

Ⅲ 地域支援協力体制の整備

目標 ひとり暮らしの高齢者の世帯や高齢者夫婦のみ世帯になっても、本人が望む場所で暮らし続けることができる

1 第8期計画の主な取り組み内容 ※計画書に記載のある主な事業等 すこやかプラン川越 P88

- 施策の方向性 1 地域包括支援センターの機能強化の推進と地域ケア会議の充実**
- 地域包括支援センターの体制整備として、職員の増員を全ての地域包括支援センターで行った。
- 施策の方向性 2 医療と介護の連携の充実**
- 医療・介護職間の情報交換を継続的に実施するため、コミュニティアネットワークかわごえと連携し、コロナ禍においてもオンラインを活用したエリアミーティングを実施した。
 - 令和3年度に在宅医療拠点センターの先出機関として、高齢者在宅療養相談窓口を開設し、市民にも相談対象を拡大した。
- 施策の方向性 3 地域による支え合い機能の強化**
- 生活支援コーディネーターは、コロナ禍においても、地域に出向き、また、地域における支え合いの会創出のための支援を行った。
 - ときも見守りネットワーク事業の協力事業者数は目標値の200事業者に到達している。
 - 避難行動要支援者名簿を備えた自治会の割合は8.2ポイント増加した。
 - 福祉避難所の設置数は、介護施設等との協議を行い、2カ所増加した。
 - 地域住民による自主防災組織の結成を推進し、その活動を円滑に進められるよう、引き続き補助金を交付した。
- 施策の方向性 4 権利擁護・成年後見制度に関する相談支援体制の充実**
- 成年後見制度の利用を促進する中核機関(川越市成年後見センター)を令和3年度に開設。制度の周知を図るほか、制度の利用に関する各種相談に応じるなど支援の充実を図った。
- 施策の方向性 5 多様な住まい方の支援**
- 住宅のバリアフリー化への補助や家具転倒防止器具等の取り付け事業を実施した。

2 第8期計画の指標の評価 ※詳細は、資料4-2を参照願います。

指標11項目中、順調(A)・達成が8項目、遅れている(C)及び未達成が2項目、未評価が1項目となっていることから、目標に向けおおむね順調に推移しているものの、以下のような課題がある。

※未達成(C)の原因

- 避難行動要支援者名簿を備えた自治会の割合は、制度の周知を図っているものの、覚書の締結につながっていない。
- アンケート結果から、「自宅で最期を迎えることを希望し、実現可能だと思う」と答えた人の割合が減少し、「わからない」と答えた人の割合の増加が影響している。

3 アンケート結果及び現場の声等から見える現状 (現場の声…包括・CM・リハ職・拠点・保健推進員・SC等)

- 相談・地域とのつながり**
- 地域に頼ることに対する抵抗があると答えた人は約6割。
 - 頼りにされることへの抵抗について、抵抗がないと答えた人は約6割。
 - 近所との付き合いで、あいさつ程度または全くしていないと答えた人の割合は約3割。
 - 地域に出でこない人は、近所で迷惑があつてから地域包括支援センターに相談が入ることがある。
 - 趣味の場、公民館活動には行かすが、地域の活動参加には積極的でない人が多い。
- 本人・家族の不安・負担**
- 施設の入所・入居を検討していないと答えた人は76.4%(83.9%)。
 - 在宅生活を困難にする要因は、単独の理由ではなく、複合的に絡み合っている。
 - 本人や家族に、退院後の在宅生活のイメージがつかず、漠然とした不安を抱えている。
- 医療や介護が必要な場面について**
- 在宅医療について知っている人は42.0%(39.4%)。
 - 家族間で折り合いがつかず、在宅生活への移行ができなかった事例がある。
- 住まい方への不安**
- 最期を迎える時に自宅で過ごすことを希望しているが、実現は難しい、もしくは希望しないと答えた人の理由 居住環境が整っていない 23.5%(22.8%)。
- (凡例)

 - ニーズ調査
 - 在宅介護実態調査
 - 現場の声

※()は前回調査

4 現状の課題

課題と対策(内容及び対象者)		効果										
課題	本人が抱える困りごとを早期に相談できていない	▶ 本人が困った時に相談できている										
	<table border="1"> <tr> <td>本人が日頃から近所の人や地域とのつながりを持つ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>近所の人</td> <td>日頃からのつながりや社会参加の重要性の理解の促進</td> </tr> <tr> <td>近所の人</td> <td>相談先の知識の獲得</td> </tr> <tr> <td>地域の事業者</td> <td>「ちょっとした変化」に気づけるスキルの獲得</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ときも見守りネットワークの登録の促進</td> </tr> <tr> <td></td> <td>「ちょっとした変化」に気づけるスキルの獲得</td> </tr> </table>		本人が日頃から近所の人や地域とのつながりを持つ		近所の人	日頃からのつながりや社会参加の重要性の理解の促進	近所の人	相談先の知識の獲得	地域の事業者	「ちょっとした変化」に気づけるスキルの獲得		ときも見守りネットワークの登録の促進
本人が日頃から近所の人や地域とのつながりを持つ												
近所の人	日頃からのつながりや社会参加の重要性の理解の促進											
近所の人	相談先の知識の獲得											
地域の事業者	「ちょっとした変化」に気づけるスキルの獲得											
	ときも見守りネットワークの登録の促進											
	「ちょっとした変化」に気づけるスキルの獲得											
課題	地域とのつながりが希薄化している	▶ 本人・家族・近所の人不安なく生活できている										
	<table border="1"> <tr> <td>本人・家族・近所の人それぞれが社会参加の重要性を理解してもらう</td> <td></td> </tr> <tr> <td>本人・家族・近所の人</td> <td>日頃からのつながりや社会参加の重要性の理解の促進</td> </tr> <tr> <td>SC</td> <td>地域資源の発掘の促進と、住民に向けて発信する力の向上</td> </tr> </table>		本人・家族・近所の人それぞれが社会参加の重要性を理解してもらう		本人・家族・近所の人	日頃からのつながりや社会参加の重要性の理解の促進	SC	地域資源の発掘の促進と、住民に向けて発信する力の向上				
本人・家族・近所の人それぞれが社会参加の重要性を理解してもらう												
本人・家族・近所の人	日頃からのつながりや社会参加の重要性の理解の促進											
SC	地域資源の発掘の促進と、住民に向けて発信する力の向上											
課題	退院後、在宅生活へ円滑に移行ができないことがある	▶ 医療や介護が必要な場面において適時・適切なサービスを受けることができている										
	<table border="1"> <tr> <td>関係者が在宅生活への円滑な移行に取り組める</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医療機関とCM</td> <td>入退院時連携ガイドラインの活用による、病院とCM間の情報共有の具体化</td> </tr> <tr> <td>医療機関スタッフ</td> <td>退院が確定する前に、CMや訪問看護、家族に対して療養生活を説明できるスキルの向上を図る、もしくは説明する場の設定</td> </tr> <tr> <td>CM</td> <td>退院後を見据えた情報収集、ケアプラン作成の必要性についての周知啓発(講座の実施等)の実施</td> </tr> </table>		関係者が在宅生活への円滑な移行に取り組める		医療機関とCM	入退院時連携ガイドラインの活用による、病院とCM間の情報共有の具体化	医療機関スタッフ	退院が確定する前に、CMや訪問看護、家族に対して療養生活を説明できるスキルの向上を図る、もしくは説明する場の設定	CM	退院後を見据えた情報収集、ケアプラン作成の必要性についての周知啓発(講座の実施等)の実施		
関係者が在宅生活への円滑な移行に取り組める												
医療機関とCM	入退院時連携ガイドラインの活用による、病院とCM間の情報共有の具体化											
医療機関スタッフ	退院が確定する前に、CMや訪問看護、家族に対して療養生活を説明できるスキルの向上を図る、もしくは説明する場の設定											
CM	退院後を見据えた情報収集、ケアプラン作成の必要性についての周知啓発(講座の実施等)の実施											
課題	現在の住まい方に対して不安を抱えている	▶ 本人が望む住まい方を選択できている										
	<table border="1"> <tr> <td>本人・家族が、希望に沿った支援があることを事前に知ってもらう</td> <td></td> </tr> <tr> <td>本人・家族</td> <td>本人の状態、希望に対しての支援に関する情報の提供</td> </tr> </table>		本人・家族が、希望に沿った支援があることを事前に知ってもらう		本人・家族	本人の状態、希望に対しての支援に関する情報の提供						
本人・家族が、希望に沿った支援があることを事前に知ってもらう												
本人・家族	本人の状態、希望に対しての支援に関する情報の提供											

(参考) 国の動向

- 第9期介護保険事業計画の基本指針(案)**
- ・地域包括支援センターの業務負担軽減と質の確保体制整備等について追記(居宅介護支援事業所に介護予防支援の指定対象を拡大及びそれに伴う包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等による一定の関与)。
 - ・かかりつけ医機能の確保に関する検討状況を踏まえた医療・介護連携の強化について追記
 - ・医療・介護の連携の強化、医療・介護情報基盤の整備により地域包括ケアシステムの一層の推進を図ることを追記。
 - ・地域共生社会の実現という観点からの住まいと生活の一体的な支援の重要性について追記。 など