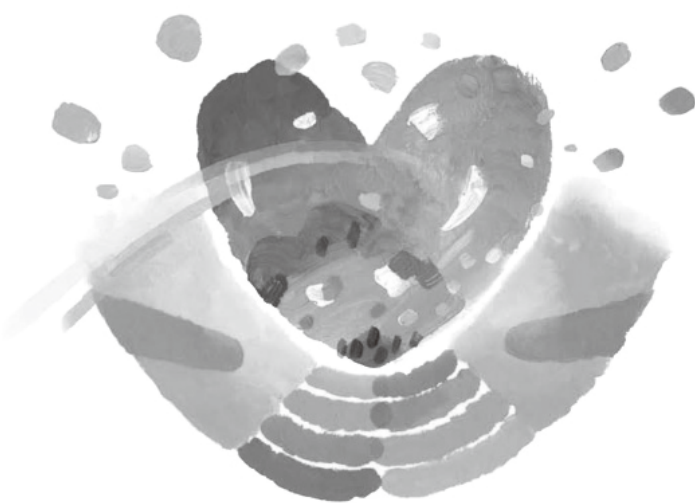


オール京都体制による地域包括ケアシステムの構築



京都地域包括ケア推進機構

要旨

京都地域包括ケア推進機構は、高齢者が介護や療養が必要になっても、住み慣れた地域で365日安心して暮らせる「京都市地域包括ケアシステム」を実現するため、医療・介護・福祉・行政・大学等のあらゆる関係団体が集結し、平成23年6月に設立された。推進機構では専門団体の強みを活かし、課題に応じた7つのプロジェクトを設置し、地域包括ケアシステムの実現に向けた取組を進めている。

「在宅療養あんしんプロジェクト」では、容態急変時にスムーズに病院を受診し、必要に応じて入院ができるよう、また退院後の在宅療養を多職種連携で支えるためのシステムを構築。「認知症総合対策推進プロジェクト」では、機構の構成団体が協働で「京都市オレンジプラン（京都認知症総合対策推進計画）」を策定し、当事者の視点を大切にしながら認知症施策を推進している。「看取り対策プロジェクト」では、大規模なアンケート調査に基づき、機構構成団体が検討を重ね「京都ビジョン・京都アクション」を策定し、在宅や施設で看取り支援、看取り文化の醸成など様々な取組を展開している。「介護予防プログラム構築プロジェクト」では、亀岡市と大学が連携し、運動・口腔ケア・栄養に、サポーター養成を組み合わせた効果的かつ総合的な介護予防プログラムを構築し、府内へ普及することにより、地域における介護予防の推進を目指すものである。

1. オール京都体制による地域包括ケアシステム

京都地域包括ケア推進機構は、高齢者の方が介護や療養が必要になっても住み慣れた地域で365日安心して暮らせる「京都市地域包括ケアシステム」を実現するため、地域包括ケアに関係する府内のあらゆる団体が集結し平成23年にオール京都体制で設立された組織である。参加するのは、京都府、京都市、京都府医師会をはじめとする医療関係団体、介護・福祉団体、京都大学と京都府立医科大学など、計39団体で、京都府知事、京都市長、京都府社会福祉協議会会長、京都府医師会会長の4人が代表幹事を務めている。



図1 京都市地域包括ケアイメージ

(1) プロジェクト形式による事業の実施

地域包括ケア推進のための重点課題については、専門家団体が多数参画する京都地域包括ケア推進機構の強みを活かした施策の総合的な企画が可能となるよう、プロジェクト形式で実施している。現在は、(1)認知症総合対策推進プロジェクト、(2)地域におけるリハビリ支援プロジェクト、(3)看取り対策プロジェクト、(4)在宅療養あんしんプロジェクト、(5)北部地域医療・介護連携プロジェクト、(6)地域で支える生活支援プロジェクト、(7)介護予防プログラム構築プロジェクトの7つのプロジェクトにより、地域包括ケア推進のための事業を行っている。

2. 在宅療養あんしんプロジェクト～在宅療養あんしん病院登録システム～

在宅療養中の高齢者が、体調不良になった時にスムーズな受診や必要に応じて入院につなげることを可能にする。

るための取組として、平成23年12月から「在宅療養あんしん病院登録システム」事業を実施している。

「在宅療養あんしん病院登録システム」に登録できるのは、在宅療養中の京都市在住の65歳以上の高齢者で、かかりつけ医を通じて、入院希望先の病院を3つまで選び、本人情報(氏名、住所、生年月日、本人以外の連絡先)、本人が利用している医療・介護関係機関などの情報を登録する。体調が悪化した時に、かかりつけ医が「病院での診察が必要」と判断した場合、かかりつけ医から在宅療養あんしん病院へ依頼し、あんしん病院を受診、入院が必要とされた場合、その病院に入院する。また、入院したときから、必要に応じて、ケアマネジャーや地域包括支援センター、訪問看護事業所等の多職種が連携し、早期退院に向けて支援し、退院後もかかりつけ医、在宅療養あんしん病院と連携し、サポートを続ける。

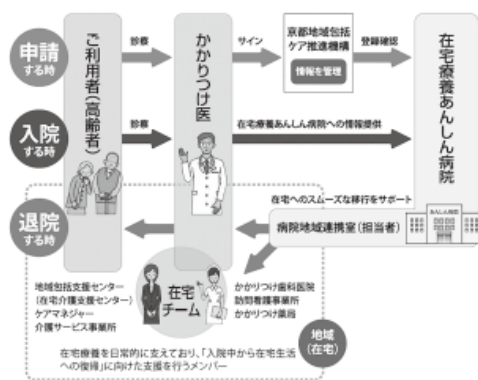


図2 在宅療養あんしん病院登録システムフロー

登録病院数は、現在、139病院となっており、登録対象となる府内の病院を、ほぼ網羅している。

在宅療養あんしん病院登録システムは、在宅で療養している高齢者にとっては、100%入院を保証するものではないとは言え、事前に入院希望先を登録できる安心感は大きい。

かかりつけ医にとっては、特に日頃の付き合いがない病院の場合、紹介入院のハードルは高い。この制度により、このハードルが下がるとともに、「いざという時に、病院の支援がある」という安心感に繋がっている。

病院側にとっては、在宅の高齢患者を受け入れる場合、退院後の受け皿がなく、社会的入院につながる懸念があるが、本システムによって、在宅患者の入院を受け入れやすくなるだけでなく、スムーズな退院につなげるシステムとして機能している。

当該システムは、在宅で療養する高齢者、かかりつけ医、病院の3者にとっての「あんしん」につながる制度であり、また、「退院」をキーワードに多職種連携が促進され

るしくみとして、京都の地域包括ケア推進のため重要な役割を担っているところである。

3. 認知症総合対策推進プロジェクト

(1) 京都における認知症対策の方向

機構が設立された平成23年当時の京都における認知症対策は、認知症疾患医療センターの指定や認知症サポート医の養成、かかりつけ医への研修などにとどまり、体系的な施策展開ができていたとはいえなかった。

平成24年、認知症支援に関わる専門団体や関係者で構成されるワーキングチームにより、今後の認知症対策の方向性を検討したところ、認知症に対応できる医師の不足や認知症があるために入院できないなどの認知症の人への医療サービス(医療の入口)と早期発見を前倒しするための体制整備の必要性が提起された。

(2) 京都式オレンジプラン(京都認知症総合対策推進計画)

ワーキングチームによる方向性をもとに、26団体33名で構成されるプロジェクトチームにより計25回もの検討を重ねて、平成25年9月、認知症の人とその家族が望む10のアイメッセージを目指す社会(到達目標)とした「京都式オレンジプラン(京都認知症総合対策推進計画)」を策定した。

本プランの特徴は、①行政だけでなく、あらゆる関係団体や府民が行動すべき取組を明示した幅広い計画であること。②予防・初期からターミナル期までの広範・多岐に渡る認知症の課題全般を、網羅していること。③達成目標として、「認知症の人やその家族の10のアイメッセージ」を導入したところにある。翌年に策定された国の新オレンジプランで、「認知症の人やその家族の視点の重視」を柱として盛り込んだところからも京都の先進性がうかがえる。

また、当プランにおいて、関係団体が主体的に取り組む施策として、一般病院のリーダー的看護師を対象とした「認知症サポートナース」の養成や認知症の人とその家族を支えるためのケアマネジャーの育成、行動・心理症状がある人を積極的に受け入れる高齢者施設を専門医療機関がバックアップする体制の整備など、新オレンジプランに先駆けての取組といえる。

(3) 京都式オレンジプランの着実な推進

本プランの推進の基盤となる3つの共通方策については、機構がプロジェクトとして推進することとし、標準的な認知症ケアパス(京都式認知症ケアパス)や連携ツールの作成、京都における認知症に関する医療・介護の情報を集約し一体的に発信する認知症ポータルサイト「きよ

うと認知症あんしんナビ」の開設、若年性認知症の人の支援を充実するためのガイドブックの作成を平成26年度までに行った。

平成27年度からは、行政や関係団体等が行うべき取組の進捗を確認し、低進捗となっている取組、例えば、高齢者施設における入所者の行動・心理症状への対応(専門医療機関と高齢者施設との連携など)への支援策をプロジェクトで検討している。

(4)「オール京都」という強み

このように、京都における認知症対策の強みは、関係機関や団体等による全ての取組が当事者の想いを軸にしながら、機構という枠組みを通じて見える化、連携しながら、それぞれの役割を果たしていることであり、このことにより、早期発見・早期診断・早期対応はもとより、途切れない医療・介護体制を構築し、誰もが認知症になっても、本人の意思が尊重され、住み慣れた地域で暮らし続けられる社会をオール京都で目指しているところにある。



図3 京都式オレンジプラン「10のアイメッセージ」

4.看取り対策プロジェクト

2025年(平成37年)には、京都府においても介護を必要とする人がさらに増加するとともに、亡くなる人も今より約5千人増加し、3万人を超えると見込まれている。このため、本人や家族が、変化していく状態・状況に応じて、療養する場所や医療・介護等が柔軟に選択できる環境と体制を構築するため平成25年に看取り対策プロジェクトを設置した。

(1)さいごまで自分らしく生きるを支える京都ビジョン・京都アクション

看取りの実態を探るため、平成25年8月から9月にかけて、府下の医療機関など計1660施設に調査を実施し、664施設から回答を得、978例の看取り事例を集めた。これらの事例について、看取りの核となる職種でこれら进行分析するとともに、検討を行い、平成26年度に、京都の看

取り対策の方向性を示す「京都ビジョン・京都アクション」を策定した。状態や状況に応じて、療養場所や医療・介護等が柔軟に選択できる体制づくりのために、(1)在宅における看取りを支える医療・介護サービス体制等の充実、(2)施設(多様な住まい)における看取りケアの支援、(3)病院による看取りの支援、(4)最期まで自分らしい生活を送ることができる緩和ケアの充実、(5)看取りをサポートする専門的人材の養成及び多職種による協働の推進のほか、地域で支え合う孤立させない環境づくりや、「命」について考え、死に向き合える看取りの文化の醸成などを推進することとしている。

(2)生活の延長線上の住まい(施設)看取りへの対応

生活の延長線上の「住まい」である介護老人福祉施設において、医療、介護等の様々な職種が連携し、本人・家族の意思を尊重した看取り介護計画の作成の推進のため、介護老人福祉施設に勤務する職員(施設、生活相談員、ケアマジャー、介護職員、看護職員等)を対象としたガイドブックを作成し、施設職員向けに看取りケア向上研修を行っている。ガイドブックは、「急変時の対応等医療との連携が不安」、「職員の経験や知識不足で看取りをどのように支援していけばいいのかわからない」など、心配や不安を払拭し、施設における看取り支援の手引き書となるよう、誰もが読んでもわかりやすい内容とし、「入居前のアプローチ」から看取り後の「振り返り」まで、プロセスごとに留意点を記載し、イメージを持ってもらいやすいよう、実際に施設で工夫されている事例などをコラムで紹介している。

(3)死を自分のこととしてとらえるための啓発

「さいごまで自分らしく生きる」ためには、あらかじめ健康なうちから看取り期の医療や介護などについて考え、事前意思表示の重要性を理解し、家族などと意思を共有しておくこと等が大切であることから、京都精華大学と連携し、看取り事例をわかりやすいマンガ形式として作成し、希望する京都府民や高齢者が参加するイベントなどで配布している。また、言語聴覚士、訪問薬剤師、訪問管理栄養士や、高齢者総合福祉施設の施設長など、在宅や施設での療養を支える幅広い専門職から、心に残る看取りの実践事例などについて、耳で聞いて感じてもらうことができるよう、ラジオで紹介する取組を行っている。



図4 看取り啓発用マンガ冊子

5. 京都式介護予防総合プログラム

高齢者で問題になるのが、「虚弱性(フレイルティ)」である。このため高齢者が体力を維持し、生活機能を維持することにより介護予防につなげる取組は非常に重要であり、京都では、「京都式介護予防総合プログラム」として、取り組みを進めているところである。

京都学園大学の木村みさか教授(事業開始時は京都府立医科大学教授)や吉中康子教授らの専門家が中心となり、亀岡市、京都府立医科大学、京都学園大学等が協働し、京都地域包括ケア推進機構のプロジェクトとして実施してきた。

亀岡市から始まったこの取組は、介護予防を推進・検証するための研究と、地域で展開できる各種介護予防プログラムの構築、医療経済学的評価、予防プログラムを展開するための地域システムの構築で構成されている。

(1) 京都式介護予防総合プログラム(亀岡スタディ)の概要

京都府亀岡市に住む自立した約1000人の高齢者を対象とし、対象者を介入群と非介入群の2群に分け、介入群の約500人については、専門家の指導を受け、腕、足の筋トレ、ストレッチ、バランス体操などの軽い全身運動と口腔ケア、食事バランスなどの栄養管理に関する講義を受ける。

その後も週1回の教室を開催し、自宅で筋肉トレーニングやリズム体操、口腔ケアなどを続け、その実施状況や食生活について日誌に記録させ、習慣化をはかるため、約3ヶ月間にわたり介入した。プログラムは15回で修了となるが、プログラムの修了後も継続して指定の日記を記録するほか、教室を3ヶ月に1回開催し、約1年後に体力測定を行った。結果として、介入群の高齢者と非介入群の高齢者の間に体力面でいくつかの差が出た。介入群の高齢者は、太ももの筋肉の厚さが増え椅子から立ち上がる運動などの能力が向上し、また、1日あたりの歩数も増えた。また、介護保険の観点からプログラム介入直後(15ヶ

月前後)のデータを比較すると、介入群は対照群に対し、介護保険認定者では約2分の1、サービス利用者では約3分の1という結果となっている。

(2) 京都式介護予防総合プログラムの京都府全域への普及

このように顕著な効果が認められたプログラムを京都府全域へ普及させるため、マニュアル(「統合型介護予防プログラム実施マニュアル」及び「実施マニュアル(運動編)」)としてまとめ可視化した。平成27年度においては、府内の7市町村において取組がなされているところであるが、今後もマニュアルに基づく取組内容の説明・実演や、サポーター養成の実践手法等を広く周知することにより、府内市町村等における効果的な介護予防事業の実施を促進していく必要がある。



図5 介護予防運動教室に参加する高齢者

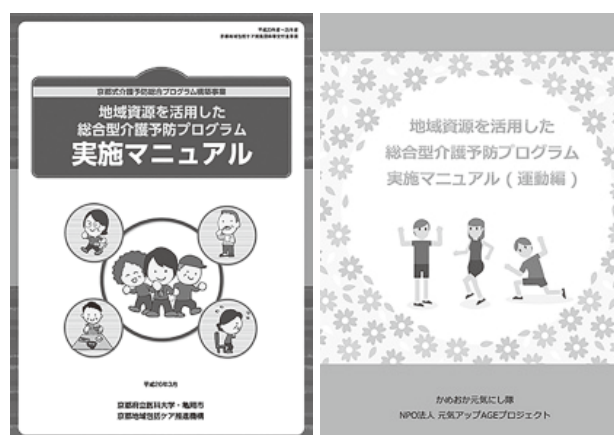


図6 統合型介護予防プログラム実施マニュアル