平成 28 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構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書

地域包括ケア研究会 報告書

-2040 年に向けた挑戦-

平成 29(2017)年 3 月

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

目次

はじめに 1
事業概要 2
1. 地域共生社会の実現 5
■ 地域包括ケアシステムとの関係性 6
2. 2040 年に向けた地域包括ケアシステム 7
(1) ニーズの変化 7
■ 要介護者・中重度者・看取りニーズの増加 7
■ 人的・財政的制約 9
(2) 2040 年に向けた「前向きな視点」 10
■ 発想を転換する絶好の機会ととらえる 10
■ 人材に対する考え方の変化 10
■ 2040 年に向けて求められる4つの取組 12
3. 「尊厳」と「自立支援」を守る「予防」 13
■ 「高齢者介護・自立支援システム研究会」と「高齢者介護研究会」の理念 13
■ 「地域共生社会」でもキーワードは変わらない 13
■ 自立支援は心身機能の改善ではなく、高齢者の尊厳の保持のためにある 14
(1) 「予防」の強化と「もうひとつの予防」 14
■ 2040 年に向けて予防はさらに重要なテーマに 14
■ もうひとつの予防:「地域でつながる」 15
■ 「地域環境」「社会環境」の整備・改善＜ゼロ次予防＞ 16
4. 中重度者を地域で支える仕組み 18
(1) 多様な住まいの選択肢 18
■ 多様化する住まい 18
■ コンパクトシティと地域包括ケアシステム 18
■ 市町村の「住まい」に関する取組のアプローチ 19
(2) 在宅医療・介護連携から多職種連携へ 19
■ 連携・統合のレベル 20
■ 多職種連携の求められる 3 つの場面 20
■ 多職種連携教育(IPE)の必要性 21
■ キャリアの複線化 22
(3) 行政における在宅医療・介護連携推進事業のあり方 22
■ 在宅医療政策における責任の所在の明確化 22
■ 市町村による在宅医療の整備方針の検討 23

■ 市町村に対する技術的支援 23
5. 2040 年に向けた事業者の姿 24
(1) 一体的な提供体制 24
■ バラバラに提供されてきた在宅サービス 24
■ 各サービスの強みを活かした一体的提供の実現が必要 24
(2) サービス事業者の法人としての選択肢 25
■ 介護・福祉版の地域連携推進法人の設立 25
■ 地域単位で人員配置を考える段階に向かう 26
(3) 事業者の創意工夫を活かした地域包括ケアシステムの必要性 26
6. 地域マネジメント 28
(1) 2040 年に向けた地域マネジメントの姿 28
■ 目的・定義・対象 28
■ 実施主体とプロセス 28
(2) 地域マネジメントにおける「場」の重要性 29
■ 市町村・保険者から見た「場」 29
■ 地域の関係者からみた「場」 29
■ 行政の関わりの強弱 31
(3) それぞれの分野における「場」 31
■ 「計画策定」の場 31
■ 「サービス提供体制構築」の場 32
■ ケアの考え方を積み上げる場 32
■ 「地域づくり」の場 33
(4) 地域マネジメントを円滑に推進するために 33
■ 人口減少社会における地域マネジメントの基本的視座 33
■ 効果的な地域マネジメントを実現するために 34
■ 部局横断的組織はコーディネーター役 35
(5) 市町村支援のあり方 35
■ 地域マネジメントの具体的プロセスの達成度に基づく支援 35
■ 市町村の負担を軽減する情報提供のあり方 36
■ アドバイザー等の派遣 36
■ ボランティア・NPO 等に対する支援 37
■ 広域行政による支援 37

＜参考1＞ 市町村の取組事例 41
＜参考2＞ 地域包括ケアシステムの「植木鉢」と「自助・互助・共助・公助」 49
(1) 地域包括ケアシステムの「植木鉢」 48

■ 「植木鉢」の基本的な考え方 48
(2) 地域包括ケアシステムと「自助・互助・共助・公助」 50
■ 「自助・互助・共助・公助」とは？ 50
■ 時代や地域性に伴う変化 51
■ 自助・互助の潜在力への期待 52
資料編 55

はじめに

○ 地域包括ケア研究会は 2008 年度に最初の報告書[1]を提示して以来、2025 年までに社会全体として準備しておくべき地域包括ケアシステムの基本的な概念を提案してきた。2013 年 12 月に成立した社会保障改革プログラム法[2]及び 2014 年 6 月に成立した医療介護総合確保推進法[3]に「地域包括ケアシステム」が明記され、国の政策として法的にも明確に位置付けられ、地域包括ケアシステムは、一部の先進的な市町村の取組ではなく、すべての市町村が取り組むべき事業となった。

○ しかしながら、2025 年はあくまで対応すべき課題の出発点であり、2040 年に向けて急増かつ変化していくニーズへの対応が求められている。今年度の研究会では、予想されるニーズや社会環境、資源の変化を踏まえ、2040 年に向けた基本的な方向を示し、「尊厳と自立支援を守るための予防」の考え方について議論するとともに、改めて「中重度者を地域で支えるための仕組み」と、そのための「2040 年に向けた事業者のあるべき姿」を整理した。

○ さらに、これらの対策を実現するために不可欠となる「地域マネジメント」については、昨年度に引き続き議論を深めた。なお、地域マネジメントについては社会保障審議会介護保険部会の「介護保険制度の見直しに関する意見」の中でも言及されているが、本報告書では、2040 年に向けた地域のより幅広い課題に対応すべく、また地域共生社会の実現にも資するものとして、その対象範囲を介護保険行政に限定せず、地域を支える多様な関係者の参加や連携を推進するものとして位置付けた。

○ なお、本編の最後には、これまで地域包括ケア研究会が提示してきた基本的なコンセプトである「地域包括ケアの植木鉢」や「自助・互助・共助・公助」の概念を簡単に整理している。はじめて地域包括ケアシステムに触れる方は、まずは巻末を一読されたい。

---

[1] 三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング株式会社「地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～」（平成 20 年度厚生労働省 老人保健健康増進等事業） なお、過去の地域包括ケア研究会の報告書については、http://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01.html （地域包括ケア研究会ホームページ）を参照されたい。

[2] 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律

[3] 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律

地域包括ケア研究会

研究会メンバー

	川越　雅弘	国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部 部長
	肥塚　　浩	立命館大学 経営学部 教授
	近藤　克則	千葉大学予防医学センター 社会予防医学研究部門 社会予防医学分野 教授 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター　老年学評価研究部長
	篠田　　浩	大垣市福祉部高齢介護課 課長
	高橋　紘士	一般財団法人高齢者住宅財団 理事長
○	田中　　滋	慶應義塾大学大学院 名誉教授
	筒井　孝子	兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授
	中澤　　伸	社会福祉法人川崎聖風福祉会 事業推進部長
	新田　國夫	日本在宅ケアアライアンス 議長
	服部　真治	一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究部　研究員　兼　研究総務部　次長
	堀田　聰子	国際医療福祉大学大学院　教授
	松田　晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学 教授

（以上、五十音順・敬称略、○は座長）

事務局の運営

事務局は、三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング株式会社(社会政策部)が行った。

事務局：岩名礼介 社会政策部長 上席主任研究員（統括）

小川美帆 主任研究員（経済政策部）／鈴木俊之 主任研究員／窪田裕幸 研究員

三浦美恵子／白土典子

会議の開催

会議は、全８回開催した。

開催日	主　な　議　題
第１回 平成 28 年８月１日	■ 本年度研究会における検討事項・論点 ■ 今後の在宅サービスのあり方 ≪ゲストスピーカー≫ ・つしま医療福祉グループ 代表　対馬 徳昭氏 「特別養護老人ホームを核としたノテ地域包括ケア」
第２回 平成 28 年９月 29 日	■ 事業者経営 ≪話題提供者≫ ・肥塚委員 「介護サービス市場の動向と事業者経営」 ■ 地域を基盤としたサービス提供体制 ≪ゲストスピーカー≫ ・社会福祉法人　協同福祉会　理事長 村城 正氏 常務理事 大國 康夫氏 「「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取り組みと今後の課題」 「「10 の基本ケア」があるから「安心システム」が構築できる」
第３回 平成 28 年 10 月 31 日	■ 共生型社会 ≪ゲストスピーカー≫ ・川崎区役所地域みまもり支援センター 担当部長 明田 久美子氏 ・川崎市　健康福祉局　地域包括ケア推進室 ケアシステム担当課長 鹿島 智　氏 企画調整担当課長補佐 菅野 智宏氏 「川崎市における地域包括ケアシステムの構築」 ・特定非営利法人　サービスグラント　代表理事　嵯峨 生馬氏 「プロボノによる地域包括ケア推進の可能性について」
第４回 平成 28 年 11 月 28 日	■ 医療介護連携 ≪ゲストスピーカー≫ ・稲城市　副市長　石田 光広氏 「稲城市医療計画等の策定について」 ■ 本年度研究会においてさらに議論が必要な論点
第５回 平成 28 年 12 月 26 日	■ 介護予防・生活支援 ≪話題提供者≫ ・服部委員 「１ミリでも進める「介護予防・生活支援」 ～「全力応援」と「つかずはなれず支援」～」 ■ 医療介護連携 ≪ゲストスピーカー≫ ・武蔵野市　健康福祉部　地域支援課 副参事 兼 在宅医療・介護連携担当係長事務取扱　勝又 玲子氏 「武蔵野市における医療介護連携の取り組み」

第６回 平成 29 年１月 24 日	■ 地域包括ケア研究会報告書素案について
第７回 平成 29 年２月 20 日	■ 地域包括ケア研究会報告書素案について
第８回 平成 29 年３月 27 日	■ 地域包括ケア研究会報告書素案について

1. 地域共生社会の実現

○ 国では2016年７月に「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部が立ちあげられ、「地域共生社会の実現」が目標として設定された。地域共生社会は、これまで分野・対象者別に進められてきた縦割りの地域の支援の仕組みを見直し、地域住民を中心としたすべての関係者が「我が事」として、生活課題に「丸ごと」対応できるような地域社会を、今後日本社会が目指すべきイメージとして提示している。

○ 地域共生社会の実現は、社会の支援ニーズの変化による要請でもある。地域生活における課題も多様化・複雑化しており、子育てと介護を同時に抱えるダブルケアや経済的な問題を抱える世帯の介護の問題、老々介護、認々介護など、従来から存在する生活課題であるが、近年、より焦点があてられるようになっている。

○ 国では地域共生社会の具体化に向け、「地域における住民主体の課題解決力強化・相談支援体制の在り方に関する検討会（地域力強化検討会）」が立ち上げられ、分野を越えた支援体制の構築や、協働の中核を担う「相談支援包括化推進員」の配置などが議論されている。



出所）厚生労働省「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部資料

■　地域包括ケアシステムとの関係性

○　1994 年の「高齢者介護・自立支援システム研究会」は、今日の地域包括ケアシステムに関する議論の出発点とみることができる。当時の議論は、高齢者人口の急速な増加への対応策としてスタートしており、その後の「地域包括ケア研究会」における議論も基本的には、高齢者ケアを中心的なテーマとして据えてきた。しかし同時に、議論の中で「多職種連携」や「システムの統合」、「自助・互助」の重要性がクローズアップされるにしたがい、地域包括ケアシステムを構成する多様な仕組みやツールが、他の分野との協働にも十分に活用できることが明らかになってきた。

○　すでに、介護サービス事業者による、障害者向けのサービスや子育て関連事業の実施は珍しくなくなっている。また、2015 年度から開始された生活支援体制整備事業は、住民主体の活動を重視しているが、住民活動はそもそも対象者や分野を区切った対象者別の活動を行っているわけではない。その意味で、地域づくりは、地域共生社会を実現するための取組そのものといえる[4]。

○　「我が事・丸ごと」地域共生社会の実現に向けた取組として提示されている「困りごとの総合相談窓口の設置」や「専門人材のキャリアパスの複線化」、あるいは「障害や介護におけるサービス資源の共有」等も、地域包括ケアシステムと共有できる地域の基盤であり、また地域包括ケアシステムがこれまで模索してきた方向性と一致している。

○　地域共生社会と地域包括ケアシステムの関係について整理すると、「地域共生社会」とは、今後、日本社会全体で実現していこうとする社会全体のイメージやビジョンを示すものであり、高齢者分野を出発点として改善を重ねてきた「地域包括ケアシステム」は「地域共生社会」を実現するための「システム」「仕組み」であるとまとめられる。

○　高齢者ケアの分野で培ってきた地域包括ケアシステムの考え方や実践は、他分野との協働にも活用できる汎用性の高いもの[5]であり、したがって、地域包括ケアシステムの深化と進化は、地域共生社会というゴールに向かっていく上では、今後も欠かせないものといえるだろう。

---

[4] むしろ、生活支援体制整備事業や介護予防・日常生活支援総合事業を所管している市町村の担当課の多くが高齢者関連の部局であるため、対象者を越えた住民主体の取組を高齢者に制限しないように十分に配慮すべきである。

[5] 一種のプラットフォームと考えてもよいだろう。

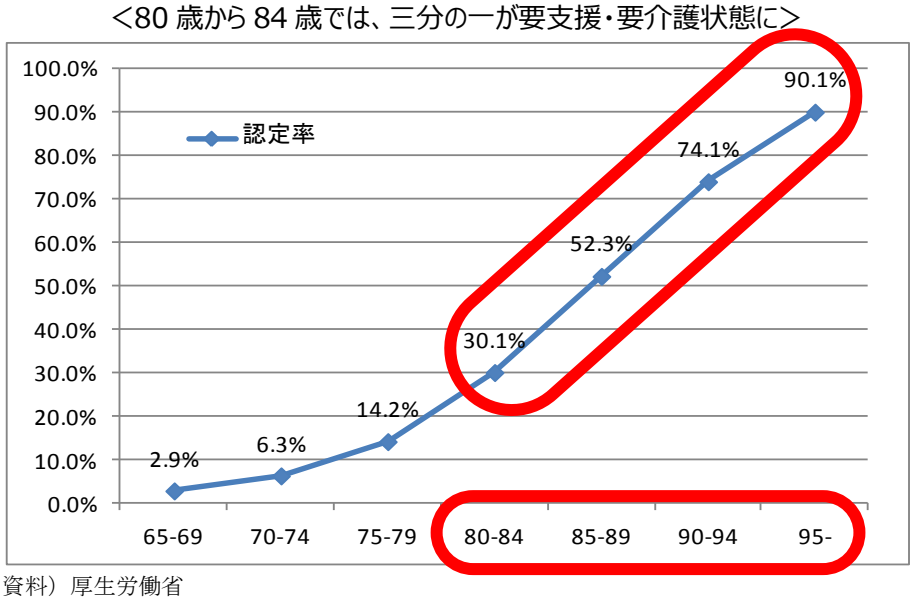
2. 2040 年に向けた地域包括ケアシステム

(1) ニーズの変化

■ 要介護者・中重度者・看取りニーズの増加

○ 地域包括ケア研究会では、団塊の世代全員が 75 歳を超える 2025 年を最初の目標年度として設定してきたが、この目標年は、2025 年までに制度や地域の取組の枠組みを準備しておく必要があるという意味であり、介護ニーズが増大する 2025 年以降はより対象となる課題が大きくなってくるため、2025 年から 2040 年に向けてこれらの課題にいかにして向き合うかが、本当の意味での挑戦になる。

<80 歳から 84 歳では、三分の一が要支援・要介護状態に>

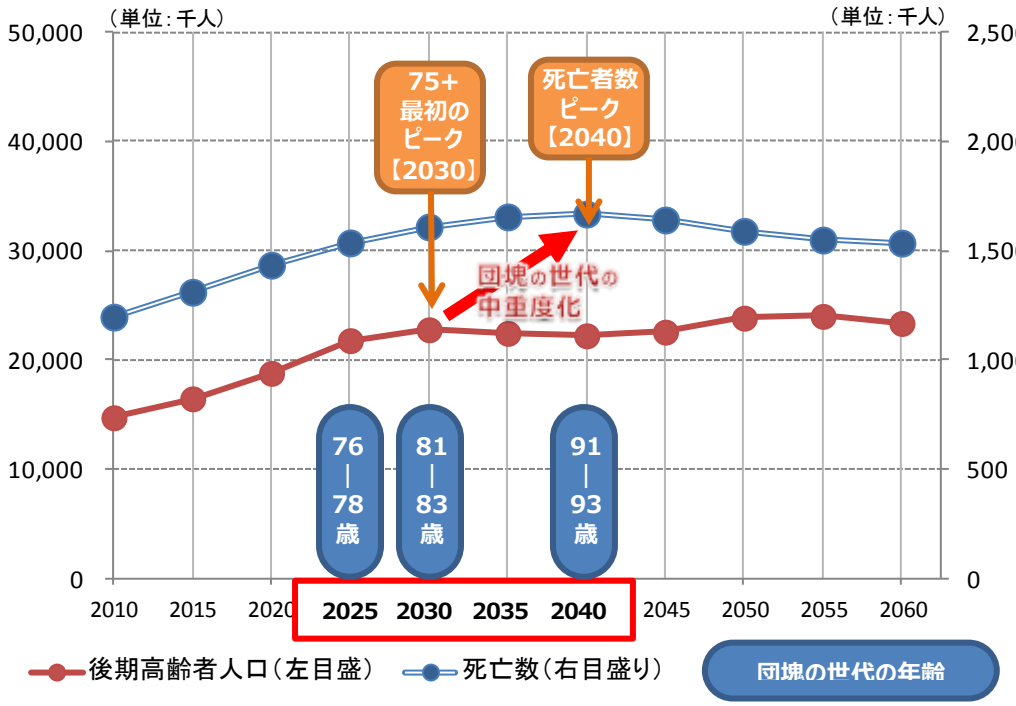


資料）厚生労働省

○ 最大の環境変化は、全体としての要介護者数の増加である。要介護者数は、高齢者人口の増加だけでなく、高齢者の年齢構成の変化にも連動する。現代の 75 歳未満の高齢者は比較的元気で、就労を継続している人も多く、要介護リスクも必ずしも高いとはいえない[6]。しかしながら、要介護認定率は 75 歳から 80 歳で 14.2%となり、80 歳から 84 歳で 30.1%と、急激に上昇する。80 歳前後が社会的な支援ニーズの増加を考える上での現段階における分岐点といえるだろう。すべての団塊の世代が 85 歳以上となるのは、2035 年頭であり、2040 年には死亡者数がピークに達する。したがって 2040 年に向けては、量的な観点からも増大する要介護者への対応が課題となる。

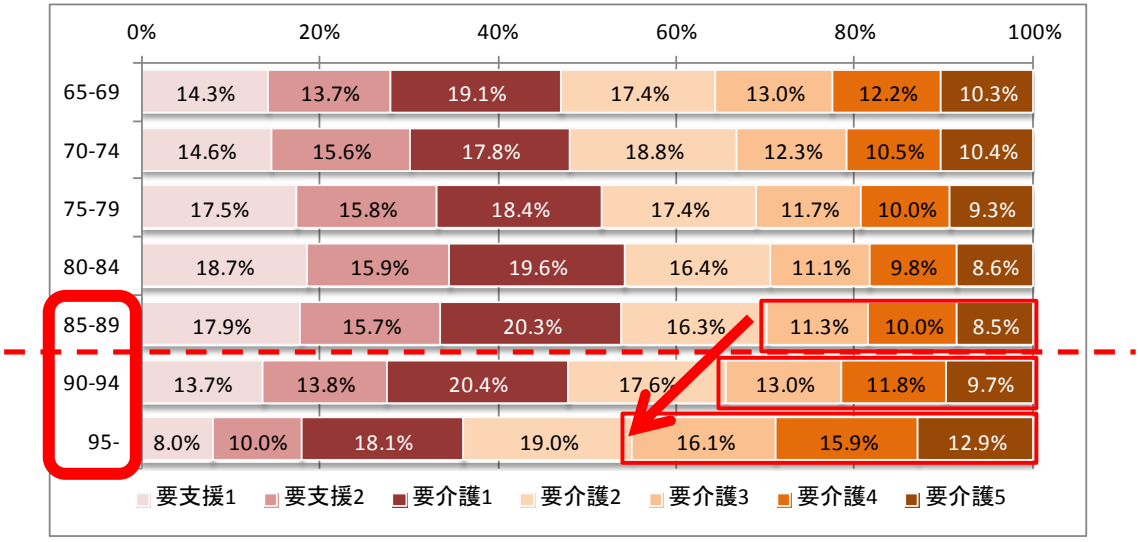
[6] たとえば、要支援・要介護認定を受ける人（認定者）が人口に占める割合は、前期高齢者では平均すれば5%前後となっている。

＜団塊の世代の高齢化とともに続く需要の増大＞



資料）2006 年、2010 年は厚生労働省「人口動態統計」による死亡数（いずれも日本人）。2015 年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成 24 年 1 月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果（日本における外国人を含む）

＜85 歳以上では中重度者の占める比率が高くなる＞



資料）認定者数：介護給付費実態調査（H26.12）、年齢区分別人口：住民基本台帳年齢階級別人口（H27.1.1）

○　人は誰もが年を取り、そして心身能力は低下していく。これを止めることはできないが、2040 年に向けた需要爆発の緩和に向け、要介護リスクが高まる年齢ー現状ではおおむね 80 歳前後ーを後ろ倒しする「予防」の推進は、今後の社会全体の目標となるだろう。

○　中重度者の増加への対応も大きな挑戦である。年齢階層別の要介護度の分布をみると 85 歳を越えたあたりから、中重度者の占める割合は増加していく。今後、地域生活の継続を目指していくなら、2040 年度に向けて、中重度者の増加への対応が大きな課題となるだろう。

○　要介護者の増加、とりわけ中重度者の増加は、少し遅れて、看取りのニーズの増加にもつながっている。死亡者数がピークに達するのは、2040 年頃であり、現在の約 1.3 倍の人が一年間に亡くなっていく。まさに、団塊の世代が 90 歳に達する頃であり、そういう意味で、2040 年に向けた課題は、「いかにして団塊の世代を看取るか」という点に集約されていく。

○　さらに、今後は単身の高齢者の増加や生活課題の複合化も大きな課題である。社会参加の意識が近年高まっているとはいえ、引き続き、地域とのつながりが希薄な人や、支援やサービスにアクセスできないまま、課題が複合化・複雑化しているケースもみられる。今後、世帯単位が小さくなっていく中で、こうした課題は一層増加していくだろう。すでに触れたように、こうしたニーズへの対応に向けて、地域包括ケアシステムの他分野への展開や地域共生社会の実現が不可欠になるだろう。

■　人的・財政的制約

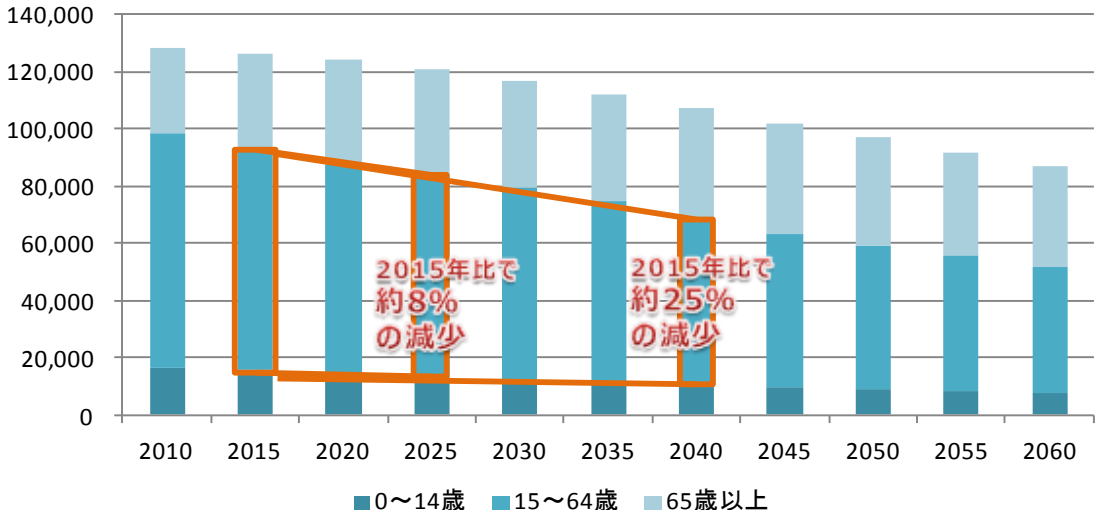
○　日本の総人口は減少を続けており、特に、医療・介護の担い手を考える上で重要になる生産年齢人口は、2025 年には、2015 年に比べ約 8%の減少、2040 年では約 25%の減少が予測されている。特に地方都市における若年層の減少は、大都市圏に比べるとより顕著である。

○　要介護高齢者の増加に対して、若年層の人口が減少していく中にあって、従来通りの水準での専門職の確保は極めて困難になってくるだろう。この状況は 2025 年を待たず、すでに地域のサービス提供体制に大きな影響をもたらしつつある。介護保険施設の運営にも影響を与えており、職員が確保できないために、利用者の受入が困難になっている施設も見られる。こうした状況は、居宅介護サービスの事業者であって同様であり、いかにして限られた人材の中でサービス提供体制を構築するかがそれぞれの地域の課題になる。

○　また、社会保障財源上の制約も 2040 年を乗り越えるための対策を検討する前提として重要である。高齢者人口の増加にあわせて必要とされる財政負担の増加は見込まれるものの、政府の債務残高は増加の一途をたどっており、社会保障分野における財政制約の緩和は想

定しにくい。このように 2040 年に向けた課題の増大には、人的・財政的な制約の中での取組が必要になっている。

<減少しつづける生産年齢人口>



資料）国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成 24 年 1 月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果（日本における外国人を含む）

(2) 2040 年に向けた「前向きな視点」

■ 発想を転換する絶好の機会ととらえる

○ このような制約条件を整理していくと、2040 年に向けては不安な材料が多い中、「暗い未来予測」しか見えないように感じてしまうが、それは、従来の手法のまま 2040 年を迎えた場合に直面する未来の姿である。社会の変化にあわせて、新しい発想と方法で取り組み、少しでも明るい未来を拓く必要がある。

○ 増大し続ける需要にどう量的に対応するかを考えるのではなく、「どのようにして需要増加のスピードを減速させられるか」、「現在の人材でどこまで生産性を高めて、効率的に効果の高いケアシステムを作れるか」といった視点が重要であり、従来の手法や体制の見直しが「明るい未来予想」には不可欠である。そのためには「量的な対応」以上に「質的な変化」が求められている。

■ 人材に対する考え方の変化

○ また、専門職の人材不足についても、単に人材の必要数を示すようなマクロの数合わせから議論するだけでなく、医療介護人材の機能の整理をさらに進めるべきであろう。その際には、全体としての処遇の改善のみに焦点を当てるのではなく、プロフェッショナルとし

ての「技術の向上」「生産性の向上」といった観点から、介護プロフェショナルキャリア段位制度[7]等の活用によって、より良い職場環境の形成や、チームケアに必要な高い専門性をもった職員の役割、機能の明確化により、専門職が能力向上を続け、この業界で仕事を続けていくための動機づけができるような取組を進めるべきである。また、専門職による他の専門資格の取得を容易にするといった「キャリアの複線化[8]」も求められている。

○ さらに、必要となるサービスや支援のすべてを専門職で提供するといった発想ではそもそも 2040 年を乗り越えられない。この課題に関しては、住民同士の助け合いによる地域活動への積極的な支援や、自助の具体的な形としてのセルフマネジメントの推進[9]、及びセルフマネジメントに必要となる知識・情報の提供を担う専門職の関わりが求められている。専門職によるサービス提供は、従来、利用者や患者に対する「一対一」が基本となってきたが、今後は、「一対多」のような形も目指すべきだろう。たとえば、住民グループが地域で体操サークルの立ち上げる際に、専門職が技術指導を行うことで、その後は、住民だけの運営が可能になっていく。こうした支援は、専門職の技術や知識を、より大きな範囲に広げていくことになるだろう。

○ 従来の介護サービスの利用現場では「支え手側」「受け手側」と認識されがちだった関係性についても、変化が求められるだろう。たとえば、認知症があって、生活の場では様々な支援を受けていても、通いの場で誰かを支える役割を担うケースはありえるし、外出には一定の支援を必要としたとしても、外出の支援さえあれば、通いの場でたとえば手芸を教えるといったことを通じて、社会の中で役割を持つ場合もあるだろう。地域での生活を、いわゆるサービスだけで支えようという発想自体からの脱却も求められているのである。

団塊の世代は「長寿」に向けた準備をできる世代

- 現在の 80 代・90 代の高齢者は、戦中期に 10 代、20 代を過ごしており、青年期に自らの 90 歳をイメージすることが難しかった世代である。現実には、その後、医療技術の進歩と皆保険制度発足をはじめとする様々な社会の変化により、多くの人々が当時では想像できなかった長寿を経験している。一方で、団塊の世代は、すでに親の世代が 80 代 90 代に到達している姿を見ており、自らの長寿をイメージできる世代であり、2040 年前後に 80 歳 90 歳に達する前に、様々な準備を進められる世代である。
- したがって、2040 年に向けて団塊の世代は、自らの健康づくりや老後の生活の仕方、地域社会への参加、そして人生の最終段階のあり方を一人ひとりが考え、2040 年の未来予想に向けた準備を進めるべきであり、社会も、これを支援していく必要がある。

[7] 介護プロフェッショナルキャリア段位制度の概要および進捗状況については、同制度のホームページ（https://careprofessional.org/careproweb/jsp/）を参照のこと。

[8] 塩崎臨時議員提出資料「経済・財政再生計画に沿った 社会保障改革の推進②」平成 28 年第 8 回経済財政諮問会議（平成 28 年5月 11 日）, P3.

[9] このセルフマネジメントの推進については、平成 25 年度の地域包括ケア研究会報告書 P9-10 に、地域包括ケアシステムの構成要素「本人の選択と心構え」の解説にあたって詳述されている。

■　2040 年に向けて求められる４つの取組

○　このように前向きな新しい視点と取組を前提として、2040 年に向けては、第一に、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。できる限り自立した生活を継続でき、支援を受ける期間を短くする工夫、すなわち、高齢者が要介護状態になる事態をできる限り防ぐ（遅らせる）工夫（介護予防）が、需要増大による専門職不足や、財政制約を緩和するためには必要である。また、仮に要介護状態になっても、その状態を可能な限り維持できるように努力すること（重度化予防）も同様に重要である（「３．「尊厳」と「自立支援」を守る「予防」」参照）。

○　第二に、中重度者を支える地域の仕組みの構築である。この中には、重度化予防や人生の最終段階に向けた看取りも含まれるが、地域の中で中重度になっても生活を継続できるようにするには、チームケアの体制の構築が必要であり、そのための在宅医療・介護連携等を通じた多職種連携の仕組みの構築が重要となる（「4．中重度者を地域で支える仕組み」参照）。

○　第三に、介護サービス事業者にあっては、限られた専門職人材を最大限に有効に活用するため、提供体制の効率化を進め、生産性を高めるような努力が強く求められる。地域包括ケアシステムが、地域資源を様々な側面で統合していく過程であると整理すれば、専門職、事業体、行政組織が、ケアに対する考え方、技術、情報等のやり取りを標準化していく方向性の中で、生産性の向上を目指すべきであろう（「５．2040 年に向けた事業者の姿」参照）。

○　最後に、これらの基本的な方向性を実現していく手法として、市町村を中心とした「地域マネジメント」を議論しておく必要があるだろう。地域マネジメントは、地域の実情にあわせた地域包括ケアシステムを構築していくための工程管理の手法であり、今後、それぞれの地域において市町村を中心に取組を進めるべきである（「６．地域マネジメント」　参照）。

3.「尊厳」と「自立支援」を守る「予防」

○ 本章では、地域包括ケアシステムにおける「予防」のあるべき姿について議論するとともに、従来の考え方との違いなどについても触れておきたい。いうまでもなく、予防は「手段」であり「目的」ではない。「予防」が重要であるのは論をまたないものの、まずは「予防」で住民一人ひとりの何を実現するのかという観点から整理を行う。

■ 「高齢者介護・自立支援システム研究会」と「高齢者介護研究会」の理念

○ 介護保険制度創設に向けて 1994 年に取りまとめられた「高齢者介護・自立支援システム研究会[10]」報告書で重視された基本理念は、「高齢者が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援すること（高齢者の自立支援）」であり、その具体的なあり方として「予防」や「リハビリテーション」の重要性が指摘されていた。

○ また、2003 年に「高齢者介護研究会[11]」のもとでとりまとめられた報告書「2015 年の高齢者介護」では、自立支援の根底にある「高齢者の尊厳の保持」を重視した提言がなされた。高齢者の尊厳を保持するケアの意味を、「高齢者がたとえ要介護状態になったとしても、その人らしい生活を自分の意思で送ることを可能とすること」と定義している。なお、この報告書でも、具体的な手法として「予防」や「リハビリテーション」に言及している。

■ 「地域共生社会」でもキーワードは変わらない

○ 「高齢者介護・自立支援システム研究会」から 22 年以上が、「高齢者介護研究会」からも 13 年以上が経過しているが、その基本理念である「自立支援」や「高齢者の尊厳」、あるいは重視される取組としての「予防」や「リハビリテーション」の重要性は、今日も色あせてはいない。むしろ、介護保険制度が定着した今日、改めて「高齢者の自立支援」と「高齢者の尊厳の保持」に果たす「予防」や「リハビリテーション」の役割を確認すべきだろう。

○ また、「尊厳」と「自立支援」は、地域共生社会の実現が社会の目的として明示される中、高齢者の文脈を離れても共有できる価値観と理解することができる。すなわち、「すべての住民が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援することで、その人らしい生活を送ることを可能にする」という考え方は、障害者であっても、子育てをしながら地域で働く人にも共通する価値観であるといえよう。

---

10 座長：大森彌東京大学教授（当時）

11 座長：堀田力さわやか福祉財団理事長（当時）

■　自立支援は心身機能の改善ではなく、高齢者の尊厳の保持のためにある

○　今日、「自立支援」はこれまで以上に注目されているが、その意味するところが、単に心身機能の改善ではないという点には注意が必要である。自立支援にせよ、高齢者の尊厳にせよ、共通しているのは、「高齢者本人の意思に基づいている」ことである。したがって、本人への意思決定支援がまずは強調されるべきであろう。

○　寝たきりの状態になっても、今までできていた生活動作などができなくなっても、本人の意思決定のもとに行われる自分らしい生活を支援する取組が自立支援であり、心身機能の向上は、あくまでも自らがしたいと思うこと（目的）を実現するための手段にすぎない。

○　自立を狭く理解し、「自分でなんでもできる状態」のようにとらえれば、支援プログラムそれは、本人の意思に基づいたものではなく、単なる強制的なトレーニングのような介入になってしまうだろう。一方で「本人が希望しない」からといって支援をしない放置に近い対応も不適切である。2040 年に向けて地域包括ケアシステムが目指している最終目的は、あくまでも本人の（表出しない潜在的なものを含む）意思に基づく生活への支援であると確認すべきである。

(1)「予防」の強化と「もうひとつの予防」

■　2040 年に向けて予防はさらに重要なテーマに

○　心身状態の維持は、本人の意思に基づく自分らしい生活を実現するための手段として、大きな役割を果たす。心身の状態が良好であれば、自分の希望をかなえられる機会や選択肢はより広がる。「予防」は、2040 年に向けた取組の中心的なキーワードである。

○　介護予防は、「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）こと，そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと」と定義されており、より具体的には、一次予防から三次予防に分けて整理されてきた。今般の介護予防・日常生活支援総合事業は、主に軽度の高齢者を対象とした一次予防と二次予防を地域づくりの中で実現していこうとする取組である。専門職による個人への関わりだけでなく、住民主体による通いの場や体操教室など、社会参加を通じた日常生活の活動の活発化が結果的に虚弱化を遅らせるような取組を推進している。

○　三次予防は、すでに要支援・要介護状態にある高齢者の重度化を遅らせるための取組であり、リハビリテーションや重度化予防などである。そのためには、リハビリテーション専門職だけでなく、他の医療職、ケアマネジャー、介護職等との多職種連携をベースとしたチームケアが不可欠である。在宅医療・介護連携を通じた多職種連携の取組は全国の市町

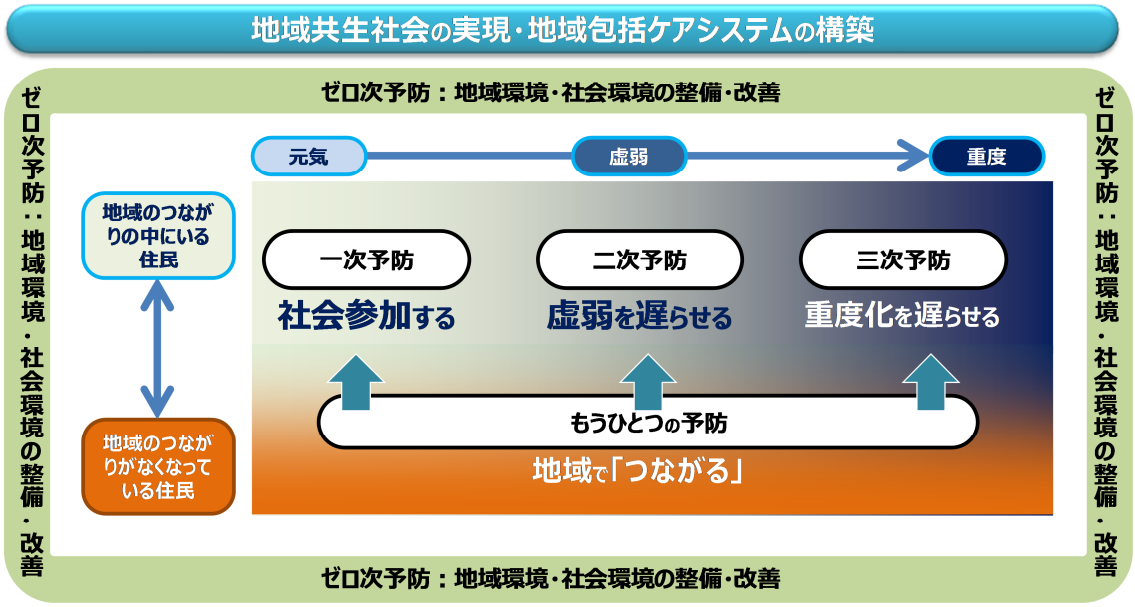
村で推進されており、テーマのひとつとして、重度化予防の実現が期待される。重度化を遅らせることができれば、限られた地域資源の中でも在宅生活を維持できる可能性は高まるとともに、社会全体としての介護サービスの需要の減少にもつながるだろう。

＜介護予防の定義＞

一次予防	主として活動的な状態にある高齢者を対象に、生活機能の維持･向上に向けた取り組みを行うものであるが、とりわけ、高齢者の精神･身体･社会の諸側面における活動性を維持･向上させることが重要。
二次予防	要支援･要介護状態に陥るリスクが高い高齢者を早期発見し、早期に対応することにより状態を改善し、要支援状態となることを遅らせる取り組み。
三次予防	要支援･要介護状態にある高齢者を対象に、要介護状態の改善や重度化を予防するもの。

三菱総合研究所「介護予防マニュアル改訂版」平成 23 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分）介護予防事業の指針策定に係る調査研究事業

＜2040 年に向けて地域包括ケアシステムで取り組むべき予防の方向＞



■　もうひとつの予防：「地域でつながる」

○　こうした、従来（どちらかと言えば心身機能や生活機能を重視してきた）の介護予防の概念に加えて、「もうひとつの予防」として、地域や社会に参加し、住民が「つながる」状態に向けた支援も 2040 年に向けた重要なテーマである。一人ひとりが「地域でつながる」姿は、いわば心身機能や生活機能で捉えた「虚弱化」と「重度化」を遅らせる取組の前提

である。一次予防～三次予防は、地域とのつながりの中で促進される場面が多いため、地域のつながりの希薄化に対する予防は、介護予防の推進に不可欠である。

○　地域社会のつながりと距離がある住民は、たとえば地域活動への参加の機会を逸していたり、専門職の関与が得られないまま生活問題を抱え込んでしまうといった状態も懸念される[12]。とりわけ、定年退職を迎えた団塊の世代の元給与生活者の中には、地域活動には興味があるけれどきっかけがない、自分からうまく溶け込めない、あるいは、地域社会に関心が持てないといった人も珍しくない。

○　高齢者に限らず、子育て中の家族や障害者などが、社会資源にうまくアクセスできないといった問題を抱えている場合もあるだろう。こうした人々を地域住民が見守り、支え、社会の中に包摂していくための支援が、「もうひとつの予防」ともいうべき「地域でつながる」ことを支援する取組である。

○　さらに、地域とのつながりが希薄化している人々の中には、個人の心身の問題を超えて、深刻な生活困窮や家族問題、精神疾患などを複合的な課題について世帯単位で対応が求められるケースも存在する[13]。深刻なケースにおいては、保健や福祉の専門職との連携も重視される。複合的な課題へのアプローチは、まさに、国が推進する「地域共生社会」が想定している方向と同一線上にあるテーマといえるだろう。実際、厚生労働省「『地域共生社会』の実現に向けて（当面の改革工程）」の中でも、「つながりの再構築」が改革の４つの柱の一つとして提示されている。

■　「地域環境」「社会環境」の整備・改善＜ゼロ次予防＞

○　介護予防を効果的に進めるためには、本人の自発性に基づく取組が重要なため、一次予防～三次予防、「もうひとつの予防」のそれぞれにおいて、本人への働きかけは介護予防の基本である。しかし、本人の自発性は、その人の生活環境からも影響を受ける場合があることが知られている。地域環境の改善や社会環境の整備・改善によって、本人が動機づけられる場合もある。

○　たとえば、地域の中に通いの場が多数つくられ、地域住民がボランティアとして積極的に参加するような雰囲気や役割、多様な選択肢が地域の中に生まれれば、本人が通いの場に参加する機会が増えるといったことが考えられる。また、地域の相談窓口や気軽に相談できるような拠点の整備により、自らの健康や生活についての関心が高まるといった効果も

[12] たとえば介護予防・日常生活支援総合事業では、住民主体の通いの場づくりや短期集中による訪問サービス（いわゆる訪問型C）による引きこもり予防などの取組を活用して、地域と距離がある高齢者を地域とつなぐ取組が行われている。

[13] たとえば、川崎市では、2016 年度より保健師・社会福祉士を各地域に配置し、地区担当制のもと、分野にとらわれず幅広く住民の見守りを行うための取組を開始した。こうした取組は地域共生社会の実現を見据えた地域包括ケアシステムの構築の取組として注目される。

期待できるだろう。こうした一次～三次予防、「もうひとつの予防」の前提となるような社会や地域の環境改善を、「ゼロ次予防」として位置付け、取組を推進すべきである。

○ また、これまで日本の社会では 60 歳で定年退職を迎えるのが一般的な人生設計であったが、60 歳以降の人生が長く続く予想を若いころから持てた初の世代である団塊の世代、およびそれ以降の世代にとっては、より長期間にわたる社会参加が当たり前になってくるだろう。65 歳を超えても、心身が元気なうちは働き続ける人が増えてくれば、就労人口の急速な減少を回避できるだけでなく、担税力のある高齢者の増加で財政面でもプラスになるだろう。定年後の再雇用等の社会制度や地域でのボランティア活動が普及し、地域社会の中で何らかの役割を果たすといった生活が当たり前になることで、一人ひとりの生活のスタイルが変化し、社会全体として団塊の世代およびそれ以降の世代の虚弱化を遅らせることに貢献する可能性もある。こうした社会制度や社会的な雰囲気の醸成もまた「ゼロ次予防」と考えられるだろう。

4. 中重度者を地域で支える仕組み

(1) 多様な住まいの選択肢

■ 多様化する住まい

○ 地域包括ケアシステムの植木鉢図（巻末参照）でも示している通り、地域で生活を継続する際に、基本となるのは住まいであり、この住まいの上に、生活（生活支援・介護予防）があり、さらに、利用者のニーズにあった医療・介護等のサービスの組み合わせが提供されることで成立するものと考えられる。基本的に、住まいや住まい方は、個人の選択にゆだねられるものであるが、心身の状態が悪化していく過程において、とりわけ医療サービスが必要な段階にあっては、必要なサービスが組み合わされた自宅以外の住まいが地域の中の選択肢として提示されていることが望ましいだろう。

○ サービス提供側からみれば、限られた人的・地域資源の効率的な活用という点で、また利用者側からみれば、住み慣れた地域の中での多様な選択肢という点で、多種多様な住まいが介護保険制度創設以前から徐々に整備されてきた。いわゆる介護保険施設以外にも、居住系のグループホームや有料老人ホームなどが展開され、近年はサービス付き高齢者向け住宅が増加している。今後は、中重度でも生活を継続できる場として、どのような機能を付与した「住まい」を展開していくのかが重要になってくるだろう。

○ 現在、整備が進められている多様な住まいに対して、どのような形で医療サービスを提供していくかはひとつのポイントになるだろう。集住型であっても外付けサービスで対応するのか、ある程度、事業所の内部に医療サービスを位置付けるかなど、地域の医療資源の状況も含め、まさにそれぞれの地域住民のニーズにあった住まい政策の推進が必要である。また、所得の面で問題を抱える利用者の住まいの確保は重要な課題であり、低廉な公営住宅や民間賃貸住宅等に円滑に入居できる支援を行うとともに、安心して暮らせる地域の体制整備が必要である。

■ コンパクトシティと地域包括ケアシステム

○ また、近年は、コンパクトシティに関する議論が盛んになってきている。人口減少が進んでいく中で、各地域における効率的なサービス提供体制の整備は、それぞれの地域の持続可能性を高める観点からも重要である。そのためには、「高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることを目指す」地域包括ケアシステム実現に向けて取り組むのとあわせ、各種サービスを包括的に提供するため、コンパクトシティ施策に取り組む市町村に

おいては、都市の将来像や高齢者の居住地、交通網の状況を考慮するなど、コンパクトシティの形成を地域包括ケアシステムの構築と一体的に検討することが重要である。

○ また、この問題は、それぞれの地域におけるライフケアコストをどう考えるか、すなわち、介護や医療だけでなく、広く地域での生活を継続するために、必要な社会的なコストをどう考えるかという視点も必要である。客観的なデータを用いて、このままの街づくりで2040 年を迎えた場合と、コンパクトシティやスマートシティを構想した場合でのコストの客観的な比較も必要であろう。また、ライフケアコストを検討するにあたっては、金銭には換算が難しいものの、「自助」と「互助」は地域生活において不可欠であり、これらに対する評価のあり方は、まさに日本社会の「地域」に対する考え方を示すものであり、将来に向けて議論すべきである。

■ 市町村の「住まい」に関する取組のアプローチ

○ 住まいの重要性は、地域包括ケアシステムの「植木鉢」のベースとなる部分であり、地域包括ケア研究会でも、初期の段階からその重要性を指摘してきた。しかしながら、一般的に安全や防災に係る側面を除き、市町村には「住まい」を担当する部局は、公営住宅等がある市町村を除けば限られており、住まいを巻き込んだ地域包括ケアシステムの議論は、市町村にとってはいまだハードルの高い分野となっている。

○ また、主にハード面を専門とする住宅の担当者の視点からみた地域包括ケアシステムは、使用する用語や考え方も異なるため、暮らし全体を支えるソフト面も含めた「住まい」論に、主体的に関わるのは難しい。また、住まいや住まい方は個人の選択に委ねられるため、外部から介入が難しい分野でもあり、地域包括ケアシステムの取組に理解と協力を得るには、介護・福祉側からのアプローチが欠かせない。国においては、市町村の両部局が連携して住まいの施策に積極的にアプローチするよう、厚生労働省と国土交通省で合同会議を開催するなど連携して取り組んでいるが、引き続き、国から市町村の両部局を支援することが重要である。

(2) 在宅医療･介護連携から多職種連携へ

○ 中重度の状態になっても、地域の中で生活を支えるためには、専門職によるサービス提供が不可欠である。2015 年度からは、包括的支援事業のひとつとして「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられているが、その取組は、まだ始まったばかりである。

○ 全国で「在宅医療」や「在宅介護」、「在宅医療・介護連携」といった表現が頻繁に使われているが、これらは、現状、医療と介護がバラバラに存在することを前提とした表現であり、2040 年までには、医療と介護は、より「統合された状態」となり、「多職種連携

によるチームケア」が当たり前になっている状態が不可欠である。一般の住民も「在宅医療」と「在宅介護」を別のもと誤解しやすく、「多職種連携チーム」や本来の「在宅ケア」のイメージから遠ざかってしまう。医療だけで在宅を支えることも、介護だけで在宅を支えることもできないとの明確な理解を関係者、住民、市町村が共有し、多職種連携によるチームケアを一般的な理解として普及させていくべきである[14]。

■　連携・統合のレベル

○　連携・統合のレベルは、その結び付きの度合いから「連携（Linkage）」「協調（Coordination）」「統合（Full integration）」といった３つのレベルが想定される。「連携（Linkage）」とは、医療機関同士における紹介状のように、必要な時に、必要なサービスにつなぐといったつながりであり、全体の調整機能には至らない個別の仕組みを言う。「協調（Coordination）」は、組織間の連携がより強く、また構造化されている状態であり、多様な職種が統一したケアの考え方を共有し、退院支援のためのルールなどが定められている状態が該当する。そして、「統合（Full integration）」は、必要なサービス資源が統合されている状態であり、特定のニーズをもった利用者を対象とした一体的・包括的なサービス提供体制などが該当する。利用者からみて多様なサービス一体的に提供されているように見えるのが特徴といえるだろう。看護小規模多機能型居宅介護などは、看護、介護、通い、訪問、泊まり、ケアマネジメントなど、必要なサービス資源がひとつの事業体のもので提供されており、「統合（Full integration）」に近い形態といえるだろう。

○　現状、多くの「在宅医療・介護連携」の取組は「連携（Linkage）」のレベルにとどまっており、「協調（Coordination）」や「統合（Full integration）」に至っている地域は限られている。2040 年までには「連携（Linkage）」から「協調（Coordination）」または「統合（Full integration）」への移行を目指していくべきである。

■　多職種連携の求められる 3 つの場面

○　多職種連携が求められる場面は、おおむね、①退院し在宅に戻る際と(急変時以外での)入院の際、②在宅での日常的な生活（急変時対応を含む）、③人生の最終段階（看取り）の３つに整理できるが、2040 年に向けて対象者数の多さと期間の長さという視点から課題の中心となるのは、「②在宅での日常的な生活」を支える多職種連携である。在宅で生活する要介護者にとって、一番長い時間は、日々の生活であり、毎日の生活をいかに安定的に、

[14] すでに、船橋市をはじめ、西東京市などの地域で、多職種によるチームの形成が進みつつある。こうした取組の手法を普及においては、単に、その手法を紹介するだけでなく、チームケアが各専門職の抱えている課題を解決する契機となることがあることや、初期段階においては連携に係るコストが生じるものの、中長期的にみれば、それぞれが抱える負担が軽減することに対する理解も重要である。

また変化が生じそうな時にはその影響を最小限にして生活を継続できるかが、地域における多職種連携に与えられている最大の課題といえる。

○　また、在宅での日常的な生活を支える多職種連携では、常時なんらかの医療サービスが提供されている状態というよりは、介護サービスが行われる中で看護職や介護職を中心として日常生活を継続的にアセスメントし、悪化や変化の予兆をできるだけ早くとらえられる体制が求められる。なお、安定している状態においては、地域の果たす役割も過小評価されるべきではない。地域とのつながりは、中重度になっても、とりわけ心身状態が安定している時には、地域住民としての役割を果たすことを前提として支える体制を構築すべきである。

○　「③人生の最終段階（看取り）」の支援は、そこでの適切な対応を実現するためには、「②在宅での日常的な生活」の段階から本人の選択と本人・家族の心構えを引き出し把握しておくことが不可欠である。こうした意思決定は、長い療養生活を支える多職種との信頼関係の中で、それぞれの利用者の生活歴や考え方を理解し、家族と共に逡巡していく中で本人の意思決定が行われ、また家族もその決定を受け止めていく。その意味で、人生の最終段階におけるケアは、サービスを提供するだけではなく、本人の意思決定支援の側面も大きく、それは、「②在宅での日常的な生活」を支える多職種連携の延長線上にあると考えるべきであろう。

○　「①退院し在宅に戻る際と(急変時以外での)入院の際」については、現在、多くの地域で多連携の仕組み作りが試みられているが、入退院時支援は、医療機関と在宅のケアチームの間に恒常的なルールと仕組みが構築されれば、比較的円滑な実施が期待できるテーマといえる。一方で、退院後の生活をイメージしながら退院支援を行う過程においては、病院だけで対応するのは困難なため、東京都武蔵野市や、長野県駒ケ根市、岐阜県高山市、広島県庄原市等が実施しているように、行政が調整役となり、医師会や訪問看護ステーション、介護サービス事業者、介護支援専門員らによる統合的なサービス提供体制を構築し、患者の退院後の生活支援を行う取組を推進すべきである。

■　多職種連携教育（IPE）の必要性

○　在宅医療・介護連携を推進するためには、地域の仕組みの構築に加え、サービス提供に従事する職員の能力開発や意欲の醸成が重要になる。こうした能力の開発は、それぞれの専門職としての技術や知識を向上させるような専門職ごとの研修会を重ねるだけではなく、多職種連携教育（IPE：Interprofessional Education）の機会の提供によって実現されるべきである。

○　イギリスの大学教育では、専門教育として IPE を必修科目として設定し、様々な職種が協働する体験を教育プログラムの中に組みこむなど、医療職・介護職の双方が共通した理解

に基づく連携が可能となるような取組を進めている。日本においても千葉大学・埼玉県立大学・富山大学をはじめとして、大学での実践が始まっており、今後、全国的に専門職の教育課程に IPE を必修科目として設定するべきであろう。

○　専門職に対する研修の場の提供は、市町村が積極的に担う役割であるが、実効性のある研修を企画するためには医療や介護の専門性の観点が不可欠であることから、地域の専門職（団体）の主体的な運営への関わりが必要である。また、それぞれの専門職が有する資格やキャリア、職種などによってフラットな関係での意見交換や研修の実施が困難な場合もある。それぞれ異なる役割の職種が相互の専門性や強みを認識、尊重し、顔の見える関係だけでなく、対等に話せる雰囲気の醸成も大切である。

■　キャリアの複線化

○　さらに、若年人口の減少にあわせ、貴重な人的資源を最大限に活用する観点からも、専門職キャリアの複線化を具体化すべきである。一般的に、キャリアの複線化とは、同一の組織内に、複数のキャリアコースが併設されているような人事制度を指す。ケアの専門職の分野では、医療・介護等の複数の専門職資格を取りやすい環境の整備が想定される。こうした方向は、単に、一人の専門職が複数の資格を持つという意味だけでなく、専門職が他の専門職の考え方や業務の内容を理解するという意味でも重要であり、多職種連携を進めていく上では、2040 年に向けて不可欠な取組といえる。

○　こうした考え方は、厚生労働省の地域共生社会実現の「当面の工程」においても、「専門人材の機能強化・最大活用」として改革の柱が示されており、「養成課程のあり方を『縦割り』から『丸ごと』へと見直していく」ことも示唆されている。

(3) 行政における在宅医療･介護連携推進事業のあり方

■　在宅医療政策における責任の所在の明確化

○　地域における医療政策は、広域的な観点から基本的に都道府県が担ってきており、市町村立病院の整備・運営や学校保健などを除けば、市町村が主体的に地域の医療政策を主導した経験はほとんどない。他方で、日常生活圏域をひとつの単位とした地域包括ケアシステムの議論では、都道府県による各地域レベルでの診療所の機能や連携体制の検討・計画立案は現実的ではない。市町村において在宅医療・介護連携の具体的な取組を議論するためには、その担当部局についても、市町村は早急に定めていく必要があるだろう。

○　「住み慣れた地域における生活の継続」が地域包括ケアシステムの目標として設定され、在宅医療もまたこの目標を共有する以上、地域包括ケア・介護保険事業計画を所掌する部

局と連携・協働可能な部局が在宅医療について担当するのが妥当である。そのためには、在宅医療を担う部局を新設にするにせよ、既存の部局が担当するにせよ、市町村にとって新しい業務となるため、国・都道府県からの適切な技術的支援が欠かせない。こうした支援がなければ、在宅医療・介護連携は、意欲的な一部の先進市町村のみの取組となって全国への展開は極めて困難になるだろう。

■　市町村による在宅医療の整備方針の検討

○　多職種連携の推進にあたって、市町村における在宅医療及び介護の整備に係る計画等の策定は、将来的に欠かせないものになるだろう。すでに、東京都稲城市や武蔵野市が市独自の在宅医療の整備に係る計画の策定を行っており、介護保険事業計画とは別建ての計画として位置づけられている。ただし、第六期計画期間より、介護保険事業計画は「地域包括ケア計画」と位置付けられている点から考えれば、こうした在宅医療の整備に係わる計画は、既存の介護保険事業計画の中に包摂されるのが適当であるため、両計画の整合性を確保する必要があるだろう。その取組に当たっては、地域の医療機関も、都道府県の医療計画に歩調をあわせながら、サービスの提供体制を構築してきた過去の経緯を踏まえる必要がある。

○　実際に、計画を立案するにあたっては、地域内の医療機関及び医師等の関心を高め、十分な時間をかけて計画を立案する必要があり、そのためには、地域の現状の把握と目標の設定に加え、規範的統合（目標の共有）への相当の時間の投入が必要になるだろう。これまでの介護保険事業計画のように、国が計画のフォーマットを示して市町村が計画を立案するといった方法では、地域の医療関係者の理解を得るのは困難だろう。

■　市町村に対する技術的支援

○　今後、全国の市町村で在宅医療・介護に関する取組を進めるには計画立案の基礎となるデータの収集をどのように円滑に行うのか、分析手法についての考え方の整理など、準備すべき事項は多い。先行して計画の策定に取り組んだ稲城市においても、数値的な将来推計を行うには、市町村が得られるデータが必ずしも十分ではなく、分析手法についても、十分に確立されているわけではない。

○　また、厚生労働省の研究プロジェクトでデータ分析のためのツールの開発を推進しており、すでに一部が公開されているものの、実際に市町村で活用される段階にはいたっていない状況もある。こうしたツールの未活用は単に広報的な問題だけでなく、データを見るための基礎知識の普及・伝達や活用方法のわかりやすい提示も含め、こうしたツールを扱うことができる人材育成のための OFF-JT の取組を強化すべきである。

5. 2040 年に向けた事業者の姿

(1) 一体的な提供体制

■ バラバラに提供されてきた在宅サービス

○ 在宅での介護を支えるには、多職種連携に基づくチームケアが不可欠であることはいうまでもなく、利用者側からみて一体的なサービスの提供体制の構築は、地域での生活を希望する住民にとって大きな安心感につながっていく。一方で、提供者側は、限られた人的資源を最大限に活かしながら、連携にかかるコストを可能な限り最小化しつつ、一体的なサービス提供体制の構築が強く求められている。

○ かつて、ゴールドプラン（高齢者保健福祉推進十ヵ年戦略）が高齢社会に必要な社会資源として「在宅三本柱」の整備推進を提案したこともあり、在宅生活を支えるためのサービスの整備においては、ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイの３つの柱を軸に事業者の参入が続いた。

○ その後、介護保険制度が 2000 年から導入され、それぞれのサービス供給量は、拡大し続けて今日に至っている。しかしながら、在宅の三本の柱は、はたして同じ屋根を支えてきただろうか。本来、これらの在宅三本柱が一体的に提供され、あるいは強く連携した状態での提供がイメージされていたが、実態としては、これらのサービスがバラバラに提供される状況となっている。

■ 各サービスの強みを活かした一体的提供の実現が必要

○ 介護保険創設から 17 年が経過し、在宅サービスは三本柱ではなく、また介護保険外のサービスや地域の助け合いも含め、実に多様になってきた、それぞれのサービスの供給量が増加した今日こそ、各サービスの強みを最大限に活かしつつ、サービス間の連携を強化し、利用者からみて一体的なサービス提供が可能となる方策を模索すべきである。その提供方法については、画一的なものではなく、それぞれの地域資源の量や形態等を踏まえ、各地域の事業者の試行錯誤、創意工夫によって生み出されていくものだろう。

○ いうまでもなく小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護といった地域密着型サービスは、こうした一体的な提供体制を支える中核的サービス形態として提示されている。そして、これらのサービスを提供する事業者の中には、生活支援サービスや通い、泊まりなど、介護保険内外のサービスや地域の支援の組み合わせにより、在宅生活を支えるより柔軟で、かつ強固な体制を構築しつつある。

(2) サービス事業者の法人としての選択肢

○ 今後のサービス提供事業者に与えられている選択肢は、第一に「現状維持」、第二に「法人規模の拡大」、第三に「他事業者・法人との連携」、第四に「経営統合」の４つのシナリオであろう。前節でみたように、利用者からみて一体的なサービス提供を前提とすると、小規模法人が現状維持で持続可能なサービス提供体制を構築していくのは今後ますます困難になるだろう。法人規模の大小に関わらず、第二から第四のいずれかの選択が地域ニーズに応える上でも、また法人の経営の持続性の観点からも不可欠である。

○ 第二の「法人規模の拡大」は、各種法人がサービス拠点あるいは施設を増やしていく方法、社会福祉法人が医療法人を実質的に設立するか、あるいはその逆の方法、社会福祉法人あるいは医療法人が行おうとする営利事業を株式会社として展開するなど、法人を増やしてグループ化を図る方法、あるいはこれらの組み合わせが想定される。

○ 第三の「他事業者との連携」は、サービス連携と組織間連携の２つがある。前者のサービス連携は事業連携とも表現でき、継ぎ目のないサービスを提供するため、あるいは多職種連携を実現するために、別々の法人によって行われる。後者の組織間連携は、人材確保・育成・配置、総務機能、情報システム共有、バックヤード業務委託などを別々の法人で担うといった方法が考えられる。こうした工夫によって、生産性と経営の効率化を図り、経営力量を向上させることが求められている。

○ 第四の経営統合には、合併または事業譲渡の２つの方法がある。前者は、社会福祉法人や医療法人がそれぞれ複数の法人の経営統合を図る場合である。後者は、例えばNPO 法人を医療法人や社会福祉法人に移管するといった方法が想定される。いずれの方法を採るにせよ、利用者・利用者家族にとって、また法人・法人従業員にとって、地域・市町村にとって、どのようなプラスとマイナスの効果があるのかをよく検討すべきであろう。

■　介護・福祉版の地域連携推進法人の設立

○ 医療サービスの提供においては、医療法の改正により 2017 年度より地域医療連携推進法人を創設できるようになっている。いわば、地域医療のアンブレラ法人のような位置付けとして、地域の法人間の連携強化が期待されている。今回の改正では、社会福祉法人も地域医療連携推進法人への参加が認められているが、現行の仕組みは、医療法人が中心との印象はいなめず、将来的には、社会福祉法人・医療法人の区別なく、地域包括ケア推進法人のような形で多様な法人が地域の中で連携していく形を実現していくべきである。

○ たとえば、地域で統合的なケアを提供していくためには、複数のサービス提供事業者間の情報共有が重要になるが、現状では、ICT の活用についても同一のシステムの一括導入に関

して、現実的には、法人の壁が障害となるような状況もありえる。また、研修の実施等については、費用面でも、また時間の確保の面でも小規模事業者の大きな負担となっており、多職種連携を推進する際の課題である。地域連携推進型の法人が介護・福祉事業者まで幅広く展開すれば、今後の共生型の地域包括ケアシステムを推進する際にも大きな後押しとなるであろう。

■　地域単位で人員配置を考える段階に向かう

○　現在、専門職の配置基準は、事業所単位を基本とし、一部において複数サービス種別での兼務が認められているものの、基本的に必要な職員数は、サービス単位で細かく設定がされている。こうした基準は、一定の合理性のもとに設計されていると思われるが、あくまでサービスを単体でみた場合に必要となる人員数を前提に計算されており、サービスを統合的に提供したり、複数サービスが連携して提供される場合、あるいはチームとして複数の事業者が連携してサービス提供を行う場合などは、異なる視点から適切な人員配置を検討する必要があるだろう。

(3) 事業者の創意工夫を活かした地域包括ケアシステムの必要性

○　事業者による活発な創意工夫やイノベーションの提案が期待される一方で、そうした取組に対する保険者の対応は、それぞれの地域包括ケアシステムの方向性を決めていく上で、重要な意味をもつだろう。

○　介護保険制度の導入初期には、保険給付としての公平性と統一性を担保しつつ、制度の全国的な普及と健全な市場を形成するため、国は介護保険サービスに関する様々な基準を提示し、全国どこでも同じようなサービスを利用できる体制の構築を推進してきた。しかし、制度・市場の成熟と、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築の必要性から、事業者や保険者にその運用の裁量が任される範囲が年々大きくなっている。特に地域密着型サービスが普及していく中で、介護サービス事業者は、人口密度の違いや確保できる人員体制などに応じて包括払いの中で、より効果的・効率的なサービス提供を模索しつつある[15]。

○　事業者の創意工夫の中には、時に公平性や公益性の観点から規制を必要とする場合もあると思われるが、他方で、保険者が従来の全国統一の考え方の延長線上で柔軟性を欠いた判断を行ってしまっては、事業者の成長を阻害してしまう。地域の実情にあった地域包括ケアシステムの構築を進める上で、硬直的な判断は回避されるべきである。特に、地域のサ

[15] たとえば中山間地域では定期巡回サービスなどにおいて、小規模多機能型居宅介護を拠点として訪問サービスを展開するといったことに取組む事業者もあるが、現行の規定では、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と小規模多機能型居宅介護の職員兼務が認められていないため、効率的な人員配置が阻害されている。こうした取組を推進するには制度の改正等が必要になるだろう。

ービス資源や人材に限りがある地域や、地理的な制約が大きい地域にあっては、法令の範囲内において、各保険者は柔軟かつ積極的に事業者の提案を検討すべきだろう[16]。

○ こうした適切な判断を保険者職員が行うためには、単なる法令の理解や解釈だけでなく、それぞれの地域の実情や課題の適切な理解と、地域が向かうべき方向性やサービスが目指している機能の適切な理解が最低限必要である。

[16] 定期巡回・随時対応サービスでは継続的なアセスメントに基づき、ケアの目標にあわせたサービス提供が想定されているため、提供されるサービス内容については、事業者が柔軟に判断することができるが、訪問介護に適用されるいわゆる「老計第 10 号」に定められた家事援助の自費サービス提供を認めていない保険者も存在するなど、保険者による規制のあり方には地域差がみられる。

6. 地域マネジメント

○ 2040 年に向けた地域包括ケアシステムの実現に、市町村の役割は欠かせない。地域資源の状況がそれぞれ異なる以上、地域生活を支える仕組みづくりの最適解はひとつではない。だからこそ、市町村の積極的な関与によって、地域全体で課題解決を図る「地域マネジメント」が必要とされ、2017 年の介護保険法改正においても最重要テーマの一つとされているのである。本章では、昨年度の報告書でも議論した地域マネジメントについて、さらに議論を深め、その姿について描いていく。

(1) 2040 年に向けた地域マネジメントの姿

■ 目的・定義・対象

○ 地域マネジメントとは、保険者・市町村が、地域包括ケアシステムの構築を目的とした工程管理に用いる手法である。地域マネジメントは、「地域の実態把握・課題分析を通じて、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成・実行し、評価と計画の見直しを繰り返し実施することで、目標達成に向けた活動を継続的に改善する取組」と定義できる。

○ 地域マネジメントは、社会保障審議会介護保険部会の「介護保険制度の見直しに関する意見」の中でも介護保険者機能の文脈で言及されているが、本報告書では、2040 年に向けたより幅広い地域の課題に対応すべく、また地域共生社会の実現にも資するものとして、その対象範囲を介護保険者による介護保険行政に限定せず、地域を支える多様な関係者の参加や連携による地域包括ケアを推進するものとして位置付けている。

○ したがって、地域マネジメントの対象は、植木鉢でいうところの「葉っぱ間の連携の仕組みづくり」＝多職種連携／在宅医療・介護連携、「土」＝生活支援・介護予防、「植木鉢」＝住まいと住まい方、「皿」＝本人の選択と本人・家族の心構えのすべてが対象となり、専門職から地域住民まで、広範な地域の関係者が含まれる。

■ 実施主体とプロセス

○ 地域マネジメントの主体は、介護保険行政に係る部分については保険者であり、取り扱う課題が介護保険行政外の事項、たとえば住民主体の活動への支援や他分野との協働等に及べば、市町村となる。ただし、最終的な責任者は、住民に選ばれている市町村長であり、また選出した住民である。市役所の担当部局は、地域マネジメンにおける事務局機能を担っていると整理できるだろう。

○ 地域マネジメントのプロセスは、いわばＰＤＣＡ（Plan-Do-Check-Act）のサイクルであり、計画（目標の設定）、実施、評価、改善の流れの繰り返しが基本にある。より具体的には、調査や各種のデータを活用しながら地域の現状を把握した上で、到達したい地域社会のイメージを関係者間で議論し、それを達成する上で克服しなければならない課題を明らかにした上で、目標の設定を具体的に行い、これを関係者間で共有し、それぞれの地域関係者の役割を明確にし、取組を実施、一定期間をおいてモニタリング・評価して改善を検討していく。このプロセスの繰り返しにより、全体の進捗を把握し、よりよい仕組みへと組み上げていく。

(2) 地域マネジメントにおける「場」の重要性

■ 市町村・保険者から見た「場」

○ ただし、市町村が、一方的に目標を定め、庁内で共有し、取組を実施し評価したところで、地域全体が地域包括ケアシステムの構築に向かうのは容易ではない。地域生活を支える仕組みづくりには立場や利害の異なる多種多様な関係者が関わる。できるだけ円滑に地域マネジメントを進めるためには、関係者間での目的意識の共有が欠かせない。

○ そこで、運営協議会、各種計画の策定委員会、地域ケア会議、サービス事業者協議会、協議体などの「場」を活用して、関係者間での目標の共有を進め、具体的な取組に向けた話し合いを進めていく。これらの「場」は「目標達成に向かうための場」として、地域の中に多種多様なものがすでに設置されている。したがって、市町村は、関係者の積極的・主体的な関わりを損なわないよう配慮して既存の「場」を運営していれば、地域マネジメントのために新しい「場」を作る必要はない。

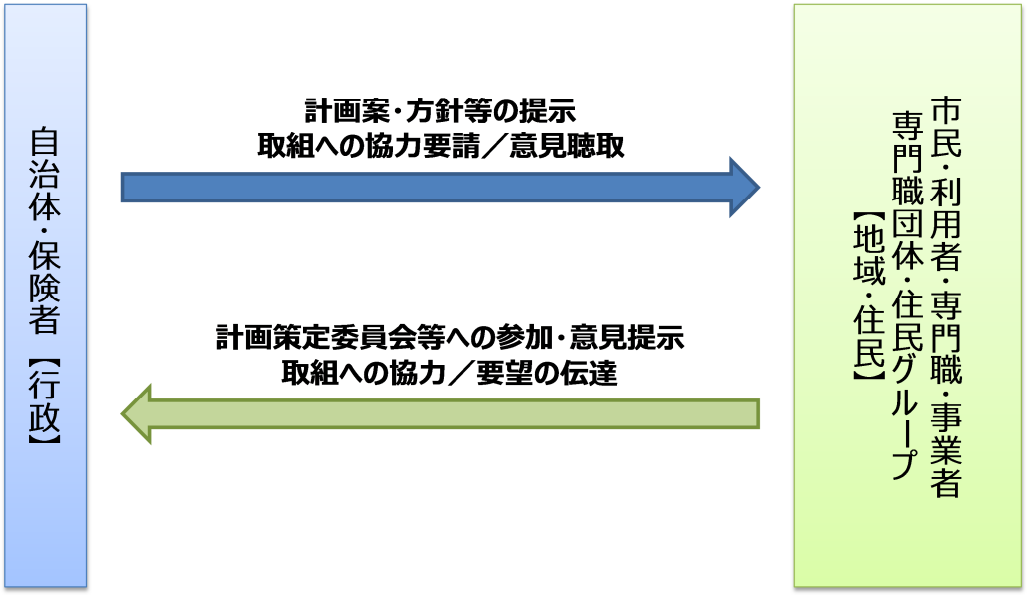
○ たとえば、それぞれの「場」は、「市町村案を承認する場」や「市町村案に意見を述べる場」というよりも「参加者の考えやアイデアの表明」や「参加者全体としての意思決定」を目指す場として運営されるべきであり、かつ「落とし所があらかじめ決まった会議をする場」としてではなく、「積極的に意思決定に参加しようとする場」として運営されるべきである。

■ 地域の関係者からみた「場」

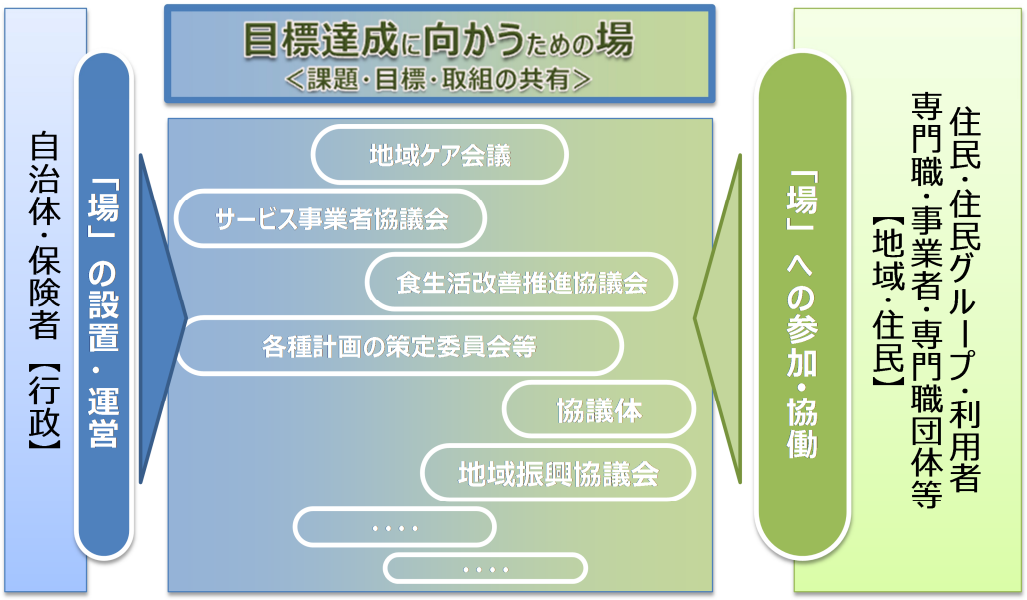
○ また地域の関係者は、こうした「場」を地域包括ケアシステムの構築への参加ととらえ、積極的に参加していくべきである。地域の声を地域包括ケアシステムの構築につなぐ「チャネル（経路）」のようなものと理解してもよいだろう。こうした「場」の活用を通じて、旧来のような一方的な関係性（次ページの上段の図）では、届かなかった地域や住民の声も、市町村・保険者に届くようになっていくだろう。

○　地域マネジメントでは、その過程を役所・役場の内部だけで完結させるのではなく、むしろ役所・役場の外に地域の関係者が集まる『場』を設置し、これを運営することが市町村による地域マネジメントの前提条件といえる。

＜従来の「行政」と「地域・住民」の関係＞



＜2040 年に向けた「行政」と「地域・住民」の関係＞



■　行政の関わりの強弱

○　ただし、行政の関わり方は、取り扱うテーマに応じて多様である。たとえば住民主体の活動支援のような、住民の意欲、動機づけが重視されるテーマでは、住民同士の話し合いの流れの中で、当初とは異なる取組に変わってしまうような状況は一般的によくあることであり、目標そのものの変更も珍しくはない。ＰＤＣＡのような評価・モニタリングが適していない場合も多いため、こうしたケースに対して行政が強く介入し管理するようなマネジメントは、適切ではない。むしろ、住民主体の取組では、行政は、つかず離れずのスタンスで住民の議論と工夫を側面的に見守り、支援が必要な時は全力で応援するような姿勢が求められる。

○　他方で、介護サービス事業者等、多数の利害関係者が関わる仕組みづくりでは、取組の過程において適切にモニタリングを行い、目的や内容の大幅な変更で円滑な進捗が妨げられることがないよう配慮する必要があるだろう。専門職や事業者等の組織が関わる「場」では、むしろ行政（あるいは専門職団体等、その過程に主体的に取り組む組織や団体）が、ＰＤＣＡに基づき、その「場」のマネジメントの適切な実施に積極的に関わるべきである。

○　また、「目標達成に向かうための場」の運営の仕方も、地域の既存の取組の蓄積や活動の経緯などから、また各地域のサービス提供体制からも多様な運営方法があり得るだろう。市町村主導の場合もあれば、専門職団体主導の場合もあるだろう。また地域振興協議体のような既存の住民組織が協議体として機能する場合は、住民主導の性格が強くなるだろう。

(3) それぞれの分野における「場」

■　「計画策定」の場

○　介護保険事業計画は、地域マネジメントのロードマップであるが、決して、事業者に対する一方的な計画や指示ではない。ロードマップであるということは、その策定は、継続的に地域の中で積み上げてきたＰＤＣＡの集大成として向こう３年間の道筋として示されるものと理解すべきである。

○　地域マネジメントにおいて規範的統合、すなわち考え方の共有が不可欠である以上、日常的な意見交換や事業計画の策定過程に、利用者・事業者も含めた地域関係者がどれくらい関わったかは、地域マネジメントの成否に直結するといえるだろう。鹿児島県霧島市では、介護サービス事業者の連絡協議会の計画策定への主体的な関わりによって、実効性の高い事業計画の策定に成功している。地域マネジメントにおいては、どのようにサービス提供を管理するかにかかわる視点以上に、どのように事業者や利用者と共に歩むかとを考える視点と具体的な仕組みが重要である。

■　「サービス提供体制構築」の場

○　地域のサービス事業者の参加は、専門職によるサービス提供体制を構築していく上で欠かせないものである。たとえば保険者と地域密着型サービス事業者の関係性は、介護保険行政の上の指定権者とサービス提供者であり、また指導する側と指導される側の立場であるが、地域マネジメントの観点からは、両者は地域包括ケアシステムの構築を協働するパートナーであり、事業者は、地域包括ケアシステム構築の議論の伴走者ともいえる。社会福祉法人や医療法人が、実践を通じて地域包括ケアシステムのあり方を示すような地域もあるだろう。

○　地域マネジメントにおいて最も重要な取組のひとつは、保険者と事業者が、地域課題と目標を共有する仕組みをどのように構築するかという点である。サービス事業者協議会などの「場」は、専門職によるサービス提供体制を構築する際の「目標達成に向かうための場」としての機能を果たすことが期待されている。

○　たとえば、福岡県大牟田市では、介護サービス事業者連絡会の事務局が市役所内に設置されており、事業者と市役所の連携や考え方の共有に大きく寄与している。また岡山県岡山市では通所介護事業者が保険者とともに、サービスの評価基準をサービスの質の向上という文脈から設定するといった取組が行われている。また千葉県松戸市においては、認知症の早期発見という共通の目標の下で、地域包括支援センター、医療機関、介護事業者、薬局等が利用者の状況をみてアセスメントを実施し、認知症の早期把握および受診勧奨をするという試みもはじまっている。さらに大阪府大東市においては、地域の居宅介護支援事業者が大東市における「自立支援」の定義を作成する取組を通じて、ケアマネジメントに関する意識の統一を図っている。こうした「保険者の方針」と「現場」を結び付けるための仕掛け作りが地域マネジメントを円滑に進めるためのカギになるだろう。

■　ケアの考え方を積み上げる場

○　地域におけるケアを改善していくために、個別の事例の検討を丁寧に積み上げていく「地域ケア個別会議」は、関係者間のケアマネジメントに関する視点を共有するための場として重要である。平成 27 年度から導入された介護予防・日常生活支援総合事業においては、軽度者を対象とした介護予防ケアマネジメントの考え方について「したい、できるようになりたい」といった利用者の希望を目標として設定したケアマネジメント、特に共助以外の自助・互助も踏まえたケアマネジメントの重要性が再確認されている。また、今後は、軽度者に限らずすべての要介護者について、重度化予防に向けた取組も期待されている。地域ケア個別会議は、こうしたケアマネジメントの視点を地域で共有していく上で、中核となる仕掛けである。

○ 地域ケア個別会議と混同されやすい取組として、サービス担当者会議がある。サービス担当者会議は、実際に目の前の利用者に対して、今ある地域の資源で何をできるのかを検討するため、現状の資源の制約の中で検討せざるをえない。他方で、地域ケア会議は、サービスを担当していない専門職も含めて、あるべき姿を検討するため、中長期的な視点に立って自立支援や在宅生活の継続に必要な地域のサービス資源や連携のあり方を議論し「現在はないが今後必要なもの」を特定していく場としての機能が期待されている[17]。

■ 「地域づくり」の場

○ 地域住民もまた、地域マネジメントにおける重要な参加者である。住民参加で地域づくりを進めることは、住民自身が当事者として地域の「ありたい姿」を実現していく仕組みを考えていくという点で大きな意義があるだろう。

○ ただし、地域で助け合いの仕組みづくりに参加する意欲のある住民でも、何もないところから取組を計画したり、実行することは難しい。地域の多様な協力や支援を得て、時間をかけて取組を発展させていく姿が一般的である。現状、生活支援体制整備事業の開始に伴い、協議体や生活支援コーディネーターが地域づくりのツールとして導入されている。

○ 協議体は、まさに地域の実情に応じて地域ごとにその組織にあり方から、議論の進め方、構成員を自由に設計できるものであり、市町村にとっては、住民とともに地域マネジメントを実践する絶好の場といえる。また生活支援コーディネーターは、地域づくりに参加する住民の支援者や、住民のよき相談相手、あるいは、行政とのパイプ役としても期待されている。

(4) 地域マネジメントを円滑に推進するために

■ 人口減少社会における地域マネジメントの基本的視座

○ すでに日本の総人口は、減少基調にあり、2015 年の国勢調査では、調査開始以来、初めて総人口の減少が確認された[18]。大都市部を除くほとんどの市町村においては、人口減少の中で増加し続ける高齢者の支援ニーズに応えていくことになる。従来の日本の仕組みは、こうした課題に対して「サービス」の量的な拡大によって対応してきた。しかしながら、

[17] 地域ケア会議においては、多様な取組が全国各地で進められており、すでに亡くなった方を振り返る形での「デスカンファレンス」（死後のカンファレンス）を通じて、状態の悪化予防にどういう手段がありえたのかといったことの検討を通じて、在宅医療・介護連携に限らず地域の必要な資源や連携のあり方を協議することも可能になる。

[18] 平成 27 年（2015 年）国勢調査確定値によると、前回の国勢調査（平成 22 年）に比べて、約 96 万 3 千人の減少が確認された。大正 9 年（1920 年）の調査開始以来、人口の減少が国勢調査で確認されたのは平成 27 年の調査が初めてとなった。

人口構造の面からもまた、財政制約からも、これまでのような「成長」を前提とした地域の仕組みづくりだけで 2040 年に向けた課題を乗り越えることは難しい[19]。

○ 2040 年に向けて、行政が住民の要望に応じてサービス提供するといった単純な量的拡大、あるいは「成長」の視点では地域の課題に対応できないとすれば、地域の実情に応じてカスタムメイドで作り上げていく他に方法はない。このことは、複数の選択肢の中から、実現可能な選択肢を選びとり、地域住民が納得できる選択とそれに伴う覚悟の上で、地域づくりをしていく実践が必要になってくる時代を意味している。また、それぞれの地域には、歴史的にも文化的にも固有性があり、その地域固有の価値観が存在する。今後は、地域固有の価値観を無理に制度にはめ込むのではなく、制度を地域の価値観に合わせていく工夫も必要になるだろう。

■ 効果的な地域マネジメントを実現するために

○ 地域マネジメントの主体である市町村が行政組織である以上、職員の人事異動は避けられないが、ノウハウの蓄積や継承は、地域マネジメントを実効性のあるものとしていく上で、重要なポイントである。特に地域づくりでは、人間関係や取組の継続性が、従来の一般的な行政事務以上に求められる。人事異動のサイクルを一定期間に延ばしたり、複数職員の異動のタイミングをずらすといった方法によって、継続性を担保する市町村も見られる。人間関係やノウハウを継承する仕組みを各市町村で検討してくことが求められるであろう。

○ 一方で、地域包括ケアシステムの構築は、市町村の法定化された業務として位置付けられているわけではなく、現状では、市町村職員がその必要性を理解した範囲でしか活動が広がらない印象もぬぐえない。地域包括ケアシステムの構築が市町村の将来にとって効果的であり、有意なものであることを客観的に示すとともに、構築の過程を業務として明確に位置付ける体制が、全国の市町村の取組を進めていくために必要である。

○ また、市町村での取組を推進するには、たとえば管理職レベルでの「地域包括ケア推進マネジャー」といった専従職員の配置も考えられるだろう。地域包括ケアシステムの構築においては、行政内部だけでも複数の部局との協働が必要であり、所掌事務を越えた視点からシステムづくりに関わるキープレーヤーとしての職員が必要である。

○ さらに、市町村における地域包括ケア体制を推進するためには、当該分野関係業務の比重の高まりに応じた適切な人員が確保されることが必要である。急進する少子高齢化に対応

[19] さらに、集落や市町村単位でみると、人口が減少し続け、街としての機能の維持が困難となる地域も増加が予想されている。こうした人口構造の変化の中で、人口規模が小さく、人口減少に歯止めがきかない市町村や、限界集落等では、今後、集落単位で「村納め」が行われるような地域も生じてくるだろう。医療介護サービス事業者が撤退を視野に入れたしていくような状況や、サービスの提供範囲を縮小せざるをえない事業者もでてくるなど、地域としての撤退マネジメントも必要になってくるだろう。

するための社会保障制度改正が矢継ぎ早に実施されており、地方財政に占める、介護保険事業歳出などの地域包括ケア関連業務の歳出は増大しているとともに、業務の難易度は非常に高まっている。一方で、市町村内では、従来の人員配置が継続されがちであり、質・量ともに十分な人材を確保できない市町村も多い。

○ この点については、もちろん、当事者である市町村の努力が重要だが、国としても、地域包括ケア関連業務における市町村職員の確保について、明確かつ強いメッセージを出すことが重要ではないか。あわせて、市町村業務全般のバランスの問題であることから、単に厚生労働省に留まるだけではなく、総務省などの他省庁とも緊密に連携した上で、政府全体として、こうしたメッセージを出すとともに、必要な施策（地方交付税への反映）を検討していくことが望ましい。

■ 部局横断的組織はコーディネーター役

○ 都道府県レベルでは、過去数年間に「地域包括ケア」等の表現を持つ部局の新設や組織改編が進められている。こうした部局横断的な組織改編は、川崎市をはじめとして、政令市においても進められている[20]。地域包括ケアシステムは、本来的に高齢者や介護保険に限定されたものではなく、障害者福祉、子育て、健康増進、生涯教育、公共交通、都市計画、住宅政策など行政が関わる広範囲なテーマを含む「地域づくり」であることから、行政における部局横断的な組織の立ち上げや取組の推進は、積極的に評価すべきであろう。

○ しかし、部局横断的組織が形成された結果、逆にその部局がすべてを所管するかのような印象をもたれるケースもあり、他部局との連携よりも、地域包括ケアシステムに関するすべての業務が当該部局に集中し、かえって他部局との連携が希薄になる事態も懸念される。部局横断的組織は、あくまでもコーディネーターや司令塔としての役割を持つものであり、実際の体制は、関連するすべての部局を横串で刺すような組織となるよう配慮する必要がある。

(5) 市町村支援のあり方

■ 地域マネジメントの具体的プロセスの達成度に基づく支援

○ 地域マネジメントは、従来より、一部の市町村では十分に実施されてきたが、その一方で、必ずしも、十分に実施できていない市町村も少なからず存在している。こうした市町村間の取組の差異は、様々な要因があると思われるが、短期間で介護保険制度・医療制度が矢

[20]川崎市は、組織改編により地域包括ケア推進室を新設しただけでなく、総合計画の下に「地域包括ケア推進ビジョン」を策定し、市内のすべての計画は、地域包括ケアビジョンを参照するような形として、市全体で地域包括ケアシステム推進の体制づくりを進めている。

継ぎ早に改正される中で、市町村が地域マネジメントを推進するために、具体的に何をなすべきかが見えにくくなっていることも大きな理由の１つになっている。

○　このため、国は、各保険者における地域マネジメントを推進するために、地域マネジメントの推進に向けた具体的かつ一般的なプロセスを整理して市町村に提示すべきである。この際、地域マネジメントの内容は地域の実情に応じて多種多様なので、法令等に則り、全国的に汎用性のあるプロセス項目を選定することが重要である。こうしたプロセス指標に基づき、市町村ごとの強み・弱み、達成度合い等を把握し、結果に応じた具体的な支援策（ガイドラインの提示、事例集の提供など）を検討・実施していくべきである。

○　また、国からは地域マネジメントを行う際の重要な分析ツールである地域包括ケア「見える化」システムが提供されているが、地域マネジメントを実効あるものとするためには、単に介護給付等の状況が「見える」だけでは不十分であり、「分かる」ことが必要である。このため、「見える化」システムの「分かる化」を進める方策の検討も非常に重要である。

■　市町村の負担を軽減する情報提供のあり方

○　地域包括ケアシステムは、全国統一の仕組みではなく、それぞれの地域の実情にあったものとして設計されるため、国は前提となる制度や財政の枠組みの提示、事例の紹介を中心に市町村を支援してきた。特に、地域支援事業の見直しにあたっては、包括的支援事業を拡張し、在宅医療・介護連携や生活支援体制整備事業など地域包括ケアシステムを具体的に推進するための各種の政策ツールや事業を市町村に提案してきた。

○　しかしながら、急速に増加する事業量に対し、市町村の人員不足が指摘されており、国の提示する資料を十分に咀嚼する時間も十分ではないといった状況もある。そのため、各市町村における取組の進捗は、必ずしも円滑なものとはなっていない。国から提示されるガイドライン等の資料について、市町村職員の負担が過剰にならないよう情報を整理する、わかりやすく編集するといった配慮だけでも、市町村の負担は軽減するだろう。

■　アドバイザー等の派遣

○　職員数が少なく、複数の事業を一人で担当している市町村は、取組の検討や設計等を一人で抱え込まざるをえない場合もあり、同僚や関係者と十分な検討を行う時間もなく、近隣市町村の状況を横目でみながら、とりあえず事業を遂行するといった形になりがちである。こうした職員数が限定的な市町村に対しては、都道府県や地方厚生局・支局が施策に関す

る協議の相手として参加することで、市町村側が考え方などを整理する機会になると思われる[21]。

○　近隣市町村その意見交換などについても、一対一よりは、複数の市町村が一堂に会する機会を設けるほうが効果的であろう。また、多くの知識や経験を要する事業を効果的・効率的に展開していくためには、市町村の枠を越えて広域的に支援できるアドバイザー制度等を検討する必要もあるだろう。

■　ボランティア・NPO 等に対する支援

○　生活支援体制整備事業が開始されたことで、住民団体やNPO、ボランティア団体への支援の枠組みは準備されたが、財政支援以外の技術的な面での、市町村による適切な支援は、人的余裕の面からも、また技術やノウハウの面からも、現実的に困難である。こうした状況に対して、中間支援組織と呼ばれる「利用者を支援する団体を支援する」組織が市町村、都道府県、あるいは全国レベルでの取組を徐々に拡張している。地域住民の活動を全国的に活性化するためには、こうした中間支援組織の各地域での展開を後押しすることが重要である。

○　とりわけ、今後は、団塊の世代や技術をもった若年層を地域の潜在的かつ有効な人材としてとらえ、十分に活用してＮＰＯ等を支援する取組も推進していくべきだろう。特に都市部では、三次産業の集積が多く、たとえばデザイン関係やWEB 作成などの事業を手掛ける民間事業者も多い。こうしたサービスに従事する現役層が、たとえば休日を使ってボランティアとしてその技術をNPO やボランティア団体などに提供するといった、いわゆる「プロボノ」などが大都市部を中心に活動を広げている。

○　企業や専門分野では珍しくないような、当然もっているべき技術が、ボランティア団体やNPO にとってはニーズが高いにもかかわらず、高価で手が届かない技術であったりする場合も多い。地域のニーズと専門技術を持つ人たちをマッチングする機能については、今後、中長期的な視点にたって、都道府県などの広域単位で整備していく必要があるだろう。

■　広域行政による支援

○　市町村支援にあたり、都道府県の役割は大きい。医療計画／地域医療ビジョン、人材の確保、施設整備等、都道府県の担うべき役割はもちろんのこと、市町村の地域マネジメントに対する支援も重要な役割である。都道府県の市町村に対する支援は、これまでも行われてきたが、その内容について、単発的な支援が中心となってきた傾向がある。

---

[21] たとえば広島県及びの広島県地域包括ケア推進センターの専門職は、それぞれの市町村に定期的に出向き、具体的な施策を検討する際の相談相手として機能している。

○ すでに述べたように、地域マネジメントにおいては、実態の把握や目標の設定、関係者間での目標の共有、事業の実施と評価などのプロセスがある。都道府県は、市町村の地域マネジメントの各プロセスに必要な支援を見極めた上で、支援策を検討していくことが求められている。また、一部の都道府県では、市町村が都道府県の支援策を有効に活用できるよう、市町村支援に関する 10 年単位の長期計画を示すといった取組も行われている[22]。また、都道府県内には、人口規模や商業資源の集積などの点で格差があり、タイプの大きく異なる市町村が存在している。したがって、市町村支援についても、都道府県内で統一的な取組を提供するのではなく、地域特性にあった支援の提供が重要であろう[23]。

○ また、国による都道府県支援も重要である。平成 28 年度からは、各地方厚生局・支局に新たに地域包括ケア推進課が設置され、都道府県への情報提供や意見交換などが厚生局の主導によって実施されつつある。都道府県の職員が厚生局単位で集まり、情報・意見交換する場は、限られている。厚生局単位の限定的な人数での会議であれば、より深い意見交換も可能になるだろう。また、平成 29 年度には国立保健医療科学院において、保険者機能強化支援をテーマに都道府県の介護保険担当者を対象とした研修が行われる予定となっている。ここで研修内容が都道府県および市町村にとって有益な実践的なものとなると期待される。

[22] 奈良県では、2025 年までの長期的な支援計画を立案するとともに、短期計画として向こう数年間の取組における数値目標を具体的に設定している。県が実施するモデル事業への参加市町村数などが具体的な数値目標として設定されている。

[23] たとえば、広島県では、市町村の規模や地域特性を大まかに分類し、地域包括ケアシステムの構築イメージを複数提示することで、類似する市町間の議論を促進している。

＜参考１＞

市町村の取組事例

武蔵野市における在宅医療・介護連携

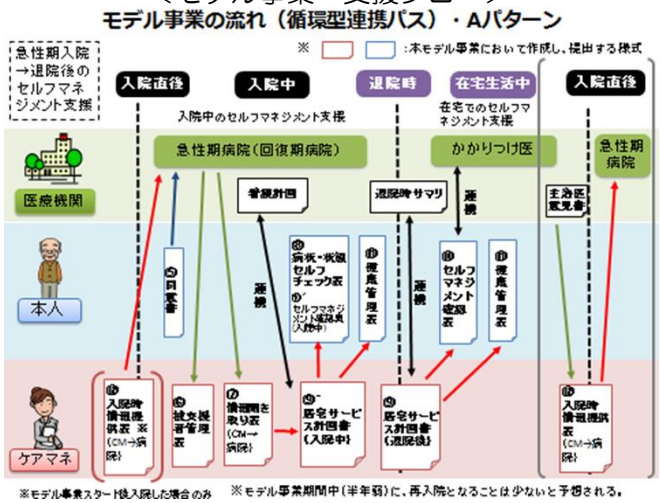
■ 武蔵野市では、市（保険者）が医師会や病院の協力を得て、在宅医療・介護連携に取り組んでいる。1984 年に医師会が、地域の関係者を集めた勉強会（毎月 1 回）を始めたのを契機に、介護保健事業者連絡会の設置（2000 年）、脳卒中地域連携パス（2008 年）や認知症もの忘れ相談シート（2011 年）の作成等を行ってきた。

■ 2015・2016 年度には、脳血管疾患高齢者について、急性期からの医療・介護連携とセルフマネジメント支援を行うモデル事業[24]に協力し、ケアマネジャーと病院（急性期・回復期）が患者の入退院前後の情報を共有するツールや、ケアマネジャーと回復期病院の看護師による共同アセスメントの検証を行った。退院後の在宅生活を見据えた支援のため、入院中にケアマネジャーが面接を行う等、切れ目のない支援をめざし、結果、脳血管疾患の再発、重症化予防に資する仕組みを検討した。ケアマネジャーがいない場合は、在宅介護・地域包括支援センターが支援者を選定するなど、支援体制の構築を進めている。

■ また、退院後の在宅生活を維持するため、ケアマネジャーとかかりつけ医との連携については、平成 27 年 7 月より、医療機関や介護関係者の相談窓口として、武蔵野市医師会に「武蔵野市在宅医療介護連携支援室」を設置した。医療機関に関する相談・紹介・調整、往診・訪問診療に関する情報提供、在宅で療養する市民の入院調整、医療機関への介護サービスに関する情報提供などを行っている。

■ 現在、武蔵野市では、2025 年の医療需要に向けて目指すべき医療提供体制、及びそれを実現するための施策に関する「武蔵野市地域医療構想（ビジョン）2017（案）」を策定中である。今後も引き続き、病院機能の充実や在宅療養生活を支える仕組みづくり、地域包括ケア推進のための人材確保及び育成に取り組むことになっている。

＜モデル事業　支援フロー＞



出所）平成 27 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）「要支援・要介護者に対する入退院時等における継続的な支援を実現するための介護支援専門員支援ツール開発及び 効果検証のための調査研究事業報告書」P142
URL:http://jmar-im.com/healthcare/news/selfmanagement_h27-60final.pdf

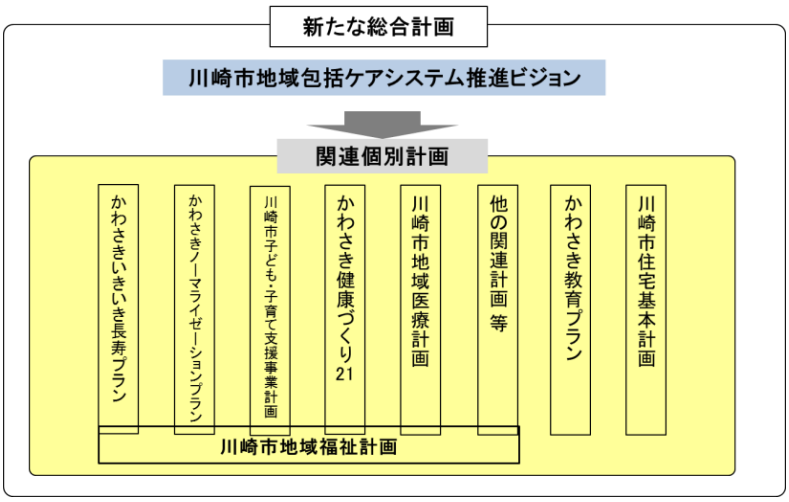
[24]「要支援・要介護者に対する入退院時における継続的な支援を実現するための介護支援専門員支援ツール開発及び効果検証のための調査研究事業報告書（平成27年・平成28年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業）」（株式会社日本能率協会総合研究所）内で実施

川崎市における地域包括ケアシステム構築に向けた取組

■ 川崎市は、地域包括ケアシステムの構築に向けた特徴的な取組として、平成 26 年 4 月に健康福祉局の中に部局横断組織である「地域包括ケア推進室」を設置し、平成 27 年 3 月には、川崎市の地域包括ケアシステムに対する基本的な考えを示した「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン[25]」を策定し、平成 28 年 4 月に 7 区役所の保健福祉センター内に、「地域みまもり支援センター」を設置している。

■ 川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョンは、「生活」と「地域づくり」を主なテーマとして掲げ、高齢者や障害者、こども等、すべての地域住民を対象としており、「医療福祉分野以外の行政施策にも関わりがある」、「市民をはじめ地域団体や関係機関、事業者等の地域内の多様な主体の取組が重要である」ということを基本的な考え方としている。各個別計画の上位概念として位置づけており、各個別計画を「策定」する過程で、段階的に具体的な施策展開を図っている。

＜川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョンの位置づけ＞



■ 川崎市は、各行政区役所に求められる機能として、「総合調整機能」、「地域支援機能」、「専門的支援機能」の 3 つに整理している。地域みまもり支援センターは、これら 3 つの機能の連携強化を図り、「自助・互助」の促進と「共助・公助」の適切な実施を図ることを目的として設置されている。また、市内を 40 地域に分け、各地域にそれぞれ 2 ～ 3 名の保健師を配置し、医師、歯科医師等の専門多職種が連携しながら地域課題を把握するとともに、「個別支援の強化」と「地域力の向上」に向けて取り組む体制を構築している。

■ その他の取組として、川崎市は、地域包括ケアシステムの市民理解度を、平成 27 年度の 10.1%から平成 37 年度は、42.0%とすることを目標に掲げている。その目標を達成に向け、川崎市の市政広報誌に、地域包括ケアシステムに係る説明を漫画形式で掲載するなどの工夫を行っている。

出所）川崎市

[25]神奈川県川崎市ホームページ　URL:http://www.city.kawasaki.jp/350/page/0000076904.html

霧島市における市（保険者）と事業者の連携

■ 霧島市では、地域密着型サービス事業者を市（保険者）の事業を展開していく上でのパートナーであるとし、平成 23 年 5 月に設立された「霧島市地域密着型サービス事業者連合会」と協働して市の施策を展開している。

■ 当連合会には、市内の地域密着型サービス事業者全て（小規模多機能ホーム、グループホーム、認知デイ、小規模デイ：計 70 事業者）が加入しており、市（保険者）や地域包括支援センターも会員となっている。

■ このような体制となった背景には、平成 18 年に活動を開始した「霧島市小規模多機能型居宅介護事業者・開設予定者意見交換会」の存在がある。平成 19 年 7 月に「霧島市小規模多機能ホーム連絡会」に名称を変え、毎月 1 回開催される会合には市や地域包括支援センターの職員も参加していた。

■ 連合会と連携した地域包括ケア体制構築の取組みのひとつとして、地域密着型サービス事業所に、本人中心のケアを実践できるライフサポートワーカーの配置が挙げられる。ライフサポートワーカーを配置している事業所が、地域におけるたまり場、ひろばとしての機能を担っている。

■ 第 7 期高齢者福祉計画・第 6 期介護保険事業計画策定において、ライフサポートワーカーと介護事業所職員等で構成される作業グループを設置し、介護の現場の意見を反映させるようにした。会議や研修、イベント等を通じて、事業者と市(保険者)や地域包括支援センターが、日々の活動の目的を共有することを常に意識しながら取組みを進めている。

＜地域密着型サービス事業所と連携した地域包括ケア体制構築＞



出所：霧島市地域密着型サービス事業者連合会資料

大牟田市における市（保険者）と事業者の連携

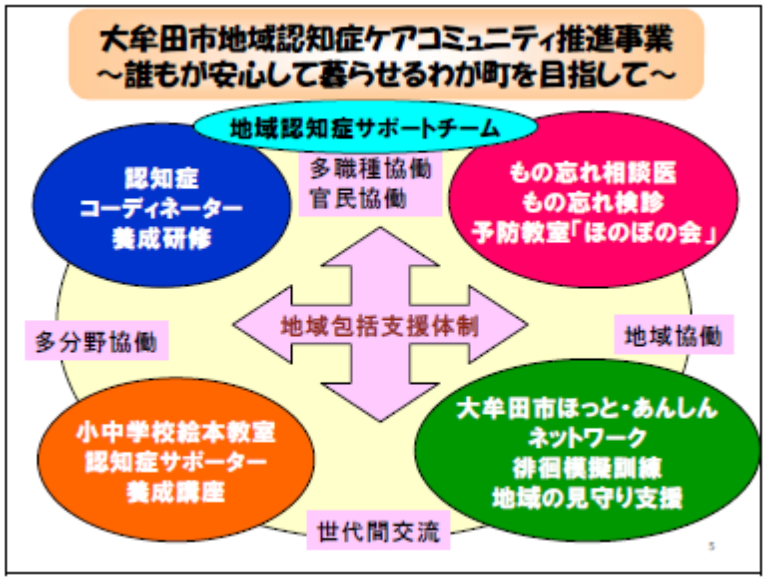
■ 大牟田市では、2001 年以降、「地域全体で認知症の理解を深め、認知症の人と家族を支える」街づくりを進めている。本人本位・自立支援のケアを実践するだけでなく、ケアのあり方を事業所内の職員に波及させたり、地域づくりに貢献できる人材の育成を目的とした「認知症コーディネーター養成研修」の実施、徘徊高齢者を可能な限り地域で見守り、保護していく「ほっと安心ネットワーク」の構築等、様々な取組みを行っている。

■ これらの取組みが着実に推進され、成果を挙げてきたことの背景には、市内全ての事業者が加入する「大牟田市介護サービス事業者協議会」（以下「協議会」という。）の事務局を市が担ってきたことがある。市役所内に事務局を設置していることから、市と事業者が情報や考え方の共有を円滑に行うことが可能であり、これまで多くの事業者の声を施策や制度に反映させてきた（大牟田方式）。

■ 協議会が発足したのは 2000 年 3 月のことであるが、当時から事業者は「認知症ケア」、特に身体拘束廃止のための対応への関心が高かった。そこで、市は協議会の下に「認知症ケア研究会」（平成 25 年度より「認知症ライフサポート研究会」に名称変更）を設立した。

■ 認知症ケア研究会の目的は、「自分のところの事業所」だけがよければよいというのではなく、すべての事業所が質の高い認知症ケアを提供できるようになることである。認知症ケア研究会の発足が、上記の認知症をめぐる各種取組みにつながっており、市と事業者の連携により、地域包括ケアシステムが構築されているということができる。

＜認知症の人と家族を地域全体で支える仕組みづくり（地域認知症ケアコミュニティ推進事業＞



出所：平成 24 年度老人保健健康増進等事業「大牟田市認知症ケアコミュニティ推進事業」報告書

岡山市における通所介護の評価基準策定

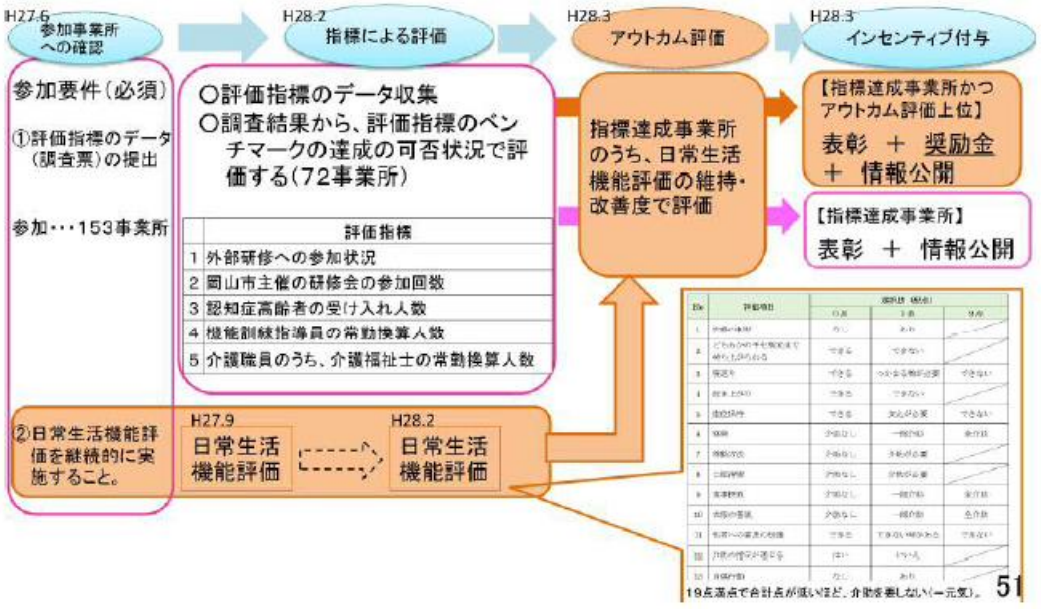
■ 岡山市は、在宅介護にかかる規制の緩和等を求める総合特区を申請し、2013 年 2 月に指定された。その中で、介護保険への成功報酬制度の導入（デイサービスに対する質の評価制度導入）に係る規制緩和の提案を行い、協議の結果、試行的な事業として調査研究が進められることになった。

■ 岡山市の取組みの特徴は、通所介護サービスの質を評価する指標づくりに、市（保険者）と市内の通所介護事業所が共同して取り組んでいることである。介護保険の理念である「自立」を頂点に、ストラクチャー（構造）、プロセス（経過）、アウトカム（成果）に関する指標を作成し、その取組を通じて、規範的統合が進められている。また、アウトカム指標には、要介護度に代わる、利用者の心身機能の変化を表すものとして、病院の看護必要度のうち ADL を図る尺度である「日常生活機能評価票」を導入している。

■ 事業者に対するインセンティブとしては、指標を達成した事業所の公表、アウトカム評価で上位の事業所に奨励金（平成 28 年度 8 万円/事業所×12 事業所）を与えるなどの取組みを行った。

■ 今後は、指標への在宅医療・介護連携などの項目の付加や、日常生活機能評価得点の傾向と、医療・介護レセプトデータの相関関係の分析などを実施予定であり、取組みを深化させる見込みである。

＜総合特区デイサービス改善インセンティブ事業の概要（平成 27 年度）＞



出典：岡山市「通所介護サービスにおけるアウトカム指標に関する調査研究事業」（平成 27 年度老人保健健康増進等事業）

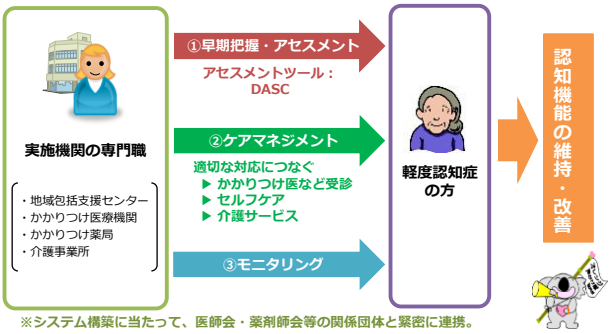
松戸市における認知症早期診断・予防の取組

■ 松戸市では、2015 年度に、急性期からの医療・介護連携とセルフマネジメント支援を行うモデル事業に協力した経験を基に、我が国の認知症早期支援における課題（軽度認知症の把握および認知症の早期の受診勧奨の難しさ等）を解決するための仕組みとして、認知症をテーマとした、医療・介護連携に基づくセルフマネジメント支援である「まつど認知症予防プロジェクト」を 2016 年度から実施している。

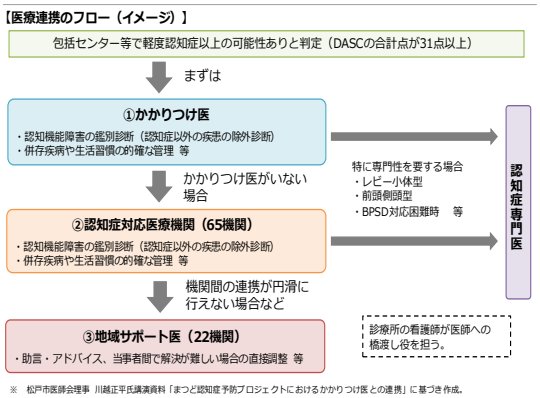
■ 松戸市における認知症初期集中支援チームは、チームで対応方針を検討し、看護師などの専門職が家庭訪問で本人と面接を行うなど関係づくりといった支援を実施し、2 年間で合計 23 件の実績を上げている。これに加えて、当該プロジェクトでは、地域包括支援センター、地域の医療機関、薬局、居宅介護支援事業所、介護事業所と連携することで、アセスメント、かかりつけ医などの医療機関への受診、セルフケアといった支援を実施し、1 年間で 91 件の実績が上がっている。これによって、重層的な認知症の支援体制が構築されることとなった。当該プロジェクトは、2016 年度はモデル事業で実施されたが、2017 年度から市の事業としての実施が予定されている。

■ 松戸市では、当該プロジェクトの実施のために、かかりつけ医をベースにした医療連携を図ることにしているが、かかりつけ医を持っていない場合や、かかりつけ医だけでは対応できない場合もあるため、重層的な医療連携体制を構築するとともに、認知症の早期支援に関するかかりつけ医の役割（「①認知機能障害の鑑別診断（認知症以外の疾患の除外診断）」及び「②併存疾病や生活習慣の的確な管理」）について、松戸市医師会の了解・協力の下、市内の医療機関に対する協力依頼を行っている。

＜まつど認知症予防モデルプロジェクトの基本コンセプト＞



＜認知症早期支援における重層的な医療連携体制の構築＞



出所）平成 28 年度第2回松戸市地域ケア会議資料（平成 29 年2月7日）

＜参考２＞

地域包括ケアシステムの「植木鉢」と「自助・互助・共助・公助」

(1) 地域包括ケアシステムの「植木鉢」

■ 「植木鉢」の基本的な考え方

○ 地域包括ケア研究会では、2012 年度（第５期）～2015 年度（第６期）にかけて、地域包括ケアシステムの各構成要素を「植木鉢の絵」として表現してきた。その中で、2015 年度（第６期）の地域包括ケア研究会では、「すまいとすまい方」を植木鉢、「介護予防・生活支援」を土、「医療・介護・保健・福祉」を葉に例えて、そのあるべき姿を示した。

○ これは、「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」の３枚の葉が、専門職によるサービス提供として表現され、その機能を十分に発揮するための前提として、「介護予防・生活支援」や「すまいとすまい方」が基本になるとともに、これらの要素が相互に関係しながら、包括的に提供されるあり方の重要性を示したものである。

○ 例えば、「すまいとすまい方」を地域での生活の基盤をなす「植木鉢」に例えると、それぞれの「住まい」で生活を構築するための「介護予防・生活支援」は植木鉢に満たされる養分を含んだ「土」と考えることができる。また、「介護予防・生活支援」という「土」がない（機能しない）ところでは、専門職の提供する「医療」や「介護」「保健・福祉」を植えても、それらは十分な力を発揮することなく、枯れてしまう。さらに、これらの植木鉢と土、葉は「本人の選択と本人・家族の心構え」の上に成り立っている。

＜地域包括ケアシステムの「植木鉢」＞



○　また、「介護予防・生活支援」と「医療」・「介護」も互いに影響を与える存在である。「介護予防・生活支援」は、介護予防・日常生活支援総合事業における取扱にもみられるように、専門職の関わりを受けながらも、その中心はセルフマネジメントや地域住民、NPO等も含め、それぞれの地域の多様な主体の自発性や創意工夫によって支えられる。

○　従来のサービスでは、「介護予防・生活支援」の提供について、医療・介護の専門職が中心的な役割を担うケースもみられたが、これがより多様な主体によって担われるようになれば、医療・介護の専門職は本来の役割である医療・介護に注力でき、在宅での介護の限界点の向上につながると考えられる。

○　他方で、重度化予防や自立支援に向けた生活機能の改善が必要なケースでは、生活リハビリテーションを中心に、専門職による多職種連携によって、これまで以上の取組強化が介護予防・日常生活支援総合事業においても示されており、引き続き専門職（葉）の重要な役割となる。

○　したがって、植木鉢の絵は、ある一人の住民の地域生活を支える地域包括ケアシステムの構成要素を示すものとして提示されている。地域住民の抱えている課題によって、「医療・看護」の葉が大きく表現され、「保健・福祉」が小さい葉として表現される場合もあれば、「介護・リハビリテーション」と「住まい」が大きく表現される場合もある。

○　地域の中に多数の植木鉢が存在し、それぞれの住民のニーズにあった資源を適切に組み合わせ、様々な支援やサービスが有機的な連携の下、一体的に提供される体制が担保されてはじめて、「住み慣れた地域での生活を継続する」未来が可能になる。したがって、地域包括ケアシステム構築とは、単に地域資源の量的拡大を議論するのではなく、地域資源をどのようなバランスで組み合わせ、相互に連携させるかにかかわるマネジメントの仕組みとして議論すべきテーマと理解しなくてはならない。

○　そして、その選択を行うためには、幾つかの植木鉢・土・葉の組み合わせが選択肢として提示され、それを選択した場合の影響が伝えられ、信頼のおける専門職からの適切な助言があってはじめて有効な選択が実現できるといえる。

(2) 地域包括ケアシステムと「自助・互助・共助・公助」

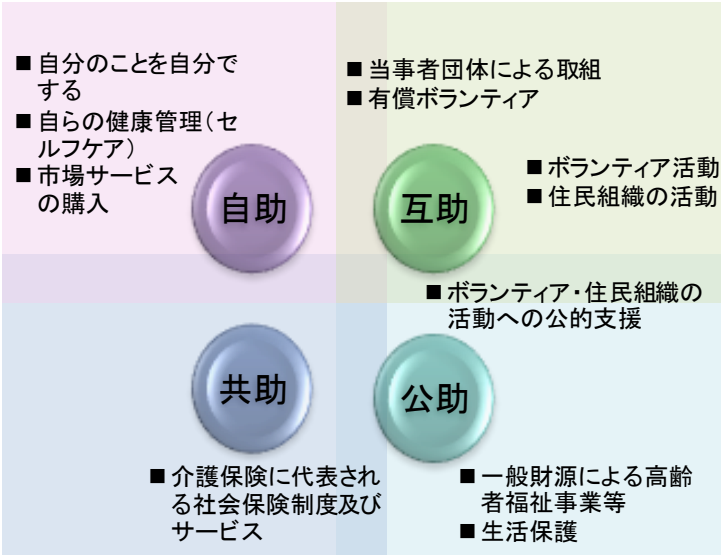
■ 「自助・互助・共助・公助」とは？

○ 地域包括ケア研究会（2008 年度（第３期））では、「地域包括ケアシステム」の「5 つの構成要素」を実際に支える方法として、地域を支える負担を誰が担うのかという視点から、「自助・互助・共助・公助」の区分を提案し、地域包括ケアシステムは、それぞれの地域資源のバランスの中で構築される予測を示した。

○ 「自助・互助・共助・公助」を費用負担者による区分でみた場合、「公助」は公の負担、すなわち税による負担、「共助」は介護保険や医療保険にみられるように、リスクを共有する仲間（被保険者）の負担、「自助」は、文字通り「自らの負担」と整理することができる。「自助」の中には、「自分のことを自分でする」という以外に、自費で一般的な市場サービスを購入するという方法も含まれる。たとえば、お弁当を購入するのも、調理しているのは自分ではないが、その対価を自ら負担しているという意味において、これも「自助」と考えるべきである。

○ また、介護保険は、費用の負担で見ると、「自助」である自己負担が費用の１割、残りの保険給付分の負担を「共助」である保険料と「公助」である税が折半しているが、全体としては、社会保険の仕組みをベースとする「共助」の仕組みと考えることができるだろう。

＜地域包括ケアシステムを支える「自助・互助・共助・公助」＞



○ これに対して、「互助」は、相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なものであり地域の住民やボランティ

アという形で支援の提供者の物心両面の支援によって支えられていることが多い。また、寄附金などの形で不特定多数の支援を受けている場合もあるだろう。

○　さらに、いわゆる有償ボランティアとして、利用者から金銭を受け取っているものの、市場価格には及ばない部分的な報酬のみを受け取っている場合は、「互助的要素」と、「自助的要素」を重複して備えているといえる。また、ボランティア組織の取組に、市町村が部分的に補助金を交付している場合などは、「互助」と「共助・公助」が重複していることになる。

■　時代や地域性に伴う変化

○　「自助」「互助」「共助」「公助」は、時代とともに、その範囲や役割を変化させていく。例えば、戦後の日本社会では、三世代同居世帯を標準的なモデルとして、伝統的な「家文化」に支えられた家族のイメージが前提とされ、介護の問題は、「家族の中の介護」というケースが多かった。

○　他方、2025 年には、郊外型の団地などを典型として、ひとり暮らしや高齢者のみの世帯が一層増加してくる。このような新しい時代には、「自助」「互助」に求められる範囲、その役割についても、新しい形が求められるようになるだろう。

○　また、地域性の観点からは、都市部と都市部以外の地域でも、「自助」「互助」の果たしている役割は異なる。「互助」は期待されるものではあるが、必ず存在するものではない。住民間のつながりが希薄な都市部では、意識的に「互助」の強化、地域づくりを行っていかなければ、強い「互助」を期待するのは難しい。一方で、民間サービス市場が大きく、「自助」によるサービス購入が可能な部分も多いと考えられ、より多様なニーズに対応することができる。逆に、民間市場が限定的であるものの、住民間の結びつきが強い都市部以外の地域では、「互助」の果たしている役割が大きくなっている。

○　このように、「自助」「互助」「共助」「公助」の相互の役割分担は、時代や地域によっても変化していく。したがってそれぞれの時代や地域における「自助」や「互助」の持つ意味の変化にあわせ、「共助」や「公助」の範囲やあり方についても、再検討していくことが重要である。

○　「共助」「公助」を求める声は小さくないが、少子高齢化や財政状況を考慮すれば、大幅な拡充を期待することは難しいだろう。その意味でも、今後は、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなっていくことを意識して、それぞれの主体が取組を進めていくことが必要である。

■　自助・互助の潜在力への期待

○　日本全体では、2025 年から 2040 年にかけて、生産年齢人口の減少による担い手の減少と需要の増加が進むことが予測されており、そのような将来に向けては「自助・互助・共助・公助」のバランスを改めて考える必要がある。人口減少という現実の中で、稀少な人材や地域の資源を、いかにして無駄なく効率的に活用し、地域を支えるのかに焦点を当てるべきである。

○　全国的には、制度の持続可能性を鑑みながら、共助たる介護保険制度の給付範囲の再定義という制度上の課題として、また保険者単位では、地域の実情に応じた適切なサービス量の管理や整備方法をめぐる課題として議論を深める必要があるだろう。医療・介護・福祉にかかわる専門職の機能の対象は、専門職にしかできない業務への重点化が基本的な方向となっていく。

○　また、介護保険制度の導入以来、ともすると共助（介護保険）の活用に重点が置かれ、その重要性の認識が低下していた自助・互助の役割について、市町村の側面的な支援によってより強化する方向で議論を進めておかなければならない。人口減少社会の中でニーズの増加に対応するためには、これまで意識的には地域の支える側には参加していなかった住民や関係者も含め、より多様な人々が地域活動に参加するような仕掛けが必要になる。

○　すなわち、地域における自助と互助の持つ潜在力の再評価である。現在、高齢者は 65 歳を基準として定義されているが、65 歳～69 歳における要介護認定率はわずかに３%程度である。20 年前の 65 歳と、現在の 65 歳、20 年後の 65 歳の心身の状態は、同じではない。医療技術の革新や自分自身で健康管理や介護予防を行うセルフマネジメントの推進、社会環境の整備などによって、より元気な状態で高齢期を過ごすことができる可能性は十分に考えられる。そうした高齢者像の変化も踏まえると、今後の人口減少社会において、高齢者自身による積極的な社会参加（自助）や地域の高齢者による支え合いの活動（互助）の潜在力を過小評価すべきではないだろう。

○　行政は、自助や互助を直接作ることはできなくとも、体操やサロンなどの社会参加活動が持つ予防効果を住民に伝えたり、住民の気づきの機会を提供するなどして側面的に支援する工夫は可能である。とりわけ、都市部や都市郊外において住民のつながりが希薄化している地域では、地域の中に潜在的に存在している自助・互助に対して意識的な働きかけを進める工夫が不可欠である。

資　料　編

研究会において委員及びゲストスピーカーから提供された資料を掲載する。

目　　次

①肥塚委員　…… p. 59

『介護サービス市場の動向と事業者経営』

②服部委員　…… p. 75

『１ミリでも進める「介護予防・生活支援」～「全力応援」と「つかずはなれず支援」～』

③つしま医療福祉グループ　…… p. 108

『特別養護老人ホームを核としたノテ地域包括ケア』

④社会福祉法人協同福祉会　…… p. 129

『「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取り組みと今後の課題』

⑤川崎市　…… p. 148

『川崎市における地域包括ケアシステムの構築』

⑥特定非営利法人 サービスグラント　…… p. 160

『プロボノによる地域包括ケア推進の可能性について』

⑦稲城市　…… p. 174

『稲城市医療計画等の策定について』

⑧武蔵野市　…… p. 182

『武蔵野市における医療介護連携の取り組み』

［平成28年度第2回地域包括ケア研究会］

介護サービス市場の動向と事業者経営

1

2016（平成28）年9月29日（木）
立命館大学経営学部教授
肥塚浩

目次

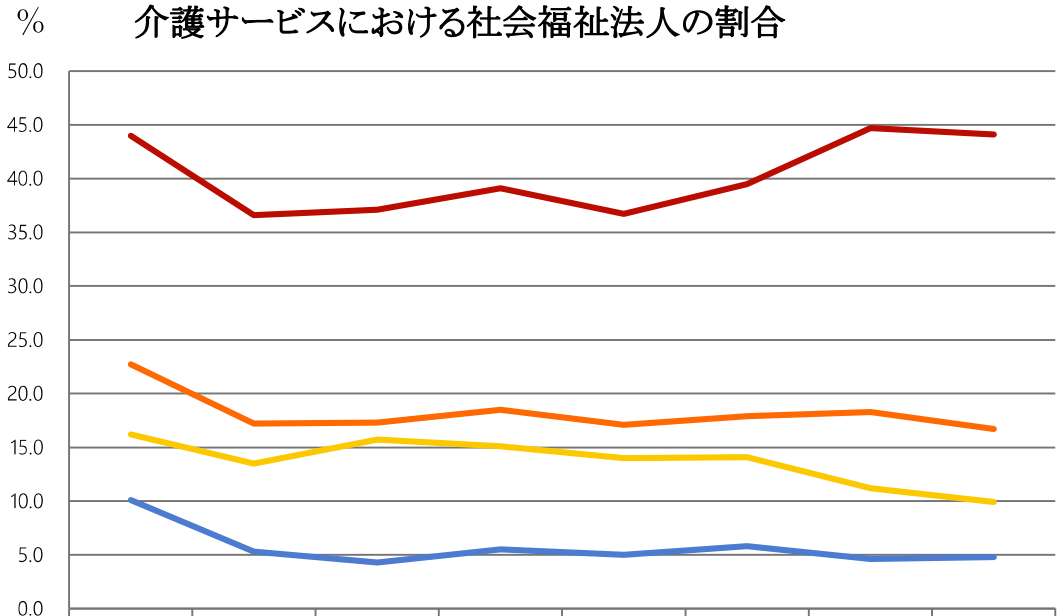
1. 介護サービス市場における法人形態別提供比率と特徴
2. 介護サービス市場の競争環境について
3. 小規模社会福祉法人の連携・経営強化
4. 地域経営に関して

2

介護サービス市場における法人形態別提供比率

- 社会福祉法人
  - 全体比率の低下　2008年：22.7%→2015年：16.7%
  - 施設系（入所型）では40%台を維持
- 社会福祉協議会
  - 全体比率の急速な低下　2008年：9.7%→2015年：4.7%
  - とりわけ、訪問系と施設系（通所型）で低下
- 医療法人
  - 全体は若干低下　2008年：14.5%→2015年11.0%
- 株式会社
- 全体として上昇　2008年：38.6%→2015年：55.5%
  - とりわけ、訪問系と施設系（通所型）で上昇
- ◆ 介護サービス市場＝市場的側面が強くなっている
- ✓ 規制緩和の進展によっては、準市場の準の水準が低くなる

3

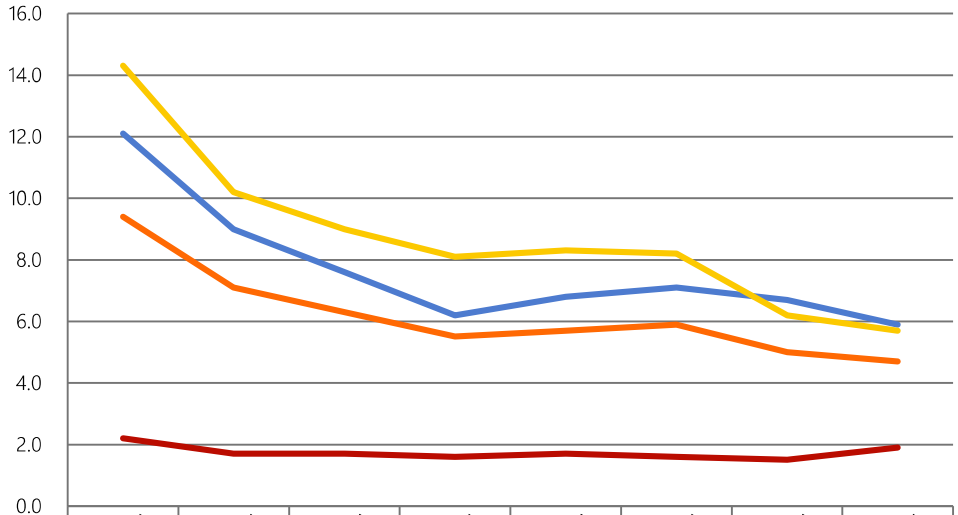


	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
全体	22.7	17.2	17.3	18.5	17.1	17.9	18.3	16.7
訪問系	10.1	5.3	4.3	5.5	5.0	5.8	4.6	4.8
施設系（入所型）	44.0	36.6	37.1	39.1	36.7	39.5	44.7	44.1
施設系（通所型）	16.2	13.5	15.7	15.1	14.0	14.1	11.2	9.9

出所）介護労働安定センター編[2009～2016]『介護労働の現状について』より作成

4

介護サービスにおける社会福祉協議会の割合

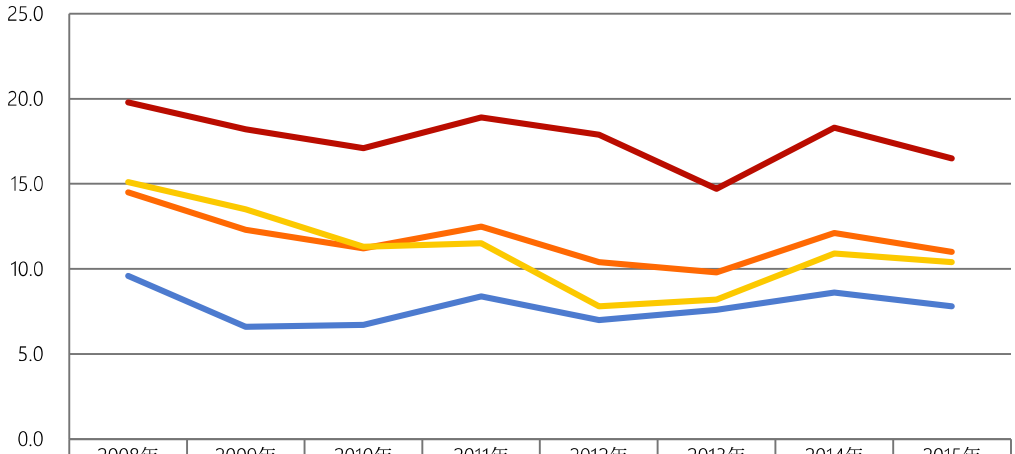


	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
全体	9.4	7.1	6.3	5.5	5.7	5.9	5.0	4.7
訪問系	12.1	9.0	7.6	6.2	6.8	7.1	6.7	5.9
施設系（入所型）	2.2	1.7	1.7	1.6	1.7	1.6	1.5	1.9
施設系（通所型）	14.3	10.2	9.0	8.1	8.3	8.2	6.2	5.7

出所）介護労働安定センター編[2009～2016]『介護労働の現状について』より作成

5

介護サービスにおける医療法人の割合

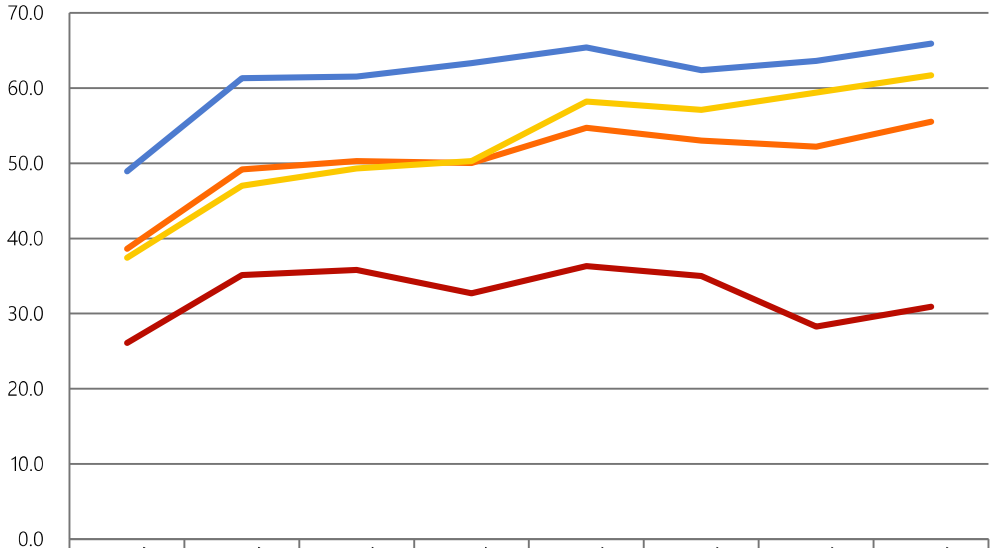


	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
全体	14.5	12.3	11.2	12.5	10.4	9.8	12.1	11.0
訪問系	9.6	6.6	6.7	8.4	7.0	7.6	8.6	7.8
施設系（入所型）	19.8	18.2	17.1	18.9	17.9	14.7	18.3	16.5
施設系（通所型）	15.1	13.5	11.3	11.5	7.8	8.2	10.9	10.4

出所）介護労働安定センター編[2009～2016]『介護労働の現状について』より作成

6

介護サービスにおける民間企業の割合



	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
全体	38.6	49.2	50.3	50.0	54.7	53.0	52.2	55.5
訪問系	48.9	61.3	61.5	63.3	65.4	62.4	63.6	65.9
施設系（入所型）	26.1	35.1	35.8	32.7	36.3	35.0	28.3	30.9
施設系（通所型）	37.4	47.0	49.3	50.3	58.2	57.1	59.4	61.7

出所）介護労働安定センター編[2009～2016]『介護労働の現状について』より作成

7

介護分野における諸問題への対応は喫緊の政策課題

◆施設等の介護サービスの不足（年間約10万人の介護離職者、要介護3以上の特別養護老人ホーム待機者は約15万人）
◆低賃金等を原因とする介護人材の不足 ➡ 2025年には約38万人の介護人材の不足
◆少子高齢化の進展による超高齢社会の到来 ➡ 2025年には日本人の5．5人に1人が75歳以上
◆要介護者等に伴う介護給付費の急増（2015年度：約10兆円） ⇒ 2025年度に約20兆円

本報告書の基本的考え方

検討の視点

- 多様な事業者の新規参入
- 公平な競争条件
- 事業者による創意工夫の発揮
- 利用者による適切な選択

介護分野における活発な競争を促進

期待される効果

- 介護サービスの供給量の増加
- 介護サービスの質・利用者の利便性の向上
- 事業者の採算性の向上と介護労働者の賃金増（人手不足の解消）

公正取引委員会の対応

引き続き介護分野における制度改革や運用の動向を注視するとともに、必要に応じてフォローアップ調査を実施するなど、競争環境の整備に向けた競争唱導活動を行っていく方針。

出所）公正取引委員会[2016]「介護分野に関する調査報告書（概要）」（平成28年9月5日）

8

参入規制　①多様な事業者の新規参入が可能となる環境の整備

多様な事業者の参入促進

調査結果等

提供主体等による規制

特別養護老人ホームの開設主体となるのは社会福祉法人等のみ
・株式会社等の倒産による撤退の懸念
・制度改正による特別養護老人ホームの公的性格の強化
・株式会社等の参入希望がない
➡上記を理由に、株式会社等であることをもって参入を排除する合理性・必要性は乏しく、参入意欲のある株式会社等も一定程度存在

株式会社等が特別養護老人ホーム（自治体設置）の指定管理者になることが制度上可能
➡一部の自治体において、株式会社等が指定管理者になることを認めないなどの運用

###需給調整を目的とした規制

介護サービス事業者の指定等に当たって、サービスの提供が過剰とみなされた場合に指定を拒否することができる、いわゆる「総量規制」と呼ばれる規制があるが、総量規制それ自体は、介護給付費が過剰となることを抑制するため、やむを得ない面がある。
➡一部の自治体にといて、総量規制の根拠となる介護保険事業計画等の策定に当たり、適正な介護サービス量が見込まれていないといった事例や、具体的な事業者の選定にあたり不適切な事例があるとの指摘。

競争政策上の考え方

提供主体等による規制

〈特別養護老人ホームの開設主体に係る参入規制〉
➡医療法人、株式会社等が社会福祉法人と対等の立場で参入できるようにすることが望ましい（あわせて、補助制度・税制等に関するイコールフッティングについても要検討）
【段階的な緩和も考えられる】
例　：　①社会医療法人等の医療法人
⇒②社会福祉法人と株式会社の協働出資会社
⇒③株式会社等

〈指定管理者制度〉
➡自治体は、自らが設置する特別養護老人ホームにおいて、株式会社等を指定管理者とするように、指定管理者制度を積極的に活用していくべき。

需給調整を目的とした規制

〈総量規制〉
➡自治体は、総量規制を適切に運用すべき。あわせて、具体的な事業者の選定に当たっては、選定基準を明確化し、客観的な指標に基づいて選定を行うなど、恣意性の排除を図るとともに、選定の透明性を図るべき。

注）破線枠内は自治体に対する提言である。以下も同様。
出所）公正取引委員会[2016]「介護分野に関する調査報告書（概要）」（平成28年9月5日）

補助制度・税務等　②事業者が公平な条件の下で競争できる環境の整備

補助制度・税制等におけるイコールフッティングの確保

調査結果等

提供主体等による規制

自治体独自の補助制度
➡一部の自治体において、補助対象を社会福祉法人に限定しているなど法人形態を理由とした不明な取り扱いがあるものが存在。

以前は、特別養護老人ホームの施設整備に対して、高額な補助。
➡現在は、自治体によっては、補助率は下がってきている。

税制

社会福祉法人は、原則として、法人税、住民税及び事業税が免税。
➡株式会社等から税制上のイコールフッティングが強く求められている

社福軽減事業

社会福祉法人による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業（社福軽減事業）
➡実施を社会福祉法人等に限定する理由は見当たらない

競争政策上の考え方

提供主体等による規制

〈自治体独自の補助制度〉
➡法人形態を問わず公平な補助制度とすべき。

〈特別養護老人ホームに対する補助〉
➡公益的な役割を果たすために必要な範囲で行われるべきであり、それを超える過剰な補助は好ましくない。

税制

〈税制上の優遇措置等〉
➡制度の基本的枠組みは維持するとしても、優遇の差を狭める方向で見直しを検討することが望ましい。

社福軽減事業

〈実施対象〉
➡自治体は、法人形態を問わず利用できるようにすることが望ましい。

出所）公正取引委員会[2016]「介護分野に関する調査報告書（概要）」（平成28年9月5日）

介護サービス・価格の弾力化（混合介護の弾力化）
③事業者の創意工夫が発揮され得る環境の整備

調査結果等

「混合介護の弾力化」の実現

競争政策上の考え方

現行制度の状況

原則として、保険内サービスと保険外サービスを同時一体的に提供することはできない

介護報酬を下回る料金での介護サービスの提供はほとんど行われていない（介護報酬を上回る料金での介護サービスの提供はできないとされている）

➡介護サービスの提供に当たって、多様なサービスの提供が可能となり、価格競争が有効に機能する環境は必ずしも整っていない。

混合介護の弾力化

「混合介護の弾力化」とは
保険内サービスと保険外サービスを組み合わせた同時一体的な提供を可能とすることや、質の高いサービスを提供するとともに、利用料金を自由化すること。

「混合介護の弾力化」により期待される効果
➡**利用者の利便性が向上**するとともに、事業者が提供する**サービスに応じた料金を徴収できる。**
➡**事業者の収入の増加**をもたらし、**介護職員の処遇改善等につながる可能性もある**

解決すべき課題
➡自治体ごとのローカルルールの存在に起因する効率性の欠如、不適切な保険給付の増加。

混合介護の弾力化

「混合介護の弾力化」を認めることにより事業者の創意工夫を促し、サービスの多様化を図ることが望ましい。

混合介護の弾力化

〈保険内外のサービスの同時一体的な提供〉
保険内サービスの提供時間内に利用者の食事の支援に併せて、帰宅が遅くなる家族の食事の支援も行うことで、低料金かつ効率的にサービスを提供できるようになる可能性がある

〈サービスの質に応じた料金徴収〉
利用者が特定の訪問介護者によるサービスを希望する場合に、指名料を徴収したうえで派遣することが可能になる。

解釈・運用の明確化、予見可能性の確保

国は、自治体により事業者の創意工夫を妨げるような運用が行われることがないよう、制度の解釈を明確化し、事業者の予見可能性や透明性を高めるべき。

出所）公正取引委員会[2016]「介護分野に関する調査報告書（概要）」（平成28年9月5日）

情報公開・第三者評価
④利用者の選択が適切に行われ得る環境の整備

調査結果等

情報公開・第三者評価の充実

競争政策上の考え方

情報公開

情報公開の実態
➡実際に事業者等から公開されている情報では**利用者等が必要としている情報としては必ずしも十分ではない**

自治体の状況
➡**利用者がどのような情報を必要としているのかを把握する取組を実施していない自治体が多い**

介護サービス情報公表制度（平成18年4月運用開始）
➡現状では、**更なる改善や廃止を求める声も多い**など、**その役割を果たしているとはいい難い。**

第三者評価

第三者評価に対する考え方
➡専門的見地から行われ、**定期的な受信とその結果の公表を推進することは介護サービスの質の改善・向上の有用な手段であり、利用者等の比較検討にも資する。**

第三者評価の現状
➡自治体ごとに**第三者評価の対象となるサービスが限られ**ており、評価対象となっている場合でも、**広く受信されているとは言い難い。**利用者等の認知度や利用率も低く、**介護サービスの選択にいかされていない。**

情報公開

〈事業者に対して〉
➡**利用者が入手しやすい方法により、さらに積極的な情報公開を期待。**

〈自治体に対して〉
➡**利用者が求める情報を把握し、公開されている情報とのギャップをなくす仕組みの構築や、苦情等の対応機関との一層の連携を期待。**

〈国に対して〉
➡介護サービス情報公開制度の**基本的な見直しを含めて、その在り方について検討すべき。**

第三者評価

〈自治体に対して〉
➡**対象サービスをできるだけ拡大し、事業者が受信できる体制を整えるとともに、受信を促進するための積極的な施策を講じるべき。**

〈事業者に対して〉
➡**必要性を十分に認識し、積極的な受信や結果の公表に努めるべき。**

加えて、信頼性を確保数ために、**評価機関の資質向上や評価の公表性の確保等が図られる仕組みが構築されるべき。**

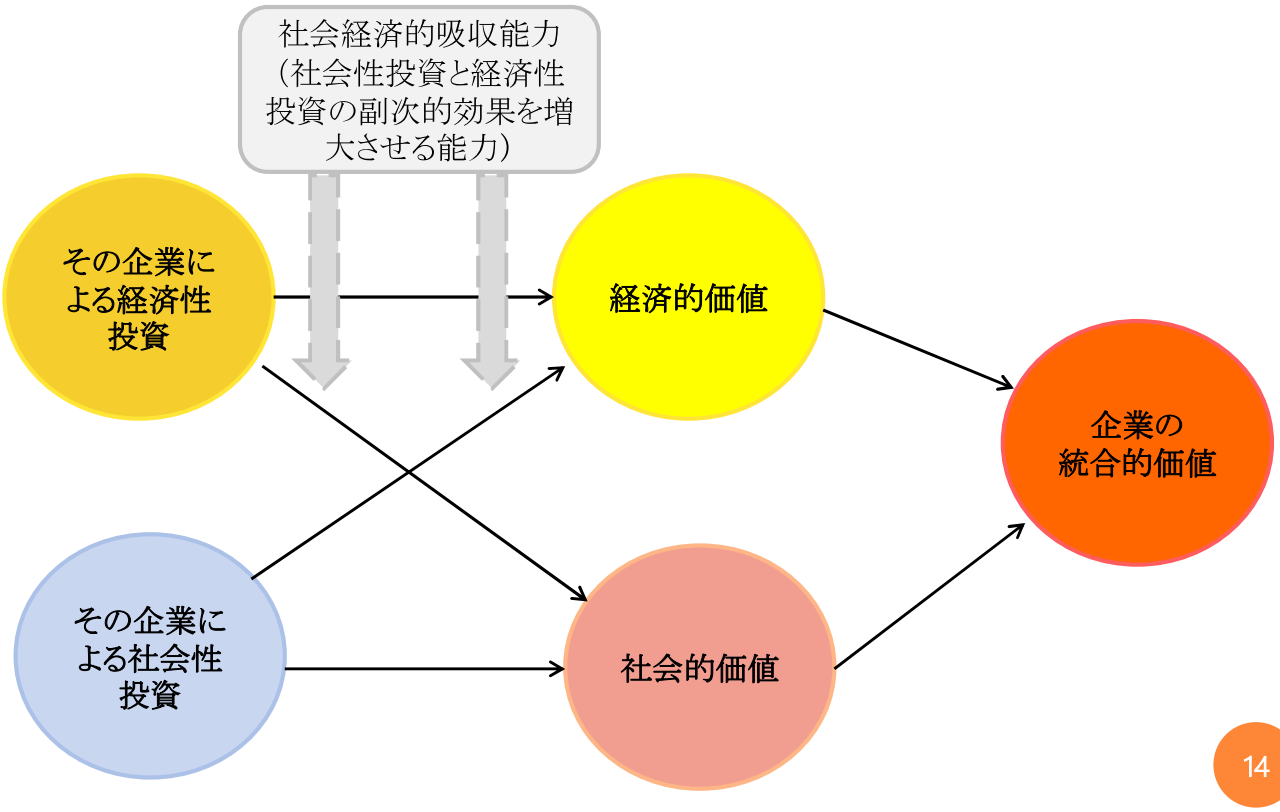
出所）公正取引委員会[2016]「介護分野に関する調査報告書（概要）」（平成28年9月5日）

介護分野における競争促進に関して

- 全体として、介護に関する「公益性」（例えば、社会的価値（M.E.Porter）の重視）や「地域的な資源偏在」（競争環境が成立する地域とそうでない地域）の視点が不足しているのではないか
- 事業者選定における恣意性の排除、透明性は重要
- 税制の幅を縮めるには、民間企業が簡単に退出しないようにするため、何らかの制度的制約が必要（意見にある保証金積立など）ではないか
- 社福軽減事業については、法人形態を問わず利用が適切
- 混合介護の弾力化については、サービスの多様化を促進するとともに、事業者の創意工夫を妨げない予見可能性や透明性が重要
- 情報公開の指摘は適切だが、第三者評価は経営・運営上の支援ともなることが重要

13

企業の社会性を包含する新たな因果関係



14

出所）岡田正大[2014]43頁、図表2

準市場の特徴と営利企業の参入

- 準市場と一般市場の相違
  - 需要側：消費者の財サービス利用支援策として、特定の目的と目的に対して割り当てられた公的な性格をもつ資金
  - 購入に当たっての選択過程に加わる主体が直接の利用者だけではなく、第三者（行政機関、ケアマネジャー、主治医等）による意思決定支援が求められる
  - 供給側：独立した供給主体間に顧客獲得競争が存在する点は一般市場と同様だが、上位の政策目標を果たすために、営利法人以外の経営主体の参加も歓迎され、それらが存続可能となるような仕掛け
- 営利企業の参入
  - 同じ条件を満たした事業者であれば、在宅については公私・営利非営利の主体の種別を問わず市場に参入できる
  - さらには、「介護サービスの供給主体は基本的に営利企業を含む民間主体とし、公的部門は介護サービスの供給に関するルールや基準の設定、介護費用の徴収やその配分に徹するべきだという考え方もあり得る」（小塩隆士、1998）ことになる

出所）田中滋・栃本一三郎編［2011］10～11頁

15

介護サービス経営の成果

- 医療法人、社会福祉法人等＝非営利組織
  - 営利を目的としない
  - 公益性の高い介護サービスを安定的に提供（理念）
  - 規律―情報開示、役員報酬等
- 非営利・営利を問わず、介護サービス事業者における成果
  - 顧客（介護サービス利用者、介護サービス家族・親族等、地域、自治体、政府）の満足
  - 介護の質の高度化
  - スタッフの能力向上と成長

16

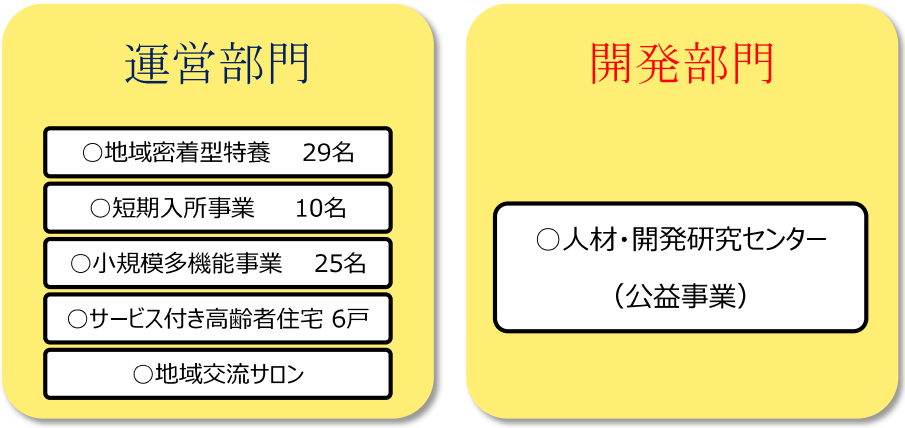
小規模社会福祉法人の連携・経営力量強化

「きたおおじ」2012年8月に開設　～　二つの目的

◆1点目は、誰もが住み慣れた地域で住み続けることを支えることを可能にするための地域密着型高齢者介護拠点づくりであり、併せて、その拠点に住民が支え合う等の様々な機能を付加することである。

◆2点目は、グループ化を目指す7つの中小法人の本部として設立したものである。

グループ本部（地域密着型総合ケアセンターきたおおじ）



17

出所）地域密着型総合ケアセンターきたおおじ代表　山田尋志氏（提供資料）

グループ化による経営機能強化・人材育成の試み

地域包括ケアを推進するためには、生活圏域ごとの介護サービス資源や、住民が集える場を用意し、住み慣れた地域で、馴染みの人間関係と、切れ目のないサービス、さらにそれらと他の地域資源を文字通り包括的にコーディネートできる人材を育成・配置することなくしては難しい。

⇓

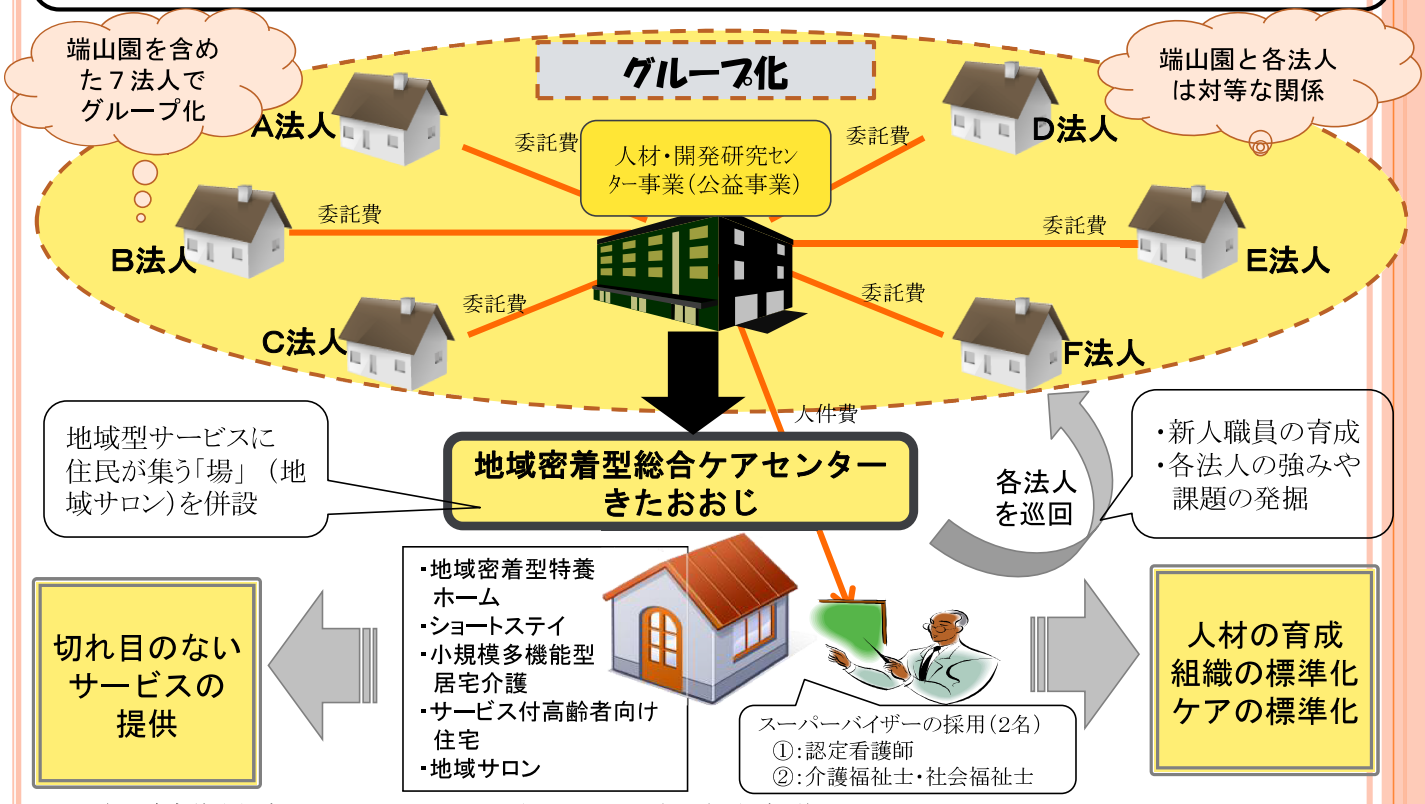
・研修体系・組織風土・ケアチーム育成
・地域展開支援・次世代の経営者育成
・人材の共同募集・キャリアパス共有
・給与表共有・人事異動等々を視野に！

18

出所）地域密着型総合ケアセンターきたおおじ代表　山田尋志氏（提供資料）

複数の法人からの拠出金による人材育成の取組事例（リガーレ暮らしの架け橋）

○複数の社会福祉法人が連携し、「地域密着型総合ケアセンターきたおおじ」を開設。
○きたおおじでは地域密着型特養ホームなどとともに、地域の人々が集う「場」である地域サロン併設
○共同でスーパーバイザーを確保し、人材育成や組織の標準化を図る。



出所）地域密着型総合ケアセンターきたおおじ代表　山田尋志氏（提供資料）

リガーレ本部（きたおおじ人材開発・研究センター）

- 給与・キャリアパスの考え方検討会
- 若手経営者のための介護・福祉経営を考える会
- 各法人の地域展開個別支援（山田代表）
- 職員共同募集の試み（リガーレ新卒向け求人用パンフレット制作・就活フェア）
- 代表者会議（今後の方向性、課題協議・・・本部機能強化・各法人組織風土・給与・キャリアパス・異動・労務管理などいわゆる総務機能共有・・・）
- 研修実施



各法人SV巡回（第1ステージ）

- 24年度
  1）研修・人材育成
  2）会議・記録・情報共有
  3）組織性・組織機能（風土）
  4）設備環境
  5）職員配置
  6）暮らしの支援
- 25年度

行動計画策定
行動計画実践
（ICTの活用）
FS研修を修了した役職者の各部門配置

- 26年度

自転する組織
組織文化の標準化
異動と職員共同募集

社会福祉法人の戦略的展開

1）老朽施設の改修と個室化
2）施設機能の地域展開
3）地域包括ケアへのコミット

20

出所）地域密着型総合ケアセンターきたおおじ代表　山田尋志氏（提供資料）

第2ステージ(平成27年度～)のグループ化計画

★人材育成・ケアの質(ケアチームの質)
- ・リガーレ統一研修の実施
- ・グループ研修委員会発足
- ・グループの輪の拡大＝統一研修参加法人の加入
- ・サービス統括責任者会議発足
- ・SV巡回の継続

★戦略・経営・地域包括ケアに向けた事業展開など
- ・給与・キャリアパス一元の達成
- ・職員の共同募集本格化
- ・若手経営者のための福祉・介護経営を考える会の再編成
- ・経営戦略会議発足
- ・研究会の継続(平成27年5月に第21回開催)
- ・老朽施設改修支援継続
- ・地域展開支援継続

21

出所)地域密着型総合ケアセンターきたおおじ代表　山田尋志氏(提供資料)

地域経営について

- 地域経営学の研究と教育の課題:地域を経営主体として、地域内の営利企業、非営利企業、自治体、学校、病院、NPO、NGO、家庭などの各経営主体の役割及び各経営主体の協働、連携のあり方
  - 日本学術会議「地域経営学の研究・教育のあり方検討分科会」

- NPM(市場メカニズムの導入、顧客主義への転換、業績/評価による統制、ヒエラルキー組織の簡素化)とPPP(官民パートナーシップ)による公共サービス提供
  - 石井春夫他[2008]p.7～9

◆ 地域経営:①自治体による地域の経営
②官民パートナーシップ
③地域経営主体間の協働と連携

22

地域包括ケアシステムの構築と地域経営の役割

- 自治体による地域経営
- 地域経営の主体間協働・連携
  - 自治体と介護事業者による協働・連携
  - 介護事業者による地域経営主体との協働・連携
  - 介護事業者による地域主体との協働・連携
  - 地域主体同士の協働・連携
- 地域における役割分担（例えば）
  - 地域の中心的拠点：時間消費型含む商業施設、総合的医療サービス（病院）、地域包括支援センター、子育て総合支援センター等
  - 地域・生活拠点：生鮮品・日用品等購入可能商業施設、診療所、介護施設・介護サービス拠点、幼稚園・保育園等
  - 居住地：日常的な文化・福祉・教育等のコミュニティ機能（コミュニティセンター等）と生活

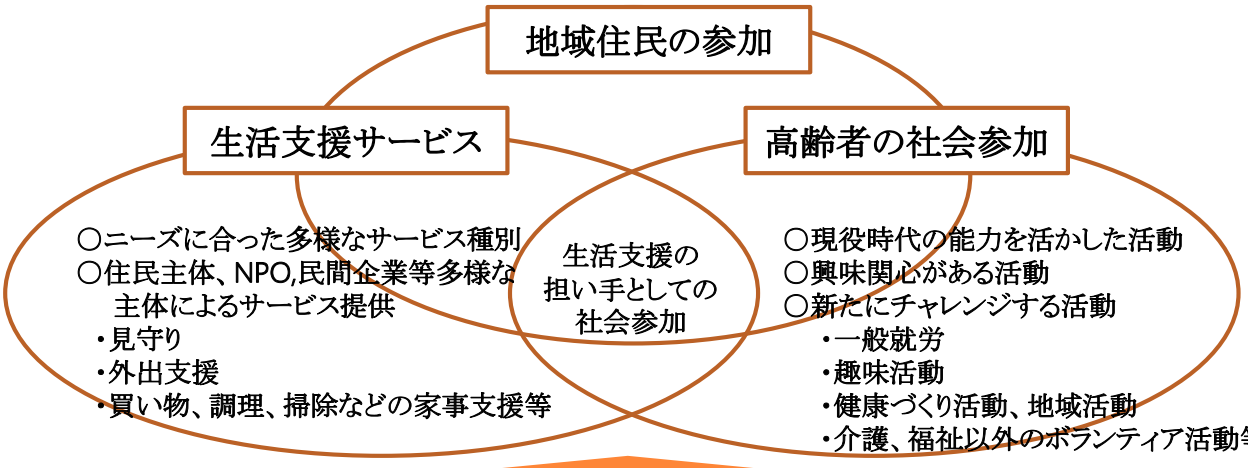
23

生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加

○ 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供することが必要。

○ 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。

○ 多様な生活支援・介護予防サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。具体的には、生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置などについて、介護保険法の地域支援事業に位置づける。



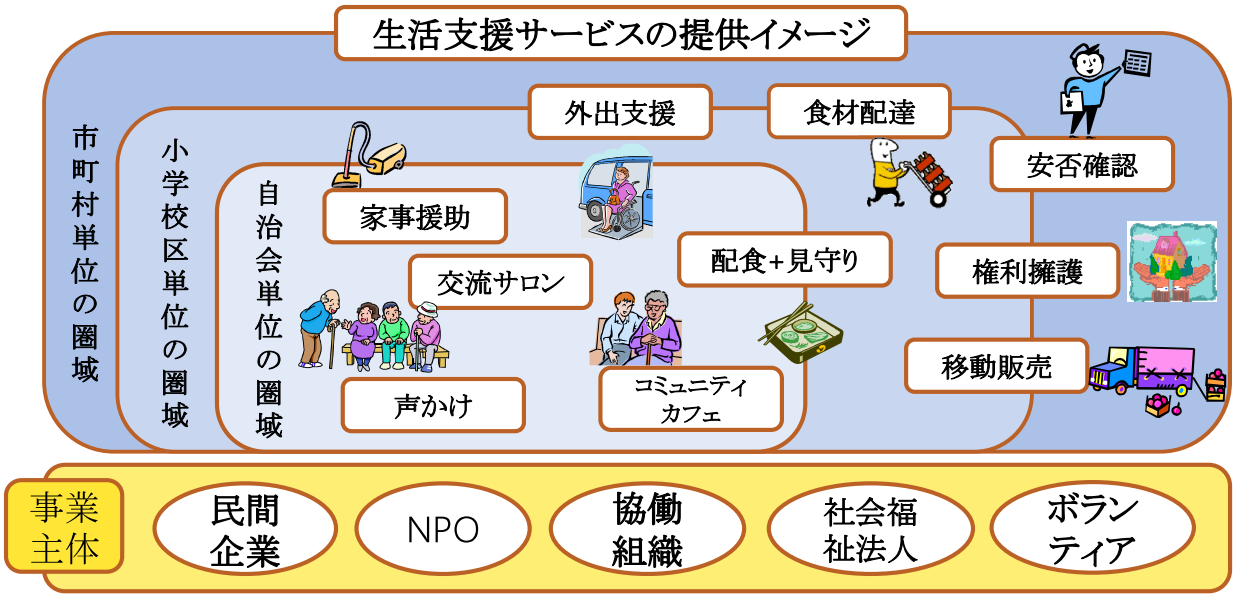
バックアップ

市町村を核とした支援体制の充実・強化・都道府県等による後方支援体制の充実

24

出所）厚生労働省HP

多様な主体による生活支援サービスの重層的な提供



バックアップ

市町村を核とした支援体制の充実・強化（コーディネーター）の配置、協議体の設置等を通じた住民ニーズとサービス資源のマッチング、情報集約等）

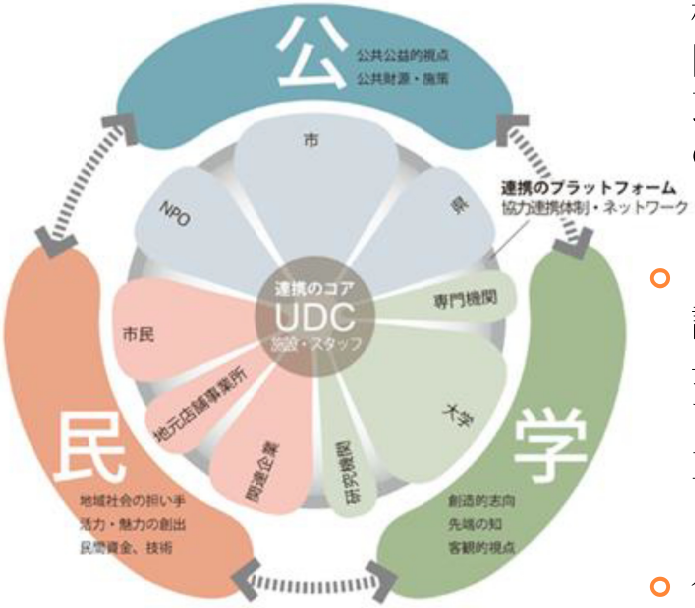
→ 民間とも協働して支援体制を構築

25

・介護支援ボランティアポイント等を組み込んだ地域の自助・互助の好取組を全国展開
・「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置や協議体の設置などに対する支援

出所）厚生労働省HP

アーバンデザインセンターとは



- 複合化した地域の課題に対して、公・民・学のそれぞれの立場で活動する様々な個人や組織が、様々な場面で臨機応変につながり、協働して解決に取り組むコラボレーションを進めるためのオープンなプラットフォーム
- 「大学」や専門家は、新たな技術や理論を積極的にまちに応用すると共に、長期的・客観的視点から見たコラボレーションの方向づけをする上で、重要な役割を担う。
- 公・民・学のコラボレーションを地域主体で実践し、まちを創造する拠点

26

出所）柏の葉アーバンデザインセンター編［2015］

各地のアーバンデザインセンターの特徴

	UDCK （柏の葉アーバンデザインセンター）	UDCM （松山アーバンデザインセンター）	UDCIC （アイランドシティ・アーバンデザインセンター）
所有	東京大学フューチャーセンター 施設利用（無償で賃貸）	空き店舗改修・賃貸（期間限定）	福岡市港湾局より無償貸与 （民間ビルを市が賃貸）
立地	柏の葉キャンパス駅西口駅前	松山市駅から徒歩8分 松山を代表する商店街近く	ニュータウン玄関 バス停前
建物概要	東京大学フューチャーセンター 1階部分（公開空地隣接）	1階及び2階（広場前）	福岡ビジネス創造センター 1階ギャラリー部分（公園前）
面積	部屋面積　150m2 事務スペース等　70m2 ホールスペース　85m2 トイレは館内施設利用	1階　交流スペース100m2 2階　事務スペース80m2 多目的トイレ含まず	ミーティングスペース　約50㎡ まちの本棚　約60㎡ 情報コーナー　約40 事務局　約20㎡
開館時間	月曜～土曜　10:00～19:00 休館日：日・祝・年末年始	月曜～金曜　10:00～20:00 土・日・祝　10:00～18:00 休館日：年末年始	月曜～金曜　10:00～17:00 休館日：土・日・祝・年末年始
備考	・3代目施設 ・周辺に関連施設多数あり ・施設内は飲食自由	・施設前に「みんなのひろば」 ・施設内は飲食自由	・まちの本棚に図書約2,000冊 ・情報コーナーに模型（3m×2m） ・施設内のホールとUDCICは可動壁で仕切られているため、2室繋げて大きく使用可能。 ・目の前は公園 ・施設内は飲食自由

出所）草津未来研究所編［2015］を一部修正

各地のUDCの組織形態

	UDCK （柏の葉アーバンデザインセンター）	UDCM （松山アーバンデザインセンター）	UDCIC （アイランドシティ・アーバンデザインセンター）
地域	千葉県柏市柏の葉地域	愛媛県松山市	福岡市香椎照葉アイランドシティ
設立年月	2006年10月	2012年10月	2014年4月
組織形態	任意団体　柏の葉アーバンデザインセンター ＋ 一般社団法人　柏の葉アーバンデザインセンター	松山市都市再生協議会 （任意団体） （事務局：松山市都市デザイン課）	アーバンデザイン協議会 （任意団体） （事務局：福岡市港湾局）
公	柏市　（協力：千葉県他）	松山市	福岡市
民	三井不動産㈱ 首都圏新都市鉄道㈱ 田中地域ふるさと協議会	松山商工会議所 伊予鉄道(株) ㈱まちづくり松山	照葉校区各種団体協議会 立地企業等連絡協議会
学	東京大学 千葉大学	愛媛大学、松山大学、聖カタリナ大学 松山東雲女子大学、（東京大学）	九州大学、九州産業大学 福岡女子大学、福岡工業大学
スタッフ	常駐スタッフ8名 受付1名、事務1名	常駐3名 非常駐6名	常駐4名
施設	東京大学社会連携拠点内 （事務所スペース分負担）	空き店舗を市が賃貸 改修費、家賃等は市が負担	市契約の民間企業本社ビル 1階にテナント入居

出所）草津未来研究所編［2015］を一部修正

UDCBK（びわこ・くさつアーバンデザインセンター）の目的と役割

- 地域を知り、お互いを知る
  - 過去の庶民の暮らしの工夫や知恵を再発見
  - 地域の現在の状況及び課題を可能な限り把握
  - 個別の課題群を構造化し、複合化した課題として認識
  - 活動を通じてお互いを知り合う
- 未来のまちのイメージを共有する
  - 中長期的な視点を獲得
  - バックキャスティングにより将来へのインパクトが大きい課題を明確化
  - ステークホルダー間の利害を調整
- 新たな活動を創出する
  - 新たな活動の可能性を見出す
  - 未来のまちを創造する萌芽的活動を支援
  - 指標等を参照しながら、互いの活動を適宜調整

UDCの役割　地域を知り、お互いを知り、みんなで話し合って、未来のイメージから現在の課題を見つけ、 その課題を解決する活動を産みだすことを支援する。

地域を知る 互いを知る	未来のイメージの共有	新たな活動の創出
（学習・交流） 地域を知るためのワークショップやまちあるき **（調査研究）** ・各種統計データ等の収集 ・市政等の説明、解説、市民意識調査 ・課題の抽出・構造化	**（学習・交流）** ・未来のまちを考えるワークショップ ・ワールド・カフェ、シナリオ・ワークショップ、コンセンサス会議　等 **（調査研究）** ・合意形成プロセスの研究など	**（社会実験）** ・ワークショップ等の提案を実施 **（調査研究）** ・市民活動に関する調査研究など

出所）草津未来研究所編［2015］

参考文献・資料

石井春夫・金井昭典・石田直美［2008］『官民連携の経営学』中央経済社

岡田正大［2015］「CSVは企業の競争優位につながるか」『DIAMONDO ハーバード・ビジネス・レビュー』2015年1月号

介護労働安定センター編［2009～2016］『介護労働の現状について』

柏の葉ｱｰﾊﾞﾝﾃﾞｻﾞｲﾝｾﾝﾀｰ編［2015］『柏の葉アーバンデザインセンターの概要と活動』

草津未来研究所編［2015］「第2回草津市大学地域連携強化プラン懇話会資料」

草津未来研究所編［2016］「第4回草津市大学地域連携強化プラン懇話会資料」

公正取引委員会［2016］「介護分野に関する調査報告書（概要）」（平成28年9月5日）

田中滋・栃本一三郎編［2011］『介護イノベーション－介護ビジネスをつくる、つなげる、創造する－』第一法規

ご清聴ありがとうございました

31

１ミリでも進める「介護予防・生活支援」
～「全力応援」と「つかずはなれず支援」～

医療経済研究機構　研究部研究員兼研究総務部次長
さわやか福祉財団　研究アドバイザー
服部　真治

総合事業・生活支援体制整備事業に関する自治体からの声・疑問

- 多様な主体と言われても受け皿がない。ボランティアをしてくれる元気な高齢者など見当たらない。地域包括ケアという考え方自体が理念先行（or 机上の空論 or 絵空事）で、この町には当てはまらない。（地方：資源がない、人がいない。都市部：近隣関係が希薄）
- 既に地域にはたくさんの仕事をお願いしており、これ以上頼めない。市民からは「予算削減のために公的責任を押し付けるな」と反発を受けている。
- 介護をボランティアに任せて大丈夫か。事故があったら誰が責任を取るのか。（「介護」の定義、「ボランティア」の定義、新しい互助の必要性）
- 似たような会議ばかりで協議体を作る必要があるとは思えない。地域ケア会議との違いがわからない。何を議論してよいかもわからない。
- 生活支援コーディネーターも必要か。本来、社協の仕事。
- そもそも少人数（たった一人の場合も）で業務をこなしており、地域支援事業に取り組む時間などない・・・（このことは紛れもない事実）

⇒これらの声・疑問に答えられなくては、高齢者が不利益を被る。



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

目次

◆地域包括ケアシステムを進める社会的雰囲気の醸成

◆自立の合意形成

◆新しい互助

◆自治体にも「全力応援」と「つかずはなれず支援」

地域包括ケアシステムを進める
社会的雰囲気の醸成

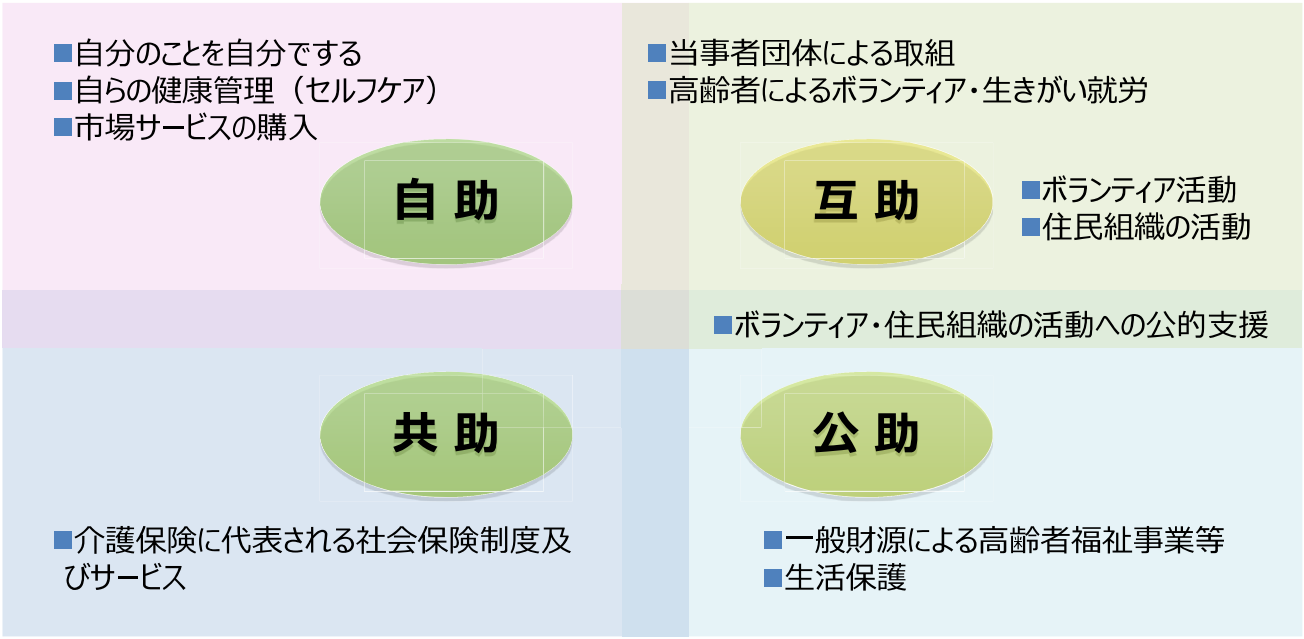
高齢者のケアは地域包括ケアシステムの牽引車

- 地域包括ケアシステムの構築は高齢者にとどまらない（⇒地域共生社会）。ただし、高齢者のケアは目の前の問題であり、当事者も多く、わかりやすい（はず）。
- しかし、実際には「言葉も知らない」「内容を知らない」「自分が何をすれば良いのか知らない」「具体的に行動していない」人が多い（川崎市「自分が何をすればよいのか知っている」1割。2025年の目標4割）　。
- 『丁寧に疑問に答える』『目線を合わせて阻害要因を取り除く』ことが必要。
- 『「世の中の雰囲気を最終的に決めていくカギを握るのは「ふつうの人たち」。この問題に特に親近感もないけど、特に嫌悪感もない。そういう人たちだと思っています。この人たちが社会的な雰囲気を決める。その人たちの目に触れておくこと、耳に届いておくこと。耳を傾けてみようかなという気持ちになっていただいていること。一度でもいいから、そうしたことに共感したという体験をその人自身の中に持ってもらっていること。その積み重ねが、最悪のときに抵抗線のラインを決めるんだというふうに思って、いまやっております。」』

引用元：
『』部は湯浅誠氏（社会活動家・法政大学現代福祉学部教授）「Yahoo!ニュース 個人」2016ベストオーサー受賞スピーチより（http://media.hateblo.jp/entry/2016/12/08/110530）

「自助・互助・共助・公助」から見た地域包括ケアシステム

◆ 自助、互助、共助、公助を担う全ての人たちに「具体的に行動してもらう」必要がある。



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

例：井上信宏教授によるQ&A①

◆ 地域包括ケアシステム とは 何ですか？

⇒地域包括ケアシステムとは、誰もが、住み慣れた家で、地域で、安心して暮らし続けることができるしくみ のことです。

⇒住み慣れた家で、地域で、安心して暮らし続けることは、私たちの多くが望んでいる「ふつうの幸せ」に過ぎません。

◆ 地域包括ケアシステム を考えなくてはならないのはなぜですか？

⇒「ふつうの幸せ」を手にするのが難しい時代になり、誰もが「生きづらさ」を抱えた生活を余儀なくされているからです。

⇒「生きづらさ」の根っこにあるのは〈ケア＝世話〉の問題 です。

◆ ケア＝世話〉の問題とは どのような問題ですか？

⇒〈ケア＝世話〉の問題 とは、

第１に、これまで以上に〈ケア＝世話〉が求められる場面が増えてくるという問題です。

第２に、にもかかわらず〈ケア＝世話〉の提供が減ってくるという問題です。

⇒〈ケア＝世話〉の問題 を浮き彫りにしたのは、急激に進展する「少子高齢化」です。

⇒地域包括ケアシステムを考えるというのは、少子高齢化のなかで、〈ケア＝世話〉が求められる場面が増えることに対して、どうやって対応するかを考えることに他ならないのです。

出典：信州大学経法学部　井上信宏教授　作成資料
（松本市地域包括ケア協議会 市民啓発講演会 2016 年7 月16 日）

例：井上信宏教授によるQ&A②

◆ 増大する〈ケア＝世話〉の必要に対して、どうすればいいのですか？

⇒少子高齢化のなかで、〈ケア＝世話〉が求められる場面が増えることに対応する方法は４つ。

第１に、〈ケア＝世話〉を必要とする状態をむやみに増やさないようにすること。

第２に、〈ケア〉に関わる人を増やして、数多くの〈ケア＝世話〉を寄せ集める方法を考えること。

第３に、寄せ集めた〈ケア＝世話〉を、必要としている人に対して効果的に割り当てること。

第４に、〈ケア＝世話〉の問題を家族の内部に留め置かないで、地域や社会で引き受けること。

◆ どうしてここまで〈ケア＝世話〉にこだわるのですか？

⇒〈ケア＝世話〉というのは、すぐに解決できるものから専門的なものまで一続きのものだからです。

⇒ この事実を踏まえると、ゴミ屋敷、高齢者虐待、介護殺人は「すぐ隣にある問題」なのです。

◆ 地域包括ケアシステム をどうやって作るのですか？

⇒〈ケア＝世話〉が求められる場面が増えることに対応する４つの方法に合わせた地域をつくるのです。・・・

出典：信州大学経法学部　井上信宏教授　作成資料
（松本市地域包括ケア協議会 市民啓発講演会 2016 年7 月16 日）

地域包括ケアシステムの一般的な説明

◆ 地域包括ケアシステムとは何か。今、なぜ地域包括ケアシステムなのか。

（平成２８年版厚生労働白書　P.147～）

（1）背景

疾病構造の変化や高齢化により「治し、支える医療」への転換と医療、介護、生活支援等の各種の多様なサービスにより、住み慣れた地域で尊厳ある暮らしの継続を図ることが求められている。

（2）定義

医療、介護、介護予防、住まい、生活支援の5つの要素が連携しながら在宅生活を支える仕組み。

（3）社会保障改革プログラム法制定の経緯

急速な少子高齢化の中、社会保障制度を持続可能なものとするための改革の方向性を示すもの。

（4）地域医療介護総合確保基金

基金により地域包括ケアシステムの構築に向けた地域での事業を支援。

（5）「地域包括ケアシステム」の実現に向けた道のり

団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年を見据えて、2018（平成30）年度に一定の完成形となるよう改革を実施。

地域包括ケアシステムの一般的な誤解

◆ 国にお金がないから①（病院、施設はコストが高いから）

⇒（反論）過疎地域、豪雪地帯では在宅サービスは成り立たない。むしろ1か所に集めてサービスをした方が移動コストは安い。病院、施設が高いから在宅というのは安易。まず、病院、施設のケアを効率化すべき。

◆ 国にお金がないから②（軽度者の給付を削らなくてはならないから。海外は要介護３以上）

⇒（反論）介護予防を重視するのではなかったのか。嘘つき。軽度の段階で手当てした方が安い。お金がないからボランティアにやらせようとは、厚労省はボランティアを蔑視し、安上がりの道具だと思っている。

◆ 本人は施設を望んでいないから。

⇒（反論）理想的とは思うが非現実的。家族に負担を押し付けるのか（介護離職）。どのような状態像なら施設が許されるのか。独居の認知症は不可能ではないか。サービス付高齢者向け住宅に移り住んで在宅サービスを利用することと施設は何が違うのか。（私は有料老人ホームに入るから大丈夫（某市某部長））。

◆ 2025年に医療介護の需要が爆発的に増えるから。

⇒（反論）地方では既に高齢者数はピークで当てはまらない。施設も足りている。地域包括ケアシステムは都市部モデルで私たちのまちには関係ない。

地域包括ケアシステムの構築について

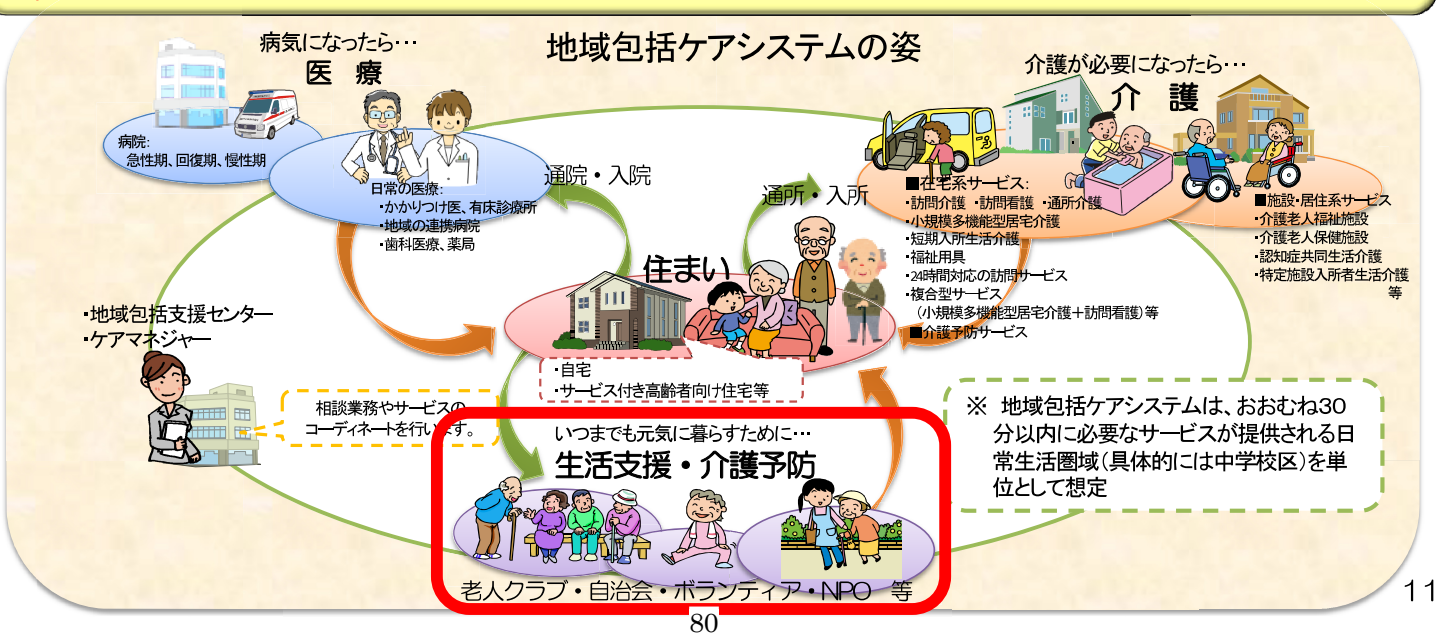
厚生労働省資料

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を実現**。

○ 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。

○ 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**。

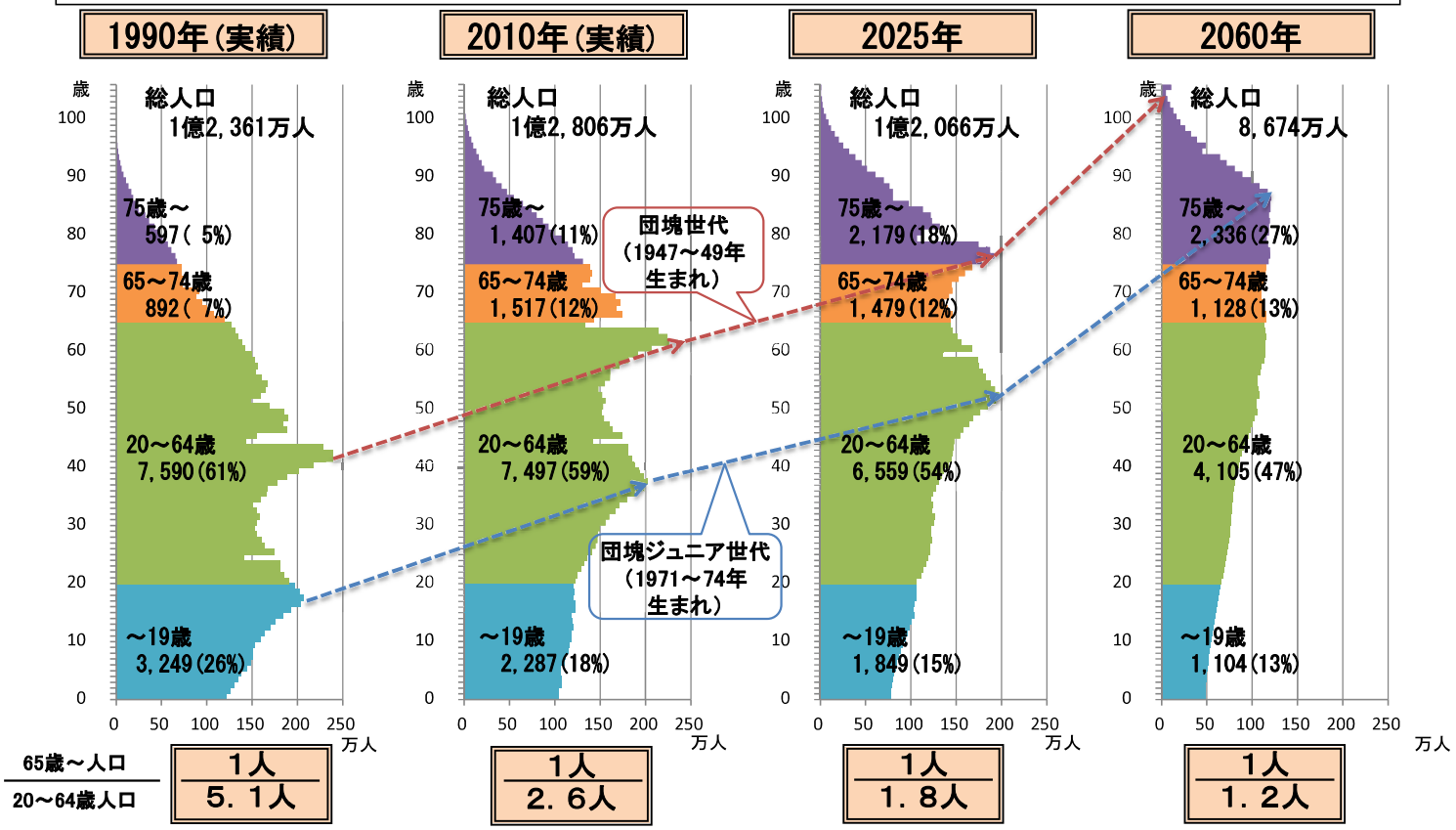
○ 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要。



人口ピラミッドの変化（1990～2060年）

厚生労働省資料

○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2．6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1．2人で支える社会構造になると想定

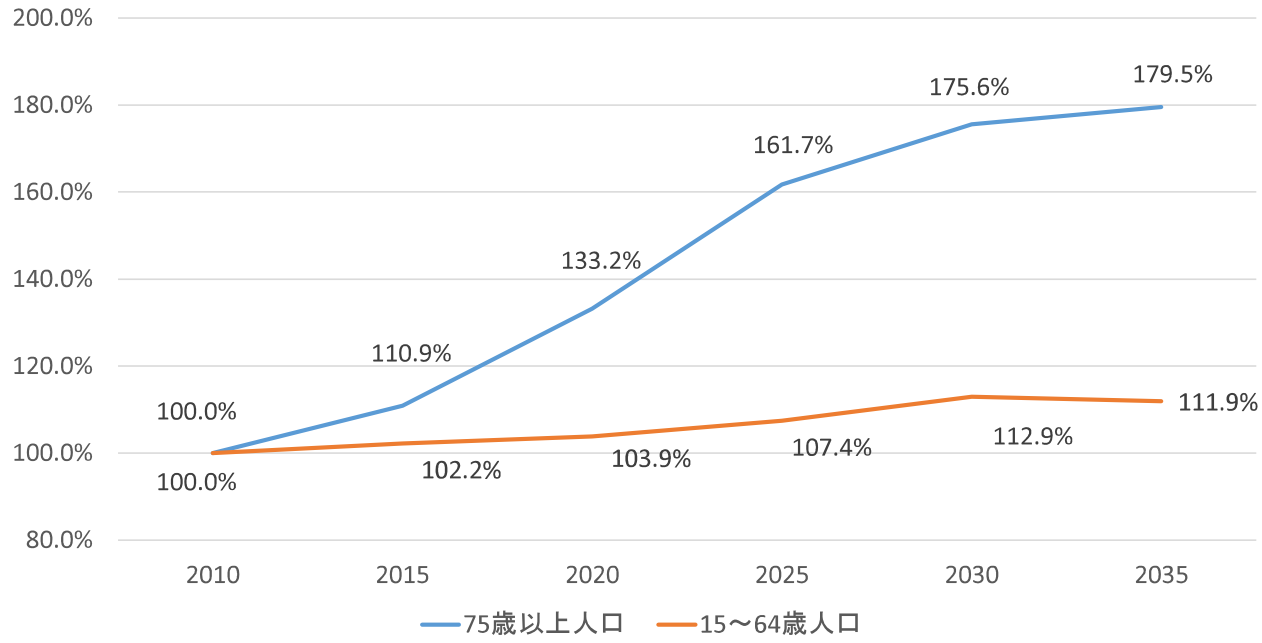


（出所） 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）：出生中位・死亡中位推計」（各年10月1日現在人口）

12

福岡県福津市の人口推移

○要介護リスクが高くなる後期高齢者（75歳以上）人口は、2035年まで急上昇。
○生産年齢（15-64歳）人口は2030年まで微増するが、後期高齢者人口とのギャップは大幅に拡大。
○それに加え、単身世帯・高齢者のみ世帯が増加すれば、生活支援ニーズは増加。

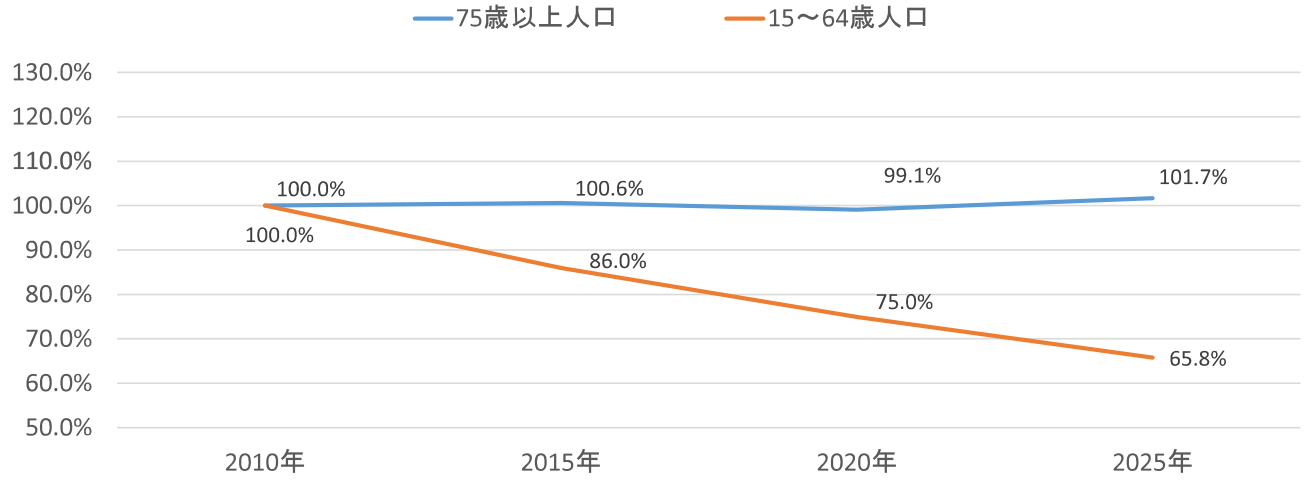


（出典）2010年：総務省「国勢調査」、2015年：住民基本台帳、2020年以降：福津市人口ビジョン（案）
※2010年を100とした場合の2035年までの推計値

三重県紀南介護保険広域連合の人口推移

○要介護リスクが高くなる後期高齢者（75歳以上）人口は、ほぼ横ばい。
○生産年齢（15-64歳）人口は継続的に減少し、後期高齢者人口とのギャップは拡大。
○それに加え、単身世帯・高齢者のみ世帯が増加すれば、生活支援ニーズは増加。

<紀南介護保険広域連合の生産年齢人口と後期高齢者人口の推移>

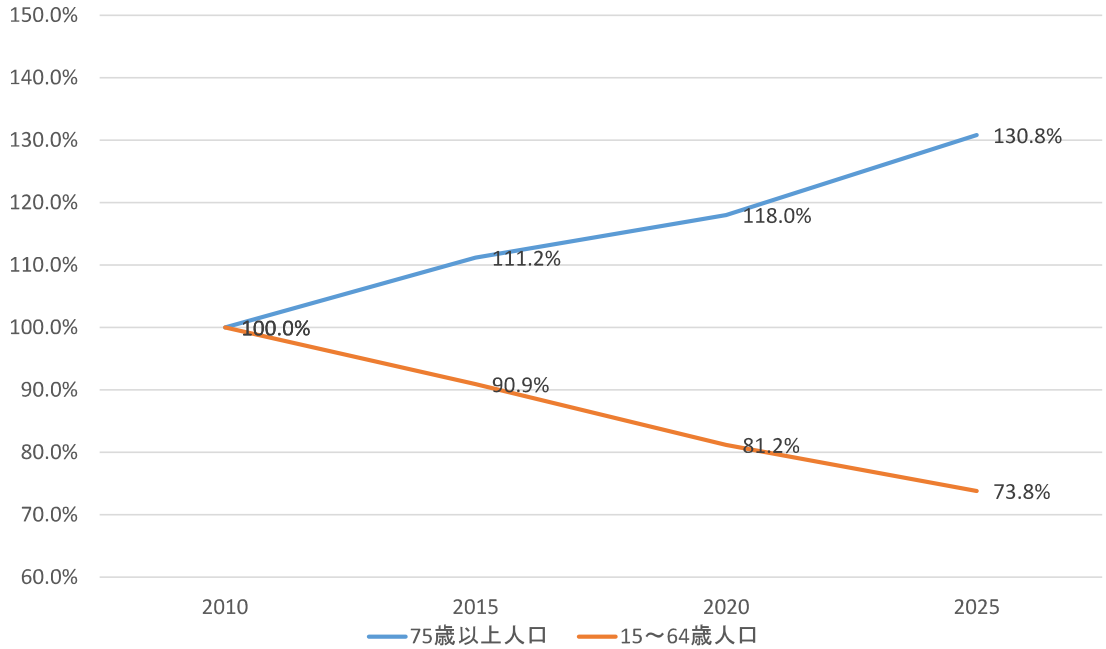


	2010年	2015年	2020年	2025年
人口総数	42,116	38,654	35,162	31,704
75歳以上人口	7,835	7,884	7,765	7,970
15～64歳人口	23,255	19,997	17,433	15,297

出所：2014年まで住民基本台帳数値 10月1日現在
2015年以降推計数値(紀南介護保険広域連合第6期介護保険事業計画より)
※2010年を100とした場合の2025年までの推計値

北海道函館市の人口推移

○要介護リスクが高くなる後期高齢者（75歳以上）人口は、2025年まで急上昇。
○生産年齢（15-64歳）人口は2025年まで急減し、後期高齢者人口とのギャップは大幅に拡大。
○それに加え、単身世帯・高齢者のみ世帯が増加すれば、生活支援ニーズは増加。



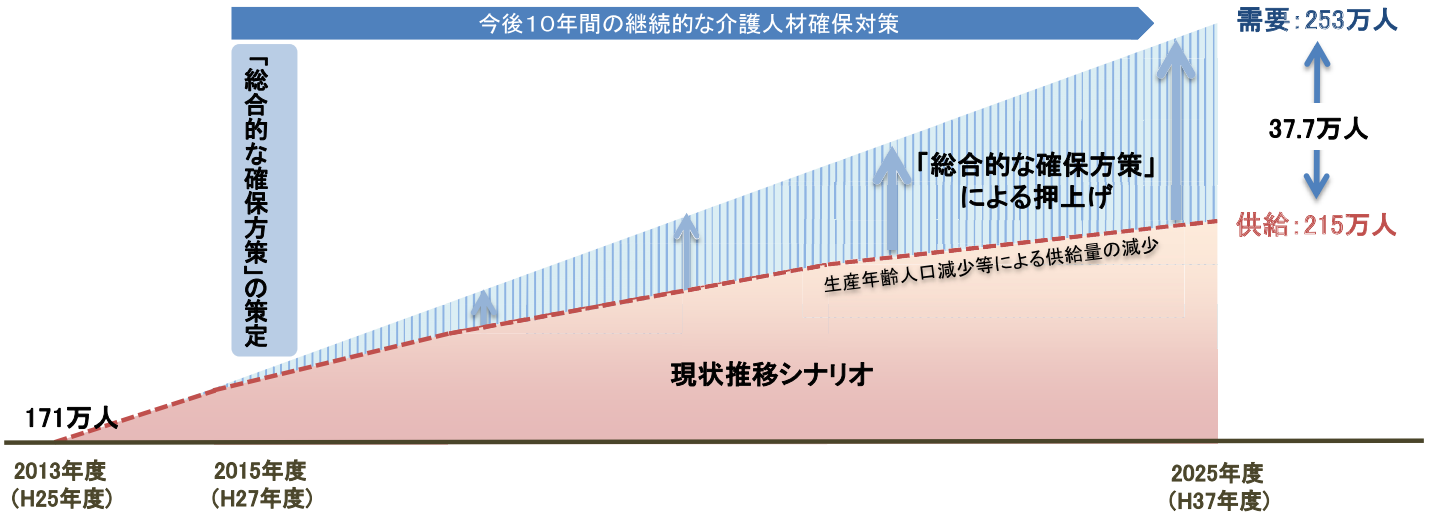
（出典）第７次函館市高齢者保健福祉計画・第６期函館市介護保険事業計画（平成27年度～平成29年度）より

2025年に向けた介護人材にかかる需給推計

厚生労働省資料

○ 都道府県推計に基づく介護人材の需給推計における需給ギャップは37.7万人（需要約253万人、供給約215万人）
○ 都道府県においては、第6期介護保険事業支援計画に需給推計結果に基づく需給ギャップを埋める方策を位置付け、2025（平成37）年に向けた取組を実施。
○ 国においては、国会に提出中の「社会福祉法等の一部を改正する法律案」による制度的対応や、都道府県が地域医療介護総合確保基金を活用して実施する具体的な取組などを含めた施策の全体像（「総合的な確保方策」）を取りまとめ、2025（平成37）年に向けた取組を総合的・計画的に推進。
○ 3年1期の介護保険事業計画と併せたPDCAサイクルを確立し、必要に応じて施策を充実・改善。

介護人材にかかる需給推計結果と「総合的な確保方策」（イメージ）



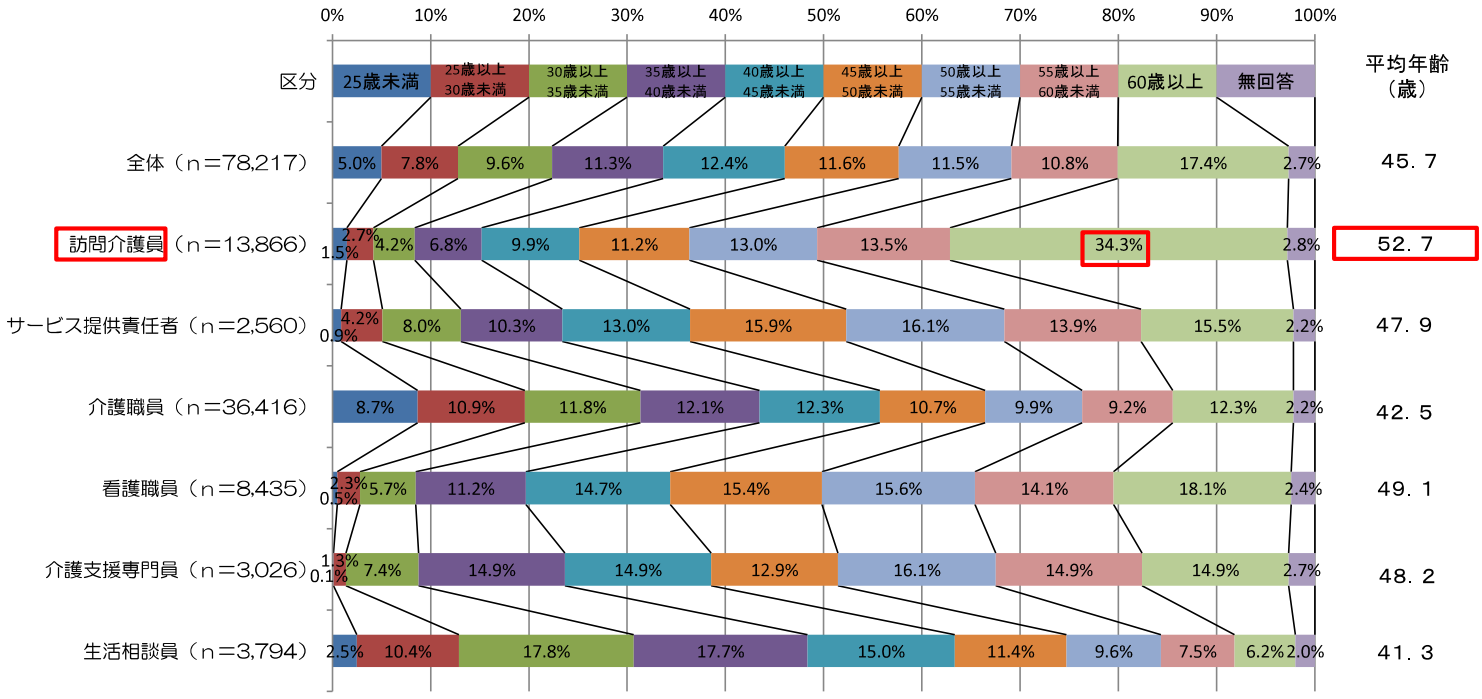
注1） 需要見込み（約253万人）については、市町村により第6期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み量等に基づく推計
注2） 供給見込み（約215万人）については、現状推移シナリオ（近年の入職・離職等の動向に将来の生産年齢人口の減少等の人口動態を反映）による推計（平成27年度以降に追加的に取り組む新たな施策の効果は含んでいない）
注3） 「医療・介護に係る長期推計（平成24年3月）」における2025年の介護職員の需要数は237万人～249万人（社会保障・税一体改革におけるサービス提供体制改革を前提とした改革シナリオによる。現状をそのまま将来に当てはめた現状投影シナリオによると218万～229万人。推計値に幅があるのは、非常勤比率の変動を見込んでいることによるもの。同推計及び上記の推計結果のいずれの数値にも通所リハビリテーションの介護職員数は含んでいない。）

16

介護関係職種別の年齢階級別構成割合及び平均年齢の比較

厚生労働省資料

○ 訪問介護員の平均年齢は５２．７歳、６０歳以上の構成割合が３割を超えている。（平成26年10月1日時点）

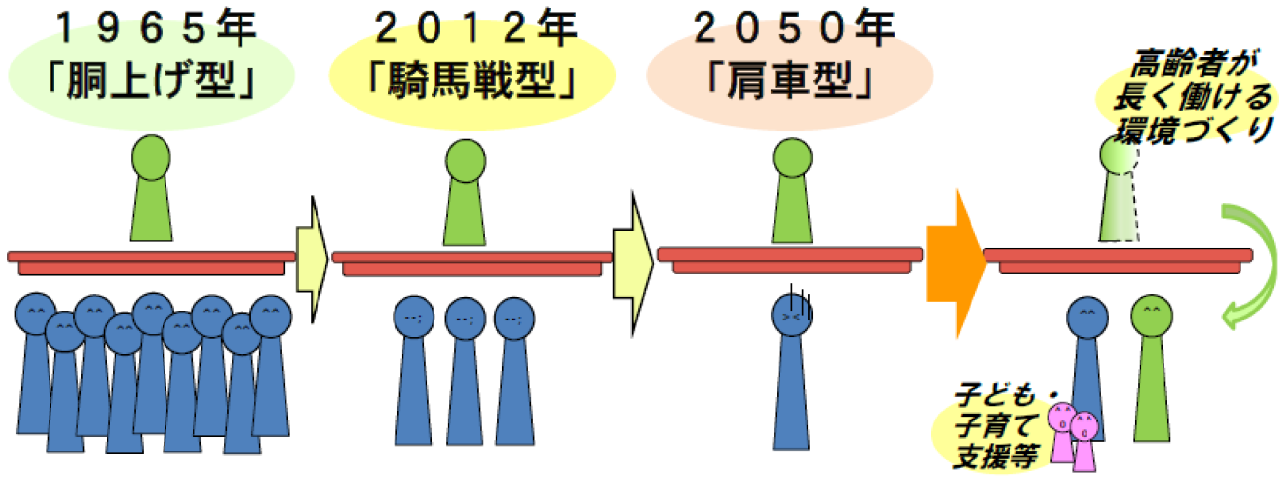


【出典】平成２６年度介護労働実態調査

17

厚生労働省資料

「肩車型」社会へ

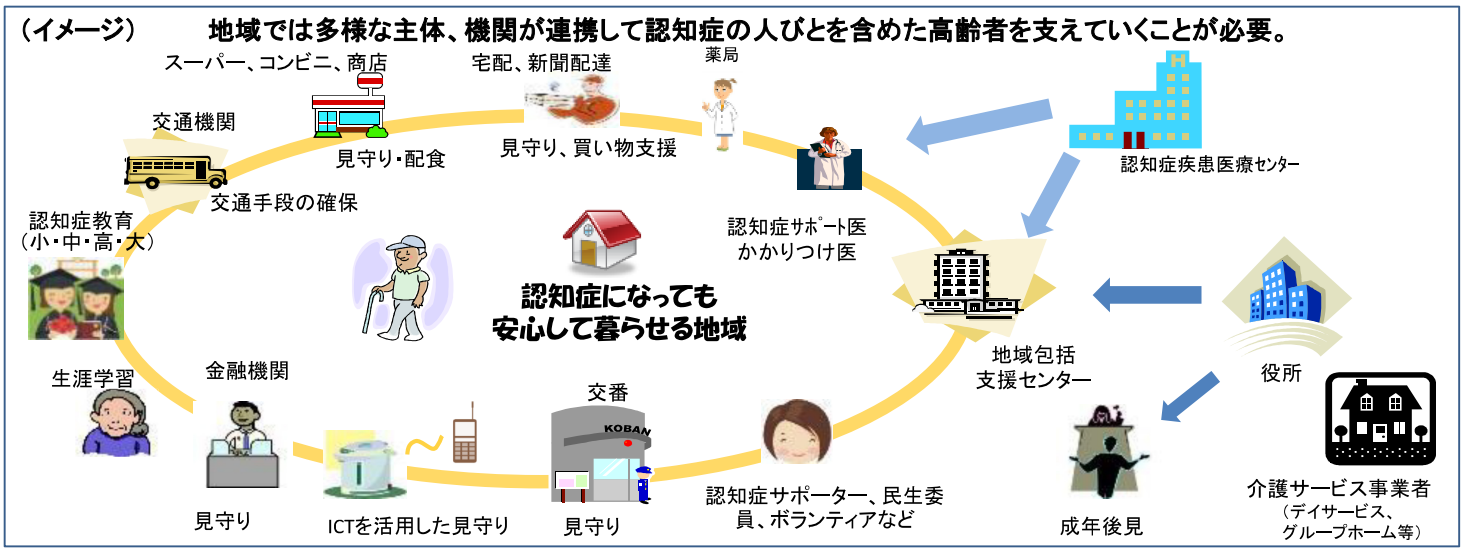


65歳以上1人に対して、20～64歳は	65歳以上1人に対して、20～64歳は	65歳以上1人に対して、20～64歳は	社会保障改革により、支え手を少しでも増やす努力が必要
9.1人	2.4人	1.2人（推計）	

社会全体で認知症の人びとを支える

厚生労働省資料

○社会全体で認知症の人びとを支えるため、介護サービスだけでなく、地域の自助・互助を最大限活用することが必要。



市町村が中心となって日常生活圏域等で認知症の人びとの見守り等を含めた自助・互助のネットワークを作る

関係府省と連携し、地域の取組を最大限支援

関係団体や民間企業などの協力も得て、社会全体で認知症の人びとを支える取組を展開

介護保険制度の基本理念

厚生労働省資料

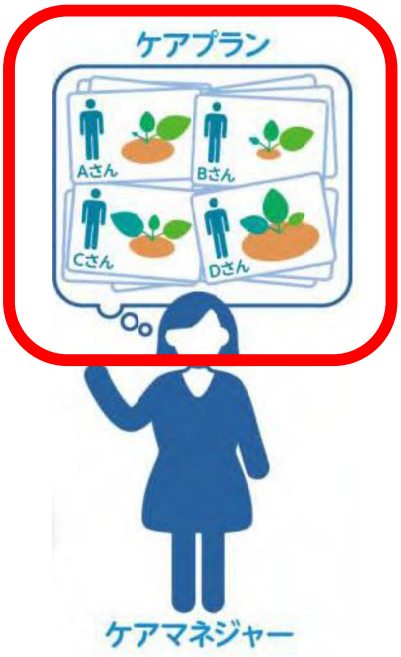
第一章　総則
(目的)
第一条　この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が**尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう**、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(国民の努力及び義務)
第四条　国民は、**自ら要介護状態となることを予防するため**、加齢に伴って生じる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努める とともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、**その有する能力の維持向上に努めるものとする。**
2　国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする

20

地域包括ケアシステムの植木鉢





出典：地域包括ケア研究会報告書
左図　「地域包括ケアシステムと地域マネジメント（平成28年3月）」
右図　「地域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点（平成25年3月）」

地域包括ケアシステム構築はマクロとミクロから

- 地域包括ケアシステムは、量的・質的調査等により地域の課題・ニーズを把握し、計画的に構築していくことが重要。（＝マクロの視点）
- なぜ「施設から在宅へ」が進まないのか。施設介護にあって、在宅介護にないものがあるからではないか。施設との比較で、地域に何が足りないのかを把握することも必要（＝小山剛さん）。
- 一方で、目の前の人の幸せを追求し、今、使える資源をフル活用してできる限りの支援をしつつ、不断の改善を重ねた結果としてもたらされるものが地域包括ケアシステムとも言えるのではないか（地域包括ケアシステムの植木鉢は一人一人異なる）。（＝ミクロの視点）
- そのように考えると、一人一人に対する「より良いケア」の集合体が地域包括ケアシステムの姿とも言えるのではないか。良いとされる地域の地域包括ケアシステムのモデルを模倣したところで、それが望ましいシステムであるとは限らない。（＝好事例の限界）
- その人を見つめて、その人が今より少しでも幸せになることを追求すれば、例えば、在宅か施設かも状態像などで決まるわけではなく、その人によって異なり、施設の方が良いことも当然あり得る。
- 施設整備もミクロの視点が必要ではないか。特養の待機者とは、つまり在宅での生活の継続が難しくなっている人。この人たちを徹底的に分析し、定期巡回や小規模多機能などで可能なことがわかれば、その整備量も決めることができる。
- 「2025年を目途」は反論を生む。2025年をなんとか乗り越えられるシステムを構築すれば良いのか。2030年、2040年の方がもっと厳しい環境なのではないか。より良いケアは、限りなく追求されるべきことを強調すべきではないか。

さらに、メゾを焦点に

- 地域福祉の分類軸

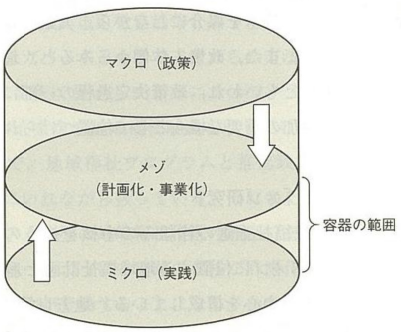
・マクロ…制度、政策
・メゾ…計画化、事業化
・ミクロ…実践（現場、相談など）

- 「地域マネジメント」はメゾの議論が不十分。今後、地域共生を目指す上で大きな不安材料
- ケアマネジメントに類似しているとするなら、特に「プラン原案の作成」「サービス担当者会議」などにあたるプロセスを具体的に示す必要がある。実態についての分析、既存の仕組みの整理・体系化、改善案の提示が必要

⇒例えば、以下のような装置はあるが、それらが市町村の計画化、事業化にどのように寄与しているのかが見えていない（和光市はそれを明示）。

・介護保険運営協議会
・地域包括支援センター運営協議会
・地域密着型サービス運営推進会議
・地域ケア推進会議
・第１層の協議体
・在宅医療介護連携推進会議　など

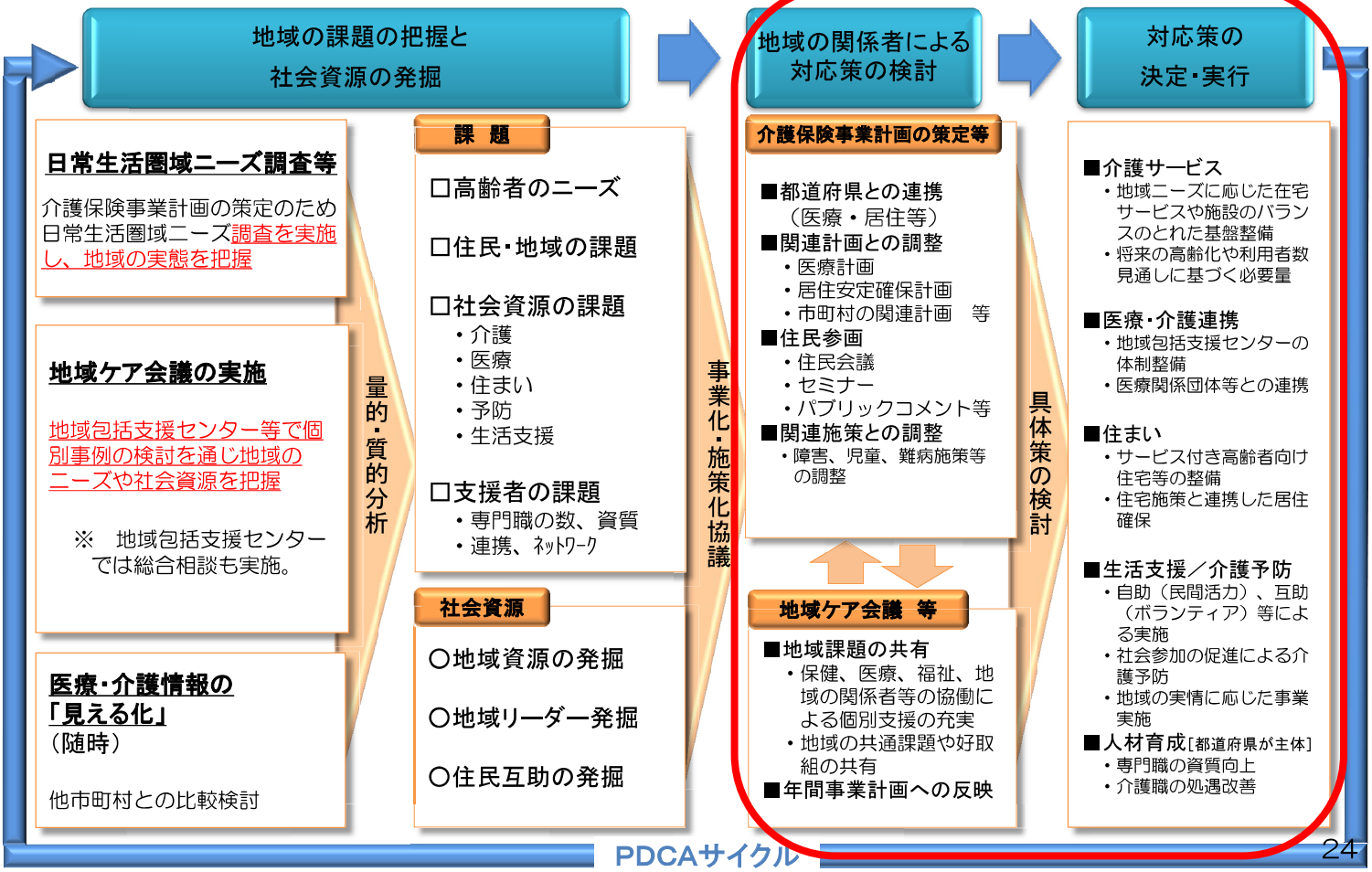
図３−５　メゾ研究と容器の範囲



出典：平野隆之「地域福祉推進の理論と方法」有斐閣

市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス（概念図）

厚生労働省資料



24

自立の合意形成

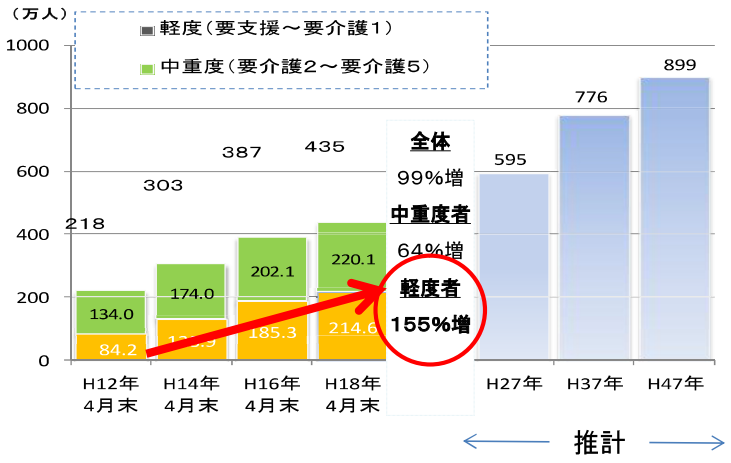
介護予防導入の経緯（平成18年度創設）

厚生労働省資料

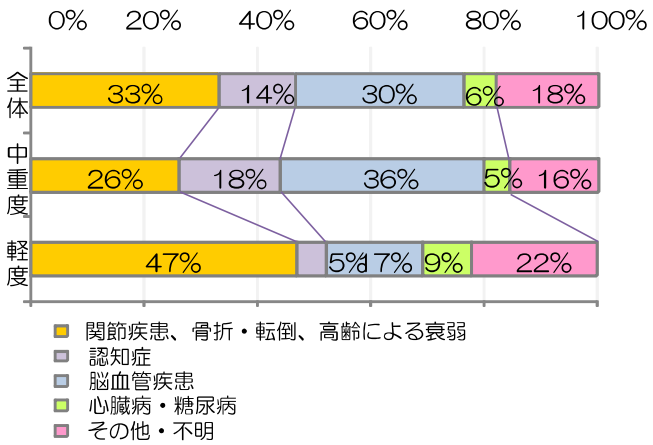
○ 要支援・要介護１の認定者（軽度者）の大幅な増加。
○ 軽度者の原因疾患の約半数は、体を動かさないことによる心身の機能低下。

定期的に体を動かすことなどにより予防が可能！ → 予防重視型システムの確立へ

要介護度別認定者数の推移



要介護度別の原因疾患



厚生労働省「平成１６年国民生活基礎調査」

介護予防事業（地域支援事業）
非該当者

重度化防止 / 改善促進

予防給付
要支援者

重度化防止 / 改善促進

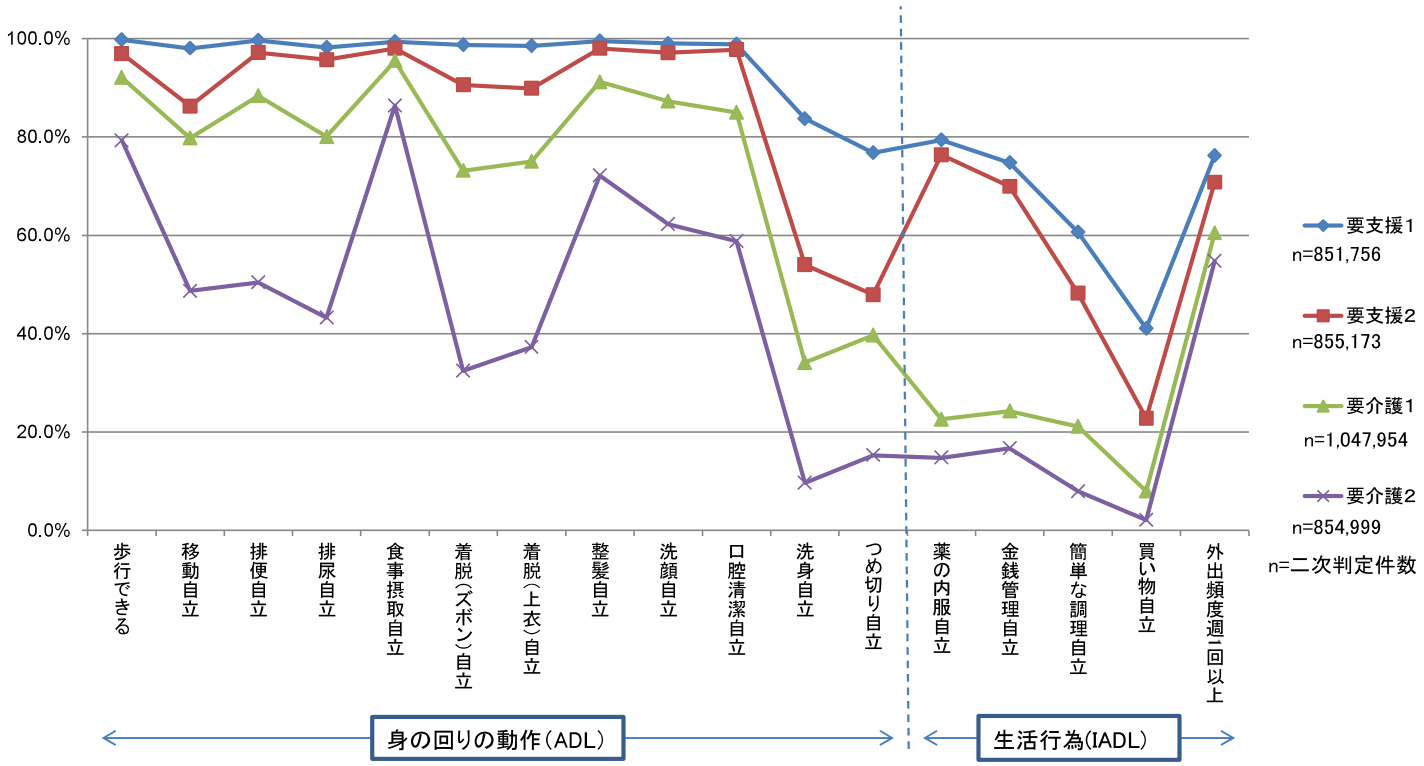
介護給付
要介護者

26

（参考）要支援1～要介護2の認定調査結果

厚生労働省資料

要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。

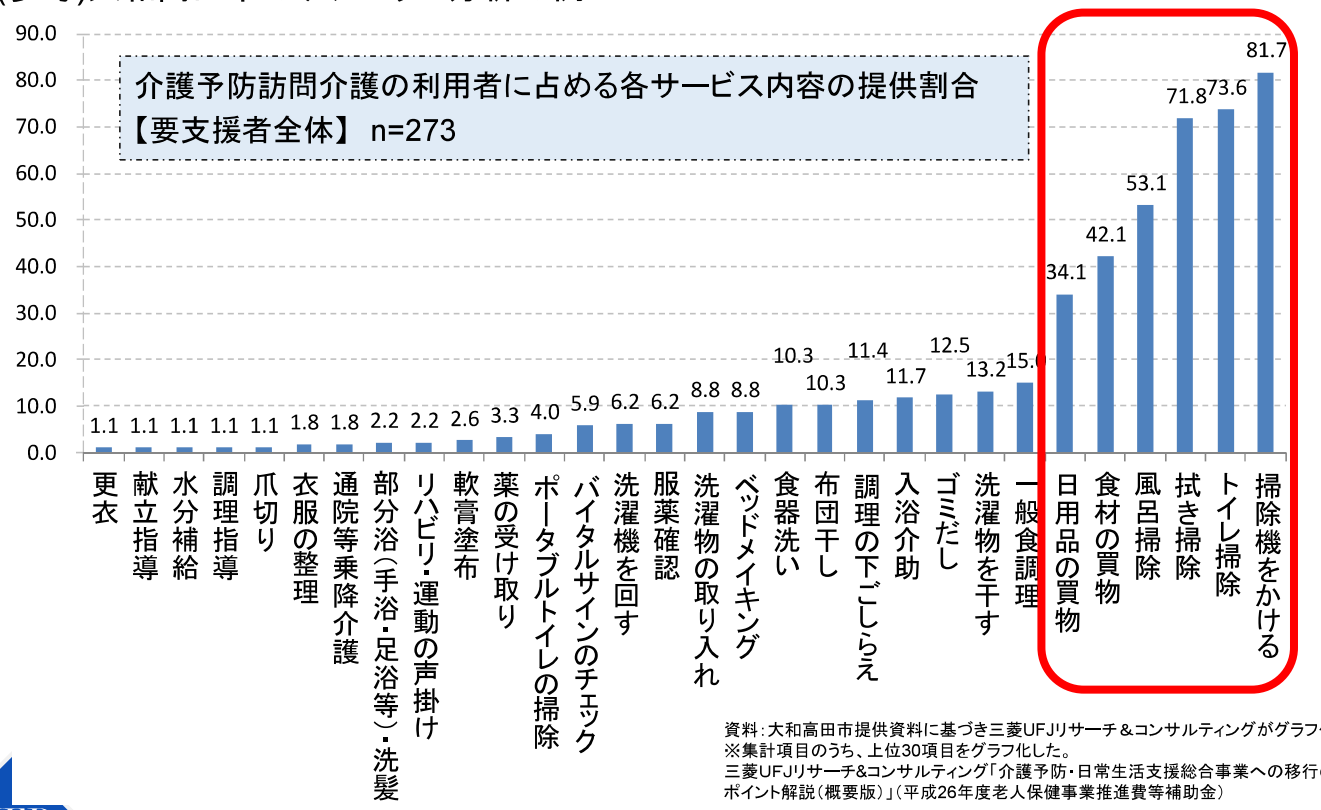


※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。
※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果（出典：認定支援ネットワーク（平成24年2月15日集計時点））

27

要支援者は、IADLの一部に援助を要する人が多い

(参考)大和高田市のケアプラン分析の例



資料:大和高田市提供資料に基づき三菱UFJリサーチ&コンサルティングがグラフ化
※集計項目のうち、上位30項目をグラフ化した。
三菱UFJリサーチ&コンサルティング「介護予防・日常生活支援総合事業への移行のためのポイント解説(概要版)」(平成26年度老人保健事業推進費等補助金)

具体的事例(地域ケア会議で検討したケアプラン)

大分県作成資料

利用者の状態 : **生活の不活発により下肢機能の低下が顕著(要支援2)**
利用者の課題 : **入浴ができない**(入浴できるようになる余地あり)
認定期間 : **6ヶ月**

ケアマネが立てた目標

清潔の保持に努める(安全に入浴する)

あいまいな目標
デイに行けば即達成
※代表的な目標例

サービス内容

6ヶ月後評価困難

デイサービスで週2回風呂に入る

問題点

お世話なしには生活できない

デイサービスでは入浴できても自宅では入浴ができない

見落とし多数!!

✖ **お世話型のケアマネジメント**

・根本的な課題解決になっていない。
・介護サービスが生活の不活発を助長 → 重度化の恐れ

ケア会議で修正した目標

具体的
6ヶ月後評価可能

6ヶ月後
自分で入浴することができる

ケア会議でのアドバイス(PT・OT・ST・歯科・栄養 等)

- デイサービスで下肢筋力の強化と入浴動作の訓練を行ってみては?
- 浴室の住宅改修や入浴補助用具の購入を検討しては?
- **低栄養では?BMIは?食生活は?**
- **歯・口腔・嚥下の状態は?**
- 薬の服用状況は?

サービス内容の見直し　再アセスメント

○ **自立支援型のケアマネジメント**

根本的な原因に対するアプローチと、残存機能の維持・向上・悪化の防止

◆要介護度の改善　◆自立した生活

29

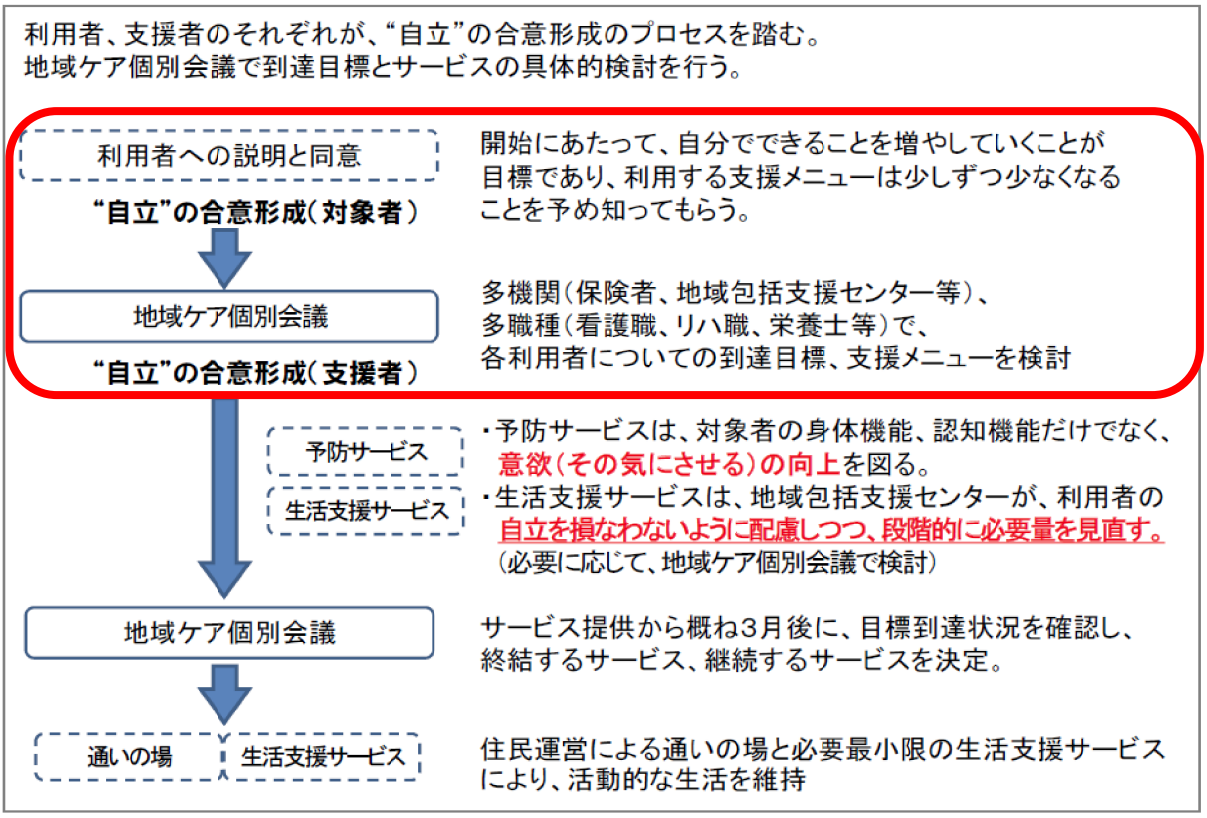
「介護予防支援」とは何なのか

◆ 「介護予防支援」なのに「介護予防」を「支援」しない地域包括支援センターやケアマネジャーと、それを容認する保険者

（これまでに耳にした生の声　※もちろん全て実話です）
・「自立支援」の定義をいつまでも示さない国が悪い。
・日々、歳を取っていくのに良くなるはずがない。状態を維持できているだけでも御の字。
・保険料を払っているのだから、給付は権利。「ご利用者様」の望み（掃除をしてほしい）を叶えて喜んでいただいているのに、なぜ非難されるのか。
・本人はともかく家族の要求がすさまじい。そんなに言うなら自分でやってみれば良い。
・デイサービスでお友達もできて、生き生きと暮らされている。急にデイサービスを辞めたら、閉じこもりになってしまう。
・人材も予算も乏しく、地域包括支援センターは地域の法人に委託するしかないが実態は赤字。母体法人に利益を上げてもらう必要があり、自立支援は諦めている。（首都圏の某自治体担当者）

⇒「自立支援」＝「自己決定」ではない。力のないケアマネジャーは「本人や家族が希望したから」を根拠にする。自己決定への依存は危うい。

自立の合意形成



出典：株式会社日本総合研究所（2014）：平成25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分）介護サービス事業所による生活支援サービスの推進に関する調査研究事業「要支援者の自立支援のためのケアマネジメント事例集」

「ケアマネジメント支援」の全体像

厚生労働省資料

基本的な考え方

○ ケアマネジメントが、生活を継続するために利用者の課題を解決するプロセスであるとすれば、「ケアマネジメント支援」とは、このプロセスが適切に機能するよう支援することであると言える。

○ したがって、ケアマネジメント支援とは、介護支援専門員に対する直接的支援のみならず、事業者や市民など、地域を対象として介護予防・自立支援の認識を深めることによって、地域におけるケアマネジメントに対する理解を推進し、介護支援専門員がより専門性を発揮できる土壌を整備し、介護支援専門員の実践力を高めることを基本的な考え方とする。

ケアマネジメント支援の取組の全体像

地域のケアマネの現状把握	地域における共通課題の把握	地域における意識の共有化	実践力の養成
ケアマネジメント支援の取組を検討するための基礎的情報として、市町村内の居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員の状況を把握する。	関係機関との連携等において介護支援専門員が共通して抱えている課題(ニーズ)を把握する。 具体的には、連携等が難しいと関している機関や人々、その原因を明らかにする。	介護支援専門員と、サービス事業所、医療機関等との間で、専門職連携の体制を構築することにより、意識の共有化を行う。 また、地域住民の介護予防・自立支援に関する認識を高める。	介護支援専門員に対する研修の実施等を通じて、地域における介護予防・自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める。
【具体例】 ・ 介護支援専門員数 ・ 主任介護支援専門員数 ・ 新任の介護支援専門員数 ・ 新たに市町村内で勤め始めた介護支援専門員数	【具体例①】 主治医との連携が出来ていない。 【具体例②】 終末期に対応したケアが出来る事業者が少ない。 【具体例③】 利用者の意向が強く、意向のみに基づくｻｰﾋﾞｽ提供となっている。	→ 【具体例①】 医療機関や事業所と、居宅介護支援事業所の間において、「顔の見える関係」を作る場を設け、利用者の支援のための課題について、共有化を図る。 → 【具体例②】 利用者を対象とした介護予防・自立支援に関する出前講座を企画。	【具体例】 ・ 研修会の開催。 ・ 地域ケア会議における多職種連携によるケース検討を実施。 ・ 支援困難事例の個別相談会を開催。

32

大阪府大東市の「自立支援」の定義

○総合事業を開始するにあたって、約半年間かけて保険者と地域包括支援センター、ケアマネジャー等で「自立支援」の定義を議論、決定。
○そのプロセスこそが大東市の総合事業が順調に実施されている基盤になっている。

個人因子と環境因子の双方から個人を知り、それを本人だけでなく、

・膝が痛い
・認知症

・坂の上に家がある
・親族が遠い

家族、近隣住民を含めた支援者で共有し、本人の能力・意欲を最大

・友人、隣人
・民生委員
・老人クラブ

・残存能力（まだできること）
・目標に向けたやる気
・できそうな可能性

限に引き出し、その人らしいいきいきとした生活を送ることができる環境

・諦めてきたやりたいことを再びできる生活
（お店に行き、自分の好みなものを買う）

・物理的環境
（座ったまま掃除）
・人的環境
（ほめる、応援する）

を整えること。

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

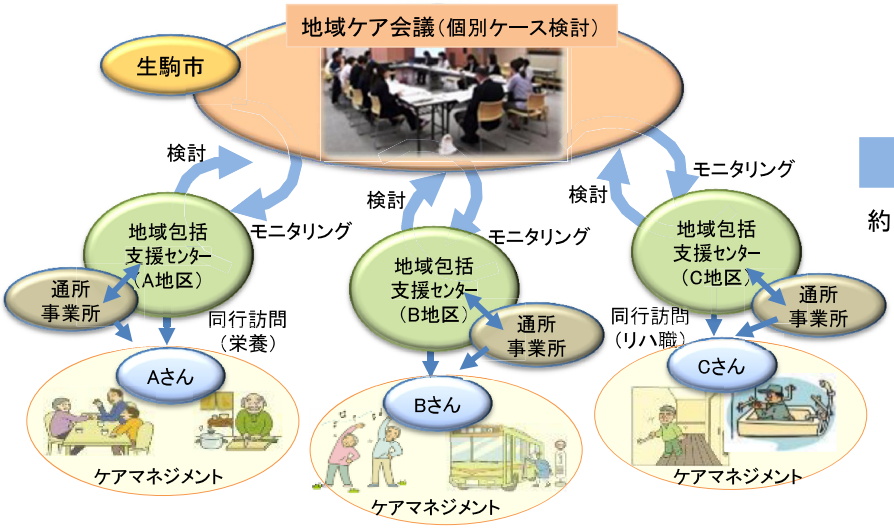
厚生労働省資料

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

【ここがポイント！】

①ケース検討は、要点を押さえる。漫然と行わない。（1事例15分以内）
②1事例につき、初回、中間、最終の最低3回検討。（モニタリングが重要）
③疾患別等に体系化して集中議論で効率化
④継続（毎月1回）

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



約1年後



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

平成25年4月1日現在

○地域包括支援センター

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

○通所事業所

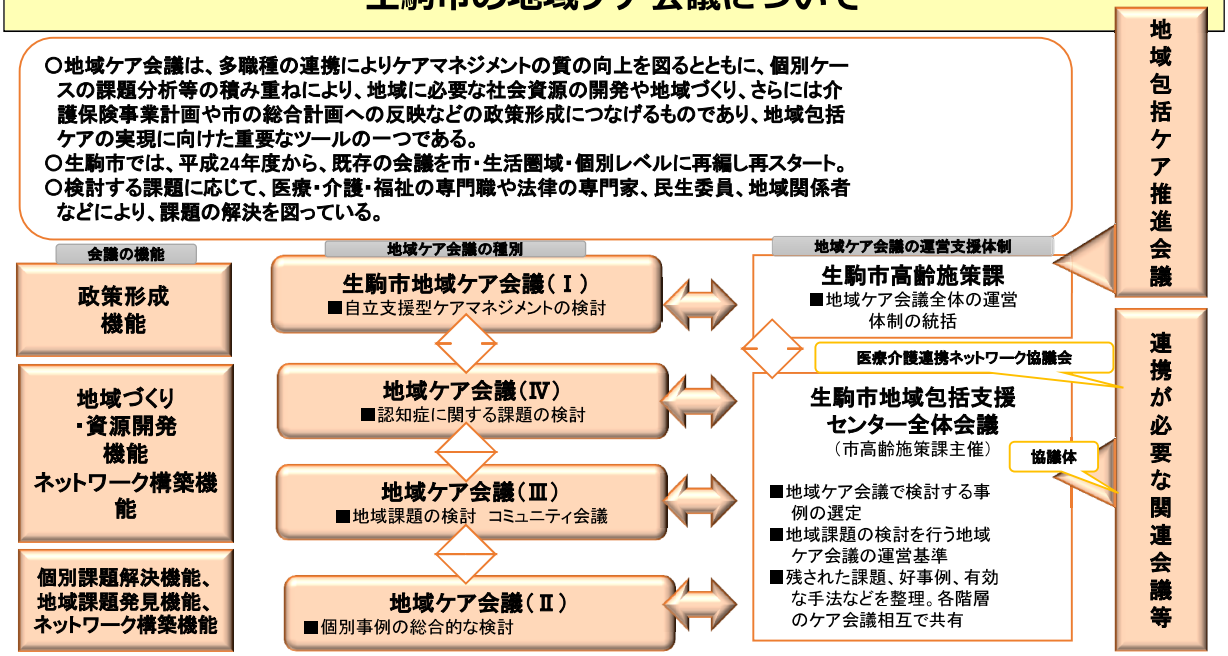
- 自立支援の視点が定着
- アセスメント力が向上
- 的確な個別プログラムが立てられる
- 通所の“卒業”の意識が定着
- 通所卒業を念頭に置いて居場所と役割づくりを並行して行うようになり、“卒業”を達成できる

34

奈良県生駒市資料

生駒市の地域ケア会議について

○地域ケア会議は、多職種の連携によりケアマネジメントの質の向上を図るとともに、個別ケースの課題分析等の積み重ねにより、地域に必要な社会資源の開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画や市の総合計画への反映などの政策形成につなげるものであり、地域包括ケアの実現に向けた重要なツールの一つである。
○生駒市では、平成24年度から、既存の会議を市・生活圏域・個別レベルに再編し再スタート。
○検討する課題に応じて、医療・介護・福祉の専門職や法律の専門家、民生委員、地域関係者などにより、課題の解決を図っている。



35

地域ケア会議の種類（強引な分類）

◆ 地域ケア個別会議

①困難事例検討

②ケアマネジメント支援（要支援者対象、徐々に要介護２程度まで）

※和光市型を独立した場合。ただし包括ごとには開催されていない。

③ケアマネジメント支援（要介護度を限定しない）

④圏域レベルの地域課題の検討（その時々でテーマは様々）

※④は一般的に包括で行われており、老健局は個別会議に分類しかし、対象が「個人」か「地域」かで「個別」と「推進」を分けるなら、⑤と結合し、推進会議に分類すべき。

◆ 地域ケア推進会議

⑤市レベルの地域課題（テーマ別）の検討（例：在宅医療介護連携））

⑥施策検討、市町村への政策提言

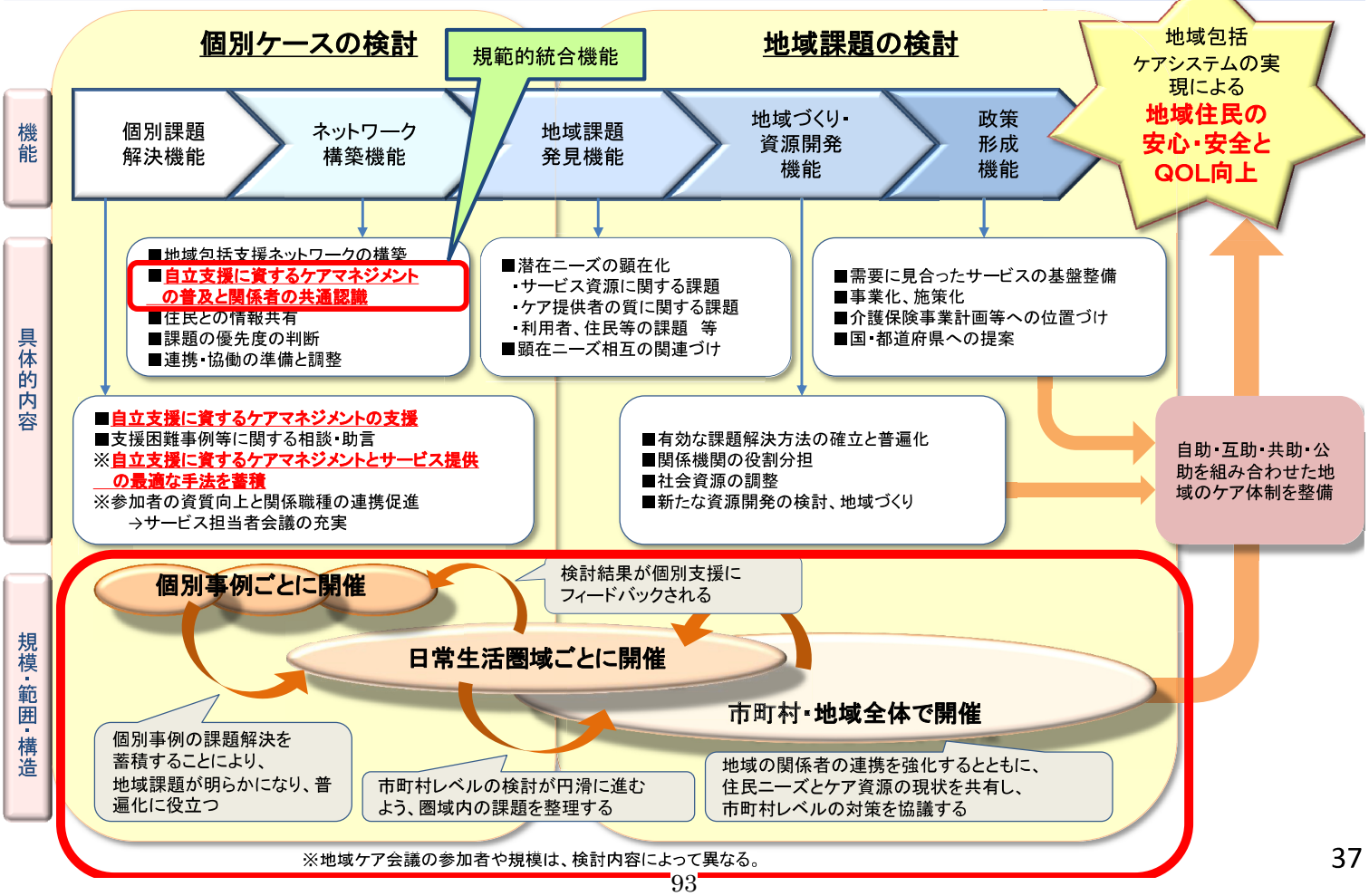
⑦社会資源の創出

※ただし、⑦「社会資源の創出」は新たに生活支援体制整備事業で「協議体」が設けられている。⑤も在宅医療介護連携推進事業や認知症総合支援事業での会議もある。

⇒地域ケア会議は標準化するかどうかは別としても整理、体系化が必要。（メゾ）

「地域ケア会議」の5つの機能

厚生労働省資料



※地域ケア会議の参加者や規模は、検討内容によって異なる。

地域ケア個別会議は繰り返し、頻回に

9. 地域ケア会議の実施状況

○ 地域ケア会議の活動状況は、事例検討は比較的多くの市町村で行われていたが、地域課題の検討や、施策検討などは未だ低調であった。

（1）地域ケア会議の活動状況

①地域ケア個別会議

（日常生活圏域レベルにおいて地域包括支援センターが主催し、個別課題の解決等を行う。）　（自治体）

事例検討	ネットワーク構築	ケアマネジメント支援	地域課題の把握	地域課題の検討
70	56	59	60	30

②地域ケア推進会議　※ 複数回答

（市町村レベルにおいて地域包括支援センター又は市町村が主催し、地域づくり・資源開発等を行う。）　（自治体）

ネットワーク構築	地域課題の把握	地域課題の検討	施策検討	市町村への政策提言	社会資源の創出
38	43	38	17	11	12

※ 複数回答

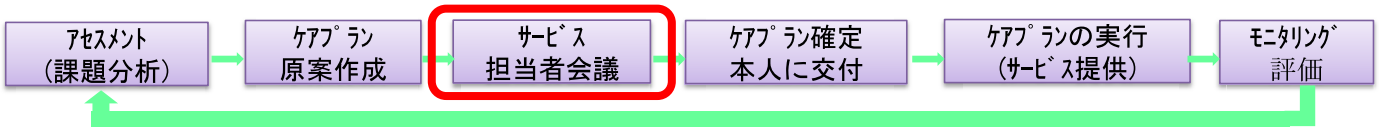
（2）地域ケア会議の１自治体当たり開催回数等（平成27年度）

	開催回数	取扱ったケアプラン数
地域ケア個別会議	３６.０回	７９.７件
地域ケア推進会議	５.７回	

出典：第６５回社会保障審議会介護保険部会資料　参考資料２より抜粋

アセスメントを多職種で

- 日本のケアマネジメントはケアプラン原案作成までを一人で行う仕組み（サービス担当者会議はケアマネジャーが作成する原案に基づき、関係する担当者が召集される）。



- 制度としては、「認定審査会の意見」という補完機能が組み込まれていたが、残念ながら機能していない。
- 地域ケア会議はこの弊害を是正しつつ、会議形式にすることで規範的統合を図る機能も果たしているが、一方でケアマネジャーの負担も大きく（精神的にも時間的にも）、全てのアセスメントを地域ケア会議で行うことも疑問。
- アセスメントのために入所するかどうかはともかく、地域にアセスメントチームを設置することを推奨すべきか。地域包括支援センターの３職種と地域リハビリテーション活動支援事業によるリハ職等の派遣を組み合わせれば、今からでも始められる。初回のみチームで行うなど運用上の工夫も検討できる。

総合事業の介護予防ケアマネジメント

◆ 給付のケアマネジメント（居宅介護支援、介護予防支援）

・「必ず給付管理」「プロセス固定」「決算主義」

・インフォーマルサービスだけでは評価されない。まず給付（「共助」）。足りなければ「自助」「互助」「公助」となりやすい。

・「プロセス固定」なので、「杖一本」でも毎月、介護報酬発生

・ケアプランを作れば作るほど利益（⇒プラン数制限）

◆ 総合事業の介護予防ケアマネジメント（第１号介護予防支援事業）

・「給付管理不要」「プロセス柔軟」「予算主義」

・インフォーマルサービスのみの利用でも評価。まずは自助から。

・その人に合わせて柔軟に支援

・予算の中で工夫

ケアマネジメント実施体制

厚生労働省資料

<table>
<tr><td colspan="2">対象者</td><td>要支援者等（※1）</td><td>要介護者</td></tr>
<tr><td colspan="2">ケアマネジメントの実施主体（※2）</td><td>地域包括支援センター</td><td>居宅介護支援事業所</td></tr>
<tr><td colspan="4">ケアマネジメントの類型</td></tr>
<tr><td></td><td>給付のみ利用する場合</td><td rowspan="2">保険給付
（介護予防支援）
（※3、※4）</td><td>保険給付
（居宅介護支援）</td></tr>
<tr><td></td><td>給付と事業併用する場合</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td>事業のみ利用する場合</td><td>総合事業による実施
（介護予防ケアマネジメント）</td></tr>
</table>

※1要支援者及び基本チェックリストに該当した総合事業対象者。
※2 介護保険施設、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、特定施設入居者生活介護に関しては、その施設等に従事する介護支援専門員等がケアプラン作成を実施。
※3地域包括支援センターが指定介護予防支援事業所として実施
※4 介護予防支援については、居宅介護支援事業所に委託も可

総合的かつ効率的に提供されるよう…①

介護保険法（平成9年法律第123号）　抜粋

（介護保険）
第二条　介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

２　前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

３　第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

４　第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

総合的かつ効率的に提供されるよう…②

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営等に関する基準について（平成11年7月29日老企第22号）　抜粋

第2　指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準

1　基本方針
　介護保険制度においては、要介護者である利用者に対し、個々の解決すべき課題、その心身の状況や置かれている環境等に応じて保健・医療・福祉にわたる指定居宅サービス等が、多様なサービス提供主体により総合的かつ効率的に提供されるよう、居宅介護支援を保険給付の対象として位置付けたものであり、その重要性に鑑み，保険給付率についても特に10 割としているところである。
　基準第1 条第1 項は，「在宅介護の重視」という介護保険制度の基本理念を実現するため、指定居宅介護支援の事業を行うに当たってのもっとも重要な基本方針として、利用者からの相談、依頼があった場合には、利用者自身の立場に立ち、常にまず、その居宅において日常生活を営むことができるように支援することができるかどうかという視点から検討を行い支援を行うべきことを定めたものである。
　このほか、指定居宅介護支援の事業の基本方針として、介護保険制度の基本理念である、高齢者自身によるサービスの選択、保健・医療・福祉サービスの総合的、効率的な提供、利用者本位、公正中立等を掲げている。介護保険の基本理念を実現する上で、指定居宅介護支援事業者が極めて重要な役割を果たすことを求めたものであり、指定居宅介護支援事業者は、常にこの基本方針を踏まえた事業運営を図らなければならない。

新しい互助

サービスの類型

厚生労働省資料

○　要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、総合事業で多様なサービスを提供していくため、市町村は、サービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要。そこで、地域における好事例を踏まえ、以下のとおり、多様化するサービスの典型的な例を参考として示す。

①訪問型サービス

※　市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

○　訪問型サービスは旧介護予防訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
○　多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。

基準	従前の訪問介護相当	多様なサービス			
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）	③訪問型サービスB（住民主体による支援）	④訪問型サービスC（短期集中予防サービス）	⑤訪問型サービスD（移動支援）
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース （例） ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者　等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、「多様なサービス」の利用を促進	住民主体による支援等	・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6ヶ月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助（助成）	直接実施／委託	
基準	旧予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者（例）	訪問介護員（訪問介護事業者）	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職（市町村）	

厚生労働省資料

②通所型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

○ 通所型サービスは、旧介護予防通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
○ 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスを想定。

基準	従前の通所介護相当	多様なサービス		
サービス種別	① 通所介護	② 通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）	③ 通所型サービスB（住民主体による支援）	④ 通所型サービスC（短期集中予防サービス）
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助（助成）	直接実施／委託
基準	旧予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者（例）	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 ＋ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職（市町村）

③その他の生活支援サービス

○ その他の生活支援サービスは、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援（訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等）からなる。

46

住民主体の生活支援に関する論点

- 他人の掃除や洗濯を継続的に無償で行うボランティアは想定できるか
  ⇒シルバー人材センターなら許されるのか
  ⇒有償ボランティアをどのように扱うのか
- 昔の日本に戻ることか①（近隣）
  ⇒今さら、五人組、向こう三軒両隣を復活できるか
- 昔の日本に戻ることか②（家族）
  ⇒やはり、同居家族がいることを前提にするのか（日本式在宅介護）
- 「システム化された互助」の意味
  ⇒やらされる互助ではないはず（市民提案型補助金の可能性）
- 都市部で互助の推進は可能か。
  ⇒むしろ地方の人手不足の方が深刻（「村納め」も視野）
  都市部には様々な技能を持った元気な高齢者が多数、存在
- 「公平性」のシフト。「互助」に、既存の「公平」の概念は当てはまらない。
  ⇒どこでも誰でも同じサービスが受けられることは「公平」ではない。
  支援の姿勢（マネジメント）を「公平」にする。
- 住民主体の生活支援を広げるための条件
  ⇒キーワードは「危機感、課題の共有」「方針の明示」「自由」「適切かつ多様な中間支援」「広報」「デザイン（見た目の訴求力）」

補論：生活援助は給付であるべきか

- 生活援助は在宅の要介護高齢者にとって必要不可欠な支援。
- 要介護１、２と３以上の生活援助の扱いを変える根拠は乏しい。
- 一方で、要支援者だけ助けるボランティアはいない（B型D型普及の阻害要因）
- 介護人材の不足は特に地方で非常に深刻になっている。
- 介護保険の生活援助は他の資源で代替可能になってきている。

買い物	宅配サービス、移動販売、近所で連れ合っての買い物　等
調理	冷凍食品、スマイルケア食、コンビニ等の惣菜、配食サービス、会食会、おかずのおすそわけ　等
掃除	便利屋、シルバー人材センターのワンコインサービス、ご近所のお手伝い　等
洗濯	リネン会社等によるランドリーサービス　等

- 将来は地域支援事業に移行して枠を確保し、地域で創意工夫すべきか。
- せめて、掃除や洗濯が１割負担であることを見直すべきではないか。

各国の身体介護、家事援助、生活支援一覧表（抜粋）

身体介護（在宅）	訪問型	食事介助
		入浴介助
		排泄介助
		清拭
		身体整容
		衣服着脱
		体位変換
		服薬介助（準備と確認）
		起床・就寝介助
		リラックス・ストレッチ
家事援助	訪問型	掃除
		洗濯
		買物
		調理（あたためのみも含む）
		配下膳（片づけ）
		ベッドメイク

生活支援	くらし型	安否確認	見守り・安否確認
			電話による安否確認
		外出支援	移動支援（その場所まで連れて行く）
			病院・市役所への付添（説明）
		日常生活支援（日常的な困りごと支援）	ゴミ出し
			一時的な家事支援
			手紙や電話の音読・代筆（異文化交流・通訳・翻訳含む）
			簡単な修理・手入れ（家・道具）
			犬の散歩
			認知症者の見守り
		精神的支援	話し相手（友愛訪問）
			散歩同行
			家族支援
			臨終の付添い
			グリーフケア
		孤立防止（自立支援）	引っぱり出し支援（孤立防止）
			ネットワーク・コーチング
			家計自己管理支援
			自助グループ（クライアントグループ含む）
	交流型	社会的交流	活動センター（公共が場を提供）
			趣味、教養アクティビティ
			屋外アクティビティ（体操、ガーデニング、遠足）
			認知症カフェ
			各種カフェ（PCカフェも）
			起業・就労支援
	福祉サービス型	福祉サービス	アラーム及び緊急時対応
			配食サービス
			予防訪問
			住宅改修
			補助器具
			移動支援（タクシー券付与）
			移動支援（マイクロバス同乗、運転。路線バス同乗）
			各種相談
			預貯金管理・契約代理（権利擁護）

出典：東京家政大学人文学部准教授　松岡洋子氏作成資料を一部抜粋（国際長寿センター（2016）平成27年度老人保健健康増進等事業「地域のインフォーマルセクターによる高齢者の生活支援、認知症高齢者支援に関する国際比較研究」p.109-110）

介護事業所によるA型サービスの現状

【メリット】
・比較的短期間で創出可能（主に介護事業所との調整のみ）
・新たな担い手（例：資格を持たない者）を活用可能
・事故時の対応、質の確保等は従前相当と同等
・単価を引き下げることで事業費を抑制可能
【デメリット】
・従前相当と類似したサービスであるため、利用者像の違いも曖昧
・老計１０号の範囲内のサービスに限定されるため、範囲を超えた多様なニーズへの対応は不可
・担い手の確保に時間を要する
・事業費の抑制効果はごく限定的
・単価設定によっては、住民主体の活動を抑制

多様な価値観を持つ多様な主体が、協働して課題解決に向かうために必要な条件

1. 直面している危機的状況が、分かりやすく可視化されていること（→**共有**）

2. 解決すべき課題が、具体的に示されていること（→**目標**）

3. 何をするかが、多様な価値観・多様な主体の当事者に任されていること（→**自由**）

出典：信州大学経法学部　井上信宏教授　作成資料
（松本市地域づくり関係職員研修会 2016 年8 月20 日）

総合事業における補助の考え方①

○介護保険法施行規則

第百四十条の六十二の三　　法第百十五条の四十五第一項 本文の厚生労働省令で定める基準は、次のとおりとする。

一　法第百十五条の四十五第一項第一号 に規定する第一号 事業（以下「第一号事業」という。）を提供する際には、市町村又は地域包括支援センターが、同号に規定する居宅要支援被保険者等（以下「居宅要支援被保険者等」という。）の意思を最大限に尊重しつつ、当該居宅要支援被保険者等の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、適切な介護予防支援又は同号二に規定する第一号介護予防支援事業（以下「第一号介護予防支援事業」という。）による援助を行うこと。

二　市町村が、法第百十五条の四十五第一項 に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「介護予防・日常生活支援総合事業」という。）を実施する際には、補助その他の支援を通じて、地域の人材や社会資源の活用を図るよう努めるものとすること。

総合事業における補助の考え方②

地域支援事業実施要綱（老発第０６０９０００１号　平成１８年６月９日）

・(d)について

補助（助成）の方法で事業を実施する場合について、当該補助（助成）の対象経費や額等については、立ち上げ支援や活動場所の借り上げの費用、間接経費（光熱水費、サービスの利用調整等を行う人件費等）等、様々な経費について、市町村がその裁量により対象とすることを可能とするが、ボランティアがサービス提供する場合には、その人件費等は補助の対象とすることはできない。また、施設整備の費用（軽微な改修は除く。）、直接要支援者等に対する支援等と関係ない従業員の募集・雇用に要する費用、広告・宣伝に要する費用等も対象とすることはできない。運営費の一部を補助するものであるが、例えば補助率を設定せずに年定額での補助を行うことも可能である。

なお、住民主体の自主的な取組や活動を阻害しないよう、実施主体の活動内容については、過去に国庫補助金等から一般財源化された事業も含めて実施を妨げるものではない。

必要な支援は、お金とは限らない

場所・備品の手配

空き教室や商店街の空きスペースなど、活用できる場所が地域にあっても、場所によっては利用のルールが柔軟でない場合もある。また、体操教室の道具やDVDプレーヤー、配食のための調理器具など、備品の費用の捻出に苦労するケースもある。

広報支援

広報のノウハウがないために、活動が地域に広がっていないケースも多い。団体に対し広報ツールを提供する、行政側でリスト化してPRする、広報誌等で活動をとりあげる等の方法がある。特に、活動が評価されるような取組は担い手の動機づけにもつながる。

専門職の派遣

リハビリ職等を体操教室に派遣し体操の仕方を指導する、配食団体に対し栄養士が助言するといったこと等が考えられる。ただし、専門職は貴重な資源であることに留意が必要。広くうすく張り付ける方法を検討する必要がある。

資源同士をつなぐ

NPO・ボランティアなどの機能的団体は、地縁団体や行政との関わりが少ないことが多い。地域の中で活動する団体・事業者等が交流する機会をもつことで、新たな活動のアイデアが生まれることもる。第２層協議体の重要な役割でもある。

出典：三菱ＵＦＪリサーチ＆コンサルティング副主任研究員　齋木由利氏作成資料

「全力応援」とは

ただで借りられる調理場所は見つかったけど、道具代の捻出が難しい。 → 道具代の補助

助け合いの仲間を増やしたいけど、どうやって募集すればいいの？ → 広報の支援

介護予防に効果のある体操を教えてくれる人はいないだろうか？ → 専門職の派遣

＋

活動の中で起きる困り事は、“住民任せ”にせず協力して対応

住民主体の活動では対応が難しい困難ケースが生じることも多い。こういう時に全面的にバックアップすることで、**「何かあれば助けてもらえる」**という安心感が活動を継続させる。また、**活動の中の困りごとは、新たな活動の種になる**こともある。

（例）最近、認知症症状のある人がサロンに来るようになり対応に困っている。

↓

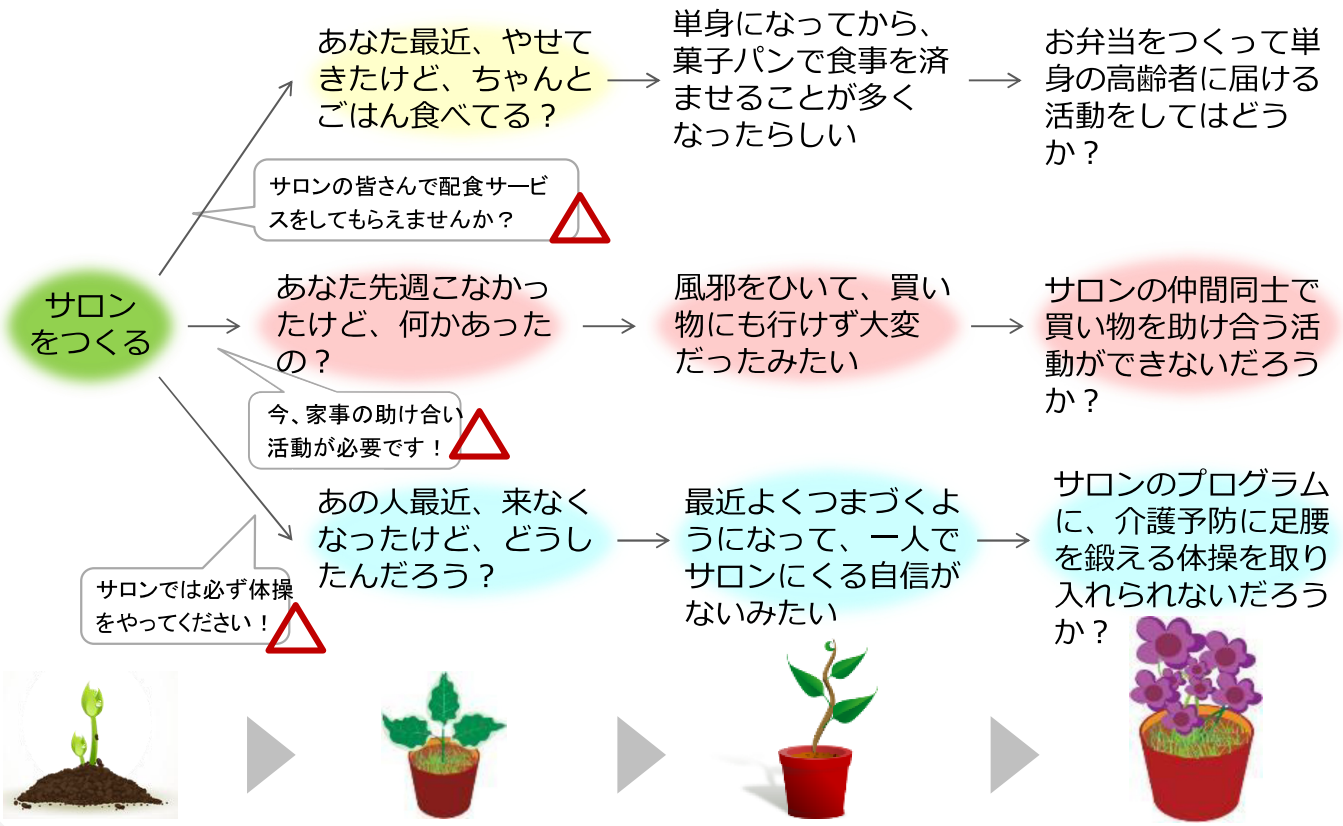
困ったことがあれば、包括等で対応し、必要なサービスにつなげる仕組みを構築。

↓

サロンで認知症サポーター講座を開催し、軽度なら受け入れられるよう体制を強化。

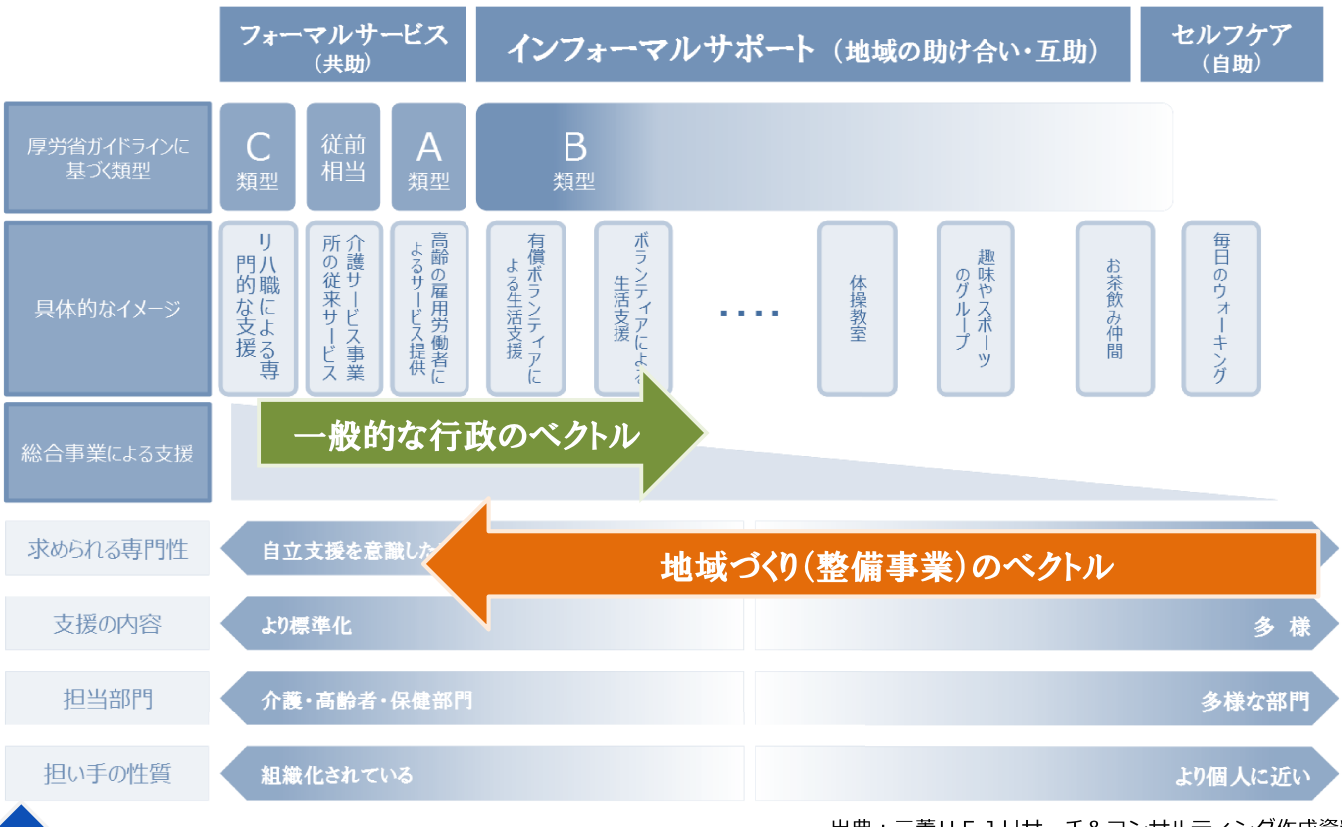
出典：三菱ＵＦＪリサーチ＆コンサルティング副主任研究員　齋木由利氏作成資料

「住民主体の原則」を貫き、“つかずはなれず”支援



出典：三菱ＵＦＪリサーチ＆コンサルティング副主任研究員　齋木由利氏作成資料

地域づくりのベクトル

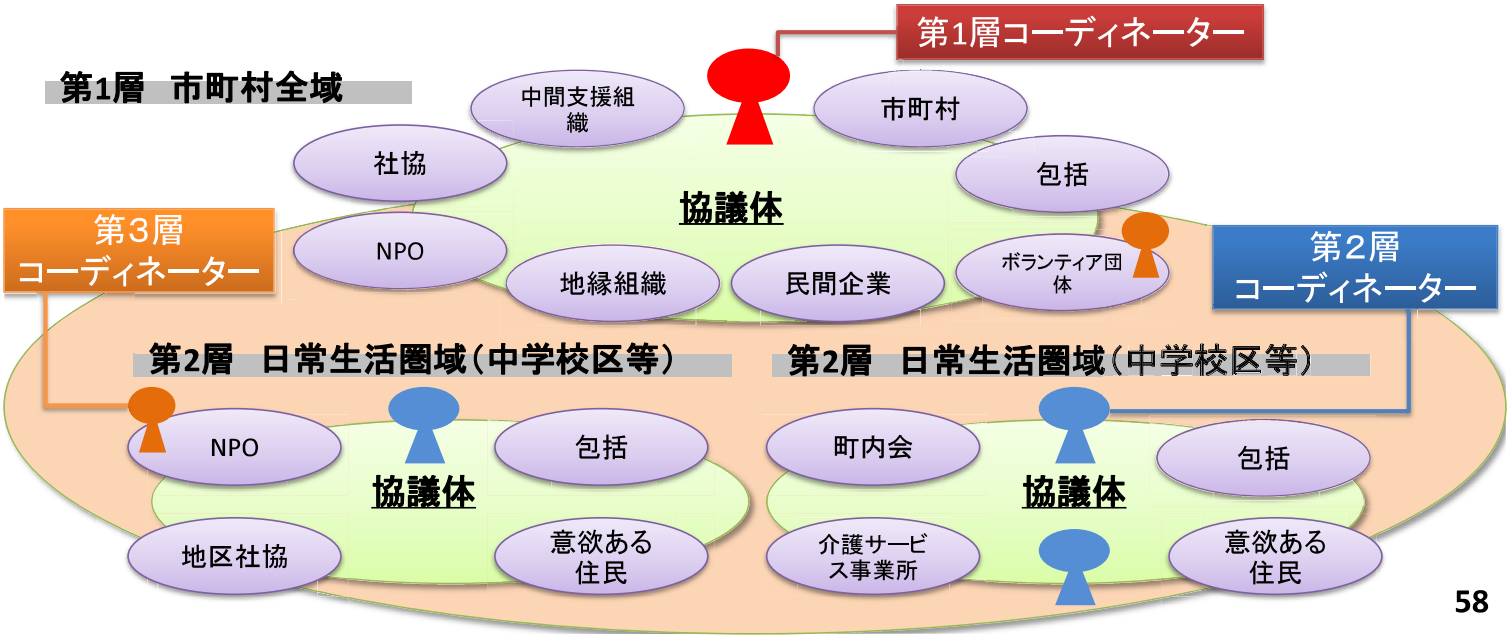


出典：三菱ＵＦＪリサーチ＆コンサルティング作成資料

コーディネーター・協議体の配置・構成のイメージ

厚生労働省資料

○ コーディネーターとして適切な者を選出するには、「特定の団体における特定の役職の者」のような充て職による任用ではなく、例えば、先に協議体を設置し、サービス創出に係る議論を行う中で、コーディネーターにふさわしい者を協議体から選出するような方法で人物像を見極めたうえで選出することが望ましい。
○ 協議体は必ずしも当初から全ての構成メンバーを揃える必要はなく、まずは最低限必要なメンバーで協議体を立ち上げ、徐々にメンバーを増やす方法も有効。
○ 住民主体の活動を広める観点から、特に第2層の協議体には、地区社協、町内会、地域協議会等地域で活動する地縁組織や意欲ある住民が構成メンバーとして加わることが望ましい。
○ 第3層のコーディネーターは、サービス提供主体に置かれるため、その提供主体の活動圏域によっては、第2層の圏域を複数にまたがって活動が行われたり、時には第1層の圏域を超えた活動が行われたりすることも想定される。



58

第２層生活支援コーディネーターは、こんな人？



出典：三菱ＵＦＪリサーチ＆コンサルティング副主任研究員　齋木由利氏作成資料

例えば、こんな風に「はぐくむ」プロセス

であう

どんな活動も一人ではできません。まずは、地域の人たちが集まる場所を仕掛けてみましょう。協議体をそうした場にするのもあり。



つながる

地域の人が地域について話しているうちに、「これは問題だ」「なんとかしなきゃ」がでてくる。ここは焦らず、ゆっくり時間をかける。



うまれる

活動のアイデアが出てきたら、活動に必要な支援を洗い出して、生活支援コーディネーターや行政と相談。総合事業も積極的に活用しましょう。



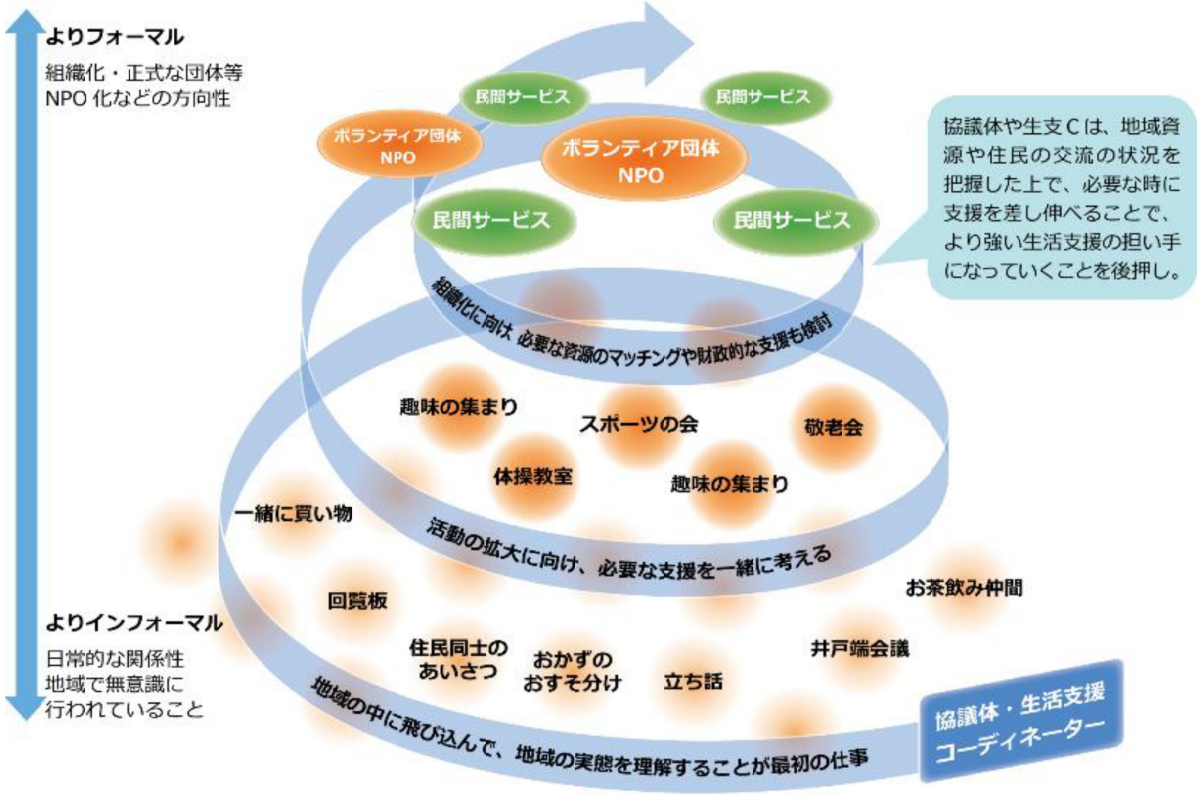
つたえる

生まれた活動は、積極的に外部に発信。活動している人の魅力を伝えることは、新たな担い手の確保や本人の活動の継続にもつながる。



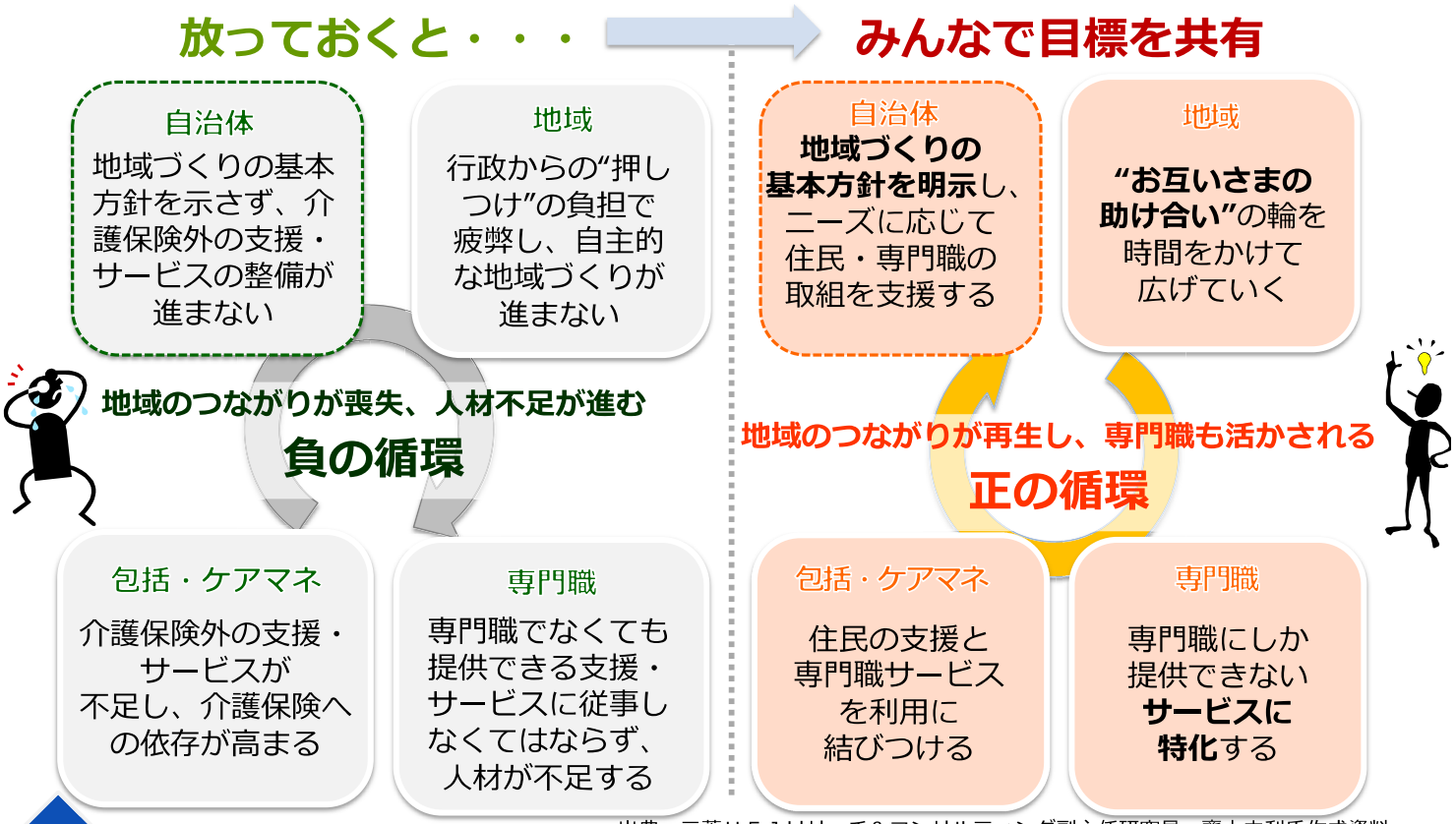
出典：三菱ＵＦＪリサーチ＆コンサルティング副主任研究員　齋木由利氏作成資料

多様な資源をはぐくむイメージ



資料：三菱UFJリサーチ&コンサルティング「新しい総合事業における移行戦略のポイント解説（概要版）」
（平成27年度老人保健事業推進費等補助金）

協議体で目標を共有する



出典：三菱ＵＦＪリサーチ＆コンサルティング副主任研究員　齋木由利氏作成資料

自治体にも「全力応援」と「つかずはなれず支援」

例：生活支援コーディネーター養成

- 行政から丸投げ。孤独。何をすれば良いか、どこから手をつけてよいかもわからない。
- 生活支援コーディネーターのテキストを読んでも、よくわからない。

（理念や方針、要点など伝えたいことが簡潔に書かれていない。体裁にメリハリがない。）

- コーディネーターの行動が標準化されていない。例えば、ヒアリング調査など具体的な行動に移さなければならないことについて、ステップで示されていない。
- サービス開発など難易度が高いことについてさえ、ベースとなるサービスメニューやプログラムが用意されていない。
- コミュニティソーシャルワーク、ファシリテーション、ボランティアコーディネーションなどの基礎知識や手法を学びたい。

⇒誰かが生活支援コーディネーターを支える必要がある

⇒自治体にも「全力応援」と「つかずはなれず支援」が必要（⇒厚生局地域包括ケア推進課、都道府県、中間支援組織、地方大学等に期待）

新地域支援構想会議

【構成団体】（50音順）

・公益財団法人さわやか福祉財団
・認定特定非営利活動法人市民福祉団体全国協議会
・住民参加型在宅福祉サービス団体全国連絡会
・特定非営利活動法人全国移動サービスネットワーク
・社会福祉法人全国社会福祉協議会
・全国農業協同組合中央会
・一般社団法人全国老人給食協力会
・公益財団法人全国老人クラブ連合会
・宅老所･グループホーム全国ネットワーク
・特定非営利活動法人地域ケア政策ネットワーク
・一般財団法人長寿社会開発センター
・認定特定非営利活動法人日本ＮＰＯセンター
・日本生活協同組合連合会
・一般社団法人シルバーサービス振興会（オブザーバー）

※他にオブザーバーとして厚労省、学識者らが参加

特別養護老人ホームを核とした
ノテ地域包括ケア



つしま医療福祉グループ
代表　対馬　徳昭

［１］社会福祉法人　ノテ福祉会

〇各種高齢者施設の設置運営
〇障がい者就労継続支援Ａ型事業所「なかま」真栄

［２］学校法人　日本医療大学

〇専門学校 日本福祉学院　介護福祉学科
〇専門学校 日本福祉リハビリテーション学院
　理学療法学科　作業療法学科　言語聴覚学科
〇専門学校 日本福祉看護・診療放射線学院
　看護学科　診療放射線学科
〇専門学校 日本福祉学院　通信科
〇日本医療大学　保健医療学部　看護学科
　リハビリテーション学科
　診療放射線学科

［３］一般財団法人　つしま医療福祉研究財団

〇高齢者の介護を主とした研究助成、啓発普及などの事業

［４］ＮＰＯ法人　シニアアクティブ

〇高齢者雇用、介護タクシー、利用者の送迎、施設管理

［５］農業生産法人　株式会社　つしまファーム

〇野菜の生産、加工、販売　　〇トラフグの養殖、販売

［６］一般社団法人 日本・アジア介護事業者協議会

〇アジア圏への研修事業、介護ビジネスのコーディネート

［７］株式会社　つしまマネージメント

〇つしま医療福祉グループの資産管理

3

【１】社会福祉法人ノテ福祉会

□本　　部　札幌市清田区真栄434番地6
　　ｱﾝﾃﾞﾙｾﾝ福祉村内
□設　　立　昭和５８年５月
□職　員　数　１１０７名（平成２８年７月１日）
□エ　リ　ア　札幌市(７区)、乙部町、東京都(２区)、仙台市
□事 業 所 数　69ヶ所(H28. 7.1現在)

特別養護老人ホーム	5	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	3
介護老人保健施設	1	訪問介護	4
介護付有料老人ホーム	3	訪問看護	3
サービス付き高齢者向け住宅	4	通所介護	5
ケアハウス	1	通所リハビリテーション	1
認知症対応型グループホーム	5	地域包括支援センター	2
小規模多機能型居宅介護	23	介護予防センター	1
居宅介護支援事業所	5	就労継続支援Ａ型事業所	2
セントラルキッチン	1	合　計	69

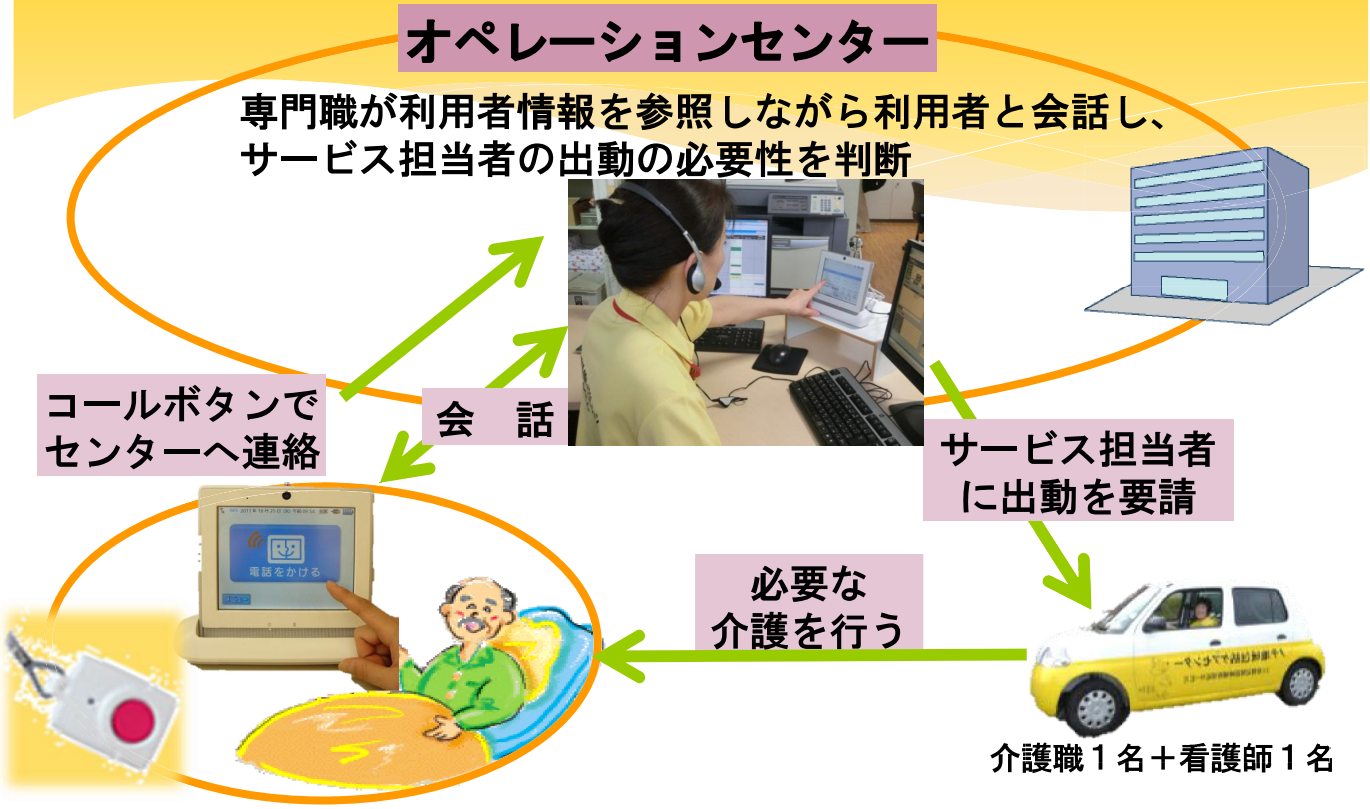
高齢者の約６５％は
住み慣れた家での生活を望んでいる

その願いを実現するために
1994年（平成6）年2月札幌で
「24時間在宅ワープケア事業」開発・実践

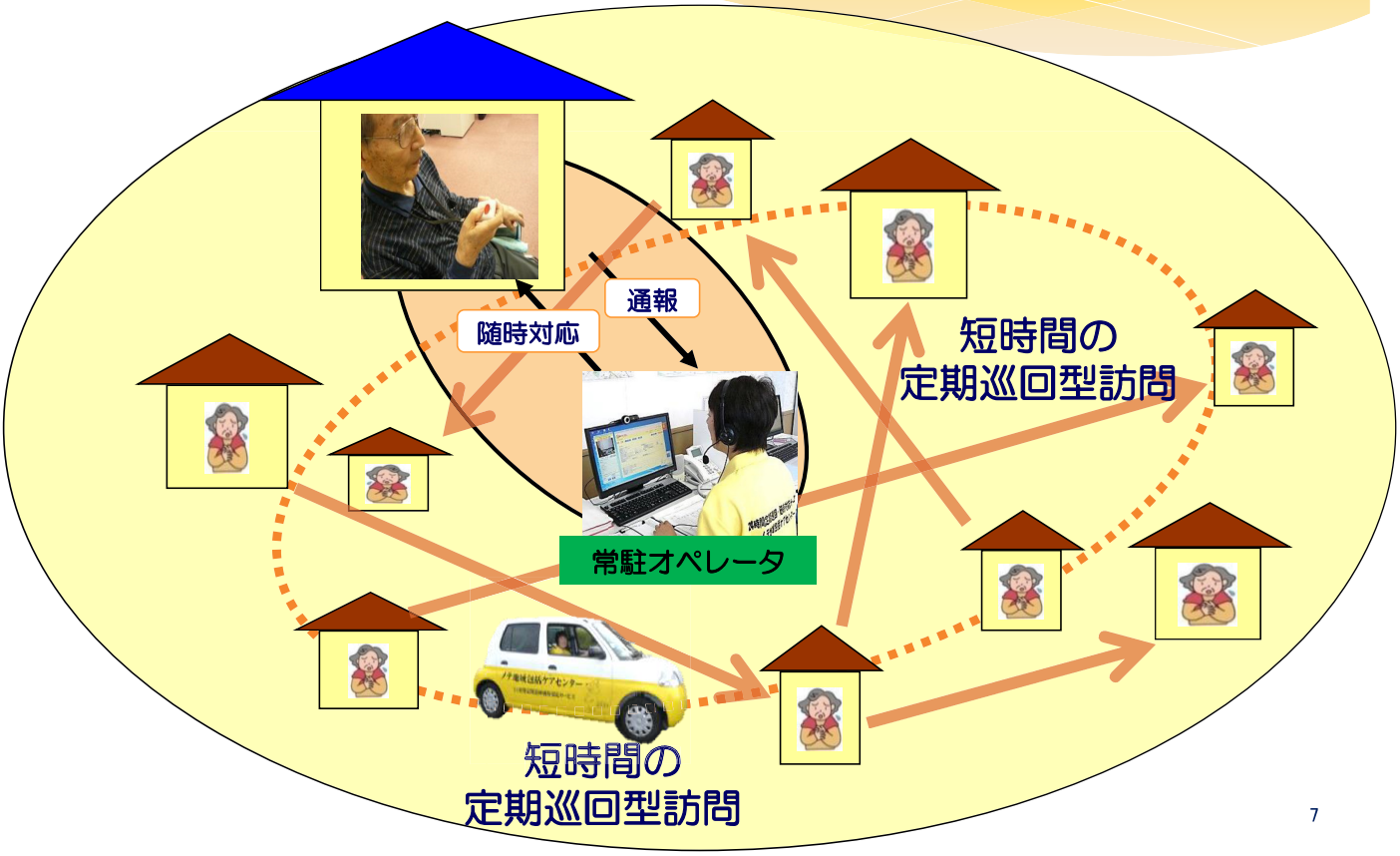
2006（平成18）年「夜間対応型訪問介護」
2012（平成24）年「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」

国の制度に

夜間対応型訪問介護（22:00～7:00）



「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」サービス



7

「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」で
在宅の中・重度の高齢者を支えるには

サービスの根拠になる
ケアプランが重要！！

8

「アセスメント入所」

9

多様化している
高齢者のニーズ把握

⇩

ーケアマネジャー に
ニーズを把握させることに無理がある

⇩

多職種協働でのアセスメントが重要

⇩

そこで開発したのが
『アセスメント入所』

病　院
退　院

ノテ地域包括ケア総合相談センター

介護老人保健施設げんきのでる里
アセスメント入所

在　宅

11

アセスメント入所

要介護３～５の
高齢者を中心に

病院
自宅
居宅介護
支援
事業所

アセスメント施設

「介護老人保健施設　げんきのでる里」



在宅に戻る
ために支障
となる要因
の明確化

退所時
カンファレンス
＋
居宅ケアプラン作成

在宅
復帰

≪アセスメントチーム≫

① 医師
② 理学療法士　or
　作業療法士
③ 看護師
④ 介護福祉士
⑤ 社会福祉士
＋

必要に応じて
栄養士･言語聴覚士

要因の減少
または解消
(リハビリ)

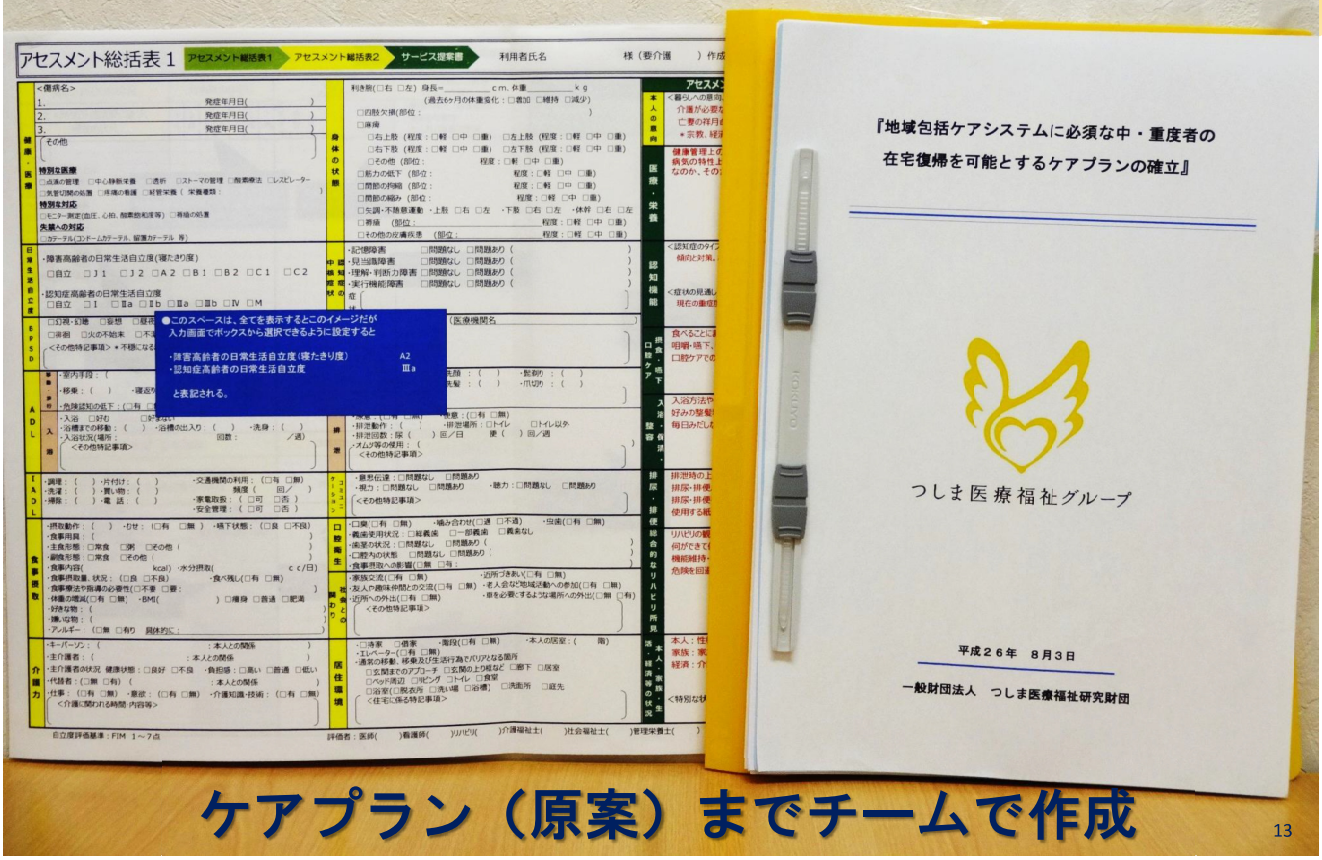
参加

利用者家族

居宅ケアマネジャー
＋
アセスメントチーム

12

開発中の「アセスメントシート」



ケアプラン（原案）までチームで作成

13

多職種協働（7職種）でカンファレンス



14

【要介護3 アセスメント入所前のケアプラン】

週 間 サ ー ビ ス 計 画 表

	月	火	水	木	金	土	日
4:00							
6:00							
8:00							
10:00	訪問介護	訪問介護	通所リハビリ	訪問介護	訪問介護		
12:00							
14:00							
16:00							
22:00							
0:00							
2:00							
4:00							

不定期：短期入所

15

【要介護３ アセスメント入所後のケアプラン】

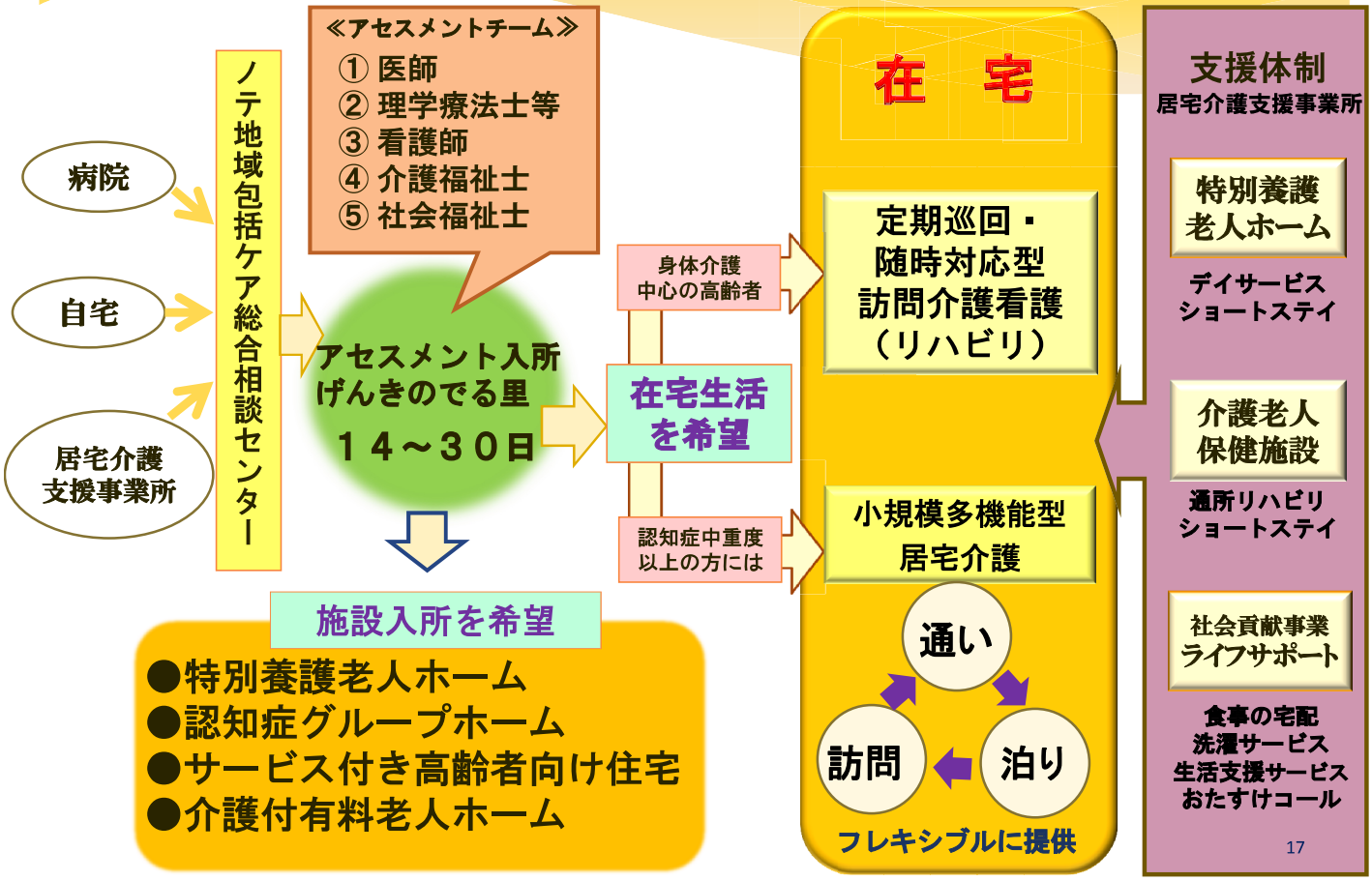
週 間 サ ー ビ ス 計 画 表

	月	火	水	木	金	土	日
4:00							
6:00	定期巡回						
8:00		通所リハビリ				通所リハビリ	
10:00	訪問看護		定期巡回	訪問看護	定期巡回		訪問看護
12:00	20分			20分			20分
14:00	訪問リハビリ				訪問リハビリ		
16:00	20分				20分		
	定期巡回						
18:00							
20:00							
22:00	定期巡回						

福祉用具貸与：介護用ベッド
このほかにサービスが必要な時はケアコールによる随時サービス

16

ノテ地域包括ケア体制



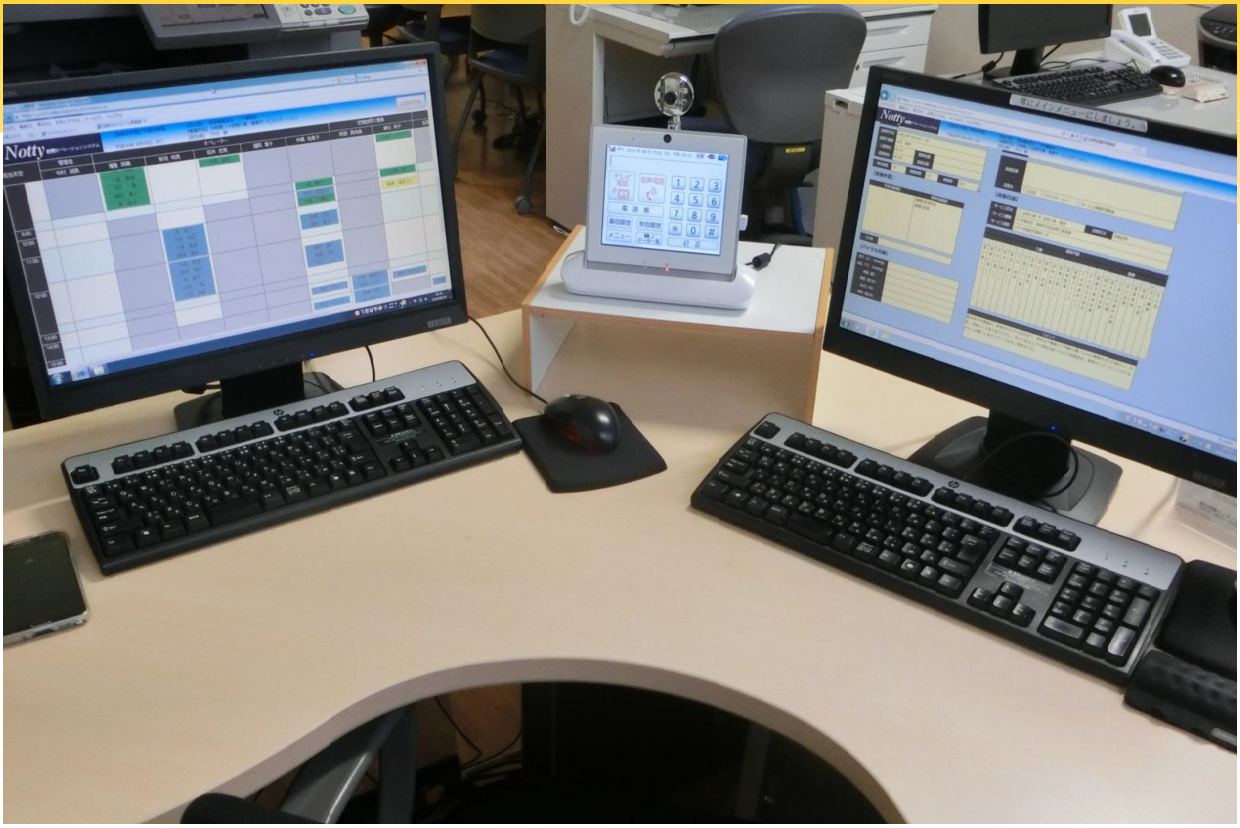
介護が必要な障がい高齢者には

定期巡回・随時対応型
訪問介護看護の一体型

サービスシステム

（自社開発）

動画の再生





中・重度の高齢者を支えるには
その利用者を支えている
全ての社会資源がネットワークを構築し
情報を共有してサービスに当たることが

重　要

それができなければ
在宅生活の限界点を
引き上げることができない！

23

認知症の方には
小規模多機能型居宅介護
地域のサービス拠点

認知症介護中心の
高齢者

小規模多機能型居宅介護

登録者　29名
通い　18名（１日定員）
泊り　5～9名
訪問　定期訪問・随時対応

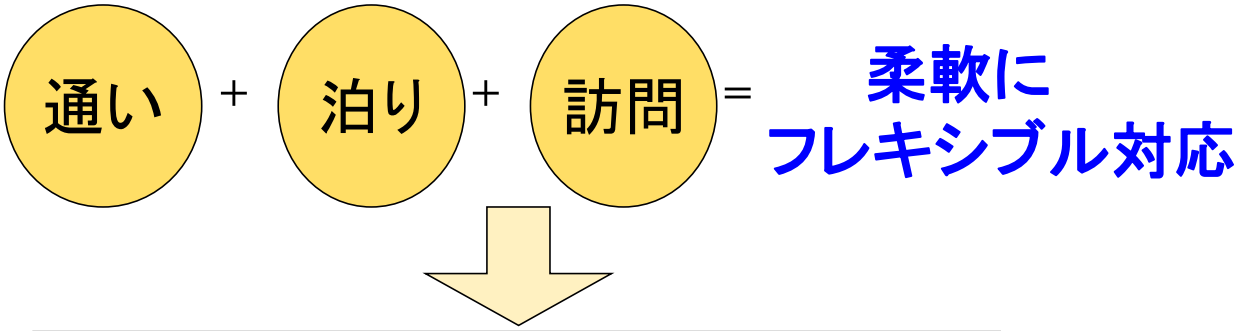


24

認知症高齢者サービスシステム

認知症ケアの切り札
「小規模多機能型居宅介護」

基本：安定している時は家で生活



認知症高齢者の在宅生活をしっかり
支えるには「訪問」サービスが重要

25

ノテ地域包括ケア

26

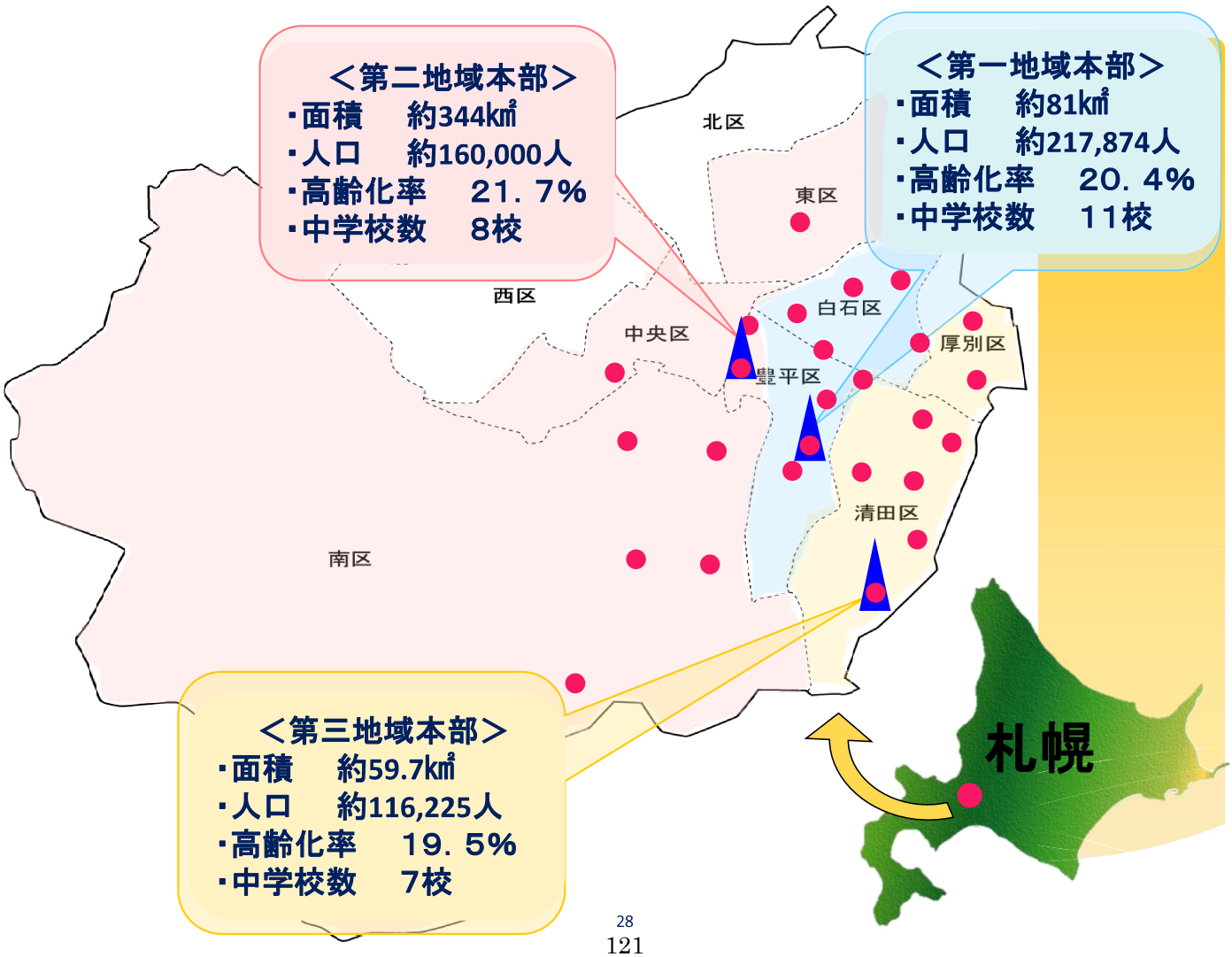
「地域包括ケア」とは？

中・重度の高齢者が
住み慣れた家で住み続ける仕組み

高齢者が住む地域のサービスと資源を活用して生活

地域全体で高齢者の生活を支える仕組み

27



28

特別養護老人ホームを
「核」とした
“ノテ地域包括ケア体制”

特別養護老人ホームを「核」としたノテ地域包括ケア体制

病　院　　自　宅　　居宅介護支援事業所

相　　談

ノテ地域包括ケア 総合相談センター

介護老人保健施設げんきのでる里
アセスメント入所

第一地域本部	第二地域本部	第三地域本部
豊平区・白石区（一部）	豊平区・南区・中央区・東区（一部）（一部）（一部）	清田区・厚別区（一部）
定期巡回・随時対応型訪問介護看護 小規模多機能型居宅介護事業所 訪問看護（訪問リハビリ） 居宅介護支援事業所	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 小規模多機能型居宅介護事業所 訪問看護（訪問リハビリ） 居宅介護支援事業所	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 小規模多機能型居宅介護事業所 訪問看護（訪問リハビリ） 居宅介護支援事業所
バックアップ	バックアップ	バックアップ
		
特別養護老人ホーム幸栄の里	特別養護老人ホームふたひらの里	特別養護老人ホームふるさと

在宅系　施設・居住系

ノテ地域包括ケア　第一地域本部

＜住宅地＞



「ごきげん」月寒西

特別養護老人ホーム
幸栄の里



「ごきげん」月寒東



「ごきげん」福住





「ごきげん」西岡



「ごきげん」北郷



「ごきげん」菊水元町



「ごきげん」菊水

ノテ地域包括ケア　第二地域本部

＜商業地域＞



「ごきげん」定山渓

特別養護老人ホーム
とよひらの里



「ごきげん」山鼻





「ごきげん」元町



「ごきげん」川沿



「ごきげん」豊平



「ごきげん」平岸



「ごきげん」真駒内

ノテ地域包括ケア　第三地域本部

＜市　街　地＞



「ごきげん」清田

特別養護老人ホーム
ふるさと



「ごきげん」平岡北



「ごきげん」北野





「ごきげん」平岡東



「ごきげん」真栄



「ごきげん」厚別中央



「ごきげん」厚別もみじ台

33



〈社会貢献事業〉
（地域に利益を還元）

［1］　アンデルセングルメ祭り

［2］　ボランティアスクール事業

［3］　就労継続支援A型事業所「なかま」

［4］　ライフサポート事業

35

職員の研修体制

〔1〕　採用時研修

　　心身の仕組みを活かした介護技術の基本研修

〔2〕　介護技術インストラクターの資格取得

〔3〕　認知症実践者研修の受講

〔4〕　その他の研修

36

2016年度（平成28年度）社会福祉法人ノテ福祉会　研修日程表



地域包括ケア推進研究会

『提　　言』

―地域包括ケアを実現するために―

提言の主な要旨

［1］ 新型多機能サービスの制度化

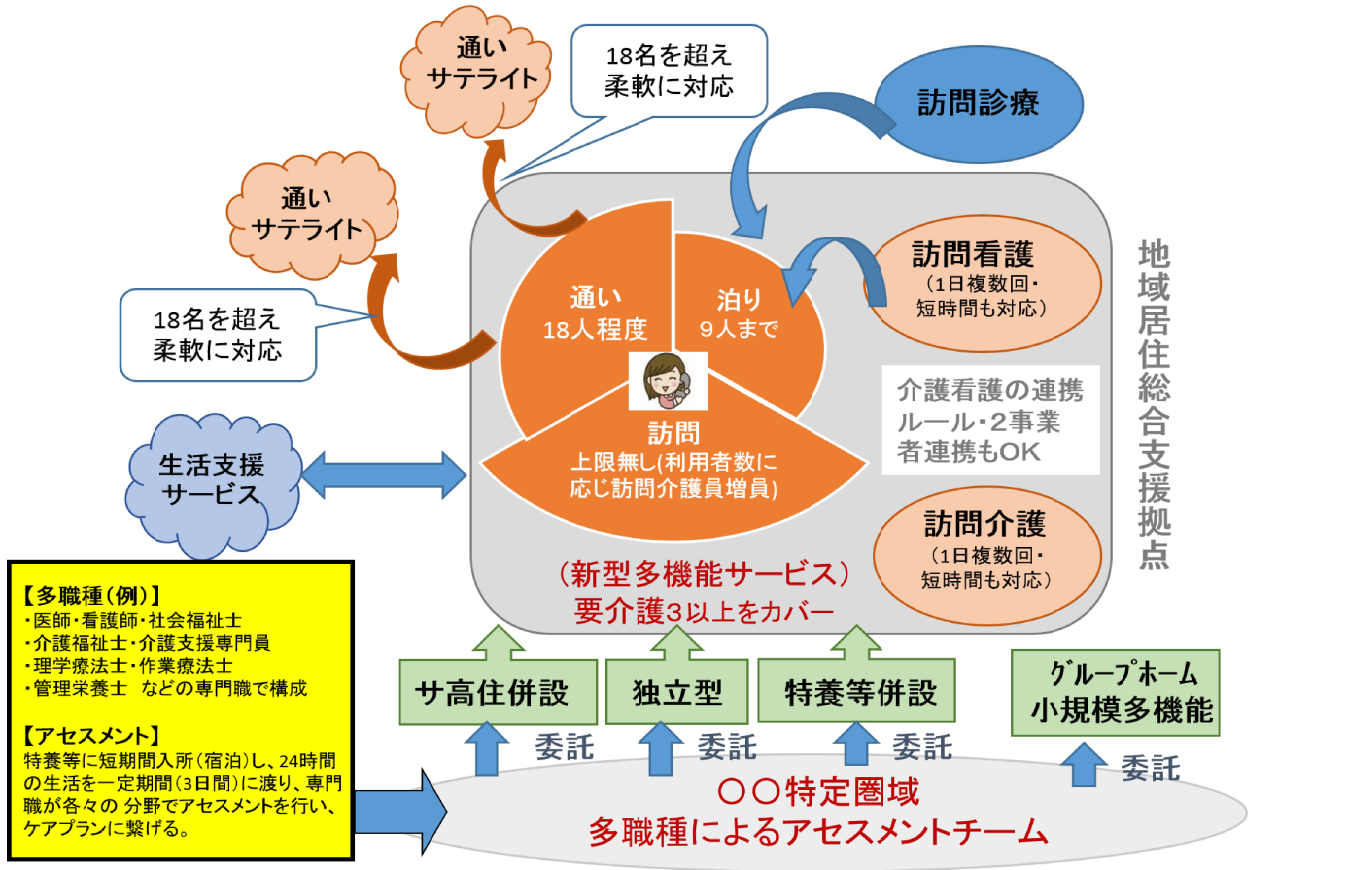
［2］ 特定圏域（日常生活圏単位）の指定制度

［3］ アセスメント入所の制度化

［4］ 介護職員の処遇改善の上乗せ

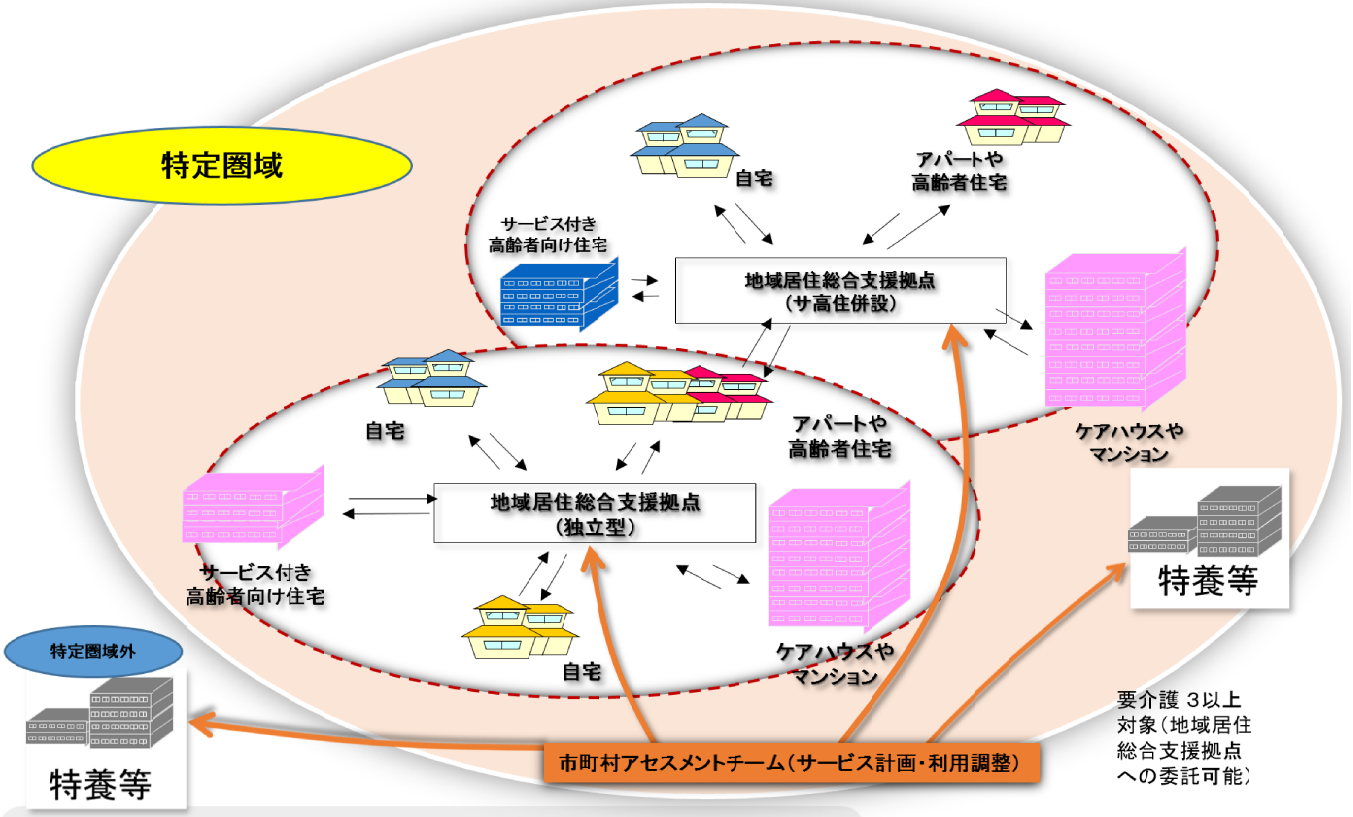
［5］ 特別養護老人ホームの医療の外出し

「地域居住総合支援拠点」と「新型多機能サービス」のイメージ



2016/05/20　地域包括ケア推進研究会準備委員会

市町村による特定圏域（日常生活圏域単位）の指定制度のイメージ



1. 特定圏域（ピンク色）の指定➡ニーズ調査・在宅総合支援拠点を一定数公募・市町村アセスメントチームの設置➡地域居住総合支援拠点サービスの適切な普及
2. 市町村ごとに、必要に応じ順次、特定圏域を増加させる

ご清聴ありがとうございました



アンデルセン福祉村

「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取り組みと今後の課題

（更に推進していくために何が大切か・・・） 2016年9月29日



社会福祉法人　協同福祉会

協同福祉会（あすなら苑）について

●ならコープ（生協）を母体として設立された法人

●ならコープにおける特養「あすなら苑」の取り組み

〇1995年「福祉政策答申」・・・「あすなら塾」をスタート！

※「あすなら」は、「明日の奈良」

〇1996年から本格的な取り組みをスタート。

〇足かけ4年間の取り組み。5万人を超える市民の参加と3億7千万円の募金

⇒「地元での反対決議」「認知症への偏見」「迷惑施設」等を乗り越えて

●1999年秋　特別養護老人ホーム「あすなら苑」を開設。事業開始。

●2005年から、在宅での介護を支え「地域福祉の向上」をめざす方向に方向に力を入れる

●「地域福祉拠点政策」（2005年）を策定

●地域に信頼を築き「地域包括ケアシステム」の構築をめざす取り組み

●24時間365日の安心を届ける仕組みづくりへの挑戦

協同福祉会の沿革

■1999年　9月　特別養護老人ホームあすなら苑を設立
●思考錯誤の５年間。２００５年度の制度改定を機に、在宅を支える（地域福祉の拠点）
「あすならホーム」を地域に広げることを掲げる（第一次中計）
■2005年11月　あすならホーム菜畑を開設（デイサービス）
■2007年　1月　あすならホーム二階堂を開設（小規模多機能、デイサービス）
■2007年11月　あすならホーム郡山を開設（小規模多機能、デイ）
■2008年　4月　郡山市より「かんざん園」（養護老人ホーム）の業務を移譲
■2008年　7月　あすならホーム筒井を開設（デイサービス）
■2010年　2月　あすならホーム東生駒開設（小規模多機能）
■2010年　4月　あすならホーム富雄開設（デイサービス、ショートステイ）
■2011年　4月　あすなら保育園開設
■2011年　7月　あすならホーム天理開設（小規模多機能、グループホーム）
■2012年　2月　あすならホーム西の京開設（小規模多機能）（デイサービス）
■2012年　7月　あすならホーム榛本開設（小規模多機能、デイサービス、ショート）
■2014年　2月　あすならハイツあやめ池開設
（サービス付き高齢者向け住宅、グループホーム、ショート、デイサービス）
■2014年　5月　あすならホーム柳本開設
（小規模、グループホーム、デイサービス）
■2014年　7月　あすならホーム今小路開設
（小規模、ショート、デイサービス）
■2016年　4月　あすならハイツ恋の窪を開設（サ高住、ショート、デイサービス）
■2016年　9月　あすならホーム畝傍を開設（小規模多機能、デイサービス、グループホーム）
■2017年　4月　あすならホーム高畑開設予定（小規模多機能、グループホーム）
■2017年　5月　あすならホーム桜井開設予定（グループホーム）

社会福祉法人　協同福祉　　事業概要

・事業開設　1999年9月1日
・理事長　村城正
・事業収入高約29.4億円（2015年度）
・職員数965人（うち正規職員292人）
2016年8月現在

1. 居宅介護支援事業所（ケアプランセンター）13事業所　745件
2. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護（安心ケアシステム）9事業所　登録315人
3. デイサービス　11事業所　1日利用者平均210人
4. ショートステイ　6事業所1日利用者平均98.1人
5. 小規模多機能型居宅介護　9事業所　登録人数210人
6. グループホーム　4事業所入居者55人
7. 特別養護老人ホーム　1事業所　入居者54人
8. サービス付高齢者向け住宅（サポートハウス）2事業所　　入居者62人
9. 養護老人ホーム　1事業所入居者50人
10. あすなら保育園　　園児103人

事業所とサービス一覧
2016.7.1　現在
○＝運営中
★＝準備中

		①ケアプランセンター	②定期巡回・随時対応型訪問介護看護	③デイサービス	④ショートステイ	⑤小規模多機能型ケア	⑥グループホーム	⑦特別養護老人ホーム	⑧サポートハウス	⑨養護老人ホーム	⑩保育園
大和郡山市	あすなら苑	○	○	○	○			○			
	かんざん園									○	
	あすならホーム郡山	○	○	○	○	○					
	あすならホーム筒井			○							
	あすなら保育園										○
奈良市	あすならホーム富雄	○	○	○	○						
	あすならホーム西の京	○	○	○		○					
	あすならハイツあやめ池	○	○	○	○		○		○		
	あすならホーム今小路	○	○	○	○	○					
	あすならハイツ恋の窪	○	○	★	★				○		
	あすならホーム高畑	★	★			★	★				
生駒市	あすならホーム菜畑	○	○	○							
	あすならホーム東生駒					○					
天理市	あすならホーム二階堂	○		○		○					
	あすならホーム天理	○				○	○				
	あすならホーム榛本	○		○	○	○					
	あすならホーム柳本	○		○		○	○				
橿原市・桜井市	あすならホーム畝傍	○	○			○	○				
	あすならホーム桜井	★					★				

第一部

地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組み事例

■基本的な考え方

■「あすなら安心システム」について

■「ケアシステム」と「支援システム」の取り組み

■定期巡回型サービスの取り組み

基本的な考え方

●「地域包括ケア」とは、「地域コミュニティケア（市町村日常生活圏域ケア）」であること　（地方自治がポイント）

●地域における壮大なコミュニティネットワークであること

●介護だけでなく、障害者や子育て世代等、すべての人たちが含まれる

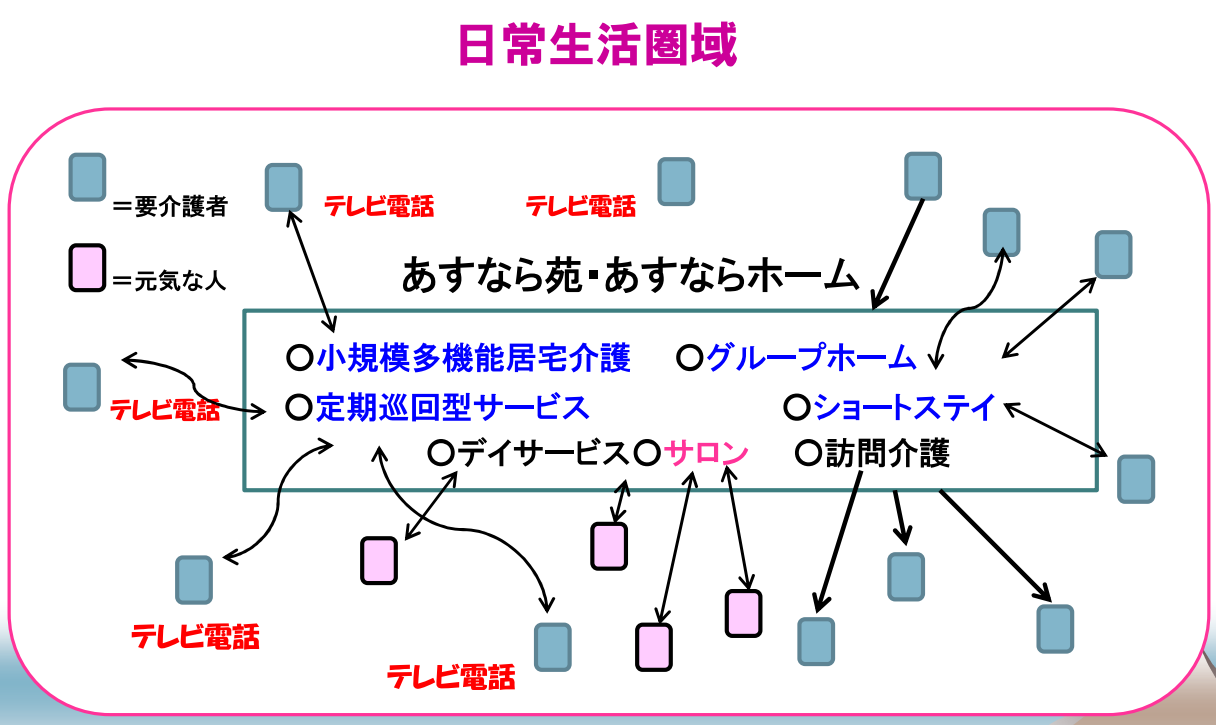
→「日常生活圏域」が基本（お年寄りが歩いていける地域）小～中学校区

「住み慣れた地域で安心して暮らし続ける」ための町づくりであること

従って、それは「元気な人から要介護（重度）の人」までが対象であること

高齢者だけでなく、「障害者」「生活困窮者」等、地域の様々な人たちが含まれること（全世代型）

地域福祉拠点（あすならホーム）中心とした介護と生活支援のイメージ図



これから重要になる「地域密着型サービス」

●どのようにして地域で支えて行くのか

「住みなれた地域で暮らし続けるための仕組み」をどう作るか・・・

（１）大切になる地域密着型サービス（地域包括ケアシステムのかなめ）

（サービスの種類：例）

- 小規模多機能型居宅介護（2005年創設）
- 認知症対応型共同生活介護（高齢者グループホーム）
- 認知症対応型通所介護（認知症デイサービス）
- 夜間対応型訪問介護　・地域密着型特定施設入居者生活介護
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（ミニ特養：29名以下）
- 定期巡回随時対応型訪問介護看護（2012年創設：24時間365日サービス）

（２）「定期巡回随時対応型訪問介護看護」の大切さ

●在宅でのケアを支えるには「訪問」に加えて「通い」「泊まり」のサービスが必要になること

●「小規模多機能型居宅介護」「定期巡回型サービス」が大きな意味を持つこと　⇒　大切な欠かせないサービスであること

「地域包括ケアシステム」を支える

「あすなら安心システム」について

●「あすなら安心システム」とは何か

「地域包括ケアシステム」の中で、地域の高齢者を支える仕組みであること

●「安心ケアシステム」と「安心支援システム」の二つがある

①「安心ケアシステム」とは、介護保険制度事業（要介護者が対象）

②「安心支援システム」とは、介護保険制度外事業の取り組み（元気な高齢者が対象）

●地域の人たちと丸ごと関わる仕組みであること

○ 大切なのは、「元気な人から重度の人まで」関わること

⇒ これから「地域支援事業」（社会貢献事業）が大切になること

（「行き場のない高齢者」「孤立した高齢者」や「介護難民」を生み出さない）

最後まで“ほっとけない” “ほっとかない”が基本

あすなら安心システムの2本柱

■ 安心支援システム

●元気な人～要支援者が対象となります。

①あすならサロン

②つながり連絡員制度

③買い物バス

■ 安心ケアシステム

●要介護者が対象となります。（介護保険制度事業）

※中核サービスとしての定期巡回型サービス

①定期巡回・随時対応型 訪問介護看護

②１日３回以上のテレビ電話安否確認

③退院調整の訪問看護

1.「あすなら安心ケアシステム」について

（要介護1～5の利用者が自宅で暮らせるシステム）

■「小規模多機能型居宅介護」によるサポート

■「大規模多機能型ケアシステム」（仮称）の構築

⇒ 「訪問」「通い」「泊まり」のサービスの充実

※ 「定期巡回型サービス」「デイサービス」「ショートステイ」
「ケアプランセンター」でサポートしていく

（特徴）

●元気な時から看取りまでサポートするシステムの中核として
「定期巡回・随時対応型訪問看護介護」「小規模多機能型居宅介護」
サービスを位置付けていること

●看護師、理学療法士、言語聴覚士、管理栄養士、介護福祉士等のプロ集団を在宅介護のために配置し、75歳以上の方の「生活・暮らし」の支援を通して、自立支援をおこなっていること

小規模多機能型居宅介護の実績

（事業の中核として位置付けていること）

●	あすならホーム二階堂(天理市)2007年1月事業開始	27人登録
●	あすならホーム郡山(郡山市)2007年11月事業開始	27人登録
●	あすならホーム東生駒(生駒市)2010年2月事業開始	27人登録
●	あすならホーム天理(天理市)2011年7月事業開始	28人登録
●	あすならホーム西の京(奈良市) 2012年2月事業開始	27人登録
●	あすならホーム櫟本(天理市)2012年7月事業開始	26人登録
●	あすならホーム柳本(天理市)2014年5月事業開始	27人登録
●	あすならホーム今小路(奈良市)2014年7月事業開始	19人登録
●	あすならホーム畝傍(橿原市)2016年7月事業開始	2人登録
	合計	212人登録

(2016年8月31日現在)

● あすならホーム高畑(奈良市)2017年4月開設予定

※ 最近は、病院からの中重度の受け入れ者が増えている

グループホームの実績（利用者数）

- あすならホーム天理（天理市）2011年7月事業開始　17人
- あすならハイツあやめ池（奈良市）2014年2月事業開始　18人
- あすならホーム柳本（天理市）2014年5月事業開始　18人
- あすならホーム畝傍（橿原市）2016年7月事業開始　3人

合計　56人

（2016年8月22日現在）

- あすならホーム高畑（奈良市） 2017年4月開設予定
- あすならホーム桜井（桜井市） 2017年5月開設予定

定期巡回随時対応型訪問介護看護の実績

（2018年度末までに利用者1000人が目標）

- あすなら苑（大和郡山市）2012年9月事業開始　107人登録
- あすならホーム富雄（奈良市）2012年11月事業開始　50人登録
- あすならハイツあやめ池（奈良市）2014年2月事業開始　34人登録
- あすならホーム今小路（奈良市）2014年8月事業開始　8人登録
- あすならホーム西の京（奈良市） 2015年4月事業開始　20人登録
- あすならホーム菜畑（生駒市）2015年12月事業開始　14人登録
- あすならホーム郡山（大和郡山市）2015年12月事業開始　57人登録
- あすならハイツ恋の窪（奈良市）2016年4月事業開始　25人登録
- あすならホーム畝傍（橿原市）2016年7月事業開始　0人登録

合計　315人

（2016年8月22日現在）

定期巡回型訪問介護・看護の取り組み（例）

大和郡山市（あすなら苑）での取り組み　（2016年7月末現在）

■自宅での定期巡回・随時対応型訪問介護看護で
全国初100人の登録を突破！（2014年11月）2年3ヶ月

●大和郡山市人口　87，802人

・65歳以上　26,231人（高齢化率29.9%）・75歳以上　10．729人（後期高齢化率12.0%）

●大和郡山市の要介護認定者数　3、325人（12．66%）

●2012年9月事業開始　●介護・看護一体型

●併設サービス：居宅介護支援、訪問介護、通所介護・短期入所生活介護

（あすなら苑周辺）

●昭和・筒井・治道小学校区）11,632人・65歳以上　3,428人（高齢化率29.5%）

●昭和・筒井・治道小学校区の要介護認定者434人（12.7%）

⇒あすなら苑から車で10分以内の高齢者　約6500人

⇒現在登録者数　107人（開始1年後　59人）・・・定期巡回占有率（要介護者の25．3%）、地域全体の占有率は、高齢者の約10%弱、要介護者の30%程度であること

（資料）定期巡回随時対応型訪問介護看護

（訪問回数）7事業所265人：2016年1月～3月

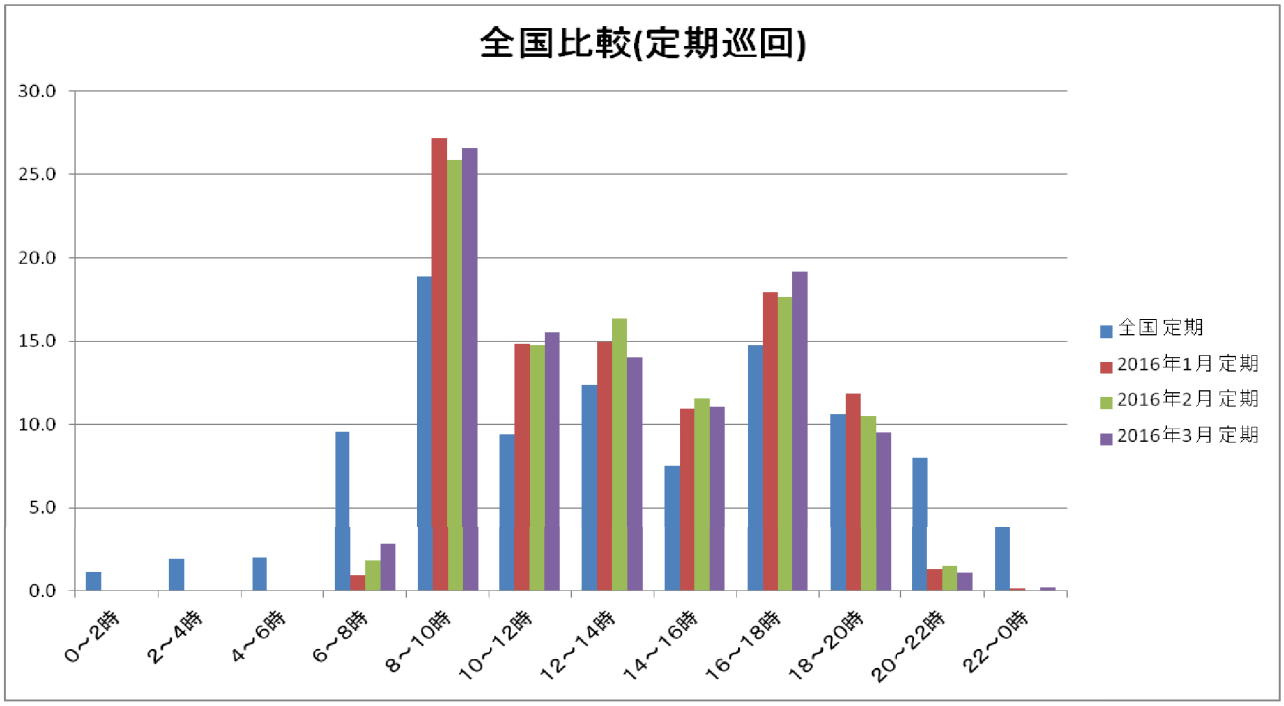
▼ 訪問回数

	2016年1月		2016年2月		2016年3月	
	定期	随時	定期	随時	定期	随時
0～2時	0	13	0	23	0	27
2～4時	0	58	0	73	0	108
4～6時	0	45	1	96	0	85
6～8時	50	78	93	45	174	84
8～10時	1,431	168	1,343	209	1,642	206
10～12時	780	258	768	261	958	326
12～14時	786	154	852	161	866	205
14～16時	576	180	601	181	682	146
16～18時	942	139	918	189	1,182	198
18～20時	623	93	545	111	588	155
20～22時	67	47	75	73	66	72
22～0時	9	68	3	102	12	121

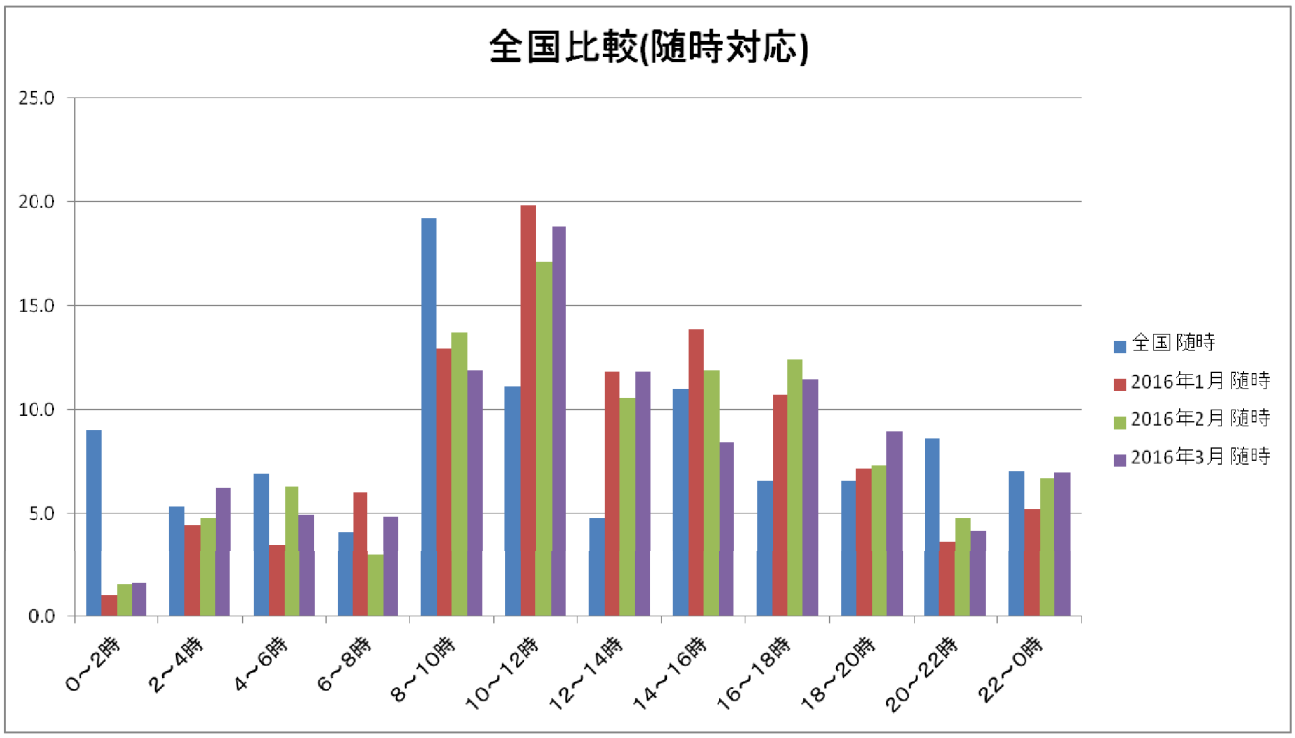
	定期	随時	定期	随時	定期	随時
合計	5,264	1,301	5,199	1,524	6,170	1,733

▼ ケア時間（分）

	2016年1月		2016年2月		2016年3月	
	定期	随時	定期	随時	定期	随時
合計	95,078	12,140	113,671	14,886	119,439	16,865



●全国と比較して、定期巡回では深夜～早朝（22時以降～6時まで）がないこと
（プランとしてない）



●随時対応についても、深夜（0時～2時）の対応は少ないことが分かる
（テレビ電話による対応も訪問回数の低下につながっていること）

定期巡回・随時対応型訪問介護看護　時間帯別ケア

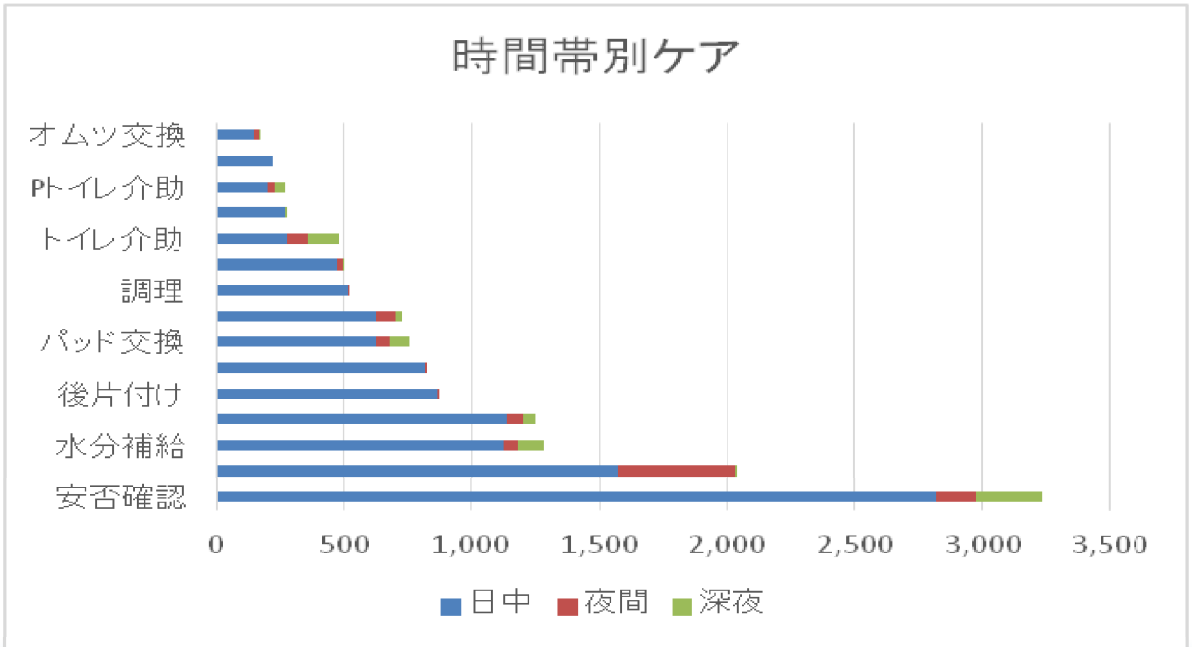
（2016年3月実績）

項目	日中		夜間		深夜	
	総件数	事業所平均	総件数	事業所平均	総件数	事業所平均
安否確認	2,817	402	156	22	256	37
服薬介助・確認	1,573	225	462	66	3	0
水分補給	1,123	160	56	8	101	14
見守り	1,141	163	60	9	48	7
後片付け	864	123	4	1	－	－
配下膳	817	117	3	0	－	－
パッド交換	623	89	56	8	77	11
移動・移乗介助	624	89	71	10	27	4
調理	517	74	1	0	－	－
洗濯	477	68	16	2	5	1
トイレ介助	279	40	80	11	125	18
相談・助言	271	39	3	0	3	0
Pトイレ介助	203	29	24	3	42	6
外出介助	222	32	－	－	－	－
オムツ交換	147	21	19	3	7	1

＊事業別平均は7事業所の平均値です。

1ヶ月の数値であり、1事業所当たりで考えると、排せつ介助は日中を含めてほとんどないこと

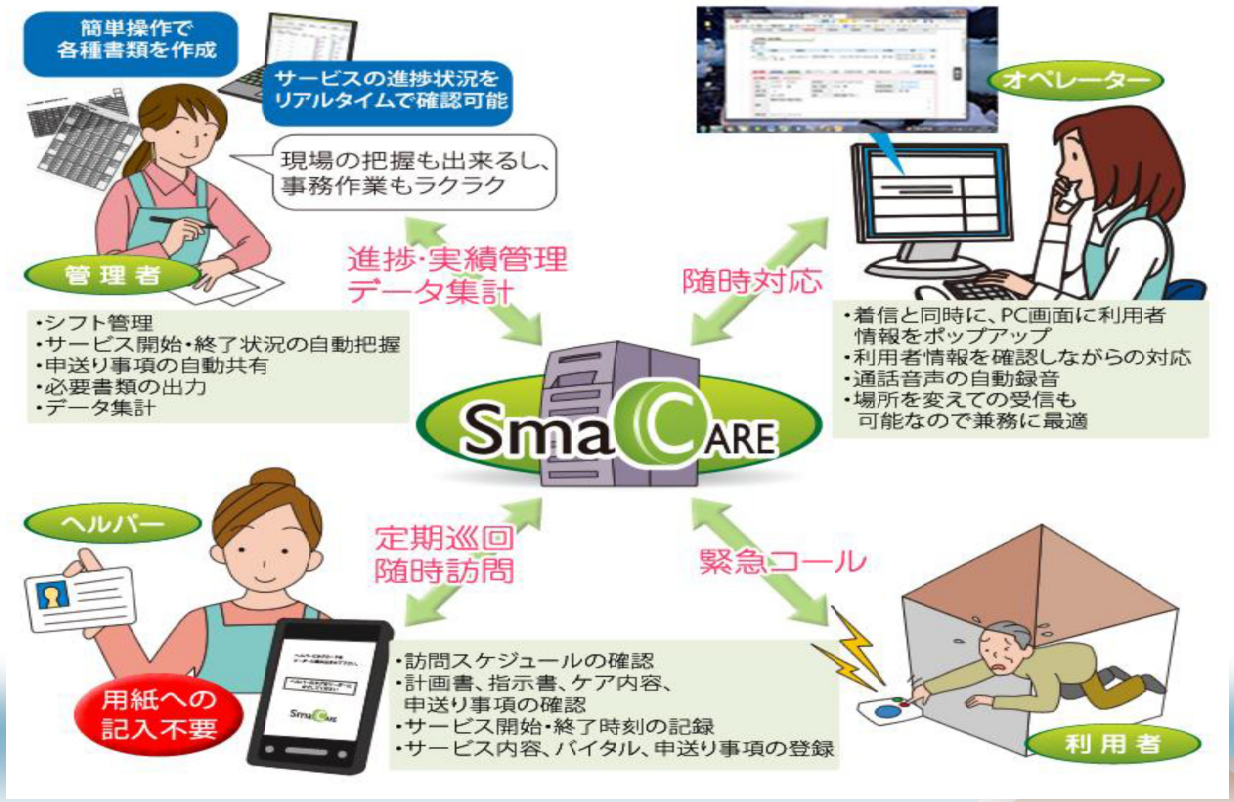
定期巡回型サービス（ケアの中身と時間帯別割合）



夜間帯（深夜）のケアでは、（トイレ介助等）ほとんどないこと

定期巡回・随時対応型訪問介護看護支援システムの導入

㈱ホームネット



定期巡回型サービス（要介護度分布）

定期巡回随時対応型訪問介護看護サービスの要介護度

あすなら苑　　（2016年4月末）

要介護度	人数	比率
5	3	3%
4	11	11%
3	16	16%
2	43	43%
1	27	27%
合計	100	100%

平均介護度　2．2

●あすなら苑（100人）の平均介護度

※今後、中重度者が増えていくものと思われるが、基本は軽度であっても「在宅での暮らし」を支えていくことで考えている

2.「あすなら安心支援システム」について

（元気な75歳以上の方を対象としたシステム）

〝ほっとけない〟　〝ほっとかない〟（誰一人孤立しない）

●地域をコーディネートする　市民活動の構築を視野に入れながら、全職員が地域を見守る取り組み

（サロン・ランチ企画、カフェ、買い物バス等）

●つながり連絡員制度・・・・・（5日に1回自宅訪問）

●登録人数　964人・・・・・・・（14事業所：8月末）

●友の会　登録人数　2300人・・・（市民参加型福祉の実現）

あすなら安心支援システムの現状（2016年8月末現在）

（単位：人）

	友の会				つながり				ランチ				買い物バス			
	実績	期首	差	期首比%	実績	期首	差	期首比%	実績	期首	差	期首比%	実績	期首	差	期首比%
あすならハイツあやめ池	111	148	-37	75.0	93	93	-	100.0	118	121	-3	97.5	22	14	8	157.1
あすならホーム富雄	114	112	2	101.8	67	67	-	100.0	34	36	-2	94.4	20	49	-29	40.8
あすならホーム菜畑	213	212	1	100.5	112	101	11	110.9	41	40	1	102.5	28	20	8	140.0
あすならホーム西の京	72	114	-42	63.2	114	114	-	100.0	40	42	-2	95.2	21	18	3	116.7
あすならホーム今小路	62	74	-12	83.8	81	81	-	100.0	36	27	9	133.3	7	9	-2	77.8
あすならハイツ恋の窪	18	-	18	#DIV/0!	30	-	30	#DIV/0!	37	-	37	#DIV/0!	48	-	48	#DIV/0!
奈良・生駒エリア　計	572	660	-88	86.7	467	456	11	102.4	269	266	3	101.1	98	110	-12	89.1
あすなら苑	150	147	3	102.0	133	112	21	118.8	163	183	-20	89.1	36	47	-11	76.6
あすならホーム郡山	103	103	-	100.0	50	50	-	100.0	34	38	-4	89.5	48	39	9	123.1
かんざん園	106	106	-	100.0	63	63	-	100.0	37	32	5	115.6	4	6	-2	66.7
あすならホーム筒井	36	32	4	112.5	26	28	-2	92.9	15	33	-18	45.5	22	49	-27	44.9
郡山エリア　計	395	388	7	101.8	272	253	19	107.5	249	286	-37	87.1	110	141	-31	78.0
あすならホーム天理	99	61	38	162.3	65	61	4	106.6	35	47	-12	74.5	18	23	-5	78.3
あすならホーム櫟本	43	60	-17	71.7	39	39	-	100.0	24	27	-3	88.9	13	9	4	144.4
あすならホーム二階堂	38	95	-57	40.0	65	60	5	108.3	42	24	18	175.0	36	34	2	105.9
あすならホーム柳本	114	137	-23	83.2	56	56	-	100.0	75	80	-5	93.8	46	51	-5	90.2
天理エリア　計	294	353	-59	83.3	225	216	9	104.2	176	178	-2	98.9	113	117	-4	96.6
合　計	1,261	1,401	-140	90.0	964	925	39	104.2	694	730	-36	95.1	321	368	-47	87.2

第二部

今後の課題について（何が求められているか）

（いくつかの論点）

■何故「地域包括ケアシステム」が進まないのか

■何故、人は在宅に戻ることができないのか

■私たちの経験から分かってきたこと

なぜ地域包括ケアシステムが進まないのか

（基本的な問題）

●利用者に、自己決定権がないこと（家族の問題）

⇒「住みなれた地域で暮らしたいのに・・・」できない

※　家族は、現実のサービス状況と想いとの狭間で揺れている。

●ケアマネジャー（看護師、相談員）の力量問題

⇒「地域密着型サービス」への理解不足。在宅で暮らすための「自立支援のプラン」が作れるか

●在宅サービスの不足（市町村の消極性）

⇒　まだまだ「施設＝箱もの」とする発想が多いところも。
そもそも「在宅で介護する」という考えがない？！市町村も

（論点１） 生活全体をサポートすることは、「囲い込み」？

●「地域包括ケアシステム」は、地域（生活圏域）で暮らす人と全て関わる中で、生活をトータルにサポートすること

⇒ それが地域の人たちの「安心」「信頼」につながっていること

●協同福祉会の特徴は、「元気な間から関わり、最後までサポートしている」ところにある（一体的サービスの提供）

⇒ それが、暮らしを支え、重度化対策（予防）につながっていること

●また、「一体型」を基本に進めていることが成功の大きな要因

⇒連携型を否定しないが、「考え方やケアの方法」が一致していないと上手くいかない。
「サービスの寄せ集め（部分的な介護）」「分担するだけの介護」では上手くいかない

地域（生活圏域）にきちんと責任を持ち、一貫したサービスを提供するところに信頼や希望が集中するのは、自然であり（地域包括ケア） 寡占化は必然。

⇒ それは「トータルサポート」であっても「囲い込み」ではない

（論点２） なぜ「病院」から「自宅」に戻れないのか
（在宅で暮らせる仕組みをどう作るか）

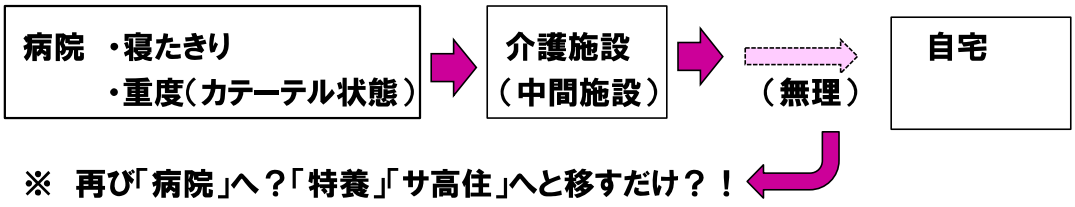
●病院から帰ってくる時は、カテーテル状態で、鼻腔やバルーン、胃ろう状態であり、「寝たきり（歩けない）」「オムツ」で帰ってくるケースが大半であること

⇒ 「手術、治療は成功した」が・・歩けない、生活できない。

●従って、病院から「在宅復帰」させることに確信を持っている人は少ない

⇒ ほとんどの医者、介護事業者は「寝たきり」「オムツ状態」（要介護度４・５程度）の人たちが、自宅で生活できるという見通し（確信）を持っていないのが現状

※ 「訪問看護」によるスポット対応だけでも生活は支えられない
無理に自宅へ戻しても「病院のベッドを自宅に移しただけ」（生活がない！）



※ 再び「病院」へ？「特養」「サ高住」へと移すだけ？！

●なぜ、病院から歩けなくなって帰ってくるのか。オムツして帰ってくるのか。

※ なぜ病院のPT・OT・STは、歩けないままで病院から帰すのか
「急性期リハビリ」でなく、ADLを高める「慢性期リハビリ」（生活リハビリ）が必要

（論点３） 在宅を支える仕組みとして何が必要か
（どういうサービスメニューが必要か）

●在宅での生活を支えるには、「定期巡回型訪問介護看護」サービスだけでは不足。

●ましてや「訪問看護サービス」だけでも無理

⇒「生活」を支えられない。寝たきり（病院のベット）を自宅に移しただけ？

- 本人の自立支援のサポート、家族の負担軽減、定期巡回型サービスの効率化等を考えると（自宅だけで過ごすのでなく）「訪問」「通い」「泊まり」等を地域に整備する必要があること
- 「小規模多機能型居宅介護」はその役割を担うが不足。制度的制限（登録人数等）がある

●「訪問」（定期巡回型サービス）、「通い」（デイサービス）、「泊まり」（ショートステイ） ＋ 「ケアプランセンター」を組み合わせた大規模多機能型居宅介護サービスが必要

※包括報酬・限度額の範囲（定額負担）＋自費負担による柔軟なサービスとして整理する必要があること

在宅での生活（介護）を可能にするために大切なこと

在宅でケアしていくために大切なこと

（１）家族の介護負担をどう軽減するのか

（家族は、何故「施設」を望むのか）

●「ケアラーの会」による、旅行。レスパイトのための集まり。
「泊まりサービス」の充実 ⇒ 「家族にも週休２日制を」

（２）在宅での介護を支えられるサービスを備えているか

●在宅介護をささえるには「泊まり」のサービスがどうしても必要になること

●「訪問」「通い」「泊まり」の充実が必要に

（３）在宅生活を可能にする「高い質のケア」ができるか

●オムツをしたまま。寝たきりの介護では、在宅で24時間365日は無理

●ADL（生活リハビリ）、IADLを可能とするケアが出来ること

在宅での生活を可能にする「ケア」について

協同福祉会が実践しているケア

【 5つのゼロ の実践】

①オムツゼロ　②機械浴ゼロ　③胃ろう、辱そうゼロ

④身体拘束ゼロ（抑制もダメ）　⑤車いす生活ゼロ



「あすなら10の基本ケア」

1. 換気をする　2. 床に足を付けて椅子に座る
3. トイレに座る　4. あたたかい食事をする
5. 家庭浴に入る　6. 座って話をする
7. 町内にお出かけをする　8. 夢中になれることをする
9. ケア会議をする　10. ターミナルケアをする



【生活リハビリによって自立をサポート】

●尊厳を守るため、紙おむつはせず、布パンツで生活

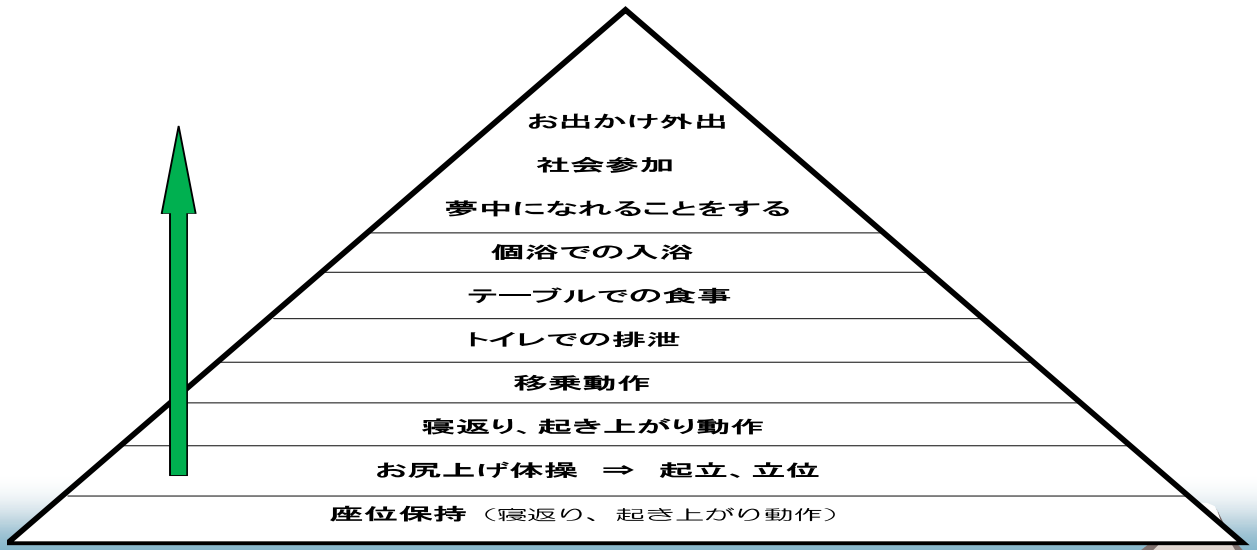
●施設だけでなく、在宅で暮すことができるよう、トイレに自力でいくことができる機能訓練をおこなう

●食事は車イスから降り、自分の体型に合ったイスに座って食べます。

在宅での生活を可能にする「生活リハビリ」

リハビリ　ピラミッド

● 第一段階から初めて、できたら次の段階に進む



機能訓練リハビリ＋生活リハビリ（ＡＤＬ＆ＩＡＤＬ）

（慢性期リハビリが、大切であること）

ベッドからポータプルトイレに移動

●自分で排せつが出来れば、在宅で暮らせる



病院から・・在宅での生活が可能に

●糖尿病（合併症）で6ケ月入院生活、病院からはチューブでつながったまま帰ってこられた。寝たきり生活（要介護度5）。
口から食べられるようにリハビリ。お寿司、ビールをたしなみ在宅で生活



２０１８年度報酬改定（制度見直し）に向けた要望事項

（地域包括ケアシステムの構築推進のために）

１）大規模規模減算についての見直し

●自立支援のプランは、ケアに対する考え方や内容と不可分であり生活全体に責任を持つ視点からも自前で持つことが基本

●少なくとも「小規模多機能」と同様に「定期巡回型サービス登録者プラン」は、大規模減算の対象から外すことが望ましい

⇒なぜ「小規模多機能」は、プランを移行させるのか・・・

・これまでの「サービスの組み合わせプラン」では対応できないから

（24時間365日の生活を把握し、利用者や家族とのコーディネートが求められる）

・定期巡回型サービスも「包括報酬」「包括ケアで」あり、自前で行うことが大切（他人のケアプランでは上手くいかない）

２）生活改善（自立支援）に結びつくリハビリについて（ＡＤＬの改善に結びつかないサービスは不要）

●単に「軽度者を市町村事業へ移行」するのでなく、デイサービス等も「予防」という点から必要であること

⇒かっての「特定高齢者への対応」同様、市町村での事業は実効性に乏しい

●但し、「ＡＤＬの向上（要介護の軽度化）」「予防（重度化への防止）」ならないサービスは不要

●専門家集団（ＰＴ・ＯＴ・ＳＴ・管理栄養士等）の在宅に入れることが重要

●要介護度が改善された場合の評価を取り入れることが望ましい

⇒何もしないで、寝たきり介護の方が収入が多い？

●ＡＤＬの向上のためにどのような生活リハビリやケアが行われているかをチェックし、報告させることが大切（×書類上の監査のみ）

⇒　病院の中だけのＰＴ・ＯＴ等のあり方を見直す必要

３）在宅での介護を支える仕組みの検討

（「小規模多機能」に加えて「大規模多機能」の考え方が大切）

●「小規模多機能」（訪問、通い、泊まり）の機能を拡大する必要がある
⇒　小規模多機能だけでは不足

●「小規模多機能」は、２９人登録。夜勤一人体制では夜の在宅対応までは困難。

●「定期巡回型サービス」をベースに、在宅のための通い（デイフロアー）、泊まり（ショートステイ）の機能を充実させること

⇒「特養待ち」のショートステイではなく、在宅への「リハビリの場」「レスパイト」としての機能

（そのために）

ⅰ）定期巡回型サービスの報酬を引き上げる（「小規模多機能」と同様にする事が大切に　⇒　介護度１～３の収益率が悪い（資料別紙）

ⅱ）在宅での生活を可能とする専門家集団（ＰＴ・ＯＴ、ＳＴ、栄養士）を配置することが必要（加算の検討）

ⅲ）ショートステイを病院からの一時的リハビリ、レスパイトの場として位置づける　⇒「自主費用」で泊まれる場として

ご静聴、有り難うございました。

（あすならあッちゃん）



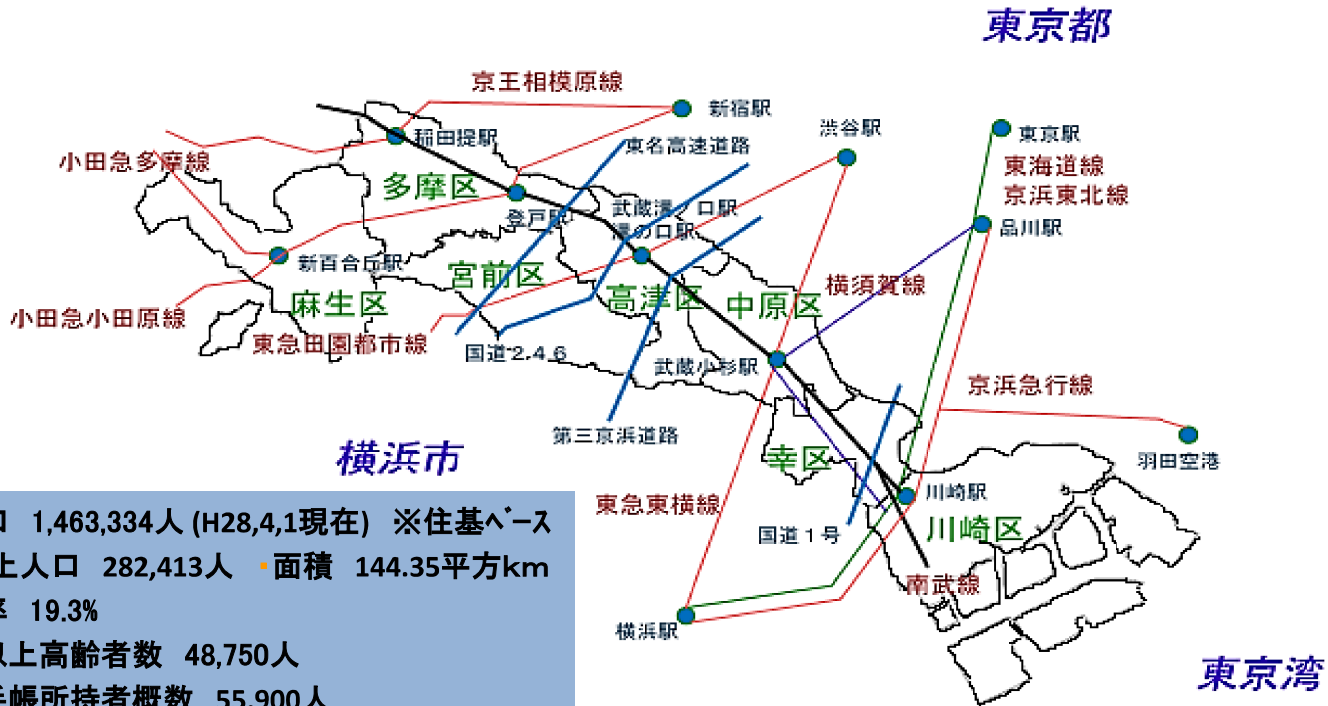
川崎市における地域包括ケアシステムの構築



平成28年10月31日

川崎市健康福祉局　地域包括ケア推進室

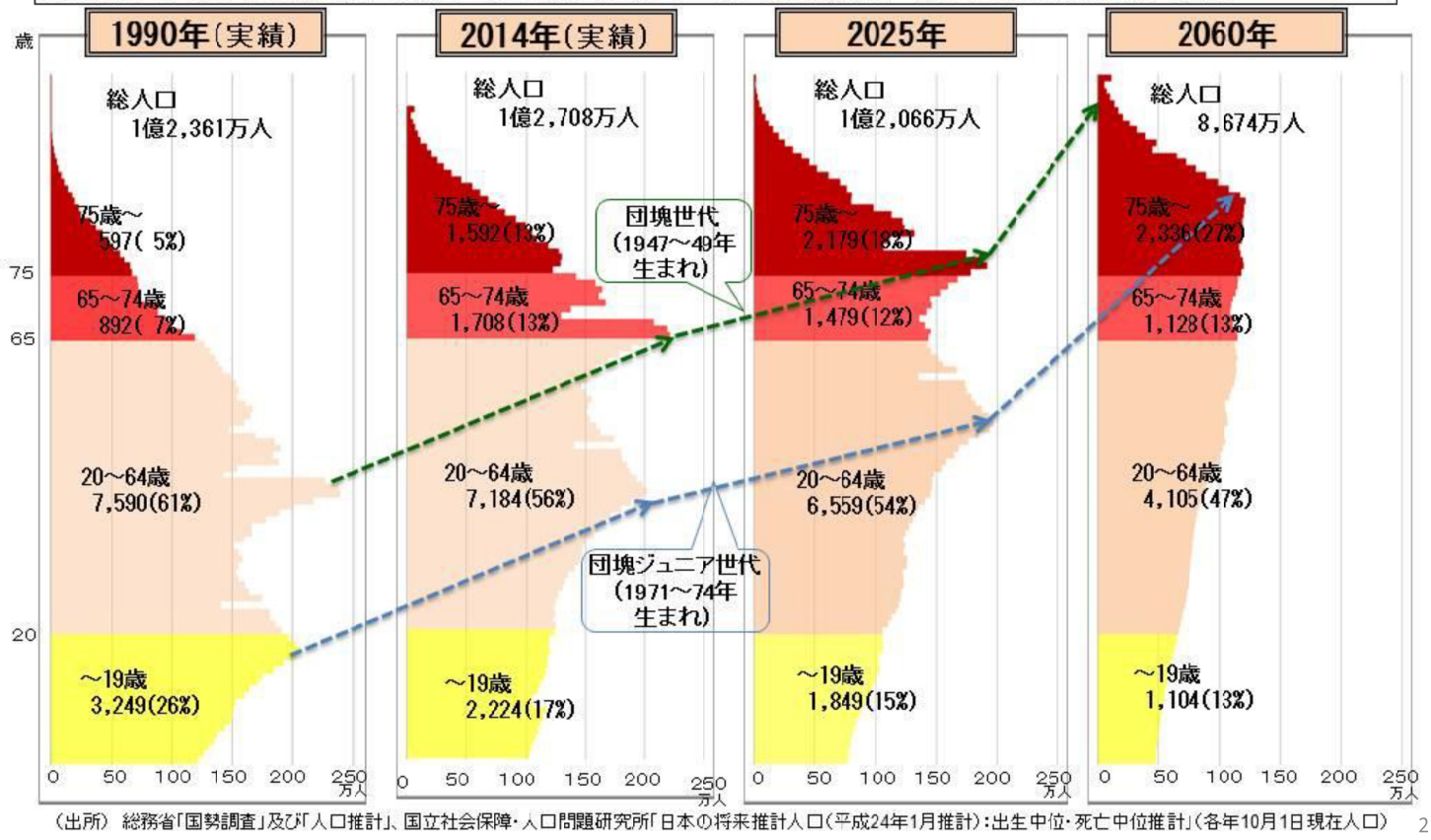
1　川崎市の状況



- 人　　口　1,463,334人 (H28,4,1現在)　※住基ﾍﾞｰｽ
- 65歳以上人口　282,413人　・面積　144.35平方km
- 高齢化率　19.3%
- 要支援以上高齢者数　48,750人
- 障害者手帳所持者概数　55,900人
  （身体：36,500人、知的：8,900人、精神：10,500人）
- 子育て世帯数　121,455世帯（平成22年国勢調査）
- 0～18歳の子ども　238,082人（平成26年10月現在）
- 地域包括支援センター　49か所

2　全国の人口ピラミッドの推移（参考）

○団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の18%となる。
○2060年には、人口は8,674万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約40%となる。

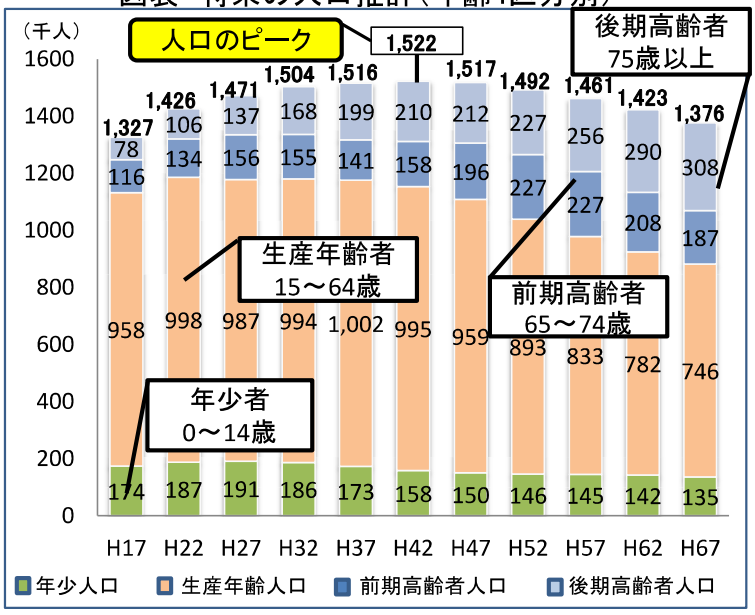


（出所） 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）：出生中位・死亡中位推計」（各年10月1日現在人口）

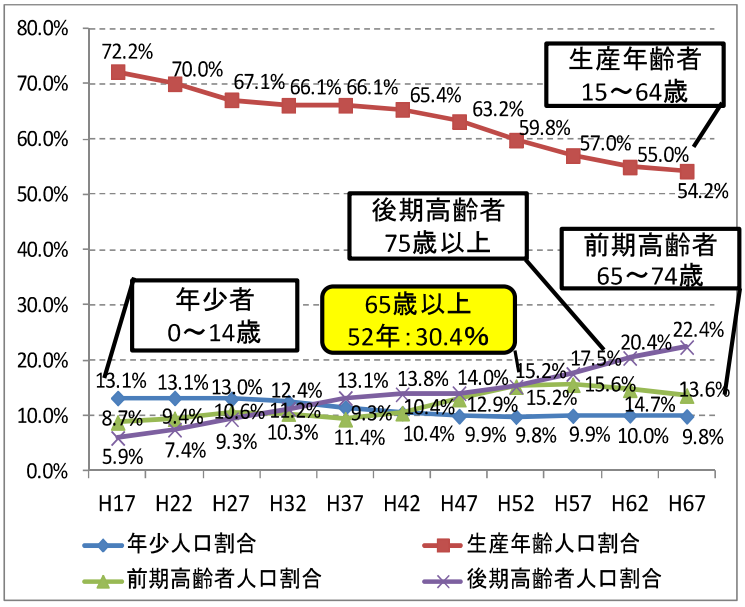
3　川崎市の少子高齢化の状況

- 今後、急速な高齢化が進み、2040年（平成52年）の高齢者人口は**約45万人**となり、総人口の**30.4%**になることが予測されている。
- 一方で、生産年齢人口と0歳から14歳までの年少人口は、減少の一途を辿っている。

図表　将来の人口推計（年齢4区分別）

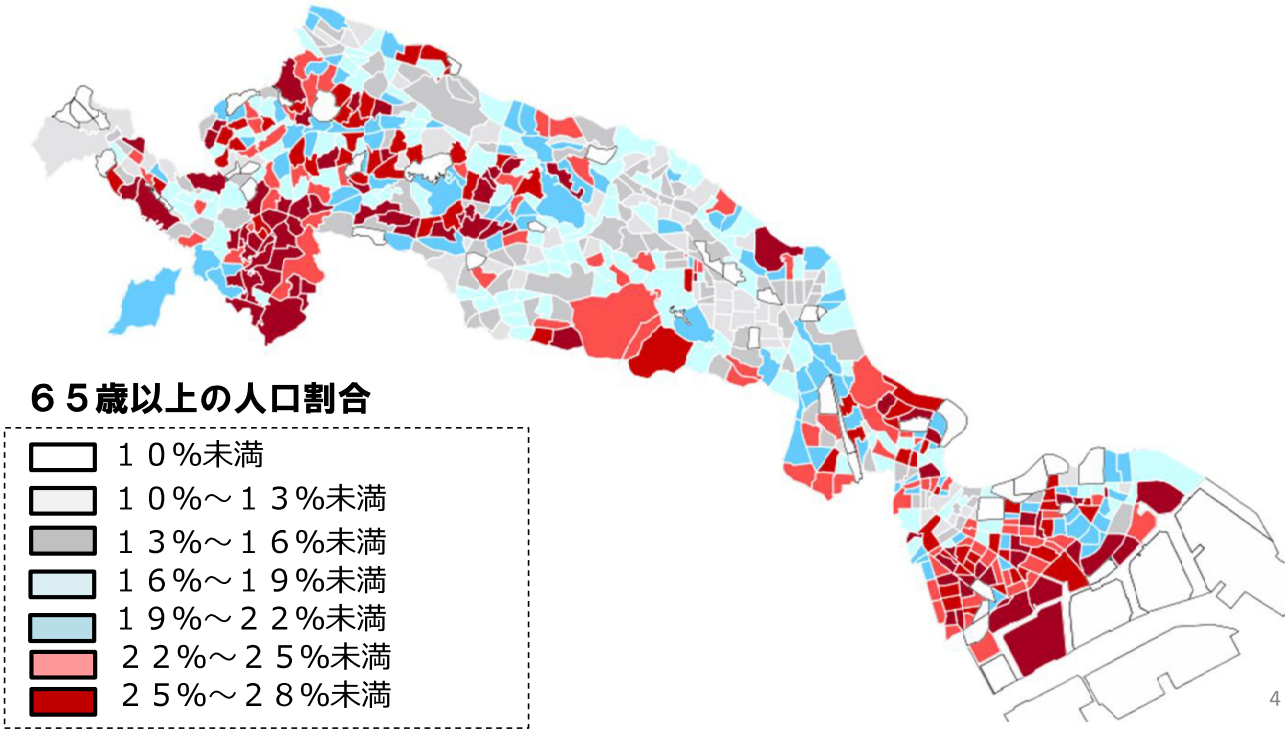


図表　将来の推計人口の年齢4区分別の割合



4　川崎市の高齢化率の分布状況

各地域によって高齢化率に違いがあるなど、地域性が大きく異なっている



4

5　川崎市の特徴

20政令市と東京都区部から構成される21大都市間比較

「平成26年版　大都市比較統計年表から見た川崎市」から

・人口密度	10,122人/km²	※東京都区部及び大阪市に次ぐ過密都市	
・人口増加比率	0.81%	※第2位	（元気な都市）
・出生率	0.99（平均0.85）	※最高位	
・自然増加率	0.29（平均△0.04）	※最高位	
・死亡率	0.70（平均0.89）	※最低位	
・平均年齢	41.5歳（平均43.9歳）	※最低位	（若い都市）
・生産年齢人口割合	70.0（平均65.7）	※最高位	
・老年人口割合	16.8（平均21.2）	※最低位	
・刑法犯認知件数	7.3（平均11.5）/1,000人	※第19位	（安全な都市）
・交通事故発生件数	257.8（平均522.4）/10万人	※最低位	

5

6　川崎市の特徴

活発に活動をしているボランティア団体が多くいる。



【「プロボノ」企画打合せの様子】



【多摩川美化活動の様子】

6

7　川崎市の特徴

高い技術力を持つ産業・研究機関などの多様な社会資源



リサーチコンプレックス



ウェルフェアイノベーション

7

8　地域包括ケアシステムの構築に向けた川崎市の取組

平成26年4月　「地域包括ケア推進室」の設置

子どもから高齢者まで部局横断的な取組が可能となるように、健康福祉局の中に設置。平成28年4月に組織再編。

平成27年3月　「地域包括ケアシステム推進ビジョン」の策定

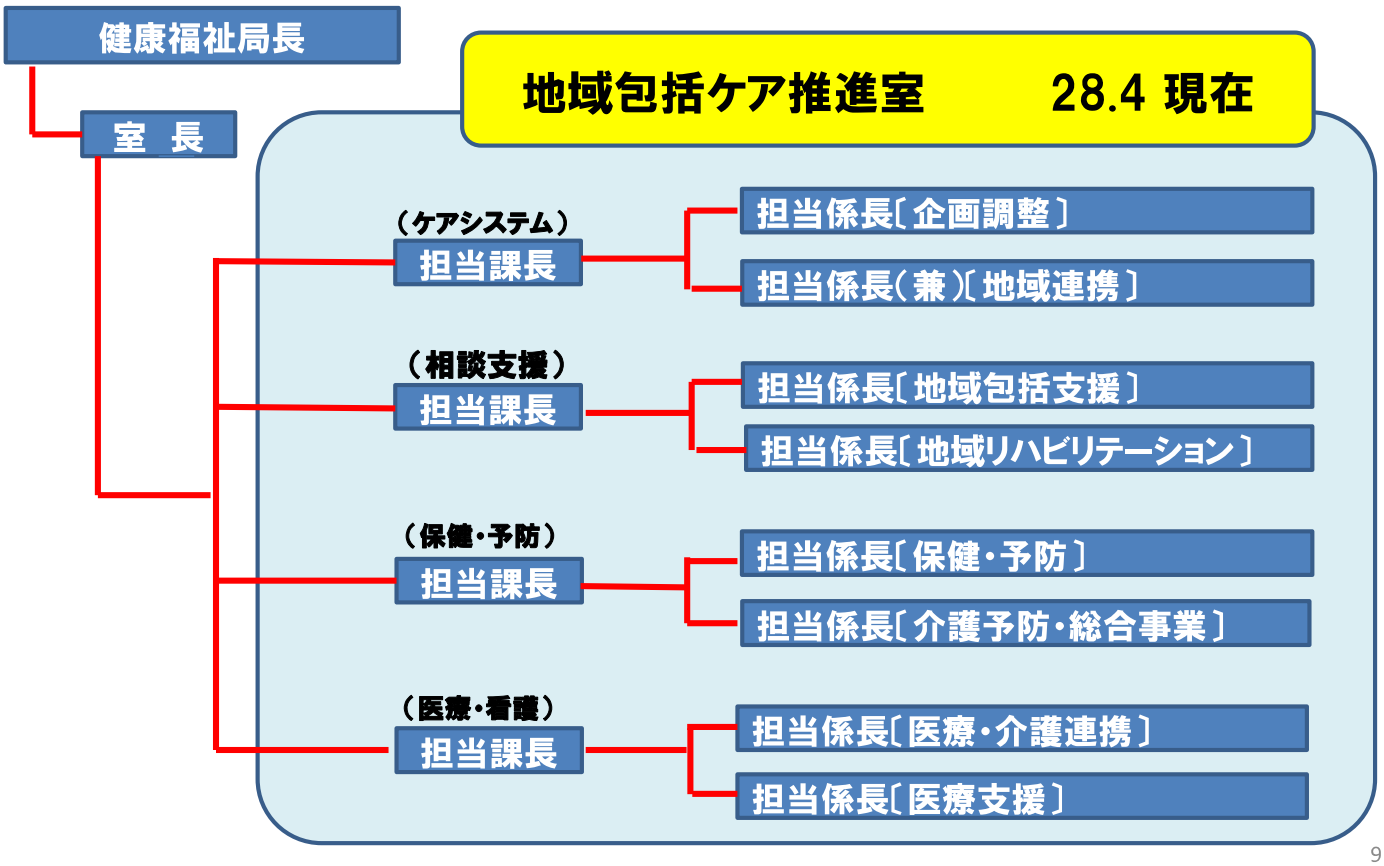
川崎市の実情に応じた「ご当地システム」として、本市としての基本的な考え方を示した「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン」を地域全体で共有し、具体的な行動につなげていく

平成28年4月　「地域みまもり支援センター」の設置

全ての地域住民を対象として、住民に身近な区役所で「個別支援の強化」と「地域力の向上」を図るために設置。

8

9　地域包括ケア推進室の組織概要



9

10　地域包括ケアシステム推進ビジョン

一生住み続けたい最幸のまち・川崎をめざして

【基本理念】

川崎らしい都市型の地域包括ケアシステムの構築による誰もが住み慣れた地域や自らが望む場で安心して暮らし続けることができる地域の実現

基本的な5つの視点

1 【意識の醸成と参加・活動の促進】
地域における「ケア」への理解の共有とセルフケア意識の醸成

2 【住まいと住まい方】
安心して暮らせる「住まいと住まい方」の実現

3 【多様な主体の活躍】
多様な主体の活躍による、よりよいケアの実現

4 【一体的なケアの提供】
多職種が連携した一体的なケアの提供による、自立した生活と尊厳の保持の実現

5 【地域マネジメント】
地域全体における目標の共有と地域包括ケアをマネジメントするための仕組みの構築

11　推進ビジョンのテーマ

地域包括ケアシステムは、「安心して暮らし続けることができる地域を実現」していくこと

「安心した暮らし」を送るための要素

- 衣食住
- 保健 医療 福祉
- 地域での交流（あいさつ・支え合い等）
- いきがい（趣味・娯楽・社会貢献等）
- 防犯 防災など

地域包括ケアシステムとは
「個人の生活」を守る取組であり、個人が安心して生活できる「地域づくり」であるといえる

推進ビジョンのテーマ → **「生活」と「地域づくり」**

１２　推進ビジョンの対象者

・「地域」においては、誰もが個人として年齢を重ねながら「生活」を続けていくことや、こどもから高齢者まで多様な住民が生活していることに着目

○児童期から高齢期までライフステージにおける切れ目ない継続的な取組が重要

○多様な住民が生活する地域社会においては、「個人の生活の質」を高めていくとともに、住民同士も互いに支え合う関係であるという認識を共有しながら、「地域づくり」を進めていくことが必要不可欠

推進ビジョンの対象者は、《すべての地域住民》

本推進ビジョンでは、高齢者をはじめ、障害者やこども、子育て中の親などに加え、現時点で他者からのケアを必要としない方々を含めた「すべての地域住民」を対象

12

１３　推進ビジョンの基本的な考え方

「生活」と「地域づくり」　をテーマとし、

「すべての地域住民」　を対象としていることから、

行政においては、

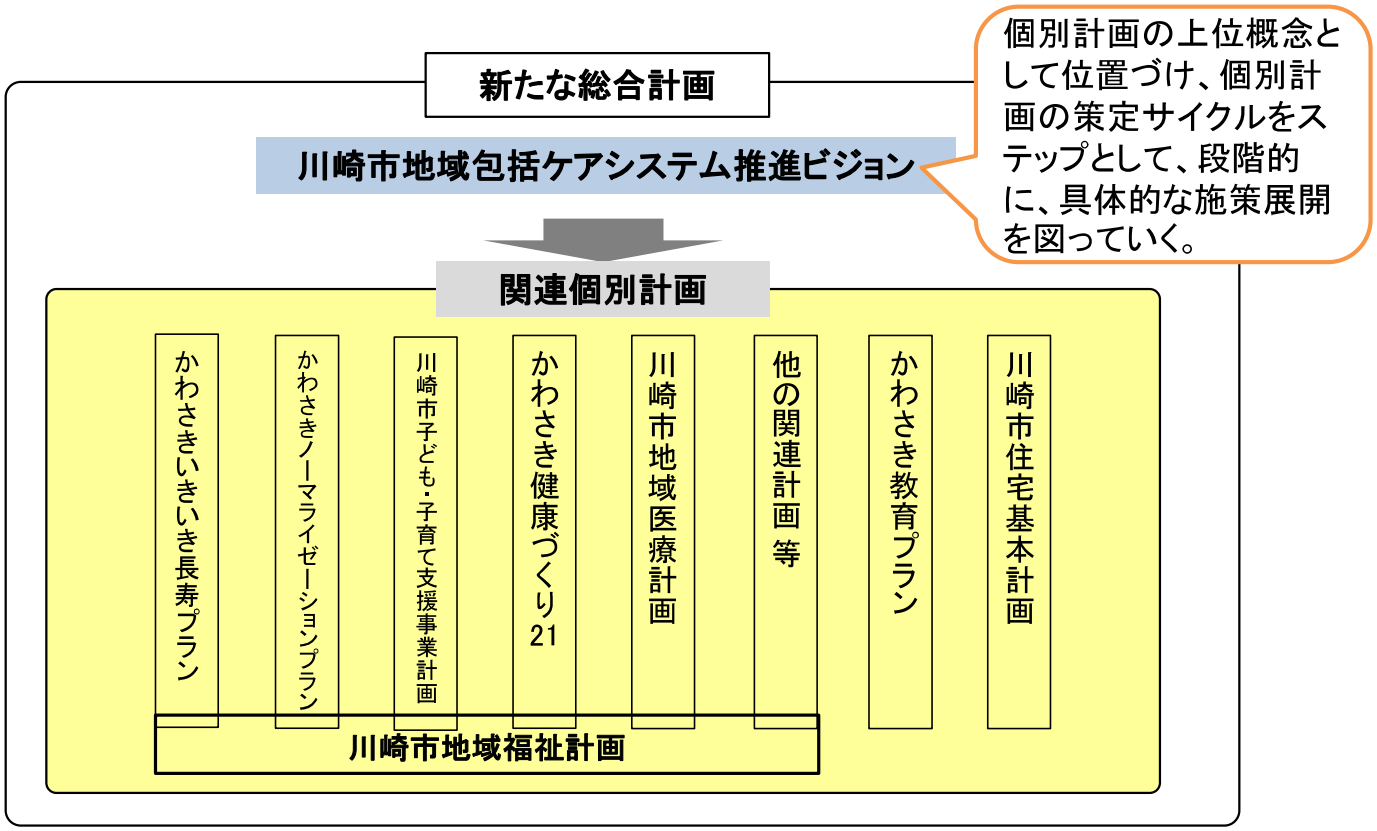
高齢者や障害者、こどもに関わる施策をはじめとする保健医療福祉分野に限らず、まちづくりや教育、経済分野などあらゆる行政施策に関わりがある。

また、

行政だけではなく、市民をはじめ地域の団体や関係機関、事業者など、地域内の多様な主体の取組が重要。

13

１４　推進ビジョンの位置づけ



14

１５　区役所に求められる３つの機能

【総合調整機能】

○地域マネジメントを行うにあたり、専門的支援機能や地域支援機能との有機的な連携を図るとともに、地域包括ケアシステム推進の企画・調整を行うための機能

【地域支援機能】

○自助・互助の促進やコーディネートを図るため、エリアを受け持つ地区担当が、多様な主体と協働し、「地域づくり」を支援するとともに、庁内の関係部署や多様な主体と連携し、地域課題を組織的に対応するほか、個別支援の強化に向けた対応を図っていくための機能

【専門的支援機能】

○高齢、障害、児童、保健・医療、生活困窮など、保健医療福祉における専門的な支援を必要とする個別的なニーズに対して、法制度等に基づく対応を図るため、主に、医療保険・介護保険などの共助や、行政処分などの公助に関わる機能

15

１６　地域みまもり支援センターの組織概要

各区保健福祉センター

地域みまもり支援センター

- 地域ケア推進担当
- 地域支援担当
- 保育所等・地域連携
- 学校・地域連携

児童家庭課、高齢・障害課、保護課、衛生課

“３つの機能”の連携強化を図り、「自助・互助」の促進と「共助・公助」の適切な実施を図る！

市内を４０の地域に分け、それぞれ複数名の保健師を配置し、地域課題を把握するとともに、「**個別支援の強化**」と「**地域力の向上**」に取り組む。

積極的に地域に出向きます！



16

１７　多職種連携による重層的な相談支援

地区担当の「保健師」をはじめ、専門多職種が連携して対応する

- 医師、歯科医師
- 歯科衛生士、栄養士
- 保健師、助産師
- 社会福祉職、心理職

専門多職種による連携支援



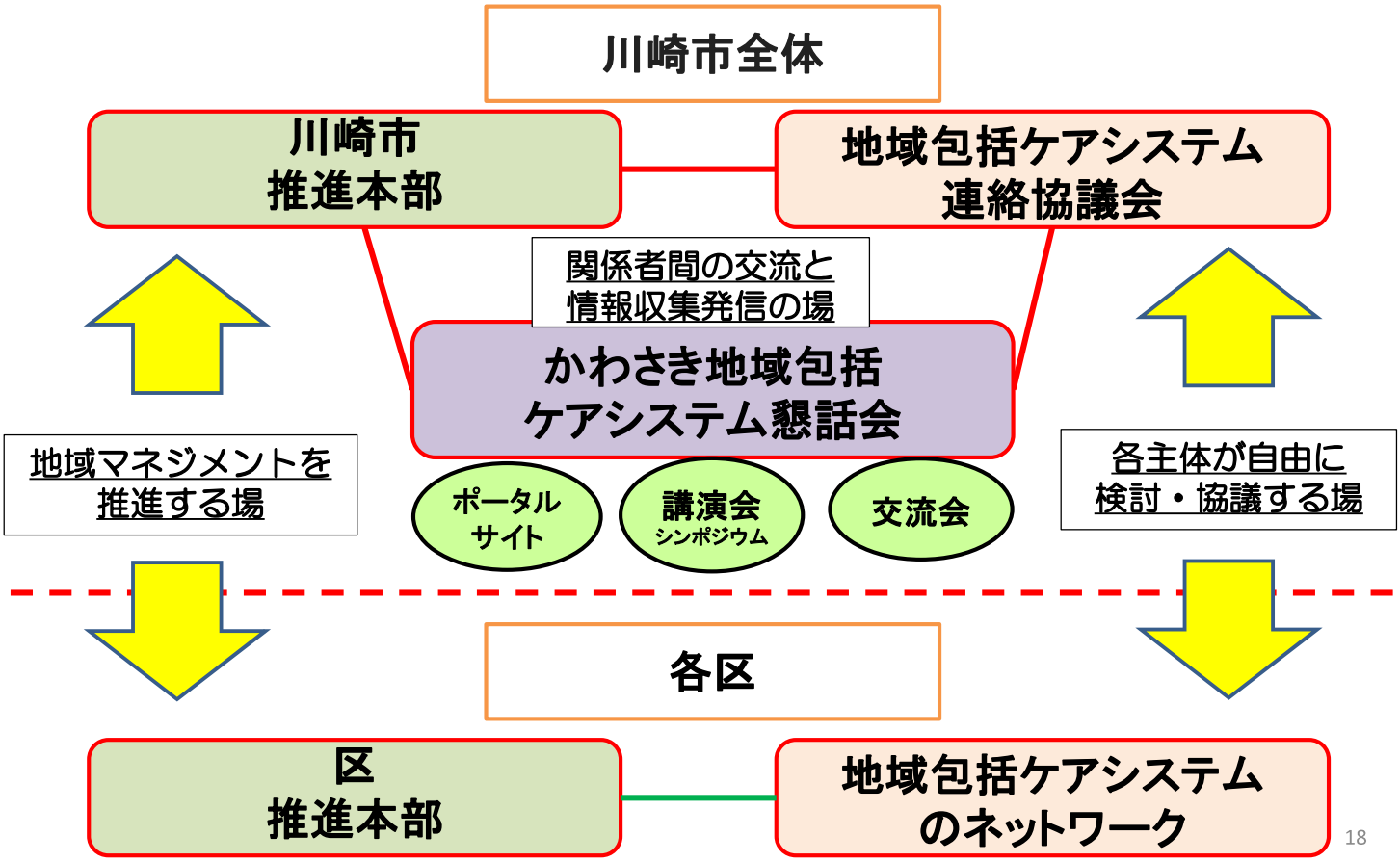




すべての地域住民

17

１８　地域包括ケアシステムの推進体制



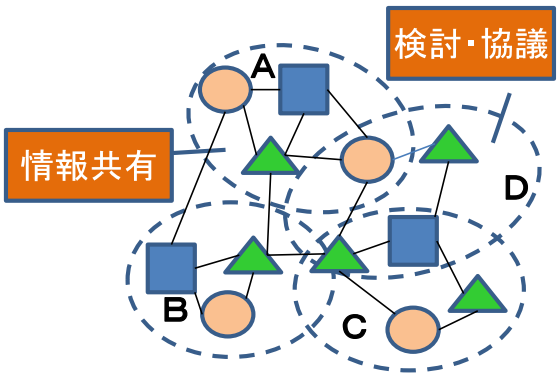
18

１９　地域包括ケアシステムのネットワーク

区における地域包括ケアシステムのネットワーク組織化

≪全ての地域住民を対象に様々な分野・組織のネットワーク化≫





〇情報共有
〇検討・協議

⇒既存の様々な協議体を活用してネットワーク化を図り、それぞれの特性・特色を活かして、「情報共有」や「検討・協議」を行う

19

２０　現在の取組状況と施策効果

今年度の取組状況

・市政広報紙の活用（地域包括ケアシステム特集、まんがの掲載）
・地域への出前説明（町内会・自治会、民生委員児童委員、関係団体等）
・職員の意識改革（研修会の開催、手引きの作成、eラーニングの実施）

施策の効果―保健医療福祉分野以外への取組の波及

・まちづくり分野（居住支援協議会の設立、市営住宅の活用、空家対策）
・経済分野（新たな福祉機器の創出、民間事業者との連携）
・教育分野（小学生向け副読本、小中学生向け認知症サポーター養成講座）

地域みまもり支援センターが目指すものと現状・課題について

２１　今後の取組の方向性（参考）

〇町内会・自治会、社協区、民児協区、地域包括支援センター、地域みまもり支援センター、学区など既存エリアの見える化（町名別の整理）

〇小エリアでの地区カルテの作成

〇地区カルテを参考とした「区地域福祉計画の策定」および「社会福祉協議会が策定する地域福祉活動計画との具体的な連携」

〇平成29年度に策定する市総合計画および主な個別計画との一体的な策定（地域医療計画・高齢計画・障害計画・地域福祉計画）

〇地域包括ケアシステムの市民理解度の向上（市総合計画上の指標）
2015年（平成27年）：10.1%⇒2025年（平成37年）：42%

※・自分が何をすれば良いか知っていて、具体的に行動している
・自分が何をすれば良いか知っているが、具体的に行動していない
・地域包括ケアシステムの内容は知っているが、そのために自分が何をすれば良いかわからない
・地域包括ケアシステムの言葉は知っているが、内容は知らない
・地域包括ケアシステムを聞いたことがない

理解をしている

22　市民への最重要メッセージ

市民一人ひとりができることとして、

まず、生きがいと健康を意識して

自分の周りを、「もうちょっとだけ」気にすると・・・

自分がしてほしいこと、隣近所だからできること・・・

支え合いの「参加」、「活動」による生きがいと健康の獲得

現在・・・

10年後・・・

30年後、50年後・・・

私たちのこれから・・・
親は？
子どもたちは？

22

23　川崎市地域包括ケアシステムポータルサイト

〇川崎市における地域包括ケアシステムに関する様々な情報を掲載
〇医療・介護・福祉に関するイベント情報発信

ポータルサイト　トップページイメージ

https://www.kawasaki-chikea.jp



地域包括ケア　ポータル　検索

23

いくつになっても、いきいきと暮らせるまちをつくる

東京ホームタウン プロジェクト TOKYO=HOMETOWN PROJECT

プロボノによる地域包括ケア推進の可能性について



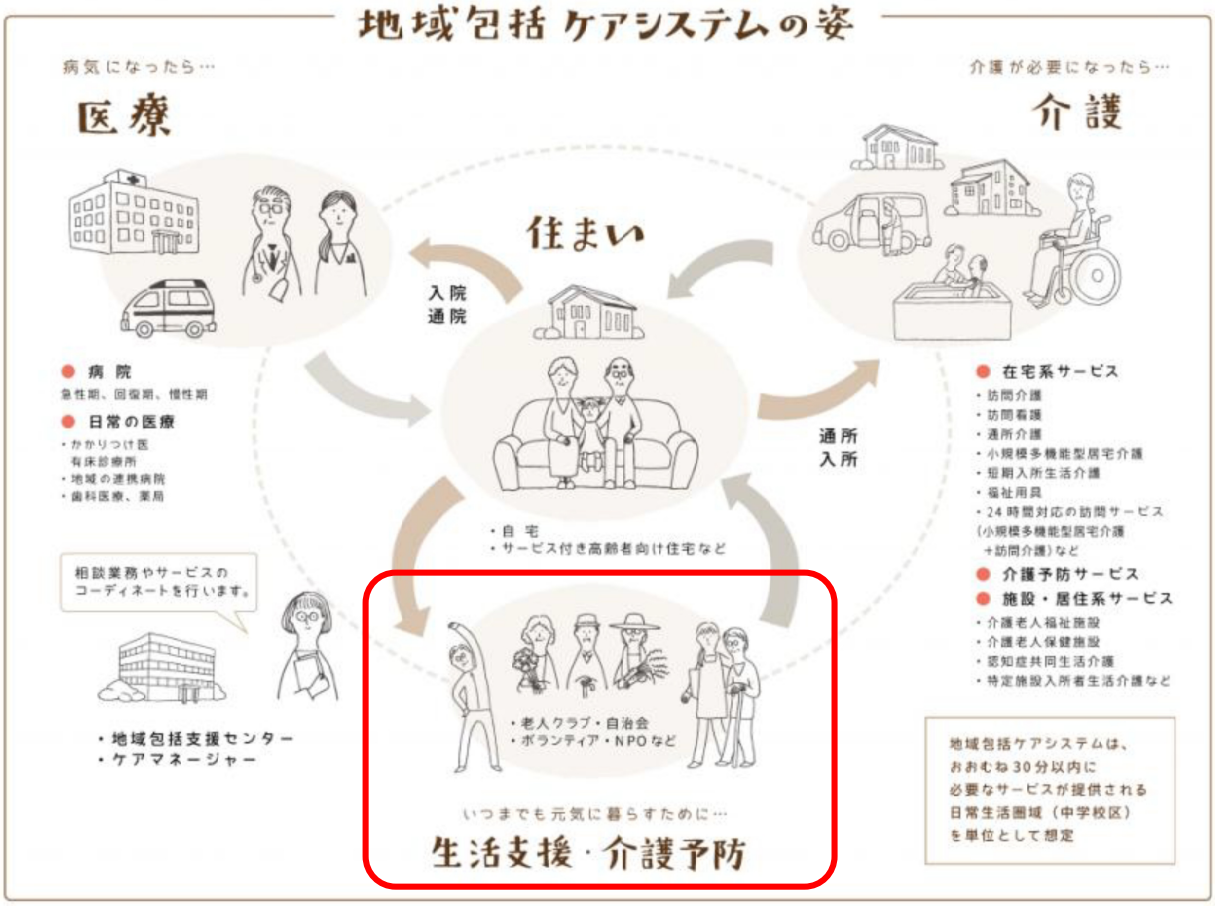




東京ホームタウンプロジェクト 事務局

SERVICE GRANT
特定非営利活動法人 サービスグラント

東京ホームタウンプロジェクトの支援対象

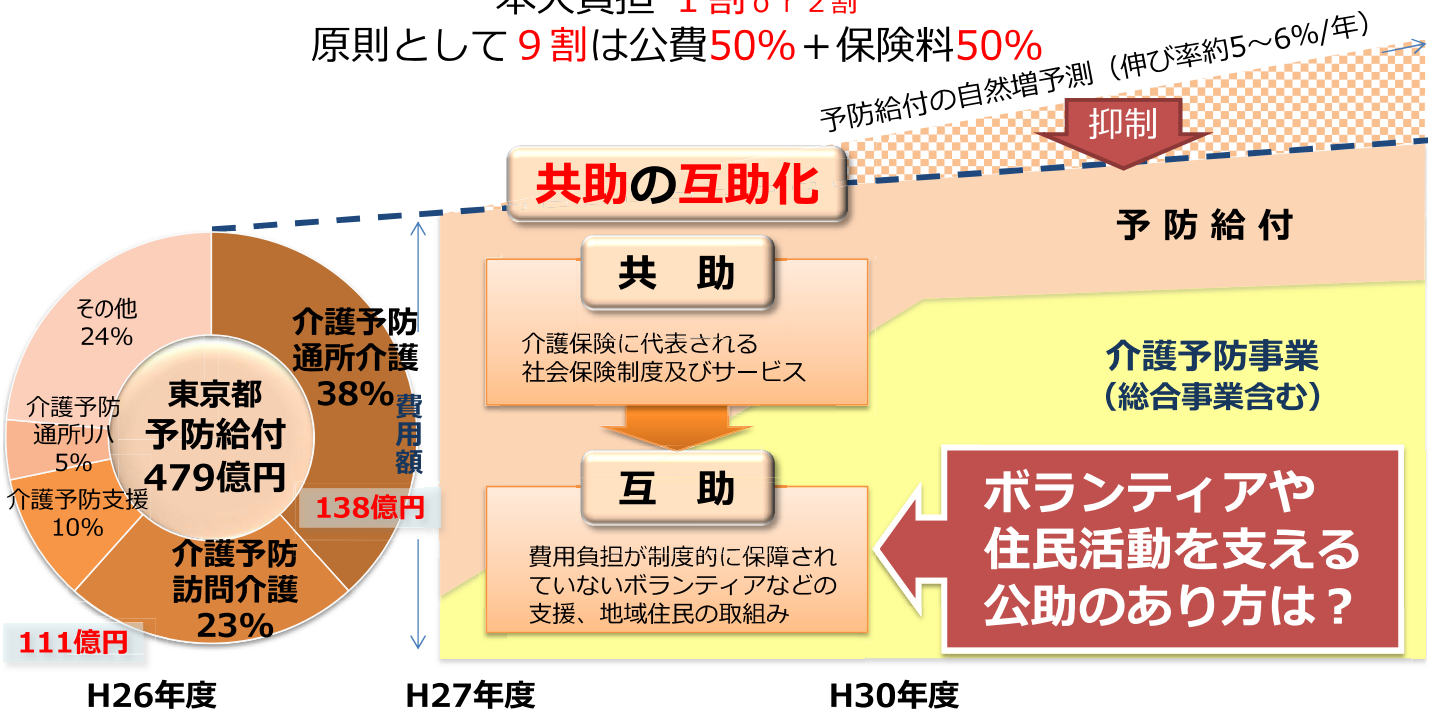


地域包括ケアの担い手となる地域団体・NPO等の基盤強化を支援します

「互助」を強化するための「公助」の在り方とは？

介護保険制度＝「共助」

本人負担 １割ｏｒ２割
原則として９割は公費50%＋保険料50%



・予防給付として提供されてきた通所介護・訪問介護が総合事業に移行（Ｈ29年度末まで）
・既存の介護事業所による既存のサービスに加え、**住民等が参画する多様なサービスを提供**

東京ホームタウンプロジェクト事業概要

目 的　**東京の強みである活発な企業活動、豊富な経験と知識を持った多くの人たちの力を活用し、地域包括ケアシステムの構築に資する「地域貢献活動」を活性化**

取 組

1　地域福祉団体の運営基盤強化

ビジネススキルや専門知識を活かしたボランティア活動である「プロボノ」により、地域貢献活動を展開している団体に対し、運営活動面からの支援を提供
・長期プロジェクト（3～6か月）
・短期プロジェクト（1日）

2　新たな担い手・活動の創出に向けた支援

地域福祉の担い手や新たな活動を創出するため、各地域において中間支援を行う区市町村、社会福祉協議会、地域包括支援センター等の取組を支援
・セミナーの開催
・伴走支援（地域課題に応じて個別に支援）の実施　5地区

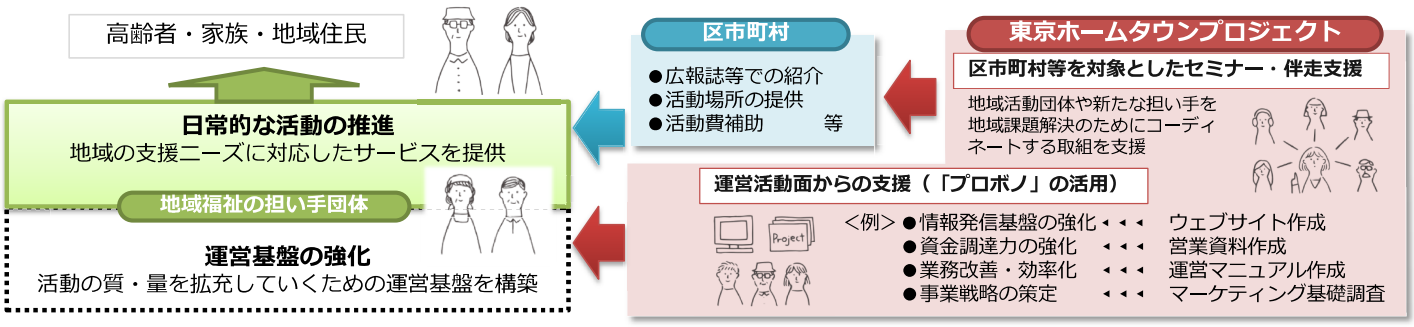
3　Ｗｅｂサイトによる情報発信

ＮＰＯ法人や元気な高齢者など多様な主体による地域貢献活動の情報を発信
➢進捗状況をリアルタイムに更新、課題解決のモデルケースを提示
➢幅広い世代や多様な分野の人が興味を持てるコンテンツ

4　総括イベントの開催

東京ホームタウンプロジェクトの取組のうち、特に優れた事例を紹介するなど、本事業の成果を発信

企業人や元気な高齢者に対し、
広く地域貢献活動への参加のきっかけを提供



東京ホームタウンプロジェクトの「DOs & DON'Ts」

東京ホームタウンプロジェクト		東京ホームタウンプロジェクトでは取り組まないこと
「互助」の強化 地域貢献活動の活性化	**目　的**	新しい総合事業への直接的対応 制度的枠組みづくり
地域福祉の多様な担い手 当事者団体・ＮＰＯ・企業など	**取り組みの主体**	従来型の利用者を中心とした 医療・介護分野等の専門職
地域福祉団体の活動活性化に一緒に取り組む 地域資源の発掘・コーディネート	**支援内容**	地域福祉団体への 財政的援助・相談対応
地域コミュニティの活性化 住民のＱＯＬ、参加意欲の向上	**成果指標**	介護保険等制度の維持 必要なサービスの確保

4

キーワードは「プロボノ」



東京ホームタウンプロジェクトの正式名称は「多様な主体の地域貢献活動による地域包括ケアの推進事業」です。

これまで福祉分野に関わる機会が少なかった、企業人等の「プロボノ」で、地域づくりに新しい風を吹かせます。

「プロボノ」とは？

プロボノとは、**専門的なスキル・経験等をボランティアとして提供し、社会課題の解決に成果をもたらすこと**を意味します。

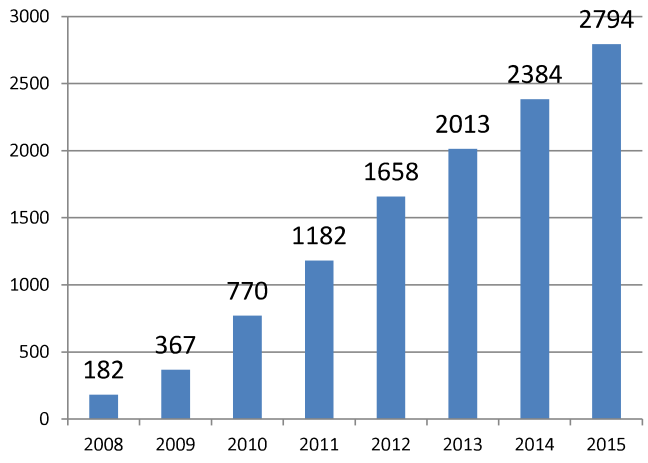
Pro	**For**	～のために
Bono	**Good**	善・いいこと
Publico	Public	公共的な

語源はラテン語のPro Bono Publico（公共善のために）という言葉です

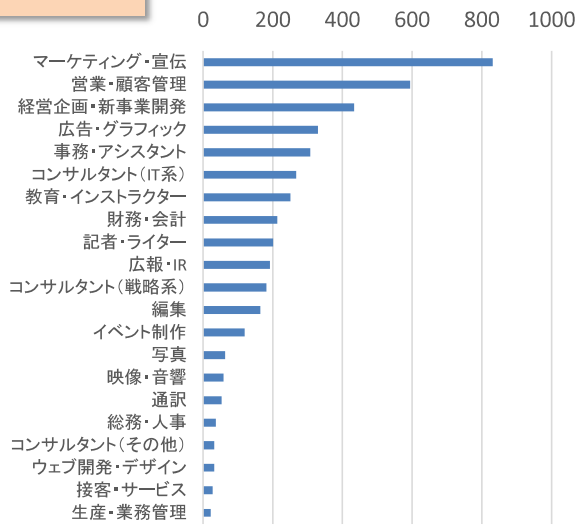
6

数字で見る「プロボノワーカー」

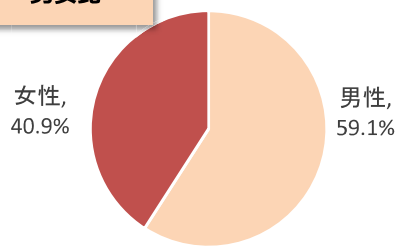
登録プロボノワーカー数：**3,145名**　2016年10月25日現在



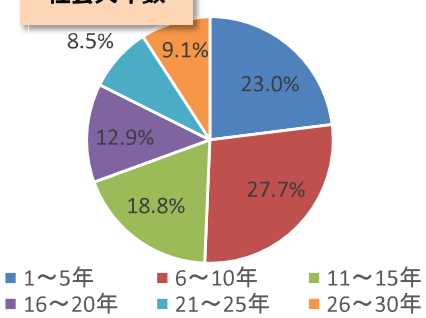
登録者の内訳



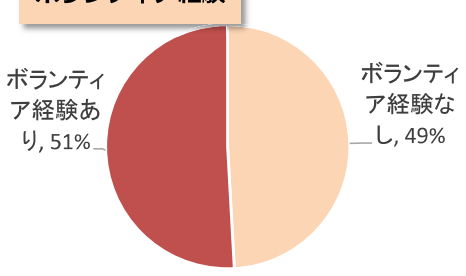
男女比



社会人年数



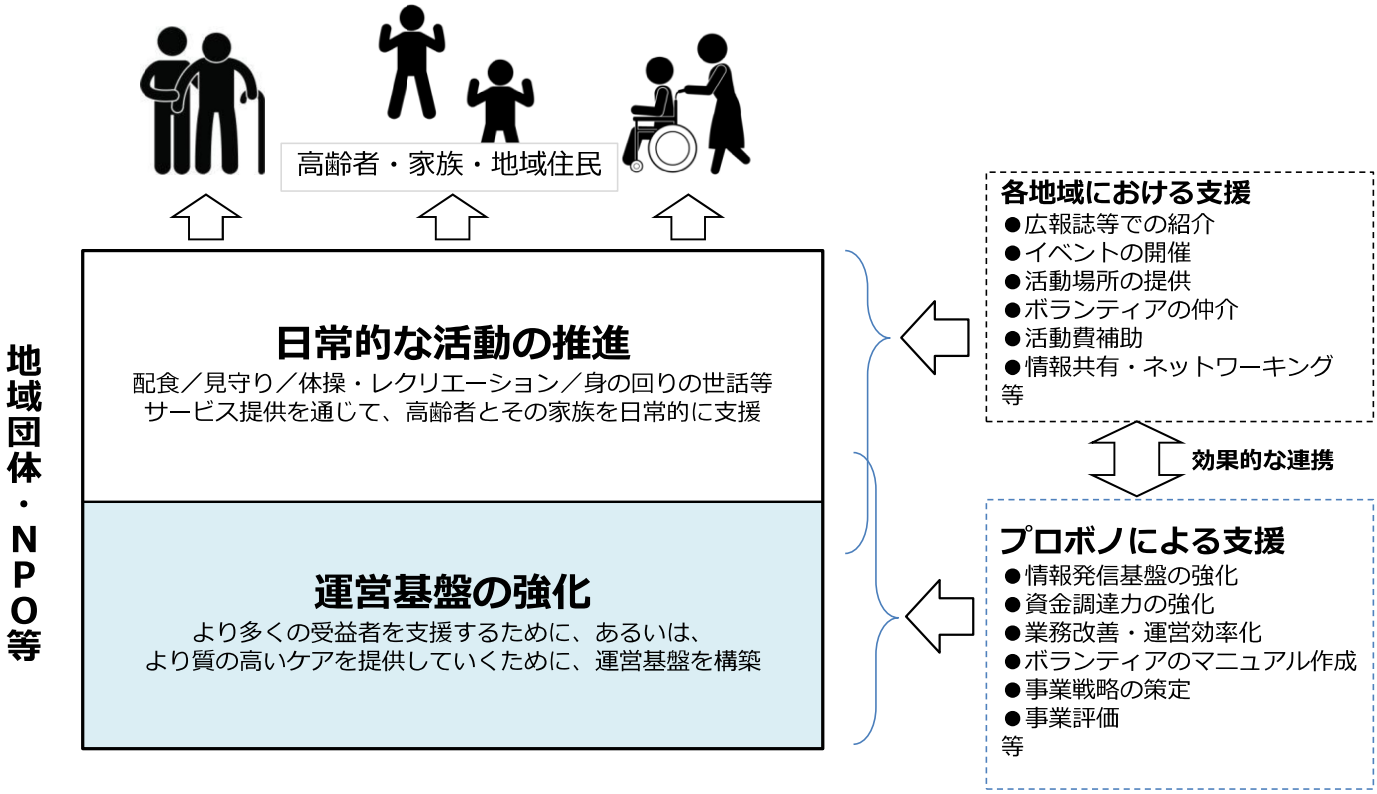
ボランティア経験



7

プロボノによる支援の位置づけ

身近な各地域における既存の支援策と連携しながら、地域包括ケアの担い手となる様々な団体等に対して**「運営基盤の強化」**につながる支援を提供していきます。



「プロジェクト型支援」で具体的な成果物を提供

プロボノによる支援が、地域福祉の現場において効果的に活用されるために、具体的かつ実用性の高い成果物の提供を目標とする**「プロジェクト型支援」**を行っていきます。

地域包括ケアの担い手団体 ⇔ **事務局** → **プロボノワーカー（企業人等ボランティア）**

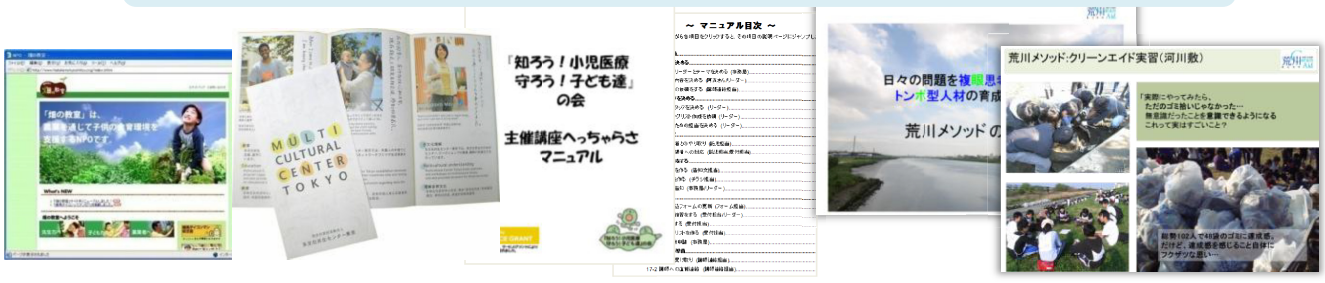
長期プロジェクト「ホームタウンプロボノ」

約3～6ヵ月の期間をかけて、支援先が必要とする運営基盤強化につながる成果物を提供します。

短期プロジェクト「プロボノ１DAYチャレンジ」

１ヵ月の準備期間＋本番1日に限定したプロボノ体験型企画。短期間で実現可能な成果物の提供にチャレンジします。

支援先の運営基盤強化に役立つ具体的な成果物を提供



2015年度支援事例の紹介　ホームタウンプロボノ（長期）

①印刷物（パンフレット等）制作
NPO法人 風のやすみば（文京区）



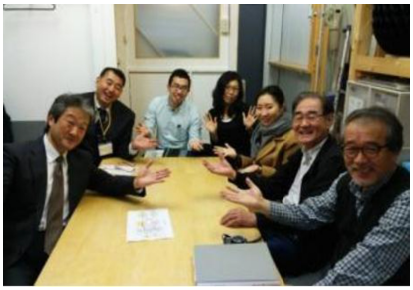
「行政や町会と住民との間を埋めて、具体的に個人に対する支援ができるような存在になれたら」と、2013年6月にコミュニティカフェをオープン。さらに、ちょっとした困りごとを支援する「何でも屋さん」、居住者の事情により更地や空き家となっている不動産の管理など、さまざまな事業を展開をしている。
プロボノでは、多岐にわたる団体の活動を、近隣住民に理解していただくため、活動内容を分かりやすく整理したパンフレットを制作した。



②ウェブサイト制作
太壱みまもりネットワーク（墨田区）



東日本大震災後、墨田区・太平一丁目で地域の見守り活動を開始。地域内に住む300人以上の高齢者を年3回、15人の有志メンバーが手分けして定期訪問をしており、高齢者の状況を一人ひとり把握している。
プロボノプロジェクトでは、近隣の町会でも見守りをはじめられることを目的として、同団体がこれまで蓄積してきたノウハウを、分かりやすくまとめ、広く発信するためのウェブサイトを制作した。



③事業計画立案
たまりば・とうしん（板橋区）



地域の居場所として、運営メンバーの特技や個性を大事にしたサロンや勉強会を数多く実施している。
現在よりもさらに幅広い世代の交流を目指して多様な活動をしているが、必要な人に届いていないという課題も感じている中、もっとスピード感を持って先駆的な挑戦をしていくためにどんな仕組み作りができるか、プロボノワーカーとともに事業計画を検討した。



2015年度支援事例の紹介　プロボノ１DAYチャレンジ（短期）

【チラシ制作】

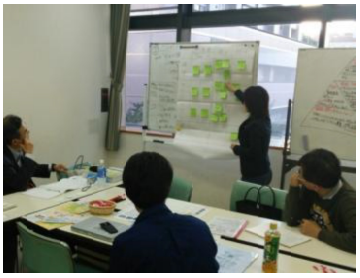


NPO法人 プラチナ美容塾
団体主催イベントの告知チラシを作成



みたか・みんなの広場
複数の団体から成るネットワークの活動紹介チラシを作成

【課題整理ワークショップ】



新井の介護を考える会
団体の4年間の活動をすっきり整理して短中期の課題を抽出し、次に必要な行動を提案



NPO法人むべの会
団体の活動を外部視点で見直し、利用者との関係などについて新たなアイデア・気づきを提案



子育て交流ひろば立川おもちゃ図書館ぱれっと
「一度行ってみよう」と思える、施設利用者目線の携帯サイズパンフレットを制作

【SNS活用】





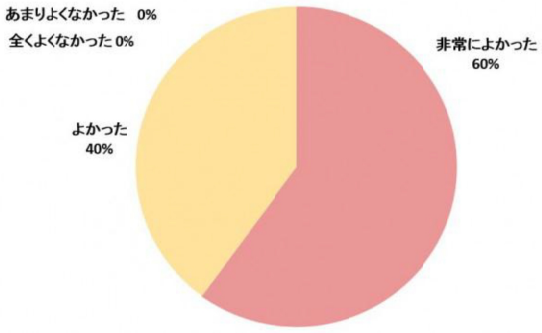
要町あさやけ子ども食堂
Facebookページと、わかりやすい使い方資料を制作



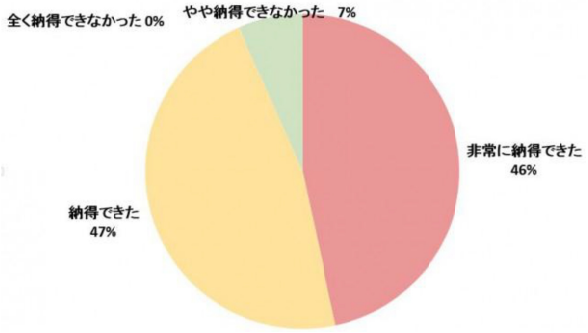
大洋社 ひまわり苑
さまざまな種類があるSNSのうちどれが団体に適しているかを提案し、その場でブログを制作

支援先団体の声

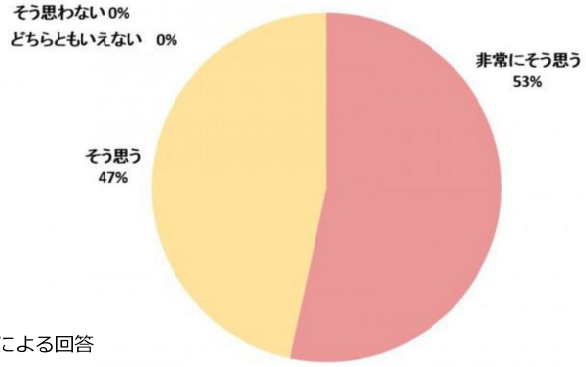
プロボノに参加して、全体としてよかったと思いますか？



チームが制作した成果物や提案内容は、納得のいくものでしたか？



プロボノのような多様な主体が地域活動に参加することが地域包括ケアの推進に効果的だと思いますか？



※ プロボノ１DAYチャレンジ2015
参加団体 15団体（回答率100%）による回答

12

支援先一覧（2015年度）

長期プロジェクト（3~6ヵ月）

地域名	団体名	支援内容
墨田区	太壱みまもりネットワーク	ウェブサイト
立川市	見守りネット・結サポートセンター	マーケティング基礎調査
板橋区	たまりば・とうしん	事業計画立案
文京区	NPO法人 風のやすみば	印刷物
荒川区	NPO法人 荒川区高年者クラブ連合会	マーケティング基礎調査
足立区	梅島うたの会	映像
多摩市	社会福祉法人 楽友会	マーケティング基礎調査
稲城市	矢野口地区介護予防ラジオ体操会	事業評価
豊島区	楽の会リーラ	マーケティング基礎調査

短期プロジェクト（1日）

地域名	団体名	支援内容
狛江市	NPO法人 むべの会	課題整理ワークショップ
立川市	中高年ミュージカルパフォーマンスグループ　たっきぃ	Facebook活用法提案
立川市	NPO法人 トモニ	チラシ制作
立川市	子育て交流ひろば立川おもちゃ図書館ぱれっと	チラシ制作
日野市	NPO法人 ひの市民活動団体連絡会	チラシ制作
八王子市	八王子高齢者活動コーディネーター会	課題整理ワークショップ
中野区	新井の介護を考える会	課題整理ワークショップ
北区	NPO法人 北区精神障害者を守る家族会飛鳥会	課題整理ワークショップ
港区	NPO法人 プラチナ美容塾	チラシ制作
大田区	社会福祉法人 大洋社　ひまわり苑	SNS活用法提案
江戸川区	NPO法人 江戸川・地域・共生を考える会	チラシ制作
品川区	街のお助け隊コンセルジュ	課題整理ワークショップ
豊島区	要町あさやけ子ども食堂	Facebook活用法提案
渋谷区	初台生活学校	プレゼンテーション資料作成
三鷹市	みたか・みんなの広場	パンフレット制作

長期プロジェクト	9団体
短期プロジェクト	15団体
計	24団体

13

プロボノプロジェクト運営のポイント

東京ホームタウンプロジェクトでは、「目標」「役割」「進め方」を明確にしたプロボノプロジェクト運営を心がけています。

「目標」を明確にした「プロジェクト型支援」を提供

プロボノプロジェクトの立ち上げに当たって、支援内容をあらかじめ支援先と合意し、目標を明確化します。
具体的な目標を共有しているからこそ、支援先団体とプロボノワーカーとの協働を円滑に進めることができます。

「役割」を明確にした「チーム」を編成

「プロジェクトマネジャー」をはじめ、プロボノワーカーの役割を明確化してチームを編成します。
それぞれの立ち位置が明確になることによって、高いモチベーションでプロジェクトに臨むことができます。

「進め方」を明確にした「ツール」「進捗管理体制」の整備

作業内容・工程などを記載した「進行ガイド」のほか、各種テンプレートや過去事例を参照できる「ライブラリー」、ウェブサイト上での進捗状況の共有などを通じて、効果的なプロジェクト運営をサポートしています。

14

プロジェクト型支援による支援分野

プロジェクト型支援を通じて、以下の3分野を中心に、地域包括ケアの担い手となる地域団体・NPO等のニーズに応えます。

より多くの市民・企業・団体等の共感を集めたり、連携を深めたりしながら、活動を広げていきたい

組織運営のあり方や会計・経理の流れを見直し、団体としてよりスムーズな体制を築きたい

現状の活動を客観的な視点で捉え直し、今後取り組むべき課題・目標・事業内容を明確にしたい

分野①
情報発信・支援者開拓

広報や情報発信の重要性は感じていながら、日々の活動に忙しく、十分な労力を割けないでいる団体を対象に、ウェブサイトをはじめとする広報ツールの制作をサポートします。

分野②
組織運営・会計経理

一部の人に作業が偏る、代表のノウハウが全体に共有されない、会計や経理の流れが整っていないといった組織運営上の課題解決を通じて、団体の可能性を高めることをサポートします。

分野③
事業戦略・評価

組織の目標を見直したい、中長期的な計画を構築したい、現在の取り組みに対する評価や改善点を把握したい、など、今後に向けた検討材料を提供することで、活動の展開を応援します。

【ご案内】原則として、1つのプロジェクトで目標とする成果物は、1点に限らせていただきます。
また、1つの団体が同時に複数のプロジェクトによる支援を受けることはできません。

15

支援メニュー詳細 ～ 分野①「情報発信・支援者開拓」

広報や情報発信の重要性は感じていながら、日々の活動に忙しく、十分な労力を割けないでいる団体を対象に、広報に役立つ具体的な成果物を提供します。

例えば、こんなニーズはありませんか？

ボランティアを
たくさん集めたい！

もっと多くの人に
この活動を知ってほしい！

企業等と
連携・協働したい！

こんなことを応援します　～　支援メニュー（一覧）

ホームタウンプロボノ（長期プロジェクト）

ウェブサイト

団体の情報発信の要となるウェブサイトを一新することで、重要なターゲットに、必要な情報が伝わるようにしていきます。

印刷物（パンフレット）

団体の活動を一目で理解してもらうような効果的なパンフレットで、利用者・支援者等の活動に対する理解を早めます。

映像

言葉で説明するよりも、映像を見てもらえばあっという間に伝わることも。数分程度の団体紹介VTRを制作します。

営業資料

企業等を訪問して協働事業を提案する際に使用する、説得力・訴求力のある資料を作成。資金調達のための重要ツールに！

プロボノ１DAYチャレンジ（短期プロジェクト）

Facebook・SNS活用

Facebookをはじめとするsnsが急速に拡大中。Facebookページを立ち上げて「いいね！」を集める一歩目を踏み出します。

イベントチラシ・ポスター

手に取ってもらえるチラシ、目に留まるポスターはどのように作るか？　現状のチラシ・ポスターをレベルアップ！

クラウドファンディング企画

インターネットを使って寄付等を集めるクラウドファンディングに挑戦。人々の興味を引くようなプロジェクトを企画します。

外国語翻訳

外国人の住民・利用者に向けて、外国語での情報発信を通じて、活動の国際化を、そして、多様な人々が共生する地域づくりを。

支援メニュー詳細 ～ 分野②「組織運営・会計経理」

日々忙しすぎて、本来やるべきことに手が回らない。そんな状況を解消するため、組織運営上の課題解決を通じて、団体の可能性を高めることをサポートします。

例えば、こんなニーズはありませんか？

一部の人に作業が
偏りがち！

マニュアルを作って
ノウハウを共有したい！

会計・経理などの処理が
スムーズに進まない！

こんなことを応援します　～　支援メニュー（一覧）

ホームタウンプロボノ（長期プロジェクト）

運営マニュアル

一部スタッフのノウハウを「明文化」することで、多くのボランティアが活動を担うことができる体制づくりを応援します。

業務効率改善

現状の業務内容を精査し、無理・無駄がないかを検証。あるべき業務の流れを提案し、運営改善につなげていきます。

寄付管理

寄付者に税制優遇が適用される認定NPO法人の取得に向けて、寄付金や寄付者の管理体制強化を応援します。

プロボノ１DAYチャレンジ（短期プロジェクト）

クラウドツール活用

Google、SkyDrive、Dropboxなどのクラウドツールを効果的に活用しながら、組織内の円滑な情報共有をサポート。

会計・経理診断

会計・経理実務の現状を把握し、課題点・改善点の抽出を行うとともに、最も優先順位が高い課題点について改善提案を行います。

法務診断

利用者等に対する参加規約や同意書など、法務上の対応が必要な場面において、法務文書のひな型作成などを支援します。

支援メニュー詳細 ～ 分野③「事業戦略・評価」

組織の目標を見直したい、中長期的な計画を構築したい、現在の取り組みに対する評価や改善点を把握したい、など、今後の活動展開を展望するためのサポートを行います。

例えば、こんなニーズはありませんか？

次の5年・10年先に向けて方向性を定めたい！

現状の取り組み・商品・サービス等を見直したい！

団体の何が課題か？まずは棚卸をしたい！

こんなことを応援します　～　支援メニュー（一覧）

ホームタウンプロボノ（長期プロジェクト）

事業計画立案

内部課題の抽出、外部環境の整理をもとに、中長期の目標を設定。そこから、今後のアクションプログラムを策定します。

マーケティング基礎調査

現状の商品・サービスの利用者・支援者等に対する調査をもとに、さまざまな側面から改善点を整理・提案します。

事業評価

団体の活動の成果についての第三者的・客観的な視点から調査、数値的な評価を通じて、団体の活動意義や価値を外部に伝えやすくなるよう可視化します。

プロボノ１DAYチャレンジ（短期プロジェクト）

課題整理ワークショップ

組織として課題と感じられていることを棚卸するとともに、それらの優先順位を整理し、次のアクションへとつなげます。

スペース活用ワークショップ

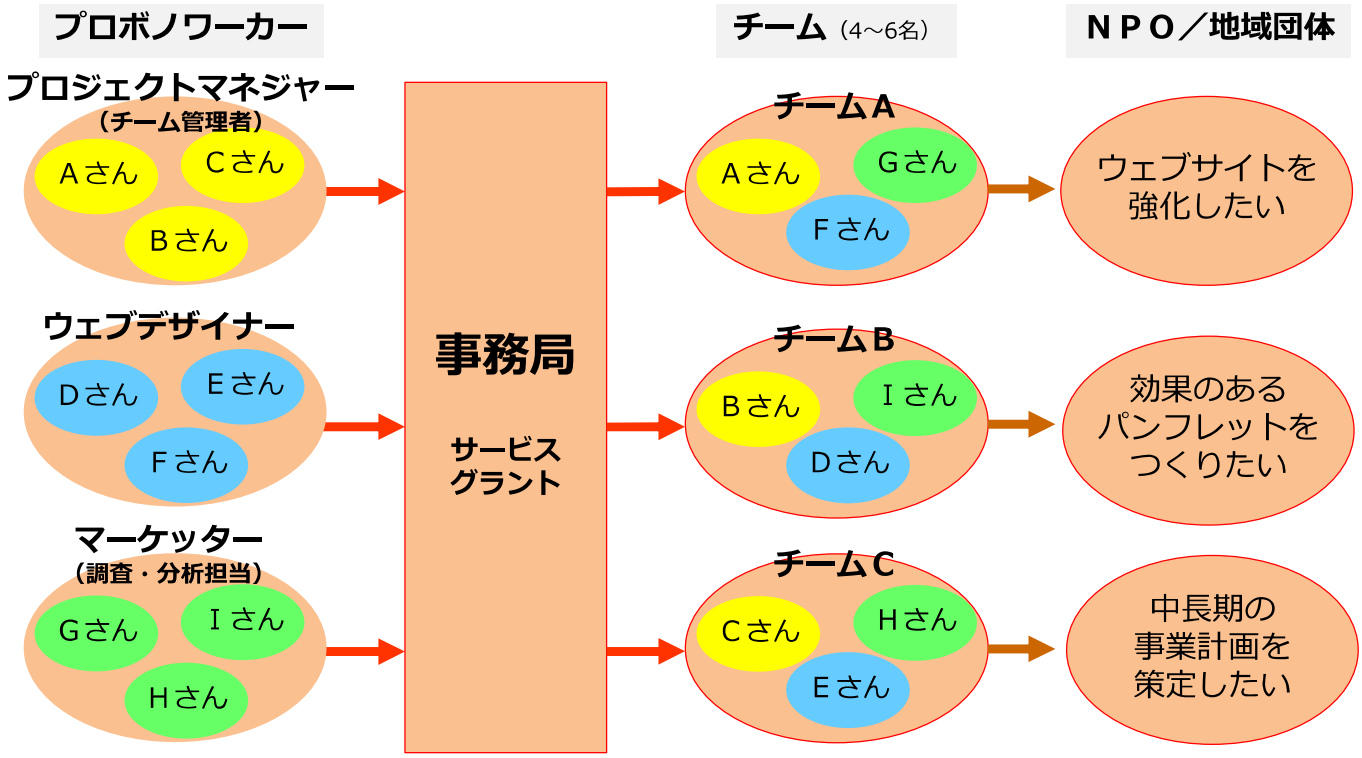
施設、店舗、サロンなどを運営している団体を対象に、既存スペースや空き家等を有効活用するための施策案を検討します。

アンケート活用入門

サービスの利用者に対してなど、実施したものの活用できていないアンケート結果のデータ活用法や、より効果的なアンケートの作成方法などをご提案します。

「チーム編成」のイメージ

多様な経験・スキルを持つプロボノワーカーを組み合わせ「チーム」を編成することで、個々人の負荷を軽減しながら、支援先のニーズに応える質の高い成果物を提供できます。



プロボノワーカーの役割とプロジェクトの運営体制

AD

アカウントディレクター（プロジェクト統括者）
- スコープ（成果目標）設定、チーム編成等のプロジェクト立ち上げ準備
- プロジェクト進行中の全体統括

チーム編成・全体統括 ⇕ スコープ（成果目標）設定・相談対応

プロジェクトチーム

PM

プロジェクトマネジャー（チーム管理者）
- 進行管理・品質管理
- チーム側の窓口

MK

マーケッター（調査・ヒアリング担当）
- 関係者ニーズの把握
- マーケティング戦略の提案

BA

ビジネスアナリスト（業務分析担当）
- 組織課題の把握・分析
- 課題解決策の提案

IA

情報アーキテクト（ウェブサイト設計担当）
- ウェブサイトの構造設計

WD GD

ウェブデザイナー／グラフィックデザイナー
- ウェブサイト・印刷物等のデザイン制作

CW

コピーライター
- キャッチコピー・テキスト等の制作

ＮＰＯ／地域団体

団体代表者
- 団体の代表者として意思決定者・窓口担当者の任命

意思決定者
- プロボノプロジェクトの成果物に関する最終的な判断

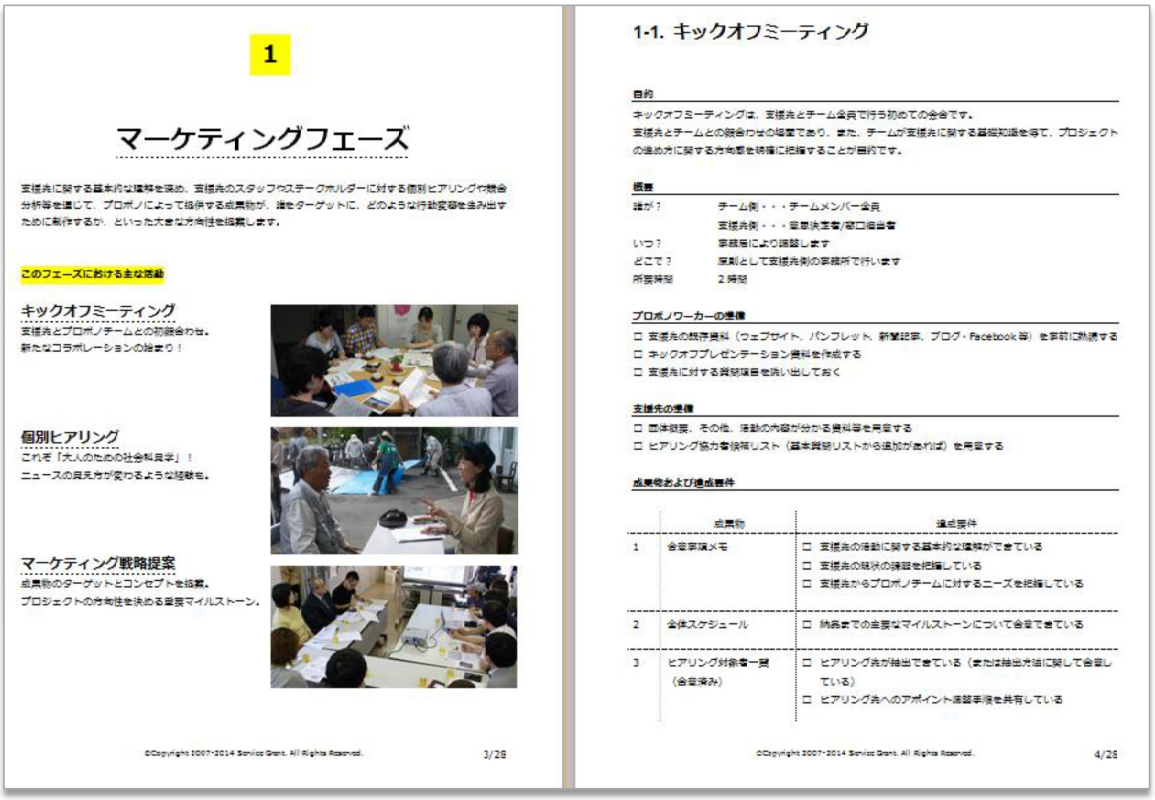
窓口担当者
- 団体側の窓口
- 情報提供、ヒアリング調整等、プロジェクト運営への各種協力

現場担当者
- 個別テーマに関する情報提供等プロジェクト運営への協力

事務局（サービスグラント）
プロジェクトの進行サポート・課題発生時の対応等

プロジェクト運営を支えるツール（例）

プロジェクトの進め方を「フェーズ」「ステップ」に分けて詳細に記載した「進行ガイド」を支援先とチームが共有することで、プロセスが明確になります。



1

マーケティングフェーズ

支援先に関する基本的な理解を深め、支援先のスタッフやステークホルダーに対する個別ヒアリングや競合分析等を通じて、プロボノによって提供する成果物が、誰をターゲットに、どのような行動変容を生み出すために制作するか、といった大きな方向性を検証します。

このフェーズにおける主な活動

キックオフミーティング
支援先とプロボノチームとの初顔合わせ。
新たなコラボレーションの始まり！

個別ヒアリング
これぞ「大人のための社会科見学」！
ニュースの見え方が変わるような経験も。

マーケティング戦略提案
成果物のターゲットとコンセプトを検証。
プロジェクトの方向性を決める重要マイルストーン。

©Copyright 2007-2014 Service Grant. All Rights Reserved. 3/28

1-1. キックオフミーティング

目的

キックオフミーティングは、支援先とチーム全員で行う初めての会合です。
支援先とチームとの顔合わせの場であり、また、チームが支援先に関する基礎知識を得て、プロジェクトの進め方に関する方向感を共有に把握することが目的です。

概要

誰が？	チーム側・・・チームメンバー全員
	支援先側・・・意思決定者/窓口担当者
いつ？	事務局により調整します
どこで？	原則として支援先側の事務所で行います
所要時間	2時間

プロボノワーカーの準備
- ☐ 支援先の説明資料（ウェブサイト、パンフレット、新聞記事、ブログ・Facebook等）を事前に熟読する
- ☐ キックオフプレゼンテーション資料を作成する
- ☐ 支援先に対する質疑項目を洗い出しておく

支援先の準備
- ☐ 団体概要、その他、活動の内容が分かる資料等を用意する
- ☐ ヒアリング協力者候補リスト（基本質問リストから追加があれば）を用意する

成果物および達成要件

	成果物	達成要件
1	会合事項メモ	☐ 支援先の活動に関する基本的な理解ができている ☐ 支援先の現状の課題を把握している ☐ 支援先からプロボノチームに対するニーズを把握している
2	全体スケジュール	☐ 納品までの主要なマイルストーンについて合意できている
3	ヒアリング対象者一覧（合意済み）	☐ ヒアリング先が抽出できている（または抽出方法に関して合意している） ☐ ヒアリング先へのアポイント調整手順を共有している

©Copyright 2007-2014 Service Grant. All Rights Reserved. 4/28

プロジェクト運営を支えるツール（例）

プロジェクトの進捗状況は、逐次モニタリングし、早期の課題発見に努めています。また、進捗状況および成果はウェブサイト上で共有・発信しています。



地域団体・NPOにとってのメリット

組織運営上の課題解決につながる、具体的な成果物が得られます

活動を広げたり、強化することに役立つ具体的な成果物の提供を通じて、団体の活動展開を応援します。

外部の視点を取り入れることで、組織の活性化につながります

日ごろ企業等で活躍する人材との交流を通じて、スタッフやボランティアの活性化のきっかけをつくります。

他地域の地域包括ケアの担い手団体の活動を知るきっかけになります

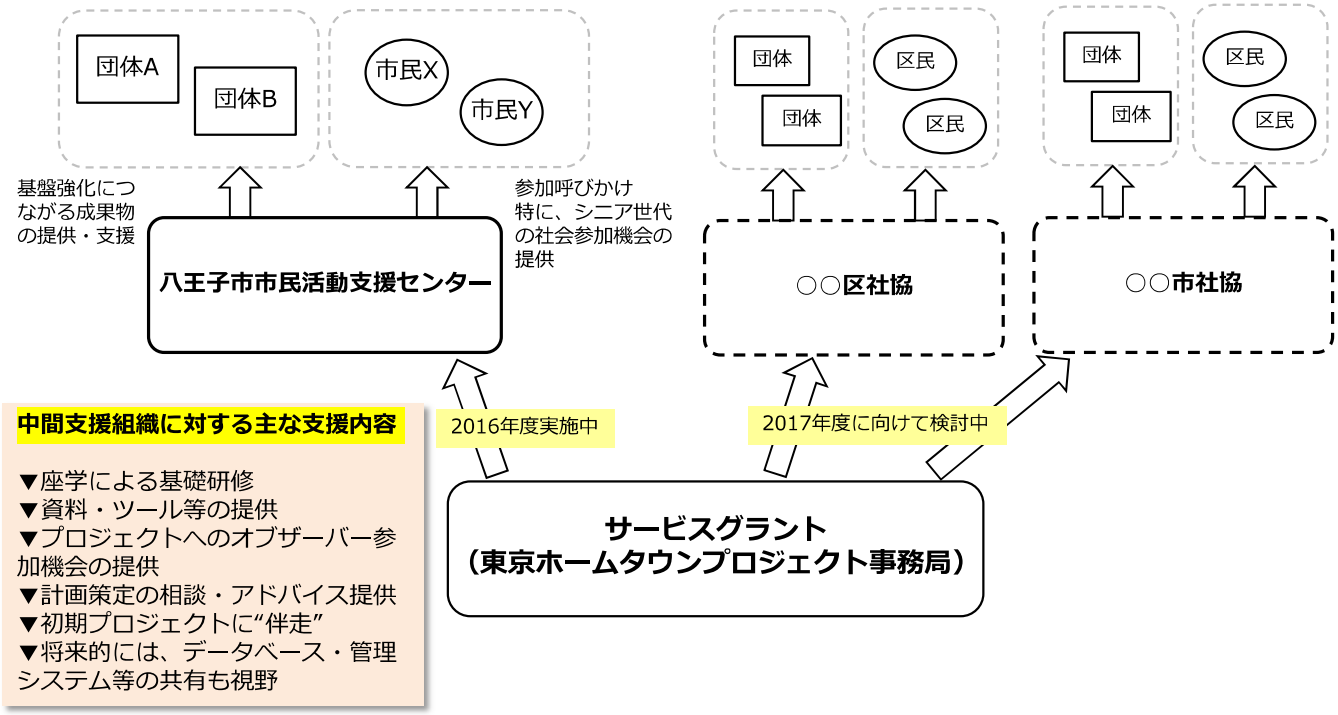
多数の団体が同時に参加することで、地域包括ケアを担う他地域の多様な団体の活動を知る機会にもなります。

専門的で質の高いサポートを、無償で受けることができます

ただし、ウェブサイトのサーバー費用、印刷物の印刷経費などの実費経費は、団体側の負担となります。

今後の発展可能性① “伴走支援”によるプロボノ事務局の展開

地域に無数に存在すると考えられるプロボノ支援ニーズに応えるため、東京ホームタウンプロジェクトでは、都内の中間支援組織を対象に、プロボノ・コーディネート研修を実施し、区市町村単位でプロボノプロジェクトの運営ができる仕組みづくりに挑戦しています。

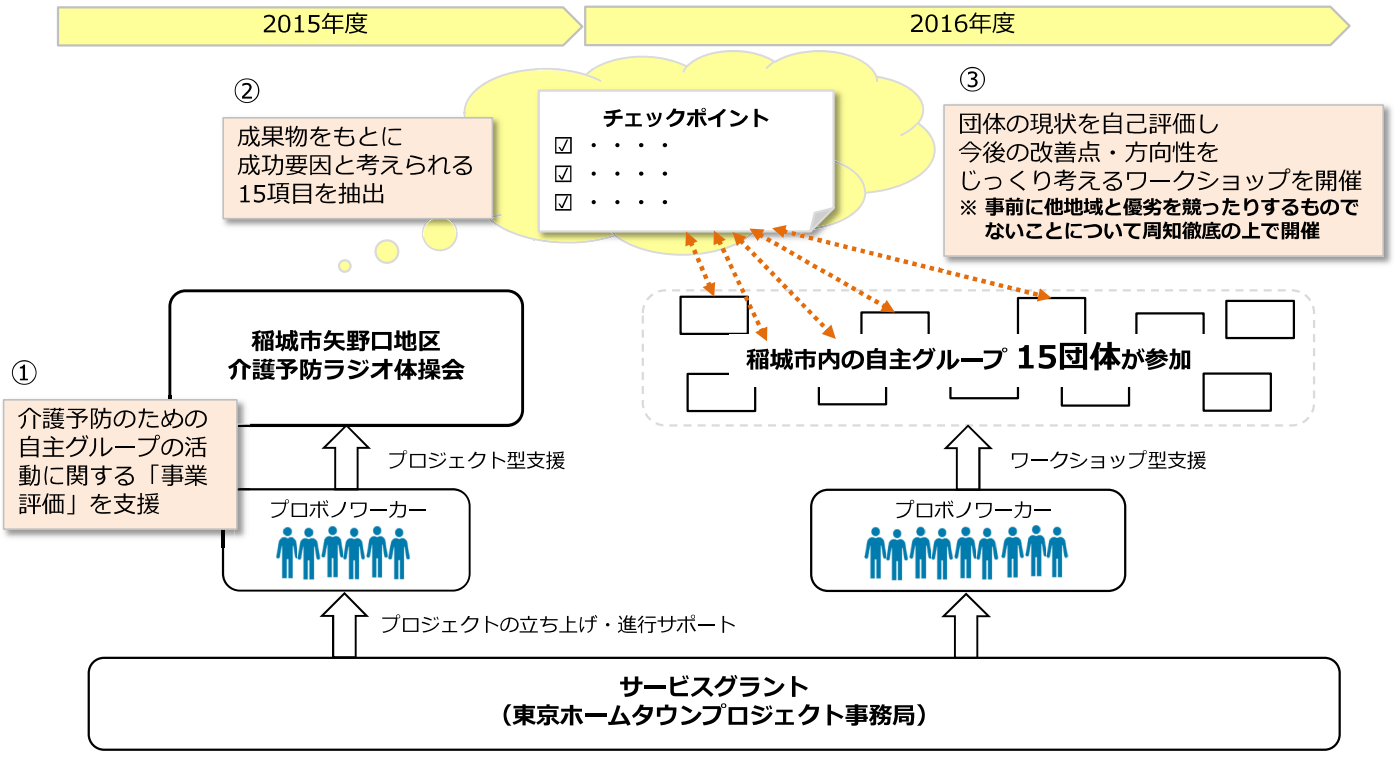


中間支援組織に対する主な支援内容

▼座学による基礎研修
▼資料・ツール等の提供
▼プロジェクトへのオブザーバー参加機会の提供
▼計画策定の相談・アドバイス提供
▼初期プロジェクトに“伴走”
▼将来的には、データベース・管理システム等の共有も視野

今後の発展可能性② “水平展開”によるノウハウの共有

個別の地域課題への支援から得られた知見から、地域づくりの成功につながる要点を抽出してチェックポイントを作成。他地域で同様の活動をしている団体を対象にワークショップを通じて、1つの地域で得られた成果を他地域へと波及させるプログラムを開発しています。



お問い合わせ

特定非営利活動法人 サービスグラント
代表理事　嵯峨 生馬

〒150-0002
東京都渋谷区渋谷1-6-3-502
電話　03-6419-4021
FAX　03-6419-3885

http://servicegrant.or.jp/
https://www.facebook.com/servicegrant/

▼東京ホームタウンプロジェクト ウェブサイトを、ぜひご覧ください
http://hometown.metro.tokyo.jp/

稲城市医療計画等の策定について

【内容】
1　医療計画策定の考え方
2　「稲城市医療計画」及び「あるべき医療提供体制の実現に向けた取組」概要
3　第7期介護保険事業計画策定に向けての提案

平成28年11月28日
稲城市副市長　石田光広

医療計画策定の考え方

（現状）
- 2025年に向けて、人口・高齢者数の増加等から医療・在宅療養ニーズが高まっている。

（課題）
- ニーズに応える医療資源の地域偏在・不足、在宅医療連携もまだ不十分であり、今後のニーズ増加に対応できないこと。

（解決策）
- 医療資源の確保、最適化を計画的に誘導し、在宅医療・介護連携等を推進するため、現状を分析し、関連の協議会等に諮りながら、稲城市の地域医療政策を策定する。

（具体的な方向性）

(1) 医療資源の現状評価
（医療資源調査・ヒアリング調査等）

(2) 在宅医療ニーズの把握・評価
（市民医療ニーズ調査・将来推計等）

(3) 在宅医療・介護連携推進の検討（介護保険の在宅医療・介護連携を医療政策の観点から推進することについて検討）

(4) 医療資源の基盤整備に向けた施策検討
（必要に応じた支援施策の検討）

(5) 稲城市医療計画等の策定
（2025年を見据えた稲城市の医療提供体制のあるべき姿、医療・介護の関係機関等が共有すべきビジョンを示す。）

稲城市医療計画等策定の背景･方法等

1　2015年人口約87,000人　→　2025年人口約99,000人へ増加

2　急速な高齢化　→　市内在宅医療提供体制の見直しが必要

3　東京都が策定する地域医療構想は二次医療圏を単位

　→　稲城市の医療提供体制や市民ニーズの実情が反映されない懸念

4　その他の医療課題

　①市内地域医療の偏在化（駅前集中、まちなかに医療機関が不足）

　②災害時医療体制の構築（都防災計画・市地域防災計画に沿って）

　③産科、小児医療の市内の提供体制の不足

↓

「①国保・後期高齢者のレセプトデータ分析」「②救急データの分析」
「③市民への医療ニーズ調査」「④医療機関へのアンケート調査」を実施

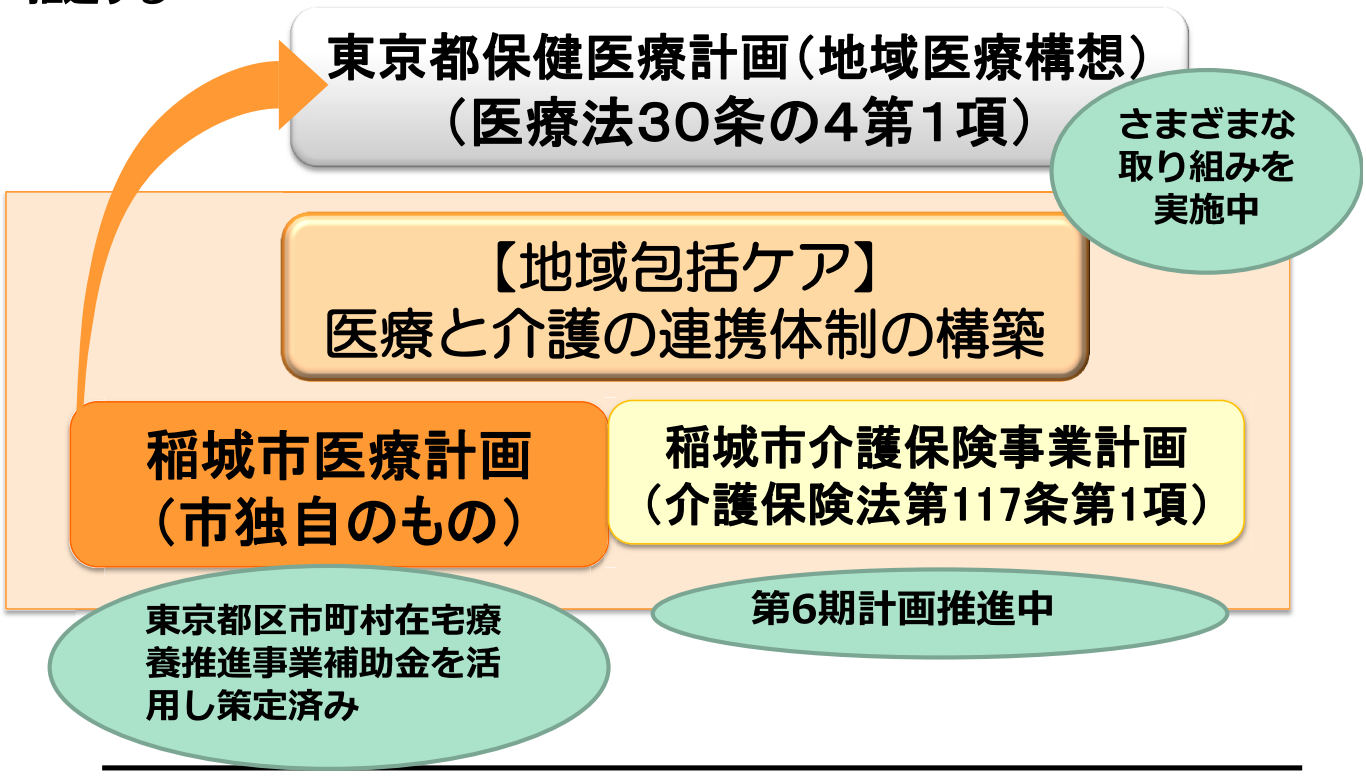
↓

上記を踏まえ、市独自の医療計画等を策定し、在宅医療基盤の構築を推進する。

（稲城市）　3

稲城市医療計画の位置づけ

- 稲城市より提言（市町村として在宅医療基盤の現状分析、あるべき姿を描き、推進する



（稲城市）　4

全体構成（2分冊）

○稲城市医療計画

1　本医療計画の構成

2　背景と目的

3　市の日常生活圏域別の人口予測

4　市の国民健康保険及び後期高齢者医療の将来需要推計

5　市の国民健康保険及び後期高齢者医療のレセプト分析

6　市の救急医療

7　市内の医療機関の状況

8　地域における在宅医療等の現状と課題

9　市の医療施策の推進

10　参考資料

○あるべき医療提供体制の実現に向けた取組

1　あるべき医療提供体制の実現に向けた取組の体系図

2　各論

1.初期救急の充実

2.二次救急の充実

3.回復期・慢性期病床の確保・充実

4.診療科の充実

5.在宅医療の充実

6.認知症への対応

7.市内における地域医療連携機能の強化

市内の医療機関の現況

■市内１０地区　病院３カ所　診療所４７（内、在宅療養支援診療所3）　2015年11月1日時点



稲城市立病院



病院名	地区	病床数
稲城市立病院	大丸	290（一般）
よみうりランド慶友病院	矢野口	240（療養）
稲城台病院	若葉台	418（精神339、療養79）

在宅療養支援診療所名	地区	病床数
稲城わかばクリニック	百村	19（一般）
新百合ヶ丘あゆみクリニック	平尾	—
あいクリニック平尾	平尾	—

調査分析結果の概要　Ⅰ

①　国保及び後期高齢者レセプト分析（H26年1月から12月分）

●市内入院で受診率高い順に皮膚・呼吸器系、市外入院では眼、循環器系疾患、市内入院外で受診率高い順に呼吸器系、眼、市外入院外は精神及び行動障害、新生物。
●年齢階層別の受診件数多い順に、入院は75～79歳、次に70～74歳、入院外は70～74歳、次に75～79歳。
●受診診療科別で、受診件数が多い順に、入院は内科34.4%、次いで外科15.1%、整形外科・リハビリテーション科が12.6%。入院外は、内科40.7%、次いで整形外科・リハビリテーション科9.3%。
●将来患者推計は、2015年対比、2025年に入院39.3%、入院外24.5%増加、2040年に入院83.9%、入院外52.3%増加見込み。
●特に、入院では新生物・循環器系疾患、精神及び行動障害が増加見込み。入院外では循環器系、筋骨格系及び結合組織、内分泌・栄養代謝、眼及び付属器の疾患が増加見込み。

②　稲城消防署 救急搬送データ(H26年4月からH27年3月)の分析

平成26年度の市消防本部の救急搬送件数は3,192件

●搬送先については、市立病院に次いで、隣接市にも搬送されている。（市立病院1,412件、市内診療所等12件、近隣1,768件）

●市内、近隣の内訳を比較すると、軽症は市内、市外ともほぼ同数で、重症、中等症以上は市外が多い傾向がある。977件（65%）

調査分析結果の概要　Ⅱ

③　医療に関する市民意識調査（配布5,657件、回収率34%）

●回答者の70%以上が、かかりつけ医を決めている。所在地区は市内71.7%
●外来受診先が市内の方は55.2%
●今後、充実を望む診療科は「耳鼻科」、次に「内科」
●今後、充実して欲しい診療機能は「救急医療」39.8%、次いで「認知症への対応」29.6%、「往診への対応」20.8%（乳幼児を持つ親以外の調査結果）
●今後の行政への期待は、「身近な地域で安心して医療・介護が受けられるまちづくり」「医療の確保されている高齢者向け住宅の整備」「看取りの医療機関増」「訪問看護ステーション増」

④　市内医療機関へのアンケート調査（市内全医療機関へ配布、回収37機関）

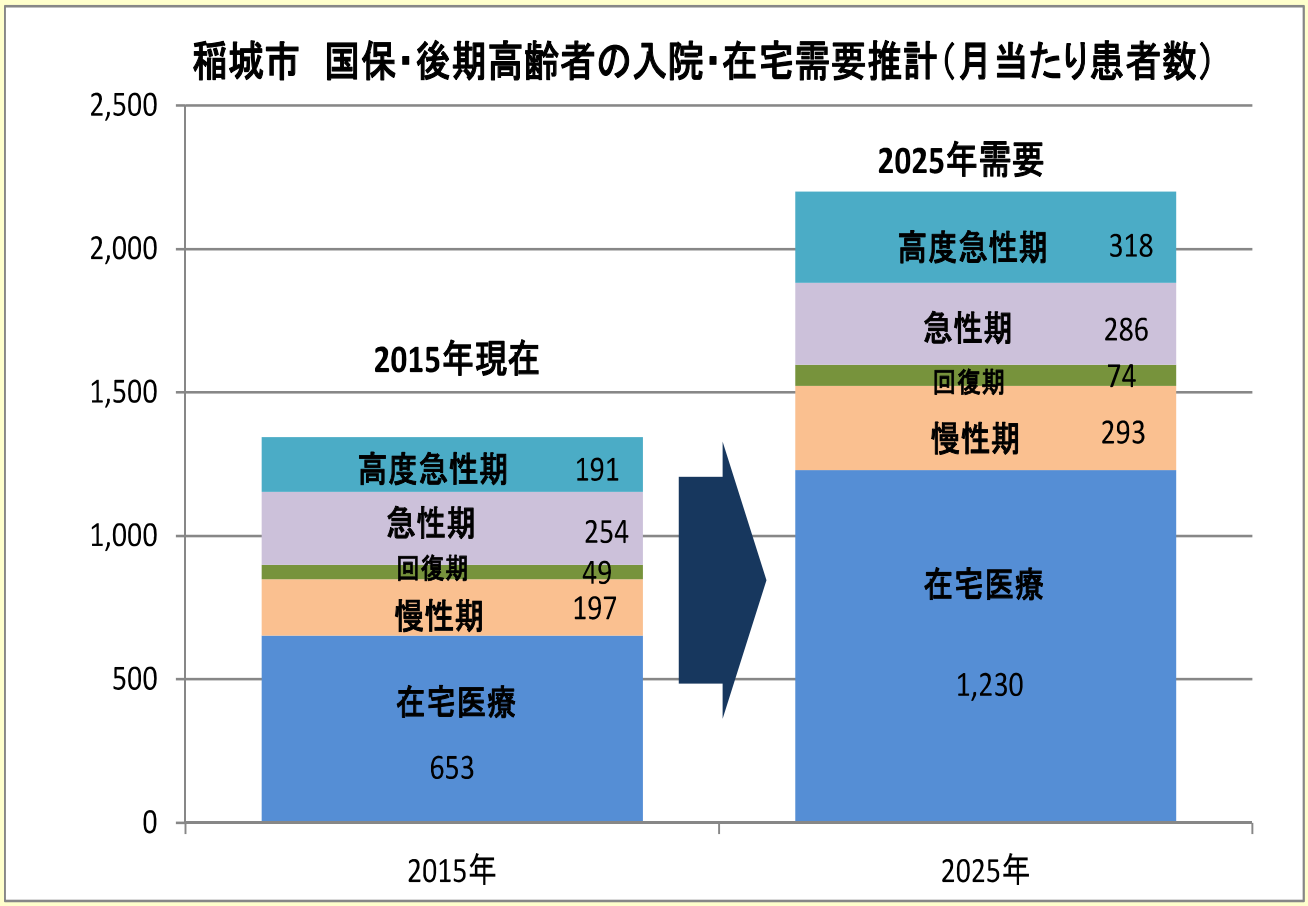
●一日平均外来患者数は「60～80人未満」9機関、「40～60人未満」8機関。
●往診のみ実施が5機関、訪問診療のみ3機関、両方実施が3機関。
●市内の在宅医療の充足状況については、「わからない」が27機関、不足が6機関。
●在宅医療を行うための課題は、「患者容態が急変した時の他病院の受入態勢の問題」23機関、「マンパワーが確保できない」22機関。
●在宅医療のために必要な支援は、「介護や周辺医療機関との連携」が24機関

稲城市の10年後の医療需給

■急速に増加する高齢者とその医療需要に対して、市内の医療提供体制が量及び質ともに不足することが懸念

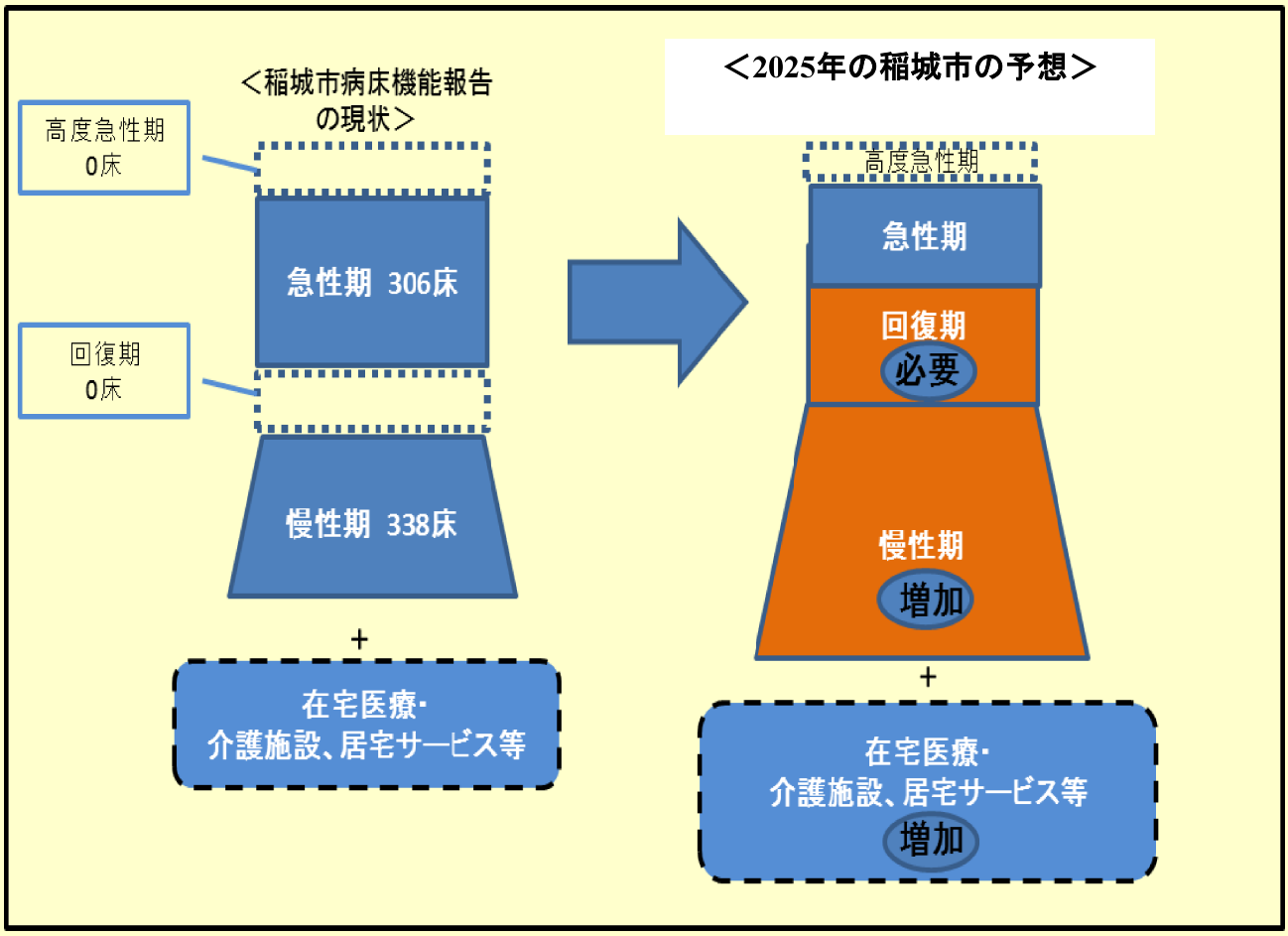
区　　分	2015年	2025年	増減率
稲城市人口（外国人含む）	87,732人	99,284人	113.2%
（内、65歳以上人口）	17,261人	20,814人	120.6%
（内、75歳以上人口）	7,370人	12,006人	162.9%
市内の入院患者数 （国保＋後期高齢者のレセプト件数）	8,836件/年	12,291件/年	139.3%
市内の外来患者数 （国保＋後期高齢者のレセプト件数）	261,683件/年	325,575件/年	124.5%
市内医療機関（診療所）の意識（有効回答数　37）	● 訪問診療、往診を今後検討（2医療機関） ● 今後も実施する予定はない（23医療機関）	● 10年後は閉院が予定される。（4医療機関） ● 10年後は診療所の運営を親族や知人に承継したいと考えている。（6医療機関）	

（稲城市）| 9



（出典）平成26年度市国保及び後期高齢者レセプトデータ、平成26年度稲城市人口推計　10

（稲城市）



（稲城市）　11

医療需要・市民ニーズに対する施策の方向性

■ **今後、市内で高齢化率が急速に高まり、市外で入院/入院外を受診してきた方（健康で自力で市外の医療機関を受診された方、社保の被保険者で勤め先近くで通院されていた方）が、より身近な稲城市内での受診を求める。**

■ **こうした医療需要の増加や市民ニーズに対して、市内の診療所への支援、市内在宅医療提供機能の強化が必要となる。**

市民ニーズを踏まえ、今後、需要が想定される医療機能

■ 三次医療圏（都内全域または広域　救命救急　高度急性期、周産期医療等）

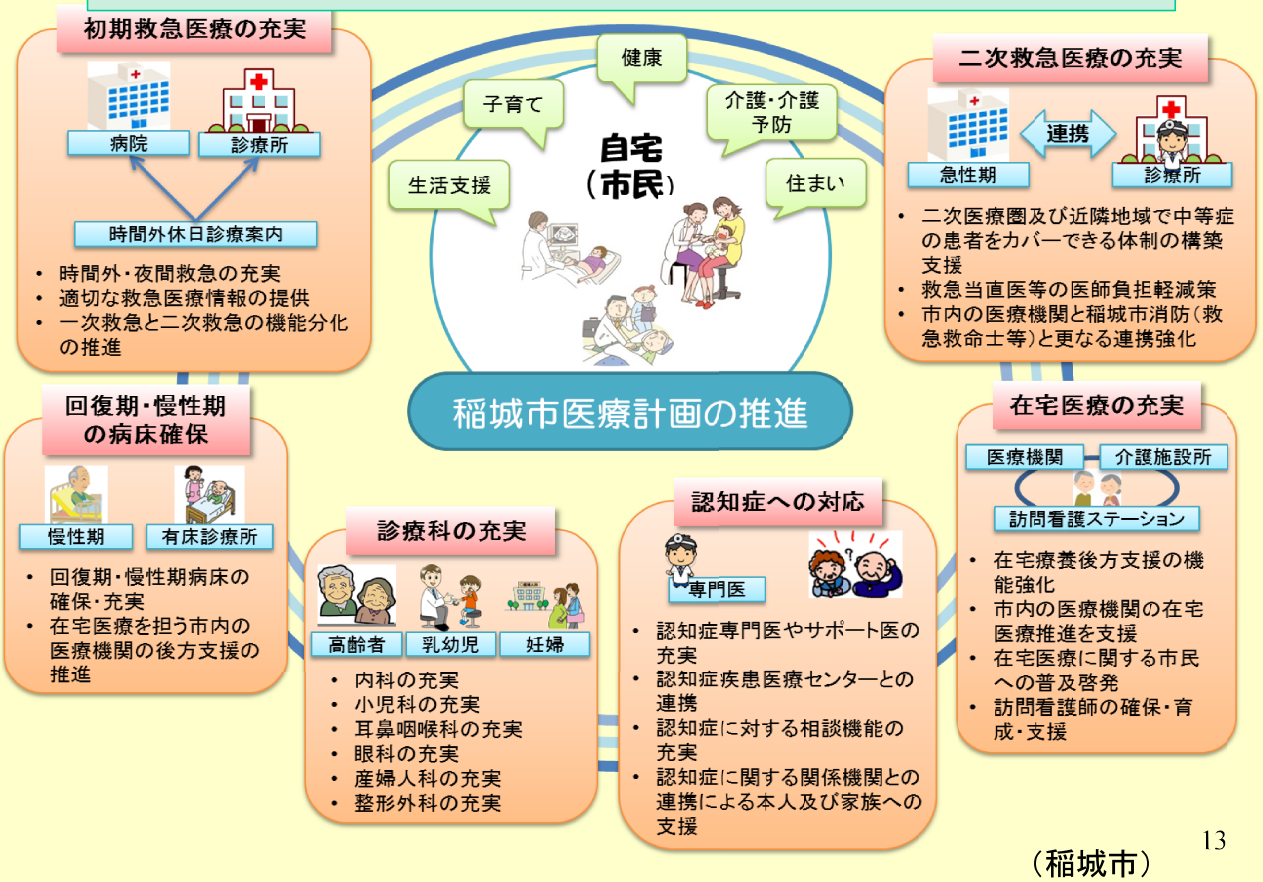
■ 二次医療圏（南多摩保健医療圏）

■ **一次医療圏（地域包括ケアを含む）稲城市**

- 初期救急、（夜間休日診療含む）、二次救急（中等症対応）
- 外来のプライマリーケア機能（市内診療所、かかりつけ医機能）
- 在宅医療（訪問診療、往診）
- 訪問看護（医療保険適用）
- 緩和ケア、在宅療養支援、在宅看取り
- 地域包括支援センターとの更なる連携（医療、介護連携）
- 認知症の初期対応　（介護との連携を含む）

（稲城市）　12

2025年の稲城市の医療提供体制のあるべき姿



（稲城市）

あるべき医療提供体制の実現に向けた取組の体系

基本目標	主な分析結果	今後の課題、方向性	平成28~29年度（前期）	平成30~32年度（中期）	平成33~37年度（後期）
Ⅰ．初期救急の充実、プライマリーケアの充実	・時間外受診をした患者の約50%は市外で受診している。 ・平坦地区においては、軽症患者の市外（他府県）への搬送割合が約50%と高くなっている。 ・夜間・休日対応なしの医療機関が約90%となっている。 ・市内の地域医療の課題として「休日・夜間に対応可能な医療機関が不足している」と回答したのは48.6%であった。	・時間外・夜間救急の充実 ・適切な救急医療情報の提供 ・一次救急と二次救急の機能分化の推進	・電子母子手帳サービスでの啓発 ・子を持つ親への講演会、研修会の開催 ・「ひまわり」（東京都）を活用した医療機関、診療科の案内及び「ひまわり」の普及啓発	・市内の医療機関への夕方以降の外来診療に対する支援 ・基幹型の夜間診療所設置等の検討 ・市内に住居を構える医師を市として支援	・家庭医・総合診療専門医の確保・支援等
Ⅱ．二次救急の充実	・救急搬送時に中等症の60%が市外の医療機関を受診している。 ・中等症の脳疾患においては90%以上が市外の医療機関を受診している。	・二次医療圏及び近隣地域で中等症の患者をカバーできる体制の構築支援 ・救急当直医等の医師負担軽減策 ・市内の医療機関と稲城市消防（救急救命士等）と更なる連携強化	・市立病院への不要不急な時間外夜間の軽症者の受診について市民への啓発 ・市立病院救急外来で市内小児科医協力による夜間診療の継続実施 ・内科、整形外科、脳神経外科の機能充実の検討 ・他県・他市自治体との包括連携協定等の締結による二次救急に対応する体制の構築	・医療機関に対する医師、看護師確保の支援 ・人材の「質」確保に向けたコメディカルの研修等 ・市立病院の夜間勤務、救急対応医師・看護師等への支援等 ・内科、整形外科、脳神経外科の機能強化・充実の検討	・他県・他市自治体との包括連携協定等の締結による二次救急に対応する体制の構築
Ⅲ．回復期・慢性期病床の確保・充実	・病床機能報告では市立病院（急性期病床）、慶友病院（慢性期病床）であり、回復期がなく、慢性期病床が今後さらに不足 ・療養病棟に入院している患者の約70%（532件/781件）が市外に入院している。	・回復期・慢性期病床の確保・充実 ・在宅医療を担う市内の医療機関の後方支援の推進	・市内の医療関係者と市内の回復期・慢性期病床の今後のあり方についての協議を実施	・地域包括ケア病床の確保等	・療養病床を有する有床診療所の開設支援等
Ⅳ．診療科の充実（外来）	・年齢別の今後充実してほしい診療科は「耳鼻咽喉科（29.3%）」、「内科（26.4%）」であった。 ・乳幼児の保護者の今後充実してほしい診療科は「小児科（37.9%）」、「産婦人科系（33.2%）」が高くなっている。	・内科の充実 ・小児科の充実 ・耳鼻咽喉科の充実 ・眼科の充実 ・産婦人科の充実 ・整形外科の充実	・診療所の開設支援等（内科、小児科、耳鼻咽喉科、眼科、産婦人科、整形外科等）		
Ⅴ．在宅医療の充実	・在宅医療需要が2025年には現在の約2倍（188.5%）、2040年には約3倍（302.1%）と大幅に増加する。 ・往診又は訪問診療を実施している医療機関は37医療機関のうち11医療機関である。 ・往診、訪問診療について、37医療機関のうち23の医療機関が今後も実施する予定はないと回答している。 ・在宅にて「がん」を対応できる医療機関が37医療機関のうち3医療機関のみである。	・在宅療養後方支援の機能強化 ・市内の医療機関の在宅医療推進を支援 ・在宅医療に関する市民への普及啓発 ・訪問看護師の確保・育成・支援	・ICT等を活用した情報共有ツールの導入検討 ・在宅医療支援病床確保事業の実施 ・市民対象講演会等の実施	・市内医療機関におけるがん患者への対応強化 ・治療・療養期までの切れ目ない体制構築の支援 ・訪問看護ステーションに対する支援策（東京都事業）等の活用の検討	・訪問看護ステーション等の設立や誘致の支援等 ・訪問看護人材の確保・育成・支援
Ⅵ．認知症への対応	・認知症に関連すると思われる疾患が2025年に向けて126.1%、2040年に向けて158.3%と大幅に増加する。 ・入院、入院外ともに半数程度の認知症患者が市外の医療機関を受診している。 ・2025年に向けて120.6%、2040年に向けて166.0%と市全体で高齢者の人口が大幅に増加する。 ・市内の認知症サポート医は全体の13.5%、認知症専門医は2.7%となっている。	・認知症専門医やサポート医の充実 ・認知症疾患医療センターとの連携 ・認知症に対する相談機能の充実 ・認知症に関する関係機関との連携による本人及び家族への支援	・認知症初期集中支援チームの設置 ・身体的に合併症の有する認知症患者への対応強化 ・認知症疾患医療センターと共催の講演会の実施等 ・認知症家族への相談会や家族会の実施 ・認知症疾患医療センター、認知症地域支援推進員（認知症支援コーディネーター）及び関係機関との連携、認知症ケアパスの活用	・市内の医療機関での認知症対応の強化・充実（身体疾患を併発されている患者等への治療充実等） ・認知症疾患医療センター、認知症地域支援推進員（認知症支援コーディネーター）及び関係機関との連携、認知症ケアパスの活用	・専門医確保、サポート医育成等の支援
Ⅶ．市内における地域医療連携機能の強化	・在宅医療を行う上で必要と思われるものとして「介護や周辺医療の関係機関との連携（相談窓口・同行訪問等）」が64.9%となっている。	・病診連携及び在宅医療介護連携の推進 ・稲城市在宅医療・介護連携支援センター（いなぎ在宅医療・介護相談室）の活用	・市立病院の地域医療連携室の更なる機能充実 ・稲城市在宅医療・介護連携支援センター（いなぎ在宅医療・介護相談室）及び地域包括ケアセンターの周知 ・医療・介護関係者の研修実施	・稲城市在宅医療・介護連携支援センター（いなぎ在宅医療・介護相談室）の活用	・多職種連携・医療機関連携・施設間連携・事業所間連携の推進 ・稲城市在宅医療・介護連携支援センター（いなぎ在宅医療・介護相談室）の機能強化

（稲城市）

第7期介護保険事業計画策定に向けての提案

■在宅医療基盤を整えることは市町村にとって欠かせない施策である。
■介護保険制度は、地域医療基盤（診療所等）が充実してこそ成り立つものと考えている。
■稲城市が策定する医療計画は、診療所等を支えるための計画である。

■2025年を見据えて、介護保険事業計画と市町村医療計画は一体として策定することを提案する。

■少なくとも、市町村として、在宅医療ニーズの把握と在宅医療提供の現状把握、診療所等における地域医療基盤の充実対策は、不可欠であると考える。

■稲城市は、地域住民が安心して暮らし続けることができる“まちづくり”として、介護・医療の連携事業を着実に進めていきたい。

（稲城市）

15

＜参考資料＞

■稲城市医療計画　本編（PDF：5,150KB）
https://www.city.inagi.tokyo.jp/shisei/keikaku_hokoku/keikaku/inagishi_iryoukeikaku.files/inagisi_iryoukeikaku_honpen.pdf

■あるべき医療提供体制の実現に向けた取組（PDF：4,326KB）
https://www.city.inagi.tokyo.jp/shisei/keikaku_hokoku/keikaku/inagishi_iryoukeikaku.files/houkoku_bessatu.pdf

■医療に関する市民意識調査 本編（PDF：1,776KB）
https://www.city.inagi.tokyo.jp/shisei/keikaku_hokoku/keikaku/inagishi_iryoukeikaku.files/ishikichousa_honpen.pdf

武蔵野市における医療介護連携の取り組み

第5回「地域包括ケア研究会」

平成28年12月26日
武蔵野市健康福祉部地域支援課

本日のお話

1　武蔵野市における在宅医療・介護連携推進事業について

2　入退院時の切れ目のない支援
セルフマネジメントモデル事業への協力から

3　武蔵野市地域医療構想（ビジョン）2017（案）

武蔵野市の高齢者人口

■75歳以上の高齢者が65歳以上の約51%を占めています。
■今後、10年間で団塊の世代が75歳を迎え、平成37年（2025年）には65歳以上の60.0%を占めることが見込まれます。

	人口	65歳以上	75歳以上（被保険者）	高齢化率（%）
平成25年	140,598	29,635	15,544	21.1%
平成26年	142,108	30,444	15,661	21.4%
平成27年	143,251	31,093	15,982	21.7%
平成28年	143,864	31,597	16,187	22.0%
平成29年	142,615	32,144	16,925	22.5%
平成32年	143,791	33,040	17,974	23.0%
平成37年（2025年）	145,192	34,846	20,915	24.0%

基準日：10月1日　※平成29年以降は推計

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

いつまでもいきいきと健康に

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

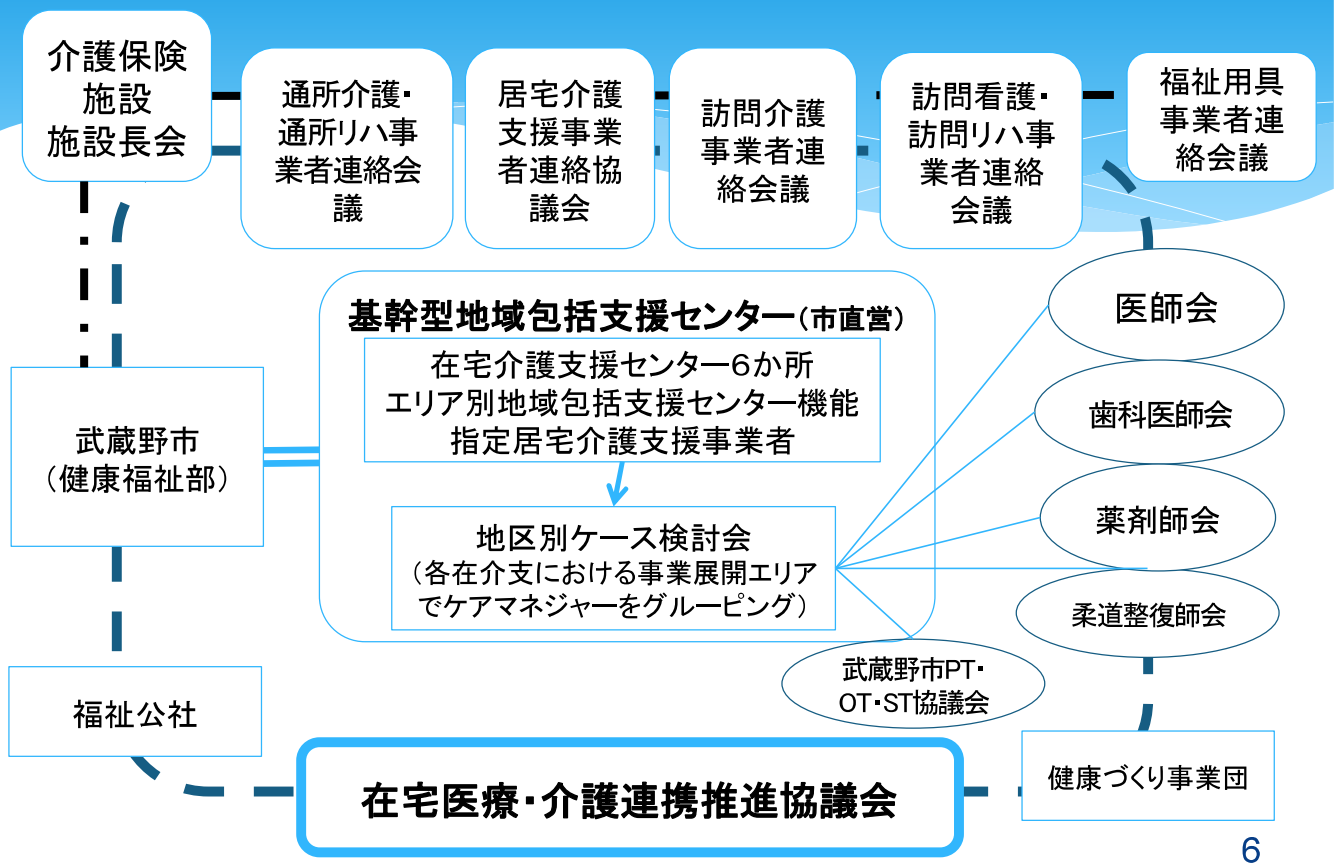
住み慣れた地域で生活を継続できる

武蔵野市における医療介護連携の取り組み

- ●1984　医師会による勉強会（毎月１回）
- ●2000　介護保険制度開始
  (各種事業者連絡会の設置)
- ●2008　脳卒中地域連携パスの作成
  急性期・回復期病院から在宅までの医療介護連携
- ●2011　認知症もの忘れ相談シートの作成
  在宅支援機関・もの忘れ相談医・専門病院・主治医
- ●2012　在宅支援連絡会の開催（毎月１回）
  (医師会による勉強会をリニューアル)
- ●2015　**在宅医療・介護連携推進事業**開始
  在宅医療・介護連携推進協議会を設置
  (在宅支援連絡会をリニューアル)
  ICT活用による医療・介護関係者の連携

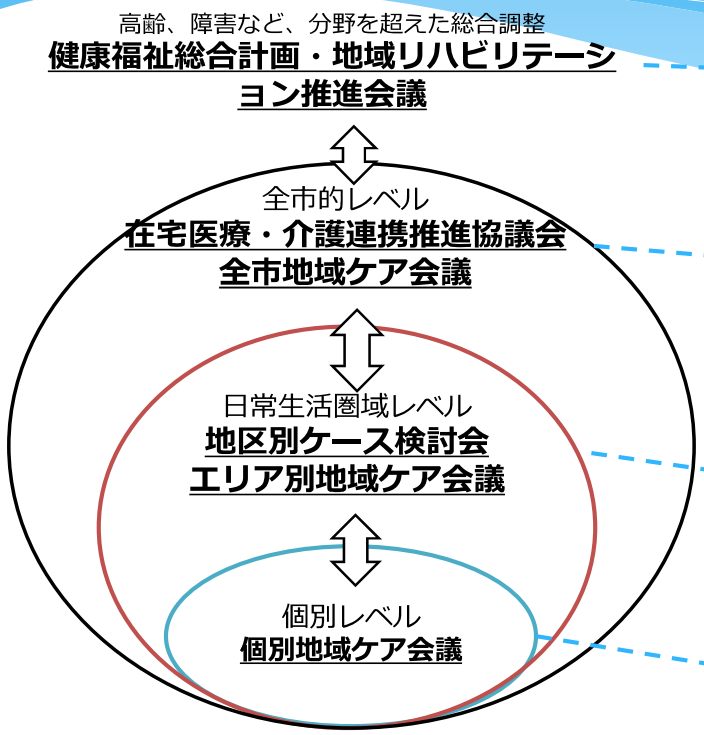
5

武蔵野市介護保険事業者支援・連携図



6

武蔵野市第五期長期計画重点施策「地域リハビリテーションの推進」に基づく地域連携・地域ケア会議の“重層的な仕組み”



【主な目的・機能】

○高齢者・障害者等の分野を超えた健康福祉施策の総合調整機能の総合調整
（武蔵野市、地域包括支援センター運営協議会、地域自立支援協議会、赤十字病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、市民社会福祉協議会の代表者）

○全市的な課題の把握と対応を検討
○新たな社会資源の開発・課題解決の仕組みづくりと多職種連携
（武蔵野市、福祉公社、赤十字病院、医師会、 歯科医師会,薬剤師会、保健所、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、ホームヘルパー etc.の実務担当者）

○個別のケース検討を通じた専門職による課題の把握、対応策の検討
○在宅介護支援センター（地域包括ブランチ）エリアごとの地域課題の把握、対応策の検討

○個別ケース検討を通じた介護支援専門員（ケアマネジャー）による自立支援に資するケアマネジメントの支援など

7

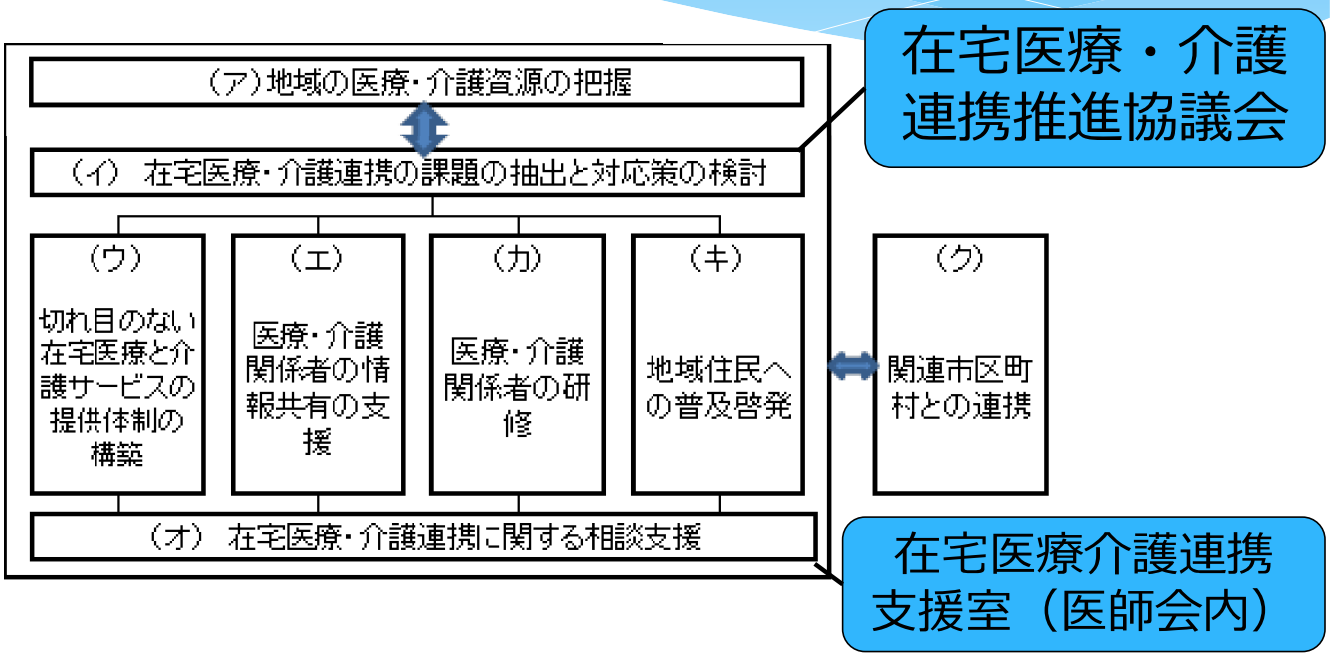
在宅医療・介護連携推進事業の事業項目と取組方針

	在宅医療・介護連携推進事業の事業項目	武蔵野市の取組み方針
ア	地域医療・介護サービス資源の把握	・武蔵野市医師会作成の医療機関総合案内の活用 ・武蔵野赤十字病院作成のリハビリ資源マップの活用 ・武蔵野市介護サービス事業者リストの活用
イ	在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議	・多職種連携のための全市的組織「在宅支援連絡会」を「在宅医療・介護連携推進協議会」へ改組
ウ	切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進	・入退院時支援の協議　・多職種連携ツールの検討 ・訪問看護ステーションとケアマネジャーとの連携強化のための訪問看護ステーションへの補助金の新設（平成27年度～）
エ	在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援	・脳卒中地域連携パス、もの忘れ相談シート等の活用 ・ICT活用による多職種連携の推進
オ	在宅医療・介護連携に関する相談支援	・武蔵野市医師会と市の協議により、平成27年4月に武蔵野市医師会に「在宅医療介護連携支援室」を設置
カ	在宅医療・介護関係者の研修	・地区別ケース検討会、テーマ別研修会、地域ケア会議の活用 ・多職種合同研修会、全体研修会の活用
キ	地域住民への普及啓発	・健康づくり事業団による情報提供・普及啓発 ・講演会・シンポジウム等の実施 ・啓発用リーフレット等の作成
ク	二次医療圏・関係市区町村の連携	・東京都多摩府中保健所等との連携による圏域のネットワーク強化

8

在宅医療・介護連携推進事業 の関連図

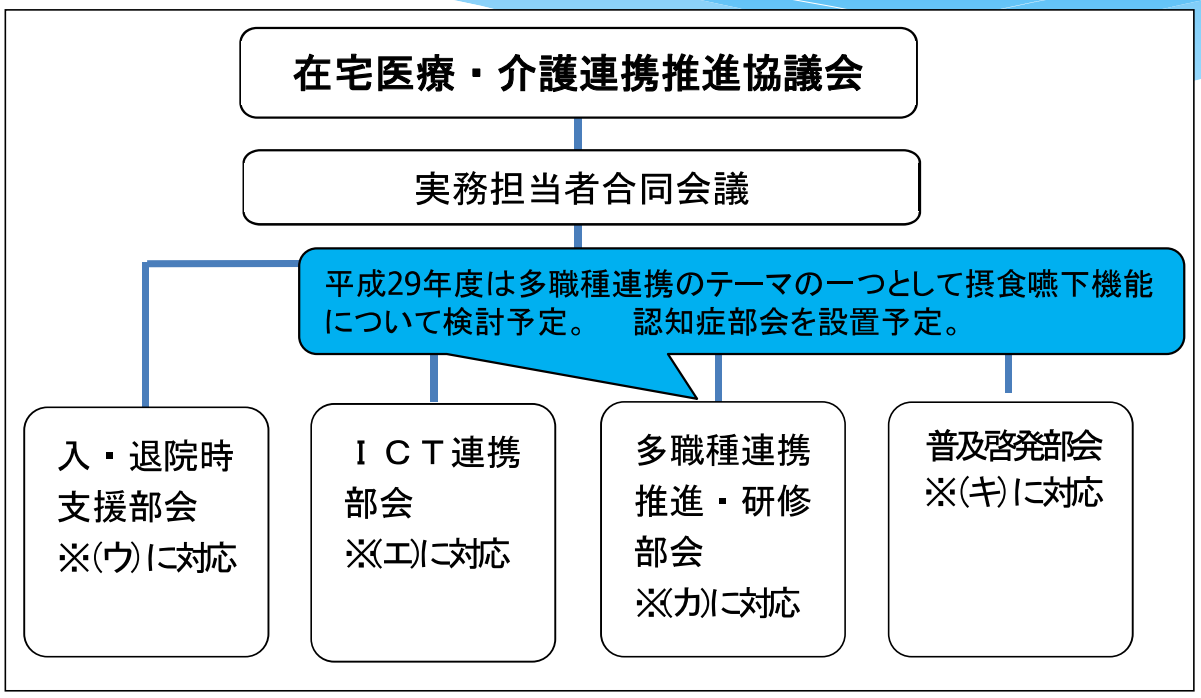
(ウ)(エ)(カ)(キ)は具体的検討をする部会を設置



9

専門部会の設置

27年度以降、4つの専門部会を設置して、相互に連携しながら具体的検討を行っている。



10

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

実務担当者から提出された意見・課題（平成27年4・6月　在宅医療・介護連携推進協議会準備会）

退院前カンファレンスに呼ばれたことがない。
カンファレンスの申込をしても断られる。

退院前カンファレンスは病院によって差がある。**開催があたりまえに**なってほしい。

医療依存度の高いケースでも病院の**退院前カンファレンスが終わってから支援依頼**がくる。

病状の理解や予防的な視点、支援が必要。



支援する様々な職種の役割について理解できていない。
お互いに理解することが重要
理解のための勉強会が必要。

病・病連携、病・診連携に加えて、看・看連携も必須
病院、クリニック、施設の看護師との連携を進めたい。

在宅の**支援体制が整う前に退院が決定**してしまう

医療従事者が対象者の**生活を理解する必要**がある。

入院の際、**在宅支援者からの情報提供**があると良い

医療との円滑なコミュニケーションのために、**医療に関する研修**が必要である。

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

入退院時支援部会

≪現状の課題≫

○入退院時等、医療と介護関係者の連携が特に重要となる場面での情報共有や多職種連携のルールが必要である。

○対象者の状況が変化する時や支援者が変更する時などは、ポイントを押さえた連携が特に求められる。

○支援者がお互いの役割を理解した上で、支援計画や目標の共有が必要である。

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
脳卒中のセルフマネジメント支援モデル事業への協力
（平成27年度）

（正式名）：厚生労働省老健局　老人保健健康増進等事業「要支援・要介護者に対する入退院時等における継続的な支援を実現するための介護支援専門員支援ツール開発及び効果検証のための調査研究事業」

≪目　的≫

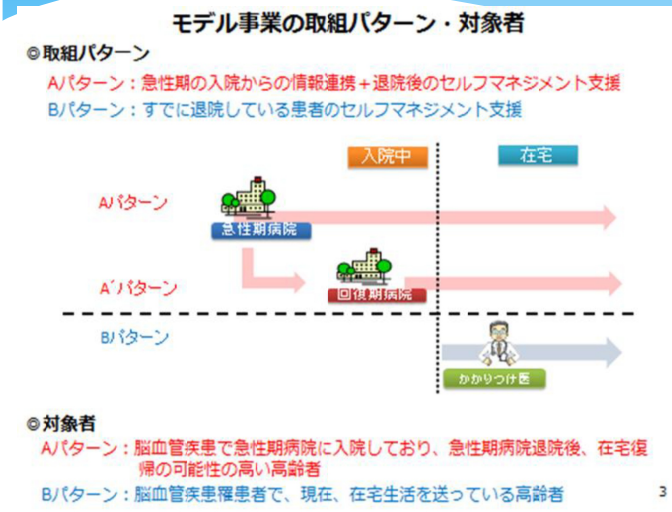
脳血管疾患罹患高齢者の再発予防・介護（重度化）予防を目的に、脳血管疾患　高齢者自らがセルフマネジメントに取り組むとともに、医療機関、市区町村、地域包括支援センター、介護支援専門員等が支援者となって連携しつつ、セルフマネジメントを支援するための、介護支援専門員支援ツールの開発とその効果を検証する。

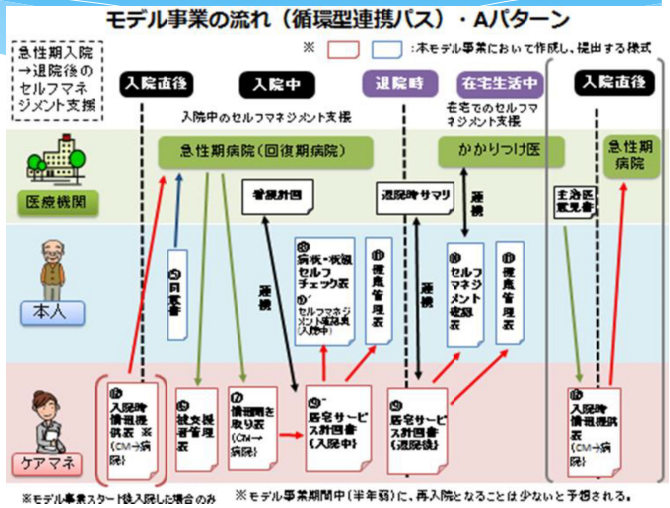
モデル事業への協力にあたり、在宅医療・介護連携推進事業（8事業）の（ウ）（エ）（オ）（カ）と関連させて事業を実施

（ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援
（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援　（かかりつけ医との調整、医師会相談窓口）
（カ）医療・介護関係者の研修
　平成27年度は研修テーマを脳卒中とし、講演会、多職種グループワークを実施
　グループワークでは、モデル事業ケースを事例として再発・重症化予防について検討

13

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
脳卒中のセルフマネジメント支援モデル事業への協力
（平成27年度）





急性期病院である　武蔵野赤十字病院に脳卒中で入院、自宅退院する市民で、かかりつけ医が武蔵野市医師会の医師である者を対象とした。

ケアマネがついていない場合、モデル事業終了後の相談体制がとれるよう、地区を担当する在宅介護支援センターから選定することとした。

14

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
脳卒中のセルフマネジメント支援モデル事業への協力
（平成27年度）

＊ モデル事業の協力から見えてきた入退院時支援の課題

1　支援者について
- ○支援者には、**疾患理解、再発・重症化予防に関する知識**が必要
- ○ケアマネジャーの基礎資格によっては、**医療情報の活用**に支援が必要

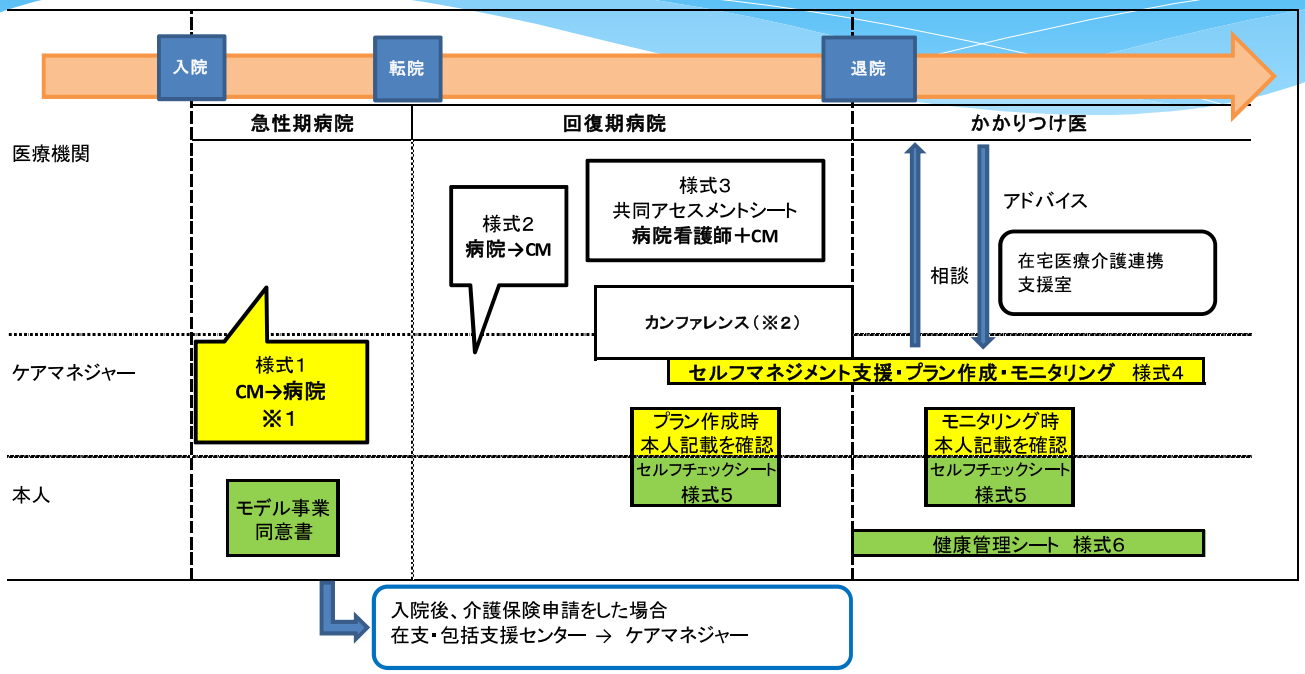
2　病院について（退院後を見据えた支援の重要性）
- ○医師、**病棟看護師との連携**が重要　　○退院時指導との連携
- ○ 急性期病院から在宅への退院パスの必要性

3　退院後に利用する各種制度との調整
- ○介護保険等利用するサービス、関係者との調整　（支援者の選出）

4　長期にわたるセルフマネジメント
- ○かかりつけ医との調整（本人・家族・支援者）　　○薬局・薬剤師による支援

5　患者本人・家族の理解
- ○予防も含めた市民への普及・啓発
- ○動機づけ、行動変容への支援、モニタリングの重要性

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
セルフマネジメント支援モデル事業への協力
（平成28年度）



切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
セルフマネジメント支援モデル事業への協力
（平成28年度）

在宅生活を見据えた入退院時支援

病院

○入院前の情報が入り、入院中の治療・看護に活かせる。

○在宅での生活が理解でき、早期から退院に向けて支援ができる。（在宅療養の選択）

○地域の情報が入るため、具体的な支援ができるようになる。

○再発・重症化による再入院が減る

病院とケアマネジャーの連携

病院とケアマネジャーの共同アセスメント

ご本人の再発予防の支援

ケアマネジャー

○入院の情報が入り、早期対応ができる。
（退院直前の引継ぎが減る）

○共同アセスメントにより、医療情報が理解しやすい。

○切れ目のない支援により、利用者本人家族の不安が解消できる

○再発・重症化予防の視点

ご本人・家族のQOLの向上

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
セルフマネジメント支援モデル事業への協力
（平成28年度）

平成27年度

1　支援者について
疾患理解、再発・重症化予防に関する知識
医療情報の活用への支援
2　病院について
病棟看護師との連携
退院時指導との連携

3　退院後に利用する各種制度との調整
関係者との調整　（支援者の選出）

4　長期にわたるセルフマネジメント
かかりつけ医との調整（本人・家族・支援者）
薬局・薬剤師による支援
5　患者本人・家族の理解
予防も含めた市民への普及・啓発
動機づけ、行動変容への支援、モニタリングの重要性

平成28年度

○病院とケアマネの連携

○病院とケアマネの共同アセスメント

（サービスが入らない場合
支援者の選出）

○再発予防の支援
本人・家族
医療・介護関係者

◎地域での活動支援

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

実務担当者から提出された意見・課題（平成27年4・6月　在宅医療・介護連携推進協議会準備会）

モデル事業への協力から
入院時・転院・退院時・退院後の在宅生活も含めた継続的な支援が必要
⇒　下記の課題解決策の一つ　　⇒　継続的にケアマネジャーが関わる仕組み

退院前カンファレンスに呼ばれたことがない。
カンファレンスの申込をしても断られる。

退院前カンファレンスは病院によって差がある。**開催があたりまえに**なってほしい。

医療依存度の高いケースでも病院の**退院前カンファレンスが終わってから支援依頼**がくる。

病状の理解や予防的な視点、支援が必要。



支援する様々な職種の役割について理解できていない。
お互いに理解することが重要
理解のための勉強会が必要。

病・病連携、病・診連携に加えて、看・看連携も必須
病院、クリニック、施設の看護師との連携を進めたい。

在宅の**支援体制が整う前に退院が決定**してしまう

医療従事者が対象者の**生活を理解する必要**がある。

入院の際、**在宅支援者からの情報提供**があると良い

医療との円滑なコミュニケーションのために、**医療に関する研修**が必要である。

武蔵野市地域医療構想（ビジョン）2017（案）

地域医療構想（ビジョン）2017（案）　策定の背景

平成25年度　「災害時医療対策検討委員会」

平成26年度　「武蔵野市地域医療の在り方検討委員会」

- 初期救急医療体制の充実による医療の機能分化の促進
- 安心して在宅療養生活を選択できる医療と介護の連携強化

市内病院の休床、老朽化、建替え等の問題

平成28年度　「武蔵野市地域医療構想（ビジョン）」

- 2025年の医療需要と目指すべき医療提供体制
- 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

武蔵野市地域医療構想（ビジョン）2017（案）

地域医療充実に向けての今後の方向性

1　市民の生命と健康を守る病院機能の充実

①病院機能の確保と充実　②救急医療体制の維持・整備
③吉祥寺地区の病院機能の維持・充実　④武蔵野赤十字病院の建替え
⑤初期救急医療体制の充実による医療の機能分化

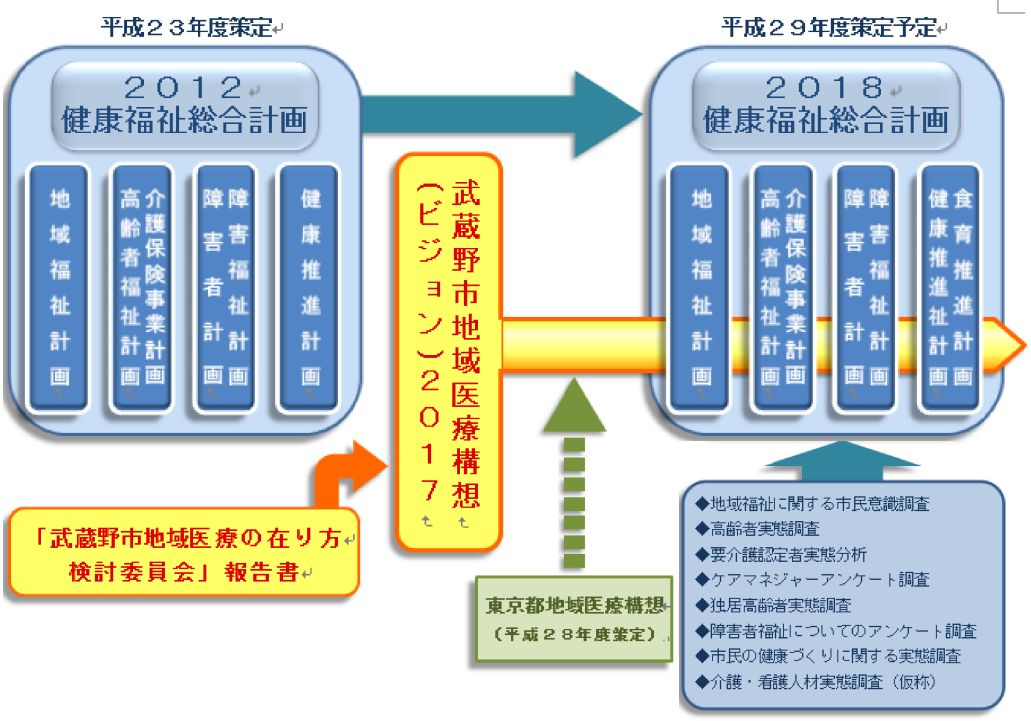
2　市民の在宅療養生活を支える仕組みづくり

①医療と介護の連携強化　②認知症への対応の充実
③在宅療養生活を支えるための入院医療の受け皿の確保
④看取りまでの支援

3　地域包括ケアと在宅医療の推進のための人材確保及び育成

①地域医療・在宅医療を担う人材の確保・育成
②本市における医療・介護人材の確保・育成策

武蔵野市健康福祉総合計画の改定に伴う、武蔵野市地域医療構想（ビジョン）の位置づけ



医療・介護連携は、健康福祉総合計画を策定する上で各計画を貫くもの

高齢者のみならず、障害者・乳幼児も含めた地域の医療ニーズへの対応が求められている。

平成 28 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構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業

報　告　書

平成 29（2017）年 3 月

発行　　三菱ＵＦＪリサーチ&コンサルティング株式会社

住所　　〒105-8501　東京都港区虎ノ門５－１１－２　オランダヒルズ森タワー
電話：０３－６７３３－１０２４
FAX：０３－６７３３－１０２８