

平成26年度 老人保健事業推進費等補助金

老人保健健康増進等事業

地域包括ケアシステムを効果的に構築していくための

市町村の地域マネジメント等に係る調査研究事業

報告書

平成27(2015)年3月

 株式  
会社 三菱総合研究所



## ■ 目 次 ■

I 調査研究事業概要	1
1. 背景	1
2. 目的	1
3. 調査研究事業の構成と方法	2
(1) シンポジウムの開催	3
(2) シンポジウム内容の配信	4
4. 事業実施結果	5
(1) シンポジウムの開催	5
(2) シンポジウム内容の配信	5
II シンポジウムの開催	6
1. 概要	6
(1) 目的	6
(2) シンポジウムの概要	6
2. 東京会場発表内容	8
(1) 基調講演	8
(2) 事例発表	35
(3) パネルディスカッション	74
3. 大阪会場発表内容	76
(1) 基調講演	76
(2) 事例発表	113
(3) パネルディスカッション	155
4. 来場者アンケート	157
(1) 目的	157
(2) 方法	157
(3) 調査結果	158
(4) 考察	171
5. 事例調査・分析	172
(1) 目的	172
(2) 方法	172
(3) 事例調査・分析結果概要	173
(4) 個別インタビュー結果	177
(5) 分析・考察	208
6. シンポジウム内容の配信	210
(1) 目的	210

(2) 方法.....	210
(3) 結果.....	210

---

# 調 査 概 要

---



# I 調査研究事業概要

## 1. 背景

平成 18 年改正介護保険法において位置づけられた地域包括支援センターは、全国で設置が進められ、平成 20 年 4 月 1 日からは全市町村において設置されるに至った。

現在、全国の市町村において、地域包括ケアシステム構築へ向けた取組が行われているが、これを効果的に推進していくためには、市町村のマネジメントと国民の理解・参加が重要なポイントとなる。

一方で、市町村ではその取組の糸口を見出すことが困難である、国民には地域包括ケア自体が認知されていない等の指摘がある。そのため、厚生労働省において、平成 25 年度に地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいる自治体の事例を収集し、先進的な 50 事例について事例集が作成されたところである。

## 2. 目的

本事業では、地域包括ケアシステムの構築を推進するため、先進的な自治体等の事例等を紹介し、地域の実情に応じた効果的な地域づくり（地域マネジメント）の方策について、全国で共有するためのシンポジウムを開催するとともに、先駆的な事例を基に、多様な支え手による地域での支え合いのあり方について検討を深めることを目的とした。

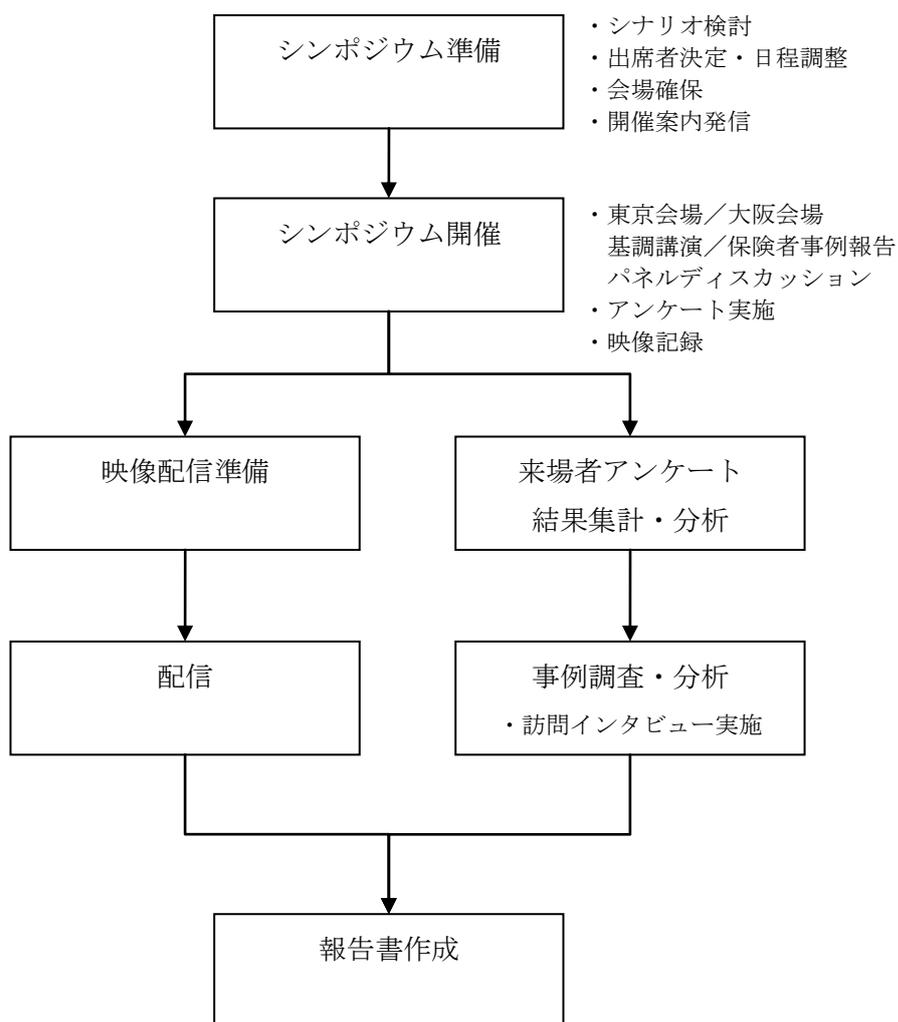
具体的には、有識者による地域包括ケアシステム構築に関する基調講演、自治体による先進事例の紹介講演、講演者間でのパネルディスカッションを実施した。また、参加者の地域包括ケアシステム構築への意向を把握すべく、アンケートを実施した。加えて、当日参加者に限らず、地域包括ケアシステム構築に係わる多様な主体に対して情報を共有すべく、シンポジウムの模様を録画し、ウェブサイト等を通じて配信した。

本事業により、地域包括ケアシステム構築へ向けた市町村の地域マネジメントの向上や国民の理解・参加の推進に資することが期待される。

### 3. 調査研究事業の構成と方法

本調査研究事業では、シンポジウム開催を中心に、シンポジウム内容の配信、来場者アンケート結果分析、事例調査分析を以下の手順で実施した。

図表 1 調査研究事業の実施手順



## (1) シンポジウムの開催

シンポジウムは、東京会場及び大阪会場の2会場にて実施した。登壇者として、有識者及び自治体を招き、対象者としては、市町村・都道府県職員、介護サービス事業者、高齢者の生活支援サービスを担う民間団体（一般企業含む）、一般国民（個人）を想定し、実施した。

シンポジウムにおいては、地域包括ケアシステムの構築推進のため、住民参加型の取組の重要性（どのようにして住民をまきこんで地域づくりをしていくか）、高齢者の社会参加の重要性（元気な高齢者を把握し、どのように社会参加のきっかけをつくるか）を把握するため、先進的な自治体等の事例等を紹介し、地域の実情に応じた効果的な地域づくりの方策や多様な支え手による地域での支え合いのあり方について検討した。

シンポジウムにおいては後の映像配信のため映像記録を行い、また、来場者へのアンケートを実施した。また、シンポジウム開催後には来場者アンケートを分析し、住民参加について特徴的な取組をする保険者・地域包括支援センター等を選定し、訪問インタビュー調査を行い、事例分析を行った。

シンポジウムの概要は次のとおりである。

図表 2 シンポジウムの概要（東京会場）

会場	ステーションコンファレンス東京
開催日時	2月3日(火)13:00-17:00
基調講演	<ul style="list-style-type: none"> <li>○高橋 紘士氏（国際医療福祉大学大学院 教授） 「問題提起 地域包括ケアシステムをめぐって」</li> <li>○南 真司氏（南砺市民病院 前院長） 「南砺市における地域包括医療・ケアの取組 地域住民との協働」</li> <li>○堀田 聡子氏（労働政策研究・研修機構 研究員） 「地域包括ケアの担い手を考える」</li> </ul>
保険者事例報告	<ul style="list-style-type: none"> <li>○北海道喜茂別町 東原 弘行氏 「テレビ電話・IP 告知端末を活用した健康管理や見守りシステム」</li> <li>○東京都武蔵野市 笹井 肇氏 「まちぐるみの支え合いの仕組みとしての地域包括ケア」</li> <li>○静岡県富士宮市 土屋 幸己氏 「地域包括ケアシステムの考え方とその実践」</li> </ul>
パネルディスカッション	<ul style="list-style-type: none"> <li>○パネリスト 南 真司氏（南砺市民病院 前院長） 堀田 聡子氏（(独)労働政策研究・研修機構 研究員） 森田 洋之氏（南日本ヘルスリサーチラボ代表） 東原 弘行氏（北海道喜茂別町元気応援課 課長） 笹井 肇氏（東京都武蔵野市健康福祉部 部長） 土屋 幸己氏（静岡県富士宮市福祉総合相談課 参事）</li> <li>○コーディネーター 高橋 紘士氏（国際医療福祉大学大学院 教授）</li> </ul>

図表 3 シンポジウムの概要（大阪会場）

会場	メルパルク大阪
開催日時	2月10日(火)13:00-17:00
基調講演	<p>○高橋 紘士氏(国際医療福祉大学大学院 教授) 「地域包括ケアシステムの構築と住民参加をめぐって」</p> <p>○市原 美穂氏(特定非営利活動法人ホームホスピス宮崎 理事長) 「自助・互助・共助・公助の関係をホームホスピスの実践から ～包括的支援・インフォーマルサポート・地域を耕す住まいの関わり・医療 介護連携のあり方等～」</p> <p>○筒井 孝子氏(兵庫県立大学大学院経営研究科 教授) 「地域包括ケアシステムの基本的な考え方(Integrated care の視点)」</p>
保険者事例報告	<p>○千葉県浦安市 森林 友佳子氏 「市民と協働で進める高齢者が元気なまちづくり」</p> <p>○福岡県大牟田市 猿渡 進平氏 「地域住民とNPO 法人による要支援者支援システム及び退院システム」</p> <p>○鹿児島県肝付町 能勢 佳子氏 「互助が自助を育てる 支え合い体制づくり活動」</p>
パネル ディスカッション	<p>○パネリスト</p> <p>市原 美穂氏 (特定非営利活動法人ホームホスピス宮崎 理事長) 筒井 孝子氏 (兵庫県立大学大学院経営研究科 教授) 森田 洋之氏 (南日本ヘルスリサーチラボ代表) 森林 友佳子氏 (千葉県浦安市健康福祉部介護保険課猫実地域包括支 援センター 主査) 猿渡 進平氏 (福岡県大牟田市中心地区地域包括支援センター 所長) 能勢 佳子氏 (鹿児島県肝付町企画調整課参事兼福祉課保健師)</p> <p>○コーディネーター 高橋 紘士氏 (国際医療福祉大学大学院 教授)</p>

## (2) シンポジウム内容の配信

シンポジウムの実施内容は映像として記録し、Web サイトに掲載・配信した。また、シンポジウム当日に配布された資料についても同様に掲載した。

## 4. 事業実施結果

### (1) シンポジウムの開催

東京会場及び大阪会場でのシンポジウムの実施結果は以下のとおりであった。

#### 1) 入場者数等

	入場者数	アンケート回答者数
東京会場	221 人	118 人 (回収率 53.4%)
大阪会場	143 人	101 人 (回収率 70.6%)

#### 2) 来場者アンケート結果概要

来場者に対してアンケートを実施することで、シンポジウム自体の効果の把握に加え、シンポジウムテーマに関する取組事例等や地域包括ケアの課題等を来場者より収集した。回収率は東京会場 53.4%、大阪会場 70.6%であり、回答内容においても、自由記述項目等で具体的な回答を多く得られた。

### (2) シンポジウム内容の配信

シンポジウムの模様の記録映像は、株式会社三菱総合研究所のウェブサイト内にシンポジウムの報告ページを開設し、当日の配布資料とともに、映像のリンクを掲載する形で公開した。



---

## 調 查 結 果

---



## II シンポジウムの開催

### 1. 概要

シンポジウムは、東京会場及び大阪会場の2会場にて実施した。登壇者として、有識者及び自治体を招き、対象者としては、市町村・都道府県職員、介護サービス事業者、高齢者の生活支援サービスを担う民間団体（一般企業含む）、一般国民（個人）を想定し、実施した。

実施内容は以下の通りである。

#### (1) 目的

地域包括ケアシステムの構築推進のため、住民参加型の取組の重要性（どのようにして住民をまきこんで地域づくりをしていくか）、高齢者の社会参加の重要性（元気な高齢者を把握し、どのように社会参加のきっかけをつくるか）を把握するため、先進的な自治体等の事例等を紹介し、地域の実情に応じた効果的な地域づくりの方策や多様な支え手による地域での支え合いのあり方について検討した。

#### (2) シンポジウムの概要

##### 1) 東京会場

会場	ステーションコンファレンス東京
開催日時	2月3日(火)13:00-17:00
基調講演	○高橋 紘士氏（国際医療福祉大学大学院 教授） 「問題提起 地域包括ケアシステムをめぐって」 ○南 真司氏（南砺市民病院 前院長） 「南砺市における地域包括医療・ケアの取組 地域住民との協働」 ○堀田 聰子氏（労働政策研究・研修機構 研究員） 「地域包括ケアの担い手を考える」
保険者事例報告	○北海道喜茂別町 東原 弘行氏 「テレビ電話・IP 告知端末を活用した健康管理や見守りシステム」 ○東京都武蔵野市 笹井 肇氏 「まちぐるみの支え合いの仕組みとしての地域包括ケア」 ○静岡県富士宮市 土屋 幸己氏 「地域包括ケアシステムの考え方とその実践」
パネル ディスカッション	○パネリスト 南 真司氏（南砺市民病院 前院長） 堀田 聰子氏（(独)労働政策研究・研修機構 研究員） 森田 洋之氏（南日本ヘルスリサーチラボ代表） 東原 弘行氏（北海道喜茂別町元気応援課 課長） 笹井 肇氏（東京都武蔵野市健康福祉部 部長） 土屋 幸己氏（静岡県富士宮市福祉総合相談課 参事）

	○コーディネーター 高橋 紘士氏 (国際医療福祉大学大学院 教授)
主催	株式会社三菱総合研究所

## 2) 大阪会場

会場	メルパルク大阪
開催日時	2月10日(火)13:00-17:00
基調講演	○高橋 紘士氏(国際医療福祉大学大学院 教授) 「地域包括ケアシステムの構築と住民参加をめぐる」 ○市原 美穂氏(特定非営利活動法人ホームホスピス宮崎 理事長) 「自助・互助・共助・公助の関係をホームホスピスの実践から ～包括的支援・インフォーマルサポート・地域を耕す住まいの関わり・医療 介護連携のあり方等～」 ○筒井 孝子氏(兵庫県立大学大学院経営研究科 教授) 「地域包括ケアシステムの基本的な考え方(Integrated care の視点)」
保険者事例報告	○千葉県浦安市 森林 友佳子氏 「市民と協働で進める高齢者が元気なまちづくり」 ○福岡県大牟田市 猿渡 進平氏 「地域住民とNPO 法人による要支援者支援システム及び退院システム」 ○鹿児島県肝付町 能勢 佳子氏 「互助が自助を育てる 支え合い体制づくり活動」
パネル ディスカッション	○パネリスト 市原 美穂氏 (特定非営利活動法人ホームホスピス宮崎 理事長) 筒井 孝子氏 (兵庫県立大学大学院経営研究科 教授) 森田 洋之氏 (南日本ヘルスリサーチラボ代表) 森林 友佳子氏 (千葉県浦安市健康福祉部介護保険課猫実地域包括支 援センター 主査) 猿渡 進平氏 (福岡県大牟田市中心地区地域包括支援センター 所長) 能勢 佳子氏 (鹿児島県肝付町企画調整課参事兼福祉課保健師) ○コーディネーター 高橋 紘士氏 (国際医療福祉大学大学院 教授)
主催	株式会社三菱総合研究所

## 2. 東京会場発表内容

### (1) 基調講演

- 1) 高橋 紘士氏 (国際医療福祉大学大学院 教授)

# 問題提起

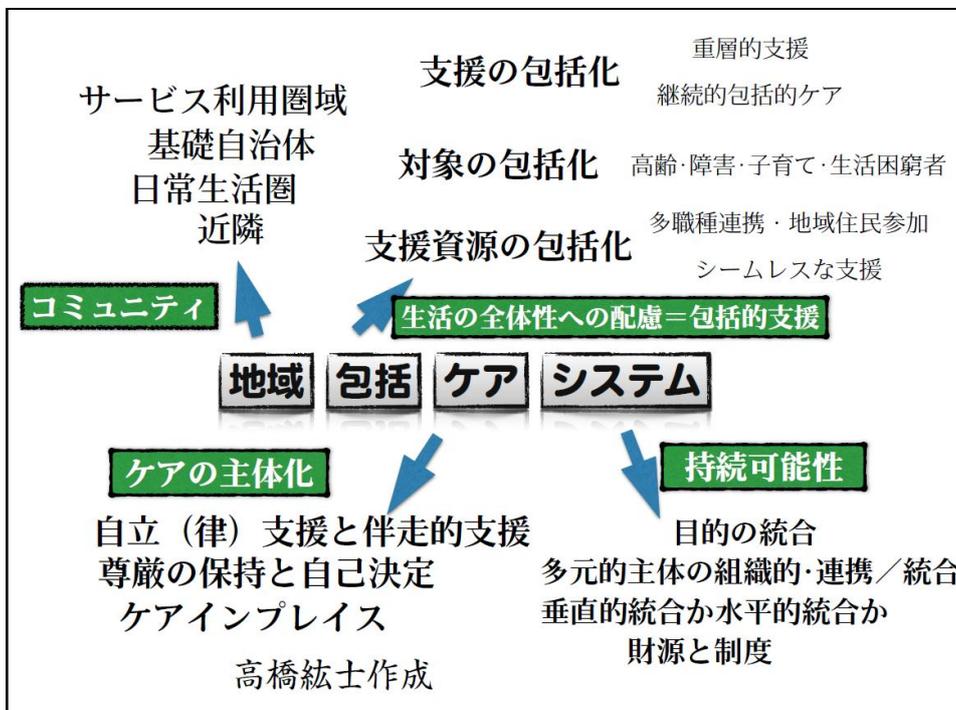
## 地域包括ケアシステムをめぐって

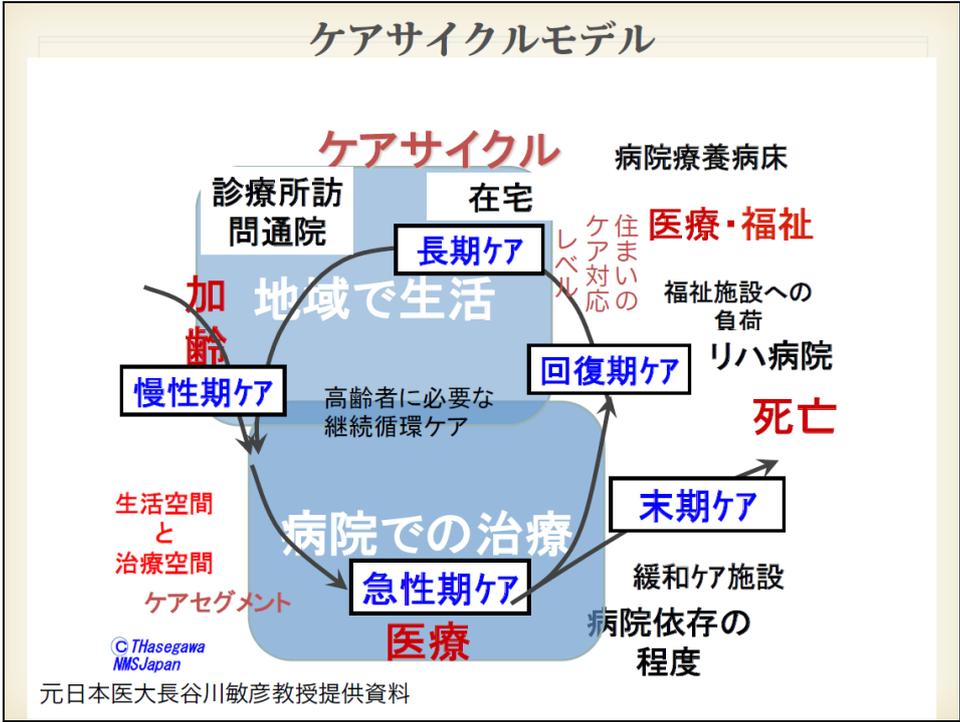
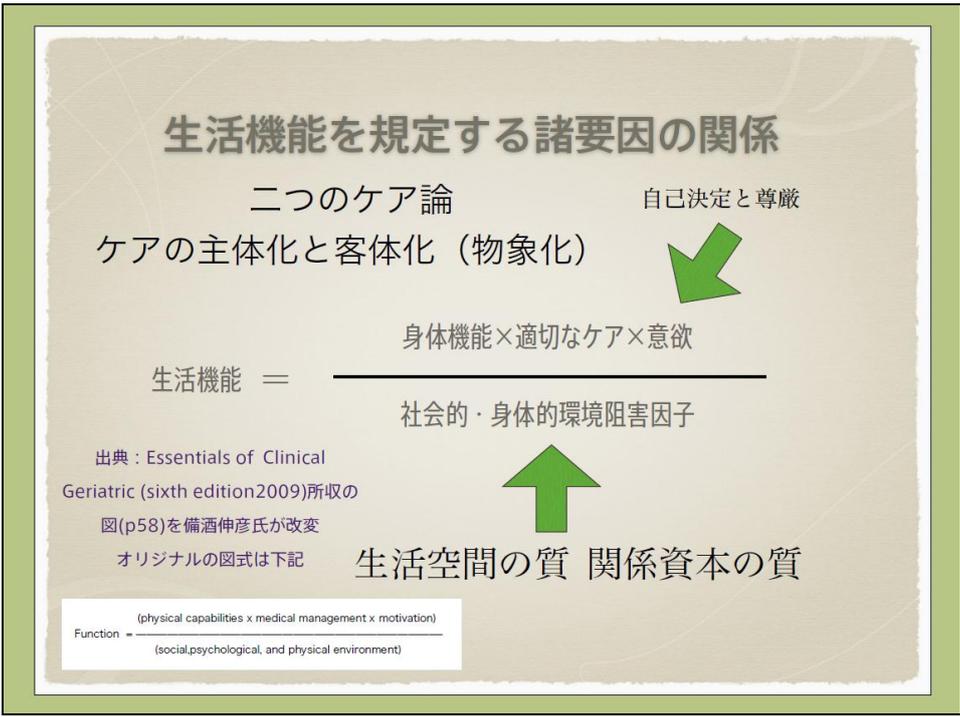
150203~05

地域包括ケアシンポジウムにて

高橋紘士

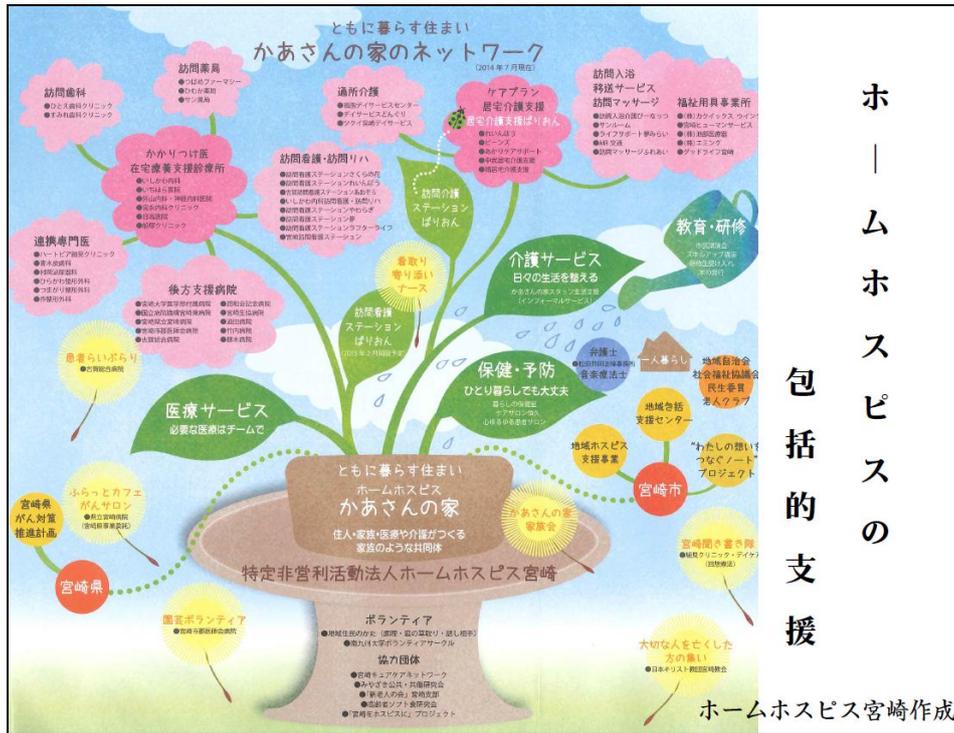
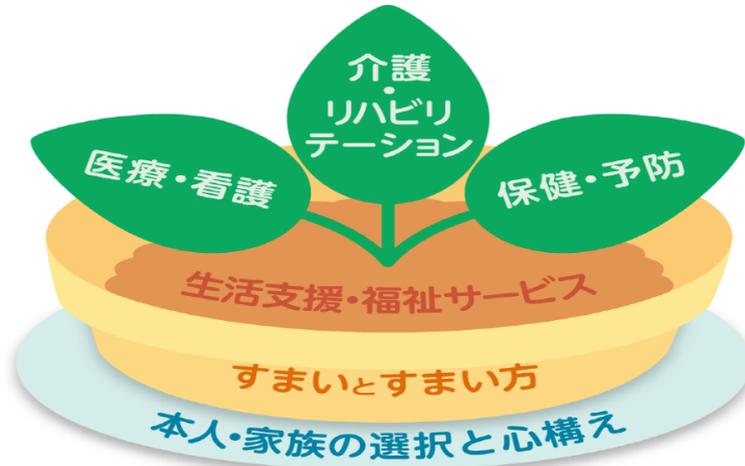
<http://takahato.com>





# 地域包括ケアの概念図

(平成24年度地域包括ケア研究会報告より)



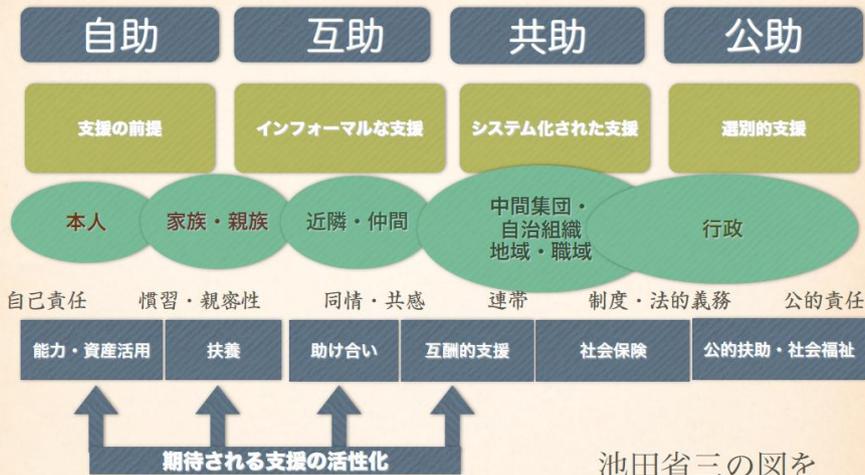
ホームホスピスの  
包括的支援

ホームホスピス宮崎作成

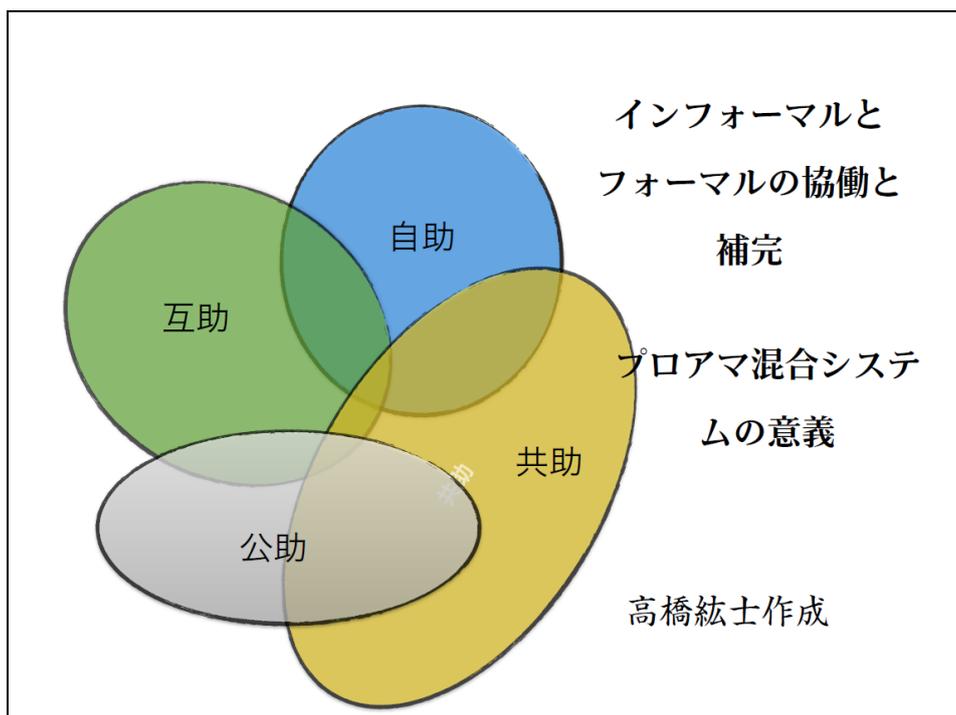
# 地域サポートの実例 (チーム永源寺)



## 補完性の原理からみた自助互助共助公助



池田省三の図を  
補強・修正



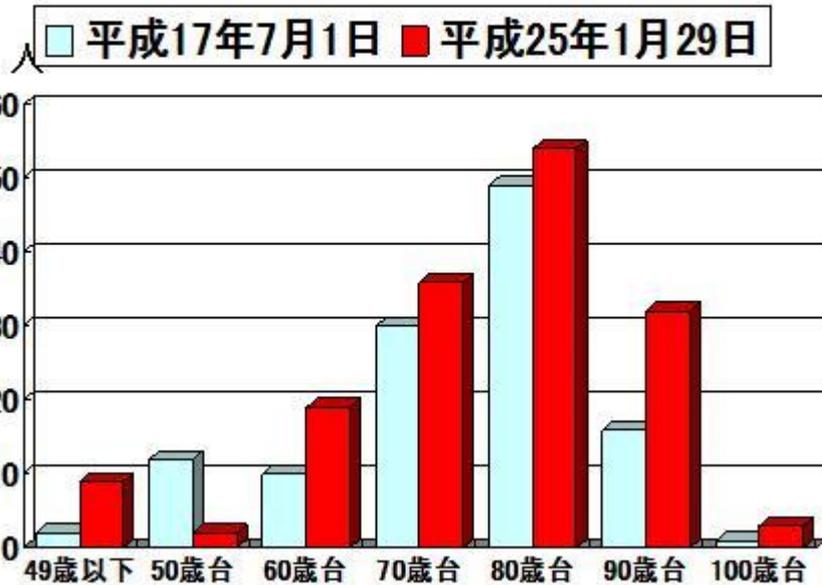
# 今日の シンポジウムの ねらい

2) 南 眞司氏 (南砺市民病院 前院長)

<p>シンポジウム「地域包括ケアシステムの構築と住民参加」 平成27年2月3日 東京会場</p>
<p><b>南砺市における地域包括医療・ケアの取組 地域住民との協働</b></p>
<p><b>1、南砺市における地域包括医療・ケアの取組</b> <b>2、より完成度の高い地域包括医療・ケアの 構築へ、住民との協働</b></p>



## 南砺市民病院年代別入院患者数比較

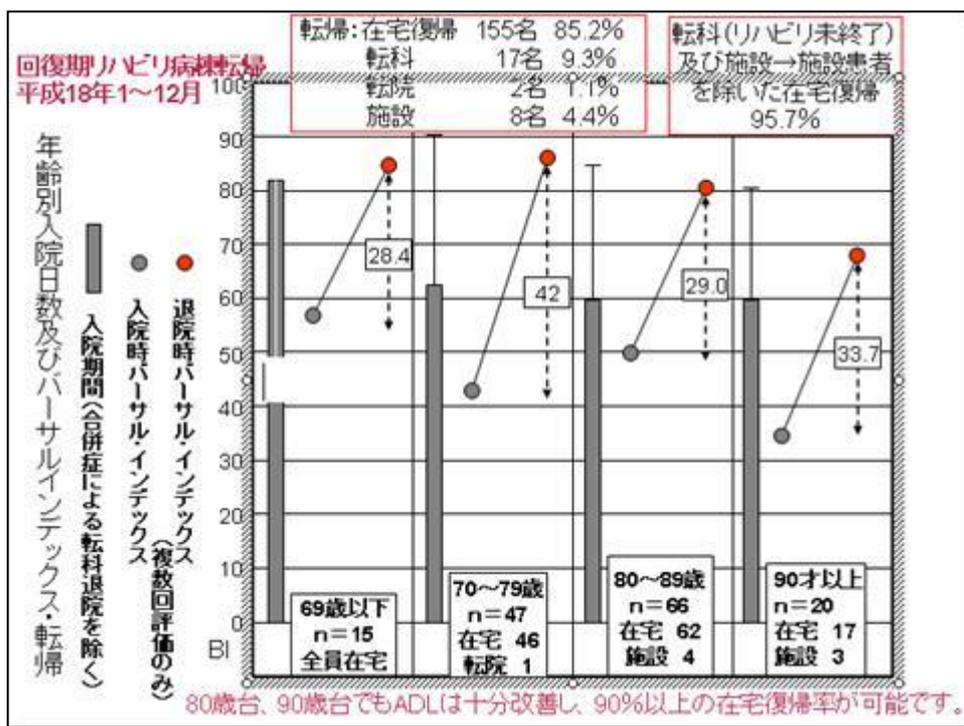


社会貢献された高齢者を不幸にせず、支える家族も犠牲にしない地域包括医療・ケア構築のポイント  
4つの「助け合い」を地域で作り上げる

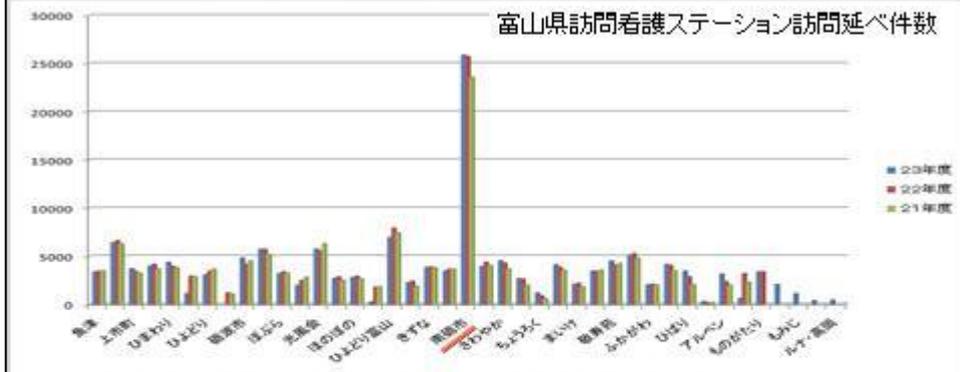
- 1、**自助**；尊厳の保持と自立(家族の協力)
  - 2、**互助**；地域の絆での支え合い
  - 3、**共助**；医療・介護保険での支え合い
  - 4、**公助**；福祉・行政サービスでの支援
- 医療、介護や行政の専門職等で基礎を作り  
住民が「お互い様」の思いで活動し、**家族や地域の絆**を強くします。

# 1、自助:本人の努力と家族の協力

尊厳の保持と自立支援に向けて



### 3、共助：医療・介護保険、在宅医療・介護機能



## 南砺市介護福祉支援センター



## 南砺市医師会地域連携部会

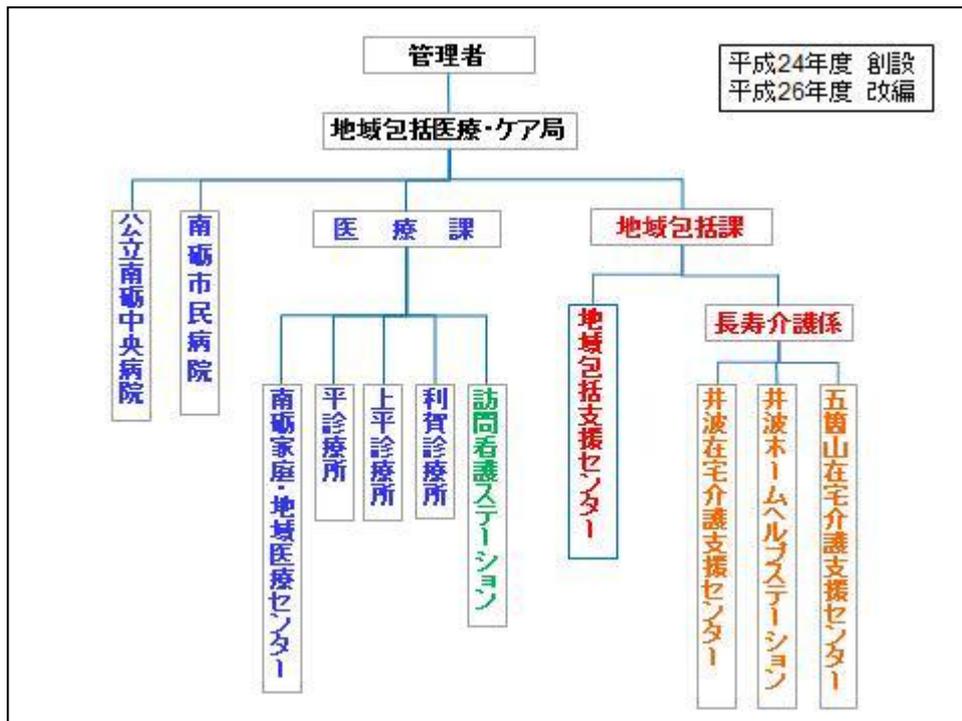
在宅医療・介護の連携と機能強化、共助  
医師会と地域包括支援センターが協力



平成25年11月20日

平成22年6月より隔月で開始。平成26年4月より毎月開催。





## 2、互助：地域の絆と支え合い、人・地域作り

**地域医療再生マイスター養成講座**  
6期、259名のマイスターを育成

平成21年10月：第1期開講  
定員：約50名  
医療局5名、医師5名、看護師  
保健師10名、福祉職10名、  
診療技術職5名、住民15名  
(婦人会10名、女性議員5名)

---

**第4回 南砺の地域医療を守り育てる会**

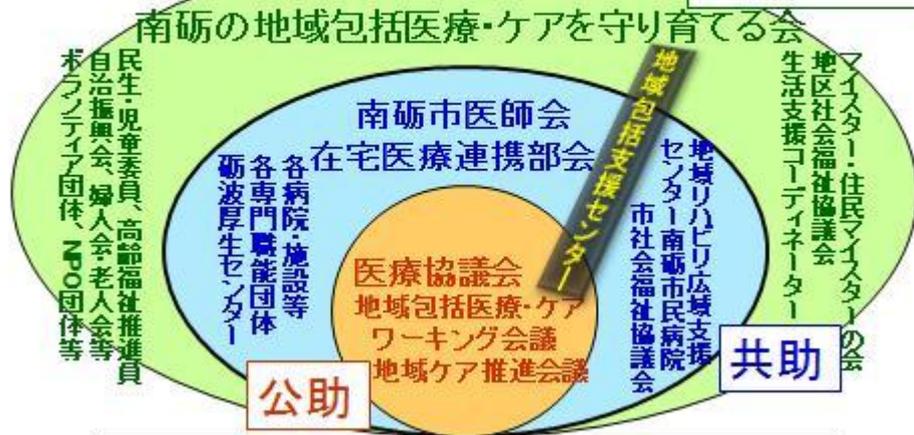
**【グループの活動報告】**

- ①家庭医・総合医育成の状況  
NANTO家庭医養成プログラム
- ②南砺市ナースプラクティショナー ナース養成講習会  
訪問看護・リハビリグループ
- ③住民健診受診率向上活動  
五箇山婦人会グループ
- ④認知症ネットワークの会  
地域包括支援センターグループ
- ⑤認知症の家族を支援する会  
ケアマネジャーグループ

## 南砺市型の地域包括医療・ケア体制の構図

住民、患者・家族の生活

自助・互助

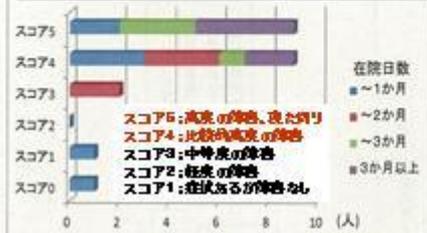


南砺市地域包括医療・ケア局、民生部、市長部局等

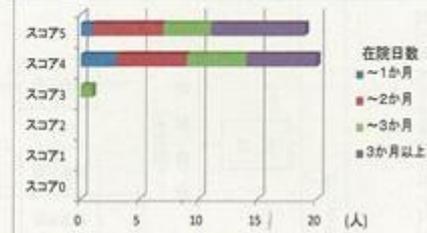
平成26年12月作成

## 脳卒中入院患者の重症度、退院先等(平成22年度砺波厚生センター調査)

「近隣総合病院⇒医療機関」のケース状況

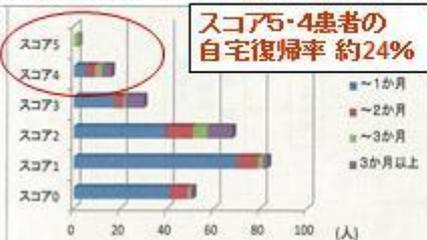


「近隣総合病院⇒療養型病院」のケース状況



## <病院から自宅に退院したケースの状況>

「近隣総合病院(514床)⇒自宅」のケース状況



「南砺市民病院(180床)⇒自宅」のケース状況

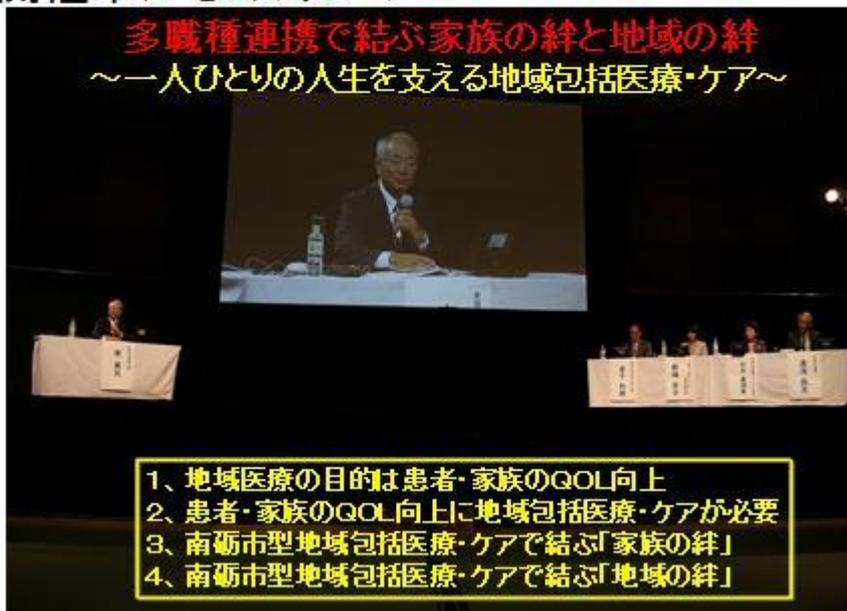


南砺市訪問看護ステーション  
 平成12年～24年の在宅看取り数の推移  
 (平成19年4月井波訪問看護ステーションとあおぞらが合併)



介護保険推進全国サミットinなんと <<2日目>>  
 開催市からのメッセージ

多職種連携で結ぶ家族の絆と地域の絆  
 ～一人ひとりの人生を支える地域包括医療・ケア～



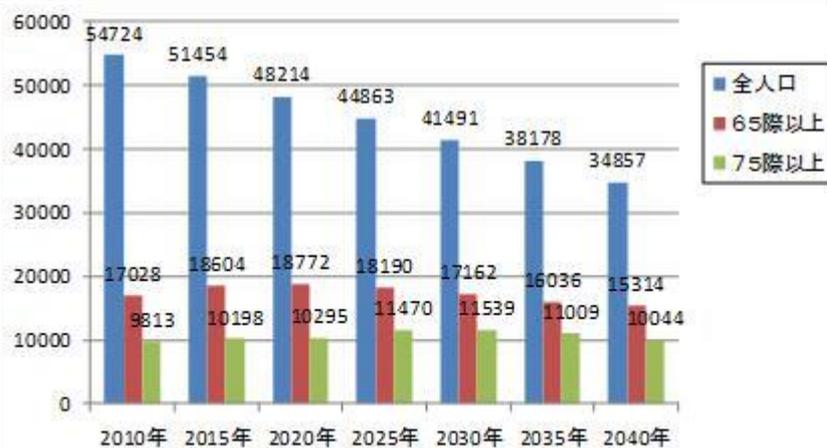
シンポジウム「地域包括ケアシステムの構築と住民参加」  
平成27年2月3日 東京会場

## 南砺市における地域包括医療・ケアの取組 地域住民との協働

- 1、南砺市における地域包括医療・ケアの取組
- 2、より完成度の高い地域包括医療・ケアの構築へ、住民との協働

### 南砺市の人口推計(国立社会保障・人口問題研究所)

高齢者は増加せず医療は量の増加でなく質の転換が必要  
64歳以下人口の減少で、独居・老々世帯が増加し  
家族介護力と生活支援力の低下への対応が必要



問、その日の活動(食事をする、衣服を選ぶなど)を自分で判断できますか  
 生活圏域ニーズ調査(平成26年6月) 65歳以上約1.8万人中1.4万人回答、約80%



## 一人暮らし(80歳、男性)事例

**生活状況:**平成21年妻を亡くしてから一人暮らし。長男は東京。家事・畑仕事と地区の世話等。

**病歴等:**特になし

**今回の経過**

- 平成23年頃より物忘れがみられた。平成24年頃から調理がやや困難となり、消費者被害にあい、財産を失う状況となった。
- 平成25年9月、息子と共に当院物忘れ外来受診。アルツハイマー型認知症軽度の診断で診療開始し、部落の方に見守り等依頼。
- 平成26年2月、屋根の雪降ろし中に転落し脊椎圧迫骨折で入院。被害妄想などで精神科病院転院。退院後、東京に移住。

**課題**

- 1) 思い出のある自宅で過せなかった。
- 2) 近所の方々の好意が生かせなかった。
- 3) 医療機関の対応では、支援に限界があった。
- 4) 近隣の方々の理解と協力、生活支援や介護が必要であった。

一人暮らしの認知症の人が笑顔で暮らせるまちづくり

平成26年11月23日 北日本新聞記事

北日本

# 認知症地域の「絆」支えに

富山大看護学会学術集会

## 南砺市長ら意見交換



南砺市では「地域分権」と「まちづくり」をキーワードに、住民生活の向上を図る。市役所や市民センター、市民会館など、まちづくりの拠点となる施設を整備し、住民生活の向上を図る。また、引越支援や、高齢者の生活支援など、まちづくりの取り組みを進めている。市長は、認知症の地域づくりについて、市民生活の向上を図る。また、引越支援や、高齢者の生活支援など、まちづくりの取り組みを進めている。市長は、認知症の地域づくりについて、市民生活の向上を図る。また、引越支援や、高齢者の生活支援など、まちづくりの取り組みを進めている。

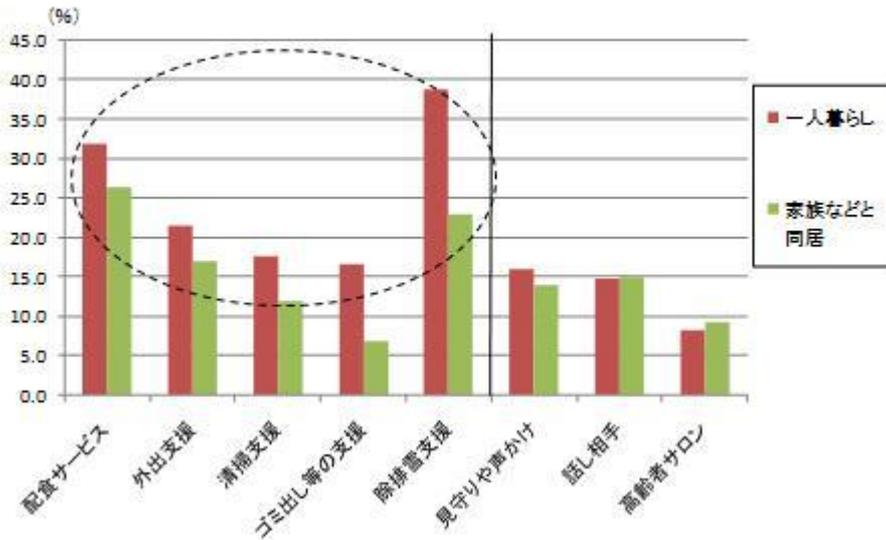
南砺市における規範の統合  
田中市長の街づくり宣言



「認知症の人」は「困った人」でない、「困っている人」  
 「認知症の人」は「大変な人」でない、  
 「大変な時期があるだけの人」  
 「認知症の人」は「住民や地域を良くする大切な人」

独居世帯は日常生活において不便を感じている。

問66 在宅生活を続ける上で利用したいサービス(複数回答)



平成27年1月6日

# 高齢者支援 住民が担う

## 介護保険制度の見直しに伴い、介護の必要性が低い要支援・要介護1、2の人口への訪問・通所介護事業が2015年度から、市単位の地域に移行される。市単位の引地区に住民を担い手とした生活支援の仕組みづくりを進める。市単位の引地区に住民を担い手とした生活支援の仕組みづくりを進める。市単位の引地区に住民を担い手とした生活支援の仕組みづくりを進める。

介護が必要なのうち比較的自立度が高い人口へのサービスが確保され、市町村事業へ移行される制度に合わせ、南砺市は2015年度から、自治体単位の引地区に住民を担い手とした生活支援の仕組みづくりを進める。市単位の引地区に住民を担い手とした生活支援の仕組みづくりを進める。市単位の引地区に住民を担い手とした生活支援の仕組みづくりを進める。

南砺市長・宮田 求

### 支え合いの輪を広げよう

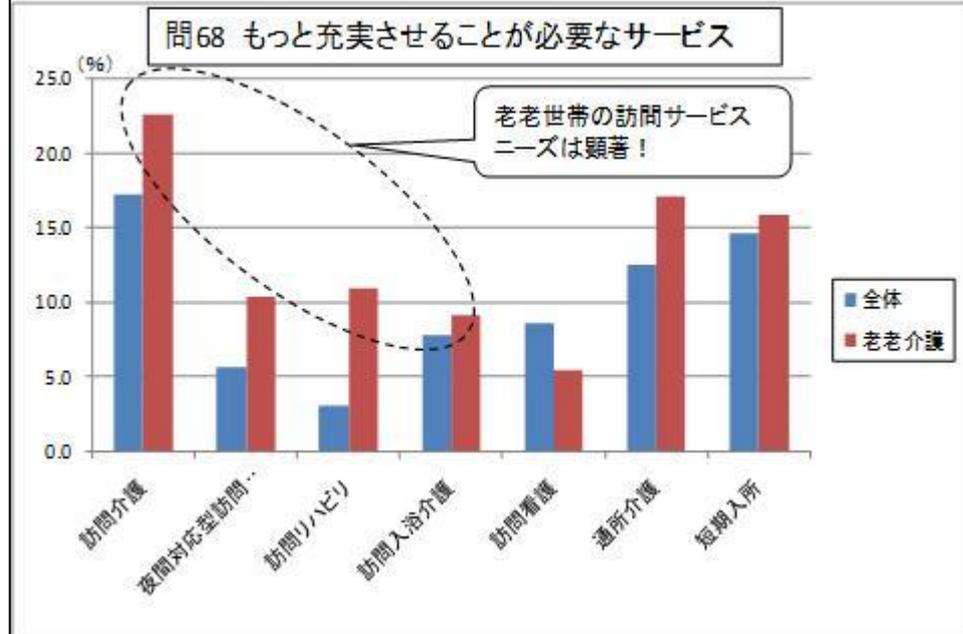
南砺の地域福祉

代行業をまとめる「ケアネット」は、最低1人を配線するだけで、な

互いに見守り 買い物代行も

南砺市は、15年度は特定高齢者でモデル事業を実施し、16年度から本格導入したい考えだ。自治体単位の引地区に移行される。市単位の引地区に住民を担い手とした生活支援の仕組みづくりを進める。市単位の引地区に住民を担い手とした生活支援の仕組みづくりを進める。市単位の引地区に住民を担い手とした生活支援の仕組みづくりを進める。

老老世帯については、訪問サービスのニーズが顕著に表れている。



## 基本的認識の一致が必要

### 家族の絆構築へ、介護を家族の義務から解放

- 1) 家族の絆は同居・別居に関係なく、自発的に無理なく介護し、要介護者の感謝で構築できる。
- 2) 家族の絆の構築と虐待・介護放棄は紙一重。
- 3) 家族の絆が構築できやすい条件として
  - ① 要介護になる前の良好な家族関係。
  - ② 地域を基盤とするケアと統合するケアの構築。

## 解決すべき課題、1

### 住民の選択と心構え(覚悟)

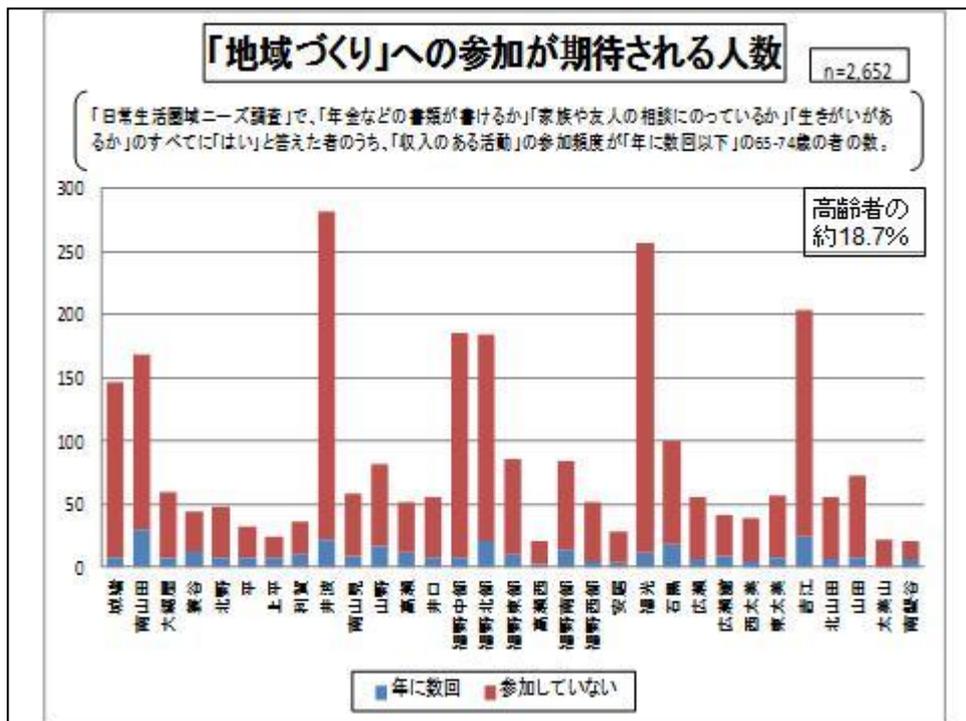
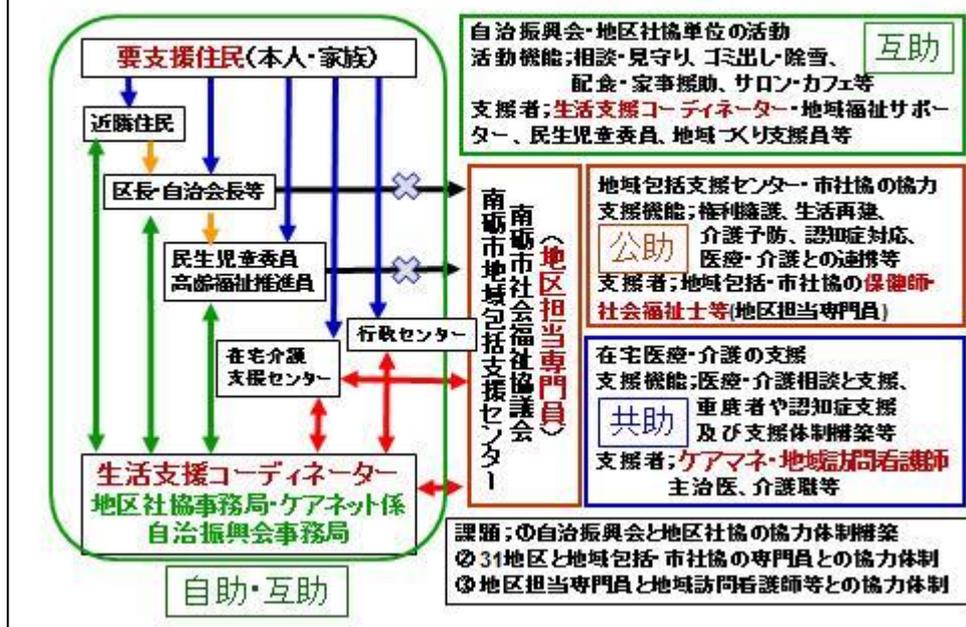
- 1) 人は老いと病から必ずいつか介護され死に至る。  
どこで住み、どう生きて、どう死を迎えるかを自分事として選択し、伝え、達成への努力を行う必要がある。
- 2) 家族や近隣住民もその選択を尊重し(尊厳の保持)  
自立への支援を行う必要がある。
- 3) 南砺市型高齢者養生訓などを参考に、心構えと活動を促す必要がある。

## 解決すべき課題、2

### 地域力向上; 地域を基盤とするケア構築

- 1) 31地区毎に住民自ら、必要な生活支援を確認し、構築し、支え合い、暮らしやすく暮らす価値のある地区を作る。
- 2) 各地区で必要な生活支援をコーディネートできる住民を育成し、迅速に適切な支援を提供する。必要時、地区担当専門員や地域訪問看護師等と連携し支援する。
- 3) 中重度の要介護者が自宅で生活を継続するには、家族介護から地域介護(ケア)への移行が必要である。地区の住民(中高年)が介護職員の初任者研修を受け、5地区毎に24時間対応型介護サービスを構築する。

### 31自治振興会の住民と専門職が協力し地域を基盤とするケアの構築





## 地域包括ケアは地域住民を巻き込んだ地域作り

- 1) 市長による規範の統合; 街作りへの共通認識構築
- 2) 指導者の存在; 地域包括ケアシステム構築や住民への啓発
- 3) 核となる行政職員の存在; 計画策定や地域作りへの取組み
- 4) ニーズ調査(悉皆)は重要; 関係者が情報共有し課題解決へ
- 5) 地域作りの専門職; 地域包括支援センターや社協の保健師  
社会福祉士等が事例を通し、住民と共に地域作り
- 6) マスコミの協力; 地域住民の意識啓発や行政・事業所の認識  
の統一へ地域の新聞が役割を發揮
- 7) 市議会議員の応援; 地域の住民代表としての理解と協力
- 8) 地区リーダーの育成; 地区作りへ一歩を踏み出すキーマン
- 9) 地区住民の参加; 地区の状況を知り、自分事として行動
- 10) 高齢者の参加; 元気高齢者の把握と社会参加の機会創出

3) 堀田 聡子氏((独)労働政策研究・研修機構 研究員)

2015年2月3日シンポジウム『地域包括ケアシステムの構築と住民参加』

## 地域包括ケアの担い手を考える

労働政策研究・研修機構研究員  
堀田聡子 (hotta@mcw-forum.or.jp)



1

## ケアをとりまくいくつかの変化



- 人口構成の変化(高齢化、少子化)
- 疾患構造の変化(複数疾病、継続発症、ケアサイクル)
- 健康概念の変化
- 支援観の変化(医療モデルから生活モデルへ、ICF)
- ケア・サポートの断片化・連続性の欠如
- (全体・無駄な)費用の肥大化

生活の質(個人・家族・地域の物語)、持続可能性

2

## 地域包括ケアとは:2つのコンセプト



### 地域を基盤とするケア (community-based care)

公衆衛生アプローチに立脚し、地域の健康上のニーズ、健康に関する信念や社会的価値観にあわせ、地域社会による参画を保証しながら構築されるケア (Plochg and Klazinga (2002))

### 統合ケア (integrated care)

診断・治療・ケア・リハビリテーション・健康増進に関連するサービスの投入・分配・管理と組織をまとめる概念 (Gröne and Garcia-Barbero (2001))

地域における最適を地域が自ら選ぶことが重要

※海外における統合ケアをめぐる動向及び我が国への示唆については前井孝子(2014)『地域包括ケアシステム構築のための3マネジメント戦略—integrated careの理論とその応用』中央法規出版、等を参照のこと。

## ケアの担い手をめぐって



ここでケアの担い手:フォーマル/インフォーマル、有償/無償(二分化できなくなっているが)、対象の別を問わず広くケアを行う者

### 1. まずインフォーマルケアラーへの着目

- アメリカ・スウェーデン・イギリス等の研究者によるケア・ケアラーの歴史への着目(1920年代頃~)と政策対応を要する事柄としての明確な位置づけ
- ケアラー団体の運動  
→ケアラー支援の制度化(1960年代後半~萌芽的に)
- ケアラーを視野にいれる政策領域の広がり
- 近年EU等では社会的排除との関連からケアラーを位置づけ  
ケアラーの社会的保護と社会的包摂をはかる政策検討

(Room et al.(1992),European Commission(2008)等)

## (参考) Eurocarersにおける ケアラー支援にかかる10の原則



- ① ケアラー認識: コミュニティケアにおける中心的役割を果たすという認識、この認識がケアラーに影響を及ぼす全ての政策に反映
- ② 社会的包摂: ケアラーが社会生活を享受する権利
- ③ 機会平等: ケアラーは生活の全側面において平等な機会を持つべき
- ④ 選択: ケアラーになりたいか/負担の程度を選択、ケアを必要とする人はケアラーを選択する権利を持つべき
- ⑤ 情報: ケアラーの経験・局面に応じた情報、助言、アドボカシー、訓練
- ⑥ 支援: 経済、実践、精神的支援と活用可能で手頃なフォーマルケアへのアクセス
- ⑦ ケアから離れる: ケアラー・ケアを必要とする人双方にニーズに応じたレスパイトケア等
- ⑧ ケアと仕事の両立: ケアと有給雇用両立の可能性(労働政策の前提)
- ⑨ ケアラーの健康増進
- ⑩ 経済保障: ケアの結果としての貧困化を避ける

出所: <http://www.eurocarers.org/index.php>

5

## 2. ケアワーカーへの注目

- 欧米で高齢・障がいのみならず保育も包摂するケアワーカーにかかる研究活発化(1980年代以降)
  - 多様なケアワークの射程、概念構造、実践の精緻な把握、福祉レジームと結びつけた配置・雇用、教育・コンピテンスの検討 (Moss and Cameron(2002)等)
- とりわけ長期ケアに携わるケアワーカーの確保定着が各国の政策課題に(2000年代以降)
  - 規模、属性、確保定着策にかかる国際比較の蓄積 (Fujisawa and Colombo(2009)等)

## 3. 多様化するケア提供主体の把握と支援

- フォーマル/インフォーマル、有償/無償といった二分法を超え多様化するケア提供主体の概念整理 (Ungerson(1997)、Pfau-Effinger and Geissler eds.(2005)等)
- 家族・世帯、市場、国家、コミュニティ・ボランティア: ケアダイヤモンドによる供給バランスの把握 (Razavi(2007))
- とりわけ長期ケアについてはケアの担い手の全体像の実態把握と充実に向けた方策展開 (Colombo et al.(2011))

6

#### 4. ケアの担い手(主体)としての患者・利用者

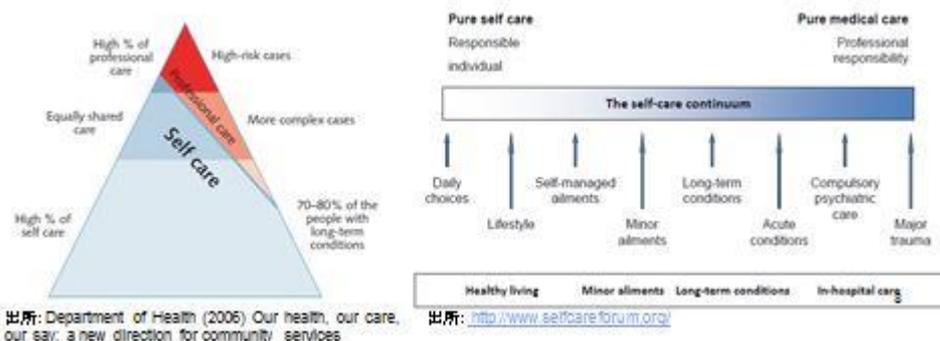
- 1950年代の「患者役割論」(Parsons(1951)): 社会的役割の免除、医療者の指示に従い援助を受け入れる患者  
～「病院の世紀」(松原(2010))における専門職のイニシアティブに基づく治療の「受け手」としての患者像
- 高齢化の進展のなかで慢性疾患患者が急増するにつれ患者像が転換: 先を見越した行動をとるケアチームと生産的相互関係を結ぶ「情報とスキルと自信を持つ活性化された患者」像へ (Wagner et al.(1999,2001)等)
- セルフマネジメントを高める施策の展開、その効果に関する研究 (Lorig et al.(1999), Expert Patients Programme Community Interest Company(2010)等)
  - 米・スタンフォード大学で1980年代に開始されたChronic Disease Self Management Programme(世界20カ国で展開)
  - 英・保健省とNHSが主導するExpert Patient Programme (松原(2010))
 :「LayExpert(素人専門家)」という概念
- ただしもちろん依然として医療者に従属的でありたい患者も多い (Wiles and Higgins(1996), Gabe et al.(2003))



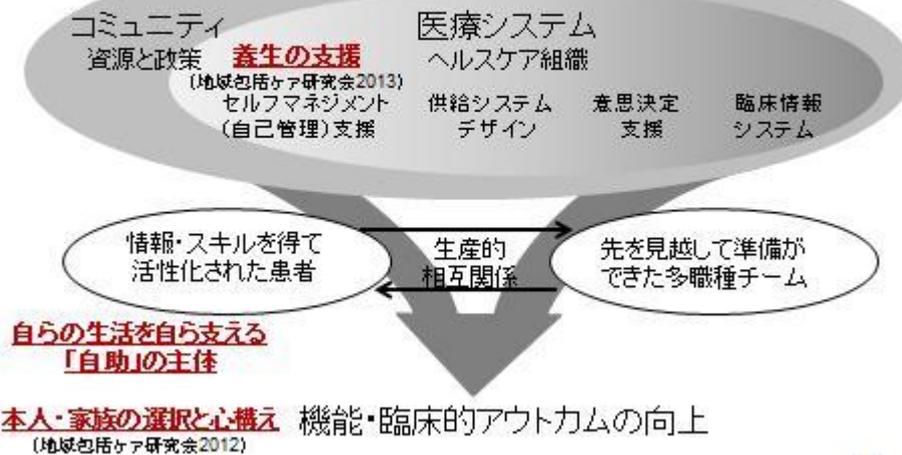
7

#### (参考)NHS改革とセルフケア

- ケアを必要とする多くの人にとってセルフケアが重要、セルフケアはQol及び患者満足度↑医療資源節減につながる→セルフケア振興が不可欠 (イギリス保健省(2005)『セルフケア白書』)
- 「self-care continuum」という概念を用いて、セルフケアと専門職ケアの配分や焦点が心身状況に応じて変化していくことを示すとともに、セルフケアサポートのあり方を整理する。



## Wagnerらの慢性疾患ケアモデル(CCM) 「客体」から「主体」へ/患者-専門職関係を越えて



出所: Wagner et al. (1999, 2001)

## 慢性疾患ケアのための コアコンピタンス

- 患者中心ケア**
  - 効果的なコミュニケーション
  - 健康行動変容のサポート
  - セルフマネジメント支援
  - プロアクティブアプローチ
- 協働 (Partnering)**
  - 患者と
  - 他の提供者と
  - コミュニティと
- 質向上**
  - プロセス・成果の測定
  - 学習→変化
  - エビデンスを実践に反映
- ICT**
  - 患者の登録
  - パートナーとのコミュニケーション
  - コンピュータ技術の活用
- 公衆衛生視点**
  - Population-based care
  - 予防重視とケアの連続を横断する働き
  - プライマリケア主導のシステム

出所: WHO (2005), Nolte and McKee (2008)

10

# プライマリ・ケアの統合的機能 に基づく統合ケアの概念枠組み



(2) 事例発表

1) 北海道喜茂別町 東原 弘行氏

テレビ電話・IP告知端末を  
活用した健康管理や見守りシステム



喜茂別町元気応援課  
喜茂別町地域包括支援センター  
平成27年2月

喜茂別町の概要 ～ 町勢要覧 ～

喜茂別って!



「道の駅」と「郷の駅」があるよ。  
ビュースポットが  
たくさんあるよ。

アートと自然が  
マッチしているよ。

アスパラガス  
栽培適性の地だよ。

「道の駅」と「郷の駅」があるよ。  
ビュースポットが  
たくさんあるよ。

アートと自然が  
マッチしているよ。

アスパラガス  
栽培適性の地だよ。



- 人口:2,327名(12月末現在)
- 男:1,164名 女:1,163名
- 高齢者数:891名
- 高齢化率:38.29%
- 世帯数:1,263世帯



## IP告知端末



## 現在の取り組みについて

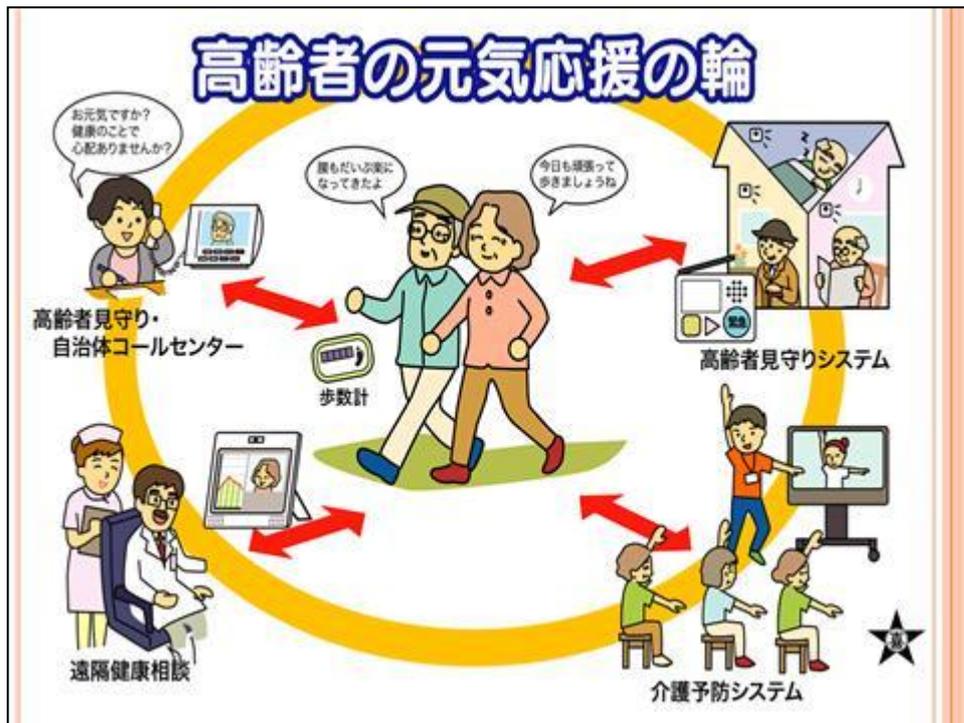
ICT活用による「新しい公共」型「地域の安心と活性化」事業（社会イノベーション推進のためのモデル事業）として、平成23年度から取り組んでいる。

1. 実施自治体（3町、1村）
  - ・喜茂別町、ニセコ町、積丹町、島牧村
2. 実施内容
  - ①介護予防
  - ②見守りセンサー
  - ③遠隔健康相談
  - ④コールセンター



## 4町村の位置





## 実施状況

	喜茂別町	ニセコ町	積丹町	島牧村
①遠隔健康相談	実施 約20名	実施 20名	実施 40名	実施 30名
②見守り	実施 5件	実施 15件	不要	実施 5件
③介護予防	未導入	導入検討	導入検討	不要
④コールセンター	実施	未導入	未導入	未導入



平成26年度 喜茂別町介護予防事業

## 体づくりは 元気づくり 目指せ！きもべつ元気シニア

介護予防事業とは、自分らしい生活までできるだけの強い心と体を保つことです。喜茂別町で介護予防事業を実施している施設があります。積極的に参加し、介護が必要になる状態になるのを予防することを目指しましょう。

	午前	午後
月曜	エグゼサイズ運動 運動不足の解消にエクササイズ を取り入れ、心臓を強くし て健康に過ごしましょう！	きもべつ元気シニア きもべつ元気シニア の仲間と楽しく過ごそう。
火曜	心身バランスの調整 ふれあい体操 心身バランスを整え、心と体 を強くしましょう。	ふれあい体操 心身バランスを整え、心と 体を強くしましょう。 心身バランスの調整 ふれあい体操 心身バランスを整え、心と 体を強くしましょう。
水曜	心身バランスの調整 ふれあい体操 心身バランスを整え、心と体 を強くしましょう。	
木曜	心身バランスの調整 ふれあい体操 心身バランスを整え、心と体 を強くしましょう。	
金曜	ストレッチングと肩のケア 肩の痛みを解消し、肩の 動きを良くしましょう。 ※1-2週	
金曜	ストレッチングと肩のケア 肩の痛みを解消し、肩の 動きを良くしましょう。 ※1-2週	認知不安（午後開催） 認知症予防のための 認知症予防の勉強会 認知症予防の勉強会 認知症予防の勉強会 認知症予防の勉強会 ※1-2週

気軽に参加がうれしい！ 社会福祉協議会 ☎33-3024 ℓ33-3023

平成26年度 喜茂別町介護予防事業

## ウサパラ元気体操教室

うさぎの先生たちと一緒に、元気な体づくりをしましょう。

午前	午後
うさぎコース (足腰強化！) 毎週 木曜日 10:00~11:30	さわやかコース (姿勢矯正！) 毎週 火曜日 10:00~11:30
バランスコース (バランス改善！) 毎週 水曜日 10:00~11:30	

いずれの教室も、安全で効果の高い「イスで行なう体操」  
が中心となっていますので無理なく安心して取り組めます。

ここから先決条件に形してー

ふれあい食堂 ～お昼ごはん～  
1食 432円 ※1週間前までに予約ください

毎週に内容が変わり様々

サロンでゆったり  
カラオケ  
おしゃべり  
交流  
麻雀・花札など

対象者：65歳以上の市民で、保健師が必要と認められた方  
お身体の状態に合わせ、もっとも効果的な教室をおすすめします！

【お問合せ】  
喜茂別町役場 元気応援課 ☎ 55-5101  
喜茂別町社会福祉協議会 ☎ 33-3024

## 見守りセンサー設置

利用者宅の①居間、②寝室、③玄関にセンサーを設置。  
一定時間、動きがみられず、「異常」と判断された場合は、あらかじめ指定した3か所（家族・近所・民生委員・消防など）の連絡先に通報される仕組み。  
センサーが感知した動きの確認は、インターネットを介して生活リズムの情報収集が可能となっている。

5件設置



## 遠隔健康相談： テレビ電話健康ネットワーク

歩数計を1週～2週に1回データ更新し、健康状態を数値・グラフ化（視覚化）、データを確認しながら適切な指導を受けられる。



### 遠隔健康相談参加者の感想

#### Aさん 女性62歳

万歩計をつけて、歩くことを意識するようになりました。一度洗濯をして使えなくなったら、歩く気がしなくなりました。

また、噛むことも気をつけるようになりました。

これを通じて一週間に一回、皆さんと会えるのがとても楽しみです。おかげさまで今まで顔は知っていても直接お話ししたことがなかった人とも話せるようになりました。★

とてもうれしく思っています。

### 遠隔健康相談参加者の感想

#### Bさん 男性70歳

運動はウォーキングを1時間ほどします。冬は雪で滑るしバランスを保つために、ノルディックポールで歩いています。そしていつもバランスを自分で確認しています。そうすると、ああ、きれいに歩いているなと思うとやはり嬉しくなり、頑張ったせいか最近痩せてきたねと言われるようになりました。

以前はご飯を一膳食べていましたが、少し減らしています。間食も止めました。体重計に乗って試行錯誤の毎日ですが、どんな事でもそういう試行錯誤する事自体がとても大事なのではないかと思います。

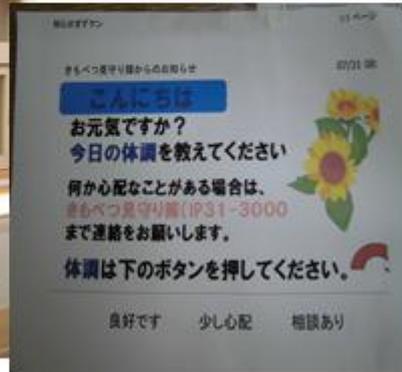
楽しみは、パークゴルフをすることや、夕方6時頃に夫婦で諷合いながら一緒に歩く事です。大体一緒に歩いているが、ゆっくり互いの速度を合わせて、話しながらコミュニケーションをとりながら歩いています。★

## コールセンター：見守り隊コール



見守り隊として、2名配置

配信の返事がない方や心配な方にIP端末を使い電話をしている



## 実績



<1か月分の状況>  
実施世帯数: 月曜日 38世帯  
火曜日 36世帯  
水曜日 37世帯  
木曜日 34世帯

1週間で145世帯

臨時対応人数: 1日 5~10名

<事業成果として>

- ・お腹の痛みの訴えがいつもと違う反応で「あれ？」と思えたことで、病院受診につないだところ、重傷な病気が発見された。
- ・周田も心配していた方で、電話での信頼関係が構築され、デイサービスの利用をスムーズに受け入れられた。



## IP端末活用してのメリットエピソード

### ★子育て中の母より

「こんなブツブツ出てるんです」

「熱はあるけど、こんな感じで動いています。」

と、相談あった際、実際に見て判断し、助言ができた。

### ★年配者から

こんな書類が来たけど・・・今までは電話で言葉だけでわかりにくかったが、画像をみながら、こちらも見せながら指示できる。

### ★全年齢

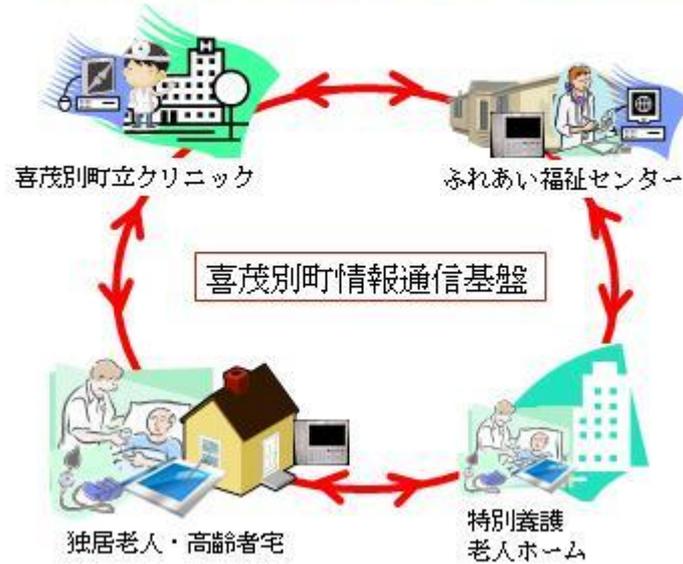
顔をみながら、表情を確認しながら話せる安心感。



## 今後の展望



## IT技術と人の繋がりで福祉・医療の充実。



## 救急（緊急）現場と医師の連携



END

喜茂別町元気応援課（喜茂別町地域包括支援センター）  
TEL：0136-55-5101  
FAX：0136-33-3000



2) 東京都武蔵野市 笹井 肇氏

＜地域包括ケアシステムの構築と住民参加＞

「まちぐるみの支え合いの仕組み  
としての地域包括ケア」

1. 武蔵野市における地域包括ケアシステムの基本的考え方
2. 武蔵野市における市民協働による“まちぐるみの支え合いの仕組みづくり”

平成27(2015年)2月3日

武蔵野市健康福祉部長 笹井 肇

1

1. 武蔵野市における地域包括ケアシステムの基本的考え方

2

武蔵野市は平成12年3月に介護保険条例とともに、高齢者福祉総合条例を同時に制定

- ①介護保険制度は高齢者介護の一部分しか担えない
- ②高齢者の生活を総合的に支える「まちづくり」の目標

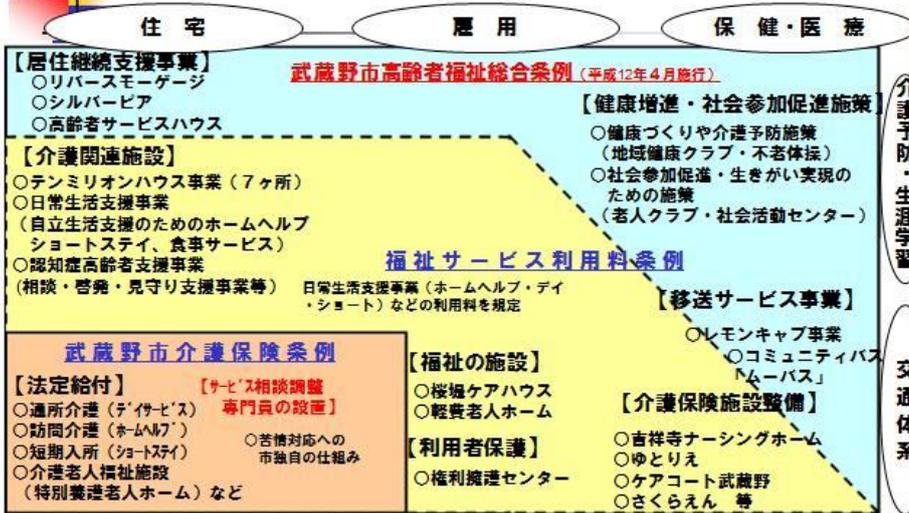
<基本理念>

(高齢者福祉総合条例第2条)

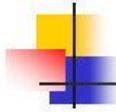
- (1)高齢者の尊厳の尊重
- (2)高齢者が住み慣れた地域で安心していきいきと暮らせるまちづくりの推進
- (3)自助・共助・公助に基づく役割分担と社会資源の活用、保健・医療・福祉の連携の推進
- (4)市民自ら健康で豊かな高齢期を迎えるための努力

3

武蔵野市の地域包括ケアシステムは  
高齢者福祉総合条例による総合的な施策体系を基礎としている



4



## 2. 武蔵野市における市民協働による “まちぐるみの支え合いの仕組みづくり”

5

### 2025年に向けて 武蔵野市が目指す高齢者の姿

武蔵野市  
介護保険  
事業計画

6th

1日でも長くいきいきと健康に

ひとり暮らしでも

認知症になっても

中・重度の要介護状態になっても

住み慣れた地域で  
生活を継続できる

6

## 1日でも長くいきいきと健康に

お風呂で「不老体操」  
公衆浴場で健康体操と入浴  
地域の老人クラブの皆さん  
の協力で開催



高齢者自身が助け合  
い活動の受け手であ  
ると同時に助け手でも  
あることを目指して...

「男性のための料理教室」



7

## 1日でも長くいきいきと健康に

### 地域健康クラブ

まごやか！はつあつ！  
増える元気！で  
満たされます！



高齢者の健康づくりを地域で支える事業として、各コミュニティ協議会  
と市の共催で、コミュニティセンターなど18カ所で開催しています。  
体操を通じて、地域社会の仲間づくりができる講座です！  
全会場の受講者が一堂に会するイベントもあります！

《お問い合わせ先》社会活動センター  
(武蔵野市高齢者総合センター内、電話0422-51-1975)

8

# 1日でも長くいきいきと健康に

## テンミリオンハウス

リバースモーゲージによる遺贈物件・空き家・市有施設などを活用し、NPOや住民組織等が運営。市が年間1000万円を限度として補助。

■地域での見守りや社会とのつながりが必要な方の生活を支援する「近・小・軽」の施設。



体操プログラム

### <サービス内容>

手芸・書道・体操・健康麻雀など各種プログラムのほか、喫茶・世代間交流・緊急ショートステイなどを実施している施設もあります。地域住民向けのイベントも実施しています。



テンミリオンハウスくるみの木

No.	施設名	住所	電話番号
①	川路さんち	西久保1-34-2	55-6239
②	月見路	吉祥寺北町1-11-7	20-8398
③	関三倶楽部	関前3-37-24	56-9047
④	そ〜らの家	吉祥寺南町5-6-16	71-3336
⑤	きんもくせい	境4-10-4	50-2611
⑥	花時計	境南町2-25-3	32-8323
⑦	くるみの木	中町3-25-17	38-7552



9

# 1日でも長くいきいきと健康に

## レモンキャブ

■誰もが気軽に外出できるまちを目指して、外出が困難な方のためにできた移送サービス

～運転手は同じまちに住んでいる人～  
運転手をつとめるのは、店主を中心とした地域の有償ボランティアです。共助による地域を支えるサービスを提供。



### ～ご利用について～

- ◆ご利用できる方  
高齢者や身体に障害を持つ方でバスやタクシーなどの利用が困難な市民の方
- ◆料金  
30分ごとに800円  
利用会員登録（年会費1,000円）が必要です。  
登録手続きは武蔵野市民社会福祉協議会でできます。

### ～福祉型軽自動車を使用～

使用している車両は、身体の不自由な人にも使いやすいように配慮された福祉型車両です。

《お問い合わせ先》武蔵野市民社会福祉協議会  
吉祥寺北町1-9-1（1階）TEL. 23-0701

10

## ひとり暮らしでも

武蔵野市では4人に1人がひとり暮らし高齢者

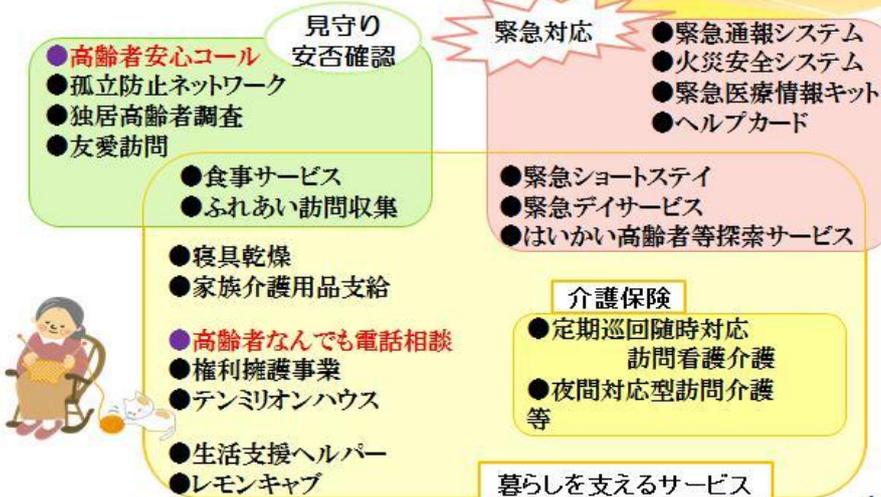
■今後10年間で、ひとり暮らし高齢者は1.2倍、高齢者のみ世帯は1.1倍に増加すると予想されています。



11

## ひとり暮らしでも

■ひとり暮らし高齢者等の安心を守る施策



12

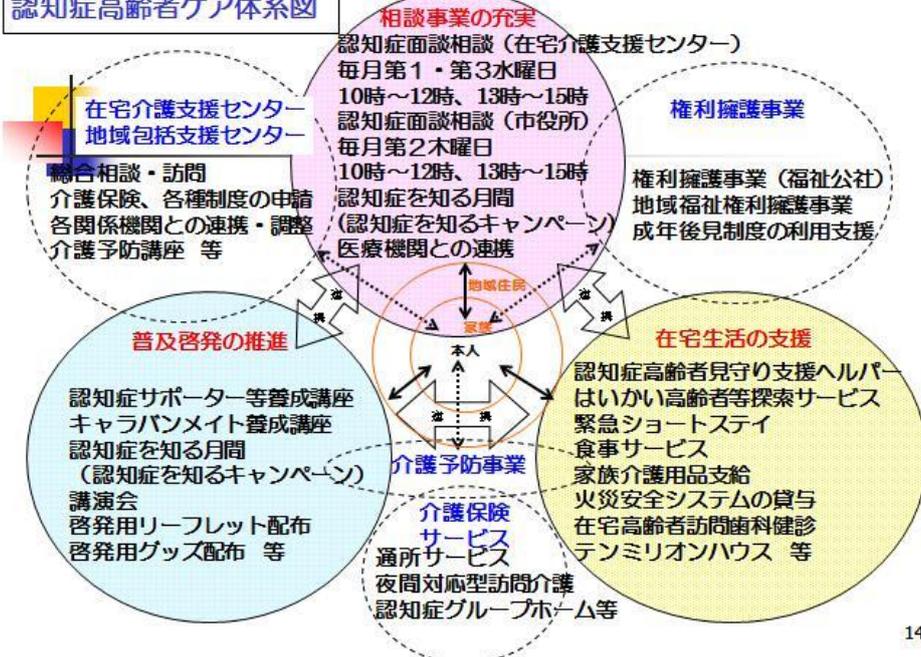
認知症になっても

認知症高齢者の推計(自立度Ⅱ以上)

■認知症高齢者数は増え続け、平成40年(2028年)には、約5,000人に達することが予想されます。



認知症高齢者ケア体系図



## 認知症になっても

### 認知症サポーターやNPOとともに“いきいき脳の健康教室”開催

**要介護・要支援認定を受けていない高齢者の中にも、  
認知機能のリスクを保有している方が26.2%** (平成20年生活機能調査結果)

- ・地域包括支援センターが「脳の健康教室」を実施。受講者の脳の健康づくり(脳の活性化)を図るとともに受講者や教室サポーターの方々が仲間をつくり、社会とのつながりを深めることでの地域コミュニティづくりをめざす。
- ・「読み書き」「計算」による脳のトレーニングに加え、日常生活の中で意識的に歩くことやバランスのよい食事を心がける「日本縦断KKC(健康健脚チャレンジ)」を実施。
- ・地域の認知症サポーターや認知症予防NPOのスタッフが教室サポーターとして協力。教室での“楽習”支援や、仲間づくりのための声かけなどを担って、活気あふれる教室にしている。

スラスラできる計算教材



\*やさしい計算と音読が脳(前頭前野)を活性化させるという、  
東北大学・川島隆太教授(医学博士)の研究により開発された教材を使います。

15

## 認知症になっても

### 認知症の方への市民声かけ講座

- 地域福祉の会(地域福祉活動推進協議会:市内13地域で組織化)と在宅介護支援センター(地域包括支援センターブランチ)が共催。平成25年3月から現在まで4地域で実施。
- 「認知症高齢者への声かけのポイント」の講義後、公園で認知症高齢者役に扮した在支職員への声かけ体験を行い、最後にグループディスカッションにより体験の共有化を図る。
- 認知症への理解とともに、認知症以外のちょっとした手助けが必要な人(障害者や子育て中の親など)への気づきがあり、地域の見守り意識の向上につながっている。



16

新しい総合事業に相当する武蔵野市の現行サービス類型検討案(1)

	サービス種別	相当する武蔵野市の現行サービス	対象者と事業内容	サービス提供者	H25利用 延人数	H26予算
訪問系(介護予防・生活支援サービス事業)	訪問介護 (現行の訪問介護相当)	介護予防訪問介護 (保険給付)	・要支援認定者 ・訪問介護員による身体介護、生活援助	介護保険訪問介護事業所	3,151	59,252,082
	訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	生活支援ヘルパー派遣事業	・おおむね65歳以上の高齢者及び高齢者のみ世帯 ・自立生活の継続のために、食材の買い物、室内の整理等の軽易な生活支援。1日1時間、週2回、合計28時間まで	介護保険訪問介護事業所、シルバー人材センター	991	16,660,000
		認知症見守り支援事業	・おおむね65歳以上の高齢者で認知症の症状を有している方 ・①見守り②話し相手③外出支援(散歩付添)④その他、認知症の周辺症状が緩和できるための援助。週4回まで、1週あたり合計40時間まで	(公財)武蔵野市福祉公社ホームヘルプセンター武蔵野	311	6,675,000
	訪問型サービスB (住民主体による支援)	家事援助サービス	・掃除、洗濯、料理、買い物、話し相手、通院・散歩付添い ・一人あたりの時間料金の目安1.5時間 1,665円～+交通費実費	(公社)武蔵野市シルバー人材センター(会員257人)	1,915	26,590,907

※ 総合事業のサービス種別については、介護保険事業についての今後の財政シミュレーションや地域包括支援センターの業務量等を勘案した結果、変更することがありうる(2014年8月30日現在の類型案)。

17

新しい総合事業に相当する武蔵野市の現行サービス類型検討案(2)

	サービス種別	相当する武蔵野市の現行サービス	対象者と事業内容	サービス提供者	H25利用 延人数	H26予算
通所系(介護予防・生活支援サービス事業)	通所介護 (現行の通所介護相当)	介護予防通所介護 (保険給付)	・要支援認定者 ・デイサービスセンターなどで行われる機能訓練等	介護保険通所介護事業所	2,861	99,127,029
	通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	健康やわら体操	・市内在住、65歳以上 ・柔道場の畳の上での柔道の動きを取り入れた簡単な体操。柔道整復師が体操の指導を行い、楽しみながら体力づくりを目指す教室	(公社)東京都柔道整復師会武蔵野支部	I期243人	2,253,420
		不老体操浴場開放	・市内在住の60歳以上の方 ・浴場7ヶ所、コミセン8ヶ所+在宅介護支援センター1ヶ所で開催	生活体操研究会	13,189	18,299,723
		地域健康クラブ事業	・市内在住の60歳以上の方 ・「生きがいと健康づくり推進事業」として武蔵野市福祉公社へ委託 ・健康プロモーターが地域健康クラブのプログラムを企画、指導を実施し、参加者の体力に合わせた健康づくりのためのアドバイスを行う ・市内18か所のコミセン他2会場で実施。平成20年度からは、市内3か所のコミセンで、①コース(弱体力から普通)②コース(普通から元気)とコース別に分け実施	【運営委託先】ヘルシーライフプロジェクト	31,215	15,928,000
		ときめきムーブメント	・市内在住の60歳以上の方 ・主に体力がない方を対象とした、1年間の体操講座	(公財)武蔵野市福祉公社、高齢者総合センター	2,660	133,000
	気楽に動こう	・市内在住の60歳以上の方 ・主に体力がない方を対象とした、随時入会可能な自由入会講座	(公財)武蔵野市福祉公社、高齢者総合センター	1,143	523,600	
通所型サービスB (住民主体による支援)	デンミリオンハウス事業	・主に市内在住の65歳以上の高齢者で、自己通所可能な方(一部例外あり) ・ミニデイサービス、喫茶、世代間交流、緊急ショートステイなど	市民団体、NPO(7団体)	32,217	95,411,000	

18

新しい総合事業に相当する武蔵野市の現行サービス類型検討案(3)

サービス種別	相当する武蔵野市の現行サービス	対象者と事業内容	サービス提供者	H25利用延人数	H26予算
通所系(一般介護予防事業)	栄養改善おいしく元気アップ!教室	・65歳以上の市民 ・現在の食生活をより栄養バランスの良いものにするためのプログラム ・管理栄養士による個別相談と簡単な試食、軽い体操やお口の体操を行う	株式会社コナミス スポーツ&ライフ	I期14人	1,400,652
	口腔機能向上歯つらつ健康教室(口腔ケアプログラム)	・市内在住で65歳以上の方 ・食べることの意義や口腔機能についての講義、歯みがき指導、歯つらつ体操、唾液腺マッサージを歯科医師、歯科衛生士が行う	(公社)東京都武蔵野市歯科医師会	I期75人	1,720,244
	健康体操教室	・20歳以上の運動可能な武蔵野市民、要介護・要支援認定を受けていない方、医師から運動制限を受けていない方 ・自由参加制、曜日(月・火・水・金)ごとの頻度の異なるプログラムに合わせたソフトな体操や筋力トレーニングや、オリジナル体操「たんだん居力アップ体操」を実施、はじめて参加する方のために月1回入門クラスを実施、(体力測定とガイダンスあり)	(有)昌博企画	4,494名	4,525,200
	高齢者筋力向上教室 健康積立預筋体操教室(東部・吉祥寺駅周辺) 「こここ」運動教室(西部・武蔵境駅周辺)	・筋力の衰えを感じている65歳以上の市民 ・市内スポーツクラブ2か所での筋力向上のための体操教室を実施、年3期、各期12回(週1回)、参加費3,000円(1コース) ・「こここ」運動教室はマシンの使用あり、NAS吉祥寺は毎期マシンの体験日あり	健康積立預筋体操教室:スポーツクラブNAS吉祥寺 「こここ」運動教室:コナミススポーツ&ライフ	NAS91名 コナミス84名	5,123,035
	健康づくり応援教室(こころばぬコース、保健センター)	・65歳以上の市民で転ぶことに不安のある方、要介護認定者は不可 ・厚生労働省「介護予防関係マニュアル」東京都老人総合研究所転倒予防プログラムに基づく、転倒予防に効果的な筋力のアップとバランス良い歩行についての運動実技を中心とした健康維持・増進のための教室、年3期、各期12回(週1回)	駒ニシティ学館	105名	2,458,534
	高齢者保養施設利用助成	・市内在住の60歳以上の方、市が契約している保養施設の利用料助成を行う、年度内4泊まで、1泊につき3,000円の助成	旅館、ホテル等24施設	2,135泊	6,940,627
	高齢者食事学	・高齢期の栄養についてのアドバイス、食べること・作ることの楽しさを市協賛栄養士による料理講習会・講演会を通して学ぶ ①生活習慣病②介護者のための料理③男性のための料理講習会	高齢者食事学研究会	①479 ②33 ③192	2,224,800

地域包括ケア推進へ向けた武蔵野市の課題と展望<まとめ>

武蔵野市の地域包括ケアが目指すものは...

- 2025年に向けた”まちぐるみの支え合いの仕組みづくり”
- 基本的方向性: 地域リハビリテーションの理念に基づくとともに、高齢者福祉総合条例の基本理念や主要施策を基礎として、「体系化」と「改革」を進める!
- 基本目標: 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“**尊厳**”を保持し、「**高齢者のQOL**」と「**居宅生活の限界点**」を高める!
- 推進手法: 行政だけでなく市内の社会福祉法人や介護事業者をはじめ、保健・医療・介護などの関係機関の“**多職種**”が、地域の「**互助**」「**共助**」の力とともに協働して推進する!

 私たちの英知を結集しましょう!  
ご清聴ありがとうございました。

3) 静岡県富士宮市 土屋 幸己氏

「地域包括ケアシステムの考え方とその実践」

富士宮市における地域包括ケアシステム  
構築の取り組み

1

富士宮市の現状			
人口 (H26.5.1現在)			
全人口	135,200人		
高齢者数	33,423人		
高齢化率	24.7%	→ 日本2013.10 25.1%	
手機所持者数 (H25.3.11現在)			
身体障害者手機	4,732人		
障害手機	1,020人		
精神障害者保健福祉手機	435人		
介護認定者数 (H26.4.30現在)			
要支援1・2	1,120人		
要介護1～5	4,141人		
認知症高齢者 (H26.4.1現在)			
日常生活自立度Ⅰ	1,110人		
日常生活自立度Ⅱ	1,870人		
日常生活自立度Ⅲ以上	1,888人		
合計	4,868人	→ 65歳以上の14%	
高齢者世帯数 (H26静岡県高齢者福祉行政の基礎調査)			
富士宮市全世帯数	53,180世帯		
高齢者のみの世帯	10,634世帯	→ 全世帯の20%	
65歳以上二人暮らし世帯数	4,909世帯		
65歳以上単独世帯数	3,362世帯	→ 全世帯の10%	
その他 (H25年度)			
持ち家率	74.5%	→ 全国82.1% 静岡県85.7%	
生活困窮(経済的困窮)相談件数	654件		
生活保護受給者数	554人	→ 0.4%(1000人に4人)	
自死者数	27人	全国1.58% 静岡県0.89%(全国39位)	
生活福祉資金利用世帯数	27人	厚労省「福祉行政報告例H23.2」	2

## ● 地域包括ケアシステムの推進

### 日本の統合型のケア(Integrated care)の概念

急性期から回復期へ(垂直統合)  
医療分野における機能分担

先進諸国の医療サービスは、急性期医療を高度に発展させてきた。このシステムでは、急性期患者が入院すれば、高いコストパフォーマンスが得られた。慢性疾患を複数抱え、回復が遅い高齢者に対して、同じシステムで対応しても、成果は低くなる。

※(2012年度厚労省調査では、一般急性期病院でありながら、医療処置が必要ない患者の割合が50%を超えている)

慢性期ケア(水平統合)

生活圏域で  
体制整備

医療・介護・生活支援の連携

地域を基盤としたケア (community based care)

「概ね30分以内に駆けつけられる範囲(中学校区等)の中で、医療と介護の統合ケア(integrated care)が提供できるというケア体制」

(参考)日本経済新聞(2014.10.28)

医療・介護改革の論点(下) 地域包括ケア、住民主体で 兵庫県立大学教授 筒井孝子

## ● 地域包括ケアシステムの推進

### 富士宮市の統合型のケア(Integrated care)は？

急性期から回復期へ(垂直統合)  
医療分野における機能分担

目的 ケアサービスの連続性と統合の向上、ケアの質、アクセス、効率性を改善。

#### ① 急性期から回復期、更には慢性期へと至る垂直統合

- 急性期入院医療(富士宮市立病院、N病院、F病院等)
- 包括ケア病棟(重急性期対象 入院リハ→在宅 レスパイトケア)
- 回復期におけるリハビリテーション(K病院、リハビリ病院、Fクリニック等)
- 介護等の生活維持期のケア(K病院、S病院、F病院等)

医療連携/IS  
・閉血管疾患  
・大腸直腸科専門

慢性期ケア(水平統合)

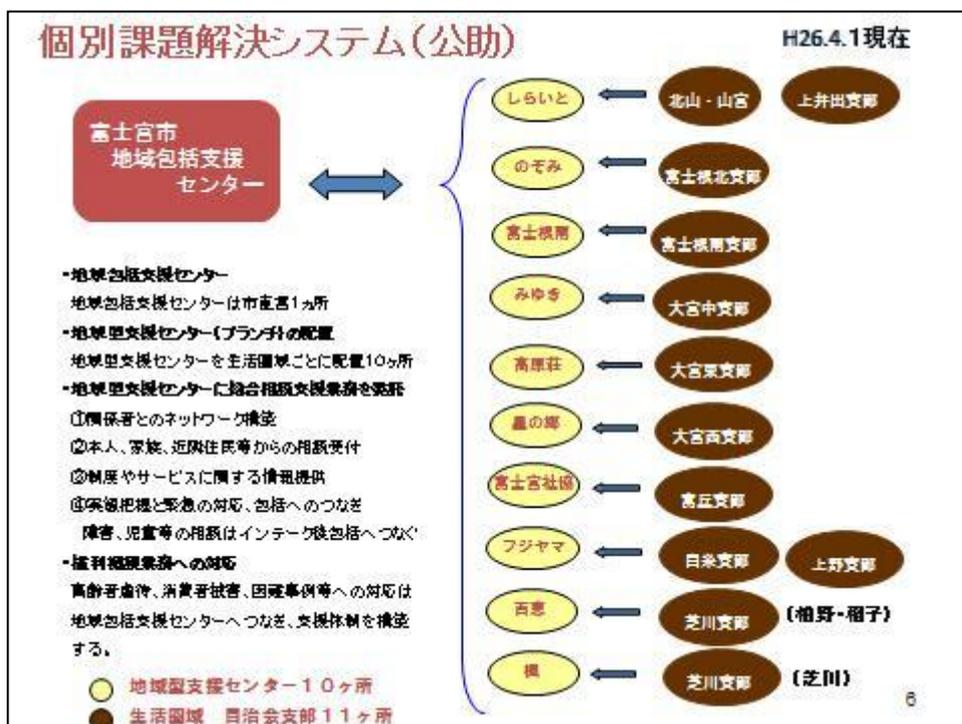
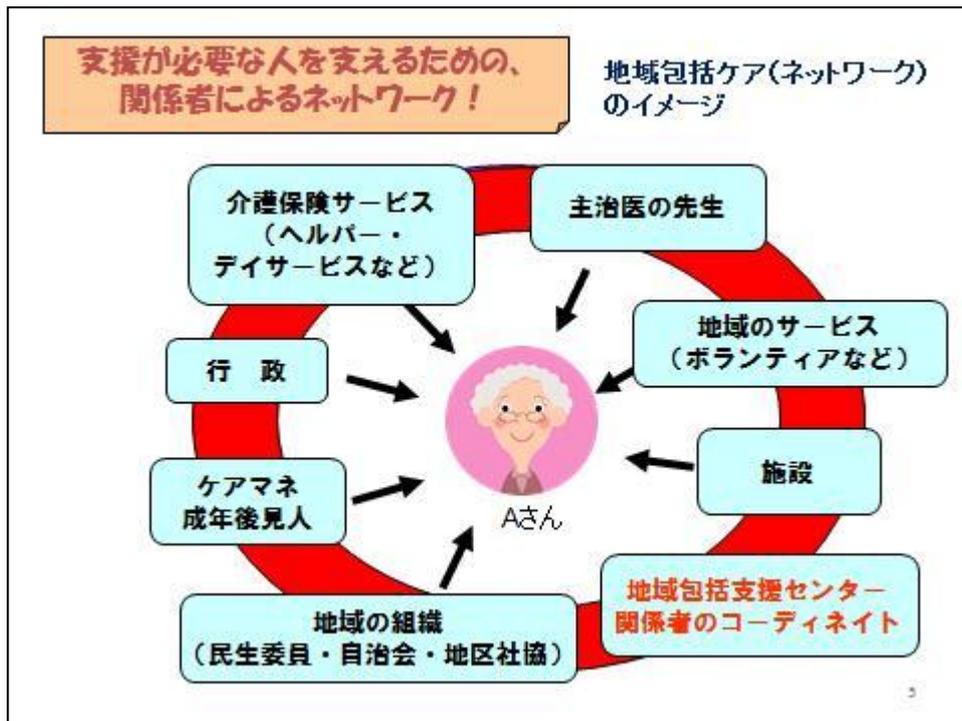
生活圏域で  
体制整備

医療・介護・生活支援の連携

地域を基盤としたケア (community based care)

#### ② 医療・介護・4つのケア主体(自助・互助・共助・公助)の主体的参画

- フォーマルサービス連携  
在宅療養支援診療所(1箇所)、訪問介護ステーション(5箇所)  
居宅介護支援事業所(43箇所)、介護サービス提供事業所
- インフォーマルケアの担い手  
→家族、友人、ボランティア、地域住民等(コモンな互助)  
旧来の地縁的共同体から市民社会的な組織へ移行[地区社協(14)・NPO]



## 富士宮市の地域型支援センター

H26.4.1現在

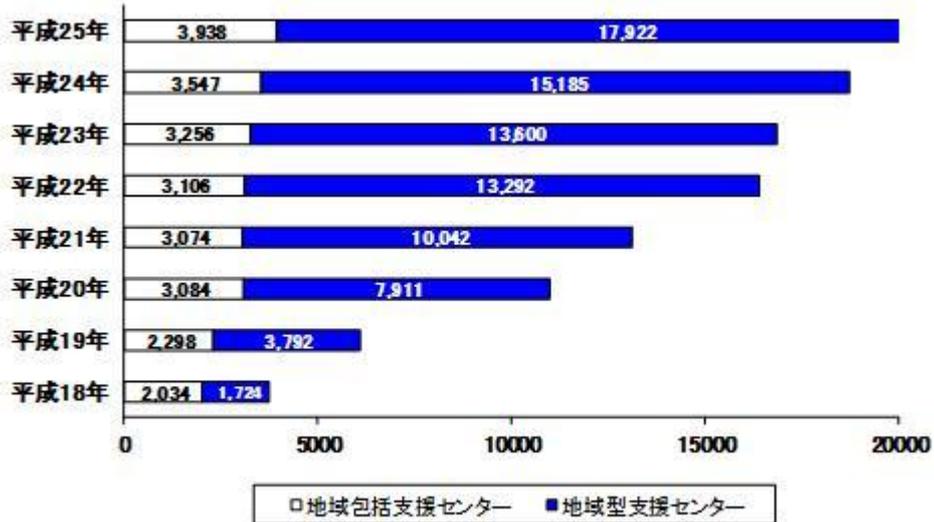
地域型支援センター	行政区の支部(区数)	人口(人)	高齢者人口(人)	高齢化率
しらいと	北山支部・上井出支部(15)	11,810	3,162	26.8%
のぞみ	富士根北支部(9)	4,291	1,052	24.5%
富士根南	富士根南支部(16)	24,235	5,144	21.2%
みゆき	大宮中支部(17)	24,384	5,456	22.4%
高原荘	大宮東支部(16)	18,493	4,643	25.1%
星の郷	大宮西支部(15)	12,579	3,515	27.9%
富士宮市社協	富丘支部(7)	22,672	5,342	23.6%
フジヤマ	白糸支部・上野支部(12)	7,526	2,182	29%
福祉相談センター百寿	芝川支部(13)	4,629	1,405	30.4%
福祉相談センター風	芝川支部(7)	4,637	1,446	31.1%
	合計	135,256	33,347	24.7%

## 富士宮市の生活圏域

H26.4.1現在

生活圏域(11)	地区社会福祉協議会(区数)	圏域人口	高齢者人口	高齢化率
上井出	上井出(3)	2,716	891	32.8%
白糸	白糸(5)	2,058	609	29.6%
	猪之頭(1)	854	279	32.7%
	その他(3 藤、根原、富士丘)	273	68	24.9%
北山	北山・山宮(8)	7,967	1,924	24.1%
上野	上野(7)	5,468	1,573	28.8%
富士根北	富士根北(9)	4,291	1,052	24.5%
富士根南	富士根南(16)	24,235	5,144	21.2%
大宮中	大宮(11)	10,986	3,207	29.2%
	大富士(6)	13,398	2,249	16.8%
大宮東	大宮東(16)	18,493	4,643	25.1%
大宮西	大宮西(15)	12,579	3,515	27.9%
富丘	富丘(7)	22,672	5,342	23.6%
芝川	芝川(11)	6,062	1,935	31.9%
	柚野・稲子(9)	3,204	916	28.6%
	合計	135,256	33,347	24.7%

地域包括支援センター・地域型支援センター相談件数推移



9

H25年度 総合相談実績

富士宮市地域包括支援センター 相談件数		平成25年度		地域型10箇所合計	
		延べ件数	実人数	平成24年度	平成25年度
相談種別	① 介護保険	916	643	2,443	3,616
	② 介護予防	160	91	2,276	2,490
	③ 一般高齢者	979	633	8,715	9,585
	A 高齢者合計	2,055	1,367	13,434	15,691
	④ 知的	99	78	63	85
	⑤ 精神	432	330	484	327
	⑥ 身体	118	93	280	250
	B 障害者合計	649	501	827	662
	⑦ 虐待	92	58	19	5
	⑧ 成年後見制度	140	111	21	1
	⑨ 他権利擁護	67	60	6	3
	C 権利擁護合計	299	229	46	9
	⑩ 医療保健相談	180	111	12	27
	⑪ 児童(障害児)	14	3	55	36
	⑫ 経済的問題	654	358	146	98
	⑬ その他	87	51	665	1,399
小計A+B+C+⑩+⑪+⑫+⑬		3,938	2,620	15,185	17,922

支援が必要な人に関わる人・専門職・機関のネットワーク  
地域包括ケアシステムのイメージ



11

参考資料

富士宮市における  
民・産・学・官の取り組み事例

12

● 産の取り組み

認知症サポーターがいるから大丈夫!! 安心して買い物ができる店

# 認知症サポーター店



### Rihei

宮町通りの文具専門店「文具の蔵Rihei」確かな品質と接客でお年寄りから子供まで、皆様のご来店をお待ちしています。



### Dメインマート

(阿幸地店)  
若いスタッフが皆様のお越しをお待ちしております。



### よどばしテイス

(本部・光町店・万野原店・田中店)

● 産の取り組み



### グエイトSD(大宮店)

日本一親切なお店を目指し、極めて感じの良い挨拶と接客に努めています。いらっしゃいませと笑顔をもっとにしています。お気軽にお立ち寄りください。



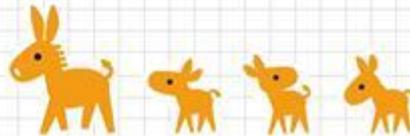
### ヤクルト 富士宮センター

地域のみなさまの健康アドバイザーとして健康を気遣い、お客様との信頼関係を築きあげていきます。



### 郵便局

認知症の方で気になる方を包括支援センターと共に支援しています。



## ● 産の取り組み



### ジャンボエンチャー

強い気持ちで「活気のある地域一番店」を目指しています。どこよりも親切で誰からも愛される店づくりを motto にし、従業員一同皆様のご来店を心よりお待ちしております。

### ハックドラック（淀平店・粟倉店・万野原店・田中店）

ハックドラックは地域社会になくてはならないお店を目指しています。化粧品、サプリメント、お薬について気軽にご相談下さい。当店にない商品でもお取り寄せ出来るものもあります。近くの従業員にお声かけ下さい。

13

## ● 産の取り組み



### 富士宮信用金庫

認知症の方のご来店もありご家族の付き添いで不安そうな様子が伺えます・・・相談があれば、お近くの地域型支援センターへご相談をさせて頂くようにします！

**認知症サポーターは、何か特別なことをする人ではありません。**  
認知症について正しく理解し、偏見を持たず、認知症の人や家族を温かく見守ってくださる方のことです。

認知症サポーターは認知症を支援する「目印」として、**オレンジリング**をつけています。  
オレンジリングは、「認知症サポーター養成講座」受講者にお渡ししています。

また、富士宮市ではキャラバンメイトや認知症サポーターの皆様から「認知症の方やご家族に実際お役に立つことがあれば協力したい」との声を頂き、また福祉課の皆様からは「認知症の方やご家族が困っていることに手を貸してほしい」との声を受けて、**オレンジリング**を持っている方の中で「ちょっとしたサポートをお願いできる」**目印**として、ステッカーを作成しました。



● 産の取り組み

**身近なサポートが増えています!!**



「ちょっとしたサポート」をお願いできる方の目印として、シールを作成しました。  
ご自宅やお店、タクシーなど、多くの方に貼っていただいています!!



Fujinomiya City Dementia Supporter

● 産の取り組み

**サポーターが増えて・・・** 

**街角アンケートから**

11月、16市に来ている69人の方に駅前通で声をかけてアンケートを行いました。

- ① 7割の方は認知症になったら周囲に伝えたいと考えています
- ② 全体の1/3に当たる方が「声かけ」「様子を見に訪問する」「おかずを持っていく」などサポートした経験がある
- ③ ちょっとした手助けとは「あいさつ」「声かけ」「話し相手」が6割以上の方に支持されました

**町のサポーターとお困りの当事者が繋がる機会を**

## ● 産の取り組み

### ● 地域見守り安心事業

新聞配達や宅配業者など高齢者のご自宅に訪問する機会のある事業所の皆様や、スーパー・コンビニ・郵便局など普段お客様と接する機会のある店舗の皆様にご協力をお願いして、「あれちょっと気になる」と思った時に、相談機関にご連絡いただくことでご協力をお願いしています。

- ・市内新聞店 錦鈴木新聞店、錦勝亦新聞店、錦中野、錦SHC、中日新聞富士宮専売店 H23.7
- ・市内郵便局 H23.11
- ・中央静岡ヤクルト販売株式会社(富士宮センター・小泉センター) H24.5
- ・コープしずおか 富士センター H24.5
- ・(公社)富士宮市シルバー人材センター H24.5
- ・(公社)LPガス協会 富士宮地区会 H24.10
- ・(公社)富士宮清掃、芝川清掃 H24.12
- ・(一社)静岡県信用金庫協会(富士宮信用金庫) H26.3

15

## ● 産の取り組み

### 協力企業様からの通報事例

#### 事例1(新聞店)

ある月の20日から新聞が4日分溜まっている。電話してもでない。  
(朝刊しか頼まない一人暮らしの方)



電話を受け包括支援センターは市立病院や社協などに情報提供をお願いした。その後、再度新聞店から電話が入り、本人と連絡がついたとの連絡が入った。本人は自宅にいて元気だったので、この件は大丈夫ですとのことであった。



#### 事例2(新聞店)

高齢者の方と犬と一緒に住んでいるはずだが、新聞が5日分たまり、犬の声もない。



民生委員が大屋さんに連絡したところ、脳梗塞で倒れ、娘の所に身を寄せているとのことだった。犬も別のところに預かってもらっているとのこと。

民生委員さん経由で娘に連絡を取り新聞店にも連絡してもらった。



## ● 産の取り組み

### 事例3 (おうちコープ)

利用者宅を訪問したところ、庭先で倒れており救急車を要請した。おうちコープの見守りサービスの登録者であり、緊急連絡先にも連絡をとった。市のあんしん見守り事業の取り決めのなかで、緊急事態が発生した場合、市に通報することになっているため通報した。



本人は要支援1の認定を受け、包括 包括支援センターのケアプランナーが担当。病院受診後、ショートステイを調整した。



21

## ● 産の取り組み

### 地域見守りあんしん事業の成果

#### 新聞手付かず「異変」察知 配達員が高齢者救助に貢献 富士宮

©S【アットエス】 by 静岡新聞 8月19日(火)11時0分配信



「新聞配達しながら地域を見守りたい」と語る佐野幸子さん。18日午後、富士宮市のSHC富士宮南部新聞販売センター

SHC富士宮南部新聞販売センター（富士宮市神田川町）の配達員、佐野幸子さん（58）＝同市野中＝がこのほど、市内の配達先民家で新聞がたまった状態に異変を察知し、家の中で倒れていた1人暮らしの80代男性の発見・救助に貢献した。市消防本部によると、男性は脱水症状とみられ、命に別条はないという。

佐野さんは14日夕、男性宅を新聞配達に訪れ、ポストに3日分の新聞が手付かずで残っているのを不安に思った。窓を開けて声をかけたところ、男性が床に横たわっていた。近隣住民の協力で119番し、駆け付けた救急隊に引き継いだ。

同センターと市は、独居老人の安否確認などで協力する「地域見守りあんしん事業協力に関する協定」を結んでいる。佐野さんは男性とあいさつや世間話を交わす関係を構築していた。「今後できる範囲で地域の安全安心を見守り続けたい」と言葉に力を込める。

佐野さんは勤続20年のベテランで、300世帯を担当している。源辺秀和店長（42）は「明るくて優しい人柄と、熱心な仕事ぶりのおかげ」と佐野さんの功労をたたえた。

22

● 学 の 取 り 組 み ( 福 祉 教 育 )

**キャラバンメイト養成研修開催のお知らせ**

キャラバンメイトとは、地域で暮らす認知症の人やその家族を応援する「認知症サポーター」を養成する「認知症サポーター養成講座」を開催し、その講師役を務める人です。

キャラバンメイトになるためには所定のキャラバンメイト研修を受講し全国キャラバンメイト連絡協議会へ登録する必要があります。

【活動例】活動内容は様々です。



キャラバンメイト養成研修



このシールは認知症の方をサポートできる方の目印としてキャラバンメイトさんの自宅に貼っていただいています。

● 学 の 取 り 組 み ( 福 祉 教 育 )

**キャラバンメイトと認知症サポーター数**

年度 (要約)	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	計
認知症サポーター数	35人 [1回]	572人 [10回]	1,667人 [54回]	2,698人 [82回]	1,698人 [50回]	1,318人 [34回]	1,122人 [30回]	771人 [28回]	9,899人 [289回]
キャラバンメイト数	17人	8人	158人	2人	60人	4人	0人	58人	303人

● 学の取り組み(福祉教育)

**上野中学校と大富士中学校で  
認知症講座を開催しました!!**

上野中認知症サポーター



【上野中学生の宣言】

- ・さりげなく声をかけてあげることができる
- ・困っていたら進んで手助けする
- ・優しく声をかける
- ・感情を大切にしておく
- ・困っていたら手を差し伸べる
- ・認知症という病気を知りたい

大富士中認知症サポーター



【大富士中学生の宣言】

- ・相手の気持ちを考えて行動する
- ・差別をしない
- ・同じ目線に立ってあげる
- ・認知症の方に耳を傾け、声を聞く
- ・迷っていたら優しく教えてあげる
- ・病気を理解してあげる
- ・丁寧に接してあげる

中学生でも  
地域の一員として  
**できることがある**  
と知り、  
自分たちには何が  
できるのか  
一生懸命考えました

富士宮市の認知症への取組みは、富士宮市役所福祉総合相談課のホームページに随時掲載しています。

● 学の取り組み(福祉教育)

**小・中・高学生サポーター養成講座終了後**

認知症サポーター養成講座を受けた小学生・中学生・高校生へ...  
グループホームを訪問して認知症の方とふれあおう!!  
認知症の方の生活の様子を一緒に見てみましょう!

富士宮高等学校 4年生  
「グループホーム」を訪問して、認知症の方とふれあおう!!

地域の一員として  
あなたに何ができそうですか?

グループホーム、お問合せ先

受付時間	10:00~16:00
受付場所	2F 福祉課
受付人員	2名
受付時間	10:00~16:00
受付場所	2F 福祉課
受付人員	2名
受付時間	10:00~16:00
受付場所	2F 福祉課
受付人員	2名

3つの「な」で認知症の方と仲良くなる!!

認知症の方の生活の様子を一緒に見てみましょう!

グループホーム、お問合せ先

認知症の方の生活の様子を一緒に見てみましょう!

実際に認知症の方と  
ふれあう機会をつくる

グループホーム  
体験

学生に継続した学びの場を



## ● 官との連携

もしも認知症の方が行方不明になってしまったら…

**相談窓口** 富士宮警察署 生活安全課 0544-23-0110

認知症の方が行方不明になった時は、速やかに保護するために警察への相談が必要になります。対応は個別に異なります。市の広報(同報無線)で放送したり、移動が広範囲になると思われる時は、捜索費の届出が必要になることもあります。詳細は警察署にご相談ください。



**相談に行くときに確認しておくこと**

- ◆依頼者 住所・氏名・連絡先
- ◆行方不明者 住所・氏名・連絡先
- ◆行方不明者の特徴等 身長・体型・服装・髪型・その他
- ◆所持品等 本人と特定できるもの 洋服に付けた名札の位置等
- ◆行方不明日時・場所・状況

このチラシに関するお問い合わせは… 富士宮市地域支援センター 富士宮市市民155番地/0544-22-1991 29

認知症になって住み慣れた地域で自分らしく笑顔で暮らすために

認知症の方が数多くお住いになってきた時に、いち早く見つかるために、**同報無線情報メール配信サービス**にご登録ください!  
<https://service.sugumail.com/fujinomiya-broadcast/>

「こちらはこうゆうふじのみやです。」でおなじみの同報無線で放送された行方不明者のお知らせを携帯等のメールに受信するサービスです。速報、ご登録ください。高齢者の助け見守りにご協力ください。

**お願い**  
 同報無線で放送されている方を見つけた時は、**富士宮警察署 0544-23-0110** までご連絡ください!!

毎日の散歩から始めて、1時間半に約50分程度に散歩が楽しめる認知症の方には、広範囲の散歩が楽しめる「同報無線」がおすすめです。

「まだ大丈夫。」と思っていた人がある日、突然行方不明になっていきました!!

※早くお当たりを捜し、できるだけ早く警察に連絡しましょう。

★警察に同報無線での広報などで相談しましょう。

※認知症の方によってからの散歩、散歩や散歩・散歩・交通・タクシー・タクシー等、事前に確認しておきましょう。

認知症高齢者の徘徊を見守る地域をめざして…

もしも認知症の方が行方不明になってしまったら…

**相談窓口** 富士宮警察署 0544-23-0110

認知症の方が行方不明になった時は、速やかに保護するために警察への相談が必要になります。対応は個別に異なります。市の広報(同報無線)で放送したり、移動が広範囲になると思われる時は、捜索費の届出が必要になることもあります。詳細は警察署にご相談ください。

**富士宮警察署に連絡するときに確認しておくこと**

◆依頼者 住所、氏名、連絡先

◆行方不明者 住所、氏名、連絡先

◆行方不明者の特徴等 性別、身長、体型、服装、髪型、その他

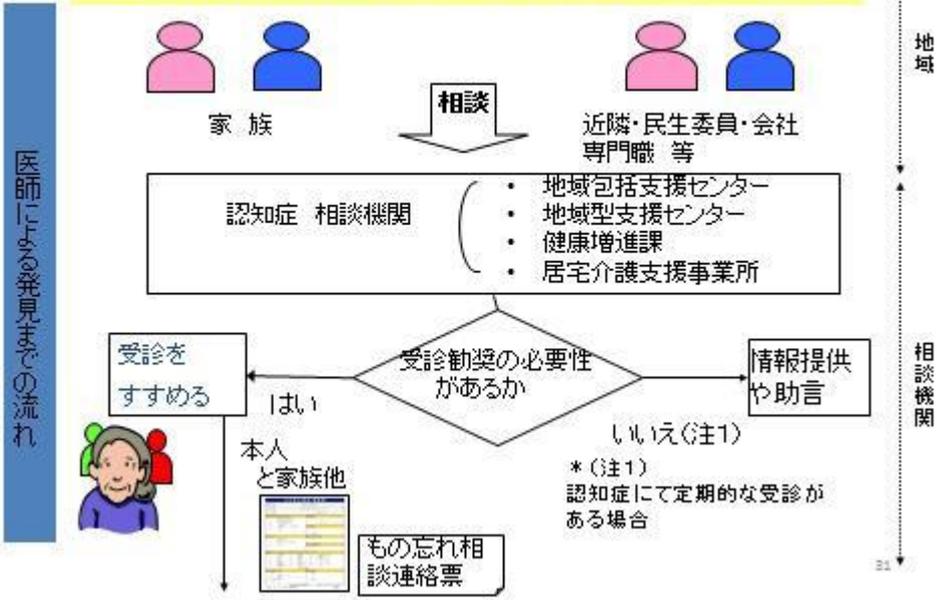
◆所持品等 本人と特定できるもの(洋服に付けた名札の位置等)

◆行方不明日時・場所・状況 行方不明日時、行方不明場所、行方不明状況

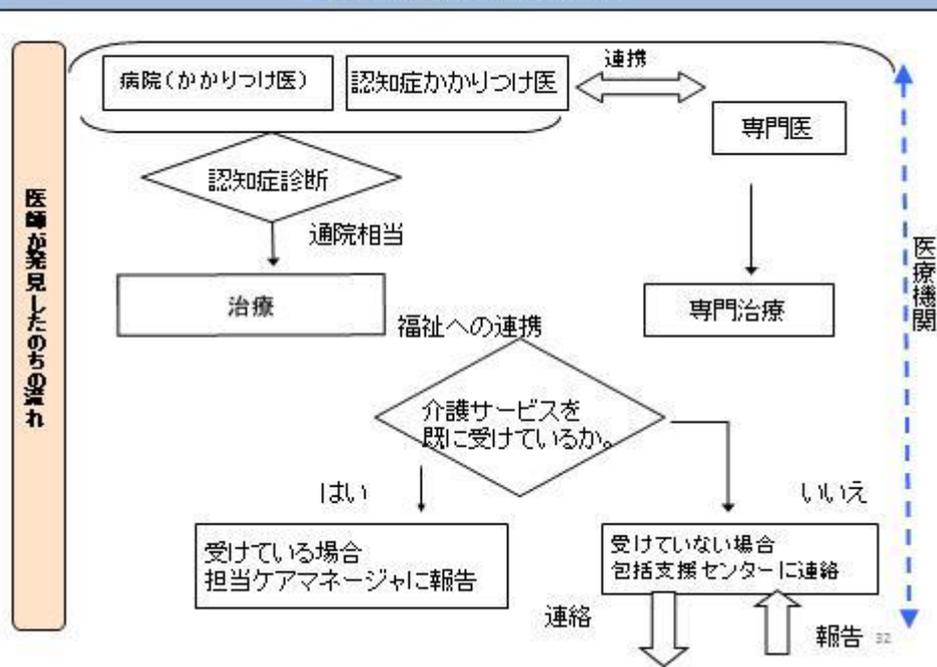


● その他の取り組み

富士宮市認知症早期発見・早期医療の体系図

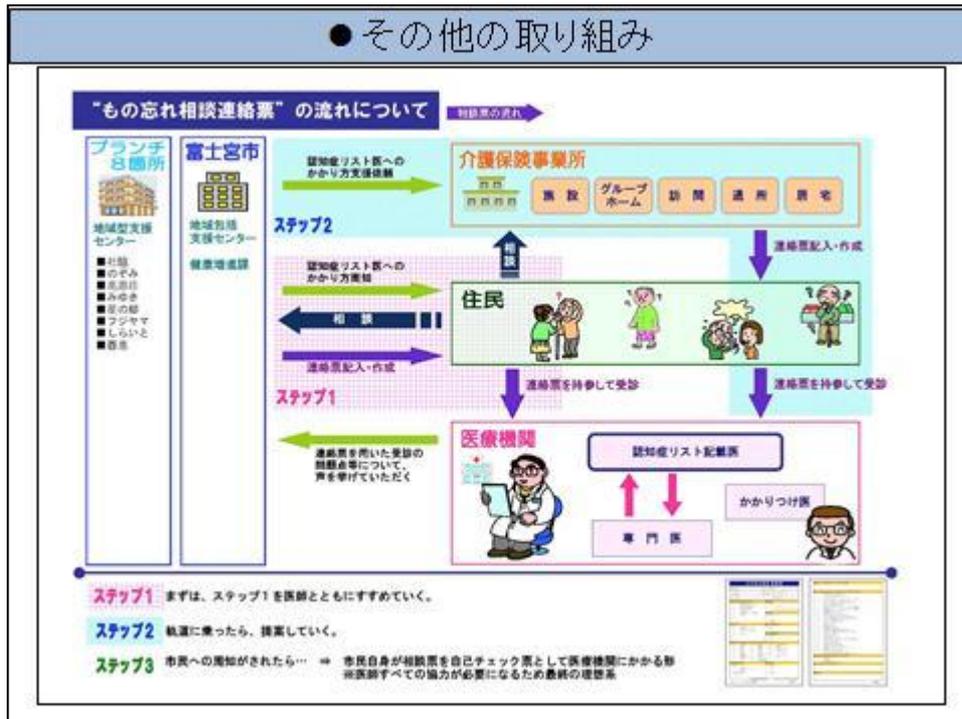


● その他の取り組み





## ● その他の取り組み



### (3) パネルディスカッション

#### 1) 地域性を持った地域包括ケアシステムについて

- ・ 夕張市では、病院が廃止された代わりに地域包括ケアが構築された。医師と看護師と薬剤師等と地元住民の「地域力」がベースにあったことが大きい。
- ・ 「コモンの互助」という考え方があり、互助は「私とあなた」の関係において成り立つが、プライベートの関係がない人とも助け合えることが求められている。地域の寄り合い所（サロン）の活用が例としてある。
- ・ 富士宮市では住民以外の当事者の間で、安心見守り協定を締結している。住民以外が自主的に参加していることは、富士宮市の強みであり、この協定によるシステムは、ある段階からはお願いしなくても、自発的に、ネットワークが拡大している。
- ・ 包括的なケアシステムを作っていくことは、高齢者の問題だけでなく、生活の課題、経済的な問題も扱うことになり、福祉部門だけでは完結しない。まちづくりそのものである。
- ・ 欧州で取り組まれているケアラー（＝介助する人）を考える場合、日本におけるケアは、義務感が強いのにに対し、欧米の場合はドライなものがあるなど、ケアに対する規範意識に違いがあることに留意する必要がある。英国の場合は、認知症行動連盟が国レベル・地方のレベルで取組を行い、徹底的に調査することにより、理想の町の目標ができ、自主的な組織が生まれている。また、認知症の人に優しい金融機関憲章が定められていたりする。
- ・ また、ケアは継続することが重要である、ケアラーを考える場合、ケアラーに対する継続的な支援も必要である。

#### 2) 家族による介護について

- ・ 家族の絆は大切である。「家族を前提とした介護」を考える場合、家族として無理のない、自分ができることを継続できる環境を作ることが大切である。
- ・ 介護を考える場合、「マスコミ的な介護」と「1事例としての介護」と言った取組のアプローチ方法がある。南砺市では「1事例としての介護」を20年以上前から現在に至るまで積み上げてきた。地域的な取組を継続したことにより、信頼関係が醸成されたものとする。
- ・ 家族がやるべきことを行い、足りないことを行政がサポートする姿が望ましい。まずは家族が何をできるかだと考える。
- ・ ほとんどが独居、良くて老老介護の中で高齢者がいきいきと生活しているのは、「市民の絆」や「市民力」に関連するものである。

#### 3) 住まいについて

- ・ 巨大な施設は、人ではなく物化しているように思える。地域包括ケアは、そうし

た状況に対する新しい選択肢となり得る。

- ・ 「共暮らし」によって生活のコストを抑えることが可能となり、ケアのコストをカバーし合う仕組みは、家族介護の次のモデルになるのではないかと考える。
- ・ 空き家を活用することは十分可能であるし、そこにコモンとしての共助・互助の仕掛けを入れていくことがポイントだと考える。
- ・ 宮崎県の取組は、高齢者をケアすることが主眼であるが、鹿児島県の長屋タワーは世代間交流を促進する取組がある。
- ・ 単に住まいの問題だけでなく、住まいを取り巻く仕組みの問題をトータルに考えていくことが必要である。
- ・ 地域・在宅でもチームを組んで、医療・看護・リハビリ・介護が連携していくことが大切である。

#### 4) 関係者同士の関係について

- ・ 専門家以外の顔をどれだけ持つことができるかが、結果的に支援の現場においてもフラットな関係につながる。
- ・ 介護保険サービスの中にボランティアを位置づけるのではなく、介護保険サービスの外に住民サービスを位置づけることが大切であり、やらされ感ではない自主的なまちづくり・地域づくりの活動を作っていくことが大切だ。
- ・ 関係者同士のフラットな関係がこれからの地域包括ケアにおいては非常に重要である。プロとアマの混合軍のバックアップをしっかりとっていくことは行政の役割である。
- ・ 医療・介護・福祉・地域住民がイニシアチブを発揮しながら、どういうまちの姿を作っていくかを考えていくことが必要だ。

### 3. 大阪会場発表内容

#### (1) 基調講演

- 1) 高橋 紘士氏 (国際医療福祉大学大学院 教授)

**課題提起**

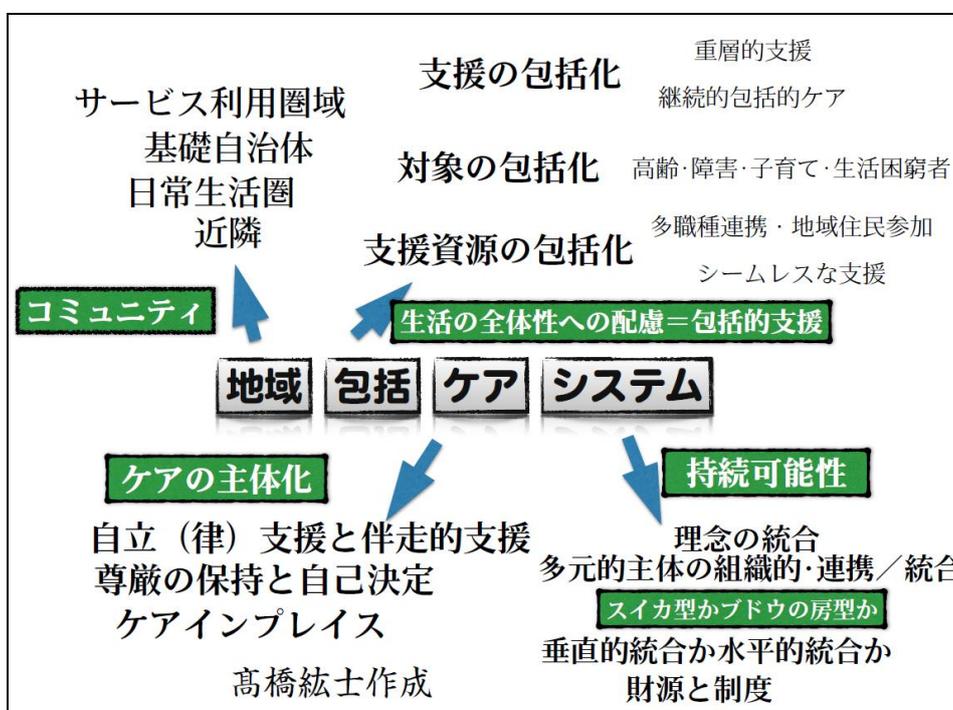
**地域包括ケアシステムの構築と住民参加  
をめぐって**

150210

地域包括ケアシンポジウムにて

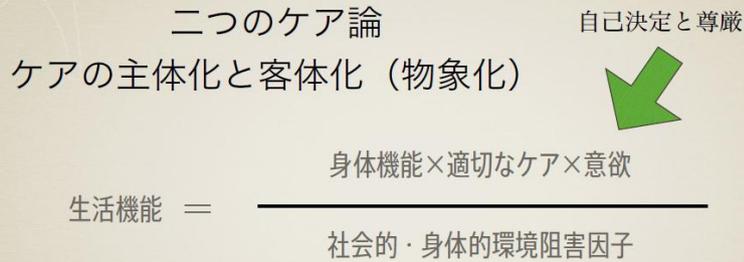
高橋紘士

<http://takahato.com>



# ケア論への視点

## 生活機能を規定する要因の関係



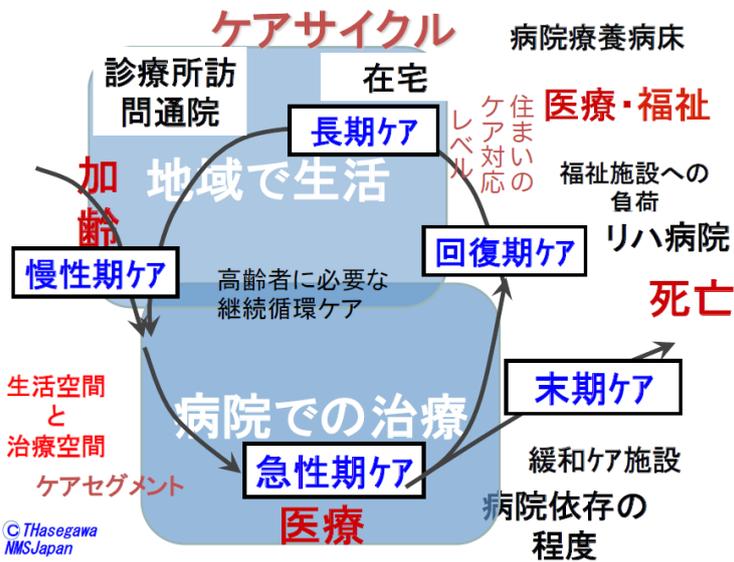
出典：Essentials of Clinical Geriatric (sixth edition 2009) 所収の図(p58)を備酒伸彦氏が改変  
オリジナルの図式は下記

↑

生活空間の質 関係資本の質

$$\text{Function} = \frac{(\text{physical capabilities} \times \text{medical management} \times \text{motivation})}{(\text{social, psychological, and physical environment})}$$

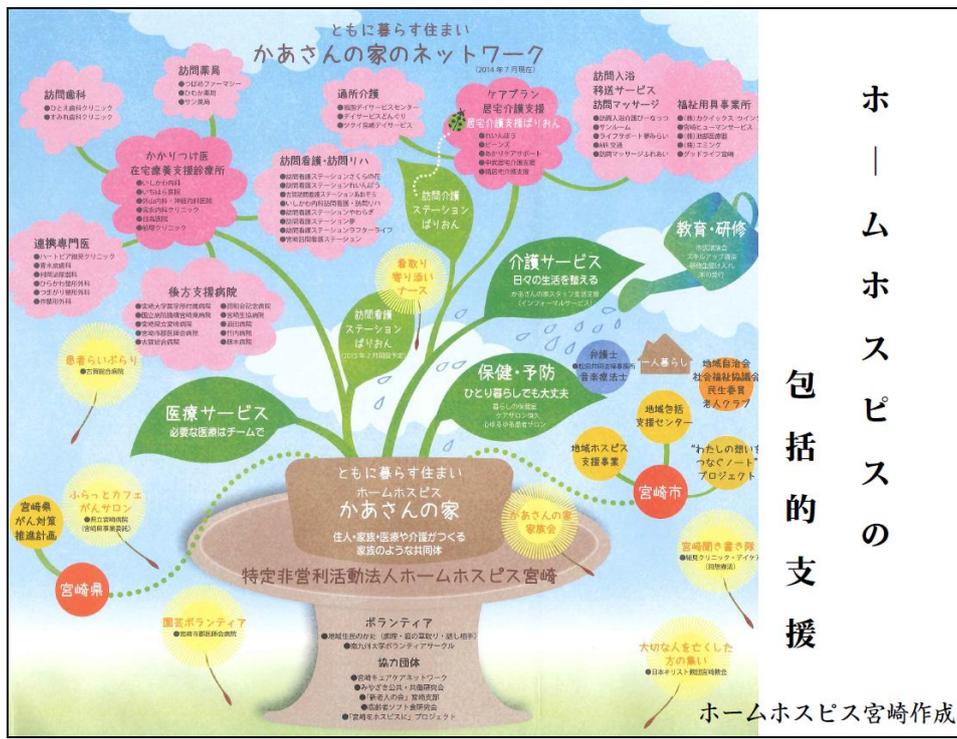
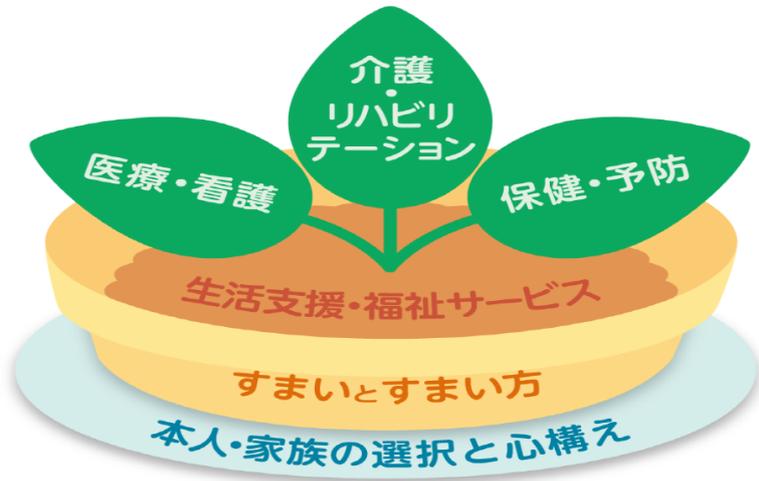
# ケアサイクルモデル



元日本医大長谷川敏彦教授提供資料

# 地域包括ケアの概念図

(平成24年度地域包括ケア研究会報告より)



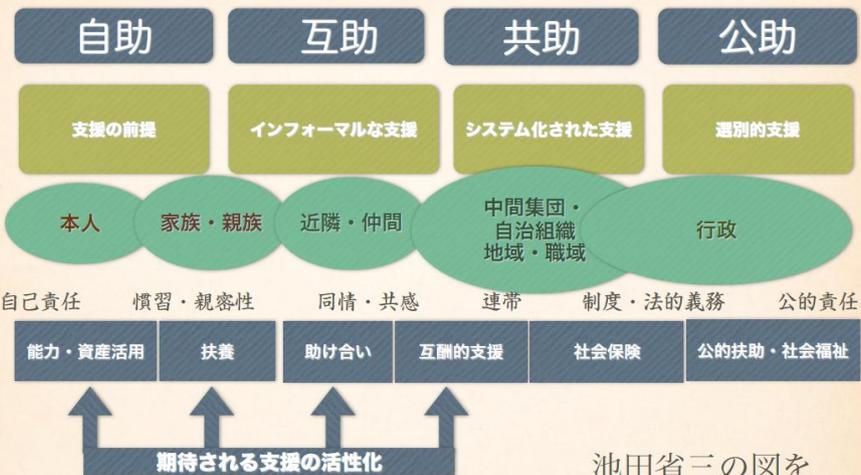
ホームホスピスの  
包括的支援

ホームホスピス宮崎作成

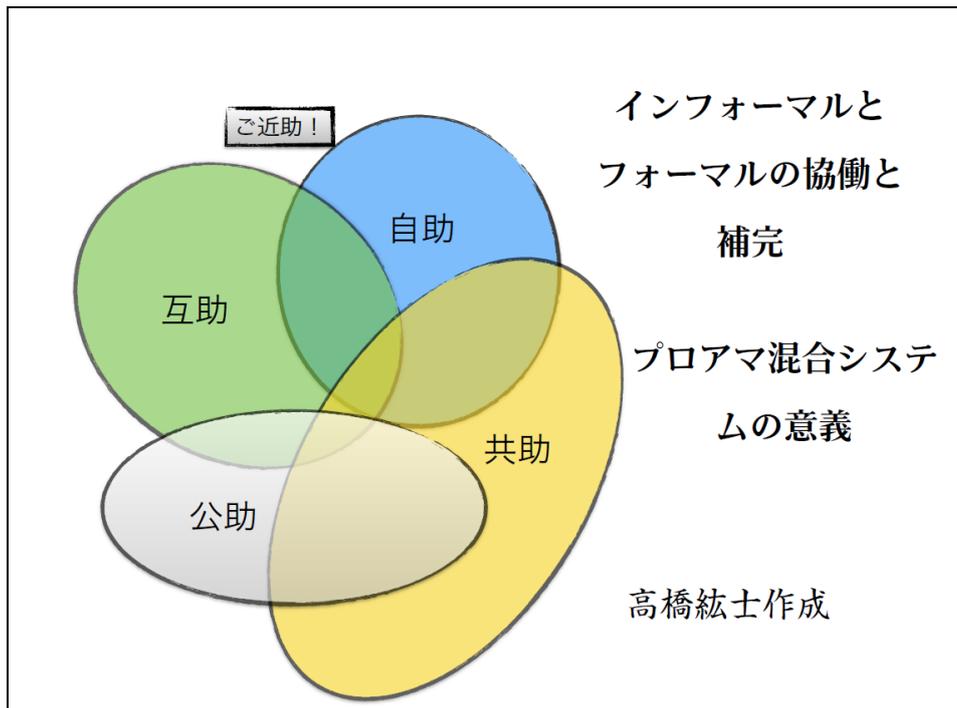
# 地域サポートの実例 (チーム永源寺)



## 補完性の原理からみた自助互助共助公助



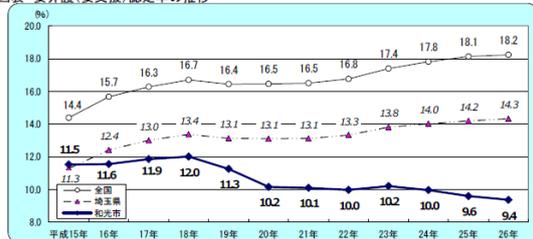
池田省三の図を  
補強・修正



## 地域包括ケアのアウトカム

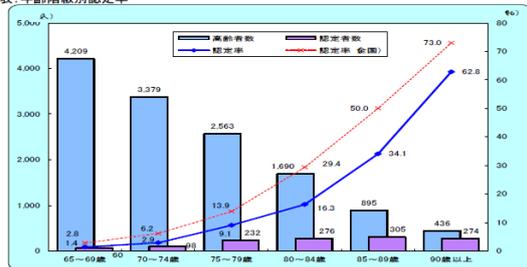
### 介護予防の効果(和光市)

図表 要介護(要支援)認定率の推移



本市では、H15より全国に先駆けて実施している介護予防の効果により要介護認定率は低く安定している。第5期中は減少傾向となっている。

図表 年齢階級別認定率



特別給付等の投入効果  
地域支援事業の効果等  
和光における自立支援型  
マネジメントの効果が顕著  
に現れたと考察する

また、5歳刻みの各年齢別  
階層においても認定率は全  
国を下回っている。とりわけ  
80～89歳以上では、10%以上  
低率となっている。

2) 市原 美穂氏 (特定非営利活動法人ホームホスピス宮崎 理事長)

地域包括ケアシステムを効果的に構築していくための  
市町村の地域マネジメント等に係る調査研究事業  
2015.2.10(火) 13:00~17:00  
ホテルメルパルク大阪

自助・互助・共助・公助の関係を  
ホームホスピスの実践から

～包括的支援・インフォーマルサポート・地域を耕す  
住まいの関わり・医療介護連携のあり方等～

特定非営利活動法人ホームホスピス宮崎  
理事長 市原 美穂

「宮崎にホスピスを」から始まった。

「ホスピスを作るのなら、  
在宅ホスピスのバックアップベツトが欲しい。」

◎1998年8月:ホームホスピス宮崎発足  
◎1998年11月:宮崎市議会及び宮崎市郡医師会に、  
「緩和ケア病棟及び在宅ホスピス支援センター設置についての  
要望書」提出  
⇒「宮崎をホスピスに」を合言葉に。

◎2001年12月:宮崎市郡医師会病院に緩和ケア病棟開設。  
病棟は、「かかりつけ医」の後方の病棟として、緩和ケアの支援を行う  
役割を担い、原則として入院は、患者とその家族の心身の苦痛を緩和  
するための一時的な入院とする。



2001年から13年・・・

緩和ケア病棟の実践を通して  
の実感

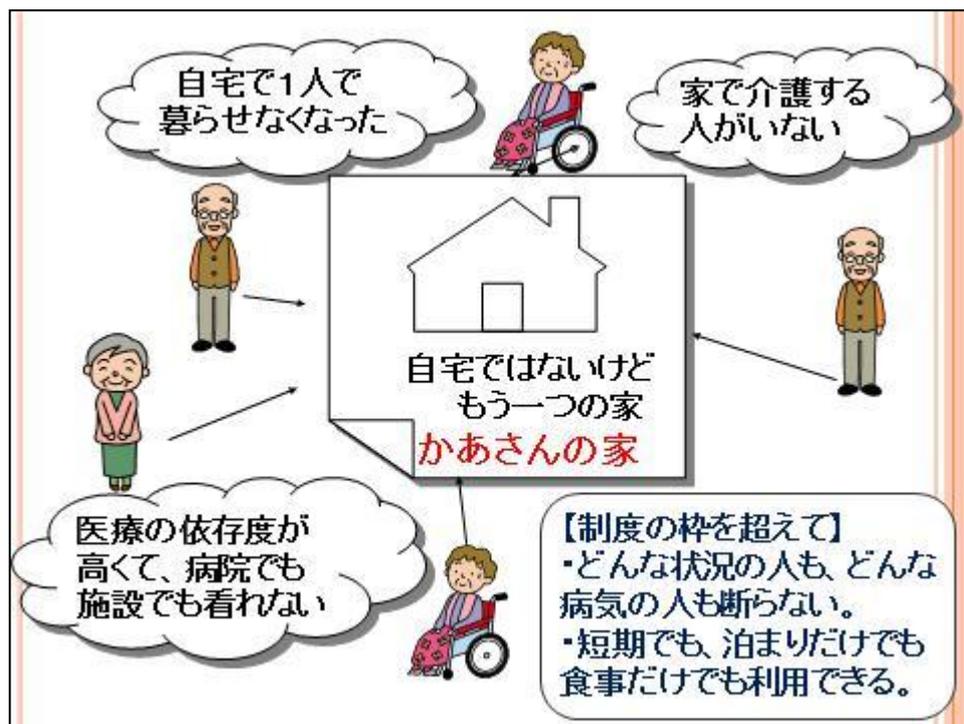
緩和ケア病棟担当医師：黒岩ゆかり先生

- 症状緩和のための入院、在宅ケアの準備のための入院、および、介護者の休息のための入院(レスパイトケア)では、  
⇒2週間以内に退院が可能。
- 看取りのための入院では、多くの場合2週間以内に死亡退院。
- 在宅緩和ケアを支援する機関(診療所、訪問看護ステーションなど)と緩和ケア病棟との連携、及び緩和ケアの知識や技術が、  
⇒患者の紹介・逆紹介を通してつくられ、広がっていった。

しかし、在宅緩和医療は整ってきたのに、家で看取れない人が増えてきた。

## 最後まで家で暮らしていたい・・・ 家で看取ってやりたいけど・・・

- 急性期病院は、  
⇒治療の対象でなければ入院できない。高齢の場合、がんの治療はできても、環境の変化でADLが低下してしまい、家に帰れない。
- 緩和ケア病棟は、  
⇒がんとエイズに限られ、高齢で癌になり、認知症があると、入院の優先順位がさがります。
- 介護施設は、  
⇒年齢や障害の程度に限度(介護度)。医療的な依存が高いと入居条件に合わないと敬遠される。
- 自宅は、  
⇒老老介護や一人暮らしが増えていて、介護力が弱くなっている。
- 家族は、  
⇒看取ってやりたいが、遠方に暮らしている。  
⇒別世帯で、昼間は仕事で介護できない。  
⇒看取りの経験がなく、何かあった時不安。




2004年6月開設  
一人暮らしから、  
とも暮らしへ

5つのキーワード

- 地域
- 住まい
- 暮らし
- 連携
- 看取り

共同利用者  
5人が  
ちょうどいい  
気配を感じて暮らす

地域づくり

どんな地域に・・・

「安全」か  
「自分らしく暮らしたい」か

家族の想い  
地域の想い  
医療者の想い



本人の想い

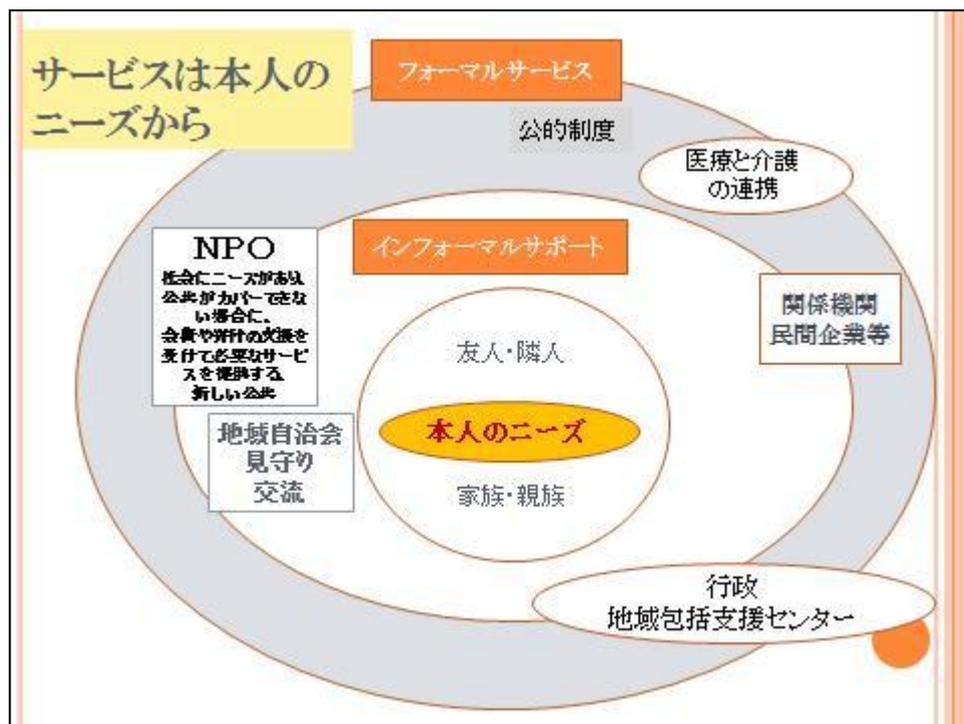
## 地域包括ケアとは

- 住み慣れた町で、人とのつながりや役割を持って暮らし続けることを、地域みんなで支えあうケア
- 介護保険制度から15年  
「措置」→「介護の社会化」  
→「介護の市場化」の矛盾

地域包括ケアは

利用者や家族、地域の人たちを主人公にした、市民の共助でしか実現しないのではないだろうか。

地域を耕す



## 「自分らしく暮らしたい」

- 居場所を奪われる。
- 自分の役割を失う。
- 自分は価値のない人間だと感じる。

### ↓ 尊厳あるケア

- **その人がその人らしくあること**  
普通の生活を送る中で、平凡だけれど、ともに暮らす人が、お互いに喜びやつらさも、みんなで分かち合って、気遣いあって暮らすこと。
- どんな状況になっても、自分にも役割があると思えるように。

最期まで安心して、住み慣れた地域で暮らしたい。

## サービスとサポート

- フォーマルサービス  
医療保険  
介護保険
- インフォーマルサポート  
家族に代わっての生活支援



doing と being  
ケアしてあげる人とともに暮らす人  
住居 と 住まい

住まい

## リロケーション

(RELOCATION)

### 住み替えること

一人で自立して暮らせなくなったら  
できるだけ環境の変化がない所に  
住み替える。

### 住居環境の連続性

## 気配で感じる空間の中で..

- 「ごめんください」靴を脱ぐ。
- 「いらっしゃい」「気を付けてお帰り」
- 入居者は、みんなご主人であり、家全体が自分の場所である。
- 血縁はないけど、擬似家族になる。
- ナースコールではなく、気配を感じて対応



空間の持つ力に助けられて

暮らし

食事のにおいや洗濯機の音が聞こえる、  
顔なじみがいる、自由な生活、  
食べたいものを最後まで、  
安心してぐっすり眠る。必要な医療は外来や訪問で。



写真提供・岡本峰子

## 最後まで普通に暮らすことを支える。

- 朝起きて、顔を洗い、食事をする。
- 気持ちよく排泄をして、ゆっくりお風呂に入り、安心して眠る。
- 病気はあっても、病人ではなく、生活する人



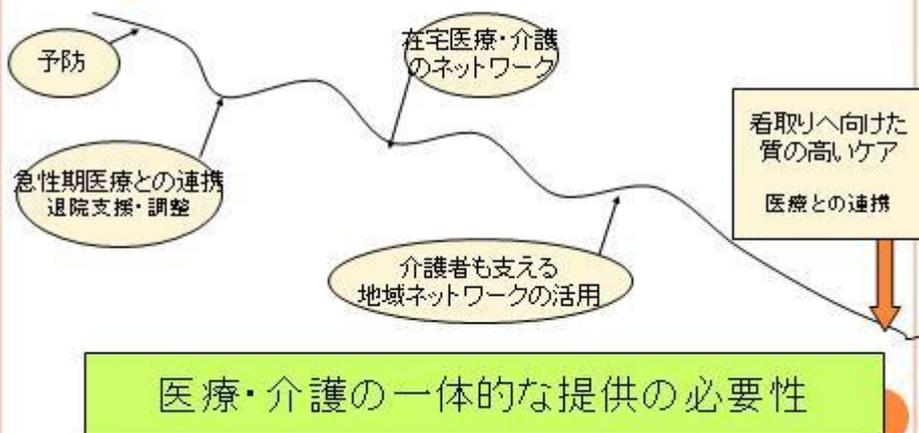
### 日常生活を整えること。

日々の生活の中に「幸せ」って感じられるか  
⇒QOLは幸せ度

## 質の高いEND OF LIFE CAREを

(秋山正子さんのスライドより)

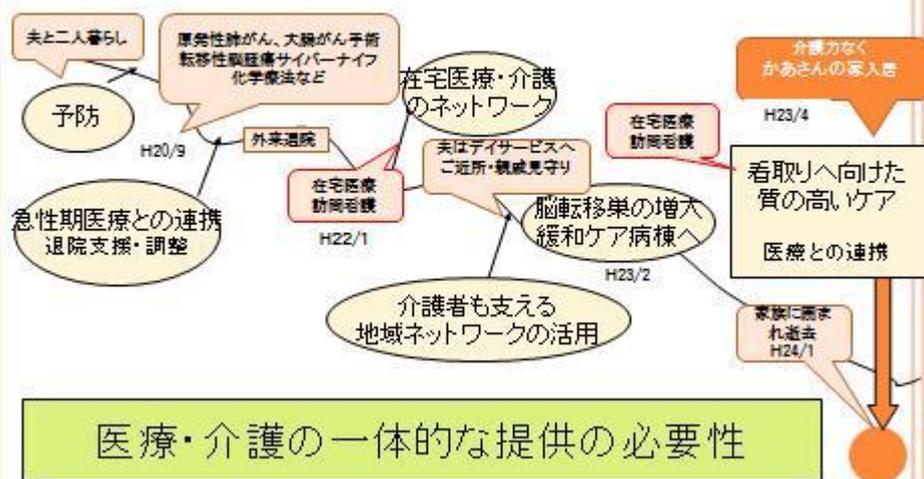
- 高齢化社会のEnd of Lifeを支えるには？



## 質の高いEND OF LIFE CAREを

(秋山正子さんスライドに)

### ○ 高齢化社会のEnd of Lifeを支えるには？



## 暮らしの中で支える医療

- 自然科学としての医学は、病気を治す技術を高め長寿社会に貢献しました。しかし、一方で加齢に基づく不都合を抱え、誰かのお世話にならないと生活がままならない人たちを増加させました。彼らの健康課題は、病院を中心とした従来の地域ケアシステムのなかでの解決がむずかしく、むしろ病院に頼りすぎた結果、病気の治療には成功しても、生活者として社会的機能を失うことになりかねないのが現状です。
- 人生の仕上げともいえる最期のステージを、医療に支配されたまま暮らすことが幸せでしょうか。もちろん療養生活に医療の力は必要です。しかし、あくまでもその人らしい生活を優先して、そこに、適切な医療を過不足なく提供し、日々の生活を支える医療と介護が一体となった支援が必要です。

(かあさんの家10周年記念誌・太田秀樹先生のメッセージより)

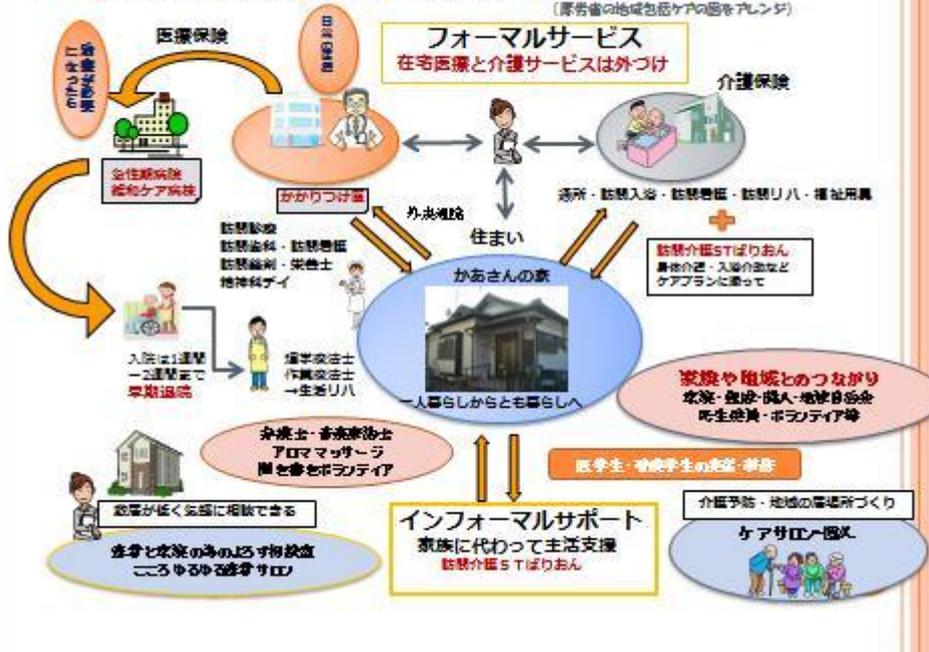
## 連携

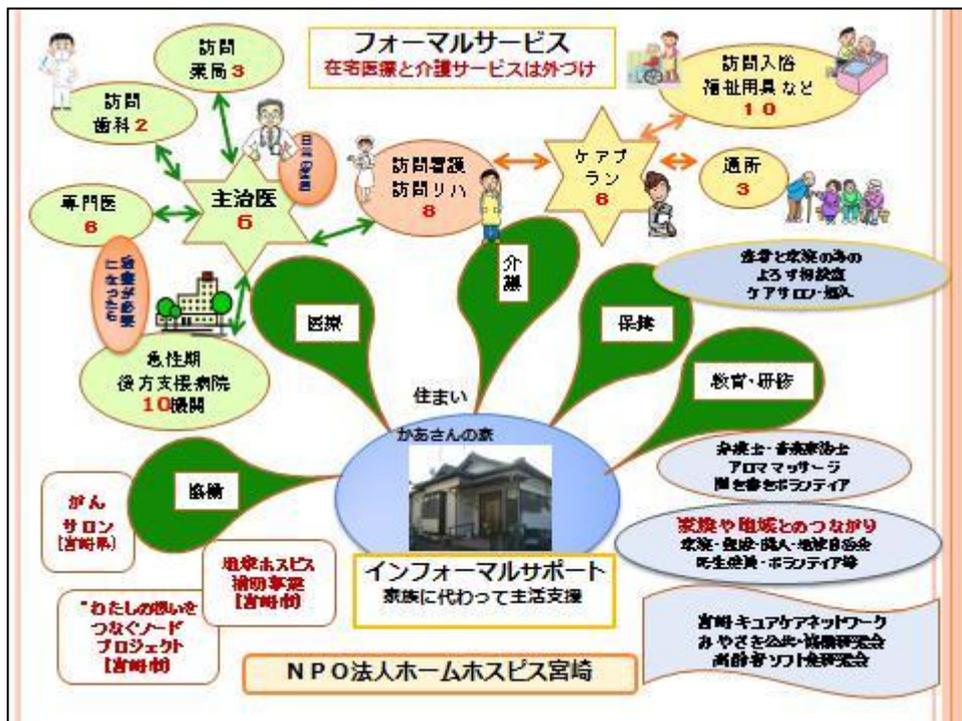
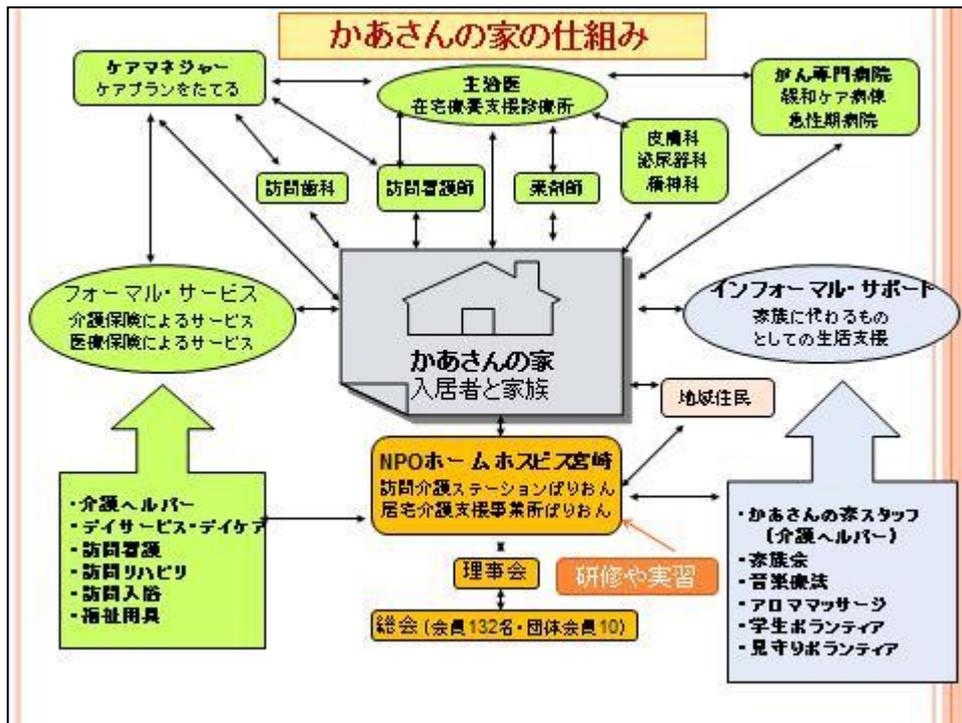
# 医療と介護が 一体となったチーム

- ①在宅医療と介護サービスを  
⇒そと付け
- ②他事業所・多職種と連携  
⇒チームケア
- ③インフォーマルサービスを補完するために  
⇒フォーマルサービス  
(医療保険や介護保険等を利用する)  
生活支援・地域住民・ボランティア
- ④家族の力を奪わない  
⇒家族もチームの一員

## 宮崎の在宅医療の充実と地域包括ケアで

(県各市の地域包括ケアの図をアレンジ)





## 宮崎市地域ホスピス支援事業

(目的)

- 第1条 この要綱は、がんや認知症等の終末期の患者で、医療機関での積極的な治療を望まず、施設ではなく在宅で過ごしたいと望む市民のために、より家庭的な雰囲気の中で、最後まで安心して暮らし、安らかに看取られることのできる施設(以下「地域ホスピス」という。)を運営する者に対して補助金を交付する。

家賃の半額補助

## 宮崎市在宅療養支援事業プロジェクト

【かかりつけ医の先生】

電話

電話

電話

【かかりつけ薬局名】

電話

電話

電話

【担当の介護支援専門員】

事業所名

電話番号

【その他の医療従事者】

氏名

職名

電話

※事業所名・電話番号は、必ずすべて「あてはまり」の欄に記載し、必ず確認してください。



- 宮崎の地域性にあった仕組みに
- すでに病気を抱えて療養している方だけでなく、ご家族や市民一人ひとりが、将来の意思決定能力の低下に備えて、人生の最後の時間をどこで過ごし、どのような医療を受けたいか、元気な時から意識し考えていけるような情報提供・支援体制を整備するために

医療・看護・介護・消防等を包括する「広域連携体制の構築」をめざして

その人がその人らしい生き方を  
死ぬまでできるようにサポートする

ともに暮らし住まい  
かあさんの家のネットワーク



## 地域完結型医療へ 生から死まで地域全体でみる

- 完全治癒⇒障害と共存
- 社会復帰⇒生活復帰
- 救命・延命⇒納得いく死

治る病気の際は治す  
治らない時は苦痛を取り除く  
死ぬときは納得して

※大島伸一先生の講演より(2012年2月・ホスピスケア市民講演会開催)



## 看取り

### 看取りの主人公は家族です。

…本人とその家族のケアはセット

- ▶ 病院の管理下におかれた「死」はブラックボックスで、そのプロセスが見えない。
- ▶ 医療の専門家にしかできないという思い込み  
⇒モニターを見ている。デジタルでの看取り
- ▶ 在宅での看取りは、手を握って、息遣いを感じながら看取る。  
⇒五感を使つてのアナログの看取り  
家族は寄り添うプロセスから、納得の看取りに

### 看取りの主体は家族

- 病院での死と在宅での死
  - 病院の管理化におかれ、医療の専門家にしかできないという思い込み  
⇒モニターをみてしまう。
  - 在宅では、手を握って、体をさすって、語りかける。  
⇒大切な人の死を通して、初めて豊かになる人間関係、生きることを学ぶ。
- ↓
- ◎ 家族が悔いのない看取りが出来るように支え、その時間と空間を提供する  
⇒看取りの支援と補完

## 看取りの経験がない家族

- 症状の変化にどうしてよいかわからない。
- 医療者を呼ぶタイミングの判断ができない。
- 寄り添い方がわからない。



- 最期まで“聴く力”はあるといわれています。聞きなれた声は最後まで届いていますよ。
- 手を握ったり、体をさすったり、語りかけたり・・・大切な時間です。
- 聞いておきたいことや伝えておきたいことがあれば、伝えてくださいね。
- 夜具の準備など、**家族の支援にシフト**

## 「私たち家族は今幸せな気持ちです。」



遺品のネクタイで・・・

- 本人にとっては  
・・・誰と一緒に居られたか
- 家族にとっては  
・・・最後まで、  
医療や介護の関係者に  
どのようにかかわっ  
てもらったか

看取りの文化を地域に取り戻すムーブメント

3) 筒井 孝子氏(兵庫県立大学大学院経営研究科 教授)

## 地域包括ケアシステムの基本的な考え方 (Integrated careの視点)

兵庫県立大学大学院 経営研究科  
教授 筒井孝子

1

### 講演の骨子

1. Integrated careの理論と課題

2. 地域包括ケアシステムを構築するための  
integrationの方法とそのマネジメント

3. まとめ

2

## 1. Integrated careの理論と課題

3

integrated careの背景②

### 高齢化による疾病パターンの変化

- わずか半世紀で人口構成が急激に変化。
- 複数の慢性疾患を抱えながら生活するものが顕著に増加した。



- 慢性疾患が要求するものは、エピソード由来の、短期的な介入に特徴づけられる急性期状態にある者に対するケアではなく、長期的な、普遍的な、かつ継続的なケアニーズである。



ケアニーズのパラダイムシフト

4

## 地域包括ケアシステムとは

日本で用いられている地域包括ケアには、二つの独立したコンセプト: Community based care(地域を基盤としたケア)とintegrated care(統合型のケア)がある。近年、この二つの方針をケアの中で統合させて組み込もうという議論が世界的に活発化している。

### Community-based care

- Community-based careとは、地域の健康上のニーズに応えるという点から運営されるという性質がある。
- さらに、これは地域の特徴、その地域独自の価値観などに合わせて構築することができ、それは、一定レベルの住民による「地域参加」によって保障される。

### integrated care

- integrated careとは、医療ケアにおける分断の減少や異なる組織のサービス提供の間の継続性や調整を高めるという目的を持つ体制と定義できる。

1) T. Flockg, NB. Klenzings: Community-based integrated care: myth or must? International Journal for Quality in Health Care 14:91-101:2002  
2) T. Flockg: Building a Tower of Babel in health care? Theory & practice of community-based integrated care, International Journal of Integrated Care, 8, e21: 2008

5

### 主要な5つのintegration(統合)の種類とそれに関する統合的プロセスの説明

1.システムの統合	政策、ルール、そして規制のフレームワークのコーディネーションと提模 例、病院外の協調的ケアを推し進める政策、多様化する(サービス)提供者のための中心 的駆動力の形成、国による刺激策(インセンティブ)の開発、または、コストの高いケアに代 わってコストパフォーマンスや医療の必要性のあるケアに置換するための財政的刺激策 (ダウンワードサブスティチューション)
2.規範的統合	組織、専門家集団、個人の間で価値観、文化、視点の共有 例、共通の統合目的の設定、コミュニケーションの際に生じるギャップを解明し対応、現地 でのイベントを通じた臨床的關係と信頼の構築、またはサービス使用者やより広いコミュニ ティと関係を持つ。
3.組織的統合	組織間での構造、ガバナンスシステム、關係のコーディネーション 例、資金のプールやPBC(業務歩合制)といった公的・私的な契約的・協調的取り決め、ま たは、プライマリケア連合や地方の臨床的パートナーシップといった参加型組織構造の形 成。
4.運営的統合	事務管理業務、予算、財政システムの提模 例、説明責任方法、資金提供、情報システムの共有を行う。
5.臨床的統合	情報とサービスのコーディネーション、又は患者のケアの統合をし、一つの過程にまとめる。 例、臨床的役割・ガイドライン・専門的教育の拡大、または、患者との共有の意思決定にお ける患者の役割を促進する。

- どの統合的プロセスにも優劣はない。むしろ、integrated careの取組みの目標は、統合的プロセスを選ぶ際の決定を導き、さらに特殊な条件下でも促進する。
- 関係するintegrationの種類を見極め、プロジェクトに合わせ統合の種類を選ぶ必要がある
- どのintegrationが最も関連性があるかの決定要素としては、例えばプロジェクトの目的、利害関係者、従来から現地で行ってきたヘルス(ソーシャル)ケアへの取組み、利用可能な資源などがある。

6

一人暮らしの認知症の人が笑顔で暮らせるまちづくり

平成26年11月23日 北日本新聞記事

北日本

# 認知症地域の「絆」支えに

富山大看護学会学術集会

## 南砺市長ら意見交換



南砺市における規範の統合  
田中市長の街づくり宣言

引用: シンポジウム「地域包括ケアシステムの構築と住民参加」  
平成27年2月2日 東京会場 南氏作成資料

## 2025年に向けて 武蔵野市が目指す高齢者の姿

規範的統合の事例②

武蔵野市  
介護保険  
事業計画  
6th

1日でも長くいきいきと健康に

ひとり暮らしでも

認知症になっても

中・重度の要介護状態になっても

住み慣れた地域で  
生活を継続できる

引用: シンポジウム「地域包括ケアシステムの構築と住民参加」  
平成27年2月2日 東京会場 佐井氏作成資料

## 2. 地域包括ケアシステムを構築するための integration の方法とそのマネジメント

9

### 行政における事業を遂行するために必要なマネジメント

- 行政における事業を遂行するにあたっては、このマネジメントが求められる。なぜなら、こうしたビジョンやミッションが重要であるかについては、これを明示しないと、とくに行政組織というところは、前例の踏襲的な活動を選択する傾向が強い。



- 新しいアプローチで統合型のケア提供を行う「地域包括ケアシステム」を進めるためには、戦略マネジメントの視点を意識することがより重要になってくる。

#### ビジョン（方向性・将来像）

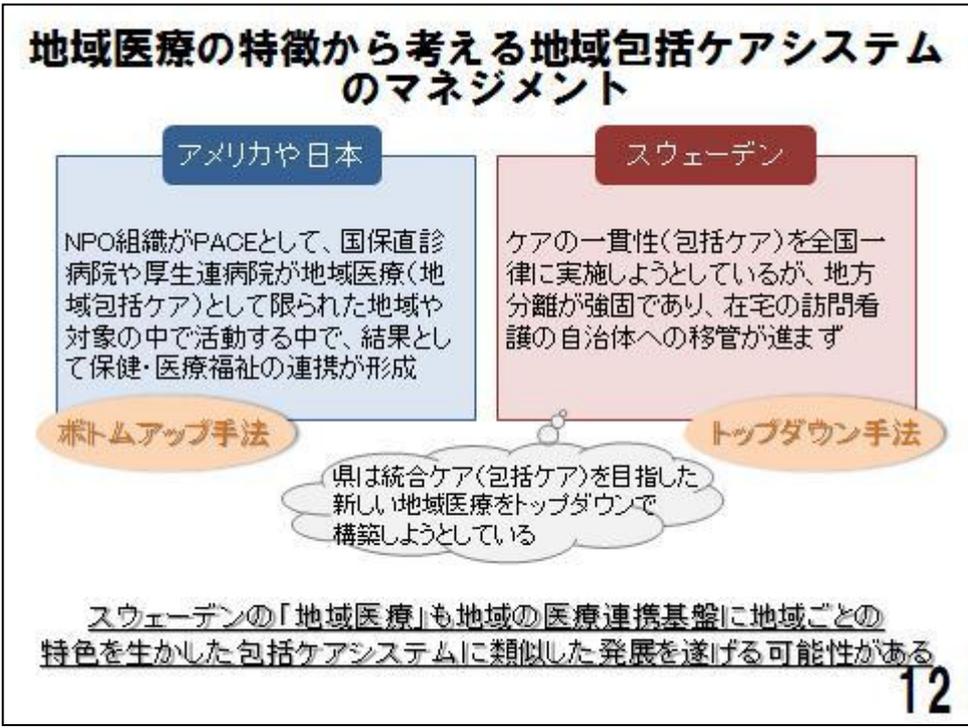
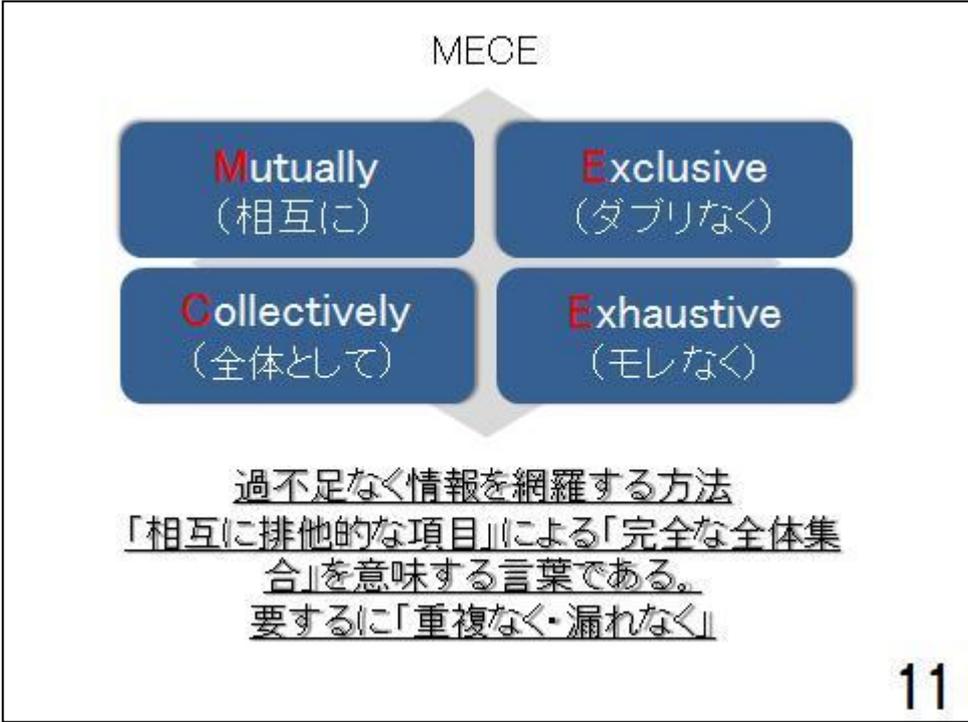
- 自らの組織や部門の「目指す将来像」である。例えば、“日本で一番、認知症高齢者にやさしい自治体になること”である。

#### ミッション（使命）

- 自分たちの組織や部門の「果すべき責務」である。例えば、“日本で一番、認知症高齢者に充実したサービス提供すること”となる。

戦略マネジメントにおいては、地域や自治体のビジョン（方向性・将来像）やミッションを提示し、これに沿ったかたちで政策目標のプライオリティづけ・目標水準の設定を行う。

10



### 3. 日本の地域包括ケアシステム構築に向けたトピック

13

#### ● 地域包括ケアシステムの推進

##### 日本の統合型のケア(Integrated care)の概念

急性期から回復期へ(垂直統合)  
医療分野における機能分担

先進諸国の医療サービスは、急性期医療を高度に発展させてきた。このシステムでは、急性期患者が入院すれば、高いコストパフォーマンスが得られた。慢性疾患を複数抱え、回復が遅い高齢者に対して、同じシステムで対応しても、成果は低くなる。

※(2012年度厚労省調査では、一般急性期病院でありながら、医療処置が必要ない患者の割合が50%を超えている)

慢性期ケア(水平統合)

生活圏域で  
体制整備

医療・介護・生活支援の連携

地域を基盤としたケア (community based care)

「概ね30分以内に駆けつけられる範囲(中学校区等)の中で、医療と介護の統合ケア(integrated care)が提供できるというケア体制」

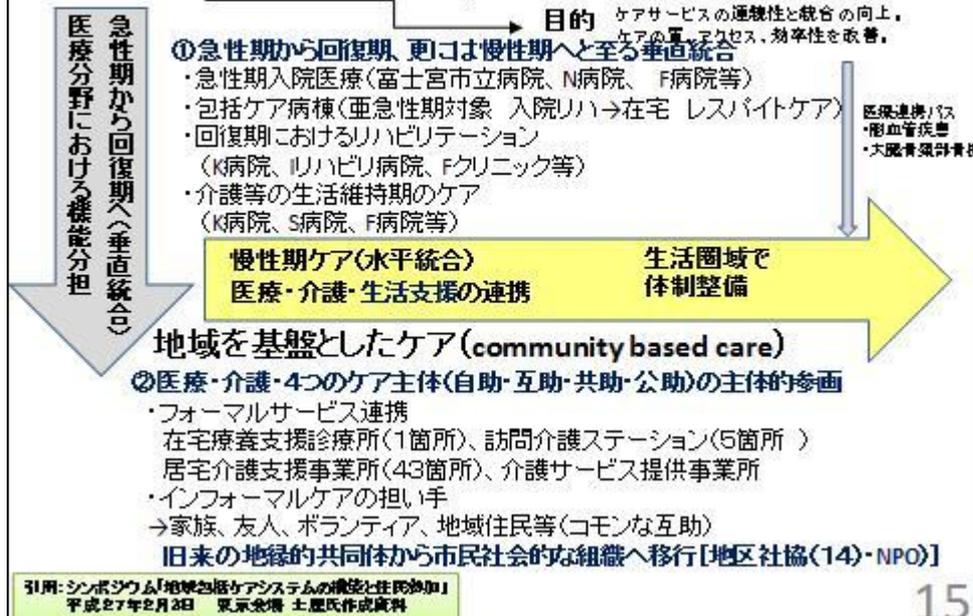
14

(参考)日本経済新聞(2014.10.28) 医療・介護改革の論点(下) 地域包括ケア、住民主体で 兵庫県立大学教授 前井孝子

引用: シンポジウム「地域包括ケアシステムの構築と住民参加」  
平成27年2月2日 東京会場 土曜作成資料

## ● 地域包括ケアシステムの推進

### 富士宮市の統合型のケア(Integrated care)は？

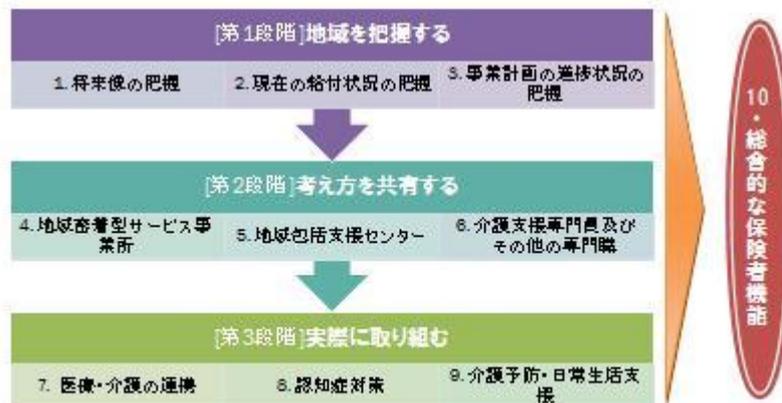


15

## 保険者機能評価指標 (H25年版) の全体構成

PDFは→ [http://www.murc.jp/uploads/2014/05/koukai\\_140513\\_c1.pdf](http://www.murc.jp/uploads/2014/05/koukai_140513_c1.pdf)

- 評価指標は、全10項目で構成。10項目は、指標の特性に基づき、大きく3部に整理。さらに、各評価指標は複数のサブ項目で構成されており、サブ項目ごとに「評価確認事項」「解説」「自己評価」「自己評価の理由」「自由回答」を設定。



16

## 地域包括ケアシステム構築の前提

地域包括ケアシステムは、地域によって、医療・介護・福祉に係わる専門職や財政、文化的風土、ソーシャルキャピタル等の資源量が異なるため、あるべき目標の設定が異なり、それによって、選択する方法論や戦略の立て方が異なるのではないかと。



まずは、自らの自治体の置かれている状況を把握する必要がある。



資源量の把握、予測のための推計が基本となる。  
(今年度開発した「保険者機能」の第1ステップ)

17

## ひとり暮らしでも

武蔵野市では4人に1人がひとり暮らし高齢者

■今後10年間で、ひとり暮らし高齢者は1.2倍、高齢者のみ世帯は1.1倍に増加すると予想されています。



引用：シンポジウム「地域包括ケアシステムの構築と住民参加」  
平成27年2月2日 東京会場 櫻井氏作成資料

18

認知症になっても

## 認知症高齢者の推計(自立度Ⅱ以上)

■認知症高齢者数は増え続け、平成40年(2028年)には、約5,000人に達することが予想されます。



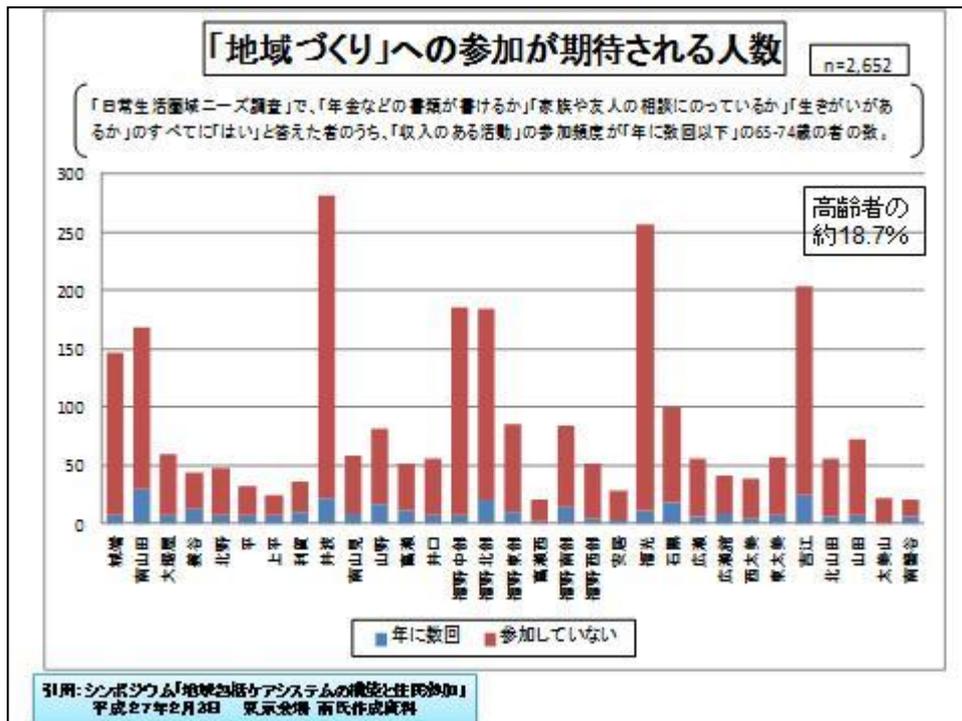
引用:シンポジウム「地域包括ケアシステムの構築と住民参加」平成27年2月2日 東京会場 笹井氏作成資料

19

## 戦略マネジメント3つの条件

- (1) ビジョンが明確であり、**目標のプライオリティづけ**がなされているか。
- (2) 個々の施策目標が**具体的で数値目標化**されているか。
- (3) ビジョンや目標が組織全体に**浸透し、共有**されているか。

20



## 地域包括ケアシステム構築のための テーマ設定と方法論の選択

### 1. ケア提供システム

のデザインをどのように考えるか

### 2. サービスの内容

をどのように考えるか

### 3. システムにおけるマネジメント機能

をどのように考えるか

これは、高齢者を対象とする「ケア提供システムの構造化」を  
どのように図るかと同じことと言える。

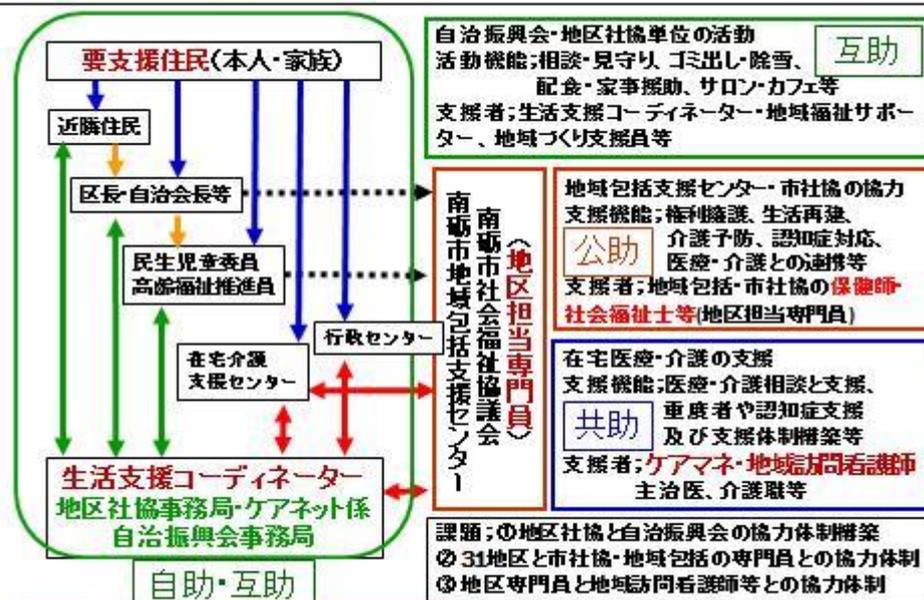
**22**

## 地域包括ケアは地域住民を巻き込んだ地域作り

- 1) 市長による規範の統合; 街作りへの共通認識構築
- 2) 指導者の存在; 地域包括ケアシステム構築や住民への啓発
- 3) 核となる行政職員の存在; 計画策定や地域作りへの取組み
- 4) ニーズ調査(悉皆)は重要; 関係者が情報共有し課題解決へ
- 5) 地域作りの専門職; 地域包括支援センターや社協の保健師  
社会福祉士等が事例を通し、住民と共に地域作り
- 6) マスコミの協力; 地域住民の意識啓発や行政・事業所の認識  
の統一へ地域の新聞が役割を發揮
- 7) 市議会議員の応援; 地域の住民代表としての理解と協力
- 8) 地区リーダーの育成; 地区作りへ一歩を踏み出すキーマン
- 9) 地区住民の参加; 地区の状況を知り、自分事として行動
- 10) 高齢者の参加; 元気高齢者の把握と社会参加の機会創出

引用: シンポジウム「地域包括ケアシステムの構築と住民参加」  
平成27年2月2日 泉元金博 南氏作成資料

## 31自治振興会の住民と専門職が協力し地域を基盤とするケアを構築



引用: シンポジウム「地域包括ケアシステムの構築と住民参加」  
平成27年2月2日 泉元金博 南氏作成資料

## Integrated careを推進する手段

- 十分な資源を投入してバランスのとれたサービスシステムを確保し、急性期医療や施設ケアに加えて、良質な一次ケアと地域医療サービスを確保する。

- 資金収集や法制度、公的な方法などを通して、組織や個人に統合のための裁量を与える。

- 統合を推し進める助成金 - 例えば予算をプールを行う、あるいは統合型サービスに対する特別な予算枠を設けるなど。

- 保健医療/社会ケアサービスの一貫した法制度や審査システムを用い、重複をなくし統合の実践とサービスのモデルを発展させる。

POLICY FRAMEWORK FOR INTEGRATED CARE FOR OLDER PEOPLE DEVELOPED BY THE CARMEN NETWORK(Penny Banks, 2010)  
<http://www.shmsa.org/files/Policy%20Framework%20for%20Integrated%20Care%20for%20Older%20People.pdf>

25

## ひとり暮らしでも

### ■ひとり暮らし高齢者等の安心を守る施策



引用: シンポジウム「地域包括ケアシステムの構築と住民参加」  
 平成27年2月2日 東京会場 笹井氏作成資料

26

	サービス種別	相当する武蔵野市の 現行サービス	対象者と事業内容	サービス提供者	H25利用 延人数	H26予算
訪問系(介護予防・生活支援サービス事業)	訪問介護 (現行の訪問介護相当)	介護予防訪問介護 (保険給付)	・要支援認定者 ・訪問介護員による身体介護、 生活援助	介護保険訪問介護 事業所	3,151	59,252,082
	訪問型サービスA (緩和した基準による サービス)	生活支援ヘルパー 派遣事業	・おおむね65歳以上の高齢者及 び高齢者のみ世帯 ・自立生活の継続のために、食 材の買い物、室内の整理等の軽 易な生活支援。1日1時間、週2回 合計2時間まで	介護保険訪問介護 事業所、シル バー人材セン ター	991	16,660,000
	訪問型サービスA (緩和した基準による サービス)	認知症見守り支援 事業	・おおむね65歳以上の高齢者で 認知症の症状を有している方 ・①見守り②話し相手③外出支 援(散歩付添)④その他、認知 症の周辺症状が緩和できるため の援助。週4回まで、1週あたり 合計4時間まで	(公財)武蔵野 市福祉公社ホーム ヘルプセン ター武蔵野	311	6,675,000
	訪問型サービスB (住民主体による支 援)	家事援助サービス	・掃除、洗濯、料理、買い物、 話し相手、通院・散歩付添い ・1人あたりの時間料金の目安 1.5時間 1,665円～+交通費実 費	(公社)武蔵野 市シルバー人材 センター(会員 257人)	1,915	26,590,907

※ 総合事業のサービス種類については、介護保険事業に於ける今後の財政シミュレーションや地域包括支援センターの施設整備等を反映した結果、変更することがありうる(2014年6月30日現在の状況)。

引用:シンボジウム「地域包括ケアシステムの構築と住民参加」平成27年2月2日 東京会場 笹井氏作成資料

27/27

### 新しい総合事業に相当する武蔵野市の現行サービス類型検討案(2)

	サービス種別	相当する武蔵野市の現 行サービス	対象者と事業内容	サービス提供 者	H25利用 延人数	H26予算
通所系(介護予防・生活支援サービス事業)	通所介護 (現行の通所介護 相当)	介護予防通所介護 (保険給付)	・要支援認定者 ・デイサービスセンターなどで行われる機能訓練 等	介護保険通所介護 事業所	2,881	99,127,029
	通所型サービスA (緩和した基準 によるサービス)	機能やわら体操	・市内在住、65歳以上 ・歩道場の量の上での歩道の動きを取り入れた複 雑な体操、柔軟性体操が体操の指導を行い、素し みながら体力づくりを目指す事業	(公社)東京郵政協 会武蔵野支部主 部	1期243 人	2,253,420
		不活性浴場開放	・市内在住の60歳以上の方 ・浴場7ヶ所、コメセン8ヶ所→在宅介護支援セン ター1ヶ所で開放	生活体操研究会	13,189	18,299,723
	通所型サービスA (緩和した基準 によるサービス)	地域健康クラブ事業	・市内在住の60歳以上の方 ・「生きがいと健康づくり推進事業」として武蔵 野市福祉公社へ委託 ・健康プロモーターが地域健康クラブのプログラ ムを企画、指導を実施し、参加者の体力に合わせた 健康づくりのためのアドバイスを行う ・市内18か所のコメセン他2会場で開催。平成20年 度からは、市内3か所のコメセンで、①コース(健 体力から推進)②コース(背骨から元気)とコース 別に開催	【運営委託先】 ヘルシーライフ プロジェクト	31,215	15,928,000
		ときめきムーブメント	・市内在住の60歳以上の方 ・主に体力がない方を対象とした、1年間の体操課 程	(公財)武蔵野市福 祉公社、高齢者障 害センター	2,660	133,000
		気楽に動こう	・市内在住の60歳以上の方 ・主に体力がない方を対象とした、随時入会可能 な自由入会講座	(公財)武蔵野市福 祉公社、高齢者障 害センター	1,143	523,600
通所型サービスB (住民主体による支 援)	テンミリオンハウス事 業	・主に市内在住の65歳以上の高齢者で、自己進出 可能者方(一部例外あり) ・ミニサービス、喫茶、世代間交流、茶会 ショートスアイなど	市民団体、NPO 17 団体)	32,217	95,411,000	

引用:シンボジウム「地域包括ケアシステムの構築と住民参加」平成27年2月2日 東京会場 笹井氏作成資料

28

新しい総合事業に相当する武蔵野市の現行サービス類型検討案(3)

サービス 種別	相当する武蔵野市の現行 サービス	対象者と事業内容	サービス提供 者	H25利用 延人数	H26予算
通所系（一般介護予防事業） 一級介護 予防事業	実費改善おしく元気アップ！教室	・55歳以上の市民 ・現在の生活スタイルが健康バランスの良いものにするためのプログラム ・管理栄養士による個別相談と簡単な試食、軽い体操やお口の体操を行う	株式会社コナミススポーツライフ	I期14人	1,400,652
	口腔機能向上書つらつ健康教室（口腔ケアプログラム）	・市内在住の55歳以上の方 ・食べることの重要性や口腔機能についての理解、飲みが楽になる、つらつ体操、歯ブラシマシナジを無料提供、歯科衛生士が行う	(公社)東京福祉専門学校武蔵野校	I期75人	1,720,244
	健康体操教室	・20歳以上の運動可能な武蔵野市民、要介護・要介護認定を受けていない方、医師から運動制限を受けていない方 ・自由参加制、曜日（月・火・水・木）ごとの週次の異なるプログラムに合わせたソフトな体操や筋力トレーニングや、オリジナル体操「たんたん活のアップ体操」を実施。はじめは参加する方のため毎月1回入門クラスを実施。（体力測定とガイダンスあり）	(有)豊栄会	4,494名	4,525,200
	高齢者筋力向上教室 ・健康福祉課身体体操教室（東部・實祥寺駅周辺） ・にっこり運動教室（西部・武蔵境駅周辺）	・地方の考えを感じている55歳以上の市民 ・市内スポーツクラブが等での筋力向上のための体操教室を実施（年間、各期1回（週1回）、参加費総額3,000円（1コース） ・コナミの本場日コースはマシンの使用あり、NAS習得者は毎朝マシンの体操日あり	健康福祉課身体体操教室：スポーツクラブNAS習得者 にっこり運動教室：コナミススポーツライフ	NAS 91名 コナミ 84名	5,123,035
	健康づくり応援教室（こころばぬコース、保健センター）	・55歳以上の市民で悩みことに不安のある方、要介護認定は不可 ・福祉担当「介護予防活動マニュアル」東京府老人総合研究所新予防プログラムに基づき、新予防法に効果的な筋力のアップとバランス良い歩行についての運動実践を中心とした健康維持・増進のための教室、年3期、各期1回（週1回）	東ニチヤ学舎	105名	2,458,534
	高齢者居宅施設利用助成	・市内在住の65歳以上の方、者が契約している居宅施設の利用補助額を行う。年度内4回まで、1回につき2,000円の助成	福祉、ホテル等24施設	2,135泊	6,940,827
	高齢者食事学	・高齢者の栄養についてのアドバイス、食べること・作ることの楽しさを管理栄養士による料理講習会・懇談会を通して学ぶ ・健康増進課介護者のための料理講習会のための料理講習会	福祉、ホテル等24施設 高齢者食事学研究会	①479 ②33 ③192	2,224,800

引用：シンポジウム「地域包括ケアシステムの構築と住民参加」平成27年2月2日 東京会場 笹井氏作成資料

29

4. まとめ

## 地域包括ケアシステム構築に際しての課題

他でうまくいった事例の方式を他の地域に導入する上での課題

### ①人と金の問題

専門職のマンパワー、特に医師やリハビリスタッフの確保が甚だ困難で、人材確保に必要な人件費などの財源調達も大きな課題となっている

### ②保健・医療・福祉(介護)の親密な連携をどう構築するかという問題

### ③首長や議会の理解とやる気をどう引き出すかという難問

### ④地域住民の理解と協力をどう確保するかという難題

### ⑤地域包括ケアを実践する上で中心となる拠点がその地域に存在するかという問題

簡単には解決できない困難な問題であり、地域包括ケアが全国的に広く普及することを妨げている原因

31

地域包括ケアシステム整備に向けた自治体のマネジメントプロセス

### 1. 整備すべきケア提供システムのテーマの検討

Ex. 認知症、自立支援・在宅復帰支援、セルフケア

システム統合  
規範的統合  
プロセス全体に関わる内容として……

〇自治体で優先的に取り組むビジョン・ミッションを決める。

地域包括ケアシステム整備に向けた自治体のマネジメントプロセス

### 2. ケア提供システムに必要なサービス内容を検討

サービス検討のフレームワーク

期間ほどのくらいか	短期	長期
専門性を必要とするか	専門的	非専門的(一般的)
個別性が必要か	個別的	普遍的

〇どの予算で(市町村独自事業(税)、給付(保険)等)、誰が、どのような方法で、サービスを提供するかを決める。

組織的統合  
制度的統合

地域包括ケアシステム整備に向けた自治体のマネジメントプロセス

### 3. ケア提供システムをどのように整備するか

〇自治体全体で取り組むか、医療(医師会、医療法人)、介護福祉(事業者、社会福祉法人)等、特定の分野を中心とするプログラムにするかを決める。

組織的統合  
制度的統合

地域包括ケアシステム整備に向けた自治体のマネジメントプロセス

### 4. サービス提供をどのように行うか(マネジメントをどのようにするか)

〇マネジメントを行う人材を配置するか、ケアチームによるマネジメント体制を整備するかを決める。

組織的統合  
制度的統合

32

111

## 地域包括ケアシステム構築に向けた留意点

測定を行うことでしか改善は望めない。

・評価を行うことで、自分の立ち位置を知る

地域住民への視点は、地域包括ケアシステムの組織化をよめるための根底である。

・地域住民のニーズ、地域資源の把握は、重要。

一種類の地域包括ケアシステムへの取り組みのみでは全てに対応できない。

・いくつかのテーマに取り組むことが必要。

地域包括ケアシステムは、高齢者のケアを改善するための方策と考える。

・Integration(統合)を手掛かりに、政策を考える。

33

## 地域包括ケアシステムのサイエンス

Integrated care 理論と実証

簡井孝子

兵庫県立大学大学院健康科学研究科教授・  
兵庫県立大学保健医療科学研究科統括研究員

医療・介護・福祉関係者・  
保険者必携の1冊!

今年度の診療報酬改定に続き、来年迎えられる介護保険制度改革は、「地域包括ケアシステム」の完成に向けた第一歩になると見られている。このように、医療・介護研究の第一人者である著者が、独自の視点から実践力を駆使し、地域包括ケアシステムの発展について、基本から応用・実践・展望まで、あらゆる角度・視点から考察し入念に記述。

介護保険制度施行以来、たった34年間でケアを受ける高齢者が2.3倍増加しなければならなかった日本の医療・介護・福祉をとりまく社会の変革を取り上げながら、「community-based」発想とし、"Integrated care" (統合ケア) という視座から、その国の今後につながる取組上、ケアの社会が実現されるまで進められるべき方向性を提示している。

【新 理論編】Integrated care とは何か?

- 1 地域包括ケアシステム構築における地域性
- 2 従来の「地域包括ケアシステム」と Integrated care
- 3 Integrated care の概念
- 4 地域包括ケアシステムを推進するためのゴールの提示
- 5 「システム」構築の準備と実践の展開
- 6 「臨床的視点」：医療が統合したケア提供の現状と今後の展望

【新 実践編】これからの地域包括ケアシステム構築への取組

- 1 地域包括ケアシステムの構築
- 2 community-based integrated care の実践的取組としての事例研究から学ぶ
- 3 地域包括ケアシステム構築のための人材育成システム

執 筆：地域包括ケアシステムの構築



前厚生労働省健康局長  
宮島俊彦氏 推薦!  
すべてが聞かれ  
明らかになるわくわく感

■ 85判 264頁  
■ 定価 3,000円+税

発行 社会保険研究所 〒101-8502 東京都千代田区外神田2-4-5 WTCABLD2A  
since 1961  
<http://www.shaha.co.jp/shaha/> 電話 03-3252-7901(内) FAX 03-3252-7977

参考資料

34

(2) 事例発表

1) 千葉県浦安市 森林 友佳子氏

**市民と協働ですすめる  
高齢者が元気な  
まちづくり**

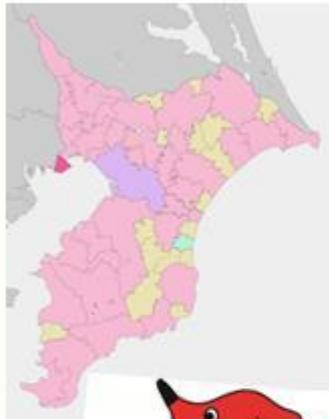
浦安市健康福祉部介護保険課  
猫実地域包括支援センター  
森林 友佳子



**本日の内容**

- 1) 浦安市について
- 2) 協働社会実現のための社会資源
  - ① 地域包括ケア評価会議
  - ② うらやす市民大学
  - ③ 介護予防リーダー養成講座
  - ④ 浦安介護予防アカデミア
- 3) 最後に

# 1) 浦安市について



浦安市総数 162,952人

0~14歳人口 24,742人

15~64歳人口 114,248人

65歳以上人口 23,962人

前期高齢者 15,163人

後期高齢者 8,799人

高齢化率 14.7%

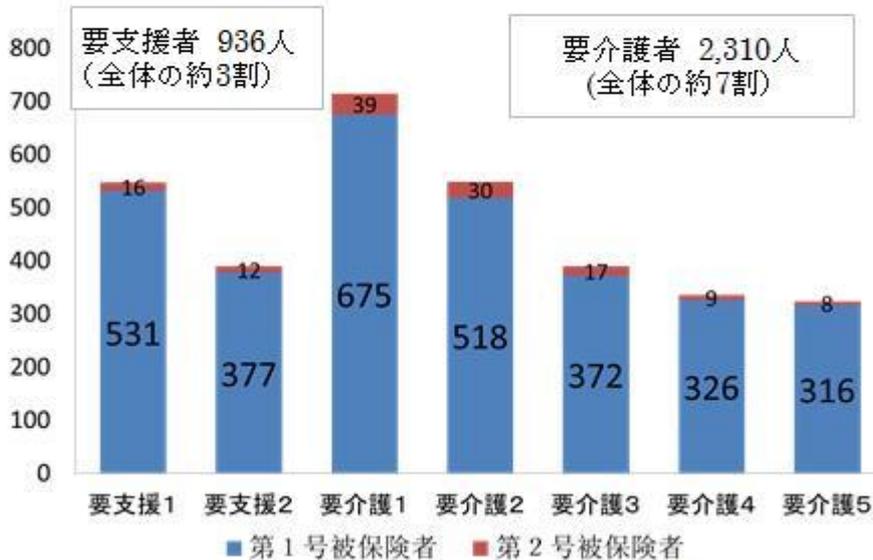
(平成26年4月1日現在)



千葉県マスコット  
キャラクター  
チーバくん

## 要介護認定者数

総数 3,246人  
(高齢者全体の13.5%)



要支援者 936人  
(全体の約3割)

要介護者 2,310人  
(全体の約7割)

平成26年3月末現在

## 浦安市地域包括支援センター

平成18年4月設置

### ●猫実地域包括支援センター（直営）

[担当エリア]

当代島、北栄、猫実、堀江、富士見、舞浜、東野、海楽

平成23年4月設置

### ●新浦安駅前地域包括支援センター

（社会福法人に指定管理）

[担当エリア]

美浜、入船、弁天、富岡、今川、高洲、日の出、明海

## 猫実地域包括支援センター業務

### ●介護予防事業

- ・二次予防事業対象者把握、介護予防教室
- ・介護予防・認知症予防体験フェア
- ・地域介護予防活動支援（リーダー養成、市民大学協力、介護予防協働事業）

### ●地域包括ケアネットワーク構築に関すること

### ●地域包括支援センター委託管理、後方支援

### ●高齢者虐待防止のための通報受理、対応

### ●認知症普及啓発

- ・サポーター養成、家族交流会
- ・認知症対策協働事業

## 2) 浦安市の協働社会実現のための 社会資源

### 2) 浦安市の協働社会実現のための 社会資源

#### ① 地域包括ケア評価会議

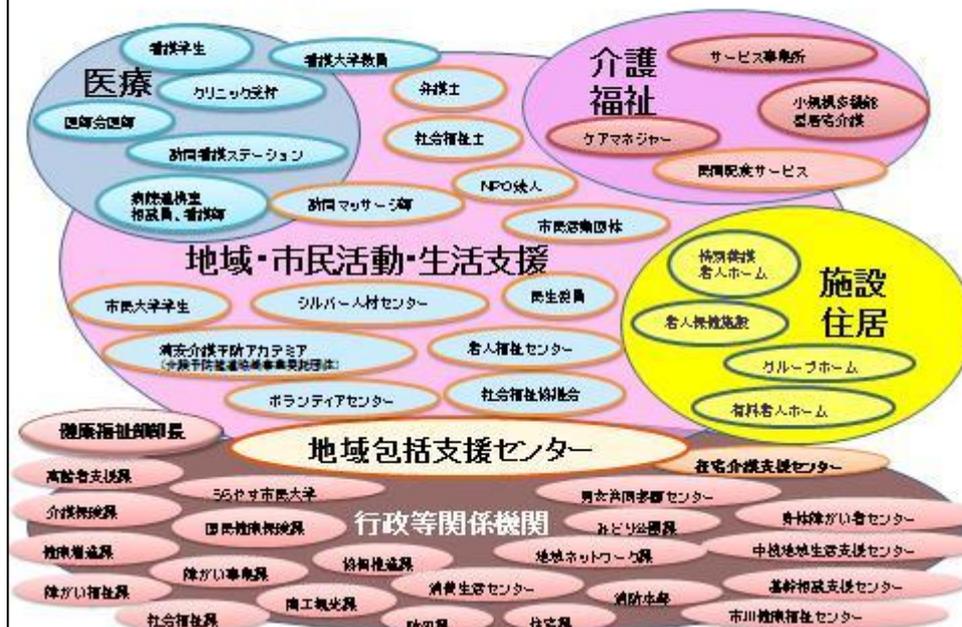
地域包括支援ネットワークを広げている協働の場

## 浦安市地域包括ケア評価会議のテーマ例

(平成22年9月～ 2か月に1回開催)

- 浦安市地域ケアシステムの課題の明確化
- ネットワークはなぜ必要か
- 震災を振り返って
- 地域包括支援センターの役割と意義
- 地域課題を明確化し計画に反映する
- 地域づくりの意義
- 民生委員との連携について
- つながりの拠点と居場所づくり
- 市民と協働で考える認知症対策
- 高齢者一人暮らしを考える孤独死の  
とらえ方
- 誰がどう支えるか
- 暮らしを支える地域の環境  
～介護予防健診結果から～
- 男性高齢者の  
元気のとびらをひらく地域づくり
- 高齢者見守りネットワーク
- 法改正を先取りした浦安市の市民協働
- 浦安市がめざす2025年
- 高齢者のボランティア、地域活動
- 市民が主体となって  
要支援者をサポートするために
- 買い物支援と介護人材不足

## 地域包括ケア評価会議参加機関



浦安市の2025年

浦安市がどんな街になっていたらいいか

働きながら、楽しく、輝く人々  
助け合い、多様性のあるまち  
居場所、役割、安心、張合いがある暮らし  
バリアフリー、一人じゃないと思えるまち  
すべてがつながる



元気なまちづくり



平成25年度第1回地域包括ケア評価会議より



2) 浦安市の協働社会実現のための  
社会資源

②うらやす市民大学  
協働の担い手としての学びの場

## 市民協働は時代の要請 「うらやす市民大学」

- 協働の担い手としての学びの場として、平成21年に市長公室付で、「うらやす市民大学」開校。
- うらやす型の新しい公共を創造し、ともに考え、ともに行動する協働社会を推進するための拠点。
- 開校の背景:平成18年、まちづくりの柱となる「第2期基本計画」策定を前に、市民の意見・提案を生の声で聞きたいという市長の発案で「市民会議」が発足。100名の市民公募に対し206名が参加。市民と学識者・市職員が一緒になって徹底討論をした結果、行政がすべてを行う時代から住民参加で事に当たる「市民協働」「地域協働」の時代の流れもあり開講に至る。

うらやす市民大学HP <http://www.urayasu-cc.com/>

## 市民協働は時代の要請 「うらやす市民大学」

学生数	平均年齢	講座数	特 色
304名	68.13歳	17講座	◎有料制、1授業あたり、500円 ◎学内に学生会設立。市民と市が協働し大学運営 講座内容も学生会の意見を反映 ◎講座修了後、学生同士で各種市民活動団体を設置。
男 217名		環境、福祉	
女 87名		防災、学校等	

平成26年7月現在

## 地域包括ケアシステム実現にむけて 「うらやす市民大学」を活用

講座例

○市民力が育むうらやすの高齢化社会

ー住み続けたい浦安づくりにむけてー

○うらやすで地域に根ざした

介護予防を進めるために

ーうらやす介護予防リーダー養成講座ー

「協働」の授業を受け持つ講師を招き、  
コラボ講座も行われます

協働とは市民一人ひとりの幸せを実現するための手段であり、  
市民と行政が協働することが目的ではない

2) 浦安市の協働社会実現のための  
社会資源

③ 介護予防リーダー養成  
介護予防を進める担い手をつくる

## 介護予防リーダー養成講座開講に至った背景

介護保険制度は  
予防重視型システムとなったものの…

介護予防に資する社会資源は  
ほとんどない状況

## 介護予防リーダー養成講座開講に至った背景

より多くの人に介護予防を知ってもらいたい

介護保険制度

教室に参加した後、地域で継続できる環境がない

若いまちだからこそ、  
市民と協働して  
介護予防に力を入れよう

介護予防を推進する職員が足りない

ほとんどない状況

介護予防教室だけでは限界あり

行政だけでやることへの限界を認識

- ・ 身近な地域で実践できる環境整備
- ・ 市民と一体となった介護予防の展開
- ・ 市民が介護予防を担える仕組みづくりへ



## 平成21年度 介護予防リーダー 養成講座 開講へ

(地域支援事業 介護予防事業  
一次予防事業 地域介護予防活動支援事業)



2) 浦安市の協働社会実現のための  
社会資源

④ 浦安介護予防アカデミア  
介護予防を進める担い手の活躍

## 浦安介護予防アカデミア

- ・リーダー養成講座受講一期生が立ち上げ
- ・会員約130名。
- ・浦安市がすすめる介護予防活動の支援に力を注ぐことで行政と市民が協働し、浦安市が今よりも健康な高齢者が多く住む街、住みたい街になることを目標とし組織設立されている。

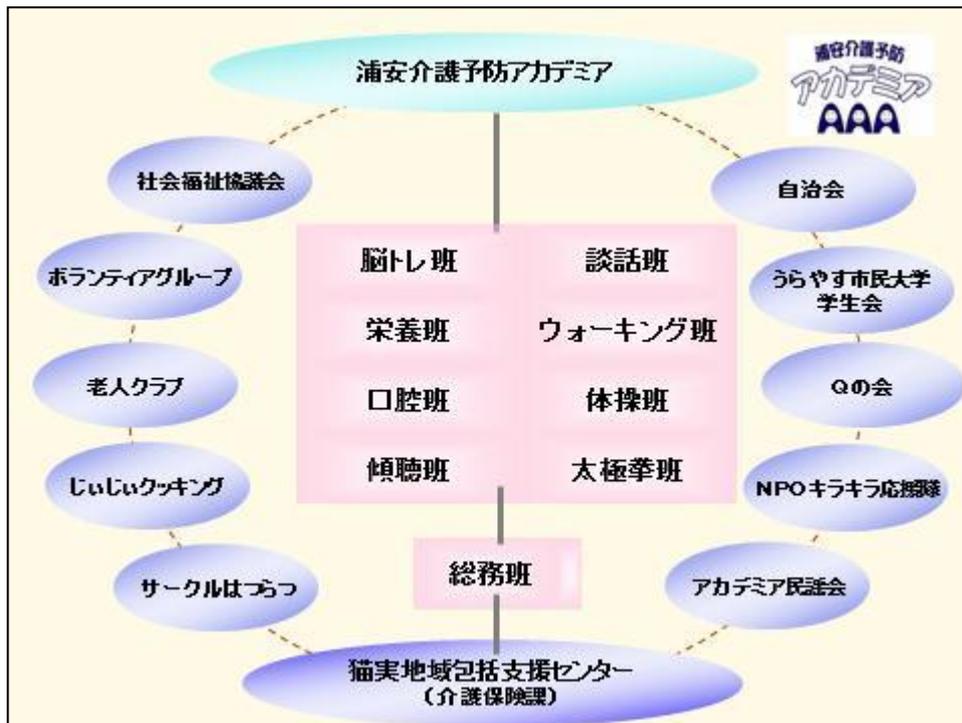
楽しく・仲良く・末永く



地域課題を市民の視点や発想から解決し、市民生活の向上につなげていくことを目指した取り組み

### 協働事業提案制度に事業を提案

- 平成23, 24年度  
まちづくり活動団体提案部門  
「市民参加型介護予防事業」
- ↓
- 平成25, 26年度  
「介護予防推進協働事業」  
猫実地域包括支援センターが(協働)委託



## 浦安介護予防アカデミアの活動実績

	平成22年度		平成23年度		平成24年度		平成25年度	
	開催回数	市民延参加数	開催回数	市民延参加数	開催回数	市民延参加数	開催回数	市民延参加数
講演会や相談会	57回	2,183人	53回	1,632人	9回	649人	23回	904人
介護予防教室	90回	1,221人	95回	1,509人	80回	1,321人	52回	769人
<b>浦安介護予防アカデミア</b>			824回	14,566人	1,080回	19,901人	1,336回	23,232人
			協働提案事業で実施				委託で実施	

## 市が行ってきたこと・行っていること

- 介護予防リーダーフォローアップ講座
- 活動発表の場「介護予防フェア」開催
- 合宿 受講生、コーディネーター、職員参加
- 意見交換、相談助言  
事務局会、定例会出席。活動計画進捗把握
- 出前講座受付、調整
- 活動環境の整備(拠点提供、班活動の会場手配)
- 広報協力
- 予算確保 など

## 市民と協働で 介護予防をすすめた結果

環境整備の側面からは、

- 身近な場所での活動展開
- 介護予防教室参加者の行き場の拡大
- 市民から市民へ口コミで体験が伝達  
→誘われて、
  - ・アカデミアの活動に参加するようになる方
  - ・アカデミア会員となる方

## その結果、目ざしていた

- **多様なメニューの提供**
- **自らの元気づくり**  
介護予防、健康づくりが自ずと実践
- **市民同士の絆、つながりづくり**
- **賛同するグループや人がゆるやかにつながり、ネットワークが拡大**
- **市民の介護予防についての認知度上昇**

## 当初はあまり意識していませんでしたが・・・

- **生きがい、役割づくり、担い手としてやりがいを実感されている**
- **市民目線、自由なアイデアで活動拡大**
- **参加していた人の役割や目的意識が変わり、受け手から担い手となる**
- **参加が難しくなってきた人にも声かけをし、継続参加をサポート**
- **市民と行政の間の信頼が深まる**

## じいじいクッキング

(男性のためのクッキングひろば事後グループ)

H21年より6年間で217名の**男性が参加**

↓  
市民活動補助金を利用 (H24~)

↓  
市内全7か所の公民館で活動  
公民館祭り、市のさまざまな催しへの協力  
他団体とのコラボ企画  
小学生の  
調理実習お手伝い

料理をできるように  
になりたい。  
妻に勧められて。  
必要に迫られて。  
(独居・妻の入院)

## 市民活動団体情報交換会

市内で高齢者を対象として活動している市民団体に声をかけ、活動の現状や課題を情報交換している。(9つの市民団体が参加)

## 介護予防・ 認知症予防体験フェア



運営委員会をつくり、  
フェアの準備を  
すすめている。

(8つの市民団体が参加)



### 3)最後に

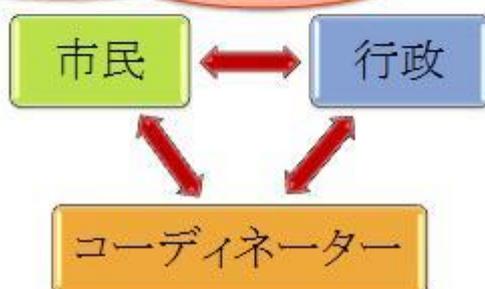
#### 市民との協働をすすめるうえで 心がけてきたこと

- ①市の考えを伝え、市民の立場で出来ることを考えていただく。
- ②双方の考えをすり合わせる場をつくる。
- ③情報交換や相談にのる時間を惜しまない。
- ④予算を含め、物心両面からバックアップ。
- ⑤既存の団体にも声をかけ、ネットワークづくりを進める。
- ⑥誰と誰をつなげたらいいか常に意識をする。  
など

## 市民との協働をすすめるうえで 重要であったと感じたこと

### コーディネーターの存在

市民対行政という対立構造にならず、  
協働で今何ができるかをお互いが考えやすくなった。



- ・ 行政の現状や限界を踏まえつつ、何が問題で、行政がなぜできないのか、市民ができることは何かを考える場となるよう工夫。
- ・ 研究データなど客観的な根拠に基づいた話をしてもらえた。
- ・ 他市町村区の先進事例に学ぶことができた。

## まとめ

市民の自由な発想を妨げない  
後方支援を心掛け  
市民と行政の  
“できることの持ち寄り”という  
協働の形で  
高齢者が元気なまちづくりを  
今後も進めていきたいと思えます。



2) 福岡県大牟田市 猿渡 進平氏



医療法人 静光園 白川病院 概要

◆ 診療科

内科・リハビリテーション科・放射線科

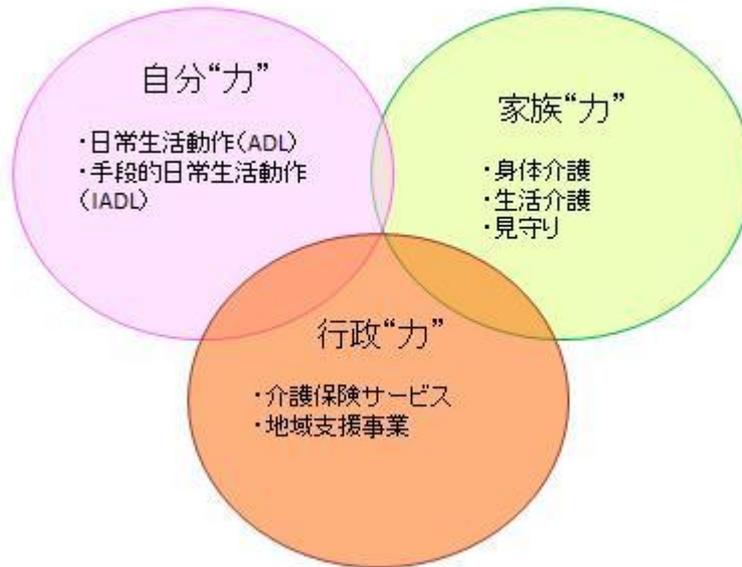
◆ 病床数及び内訳

218病床  
一般（障害者）60床、医療療養98床、介護療養60床

◆ 患者平均年齢

85.7歳

## 患者が自宅退院するための“力”



## ほっと安心(徘徊)ネットワーク

大牟田市 徘徊SOSネットワーク模擬訓練(平成14年～)

1. **認知症の人と家族を支え、見守る地域の意識を高め認知症の理解を促進していく**
2. **徘徊高齢者を隣近所、地域ぐるみ、多職種協働により可能な限り、声かけ、見守り、保護していく実効性の高いしくみの充実**
3. **認知症になっても安心して暮らせるために「徘徊＝ノー」ではなく、「安心して徘徊できる町」を目指していく**

## 訓練に向けた取り組み

### ●校区実行委員会の設立

声かけ訓練や情報伝達網の再整備、認知症サポーター養成講座など必要となる取り組みについては、各校区それぞれにおいて検討を進め、訓練当日に先立つ準備として各校区で事前に実施する。

#### 実行委員会メンバー（校区によってメンバーは異なる）

- 民生委員・児童委員協議会
- 校区町内公民館連絡協議会
- 校区社会福祉協議会
- 地域の医療、介護事業所(地域交流施設)
- 地域包括支援センター
- 認知症ライフサポート研究会運営委員
- 大牟田市長寿社会推進課

## 第1回 徘徊模擬訓練 in しらかわ



事前の認知症学習

【開会式】  
実行委員が中心に事務局に集合し開会式(認知症サポーター養成講座・声掛けの方法・道に迷った方を見つけた際の連絡先等)を実施。その後、徘徊役に対し、声をかける。

開催日：平成19年9月23日(日)  
参加者：9名  
徘徊役：1名  
訓練結果：2時間歩き1件の声掛け



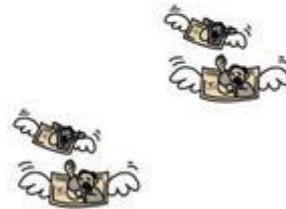
訓練の実施状況





サロン等の開設には  
**お金**がかかる！  
契約は誰がするのか!?

- サロンの開業資金、運転資金
- ボランティア保険への加入
- 継続的な事業開催費



などを確保しなくてはならない。

## NPO法人の立ち上げ

3点の問題解消の為に  
法人格取得



- ① **社会的信用**
  - ・契約行為とボランティアの提供
- ② **自主財源**
  - ・目標に到達するという契機と資金の透明化
- ③ **継続性、自主性**
  - ・責任感の獲得と入りやすさ

## NPO法人 しらかわの会 設立総会 開催

- 開催日：平成21年11月15日
- 出席者：54名



### 審議内容：

- ① 設立趣旨に関する件
- ② 事業計画等について
- ③ 役員を選任について
- ④ 設立代表者の選任について など

### NPO法人 設立総会 集合写真



## 「NPO法人 しらかわの会」の活動計画

### 基本目的

高齢者、障害者等の世帯を対象に個別訪問を実施し、家事支援及び生活相談に応じ自宅で安心して生活できるように支援する。また安心して住める町づくりを目指す為、環境整備や安全確保を重点に地域の活性化に寄与する。

事業名	具体的内容	実施予定
・日常生活支援事業	・個別訪問による買い物、付き添い、清掃、庭木の手入れ、相談支援等 ・サロン事業	随 時
・環境美化部会	・堂面川河川敷清掃 ・地域内の清掃活動	1回/年 1回/年
・安心、安全部会	・防犯灯及び危険箇所点検 ・地域広報誌発行	2回/年 随 時
・子ども部会	・通学路点検 ・学校諸行事の支援 ・こどもの居場所づくり ・障害児の登下校支援	2回/年 随 時
・自治体及び他団体の支援事業	・徘徊模擬訓練 ・白川まつり	1回/年 1回/年



**買い物難民の為に地元商店街との共同サロン開催**



**管理が不十分で住民から苦情が寄せられていた休耕田地**



## 徘徊模擬訓練inしらかわ 実施結果



	H19年度	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度
徘徊役	1名	6名	20名	26名	26名	26名	26名	50名
参加者	9名	87名	240名	165名	167名	162	185名	232名
声かけ	1件	35件	361件	247件	268件	317件	299件	492件

## 2014年 徘徊模擬訓練inしらかわ スタッフ 集合写真



医療機関、介護施設として

“利用者”と“地域住民”との連携

インフォーマルを中心とした地域支援

退院前の地域住民による清掃



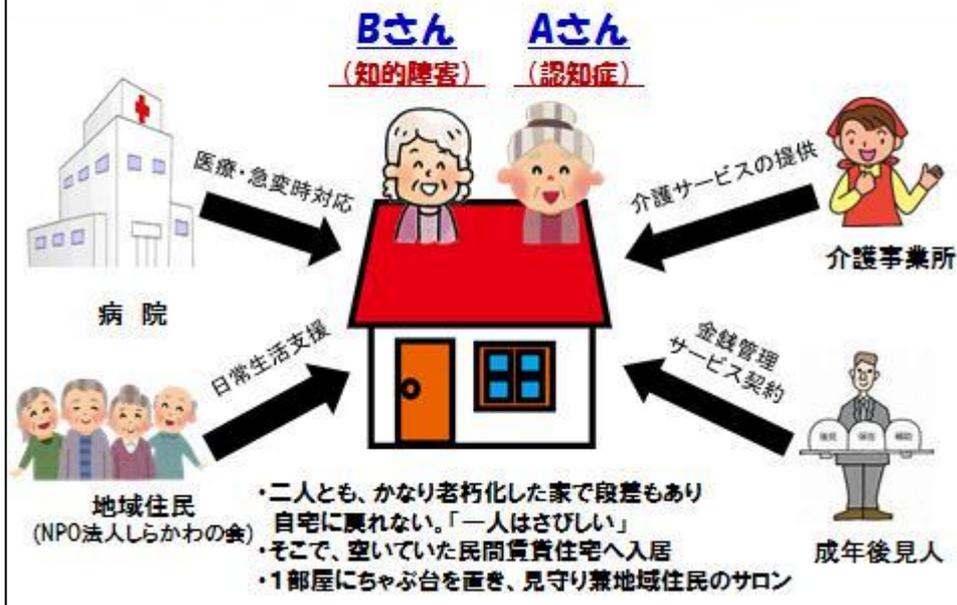
## Aさん(認知症のある高齢者)の生活状況

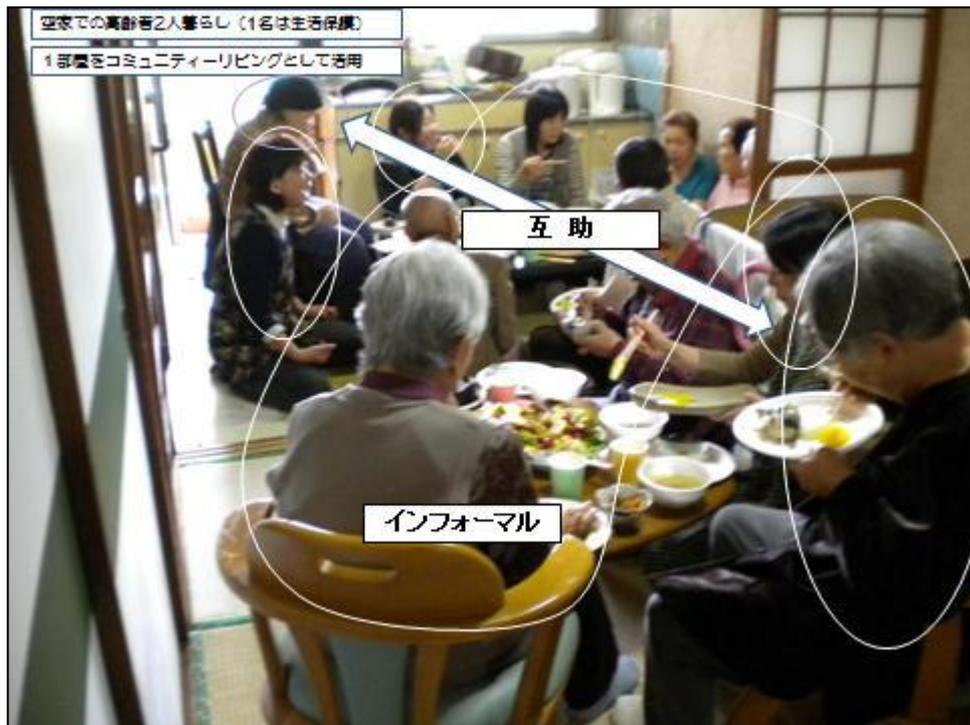


## Bさん(知的障害の高齢者)の生活状況



## 入院中の、住み慣れた地域に帰りたいという二人の想いを尊重し、「ルームシェア」を提案し実現に向けた退院支援

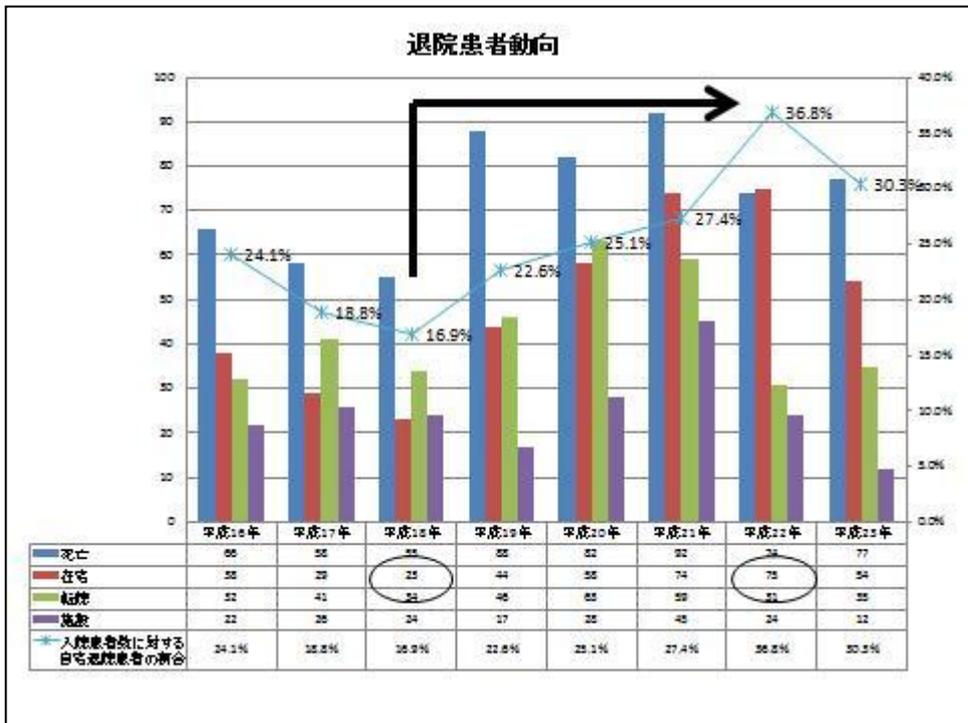




## 地域に暮らす認知症高齢者の支援会議





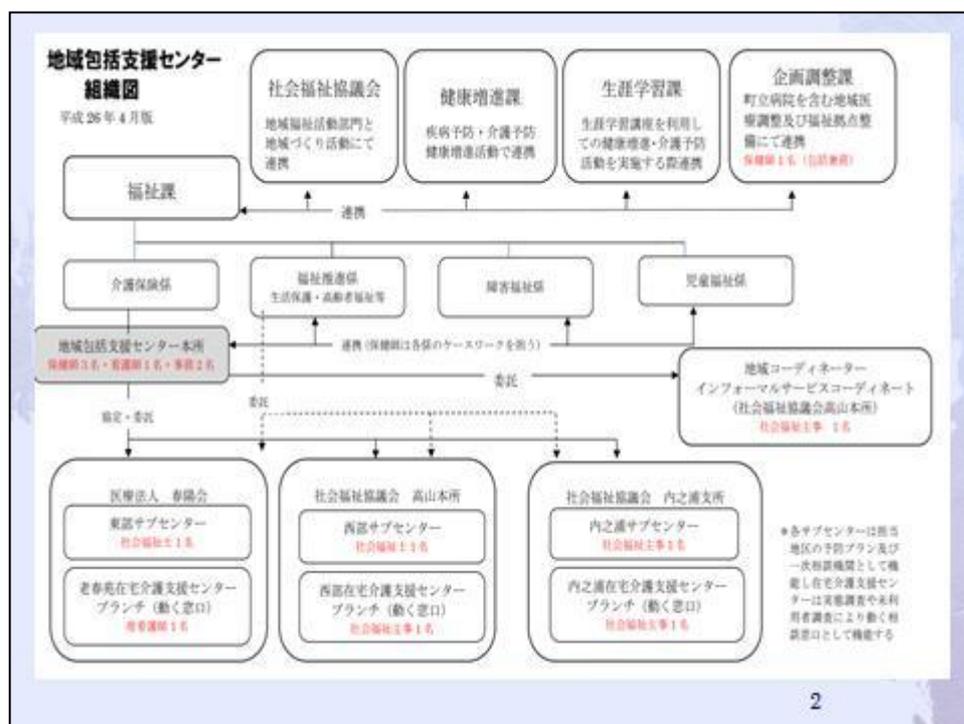
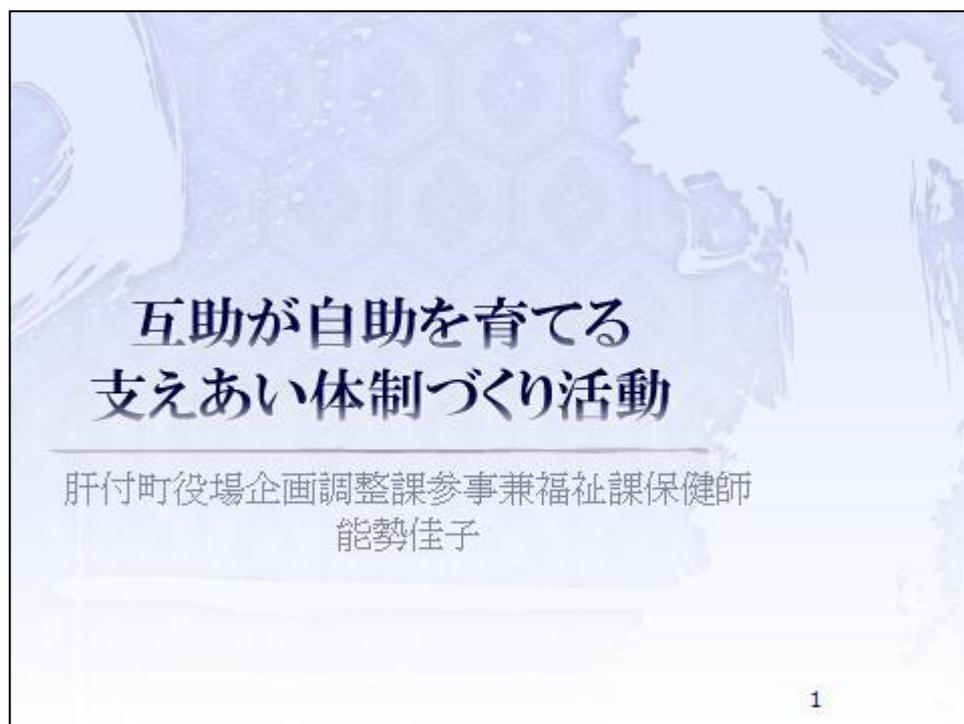


## 繰り返す“真実”の合意形成



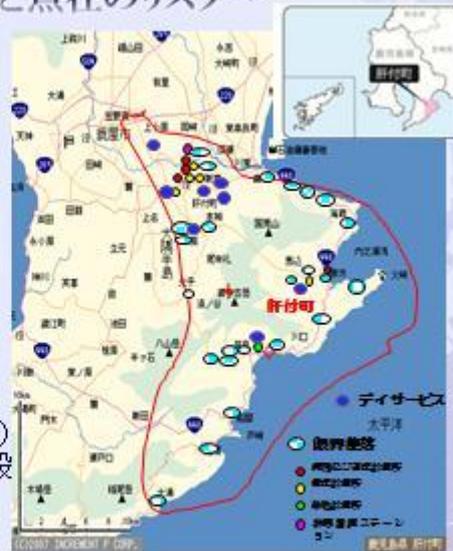
キーワードは常に “ **住民はどんな町に住みたいか？** ”

3) 鹿児島県肝付町 能勢 佳子氏



## 肝付町の概要～広さと点在のリスク～

- ◆ 平成17年7月高山町・内之浦町が合併し誕生
- ◆ 面積 308平方km  
南北に車で120分  
東西に車で90分
- ◆ 人口 16,582人  
(H26.8.31現在)
- ◆ 老年人口割合 37.8%
- ◆ 限界集落 33/132集落
- ◆ 病院・有床診療所 4施設
  - ◆ 無床診療所(僻地診療所含) 6施設
- ◆ 訪問看護ステーション 1施設



集落が点在し医療機関や商店も旧町の市街地に集中

3

## 地域課題

- ◆ 地理的に孤立した高齢化率50%を超える限界集落が点在している
- ◆ 地理的に災害リスクを抱えている。リスク管理が求められる地域である
- ◆ もともと自助・互助の素地があった地域が多いものの、高齢化により数少ない壮年世代の負担が大きくなってる

4

## 取り組みの経過

- ◆ 事業推進体制確立の時期(平成19-20年度)
  - \* 災害用保護者台帳の整備
  - 顔の見える関係性の重要性を地域包括支援センター等専門家が気づく
- ◆ 認知症をキーワードに住民が地域課題だけでなく地域の良さに気づく語り合いの場作り(平成21-22年度)
  - \* 地域づくり地域支えあい検討会
  - \* 徘徊模擬訓練 \* おたがいさマップ
  - \* 災害シミュレーション研修 \* 保健医療福祉従事者研修会
  - 住民・専門職が共に語り、共に学び、共に考え「つながり」の大切さを実感
- ◆ ITを使った新たな取り組みの開始及び共助組織の育成支援(平成23年度～)
  - \* 高齢化率100%の集落でのテレビ電話によるネットワーク事業
  - \* あいばつによるネットワーク事業
  - \* 自主サロン育成事業
  - 距離のリスクをITで乗り越える試みと、できることを少しずつ組み合わせて地域で支えあふ場を自主的に運営していく土壌を醸成
  - 「誰かのために元気でない」自助につながる

5

## 高齢化率100%の地区から学ぶ

- ◆ 互助により生活してきた集落で高齢化が進むということ
  - \* 受診や買物の乗合せがむずかしくなる
  - \* 炊き出しがむずかしくなる
  - \* 見守りがむずかしくなる
  - \* ここに住む続けるかどうかの選択を危機のたびに突きつけられる

6

## ITを利用したネットワークの試み

(地域包括支援センター機能強化事業)

### ◆ 肝付町IT化推進事業内容 (地域包括支援センター機能強化事業)

#### ＊ 多機能テレビ電話を設置

地域包括支援センター及び担当地区サブセンターからの総合相談、定期見守り、要援護高齢者の介護予防の活動への活用  
地域内でのお互いの見守り、また防災等の緊急対応に役立てる。

## テレビ電話を使って出来ること①

- ◆ 通話機能によるもの
  - ・地域内の交流 雨が降っても顔が見れる！
  - ・地域包括支援センター及び、行政機関、医療機関とのネットワークによる住民の安心感の提供



## テレビ電話を使って出来ること②

- ◆ 映像や文字による情報の伝達
  - ・ 定時の映像配信
    - 安否確認！
    - 生活リズムをつくろう！
    - 健康体操などで介護予防！
  - ・ ビデオレターを通して
    - ボランティア等交流への橋渡しができる
  - ・ 災害時等の情報伝達



## これまでに得られた効果

- ◆ 地域内での日常の連絡手段として活用
- ◆ 地区振興会長による安否確認を自主的に開始
- ◆ 告知放送が日常の中に浸透
- ◆ 電話がかかって来るのが嬉しい

地域外の方を  
この地域の支えあいに巻き込もう!  
(地域支えあい体制づくり事業)

- ◆ ボランティア現任研修活動事業  
サロンやボランティアの方々の研修施設として  
学校や営林署跡を利用  
一緒に学びながら自助共助を  
体感し集落にはボランティア活動  
として労力や知力を提供する  
肝付で「ともに生きる」を実感!  
だからこそ支えあう!



この地区活動から得られたこと

- ◆ 地域内の人々が顔と顔を合わせることができるとは地域活動の活性化につながる。その距離の問題を埋めるためにはITの活用も有効!
- ◆ 地域を愛する気持ちは自分を大切にすることにつながる→セルフケアへのモチベーション
- ◆ 地域同士が交流することで自分の地域の課題と違う地域の課題を比較し、「自分たちで解決できる」と「他機関を巻き込むこと」を選択できるようになっていく  
→地域のほうから包括への依頼、健康増進課への依頼  
社協への依頼、他地域への依頼

## 地域包括ケア ICT事業！

こんなイメージを立てて2013年度事業を開始しました  
やってみると二次予防が上手いかなくて2014年作戦を変えて実施しています



## 三次予防 地域包括ケアスタッフICT事業



なれない中ですが  
つながる方法を模索  
しています

## 一次予防 地域で遊ぶ「あいぽっど」



いつもの場所が  
違って見える  
だから発見  
だから楽しい！

## 二次予防：地域のみなさんが 小さな拠点になる人づくり活動

「あいぽっど」講座  
in 高山

今年度仕切りなおして取り組む事業地域の憩いの場から地域の情報が発信されつながっていきながらさみしくない！

●日 時：1期目 9月2日 10時～12時 基礎講座  
2期目 9月9日 10時～12時 応用講座  
3期目 9月16日 10時～12時 活用してみよう  
4期目 9月24日 10時～12時  
特別講座 町に出してみよう！(※1月以降)

●参加費：1,000円  
●場 所：志もつた情報化推進センター（西平石油ビル）  
●定 員：町内全域の15歳以上の高齢者の定員10名先着順  
●その他：あいぽっどは3歳以上です。もってこい事業は対象外  
のびのび必要の方はお申し込みください！  
●申し込み：地域生活支援センターまでお電話で（TEL：65-8419）  
8月22日までに申し込みください。  
TEL 65-8419  
※12月・11月は場所を別の施設・併設施設に移して実施予定です



## 地域で支えあう居場所作りを自分たちの手で (支えあい活動の土台づくり)

- ◆ お茶のみの場がほしい！と思う方が2-3人の仲間をつくって地域コーディネーターに相談
- ◆ 作戦会議をひらいて1回目を開催
- ◆ 無理のない回数でやり方で自主的に実施  
コーディネーターは試行錯誤によりそう
- 情報交換(互助)によりさらにそれぞれのサロン活動(自助)が  
発展し、次へ発展する
  - ・サロンリーダー研修会
  - ・いっぺこっぺ大交流会

17

## つながる・支えあう・生きる

- ◆ 地域にもそれぞれの住民の方々にも力がある
- ◆ その力を発揮できる方法はそれぞれの人・地域に眠っている
- ◆ 誰かとつながり、支えあうことで自分の力に気づく

自分の力が役立つことを実感することで  
誰かのために元気でいたいと願う

専門職は、時に福祉用具のように、時にデイサービスのように寄り添う  
方法を一緒に考えつなげていく  
地道に1つずつ急がずに・・・  
地域は生きているから常に同じ状況ではないことを認めつつ支援を続  
けよう！

18

### (3) パネルディスカッション

#### 1) 地域包括ケアの専門職のミッション

- ・ 夕張市では、財政破たん後に地域包括ケアが構築された。専門職の連携、ベースにある「地域力」が重要である。
- ・ 大牟田市では、徘徊模擬訓練を行い当初は人が集まらなかったが徐々に参加者が増加した。ソーシャルワーカーとして、入院中の高齢者の「家に帰りたい」という意見を受け地域に帰れる素地を作りたかった。また、地域住民がいろいろと提起し、志を持っている行政職員と仲間になり、行政がビジョンを持って施策を仕掛けている。
- ・ 専門職だけで話し合うのではなく、専門職が住民に「あきらめずに考えてみよう」と働きかけ隣近所と話しをすることが大切である。
- ・ 浦安市では、2次予防の対象者把握事業の基本チェックリストを、介護保険を受けていない65歳以上高齢者全員を対象に調査し分析した結果、高齢化率が高い地域の方が、リスクが少なく、コミュニティが熟成しており、地域の中で元気に暮らしている高齢者が多いことが分かった。それは、災害時のリスク低下の要因にもなった。
- ・ 市民活動による在宅ホスピスと在宅ホスピス支援センターを設置できた背景には、地域の中でどのようなニーズがあるかを常に聞き、新たな課題に対応していく内に、事業を進めるプロセスの中で新たな事業が生まれたことがある。

#### 2) 目的・理念の規範的な統合と関係者との共有

- ・ Integrated Care を説明する際のキーワードとして、「システムの統合」「規範的統合」「組織的統合」「運営的統合」「臨床的統合」の5つがあり、「規範的統合」は、組織、専門家集団、個人の間で価値観、文化、視点の共有を行うことである。Integrated Care、地域包括ケア構築は、当事者がどのくらい意識を持てるかが重要である。

#### 3) 行政組織と専門職の関わり、及び首長との付き合い方

- ・ 肝付町では、地域住民が行政トップに直接話をしてくれたことにより、地域づくりの感覚を持っていただき、首長も多数のイベントに出席するなどして状況を把握し、地域包括ケアの大切さを理解してもらった。
- ・ 保険者は地域の把握が必要である。ビジョンや目標が組織で分かれば（浸透し共有されれば）、予算が立つ。地域包括ケアについても、住民が自主的に行ってくれるようになると、介護や福祉の高価なコストを代替してくれることになる。自治体にとってはメリットが大きい。そのことを専門職が分かって、常にチャンスを狙うことができるかどうかが必要になる。
- ・ 市長に前面に出てきてもらうには、まとまった住民の声を市長へ届けることが重要であり、加えてそこに専門職が支援に入り、行政に意見を届きやすくしていく

ことが重要ではないか。

- ・浦安市では、市長が市民を募集し、市民と一緒にまちづくりの柱となる「第 2 期基本計画」策定の作成を行った。これを機に、実際に市民が担い手となるための場所として市民大学の設置になった。
- ・宮崎市では、末期ガンの方が最後の 1 か月でかかる病院と在宅のコストを比較し、医療コストからみると、在宅コストは安いことから、家賃補助ができ、拠点があれば、在宅で最後まで自分らしい生活ができるのではないかと市長も理解し、終末期の過ごし方を充実させるようにと市長が指示した。

#### 4) クオリティ・オブ・ライフもしくはクオリティ・オブ・デス

- ・どこで亡くなるかということも大切であるが、最後の時を迎えるまでどこで生活するかということも大切である。在宅で過ごす QOL が上がるし、コストも下がるので、メリットが多い。
- ・最後のところまで伴走していくことで、残された人たちが再生し、クオリティ・オブ・デスにつながるのではないか。残された人たちもその後の人生をきちんと生きていけるように、本人の最期を看取っていくということが大切である。

#### 5) 地域包括ケアの今後

- ・地域包括ケアは唯一のソリューションであると言ったが、しかし、なかなかそれに向けての合意が作られていないということは事実である。地域包括ケアシステムをどのように受け止めるかは、まだまだ多様、「施設でなければ」「病院でなければ」という意識がまだ残っている。誰でもケアが必要になるということを前提に介護保険が作られたので保険料を納める連帯の仕組み、従って、住民全体が当事者である。地域社会が支え、仕組みを作り、地域を明るく活性化すると同時に、いろいろな仕組みを変えていく必要がある。

## 4. 来場者アンケート

### (1) 目的

来場者に対してアンケートを実施することで、シンポジウム自体の効果の把握に加え、シンポジウムテーマに関する取組事例等や地域包括ケアの課題等を収集することを目的として実施した。

### (2) 方法

シンポジウム開始時に、自記式調査票を来場者に配布し、シンポジウム終了後に回収した。2015年2月3日（東京会場）、2015年2月10日（大阪会場）にて実施した。

また、調査項目概要は次のとおりである。但し、「5.保険者事例報告について特に印象を持った報告」は、東京会場、大阪会場において、出演者に応じて選択肢を設けた。

図表 4 調査項目概要

1.勤務先住所
2.勤務先の団体・法人名
3.勤務先での職種・資格等
4.プログラムごと※の感想 ※基調講演、保険者事例報告及びパネルディスカッション
5.保険者事例報告について特に印象を持った報告
6.地域包括ケアシステムのための「住民参加」への取組
7.地域包括ケアシステムの構築に向けた課題
8.地域包括ケアシステムに対する住民の認知度・理解度向上
9.地域包括ケアに関する政策等への要望・意見

### (3) 調査結果

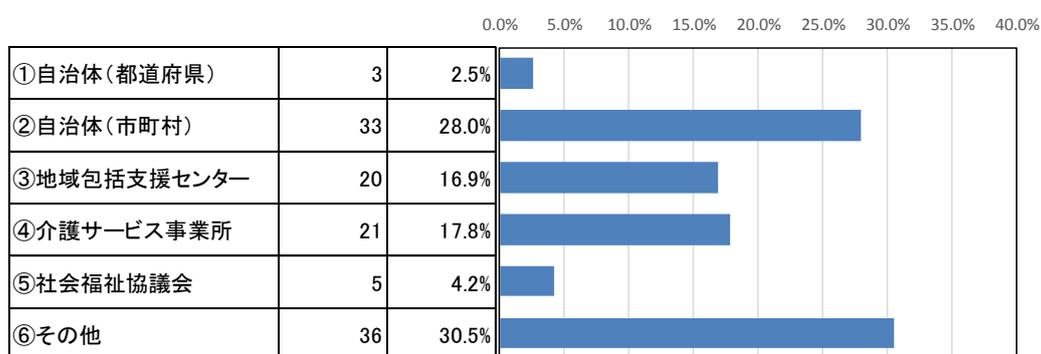
#### 1) 配布回収状況

	入場者数	アンケート回答者数
東京会場	221 人	118 人 (回収率 53.4%)
大阪会場	143 人	101 人 (回収率 70.6%)

#### 2) 東京会場

##### ○勤務先

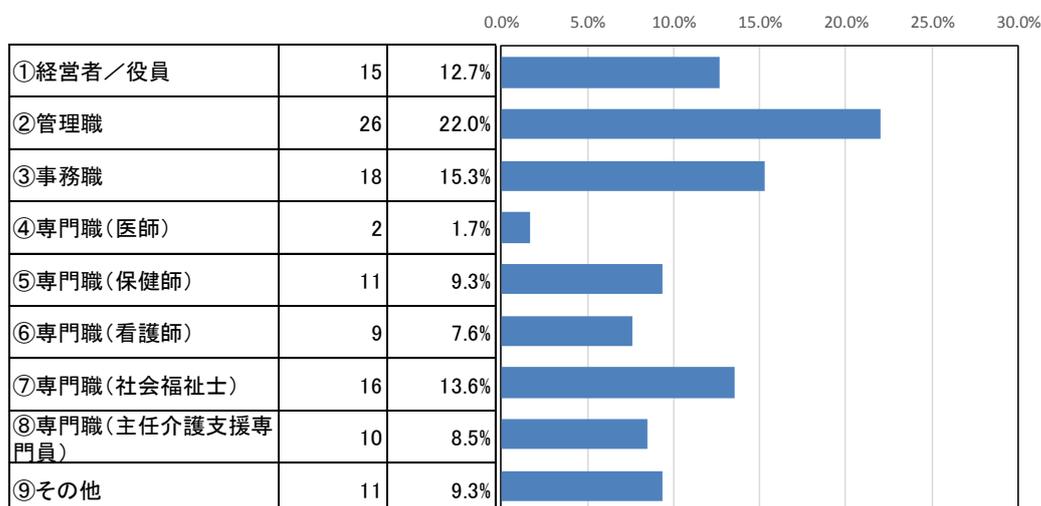
図表 5 勤務先



(n=118)

##### ○職種・資格等

図表 6 職種・資格等

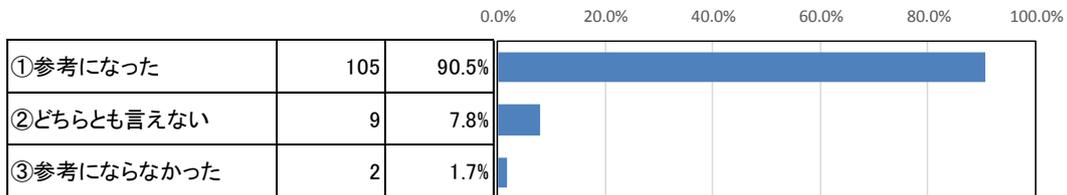


(n=118)

○基調講演、保険者事例報告及びパネルディスカッションの評価

【基調講演】

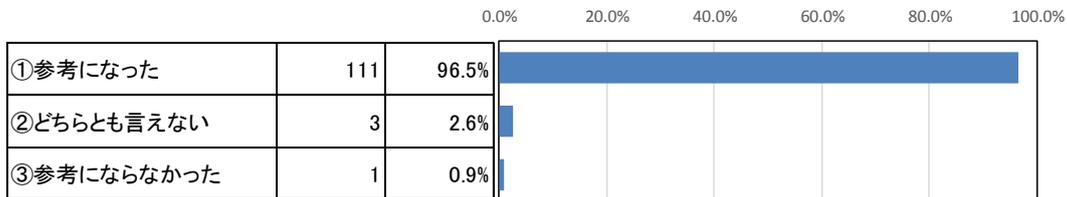
図表 7 基調講演の評価



(n=118)

【保険者事例報告】

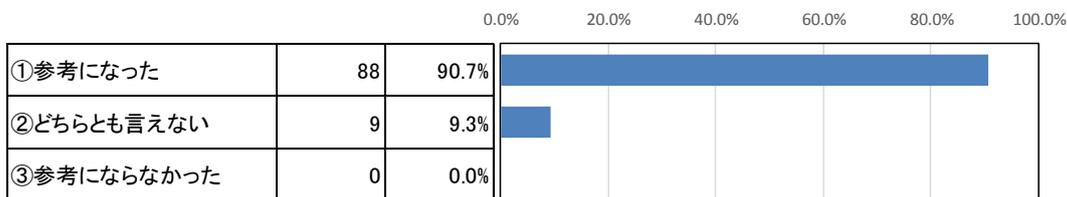
図表 8 保険者事例報告の評価



(n=118)

【パネルディスカッション】

図表 9 パネルディスカッションの評価



(n=118)

○シンポジウム全体に関する意見（自由記述）

- ・ 包括の職員ばかり意識が高く、医療や行政の意識が低い。
- ・ 地域に目を向ける時間が作れるワークライフバランスの持てる社会作りも必要。
- ・ 「地域づくりには行政職員の存在が大切」とあった、今後も考えて業務に取り組む。
- ・ フラットな関係づくりに努めたい。
- ・ 制度的、心理的なカベを取り払うのが重要だと思う反面、制度的な観点から創設された介護保険の広域連合等の広域保険者では出来ることが限られてしまう点が残念（市町村の町おこし、医療・住宅施策には介入が困難）。
- ・ 全体として各発表者がリラックスして通常より自由に発言している様子が良かった。
- ・ 介護事業者や医療側（特に医師会・看護協会等）が参加していれば、どのような議論になったか、興味深い。
- ・ アウトカムを「GOLの質」に置くこと、フラットな関係をつくる良い話。

- ・ 住まい、住まい方のカテゴリを決めつけていたが、もっと広くフラットに考えるべきと学べた。
- ・ 少し1つのテーマに時間が少なかった。もう少し掘り下げて話が聞きたかった。

#### ○関心を持った理由、参考になった点など（自由記述）

##### 【北海道喜茂別町】

- ・ 人数が少ないせいもあるが、テレビ電話、IP 告知端末を使った見守りシステムがとても良く機能していて興味深かった。
- ・ 一見地域とのつながり作りと縁遠いと思われる IT 化が意外にも地域づくりに貢献しているという点。ただ、初期費用や回線使用料が心配。
- ・ 都市部では一地域の規模に近い喜茂別町の事例に興味。
- ・ モデル事業のため各町村の実施人数が少ないのは止むを得ないが、内容としてはとても興味深く、住民は安心して生活出来るシステム。
- ・ 多くの方々がかかわっている様なのでセキュリティをどうしているか気になった。

##### 【東京都武蔵野市】

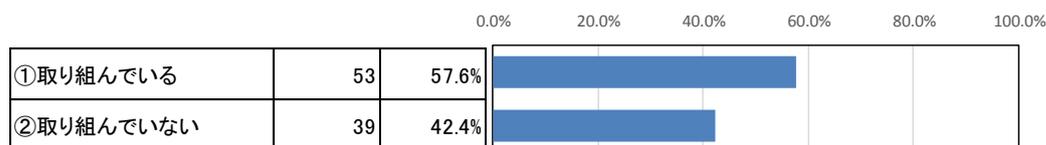
- ・ 平成 12 年当初から介護保険条例だけでなく、包括ケアシステムの考え方と同様の高齢者福祉総合条例を施行し、体系の基礎としている所がとても参考になった。
- ・ 高齢者、障害者、独居で家族が病院に連れて行けない方の移動・受診の付き添いに頭を悩ませており、新たな取組を働きかけるヒントを得た。
- ・ テンミリオンハウスに興味を持った。空き家を利用した事業所展開は企業でも急速に広まったが、そのモデル（介護保険に頼らない）が市でここまで積極的に進められ、持続し成功している例としてぜひ勉強したい。
- ・ 資金面での調整が出来ない。自主的に市民参加できる教育、考え方が素晴らしい。

## 【静岡県富士宮市】

- ・ 住民理解が得られる研修のしくみができているところが参考になった。
- ・ 個別事例を丁寧に対応する中でのまちづくり、フォローアップの方法など参考になった。
- ・ 地図システムを構築し、被保険者、事業所情報を地図上にプロットして視覚的に分布を把握できるようにしているが、今後「認知症サポーター」等の人材情報も加えたい。
- ・ いかに地域住民を巻き込んでいっているか参考になった。医療機関も、患者を地域で連携して支えていくか、本気で考えて、あらゆる方々を巻き込んでいかなければならない。“地域住民を巻き込んでいく中で彼らが目覚めていく”という話にも感銘。

## ○地域包括ケアシステムの構築のための「住民参加」への取組

図表 10 地域包括ケアシステムの構築のための「住民参加」への取組



(n=118)

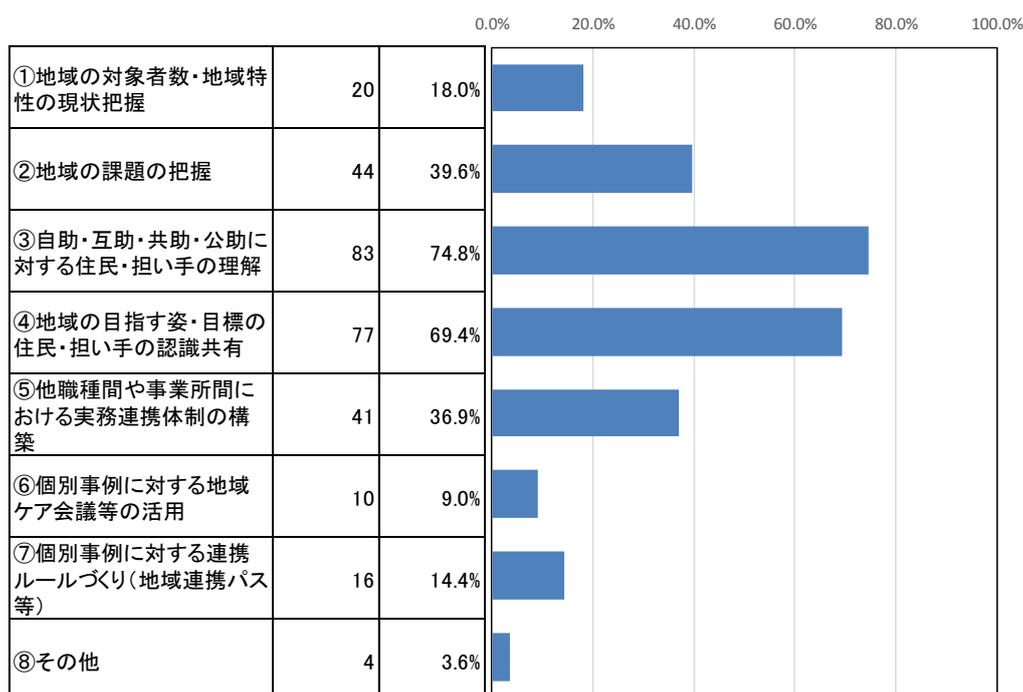
## ○「取り組んでいる」場合の取組内容（自由記述）

- ・ グループ活動の自主化を進めている。専門家主導の活動であるため、なかなか進まない。
- ・ 医療、介護、生活支援サービスの提供。情報提供。
- ・ 委託の包括だが、予算のないモデル地区を設けているいろいろ試みている。
- ・ 住民・事業者（民間・介護）等の有志の話し合いを月1回行っている。地域課題、個別課題の検討。
- ・ 絆づくりで住民主体＋包括で地域の調査を行っている。
- ・ 地域住民が主体となった町会程度の集合体と在宅介護支援センターでのサロンや講座の開催を行っている。
- ・ 地域住民による見守り隊と、事業所などの見守りネットワーク。
- ・ サロン活動、居場所づくりを支援している。
- ・ 1～4丁目に1人リーダーを配置し、自分たちの町内にある課題について、1ヵ月置きに話し合い、その課題をどう解決していくか話し合う。運営も地域住民でやってもらい、高齢者の持っている力を会に役立ててもらっている。
- ・ 市内の高齢化が進む団地をモデル地域にしている。
- ・ ケアマネとしてできる事を本人を中心に多職連携で取り組んでいく。現在医師会と交流会、訪問看護との交流、施設との交流を行っている。

- ・ 見守りネットワーク。体操教室。
- ・ 昨年、住民を対象に「地域包括ケア」講演会を開催。地域ケア会議の実施を通じて、住民の地域への関心、理解が得られるよう努める。

○地域包括ケアシステムの構築に向けての課題（最大3つまで）

図表 11 地域包括ケアシステムの構築に向けての課題



(n=118)

○地域包括ケアシステムに対する住民の認知度・理解度向上に有効な方策・取組（自由記述）

- ・ 担い手とされる「地域の人」に対するアプローチが弱い。「介護」自体、この業界に関わる者以外は、いざ、自分の身にふりかかって初めて考え始める「遠い存在にしておきたいもの」という意識が働くので、余計に人を動かすことに難しさがある。システムとして構築するには理念はもちろん、動かす仕組み作りも必要。
- ・ モデル地区を抽出し、住民の声を聞く場を設ける。事例を通して、住民ができる事、行政等が出来る事を整理しながら町内ごとにマップ等を作り、住民に周知。これらを修正しながら、各町内に合わせて実施。
- ・ 自治体の情報発信を徹底。研修や講演会など、他の分野であっても地域ケアの視点を含めながら、行っていく必要がある（例えば、成年後見制度研修会に地域ケアの視点を交えるなど）。高齢以外の課（児童、障害、生保など）との連携の強化。

- ・ 市の介護事業計画を介護事業者や関連機関、市民に、「言葉と顔が見える関係」のもと伝え続ける。個別性で地域包括ケアシステムに合わない人（地域との関わりを持ちたがらない高齢者の方など）に対しても、柔軟に対応できる仕組みを、各自治体が地域の実状にあった方法で構築。
- ・ 地域包括ケアの普及、啓発。地域包括ケアシステム構築の目的、必要性、目指す地域社会、住民の役割など・高齢者だけでなく、子ども、障害者、若い世代の方など、多世代の交流の取組が必要。支え合うことの大切さが実感できる取組をしくみとして構築していくことが重要。

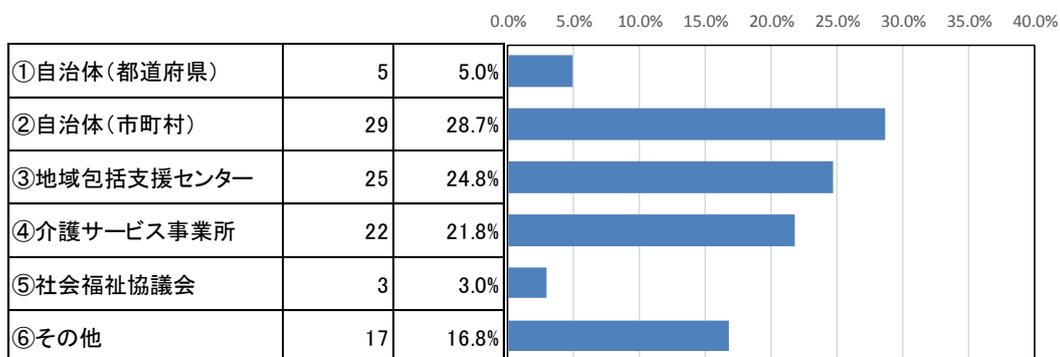
#### ○地域包括ケアに関する政策等への要望・意見（自由記述）

- ・ 地域ケア会議開催に向けて、自治体毎での認知、連携に向けた動きで各差はあるかどうか。進んでいる事例を知る機会（例：医師会、歯科医師会、薬剤師会等でも協力への意識に差が見受けられる。国の事業であるが、調整するにあたり何が大事か？）を設けて欲しい。
- ・ 単身の認知症高齢者に対するアプローチにおける法整備。話しの中で、自己決定、覚悟と話しがあって、とてもよく分かる。ただ裁判となると事業者が責任を負う。国のマインドを変えるならば、法を変える必要がある。
- ・ 市民説明会等で感じたのは、市民の中には、行政に頼りきりな考えと、自分達が何かをやらされるという感じで受けとっている人とがいる。地域包括ケアの推進が、自分達の未来を明るくものとする主たる法策である事を継続して、示して欲しい。
- ・ 地域包括ケアは推進しなくてはならないが、地域全体が高齢化し、担い手が高齢となる。その時に、1人の高齢者に多くの役割を担ってもらう事は難しい。少子化社会の為、その親も共に忙しい環境で、どう役割分担をするか。
- ・ 住民から見た地域包括ケア、医療から見た地域包括ケア、介護から見た地域包括ケア。一つの地域包括ケアが様々な切り口で解釈され、混乱している。定義等、整理が必要。

### 3) 大阪会場

#### ○勤務先

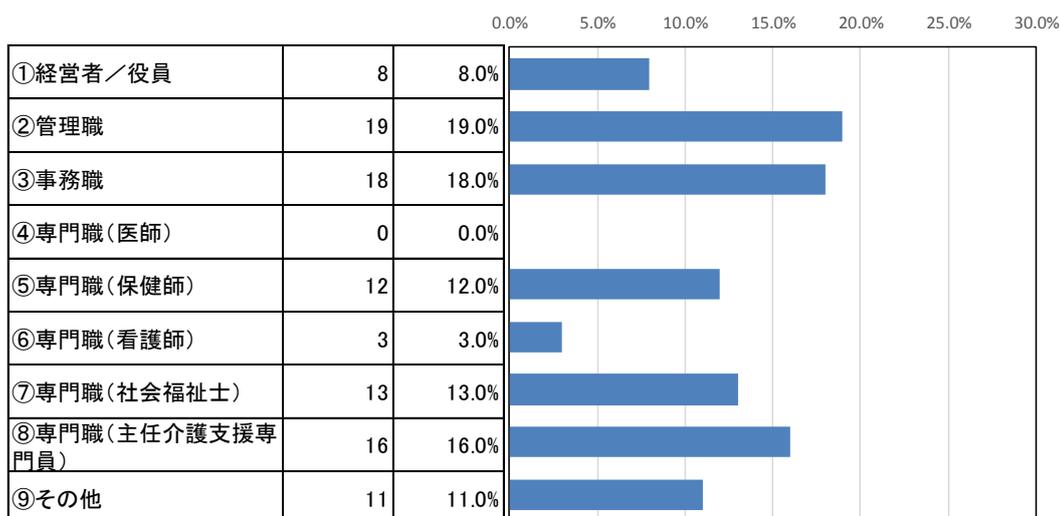
図表 12 勤務先



(n=101)

#### ○職種・資格等

図表 13 職種・資格等

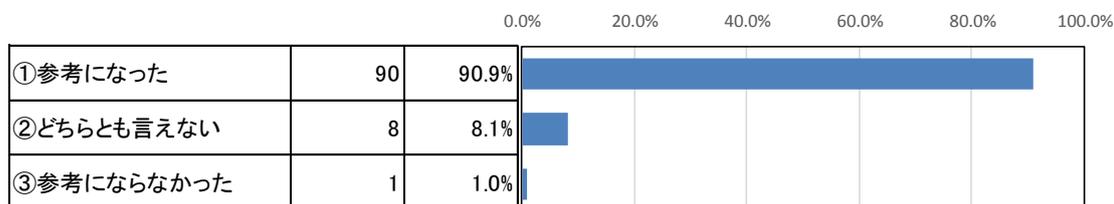


(n=101)

○基調講演、保険者事例報告及びパネルディスカッションの評価

【基調講演】

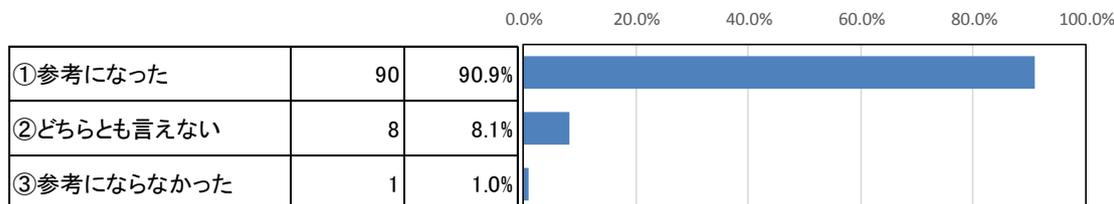
図表 14 基調講演の評価



(n=101)

【保険者事例報告】

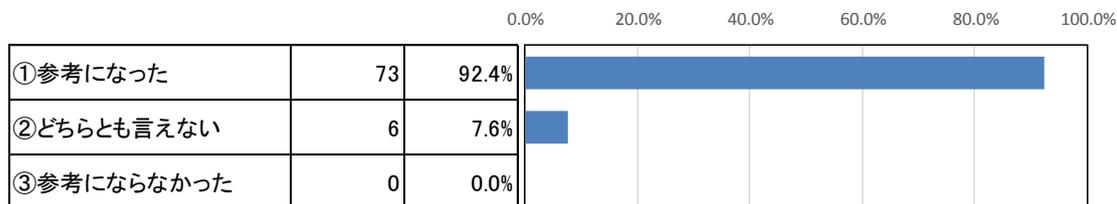
図表 15 保険者事例報告の評価



(n=101)

【パネルディスカッション】

図表 16 パネルディスカッションの評価



(n=101)

○シンポジウム全体に関する意見（自由記述）

- ・ 認知症もさることながら、その延長には、在宅で生きる（死ぬ）までが視野に入って実践されていくことが整理されていた。
- ・ 地域の繋がりによって帰る場所、その支えがあるし、出来るということ。
- ・ 病院とは…と考えさせられた。今まで医療や介護のスペシャルケアに依存している我々（市民も）の意識改革に取り組む必要を感じた。
- ・ 究極の事例報告。自身の地域で、どこまでとり入れられるのか。まずは、地域の把握からスタート。
- ・ 厳しい意見、政策とつくり出すための流れ、ミッション等をきいて、ためになった。包括の立場として、市町村行政と共に地域の実態把握から規範的統合をあらためて考えさせられ、さらにやる気がでた。

- ・ 事例報告において、PWN の話が聞け、地区診断的な内容が多くあり、とても共感するところがあった。
- ・ 都市部での事例があれば良かった。活動の当事者側からの話があれば良かった。人頼みの特殊事例が多いように感じた。参考にしにくい。
- ・ テーマをもう少し絞り込んで、意見、考えを出してもらい、まとめて欲しい。
- ・ 4月から実施する介護予防総合事業についての先駆的事例の発表や総合事業の推進策をテーマに取り上げる必要がある。全国の訪問介護事業所、NPO 等がどのように進めて良いか悩んでいる。

## ○関心を持った理由、参考になった点など（自由記述）

### 【千葉県浦安市】

- ・ 「地域包括ケア評価会議」について、高齢者の関係機関だけでなく、あらゆる分野・領域の機関・住民・行政が協働し、課題の抽出、解決に向けた協議を行っているところに非常に関心。参考になった。
- ・ 評価会議の開催が地域ケア会議に発展できるきっかけ。実践してみたい。
- ・ 今後、高齢化が進む。元気なシニア世代の男性が活躍できる場を模索。協働のまちづくりのモデルとして学びになった。一方で、自宅に帰れない高齢者を支援する主任ケアマネの立場もよくわかるので、ルームシェア、サロン化という発想はとても新鮮。
- ・ 介護予防リーダー養成講座の後の、住民主体の担い手の仕組みづくりが参考になった。又、地域包括ケア評価会議において、行政機関が部をまたいで各課から参加し、市町村全体の包括ケアの地域づくりとしている点について、今後取り組む予定としているが、規範的統合をはかれるよう、早期から取り組む必要がある。

### 【福岡県大牟田市】

- ・ 徘徊ネットワークは知っていたが、その背景に様々な普遍的な問題解決へ向けての活動の末にできたことを知った。様々な地域での参考になる。
- ・ 退院システムの構築に向けた取組を進めているが、自宅に戻った後の地域との関わりについての重要性を感じた。
- ・ 大牟田市の徘徊模擬訓練を参考に数回実施しているが、中々、満足いくものではない。具体的にどう動くべきかのヒントを貰えた。
- ・ 地域から支援の仕組み作りについて考えさせられたが（NPO 設立など）、そのきっかけが徘徊訓練を考えた市であり、市のかかわり方の大切さを改めて感じた。

### 【鹿児島県肝付町】

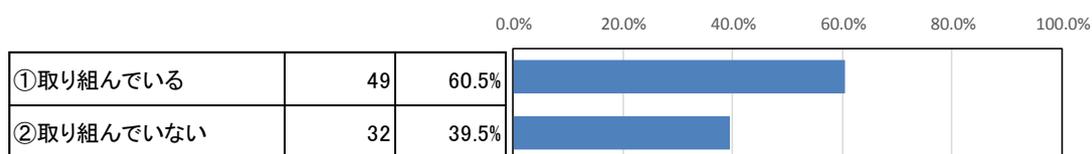
- ・ 当市も限界集落を多く抱える市であり、IT により人と人をつなげる仕組みづくり

は大変参考になった。住民の方が主役となる地域をめざして、つながり続けられる手段を行政として共に考えたい。

- ・ 本市も平成の合併により、限界集落をかなり抱えている。社会資源も乏しいところであるが、IT化も極めて有効であると再認識。
- ・ 地域の声、ニーズ調査や地域アセスメントは大切。行政側と包括だけでは少数意見、経験の中だけで何かをつくり出すには根拠がなく、市民が何に困っていて、何が必要でどうしていきたいかの材料、掘り起しから始めなければならない。
- ・ 高齢者の方へのIT指導取組が素晴らしい。ただ、テレビ電話、アイパット等の費用がどうなっているのかが気になった。

### ○地域包括ケアシステムの構築のための「住民参加」への取組

図表 17 地域包括ケアシステムの構築のための「住民参加」への取組



(n=101)

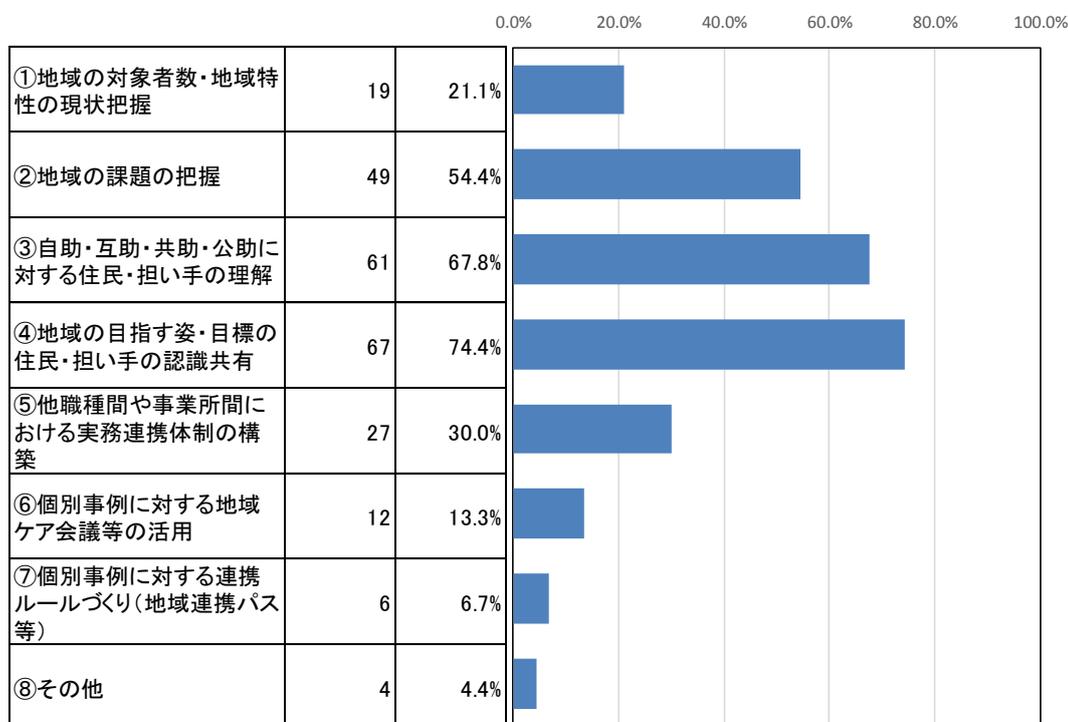
### ○「取り組んでいる」場合の取組内容（自由記述）

- ・ 認知症地域支援の取組、住民運営の介護予防・地域包括ケア連携会議の開催。
- ・ 認知症を予防についての啓発・もの忘れ検診・予防の取組・支え合いのネットワークづくり。
- ・ サロンとしてオープンオフィス。市民向け研修の実施。
- ・ 各地域でケア会議を実施し、自分たちの地域について考える。
- ・ 地域ケア会議開催時、住民サイドとして自治会の参加を依頼。住民の視点からの現状について意見を求めている。
- ・ 小地域、自治会範囲での地域見守り井戸端会議開設支援、週1回（以上）のサロン開設支援を事業化。取組から発見した制度狭間の個別事例への対応を市・行政とともに、体制づくり、システム化を図る。
- ・ 高齢者見守りネットワークとして、地域の様々な事業所（新聞配達店、スーパー、コンビニ、金融機関など）や民生委員、個人（住民）に登録頂き、「見守り」や「気になる方を相談して頂く」仕組みの構築を行っている。包括と行政が実施主体として取り組んでいる。
- ・ 住民参加によるシンポジウムの開催・地域づくり、まちづくりを主眼とした介護予防事業の取組。（平成18年度より）・専門的知識を有する職員による研修会に一般市民への参加を促す。

- ・ 介護予防教室や地域の何でも相談、カフェ、口腔体操やピラティス、ヨガ教室など。
- ・ 住民主体の見守り、通いの場づくり。
- ・ 小地域ケア会議、認知症高齢者声かけ訓練、認知症サポーター講座、介護予防教室。
- ・ 介護予防（いきいき百歳体操等）見守り活動。
- ・ 認知症、災害、リハビリ等勉強会を実施。
- ・ 地域の自治会に対する出前講座。
- ・ 専門職（行政）、事業者、市民（住民）が定期的に一同に介して共通の課題について話し合い、解決に向けての取組を発表し合って共通認識を広げ、結果として住民参加の輪を広げる。
- ・ 地域の困難事例（ゴミ屋敷など）を、その近所や民生委員、区長を巻き込んだ取組。
- ・ 出張健康相談（医師会、介護サービス事業所、行政も協力）を市民と共に開催。
- ・ 生活支援事業の一環として地域の一人暮らし高齢者の多様なニーズ（傾聴、話し相手、見守り）に応える支援。
- ・ 協議会主体の地域ケアネット事業。
- ・ 事業者と地域民生委員との顔を合わせ話し合いの場として地域ケアサロンを実施。
- ・ 安心安全の街づくり、井戸端会議の 2 つを主軸に社協と、包括が地域住民に働きかけ、参画していただく。
- ・ 居場所づくりの設置、居場所づくりリーダーの養成。
- ・ 市内を 6 ブロック（福社区）に分け、多職種の専門職とともに、地域住民を交えた顔の見える会の開催
- ・ 住民参加のシンポジウム開催
- ・ 地域活動が活発なエリア（中学校区）における地域ケア会議の開催
- ・ 地域ケア会議を活用し、住民を交え、社会資源の洗い出し。

○地域包括ケアシステムの構築に向けての課題（最大3つまで）

図表 18 地域包括ケアシステムの構築に向けての課題



(n=101)

○地域包括ケアシステムに対する住民の認知度・理解度向上に有効な方策・取組（自由記述）

- ・ 当事者意識を高めていくことが必要である。
- ・ 住民の認知度はかなり低い。住民が日常の大変さ、困難さを理解できるようなインフォーマルな取組を進めていく必要がある。
- ・ 「地域包括ケアシステム」について、福祉専門職であっても理解している人は数少ない。メディアや、誰もが目にするもの、場所で、自分のことを理解する啓発が必要。
- ・ 地域にかかわる中でその情報や課題をどう把握し、共有するか。行政組織、関係基幹の連携は最も大変な課題であって、それができれば、より地域の自主性や自立することができる。
- ・ 地域包括ケアシステムの構築は、地域全体を見守る相互の役割確認であり、システムという言葉に迷わず、地域への働きかけが必要。
- ・ 市内でのモデル地域実践＝コーディネート（コーディネーターの設置必要）。小地域（200～300人前後）で顔の見える関係、名前のわかる関係。

### ○地域包括ケアに関する政策等への要望・意見（自由記述）

- ・ 個別支援の輪や選択肢が広がっていく、「ケア」側からの動きや流れはこのままで良い。もっと一般施策や民間事業所も含めた通常事業、そしてもちろん自治や地域組織、まちづくりの取組が「ケア」に目を向ける動きや流れをつくることが重要。
- ・ 多職種の対等な「協議テーブル」の設営が必要。
- ・ 多くの市町村では地域包括ケアは福祉部門の仕事だが、一方でコミュニティ施策を熱心に取り組んでいるところが多く、別々に動いている。市町村内部の組織の組み換えが必要。
- ・ 要介護認定が申請へ判定まで未確定で使いにくい。見込み判定的な権限をケアマネ等にもたすことができないか。包括の3職種は予防プラン作成せず、地域づくりに専念できないか。
- ・ ケアシステムのうち、介護保険の改正の目玉である介護予防への市町村事業など生活支援総合事業の問題点、課題、取組推進をテーマで絞ってシンポジウムを開催、及び先駆的事例の発表を望む。
- ・ 「政策」を語る時期は一旦終了である。実践に踏み込み、そこでの課題を当事者と担い手で共有してゆく必要がある。地域でどのように“互助”を実現してゆけるかが、大きな鍵である。

#### (4) 考察

##### 1) 東京会場

アンケート結果から、9割を超える回答者が基調講演、事例発表、パネルディスカッション全てにおいて「参考になった」と回答があり、一定の成果が得られたと考える。その中でも事例発表については、96.5%と高い数値結果であり、自由記述においても事例発表を参考に取り入れたいといった意見が多く見られる。

##### 2) 大阪会場

大阪会場も東京会場と同様に、基調講演、事例発表、パネルディスカッションにおいて「参考になった」と9割以上の回答を得られた。参加者それぞれの地域規模や地理等に近い事例発表を参考にしたいという声や、基調講演やパネルディスカッションにおいては、地域の繋がりや取組といった「地域」に注目した点についての意見が見られる。

##### 3) 総括

東京、大阪会場共に参加者にとって有効・有益である意見が多く得られたこともあり、シンポジウム開催の目的であった「先進的な自治体等の事例等を紹介し、地域の実情に応じた効果的な地域づくりの方策や多様な支え手による地域での支え合いのあり方について検討」と、アンケートによる「シンポジウム自体の効果の把握に加え、シンポジウムテーマに関する取組事例等や地域包括ケアの課題等を収集」は達成できたと考える。今後、参加者の地域における地域包括ケアの取組において、本シンポジウムの先進事例等の情報が参考となり、有効に活用されることが望まれる。

## 5. 事例調査・分析

### (1) 目的

「地域包括ケアシステムの構築」に向けた、住民参加における取組について、先進的な取組を行っている保険者、センター等へのヒアリングを通じ、保険者や地域包括支援センターの現状と課題を具体的に把握するとともに、地域包括ケアシステム構築の取組状況を確認し、今後の地域包括支援センターの支援策のあり方について分析する。

### (2) 方法

検討を行う上で先進事例としてシンポジウムで事例発表された6事例（北海道喜茂別町、東京都武蔵野市、静岡県富士宮市、千葉県浦安市、福岡県大牟田市、鹿児島県肝付町）に加え、追加事例として、シンポジウムにて実施したアンケート結果より、住民参加に関する地域包括ケアの構築に向けた先進的な取組を行っている下記4事例についてヒアリングを行い、検証する。

図表 19 ヒアリング対象4事例

	和歌山県橋本市	兵庫県宝塚市	千葉県市川市	三重県度会町
ヒアリング対象	橋本市健康福祉部 いきいき長寿課	宝塚市 社会福祉協議会	市川市大洲 在宅介護支援センター	度会町 福祉保健課
人口*	66,338	234,290	469,148	8,708
高齢者人口*	17,613	57,030	90,244	2,488
要介護認定者数**	3,056	8,301	11,014	429
センター設置数	1	7	4	1

\* 平成26年1月1日住民基本台帳年齢階級別人口(市区町村別)(総計)

\*\* 平成26年度地域包括支援センター運営状況調査(平成26年4月末時点)(三菱総合研究所調査)

### (3) 事例調査・分析結果概要

シンポジウムで事例発表された 6 事例に加え、ヒアリング調査を行った 4 事例について、各取組について下表のとおり比較分析を行った。

図表 20 シンポジウム東京会場保険者事例

	北海道喜茂別町	東京都武蔵野市	静岡県富士宮市
実施主体	喜茂別町、ニセコ町、積丹町、島牧村	東京都武蔵野市	静岡県富士宮市
取組名	テレビ電話・IP 告知端末を活用した健康管理や見守りシステム	まちぐるみの支え合いの仕組	民・産・学・官の取組
経緯・動機	・高齢者に元気になってもらうことを目的に市役所内に元気応援課を立上げ、現在は若い世代も含めて応援	・介護保険制度は高齢者介護の一部分しか担えないため、高齢者の生活を総合的に支える「まちづくり」目標を目標に介護保険条例とともに、高齢者福祉総合条例を同時に制定	・地区社協の設立
取組内容	・テレビ電話・IP 告知端末を活用し、介護予防、見守りセンサー、遠隔健康相談、コールセンターを実施	・1日でも長くいきいきと健康に、独居、認知症、中・重度の要介護状態になっても、住み慣れた地域で生活を継続できる取組を展開	・民（地域住民やインフォーマル組織）、産（各種事業所）、学（小中学校等）、官（行政組織）や専門職が、地域包括ケアシステムを作る目的を共有し、ネットワークを構築
開始時期	平成 23 年度	平成 12 年度	平成 17 年度
効果	・相談あった際、実際に見て判断、助言が可能 ・顔、表情を確認しながら会話による安心感	・認知症の方への市民声かけ講座は認知症への理解、ちょっとした手助けが必要な人への気づき等、地域の見守り意識が向上	・市内の信用金庫の全従業員が認知症サポーター講座を受講、ボランティア活動に参加、地域住民の相談窓口も設置 ・高校生と認知症の直接やり取りによる情報交換
課題	・使い方を丁寧に教える教室の開催 ・安否確認など見守り方法の再検討 ・視聴率の向上 ・設置場所の見直し	・2025 年に向け地域リハビリテーションの理念に基づき、高齢者福祉総合条例の基本理念や主要施策を基礎として、「体系化」と「改革」の推進 ・「高齢者の QOL」と「居宅生活の限界点」の向上	・当事者を真ん中におけるネットワーク構築
展望	・テレビ電話を町立クリニックの医師につなぎ、かかりつけ医的な対応 ・関係機関の情報を基に、町民の情報台帳（町民カルテ）の構築 ・情報をタブレットに展開し、保健師の訪問活動にも役立て、救急現場等で活用	・行政だけでなく市内の社会福祉法人や介護事業者、保健・医療・介護などの関係機関の多職種と、地域の「互助」「共助」の力との協働	・ケアサービスの連続性と統合の向上 ・ケアの質、アクセス、効率性を改善

図表 21 シンポジウム大阪会場保険者事例

	千葉県浦安市	福岡県大牟田市	鹿児島県肝付町
実施主体	猫実地域包括支援センター	中央地区 地域包括支援センター	鹿児島県肝付町
取組名	介護予防事業、地域介護予防活動支援と地域包括ケアネットワーク構築	地域住民と NPO 法人による要支援者支援システム及び退院支援	ITを使った新たな取組の開始及び共助組織の育成支援
経緯・動機	・ 地域包括支援ネットワークを拡大	・ 認知症と家族を支え、見守る地域の意識を高め理解の促進 ・ 徘徊高齢者を見守り ・ 保護していく実効性の高い仕組みの充実 ・ 認知症になっても「安心して徘徊できる町」を目指し実施	・ 災害用援護者台帳の整備 ・ 災害用援護者台帳より認知症をキーワードに住民が地域課題だけでなく地域の良さに気づく語り合いの場の設置 ・ ITを使った新たな取組の開始及び共助組織の育成支援
取組内容	・ 地域包括支援ネットワークを広げている協働の場である「地域包括ケア評価会議」 ・ 協働の担い手としての学びの場である「うらやす市民大学」 ・ 介護予防を進める担い手をつくる「介護予防リーダー養成」 ・ 介護予防を進める担い手の活躍「浦安介護予防アカデミア」	・ 徘徊模擬訓練を実施し活動内容を拡大し、NPO 法人を設立 ・ 行政職員や白川病院の介護スタッフと共に、地域住民と協力し高齢者、障害者等の世帯を対象に戸別訪問を実施し、家事支援及び生活相談 ・ 環境整備や安全確保を重点に地域の活性化を目的に活動、退院支援の実施	・ 高齢者台帳を基に多機能テレビ電話を設置 ・ 地域包括支援センター及び担当地区サブセンターからの総合相談、定期見守り、要援護高齢者の介護予防の活動への活用 ・ 地域内でのお互いの見守り、また防災等の緊急対応に活用
開始時期	平成 22 年度	平成 14 年度	平成 19 年度
効果	・ 生きがい、役割づくり、やりがい実感 ・ 市民目線、自由なアイデアで活動拡大 ・ 参加者の役割や目的意識が受け手から担い手に変化 ・ 参加困難者への声かけ、継続参加をサポート ・ 地方からの転入高齢者の参加の増加 ・ 市民と行政の間の信頼向上	・ 認知症の人を地域で支える取組が活発化 ・ 地域住民による退院前自宅清掃 ・ 施設に入らなくても在宅で生活することが可能なルームシェアの退院支援の実施 ・ 白川病院の退院患者の在宅復帰は平成 18 年度には 23 人→平成 22 年度には 75 人（3 倍に）に増加	・ 地域内での日常の連絡手段として活用 ・ 地区振興会長による安否確認を自主的に開始 ・ 告知放送が日常の中に浸透 ・ 電話がかかって来る喜び
課題	・ 市の考えを伝え、市民の立場で出来ることを提案 ・ 双方の考えをすり合わせる場を設ける ・ 情報交換や相談にのる時間の活用 ・ 予算を含め、物心両面からバックアップ ・ 既存の団体への声かけ、ネットワークづくりの推進 ・ 連携の意識 ・ コーディネーターの活用	・ 利用者と地域住民との連携 ・ インフォーマルを中心とした地域支援	今後 2 年間の推進予定 ・ 一次予防：地域みんなで遊ぶというコンセプト ・ 二次予防：タブレットを使った見守り活動 ・ 三次予防：地域ケアのスタッフが地域・事業所を超えてつながるという取組

	千葉県浦安市	福岡県大牟田市	鹿児島県肝付町
展望	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 市民の自由な発想の支援</li> <li>・ 後方支援</li> <li>・ 市民と行政の協働</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 真実の合意形成を何回も繰り返し、「住民はどんな町に住みたいか」を念頭に推進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 福祉用具のように、デイサービスのように寄り添い方法を考えてつなげる専門職の育成</li> <li>・ 閉じ込もりになっている集落ごとに交流の場に来てもらえるような取組</li> </ul>

図表 22 ヒアリング調査事例

	和歌山県橋本市	兵庫県宝塚市	千葉県市川市	三重県度会町
実施主体	橋本市健康福祉部 いきいき長寿課	宝塚市社会福祉協議会	社会福祉法人慶美会 大洲在宅介護支援センター	度会町福祉保健課
取組名	介護予防教室 自主運営教室 住民参加によるシンポジウム	エリア規模別地域福祉推進体制	丁目毎の住民リーダーによるリーダー会議 大洲さわやか見守り交流会	地域プロジェクト会議 地域ケア会議
経緯・動機	・ 合併を機に啓発も兼ねて積極的に地域を訪問、色々な取組を地域の中で展開	・ 宝塚市社会福祉協議会の第5次地域福祉推進計画（平成23～27年度）から自治会領域の取組の重視	・ 東日本大震災後、日頃から住民同士による安否確認の構築	・ 「住み慣れた地域でいつまでもいきいきと暮らそう」を念頭に発足
取組内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 市主催の介護予防教室と住民の自主運営教室の展開</li> <li>・ 老人クラブ等への働きかけ</li> <li>・ ふれあいサロンの展開</li> <li>・ 住民参加によるシンポジウムの開催</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ エリア規模別地域福祉推進体制（全市7ブロック20まち協一おおむね自治会領域）を定め、エリア規模別の支援の主体やあり方を構想</li> <li>・ 週1回サロンの開設支援事業</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 隔月1回のリーダー会議を開催、地域の課題や支援の必要な人への対応等を検討しテーマを決定</li> <li>・ 隔月1回の大洲地域全体自由参加の、「大洲さわやか見守り交流会」で議論・活動を実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域プロジェクト会議を立ち上げて事前に検討を重ね、地域ケア会議を活用し、住民を交えた形で社会資源の洗い出しや支援のあり方等の検討</li> </ul>
開始時期	平成18年度	平成12年度	平成24年度	平成24年度
効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者の積極的な行動など、市民の地域づくりに対する意識向上</li> <li>・ 高齢者同士、地域同士の情報交換の増加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域住民による主体的で継続的な地域包括ケアの取組</li> <li>・ 自律的・継続的で、自由度が高い地域包括ケア体制の構築</li> <li>・ 専門職の関わりの重点化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 住民間で、地域包括支援センターや在宅介護支援センターの認知度向上</li> <li>・ 交流会の参加者から介護相談が入るなど、相談窓口としての機能も大きな効果</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ボランティアクラブへの展開を希望するような住民の意識の向上</li> <li>・ 支え合いマップ作りの実施により集いの場を設置</li> </ul>

	和歌山県橋本市	兵庫県宝塚市	千葉県市川市	三重県度会町
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域間の格差の解消</li> <li>・後継者の構築と育成</li> <li>・現在のグループの継続とボランティアスタッフの確保</li> <li>・活動参加者の体力推移、介護保険の認定率、医療費、意識等の成果の分析と発信</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・条件設定を緩和し、取組数の増加</li> <li>・地域間の格差</li> <li>・支え合いの基盤が消えてゆく傾向の中での地域包括ケアシステムの構築</li> <li>・生活困窮・ひきこもり等を含めた制度の狭間にある福祉課題への対応策・支援策の構築</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・交流会の理解・促進の周知広報</li> <li>・不参加者への声掛け</li> <li>・地域のニーズに合わせた形で事業を展開</li> <li>・固定した日時・場所での継続的な開催</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括支援センター人員の強化</li> <li>・看取りにおける医療機関や訪問看護の強化</li> <li>・住民代表の後継者作り</li> <li>・男性ボランティアの参加</li> </ul>
展望	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常生活総合支援事業と地域の自主的な活動の結合</li> <li>・移動支援・買い物支援の構築</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・多数ある見守りの事業の連携・総合化</li> <li>・専門職が黒子になり住民の主体的な活動の後押しの確立</li> <li>・移送支援・買い物支援の構築</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常生活総合支援事業を展開する必要もあり、ニーズと実際の支援の結合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・住民の自主的な動きを後押しするような支援を実施し、形を決めつけずに柔軟な対応の支援の提案</li> </ul>

#### (4) 個別インタビュー結果

##### 1) 和歌山県橋本市

対象	橋本市 健康福祉部 いきいき長寿課
日時	2015年3月11日(水) 15時00分～16時00分
場所	橋本市保健福祉センター会議室

#### 1. 取組内容（概要、体制、費用、工夫した点等）

##### <市主催の介護予防教室と住民の自主運営教室の展開>

- ・ 口腔や認知症などに関する予防教室を市が主催して行っており、体操教室は地域に根付いている。当市では1クールを週に1回3か月間、20～30人で「げんきらり一教室」（和歌山大学が開発した、踏み台を利用するシニアエクササイズ）を平成17年度から始め、これまでに24期生まで終了した。
- ・ 当市の特徴として、上記のような市が主催する教室の他に、地域住民の自主運営教室が広まっている。これは、「体操を継続したい」「市の教室に参加できなかった人も誘いたい」「わざわざ市役所や公民館に出向くのではなく地域で行いたいので支援してほしい」という市民の要望から生まれたものである。自主運営教室は、地域が主体となり運営するものであるが、体操のノウハウを知らない人たちも危険なく取り組んで頂くために、初めの3か月は市の介護予防指導員を毎週1回派遣して市も一緒に取り組むようにしており、その後は自分たちで教室を運営していく形をとっている（毎月1回、健康運動指導士等の資格を持ったスタッフを派遣している。そうしたスタッフは現在21人いる）。
- ・ 市主催の教室は自主運営教室につながる人材発掘の場にもなっている。積極的な住民やリーダーになってくれそうな住民がいれば、市の主催教室に誘ったり、教室内で補助をお願いしたりして、自主運営教室の展開まで念頭に置きながら、支援している。
- ・ 市主催の介護予防教室と住民の自主運営教室を展開するに当たっては、地域づくり、街づくりの一環としての介護予防を意識し、「リスクの高い人だけでなく、元気な人も一緒に地域に集まって取り組むことが大切である」という考え方を市の基本方針の土台としている。そして、主体となって取り組んで頂く老人クラブなどに、介護予防事業の説明と協力依頼に回った。
- ・ 自主運営教室については、保険等以外の財政的な援助は行っていない。

##### <老人クラブ等への働きかけ>

- ・ 上記の取組と並行して、老人クラブへの働きかけも積極的に行っている。当初は、地域の老人クラブは年1回の総会で集まったり、9月の敬老の日を集まってお祝いする程度の活動が多かった。老人クラブも役員が入れ替わっていて、何をし

ていくか悩んでいるケースも多かったので、市の出張講座として「こんなことをしませんか」というメニューの案内を各老人クラブに送付して活動を支援するようにしている。

- ・ 年間 4 回は市の職員が出向いて支援する出張講座のようなこともしている。出張講座の内容は、下記の内容を組み合わせる年間 4 回まで（市職員が現地に訪問して）実施するものである。（1 回 90 分、下記以外の内容についても応相談。）

- ①介護予防を知ろう
- ②認知症を知ろう
- ③骨粗しょう症予防
- ④認知症サポーター養成講座
- ⑤地域包括支援センターによる相談会
- ⑥転倒・尿失禁予防の体操
- ⑦口の中の健康管理
- ⑧腰痛・膝痛予防（ロコモ予防）

- ・ 出張講座は、平成 18 年度から継続して取り組んでいる。介護予防の啓発の中にセットになっている。介護予防の簡単な説明だけでは踏み込んだ話ができないので、年に 3～4 回集まってもらってそこに出向いて話ができるようにしている。地域の住民からすると、役所の職員が地域に来てくれるということは重要なことである。人数が少なくても声掛けしてくれれば、市の職員が出向いている。そうしたことで関係作りが構築されている。老人クラブが自主的な体操教室を運営するケースも徐々に増えてきており、現在では、毎週のようにげんきらりー教室自主運営教室などが開催されるようになっている。

#### <ふれあいサロンの展開>

- ・ 全国的にもふれあいサロンの取組が展開されているが、当市でもふれあいサロンの取組に力を入れている（市から助成金も出ている）。活動内容については多様であり、食事等の提供を行うなど、デイサービスの事業をしているところもあるし、お茶を飲んでお話しすることがメインのケースもある。平成 18 年度は 19 か所だったが、現在では 46 か所に増加している。
- ・ ふれあいサロンの中でも高齢者が自主的に運営しているケースもある。高齢者が支援される側だけではなく、ある時は支援する側・運営する側になる関係が増えている。
- ・ ふれあいサロンについては、最低月 2 回開催してほしいと言っており、多いところでは週 1 回開催されている。ただし、住民の負担になってもいけないので、無理のない範囲で継続していくことを重視し支援している。

#### <住民参加によるシンポジウムの開催>

- ・ 平成 26 年 5 月には、橋本市における地域包括ケアシステムを考えるシンポジウム

を開催した。地域包括ケアシステムの構築に当たっては、行政も住民も民間事業者も何らかの覚悟を持つ時期が来ると考えていた。そこで、田中滋先生や厚生労働省振興課長を招いて、地域の人たちが参加する形でシンポジウムを開催して、それぞれの立場から発言してもらって、当市における地域包括ケアシステムの方向性を考えるきっかけを作るという意図で企画した。

- ・ 定員は 680 人であり、実際には 500 人参加してくれた。県外からも参加した人が多かった。広島・京都・滋賀・大阪等からの参加があった。専門学校が 30 人くらい参加したケースもあった。もちろん、市内の一般市民も多数参加した。
- ・ パネルディスカッションの中では、様々な立場の人たちから積極的な発言が行われた。介護保険事業者からは、介護保険の事業は地域の中では必要不可欠なものであるが、介護報酬が下げられており継続的な経営に危機意識があることや、市内の高齢化率は伸びていくものの介護サービスの需要にもピークがあり、いずれかのタイミングでニーズが減少していくことも考えながら事業を展開しないとけない等の話が出ていた。市民病院からは、入院している患者がいかに在宅に帰れるか、そのための問題点等が提示された。NPO 法人からは、日常生活総合支援事業をどのように展開していくかという視点での話が出された。市民や関係者の間では、行政が要支援 1~2 の切り捨てをするのではないかという見方もあったので、行政からは、そういうことではないという話をさせて頂き、田中滋先生や振興課長にもお願いして、きちんとお話しして頂いた。
- ・ 来年度以降について、地域の NPO 法人が、地域包括ケアや日常生活総合支援事業をどう展開していくかの視点でシンポジウムを開催したいという話をしているので、改めてシンポジウムを開催することも検討している。

## 2. 取組に至った背景・問題意識

- ・ 介護予防事業を地域に構築していくという方針が出されたのは、平成 18 年度の介護保険法改正の時であった。その当時、国の方針では、地域包括支援センターを設置することと、介護予防事業を地域の中で展開していくことがうたわれていた。
- ・ 同じ時期、橋本市は高野口町と合併した（平成 18 年 3 月 1 日）が、合併後に、特に旧高野口町の住民からは、合併してから市の職員が自分たちの地域には来てくれない、との声が上がった。旧町の職員と住民は身近な関係が構築されており、出前講座のような取組も多数行われていた。そこで、いきいき長寿課では、積極的に地域へ出て活動を展開していくことにした。介護予防事業はきっかけ作りも重要であるが、継続も重要であり、住民の住んでいる地域で、歩いて行ける距離で取組を展開していこうと考えていたところでもあったし、住民の間では、介護予防の考え方がまだ浸透していなかったもので、啓発も兼ねていろいろな取組を地域の中で展開していった。

### 3. 取組開始までの経緯（期間、手順、体制等）

- ・ 平成 18 年度に、東京都老人研で「おたっしや 21」という健診モデル事業を行っていたので、その取組を参考にして、地域の老人クラブに出て行って啓発活動を行っていった。地域の啓発活動を行う中で、自主的な運動教室のグループ作りに繋がるよう支援していった。
- ・ そのうちに、自主的な運動教室のグループがぼつぼつと立ち上がってきて、住民同士・地域同士の情報交換も次第に行われるようになり、自主グループが毎年のように新たに立ち上がっていき、現在では多数の自主グループが活動するようになっている。それぞれのグループが地域の実情に応じて趣向を凝らした取組を展開している。自主グループの参加者には、元気な人もいれば、杖をついて自分のペースで参加する人もいる。全部には参加できないため、部分的に参加する人たちや、休み休み参加する人たちもいる。

### 4. 取組の効果

- ・ 現在、要介護認定率や医療費の変化など、取組の効果を分析しているところであるが、近隣の住民が集まって一緒に交流し、地域のつながりが強まっていることは、非常に大きな効果であると考えている。当初は、地域づくりを住民に働きかけるのは苦勞したが、現在では、高齢者自らが積極的に動いてくれるようになっている。高齢者同士、地域同士の情報交流も盛んになっている。そうした状況は、災害発生時にも効果を発揮するものと考えている。
- ・ 当市は大阪のベッドタウンとして人口が増加した地域であり、団塊の世代の人たちが多数存在しているが、そうした世代の人たちが現在 70 歳を超えるようになる中で、積極的に地域づくりに取り組んでもらえるようになっている。
- ・ 市民参加型のシンポジウムを開催できたことも、市民の意識向上に効果が大きかった。例えば、市民や介護保険事業者の間では「地域包括ケア」という言葉にかなり戸惑いがあったようだが、シンポジウムを通して具体的なイメージを持って頂いたようだ。また、市民病院では地域包括ケア病棟を新設することになっていたところであり、シンポジウムの議論の中で市民に周知された。

### 5. 現状の課題

- ・ 高齢化率はほぼ全国平均で推移していたが、団塊の世代の人口が多いので、あと数年すると、高齢化率は 30% を超えていくものと想定される。その中で、市内全域に早急に地域包括ケアシステムを構築していく必要がある。市内には限界集落もあるし、新興住宅地（人口構造が若い地域）もある中で、地域によって意識に差があり、行政から働きかけても自主的な取組が活発にならない地域もある。年に 1 度の総会開催にとどまっている老人クラブもまだ存在している。そうした格

差をどう解消していくかは今後の課題である。

- ・ 自主的な体操教室やふれあいサロンが継続的に展開されている地域でも、担い手の世代交代があるし、支えていた住民が高齢化している。そうした人たちを支えつつ、今後の後継者を構築・育成していくことも課題である。地域で取り組んでいる人たちは、自分たちもいずれは引退していく時期が来ることを分かっているので、新しいメンバーに市主催の教室に参加してもらうようにして、自分の後継者を育てる取組をしてくれるケースもある。市が主催する教室は 24 期まで実施しており、毎年 30 人くらい参加する。募集するとすぐに枠が一杯になる状況である。
- ・ 行政のスタッフだけでは活動に限界があるし、地域住民にも負担がかかっている面はある。これまで、新しいグループの立ち上げを重視してきたが、現在動いているグループをいかに継続してもらうかについても検討していく必要があり、ボランティアスタッフの確保も重要になる。
- ・ もう一つの課題は、これまで 10 年間行ってきたことをきちんと評価することも必要である。活動に参加した人たちの体力の推移、介護保険の認定率、医療費、意識等の分析を進めているところである。議会等でも、介護予防事業については、批判もなく、地域の人たちの活動の状況もよく見えるので評価されているが、公費を使っている活動なので成果をまとめて全国に発信していきたい。

## 6. 今後の展望

- ・ 今後の展望について、当市では平成 28 年 10 月から日常生活総合支援事業に取り組むことにしているので、日常生活総合支援事業と地域の自主的な活動をどのように結び付けていくか検討している。(和歌山県内の自治体の中で、平成 28 年度から日常生活総合支援事業を実施するのは当市のみである。日常生活総合支援事業を早期に具体化している自治体は、社会福祉協議会やシルバー人材センター等が行政と連携して円滑に機能している地域である。そうした状況は県内の自治体においてはかなり差がある。)
- ・ 地域包括ケアシステム全体の中で、住民をはじめとして関係者それぞれが役割を持って動かなければならないと思うが、その人たちをコーディネートする役割を具体的にイメージすることが難しいと感じる。どこが中心になるのか見えてきていない。行政が主になるか、民間が主になるか、戸惑いがある。
- ・ 当市は山間部も多く、公共交通が利用できず、買い物や運動教室への参加が大変だという市民も多く、送迎のニーズが大きいため、移動支援・買い物支援の構築が将来的な課題である。移動支援についての厚生労働省の方針はなかなか出てこないで、早く国の方針を示してほしい。移動支援や買い物支援の具体像がある程度見えてくれば、地域包括ケアシステムを展開しやすくなるのではないかと。

## 2) 兵庫県宝塚市社会福祉協議会

対象	宝塚市社会福祉協議会
日時	2015年3月16日(月) 14時00分～15時00分
場所	宝塚市総合福祉センター会議室

### 1. 取組内容（概要、体制、費用、工夫した点等）

- 宝塚市では、エリア規模別地域福祉推進体制（全市－7ブロック－20まち協－おおむね自治会領域）を定め、エリア規模別の支援の主体やあり方を構想している。（宝塚市第2期地域福祉推進計画・宝塚市社会福祉協議会第5次地域福祉推進計画）

#### （1）おおむね自治会領域

おおむね自治会領域の住民を主体として「地域ささえあい会議」の開設支援を進めるとともに、おおむね自治会領域でのきめ細かな見守り・助け合いを、社協等が促進、支援していく。この領域はいわば「相互扶助のエリア」と位置づけている。

#### （2）20まちづくり協議会領域

おおむね小学校区領域の住民・地域組織・専門職等による「校区ネットワーク会議」を主体として、地域生活課題等の把握、地域の人材養成、事業・サービスの計画・開発等を行う。この領域はいわば「共助のエリア」と位置づけている。

#### 【例】光明小学校区内公営住宅における安全福祉マップの作成

##### <対象となる地域>

- 老朽化した公営住宅。昭和40年代建設、5階建てでエレベーター無。全310戸、うち入居は265戸程度。人口の高齢化や生活の孤立化が進んでいる。

##### <住民層>

- 阪神・淡路大震災以降、高齢者、単身者、母子家庭の入居が増加。特に1人暮らし高齢者が多い。精神障害手帳所持者や、低所得者層、認知症のある方など、生活上の様々な悩みを持つ人が多い。

##### <取組の経過・内容>

- 平成19年6月に光明地域まち協・福祉部実施の「福祉何でも相談窓口」から「地域内に一人暮らしの高齢者・障害のある方・認知症の方々が増えている」という課題がわかった。
- まち協が実施するネットワーク会議でこれを話し合い、「災害時一人も見逃さない」ために「災害時や緊急時に、要支援者を把握する見守りマップ」をつくることになった。（1年半の協議の結果）

- ・ 平成 21 年 1 月全戸世帯に対するアンケート調査から、特に「一人暮らしの高齢者」・「高齢者世帯」でマップづくりの賛成者が多く、また地域内で助け合いの必要性を感じる人が多いことがわかった。
- ・ まち協福祉部や自治会長を交えて、支援希望登録シート様式・回収方法・管理方法等が議題となる。平成 22 年 7 月のネットワーク会議で最終決定、安全福祉マップづくりに取り組むこととなった。
- ・ 平成 22 年 9 月～平成 23 年 3 月にかけて、要支援者、支援者の登録シートの配布、回収とマップへの掲載。
- ・ 各自治会で要支援者と支援者のつなぎ作業を実施。
- ・ 平成 24 年度に災害時の便利帳として「いざの時のガイドブック」を作成し、平成 25 年 3 月に全戸配布。

### (3) 7ブロック領域

人口 3～4 万人程度の領域であるブロックエリア(おおむね中学校区)7 か所に、社協地区センター・地域包括支援センター・児童館等が整備済。住民に身近な公的・専門的なサービスの拠点として、より小さな領域の活動をサポートしていく。ブロックエリア(おおむね中学校区)には主要な公的サービスが配置されているので、「公助のエリア」と位置づけている。

### (4) 全市

行政・社協による開催で、制度だけで解決できない困難ケースに対応する「宝塚市セーフティネット会議」を開催している。今のところ年 1 回の開催ペースで、開催回数増加と具体的なアウトプットはこれからの課題である。これは地域から上がってきた、制度では解決が困難なケースを、公・民・専門職等で協議・対応する、というものである。

- ・ 上記の他に、ふれあいいいききサロンへの支援を展開しており、サロンを実施している団体・グループに助成し、またこれらを把握し、マップ化もしている。
- ・ 自発的・自主的な取組が重要であるので、社協がサロンを主導して、市域に均質に開設するようなことはしていない。そのため結果として、取組の地域差も出ている。
- ・ 社協としては週 1 回のサロンへの助成を事業化している。週に 1 回であれば取組が住民に根付いていこうと考えている。月 1 回のサロンにはできれば週 1 回にしてもらうように働きかけている。また新たにサロン開設の相談を受けた際には、週 1 回の開催を提案している。
- ・ 週 1 回のサロンの活動内容は、月 1 回のサロンと比較して肩ひじ張らず実施しているものが多く、事業やサービスとして展開するというよりも、運営者と利用者

の区別なく、みんなが寄り集まって支え合っている、という感じである。

- ・ サロンでは、社会参加や交流を重視しているので、社協側からは介護予防などの機能を詰め込んだり、介護予防効果を過剰に期待することはしていない。
- ・ 近所であっても歩いてきてもらえればかなり運動になるので、サロンに来てもらうことも、自然と運動になると考えている。
- ・ サロンに介護予防効果を見込むことは、社協はことさら強調していないが、サロン側の自主的・主体的な取組にはぜひ協力したいと思っている。それが先の「地域ささえあい会議」にもつながると思っている。

## 2. 取組に至った背景・問題意識

- ・ 当市は行政の方で地区割りを比較的きれいに整理しており、地域包括支援センターのエリアと社協の地区センターのエリア、児童館のエリアは同一である。市域を7ブロックに分かれ、それぞれは人口3~4万人規模となっている。第2次計画期間中に、この7つのブロックに地区センターという地域拠点を整備するとともに、地区センターに地区担当職員1人ずつを配置した。その財源は行政からの補助金であり、地域福祉の推進については行政と社協の協働で進めている。
- ・ 第4次地域福祉推進計画では小学校区単位での活動を重視しており、校区ネットワーク会議の構築を進めた。小学校区は20あり、市はそれぞれにまちづくり協議会を設置して、共助の仕組みの構築を図ってきた。
- ・ 地区センターや地区担当職員を軸とした地域福祉の取組が進む中で、地域住民との関係も密接になり、住民から「隣の人がこういう状況なので困っている」等の個別具体的な相談が地区センターに寄せられるようになってきた。地区センターの担当職員はコミュニティワーカーという位置づけで、主要な仕事は地域支援であったため、本来、個別のケアに対応する体制にはなっておらず、新たな地域福祉コーディネータの設置によってその点の対応を進めるようにした。
- ・ そうした活動の中で、地域住民の具体的なニーズは校区の範囲ではなくもっと身近で小さな自治会範囲の中にあるということが見えてきたので、サービスの量を増やすということではなく、住民同士の支え合いを自治会範囲で構築していくことにした。社協の地区担当職員が、本来業務であるコミュニティワーカーの機能を果たせるように、地域福祉コーディネーターを設置し、個別支援と地域支援のつながりを意識するようになった。
- ・ 自治会範囲の取組を重視するようになったのは、宝塚市社会福祉協議会の第5次地域福祉推進計画（平成23~27年度）からである。第5次計画では、福祉のまちづくりにつながるサービス・事業を市民主体で進めるだけでなく、自治会の範囲における相互扶助の領域まで取組の範囲を深めており、自治会範囲で助け合い・支え合いの仕組み（地域支え合い会議）を構築しようとしている。地域支え

合い会議では堅い感じがあるので、「地域見守り井戸端会議」と柔らかく表現したりしているが、社協でもそうした活動のバックアップを行っている。

- ・ 社会福祉協議会の組織も、従前は地域福祉と在宅福祉の2本立てになっていたが、上記のような動きに合わせて、従来の事業ごとの縦割り型の組織を地域ごとの横割りにした体制に変革した。例えば介護保険制度における生活支援コーディネーターについては、社協が行政から委託を受けて、1人配置することになっている。
- ・ 住民から見ると、地域包括支援センターと地区センターは同じようなものに見えるかもしれないが、社協としてはその機能・役割分担を意識している。地域包括支援センターは高齢者ケアが中心になり、また制度狭間へのアプローチが弱い。地区センターは障害・児童・生活困窮といった事業分野にとらわれない支援、制度狭間のケースへの対応、ケアにとどまらない多用な支援等の対応を心がけている。

### 3. 取組開始までの経緯（期間、手順、体制等）

- ・ 社協の第4次地域福祉推進計画や第5次計画で打ち出された施策の骨格、例えば地区センターを中心とした地域支援やエリア規模別の支援については、行政の第2期地域福祉計画でも採用されており、社協と行政がお互いに連携をとりながら市内全域の取組を構築してきている。
- ・ 「安心生活創造事業」において地域別の取組を進めることについては、モデル的な取組だけで終わることがないように、市民から指摘を受けていた。社協としても、モデル地区を設定してはいるが、地域ケアの展開は市内全域で進めることにした。
- ・ 社協の組織体制を改革し、現在は地域ごとの多職種連携を可能にするエリアチーム制を採用している。社協の組織改革には、社協としての経営判断があり、関わりの深い大学教授のアドバイスもいただいた。

### 4. 取組の効果

- ・ 地域ささえあい会議は住民主体で運営、住民ネットワークを軸に地域包括ケアの実現を目指しており、このとき専門職ネットワークを先行させず、住民活動を専門職が支援する形で進めている。（社協地区センターは活動の基盤づくりと専門機関等との協議の場づくりを行い、地域包括支援センター（社協運営）は地域住民・関係機関・事業者のネットワークづくりを行う。）そのため、以下のような効果があったと考えている。
  - 地域住民による主体的で継続的な地域包括ケアの取組を目指すことができた
  - より自律的・継続的で、自由度が高い地域包括ケア体制を築くことができた

➤ 専門職の関わりの重点化を果たすことができた

- ・ 安全福祉マップについては、先進事例として、自治会、民生児童委員、まちづくり協議会が中心となってマップ作りを行った地域があり、それが他の地域の取組に波及するよう展開を図っている。マップ作りには、自治会ごとに要支援者を確認・把握しているが、1年経つと情報が変わっていくので、1年ごとに情報確認・更新を行っている自治会もある。さらに先進的な自治会では、1年に1回の情報確認だけでは不十分だということで、1年に何回か民生委員や自治会役員が個別訪問して情報を適時把握している。そうした取組から、小学校区単位の避難所についての検討の話に広がっていき、地域での総合防災訓練や避難所運営マニュアルの作成につながったケースもある。外国籍の方、聴覚障害の方への対応等、新たな課題への対応も継続的に進められている。中学校区での避難所運営についての検討を始めている地域もある。
- ・ 住民からの相談の窓口については、社協の地区担当職員がその役割を果たしている。これまでの取組の中で、地区担当職員が地域住民の中で浸透してきており、「地区担当職員に相談してみよう」という状況になってきているので、地区担当職員に住民ニーズの情報等も集まるようになってきている。そうして集まったニーズに対して、地区担当職員が直接的に対応するというのではなく、専門職・ケア担当者へのつなぎや、地域で相談できる場づくりを構築していくことを重視している。ふれあいいきいきサロンにしても、相談窓口にしても、地区センターにしても、支援が必要な方へのアウトリーチを進めるという位置づけを意識している。サロンにしても、地域ささえあい会議にしても、住民が寄り集まって、いろいろな話をしていく中で、細かいニーズを発掘して、住民同士の支援につなげていくことを重視している。

## 5. 現状の課題

- ・ 地域ささえあい会議の取組は、もっと増やしていかなければと思っている。我々の地域や地域活動の発掘が十分でないと思っている。また地域ささえあい会議の要件を緩やかにして、取組そのものの数を増やしていくことも重要であると考えている。
- ・ 地域における住民主体の取組の数を増やしていくためには、タイムリーな話題を取り上げて提案していくことが重要である。例えば、最近では認知症の問題を取り上げると以前より参加者が多い。それだけ認知症の話題はかなり身近なものになってきているということであり、そうしたことを講座やイベント等に取り入れて住民活動に展開していくことが必要になると考えている。
- ・ こうした地域活動については、地域間で啓発しあうようなこともあるため、今後、地域活動の交流や情報交換は重要であると思っている。一方で、地域間の格

差が生じている。意欲のある地域では、地域や住民から地区センターの担当職員に積極的に働きかけるようになるので関係は深くなっていくが、意欲の乏しい地域ではなかなか地区センターの担当職員との関係が構築されていかないので、地域間の格差は開きがちになる。

- ・ 当市でも都市部では、集合住宅やオートロックマンションも増えており、支え合いの基盤が失われていく傾向がある。そうした地域や住宅のあり方に対応してどのように地域包括ケアシステムを構築していくかは大きな課題である。多職種間連携はもちろん重要であるが、その一方で地域に根差したケア体制をどのように構築していくか検討していく必要がある。
- ・ 社協としては高齢者介護における「地域包括ケア体制」は大きなテーマであると思っているが、もう一方の生活困窮・ひきこもり等を含めた、制度の狭間にある福祉課題も今後ますます増えていくと思われるので、そうした課題への対応策・支援策を構築していく必要がある。

## 6. 今後の展望

- ・ ふれあいいきいきサロンなど高齢者の集まりがあれば、要介護になる可能性のある集団であり、見守りの対応や災害時の対応のために、名簿を作ったりリスト化していくことも考えられる（名簿を作っているサロンもある）。ただし、個人のプライバシーの問題も関係してくるので、慎重に対応していきたい。社協が実施する見守りの事業は多数あるので、これらの取組の総合化を図り、相乗効果をあげていくことも考えていきたい。
- ・ 住民が必要に応じて専門職を活用するような仕組みを理想としており、専門職が上から目線で住民をリードしていくことはしないようにしている。専門職が黒子になって、住民の主体的な活動を後押ししていくようなイメージで考えている。
- ・ 当市では、生活支援コーディネータはこの4月から配置される予定であるが、全体として日常生活総合支援事業は平成29年度から開始する予定である。住民に周知して、意見を集約していこうという期間が1年以上必要ではないかと考えている。例えば、市域に山坂も多いので、移送支援・買い物支援をどのように構築していくかは大きな課題と考えている。
- ・ 2017年度から始まる福祉制度改革は、地域包括ケア体制の構築にとどまらず、生活困窮者自立支援や子ども・子育て支援の課題もある。こうした課題を整理し総合的に対応する方針や手法も含め、2017年度に策定する第6次地域福祉推進計画において反映していきたいと思っている。

### 3) 千葉県市川市大洲在宅介護支援センター

対象	社会福祉法人慶美会「大洲在宅介護支援センター」
日時	2015年3月17日(火) 11時00分～12時00分
場所	大洲在宅介護支援センター会議室

#### 1. 取組内容（概要、体制、費用、工夫した点等）

- ・ 大洲さわやか見守り交流会は市川市地域包括支援センターあんしん市川駅前が運営する活動で、①平成 27 年 10 月に在宅介護支援センターが地域包括支援センターに移行すること、②活動拠点が大洲地区ということもあり大洲在宅介護支援センターも加わり活動の幅を広げてきている。その為、活動の会場費用などは地域包括支援センター あんしん市川駅前が支払っている。
- ・ 大洲在宅介護支援センターは、市川市内に 11 ある在宅介護支援センターのうちの 1 つであり、市川南・新田・平田・大洲地域を担当している。
- ・ 担当地域の 1 つである大洲地域（大洲 1 丁目～4 丁目）において、丁目ごとに住民リーダーを配置して、隔月で 1 回ずつリーダー会議を開催して、地域の課題や支援の必要な人への対応等を検討している（平成 25 年度から取組開始）。また、大洲地域全体で、リーダーだけでなく住民が自由に参加できる「大洲さわやか見守り交流会」を実施している（交流会も隔月で 1 回ずつ開催。平成 26 年度から取組開始）。リーダー会議と見守り交流会は関連を持たせるようにしており、リーダー会議を通して、交流会のテーマを決めて、交流会参加者全体でテーマに沿って議論・活動したりするような形となっている。また、地域情報の収集や提供の役割を担って頂いている。例えば、大洲 1 丁目のリーダーが、地域内で買い物に困っている人について、交流会で「どのように対応したら良いだろうか」という課題提起を行って頂いて、交流会全体で話し合ったり、地域内の得意技術を持っている高齢者の情報を公開してもらって、地域の中でどのようなことを手伝ってもらうかを交流会で話し合ったりしている。交流会の参加者集めについても、リーダーが近隣の住民に周知して人づて・クチコミで行っている。
- ・ 見守り交流会の開催の周知等については、掲示板・回覧板を活用しているが、見過ごされることが多いので、今後は、自己紹介カード（→下記参照）を記入して頂いた住民に対して、リーダーが電話等で声かけする仕組みの導入を検討している。

（注）自己紹介カードとは、見守り交流会の参加者に、今飲んでる薬やかかりつけ医・血液型等を記入してもらっているものであり、災害時にパソコンが使えなくなった状況を想定して、万一の際の支援ができるようにしている。

- ・ 交流会は平日の午前で開催している。午前中の方が都合の良い人が多い。概ねの日時は固定しているが、イベントの内容によって適宜設定している。
- ・ 交流会の参加者は60～80代の人が多い。今後は若い世代にも参加してもらって、世代間交流ができるようにしていきたい。
- ・ 交流会の具体的なメニューは、まずは参加者皆で案を出し合っ、リーダーと大洲在宅介護支援センターが話し合っ、年間計画を決めていく。
- ・ こうした取組を通じて、高齢者の人たちが地域住民主体で行政をあまり頼らずに、自分たちで「地域・わがまち」を作っていくことを目指している。高齢者であっても、特技や趣味・職歴に応じて、役割を持つようにしている。(事務が得意な方は運営の手伝いをする、等)
- ・ 交流会の費用について、今年度は、地域包括支援センターが手当しており、お茶・菓子を出している。会議室は1回4時間で確保しており料金は1,500円くらいである。リーダーにお茶菓子を持ち寄って頂くケースもある。費用負担をどのようにしていくかは行政としての課題でもある。
- ・ 市川市内には、大洲地域のさわやか見守り交流会に類似する事業(社会福祉協議会、サロン活動)を111か所で実施しており、条件を満たせば補助金も出せるので、行政の施策に乗せていくような工夫を検討する余地がある。
- ・ 平成26年度は『大洲さわやか見守り交流会』として正式に始動した初年度ということもあり、参加者から費用は徴収していないが、来年度は参加者に参加費を頂くことも検討している。そうすることで、住民が皆で作っていく交流会という位置づけが明確になるのではないかと考えている。なお、『大洲さわやか見守り交流会』の名称も、参加者と一緒に考えたものである。

## 2. 取組に至った背景・問題意識

- ・ 東日本大震災をきっかけに地域包括支援センターの職員と地域の民生委員との間で、災害時の安否確認ができる体制づくりを行おうという意向があった。そこでまず65歳以上の独居、高齢世帯、寝たきり高齢者や障害者世帯の実態把握マップを民生委員協力のもと作成することから始まり、地域の課題を抽出した。抽出した結果、独居高齢者や高齢世帯が非常に多いことがわかった。災害時、行政や各種機関が麻痺してしまった状況の中で地域住民を誰が見守るのか、ということを検討した際に、やはり地域住民が地域住民を見守る形が必要ではないかという意見が出たことである。住民同士で安否を確認するつながりを日頃から構築していくべきであるという声が強まり、こうした取組が始まった。
- ・ 大洲地域は古くから住んでいる住民が多く、子育ての時期から交流のある住民も多いため、長年の顔見知りの関係や井戸端会議の関係が残っており、住民同士で

声かけも行いやすい面がある。また、大洲地域は、同じ時期に家を建てた世帯も多く、そうした世帯の子ども世代が他地域に出て行って、同じような境遇の高齢者が多い状況なので、特に地域住民のつながりが強いのではないかと考えている。在宅介護支援センターの管内でも、大洲地域から取組を始めたのは、各種自治会の行事（老人会やお祭り）が盛んな地域であったことや「大洲に住んでいて良かった」という住民も多かったことが大きな要因である。

### 3. 取組開始までの経緯（期間、手順、体制等）

- ・ リーダーの発掘やさわやか見守り交流会の事業を開始する前の段階として、大洲在宅介護支援センターを含めた地域を管轄している市川市地域包括支援センター「あんしん市川駅前」の職員が、大洲1丁目の民生委員と話し合いながら、寝たきり高齢者がどこにいるのか等を地図に落とし込む取組を始めていた。そうした取組を拡大する中で、リーダーの発掘や交流会事業につながっていった面があり、いわば草の根運動から始まったものと言える。
- ・ また、寝たきり高齢者等のマップ作成の取組を拡大していこうとしていた時期に、たまたま認知症高齢者の鉄道事故が発生し、認知症高齢者の徘徊は家族だけでは見守りきれないという状況が明確に示されたので、地域で見守り活動を展開していくことになった。認知症高齢者を抱える家族の方の話や民生委員の人たちの苦労話を聞く会合を重ねる中で、地域でできることは何かという視点で検討を重ねていった。
- ・ 取組の当初は住民リーダーの設定はしておらず、少人数の住民と一緒に話し合いをしながら進めていく中で、次第にリーダー役が育っていった状況である。認知症サポーター養成講座を行って、住民に参加して頂いて、リーダー役を発掘する取組も行った。リーダー役が増えてきたこともあり、大洲在宅介護支援センターが主体となってさわやか見守り交流会の取組を平成26年度から始めることになった。
- ・ リーダー会議の開催や交流会の開催が始まってからまだ間がないので、リーダー役の交代等は今のところないが、今後はリーダー役の世代交代も発生するものと思われる。また、すぐにリーダー会議を開催するようになったわけではなく、最初は茶話会という形で、地域の皆さんに集まってもらって、少し体操をしたりお話しするような取組を、平成24年から始めた。その後、会合が継続・発展していった。平成25年の年末くらいから、地域リーダーの交流会として成り立つようになってきた。始めの頃の会合の中では、大洲地域はどのような地域か見つめ直すとともに、大洲地域の良いところは何か、足りない点は何かを話し合っていた。その中で、スーパーがなくなって買い物しにくくなっている、ゴミ出しが難しい人が発生している、等の具体的な課題が出されるようになった。そこで、交流会

が始まってから、そうした人たち（日常生活で困り事のある人たち）をどのように地域で支援していくかを検討するようになっていった。交流会には、リーダーが気になる人を呼んで状況を確認したり、気になることについて参加者全員で話し合ったりするような取組も行われるようになっていく。

#### 4. 取組の効果

- ・ 地域包括支援センターの活動として、平成 23 年度から地域住民が集まる会合を始めた。その会合の中で地域リーダーを選出して大洲さわやか見守り交流会を企画した。実際に交流会が具体化したのが、平成 26 年度からである。そのため、交流会の参加人数はまだ毎回 20 数名と少ない状況であるが、徐々に拡大しており、今後もっと増やしていきたいと考えている。
- ・ 外出頻度が少なくなっており、閉じ込めりの傾向がある高齢者がいれば、リーダーから直接呼びかけて、交流会への参加を促したりしている。要支援者と在宅介護支援センター・近隣住民との橋渡しの役割を担ってもらえるようになっていく。男性の一人暮らしの高齢者はなかなか地域の活動に参加してもらうのは難しいが、住民のリーダー役の人たちから声かけしてもらうことで、参加しやすくなるという効果もある。
- ・ 家族介護教室の実施に際しては、さわやか交流会に参加している地域リーダーの人たちが近隣住民にクチコミで伝えてもらって参加を勧誘してくれている。地域リーダーができる以前は、家族介護教室の参加者数は 40 人くらいであったが、リーダーの人たちが参加勧誘してくれるようになってから、参加者数が 80 人に増えた。これは大きな効果であると考えている。
- ・ 交流会に参加している住民の具体的な声としては、例えば老老介護をしている家族の方からは「こういう会に参加したことで、地域で助けてくれることが分かったので安心した」という声が出ている他、一人暮らしの方からも、「参加して楽しい」という声が出ている。交流会の参加者から家族に関する介護相談が入って、要介護認定や支援につながった例もある。相談窓口としての機能も大きな効果である。
- ・ リーダーの声かけや交流会への参加等を通じて、住民の間で、地域包括支援センターや在宅介護支援センターの認知度が向上している。地道な活動を続けることにより、おのずと市民からの周知度も向上につながると考えている。まずは、困った時にどこに相談するところがあるかを市民に知っていただくことが大事である。

#### 5. 現状の課題

- ・ 交流会の理解・促進については、パンフレット（趣旨・目的等の広報ツール）が

まだないので、そうしたツールを作成して、リーダーの人たちが近隣住民に周知・広報できるような仕組みも検討していきたい。見守り交流会自体の認知度がまだ低い状況であるので、住民の間で周知・広報するような工夫も必要である。

- ・ 交流会のような会合に参加してくれる人たちについてあまり問題はないが、参加してくれない人たちについてフォローしていく必要がある。現在のところ、地域リーダーや交流会の参加者がそうした人たちに呼びかけている段階である。行政からの働きかけだけでは地域の活動に参加してくれない人たちに対して、地域の人から声かけしてもらうことで参加が促進されている面はあるので、今後の施策展開にも活用していきたい。
- ・ 市川市全体を見ると、北部から南部までそれぞれの地域性があるので、大洲地域と同じような取組を市内全域に拡大することは難しいかもしれない。大洲以外で地域包括ケアシステムの構築を考える場合には、大洲地域とは異なる方法が必要になるかもしれない。市では、平成13年度から地域ケアシステムの構築に取り組んでおり、地域包括支援センターや在宅介護支援センターの職員も民協等の地域の会議には出席するようにしていた。そうした基盤をもとに民生委員との交流を深めていって、地域のニーズに合わせた形で事業を展開していくことが必要である。
- ・ 交流会に関する具体的な話として、日時・場所の設定も課題である。これまでのところ、交流会の場所はふれあいセンターの集会室を設定しているが、予約の都合上、参加者の都合に合わせられないケースもある。なるべく固定した曜日・場所で継続的に開催できるようにしていきたい。

## 6. 今後の展望

- ・ 交流会のメンバーは次第に固定化しつつ増加している。参加者のエリアも拡大しており、大洲地区以外の住民も参加してくれるようになっている。(大洲在宅介護支援センターが大洲1~4丁目だけではなく、新田・平田・市川南地区等も管轄しているため。) 今後は、大洲地区をモデル地区として事業展開していき、ノウハウやスキル等を確立したら、新田・平田・市川南の各地区にも拡大していくことを目指している。社協でもサロン事業を実施しているが、そうした場をさらに増やしていく必要があるので、さわやか交流会を発展・拡大して、住民の交流の場を増やしていきたいと考えている。
- ・ 交流会の来年度のメニュー(年間計画)について。先日、リーダー会議で検討した。4月に防災公園で花見を兼ねた交流会を開催することになっている。花見だけではなく体操も行うことにしている。体操のニーズは高く、市の体操教室もあるがすぐに定員が一杯になる状況あり、住民にとって近い場所で体操をしたいというニーズが大きい。夏には、浴衣の着付けを行う会も予定している。着付けの先生

も交流会のメンバーに入っているので、特技を活かしてもらうように工夫している。出席者の殆どが高齢者で占められる交流会ではあるが、ふれあいセンターには子育て支援事業所もあるので、子育て世代の女性にもそうした会に参加してもらって、ママ友の交流や世代間交流が広がっていければよいと考えている。センター職員が参加した徘徊模擬訓練の研修を生かして、声掛けの練習をするようなことも企画している。近くに公園があるので、そこで実践的な声掛けの練習をする予定である。単なる茶話会にならないように各回の内容は工夫している。

- ・ 昨年 8 月には認知症サポーター養成講座を実施している。それも来年度の企画に入れており、昨年 8 月の講座を受けた住民には、来年度の養成講座の手伝いをしてもらおうことにしている。
- ・ 住民が得意なものを持ち寄る形で住民主体の取組として展開しないと継続が難しく、行政主導で行っても、「やらされている」感が出てきて、長続きしないので、なるべく住民の主体性を尊重するような取組になるよう工夫している。あくまでも、自分たちの地元がよくなるように取り組んでもらうことが大切である。
- ・ 交流会の回数について、現在のところ増やすことは考えていないが、住民主体で運営されるようになっていけば、月 1 回のペースにしていくことも考えられる。内容について現在形作っているところなので、とりあえず、来年度は隔月で開催していく予定である。
- ・ 子どもの見守り 110 番からヒントを得て、交流会の PR を地域リーダーの玄関に貼ってもらったりしている。そうすることで、通りかかる住民に活動を周知できるものと期待している。
- ・ 専門家・専門職種との関与について、今後、認知症の人たちが増えていく中で、専門職の支援を得ながら認知症に対する正しい認識を持って頂くことで、地域で見守ることができるようになるのではないかと考えている。認知症になっても地域で住める社会を構築するためには、まだまだ認知症に対する理解や認識は高めていく必要がある。
- ・ 最終的なゴールは日常生活支援が地域住民同士でできることである。認知症サポーター養成講座の内容や、ゴミ出し一つでもできない人がいれば地域住民同士で支援しあえるようなことを目指している。認知症だけでなく、困っている人がいれば声をかけ合うことができるような地域を作っていきたい。徘徊高齢者をなくすことはできないが、安全性を高めることは地域づくりの中で可能である。その延長線上で、地域住民自身がまちづくりを主体的に行っていくことができるようになるのではないかと考えている。
- ・ 全体的には地域づくりは一つの流れであるが、制度的には別々になっている面はある。もっと小さい地区を単位として包括的な活動を行っていく必要があり、その前提として、実態把握を再度深く行っていく必要があると考えている。相談や

支援を受けた時に迅速かつ的確に対応できるように、日常的に情報を収集しておく必要がある。そのためには、行政や関連機関（地域包括支援センターや在宅介護支援センター等）が地域住民との接点を拡大していくことが大切である。そうした活動が、行政の予算の枠組みとうまくリンクしていったら、必要な経費を行政が手当できるようになることが理想である。

- ・ 今後は日常生活総合支援事業を展開する必要もあるので、ニーズと実際の支援をどのように結びつけていくかが重要である。

<関連資料>

# 大洲さわやか見守り交流会

---

あんしん市川駅前地域包括支援センター  
大洲在宅介護支援センター

## ①はじめに

---

# 市川市概要

- 千葉県西部に位置し、都心から20km圏域
- 文教都市、住宅都市
- 市川市の特産物梨が有名
- 東山魁夷、井上ひさしなどの著名人が居住していた
- 路地が狭く入り組んでいる



千葉県のマスコットキャラクター チーバくん

# 市川市概要

	平成26年3月末現在
総人口	472,857人
高齢者人口	93,322人
高齢化率	19.8%
世帯数	225,939世帯
介護認定者数	14,912人
要介護認定者率	15.2%
第5期介護保険料(月額)	4,660円
地域包括支援センター数 (直営、委託)	4か所
生活圏域数	11圏域

## ②取組内容

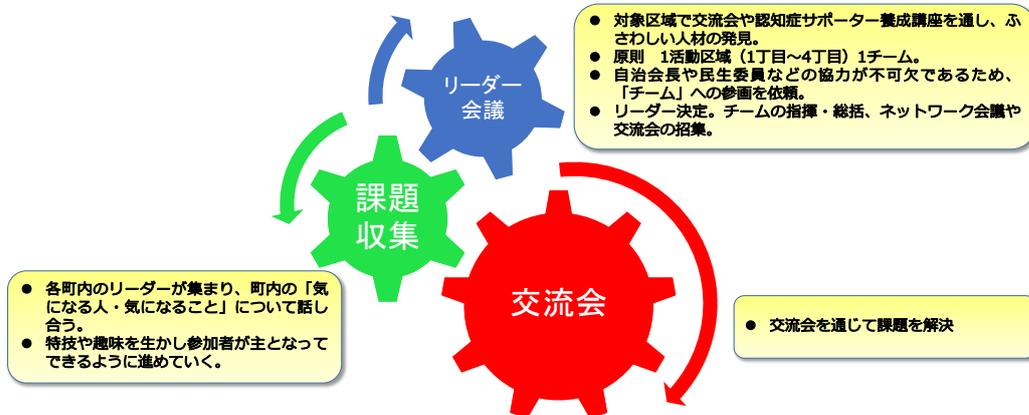
～概要・体制・工夫した点～

### ①大洲さわやか見守り交流会

定期的に声かけ・訪問などを行うなかで、その人が一人で悩んでいること、困っていることに気づき、その解決に向けて、大洲さわやか見守り交流会（以下交流会）を通して、支え合うしくみをつくる一連の活動。また地域住民が持っている潜在能力を活かした活動を展開し、参加者が主となる活動の場。

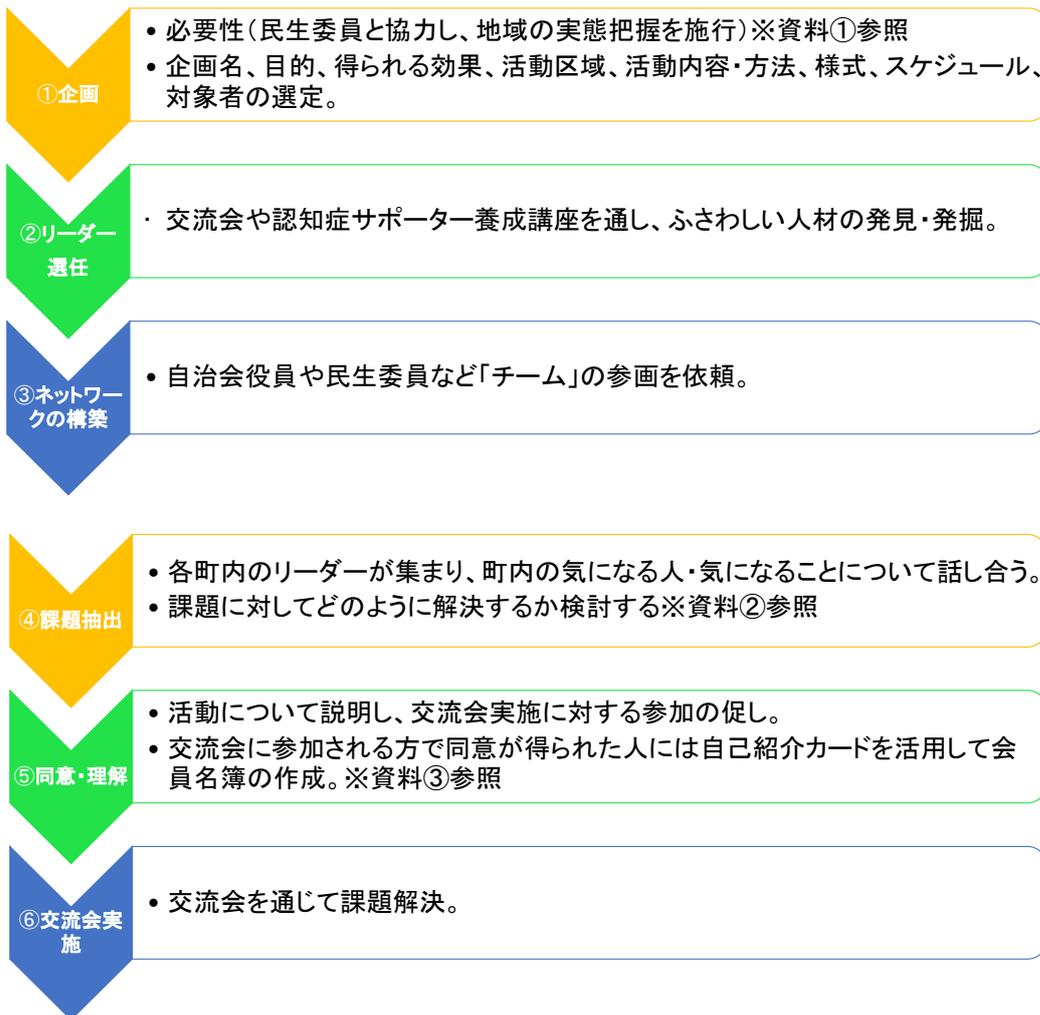


### ②大洲さわやか見守り交流会



## ③手順

～手順～



## ③効果

～波及効果～

### 効果



- リーダーの活動を支援(主体性)
- 独居高齢者の参加者増加
- 交流会の名称も参加者同士で決定
- 認知症サポーター養成講座開催
  - ※地域住民参加型の認知症劇開催
- 参加メンバーの定着

※資料④参照

## ④課題

～今後の展望～

課題	方法
・ 日時・場所の設定	・ 固定した曜日場所で開催
・ 連絡方法	・ 継続して掲示板、回覧板を利用 ・ 会員に対してリーダーが訪問や電話等で連絡する
・ 予算	・ 参加費200円徴収
・ 交流会の理解促進	・ ガイドブック等の作成
・ 地域住民の主体性	・ 特技や趣味を生かし参加者が主となってできるように進めていく。主となる参加者に丸投げするのではなく、主となる参加者と一緒に企画運営をして主体性を出していく。

## 今後の展望

---

①住民主体をサポート

②生活支援のサポート

(例;ゴミ出し、買い物支援など)

※包括はあくまでサポートする立場

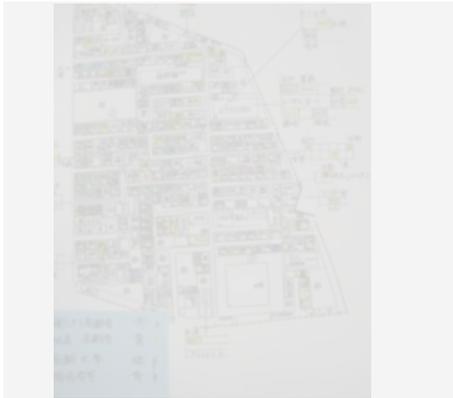
## ⑤資料

---

～資料①②③④～

### 資料①

---



#### 【実態把握】

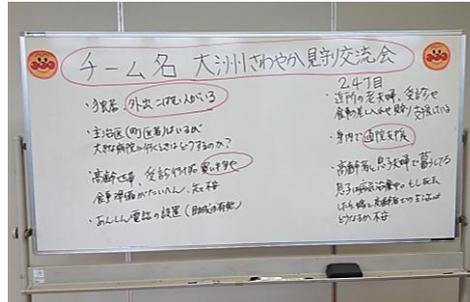
住宅地図を使った状況把握  
民生委員と協力し色分けを行った

- ・寝たきり高齢者
- ・独居高齢者
- ・高齢者世帯
- ・障害者世帯

## 資料②

### 【課題抽出】

右記の課題に対してどのようなことを「大洲さわやか見守り交流会」を通じて課題を解決していけるかグループワークを行った。



## 資料③

**自己紹介カード**

この自己紹介カードで記載して頂いた一部分の個人情報は、大洲地域見守り交流会開催後お知らせの連絡簿として活用させていただきます。  
また自己紹介カードの情報を基に災害時の安否確認や平時において町内での支え合い活動が進められることを期待しています。

利用目的の達成に必要な範囲内でのみ個人情報を取り扱います。また、法に基づき開示・提供を求められた場合を除き、お客様および職員の間密な扱いで個人情報を第三者へ開示・提供は致しません。  
お客様の個人情報について、適切な管理をおこないます。  
また、紛失、破壊、改ざん、なりすまし、不正アクセス、漏洩などの防止に努めます。  
個人情報など教えない情報は記入する必要はありません。  
以上をうま、同意してご記入お願い致します。

お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_

居住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 血液型 \_\_\_\_\_ 型 \_\_\_\_\_

かかりつけ医 \_\_\_\_\_

くすり \_\_\_\_\_

家族と同居・一人暮らし \_\_\_\_\_ 趣味・特技・興味 \_\_\_\_\_

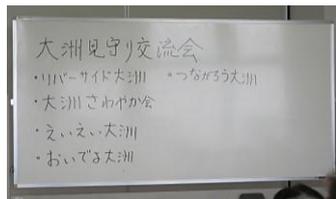
日常生活で困っていることがあればご記入ください

### 【自己紹介活動の活用】

- ・ 災害時の安否確認
- ・ 町内の支え合い活動
- ・ 個人情報に配慮
- ・ エントリーシートとして活用
- ・ 名簿作成につなげる

## 資料④

- ・ チーム性を高めるために参加者全員でチーム名を出し合った。
- ・ チラシ作成。(市川市の花であるバラをモチーフにしている)
- ・ 配布場所は町内掲示板や回覧板。リーダー宅の扉に掲示



#### 4) 三重県度会町

対象	度会町 福祉保健課
日時	2015年3月17日(火) 11時00分～12時00分
場所	度会町役場会議室

##### 1. 取組内容（概要、体制、費用、工夫した点等）

- 平成 26 年度に設置した地域ケア会議を活用して、住民を交えた形で社会資源の洗い出しや支援のあり方等の検討を進めている。地域ケア会議の創設に先立つ平成 25 年度には、地域プロジェクト会議を立ち上げて事前に検討を重ねた。

##### <平成 25 年度の地域プロジェクト会議立ち上げ事業>

- 平成 25 年度に（平成 26 年度の）地域ケア会議の構築に向けて地域プロジェクト会議を立ち上げて検討を重ねた。後述するように、当町では平成 20 年度から住民参加型の地域ケアシステムの構築を進めており、引き続きセミナーやワークショップを中心に進めていった。「老いても自分らしく満足して生きることのできる町」をテーマに、町内で考えられる多種多様な福祉課題に対して、町内の介護施設サービス事業者の管理者やケアマネジャー、（住民側として）民生委員、福祉協力員、住民代表など様々な福祉関連分野の者がチームとなり、地域課題を共有し、共通の目的に向かって足並みを揃えて事業展開していくことを目指した。平成 24 年度までの検討の過程で住民が抱えている具体的な課題も明確になっていたため、平成 25 年度の地域プロジェクト会議では、1 人の男性を想定・イメージして、その方を地域としてどのように支えていけばよいのか検討していった。
- 地域プロジェクト会議ではまず、会議のメンバーが『住民が、満足して生きることのためには』どうすればよいかという観点から意識の統合を図り、そのための施策を話し合った。その中で、地域課題抽出のための住民参加ワークショップをプロジェクト会議主催で開催し、また、全 5 回のセミナーを通して、住民への意識啓発や各関係機関職員の研修を行い、その土台づくりを実施した。当町では、従前から、住民の意識啓発の第一は「満足死」であるとし、「満足して死ぬことは満足して生きることである」というテーマのもとに平成 24 年度から検討を行っている。平成 25 年度には、全 5 回の連続的なセミナーとして、「1 人称」「2 人称」「3 人称」「地域」と広がりをもった内容とし、地域全体の支え合いの意識につながるよう企画・構成した。

##### <平成 26 年度の地域ケア会議創設>

- 地域ケア会議は、前年のワークショップで抽出された課題に対し、「一人暮らしの

Aさん（男性、要支援2等を設定）が、〇〇地区で生活をしていくには～Aさんのある1日～」を共通テーマとして毎月1回実施した。各回17～25人が参加しており、1回1時間半で実施している。

- ・ 洗い出された「認知症だったら・・・?」「家事等の支援」「買い物支援」「移動手段」等のAさんが生活するうえでの課題（町の課題）とされることについて、毎回1つの課題を取り上げ、グループワークにて、今ある町の社会資源の抽出や不足している資源等を出し合い、それぞれの課題の解決策を探っているところである。毎回の会合で検討するステージは変わっていき、「12月は朝食と掃除」「2月は通院」などテーマが変わっていく。この会議には一般住民代表者として、福祉協力員等これまでのセミナーの参加者にも集まってもらっている。そうした住民代表の人たちから「自分たちにできることは何か」という提案が出されたり、住民目線での意見が活発に出されている。また、地域包括支援センターや行政が知らなかった社会資源など様々な情報収集の場ともなっている。
- ・ 毎月の地域ケア会議を開催するに当たっては、地域包括支援センター職員、社協の地域福祉担当者、居宅介護支援事業者のケアマネジャー、認定調査担当者計8人が「地域ケア会議実行委員会」として、事前打ち合わせを行っている。この実行委員会のメンバーが実質的な仕掛けづくりの核となっており、住民参加（住民主体）の仕掛けをどう作っていくか毎回話し合い、実行委員会で話し合った内容を地域ケア会議で方向付けして議論するという流れになっている。
- ・ 地域ケア会議には住民代表も参加しているが、実行委員会にも住民代表に参加してもらうことを検討している。具体的には、地域包括支援センターに臨時雇用されている主任ケアマネジャー（現在は地域包括支援センター職員として実行委員会や地域ケア会議に参加）が、この3月に退任するので、引き続き、住民代表として参画してもらう予定である。その職員は地域でボランティア活動も行っており、地域の声を収集して、町に届けてくれるような役割も果たしている。また、昨年からは民生委員を委嘱され、いわゆる「大物世話役」の役割を果たしており、行政がつかみにくい地域の詳細な情報の提供や、住民との仲介役も果たしている。今後も住民代表として、地域の声を届ける役割、また、住民目線での意見を実行委員会へ出す役割を担っていただきたいと考えている。

#### <ボランティアクラブの展開について>

- ・ 地域ケア会議等に参加している住民代表者からは、下記のような声が上がってきているので、将来的にはボランティアグループとして立ち上げていくことも視野に入れている。
  - ✓ 地域ケア会議参加の住民から、「自分たちのできることがあれば、リーダーがいれば協力したい。できることをやりたい。」との声が上がっている。

- ✓ 介護保険計画策定委員の住民代表から「男性の閉じこもりを予防するためにメンズクラブを作りたい。自分たちも楽しむものを作ろうと思っている」との声が上がっている。介護予防事業等への男性の参加が少ないことは当町の大きな課題であり、現在、具体的にメンズクラブはメンバーを集めているところである。
- ✓ 60代の介護支援専門員（前述した今年3月に退任する地域包括支援センター臨時職員）から、「地域の集いの場を作りたい。行政のできないことを自分たちがやっていきたい」との声が上がっている。既に、住んでいる地域でボランティアによるミニサロンを定期的開催している他、友人が多数セミナー等に参加しており、意識統合も図られている。

## 2. 取組に至った背景・問題意識

- ・ 住民参加型の取組を始めた背景は、平成18年度に地域包括支援センターが創設されてから3年ほどたったので、地域包括支援センターをサポートする住民組織を作ろうと考えたことである。第4次介護保険事業計画の策定に当たって住民の意見を聞く必要もあったので、関係者や関連機関が町の課題を共有して、連携を取りながら町の福祉施策を進められるようにした。
- ・ いきなり施策の体系を構築することは難しいので、まずは町の課題を抽出して、町の課題に合わせた取組をしていこうと考えた。そこで、度会町の福祉を考える会として「地域生活を考えてみようかい」を設置して、住民にも参加してもらう形で、町の課題を抽出した。会の名称も参加者全員で考えた。小規模な町なので、行政と住民の関係も近く、以前社会福祉協議会で活躍していた住民もいたので、行政から声かけして、リーダー役になって頂けそうな住民に、会合に参加してもらうようにした。
- ・ それ以前から、保健師の業務、保健事業として、PDCAサイクルを回すということは行っており、課題を見つけて、その対応を検討して解決を図っていく、そして振り返る、という流れで業務を展開していたので、最初からPDCAサイクルを回すイメージで取り組んだ。

## 3. 取組開始までの経緯（期間、手順、体制等）

- ・ 当町では住民参加に関する事業としては、下記のような経緯で実施してきた。
  - ✓ 平成20年度：「地域生活を考えてみようかい」（講演会、ワークショップ等）
  - ✓ 平成21年度：住民流助け合い起こし①
  - ✓ 平成22年度：住民流助け合い起こし②
  - ✓ 平成23年度：地域支え合いネットワーク人材育成事業
  - ✓ 平成24年度：地域支え合いのための地域力向上事業

- ✓ 平成 25 年度：地域プロジェクト会議立ち上げ事業
- ✓ 平成 26 年度：地域ケア会議
- ・ 平成 20 年度より、「住み慣れた地域でいつまでもいきいきと暮らそう」を念頭に、支え合い体制づくりのための講演会や住民参加のワークショップを実施する中で、地域課題を抽出し、実行可能な解決策（一番効果があり、簡単にできること）を住民自らが検討する機会を持ちながら、「自分が、住民組織が、社協が、行政ができることは何か」を考える事業を展開し、また、町の今後の地域福祉全体の方向性（度会町の未来予想図）を共通認識することを意識してもらうよう実施してきた。
- ・ 平成 20 年度には、まず最初に講演会を行った。講師は、厚生労働省から三重県庁長寿社会室長に出向していた方をお願いして、地域ケア体制の整備構想等の基本的なお話や度会町に期待すること等を講演して頂いた。講演会には、町議会の議員の方々にも参加して頂いた。2 回目 3 回目は検討会を開催して、ワークショップを行いながら、度会町の今後の高齢者福祉を考えることとした。そのワークショップでは、当町にまだ残存している住民同士のつながりを活かして福祉施策を展開していこうという流れができてきた。その後、次第に、「考えてみようかい」の中核メンバーがより一層具体的・実質的な話もするようになり、当町における具体的な課題は何かを検討して、次の「考えてみようかい」で『こんな施策があったらいいよね』と提起するような流れを作っていった。その中で、行政と参加者が一緒に施策の優先順位をつけるような話し合いをしていった。
- ・ この時に参加したメンバーで、現在も地域ケア会議の実行委員会のメンバーとして残っている人も多い。この「考えてみようかい」がきっかけとなって、地域包括支援センターや行政を応援する住民グループが形成された。
- ・ 平成 21 年度から平成 23 年度にかけては、「住民流助け合い起こし」（ご近所福祉）に手法を活用し、モデル地区で支え合いマップ作成等を行い地区担当民生委員等を中心とした支え合い体制づくりを目指してきたが、民生委員の改選等でなかなか自主的な取組につなぐことができなかった。
- ・ 平成 20 年度の取組をその後も形を変えながら、継続している。いろいろ研修にも行って検討した。住民の助け合いについては、町の職員が、「ご近所福祉」を提唱している住民流福祉総合研究所の木原孝久先生の研修を受けて、当町でも「ご近所福祉」を展開することにした。当町は新興住宅地も少なく、まだまだ既存の関係が残っていたので、そうした地域特性を活かせるのではないかと考えた。木原先生には平成 21 年度以降、何度も当町にお招きして話をして頂く中で、関係者・住民の意識付けをして頂いた。
- ・ 平成 21 年度は、ボランティア登録している団体や住民を集めて木原先生の講演会を開催して、皆をその気にさせることから始めた。次の年(平成 22 年度)には、地

区を選定して、支え合いマップ作りを実施した。

- ・ 平成 23 年度以降は人材育成や地域力向上事業に取り組んだ。これは、国の支え合い補助金を活用している。平成 23 年度には、地域の見守りの支え合いの人材を形成することを目的として地域づくり講座を実施した。具体的には、「ご近所福祉」の継続とそれを推進していくための人材育成を図ることを内容としていた。平成 22 年度で作成した支え合いマップを平成 23 年度の人材育成でも継続・活用しており、引き続き、支え合いマップの作成について行政から支援を行った。
- ・ 平成 24 年度からは、地域力向上事業として、地域住民全域を対象とし、町全体の支え合い意識の底上げを図るべく、また、参加者の中から、主体的に参加してくれる人、リーダーとなれる人の発掘をめざし全 4 回の講座を実施した。全 4 回の内容としては、認知症の理解、自分らしい暮らし方・生き方・死に方、支え合いとは何か、というテーマを設定して、毎回、講義とグループワークを実施した。特に、団塊の世代の住民に焦点を当てて、当町では、「生きること＝支え合うこと」であるという気付きを促すようにした。
- ・ 平成 25 年度には、平成 26 年に地域ケア会議を全市町に設置しなければならなかったこともあり、平成 26 年度に地域ケア会議へ移行目的で「地域プロジェクト会議」を立ち上げ、平成 26 年度「地域ケア会議」に移行させ現在に至っている。

#### 4. 取組の効果

- ・ これまでに町で実施してきた取組に参加して頂いた住民の人たちから、前述の「ボランティアクラブの展開について」で記載したような積極的な声が上がようになってきているので、長年継続的に実施してきたセミナーやワークショップ等が生きていると考えている。住民の声に対しては、行政としても対応を検討していきたい。社協のシルバーお助け隊ももっと機能するようしていきたいと考えている。
- ・ 町内 34 地区のうち 4 地区をモデル的に選定して支え合いマップ作りを実施しており、実施した 4 地区の中では、ふれあいサロンのような取組として、集いの場や体操教室などを継続して実施している地区もある。町内には旧小学校区が 4 つあり、それぞれの小学校区から 1 地区ずつを選定して取り組んだ。ただし、行政が住民をうまく乗せることができなかつたこともあり、4 地区から 34 地区へなかなか広がらず、住民が自主的に進めるという状況までには達しなかつた。

#### 5. 現状の課題

- ・ 地域包括支援センターの人員の強化（住民主体活動の後方支援、仕掛けづくりのための人材の確保が急務）が必要である。
- ・ 住み慣れた地域での看取りにおける医療機関や訪問看護が不足しており、看取り

の対応は今後の課題である。

- ・ 現在の住民代表の後継者作りも課題であり、取組を継続して、その流れで後継者が生まれてくるような状況になればよいと考えている。
- ・ 日本福祉大学が実施している「健康と暮らしの調査」に参加しているが、そのデータを見ると、当町は他自治体に比べて、男性の福祉参加の度合いが低い他、男性だけでなく全体としてボランティア団体や趣味の活動への参加率も低い、という結果が出ている。男性のボランティアへの参加を高めていくことも課題と考えている。

## 6. 今後の展望

- ・ 現在のところ、総合事業の移行時期を平成 28 年 4 月と考えている。
- ・ 認知症施策、在宅医療・介護連携、生活支援サービス体制の整備等さまざまな取り組むべき事業があるが、それらも含め、平成 27 年度に自治体として、また、直営の地域包括支援センターとして取り組むべき事項を早々に抽出し、効率的、容易性等考慮し、優先して取り組む事項、並行して行うべき事項を整理し、来年度のタイムスケジュールを作成する予定である。ただし、在宅医療の領域については医師会との調整等も必要になるため若干遅れる予定である。
- ・ 地域ケア会議では、本年 2 月に各課題のグループワークがいったん終了し、出された意見や解決策等を実行委員会で整理し、整理した内容を平成 27 年度には改めて地域ケア会議に返すことで具体的な取組をさらに話し合っていきたいと考えている。
- ・ また、その中で、住民参加については、具体的に出されている住民の声に応じてどのように後方支援していくか、浦安市のような介護予防アカデミア的なしくみとするか等を含めて、地域ケア会議や実行委員会で検討していくこととしている。住民の人たちの「自分たちならこれくらいならできるよ」という気持ちに寄り添えるような後方支援や仕掛けづくりを行政として一つずつ取り組むことが必要であると考えている。
- ・ 先駆的な住民主体の事例から、少しずつでも各地域や住民グループに波及していけるよう、良い事例・成功事例を住民の人たちに周知していくことが大切である。「地域の実態をみる」⇒「自分たちでできることを自分たちで考え決定し実行していただく」、「そのために必要なサポートは何か」、「モチベーションの維持・継続のために個人や地域や各組織、行政ができることは何か」等を考えながら、まずは地域ケア会議等から出てくる住民の声に対して支援していくことが必要となる。
- ・ 日常圏域は 1 つ（中学校 1 つ、小学校 1 つ）なので、施策の展開は行いやすいし、行政と住民の関係も近い。リーダー的に活躍している人たちは多く、世話役的な住

民の把握もしやすい。介護予防のボランティア候補の把握も進めている。そうした当町の「地の利」を施策展開に活かしていきたいと考えている。

- ・ 今後の展開については、あまり形を決めつけずに柔軟に対応していければと考えている。住民の自主的な動きを後押しするような支援をしていければよいのではないかと考えている。
- ・ 費用については、現在のところ、地域ケア会議の運営だけであり、ほとんどかかっていない。参加者の報償費も出していない。今後、住民の自主活動が具体的に立ち上がってくる段階では、経費や補助金の支弁も検討していく必要がある。きちんと費用を支援してフォローしていくことで、取組の継続につながる。

## (5) 分析・考察

### 1) 和歌山県橋本市

主な取組として、介護予防教室と住民の自主運営教室、ふれあいサロンの展開、住民参加によるシンポジウムの開催が挙げられる。橋本市では合併をきっかけに地域に目を向けた取組の推進を行っており、地域での啓発活動により、住民交流や地域の繋がりが強まっている。

また、市民参加型シンポジウムでは「地域包括ケア」に対する住民の意識向上の効果が得られ、今後も継続的開催を目指している。

山間部である地理的要因から送迎のニーズが大きく、今後、移動や買い物の支援体制の整備が求められる。

### 2) 兵庫県宝塚市社会福祉協議会

エリア規模別地域福祉推進体制を定め、エリア別規模の支援主体やあり方の構想を行っている。最も小規模のエリアとして、おおむね自治会領域においては「相互扶助エリア」と位置付け、住民を主体として「地域ささえあい会議」の開設支援の促進と共に、きめ細やかな見守りと助け合いを社会福祉協議会においても支援している。

住民主体の運営、ネットワークを軸に体制を構築していることから、自律的・継続的かつ自由度の高い地域包括ケア体制を築くことができている。

市内都市部においては支え合いの基盤が消えゆく傾向にあり、こうした地域における支援が今後の課題となる。

### 3) 千葉県市川市大洲在宅介護支援センター

大洲地域において、各丁目に住民リーダーを配置し、リーダー会議を開催している。住民参加の「大洲さわやか見守り交流会」を実施しており、リーダー会議においてテーマを決め、見守り交流会で議論・活動することで、リーダー会議と見守り交流会の関連を持たせている。住民リーダーの設置が、地域の要支援者とセンター、近隣住民との橋渡しの役割を担っている。

地域づくりの推進において、より小さい地区単位で包括的活動を行っていく必要があり、実態把握を深く行い、日常的に情報を収集しておく必要がある。

### 4) 三重県度会町

多種多様な福祉課題に対して、福祉分野の関係者がチームとなり地域課題を共有し、共通の目的に向かって事業展開していくことを目指す。また、地域プロジェクト会議において「住民が、満足して生ききるためには」という観点からの意識統合を図る。こうした取組から、住民の意識啓発や各関係機関職員の研修の実施を行い、地域包括ケアの土台づくりを行っている。

日常圏域が1つであり、意識共有や施策展開等が行いやすく、行政と住民の関係が近いため、住民把握も行うことができる。今後、地域特性を活かした取組が求められる。

## 5) 総括

住民参加における取組について、先進的な取組を行っている4事例へのヒアリングを通じ、各々の地域の現状と抱える課題を多種多様な目線から情報を得ることができ、これからの地域包括ケア体制の構築において参考となるであろう取組や工夫が多く見られた。

地域包括ケアにおける主体は地域住民であり、保険者や地域包括支援センターが住民のニーズ把握や、住民活動の支援を効果的に行うことで、今後、他の地域においても事例のような取組が発展されることが望まれる。

## 6. シンポジウム内容の配信

### (1) 目的

本事業で実施したシンポジウムにおいて、会場座席数に限りがあることから、より広くシンポジウムの内容を全国に共有することを目的として実施した。

### (2) 方法

東京会場、大阪会場それぞれについて、シンポジウムの模様を映像として録画・録音した。また、株式会社三菱総合研究所のウェブサイト内にシンポジウムの報告ページを開設し、当日の配布資料とともに、映像のリンクを掲載する形で公開した。

### (3) 結果

シンポジウムの模様を撮影した映像の掲載イメージは下図表の通りである。

図表 23 シンポジウム内容の配信を行ったウェブサイト

The screenshot shows a webpage from MRI (Mitsubishi Research Institute for Economics). The page title is "シンポジウム「地域包括ケアシステムの構築と住民参加」のご報告" (Symposium Report on the Construction of Community-based Care Systems and Resident Participation). The page includes a navigation menu at the top with links like "オピニオン", "企業のお客様", "官公庁のお客様", "企業情報", "ニュース", "投資家情報", and "お問い合わせ". Below the navigation, there is a breadcrumb trail: "ホーム > ニュース > ニュースリリース > そのほか > 2015 > シンポジウム「地域包括ケアシステムの構築と住民参加」のご報告". The main content area features a "SHARE" button with social media icons for Facebook, Twitter, and Google+, and a "そのほかのトップへ戻る" (Return to other top) link. A date stamp indicates the report was published on 2015.03.19. The "MRIニュース" section contains the following text: "2015年2月3日、10日に、シンポジウム「地域包括ケアシステムの構築と住民参加」を以下のとおり開催いたしました。なお、当日の模様（動画）と配布資料は下記の各リンクからご覧いただけます。" followed by a "■概要" section. The "概要" section states: "本シンポジウムは、地域包括ケアシステムの構築を推進するため、先進的な自治体等の事例を紹介し、地域の実情に応じた効果的な地域づくりの方策について、先駆的な事例を基に、多様な支え手による地域での支え合いのあり方について検討を深めることを目的として開催することとしました。地域包括ケアシステム構築に向けて、住民参加型の取組の重要性（どのようにして住民をまきこんで地域づくりをしていくか）、高齢者の社会参加の重要性（元気な高齢者を把握し、どのように社会参加のきっかけをつくるか）を考えます。" The page also lists the organizer as MRI, the venue as Tokyo and Osaka, and the target audience as municipal and prefectural officials. A sidebar on the right contains a list of years from 2015 to 2009, with 2015 selected.

■東京会場

開催日：2月3日（火）13:00～17:00

開催場所：ステーションコンファレンス東京 5階 501ABS(サピアホール)

プログラム

I. 基調講演	
ご挨拶	<p>問題提起 地域包括ケアシステムをめぐって 高橋 紘士氏（国際医療福祉大学大学院 教授）</p> <p>📺 講演（動画） 📎 配布資料 [5.0MB]</p>
基調講演	<p>南砺市における地域包括医療・ケアの取組 地域住民との協働 南 眞司氏（南砺市民病院 前院長）</p> <p>📺 講演（動画） 📎 配布資料 [3.4MB]</p>
	<p>地域包括ケアの担い手を考える 堀田 聡子氏（（独）労働政策研究・研修機構 研究員）</p> <p>📺 講演（動画） 📎 配布資料 [430KB]</p>
II. 保険者事例報告及びパネルディスカッション	
保険者事例報告	<p>テレビ電話・IP告知端末を活用した健康管理や見守りシステム 北海道喜茂別町 東原 弘行氏</p> <p>📺 講演（動画） 📎 配布資料 [2.8MB]</p>
	<p>まちぐるみの支え合いの仕組みとしての地域包括ケア 東京都武蔵野市 笹井 肇氏</p> <p>📺 講演（動画） 📎 配布資料 [2.7MB]</p>
	<p>地域包括ケアシステムの考え方とその実践 静岡県富士宮市 土屋 幸己氏</p> <p>📺 講演（動画） 📎 配布資料 [4.4MB]</p>
パネルディスカッション	<p>&lt;パネリスト&gt; 南 眞司氏（南砺市民病院 前院長） 堀田 聡子氏（（独）労働政策研究・研修機構 研究員） 森田 洋之氏（南日本ヘルスリサーチラボ 代表） 東原 弘行氏（北海道喜茂別町元気心権謀 課長） 笹井 肇氏（東京都武蔵野市健康福祉部 部長） 土屋 幸己氏（静岡県富士宮市福祉総合相談課 参事）</p> <p>&lt;コーディネーター&gt; 高橋 紘士氏（国際医療福祉大学大学院 教授）</p> <p>📺 講演（動画）</p>

■大阪会場

開催日：2月10日（火）13:00-17:00

開催場所：ホテルメルパルク大阪 4階 ソレイユ

プログラム

I. 基調講演	
ご挨拶	<p>課題提起 地域包括ケアシステムの構築と住民参加をめぐって</p> <p>高橋 紘士氏（国際医療福祉大学大学院 教授）</p> <p>📺 講演（動画） 📎 配布資料 [5.2MB]</p>
基調講演	<p>地域包括ケアシステムの基本的な考え方（Integrated careの視点）</p> <p>筒井 孝子氏（兵庫県立大学大学院経営研究科 教授）</p> <p>📎 配布資料 [3.0MB]</p>
	<p>自助・互助・共助・公助の関係をホームホスピスの実践から～包括的支援・インフォーマルサポート・地域を新す住まいの関わり・医療介護連携のあり方等～</p> <p>市原 美穂氏（特定非営利活動法人ホームホスピス宮崎 理事長）</p> <p>📺 講演（動画） 📎 配布資料 [2.7MB]</p>
II. 保険者事例報告及びパネルディスカッション	
保険者事例報告	<p>市民と協働で進める高齢者が元氣なまちづくり</p> <p>千葉県浦安市 森林 友佳子氏</p> <p>📺 講演（動画） 📎 配布資料 [3.5MB]</p>
	<p>地域住民とNPO法人による要支援者支援システム及び退院システム</p> <p>福岡県大牟田市 猿渡 進平氏</p> <p>📺 講演（動画） 📎 配布資料 [5.3MB]</p>
	<p>互助が自助を育てる 支え合い体制づくり活動</p> <p>鹿児島県肝付町 能勢 佳子氏</p> <p>📺 講演（動画） 📎 配布資料 [5.9MB]</p>
パネルディスカッション	<p>&lt;パネリスト&gt;</p> <p>市原 美穂氏（特定非営利活動法人ホームホスピス宮崎 理事長）</p> <p>筒井 孝子氏（兵庫県立大学大学院経営研究科 教授）</p> <p>森田 洋之氏（南日本ヘルスリサーチラボ 代表）</p> <p>森林 友佳子氏（千葉県浦安市健康福祉部介護保険課 狹東地域包括支援センター 主査）</p> <p>猿渡 進平氏（福岡県大牟田市中央地区地域包括支援センター 所長）</p> <p>能勢 佳子氏（鹿児島県肝付町企画調整課 参事兼福祉課保健師）</p> <p>&lt;コーディネーター&gt;</p> <p>高橋 紘士氏（国際医療福祉大学大学院 教授）</p> <p>📺 講演（動画）</p>

—本資料のご利用に際して—

- 本資料は、著作物であり、著作権法に基づき保護されています。著作権法の定めに従い、引用する際は、必ず出所を明記してください。
- 本資料の全文又は一部を転載・複製する際は著作権者の許諾が必要ですので各登壇者までお問い合わせください。
- 本資料に基づくお客様の決定、行為、及びその結果について、当社は一切の責任を負いません。ご利用にあたっては、お客様ご自身で判断下さいますようお願い申し上げます。
- 動画は、一部音声・映像を編集しております。また、本資料と動画内で投影されている資料は内容が異なる場合があります。
- 情報の全部または一部を予告なく変更もしくは削除することがあります。

本件に関するお問い合わせは下記までお願い致します。

株式会社三菱総合研究所 (<http://www.mri.co.jp/>)  
〒100-8141 東京都千代田区永田町二丁目10番3号  
シンポジウム「地域包括ケアシステムの構築と住民参加」事務局  
電話：03-6705-6025

[ページトップへ戻る](#)

MRIとは？  
三菱総合研究所は、約650名の様々な分野の研究員を擁する総合シンクタンクです。  
お客様の抱える課題に対してベストな体制を構築し、課題解決の提案から実行までを支援いたします。

**MRI** 株式会社三菱総合研究所

- > [企業情報](#)
- > [セミナー・イベント](#)
- > [採用情報](#)
- > [公募情報](#)
- > [サイトマップ](#)
- > [サイト利用条件](#)
- > [個人情報のお取り扱いについて](#)
- > [English](#) 



平成 26 年度老人保健事業推進費等補助金  
老人保健健康増進等事業

地域包括ケアシステムを効果的に構築していくための  
市町村の地域マネジメント等に係る調査研究事業  
報告書

平成 27 ( 2 0 1 5 ) 年 3 月  
株式会社三菱総合研究所