

第4章 地域包括ケアを支える機能の強化

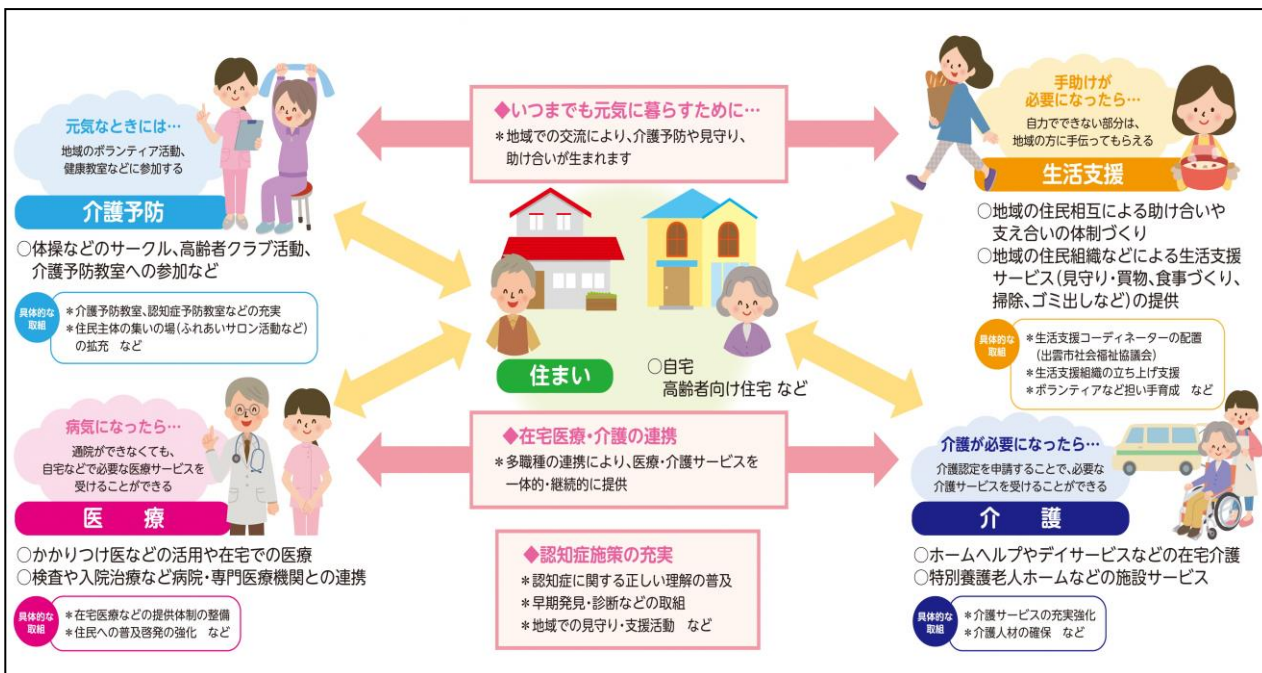
1 地域包括ケアシステムの構築

(1) 地域包括ケアシステムの概要

誰もがいつまでも住み慣れた地域や家庭で、安心して暮らし続けたいと思っています。そのためには、高齢者の自主性を尊重しつつ、「自立」と「生活」を支えるため、行政、医療・介護・福祉関係者、そして地域住民が力と知恵を出し合い、必要な支援・サービスを切れ目なく提供できる体制づくりを進めていくことが重要です。そして、そうした支援・サービスを包括的に提供することが「地域包括ケア」であり、支援・サービスが包括的に確保される体制を「地域包括ケアシステム」と言います。

下の図のように、住み慣れた「住まい」を中心に、「介護予防」「生活支援」を利用しながら、必要に応じ「医療」「介護」を受けられることができるよう、市民一人ひとりが、また関係する団体・組織それぞれが、自らの役割を果たしながら、ともに地域を支え合う仕組みを作り、維持できるようにしていきます。

○地域包括ケアのイメージ図



(2) 出雲市の地域包括ケアの取組の方向性

本市は、市街地のほか、山間部や沿岸部等地理的条件の異なる様々な地域で構成されています。高齢者個々のニーズが多様化する中、医療・介護をはじめ、生活に必要なサービス・資源も異なっています。

そのような地域に暮らす高齢者が、人生の最期まで尊厳を保持しながら、自分らしい暮らしを続けていくためには、高齢者個々の状況に応じて、健康管理や介護予防などの自主的な取組（自助）をはじめ、地域の自治会や近所の住民同士でお互い助け合うこと（互助）を基本とし、それらが活発に行われることを支援する一方、介護保険制度や生活保護制度などの共助と公助がそれらを補完するよう機能させることで、多様な価値観・個々のニーズを持つ高齢者一人ひとりに寄り添い、望む暮らしの実現をめざします。

このような、高齢者の地域での生活を支える地域包括ケアシステムは、地域共生社会（高齢者介護、障がい福祉、児童福祉、生活困窮者支援などの制度・分野の枠や、「支える側」、「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的な社会）の実現に向けた中核的な基盤になっていきます。

○自助・互助・共助・公助からみた地域包括ケアシステム



2 地域ケア会議の推進

(1) 地域ケア会議の役割

地域ケア会議は、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を同時に進め、地域包括ケアを推進するための一つの手法です。

本市における地域ケア会議は、個別事例の検討を通じてケアマネジャーの自立支援に資するケアマネジメント力の向上と地域課題の抽出を目的とする「地域ケア個別会議」と、地域課題の解決への方向性を検討する「地域ケア推進会議」があります。それぞれの開催の主体や内容等は以下のとおりです。

○地域ケア個別会議

開催主体	高齢者あんしん支援センター	市
目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ケース当事者への支援内容の検討 ・自立支援及び重度化防止に資するケアマネジメントの支援 ・地域包括支援ネットワークの構築 ・地域課題の抽出 	<ul style="list-style-type: none"> ・自立支援及び重度化防止に資するケアマネジメントの支援 ・地域課題の抽出
内容	解決困難な個別事例等について、関係者で検討を行う。	居宅介護支援事業所の個別事例について、多職種から専門的な助言を受ける。
参加者	ケアマネジャー、介護サービス事業者、医療従事者、民生委員、地域住民、家族・親族、本人ほか	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、栄養士、歯科衛生士、主任ケアマネジャーほか
開催頻度	随時	月1回程度

○地域ケア推進会議

開催主体	高齢者あんしん支援センター	市
目的	個別事例を通じて明らかになった地域課題の検討	
内容	日常生活圏域など地域特有の課題について、生活支援コーディネーターなど課題に係る関係者(機関)と連携し、地域住民と検討します。	地域課題について、関係者(機関)間で共有し、課題解決の優先順位を検討します。また、課題解決への方向性も検討します。
該当する会議	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ネットワーク会議 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険運営協議会及びその部会 ・認知症高齢者支援強化検討会 ・在宅医療・介護連携推進連絡会議 ・生活支援体制整備推進協議体
参加者	民生委員、地区社会福祉協議会役員、地域住民、コミュニティセンター職員、生活支援コーディネーターほか	各地域の被保険者、医療従事者、介護従事者、民生委員、学識経験者、保健所職員、在宅サービス職員、社会福祉協議会職員ほか
開催頻度	随時	各会議 年2回程度

(2) 地域ケア会議を活用した地域課題の把握と解決への取組の推進

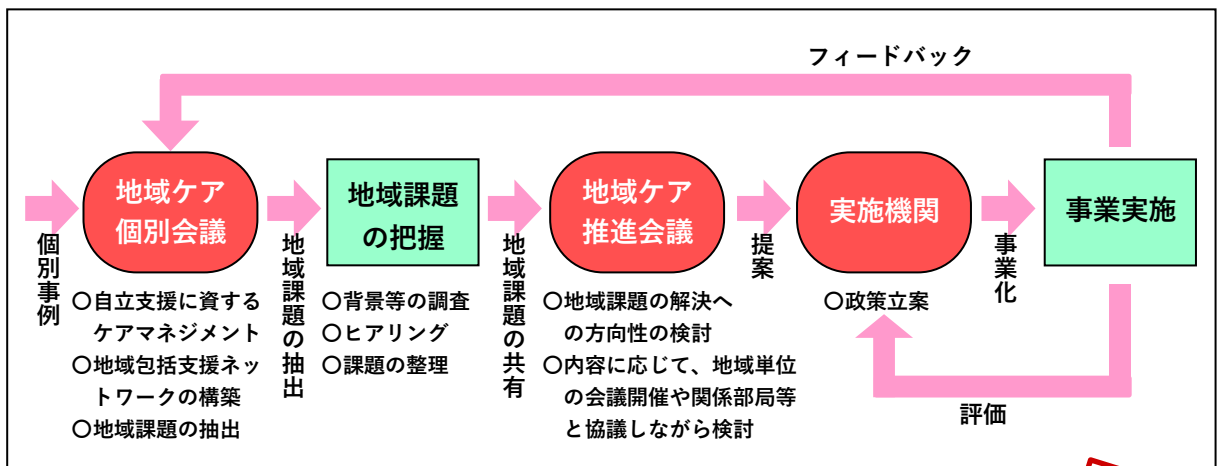
本市と高齢者あんしん支援センターがこれまで開催してきた地域ケア個別会議は、会議で検討した個別事例のケアマネジメント支援において効果があったほか、検討した事例を事例集にまとめて広く周知するなど、ケアマネジャーの質の向上においても一定の役割を果たしてきました。

今後は、これに加えて、地域課題の把握と解決に向けた取組にも重点を置きます。

地域ケア個別会議において抽出された地域課題については、関係者へのヒアリングなどにより、課題の背景や原因等を整理するとともに、地域特有の課題については、日常生活圏域単位等でまとめます。把握した地域課題は、地域ケア推進会議で共有し、関係部局や関係団体とも協議しながら、解決への方向性を検討します。そして、解決に向け具体的に対応する実施機関に提案し、事業実施等につなげます。

このような一連の過程を経ることで、地域が抱える課題を把握し、優先順位をつけながら、一つ一つ解決に向けて取り組みます。

○地域課題の解決までの流れ



「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）」について

【関連する内容：P60】

命の危険が迫った状態になると4人に3人は自身が望む医療や介護などを自分で決めたり、人に伝えたりすることができなくなると言われています。

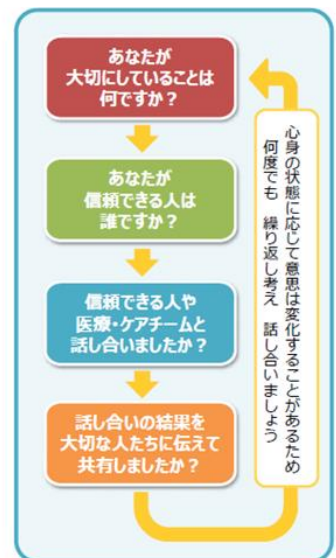
そのようなもしものときのために、自身が望む医療や介護について、普段から考え、家族等や医療・介護従事者と繰り返し話し合い、共有する取組を「人生会議(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)」と呼びます。

本市では、「人生会議(ACP)」を行うきっかけづくりとして、高齢者あんしん支援センターと市で出雲市版終活支援ノート「あんしんノート」を作成しました。自身のプロフィールや家系図のほか、医療や介護が必要になったときにどのような治療やケアを受けたいか、選択肢の中から選べるようになっていきます。

あんしんノートは、市役所本庁のほか、各行政センター、高齢者あんしん支援センターにて無料でお渡ししています。

コラムNo.4

〈話し合いの進め方(例)〉



3 高齢者あんしん支援センターの機能強化

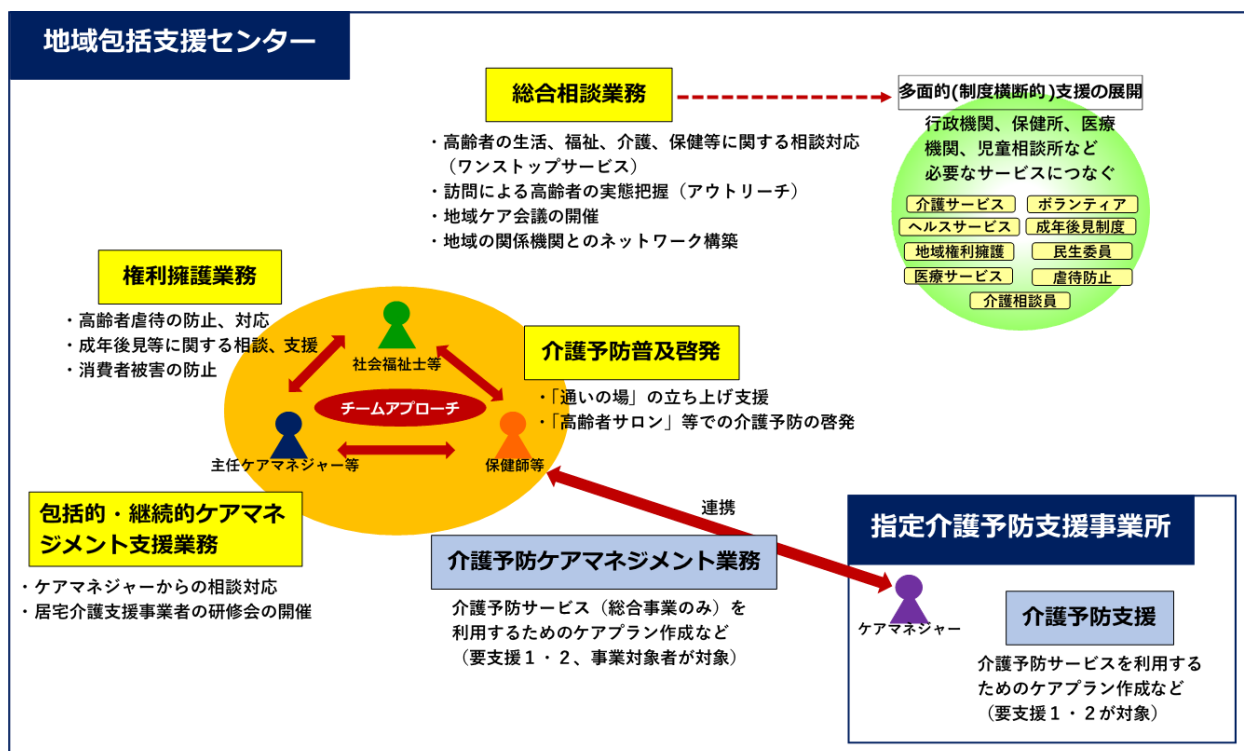
(1) 高齢者あんしん支援センター（出雲市地域包括支援センター）の概要

高齢者あんしん支援センターは、出雲市社会福祉協議会内（旧市町単位）に設置している高齢者の総合相談窓口です。社会福祉士、主任介護支援専門員（以下、「主任ケアマネジャー」という。）、保健師または看護師の三職種を配置し、高齢者の生活、福祉、介護、保健等に関する相談に対応しています。

また、市内の居宅介護支援事業所のケアマネジャーからの相談についても、必要に応じて地域ケア個別会議を開催するなどして対応しています。

そのほか、要支援認定者や事業対象者が、介護予防サービスを利用するために必要なケアプランの作成業務も行っています。

○高齢者あんしん支援センターの業務



(2) 高齢者あんしん支援センターの運営

高齢者あんしん支援センターの運営は市から出雲市社会福祉協議会へ委託しています。委託にあたっては、毎年、市から運営方針を示すとともに、定期的に両者による運営検討会を開催し、運営状況の報告や個別の相談事例から明らかになった地域課題の共有等を行っています。また、「地域包括支援センター運営協議会」を設置し、毎年度、有識者による事業評価を行い、翌年度の運営方針に反映させるなど、地域包括ケアの中核的な機関として、市との緊密な連携のもとで運営しています。

高齢者あんしん支援センターの人員の体制については、国の基準により、社会福祉士、主任ケアマネジャー、保健師または看護師の三職種を、担当するエリアの高齢者数 3,000 人～6,000 人につき各 1 名を配置することとされています。本市では、令和 3 年(2021) 2 月時点で、約 5,600 人につき各 1 名の配置となっていますが、今後、ますます複雑化・多様化する高齢者の課題に対して、しっかりと対応できる適正な人員配置を進めていく必要があります。

(3) 強化する業務

一人暮らし高齢者または高齢者のみの世帯や、複合的な課題を抱える世帯の増加等により、市民から寄せられる相談内容は複雑化・多様化してきています。また、今後も続く高齢者の増加と生産年齢人口の減少により、高齢者の社会参加と介護予防の推進は、本市の高齢者施策において重点的に取り組む課題の一つとなっています。こうした近年の状況を踏まえて、以下の業務について、強化を図っていきます。

① 介護予防の普及・啓発

健康づくりや介護予防に取り組む住民主体の「通いの場」について、市と連携しながら、その活動を支援します。具体的には、立ち上げ時において、活動内容に関する助言や近隣に居住する高齢者への声かけを行うほか、立ち上げ後にも、定期的に訪問し活動が継続されるよう支援していきます。

また、介護予防の啓発のため、コミュニティセンター等で行われる高齢者が集まるイベント等において出前講座を行うなど、地域の状況に応じた啓発活動を実施します。

② 地域の専門機関とのネットワークの構築

一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯の増加に加え、高齢者と障がい者の世帯や「8050 問題*」などの複合的な課題を抱える世帯も増加しており、個々の世帯が抱える課題も多様化しています。

このような状況下において、支援を必要とする高齢者が孤立しないよう、アウトリーチによる早期発見・早期介入につなげるとともに、複合的な課題を抱える世帯に対し、包括的に課題を把握・支援できるよう各専門機関（行政、医療機関、高齢者・障がい者関係事業所、警察等）と連携・協働することで課題解決を図っていきます。

* 8050 問題：高齢の親と働いていない独身の子とが同居する世帯が抱える生活課題

③ ケアマネジャーへの支援

地域のケアマネジャーの日常的な業務が円滑に実施されるよう、自立支援・重度化防止に資するケアプランの作成やサービス担当者会議の開催等について、必要な検証・助言などの支援を行います。困難事例については、高齢者あんしん支援センターの各専門職が連携して対応するほか、必要に応じて地域ケア個別会議を開催し、民生委員等の地域の支援者を交え、ケアマネジャーと一緒に具体的な支援方針を検討します。

また、ケアマネジャーの質の向上を図る観点から、日々のケアマネジメント業務にかせるよう、事例検討会や研修会を実施するとともに、地域で行われている互助活動団体や高齢者サロンなどの必要な情報提供も併せて行います。

これらケアマネジャーへの支援を通じて、高齢者が地域において自立した日常生活を営むことができるよう、包括的かつ継続的に支援していきます。

④ 介護予防等のケアマネジメント業務への対応

指定介護予防支援・第1号介護予防支援のケアマネジメント件数は、総合事業が開始された平成29年度(2017)から毎年、対前年度比約8～10%増加しています。

業務件数が増加する中、ケアマネジメントの質を維持していくため、業務の効率化を進めるとともに、業務を市内の居宅介護支援事業所が行うことによって、より効果的となるケースについては、居宅介護支援事業所の動向を見ながら業務委託を活用します。

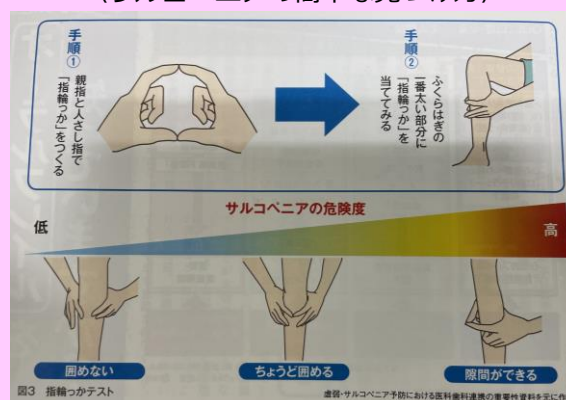
「フレイル」について【関連する内容：P42～P47】

「フレイル」とは、加齢に伴い、心身機能が衰えた状態のことです。フレイルの主な原因として、「サルコペニア（加齢に伴って生じる筋肉量の低下）」があります。高齢者において筋肉量の減少がある一定以上に進行すると、転倒・骨折、摂食・嚥下障害を起し、要介護状態の悪化、死亡リスクなどが高まることが明らかになります。

サルコペニアの予防には、運動と栄養が重要です。運動に関しては、歩行などの有酸素運動に加え、レジスタンストレーニング（筋肉に負荷をかける筋力増強運動）を週2～3回の頻度で、3か月以上継続することが大切です。栄養に関しては、たんぱく質や、アミノ酸が多く含まれる肉や、魚、大豆、牛乳などの摂取が重要です。また、魚に多く含まれるビタミンDの摂取と、ビタミンD生産に作用する日光浴も効果が期待できます。口の健康についても、食品の食べにくさ、飲み込みにくさなど些細な口の衰えに気づいたら歯の治療などを受けて問題を解決し、さらに日々の暮らしの中で、意識的に噛んだり、唇や舌を大きく動かすよう努めることも大切です。

コラムNo.5

〈サルコペニアの簡単な見つけ方〉



出典：公益社団法人日本糖尿病協会発行
月刊「糖尿病ライフさかえ」2018年8月号P9