

これまでの 地域包括ケアの取組

令和 6 年 3 月 8 日

高齢者介護課・健康推進課・国保年金課

介護予防・フレイル対策（保健事業と介護予防の一体的実施）

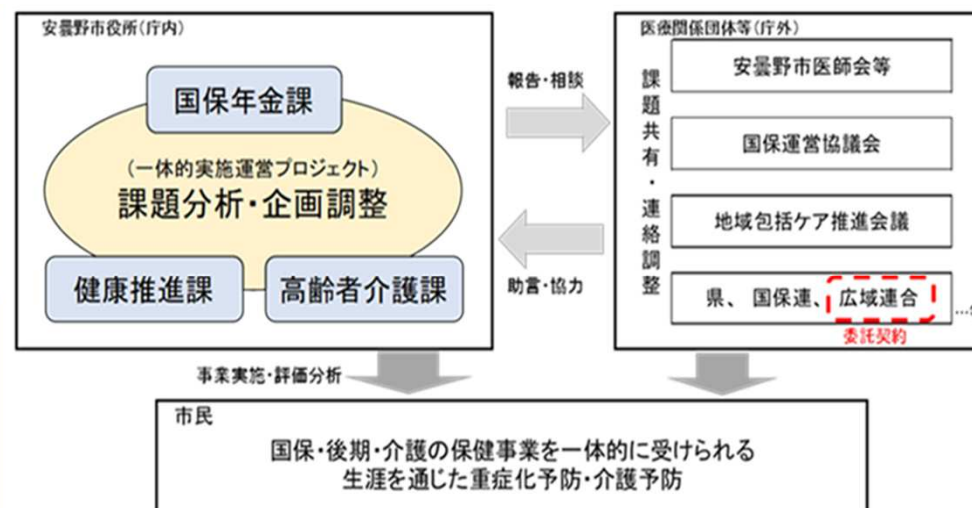
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業

- ・令和2(2020)年～後期高齢者医療広域連合が市町村に委託して実施
- ・令和6(2024)年度までに全市町村で実施
→市では令和3(2021)年度から取り組み開始

保健事業と介護予防の現状と課題



市の推進体制



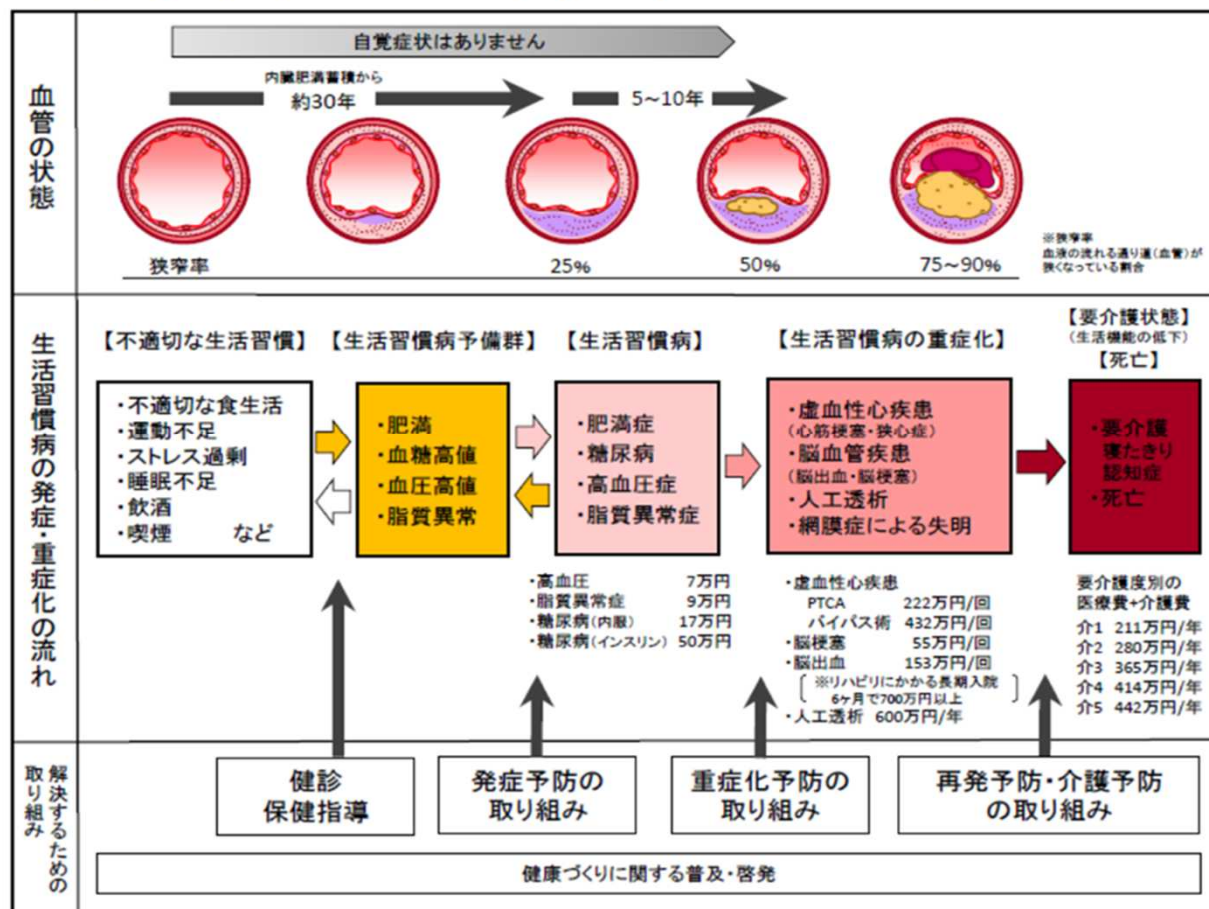
介護予防・フレイル対策（保健事業と介護予防の一体的実施）

法定計画の位置づけ

	健康増進計画 (健康づくり計画)	※健康進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共催組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法		介護保険事業計画
		データヘルス計画	特定健康診査等 実施計画	
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者※	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高齢者の医療の確保に 関する法律 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	介護保険法 第116条、第117条、第118条
期間	令和6～17年(12年間) 2024～2035年	令和6～11年(6年間) 2024～2029年	令和6～11年(6年間) 2024～2029年	令和6～8年(3年間) 2024～2026年
主管課	健康推進課	国保年金課	国保年金課	高齢者介護課
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開とより実効性を持つ取組みの推進を通じて、国民の健康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的に、健康・医療情報を活用しPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業実施計画を策定、保健事業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条件等の実情を考慮し、特定健康診査を効率的かつ効果的に実施するための計画を作成。	地域の実情の応じた介護給付等サービス提供体制の確保及び地域支援事業の計画的な実施を図る。 ・保険者機能評価 ・高齢者の自立支援、重症化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老齢期まで経時的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮	40～74歳	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病※ ※初老期の認知症、早老症、骨折・骨粗鬆症、パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	要介護状態となることの予防 要介護状態の軽減・悪化防止 生活習慣病 虚血性心疾患・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)			

介護予防・フレイル対策（保健事業と介護予防の一体的実施）

生活習慣病の視点でみる一体的実施事業
生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



高齢者に対する個別支援
(ハイリスクアプローチ)

健診結果を基に高血圧、高血糖等の方へ保健師、管理栄養士が訪問して重症化を予防しています。

R5年度:172人(90.1%)実施

通いの場等への積極的な関与
(ポピュレーションアプローチ)

各地区のいきいきサロンや健康づくり推進員と共同で保健師等がフレイル予防等の健康講座を実施しています。

R5年度:37団体 503人実施

介護予防・フレイル対策（保健事業と介護予防の一体的実施）

①各医療保険加入者と健診の状況(R4年度)

	国民健康保険	後期高齢者医療保険
被保険者数	19,198人	17,229人
H30→R4増減	-2,489人	1,860人
健診受診者数	6,667人	3,215人
割合	47.5%	18.6%

②疾病別(大分類)医療費の推移

国民健康保険(国保)

入院	総件数	総費用額	費用額 増減
H30	5,128件	29億4323万円	約3億円減
R4	4,240件	26億0153万円	

外来	総件数	総費用額	費用額 増減
H30	198,275件	44億4149万円	約1億円減
R4	178,172件	43億2265万円	

後期高齢者医療保険(後期)

入院	総件数	総費用額	費用額 増減
H30	10,158件	56億0452万円	約10億円増
R4	10,927件	66億8339万円	

外来	総件数	総費用額	費用額 増減
H30	232,890件	57億4071万円	約8億円増
R4	248,060件	65億6858万円	

③高額レセプト(80万円以上/件)の状況(R4年度)

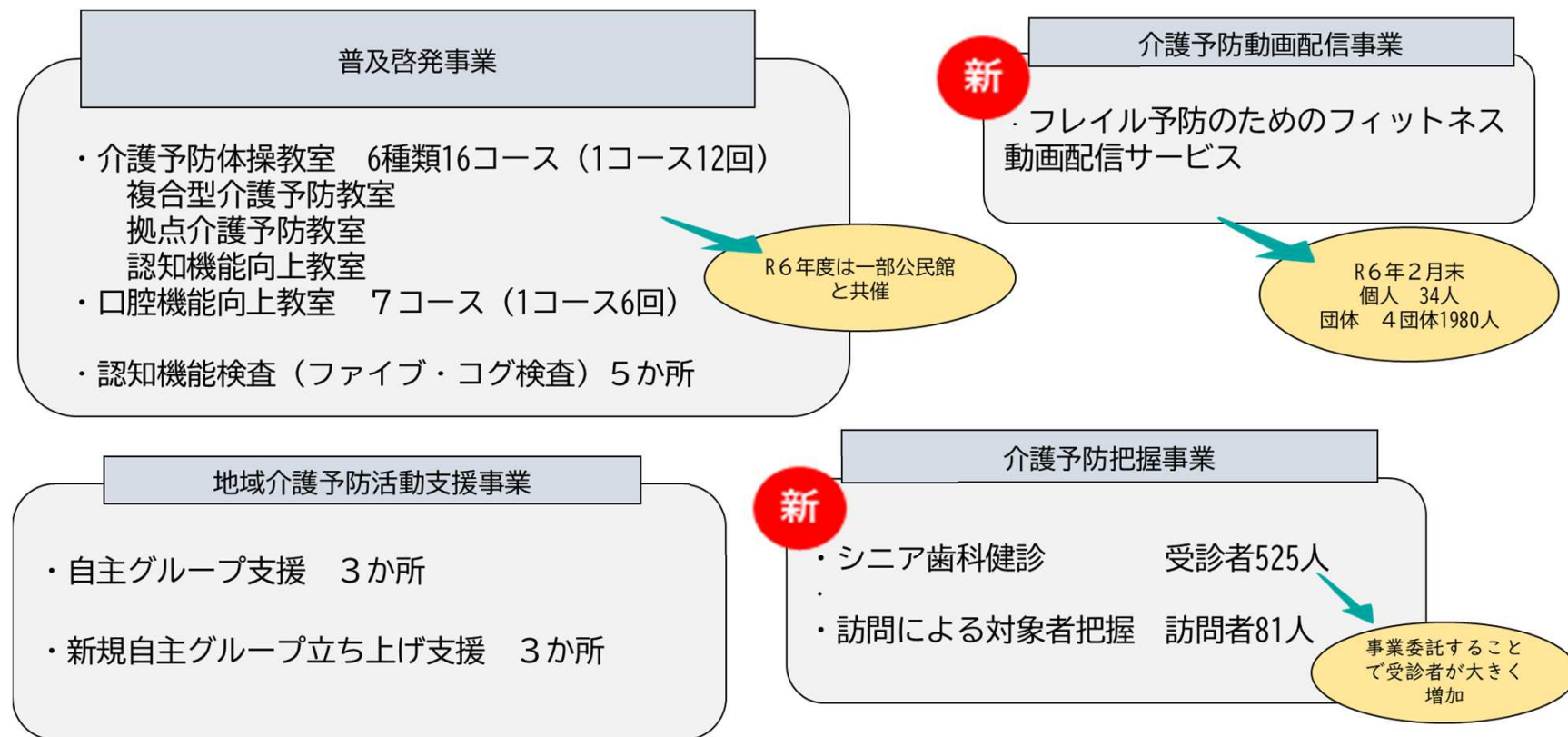
	脳血管疾患		虚血性心疾患		がん	
	国保	後期	国保	後期	国保	後期
人数	39人	171人	42人	81人	230人	276人
割合	5.4%	9.5%	5.8%	4.5%	32.0%	15.4%
件数	80件	267件	49件	94件	402件	516件
割合	6.3%	8.6%	3.9%	3.0%	31.7%	16.6%
費用額	約9千万円	約3億円	約6千万円	約1.3億円	約5億円	約7億円

④血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R4年度)

(レセプトの 診断名より重複して計上)	疾患	順位	2号被保険者		1号被保険者	
			疾病		疾病	割合
	血管疾患	1	脳卒中	63.8%	脳卒中	54.8%
		2	腎不全	14.5%	虚血性心疾患	35.5%
		3	虚血性心疾患	10.1%	腎不全	15.9%
		4	糖尿病合併症	14.5%	糖尿病合併症	12.6%
			基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)	87.0%	基礎疾患	94.1%
	血管疾患合計			88.4%	合計	96.6%
	認知症			7.2%	認知症	43.3%
	筋・骨格疾患			88.4%	筋骨格系	95.7%

介護予防・フレイル対策（一般介護予防事業）

- 65歳以上の市民とその支援のための活動に関わる者を対象に実施する介護予防事業
- 産官学民連携したフレイル予防、口腔機能の向上、栄養改善、認知症予防等となる介護予防教室・イベント等の開催



【R5年度 介護予防体操教室】

講座名	あづみのピンクラ体操教室	ステップアップ教室	フィットネスバイク教室	足腰らくらく体操教室	エンジョイシニア！実践おたっしゃ塾	頭と体の若返り！はつらつ脳活教室
実施主体（講師）	松本大学根本ゼミ	松本大学	松本大学	柔道整復師士会 城西医療財団	社協 NPOあんしん	ルネサンス
運動強度	★★★★	★★★★	★★	★★	★～★★	★～★★

生活支援（生活支援体制事業）

○ 5地域に配置した**生活支援コーディネーター**（以下「生活支援Co」）と**協議体**の活動により、高齢者の生きがい・介護予防につながる社会参加等をすすめ、世代を超えて地域住民がともに支え合う地域づくりを進めます。

【R5年度の主な取組】

多様な担い手の育成

【生活支援Co・協議体活動】

○エンジョイシニアOB会支援

穂高・堀金・明科
地域Coが体操教室
の自主化支援



○男のロマン塾

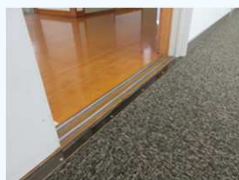
明科地域協議体
では「男性の方
が気軽に参加で
きる居場所づく
り」をテーマに
料理教室を開催



【支え合い事業体制整備補助金】

補助件数：1件

内容：拠点となる場所の施設改修



多様な主体のネットワーク

【地域見守り活動連携協定】

○新規締結団体 2団体（計31団体）

- ・安曇野新聞販売店
- ・まごころ弁当あづみ野店

【介護予防・フレイル予防】

○ダイハツ健康安全運転講座

2回開催

（R5.5.18、11.9）

理学療法士による運動
指導、JAFによる安全運
転講座、安曇野警察署
による免許講座



○腰痛予防体操&筋トレ体験

新

（株）カーブスジャパ
ン）（R5.11.30）
安曇野日赤理学療法
士による腰痛予防体
操、カーブスによる
筋トレ体験



地域のニーズと資源のマッチング

【通いの場・生活支援サービスガイドブック】

- ・全市版として、一覧表に整理
- ・市のフレイル予防対策関連事業の整理



市内の体操や趣味活動など
の通いの場や、ゴミ出し、雪か
きなどの生活支援サービス、
ボランティアなど291の情報



【地域支え合い推進フォーラム】

「安心して暮らせる共生のまちをつくる
には」R6.2.24開催

- ・さわやか福祉財団高橋さん講演
- ・細萱区、立足区の実践報告



生活支援（地域見守り活動連携協定）

○ 平成29年2月より、市と協定締結団体が相互に協力連携し、誰もが住み慣れた地域で安心して暮らすことができる地域づくりを推進しています。（締結団体31団体）

【R5年の地域づくりに取り組まれている活動】

	団体名・事業者名	地域づくりに取り組まれている活動
1	一般社団法人安曇野市医師会	・ 11月26日（日）に市民健康公開講座を開催し、健康で生き抜くためにをメインテーマに掲げ安曇野赤十字病院血管内治療センター長 永江歩医師より「心臓疾患の治療と予防について」と同じく赤十字病院糖尿病センター長石井宏明医師より糖尿病を治療する、何のために？」の2題で講演を実施した。参加者の49%が70歳以上の高齢者であった。直接の緊急事態等の適切かつすみやかな対応ではないが、見守り活動の一助になればと実施。
2	安曇野市在宅医療連携推進協議会	・ 市民公開講座の開催（これまでの開催内容は認知症についてなど）
3	安曇野市歯科医師会	・ 歯科医師会会員一同がいていねいな治療をすることで、食生活が安定し高齢者等が安心して生活できる地域づくりにつながる。 ・ 高齢や病気等により居宅から出られず受診できない方々に対して、要望に応じて訪問歯科診療をしている。
4	安曇野薬剤師会	・ 独居で認知症が疑われる高齢者への声掛け ・ 家族関係や連絡先などの確認・服薬や通院困難な方への声掛け ・ お薬講座や健康相談を通じ地域の方との交流 ・ 見守り活動ステッカー、認知症サポーターステッカーの掲示 ・ 困っている方に相談してもらえる場所（ファーストアクセスの場）となるよう日々声掛けをしている ・ 近隣の独居老人宅の玄関前の草取り、除雪、カラスの糞の清掃など
5	安曇野市区長会	・ 生活支援体制整備事業や地域見守り活動の連携協定について、年度当初の研修会で理解を深める ・ 日常的な見守り（ながらパトロール）の強化（散歩や買い物に併せたパトロール） ・ 回覧板は可能な限り手渡しで渡すように心がける ・ 区によっては有償ボランティア組織による活動（区民どうしの支え合い制度、高齢者等の移送支援など） ・ 敬老会で防犯活動に関する啓発を行う ・ 民生児童委員との情報共有による連携（本人同意の上で） ・ 「家族台帳」及び「要支援者情報」の収集、定期的な更新
6	安曇野市民生児童委員協議会	・ 要配慮者に対して定期的な連絡や訪問を実施している。 ・ 要配慮者に対して熱中症予防等の注意喚起を実施している。 ・ 当協議会の定例会等で必要な情報を共有し、見守り活動に活かしている。 ・ 民生委員・児童委員として必要な知識の習得に努めている。

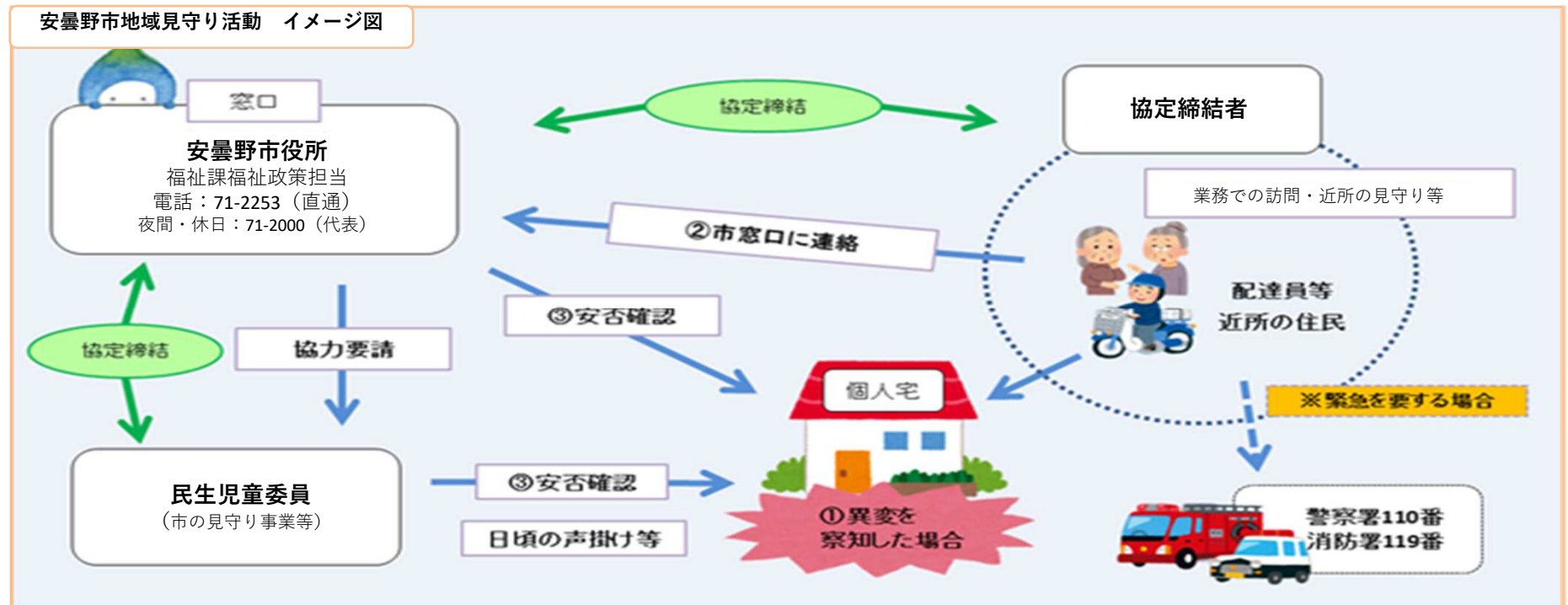
生活支援（地域見守り活動連携協定）

	団体名・事業者名	地域づくりに取り組まれている活動
7	社会福祉法人 安曇野市社会福祉協議会	社協福祉員活動をはじめとして、 ①生活支援体制整備事業...地域住民の方々と地域生活課題の共有や支え合いを目的とした社会資源づくり ②ふれあい・いきいきサロン...集いの場、安否確認の場、介護予防の場として住民主体の活動を行う ③安心コール...孤独になりがちな高齢者へ定期的に電話で話し相手及び見守りをする ④しあわせ・あづみん...住民同士の互助活動によって高齢者の身の回りにある生活の困りごとを支援する ⑤各福祉センター...社協各支所がある福祉センターに来館される方からの相談対応やご様子伺いにより異変を把握する ⑥心配ごと相談・総合相談窓口...心配ごととは定期的に、総合相談は常時開設し、地域住民の方からの相談に応ずる などの活動を日々行っています。
8	安曇野市内郵便局	・地域見守り活動のステッカーを車両に貼付し、活動の周知を行っている。 ・毎月10日を「道路の日」と定め、道路の損壊等に関する情報を収集し、市へ情報提供を行っている。
9	有限会社宗明会	・けやきでは、気軽に敷地内に入っただけのように、自動販売機、無人販売所、ベンチを設置。ご近所の方と立ち話くらいはできている雰囲気。
10	㈱ペーパー・シャワーズ まかせて安曇野	・弊社は、企業・団体様からお預かりしたチラシや冊子などの配布物を、毎週、安曇野市内ほぼ全域へ一軒一軒手配りでお届けしており、配布は、地元地区で登録されている配布員さんと地元出身の社員が行っています。一人暮らしのお宅やポストの詰まり具合、外観の様子にも気を配り、子供の登下校時間帯に配布するなどして、地域の安心と安全を見守りながら作業しております。新規配布員登録時や更新説明会で必ずこの取り組みを周知し、協定団体のステッカーを掲示、弊社求人チラシ等に掲載して地域の皆さまにも周知しております。
11	長野ダイハツ販売株式会社	・高齢者向けの健康安全講座の開催
12	株式会社 T S ファーマシー	・独居の患者宅訪問時、薬の管理だけでなく安否確認を実施
13	特定非営利活動法人長野県歯科衛生士会	・口腔機能向上教室「お口いきいきアップ教室」「お口いきいきフォローアップ講座」にご参加いただいた住民の皆様に、フレイル、オーラルフレイル予防を通して口腔、全身の健康維持の重要性をお伝えした。 ・上記教室参加者の皆様に認知症サポーター養成講座開催についてお知らせした。 ・過去、認知症サポーター養成講座に参加した歯科衛生士は受講カードを携帯し、日頃から気配り、目配りをするよう心がけている。
14	株式会社八十二銀行明科支店	・店頭に来店されたお客様への声掛け ・外訪活動時のお客様の状況把握
15	株式会社デリシア	・定期的にお客様のお宅を訪問しているため、いつもとお客様宅の様子が違ったり、お客様ご自身の様子がいつもと違う場合には、行政へ報告する等の活動を行っています。

生活支援（地域見守り活動連携協定）

	団体名・事業者名	地域づくりに取り組まれている活動
19	生活協同組合コープながの	・地域での配送時や店舗に来訪された方への見守り活動は継続してすすめて行きます。 ・店舗では、レジにて会計が終了した商品をサッカー台まで運ぶなどのお手伝いをしています。 ・駐車場（思いやりスペース）は高齢者、障害者優先の店内アナウンスを定期的に行っています。 ・配送時、地域でお会いした方にはあいさつなどのコミュニケーションを行っています。 ・配達時に何か異変があった場合は、まず事業所まで報告するように指導しています。 例）新聞がたまっている、先週の商品がそのまま、いつも在宅の方がいらっしゃらない
20	株式会社スズケン長野営業部塩尻支店	・今後も弊社営業担当者、配送担当者が、業務中に緊急を要する場面に遭遇した場合はもちろんのこと、困っておられるようなお年寄りを見かけた場合は、こちらから積極的に話しかけるよう心がけています。
21	中北薬品株式会社	・健康産業に従事しているので、薬局と共同で健康フェスタなどを開催し、地域の高齢者との顔見知りの場をつくっています。 ・社内で定期的に見守り活動の状況確認を実施しています。

（※）31団体中、報告のあった21団体をまとめる



在宅医療（在宅医療・介護連携推進事業）

○ 市医師会と市が中心となり、緊密に連携しながら、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制の構築を推進しています。

安曇野市在宅医療連携推進協議会（R6.2.19開催）の意見等

多職種連携（日常の療養支援・緊急時の対応等）

- ・ ケアマネジャー、ヘルパー、訪問看護、本人、家族の連携は重要（医師、訪看）
- ・ 一方で、ケアマネと連携ができない事例もある（医師）
- ・ 退院時に自宅にもどりたいたいと思っても、本人、家族ともに迷いがある（訪看）
- ・ 緊急時情報共有ツールは具体的な検討がされているか。役立っているか（医師）
- ・ 訪問診療は、外来診療もあるため受け持ちできる件数には限界がある（医師）
- ・ 訪問診療は、休診の合間での訪問となる（歯科医師）
- ・ 歯科医師会HPから訪問診療の必要な人の依頼をお願いしたい（歯科医師）
- ・ 薬剤師の訪問は規模の小さい事業所だと難しい（薬剤師）
- ・ 薬が間に合わないことが多いため、医師と相談をしている（薬剤師）

人材確保

- ・ 介護、医療の人材不足がある（ヘルパー）
- ・ 市としての具体的な取組を期待（医師）

ACP・看取り

- ・ 松本市医師会では看取り当番体制がある（医師）
- ・ 松本市と安曇野市では医療提供体制が大きく異なるため、松本市の方法をとるのは難しい（医師）
- ・ ACP、リビングウイルの取組が現場でどこまでされているか確認は必要（医師）
- ・ 松本圏域の消防体制の枠組みは同じであるため、先行している自治体を参考にわかりやすい、見やすいものが必要（医師）
- ・ 看取りの場面ではヘルパーと訪問看護の役割は重要（医師、ケアマネ）
- ・ 施設入所者の訪問診療、新規在宅利用者ともに関係者で連携し、スムーズに看取りまで対応（医師）
- ・ 末期がん利用者は、新規認定では認定調査がADLを中心としているため、介護度が低く、急激な状態悪化に対応できない（ケアマネ）

その他

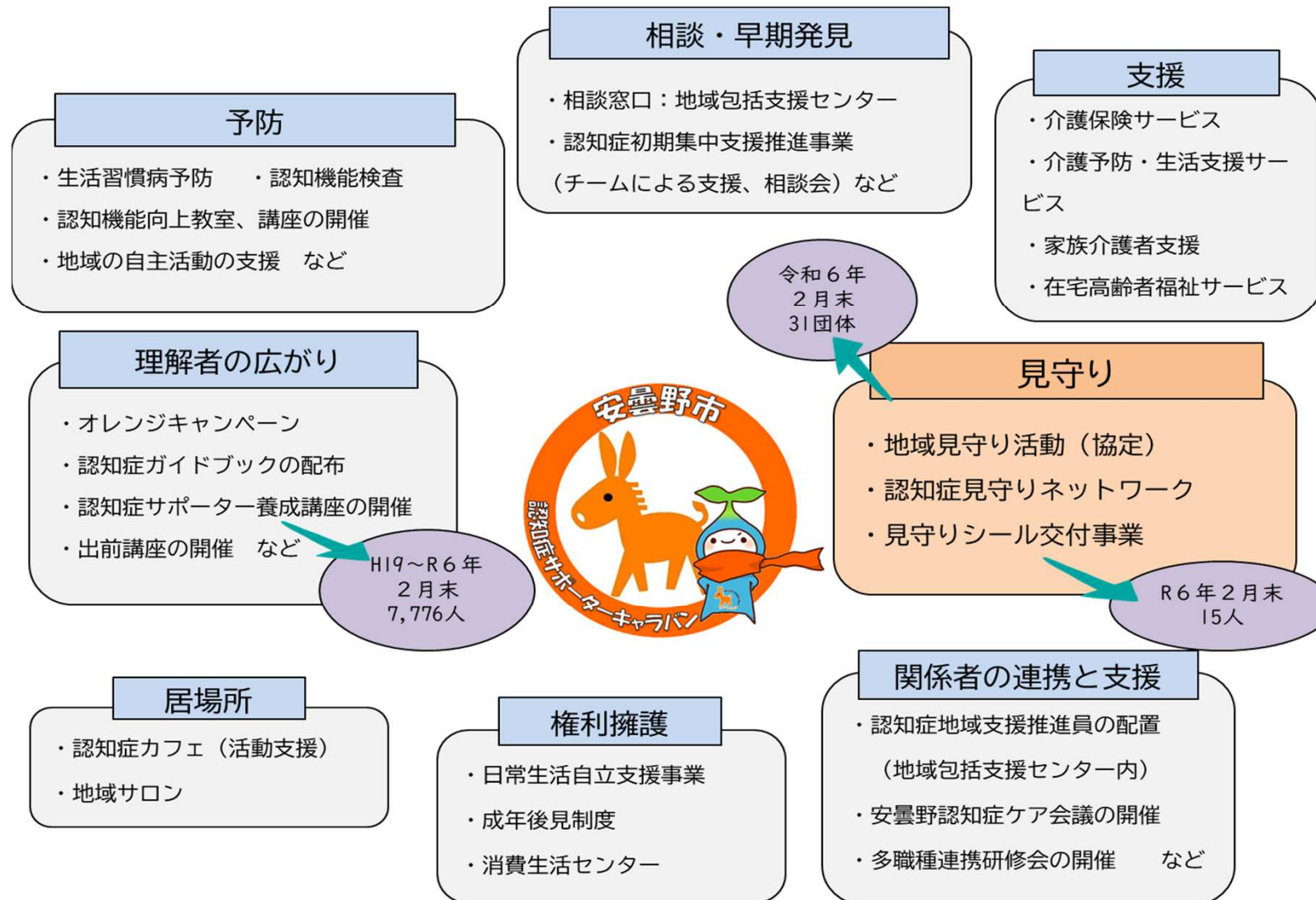
- ・ サービスガイドの更新では、介護事業者のサービス種別をわかりやすくしてほしい（医師）
- ・ サービスガイドの訪問診療の記載「○、△、×」の注釈が必要（医師）
- ・ 地域包括ケアの中でフレイル対策は重要（医師）
- ・ 元気なうちから通える場が必要（歯科医師）

在宅医療（在宅医療・介護連携推進事業）

項目	開始時期	主な事業内容	令和5年度の実施
（１）地域の医療・介護の資源の把握	平成27年度以前	「安曇野市介護保険・高齢者福祉サービスガイド（連携マップ付）」の作成	サービスガイドの増刷、普及啓発
（２）在宅医療及び介護連携にかかる課題の抽出と対応策の評価及び改善	平成27年度以前	①安曇野市在宅医療連携推進協議会 ②ワーキンググループ（医師会、居宅、訪問等）	①R6.2.19開催
（３）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築	平成27年度	同上	同上
（４）医療及び介護関係者の情報共有の支援	平成27年度以前	①安曇野市で活用している情報提供書、県作成の「医療と介護の連携連絡票」、「松本圏域入退院連携ルール」の活用・周知 ②ICT（しろくまネット等）の活用 ③事前指示書の情報収集と検討 ④認知症ガイド（ケアパス）の作成・活用	同左
（５）在宅医療及び介護連携に関する相談への支援	平成29年度	安曇野市中央地域包括支援センターへ相談窓口設置	同左
（６）医療関係者等の研修の実施	平成27年度	①多職種研修会 ②グループワーク（※R2以降、開催されていない）	令和5年度長野県在宅医療・介護連携セミナーを研修会で兼ねる（令和6年1月26日）
（７）地域住民への在宅医療及び介護連携の普及啓発	平成27年度	市民公開講座「認知症市民フォーラム」	市民講座開催なし ホームページに相談窓口周知
（８）在宅医療・介護連携に関する関係市村の連携	平成27年度	長野県との連携 ・「松本圏域在宅医療・介護連携行政連絡協議会（3市5村担当者と保健福祉事務所の合同担当者会議）」 ・「松本圏域入退院連携ルール」の利用状況等の意見聴取の実施	長野県との連携 ・「松本圏域在宅医療・介護連携行政連絡協議会（3市5村担当者と保健福祉事務所の合同担当者会議）」 ・「松本圏域入退院連携ルール」の利用状況等の意見聴取の実施

認知症施策

○ 認知症基本法を踏まえ、認知症の本人とその家族の視点にたった「共生」と「予防」の認知症施策を推進します。地域包括支援センターごとに「**認知症地域支援推進員**」を配置し、地域で認知症を支える体制を図ります。



認知症施策（認知症初期集中支援事業）

○ 認知症サポート医の相談会の開催とチーム員活動により、認知症の人（軽度認知障害MCIを含む）を早期に適切な医療・介護につなげられる体制を図ります。

【認知症初期集中支援チーム設置概要】

チーム設置日	平成29年12月1日	設置場所	安曇野市役所 高齢者介護課
チーム運営方式	市直営	チーム数	1
チーム員構成	・専門医 1名（市医師会推薦 委嘱） ・医療もしくは福祉の専門職 6名（高齢者介護課職員） ・事務局 1名（高齢者介護課職員）		

【チーム員会議実施状況】

	開催日	内 容
第1回	4月12日	・本日の相談会にて相談のあったケースの対応、支援方針
第2回	5月10日	・本日の相談会にて相談のあったケースの対応、支援方針、支援決定
第3回	6月14日	・本日の相談会にて相談のあったケースの対応、支援方針 ・0501ケースの状況と今後の支援方針等について
第4回	7月13日	・0501ケースの状況と今後の支援方針等について
第5回	8月9日	・本日の相談会ケースの状況と今後の支援方針について ・0501ケースの状況と今後の支援方針について
第6回	9月13日	・本日の相談会にて相談のあったケースの対応、支援方針 ・0501ケースの状況と今後の支援方針について
第7回	10月12日	・本日の相談会にて相談のあったケースの対応、支援方針 ・0501ケースの状況と今後の支援方針について
第8回	2月14日	・認知症初期集中支援チームマニュアルの改訂について

【相談会の状況】（事前予約制）

	開催日	相談者
第1回	4月12日	3名
第2回	5月10日	3名
第3回	6月14日	1名
第4回	7月13日	0名
第5回	8月9日	3名
第6回	9月13日	1名
第7回	10月12日	2名
第8回	2月14日	0名
第9回	3月13日	名
		13名

※11月～1月は相談会の案件なく中止

認知症施策（認知症初期集中支援事業）

【ケース支援状況】

ケース	事例
事例概要	医療機関、介護保険サービスを利用していない独居、妄想症のある人の支援。 チーム員が心身状態の把握等相談支援することで、対象者に変化があり、生活が安定。 チーム員としての支援は終了し、包括のモニタリングへと支援を引き継ぐ。

【チーム活動状況の振り返り】

（１）チーム体制について

- ・チーム員は介護予防担当の中で構成しており、医療職（保健師）が２名、福祉職が４名でバランスの検討が必要である。

（２）チーム支援について

- ・文書による個人情報の使用同意をとってから支援開始をする必要がある。
- ・チーム支援終了時のつなぎは行っているが、シンプルな認知症ではなく、精神疾患を合併する人も少なくなく、被支援者は保健センター等との支援部署と連携していく必要がある。

（３）相談会について

- ・認知症が進行してからの相談は、解決の糸口に苦慮することがあり、早期相談が望ましい。
- ・相談会での認知症初期集中支援事業のケース化にならなかった事例も、相談会で情報や対応が整理され、支援がうまくいっている事例がある。
- ・支援ケースとならなかった相談者のその後の状況等の問題複雑化を防ぐために記録を残し、関係機関と連携する。
- ・相談会終了後、包括が継続的に支援に入れるよう、相談会には同席することが必要。

（４）その他

- ・オレンジキャンペーンの実施により相談に結びついた方もいるため、継続的に啓発をしていく必要がある。
- ・民生児童委員は色々な役割を果たしてもらえらる場面があるため、包括との連携を通じて、事業の周知が必要である。

地域ケア会議（個別ケア会議）

<目的>

高齢者等が地域において、その人らしい生活を継続可能とするため、課題の解決に向けた検討を行いケアの質を高め、その人のニーズの充足を目指すと共に、会議参加者のスキルアップへ繋げる。

<実施状況>

実施回数	4回（令和5年4月～令和6年3月）
事例の状況 (事例のタイトル)	①スムーズにサービスに繋がらない方への支援について ②認知症があっても、地域で指導者としての生活を継続できるための支援について ③独居で身寄りもない方が在宅生活が困難になった時の支援について ④長年近隣との関りがなく暮らしてきた高齢者姉妹への支援について
出席者	親族、近隣住民、民生児童委員、生活支援コーディネーター、医療サービス事業所職員、ケアマネジャー、介護サービス事業所職員、社協まいさぽ職員等

地域ケア会議（自立支援型個別ケア会議）

< 目的 >

自立支援・介護予防の観点を踏まえて、要支援者等の生活行為の課題の解決、重度化防止や自立を促し高齢者のQOLの向上を目指すため、多職種からの専門的な助言を得ることで高齢者等の課題解決に結びつける。

< 実施状況 >

実施回数	3回（令和5年4月～令和6年3月）1回につき2事例（計6事例） 各地域包括支援センターで1回ずつ開催。
助言者	薬剤師、理学療法士、作業療法士、生活支援コーディネーター、管理栄養士、 歯科衛生士
事例の状況	① 60歳代で骨折後、医療・介護サービスの卒業を目指しているケース ② 社交的な生活をしてたが、聴覚障害により閉じこもる生活になったケース ③ 活動的に生活しているが、食生活の偏りや痛みを理由に効果的な運動や自立した生活ができていないケース ④ 在宅酸素中で腰痛もあるため、活動量が減少しているケース ⑤ 腰痛や下肢筋力の低下があるが、デマンド交通を利用して外出を続けたいケース。 ⑥ 要介護3から要支援1に改善したが、再転倒予防や食生活を見直す必要があるケース。
事例から出された課題	・年齢が若い高齢者が参加できる資源や情報把握のための資源が課題 ・聴覚障害者の方が楽しめる活動の場や交流の場が課題 ・フレイル予防に取り組める社会資源が課題 ・デマンド交通の利便性や他の移動手段が課題 ・高齢者が安心して外出できるよう、地域の見守りや定期的な交流が課題。 ・食生活の改善のためには、家族へのアプローチが課題
課題に対する対応	・「生活支援ガイドブック」や介護予防教室(フレイル予防)等の周知と利用 ・ボランティア活動や地域での活動(体操、趣味活動)の利用 ・高齢者栄養相談や歯科相談窓口、訪問型サービスCの活用 ・デマンド交通の利便性の改善について要望を伝えていく ・社会資源やインフォーマルなサービスを積極的に取り入れるために、地域に出向いて地域を知る。

地域ケア会議（地域包括支援センター連携推進会議）

< 目的 >

地域ケア個別会議や自立支援型個別ケア会議を経て把握した地域課題について、各地域包括支援センターと介護予防担当及び介護保険担当で開催している「地域包括支援センター連携推進会議」において課題集約を行い、解決策を検討し具体的な取り組みに繋げる。

< 内容 >

令和5年度は、個別や地域課題を収集・解決の検討をするための個別ケア会議や自立支援型個別ケア会議の開催がスムーズに進められるよう「手順書」を作成した。また、地域ケア個別会議及び自立支援型個別ケア会議で出された課題等について、課題解決に向けて検討を重ねた。

< 実施状況 >

実施回数	8回（令和5年4月～令和6年2月）
検討内容	① 認知症見守りネットワークの利用拡充について ② 地域ケア個別会議の実施拡充にむけての取り組み ③ 地域ケア個別会議の実施報告と課題検討 ④ 自立支援型個別ケア会議の実施報告と課題検討
出席者	高齢者介護課職員、中央・北部・南部地域包括支援センター職員等
課題に対する対応	① 認知症サポーター養成講座や出前講座で周知する。 ② 事例検討のための統一した手順書の作成。 ③ 地域に対し、認知症への理解と周知活動を継続する。 「生活支援ガイドブック」の活用とともに、社会に参加できる機会や場所を確保できるよう生活支援コーディネーターと連携する。 高齢者の身寄り問題への対応と支援体制を考える。 ④ 地域包括ケア推進会議で報告する。