

平成 25 年度

地域ケア会議運営に係る実務者研修

平成 25 年 11 月～平成 26 年2月

平成25年度地域ケア会議運営に係る実務者研修

目 次

● 次第	3
● 平成 25 年度地域ケア会議運営に係る実務者研修 開催一覧	5
● 地域包括ケアシステムの構築と地域ケア会議の推進について	7
● 地域ケア会議の運営について	39
● 演習Ⅰ：担当圏域の地域ケア会議の現状について	49
● 演習Ⅱ：地域ケア会議で検討する個別ケースの選定	49
● 演習Ⅲ：地域ケア会議の事前準備（課題分析と支援計画）	58
● 演習Ⅳ：地域ケア会議の事前準備（参加者選定と開催準備）	63
● 演習用DVD視聴	65
● 演習Ⅴ：地域課題の抽出と市町村への提言	75
● 演習Ⅵ：研修の振り返りと全体総括	78
● （参考）企画委員名簿	81

平成25年度地域ケア会議運営に係る実務者研修 次第

○研修の目的・ねらい

多職種協働による自立支援に資する個別のケアマネジメント支援を重点としつつ、個別ケースの検討を通じて地域課題を発見し、資源開発や市町村への政策提言につなげていくことができる人材の育成を目的とする。

○研修スケジュール

【1日目】

	時 間	項 目	内容及び目的・ねらい	講師・説明者
1	13:00-13:05	開会挨拶		厚生労働省
2	13:05-13:10	オリエンテーション	研修の目的とねらい	厚生労働省
3	13:10-14:00 (50分)	行政説明	地域包括ケアシステムの構築と地域ケア会議の推進について 〈目的・ねらい〉 介護分野における最近の動向を知り、地域包括ケアシステムを構築していくために自治体と協働しながら地域ケア会議を推進するための参考とする。	厚生労働省
4	14:00-14:30 (30分)	講 義	地域ケア会議の運営について 〈目的・ねらい〉 地域包括ケアシステムの実現に向けた手法である地域ケア会議の構築・運営に係る基本的な内容を学ぶ。	研修企画委員会 委員
	14:30-14:40	休憩		
5	14:40-15:00 (20分)	演習Ⅰ	担当圏域の地域ケア会議の現状について 〈目的・ねらい〉 受講者それぞれの担当圏域の地域ケア会議の現状について情報交換することで、以後の研修プログラムを充実させ、今後、地域ケア会議を効果的に実践していくための参考とする。	研修企画委員会 委員
6	15:00-17:20 (140分) 途中の休憩含む	演習Ⅱ	地域ケア会議で検討する個別ケースの選定 〈目的・ねらい〉 個別ケースを検討する地域ケア会議の出発点である事例選定の方法について学ぶ。	研修企画委員会 委員

※時間は目安として記載しています。当日の研修の進行状況により変更する場合があります。

【2日目】

	時 間	項 目	内容及び目的・ねらい	講師・説明者
1	9:30-9:35	オリエンテーション	1日目の振り返り	研修企画委員会 委員
2	9:35-12:00 (145分) 途中の休憩含む	演習Ⅲ	地域ケア会議の事前準備① (課題分析と支援計画) 〈目的・ねらい〉 多職種協働による自立支援に資するケア マネジメント支援について、個別課題の分 析と支援の方向性を導き出す方法について 学ぶ。	研修企画委員会 委員
	12:00-13:00	昼休憩		
3	13:00-13:30 (30分)	演習Ⅳ	地域ケア会議の事前準備② (参加者選定と開催準備) 〈目的・ねらい〉 個別ケース検討の地域ケア会議を効果的 に運営するために、参加者の選定と開催準 備について学ぶ。	研修企画委員会 委員
4	13:30-14:00 (30分)	DVD 視聴	研修用DVD視聴 〈目的・ねらい〉 これまでの演習と照らし合わせ、個別ケ ース検討の地域ケア会議の流れを確認する とともに、個別課題から地域課題への転換 と市町村への政策提言につなげていくプロ セスを確認する。	研修企画委員会 委員
5	14:00-15:40 (100分) 途中の休憩含む	演習Ⅴ	地域課題の抽出と市町村への提言 〈目的・ねらい〉 個別ケースの検討を通じて地域課題を発 見し、資源開発や市町村への政策提言につ なげていくプロセスを学ぶ。	研修企画委員会 委員
6	15:40-16:25 (45分)	演習Ⅵ	研修の振り返りと全体総括 〈目的・ねらい〉 研修で学んだ地域ケア会議の運営におけ るコーディネート機能をどのように実践に 活かすか学ぶ。	研修企画委員会 委員
7	16:25-16:30	オリエンテーション		厚生労働省
8		閉 会		

※時間は目安として記載しています。当日の研修の進行状況により変更する場合があります。

平成25年度地域ケア会議運営に係る実務者研修 開催一覧

	開催日	ブロック	所属都道府県	会場	所在地
①	11/7(木),8(金)	北海道	北海道	札幌市東区民センター	札幌市東区北11条東7丁目1-1
②	11/21(木),22(金)	北陸・近畿	福井県・富山県・石川県・滋賀県・京都府・大阪府・兵庫県・奈良県・和歌山県	天満研修センター	大阪市北区錦町2-21
③	11/28(木),29(金)	東北	青森県・岩手県・宮城県・秋田県・山形県・福島県	仙台国際センター	仙台市青葉区青葉山無番地
④	12/4(水),5(木)	関東	茨城県・栃木県・群馬県・埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県・山梨県・新潟県	国際ファッションセンター	東京都墨田区横網一丁目6番1号
⑤	12/10(火),11(水)	信州・東海	長野県・岐阜県・静岡県・愛知県・三重県	タナベ名古屋研修センター	愛知県北名古屋市九之坪山73-1
⑥	12/19(木),20(金)	中国・四国	鳥取県・島根県・岡山県・広島県・山口県・香川県・徳島県・愛媛県・高知県	岡山コンベンションセンター	岡山市北区駅元町14-1
⑦	1/9(木),10(金)	九州・沖縄	福岡県・長崎県・佐賀県・大分県・熊本県・宮崎県・鹿児島県・沖縄県	天神クリスタルビル	福岡市中央区天神4-6-7
⑧	1/14(火),15(水)	関東	茨城県・栃木県・群馬県・埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県・山梨県・新潟県	国際ファッションセンター	東京都墨田区横網一丁目6番1号
⑨	1/29(水),30(木)	九州・沖縄	福岡県・長崎県・佐賀県・大分県・熊本県・宮崎県・鹿児島県・沖縄県	鹿児島県青少年会館	鹿児島市鴨池新町1-8鹿児島県青少年会館内
⑩	2/3(月),4(火)	北陸・近畿	福井県・富山県・石川県・滋賀県・京都府・大阪府・兵庫県・奈良県・和歌山県	天満研修センター	大阪市北区錦町2-21
⑪	2/12(水),13(木)	信州・東海	長野県・岐阜県・静岡県・愛知県・三重県	タナベ名古屋研修センター	愛知県北名古屋市九之坪山73-1
⑫	2/19(水),20(木)	関東	茨城県・栃木県・群馬県・埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県・山梨県・新潟県	国際ファッションセンター	東京都墨田区横網一丁目6番1号



地域包括ケアシステムの構築と 地域ケア会議の推進について

平成25年度地域ケア会議運営に係る実務者研修

厚生労働省老健局

1

本日の内容

- 1 高齢者、介護保険を取り巻く状況
- 2 地域包括ケアシステムの構築について
- 3 地域包括支援センターの現状と課題
- 4 地域ケア会議の推進について
- 5 在宅医療・介護連携の方向性について
- 6 生活支援・介護予防の方向性について
- 7 認知症施策の推進、ケアマネジメントの動向について

2

1 高齢者、介護保険を取り巻く状況

3

高齢化の進行に関する国際比較

○ 我が国では、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行している。

国	65歳以上人口割合（到達年次）			到達に必要な年数
	7%	14%	21%	7%→14%
日本	1970	1994	2007	24
中国	2001	2026	2038	25
ドイツ	1932	1972	2016	40
イギリス	1929	1975	2029	46
アメリカ	1942	2015	2050	73
スウェーデン	1887	1972	2020	85
フランス	1864	1979	2023	115

1950年以前はUN, The Aging of Population and Its Economic and Social Implications (Population Studies, No.26, 1956) およびDemographic Yearbook, 1950年以降はUN, World Population Prospects: The 2006 Revision (中位推計) による。ただし、日本は総務省統計局『国勢調査報告』および国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口』（平成18年12月推計）による人口（〔出生中位(死亡中位)推計値〕。1950年以前は既知年次のデータを基に補間推計したものによる。それぞれの人口割合を超えた最初の年次を示す。“－”は2050年までその割合に到達しないことを示す。倍化年数は、7%から14%へ、あるいは10%から20%へそれぞれ要した期間。国の配列は、倍化年数7%→14%の短い順。

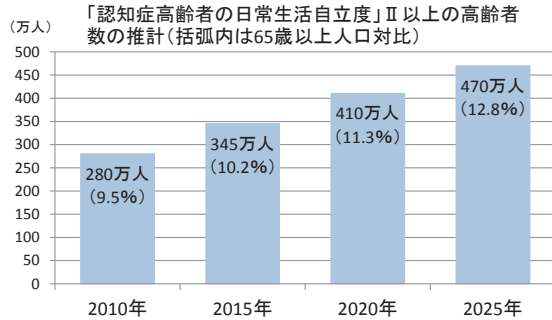
4

今後の介護保険をとりまく状況について

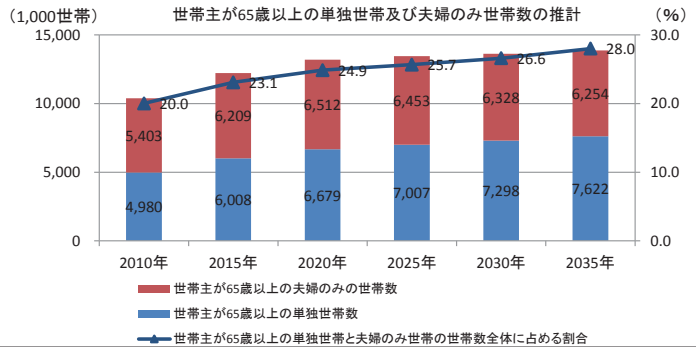
- ① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,658万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2012年8月	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,058万人(24.0%)	3,395万人(26.8%)	3,658万人(30.3%)	3,626万人(39.4%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,511万人(11.8%)	1,646万人(13.0%)	2,179万人(18.1%)	2,401万人(26.1%)

- ② 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく。



- ③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみ世帯が増加していく。

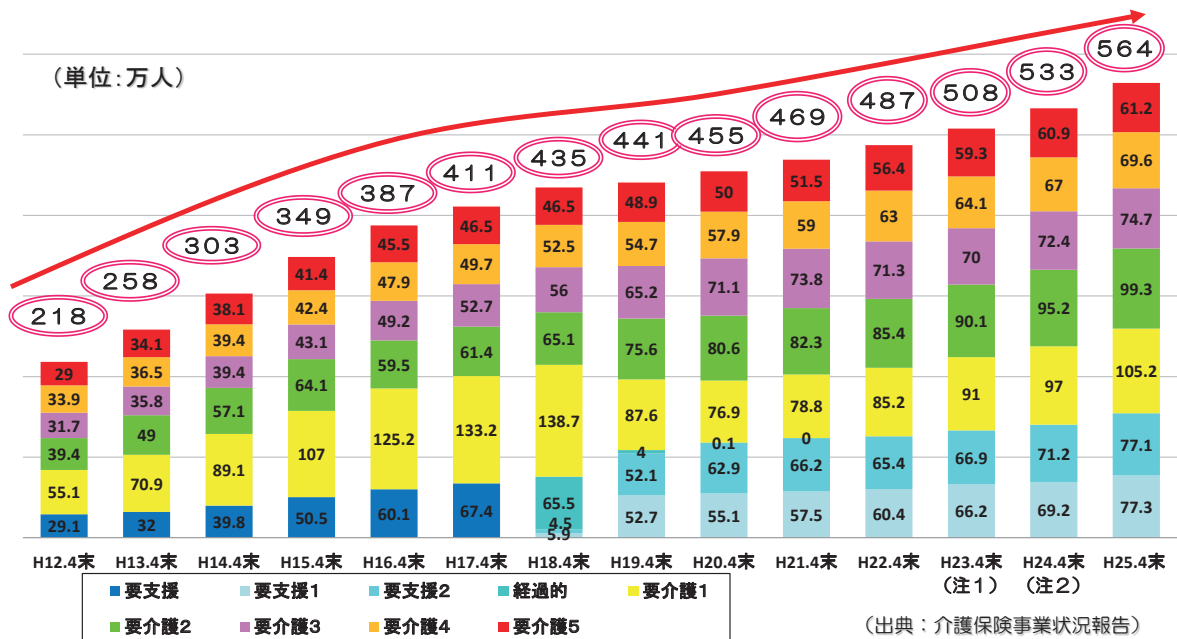


- ④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	～	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年 <>は割合	58.9万人 <8.2%>	56.3万人 <9.1%>	79.4万人 <8.8%>	84.3万人 <9.5%>	66.0万人 <8.9%>	123.4万人 <9.4%>		25.4万人 <14.9%>	11.9万人 <16.6%>	18.1万人 <15.5%>	1419.4万人 <11.1%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	117.7万人 <16.8%> (2.00倍)	108.2万人 <18.1%> (1.92倍)	148.5万人 <16.5%> (1.87倍)	152.8万人 <18.2%> (1.81倍)	116.6万人 <15.9%> (1.77倍)	197.7万人 <15.0%> (1.60倍)		29.5万人 <19.4%> (1.16倍)	13.7万人 <22.1%> (1.15倍)	20.7万人 <20.6%> (1.15倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.54倍)

要介護度別認定者数の推移

要介護(要支援)の認定者数は、平成25年4月現在564万人で、この13年間で約2.59倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。また、近年、増加のペースが再び拡大。



注1) 陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、楳葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。

注2) 楳葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。

介護給付と保険料の推移

- 市町村は3年を1期(2005年度までは5年を1期)とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。
保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。
- 高齢化の進展により、2025年には保険料が現在の5000円程度から8000円程度に上昇することが見込まれており、地域包括ケアシステムの構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっている。

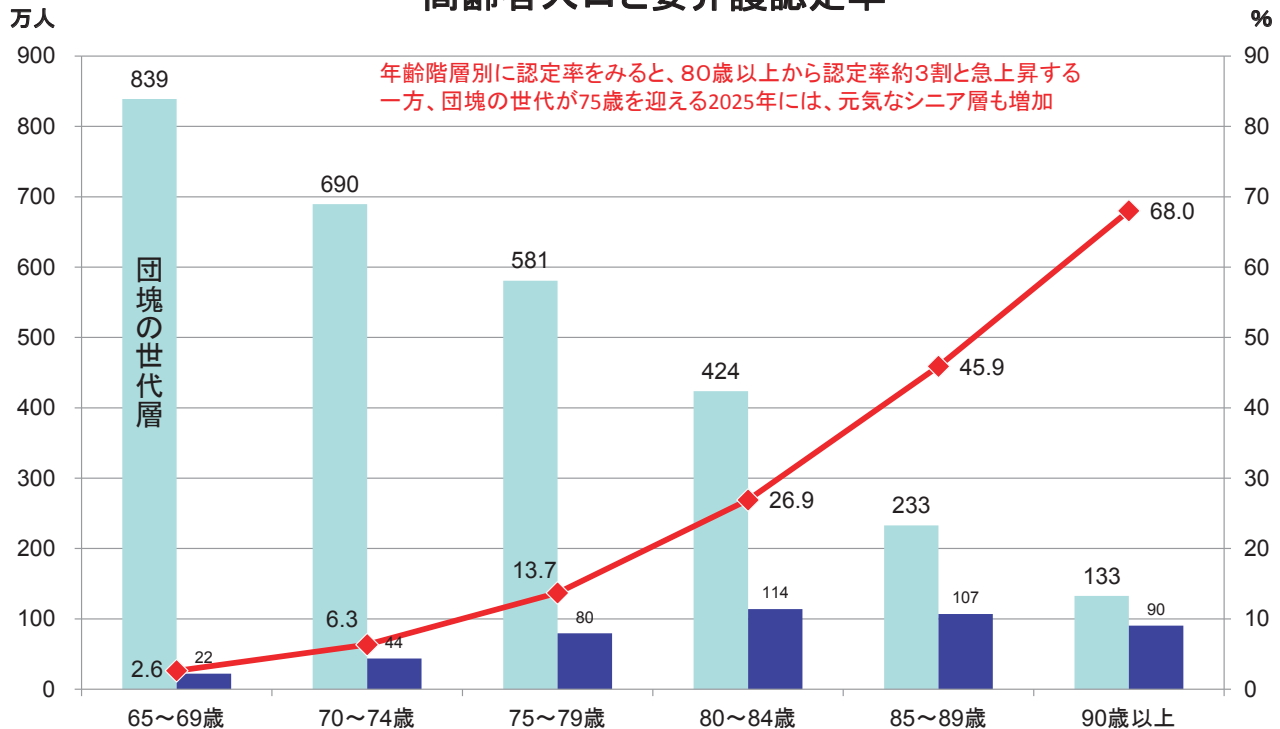
事業運営期間	事業計画	給付（総費用額）	保険料	介護報酬の改定率
2000年度	第一期	3.6兆円	2,911円 (全国平均)	H15年度改定 ▲2.3%
2001年度		4.6兆円		
2002年度		5.2兆円		
2003年度	第二期	5.7兆円	3,293円 (全国平均)	H17年度改定 ▲1.9%
2004年度		6.2兆円		
2005年度		6.4兆円		
2006年度	第三期	6.4兆円	4,090円 (全国平均)	H21年度改定 ▲0.5%
2007年度		6.7兆円		
2008年度		6.9兆円		
2009年度	第四期	7.4兆円	4,160円 (全国平均)	H24年度改定 +3.0%
2010年度		7.8兆円		
2011年度		8.2兆円		
2012年度	第五期	8.9兆円	4,972円 (全国平均)	+1.2%
2013年度		9.4兆円		
2014年度		?		
2025年度		21兆円程度（改革シナリオ）	8,200円 程度	

※2011年度までは実績であり、2012～2013年は当初予算である。

※2025年度は社会保障に係る費用の将来推計について（平成24年3月）

※2012年度の賃金水準に換算した値 7

高齢者人口と要介護認定率



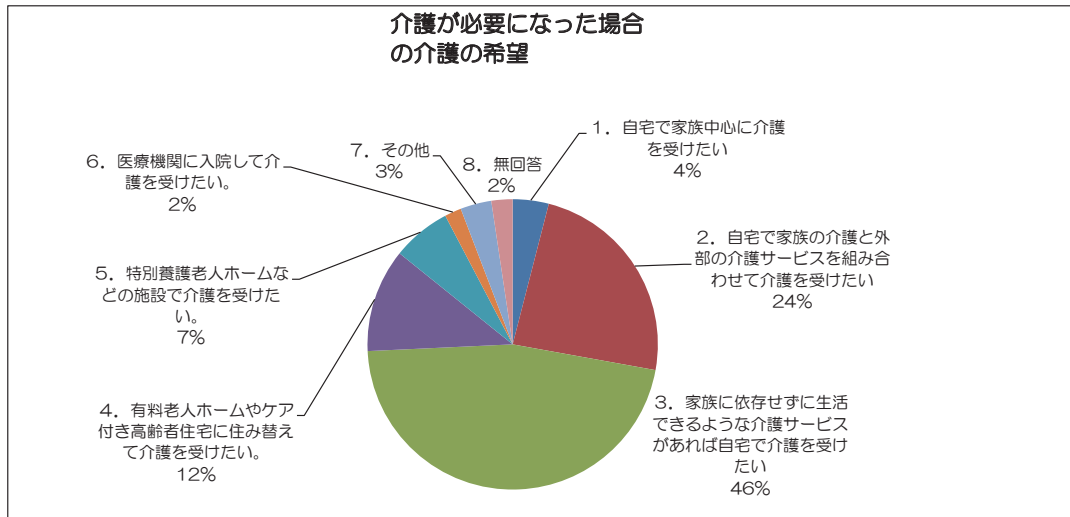
【出典】介護保険事業状況報告

人口 認定者数 認定率（右軸）

介護の希望（本人の希望）

【自分が介護が必要になった場合】

最も多かったのは「家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい」で46%、2位は「自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けたい」で24%、3位は「有料老人ホームやケア付き高齢者住宅に住み替えて介護を受けたい」で12%。



資料出所:「介護保険制度に関する国民の皆さまからのご意見募集(結果概要について)」厚生労働省老健局

9

社会保障制度改革国民会議 報告書（概要） ～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～

平成25年8月6日
社会保障制度改革国民会議

自助・共助・公助の最適な組み合わせ

- 日本の社会保障は、「**自助を基本**としつつ、自助の共同化としての共助（＝社会保険制度）が自助を支え、自助・共助で対応できない場合に公的扶助等の公助が補完する仕組み」が基本。

改革が求められる背景

- 高齢化の進展により、疾病構造の変化を通じ、必要とされる医療の内容は、「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「**地域完結型**」に変わらざるを得ない。
- 現在の世代に必要な給付は、現在の世代で賄うことが必要であり、「自助努力を支えることにより、公的制度への依存を減らす」、「負担可能な者は応分の負担を行う」ことにより、**将来の社会を支える世代の負担が過大にならないよう**にすることが必要。

医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

- 「医療から介護へ」、「病院・施設から地域・在宅へ」の観点から、医療の見直しと介護の**見直しは一体**となつて行う必要。
- 地域包括ケアシステムづくりを推進していく必要があり、平成27年度からの介護保険事業計画を「**地域包括ケア計画**」と位置づけ。
- 地域支援事業について、在宅医療・介護連携の推進、生活支援サービスの充実等を行いつつ、新たな効率的な事業として再構築。要支援者に対する介護予防給付について、**市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組等を積極的に活用し、柔軟かつ効率的にサービスを提供**できるよう、受け皿を確保しながら、段階的に新たな事業に移行。

10

介護保険制度改正の検討事項

○ 地域包括ケアシステムの構築と介護保険制度の持続可能性の確保のため、充実と重点化・効率化を一体的に行う。

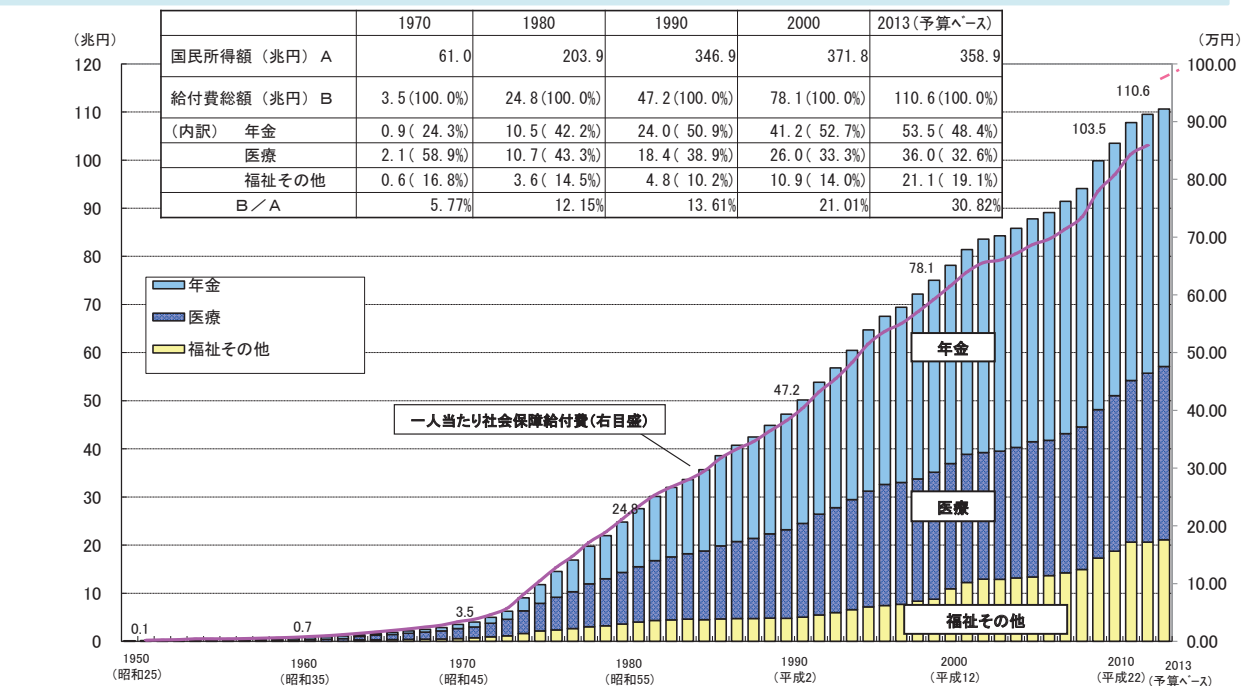
	サービス提供体制	費用負担
充実	■地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直し ○ 在宅医療・介護連携の推進 ○ 認知症施策の推進 ○ 地域ケア会議の推進 ○ 生活支援サービスの充実・強化 ※ 介護サービスの充実は、前回改正による24時間対応の定期巡回サービスを含めた介護サービスの普及を推進 ※ 介護職員の処遇改善は、介護報酬改定で検討	■保険料の負担の増大の抑制 ○ 低所得者の1号保険料の軽減強化
重点化・効率化	■介護サービスの効率化・重点化 ○ 地域支援事業の見直しに併せた予防給付の見直し ○ 特別養護老人ホームの中重度者への重点化	■所得や資産のある人の利用者負担の見直し ○ 一定以上所得者の利用者負担の見直し ○ 補足給付の見直し（資産等の勘案）

※このほか、「2025年を見据えた介護保険事業計画の策定」、「サービス付高齢者向け住宅への住所地特例の適用」、「居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲・小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行」等

11

社会保障給付費の推移

日本の年金・医療・介護は、これまでの急速な高齢化に対して、制度改正を行いながら、必要な給付の確保を図ってきました。この結果、社会保障給付費は増加を続け、現在では100兆円を超えています。



資料：国立社会保障・人口問題研究所「平成22年度社会保障費用統計」、2011年度・2012年度・2013年度(予算ベース)は厚生労働省推計、2013年度の国民所得額は「平成25年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成25年2月28日閣議決定)」

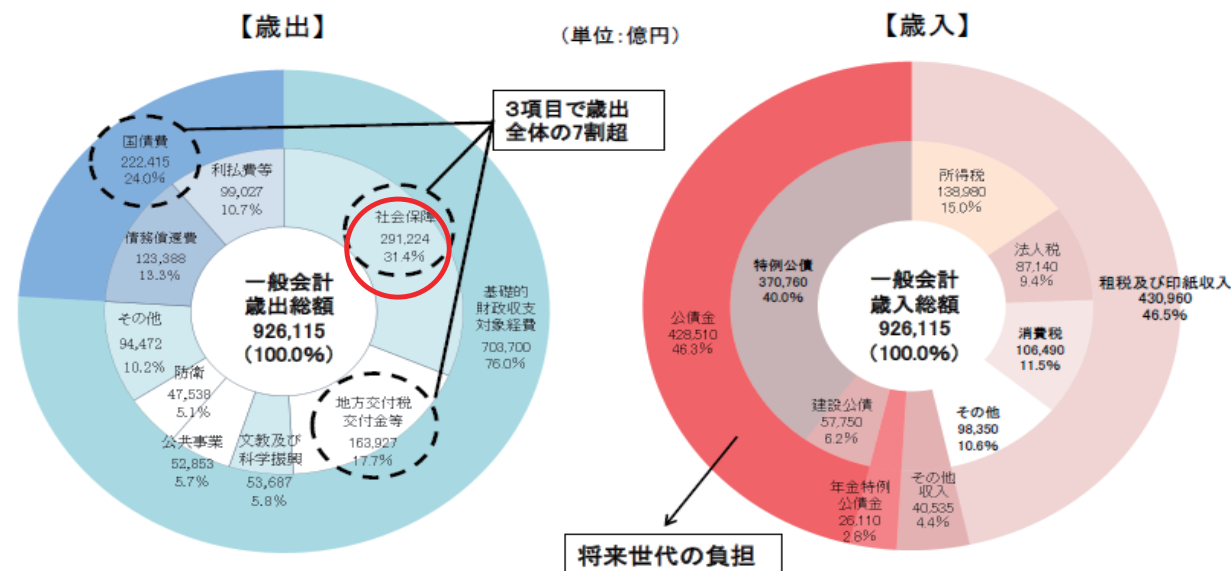
(注) 図中の数値は、1950, 1960, 1970, 1980, 1990, 2000及び2013年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

12

日本の国家予算の現状

平成25年度一般会計予算の概要

平成25年度一般会計予算は約92.6兆円ですが、このうち歳出についてみると、国債の元利払いに充てられる費用(国債費)と地方交付税交付金と社会保障関係費で、歳出全体の7割超を占めています。一方、歳入のうち税収は約43兆円であり、一般会計予算における歳入のうち、税収でまかなわれているのは5割に満たず、5割弱は将来世代の負担となる借金(公債金収入)に依存しています。



※財務省HPより

13

2 地域包括ケアシステムの構築について

14

「地域包括ケア」に係る理念規定の創設

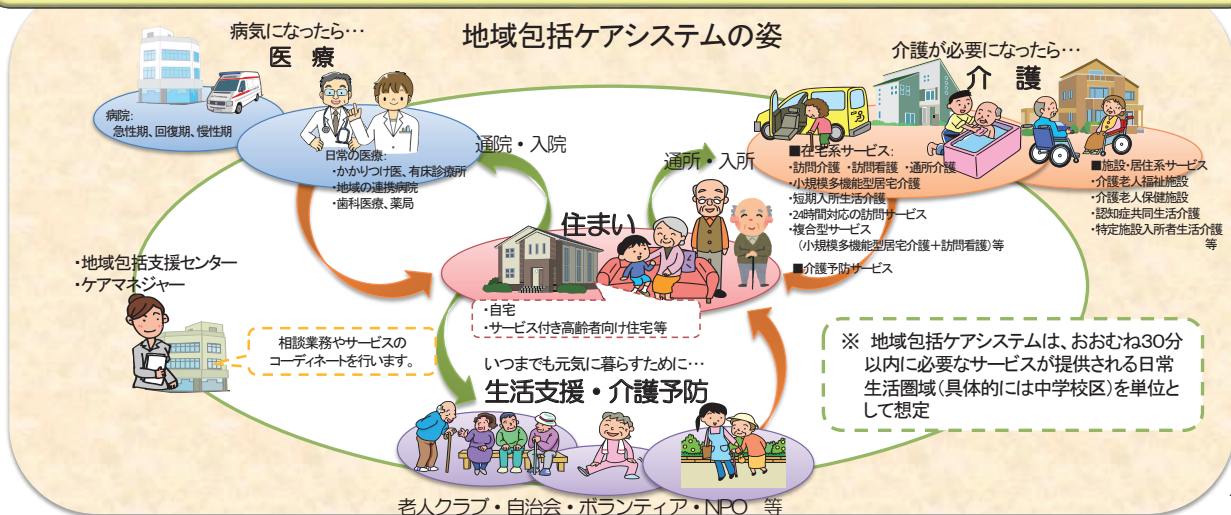
介護保険法 第5条第3項（平成23年6月改正、24年4月施行）

国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

15

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



16

地域包括ケアシステム構築に向けた5つの視点+4つの支援

従来

介護

医療

予防

生活
支援

住居

医療、介護、予防、生活支援サービス、住居の5つの視点をより詳しく現しそれらが連携・重層化し要介護者等への包括的な支援(地域包括ケア)を推進

新ためて再整理

介護
+
リハ

医療
+
看護

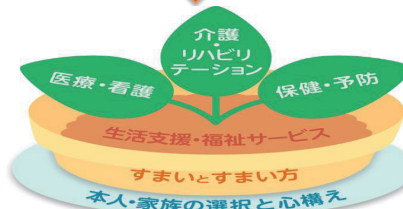
予防
+
保健

生活支援
+
福祉サービス

住居
+
住まい方

各層ごとに整理すると

- ① 介護サービスの充実強化
- ② 医療との連携強化
- ③ 予防の推進
- ④ 見守り、配食、など多様な生活支援サービスの確保
- ⑤ 高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備



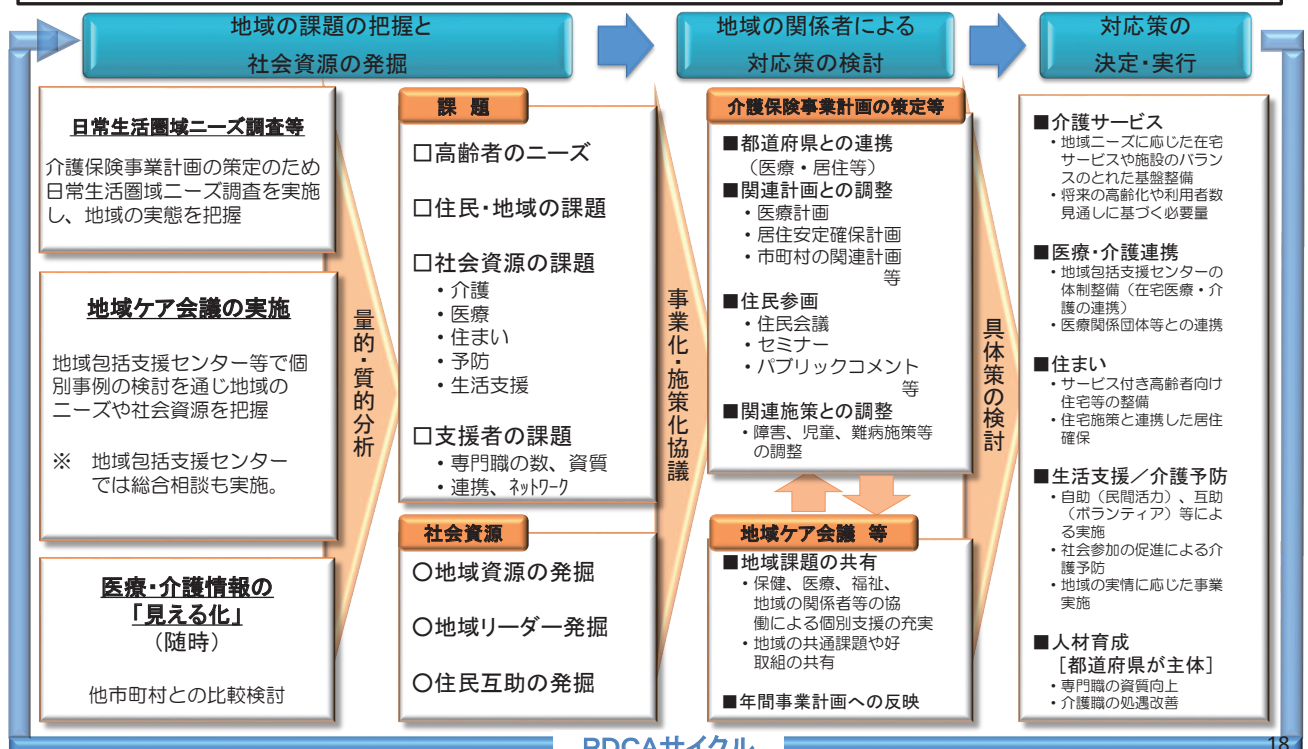
「自助」
「互助」
「共助」
「公助」

出典：平成25年3月 地域包括ケア研究会報告「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」

17

市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス(概念図)

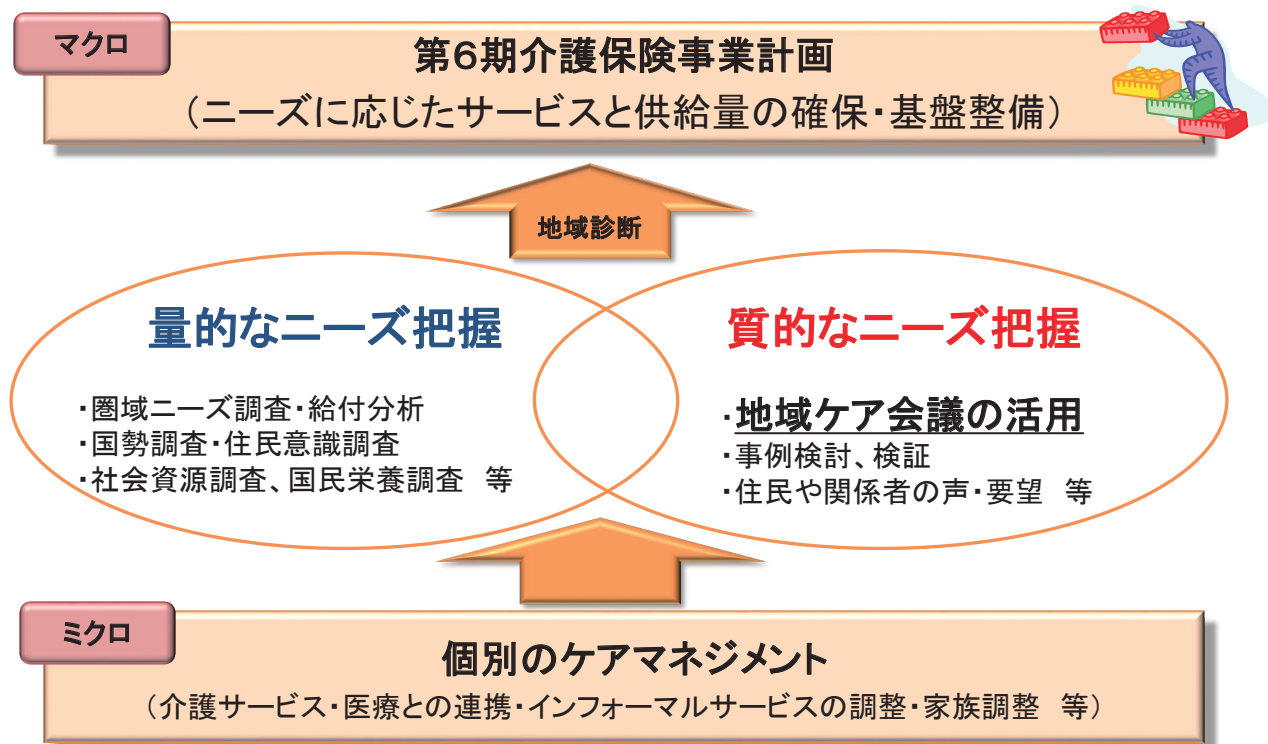
○ 市町村では、2025年に向けて、3年ごとの介護保険事業計画の策定・実施を通じて、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じた地域包括ケアシステムを構築していきます。



PDCAサイクル

18

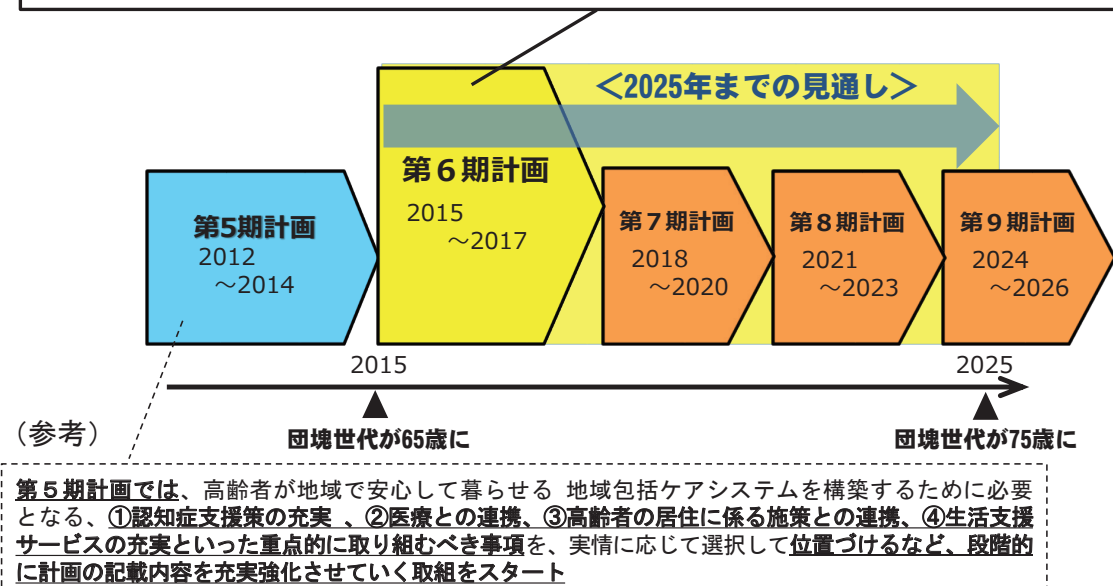
「ミクロ」と「マクロ」をつなぐツールとしての「地域ケア会議」



19

2025年を見据えた介護保険事業計画の策定

- 第6期計画以後の計画は、2025年に向け、第5期で開始した地域包括ケア実現のための方向性を承継しつつ、在宅医療介護連携等の取組を本格化していくもの。
- 2025年までの中長期的なサービス・給付・保険料の水準も推計して記載することとし、中長期的な視野に立った施策の展開を図る。



20

厚生労働省ホームページで地域包括ケアシステム実現に向けた取組事例が閲覧できます！

※今後も充実していく予定

1. 地域包括ケアシステムの実現へ向けて

日本は、諸外国に類をみないスピードで高齢化が進行しています。

65歳以上の人口は、現在3,000万人を超えており(国民の約4人に1人)、2042年の約3,900万人でピークを過ぎ、その後も、75歳以上の人口割合は増加し続けることが予想されています。

このような状況の中、国等の世代(内約80万人)が75歳以上となる2025年(平成37年)以降は、国民の医療や介護の需要が、急に増加することが見込まれています。

このため、厚生労働省においては、2025年(平成37年)を目途に、高齢者の暮らしの質の向上と自立生活の実現の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、**地域の包括的な支援・サービス提供体制(地域包括ケアシステム)**の構築を推進しています。

■ 生活の高齢者人口の見通し[594KB]

■ 介護保険制度と介護[555KB]

■ 地域包括ケアシステムの3つの構築要素[高齢・医療・介護・公助][140KB]

地域包括ケアシステム



出典：平成25年3月 地域包括ケア研究会報告書より

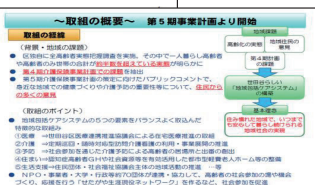
検索エンジンで「地域包括ケアシステム」と検索してください！

地域包括ケアシステム構築へ向けた取組事例 ～東京都世田谷区の取組～

都市部の世田谷らしい
地域包括ケアシステムの構築



厚生労働省
地域包括ケア研究会



地域包括ケアシステム構築へ向けた取組事例

各自自治体における取組事例を全国で共有して、取組を推進することを目的に、全国の自治体から収集した先駆的な事例(地域包括ケア全貌にわまいなど、特色ある分野の取組を中心とした事例)の中から、他の自治体の参考になると考えられる取組事例をモデル例としてとりまとめました。

■ 「地域包括ケアシステム構築モデル例(一括)」[5,914KB]

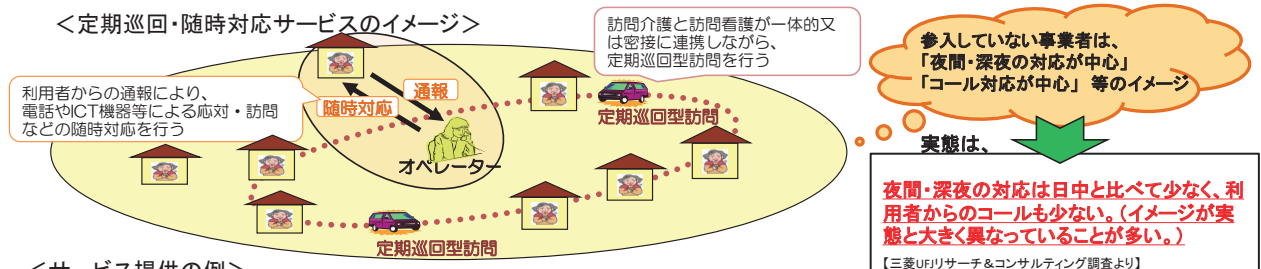
「地域包括ケアシステム構築モデル例(個別)」

市区町村	都道府県	取組の概要
世田谷区	東京都	■ 都市部での医療・介護・予防・生活支援・住まいの一体的な提供に関する取組[649KB]
長岡市	新潟県	■ 小地域での医療・介護・予防・生活支援・住まいの一体的な提供に関する取組[858KB]
南阳市	鳥取県	■ 既存資源を活用した共同生活による低所得者の住まいの確保[674KB]
柏市	千葉県	■ 行政と医師会の協働による在宅医療の推進と医療介護連携[521KB]
四日市市	三重県	■ 社会福祉法人と地域組織の協働による日常生活支援体制の構築[1,174KB]
竹田市	大分県	■ 介護保険外のサービスの開発とそれを活用した介護予防と自立生活支援[382KB]
上天草市	熊本県	■ 離島における在宅生活の基盤づくり[244KB]
川越市	埼玉県	■ 認知症施策と家族支援[374KB]
大和町	奈良県	■ 住民が自ら考える互助の地域づくり[472KB]
堺市・米子市	鳥取県	■ 特養等の施設機能を地域に展開[498KB]

(参考) 定期巡回・随時対応サービスについて

- 訪問介護などの在宅サービスが増加しているものの、**重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を24時間支える仕組みが不足している**ことに加え、医療ニーズが高い高齢者に対して**医療と介護との連携が不足している**との問題がある。
- このため、①日中・夜間を通じて、②訪問介護と訪問看護の両方を提供し、③定期巡回と随時の対応を行う「**定期巡回・随時対応型訪問介護看護**」を創設(2012年4月)。

<定期巡回・随時対応サービスのイメージ>



<サービス提供の例>

	0時	2時	4時	6時	8時	10時	12時	14時	16時	18時	20時	22時
月												
火												
水												
木												
金												
土												
日												

<参考>

1. 第5期介護保険事業計画での実施見込み

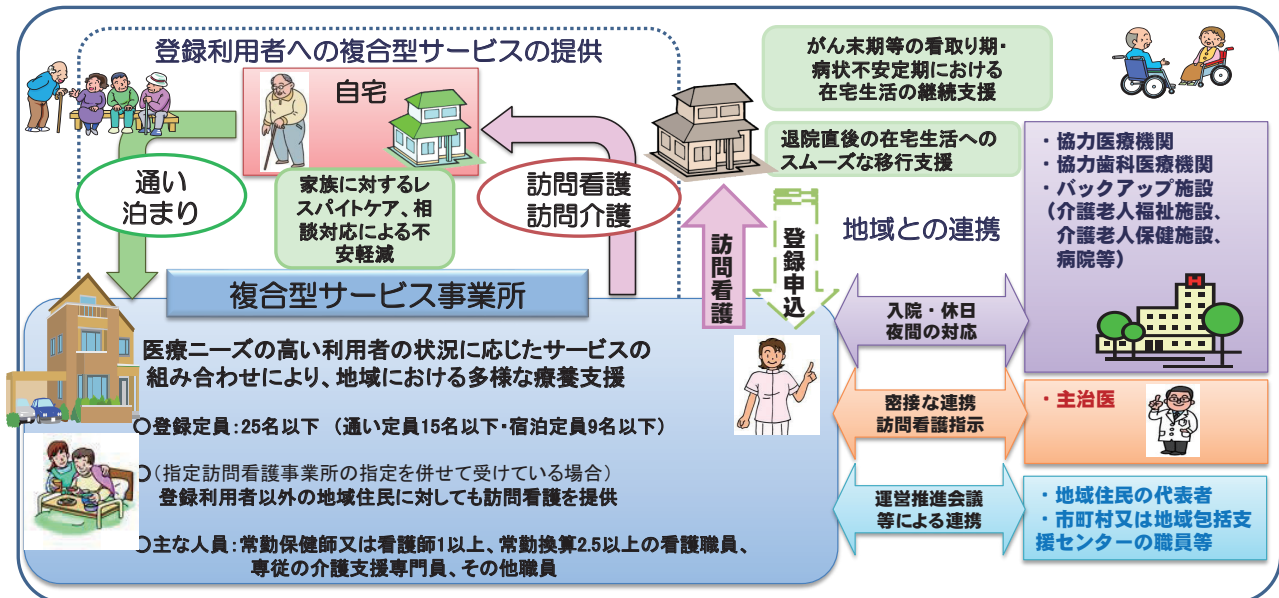
平成24年度	平成25年度	平成26年度
189保険者 (0.6万人/日)	283保険者 (1.2万人/日)	329保険者 (1.7万人/日)

2. 社会保障・税の一体改革での今後の利用見込み

平成27年度	平成37年度
1万人/日	15万人/日

- ・日中・夜間を通じてサービスを受けることが可能
- ・訪問介護と訪問看護を一体的に受けることが可能
- ・定期的な訪問だけではなく、必要ときに随時サービスを受けることが可能

(参考) 複合型サービスについて



- 主治医と事業所の密接な連携のもとで、医療行為も含めた多様なサービスを24時間365日利用することができる。
※ 医療ニーズへの対応が必要で小規模多機能型居宅介護事業所では登録に至らなかった利用者が、複合型サービス事業所では登録できる。
- 事業所のケアマネが「通い」、「泊まり」、「訪問看護」、「訪問介護」のサービスを一元的に管理するため、利用者や家族の状態に即応できるサービスを組み合わせることができる。
- 地域の協力医療機関等との連携により、急変時・休日夜間等も対応可能な体制を構築できる。

23

(参考) サービス付き高齢者向け住宅の登録制度の概要

高齢者の居住の安定確保に関する法律 (改正法: 公布 H23.4.28 / 施行H23.10.20)

1. 登録基準

(※有料老人ホームも登録可)

登録戸数: 122,086戸
(平成25年8月31日現在)

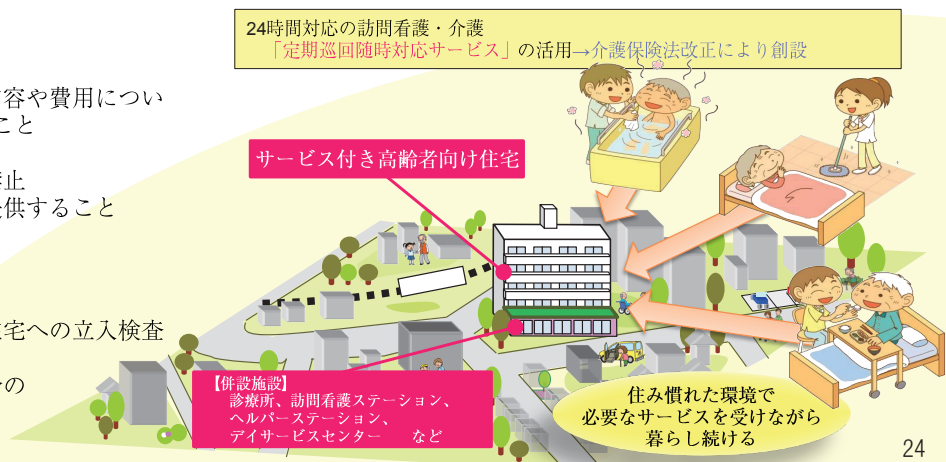
- 《ハード》
- ・床面積は原則25㎡以上
 - ・構造・設備が一定の基準を満たすこと
 - ・バリアフリー (廊下幅、段差解消、手すり設置)
- 《サービス》
- ・サービスを提供すること (少なくとも安否確認・生活相談サービスを提供)
 - [サービスの例: 食事の提供、清掃・洗濯等の家事援助 等]
- 《契約内容》
- ・長期入院を理由に事業者から一方的に解約できないなど、居住の安定が図られた契約であること
 - ・敷金、家賃、サービス対価以外の金銭を徴収しないこと
 - ・前払金に関して入居者保護が図られていること
 - (初期償却の制限、工事完了前の受領禁止、保全措置・返還ルールの明示の義務付け)

2. 登録事業者の義務

- ・契約締結前に、サービス内容や費用について書面を交付して説明すること
- ・登録事項の情報開示
- ・誤解を招くような広告の禁止
- ・契約に従ってサービスを提供すること

3. 行政による指導監督

- ・報告徴収、事務所や登録住宅への立入検査
- ・業務に関する是正指示
- ・指示違反、登録基準不適合の場合の登録取消し



24

3 地域包括支援センターの現状と課題

25

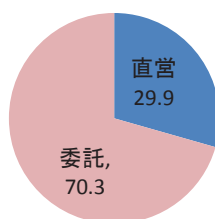
地域包括支援センターの設置状況

- 地域包括支援センターはすべての保険者に設置されており、全国に4,328カ所
- ブランチ・サブセンターを合わせると設置数は7,072カ所となる。
- 前年比で、センターは104カ所増え、ブランチ・サブセンターが205カ所減ったため、全体で104カ所減少
- 地域包括支援センターの設置主体は、直営が約3割、委託が約7割で、委託が増加している。

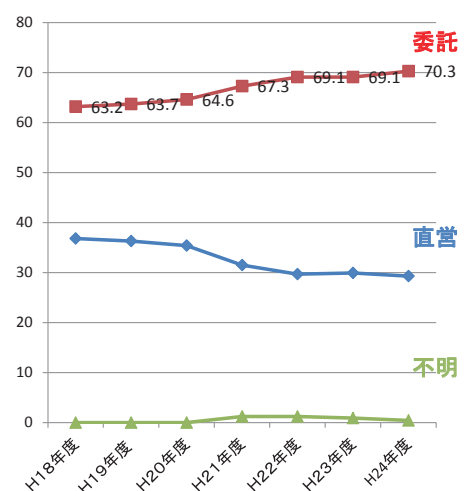
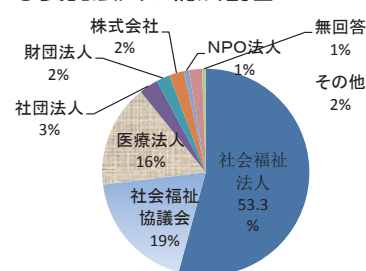
◎地域包括支援センターの設置数

地域包括センター設置数	4,328カ所
ブランチ設置数	2,391カ所
サブセンター設置数	353カ所
センター・ブランチ・サブセンター合計	7,072カ所

◎委託割合（％）



◎委託法人の構成割合



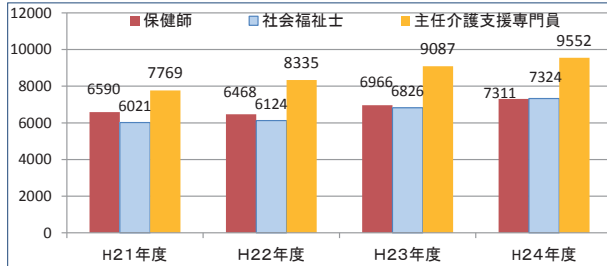
平成24年度老健事業「地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業報告書」（平成24年4月現在）

26

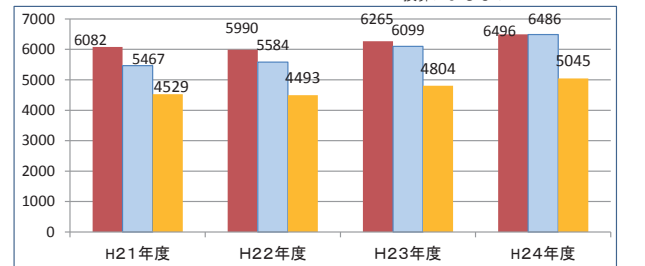
(参考)地域包括支援センターの職員の状況

- センター従事者数は年々増加しており、特に主任介護支援専門員が増えている
- センターの平均職員数は5.6人（H23年度調査は5.4人）
- 包括的支援業務の従事者数は、主任介護支援専門員より保健師・社会福祉士が多い
- 包括的支援業務の平均従事者数はセンターあたり約4人で、うち3.5人が介護予防支援業務を兼務

◎センター従事者数



◎包括的支援業務の従事者数



※センター職員数はすべて常勤換算によるもの

◎1センター当たりの平均職員数

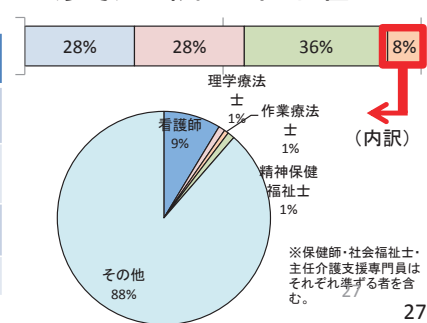
職 種	平均人数
保健師（準ずる者を含む）	1.7人
社会福祉士（準ずる者を含む）	1.7人
主任介護支援専門員	2.2人
計	5.6人

◎包括的支援業務の平均従事者数

職 種	平均人数
保健師（準ずる者を含む）	1.5(1.2)人
社会福祉士（準ずる者を含む）	1.5(1.2)人
主任介護支援専門員	1.2(1.0)人
計	4.2(3.5)人

※（ ）内は介護予防支援業務を兼務する職員の平均人数

(参考) 3職種以外の配置



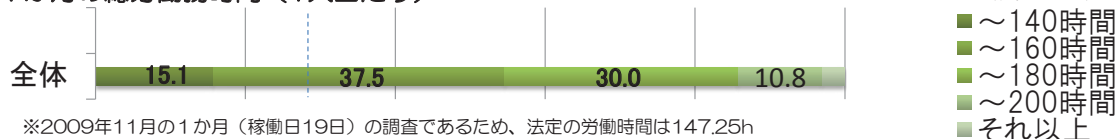
平成24年度老健事業「地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業」（三菱総研）

27

(参考)地域包括支援センターの業務実態

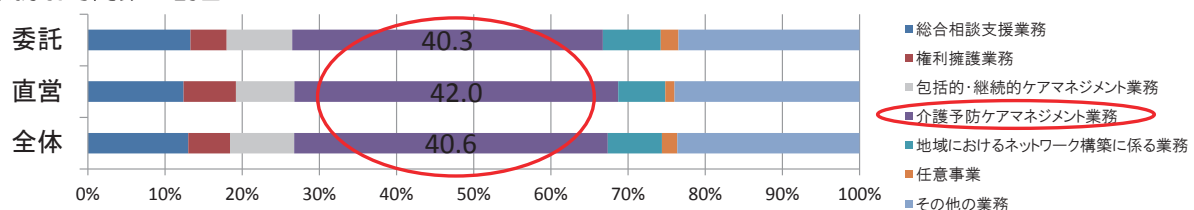
- 1か月の総労働時間数は平均158.7時間（1日あたり8.35h）。
→約8割のセンターにおいて超過勤務を行っている。
- 業務別時間数は、直営と委託ともに、介護予防ケアマネジメント業務が全体の4割以上を占める。
（4割のうち、要支援者にかかるケアマネジメント業務が約3割を占めている）

◎1か月の総労働時間（1人当たり）

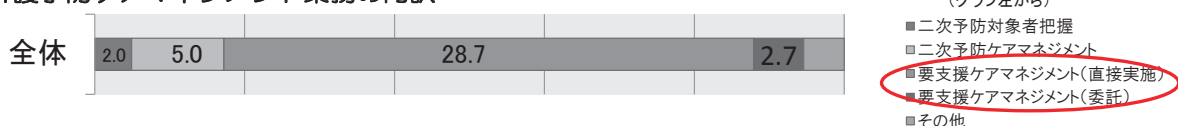


※2009年11月の1か月（稼働日19日）の調査であるため、法定の労働時間は147.25h

◎業務別時間数の割合



◎介護予防ケアマネジメント業務の内訳



平成21年度老健事業「地域包括支援センター運営コストに関する調査研究事業」（三菱総研）

28

地域包括支援センターについて

社会保障審議会
介護保険部会（第47回）
平成25年9月4日

資料1より

現状と課題

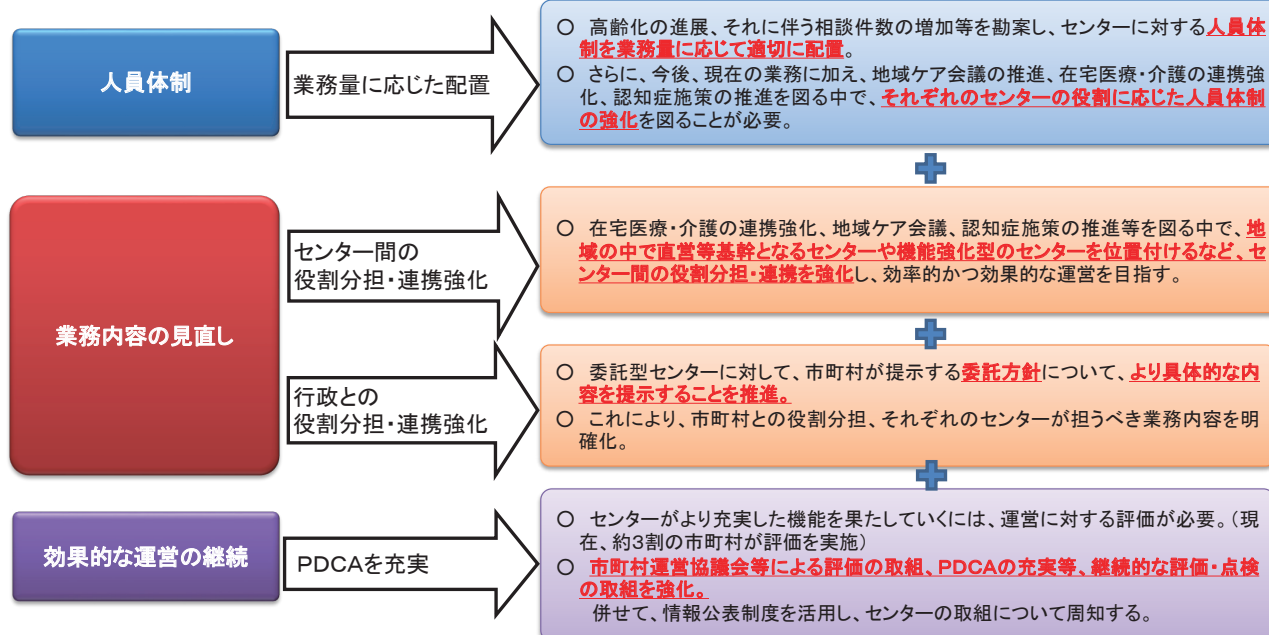
- 地域包括支援センターの設置数は4,328か所、サブセンター・ブランチを合わせて7,072か所。
日常生活圏域ごとにセンターを設置している保険者の割合は65%。（サブセンター等も含めると75%）
- 業務の状況
 - （1）センターの1/4は、業務量が過大と認識
 - ・業務量過大の内訳は、「総合相談支援業務」21.2%、「要支援者の予防ケアマネジメント」20.7%、「二次予防事業対象者の予防ケアマネジメント」17.7%の順
 - ・相談内容は、「医療・介護全般に関する相談」「認知症に関する相談」が圧倒的に多い
 - ・業務量全体に占める、要支援者・二次予防事業対象者の予防ケアマネジメントの割合は4割以上
 - （2）センターの約半数は、地域支援ネットワークを活かしたケアマネ支援をしていないと回答
 - ・地域支援ネットワーク構築や権利擁護業務については、2割以上のセンターが「職員の力量不足」を認識
 - ・連携に課題を感じる関係機関は、医療機関、インフォーマルサービス機関の順に割合が高い。
 - （3）相談件数は、1センターあたり1,745件（平成21年度）が、2,264件（平成24年度）と1.3倍に増加。
- 平成24年度制度改正の実施状況
 - ・委託型センターに対する市町村の委託方針の提示については、全センターで実施。
 - ・介護予防ケアプランの外部委託制限の廃止に伴い、その対応として「外部委託を増やしたい」40.6%、「既に委託率が高いため現状どおり」19.8%、「受け皿が無いため外部委託を増やせない」19.3%
- 市町村におけるセンターに対する評価の実施は、「評価していない68.6%」、「評価している30.2%」
- 他の公的相談機関に比べ、地域包括支援センターの認知度が約3割弱と低い状況。

29

地域包括支援センターの機能強化へ向けた方向性

地域包括支援センターは、行政直営型、委託型にかかわらず、行政（市町村）機能の一部として地域の最前線に立ち、地域包括ケアシステムにおける中核的な機関として期待されることから、現状の課題や今後求められる役割を勘案しながら、複合的に機能強化を図ることが重要。

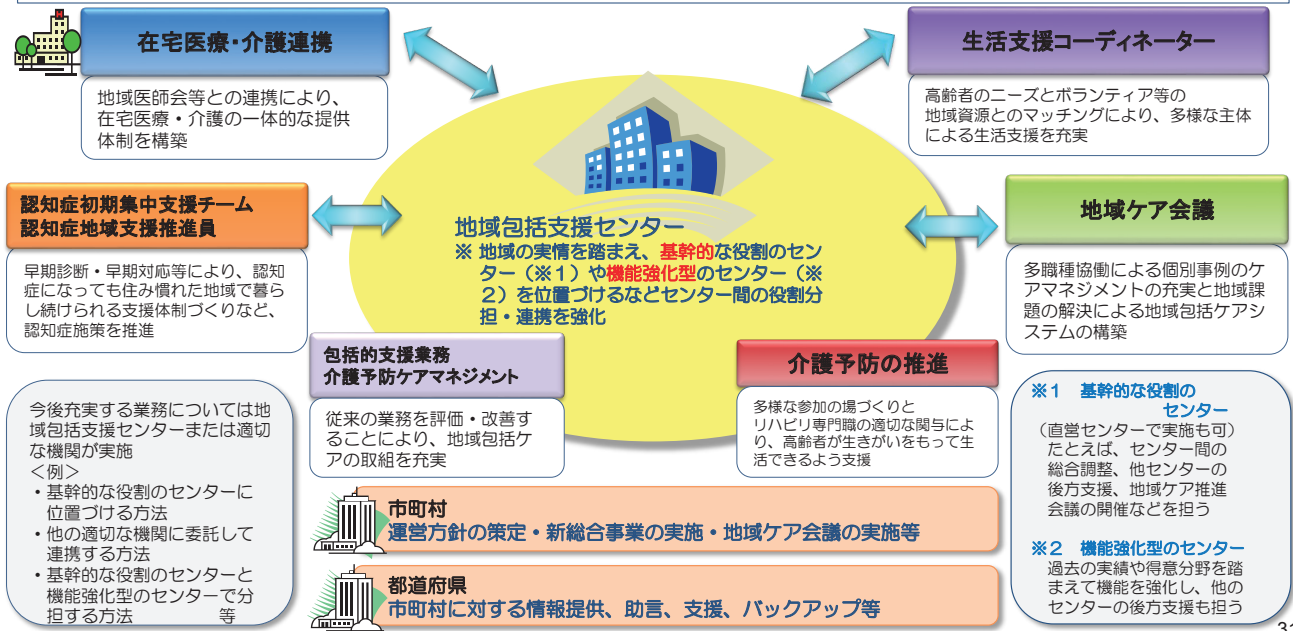
（ 方 向 性 ）



30

(参考)地域包括支援センターの機能強化

- 高齢化の進展、相談件数の増加等に伴う業務量の増加およびセンターごとの役割に応じた人員体制を強化する。
- 市町村は運営方針を明確にし、業務の委託に際しては具体的に示す。
- 直営等基幹的な役割を担うセンターや、機能強化型のセンターを位置づけるなど、センター間の役割分担・連携を強化し、効率的かつ効果的な運営を目指す。
- 地域包括支援センター運営協議会による評価、PDCAの充実等により、継続的な評価・点検を強化する。
- 地域包括支援センターの取組に関する情報公表を行う。



31

(参考)地域包括支援センターが抱える課題(センター実態調査における自由記述より)

業務量等	○困難事例の対応に要するための時間が増えている。 ○要支援認定者が増え、そのプラン数も増加傾向にあり、他の業務に支障が出ている。
職員体制等	○専門職の確保が難しい。 ○3名で土日を含む対応をしているため、勤務の調整が難しい。
認知度	○一般にはセンターを知らない人も多く活動に支障を感じる。
業務内容・役割	○行政とセンターの役割分担が不明確。 ○センターは多職種で解決できるため丸投げのケースが多く、他機関との役割分担が課題
精神疾患に対する対応	○セルフネグレクトや精神疾患を持っている方の対応が難しい。
行政との連携	○何でもセンター任せの風潮が強く、行政の協力が弱い。 ○本来あるべき行政のバックアップが無いので、解決しがたい問題が増えたり、どのように動いて良いかわからないことも多くある。
社会資源	○認知症や権利擁護関係の課題について、つなぐ資源(機関)がほとんど無い。 ○認知症高齢者の増加と支え手の減少から、新たなインフォーマルなサービスを生むことが難しい。
委託型の課題	○委託型には、利用者や擁護者に対する措置の権限が無く、直営包括に立ち会い等を求めるため、スピードが求められる業務に支障。
相談件数の増加、複雑化	○独居、身寄りの無い高齢者が増加し、安否確認、生活支援、入院、万が一の場合まで全てに関わらざるを得ないが、どこまでやるべきか判断できない。 ○認知症、精神疾患、虐待のケースなど、専門的な知識、技術が必要な相談が増えてきている。

※平成24年度老人保健健康増進等事業「地域包括支援センターにおける業務実態や機能のあり方に関する調査研究事業」三菱総合研究所
地域包括支援センターが抱える課題:その他の内容(自由記述)より

32

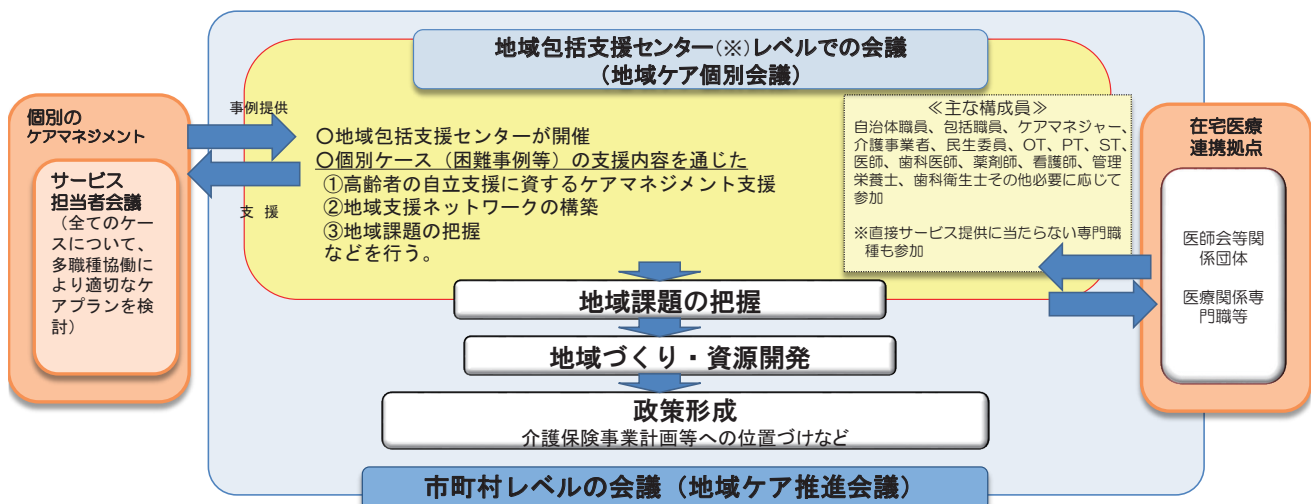
4 地域ケア会議の推進について

33

地域ケア会議

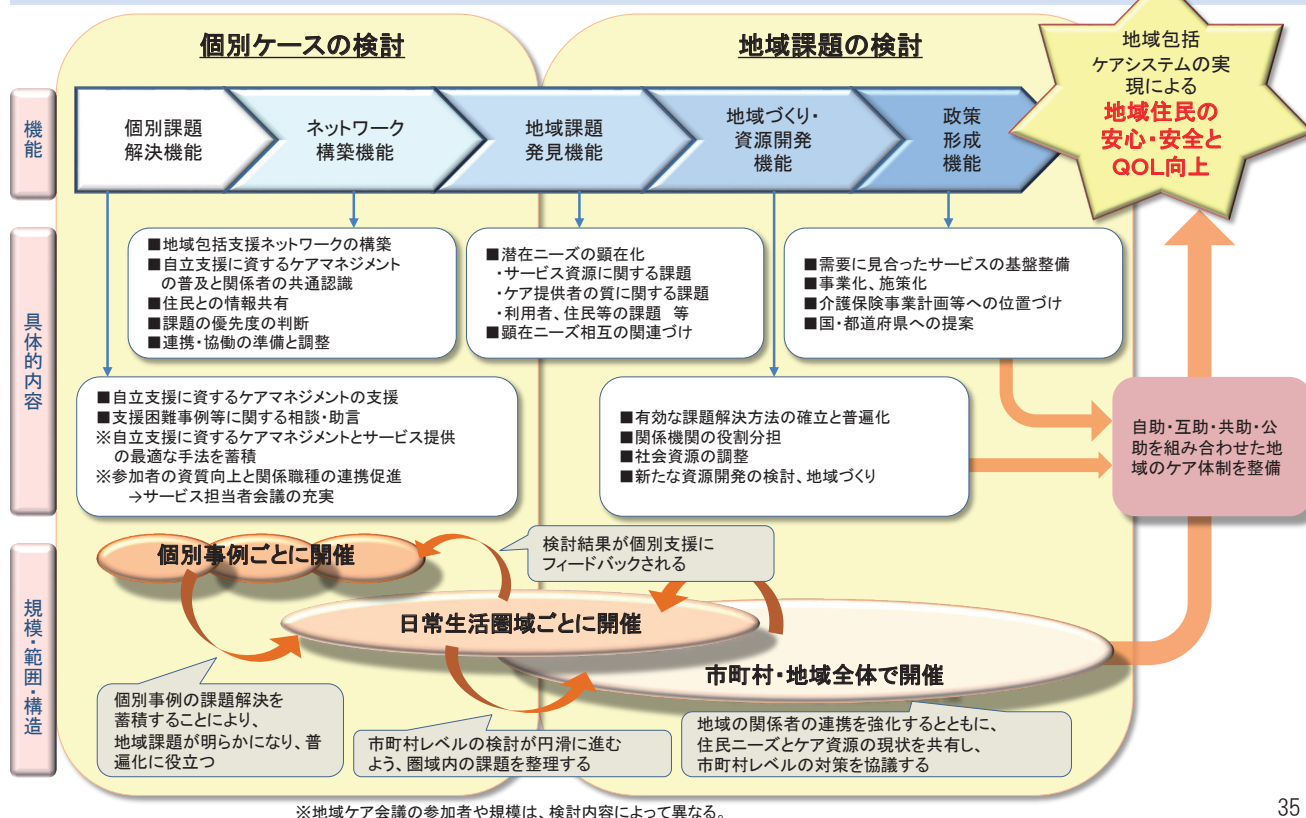
地域ケア会議は、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法。

- 具体的には、地域包括支援センター等が主催し、
- 医療、介護等の多職種が協働して高齢者の個別課題の解決を図るとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める。
 - 個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を明確化する。
 - 共有された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる。



34

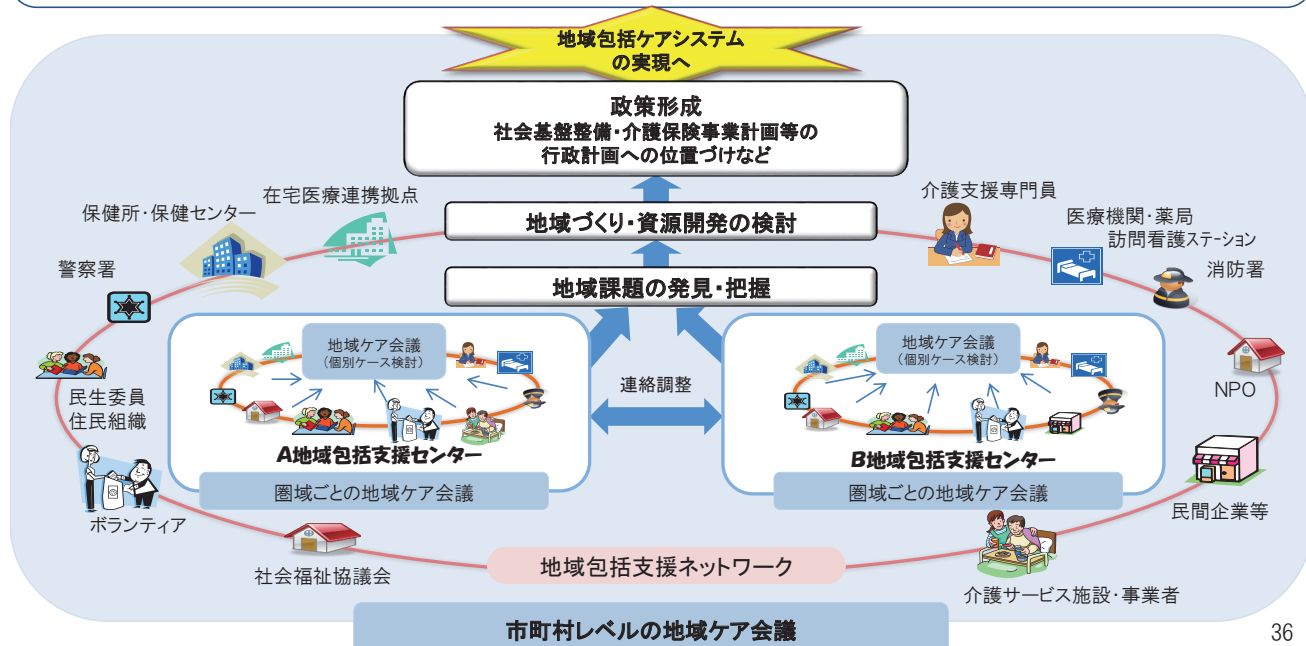
(参考)「地域ケア会議」の5つの機能



35

(参考)「地域ケア会議」を活用した個別課題解決から地域包括ケアシステム実現までのイメージ

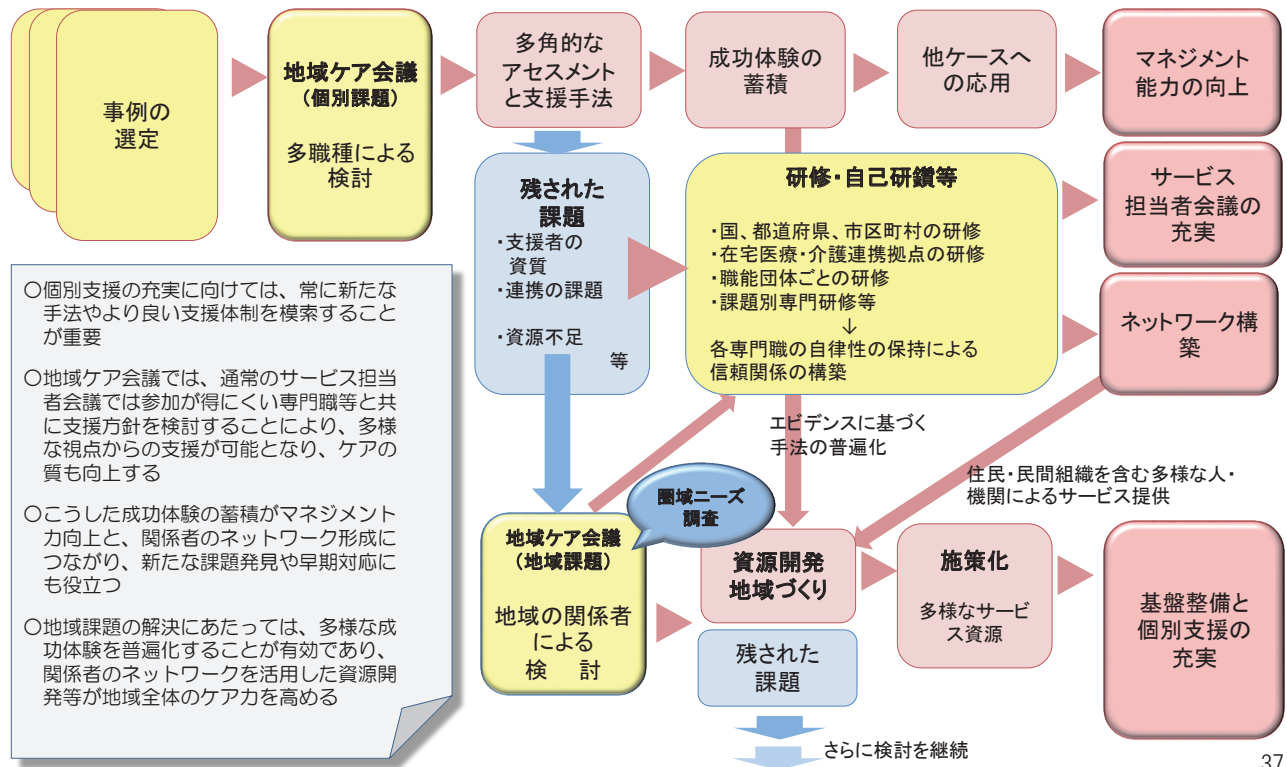
- 地域包括支援センター(又は市町村)は、多職種協働による個別ケースのケアマネジメント支援のための実務者レベルの地域ケア会議を開催するとともに、必要に応じて、そこで蓄積された最適な手法や地域課題を関係者と共有するための地域ケア会議を開催する。
- 市町村は、地域包括支援センター等で把握された有効な支援方法を普遍化し、地域課題を解決していくために、代表者レベルの地域ケア会議を開催する。ここでは、需要に見合ったサービス資源の開発を行うとともに、保健・医療・福祉等の専門機関や住民組織・民間企業等によるネットワークを連結させて、地域包括ケアの社会基盤整備を行う。
- 市町村は、これらを社会資源として介護保険事業計画に位置づけ、PDCAサイクルによって地域包括ケアシステムの実現へとつなげる。



36

地域ケア会議とその他の取組の関連性

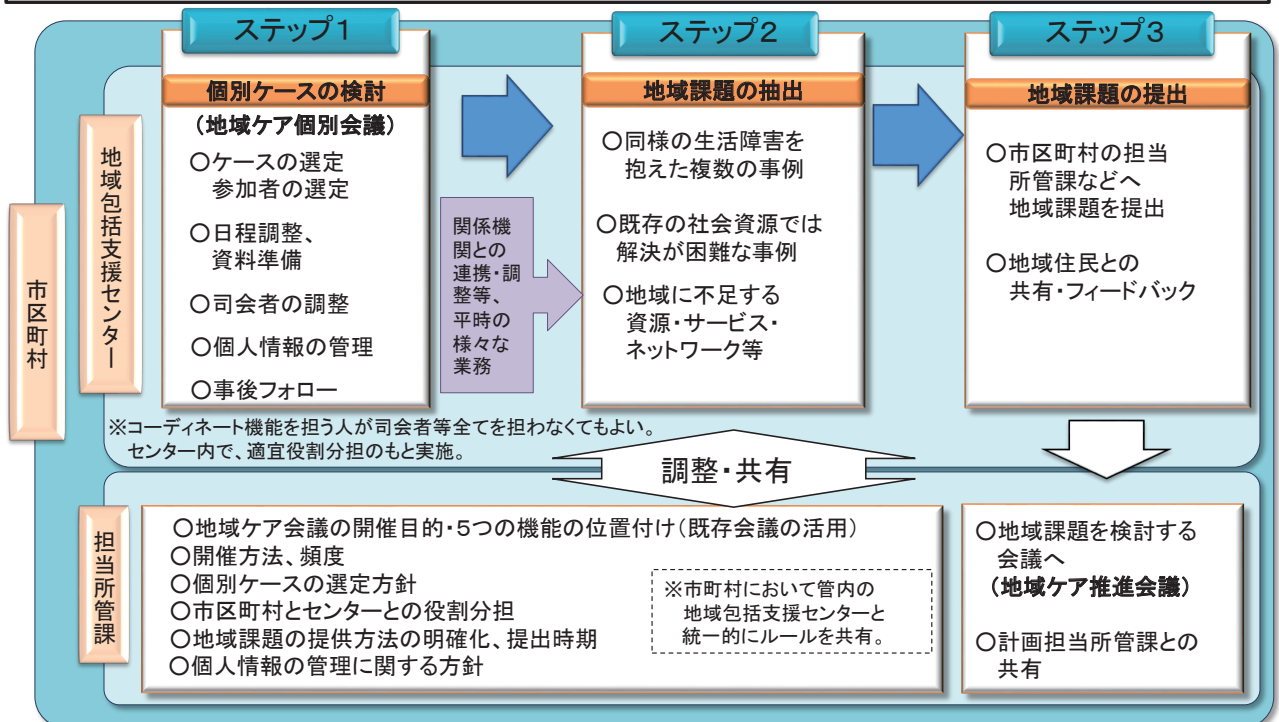
地域ケア会議は、地域包括支援センターにおける他の業務と関連づけることにより有効に機能する。



37

〈 地域ケア会議を運営する上で求められるコーディネート機能 〉

○ 地域包括支援センターにおいては、個別ケースの検討を始点として、地域課題の抽出、地域課題の提出までの一連の流れを円滑に進めるコーディネート機能が求められる。



38

既存会議の活用について

地域ケア会議の5つの機能すべてをひとつの会議に盛り込むのではなく、既存の会議でいずれかの機能を果たしている場合は、その会議を活用し充実していく。

既存の会議を活用することにより、徐々に5つの機能が充実

(例)

- ① 事例検討会の手法を充実させ、地域課題発見の視点も入れる
- ② 処遇困難事例の検討に、様々な立場からの知恵やノウハウを集結させながら解決に向かう視点を取り入れる
- ③ 地域関係機関との連絡会議に、地域課題の共有や好事例の共有を入れる
- ④ センター長会議等で、市区町村職員との地域課題の共有を行う
- ⑤ 市区町村主催の介護保険事業計画策定会議等において、地域の関係者とともに地域支援や基盤整備に関する検討を行う

注) サービス担当者会議開催支援は、あくまでもケアマネ主催のサービス担当者会議とする

(ポイント)

- ・できることから段階的に進める
- ・会議の開催自体を目的化せず
検討内容をより有意義なものにする



39

(参考) 地域ケア会議について

社会保障審議会
介護保険部会(第46回)
平成25年8月28日

資料3より

現状と課題

- 高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるためには、医療との連携、自助・互助・共助・公助の適切なコーディネート、サービス資源の開発など、包括的なケアシステムの構築が必要であり、地域ケア会議はその実現のための重要な手段。
- 地域ケア会議は多職種により個別事例の検討を行うが、それを積み重ねることを通じて以下の実現が期待できる。
 - ・高齢者の課題解決の支援と介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメント能力の向上
 - ・高齢者の実態把握や課題解決を図ることを可能とする地域の関係機関等の相互の連携による地域包括支援ネットワークの構築
 - ・個別の課題を解決する中で浮かび上がってくる地域の資源不足やサービス量の課題などについて、地域で必要な取組を明確化し、それを政策へ反映させること
- このため、地域包括支援センターの設置運営通知(平成24年4月改正)に「地域ケア会議」を明記し、センター長等を対象とした研修に取り組んでいる。
 - ※「地域ケア会議」の5つの機能
①個別課題の解決、②ネットワーク構築、③地域課題の発見、④地域づくり・資源開発、⑤政策形成
- 個別事例の検討にあたっては、介護支援専門員の協力を得ることや、守秘義務の取り扱いなど、円滑な検討のための環境整備が必要。また、個別事例の検討によって明らかになった地域課題の解決に向けては、保険者による政策形成につなげることも必要。

論点

- これまで通知に位置づけられていた地域ケア会議について、介護保険法に制度的位置づけを行うべきではないか。
- その際、以下の点に留意すべきではないか。
 - ① 個別事例の検討を通じ、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど、地域ケア会議が実効性あるものとして定着するよう普及すること。その際、介護支援専門員の協力を得ることが必要。
 - ② 地域ケア会議で取り扱われる個人情報の守秘義務について取り決めること。
 - ③ 地域ケア会議で行政側に提案された政策課題等については、着実にその実現に取り組むこと。
 - ④ 保険者たる市町村は、在宅医療連携拠点事業等の関連事業や多様な機関等の連携を通じて、地域のニーズに合った政策形成を行うこと。

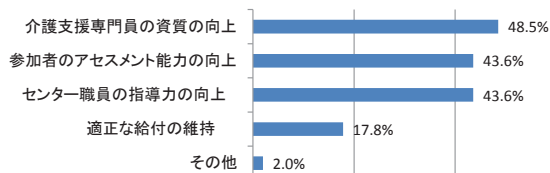
40

(参考)「地域ケア会議」への取組による成果

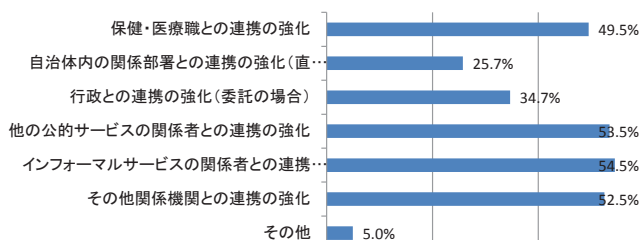
- センター長クラスを対象とした国実施の研修受講後、各センターで多職種協働による個別ケースの検討を行った結果について、6割以上の受講者が個別課題の解決につながった(65.3%)と回答した。
- また、自立支援に資するケアマネジメント支援の成果については、「介護支援専門員の資質向上につながった」(48.5%)が最も多かった。
- 地域包括支援ネットワーク構築の成果については、「保健・医療職との連携強化」(49.5%)や「インフォーマルサービス関係者との連携強化」(54.5%)につながったとの回答が多かった。
- 一方で、個別ケースの検討に取り組めていない受講者等もいることから、今後さらに地域ケア会議に関する取組の強化が必要

出典：平成24年度地域包括ケア指導者養成研修(中央研修)受講者に対する年度末アンケート(n=101)

自立支援に資するケアマネジメント支援の成果(複数回答)



地域包括支援ネットワークの構築の成果(複数回答)



その他の成果(自由記載)

- ・ケアマネジャーが1人で抱え込まずに多職種で役割分担できるようになった。
- ・事例提出者は、自立支援に向けた予後予測を見込んで評価する視点をトレーニングできた。
- ・サービス担当者会議で対応できないケースについて、セターや行政を交えて検討したことにより、今後の方向性について本人・家族と合意形成できた。
- ・地域包括支援センター職員の力量アップにつながった。
- ・信頼感を持った関係づくりができた。
- ・民生委員や町内会役員が、高齢者や家族への支援を積極的に行うようになった。
- ・認知症の人の日中の安否確認について、近隣住民の協力を得ることができた。

41

5 在宅医療・介護連携の方向性について

42

(参考) 在宅医療・介護連携の推進について

社会保障審議会
介護保険部会(第46回)
平成25年8月28日

資料3より

現状と課題

- 団塊の世代が75歳となる2025年には、75歳以上人口が2,000万人を超える。医療提供体制の見直しと連動し、今後、在宅で医療・介護を必要とする人が増加する。特に、単身高齢者、認知症高齢者が増加し、地域包括ケアシステムの実現のためには、医療と介護の連携がますます重要であり、在宅医療・介護の提供体制の充実と医療・介護連携の推進が必要。
- 在宅医療と介護の連携は、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等様々な局面で求められる。特に、今後増加する退院による在宅復帰の際に円滑に適切な在宅サービスにつなげることや、再入院をできる限り防ぎ在宅生活を継続するため、在宅医療・介護の連携強化が求められている。さらに、重度な高齢者に対しては自宅での看取りも視野に入れつつ、連携することが必要。
- その中で、介護支援専門員や介護支援専門員を支援する機能をもつ地域包括支援センターが果たす役割は大きい。医師との連携に困難を感じる介護支援専門員が約5割、地域包括支援センターが約2割という現状。このため医療側からも取組の強化が求められている。あわせて地域包括支援センターでも、医療面での対応強化や認知症高齢者への対応強化など体制の充実が求められるとともに、在宅医療に関する拠点機能との連携の強化が必要。
- これまでの医療行政は、都道府県が二次医療圏を中心に考えてきたが、今後、在宅医療についてはより日常生活圏域に近いエリア等の市町村レベルで体制を整える必要がある。
- 在宅医療と介護を一体的に提供できる体制整備を図るには、地域の医師会等と連携しつつ、都道府県の支援のもと、市町村が積極的に関与することが必要。

論点

- 在宅医療・介護連携拠点の機能について、現在の地域包括支援センターによる包括的支援事業や地域ケア会議と役割分担や連携方法に留意しつつ、介護保険法の中で制度化してはどうか。
- これまで在宅医療の提供体制等への関与が少なかった市町村の取組を推進するために、都道府県が積極的に支援することが必要ではないか。
- 小規模市町村での取組を円滑に進めるため、複数の市町村による共同での事業を認める等の措置が必要ではないか。
- 在宅医療・介護連携拠点の機能については、医療計画との調和も図りながら、介護保険事業(支援)計画に記載することとしてはどうか。

43

在宅医療・介護の連携推進の制度的な位置づけ(イメージ)

- 在宅医療連携拠点事業(平成23・24年度)、在宅医療推進事業(平成25年度～)の成果を踏まえ、在宅医療・介護の連携推進について、介護保険法の中で恒久的な制度として位置づけ、全国的に取り組むこととしてはどうか。
- 具体的には、医療に係る専門的な知識及び経験を活用した地域における医療と介護の連携の推進について介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ、市町村が主体となり、取り組むこととしてはどうか。
- その際、現行制度では包括的支援事業を委託する場合、事業の全てにつき一括して行うことと規定されているが、医療に係る専門的な知識及び経験が必要である業務の趣旨に鑑み、在宅医療・介護の連携推進に係る事業については、これらを適切に実施できる事業体に、他の事業とは別に委託できる仕組みが必要ではないか。

地域支援事業(現行)

包括的支援事業

- ・介護予防ケアマネジメント業務
- ・総合相談支援業務
- ・権利擁護業務
- ・包括的・継続的マネジメント支援業務

地域包括支援センター
に一括して委託

介護予防事業

任意事業

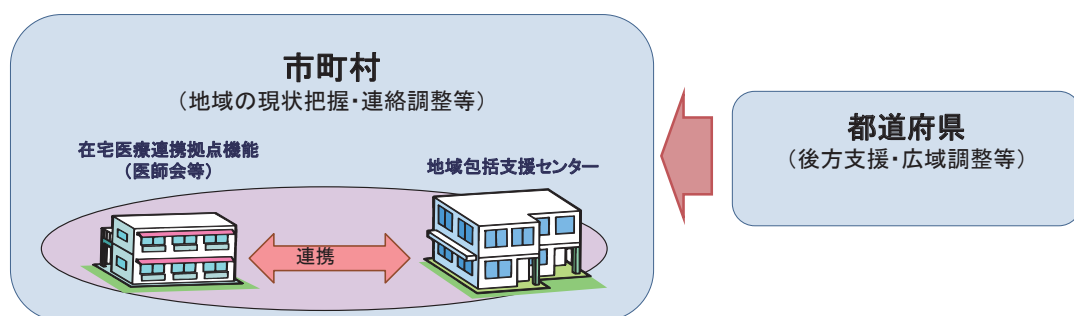
在宅医療・介護の連携推進に
係る事業を追加



他の事業とは別に委託可能

44

(参考)在宅医療・介護の連携推進について(イメージ)



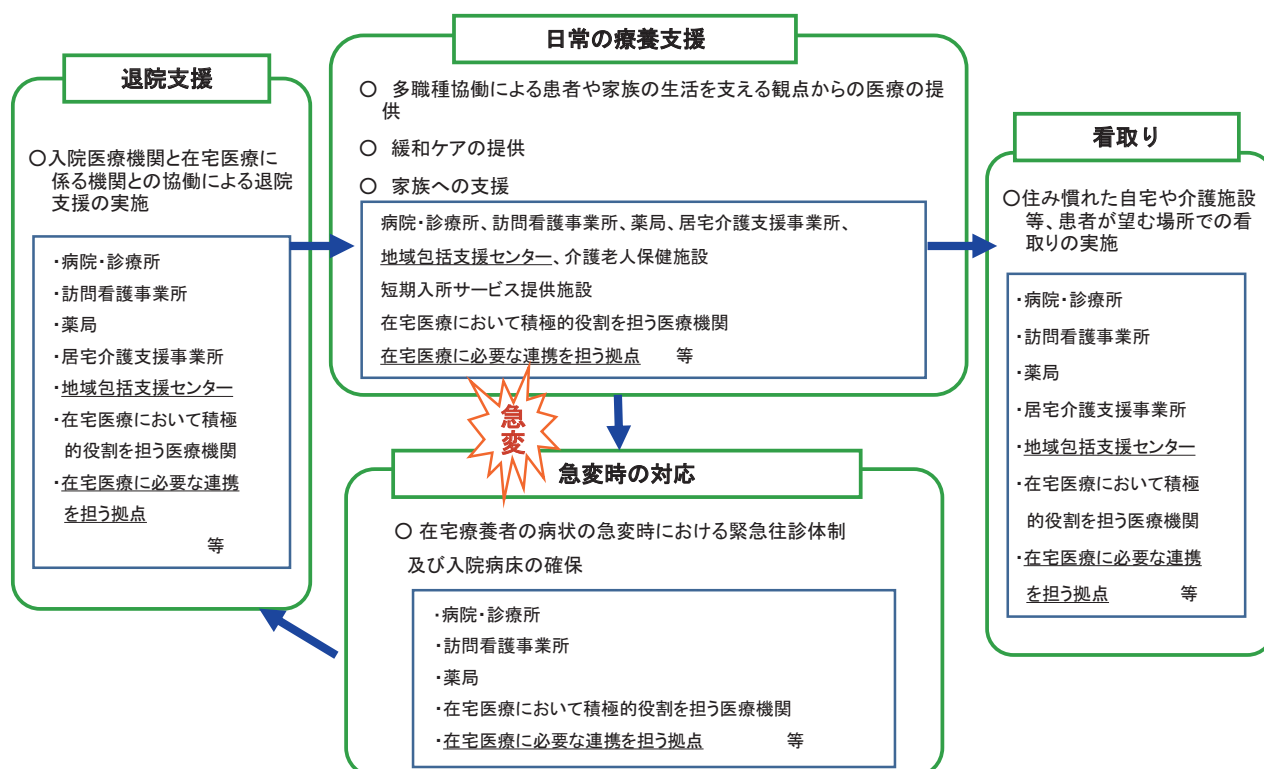
(参考) 想定される取組の例

- ①地域の医療・福祉資源の把握及び活用
 - ・地域の医療機関等の分布を把握し、地図又はリスト化し、関係者に配布
- ②在宅医療・介護連携に関する会議への参加又は関係者の出席の仲介
 - ・関係者が集まる会議を開催し、地域の在宅医療・介護の課題を抽出し、解決策を検討
- ③在宅医療・介護連携に関する研修の実施
 - ・グループワーク等の多職種参加型の研修の実施
- ④24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築
 - ・主治医・副主治医制等のコーディネート
- ⑤地域包括支援センター・介護支援専門員・介護サービス事業者等への支援
 - ・介護支援専門員からの在宅医療・介護に係る総合的な問い合わせへの対応

等

45

(参考)在宅医療の体制



46

(参考) 平成24年度在宅医療連携拠点事業 (事例)

長野県須坂市

須高在宅ネットワークの体制の構築

● 須高地域医療福祉推進協議会

3市町村長、三師会長、保健福祉事務所長、3病院長、介護保険施設の代表等

● ネットワーク体制構築

病 院： 3施設 (県立須坂病院・新生病院・轟病院)

診療所： 18診療所

訪問看護事業所： 6事業所

行 政： 3市町村 (須坂市・小布施町・高山村)

◆ 医師会・三病院・訪問看護ステーション・三市町村で住民が24時間安心して在宅療養ができる体制を構築。

◆ 緊急対応は、在宅療養支援病院 (新生病院・轟病院) と診療所と訪問看護ステーションがチームとなって対応する。

山形県鶴岡地区医師会

14のアクションプランを計画・実行

- 研修会・意見交換会の開催
- 主任介護支援専門員へのアンケート調査
- 連携シートの作成 (ケアマネ⇄医師)
- NET4U (患者情報共有ツール) の利用促進・導入促進
- 行政担当者との定期的なミーティング
- 短期入所の空き情報提供 (毎週更新)
- 医療依存度の高い方の施設受入れ情報 DB作成



福岡県宗像市医師会

● 在宅用診療情報提供書

● バックベッド受け入れ手順書

受診歴のない方の情報を事前に登録し
緊急入院に備えたバックベッドの体制の構築

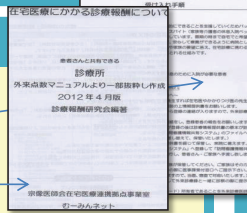
● 在宅医療診療報酬

連携の方法と代診の診療報酬算定の取り決め

● 資源ガイド・在宅支援ネットワークマニュアル

薬剤・医療材料供給システム、
在宅医連携マニュアル
災害支援情報を作成

● iPadを使った情報共有システム (開発中)



東京都板橋区医師会

● 療養相談室によるケアマネ等への支援

困難事例等について居宅介護支援事業所、地域包括支援センターからの相談体制を整備

● 主任ケアマネジャーの会 (月1回) の設置

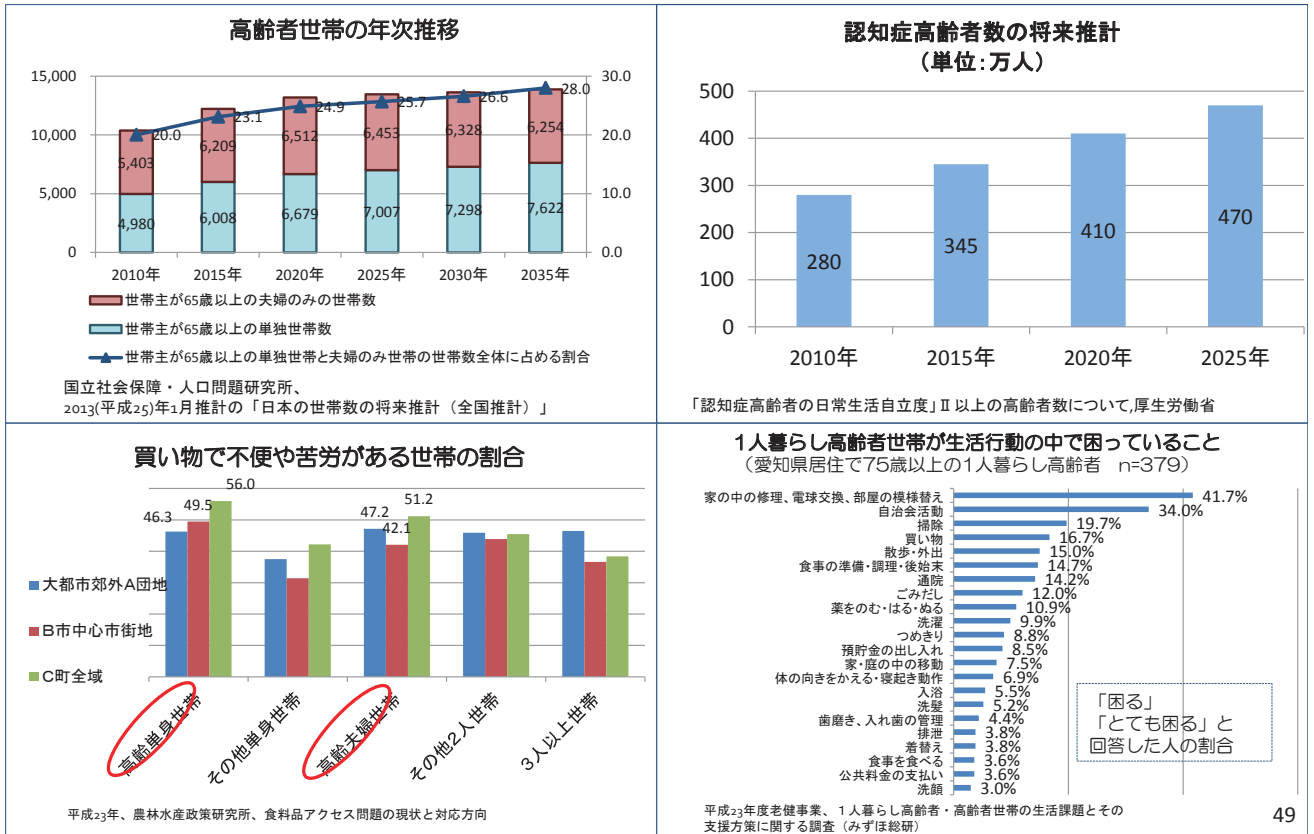
ケアマネ、拠点担当医師、看護師が参加

● Care & Cure会議 (月1回) の開催

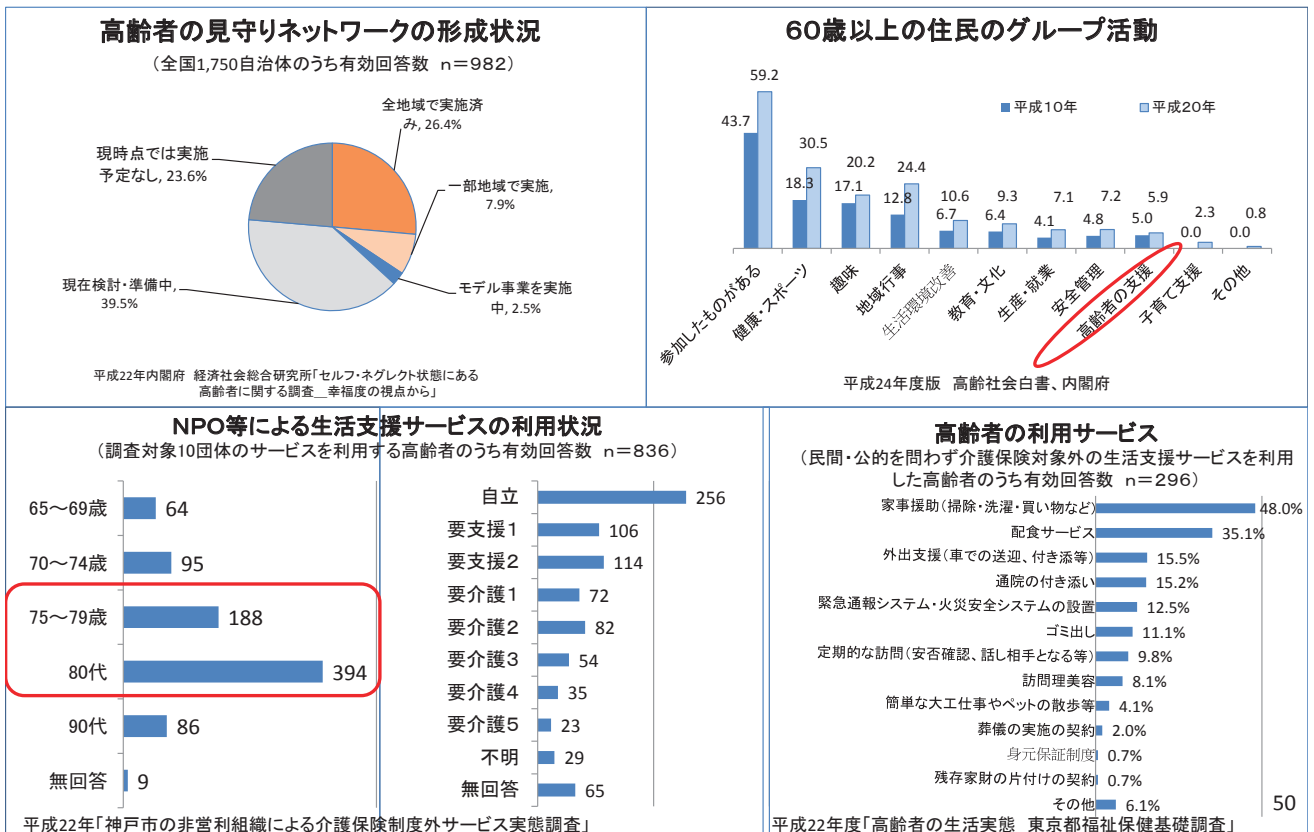
日常的にチームを組んでいる訪問介護兼居宅介護支援事業所管理者、拠点担当医師、看護師、MSWが参加

6 生活支援・介護予防の方向性について

(参考)生活支援のニーズ



(参考)地域住民の互助活動およびNPO等による生活支援サービス

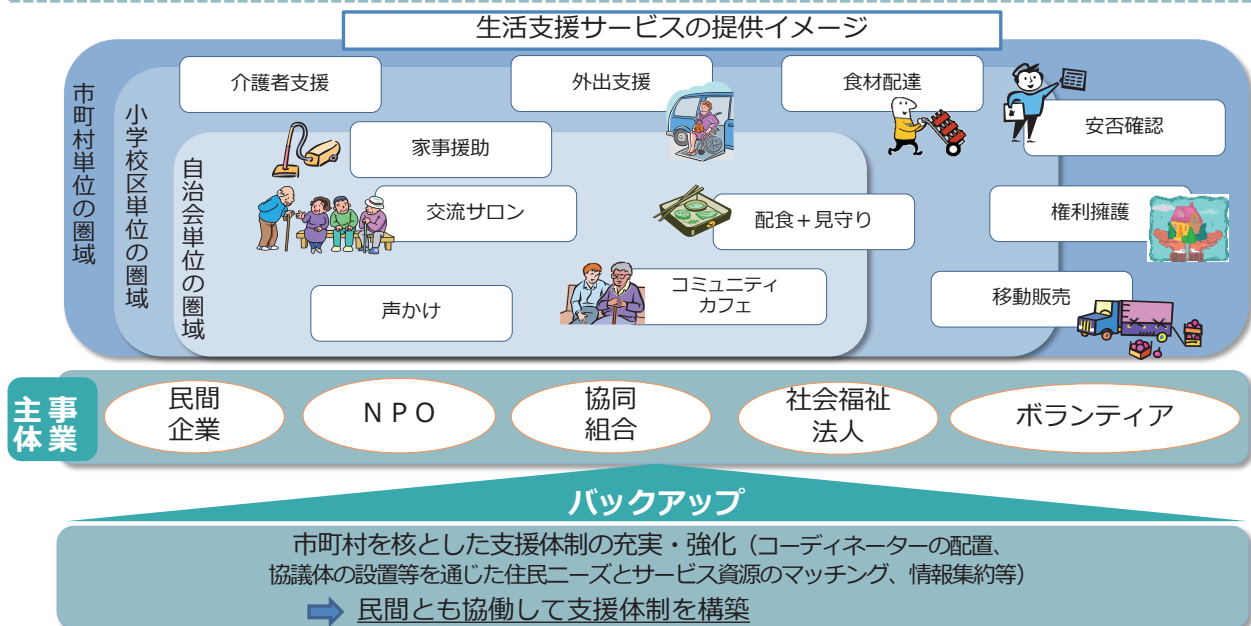


多様な主体による生活支援サービスの重層的な提供

○高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人等の多様な事業主体による重層的な生活支援サービスの提供体制の構築を支援



- ・介護支援ボランティアポイント等を組み込んだ地域の自助・互助の好取組を全国展開
- ・「生涯現役コーディネーター（仮称）」の配置や協議体の設置などに対する支援

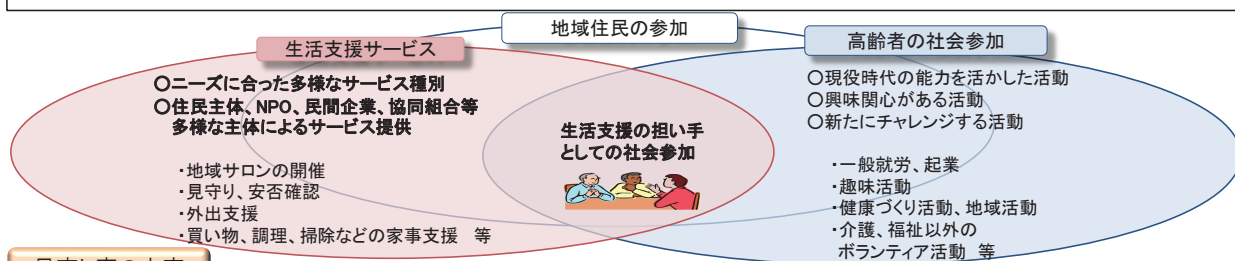


51

生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加促進に向けた予防給付の見直し

見直しの背景・目的

- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援サービスを提供することが必要。
- 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。



見直し案の内容

【現状】

全国一律のサービス内容、基準、単価等の予防給付（訪問介護・通所介護・訪問看護等）

【見直し後】

○予防給付のうち訪問介護・通所介護について市町村が地域の実情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業（※）へ移行（29年度末まで）。

（※）市町村が、介護保険財源を用いて取り組む事業（財源構成は給付と同じ）。

○既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援。高齢者は支え手側に回ることも。

（※）住民主体のサービスの拡充等を推進することで、費用の効率化。

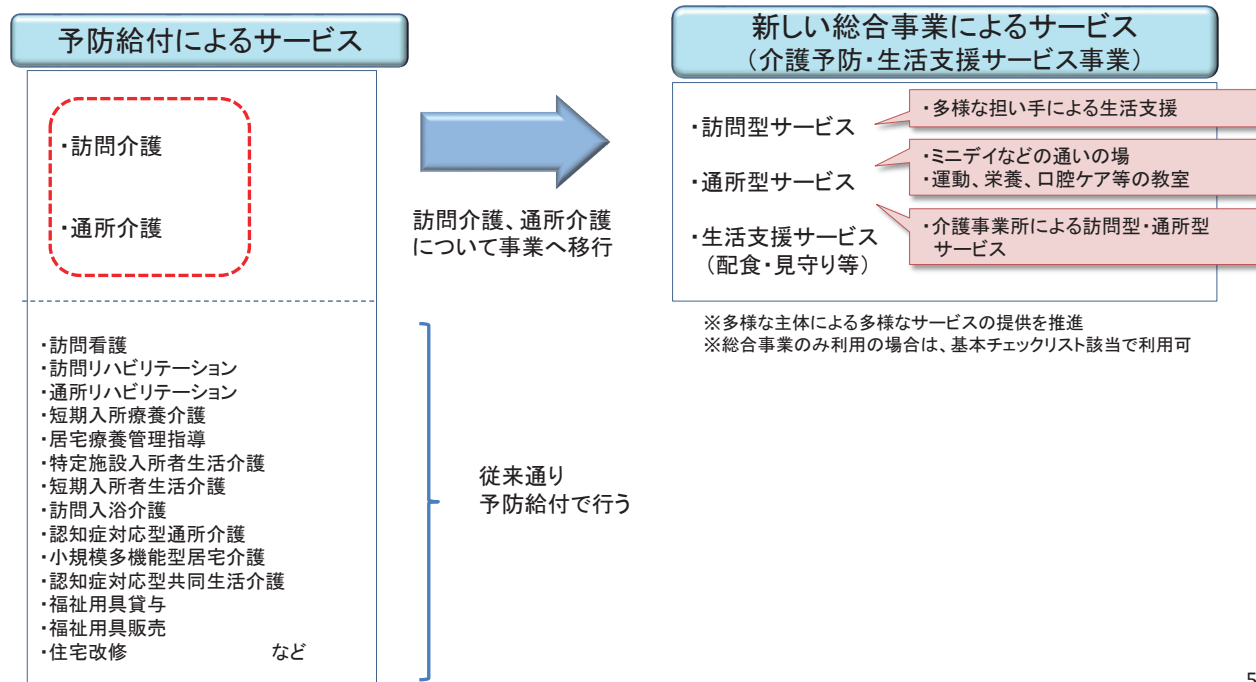
【見直しのイメージ】



52

要支援者の訪問介護、通所介護の総合事業への移行（介護予防・生活支援サービス事業）

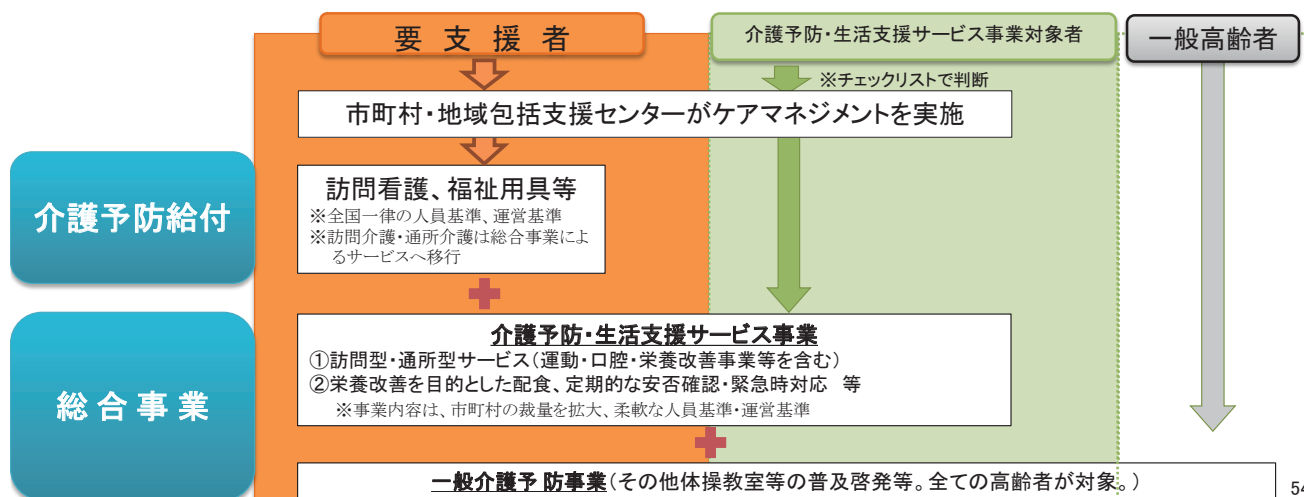
- 多様な主体による柔軟な取り組みにより効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、予防給付の訪問介護、通所介護は、事業にすべて移行（平成29年度末まで）
- その他のサービスは、予防給付によるサービスを利用



53

新しい介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）

- 介護保険制度の地域支援事業の枠組みの中で、平成24年度に導入した介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）を発展的に見直し。現在、事業実施が市町村の任意となっているが（※）、総合事業について必要な見直しを行った上で、平成29年4月までに全ての市町村で実施（※）24年度27保険者が実施、25年度は44保険者が実施予定
- サービスの種類・内容・人員基準・運営基準・単価等が全国一律となっている予防給付のうち、訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、地域支援事業の形式に見直す。（平成29年度末には全て事業に移行）。
- 総合事業の事業費の上限は、事業への移行分を賄えるように見直し。
- 訪問介護・通所介護以外のサービス（訪問看護、福祉用具等）は、引き続き予防給付によるサービス提供を継続。
- 地域包括支援センターによるケアマネジメントに基づき、総合事業のサービスと予防給付のサービス（要支援者）を組み合わせる。
- 総合事業の実施に向け基盤整備を推進。



54

新しい介護予防事業

- 機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、地域づくりなどの高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチができるように介護予防事業を見直す。
- 元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
- リハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。

現行の介護予防事業

一次予防事業

- ・介護予防普及啓発事業
- ・地域介護予防活動支援事業
- ・一次予防事業評価事業

二次予防事業

- ・二次予防事業対象者の把握事業
- ・通所型介護予防事業
- ・訪問型介護予防事業
- ・二次予防事業評価事業

一次予防事業と二次予防事業を区別せずに、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組を推進する観点から見直す

介護予防を機能強化する観点から新事業を追加

一般介護予防事業

介護予防事業対象者の把握事業

- ・地域の実情に応じて収集した情報等（例えば、民生委員等からの情報など）の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、地域介護予防活動支援事業等で重点的に対応（基本チェックリストを活用することも可能）

介護予防普及啓発事業

- ・地域介護予防活動支援事業

- ・要支援者等も参加できる住民運営の通いの場の充実

介護予防事業評価事業

（新）地域リハビリテーション活動支援事業

- ・「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけるために、地域においてリハ職等を活かした自立支援に資する取り組みを推進

介護予防・生活支援サービス事業

- ・従来の二次予防事業対象者に実施していた通所型介護予防事業と訪問型介護予防事業は、基本チェックリストの活用により、引き続き、対象者を限定して実施

介護予防・日常生活支援総合事業

55

（参考）介護予防の取組

大阪府大東市 ～住民主体の介護予防～

- 住民が主体となって取り組む介護予防事業を市内全域で展開している。虚弱高齢者が元気高齢者の支えで元気を取り戻し、小学校の下校時の見守り隊に参加するなど社会活動が広がっている。
- 介護予防活動を通して、見守りや助け合い等地域の互助の力が育っている。

基本情報（平成25年4月1日現在）

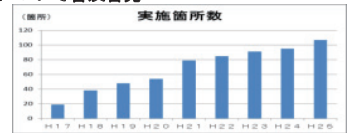
※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	0	力所
	委託	3	力所
総人口		123,573	人
65歳以上高齢者人口		26,697	人
		21.6	%
75歳以上高齢者人口		10,516	人
		8.5	%
第5期1号保険料		4,980	円



介護予防の取組の変遷

- 平成16年度に地域ケア会議で町ぐるみの介護予防の必要性を提言
- 平成17年度に虚弱者も参加できる「大東元気でまっせ体操」を開発し、一次・二次予防対象者の枠組みにとらわれず、自治会、町内会単位で住民主体での活動の場の普及に取り組む
- 老人会のイベント等で介護予防について普及啓発
- 住民主体の活動の場の育成及び世話役を養成
- 体操教室後に民生委員、校区福祉委員、世話役が集合。地域の虚弱高齢者情報を共有し、具体的な対策を検討する



65歳以上高齢者のうち毎月参加している者の割合 9.3 %

65歳以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合 2.7 %

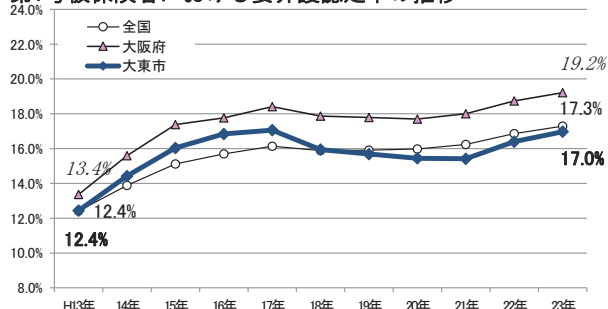
※要支援1～要介護5の高齢者163人が含まれる。

専門職の関与の仕方

- 介護予防の啓発は保健師とリハ職のペアで行う
- 体操教室の立ち上げの際には体操指導と体操ビデオの提供及び世話役の育成を保健師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士が行った
- 身体障害や関節痛により体操を同じようにできない方に対しては、市のリハ職が訪問し、痛みがでない運動法を指導した
- 認知症や高次脳機能障害、精神障害などで集団活動に不具合が生じた時には地域包括支援センター職員が出向いて、認知症の方への対応方法等を世話役に指導した
- 世話役から活動の脱落者について地域包括支援センター職員に連絡が入った場合には、職員はその原因を明確にした上で個別に対応する（例：認知症の方への対応、不仲の場合には教室の変更）

56

第1号被保険者における要介護認定率の推移



(参考) 地域ケア会議でケアマネジメントのレベルアップを図っている取組例 ～奈良県生駒市～

○生駒市は、複数の地域包括支援センターが事例を持ち寄り、多職種協働でケース検討を実施。会議で方向付けられた支援内容を実際に行い、その結果を次の会議で報告し、支援の妥当性を検討。これを繰り返すことで地域包括支援センター全体で自立支援のプロセスが共有され、成功体験の蓄積がケアマネジメントのレベルアップにつながっている。

【ここがポイント！】

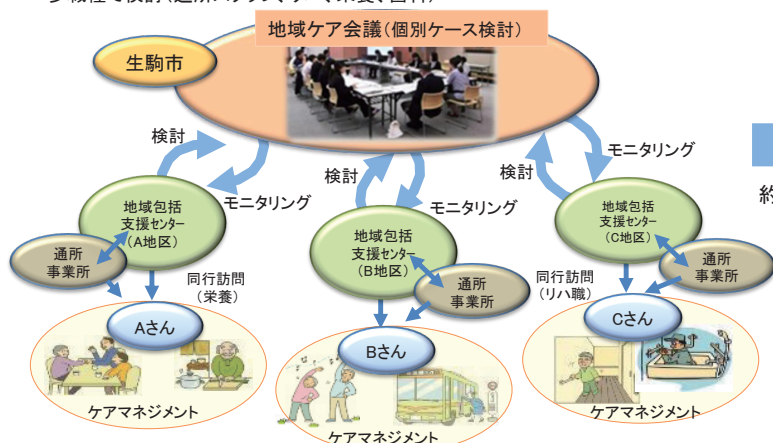
- ① ケース検討は、要点を押さえる。漫然と行わない。(1事例15分以内)
- ② 1事例につき、初回、中間、最終の最低3回検討。(モニタリングが重要)
- ③ 疾患別に体系化して集中議論で効率化
- ④ 継続(毎月1回)

- ・ 保険者主催で毎回、25～30事例を検討。
- ・ 検討会は180分以内に収める。(初回事例は1件15分、モニタリングは5分程度)
- ・ 効率化を工夫(アセスメント様式の統一、初回・中間・終了の経過が一覧できる記録様式、疾患別属性別に事例の類型化等)
- ・ 多職種で検討(通所スタッフ、リハ、栄養、歯科)



地域包括支援センター	委託 6カ所
総人口	121,031人
65歳以上高齢者人口	27,491人(22.7%)
75歳以上高齢者人口	11,496人(9.5%)
要介護認定率	15.6%
第5期1号保険料	4,570円

平成25年4月1日現在



○地域包括支援センター

- ・ 自立支援の視点が定着
- ・ アセスメント力が向上
- ・ 個を視る目と地域を視る目の両方がバランスよく備わった
- ・ 高齢者自身の自立の意識を高める関わり方が向上
- ・ 家族の負担軽減策を具体的に立てられる
- ・ 地域の資源や人材を活かすアイデアが豊富に

○通所事業所

- ・ 自立支援の視点が定着
- ・ アセスメント力が向上
- ・ 的確な個別プログラムが立てられる
- ・ 通所の“卒業”の意識が定着
- ・ 通所卒業を念頭に置いて居場所と役割づくりを並行して行うようになり、“卒業”を達成できる

57

事例 (生駒市)	84歳 男性 高齢世帯(夫)	要支援1(2012/6/1～2013/5/31)	⇒ 更新せず
	83歳 女性 (妻)	要介護1(2012/6/1～2013/5/31)	⇒ 要介護1
	要介護認定を受けた経緯： 夫は、脊柱管狭窄症で歩行や風呂の出入りがしづらくなった。 妻は、物忘れが目立ち、生活管理全般が一人では難しくなった。		



夫婦で通所(パワーアップ教室)へ



夫が上手に見守りながら妻が料理



夫は畑仕事を再開、妻は通所で記録係のボランティア

	【開始時点】(2012.10)	【3か月後】(2013.1)	【6か月後】(2013.7)
ADL IADL	(夫)腰痛で姿勢の向きを換えたり荷物を運ぶことが難しい 畑仕事を中断 (妻)金銭・服薬・物品管理が難しい 家事全般に夫の助けを借りている	(夫)姿勢の向きを楽に換えられるようになった 買物の荷物を持って歩くことができる (妻)手順を踏む行為(料理等)が難しくなっている	(夫)畑仕事を再開(クワの使用が可能になる) (妻)夫の助けを借りながら、家事を行っている。
地域ケア会議による検討	(夫)妻を一人にして出かけるのが心配 ストレスと夜間不眠あり (妻)困惑感、イライラ感が募る ↓ ①二人で通所事業へ(週2回) 互いに交流の幅を広げる ②地域包括支援センターの訪問	(夫)通所終了 畑仕事の再開準備(通所の仲間の応援で土を耕し、ウネを作る) (妻)通所継続 お茶を配る、記録をつける等の役割を増やす ①リハ職訪問(生活場面でアドバイス)	妻のケアマネジメント、リハ職の対応を継続 夫は、日常生活が困らなくなり、自ら要介護認定を更新しなかった。
リハ職の対応	(夫)腰痛を回避する動作、筋力アップの方法をアドバイス (妻)通所でお茶を配るなどの役割をつくり自信回復。夫へ関わり方をアドバイス	(夫)畑仕事に必要な動作、筋力アップの方法をアドバイス (妻)自宅台所で、実際に料理をしながら夫に上手な指示の仕方をアドバイス	【現在】(2013.10) (夫)妻の様子を客観的に見られるようになり、不安が緩和。 (妻)パワーアップ教室でボランティアとして参加。笑顔が増える。 夫婦ともに、通所での仲間づくりを通じて、気持ちが明るくなり、活動的になっている。

事例は、本人の了解を得た上で、生駒市から提供

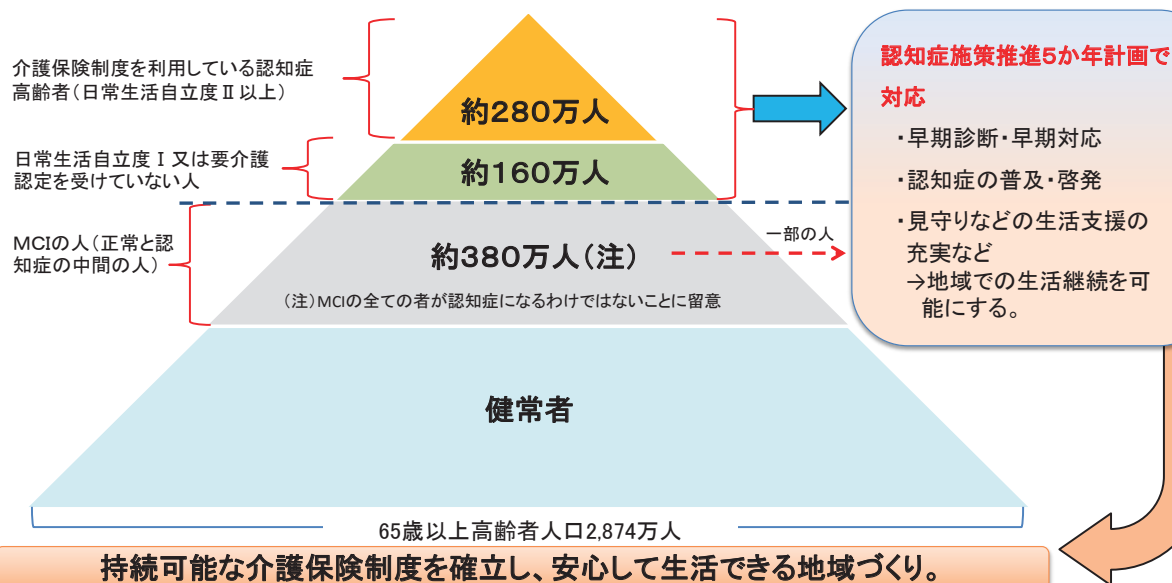
58

7 認知症施策の推進 ケアマネジメントの動向について

59

認知症高齢者の現状（平成22年）

- 全国の65歳以上の高齢者について、認知症有病率推定値15%、認知症有病者数約439万人と推計（平成22年）。また、全国のMCI（正常でもない、認知症でもない（正常と認知症の中間）状態の者）の有病率推定値13%、MCI有病者数約380万人と推計（平成22年）。
- 介護保険制度を利用している認知症高齢者は約280万人（平成22年）。



出典:「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(H25.5報告)及び「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について」(H24.8公表)を引用

60

認知症施策の推進

- 「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指す。
- この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）を構築することを、基本目標とする。
- 認知症施策を推進するため、介護保険法の地域支援事業に位置づけることを検討（「認知症初期集中支援チーム」の設置、認知症地域支援推進員の設置）。

「認知症施策推進5か年計画」（平成24年9月厚生労働省公表）の概要

【基本的な考え方】

《これまでのケア》

認知症の人が行動・心理症状等により「危機」が発生してからの「事後的な対応」が主眼。



《今後目指すべきケア》

「危機」の発生を防ぐ「早期・事後的な対応」に基本を置く。

事項	5か年計画での目標
○標準的な認知症ケアパスの作成・普及 ※ 「認知症ケアパス」（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）	平成27年度以降の介護保険事業計画に反映
○「 認知症初期集中支援チーム 」の設置 ※ 認知症の早期から家庭訪問を行い、認知症の人のアセスメントや、家族の支援などを行うチーム	平成26年度まで全国でモデル事業を実施 平成27年度以降の制度化を検討
○早期診断等を担う医療機関の数	平成24年度～29年度で約500カ所整備
○かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	平成29年度末 50,000人
○認知症サポート医養成研修の受講者数	平成29年度末 4,000人
○「地域ケア会議」の普及・定着	平成27年度以降 すべての市町村で実施
○ 認知症地域支援推進員の人数	平成29年度末 700人
○認知症サポーターの人数	平成29年度末 600万人（現在340万人）

61

ケアマネジメントについて

社会保障審議会

介護保険部会（第46回）

資料3より

平成25年8月28日

現状と課題

- ケアマネジメントについては、介護保険部会等において様々な課題が指摘され、ケアマネジメントを担う介護支援専門員について、別途の検討の場を設けて議論を進めるとされたことから、「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会」を開催し、平成25年1月7日に中間的な整理がまとめられた。
- 当該検討会では、自立支援に資するケアマネジメントを推進するとともに、地域包括ケアシステムを構築していく中で、多職種協働や医療との連携を推進していくため、①介護支援専門員自身の資質向上、②自立支援に資するケアマネジメントに向けた環境整備、という視点で対応の方向性がまとめられた。
- これを受け、提言された項目ごとに、具体化に向けて取り組んでいる。

論点

(1) 居宅介護支援事業者の指定権限の委譲について

- 高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活を営めるようにするには、地域包括ケアシステムの構築とともに、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントが必要となってくることから、地域において、ケアマネジメントの役割を担っている介護支援専門員の育成や支援などに市町村が積極的に関わっていくよう、保険者機能の強化という観点から、居宅介護支援事業者の指定権限を市町村に委譲すべきではないか。
- なお、指定権限を委譲した場合でも、市町村の体制面を考慮し、都道府県が市町村を支援する仕組みが必要ではないか。
※介護保険法では、要介護認定等について、福祉事務所や保健所による協力・援助に関する規定や地方自治法に基づく審査会業務の委託に関する規定を設けている。

(2) 地域ケア会議について

(3) 介護支援専門員実務研修受講試験の受験要件の見直し

- 介護支援専門員の専門性の確保及び向上を図っていくため、受験要件を見直し、法定資格保有者、または生活相談員等で、必要な実務経験が5年以上ある者を受験対象者としてはどうか。

(4) 介護支援専門員の研修制度の見直し

- 介護支援専門員の資質向上を図り、ケアマネジメントの質を向上させるため、研修カリキュラム等の具体的な見直しを進めてはどうか。

(5) 主任介護支援専門員による現場での実務研修等の実施

- 主任介護支援専門員の資質向上を図るため、更新制を導入（更新時に研修実施）するとともに、主任介護支援専門員の具体的な役割として、地域の介護支援専門員に対する現場での実務研修の実施などを位置付けてはどうか。

62

(参考) 介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方
に関する検討会における議論の中間的な整理【概要版】

【検討の背景】

- 地域包括ケアシステムの構築
⇒多職種協働、医療との連携の推進等
- 自立支援に資するケアマネジメントの推進



【見直しの視点】

- ①介護支援専門員自身の資質の向上に係る見直しの視点
- ②自立支援に資するケアマネジメントに向けた環境整備に係る見直しの視点

【具体的な改善策】

(1)ケアマネジメントの質の向上

- ①ケアマネジメントの質の向上に向けた取組
 - ・自立支援に資するケアマネジメントに向け、適切な課題抽出や評価のための新たな様式の活用を推進
 - ・多職種協働によるサービス担当者会議の重要性の共有と環境づくり

- ②介護支援専門員実務研修受講試験の見直し
 - ・試験の受験要件を法定資格保有者等に限定する見直しを検討

- ③介護支援専門員に係る研修制度の見直し
 - ・演習に重点を置いた研修制度への見直しや研修修了時の修了評価の実施について検討
 - ・実務研修の充実や基礎研修の必修化について検討
 - ・更新研修の実施方法や研修カリキュラムについて見直しを検討
 - ・研修指導者のためのガイドライン策定を推進
 - ・都道府県の圏域を超えた研修等の実施を検討

- ④主任介護支援専門員についての見直し
 - ・研修修了時の修了評価や更新制の導入について検討
 - ・主任介護支援専門員による初任段階の介護支援専門員に対する現場での実務研修の導入について検討
 - ・地域の介護支援専門員のネットワーク構築の推進

- ⑤ケアマネジメントの質の評価に向けた取組
 - ・ケアマネジメントプロセスの評価やアウトカム指標について調査研究を推進
 - ・ケアマネジメントの向上に向けた事例収集及び情報発信

(2)保険者機能の強化等

- ①地域ケア会議の機能強化(多職種協働による個別ケースの支援内容の検討を通じ、自立支援に資するケアマネジメント支援、ネットワーク構築、地域課題の把握、資源開発等を推進)
 - ・制度的な位置付けの強化
 - ・モデル事例の収集など地域ケア会議の普及・促進のための基盤整備
 - ・コーディネーター養成のための研修の取組

- ②居宅介護支援事業者の指定等のあり方
 - ・居宅介護支援事業者の指定権限の委譲を検討

- ③介護予防支援のあり方
 - ・地域包括支援センターへの介護予防支援を行う介護支援専門員の配置を推進
 - ・要支援者の状況に応じた支援のあり方について検討

- ④ケアマネジメントの評価の見直し
 - ・インフォーマルサービスに係るケアマネジメント評価の検討
 - ・簡素なケースについて、ケアマネジメントの効率化を検討

(3)医療との連携の促進

- ・医療に関する研修カリキュラムの充実
- ・在宅医療・介護の連携を担う機能の整備の推進
- ・主治医意見書の活用を促進する取組の推進

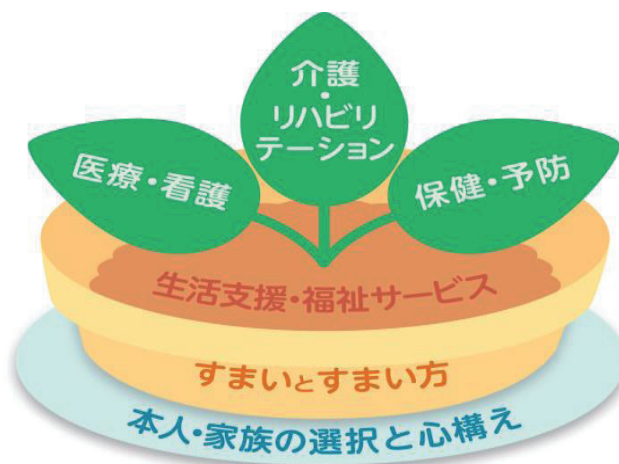
(4)介護保険施設の介護支援専門員

- ・相談員に対して介護支援専門員等の資格取得を推進

今後、制度的な見直しに係るものについては介護保険部会、報酬改定に係るものについては給付費分科会で議論を進める

63

ご清聴ありがとうございました



出典：平成25年3月 地域包括ケア研究会報告書より

咲かそう、地域包括ケアの花！

厚生労働省HP「地域包括ケアシステム」
もぜひご覧ください

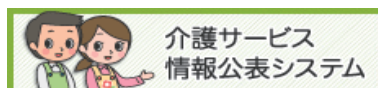
地域包括ケアシステム

検索

クリック

「地域包括ケアシステム」で検索してください。

介護事業所を検索するなら



64

地域ケア会議の運営について

平成25年度地域ケア会議運営に係る実務者研修
企画委員会 委員

1

「地域包括ケア」とは

- 高齢者が住み慣れた地域でできる限り継続して生活をおくれるように支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、適切なサービス、多様な支援を提供することが必要



- そのためには、自助努力を基本にしながら介護保険を中心としつつも、保健・福祉・医療の専門職相互の連携、さらにはボランティア等の住民活動などインフォーマルな活動を含めた、地域の様々な資源を統合、ネットワーク化し、高齢者を継続的かつ包括的にケアする必要がある。

→すなわちこれが「地域包括ケア」

地域包括支援センターが
中核機関となる

出典：『地域包括支援センターの手引き』厚生労働省

2

1. 地域ケア会議の設置・構築について

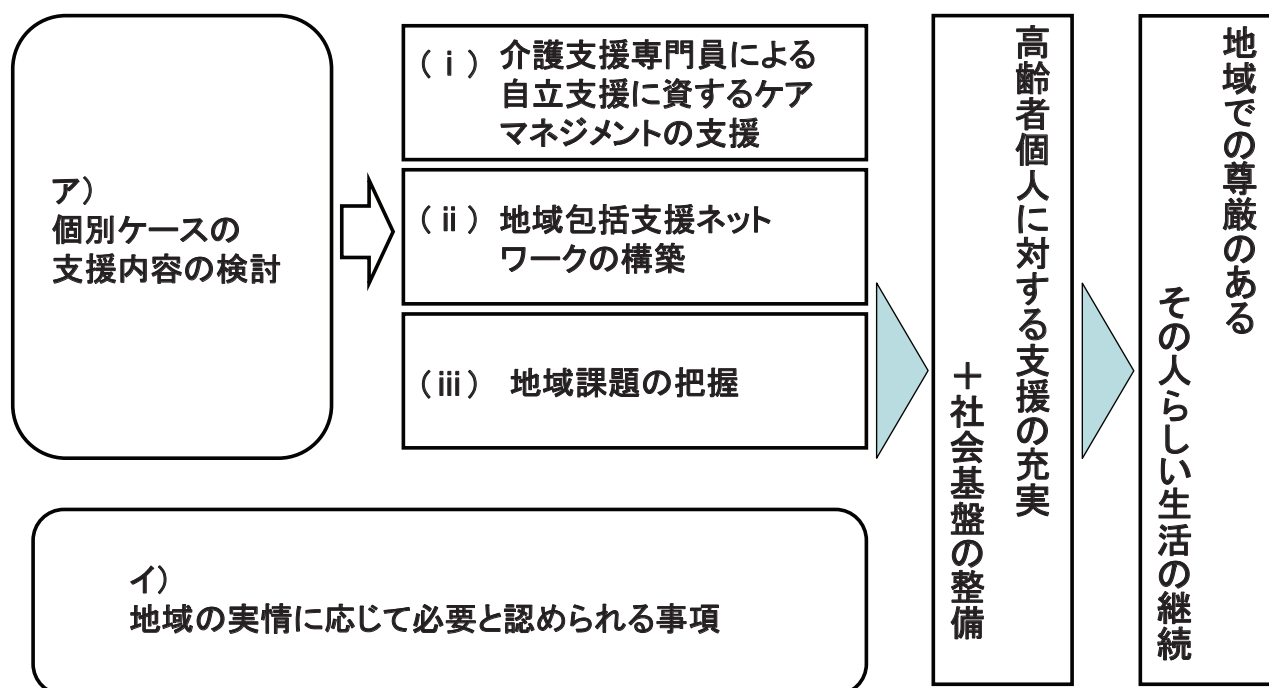


- 地域ケア会議の設置主体：
地域包括支援センター、または市町村(保険者)
- 地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを想定した上で、その実現のために有効と考えられる地域ケア会議を設置、構築していくことが必要。

『地域ケア会議運営マニュアル』平成25年3月
(一般財団法人 長寿社会開発センター)P33～P41

3

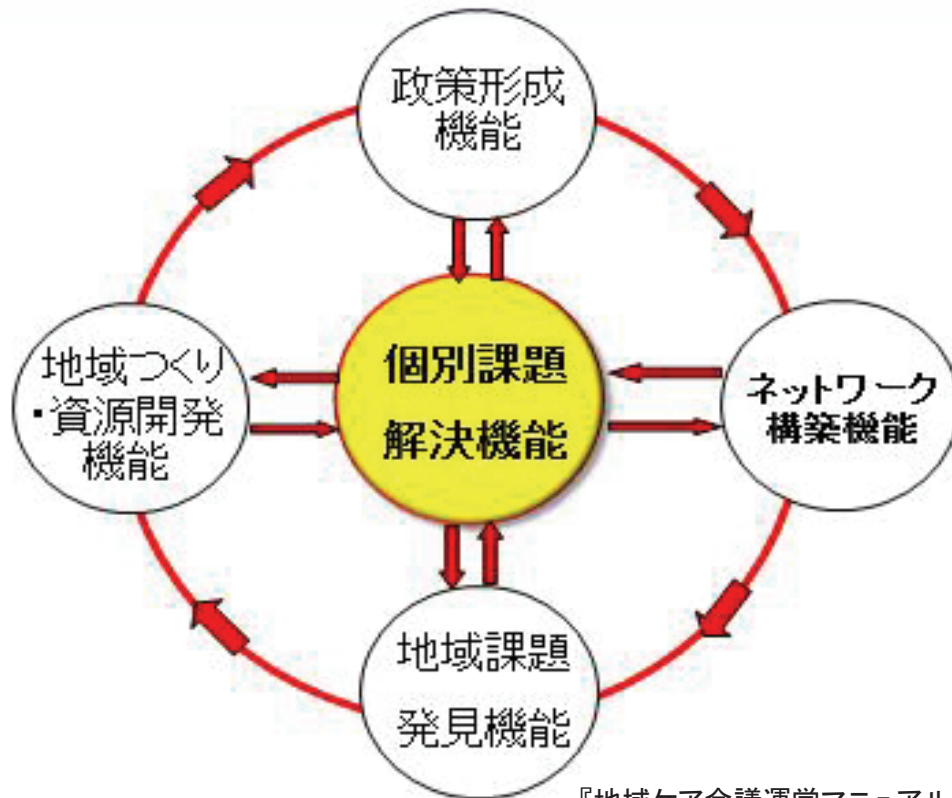
「地域ケア会議」の目的



『地域ケア会議運営マニュアル』P22より

4

地域ケア会議の5つの機能



『地域ケア会議運営マニュアル』P23より

5

地域ケア会議の設置方法

1. 地域ケア会議の目的や機能を共有する

地域ケア会議の目的や機能およびその重要性を地域の関係者で共有する。

市町村の役割: 地域包括支援センターや地域の関係者に地域ケア会議の目的や機能を周知する。地域包括支援センターの役割を果たせるようにバックアップする。

地域包括支援センターの役割: 地域ケア会議の目的や機能を地域包括支援センター同士で共有し、地域の関係者に周知する。

2. 地域ケア会議の全体構成像を構想する

・人口規模や地域特性、地域包括支援センターの設置状況、これまで開催してきた会議や研修会などをもとに、地域ケア会議の全体構成像を構想する。

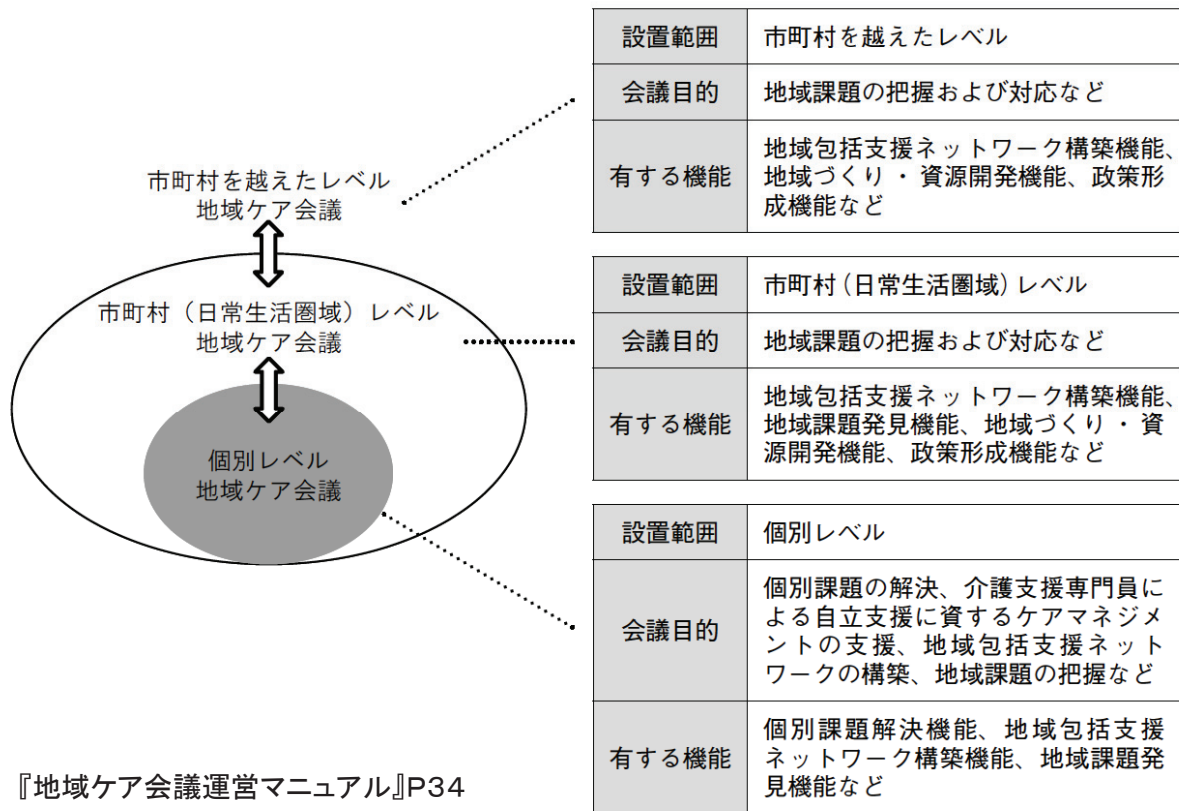
・レベル、会議の目的、機能等を手がかりに、各レベルの地域ケア会議の総体として5つの機能を果たすことができるように考える。

市町村の役割: 市町村が主体となり、地域包括支援センターなどと連携して構想する。

『地域ケア会議運営マニュアル』P38～39

6

地域ケア会議の構築例（日常生活圏域と市町村の範囲が同じ場合）



7

「地域ケア会議」とその他の会議との相違点①

地域ケア会議（個別ケース検討）	項目	サービス担当者会議
地域包括支援センター 又は市町村	開催主体	介護支援専門員 （契約が前提）
・ ケース当事者への支援内容の検討 ・ 地域包括支援ネットワーク構築 ・ 自立支援に資するケアマネジメント支援 ・ 地域課題の把握など	目的	・ 利用者の状況等に関する情報共有 ・ サービス内容の検討及び調整など
・ 地域支援事業の実施について（厚生労働省老健局長通知） ・ 地域包括支援センターの設置運営について（厚生労働省老健局振興課長ほか連名通知）	根拠	・ 「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」（第13条第9号）
行政職員、センター職員、介護支援専門員、介護サービス事業者、保健医療関係者、民生委員住民組織、本人・家族等	参加者	・ 居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者、主治医、インフォーマルサービスの提供者、本人・家族等
サービス担当者会議で解決困難な課題等を多職種で検討 （ケース例） ・ 支援者が困難を感じている ・ 支援者が自立を阻害していると考えられる ・ 支援が必要だがサービスにつながらない ・ 権利擁護が必要 ・ 地域課題に関する	内容	・ サービス利用者の状況等に関する情報の担当者との共有 ・ 当該居宅サービス計画原案の内容に関する専門的見地からの意見聴取

『地域ケア会議運営マニュアル』P28より

8

「地域ケア会議」とその他の会議との主な相違点②

高齢者虐待対応の「個別ケース会議」との相違点

点

- 高齢者虐待対応の「個別ケース会議」は、市町村責任において、「高齢者虐待防止法」に基づき開催され、高齢者虐待対応の方針検討・支援計画の策定をするために必要なメンバーで構成される会議。
- 高齢者虐待対応において「個別ケース会議」の代替えとして地域ケア会議を開催することは適切ではない。
- コアメンバー会議や虐待対応に関する高齢者虐待対応における諸会議についても、「高齢者虐待防止法」に基づく会議として取扱い、地域ケア会議とは別に位置付ける必要がある。
- 虐待事例が地域ケア会議に持ち込まれた場合、事例提供者が虐待事例であるという自覚がない場合でも、虐待事例に該当していることを説明し、虐待事例として取り組み、事実確認やコアメンバー会議等を開催し虐待事例として取り組むことになる。

『地域ケア会議運営マニュアル』P28～29

その他の会議との相違点

- 事例検討会との相違点
- 地域包括支援センター運営協議会との相違点
- 研修会との相違点
- 顔の見える関係づくりのみを目的としたネットワーク会議や懇談会との相違点

⇒相違点の詳細については、『地域ケア会議運営マニュアル』P27～30参照

9

「地域ケア会議」の名称

会議の名称については、実施主体の判断によりますが、その機能に着目し、①個別課題解決機能②ネットワーク構築機能③地域課題発見機能については主に地域包括支援センター主催による「**地域ケア個別会議**」、④地域づくり・資源開発機能⑤政策形成機能については検討内容によって地域包括支援センターまたは市町村主催による「**地域ケア推進会議**」と称するなど、会議の機能に応じて設定することが考えられます。

平成25年2月14日付け厚生労働省老健局振興課 事務連絡 10
『「地域ケア会議」に関するQ&Aの送付について』より

2. 個別ケースの検討を行う地域ケア会議について

- 多職種協働による自立支援に資するケアマネジメント支援 -



●地域ケア会議が有効と考えられる事例

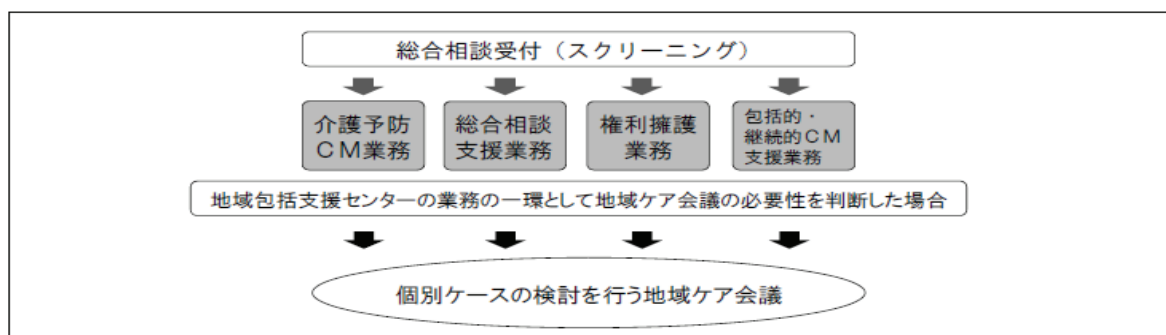
- ①支援者が困難を感じているケース
- ②支援が自立を阻害していると考えられるケース
- ③必要な支援につながないケース
- ④権利擁護が必要なケース
- ⑤地域課題に関するケース

『地域ケア会議運営マニュアル』P42～P60 11

「個別ケース検討を行う地域ケア会議」ケース選定の流れ

● 地域包括支援センターの業務から選定するケース

- ・市町村への相談や苦情、介護保険事業者連絡協議会、介護支援専門員の連絡会等、あらゆる機会を活用する。
- ・地域包括支援センター(地域のあらゆるケースに接する機会の多い)が適切なケースを発見しやすい。



● 市町村が選定するケース

- ・市町村が地域課題を認識して、それに関するケースの提供を求める場合もある。
(例:在宅医療と介護の連携が地域の課題の場合等は、医療ニーズの高い高齢者の事例を検討する等)

『地域ケア会議運営マニュアル』P42～P44 12

地域ケア会議における個人情報の取り扱い

○個人情報の収集及び提供については、介護事業者・医療機関、行政・地域包括支援センターなど、機関によって取り扱いに関する法律が異なる。

○また、市区町村によって個人情報保護条例の定めがあるため、地域ケア会議における個人情報の扱いは、市区町村が基本的な方針を設定し、関係者で共有することが必要

- ・地域ケア会議では、個別ケースを取り扱うことへの留意が必要
- ・一方で、過剰な反応により必要な情報が共有されず、適切な支援が行われなくなるような事態は避けることが必要

○地域ケア会議における個人情報の提供内容、共有範囲等については、本人、家族の同意を得ることが大前提である。

○本人の同意がなくても共有できる場合【例】

①法令に基づく場合

- ・高齢者虐待等、生命又は身体に重大な危険が生じている場合は、発見者に通報の義務

②本人の利益を守ることが優先される場合（緊急時）

- ・生命や財産等に危機があるが、重度の認知症などで本人の同意を得ることが困難な場合

③個別の条例による場合

- ・各市町村の個人情報保護条例で示されているとき。（例：災害時要援護者支援や認知症高齢者、1人暮らし高齢者の支援のために平時から民生委員と名簿を共有するなど）

※個人情報を収集する際、本人に予測される利用方法について本人に包括的に同意を得ているときは共有可能

『地域ケア会議運営マニュアル』P47～48の内容を基に作成

13

（参考）誓約書 和光市の例

誓約書

私は、平成 年度 第 回和光市コミュニティケア会議介護予防部門、
包括支援部門 の参加にあたり、会議内容における個人情報等について守秘
することを誓約します。 平成 年 月 日

和光市長 殿

所属

住所

氏名

14

(参考)誓約書 富士宮市の例

●公務員または、当該出席者に法令等により守秘義務が課せられている者以外の者であって、地域ケア会議に携わるものは、地域ケア会議の協議に際し以下の守秘義務における宣誓書の提出に協力していただきます。

誓約書

私は、富士宮市地域ケア会議において、知りえた個人の情報について、他に漏らさないことを誓約します。

平成 年 月 日

所属または団体	住 所	氏 名

15

地域ケア会議の運営(事前準備)

○ 会議の質を向上させ、なおかつ効率的に検討するために事前準備が必要

【開催日程と頻度】

- ・機能、目的を整理し、意味のある回数を設定する。
- ・参加者の負担等にも配慮した、開催頻度や曜日を設定する。
- ・定例開催→メリット:相談事例を持ちこみやすい、スケジュールが立てやすい等
- ・非定例開催→メリット:柔軟に対応できる
- ・定例、非定例のいずれの場合も、緊急時には柔軟な対応が必要。

【参加者の選定】

- ・会議の目的に応じ、ケースの当事者や家族、主催者(市町村や地域包括支援センター職員)、事例提供者、介護支援専門員、介護サービス事業者、保健医療関係者、民生委員、住民組織等の中から、必要に応じて出席者を調整する。
- ・あくまで、支援を検討する本人や家族が主体であることを忘れないこと。しかし、支援を拒否している等や事前調整の場合などは、本人や家族が出席しない場合もありうる。
- ・総合的な検討ができるよう、多職種を選定すること。

【事前資料】

- ・「事例提供者の負担を軽減する」と同時に、「会議参加者全員が共通認識を持てる」ことの2つの事柄が両立するような資料準備が必要。
- (例)アセスメントシート、家族図、エコマップ、時系列整理など

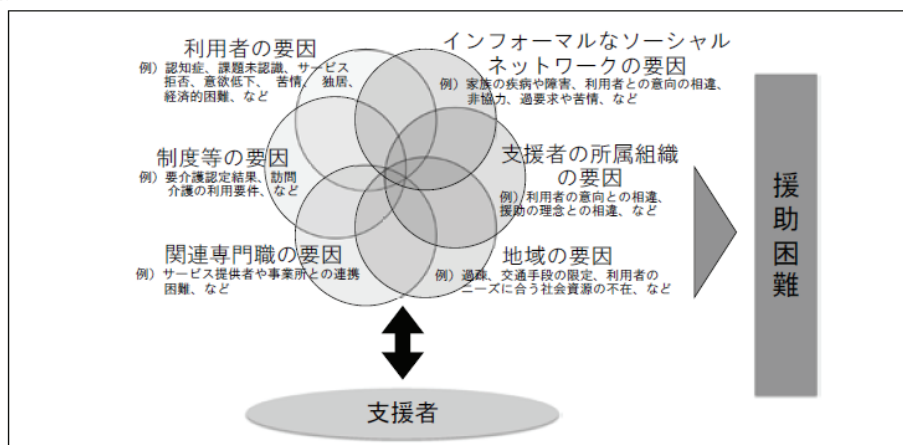
※詳細は、『地域ケア会議運営マニュアル』P53参照

16

地域ケア会議の運営(当日)

【司会進行役の視点やポイント】

- ・「会議の目的を明確にし、検討を促進する」「多職種協働であるメリットを最大限に生かす」「情報を整理し、参加者間でブレなく共有できる」ことを重視する。
- ・ケース概要や課題、目的や提案事項など、様々な情報をその場でまとめ、情報共有を図りながら進行する。
- ・ホワイトボードを活用するなど、情報を可視化する。
- ・会議時間に応じて、一事例あたりどの程度の時間が確保できるのかあらかじめ考え、時間内でいかに情報を共有し、検討できるかを工夫をする。
- ・支援者が困難を感じているケースについては、ケース当事者の課題の明確化のみならず、支援者の援助困難を引き起こしている要因も把握する必要がある。



17

※詳細は、『地域ケア会議運営マニュアル』P54～58参照

地域ケア会議の運営(終了後)

【会議終了時】

- ・会議終了時には、検討内容や役割分担について再確認を行う。
- ・必要に応じて、再度地域ケア会議にかける等の確認も行う。

【会議終了後のポイント】

- ・終了後の対応が重要である。会議終了後のポイント例は下記のとおり。

主催者が行うべきこと	留意点
個人情報の記載された資料を廃棄する	・シュレッダーで廃棄する
記録を作成・管理する	・地域課題や課題に対する有効な支援等を把握するための情報を含めて記録を作成する ・必要に応じて地域ケア会議での決定事項等を参加者に配布する ・記録は個人情報に留意し適切に管理する
事例提供者へのサポート	・地域ケア会議で決定した支援や対応を実施する際に、事例提供者のニーズに応じてサポートする
モニタリングを行う	・事例提供者が多職種との日常的な連携を図りながらモニタリングを行う ・必要があれば再度地域ケア会議を開催する
フィードバックを行う	・目標に応じたフィードバックを行い、地域の目標へと向かっていく視点を持ち取り組むこと

※詳細は、『地域ケア会議運営マニュアル』P58～60参照

18

3. 地域課題の検討を行う 地域ケア会議について



地域課題の検討を行う地域ケア会議では、次の2つの機能を果たすことを目指す。

●地域づくり・資源開発機能

インフォーマルサービスや地域見守りネットワーク等、地域に必要と考えられる資源を開発する。

●政策形成機能

地域に必要な取り組みを明らかにして、施策や政策を立案・提言する。

『地域ケア会議運営マニュアル』P60～P62

19

地域課題の検討を行う地域ケア会議

【個別ケースの検討との違い】

- ・個別ケースの検討を積み重ねる中で、地域に不足している資源やサービス、連携が不十分な職種や機関、深刻化が予測される地域の課題等を明らかにしていく。これらを関係者で共有し、地域包括ケアシステム構築していくための一つの手法として、地域課題の検討を行う地域ケア会議が必要。

【主催者】

- ・地域課題は、日常生活圏域内の調整で解決可能な課題から、市町村全域での検討が必要な課題もあるため、それぞれのレベルの課題を地域包括支援センターと市町村職員が共有し、地域で必要な資源の開発を検討して政策に反映。
- ・市町村は、地域包括支援センターの提言を受け、地域課題の解決のため、地域課題の検討を行う地域ケア会議を主催。また、政策形成のため、日常生活圏域ニーズ調査など計画策定に関する調査結果とあわせ、地域のニーズ量に基づき資源を開発し、次期介護保険事業計画に位置付ける。

【参加者の選定】

- ・地域課題の原因、背景を把握・整理した上で、必要な参加者を選定し会議を開催する。

例)

高齢者の特性や認知症に対する住民の理解不足が課題の場合



・圏域の民生委員や住民組織の代表者、高齢者の特性や認知症状を説明できる医師等の参加を検討
・その他、警察署員、消防署員、社会福祉協議会職員、銀行・郵便局等といった金融機関の職員、スーパーや商店主なども必要に応じて検討する。

【フィードバック～振り返り】

- ・地域課題を検討する地域ケア会議は、短期間で成果を確認することが難しいことが多い。
- ・その場合であっても、経過等を関係者や住民に周知することで、地域ケア会議への理解を深め、参加への意欲の向上や「自分たちでよりよい地域をつくっていこう」という意識を高めることにつながっていく。

※詳細は、『地域ケア会議運営マニュアル』P60～62参照

20

演習 I (14:40～15:00 20分)

○自己紹介

○自分の担当圏域の地域ケア会議の現状

会議名	個別課題 解決機能	ネットワーク 構築機能	地域課題 発見機能	地域づくり・資 源開発機能	政策形成 機能
【記入例】 〇〇会議	◎	◎	○	△	×

1

演習 II 事例の情報説明(15:00～15:30 30分)

- ・ 情報①: インテーク(ケアマネジャーからの電話相談)
→ ケアマネジャーとのやりとりは逐語録を参照
- ・ 情報②: インテーク(来所によるケアマネジャー相談)
→ ケースAさんの情報はフェイスシートを参照
- ・ 情報③: 二次アセスメント(ケアマネジャー支援)
→ 同行訪問の情報は次ページを参照
- ・ 情報④: 近隣住民からの情報
→ 聴取内容は次ページを参照

2

情報①～② インタークの概要

- Aさんは、最近足腰が弱ってきており、自宅4階からの階段昇降が困難で、通院やゴミ出しなどができなくなっていること
- Aさんに物忘れの症状が現れていること
- 介護サービスを勧めても「まだいらない」と言うこと
- 同居の長男は体調不良により失業中で、昼夜逆転ぎみであること
- Aさん、長男共に同居生活を続けたいとの意向があるが、将来の健康と生活費を心配していること

など

3

情報③ 二次アセスメントの概要

- Aさんは、長男が失業中のため、お金を節約しようと考えて介護サービスの導入を拒んでいること
- Aさんは、糖尿病を患っているにも関わらず、部屋に飲み忘れの薬が落ちているなど、適切な治療が継続されていない可能性があること
- 長男は、不眠症でありながらも買い物などの家事を手伝い、母親の健康状態を心配に思っていること
- 近隣住民から民生委員に対し、Aさん宅のベランダからごみの臭いやポリ袋が飛んでくるとの苦情が寄せられていること など

情報④ 自治会長からの地域情報

- この団地には、階段の昇り降りが不自由な方や独居のお年寄りが増えていること
- 隣町の団地では、移動スーパーが定期的に来てくれるとの情報があり、この団地でも実現できないかと考えていること など

4

演習Ⅱ（15:30～16:50 80分）

【演習前に】

- ・役割分担（司会・書記・発表者）を決めてください。
- ・ホワイトボードを活用し、以下の内容を所定の時間内で話し合ってください。

【検討事項】 70分

1. 不足している情報と、それを誰から入手するか《30分》
2. なぜ地域ケア会議をするのか？《40分》

【発表】 10分

できるだけ多くのグループの検討内容を共有するため、要点をまとめて発表してください。

5

演習Ⅱの作業シート

- 担当ケアマネジャーとの面談や同行訪問による二次アセスメントでは得られなかった情報で、今後必要と思う情報は何かをあげてみましょう。
- その情報がなぜ必要なのか、誰がどのように取得するか、その優先度はどうかも整理しましょう。

【優先度の分類に記号や数字を用いる方法もあります：例）高い◎、中○、低い△】

※皆さんはAさんの担当ケアマネではなく、地域包括支援センター職員として考えてください。

	必要な情報	その情報が 必要な理由	誰が情報に アクセスするか	情報の 優先度
本人が持つ情報				
家族が持つ情報				
地域住民が持つ情報				
支援者が持つ情報 （ケアマネ・事業者等）				
地域包括支援セン ターが持つ情報				
行政が持つ情報				

6

インタビュー時の逐語録

地域包括支援センターにて ケアマネジャーと主任ケアマネジャーとの会話

C ケアマネジャーのプロフィール

年齢 45 歳 女性 介護福祉士 特別養護老人ホーム併設のデイサービスセンターへ入職。介護支援専門員資格を取得と同時に特別養護老人ホーム併設の居宅介護支援事業所に転属。A さんとの出会いは入職間もないころであった。

勤務する居宅介護支援事業所は介護福祉士で職歴 6 年の主任介護専門員と介護福祉士で職歴 2 年の介護支援専門員が勤務している。

CM：あの一。すいません。ケアマネジャーの〇〇です。ちょっとご相談したいことがあるのですが。

主任：はい。ケアマネの C さん。いつもありがとうございます。どうされましたか？

CM：ええ。××団地の A さんの事なのですが、包括ではもう何かご存知ですか？。上司にも相談したのですが、包括に一度相談してみればどうかとアドバイスをもらって、来てみたんです。

主任：いいえ。××団地ですよ。すいません。

CM：要介護 1 の方なのですが、1 年半前にお風呂の住宅改修に関わった後、その頃はなんとか 4 階から 1 人で降りてくる事ができたので、1 階に歩行器をレンタルして、それを使ってちょっとした外出ができていたんです。しかも物忘れが明らかにあって、とても心配していました。先月訪問したら、本人の様子が 1 カ月前から見違えるほど変わっていたのです。

主任：変わっていた・・・ということ？

CM：部屋の中は尿の臭いがするし、新聞やごみ・それに飲み忘れていた薬が部屋中に散らかっているし。おまけに、A さんと一緒に少し片付けてみたら、団地の家賃の支払いや光熱費の催促状もそのままになっているんです。

主任：（うなづきながら）“ふんふん”

CM：息子さんと一緒に住んでおられるのですが、その息子さんは、私が話しかけても日中お部屋で横になっていることが多く、十分な関わりをしてはしていないようです。A さんは、「足が弱ってきて外に出られなくなってきた」「最近よく忘れるようになった」なんて言うのです。なので、介護サービスを増やして支援を強化したいとご本人と息子さんに提案したのですが、「まだ、いい」とおっしゃって、サービスを増やせません。私一人じゃとても支援ができないと思って。

主任：なるほど・・・そうですか。一緒に考えさせてもらいたいので、これまでの経緯をもう少し詳しく聴かせてもらえませんか。

CM：はい。どこから話したらいいですか。

主任：それでは、C さんが関わり始めた経緯からお願いできますか。

CM：そうですね、A さんが要介護認定の申請を行ったのは 1 年半ほど前で、その頃も軽い物忘れがありましたが、ご自分で役所まで出向いたと話していました。理由は風呂場の住宅改修を行いたかったからです。うちとのかかわりは、A さんが役所の係の人に紹介してもらって、その場から電話をいただいて、初回の面接は役所で行いました。それから、要介護 1 の結果が出て、その後はすでにお話しした通りです。

主任 なるほど。それと息子さんとは、あまりコミュニケーションが図れていないようですが・・・

CM：ええ、今回思い切って息子さんとも話ししてみたんです。そうすると、十分なことはできていないが、母のことは心配だし、面倒を見なければと思っている様なんです。でも自分のことで精一杯と言う感じで、しかもお金のことが心配みたいですね。それと、A さんも、息子さんのことをとても気にしていて、このまま息子と生活を続けていきたいと話してくれました。

主任：なるほど。お二人への支援が必要そうですね。

CM：そうなんです。支援をしたいと思っても、どうすればいいか行き詰ってしまっ

主任：ケアマネジャーとして、このご家族に対してどう関わればいいのか、行き詰っているということですね。

CM：そうなんです。どうしたらいいですか。ケアマネジャーだけではとても関わりきれません。

主任：そうですね。とても関わりきれませんよね。それでは、A さんの今後の支援をどうすればいいのか、私たちと一緒に考えていきませんか。

CM：はい……。でも、やっぱり私が A さんの関わりを続けていくことになるんですよね。

主任：そうですね。

まずは、A さんへのよりよい支援の方向を考えるために、問題の洗い出しや整理を一緒にしましょうか。そして、C さん（ケアマネジャー）だけでは対応しにくいような問題に対して、どのような支援の体制が組めるのかも、検討してみましょう。

そのために、地域包括支援センター内で協議を行います。地域ケア会議で A さんの事例を取り上げていくこともできます。地域ケア会議の事はご存知ですか。

CM：上司から説明を受けたことはありますが、具体的にどんなことをするのか。サービス担当者会議とは違うんですよね。

主任：そうですね。サービス担当者会議とは違います。A さん家族の様にケアマネジャーだけでは関わりの難しいケースを地域包括支援センターが主体になってケアマネジャーさんと一緒に関わりを広げていく会議です。そして、A さんのケースを解決していくと同時にその過程で、関係者すべてが A さんを取り巻く環境に何らかの課題がないかも含めて議論し、それぞれが気付いていく機会でもあります。

CM：わかりました。地域包括支援センターがしっかりと関わってくれるのなら力強いです。

A さんが住んでいる××団地は A さん家族ほどではないけれど、色々な問題を抱えた人がいっぱいいます。他のケアマネジャーも結構困っている人も多いみたいです。地区の民生委員さんも同じことを言われています。

主任：では、A さんの事をもう少し知りたいので、健康状態などについて、詳しく聴かせていただけますか。

CM：はい。それが、まだあまり確認が取れていないんです。関わり始めたころは物忘れがあると言っても、日常生活は自立していましたし、息子さんとも同居していましたから、健康状態についてはあまり意識していませんでした。

主任：そうですね。まずは、C ケアマネジャーさんが把握されている情報や気になっていることをできる限り聞かせて下さい。

CM：そうですね、あまり詳しいことまではまだつかめてないんですけど……

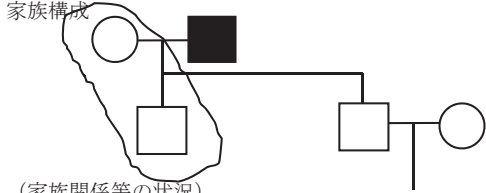
主任：確かに難しいですね。ただ、そうはいっても、このご家族の一番近くで関わってこられたのが C さんでしょうから、これまでの関わりの経緯を大事にしたいなと思うんです。

CM：はい、わかりました。……

利用者基本情報（表面）

作成担当者：

《基本情報》

相 談 日	年 月 日 ()	来 所・電 話 その他 ()	初 回 再来 (前 /)			
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()					
フリガナ 本人氏名	Aさん	男・ ☒ 女	M・T・S 9年 月 日生 (7 9) 歳			
住 所		Tel () Fax ()				
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J 1・J・ ☒ A 1・A 2・B 1・B 2・C 1・C 2				
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・II a・ ☒ II b・III a・III b・IV・M				
認定情報	非該当・要支 1・要支 2・ ☒ 要介 1・要介 2・要介 3・要介 4・要介 5 有効期間：平成 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度：) 特定高齢者					
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()、・・・ ()					
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・ ☒ 集合住宅・ ☒ 自室の有無 () 階、住宅改修の有無 浴室に手すりを施工					
経済状況	☒ 国民年金・ ☒ 厚生年金・障害年金・生活保護・・・ 国民年金として月約 5 万円程度 厚生年金として月約 7 万円程度 息子の収入はない					
来 所 者 (相 談 者)	家族構成  (家族関係等の状況) 長男 (B) は引きこもりがち。十分な事はできないが、母の事は心配だし自分が面倒を見なければと思っている。しかし、自分の事で精いっぱいであり、お金の事も心配している。次男 (C) とは疎遠。					
住 所 連 絡 先						
緊急連絡先				氏名	続柄	住所・連絡先

《相談内容と対応》

相談経路			
相談内容	前回モニタリングの際は大きな問題はなかったが、今回の訪問で本人の状況に大きな変化が見られた。まず、歩行状態が悪化し自宅内を伝い歩きしており、ふらつきも見られる。また、トイレに間に合わない事があるのか室内は尿臭がある。飲み忘れていると思われる薬や古新聞、ごみが散乱している。そして、家賃や光熱費の催促状が見つかる。本人としても「足が弱ってきて外に出られなくなってきた」「最近よく忘れるようになった」「いろんな事ができなくなってきた」などと訴える。しかし、介護サービスの利用を促すが強く拒んでいる。		
他機関での相談状況	特になし		
対 応	緊急・通常・継続 (回目)・情報提供のみ・終了		
	支援計画 (概要)		
	相談継続	つながぎ先： 担当者： 内容： _____ 日時： 年 月 日 () 時 / TEL・Fax・Mail	

利用者基本情報（裏面）

今までの生活	（本人への聞き取り） 本人は、他県の農村部で出生。高等学校を卒業後、現在住んでいる団地の近くにある食品会社で勤務する。その後勤務先で知り合った男性と結婚する。夫との間に二男をもうけ、その事を契機に勤務先を退職し専業主婦なり、借家（団地からごく近く）で生活してきた。そして、3年前に夫の死後、地区の再開発のために借家が立ち退きとなり、現在生活している市営住宅に長男（B）とともに移り住む。長男（B）は、以前は正社員として働いていた事があるが、現在定職に就いておらず、引きこもりがちである。1年6か月前に「風呂場に手すりをつけたい」と本人自ら要介護認定の申請を行い、介護支援専門員との関わりがはじまった。その後、歩行器のレンタル以外の介護サービスを利用しなかった。			
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・過ごし方			趣味・楽しみ・特技
	団地の4階ということもあり、自分の力では外出する事は難しい。同居する長男も積極的に本人を外出させる事はしないため、毎日自宅でテレビを観るなどして過ごしている。			特技としては何もないが、カラオケや自治会の旅行などを楽しみにしていた。しかしここ数年、自治会の旅行には参加できていない。 若いころはPTA活動や自治会班長などを積極的に地域で活動していたこともあり、地域住民との関係もよかった。しかし、団地の4階に引っ越してから来客が減ってしまった。頻繁ではないものの、隣人が様子を覗に來たり、おかずを差し入れてくれたりすることもある。
	時間	本人	介護者・家族	
				友人・地域との関係
本人の生活の希望・課題・困りごと等		ご家族の生活の希望・課題・困りごと等		
病気がちな長男（B）とのことが心配で、これからも長男と二人でできる限り自宅で生活していきたい。また、足が弱ってきて外出に不安があるが、以前のように自分の力で外へ出かけたい。最近、よく忘れるようになったと自覚しているのでとても心配している。お金の事も心配している。		長男（B）は母親のことはとても心配しているし、十分ではないが自分が面倒を看なければならぬと思っている。しかし、自分の事で精一杯という気持ちでもある。仕事に行けない事が辛く、お金ことも心配している。		

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
平成 23 年 8 月	認知症		Tel	治療中 経過中 その他	
平成 23 年 8 月	糖尿病		Tel	治療中 経過中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

演習Ⅱの解説（16:50～17:20 30分）

【不足している情報と入手方法】

- ・主治医連絡: 糖尿病、高血圧で薬が処方されていたが
しばらく受診していない
- ・長男と面談: 不眠症で朝起きるのが辛い
母親が急に弱ってどのように介護してよ
いかわからない、ゴミが出せない
- ・行政に確認: 世帯状況、息子の相談歴・福祉サービス
の利用状況、他の親族・キーパーソン情報
団地のあるエリアの高齢化率・認定率等
- ・民生委員への確認: 住民の認知症に対する理解度や
他の認知症ケースへの対応の実態など
- ・自治会長への確認: 自治会独自の取組、同様の課題
をもつ高齢者の有無など

7

【Aさんを地域ケア会議に選定した理由】

- ・Aさんの健康状態や生活機能を維持改善するために、
医療との連携が必要なこと
- ・Aさんへの支援だけでなく、家族や地域への関わりが
必要であること
- ・関係するフォーマル・インフォーマルサービスメンバー
の情報共有が必要であること
- ・ケアマネジャーへの支援が必要であること
- ・同様の課題をもつ住民（地域共通の課題）が潜在化
している可能性があること

8

地域ケア会議にける事例のスクリーニングの視点

課題の大きさ・多さ	ケアチームの協働・連携
ケアマネの実践力	効果的な社会資源の存在

- 課題が大きくても、ケアマネの実践力がある場合、ケアチームの協働・連携が強い場合、効果的な社会資源が整っている場合は地域ケア会議以外の手法でも課題解決できる
- ケアマネに実践力があっても、対象者の数が多ければ対処力に限界があるため、地域ケア会議によってケアマネ全体の実践力を高める必要がある
- 効果的な社会資源が整っていても、ケアチームの協働・連携がなければ、ケアマネの実践力だけでは対処できないため、地域ケア会議が必要
- 効果的な社会資源が整っていない場合は、それらの開発が必要であり、その際のヒントとなるのが地域ケア会議による成功体験である

研修 2日目 (導入 5分)

【1日目の振り返り】

インテーク

→二次アセスメント

→追加情報の入手

→事例のスクリーニング

→地域ケア会議で検討する事例の選定

同時進行で
行われること
もある

地域ケア会議の開催に向け 事前準備に入ります

11

演習Ⅲ (9:35～11:30 115分)

【演習前に】

- ・役割分担(司会・書記・発表者)を決めてください。
- ・ホワイトボードを活用し、以下の内容を所定の時間内で話し合ってください。

【検討事項】 85分

1. Aさんの個別課題の分析(個人因子と環境因子)
2. 支援の方向性(見立てと仮説による目標の設定)

【発表】 30分

できるだけ多くのグループの検討内容を共有するため、要点をまとめて発表してください。

12

演習Ⅲの作業シート

- Aさんの課題分析にあたっては、Aさん「個人」に起因するものと、Aさんを取り巻く「環境」に起因するものを分けて検討しましょう。
- 個人因子、環境因子の中にも、それぞれいくつかの要素が分かりますので、幅広く検討しましょう。
- 課題を明確にしたうえで、目標、支援内容、その担当者を整理し、地域ケア会議を活用すべきケースかどうかの判断に役立てましょう。

	事実・状況	課題	目標 (短期・中期・長期)	支援内容	担当者
個人因子					
環境因子					

13

課題を明確化し、支援の方向性を導き出す方法

- ・ 家族図、エコマップによる関係者と社会資源の整理
- ・ 本人と家族、関係者の時系列整理
- ・ 個人因子と環境因子による課題分析
- ・ 見立てと仮説による目標の設定

地域ケア会議の事前準備シート(参考例)

				独	高	他
氏名			性別	住所		
要介護度		有効期限				
個人因子 健康状態やADL・IADL、のポイント （生活支障をきたす要因に対する因子及び本人の持つ強み＝ストレングス）		普段の体調管理（水・栄養・運動・排便）： 疾患・服薬、通院： その他				
		ADL・IADL： その他：				
環境因子 （生活支障をきたす要因に対する因子及びサポート因子）		家族環境： 住環境 近隣環境等：				
経済的環境 （本人及び家族）		本人の状況： 家族の状況：				

15

現況	
問題点 課題	個人因子からの課題 環境因子からの課題
介入チーム	
支援計画 短期 1～3ヶ月 中期 3～6ヶ月 長期 6ヶ月～1年	（短期目標・支援内容） （中期目標・支援内容） （長期目標・支援内容）

日付 H 年 月 日 記入者

16

演習Ⅲの解説（11:30～12:00 30分）

・自立支援に資するケアマネジメント支援に必要な視点

17

自立支援に資するケアマネジメントに必要な視点①

- 自立した日常生活を阻む真の課題の解消を目指した支援方策
プロの能力を駆使して本人の最善の利益をめざす

個人因子	身体機能
	精神機能
	経済状況等

性格、人生歴、身体機能・生活機能に支障をきたす高齢者の個人的な要因

身体機能・知的機能、障害、疾病の状態(ADL、IADL)は？
性格や暮らしぶり、ストレスの状況は？
普段の体調管理(水・食・運動・排泄)は？
状態回復できるものか、できないものか、維持できるのか？
経済的状況(収入、預貯金、不動産)は？
価値観(人生で大事にしてきたこと)特技、趣味、生きがいは？
過去の人脈、現在の人脈(本人が作ったネットワーク)は？

的確なアセスメント

環境因子	家族・経済
	近親者・近隣
	住まい・バリアー
	社会資源
	その他

高齢者をとりまく人や物など周囲のあらゆる状況

- ・ 相談者と本人の関係は？
- ・ 家族構成員の状況と家族システムの現状(決定や権威等)、経済状況は？
- ・ 居住地域がどんな地域か、どんな文化を持っているか本人家族と近隣住民との関係性は？ 地域での役割は？(時系列で変化をとらえる)
- ・ 在宅や地域の日常生活導線は？ 社会資源の状況は？
- ・ かかりつけ医や民生委員との関係は？
- ・ 取り巻く人のストレスは？(障害、疾病への理解度、偏見の有無)

地域包括支援センター業務マニュアル(平成22年3月長寿社会開発センター p242より改編)

18

自立支援に資するケアマネジメントに必要な視点②

- 本人の主訴(要望)、家族の要望、近隣の要望を聞き、それぞれが困っていることへの対応策として、公的制度、サービス及びインフォーマルなサポートを考えることも大切であるが、それだけでは潜在している真の課題を抽出することはできない。
- 前述した着眼点を咀嚼して、多職種の専門職による知識の相乗効果(チームケア)を駆使して、個人因子と環境因子を洞察し、原因・背景を探ることによって、当事者たちが気づいていない、内に潜んでいる「**状態の悪化に影響を及ぼしている因子**」＝真の課題を、当事者や家族とともに明らかにし、解決策をともに考えていく姿勢と能力が求められる。
- その上で、課題解決の主体は、当事者(本人、家族、地域の人)であり、当事者が気づき、自ら取り込もうとする課題の抽出、と解決方法を一緒に合意していく必要がある。当事者を含めた合意形成の場を持つよう工夫するとともに、そこでの**合意形成能力**が必要とされる。

19

自立支援に資するケアマネジメントに必要な視点③

- 本人や家族が地域とともに築いてきた強みにも着目し、出来ていたことや出来ることを把握し、意欲喪失をくい止め、QOLの維持向上を目指した暮らしぶりの再構築に向けた「自己決定」を上手にサポートすることにより、強制的なやらされ感ではなく、主体的な意欲を引き出す実践応用力が求められる。
- 将来の予測を立てるという視点も求められる。
- 目標が明確に設定されており、モニタリング時に適切に分析・評価が可能であること。

20

演習Ⅳ（13:00～13:20 20分）

【演習前に】

- ・役割分担（司会・書記・発表者）を決めてください。
- ・ホワイトボードを活用し、以下の内容を所定の時間内で話し合ってください。

【検討事項】 20分

1. 参加者の選定とその理由
2. 開催日時や場所の工夫点
3. 参加者への依頼の仕方と役割分担

※発表はありません。

21

演習Ⅳの解説（10分）

事前準備①

- ・会議の内容を充実させ、効果的な地域ケア会議とするために、最適な参加メンバーを選ぶ。
 - ※ 本人、家族の参加についても検討する。
- ・メンバーが参加しやすい日時や場所を設定する。

【参加メンバーの参考例】

本人、息子、民生委員、自治会長、医療関係者
ケアマネジャー、サービス提供事業所 など

22

事前準備②

- ・誰から誰に依頼するか、声掛けの順序等の配慮
- ※ 地域の権力構造、しくみ等地域のアセスメントをしておくことも必要
- ・会議の目的と何故あなたに参加を依頼したかを明確に伝える。

【参加依頼の効果】

- ① 参加の動機づけと一定の役割確認ができる。
- ② 参加の呼びかけで、仮に参加の約束が得られなくてもつながりができ、更なる情報収集やアセスメントが可能となる。

23

事前準備③

- ・参加メンバーに合わせて日時や場所を設定する。
日中か時間外か、行政機関かケース宅かなど
- ・会議が効果的に運営されるよう、また、ネットワーク形成が促進されるよう準備をする。

会議のプログラム

司会や記録など役割

資料の用意、ホワイトボードの用意

座り方、お茶、アイスブレイク・・・等

- ・会議のゴールを決める
一度の会議ですべての課題が解決できるわけではないため、2回目以降の会議や他の支援方法と組み合わせながら解決に向かう。

24

DVD視聴（13:30～14:00 30分程度）

- これまでの演習と照らし合わせ、事例の選定から実施までの流れを確認する。
- 個別課題から地域課題への転換と、上位レベルの会議にあげていくプロセスを確認する。

※DVD中の解説スライドは、テキストに掲載しています。

25



地域ケア会議 運営に係る実務者研修

演習用DVD
平成25年度

26

はじめに

- このDVDは、地域ケア会議を運営する上で求められるコーディネート機能と、そのプロセスを学んでいただくことを目的として作成しています。
- 平成25年度地域ケア会議運営に係る実務者研修の演習事例となった「Aさん」について、地域ケア会議に取り上げるまでの事前準備、会議当日の運営、個別課題解決から地域課題の抽出に至る経過等、一連の流れを収録したものです。
- 編集の都合上、利用者・家族からの聞き取りや会議での発言内容等を一部省略しておりますのでご了承下さい。
- なお、登場人物はすべてフィクションです。

27

【相談者からの状況把握（インテーク）】

- Aさんは、最近足腰が弱ってきており、自宅4階からの階段昇降が困難で、通院やゴミ出しなどができなくなっていること
- Aさんに物忘れの症状が現れていること
- 介護サービスを勧めても「まだいらない」と言うこと
- 同居の長男は体調不良により失業中で、昼夜逆転ぎみであること
- Aさん、長男共に同居生活を続けたいとの意向があるが、将来の健康と生活費を心配していること

28

【二次アセスメント】

- Aさんが介護サービスの利用を断る理由
- 長男の健康状態について
- ゴミの臭い等に関する近隣住民からの苦情
- 団地の高齢者世帯の増加に関する自治会長からの情報

29

「Aさん」を地域ケア会議に選定した理由

- ①Aさんの健康状態や生活機能を維持改善するために、医療との連携が必要なこと
- ②Aさんへの支援だけでなく、家族や地域への関わりが必要であること
- ③関係するフォーマル・インフォーマルサービスメンバーの情報共有が必要であること
- ④ケアマネジャーへの支援が必要であること
- ⑤同様の課題をもつ住民(地域共通の課題)が潜在化している可能性があること

30

(参考) 地域ケア会議で 検討するケースの例

- 支援者が困難を感じているケース
- 支援が自立を阻害していると考えられるケース
- 支援が必要だと判断されるがサービスに繋がっていないケース
- 権利擁護が必要なケース
- 地域課題に関するケース

地域ケア会議運営マニュアル P42～47 長寿社会開発センター より抜粋

31

(参考) 事前準備

- 会議当日の役割分担を行う

進行役、記録係、発言者 など

- 参加者への依頼

本人及び家族の参加については検討課題に応じて判断する

地域ケア会議運営マニュアル P50～53 長寿社会開発センター より抜粋

32

【Aさんの課題】

- ①もともと外出や買い物が好きな方であったが、
下肢痛・腰痛に伴う活動量の減少により、団地の
階段昇降が困難となり、外出ができなくなったこと
- ②月2回の定期通院が滞っていること、薬の飲み残
しがあることから、糖尿病や高血圧症の悪化の危
険があること
- ③室内やベランダに生ゴミとポリ袋が溜まっており、
衛生状態が悪いことと、近隣の方のご迷惑になっ
ていること

33

【Aさんへの支援内容】

- ・ 糖尿病、高血圧の治療再開
- ・ 腰痛・下肢痛の相談とリハビリに関する指示を受ける
- ・ 食事、水分摂取、便通、睡眠、などの生活リズムや
健康管理に関する助言を受ける
- ・ リハビリ専門職による生活機能評価を実施し、
日常生活の留意点について助言を受ける
- ・ 訪問介護を導入し、サービス内容に「日常生活動作向
上のため、身体介護による買い物の同行」を入れる
- ・ 長男と支援チームの役割分担を行う

34

【会議終了時の確認事項】

- モニタリングの時期と方法の確認
- 必要に応じて次回の地域ケア会議の日程を調整
- 決定事項・役割分担の再確認

今回の会議内容で決定した事柄について、課題や目標を、誰がいつまでにどのような支援や対応をするのか、再確認を行います

35

【残された課題の明確化】

- 団地の階段昇降に関する住環境の問題について
- 長男の不眠への対応、および就労支援について
- 治療中断事例に関する医療との連携方法について
- 地域住民の認知症に対する認識不足について

36

【個別事例の地域ケア会議終了後】

- ・記録を作成、管理する
- ・事例提供者へのサポート
- ・モニタリングの実施
- ・フィードバックを行う
- ・個人情報の記載された資料を処分する

37

【地域課題の抽出】

- ・同様の生活課題を抱えた複数の事例
- ・既存の社会資源では解決が困難な事例
- ・地域に不足している資源・サービス・ネットワーク等

38

【抽出された地域課題の例】

- 団地内で外出困難となっている高齢者の把握人数
- 医療と介護の連携に困っているケアマネジャーの状況、相談件数
- 住民の認知症に対する意識、理解などの実態

39

【市区町村への提言】

- 市区町村との連絡会議
- 地域包括センター長会議などを活用
- 市区町村の担当所管課などへ地域課題を提出

40

【課題解決に向けた優先度の判断】

- 生命に直結する緊急性の高い課題
- 対象者が多く、社会的影響が大きい課題
- 実行可能性が高い課題
- 効果が期待できる課題 など

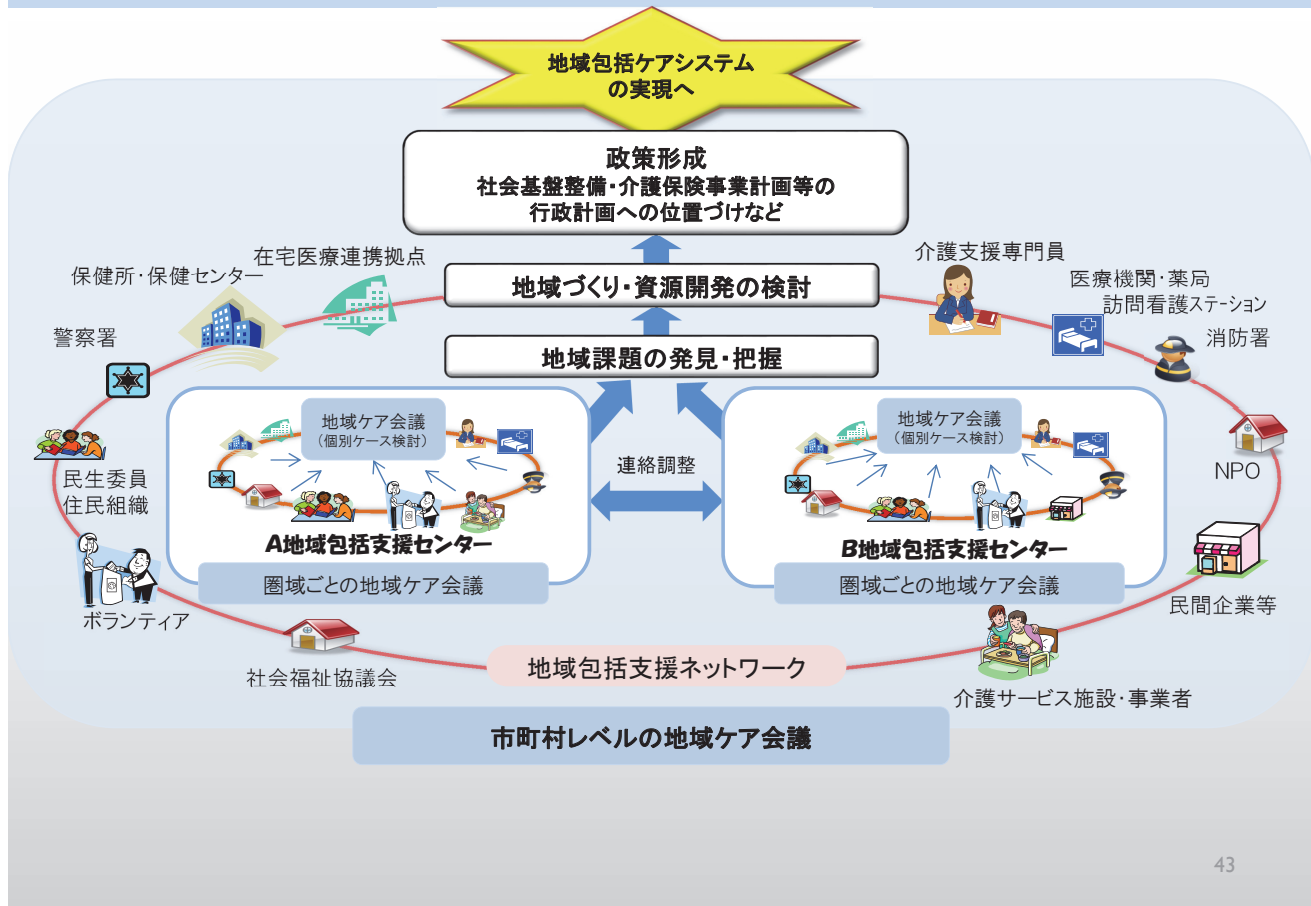
41

【市区町村の対応例】

- 団地などの住宅管理部局との情報交換会を開催
- 認知症に関する普及啓発事業の実施
- 医師会との協働による医療介護連携の研修開催
- ニーズ調査による実態把握 など

42

「地域ケア会議」を活用した個別課題解決から地域包括ケアシステム実現までのイメージ



43



企画・制作

平成25年度地域ケア会議運営に係る実務者研修企画委員会

44

演習V (14:00～15:20 80分)

【演習前に】

- ・役割分担(司会・書記・発表者)を決めてください。
- ・ホワイトボードを活用し、以下の内容を所定の時間内で話し合ってください。

【検討事項】 50分

Aさんの地域ケア会議を通じて、DVDで示したこと以外に

1. 他の業務と連動させながら、地域課題をどのように抽出するか
2. 地域課題の解決に向けて、市町村に提言したいことは何か

※10分休憩後にグループ発表があります。

【発表】20分(15:00～15:20)

45

演習Vの作業シート

■地域課題の抽出にあたっては、以下の視点を参考にしてください。

- ① Aさん以外の人にも共通する課題は何か (地域の共通課題)
- ② それを裏づける情報やデータはどのように取得するか (根拠データ)
- ③ その課題の解決にはどのような方法が考えられるか (解決策)
- ④ 地域包括支援センターでできることは何か、できないことはどれか (限界の認識)
- ⑤ どのような人や組織と連携するか (連携先)

■上記の作業を通じて、市町村に報告(提言)すべきことは何か。(地域課題や解決策等)

※解決策の成功事例や有効性(エビデンス)を示すことができれば、説得力が増す。

①地域の共通課題	②根拠データ	③解決策	④センターの限界(○△×)	⑤連携先	市町村への報告・提言

46

演習Vの解説（15:20～15:40 20分）

【地域課題の抽出例】

- ・Aさんと同様の課題をもつ事例の相談件数と経年変化
- ・住民からの問合せ、苦情、相談等の状況
- ・家族介護者からの相談の状況
- ・医療関係者からの情報収集による治療中断者の状況
- ・介護サービス事業者、民生児童委員協議会、社会福祉協議会等からの情報収集
- ・自治会、老人クラブ等からの情報収集
- ・ニーズ調査、給付費、認定率、ハイリスク高齢者数等の既存データ

以上のような情報から、Aさんと共通する課題、資源不足による対応困難な課題等を明確化する。

47

演習Vの解説

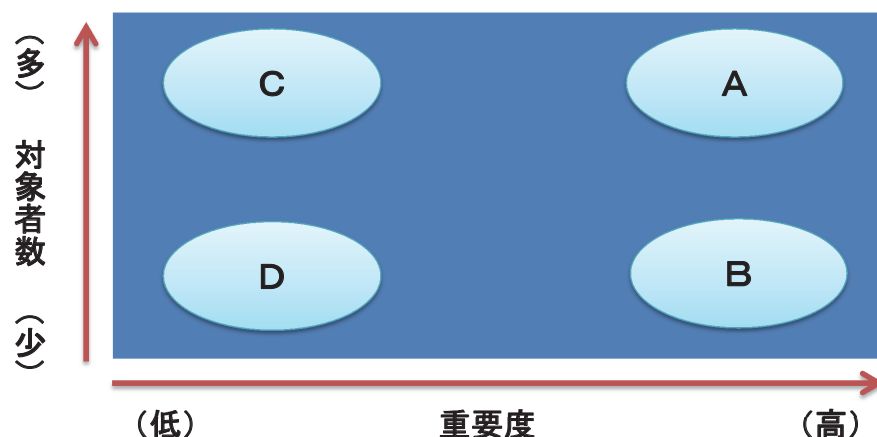
■地域課題の解決に取り組む場合は、その優先度の判断が重要となる

A(対象者が多く重要度の高い課題):あらゆる機関が連携して、広域にわたって早急に対応しなければならない課題

B(対象者は少なくとも重要度の高い課題):個別支援を中心に課題解決し、その手法を地域で共有して、今後対象が増えた時に応用していける課題

C(対象者は多いが重要度の低い課題):課題の優先度は低いため、他の優先課題を先に解決すべきだが、対象者が多いことを考慮して予防的に対応するという判断もあり得る

D(対象者が少なく重要度も低い課題):優先度は低い、課題の規模が小さいうちに解決策を見つけることで、個人や地域のダメージを最小限に食い止めることができる課題



48

【市町村への提言例】

- ・買い物資源の不足に関する対応について
- ・医療介護の専門職が情報を共有しやすい環境の整備
- ・障害福祉施策との連携強化
- ・ボランティアや高齢者・障害者等の居場所づくりなど
インフォーマルサービスの資源開発に向けた取組
- ・介護関係者の資質向上に向けた研修の充実
- ・地域アセスメント(地域診断)の体制強化
- ・地域包括支援センター間の情報交換の場づくり など

以上のように、地域包括支援センターだけでは解決できない課題について市町村に提言し、共に解決していく

49

この事例でのプラス要素(例)

- ・ケアマネジャーから比較的早い段階で包括センターに相談があった
⇒ケアマネジャーが相談しやすい環境と体制、信頼関係があったから
- ・かかりつけ医からの協力が得られた
⇒在宅医療・介護に理解のある医療機関があったから
- ・自治会や民生委員の協力が得られた
⇒自治会長や民生委員が認知症サポーターだったから など

50

地域課題の抽出から地域課題の提出へ ～行政への提言～

包括センターでやるべきことと、市町村がやるべき ことの整理が必要

- ⇒行政に理解してもらい、政策へ転換していくためには、事例を集積・分析し、データとしてプレゼンテーションすることも大切
- ⇒プレゼンの場合は、センター長会議、連絡会議、運営推進会議等の既存会議を活用するほか、所管部局の担当者と直接面談の場を設ける方法もある
- ⇒課題だけでなく、成功事例のプラスの要素を伝達し施策に活かしてもらう視点も重要

51

演習Ⅵ (15:40～16:15 35分)

研修の振り返りと全体総括

①個人ワーク(5分)

明日から実践したい地域ケア会議の運営におけるコーディネート機能

※記入シートは次のページにあります。

②グループワーク(10分)

各自1分ずつ決意表明

③全体発表 (20分)

52

振り返りシート

	明日からどのように取り組んでいくか 2項目以上選択して記入してください
個別ケースの 選定について	
課題分析と 支援計画	
参加者の選 定と開催準備	
地域課題の 抽出について	
市町村への 提言について	
その他	

53

講評・まとめ（16:15～16:25 10分）

皆さまのご活躍を期待しております。

54

(参考)

平成25年度地域ケア会議運営に係る実務者研修 企画委員会

所属及び役職	氏 名
一般財団法人 長寿社会開発センター 審議役	石黒 秀喜
公益社団法人日本看護協会 健康政策部 部長	村中 峯子
社団法人 日本社会福祉士会 理事	崎山 賢士
一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事	唐木 美代子
全国地域包括・在宅介護支援センター協議会	堀尾 栄
東京都多摩市健康福祉部高齢支援課 課長	伊藤 重夫
埼玉県和光市北第2地域包括支援センター 介護支援専門員	山岸 由実
新潟県新潟市地域包括支援センター阿賀北 センター長	佐藤 正枝
静岡県富士宮市保健福祉部福祉総合相談課参事 富士宮市地域包括支援センター長	土屋 幸己
兵庫県朝来市地域包括支援センター 副主幹	足立 里江
長崎県佐々町地域包括支援センター 係長	江田 佳子

<事務局>

厚生労働省老健局振興課 課長補佐	川部 勝一
厚生労働省老健局振興課 地域包括ケア推進官	岡島 さおり
厚生労働省老健局振興課 地域包括ケア推進係長	山田 大輔
厚生労働省老健局振興課 地域包括ケア推進係	茅野 泰介

