

第 8 期（令和 3 ～ 5 年度）
練馬区高齢者保健福祉計画・
介護保険事業計画

地域包括支援センターおよび
地域密着型サービスに係る検討課題

検討結果報告書

令和 2 年 8 月

練馬区地域包括支援センター運営協議会
練馬区地域密着型サービス運営委員会

【地域包括支援センター・地域密着型サービスの課題 総論】

1 地域包括支援センターについて

令和2年1月現在、区内のひとり暮らし高齢者は約5万3千人、高齢者のみ世帯は約2万9千世帯となっている。ひとり暮らし高齢者は20年前と比べ4倍となっているが、核家族化の進行や、未婚率の上昇等を背景に今後も増加が続き、団塊ジュニア世代が高齢者となる令和22年には約8万9千人に増加すると見込まれる。

ひとり暮らし高齢者は、昼夜を通じてひとりで生活しており、家族などと接することがないため、日常生活の悩みごとや困りごとを抱え込み、孤立しがちである。また、自宅に閉じこもりがちで、運動量や他者との接触が少ないことから、身体・認知機能が低下しやすい傾向がみられ、要介護認定率は複数世帯に比べて2倍を超えている。

ひとり暮らしとなっても、高齢者が孤立せず、住み慣れた地域で安心して暮らせるようにするためには、地域全体での見守りや支え合いの体制づくりを更に推進することが重要である。平成30年4月には、地域包括ケアシステムの中核となる地域包括支援センターを再編し、支援機能を強化した。今後も、地域包括支援センターの増設や担当区域等の見直しにより、支援体制を更に強化することが必要である。

他方で、老々介護やダブルケア、8050問題など、高齢者の生活上の課題は複合化・複雑化している。平成30年度からは「ひとり暮らし高齢者等訪問支援事業」を実施し、ひとり暮らし高齢者および高齢者のみ世帯の高齢者が地域で孤立することのないよう、全ての地域包括支援センターにおいて、職員と区民ボランティアが自宅を訪問し、介護予防など、個々の状況に応じた支援につなげている。令和元年度の訪問実績は12,913件で、介護保険認定申請等8,798件の支援につながった。今後も、地域との協働により、ひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯、認知症の方の状況を把握し、地域の相談体制や見守り・支え合いの体制を更に強化し、世帯に合った多様な支援を行う必要がある。また、災害時の要支援者対策や、高齢者が不安を持つ終末期や死後の手続き等への対応により、安心して過ごすための支援が必要である。

2 地域密着型サービスについて

区内の高齢者の約8割、要介護認定者の9割超の方は医療を受けていることから、入退院時や急変時を含めた在宅療養生活、看取りなど、切れ目のない医療・介護サービスの提供が必要である。

区内の高齢者を支える資源は、病院が19か所、診療所が527か所（うち、在宅療養支援病院3か所、在宅療養支援診療所75か所）、歯科診療所が460か所、調剤薬局が311か所、訪問看護ステーションが66か所あり、介護サービス事業所は1,000か所を超えている。高齢者の状態に応じて、これらの医療と介護サービスが連携して在宅生活を支えることが重要である。

区内の高齢者の約4割の方は自宅で最期を迎えたいと思っているが、実際には病院で亡くなることが多い（自宅で最期を迎えているのは2割弱）。在宅療養生活の継続には家族の理解・協力が必要になるが、自らが望む人生の最終段階の医療・ケアについて話し合う人生会議（アドバンス・ケア・プランニングの愛称）を家族や医師等と行ったことのある高齢者は約3割にとどまる。区民が自らの希望する最期の過ごし方を選択できる環境づくりに向けた支援が求められている。

区では、平成30年4月の地域包括支援センターの再編に合わせ、医療と介護の相談窓口を25か所に増設し、各センターに医療・介護連携推進員を配置し、在宅療養や認知症等について区民が相談できる体制を整備してきた。今後も医療・介護を必要とする高齢者が増加し、さらに多死社会の到来が見込まれることから、在宅療養ネットワークの充実、在宅療養の更なる普及に取り組む必要がある。

また、24時間体制で在宅生活を支援する地域密着型サービスは、既に整備を行った小規模多機能型居宅介護16か所に加え、看護小規模多機能型居宅介護が3か所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護が13か所、認知症高齢者グループホームが34か所整備され、要介護状態になっても、区民が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるサービス基盤整備が着実に進んでいる。しかし、利用率の低い地域密着型サービスやサービス提供エリアに空白地帯があることから、区内のどの地域でも多様な在宅サービスが受けられる環境整備が必要である。

さらに、介護だけでなく、育児、障害、生活困窮などの複合的な課題に同時に直面する世帯への対応が必要とされている。制度・分野の枠や支える側・支えられる側という従来の関係を超えて、関係機関の更なる連携強化が求められている。

【施策別の提言】

施策2 ひとり暮らし高齢者等を支える地域との協働の推進

- ひとり暮らし高齢者等を支える相談支援体制の強化
 - ・ ひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯の増加に対応し、身近な地域の相談体制を強化するため、地域包括支援センターの増設、担当区域等の見直しを行うてはどうか。あわせて、認知度のさらなる向上や質的充実に取り組んではどうか。
 - ・ ひとり暮らし高齢者および高齢者のみ世帯の高齢者が地域で孤立することのないように、「ひとり暮らし高齢者等訪問支援事業」の強化を図る必要があるのではないかと。また、訪問するだけでなく、閉じこもっている人に外に出てきてもらうような仕掛けを作るべきではないかと。
 - ・ 医療機関、薬局、介護事業者等のネットワークの充実が必要ではないかと。

- ひとり暮らし高齢者等が安心して生活できる体制の整備
 - ・ 民生委員や老人クラブ等と連携して、ひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯等の実態把握に取り組んでいくべきではないかと。また、高齢者が集まりやすい民間施設等との連携も必要ではないかと。
 - ・ 高齢者在宅生活あんしん事業など、在宅高齢者向けサービスの充実に取り組んではどうか。
 - ・ ひとり暮らし高齢者等が抱える死後についての多様な不安を軽減する取り組みが必要ではないかと。
 - ・ ひとり暮らし高齢者等がどのようにすれば福祉サービスを受けられるのか、災害時にどのような動きを取ればよいのかなど、戸惑わないための支援が必要ではないかと。

- 地域との協働による生活支援体制の充実
 - ・ 地域団体や、区民に身近な事業者と連携して街かどケアカフェの充実に取り組んでいくべきではないかと。
 - ・ 地域団体等で活動する担い手のさらなる育成が必要ではないかと。
 - ・ 支援が必要な高齢者を地域団体等につなげるため、地域ケア会議等を活用し生活支援コーディネーターと地域包括支援センターの連携を強化してはどうか。あわせて、高齢者が主体的に活動できるグループの紹介や創設など、地域の新たな社会資源の開発が必要ではないかと。
 - ・ 予防の観点から、高齢者が地域とのつながりを持つため、元気な高齢者を対象に地域の社会資源等の情報発信を積極的に行うとともに、高齢者がひとり暮らし

になっても困らないよう、元気な時から相談先を考えてもらうようにすることが必要ではないか。

施策 4 在宅生活を支える医療と介護サービス基盤の整備

○ 住み慣れた地域で暮らしながら、自宅での療養を安心して選択できる環境の整備

- 区内のどの地域でも多様な在宅サービスが受けられる環境の整備が必要である。高齢者基礎調査等の結果やサービスの利用状況を精査し、地域特性、社会資源等を考慮したうえで、今後の基盤整備の方針を検討されたい。
- 地域における地域密着型サービスの理解や利用が進むよう、地域ケア会議等の積極的な活用によるケアマネジャーの制度理解の支援を行うべきである。
- 地域密着型サービス事業所が、地域住民と協働すること等により、地域とのつながりを深めることに対する支援を行うべきである。
- 地域密着型サービスの普及を進めるため、引き続き、区民・多職種向けにサービス内容や特徴を分かりやすく伝える情報発信を充実してほしい。

○ 複合的な課題に直面する世帯への支援

- サービス向上に向けて、介護サービス事業所と障害福祉サービス事業所との連携を進めるべきである。
- 複合的な課題に適切に対応するため、ICT 等も活用し関係機関の連携のさらなる強化を図られたい。

地域包括支援センター運営協議会・地域密着型サービス運営委員会での
その他のご意見（参考）

- ・ 2025 年には団塊の世代が後期高齢者になる。それに伴いケアマネジャーの仕事量も多くなり、ケアマネジャーの資質も問われてくる。ケアマネジャーの資質向上のための支援をしていただきたい。
- ・ 地域のケアマネジャーの相談内容を整理・分類し、経年的に把握することは重要である。あわせて、事例検討を積み重ねるとともに、多職種連携や地域のネットワークづくりの充実が必要である。
- ・ 要介護状態になっても、在宅で安心して高齢者の希望する在宅生活を続けることができるよう、相談体制の充実や在宅医療と地域に根ざした介護サービスの現況を整備し、関係者間の連携強化を図るこの目標に対して、医療と介護の相談窓口の支援力の強化、在宅医療のネットワークの充実、在宅療養を支える医療介護等の普及、啓発と利用促進を進める。大変に素晴らしい的を射た目標であると思う。更に、この目標に対する進め方、考え方についても、充実しているものと感激した。
- ・ 高齢者が在宅療養を望んでいるとしたら、元気なうちに自分の介護について家族と話し合うことが重要だと思う。介護する側、される側の立場をお互いに理解できれば、後悔しない介護につながるのではないか。高齢化が進んでいく中、介護は早め早めの対策が必要であり、高齢者やその家族がもっと区の福祉施策に対して知識をもつ必要があると思う。
- ・ 施策4「課題と取り組み」に対する意見
 - 1 区民が、自宅での療養を安心して選択できる環境づくりを進めることが必要である。
 - 2 医療・介護専門職が在宅療養に積極的に取り組むことができる環境の整備が必要である。

第8期の介護サービス基盤整備においては、「情報通信の環境の積極的な整備ならびに情報リテラシーの向上への取り組み」を最優先すべきである。これは、感染予防の観点からも取り組まなければならない事項である。例えば、オンラインによる地域連携のコミュニケーションの推進や在宅ケアへの取り組み等。さらに、ACPの普及についても、オンラインで取組むことで、親子の居住地の物理的な距離の制約を排除することができ、当事者の負担が軽減される。オンラインを含むハイブリッド型の取り組みを進めるべきである。

また、介護サービスへのアクセスをオンラインで可能とすることなどに加えて、情報発信を地域包括支援センター単位で YouTube や SNS を活用して行うことなどで、身近な存在として地域住民の安心に資するものとなるように取り組むべきである。

- ・ 訪問診療、往診の体制整備は、区民の安心につながる。
- ・ 保健所等の健康診断問診票の中に認知症のチェック項目を入れるなど、切れ目なく節目ごとに支援につながるようにして欲しい。また、健康診断の未受診者等の実態を把握し、早期に支援体制につながるシステムを作って欲しい。
- ・ 街かどケアカフェ等でアドバンス・ケア・プランニングの講習会など、多くの人が参加しやすいように開催して欲しい。
- ・ 在宅高齢者への働きかけは、難しい。不安を刺激しないことが大切である。
- ・ どのような状態になっても、どのくらいまで悪くなっても、世話を頼める家族がいなくても、自宅で過ごせるのかを具体的に知っておく必要がある。最期は自宅で、と希望しても人それぞれ準備すべき事項に差がある。今、もっている疾患から予測できる最期、区の死亡小票などから推測される自分におこり得る最期の状況を少しでも具体的に想定できるように、講座、ホームページ、パンフレット等で啓発を続けてほしい。
- ・ 医療機関と連携して高齢者の状況を把握するとともに、必要に応じて関わりを持てるよう主治医との更なる連携の工夫も必要ではないか。
- ・ 精神科・診療内科系医療機関との連携が必要だ。高齢者は認知症だけでなく、元々の精神疾患や老人性の精神疾患を持った方も少なくないと思われる。
- ・ ケアマネジャーの仕事が多岐にわたっており、何でもお願いをしてよいという傾向になっている。本来の業務内容について周知してもらいたい。
- ・ 在宅療養ネットワークの強化に服薬管理があるため、薬剤師も明記したほうがよいのではないか。
- ・ 元気な高齢者に対して、自ら望む人生の最終段階の医療・ケアを考えられるよう、学習会を開催したらどうか。
- ・ ケアマネの研修において、ダブルケアやヤングケアラーなどの実態についても盛り込んでおくことが必要なのではないか。
- ・ 何らかの病気を持つ高齢者が地域で暮らしていくためには、介護事業者と医療機関との連携は不可欠だと考える。しかし、介護事業所における医療機関との連携を進める上での課題として「情報共有システムが確立されていない」48.7%との結果が出ている。退院時に、患者の意向を確認の上、患者の居住地の地域包括支援センターに連絡することがあたり前のことになるとよいと思う。