

市民福祉委員会テーマ別調査報告書

～地域包括ケアシステムについて～

平成 26 年 9 月 12 日

生駒市議会市民福祉委員会

目 次

1. 調査の概要	1
(1) 調査の目的	1
(2) 調査の経過	1
2. 生駒市の現状と課題	3
(1) 市全般の現状と課題について	3
(2) 地域包括支援センターの取組と課題について	3
(3) 市医師会の取組と課題について	5
(4) 民生・児童委員の取組と課題について	7
3. 先進地の取組み事例	9
(1) 静岡県富士宮市：「総合相談窓口」の取組	9
(2) 千葉県柏市：「在宅医療推進」の取組	10
(3) 広島県尾道市：「尾道方式」における尾道市立尾道市民病院の取組	12
4. 生駒市における地域包括ケアシステム構築に向けての提言	16
(1) 生駒市における地域包括ケアシステム構築に向けた今後の取組	16
(2) 地域包括ケアシステム構築（施策実施）に向けた課題	24

1. 調査の概要

(1) 調査の目的

今年度、生駒市では介護保険事業計画の改訂作業が進められており、今回の改訂作業の中で、重要な課題の一つとなっているのは、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組をどのようにしていくのかという点である。

厚生労働省では、団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年を目途に、保険者である市町村や都道府県において、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じ「地域包括ケアシステム」を構築することを求めており、今、その方向性を明確化し、準備を進めていかなければならない時期にある。

そこで、市民福祉委員会において、医療・福祉・介護に係る生駒市の実態と課題を把握し、今後の生駒市の現状に即した地域包括ケアシステム構築に向けた方向性、施策、課題を検討し、提言することを目的として調査を実施した。

(2) 調査の経過

実施日	調査対象等	調査事項
6月16日	市民福祉委員会	テーマ別調査の実施について
8月4日	静岡県富士宮市視察	<ul style="list-style-type: none">福祉総合相談支援体制の導入経緯について総合相談窓口の取組について今後の課題について
8月5日	千葉県柏市視察	<ul style="list-style-type: none">在宅医療推進の取組と導入経緯について地域ケア会議について医療と介護など多職種連携に係る課題について今後の取組について
8月8日	広島県尾道市立病院視察	<ul style="list-style-type: none">「尾道方式」の導入経緯について「尾道方式、新・地域ケアおのみち2009」の取組について今後の課題
8月25日	梅寿荘地域包括支援センターH	<ul style="list-style-type: none">地域包括支援センターの事業内容・抱える問題点病院や診療所との連携・協力体制の現状、問題点地域との連携、協力体制の現状、問題点今後の地域包括支援センターの役割
8月26日	東生駒地域包括支援センターH	
	社会福祉協議会地域包括支援センターH	
8月29日	阪奈中央地域包括支援センターH	
	フォレスト地域包括支援センターH	
	メディカル地域包括支援センターH	

実施日	調査対象等	調査事項
9月 2日	民生児童委員、生駒市社会福祉協議会 H	<ul style="list-style-type: none"> ・地域レベルでの具体的な活動内容と問題点 ・現場から見える高齢者に係るニーズと問題点 ・今後、地域包括ケアという観点から地域に求められる役割
9月 2日	生駒市医師会 H	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療の現状、課題、推進方法 ・在宅医療・介護連携の現状、課題、推進方法 ・認知症対策の現状、課題、推進方法 ・地域包括ケアシステムの構築に向けた課題、今後の展望
9月 12日	市民福祉委員会	テーマ別調査のとりまとめについて

※ 「H」：ヒアリング調査

2. 生駒市の現状と課題

(1) 市全般の現状と課題について

① 市の高齢者の現状

- ・高齢化率は全国や奈良県平均より低いが、2025(平成37)年にむけた75歳以上の人口の伸びは全国平均(1.32倍)に比し、高い伸び(1.7倍)を見込んでいる。

4月1日現在 前期高齢者 16,959人 > 後期高齢者 12,012人

- ・坂道の多い地形から、膝や腰を痛めると閉じこもりがちな生活を余儀なくされる。
- ・一人暮らし高齢者数が伸び続けている。

② 市の取組

高齢者がいつまでも元気で、自宅に閉じこもることなく過ごせるように介護予防事業に力を入れている。平成24・25年度に厚生労働省の予防モデル事業として介護予防強化推進事業を実施。先進事例として高い評価を受けている。

個々のケースに対し、多職種の参加した地域ケア会議を開催し対応を検討。集中介入期、移行期、生活期に分け、ケースに応じた支援メニュー(通所型事業、訪問型事業、生活支援サービス、集いの場)を提供している。

地域ケア会議には市内全ての地域包括支援センターが参加し、個々のケースについての改善・自立へ向けた取組の内容、実施状況、評価などの情報を共有している。改善・自立できないとあきらめず、多職種の様々な視点でできる方法を考え取り組んでいる。

③ 課題と今後の予定

高齢者1人1人の状態に応じた予防的取組、前期高齢者・後期高齢者別の介護予防事業の立案、リハビリ専門職等が関与した介護予防の取組、高齢者による『自助・互助』の仕掛けや仕組みづくりが課題としてあげられる。

日常生活圏域ニーズ調査や各種アンケート結果を踏まえ、介護保険運営協議会、同予防部会、地域包括支援センター会議で議論し、第6期介護保険事業計画に盛り込み、具現化ができる様に取り組む予定である。また、医療と介護の連携については十分とはいえない部分もある。

(2) 地域包括支援センターの取組と課題について

① 地域包括支援センターの事業内容と問題点について

《事業内容》

市が委託した以下の事業を行っている。

◇介護予防事業(二次予防・一次予防)

◇包括的支援事業

i 介護予防ケアマネジメント

ii 総合相談支援事業

iii 権利擁護事業

iv 包括的・継続的ケアマネジメント

《人員体制》

地域包括支援センターには、看護師、社会福祉士、主任ケアマネージャーが2人または3人配置されている。スタッフは、概ね、65歳以上の高齢者1000人に1人の割合でスタッフが配されている。センターによっては人手不足が見受けられ、自主的な増員で凌いでいるケースもあった。

《活動状況》

委託業務を実施するとともに、地域活動に出向き、各地区の老人会、サロンなどに声かけを行い、地域包括支援センター自体の周知を手始めに、地道な関係づくりを進めている。また、地域のケアマネージャーの事業所に対し、日常的な指導や研修を行っている。支援困難事例に対する助言・指導、地域のケアマネージャーのネットワークづくりも手がける。

総合相談の件数は、地域によって異なるが、概ね各センターで年間800～1000件前後であり、市民からの電話相談、訪問先での相談、入院先の病院からの相談など多岐にわたる。相談内容は認知症、虐待（身体的、精神的）、がんの療養に関するものが多くなる傾向にある。

病院と隣接するセンターでは、受診者が病院内にある地域連携室を通して相談されるケースが多い。相談者の状態によって、次の段階へとつなぐ際には、専門的意見の下につなぎ先を探すとともに、本人がどのような終末期を迎えたいかを聞きつつ対応している。

虐待については、平成25年度に市が地域包括支援センターと連携して「高齢者虐待防止対応マニュアル」を作成、これを活用してケアマネージャーを教育している。虐待を見極める能力を高めていることが、相談数の増加につながっていると考えられる。

金銭管理や権利擁護に関する案件は、生駒市社会福祉協議会と連携する。介護保険分野以外の福祉の相談は、市の関係課につなげている。1件の相談で多方面との連携が必要なケースも少なくない。サービスが軌道に乗るまで、手間と時間がかかる。

閉じこもりがちな高齢者の生活意欲向上を目的とし、レクリエーションや手作りの食事を提供する「ひまわりの集い」が、厚生労働省のモデル事業「市町村介護予防推進事業」の一環で平成24年度から平成25年度にかけ実施され、その後も継続している。

② 病院や診療所との連携・協力体制の状況と問題点について

《現状の取組》

生駒市では、書面で医師との連携を行っている。文書での伝達と面談により医師との連携ができている。他市の病院も含め、病院の地域連携室が地域包括支援センターとつないでいる。病院を退院して自宅に戻る際、本人の希望があれば地域の開業医などを主治医として紹介するケースもある。

《在宅支援》

医師の在宅支援は、概ね充足している。しかし、地域によっては、さらなる医師の連携・関与を望む声もある。現状、訪問看護に関する不足は認められない。

地域によっては、「現場で病院や開業医に相談すべき事案があっても、じっくり時間をとって貰えない」といった不満も聞かれた。また、認知症、精神病の事案が増加しているが、本人が介護保険の適用に必要な受診を拒むため、こう着状態に陥るケースが多い。

③ 地域との連携・協力体制の状況と問題点について

《現状の取組》

地域包括支援センターと地域の連携は自治会抜きで考えられないが、自治会は役員が毎年交代される地区が多く、関係性が中々深まらない状況で、地域で高齢者を見守る環境が整いがたい。就労されている自治会長も多く、日常的な連絡、連携が困難となっている。また、転入・転出が多い地域は、後追いができず情報が途絶えてしまうケースも多々ある。

老人会やサロンと連携しているが、老人会は高齢化が進み、市老人クラブ連合会から脱会するところも出てきている。老人会へ入ること自体、敬遠される高齢者も少なくない。また、サロンも人が固定化し、ボランティアの高齢化が進んでいる。

そのような中でも、センターとして可能なところから老人会、サロンを立ち上げ、活性化するため、啓発を行うとともに、ニーズを聞き、マッチングを行うなど、サポートを行っている。

なお、老人会、サロンなどの地域の受け皿が存在しない地区は、民生・児童委員との連携が重要となる。民生・児童委員の役員会にも参加して今後の取組について協議している例もある。また、警察と連携して、徘徊い高齢者模擬訓練の開催を企画するなど、徐々に地域との連携事業を進めるといった取組もある。

個々の事業者単位では、認知症対応を行っているケースもあるが、総合的に地域の事業者との連携は成されていない。

④ 今後の地域包括支援センターの役割について

今後、高齢化がさらに進み、病院で最期を迎えることが難しくなるため、在宅ケア、在宅医療が重要となるが、それを可能とするため、地域包括支援センターと医師など関係機関との連携がさらに重要となる。また、高齢者の支え、見守りにおいて、若い世代の関わりも大切になってくる。

現状では、関係機関と個々の連携はあるが、ネットワークにはなっていない。高齢者の地域での居場所作りに対して更なるサポートを行い、地域包括支援センターの認知度を上げることが大切である。

なお、地域包括支援センターの活動内容が65歳以上に特化するなど、関係機関との役割分担が明確になれば、センターとしてより充実したきめ細かな対応ができると考える。

(3) 市医師会の取組と課題について

① 生駒市地域医療体制について

《現状の取組》

- ・医師会内には地域医療運営委員会、地域医療室、在宅医療部会がある。

- ・医師会は市内（二次、三次は市外も含む）の一次、二次、三次医療群と互いに情報提供を行っている。

三次医療群：近畿大学医学部奈良病院と奈良県総合医療センター（元県立奈良病院）と奈良県西和医療センター（元県立三室病院）

二次医療群：市内 3 病院、市外 2 病院

一次診療群：内科（小児科）診療所は地区別に 3 班 6 グループに分かれている。その他の診療所を専門科別に 2 班に分け、内科（小児科）診療所をサポートしている。

※一次と二次は病・診連携、二次と三次は病・病連携を行っている。休日夜間応急診療所と一次は診・診連携、二次とは病・診連携を行っている。

※一次医療群は保健・福祉・介護の専門職（保健所も含む）とともにチームケアを行っている。

② 在宅医療・介護連携について

《現状の取組》

病院から在宅での看取りを依頼される件数が多くなってきている。患者を中心とした、一次医療群と二次医療群や介護老人保健施設、介護支援事業者などとの連携についてはケアマネージャーが相互の話を聞いて調整している。

市内の診療所に往診を依頼した場合、9 割程度は受けている。平成 26 年度から薬剤師による在宅医療への取組も始まっており、歯科医師会所属の歯科医とは個人的なつながりで往診を頼んでいる。

複数主治医制については、長年 1 人で診てきているので、医師側も患者側も抵抗がある。しかし、現実には最低 2 人、もしくはグループ主治医制にしないと対応が困難なケースが出てくる。例えば、医師が遠方に外出しているときも患者からの連絡を携帯電話で受けるが、病院に電話で依頼することはできず、緊急性を有する場合は消防に連絡している。なお、在宅医療診療所として登録していても病院の空きベッドがなければ入院受け入れは困難である。

③ 認知症対策について

《現状の取組》

物忘れ外来のある市内の病院があり、認知症の進行緩和などに役立っており、認知症の診療については、認知症家族会のサイト活用を薦める。

④ 地域包括ケアシステムの構築（地域医療連携、福祉関係機関との連携、住民・地域との連携の構築を含む）について

《現状認識》

医師の診察は週 1 回程度であり、独居老人については地域での見守りが必要（新聞配達、消防など）と考える。しかし、高齢者であっても老人といわれることに嫌悪感を抱く人も多く、一方で住民の意識改革の必要性を感じる。地域包括支援センターについても、機能拡大と充実が望まれる。

また、医療や介護サービスを利用するほどの状態ではない高齢者への対応も不足している。サービスを受けられないことで不自由な思いをしている人が多く、相談窓口もない。あったとしても日常生活にかかわること（例えば、電球の交換をだれに頼めばよいか）、生き甲斐にかかわること（例えば、気軽に参加できる集まりはあるのか、幼児に対する幼稚園のような老人の集まりが作れないか）をどこに相談したらよいかわからない人が多いように思う。特別養護老人ホームが少なく、待機者が多いことも問題である。

（４）民生・児童委員の取組と課題について

① 地域レベルでの具体的な活動内容と問題点

活動内容は、地域の高齢者や独居老人を中心に見守りをを行っている。問題がある場合、平日は市や地域包括支援センターにつなげることができるが、土・日・祝日に相談できない。最近では児童虐待、認知症、老々介護等々の問題が増えているが、例えば、市の子どもサポートセンター“ゆう”は日中しか相談できず、認知症への対応は土・日・祝日ではままならない。県の児童虐待の窓口は24時間対応をしているが、休日は即座の対応とはならない。そのため、市の対応時間の拡大が必要である。

民生・児童委員の地区の区割りは、自治連合会など関係機関の地区割りが統一されておらず、連携に困難を感じている。例えば、地域包括支援センターの区割りと異っているため、一つの地区で複数のセンター（1～4カ所）と連携しなければならない場合があり、地域包括支援センターごとに対応の違いもある。

民生委員の仕事はきついで、希望者がほとんどない。自治会長も人選に苦労されている。宅地開発により世帯が増えても、担当する民生委員の数は変わらず、負担が増える。また、委員居住地域以外も担当しなければならないケースもある。

見守りの対象となる高齢者についても、各地区で年間20～30人単位で増加している。高齢者世帯で特に注意しなければならない点の一つが、火災予防である。地域へ影響が及ぶ問題なので、日常的な徹底が必要である。

② 現場から見える高齢者に係るニーズと問題点

独居老人の単独世帯以外に、老々介護世帯が増えてきているが、守秘義務の関係で民生・児童委員に情報が入らず、問題が発生する懸念がある。見守る場合でも、現状では民生・児童委員だけでこれ以上見守るのは難しいので、他市で行っている協力員制度を整備してほしい。

高齢者の関係団体として老人会があるが、老人会を活性化し、元気な高齢者を増やせば民生・児童委員の負担も減る。しかし、市老人クラブ連合会から脱退する老人会が増えている。「動員がかかる機会が多い一方、活動費は減らされている」との声もあるため、老人会の活動への支援を増やしてほしい。老人会の活性化や、サロン等へ的高齢者の参加を促す仕組みが必要である。

最近の65～70才は元気な方が多いので、国から指示されている65才以上の独居老人の調査は、今後70才以上を対象とするほうがよい。

③ 今後、地域包括ケアという観点から、「地域」※に求められる役割

※「地域」とは、住民、自治会や老人会などの各種団体、コンビニやスーパーなどの近隣の事業者・企業のこと。

認知症への対応マニュアルについて、市内の公共交通機関は持っていないが、持っている企業もある。今後、市は、市内で活動している企業に認知症対応マニュアルの作成の指導をすべきである。

老々家庭への対応は大変難しいため、自治会も共に対応する必要がある。地域の見守りに対する意識付けのため、イベントを行う際、自治会も共催してもらっている。

▽市社会福祉協議会の意見

市で民生委員は162～3名いるが、その仕事の内容と量から考えればかなり厳しい状況にある。地域にもっと理解をしてもらいたい。

静岡県富士宮市にみられる「地区社会福祉協議会」の取組については、三重県伊賀市でも事例があるが、同市は合併を行っており、その結果と考えるが、他市の事例を調べてみたい。

市は市民自治協議会の立ち上げに取り組んでいるが、立ち上がれば地域の新しい枠組み作りに寄与すると思われ、注目している。

3. 先進地の取組み事例

(1) 静岡県富士宮市：「総合相談窓口」の取組

① 導入経緯

富士宮市では2005年度（平成17年）に地域福祉計画が策定され、計画の策定に当たっては、市内14ヶ所で住民との座談会を実施。そこからニーズの汲み取りを図り、計画へ反映させた。

計画では「誰もが住み慣れた地域で安全に安心して暮らせる街づくり」を目標に掲げ、高齢や障がい、生活困窮などの理由により支援が必要になった時、適切な支援がスムーズに実施できるシステム作りが求められていた。

このような背景の下で住民が抱える様々な問題を総合的に解決するために福祉総合相談支援体制（高齢者・障がい者・児童・DV等を対象）が導入された。

市民からの福祉分野の相談は、本人のみならず家族の病や経済苦など重層的な課題を抱えているケースが少なくない。それらへの対応は、往々にして縦割り行政の弊害による「窓口のたらい回し」という状況が生じやすい。そこに問題意識を持ち、相談体制は構築された。

② 総合相談窓口の取組

《体制》

市役所内の体制としては総合福祉相談課を設置。そのもと、福祉相談係、地域支援係、保護係が配されている。同課の属する保健福祉部には、福祉企画課、介護障害支援課、子ども未来課、療育支援課、保険年金課、健康増進課が同居しており、連携がとりやすい体制にある。

保健師、社会福祉士、精神保健福祉士などの専門職を配置されている地域包括支援センターは市直営の1ヶ所で、そのもとに地域型支援センター（ランチ）が10ヶ所置かれている。

生活圏域ごとの拠点には、11の自治会支部（自治会数は127）があり、地域型支援センターと連携している。

各生活圏域には、民生・児童委員や自治会役員、保護司会、保健委員会、更生保護女性会、老人クラブ、子ども会、PTAなどの代表で構成する地区社会福祉協議会（中学校区を基本に市内14地区に設置）があり、市民の生活に最も近い位置で機能している。

地区社会福祉協議会を通じ、丁寧にすくい上げられた相談の声は地域型支援センターへ持ち込まれる。センターに配されている職員は、相談の内容に関する聞き取り調査へと出向く。調査の結果をもとに、市役所各課、各専門職、団体などが連携し支援していく。

《取組状況》

福祉総合相談を開始した平成18年度、地域包括支援センターで2034件、地域型支援センターで1724件であった相談件数は年々増加。平成25年度には、地域包括支援センターで3938件、地域型支援センターで17922件となっている。

平成17～18年度、国のモデル事業「未来志向プロジェクト」を受託し、福祉総合相談に取組む先進地視察を実施。さらに、平成19～20年度には「認知症地域支援体制構築等推進事業」を受託している。

現在、認知症の方・家族への支援について、地域（認知症サポーターの育成など）および事業者（コンビニ、新聞販売所、生命保険外交員など）にも理解をもとめ（「地域見守りあんしん事業協力に関する協定」の締結）、見守りを行っている。事業者には、認知症のサポート講座を受講してもらう。また、小中高校では、授業で認知症サポーター養成講座を行い理解を深めている。

③ 今後の課題について

自助、互助を放棄する人をいかに減らし、共助へとつなげていけるか、在宅医療・介護に関し、医療関係者と連携し理解・協力を得られるかが、今後の課題である。

（2）千葉県柏市：「在宅医療推進」の取組

① 導入経緯

柏市は高度経済成長期、急速に住宅地の開発が進行した。その一つの地域であるUR都市機構の団地「豊四季台」（昭和39年開発）は際立って高齢化が進んでいる。

平成16年時点、同団地の戸数は4666戸で、人口は当初約1万人から6000人へと減少。65歳以上の割合は41%（柏市全体では日本の平均と同様の20%）、75歳以上の割合は18%（柏市全体では日本の平均と同様の8%）と、急速に高齢化が進んでいる。

このような中、平成21年、「高齢社会の安心して豊かな暮らし方・まちの在り方」を議論し実践していこうと柏市および東京大学、UR都市機構で構成される「柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会」が発足。平成22年5月には、同三者による協定を締結。「在宅医療の普及」「高齢者生きがい就労の創成」を目標に掲げる『豊四季台プロジェクト』をスタートさせた。

柏市は、同プロジェクトでの成果を足場に在宅医療を市内全域に普及、拡大させていきたい考えである。

② 在宅医療推進体制

UR都市機構による「豊四季台団地再生事業計画」（平成16年開始）の一環として取組が進んでいる。計画は主な内容は以下のとおりである。

- ・高齢者と子育て世帯の融合するまちづくりのための在宅医療・福祉施設導入と子育て支援施設の拡充
- ・住民の交流の場となる地域拠点ゾーンの整備
- ・優れた住環境づくりを先導する景観形成と低酸素まちづくり（ECOプロジェクトなど）への取組

在宅医療を推進するにあたり、市は平成22年度、保健福祉部に専門部署である福祉政策室を設置し、平成24年度からは「在宅医療支援担当」を設置している。また、平成26年4月に柏地域医療連携センターを開設した。

具体的な取組としては、まず、かかりつけ医の負担を軽減するため、医師グループ形成による主治医・副主治医制を導入。急性増悪時等における病院のバックアップ体制（原則は退院元の病院が受入を行う）も確認されている。また、限られた数の診療所だけでなく、多くの診療所が少しずつ患者を支えるシステムも構築中である。

② 地域ケア会議の取組み

柏市では、市内のエリアごと（3地域）で地域ケア会議を開催している。具体的には、現場を担当するケアマネジャーの相談に対し、行政や医師会、薬剤師会、栄養士会など多職種の代表が会議に参加しアドバイスし、支援の方向性を協議していく。

個別の事例について、顔の見える環境で多職種が関わり協議することで、本人の安心感が深まり、関係者の情報共有、対応策の発展、課題解決につなげている。

③ 医療と介護など多職種連携に係る取組

i 訪問看護のニーズの増加にともなう看護師の確保

訪問看護の人材確保へ向けた取組み

- ・看護師復職フェアの開催・・・平成24～25年で4回開催、延べ61人が参加。
- ・訪問看護フォーラム・・・看護師の質の向上を目指し開催。平成24～25年で3回開催、延べ207人が参加。

ii 医療職と介護職との連携強化

連携強化を目指し、多様なワーキンググループ（以下WG）をつくり、普段から連携を深めている。

・医療WG

医師会中心に構成 平成22年5月～24年3月で20回開催し、主治医・副主治医制度や病院との関係を議論。現在は医師会の「在宅プライマリケア委員会」で毎月議論している。

・10病院会議

平成24年以降10回開催、継続中。院長やメディカルソーシャルワーカー（以下MSW）で構成。在宅医療のバックアップや退院調整について議論する。

・試行WG

平成23年11月～平成26年1月までに10回開催。多職種連携ルールを検討。具体的症例に基づく試行と検証を実施。評価チームを設置している。

・連携WG

平成22年7月～平成26年3月までに28回開催。各職種の代表が参加。多職種連携のルールを決定する。

・顔の見える関係会議

平成24年6月から8回開催され継続中。医療・介護関係者が一堂に会し、顔の見える関係の構築を目指す。

④ 今後の取組

主治医、副主治医制の全市展開と定着を目指している。また、在宅医療への市民の理解を深めるための施策を展開し、療養生活を支援するための中核拠点「柏地域医療連携センター」における相談業務などの充実も行う。

(3) 広島県尾道市：「尾道方式」における尾道市立尾道市民病院の取組

① 「尾道方式」の導入経緯について

地元の医師会長が、公立みつぎ総合病院での取組やヨーロッパの医療の現状を勉強され、「近い将来、在宅医療が必要とされる時代が到来する。その折りには開業医が往診する際には、病院や多職種との連携が必要となる」という認識の下に、今でいう介護保険サービスにあたる仕組みの構築を開始した。

このような背景の中、平成6年、尾道市医師会は「尾道市医師会高齢者医療ケアシステム整備・基本コンセプト」を策定し、多職種協働による高齢者の包括医療ケアシステムの構築に取り組んでいる。この医師会の取組は「尾道方式」と呼ばれている。

② 「尾道方式・新・地域ケアおのみち2009」の取組み

上記の「尾道方式」を推進する中で、社会福祉協議会や、民生・児童委員、尾道市公衆衛生推進協議会、老人クラブ連合会、尾道警察署などとも連携し、地域ぐるみで保健活動、健康寿命の延伸、認知症対策などを行い、高齢者虐待への対応を含めた地域住民の安全・安心を確保する取組を行っている。

③ 尾道市立市民病院で実践されている取組等について

《尾道市の医療環境》

- ・急性期病院 3病院（合計963床）2次～2.5次（3次はない）
- ・回復期リハビリ病院 2病院
- ・療養型病院・有床診療所 12施設
- ・開業医医療機関 約110（医師数約280名）

《尾道市立市民病院の概要》

- ・330床、26科、地域医療支援病院、癌拠点病院。二次医療を担っている。
- ・平均在院日数15日【医師が早期退院を促すことなく、入院直後からの在宅支援ナース（以後ナースをNSと略す）などの関わりにより短縮できている。】
- ・医療機能評価Ver.6
- ・経営は今後は苦しくなると思われるが、現在、概ね良好。
- ・認定NS9名（内1人は癌看護専門NS）。
- ・NST（栄養サポートチーム）が有床診療所や企業で出前講座を開催。
- ・集学的がん治療センター、血管診療センターでチーム医療実施。

《地域連携室の取組》

- ・スタッフ：NS 3人,MSW 2人,事務職 2人
- ・業務：予約、受付、紹介、外来・入院患者の医療福祉相談
地域医療支援病院としての活動・・・医療提供（救急医療含む）
医療機器の共同利用
地域の関係機関との連携・連絡調整（カンファレンス、訪問看護ステーション
管理者会議への出席、訪問看護師からの退院後一ヶ月情報提供等）、24年度
から実施している患者サポート体制（相談窓口）など
地域の医療従事者に対する研修の実施
地域連携パスの作成（開発）と活用（推進・評価も）
⇒開業医との前方連携・・・広報配布や地域連携パス説明のために開業医訪問
（院長、医師、看護師長、事務部長とともに）
顔の見える連携（二十日会：月1回の宴会を実施）
IDリンク登録（尾道地区システム連携により急性病院と開業医のカルテ共有）
⇒『天かける医療介護連携』に参加、H24年3月医療連携推進特区認定。
※開業医、調剤薬局、ケアマネージャーも登録できる

《在宅支援看護師の取組（外来・病棟の両方に配置されている）》

- ・入院前から入院期間に掛けて在宅を見すえた看護ケアに取組、スムーズな在宅支援につなげる。患者のQOL（生活の質）を低下させない、セルフケア能力を高めるよう取り組んでいる。
- ・地域医療連携室と共に、院内での看護連携を強化し、入院中に在宅に向けた良質な退院支援ができるシステムを構築する（結果として在院日数の短縮につながっている）。
- ・退院後に支援した患者全員に電話で連絡し状況を聞き、自宅訪問を行う。

《退院支援の取組み》

入院直後から、在宅支援NSや多職種による支援を行っている。地域医療連携室、ケアマネージャー、訪問NSが協力。

【支援のプロセス】

i 病棟NSは支援が必要な患者には『退院支援計画書』を作成し、地域医療連携室に支援を依頼する。

※支援患者の選択：

- ・医療管理、医療処置が継続する場合（ADLが低下し在宅ケアに援助を要する場合、癌の末期や難病等で病状が進行する場合、在宅でうまくいかず入退院を繰り返す場合など）
- ・経済的な問題、家族背景、認知症がある場合

ii 地域医療連携室は、まず患者・家族と面談し、方向性の確認を行う。

- ・在宅支援の場合・・・院内多職種との情報共有、院外の関係機関とコンサルテーション、退院前ケアカンファレンスの開催

- ・ 転院支援の場合・・・地域の医療機関への転院調整

iii 退院前ケアカンファレンス

【在り方】

- ・ 入院中の治療・ケアを総括し、患者から日常生活者へ移行していくための情報共有と、治療、ケアの連続性の保障の場となっている
- ・ 患者にとって『依存』から、支えあって生きる『自立』への移行と考えている

【多職種協働】（通常15名程度）

医療職（医療関係者）：病院、診療所、訪問看護ステーション、調剤薬局など

介護職（介護関係者）：ケアマネージャー、老人保健施設、介護サービス事業所など

社会福祉資源（社会福祉関係者）：社会福祉士、民生児童委員、医療福祉機器販売業者

【目的】

- ・ 安心して退院できるようにする
- ・ 急性期病院からの切れ目のないサービス(医療・看護・福祉・介護)を提供する。

【事前準備】

- ・ ケアマネージャーにサービスの調整を依頼
- ・ ケアマネージャーが病棟を訪問し情報を収集する
- ・ ケアマネージャーが事業所等へ連絡。サービス計画書を作成し事前に提供。

【開催当日の流れ:15分～30分】

地域医療連携室が司会を行う。

開催目的の紹介、参加者自己紹介、入院中の経過・ケア説明、在宅主治医から疑問点等の確認、サービス計画説明（ケアマネージャー）、在宅サービス提供事業者等からの質問のあと、患者さん・ご家族からの疑問点、希望等が話される。

【効果】

- ・ 関係者間で緊急時の対応などについて共通認識を持つことができる。
- ・ 病院主治医と在宅主治医の連携をはじめ、病院スタッフと在宅チーム連携がスムーズになる。
- ・ 病院、開業医間の紹介逆紹介率が増えた。
- ・ 顔の見える連携ができ、患者・家族にとって安心感あり
- ・ 医療、介護双方のスタッフのレベルアップにつながる。

【件数】

平成25年度324件で、医師を除いたカンファレンスも行われている。入院患者だけでなく、外来患者のケアカンファレンスも行われている。（平成25年度6件）

【尾道市において退院前ケアカンファレンスが根付いた理由】

- ・ 元医師会長の強力なリーダーシップ
- ・ 重症患者でも在宅で診ていけるシステムをつくれる医師間の強いつながり
- ・ 患者のためにというみんなの熱意
- ・ 患者や家族の満足感にスタッフが喜びを覚える
- ・ ケアマネージャーや在宅スタッフ（介護士・ヘルパー等）に対する医師会を中心とした継続教育の充実

《開放病床》

- かかりつけ医（開業医）が市民病院の主治医とともに診察し、カルテに記載する。
- 退院後、かかりつけ医は入院経過を熟知した状況で診察できる。

《終末期患者の在宅支援》

- 退院調整に無駄な時間をかけない(在宅で過ごせる貴重な時間を奪わない)
- 担当ケアマネージャーと連携
- 病院でサービス調整を完結するのではなく、退院後、かかりつけ医のところでケアカンファレンスをすることもある。

④ 今後の課題について

今後、開業医の高齢化によるかかりつけ医の減少が見込まれており、市民病院等の病院医師の確保も問題である。「尾道方式」実現のベースには、医師同士の顔の見えるつながりがあり、その継続も課題である。

また、病院の経営上の問題として、近年の医療保険点数の仕組みは病院経営を難しくしており、今後はさらに経営が難しくなると予想される。

4. 生駒市における地域包括ケアシステム構築に向けての提言

(1) 生駒市における地域包括ケアシステム構築に向けた今後の取組

生駒市の介護保険事業の取組の実態、行政、地域包括支援センター、医師会、社会福祉協議会、民生・児童委員が現場で感じている問題点及び課題を踏まえ、生駒市において地域包括ケアシステムを構築するための今後取り組むべき事項を提案する。

① 在宅医療体制の強化

○在宅医療を担う医療連携体制の構築

【現状における問題点】

高齢者が地域に暮らし続けるためには、在宅医療は不可欠な要素となる。

しかし、現状では、在宅医療は個別診療所（医師）により担われ、一人の医師が各患者を診ることとなっているため、医師の負担が大きくなっている。また、地域によっては在宅医療を支える医師が不足しているなどの問題も抱えている。

【今後取り組むべき事項】

医師会と協力して、現在構築されている一次医療群の6グループの各グループを単位として、各診療所が相互に協力できる在宅医療の実施体制（主治医の複数担当制等）を構築する。

併せて、各診療所グループをバックアップできる病院との連携体制を構築する。

上記による各診療所（医師）の負担軽減の体制整備に合わせて、現在在宅医療に参画していない診療所（医師）に対して、協力が得られるよう、顔の見える会議を通して問題意識の共有化を行い、協力を求める。

○ケアチーム（※）づくりのための組織間連携の構築

【現状における問題点】

在宅医療は医療行為のみで完結するものではなく、生活の場を維持するための生活支援、介護、福祉の各サービスとともに考える必要がある。

現状では、診療所と地域包括支援センターが連携しつつ、個別案件ごとに対応しているものの、必ずしも各患者に対して必要なサービス（医療、介護、福祉、生活支援等）の提供者がケアチームを作って対応することができていない。

また、増加しつつある認知症については、初期段階の対応から治療・ケアにつなげる体制は、未だ不十分である。

【今後取り組むべき事項】

地域包括支援センターを中心として、一人の患者に対してケアチームを作り、病院、診療所、地域包括支援センター、介護、福祉、生活支援等のサービス提供者が連携してサービスを提供できる体制を構築する。

特に、入院患者が退院する場合には、切れ目なく在宅医療へ移行できるよう病院の地域連携室と地域包括支援センターとが連携し、医師を交えた退院前ケアカンファレンスやそれに代わる取組を実施する。

また、効率的、効果的にサービスを提供できるよう、関係機関が相互に情報を共有できるよう、医療、介護、福祉の各分野で横断的に活用できる情報システムを整備する。

認知症対応については、初期段階からのサポート、治療・ケアにつながる体制を確立するため、関係機関相互の連携・協力体制を強化するとともに、市民への啓発活動を実施する。

以上のような体制整備は、個別的な対応では困難であることから、医師会、行政等の組織的な連携のもとに進めることが必要となる。

※ケアチーム：ここでは、患者毎に設定される医療、介護、福祉に係る担当者により構成されるグループを意味する。

② 地域包括支援センターを中心とした多職種連携の強化

○地域包括支援センターの機能強化

【現状における問題点】

地域包括ケアを支える拠点として、地域包括支援センターが担うべき役割は今後ますます重要となり、その活動量はますます拡大していくことが予想される。

しかし、現状では、立地する地域の特性（後期高齢者数、独居高齢者数、老々世帯数、地域の広がり、問題事例の件数、地域組織の有無など）によっては、繁忙度が高くなっているため、マンパワーが不足し、きめ細やかなサービス、地域に密着した取組（地域活動の育成・支援など）が困難となっている施設も見られる。

また、未だ地域包括支援センターの認知度が低く、市民との間に信頼関係が十分に築けていないため、例えば、職員の戸別訪問が受け入れられない（潜在的なサービス需要者へのアクセスが困難となっている）場合も見られる。

【今後取り組むべき事項】

きめ細やかなサービス、重要となっている地域に密着したサービスを充実するため、人員が不足する地域包括支援センターに対して人員の補充を支援する。

地域住民との信頼関係を築き、地域と協力して活動しやすい環境を作るため、地域包括

支援センターの認知度を高めるため、その存在、事業内容等を市民に広報するとともに、分かりやすい、親しみやすい名称への変更も考慮する。

○多職種（機関）の役割の明確化と連携強化

【現状における問題点】

地域包括ケアの実践には多職種（機関）の連携は不可欠である。

地域ケア会議の設置等により、現状において、地域包括支援センターを拠点とした、医療、介護、福祉等、各分野の関係職種（機関）の連携は一定程度確立しつつある。ただし、一部で役割分担が明確になっていないために、地域包括支援センターの負荷が大きくなっているといった現状が見られる。

【今後取り組むべき事項】

多様な業務が地域包括支援センターに過度に集中することのないよう、その守備範囲を明確化するとともに、地域包括支援センターを拠点として、必要とする市民に対し、必要なサービスを的確に提供するため、関係職種（機関）との役割分担・連携できる体制を強化する。

そのため、各関係職種（機関）の取組実態、役割、抱える問題を相互に認識し、共有するとともに、全市的な制度・施策の検討から個別事例に対する解決策の検討まで、様々なレベルでの協議ができるよう、地域ケア会議を始め、関係者が定期的に顔を合わせて、研修、研究、意見交換ができる場を整備する。

○専門職員の確保・育成

【現状における問題点】

地域包括支援センターの機能強化には、そこに配置されている専門職員の充実（増員、質の向上）が不可欠である。

特に、地域包括支援センターにおいては、ケアプランの作成段階で最も多くのマンパワーを必要としており、プラン作成件数が拡大するとともに、特にケアマネージャーの負担が大きくなっている。今後、プラン作成件数の増加し、さらに問題事例が増加することが予想される中で、ケアマネージャーを始め専門職員が心身ともに健康な状態で勤務できるように配慮が必要となっている。

また、より充実した活動を行うためには、職員のスキルアップは不可欠であるが、研修機会が少なく、先進事例などの情報が不足しているなど、人材育成に課題が残されている。

【今後取り組むべき事項】

福祉需要がますます拡大する中で、各地域包括支援センターにおいて必要となる専門職員を確保（増員）するとともに、専門職員のスキルアップに向け、先進事例等の情報を公開・提供するとともに、事例研究会などの研修機会を拡充する。

また、地域包括支援センターの専門職員の確保、育成に対して支援のあり方を検討する。

○必要な人に必要なサービスが行きわたる仕組みづくり

【現状における問題点】

地域包括ケアの基本は、医療・介護、福祉、生活支援の各サービスについて、必要とする人に必要なサービスを提供できることである。

しかし、一部には、

- ・サービスを必要としているがサービスを受けられていない人を発見できない
- ・サービスを必要とする人が、サービスがどこでどのように提供されているのかわからない
- ・サービスにどのようにアクセスすれば良いのかわからない

といった理由から、十分にサービスが行きわたらない状況も生じている。

医療、介護サービスを受けられない人へのケアが必要となっている。

【今後取り組むべき事項】

どのようなサービスが提供されているのか、どこにアクセスすればサービスを受けられるのか、といった情報を市民に提供するため、広報活動を充実する。

他方、医療、介護サービスに対する潜在的なニーズを発見できるよう、また、市民が容易に情報にアクセスできるよう（相談窓口の敷居を低くするため）、総合相談窓口としての地域包括支援センターを広報、周知し、認知度を高める。

併せて、市民が必要とするサービスへの的確につなげるよう、総合相談支援業務をよりきめ細やかに行えるよう充実する。

③ 地域力の強化

○生活支援の体制確保

【現状における問題点】

軽度認定者の訪問介護利用時の内容は、買い物、掃除、調理等の生活援助サービスが大

半となっており、特に有資格の訪問介護員の対応を要しないサービスへの対応方法について検討課題となっている。

現状では、配食サービスなど、一部にボランティア団体等が生活援助サービスを提供しているものの、全市的にカバーできていない。

【今後取り組むべき事項】

有資格の介護員によらず、買い物、掃除、調理等の生活援助サービスを提供できるよう、地域のボランティア組織を育成する。併せて、有償あるいは無償で戸別訪問しつつ日常的な生活援助が行えるよう、例えば、宅配業者、電気屋などの地域の事業者に対して協力を求める。

○高齢者の行き場づくり

【現状における問題点】

介護予防の観点から、人との交流は重要な要素であり、各地域に身近で、行きやすいところで人との交流が行える場があることが重要となっている。

しかし、各自治会において、老人クラブが組織化され、あるいはサロンや体操教室などの活動が行われているものの、これら組織、活動がない地域も存在する。また、既存の組織においても構成員の高齢化が進み、活動が低迷し、あるいは活動を継続できない状況が生じてきている。ましてや、新たな組織を設立することは担い手がいないなどの理由から困難となっている。

組織のない自治会に代わり、地域包括支援センターが主導して交流の場を設置している地域も見られるが、場所の確保、アクセスの確保などの面で問題を抱えている。

【今後取り組むべき事項】

地域包括支援センターが行政と協力しつつ、各自治会でのサロン、老人クラブの設立・活動維持を支援するとともに、その一環として元気な高齢者、若い世代等のボランティアスタッフの呼びかけ、育成を行う。

また、サロン、老人クラブが低迷している地域においては、代替的に地域包括支援センター等が主体となって、多様な行き場（交流の場）の創出を行うよう支援を行う。

○自治会との連携強化

【現状における問題点】

地域の活動の中心にあるのが自治会であり、地域に密着した活動を進めていくためには、自治会との連携が不可欠となる。

しかし、自治会では、自治会役員が繁忙であることなどの理由により、福祉の領域にまで十分に対応することが困難となっている。また、役員の交代があることから、例えば地域包括支援センターと継続的に連携し、活動していくことが困難となる場合もある。

【今後取り組むべき事項】

自治会の負担を増やすことなく、自治会の介護・福祉への協力関係を築いていくため、自治会の役割を明確化するとともに、関係機関による支援が円滑に行える体制を整備する。

併せて、自治会が行う介護予防に係る事業や見守り活動（地域包括支援センターとの協働事業を含む）に対して支援を行う。

また、市民自治協議会等、地域課題に対応する新たな組織整備に合わせて、これとの協力・連携体制を確立する。

○民生・児童委員の活用・支援

【現状における問題点】

地域の見守り活動の最前線に立ち、高齢者と地域、福祉行政とをつないでいるのは民生・児童委員であり、今後その役割はますます重要となる。

しかし、国基準に基づき市内に配置されている164人の民生・児童委員では、様々な問題に対応するには、既に一人当たりの負担が過大となっている。特に、連絡・相談役という基本的な役割を超えて取組を求められるケースも増えており、例えば、休日に相談を受けた場合、そのバックアップ体制が整備されていないために、行政サービス等につなぐことができず、民生・児童委員の負担となっているケースも見られる。

【今後取り組むべき事項】

民生・児童委員の負担を軽減するため、民生・児童委員の役割を明確化する（一次的な連絡・相談等）とともに、平日・休日に実務（一次的なケア）を補完できるバックアップ体制を整備する。

また、民生・児童委員の存在、役割を住民に周知するための啓発を実施する。

○地域の人材の発掘・育成・活用

【現状における問題点】

地域力を強化するには、地域住民が自ら協力し合いながら、地域の様々な活動を支えることが不可欠である。

既に、高齢者にだけ委ねては老人クラブ、サロンなどの地域の活動を維持していくことが困難となっている。しかしながら、現状では、子育て世代、学生を含むより若い世代だけでなく、元気な高齢者ですら、地域の活動、特に高齢者福祉の分野への参画が進んでいない。

【今後取り組むべき事項】

地域の事情に合わせ、各地域においてボランティア人材を発掘・育成・活用するための仕組みづくり（福祉協力員制度（※）の導入等）を行う。

地域包括支援センター、自治会等の地域組織が協力して取り組むことが望まれる。

※福祉協力員制度とは、各地域において自治会役員、民生・児童委員などと連携し、連絡、情報提供等を行う福祉協力員を配置し、生活上で困った問題などをいち早く見つけ、問題解決につなげるための仕組みである。現在、山形市、宇都宮市、北九州市などで導入されている。

○地域の見守り体制づくり

【現状における問題点】

認知症、虐待への対応、独居老人、老々世帯などへの対応を的確に実施していくためには、地域全体で見守ることが不可欠となる。

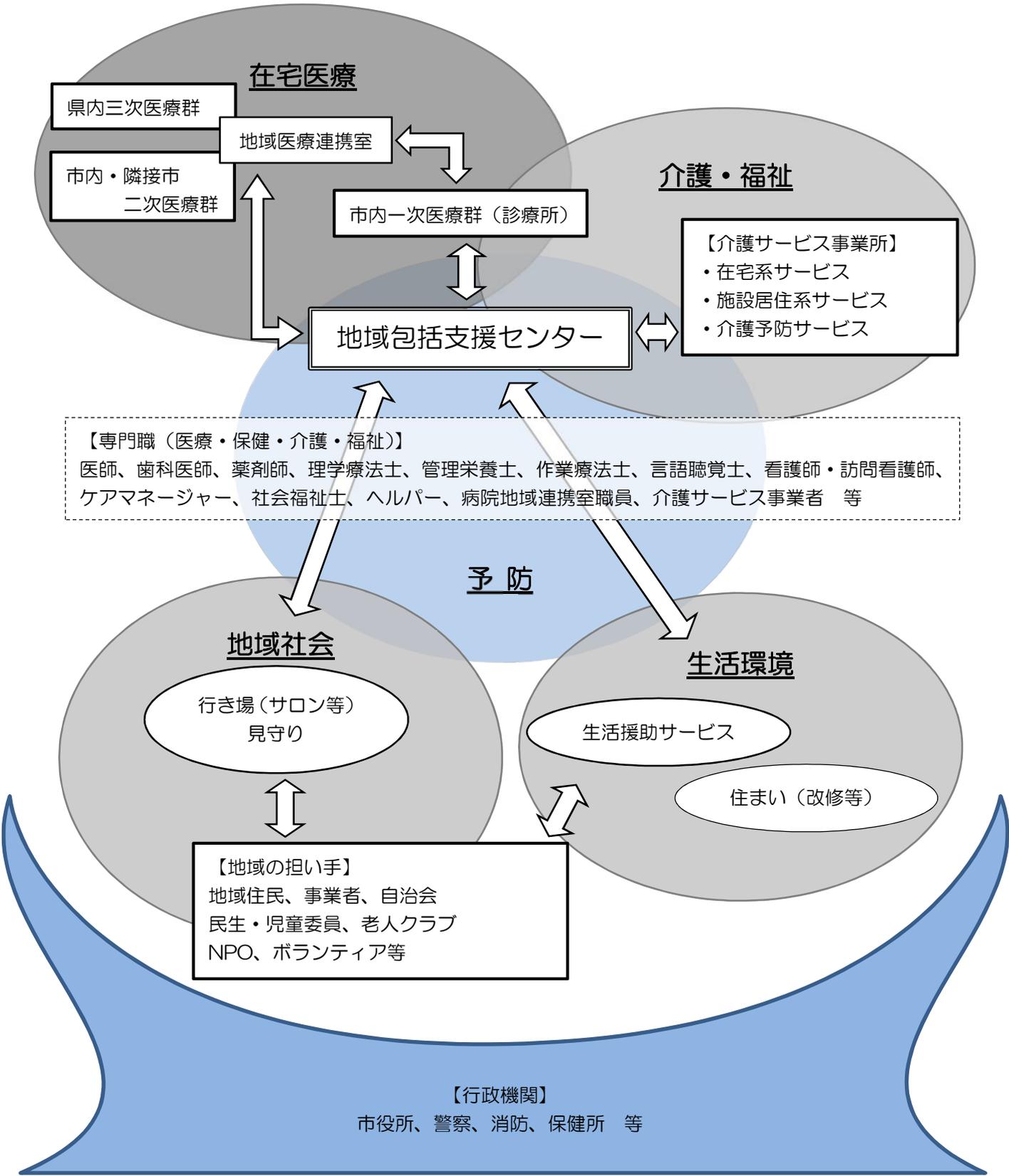
現状では、災害時の要支援者の対応策などが用意されているものの、独居老人、老々世帯の実態が十分に把握できておらず、見守りの目が行き届いていない実態がある。また、認知症に伴う徘徊、虐待等を地域で見守る体制は未だ十分とは言えない。

また、見守りを行う際に重要となる個人情報について、行政、専門機関、自治会、民生・児童委員がそれぞれに情報を持っているものの、守秘義務や個人情報保護の観点から情報共有が難しく、効率的、効果的な支援が困難となっている。

【今後取り組むべき事項】

高齢者の孤立化（孤独死）、認知症、虐待等の各問題に対して、地域で見守る体制を整えるため、民生・児童委員の見守り活動を補完できるよう、新聞配達、宅配、郵便局、消防、警察、交通事業者など、市民との接点がある事業所や組織の協力を求める。（例えば、事業者と依頼事項を明確化した協定を締結する。）

また、地域において、独居老人、老々世帯の実態を把握し、見守り、必要な支援ができるよう、自治会、専門機関が持つ有益な情報を共有できる仕組みを整備する。



■ 生駒市における地域包括ケアシステムの構成イメージ

(2) 地域包括ケアシステム構築（施策実施）に向けた課題

前項で提案した施策を実施していく際に、なお残される課題を以下に整理する。

① 専門職員の増員

地域包括支援センターの職員数は国の基準で定められており、それ以上の配置は独自の加配となっている。今度、サービス需要が増大する中で、一定の財政負担のもとに専門職員をさらに増員することも検討しなければならない。

② 民生・児童委員の定数拡大

民生・児童委員の定数は国の基準によっており増員は見込めない。民生・児童委員の負担が拡大する中で、福祉協力員制度の導入などにより一人当たりの負荷を減らす努力を行うとともに、一方で、定数を拡大することを国に要望していくことが必要である。

③ 入所施設の拡充

全てを在宅で対応することは不可能であり、特別養護老人ホームなど、入所施設の絶対的な不足は地域包括ケアシステムを構築する上での大きな問題であり、施設の拡充が求められる。

④ 移動手段の確保

生駒市は坂が多く、公共交通網は一定程度確保できており、交通費助成などの施策も実施されているとはいえ、移動手段の不足が高齢者の日常的な活動を行う際の精神的、物理的な抵抗となっている。コミュニティバス、イベントに合わせた送迎バス、買い物バスなど、様々な移動手段を組み合わせつつ、高齢者の移動を支えることが必要である。

⑤ 区域割の見直し

現在、地域包括支援センターの生活圏は中学校区となっており、他方、自治会等の地域ベースの活動の単位は小学校であることが多くなっている。地域包括ケアシステムの構築にあたり、関係する各組織・団体(地域包括支援センター、自治会、民生委員・児童委員など)が効率的な連携を行うためには、生活圏の区割りを見直し統一する必要があると生じる。この際、地域包括支援センターのこれまでの活動実績(職員と高齢者との人間関係)に考慮し、区割り見直しのメリット、デメリットを比較衡量した上で実施の是非を検討する必要があるとともに、変更する際には急激な変更は困難があることから、段階的な対応が必要となる。

⑥ 高齢者介護の連携体制から総合福祉の連携体制へ

地域包括ケアシステムの構築は高齢者の介護を中心として検討されているが、障がい者福祉、生活保護、さらには児童福祉なども含めた総合的な福祉施策に対応したものへと拡大・展開させていくべきものである。中期的には、直面する高齢者対応に向けた取組に集中すべきであるが、長期的には総合福祉のための連携体制として発展させていくことが求められる。

⑦ 庁内連携組織の設置

地域包括ケアシステムの構築は、生駒市のまちづくり全体に関わる事項であり、分野横断的に市の担当各課が連携して方針決定、施策展開できる組織体制を整える必要がある。この際、権限が分散し、責任が不明確になることのないよう、責任者、指揮命令系統を明確にし、一定の権限と予算を持つ組織体制とすることが求められる。

また、介護保険制度の大幅な変更への対応、2025年問題（団塊世代の後期高齢者への一斉移行）への対応に向けて、圧倒的なマンパワー不足が懸念される中で、適時的な担当職員の増員が必要となる。