

5. 地域ケア会議を活用した政策検討システム

～大分県九重町 地域包括支援センター～

【本事例の主なポイント】

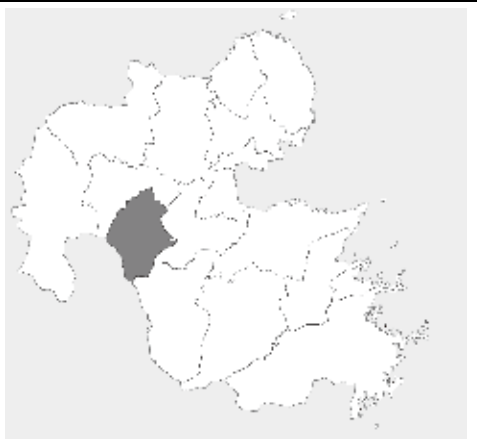
1. 地域ケア会議での事例及び課題等を行政が集約し、継続的に必要なものは庁内会議での調整等を通じて政策に繋げていく、というシステムが出来ている。また、県も会議への専門職の派遣について専門職団体と調整を行う等の支援を行っている。
2. 運営は社会福祉協議会への委託であるため、社協内に居宅や介護サービス事業所があり、必要3職種を確保しやすい。また、包括は町の健康福祉課と同じフロアにあるため、連携を取りやすい。
3. 新規要支援認定の場合は短期集中型サービスC事業の利用を検討し、自立支援と永続的支援に振り分ける、という方針が徹底されている。介護予防の意識が根付き、認定率も下がっている。
4. 医療関係者、介護事業所、行政担当、県の保健所等が参加する在宅医療連携推進会議において、多職種連携のグループワーク、住民参加型のシンポジウム等が実施されており、医療と介護の連携を取りやすい環境がある。

【取り組みの背景等】

「九重町第8期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画書」には、施策の展開の1つとして「地域ケア会議の展開と推進」が掲げられている。

九重町では、地域ケア会議に必ず行政が参加し、政策課題については行政で集約し検討するという「システム」が出来ている。

■ 九重町の状況

総人口	9,286人	
世帯数	3,448世帯	
65～74歳人口	1,751人	
75歳以上人口	2,252人	
高齢化率	43.1%	
要支援者数	183人	
要介護者数	526人	
認定率	17.8% (県平均 18.4%)	

※令和元年10月1日現在、世帯数は平成27年国勢調査、要支援者数・要介護者数・認定率は令和2年4月1日現在

■ 九重町所在の医療・介護資源の状況

医療機関	病院（1箇所） 有床診療所（0箇所）
	無床診療所（3箇所） 歯科診療所（4箇所）
介護サービス事業所	訪問介護（4箇所） 訪問入浴介護（1箇所）
	訪問看護ステーション（0箇所） 通所介護（3箇所）
	通所リハ（1箇所） 特定施設入居者生活介護（1箇所）
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護（0箇所）
	小規模多機能型居宅介護（0箇所）
	看護小規模多機能型居宅介護（0箇所）
	介護医療院（0箇所） 介護老人保健施設（1箇所）
	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）（1箇所）
	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）（0箇所）
居宅介護支援（4箇所）	

※令和4年1月1日現在

■ 地域包括支援センターの状況

運営形態	委託	委託先（委託の場合）		社会福祉協議会	
職員配置状況	保健師	1人	社会福祉士	1人	
	主任介護支援専門員	1人	事務員	1人	
	介護支援専門員	1人	—	—	—

※令和4年1月1日現在

■ 参考：地域包括支援センターに対する大分県の主な支援策

<p>【地域包括ケアシステムを支える人材の育成・資質向上】</p> <p>○高齢者の総合相談窓口として、介護保険の利用や虐待事案、高齢者本人・家族のメンタルヘルス等もふくめた多様な相談に適切に対応し、関係機関と連携した支援を行うことができるよう、地域包括支援センター職員を対象とした研修を実施</p> <p>○介護予防・日常生活支援総合事業を実施するにあたり、自立支援の理念のもと、対象者に即した適切なケア・生活課題の解決につながるサービスを提供できるよう、相談窓口担当者への研修を実施</p> <p>【生活困窮者等への支援】</p> <p>○生活困窮者の自立に向けて、地域のニーズを踏まえ、自立相談支援機関と地域包括支援センターや消費相談窓口、指定相談支援事業所等様々な関係機関・団体が連携した支援体制を構築</p>

【認知症施策の推進】

○認知症についての県民の理解を深め、早期の相談・医療受診等を推進するため、認知症に関する相談窓口や医療提供体制に関する情報等について、各関係機関や「おおいた認知症情報サイトおれんじ」等を通じて啓発活動を強化

○認知症サポートドクターや関係する医療専門職及び介護・福祉関係者との連携による好事例等を情報共有する場を持つことにより認知症地域支援推進員の活動の充実を図るなど、認知機能低下のある人や認知症の人の早期発見・早期対応の体制を強化

○認知症疾患医療センター連携会議の開催等を通じ、認知症疾患医療センターが基点となった地域の医療及び介護関係機関の有機的な連携を推進

○若年性認知症施策の強化：若年性認知症の人への支援に関わる医療、介護、福祉、雇用等の関係機関が連携して、発症初期から高齢期までの本人の状態に合わせた適切な支援が提供されるよう、若年性認知症コーディネーターを中心に地域でのネットワーク体制を整備するとともに、相談窓口となる地域包括支援センターや市町村等関係機関対象の研修を開催し、『若年性認知症支援者向けガイドブック』の普及啓発を実施

【虐待防止対策の推進】

○虐待への対応力向上や関係機関の連携強化を図るため、市町村や地域包括支援センター職員等に対する研修を充実・強化するとともに、市町村の介護サービス相談員派遣等事業の取組を推進するなど、関係機関と一体となった取り組み

○虐待が疑われる事案が発生した際には、市町村の要請に応じて、専門職チームの派遣や市町村が開催する虐待対応ケース会議に参加するなど、市町村が適切に対応できるよう支援

【成年後見制度の利用促進】

○市町村と、地域包括支援センターや指定障害者相談支援事業所、市町村社会福祉協議会等が連携した、細やかな権利擁護体制の整備を促進

【消費者被害の防止】

○高齢者の消費者被害の未然防止・拡大防止を図るため、市町村や地域包括支援センター等の関係機関と連携し、高齢者を見守る人々への啓発活動や情報提供を行うとともに、高齢者を地域みんなで見守る仕組みづくりに努める

※出典：「おおいた高齢者いきいきプラン（大分県高齢者福祉計画・介護保険事業支援計画）〈第8期〉（令和3年3月）」より一部抜粋・加工

(1) 事業及び運営内容

①介護予防ケアマネジメント業務

<特に工夫している（力を入れている）取り組み>

○地域の介護サービスが限られているため、可能な限り自立した在宅生活を継続できるようにケアマネジメントに努めている。（新規要支援認定の場合は、短期集中型サービスC事業（以下「サービスC」という）の利用を検討し、自立支援と永続的支援に振り分ける等）

○サービスC

・対象者の振り分けの方法は、窓口の担当職員が介護認定の申請時にヒアリングを行い、要介護認定の必要はありそうだが、自宅での生活状況も踏まえて、身体機能に関わることがあればサービスCにつなげている。家族が申請に来た際に、事前と事後の動画等を見せて説明し、サービスCにつなげることをしている。包括の職員もすぐそばにいたので一緒に参加してもらい、地域ケア会議を活用し、サービスCの利用検討等を行う。

・サービスCは平成28年から始めている。包括支援センターと協議し、対象者は要支援認定を受けた方及び事業対象者としており、ケア会議で利用が妥当と判断された方がサービスCとなる。専門職の確保は、理学療法士、看護師等が必要となるが、専門職の確保は難しい。平成28年の開始後、委託先が通所リハとの兼ね合いで担当ができないとの話があり、今は社協で事業実施している。

・地域リハの予算は確保している。理学療法士によるサロン参加者の実態把握やフレイル予防によりサービスCにつなげているが、フレイルはサービスCによる介護予防の意識が根付いてきたと感じており、認定率は下がってきている。

○介護予防のサロン事業は概ね社協が委託で実施し、社協のスタッフに参加してもらっている。男性がサロンに行かないという課題があり、男性中心のサロンを立ち上げた。通所で毎週金曜に実施、運営に関しては社協が担っている。

○事業所の廃止もあり、小規模自治体ということで限定的に実施。要支援でも受け入れできない状況があり、自立支援に努めている。新規認定はサービスCの利用を検討頂いており、自立支援等に包括で振り分けている。

○隣町（玖珠町）と合同で研修をしている。暫定プランは居宅の数が少なく、それぞれの居宅の受け持ち状況を把握して依頼、事業所の立地の関係から集中エリアがあるので、バランスを考えながら実施している。

<課題等>

○小規模であるためのマンパワー不足、地域内の居宅もケアマネ不足が生じ、委託も受けてもらえない状況が続いている。相談内容に応じて対応し、訪問する職種を選択している。社会福祉協議会等の訪問もスムーズに行えるようにしている。人数は少ないので連携は取りやすい。日程調整は人数が少ないため、苦勞する。

②総合相談支援業務

<概要>

○年間 237 件、相談内容は重複しているケースもある。包括に相談が来た時点で、全員で共有した方がよければ、事務職員、主任ケアマネ、社会福祉士、認知症推進員等の 6 人で構成されているので情報共有をしている。単独で行くケースもあるが、できるだけ他の職員も同行し複数視点で見ようとしている。

<特に工夫している（力を入れている）取り組み>

○相談内容に応じて対応、訪問する職種を調整し（認知症地域支援推進員、行政側の福祉担当、社会福祉協議会の生活困窮担当等）、同行訪問することで、その後の支援がスムーズに効果的に行えるよう心掛けている。

○包括に相談が来た時点で、エリア分けがあるので、健康状態等は保健師・看護師等の担当を考えた上で、場合によっては行政、有料ボランティアに繋ぐ等、状況により決めている。生活支援に繋ぐ際の工夫として、地域ケア会議で検討し、概ねサービス C がメインのテーマとなり、ケース会議、コア会議を経て、支援内容が決まる。その都度開催し、対応する職員等を決めている。包括の中で協議し行政と共有、その後に包括・行政の支援を決めている。

○エリア分けは、旧中学校区で 4 エリアに 1 名ずつ担当を設けている。民生委員にも担当を知らせており、予防のプランはエリアを越えなければならぬため、職種の関係、業務の状況に応じてカバーしながらやっている。包括支援センターの開設当初からエリア担当制となっている。

○包括用の携帯電話を設置し、緊急時の対応ができるように努めている。

③権利擁護業務

<特に工夫している（力を入れている）取り組み>

○事業所が役場庁舎内（健康福祉課内）にあるため、虐待や困難事例は行政の福祉担当と連携がとりやすい環境であり、行政的な支援については速やかにケース対応を行うことができる。

④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

<特に工夫している（力を入れている）取り組み>

○自治体の規模が小さく、居宅介護支援事業所のケアマネとは顔の見える関係であり対象者の状況把握や相談などの連携がとりやすい。事業所主催の研修会等にも協力しており、顔の見える関係が継続している。

○小規模自治体で恵まれているのは、関係者が限られ顔見知りの関係になる点である。関係構築ができているので、情報共有は盛んである。画一的なものでなく、柔軟な対応ができる。認知症対応等の資源が限られているため限定的なサービスとなり、趣味

のサークル、教室等は少ない。地域のサロン等が主なつなぎ先となっている。

○生活支援体制整備

・平成 28 年から実施。第 1 層の協議体から着手（支えあい助け合いネットワーク）、第 2 層はまちづくり協議会が位置づけられ、コーディネーターを 1 名ずつ配置。困りごとを抱える高齢者を把握し、軽度の生活援助、草むしり、電球の交換等、活動できる支援委員はサービスごとのマッチングをしてもらっている。各地区のサロンでの週 1 度の介護予防効果は大きいですが、すべての地区では難しい。地域によっては地域共生型のサロンを実施、そこに生活支援コーディネーターも参加している。

・生活支援コーディネーターは 2 名で社会福祉協議会のスタッフであり、業務を委託しほぼ専任である。第 2 層 2 名、第 1 層 1 名。

○包括の主催する研修会だけでなく、事業所の勉強会や研修にも協力することで顔の見える関係づくりを行っている。

<「認認介護」への取り組み>

○ケースとして、いずれかが要介護認定者というケース、世帯として問題を包括が把握しているケース等がある。認認介護では要介護認定者がいることもあり、居宅、包括の担当等がサポートする。

<「8050」への取り組み>

○8050 については、80 が包括の担当等から上がってくることや、最近では社会福祉協議会等から上がっていくこともある。8050 の該当者が多く、下の世代へのアプローチが大変になっていると感じている。

⑤小規模自治体にあることで他の自治体と比較して恵まれている点、及びその理由

<恵まれている点、及びその理由>

- 関係者の人数も少数であり、顔の見える関係づくりを構築しやすい。
- 必要時に直接やりとりや相談できる関係性が構築されている。
- 画一的な支援ではなく、ケースに応じて連携を図り柔軟な対応、支援が行える。

⑥小規模自治体にあることで他の自治体と比較して不便な点、及びその理由

<不便な点、及びその理由>

- 地域密着型や認知症対応型が必要と思われる方でも他のサービス利用を検討することしかできないことや、サービス卒業後のつなぎ先となる社会参加の場も多くない。（地域資源が不足している）

⑦運営形態の違いによる運営面での強み（効果的なこと）、及び課題

<概要>

- 平成 31 年 4 月から運営形態は委託、それまでは直営となっていた。町内にあるサー

ビス事業所から出向させていたが、人材不足による出向停止の影響があった。今は社会福祉協議会に委託、場所は健康福祉課と同じフロアにある。

<強み（効果的なこと）>

- 社協に居宅や介護サービス事業所があるので、直営と比較して必要 3 職種を確保しやすい。
- 平成 31 年 4 月より委託方式に切り替えており、社協との連携は取りやすくなっている。

<課題等>

- 職種によっては法人内の人数も少なく、急な退職時の対応に苦勞することがある。社会福祉士の確保には苦勞した。次の人材の確保をどのようにするかが課題となる。

⑧地域や対象者の実態把握の具体的方法、個人情報の取り扱い、ICT の活用状況等

<地域や対象者の実態把握の具体的方法、及び工夫>

- 自治体規模が小さいので、地域や対象者の実態把握はしやすい環境であると言える。職員の誰かは個人の情報を知っていることが多い。

<個人情報の取り扱いの具体的方法、及び工夫>

- 自宅に福祉関係者の訪問を受けていることを近隣の方に知られたくないと考える方もいるため、自宅から少し距離のある場所に包括の車両を駐車する等の工夫をすることもある。

<ICT の活用状況、具体的方法、及び工夫>

- 県のモデル事業は 4 市町村が参加し、今年度は+6 市町村。サービス C のアセスメントが欲しいと言われている。それをオムロンが開発している。新規でケアマネになった方も、アシストツールがあれば便利になると思うが、アシスト支援なしに経験で行っているのでは、どちらかというと ICT は使いづらい。中身が熟練されれば違うかもしれないが、現状では開発途中のものであるという認識。
- 医療情報は医師会のツールがあり、ほぼ医師会等の負担金で賄われている。

<課題等>

- 昨年度より県の ICT を活用した自立支援型サービス推進事業（モデル事業）に取り組んでおり、短期集中型サービス利用者のアセスメントやケアマネジメント作成に活用しているが、開発中のシステムであり業務効率の改善にはつながっていない

(2) 連携状況

①地域（町内会、民生委員、ボランティア組織等）との連携状況

<特に工夫していること>

- 地域、民生委員との連携は、町内会や民生委員も少ないので顔見知りが多く、連携が取りやすい。年度当初の民生委員児童委員協議会の総会に包括の職員全員で参加し、担当を知ってもらえるようにしている。ささえあいネットワーク協議会に、民生委員代表、自治会会長等、色々な団体の長が参加している。
- 一般住民の啓発の場として、高齢者の健康づくり推進大会を開催し、サロンでの取り組みを発表してもらっていたが、今年度に関してはサービス C の取り組み報告を利用者本人が登壇し体験発表してもらった。一般住民の事業への参加については、高齢者の見守りネットワークをつくり、住民団体、自治体、消防団等に参加してもらっている。住民の意見等をその場で集約している。事務局は庁舎内で構成され、テーマの素案作成等をしている。
- 資源不足も踏まえ、県では週 1 回体操をする組織づくりを進めているが、集落ごとに体操の場所づくりをしている。介護保険事業計画にも反映している。サロンは月 1 回なので、週に 1 回やりましょうといってもなかなか繋がらない。サービス C を卒業した方が地域を巻き込んで活動してもらっている地区が数か所ある。
- サービス C の方で、サロンのリーダーやサブリーダーになってくれそうな方に戦略的に声掛けを行っている。サービス C の利用者の年齢は 85 歳くらいが多いが、リーダーは 65～70 歳代を狙っている。

<課題等>

- 課題はボランティア組織が少なく、豪雨災害時等は立ち上がるが平時のときは少ない点である。全地域の 2 分の 1 でボランティア団体がなく、すべての地域をカバーできるような状況にはない。

②多機関（行政、福祉・医療、その他専門機関）との連携状況

<特に工夫していること>

- 在宅医療連携推進会議
 - ・肝になる会議・協議体。玖珠郡医師会に委託している事業であるが、生活圏域が同じで医療関係者、介護事業所が参加する会議でもあり、重要と考えている。
 - ・入退院時のマニュアルを作成し、昨年度に更新している。他の活動として、多職種連携のグループワーク、住民参加型のシンポジウム等も実施している。骨格作りは、医師会の事務局、行政担当、県の保健所。作業部会は、介護事業所、社福、病院の代表者で構成され、内容について協議決定を行っている。終活、看取りが主なテーマとなっている。

○地域ケア会議

・月2回実施、年間概ね20回程度。祝祭日でできない場合は、別日にカンファレンスを実施している。すべてがサービスCの対象者ではなく、事例を出してもらいケアプランの相談、検討等の話をしている。認知症、8050の問題を抱えた方等が来るが、ケアマネジャーが継続して支援を実施。専門職の派遣については、県の高齢者福祉課が派遣調整をしており、市町村にクレームがくることはない。県が専門職団体と上手く調整していると思う。

・ケア会議からの直接の政策提言等はないが、ケア会議は行政が参加するので、政策で課題となるものは行政で集約しているの、政策として必要なものは自然と見えてくるようなシステムになっている。例えば、災害時の対応等は災害対応部署に直接話に行く。継続的に必要なものは庁内会議で調整する流れとなる。

○包括、居宅の職員は勤務年数が長い方が多いため、居宅での困難事例は個人と事業所で解決されて包括に上がってこないことが多い。お互いに持ちつ持たれつの関係で上手くやっている。居宅事業所連絡会では、1年間の計画を主任ケアマネと一緒に考えながら、居宅の方にも意義のある会議を目指している。

○工夫ではないが、社会資源が少ないため、かえって地域の介護サービス事業所や医療機関とは顔の見える関係であり、サービス提供や入退院時の連携がとりやすい。

(3) 人材の確保及び育成

<現状、及び特に工夫していること>

○県が窓口の研修に力を入れており、ケア会議に出席することでスキルアップにつなげている。

<課題等>

○3職種が1名ずつの配置のため、同職種の後任の確保及び育成が難しい。

(4) 小規模自治体の地域包括支援センターとして特に力を入れている、あるいは力を入れざるを得ない取組み等

○地域の介護サービスが限られているため、可能な限り自立した在宅生活を継続できるようにケアマネジメントが求められる。

(5) その他

<包括から行政に求めることや要望等>

○包括の職員は専門職5名、事務職1名であるが、移動でかなり時間がかかり、またサービスCはケアプランより時間がかかるため、業務負担が大きくなっている。ケアマネ、社会福祉士、同じように件数を持っているため、包括に求められるものが大きくなっていく中、人員の補充及び育成をお願いしたい。困難事例については、介護保険、福祉事業の担当も協力いただけており、フットワークの軽さ等は感謝している。

○行政の担当者は通常3年から4年で異動があるため、配置転換があっても体制が保てるようお願いしたい。

<行政から包括に求めることや要望等>

○これまではデマンド型のサービス提供であり、住民の要望に応えることがよいサービスであったと思うが、今は自立支援をどう支えるかを考える必要がある。介護予防については効果が出ている。