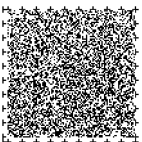


## Ⅱ 各論



## 第1章

# 地域包括ケアシステムの深化・推進

## 1 地域包括支援センターの機能強化

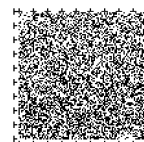
令和3年4月から、多問題を有する個人や家庭が抱える福祉課題に対応するため、地域福祉計画、障害者総合計画及び高齢者総合計画の福祉3計画において、整理・再編した新たな福祉圏域において地域包括支援センターの運営を開始します。新たな圏域における活動（アウトリーチの強化、敷居の低い元気な時からの関係づくり等）と、各地域包括支援センターに配置されている、「保健師」、「主任介護支援専門員（主任ケアマネジャー）」、「社会福祉士」の3職種に加え、「認知症地域支援推進員」、「在宅医療・介護連携推進担当者」、「見守り担当者」の各担当者が役割を分担し、それぞれの専門性を発揮することが重要です。

### 第7期計画の取組と課題

地域包括ケアシステムの中核を担う機関として、地域包括支援センターでは、次の7つの機能を担っています。

- ① 介護保険外のサービスを含む、高齢者や家族に対する総合的な相談・支援
- ② 虐待の防止・早期発見等の権利擁護
- ③ 地域の多様な社会資源を活用した包括的・継続的なマネジメント
- ④ 介護予防事業、介護予防給付を効果的かつ効率的に提供するための介護予防ケアマネジメント
- ⑤ 地域包括ケアのネットワーク構築
- ⑥ 在宅医療・介護連携の推進
- ⑦ 認知症施策の推進

市では、この7つの機能を果たすため、地域包括支援センターに配置すべき3職種（保健師、主任ケアマネジャー、社会福祉士）のほかに、「認知症地域支援推進員」、「在宅医療・介護連携推進担当」、見守りネットワーク「みまもっと」の担当者を配置して機能の拡充に努めました。

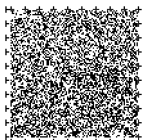
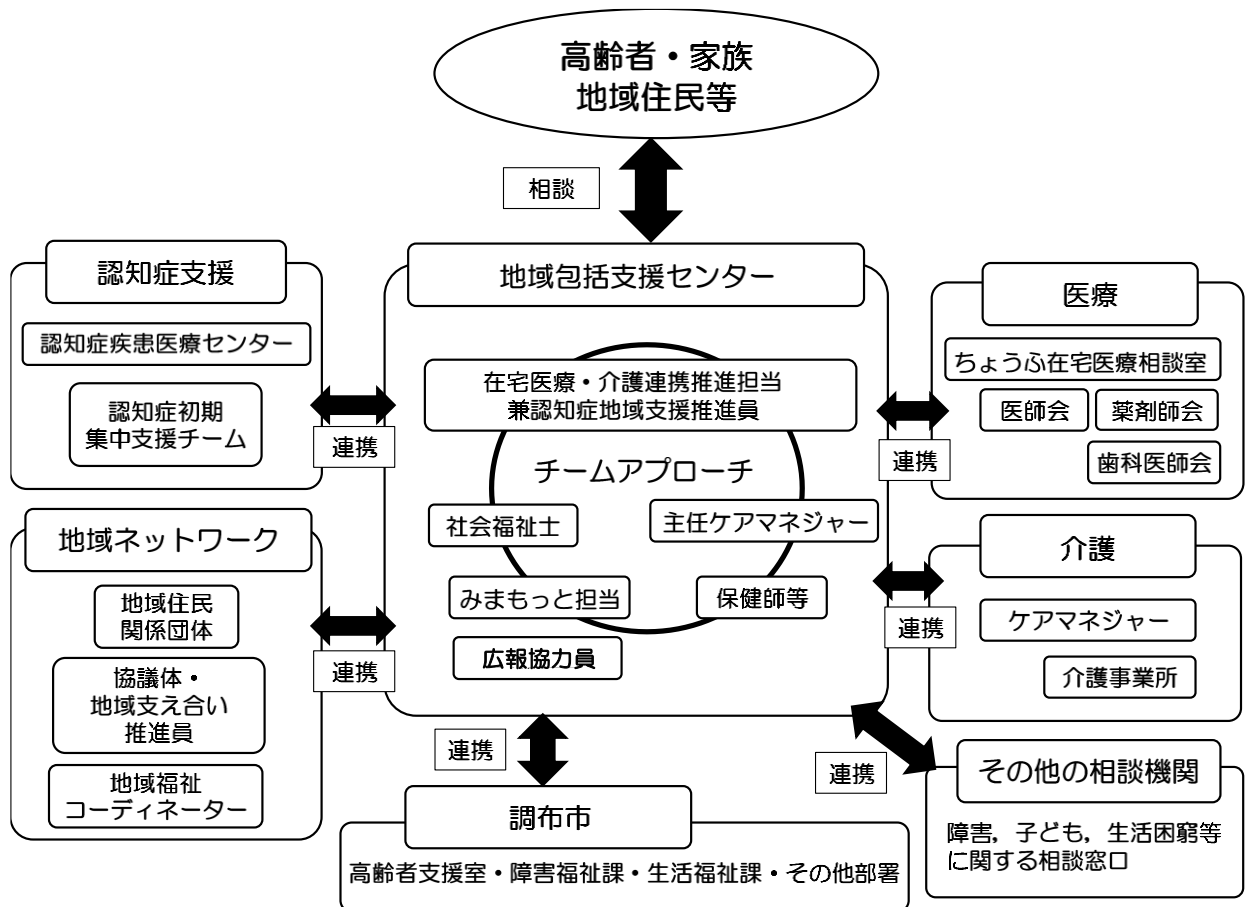


また、平成30年度から事業運営の評価を行い、改善が必要な点について各地域包括支援センターと市で共有し、業務改善に取り組みました。評価の結果を次年度計画に反映することで、地域包括支援センターの運営水準を一定にできるよう努めています。

第7期計画期間中は、高齢化の進展は緩やかであったものの、世帯構造の変化が進み、介護サービス需要が増加・多様化している一方で、現役世代（担い手）の高齢化が進行しています。今後、地域の高齢者介護を支える人的基盤の確保が課題となるが見込まれます。

地域包括支援センターでは、業務量が増えていることから、業務内容の精査、人員確保及び体制を強化するとともに、相談内容を分析し、それを各地域の実情にあった地域包括ケアシステムの構築に活かしていくことが求められています。

【地域包括支援センターのイメージ図】



【地域包括支援センターへの相談件数】

(件)

| 年度          | 平成29年度 | 平成30年度 | 令和元年度  |
|-------------|--------|--------|--------|
| 相談件数        | 64,589 | 61,570 | 60,322 |
| 介護予防相談（うち数） | 20,225 | 16,760 | 18,182 |
| 介護相談（うち数）   | 3,460  | 3,540  | 2,859  |
| 介護保険相談（うち数） | 9,039  | 8,613  | 8,267  |
| 認知症相談（うち数）  | 2,280  | 2,230  | 1,900  |

出典：調布市事務報告書

## 第8期計画の取組

2025年、さらには2040年に向け、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現がより一層求められます。

介護サービス需要に応える基盤整備を着実に進め、高齢者が地域とのつながりを保ちながら生活を継続できる基盤づくりについて検討し、健康寿命延伸のための介護予防ケアマネジメントや介護予防事業の取組を強化します。

各種事業については、新しい生活様式に即した内容や実施方法を検討し、会議等は、ICT※を活用するなど業務のオンライン化を推進していきます。これらを踏まえ、地域の実情にあった地域包括ケアシステムを構築するための機能強化を図ります。

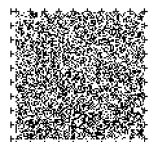
※ICT：「Information and Communication Technology」の略。情報伝達技術のこと。

### (1) 地域包括支援センターの体制・機能強化

地域包括支援センターの円滑かつ適正な運営の確保を図るために、「地域包括支援センター運営等協議会」において、運営状況を把握しながら活動方針等について審議し、各地域包括支援センターの体制・機能強化に努めます。

### (2) 地域包括支援センターの評価

事業運営の評価を行い、改善が必要な点について、各地域包括支援センターと市（高齢者支援室）が共有し、引き続き業務実態に基づく適切な人員配置、業務の改善・効率化を図ります。



### (3) 地域包括支援センターの周知

地域の身近な総合相談窓口として地域包括支援センターが住民に活用されるよう、広報協力員\*等と協力し、日常的に地域包括支援センターの周知を行い、市民意識調査\*で50%以上の認知度（令和元年度市民意識調査44%）を目指して、周知活動を継続します。

※広報協力員：地域包括支援センターの周知活動を住民に近い立場で行うボランティア。地域に向いて地域包括支援センターのPR活動をしたり、地域の中で見つけた課題を地域包括支援センターにつなぎ、地域のネットワーク活性化の一員として活動する。

※市民意識調査：市民意識調査は、無作為に抽出した満16歳以上の約3,000人を対象に「調布市基本計画」で設定した各施策のまちづくり指標の現状値（施策の到達水準）や、暮らしの満足度、市が行う施策に関する市民ニーズなどを把握することを目的とした調査。

### (4) 認知症施策の推進

認知症の本人・家族等を支援できる体制を整備します。認知症地域支援推進員を中心として認知症初期集中支援チーム、地域の医療機関や福祉施設等と連携を図るとともに、効果的な介護方法などの専門的な相談支援、早期発見・早期対応や、中・重度の処遇困難事例の対応、社会参加活動のための体制整備など、認知症にやさしい地域づくりを進めます。

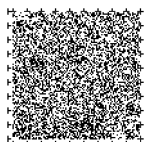
### (5) 介護予防・健康づくりの推進

健康寿命の延伸のため、第7期計画期間中に推進してきた自立支援・重度化防止の視点での介護予防ケアマネジメントと、運動機能の向上・社会参加のための「通いの場」の支援を継続します。また、住民主体を基本としつつ、専門職の効果的な関与を得ながら高齢者の興味・関心に応じて参加できるような、利用しやすい「通いの場」の立ち上げを地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）と連携して進めていきます。

### (6) 在宅医療と介護の連携の推進

在宅医療と介護の連携を推進していくため、ACP\*の観点を持ちながら、中・重度の医療ニーズの高い方や看取り期にある方などに対しても適時適切なサービスが受けられるように、「ちょうふ在宅医療相談室」や介護関係者との連携を図ります。

※ACP（アドバンス・ケア・プランニング、人生会議）：将来の変化に備え医療・介護のケア・看取り等について、本人・関係者が話し合い、本人の意思決定を支援する。



## (7) 地域ケア会議の推進

自立支援・重度化防止に資する適切なアセスメント・介護予防ケアマネジメントが実施できるよう、リハビリテーション専門職等の多職種参加による個別の地域ケア会議（関係者会議）を実施します。また、圏域ごとの地域ケア会議では地域課題の発見、地域資源の開発、ネットワーク構築、地域づくりなどについて検討し、政策形成に結び付けられるよう取り組みます。

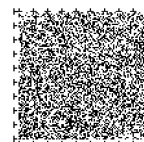
## (8) 地域のネットワークの構築

ケアマネジャー同士の連携や勉強の機会としてのケアマネット※、民生委員・児童委員との情報交換会、地域福祉コーディネーターや地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）との協力によるネットワーク会議などを実施し、連携を深めていきます。

また、高齢者福祉だけにとどまらず、保健・医療、障害者福祉、児童福祉の諸機関・関係部署との幅広い連携に努めるとともに、福祉圏域ごとの地域特性を踏まえたネットワーク構築に向けて、ネットワーク会議等を主体的に実施していきます。

今後、地域包括支援センターの業務内容の精査や人員確保等のため、参加者・目的が重複する地域のネットワーク構築のための様々な会議について、整理・再編に向けた検討を進めます。

※ケアマネット：ケアマネジャー支援の一環として行う調布市独自の勉強会で、地域包括支援センターが主催している。市内を3地域に分け、地域のケアマネジャーの交流や事例検討会などを年に数回実施している。



## 2 地域の見守り体制の充実

調布市では、地域の見守り体制として、見守りネットワーク事業「みまもっと」を実施しています。「みまもっと」は、高齢者等が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、地域全体で高齢者等を見守っていくことを目的とした事業で、平成16年度から地域包括支援センター（当時、在宅介護支援センター）を核として、段階的にネットワークを構築してきました。

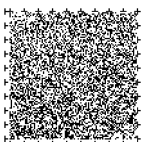
「みまもっと」は、「ソフトな見守り・ゆるやかな働きかけ」をキーワードに、ひとりぐらし高齢者の見守りや支援を担うとともに、虐待防止や認知症高齢者の発見・対応、孤立死の防止など、地域のセーフティネットとしての重要な役割を担います。

### 第7期計画の取組と課題

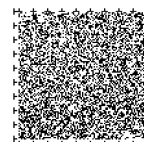
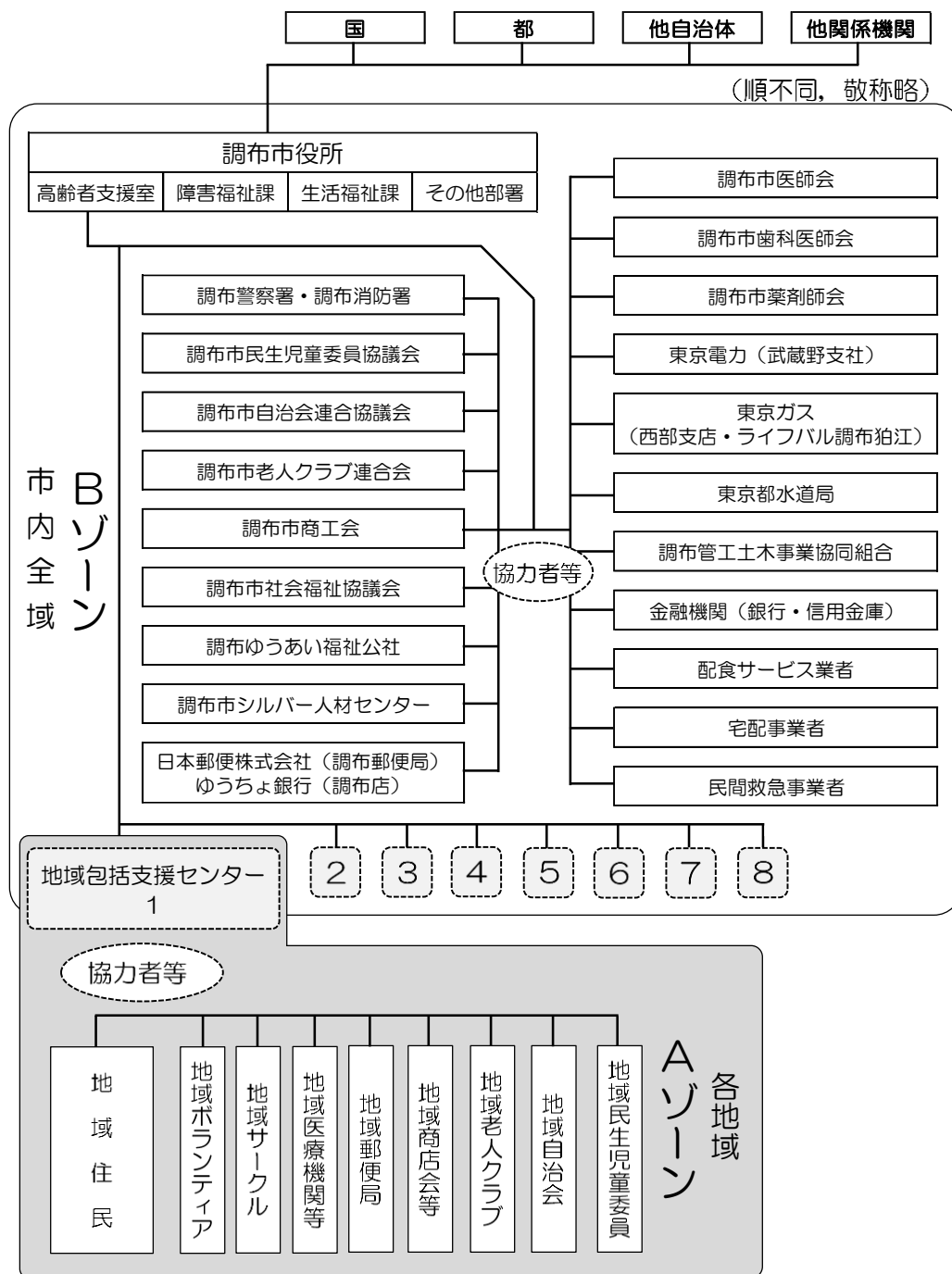
市内全ての地域包括支援センターに「みまもっと担当」を配置して事業を実施しています。「みまもっと」は、Aゾーン（各地域）とBゾーン（市全体）の2層に分かれ、各地域での見守りと市全域で関係機関の協力による見守りを実施し、令和元年度末の協力団体数は62団体、通報受付総件数も502件と、協力団体、通報件数ともに年々増加しています。

市においては、多様な市民に対して「みまもっと」を啓発していくために、市ホームページへの掲載、PRポスター、シール、パンフレット、ちらしやマグネットなどを作成し、地域での説明を行いました。また、コミュニティFMやケーブルテレビ等による事業説明やバス車内放送によるPRの実施など、幅広い方法で周知に努めています。

第7期計画期間中には、地域住民の集まる場や社会資源（自治会の活動量や世代間交流等）に地域差が生じたため、格差を改善するための方法を検討する必要があります。また、今後の更なる高齢化は、緊急の対応を要する高齢者の増加を招き、地域包括支援センターや市の職員だけでは対応しきれない可能性もあるため、気になる高齢者の早期発見と見守りの方法を広く市民に周知するとともに、地域の自助・互助体制の強化を進める必要があります。



【「みまもっと」の協力体制図】





## 第8期計画の取組

ひとりぐらし高齢者の増加に伴い、第8期計画においても継続して「みまもっと」を広報し、地域の社会資源（自治会、老人クラブ、民生委員・児童委員、商店会、医療機関等）の協力を得ながら、全市的に展開し、高齢者が地域の中で安心して暮らし続けられる体制をつくります。

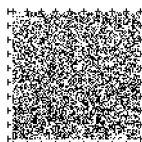
### (1) 見守りネットワーク「みまもっと」の更なる周知 (Aゾーンの充実)

地域のネットワーク（Aゾーン）の充実に向け、特に、若い世代を含めた幅広い年齢層の市民に「みまもっと」を知ってもらい、地域の高齢者等の異変や生活上の支障などに気づいたら、地域包括支援センターにつないでもらえるよう、PRの方法等を工夫し、地域住民や地域の関係機関・関係団体の協力の輪を広げて、「みまもっと」の更なる周知を図ります。

### (2) 協力団体の充実（Bゾーンの充実）

協力団体とのネットワーク（Bゾーン）の充実に向け、市民の生活に密着し、高齢者の変化に気づきやすい事業者や団体等に、「みまもっと」の役割を理解してもらえるよう働きかけ、協力団体を増やすとともに、協力団体への継続的な情報提供により、連携を深めていきます。

| 実績値<br>(登録団体数：令和2年10月現在) | 第8期計画目標値<br>(登録団体数) |
|--------------------------|---------------------|
| 63団体                     | 73団体                |

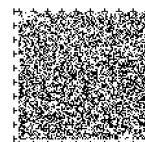
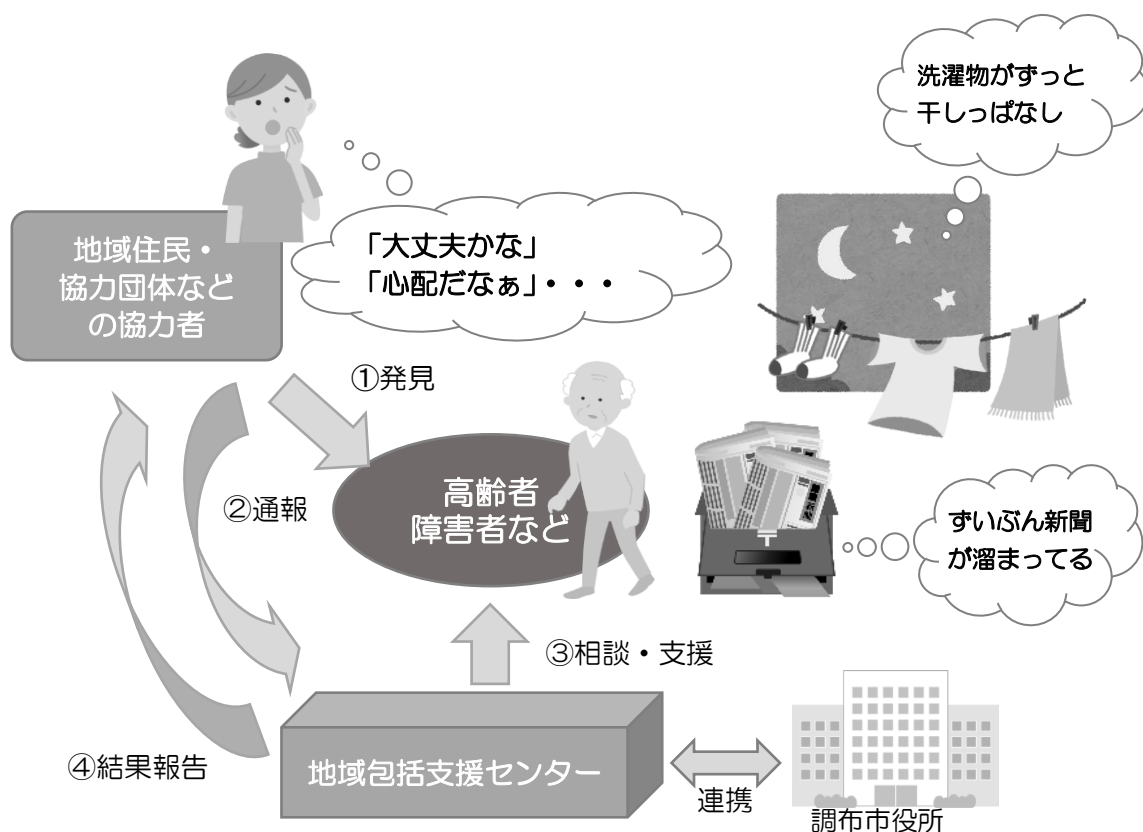


### (3) 見守りサポーターの育成

見守りの必要性や見守るポイントがわかる市民を増やすため、「見守りサポーター養成講座」を引き続き実施します。今まで年1回から2回の開催でしたが、令和2年度からは、地域包括支援センターの職員による出前講座を開始し、受講しやすくなりました。本講座を通じて、支援が必要であるにもかかわらず支援を拒否している人や支援につなげていない高齢者等が、市や地域包括支援センターなどの相談窓口につながるよう、見守り体制の充実を図ります。

| 実績値<br>(登録者数：令和2年11月現在) | 第8期計画目標値<br>(登録者数) |
|-------------------------|--------------------|
| 468人                    | 693人               |

【「みまもっと」イメージ図】



### 3 医療と介護の連携強化

高齢になるにつれて、複数の慢性疾患や傷病を抱えるなど医療の必要度が変わり、認知症の発症や介護の必要性が高まる中で、今後、医療と介護の両方を必要とする高齢者が増えていきます。そうした高齢者が住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らし続けられるよう、地域の医療・介護の関係者が連携し、包括的・継続的に在宅医療と介護を一体的に提供できる支援体制が求められています。

#### 第7期計画の取組と課題

医師会に設置している「ちょうふ在宅医療相談室」に相談員を2人配置して、在宅医療についての相談、在宅医の紹介を行いました。令和元年度の相談件数は121件、在宅医の紹介は31件でした。

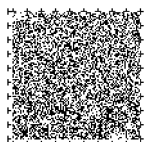
医師会、歯科医師会、薬剤師会等関係機関相互の情報交換の場として調布市在宅医療・介護連携協議会を開催し、連携体制の構築を図りました。その中で、在宅医療をより身近なものとして利用してもらえるよう、在宅医療の実態や仕組み・相談先を分かりやすく記載した「ちょうふ在宅医療ガイドブック」を作成し、在宅医療の正しい情報の普及啓発を行いました。

さらに、医療、介護職等が協力して食べることの大切さを分かりやすく伝える「摂食嚥下ガイドブック いつまでも元気で食べるために」を作成し、嚥下に関する知識の普及啓発を行いました。

平成28年度から全ての地域包括支援センターに配置した「在宅医療・介護連携推進担当」が、在宅医療についての正しい情報の普及や利用の啓発を含めた相談対応を、より一層推進できるように体制の整備を図りました。

また、生活状況や健康状態をよく理解し、相談を受けてくれるかかりつけ医が持てるよう、特定健診等を地域の医療機関で受診できるようにしました。その結果、市民福祉ニーズ調査において、かかりつけ医がいる人は69.4%（前回調査67.1%）、かかりつけ歯科医がいる人は71.5%（前回調査69.6%）に上昇しています。

第7期計画期間中には、住み慣れた地域で暮らし続けるための支援として、病院と地域の診療所との連携、24時間対応可能な訪問診療や訪問看護の充実、また、介護やその他の福祉サービスとの連携強化の必要性が高まっています。



さらに、在宅医療を身近に感じ、選択肢の一つとして考えることができるよう市民に情報提供を行う必要があります。

在宅や施設でのターミナルケア等の医療ニーズに対応していくためには、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局、MSW（メディカルソーシャルワーカー）等の医療関係者と、ケアマネジャーを中心とした福祉関係者が連携し、地域のあらゆる資源を包括的に提供していく必要があります。その連携をスムーズに行うためにICTの活用や、環境整備が必要となります。

超高齢社会が進行する中で、いかに要介護状態にならず自立した生活を維持し、歳を重ねることができるかという予防の視点が重要であり、専門職と連携して住民主体で介護予防に取り組む場の構築が必要です。

## 第8期計画の取組

地域での療養生活を支援するために、医療・福祉と在宅療養者をつなぐ相談・コーディネート機能の充実を図ります。また、医師会、歯科医師会、薬剤師会等の関係機関と連携して、要介護状態になる前から包括的・継続的な取組を推進します。

### (1) 相談・コーディネート機能の充実

要支援・要介護状態にある方は、一般的に医療を必要とするケースが多いため、ケアマネジャーや介護職員が医療との連携を取りやすくなるように、医療情報（医療処置や医療用語）や連携方法などについて学ぶ機会を提供します。

また、医療職と介護職の連携がよりスムーズにできるように、合同での研修会などを実施し、顔の見える関係の構築を支援します。

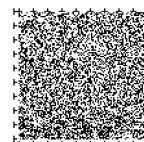
さらに、MCS<sup>※</sup>の活用を広めるための研修会等を実施します。

※MCS(メディカルケアステーション)：医療介護専用の完全非公開型コミュニケーションツール。  
多職種連携をサポートし、患者、家族との連絡も安全に行える。

### (2) 「ちょうふ在宅医療相談室」の支援

「ちょうふ在宅医療相談室」の周知を図り利用を促進するとともに、在宅医療に関する情報を適切に提供していきます。

また、調布市在宅医療・介護連携協議会を、在宅医療に関する地域資源などの情報共有や、医師、歯科医師、薬剤師と地域包括支援センター等の連携の機会、さらには、新たな取組の検討の場として引き続き活用します。



### **(3) 在宅療養に関する情報提供**

療養者が住み慣れた地域で安心して主体的な生活を送ることができるよう、また、家族の身体的・精神的負担が軽減できるよう、在宅療養に関するニーズの把握と情報提供に努めます。

さらに、健康な時から終末期のあり方を考えることの大切さについて、ACPの説明や「じぶんノート（調布市版エンディングノート）」の活用を周知しながら啓発します。

### **(4) リハビリテーションの視点からの医療・福祉の連携**

介護予防にリハビリテーションの視点を取り入れ、身近な場所で介護予防活動ができる「通いの場」を更に増やすための取組を行います。

また、「10の筋力トレーニング」の普及とともに、理学療法士等の専門職との連携を図り、住民主体で日常的に行える介護予防活動の普及啓発に取り組めます。

### **(5) かかりつけ医の推進**

元気なうちからかかりつけ医（医師、歯科医師、薬剤師・薬局）を持つことが大切であることから、引き続き、市内医療機関等の情報提供を行うとともに、健診の機会が、かかりつけ医を持つきっかけとなるように関係部署と連携して取り組みます。

### **(6) 在宅医療・介護連携推進事業の推進**

在宅医療・介護連携推進事業については、医師会及びちょうふ在宅医療相談室と連携しながら、相談・支援や連携体制づくりを行います。スムーズな連携を築くためにMCSの利用促進を医療・介護の関係者に行います。

また、市は保健所等の関係機関と連携しながら、地域包括支援センターの活動を支援します。

