

地域包括ケア推進指導者養成研修(ブロック研修)テキスト

目次

● 次第	3
● 開会挨拶	5
● 各研修項目の目的とねらいについて	7
● 地域包括ケアの理念と目指す姿について	17
● 地域包括支援センターにおける実践事例	45
※ケアプラン相談会を通じた地域課題の抽出(東京都青梅市)	49
※支え合い、課題解決のできる地域へ(石川県津幡町)	61
※地域診断における課題の抽出(鳥取県琴浦町)	77
※地域包括ケアにおけるネットワーキングの方法 (全国地域包括・在宅介護支援センター協議会)	95
※地域包括支援センターの調査から見てきたもの(全国保健センター連合会)	111
※ケアマネジメント力向上策～地域資源マップづくりと退院支援システム～ (日本介護支援専門員協会)	141
※企画シートの活用(日本社会福祉士会)	159
● 地域ケア会議のデモンストレーション	183
● 地域ケア会議の模擬実践	205
● ファシリテーション技術の修得	209
● 研修の振り返りと全体総括	225
● 参考資料	231
※保険者としてお願いしたいこと	233
※介護保険法抜粋	235
※地域包括支援センター業務マニュアル	237
※地域包括ケア研究会報告書	253
※企画委員会名簿	262

地域包括ケア推進指導者養成研修（ブロック研修）次第

○研修全体の目的・ねらい

組織運営、地域のネットワーク構築等、地域包括支援センターにおける様々な業務を円滑に進めるためのマネジメント方法の一例や、組織として地域課題の発見・解決を機能的に進める手法の一つを知ること、所属団体に地域包括ケア推進する基盤を構築できるようにする。

○研修スケジュール

【1日目】

	時間	項目	内容及び目的・ねらい	講師
1	13:00-13:05	開催挨拶		
2	13:05-13:15	お打ち合わせ	各研修項目の目的とねらいについて	
3	13:15-14:00	説明	地域包括ケアの理念と目指す姿について	
4	14:00-15:15	講義	地域包括支援センターにおける実践事例 ○ケアプラン相談会を通じた地域課題の抽出（東京都青梅市） ○支え合い、課題解決のできる地域へ（石川県津幡町） ○地域診断における課題の抽出（鳥取県琴浦町） ○地域包括ケアにおけるネットワーキングの方法（全国地域包括・在宅介護支援センター協議会） ○地域包括支援センターの調査から見えてきたもの（全国保健センター連合会） ○ケアマネジメント力向上策（日本介護支援専門員協会） ○企画シートの活用（日本社会福祉士会）	地域包括支援センター職員 研修関係機関連絡会議 企画委員会委員
	15:15-15:30	休憩		
5	15:30-16:45	講義・デモンストラーション	地域ケア会議のデモンストラーション <目的・ねらい> 地域課題の把握と課題の解決のためのネットワークを構築するため、具体的な情報（地域ニーズのデータ等）に基づいた地域	地域包括支援センター職員 研修関係機関連絡会議 企画委員会委員

			ケア会議の実践例のVTRを視聴することにより、地域ケア会議の目的、進行方法、会議により得られる効果（OJT効果等）等を知る。	
6	16:45-18:00	演習	<p>地域ケア会議の模擬実践</p> <p><目的・ねらい></p> <p>講師による実践例をふまえた上で、グループで模擬地域ケア会議を体験することで、会議の具体的な進行方法を理解し、所属団体での開催に活かせるようにする。</p>	同上

【2日目】

	時間	項目	内容及び目的・ねらい	講師・説明者
1	9:30-9:45	オリエンテーション	研修項目の説明	
2	9:45-12:15	講義・演習	<p>ファシリテーション技術の修得</p> <p><目的・ねらい></p> <p>ファシリテーション技術を修得することで、地域ケア会議等をより効果的・効率的に実施できるようにする。</p>	日本ファシリテーション協会
	12:15-13:15	昼休憩		
3	13:15-14:30	講義・演習	<p>ファシリテーション技術の習得</p> <p>(午前の続き)</p>	日本ファシリテーション協会
	14:30-14:45	休憩		
4	14:45-15:55	講義	研修の振り返りと全体総括	<p>地域包括支援センター職員</p> <p>研修関係機関連絡会議</p> <p>企画委員会委員</p>
			閉会	

開催挨拶

Memo

各研修項目の目的とねらい
について

Memo

研修のねらい（センター長等の役割）

- 我がセンターはどこに向かっている？どこに向かえばいい？（センターとしての方向性）
- 組織と地域と政策のマネジメントに生かせる手法（方向性の具現化、仕組みとしての構築）
- 共感する、ヒントを得る（自分のセンターで生かすとしたら・・・）

- PDCAで磨きをかける（まずは実践、その後のブラッシュアップ）

組織で広める、地域で広める（伝道師）

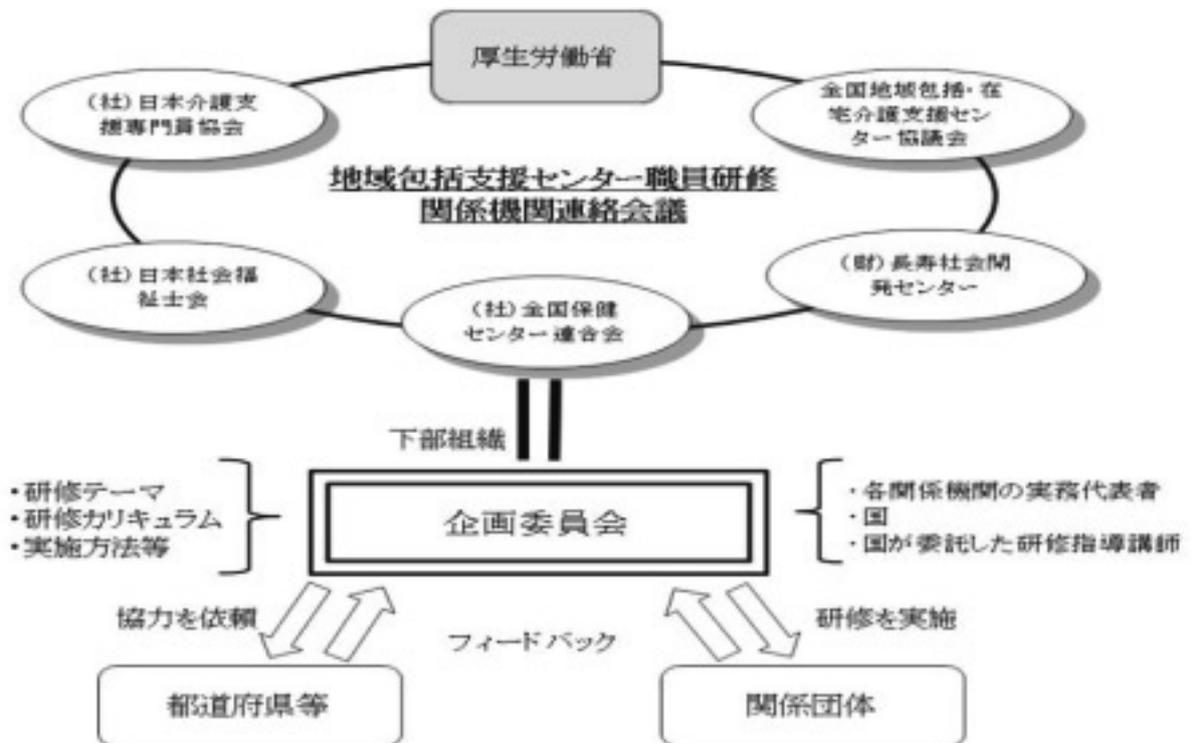
地域包括ケア推進指導者養成研修事業

地域包括ケアの考え方を踏まえ、地域包括支援センターの一体的な運営や地域のネットワーク構築の中心を担う職員を養成するため、地域包括支援センター職員等を対象に中央研修及びブロック研修（全国12ブロック）を実施する。

	中央研修	ブロック研修
内容	地域包括ケアネットワークの中核となる他、ブロック研修等の講師となる人材を養成する研修（講義・グループワーク）を行う。※修了後振り返り研修を実施	全国を12のブロックに分割し、各ブロックにおいてチーム力の向上とネットワーク構築のための研修（講義・グループワーク）を行う。
対象	都道府県が推薦する地域包括支援センター職員等 150名程度	各ブロックに含まれる都道府県内の地域包括支援センター等 1,500名程度
時期・日程等	平成22年10月13・14日 10月27・28日	平成22年11月～平成23年 2月 2日間・全国で合計15回
会場	東京都内	各ブロック内

地域包括ケア推進指導者養成研修事業の運営

地域包括支援センター関係5団体及び厚生労働省からなる「地域包括支援センター職員研修関係機関連絡会議」により研修の実施内容の策定、テキストの作成等を行う。



(平成22年度)

地域包括支援センター職員研修事業について

(地域包括ケア推進指導者養成事業)

第 I 実施方針策定の前提(地域包括ケアの推進)

地域住民が住み慣れた地域で安心して過ごすためには、①一人ひとりのニーズに応じて、医療や介護のみならず、介護保険外サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場で用意されていること、②同時に、サービスがバラバラに提供されるのではなく、包括的・継続的に提供できるような地域の体制が出来ていることが必要である。(地域包括ケア)

包括的・継続的にサービスを提供するには、地域住民のニーズに応じて医療・介護・福祉サービスなどを適切にコーディネートし、適時に供給する体制が必要であるが、その中心的役割として、地域包括支援センター等が活躍することを期待されているところである。(地域包括支援センターネットワークの構築)

しかしながら、現在の地域包括支援センター(以下「包括センター」)の活動状況を見ると、介護予防業務などの比重が過多となり、必ずしも包括的・継続的にサービスが提供される体制作りが出来ていないのではないかと指摘も出ている。包括センターは、地域包括ケアを支えるネットワークの中核機関として、その機能の強化が喫緊の課題となっている。

第 II 求められる人材の姿と研修の方向性

包括センターは、本来市町村が実施すべき、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助業務を受託して行うことにより、保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援する機能を有しているものであることから、当該センターの職員は、個人又はチームとして地域住民に対する包括的な支援能力が何よりも求められる。

しかしながら、実際の支援は、包括センターのみで達成されるものではない。サービス提供事業者の他に、自治会、NPO、民生委員等住民協力者、福祉事務所等公的機関による重層的なネットワークが機能したとき、地域社会の中で困難な生活を強いられている高齢者の暮らしが改善することとなる。

したがって、包括センターがネットワークのコーディネート機関として機能していくためには、各人の専門分野に囚われず、様々に、重層的なネットワークを構築していく人材が求められているものとする。

今般の職員研修事業は、「ネットワークとは何か」、「その構築の仕方とは」等を中心に、実例を織り交ぜ研修事業を実施することとしている。併せて、各都道府県にご理解とご協力を頂きつつ、新たな実施スキームにより全国の包括センターへその効果を波及させたいと考えている。

第Ⅲ 具体的な研修内容と実施スキーム

1 研修内容

包括センターが地域包括ケアネットワークの中核機関として機能し、そして維持していくためには、明確な目的意識を持ち、人材育成の観点から長期的な視点に立って計画的に職員研修を実施し、更にその成果を検証しつつ定期的に見直す仕組み(研修事業の PDCA)を導入することが、ひいては包括センターの機能強化に繋がっていく。

このため、当省において包括センターに関係する五団体との連携協力体制を構築(別添)した上で、有識者(厚生省より個別に依頼した中央研修指導講師)も交えて、現在、包括センター職員研修の実施方針の策定作業を行っており、今後はこれに基づき、五団体とも協力しながら、体系的な職員研修に取り組んでいきたいと考えている。

(1)基本コンセプト

“帰ったら実践してみようとやる気にさせる研修”を目指す！！

(2)研修内容策定の基本方針

今年度の研修目的は、「包括センターがネットワークのコーディネート機関として機能していくためのスキルの向上」にある。

このため、①ネットワークはなぜ必要か(包括センターを中核とするネットワークが、発見し支えるシステムとしていかに意味のあるものかと言うこと)、②ネットワークにはどのようなものがあるのか(ネットワークとは実は多様なものであるということ)、③どうやって作ってきたか、④ネットワーク構築のポイント(結局は地域に溶け込むことか?)等ネットワーク構築までのプロセスを丁寧に実例を混ぜながら、自分も実践してみようという気持ちになるような意識啓発を目指して研修会を実施する。

(3) (略)

(別添) (略)

2 実施スキーム

(1)基本的考え方

包括センター職員研修は、本年度予算措置された地域包括ケア推進指導者養成事業を活用し、「中央研修」、「ブロック研修」を実施するとともに、各都道府県の判断により「中央研修受講者」を活用した「地方研修」も可能な範囲で実施していただきたいと考えている。

その上で、実際の研修が行われた後、国としては、都道府県を通じて反省点やご意見、包括センターの機能強化を見据えた研修の改善点等についてご意見を頂戴し、次年度以降の研修の見直しに繋げていきたいと考えている(注)。また、各自治体においては、介護保険事業計画における人材の確保又は質の向上に資する事業に役立てて頂きたい。なお、本件に関する都

道府県への各種ご依頼については、国の今年度の予算措置、法令上の具体的な根拠は特
にないことから、あくまでも各自治体のご判断によりご協力頂ける範囲で実施するものである。

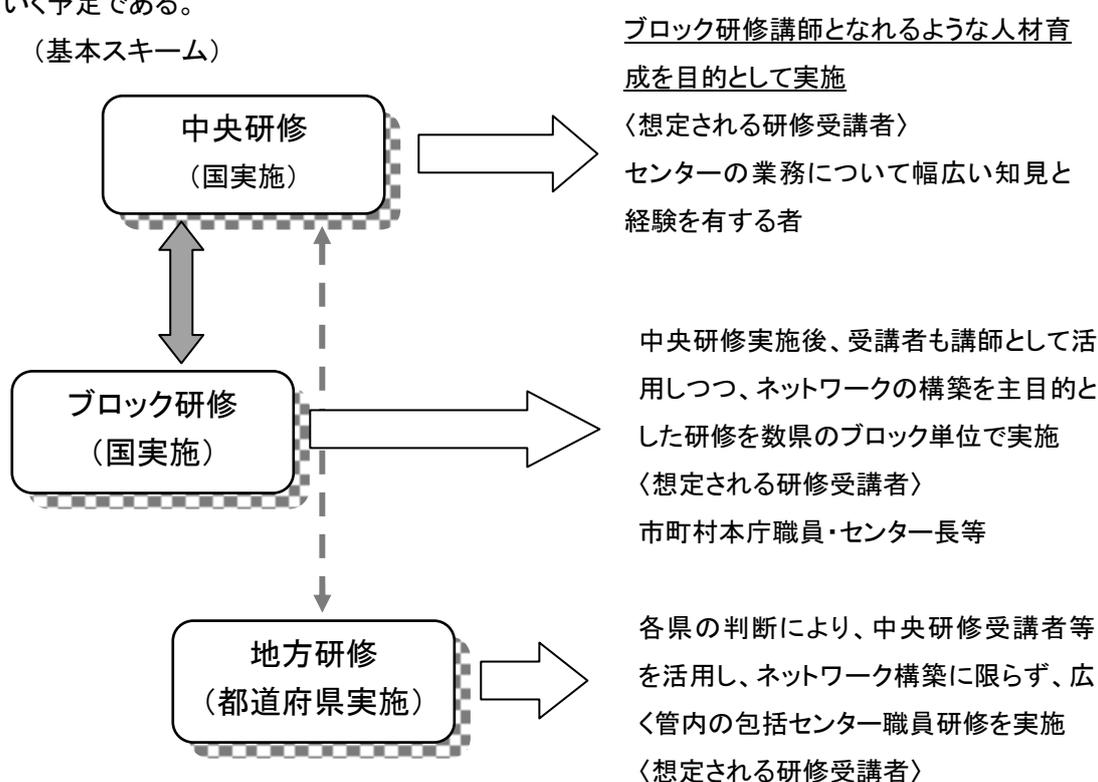
(注) 研修事業のPDCAを取り入れる観点から、ご意見や改善点等について都道府県等からのフィードバック
を想定しています。(詳細は後述)

(2) スキーム

中央研修、ブロック研修は国が直接実施するが、地方研修は各都道府県の判断によることと
なるが、中央研修受講者等を活用し、ネットワーク構築のみならず幅広い研修の実施について
ご協力をお願いしたい。

なお、当面は国が直接実施するブロック研修で、ネットワーク構築を中心としたスキルアップ
を目指すものの、包括センターが現在、全国に四千か所超あり、増加中であることを踏まえると、
より幅の広い分野を対象とし、かつ充実した全職員研修を実施するためには、決め細かな対応
が必要であることから、都道府県の研修実施状況も勘案しつつ、地方研修へのシフトを考えて
いく予定である。

(基本スキーム)



(3) 今年度の実施事業と対象者の考え方

本年度予算措置された地域包括ケア推進指導者養成事業は、2年間で全包括センター長等
について研修を実施することを目標としている。今年度は中央研修、ブロック研修合わせて、概
ね一千五百人の研修受講を想定し、かつ受講者の移動面も考慮し、ブロック研修ではあるもの
の、全国15か所(1か所最大120人)で実施する事業計画とする予定である。都道府県におか
れては、包括センター等への周知方ご協力願いたい。詳細は後述。(注) 来年度の実施は予算
措置状況による。

① 中央研修事業

②ブロック研修事業

③振り返り研修会開催(※中央研修受講者対象)

(4)今後の予定

時 期	中央研修関係	ブロック研修関係	備 考
6月15日	研修事業の見直し全体説明		
7月中	研修実施方法等の 詳細お知らせ 中央研修受講者の推薦依頼		ご協力を お願いします
8月頃		研修実施方法等の 詳細お知らせ	
9月頃	中央研修内容のお知らせ		
9月頃	中央研修の実施		
11月～1月		ブロック研修の実施	参加者直接募集
随時	地方研修の実施		
2月頃	振り返り研修会の実施		
2月頃	改善点等のフィードバック		直接ご説明頂け れば幸いです
3月中	新たな研修方針のお知らせ		

(5)実施体制

国が実施する中央研修事業及びブロック研修事業については、先述の通り、下記の団体と十分連携した上で、実質的な共催(形式的には協力機関)により実施することとしているので、都道府県において地方研修を実施する場合についても、本ケースを参考とされ、地元の関係機関との十分な連携に努められるようお願いしたい。

(財)長寿社会開発センター	(社)日本社会福祉士会
全国地域包括・在宅介護支援センター協議会	(社)全国保健センター連合会
(社)日本介護支援専門員協会	

なお、上記団体との連携は、今後は、この中央研修及びブロック研修に限らず、幅広い連携体制を構築していく予定としている。

2 (略)

第IV 最後に ～ 都道府県にご協力をお願いしたいこと ～

(1)市町村及び包括センターへこの全体構想と包括センター職員の研修会出席及びそれに必要な予算措置に関する協力依頼を伝達願いたいこと

→ 研修会出席旅費については、地域支援事業交付金(包括的支援事業)への予算計上を

お願いします。(市町村)

(2) 中央研修参加者の推薦をお願いしたいこと

→ 本件に関しましては、正式に公文書でお願いする予定です。

(3) 地方研修の実施に当たってお願いしたいこと

→ 地域包括支援センター職員研修関係機関連携会議で決定した基本方針を踏まえたものとするよう努めていただきたくようお願いします。

(4) 地方研修等における反省点や改善要望等について、情報の提供をお願いしたいこと

→ PDCA を回していくことが大事だと考えており、そのためには、実情の把握が必要であるため、積極的な情報提供をお願いします。

(5) 都道府県単位での地域包括支援センター職員研修関係機関連携会議と同様の枠組みを構築し研修の実施に努めていただきたいこと

以上、ご協力方お願いいたします。

地域包括ケアの理念と
目指す姿について

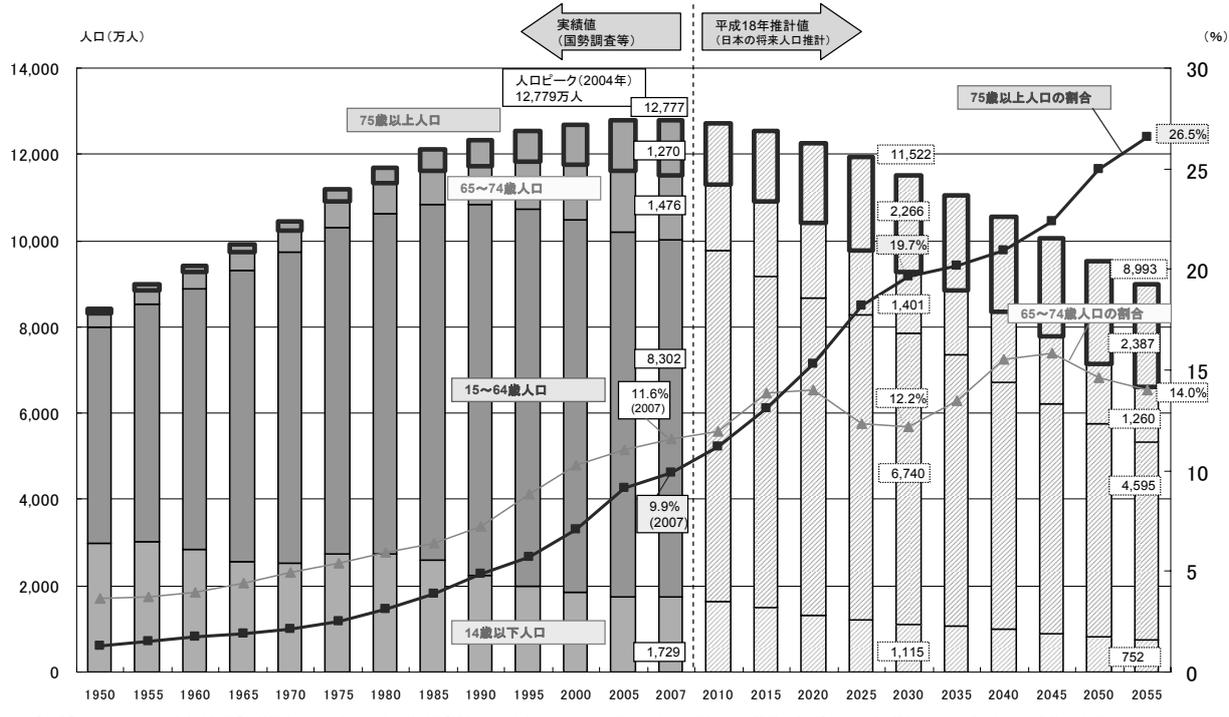
Memo

地域包括ケアの理念と目指す姿について

地域包括ケア推進指導者養成研修

1. 高齢者の現状等

75歳以上高齢者の増大



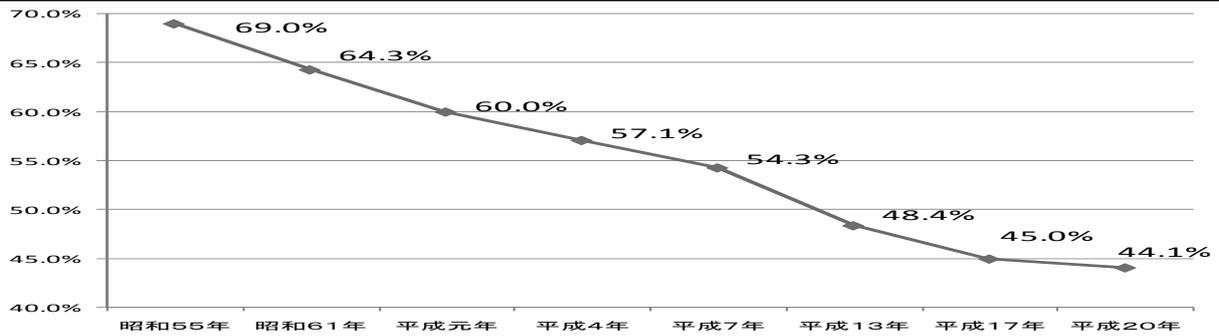
都市部における急速な高齢化

○ 今後、都市部において高齢者人口が増加することが予想されている。

	2005年時点の 高齢者人口(万人)	2015年時点の 高齢者人口(万人)	増加数	増加率	順位
埼玉県	116	179	63	+55%	1
千葉県	106	160	53	+50%	2
神奈川県	149	218	70	+47%	3
愛知県	125	177	52	+42%	4
大阪府	165	232	68	+41%	5
(東京都)	233	316	83	+36%	(7)
岩手県	34	39	5	+15%	43
島根県	20	22	2	+11%	44
秋田県	31	34	4	+11%	45
山形県	31	34	3	+10%	46
鹿児島県	44	48	4	+10%	47
全国	2,576	3,378	802	+31%	

「日本の都道府県別将来推計人口(平成19年5月推計)について」(国立社会保障・人口問題研究所)

1. 65歳以上の者とその子の同居率



【出典】国民生活基礎調査（厚生労働省）

2. 高齢者の世帯形態の将来推計

	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年
一般世帯	4,906 万世帯	5,028	5,060	5,044	4,983
世帯主が65歳以上	1,355 万世帯	1,568	1,803	1,899	1,901
単独 (比率)	386万世帯 28.5%	466 29.7%	562 31.2%	631 33.2%	673 35.4%
夫婦のみ (比率)	465万世帯 34.3%	534 34.0%	599 33.2%	614 32.3%	594 31.2%
単身+夫婦のみ	62.8%	63.7%	64.4%	65.5%	66.6%

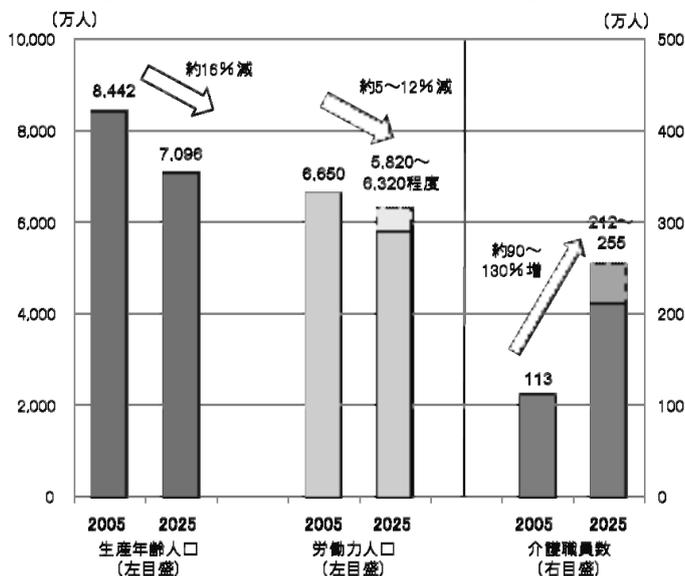
(注) 比率は、世帯主が65歳以上の世帯に占める割合 出典: 国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計—平成20年3月推計—」

4

介護の担い手と介護職員の見通し

- 2005年から2025年にかけて、生産年齢(15~64歳)人口は約16%減少し、労働力人口も約5~12%程度減少すると見込まれる。一方、介護職員数は倍増すると見込まれる。
- この結果、労働力人口に占める介護職員の割合は、2005年から2025年にかけて倍以上になると見込まれる。

生産年齢人口、労働力人口、介護職員数の見通し(試算)



労働力人口に占める介護職員の割合

	2005年	2025年
介護職員数	112.5万人	212~255万人
労働力人口	6,650万人	5,820~6,320万人
割合	1.7%	3.4~4.4%

【出典】国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18(2006)年12月推計)」、雇用政策研究会「労働力人口の見通し(平成19年12月)」、社会保障国民会議「医療・介護費用のシミュレーション」、総務省「労働力調査」、「国勢調査」、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

注) 2025年の生産年齢人口は出生中位(死亡中位)推計の値。労働力人口は2017年から2030年の「労働市場への参加が進んだケース」と「進まないケース」が平均的に減少すると仮定して試算したもの。2025年の介護職員数は社会保障国民会議のAシナリオ、B2及びB3シナリオの値。

5

高齢者居住安定確保計画の概要

～高齢者が安心して暮らし続けることができる住まいの整備に向けて～

高齢者居住安定確保計画は、老人福祉計画・介護保険事業支援計画と調和を図りつつ、住生活基本計画を踏まえ、高齢者住宅に係る施策を具体的に計画します。住生活基本計画(H18からの10年計画)、老人福祉計画等(H21からの3年計画)を踏まえ、モデル的な計画期間を6年とします。

住生活基本計画

住民の住生活の安定の確保及び向上の促進に関する基本的な計画

- ①住民の住生活の安定の確保及び向上の促進に関する目標・施策
- ②住生活の安定の確保及び向上の促進に関する施策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

目標

1. 良質な住宅ストックの形成及び将来世代への継承
 2. 良好な居住環境の形成
 3. 多様な居住ニーズが適切に実現される住宅市場の環境整備
 4. 住宅の確保に特に配慮を要する者の居住の安定の確保
- ※目標4.のうち高齢者の住宅の部分について具体的に計画

高齢者居住安定確保計画

住宅政策と高齢者福祉政策が連携して、高齢者の居住の安定の確保に関する目標を定め、施策を推進

- ①高齢者に対する賃貸住宅及び老人ホームの供給の目標
 - イ. 高齢者に対する賃貸住宅及び老人ホームの供給の促進
 - ロ. 高齢者が入居する賃貸住宅の管理の適正化
 - ハ. 高齢者に適した良好な居住環境を有する住宅の整備の促進
 - ニ. 高齢者居宅生活支援事業の用に供する施設の整備の促進
 - ホ. 高齢者居宅生活支援体制の確保
- ②その他高齢者の居住の安定の確保に関し必要な事項

老人福祉計画※

老人福祉事業の供給体制の確保に関する計画

- ①老人ホームの必要入所定員総数その他老人福祉事業の量の目標・措置
- ②老人福祉事業の供給体制の確保に関し必要な事項

介護保険事業支援計画※

介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施の支援に関する計画

- ①介護給付等サービスの量の見込み
- ②介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を支援するために都道府県が必要と認める事項

※両計画は一体として策定

(事業計画)地域住宅計画
(実現手段)地域住宅交付金

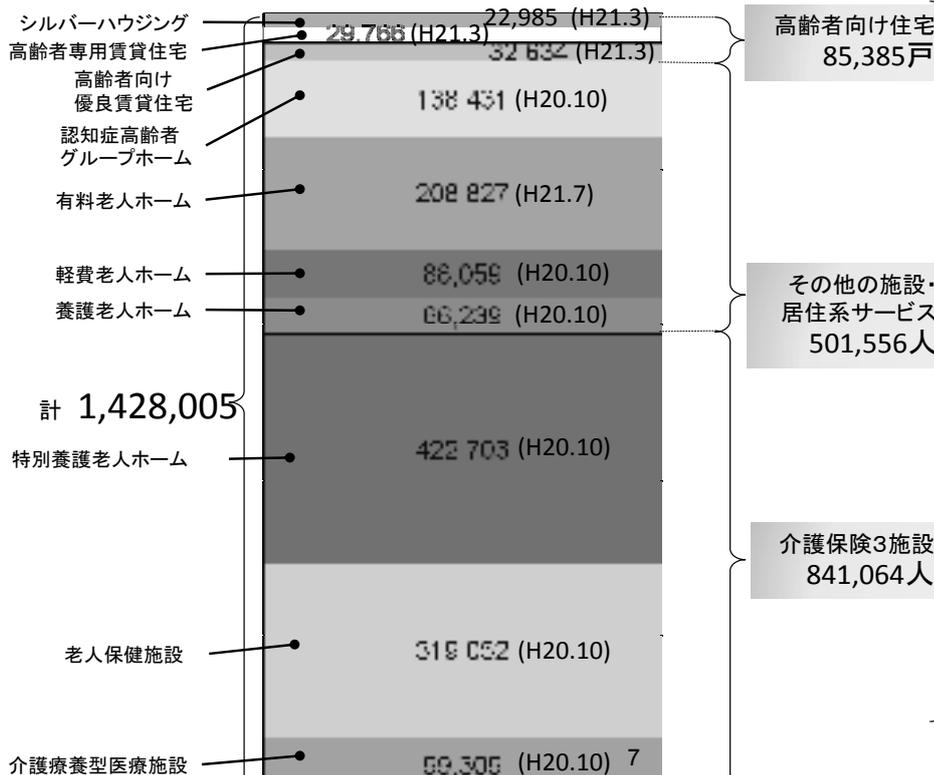
連携

(事業計画)公的介護施設等の市町村整備計画
(実現手段)地域介護・福祉空間整備等交付金
介護保険制度

6

高齢者向けの住宅と施設のストックの現状

※ 第28回部会資料(再掲)



介護保険3施設、その他の施設・居住系サービスに比べ、**高齢者向け住宅の数が少ない。**

7

各国の介護施設・高齢者住宅の状況

全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合(2008)

(2008)	介護保険3施設等 ※2 (3.5%)	※1 (1.5%)	5.0%	
参考 (2005)	介護保険3施設等 ※2 (3.5%)	※3 (0.9%)	4.4%	日本
	「特別な住居」 (6.0%)		6.0%	※すべての高齢者施設・住宅は 1つの類型に統合された スウェーデン※4
	プライエム等 (1.3%)	プライエポーリ・エルダポーリ等 (7.4%)	8.7%	デンマーク※5
	ケアホーム (3.2%)	シェルタードハウジング (7.2%)	10.4%	英国※6
	ナーシング・ホーム等 (4.1%)	アシステッド リビング等 (2.4%)	6.5%	米国※7

※1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅及び高齢者専用賃貸住宅、有料老人ホーム、養護老人ホーム及び軽費老人ホーム
 ※2 介護保険3施設及びグループホーム
 ※3 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅、有料老人ホーム及び軽費老人ホーム(軽費老人ホームは2004年)
 ※4 Statiska Centralbyrån, "Statistisk Årsbok för Sverige 2010"
 ※5 Danmarks Statistik, "StatBank Denmark"
 ※6 Laing and Buisson, "Care of Elderly People UK Market Survey 2009" 及びAge Concern, "Older people in the United Kingdom February 2010"から推計
 ※7 Administration on Aging U.S. Department of Health and Human Services, "A Profile of Older Americans: 2009"

※ 第28回部会資料(再掲、一部改変)

8

デンマークにおける高齢者施設・住宅整備の推移

出典：医療経済研究機構 2007 『諸外国における介護施設の機能分化等に関する調査報告書』

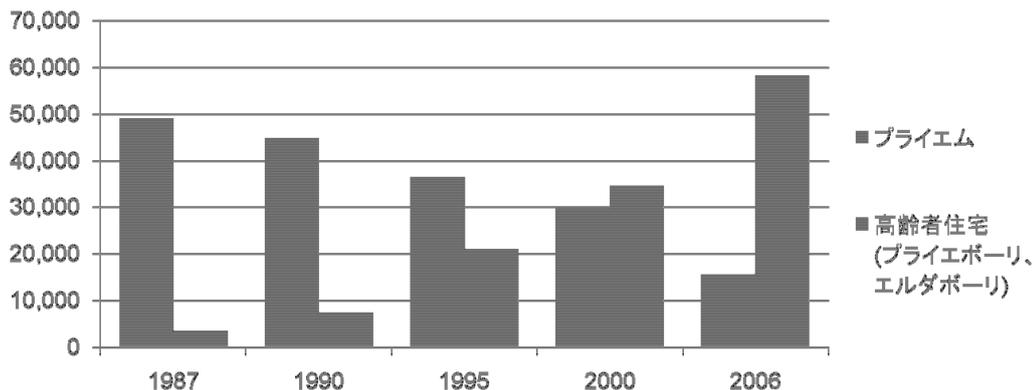
1970年代 プライエム(わが国の特別養護老人ホームに相当)を大規模化し、施設数も増加の一途を辿ったものの、待機者が常に存在し、財政負担は大きなものとなっていた。

1981年 施設の問題について、**居住機能とケア機能の分離の必要性**を強調(高齢者政策委員会報告)

1982年 高齢者三原則
 (高齢者政策委員会報告)
 ○これまで暮らしてきた生活と断絶せず、継続性をもって暮らす(継続性)
 ○高齢者自身の自己決定を尊重し、周りはこれを支える(自己決定)
 ○今ある能力に着目して自立を支援する(残存能力の活性化)

1988年 **高齢者・障害者住宅法の成立** (高齢者住宅の整備、プライエム新規建設の凍結)

以後、プライエムを改修し、床面積が2倍程度の高齢者住宅へ転用する等の取り組みが進められている



9

介護保険を取り巻く課題

○都市部を中心とした高齢者人口の増加

・団塊の世代が2025年には75歳以上に到達。2025年には高齢者人口がピーク(約3500万人)を迎える。年間死亡者数も急増(現在約100万人→2015年140万人、2025年160万人)。

- ・介護・医療双方のニーズの増加→医療との連携推進
- ・要介護(要支援)にならないための施策(予防やリハビリ)の重要性

○認知症高齢者の増加(現在:150万人→2025年:320万人)

・早期発見早期対応からケアまで地域での認知症ケア体制の推進

○高齢者一人暮らし・夫婦のみ世帯の増加(2025年には高齢世帯が約1900万世帯、うち単独・夫婦のみ世帯が約7割)

- ・家族の介護力の低下、地域コミュニティの脆弱化→保険サービスのみならず、互助サービスの推進・支援の必要性
- ・高齢者の住まいの確保
→医療＋介護＋見守り等生活支援サービス＋住まいが生活圏域で用意され、包括的・継続的に提供出来るような地域での体制へ

○良質な介護従事者の確保(現在労働力人口の1.7%→2025年3.4～4.4%)

・介護サービスの質を高めるための介護従事者の処遇向上と人材確保

10

議論すべき論点

○ サービス体系のあり方(地域包括ケア体制の実現)

- ①医療サービス提供体制の強化(在宅療養支援診療所、訪問看護・リハ)
- ②24時間対応の在宅サービスの充実(認知症サービス充実を含む。)
- ③様々な配食・見守りなど生活援助サービスの促進
- ④高齢者の住まいの確保及び施設の居住環境の向上
＋⑤介護職員の資質の向上と処遇改善
＋⑥自治体におけるニーズ把握とこれに基づく第5期事業計画の策定支援

○ 持続可能な制度の構築

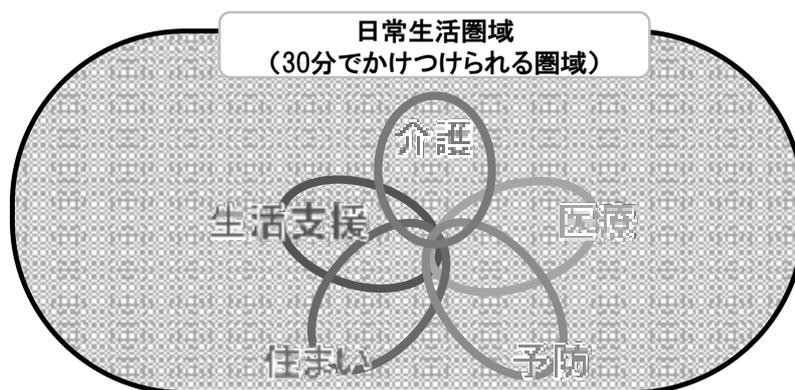
- ①介護職員処遇改善交付金(約3,975億円)の影響
- ②介護拠点の緊急整備(約3,011億円)の影響
- ③高齢化(特に後期高齢者増)に伴う自然増
→平成24年度介護報酬改定(診療報酬同時改定)での対応をどうするか。

11

2. 今後の施策の方向性 (地域包括ケアシステムの構築)

12

地域包括ケアシステムについて



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

①医療との連携強化

・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化。

②介護サービスの充実強化

・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)

・24時間対応の在宅サービスの強化

③予防の推進

・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

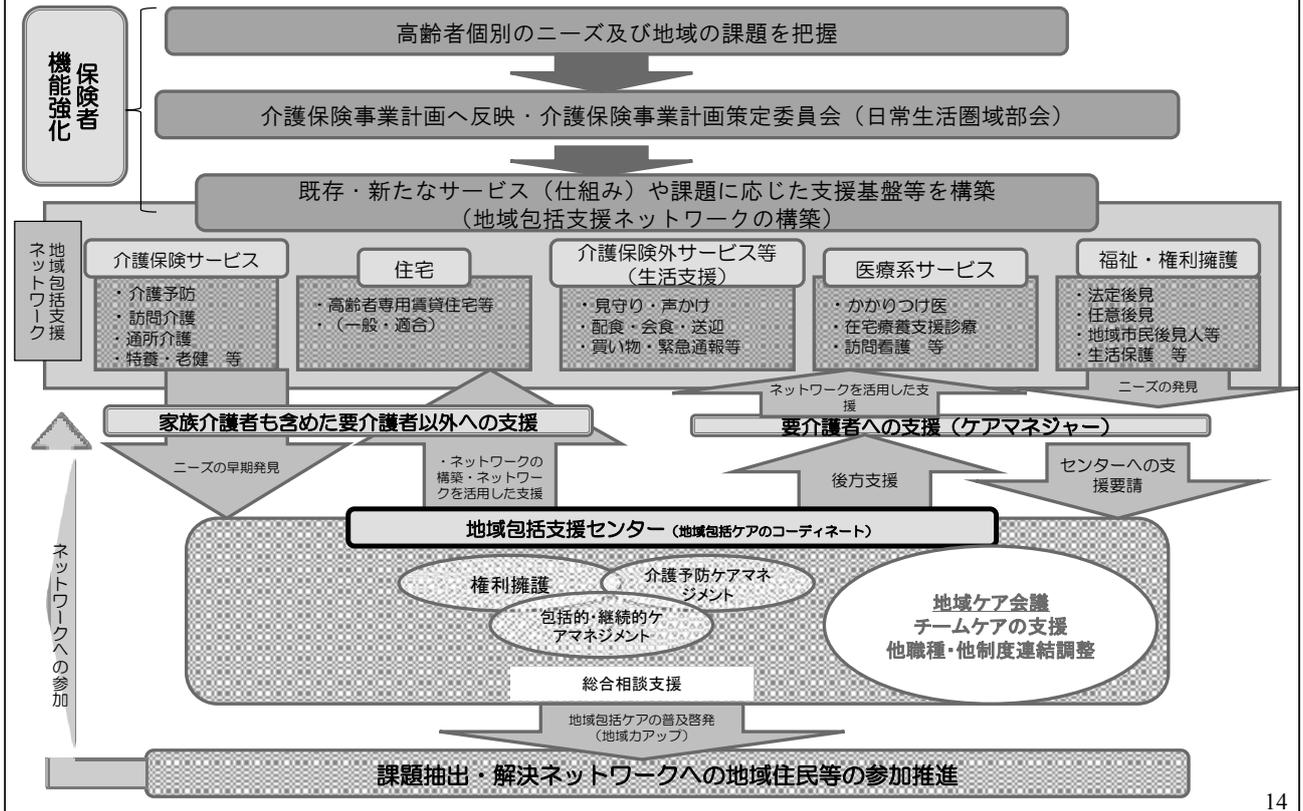
・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進。

⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備(国交省)

・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備、持ち家のバリアフリー化の推進

13

地域包括ケアシステムの構築



<参考>日常生活圏域サービス基盤のイメージ（都市部の例）

・〇〇市 人口20万 高齢化率15% 認定率13%
 ・面積（小型） 人口密度（高）

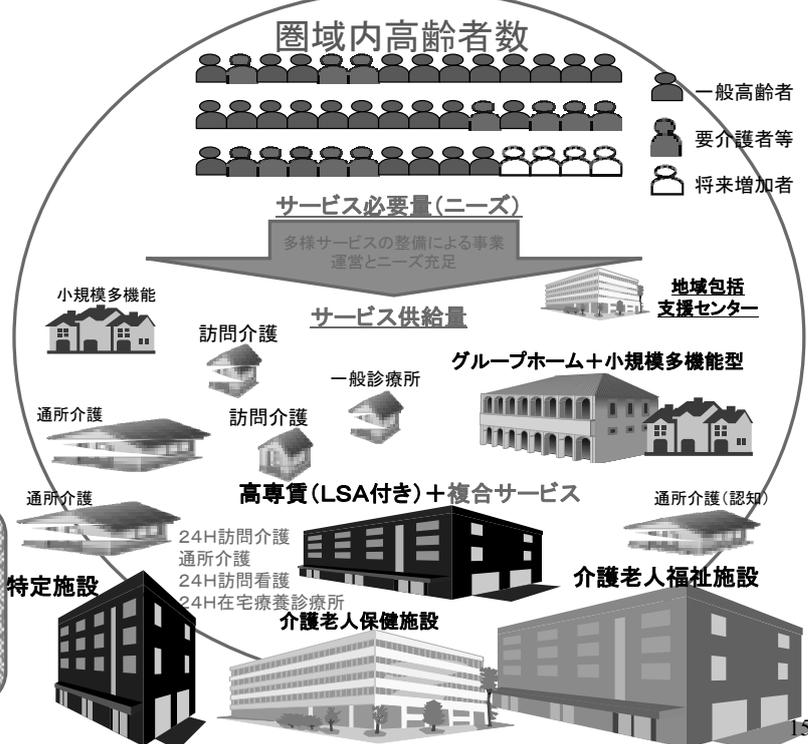
Aエリア

Bエリア
 人口4万人
 高齢化率16%
 認定率12.5%
 ※中高層住宅に高齢化が進展し、一人暮らしも多い
 ※高齢者人口の将来的な伸びは鈍化

Cエリア

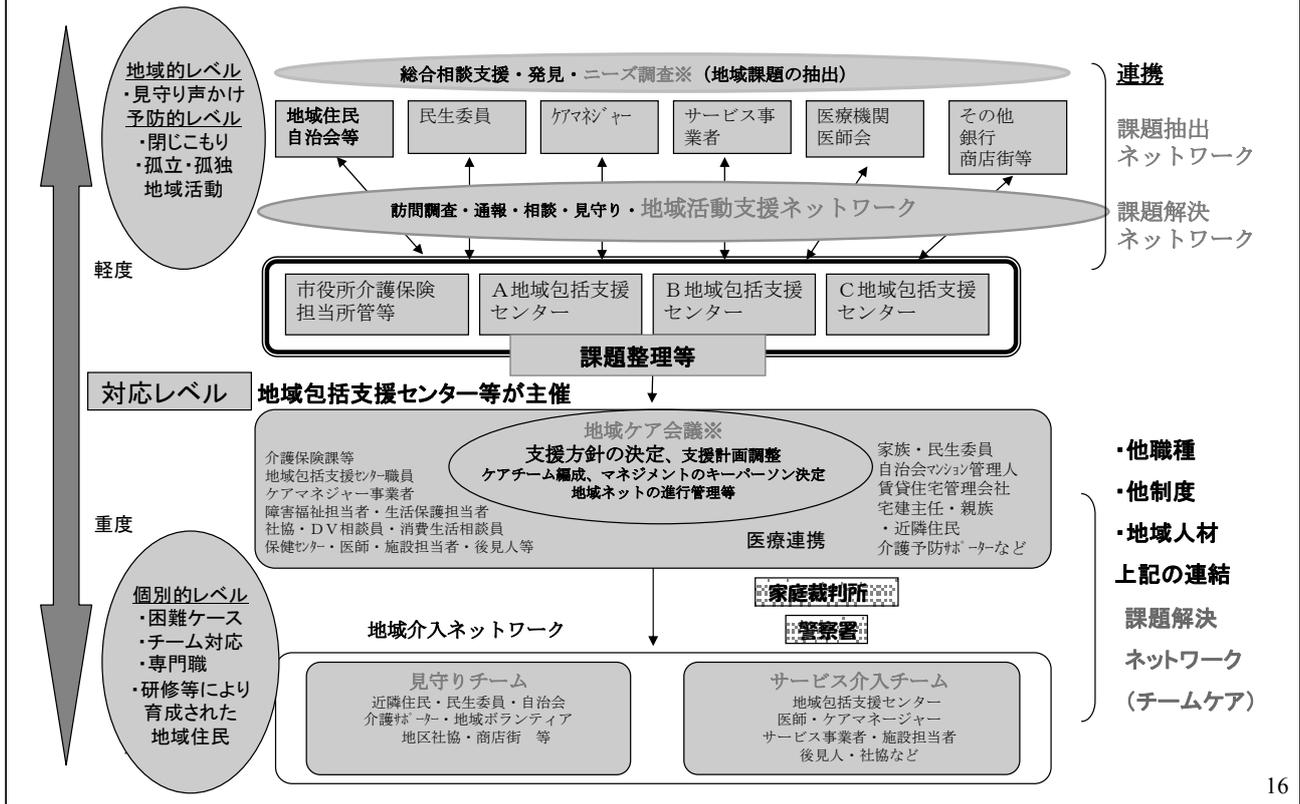
Dエリア

Bエリア 日常生活圏域基盤の例

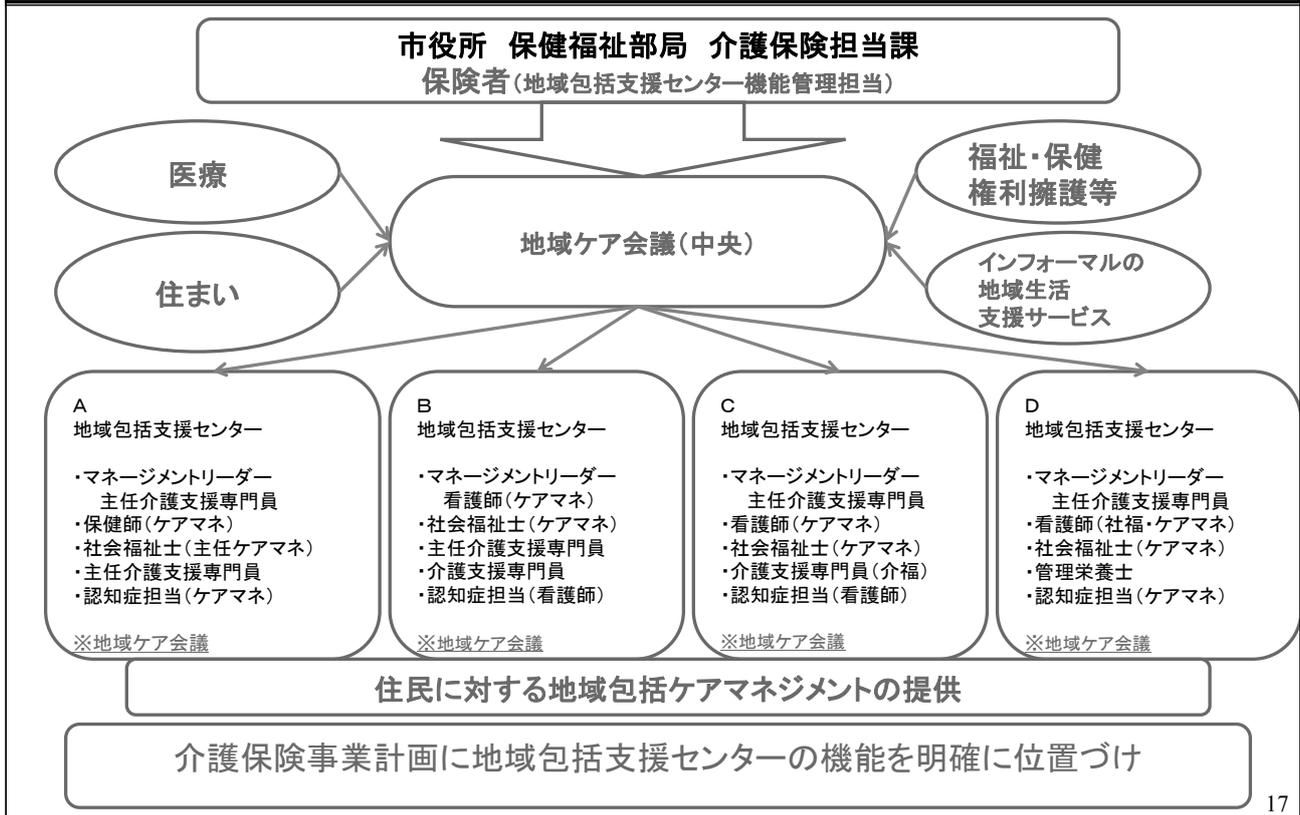


【出典】地域包括ケア研究会・会議資料

地域包括ケアの連携フローについて

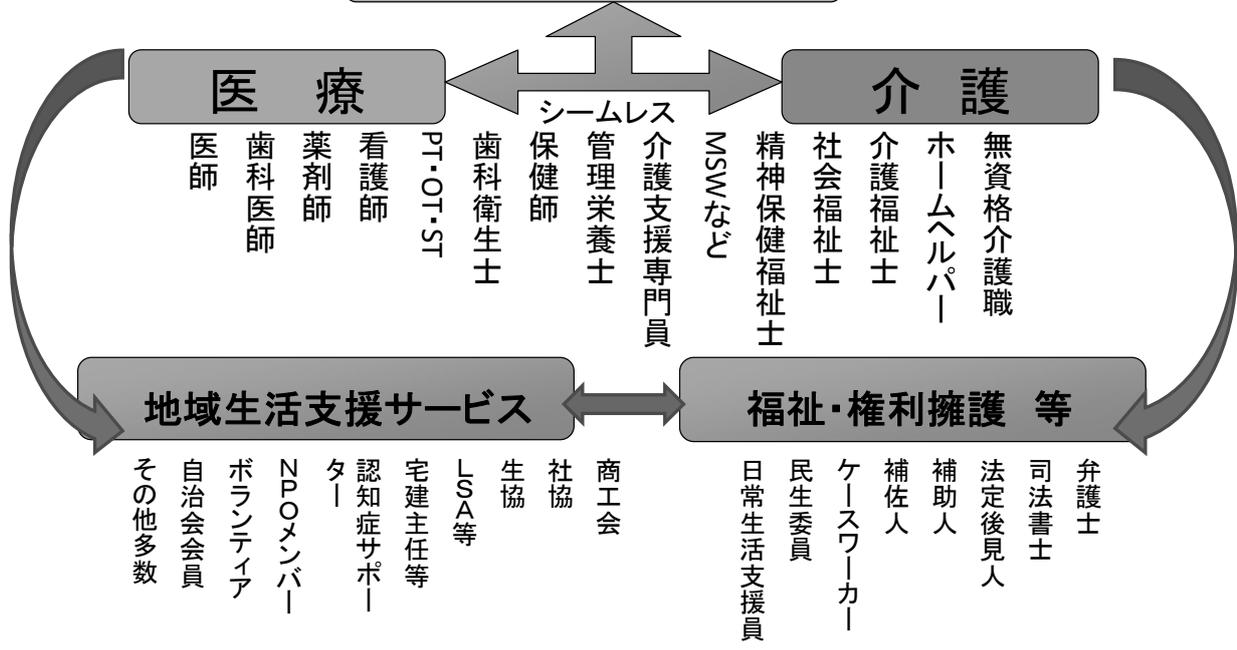


地域包括支援センターの事業運営体制(イメージ)



人的連携の視点(住まいの確保前提に)

医療・介護等連携



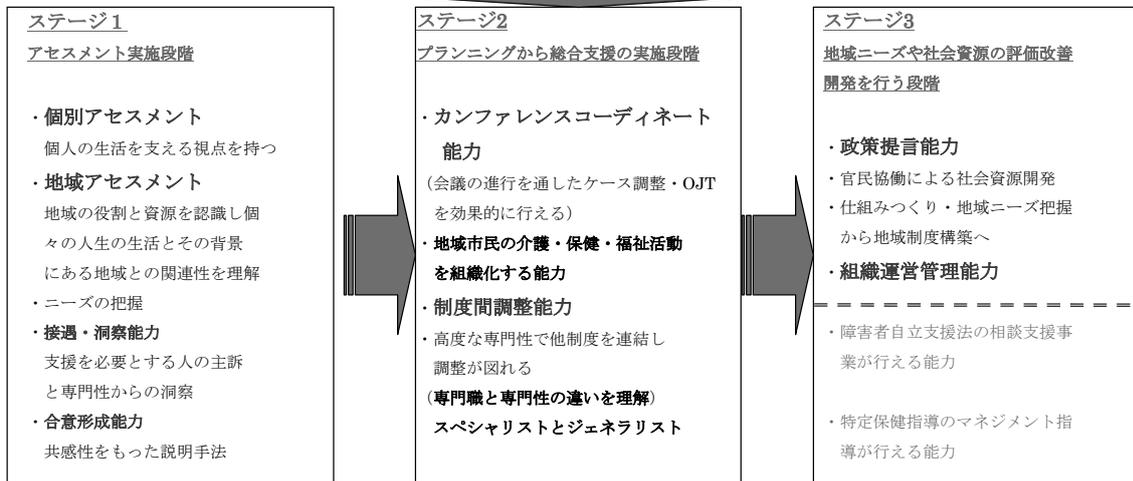
地域包括支ケアを支える人材育成(A市の例)

地域包括支援を行う際の基本姿勢

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 意識
<input type="checkbox"/> 人権感覚
<input type="checkbox"/> 倫理観
<input type="checkbox"/> 責任感
<input type="checkbox"/> 意欲 | 視点
<input type="checkbox"/> ADL・IADLの状態
<input type="checkbox"/> 地域を基盤とするつながりの構築
<input type="checkbox"/> 個別支援から地域支援へ
<input type="checkbox"/> 人と社会のつながり | 方法
<input type="checkbox"/> 住民活動支援
<input type="checkbox"/> ケアマネジメント
<input type="checkbox"/> チームアプローチ |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

地域包括支援センター職員に必要な働き

総合相談支援～マネジメント～アウトカムへ
地域の個別的・地域的な課題対応能力



～スキルアップステージの明確化～

～第5期介護保険計画の記載内容等～

20

第5期介護保険事業計画策定に向けて

地域包括ケア(地域における住まい・介護・医療・福祉の一体的提供)の推進 (第5期計画の充実強化)

- 第3期計画以降は、①急速な高齢化の進展(特に、独居高齢者、認知症の高齢者の増加等)、②高齢者像と地域特性の多様化等、高齢者の保健医療福祉を取り巻く環境の変化等に適切に対応し、高齢者が要介護状態になっても、可能な限り住み慣れた地域において継続して生活できるよう、介護、医療、生活支援サービス、住まいの4つを一体化して提供していく「地域包括ケア」の考え方にに基づき、取り組んでいただいているところであり、引き続き、第3期、第4期計画の延長線上に位置づけられる**第5期計画の取組に当たっては、第3期計画策定時に定めた平成26年度までの目標達成に向けて継続的に取り組むことが必要。**
- この「地域包括ケア」とは、高齢者の生活を地域で支えるために、必ずしも介護保険の保険給付だけでは十分ではないことから、まず高齢者のニーズに応じ、**①住宅が提供されることを基本**とした上で、高齢者の生活上の安全・安心・健康を確保するために、**②独居や夫婦二人暮らしの高齢者世帯、或いは認知症の方がいる世帯に対する緊急通報システム、見回り、配食等の介護保険の給付対象でないサービス、③介護保険サービス、④予防サービス、⑤在宅の生活の質を確保する上で必要不可欠な医療保険サービスの5つを一体化して提供していくという考え方。**

21

計画の内容について

- ◆ 高齢者を取り巻く環境の変化等に適切に対応し、高齢者が地域で暮らし続けられる地域包括ケアを実現していくため、第5期計画では以下の事項について、地域の実情を踏まえて記載することとする。

- ① 認知症支援策の充実

(例: 認知症者数やニーズの把握と対応、サポート体制の整備等)

- ② 在宅医療の推進

(例: 市町村における医療との連携の工夫等)

- ③ 高齢者に相応しい住まいの計画的な整備

(例: 高齢者住まい計画との調和規定等)

- ④ 生活支援サービス(介護保険外サービス)

(例: 見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保等)

22

第5期介護保険事業(支援)計画の策定に当たっての留意点について

- 第5期介護保険事業(支援)計画(以下「第5期計画」という。)の作成については、今後、国が示す基本指針等を踏まえ、各市町村・都道府県において、高齢者の実態把握や給付分析等の準備作業から、平成23年度末頃の決定・公表に至るまでの間、様々な作業を進めていただくこととなります。
- 第5期計画の策定に当たっては、後述する日常生活圏域ニーズ調査の手法を活用して地域の高齢者のニーズを把握した上で、出来るだけ過不足の無い、より精緻なサービス量等の見込みを行っていただき、それを賄うための適切な第1号保険料額の設定をお願いしたいと考えています。

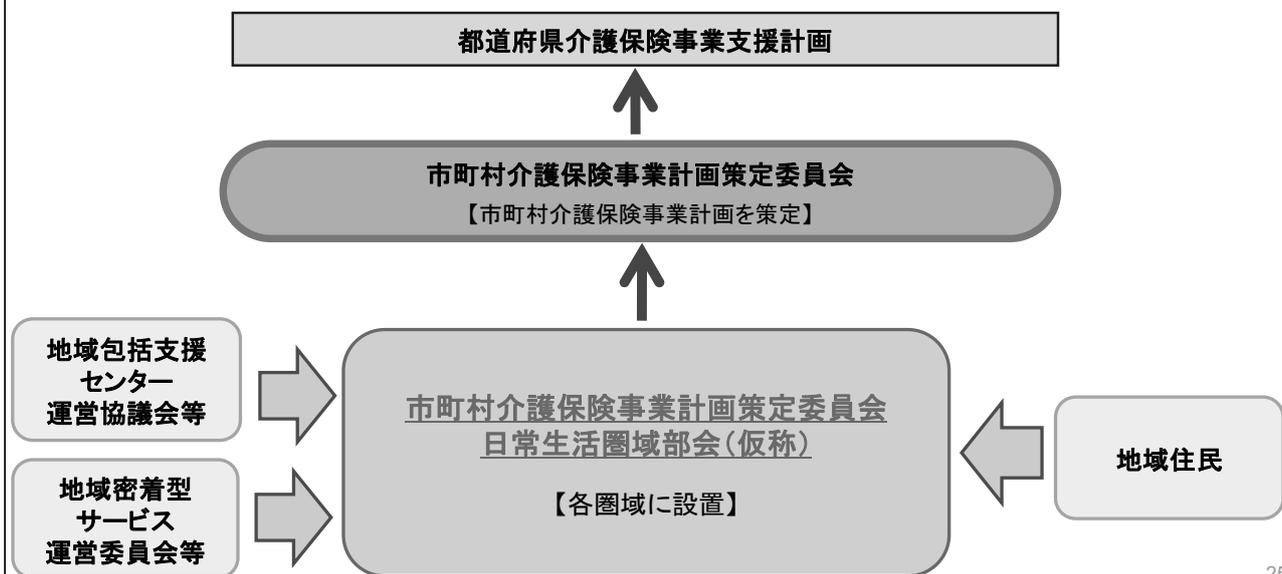
第5期介護保険事業計画策定に向けた実施体制(例)

- 介護保険事業計画の策定に際しては市町村介護保険事業計画策定委員会で御議論いただくこととなりますが、地域包括ケアを念頭において、地域ごとの特性を加味して検討していくことも考えられます。
- 地域課題が分析され、介護保険事業計画策定委員会等で、それらの様々な課題に対応する各種サービス基盤等が検討されていくこととなります。その検討プロセスにおいては、日常生活圏域における検討の場として、地域包括支援センター運営協議会や地域密着型サービス運営協議会等の機能を活用していくことも大切なことと考えられます。

24

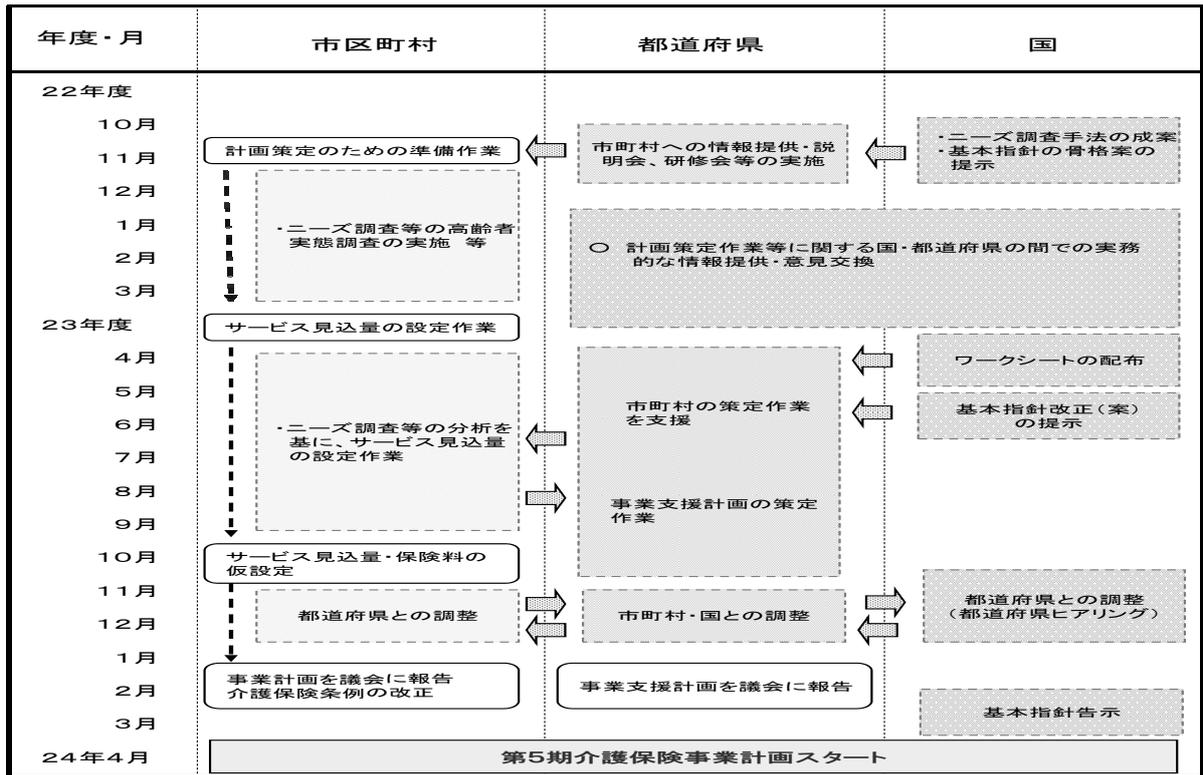
第5期介護保険事業計画策定体制の例

- 日常生活圏域ごとのサービス整備を促進していくための手段として、市町村介護保険事業計画の策定に当たって、日常生活圏域ごとに「日常生活圏域部会(仮称)」を設置し、日常生活圏域ニーズ調査や給付分析等を通じて把握した地域の諸課題を踏まえて、サービスの整備方針を検討していくことが考えられる。
- この「日常生活圏域部会(仮称)」に、既存の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委員会等の地域団体や地域住民が参加することにより、ニーズに即したサービス整備が図りやすくなるものと考えられる。



25

第5期介護保険事業計画の策定スケジュール（イメージ）



（注）あくまで現時点での予定であり、今後変更等があり得る。

26

～日常生活圏域ニーズ調査～

27

日常生活圏域ニーズ調査の実施について

◆ 「地域包括ケアシステム」推進の前提として、地域やその地域に居住する高齢者ごとの課題の的確な把握、具体的には、

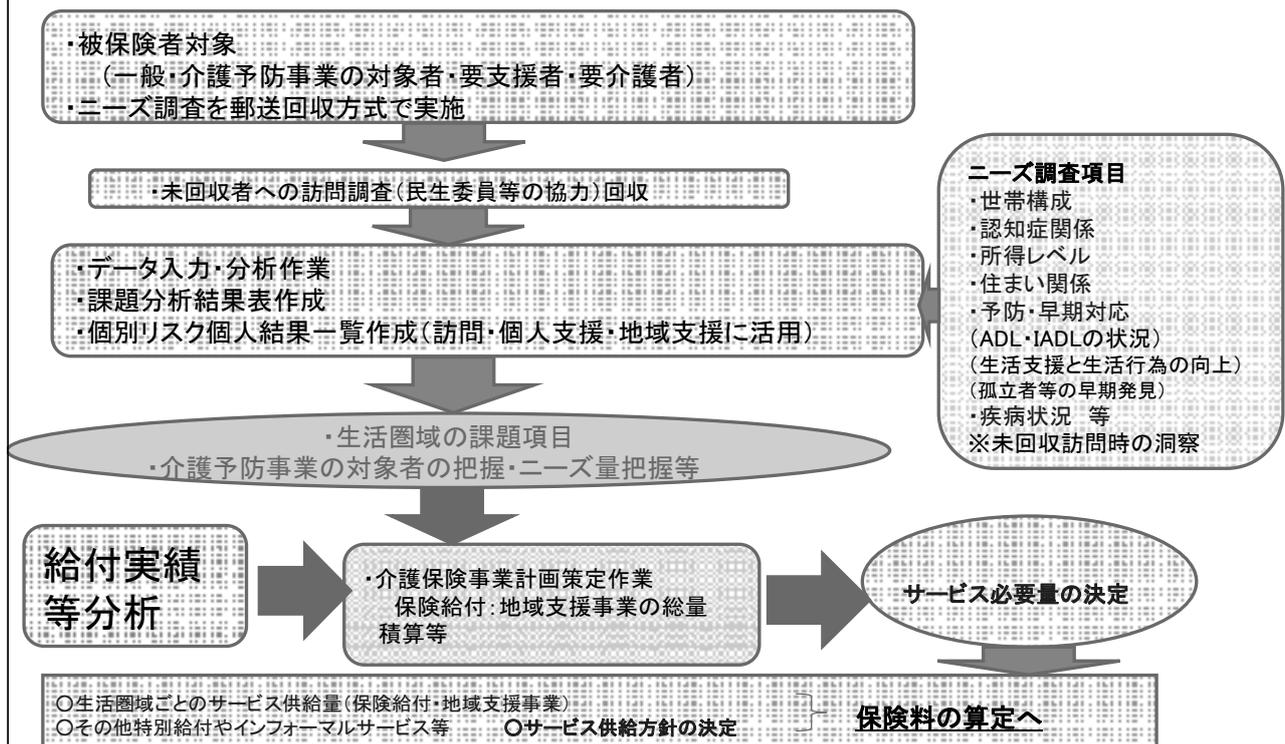
- ①どこに、
- ②どのような支援を必要としている高齢者が、
- ③どの程度生活しておられるのか

を日常生活圏域ニーズ調査等によりの的確に把握し、より地域の実情に応じた各サービスの目標整備量の設定等、介護拠点の計画的整備を進めることが重要。

◆ このため、今般日常生活圏域ニーズ調査の具体的な手法を国が示すこととしたもの。

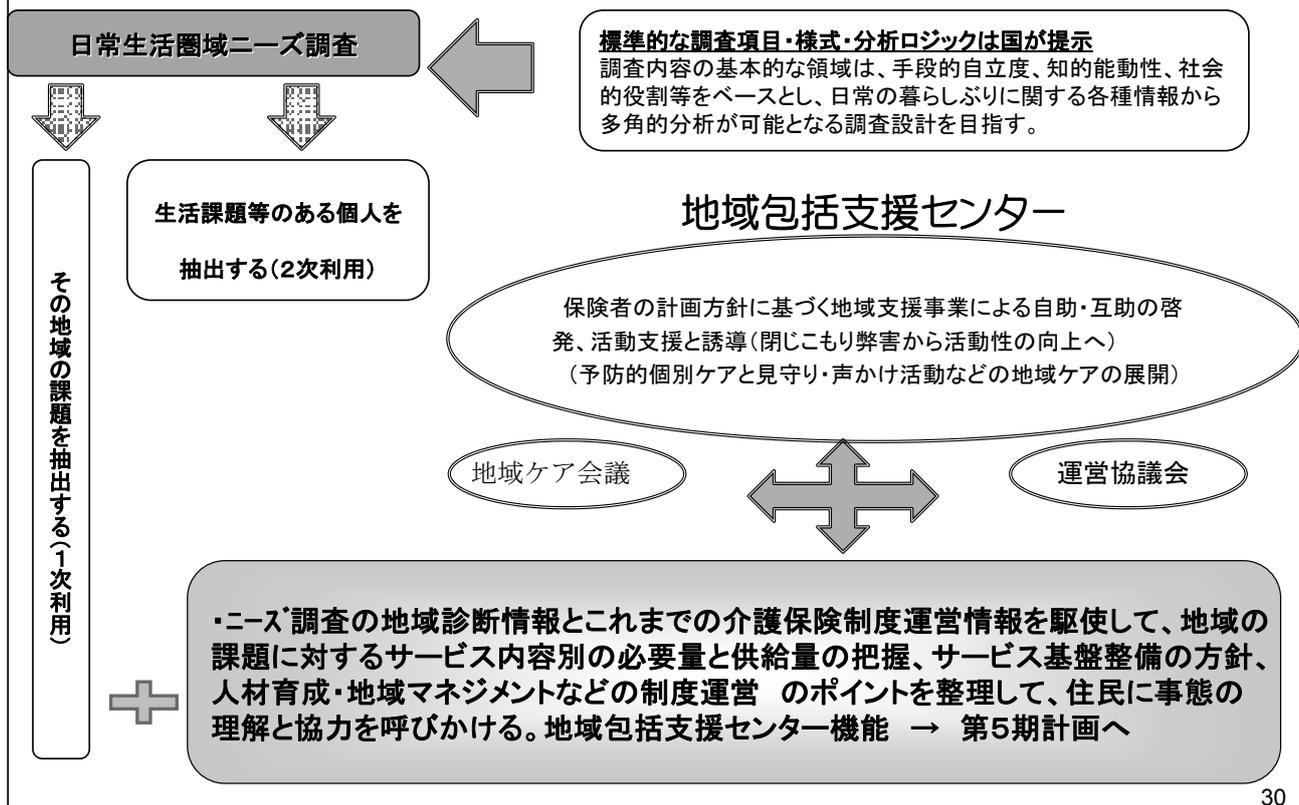
※ これまで介護保険事業計画の策定に当たっては、基本指針に基づく高齢者実態調査としての介護サービス利用意向アンケートや過去の給付分析などを踏まえてサービス見込量を定めている例もあったと承知しているが、地域包括ケアを目指すのであれば日常生活圏域単位での多様なニーズのより一層の的確な実態把握が必要との考え方。

日常生活圏域ニーズ調査による計画策定フロー（ごく粗いイメージ）



※上記は典型的なものであり、どこまで実施するかは個別保険者の判断による。

日常生活圏域ニーズ調査の狙い



30

地域包括支援センター従事職員の基本的理解として

- 単なる介護保険料算定計画に止まらない「地域包括ケア」を念頭に置いた介護保険事業計画
- 日常生活圏域ニーズ調査を用いて、高齢者や地域の課題把握から事始め
- 地域包括支援センターの役割に「実態把握」、「介護予防事業対象者把握」があるが、これの一括拡大版的な「高齢者実態調査＝日常生活圏域ニーズ調査」を実施。
- 調査は手段であり、目的ではない。
何を何のために調査するのか。
→ 的確なアセスメントに基づく政策展開。現に潜在している課題、近い将来の課題、中長期的な課題を、地域・個人レベルで明確化
- 客観的な根拠に基づく行政の目標と段取りを明文化し、住民と一体となった地域づくりを展開
- 究極の目的は、個人の支援・救済 → 自立支援、尊厳の保持
- 地域ケア会議等の定例開催による的確なケースマネジメントと人材育成
- 本庁(保険者)の主管課が制度の政策マネジメントの責任をもつ
- 地域包括支援センター機能は行政業務→効率的・効果的な業務の追求と弾力的な運営の継続

31

日常生活圏域ニーズ調査 生活機能判定の概要(認定者、一般高齢者を通じた指標)

1 基本チェックリスト

- 判定は、「介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル」による。
- 本調査における該当する設問は以下の通り。
 - ①虚弱…問6-1・2・5、問7-5・6及び以下の②～⑥までの15問
 - ②運動器の機能向上…問2-1～3、問3-1・2
 - ③栄養改善…問4-1・2
 - ④口腔機能の向上…問4-4～6
 - ⑤閉じこもり予防・支援…問5-5・6
 - ⑥認知症予防・支援…問5-1～3
 - ⑦うつ予防・支援…問8-7～11

2 その他の判定・評価

①ADL…問6-6～16

問番号	項目	配点	選択肢
問6-6	食事	10: 5: 0:	「1. できる」 「2. 一部介助(おかずを切ってもらするなど)があればできる」 「3. できない」
問6-7	ベッドへの移動	15: 10: 5: 0:	「1. 受けない」 「2. 一部介助があればできる」 「3. 全面的な介助が必要」 (問6-8の回答が「1. できる」「2. 支えが必要」の場合) 「3. 全面的な介助が必要」 (問6-8の回答が「3. できない」の場合)
問6-9	整容	5: 0:	「1. できる」 「2. 一部介助があればできる」または「3. できない」
問6-10	トイレ	10: 5: 0:	「1. できる」 「2. 一部介助(他人に支えてもらう)があればできる」 「3. できない」
問6-11	入浴	5: 0:	「1. できる」 「2. 一部介助(他人に支えてもらう)があればできる」または「3. できない」
問6-12	歩行	15: 5: 0:	「1. できる」 「2. 一部介助(他人に支えてもらう)があればできる」 「3. できない」
問6-13	階段昇降	10: 5: 0:	「1. できる」 「2. 一部介助があればできる」 「3. できない」
問6-14	着替え	10: 5: 0:	「1. できる」 「2. 一部介助があればできる」 「3. できない」
問6-15	排便	10: 5: 0:	「1. できる」 「2. 一部介助があればできる」 「3. できない」
問6-16	排尿	10: 5: 0:	「1. できる」 「2. 一部介助があればできる」 「3. できない」

- 100点: 自立
- 60点以下: 起居移動に介助が必要
- 40点以下: ほほすべてに介助が必要

(注) 「地域包括ケア推進のための地域診断に関する調査等事業報告書」からの抜粋

32

②IADL…問6-1～5

問番号	項目	配点と選択肢
問6-1	外出	1:「1. できるし、している」または「2. できるけどしていない」 0:「できない」
問6-2	買物	1:「1. できるし、している」または「2. できるけどしていない」 0:「できない」
問6-3	食事用意	1:「1. できるし、している」または「2. できるけどしていない」 0:「できない」
問6-4	支払	1:「1. できるし、している」または「2. できるけどしていない」 0:「できない」
問6-5	預貯金	1:「1. できるし、している」または「2. できるけどしていない」 0:「できない」

- 4点: やや低い
- 0～3点: 低い

③社会参加

・知的能動性…問7-1～4

問番号	項目	配点と選択肢
問7-1	年金書類	1:「1. はい」 0:「2. いいえ」
問7-2	新聞	1:「1. はい」 0:「2. いいえ」
問7-3	本や雑誌	1:「1. はい」 0:「2. いいえ」
問7-4	健康への関心	1:「1. はい」 0:「2. いいえ」

- 0～3点: 低い

・社会的役割…問7-5・6、9・10

問番号	項目	配点と選択肢
問7-5	友人の家訪問	1:「1. はい」 0:「2. いいえ」
問7-6	友人からの相談	1:「1. はい」 0:「2. いいえ」
問7-9	病人の見舞い	1:「1. はい」 0:「2. いいえ」
問7-10	若人への話しかけ	1:「1. はい」 0:「2. いいえ」

- 0～3点: 低い

④認知機能…問5-4～6、問6-6

<ステップ1>

問5-5 「1. 困難なくできる」
「2. いくらか困難であるが、できる」
「3. 判断するとき、他人からの合図や見守りが必要」
以上の回答の場合、ステップ2へ

↓

<ステップ2> 問5-4:「2. いいえ」と回答
問5-5: 選択肢2～4と回答
問5-6: 選択肢2～4と回答
該当項目数により以下の判定

○なし: 0レベル
○1項目該当: 1レベル=境界的
○2項目該当: ステップ3へ
○3項目該当: //

↓

<ステップ3> 問5-5: 選択肢3～4と回答
問5-6: 選択肢3～4と回答
該当項目数により以下の判定

○なし: 2レベル=軽度の障害
○1項目該当: 3レベル=中等度の障害
○2項目該当: 4レベル=やや重度の障害

↓

問5-5 「4. ほとんど判断できない」
との回答の場合、ステップ4へ

↓

<ステップ4> 問6-6の回答により以下の判定

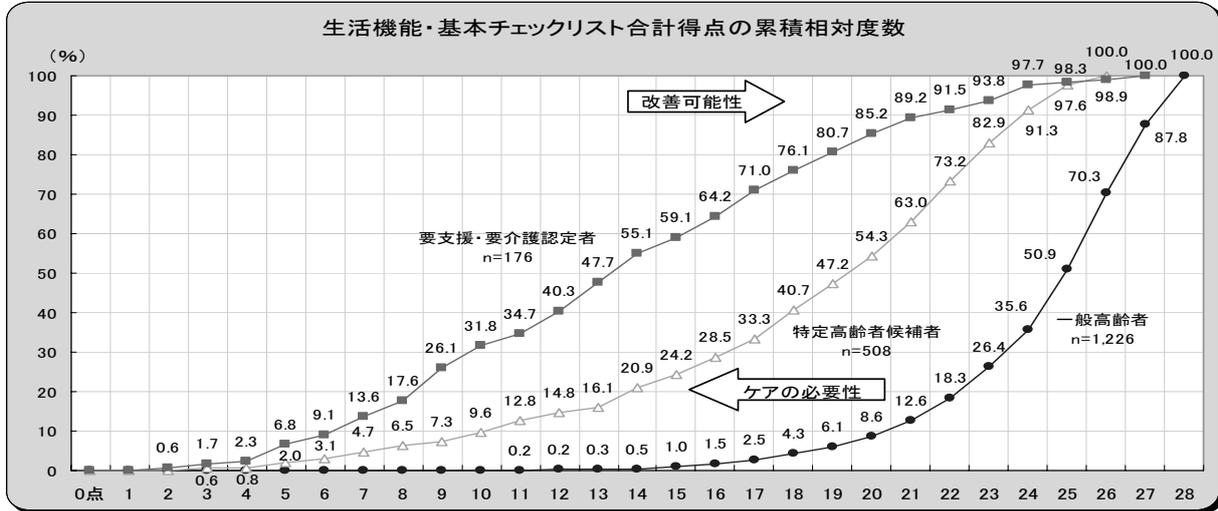
○選択肢1～2と回答: 5レベル=重度の障害
○選択肢「3. できない」と回答: 6レベル=最重度の障害

33

⑤転倒リスク…問3-1・3~5、問8-3

問番号	項目	配点と選択肢
問3-1	転倒経験	5:「1. はい」 0:「2. いいえ」
問3-3	背中丸く	2:「1. はい」 0:「2. いいえ」
問3-4	歩く速度	2:「1. はい」 0:「2. いいえ」
問3-5	杖の使用	2:「1. はい」 0:「2. いいえ」
問8-3	薬の種類	2:「5. 5種類以上」 0:「1~4または6」

〇6点以上:リスクあり



34

図1-2 生活機能低下者割合 (地域別・性別・年齢階級別)

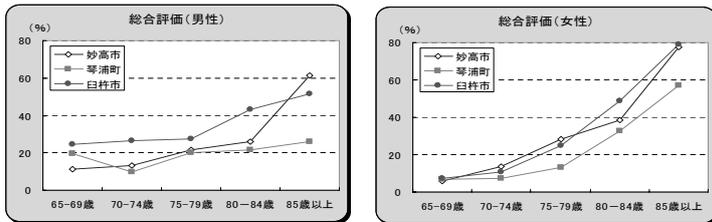


図2 外出の頻度別割合

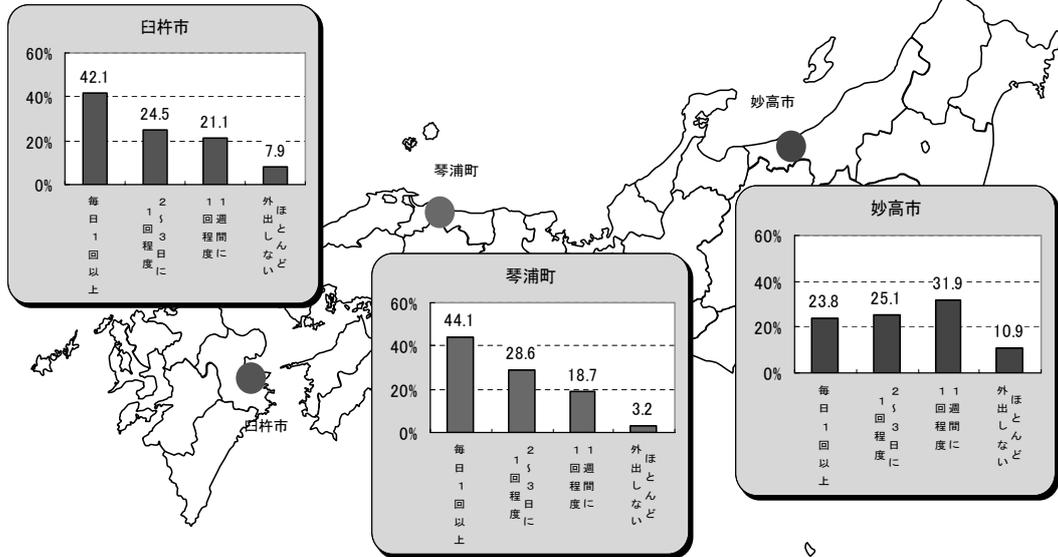
	0	20	40	60	80	100
総数 N=2,868	37.6	26.3	23.3	6.9	5.9	
地域別						
妙高市 n=837	23.8	25.1	31.9	10.9	8.4	
琴浦町 n=1,142	44.1	28.6	18.7	3.2	5.3	
臼杵市 n=889	42.1	24.5	21.1	7.9	4.4	
認定状況						
一般高齢者 n=1,804	46.6	26.6	18.7	2.4	5.7	
特定高齢者候補者 n=804	23.9	24.5	33.7	11.2	6.7	
要支援認定者 n=149	18.8	32.2	25.5	18.8	4.7	
要介護認定者 n=111	15.3	27.0	18.9	33.3	5.4	
所得段階						
第1~3段階 n=2,650	31.1	25.4	27.6	8.8	7.1	
第4段階 n=1,037	32.0	28.0	24.1	8.8	7.1	
第5段階 n=957	49.4	25.4	18.5	3.1	3.6	
住宅所有						
持ち家 n=2,650	38.4	26.8	23.3	6.8	4.8	
他家 n=35	40.0	22.9	25.7	2.9	8.6	
その他 n=27	18.5	22.2	22.2	29.6	7.4	
世帯構成						
一人暮らし n=320	26.9	28.1	24.7	13.8	6.6	
配偶者と二人暮らし n=888	33.4	28.4	20.8	13.0	4.3	
配偶者以外と二人暮らし n=331	35.3	25.4	20.8	12.7	5.7	
その他 n=1,087	34.8	25.2	21.4	13.0	5.6	

図3-1 転倒リスク者割合

	0	20	40	60	80	100
総数 N=2,868	2.4	46.7	49.8	1.2		
地域別						
妙高市 n=837	1.3	41.2	54.8	2.6		
琴浦町 n=1,142	3.9	51.1	44.7	0.3		
臼杵市 n=889	1.6	46.1	51.4	0.9		
認定状況						
一般高齢者 n=1,804	3.6	63.6	31.5	1.3		
特定高齢者候補者 n=804	0.5	20.4	78.5	0.6		
要支援認定者 n=149	14.1	84.6	1.3			
要介護認定者 n=111	6.3	91.9	1.8			
所得段階						
第1~3段階 n=2,650	2.1	41.5	54.3	2.1		
第4段階 n=1,037	2.0	53.7	43.4	0.9		
第5段階 n=957	2.5	53.4	43.1	1.0		
住宅所有						
持ち家 n=2,650	2.5	47.1	49.6	0.8		
他家 n=35	2.9	54.3	42.9			
その他 n=27	22.2	74.1	3.7			
世帯構成						
一人暮らし n=320	11.3	41.6	55.9	1.3		
配偶者と二人暮らし n=888	2.2	51.4	45.2	1.1		
配偶者以外と二人暮らし n=331	2.7	46.5	50.2	0.6		
その他 n=1,087	2.9	44.9	51.6	0.6		

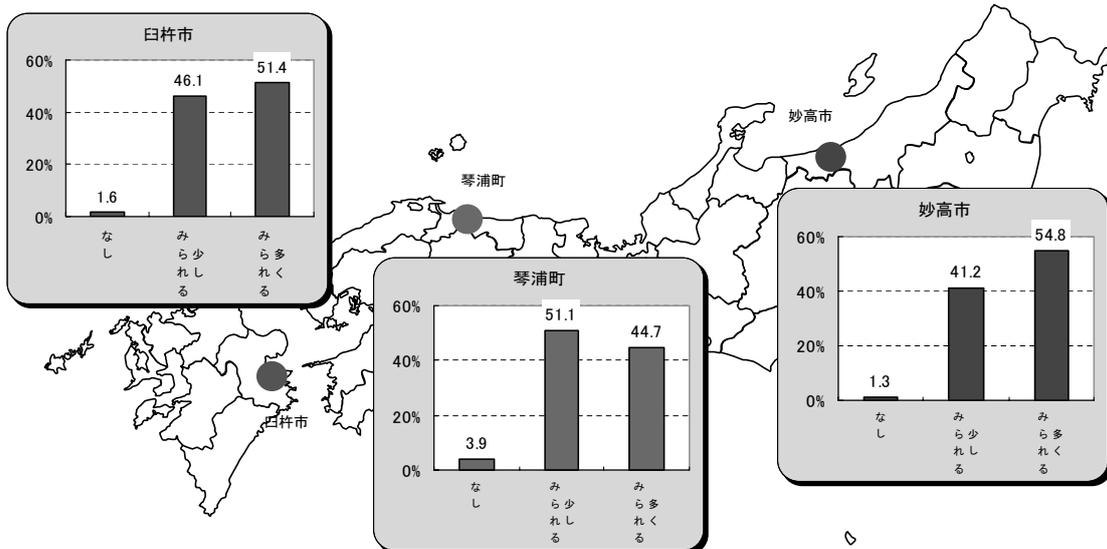
35

地域ごとの高齢者の状況（例）〈①外出の状況〉



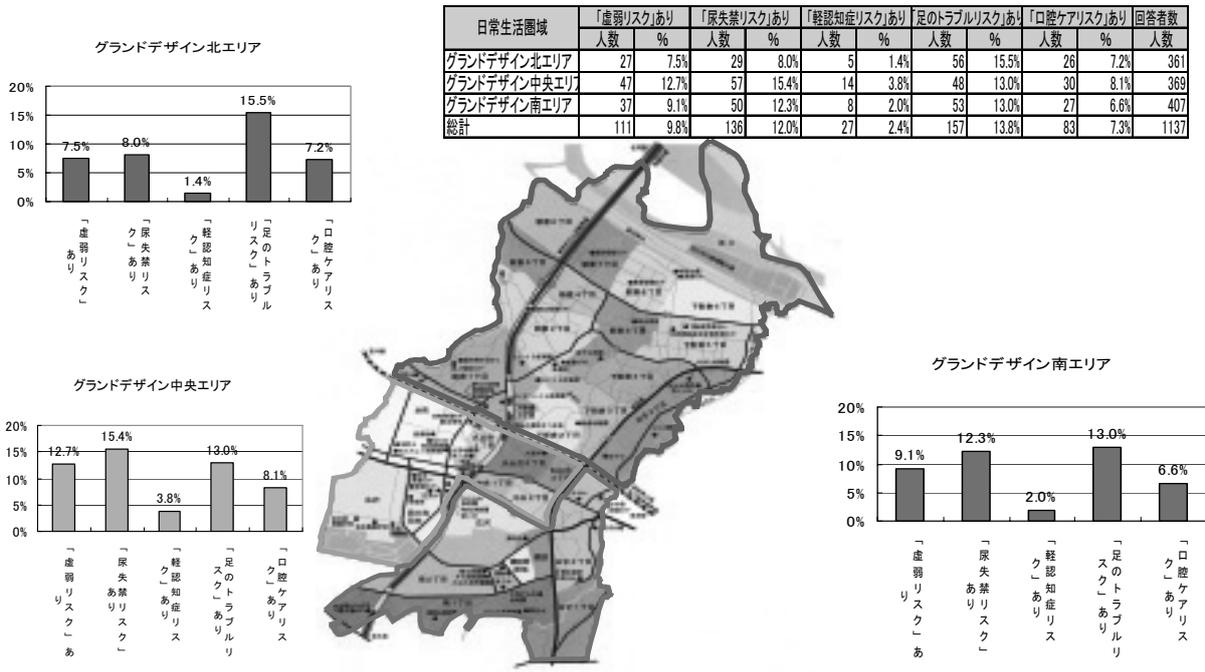
36

地域ごとの高齢者の状況（例）〈②転倒リスク〉



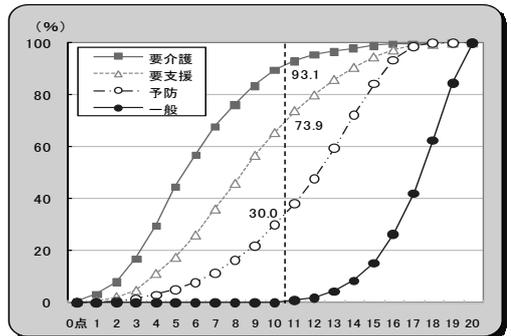
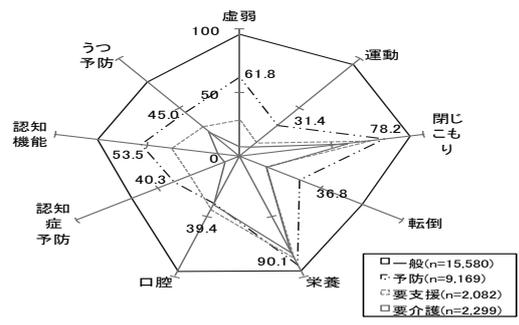
37

認知症リスク等の状況(ニーズ調査)

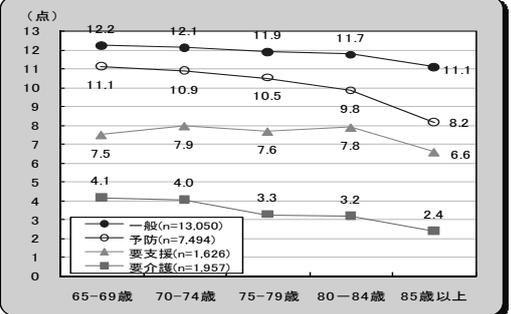


その他のアウトプットのごく粗いイメージ (例①)

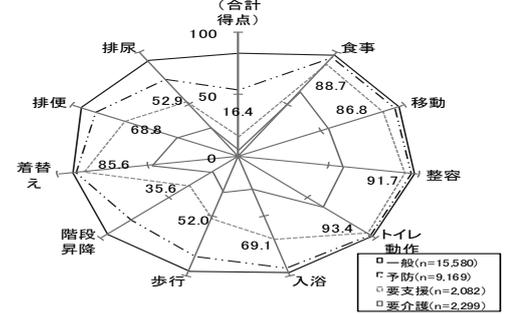
図表1 生活機能(非該当・リスクなしの割合) 図表2 基本チェックリスト合計得点(累積相対度数)



図表3 認定状況別生活機能得点



図表4 ADL(評価項目別自立者割合)

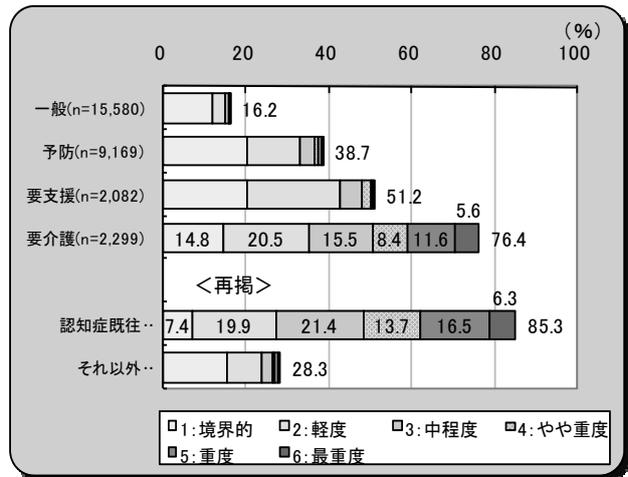


その他のアウトプットのごく粗いイメージ (例②)

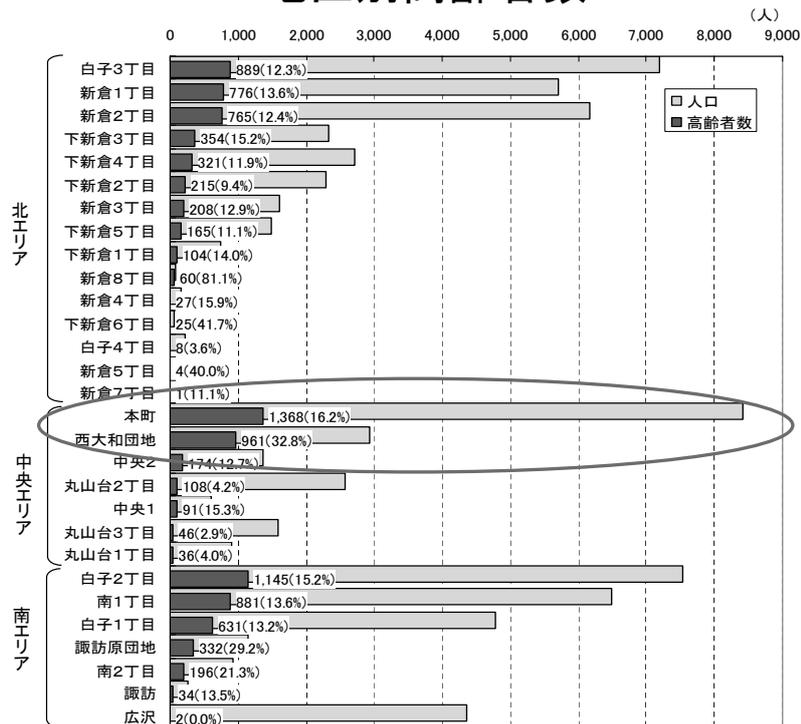
図表5 疾病の状況(既往症)

疾病	一般	予防	要支援	要介護
高血圧	37.5	43.8	50.3	41.4
脳卒中	1.5	4.0	10.6	16.8
心臓病	9.2	16.7	24.3	20.3
糖尿病	10.1	13.3	15.1	15.3
高脂血症	8.0	8.5	8.0	5.4
呼吸器系	7.2	12.0	13.1	14.3
消化器系	15.3	20.7	22.8	18.1
泌尿器・生殖器系	8.8	11.9	14.8	15.2
筋骨格系	10.2	23.7	42.4	26.5
外傷、中毒	1.7	3.2	4.1	4.2
がん	5.5	6.4	7.4	7.8
血液・免疫	0.9	2.0	3.1	2.6
感染症等	0.2	0.4	1.0	0.9
認知症	0.2	1.5	4.3	27.3
神経系	1.5	3.7	5.4	5.6
目	21.9	33.4	46.1	35.5
耳	7.4	12.1	14.7	10.4
皮膚	6.9	9.1	11.8	10.8
歯科	43.4	41.2	35.5	28.1

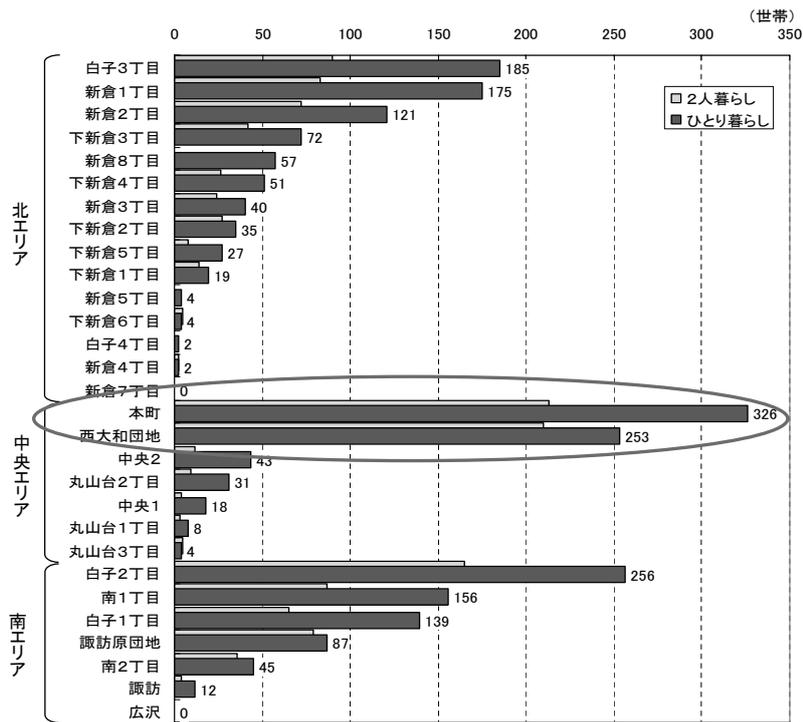
図表6 認知機能の障害程度別割合(CPS)



地区別高齢者数



地区別ひとり暮らし・2人暮らし高齢者世帯数



42

住まい形態(ニーズ調査)

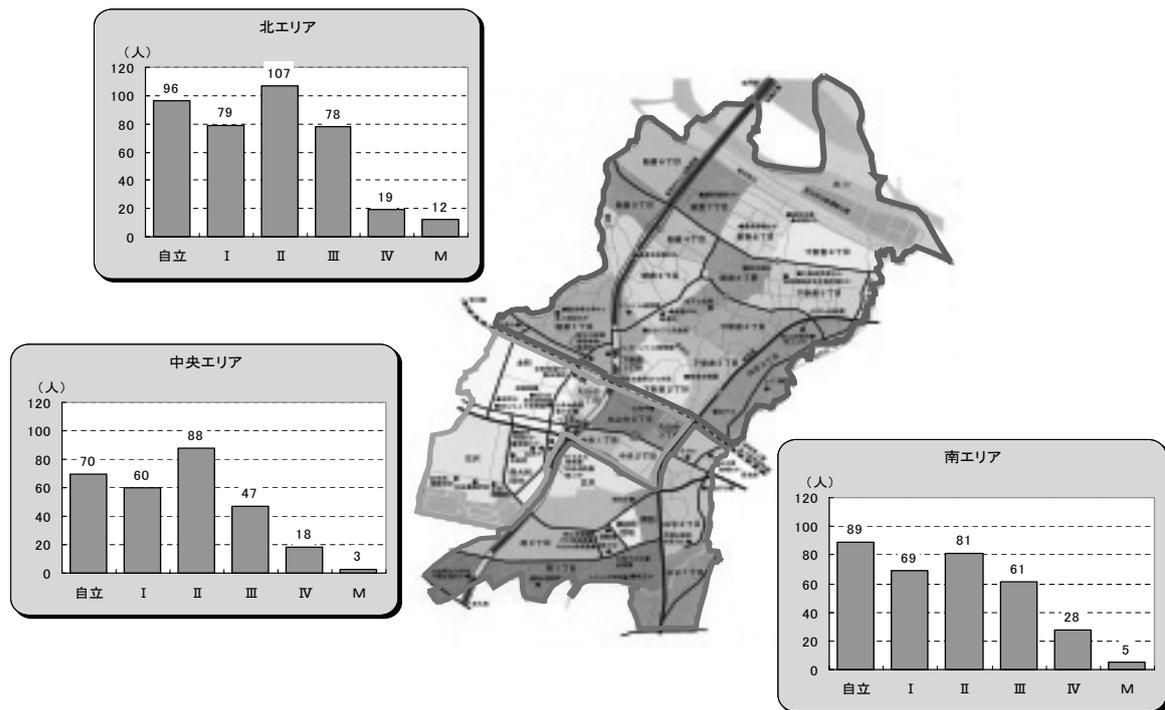
問45 現在の住まい(住居形態)

(%)

		回答者数 (人)	一戸建て 持ち家	一戸建て 借家	分譲マンショ ン	賃貸マンショ ン・アパート	公営住宅 (賃貸)	公社・公団 (賃貸)	社宅、寮、 官舎	その他	無回答
一般調査	全体	1,773	53.1	3.8	23.3	5.5	0.8	9.4	0.3	0.8	2.9
	北	320	79.1	4.7	7.8	5.6	0.0	0.0	0.0	0.6	2.2
	北第2	351	67.8	5.7	14.0	7.1	0.0	0.3	0.9	0.3	4.0
	中央	496	28.4	3.2	25.4	5.0	2.6	32.1	0.2	0.4	2.6
	南	606	51.2	2.6	35.1	5.0	0.2	1.2	0.3	1.7	2.8
同居	全体	1,529	56.5	3.1	23.3	4.1	0.6	9.0	0.3	0.8	2.2
	北	285	81.8	4.2	7.7	4.2	0.0	0.0	0.0	0.4	1.8
	北第2	311	72.0	6.1	13.5	5.1	0.0	0.3	0.6	0.3	1.9
	中央	407	30.2	1.5	28.5	3.2	2.0	31.7	0.2	0.5	2.2
	南	526	54.0	2.1	33.7	4.2	0.2	1.3	0.4	1.5	2.7
独居	全体	978	31.8	4.7	27.0	14.4	2.0	17.0	0.0	1.1	1.9
	北	119	47.1	7.6	7.6	32.8	0.0	0.0	0.0	0.8	4.2
	北第2	116	44.8	7.8	19.0	22.4	0.0	0.9	0.0	1.7	3.4
	中央	351	12.8	3.7	24.8	9.1	5.1	43.3	0.0	0.0	1.1
	南	280	32.9	2.9	48.9	9.6	0.0	1.1	0.0	2.9	1.8
不明	112	58.9	6.3	8.0	15.2	1.8	8.9	0.0	0.0	0.9	

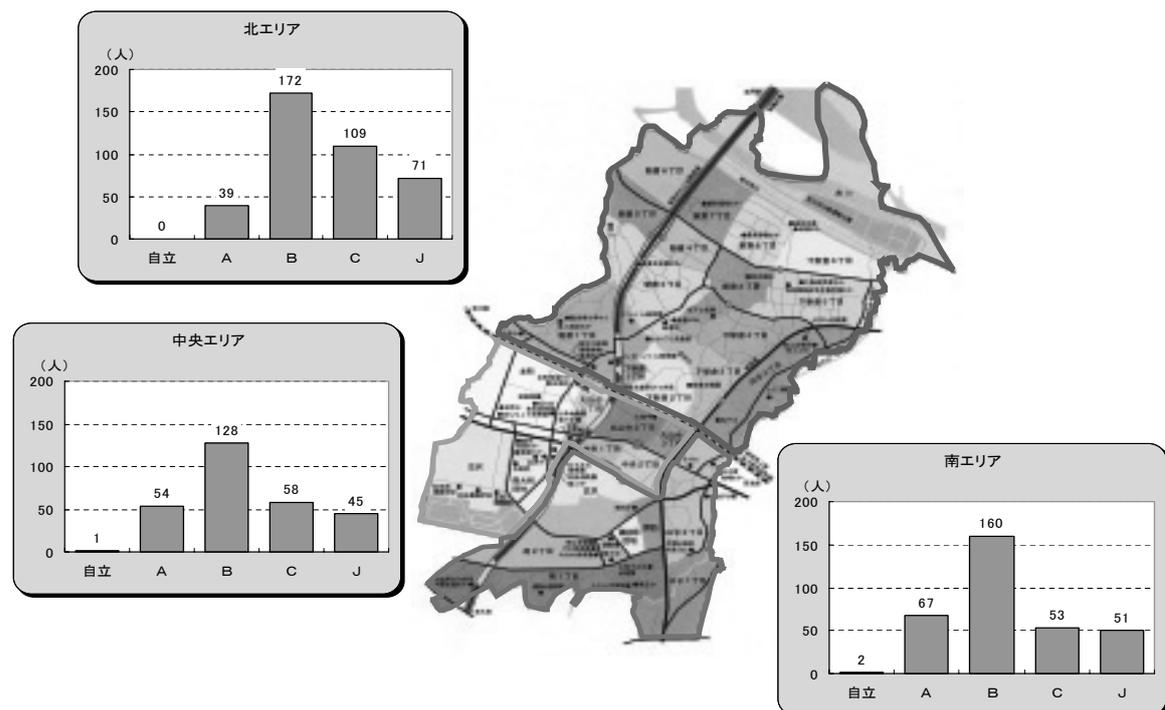
43

認知症度(給付分析)



44

寝たきり度(給付分析)



45

各サービスニーズ試算

○高齢者数(第1号被保険者数)

単位:人

非認定 高齢者	要介護(要支援)認定者				高齢者数 (1号被保険者)
	要支援	要介護1・2	要介護3～5	小計	
16,000	800	1,600	1,600	4,000	20,000

※高齢者数2万人の保険者を想定。

1 介護サービス(軽度認定者)

①認定者の既往率(ニーズ調査結果)

単位:%

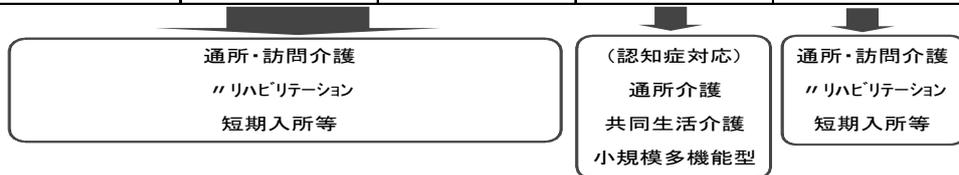
区分	脳卒中	外傷等	筋骨格系	認知症	その他
要支援	10.6	3.7	33.5	2.6	49.6
要介護(1・2)	16.8	3.6	17.1	18.7	43.8

②タイプ別認定者数推計

単位:人

区分	脳卒中	外傷等	筋骨格系	認知症	その他
要支援	85	30	268	21	396
要介護(1・2)	269	57	274	299	701
総数	354	87	542	320	1,097

<サービス類型>
(想定)



46

③個別サービス利用率(ニーズ調査結果)

単位:%

タイプ	区分	訪問介護	訪問入浴介護	訪問看護	訪問リハビリテーション	居宅療養管理
脳卒中	要支援	16.4	0.9	1.8	8.2	1.8
	要介護(1・2)	18.1	6.2	7.5	10.1	2.6
外傷等	要支援	17.9	2.6	2.6	3.8	0.0
	要介護(1・2)	20.7	11.0	7.3	4.9	8.5
筋骨格系	要支援	17.9	2.9	2.4	2.9	1.6
	要介護(1・2)	20.7	4.6	4.6	7.9	5.1
認知症	要支援	3.7	0.0	1.9	5.6	0.0
	要介護(1・2)	7.9	2.1	2.6	4.0	1.6
その他	要支援	13.7	1.9	2.4	4.7	1.5
	要介護(1・2)	14.0	5.3	5.7	6.4	2.0

④個別サービス利用者数推計

単位:人

タイプ	区分	訪問介護	訪問入浴介護	訪問看護	訪問リハビリテーション	居宅療養管理
脳卒中	要支援	14	1	2	7	2
	要介護(1・2)	49	17	20	27	7
外傷等	要支援	5	1	1	1	0
	要介護(1・2)	12	6	4	3	5
筋骨格系	要支援	48	8	7	8	4
	要介護(1・2)	57	13	13	22	14
認知症	要支援	1	0	0	1	0
	要介護(1・2)	24	6	8	12	5
その他	要支援	54	8	10	18	6
	要介護(1・2)	98	37	40	45	14
計	要支援	122	18	20	35	12
	要介護(1・2)	240	79	85	109	45
利用率 (総数)	要支援	15.3%	2.3%	2.5%	4.4%	1.5%
	要介護(1・2)	15.0%	4.9%	5.3%	6.8%	2.8%

※実際のサービス必要量の算出は、給付データに基づく利用見込みを、ニーズ調査結果に基づく利用率などにより補正する。

47

2 介護予防事業（地域支援事業）

①二次予防事業対象者出現率（ニーズ調査結果）

単位：％

虚弱（20項目）	運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	対象者全体
11.3	24.2	1.3	21.6	37.0

②二次予防事業対象者数推計

単位：人

運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	虚弱（20項目）
3,876	216	3,462	1,813

③各プログラムニーズ推計

参加希望率 **20.0%(想定)**

単位：人

運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	その他
775	43	692	363

3 権利擁護（見守り）

①世帯構成（ニーズ調査結果）

単位：％

一人暮らし	配偶者と二人暮らし	配偶者以外と二人暮らし	その他
14.0	26.1	7.3	52.6

②世帯構成別高齢者数推計

単位：人

一人暮らし	配偶者と二人暮らし	配偶者以外と二人暮らし	その他
2,798	5,225	1,461	10,516

③認知症リスク者割合（ニーズ調査結果）

単位：％

一人暮らし	配偶者と二人暮らし	配偶者以外と二人暮らし	その他
3.0	3.3	5.8	7.8

※認知症リスク者は、ニーズ調査結果で3レベル（中等度）以上の認知機能の障害があると評価された高齢者で算出。

④権利擁護の対象となりうる高齢者数

単位：人

一人暮らし	配偶者と二人暮らし	配偶者以外と二人暮らし	その他
83	173	85	820

48

4 高齢者専用賃貸住宅

①借家率（ニーズ調査結果）

単位：％

一人暮らし	配偶者と二人暮らし	配偶者以外と二人暮らし
16.8	5.7	8.6

※借家には借間を含む。

②高齢者賃貸住宅が必要な高齢者数

単位：人

一人暮らし	配偶者と二人暮らし	計
469	296	765

③必要高齢者専用賃貸住宅戸数

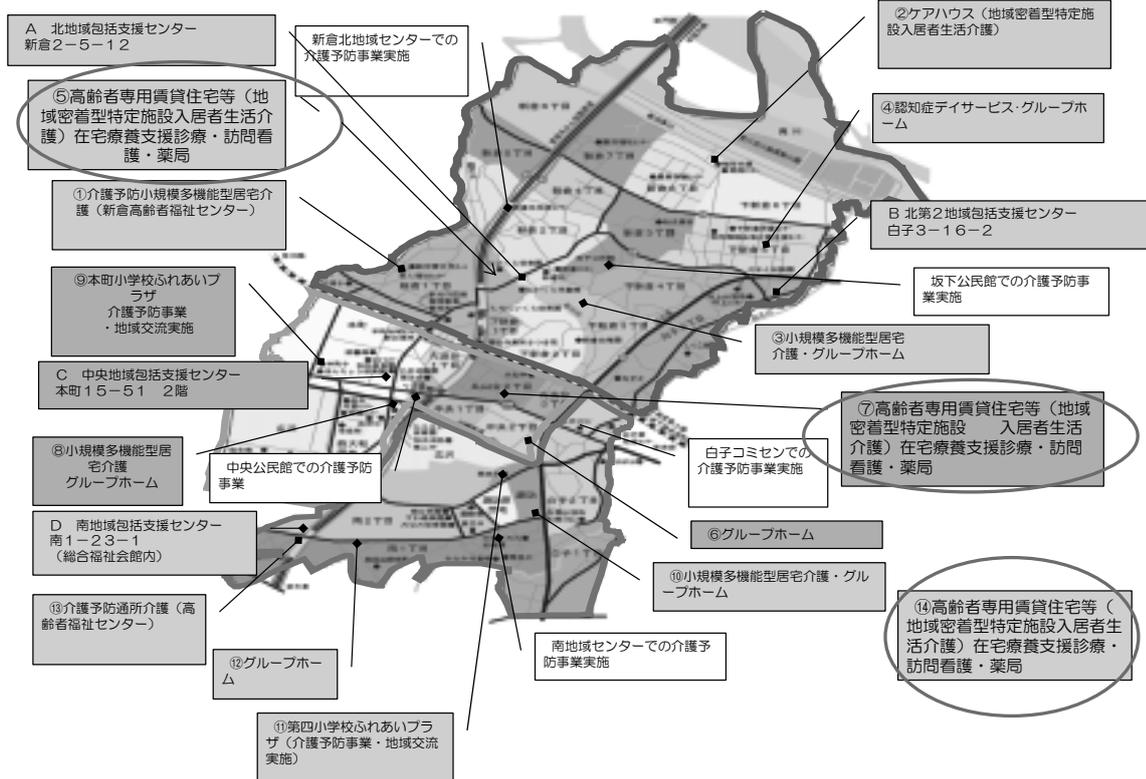
入居希望率 **20.0%(想定)**

単位：戸

一人暮らし	配偶者と二人暮らし	計
94	59	124

49

〈参考〉A市長寿あんしんグランドデザイン



地域包括支援センターにおける
実践事例

Memo

事例一覧

事例番号	事例タイトル	事例の概要	連絡先
1	ケアプラン相談会を通じた地域課題の抽出 (青梅市)	今の包括にやれることは何かという視点で検討し実施。困難事例等で悩んでいるケアマネを対象として、月1回開催、事前の資料提出なし、負担感なしでポジティブな取組。初めて参加する人は次回は他の人を誘うことをお願いした結果、数人を除いてほとんどのケアマネが次から次と楽しんで参加。輪はサービス事業者にも拡大。今では月6～8回も開催。介護保険の適正化に取り組んでいる。	東京都青梅市地域包括支援センター すえひろ 水村美穂子
2	支え合い、課題解決のできる地域へ (石川県津幡町)	行政が把握するニーズと地域包括が総合相談でキャッチしたニーズをふまえ、制度やサービスの狭間にある課題にも対応し、どんな状態になっても暮らし続けることのできる地域づくりをめざす。その為に必要な様々なレベルのネットワークを形成し地域と行政と専門機関が協働して地域生活を支える仕組みの構築を目指す。特に総合相談において、家族や地域のアセスメントをジェノグラム、エコマップ、地域マップなどのツールを使い、その人が地域でと暮らす人としての課題整理ができるよう工夫をしている。	石川県河北郡津幡町地域包括支援センター
3	地域診断における課題の抽出 (鳥取県琴浦町)	介護予防が必要な者を早期に発見するため「高齢者健康実態調査」を、老人クラブの活動活性支援も兼ね、老人クラブ役員に調査票の配布と回収を依頼し、高齢者4,827人に調査を実施。その結果、老人クラブでは90.6%を回収(全体の回収率は89.9%)した。 この成果により、介護予防事業の立案、事業計画の策定が円滑に推進中。	鳥取県東伯郡琴浦町地域包括支援センター 藤原 静香
4	「地域包括ケアにおけるネットワークの方法」 (全国地域包括・在宅介護支援センター協議会)	地域包括支援センター及び在宅介護支援センターの重要な事業であるネットワークの事例を集積し、その現状、ネットワークの内容、構築パターン、構築プロセス、課題などについて調査研究事業を行い、ネットワークの構築に関して汎用性のある「策定方法」を紹介。	全国地域包括・在宅介護支援センター協議会 西元 幸雄
5	地域包括支援センターの調査研究から見てきたもの (全国保健センター連合会)	地域包括支援センターを通じた地域の実態調査を実施。 20' →特定高齢者のケアマネジメントの現状や課題、工夫及び今後の対策を検討 21' →介護予防に参加した人、不参加の人の意識の違いを分析し、サービス利用を左右する要因を解明する	社団法人 全国保健センター連合会 村中峯子
6	ケアマネジメント力向上策～地域資源マップづくりと退院支援システム～(日本介護支援専門員協会)	地域資源マップの作成を目的とせず、マップを作ろうとしている地域に作成メンバーが数名でチームを組んで実際に出向き、現地や資源を確認したり、資源の関係者に出会い、作成のプロセスを地域のネットワークづくりとして活かす試み。 そして、医療ニーズがある重度な方を、24時間365日、地域で支えるための退院支援の充実を図に関する調査結果の報告。	社団法人 日本介護支援専門員協会 森上淑美
7	企画シートの活用 (日本福祉士会)	地域包括支援センターの業務を推進する上で、センターとして何をしなければならないのか、その方向性を把握した上で、組織体としてどう動くべきかを明確化し、組織内合意や行政への提案等を行っていくためのツール(工夫)となるもの。	社団法人 日本社会福祉士会 塚本 鋭裕

ケアプラン相談会を通じた
地域課題の抽出

Memo

ケアプラン相談会を通じた 地域課題への取り組み

～包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の実践例の紹介～

東京都青梅市地域包括支援センター すえひろ



東京都青梅市の概要

- 人口 13万9,902人(H22年9月) 65歳以上 3万269人
- 高齢化率 21,64%
- 介護保険料 基準額 3,400円(月額)
- 地域包括支援センター 3カ所(直営1カ所、委託2ヶ所)
- 特養 24ヶ所 養護 2ヶ所 老健 2ヶ所
療養型病院 5ヶ所 精神科病院 8ヶ所
グループホーム 4ヶ所(8ユニット)
- 小規模多機能型居宅介護 2ヶ所
- 居宅介護支援事業所 22カ所(1人事業所15ヶ所)
(ケアマネジャー総数42名)

市内の特徴

- ・療養型医療施設・精神科病院・グループホームが多いため、認知症や医療依存度が高い人の受け入れ先が多い。
- ・そのため、急性期病院からの退院は自宅ではなく転院が多くを占めている。
- ・介護老人福祉施設が多いため、施設を選ばなければ当日の午後からでもショートステイの利用が可能。
- ・要介護3以上の方の入所待機期間が短い。

「ケアプラン相談会」の提案から実施まで

1. それぞれの担当地域から見えてきた課題を、3包括主任ケアマネジャーで協議し、課題を共有。
2. 地域ケア会議の提案を行ったが、開催方法が良くわからず見送り。
3. 第4期事業計画の基本的な視点から「多様化する保健福祉 ニーズの把握と適正な支援」「ニーズの質の確保」「給付と負担のバランス」を生かした取り組み内容を検討。
4. まずは自分たちが取り組める内容を検討した結果、ケアプラン相談会の開催を立案。
5. 1～4を3包括所長会議で検討し、市の高齢介護課長および包括支援係長の承認を得て、H21年11月から開始となった。

3包括から「ケアプラン相談会」を提案した背景 担当地域から見えてきたこと その1

(傾向として以下のものがあげられる)

- ・ 施設に入所しやすいため、介護予防の認識が薄い。
- ・ 施設入所＝介護保険料が上がるという危機感が薄い。
- ・ 急性期病院から療養型病院に転院をする人が大半のため、医療と介護の連携がうまく図られていない。
- ・ 介護予防の認識が薄いため、通所サービスの利用目的は介護負担の軽減になっている。
- ・ 事業者も介護予防の認識が薄く、ケアプランと個別サービス計画書に一体感がない。
- ・ ケアプランが、サービスありきの計画になっている。
- ・ 3包括職員全員が、第4期事業計画の認識が薄かった。
- ・ 地域の課題を保険者に提案をする場がない。

3包括から「ケアプラン相談会」を提案した背景 担当地域から見えてきたこと その2

- ・ 複雑困難ケースが増え、ケアマネジャーに業務外の負担が大きくかかっている。
- ・ 包括支援センターの役割が重くなっている。
- ・ 地域のケアマネジャーからの相談について、各包括で対応していた。3包括で相談内容の情報を共有することがなかったため、市全体の集約がなされていなかった。
- ・ 居宅の主任ケアマネジャーの役割が見えない。
- ・ 特定事業所加算の事業所の役割が見えない。



個別相談対応ではない、多職種連携による支援方針決定の場の必要性

「ケアプラン相談会」の目的 ①

1. ケアマネジャー支援（個別相談への対応）
2. 自立支援型ケアプラン作成支援
（マネジメントの思考過程の訓練）
3. サービス事業者への支援
4. 医療との連携支援
5. 他の事業所のケアマネジャーとの、自主的なネットワークの構築支援
6. ケアマネジャーに業務外の負担がかかっているケースの発掘・支援



「ケアプラン相談会」の目的 ②

7. 居宅介護支援事業所の主任ケアマネジャーの役割の検討
8. 特定事業所加算の事業所の役割の検討
9. 各関係機関の役割の明確化
10. 3包括の主任ケアマネジャーのスキルアップ

開催方法

- ・ ケアマネジャーからの相談ケースを個別で対応するのではなく、ケアプラン相談会で意見交換することを市内事業者に対し、広く周知。

【開催頻度・時間】

開始当初は毎月第2水曜日と決め月1回実施。

1回の相談会は2時間程度

(現在は参加申し込みが多く、月8回程度実施)

【主催者】

包括の主任ケアマネジャー(3包括)

【参加者】

相談ケースのケアマネジャー、居宅の主任ケアマネジャー、3包括の保健師等・社会福祉士

サービス事業者、保険者、在支

【会場】

市役所会議室



特徴

- ケアマネジャーから書類の事前提出はなし。
相談会当日に利用者の記録のみ持参。
→ケアマネジャーの負担軽減のため
- 初回はケアマネジャー一人が参加しても、次回の申し込みには他の事業所のケアマネジャーを誘ってもらう。
→ケアマネジャー自ら他の事業所のケアマネジャーを誘うことで、ネットワークの構築を自ら行えるため。また、複数での参加をすることで、参加者の人数分視点が広がる。

開催結果 ①

- 保険者が必要性を理解し、随時参加。
- ケアマネジャーがケアプラン相談会への参加を楽しんでいる。
- ケアマネジャー自身、参加をするたびに能力が向上していくと実感してくれているため、口コミで参加者が広がってきた。
- 要介護3・4・5のケアプランも、自立支援型のケアプラン作成ができるようになってきた。
- H21年11月開催当初は月に1回だったが、現在は月に6回～8回の開催となっている。
- サービス事業者がケアマネジャーを誘っての参加も増えてきた。

開催結果 ②

- 特定事業所加算をとっている事業所が、困難ケースの受け入れを努力してくれるようになった。
- 青梅市主任介護支援専門員連絡会（居宅7名、包括3名）で、地域の課題抽出が行えるようになった。
- ケアマネジャーの、介護保険法第一条、第二条、第四条への理解が高まっている。

課題が見えて取り組んだ事 ①

1. 訪問介護による院内介助検討委員会の設立準備
(メンバー予定者) 居宅主任ケアマネジャー、包括主任ケアマネジャー、保険者、急性期病院2ヶ所の看護部長、訪問介護提供責任者、医師会長、透析クリニック代表者、高齢介護課長
2. ケース会議 (数回実施)
(参加者) 担当ケアマネジャー、生活保護ケースワーカー、保健所、健康課、子ども家庭支援センター、障がい者福祉課、3包括代表者、担当地区包括3職種、包括支援係、民生委員等



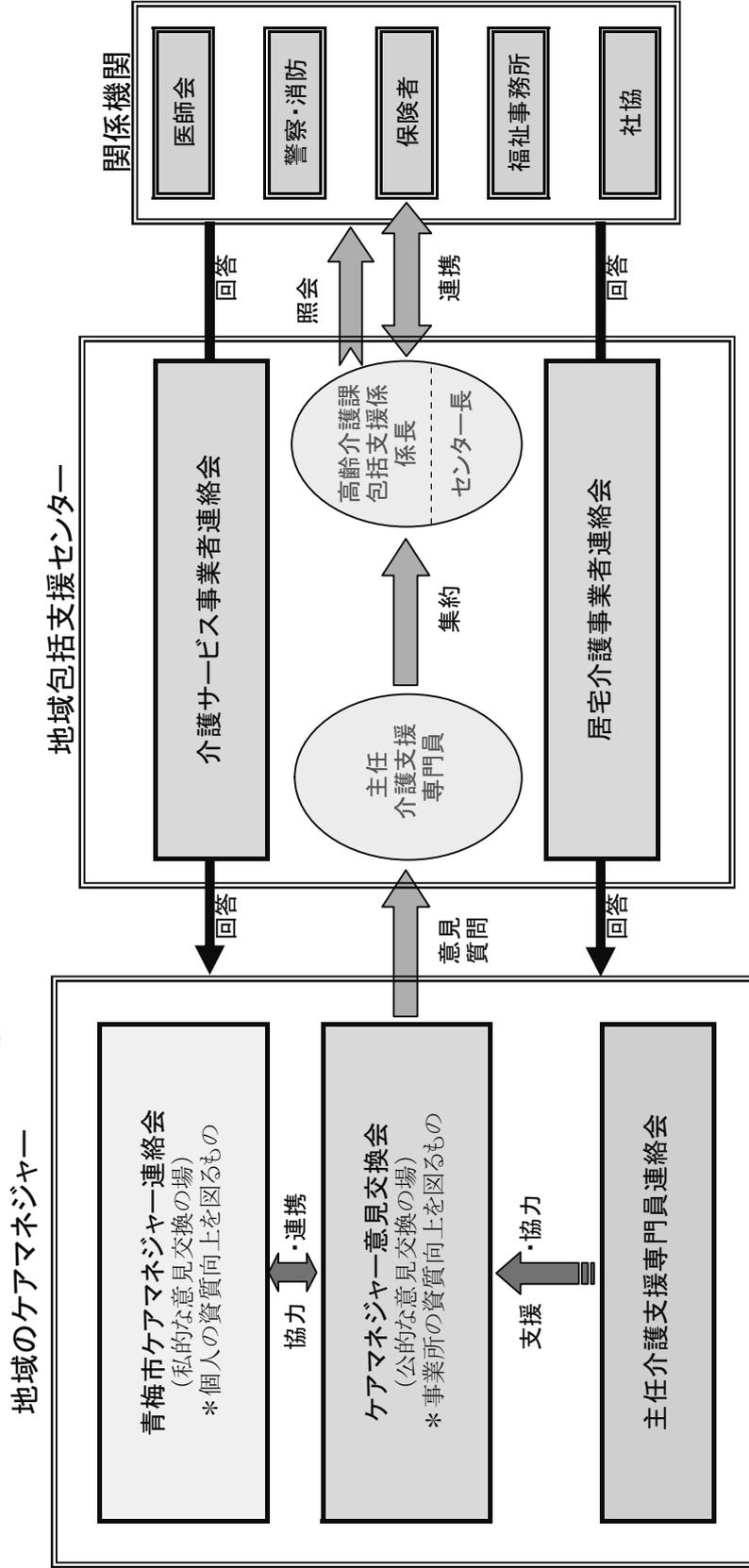
課題が見えて取り組んだ事 ②

3. 地域の課題に応じた研修会の実施。
4. 各関係機関と役割についての話し合い。
5. 介護従事者合同役員会を結成。
(参加メンバー) ケアマネジャー連絡会・提供責任者連絡会・通所サービス連絡会の会長・副会長、3包括主任ケアマネジャー
保険者 (参加を依頼中)

ケアプラン相談会を主催する側に求められるスキル等

- 介護保険法第二条の規定を理解し、市内の介護保険サービス利用者の重度化予防に資する自立支援型ケアマネジメントを推進するという使命感と自己研鑽意欲があること。
- ケアのマネジメントのプロセスとそれぞれの意義について理解し、説明できること。
- 相談事例に関する真の課題の明確化及び課題解決に向けた仮説構築に必要な基礎理論や個別知識を学ぼうとする努力姿勢があること。
- 真摯な取り組みにより信頼感を得ようとする努力を実践すること。

地域のケアマネジャー支援に係る体系図

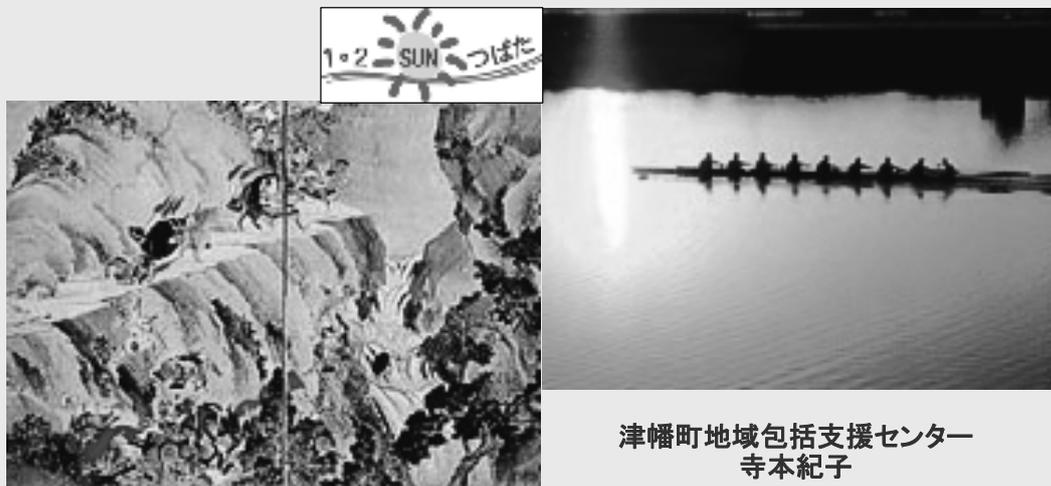


支え合い、課題解決のできる地域へ

Memo

支え合い、課題解決のできる地域へ

～津幡町地域包括支援センターの取組み～



津幡町地域包括支援センター
寺本紀子

津幡町の状況

人口 約37000人

高齢化率 津幡町18.2%(全国23%/石川県23.4%)

A地区(58.5%)B地区(30.5%)C地区(29.8%)D地区(20.7%)

E地区(17.9%)F地区(14.5%)G地区(12.9%)

後期高齢化率 津幡町8.9%(全国11%/石川県11.8%)

社会資源

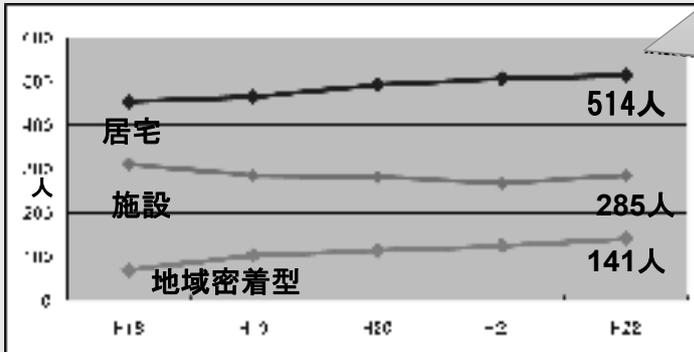
入所施設	特養2 老健1
地域密着	グループホーム9 小規模多機能1
通所	通所介護5 通所リハビリ1
訪問	訪問介護3 訪問リハビリ1 訪問看護1
医療	町立総合病院1 開業医11 歯科医17

【無いもの】

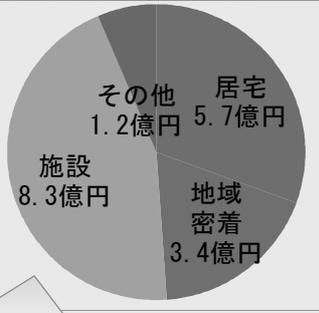
住まい 軽費老人ホーム 有料老人ホーム 高齢者専用住宅
医療 介護療養型医療施設 精神科病院 心療内科 透析施設
その他 外出支援事業所 障害者相談支援事業所

地域包括支援センター(町直営1ヶ所・健康福祉課内)
主任ケアマネ(センター長)1人 保健師2人 社会福祉士3人
プランナー1人 (兼務)作業療法士1人 保健師1人

様々なニーズ把握-データから 介護サービス利用者数の推移



施設利用者数は、
居宅:施設は2:1
地域密着を合わせると
居宅:施設(GH・小規模
多機能含む)5:4



津幡町のサービス給付費 (H21年度)

利用者一人あたりの給付費等

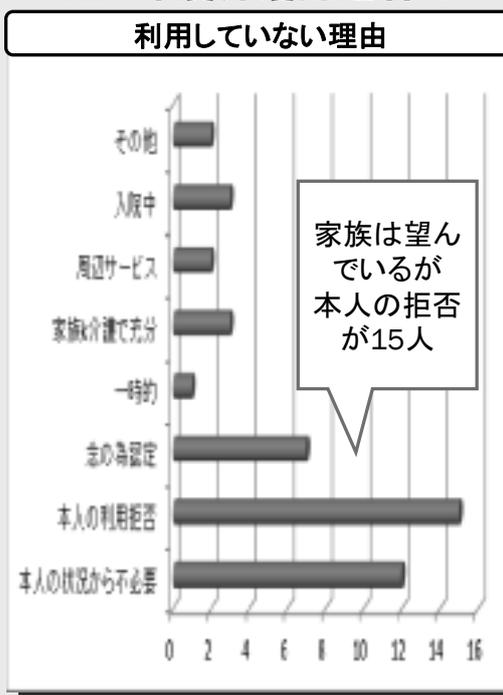
施設	311万円
地域密着型	275万円
居宅サービス	111万円

施設サービス給付費は一番多い。

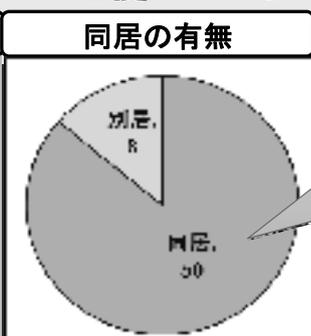
施設ケアはコストが居宅の約3倍

様々なニーズ把握-気になったら調べる

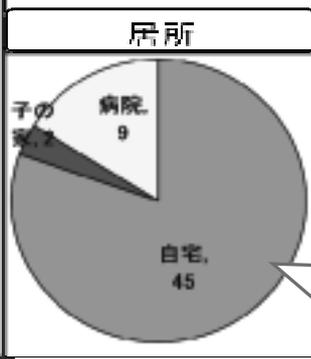
H21年度介護認定者でサービスを使っていない人→58人



家族は望んでいるが本人の拒否が15人



家族と同居の人が多い→家族の負担は大きいのでは？

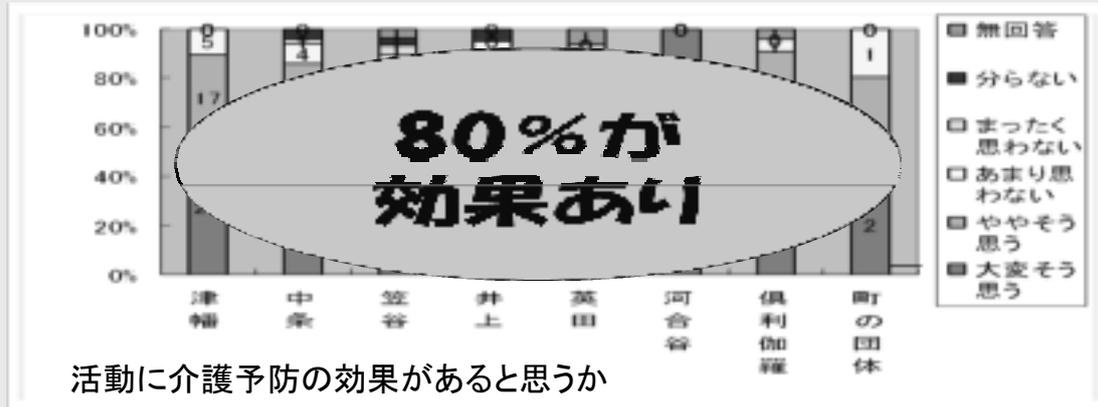
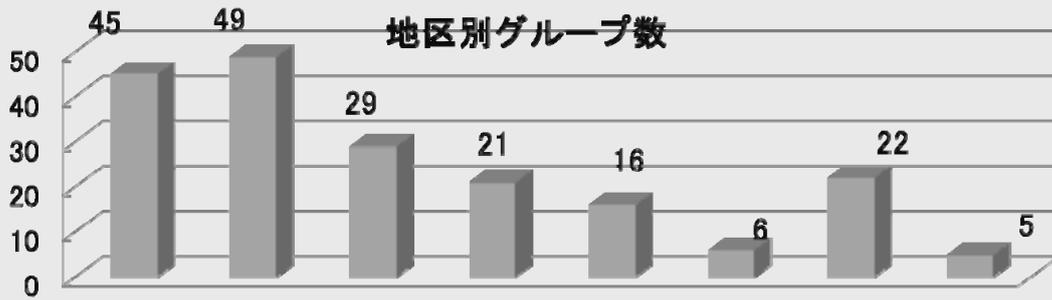


家族支援が必要

自宅で暮らす人が多い→家族の負担が大きいのでは？

地域の介護予防活動を見つける

65才以上の人が参加する
町内グループの調査

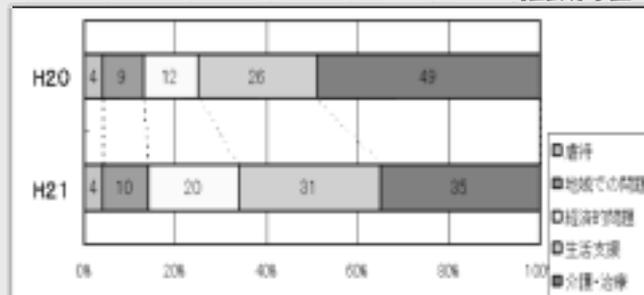
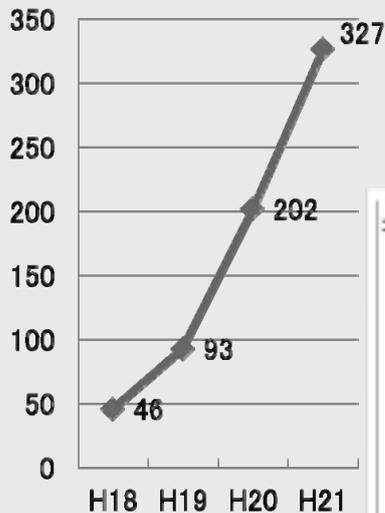


様々なニーズ把握—総合相談から

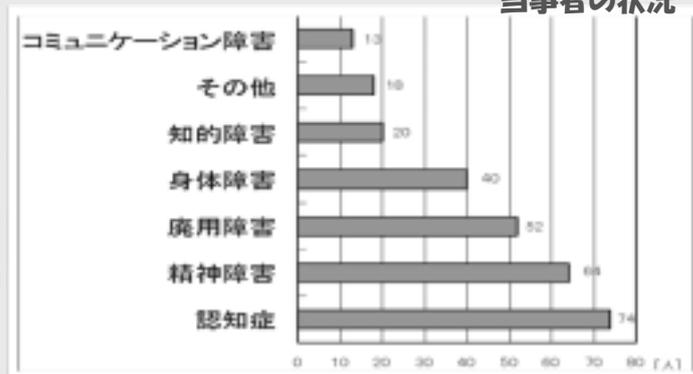
相談内容

新規総合相談

件数の変化



当事者の状況



相談内容

一緒に住んではいるけど、家族は話もきいてくれない。

もの忘れがひどくなった。今のうちに遺言書を作っておきたい

制度やサービスがあるらしいが、複雑でわからない。どこにいったいいのかも...

息子に障害があり、仕事にもついていない。私が死んだらどうなるんだろう

本人

元気だった頃は気楽だったが、身寄りもないし、地域とも関係してこなかったし、むなし。

入院やサービスを勧められても、保険料滞納しているし、無年金の身では...

相談内容

もの忘れがひどいのよ。火でも出されたら

怒鳴り声が毎日聞こえてくる、心配な家だなあ。

昨日から姿が見えない。電気もついたままだし。中で倒れているのでは？

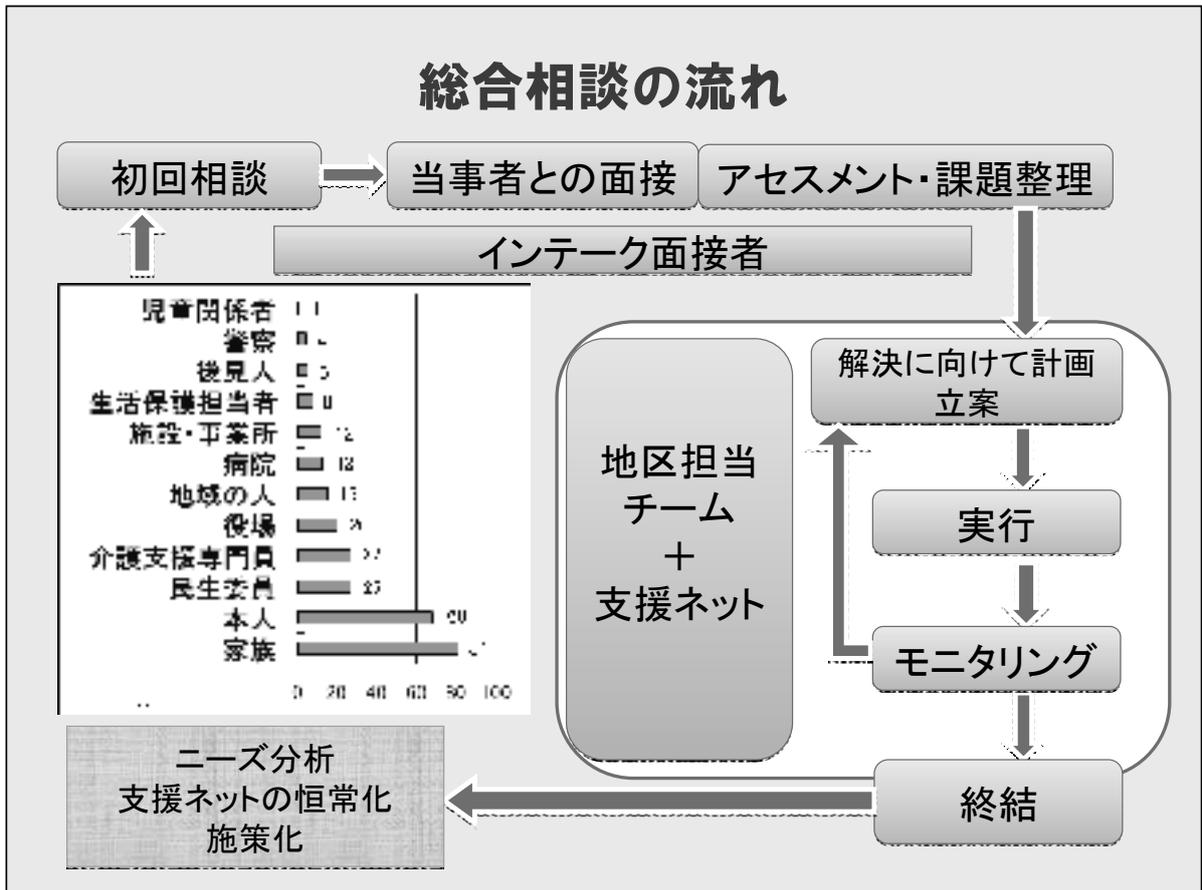
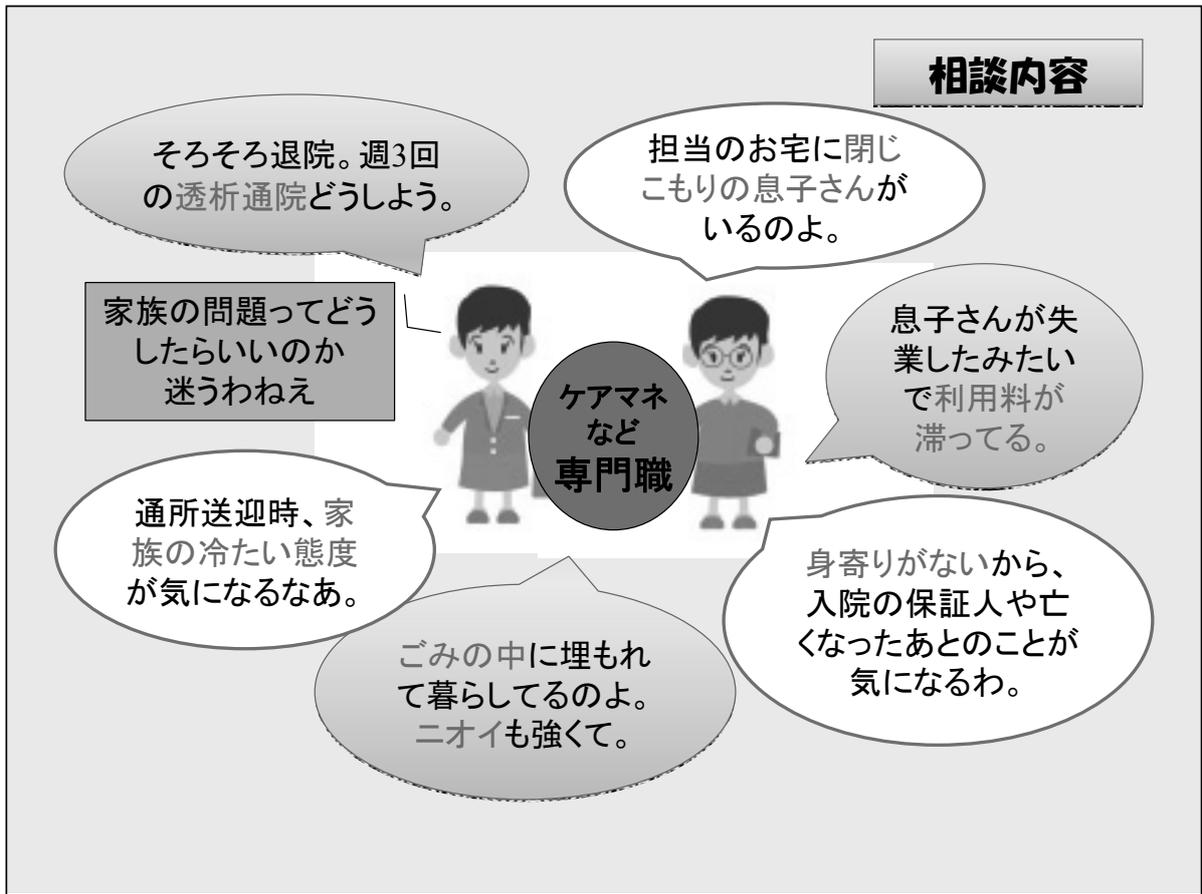
地域

地域でみえることはいっぱいある！

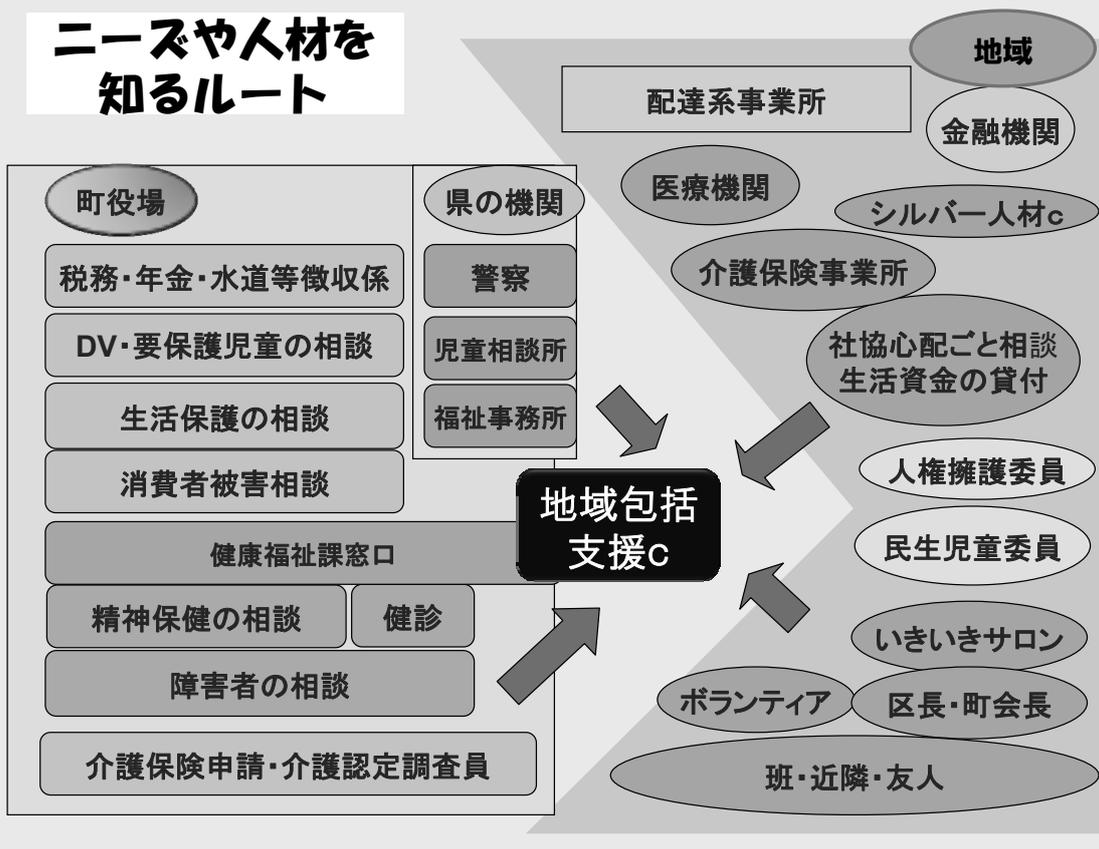
町会費払えないって。生活に困ってるみたい。

夕方になると家の前にぽつんと座っているおじいちゃんがいるよ。

新品の布団の包みが玄関にあったけど、詐欺にあったんじゃない？



ニーズや人材を知るルート



これまでの問題解決の仕方は

- (行政) ・困ったら来なさいというスタンス
- (地域) ・行政に伝えたら終わり、あとはお任せ
 - ・行政に言ってもなにもしてくれないと地域で抱え込んでしまう
 - ・重度化して、地域から排除の方向で行政へ

これからは

予防の段階から問題解決段階まで
地域と行政と専門機関が協働して
課題解決し、地域生活を支える

津幡町の誰もが安心して住み続けられる
地域づくりへ

地域と行政と専門機関が 協働して 課題解決し地域生活を支える仕組みへ

1. 意識を変える

—研修会、講座、取組みを通じて—

- 誰もがどんな状態になっても住み続けられる地域をめざす
- 地域支え合いの重要性を知る
- 地域住民(当事者含む)、行政、事業所、専門機関との連携、チームアプローチの必要性を知る

2. 場・人材を見つけて、使う

—相談でのアセスメントの工夫、ニーズ調査、
資源調査、取組みを通じて—

- 相談では、エコマップ、地域マップ、生活史、マトリックスを使い、環境や歴史の中で課題をとらえる
- 調査によるニーズの把握、人材の発見、発掘
- 取組みの中でのニーズの把握、人材の発見、発掘

地域と行政と専門機関が 協働して 問題解決し、地域生活を支える仕組みへ

3. 場・人材をつくる

—養成講座や自主活動支援を通じて—

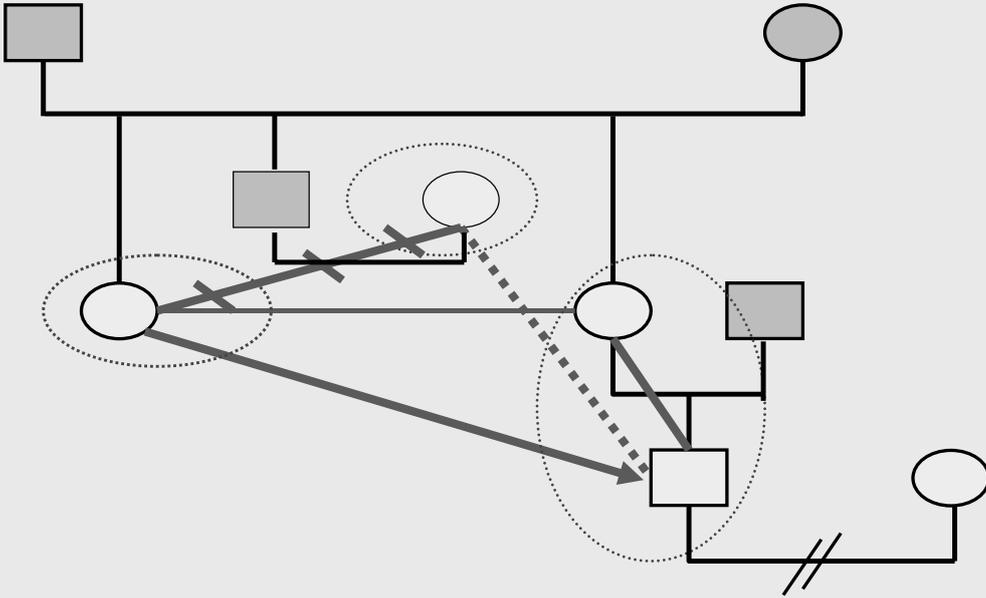
- ニーズに対応できる社会資源や人材がなければ作るという視点をもつ
- 行政が作るより、地域住民の自主活動として展開することを支援する

4. しくみをつくる

—さまざまな方法によるニーズの把握とネットワーク
の形成を通じて—

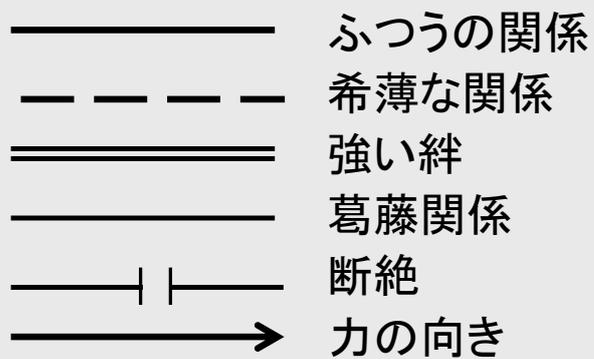
- 行政が恒常的なしくみとなるよう事業計画を立て予算を獲得する
- ネットワークを活用して地域の生活支援の仕組みをつくる

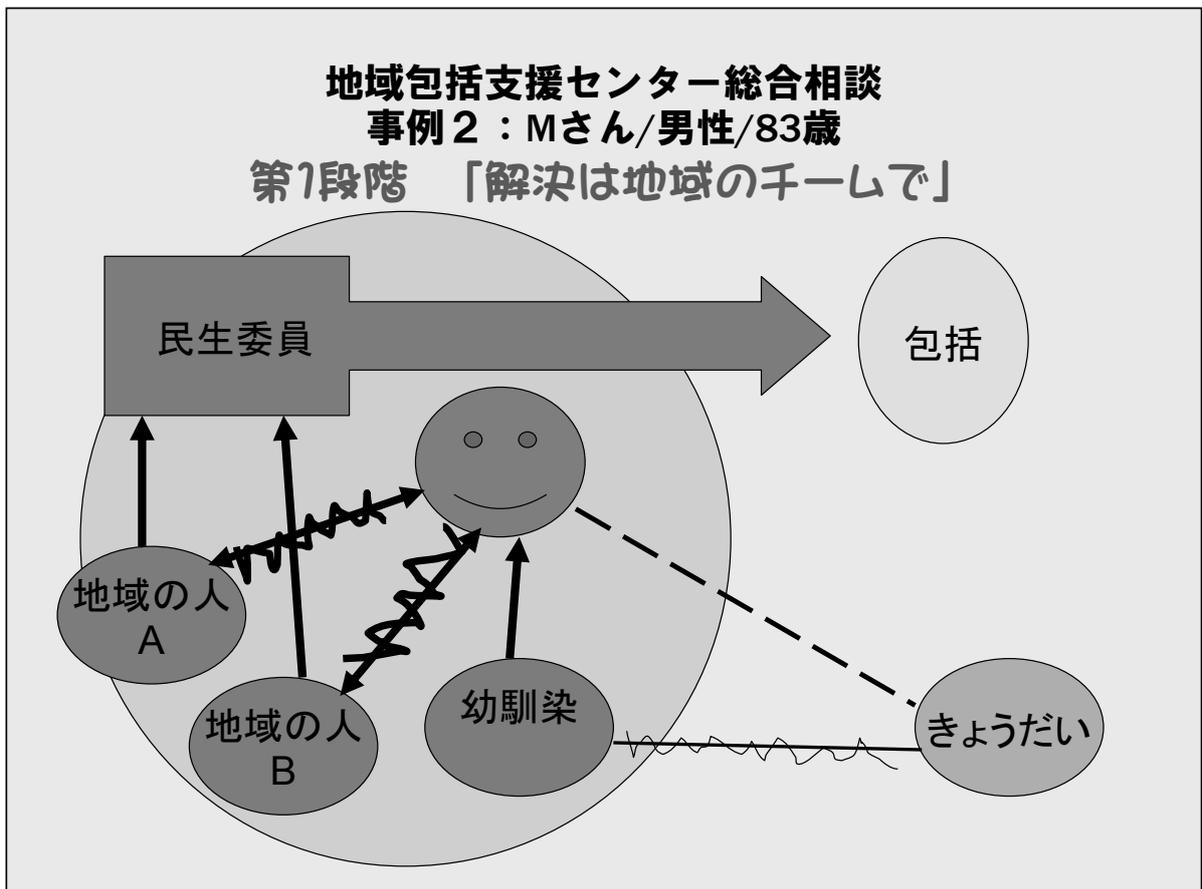
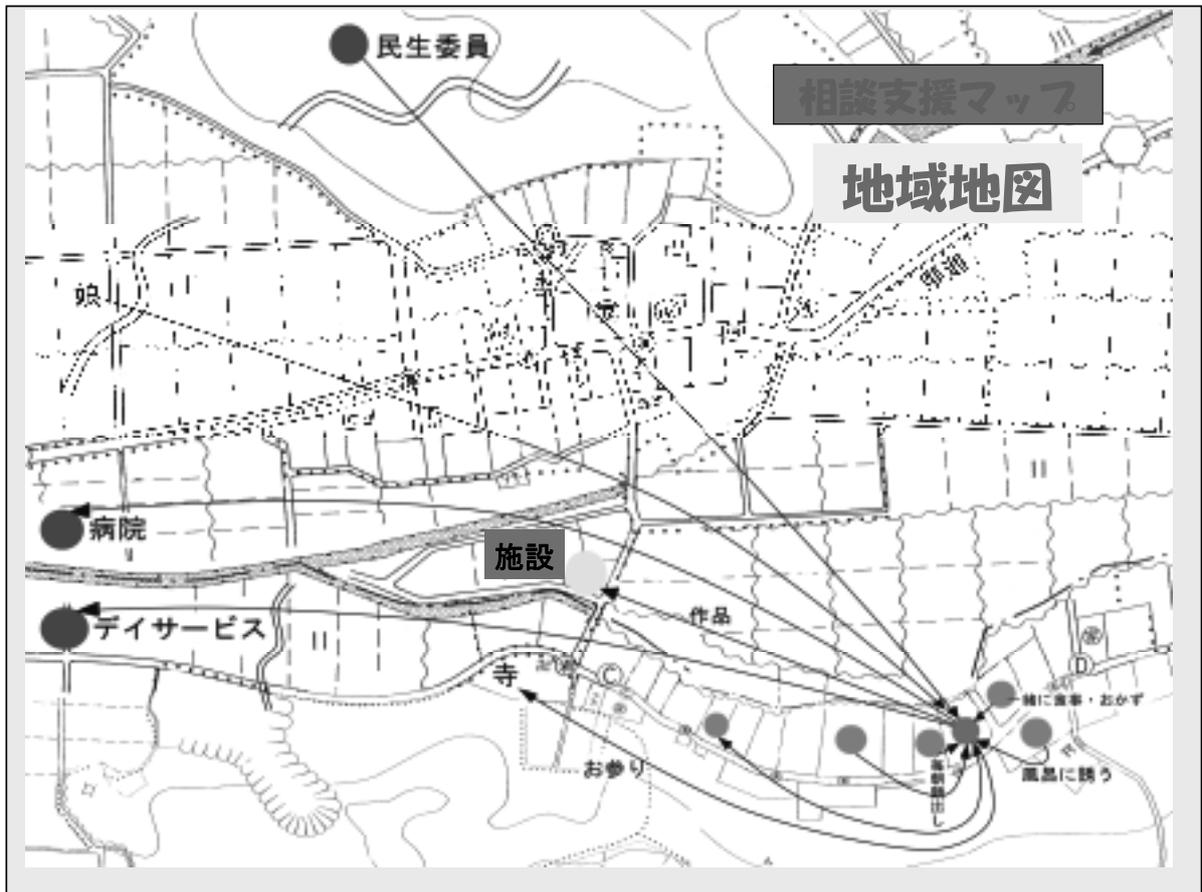
ジェノグラムは家族のマップ



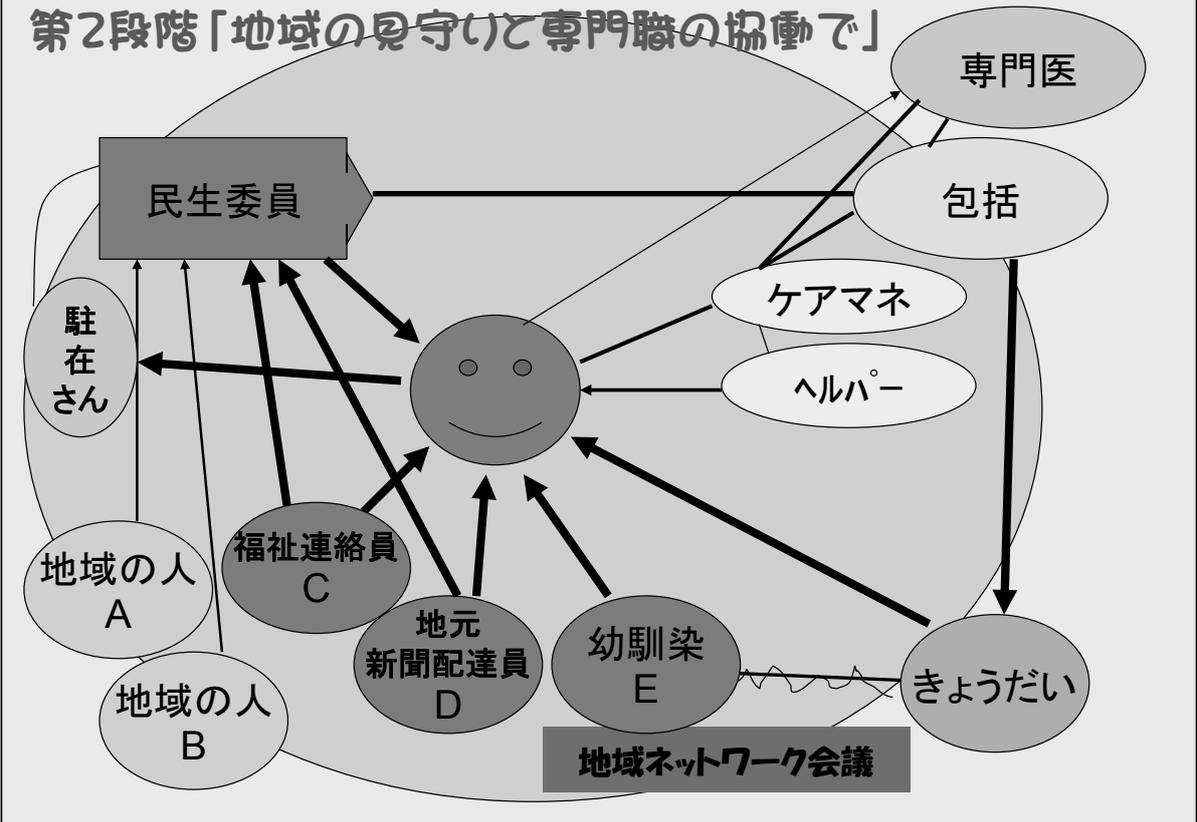
エコマップ

関係性を描く

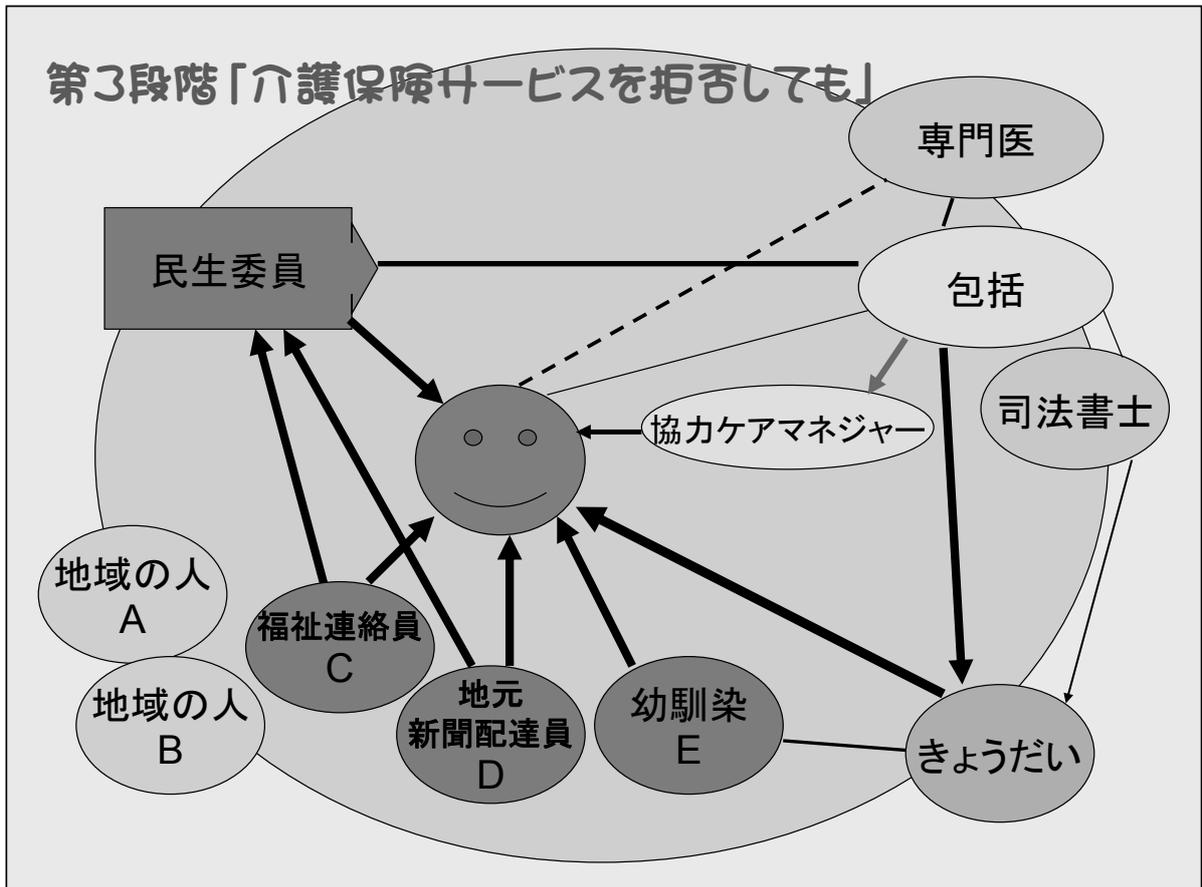


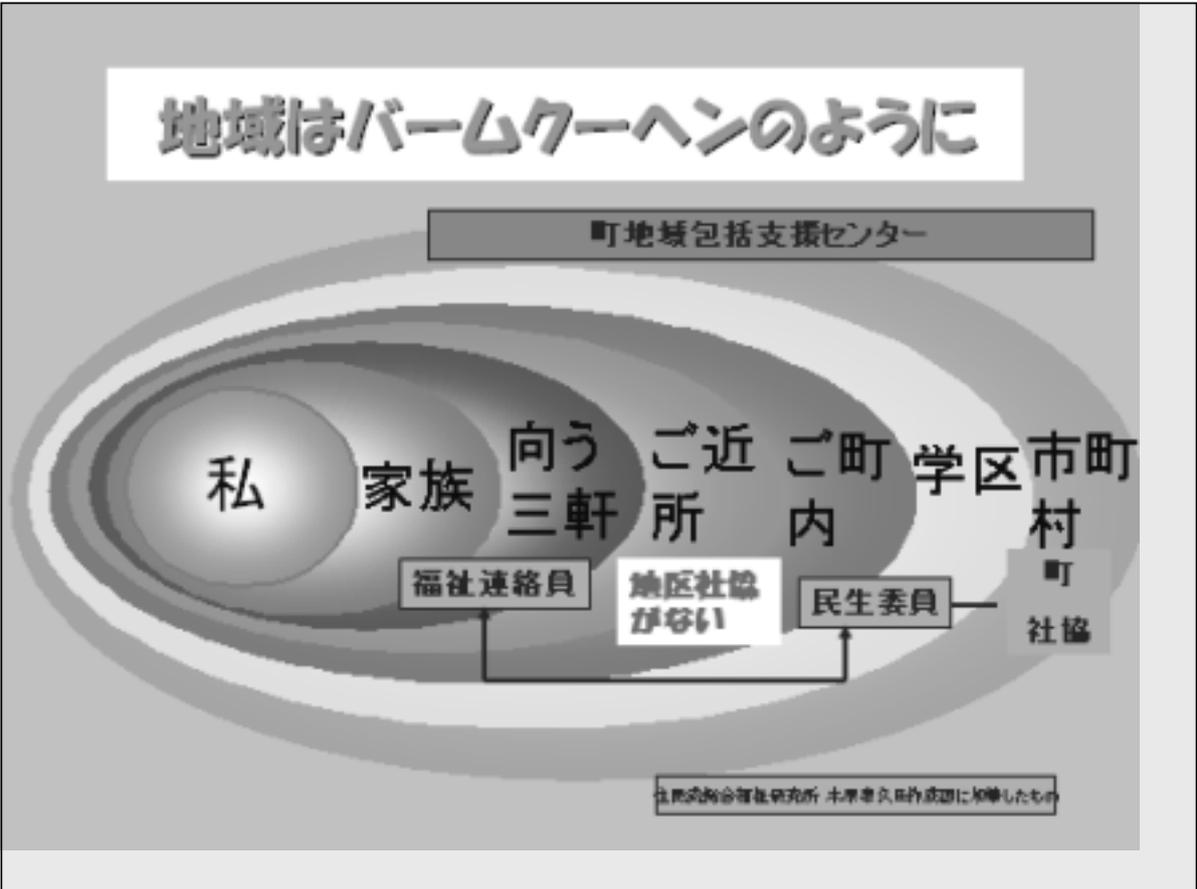
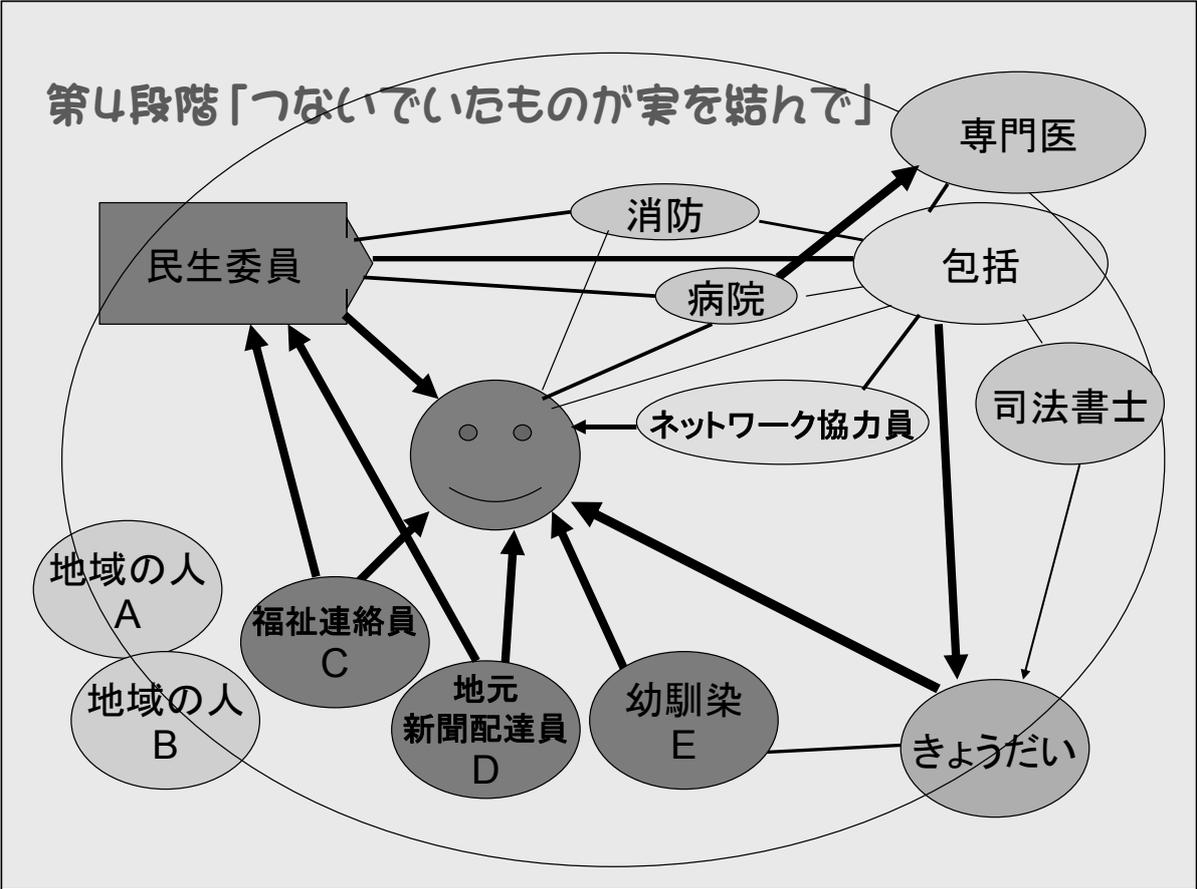


第2段階「地域の見守りと専門職の協働で」



第3段階「介護保険サービスを拒否しても」





地域包括が関わり形成した さまざまなネットワーク【町レベル】

地域・社協・事業所・行政・専門機関・【包括】

- 認知症安心ネットワーク
 - ・医療連携部会
 - ・介護予防部会
 - ・徘徊対応訓練地区実行委員会
- 自殺予防・相談ネットワーク
- 高齢者虐待防止対応ネットワーク(マニュアル作成)
- 障害者自立支援協議会／個別ケア会議

地域・社協・【包括】

- 地域支え合いマップ作成活動
- 地域支え合いボランティア養成
- 介護予防メイト(脳いきいきメイト・運動メイト)養成

地域包括が関わり形成した さまざまなネットワーク【町レベル】

事業所・【包括】

- 定例事例検討会、ケアマネジメント研修会
(ケアマネジャー、行政保健師、地域包括職員)
- 施設ケア研修実行委員会
(施設介護職員、地域包括職員)
- グループホーム連絡会
(グループホーム職員、地域包括職員)

地域・【包括】

- 隙間ニーズ対応ボランティア活動支援
- キャラバンメイト(みかん隊)活動支援
- 高齢者温泉施設支え合い活動支援
- 介護者のつどい(お話を聞く会)
- 公民館との連携(エンディングノート講座・男性講座など)

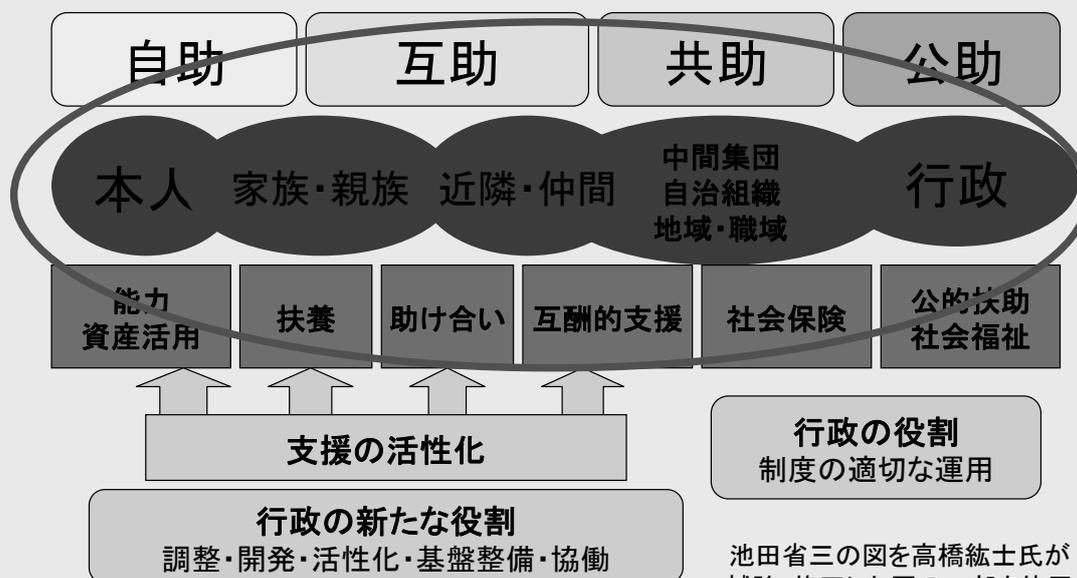
地域包括が関わり形成したさまざまなネットワーク【郡市レベル】

- 介護支援専門員協会地域支部との共同事例検討会
- ヘルパー事業所連絡会活動支援
- 若年性認知症の人と家族の会活動支援

【県レベル】

- 認知症関連事業地域包括支援センター連絡会
- 高齢者虐待対応専門職チーム
(弁護士・社会福祉士)
- 高齢者虐待対応標準研修講師チーム

自助・互助・共助・公助のネットワークを 意識したケアマネジメント



池田省三の図を高橋紘士氏が補強・修正した図の一部を使用

まとめ

- 地域包括支援センターには、予防段階から重度化した対応困難な段階まで幅広い、様々なニーズをもった相談が寄せられる。
- 行政は、事業計画立案にむけ、まとまったニーズ調査が可能だ。
- 相談事例からのニーズ把握と行政によるニーズ調査に基づき、「町民誰もが、どんな状態になっても安心して安全な生活を送ることができる地域」になるよう、地域に埋もれている社会資源や人材の活用を図りながら、制度サービスの改善や開発、地域の仕組みづくりに取り組める地域包括支援センターでありたい。

地域診断における課題の抽出

Memo

地域診断における課題の抽出

～高齢者健康実態調査の取り組み～



鳥取県琴浦町役場
地域包括支援センター

藤原静香

こんにちは 鳥取県琴浦町です



琴浦町の概要



琴浦町のサービス内容

琴浦町(H21.10.1現在)

総人口	19,508人
65歳以上	5,904人
75歳以上	3,352人
世帯数	6,390
高齢化率	30.3%
認定率	18.9%
総面積	139.88 km ²

<医療>

有床診療所	1カ所(15床)
無床診療所	12カ所
歯科診療所	6カ所
通所リハ	1カ所(40人)
通所介護	1カ所(80人)
訪問看護	2カ所
グループホーム	1カ所(2単位)

<福祉>

介護老人福祉施設	2カ所(140人)
ケアハウス	2カ所(80人)
通所介護(併設)	2カ所(100人)
通所介護(単独)	2カ所(80人)
身障デイサービス	2カ所(23人)
短期入所介護	2カ所(30人)
グループホーム	2ヶ所(3単位)
訪問介護	2カ所
訪問看護	1カ所
訪問入浴	1カ所

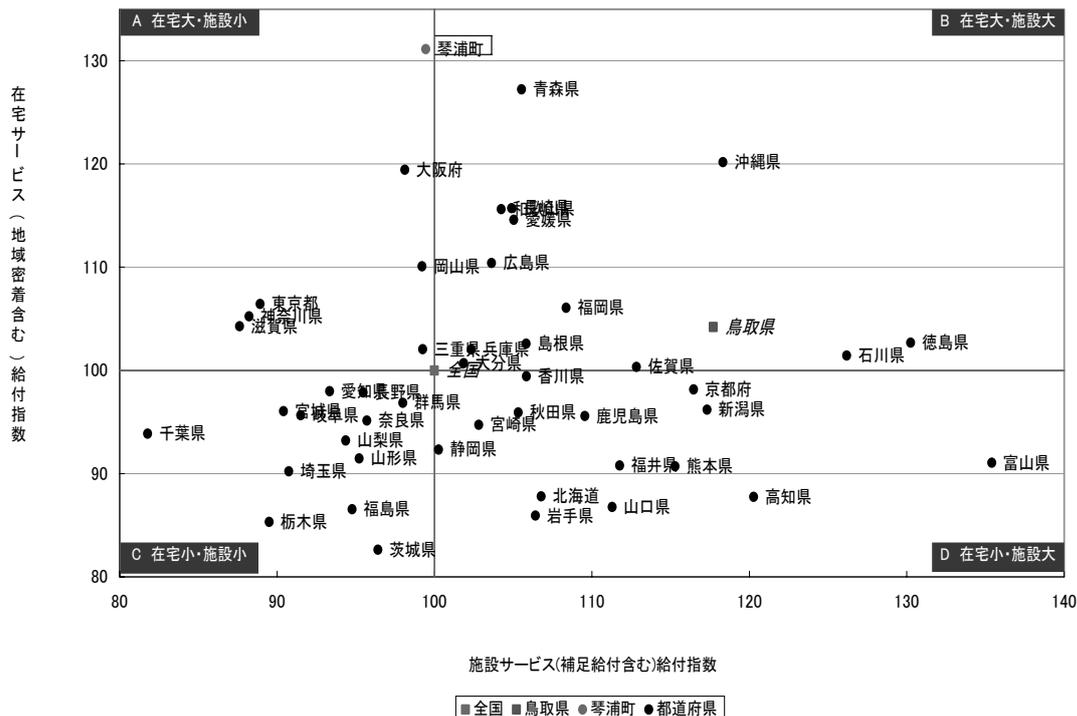
<保健>

保健センター	1カ所
地域包括支援センター	1カ所
介護支援専門員	6ヶ所(29人)

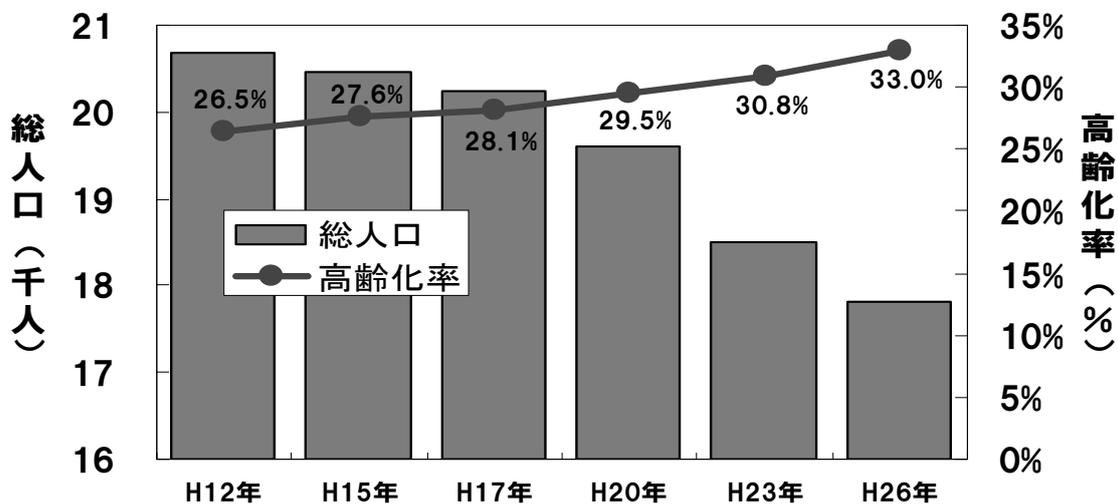
<民間>

グループホーム	1カ所(2単位)
通所介護	1カ所(40人)
訪問介護	1カ所

指標C 高齢者1人当たり在宅サービス・施設サービス給付指数(平成21年04月)



琴浦町の人口と高齢化の推計



琴浦町の現状

1) 琴浦町の人口

19,508人 (平成21年10月1日現在)

2) 65歳以上の人口

5,904人 (全人口の30.3%)

3) 65歳以上の人のなかで介護保険の認定を受けている人

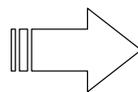
1,115人 (65歳以上の約18.9%)

4) 介護保険料 月額4,500円

介護予防で高齢者が元気な町を目指す

現状と将来予測

高齢化率30%超
今後も増加

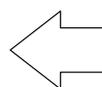


高齢者人口増加の影響

- ・要介護認定者の増加
- ・介護給付の増加
- ・介護保険料の増加
- ・財政負担の増加

高齢者人口が増えても

- ・介護を必要とする人が増加しないこと
(リスクを回避、排除)
- ・元気な高齢者を増やす
(健康寿命を延ばす)



介護予防

琴浦町として介護予防をどのように取り組むか

高齢者健康実態調査

平成17年・20年

琴浦町独自の高齢者実態調査を実施

- 調査対象者
65歳以上で介護認定を受けていない者
- 調査時期
17年・20年 7月～8月の同時期
- 調査方法
老人クラブ役員に調査票の配布と回収を依頼した

※定期的に実施することにより、事業評価の基礎資料とする

高齢者健康実態調査を 老人クラブにお願いした理由

- 老人クラブの高い加入率
- お願い 会長宅へ→老人クラブ理事会→老人クラブ会長会
「自分たちの健康は自分たちで守るんだという意識」を持てるよう説明会を実施した。
医師の講演、介護保険と高齢者の現状、健康実態調査のお願い
- 会長さん、私が行くと「今度は何かいなあ・・・」と83歳ではありますが、ご当地体操のモデルにもなって頂けました。
- 結果説明は会長会や各集落へ出かけての説明会など細かく実施した

琴浦町の老人クラブは、単なる社会参加のレベルではなく、社会貢献活動の域に達しています

高齢者健康実態調査の目的

- ① 基本チェックリストは、介護予防が必要な方を早期に発見し介護が必要な状態を未然に防ぐためのものであり、予防事業に参加をお勧めします。
- ② どのような活動に参加された方が、寝たきりや認知症を予防できるかを明らかにします。
- ③ 次期介護保険計画策定に向けて、町で今後の有効な介護予防の事業を検討するためです。

※老人クラブとの連携と老人クラブの活動活性支援という側面もある

高齢者健康実態調査の内容

「基本チェックリスト」に次の15項目を追加

- 1 あなたの住まいの地区はどこですか。
- 2 あなたの家族構成はどれですか。
- 3 あなたはふだん、健康だと思っていますか。
- 4 日中おもに、どなたと過ごしますか。
- 5 尿を漏らしやすいために、外出を控えることがありますか。
- 6 便通は毎日ありますか
- 7 一日にどれぐらいの水分を摂りますか。(食事は含まない)
- 8 歯磨きは一日何回しますか。
- 9 あなたは、趣味、楽しみ、好きでやっていることがありますか。
- 10 親しくおしゃべりをしたり、往き来するお友達はいますか。
- 11 家族の中でできた役割・仕事(家事、庭の草取りなど)はありますか。
- 12 あなたが現在参加している地域活動について当てはまるものはどれですか。
- 13 あなたが現在利用している介護予防サービスはどれですか。
- 14 次のうち今までかかったことのある病気はどれですか
- 15 生活について困ったときの相談相手はだれですか

高齢者健康実態調査結果

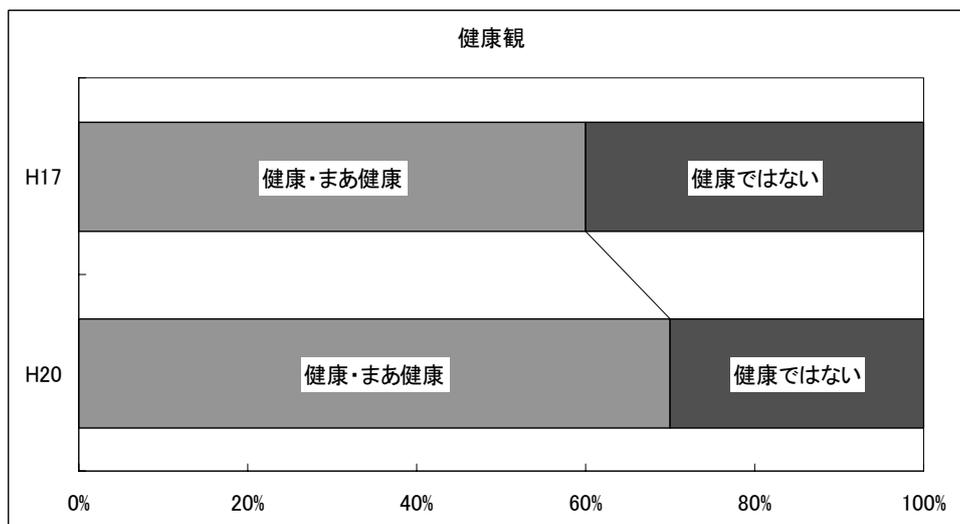
- 配布者数 4,827人
- 回収者数 4,335人
- 回収率 89.9%

老人クラブによる回収率 90.6%

郵送による回収率 65.1%

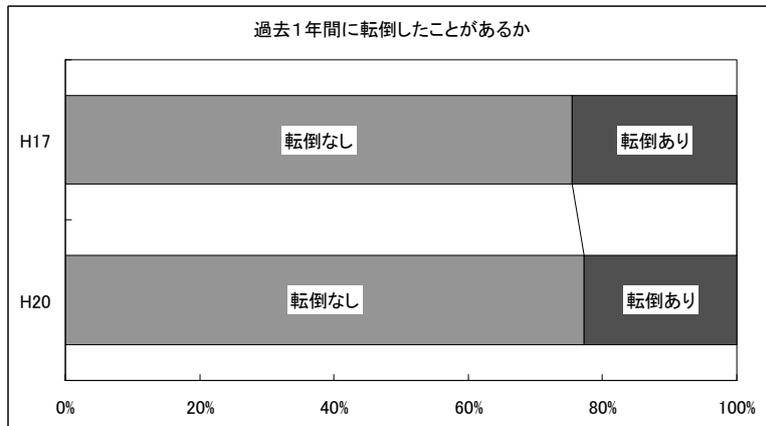
(老人クラブのない集落は郵送)

健康観



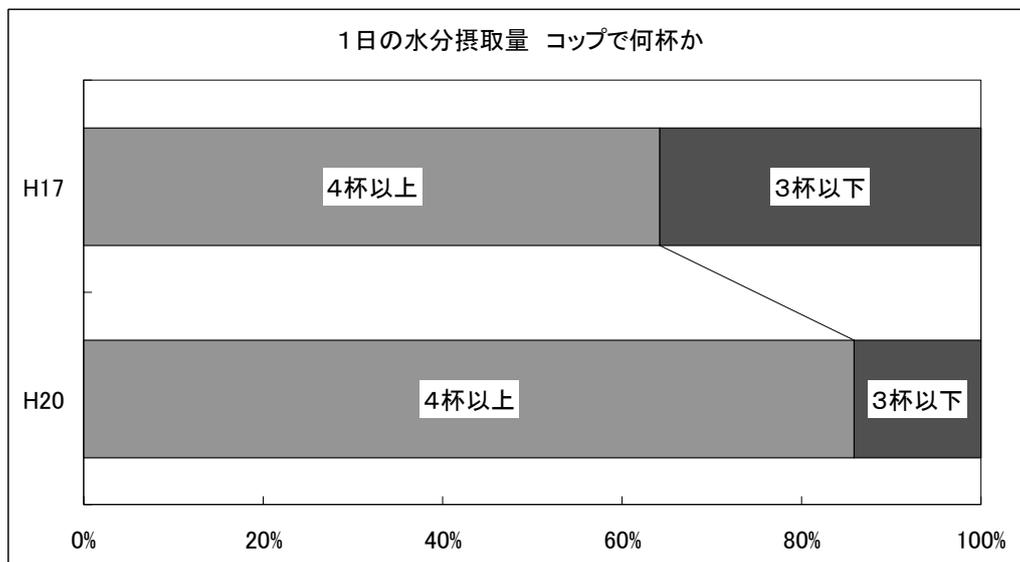
・前回調査と比較して、健康感が向上している。

一年間の転倒



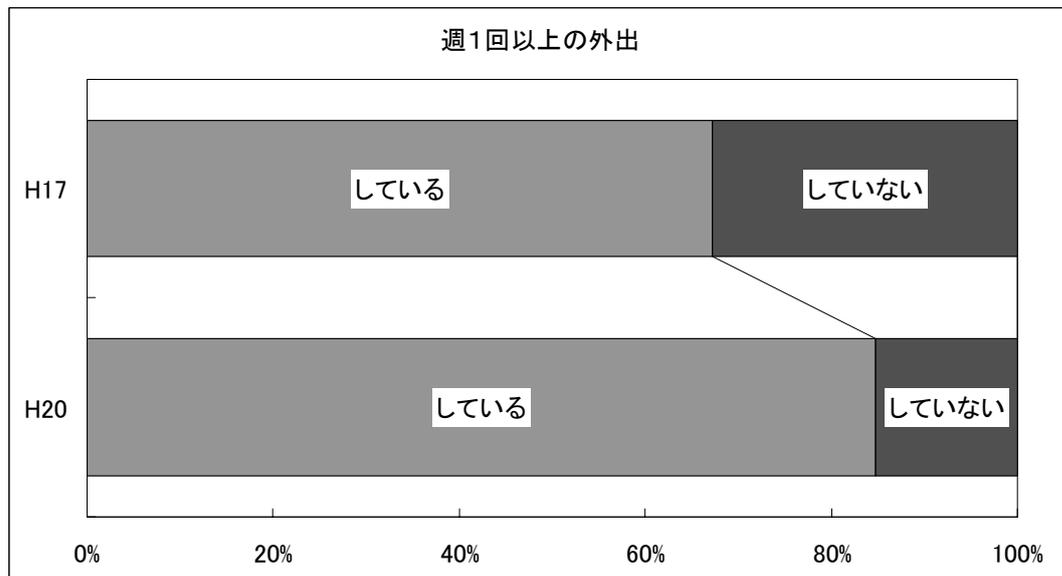
・前回調査と比較して、転倒ありが減少傾向にある。

一日の水分摂取量



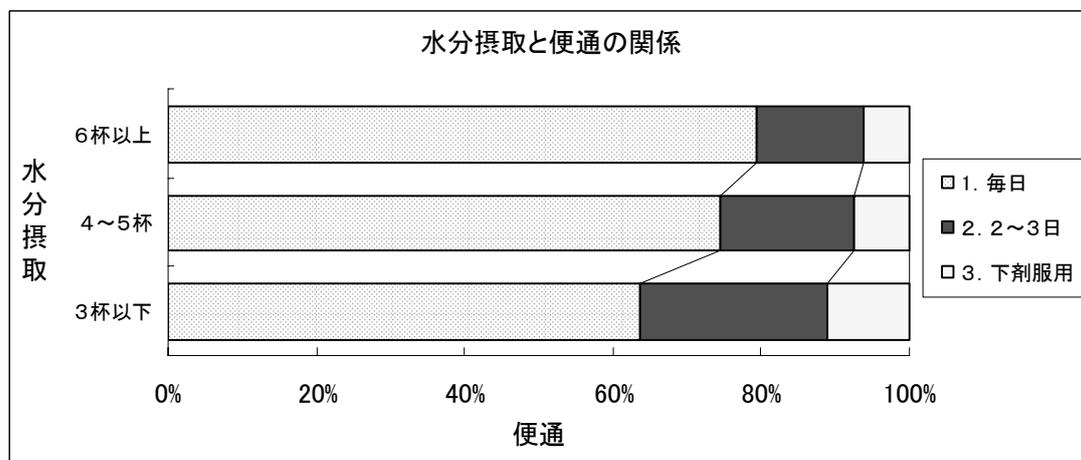
・前回調査と比較して、水分摂取が少ない状況が改善されている。

閉じこもり



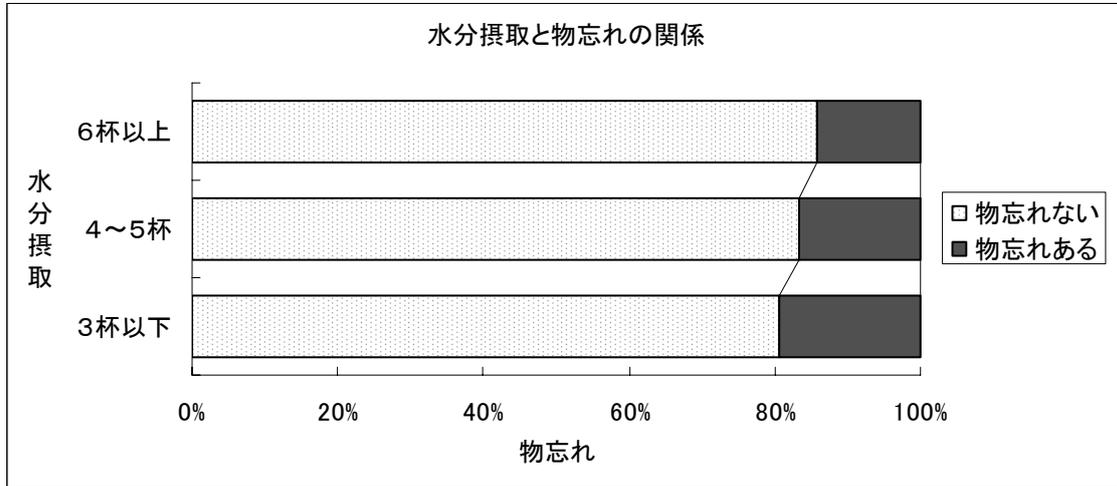
・前回調査と比較して、閉じこもりの人が減少している。

水分と便通の関係



・水分摂取を多く取る人ほど「毎日便通がある」。有意差あり(p<0.05)

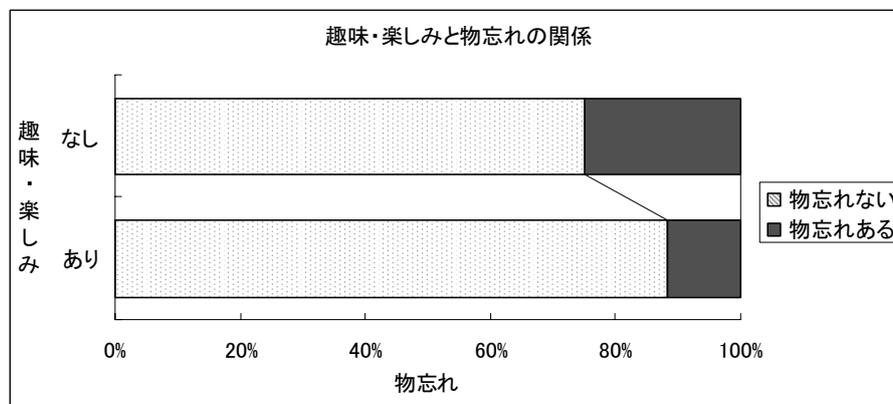
水分摂取と物忘れの関係



・水分を多く取る人ほど「物忘れがない」という傾向がある

有意差あり($p < 0.05$)

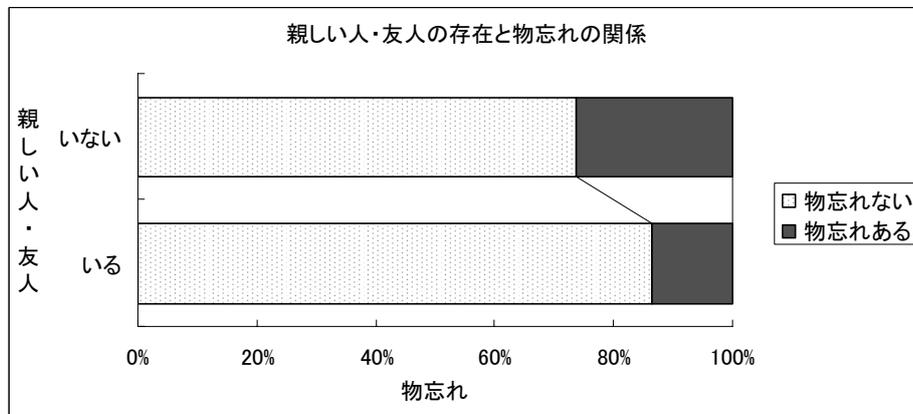
趣味・楽しみと物忘れの関係



・趣味・楽しみがある人ほど物忘れがないという傾向がある

有意差あり($p < 0.05$)

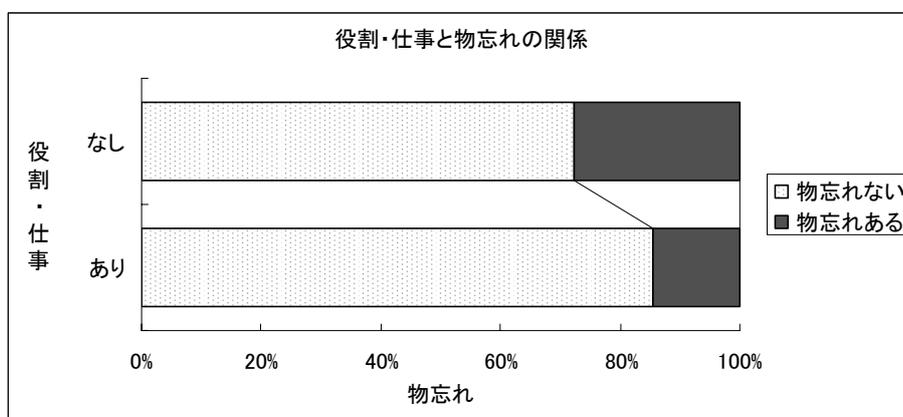
親しい人・友人の存在と物忘れの関係



有意差あり($p < 0.05$)

・親しい人・友人がいる人ほど物忘れがないという傾向がある

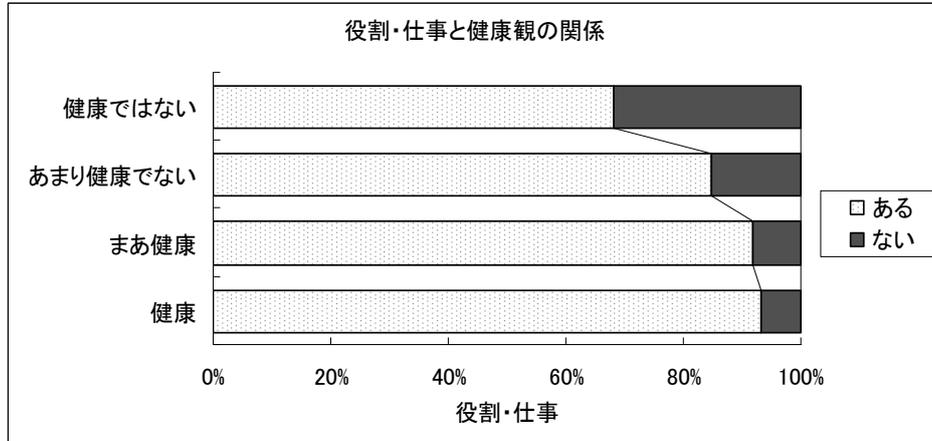
役割・仕事と物忘れの関係



有意差あり($p < 0.05$)

・役割があると回答している人は物忘れがないという傾向にある

役割・仕事と健康観の関係



・役割仕事がある人は健康観が高い傾向にある

用語改正前

鳥取県琴浦町の取組み

地域支援事業
(介護保険特別会計)

介護予防事業

- ・介護予防特定高齢者
- ・介護予防一般高齢者

包括的支援事業

- ・総合相談支援事業
- ・権利擁護事業
- ・包括的・継続的ケアマネジメント

任意事業

- ・家族介護支援事業
- ・その他の事業

地域支援事業以外の高齢福祉事業(一般会計)

- ・外出支援サービス
- ・緊急通報装置設置事業
- ・配食サービス
- ・居住環境整備事業
- ・支え合いコーディネーター
- ・健康づくりウォーキング事業

- ・特定高齢者把握事業
生活機能評価、認知症の早期診断
- ・通所型介護予防事業
特定高齢者筋力向上トレーニング事業
介護予防教室
- ・特定高齢者施策評価事業

- ・介護予防普及啓発事業
認知症、低栄養、口腔機能
一般高齢者筋力向上トレーニング事業
温泉水利用事業・健康づくりウォーキング事業
- ・地域介護予防活動支援事業
高齢者サークル活動支援事業

- ・介護予防プラン作成事業
- ・高齢者実態把握事業
1人暮らし高齢、夫婦高齢世帯、見守りの
必要な高齢者の随時・定期訪問
- ・高齢者虐待防止事業
ネットワーク構築、認知症対策委員会

- ・家族介護支援事業
家族介護教室(ことうら家族の会)
介護用品購入費助成事業

- ・生活管理指導事業
生活管理指導員派遣・短期宿泊事業
- ・成年後見制度利用支援事業

22年度の方針

- ①介護予防事業の充実—介護予防教室、琴浦体操
- ②認知症対策の推進—サポータ養成、徘徊模擬訓練
- ③地域ニーズ調査に基づいた介護予防の取り組み

琴浦町の介護予防事業 二次予防 ～高齢者の自立支援をめざして～

○認知症になっても安心して暮らしていける地域づくり

- 1) 認知症対策委員会の設置と開催
- 2) 認知症の早期発見と予防教室
 - ① 認知症の早期発見のための検診
一次検査「ひらめきはつらつ教室」、二次検査
 - ② 認知症予防教室「はればれ」
- 3) 普及啓発
フォーラムの開催、小学生との交流
介護家族のつどい、認知症を考える会



○パワーリハビリテーション

- 1) 特徴 6機種の専用マシンを使用したトレーニング
- 2) 実施体制 事業所に委託
- 3) 回数 週2回(火・金曜日の午後) 1回当たり1時間30分
- 4) 希望者に対しては送迎あり
- 5) 利用料 1回200円
- 6) 実施期間 1クール3ヶ月間で年間6クール実施
- 7) 初回オリエンテーションと24回のパワーリハ実施
- 8) 奇数月に開始し、1グループ10～12人で実施
- 9) 年間60人で契約

琴浦町の介護予防事業 一次予防 ～さらなる高齢者の自立支援をめざして～

○高齢者向けパワーリハビリテーション

早期に運動器の機能低下を予防し、活動的な生活の継続を目指すために対象を拡大した。

○温水を利用した介護予防事業

膝や腰に負担の少ない水中で行える機能訓練として導入した。



○健康づくりウォーキング

「老化は足から」重要な生活機能である歩行機能の維持向上を図り、将来的な閉じこもりを防ぐことを目的として開始。ウォーキングする人を増やす、ウォーキングをする人を支援するなど。



琴浦町の介護予防事業 一次予防 ～さらなる高齢者の自立支援をめざして～

○高齢者サークル活動支援事業

高齢者5人以上(要介護高齢者1名以上を含む)で週1回定期的継続的に活動するサークルを支援する事業。

介護予防において最も重要である閉じこもり予防を、地域での支え合い、趣味・生きがい作りとあわせて行っている。



○琴浦体操の創作と普及啓発

健康実態調査の結果、多くの高齢者に運動器の機能が低下しているという結果が得られ、誰でもどこでもできる介護予防として体操を創作。

DVD等普及媒体を作成し、配布、実演のために町内で実施した。



○介護予防フェスティバル

21年度第1回開催。町として介護予防に取り組むことを宣言。

健康実態調査の結果報告、実際に町の事業に取り組み、元気になった高齢者自らが体験発表するなど介護予防意識の高揚に努めた。



介護予防とは



※高齢者健康実態調査の実施。

※高齢者サークル事業への支援により、ハイリスク者を誘い出す仕組みと、社会的に孤立させない場づくりを確保する。

地域包括ケアの実現

日常生活圏域ニーズ調査により

日常生活圏域単位で高齢者の実態

像・ニーズや地域の課題を把握し、

- ① 個々の高齢者の状態にあった介護予防事業を実施
- ② 介護・医療・住まい・生活支援サービスなどを総合的に提供
- ③ 介護保険計画に反映

※高齢者健康実態調査の情報還元により、自助・互助の機運を高めることも狙っている

地域包括ケアにおける
ネットワーキングの方法

Memo

事 例

「地域包括ケアにおける ネットワーキングの方法」

全国地域包括・在宅介護支援センター協議会

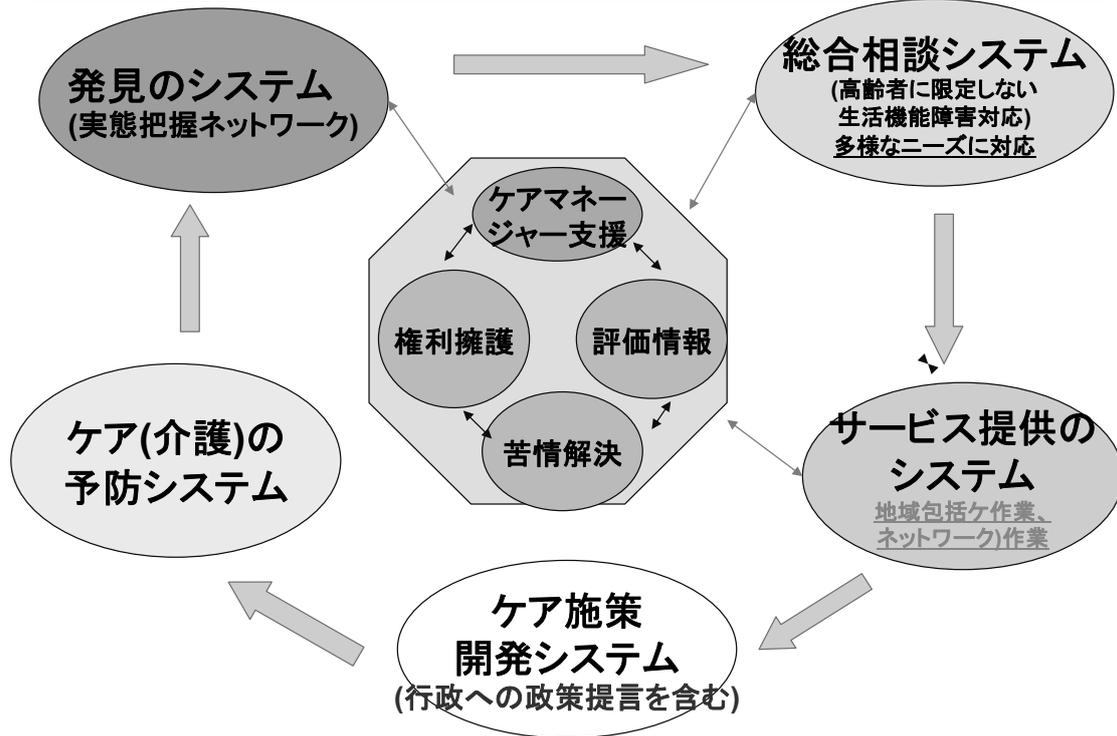
はじめに

全国地域包括・在宅介護支援センター協議会では、地域包括支援センター及び在宅介護支援センターの重要な事業であるネットワーキングの現状や方法などについて全国の地域包括支援センターの現場におけるネットワーク事例を集積し、その現状、ネットワークの内容、構築パターン、構築プロセス、課題などについての調査研究事業を行ってきた。

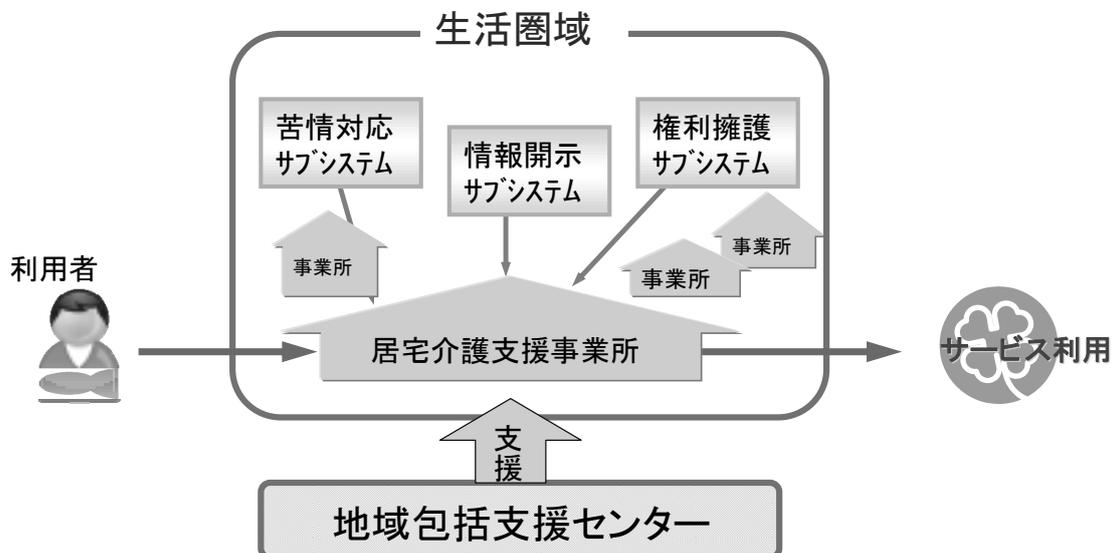
本報告においては、そのネットワーキングの構築に関して汎用性のある「策定方法」としての一定の整理をする事ができたので事例として報告する。

尚、今後もワークシート等を用いての検証作業を継続し、方法論としてのネットワーキング構築についてを確立させていきたいと考えている。

地域包括ケア展開のシステム



地域包括支援センターと居宅介護支援事業所の関係



それぞれのシステムの展開・推進
にはネットワーキングが必要

ネットワーキングの拠点であり、それを業
としているのは地域包括支援センター
である

相談を広げた業務内容

- ①問題をもっている高齢者を発見
- ②相談を受け、解決していく



土台として地域でのネットワークを築いていく

(実践的および制度的なネットワークづくりの成果として)

- 地域での自主的な介護予防サークルを作る
- 地域でのセルフヘルプの団体を作る
- 地域でのボランティア活動を作る
- 地域での近隣の助け合いや見守り活動を促進する

地域のネットワークづくりとは何か

- 地域で生活に困っている人を発見
- 地域で生活に困らないよう予防
- 地域でのお互いに支え会ったり、見守る
- 多くの専門職や機関が連携してサービスを提供していく

どのような高齢者を対象にしているか

- 高齢者

例)

一人暮らし、高齢者夫婦世帯、被虐待高齢者、経済的に困っている高齢者、ホームレスの高齢者

〈将来の地域包括ケアの方向〉

- 障害者
- 他の問題をもった人々

地域ネットワーク課題に上程されてくる地域ニーズは多くが処遇困難事例そのものや、累積され、カテゴライズされたものが多い

処遇困難事例のさまざまなすがた

- 日常生活において何らかの支援が必要でも支援を受けようとしない人
- 日常生活で地域社会や身内などとのつながりが薄い人
- 同居者がいても無支援状態の人
- 医療、介護のサービスの統合的なサービスが必要でもサービス機関の連携が薄い、制度的制約がある
- BPSDのある人やうつ、閉じこもり、コミュニケーション障害など接近困難の人

ネットワーキングの仕方の基本

- ①問題の発見
- ②アセスメント
- ③計画の作成の検討(参加者も含めたもの・目的と実現に向けたスケジュール)
- ④計画の実施
- ⑤評価

- ケアマネジメントの方法と同じ
- Plan → do → see の手法が基本である

ネットワークづくりと地域住民との接点

- ・ 地域のネットワークとは、一定の生活圏域で
 - ①すべての高齢者を対象に
 - ②介護保険サービス以外も活用し、
 - ③予防的・早期対応も含めた対応
- ・ 住民との接点は
 - 総合相談等により、その最前線で、高齢者の問題をキャッチし、対応する
 - 生活圏域をできる限り細分化し、きめ細かく実施する

利用者をいかに発見するか

- ・ 高齢者の一覧表に基づいた家庭訪問で発見
- ・ 高齢者の一覧表に基づいた電話で発見
- ・ 担当地域での民生委員・自治会役員等からの連絡
- ・ 看板や担当者の名刺から連絡してくることで発見
- ・ 地域のネットワークを介しての発見
- ・ 担当地域内での地域の代表者との委員会をもとにした協議会(地域ケア会議)等の設置・活動

(地域ニーズ)アセスメントの方法

- 「既存のデータ」もあれば、「聞き取り情報」もある
- 「調査」もあれば、「個別事例」もある
- 個別事例を最も知っているのは誰か
 - 多事業所ケアマネジャー
- どこで最も明らかになるか
 - 地域包括支援センターで実施する地域ケア会議
 - ケアマネジャーへの個別・集団スーパービジョン(事例検討会など)

ネットワーキングでの 2つのアプローチ(1)

I、困っている事例を介した実務的なアプローチ

- 事例に関係する人や関係してほしい人に集ってもらい、解決方法を検討し、それぞれの役割を決める
- そうした役割実施状況について評価し、次のステップを検討する
- 全体として議論したことを、制度的な運営協議会(代表者会議的)に報告や要望を行う

ネットワーキングでの 2つのアプローチ(2)

Ⅱ、地域を焦点にして進めていくアプローチ

地域の調査をもとに、地域の団体・機関の役員を集める方法

- ①そのためには、地域ケア会議(実務者会議的)を作るまでは「根回し」
- ②作ってからは、協議会の活性化を進める
 - ・地域でどのような問題があるかを提案する
 - ・解決方法を地域の団体が協力して実施するかを協議し、解決方法を決める
 - ・実施状況について評価し、新たな対応を検討する

自治会・ボランティア・民生委員など

ネットワーキングの仕方の理念と現状

- ・個人からのアプローチ(1)と地域からのアプローチ(2)の両者を一体的に進める
- ・一方だけのアプローチでは機能しない
- ・個人からのアプローチでは、利用者のプライバシーの確保に努める
- ・地域からのアプローチでは、地域内での組織の関係や歴史を理解して対応する

現状

- ・現実には、個人からのネットワークアプローチが多い → 取っつきやすいことから推奨

地域でのネットワークの種類

- ①地域ネットワークには、代表者のネットワークと、実務者のネットワーク
- ②ネットワークのメンバーには、インフォーマルセクターだけでなく、フォーマルセクターが参加する

住民との接点となる 地域の役員とのネットワークづくりが重要

- ①実務に関するカンファレンス(実務者)
 - ・困った事例について話し合う
- ↓
- ②実施体制に関するカンファレンス(代表者)
 - ・どのように発見するか、どのような支援を作ることが必要か、等について検討・実行する

基本には住民との良好な人間関係を形成することからはじめること
日常生活課題を住民との間で「地域ニーズ」としての共通認識を醸成する

地域社会を支援する方法論を確立する

- ・ ケースマネジメントと同様に「計画を立てて、生活を変えていく」発想の導入
- ・ 地域包括支援センター職員が核になり計画し実施する

そのためには、

計画原案作成能力に加えて、実施に向けての、「交渉(ネゴティエーション)」「説明」(プレゼンテーション)の能力が必要

全国19事例のネットワークの特徴や、関係性について (3つのタイプにカテゴライズできた)

類型 (全国19事例 分析から)	専門職のみ (A型 9事例)	専門職・地域キー パーソン合同 (B型5事例)	地域住民巻き込みがた (C型5事例)
その類型における「ネットワーク」の参加メンバー	参加者が <u>専門職のみ</u> のネットワーク活動	参加者が <u>専門職だけでなく、地域におけるキーパーソンを含んでいる</u> ネットワーク活動 (地域支援サポーターやコーディネーター・地区社会福祉協議会の役員など)	参加者は専門職、地域におけるキーパーソンだけでなく、 <u>地域に住んでいる住民全員を対象とした</u> ネットワーク活動

個人への支援計画表 と 地域への支援計画表

表1 個人への支援計画例

出所: 白澤政和作成

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標	援助計画		
		サービス内容	サービス種別	頻度
家事(洗濯・買い物・炊事・掃除)ができないので、家事をしてくれる人が必要	Bさんのできない家事を支援する	生活援助 食事配達 ゴミ出し	ホームヘルパー スーパーマーケット 近隣	2回/週 (2時間) 1回/週 (日曜日) 2回/週
1人で入浴できないので、入浴の介助が必要	入浴の一部介助を支援する	入浴介助	デイサービス	2回/週
一人暮らしで他の人との関わりがなくなるので、人との関わりをもつ必要	他者との交流の機会をもてるようにする	人との交流	デイサービス	2回/週
身体機能がまだ改善できていないので、リハビリが必要	歩行能力を高めるためのリハビリを受ける	自宅でリハビリを受ける 主治医による指導	訪問リハビリ 居宅療養指導	1回/週 1回/月
1人のため、急病等になった時が心配なので、緊急時に対応出来る必要	緊急時の体制をつくる	緊急連絡がとれる 見守りをする	緊急通報装置の設置 民生委員	
室外での移動ができないので、移動を可能にする必要	室外で移動できるようにする	外出できるようにする	車イスのレンタル 玄関のスロープの設置 1階への転居の申請	
室内での移動が容易でないので、移動を可能にする必要	室内で移動できるようにする	室内での移動を容易にする	手すりの設置	

地域への支援計画表

ケース目標(

)

ニーズ	目標	実施内容	担当・役割	場所	実施時期

例示：地域の支援計画表

ケース目標：要介護者への虐待の予防、早期発見・早期対応、地域での見守りを推進する

ニーズ	目標	実施内容	担当・役割	場所	実施時期
虐待を予防できる体制を作る	介護保険のサービスを活用することで、介護者の介護負担が大きくなるようにする	① 介護保険制度の利用促進パンフレットの作成	地域包括支援センターと行政で作成し、自治会を介して配布 配布先：高齢者のいる世帯		2010年8月 配布
		② 個々の介護者への支援強化のための研修会	講師：大学教員 対象者：介護支援専門員 事務局：地域包括支援センター	市民会館	2010年5月 2010年10月
		③ 住民の虐待に関する啓発研修会	講師：地域包括支援センター 保健師 対象者：地域住民 事務局：自治会	地域の 公民館	A公民館 2010年6月 B公民館6月 C公民館6月
虐待事例をできる限り早期に見つける	虐待の可能性のある事例が、地域包括支援センターに連絡される体制を作る	① 定期的に地域ケア会議を開催し、情報収集	参加：介護支援専門員、 介護保険サービス事業者 事務局：地域包括支援センター	地域包括支援センター	月1回
		② 虐待事例についての連絡体制の確立	地域包括支援センターが窓口となり、24時間受付体制	地域包括支援センター	2010年4月から
		③ 虐待の理解とそれへの支援についての研修会	講師：地域包括支援センター 社会福祉士 対象：民生児童委員、 自治会役員 事務局：民生委員協議会	市民会館	2010年8月 2011年2月

支援計画表(続き)

ニーズ	目標	実施内容	担当・役割	場所	実施時期
(虐待事例をできる限り早期に見る)	(虐待の可能性のある事例が、地域包括支援センターに連絡される体制を作る)	④ 要介護高齢者家庭への訪問活動	民生委員協議会 事務局:介護支援専門委員会が連絡調整		—
		⑤ 虐待予防や早期発見・早期対応の啓発パンフレット作成	地域包括支援センターと行政で作成 配布先:地域住民		2011年3月配布
		⑥ 虐待に気づくための研修会	講師:医師、介護支援専門員 対象:医師、介護保険サービス事業者 事務局:地域包括支援センター 協力:医師会	市民会館	2010年4月
虐待のおそれのある事例に対して、地域で支えていく	地域全体で支援し、高齢者の安全を確保する	① 発見した場合には、頻発な事例検討会の開催	参加者:担当介護支援専門員、介護保険サービス事業者、支援してくれる関係者、団体 主催:地域包括支援センター	地域包括支援センター等	月1回
		② 要介護高齢者の見守りボランティアの育成・活用のための研修会	参加者:民生児童委員、認知症サポーター 講師:社会福祉協議会と地域包括支援センター職員 事務局:社会福祉協議会	市民会館	2010年8月 2010年12月
		③ 虐待のおそれのある家族の見守りに関する事例学習会	参加者:民生児童委員、介護支援専門員、地域包括支援センター 事務局:地域包括支援センター	地域包括支援センター	2か月に1回

ネットワークングの方法 まとめ

①地域ニーズの発掘・明確化→問題の発見方法

I 個別対応ケースからのニーズ分析から地域ニーズを明確にしていく

II 社会調査や住民の意見から地域ニーズを明確にしていく

②ニーズのアセスメント

③包括的(総合・統合・継続)な地域ケアのプランニング

④プランの実施

※これらの作業は「地域ケア会議」(プラットフォーム会議)を開催して住民、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、居宅介護支援事業、医療機関、介護機関、行政等様々な人や機関で進めていく必要がある

Plan → do → see の手法が基本である

まとめ

- ネットワークづくりはコミュニティ・ソーシャルワーク(包括的ケアマネジメント)の推進
- コーデイネーションの方法は明らかであり、教科書がある(ケアマネジメント)
- ネットワーキングづくりの方法は現場から作っていく段階であり、地域が教科書である

- ケアマネジメントと同じで、計画的な支援を実施していく → 社会からの評価が得られる

出典・引用

地域包括・在宅介護支援センターのネットワークづくりの手順

～地域包括ケアをすすめるネットワークのつくり方～

『地域包括・在宅介護支援センターの機能強化及び業務の
検証並びに改善手法に関する調査研究事業報告書』

(全国地域包括・在宅介護支援センター協議会刊行)

(担当:白澤政和、畑亮輔、増田和高)

(大阪市立大学大学院生活科学研究科)2010年3月)

◆ 平成21年度老人保健健康増進等事業国庫補助金により実施

地域包括・在宅介護支援センターのネットワークづくりの現状と課題

～どうすればネットワークをつくることができるのか～

『地域包括支援センターの業務の検証及び改善手法に関する
調査研究事業報告書』

(全国地域包括・在宅介護支援センター協議会刊行)

(担当:白澤政和、増田和高、朝野英子、畑亮輔)

(大阪市立大学大学院生活科学研究科)2009年3月)

◆ 平成20年度老人保健健康増進等事業国庫補助金により実施

地域包括支援センターの調査研究
から見えてきたもの

Memo

地域包括支援センター 調査研究から見えてきたもの

(社)全国保健センター連合会

本研究は、平成20年度、及び21年度の老人保健健康増進等補助事業の一環として実施いたしました。
※全国保健センター連合会、<http://www.zenporen.or.jp/chosa/> に全文掲載しております。ご参照ください。

地域包括支援センター 実態調査の目的と方法

目的

◆全国の地域包括支援センター（以下、地域包括）では、特定高齢者の介護予防ケアマネジメントの負担が大きいといわれている。



◆そこで特定高齢者介護予防ケアマネジメントの現状や課題、実行上の工夫等を把握し、今後の対策等を検討する。

方法

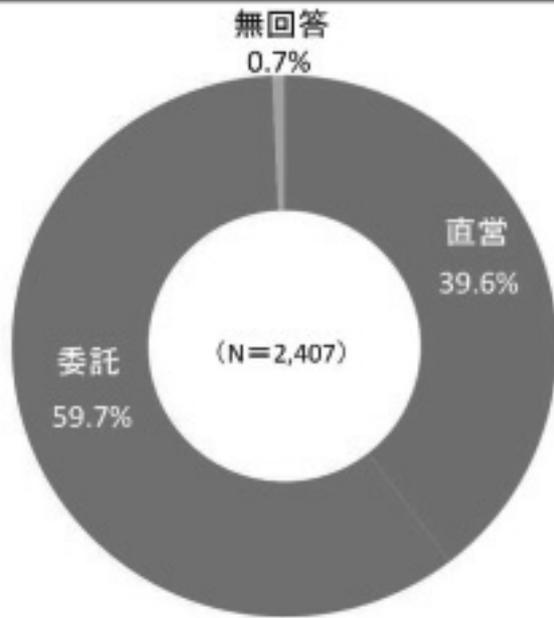
◆全国の地域包括3,998か所（全国保健センター調べ）に質問紙を郵送し、留め置き後、郵送にて回収。
◆調査期間は平成21年1月29日から3月23日到着分まで分析。

◆分析には ASSUM for windows ver4.00使用



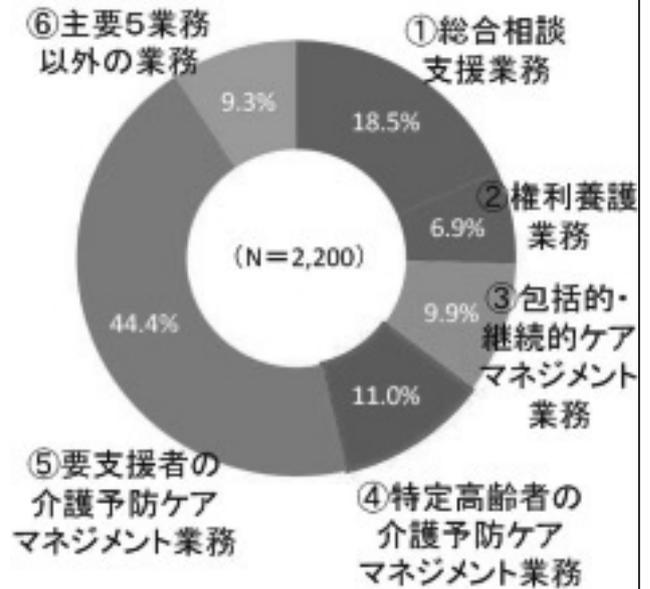
◆回収数 **2,407**
◆有効回収率 **60.2%**

問11 センターの運営形態



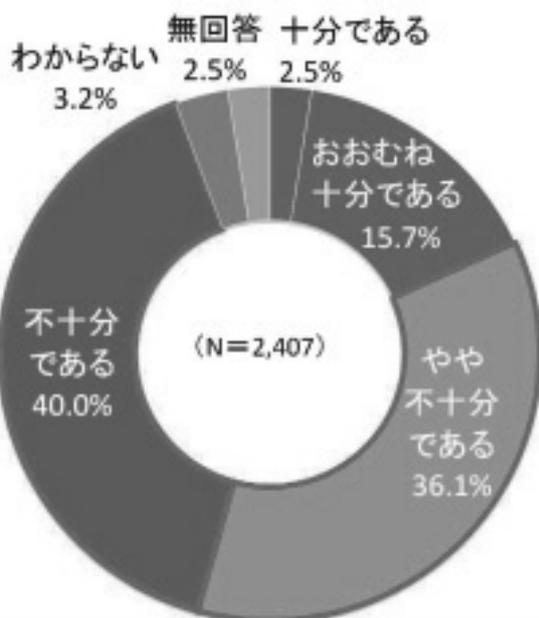
直営包括は約4割にとどまる

問10 全職員の業務ごとの従事時間割合



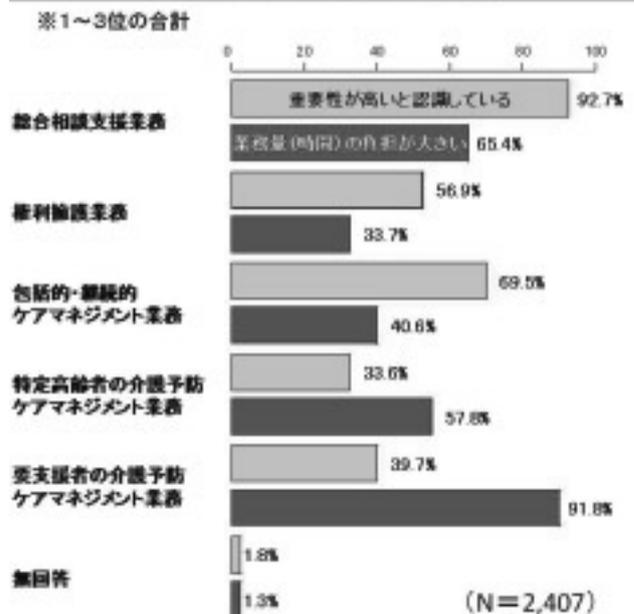
特定高齢者業務は11%

問6 主要5業務を実施するうえでのマンパワーの現状



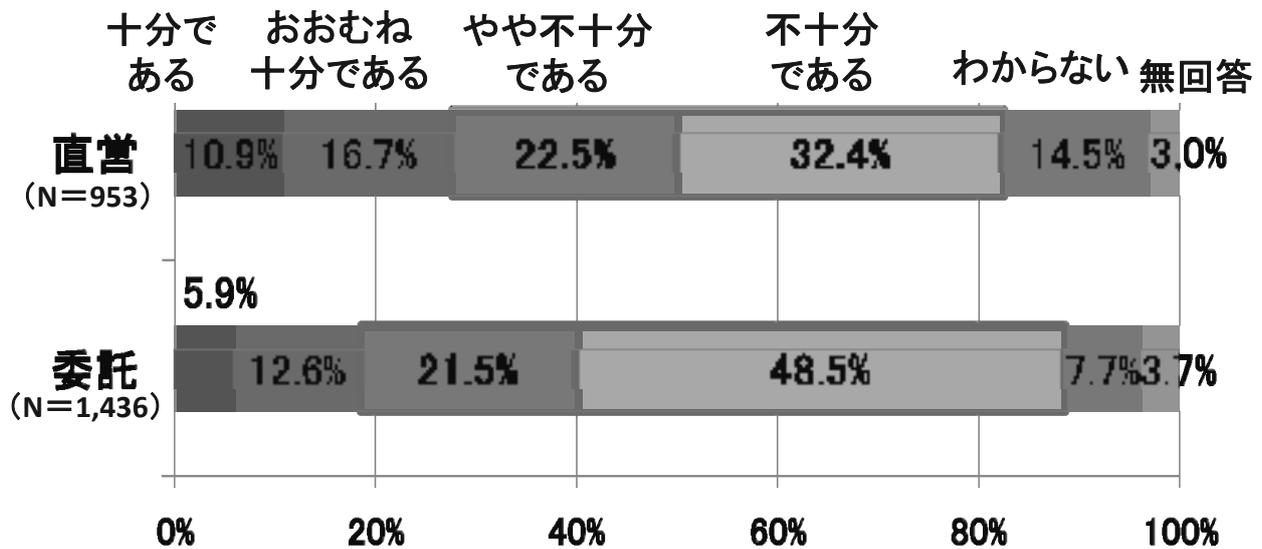
マンパワー「不十分」は76%

問7・8 重要性が高い業務と負担が大きい業務



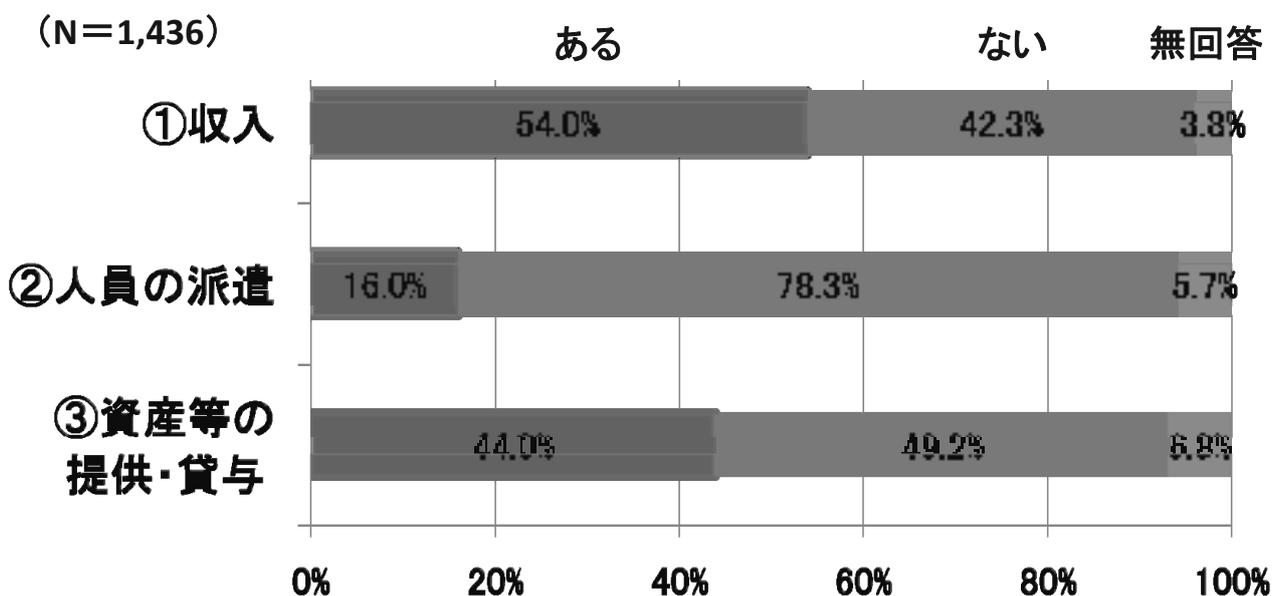
要支援のケアマネジメントの負担が大きい: 92%

問13・16 運営財源として 地域支援事業交付金と介護報酬で十分か



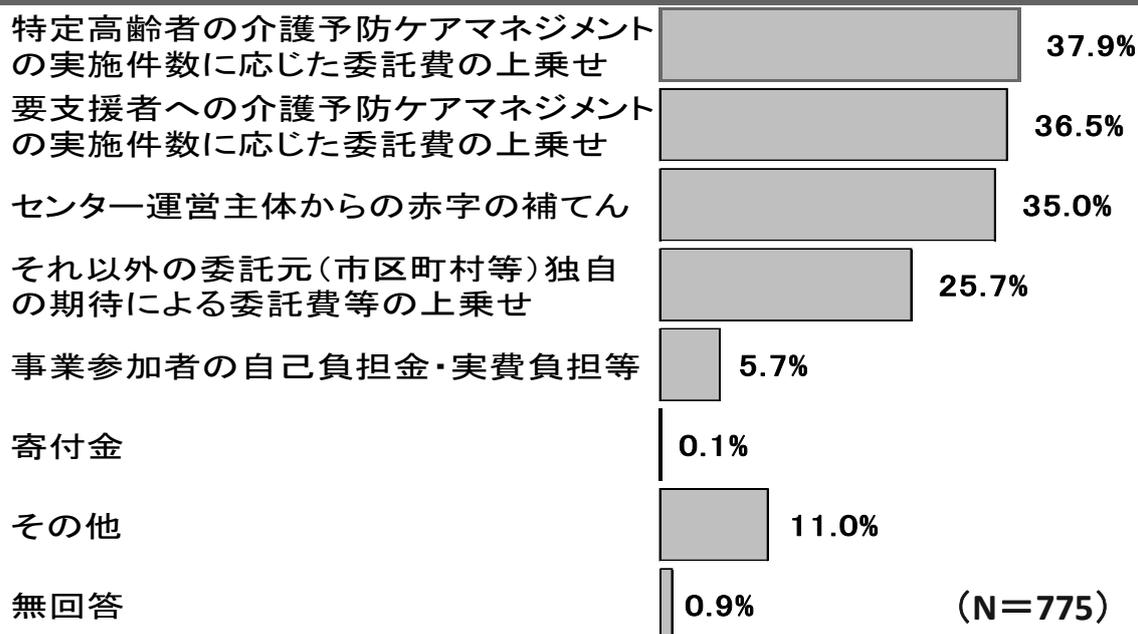
財源が「不十分」は直営で55%、委託で70%

問15 委託の場合の 委託費以外の収入の有無



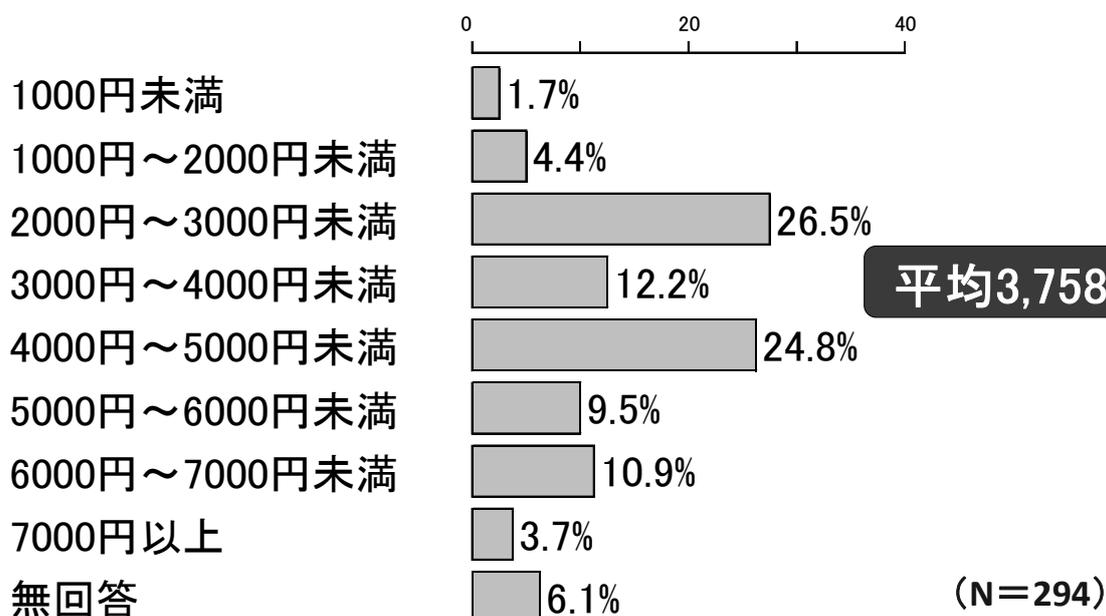
委託の場合、「委託費に上乗せ収入あり」:54%

問15 委託費以外の収入の内訳



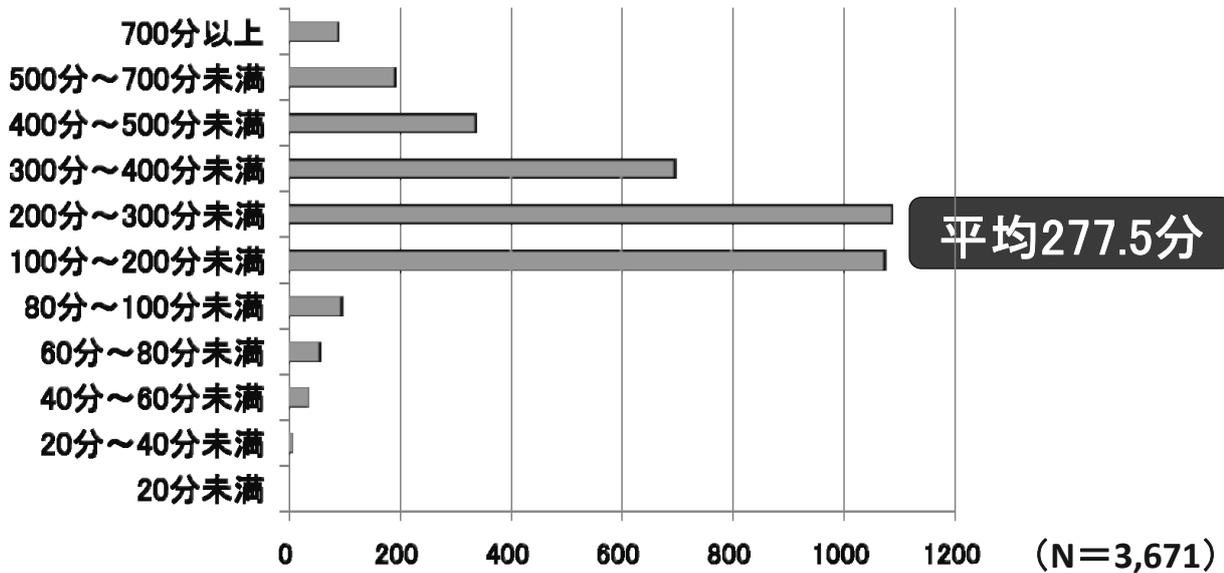
うち「特定の実施件数ごとの上乗せ」が38%

問15 委託費以外の収入： 特定高齢者1件あたりの上乗せ金額



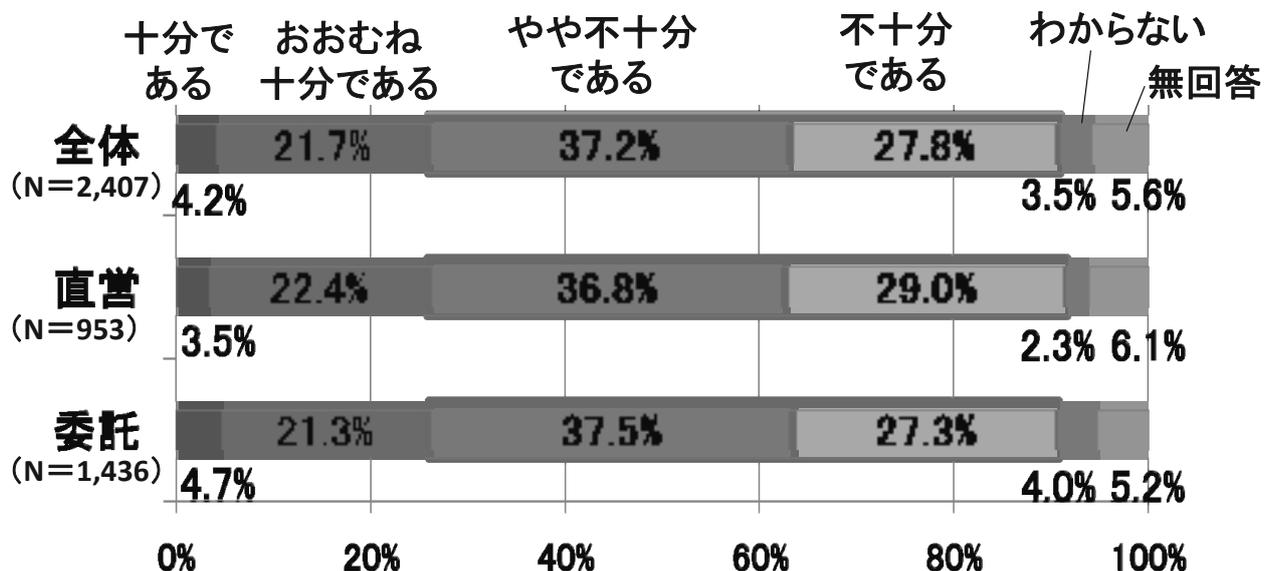
特定1件あたりの上乗せ額は平均3,758円

問24 特定・介護予防ケアプラン所要時間 (声かけ+課題分析+目標設定+プラン作成)



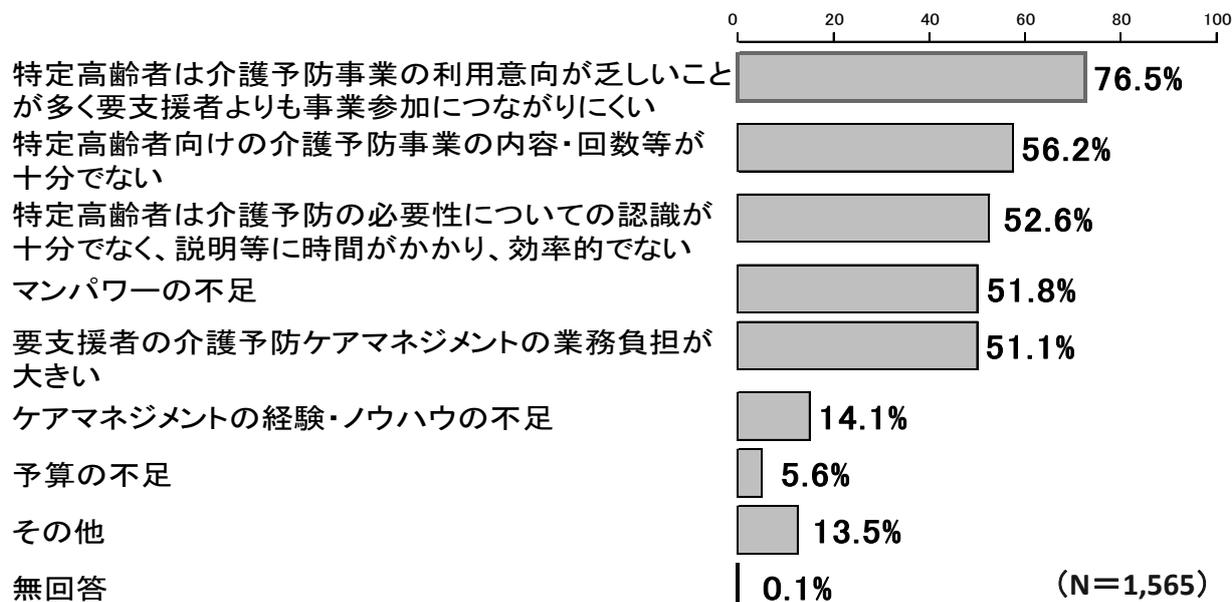
特定1件のプラン作成所要時間は約280分

問19 特定高齢者介護予防ケアマネジメントで 必要なマネジメントが十分できているか



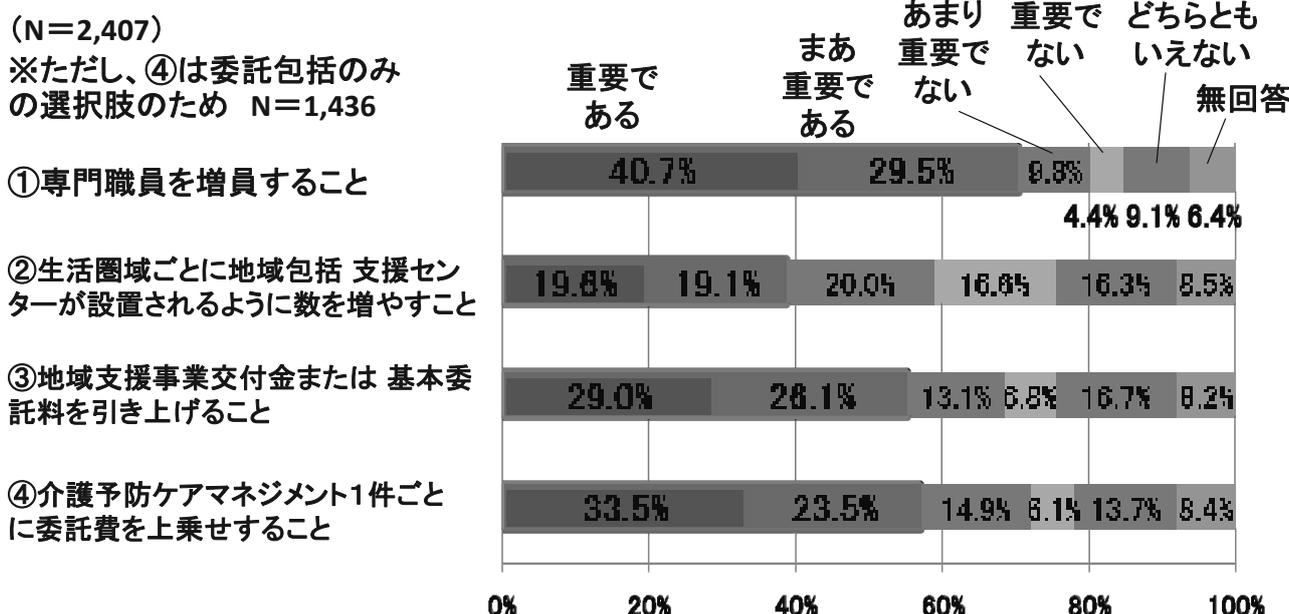
約65%の包括が「特定の事業が不十分」と認識

問19-1 特定高齢者介護予防ケアマネジメントが不十分な理由



不十分な理由1位は「事業利用意向が乏しい」

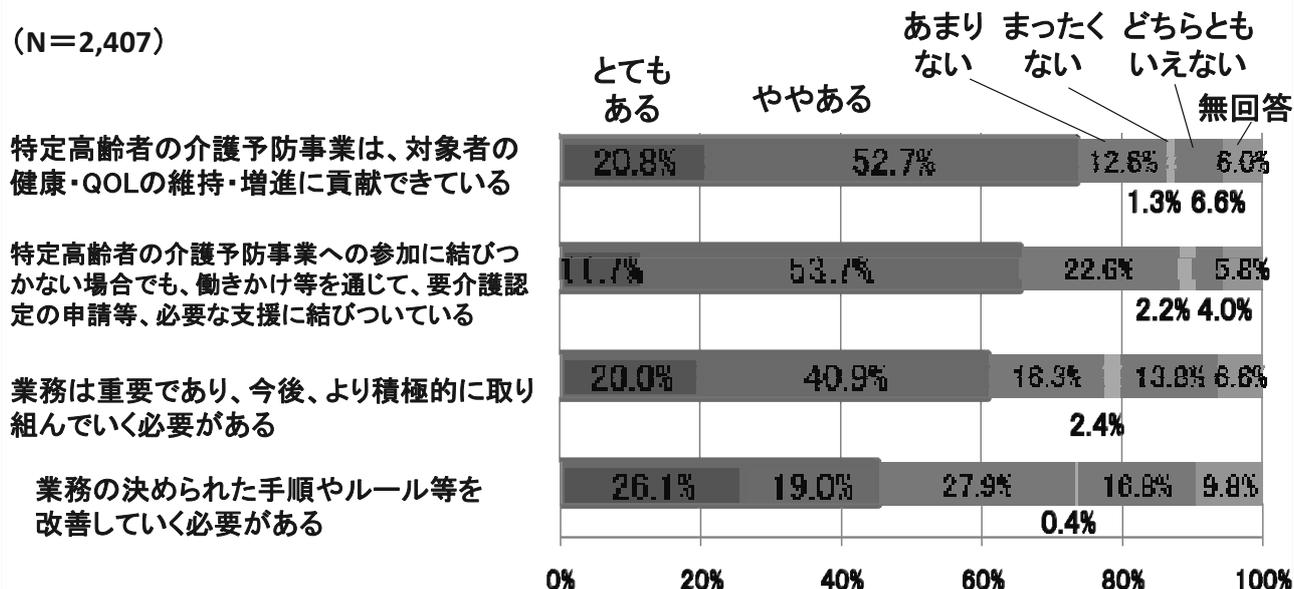
問20 特定高齢者介護予防ケアマネジメント充実のために重要と考える対策



「特定」充実のためには「職員増員が重要」70%

問33 特定高齢者介護予防ケアマネジメントの現状①(ポジティブ項目)

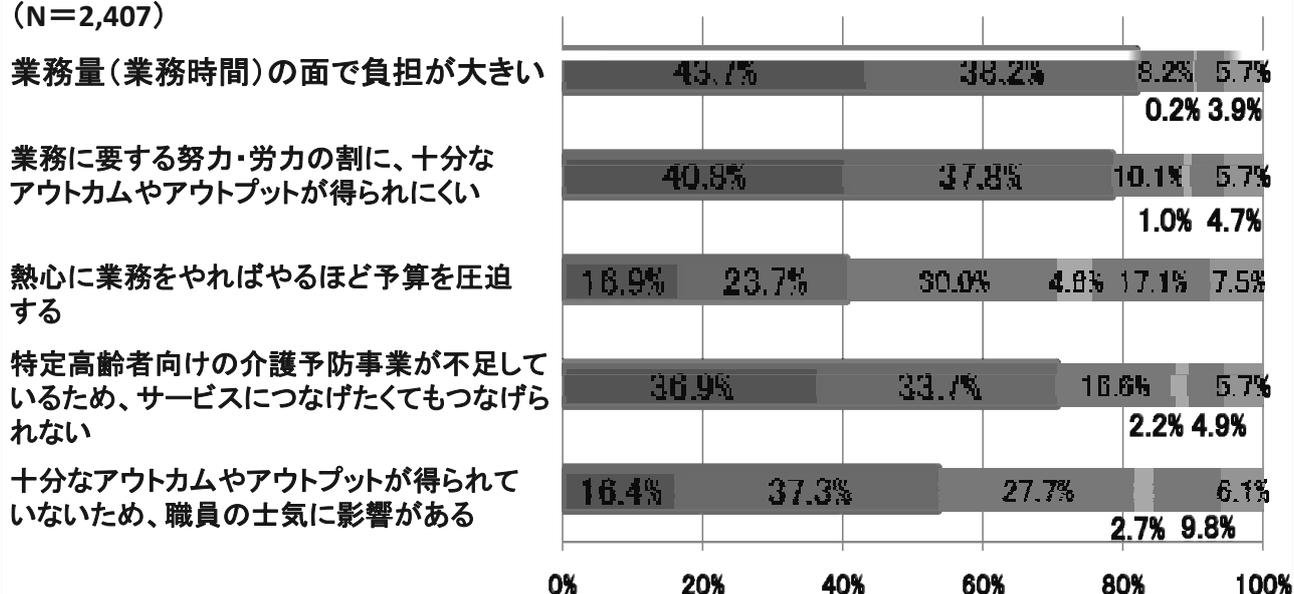
(N=2,407)



特定事業は高齢者健康維持・増進に貢献: 73%

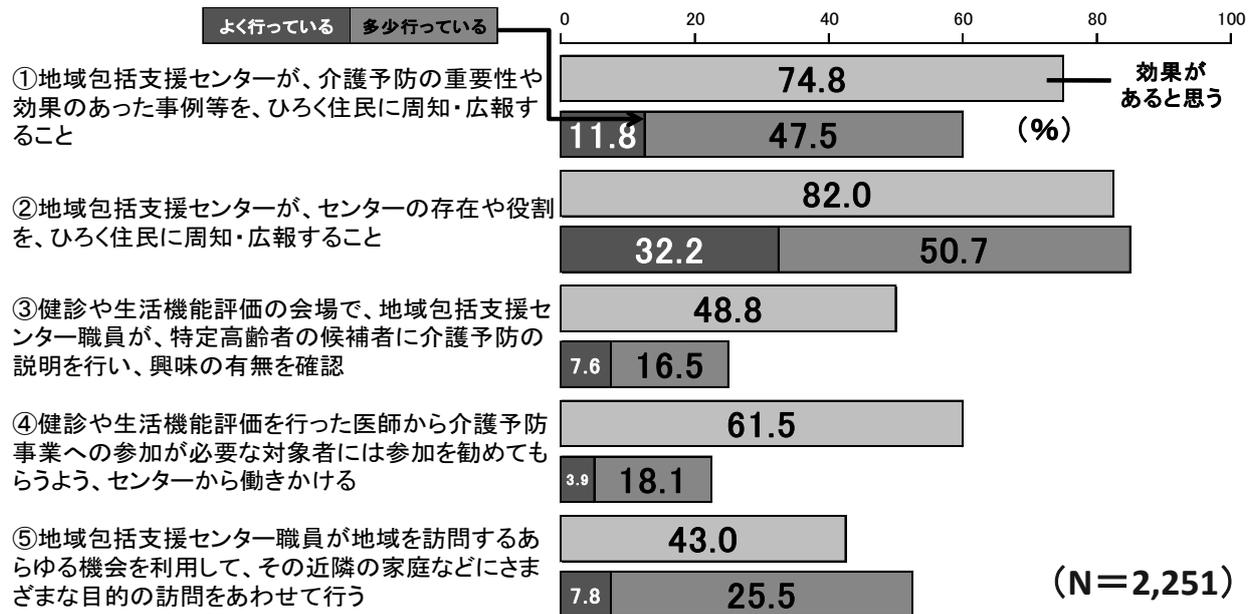
問33 特定高齢者介護予防ケアマネジメントの現状②(ネガティブ項目)

(N=2,407)



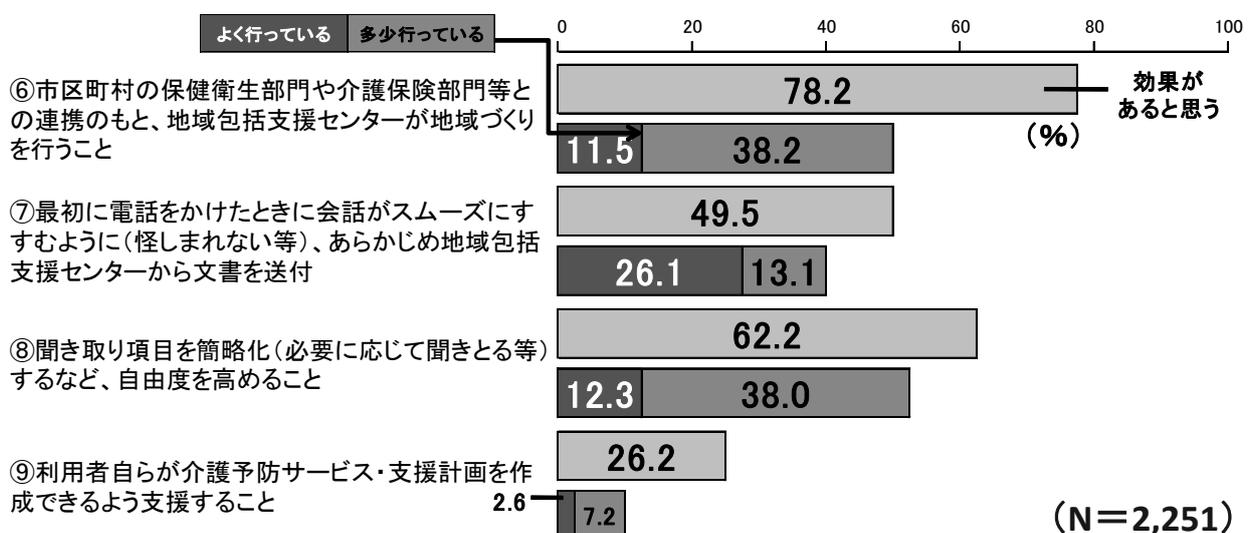
特定事業は業務量の面で負担が大きい: 82%

問34 特定事業の充実・効率化に効果があると思う取り組みと、その取り組み状況①



住民広報が重要：75% ⇔ よく行っている：12%

問34 特定事業の充実・効率化に効果があると思う取り組みと、その取り組み状況②



聞き取り項目の簡略化：50%の包括で実施中

地域包括実態調査のまとめ

- ◆多くの包括でマンパワー・予算が不足。
- ◆特定高齢者事業については、負担感はある一方、重要性を認識している。
- ◆しかし、特定高齢者介護予防ケアマネジメントを十分実施できていないと多くの包括では感じている。
- ◆各地域包括ではさまざまな工夫をしており、今後は工夫と効果の実際について確認が必要。

ヒアリング調査研究の目的・方法

目的

- ◆地域包括支援センター（以下、地域包括）における特定高齢者介護予防ケアマネジメント業務について、労力をかけてもなかなか事業参加につながらない等の声が聞かれる
- ◆そこで特定高齢者介護予防ケアマネジメントの現状・工夫・課題等について把握し、効率・効果を高めるための方向性を探る

方法

- ◆全国6市区の地域包括を機縁法で選定し、地域包括及び委託元市区（4か所）にヒアリング調査を実施（20年12月～21年2月）
- ◆その結果から現状、課題、工夫等の要素を抽出したうえで、地域包括ごとに要素間の関係を整理し、かつ効率的・効果的な特定高齢者介護予防マネジメントに必要な要素（工夫等）を横断的に抽出・整理した

ヒアリング調査対象

- 直営**
- ・ 鶴岡市地域包括支援センター（山形県）
 - ・ 人吉市地域包括支援センター（熊本県）

- 委託**
- ・ 仙台市：六郷地域包括支援センター（宮城県）
 - ・ 杉並区：地域包括支援センター
「ケア24南荻窪」「ケア24久我山」
（東京都）
 - ・ 稲城市：稲城市地域包括支援センターひらお苑
（東京都）
 - ・ 京都市：下京・中部地域包括支援センター
（京都府）

ヒアリング調査対象の概要

	鶴岡市	人吉市	六郷 (仙台市)	南荻窪 (杉並区)	久我山 (杉並区)	ひらお苑 (稲城市)	下京・中部 (京都市)
①圏域人口（人）	140,896	36,462	28,345	29,419	25,885	37,730	13,161
②圏域高齢化率(%)	27.7	28.5	19.0	19.3	20.9	14.8	23.7
③特定高齢者候補者数（19年度、人）	3,909	739	28	160	194	209	（不明）
④特定高齢者決定者数（同上、人）	1,140	186	25	160	194	40	91 (20年度・12月末現在)
⑤特定高齢者施策参加者数（同上、人）	303	171	23	42	101	1	13 (20年度・12月末現在)
⑥人員体制（人）	20	4	4	4	6	4	4
⑦特定高齢者介護予防ケアマネジメントの主な担当者	専門職で分担	介護支援専門員・看護師	保健師	社会福祉士	社会福祉士	専門職で分担	看護師

ヒアリング調査対象の特徴等

鶴岡市	<ul style="list-style-type: none"> ●市(本所)と地域庁舎、在支の役割分担 ●地域包括と主治医・医師会との連携 ●主治医にはFAX連絡⇒医師から対象者へ留意事項の指導を依頼等 <p style="text-align: right;">etc</p>
人吉市	<ul style="list-style-type: none"> ●事前宣伝、チラシの工夫、民生委員の協力等によりチェックリスト回収率約98% ●候補者全員訪問し、独自のアセスメントシートを活用してリスクを確認 ●訪問型も活用して、事業参加率約92% <p style="text-align: right;">etc</p>
六郷 (仙台市)	<ul style="list-style-type: none"> ●医師との連携強化⇒予防効果等説明、参加者の情報をフィードバック ●事業実施事業所(スポーツクラブ)を頻繁に訪問 ●事業終了後には有料の自主運動サークルの立ち上げ・継続を支援 <p style="text-align: right;">etc</p>
南荻窪・ 久我山 (杉並区)	<ul style="list-style-type: none"> ●医師との連携強化⇒区の職員とケア24(地域包括)職員で医療機関を訪問 ●区と地域包括が協力して、教室終了後の自主グループ活動を支援 ●特定高齢者への声かけ前または後のポスティングで包括につなげる <p style="text-align: right;">etc</p>
ひらお苑 (稲城市)	<ul style="list-style-type: none"> ●地域包括はハイリスク、在支はポピュレーションという役割分担が基本 ●特定高齢者でも、プールを使った一般高齢者施策(送迎つき)などに参加 (19年度は特定高齢者40人中、13人事業参加、うち12人は一般施策) <p style="text-align: right;">etc</p>
下京・中部 (京都市)	<ul style="list-style-type: none"> ●学区ごとの集会に参加⇒地域包括のPR、一般施策参加や健診受診を促す ●集団健診会場で地域包括と介護予防推進センターの職員が介護予防を啓発 ※介護予防推進センターは各区に設置された介護予防事業実施組織 <p style="text-align: right;">etc</p>

1. 委託元市区町村としての工夫等

(1) 研修および情報の共有

「地域包括職員向け研修を年10回開催。年1回、全地域包括(41か所)を市の担当者が巡回し、事業評価や指導を実施」(仙台市)

「地域包括職員を集めた研修で、よい取り組みを行っている地域包括職員が体験談として事例発表」(杉並区)

(2) 委託元からの文書送付

「特定高齢者に不審に思われぬよう、地域包括からの声かけに先立って、区が文書を予め送付する」(杉並区)

(3) 委託費の上乗せ(加算)

「特定高齢者ケアプラン作成1件あたり4千円上乗せ。要支援のケアプランが落ち着いてきたこと等もあり、特定高齢者の化プラン作成数や事業参加者数は増加傾向にある」(京都市)

(4) 地域包括の評価

「地域包括へのヒアリング・実態把握に基づき、評価基準を作成予定(地域包括のモチベーション維持・向上につながる評価方法が課題)」(京都市)

「地域包括ごとの特定高齢者把握人数・率をグラフ化して提示」(杉並区)

2. 事業参加者を増やすための工夫等

(1) 一般施策との組み合わせ

「おたっしや21(介護予防健診)により高齢者の5.1%が介護予防事業(一般高齢者施策含む)を利用」(稲城市)

(2) 民生委員の協力を得る

「65歳以上全員にチェックリスト配布。未返送者へは民生委員が訪問し、20年度の回収率は約98%。リスクの高い人に絞り込んだうえ、訪問型も活用し、事業参加率は約92%」(人吉市)

(3) 医療機関と連携

「健診前に医療機関に特定高齢者施策のメリットを説明したり、医師が介護予防を勧められる資料を用意する等してネットワークを構築」(六郷(仙台))

(4) 健診会場等でPR

「特定健診(集団健診)の会場(5学区)で、健診結果を見ながら介護予防等を説明」(下京・中部(京都))

(5) 丁寧にリスクを確認

「事業参加希望者にはチェックリストの聞き直しや訪問により、リスクを確認」(南荻窪・久我山(杉並))

「特定高齢者の候補者全員を訪問、独自のアセスメントシートでリスクの高い人に絞り込んでいる」(人吉市)

(6) 参加機会を増やす

「特定高齢者の事業の数が増えてつながらり易くなった」(南荻窪・久我山(杉並))

3. ケアマネジメントの効率・効果を高めるための工夫等<実施体制面>

(1) 医療機関との関係構築

「区と地域包括で医療機関を訪問・説明したり、医師に介護予防の講師を依頼するなどして関係を構築」(杉並区)

「教室参加時の留意事項を主治医から伝えてもらう」(鶴岡市)

(2) 地域との関係構築

「老人会・町内会単位で頻回に介護予防等の健康教育開催(19年・278回)。民生委員定例会等でも説明」(人吉市)

「老人会等の会合で介護予防教室や講和を実施。年20回まで加算(3万円)あるが、それ以上実施」(六郷(仙台))

(3) 市町村と包括が役割分担

「地域の実態を知る市の保健師が声かけし、包括がプラン作成」(鶴岡市)

(4) 事業実施事業所の支援

「介護予防プログラム強化企画会議を立ち上げ、学識者・保健師・PT等のメンバーが事業所訪問等行う」(仙台市)

(5) 在支の活用・役割分担

「包括はハイリスクアプローチ、在支はポピュレーションアプローチ」(稲城市)

「在支に特定高齢者の把握やアセスメントを委託」(鶴岡市)

3. ケアマネジメントの効率・効果を高めるための工夫等＜実施手法面＞

(1) 様式や記入方法を工夫

「「具体策についての意向(本人・家族)」欄を選択式に⇒通常は、「①提案どおり」に丸をつけるだけで済む」(鶴岡市)

「チェックリストの情報提供同意欄は、同意しない場合のみ丸をつけるように変更(様式は毎年改良)」(稲城市)

(2) 事業を数値で評価 (PDCA)

「プログラムを受けた対象者全体と事業所ごとに数値評価を実施(稲城市)

「評価データを提出する事業所に加算を設定。評価は事業所ごとに比較・グラフ化してフィードバック」(人吉市)

(3) 事業終了後のフォロー

「特定に準じる高齢者」に参加費半額で特定高齢者事業に参加してもらったり、週により「元気高齢者」向け事業と介護予防事業に交互に参加してもらう等して段階的に移行を支援」(人吉市)

「専門講師を招いた会費制の自主運動サークルを立ち上げ」(六郷(仙台))

(4) 教室参加者のサポート

「運動の事業はスポーツクラブが受託。教室開催中は包括職員が週1回足を運び、参加者に対して気にかけていることをアピールするとともに事業所との情報交換の場としている」(六郷(仙台))

成果につながりやすい介護予防事業の要件

1. 特定高齢者の介護予防ケアマネジメントでは、様式を簡略に記載することが許容されている。成果を上げている包括では、様式にはさまざまな工夫をしている。

2. 参加が望まれる人が、参加したいときに参加できる十分な事業の数・回数が確保されている。

3. 関係者が介護予防事業の本来の目的や参加の意義を理解、もしくは共有し、たえず参加者の立場にたった改善を図りながら実施できている。

4. 特定高齢者施策のほかに、参加しやすい施策(一般高齢者施策)が用意されている。

5. 効果的な介護予防事業を実施できる事業者が育成されている。

6. 特定高齢者施策卒業後の受け皿(自主グループ等)が用意され、機能している。

7. 住民(民生委員等)が、ハイリスク者の掘り起こしや、自主的な健康づくりに役割を果たしている。

8. 医療機関や在宅介護支援センター、その他関係機関と連携した事業実施体制がとられている。

ヒアリング調査まとめ

- ◆「時間短縮」「成果獲得」の2つの側面を意識した「効率化」が求められる。
- ◆委託の場合、「効率化」につながる実施体制構築には、委託元市区町村の役割（協力する姿勢・支援を含めた管理責任）が重要。
- ◆様式のすべてを埋める必要がないことを委託元からも伝える必要があるが、効率化の名のもとにプランの質が低下しないよう、人材育成・確保も重要。

地域包括支援センターのネットワーク化と

業務の重点化・効率化に関する調査研究委員会 名簿

<名簿> (50音順、敬称略、所属は21年3月末現在、※印は座長)

- 秋山 由美子 / 世田谷区保健福祉部 部長
安藤 智子 / 銚子市高齢者福祉課(銚子市地域包括支援センター長)
井伊 久美子 / 社団法人日本看護協会理事
石黒 秀喜 / 財団法人長寿社会開発センター事務局長 兼 総務部長
岡本 玲子 / 岡山大学大学院保健学研究科看護学分野 教授
木村 隆次 / 日本介護支援専門員協会 会長
塚本 鋭裕 / 大府西包括支援センター(大府市福祉課 課長補佐)
※津下 一代 / あいち健康の森健康科学総合センター 副センター長
兼 健康開発部長
宮崎 和年 / 熊本県健康福祉部高齢者支援総室介護予防班 参事
矢野 邦浩 / 鎌ヶ谷市西部地域包括支援センター長
村中 峯子 / 社団法人 全国保健センター連合会 企画部長
(オブザーバー) 辻 一郎 / 東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学教授
(調査研究協力) 株式会社 社会保険研究所

特定高齢者質問紙調査研究の目的・方法

目的

- ◆介護予防の積極的かつ効率的・効果的な推進は、地域包括支援センター（以下、地域包括）の重要な役割。▼
- ◆そこで特定高齢者（決定者）のうち事業につながった方（参加者）とつながらなかった方（不参加者）の意識の違いを、サービス利用を左右する要因、高齢者自身のニーズ等を調査・比較・分析する。

方法

- ◆8市町（矢巾町、船橋市、知多北部広域連合の4市町、名古屋市、諫早市）の20年度特定高齢者（決定者：運動器機能低下該当）のうち事業参加者計**404**人、不参加者計**404**人、合計**808**人を無作為抽出して、質問紙調査を実施。
- ◆平成21年11～12月に調査票配付、22年1月まで回収分を分析。
- ◆回収数・率

参加者	382 人 (94.6%)
不参加者	343 人 (84.9%)
合計	725 人 (89.7%)

問2 健康を維持するための活動の実施状況 A. 運動に関すること

		（参加者：N=382） （不参加者：N=343）			（%）
		よく 行っている	ときどき 行っている	行っていない	
(1) 個人的に散歩やウォーキングを行うこと	参加者	28.2	35.9	30.9	7.1
	不参加者	22.4	35.6	32.9	9.0
(2) 民間のスポーツクラブで運動をすること	参加者	7.6	72.0		8.4
	不参加者	6.1	80.5		8.6
(3) 自宅で体操、ストレッチ、筋トレ等を行うこと	参加者	23.6	45.3	22.5	6.4
	不参加者	16.3	38.2	37.0	8.5
(4) 自治体主催の運動教室等に参加すること	参加者	14.8	24.3	52.4	6.4
	不参加者	7.9	80.5		8.5
(5) 地域の自主的なサークルやグループに参加して運動（スポーツ・体操等）を行うこと	参加者	15.0	13.5	61.5	6.5
	不参加者	6.5	9.0	74.1	8.5

（注）P値はカイ2乗検定による

「不参加者」も活動しているが、「参加者」はより活動的

問2 健康を維持するための活動の実施状況 B. 食生活に関すること

		(参加者:N=382) (不参加者:N=343)	よく 行っている	ときどき 行っている	行って いない	(%) 無回答
(6) 食べ過ぎないようにすること	参加者		55.8	29.3	8.1	6.8
	不参加者		53.1	28.0	9.8	9.3
(7) 栄養が偏らないようにすること	参加者		56.9	27.7	6.8	6.5
	不参加者		54.6	26.5	7.5	11.4
(8) カロリーや脂肪分を控えること	参加者		51.6	28.6	11.3	7.3
	不参加者		47.5	28.9	12.8	10.8
(9) 特定保健用食品やサプリメントなどを利用すること	参加者		22.5	17.0	52.4	6.4
	不参加者		19.5	17.2	52.2	11.1

「参加者」「不参加者」とも、食生活に注意をしている

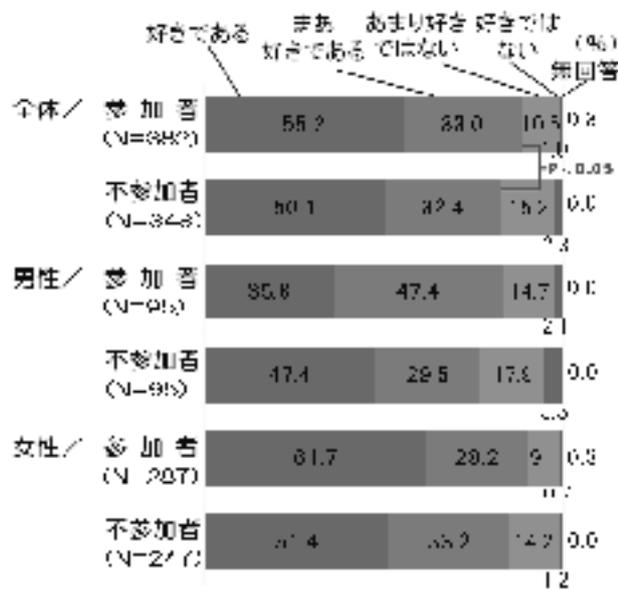
問2 健康を維持するための活動の実施状況 C. その他

		(参加者:N=382) (不参加者:N=343)	よく 行っている	ときどき 行っている	行って いない	(%) 無回答
(10) 仕事を行う（続ける）こと	参加者		20.9	11.5	57.9	9.7
	不参加者		27.1	8.7	51.0	13.1
(11) 頻繁に外に出るなど、活動的な生活を行うこと	参加者		51.9	37.4	22.5	6.1
	不参加者		28.0	30.9	39.0	11.1
(12) 健診または人間ドックを毎年受けること	参加者		63.6		14.9	14.1
	不参加者		50.1		18.1	12.8
(13) 持病についてきちんと治療を受けること	参加者		71.2		15.2	7.0
	不参加者		69.7		12.2	10.5

(注)P値はカイ2乗検定による

「参加者」のほうが、“活動的な生活”を意識している

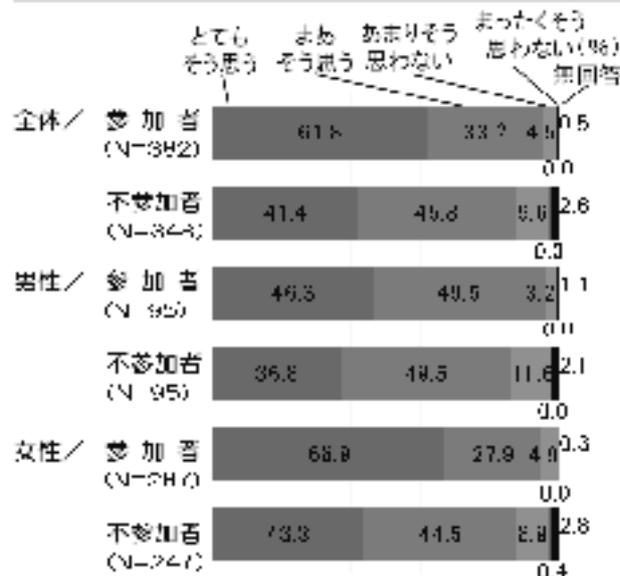
問2⑥ 友人・知人と会って話 をすることが好きかどうか



「不参加者」の8割強が人と会って話を
するのが好き、2割弱が好きでない

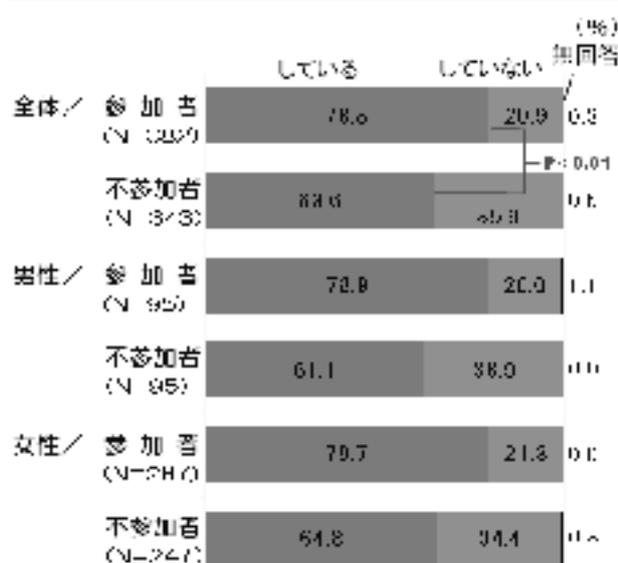
問15 介護予防の可能性への 理解

問15 あなたも、運動や健康づくりによって、できるか十分気が入るを、想像しながらどのようにできるか、介護予防することには可能かと思いませんか



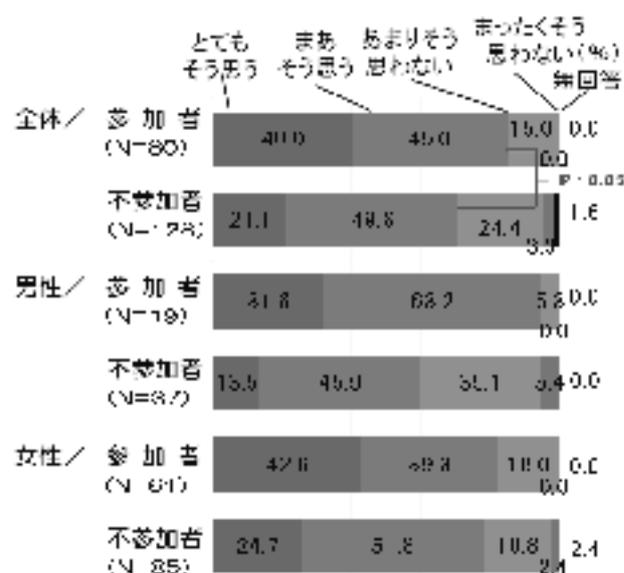
介護予防の可能性は「不参加者」の
約9割の方にも理解されている

問16 介護予防のための運動 や健康づくりの実施状況



「不参加者」の6割以上が、介護予
防のための運動・健康づくりを実施

問16-1 介護予防の運動等非 実施者の今後の取り組み意向



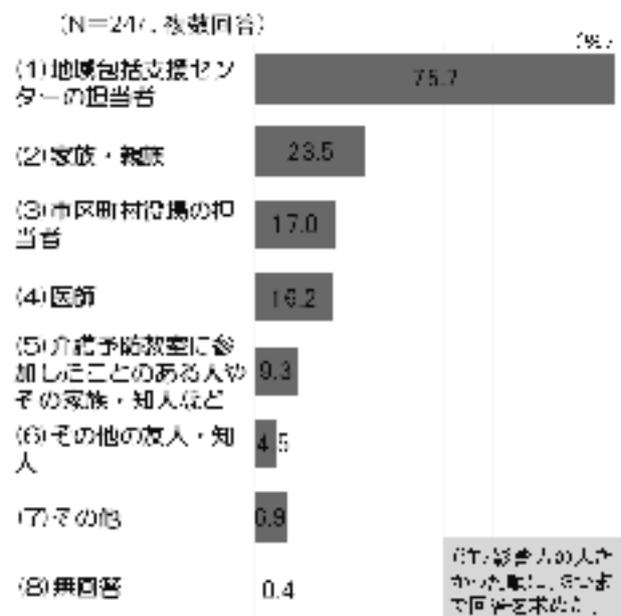
現在実施していない人も、介護予
防のための運動の取り組み意向あり

問19 参加者が介護予防教室に参加した理由(上位項目)



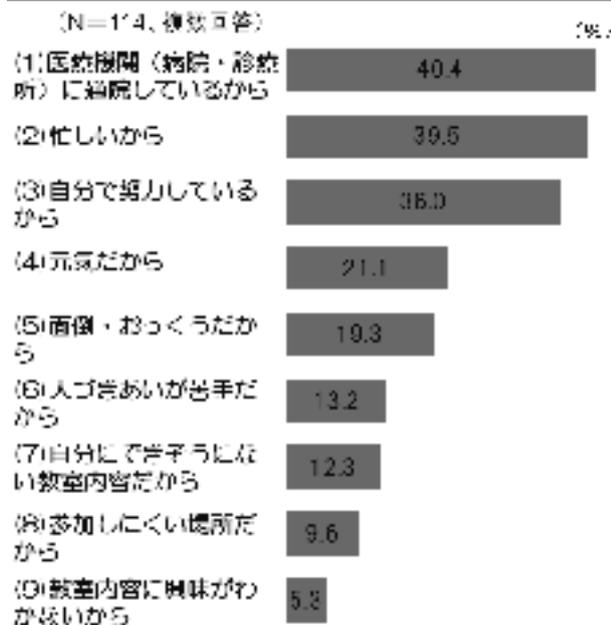
参加につながるには、「誘いかけ」と「元気でいられること」のPRが重要

問19-1 参加者に参加を勧めてくれた人



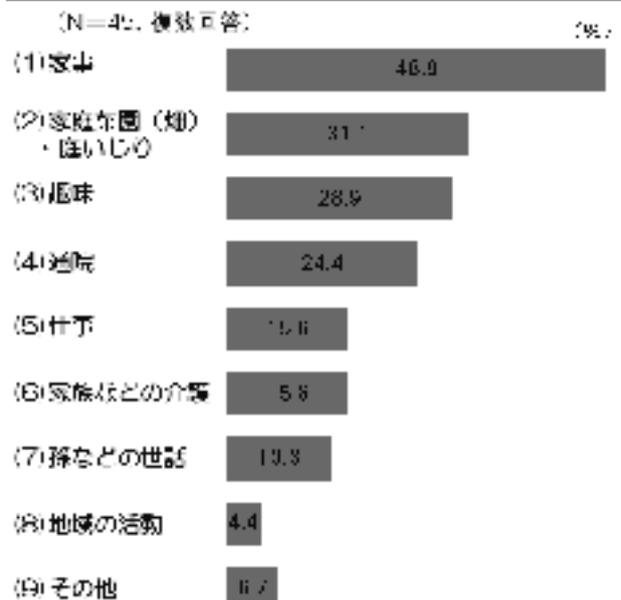
地域包括のほか家族・親族、市町村担当者、医師の誘いも効いている

問19 不参加者が介護予防教室に参加したくない理由(上位項目)



さまざまな不参加理由に対応した、広報などの工夫が必要

問19-1 「忙しい」を理由にした不参加者の「忙しい」理由(上位項目)



「忙しい」人にも、「参加する価値」を感じてもらうことが重要

問20 「不参加者」が参加する気持ちになる 教室の条件(26項目中の上位項目)

(N=343、複数回答) (%)	大切だと思 う	まあ大切 だと思う	あまり 大切でない	まったく 大切でない	無 回 答
(1)職員・担当者が、親切に分かりやすく教えてくれること	66.2		20.1	7.4	9.3
(2)職員・担当者が、自分にあった、個別のアドバイスをしてくれること	63.0		22.2	9.2	11.1
(3)自宅の近くや交通の便のよい場所で開催されること	71.4		13.1	7.3	12.8
(4)職員・担当者が、保健師・管理栄養士・健康運動指導士などの専門家であること	57.4		27.1	4.4	9.3
(5)職員・担当者が、自分の悩みや困ったことなどを丁寧に聞いてくれること	59.8		26.5	5.1	10.5
(6)膝・腰・肩・足首などの痛みが改善されること	57.1		25.1	3.8	12.2
(7)「楽しく」参加でき、明るい気持ちになれる内容であること	55.1		27.1	7.4	12.5
(8)自分で歩く力の改善に役立つ内容であること	54.2		25.8	4.4	12.8

「職員・担当者」「アクセスの良さ」「改善効果」「楽しさ」等が重要

特定高齢者質問紙調査まとめ

- ◆不参加者であっても、人と話をするのが好きな人、事業に参加したい人が多数を占めた。
- ◆今後、担当者等の個別の説明や痛みや歩行能力の改善につながる支援等、ニーズに応えることで参加を拡大する余地がある。
- ◆参加を勧める人の拡大や、不参加理由に対応した広報も必要と考えられる。
- ◆個別の運動プログラムに参加できる等、事業メニューの充実も求められる。

ヒアリング研究の目的・方法

目的

- ◆ 地域包括支援センター（以下、地域包括）における特定高齢者介護予防ケアマネジメント業務について、労力をかけてもなかなか事業参加につながらない等の声が聞かれる
- ▼
- ◆ そこで、地域における介護予防の効率的・効果的な手法を探るため、地域包括支援センターの介護予防事業の実施状況等を把握する。

方法

- ◆ 全国5市町の地域包括を機縁法で選定し、地域包括及び委託元市町（3か所）にヒアリング調査を実施（21年10月～11月）
- ▼
- ◆ その結果から現状、課題、工夫等の要素を抽出したうえで、地域包括ごとに要素間の関係を整理し、かつ介護予防の効率的・効果的な手法（工夫等）を横断的に抽出・整理した。

ヒアリング調査対象

- 直営** ・ 千代田町地域包括支援センター（群馬県）
・ 中野市地域包括支援センター（長野県）

- 委託** ・ 旭川市：神居・江丹別地域包括支援センター、
豊岡・東旭川地域包括支援センター
（北海道）
・ 川崎市：夢見ヶ崎地域包括支援センター
（神奈川県）
・ 大牟田市：地域包括支援センター（サブ
センター）やぶつばき（福岡県）

ヒアリング調査対象の概要

	千代田町	中野市	神居・江丹別 (旭川市)	豊岡・東旭川 (旭川市)	夢見ヶ崎 (川崎市)	やぶつばき (大牟田市)
①圏域人口(人)	11,984	47,688	34,672	52,448	39,526	9,713
②圏域高齢化率(%)	20.9	24.5	27.1	23.3	17.0	34.8
③特定高齢者候補者数 (20年度、人)	303	1,757	407	380	83	714
④特定高齢者決定者数 (同上、人)	289	1,007	383	338	38 (注1)	74
⑤特定高齢者施策参加者数 (同上、人)	71	234	64	53	29 (注2)	31
⑥地域包括人員体制(人)	3	9	11	9	5	4
⑦特定高齢者介護予防 ケアマネジメントの主な 担当者	保健師	保健師	保健師	保健師	看護師	看護師

注1) 平成21年3月までに発送した「暮らしの元気チェック」(チェックリスト)に対して21年6月までに生活機能検査を受診した人が集計対象。
 注2) 一部、19年度の生活機能評価により特定高齢者に決定のうえ、20年度の特定高齢者施策に参加した者を含む。

ヒアリング調査対象の特徴等

千代田町	<ul style="list-style-type: none"> ●特定高齢者施策と一般高齢者施策を融合した事業を実施 ●楽しいプログラムを追求 ●ケアプラン作成の効率化⇒特定高齢者の場合、署名・押印を省略 etc
中野市	<ul style="list-style-type: none"> ●わかりやすい広報⇒介護予防事業の効果や参加者の声を広報誌に掲載 ●自宅でも運動をしてもらう工夫⇒「おみやげ体操」と記録用カードの配付 ●事業評価を、体力指標・疼痛・介護認定率の変化等により実施 etc
神居・江丹別／ 豊岡・東旭川 (旭川市)	<ul style="list-style-type: none"> ●委託先の包括が自主的な取り組み(独自ホームページ作成、介護予防カルタ作成、認知症寸劇の実演・DVD化などを実施) ●それを支える委託元のマネジメントと委託(プロポーザル)の工夫 ●事業参加につながるよう生活機能評価の様式を工夫(改訂) etc
夢見ヶ崎 (川崎市)	<ul style="list-style-type: none"> ●地域包括は、担当圏域の実態・課題を所定の書式で整理(=地域診断)⇒それをふまえて年度ごとの目標を設定し、年度末に自己評価する ●上記の仕組みを導入した委託元の適切なマネジメント etc
やぶつばき (大牟田市)	<ul style="list-style-type: none"> ●徘徊模擬訓練による地域づくりを積極的・継続的に実施 ●集団訓練参加者の声を冊子にまとめるなどして、プログラムの改善・普及を図っている。 etc

1. 介護予防ケアマネジメントの各手順の改善

(1) 把握・声かけの工夫

「試しに1～2回参加して、合わないならやめてもいいことを伝えて、参加の心理的ハードルを下げる」(千代田町)

「包括の支援策として対象者への事業参加の声かけは委託元の非常勤職員等が実施」(旭川市・川崎市・大牟田市)

(2) アセスメントの工夫

「医師の生活機能評価判定で、「生活機能の低下はありません」という欄を無くし、代わりに「医学的に禁忌」かどうかを確認する欄を設けた」(旭川市)

「口頭および書面による十分な説明と同意のもと、特定高齢者ケアプランでは署名・押印欄を省略」(千代田町)

(3) サービス・事業提供の工夫

「特定の教室終了後も、同じ事業者の教室に送迎付きで継続して通うことができる(有料)」(中野市)

「さまざまな行事(籠編み、陶芸、踊りなど)があり、女性の誕生日にはウェディングドレスを着せてくれるなど、楽しいと評判の事業(特定＋一般が参加)を社協への委託で実施(千代田町)」

(4) モニタリング・評価の工夫

「事業効果を体力指標、主観的健康感、疼痛部位数等で評価」(中野市)

「事業参加者の感想・写真(＝定性的評価)等を年2回“介護予防情報かわら版”として広報誌に掲載」(中野市)

2. 評価(事業)終了後のフォロー・受け皿づくり

(1) 既存の事業等につなげる

「介護予防の拠点施設で特定高齢者施策・一般高齢者施策を一体的に行うことで、特定高齢者が引き続き一般高齢者施策に参加できる」(千代田町)

「地域活動への参加に結びつくよう高齢者が参加できる地域グループの紹介誌を作成・配布している」(川崎市)

(2) 終了後に参加できる事業の立ち上げ

「16か所の老人会に呼び掛けて、希望地区で自主的転倒予防教室(月2回)を開催。段階的に希望する地区を拡大して、特定高齢者施策終了者の受け皿を増やしたい」(千代田町)

(3) 自主グループ化

「特定高齢者施策終了者に自主グループ化を呼びかけ。その際、継続して運動できる施設の周辺に住む人に声をかけた。そうした拠点施設を徐々に探して増やしていき、順次その近辺の事業終了者に声をかけていく予定」(旭川市地域包括)

(4) OB会の開催

「特定高齢者施策の仕組み自体に、後日終了者が集まる機会(OB会)を盛り込んでいる。具体的には、特定高齢者施策終了者には、教室終了後約2か月後に1回だけ、OBが集まって運動できる機会を設けている」(旭川市)

3. 介護予防の効果を高めるための地域づくり

(1) 介護予防事業の効果等の周知

「腰の曲がった人が事業参加で若々しくなったという評判が地域で話題にのぼり、その口コミ効果で一般高齢者に参加してくる人がいる」(千代田町)

「老人クラブの自主グループ活動が軌道にのったら、地元の新聞に当事者の声を載せてもらって効果をPRしたい」(千代田町)

(2) 住民ボランティアの育成

「介護予防事業に健康づくり市民サポーターが関わることで、一種のモニタリング機能を果たしてくれる」(大牟田市)

(3) 住民ネットワークの構築

「民生委員・児童委員協議会の会議(2~3か月に1回)に毎回出席したり、公民館連絡協議会の会議に出て、顔をつないでいる」(大牟田市サブセンター)

「老人クラブ(受け入れてくれるところのみ)を訪問し、介護予防のための運動や認知症予防プログラム、健康相談等を実施。順次アプローチして、拡大していきたい」(旭川市地域包括)

「地域の医療機関、スーパー、理髪店等を足で回って、全地域包括が社会資源マップを作成」(旭川市地域包括)

「徘徊模擬訓練の実施校区を拡大中。校区ごとの会合に市の職員が参加し、呼びかけを続けてきた」(大牟田市)

4. 地域包括の業務を円滑化・活発化するための体制・組織づくり

(1) 地域包括内部の組織づくり

「センター長が方針を示し、熱い気持ちで職員が一丸となって取り組むことで、運動DVDの作成や、認知症の寸劇作成など、忙しくてもさまざまな事業を展開できる」(旭川市地域包括)

(2) 地域包括と関係機関とのネットワークづくり

「地域の医療機関のうち回れるところは足を運び、介護予防の話などをしていく。医師によっては、生活機能評価のコメントとして、“予防の運動を頑張ってください”と書いてくれることもある」(旭川市地域包括)

「全地域包括と全サブセンターを集めて月1回連絡会議を行い、事例検討会も行う。さらに各地域包括で持ち回りの定例研修会も開催」(大牟田市)

(3) 地域包括(委託)の業務を支援する市町村体制づくり

「委託費増額とセットで、地域づくりを地域包括に追加委託」(旭川市)

「市は包括からの相談に対してワンストップで対応し、答えを出して指導・助言してくれる」(大牟田市サブセンター)

「国の補助金により介護予防拠点施設を市内37か所整備。法人委託で、自主的地域活動を担う」(大牟田市)

5. 評価・改善の仕組みづくり

(1) 地域包括の評価

「地域包括が、取り組みを自己評価できる仕組みを導入。具体的には地区ごとの地域資源や現状・課題等を記入し、現状把握と自己評価ができる様式を作成した」(川崎市)

「地域包括は毎年度活動計画書を作成、“活動計画書達成状況”という書類で自己評価を行う」(旭川市)

(2) 介護予防事業実施者の評価

「介護予防教室の成果は、事業所ごとに成績をまとめ、実名で各事業所や地域包括に提示する」(旭川市)

「介護予防事業者は、教室終了後に“品質改善報告書”を提出」(川崎市)

(3) 要介護認定率による介護予防政策の評価

「教室参加群と不参加群で、事業終了後の要介護認定率を集計。教室参加群の認定率(4.0%)は不参加群の認定率(13.3%)、市全体の認定率(11.3%)より低かった」(中野市)

「介護予防政策の評価として、市全体の要介護認定率の推移で評価。新規要介護認定者数の高齢者人口に占める割合を算定したところ、平成18年度5.2%、19年度51%、20年度5.0%と低下傾向にあった」(旭川市)

ヒアリング調査まとめ

- ◆ 地域包括発足後4年目(調査時点)となり、さまざまな個性的な取り組みが見られるとともに、共通点も多く確認された。
- ◆ 委託元と委託先は役割分担関係であるとともに、協働・協力が求められる。また市町村によるマネジメントが極めて重要。
- ◆ 市町村によるマネジメントは、地域包括の主體的・効果的な取り組みを強化(エンパワメント)する支援的なものである必要がある。

介護予防拡大のための10の提言

提言1	高齢者の気持ちをとらえて介護予防を推進する
提言2	介護予防の「質」と「量」を高める
提言3	参加したくなるプログラムを創る
提言4	介護予防の「意義」と「効果」を普及・PRする
提言5	介護予防のPR・誘いかけを行う人材・機会を有効活用する
提言6	介護予防につながる地域づくりを行う
提言7	市町村と地域包括が理念・判断・目標を共有する
提言8	市町村と地域包括の協働を強化する
提言9	成果を出すための体制・組織をつくる
提言10	事業成果や目標への到達度を定性的/定量的に評価する

提言1

高齢者の気持ちをとらえて 介護予防を推進する

＜趣旨（抜粋）＞

◆初めに事業内容や制度ありきではなく、高齢者の気持ちをとらえて事業等を企画する必要がある。

◆不参加者についても、「やる気がない」「自覚がない」等ととらえるのではなく、参加しない正当な理由があると考え、その声に耳を傾け、不参加者の思いを理解して、事業の改善や広報等に役立てていくことが求められる。

提言2

介護予防の 「質」と「量」を高める

＜趣旨（抜粋）＞

◆高齢者が参加したい介護予防教室の条件を整え（第1報参照）、「質」（効果）と「量」（参加者数等）を高めていくことが必要。

◆自宅での運動の実施・継続支援や、効果が得られているかどうかを体力測定等により評価することも重要。

◆国の補助金等を有効に活用して、介護予防の拠点を計画的に整備し、自宅の近くで介護予防の教室や自主グループ等に参加できる環境作りも必要。

提言3

参加したくなる プログラムを創る

<趣旨（抜粋）>

- ◆年代・性別・嗜好等に応じて、プログラムが対象別に細分化されていて、多彩なプログラムの中から、自分に合ったものを選択できることも重要。
- ◆人づきあいがあまり好きでない人（男性に比較的多い）も参加しやすい、個別的なプログラムが求められる。
- ◆一度でも参加してくれば、続けて参加したくなるプログラムであることが求められる。

提言4

介護予防の「意義」と 「効果」を普及・PRする

<趣旨（抜粋）>

- ◆事業参加者の感想や写真等を活用して、介護予防の意義、魅力、効果などを住民に効果的にアピールしていく必要がある。
- ◆媒体としては、広報誌やパンフレット、ホームページ等に加えて、口コミやマスコミの効果的活用が求められる。
- ◆不参加者の約8割は「友人・知人と会って話をするのが好きな人」であり、交流しながら、楽しく介護予防を行えるという「魅力」をPRすることも必要。

提言5

介護予防のPR・誘いかけを 行う人材・機会を有効活用する

<趣旨（抜粋）>

- ◆参加者の8割が介護予防教室に満足し、うち9割は「周りの人にも勧めたい」と考えているため、口コミの活用が重要。
- ◆介護予防の意義や効果を、分かり易い資料で医師に説明し、健診結果返却時や定期的な通院時等に、必要な人には医師から介護予防事業への参加を働きかけてもらうことが重要。
- ◆職員または住民ボランティア等を活用して、積極的に対面等で説明することも求められる。

提言6

介護予防につながる 地域づくりを行う

<趣旨（抜粋）>

- ◆特定高齢者施策・一般高齢者施策・自主活動が連続的に実施されていることが重要。
- ◆地域づくりは、地域住民自身が実現していくことになる。そのためのサポートや事業等を計画・調整・実行するのが、市町村や地域包括、関係機関の役割。
- ◆行政と住民が役割分担や税金・保険料の用途について意志決定（政策決定）し、住民にも必要な参加と負担を求めていくことが不可欠。

提言7

市町村と地域包括が 理念・判断・目標を共有する

<趣旨（抜粋）>

◆市町村と地域包括が同じ理念と目標を共有したうえで、地域の現状や課題について情報と判断を共有していく必要がある。

◆要支援や要介護1でも自立（改善）は可能。実際に改善例を生み出して成功体験を共有し、信念を強化していくことが重要。

◆自立支援を実現するために、地域づくりが必要。その手段として各種事業やサービスがあるのであり、事業自体を自己目的化すべきではない。

提言8

市町村と地域包括の 協働を強化する

<趣旨（抜粋）>

◆市町村と委託先地域包括は、協力して地域ケア体制を作るための役割分担関係にあり、協働して問題解決を行うことが重要。

◆委託元市町村の地域包括担当部門は、責任をもってワン・ストップで対応したり、他部署との連携の調整が重要。

◆市町村には委託先のマネジメントを行う責任があり、その方法は、地域包括の主體的・創造的取り組みを引き出すための支援的なものである必要がある。

提言9

成果を出すための 体制・組織をつくる

<趣旨（抜粋）>

◆地域包括相互や関係者間とのネットワークづくりを、主として委託元市町村の責任で行う必要がある。また地域包括独自のネットワーク構築も重要。

◆ネットワーク会議を開催する場合、連携そのものを目的にするのではなく、「課題解決のスピードが高まる」など、具体的成果を得ていくことが重要。

◆地域包括のセンター長がマネジメント機能を発揮することも求められる。

提言10

事業成果や目標への到達度を 定性的・定量的に評価する

<趣旨（抜粋）>

◆事業参加者の体力指標の変化や要介護認定率等の推移による定量的評価や、参加者の満足度や感想等による定性的評価を行ってPDCAサイクル（Plan-Do-Check-Act）を回す必要がある。

◆適正な目標を定めるためには、地区診断により地区ごとの課題を把握することも重要。

◆委託先の地域包括や事業者の定量的・定性的評価も重要。その際、委託先の創意工夫の意欲を引き出す評価が求められる。

まとめ

- ◆提言の内容・趣旨をふまえ、各市町村および地域包括が、介護予防を普及し、効果を拡大していくことが期待される。
- ◆今後さらに高齢化が進展するなか、本格的な高齢化に対応可能な高齢者ケアシステムを構築（充実）することは、介護保険者である市町村にとって最重要政策の一つである。
- ◆自助・互助・共助にまたがる、総合的な施策である介護予防は、その高齢者ケアシステムの根幹をなすものであり、今後さらに重要性は高まると考え、対応していくことが求められる。

地域の介護予防における地域包括支援センターの 役割・あり方に関する調査研究委員会 名簿

<名簿> (50音順、敬称略、所属は22年3月末現在、※印は座長)

- 秋山 由美子／社会福祉法人 世田谷区社会福祉事業団 理事長
安藤 智子／銚子市高齢者福祉課(銚子市地域包括支援センター長)
石黒 秀喜／財団法人 長寿社会開発センター 常務理事
岡本 玲子／岡山大学大学院保健学研究科看護学分野 教授
島貫 秀樹／六郷地域包括支援センター[仙台市より委託]
鈴木 理恵子／大田原市高齢いきがい課介護予防係
塚本 鋭裕／大府西包括支援センター(大府市福祉課 課長補佐)
※津下 一代／あいち健康の森健康科学総合センター 副センター長
中澤 伸／川崎市社会福祉協議会地域包括支援センター調整課 課長
村中 峯子／社団法人 全国保健センター連合会 企画部長
安村 誠司／公立学校法人 福島県立医科大学 教授
(オブザーバー) 辻 一郎／東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学教授
(研究協力)南平 直宏／社会保険研究所企画第一部 課長

ケアマネジメント力向上策
～地域資源マップづくりと
退院支援システム～

Memo

地域包括ケア推進指導者養成研修(ブロック研修)

ケアマネジメント力向上策

地域資源マップづくりと退院支援システム

一般社団法人 日本介護支援専門員協会
副会長 森上淑美

地域包括支援センターの機能について

①チームアプローチ

○保健師、社会福祉士や主任介護支援専門員など専門職が連携し、専門性を生かしながらチームで業務を実施

②ネットワーク構築による支援

○利用者やサービス事業者、関係団体、民生委員、ボランティアやNPOなどによって構成される人的なネットワークを構築し、社会資源を有機的に連携させる

③ワンストップ相談窓口

○住民のニーズに適切に対応できるサービスにつなぐワンストップ相談窓口の役割

④運営協議会による支援

○地域の様々な関係者から成り、センターの公正・中立性の確保や評価、人材確保支援や地域資源のネットワーク化などのために幅広く活用される

認知症地域支援体制構築等推進事業の創設 (平成19年度～)

地域において認知症の人と家族を支えるため、支援を行う「資源」をネットワーク化し、相互連携を通じた地域支援体制を構築

(実施主体) 都道府県

(事業内容)

- 1 推進会議の設置
- 2 地域支援体制構築事業(モデル地域)
 - コーディネーターの配置
 - 地域資源マップの作成
 - 地域支援体制推進事業
 - ・コーディネーター等によるケアのサポート
 - ・徘徊SOSネットワークの構築 など
 - 認知症対応型サービス事例の普及

2

地域資源マップとは

本人と家族が地域で暮らしていく上で必要な支援に関するさまざまな地域固有の資源(官民産学等のサービス、場、人、情報等)を集約して、一覧できるように地図等に資源をわかりやすくまとめたもの。

国が平成19年度から推進している「認知症地域支援体制構築等推進事業」の実施地域において、本人と家族が安心して暮らし続けられるための地域支援体制を築いていく取組みの一環として、各地域固有の地域資源マップの作成・活用がはかられている。

3

地域資源マップの留意点

1. 目的の明確化

マップ作成を目的にしない。

誰のために作成し、何のためにどう活かしていくか、作成前に十分に検討してから作成しないと、作っておしまい(活用されずじまい)になってしまう。

2. 必要な資源情報の明確化

本人、家族からみて、どんな資源情報が求められているかの事前の把握が必要。

介護保険サービス(事業所)や医療機関の所在地・連絡先等のリストは、すでに既存のものがある場合が多く、それら以外にどのような資源情報が必要かの検討が必要。

3. 作成するマップの地域範囲の明確化

全域か小地域か、活用目的にあわせて範囲の事前に検討が必要。⁴

地域資源マップの留意点

4. 見やすさ・使いやすさ

本人・家族や住民に配布を予定している場合、実際に見て、使ってもらえるものになるか、あらかじめ、情報量、文字、デザインなどの検討が必要。

5. 資源情報の更新方法

地域資源は、常に新しい情報に更新していく必要がある。(資源情報の修正、削除、追加をしないか、誤った情報が流れ続けてしまう)。

作成後、いつ頃、誰が、どのように更新していくか、あらかじめ更新方法を検討していくことが必要。

* 最初だけ立派なものをつくるよりも、最初は簡単なものを作成し、順次更新していく方が実際にメリットが大。

地域資源マップ作成のステップとポイント

1. 本人・家族、住民等の実態や声を踏まえてつくる。
地域での生活の困りごと、必要な支援・情報に関する聴き取りやアンケート等を行って、必要な資源情報が何かを把握する。
2. 一部の人だけで作成しないで、多様なメンバーで作成する。
職員や一部の関係者のみで作成すると、限られた範囲の資源情報や専門家の視点の（見にくく、使いづらい）マップになりがち。
多様な専門職、そして地域の人々、当事者の参加を募って作成していくと、資源情報の収集やその後のマップの配布や普及、活用に効果的。

地域資源マップ作成のステップとポイント

3. 作成のプロセスを地域のネットワークづくりとして活かす。
認知症サポーターやキャラバンメイト、民生委員、保健・介護・医療・福祉や地域づくり、環境整備、観光等幅広い領域の人たちと一緒に話し合い、情報や力を出し合いながら作成していくと、作成のプロセス自体が、互いに知り合い、一緒に動きだす、活きたネットワークづくりの機会になる。

* 既にある地域マップや市町村の白地図等の提供をしてもらった例もある。



地域資源マップ作成のステップとポイント

4. 閉じこもって作らずに現地に出向きながら。

マップを作ろうとしている地域に作成メンバーが数名でチームを組んで実際に出向き、現地や資源を確認したり、資源の関係者に出会ってマップの意図を伝えながら関係作りをはかる。

情報掲載の許可を得やすくなり、このプロセス自体も新しい資源情報の開拓やネットワークづくりに有効。



町をまず一緒に歩いてみる

8

地域資源マップ作成のステップとポイント

5. 資源情報を持ち寄り、わかりやすく整理・ビジュアル化。

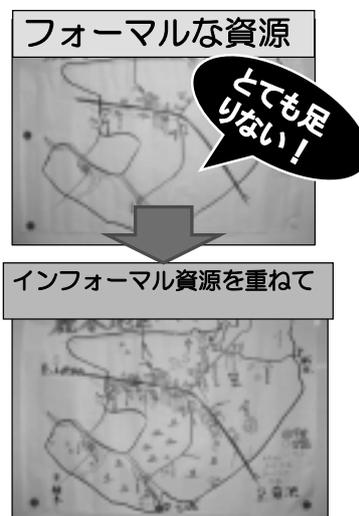
収集した資源情報をとにかく一次集約する。

すべてを網羅すると、見にくく使いにくいマップになりがち。

目的にそって、領域別、認知症のステージ別、当事者が知りたい項目別などに整理して、資源をマップに布置していく。

資源情報の種類によって記号や色を分けるなど、どうしたら見やすく使いやすくなると話し合っって工夫をする。

印刷を急がずに、みんなで手描きのマップをまずは作っていくことが大切。



住民と専門職が一緒に作成した例(山鹿市)

9

引用・参考文献

- ◇自治体における認知症地域支援体制構築の効果的な推進に関する研究事業報告書、認知症介護研究・研修東京センター、2009年3月
- ◇町の力、人の力で動き出そう！：町づくり報告会資料、認知症介護研究・研修東京センター、2009年3月
- ◇動けば進む！認知症の人と家族を支える町づくり：町づくり報告会資料、認知症介護研究・研修東京センター、2010年2月

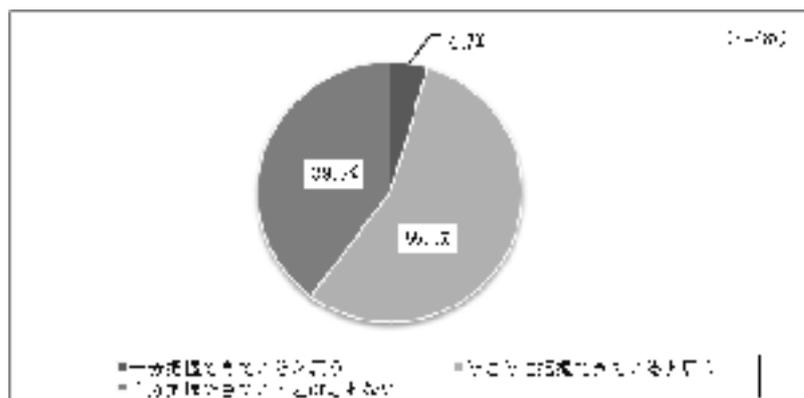
12

【調査結果報告】

調査名 インフォーマルサービスを含むケアプランによる自立支援の効果及び提供有無の確認等の調査研究事業
一般社団法人 日本介護支援専門員協会
平成21年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
(平成22年3月)

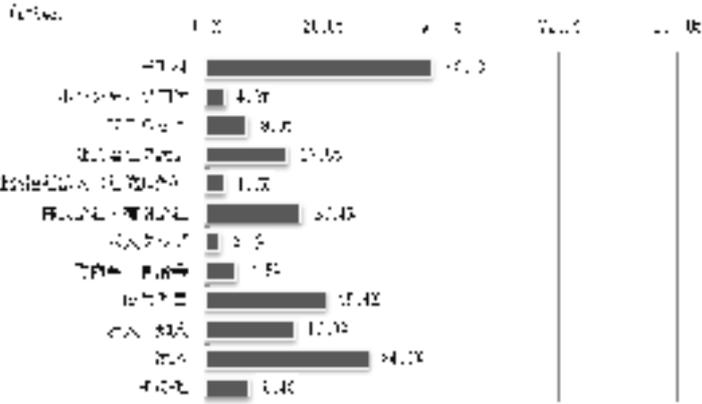
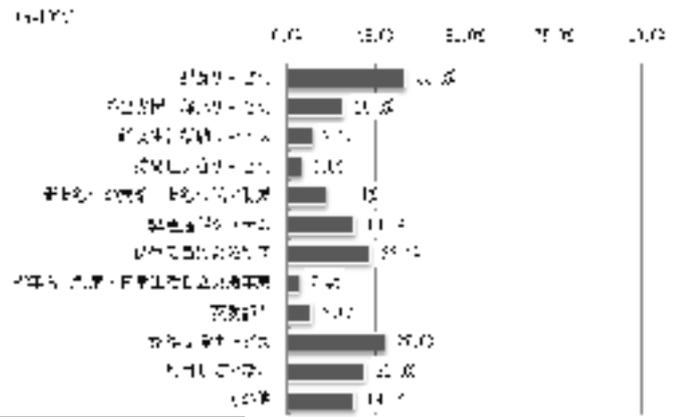
調査対象 居宅介護支援事業所勤務の介護支援専門員

事業所の担当地域におけるインフォーマルサービスのネットワークの把握状況



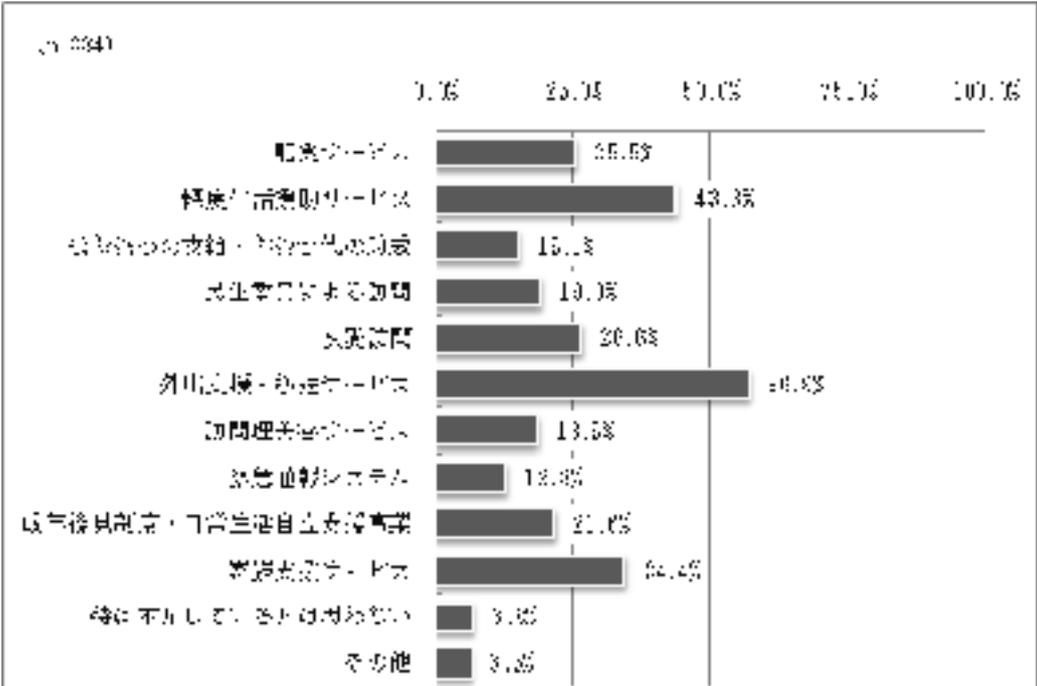
13

インフォーマルサービスの利用状況
(複数回答)

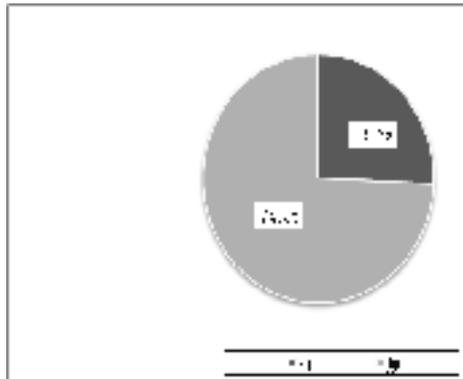
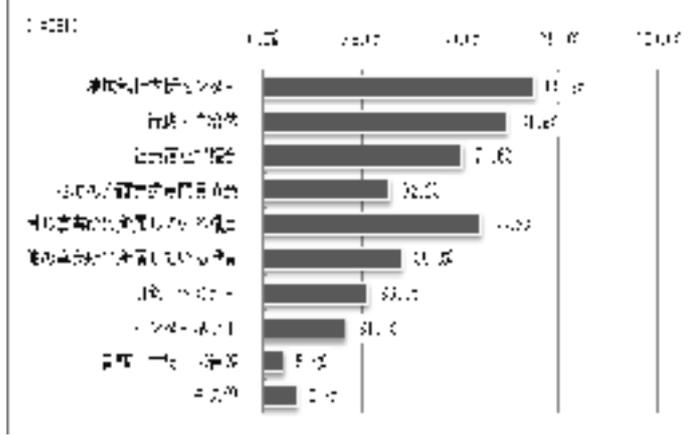


インフォーマルサービスの実施主体
(複数回答)

地域にはどのようなインフォーマルサービスが不足していると思うか(複数回答)

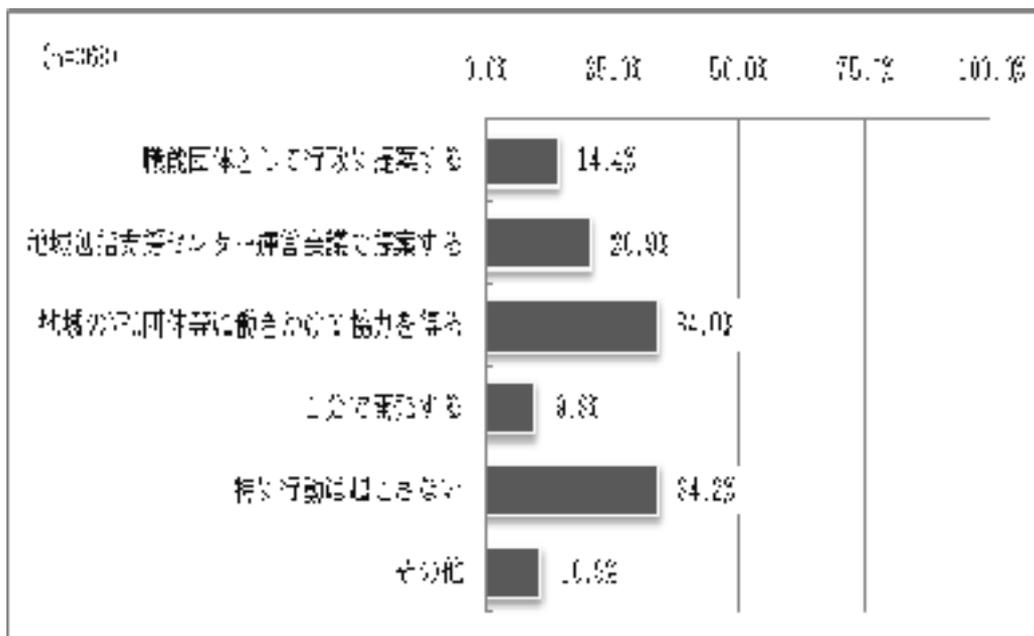


担当地域におけるインフォーマルサービスについての情報の入手経路

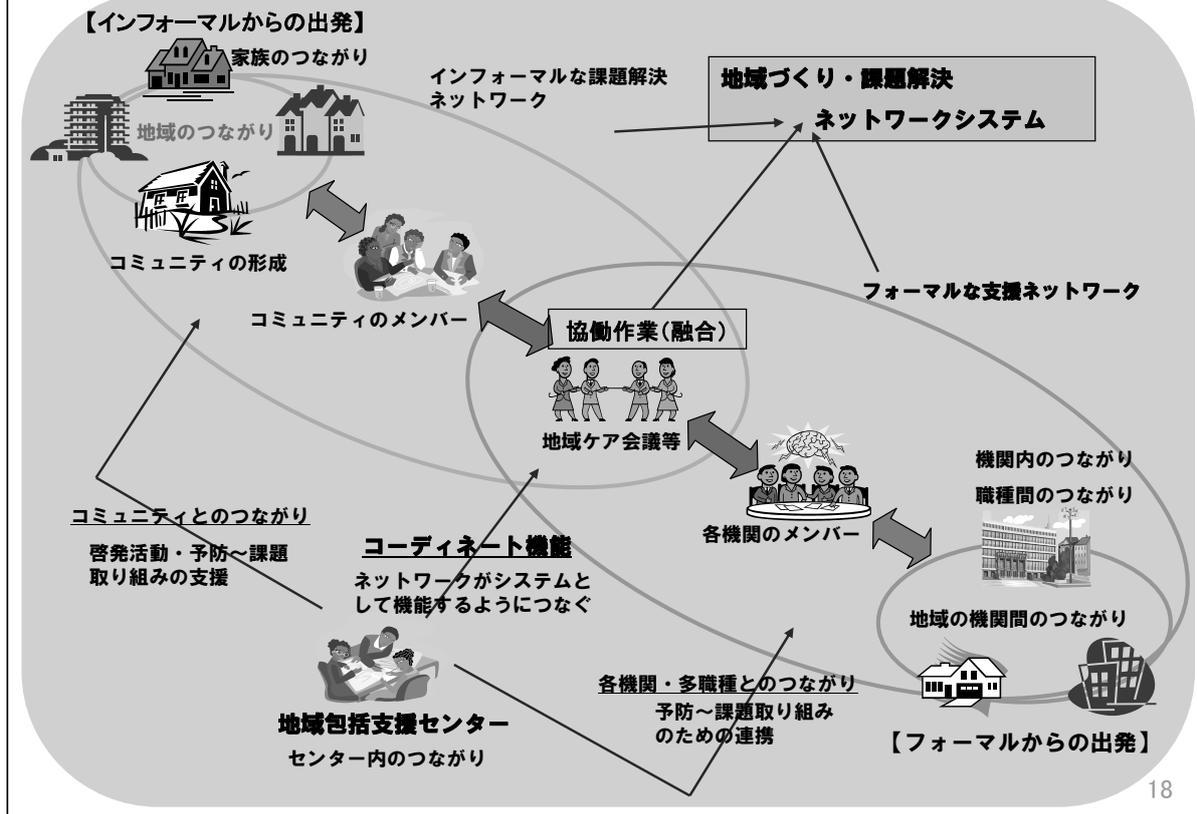


地域包括支援センター等によって定期的に更新されているインフォーマルサービスに関する「地域資源マップ」の有無

新たなインフォーマルサービスの必要性を感じた際にとる行動



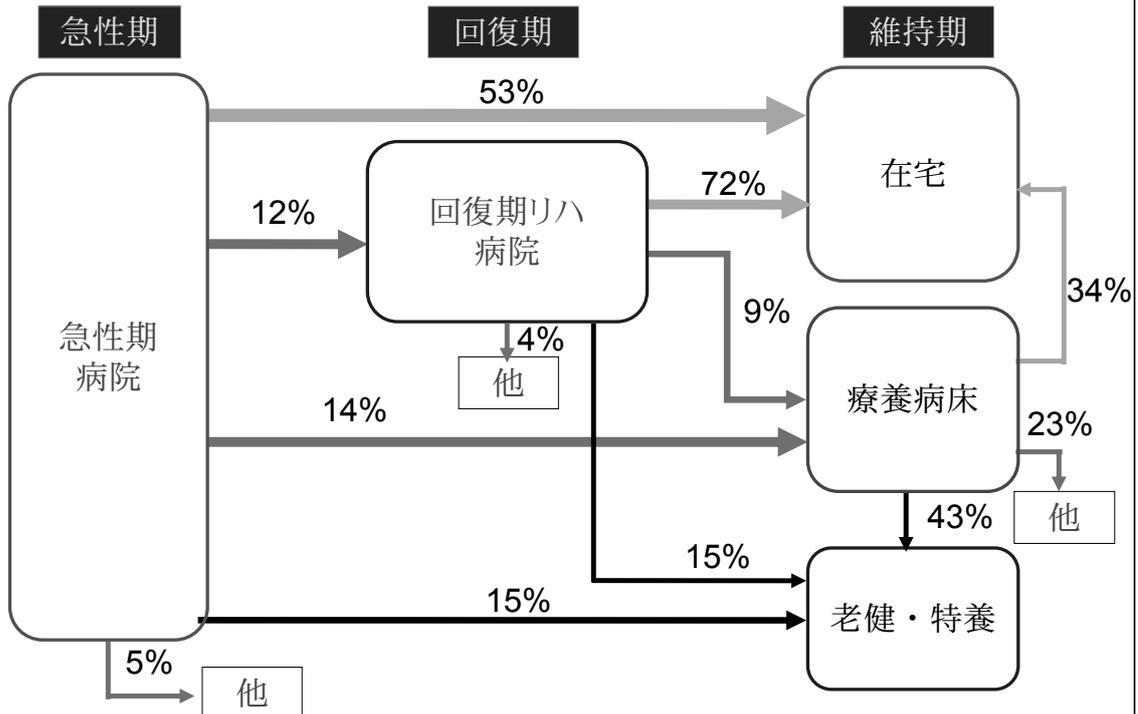
地域包括支援センターから見た地域支援ネットワーク図式



退院支援の充実策

医療ニーズがある重度な方を、24時間365日、地域で支えるためには、退院支援の充実を図る必要があるのではないだろうか。

退院患者の流れ —死亡退院を除く—



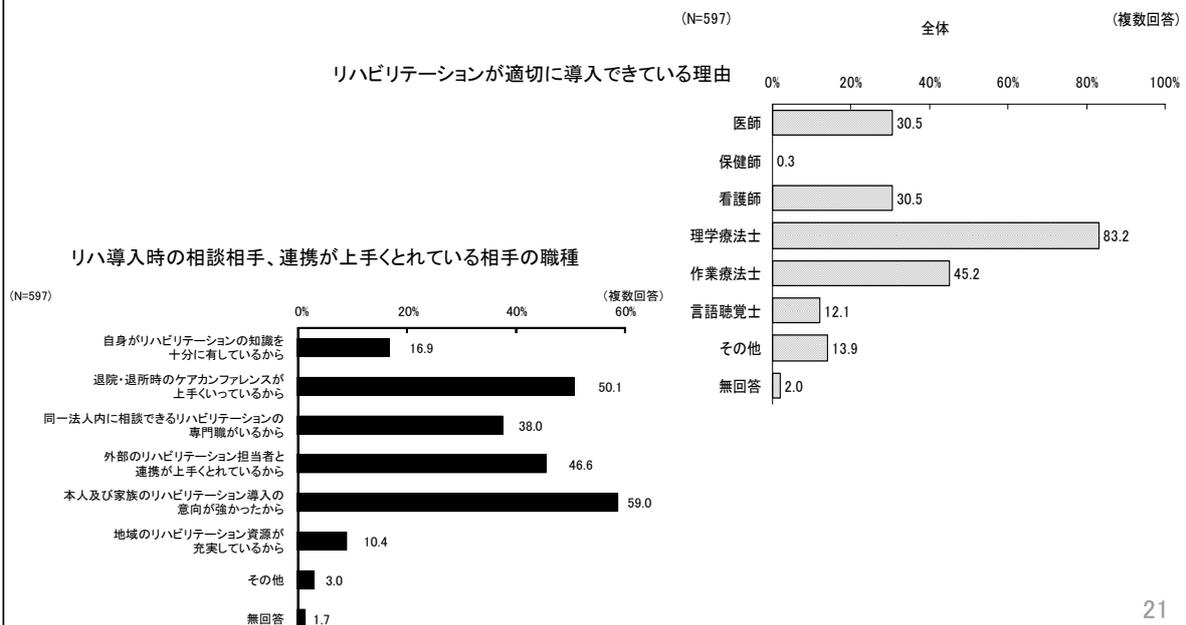
(出所) 川越雅弘, 小森昌彦, 備酒伸彦: 病床区分別にみた病床運営および退院先とのリハビリテーション連携状況の差異、理学療法兵庫, No.15, pp.35-42, 2009.

20

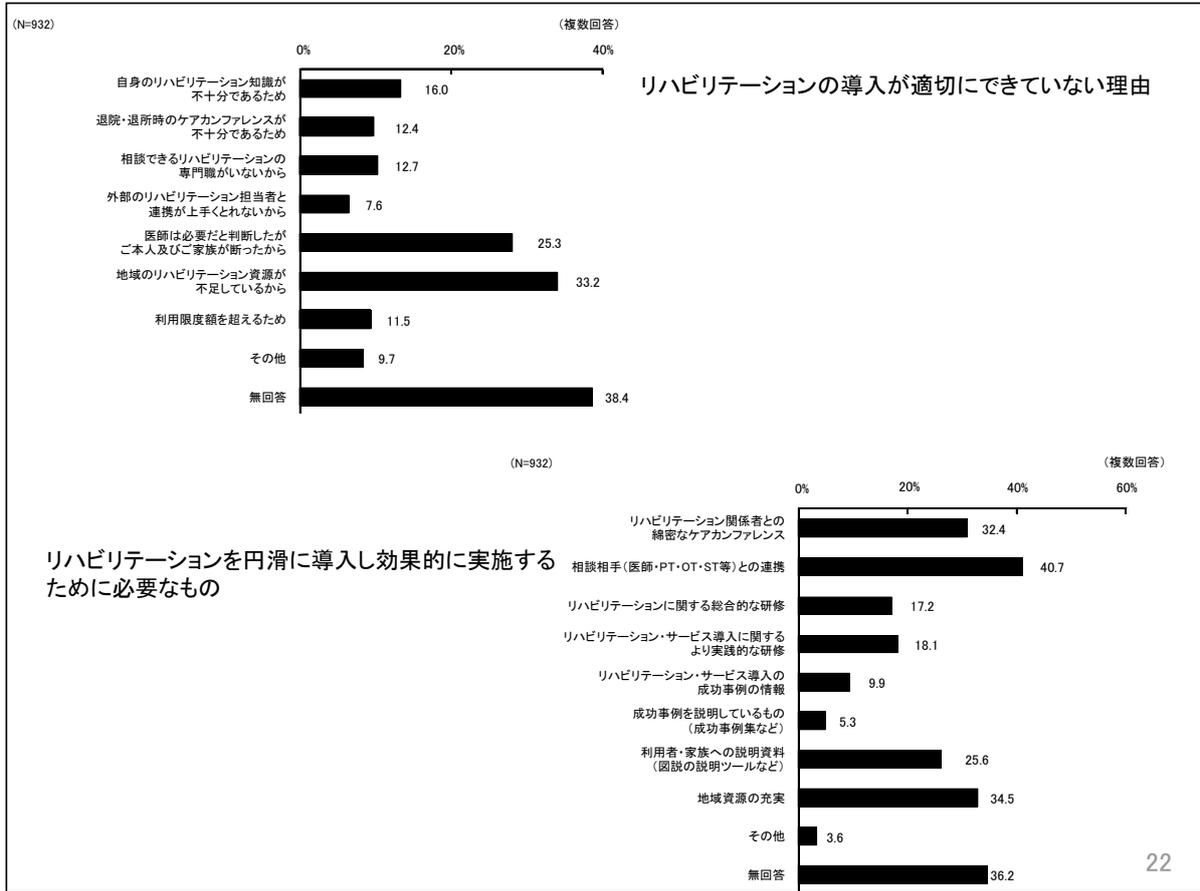
【調査結果報告】

調査名 介護支援専門員(ケアマネジャー)の医療的ケアの知識向上のための調査研究事業
 一般社団法人 日本介護支援専門員協会
 平成20年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
 (平成21年3月)

調査対象 居宅介護支援事業所勤務の介護支援専門員



21



22

【調査結果報告】

調査名 退院患者に対するケアプランへのリハ・訪問看護導入プロセスの実態に関するアンケート調査

NPO法人 兵庫県介護支援専門員協会

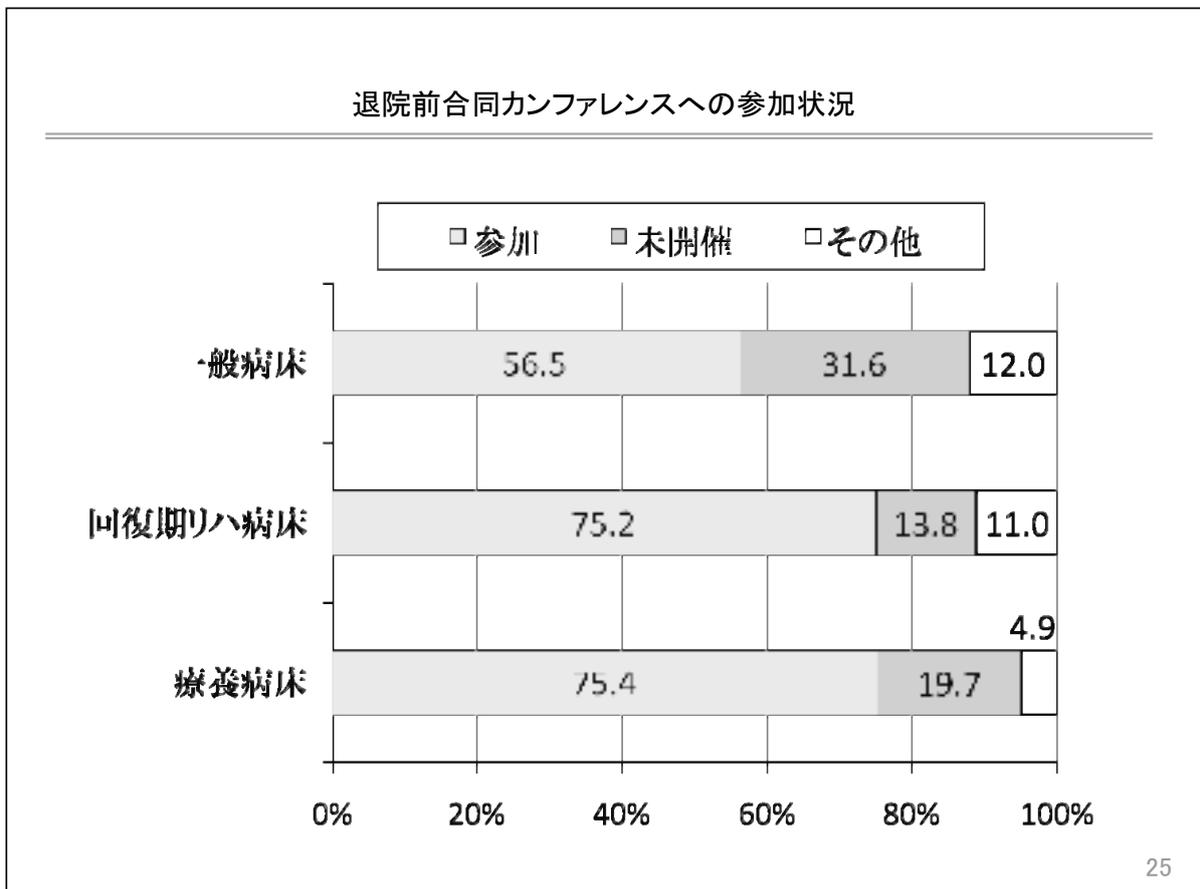
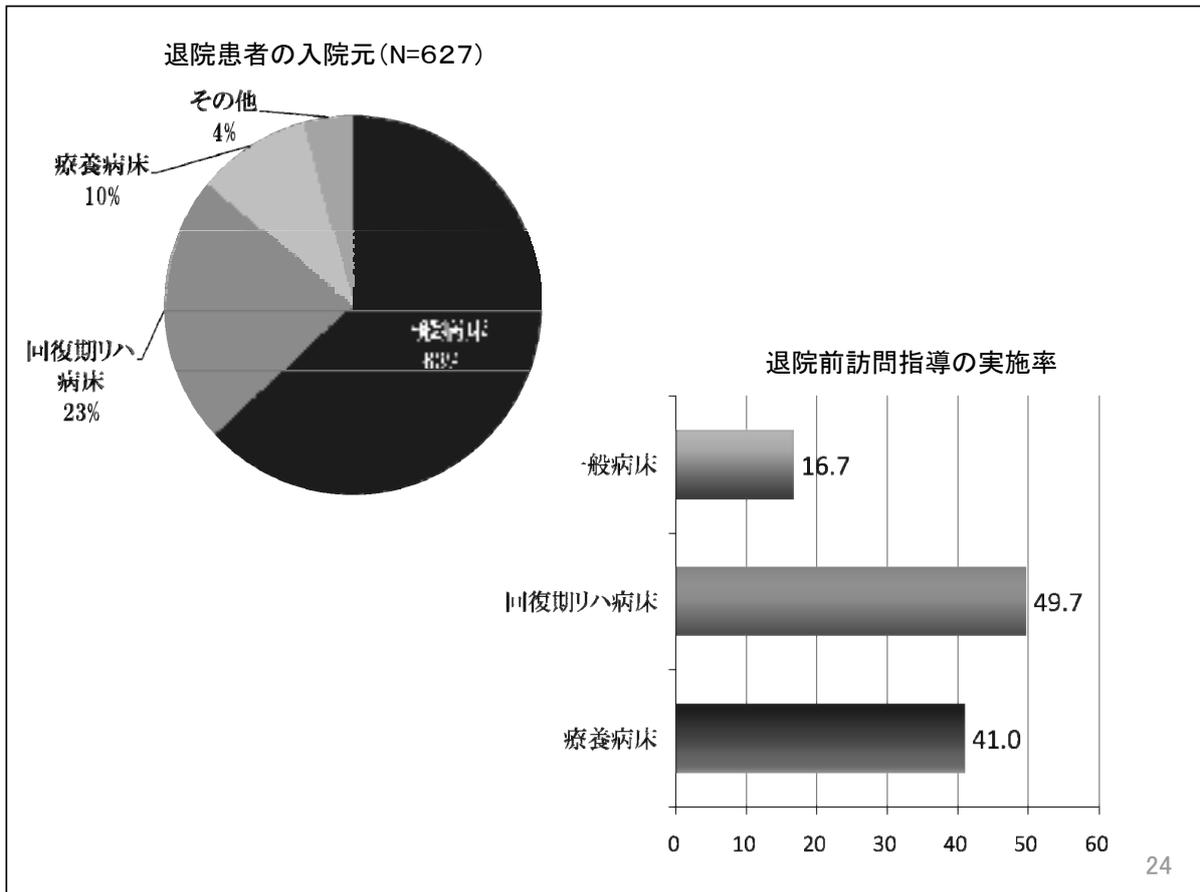
病院との退院時連携及びケアプラン作成プロセスの状況

- 1) 対象: 兵庫県内の介護支援専門員627名
- 2) 方法: 直近の退院患者に対する病院との退院時連携～プラン作成プロセスに関するアンケートを郵送

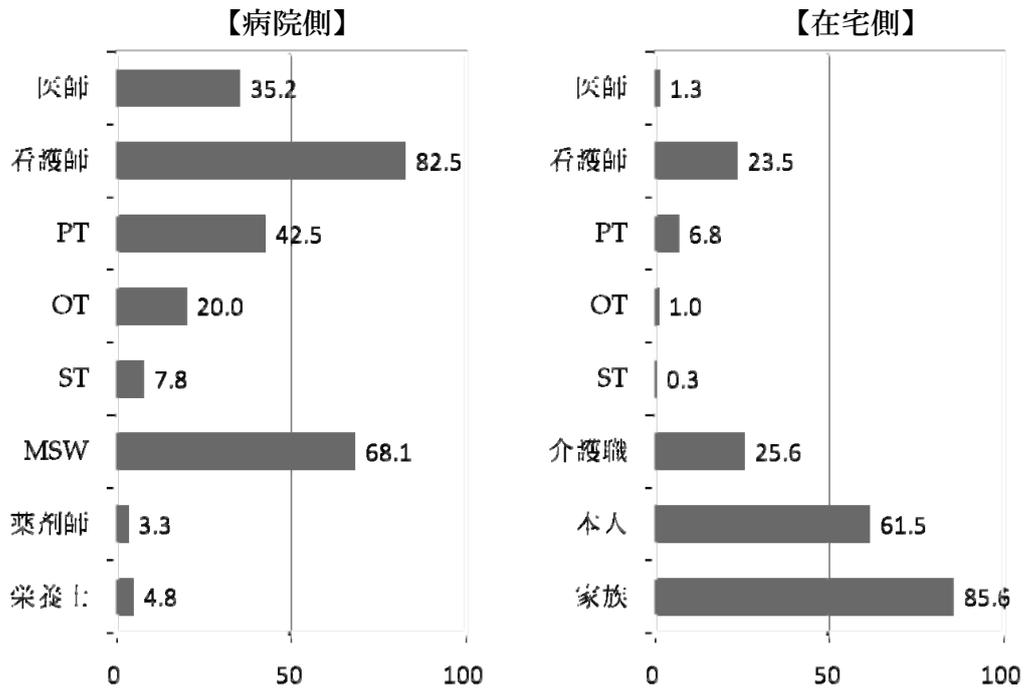
3) 基礎職種別回答者数

- ・看護師 : 145名 (23.1%)
- ・社会福祉士 : 51名 (8.1%)
- ・介護福祉士 : 327名 (52.2%)
- ・その他医療系 : 36名 (5.7%)
- ・その他福祉系 : 39名 (6.2%)
- ・未回答 : 29名 (4.6%)

23

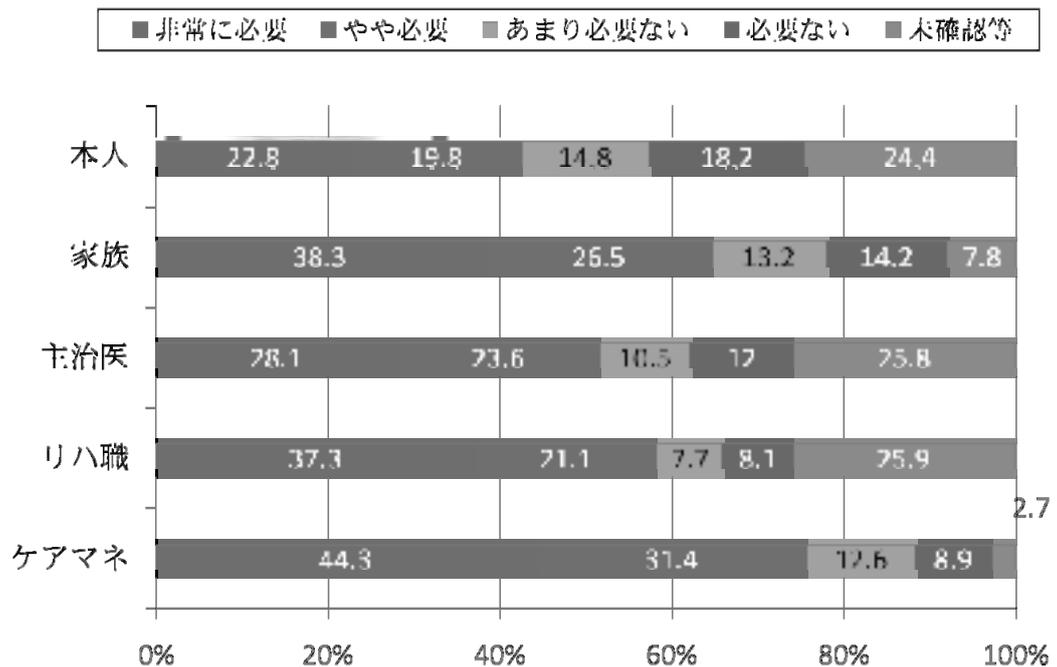


退院前合同カンファレンスへの参加職種



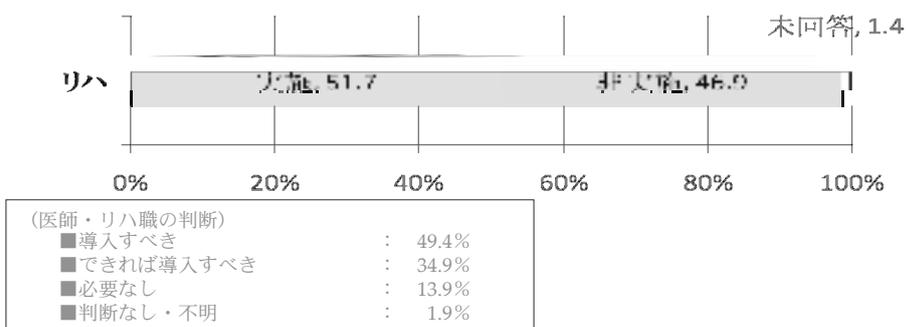
26

退院後のリハの必要性に関する認識

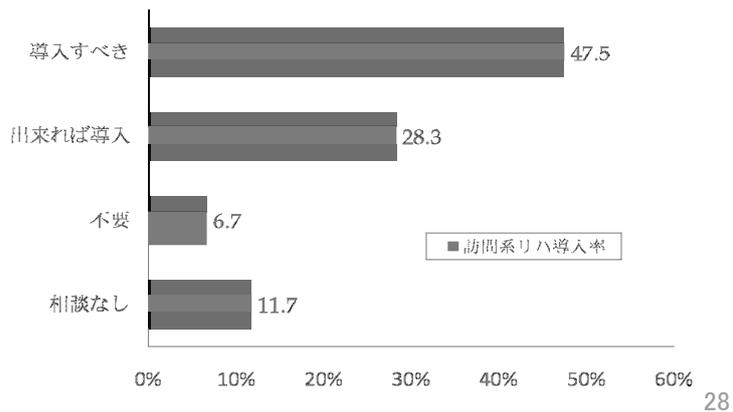


27

ケアプラン原案段階でのリハに関する事前相談の有無



事前相談結果と訪問系リハサービス導入率の関係



企画シートの活用

Memo

地域包括ケアにむけた 事業展開へ

～企画シートの活用～

(社) 日本社会福祉士会

1

日本社会福祉士会の取り組み

2006年度～2007年度 評価シートの開発

自らの業務内容の確認・検証をするプロセスを通して「気づき」を得て現場の実践力の向上に役立てる。
対面方式、自己評価方式(ワークブック)の活用が可能。

2008年度～2009年度 ネットワーク実践力養成研修 の開催

地域を基盤としたソーシャルワークを展開するための
ネットワーク構築・活用を学ぶ。

2007年度～現在 全国実践研究集会の開催

地域包括ケアに向けた地域包括支援センターの役割。

企画シートの紹介・ねらい

地域包括支援センター業務を推進する上で、センターとして何をしなければならないのか、その方向性を把握した上で、組織体としてどう動くべきかを明確化し、組織内合意や行政への提案等を行なっていくためのツール(工夫)として企画シートを紹介する。

地域包括ケアの実現に向けて

地域包括ケア

⇒個々の高齢者の状況やその変化に対応して、介護保険サービスを中核としつつも、医療をはじめとした様々な支援、さらにはボランティア等の住民活動などのインフォーマルな活動も含めて、地域の様々な資源(自助・互助・共助・公助)を統合し、住民の生活全般にわたり24時間365日の支援を行うケア

地域包括ケアを支える中核拠点

⇒地域包括支援センター

地域の現状（地域包括ケア研究会報告書抜粋）

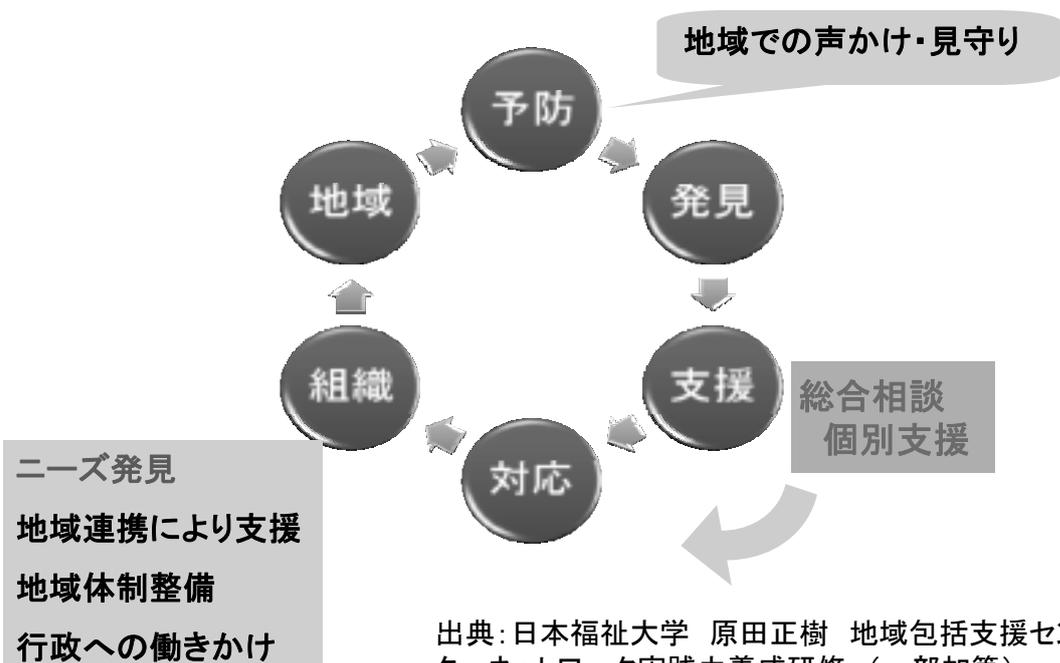
住民ニーズにあわせ、介護保険、医療保険、見守りなどの生活支援、成年後見等様々な支援が切れ目なく提供されなければならないが、有機的な連携がみられない。

地域において包括的、継続的につないでいくためには、自助、互助、共助、公助、の役割分担の明確化と再確認が必要。

- 個別ケース支援を通じた、医療や介護等多制度多職種連携を高める地域ケア会議等の機能強化が必要。
- 地域住民や地域団体との連携を通じた、地域における互助によるサービス創造の検討・提言が必要。

（地域包括ケア研究会報告書一部抜粋）

個別支援のみならず地域への一体的支援へ （点を点で支える援助から点を面で支える援助）



企画シート活用に向けて

～活用するうえで大切なことと、その効果～

まずは、地域課題を探る (ニーズ発見のポイント)

- 総合相談の中で「気になる」ニーズを振り返る
- 同じニーズをもつ相談事例を確認する
- ニーズに関連した情報を収集、整理する
 - 対象地域の現状分析
 - 行政が把握している数量的データの収集
 - 行政機関等との各種のニーズ調査
 - 関係機関や地域に向けた各種調査 など

地域課題の整理、明確化

組織内にて、地域課題の解決にむけ、
取り組むべき事業、方向性を一致させる

企画シートを活用し、組織内での地域包
括ケアに向けた共有化、可視化する。

段階的（中長期、短期ごと）に何が
できるのか、そのために不足している
ものが何なのか、どこに声を掛けてい
けばいいのかなどを整理する。

企画シートを活用することで

- ※事業展開のプロセスを組織内で合意できる
- ※若い職員の悩みを拾い上げることができる
- ※職員ごとに役割を持って業務に挑める 等

行政や関係機関、地域と連携して
課題解決に向け事業展開していく

関係機関や地域住民等と、地域課題を一致さ
せ、課題解決に向け、役割分担や共同作業を
行なっていく。

行政（高齢者以外の部署も含む）、社会
福祉協議会等にも働きかけ、一緒に動く。

必要に応じて予算要求や介護保険事業計
画、政策提言等にもつなげていく。

企画シートを活用することで

- ※地域の中で同じ考えを持つ人々と結びつき易い
- ※地域資源の掘り起こし、連携が深まる
- ※他の分野の関係者との結びつきも広がる

企画シートの内容

～企画シート作成の流れや記載内容～

企画シート作成にあたっての配慮と効果

- ・必ずしも予算がなければできないと考えない。
- ・地域自らが地域の課題として理解していける取り組みを考える。
- ・今、つながっている関係者から徐々にネットワークを広げていくことが重要。
- ・一つのネットワークや連携で完結するわけではない。
- ・文字化することで、地域包括支援センター内やコアメンバーの理解が共通になる(ベクトルが合う)。
- ・行政機関を巻き込むことで、地域包括支援センター業務・機能への理解と予算にも反映されていく。

企画タイトル 高齢者や障がい者が隣近所と気軽に声のかけあえる街をめざして

① 計画内容を設定する

住民にもわかる
レベル

現状分析 ①対象地域の現状、数値的データ等

- ・ F小学校区は、人口8,000人 高齢化率22%
- ・ 古くからの分譲住宅や県営住宅があり、高齢者のみの世帯が多い。
- ・ 高齢者のみの世帯450世帯 内一人暮らし高齢者200人
- ・ 地区内に小規模多機能ホーム1箇所、デイサービス3箇所
- ・ 高齢者や子育て支援のNPO法人が存在する。
- ・ 民生委員は、15人 自治会は地域づくりのため学童への防犯パトロール（青パト隊を結成）や自主防災訓練に取り組み始めている。

地域を絞り、特徴や強みを探る、
民生委員等に聞いてみる

「企画タイトル」…どのような「コンセプト」で取り組むか、わかりやすく設定する。

「現状分析」…地域包括支援センターの対象地域の現状について、数値的データを示して分析する。＝地域の見立て（現状の課題等から将来予測）を行なう。

※地域包括支援センターの実践（個別相談、地域ケア会議、ケアマネジャー支援等）が地域課題へどのようにつながっているのか。

※地域包括支援センター内部での共有化が諮られているかが大事。

個別課題

①地域における個別課題

- ・自治会としては、自治会活動に参加しない高齢者や、近所つき合いのない住民が増えつつあり、災害時の要支援者（要援護高齢者や障がい者）の把握が困難となっている。いざという時に周りの協力が得られにくいと心配している。
- ・高齢者等の中には、ごみ出しルールが不十分で当番の住民とトラブルが発生している。周りからは、「火事も心配だし、施設に入れたほうがいいのでは」といった声が出ている人もいる。民生委員が見かねて協力している高齢者もいる。
- ・高齢者の孤独死が、この半年で4件続いている。今年の夏には熱中症で5人の高齢者が救急搬送された。発見者は配食サービス事業者やヘルパーが主であった。

個別の事例を通してみえてくる課題から整理してみるのも一つ

ねらい

①ネットワーク構築等取り組み（事業）のコンセプト

- ①地域の中で課題のある世帯を把握し、関係者で共有化し、連携を図る。
- ②地域の見守り支援体制を整え、いざという時や問題が生じたときに地域住民の中で少しでも支えられるよう、日頃から声がかかけ合えるようにする。
 - ・生活上の問題が起きている、心配な世帯をできるだけ早めに地域包括支援センターにつないでもらう。
 - ・自治会活動（ごみ出しや避難訓練、サロン等）を通して声かけ、話ができる環境を作っていく。
 - ・認知症による徘徊等により行方不明になった場合や閉じこもりがちな高齢者に対して、自治会を通じた地域全体での支援や見守り体制を整えてもらう。

コンセプトを記述する、取り組み内容につながっていく

効果

①期待する効果

- ・ 地域での見守りや支援が必要な高齢者世帯の実態把握ができ、地域包括支援センターや民生委員を中心とした早期の対応が図れる。
- ・ 地域住民同士が自治会活動を通して高齢者や障がい者等への見守り、声かけが広がり、閉じこもりや生活上のトラブルの早期発見や孤独死が減少していく。
- ・ 災害時や行方不明等の緊急時には住民同士、自治会全体で積極的に協力でき、横のつながりが高まるようになる。

予測(期待)される効果や達成目標を具体的に記入する

「個別課題」…地域における個別課題を記入する。
このまま、解決しなければ、事故や事件につながる危険性があるかなどの視点で考えてみる。

「ねらい」…何故、上記の個別課題を取り上げたのかを明確にする。ネットワーク構築等を行なううえでの「コンセプト」を記入する。

「効果」…予測(期待)される効果や達成目標を具体的に記入する。

「こんな地域になったらいいな」という思いも含めて考えてみる。

取り組み(事業)内容〔予定〕

①計画内容

- ①介護支援専門員、民生委員、ヘルパー、地域包括支援センターによる情報交換会の開催と要支援者等の実態把握（緊急時やごみ出し等の生活課題）の実施
- ②地域懇談会にて地域課題の意見交換会、地域包括支援センターへの連絡等のPR
- ③自治会、民生委員、地域包括支援センターによる支えあいマップづくり
- ④要支援者を中心とした避難訓練（モデル地区1箇所）

関係者と具体的に組みあがる内容を提示していく、変更がある場合は柔軟に対応する気持ちで挑む、主体は地域、関係者

取り組み結果を振り返る

ネットワークの内容〔予定〕

メンバー

予定しているメンバー

- ・行政機関（高齢福祉課、障がい福祉課、防災課）
- ・自治会（会長、役員等）、地区民生児童委員協議会
- ・介護支援専門員連絡会、介護サービス事業所、NPO
- ・社会福祉協議会（地域担当）、婦人会、ふれあいサロン等

メンバーと共に柔軟に修正する

スケジュール・手順

予想スケジュール・手順

- ①第1回地域懇談会で高齢者の地域課題を共有する。
- ②要支援高齢者世帯の実態把握、情報交換会（民生委員、地域包括等）
- ③自治会、民生委員、地域包括等にて支えあいマップづくり（4回程度）
- ④第2回地域懇談会で実態把握結果の報告、PRチラシの配布
- ⑤モデル地区による要支援者避難訓練（援助方法の課題を確認する）

活用ツール(モノ、カネ)

計画時に予定しているツール

- ①地域懇談会（会場、運営費）2回分 14,000円
- ②要支援高齢者実態把握、情報交換会 30,000円
- ③福祉マップづくり 4回分 16,000円
- ④モデル地区要支援者防災訓練 20,000円
- ④地域支えあいPRチラシ 20,000円 計100,000円

組織内で検討を繰り返し、役割をつけておく

取り組み結果を振り返る

成果と課題

②実施後の成果と課題

- ・実態把握と支えあいマップを作成する中で、認知症の疑いのある一人暮らし高齢者等地域と関りの薄い世帯の把握ができ、声かけ、見守り協力者を募ることにした。今まで支援を拒否していた高齢者世帯もふれあいサロン等への参加にもつながった。
- ・自治会や民生委員等関係者との顔の見える関係ができ、地域包括支援センターへ認知症や一人暮らし高齢者の情報が少しずつ入るようになってきた。
- ・避難訓練に参加した住民同志の連帯感が高まり、災害等の支えあいの重要性が共有できた。
- ・ごみ出し日に、自治会役員の挨拶運動を展開し、トラブルは減少してきたが、閉ざした世帯の区分けがはっきりしてきた。

成果は少しでも、小さくても次につなげて行けばよい

今後の展望・目標

②今後の事業展開

- ①自治会や民生委員、NPO等との継続的な会合を持ち、地域課題を共有し、今後も協同した取り組みを検討していくこととした。まず、新たな地域での避難訓練を実施する。
- ②地域包括支援センターが隔月に高齢者向けの情報誌を作成し、自治会、民生委員、介護支援専門員等の協力を得て、地域内の高齢者等へ配布、継続的な実態把握と見守りを行なうこととした。
- ③今回の実態把握と支えあいマップづくりの効果を基に全市的に取り組めるよう、行政機関及び各地域包括支援センターとの連絡会議に報告し、事業計画に載せる。

地域のやる気や意欲を大切にする。必要に応じ行政や社会福祉協議会も巻き込む

「取り組み(事業)内容」、「ネットワークの内容」、「メンバー/スケジュール・手順/活用ツール(モノ、カネ)」について、具体的に計画し記載する。

※地域包括支援センターらしさを出すことができたか。

※他の機関と協同して取り組むことができたか。

※生活課題、今後の展望・目標は、組織内ないしは、関係者ととともに必ず行なう。

評価によっては、新たな域課題にもつながっていく。

地域とのつながりのない高齢者世帯が多くなっており、自治会は緊急時の対応に心配している。ひとり暮らしでゴミだしや買い物に不自由をきたしている人が増えてきた。等

地域包括ケアに向け、個別支援から地域への一体的支援に広がっていく

関係機関との取り組みを通して新たなネットワークを広げる

行政や関係機関、自治会等への働きかけ
企画シートを基に取り組み内容の役割分担等

地域包括支援センター内での地域課題の整理
企画シートを通して方向性を一致させる

関係者、自治会等との関わりや業務内容の振り返り等から地域課題を把握する

個別の支援を通して、関係者との個別課題の共有化

演習：以下のような地域課題に向けて どのように取り組みますか

地域課題① 認知症高齢者が、外出して家に帰れない、ごみの区分けがつかないなどのトラブルが増えて、地域として困っています。

地域課題② 坂道や階段の多い地域で足腰の弱い人は、買物やごみ出しが不自由、外出の機会が減って、周りが心配しています。

地域課題③ 低栄養や脱水症状から熱中症で倒れる人が続出しています。

地域課題④ 一人暮らしや高齢者のみの世帯が多い地域で、孤独死が続き地域が心配しています。

地域課題⑤ 強引な押し売りや訪問販売による悪質商法が頻発しており、ヘルパーからの連絡で緊急訪問が続き、老人クラブでも問題になっているようです。

地域課題⑥ 介護ストレス等から虐待の相談が増えています。先月には男性介護者が妻の首を絞め殺人未遂の事件が起きています。

地域課題⑦ 介護予防事業参加者の終了後の機能低下が目立ちます。

地域課題⑧ 介護支援専門員から医療機関との連携が上手く取れないため、医療依存度の高い人のケアが心配と相談を持ちかけられています。

○一つひとつの事業や活動に対しても企画シートは活用できる

○企画シートを活用した地域包括の実践事例

- ・認知症高齢者を地域で支える街づくり
(認知症見守りネットワーク会議等開催)
- ・孤独死防止にむけた自治会と介護関係者とのネットワークづくり
(小地域ケア会議の開催、防災訓練を通じた地域懇談会の開催等)
- ・高齢者の移送問題を地域とともに考える
(ヒヤリング調査、街づくり会議の開催等)
- ・高齢者の多重債務からまもる街づくり
(消費者被害防止に向けた寸劇チームの結成)

認知症高齢者の見守り・支援
家族介護者への支え
消費者被害防止・予防
閉じこもり・孤立予防
高齢者虐待防止・予防 ……

① 企画シートのプロセスに添って、自らの地域課題をイメージし、課題解決に向け、センター長として企画シート(現状分析、個別課題を中心)を作成してみましょう
10分

② 隣の人と地域の現状や個別課題を中心に話し合みましょう 5分

地域包括支援センターを中心として、サービス提供事業者（福祉や医療関係者）、自治会、NPO、地域住民や行政機関等との支援のネットワークが張り巡らされていることで、中重度の要介護高齢独居者等でも住み慣れた地域で生活を継続する事が可能となっていく。

（地域包括ケア研究会報告書一部抜粋）

高齢者の権利擁護につながる

地域包括ケアに向け

- ①センター長としての想い、思考プロセスを企画シートで示す
- ②地域（住民）ニーズからスタートして地域包括ケアに向け取り組むべき方向性や事業を組織内、関係者と共有することが大切！！

補足； 評価シート

評価シートのねらい

自らの業務内容を確認・検証するプロセスを通して「気づき」を得て現場の実践力の向上に役立てる。

「評価シート」の構造

前半：フェイスシート

自身のプロフィール、就業実態・実感、組織環境等

後半：基本的姿勢と各レベルごとの評価項目

「地域レベル」（13項目）

センターとして働きかけを行う圏域内、所在自治体の地域住民、関係機関、行政等

「組織レベル」（23項目）

センターとして業務を遂行する上でかかわりのある、センター3職種、センター組織全体、法人等

「個別レベル」（19項目）

センター業務の中で個別にかかわるすべての個人

評価シート: 抜粋

〔評価の目安〕 5 ……かなりできている 4 ……ある程度できている 3 ……どちらともいえない
2 ……あまりできていない 1 ……できていない

地域とは……センターとして働きかけを行う、圏域内、所在自治体の地域住民、関係機関、行政等を想定しています。

〔地域レベル〕

No.	項目	自己評価	自己評価の根拠 (具体的に記載)	評価の着眼点(例)
1	地域に対して、センターについての理解が深まるように働きかける	5 4 3 2 1		・働きかけの内容・方法 ・認知度
2	地域住民のニーズを把握する	5 4 3 2 1		・統計資料、計画書、報告書等 ・地域への訪問 ・地域住民との懇談(個別訪問、会合参加) ・アンケート調査
3	地域の社会資源を把握する	5 4 3 2 1		・統計資料、計画書、報告書等 ・地域への訪問 ・関係者・関係機関からの情報収集
4	地域の住民、組織、機関から情報が得られるようにする	5 4 3 2 1		・コミュニケーション ・認知度
5	地域の課題について、地域住民とともに理解を深めるための取り組みを行う	5 4 3 2 1		・情報の共有化 ・学習(地域住民・専門職双方) ・啓発

33

対面方式による「評価シート」の活用方法

- ・フェイスシートの記入
- ・「総合相談支援業務」を行うにあたっての基本的姿勢の言語化
- ・評価項目ごとの自己評価と根拠の明確化
- ・レベルごとの課題の明確化
- ・全体を書き終えての気づきの言語化
- ・記入済みシートを用いた、対面方式による実践のふりかえり

34

「自己評価ワークブック」の活用方法

- ①チェックシートで日頃の自分の取組を評価する
- ②ワークシートを記入して実践を言語化する
- ③あらためて、自己評価をする
- ④解説を読んで学習を深める
- ⑤ワークシートと自己評価の振り返りをする
- ⑥「気づき」を得て、今後の取組目標を確認する



実践力アップ!

具体的行動

35

企画シート&評価シートのダウンロード

日本社会福祉士会⇒(左上)地域包括関連情報⇒
③企画シートA3 ※評価シートは少し下段にあり



出典・引用

2008年3月 地域包括支援センターにおける総合相談・権利擁護業務の評価に関する研究事業報告書

(日本社会福祉士会地域包括支援センター評価研究委員会)

※全地域包括支援センターに配布

2010年3月 地域包括支援センターにおける連携・ネットワークの構築に関する研究研修事業報告書

(日本社会福祉士会地域包括支援センターネットワーク研究委員会) ※全地域包括支援センターに配布

2009年1月 地域包括支援センターのソーシャルワーク実践自己評価ワークブック ※中央法規出版

企画タイトル 高齢者や障がい者が隣近所と気軽に声をかけあえる街をめざして

①計画時 (〇月 〇日記入)
②実施後の報告 (〇月 〇日記入)

氏名 ()

① 計画内容を設定する

現状分析

- ①対象地域の現状、数値的データ等
- ・小学校区は、人口8,000人 高齢化率22%・占くからの分譲住宅や県営住宅があり、高齢者のみの世帯が多い。・高齢者のみの世帯450世帯 内一人暮らし高齢者200人・地区内に小規模多機能11箇所、デイサービス3箇所・高齢者や子育て支援のNPO法人が存在する。
 - ・民生委員は、15人 自治会は地域づくりのため学童への防犯パトロール（青パト隊を結成）や自主防災訓練に取り組み始めている。

個別課題

- ①地域における個別課題
- ・自治会としては、自治会活動に参加しない高齢者や、近所つき合いの少ない住民が増えつつあり、災害時の要支援者（要保護高齢者や障がい者）の把握が困難となっている。いざという時に周りの協力が得られにくいと心配している。
 - ・高齢者の中には、こみ出しルールが不十分で当番の住民とトラブルが発生している。周りからは、「火事も心配だし、施設に入れたまづが、いいのよ」といった声が出ている人もいる。民生委員が見かねて協力している高齢者もいる。・高齢者の孤独死が、この半年で4件続いている。今年夏には熱中症で5人の高齢者が救急搬送された。発見者は配食サービス事業者やヘルパーが主であった。

ねらい

- ①ネットワーク構築の取り組み（事業）のコンセプト
- ①生活課題のある世帯を把握し、関係者で共有化し、連携を図る。
 - ②地域の見守り支援体制を整え、いざという時や問題が生じたときに地域住民の中で少しでも支えられるよう、日頃から声が掛け合えるようにする。
 - ・生活上の問題が起きていて、心配な世帯をできるだけ早めに地域包括支援センターにつないでもらう。
 - ・自治会活動（こみ出しや避難訓練、サロン等）を通して声掛け、話ができる環境を作っていく。認知症による徘徊等により行方不明になった場合や閉じこもりがちな高齢者に対して、自治会を通じた地域全体での支援や見守り体制を整えてもらう。

効果

- ①期待する効果
- ・地域での見守りや支援が必要な高齢者世帯の実態把握ができ、地域包括支援センターや民生委員を中心とした早期の対応が図れる。
 - ・地域住民同士が自治会活動を通して高齢者や障がい者等への見守り、声かけが広がり、閉じこもりや生活上のトラブルの早期発見や孤独死が減少していく。
 - ・災害時や行方不明等の緊急時には住民同士、自治会全体で積極的に協力でき、横のつながりが高まるようになる。

取り組み(事業)内容[予定]

- ①計画内容
- ①介護支援専門員、民生委員、ヘルパー、地域包括支援センターによる定期的な情報交換会の開催と要支援者等の実態把握（緊急時やこみ出し等の生活課題）の実施
 - ②地域懇談会にて地域課題の意見交換会、地域包括支援センターへの連絡等のPR
 - ③自治会、民生委員、地域包括支援センターによる支えあいマップづくり
 - ④要支援者を中心とした避難訓練（モデル地区1箇所）

ネットワークの内容[予定]

メンバー

- ①予定しているメンバー
- ・行政機関（高齢福祉課、障がい福祉課、防災課）
 - ・自治会（会長、役員等）、地区民生児童委員協議会
 - ・介護支援専門員連絡会、介護サービス事業所、NPO
 - ・社会福祉協議会（地域担当）、婦人会、ふれあいサロン代表等

スケジュール・手順

- ①予想スケジュール・手順
- ①第1回地域懇談会で高齢者の地域課題を共有する。②高齢者世帯の実態把握、情報交換会（民生委員、地域包括等）
 - ③自治会、民生委員等との支えあいマップづくり（4回程度）④第2回地域懇談会で実態把握結果の報告、PRチラシの配布⑤モデル地区による要支援者避難訓練（援助方法の課題確認）

活用ツール(モノ、カネ)

- ①計画時に予定しているツール
- ①地域懇談会（会場、運営費）2回分 14,000円
 - ②要支援高齢者実態把握、情報交換会 30,000円
 - ③福祉マップづくり 4回分 16,000円
 - ④モデル地区要支援者防災訓練 20,000円
 - ④地域支えあいPRチラシ 20,000円 計100,000円

② 取り組み結果を振り返る

取り組み(事業)内容[実際]

- ②実施した内容
- ・地域懇談会における地域課題の意見交換会（班単位で7月に延べ4回）
 - ・高齢者世帯への生活課題への実態調査と情報交換会（行政、民生委員、地域包括、介護支援専門員等にて実施 8月話し合い、9月実施、10月集計・まとめ、12月情報交換会）
 - ・自治会、民生委員等との支えあいマップづくり（10月延べ4回）
 - ・地域懇談会で実態把握の結果と今後の自治会活動案の報告（1月）
 - ・モデル地区によるよう支援者避難訓練の実施（1月延べ84名）

ネットワークの内容[実際]

メンバー

- ②実際に関わったメンバー
- ・行政（高齢福祉課、障がい福祉課、防災課、保健推進課、消防署、警察）
 - ・自治会（会長、役員等）、地区民生児童委員協議会、老人クラブ
 - ・介護支援専門員連絡会、介護サービス事業所、NPO
 - ・社会福祉協議会（地域担当）、婦人会、子ども会、ふれあいサロン代表

スケジュール・手順

- ②実際のスケジュール・手順
- ①地域住民を含めた第1回地域懇談会を実施
 - ②要支援高齢者世帯の実態把握、自治会役員の協力も仰ぐ
 - ③支えあいマップで要支援者と協力者の把握を行なう
 - ④第2回地域懇談会で実態把握結果の報告と地域課題の共有
 - ⑤モデル地区による要支援者避難訓練の実施、関係者の協力体制の確認

活用ツール(モノ、カネ)

- ②実際に活用したツール
- ①地域懇談会（会場、運営費）自治会の協力により 4,000円
 - ②要支援高齢者実態把握、情報交換会 28,000円
 - ③福祉マップづくり 自治会の協力により 8,000円
 - ④モデル地区要支援者防災訓練 自治会の協力により 10,000円
 - ④地域支えあいPRチラシ 20,000円 計60,000円

成果と課題

②実施後の成果と課題

- ・実態把握と支えあいマップを作成する中で、認知症の疑いのある一人暮らし高齢者等地域と関りの薄い世帯の把握ができ、声かけ、見守り協力者を募ることにした。今まで支援を拒否していた高齢者世帯もふれあいサロン等への参加にもつながった。
- ・自治会や民生委員等関係者との顔の見える関係ができ、地域包括支援センターへ認知症や一人暮らし高齢者の情報が少いように入ってきた。
- ・避難訓練に参加した住民同志の連帯感が高まり、災害等の支えあいの重要性が共有できた。
- ・こみ出し日に、自治会役員の挨拶運動を展開し、チラシは減少してきたが、閉じた世帯の区分けがはつきりしてきた。

今後の展望・目標

②今後の事業展開

- ①自治会や民生委員、NPO等との継続的な会合を持ち、今後も協同した取り組みを検討していくこととした。まず、新たな地域での避難訓練を実施する。②地域包括支援センターが隔月に高齢者向けの情報誌を作成し、自治会、民生委員、介護支援専門員等の協力を得て、地域内の高齢者等へ配布、継続的な実態把握と見守りを行なうこととした。③今回の実態把握と支えあいマップづくりの効果を基に全市的に取り組みめるよう、行政機関及び各地域包括支援センターとの連絡会議に報告し、事業計画に載せる。

地域ケア会議のデモンストレーション

Memo

地域ケア会議実践

1

研修の目的

地域ケア会議開催例を通じ、地域包括の持つ「課題抽出機能」と「課題解決機能」を地域ケア会議においてどのように実践するのか理解し、運営できる。

かつ、重要なカギを握る、会議の進行能力を高めるためファシリテート技術を学び即戦力として地域ケア会議運営できる人材を育成する。

2

地域包括ケア会議とは

【市町村地域包括ケア会議】

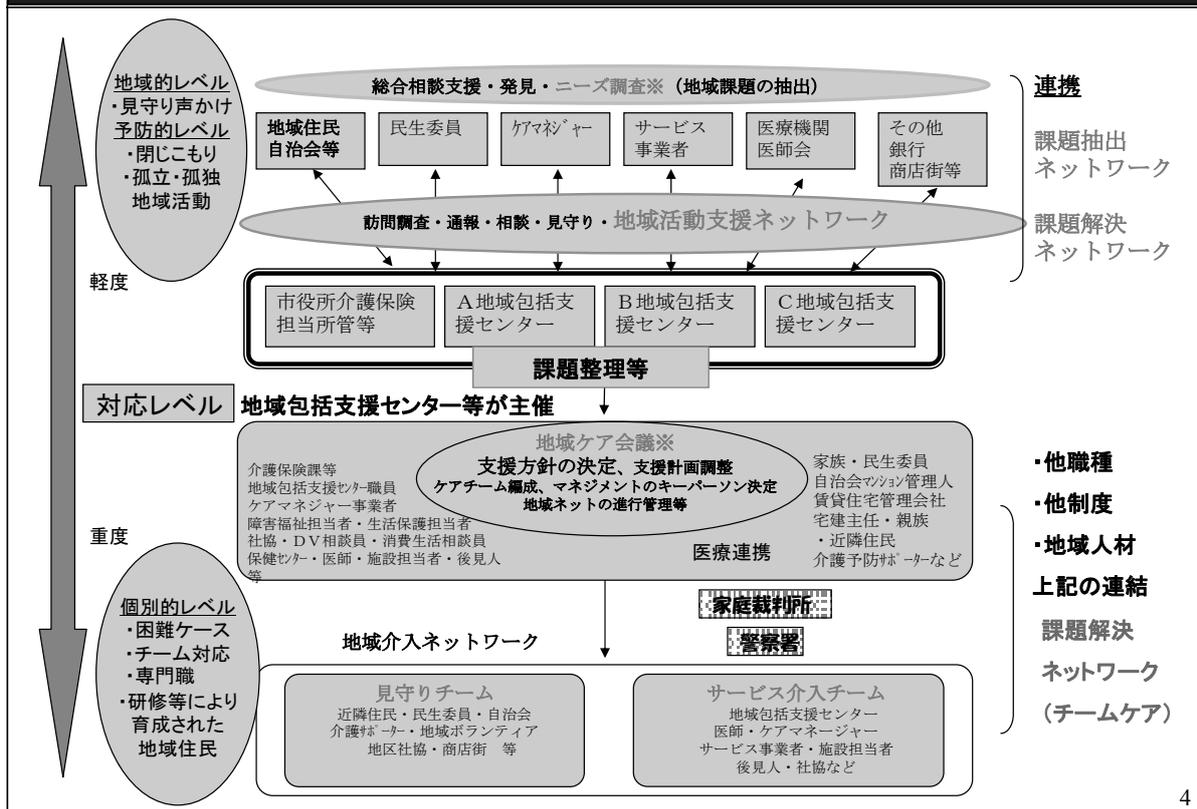
(地域包括支援センター業務マニュアル 平成22年3月長寿社会開発センターより)

会議の呼称はそれぞれの市町村によって異なりますが・・・(省略)次のような保険者又は地域包括支援センターが主催する会議を設置・運営する必要があります。このような会議がなければ地域包括ケアの推進はより難しいものになると考えられます。

- ・各地域包括支援センターが把握する地域課題の集約
- ・地域包括支援センター間や関係機関間の情報交換の促進と協働体制の構築
- ・被保険者啓発と相俟った地域包括ケアの立案
- ・被保険者への支援・救済に携わる人材育成・資質の向上(OJT)等

3

地域包括ケアの連携フローについて



4

『地域ケア会議』とは何か？

■定義その①

「地域ケア会議」の究極の目的を「何らかの課題を抱える被保険者の支援・救済」「課題発生の防止」を図るための各種手段の総称、と位置づける。

■定義その②

究極の目的達成のために用いる各種の個別手段を、状況に応じて適切に組み合わせることにより、相乗効果を目指すものである。

■定義その③

手段の行使は、地域包括支援センター職員個人や関係する介護保険業務従事者個人の力量により大きく左右されるので、地域ケア会議を通してOJT効果を目指すものでもある。

地域ケア会議の目的

▶地域ケア会議は、介護保険制度の理念である「尊厳の維持」「自立支援」を実現するために、市町村・地域包括支援センター・介護支援専門員・事業者が一堂に会して、要介護・要支援および特定高齢者のケアプランおよび事業内容について、個別ケースごとに支援の方法・方向性を検討したり、事後に評価したりするものである。

▶地域ケア会議では、介護保険法のみならず障害者自立支援法、生活保護法など、関係各法・制度横断的に、個別ケースのプロセス、プログラム、結果の評価を行うことで、利用者の「尊厳の維持」「自立支援」の実現をめざす。

▶関係各法・制度横断的に事例検討を行うことで、制度・職種の縦割りではないチームケアが標準化するという効果が期待できる。

(地域包括ケア推進のための地域診断に関する調査等事業報告書第3章
平成22年3月 財団法人長寿社会開発センター より)

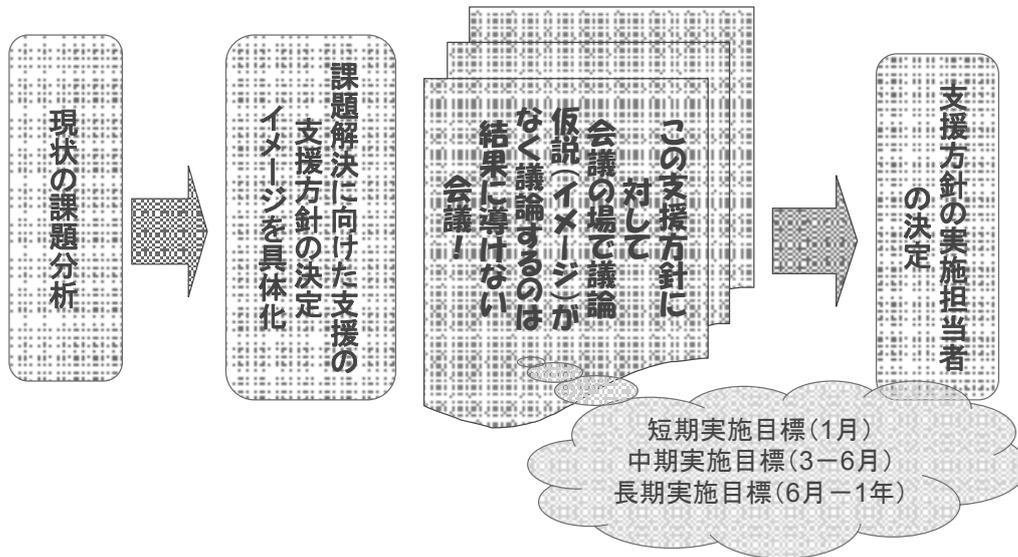
地域ケア会議の成果(アウトカム)

- ①総論は「地域包括ケアの推進」に寄与。具体的には下記。
- ②介護保険法第2条第2項に規定する「保険給付は、要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するように行われる」ことに寄与。
- ③介護保険法第4条に規定する「国民の健康保持努力義務、要介護者の有する能力の維持向上努力義務」の実践促進に寄与。
- ④上記の考え方を恒常的に維持推進できる視点及び力量を持つ介護保険等の対人援助業務職員等の育成に寄与。(OJT)
- ⑤そのような行政目的を理解し、自助・互助(尊厳の保持は当事者も努力が必要と認識する。)を中心とする地域づくりを支援する被保険者の育成に寄与。
- ⑥個人のスキルアップと相まって、アウトカムを引き出すための構造を探求し、その構造の体系化を図る。(システムの取組み)
- ⑦究極の目的を意識した実践の積み重ねを通して、地域課題を分析し必要な行政施策企画の検討に寄与。

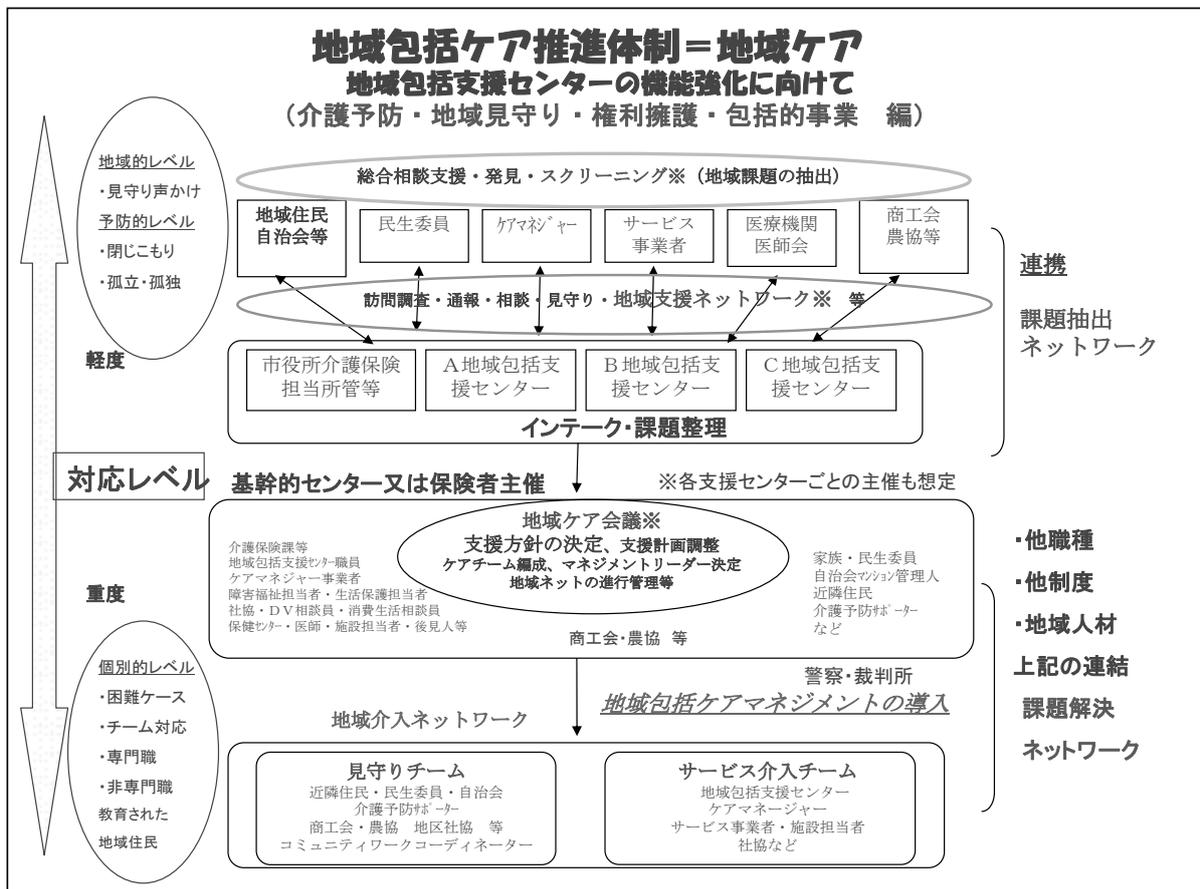
『地域ケア会議』のアウトカムを引き出す方法総論

- ①包括センターが主催する「地域ケア会議」の目的・根拠を明確に位置づけること
 - ・条例、規則又は要綱において明文化を図ることが重要である
 - ・会議の設置・開催・サービス調整等に係る責任を明確にすることが必要である
- ②包括センター長に対する会議の召集権限の付与を明確に位置づけること
 - ・行政機関の一翼を担うためには必要不可欠な権限である。
- ③被保険者を支援・救済するための個人情報取扱ルールを明確化すること
 - ・個人を護るための個人情報保護法が、個人の支援・救済を阻害するという本末転倒の現象が発生しないような環境整備が必要不可欠である。
- ④地域ケア会議の司会進行を担当する職員に求められるスキルの客観化とその知識習得及び駆使する力量を持つ職員の配置が確保されること
 - ・システムが自動的に作動してアウトカムが引き出されるわけではなく、アウトカムを引き出す司会進行役が機能しなければ、アウトカムは生じない。
- ⑤そのためには、保険者が包括センター現場に丸投げするのではなく、市町村介護保険計画の策定、評価を通じて行政施策の一環として明確に位置づけ、かつ、バックアップする視点と能力を持つこと

会議の有効活用 課題解決のフロー



9



重層的な課題を抱えている世帯 地域ケア会議のロールプレイ

11

重層的な課題が存在している世帯

1 事例概要

母親A(80歳代) 知的障害と思われる(同居)

長女B(50歳代後半)知的障害療育手帳B1(同居)

長男C(50歳代前半)糖尿病 唯一の就労者(同居)

次男D(50歳代前半)就労長続きしない(同居)

4人で持ち家で生活していたが、唯一就労し家系を支えていた長男Cが、糖尿病の悪化により仕事ができなくなり生活困窮に陥る。

次男Dは、就労しても長続きせず、母親Aの年金を当てにし飲み代に使ってしまう。公共料金や市民税の滞納が多額になり、水道も止められる状況になる。

年金担保で借入れをしているため年金支給日の翌日には母親は、金が無い米をくれと近隣住民宅や市役所窓口を訪れる。

その後地域での見守り体制を構築しながら、継続的な支援を実施したケース。

12

2事例発見の経緯

水道を止められると困るので何とかしてくれと長男Cが相談に来る。話を聞くと糖尿病が悪化し半年前から仕事ができないとのこと。

母親Aは、年金を受給しているようだが、年金支給日の翌日には近隣住民にお金やお米の無心に歩いていたらしい。

その数日後、Aが街中で座り込んでいるところを発見され、発見者に連れられて長女Bと共に市役所まで来る。

理由を聞くと、米を買うお金が無いので食べ物が欲しいと言っていた。

相談に来た際の身なりはひどく、Aは尿臭が激しかった。

A・Bとも保護を希望したため、地域包括支援センターのスタッフ間で情報共有し、市高齢者福祉課長も含めコア会議を行い一時保護を実施した。

支援をしてくれる親族はいないか確認したが、いないことが判明したため、市と協力し早急に詳しい情報収集をすることにした。

13

3介入初期の支援内容

母親A→健康状態が悪く、本人の希望により保護したが、数日後には無断で自宅に帰ってしまい、再び4人での生活を続ける。

長女B→母親といっしょに保護されることは拒否したが、後日弟に怒られたと警察署に助けを求めてきたので緊急保護するも、2日で自宅へ戻ってしまう。

長男C→糖尿病が悪化し、仕事ができなくなり生活保護の申請を受付、入院の検討に入る。

次男D→AさんとBさんの施設入所をすすめると、二人が施設入所や保護されると生活に困るので、介入を拒否。支援者に対して攻撃的になり、関係の維持が困難になる。

14

4 展開その1 (地域住民の不安)

* 長男Cは、生活保護支給決定となり入院した。その後A・B・Dの3人での生活が始まった。

次男D→仕事を探す様子もなく酒を飲み歩き、金がないと友人から借金をしていた。Aの通帳をもって郵便局に行き局長とのトラブル有。Aの医療費の支払いで、病院とトラブル有。

母親A→近所の民生委員宅へお金や米を貸して欲しいと頻回に訪れるようになる。どのように対応すればよいかと民生委員から不安の声があがる。民生委員が確認したところ、近隣住民の家や商店にも同様に訪れていることが判明し対応に苦慮していることが分かった。

長女B→度々、Dに怒られたと訴えてくるものの、保護を勧めると、拒否して家へ帰ってしまい、Dに市役所の人に連れて行かれたと訴える。

15

5 地域ケア会議の流れ

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

会議前: 担当者による課題の提出準備
(必要な資料は当日会議参加者に配布)



会議当日: 担当者による事例ポイント説明



会議当日②: 司会者による進行(事例の掘り下げ・検討・プラン決定)



会議終了後: 各担当者が必要な確認・支援を実施。定められた評価の時期に再提出。

16

6 情報集約のアセスメント着眼点

…自立した日常生活を阻む課題について…

■個人因子

身体機能・生活機能等に
支障をきたす高齢者の個
人的な要因

- ・ 身体機能・知的機能の低下(ADL、IADL)
- ・ 障害、疾病等及び性格について
- ・ 状態回復できるものか、できないものか、維持できるのか。(経済的状況)
- ・ 収入、預貯金、不動産？
- ・ 不動産の売却が予定されている？

■環境因子

身体機能・生活機能等に
支障をきたす高齢者を取り
巻く親族・近親者等個人
的關係や受託のバリア
等の環境的な要因

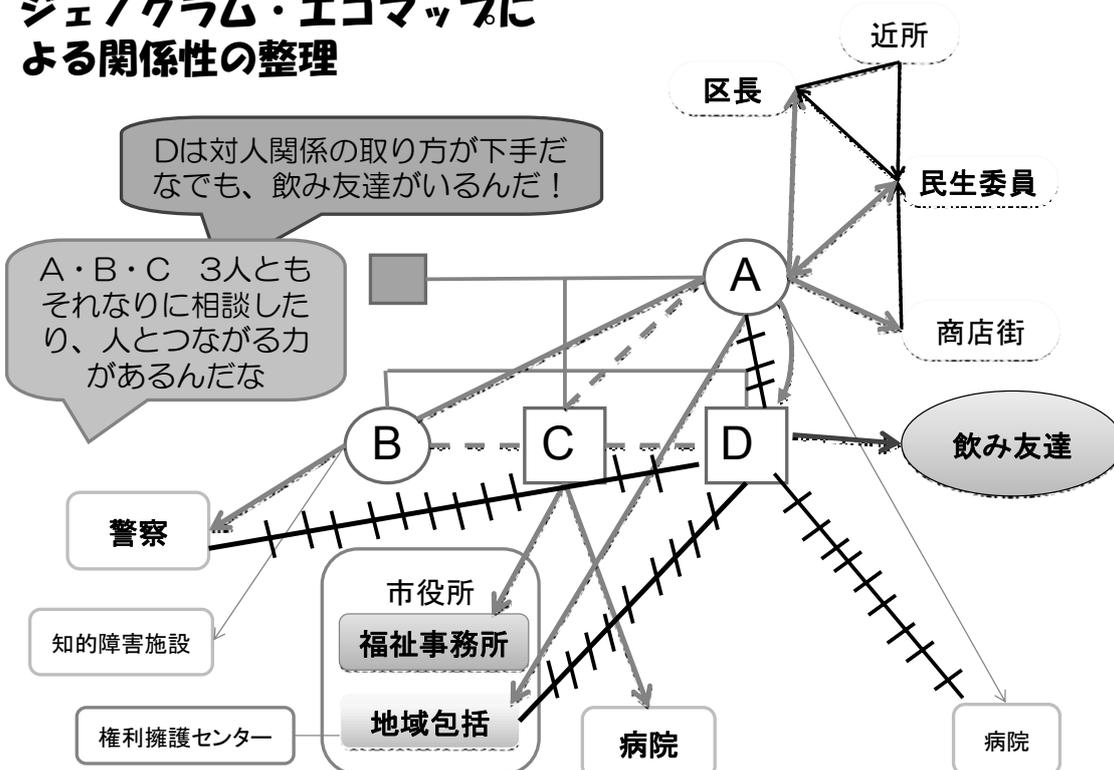
的確なアセスメント

- ・ 相談者と本人の関係は？
- ・ 家族や近隣の知人の背景は？
- ・ 在宅や地域の日常生活導線？
- ・ かかりつけ医や民生委員等の関係は？
- ・ 生涯生活歴は？

☆接遇・洞察能力を身に付ける！
☆他制度を知る・チームの力を生かす
☆本人の最善の利益をめざす

17

ジェノグラム・エコマップによる関係性の整理



Aさんとその家族の時系列整理

H17年



まじめに仕事
近所付き合い良好
家族を支える

死亡

A

二人で通院
近隣からの支援
近隣からの苦情
米などの無心等
通院の中断

B

18歳～24歳
障害施設入所

C

宅急便勤務

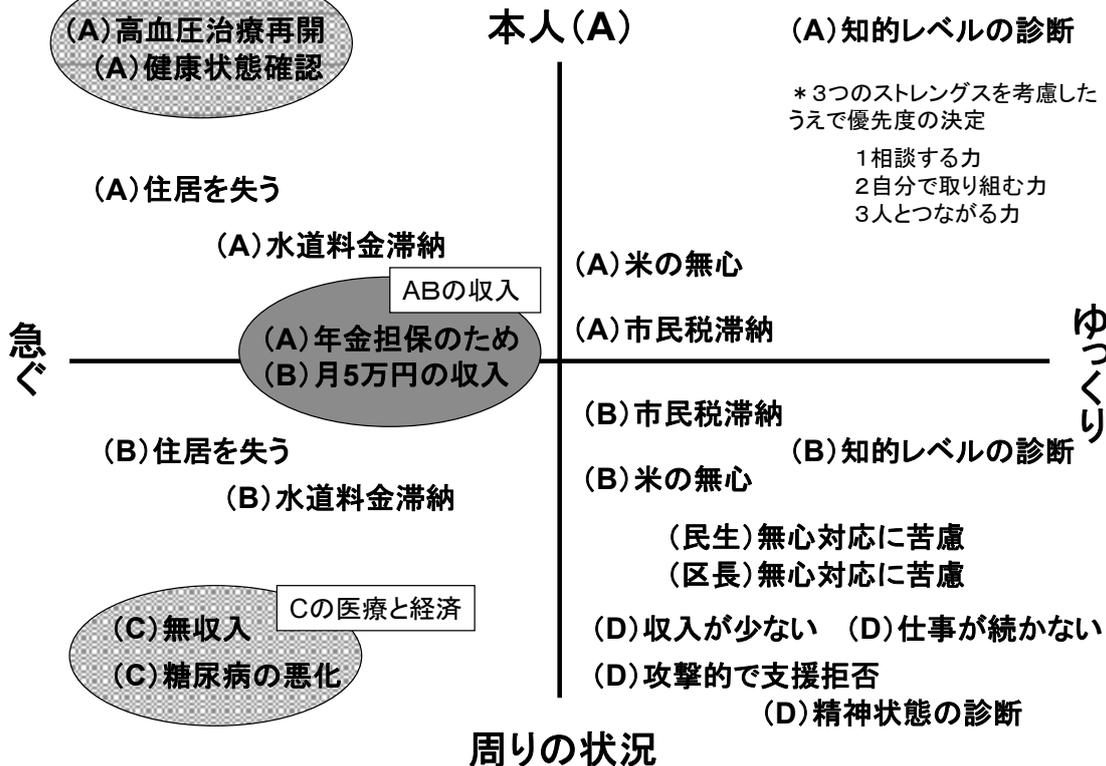
無収入
糖尿病発病

D

30歳頃～定職を持たない
近隣とトラブル
助言者に攻撃的

Aの医療

Aさんとその家族の課題整理



6-①アセスメント（課題の整理）

個人因子	知的障害と思われる 尿臭があるが自覚なし。身なりを構わない。 判断力、理解力あり 認知症なしと思われる。
環境因子	家族環境 長女:知的障害B 判断力・理解力あり 長男:DM、仕事ができない(6か月まえまで仕事して収入があった) 二男:仕事をせず、本人と長女の年金を使い込む 夫:数年前死亡。就労し近所付き合いも良好だった。 住環境 悪臭 (猫を飼っているせい?) 競売に付され強制執行間近 近隣住民に金の無心・米を借りに行き頻回で迷惑をかけている
経済的環境	世帯収入:年金担保で借入しているため、月の世帯収入は5万円弱 本人:厚生年金 月〇万 金銭管理可能と判断 長女:障害年金 月〇万【本人と合わせて月96,000円】 長男:収入なし →世帯分離し生保。DMの為入院。 二男:収入ないうえに本人と長女の年金を使い込む、飲酒 就労可能で身体精神面の医療の必要性はない。 負債:市税、水道等滞納が190万円 競売後の家賃(月6万円)を滞納 ※3人世帯としても、就労可能な次男がいるため生保適用はならない。

21

「生活行為評価票」による現状評価と予後予測の整理票

生活機能	事前	予後予測	備考
室内歩行	○1		
屋外歩行	○2	⇒ ○1	筋力低下、近距離のみ
外出頻度	△1	⇒ ○2	週2程度近所に米等の無心に
排泄	△1	⇒ ○2	失禁しているようで尿臭あり
食事	○1		
入浴	△1	⇒ ○2	
着脱衣	△1		

困難度と改善可能性	自立レベル		一部介助レベル		全介助レベル	
	楽にできる	少し難しい	改善可能性高い	改善可能性低い	改善可能性高い	改善可能性低い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2

22

地域ケア会議ケース検討会アセスメントシート

				独	高	他
氏名	Aさん	男・女	住所			
要介護度	なし	有効期限		検討テーマ 金銭及び経済的虐待		
健康状態	高血圧 以前は内科通院しコントロールできていたが3ヶ月間通院、服薬されていない。					
個人因子	知的障害と思われる 尿臭があるが自覚なし。身なりを構わない。 判断力、理解力あり 認知症なしと思われる。					
環境因子	家族環境 ●長女：知的障害B 判断力・理解力あり ●長男：DM、仕事ができない(6か月まえまで仕事して収入があった) ●二男：仕事をせず、本人と長女の年金を当てにしている ●夫：数年前死亡。就労し近所付き合ひも良好だった。 住環境 ●悪臭 (猫を飼っているせい?) ●競売に付され強制執行間近 ●近隣住民に金の無心・米を借りに行き頻回で迷惑をかけている					
経済的環境	世帯収入：年金担保で借入しているため、月の世帯収入は5万円弱 本人：厚生年金 月〇万 金銭管理可能と判断 長女：障害年金 月〇万 【本人と合わせて月96,000円】 長男：収入なし ⇒世帯分離し生保、DMの為入院。 二男：収入ないうえに本人と長女の年金を使い込む、飲酒 就労可能で身体精神面の医療の必要性はない。 負債：市税、水道等滞納が190万円 競売後の家賃(月6万円)を滞納 ※3人世帯としても、就労可能な次男がいるため生保適用はならない。					

現況	次男から金の無心、怒鳴られる。という訴えあり。 保護入所させるも勝手に自宅に戻ってしまう。 通帳管理は本人(Aさん、長女とも自己管理)がするが次男に言われたとおり渡す。 食費、生活費、米を近所に借りに行く。 次男は介入拒否。本人や長女も積極的介入は望まない態度をとるが、市役所や警察にたびたび相談に来る。
問題点課題	個人因子からの課題 ● 本人の状態像が不明瞭。本当に的確な判断力があるのか。 ● 食住の確保 特に食事ができないので今後脱水や低栄養のリスク高い。 環境因子からの課題 ● 年金担保の負債がある。 ● 通帳を持っているため次男に言われるとおろして渡してしまう。 ● 住居の問題(立ち退きが迫っている) ● キーパーソンの不在⇒長男契約行為や申立人など書類上だけでもキーになれるか否か。
介入チーム	①保険者 N市高齢者福祉課 長岡課長 ②地域包括支援センター 坂本センター長 ③地域包括支援センター 田中社会福祉士(本ケースのマネジメント担当) ④地域包括支援センター 武市保健師・主任ケアマネ ⑤障害福祉課生活保護係 高杉ケースワーカー ⑥権利擁護センター 吉田弁護士 ⑦かかりつけ病院 近藤MSW ⑧区長(自治会長) 永倉氏 ⑨民生委員 芹沢氏 ⑩N市警察署生活安全課 原田氏

支援計画
短期 1～3ヶ月
中期 3～6ヶ月
長期 6ヶ月～1年

(短期目標・支援内容)

- 本人の理解力について、確定診断を受ける。
- 長女の判断力について、精神科医の診断を受ける。
- 次男はアルコール依存の可能性はないのか、訪問時の状況など観察。可能であれば保健所に連絡し訪問を依頼。
- 包括主任介護支援専門員(保健師)の定期訪問。体調確認
- 民生委員による状況観察 ⇒適宜報告要
- 強制執行の連絡が文書で来るので、定期訪問時確認する。

(中期目標・支援内容)

- 本人・長女の理解力について、診断内容に応じて支援方針再検討
- 強制執行の際介入。本人たちの申し出により養護老人ホームへの措置入所を行う
- 入所後は、成年後見申立と債務整理。審判前財産管理を申し立てる。
- 申立人は長男がなれるか検討。不可能であれば市長申立て検討
- ※長女の支援、次男の支援の中心は障害担CWが中心となり、本人と同等な支援を行う。

(長期目標・支援内容)

世帯員全員の金銭面、医療面の支援体制が確保でき次第、世帯としての生活の場を検討。

日付 H 年 月 日 記入者

7展開その2 (地域ケア会議)

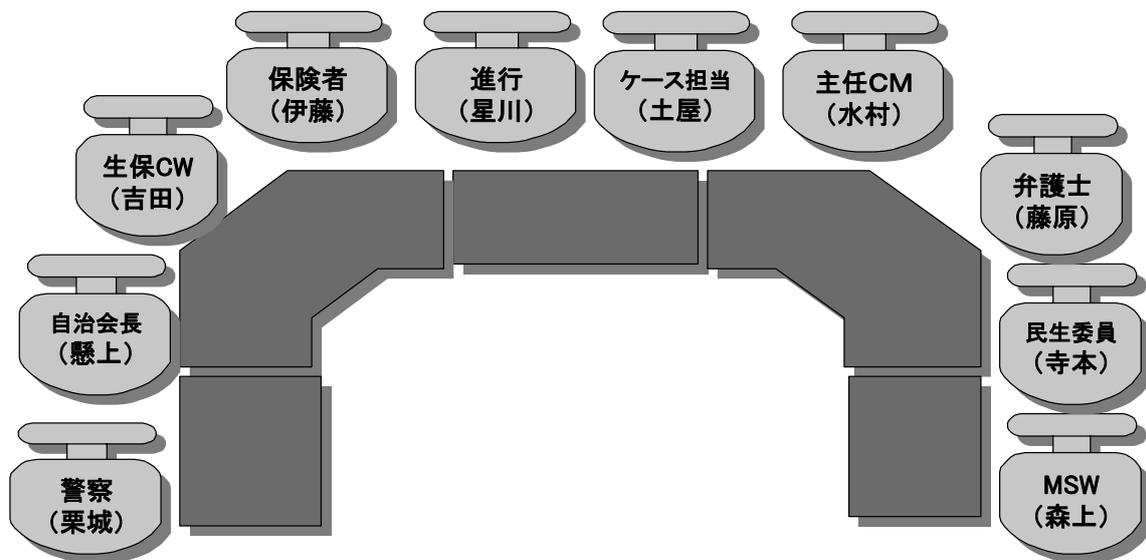
* 各関係機関や地域住民が対応に苦慮しているため、地域ケア会議にて支援方針の検討を行うこととした。

N市高齢者福祉課長	長岡
地域包括支援センター センター長	坂本 主担当
地域包括支援センター (社会福祉士)	田中
地域包括支援センター (主任ケアマネ・看護師)	武市
N市生活保護担当ケースワーカー	高杉
弁護士	吉田
かかりつけ病院MS	近藤
区長 (自治会長)	永倉
地区担当民生委員	芹沢
N市警察署 生活安全課	原田

検討課題 →Aさん家族の生活状況に関する情報の共有。
各機関の係わり状況の共有。
Aさん家族の抱えている課題の整理。
Aさん家族の今後の支援に関して。

26

地域ケア会議模擬



8 対応策の検討（地域でのケース会議開催）

* 包括支援センターでアセスメントした内容を共有し、
具体的対応を検討。

支援方針のまとめ

【短期支援内容】～1か月

- 認知機能について確定診断を受ける。
- 施設入所を視野に入れ、介護申請を行う。
- 生活保護申請
- 世帯員それぞれの居住場所の確保と必要な支援の実施
- 成年後見申立て支援

支援計画と役割分担

	課題	目標	何を・どのように	担当者
1	Aさん→高血圧治療のための通院が滞っている	Aさんの通院、服薬の再開	Aさん宅へ訪問し、通院状況の把握 受診勧奨	主任CM
2	Aさん→街中で倒れる 経済的に厳しく知識が乏しいため健康状態悪化の可能性が高い	Aさんの低栄養や脱水などを予防し、健康状態の維持	地域包括支援センターに集まる情報と訪問しての情報から健康状態を把握し、保健指導	主任CM
3	長男C→糖尿病が悪化し就労できず収入が無い	Cさんの入院	世帯を分離する生活保護支給決定	生活保護係
4	Aさん、Bさんがお金やお米の無心に歩くため、近隣住民や商店が対応に苦慮している	Aさん、Bさんの行動範囲を限定する	民生委員に食料を預け、見守りを依頼	民生委員
5	次男D→就労せずAさんBさんの年金で飲酒	アルコール依存の可能性を探る	保健所の訪問を依頼	N市保健所
6	住居が競売に付され、強制執行間近	Aさん、BさんとDさんを分離する	住居からの立ち退きを迫られたときに介入のチャンス。 分離、保護先を確保。	N市高齢者福祉課
7	緊急対応時の連携構築ができていない	情報の共有化を図る	警察、民生委員、病院、等の情を包括支援センターで集約する	地域包括支援センター

9-①モニタリング(1ヵ月後に設定)

* このケースは、介入が困難なケースであり、動きも早いと思われたので一ヶ月後にモニタリングの会議を開催することを決定。

* その間に、各役割分担に取り組み、緊急対応が必要な場合は包括支援センターで情報を集約する。

* 1ヵ月後のモニタリング時に、実施内容・状況の確認を行い、各課題の充足度を評価する。

* 課題や状況に変化が生じている場合は、それに応じた新たな支援計画を策定する。

9-②モニタリング（方針の評価と見直し）

	目標	実施状況	目的達成状況	今後の対応方針
1	Aさんの通院、服薬の再開			
2	Aさんの低栄養や脱水などを予防し、健康状態の維持			
3	Cさんの入院			
4	Aさん、Bさんの行動範囲を限定する			
5	Dさんの就労を促す			
6	Aさん、BさんとDさんを分離する			
7	情報の共有化を図る			

31

演習 地域ケア会議模擬実践

（目的・ねらい）

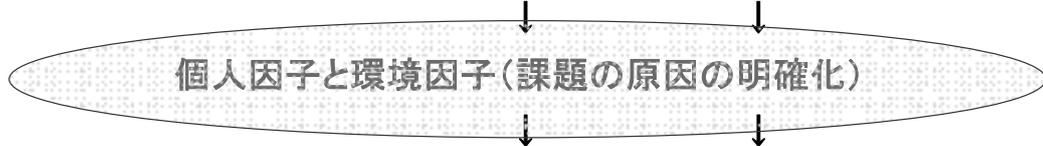
実践例をふまえた上で、グループで模擬地域ケア会議を体験し、会議の具体的な進行方法を理解する。

（方法）

- 進行方法について説明します。
- グループ内で司会役1名、書記1名決めます。
- 「Yさん事例概要」を主担当者役の企画委員が壇上で説明します
- グループ毎に、Yさんの支援方針に対し意見を出し合い、グループ（チーム）の支援方針を決定し、記録用紙に記載します。（概ね20分間）
- ロールプレイではなく、実際に各々包括職員としての立場で発言して下さい。
- 企画委員が会場内巡回しますので、ご不明な点はお声かけ下さい。

まとめ

個人状況と環境状況(生活機能的課題の主訴と洞察)



個人支援と環境支援(課題に対する自立支援手法)

個人・環境の課題解決目標(指標を明確にした目標設定)

短期・中期・長期目標の設定

支援内容に関わらず、課題を整理し課題に対する解決手段を講じる方法を、チームにより検討すること

また、それらを地域包括支援センターが主体となり地域全体で実施することで「地域包括ケアの確立」が可能となる！

33

本研修における用語の整理

《個人因子》

身体機能・生活機能等に支障をきたす高齢者の個人的な要因

《環境因子》

身体機能・生活機能等に支障をきたす高齢者を取り巻く親族・近親者等人的関係や住宅のバリア等の環境的な要因

《地域ケア会議》

被保険者の尊厳確保を目的に、ケアマネ支援を主眼にしたサービス担当者会議(チームケア:医療連携や権利擁護対応等含む)を包括的に支援する会議

地域ケア会議ケース検討会
アセスメントシート

		独	高	他
氏名	Aさん		男・女	住所
要介護度	なし	有効期限	検討テーマ 金銭及び経済的虐待	
健康状態	高血圧 以前は内科通院しコントロールできていたが3ヶ月間通院、服薬されていない。			
個人因子 (生活に支障をきたす要因に対する因子)	<ul style="list-style-type: none"> ● 知的障害と思われる 尿臭があるが自覚なし。身なりを構わない。 ● 判断力、理解力あり 認知症なしと思われる。 			
環境因子 (生活に支障をきたす要因に対する因子)	家族環境 <ul style="list-style-type: none"> ● 長女: 知的障害 B 判断力・理解力あり ● 長男: DM、仕事ができない(6か月まえまで仕事して収入があった) ● 二男: 仕事が長続きせず、飲酒、本人長女に対し怒鳴る。 ● 夫: 数年前死亡。就労し近所付き合いも良好だった。 住環境 <ul style="list-style-type: none"> ● 悪臭 (猫を飼っているせい?) ● 自宅は競売に付され強制執行間近 ● 近隣住民に金の無心・米を借りに行き頻回で迷惑をかけている 			
経済的環境	世帯収入: 年金担保で借入しているため、月の世帯収入は5万円弱 本人: 厚生年金 月〇万 金銭管理可能と判断 長女: 障害年金 月〇万 【本人と合わせて月 96,000 円】 長男: 収入なし 糖尿のため仕事できず (⇒世帯分離し生保。DM の為入院。) 二男: 収入ないうえに本人と長女の年金を使い込む、飲酒 就労可能で身体精神面の医療の必要性はない。 負債: 市税、水道等滞納が190万円 競売後の家賃(月6万円)を滞納 ※3人世帯としても、就労可能な次男がいるため生保適用はならない。			
現況	<ul style="list-style-type: none"> ● 次男から金の無心、怒鳴られる。いう訴えあり。警察にも相談に行っている。 ● 通帳管理は本人(Aさん、長女とも自己管理)がするが次男に言われたとおり、金をおろして渡している。 ● 食費、生活費、米を近所に借りに行く。(次男の命令により) ● 次男は介入拒否。本人や長女も積極的介入は望まない態度をとるが、市役所や警察にたびたび相談に来る。 			
問題点 課題	個人因子からの課題 <ul style="list-style-type: none"> ● 本人の状態像が不明瞭。本当に的確な判断力があるのか不明瞭。 ● 衣食住の確保 特に食事ができないので今後脱水や低栄養のリスク高い。 自宅も強制退去となる可能性高い。 			

	<p>環境因子からの課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 年金担保の負債がある。 ● 通帳を持っているため次男に言われると、おろして渡してしまう。 ● 住居の問題(立ち退きが迫っている) ● キーパーソンの不在⇒長男契約行為や申立人など書類上だけでもキーになれるか否か。
<p>介入チーム</p>	<ol style="list-style-type: none"> ① 保険者 N市高齢者福祉課 長岡課長 ② 地域包括支援センター 坂本センター長 ③ 地域包括支援センター 田中社会福祉士(本ケースのマネジメント担当) ④ 地域包括支援センター 武市保健師・主任ケアマネ ⑤ 障害福祉課生活保護係 高杉ケースワーカー ⑥ 権利擁護センター 吉田弁護士 ⑦ かかりつけ病院 近藤 MSW ⑧ 区長(自治会長) 永倉氏 ⑨ 民生委員 芹沢氏 ⑩ N市警察署生活安全課 原田氏
<p>支援計画</p> <p>短期 1～3ヶ月 中期 3～6ヶ月 長期 6ヶ月～1年</p>	<p>(短期目標・支援内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 本人の理解力について、確定診断を受ける。 ● 長女の判断力について、精神科医の診断を受ける。 ● 次男はアルコール依存の可能性はないのか、訪問時の状況など観察。可能であれば保健所に連絡し訪問を依頼。 ● 包括保健師の定期訪問。体調確認 ● 民生委員による状況観察 ⇒適宜報告要 ● 強制執行の連絡が文書で来るので、定期訪問時確認する。 <p>(中期目標・支援内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 本人・長女の理解力について、診断内容に応じて支援方針再検討 <p>【以下判断力ありと結果が出た場合の支援方針】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 強制執行の際介入。本人たちの申し出により養護老人ホームへの措置入所を行う ● 入所後は、成年後見申立と債務整理。審判前財産管理を申し立てる。 ● 申立人は長男がなれるか検討。不可能であれば市長申立て検討 <p>※長女の支援、次男の支援の中心は障害担 CW が中心となり、本人と同等な支援を行う。</p> <p>(長期目標・支援内容)</p> <p>世帯員全員の金銭面、医療面の支援体制が確保でき次第、世帯としての生活の場を検討。</p>

地域ケア会議の模擬実践

Memo

地域ケア会議ケース検討会
アセスメントシート

独	高	他
---	---	---

氏名	Yさん	男・女	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	住所	
要介護度	介護1	有効期限		検討テーマ	ケアプランの見直し
健康状態	統合失調症(30代から) 認知症状(確定診断なし) 高血圧(以前は服薬していたが、今はできていない)				
個人因子	ADL 自立も、転倒を繰り返す。(筋力低下に起因) IADL 全般に指示、声かけを要す。(精神疾患に起因)				
環境因子	家族環境 <ul style="list-style-type: none"> ● 長女: 近市に在住。仕事が忙しい ● 長女の子(孫): 週1回程度訪問し様子をうかがう ● 長男: 5年前死亡 ● 夫: 2年前死亡。 住環境 <ul style="list-style-type: none"> ● 公団(持ち家) エレベーターなし 3階 ● 近隣住民に買い物をお願いしたり、食事に連れて行ってほしいと頼む 				
経済的環境	本人: 厚生年金と遺族年金 月20万 【預貯金あり、経済的な問題点はない】				
現況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2年前、夫が死亡したことをきっかけに介護申請。近市に住む娘がキーパーソンとなり、A 事業所 B ケアマネと契約。 ・ 訪問介護により、家事援助を利用していた。 ・ 定期的に娘が訪問し通院介助、服薬は自己管理していたが若年時からの統合失調症の悪化と高齢に伴う認知症状と思われる短期記憶障害の悪化の為一人暮らしの不安が増強。服薬管理ができなくなった。 ・ 娘に対する妄想(お金を隠してしまう、財産を使い込む)などが進行。 ・ 主治医に対する不信感(無理やり入院させようとする 等)があり 通院、服薬ができてない ※今のところヘルパーとケアマネに対する受け入れは良い ※本人の現在の主訴はお金を娘から取り戻してほしいということ。				
問題点 課題	<ul style="list-style-type: none"> ● 服薬ができていない。 ● 眠れない ● 通院・服薬ができていない ● 娘に対する被害妄想 ● 金銭管理を誰がどうするか ● 本人の今後の支援方針(在宅が可能かを含む)をどうするのか 				

<p>介入チーム</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 地域包括支援センター 担当職員 ➤ ケアマネジャー ➤ 市障害福祉課 精神障害担当 SW ➤ ヘルパー事業所 ➤ 訪問看護事業所 ➤ 精神科医院 医師 MSW ➤ 権利擁護センター ➤ 民生委員 ➤ 家族
<p>支援計画</p> <p>短期 1～3ヶ月 中期 3～6ヶ月 長期 6ヶ月～1年</p>	<p>(短期目標・支援内容)</p> <p>①本人の病状について、認知症の確定診断を含め再度診断を受ける。 ⇒元の主治医に事情を説明し、紹介状をもらい別の精神科へ受診させる。 (担当 地域包括・ケアマネ)</p> <p>②当面の服薬確認は、ヘルパーと訪問看護により行い、薬は訪問看護が預かりセッティングをする。ヘルパーは残薬確認をする。</p> <p>③症状安定するまで、娘には手続き等は協力願うが本人に対する支援は主としてケアマネと包括で支援する。</p> <p>④金銭については、日常生活自立支援事業を活用することとし、手続きを進める。</p> <p>(中長期目標)</p> <p>⑤上記実施し、診断が出ると思われる1ヶ月後を目途に再度カンファレンスを実施し、中長期的な支援計画を再度検討。</p> <p>⑥上記モニタリングの際に、在宅継続支援可能か、短期的に入院加療が必要か、施設入所の必要性があるかという居所の視点も含める。</p> <p>以上について、この1カ月で見極めをしていく。</p>

日付 H 年 月 日 記入者 _____

研修の振り返りと全体総括

Memo

研修の振り返りと全体総括

◆内容

- 14:45～14:50(5分) はじめに
- 14:50～15:30(40分) ワークショップ
- 15:30～15:50(20分) 全体発表
- 15:50～15:55(5分) おわりに

研修の振り返り

■地域包括支援センターに求められるもの

「地域包括ケアの推進」 (その要になる人はセンター長)

■地域ケア会議には

地域包括ケア推進のうえで重要である。

■地域ケア会議を有効に行うために

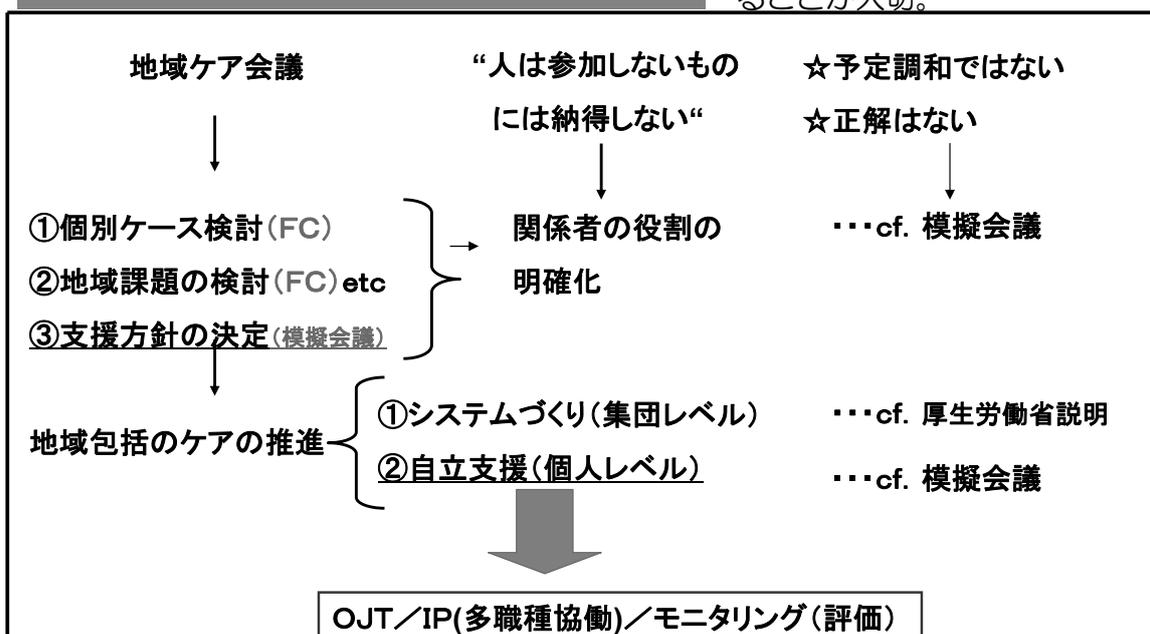
※地域包括ケアの推進に寄与するという共有が大切。

※地域ケア会議には、市町村単位で行う中央の会議と地域包括ごとの会議があり、その開催目的を押さえて開催することが大切。

※会議の目的に応じて、柔軟な会議運営方法が求められる。(司会進行方法)

皆さん＝推進役

★単に手法に捉われることなく、様々な解決策を身につけることが大切。



・例えばFCは、アイデア出しや組織内合意等にも使える

・例えば、模擬会議の手法は、支援方針の決定や短い時間内での合意に有効。

●ワークショップー1
地元に戻って、実践すること！

- ①地域包括の「センター長」として
→地域包括Cにプレゼントできることは？
- ②ブロック研修会の参加者として
→市町村にプレゼントできることは？

●ワークショップー2
地元に戻って、実践すること！

- ①と②、それぞれについて
- まず、一人ひとり考え、書き出してみましよう。
 - 次に、グループの中で発表し合い、まとめてみましよう。
 - 最後に、「これだけは、メンバー全員が実践すること」を決めましよう。
→これを発表します。(発表者を決めておいてください。)

●全体発表

①グループ発表

→時間の関係で、「3つのグループ」が発表

→「6つのグループ」がコメント

②「3つのグループ」は、立候補を受け付けます。

→・1グループ発表:3分

・1グループコメント:1分×2グループ

○5分×3回

●おわりに

①感想を交換しましょう。

②ブロック研修担当者から

參考資料

Memo

家に帰ったらやってみてください。

- ①高齢化率は→ _____ %
 - ②要介護認定率は→ _____ %
 - ③第4期介護保険料(基準額)は月額→ _____ 円
 - ③介護保険給付費は→ _____ 億 _____ 千万円
 - ④地域支援事業費(3%)は→ _____ 億 _____ 千 _____ 百万円
 - ・1%は→ _____ 億 _____ 千 _____ 百万円
 - ・2%は→ _____ 億 _____ 千 _____ 百万円
- ⇒一人ひとりの大切な保険料と税金からなる地域支援事業を理念に生かすことが必要！

もういちど考えてみよう！

●資料

- ・介護保険法第1条
 - ・介護保険法第2条
 - ・介護保険法第4条
 - ・地域支援事業第115条の44
 - ・地域支援事業第115条の45(地域包括支援センター)
- ⇒実践事例の「まち」では、理念を踏まえた取り組みを行っています。是非、参考にされてください。

介護保険法 抜粋

(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。

(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、要介護状態又は要支援状態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。

(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、加齢に伴って生ず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の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。

(地域支援事業)

第百十五条の四十四 市町村は、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、地域支援事業として、次に掲げる事業を行うものとする。

一 被保険者（第一号被保険者に限る。）の要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のため必要な事業（介護予防サービス事業及び地域密着型介護予防サービス事業を除く。）

二 被保険者が要介護状態等となることを予防するため、その心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、前号に掲げる事業その他の適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業

- 三 被保険者の心身の状況、その居宅における生活の実態その他の必要な実情の把握、保健医療、公衆衛生、社会福祉その他の関連施策に関する総合的な情報の提供、関係機関との連絡調整その他の被保険者の保健医療の向上及び福祉の増進を図るための総合的な支援を行う事業
 - 四 被保険者に対する虐待の防止及びその早期発見のための事業その他の被保険者の権利擁護のため必要な援助を行う事業
 - 五 保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者による被保険者の居宅サービス計画及び施設サービス計画の検証、その心身の状況、介護給付等対象サービスの利用状況その他の状況に関する定期的な協議その他の取組を通じ、当該被保険者が地域において自立した日常生活を営むことができるよう、包括的かつ継続的な支援を行う事業
- 2 市町村は、前項各号に掲げる事業のほか、地域支援事業として、次に掲げる事業を行うことができる。
- 一 介護給付等に要する費用の適正化のための事業
 - 二 介護方法の指導その他の要介護被保険者を現に介護する者の支援のため必要な事業
 - 三 その他介護保険事業の運営の安定化及び被保険者の地域における自立した日常生活の支援のため必要な事業
- 3 地域支援事業は、当該市町村における介護予防に関する事業の実施状況、介護保険の運営の状況その他の状況を勘案して政令で定める額の範囲内で行うものとする。
- 4 市町村は、地域支援事業の利用者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、利用料を請求することができる。
- 5 厚生労働大臣は、第一項第一号の規定により市町村が行う事業に関して、その適切かつ有効な実施を図るため必要な指針を公表するものとする。
- 6 前各項に規定するもののほか、地域支援事業の実施に関し必要な事項は、政令で定める。

(地域包括支援センター)

- 第百十五条の四十五 地域包括支援センターは、前条第一項第二号から第五号までに掲げる事業（以下「包括的支援事業」という。）その他厚生労働省令で定める事業を実施し、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設とする。
- 2 市町村は、地域包括支援センターを設置することができる。
 - 3 次条第一項の委託を受けた者は、包括的支援事業その他第一項の厚生労働省令で定める事業を実施するため、厚生労働省令で定めるところにより、あらかじめ、厚生労働省令で定める事項を市町村長に届け出て、地域包括支援センターを設置することができる。
 - 4 地域包括支援センターの設置者は、包括的支援事業を実施するために必要なものとして厚生労働省令で定める基準を遵守しなければならない。
 - 5 地域包括支援センターの設置者（設置者が法人である場合にあっては、その役員）若しくはその職員又はこれらの職にあった者は、正当な理由なしに、その業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。
 - 6 第六十九条の十四の規定は、地域包括支援センターについて準用する。この場合において、同条の規定に関し必要な技術的読替えは、政令で定める。
 - 7 前各項に規定するもののほか、地域包括支援センターに関し必要な事項は、政令で定める。

地域包括支援センター業務マニュアル

平成 22 年 3 月

財団法人 長寿社会開発センター

參考資料 ②

要支援 1・2 の 改善率が高い自治体の取組み例について

「運動器の機能向上マニュアル」分担研究報告書（平成 21 年 3 月財団法人日本公衆衛生協会）の介護予防ケアマネジメントに関する記述の中に、埼玉県和光市の取組みが紹介されています。

そこで、財団法人長寿社会開発センターでは、地域包括支援センター業務マニュアルの検討をする機会を得たことをきっかけとして、和光市における介護予防ケアマネジメントを中心にその取組みを取材してみました。

その趣旨は、介護予防の場合は要支援認定により状態像の変化を容易に把握できること、そして要支援者の状態の改善率が高い自治体が存在するという点、さらにそのような成果を導き出す背景を探ってみて、他の自治体においても何らかの参考になるとされる情報の提供を試みようとしたものであることをご理解いただき、ここにその概要をご紹介します。なお、介護予防支援は利用者とともに展開されますが、ここでは支援者側の活動にフォーカスして紹介します。

1 和光市における地域包括支援センターの設置状況

和光市は、基幹型としての性格を有する直営の地域包括支援センター 1 か所と、一般の委託型 3 か所の 4 か所設置しております。（平成 20 年度まで委託型は 2 か所でした。）

2 要支援 1・2 の介護予防ケアマネジメントで 6 割の方が「改善」

平成 19 年度に、介護予防ケアマネジメントが行われた高齢者の状態変化が次の表です。「改善」・「悪化」・「維持」は、予防サービス導入前から年度末時点の状態変化を示しており、それぞれ、改善者とは「要支援 1・2 から自立（非該当）となった人、または要支援 2 から要支援 1 に移行した人」、悪化者とは、「要支援 1 から要支援 2、または要支援 1・2 から要介護状態へ移行した人」、維持者「年度末時点において要支援 1・2 から要介護度の変化がなかった人」を示し、下段には「プラン作成実人数に占める改善者数、悪化者数および維持者数の割合が記されています。

（単位：件、人）

地域包括支援センター	プラン作成件数	プラン作成実人数 (A)	改善者数 (B)	悪化者数 (C)	維持者数 (D)	死亡等
直営	109	65	46	13	6	0
委託 A	120	80	48	23	7	0
委託 B	69	50	30	14	6	0
合計	298	195	126	50	19	0
直営			70.8%	20.0%	9.2%	
委託 A			60.0%	28.8%	8.8%	
委託 B			60.0%	28.0%	12.0%	
合計			63.6%	25.6%	9.7%	

※改善率 = (B/A) %、悪化率 = (C/A) %、維持率 = (D/A) %

これを見ると、和光市では介護予防ケアマネジメントが行われた高齢者の実に6割以上が「改善」、約1割が状態を「維持」していることがわかります。

いうまでもなく、高齢者は老化に伴うさまざまな疾病や、身体の変調を抱えている方々です。特に、要介護（要支援）となった方々は、昨日より今日、今日より明日というように、体調が日々、悪化するリスクをより多く抱えた方々です。そうしたなか、この改善率は介護予防ケアマネジメント効果による尊厳の保持につながるという大切さを示しています。

3 成果を導き出す創意工夫

和光市における介護予防ケアマネジメントの特徴は、「生活行為向上に向けての徹底したこだわり」と「自立支援型ケアマネジメント」をチーム一丸となって追求していることです。

(1) 評価も見据えた独自のシートの開発・使用

和光市で使用している介護予防ケアマネジメントの「利用者基本情報」「介護予防サービス・支援評価表」などは、国が示している標準様式とはほぼ同じものです。

一方、国の示した標準様式のみでは、十分な情報の収集とそれに基づく洞察分析に立脚した「自立支援型ケアマネジメント」の展開が容易ではないことを考慮して、実践的な洞察分析をするための思考回路の整理を支援するツールとして、下記に列記したような独自の記録様式の工夫をしています。

- ① 介護予防サービス利用状況
- ② 生活機能変化
- ③ 包括アセスメント変化
- ④ 各教室等の参加前と後の改善度などを記した「総括票」
- ⑤ 独自の生活機能評価票
- ⑥ 「基本チェックリスト」には独自の「介護アセスメント・追加項目」
- ⑦ 地域包括支援センターが記入する「介護予防メニューリスク確認票」があるほか

コミュニティケア会議の提出にあたっては、

- ⑧ アセスメントシート（独自）
- ⑨ 高齢者虐待リスクアセスメントシート
- ⑩ 見守り安心スコア
- ⑪ 生活支援度調査票
- ⑫ ケース検討会モニタリングシート
- ⑬ ご本人の1日の生活

これらの様式を上手に活用することにより、要支援（介護）者の状態を客観的にとらえることができるようになると同時に、会議の際、説明する時間の短縮に寄与し、最終的な評価の際の客観的

な資料ともなっています。

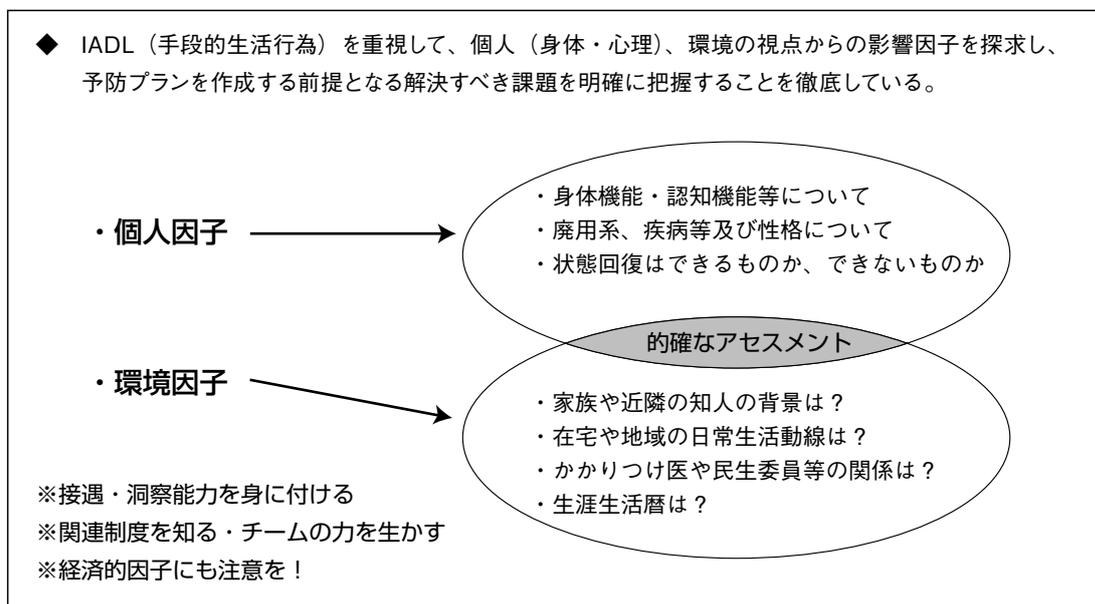
(2) 「因子分解」手法による洞察分析

和光市では、ケアプラン作成時の理念として、自立支援を阻んでいる要因は何かという点を徹底的に検討することを重要視しています。

ケアプラン作成の際は、まずアセスメント時に情報を収集する段階から「個人因子」と「環境因子」という2つの概念をベースに因子を探求し、その個人にとって解決すべき課題を明確にしています。例えば、「自分で買い物にいけない」状況が、近隣に商店がなかったり、買い物に行く交通手段がないといった「環境因子」によるものなのか、それとも「(廃用症候群で) 買い物に行く体力が減退している」「認知機能の低下により買い物ができない」といった個人因子によるものなのかを、徹底的に検証するのです。

そのうえで、担当者らが主となって、その人にとって、最も効果的と考えられるアプローチを探っていくのです。そこでは、「高齢だから仕方がない」「本人のやる気がないから」と、単に追認したり放置してしまうといった姿勢はなく、常に改善の可能性を追求する姿勢が徹底しています。

また、「運動器の機能向上」という目標・課題が明確になれば、それに焦点を当てた介護予防事業の紹介をするなどの解決の手段と、誰が、いつ、どのように行うかが明確になり、評価の指標も定まっていきます。また、自助・互助・共助・公助の視点から、公的サービス以外でも、尊厳ある生活、自立支援の上で、活用できるものがないかも検討されるのです。



(3) 目標設定の思考プロセスを明確化

運動器の機能向上を例に紹介すると、まず設定した目標に関して1か月後、2か月後、3か月後のそれぞれの到達イメージを具体的に展開し、その次に具体的な生活課題についての到達目標を設定するという思考プロセスに基づいて介護予防マネジメントが行われています。

運動器の機能向上サービスの基本目標		
1 時間程度の外出で疲れない体をつくる		
到達目標	1 か月目	歩行能力を高めるための運動に必要な基本動作が自立して行える
	2 か月目	家の近所の散歩が楽にできる
	3 か月目	連続 30 分程度の歩行ができる。階段 1 階分を楽に昇降できる



【生活課題・目標設定の例】

生活課題		目標
ひとりで難しいもの	公共交通機関を使って外出する	**
	お風呂の掃除をする	
	掃除機をかける	
	新聞などの重たいゴミを出す	
何とかひとりでできるもの	日常の買い物に出る	*
	ひとりで散歩する	
楽にひとりでできるもの	身の回りの整頓をする	
	日常のゴミを出す	
	食事の支度をやる	

** 何とかひとりでできるようになりたい項目

* 楽にひとりでできるようになりたい項目

生活課題具体化の例を紹介すると、介護予防マネジメント担当者は下表を用いて利用者の生活機能について主観的な評価を行うこととしています。基本的に判定基準としている「○2、△1、△2、×1、×2」について検討し、課題解決の優先度を考え、介護予防サービスの提供によって向上が期待される生活課題を明らかにします。こうして明らかにされた生活課題は、利用者・地域包括支援センター・サービス提供担当者で共有する仕組みになっています。

【生活機能評価】

氏名	(ふりがな) ○タ ○コ	女	調査日	事前	平成 20 年 8 月 10 日
	○田 ○子			事後	平成 21 年 2 月 10 日

		事前	事後	備考
A D L	室内歩行	○1	○1	
	屋外歩行	○2	○2	限られた場所のみ
	外出頻度	△1→	○2	デイサービス以外の外出は少ない
	排泄	○1	○1	
	食事	○1	○1	
	入浴	△1→	○2	デイサービスで入浴に頼っている。能力はある。
	着脱衣	○1	○1	
I A D L	掃除	△1→	○2	ヘルパーに頼っている。能力はある。
	洗濯	○2	○2	大物以外は自立
	買物	△1→	○2	簡単なものは自分で。他はヘルパーや家族。
	調理	△2→	○2	レンジアップ程度はできる。
	ごみ出し	○1	○1	
	通院	△1→	○2	家族付き添い。
	服薬	○1	○1	
	金銭管理	△1	△1	銀行は行くのは家族に頼む。
	電話	○1	○1	言語障害が軽度あるため、相手が聞き取りにくい。限られた相手のみ
	社会参加	△1→	○2	

(注) 矢印(→)の改善目標を領域ごとに立てることが自立を支援するための重要なポイントである。

【判定基準】

自立度	自立		一部介助		全介助	
	楽にできる	少し難しい	改善可能性 高い	改善可能性 低い	改善可能性 高い	改善可能性 低い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2

(4) 方針・結果の確実な共有によりさらなる効果を生み出す

和光市では、作成したケアプランについて地域ケア会議という合議の場を設けており、個々の事例ごとに、関係する担当者が、原則必ず参加することになっています。会議では、個々の要支援（介護）者の状態と、支援の目的を共有、役割分担も含めた情報共有が行われ、その結果、今後の方針などの認識の共有が明確になります。

この会議によって、1人ひとりの対象者に対し、支援する側が同じ目的・目標で接することができ、対応に一貫性が生まれ、より確実に成果を上げることができるようになっていきます。

例えば、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所といった関係する職員が、それぞれ勝手に支援したり、別々の目標を掲げていては、本人の混乱を招くばかりか、時にはマイナスに作用する恐れもありますが、この会議によってそうした心配はなくなっています。

3 地域ケア会議の開催



参加メンバー例

●地域ケア会議の目的

和光市では、

- ① 介護保険の理念の実現
 - ② 介護保険ケアマネジメントの標準化
 - ③ 関係職員の OJT (On-the-Job Training)
- の一貫として、地域ケア会議を開催している。

(1) 地域ケア会議の参加者

○ 恒常的なメンバー

保険者（長寿あんしん課）、地域包括支援センター（4か所19人）、外部からの助言者（管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士）

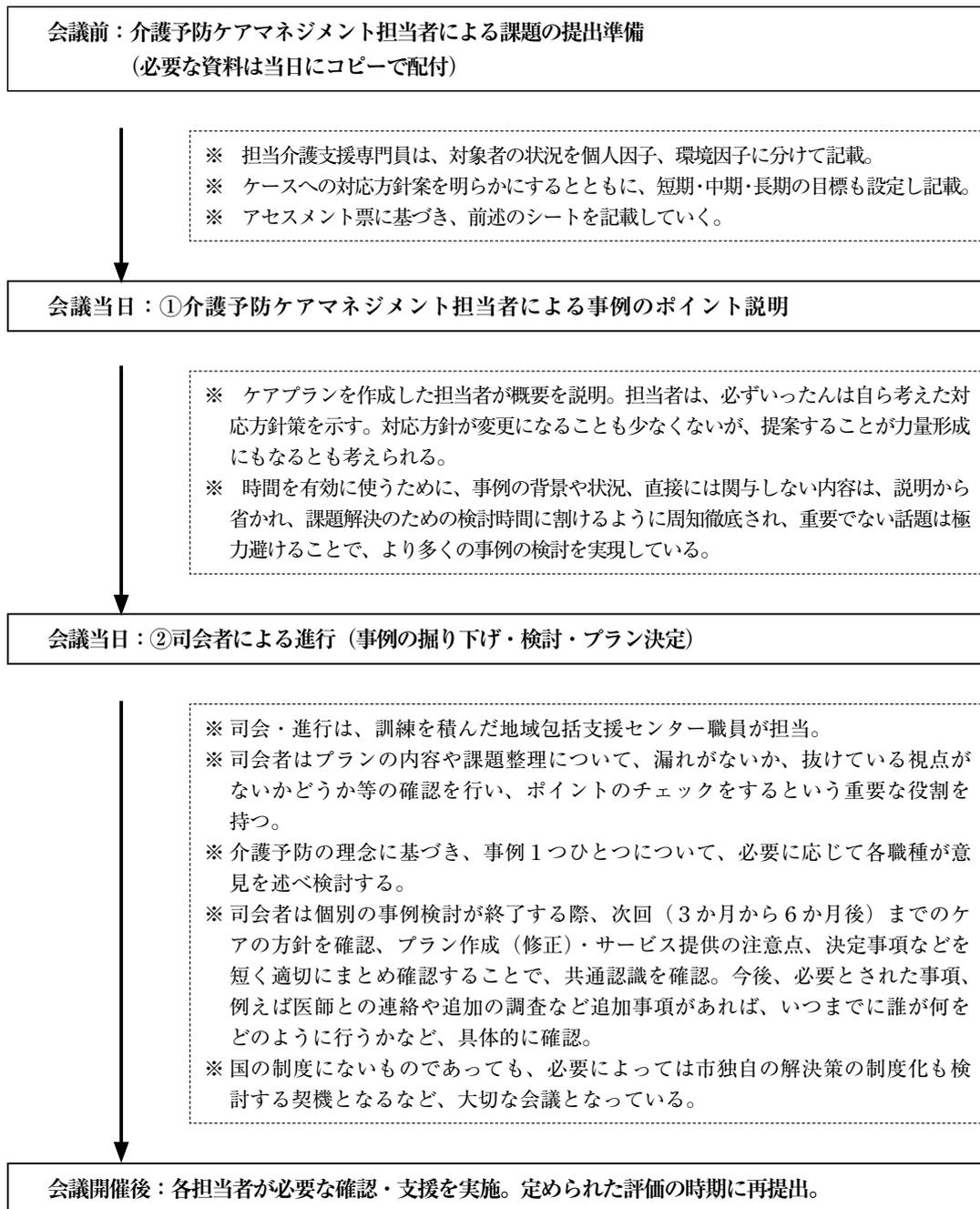
○ 個別のプランに関係するときのみ参加するメンバー（例）

社会福祉課（生活保護担当、障害福祉担当）、こども福祉課、消費生活相談員等の市役所関係者、居宅介護支援事業所・訪問介護事業所等の関係者、その他地域の社会資源関係者

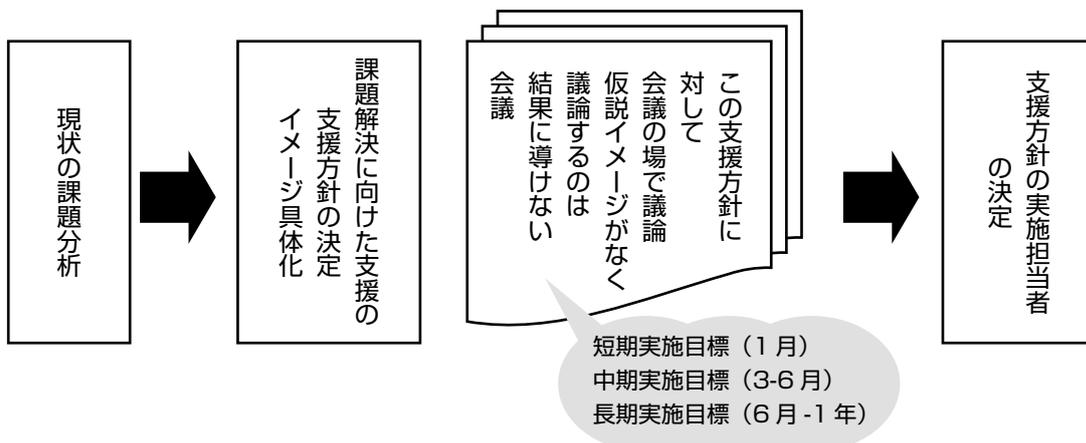
(2) 地域ケア会議開催までの流れ

- 地域ケア会議は、通年で毎週木曜日の午前中に開催することが決定しています。
- 定例的に開催することで、それぞれが参加予定の目処をつけやすくするとともに、必ず行うという姿勢を明確に示すことができるからです。
- 会議には、「新規プラン」と「更新プラン」は全数提出することになっており、また「困難事例」についても、介護支援専門員からの提案などにより、適宜、会議の俎上にあがることになっています。
- 一事例当たりの所要時間は平均すれば15～20分程度で効率的に行い、介護予防ケアマネジメント担当者やサービス提供担当者を長時間拘束しないように配慮しています。
- そのような会議の運営が可能となるのは、参加者に3に掲げた創意工夫を実践できる力量があり、論理的思考により原因・背景を的確に分析し、目標の展開（仮説の構築）も明確になされていることによるものと考えられます。

○ 地域ケア会議の流れ



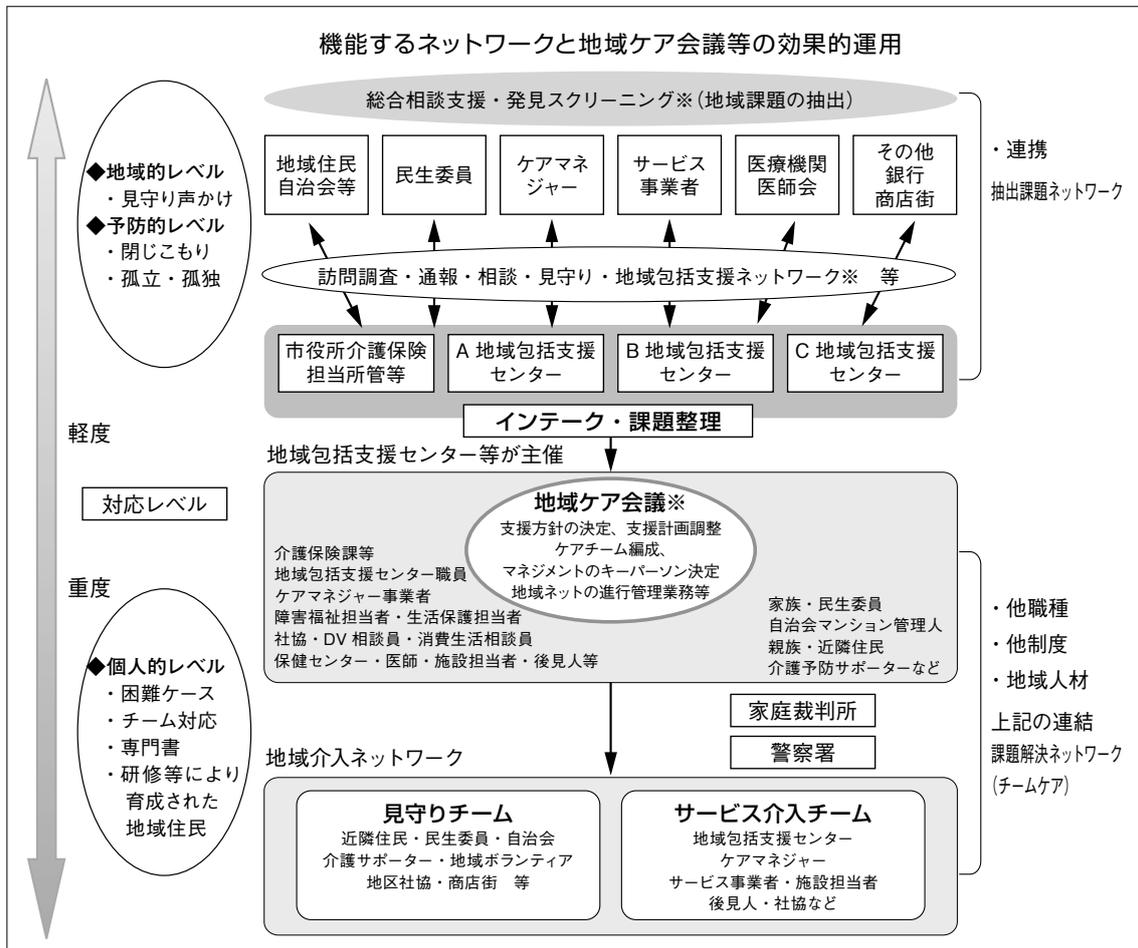
課題解決のフロー



(3) 地域ケア会議の意義

i) ネットワークがしっかり機能

地域ケア会議を行うことで、これまで、ややもすれば十分に共通認識がないままで、それぞれに支援してしまっていたことが、いわば設計図をしっかりと明確化、可視化することで、連結の機能を高めることができると考えられます。



ii) チームケアの確立と包括的・継続的支援の実施

高齢者が住み慣れた地域に継続して住み続けるためには、チームが連携して支援する体制を確立するとともに、職員の質の確保を図ることが基本となるが、地域ケア会議を継続することにより、今後の超高齢社会にあっても、安心を支える基盤が強化されていくことが可能だと考えられます。

iii) 鍵を握るのは、司会者の能力

地域ケア会議の効果的な展開の鍵を握るのが、司会者の力量です。司会者は、法的な理解はもちろんのこと、個々の事例の課題を把握するとともに、漏れている視点はないか、他にもっとよい解決策はないか、この課題について、誰の意見も聴取すべきか、など、会議を進行しながらも、個別の事例のアセスメントと会議全体の進行を念頭に入れておくことが必要です。また、個々の事例に

終始するだけでなく、市全体の課題としてとらえる視点も必要です。事例を提出したケアマネジメント担当者の育成・指導にも力量が問われます。

司会者が会議を進行するにあたり、役に立つことばには、次のようなものがあげられます。

下記のことば（例）は、地域ケア会議の司会者が、この順番で、この通りの台詞を話せばよいというものではありません。提出された事例の課題の整理はできているのか、利用者の予後の予測が十分であるのかを確認しつつ、ケアプランをより深めるために、状況に応じて使えば効果的と考えられるものとなっています。

地域ケア会議の司会者には、「自立を妨げているものを、より明らかにする」ことが求められ、アウトプット・成果にこだわることを求められていますが、そのための視点でもあります。

そうした意味では、司会進行の担当者だけでなく、事例提出者も、これらの言葉を自問してみることが、より成果につながるプラン作成・ケアマネジメントにつながるとも言えるでしょう。

表●検討・司会進行に役立つことば（例）

1. 冒頭説明のことば（司会用）	
1-1	この会議では、自立支援という介護保険の理念の実現を目指して、よりよいケアプランを立てることを目指しています。
1-2	どうすれば、この対象者の生活の質が向上するのか、この対象者にとって充実した人生といえるのかを想像してください。もちろん理想論ではいけませんので、現実的に実現可能なものを想像してください。
1-3	現行のサービス内容では、十分な自立支援が行えないという場合は、必要なサービスを積極的に問題提起してください。
1-4	事例の担当介護支援専門員の方は、限られた時間ですので、状況説明ではなく、自立を妨げている要因（課題）とその解決策を端的に説明してください。
2. 真の課題を追求する質問	
2-1	この人の自立を妨げている要因は何ですか？
2-2	この人が置かれている状況ではなく、（その状況の）何がこの人にとって一番の課題となっているのですか？
2-3	個人因子と環境因子を分けてとらえると、それぞれ何がこの人の課題ですか？（環境因子を排除したときに、何がこの人の自立を妨げているのですか？）
3. 環境因子の深掘り質問	
3-1	家族との関係はどうですか？ 家族の支援を得られる可能性はありますか？
3-2	住宅改修や福祉用具の活用は検討しましたか？ 住環境に課題はないですか？
3-3	家族は現在、どのような支援・介護を具体的にしていますか？
3-4	措置入所・措置入院等の対応は必要ですか？
3-5	その環境因子を、行政や保険者が支援できる（解決できる）方策はありますか？
3-6	その解決手段をためらう理由は何ですか？ それは正当な理由ですか？
4. 個人因子の深掘り質問	
4-1	身体機能／口腔機能／栄養状態に課題はありますか？ 実態を把握していますか？ その課題は解決可能ですか？
4-2	医師から減量が指示されていますが、このプランで減量可能ですか？ 減量を達成するための具体策は？
4-3	その個人因子（例えば、膝の痛み、後遺症、便秘など）は改善可能ですか？
4-4	この運動内容（頻度・強度・実施時間）は、目標やご本人の身体状況等に照らして適切ですか？

4-5	その痛みは、どういう状況で起き、どのくらいで消失しますか？ 問題のある痛みですか、問題のない痛みですか？
4-6	成年後見制度が必要ですか？ 本人申し立てですか？ 家族ですか？ 市長申し立てですか？
5. 医学面の深掘り質問	
5-1	疾病予防・再発予防の観点で注意すべき点がありますか？ 注目すべき既往歴は？
5-2	検査値はどれくらいですか？ 主治医の方針・意見は確認できていますか？
5-3	薬はどんな処方内容ですか？ 注意点はありますか？
5-4	認知症の程度はどうか？ 原因疾患は？
5-5	体調不良の要因として考えられることは？
5-6	専門医の受診は必要ないですか？
6. 改善可能性の見極め質問	
6-1	具体的に何があれば、この人は課題を解決して、自立に近付くことができますか？
6-2	その課題は解決可能と洞察しますか？ 現状維持が精いっぱいですか？
6-3	このケアプランに書かれた目標は達成可能だと考えていますか？
6-4	この人は、介護保険（または行政の）サービスを卒業することは可能ですか？
7. プランの適正さの確認質問	
7-1	このプランで、計画書の目標を達成できそうですか？
7-2	この目標は、自立支援の観点から本当に目指すべき目標といえますか？ その先の生活が真の目標では？
7-3	当面はこのプランとしても、その先に見据えるべき目標（長期目標）は何ですか？
7-4	[継続プランの場合]このプランでは、この●か月間、効果が出せなかったのではないですか？
7-5	[継続プランの場合]変更後のプランで、目標が後退（減少）しているのはなぜですか？
8. 検討終了・クロージングのこたば（司会用）	
8-1	[結論のまとめ]この対象者の自立を妨げる要因としては、個人因子としては①□□□□、②□□□□、環境因子としては③□□□□、④□□□□、がありました。このうち、①について「***」を実施する、③について「###」を実施する、ということによろしいですね。 ⇒では、その結果、自立支援の面で効果が得られたかどうかは、3か月後（または6か月後）のこの会議で確認していきましょう。
8-2	[課題・宿題のまとめ]A事業所さんは、次回来所時から「***」を行う、B介護支援専門員さんは、●週間後までに対象者に「***」を行い、娘には「###」を実施する、ということによろしいですね。
8-3	[プラン変更の確認]B介護支援専門員さんは、このプランについて「□□□□」という課題把握と、それに基づき「○○○○」のサービスを追加すること、目標に「△△△」の要素を盛り込むこと、を実施するということで、よろしいですか？ ⇒以上の変更により、サービス担当者会議を再度開催する必要がある場合には、開催をお願いします。

【参考】

3で述べた地域ケア会議は、個別の事例について合意形成の場および参加者のOJTとして活用している状況を紹介したものであるが、このほかに和光市における介護保険事業の運営のあり方に関する意見交換も行い、次期介護保険事業計画作成に向けた準備を積み重ねるという役割も果たしていることを付言しておきます。

(※和光市では作成したケアプランの合議の場を地域ケア会議という呼称で開催していますが、保険者によって会議の名称は異なる場合があります。)

また、このような地域ケア会議の他にも次のような会議を開催し、制度運営全体の透明性や地域ニーズの把握の場を設け、市民・関係者と一体感を確保するように努めていることも紹介しておき

ます。

- 介護保険運営協議会
 - ・ 地域包括支援センター運営協議会部会
 - ・ 地域密着型サービス協議会部会
- 高齢者保健福祉推進協議会
- 居宅介護支援事業者及び介護サービス提供事業者連絡会

4 介護予防も尊厳の保持の手段であるという信念

和光市において、このような「介護予防ケアマネジメント」と「地域ケア会議」を創出し、定着が図られてきたポイントを整理してみます。

- (1) 地方分権の主権者として、高齢者の尊厳を守る一つ的手段に介護保険事業計画を主体的に作成することを位置づけ、その作業を通して「地域包括ケア」の実現に向けた戦略的な布石に着手するという姿勢を明確に打ち出したこと。
- (2) 介護予防の考え方を理解しその成果をあげることは、介護が必要な状態を予防（先延ばし）につながることであり、個々の市民が尊厳のある幸福な人生を送ることに具体的に寄与することができるという信念を持って市民啓発に取り組んできたこと。
- (3) 要介護リスクを遠ざけることにより個人の生活が自由度の高いものになる一方で、介護保険に費やす経費を削減でき、ひいては市民の介護保険料負担の増加抑制などといった副次的な効果をもたらすことにより、行政の果たすべき役割として市民の理解・支持を得たこと。
- (4) そのような取り組みにより、市独自の横だしサービスも設けて実施するための保険料設定が可能となり、自立支援が市民やサービス提供事業者の不安・不満にならないようなシステムを導入していること。
- (5) 理念をキャンペーンで終わらせることなく、(2) の信念を具現化するための方法を試行錯誤し、市役所のスタッフが介護予防効果をあげるために必要な理論・知識、実践方法を学び、介護予防ケアマネジメント担当者やサービス提供者の接遇・洞察分析力や実践応用力を高める方法を開発し、組織的な取り組みを継続することにより属人的な業務で終わらせない努力をしていること。
- (6) 地域の全高齢者を対象とした生活実態調査の実施を通じて地域アセスメントを客観的に行うことにより、介護予防ケアマネジメントの対象者数を的確に推計し、その利用者数に見合った介護予防ケアマネジメント体制を確保していること。

5 和光市は特区ではない

和光市はいわゆる特区として特別に法律を運用できる地域の指定を受けているわけではありません。現行制度の枠組みの中で、長い時間をかけて試行錯誤してきた成果が表れているものと言えます。

介護保険制度のケアマネジメントのプロセスにしたがって、それぞれの段階で丁寧に情報収集と洞察分析をするという基本姿勢を貫いて進化させてきた結果ではないでしょうか。

市民には健康で活動的な高齢者はそのような暮らしぶりを継続することが介護予防、認知症予防の秘訣であることを理解していただき、一方、何らかの理由により虚弱に陥った高齢者が閉じこもり生活になって更なる虚弱化進展というマイナスの連鎖から脱却し、元気を取り戻す支援をすることが地域包括支援センター・指定介護予防支援事業所の大きな使命であることを改めて認識する必要があります。

超高齢社会を乗り切る一つの方法として、迂遠ではありますが介護予防の成果を生み出し市民の意識改革を図っていくことが地域包括ケアの確立に大きな鍵を握っていると言っても過言ではないでしょう。

参考資料：「地域包括ケア推進のための地域診断に関する調査等事業報告書」
(財団法人長寿社会開発センター、2010)

取材協力：社団法人全国保健センター連合会 企画部長 村中峯子

地域包括ケア研究会 報告書

平成 22 年 3 月

地域包括ケア研究会



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

2. 2025年の地域包括ケアシステムの姿

上記1で記述した「地域包括ケアを巡る現状と課題」を踏まえて、2025年に実現を目指すべき地域包括ケアシステムの姿(サービス提供体制の在り方、人材の在り方)を描くと、以下の(1)・(2)の通りとなる。

(1) 地域包括ケアを支えるサービス提供体制の在り方

○ 地域住民は住居の種別(従来の施設、有料老人ホーム、グループホーム、高齢者住宅、自宅(持ち家、賃貸))にかかわらず、おおむね30分以内(日常生活圏域)に生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービスを24時間365日を通じて利用しながら、病院等に依存せずに住み慣れた地域での生活を継続することが可能になっている。

○ 上記のうち多様なサービスとは、

- ・ 居場所の提供
- ・ 権利擁護関連の支援(虐待防止、消費者保護、金銭管理など)
- ・ 生活支援サービス(見守り、緊急通報、安否確認システム、食事、移動支援、社会参加の機会提供、その他電球交換、ゴミ捨て、草むしりなどの日常生活にかかる支援)
- ・ 家事援助サービス(掃除、洗濯、料理)
- ・ 身体介護(朝晩の着替え、排泄介助、入浴介助、食事介助)
- ・ ターミナルを含めた訪問診療・看護・リハビリテーション

をいい、これらのサービスが個々人のニーズに応じて切れ目なく総合的かつ効率的に提供される。

(住民主体の組織の活用、介護保険制度の役割)

○ 身体介護や訪問診療・看護、リハビリテーションのサービスは共助である介護保険や医療保険を中心にサービスが提供されているが、要介護高齢者や認知症を有する者が住み慣れた地域で生活を継続するためには、IADL¹⁴に着目した様々な生活支援サービスも不可欠である。

○ こうしたサービスは、自治会やNPOなど住民主体の様々な活動体が自治体又は地域包括支援センターの積極的な支援を得て活動しており、その中核を担っている。

○ 地域包括支援センターは上記住民主体の組織運営への支援・システム化にも取り組んでおり、介護保険サービスのみならず、介護保険対象外の様々な生活支援サービス

¹⁴ ADLは身体機能となる「日常生活動作」(歩行・排泄・食事等)を指すのに対し、IADLは「手段的日常生活動作」をいい、掃除・調理・通院・服薬管理・金銭管理等の生活機能の自立度を表す。

についても把握しており、利用者や介護支援専門員が地域包括支援センターに相談すれば様々なサービスの情報が提供される。

- 地域包括支援センターの運営協議会には地域住民が積極的に参加しており、地域のニーズを吸い上げ住民主体の活動に結びつけている。定年後の世代を中心として高齢者が介護を受ける側だけではなく、支援する側として組織化が図られている。

（自立支援型マネジメントの徹底）

- 高齢者は要介護状態となっても、出来る限りその能力に応じて自立した日常生活を送ることができるよう、要介護状態の改善や悪化防止に資するように介護サービスや医療サービス等が提供される。介護支援専門員は利用者の意向だけでなく、身体状況、家族・親族の状況や経済状況、居住環境等を総合的に把握の上、高齢者のQOL向上を目標としてケアプランを作成・提示し、利用者が選択する。ケアプランは、要介護状態の改善や悪化防止のための達成目標を設定して作成され、各サービス提供者においてその目標達成に向け計画的にサービス提供を行う。また、サービス担当者会議が定期的開催され、目標の達成状況を点検し、介護支援専門員はその結果を踏まえてケアプランを修正して、より適切なサービス利用につなげる。
- 複合的な支援が必要で関係機関が広範囲にわたるような困難事例については、個々の介護支援専門員によるケースマネジメントだけでは十分な対応ができないため、管轄の地域包括支援センターが地域ケア会議を招集し、介護サービス等の担当者、地域住民、医療機関、その他関係機関の多職種によるチームケアにより総合的な支援につなげている。

（医療との連携）

- 医療と介護の機能分化と連携が進み、入院医療において高齢者は急性期から回復期での十分な治療・リハビリテーションを受けることができる。退院後の在宅復帰に支援が必要なケースについては、病院の医療連携室から利用者の担当の介護支援専門員に連絡が入り、退院時カンファレンスが開催され、情報共有が徹底している。在宅生活支援が困難なケースについては、管轄の地域包括支援センターが上記地域ケア会議において、訪問診療、訪問看護、訪問介護等の専門職、民生委員及び後見人など地域の支援者に本人、家族なども加えてチームケアを編成し、支援メニューが検討され、ケアプランに反映される。これにより、退院後の在宅生活を本人も家族も安心してスタートできるようになっている。

疾病の種類に応じた具体的な医療と介護の連携のあるべき姿を参考1～参考4に例示する。なお、以下は退院後の在宅生活での支援のあるべき姿をケース別に示したものであるが、旧来の施設の入所者であっても外付けに必要な医療・介護サービスが提供され、要介護度の維持・改善、悪化防止に資するケアが確保されている。

<参考1：認知症のケース>

認知症を有する者については、市町村におけるスクリーニングが普及して早期発見・早期診断が可能となり、早期より適切な対応が行われる結果、BPSDの現れる頻度も少なくなっている。たとえBPSDが出現しても、在宅あるいは施設において適切なケアと治療が提供され、短期間で改善する。自傷他害等のBPSDに対しては入院治療を行い、改善後すみやかに退院する。したがって、精神病院への長期入院の問題は解消されている。また、退院前後に様々な調整が必要なケースには、医療関係者のケアカンファレンスと介護関係者のサービス担当者会議の連携支援を行う場として地域包括支援センター主催の地域ケア会議が開催され、在宅復帰へのサービスメニューが本人や家族も参加して検討される。

地域にはグループホームや小規模多機能サービスが十分整備されており、これらの保険サービスを利用しながら安心して地域での生活を継続できる。また、地域には認知症サポーターが普及し、認知症への偏見も解消しており、サポーターを中心とした自治会やNPOが実施する見守り、食事、家族支援などの日常生活上の支援も受けている。認知症があることを理由にサービスの利用が拒否されたり、住居内外での行動を抑制・制限するようなこともなくなっている。身体合併症に対しても一般病院における認知症への対応能力が向上しており、必要十分な治療が受けられる。

早期診断が普及した結果、早期から成年後見制度の活用が図られ、高齢者の尊厳が保たれる。

<参考2：脳卒中のケース>

脳卒中（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血）は、発症後急速にADLが低下する疾患である。

急性期や回復期を担当する医療機関においては、地域連携診療計画（クリティカル・パス）に沿って、発症直後からの集中的なリハビリテーション等が提供される。回復期リハビリテーションを担当する医療機関を退院する前には、通常の退院時カンファレンスに加え、生活期（維持期）の診療を担うかかりつけ医や介護支援専門員を始めとする医療・介護関係職種が一同に会し、急性増悪時の対応を含めた、より徹底した情報共有が行われる。

退院後は、リハビリテーションについては、医療保険で提供されたリハビリテーションの量や内容も考慮しながらあらかじめ実施期間を設定し、多職種が連携・協働しながら計画的に提供する。訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション事業所のみならず、訪問介護事業所が提供する自己能力を活用した自立支援型介護によって、ADLの維持・回復に資するサービスを受けることができる。また、かかりつけ医は、高血圧や糖尿病等の慢性疾患の管理及び嚥下障害等の脳卒中によって生じた機能障害に対する日常的な医学的管理を担う。

<参考3：廃用症候群のケース>

廃用症候群は、従来から活動性の低い日常生活を送っていた者が、短期間の入院や生活リズムの変化等さらに活動量が低下する状況をきっかけに、発症時期の明らかでない緩徐なADL低下に至る病態であるが、積極的なリハビリテーションにより良好な機能回復が見込める状態である。

廃用症候群が明らかになった段階で、入院中の医療機関等でケアカンファレンスが開催され、退院後は、主に通所リハビリテーション事業所の利用により、短期集中リハビリテーションを含めた日常的なリハビリテーションの提供を受けるとともに、生活機能の維持・改善に資するケアプランに基づき、短期入所療養介護事業や回復期病床等の定期的なリハビリテーション合宿を利用し、積極的にADLの回復を図る。また、自治体が提供する予防サービスや、インフォーマルサービス（介護支援ボランティア等）により、

外出等の社会参加の機会を積極的に確保し、閉じこもりの予防や日常生活における活動量の増加に資する取組みが提供される。

<参考4：がんのケース>

がんは、急性期を脱した後も比較的高度な医学的管理を必要とするとともに、短期間に病状が進行し、看取りには高頻度の訪問ケアを要する疾患である。

専門医療機関において手術や抗がん剤投与等の根治療法が提供された後、通院や訪問診療によって抗がん剤の投与や疼痛管理が行われる場合については、退院後に速やかに介護サービスを利用できるよう、積極的に暫定ケアプランを活用する。がん末期には急速に増悪し、看取り期の短期間には手厚い介護も要するという特殊性に鑑み、暫定プランの活用に加えて市町村の特別給付などにより十分なケアが受けられるような特段の工夫が実施されている。さらに病状が進行し、対症療法が中心となった場合には、自宅を含む多様な住まいにおいて、短時間巡回型の訪問看護・介護事業所から24時間対応型のケアの提供を受ける。また、訪問看護ステーションは急変時の窓口として機能するとともに、在宅医療を提供する医療機関やがんの専門医療機関との連携により、利用者本人のニーズや尊厳に配慮した緩和ケアや看取りを提供する。

地域包括支援センターは、関係団体と協力しながら専門医療機関と地域の医療機関の連携に関するコーディネーターとして機能し、がん診療に係る教育・研修の機会を確保している。

(介護予防、軽度者)

- 軽度者については、生活行為向上に資する通所・訪問でのリハビリテーションを中心として共助である介護保険サービスが提供され、家事援助を含む生活支援サービスは、地域ニーズに応じて市町村が柔軟に提供している。当該サービスは、専門資格を必要としないため、自治会やNPOなど多様な主体により提供されている。
- 要介護認定を受けていない自立高齢者についても、市町村はニーズ把握調査と地域住民ボランティアを活用した訪問調査によって、地域で孤立したり、ひきこもりがちな虚弱高齢者を把握し、様々なメニューのアクティビティの情報が市町村から提供され、参加できる。アクティビティについては、料理教室など多様なメニューが組み立てられ、高齢者が現役時代のスキルを発揮して、高齢者同士が相互に教え合う対等な関係が構築され、高齢者の社会参加が進み、結果的に介護予防に寄与している。

(在宅サービスの充実)

- 24時間365日での短時間巡回型の訪問サービスが中心になっている。特に、看護職と介護職が、日常生活圏域を担当するチームを形成して、担当地域を巡回している。夜間は緊急通報による連絡を主としており、深夜時間帯に実際に看護師等が訪問するケースは少ないため、効率的なチーム編成で対応できている。
- なお、人材の役割分担の見直しにより、看護職員が在宅医療を積極的に提供できるようになるとともに、介護福祉士が基礎的な医療的ケアを実施できるようになってお

り、医療と介護が連携したサービスが提供できるようになっている。

- 通い・訪問・泊まりサービスや医療系サービス（訪問看護、訪問リハビリテーション等）を、利用者の状態に応じて組み合わせて柔軟に提供する複合型事業所の日常生活圏域単位での整備が進んでおり、在宅においても施設と同様の24時間体制の安心を得られるサービス提供が実現している。なお、報酬上も包括支払いとなり、経済的な負担の面でも従来型の施設との不均衡が解消されたため、在宅生活を選択する者が多く、従来のような施設待機の問題は生じない。
- これに加えて、生活期のリハビリテーションについては、上記チームにリハビリテーション専門職種（理学療法士：PT、作業療法士：OT、言語聴覚士：ST）等も加わり、リハビリテーション専門職は在宅生活支援のためのリハビリテーションプログラムを作成し、家族及び介護職への指導や改善のアセスメントを行っている。

（高齢者住宅の整備確保）

- かつては、利用者が施設のケア体制に合わせて転々と移動（例えば、一般病院に入院→療養病床に転院→介護老人保健施設→自宅復帰→認知症になってグループホーム→重度化して退所し特別養護老人ホーム等に入所）を余儀なくされていたが、高齢期においても住み続けることが可能な住宅が整備され、その時々の高齢者の状態の変化に応じて、必要かつ適切なケアを効率的に組み合わせてサービスが外付けで提供される。すなわち、「住まい」と「必要なケア」が利用者の状態の変化に応じて柔軟に組み合わせて提供できるようになっている。
- 持ち家に住み続けることが困難な高齢者が在宅サービス拠点が併設等された高齢者住宅に住み替えるケースが増加している。こうした高齢者が高齢者の持ち家を賃貸することで高齢者住宅への住み替え家賃を捻出できるよう、住み替えの情報提供、相談やマッチング事業が実施されている。また、多くの市町村では、低所得者への対応として、借家に住む高齢者についても、高齢者住宅への住み替え時に家賃に対する助成が実施されている。

（施設の有効活用）

- 在宅復帰に向けて生活期のリハビリテーションを集中的に受ける必要がある者のために、リハビリテーションスタッフが重点配置された施設が整備されており、病院と住まいの中間施設として位置づけられている。一方、こうした機能を持たない従来型の介護保険施設は「ケアが組み合わされた集合住宅」として位置づけられている。
- 「ケアが組み合わされた集合住宅」では、基本的な見守りと生活支援サービスが提供され、医療・看護・介護サービスは原則として外部の事業所から外付けで提供され

る。特に介護する家族のいない重度者は本人が希望すれば優先的に入居できる仕組みになっている。

- また、「ケアが組み合わされた集合住宅」を含め、入居者の自由が保障されており、身体拘束や行動制限はなくなっている。
- 上記在宅サービスの充実強化が図られた結果、現在のような特別養護老人ホームにかかる長期間の待機者は生じない。
- 「ケアが組み合わされた集合住宅」は、内部入居者へのケアはもちろんのこと、地域に開放され、カフェ（地域住民の集いの場所）、複合型在宅拠点（在宅生活支援の拠点）、元気高齢者や子育て層のボランティアのステーションにもなっている。
- かつての大規模施設は建て替え時に日常生活圏域における小規模な拠点としてサテライト化が進行している。こうしたサテライト型の拠点施設には民家を改築するなどコストを抑えて整備されることが多い。

（地域のネットワーク）

- 以上のように、日常生活圏域において、24 時間 365 日体制での生活支援、医療・介護サービス、バリアフリーの住宅の整備が進んでいることに加え、地域包括支援センターを中心として、サービス提供事業者（福祉医療関係者）、自治会、NPO、地域住民や行政機関（住宅部局、消費者相談員、警察、家庭裁判所などの周辺関係機関）との支援のネットワークが張り巡らされており、利用者が地域で生活を継続するにあたり困っていることへの多様な支援が迅速に提供される。
- この結果、独居世帯等の中重度の要介護高齢者等でも、医療を必要とするようになっても、住み慣れた地域で生活を継続することが十分可能になっている。

（地域特性の多様化）

- なお、人口が横ばいで 75 歳以上人口が急増する大都市部、人口も 75 歳以上人口も減少する町村部、その中間型等高齢化の進展状況に大きな地域差を生じている。
- 地域包括ケアシステムが、全国一律の画一的なシステムではなく、地域ごとの特性に応じて構築できるよう、国は介護保険の最低限の基準等や財政調整の仕組みなどを定め、保険者である市町村又は都道府県は地域の自主性や主体性に基づき独自の基準・報酬設定を行い、サービス基盤の計画的整備や人材の確保を図っている。また、介護保険外の住民主体の様々な支援については市町村が地域のニーズを踏まえて創意工夫による取組みを進めている。

(2) 地域包括ケアを支える人材の在り方

①良質なケアを効率的に提供するための人材の役割分担

i) 基本的な考え方

- 2025年には、地域包括ケアを支える人材間の役割分担と協働が図られ、人材の専門能力の一層の向上と生産性・効率性向上が図られている。また、医療や介護の専門職のほか、高齢者本人や住民によるボランティアといった自助や互助を担う者など、様々な人々が連携しつつ参画している。

(医療職)

- 医療の専門職である医師・看護職員については、医療の機能強化という観点から、急性期の医療機関に重点的に配置されている。あわせて、訪問看護において看護職員がより自律的に医療に携われるようになっているなど、その役割分担と連携の在り方が見直されている。

(介護職)

- 要介護者に対する基礎的な医療的ケアについては、医師・看護職員との連携の下、介護についての国家資格を有している介護福祉士等が担っており、介護の現場において、基礎的な医療的ケアが適切に提供されている。
- 介護職員の量的な確保と資質の向上を同時に実現するために、全ての介護職員に一律にキャリアアップを求めるのではなく、働き方や業務内容に関する介護職員の多様な希望に応じた対策が講じられている。具体的には、介護職員になるための要件を過度に高めないことにより、間口を広く保ち労働力確保を行うとともに、キャリアアップを目指す者の希望が実現されるよう、資格制度の見直し等が行われている。
- 多くの人が介護の仕事に参加しやすい共通の研修制度が確立されるとともに、研修に参加できる体制が整備され、この研修制度から現場経験や研修を積み重ねれば、段階を踏んで介護福祉士になることができるようになっている。さらに、「より専門性を有した介護福祉士」といった上級の資格を取得することが可能になっている。
- このような資格制度の整備等によって、資格等に応じて事業者内での地位や賃金が上昇していくようなキャリアアップの仕組みが構築されている。また、キャリア開発の促進という観点から、例えば、看護職員・介護福祉士・社会福祉士の有資格者が、それぞれの資格をとりやすい仕組みが整備されている。
- あわせて、様々な介護職員等を指導して適切なケアを実施していくため、各種のリーダー層の養成が図られている。具体的には、施設長・管理者といった責任者や、ユニットリーダー等の介護現場のリーダーが養成されている。

- 介護職の役割を踏まえて、医療や介護、保育といった関係領域の基礎職種の統合についての検討が進められている。

(看護職員と介護職員の連携)

- 上記のような看護職員と介護職員の役割分担を前提としつつ、24時間短時間巡回型の訪問看護・介護サービスの導入など、看護職員と介護職員の連携に基づくサービスの提供が図られている。

(リハビリ・機能訓練等)

- PT（理学療法士）・OT（作業療法士）・ST（言語聴覚士）は、在宅復帰時・施設入所時に要介護者の状態を評価して計画を策定するとともに、困難なケースを中心に、自らリハビリテーションを提供する。一方、日常生活における生活機能の維持・向上のための支援（機能訓練等）は、PT・OT・STの策定した計画に基づき、介護福祉士が実施している。

(専門職以外の者が担うケア)

- 民間事業者やNPO等による介護保険外の日常生活の支援や、高齢者も含めた住民によるボランティア等、専門職以外の者が担うケアが積極的に行われており、住民が主体的に参加する機会が広がられている。また、eラーニング¹⁵等、IT技術を活用しながら、地域住民の主体的な参加によって実現される「地域包括ケア」について、地域住民が皆で継続的に学習するような「学習する文化」が形成されている。

(認知症ケア)

- 要介護者・要支援者には認知症を伴うことが非常に多いとの認識のもと、ケアの専門職が認知症に関する十分な知識・理解と対応技術を有している。また、特に対応が困難な認知症を有する者への支援については、認知症の医療・介護について専門的知識を有する者（介護福祉士等）が、ケアに携わる者をスーパーバイズし、適切な助言を行っている。また、認知症サポーターの中の有志による見守り支援や配食サービスなどが多くの地域で組織的に行われている。

(介護支援専門員・地域包括支援センター等)

- 人材の役割分担の見直しや、専門職以外の者が実施するサービスを組み合わせたケアの積極的な実施に伴い、サービスのマネジメントの強化、本人・家族に対する相談支援の強化等という観点から、介護支援専門員の資質の向上、地域包括支援センターの機能の強化等が図られている。あわせて、行政職員が、地域包括ケアシステムをコーディネートする能力等を発揮している。また、利用者自身がサービスのマネジメントについての知識を有している。

¹⁵ パソコンやコンピュータネットワークなどを利用して教育を行なうこと。

ii) 地域包括ケアを支える各人材の役割分担（イメージ）

○ 2025年における、地域包括ケアを支える人材の役割分担のイメージは、例えば、以下の表の通りとなる。

【医療・リハビリ】

	現在	2025年
医師	<ul style="list-style-type: none"> ・定期的な訪問診療 ・急変時対応 ・看取り 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療開始時の指導 ・急変時の対応・指示 ・看取り
看護職員	<ul style="list-style-type: none"> ・診療の補助（医行為） ・療養上の世話 	<ul style="list-style-type: none"> ・病状観察 ・夜間を含む急変時の対応 ・看取り
PT・OT・ST	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーション実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーションのアセスメント・計画作成 ・困難ケースを中心にリハビリテーション実施

【介護職など】

	現在	2025年	
介護職員	介護福祉士	<ul style="list-style-type: none"> ・身体介護 ・家事援助 	<ul style="list-style-type: none"> ・身体介護 ・身体介護と一体的に行う家事援助 ・認知症を有する高齢者等の生活障害に対する支援 ・要介護者に対する基礎的な医療的ケアの実施¹⁶ ・日常生活における生活機能の維持・向上のための支援（機能訓練等） ・他の介護職員に対する、認知症ケアのスーパーバイズ・助言
	介護福祉士以外	<ul style="list-style-type: none"> ・身体介護 ・家事援助 	<ul style="list-style-type: none"> ・身体介護 ・身体介護と一体的に行う家事援助 ・認知症を有する高齢者等の生活障害に対する支援
日常生活の支援（民間事業者・NPO等）	<ul style="list-style-type: none"> ・配食 ・日々の移動の手伝い ・レクリエーション 	<ul style="list-style-type: none"> ・家事援助 ・配食 ・日々の移動の手伝い ・レクリエーション 	

（注1）上表は居宅サービスの場合のイメージ。

（注2）施設サービスについても、サービスの外付け化を図ることにより、可能な限り居宅サービスと同じような役割分担を実現する。

（注3）地域ごとにサービス提供体制について柔軟性を持たせることは必要。

¹⁶ 介護福祉士が行う「要介護者に対する基礎的な医療的ケア」の代表的な例としては、服薬管理、経管栄養、吸引などが考えられる。

②事業者による雇用管理・組織経営等

- 2025年には、介護事業者による労働法規の遵守が徹底されるとともに、雇用管理の取組みに応じて、介護労働者により適切な事業者が選択されている。また、夜勤等に対応した適正な労務管理、出産・介護等による一時離職後の職場復帰支援等を通じて、労働者の不安・不満が解消されるなど、介護事業者によって適正な雇用管理が行われている。
- 事業者が、キャリアパスの設定や従業員の研修機会の確保など、キャリアアップに資する取組みを推進している。また、職場の課題を従業員に対して情報開示するなど、事業者が従業員との間のコミュニケーションを積極的に図ることにより、職場環境の整備やサービスの質の向上などが図られている。
- 事業者規模の拡大、他の介護サービスや他業種との組合せによる事業実施の推進等を通じて、組織経営の安定化・効率化が図られ、事業者による雇用管理や人材確保の取組みが推進されている。

③介護労働市場全体の労働環境整備

- 2025年には、他産業からの転職者なども含めた様々な者の介護労働市場への参入を促進するため、実態に応じた職業訓練等が実施されている。また、キャリア開発の推進等という観点に立った教育・研修体系が構築され、介護労働市場への定着が推進されている。
- 育児休業・介護休業等の取得促進や短時間労働の普及等、労働環境の整備が図られ、従業員が働きやすい環境が実現している。
- 介護人材を巡る地域ごとの差異や、提供体制整備についての都道府県・市町村の役割を踏まえて、教育・研修等について、都道府県・市町村が地域の実情にあった施策を実施できるよう環境が整備されている。
- サービスの質の評価に基づいた介護報酬体系が構築され、質の評価に基づく介護報酬の支払いが行われている。なお、サービスの質に着目した介護報酬体系の構築に伴い、「構造（ストラクチャー）」指標である人員配置基準や設備基準の弾力化等が図られている。

地域包括支援センター職員研修 企画委員会

所属及び役職	氏 名
全国地域包括・在宅介護支援センター協議会 研修委員長	西元 幸雄
社団法人 全国保健センター連合会	村中 峯子
財団法人 長寿社会開発センター常務理事	石黒 秀喜
社団法人 日本介護支援専門員協会副会長	森上 淑美
社団法人 日本社会福祉士会 大府市西包括支援センター	塚本 鋭裕
多摩市健康福祉部介護保険担当課長	伊藤 重夫
東京都青梅市 地域包括支援センターすえひろセンター長	水村 美穂子
石川県津幡町 地域包括支援センター	寺本 紀子
埼玉県和光市 保健福祉部長寿あんしん課 和光南地域包括支援センター主事	星川 葉子
静岡県富士宮市 保健福祉部福祉総合相談課 統括主幹・地域包括支援センター長	土屋 幸己
鳥取県琴浦町 地域包括支援センター係長	藤原 静香
厚生労働省老健局総務課課長補佐	東内 京一
厚生労働省老健局老人保健課介護予防対策専門官	八田 睦美
厚生労働省老健局振興課課長補佐	黒岩 嘉弘
厚生労働省老健局振興課課長補佐	懸上 忠寿