

#### 4 対象者の状態別対応

- 地域包括ケアシステムは、高齢者のみならず難病患者、重症心身障害児者、精神障害者など、地域生活を営む上で支援を必要とするすべての人を対象とすべきである。しかしながら急速な高齢者の増加への対応が喫緊の課題であることから、まずは高齢者を対象としたシステムを構築し、その後、このシステムを活用して対象者を広げていくことが必要である。

地域包括ケアシステムの構築により形成される地域ごとのサービスのネットワークは、子ども・子育て支援、障害者福祉、困窮者支援等においても貴重な社会資源になると考えられる。

- 高齢者は、大きく分けて次の5つの状態が考えられる。
  - A：元気な高齢者、あるいは要支援認定を受けている
  - B：要介護認定を受けており、慢性疾患を患っているが、通院等は可能
  - C：寝たきり等で在宅医療を受けている
  - D：脳卒中等で入院している
  - E：介護保険施設に入所している
- この中で、地域包括ケアシステムにおいて、最も中心的に対応を必要とするのは、住まいを含め多くの分野にわたって支援が求められるなどの、いわゆる困難ケースである。対象者が、その有する能力を活用しながら在宅生活を継続するには、どのようなサービスが必要であるか、関係者によるアセスメントや、関係機関が連携したサービス提供が重要となる。
- B～Dでは、困難とは言えない場合でも、通常、複数の関係機関のかかわりが必要と思われるので、その連携や、必要に応じて他のサービス支援へつながる仕組みが大切である。

特に、Bの人に対しては、限られた身体機能においても自立した生活を続けられるよう、生活支援サービスの充実が必要となり、また、Cの人に対しては、家族の負担軽減も合わせて考える必要がある。さらに、Dの人に対しては、在宅復帰できるよう、在宅での介護サービスの充実、住まいの確保、継続的なリハビリが重要となってくる。
- なお、いずれの人にあっても、**健康づくりや介護予防が重要**であり、なるべく介護等を必要とする時期を遅らせる、また必要になっても重度化させないための取組がシステムの中で求められる。

○ また、Eの人のうち、介護老人保健施設に入所している人については、在宅復帰に向けた支援が必要であり、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に入所している人も、できるだけ地域や家族等とのかかわりが維持継続できる支援が必要である。

○ Aの人は、地域包括ケアシステムの中で、その人の知識・経験・能力等を活かして、生活支援などでのボランティア等支える側としての役割が期待される。また、その行為は、生きがいともなり、その人自身の生活の張りにもなる。

例えば、武豊町では、徒歩15分圏内にサロンを設置しており、住民が主体的に参加し、社会活動をする場として機能している。（図19）

○ また、要支援認定を受けている人に対しては、介護予防事業への参加や生活支援サービスの利用につないでいく必要がある。

○ 認知症の人にとっては、早期診断、早期対応（包括的な初期の集中支援）とともに、認知症状の進行の段階に合わせた適切な支援が必要であり、認知症ケアパスや関係者の連携が欠かせない。また、特に認知症の人にとっては、介護者への支援も必要である。


[図19]

### ③愛知県武豊町 ～住民の参加・社会活動の場としてのサロン～

町・大学・社会福祉協議会が一体となり住民ボランティアに対して支援し（サロン立ち上げ支援、ボランティア育成、運営支援）、徒歩15分圏内（500m圏内）にサロンを設置。その結果、住民が主体的に参加し社会活動をする場として機能している。

基本情報（平成25年4月1日現在）  
※人口は平成24年3月31日

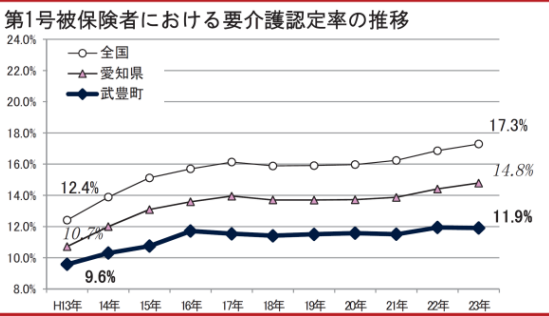
|               |              |    |
|---------------|--------------|----|
| 地域包括支援センター設置数 | 直営 0<br>委託 1 | カ所 |
| 総人口           | 41,927       | 人  |
| 65歳以上高齢者人口    | 8,711        | 人  |
|               | 20.8         | %  |
| 75歳以上高齢者人口    | 3,519        | 人  |
|               | 8.4          | %  |
| 第5期1号保険料      | 4,780        | 円  |



介護予防の取組の変遷

- （平成17年）町・社会福祉協議会（社協）・大学が協働し、高齢者の参加促進・社会活動活性化を進める目的で「聴いのサロン」の事業計画を開始（H20年からの町の総合計画に、政策評価の成果指標としてサロン拠点数が盛り込まれる）
- （平成18年）ボランティア候補者・町・大学とでワークショップや視察を繰り返し行い、各サロンの運営主体となるボランティア組織を形成しつつ、サロンの方向性・運営方法・サロンで実施する内容を固める
- （平成19年）3会場から始め、500m圏（徒歩15分で通える圏内）にサロンを設置することを目標に順次増設

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| 65才以上高齢者に占める参加者の割合            | 9.8 % |
| 65才以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合 | 1.0 % |



専門職の関与の仕方

- 地域包括支援センターは、サロン立ち上げから1年間は、ボランティア運営組織が自立して金銭管理・サロン運営が出来る様に支援
- 1年経過後は2～3ヶ月に1回の巡回と、各サロン会場の運営者連絡会を開催（隔月）しサポート
- 町の福祉課は、広報と新規会場の立ち上げ支援、健康課（保健師）は各サロンに順次出向き、健康講話・健康相談を実施
- 共同研究協定を結んでいる大学は町と協力して、事業効果検証や体力測定、認知症検査を実施
- 社協は、ボランティア研修や、ボランティアが加入する保険管理、求められた時にボランティアの派遣調整などを実施

- このような対象者の状態によって地域包括ケアシステムにおける対応は異なってくる。システムに特にかかわりの深いA「元気な高齢者、要支援」からD「脳卒中等で入院中」まで、それぞれどういった対応が必要とされているかを以下に示していく。

#### A 元気な高齢者、要支援

| 区分    | 主な対応   |
|-------|--|
| 医療    | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 対象者が病気に罹ったときは、かかりつけ医は外来診療を行うとともに、介助の必要性、服薬管理の必要性、栄養摂取状況等、生活の状況にも配慮する。</li> <li>○ 対象者がかかりつけ医を持っていない場合は、地域包括支援センター等は地区医師会と連絡を取り合い、かかりつけ医の紹介を行う。</li> </ul>  |
| 介護・予防 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 対象者が健康を維持することができるよう、市町村及び地域包括支援センターは、地域の健康づくり推進員等のボランティアを活用し、介護予防事業、生活習慣病予防等の健康づくりへの参加につなげる。</li> </ul>   |
| 生活支援  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 市町村及び地域包括支援センターは、ひとり暮らし高齢者など支援が必要となるおそれのある住民の生活実態を把握するとともに、自治会やNPO、シルバー人材センター等が実施するふれあいサロンや生きがいくりの取組への参加につなげる。</li> <li>○ 対象者の自立した生活を支えるため、地域包括支援センター等が必要に応じて、家事援助や傾聴ボランティア等の生活支援サービスの利用につなげる。</li> </ul> |

## B 要介護認定を受けており、慢性疾患を患っているが、通院等は可能

| 区分    | 主な対応   |
|-------|--|
| 医療    | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ かかりつけ医は、対象者の外来診療を行うとともに、リハビリの必要性、服薬管理の必要性、栄養摂取状況等、在宅療養を継続できるよう配慮する。また、対象者の病状が悪化し、通院が困難なときには往診を行う。</li> <li>○ 病状が悪化し入院が必要なときは、かかりつけ医の判断により入院する。</li> </ul> |
| 介護・予防 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ケアマネジャーは、対象者の有する能力に応じ、医療系サービス、リハビリ、インフォーマルサービスを含めたケアプランを作成する。</li> <li>○ 市町村は、家族介護者の会やNPO等と協力して交流会を行うなど、家族介護者を支援する。</li> </ul>                            |
| 生活支援  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 対象者の自立した生活を支えるため、地域のNPO、ボランティア等が必要に応じて、外出支援等の生活支援サービスを行う。</li> </ul>  |

## C 寝たきり等で在宅医療を受けている

| 区分 | 主な対応  |
|----|---|
| 医療 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ かかりつけ医・在宅療養支援診療所等が訪問診療を行うとともに、多職種がチームとなり、訪問看護・介護、服薬管理、栄養管理等を行う。</li> <li>○ 病状増悪時は、訪問看護ステーションが24時間対応し、必要に応じてかかりつけ医が往診を行う。</li> <li>○ 病状がさらに悪化し入院が必要なときは、かかりつけ医・在宅療養支援診療所等の判断により入院する。</li> <li>○ 入院中はできるだけ早く退院に向けたリハビリを実施し、身体機能の低下を防ぐ。また、在宅復帰に向けて病院側・在宅側の関係職種がカンファレンスを実施する。</li> </ul> |

|      |  |
|------|--|
| 介護   | ○ 市町村は、家族介護者の会やNPO等と協力して交流会を行うなど、家族介護者を支援する。 |
| 生活支援 | ○ 市町村や地域のNPO等が、配食等の生活支援を行う。                  |

また、D「脳卒中等で入院中」(これまで介護等を受けていなかったが、今後、支援を必要とする状態)については、入院中、以下のような対応が必要と考えられる。

| 区分  | 主な対応  |
|-----|---|
| 医療等 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 対象者がかかりつけ医・在宅療養支援診療所等を持っていないときは、病院と地区医師会は連絡を取り合い、かかりつけ医を紹介する。</li> <li>○ 在宅復帰に向けて病院側・在宅側の関係職種がカンファレンスを実施する。</li> <li>○ ケアマネジャーは、カンファレンスの結果を受け、ケアプランを作成し、退院後の在宅生活の環境整備や、継続的なりハビリを行う。</li> </ul> |

なお、以上の対応は、あくまで主なものであり、対象者の具体的な状態に応じて、関係者が必要な対応を取ることが求められる。