

平成26年度 第2回

地域包括支援に関する会議

## 資料 2

議題（2）

地域包括支援センターの機能強化について

資料

- 現状の課題とその対応
- 在宅医療連携拠点について
- 地域ケア会議について
- 身近な地域での相談支援体制について

【地域包括支援に関する会議】

次期計画の重点課題（案）	第三次計画の主な取組み	取組みの中で見えてきた課題／国の動向	今後の検討課題等（案）
<p>4. 身近な相談と地域支援体制の強化</p>	<p>○ 地域包括支援センターを中心とした相談・支援体制の強化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括支援センター運営事業 25年度実績；年間相談件数 179,974 件</li> <li>・高齢者住宅相談事業 25年度実績；相談件数 221 件(目標値；400 件)</li> <li>・介護サービス相談員派遣事業 25年度実績；派遣施設・事業者数 130 箇所(目標値；150 箇所) など</li> </ul> <p>○ 見守り・支え合いネットワークの充実</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・いのちをつなぐネットワーク事業 25年度実績；地域会合等への参加 1,728 回</li> <li>・民生委員活動支援事業 25年度実績；民生委員活動件数 313,794 件</li> <li>・高齢者住宅等安心確保事業 25年度実績；対象戸数 322 戸(目標値；322 戸)</li> <li>・いきいき安心訪問の充実 25年度実績；高齢者訪問世帯数 2,440 世帯(目標値；2,464 世帯) など</li> </ul> <p>○ 保健・医療・福祉・地域の連携</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健・医療・福祉・地域連携システムの推進</li> <li>・かかりつけ医の普及啓発 25年度実績；かかりつけ医を決めている人の割合 84.9% (目標値；86%)</li> <li>・かかりつけ歯科医の普及啓発 25年度実績；かかりつけ歯科医を決めている人の割合 76.9% (目標値；80%)</li> <li>・かかりつけ薬剤師等啓発事業 25年度実績；くすりのセミナーの実施回数 11 回(目標値；15 回) など</li> </ul>	<p><b>取組みの中で見えてきた課題</b></p> <p>【地域包括支援センターの相談体制】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域包括支援センターの集約化により認知症や虐待等の支援困難事例への対応強化ができた。また、地域とのつながり強化のため、いのちをつなぐネットワーク担当係長と一体的に訪問しているが、民生委員等から気軽に立ち寄れなくなったとの意見がある。</li> </ul> <p>【支援困難事例の対応】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 認知症や一人暮らし高齢者等の支援困難事例の相談が増え、個々の支援の時間が長期化している。</li> </ul> <p>【在宅医療・介護の連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 在宅医療を必要とするが、独居や認知症等で医療につなげにくい事例がある。</li> <li>○ 地域包括支援センターからの往診等の依頼は、顔なじみの医師に連絡することが多く、一部の医師に負担が集中する。</li> </ul> <p>【認知症の人への対応】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 一人暮らしや高齢者のみ世帯の場合、認知症による生活上の支障が顕著になってから、家族や地域住民から地域包括支援センターへの相談につながることが多い。</li> </ul> <p>【高齢者の増加に対する生活支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 一人暮らしや高齢者のみ世帯の高齢者が増え、日ごろの困りごとの増加が想定されるが、地域包括支援センターでは、生活支援の多様な主体の担い手を把握できない。</li> </ul> <p>【地域の見守り・支え合い】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 見守り・支え合いの活動に地域差がある。</li> <li>○ 民生委員のなり手不足がある。</li> </ul> <p><b>高齢者等実態調査</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「地域包括支援センターが力を入れるべきこと」 ・ 1位「身近なところで相談できる体制の強化」62.8%。</li> <li>○ 「市民センターでの相談」 ・ 「行うべき」「今は必要ないが行うべき」合計61.8%。</li> </ul> <p>【参考（成果指標）】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域包括支援センターを知っている高齢者 ・ 現状；36.1% (目標；50%以上)</li> <li>○ 地域包括支援センター利用時の職員対応に満足している高齢者 ・ 現状；81.1% (目標；80%以上)</li> <li>○ 近所づきあいがほとんどない高齢者 ・ 現状；6.4% (目標；前回値5.7%より減少)</li> </ul> <p><b>国の動向</b></p> <p>【地域包括ケアの推進】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 在宅医療・介護連携の推進</li> <li>○ 認知症初期集中支援チームの配置</li> <li>○ 地域ケア会議の実施</li> <li>○ 生活支援コーディネーターの配置</li> </ul> <p>【生活困窮者自立支援体制の構築】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 生活困窮者の状態に応じた包括的かつ継続的な相談支援の実施</li> <li>○ 地域における自立・就労支援等の体制構築</li> </ul>	<p><b>当面の課題</b></p> <p>【身近な地域での相談体制づくり】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ (仮称) 地域支援コーディネーターによる地域の相談支援体制づくり</li> </ul> <p>【地域包括支援センターとケアマネジャーとの連携強化】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域包括支援センターが支援困難事例に重点化するためのケアマネジャーとの連携促進</li> </ul> <p>【地域包括支援センターの機能強化】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 在宅介護や自立を適切に支援するための効果的なケアマネジメントの実施</li> <li>○ 在宅医療や認知症等の支援強化のための多職種連携の促進（地域ケア会議の開催等）</li> <li>○ 高齢者人口の増加に合わせた地域包括支援センターの人員体制強化</li> </ul> <p>【在宅医療・介護の連携強化】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 在宅医療連携拠点の設置</li> </ul> <p>【認知症初期対応の強化】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 認知症初期集中支援チームの配置</li> </ul> <p>【見守り・支え合いネットワークの強化】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ (仮称) 地域支援コーディネーターによる見守り・支え合いの体制づくり</li> <li>○ 民生委員や福祉協力員等の既存の活動者の活動支援</li> <li>○ 地域包括支援センターといのちをつなぐネットワーク、生活困窮者自立支援等の一体的活動強化</li> <li>○ 区 保健・医療・福祉・地域連携推進協議会等による関係機関・団体の連携強化 など</li> </ul> <p><b>中長期的課題</b></p> <p>【身近な地域と区役所を基盤とした相談体制の確立】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 身近に相談できる窓口と地域包括支援センター、いのちをつなぐネットワークとの一体的な相談体制の構築</li> </ul> <p>【地域包括支援センターを中心とした在宅介護と自立の支援体制の確立】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域包括支援センターによる認知症、虐待、ターミナル等の適切な支援</li> <li>○ 在宅医療の導入が早期・円滑に行える体制整備</li> <li>○ 認知症の初期段階から在宅介護を適切に支援する体制整備</li> </ul> <p>【見守り・支え合いネットワーク整備】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ボランティア、NPO、民間事業者、介護事業者等様々な主体による活動展開</li> <li>○ 日ごろの困りごとを地域で支え合える豊かな互助の構築 など</li> </ul>

## ■在宅医療連携拠点について

### 1 在宅医療推進の背景

#### (1) 高齢者人口の増加

今後しばらくは、高齢者人口の増加が続くと予測されており、2025年には75歳以上人口が全国で2,100万人（2010年は約1,400万人）を上回ると推計されている。

⇒ 高齢者人口の増加に伴い、入院を伴う医療ニーズを持つ患者や認知症患者が増加

#### (2) 平均在院日数の削減

国は、社会保障・税一体改革において、医療資源の集中投入等による病院の平均在院日数の削減を打ち出している。

⇒ 在院日数の短縮化が進み、在宅療養が必要な高齢者の退院数が増加

#### (3) 在宅療養に関する希望

国の調査によれば、自宅等で療養して必要になれば医療機関を利用したいと考えている人を合わせると、約60%以上の国民が自宅等で療養したいと回答した。

⇒ 住み慣れた環境でできるだけ長く過ごせるよう、在宅医療の推進が不可欠

### 2 本市の在宅医療推進への取り組み

在宅医療の環境づくりを進めるため、平成25年6月から12月にかけて北九州市医師会に委託して実施した「医療・介護ひまわりネットワーク推進事業」において、以下の取り組みを実施した。

#### ① 在宅医療と介護の連携体制の構築

・ ICT（情報通信技術）を活用した多職種による情報共有の仕組みづくり 等

#### ② 病院と在宅医療提供機関との連携体制の構築

・ 病院の医師や看護師が、かかりつけ医や訪問看護ステーションとの同行訪問を実施 等

#### ③ 在宅医療関係者の人材育成、市民への普及啓発

・ 在宅医療に関する普及啓発講演会の実施 等

なお、本事業終了後は、北九州市医師会が事業主体となり、福岡県の地域医療再生基金を活用した在宅医療推進事業に引き継がれて実施されている。

### 3 在宅医療連携拠点の必要性

- 今後、医療・介護の両方のニーズを併せ持つ高齢者の増加が見込まれることから、関係者の連携により医療・介護サービスが一体的に提供されることが重要となるが、現状では往診医の情報不足するなど、医療・介護の連携が十分とはいえない状況となっている。
- そのため、地域包括ケアシステムの構築に当たっては、在宅医療を提供する診療所、訪問看護ステーション、地域包括支援センターなどの機関やそこに従事する医療・介護専門職が連携して対応する必要性を踏まえて、多職種間の連携体制の構築とそれらをコーディネートする拠点となる基盤の整備を行う必要がある。

### 4 在宅医療連携拠点の位置付け

在宅医療は、高齢者等の在宅での療養生活を支える中心的な役割を担っていることから、地域包括ケアシステムにおいて重要な構成要素の一つとなっており、在宅医療連携拠点は、改正介護保険法の地域支援事業（包括的支援事業）として制度化され、各市町村が整備することとされている。

## 在宅医療連携拠点事業概要（案）

### 1. 実施主体

地域包括支援センターとは別組織として、医療に関する専門的な知見やネットワークを有する医師会が担う。

### 2. 配置人員

ケアマネジャー資格を有する看護師、医療ソーシャルワーカー等を配置する。

### 3. 業務内容（例）

- 在宅医療に関する専門相談
- 多職種連携の推進に関する事業の実施
  - ・ ICT（情報通信技術）を活用した情報共有
  - ・ 多職種連携研修の実施
- 往診可能な医師・歯科医師の派遣調整
- 在宅医療にかかる診療所等の情報集約・発信
- 訪問看護ステーションの連絡協議会の設置・運営
- 在宅医療従事者研修の実施
- 一般市民向けの普及啓発講演会の実施

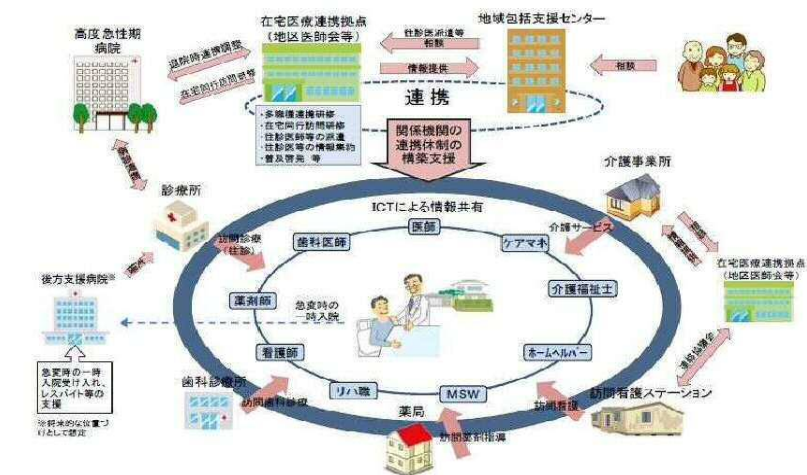
### 4. 対象者及び連携先

本市在住者を対象とし、相談の相手先及び連携先は、地域包括支援センター、介護事業所、病院の地域連携室、訪問看護ステーション等の医療・介護サービス提供者とする。

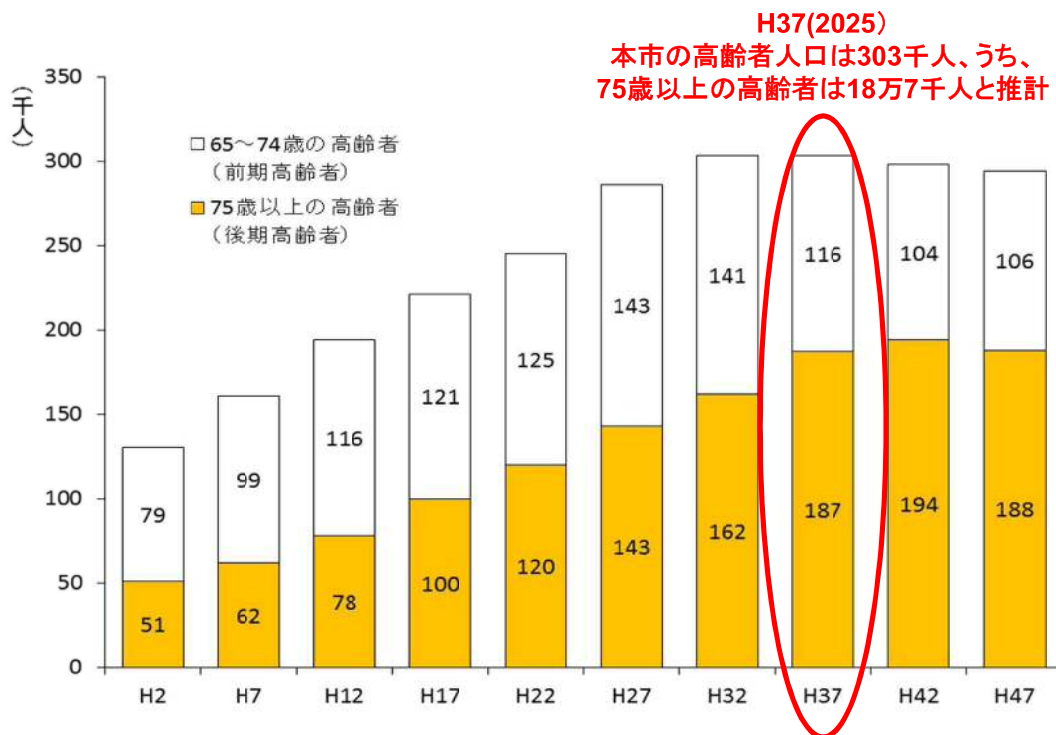
### 5. 設置時期

平成28年4月

## 北九州市の在宅医療・介護の連携推進のイメージ図（案）

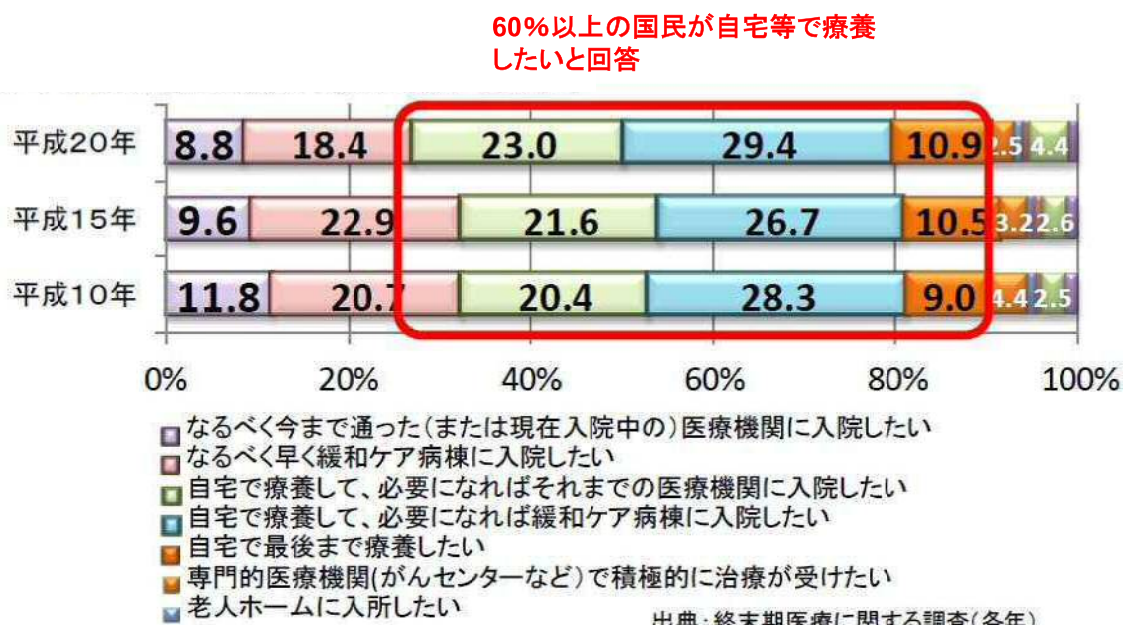


前期高齢者及び後期高齢者の推移及び推計



〔出典〕平成2年～平成22年は国勢調査  
平成27年以降は国立社会保障・人口問題研究所の推計

終末期の療養場所に関する希望



## 北九州市医療・介護ひまわりネットワーク推進事業について

○地域の実情に応じた取組みを進めるため、全ての地区医師会で共通して取り組む事業(①)と、各地区医師会の実情に応じて取り組む事業(②・③)とに分けて、各事業を実施。

### ①在宅医療と介護の連携体制の構築

【ICTを利用した多職種による情報共有の仕組みづくり】・・・全ての区医師会

○多職種協働による在宅医療の支援体制を構築するため、クラウド上で情報を共有するモデル事業を実施。

### ②病院と在宅医療提供機関との連携体制の構築

【在宅同行訪問研修】・・・門司区医師会、小倉医師会、八幡医師会、若松区医師会

○病院の医師・看護師が主治医や訪問看護ステーションと同行訪問を行い、急変時の対応に備えた連携体制を構築。

【レスパイト受け入れ窓口等の設置】・・・戸畑区医師会

○レスパイト受け入れ体制の統括窓口や相談窓口をモデル的に設置。

### ③在宅医療関係者の人材育成、市民への普及啓発等

【小児患者事例検討会】・・・八幡医師会、戸畑区医師会

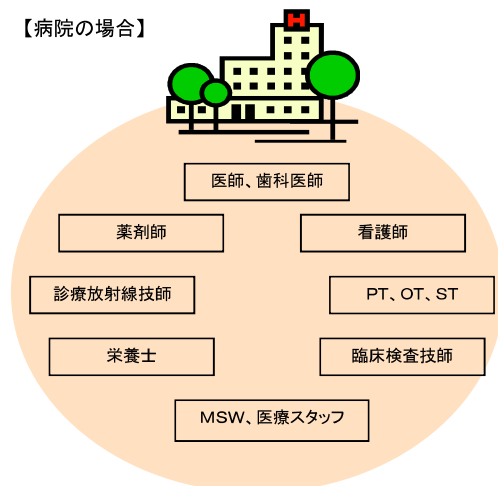
○医療依存度の高い小児の在宅医療・家族支援に対する情報集積・提供、専門的技術支援等を学ぶ事例検討会を実施。

【普及啓発講演会の実施】・・・八幡医師会

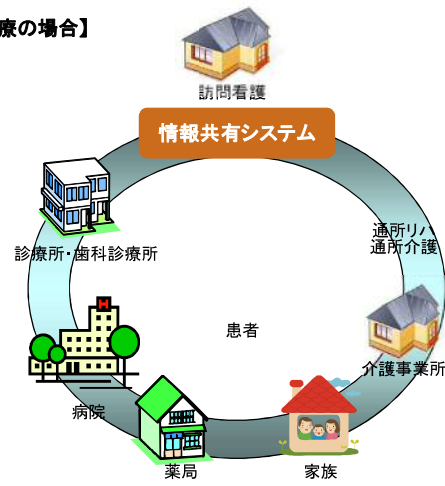
## ICTを利用した多職種連携のための情報共有の仕組みづくり

- 北九州市医師会と連携し、医療職や介護職などの多職種連携による在宅医療の支援体制を構築するため、情報通信機器端末を活用し、クラウド上で患者の療養状況やケアの提供状況に関する情報を共有するモデル事業を平成25年6月より開始(「株式会社カナミックネットワーク」のクラウドサービスを利用)。
- 情報共有の参加者には、患者の医療・介護サービス提供状況を踏まえ、病院、診療所、薬局、訪問看護、訪問リハ、通所介護、居宅介護支援事業所等が加わっている。
- なお、急変時の円滑な対応や、患者本人・患者家族の安心につなげるため、希望があれば、情報共有の参加者に患者・家族を加えることも可能(その場合、閲覧可能にする情報の内容は、医療職・介護職と患者・家族とで差異を設けることができる)。

【病院の場合】



【在宅医療の場合】





医療・看護・介護連携機能のご紹介

患者ごとに部屋を作成

患者ごとの定型化された連携情報  
 ・フェイスシート(連携基本情報)  
 ・カレンダー(関係者予定)  
 ・お薬手帳(薬剤情報共有)

患者を担当している関係者のみが部屋に入れる。

部屋に入る権限を持った関係者が一覧で表示されます。

日々の変化を共有するケアレポート  
 ・患者情報シート  
 ・連絡帳  
 ・ケアプラン  
 ・訪問看護指示書  
 ・診療情報提供書等

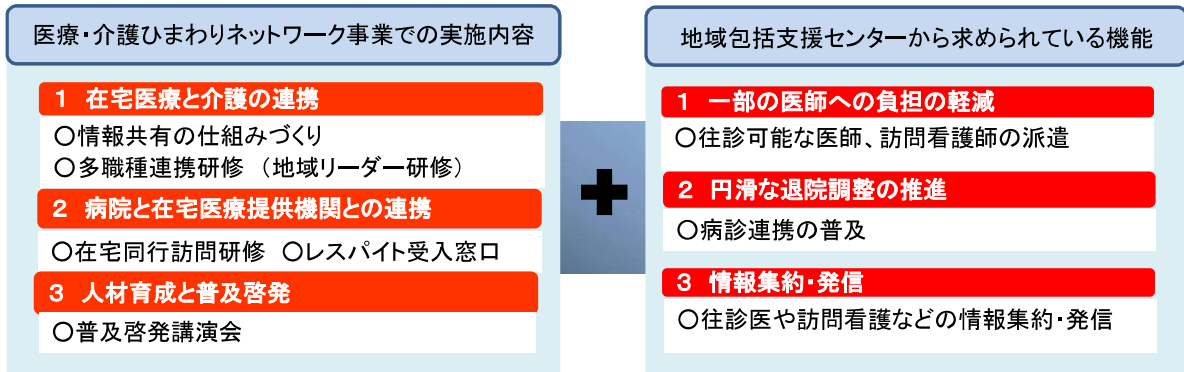
【出所】 株式会社ナミックネットワーク

ICTを活用した多職種連携による情報共有の成果事例

利用者・疾患名	<p>【利用者】 60歳代 女性 独居</p> <p>【疾患名】 アルツハイマー型認知症、高血圧症、アルコール依存症</p> <p>【登録者】 合計9名                  主治医(1名)、薬局(1名)、ケアマネジャー(1名)、訪問看護師(1名)、ホームヘルパー(2名)、書き込み(1名)、デイサービス(1名)、家族(長女)(1名)</p>
それまでの課題等	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 独居であるために、本人の行動等が掴めない                      ex) 転倒(?)による擦過傷あり(認知症のため把握できず)                      訪問してもいない(訪問自体を忘れて外出)</li> <li>➢ モデル事業の実施までは、それぞれがメールや電話等で連絡していた</li> <li>➢ 受診での指示・内服薬等がわからない</li> <li>➢ 薬手帳も持っていない(訪問看護導入後は持っていけるようになった)</li> <li>➢ 日々の生活での問題点もそれぞれで把握</li> </ul>
事業の効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 利用者の日々の生活や行動が見えてきた</li> <li>➢ 関わるスタッフの内容が詳細に把握できた</li> <li>➢ 受診の状況、医師からの指示や注意事項が把握できた</li> <li>➢ 薬剤の処方・変更、注意事項等が共有できた</li> <li>➢ 言動を知る事で本人の思いも知る事ができた</li> <li>➢ 家族が入る事で家族の思いも知る事ができた</li> </ul>

## 在宅医療連携拠点の機能

地域包括ケアの大きな役割を担う地域包括支援センターの機能強化を図るため、医療・介護ひまわりネットワーク事業の取組内容に、地域包括支援センターから求められている機能を追加



## 北九州市内の病院・診療所・訪問看護事業所数

○本市の医療機関数は、病院が90か所（内在宅療養支援病院は11か所）、診療所が966か所（内在宅療養支援診療所は213か所）、歯科診療所が666か所（内在宅療養支援歯科診療所は89か所）である。  
（平成26年4月1日現在）。

○本市の在宅療養支援診療所の届出割合は21.4%であり、全国平均（13.57%）との比較で大きく上回っている。（平成23年・医療施設調査）

	全市	門司	小倉北	小倉南	若松	八幡東	八幡西	戸畑
病院数 ※（）内は在宅療養支援病院数	90 (11)	11 (1)	21 (4)	19 (0)	5 (1)	7 (0)	23 (4)	4 (1)
診療所数 ※（）内は在宅療養支援診療所数	966 (213)	107 (31)	239 (59)	171 (34)	82 (18)	78 (18)	229 (44)	60 (9)
歯科診療所数 ※（）内は在宅療養支援歯科診療所数	666 (89)	62 (3)	177 (26)	113 (19)	51 (7)	44 (7)	177 (20)	42 (7)
訪問看護事業所数	71	6	18	15	2	7	19	4

※医療法では、医療機関のうち病床数が20床以上のものを病院、19床以下のものを診療所と規定している。

※在宅療養支援病院（診療所）とは、在宅等の療養に際して、緊急時の連絡体制や24時間往診できる体制等を確保するなど、厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、地方厚生局長に届出を行った病院（診療所）。

※在宅療養支援歯科診療所とは、在宅等の療養に際して、歯科医療面から支援できる体制等を確保し、厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、地方厚生局長に届出を行った歯科診療所。

## 地域ケア会議について

### 1. 背景

- 地域ケア会議は、介護保険法の改正において、地域包括ケアシステムの実現に向け、地域包括支援ネットワーク構築のための有効なツールとして、取り組みを進めることとされた。
- 介護保険法の地域支援事業（包括的支援事業）として、位置づけられた。

### 2. 地域ケア会議とは

- 地域ケア会議とは、市町村や地域包括支援センターが開催する、個別事例の検討を通じて多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど、5つの機能を果たすもの。
  - < 5つの機能 >
    - ・個別課題解決  
（自立支援に資する事例や、支援困難事例等に関する相談、助言など）
    - ・ネットワーク構築  
（自立支援に資するケアマネジメント普及と関係者の共通認識など）
    - ・地域課題発見機能（サービス資源に関する課題など）
    - ・地域づくり、資源開発（関係機関の役割分担や社会資源の調整など）
    - ・政策形成（介護保険計事業計画等への位置づけなど）
- 既存会議の活用も想定されている。
- 会議の設置形態は、個別ケースの検討を行う地域包括支援センター単位の会議と、圏域ごとの会議、市町村レベルの会議など、複数の会議を地域ケア会議として開催することも想定されている。

### 3. 本市の現状・課題

#### （1）地域ケア会議の5つの機能を担う会議

地域ケア会議の5つの機能を担う会議は、本市では既に、地域包括支援センターの個別事例会議や、統括支援センターの包括ケア会議、市の高齢者支援と介護の質の向上推進会議で開催されている。  
詳細は、別紙1のとおり。

#### （2）地域ケア会議の5つの機能に関する課題

既存の会議で5つの機能を十分に果たすために、いくつかの課題がある。  
詳細は、別紙2のとおり。

< 地域ケア会議の5つの機能に関する課題 >

- 個別課題解決機能において、支援困難事例については検討に上げられているが、自立支援に資するケアマネジメントについての視点が弱い。
- ネットワーク構築機能において、専門多職種協働の観点による構成員になっていないものがある。



## 4. 拡大版包括ケア会議モデル事業

### (1) モデル事業の概要

平成24年度、国が示す地域ケア会議の役割を十分果たすために、統括支援センターが既存の包括ケア会議の構成員を拡大して会議を開催し、事例検討を行った。

### (2) 実施方法

- ・厚生労働省「地域ケア多職種協働推進等事業」での実施。
- ・門司区、小倉北区、八幡東区の統括支援センターが、構成員を3回招集し（1回/月：10月～12月）、18事例（1区6事例）を検討した。

#### <構成員>

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、作業療法士、理学療法士、ケアマネジャー、介護事業者職員、介護施設職員、民生委員、社会福祉協議会職員、弁護士、区役所職員、地域包括支援センター職員、統括支援センター職員

### (3) まとめ（包括、統括職員や構成員による意見）

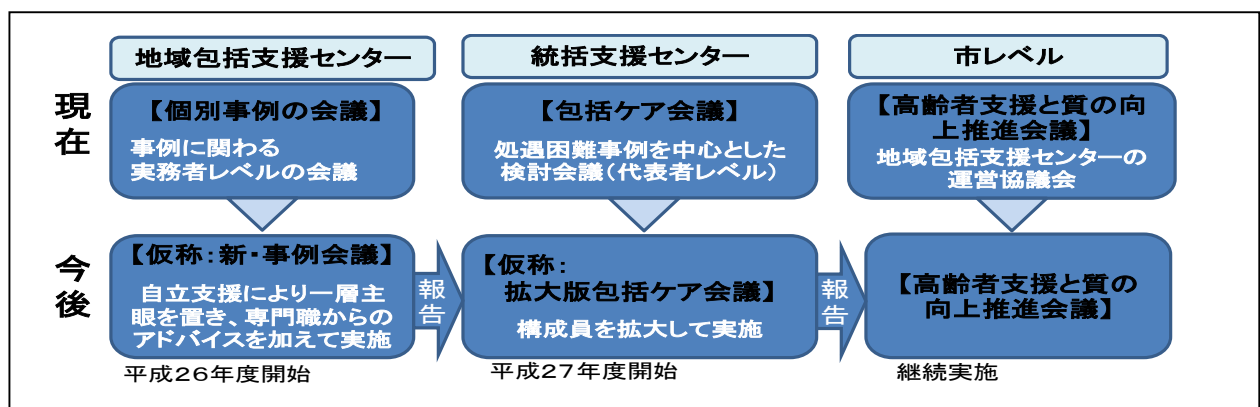
- ・精神科医師や作業療法士、理学療法士から有効なアドバイスを得ることができた。
- ・迅速に検討する必要がある場合、定期開催でない会議が必要。
- ・専門多職種が一同に会するのは困難。
- ・事例から様々な実態や課題が把握できる。

## 5. 地域ケア会議の実施について（案）

### (1) 方向性

- 本市の地域ケア会議は、既存の地域包括支援センターの個別事例会議と、統括支援センターの包括ケア会議、市の高齢者支援と介護の質の向上推進会議とする。
- 会議においては、自立支援に資するケアマネジメントの事例についても、検討する。
- 専門多職種からアドバイスを受け、また、ネットワーク構築など、専門多職種協働の観点をもって、構成員を構成する。

### (2) 具体的内容



## 既存の会議の開催状況(本市における地域ケア会議の開催状況)

実施主体	地域包括支援センター	統括支援センター	市
会議の名称	個別事例会議	包括ケア会議	高齢者支援と介護の質の向上推進会議
目的	○利用者の個別課題解決 ○ケアマネジメント支援を通じた利用者の個別課題の解決	○地域包括支援センターが行う個別支援の専門的・技術的支援	○北九州市高齢者支援計画の策定・推進にあたり、有識者や市民で構成する推進会議を開催し、構成員相互の意見や情報の交換を通して幅広く意見を聴き、高齢者の支援と介護の質の向上を図る。
構成員	事例に合わせ、当事者及び事例に関係する行政職員を召集している。 ○地域包括支援センター職員 ○統括支援センター職員 ○行政職員(保護課CW、保健福祉関係部署職員) ○ケアマネジャー、介護サービス事業者 ○保健医療関係者 など	○統括支援センター ○行政職員(保健福祉課相談担当課長、高齢者・障害者相談係) ○医師、看護師等保健医療関係者 ○ケアマネジャー、介護サービス事業者 ○弁護士 ○民生委員 ○社会福祉協議会 ○警察 など	北九州市高齢者支援と介護の質の向上推進会議開催要綱第3条に基づき、次の各号に掲げるものの中から保健福祉局長が専任 ○介護サービス及び介護予防サービスの利用者 ○介護サービス及び介護予防サービスの被保険者 ○介護サービス及び介護予防サービスに関連する事業者及び職能団体等 ○地域における保健・医療・福祉関係者 ○学識経験者 ○その他(保健福祉局長が適当と認めた者)
内容	○支援困難事例について対応方法や支援方法等の意見交換を行い、検討し、各々の果たす役割の整理と情報の共有を行っている。	○支援困難事例の対応方法について、多職種による専門的・技術的な意見交換を行い、適正な支援方法を検討している。 ○虐待等措置が必要な事例への対応に関する事前・事後の意見交換や支援のあり方の検討  (養護老人ホームの入所措置判定)	○高齢者の活躍推進、社会資源、地域活動に関すること ○介護予防に関すること ○認知症対策に関すること ○権利擁護に関すること ○地域包括ケアに関すること ○在宅生活の支援に関すること ○地域包括の運営協議会に関すること ○介護保険に関すること ○地域密着型サービス運営委員会に関すること ○その他市民や事業者の参画など高齢者施策の推進に関する必要事項について意見交換し、助言を行う必要があると認められるもの
開催頻度	不定期(随時、必要に応じて)	2カ月に1回	不定期(議題に応じて)
地域ケア会議として果たしている機能	○個別課題解決機能 ○ネットワーク構築機能 ○地域課題発見・把握機能 ○地域づくり・資源開発機能	○個別課題解決機能 ○ネットワーク構築機能 ○地域課題発見・把握機能 ○地域づくり・資源開発機能	○ネットワーク構築機能 ○政策形成機能

地域ケア会議の5つの機能を果たしている現状・課題

地域ケア会議が果たす5つの機能	地域包括支援センターが開催している個別事例の会議	統括支援センターが開催している包括ケア会議	市が開催している高齢者支援と介護の質の向上推進会議
個別課題解決	<p>&lt;現状&gt;                      ○地域包括支援センターやケアマネジャー等が関与する中で、支援困難事例があった場合、随時、事例に関わっている支援者や、支援方法を検討することに必要な区役所の所管部署職員や弁護士、作業療法士、理学療法士など、専門多職種の意見を確認している。                      ○課題発見につながる個別事例のケアマネジメントにおいては、地域包括支援センターやケアマネジャーが、国の提示している給付や介護予防計画表、基本チェックリストを活用している。</p> <p>&lt;課題&gt;                      ●支援困難事例は検討に上げられているが、自立支援に資するケアマネジメントの視点が弱い。</p>	<p>&lt;現状&gt;                      ○地域包括支援センターやケアマネジャー等が関与する中で、支援困難であった事例について、定例（1回／2月）で、専門多職種や民生委員等からの助言・指導を受けている。</p> <p>&lt;課題&gt;                      ●支援困難事例は検討に上げられているが、自立支援に資するケアマネジメントの視点が弱い。</p>	—
ネットワーク構築	<p>&lt;現状&gt;                      ○会議の構成員は、個別事例に合わせて招集され、事例に関わっている支援者や、支援方法を検討することに必要な区役所の所管部署職員や弁護士、作業療法士、理学療法士など、専門多職種や民生委員等で構成されている。</p>	<p>&lt;現状&gt;                      ○会議の構成員は、区別に固定され、専門職や社会福祉専門多職種や社会福祉協議会や民生委員等の地域住民で構成されている。</p> <p>&lt;課題&gt;                      ●区によっては、専門多職種としての観点での構成員となっていない。</p>	<p>&lt;現状&gt;                      ○会議の構成員は、専門多職種の団体や地域団体など、保健・医療・福祉・地域の広域で構成されている。</p>
地域課題発見	<p>&lt;現状&gt;                      ○複数の事例を通じて発生している課題などを、地域包括支援センターや統括支援センター職員間で共有し、地域課題を発見している。</p>		—
地域づくり・資源開発	<p>&lt;現状&gt;                      ○個別の事例の課題について、支援関係者と共有し、地域づくりや資源開発につなげている。</p>	<p>&lt;現状&gt;                      ○複数の事例を通じて発見できた地域課題を、ケアマネ研修会や保健・医療・福祉・地域の連携推進会議等で題材として盛り込み、地域づくりや資源開発につなげている。</p>	—
政策形成	—	—	<p>&lt;現状&gt;                      ○高齢者支援計画等の協議の場で、地域包括支援センターや統括支援センターが発見した地域課題や地域づくり、資源開発での現状や課題を盛り込んだ内容を提示し政策形成につなげている。</p>

# 高齢者の保健・医療・福祉の総合相談窓口「地域包括支援センター」の機能強化 ～ 身近な地域での相談支援体制の構築について（案） ～

## 【基本的な考え方】

- 高齢化が進む本市において、今回の介護保険制度改正で国の求める地域包括ケアシステムの構築は重要な課題であり、地域包括支援センターの機能強化が必要。
- 今後、更に高齢化が進む中、専門的な相談支援体制の強化と合わせて、日常生活上の困り事などを身近な地域で対応する相談支援体制の構築を目指す。
- 地域で対応する相談支援体制においては、相談窓口の開設と合わせて、地域での「互助」機能を積極的に推進し、地域資源の発掘・養成・組織化が必要。

## 1. 身近な場での相談窓口（地域包括支援センターブランチ）の開設

### （１）必要性

#### ① 市民要望の多い「身近なところでの相談」

高齢者等実態調査で、地域包括支援センターに期待することとして最も多くあげられたのは、「高齢者が身近なところで相談できる体制の強化」であった。

#### ② 地域包括支援センターに設置校区外の住民が訪れない

各地域包括支援センターは、およそ5小学校区を担当しているが、訪れ、相談する住民は、地域包括支援センターの設置してある校区内の住民で、校区外の住民は区役所を訪れることが多い。

#### ③ 民生委員等からの顔の見える関係性の要望

地域包括支援センターの常駐職員（1名）が交代制であるため、民生委員等からより顔の見える関係性を要望する声がある。

上記を踏まえ

### 市民に身近な場所（市民センター）での相談窓口の開設

### （２）身近な相談窓口の果たすべき役割

#### ① 民生委員等の垣根の低い相談の場

同じ人（（仮称）地域支援コーディネーター）が対応することで、民生委員等と顔の見える関係を築き、気軽に立ち寄れる、より一層、垣根の低い相談の場。

#### ② 生活における些細な困り事の相談の場

家庭の問題を相談することを嫌う市民が多いことも想定できるため、些細な生活の困り事の相談の場。

#### ③ 地域の見守り・支援の調整と地域包括支援センター等へのつなぎ

相談のうち、地域の見守り・支援で対応できるものについて調整等を行い、それ以外、地域包括支援センターやいのちをつなぐネットワークにつなぎ。

## 2. 地域の互助の推進（ふれあいネットワーク等の強化）

### （１）必要性

#### ① 生活支援の必要性の高まり

一人暮らしや高齢者世帯、認知症の高齢者の増加、社会保障の変更により、地域に

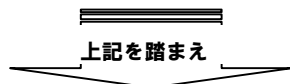
生活力の低い高齢者が増えてくると考えられる。そのため、専門的支援の強化に加えて、日常生活の中で生じる些細な困り事を支援する需要が高まる。

〈些細な困り事の例〉

- ・病弱で日々の生活が不安
- ・ごみを持ってステーションに行けない
- ・電灯が切れたが交換できない
- ・届いた書類が分からない
- ・買い物

②民生委員、福祉協力員等が担う臨時・随時の裾野の広い生活支援の推進

民生委員や福祉協力員等は、日ごろの見守りや話し相手等の活動の中で、必要を感じたときに、臨時や随時に自主的に生活支援を実施しているが、地域差があるなど、今後、こうした活動を底上げすべく支援する必要がある。



地域の互助活動を推進するための（仮称）地域支援コーディネーターの配置

(2) (仮称) 地域支援コーディネーターの果たすべき役割

①地域特性を踏まえる

地区で活動している既存の地域団体や支援者等、互助の実情を把握し、また、地域支援の担当者等と情報を共有しつつ、基盤づくりの進め方、互助の活動支援等を個々の地域で円滑、効果的に実施する。

②互助の基盤づくり（活発に活動を行っている地区への聞き取り例）

- ア) 先導者の継続した地域住民への互助機能強化のための声掛け
- イ) 会議開催による支援者の情報交換と励ましあい
- ウ) ふれあいネットワーク等の支援する組織化の導入
- エ) 支援者の地域担当制の導入
- オ) 顔なじみの関係と積極的な勧誘による支援者の拡大と継続的な確保 等

③互助活動の継続的支援

地域会合に参加し、さらに、市民センターに定期的に巡回し、民生委員等と顔なじみになり、日ごろの相談役となり、互助活動を継続的に支援する。

また、民生委員や福祉協力員、市民等からの相談に対し、地域の見守り・支援で対応できるものについて調整等を行い、それ以外は、地域包括支援センターやいのちをつなぐネットワーク、区役所各相談コーナーにつなぐ。

3. 実施体制のイメージ等

(1) 身近な地域での相談窓口（地域包括支援センターブランチ）の実施体制

（仮称）地域支援コーディネーターが巡回し、相談を受け、必要に応じて、地域包括支援センターやいのちをつなぐネットワークにつなぐ。

(2) 地域の互助（ふれあいネットワーク等の強化）を推進するための実施体制

（仮称）地域支援コーディネーターが地域の見守り・支援の促進を担い、民生委員や福祉協力員等と顔の見える関係づくりを行ってきた、いのちをつなぐネットワークや地域担当保健師等と情報共有し実施する。

(3) (仮称) 地域支援コーディネーターの職種

互助支援を行うため、地域福祉論等を学んでいる職種が望ましい。

(例) 社会福祉士、ケアマネジャー、介護福祉士、保健師、精神保健福祉士 等