

## 第5章 対象者の状態別対応

- 「第1章 3 地域包括ケアシステムにおける対象区域及び対象者」において、システムの対象者について見たが、対象者の状態によってシステムにおける対応は異なってくる。この項目では、システムに特にかかわりの深いA「元気な高齢者、要支援」からD「脳卒中等で入院中」まで、それぞれどういふ対応が必要とされているかを示していく。

### A 元気な高齢者、要支援

区分	主な対応
医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 対象者が病気に罹ったときは、かかりつけ医は外来診療を行うとともに、介助の必要性、服薬管理の必要性、栄養摂取状況等、生活の状況にも配慮する。</li> <li>○ 対象者がかかりつけ医を持っていない場合は、地域包括支援センター等は地区医師会と連絡を取り合い、かかりつけ医の紹介を行う。</li> </ul>
介護・予防	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 対象者が健康を維持することができるよう、市町村及び地域包括支援センターは、地域の健康づくり推進員等のボランティアを活用し、介護予防事業、生活習慣病予防等の健康づくりへの参加につなげる。</li> </ul>
生活支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 市町村及び地域包括支援センターは、ひとり暮らし高齢者など支援が必要となるおそれのある住民の生活実態を把握するとともに、自治会やNPO、シルバー人材センター等が実施するふれあいサロンや生きがいつくりの取組への参加につなげる。</li> <li>○ 対象者の自立した生活を支えるため、地域包括支援センター等が必要に応じて、家事援助や傾聴ボランティア等の生活支援サービスの利用につなげる。</li> </ul>

## B 要介護認定を受けており、慢性疾患を患っているが、通院等は可能

区分	主な対応
医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ かかりつけ医は、対象者の外来診療を行うとともに、リハビリの必要性、服薬管理の必要性、栄養摂取状況等、在宅療養を継続できるよう配慮する。また、対象者の病状が悪化し、通院が困難なときには往診を行う。</li> <li>○ 病状が悪化し入院が必要なときは、かかりつけ医の判断により入院する。</li> </ul>
介護・予防	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ケアマネジャーは、対象者の有する能力に応じ、医療系サービス、リハビリ、インフォーマルサービスを含めたケアプランを作成する。</li> <li>○ 市町村は、家族介護者の会やNPO等と協力して交流会を行うなど、家族介護者を支援する。</li> </ul>
生活支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 対象者の自立した生活を支えるため、地域のNPO、ボランティア等が必要に応じて、外出支援等の生活支援サービスを行う。</li> </ul>

## C 寝たきり等で在宅医療を受けている

区分	主な対応
医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ かかりつけ医・在宅療養支援診療所等が訪問診療を行うとともに、多職種がチームとなり、訪問看護・介護、服薬管理、栄養管理等を行う。</li> <li>○ 病状増悪時は、訪問看護ステーションが24時間対応し、必要に応じてかかりつけ医が往診を行う。</li> <li>○ 病状がさらに悪化し入院が必要なときは、かかりつけ医・在宅療養支援診療所等の判断により入院する。</li> <li>○ 入院中はできるだけ早く退院に向けたリハビリを実施し、身体機能の低下を防ぐ。また、在宅復帰に向けて病院側・在宅側の関係職種がカンファレンスを実施する。</li> </ul>
介護	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 市町村は、家族介護者の会やNPO等と協力して交流会を行うなど、家族介護者を支援する。</li> </ul>
生活支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 市町村や地域のNPO等が、配食等の生活支援を行う。</li> </ul>

- また、D「脳卒中等で入院中」（これまで介護等を受けていなかったが、今後、支援を必要とする状態）については、入院中、以下のような対応が必要と考えられる。

区分	主な対応
医療等	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 対象者がかかりつけ医・在宅療養支援診療所等を持っていないときは、病院と地区医師会は連絡を取り合い、かかりつけ医を紹介する。</li> <li>○ 在宅復帰に向けて病院側・在宅側の関係職種がカンファレンスを実施する。</li> <li>○ ケアマネジャーは、カンファレンスの結果を受け、ケアプランを作成し、退院後の在宅生活の環境整備を行う。</li> </ul>

- なお、以上の対応は、あくまで主なものであり、対象者の具体的な状態に応じて、関係者が必要な対応を取ることが求められる。