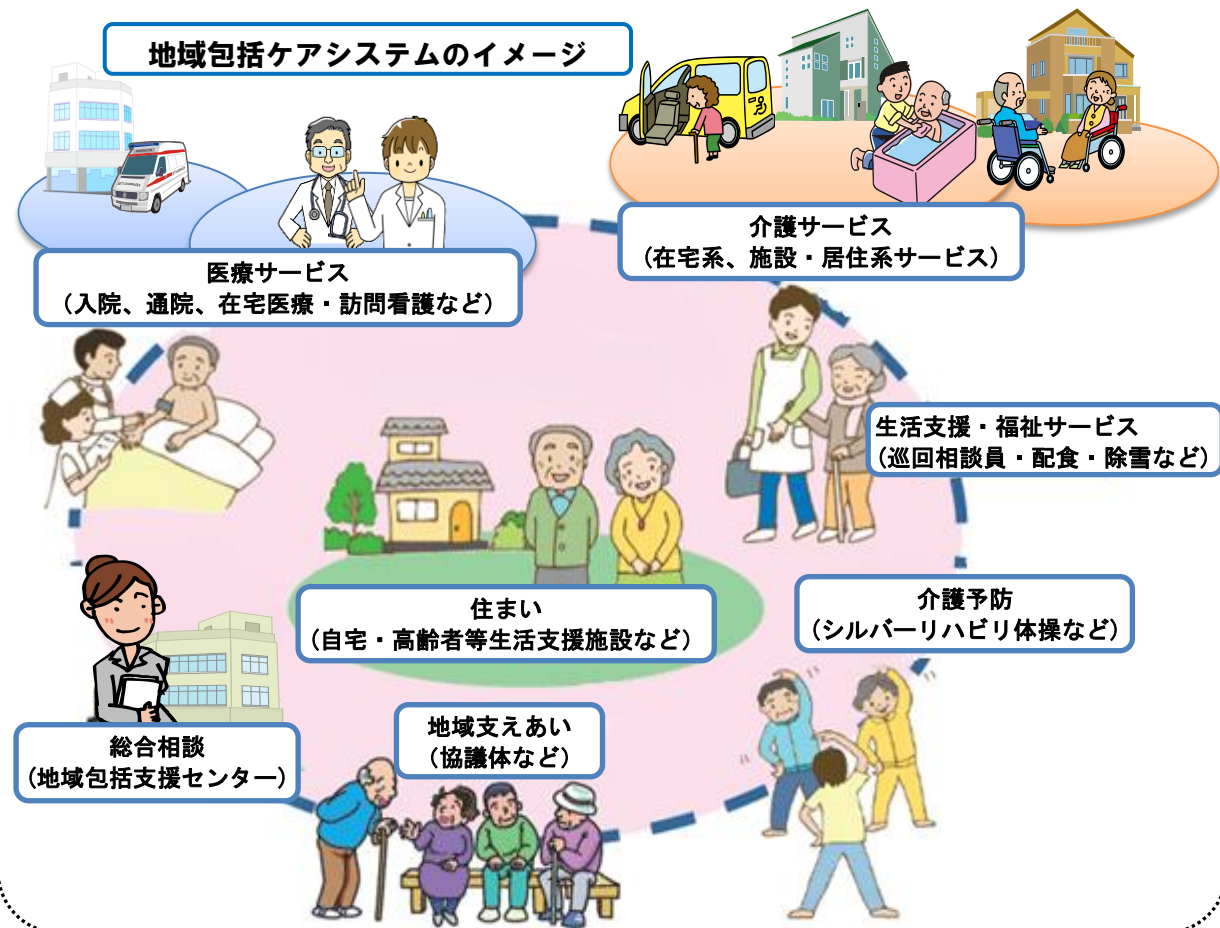


## 第4章 庄原市の地域包括ケアシステム

### 1 本市がめざす地域包括ケアシステム

本市では、医療、介護、介護予防、住まい及び日常生活の支援が包括的かつ継続的に確保され、高齢者が住み慣れた地域で、安心としあわせを感じながら自立した暮らしを続けることができる「地域包括ケアシステム」をめざしています。

- 疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自立した在宅生活が送れるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、様々な在宅医療・介護サービスを提供  
(退院支援、往診、認知症初期集中支援チーム、看取りケア等)
- 在宅生活を支援するため、困りごとを気軽に相談できる窓口の充実  
(地域包括支援センター、老人介護支援センター、社会福祉協議会、民生委員・児童委員、ひとり暮らし高齢者等巡回相談員、認知症地域支援推進員、認知症カフェ等)
- 「おたがいさま」の精神のもと、地域による見守り活動や日常生活におけるちょっとした困りごとについて、お互いに助けあい、支えあう地域づくり  
(自治振興区、おたがいさまネット、生活支援コーディネーター、協議体等)
- 市民一人ひとりが健康づくりに取り組み、地域全体で、継続して介護予防に取り組むしくみづくり  
(地域デイホーム、サロン、シルバーリハビリ体操等)
- 高齢者が、知識や経験を活かし、地域の担い手として生きがいを持って活躍する場を提供  
(老人クラブ、シルバー人材センター等)



\* 厚生労働省から提示された資料に基づき作成

## 2 庄原市における地域包括ケアシステムの構築・充実にに向けた提言

### (1) 経緯

平成28(2016)年1月に「庄原市地域ケア推進会議」を設置し、地域・医療・介護の関係機関・関係団体と行政の協働による地域包括ケアシステムの構築・充実にに向けた協議を行いました。

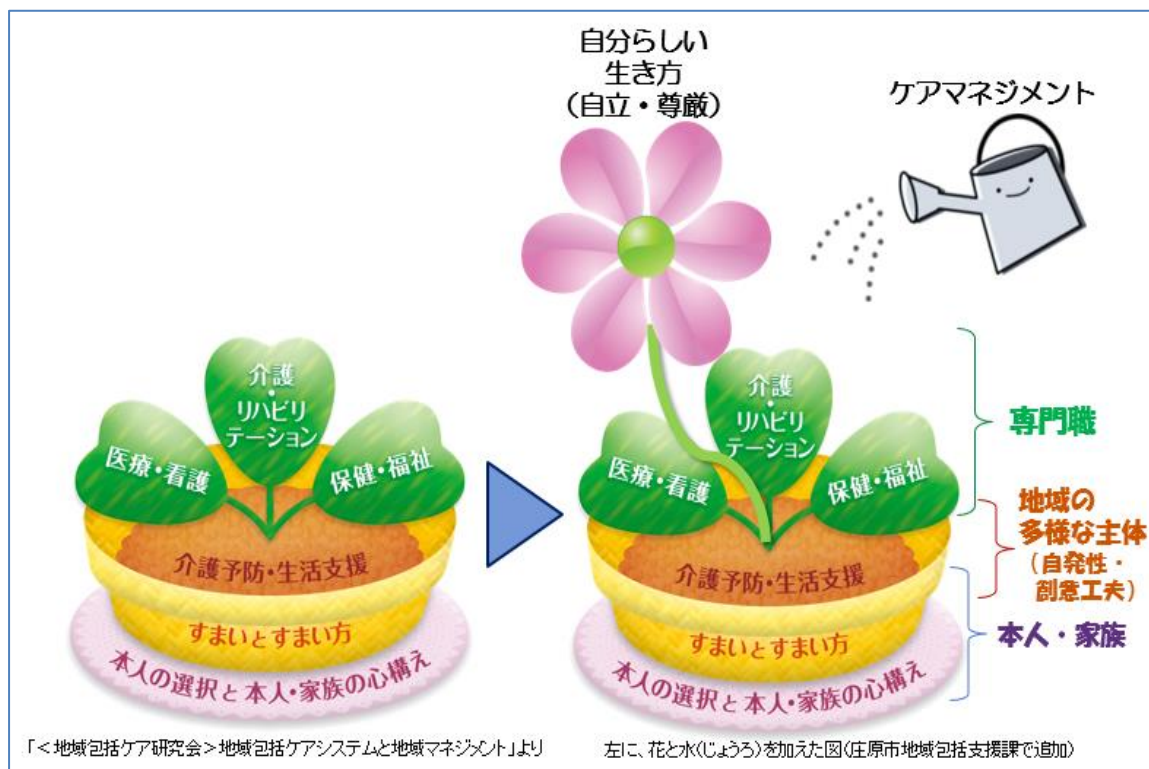
第7期計画の策定にあたり、庄原市地域ケア推進会議で地域の課題を整理するとともに段階的な協議が行われ、提言がまとめられました。

### (2) 「自分らしい生き方(自立・尊厳)」という地域包括ケアシステム

「地域包括ケア研究会(座長：慶應義塾大学教授田中滋氏)」において、地域包括ケアシステムの図として「すまいとすまい方」が「鉢」として、「介護予防・生活支援」が鉢の中の「土」として、「医療・看護」、「介護・リハビリテーション」、「保健・福祉」が「葉(植物)」、「本人の選択と本人・家族の心構え」が鉢の「土台」として表記されました。

庄原市地域ケア推進会議では、その図に自立支援を支える「ケアマネジメント」という水を与え、「高齢者の自分らしい生き方(自立・尊厳)」という花を咲かせることをめざした「地域包括ケアシステム」をイメージし、花とジョウロの絵が加えられています。

[図:庄原市地域ケア推進会議がめざす地域包括ケアシステムのイメージ]



### (3) 関係機関・関係団体と行政が連携して優先的に取り組む課題

庄原市地域ケア会議の各会議において、「高齢者が在宅で生活するために必要なもの（地域課題）」について協議し、第7期計画期間中に関係機関、関係団体と行政が連携して優先的に取り組む課題を整理しました。

#### ① 地域生活に関する課題

##### ア 本人・家族・地域のつながりの再構築

###### <現状・問題点>

- ・高齢になると地域とのつながりが希薄になりがちである
- ・高齢者の暮らしについて、離れて暮らしている家族の関心が薄い
- ・高齢者が家族に、自分の「暮らし方の希望」を伝えていない
- ・制度だけでは、高齢者の生活は支えられない

##### イ 「見守りあい・支えあい」のあるコミュニティづくり

###### <現状・問題点>

- ・集落の人口減少や高齢化により、近所同士の助けあいが難しくなっている
- ・地域生活に関する民間サービスが乏しい
- ・制度では対応できない、ちょっとした支援を必要とする人が増えている
- ・地域で、高齢者のニーズや、生活を支える社会資源が把握されていない
- ・自治振興区活動だけでは、支援できないニーズがある

##### ウ 身近な集まり場づくりの推進

###### <現状・問題点>

- ・サロン等がない地域、回数が少ない地域がある
- ・サロン等の世話人のなり手が不足している
- ・新しい参加者が集まらない
- ・男性の参加者が少ない
- ・送迎がないと参加できない人が増えてきた
- ・介護予防や情報交換等、集まり場の活用が十分でない

#### ② 保健・医療に関する課題

##### ア 健康づくり・介護予防の推進

###### <現状・問題点>

- ・参加して欲しい人(高リスクの人)が来ない
- ・市主催の講座等は開催回数が限られ、効果が得られにくい
- ・住民主体の活動が広がっていない
- ・栄養や歯・口のケアに関する啓発が十分でない

## イ 在宅医療・在宅看取りに関する啓発

### <現状・問題点>

- ・「最期を自宅で」と思う高齢者が多いものの、病院での看取りがほとんどである
- ・在宅での療養に不安がある

## ③ 介護に関する課題

### ア 介護人材の確保と定着・育成

#### <現状・問題点>

- ・求人を出しても、従業員の確保ができない
- ・有資格者(ケアマネジャー、看護師、リハ専門職ほか)が不足している
- ・離職者が多い
- ・利用者宅が広域に点在し、効率的なサービス提供が難しい

## ④ 共通する課題

### ア 「本人の選択と本人・家族の心構え」の大切さの啓発

#### <現状・問題点>

- ・支援が必要になった時の準備ができていない
- ・本人が人生の終末期の暮らし方・最期の迎え方について、選択・心構えができていない

### イ 専門職の連携による切れ目のない支援体制の構築

#### <現状・問題点>

- ・かかりつけ医がない場合、患者の状態を総合的に判断しにくい
- ・医療・介護資源が十分でない
- ・入院・入所期間中は、制度上、ケアマネジャーが関わりにくい
- ・医療・介護の連携が十分でない

### ウ 地域と専門職の連携による支援

#### <現状・問題点>

- ・介護サービスの利用で地域とのつながりが弱まる
- ・専門職と地域の連携が十分でない

### エ 認知症と認知症の人に対する理解と支援

#### <現状・問題点>

- ・認知症についての相談窓口が周知されていない
- ・初期段階での支援につながりにくい
- ・家族の不安や介護の負担が大きい
- ・地域の理解や支援が得られにくい

## (4) 提言

### 提言1 地域での見守りあいの仕組みづくり

#### 【対応する課題】

- 本人・家族・地域のつながりの再構築
- 「見守りあい・支えあい」のあるコミュニティづくり

#### 【目的】

- 高齢者等が「気にかけてもらっている、私もここで暮らしていける」と安心して生活できる地域をつくる
- 離れて暮らす家族等が、高齢者本人のほか近隣・地域住民とも連絡をとりあうことで、本人・家族・地域の安心の見守りトライアングルをつくる
- 地域において、支援が必要な人は誰か、また、どんなニーズがあるか把握される体制をつくる
- 日常の見守りあいの仕組みを、災害時等いざというときに活かす

#### 【取組内容】

- 自治振興区や自治会エリアを単位とする、高齢者自身もネットワークに加わった見守りあいの仕組みづくり

#### <私たちの思い>

一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯が増加し、また、その高齢化も進んでいることから、日常生活にちょっとした手助けや支援を必要とする人が増えています。

一方で、高齢者が「地域に迷惑を掛けたくない」「子どもに心配を掛けたくない」という思いから、ご近所や離れて暮らす家族等に相談せず、周囲が気づいたときには心身の状態が悪化していたり、救急搬送などの不測の事態を招いたりといった事例もみられます。

住民や関係者、また離れて暮らす家族も一緒に「見守りあい」のネットワークをつくり、ちょっとした異変に気づいたときには、自治振興区や関係機関などにつないでいくような仕組みをつくることで、本人も、家族も、地域も安心して暮らせるようになります。

また、高齢者も地域の重要な人的資源です。「お互い様」の関係性のもと、高齢者自身がネットワークの一員となることで、たとえば若い世代が少ない地域でも「見守りあい」の仕組みを作ることは可能だと考えます。

それぞれの地域で、その地域なりの自助、互助の仕組みが形づくられるよう、生活支援コーディネーター等による情報提供や助言等の支援の取組を進めていただきたいと思います。

## 提言2 “おたがいさま”のちょっとした支えあい活動の推進

### 【対応する課題】

- 本人・家族・地域のつながりの再構築
- 「見守りあい・支えあい」のあるコミュニティづくり

### 【目的】

- 高齢者等の困りごとのうち、地域住民だからできるちょっとした支えあい活動を通して、庄原ならではの住民同士の顔の見える関係づくりを図る
- ちょっとした支えあい活動を具体的な仕組みにしていくことで、困りごとを抱えた高齢者等が必要とする支援を受けることができ、「ここで暮らせる」という安心づくりにつなげる
- 高齢者も含め、できるだけ多くの人が、「おたがいさま」の気持ちで、自分のできる範囲で活動に加わり、生きがいややりがいを感じながら活躍できる場とし、併せて幅広く担い手を確保する

### 【取組内容】

- 高齢者等が抱える、日常生活上のちょっとした困りごとの把握
- 地域にすでにある社会資源や支えあい活動の把握と情報共有
- 地域で取り組める新たな社会資源についての研究・開発

### <私たちの思い>

多くの高齢者は、馴染みの人たちが暮らす地域で、住み慣れた我が家で、できるだけ最期まで暮らし続けたいと願っています。

一方で、時代の移り変わりとともに家族構成が変化し、家族がいればなんでもなかった家周りの作業や買い物、ゴミ出しなど、一人暮らし等になるとできないこと、不便なが増えてきます。

また、今の高齢者は、自分のことを周りをお願いすることが苦手な世代でもあり、日常生活を送っていく上で生じる「暮らしの困りごと」に対して、“助けて”と言えない人が大勢います。

しかし、支援して欲しいと思っている高齢者にも、これまでの生活で培われてこられた暮らしのスキルがあり、得意なこと、できることを持っておられるはずです。

このため、見守りあいや集まり場などを通して、ちょっとした困りごとを頼んだり頼まれたりする“おたがいさま”の関係づくりをもう一度構築することと併せて、地域の取組として、困りごとを解決していけるような仕組みづくりも必要になっています。その際大切なのは、「無理をしすぎず、長く続けられる、自分たちの地域ならではの仕組みであること」です。

まずは、地域の実状に合わせた、地域なりの仕組みを作る話し合いの場がもたれ、地域の一人ひとりができることをできる範囲で参加する「ちょっとした支えあい活動」が進んでいくことを期待しています。

### 提言3 気軽に寄れる身近な集まり場づくり

#### 【対応する課題】

- 本人・家族・地域のつながりの再構築
- 身近な集まり場づくりの推進

#### 【目的】

- 歩いて集まれる範囲を基本に、小地域単位で集まり場づくりを進めることにより、身近な社会参加の場をつくる
- 近隣住民同士のつながりを強め、孤立・孤独の解消を図るとともに、なじみの関係から気にかけてあいやちょっとした支えあいにつなげる
- それぞれの参加者が、できる範囲で役割をもち、生きがいややりがいを感じる「お互いさま」の集まり場とすることで、参加の継続や介護予防を図る

#### 【取組内容】

- 小地域サロン事業・地域デイホーム事業の推進
- 集まり場を活用した啓発事業や健康講座等の開催
- サロン等の世話人を対象に、集まり場の役割や運営にかかる研修会・交流会の実施
- 近所や仲間同士の集まり場(たまり場)づくりの提案

#### <私たちの思い>

誰でも、年を重ねるにしたがって、身体の具合や移動手段が無いなどの理由で、徐々に外出が億劫になり、人と出会う機会も減ってきて、知らず知らずのうちに孤立・孤独化が進んでいくと言われています。

一方で、できるだけ健康長寿で暮らしたいと多くの人が望んでいますが、そのためには適度の運動とバランスの取れた栄養、そして社会参加が大事だと言われています。

参加する住民が手づくりで運営する小地域サロンや地域デイホームなどの「集まり場」は、身近な気兼ねのない社会参加の場所です。近所の家に集まってのお茶飲み会なども、社会参加の場所と言えるでしょう。

これらの集まり場では、顔見知りの住民同士が、世間話などを通じて馴染みの関係から、互いに気にかけてあう関係づくりにつながっています。また、そこにそれぞれの役割があると、自分の居場所として感じられ、日々の生活においても張りあいが生まれてきます。

もっともっと多くの地域で身近な集まり場が増え、できるだけ多くの人が参加し、誰も孤立・孤独にならない、地域の福祉コミュニティが育まれることを願っています。

## 提言4 小地域(自治会)単位での講座の実施

### 【対応する課題】

- 健康づくり・介護予防の推進
- 在宅医療・在宅看取りに関する啓発
- 地域と専門職の連携による支援

### 【目的】

- 健康講座や介護予防教室を、サロンや地域デイホーム等の住民主体の集まり場を活用して実施することにより、遠方の会場では参加が難しい高齢者等の参加を促す
- 参加者とコミュニケーションがとりやすい座談会形式の講座とすることで、「認知症」や「在宅看取り」など日頃の会話の中では避けられてきたようなテーマを含め、参加者の知りたいことや疑問に答える
- 講師を、医療・介護の専門職によるチームとして派遣し、一体的な情報提供を行う
- 地域住民と専門職の顔の見える関係づくりを進める

### 【取組内容】

- 集会所等、参加者の身近な会場で、やりとりがしやすい少人数講座を開催

### ＜私たちの思い＞

多くの方が、できるだけ長く住み慣れた自宅で過ごしたいと思っておられますが、そのためには、健康でいること、または現在の状態を維持または軽度化することが必要です。

そのためにも、日頃から健康づくりや介護予防に関心を持っていただくことに加えて、実際に日常的に取り組んでいただかなければなりません。それには、住民のみなさんが主体的に実施されている集まり場などでの取組が、とても効果的です。

また、もし医療や介護が必要な状態になったとしても、医療や介護のサービスを組み合わせることで、ご自宅での療養生活をサポートすることができます。そういった情報も、事前に知っておくことで、安心して生活ができると思います。

住民の皆さんの集まり場に専門職が参加して、健康や介護予防、在宅医療・介護などの情報をお伝えし、また、住民のみなさんからの不安や疑問にお答えする中で、何でも相談できる関係をつくり、「自分らしく暮らし続けることのできる」地域を、一緒につくりたいと考えています。



## 提言5 市内介護事業所の連携による人材確保等の推進

### 【対応する課題】

- 介護人材の確保と定着・育成

### 【目的】

- 市内の介護事業所を運営する法人が連携して取り組むことで、効果的に事業を実施し、介護人材の確保・育成・定着を図る
- 介護の仕事について、市民の理解・関心を高める

### 【取組内容】

- 介護職のやりがいと魅力の発信、多様な人材による多様な働き方の提案
- 職員の資質向上、資格取得に対する支援
- 働き続けられる環境づくり

### <私たちの思い>

全国的にも介護人材の不足が大きな問題となっており、本市においても、介護職員の確保には大変苦労しています。

介護の職場には、資格が必要な仕事もありますが、必ずしも資格を必要としない仕事も多くあります。

その働き方も、正規職員だけでなく、臨時職員やパート等、様々な勤務形態があり、60代・70代の方や障害のある方も、その人にあった働き方で仕事をしています。

高齢者の生活を支え、自立を支援するこの仕事に、熱い思いをもち、やりがいを感じている職員も多くいます。そんな、いきいきと働いている職員たちの姿を発信し、ぜひ、多くの人に知ってもらいとともに、介護の仕事に関心を持っていただき、介護サービスに携わる人を増やしていきたいと思えます。

介護人材をどう確保するか、育成・定着させていくかは、全市的な課題であり、市内の介護事業所が連携することで、個々の事業所だけでは難しい取組も、より効果的に実施できると考えています。

## 提言6 「いきかたノート ～私からあなたへ～」(庄原版終活ノート)の普及

### 【対応する課題】

- 本人・家族・地域のつながりの再構築
- 「本人の選択と本人・家族の心構え」の大切さの啓発

### 【目的】

- 人生の最終段階に向け、高齢者が自身の健康や生き方・逝き方を考える
- 人生の最終段階となった場合の治療や介護が、本人の思いに沿ったものとなるよう、高齢者自身が考え選択し、希望する治療や介護について、ご家族と話をするためのツールとする
- ご本人が亡くなった後の手続き等に必要な情報を伝える

### 【取組内容】

- 「いきかたノート ～私からあなたへ～」の作成
  - 構成 ①心豊かに暮らすために今から取り組むこと
  - ②希望する介護・看護が必要になった時の暮らし方、最期の迎え方
  - ③伝えておきたいこと
- サロン、地域デイホーム等の集まり場や、出前トーク等による普及啓発

### <私たちの思い>

市販されている多くの“エンディングノート(終活ノート)”は、自分に「もしものことがあった時」のために伝えておきたいこと(医療や介護の希望、葬儀・お墓のこと、財産等)を記しておき、自分が意思表示できない状態になったとき、又は亡くなった後に、ご家族に伝えるためのものとなっています。

しかし、私たちは、記入する人が「自分らしく生きる」ために、自分の高齢期の生き方、逝き方を考えていただくもの、その思いをご家族と共有していただくものこそが必要ではないか、と考えました。

また、医療や介護の現場では、人生の最終段階を迎えたときの治療や介護について、ご本人の希望をご家族が聞いておられないために、ご家族が治療方法に迷われたり、または「これでよかったのか」と悩まれたりする場面に、しばしば遭遇しています。

人生の最期の日々を、自分らしく過ごしていただけるよう、元気なうちに、ご本人からご家族に思いを伝えていただき、ご家族と一緒に心構えをしていただくツールとして、庄原版エンディングノート「いきかたノート ～私からあなたへ～」を普及していただきたいと思います。

## 提言7 個別の支援や協働による取組を通じた連携づくり

### 【対応する課題】

- 専門職の連携による切れ目のない支援体制の構築
- 地域と専門職の連携による支援

### 【目的】

- 関係する多様な機関・団体または専門職が、支援を必要としている高齢者の情報やケアの目標を共有し、本人の自立に向けた適切な支援を、それぞれの役割を果たしながら一体的に提供する
- 自職の役割と互いの専門性を理解し、相談しあえる関係をつくる
- 地域の課題や社会資源を把握・共有し、解決策の検討を行う

### 【取組内容】

- 入退院の際の「医療・介護連携ルール」の共有
- 多様な機関・団体・職種で情報を共有する際のルール化
- それぞれの職種の役割を理解し、包括的な支援について学ぶ多職種連携研修の実施
- 協働による地域の社会資源マップの作成
- 個別ケア会議・日常生活圏域ケア会議への多職種による参画
- 地域ケア会議を構成する各会議間の連携

### <私たちの思い>

「多職種連携による支援」は、患者さんや利用者さんの自立を支援するため、多様な機関、様々な職種の専門職が目標を共有し、それぞれの専門性を活かして、連携と役割分担により、より良いケア・サービスを提供することを目指しています。

例えば、生きるために大切な「食べる」という行為をとってみても、<sup>そしゃく</sup> 歯や咀嚼・<sup>えんげ</sup> 嚥下機能の状態、胃腸の病状（消化できるか、排泄できるか）、自分で食べられるか等の身体の状況に加え、必要な量が摂取されているか、バランスは取れているか、調理や片付けはできるか、そもそも食材（または料理）を手に入れられるか、そして「楽しく」食べられているか、等々といった多様な事柄を評価し、その評価を踏まえて必要とする支援を行う必要があります。

また、生活の場面では、家族や近隣住民、地域の支援者の助けや民間サービスの利用も不可欠です。

互いの顔の見える関係をつくり、信頼関係に基づくチームケアが実現できるよう、多様な機関・団体・職種が参加しやすい場づくりや連携ルールの共有等を、進めていただきたいと思います。

これら個々の連携や活動の積み重ねから、それぞれが把握している地域課題の共有や解決策の検討にもつながるものと考えます。

## 提言 8 連携による支援の好事例の発信

### 【対応する課題】

- 専門職の連携による切れ目のない支援体制の構築
- 地域と専門職の連携による支援

### 【目的】

- 医療・介護・地域の関係団体、関係機関が連携して支援を行っている好事例を共有し、手法等の共有を図る
- 地域包括ケアシステムの要である「連携による支援」について、具体的な好事例を紹介し、関係者や市民の理解と支援体制への参加を促す

### 【取組内容】

- 日常生活圏域ケア会議での好事例の把握と共有
- 地域とのつながりや制度外の生活支援を意識した自立支援型ケアプランの作成手法についての研修
- イベントや広報・HPなどを通じた連携による支援の好事例の発信
- 「かかりつけケアマネ」等、より有効な連携手法の検討

### <私たちの思い>

高齢者のニーズは、医療や介護に関するものだけでなく、日常生活上のニーズもあります。

このため、専門職による専門的な支援と、地域住民による日常的な支えあいにより、連携と役割分担をしながらチームとして支援を行っていく必要があります。

しかし、医療や介護の専門的な支援の連携については、制度により支援の対象者や報酬、負担方法等が異なるため、いろいろな課題があります。また、地域の支えあいは、制度ではないために、その把握や協力依頼が難しい場合もあります。

ですが、少しずつ好事例も出てきており、これらの事例では、連携による支援を通じて、関係者間の信頼関係もできてきています。

こういった好事例をイベント等で発信することで、地域包括ケアの要である「連携による支援」について、関係機関や関係団体もイメージしやすくなり、連携体制の構築につながるのではないかと思います。

また、好事例として発信することにより、事例に関わった職員の自信にもつながります。

市民のみなさんにも、医療や介護が必要になった時、どのような支援が受けられるかを知っていただく機会となり、安心につながるものと考えます。

## 提言9 認知症の人を支えるネットワークづくり

### 【対応する課題】

- 地域と専門職の連携による支援
- 認知症と認知症の人に対する理解と支援

### 【目的】

- 認知症について地域住民や地元企業の理解を促し、認知症の人やその家族が、地域の人に支援を求めやすい環境をつくり、認知症の人やその家族の安心につなげる
- 認知症について、早い段階から相談できる体制を整える
- 徘徊等により行方がわからなくなった認知症の人の早期発見を図る

### 【取組内容】

- 認知症サポーター養成講座等による認知症に関する啓発
- 認知症相談窓口の周知（認知症初期集中支援チーム、認知症カフェなど）
- 認知症の人やその家族を支援する多職種連携研修の実施
- プライバシーに配慮した介護事業所同士の連携による不明者の早期発見の仕組みづくり

### <私たちの思い>

認知症は誰でもなる可能性のある病気です。いつ自分や家族が、あるいは友人や知りあいが認知症になるかわかりません。他人事ではなく、「自分の問題である」という認識を持つことが大切です。

しかし、多くの認知症の人やそのご家族は、「認知症である（または、認知症かもしれない）」と地域の人に話すことに、抵抗を感じておられます。「認めたくない」という思いとともに、これからも地域で暮らしていくので「近所に迷惑がられるのでは」、「周りに心配をかけたくない」という思いもあります。

医療や介護による専門的な支援を早く受けることに加えて、地域の理解と気遣いがあれば、認知症の人も住み慣れた地域の中で安心して生活することができ、介護者の負担も軽減されます。

早期の治療や支援につながるよう相談窓口の周知と併せて、市民のみなさんに認知症についての理解を促し、地域の人に助けを求めることが当たり前に行えるような取組を進めていただきたいと思えます。

また、認知症の人の行方がわからなくなったときは、その方の安全のために、できるだけ早く発見することが重要です。

介護事業所は、デイサービスの送迎や訪問介護等のために、日頃から多くの職員が市内を移動していますが、認知症の人の行方がわからなくなったという情報があれば、介護職員は、見かけた高齢者の様子から、認知症の人かどうか、困っているのかどうか、ある程度判断できます。状況によっては、氏名がわからなくても、発見できます。そのほかにも、専門職が連携して支援することで、よりご本人やご家族の状況にあった必要な支援を行うことができます。

このような専門性を活用した認知症の人を支援するネットワークがあれば、ご本人やご家族の安心につながると考えています。