

## 【地域包括ケアシステム構築に向けた取組み】

### ●地域密着型を進めて特養をサテライト化 ー石川県加賀市ー

郊外の大規模入所施設から、生活圏域での小規模事業所整備に方針を転換。定員 100 人の多床室の特養を定員 29 人の 2 つのサテライトと 42 人の本体施設に分割するとともに、30 人の特養を定員 15 人の 2 つのサテライトにし、併せて個室化も進めた。個室ユニットの定員は 260 人と 18 年度と比べて倍増し、その割合は 68%となった。

併せて、地域交流拠点（介護予防拠点）を併設した小規模多機能ホームの整備なども進め、地域活動、学童クラブなど地域住民が集まりやすい場を作り出したほか、養成した認知症キャラバンメイトの圏域ごとの活用、介護サービス事業所に市の「介護なんでも 110 番窓口」の設置なども進めている。

・・・【P2～4】

資料出典：第 84 回市町村職員を対象とするセミナー配付資料（厚生労働省）

### ●地域医療連携とケアマネジメントの融合による包括的・継続的サービス提供モデル ー広島県尾道市ー

公立みつぎ総合病院と併設する保健福祉センターから車で数分のところに、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、ケアハウス、グループホーム等の保健福祉総合施設があり、医療・福祉の一体的サービスを提供している。

また、尾道市医師会方式（主治医医療機関で行う 15 分ケアカンファレンス）の集中実務研修を実施し、ケアマネジメントや多職種協働に対する理解の促進と、現場での具体的実施方法の習得を行い、主治医機能を発揮するための環境整備を推進している。

・・・【P5～7】

資料出典：尾道市高齢者福祉計画及び第 4 期介護保険事業計画（尾道市）

### ●産学官連携による「住み慣れた場所で自分らしく老いることのできるまちづくり：Aging in Place」プロジェクト ー千葉県柏市ー

昭和 30 年代に建設された高齢化・老朽化の進む住宅団地の建て替え事業を契機として、柏市、東京大学、都市再生機構で構成する研究会を発足させ、在宅介護を要する高齢者を支える新たな在宅医療の推進システムの構築と高齢者の生きがい就労への取組みについて検討を進めている。

具体的には、主治医の訪問診療を補完する訪問診療を行う診療所を設けて、主治医・副主治医の仕組みを構築するほか、在宅医療の研修プログラムの開発、多職種連携のための患者情報を共有する情報システムの構築、地域医療全体を支える拠点の整備、高齢者の生きがい就労により、要支援・要介護高齢者に対する介護保険対象外の生活支援サービスや子育てサポートなどを実施する予定。

・・・【P8～10】

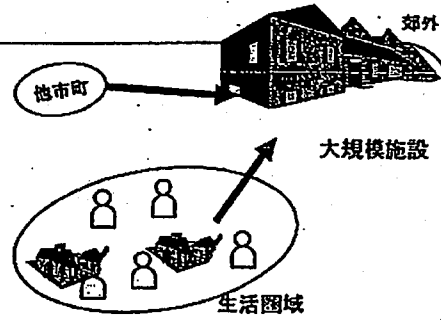
資料出典：第 5 期介護保険事業計画の策定に係る全国会議配付資料（厚生労働省）

# 第3期介護保険事業計画から整備方針の転換

## 第2期まで

施設待機者数や事業者要望で大規模施設整備

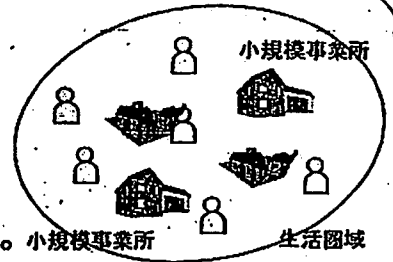
- 自宅から離れた郊外の立地。
- 定員100人規模などの大規模施設。
- 県が指定し、加賀市民以外も利用。



## 第3期から

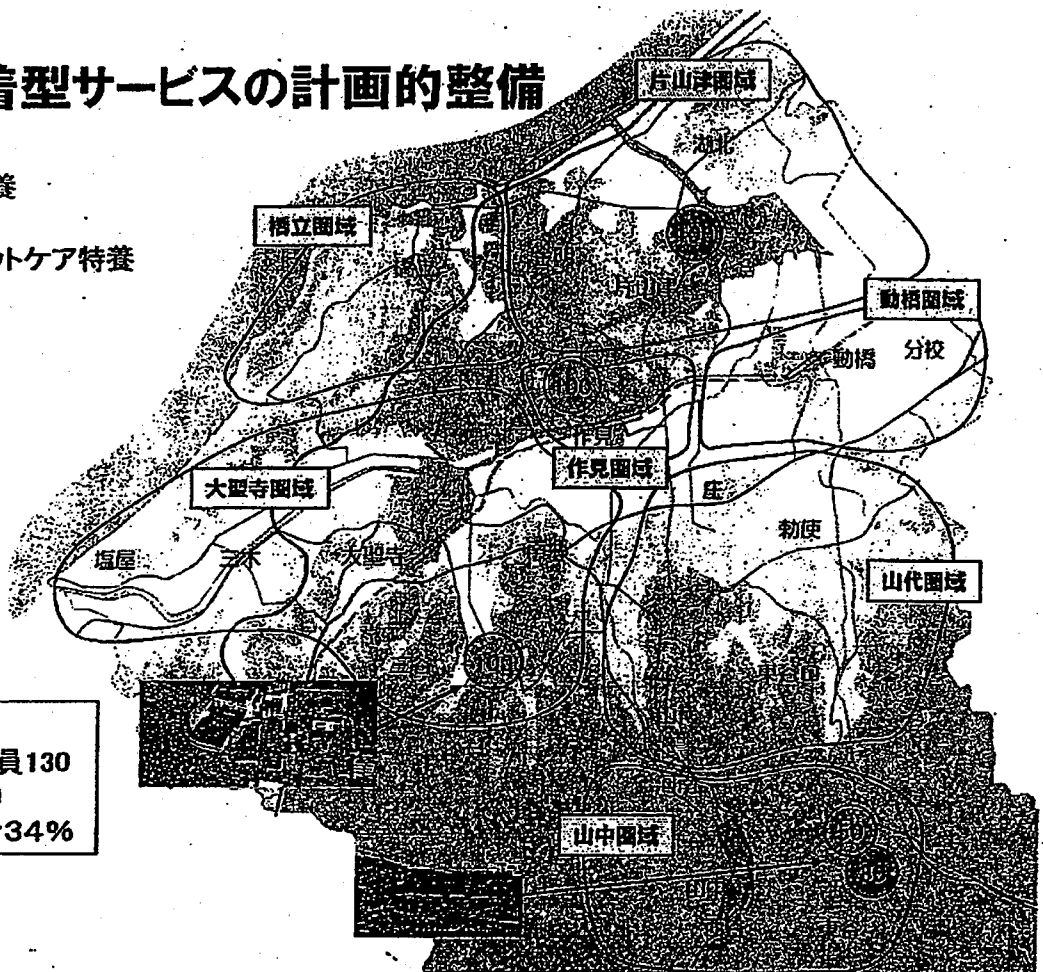
郊外の大規模施設は今後整備しない。

- 生活圏域の中で事業所を整備。  
(自宅の近くの住み慣れた地域で利用)
- 少人数単位の介護を行う小規模の事業所
- 加賀市が指定し、加賀市民以外は利用できない。



## 地域密着型サービスの計画的整備

- 多床室特養
  - 個室ユニットケア特養
- (数値は定員数)



平成18年現在

特養総定員380  
 個室ユニット定員130  
 多床室定員250  
 個室ユニット割合34%

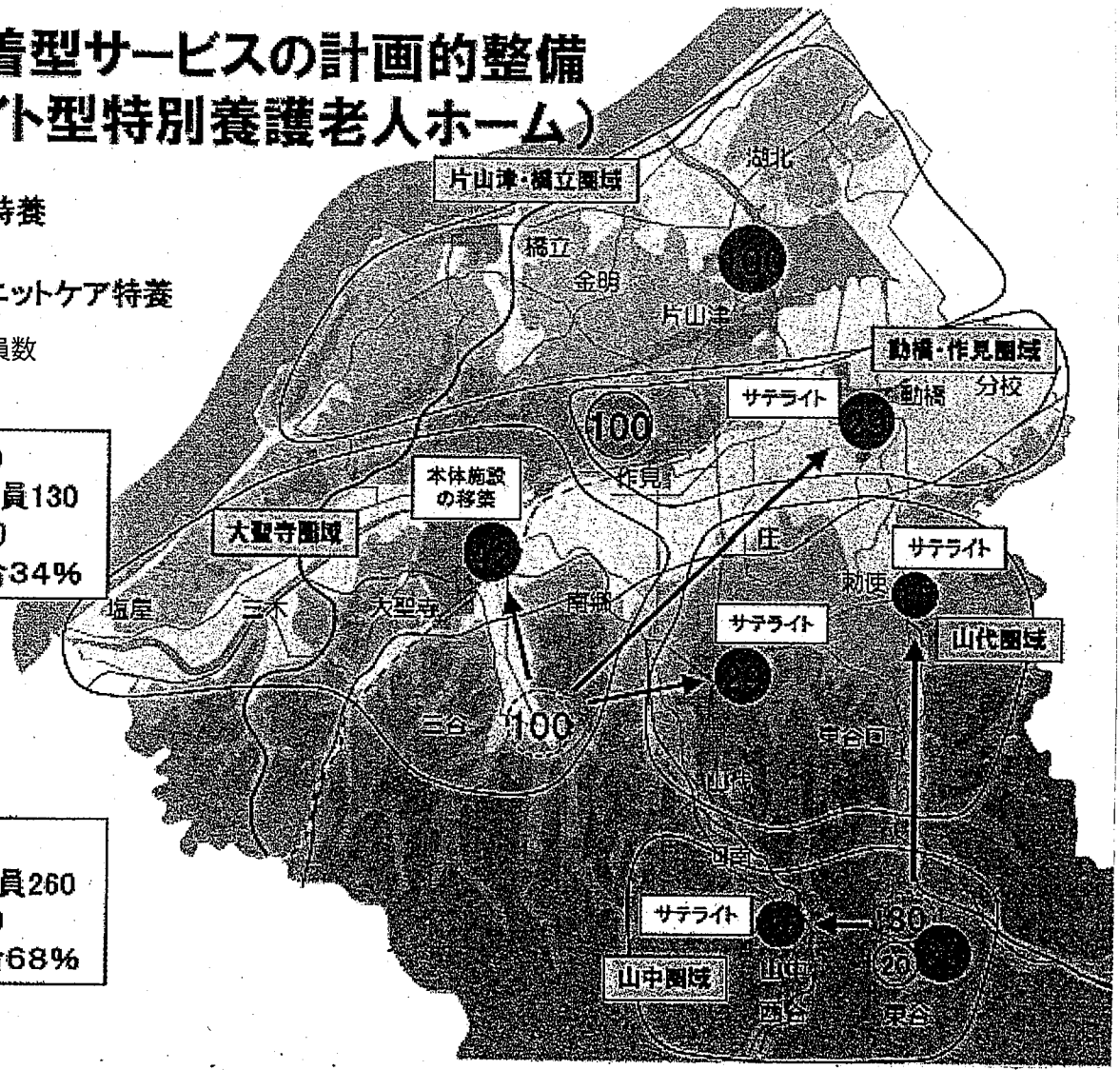
# 図表 地域密着型サービスの計画的整備 (サテライト型特別養護老人ホーム)

- 100 多床室特養
- 60 個室ユニットケア特養
- ※中の数字は定員数

平成18年4月  
 特養総定員380  
 個室ユニット定員130  
 多床室定員250  
 個室ユニット割合34%

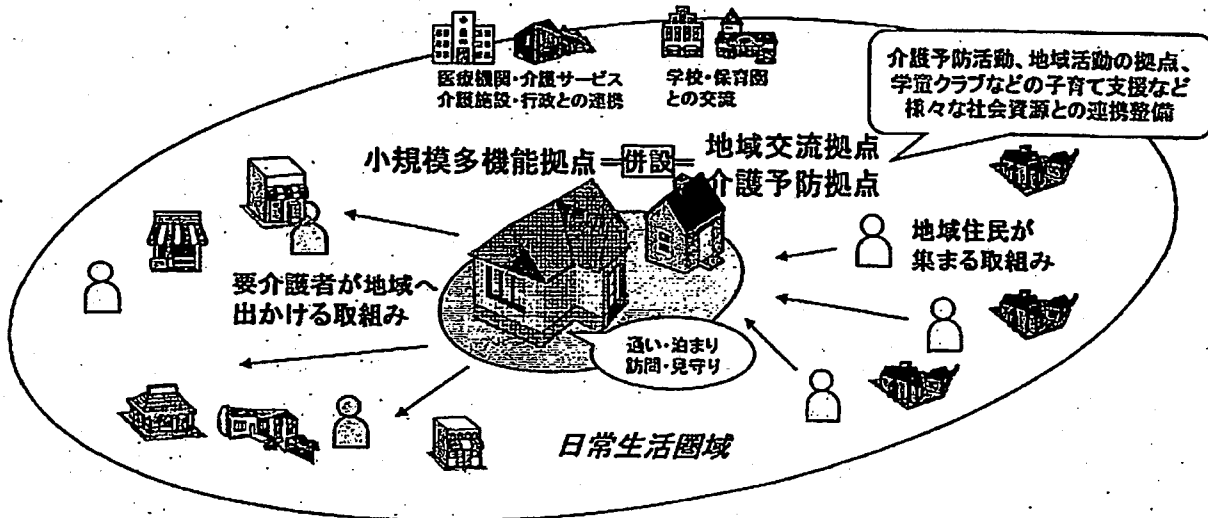


平成21年度  
 特養総定員380  
 個室ユニット定員260  
 多床室定員120  
 個室ユニット割合68%



## 小規模多機能ホーム・地域交流拠点(介護予防拠点)

- 生活圏域の中で事業所を整備。(自宅の近くの住み慣れた地域で利用)
- 小規模多機能ホームと地域交流拠点(介護予防拠点)を併設整備
- 要介護者のみが集まる場でなく、共生型の様々な地域住民が集う場へ

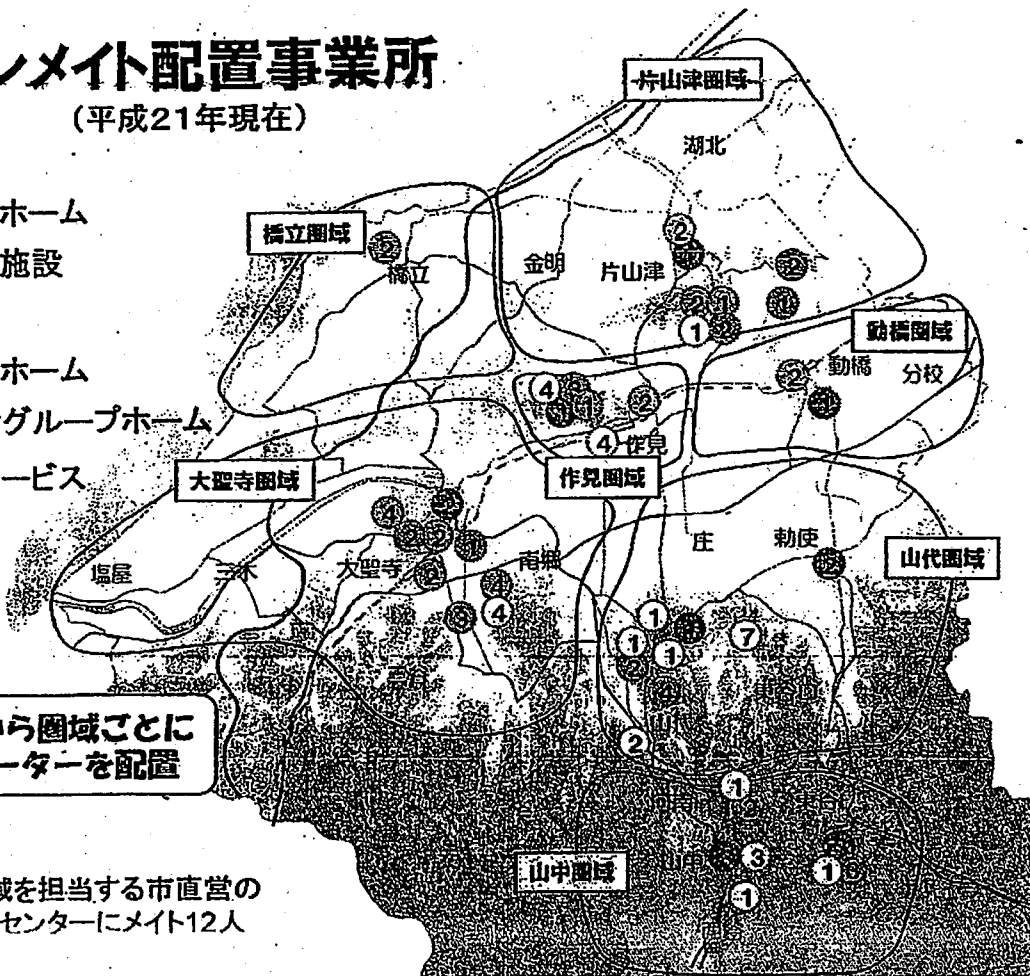


# キャラバンメイト配置事業所

(平成21年現在)

- 医療機関
- 特別養護老人ホーム
- 介護老人保健施設
- ケアハウス
- 小規模多機能ホーム
- 認知症高齢者グループホーム
- その他居宅サービス

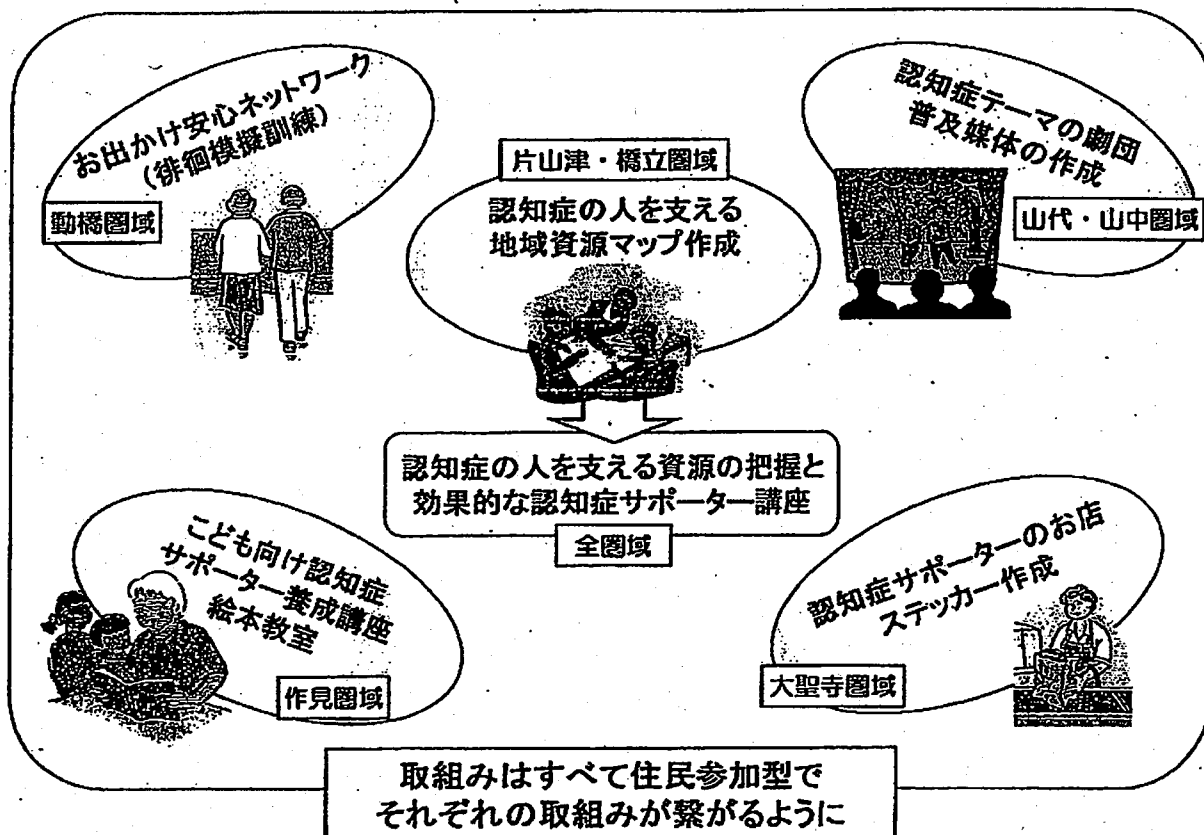
(数字は人数)



メイトの中から圏域ごとに  
コーディネーターを配置

その他、全圏域を担当する市直営の  
地域包括支援センターにメイト12人

## 圏域別キャラバンメイトの取組み



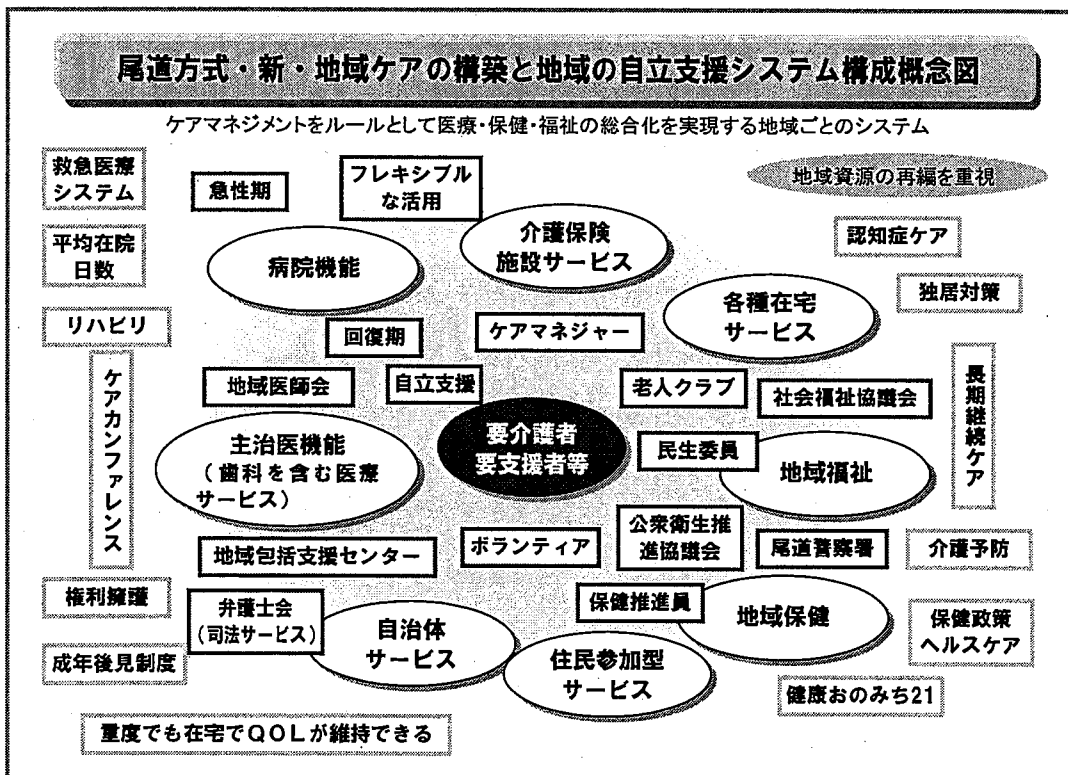
「尾道方式・新・地域ケアおのみち2009」

尾道地域では尾道市医師会を中心として、平成6年（1994年）から高齢者の在宅医療ケアシステムの構築に取り組んでおり、現在3か所の中核病院（厚生連尾道総合病院、尾道市立市民病院、公立みつぎ総合病院）の支援体制のもと、「尾道方式」と呼ばれている在宅主治医機能を中核とした在宅医療の地域連携、多職種協働をシステム化した地域の一体的なケアマネジメントシステムが構築されています。

この取り組みを推進する中で、平成14年（2002年）に地域福祉の担い手としての大きな組織力と各種介護保険事業を展開している事業力をもつ尾道市社会福祉協議会と「社医連協」を開始しました。平成16年（2004年）には尾道市連合民生委員児童委員協議会を加えた「社医民連協」を発足し、独居高齢者支援のケアカンファレンスを通じてケアマネジャーと民生委員児童委員の協働を図り、地域における業務の位置づけを明確にして連携が行われています。

また、平成18年（2006年）には尾道市公衆衛生推進協議会が参加し、予防から端を発し、市民一丸となって健康寿命の延伸を目指す意味から、地域の保健活動の担い手である保健推進員が認知症対策等に取り組む、地域一体型の早期発見、早期治療、早期ケアを図っています。平成20年（2008年）には尾道市老人クラブ連合会も加わって、プロダクティブエイジングを目指すうえで、高齢者自身の経験と知恵を活かして地域と福祉を支えており、地域の関係団体・機関が一丸となって、地域ケア体制の構築に取り組んでいます。

さらに、地域住民の安全を図り、高齢者の安全安心を確保するため、「尾道方式・新・地域ケアおのみち2009」として、尾道警察署との連携を新設し、取り組みを進化させます。



## 「尾道市公立みつぎ総合病院を核とする地域包括ケアシステム」（みつぎモデル）

御調地域では「生まれ育った地域で最期までいて良かったと思える地域づくり」を目指したシステムが展開されています。公立みつぎ総合病院を中心に病院機能の総合化・複合化を図り、「医療や福祉の出前」として訪問看護（介護）やリハビリを軸に、地域で支えるしくみづくりを進めてきました。

また、医療と予防を融和させ、まずは病気にならないように疾病予防に注意を払い、もし病気になって障害が残っても、寝たきりにならないように支援するしくみです。

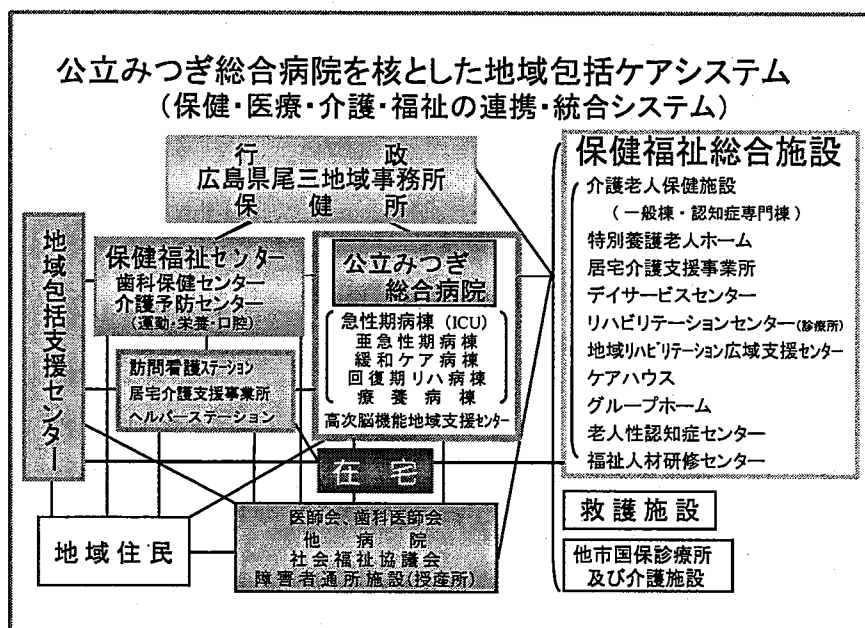
この方式の根幹には、健康づくりがあります。この地域では、早くから病院と保健福祉センターを中心に、健康づくりと寝たきり防止を進めてきました。現在も一次予防として「健康わくわく21」と名付け、少人数の座談会方式で住民の健康意識を醸成しています。

予防ができず医療の必要が生じると、公立みつぎ総合病院で急性期医療からリハビリ、療養、緩和ケア、更に介護まであらゆる状況に応じた医療が提供されます。

症状が安定すれば、病後の介護の支えとして、老人保健施設や特別養護老人ホーム等の介護施設への受け入れ、さらに在宅サービスとしてデイサービス等の通所サービス、訪問看護や訪問介護等の居宅サービスの出動等、その人の状態に合わせた、介護サービスを提供しています。

このようにその地域の中で、予防から医療、介護まで切れ目なく一貫して、地域住民を支える総合的・複合的な仕組みが地域住民の安心につながるセーフティネットとして機能しています。

以上のシステム構築の成果としては、寝たきりの減少、老人医療費の伸び率のダウン、地域の活性化等が見られるようになり、これらが老後を安心して住めるまちづくりにつながっています。



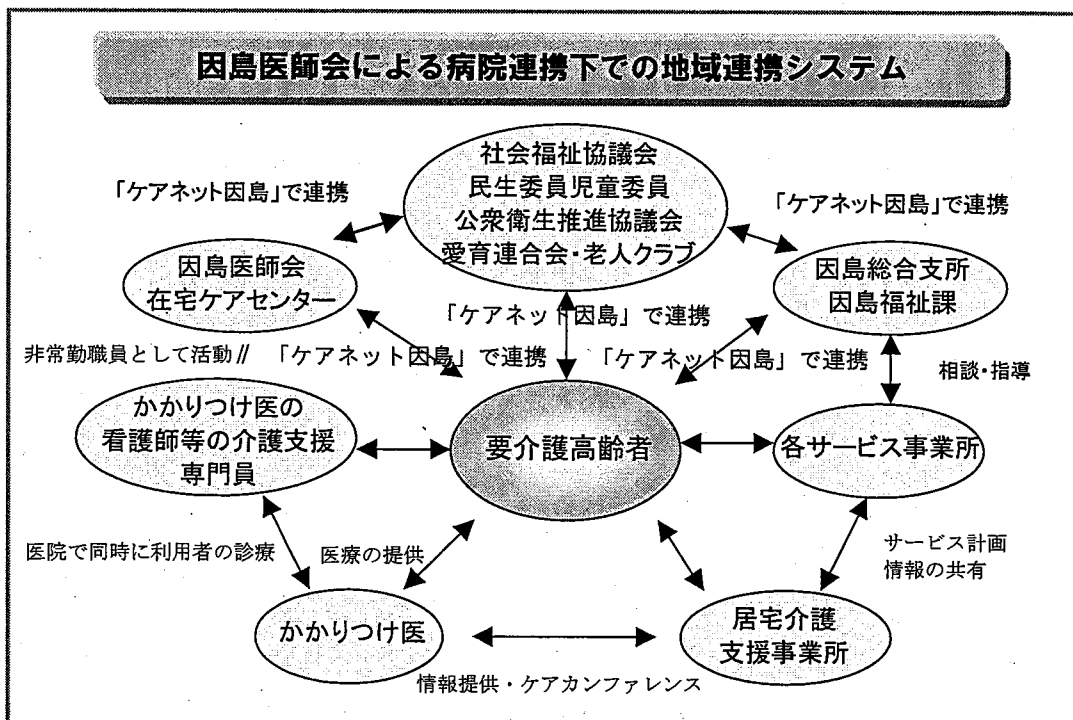
## 「因島医師会による病院連携下での地域連携システム」

因島地域では、早くから往診を中心とした在宅医療提供が行われてきました。その地域住民生活の場から、医療以外のニーズを感じ取り、安心して生活できる介護にも早くから取り組んでいます。地域医療の充実を図る因島医師会病院を中心に訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、ケアマネステーション、在宅介護支援センター等からなる因島医師会在宅ケアセンターが整備されました。

この中で特徴的なものとして、地域の開業医の職員に介護支援専門員の資格取得を推奨し、多くの医療スタッフが介護支援専門員の資格を持ち、因島医師会ケアマネステーションの非常勤職員として登録されています。このことは、医療と介護が最初の段階で一本化され、地域の開業医を受診する事で、同時にその方にとって必要な支援やサービスを包括的な視点から検討することができるという利点があります。

もう一つの大きな特徴は、地域の開業医と医師会病院の連携がスムーズであり、スタッフの交流の機会も多いため、利用者の状況に応じたケアカンファレンス等が必要に応じて開かれています。また開業医も薬剤師等関係する職種にも参画を呼びかけています。そのような機会から、利用者に関係する職種間にも情報が共有され、望ましいケアプランの作成につながっています。このように多くの関係職員によって、医療と介護の連携が実践されている地域包括ケアシステムです。

平成20年（2008年）8月から、尾道市役所因島総合支所長、尾道市社会福祉協議会因島支所長、尾道市連合民生委員児童委員協議会因島代表、尾道市公衆衛生推進協議会因島支部長、因島愛育連合会会長、因島老人クラブ連合会会長と因島医師会会長らによる「ケアネット因島」という懇話会が尾道市南部地域包括支援センターを中心に組織され、今後の因島・瀬戸田地域での住民福祉の在り方を検討する会として活動を開始し始めました。





# 在宅医療に係る負担軽減システム案

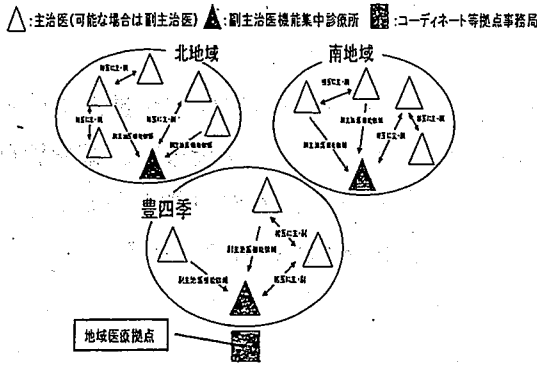
## ○ 共同で地域全体を支える体制の構築

→ 1つの診療所が数多くの患者を支えるだけでなく、多くの診療所が少しずつ支える事で多くの患者を支えるシステムを構築。

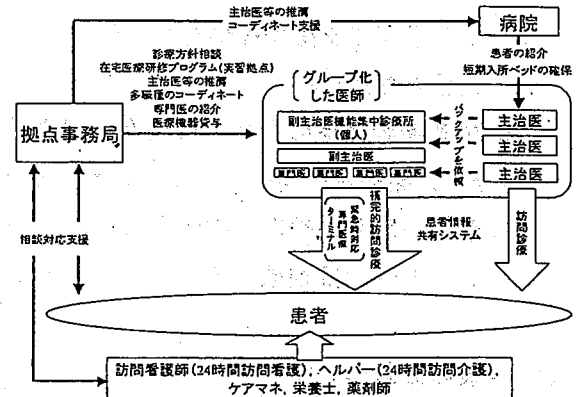
## ○ 主治医・副主治医の仕組みの構築

→ 主治医(患者を主に訪問診療する医師)と副主治医(主治医が訪問診療できない時の訪問診療を補完する医師)とが相互に協力して患者に訪問診療を提供。

<柏市全域での動き>



<システムの具体的な動き>



(図1) 在宅医療に係る負担軽減システム案

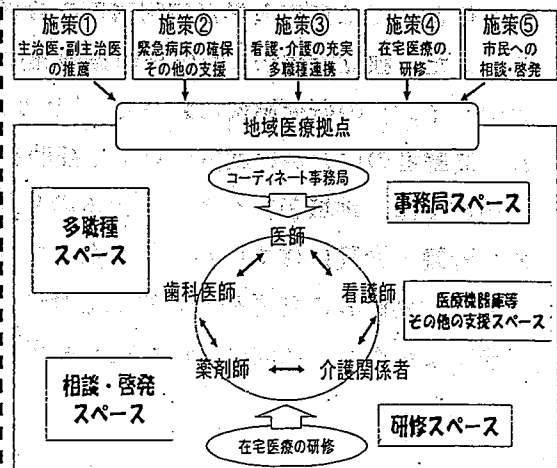
# 地域医療拠点の趣旨と機能について

- 地域医療拠点は、地域医療機関をサポートする中核になる。
  - 柏市における連携の拠点。
    - ・ 地域医療、がん対策を含めた医療・看護・介護関係職種との連携
    - ・ 市民との医療・看護・介護に関する連携
  - 医療・看護・介護の全情報の集積地。
- 平成25年度中に運営開始を予定。

## 地域医療拠点の機能

1. 市民からの相談の支援
2. 市民の医療に対する啓発・教育機能
3. 医師からの相談の支援(診療方針の相談)
4. 在宅医療に係る主治医及び副主治医の研修機能
5. 主治医の訪問診療を補完するバックアップ機能
  - ① 医師・コメディカルによる在宅医療・看護・介護の管制機能
  - ② 医療機器の貸与や専門医の紹介といった支援
6. 患者が病院から在宅に戻る際の退院調整の支援機能等
  - ① 主治医・副主治医の推薦
    - ※ コメディカルから主治医推薦の依頼があった場合にも対応
  - ② コメディカルの推薦(多職種のコーディネートを可能にする)

## 地域医療拠点の役割とスペースのイメージ

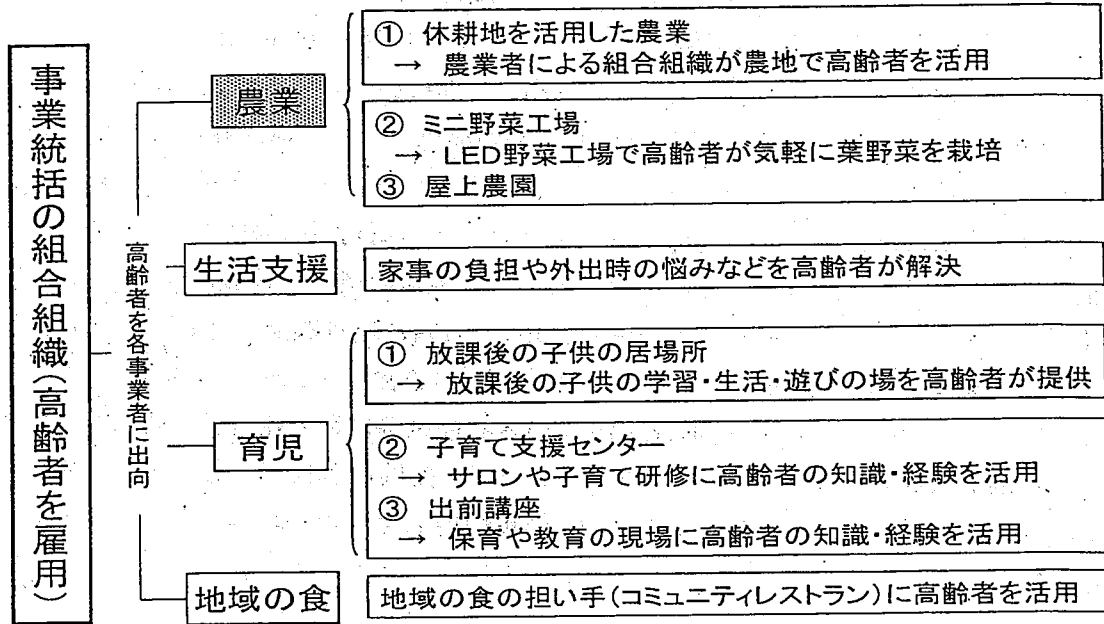


(図2) 地域医療拠点の趣旨と機能について



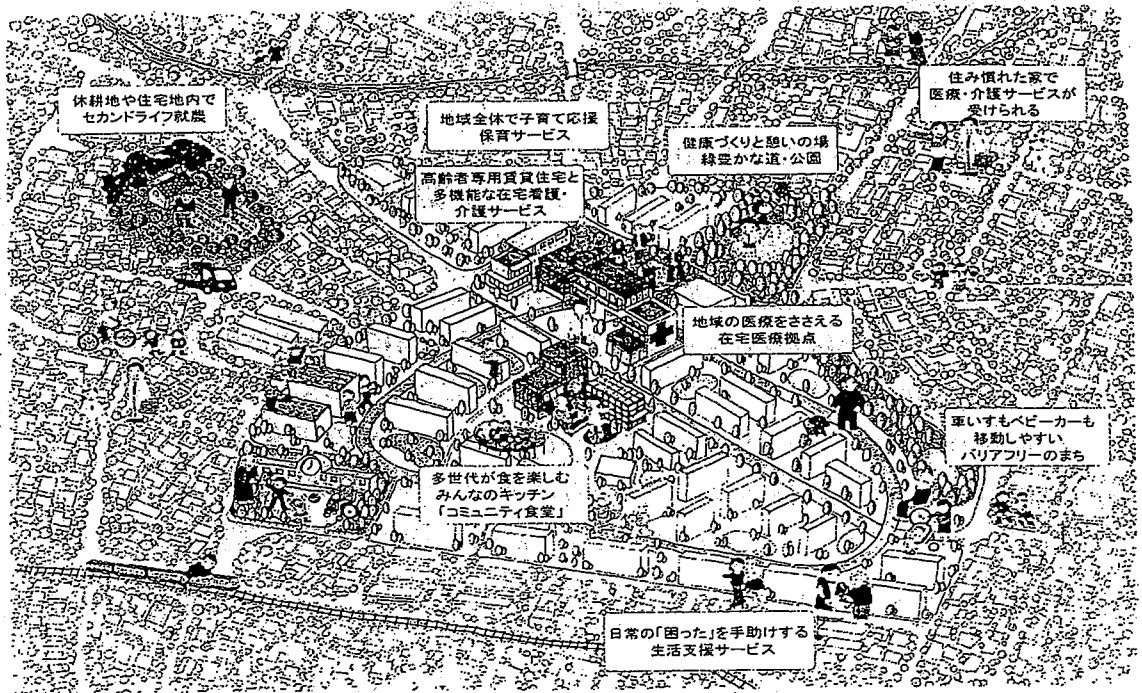
# 高齢者の生きがい就労の全体像について

高齢者の生きがい就労は、4分野8事業(6~7事業者)



(図3) 高齢者の生きがい就労の全体像について

## 豊四季台地域の再構築イメージ (案)



(図4) 豊四季台地域の再構築イメージ (案)