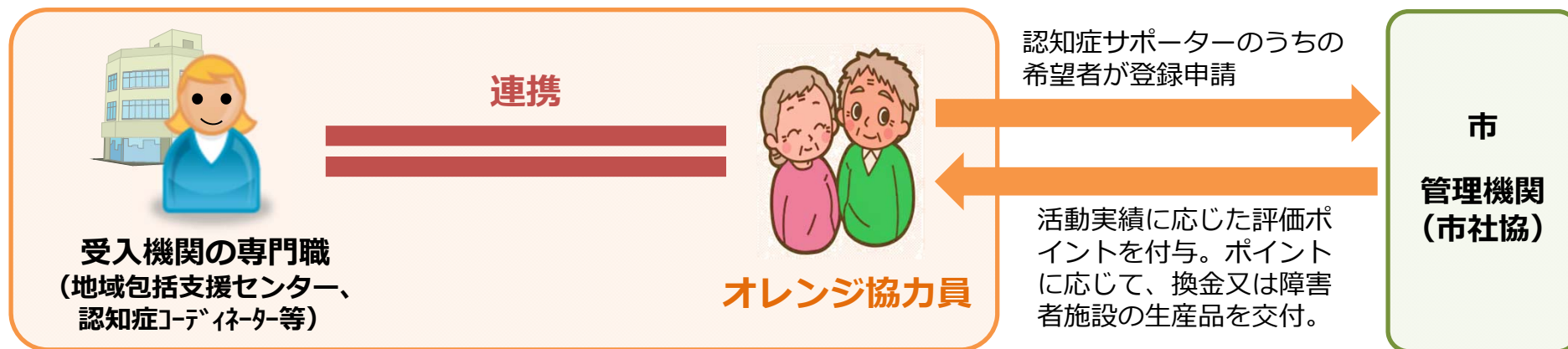
# 松戸市における認知症支援の地域人材と今後の方向性



※認知症コーディネーター：地域における認知症支援体制の構築に向けた活動に従事する医療・福祉・介護の専門職（ケアマネ、看護師等）。所定の研修の受講が要件。松戸市に84名（79事業所）いる。

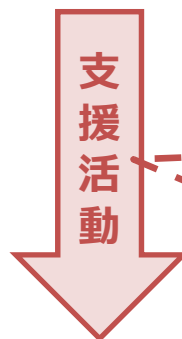
# オレンジ協力員の取組

- 松戸市独自の取組として、認知症の人と家族を地域で支援していくため、専門職と連携して実践的な支援活動等を行うボランティア「オレンジ協力員」を養成（2016年11月：361人）。
- 地域包括支援センター・認知症コーディネーター等と協力した実践的活動を推進。



※受入機関

- ・市
- ・管理機関（市社協）
- ・地域包括支援センター
- ・指定を受けた以下の機関
  - \* 認知症コーディネーターの会
  - \* グループホーム
  - \* 小規模多機能事業所
  - \* 介護保険事業所・施設



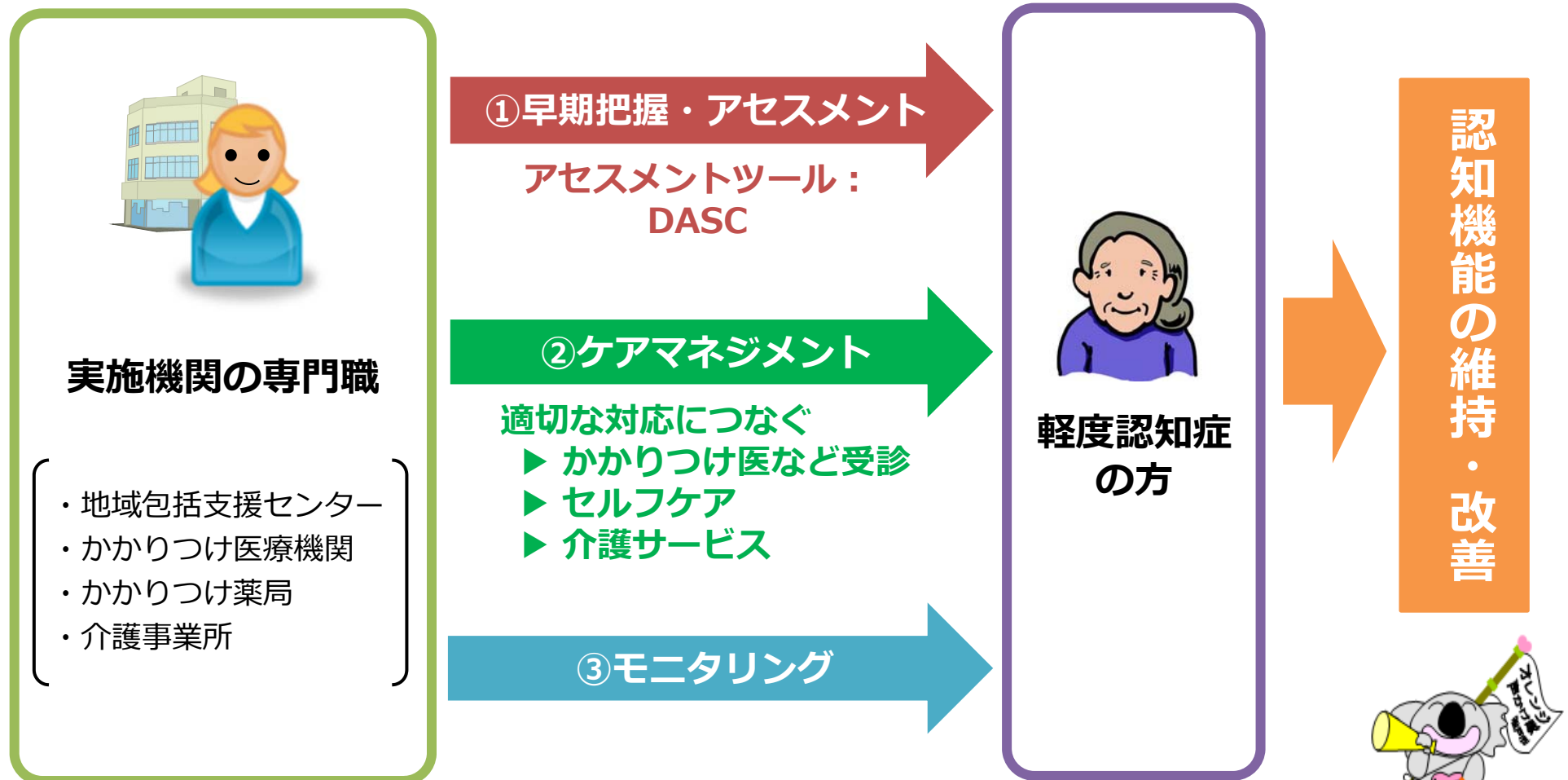
## 【オレンジ協力員の実践的な支援活動の内容】

- 自宅、施設等での認知症の人・家族の話の傾聴（傾聴ボランティア）
- 認知症の人・家族の相談への対応
- 認知症の人の散歩、買物等への同行
- 認知症の人等の支援に係るレクリエーション等の指導・運営補助
- 認知症予防教室、認知症カフェ、サロン等の運営補助
- 見守り支援・安否確認 等

※ 上記の実践活動のほか、松戸市あんしん一声運動（手助けが必要な認知症高齢者等に一声をかけ、できるだけ手助けを行う活動）にも参加。

# まつど認知症予防モデル事業の基本コンセプト

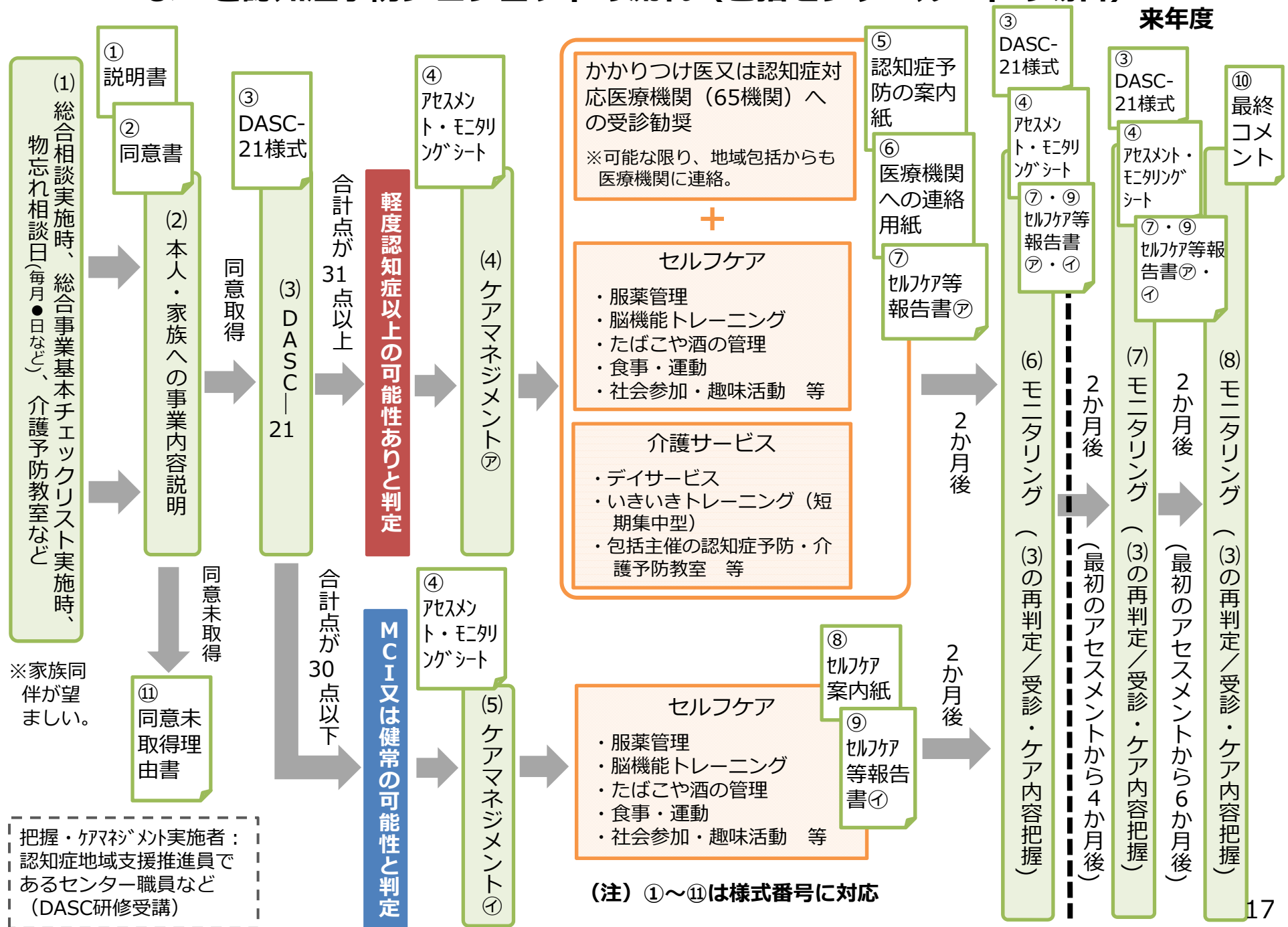
- 認知症の早期支援に関しては、軽度認知症の把握ができていない、医療機関に受診できていない、セルフケアができていないなどの課題がある。
- 「まつど認知症予防プロジェクト」モデル事業を通じて、これらの課題を解決し、認知症予防を推進する。



※システム構築に当たって、医師会・薬剤師会等の関係団体と緊密に連携。



# まつど認知症予防プロジェクトの流れ（包括センタールートの場合）



来年度

## 認知症早期支援におけるかかりつけ医の役割

- まつど認知症予防プロジェクトでは、DASCによるアセスメントの結果、「軽度認知症以上の可能性あり」（31点以上）と判定された場合は、かかりつけ医の受診につなげることとしている。
- かかりつけ医は、①認知機能障害の鑑別診断（認知症以外の疾患の除外診断）、②併存疾病や生活習慣の的確な管理を行う。
- こうした認知症の早期支援に関するかかりつけ医の役割について、松戸市医師会の了解・協力を得た上で、市内の医療機関に対して、協力を依頼している。

### ① 認知機能障害の鑑別診断（認知症以外の疾患の除外診断）

【除外診断の対象となる疾患の例】



### ② 併存疾病や生活習慣の的確な管理

【管理の対象となる疾病や生活習慣の例】





# 認知症早期支援における医療連携の円滑化

まつど認知症予防プロジェクトでは、松戸市医師会の協力の下、①かかりつけ医、②認知症対応医療機関、③地域サポート医という重層的なシステムを構築し、認知症早期支援における医療連携の円滑化を図っている。

## 【医療連携のフロー（イメージ）】

包括センター等で軽度認知症以上の可能性ありと判定（DASCの合計点が31点以上）

まずは

### ①かかりつけ医

- ・ 認知機能障害の鑑別診断（認知症以外の疾患の除外診断）
- ・ 併存疾病や生活習慣の的確な管理 等

かかりつけ医がない場合

### ②認知症対応医療機関（65機関）

- ・ 認知機能障害の鑑別診断（認知症以外の疾患の除外診断）
- ・ 併存疾病や生活習慣の的確な管理 等

機関間の連携が円滑に行えない場合など

### ③地域サポート医（22機関）

- ・ 助言・アドバイス、当事者間で解決が難しい場合の直接調整 等

特に専門性を要する場合  
・ レビー小体型  
・ 前頭側頭型  
・ BPSD対応困難時 等

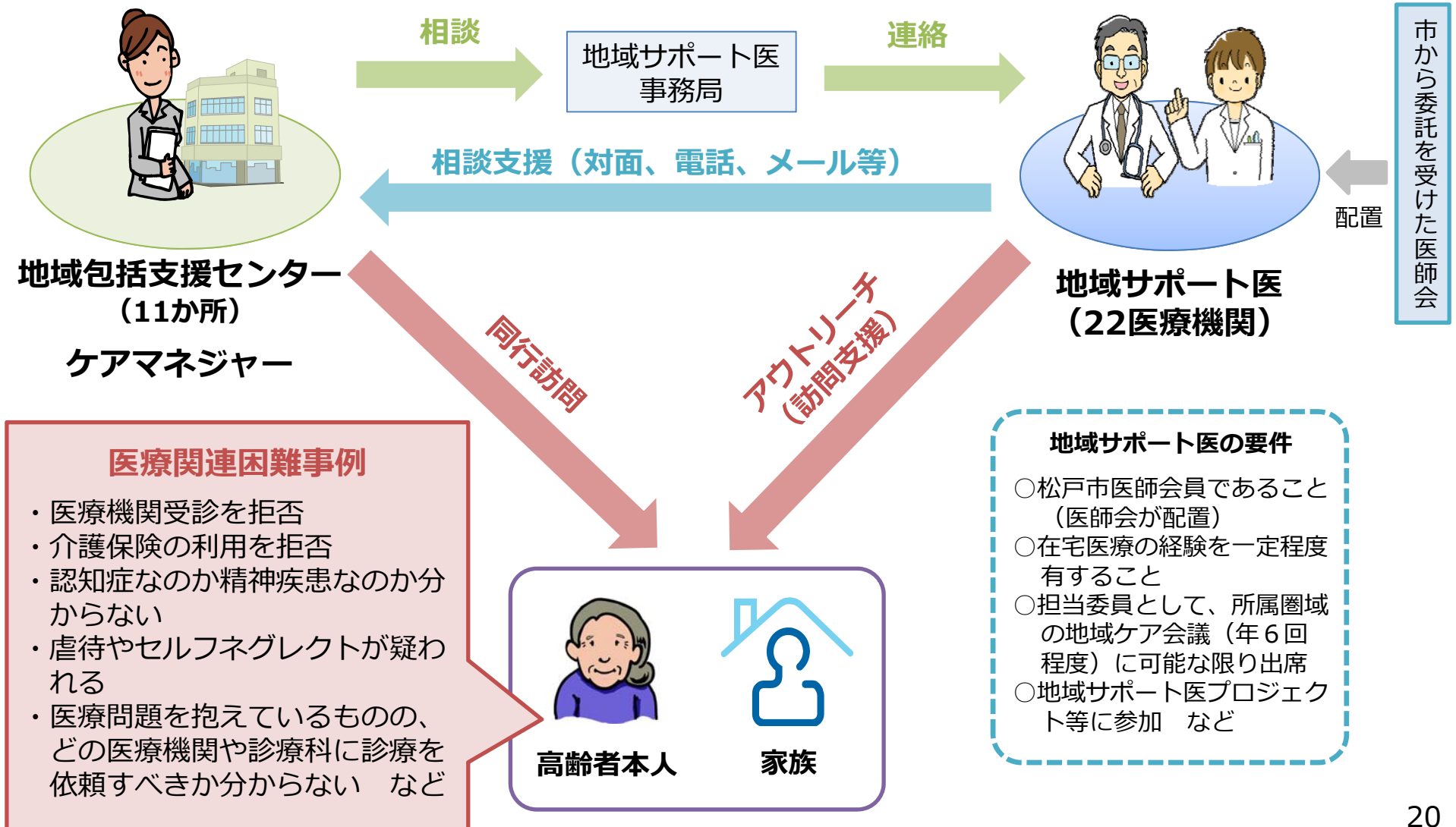
認知症専門医

診療所の看護師が医師への橋渡し役を担う。



# 地域サポート医の概要

- 地域に存在する医療関連の困難事例等に対して包括センターやケアマネが効果的に対応できるよう、松戸市からの委託に基づき、松戸市医師会が日常生活圏域ごとに地域サポート医を配置。
- 地域サポート医は、包括センター・ケアマネへの相談支援を行うとともに、必要に応じて、アウトリーチ（訪問支援）を行う。 【松戸市在宅医療・介護連携推進事業】



# 地域サポート医による相談支援事例（28年度上半期）①

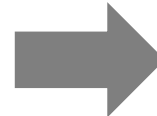
## 【包括センター・ケアマネからの相談事例】

### 相談内容

### 対応内容

#### 【適切な医療機関の紹介】

進行性膵がん。治療を辞退し緩和医療を選択。ギリギリまでできるだけ自宅で過ごしたい。腹水でしんどい。家族にはあまり負担をかけたくない。心の支えが欲しいと言っている。（相談者：ケアマネ）



地理的に近く、外来診療と緩和ケア病棟があり、ベテランのMSWが居て、訪問診療機能も携えている病院を紹介した。同時に、当該病院のMSWに申し送りを行った。

#### 【必要なサービスへのつなぎ、意見書作成】

下肢の皮膚潰瘍にて病院に通院中。家はゴミ屋敷。認知症の疑いもあり同病院へ介護保険の申請について相談したが、皮膚科では主治医意見書が書けないと断られた。本人は他に悪いところがないため他科へ受診するつもりはないと言っている。身体的には通院可能だが、どう説得すればよいか。（相談者：包括）



通院中の病院にて健康診断も行い、その際に、介護保険申請のための受診も行うことを提案。どうしても受診が難しければ、地域サポート医が意見書作成ために外来等で診ることも可能であることを伝えた。

#### 【担当機関に関する調整、相談のしかた】

胃がん終末期。先週末から急に具合が悪くなって動けない、食べられない。かかりつけ医に往診を依頼したが、1週間先まで無理と言われた。どうしたらいいか。（相談者：ケアマネ）



1週間待てない状況を丁寧にかかりつけ医に伝えることを勧める。うまく話が進まなかった場合には、改めて連絡をもらえば、直接調整の支援を行うことも可能であることを伝えた。

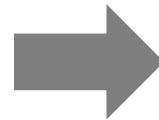
# 地域サポート医による相談支援事例（28年度上半期）②

## 【包括センター・ケアマネからの相談事例】

### 相談内容

#### 【緊急時の医療・介護の使い分け】

病院で抗がん剤治療中だったが、副作用が強くなり中止となり退院した。次回の受診は5日後だが、独居で食事が摂れていない。見守りなしで次回受診日まで大丈夫か相談したい。医療と介護の使い方や対応のスピード感について、アドバイスが欲しい。(相談者:包括)

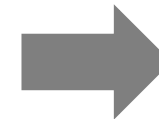


### 対応内容

病院に再度相談してもらったところ、退院時と状況は変わっていないとの判断。本人の意向や独居という介護上の問題なので、ケアマネに緊急ショートステイ先を探してもらい、不可能であれば、レスパイト入院事業で対応することとする。  
⇒結果として、緊急ショートステイ対応となった。

#### 【適切な在宅医療機関の選び方】

3年前から病院で前立腺がんをフォローしてもらっている。全身状態が低下しており、通院困難になってきた。今後の医療機関のかかり方について、どうすればよいか。(相談者:包括)



すでにサービスを提供している訪問看護ステーションから、よく連携している在宅医を紹介してもらえば密接に連携が取りやすいことを伝える。うまく在宅医紹介につながらない場合は、改めてご紹介できるので、遠慮なく連絡してほしい旨を伝えた。

#### 【今後の医療・介護サービスの提供方針】

検診で肺がんが見つかった。年齢も考慮して、緩和ケアの方針となった。元々のかかりつけ医には「何もすることは出来ない」といわれた。今後の選択肢として、施設入所か小規模多機能を利用し続けながらの在宅医療だと思うが、家族と話す前に訪問診療の適応について理解しておきたい。(相談者:ケアマネ)



病気の性質上、現在はADLに障害がなくても、いずれ通院困難となり、終末期の状態を迎えることになる。がん診療領域で重要視されるようになった「早期からの緩和ケア」の観点から、近隣地域で在宅医療に取り組んでいるかかりつけ医にできるだけ早い段階から併診してもらっておく「二人主治医制」の重要性について説明した。



# 地域サポート医によるアウトリーチ事例（28年度上半期）①

～受診拒否・病態不明のまますでに一定期間が経過していた事例～

## 相談

- ①相談者：地域包括支援センター
- ②対象者：60代前半独居男性、認定なし
- ③相談内容：
  - 今年6月、外出先で転倒。当初は、右股関節痛があったが、運転ができていた。7月に入り、両股関節内側の痛みと両下肢浮腫が増し、特に、ここ1週間は外出困難。痛みと浮腫で夜間不眠。夜間も椅子に座っていた。通ってくれる姉の支援により、かろうじて食事水分の摂取は可能。
  - 昨年末、「通帳がなくなった」、「泥棒に入られた」と言って鍵を交換している。家族は以前に比べて、日付の感覚が鈍っていると感じている。
  - かかりつけ医がおらず、家族の言うことを聞かない。雨戸を締め切り、閉じこもっているので、近隣住民も心配している。
  - 本人が拒否するため、救急車も呼べず、診療につなげられない。

## アウトリーチ

- ①対応者：地域サポート医、MSW
- ②所要時間：50分
- ③大まかな診たて・対応：
  - 転倒から1か月以上が経過しているが、臥位になると痛みが増すため、24時間座りきりの生活となっており、硬くむくんでうっ滞している。大腿骨骨折の可能性が高く、両下肢の浮腫の原因として、心不全や腎不全、静脈血栓の合併を除外する必要あり。
  - 検査や外来受診等の必要性を説得し、本人より同意を得た。
- ④医療的見地からの助言等
  - 採血の結果、内臓の疾患は否定的。骨折と血栓評価のため、病院の整形外科と循環器科を受診をすすめた。

## アウトリーチ後の対応

- 病院整形外科・循環器科を受診後、右大腿骨頸部骨折と静脈血栓を指摘されたが、本人が手術を拒否して帰宅。その後、病院受診を理由に訪問診療を一端断られた。
- その後、無理して出かけた外出先で転倒し、救急搬送されて緊急入院。
- 退院の条件として示された訪問診療導入に同意。栄養状態や下肢の浮腫（痛みのため24時間座位で生活していることが原因）を改善して大腿骨の手術を受けることを目指す。介護申請を行い、介護用ベッドを導入し、創処置や栄養介入を行う。

### 【アウトリーチの効果と今後の支援の方向性】

- ①アウトリーチにより、紆余曲折を経て本人が治療の必要性を理解し、病院（整形外科・循環器科）の受診や訪問診療につながった。
- ②介護用ベッドを用いることで臥位をとれるようになり、訪問診療・訪問看護による創処置を継続するとともに栄養状態の改善を目指す。全身状態が改善すれば整形外科で手術施行が可能になる方向。

# 地域サポート医によるアウトリーチ事例（28年度上半期）②

～医療対応が必要だが、医療機関受診先を適切に選択できない事例～

## 相談

- ①相談者：包括センター
- ②対象者：70代女性  
同居家族あり  
認定なし
- ③相談内容：
  - 同居家族より、2ヶ月間便が出ておらず心配だが、病院へ連れて行けない。平成23年に通院歴があるが、それ以降は通院歴はなく、医師による処方もない。
  - 本人は顔色すぐれず活気がない。水分は1日800cc程度摂取、食事は豆腐・かぼちゃ・ぶどうなどを少量摂取。皮膚は乾燥著明、口唇乾燥あり。トイレには手引き歩行で移動。
  - 便秘についてなんとかして欲しい。

## アウトリーチ

- ①対応者：地域サポート医、MSW
- ②所要時間：50分
- ③大まかな診たて・対応：
  - 認知機能障害はある。寝たきりではなく、軽介助でトイレ歩行可能であり、ホルモン異常や内部臓器障害の鑑別診断や可能な治療による全身状態の改善が必要。
  - 採血の結果を見て、方向性を決定。また、訪問看護により浣腸を施行し反応を見る。
- ④医療的見地からの助言等
  - 採血の結果、甲状腺刺激ホルモンが著しく高かった。認知機能障害に甲状腺機能低下症が合併して意欲低下が強まったと思われる。
  - 加えて、高血圧、慢性腎不全、貧血、血小板減少の存在が明らかになった。なお、市販の胃腸薬を大量に服用していることが判明した。
  - 原因となり得る市販の薬剤を中止し、降圧剤を開始して、今後、専門医受診をすすめる。

## アウトリーチ後の対応

- 診療に対する拒否はなかったため、保険診療による訪問診療に移行。
- 大量服用した市販胃腸薬を止めた結果、血小板減少は正常化したことから、副作用であった可能性が大。
- 甲状腺機能低下症は治療可能な病態であるため、活動性や食欲の改善が期待できる。

### 【アウトリーチの効果と今後の支援の方向性】

- ①アウトリーチにより、医師の受診につながり、鑑別診断と全身状態の改善につなげることができた。
- ②認知機能障害に伴うリロケーションダメージを防ぐため、大まかな診断をつけた上で、精査や全身管理を在宅主体（一部、外来通院検査）で行っていく。

## 地域包括支援センターにおける相談事例の終結条件

- 包括センターにおいて、受け付けた相談事例の解決に向けて、必要な対応を行っていくためには、相談事例の終結条件（相談事例が解決したものと判断される条件）を定め、進捗管理を行っていくことが必要。
- 松戸市では、包括センターとの協議の下、市内の全センターに共通する相談事例の終結条件を定めた。

|                        |  |
|------------------------|--|
| <p><b>終結条件</b></p>     | <p>&lt;相談全般&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 相談者の主訴が解決し、主訴以外の困難な問題もない場合</li> <li>(2) センター以外に適切な機関に繋げ、適切に引継ぎがなされたことが確認できた場合</li> <li>(3) 相談者より相談の終了の申し出があり、健康面・安全面等を確認し継続の必要性がないことが確認できた場合</li> <li>(4) 相談者からの連絡が途絶えた場合、センターよりモニタリングを実施し、健康面・安全面等を確認し継続の必要性がないことが確認できた場合</li> <li>(5) 相談者が、必要時にSOSを出せる状態になった場合</li> <li>(6) 相談者が、死亡・転居・入院（退院が見込めない）・施設入所の場合</li> </ul> <p>&lt;後見関連&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 後見人が選任された場合</li> </ul> <p>&lt;虐待&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 虐待の解消および再燃リスクの消失した場合</li> </ul> |
| <p><b>終結できない場合</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 相談者の主訴が解決しても、主訴以外に未解決の困難な問題がある場合</li> <li>(2) 本人・家族が自身の深刻な問題を自覚できておらず、それに対する適切な対策ができていない場合</li> </ul>   |
| <p><b>終結の手続き</b></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 基本的に主担当が、終結の根拠をセンター長に報告し、センター長の承認を得て「終結」とする。</li> <li>(2) 主担当者・センター長が終結で良いか否か迷った場合は、週1回の包括内ケース検討会で全3職種で議論する。</li> <li>(3) 長期間対応を忘れてしまうことがないように、月に1回の「終結判断会議」を開催して、継続中の全ケースの経過確認をする。</li> </ul>  |