平成 24 年度
地域包括ケア推進指導者養成研修
（中央研修）

平成 24 年 10 月3日，4日

平成24年度地域包括ケア推進指導者養成研修(中央研修)

目　次

- 次第・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3
- 開会挨拶・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・5
- 研修の目的とねらい・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・7
- 介護保険制度改正の概要及び地域包括ケアの理念・・・・・・・・・11
- これからの介護予防～地域づくりによる介護予防の推進～・・・・55
- センター長のマネジメント能力の向上・・・・・・・・・・・・・・・75

- 各研修項目の目的とねらい・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・95
- 地域ケア会議と自立支援に資するケアマネジメント・・・・・・・・97
- 研修の振り返りと全体総括・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・145
- 実践レポートの提出、振り返り研修の開催等・・・・・・・・・・・151
- （参考）企画委員名簿・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・155

平成 24 年度地域包括ケア推進指導者養成研修（中央研修）次第

〇研修の目的・ねらい

地域包括ケアを推進するため、地域包括支援センターの管理者として求められる各種マネジメントや、地域において果たすべきセンターの役割を理解し、保険者と協働してセンターの方向性や目標を設定するなど、各地域においてリーダー的な役割を果たせる人材を養成する。

また、法改正を踏まえて改めて位置づけられた地域ケア会議の意義や運営方法等について理解を深めることにより、多職種協働による地域包括支援ネットワーク構築について管理者としての実践力を高める。

〇研修日程・会場

平成 24 年 10 月3日（水）・４日（木）　スタンダード会議室 五反田 360°ホール

〇研修スケジュール

【１日目】

	時　　間	項　目	内容及び目的・ねらい	講師・説明者
1	13:00-13:05	開会挨拶		厚生労働省老健局振興課 課　長　　朝川　知昭
2	13:05-13:10	ｵﾘｴﾝﾃｰｼｮﾝ	研修の目的とねらい	厚生労働省老健局振興課 地域包括ケア推進係長 山田　大輔
3	13:10-14:10 （60 分）	講　義	**介護保険制度改正の概要及び** **地域包括ケアの理念** ＜目的・ねらい＞ 介護保険制度改正の概要を知り、また、地域包括支援センターの役割、地域包括ケアの理念を理解し、どのように自治体と協働しながら地域包括ケアを推進するかを考えるための参考とする。	厚生労働省老健局総務課 課長補佐　篠田　　浩
4	14:10-14:50 （40 分）	講　義	**これからの介護予防** **～地域づくりによる介護予防の推進～** ＜目的・ねらい＞ 伸び続ける社会保障費用、社会保障・税一体改革の流れの中で、今後ますます重要となる介護予防のあり方について学ぶ。	厚生労働省老健局 老人保健課 介護技術係長 川崎　千恵
	14:50-15:00	休　憩		
5	15:00-17:30 （150 分）	講　義	**センター長のマネジメント能力の向上** ＜目的・ねらい＞ センター長としての各種マネジメント能力を向上させ、保険者とも協働しつつ、地域における今後のセンターの方向性や目標を設定する能力を養成する。	公益社団法人日本看護協会 事業開発部長　村中　峯子

【２日目】

	時　　間	項　目	内容及び目的・ねらい	講師・説明者
1	9:30-9:35	ｵﾘｴﾝﾃｰｼｮﾝ	各研修項目の目的とねらい	厚生労働省老健局振興課 課長補佐　品川　文男
2	9:35-12:20 （165 分）	講　義 演　習	**地域ケア会議と自立支援に資する** **ケアマネジメント（講義・演習①）** ＜目的・ねらい＞ 地域包括ケアを実現する手法としての地域ケア会議の概要を知り、講義・演習①では個別の課題把握、自立支援に資するケアマネジメントについての内容の講義・演習を通して、地域ケア会議の具体的な進め方や、地域ケア会議に至る前までプロセスについて学ぶ。	一般社団法人 日本介護支援専門員協会 副会長　　森上　淑美 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
	12:20-13:20	昼休憩		
3	13:20-15:30 （１３０分）	講　義 演　習	**地域ケア会議と自立支援に資する** **ケアマネジメント（講義・演習②）** ＜目的・ねらい＞ 講義・演習①の内容を踏まえた上で、自立支援に資するケアマネジメントの手法、多職種の協働による医療と介護の連携を踏まえた講義・演習を行い、地域ケア会議の具体的な進め方等を学ぶ。	一般社団法人 日本介護支援専門員協会 副会長　　森上　淑美 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
	15:30-15:40	休　憩		
4	15:40-16:10 （３０分）	講　義 演　習	**研修の振り返りと全体総括** ＜目的・ねらい＞ センター長としての役割を再確認し、研修で学んだことをどのように実践に活かすかを学ぶ。	一般財団法人 長寿社会開発センター 事務局長　石黒　秀喜
5	16:10-16:20 （１０分）	ｵﾘｴﾝﾃｰｼｮﾝ	実践レポートの提出、振り返り研修の開催等	厚生労働省老健局振興課 地域包括ケア推進係長 山田　大輔
		閉　会		

開会挨拶

memo

研修の目的とねらい

---

memo

平成24年度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７ブロック）を実施する。

	中央研修	ブロック研修
目的	地域包括ケアを推進するため、地域において果たすべきセンターの役割（自立支援の推進）を理解し、保険者と協働してセンターの方向性や目標を設定するとともに、「地域ケア会議」の意義や運営方法等について理解を深めることにより、管理者としての実践力向上を図る研修（講義・演習）を行う。	全国を７ブロックに分割し、各ブロックにおいて地域において果たすべきセンターの役割（自立支援の推進）を理解する等、地域包括ケア推進の中核となる人材を養成する研修（講義・演習）を行う。
対象	都道府県が推薦する、地域包括支援センターの業務について幅広い知見と経験を有する者 100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長及びそれに準ずる者、市町村の地域包括・事業計画担当職員 1,440名程度（原則先着順）
時期・日程等	平成24年10月3・4日 （受講後振り返り研修を実施予定）	平成24年11月上旬～平成25年2月中旬 ２日間・全国で合計１２回
会場	スタンダード会議室五反田 360°ホール	各ブロック内会場

中央研修の目的

○　地域包括支援センターの管理者として求められる各種マネジメントや、地域において果たすべきセンターの役割を理解し、保険者と協働してセンターの方向性や目標を設定できる人材を養成する。

○　法改正を踏まえて改めて位置づけられた「地域ケア会議」の意義や運営方法等について理解を深めるとともに、管理者としての実践力向上を図る。

○　都道府県・市町村における研修の講師となる人材を養成する。

介護保険制度改正の概要及び地域包括ケアの理念

memo

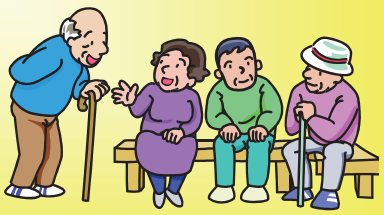
【平成24年度　地域包括ケア推進指導者養成研修（中央研修）】

介護保険制度改正の概要及び地域包括ケアの理念

平成24年10月3日（水）

厚生労働省老健局総務課

篠　田　　浩



【本日の内容】

①はじめに（地域包括支援センターをとりまく環境）

②介護保険制度改正の概要（平成24年改正）など

③地域包括ケアの理念

④地域包括ケアの推進のために

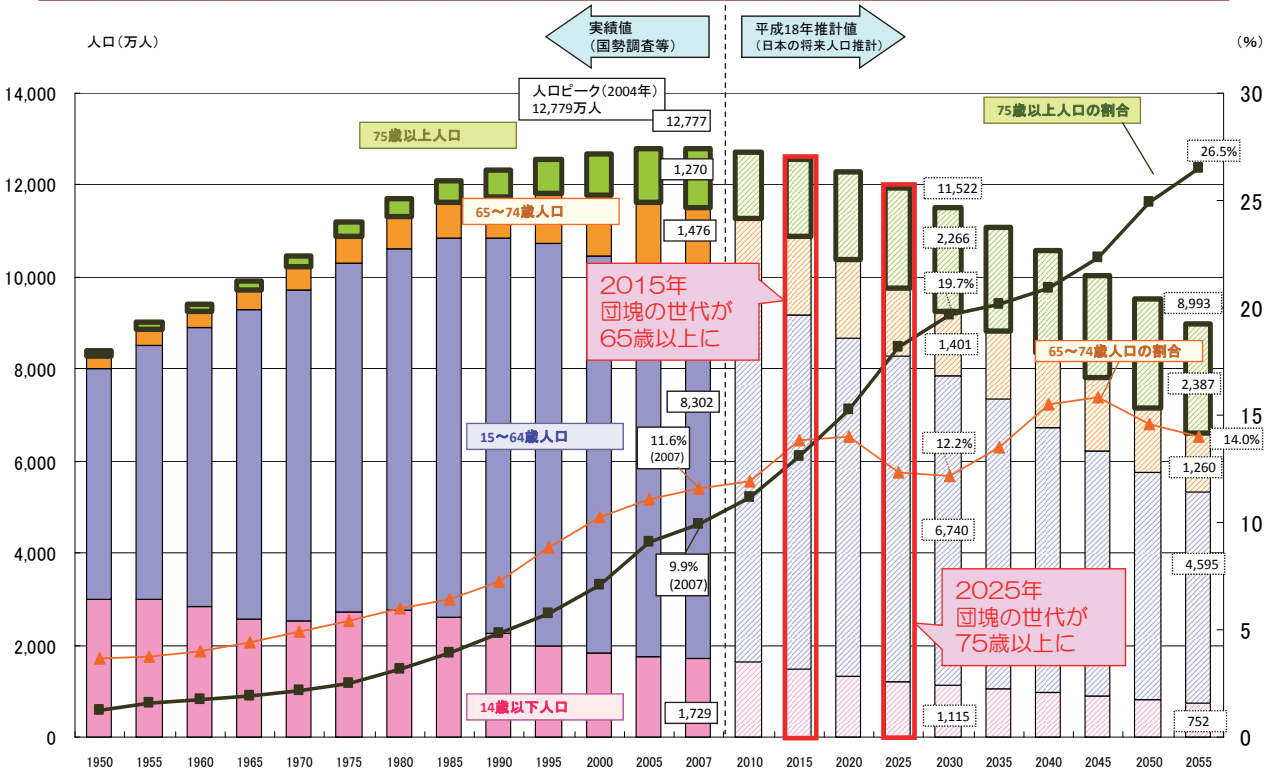
①はじめに（地域包括支援センターをとりまく環境）

介護保険制度を巡るこれまでの経緯

	1997年（平成9年）	12月	介護保険法成立
第1期	2000年（平成12年）	4月	介護保険法施行
第2期	2003年（平成15年）	4月	介護報酬改定（改定率▲2.3%：在宅サービスの充実等）
	2005年（平成17年）	6月	介護保険法等の一部を改正する法律（※1）成立
		10月	改正法（※1）の一部施行（施設給付の見直し）
第3期	2006年（平成18年）	4月	改正法（※1）の全面施行 （地域包括支援センター、予防給付、地域密着型サービス創設等） 介護報酬改定 （改定率▲0.5%：予防重視型システムへの対応、地域密着型サービスの創設）
	2008年（平成20年）	5月	介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律（※2）成立
第4期	2009年（平成21年）	4月	介護報酬改定（改定率プラス3.0%：介護従事者の処遇改善等）
		5月	改正法（※2）の全面施行（業務管理の体制整備、サービス確保対策等）
	2011年（平成23年）	6月	介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（※3）成立・公布、一部施行（介護療養病床の転換期限の延長、介護福祉士資格取得方法の見直しの延期等）
第5期	2012年（平成24年）	4月	改正法（※3）の全面施行（定期巡回・随時対応サービス等の創設、介護職員等によるたんの吸引等の実施、保険料の上昇緩和のための財政安定化基金の取崩し等）

75歳以上高齢者の増大

○　我が国の75歳以上人口の割合は現在10人に1人の割合であるが、2030年には5人に1人、2055年には4人に1人になると推計されている。



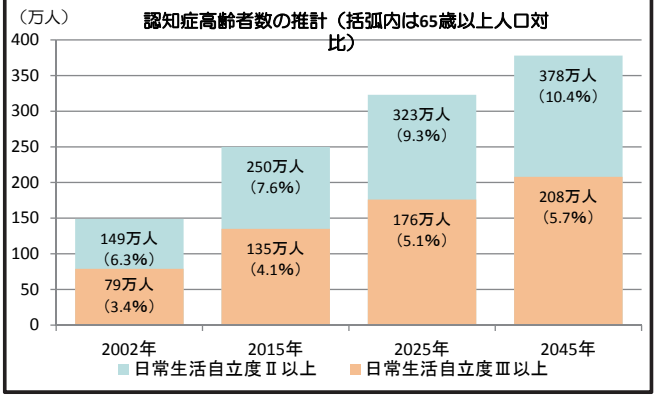
資料：2005年までは総務省統計局「国勢調査」、2007年は総務省統計局「推計人口（年報）」、2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）中位推計」

今後の介護保険を取り巻く状況について

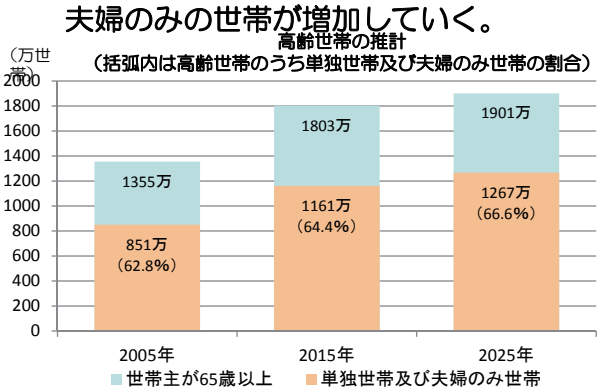
① 75以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2008年	2015年	2025年	2055年
75歳以上高齢者の割合	10．4%	13．1%	18．2%	26．5%

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



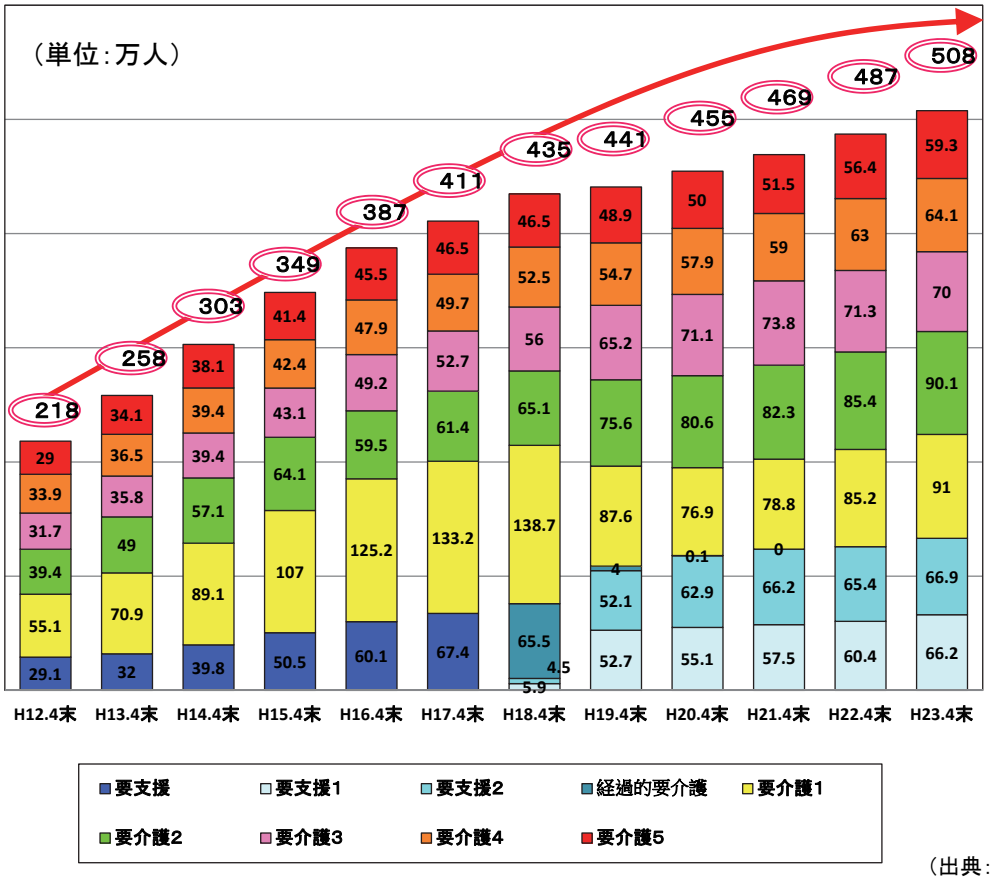
③ 世帯主が65歳以上の世帯のうち、単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。



④ 首都圏をはじめとする都市部において、今後急速に高齢化が進む。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	秋田県	山形県	鹿児島県
2005年時点での高齢者人口	116万人	106万人	149万人	31万人	31万人	44万人
2015年時点での高齢者人口（括弧内は増加率）	179万人（+55%）	160万人（+50%）	218万人（+47%）	34万人（+11%）	34万人（+10%）	48万人（+10%）

○要介護度別認定者数の推移

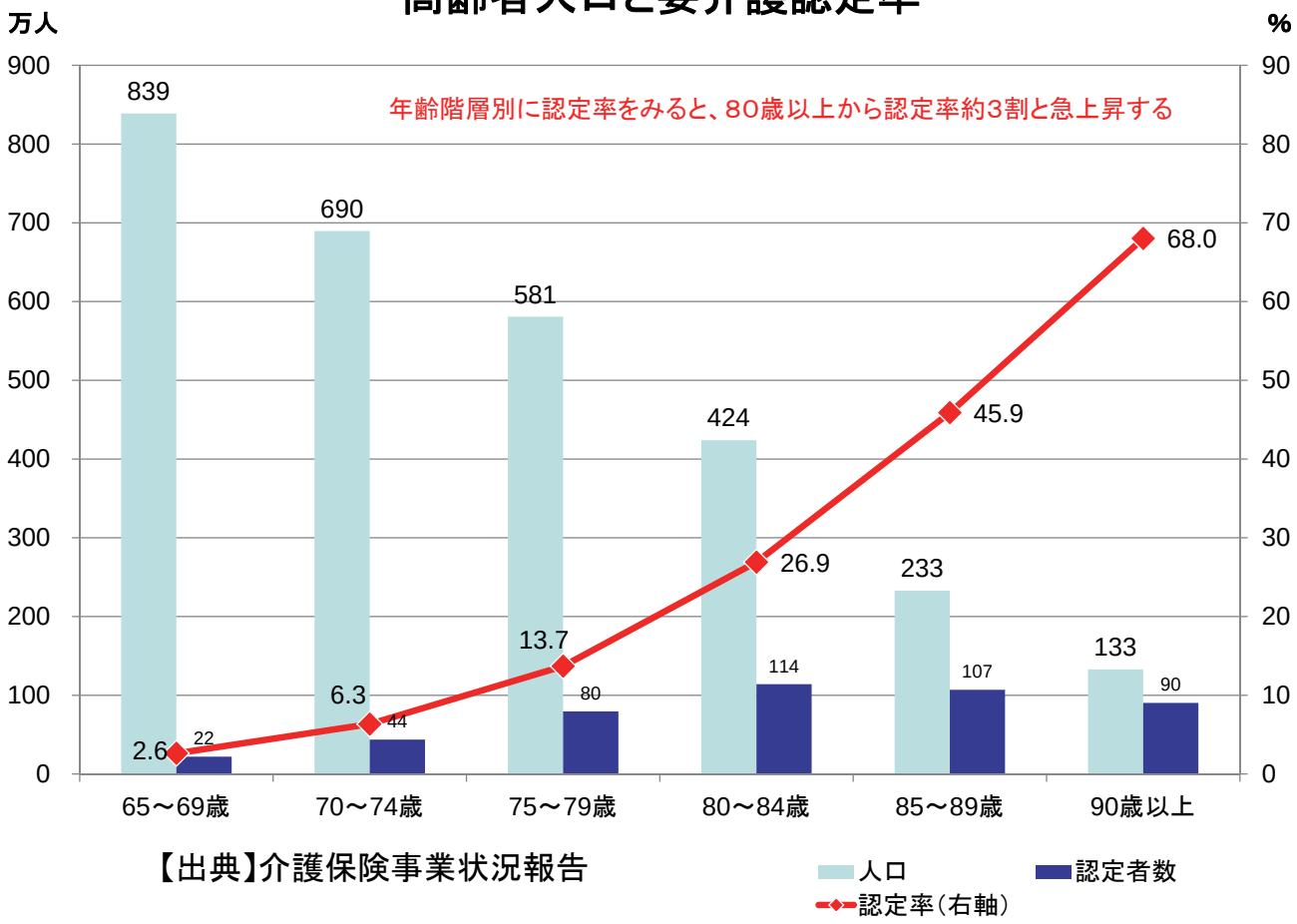


計		123%
要介護	5	105%
	4	89%
	3	121%
	2	129%
	1	166%
経過的要介護		
要支援	2	
	1	

H12.4とH23.4の比較

（出典：介護保険事業状況報告 他）

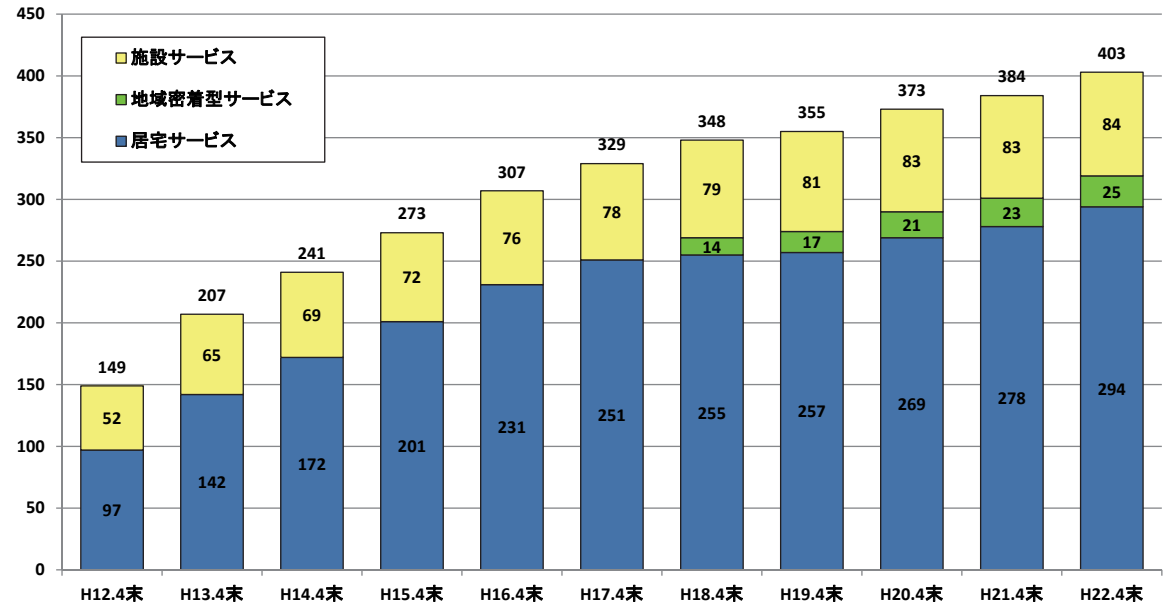
高齢者人口と要介護認定率



【出典】介護保険事業状況報告

○サービス受給者数の推移

○　サービス受給者数は、１０年で約２５４万人（１７０%）増加。
○　特に、居宅サービスの伸びが大きい。（１０年で２０３%増）



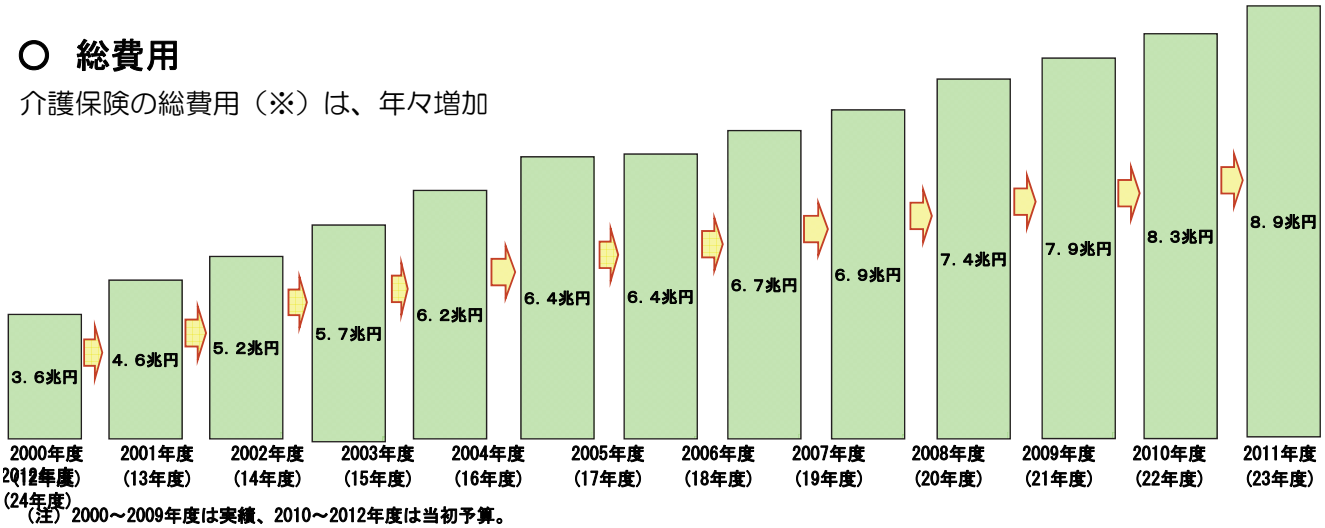
出典：介護保険事業状況報告（各年4月サービス分）

※ 介護予防サービス、地域密着型サービス及び地域密着型介護予防サービスは、2005年の介護保険制度改正に伴って創設された。
※ 各サービス受給者の合計とサービス受給者数は端数調整のため一致しない。

介護費用と保険料の推移

○　総費用

介護保険の総費用（※）は、年々増加



（注）2000～2009年度は実績、2010～2012年度は当初予算。

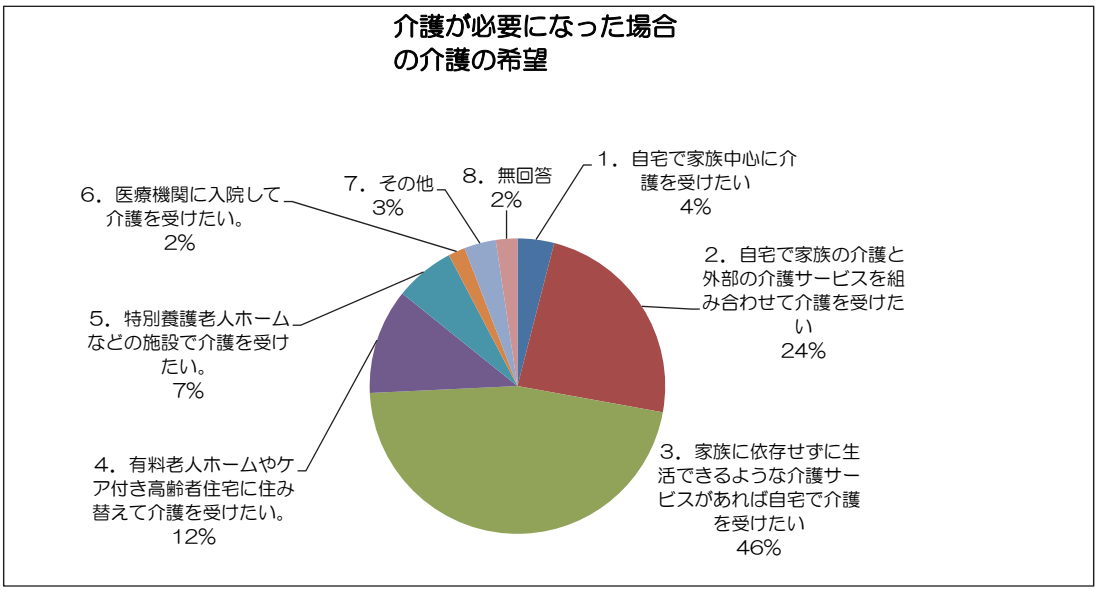
※介護保険に係る事務コストや人件費などは含まない（地方交付税により措置されている）。

○　65歳以上が支払う保険料〔全国平均（月額・加重平均）〕

第１期（H12～14年度）（2000～2002）	第２期（H15～17年度）（2003～2005）	第３期（H18～20年度）（2006～2008）	第４期（H21～23年度）（2009～2011）	第5期（H24～26年度）（2012～2014）
2，911円	3，293円（＋13%）	4，090円（＋24%）	4，160円（＋1．7%）	4，972円（＋20%）

介護の希望（本人の希望）

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

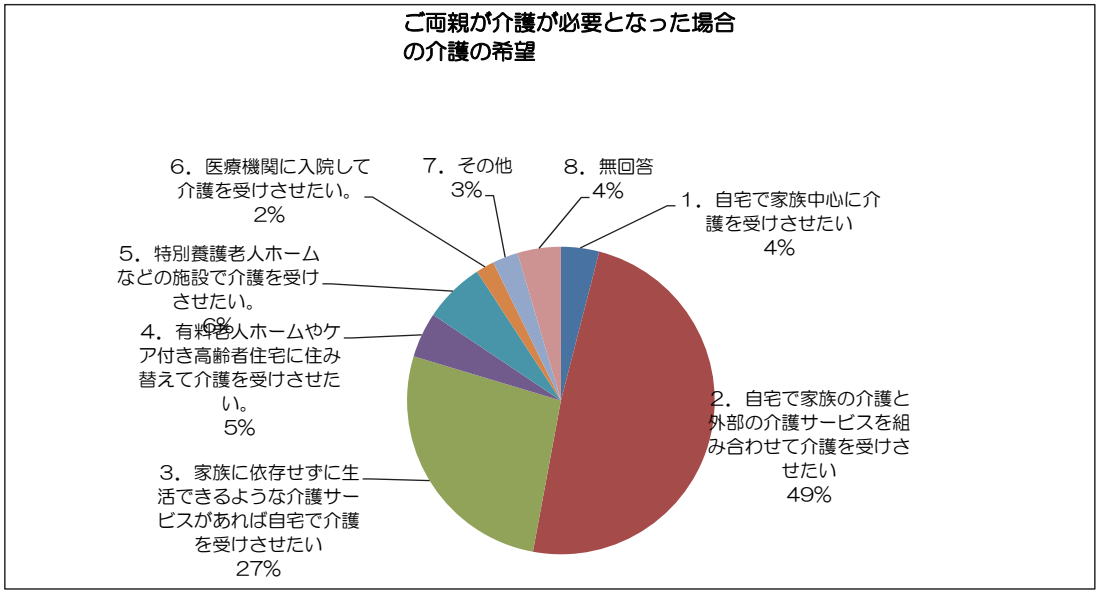


資料出所:「介護保険制度に関する国民の皆さまからのご意見募集（結果概要について）」厚生労働省老健局

介護の希望（家族の希望）

【両親が介護が必要になった場合】
○　最も多かったのは「自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けさせたい」で49%、2位は「家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けさせたい」で27%となっており、前記自分の場合と1位と2位が逆転している。

○　いずれの場合も、在宅希望が上位を占めており、施設や医療機関への入院･入所希望は1割弱にとどまった。



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

②介護保険制度改正の概要（平成24年改正）など

介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の概要

高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組を進める。

1 医療と介護の連携の強化等
① 医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援（地域包括ケア）を推進。
② 日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を策定。
③ 単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスを創設。
④ 保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とする。
⑤ 介護療養病床の廃止期限（平成24年3月末）を猶予。（新たな指定は行わない。）

2 介護人材の確保とサービスの質の向上
① 介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等によるたんの吸引等の実施を可能とする。
② 介護福祉士の資格取得方法の見直し（平成24年4月実施予定）を延期。
③ 介護事業所における労働法規の遵守を徹底、事業所指定の欠格要件及び取消要件に労働基準法等違反者を追加。
④ 公表前の調査実施の義務付け廃止など介護サービス情報公表制度の見直しを実施。

3 高齢者の住まいの整備等
○ 有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護規定を追加。
※厚生労働省と国土交通省の連携によるサービス付き高齢者向け住宅の供給を促進（高齢者住まい法の改正）

4 認知症対策の推進
① 市民後見人の育成及び活用など、市町村における高齢者の権利擁護を推進。
② 市町村の介護保険事業計画において地域の実情に応じた認知症支援策を盛り込む。

5 保険者による主体的な取組の推進
① 介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和を確保。
② 地域密着型サービスについて、公募・選考による指定を可能とする。

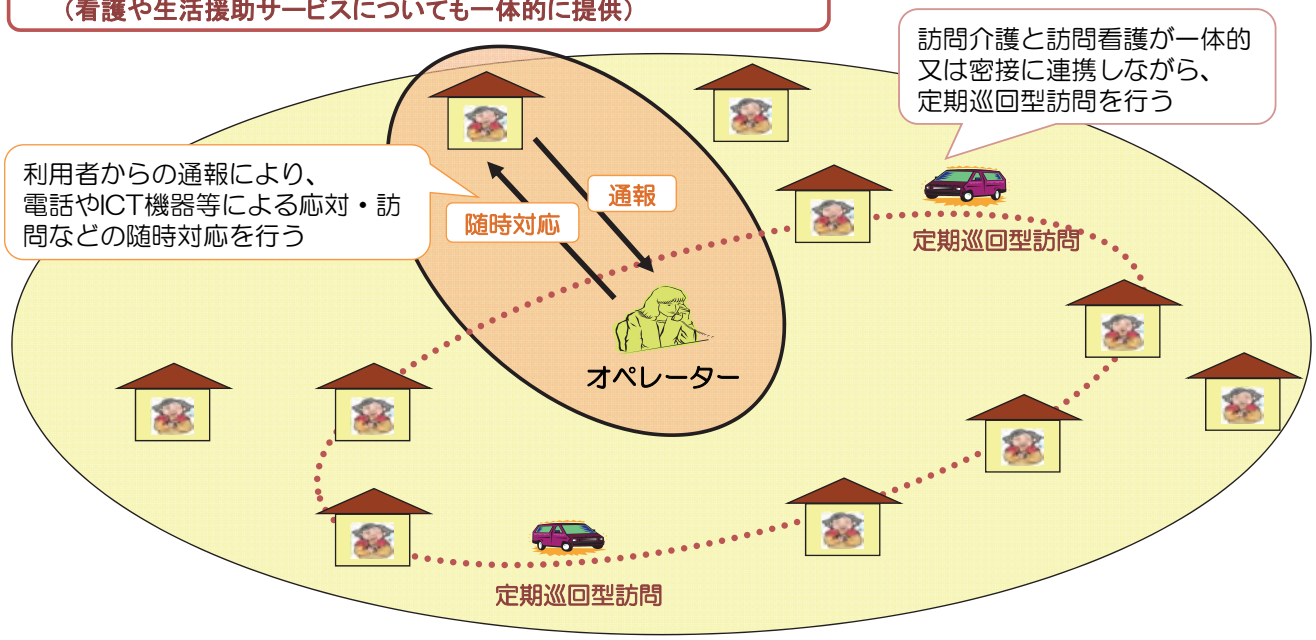
6 保険料の上昇の緩和
○ 各都道府県の財政安定化基金を取り崩し、介護保険料の軽減等に活用。

【施行日】1⑤、2②については公布日施行。その他は平成24年4月1日施行。

定期巡回･随時対応サービスの創設

○　重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設（平成２４年４月）。

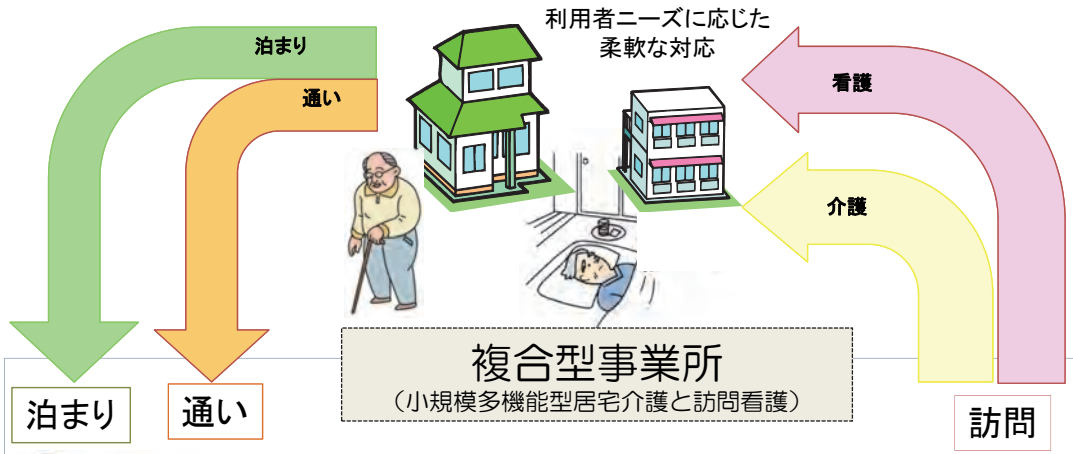
○ **地域密着型サービスの一類型として創設**
○ **対象者は要介護者のみ（介護予防サービスは規定していない）**
○ **身体介護サービスを中心とした一日複数回サービス**
（看護や生活援助サービスについても一体的に提供）



小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスの概要

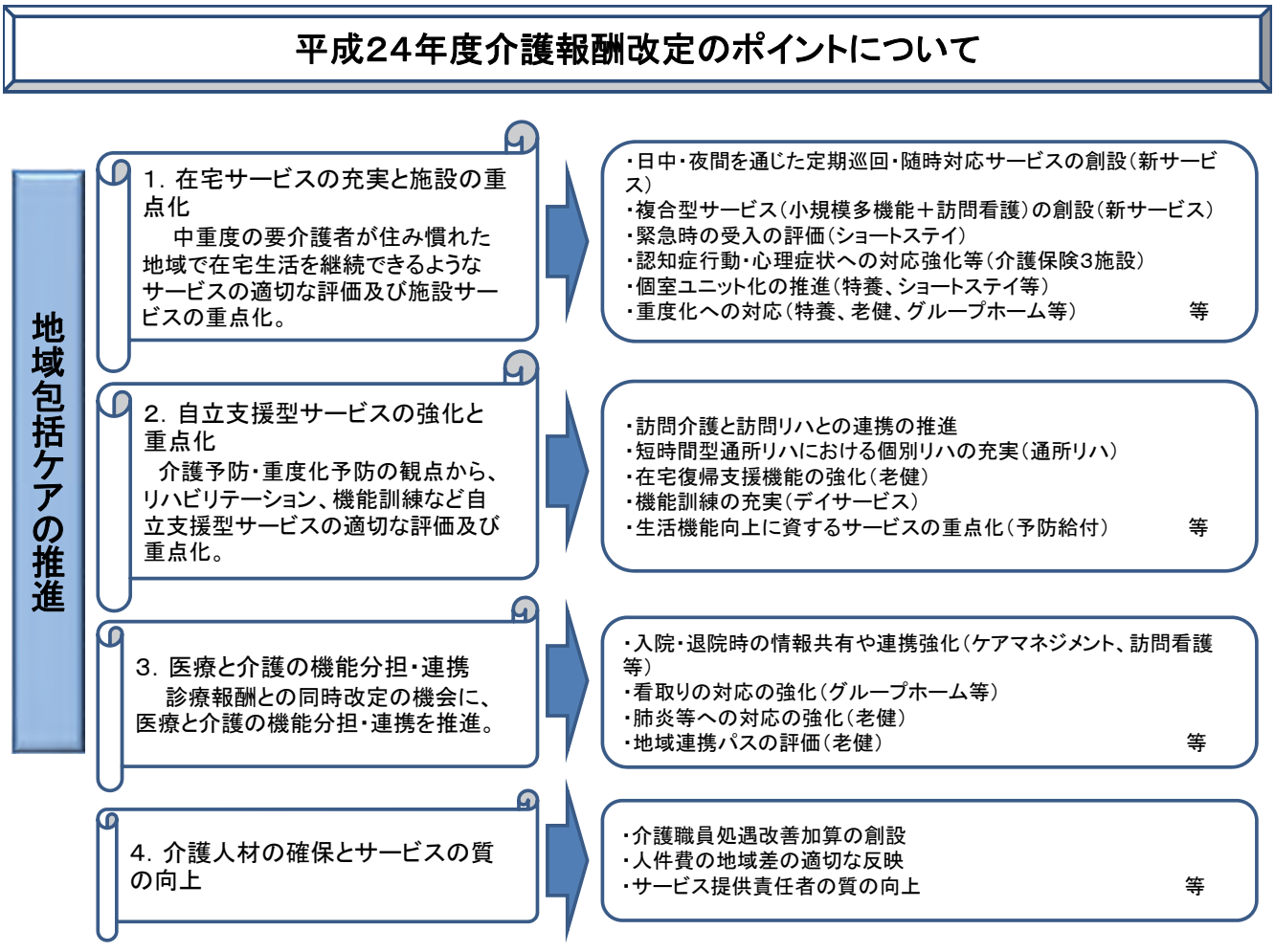
○　今般、小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複数のサービスを組み合わせた複合型事業所を創設し、看護と介護サービスの一体的な提供により医療ニーズの高い要介護者への支援の充実を図る。

※　地域密着型サービスとして位置づけ



○要介護度が高く、医療ニーズの高い高齢者に対応するため、小規模多機能型居宅介護のサービスに加え、必要に応じて訪問看護を提供できる仕組みとする
○別々に指定しサービス提供するよりも、小規模多機能型居宅介護事業所に配置されたケアマネジャーによるサービスの一元管理により、利用者のニーズに応じた柔軟なサービス提供が可能
○事業者にとっても、柔軟な人員配置が可能

平成２４年度介護報酬改定の概要



介護保険事業計画について

医療や住まいとの連携も視野に入れた
介護保険事業（支援）計画の策定

○ 地域包括ケアの実現を目指すため、第５期計画（平成24～26年度）では次の取組を推進。
- 日常生活圏域ニーズ調査を実施し、地域の課題・ニーズを的確に把握
- 計画の内容として、認知症支援策、在宅医療、住まいの整備、生活支援を位置付け

日常生活圏域ニーズ調査
（郵送＋未回収者への訪問による調査）

- どの圏域に
- どのようなニーズをもった高齢者が
- どの程度生活しているのか

地域の課題や
必要となるサービス
を把握・分析

調査項目（例）
- ○身体機能・日常生活機能（ADL・IADL）
- ○住まいの状況
- ○認知症状
- ○疾病状況

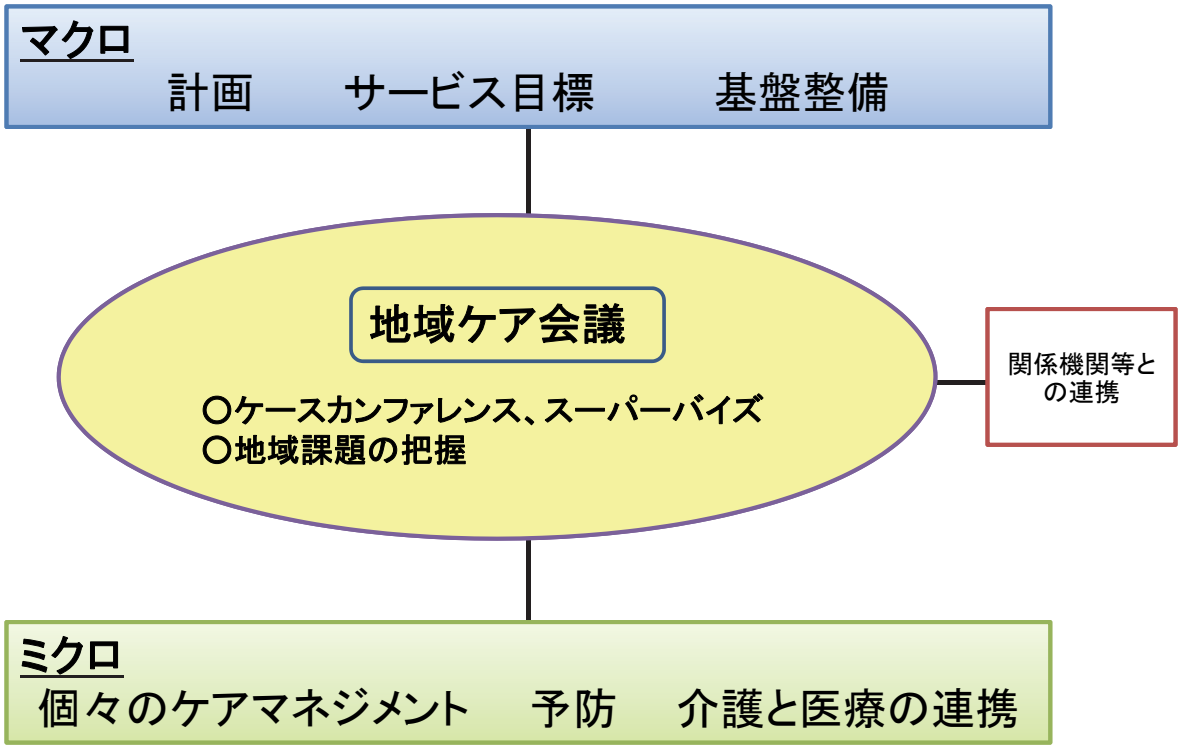
介護保険事業（支援）計画

これまでの主な記載事項
- ○ 日常生活圏域の設定
- ○ 介護サービスの種類ごとの見込み
- ○ 施設の必要利用定員
- ○ 地域支援事業（市町村）
- ○ 介護人材の確保策（都道府県）など

＋

地域の実情を踏まえて記載する新たな内容
- ○ 認知症支援策の充実
- ○ 在宅医療の推進
- ○ 高齢者に相応しい住まいの計画的な整備
- ○ 見守りや配食などの多様な生活支援サービス

「地域包括ケア」を実現できる介護保険事業計画のあり方



今後の認知症施策の方向性について

『今後の認知症施策の方向性について』の概要

今後目指すべき基本目標ーケアの流れを変えるー

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

1　標準的な認知症ケアパスの作成・普及

認知症の人やその家族が、認知症と疑われる症状が発生した場合に、いつ、どこで、どのような医療や介護サービスを受ければよいか理解できるよう、標準的な認知症ケアパスの作成と普及を推進する。

2　早期診断・早期対応

「認知症初期集中支援チーム」の設置
認知症の人や家族に関わり、アセスメント、家族支援などの初期支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う事業をモデル的に実施する。

かかりつけ医の認知症対応力の向上
認知症の人の日常の医療をかかりつけ医が担えるよう、その認知症対応力の向上を図る。

「身近型認知症疾患医療センター」の整備
かかりつけ医と連携し、そのバックアップを担う医療機関を整備し、早期の的確な診断、介護との連携を確保する。

3　地域での生活を支える医療サービスの構築

「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
不適切な薬物使用により長期入院することのないように、実践的なガイドラインを策定し、普及を図る。

一般病院での認知症の人の手術、処置等の実施の確保
一般病院勤務の医師・看護師をはじめとする医療従事者が、認知症ケアについて理解し適切な対応ができるよう研修を拡充する。

精神科病院に入院が必要な状態像の明確化
識者等により十分な調査、研究を行う。

精神科病院からの円滑な退院・在宅復帰の支援
「退院支援・地域連携クリティカルパス（退院に向けての診療計画）」の作成等を通じて、退院後に必要な介護サービス等が円滑に提供できる仕組づくりを推進する。

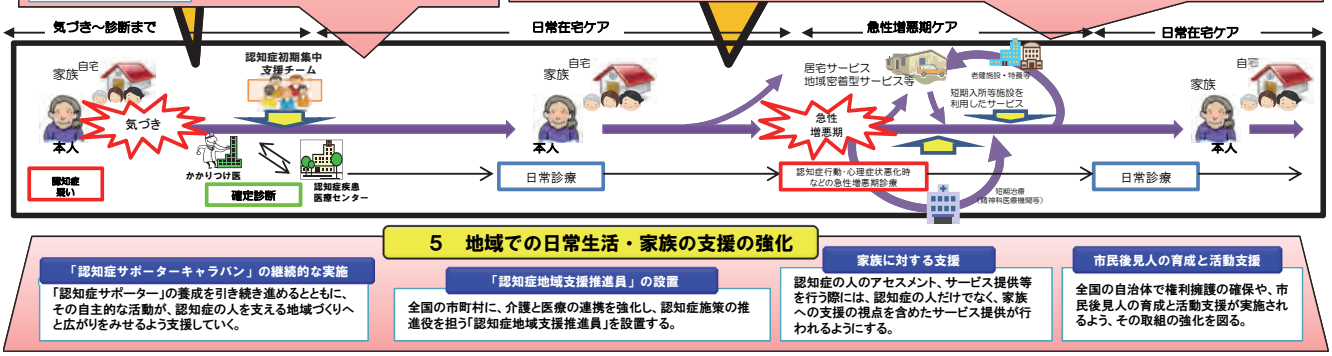
一般病院・介護保険施設等での認知症対応力の向上
「身近型認知症疾患医療センター」の職員が行動・心理症状等で対応困難な事例へのアドバイスや訪問をし、専門的な医療を提供する。

4　地域での生活を支える介護サービスの構築

認知症にふさわしい介護サービスの整備
「グループホーム」「小規模多機能型居宅介護」などの地域密着型サービスの拡充を図る。

認知症行動・心理症状が原因で在宅生活が困難となった場合の介護保険施設等での対応
認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難となった場合には、介護保険施設等の地域の介護サービスがその担い手となることを推進していく。

「グループホーム」の活用の推進
「グループホーム」の事業所が、その知識・経験・人材等を生かして、在宅で生活する認知症の人やその家族への相談や支援を行うことを推進する。



5　地域での日常生活・家族の支援の強化

「認知症サポーターキャラバン」の継続的な実施
「認知症サポーター」の養成を引き続き進めるとともに、その自主的な活動が、認知症の人を支える地域づくりへと広がりをみせるよう支援していく。

「認知症地域支援推進員」の設置
全国の市町村に、介護と医療の連携を強化し、認知症施策の推進役を担う「認知症地域支援推進員」を設置する。

家族に対する支援
認知症の人のアセスメント、サービス提供等を行う際には、認知症の人だけでなく、家族への支援の視点を含めたサービス提供が行われるようにする。

市民後見人の育成と活動支援
全国の自治体で権利擁護の確保や、市民後見人の育成と活動支援が実施されるよう、その取組の強化を図る。

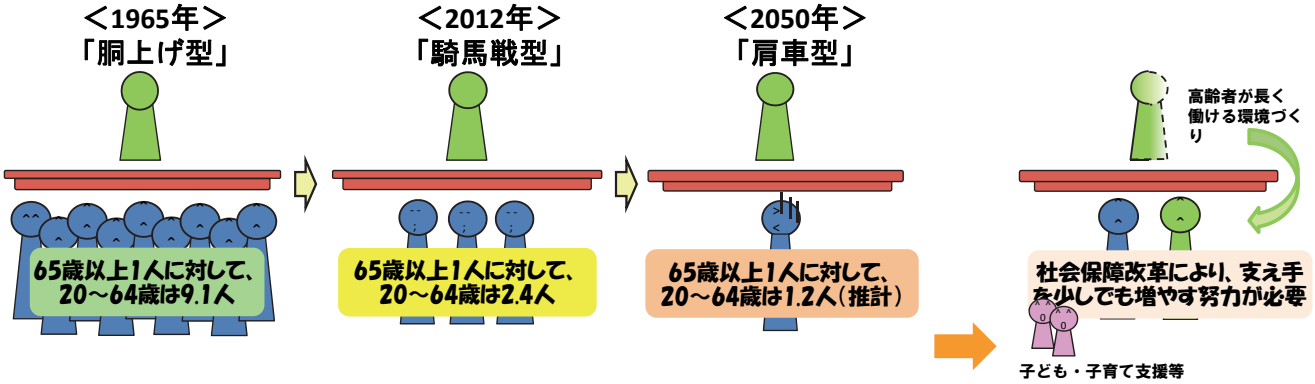
6　若年性認知症の特性に配慮し、支援のためのハンドブックを作成、配布するとともに、本人や関係者等が交流できる居場所づくりの設置等を促進する

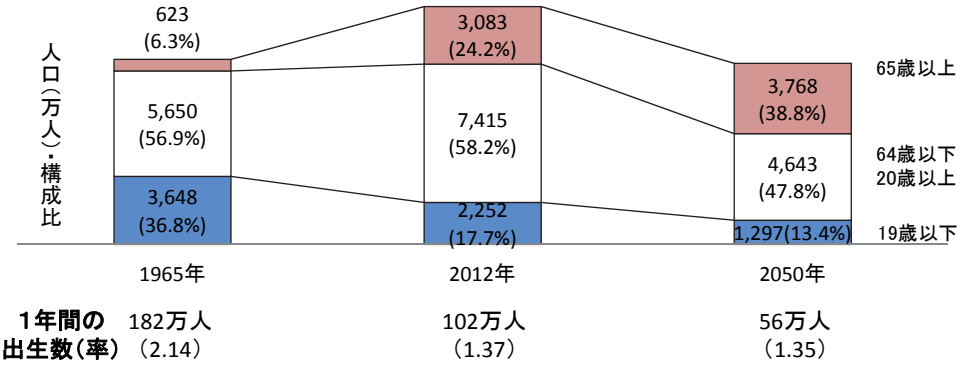
7　認知症の人への医療・介護を含む一体的な生活の支援として「認知症ライフサポートモデル」を策定し、これらを踏まえ医療・介護サービスを担う人材を育成する

社会保障・税一体改革について

「肩車型」社会へ

今後、急速に高齢化が進み、やがて、「１人の若者が１人の高齢者を支える」という厳しい社会が訪れます。





	1965年	2012年	2050年
1年間の出生数（率）	182万人（2.14）	102万人（1.37）	56万人（1.35）

（出所）総務省「国勢調査」、社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」（出生中位・死亡中位）、厚生労働省「人口動態統計」

社会保障・税一体改革で目指す将来像

～未来への投資（子ども・子育て支援）の強化と貧困・格差対策の強化　～

厚生労働省
平成24年7月2日

社会保障改革が必要とされる背景

非正規雇用の増加など雇用基盤の変化

家族形態や地域の変化

人口の高齢化、現役世代の減少

高齢化に伴う社会保障費用の急速な増大

・高齢者への給付が相対的に手厚く、現役世代の生活リスクに対応できていない
・貧困問題や格差拡大への対応などが不十分
・社会保障費用の多くが赤字国債で賄われ、負担を将来世代へ先送り

⇒ 社会経済の変化に対応した社会保障の機能強化が求められる

現役世代も含めた全ての人が、より受益を実感できる社会保障制度の再構築

改革のポイント

- 共助・連帯を基礎として国民一人一人の自立を支援
- 機能の充実と徹底した給付の重点化・効率化を、同時に実施
- 世代間だけでなく世代内での公平を重視
- 特に、①子ども・若者、②医療・介護サービス、③年金、④貧困・格差対策を優先的に改革
- 消費税の充当先を「年金・医療・介護・子育て」の４分野に拡大＜社会保障４経費＞
- 社会保障の安定財源確保と財政健全化の同時達成への第一歩
  ⇒消費税率（国・地方）を、2014年４月より８％へ、2015年10月より10%へ段階的に引上げ
- 就労促進により社会保障制度を支える基盤を強化

改革の方向性

❶ 未来への投資（子ども・子育て支援）の充実	❷ 医療・介護サービス保障の強化／社会保険制度のセーフティネット機能の強化	❸ 貧困・格差対策の強化（重層的セーフティネットの構築）	❹ 多様な働き方を支える社会保障制度へ	❺ 全員参加型社会、ディーセント・ワークの実現	❻ 社会保障制度の安定財源確保
・待機児童の解消 ・幼児期の学校教育・保育の総合的な提供 ・地域の子育て支援	・地域包括ケアシステムの確立 ・医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化 ・診療報酬・介護報酬の同時改定	・生活困窮者対策と生活保護制度の見直しを総合的に推進 ・総合合算制度の創設	・短時間労働者への社会保険適用拡大 ・新しい年金制度の検討（※）	・有期労働契約に関する法制度、高年齢者雇用法制の整備、パートタイム労働法制の検討	・消費税の引上げ（基礎年金国庫負担１／２の安定財源確保など）

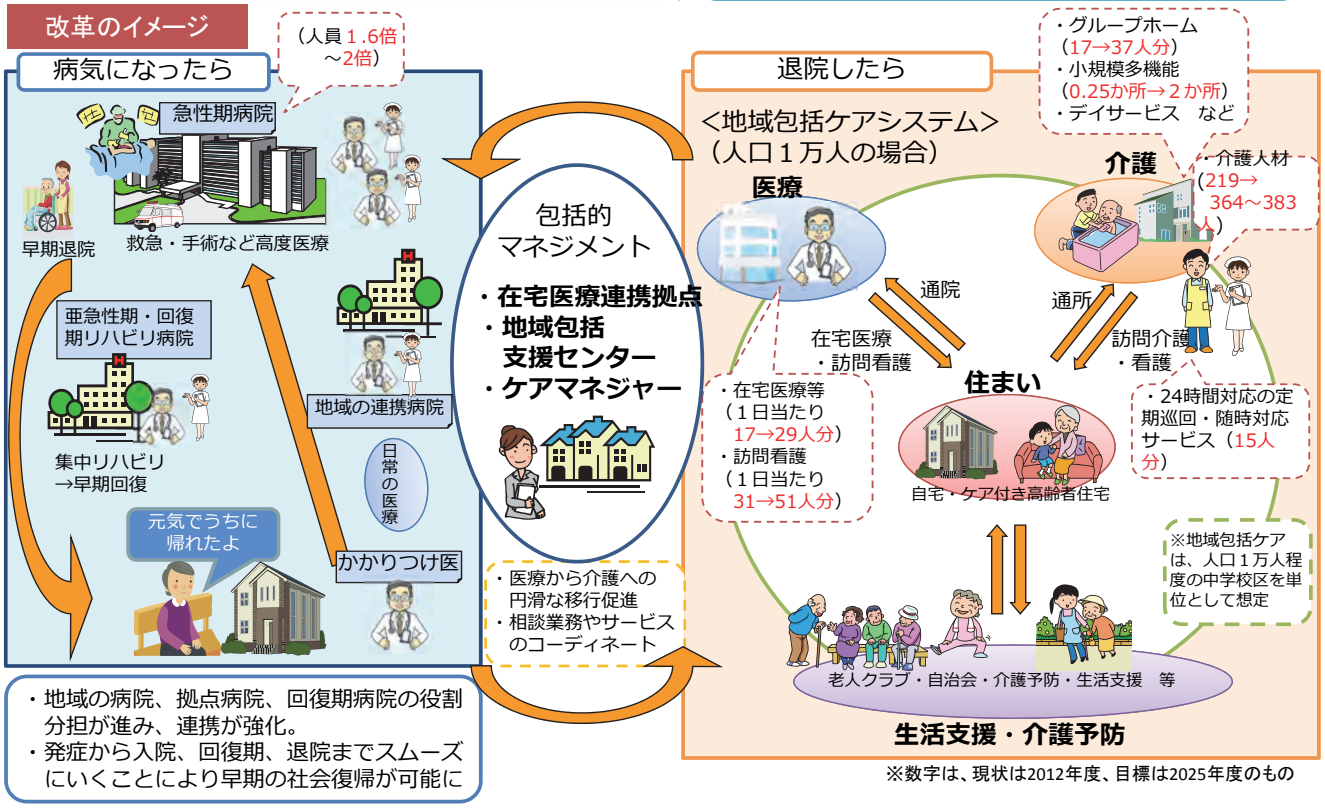
（※）3党「確認書」では今後の公的年金制度にかかる企画について、あらかじめその内容等について三党間で合意に向けて協議するとされている。また、社会保障改革推進法案では、今後の公的年金制度について、財政の現況及び見通し等を踏まえ、社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得るとされている。

改革の方向性 2　医療・介護サービス保障の強化

■ 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
■ 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ



・地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。
・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

※数字は、現状は2012年度、目標は2025年度のもの

消費税5%引上げによる社会保障制度の安定財源確保

■ 消費税率（国・地方）を、2014年4月より8%へ、2015年10月より10%へ段階的に引上げ
■ 消費税収の使い途は、国分については現在高齢者3経費（基礎年金、老人医療、介護）となっているが、今後は、社会保障4経費（年金、医療、介護、子育て）に拡大
■ 消費税の使途の明確化（消費税収の社会保障財源化）
■ 消費税収は、全て国民に還元し、官の肥大化には使わない

（注）現行分の地方消費税を除く。また、現行の基本的枠組みを変更しないことを前提とする。

1%程度

社会保障の充実
＋2．7兆円程度

- ○子ども・子育て支援　0.7兆円程度
  - 待機児童の解消（保育、放課後児童クラブの量的拡充）など
- ○医療・介護の充実　～1.6兆円弱程度
  - 高度急性期への医療資源の集中投入（入院医療の強化）、在宅医療・介護の充実（病院・施設から地域、在宅へ）など
- ○年金制度の改善　～0.6兆円程度
  - 低所得高齢者・障害者等への福祉的給付、受給資格期間の短縮など
- ・貧困・格差対策の強化（低所得者対策等）　上記のうち～1.4兆円程度（再掲）
  - 低所得者の保険料の軽減、総合合算制度など

4%程度

社会保障の安定化
：今の社会保障制度を守る
＋10．8兆円程度

- ○年金国庫負担2分の1　2.9兆円程度
  （平成24年度・25年度の基礎年金国庫負担割合2分の1の差額に係わる費用を含む）
- ○後代への負担のつけ回しの軽減　7.0兆円程度
  - 高齢化等に伴う増（自然増）や安定財源が確保できていない既存の社会保障費
- ○消費税引上げに伴う社会保障支出の増
  - 年金、診療報酬などの物価上昇に伴う増　0.8兆円程度

③地域包括ケアの理念

地域包括ケアシステムが求められる理由

2025年の高齢社会を踏まえると、
①高齢者ケアのニーズの増大、②単独世帯の増大、③認知症を有する者の増加が想定される。

そのためには、

介護保険サービス、医療保険サービスのみならず、見守りなどの様々な生活支援や成年後見等の権利擁護、住居の保障、低所得者への支援など様々な支援が切れ目なく提供されることは必要

だが・・・・・

現状では、
各々の提供システムは分断され、有機的な連携がみられない。

（地域包括ケア研究会報告書）

◎地域包括ケアシステムとは

「地域包括ケアシステム」は、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉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（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「概ね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には中学校区を基本とする。

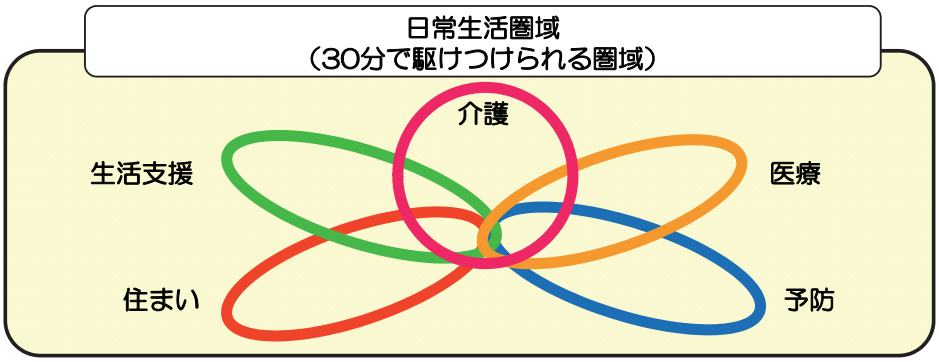
（地域包括ケア研究会報告書より）

◎地域包括ケアの規定

介護保険法第5条第3項

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

地域包括ケアシステムについて



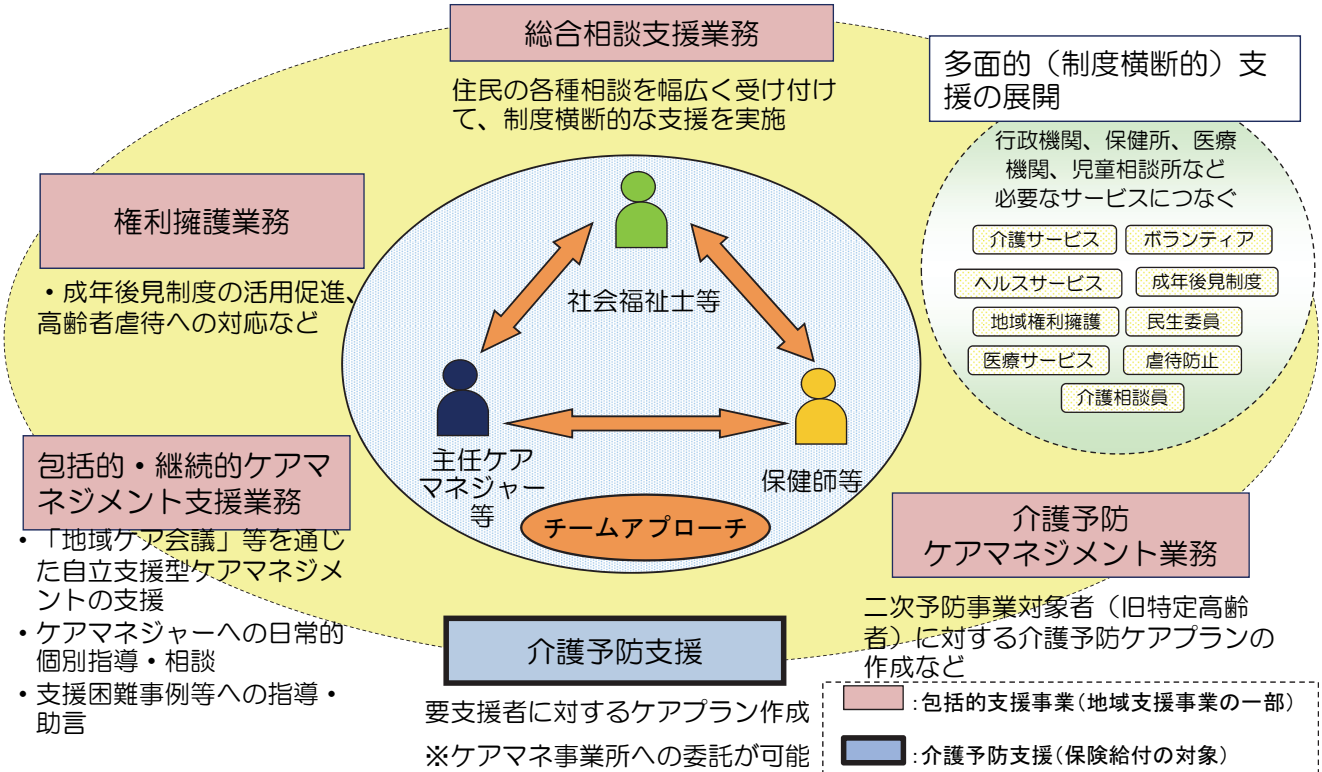
【地域包括ケアの5つの視点による取組み】
地域包括ケアを実現するためには、**次の5つの視点での取組みが包括的**（利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供）、**継続的**（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供）**に行われることが必須。**

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
・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施
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時間対応の定期巡回･随時対応サービスの創設など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高齢者住まいの整備（国交省と連携）**
・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

④地域包括ケアの推進のために

地域包括支援センターの業務

地域包括支援センターは、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（介護保険法第115条の45）

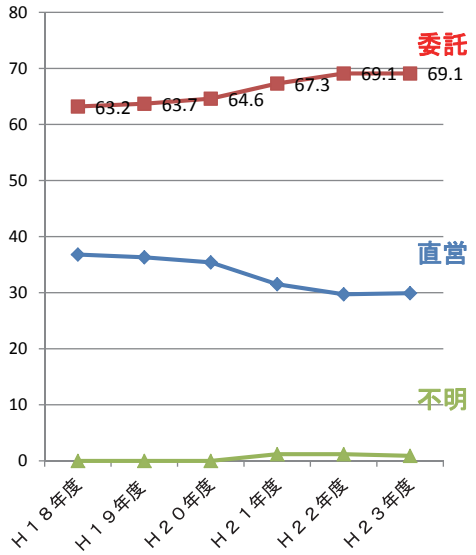


地域包括支援センターの設置状況

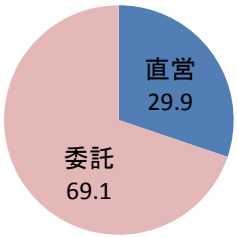
○　地域包括支援センターはすべての保険者に設置されており、全国に4,２２４ヶ所
○　ブランチ・サブセンターを合わせると設置数は７,１７３ヶ所となる。
○　地域包括支援センターの設置主体は、直営が約３割、委託が約７割で、委託が増加している。

◎地域包括支援センターの設置数

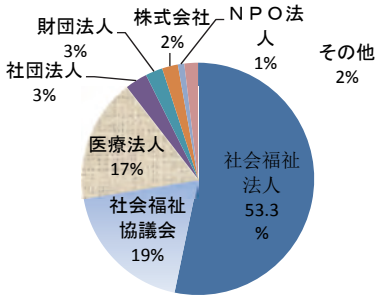
地域包括センター設置数	4,２２４ヶ所
ブランチ設置数	2,５７９ヶ所
サブセンター設置数	３７０ヶ所
合　計	7,１７３ヶ所



◎委託割合（%）



◎委託法人の構成割合

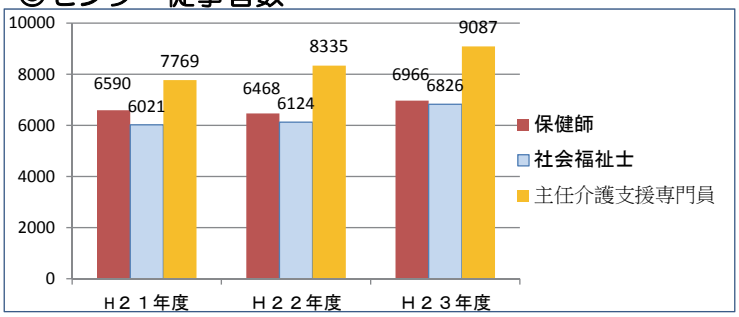


平成23年度老健事業「地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業報告書」（平成23年4月現在）

地域包括支援センター職員の状況

○　主任介護支援専門員数は増加しているが、保健師、社会福祉士は微増にとどまっている。
○　１センター当たりの職員数は、常勤換算で平均5人程度
○　指定介護予防支援業務に従事する職員は、包括的支援業務に従事する職員より非常勤の割合が高い。
○　男女比は女性が８１%、年齢は「40～49歳（32.4%）」が最も多く、次いで「30～39歳（31.6%）」

◎センター従事者数



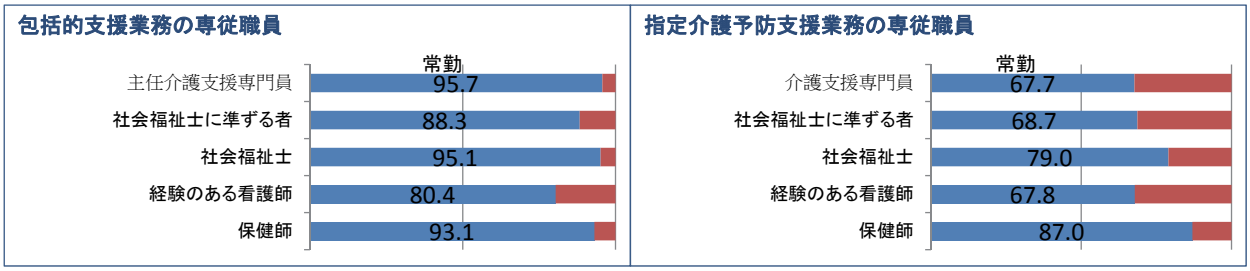
◎１センター当たりの平均職員数

（Ｈ２３年度　常勤換算）

職種	平均人数
保健師※	1.6人
社会福祉士※	1.6人
主任介護支援専門員	2.2人
計	5.4人

※は準ずる者を含む

◎業務ごとの職員配置（常勤・非常勤の割合）※常勤が正規雇用とは限らない

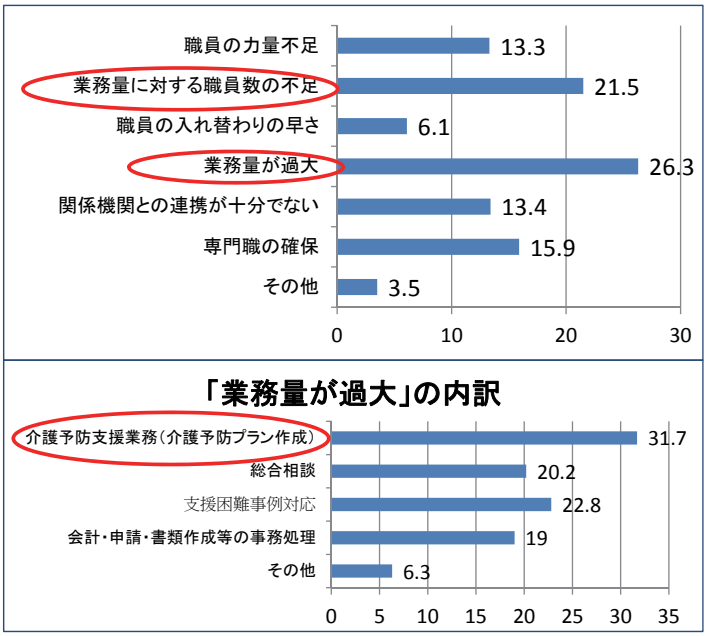


（資料）平成23年度老健事業「地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業」（三菱総研）

地域包括支援センターが抱える課題と負担感

○　業務量の過大と職員不足が課題と認識するセンターが2割以上
○　専門職の確保、力量不足を認識しているセンターが1割以上
○　業務量過大の理由は、介護支援業務の業務量が最も多く、次いで支援困難事例の対応
○　権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務では、知識・経験不足の割合が高い

◎センターが抱える課題（複数回答）

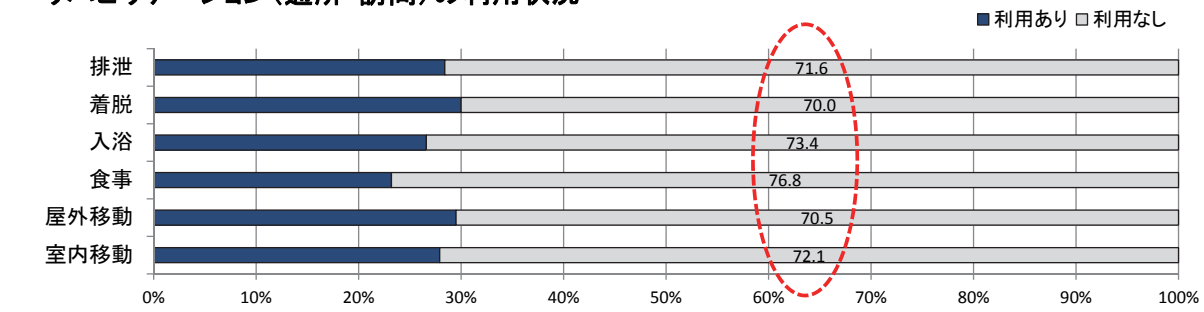


業務内容	負担感が大きい理由の1位	割合（%）
総合相談支援業務	利用者の対応に時間がかかる	37．4%
権利擁護業務	業務に対応する知識や経験が浅い	53．0%
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	業務に対応する知識や経験が浅い	33．1%
介護予防ケアマネジメント業務	担当件数、担当業務量が多い	44．7%
指定介護予防支援業務	担当件数、担当業務量が多い	48．4%
地域におけるネットワーク構築にかかわる業務	関係機関、関係者との調整が困難	35．2%
任意事業に関する業務	担当件数、担当業務量が多い	26．5%
その他の業務	担当件数、担当業務量が多い	33．1%

（資料）平成23年度老健事業「地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業」（三菱総研）

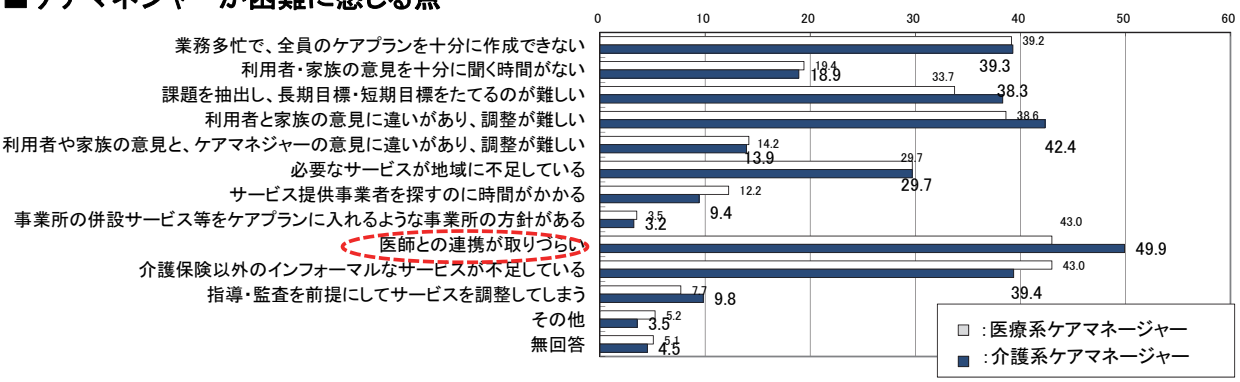
医療と介護の連携の実態

■ADL改善可能性が高い事例の リハビリテーション（通所・訪問）の利用状況



（資料）株式会社日本総研「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する調査研究」 平成23年度老人保健健康増進等事業

■ケアマネジャーが困難に感じる点



（資料）株式会社三菱総合研究所「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の実態に関する調査報告書」 平成21年度老人保健健康増進等事業

介護保険法の改正による地域包括支援センターの機能強化

（地域包括支援センター）

第115条の46（略）

2～4（略）

5　地域包括支援センターの設置者は、包括的支援事業の効果的な実施のために、介護サービス事業者、医療機関、民生委員法(昭和23年法律第198号)に定める民生委員、高齢者の日常生活の支援に関する活動に携わるボランティアその他の関係者との連携に努めなければならない。

【解説】

- ■ 地域包括支援センターにおいて、介護事業者、医療機関、民生委員、ボランティアなどの関係者のネットワークが十分に構築できていないのではないか、との指摘があることから規定を新設
- ■ この条項の新設の趣旨は、単にネットワークを形成することを目標とするのではなく、地域ケア会議などの場を活用して、迅速に関係者の共通認識と合意形成を図るための前提条件の重要性を意識して規定したことに留意

（実施の委託）

第115条の47　市町村は、老人福祉法第20条の7の2第1項 に規定する老人介護支援センターの設置者その他の厚生労働省令で定める者に対し、包括的支援事業の実施に係る方針を示して、当該包括的支援事業を委託することができる。

2～8（略）

【解説】

- ■ 地域包括支援センターについては、業務の性質上、保険者たる市町村の関与のもとで運営されるべきであるが、委託型のセンターについては、市町村が十分に関与できていないのではないか、との指摘があることから規定を新設
- ■ 直営の場合でも、運営方針を定めることが望ましい。
- ■ 方針の内容は、設置運営要綱で例示

設置運営要綱における「地域ケア会議」の明文化①

「地域包括支援センターの設置運営について」（課長通知）　平成24年3月30日一部改正　（抜粋）

下線部は改正点

4　事業内容

（1）包括的支援事業

①～③（略）

④包括的・継続的マネジメント支援業務について

（中略）

業務の内容としては、後述する**「地域ケア会議」**等を通じた自立支援に資するケアマネジメントの支援、包括的・継続的なケア体制の構築、地域における介護支援専門員のネットワークの構築・活用、介護支援専門員に対する日常的個別指導・相談、地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例等への指導・助言を行うものである。

（2）多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築

包括的支援事業を効果的に実施するためには、介護サービスに限らず、地域の保健・福祉・医療サービスやボランティア活動、インフォーマルサービスなどの様々な社会的資源が有機的に連携することができる環境整備を行うことが重要である。（法第115条46第5項）このため、こうした連携体制を支える共通基盤として多職種協働による「地域包括支援ネットワーク」を構築することが必要である。

地域包括支援ネットワークは、地域の実情に応じて構築されるものであるが、例えば、その構築のための一つの手法として、「行政職員、センター職員、介護サービス事業者、医療関係者、民生委員等から構成される会議体」（以下この通知において**「地域ケア会議」**という。）を、センター（または市町村）が主催し、設置・運営することが考えられる。

設置運営要綱における「地域ケア会議」の明文化②

① 地域ケア会議の目的

ア 個別ケースの支援内容の検討を通じた、

（ⅰ） 高齢者の実態把握や課題解決のための地域支援ネットワークの構築

（ⅱ） 地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援

（ⅲ） 個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握

イ その他地域の実情に応じて必要と認められる事項

② 地域ケア会議の構成員

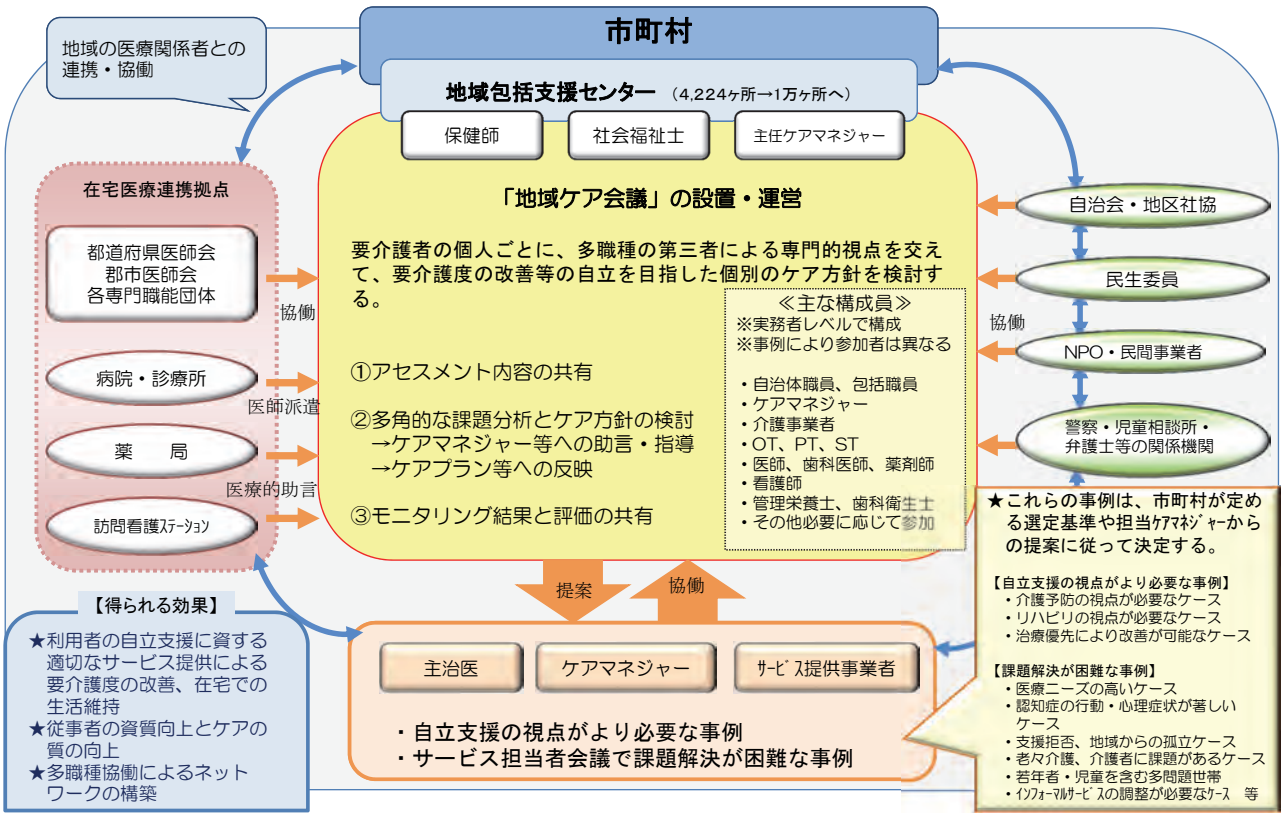
上記①の会議の目的に応じ、行政職員、センター職員、介護サービス事業者、医療関係者、民生委員等の中から、出席者を調整する。

多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築に当たっては、①センター単位のネットワーク、②市町村単位のネットワーク、③市町村の圏域を超えたネットワークなど、地域の特性に応じたネットワークを構築することにより、地域の関係者との相互のつながりを築き、日常的に連携が図られるよう留意する必要がある。

特に、医療と介護の連携に基づく地域包括ケアの構築のためには、在宅医療の関係者との緊密な連携を図ることが望ましい。

また、市町村は、要援護者の支援に必要な個人情報を、個人情報の保護の観点にも十分留意しつつ、支援関係者間で共有する仕組みや運用について、センターと連携して構築することが望ましい。

「地域ケア会議」のイメージ



多職種協働による「地域ケア会議」の意義

- 第三者による客観的な視点
- それぞれの専門性を活かしたアセスメント
- 様々な制度やサービスの組み合わせ
- 横の連携による支援チームの形成

→ 利用者のQOL向上と自立支援に資するケアマネジメントの実現

→ ・介護給付の適正化
・地域課題の発見

サービス担当者会議との違い

「地域ケア会議」における個別事例の検討は

- ・介護保険法に基づく「包括的支援事業」の一環として、地域包括支援センターが主体となり、サービス提供者以外の第三者を含めて実施されること
- ・個別事例の課題でだけはなく、エリア内の住民ニーズ、サービス資源、ケアの質の課題も浮き彫りにすること
- ・個別事例を通して把握した課題を地域課題として、次のステップにつなげる機能を持つこと

自立支援に資するケアマネジメントとは

憲法第25条の保証を前提として、介護保険法第2条・第4条を遵守するケアマネジメント

サービス提供者側

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なければならない。（介護保険法第2条第2項）

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。（介護保険法第2条第3項）

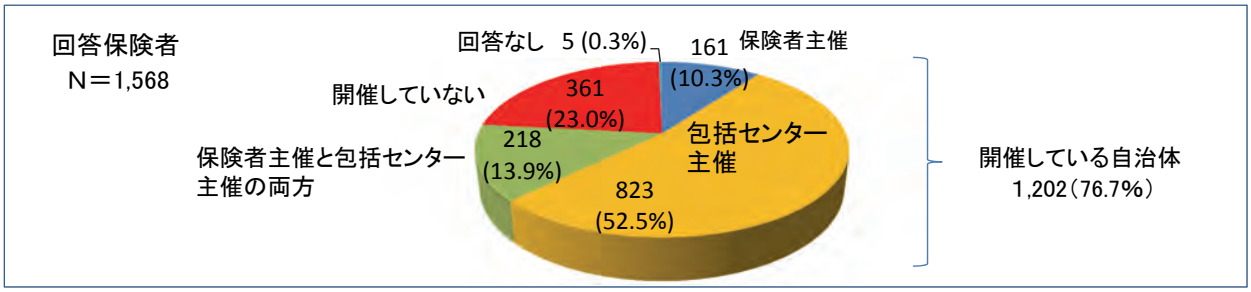
サービス利用者側

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。（介護保険法第4条）

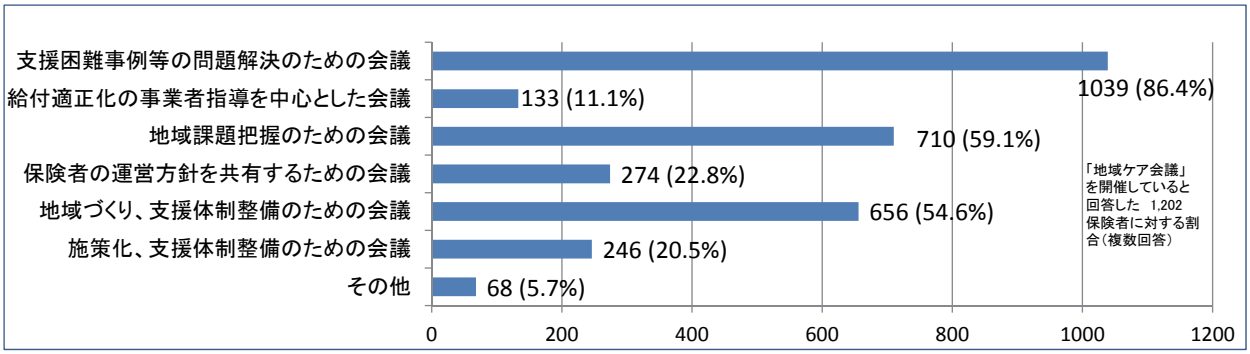
地域ケア会議の開催状況

○ 地域ケア会議を開催している自治体の割合は77%
○ 会議の主催は、包括センターが53%と最も多く、保険者と包括センターの両方が14%、保険者が10%
○ 会議の内容は、支援困難事例等の問題解決が86%と最も多く、地域課題把握が59%、地域づくり等が55%

■地域ケア会議の開催状況



■地域ケア会議の内容

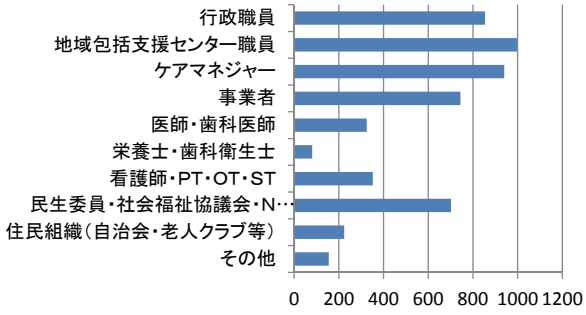


（資料）「第5期市町村介護保険事業計画の策定過程等に係るアンケート調査結果について」（平成24年8月21日 老健局介護保険計画課）

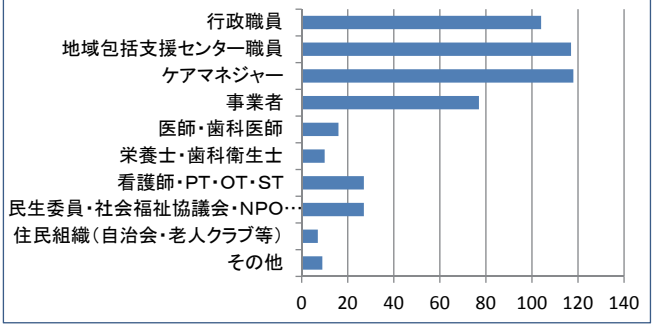
地域ケア会議の参加者の状況①

○ 検討内容にかかわらず、ケアマネジャーや事業者の参加が多く、保健・医療関係者の参加は少ない。
○ 給付適正化の事業者指導をのぞき、民生委員・社協等の参加が多い。
○ 栄養士・歯科衛生士等の参加が少なく、保健予防分野との連携が弱いことが伺える。

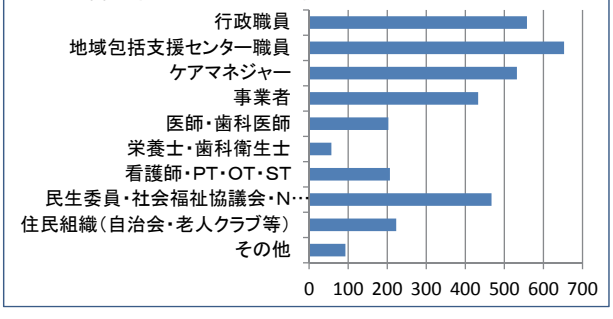
■支援困難事例等の問題解決のための会議（N＝1,039）



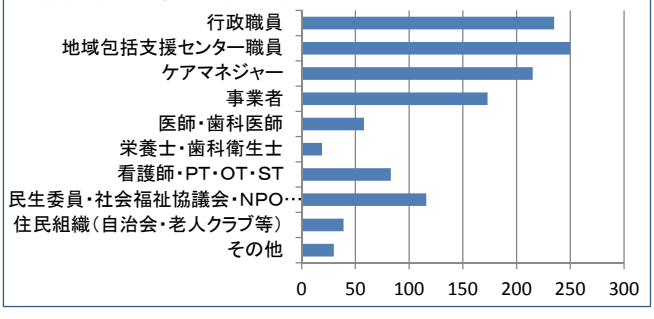
■給付適正化の事業者指導を中心とした会議（N＝133）



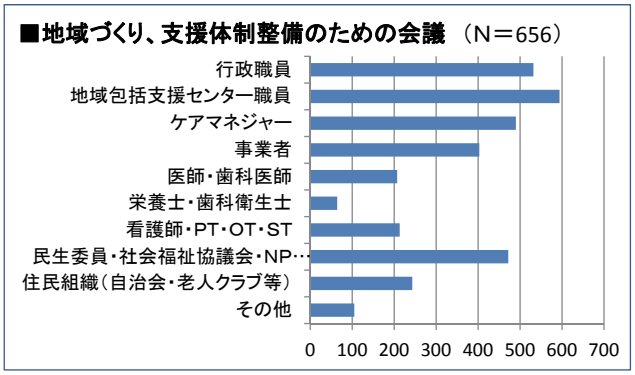
■地域課題把握のための会議（N＝710）

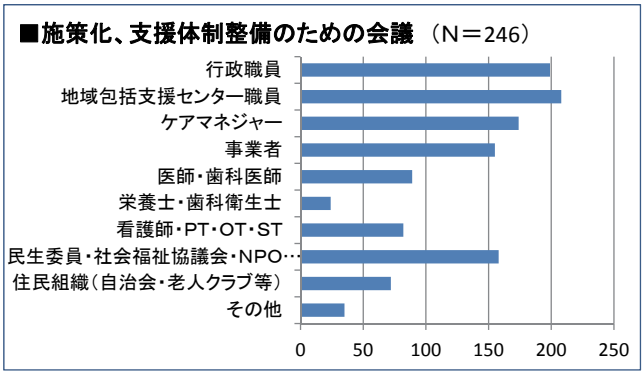


■保険者の運営方針を共有するための会議（N＝274）



地域ケア会議の参加者の状況②





（資料）「第5期市町村介護保険事業計画の策定過程等に係るアンケート調査結果について」（平成24年8月21日 老健局介護保険計画課）

「地域ケア会議」の具体例

要支援2で週2回訪問介護を利用中
自宅に閉じこもりがちで　運動機能が低下していくAさん

＜現行プランに関するケアマネの考え方＞
- 目標は安心・安楽に過ごすこと
- 腰痛があるため家事援助が必要
- 通所系サービスは希望していない

なぜこのような状況になっているか？
再アセスメント
- 腰痛の原因は骨粗鬆症と筋力低下
- デイサービスで1日過ごす自信がない
- 本当は退屈で買い物に行きたい

【地域ケア会議】　生物学的要因、心理社会的要因、環境要因等を分析して将来予測

多職種による助言・指導

主任ケアマネ
- 本人の能力を生かしたサービス調整が必要では？
- 予防訪問介護が家事の代行になっていないか？
- ヘルパーがケースの能力発揮の機会を奪っていないか？

保健師
- 治療内容について主治医に確認しているか？
- 痛みのコントロールによってリハビリが可能では
- ケースの意欲と家族介護の内容を調整しては？

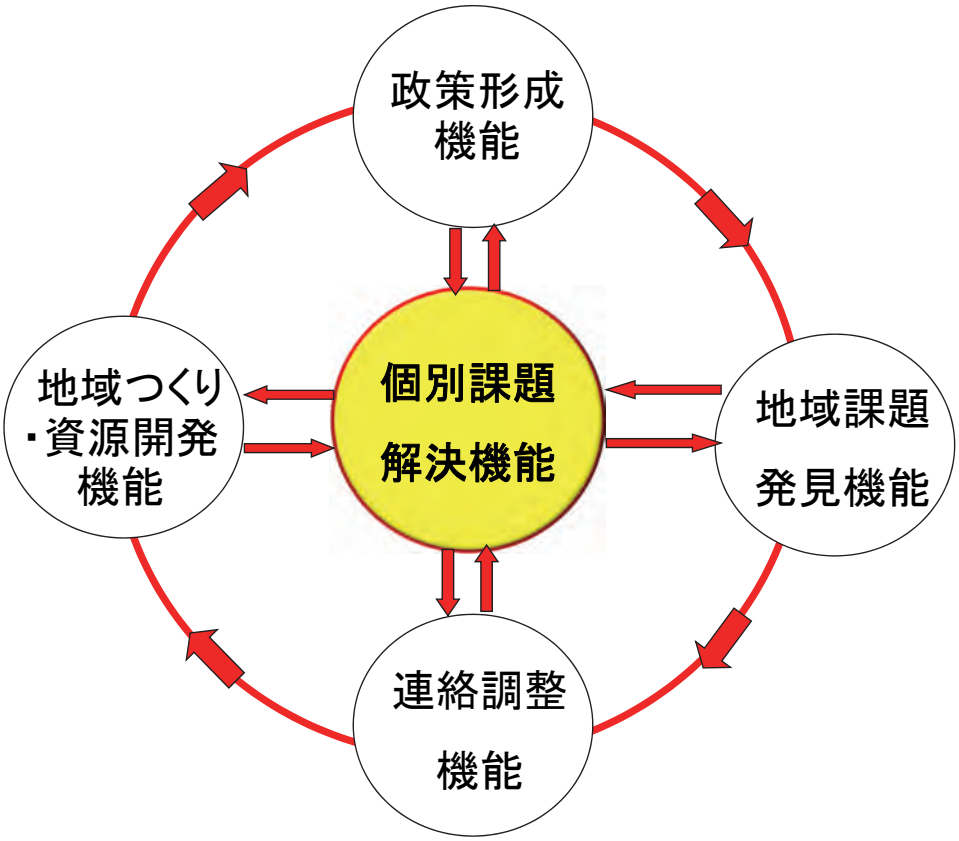
PT
- 骨粗鬆症の悪化防止には、適度な運動が必要
- このままでは廃用症候群が進行し腰痛が悪化する
- 予防訪問リハを利用してはどうか？

管理栄養士
- 骨粗鬆症には、栄養面の改善が必要
  1日2食しか食べておらず、食事内容は炭水化物ばかりで、カルシウムやタンパク質が足りない
- お昼に配食サービスを利用してはどうか

歯科衛生士
- 義歯が合わず、歯のない状態で食事しているため栄養も偏る。早期に義歯調整をした方がよい。

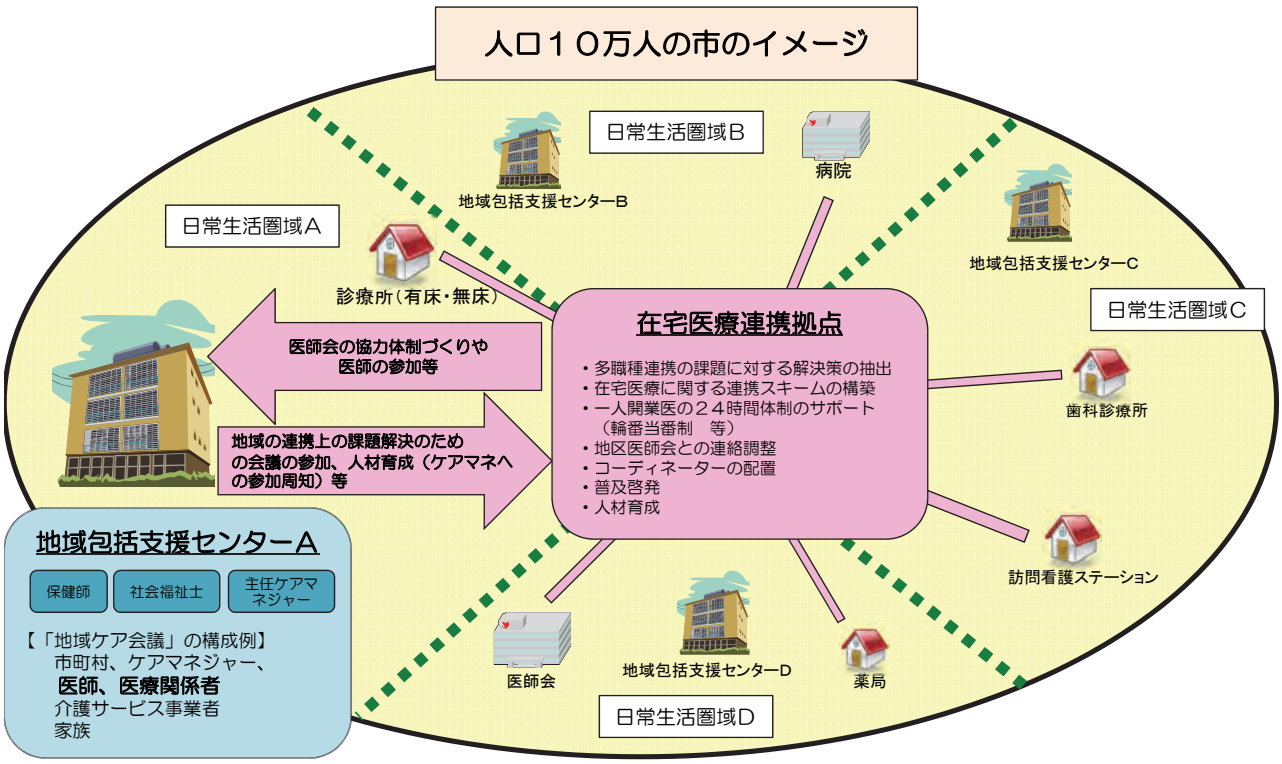
ケアプランの見直し結果 【例】
- 買い物に出かけることを目標に、自分でできることは自分でやれるよう、本人・家族と調整
- 主治医と相談し、腰痛緩和の処方と訪問リハビリを導入→負担の少ない動作と自宅でできる運動
- デイサービスに通う自信がつくまで、自治会主催のサロンに参加
- 歯科通院の同行は、娘によるインフォーマルサービスに追加
- 配食サービスを利用し、1日3回食事することと、バランスの良い食事摂取の習慣をつける
- 1ヶ月後のモニタリング結果をもとに、主治医の参加を得て再度プランの検討を行う

地域ケア会議の主な機能



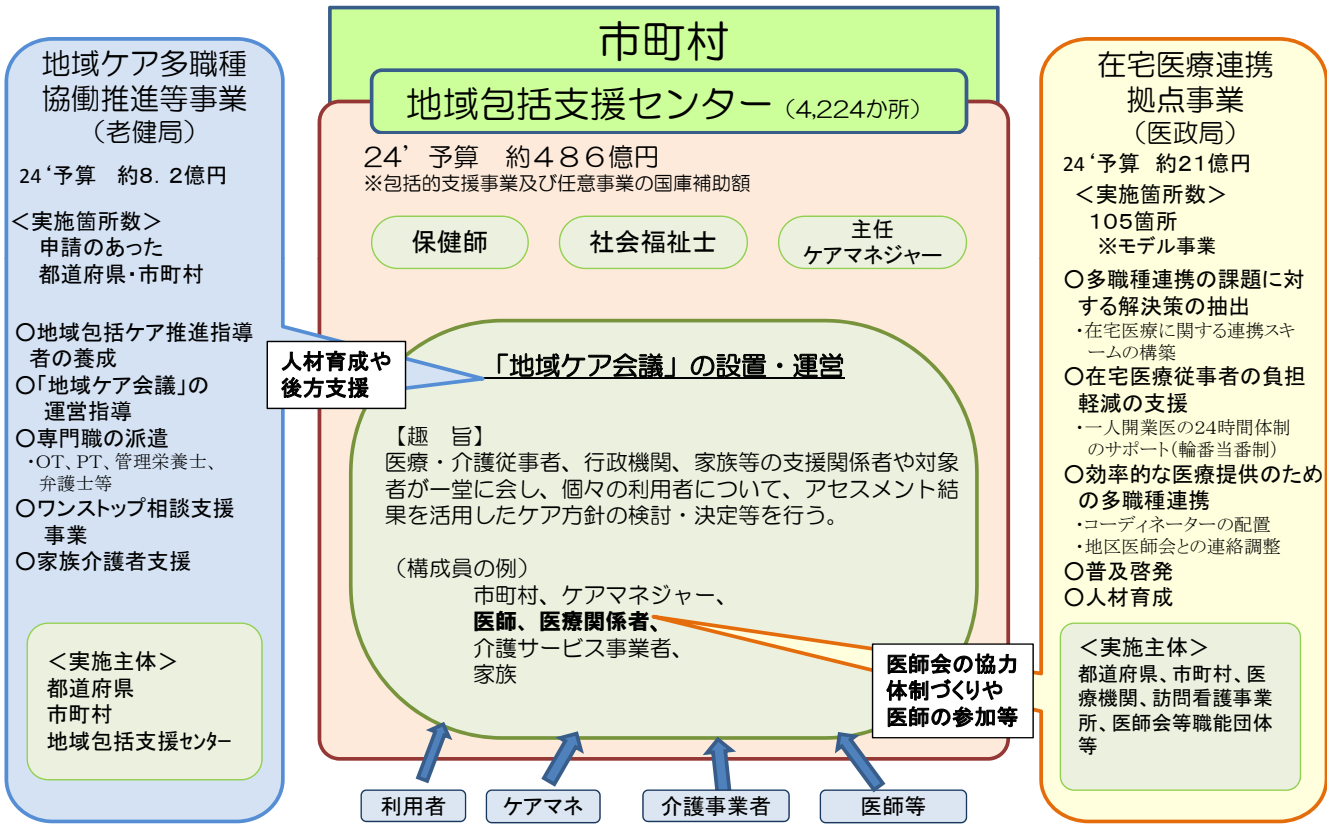
『地域包括支援センター運営マニュアル2012』長寿社会開発センター P27

地域包括ケア体制について

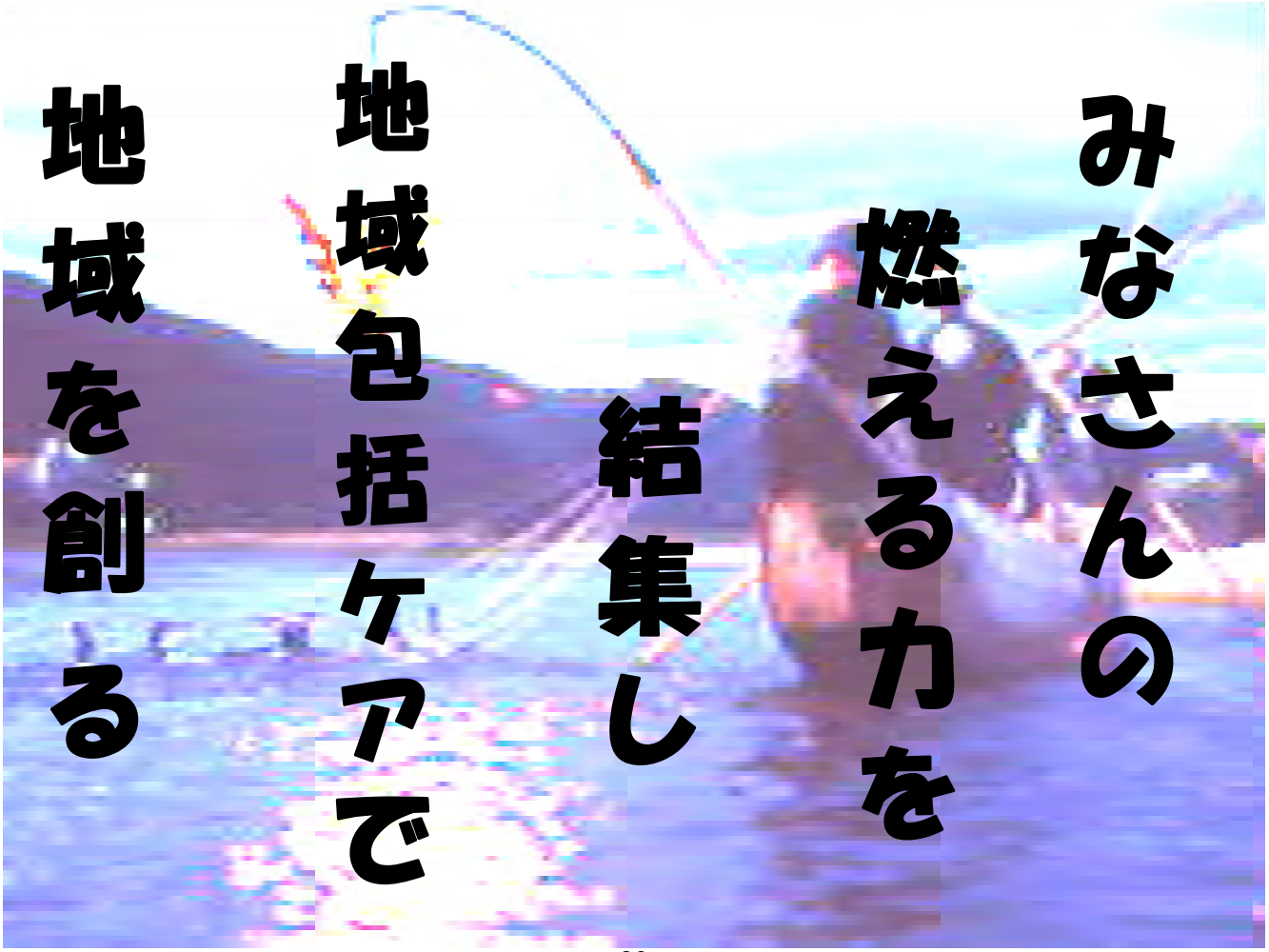


※　地域包括支援センター及び在宅医療連携拠点の連携は、地域の実情により柔軟に行う。

地域包括ケア体制について　（平成24年度予算）



※　地域包括支援センター及び在宅医療連携拠点の連携については、地域の実情により柔軟に行うこととする。

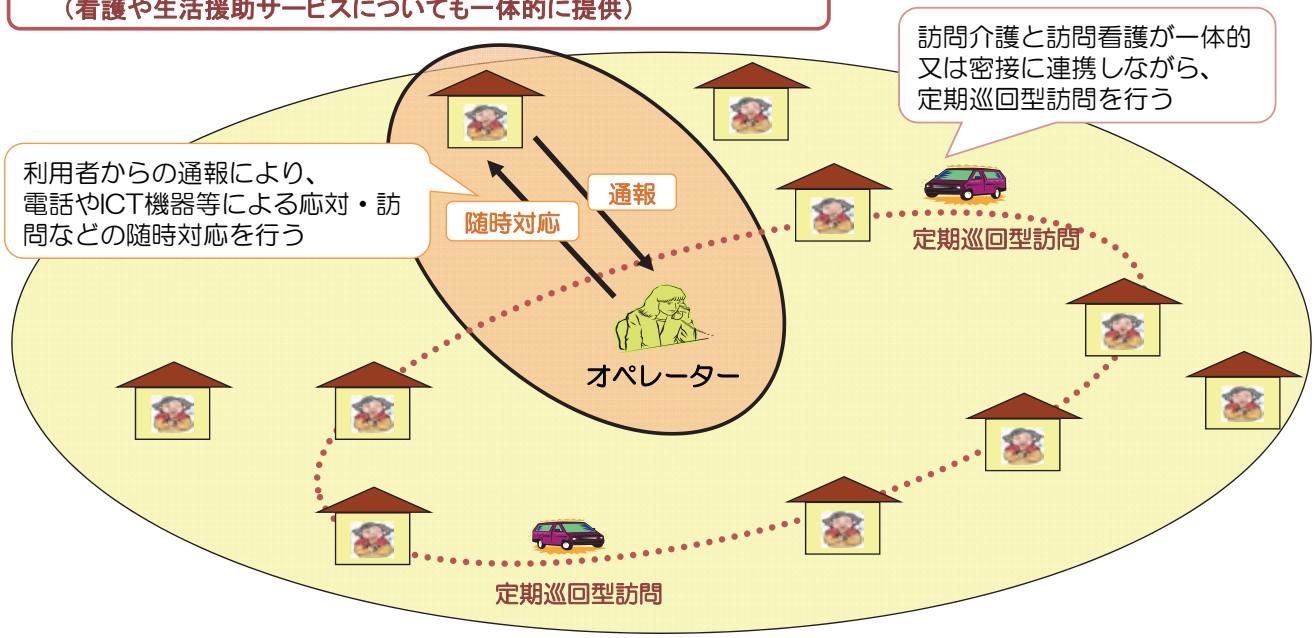


【 参 考 資 料 】

定期巡回･随時対応サービスの創設

○　重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設（平成２４年４月）。

○ **地域密着型サービスの一類型として創設**
○ **対象者は要介護者のみ（介護予防サービスは規定していない）**
○ **身体介護サービスを中心とした一日複数回サービス**
（看護や生活援助サービスについても一体的に提供）



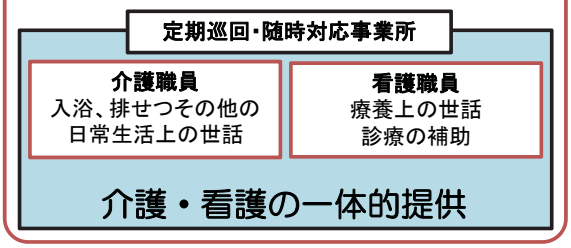
定期巡回･随時対応サービスの定義

○　「定期巡回･随時対応型訪問介護看護」については、次の二つの類型を定義。
　①　一つの事業所で訪問介護と訪問看護のサービスを一体的に提供する「一体型事業所」
　②　事業所が地域の訪問看護事業所と連携をしてサービスを提供する「連携型事業所」
　　⇒　訪問看護（居宅での療養上の世話・診療の補助）は連携先の訪問看護事業所が提供
○　いずれにおいても、医師の指示に基づく看護サービスを必要としない利用者が含まれる。

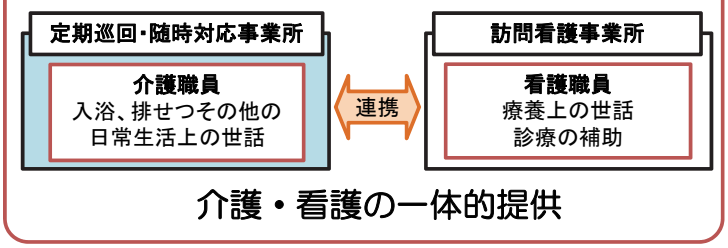
新介護保険法（平成24年4月1日施行分）

第８条
15　この法律において「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」とは、次の各号のいずれかに該当するものをいう。
一　居宅要介護者について、定期的な巡回訪問により、又は随時通報を受け、その者の居宅において、介護福祉士その他第二項の政令で定める者により行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって、厚生労働省令で定めるものを行うとともに、看護師その他厚生労働省令で定める者により行われる療養上の世話又は必要な診療の補助を行うこと。ただし、療養上の世話又は必要な診療の補助にあっては、主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めた居宅要介護者についてのものに限る。
二　居宅要介護者について、定期的な巡回訪問により、又は随時通報を受け、訪問看護を行う事業所と連携しつつ、その者の居宅において介護福祉士その他第二項の政令で定める者により行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって、厚生労働省令で定めるものを行うこと。

一体型事業所（イメージ）

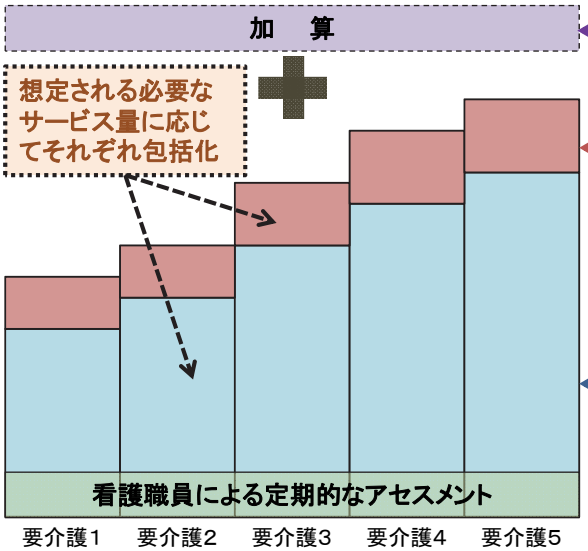


連携型事業所（イメージ）



定期巡回･随時対応サービスの介護報酬（基本単位）

	一体型事業所		連携型事業所	連携先訪問看護事業所を利用する場合の訪問看護費（連携先で算定）
	介護･看護利用者	介護利用者	介護分を評価	
要介護1	9，270単位	6，670単位	6，670単位	2，920単位
要介護2	13，920単位	11，120単位	11，120単位	
要介護3	20，720単位	17，800単位	17，800単位	
要介護4	25，310単位	22，250単位	22，250単位	
要介護5	30，450単位	26，700単位	26，700単位	3，720単位



サービス内容や事業所の体制に応じて算定される部分

医師の指示に基づく看護を受ける者に算定される部分
○　看護職員による療養上の世話又は診療の補助
※　訪問看護を利用しない者･医療保険適用者は算定しない。

要介護度に応じてすべての者に算定される部分
○　定期巡回サービス
○　随時の対応サービス
※　オペレーション及び随時の訪問
○　看護職員による定期的なアセスメント
※　連携型事業所の場合、連携先の訪問看護事業所に委託するときは、契約に基づく委託料として支払い

定期巡回･随時対応サービスの人員・設備基準

職種		資格等	必要な員数等
訪問介護員等	定期巡回サービスを行う訪問介護員等	介護福祉士、実務者研修修了者 介護職員基礎研修、訪問介護員１級、訪問介護員２級	・交通事情、訪問頻度等を勘案し適切に定期巡回サービスを提供するために必要な数以上
	随時訪問サービスを行う訪問介護員等		・　常時、専ら随時訪問サービスの提供に当たる訪問介護員が１以上確保されるための必要数（利用者の処遇に支障がない場合、定期巡回サービスに従事することができる。） ・　夜間・深夜・早朝の時間帯についてはオペレーターが随時訪問サービスを行う訪問介護員等を兼務可能。
看護職員	うち１名以上は、常勤の保健師又は看護師とする	保健師 看護師、准看護師 PT、OT、ST	・　２．５以上（併設訪問看護事業所と合算可能） ・　常時オンコール体制を確保
オペレーター		看護師、介護福祉士等(※)のうち、常勤の者１人以上 ＋ ３年以上訪問介護のサービス提供責任者として従事した者	・　利用者の処遇に支障がない範囲で、当該事業所の他職種及び他の事業所・施設等（特養・老健等の夜勤職員、訪問介護のサービス提供責任者、夜間対応型訪問介護のオペレーター）との兼務可能
上記の従業者のうち、１人以上を計画作成責任者とする。		看護師、介護福祉士等(※)のうち、１人以上	
管理者			・　常勤・専従の者（当該事業所の職務や併設事業所の管理者等との兼務を認める。）

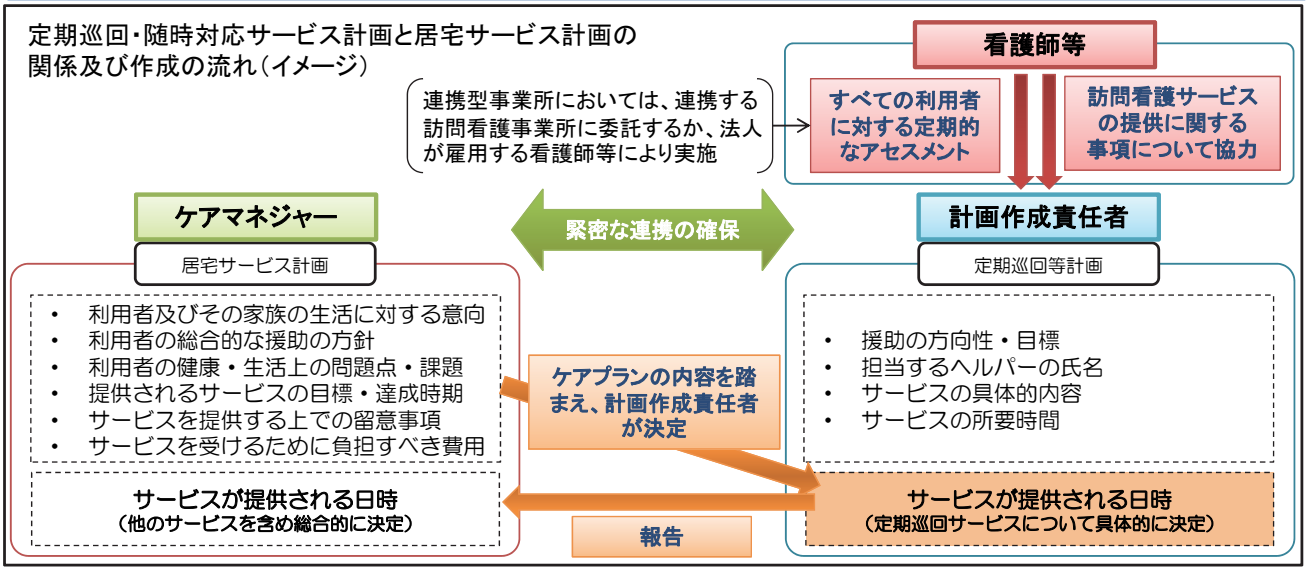
（※）・・・看護師、介護福祉士、医師、保健師、准看護師、社会福祉士、介護支援専門員

（注）□ ･･･介護･看護一体型にのみ配置が必要となる職種（介護･看護連携型の場合は連携先の訪問看護事業所に配置される）

※1　訪問介護員等については、利用者の処遇に支障がない範囲で、他の施設等の夜勤職員（加配されている者に限る）との兼務可能
※2　「オペレーションセンター」の設置は設備基準としては求めず、地域を巡回しながら適切に随時のコールに対応する形態も可能
※3　利用者がコールを行う、オペレーターがコールを受ける際の機器は、一般に流通している通信機器等の活用が可能

定期巡回･随時対応サービスの運営基準（サービス計画）

○　定期巡回･随時対応サービスにおいては、移動効率向上の必要性も踏まえつつ、
・　一日複数回の訪問により利用者の日々の心身の状況の把握が可能であること
・　把握した利用者の心身の状況に応じて柔軟にサービスを変更することが必要であること
から、ケアプランに位置付けられたサービス提供日時にかかわらず、計画作成責任者がケアプランの内容や利用者の状況を踏まえ、サービス提供日時を決定することを可能とする。
○　この場合、当該計画については、適宜、ケアマネジャーに報告することとする。
○　なお、すべての利用者に係る計画について、看護職員の定期的なアセスメントを踏まえ作成することとし、訪問看護サービス利用者に係る計画の作成に当たっては、常勤の保健師又は看護師から必要な協力を得るものとする。



定期巡回･随時対応サービスの運営基準（地域との連携）

○　地域包括ケアの推進を図る観点からの介護・医療の連携を強化する必要性や、包括払い方式とした場合の事業者のサービスの過少供給対策も含めた地域への情報公開等を適切に行う観点から、次の対応を行う。

1　介護･医療連携推進会議の定期的な開催

介護・医療連携推進会議（医療関係者を含めた地域の関係者等（利用者、利用者の家族、地域の医療関係者、地域住民、市町村の職員、地域包括支援センターの職員等）による会議）において、おおむね３ヶ月に１回以上、運営状況等について協議・報告・評価することを義務づける。

※　地域密着型サービス（夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護を除く。）において「運営推進会議」として開催を義務づけているものに相当。

2　サービスの自己評価･外部評価の内容について公表を義務付け

3　介護相談員制度等の活用

○　サービス付き高齢者向け住宅等の集合住宅における囲い込み防止の観点から、こうした集合住宅に居住する者に対してサービス提供を行う場合、地域への展開に努めることとする。

定期巡回･随時対応サービスの運営基準（他事業所との連携）

【事業の一部委託、夜間･深夜･早朝における随時の対応の集約化】

○　地域の実情に応じて、既存の地域資源・地域の人材を活用しながら、定期巡回・随時対応型サービスの実施を可能とする観点から、次による事業所間連携を可能とする。

①　地域の訪問介護事業所又は夜間対応型訪問介護事業所に対し、定期巡回・随時対応サービス（訪問看護サービスを除く。）の事業を「一部委託」すること

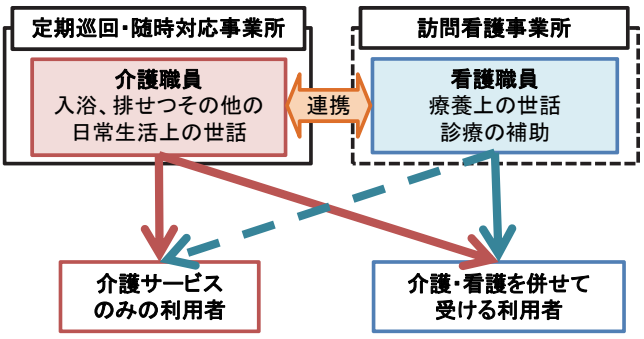
②　複数の定期巡回・随時対応サービス事業所間で、夜間・深夜・早朝における随時の対応サービスを「集約化」すること

○　①の「一部委託」及び②の「集約化」については、いずれも事業所間の契約に基づき行うこととし、その具体的な範囲については、市町村長が定める範囲内で行うこととする。

【連携型事業所と訪問看護事業所との連携】

○　連携型事業所については、利用者に対する訪問看護を提供する訪問看護事業所と連携し、連携する訪問看護事業所との契約により、以下の事項について必要な協力を得る。

①　利用者に対するアセスメント
②　随時対応サービスの提供に当たっての連絡体制の確保
③　介護・医療連携推進会議への参加
④　その他必要な指導及び助言



訪問介護員による介護サービス

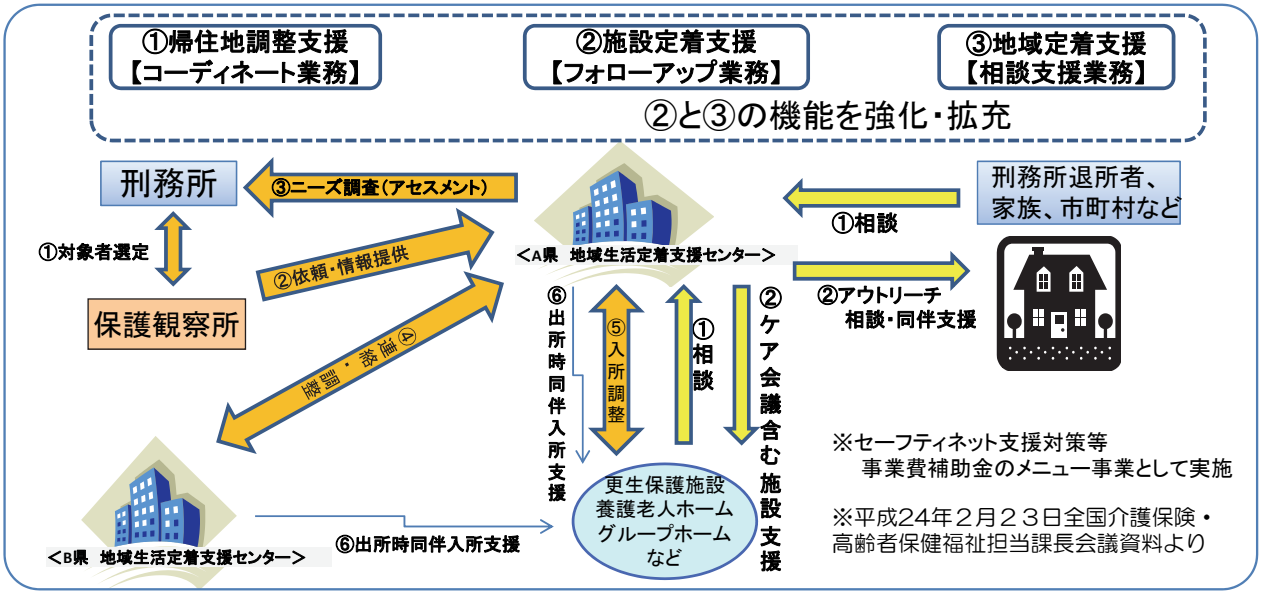
定期的なアセスメント訪問（連携型事業所の法人の看護師でも可。情報提供は必要。）

医師の指示に基づく訪問看護（訪問看護費）

（参考）地域生活定着促進事業　平成24年度

○　高齢又は障害により自立が困難な矯正施設退所者に対し、退所後直ちに福祉サービス等につなげ、地域生活に定着をはかるため、各都道府県の「地域生活定着支援センター」と保護観察所が協働して進める地域生活定着促進事業を推進する。
○　地域生活定着支援センターで、①入所中から帰住地調整を行うコーディネート業務、矯正施設退所後に行う②社会福祉施設入所後の定着のためのフォローアップ業務及び、③退所後の福祉サービス等についての相談支援業務を一体的に行うことにより、社会復帰と再犯防止に寄与する。

（参考）○受入先がない高齢者又は障害を抱え自立が困難な者は約1，000人／年（平成18年法務省特別調査）
○65歳以上の満期釈放者の5年以内刑務所再入所率は約70%、65歳以上の高齢再犯者のうち約4分の3が2年以内に再犯に及んでいる（平成19年版犯罪白書）
○知的障害者又は知的障害が疑われる者のうち犯罪の動機が「困窮・生活苦」であった者は36.8%（平成18年法務省特別調査）



平成２４年度介護報酬改定の概要

平成24年度介護報酬改定（基本的考え方）

介護保険制度の基本理念

介護保険の目的は、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った人びとが「**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**」ことであり、介護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。**」とされている。

基本認識

1. 地域包括ケアシステムの構築を推進するとともに、本年６月に成立した「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」の施行に伴う新たな介護サービス等への対応、診療報酬との同時改定に伴う医療と介護の機能分化・連携を強化する。
2. また、本年６月の社会保障・税一体改革成案において描かれた、介護サービス提供体制の効率化・重点化と機能強化に向けて、必要な措置を講じる。
3. さらに、現在の日本が置かれている厳しい社会経済状況や東日本大震災の影響など、介護保険制度を取り巻く環境にも広く配意する。

介護保険制度の基本理念を追求するため、上記の基本的な認識の下で改定を実施。

平成24年度介護報酬改定の改定率について

財務大臣・厚労大臣合意・政調会長確認文書【抄】　（平成23年12月21日）

1. 診療報酬改定　（略）

2. 介護報酬改定等

平成24年度介護報酬改定においては、介護職員の処遇改善の確保、物価の下落傾向、介護事業者の経営状況、地域包括ケアの推進等を踏まえ、以下の改定率とする。

介護報酬改定

＋1．2％

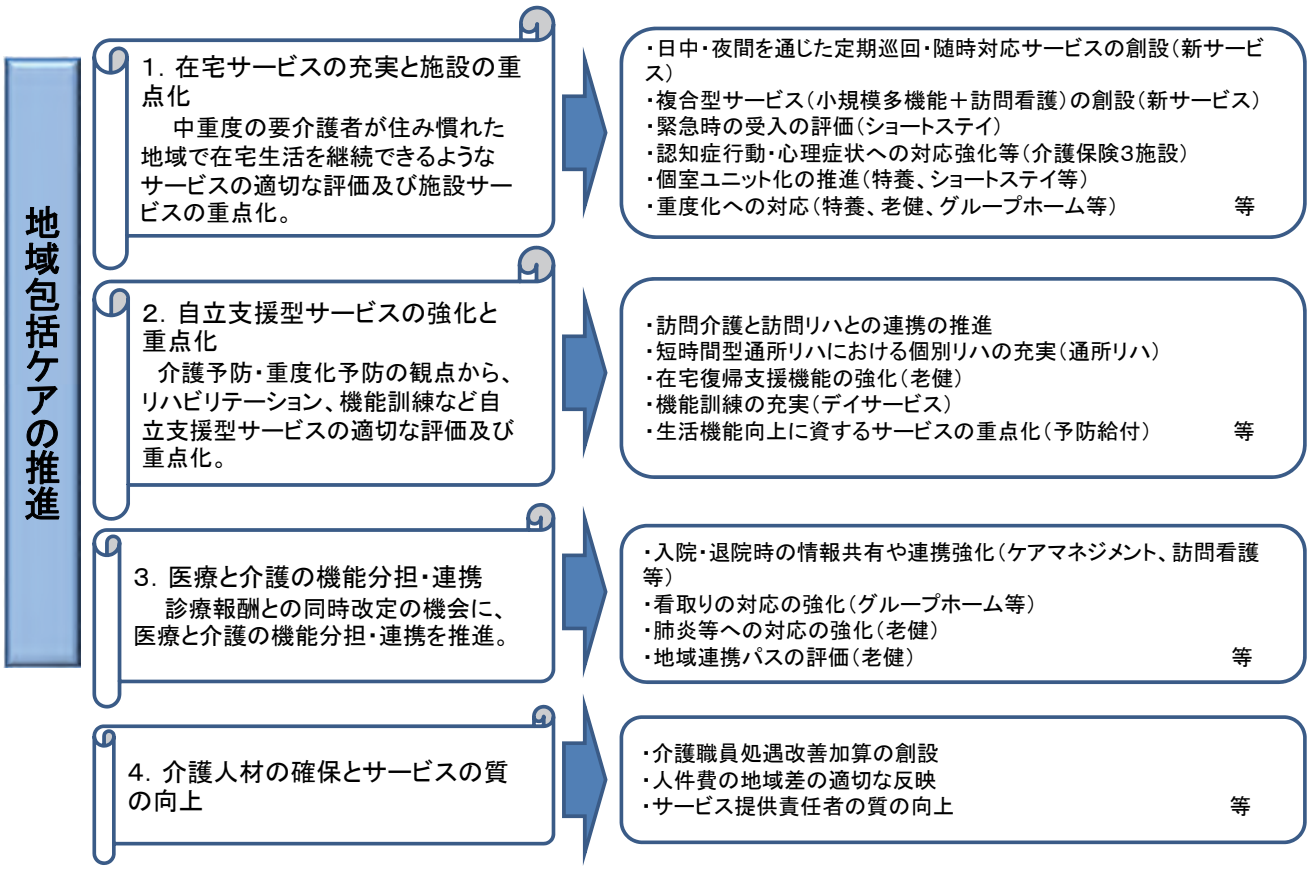
在宅　＋1．0％

施設　＋0．2％

（改定の方向）

- 介護サービス提供の効率化・重点化と機能強化を図る観点から、各サービス間の効果的な配分を行い、施設から在宅介護への移行を図る。
- 24時間定期巡回・随時対応サービスなどの在宅サービスや、リハビリテーションなど自立支援型サービスの強化を図る。
- 介護予防・重度化予防については、真に利用者の自立を支援するものとなっているかという観点から、効率化・重点化する方向で見直しを行う。
- 介護職員の処遇改善については、これを確実に行うため、これまで講じてきた処遇改善の措置と同様の措置を講ずることを要件として事業者が人件費に充当するための加算を行うなど、必要な対応を講じることとする。

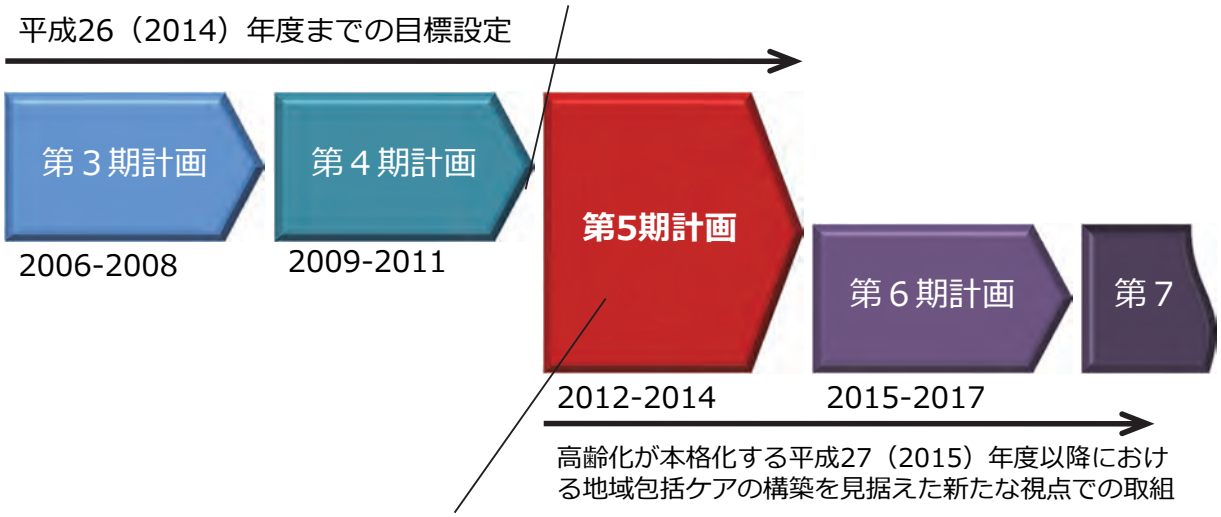
平成24年度介護報酬改定のポイントについて



介護保険事業計画について

第5期介護保険事業計画の位置づけ

第５期計画は、第３期、第４期計画の延長線上に位置づけられ、
第３期計画策定時に定めた**平成26年度までの目標を達成する仕上げの計画**となる。



一方で、第５期計画は、各自治体の高齢化のピークを迎える時期までに、高齢者が地域で安心して暮らせる地域包括ケアシステムを構築するために必要となる、**①認知症支援策の充実 、②医療との連携、③高齢者の居住に係る施策との連携、④生活支援サービスの充実といった重点的に取り組むべき事項**を、実情に応じて選択して**第５期計画に位置づける等、段階的に計画の記載内容を充実強化させていく取組をスタートする時点**となる。

医療や住まいとの連携も視野に入れた
介護保険事業（支援）計画の策定

○ 地域包括ケアの実現を目指すため、第5期計画（平成24～26年度）では次の取組を推進。
- 日常生活圏域ニーズ調査を実施し、地域の課題・ニーズを的確に把握
- 計画の内容として、認知症支援策、在宅医療、住まいの整備、生活支援を位置付け

日常生活圏域ニーズ調査
（郵送＋未回収者への訪問による調査）

・どの圏域に
・どのようなニーズをもった高齢者が
・どの程度生活しているのか

地域の課題や必要となるサービスを把握・分析

調査項目（例）
- ○身体機能・日常生活機能（ADL・IADL）
- ○住まいの状況
- ○認知症状
- ○疾病状況

介護保険事業（支援）計画

これまでの主な記載事項
- ○ 日常生活圏域の設定
- ○ 介護サービスの種類ごとの見込み
- ○ 施設の必要利用定員
- ○ 地域支援事業（市町村）
- ○ 介護人材の確保策（都道府県）など

＋

地域の実情を踏まえて記載する新たな内容
- ○ 認知症支援策の充実
- ○ 在宅医療の推進
- ○ 高齢者に相応しい住まいの計画的な整備
- ○ 見守りや配食などの多様な生活支援サービス

第５期介護保険事業計画期間に係る介護サービス量の見込み及び保険料（第１号保険料）について

・ 2014年度には、第1号被保者数は3，230万人、要介護（要支援）認定者数は590万人、第1号被保険者に対する認定者の割合は18．3%になる見込み。

・ 第5期介護保険事業計画におけるサービス量の見込みについては、在宅サービス、居住系サービス、施設サービスとも拡充。

・ 2014年度には、定期巡回・随時対応型サービス、複合型サービスともに45都道府県で介護サービス量が見込まれている。

・ 第1号保険料の全国平均額（月額・加重平均）は4，972円（第4期は4，160円）。

注）東日本大震災の影響等により未報告の14保険者を除く1566保険者を対象に集計している。

①　第５期介護保険事業計画の全国集計（概要）

○第１号被保険者数

2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
2,928万人	3,030万人	3,132万人	3,230万人

○要介護（要支援）認定者数

2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
520万人	543万人	567万人	590万人

○第１号被保険者に対する要介護（要支援）認定者の割合

2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
17.8%	17.9%	18.1%	18.3%

※１）2011年度の数値は、介護保険事業状況報告（平成23年9月分）の平成23年9月末時点の数値である。未報告の10保険者は含まれていない。
※２）2012年度～2014年度の数値は、第５期介護保険事業計画について、本年4月18日現在で集計した数値であり、未報告の14保険者の数値は未計上。
※３）要介護（要支援）認定者数は、第２号被保険者の認定者数を含んでいる。

②　第５期計画期間における介護保険の第１号保険料

（平成２４年３月末時点で額が決定している保険者の集計値）

〔第4期〕		〔第5期〕
4，160円	⇒	4，972円（+19．5%）

※1　第1期は 2,911円、第2期は 3,293円、第3期は4,090円。
※2　本資料における保険料額は、保険者ごとの保険料基準額を平均したものである（月額・加重平均）。
※3　保険料を経過的に複数設定している保険者については、加重平均により1保険者につき1保険料として計上している。
※4　東日本大震災の影響により、暫定的に第4期と同額の保険料基準額に据え置いた13保険者（宮城県4保険者・福島県9保険者）及び平成24年3月末時点で第5期保険料基準額が決定していない1保険者を除く1,566保険者を対象として算出している。

第５期介護保険事業計画におけるｻｰﾋﾞｽ量の見込み等について〈確定値〉

	2011年度（実績）※1		2014年度 ｻｰﾋﾞｽ量見込み（確定値）※2		（参考）2015年度 改革シナリオ※3		（参考）2025年度 改革シナリオ※3	
在宅介護	314 万人／日		348 万人／日	(11%増)	361 万人／日	(15%増)	463 万人／日	(47%増)
うちホームヘルプ	130 万人／日		148 万人／日	(14%増)	－ 万人／日	－	－ 万人／日	－
うちデイサービス	205 万人／日		234 万人／日	(14%増)	－ 万人／日	－	－ 万人／日	－
うちショートステイ	38 万人／日		43 万人／日	(13%増)	－ 万人／日	－	－ 万人／日	－
うち訪問看護	30 万人／日		34 万人／日	(13%増)	37 万人／日	(23%増)	51 万人／日	(70%増)
うち小規模多機能	6 万人／日		9 万人／日	(50%増)	10 万人／日	(67%増)	40 万人／日	(567%増)
うち定期巡回・随時対応型サービス	－ 万人／日		2 万人／日	－	1 万人／日	－	15 万人／日	－
うち複合型サービス	－ 万人／日		1 万人／日	－	－ 万人／日	－	－ 万人／日	－
居住系サービス	32 万人／日		41 万人／日	(28%増)	38 万人／日	(19%増)	62 万人／日	(94%増)
特定施設	16 万人／日		21 万人／日	(31%増)	18 万人／日	(13%増)	24 万人／日	(50%増)
認知症高齢者ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ	16 万人／日		20 万人／日	(25%増)	20 万人／日	(25%増)	37 万人／日	(131%増)
介護施設	89 万人／日		99 万人／日	(11%増)	106 万人／日	(19%増)	133 万人／日	(49%増)
特養	47 万人／日		56 万人／日	(19%増)	57 万人／日	(21%増)	73 万人／日	(55%増)
老健（＋介護療養）	42 万人／日		43 万人／日	(2%増)	49 万人／日	(17%増)	60 万人／日	(43%増)

※1）2011年度の数値は介護給付費実態調査月報（平成23年11月審査分）による数値であり、福祉用具販売（予防含む。）及び住宅改修（予防含む。）の数値は未計上。
なお、ﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟは訪問介護（予防含む。）、夜間対応型訪問介護の合計値。ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽは通所介護（予防含む。）、通所ﾘﾊ（予防含む。）、認知症対応型通所介護（予防含む。）の合計値。ｼｮｰﾄｽﾃｲは、短期入所生活介護（予防含む。）、短期入所療養介護（予防含む。）の合計値。

※2）2014年度の数値は、第5期介護保険事業計画の最終年度における介護ｻｰﾋﾞｽ量の見込みについて、本年4月18日現在で集計した数値であり、未報告の１４保険者の数値は未計上。
なお、在宅介護の総数については、便宜上、2009年度の受給率を用いて算出した推計値。また、在宅介護の再掲ｻｰﾋﾞｽについては、年間延べ人数（月単位）を12で除した算出した推計値。

※3）2025年度の数値は、「社会保障に係る費用の将来推計の改定について」（平成24年3月）による（2015年度も左記と同様の方法で算出したもの）。

新ｻｰﾋﾞｽの実施見込みについて＜確定値＞

第5期介護保険事業計画で新サービスの実施を見込んでいる保険者数及び利用者数

	2012年度	2013年度	2014年度
定期巡回･随時対応型サービス	189保険者 （0．6万人／日）	283保険者 （1．2万人／日）	329保険者 （1．7万人／日）
複合型サービス	109保険者 （0．2万人／日）	185保険者 （0．5万人／日）	233保険者 （0．8万人／日）

注） 上記表中の数値は、第５期介護保険事業計画における介護ｻｰﾋﾞｽ量の見込みについて、本年4月18日現在で集計した数値。また、利用者数については、第５期
介護保険事業計画上の年間延べ人数（月単位）を12で除した算出した推計値。

〇定期巡回・随時対応型サービスの実施見込み（都道府県別）

	2012年度	2013年度	2014年度		2012年度	2013年度	2014年度		2012年度	2013年度	2014年度
全国	**189**	**283**	**329**	富山県	2	3	3	島根県	0	2	2
北海道	5	5	9	石川県	3	5	7	岡山県	2	2	2
青森県	0	0	1	福井県	4	4	4	広島県	4	9	12
岩手県	1	2	2	山梨県	2	4	4	山口県	4	5	5
宮城県	1	2	2	長野県	4	7	9	徳島県	1	1	1
秋田県	4	6	7	岐阜県	5	9	9	香川県	3	3	3
山形県	0	2	2	静岡県	3	5	7	愛媛県	4	4	4
福島県	3	3	3	愛知県	9	14	16	高知県	1	3	3
茨城県	9	13	17	三重県	2	4	6	福岡県	4	7	8
栃木県	0	0	1	滋賀県	4	5	6	佐賀県	1	2	2
群馬県	1	2	2	京都府	6	7	7	長崎県	4	5	5
埼玉県	10	16	20	大阪府	21	29	34	熊本県	3	3	5
千葉県	10	14	15	兵庫県	4	5	7	大分県	2	5	6
東京都	20	31	34	奈良県	3	4	5	宮崎県	0	0	0
神奈川県	10	17	18	和歌山県	2	2	2	鹿児島県	3	4	4
新潟県	2	5	5	鳥取県	3	3	3	沖縄県	0	0	0

注） 上記表中の数値は、第５期介護保険事業計画における介護ｻｰﾋﾞｽ量の見込みについて、本年4月18日現在で集計した数値。

○複合型サービスの実施見込み（都道府県別）

	2012年度	2013年度	2014年度		2012年度	2013年度	2014年度		2012年度	2013年度	2014年度
全国	**109**	**185**	**233**	富山県	1	3	3	島根県	0	2	2
北海道	4	5	6	石川県	3	3	4	岡山県	1	2	2
青森県	0	0	1	福井県	3	3	3	広島県	1	2	5
岩手県	0	2	2	山梨県	0	1	2	山口県	3	4	4
宮城県	0	0	0	長野県	2	3	5	徳島県	0	1	1
秋田県	3	4	5	岐阜県	1	5	6	香川県	1	2	2
山形県	1	2	2	静岡県	2	4	7	愛媛県	3	3	3
福島県	2	3	3	愛知県	5	8	8	高知県	1	2	2
茨城県	5	8	13	三重県	1	1	4	福岡県	3	5	6
栃木県	0	3	5	滋賀県	5	6	7	佐賀県	2	2	2
群馬県	2	2	2	京都府	2	2	3	長崎県	3	4	4
埼玉県	8	10	15	大阪府	8	21	26	熊本県	1	4	5
千葉県	5	6	8	兵庫県	3	5	7	大分県	1	2	2
東京都	8	16	20	奈良県	1	1	1	宮崎県	0	0	0
神奈川県	5	11	12	和歌山県	2	2	2	鹿児島県	2	4	4
新潟県	1	2	3	鳥取県	3	3	3	沖縄県	1	1	1

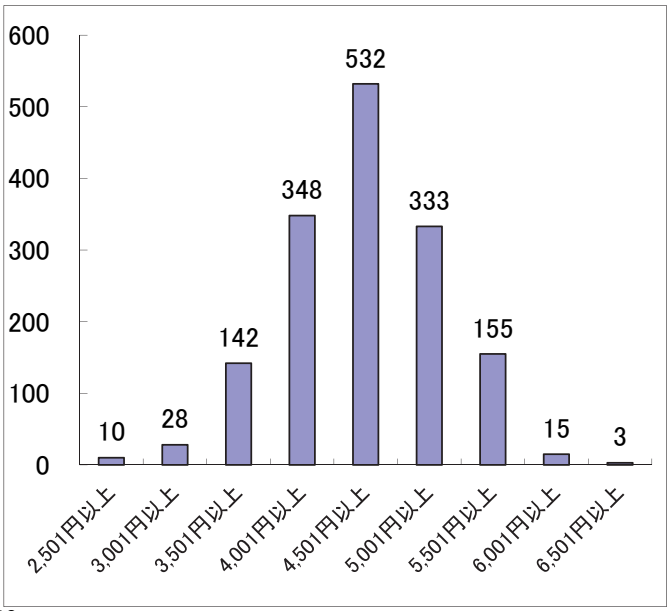
注） 上記表中の数値は、第５期介護保険事業計画における介護ｻｰﾋﾞｽ量の見込みについて、本年4月18日現在で集計した数値。

（参考１）第４期と第５期の保険料基準額の状況

	保険者数
第4期から保険料基準額を引き上げた保険者	1，464
第4期から保険料基準額を据え置いた保険者	77
第4期から保険料基準額を引き下げた保険者	25
合計	1，566

（参考２）保険料基準額の分布状況

区　分	保険者数	
6,501円以上　～	3	（0.2%）
6,001円以上　～　6,500円以下	15	（1.0%）
5,501円以上　～　6,000円以下	155	（9.9%）
5,001円以上　～　5,500円以下	333	（21.3%）
4,501円以上　～　5,000円以下	532	（34.0%）
4,001円以上　～　4,500円以下	348	（22.2%）
3,501円以上　～　4,000円以下	142	（9.1%）
3,001円以上　～　3,500円以下	28	（1.8%）
2,501円以上　～　3,000円以下	10	（0.6%）
合　計	1,566	（100%）



（参考３）各都道府県平均保険料基準額

都道府県名	保険料額（月額）		都道府県名	保険料額（月額）		都道府県名	保険料額（月額）	
	第4期	第5期		第4期	第5期		第4期	第5期
北海道	3,984	4,631	石川県	4,635	5,546	岡山県	4,469	5,224
青森県	4,999	5,491	福井県	4,253	5,266	広島県	4,462	5,411
岩手県	3,990	4,851	山梨県	3,948	4,910	山口県	3,996	4,978
宮城県	3,999	4,896	長野県	4,039	4,920	徳島県	4,854	5,282
秋田県	4,375	5,338	岐阜県	3,937	4,749	香川県	4,198	5,195
山形県	3,902	4,784	静岡県	3,975	4,714	愛媛県	4,626	5,379
福島県	3,717	4,705	愛知県	3,941	4,768	高知県	4,388	5,021
茨城県	3,717	4,528	三重県	4,189	5,314	福岡県	4,467	5,165
栃木県	3,730	4,409	滋賀県	3,971	4,796	佐賀県	4,338	5,129
群馬県	3,997	4,893	京都府	4,332	5,280	長崎県	4,721	5,421
埼玉県	3,722	4,506	大阪府	4,588	5,306	熊本県	4,357	5,138
千葉県	3,696	4,423	兵庫県	4,312	4,982	大分県	4,155	5,351
東京都	4,045	4,992	奈良県	4,017	4,592	宮崎県	4,150	5,142
神奈川県	4,106	4,787	和歌山県	4,625	5,501	鹿児島県	4,172	4,946
新潟県	4,450	5,634	鳥取県	4,488	5,420	沖縄県	4,882	5,880
富山県	4,574	5,513	島根県	4,274	5,343	**全国平均**	**4,160**	**4,972**

（参考４）保険料基準額高額保険者

保険者名（都道府県名）	第5期基準額（月額）
関川村（新潟県）	6,680
隠岐広域連合（島根県）	6,550
上越市（新潟県）	6,525
上野村（群馬県） 嘉麻市（福岡県）	6,500
宮古島市（沖縄県）	6,400
石垣市（沖縄県）	6,352
糸満市（沖縄県）	6,270
豊後大野市（大分県）	6,250
新居浜市（愛媛県）	6,247

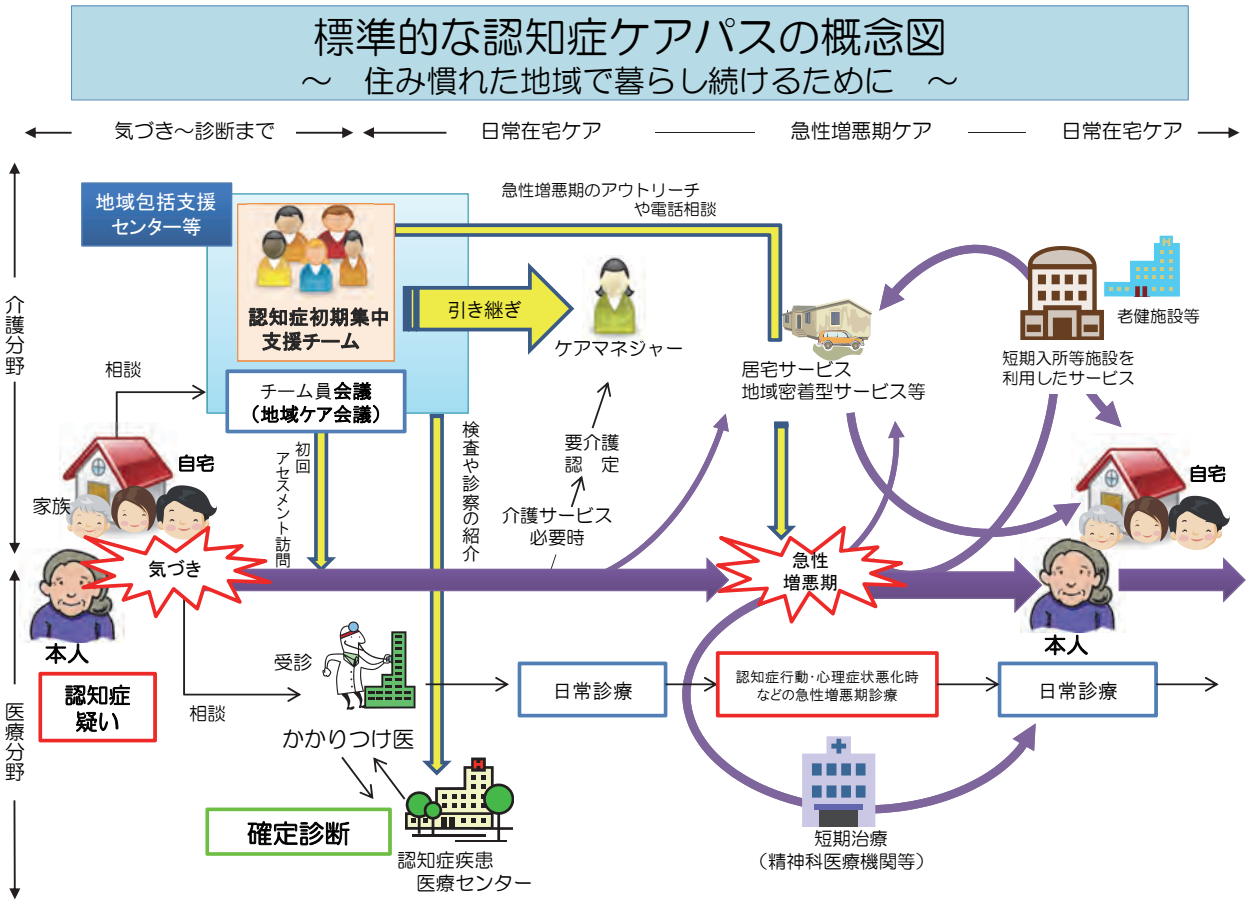
（参考５）保険料基準額低額保険者

保険者名（都道府県名）	第5期基準額（月額）
奥尻町（北海道） 津別町（北海道） 三島村（鹿児島県）	2,800
檜枝岐村（福島県）	2,880
中札内村（北海道） 浜中町（北海道）	2,900
音威子府村（北海道） 平取町（北海道） 長野原町（群馬県） 東白川村（岐阜県）	3,000

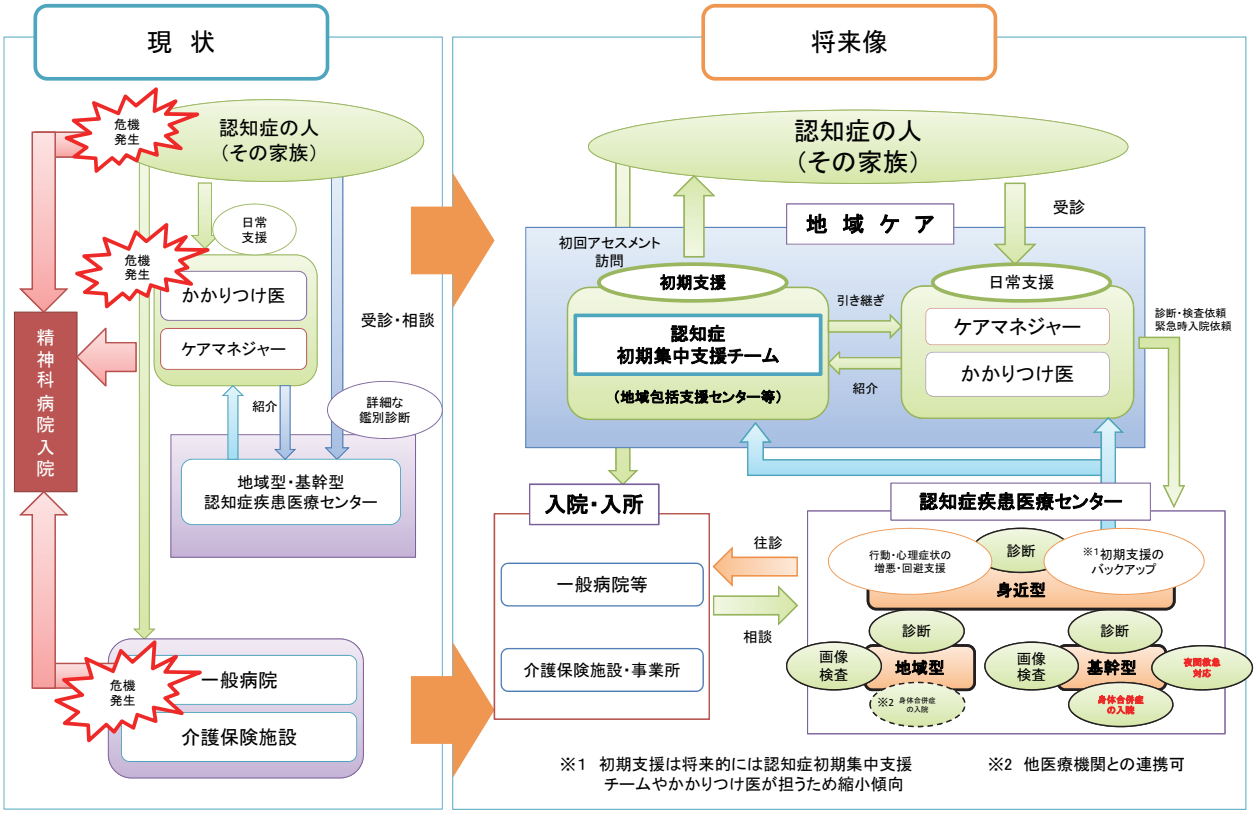
（参考６）財政安定化基金取崩しによる保険料軽減額

財政安定化基金取崩しによる保険者への交付予定額	保険料軽減額（月額）
約550億円	52円

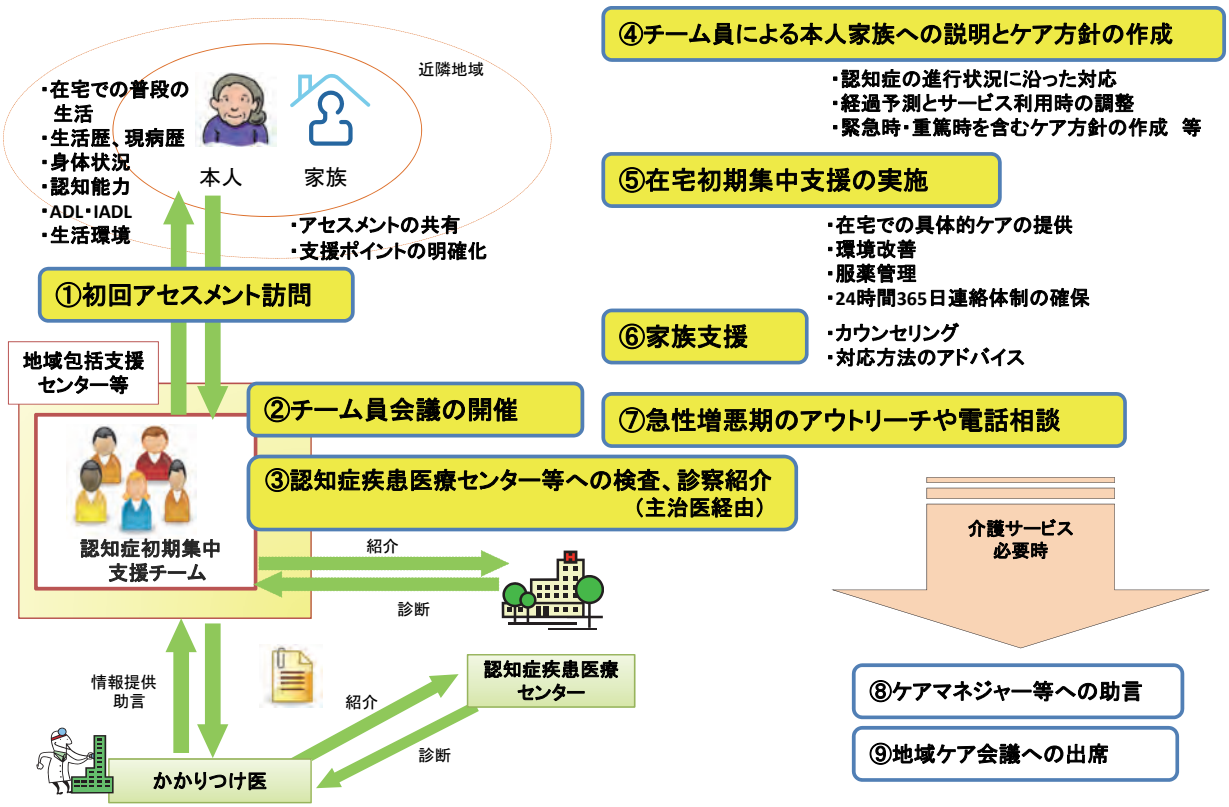
今後の認知症施策の方向性について



かかりつけ医・認知症疾患医療センター・認知症初期集中支援チームの相互関係図



認知症初期集中支援チームの概念図



これからの介護予防
～地域づくりによる介護予防の推進～

---

memo

これからの介護予防
-地域づくりによる介護予防の推進-

本日の内容

１．地域社会の変化

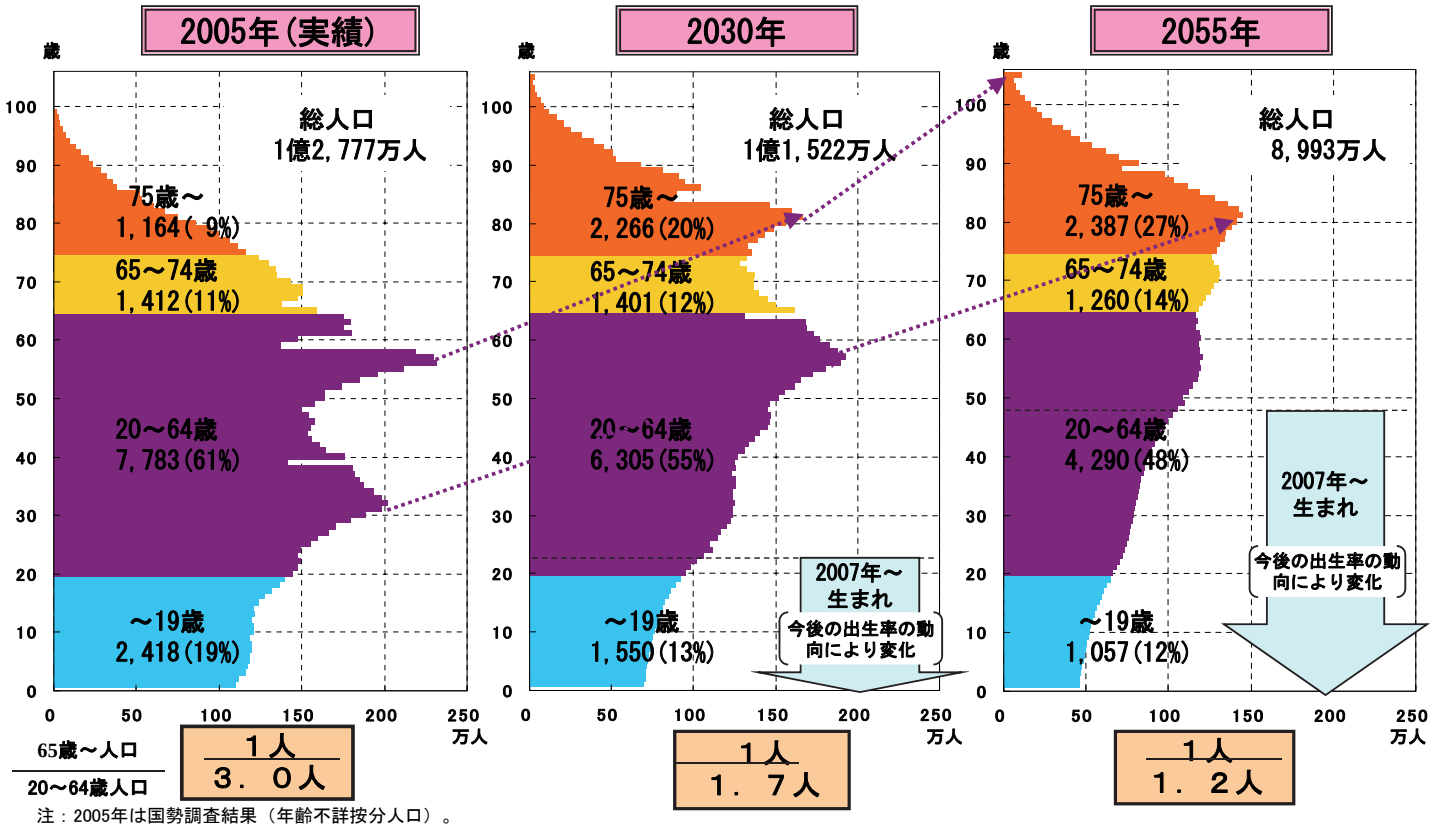
２．介護予防の現状と課題　- これまでの介護予防 -

３．地域づくりによる介護予防の推進

１．地域社会の変化

人口ピラミッドの変化（2005，2030，2055）　－平成18年中位推計－

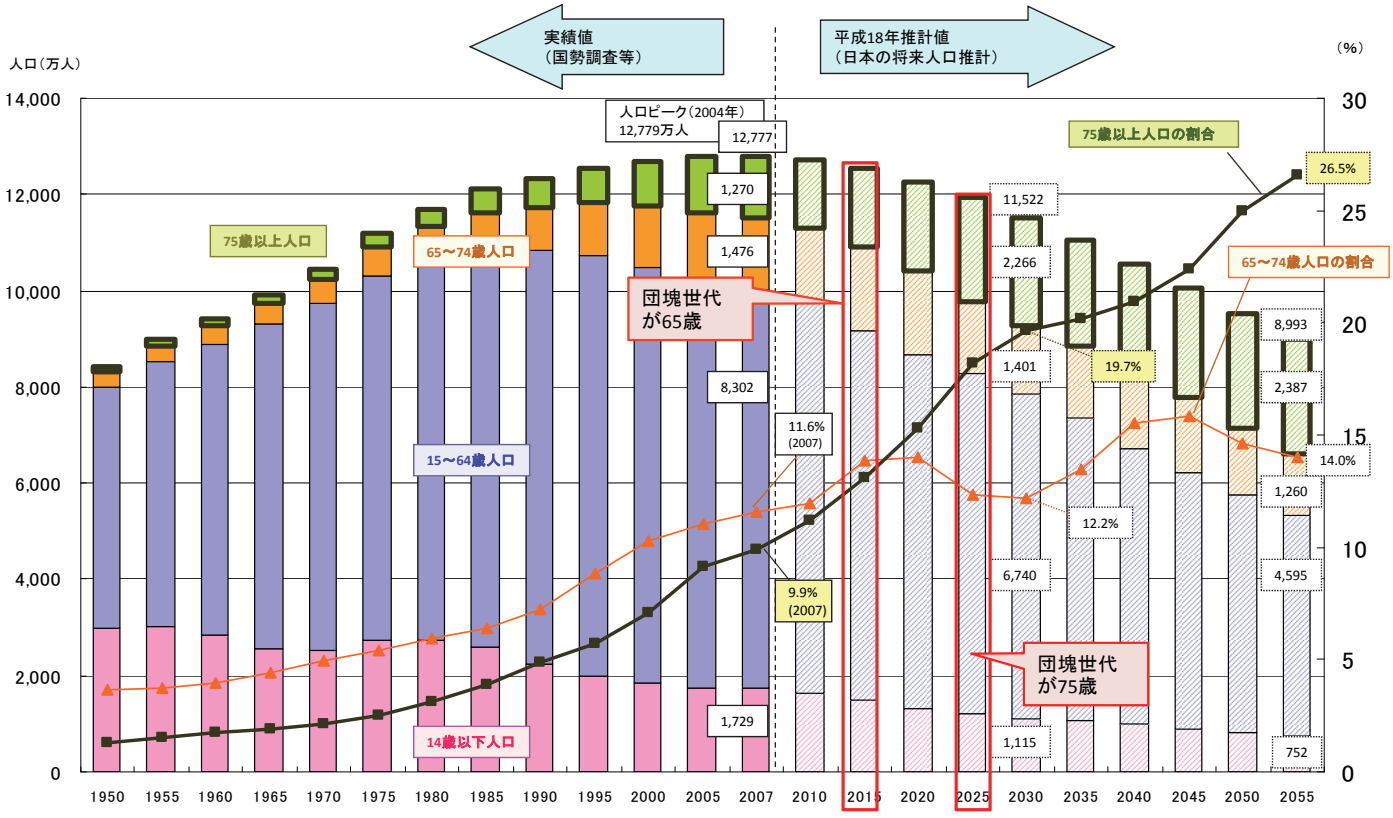
高齢者1人を3人で支えている現在の姿は、2055年には高齢者1人を1.2人で支える姿になると想定されている。



注：2005年は国勢調査結果（年齢不詳按分人口）。

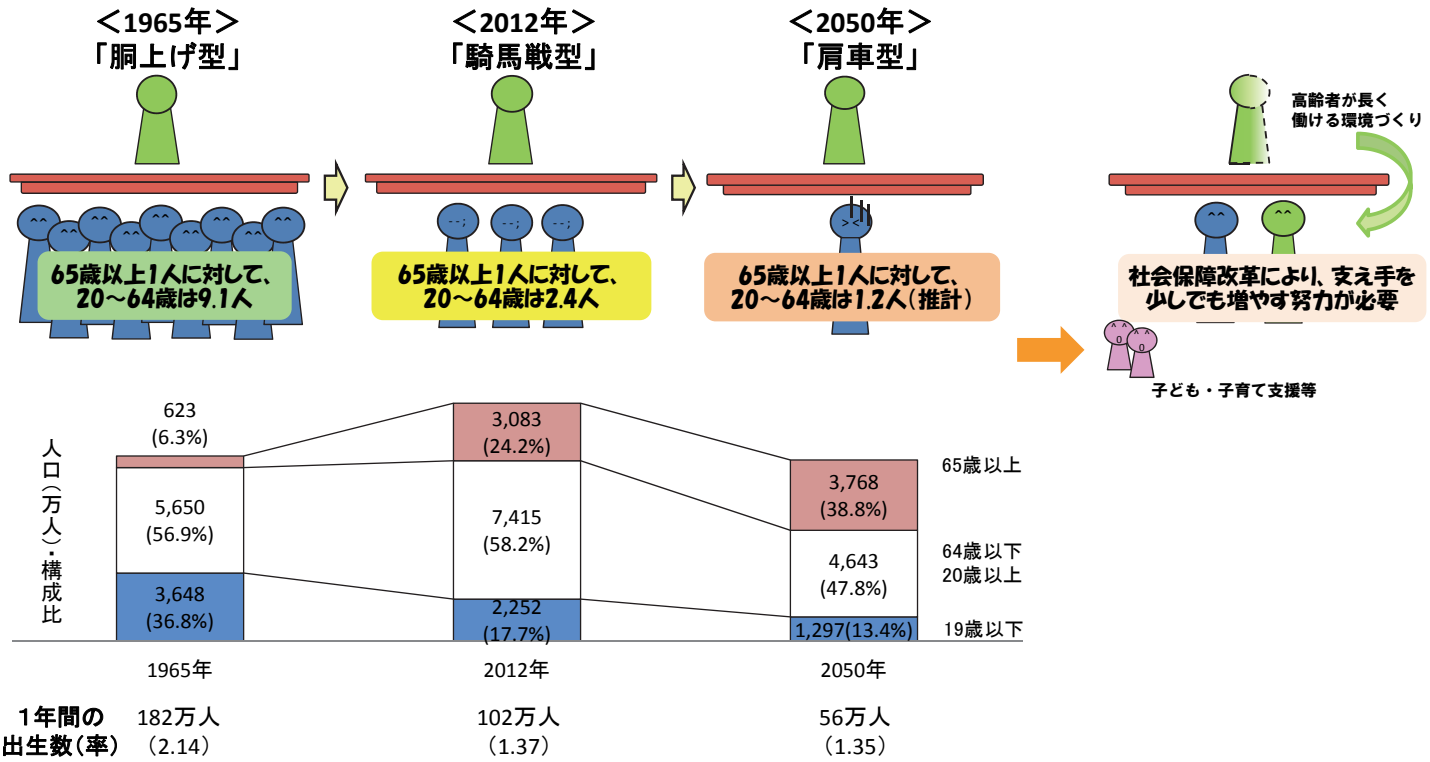
人口構造の変化　～少子化の進行と75歳以上人口割合の増大～

人口は、2004年をピークに減少局面に入っており、2055年に9,000万人を割り込み、高齢化率は40%を超え、1人の高齢者を1.2人で支える姿になると想定されている。



「肩車型」社会へ

今後、急速に高齢化が進み、やがて、「１人の若者が１人の高齢者を支える」という厳しい社会が訪れます。



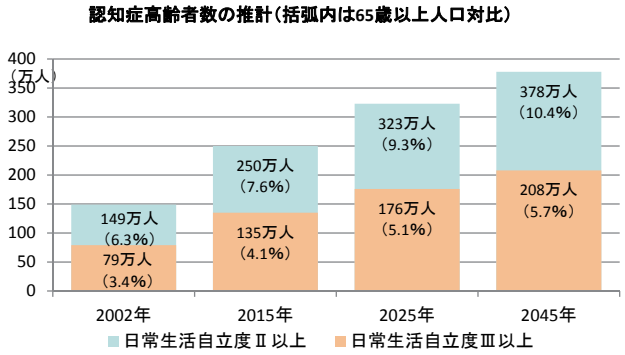
（出所）総務省「国勢調査」、社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」（出生中位・死亡中位）、厚生労働省「人口動態統計」

高齢化の進展に伴う社会的変化

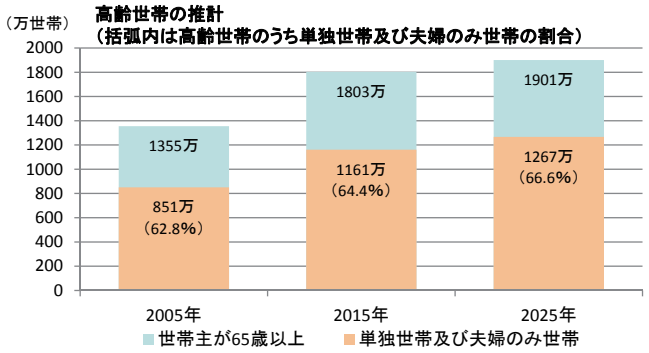
① 75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2008年	2015年	2025年	2055年
75歳以上高齢者の割合	10．4%	13．1%	18．2%	26．5%

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の世帯のうち、単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。



④ 首都圏をはじめとする都市部において、今後急速に高齢化が進む。

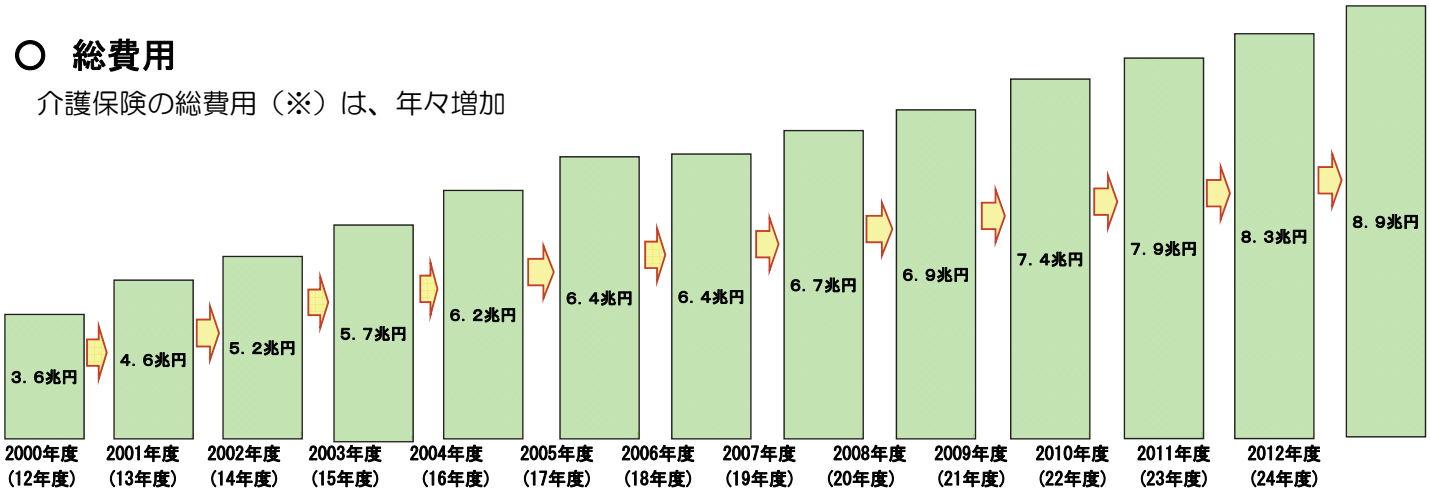
	埼玉県	千葉県	神奈川県	秋田県	山形県	鹿児島県
2005年時点での高齢者人口	116万人	106万人	149万人	31万人	31万人	44万人
2015年時点での高齢者人口 （括弧内は増加率）	179万人 （+55%）	160万人 （+50%）	218万人 （+47%）	34万人 （+11%）	34万人 （+10%）	48万人 （+10%）

【出典】社会保障・人口問題研究所平成19年5月推計

介護費用と保険料の推移

○ 総費用

介護保険の総費用（※）は、年々増加



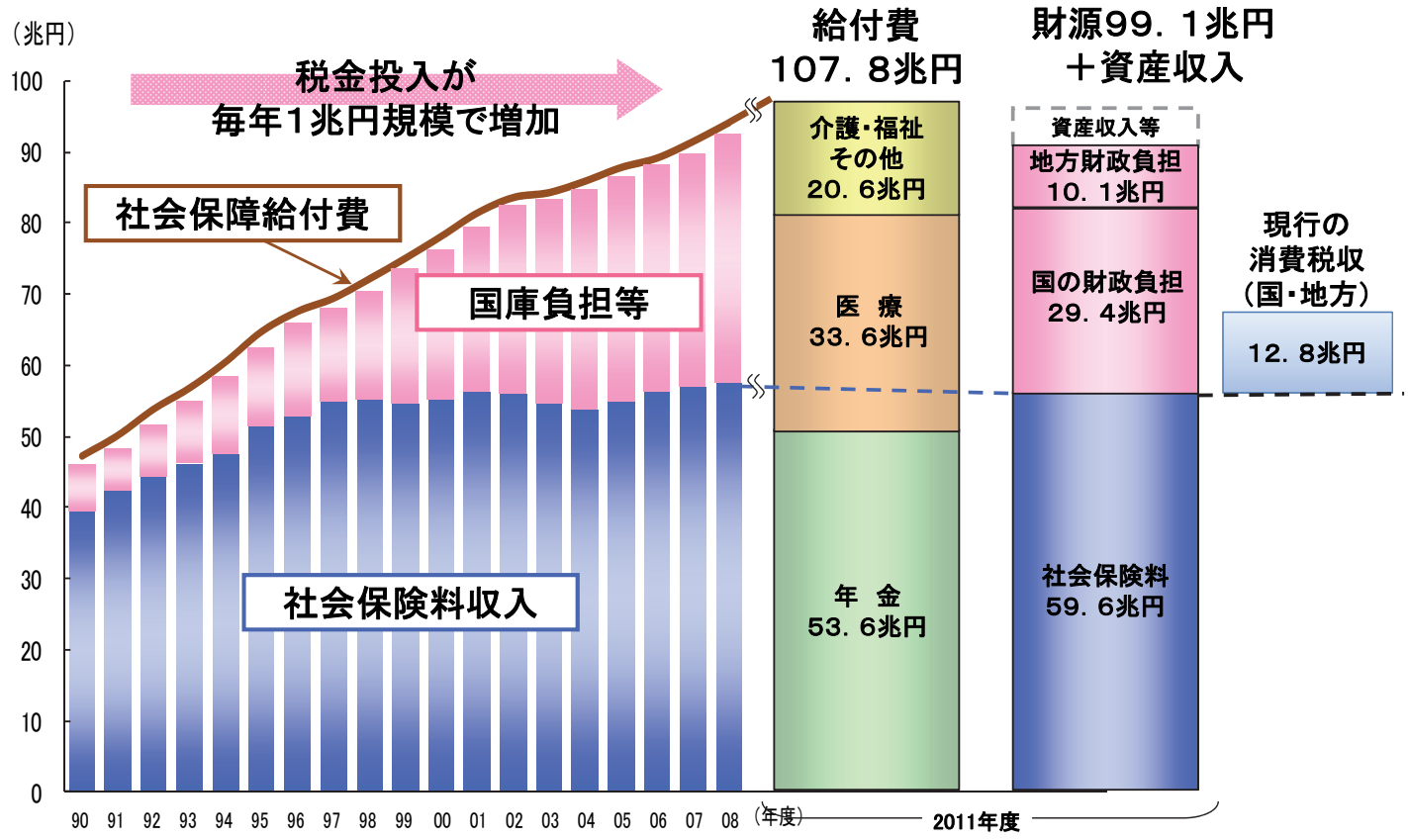
（注）2000～2009年度は実績、2010～2012年度は当初予算。

※介護保険に係る事務コストや人件費などは含まない（地方交付税により措置されている）。

○ 65歳以上が支払う保険料〔全国平均（月額・加重平均）〕

第１期（H12～14年度）（2000～2002）	第２期（H15～17年度）（2003～2005）	第３期（H18～20年度）（2006～2008）	第４期（H21～23年度）（2009～2011）	第５期（H24～26年度）（2012～2014）
2，911円	3，293円（＋13%）	4，090円（＋24%）	4，160円（＋1．7%）	4，972円（＋20%）

社会保障給付費と財政の関係



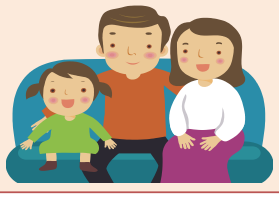
社会保障改革が目指すもの

給付は高齢世代が中心、負担は現役世代が中心という現在の社会保障制度を見直し、現役世代も含めた、全ての人がより受益を実感できる「全世代対応型」の社会保障制度を構築します。

働き方の変化　家族形態や地域の変化　少子高齢化　厳しい財政状況

社会経済の変化への対応

子育てに関係する支出の拡大	社会保障の機能強化と給付の重点化・効率化	社会保障の安定財源確保と財政健全化の同時達成
現役世代への支援の強化	持続可能で適切・公平な社会保障給付	あらゆる世代が負担を分かち合い、将来世代に先送りしない



全ての人がより受益を実感できる社会保障制度へ

社会保障の充実と重点化・効率化

社会保障の機能強化を行うため、充実と併せて重点化や効率化も検討します。

主な改革検討項目

2015年度の所要額（公費）合計 ＝ ２．７兆円程度
（～3.8兆円程度－～1.2兆円程度）

A　充　実　～3.8兆円程度

【子ども・子育て】

○ 子ども・子育て新システムの制度実施
・（例）0～2歳児保育の量的拡充・体制強化等（待機児童の解消）　0.7兆円程度

【医療・介護】

○ 医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化
～診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備～
病院・病床機能の分化・強化と連携・在宅医療の充実　等　～1.4兆円程度

○ 保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策
・被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化
・介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化
・その他（総合合算制度）　～1兆円程度

【年金】

＜新しい年金制度の創設＞
○ 所得比例年金（社会保険方式）　○ 最低保障年金（税財源）

＜現行制度の改善＞　0.6兆円程度
○ 最低保障機能の強化
・低所得者への加算、障害基礎年金への加算、受給資格期間の短縮
（高所得者の年金給付の見直しと併せて検討）
● 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大
● 第3号被保険者制度の見直し
● 被用者年金の一元化
（●は公費への影響なし）

B　重点化・効率化　～1.2兆円程度

・平均在院日数の減少等
・外来受診の適正化
・介護予防・重度化予防・介護施設の重点化（在宅への移行）　▲～0.7兆円程度

・介護納付金の総報酬割導入
・軽度者に対する機能訓練等重度化予防に効果のある給付への重点化　▲～0.5兆円程度

・制度の持続可能性の観点から高額療養費を保険者が共同で支え合う仕組みや給付の重点化を通じて、高額療養費の改善に必要な財源と方策を検討。
・高齢者医療制度の見直し（高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえる）

○ 高所得者の年金給付の見直し
○ 物価スライド特例分の解消
○ マクロ経済スライドの検討
● 標準報酬上限の引上げの検討
※ 支給開始年齢引上げの検討（中長期的な課題）

地域社会の変化に対応する必要性

地域社会の変化

① 団塊世代の高齢化
2025年75歳以上人口 18.2%

② 一人暮らし、高齢者世帯の増加
少子化の進展、ライフスタイルの変化
2025年 単独・夫婦のみ世帯 66.6%

③ 都市部の高齢化の急速な進行
例）2005年→2025年
埼玉県　55%増
千葉県　50%増
神奈川県　47%増

④ 認知症高齢者の増加
例）65歳以上人口比
日常生活自立度Ⅱ以上と判断される高齢者
2010年　7.2%　→　2025年　9.3%
日常生活自立度Ⅲ以上と診断される高齢者
2010年　3.9%　→　2025年　5.1%

⑤ 介護の担い手の不足

考えられる対応策

- 生活機能を維持し、地域で生きがいのある生活・自己実現を図る支援
- 高齢者の経験・能力を生かせる地域社会の構築
- 地域コミュニティの再生
- 認知症高齢者を支える地域づくり、グループホームなどの施設整備
- 地域住民の力や民間サービスの活用

2．介護予防の現状と課題
－これまでの介護予防－

今までの介護予防事業

地域包括支援センターにとって・・・

- 健診に手間がかかる
- ケアプラン作成に手間がかかる
- 健診を受けにくる方が対象なので、元気な人しか集まらない
- 魅力的なプログラムが少ないので勧められない
- 結局、参加者が少ない
- 効果が目に見えないので、面白くない

高齢者にとって・・・

- 予防にならなそう
- 魅力的なプログラムがない
- プログラム開催場所への、交通の便が不便
- そもそもそういう事業があることを知らない

平成22年8月　介護予防事業の見直し

・生活機能検査・生活機能チェックの任意化
・必要と認められる場合のみケアプランを作成する　　等

発出：「介護予防事業に関する国民の皆さまからのご意見募集」
（平成22年11月12日厚生労働省老健課）

介護予防事業の見直しと見直し後の状況について

（資料）厚生労働省介護予防事業報告

	高齢者	対象者の把握	二次予防事業対象者（特定高齢者）	ケアプランの作成	施策参加者
目標	100%		8～12%		5%
19年度	27,487,395人（100%）		898,404人（3.3%）		109,356人（0.4%）
20年度	28,291,360人（100%）		1,052,195人（3.7%）		128,253人（0.5%）
21年度	28,933,063人（100%）		984,795人（3.4%）		143,205人（0.5%）

課題①
・ハイリスク者の把握が不十分
・健診による把握に要する費用負担大

課題②
・ケアプランに係る業務負担が大きい
・ケアマネ支援の本来業務が不十分

課題③
・魅力あるプログラムの不足
・特定高齢者施策への参加率が低い

平成22年8月に介護予防事業の見直しを実施

22年度	29,066,130人（100%）	1,227,911人（4.2%）	155,044人（0.5%）

・二次予防事業対象者の状態を経年的に把握するための、介護予防データベースのツールの開発（平成24年度～）
・効果的なプログラム（認知症予防・支援プログラム、膝痛・腰痛プログラム等）を介護予防マニュアル（改訂版）に反映

平成22年8月の介護予防事業の見直し後の状況

調査対象：岩手県、宮城県、福島県を除く都道府県全市町村　（N=1598）、調査期間：平成23年10月11日～10月31日、回収率：100%

（すべて複数回答、母数をN=1598とする割合）

課題①
・ハイリスク者の把握が不十分
・健診による把握に要する費用負担大

- ○「基本チェックリスト未回収者（未実施者）への対応を行っている」市町村　47.9%
- ○「経費削減を図ることができた」市町村　59.8%

※生活機能検査：H22年度に取りやめた市町村は24.1%、H23年度中に取りやめる市町村は46.5%　（計70.6%）
生活機能チェック：H22年度に取りやめた市町村は25.4%、H23年度中に取りやめる市町村は45.2%　（計70.6%）

課題②
・ケアプランに係る業務負担が大きい
・ケアマネ支援の本来業務が不十分

- ○「改正前と同じく全対象者にケアプランを作成している」市町村　19.8%
- ○「事務連絡（※）を参照にケアプランを作成する対象者を選定し作成している」市町村　29.2%

※平成23年3月11日　厚生労働省老健局老人保健課「介護予防ケアプラン作成の必要がある対象者の把握方法について」

- ○「独自の基準で選定した対象者に作成している」市町村　26.7%

※独自の基準：運動器の機能向上プログラム参加者、複合型プログラム参加者　など

- ○「ケアマネジメントやモニタリングに時間を避けるようになった」市町村　15.1%

課題③
・魅力あるプログラムの不足
・特定高齢者施策への参加率が低い

- ○「参加者数が増加した」市町村　35.6%
- ○「開始時期を早められた」市町村　29.7%
- ○「参加勧奨に時間を割けるようになった」市町村　27.1%
- ○「実施回数を増やすことができた」市町村　15.0%
- ○「事業の充実を図ることができた」市町村　10.9%

※回答例
「二次予防事業対象者数が増加し、地区別・年齢別の開催や複合的なプログラムの実施が可能になった」
「経費と時間の削減により、二次予防事業対象者の特性に合ったプログラムの内容を検討することができた」

出典：「地域支援事業実施要綱改正後の状況について」

介護予防事業の取組内容

一次予防事業

○　介護予防の普及啓発事業
　講演会の開催、パンフレットの作成
　介護予防教室の開催　等
○　地域介護予防支援事業
　ボランティアの育成、自主グループ活動支援　等

多くの市町村で行われている取組
○　普及啓発の講演会開催（年１回）
○　チラシやパンフレット等による事業の周知
○　介護予防サポーター等のボランティアの育成
　　介護予防教室や地域の体操教室等で人材を活用している
○　ボランティアポイント制度の創設
　　ボランティア活動による介護予防を推進している
○　自主グループや老人会等における介護予防教室（出前講座）の開催
○　自主グループやサロン等住民の主体的な活動の支援

介護予防事業の取組内容

二次予防事業

○　通所型介護予防事業
　運動器の機能向上プログラム、栄養改善プログラム、口腔機能向上のプログラム
　複合プログラム、認知機能低下予防プログラム
　腰痛・膝痛対策のプログラム　など

○　訪問型介護予防事業
　閉じこもり、うつ、認知機能の低下等により通所が困難な高齢者への対応

多くの市町村で行われている取組
○　概ね３ヶ月のプログラムを年１回～数回開催

○　事業参加修了後は地域の自主グループなどを紹介
　　受け皿がない場合、気になる人のみ個別訪問で対応

○　通所型介護予防事業で対応できない人を訪問型介護予防事業で対応
　※マンパワー不足や委託事業所の不足等により、通所型介護予防事業を実施できずに訪問型介護予防事業で対応している市町村もある

○　参加者の参加修了時の「主観的健康感」や「基本チェックリスト」の改善状況の確認

介護予防マニュアル（改訂版）について

主たる変更点

・マニュアルの大幅な簡便化と軽量化

・都道府県・市町村・地域包括支援センターに冊子を配布することにより、実用性を高める

・より効率的効果的な取組が実施される事を目的として、平成21年度から平成23年度に老人保健増進等事業で実施したモデル事業の結果（一部ランダム化試験）※に基づく介護予防事業の実施方法・内容を提示

・「認知症の予防・支援のプログラム」→「認知機能低下の予防・支援のプログラム」 へ名称変更

ポイント

〇全国31都道府県、59自治体よりメール等により頂いた意見を反映

〇介護予防についての共通理解を深めていただくため、第1章に重点を置いた

・介護予防を推進する「地域づくり」を進めて行くことの重要性を記載

・一次予防事業、二次予防事業を総合的に実施することの重要性を記載

〇二次予防事業の実施について、「必ずこうしなければならない」という記載をなくす

〇複合プログラムの実施について、優先順位を上位に位置づけ

〇旧マニュアルの一部資料を含め、資料を厚労省HPよりダウンロードし使用できるようにした

参考）介護予防マニュアル（改訂版）　http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/tp0501-1.html

※　結果報告書は介護予防マニュアル(改訂版)掲載ページより

http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-sonota2.pdf

http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-sonota3.pdf

介護予防事業の課題

〇　介護予防につながる活動に取り組む人の増加

地域で介護予防（健康の維持・増進）につながる活動の場や機会（居場所や出番）を増やし、身近なところでおのずと介護予防が図られるしくみをつくる必要がある。

〇　市町村他部門や民間企業、NPO等を巻き込んだ介護予防の環境整備

地域ではさまざまな事業や活動が行われているが、それぞれが独自に展開されており、地域資源として有機的に機能していない。

必要な人に情報が行き届き、つながるしくみをつくる必要がある。

〇　ニーズに合った総合的な支援の実施（適切なケアマネジメントに基づく支援の実施）

参加者数が伸び悩んでいる自治体が多い現状は変わらず、課題となっている。

［参加者数の増加を図ることができている市町村では、基本チェックリスト該当者の出現率の高い地域や、特定の年齢層・性別の高齢者にターゲットを絞った介護予防事業を実施している］

予防給付のサービスの種類

◎地域密着型介護予防サービス
- ○介護予防認知症対応型通所介護
- ○介護予防小規模多機能型居宅介護
- ○介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

◎介護予防支援

◎介護予防サービス

【訪問サービス】
- ○介護予防訪問介護（ﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟｻｰﾋﾞｽ）
- ○介護予防訪問入浴介護
- ○介護予防訪問看護
- ○介護予防訪問リハビリテーション
- ○介護予防居宅療養管理指導

【通所サービス】
- ○介護予防通所介護（ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ）
- ○介護予防通所リハビリテーション

【短期入所サービス】
- ○介護予防短期入所生活介護（ｼｮｰﾄｽﾃｲ）
- ○介護予防短期入所療養介護

- ○介護予防特定施設入居者生活介護
- ○特定介護予防福祉用具販売
- ○介護予防福祉用具貸与

市町村が指定・監督を行うサービス

都道府県が指定・監督を行うサービス

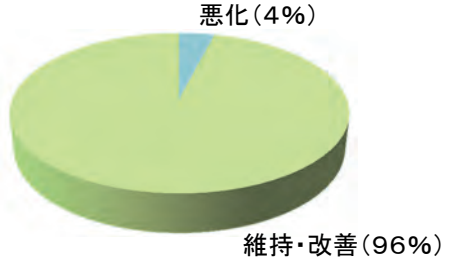
平成22年度財務省予算執行調査結果①

調査内容
身体介護を中心とした予防ケアプランを使用している利用者と生活援助を中心とした予防ケアプランを使用している利用者の、１年前から現在までの要支援度を比較。
各利用者について、サービス行為内容別のサービス提供時間数と、当該サービスの目的（位置づけ）を先に調べた要支援度等の改善状況と対照し、分析する。　（対象調査件数　５３７件）

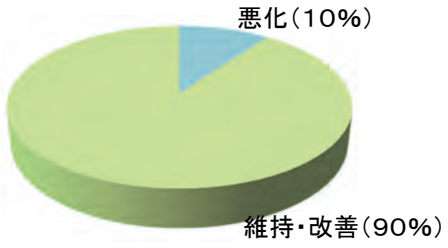
調査結果及びその分析

○主として身体介護をおこなっているもの＝２８件、生活援助をおこなっているもの＝５０９件
○１年前と現在の要支援度を比較したところ、下記のとおり

身体介護



生活援助



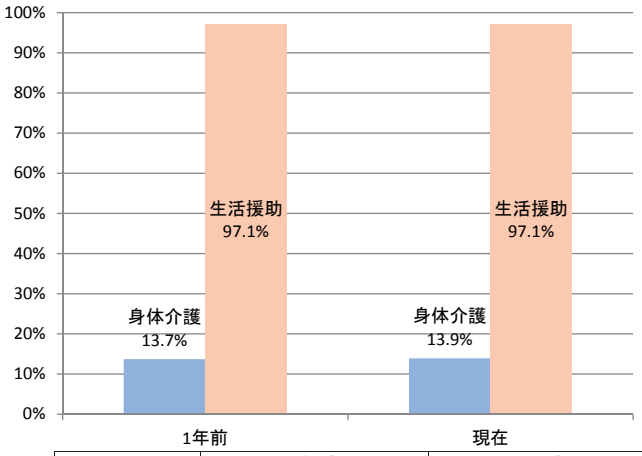
介護予防訪問介護で提供しているサービスの大半は、「掃除」「買い物」「調理」であった。
（194件中120件「掃除」29件「買い物」19件「調理」

平成22年度財務省予算執行調査

平成22年度財務省予算執行調査結果②

○　４４５名（男性６３名、女性２５６名、不明１２６名）のデータを分析した。
○　身体介護は全体の約１４％が利用、生活援助は約97%が利用していた。
○　介護予防訪問介護の提供時間に占める生活援助の割合は約９３％となっている。

行為区分別利用者数

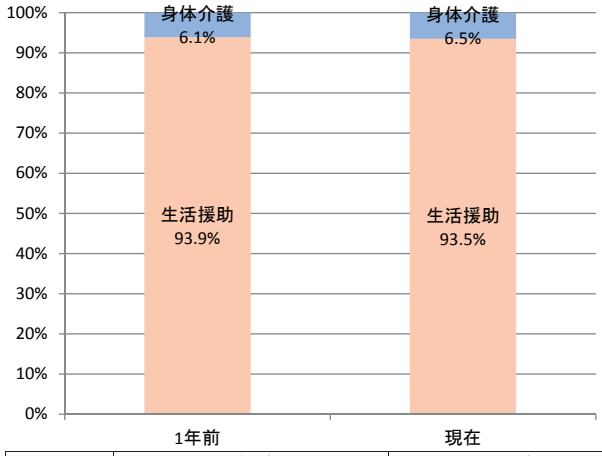


	1年前		現在	
身体介護	61	13.7%	62	13.9%
生活援助	432	97.1%	432	97.1%
総計（実人数）	445	100.0%	445	100.0%

（参考）１人当たり提供時間（実利用者ベース）

	1年前	現在
身体介護	3.1時間	3.4時間
生活援助	6.7時間	7.0時間

行為区分別提供時間数



	1年前		現在	
身体介護	11,263分	6.1%	12,636分	6.5%
生活援助	173,366分	93.9%	181,427分	93.5%
総計	184,629分	100%	194,063分	100%

（参考）上記の時間換算

	1年前	現在
身体介護	188時間	211時間
生活援助	2,889時間	3,024時間

平成22年度財務省予算執行調査を老健局で再集計

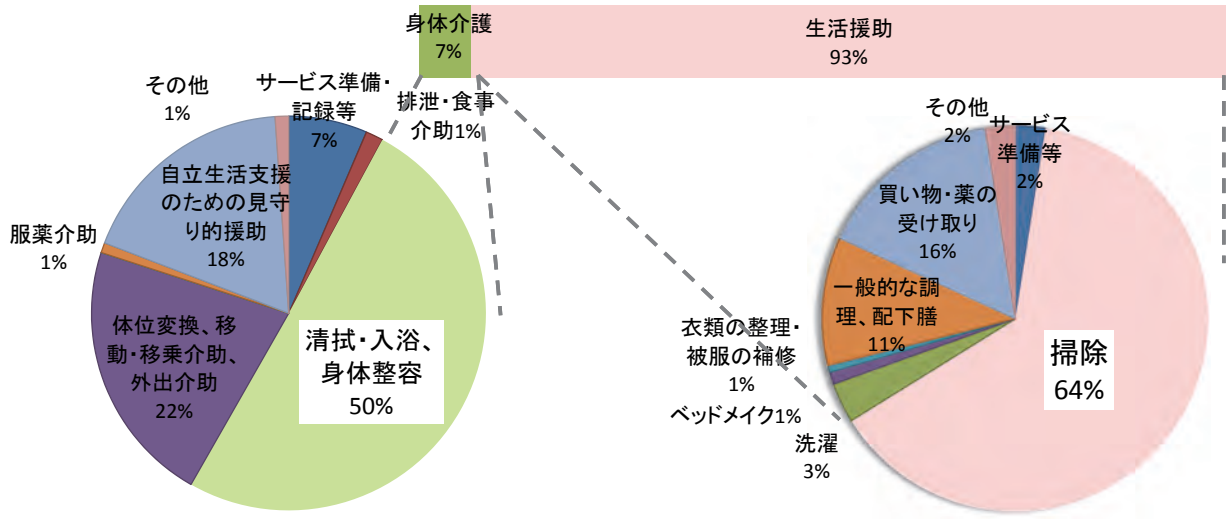
平成22年度財務省予算執行調査結果③

介護予防訪問介護の提供内容

○ 生活援助が９３%、身体介護が７%
○ 生活援助は、「掃除」６４%　「買い物・薬の受け取り」１６%　「一般的な調理、配下膳」１１%
○ 身体介護は、「清拭・入浴・身体整容」が５０%

利用者の状態像に見合った提供内容になっているか、介護予防訪問介護の実態把握を実施しているところ

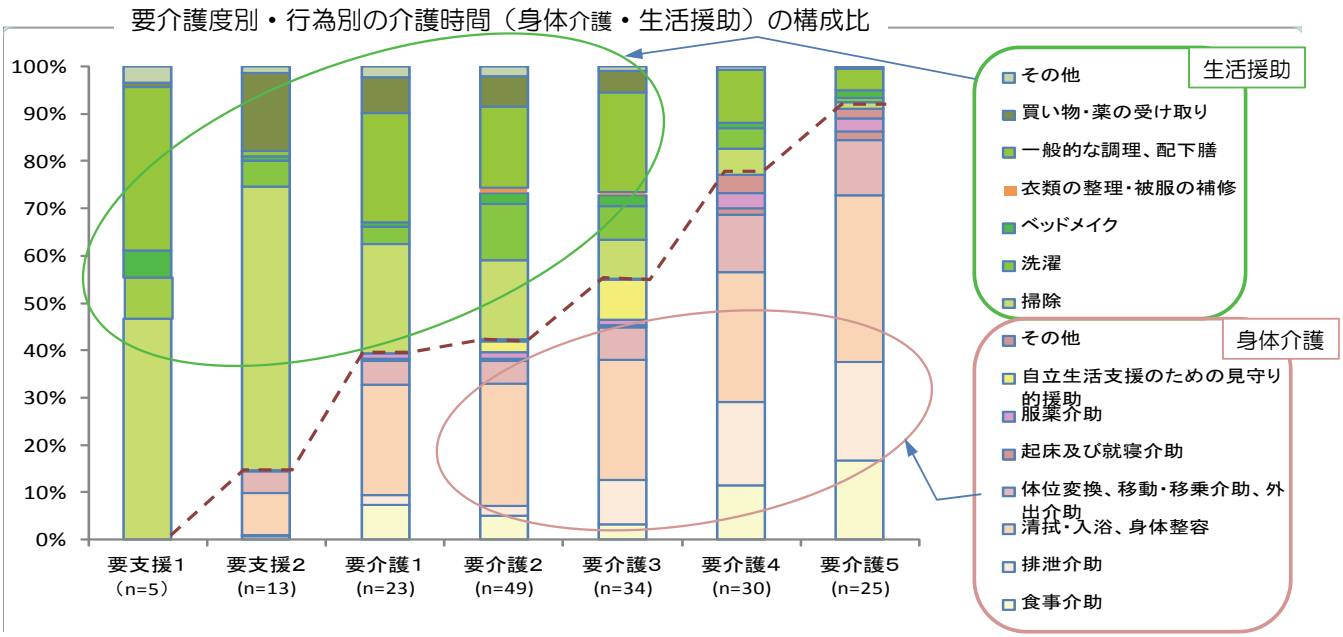
介護予防訪問介護利用者（445名）における利用行為内容別の割合（利用時間で算出）



平成22年度財務省予算執行調査を老健局で再集計

要介護度別の訪問介護（身体介護・生活援助）の利用状況～行為別～

○　要支援者に対する訪問介護サービスのほとんどは生活援助であり、要介護1・要介護2の場合でも、身体介護よりも生活援助を実施している時間の方が長くなっている。
○　軽度者に対する生活援助では、掃除を行っている時間の割合が大きい。また、要支援者から要介護3では、調理・配下膳を行っている時間の割合が高い傾向にある。



（注）　nはサンプル数を表す。
（資料）株式会社三菱総合研究所「訪問介護の実態及び効率的なサービス提供のあり方に関する調査研究事業　報告書」（平成19年度厚生労働省老人保健健康増進等事業）に基づき作成。

要支援者に対する生活支援と介護予防の現状

ある日のつぶやき　－こんなつぶやき経験ありませんか？－

○要支援者のつぶやき

掃除、ゴミ出し、買い物などの家事が、少しずつしんどくなってきたので、介護保険でヘルパーさんが来てくれて助かっている。もし、今度の更新で、認定されなかったら、どうすればいいの？年金から保険料を天引きされているのだから、このままずっと、ヘルパーさんに来てもらいたい。

○介護保険担当者のつぶやき

認定の更新で、介護度が軽くなることは喜ばしいことのはずなのに、非該当の通知を出すのは、気が重い。また、苦情の電話がかかってくるのかなあ・・・。認定下りないかなあ。

○地域包括支援センター担当者のつぶやき

一人暮らしの○○さんにヘルパーを入れてそろそろ1年になるけど、週１回のヘルパー訪問が生活の中に定着しているので、サービスを切るのは難しい。インフォーマルサービスを入れようにも、代わりになるものはないし、どうしたものかなあ・・・

○予防給付サービス提供事業所のつぶやき

要支援１の○○さんのために、自立を促す支援といっても、何時間もプログラムを実施するわけにかないし・・・これで機能は改善するのかなあ・・

予防給付のサービスは何を目的とするものでしょうか？

予防給付サービスの課題

○ 「介護予防」の目的や理念についての共通認識を図る

予防重視型システムや介護予防のそもそもの目的について、介護保険サービス事業所や介護保険に携わる関係者で改めて共通認識を図ることが課題。

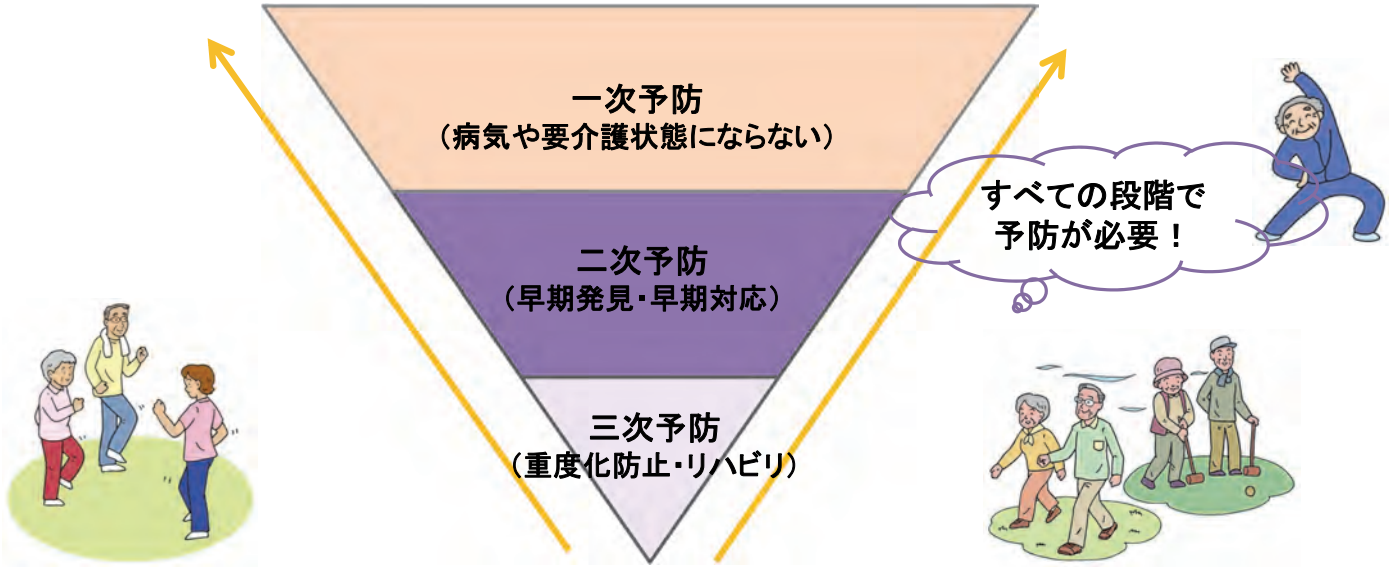
○ 介護予防に資する予防給付サービス内容の検討

生活支援に関するサービス（地域資源）等の創出により、悪化させない（予防を図る）支援を実施すること、「やってあげる」給付サービスからの脱却と悪化させない支援の実施が課題。

介護予防の目指すところ

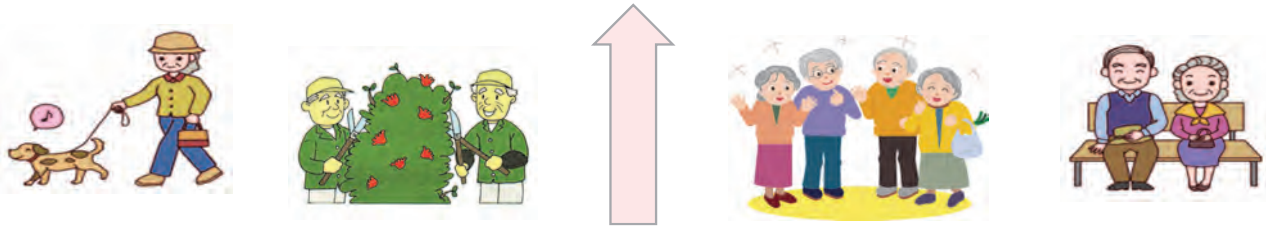
介護予防とは、心身機能の改善や環境の調整を通じて、高齢者の生活機能の向上や地域社会活動への参加をはかることにより、一人ひとりの生涯にわたる、生きがいのある生活・自己実現（QOLの向上）を目指すもの。

心身の機能・生活機能の低下予防　　生きがいのある生活・自己実現



生きがいのある地域づくりが介護予防につながる

生きがいのある生活・自己実現（QOLの向上）
が図られる、介護のいらない生活



市町村、住民、NPO等の協働により地域づくりを進める

- 他の人と交わる場(居場所）をつくる
- 意欲や能力を発揮できる場(出番）をつくる
- 住民の活動組織等の既にある資源の活用
- 一人一人と地域のつながりをつくる

これからの介護予防の方向性

地域づくりによる介護予防の推進

○住民の自助・互助を取り入れた介護予防の推進
地域の健康課題の抽出、計画段階から住民と協働し、住民主体の活動の継続・発展を図る。
地域の環境を整備し、居場所や出番をつくることで継続的に介護予防が図られるしくみをつくる。
地域資源を活用（マネジメント）し、介護予防が図られるしくみをつくる。

○行政（他部門）との連携、地域の関係機関等との連携
関連部門との情報交換、地域の健康課題の共有を図り、一体的な計画・評価を行う。
他施策で展開している事業等を活用、協働で実施するなど、効果的かつ効率的な方法を検討する。

○要支援者、二次予防事業対象者を地域で継続的にフォローできるしくみづくり
地域包括ケアシステムの中で、要支援者や二次予防事業対象者の状態を継続的に把握しフォローできるしくみをつくる。

ニーズに合った総合的な支援の実施

○二次予防事業、一次予防事業、生活支援サービスを組み合わせた、
（介護予防・日常生活支援総合事業の予防サービス事業、生活支援サービス事業、一次予防事業を組みあわせた）、ニーズに合った総合的な支援の実施

○地域診断の結果や個人の経年的なデータの活用による、ニーズに合った予防サービス事業/二次予防事業の実施

3. 地域づくりによる介護予防の推進

介護予防・日常生活支援総合事業の創設

総合事業によって可能になること

○ 「要支援」と「非該当」を行き来するような高齢者に対する、切れ目のない総合的なサービスを提供することができる
→ 地域で二次予防事業対象者と同じ予防サービスを、**シームレス**に（連続性を持ち）受けられるサービスの提供体制を整備し、効果的な介護予防をはかることができる

総合事業の視点（考え方）

要支援者や二次予防事業対象者が、適切なケアマネジメントに基づき総合的に活用することのできる、NPOや有償ボランティア、老人クラブ等を含む様々な実施主体による、予防サービスや生活支援サービスを、地域の実情に合わせて実施することで、要支援者や二次予防事業対象者の活動の幅や地域の人とのつながりを増やすことによる相乗効果を得て、効果的な介護予防（健康の維持・増進）を図る事業

○ 高齢者の中には、生活支援や介護予防の担い手となる意思をもつ人が少なからず存在している。
総合事業を実施することにより、こうした高齢者の方々が活躍できる“**出番**”（参加や活動の場）をつくる

○ 地域の実情に応じた、生活を支えるための総合的なサービスの提供を可能にする

○ 比較的介護度の軽い人への日常生活支援と介護予防について、これまでの保険給付の枠組みや保健福祉事業にとらわれずに、どのようなサービスや活動の場が必要かということを、**柔軟な発想**で考える

介護予防・日常生活支援総合事業の財源構成

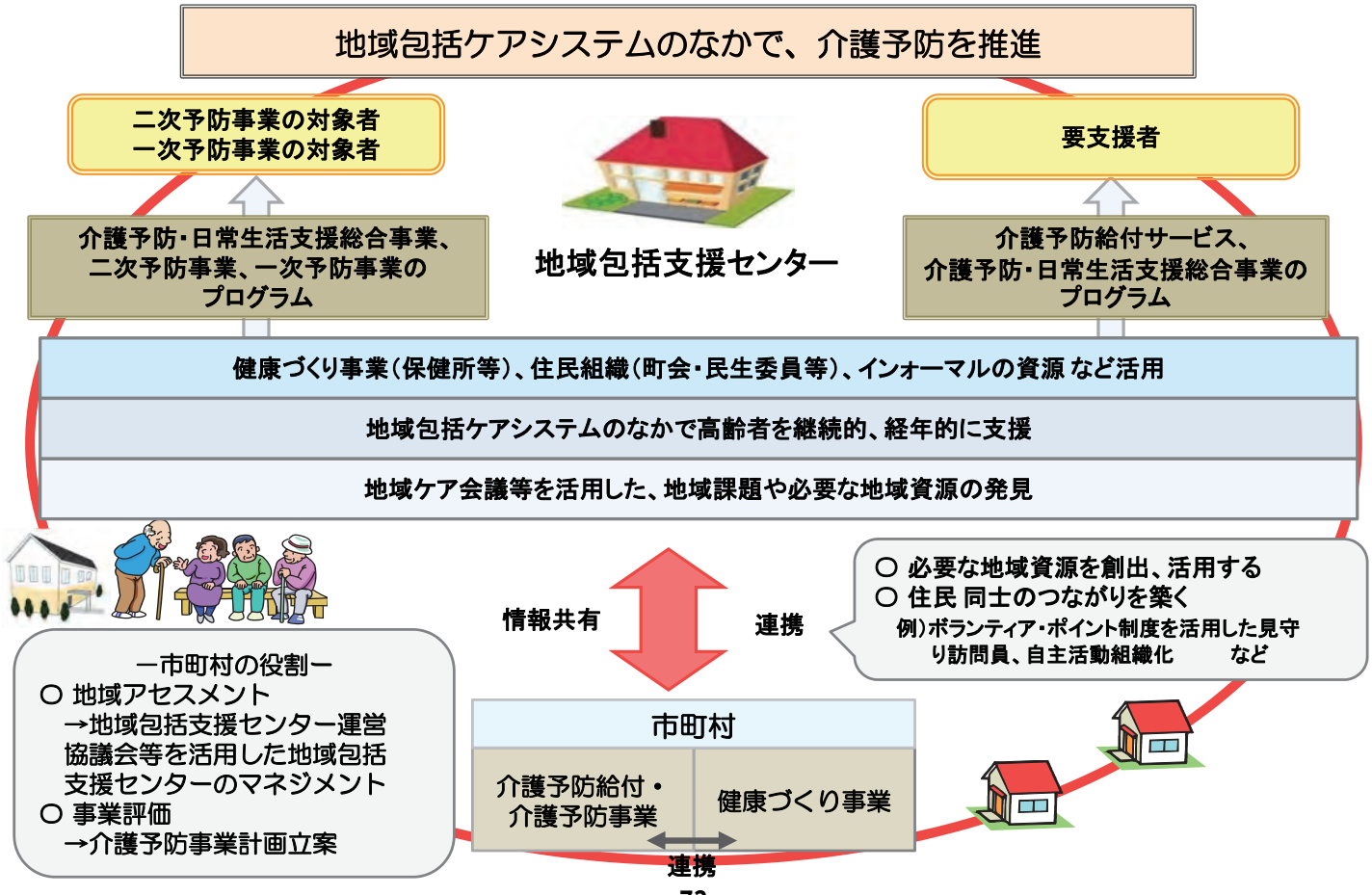
介護予防・日常生活支援総合事業を実施しない場合（H24年度以降）

地域支援事業	上限額	財源構成				
		交付金50%			保険料50%	
	3%以内	国	都道府県	市町村	1号保険料	2号保険料
介護予防事業 〇一次予防事業 〇二次予防事業	2% 以内	25 %	12.5 %	12.5%	21 %	29 %
包括的支援事業・任意事業 〇包括的支援事業（介護予防ｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ/総合相談支援/権利擁護/包括的継続的ｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ） 〇任意事業（配食支援、安否確認等）	2% 以内	39.5 %	19.75 %	19.75 %	21 %	—

介護予防・日常生活支援総合事業を実施する場合

地域支援事業	上限額	財源構成				
		交付金50%			保険料50%	
	4%以内	国	都道府県	市町村	1号保険料	2号保険料
介護予防事業・日常生活支援総合事業 〇予防ｻｰﾋﾞｽ事業 〇生活支援ｻｰﾋﾞｽ事業 〇ｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ事業（要支援者＋二次予防事業対象者）	3% 以内 ※新上限額を適用するには、別途、協議が必要	25%	12.5%	12.5%	21 %	29 %
包括的支援事業・任意事業 〇包括的支援事業（総合相談支援業務/権利擁護業務/包括的・継続的ケアマネジメント支援業務） 〇任意事業（配食支援、安否確認等）	2% 以内	39.5 %	19.75 %	19.75 %	21 %	—

地域づくりによる介護予防の推進



地域包括支援センターに期待されること

日頃から地域住民と密接に関わる地域包括支援センターだからできること！

○ 地域でおのずと介護予防が図られるような、地域包括ケアシステムの実現と地域づくり

○ 地域の高齢者の見守りや地域の人同士の手助け（互助）のしくみづくり
・総合相談業務（個別支援）中心からしくみづくり中心への転換
・地域の関係機関・人の協力を得られるしくみづくり（地域包括ケアシステムの構築）

○ おのずと介護予防が図られる地域づくり
・日頃の高齢者支援を通して得られた情報をもとに地域診断を行い、市町村の関連部局等と共有する
・見出した健康課題やニーズに合わせて、必要な地域資源（高齢者が参加・活動することのできる場など）を市町村と連携して創出
・地域資源を創って終わりではなく、地域資源が有機的に機能するために、地域資源のマネジメントを行う

○住民との協働（パートナーシップ）の推進
・住民とともに、地域の問題点や課題の抽出、計画を行い、地域や個人のエンパワメント、住民の主体的な活動の継続をはかる

○地域ケア会議の活用等による適切なケアマネジメントの実施
・心身の機能の維持・改善、QOLの向上を図る支援

○他分野の事業や他の年齢層の住民を巻き込んだ取組の展開
・地域で行われている市町村の他分野の事業、高齢者以外の年齢層の住民活動等にも目を向け、介護予防の取組と関連づけられないか考え、巻き込む

センター長のマネジメント能力の向上

memo

センター長の
マネジメント能力の向上

Ⅰ マネジメントとは

〇マネジメントとは

・組織の目的を達成するため人、物、金などの経営資源を配して、付加価値を生み出す活動

＊目的（ビジョン）＝顧客ニーズ(例:住民ニーズ)に応えること

・効率的・確実的に組織を運営する機能

〇マネジメントを機能させるには

1　目的・目標を決める
- ・長期ビジョンの提示
- ・短期・中期計画・長期計画や予算の立案

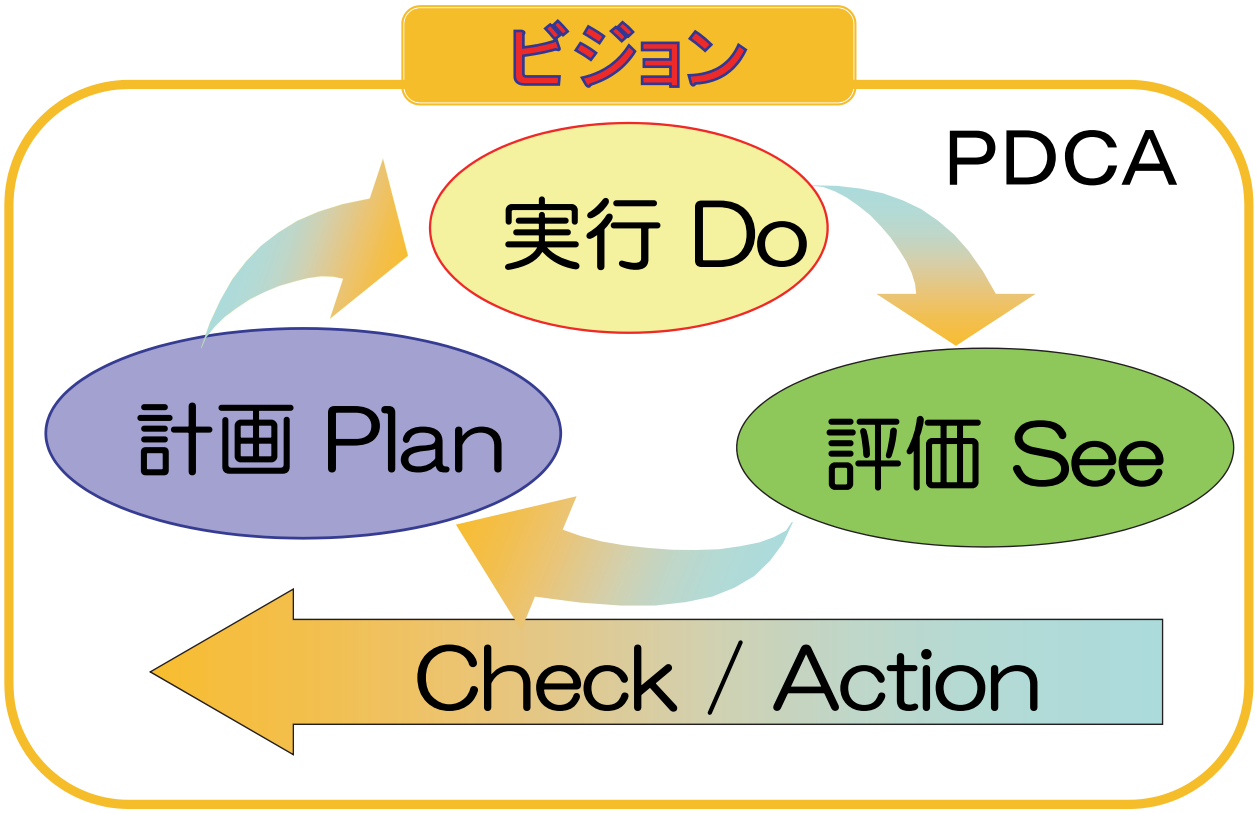
2　目的を達成するための人的ネットワークを築く
- ・ビジョンの伝達によるメンバーの統合
- ・組織構造の設計と人員配置

3　築いたネットワークが目的を達成出来るように手を打つ
- ・メンバーの動機づけ
- ・予算や実績管理を行い、問題解決を図る

マネジメントを構成するもの

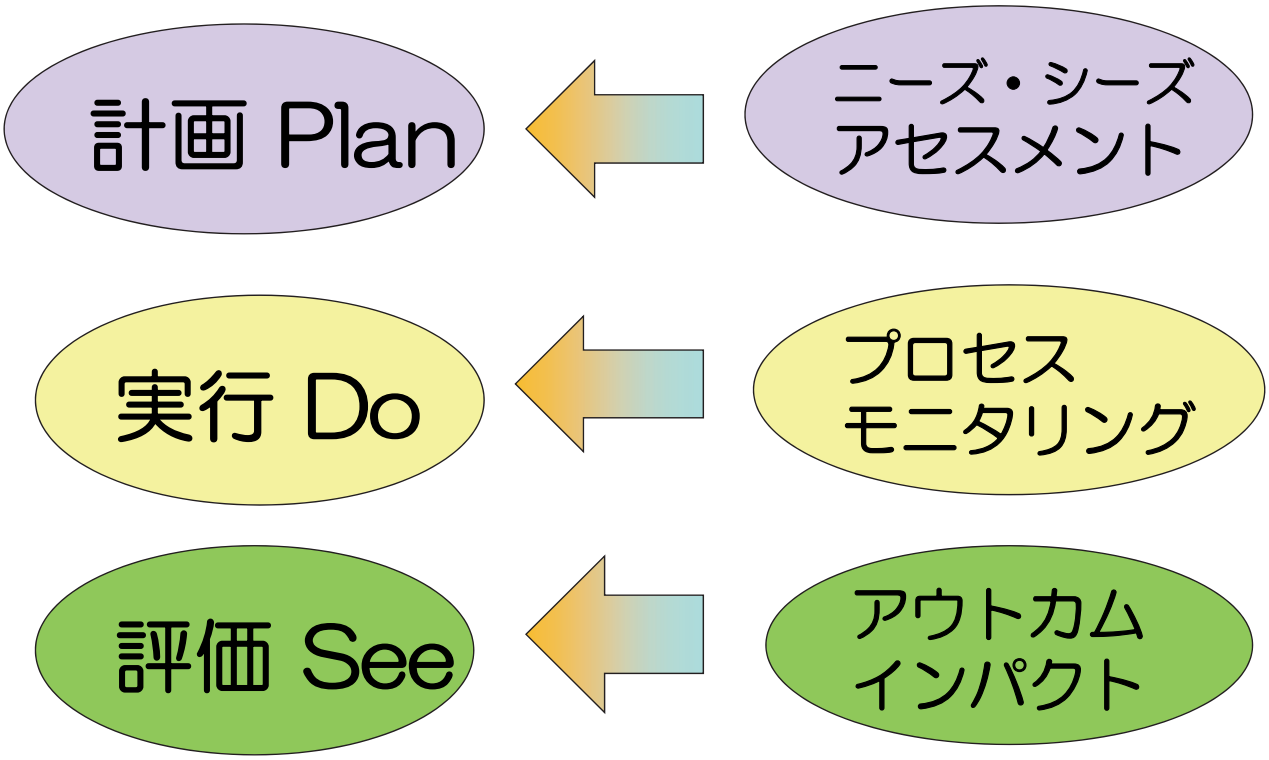
①ニーズに基づいた計画・実施・評価
②事業進行管理、モニタリング(※監視・モニター)
③コミュニティ開発・対話
④多部門の協働、ネットワーク
⑤人材育成
⑥情報管理
⑦予算(経営)的管理
⑧利用可能な資源管理(地域資源の開発)
⑨リーダーシップと技術革新(支援技術の向上)

マネジメントサイクル



マネジメントに必要な情報収集

それぞれ、情報を基礎にして



地域包括支援センターにおける

マネジメントとは

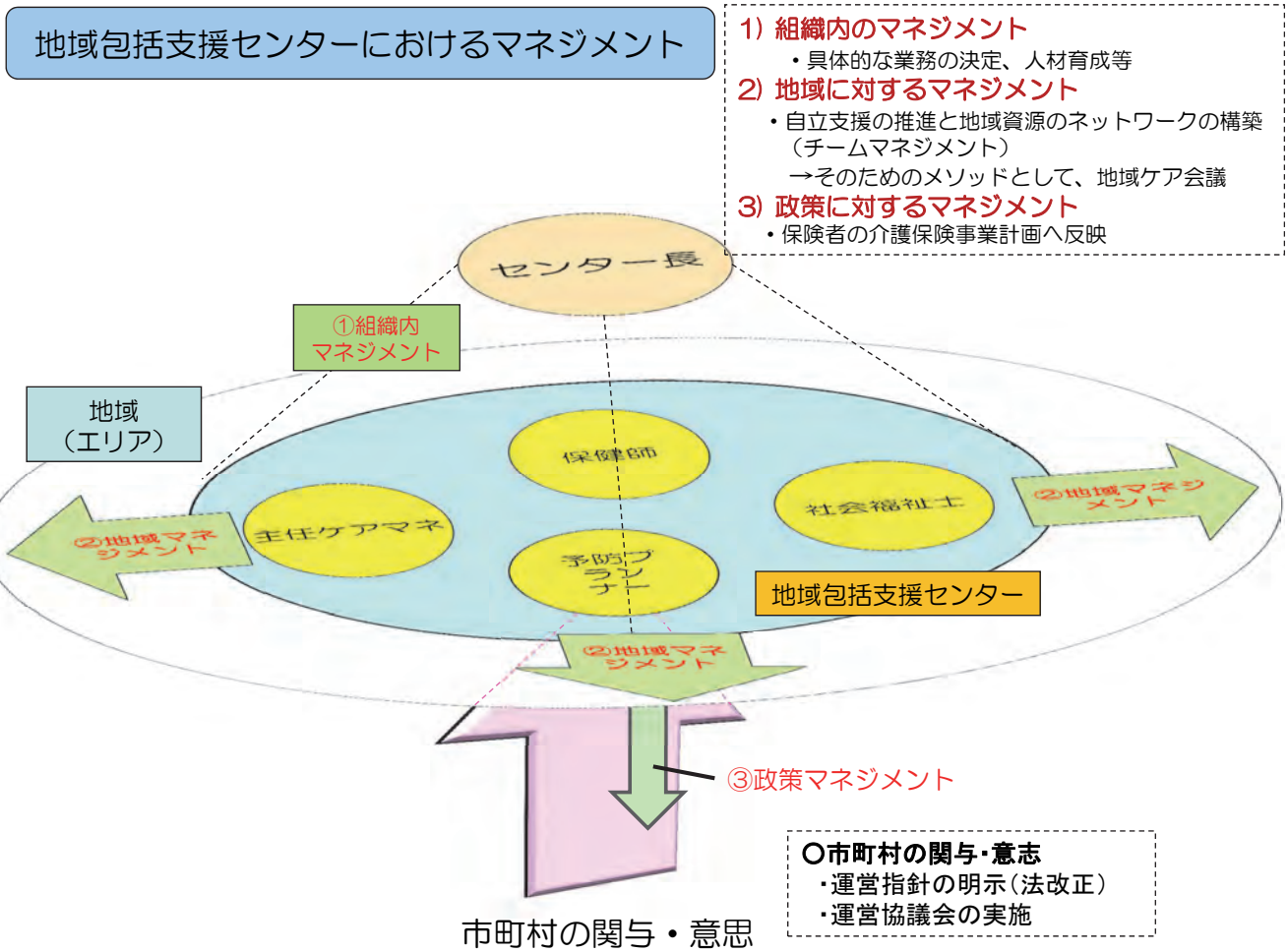
1．地域包括支援センターの目的

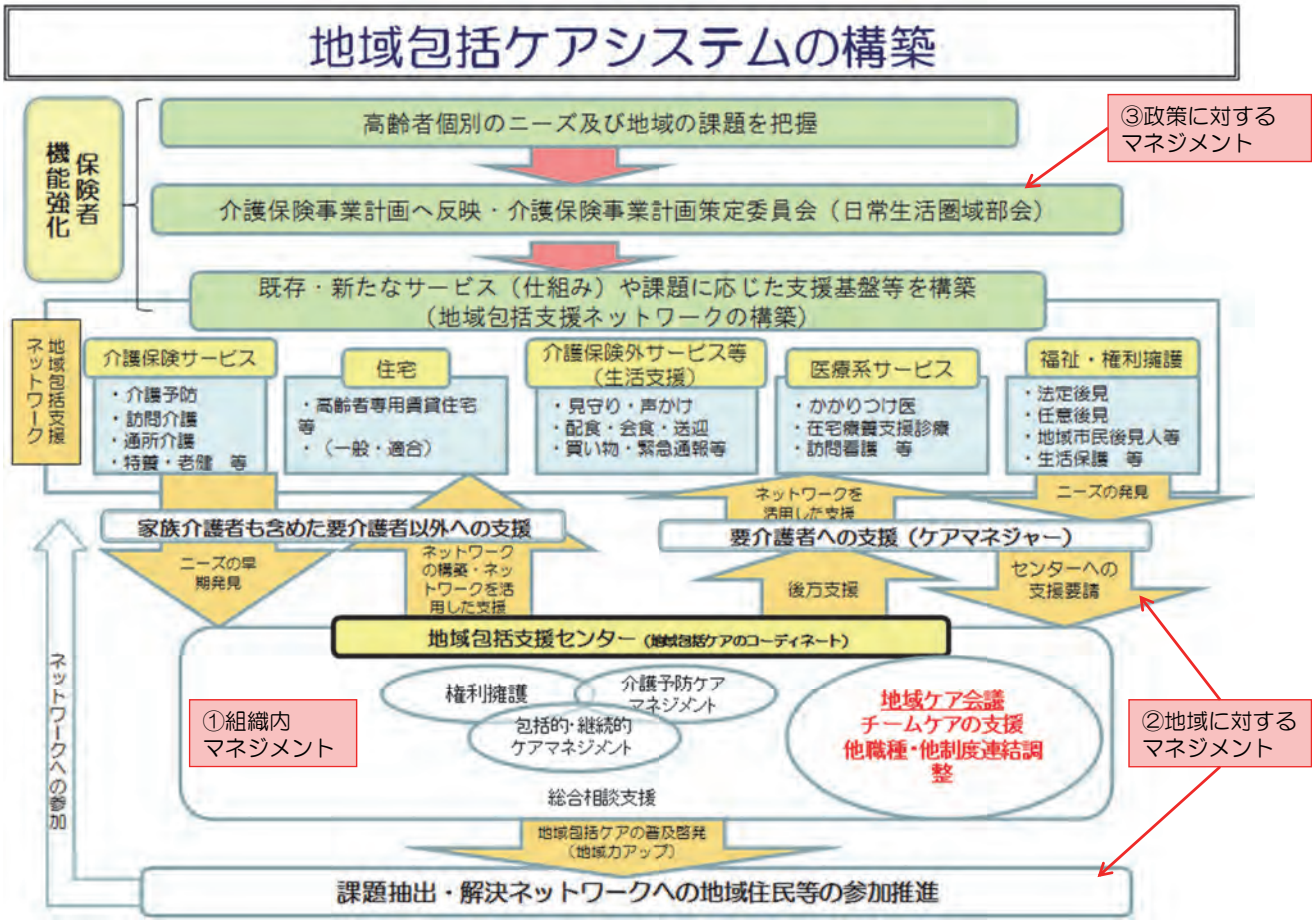
地域包括支援センターの目的＝地域包括ケアの実現

地域包括ケアとは

地域住民が住み慣れた地域で安心して尊厳あるその人らしい生活を継続することができるように、介護保険制度による公的サービスのみならず、その他のフォーマルやインフォーマルな多様な社会資源を本人が活用できるように、包括的および継続的に支援することです。

地域包括ケアを支える中核拠点としての役割





円滑に進めていくためには、マネジメントが必要！

1　ニーズの把握　生活圏域の課題①

ニーズ調査項目（必須事項）

・世帯構成（独居高齢者、高齢者のみの世帯）

・認知症関係

・所得レベル

・住まい関係

・予防

・早期対応（ADL・IADLの状況）（孤立者等の早期発見）
（生活援助と生活行為の向上）

・疾病状況等

※日常生活圏域高齢者ニーズ調査モデル事業

２　ニーズの把握　生活圏域の課題②

声にならない生活課題（ニーズ）の把握

・地域アセスメントにより、潜在的ニーズを持つ世帯を確認し地域包括支援センターの専門職がアウトリーチを実施

・地域住民からの情報を集約し、地域包括支援センターの専門職がアウトリーチを実施

・近隣住民等による見守りや声掛けからの情報を入手し地域包括支援センターの専門職がアウトリーチを実施

・総合相談からの課題やニーズの分析

３　ニーズの把握　フォーマルな関係機関

・行政的ニーズの把握

・専門職、機関のニーズ把握
民生委員、介護支援専門員、PSW、MSW、
かかりつけ医、司法関係者

介護サービス事業者、
医療機関（医師会、歯科医師会、薬剤師会）、
社会福祉協議会、警察署、消防署など

ニーズ把握について（まとめ）

■行政的ニーズ把握

■専門職によるニーズ把握

■地域住民によるニーズ把握

これら3つを独立・分断して考えないことが大事

※なお、ニーズを把握する際には、地域包括支援センターにおいて、個別の台帳をIT化して、情報集約をすることが必要。

生活圏域の課題（ニーズ）への対応

○組織内部に対するマネジメント
（地域包括支援センター内部）

○地域に対するマネジメント
（地域の介護サービス事業所、医療サービス、警察、民生委員、インフォーマルサービス等）

○政策に対するマネジメント
保険者（市町村）の介護保険事業計画に反映

マネジメントを通じて、地域の課題に対する共通認識を持ち、目的を共有化する。

２．目的を達成するためのマネジメント

1) 組織（職場）内部に対するマネジメント

１　センターの目的と基本視点について職員間で共通認識を持てるようにする。
２　所属組織(法人等)にセンターの取り組みを理解してもらえるように働きかける。
３　業務内容に関して職員間で共通理解ができるようにする。
４　チームアプローチができるように業務を進める。
５　係わる事例のスクリーニングをチームとして行えるようにする。
６　スクリーニングの段階で緊急対応の必要性を判断する。
７　本人等についての情報を職員間で共有する。
８　情報の取り扱いルールを確立する。
９　チームで担当しているケースの検討を行う。
１０　地域の現状と課題についてチームとして検討する。

社団法人日本社会福祉士会　「地域包括支援センター社会福祉士　評価シート」を参考にして作成

２．目的を達成するためのマネジメント

1) 組織（職場）内部に対するマネジメント(続き)

１１　必要に応じてスーパービジョンを行う。
１２　必要に応じて専門職によるコンサルテーションの場を設ける。
１３　必要に応じて外部の研修に参加できるようにする。
１４　働きやすい職場環境づくりに取り組む。
１５　リスクの周知とリスク管理に取り組む。
１６　年間事業計画を立てて、センター業務を計画的に進める。
１７　定期的もしくは随時、組織の取り組みについて評価を行う。
１８　職員の人材育成を行う。

社団法人日本社会福祉士会　「地域包括支援センター社会福祉士　評価シート」を参考にして作成

1）組織（職場）内部に対するマネジメント（事例①）

３　業務内容に関して職員間で共通理解ができるようにする。
16　年間事業計画を立てて、センター業務を計画的に進める。
17　定期的もしくは随時、組織の取り組みについて評価を行う。

A地域包括支援センターでは、3職種がそれぞれの担当事業を実施していました。事業内容やその他の取り組みが増えていく中で、業務量や担当者の調整が困難な状態が生じてきました。

そこで、年度末に実施事業の棚卸を行い、4事業ごとの事業計画を作成し、事業ごとに最も適した担当者を選任しました。

その後、各担当者で事業計画を遂行するための実施計画を立案し、2週間に1回進捗会議を実施し、それぞれの実施状況を評価・確認することにしました。

このことにより、職員間の協力体制が構築され業務量の均衡化が図れ、また、担当業務以外の共通理解が促進されました。

1）組織（職場）内部に対するマネジメント（事例②）

４　チームアプローチができるように業務を進める。
５　係わる事例のスクリーニングをチームとして行なえるようにする
６　スクリーニングの段階で緊急対応の必要性を判断する。
７　本人等についての情報を職員間で共有する。
９　チームで担当しているケースの検討を行う。

民生委員からの相談がありセンター長の指示で保健師と社会福祉士が訪問。統合失調症の母68歳と、40歳代知的障害の息子2人の3人暮らしで、次男が低栄養で寝たきりなっていました。二人は、次男の保護の緊急性についてその場で協議し救急車を呼びました。母は救急搬送を妨害し暴れたため、警察に連絡し措置入院となりました。残された長男について、市障害福祉課につなぎ、ショートステイ先を探してもらいましたが、過去に粗暴行為で服役していたことを理由に受け手が見つかりません。その日の内に市障害福祉課が個別ケア会議を招集し、相談支援事業所、社会福祉協議会（生活自立支援事業）、配食サービス事業所、長男本人、包括職員等の参加で協議しました。今後、長男に関しては相談支援事業所のC相談員が、次男の退院後の生活についても同じ事業所のD相談員が担うことになりました。措置入院中の母親については、翌日包括が、地域ケア会議を開催し、退院後の生活を見越した支援について協議し、役割分担を行いました。母親の退院の見通しがたった時点で再度、地域包括主催の地域ケア会議を行なうことを確認しました。

1) 組織（職場）内部に対するマネジメント（事例③）

９　チームで担当しているケースの検討を行う。
１０　地域の現状と課題についてチームとして検討する。
１３　必要に応じて外部の研修に参加できるようにする。

A地区では、ここ3ヶ月の間に3人の認知症行方不明者がでました。この3事例について、センター内三職種で検討を行ったところ、他にも行方不明になる可能性のある高齢者がいると思われるが実態を把握していないことが課題としてあがり、A地区全体の高齢者の実態把握の必要性について確認しました。そこで、センター長と保健師、社会福祉士が民生委員会議に出席し、「一人暮らしや日中独居の高齢者」の実態把握を行なうことについて協力を求めたところ、民生委員と包括スタッフで実態把握を実施することの合意が取れました。さらに、保健師が市の保健センターが調査した地域ごとの健康調査のデータを入手し、実態調査結果と合わせてA地区の現状分析や課題整理を行なうことができました。

また、ちょうど市主催の認知症安心ネットワーク事業研修会があり、他市の認知症高齢者対応訓練、捜索訓練の取り組みについて学ぶことが出来、センター内で報告、今後の取り組みについて検討することができました。

2. 目的を達成するためのマネジメント

2) 地域に対するマネジメント

１　地域住民のニーズを把握する。
２　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。
３　ネットワークの必要性について共通理解をもてるように、地域住民や専門職を含めた関係者に働きかける。
４　地域住民同士の支え合いの活動ができるよう働きかける。
５　当事者組織、家族会などの組織化や活動を支援する。

社団法人日本社会福祉士会　「地域包括支援センター社会福祉士　評価シート」を参考にして作成

2. 目的を達成するためのマネジメント

2) 地域に対するマネジメント(続き)

6　高齢者虐待防止ネットワーク等、支援に必要となるネットワークを構築（改善・活用）する。

7　必要に応じて社会資源の開発（活用、改善、開発）を行う。

8　警察署や医療サービス、インフォーマルサービス等との円滑な連携体制を構築する。

9　地域の課題に対して、目標を立てて取り組む。

10　定期的もしくは随時、地域での取り組みについて評価を行う。

11　地域住民に対し、介護保険制度の理念についての説明、周知を行う。

社団法人日本社会福祉士会　「地域包括支援センター社会福祉士　評価シート」を参考にして作成

2) 地域に対するマネジメント（事例①）

1　地域住民のニーズを把握する。
2　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。

〇〇区の高齢化率は37%を超えていますが、住んでいる住民自体に自覚がありません。そのため、介護予防教室の開催を働きかけても興味を持ってもらえず担当保健師が悩んでいました。

保健師は、センター長に相談し、保健センターと協働。地区にいる健康推進員さんたちに声を掛けました。推進員さんは、「こういうのがあるのを知らない人が多いと思う」「介護予防は自分たちの問題である」と、チラシを手作りしてくれると提案があり、できあがったチラシを各戸にも個別配付し、声掛けもしてくれました。

回覧板で回すだけではないこの作戦が功を奏し、20人以上の人が集まりました。推進員さんも、手伝いに来てくれました。

教室終了後、推進員さんも参加して、その場で振り返り兼相談会を実施し、介護予防ニーズからこの地区の課題の見える議論ができ、次回の活動へつなげることができました。

この事例は、住民自らが地域の実態や介護予防の大切さに気づき、その課題に取り組み始めたとても良い事例だと思います。

2) 地域に対するマネジメント（事例②）

1 地域住民のニーズを把握する。
2 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 当事者組織、家族会などの組織化や活動を支援する。

〇〇市の認知症を抱える家族の会は、活動を開始して10年が経とうとしていました。定例会で会員が集まり情報交換をしていましたが、最近市の認知症の取り組みが活性化している中で、自分たちの組織も何か役に立てることは無いだろうかと地域包括支援センターに相談がありました。

この相談を受けた社会福祉士は、センター内会議に報告し、なにか家族会を活用できる取り組みがないか意見を求めました。主任ケアマネから家族会の会員を対象に、家族介護者の介護負担感を出し合うワークショップをしてみたらどうかという案が出ました。

ワークショップでは、家族の抱える介護ニーズが多く出され、会員には同じ悩みを持つもの同士の共感する力があることが分りました。そこで、地域包括職員やケアマネジャーが家族介護者の相談を受けたときに、会に家族の話し相手になってもらえる会員派遣を協力依頼することができるよう家族支援ネットワークを構築していくことになりました。

2) 地域に対するマネジメント（事例③）

2 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。
4 地域住民同士の支え合いの活動ができるよう働きかける。
7 必要に応じて社会資源の開発（活用、改善、開発）を行う。

A地区では、〇月〇日、社協のインストラクターの指導のもと、区長、班長、民生委員など地域の役員が集まり、地域支え合いマップの作成を行いました。この取り組みは、地域住民自身があらためて地域情報を出し合い、マップに落とすことで視覚的に情報を共有し、地域課題の確認を行なうことを目的にしています。地域包括職員も地域ニーズの把握のために参加しています。この作業の中で、この地区の要介護者のほとんどが遠いデイサービスに通っていること、地区内に介護保険事業所がひとつもないことや、地域サロンも開設されていないことが分りました。マップを作成しながら、介護状態にならないよう、遠くのデイサービスに行かなくても良いようにサロンをつくろうではないかという意見が出ました。

地域の中で協力してくれそうな人、参加して欲しい人をマップでチェックし、集会所を使って1回目の集まりを開くことに決まりました。包括の保健師が介護予防のお話と体操をすることになり、しばらくは、社協と一緒に企画内容の相談にのることになりました。1ヵ月後、集会所には15人の高齢者が集まり、にぎやかに楽しい時間を過ごし、2週間に一回定例で開こうということになりました。

2) 地域に対するマネジメント（事例④）

８　警察署や医療サービス、インフォーマルサービス等との円滑な連携体制を構築する。
１０　定期的もしくは随時、地域での取り組みについて評価を行う。

〇〇市では、認知症に関する医療連携を構築しようと思い、市が医師会と地域包括支援センターの連携会議を企画しました。その席で認知症の受診について話題になり、個人開業の医師から認知症の診断は時間がかかりすぎるので、かかりつけ医には荷が重過ぎるという意見が出ました。

そこで、翌日のセンター内ミーティングで、主任ケアマネからケアマネジャーや相談員が受診につなげる際に、本人の状況を事前に聞き取り、より正確な情報をかかりつけ医に伝えられるよう、「物忘れ連絡シート」の作成をしたいとの希望が出されました。センター内で合意が得られたので、連絡会議に参加している医師からも意見をいただきながら、シートを作り上げました。

このシートができてからは、受診前にかかりつけ医に提供することで、認知症の診断がスムーズになったとの開業医からの評価をもらい、診断結果によっては専門医につなぐという流れも出来上がったとの声もありました。

2. 目的を達成するためのマネジメント

3) 政策に対するマネジメント

１　保険者（市町村）に対して、センターの取り組みと課題について理解が深まるように働きかける。

２　センター運営協議会や地域の関係者、関係機関に対して、センターの取り組みと課題について理解が深まるように反映させる。

３　制度、施策の課題等について、地域の関係者・関係機関とともに、行政に対しその解決に向けた働きかけを行う。

４　保険者の介護保険事業計画へ反映させる。

社団法人日本社会福祉士会　「地域包括支援センター社会福祉士　評価シート」を参考にして作成

3) 政策に対するマネジメント（事例）

３　制度、施策の課題等について、地域の関係者・関係機関とともに、行政に対しその解決に向けた働きかけを行う。

〇〇市では、生活圏域ごとに地区社会福祉協議会（地域の福祉課題に取り組む住民の自主組織）が設置されていました。

地域包括支援センターと市社会福祉協議会では、地区社協と連携して見守りネットワーク構築等の活動をしていました。

活動の中から、地域での共通課題や、住民で解決できない課題もあることがわかってきたため、社会福祉協議会がコーディネートし、行政や地域密着型事業所、介護保険事業所、その他事業所、学校、地域包括支援センター等が参加して生活圏域における地域住民主体の会議（地域ケア会議）を開催する運びとなりました。

この会議を行うことによって、地域の課題の把握・共有や、支援を必要とする事例を共に考えるきっかけとなり、「共助」を高めることができました。

また、地域住民で解決できない課題に関しては市に提言していくことになりました。

3. 事業計画

1) 事業計画とは

・組織の理念（ミッション）に基づき設定した目的（ビジョン）を達成するために、長期、中期、年度などの単位で定められる計画である。
・具体的な到達目標と活動とを明確にしたうえで、なすべき行動を定めたものである。
・事業計画は組織構成員のモチベーションが高まるものでなくてはならない。
・目標は明確に示し、達成することの意義が全体で共有されなければならない。
・確実な目標達成のために、実行中の活動を評価し、評価に基づき、計画・戦略・戦術を見直すことが重要である。
・実行段階ではPDCAサイクルを意識的に実行する。

３．事業計画

2) 事業計画の作成

・現状分析からスタート（ニーズ調査とアセスメント）
・事実をベースに分析することで、目標とのギャップが見えてくる。
・外部環境の分析→地域の情況、利用者、家族、ボランティア、地域住民等のニーズを把握する。
・内部環境の分析→計画実現のために必要な経営資源（ヒト・モノ・カネ）が備わっているか。

３．事業計画

3) 事業計画の効果(なぜ必要か)

・事業体の意思を内外に示す。
・明確な理念に基づいて策定された事業計画の実行プロセスは、事業体の働きが広く社会に認知されるにとどまらず、地域社会を変革し事業体が地域に支えられて発展する方向につながる。
・組織文化を高める。
・明確な目標を組織内で共有化することにより、組織構成員の共通認識を高めることができ、モチベーションやモラールを高めることができる。
・目的意識的な仕事によりサービスの質が向上する。
・事業計画の実行に沿って働くことにより、自らの仕事が全体の中でどのように位置づけられているかを理解でき、自らの役割を理解することができる。

4. 行動計画

1) 行動計画の策定

事業計画に基づき、目標達成のために　取り組むべき具体策を盛り込み、それぞれの具体策ごとに担当者、評価項目と目標数値、実行計画（工程）表を作成する。

工程表があることで、実行段階でのPDCAサイクルをまわすことができる。

4. 行動計画

2)行動計画の実行

（PDCAサイクルをまわしながら行う）

計画に基づき(P)

具体策を実行（D）

点検・評価を行う（C）

一定期間（1ヶ月・3ヶ月・半年）または、節目ごとに計画の進捗情況を評価する。事業計画の項目ごとに達成度を評価、分析する。

事業計画を改善する（A）

工程にずれが生じた場合などは、計画の修正を行い、次の具体策の実行に活かす。

5. 評価

・目標は理念、目的に沿って明確なものであったか
・目標実現の手段としての具体策は適当だったか
・目標は実現可能で全員が共有できるものであったか
・ゴールは明確だったか
・マネジメントは適切に行われたか
・求める成果は得られたか
・更なる改善・発展のためには、何が必要か

メモ

一般的に、評価には、その事業計画や企画・目的目標そのものが「妥当だったのか」をみる「企画の評価(計画の評価)」、「実施」がどうであったのかをみる「実施評価」、結果をみる「結果評価」があり、その全体をみる総合的な評価があります。ここでは、評価の一部を抜粋して紹介しています。

■まとめ

地域包括支援センターの目的・社会的使命は→地域包括ケアの実現

そのためにはマネジメント（組織運営）が必要不可欠

3つの要素

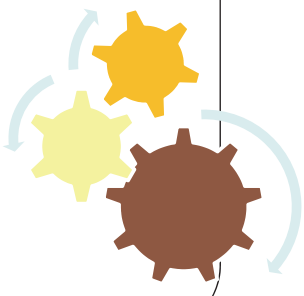
1組織が有する社会的使命を果たすこと
2仕事で人を生かすこと
3使命を果たすためのネットワーク構築（他機関・専門職・地域住民等）

事業計画
　組織の理念に基づき設定された目的を達成するための計画

行動計画の策定
　目標達成のために　取り組む具体策

行動計画の実行（PDCAサイクルをまわす。）

事業計画の評価



リーダーシップ発揮に必要な能力

① 目標・課題をきちんと捉えていること
② 目標・課題達成のための段取りが分かっていること
③ チームメンバーに敬意を持たれていること
④ 要所で決断が下せること
⑤ 必要に応じて代替案が提出できること

引用:「企画の立て方・第3版」星野匡著・日本経済新聞社

～皆様のご活躍を心からお祈りしています。ご清聴、ありがとうございました～

各研修項目の目的とねらい

memo

地域ケア会議と
自立支援に資するケアマネジメント

---

memo

「地域ケア会議と自立支援に資するケアマネジメント」

～個別課題解決機能に着目した地域ケア会議例～

■　研修のポイント

① 地域包括支援センターの事業内容と地域ケア会議の関係性の確認
② 自立支援に資するケアマネジメントに関する関係法令の確認
③ 事例を用いてアセスメントの解説、地域ケア会議の段取りの解説と開催準備等に関する演習
④ 事例に関する地域ケア会議の実際とその経過解説
⑤ 振り返りの意見交換

■地域包括支援センターの事業内容

「地域包括支援センターの設置運営について」（厚労省老健局関係課長通知より）

1　包括的支援事業

①介護予防ケアマネジメント業務

②総合相談支援業務

　初期段階での相談対応及び継続的・専門的な相談支援、その実施に当たって必要となる**ネットワークの構築**、・・・・・・を行うものである。

③権利擁護業務

④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

　「**地域ケア会議**」等を通じた自立支援に資するケアマネジメントの支援、・・・・・地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例等への指導・助言を行うものである。

【参考】介護保険法第115条の45第1項第5号
5　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り組みを通じ、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　多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築

　地域包括支援ネットワークの構成のための一つの手法として、**「行政職員、センター職員、介護サービス事業者、医療関係者、民生委員等から構成される合議体」（以下「地域ケア会議」という。）**を、センター（または市町村）が主催し、設置・運営することが考えられる。

①　地域ケア会議の目的

ア　**個別ケースの支援内容の検討を通じた、**

（ⅰ）高齢者の**実態把握や課題解決のための**地域包括支援ネットワークの構築

（ⅱ）地域の**介護支援専門員の**、法の理念に基づいた高齢者の**自立支援に資するケアマネジメントの支援**

（ⅲ）**個別ケースの課題分析等を行うことによる**地域課題の把握

イ　その他地域の実情に応じて必要と認められる事項

②　地域ケア会議の構成員

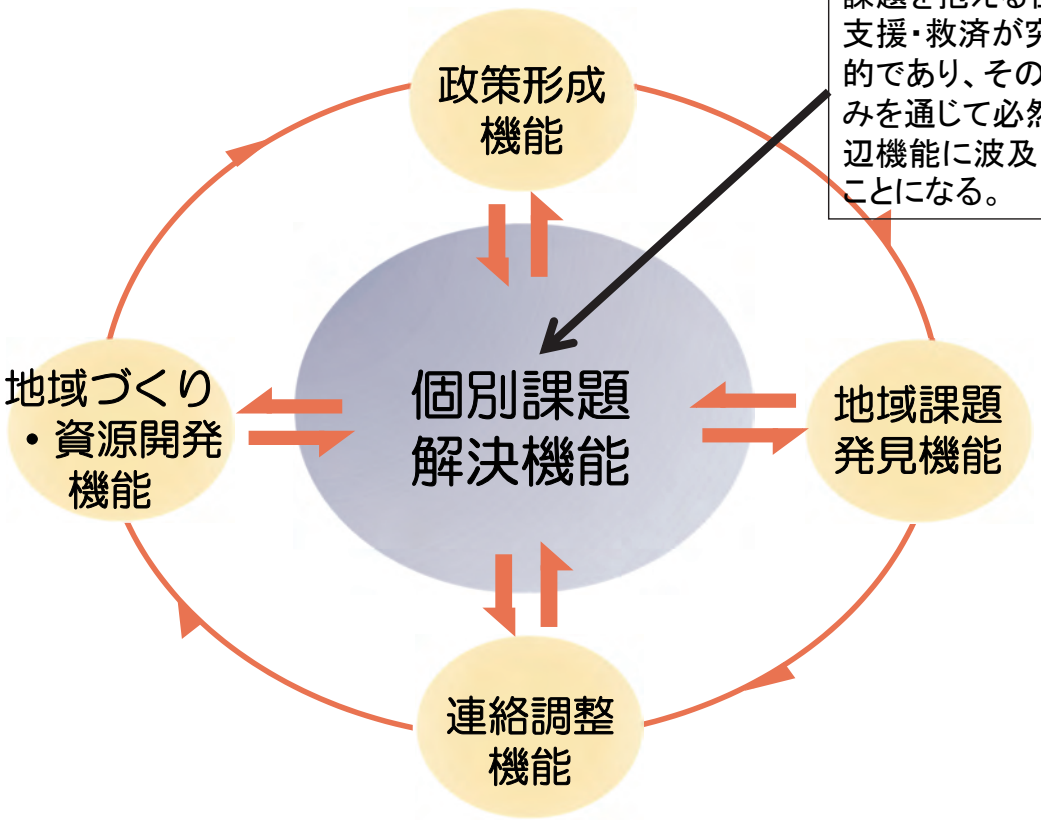
（以下略）

【参考】介護保険法第115条の46第5項

５　地域包括支援センターの設置者は、包括的支援事業の効果的な実施のために、介護サービス事業者、医療機関、民生委員法（昭和23年法律第198号）に定める民生委員、高齢者の日常生活の支援に関する活動に携わるボランティアその他の関係者との連携に努めなければならない。

地域ケア会議の主な機能

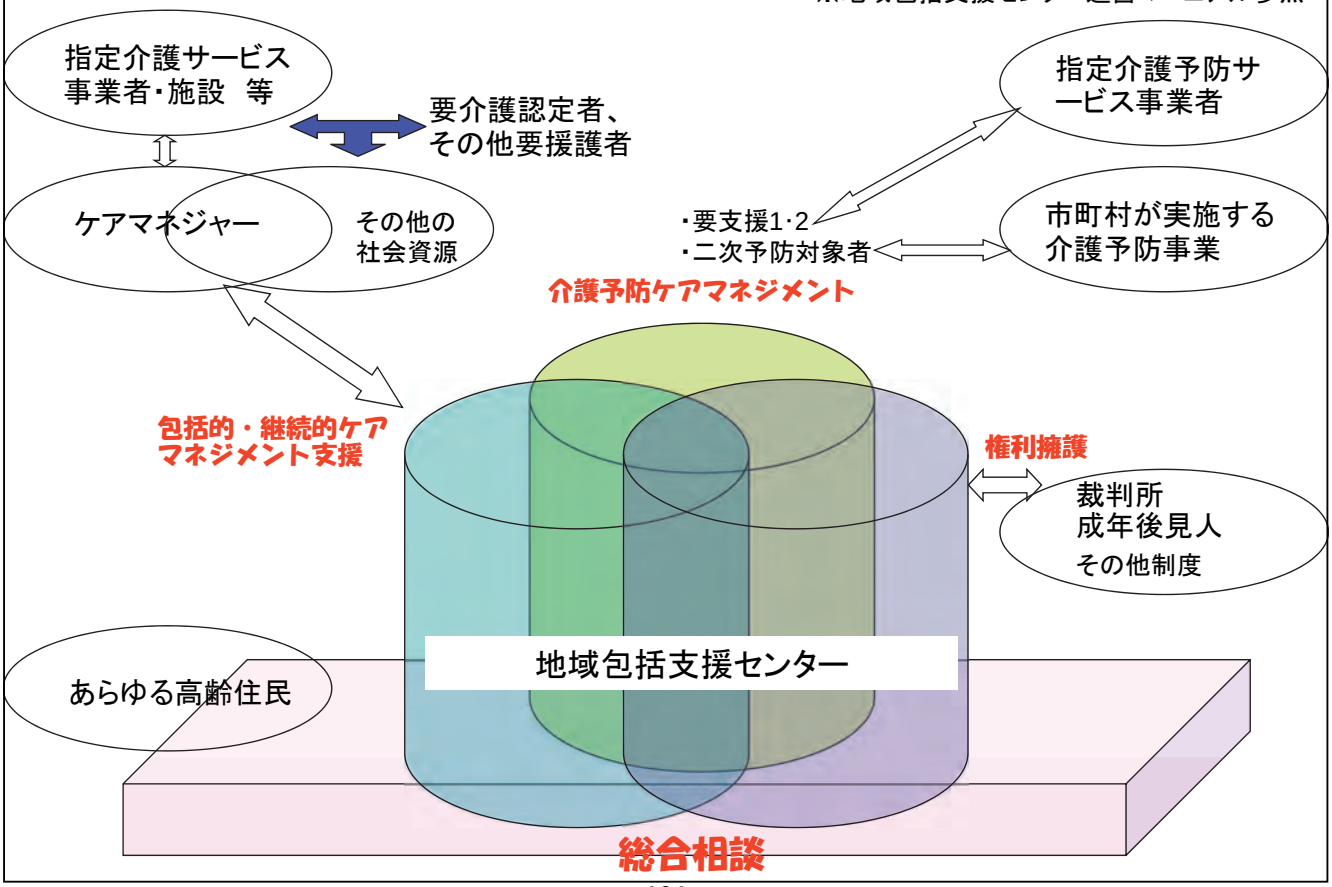
課題を抱える住民への支援・救済が究極の目的であり、その取り組みを通じて必然的に周辺機能に波及していくことになる。



地域包括支援センター運営マニュアル2012（平成24年3月長寿社会開発センター　p27）

地域包括支援センター業務の相関イメージ

※地域包括支援センター運営マニュアル参照



「自立支援」と介護給付の目的及び国民への期待

【第2条第2項】 (介護保険)

前項の保険給付は、**要介護状態又は要支援状態の**○○**又は悪化の**○○**に資するように**行われるとともに、医療との連携に充分配慮して行われなければならない。

【第4条】 (国民の努力及び義務)

国民は、自ら**要介護状態となることを**○○**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、要介護状態に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**○○○○**に努める**ものとする。

自立支援とアセスメント（専門職に必要な思考過程）

■アセスメントとは

利用者について、その有する能力、置かれている

個人因子

（注：この研修での本用語はICFの定義とは別のものと理解してください。）

る環境等の評価を通じて、自立した日常生活

環境因子　　**因子分解・分析**

が営めることができるように支援する上で解決

状態の軽減又は悪化の防止・遅延化

すべき課題の把握

そのための知識が必要になる

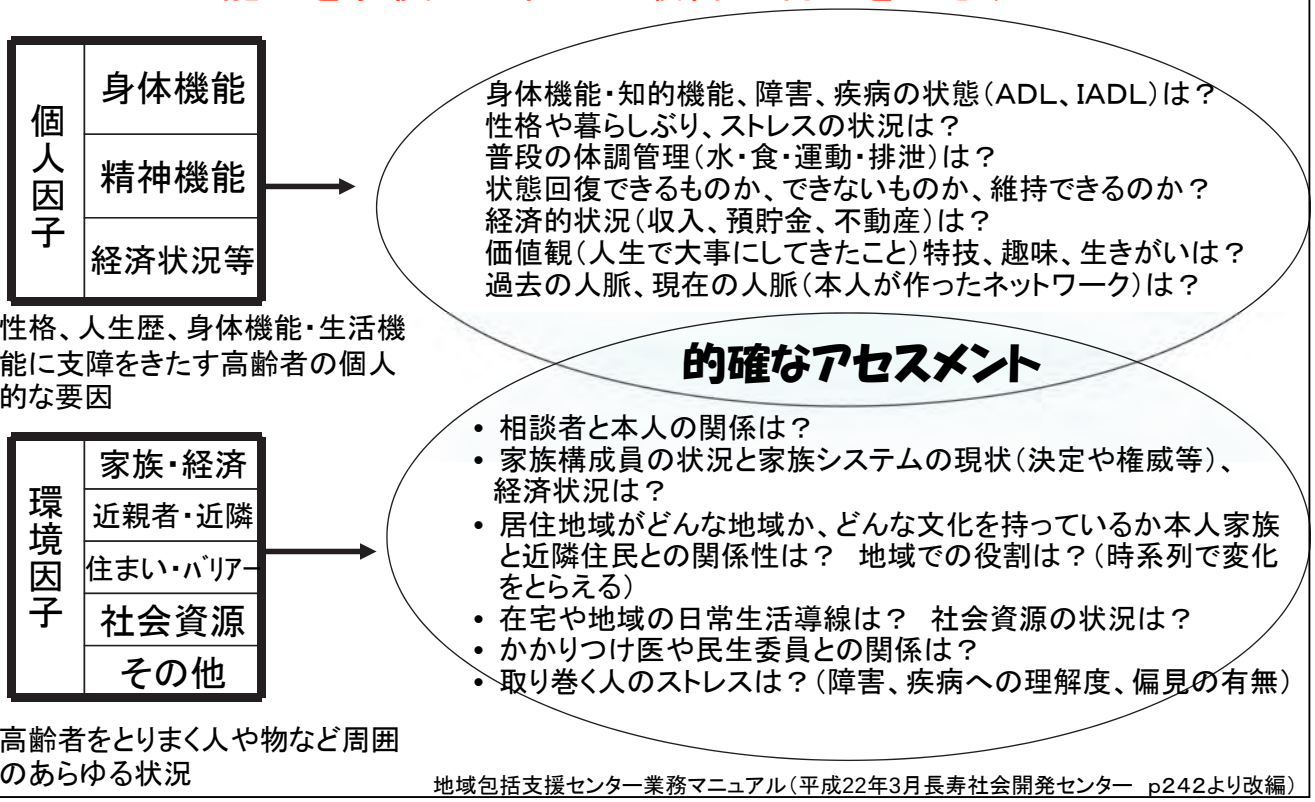
出来ない状態だけではなく、悪化させる原因・背景を探る

（「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」第13条第6号・7号を参照）

自立支援に資するケアマネジメントに必要な視点①

■ 自立した日常生活を阻む真の課題の解消を目指した支援方策

プロの能力を駆使して本人の最善の利益をめざす



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

自立支援に資するケアマネジメントに必要な視点②

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

自立支援に資するケアマネジメントに必要な視点③

- 本人や家族が地域とともに築いてきた強みにも着目し、出来ていたことや出来ることを把握し、意欲喪失をくい止め、QOLの維持向上を目指した暮らしぶりの再構築に向けた「自己決定」を上手にサポートすることにより、強制的なやらされ感ではなく、主体的な意欲を引き出す実践応用力が求められる。

- 予後予測をするという視点も求められる。

- 目標が明確に設定されており、モニタリング時に適切に分析・評価が可能であること。

【参考】 情報の整理

	－	＋
個人因子		
環境因子		

情報は、マイナス、プラス面両の視点で整理

≪情報整理の枠組み≫

個人因子・経済的因子（Aさんを主語に情報整理）

環境因子（Aさんの周囲を主語にAさんを取り巻く状況、関係性などを整理）

【洞察1】

マイナス面(弱み)とプラス面(強み)の利用

○ マイナス(弱み)

本人や家族、地域の課題＝目標へつなげる

○ プラス(強み)

→自立支援型マネジメントに使える

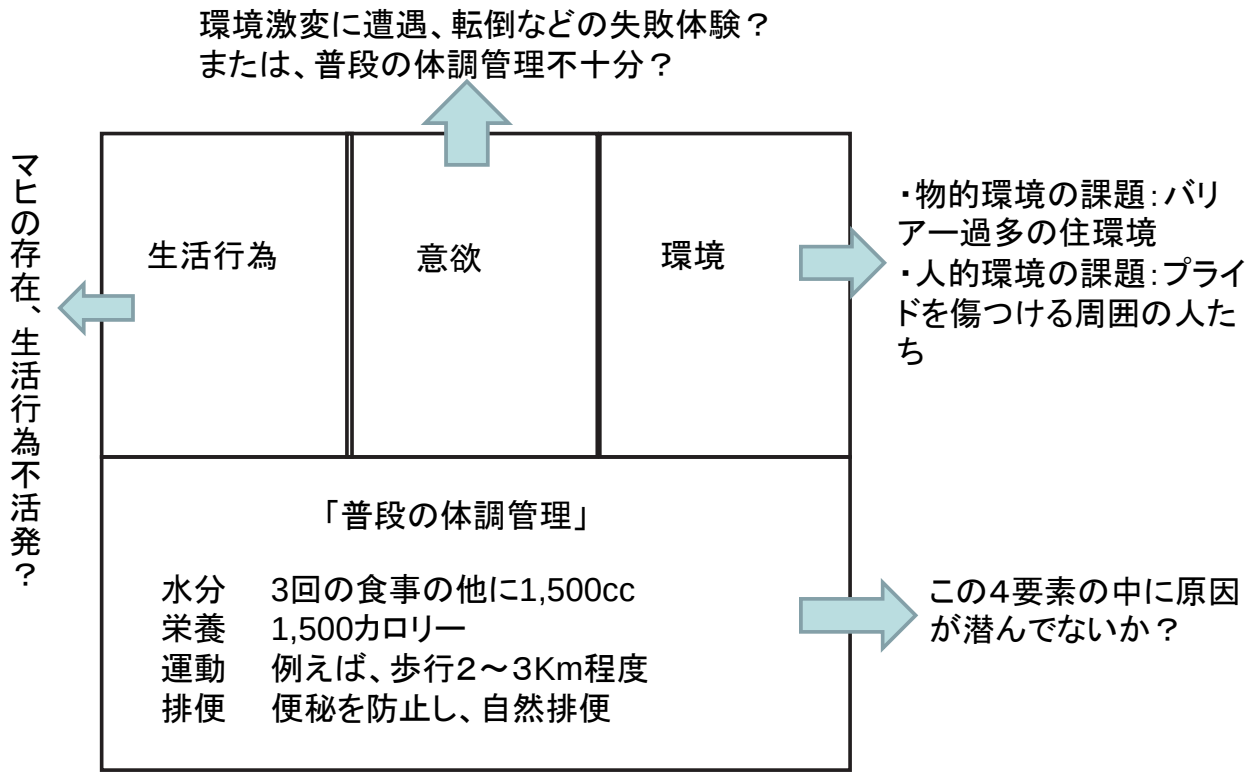
課題解決のための介入の糸口や対応方法に使える資源となる可能性が大きい。

※本人や家族、地域が課題解決していく主人公であり、今まで築いてきた関係性やネットワークを活用したほうがよりスムーズに解決に結びつけることができる。また、様々な関係者とつながりを持って暮らし続けていくことが自立支援に資するケアマネジメントになっていく。

※当事者たちが気付いていない「強み」を、専門家が気付かせてあげれば、意欲の維持向上に役立つことも期待できる。

【洞察2】

その人の心身機能低下の原因・背景を探る



事例の紹介

- 地域ケア会議に取り上げる具体的相談事例を紹介します。
- この事例をとおして、地域ケア会議の段取りや事前準備の演習をしていただきます。
- ケアマネジャーからの相談受付資料を読み上げますので、状況をイメージしてください。

ケアマネジメント相談受付票　　【担当：××××】

相談者　●●居宅介護支援事業所　　▲▲　　（・年・月・日受付）

氏　　名	A さん	**女** **80 歳**	**住所**	
要介護度	**要介護1**		**有効期限**	年　月～　　年　　月

ケアマネジャーの発言要旨	包括センター発言要旨
●　自分の担当している利用者が、スーパーで何回かお金を支払わずに帰って来てしまい、警察沙汰になっている。 　家族から「もうグループホームか施設に入所させたい」と相談を受けているが、担当マネジャーとしては、まだ地域の関係者の理解と簡単な見守り支援があれば、今の家での生活を継続できるのではないかと思っている。 　しかし、自分ひとりで多くの関係者の理解と協力を得るのは、まだ経験したことがなく、ここは一つ包括センターの力添えを得たいと思って相談に来た。 ●　利用者基本情報、ケアプラン資料は別紙ですが、ポイントをかいつまんで説明します。 1．本人の状況：平成 23 年 1 月認知症を理由として要介護 1 と認定される。（レベルⅡｂ）、80 歳女性。訪問販売被害、店でレジを通さず品物を持ち帰る、などの支障が出ている。 2．家族の状況：日中独居。三男と同一世帯であるが、三男は仕事の関係で週 2～3 日週末のみ帰宅。認知症状が出てからは、三男不在の平日は次男が泊まる。長男と本人は折り合いが悪いが、長男の嫁は役所の手続きや通院支援など手伝う時もある。夫は 35 年前に死亡。 **3．スーパーで金銭を支払わずにトラブルをおこす**：平成 22 年 10 月ころにスーパーから『お金を払わずに商品を持って出て行こうとした』と警察署に通報があり、警察から三男に連絡があったことが発端。 　そのころ、同じ事の繰り返し発言などもあり、不審に思って近くの診療所を受診し、認知症と言われ要介護認定の申請をした。	・　利用者の現在の状況やこれまでの経緯のポイントを教えてください。

４．デイサービスの利用：買い物以外に興味や周りの人との交流を楽しんでもらうことを期待して、デイサービスを月・水・金の週３回利用のケアプランを作成。 　しかし、デイサービス利用後も同様の行為があり、日中家族が不在のため、警察署からケアマネジャーに相談が入った。	・現在のサービス利用状況を教えてください。
５．他の困りごと：ゴミ出し日を間違えて近所から苦情を本人が言われることも時々あるようだ。	・ほかにお困りのことはありますか？ ・それも課題ですね。
６．主治医の所見：アリセプトが処方されている。2週間に一度の受診と言われているようだが、定期的な受診はできていない様子。確定診断名は聞いていない。 　家での服薬は確認が難しいので、明確に把握してない。週末は三男が飲ませていると聞いている。 　この辺も課題だと思っている。	・認知症についてはどういう診断で、どういう治療を受けていますか？ ・薬はきちんと飲んでいますか？
７．スーパーでのトラブルについて：食料品売り場の品物が殆どだと聞いている。いつも支払わないということではなく、実際は、お金を払うときが多い。次男が通帳の管理をして、1 週間に 1 万円程度を適宜Ａさんの財布に補充していると聞いている。息子さん達はお金に困っていない。	・スーパーでお金を支払わずに持ち帰る品物の特徴は何かありますか？
本人の体格は中肉中背で特別痩せているという印象はない。調理はある程度はできている。ただ、最近失敗が多くなり落ち込んでいる。	・お腹が空いたときに食料品売り場に行くのかな？体格はどんな感じですか？
８．トラブルの背景を探る：認知症になって社会のルールを忘れ、欲しい物を直感的に手にしてそのまま帰るのではないかと考えている。本人に『万引き』という意識はないと思う。	・それでは、お金を払わず品物を持ち帰るわけを探りましょう。
そうは思うのですが、日中独居ですので、なかなかＡさんの行動の状況把握は難しいと思っている。	・いつ、どのようなときに起きるのか観察し、背景を分析する必要があります。 ・ところで普段の体調と認知

脱水と便秘を予防することは大切なことだと知ってはいるが、日中独居のため事実確認が出来ないので困っている。どうしたらよいのか方法はありますか？　運動は公園の散歩をよくしている。	症との関係を聞いたことがありますか？ ・具体的には、脱水や低栄養、運動不足、便秘だとぼんやりすることが多く、認知力が下がり失敗が多くなります。水分摂取量や摂取カロリー、排便状況などを把握しておりますか？ ・普段の体調に影響する 4 要素を把握するためのチーム編成と把握方法を検討する必要があると思います。
10. 近隣の反応：スーパーからは店に来ないようにしてくれと強い抗議がきている。近隣の住民、町内会や民生委員は、ゴミ出し日の間違いの件などがあり不快感を持ってはいるが、これまでのＡさんとの交流もあり、苦労して息子さんたちを育ててきたことも知っている人たちがいるので、最近サークル活動に参加しなくなったＡさんを心配していると思う。	・ところで、近隣の反応はいかがですか？ ・ご家族の心配は分かりますが、あなたがおっしゃるように、今の地域での生活の継続念頭に、いろいろ試行錯誤してみましょう。 ・そのために、ご家族への認知症の基礎知識を改めて説明しながら、併せて近隣の方々や民生委員と家族など関係者が一堂に会して、今後の A さんの方針に関する話合いの場を設けましょう。
11. 関係者が一堂に会した話し合いに向けて：包括センターがそのような場作りをしていただけると大変心強いです。 ベテランのケアマネジャーなら、包括センターを	・それでは、包括センターが地域ケア会議を開催する方向で検討します。内部の合意が得られたら、関係者に声をかけます。

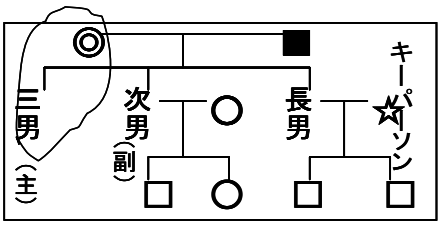
頼らなくても自分で関係者に集まってもらって、ケア会議を主催するのかも知れませんが、私はまだそのような経験がなく、包括センターの援助は助かります。よろしくお願いします。 　今後、本件に関して私が包括センターにどのように協力すればよいのか教えてください。 　A さん担当のケアマネジャーは私ですから、責任を持って準備に協力します。	・今後、内部で下記のようなことを検討しながら、地域ケア会議のケース検討会のための資料を一緒に作成していただきます。 　また、地域ケア会議では、あなたから課題を説明していただきますので、そのつもりで協力をお願いします。

●A さんの地域生活支援に関する地域ケア会議開催に向けた準備
- ・緊急性・重要性の判断
- ・普段の体調管理の観察・分析と予後予測
- ・本人の思い、家族の理解状況と近隣・関係者に対する思いを探る
- ・近隣の見守り、声かけなどの理解と協力への期待度。
- ・地域生活の継続を目指した試行錯誤へのトライのための情報収集・分析の具体的な方法
- ・将来の認知症の進行に伴う権利擁護の視点
- ・関係者への根回し、ケア会議をどのような段取りで進めていくか。

利用者基本情報（表面）

作成担当者：

《基本情報》

相　談　日	年　月　日（　）	来　所・電　話 その他（　）	初　回 再来（前　/　）
本人の現況	在宅・~~入院又は入所中~~（　）		
フリガナ 本人氏名	Ａさん	男・女	M・T・S　6年　月　日生（　80　）歳
住　所		Tel Fax	（　） （　）
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・~~Ｊ１・Ｊ２・Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・Ｃ２~~	
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・Ⅰ・Ⅱａ・Ⅱｂ・Ⅲａ・Ⅲｂ・Ⅳ・Ｍ	
認定情報	非該当・要支１・要支２・要介１・要介２・要介３・要介４・要介５ 有効期間：平成　年　月　日～　年　月　日　（前回の介護度：　）特定高齢者		
障害等認定	身障（　）、療育（　）、精神（　）、難病（　）、・・・（　）		
本人の住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無（）階、住宅改修の有無		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・厚生年金受給であるが、かっての訪問販売契約の支払が残っており、裕福ではない。		
来所者 (相談者)		家族構成	家族構成 
住　所 連絡先	続柄		
緊急連絡先	氏名 / 続柄 / 住所・連絡先 長男妻 三男 次男　同居 長男		（家族関係等の状況） 三男を最も気に入っている。次男、長男の妻も協力的である。

《相談内容と対応》

相談経路		
相談内容	認知症状が顕著になり、スーパーなどで料金未払いなどトラブルになることがある。買物から他に興味や関心を持ってもらうため通所介護を利用しているが、通所介護利用後も料金未払い行為が生じている。ゴミ出し日も間違いが多く、このままでは、地域から排除の声が出てくるおそれがある。	
他機関での相談状況		
対　応	緊急・通常・継続（　回目）・情報提供のみ・終了	
	支援計画（概要）	
	相談継続	つなぎ先：　担当者： 内容： 日時：　年　月　日（　）　時／TEL・Fax・Mail

利用者基本情報（裏面）

<table>
<tr><td>今までの生活</td><td colspan="4">（本人への聞き取り＋長男の妻から補足）　夫は自営業であったが、S50 年にガンで死亡。酒の飲みすぎが悪かったらしいと述懐。残された子どもが 7 歳、5 歳、4 歳。母子寮に入りパート勤めを経て、老人ホームの介護職員として勤務。長男が中学の頃に家を購入。定年まで働き子育てをする。定年後は自治会のゲートボールやカラオケなどのサークルに積極的に参加。平成 19 年（76 歳）頃から物忘れが目立ち、サークル活動から離れる。同居の三男が隣県に会社を興し多忙になる。訪問販売被害、道に迷う、スーパーでお金を払わず品物を持ち帰る、ゴミ出し日を間違うなどの支障が顕著になってきた。通帳は次男が管理して、1 週間に 1 万円程度を適宜本人の財布に補充している。</td></tr>
<tr><td rowspan="4">現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）</td><td colspan="3">1 日の生活・すごし方</td><td>趣味・楽しみ・特技</td></tr>
<tr><td colspan="3">通所介護【デイサービス】に行かない日は、近所の公園から商店街を眺めながら散歩することが多い。</td><td rowspan="2">3～4 年前から参加してないが､かつてはゲートボールやカラオケのサークルに行くのが楽しみだった。
なべを焦がすときもあるが、簡単な調理は行っている。三男の食事の用意をすることは楽しみのようだ。</td></tr>
<tr><td>時間</td><td>本人</td><td>介護者・家族</td></tr>
<tr><td></td><td>通所介護
月・水・金</td><td>同居の三男は仕事が多忙で週 2～3 日しか帰宅してない。
三男が帰宅できないときは、次男が泊まってくれる。</td><td>友人・地域との関係</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td>親子で若いころから暮らしていた地域のため、前からのつながりがあり、好意的に思っている人も近くにはいる。
子どもの友人も近くにいてＡさんのことは承知している。</td></tr>
<tr><td colspan="2">本人の生活の希望・課題・困りごと等</td><td colspan="3">ご家族の生活の希望・課題・困りごと等</td></tr>
<tr><td colspan="2">同居している三男は週末にしか帰ってこない。三男が帰らないときは、次男が泊まりにきてくれるので、特に心配していない。</td><td colspan="3">物忘れがひどく、判断力が低下しているので、訪問販売被害やスーパーでお金を払わないこともあり、今後も金銭によるトラブルが心配。最近は、近所づきあいも減り、家族の見守りも充分にはできていない。日中の一人暮らしがいつまで維持できるか不安である。</td></tr>
</table>

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

年月日	病名	医療機関・医師名 （主治医・意見作成者に☆）			経過	治療中の場合は内容
平成 21 年 8 月	認知症			Tel	治療中 経観中 その他	●アリセプトのみ処方、服薬状況不明。２週間に１度の受診と言われているが、定期受診できていない。 ●水分制限、塩分制限の指示なし。
平成　年 月　日				Tel	治療中 経観中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス
通所介護サービス　月・水・金	

第1表

居宅サービス計画書(1)

作成年月日　　年　　月　　日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名　　A さん　　殿　　生年月日　　年　月　日　　住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

楽しみのある生活をしたい。

居宅サービス計画作成(変更)日　　年　　月　　日　　初回居宅サービス計画作成日　　年　月　日

認定日　　年　　月　　日　　認定の有効期間　　年　月　日 ～　　年　月　日

要介護状態区分	(要介護1)　・　要介護2　・　要介護3　・　要介護4　・　要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	本人:いつまでも息子と二人でこの家で暮らしていたい。 家族(3男):普段は仕事で不在なので、デイサービスを使いながら、日中何とか1人で過ごしていて欲しい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的な援助の方針	同年代の方と趣味活動等を積極的に行い、はりのある楽しい生活となるようお手伝いをしていきます。 緊急時連絡先　〇〇医院　〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇 Y男氏(三男)　〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇 Z男氏(次男)　〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし　　2. 家族等が障害、疾病等　　3. その他(

第2表　　居宅サービス計画書(2)　　作成年月日　　年　月　日

利用者名　Aさん　殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
お友達を作り、楽しい時間を過ごしたい。	同年代の方と過ごす時間を作り、	H23年1月～	①外出する機会を増やす。	H23年1月～	アクティビティに参加	○	通所介護		3回／週	H23年1月～
	楽しみのある生活をしたい。	H23年12月	②いろいろな人と話をしたり、付合いができる。	H23年6月						H23年12月
病気の進行を予防し、在宅での生活を続けたい。	自宅で健康で暮らせる。	H23年1月～	①定期的に受診できる	H23年1月～	医療機関の付き添い		長男の妻		2回／月	H23年1月～
		H23年12月	②薬をきちんと飲むことができる。	H23年6月	服薬確認		三男、次男		毎日	H23年12月

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

【参考情報①】

この事例を地域ケア会議の対象とする理由

- 地域生活の継続には関係者の理解と協力が必須と考え、
- 包括センター内で情報の共有をしつつ、3職種で相談したところ、
- 地域の関係者の理解と協力があれば、地域生活の継続が可能ではないか、という仮説を立て、試行錯誤をしながら地域生活を追求することとした。
- 今後、このようなレベルの認知症の人がますます増加するので、地域の関係者に認知症の理解と見守り支援などの必要性について理解してもらう。
- このような機会を通して、地域での人脈の輪（ネットワーク）を広げることも期待。
- 成功体験に結びつけることにより、関係者の大きな自信につながる。
- 地域の関係者を巻き込んで、認知症の人の地域生活の限界点を高めることを、戦略的に取り組む題材として活用する。

【参考情報②】

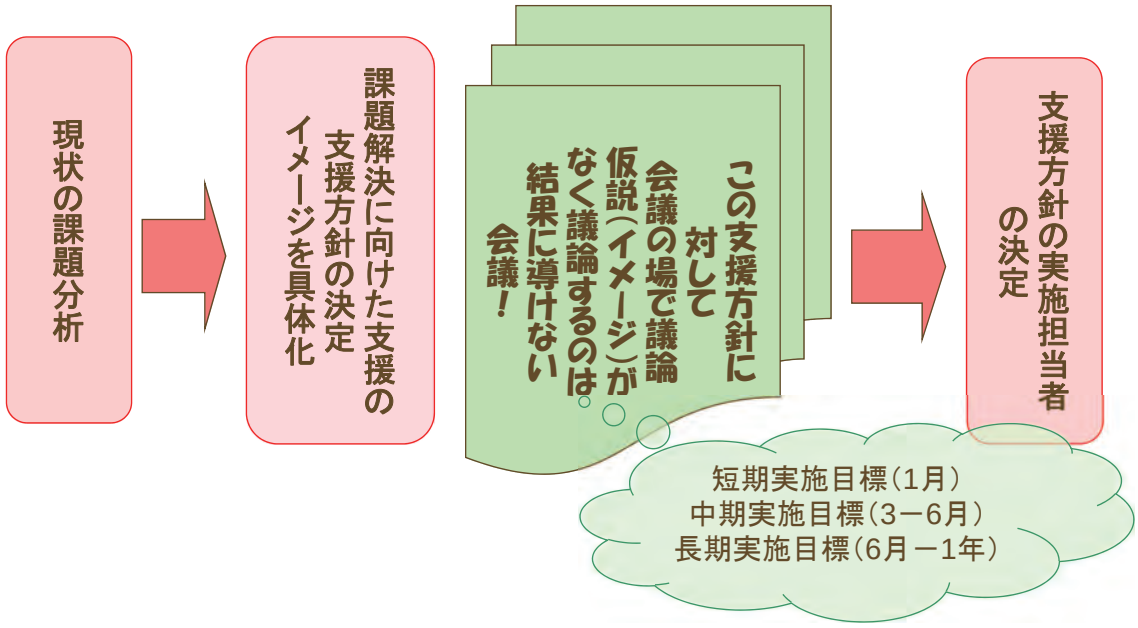
今回の個別ケースに焦点を当てた「地域ケア会議」と「サービス担当者会議」、「事例検討会」との違いについて

■ 「サービス担当者会議」は、ケアマネジャーの主催により、ケアマネジメントの一環として、居宅サービス計画原案に位置付けたサービス担当者等と利用者の状況等に関する情報を共有し、当該担当者から専門的な見地からの意見を求めるために行われるもの。

■ 「地域ケア会議」は、保険者又は地域包括支援センターの主催により、包括的支援事業の一環として、サービス担当者以外の第三者を交え、個別ケースの支援内容の検討のほか、これらを通じて地域包括支援ネットワークの構築、自立支援に資するケアマネジメントの支援、地域課題の把握等を行うために行われるもの。

■ 「事例検討会」は、援助者の実践力の向上を目指すもので、今、抱えている事例の支援のあり方に限らず、過去の事例も題材にして、多様な援助のあり方を学習しあうもの。
　サービス担当者会議や地域ケア会議のように、検討した援助や対応策について、評価を求められることはない。

会議の有効活用
課題解決のフロー



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 p246より）

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 p246より）

標準的な段取りⅠ～Ⅳ

Ⅰ 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）

事前に包括内での合意形成は必要

⇩ 課題の明確化と優先順位の整理
課題解決に向けた仮説（イメージ）の構築

Ⅱ 会議当日：担当者による事例ポイント説明

⇩ 関係者に集まってもらい合議

Ⅲ 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）

⇩ 情報の共有と役割の決定・確認

Ⅳ 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

実行してみて仮説及び実施方法の妥当性の検証と今後の対応を協議

第Ⅰ段階　地域ケア会議の事前準備

生活に支障を抱えている人

その人の家族

支援が必要と教えてくれる近隣の人など

排除すべきと言ってくる近隣の人など

本人・家族からの相談、近隣等からの相談、通報、苦情

包括支援センターが支援対象の存在を知ることになる。

相談等の受付（スクリーニング）から課題の明確化へ

（詳細は地域包括支援センター業務マニュアル参照ください。）

その事例に関係する人たちの状況に応じて、関係者間の共通認識の形成、支援体制を構築するための会議が必要となる場合がある。

■　情報を収集・分析して、地域ケア会議に参加を呼び掛け、会議に配布して説明するため、次のような資料を作成する必要があります。

※　その過程において、必要に応じて根回しなども行うことも考えられます。

地域ケア会議アセスメントシート（例）

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

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

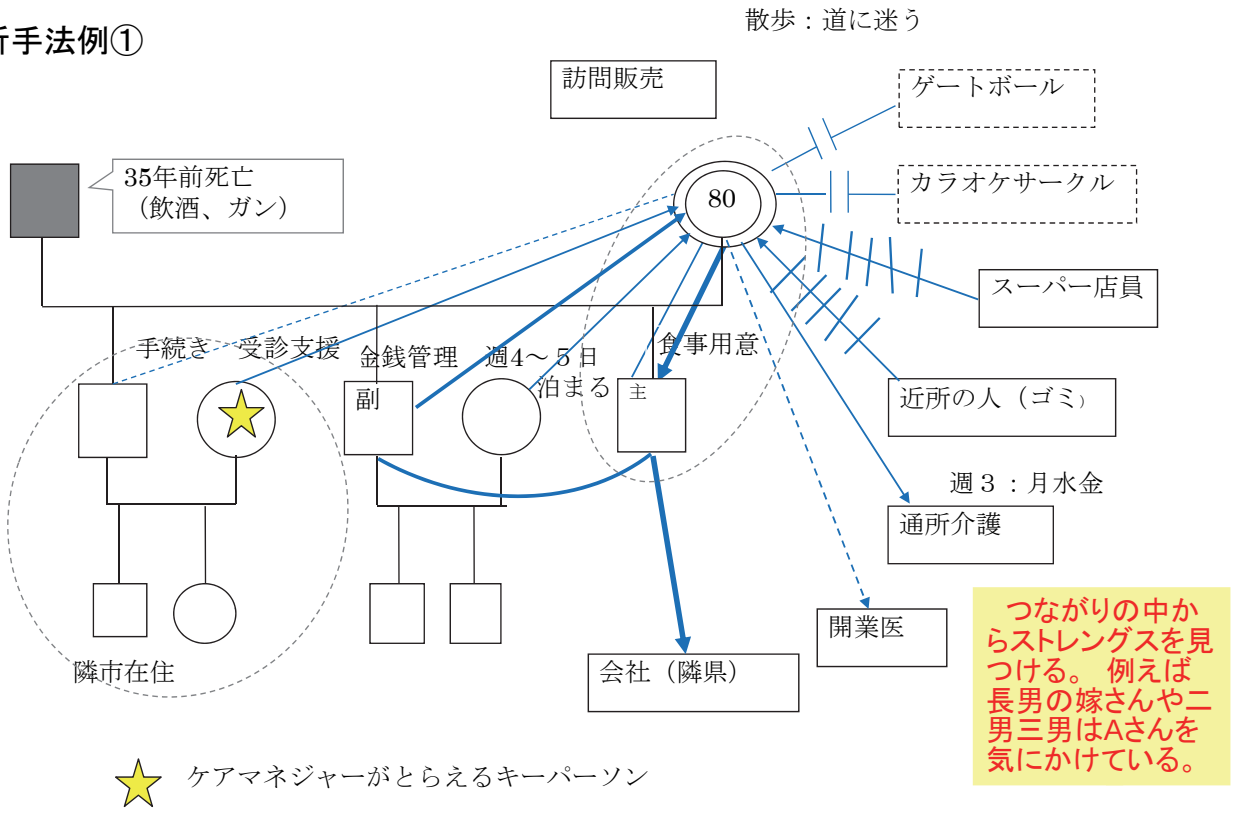
日付　H　　年　　月　　日　　記入者

課題をひも解いて、明確化していくための補助シートの紹介

- ジェノグラム・エコマップによる関係者と社会資源の整理
- 本人と家族の時系列整理
- 本人と家族の課題の優先度の整理
- 本人の生活行為の現状評価と予後予測の整理

ジェノグラム・エコマップによる関係性の整理

分析手法例①



【見えてきたストレングス】

- Aさんは一人で子ども3人を育て、家まで建てたたくましい人
- 三人の子供たちは、家族をもったり、会社を興すなどしっかりと育った。
- だから、子供たちはそれなりにAさんを気遣い、面倒を見ている。
- 地域の人たちと付き合う社交性をもちあわせていた。
- 年金があり、返済があるため豊かではないが、暮らしには困らない。

分析手法例②

Aさんとその家族の時系列整理

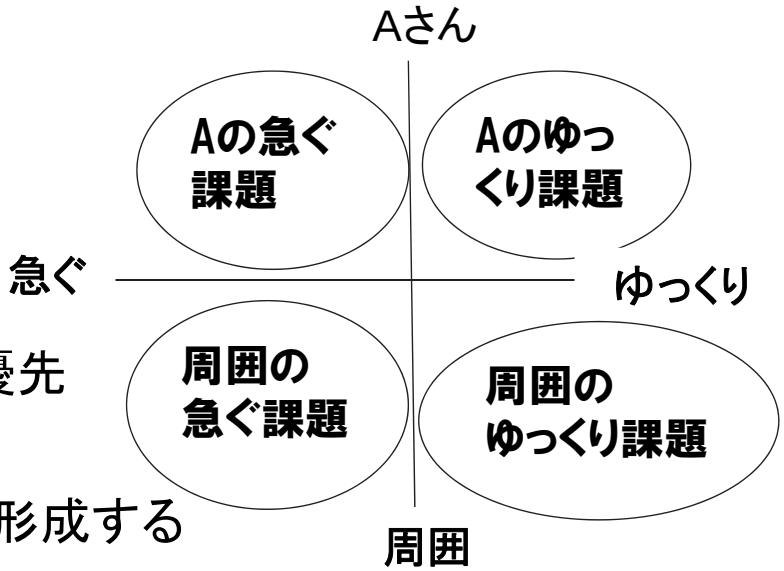
		S50年				H3年	H8年		H19年	H20年
☒	床屋経営		がんで死亡							
A	紡績工場で働く	35歳結婚	38歳長男 40歳次男 41歳三男 出産	母子寮で生活、パート勤務	老人ホーム介護職員	自宅を購入	定年・パート勤め	年金生活 カラオケ ゲートボール	次男の孫の世話	認知症出現サークルやめる	道に迷う、スーパーでのトラブル
長男	☆人生歴、家族の変化を見るための図 Aさんが、何年とか何歳とか基準を決めて家族の変化をエピソードとして記入することでみていく。	7歳	母子寮で暮らす		高卒で就職家を出る	結婚	孫誕生			妻が時々世話にくる	
次男		5歳			高卒で就職家を出る	結婚	孫誕生			平日は母親宅に泊まる	
三男		4歳			高卒で就職 自宅通勤			隣県で会社を興す		週末のみ帰宅	

課題抽出と優先順位

整理した情報から、課題を抽出しマトリックスで整理

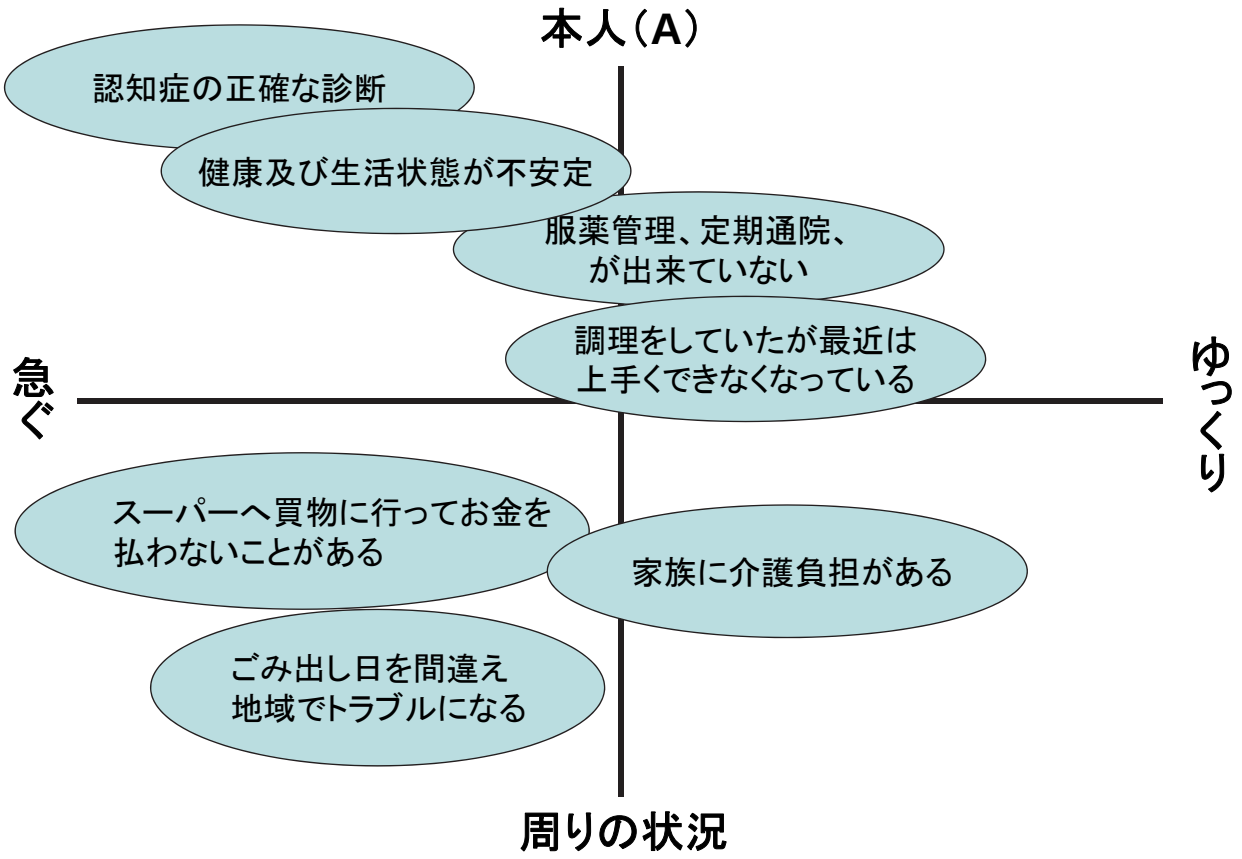
- 誰の課題か
- 急ぐのか
- ゆっくりでよいか

※課題ごとに
本人本位か
専門職の見地を優先するか検討し
センター内合意を形成する



分析手法例③

Aさんとその家族の課題整理



「生活行為評価票」による現状評価と予後予測の整理表

自立度	自立		一部介助		全介助	
困難度と改善可能性	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

	生活機能	事前	予後予測	備　考
ADL	室内歩行	○1	○1	
	屋外歩行	○1	○1	
	外出頻度	○1	○1	
	排　泄	○2	○1	水分摂取、食事、運動のバランスを整えると改善可能性あり
	食　事	○2	○1	訪問介護を活用し食事の自立性を高めるような工夫をする。
	入　浴	○2	○2	
	着脱衣	○2	○2	

IADL	掃　除	△1	⇨ ○2	
	洗　濯	△1	⇨ ○2	
	買　物	△1	⇨ ○2	
	調　理	△1	⇨ ○2	
	整　理	△1	⇨ ○2	
	ごみ出し	△1	⇨ ○2	
	通　院	△2	⇨ △2	
	服　薬	△2	⇨ △1	
	金銭管理	△1	⇨ ○2	
	電　話	△2	⇨ △2	
	社会参加	△1	⇨ ○2	

水分摂取、食事、運動、排便のバランスを整え、ヘルパーの協力、近隣の声かけなどの見守りがあれば、本人の不安と混乱が軽減し、改善が期待できる。

理論的には期待できるが、一方、上記の普段の体調管理の状況を的確に把握すること及び不十分なところのカバーについて、その具体的な方法をどうするかが本質的な課題となる。

第Ⅱ段階　担当者による事例ポイント説明

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　p246）

【留意事項】

- アセスメントを実施した担当者が概要を説明
- 担当者は、必ずいったんは自ら考えた対応方針を示す。対応方針が変更になることも少なくないが、提案することが力量形成にもなると考えられる。
- 時間を効率的に使うために、事例の背景や状況、直接には関与しない内容は当初の説明から省く。（ポイントを簡潔に！状況説明を冗長にしない。）

第Ⅲ段階　司会者による進行・掘り下げ

●**鍵を握るのは、司会者の能力**
　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？ほかに誰の意見を聴取すべきか？など、会議を進行しながらもアセスメントや課題の整理を参加者と共有化していく。
●すべての参加者から発言を引き出すように留意する。
●ファシリテーション能力が求められる。
●ケア会議が終了する際に、次回のケア会議までの支援方針等の決定事項を確認。支援計画を実施する際の留意点や役割分担、等を確認しながら合意形成を行う。
●緊急時の連絡先等の確認を行う。

第Ⅳ段階　役割認識・実施～モニタリング

Ⅳ-①支援計画と役割分担の整理確認

	課題	目標	何を・どのように	担当者	期日
1					
2					

Ⅳ-②モニタリングの設定と留意事項

＊事例の動向予測を勘案して、モニタリングの会議開催時期を決めて合意を得る。

＊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。

＊？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。

Ⅳ-③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	・・・・・・・・・・・・・・	・・・・・・・・・・・・・・	達成した。	
2	・・・・・・・・・・・・・・	・・・・・・・・・・・・・・	達成できていない。	引き続き・・・・・・・・・・・・・・・・・・
3	―	―	―	新たに・・・・・・・・・・・・・・・が必要

【参考】モニタリング結果と、モニタリング後の支援計画と役割分担の関係性

	課題	目標	何を・どのように	担当者	期日
1					
2					

氏名	Aさん	男・女	住所	地域ケア会議（ケース検討会） アセスメントシート
要介護度	要介護1	有効期限		検討テーマ スーパーでお金を支払わずに帰って来てしまう認知症高齢者への対応

個人因子 健康状態やADL・IADLのポイント （生活支障をきたす要因に対する因子及び本人の持つ強み）	【普段の体調管理】 水分摂取、カロリー摂取、便秘の有無は不明、運動は散歩が好きで近くの公園を散歩している。 【疾患・服薬・通院】 ・認知症。開業医が診断し、アリセプトが処方されている。主治医意見書　の自立度判定はⅡb。水分制限・塩分制限に関する指示はない。 ・服薬管理は不明。週末三男がいるときは、飲んでいる。 ・医師から2週間に一度の受診が必要といわれているが、定期的な受診はできていない。 【ADL・IADL】 ・スーパーで何回かお金を支払わずに帰って来てしまい警察沙汰になっている。 ・ゴミ出しの曜日を間違えてしまい、近所から本人が注意をされている。 ・最近、単純な料理しか作れなくなった上に、失敗がたびたびあり、自信を喪失しかけている。 ・二男の渡す一週間一万円のお金の割り振りはうまくできていない。 ・三男の食事作りは自分の役割と思っている。 ・道に迷っても警察や、近所に人の声かけで帰ってくることができている。 【その他】

環境因子 （生活支障をきたす要因に対する因子及びサポート因子）	【家族環境】 ・本人の認知症に対する理解度は不明だが、いつまで日中独居の生活ができるかどうか不安を抱いている。 ・三男が同一世帯であるが、会社経営の関係で週に2～3日程度（週末）しか帰宅しない。三男が不在の日は、近所に住む次男が泊まりにくる。 ・長男は隣市に住んでいる。母親との関係は良くない。長男の妻は役所などの手続きをしたり、受診の支援等の協力している。 ・ 夫：昭和50年に死亡。 【住環境】：特になし 【近隣環境】 ・長年、三人の子育てをしながら生活を営んできた地域のため、息子の同級生や友達が家を継いで住んでいることもあり、長年のAさんの苦労を知っている人も多く好意的でもある。 ・カラオケやゲートボールの仲間からは、行かなくなった当初は心配の声がかかったが、それぞれ事情があり今はあまり交流はなくなっている。 ・昔から行っている美容院には今も行くと楽しくお喋りする。 ・スーパーから店に来ないようにしてくれと強い抗議がある。パートの店員の中には心配している人もいた。

経済的環境 （本人及び家族）	【本人】 ・Aさんは厚生年金であるが、受給額は不明。 ・以前の訪問販売契約の代金を現在も支払っており、余裕はないと思われる。 ・本人が銀行から引きおろす行為ができないため、三男が毎週1万円のお小遣いを渡している。 【家族】 息子達は経済的に困っていることはない。
現況	・買い物以外に関心ごとや興味を持ってもらうことを期待してデイサービスを週3回利用したが、利用後も毎日のように買い物に行っている。 ・ゴミ出しの曜日を間違えて、近所の人から注意を受けている。 ・認知症の診断は開業医が行い、専門医の受診はしていない。
問題点 課題	【個人因子からの課題】 ・スーパーでのトラブルの原因が不明瞭。 ・ゴミ出し日を間違えるため近所の人が気にし始めている。 ・調理能力の低下から自信喪失に陥りかけている。 ・認知機能に影響を与える、水分・栄養摂取、運動、排便の状況の把握が先決である。 【環境因子からの課題】 ・日中独居 ・家族の認知症に関する理解度が不明 ・スーパーの店員が冷たく接するようで、本人も不安気味になっている。
介入チーム	・居宅介護支援事業所　ケアマネジャー ・三男、次男、長男の妻 ・両隣り ・デイサービスセンター相談員 ・警察生活安全課 ・スーパー店長 ・民生委員 ・町内会長、班長 ・社会福祉協議会権利擁護センター ・かかりつけ医 ・地域包括支援センター3職種

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） ①支払をしないで商品を持ち帰ってしまう時の状況分析 曜日や時間帯に一定のパターンがあるのかを調べる。そのために、生活状況の把握と分析を行う。 ②ゴミ出し日の間違えを減らすための隣組の声かけ運動 ③必要があれば訪問介護サービスの導入（服薬と生活状況の確認） 特に、デイサービスがない日の日中独居の対応が課題。 ④スーパー、近隣の方々に対する認知症の人を理解するための勉強会開催の調整と家族内の役割の整理 ⑤主治医への定期的通院ができる。 ⑥アリセプトの朝食後の服薬確認と服薬支援の実施。 ⑦普段の体調管理（水・食事・運動・便）の確認体制の確立と支援の実施 ⑧専門医に受診し、正確な認知症の診断を受け適切な対応策を検討する。 ～以上の対応による情報を持ち寄って、1ヵ月後にモニタリング会議をすることとしてはどうか～ （中・長期目標として考えられること） ①調理能力が低下しているとは言え、三男に食事を用意するのが楽しみであり、引き続き調理ができるようなサポートを検討。 ②住み慣れた土地で生活できるよう地域の見守りを受けられるように支援する。 ③地域の人が認知症の理解を深めることができる。 ④消費者被害の防止等の権利擁護の必要性

本日の演習プログラム

【演習1】 地域ケア会議の開催前の準備①

～アセスメントシートの作成～

※的確なアセスメントと、その結果に基づく仮説の整理

【演習2】 地域ケア会議の開催前の準備②

～自立支援に資する支援計画案と役割分担表の作成～

※センター内三職種の合意形成

【演習3】 地域ケア会議の進め方

～地域ケア会議の進め方～

※参加者に求める役割、段取り、根回し等の検討

【ビデオ視聴】

【演習4】 地域課題の洗い出し

～個別課題から地域課題～

※支援の結果、この事例が「自立」になった場合
担当エリアにはどのような課題があるか

【演習１】の手順

Aさんのアセスメント結果の解説を聞いた感想を
近隣の方と話し合ってみてください。（10分）

Aさんのアセスメント結果の解説

- 地域ケア会議に検討事例を提出する際は、先ずは的確なアセスメントと、その結果に基づく仮説が整理されていなければ、会議が長引くばかりではなく、成果にもつながりません。
- ケアマネジャーから相談を受けた地域包括支援センターは、地域ケア会議を開催するに先立って、ケアマネジャーにAさんのアセスメントをする上での留意点を助言した上で、改めてアセスメントシートの作成と提出を依頼しました。

ケアマネジャーに対するアセスメント上の助言内容

○認知症ケアの目標は、周辺症状を引き起こす要因を取り除き、周辺症状そのものが出現しないようにすること。

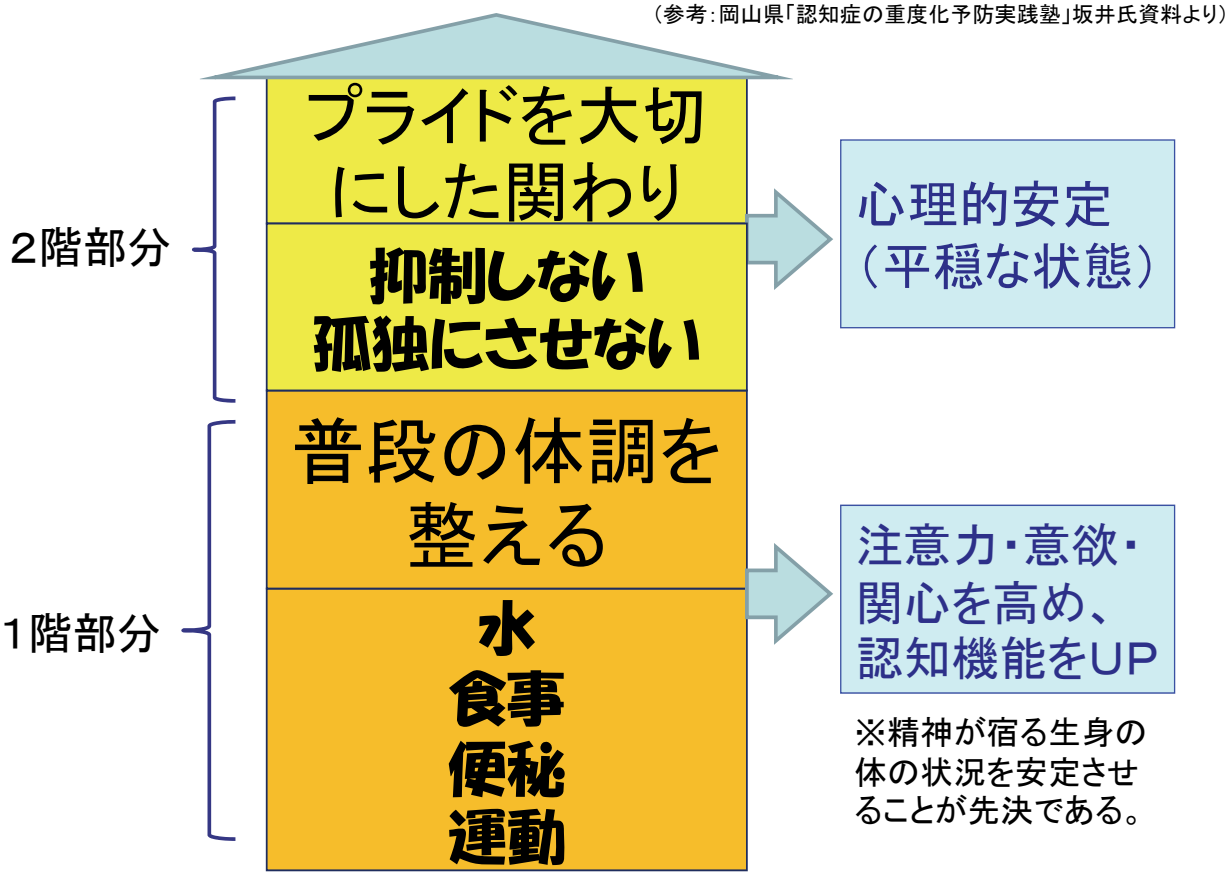
■多くの認知症ケアは、経験と勘を頼りに、出現する周辺症状に対処している。

例）徘徊が見られると、無理に連れ戻さず付き添い、頃合いをみて戻ってもらう「寄り添いケア」
→根本的な解決につながらず、徘徊は繰り返される。

（出典：岡山県「認知症の重度化予防実践塾」坂井氏資料より）

認知症の周辺症状を取り除くケアの基本

（参考：岡山県「認知症の重度化予防実践塾」坂井氏資料より）



【演習2】の手順

① 司会と板書係（発表者）を決める。
② 司会者からホワイトボード（次頁参照）を活用した会議にすることを説明する。
③ 司会者からこの地域ケア会議の目的について説明する。
④ ホワイトボードで意見の整理をしながら支援計画表を完成する。

（以上、20分）

ホワイトボードの利点

①目線が下を向かず、会話が活発になる。
②ボードに記載した内容がその場で、共有化され、内容が整理しやすい。
③論点が明確になり、共有できるため建設的な意見が促される。
④ファシリテーション技術を駆使できる。

→ **可視化することで情報共有が容易に。**

課題に対する支援計画原案作成

№	課題	目標	何を・どのように	担当者	期日

優先順位をつけた課題に対する計画を立てる。

・課題に対する目標

・目標達成に向け何を、どのように、

・だれが　・いつまでに行うか？

■重要な視点として、高齢者の場合は、普段の体調管理（水分、食事、運動、排便）が不十分なため、意欲や認知機能に悪影響を及ぼしていないかどうかを確認することが先ず必要である。

【演習３】の手順

① 次の内容について、グループ内で検討を行う。（20分）

■会議の日時・場所

■参加者の選定

■依頼の仕方

■期待される発言者及び発言内容

② グループ発表（5分）

グループ発表

・地域ケア会議の進め方についての準備に関して
出された意見は？

・センター内で合意を得る上での論点は？

・どのような議論をし、合意形成を図ったのか？

【解説】 地域ケア会議参加者の決定

•根拠ある参加者の選定

抽出した課題から参加メンバーを選び
誰が依頼すると効果的かも配慮する

※　本人、家族の参加についても検討

【参考】地域ケア会議メンバー候補

本人、民生委員、ご近所、町内会長、元友人
スーパー店長、三男、二男、長男の妻
ケアマネジャー、デイサービス職員、主治医
警察、社会福祉協議会など

【解説】 参加依頼（事前調整＝根回し）

・誰が誰に依頼するか、声掛けの順序等配慮

※　地域の権力構造、しくみ等地域のアセスメントをしておくことも必要

・会議の目的と何故あなたに参加を依頼したかを明確に伝える。

【参加依頼の効果】

① 参加の動機付けと一定の役割確認ができる。

② 参加呼びかけで、仮に参加の約束が得られなくとも、つながりができ、更なる情報収集ができ、アセスメントが深まる。

【解説】 会議運営の準備

会議が効果的に運営されるよう、また、ネットワークが促進されるよう準備をする。

・会議のプログラム

どのような内容を深め、どのような意見が引き出せるとよいか。

・司会や記録など役割

・場所（役所、集会所、個人宅？）時間帯

・資料の用意、ホワイトボードの用意

・座り方、お茶、アイスブレイク？

さて、いよいよ
地域ケア会議が始まります。

■会議資料

・アセスメント資料

・生活行為評価票による現状評価と
予後予測の整理票

【演習用ビデオ】

「地域ケア会議」における司会者の役割について

【解説】ビデオ視聴後の解説

・司会者の役割、進め方

・事例の説明の仕方

・事前準備が生きているか

・参加メンバーはこれでよいか

（参考）

ビデオ事例の推移の紹介

地域ケア会議開催までの事前調整

※ いきなり一堂に招集し地域ケア会議を開催するのは難しかったので、段階的に関係者との調整を重ねて、足場を固めてから地域ケア会議を開催することとした。

① （本人）、三男、次男、ケアマネジャー、デイサービス担当者を交えて、「普段の体調管理」、服薬管理、定期的通院の確保について、意見交換 ⇒訪問介護サービス活用の検討

② スーパー、警察、（本人）、三男、ケアマネージャーを交えて、三男からスーパーへのお詫び、ケアマネジャーから認知症ケアのチェックポイント説明・訪問介護サービスの導入によりケア方針を見直すので、もうしばらく様子を見てもらうように要請。

③ 民生委員、近所の人、町内会長、（本人）、三男、ケアマネジャーを交えて、（本人）と三男からお詫びと感謝を申し述べ、ケアマネジャーから認知症ケアのチェックポイント説明・訪問介護サービス導入によりケア方針を見直すので、近隣の方にも、出来る範囲での協力を要請。

（注：本事例では本人は参加してないが、事例の状況に応じて本人参加の検討が必要）

地域ケア会議により合意された支援計画と役割分担

	課 題	目 標	何を・どのように	担当者
1	支払をしないで商品を持って帰ってしまうときの状況を分析する必要がある。	お金を支払う時と支払わない時の傾向を把握し、対策を考える。	スーパーの過去の記録を調べて、何か傾向があるかを分析する。	スーパー、ケアマネジャー
2	ゴミ出しの日を間違えるなど地域のルールを守ることが難しくなってきている。	ゴミ出しの日を間違えないようにする。	①カレンダーに印をつけるよう促す。 ②ゴミ出しを支援する。	家族 （訪問介護の利用も検討）
3	認知機能の低下に影響を与える要因を把握する必要がある。	体調を整え、落ち着いた生活が送れる。	①水分・食事・運動・排便と服薬状況の観察を行う。 （家族、デイサービス共通の記録を作り観察をする。）	家族、デイサービス

（前頁からの続き）

	課題	目標	何を・どのように	担当者
			②普段の体調管理（食事・運動等）について支援する。（脱水の観察、好きな飲み物が目につくように配慮する。）	家族、デイサービス（訪問介護の利用も検討）
			③主治医への定期通院を支援する。	家族
			④朝食後の認知症治療薬の服薬を確認する。	家族（訪問介護の利用も検討）
			⑤専門医による診断を受け、認知症の適切な対応策を検討する。	家族、ケアマネジャー

地域ケア会議で合意された支援計画と役割分担を反映させた暫定的な居宅サービス計画書という性格のものである。

第1表　　居宅サービス計画書(1)　　作成年月日　年　月　日

初回・紹介・継続　　認定済・申請中

利用者名　A さん　殿　　生年月日　年　月　日　　住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

居宅サービス計画作成(変更)日　年　月　日　　初回居宅サービス計画作成日　年　月　日

認定日　年　月　日　　認定の有効期間　年　月　日～　年　月　日

要介護状態区分	(要介護1)・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	本人：息子が一生懸命働いている。家に帰ってきたときは、母親らしくしてやりたい。 家族(3男)：自分が家に帰るというと、料理を作ってくれているやさしい母親だが、最近警察に保護されたりゴミ出しの曜日を間違えたりして失敗が多くなり、落ち込んでいる。以前の明るい母親に戻ってほしい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的な援助の方針	日中一人で過ごされているため、生活状況が把握できていません。水分量や食事摂取状態・排便等基本的な体調の状態を観察し、不足している場合はすぐに対応できる体制作りを支援していきます。 緊急時連絡先　○○医院　○○○－○○○－○○○○ Y男氏(三男)　○○○－○○○－○○○○ Z男氏(次男)　○○○－○○○－○○○○
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし　2. 家族等が障害、疾病等　3. その他（

第2表　　居宅サービス計画書(2)　　作成線月日　年　月　日

利用者名　Aさん　殿

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	目標				援助内容					
	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
支払いをしないで商品を持って	お金を支払う時と	H23年1月	スーパーの過去	H23年1月	・スーパーの過去の		スーパー		1回/月	H23年1月
帰ってしまうときの状況を	支払わない時の	～	の記録を調べて、	～	記録を調べる。		ケアマネジャー			～
分析する必要がある。	傾向を把握し、対	H23年1月	何か傾向があるか	H23年1月						H23年1月
	策を考える。		分析する。							
ゴミ出し日を間違えるなど地域	ゴミ出しを間違えな	H23年1月	ゴミ出しを間違えない	H23年1月	・カレンダーに印をつけ		家族		1回/月	H23年1月
のルールを守ることが難しく	いようにする。	～	工夫をする。	～	る。		訪問介護利用の検討			～
なっている。		H23年1月		H23年1月	・ゴミ出しの支援					H2～
認知機能の低下に与える	体調を整え、落ち着	H23年1月	①水分・食事・運動・	H23年1月	家族・デイサービス		家族		毎日	H23年1月
要因を把握する必要性がある。	いた生活がおくれ	～	排便と服薬状況の	～	の共通の記録を作り	○	デイサービス		3回/週	～
	る。	H23年1月	観察を行う。	H23年1月	観察をする。					H23年1月
			②普段の体調管理（	H23年1月	・脱水の観察	○	家族・デイサービス		毎日	
			食事・運動等）の支援	～	・好きな飲み物が目に		家族		毎日	
			の実施。	H23年1月	つくように配慮する。					

※1「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第2表　　居宅サービス計画書(2)　　作成線月日　年　月　日

利用者名　Aさん　殿

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	目標				援助内容					
	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
			③主治医への定期	H23年1月	通院の支援		家族		1回/2週	H23年1月
			通院ができる。	～						～
				H23年1月						H23年1月
			④朝食後のアリセプト	H23年1月	朝食後内服を促がす		家族		毎日	H23年1月
			の服薬支援と服薬	～			訪問介護利用の検討			～
			確認ができる。	H23年1月						H23年1月
			⑤専門医に受診し、	H23年1月	長男の妻から主治医に		家族		1回/月	H23年1月
			正確な認知症の		相談をする。		ケアマネジャー			～
			診断を受け、適切な	～	ケアマネジャーも同席					H23年1月
			対応策を検討する。	H23年1月	する。					

※1「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

1ヶ月後のモニタリング結果の紹介

	目標	実施状況	目的達成状況	今後の対応方針
1	お金を支払う時と支払わない時の傾向を把握し、対策を考える。	過去の記録を調査した。	デイサービスに行かない日の夕方が多いことが判明し、脱水の可能性がある。 息子に食事作りをするために買物にいっていることが判明した。	●体調が安定して生活ができる。 特に、デイサービスに行かない日の水分確保。 ●息子のための食事作りをするために買い物に行っている。 ・献立を決めて必要な物を買うことができる。 献立が単調にならないように一緒に考える。 ・お金のやりくりができるようになる。 財布を持っているかの声かけをしてもらう。 買い物の金額をノートに一緒に記録し、残高を確認する。 悪徳商法の被害に遭わないように注意を払う。 ・息子に「美味しい」と言ってもらえる一品を作ることができる。 調理を一緒に行い、手順を助言する。

（前頁からの続き）

地域課題が見える

	目標	実施状況	目的達成状況	今後の対応方針
				●スーパーの方に、認知症の理解をしてもらうことができる。 **・認知症サポーター研修の開催を依頼**
2	ゴミ出しの日を間違えないようにする。	家族が、ゴミを出す日は玄関口にゴミ袋に「ゴミの日です」と紙を貼付してみた。	間違いが少なくなった。 たまに間違うが、近所の人がフォローしてくれる。	**●ゴミ出しの曜日等地域のルールを守ることができる。** **・ゴミ袋の張り紙は継続する。** **・声かけをしてもらう。** **●近所の人に認知症の理解をしてもらうことにより、付き合いを続けていくことができる。** **・認知症サポーター研修の開催を依頼**
3	体調を整え、落ち着いた生活が送れる。	連絡帳を作り、記録した。	水分摂取量が不足 アリセプトの内服は家族が確認	●水分摂取を促していく。 ●定期的な受診、専門医への受診を続けていく。 ●服薬確認は継続して行っていく。

地域ケア会議での合意を踏まえて見直した居宅サービス計画書について、1ヵ月後のモニタリング結果に基づき再度見直したという性格の居宅サービス計画書である。

第1表　　居宅サービス計画書(1)　　作成年月日　年　月　日

初回・紹介・継続　　認定済・申請中

利用者名　A さん　殿　　生年月日　年　月　日　　住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地　　楽しみのある生活をしたい。

居宅サービス計画作成(変更)日　年　月　日　　初回居宅サービス計画作成日　年　月　日

認定日　年　月　日　　認定の有効期間　年　月　日～　年　月　日

要介護状態区分	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	本人:息子が一生懸命働いている。家に帰ってきたときは、母親らしくしてやりたい。 家族(3男):自分が家に帰るというと、料理を作ってくれているやさしい母親だが、最近警察に保護されたりゴミ出しの曜日を間違えたりして失敗が多くなり、落ち込んでいる。以前の明るい母親に戻ってほしい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的な援助の方針	水分量・食事量・排便の状態を観察し、普段の体調が整えられるよう、支援をしていきます。 息子さんの食事つくりをするために、近所のスーパーで安心して買い物をして頂けるよう、近所の方やスーパーの方と見守りをしていきます。　○○医院　○○○－○○○－○○○○ Y男氏(三男)　○○○－○○○－○○○○ Z男氏(次男)　○○○－○○○－○○○○
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし　2. 家族等が障害、疾病等　3. その他(

第2表　　居宅サービス計画書(2)　　作成線月日　年　月　日

利用者名　Aさん　殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
水分・食事・排便等のバランスが崩れると、日常生活に混乱がおきている。普段の体調を整える事で、母親としての役割を続けていける可能性がある。	息子のために食事を作ることができる	H23年2月～H24年1月	①体調(食事・水分・排便等)が安定して生活ができる。	H23年2月～H23年7月	排便の状況や水分摂取量の記録	○	通所介護、訪問介護		3回/週・2回/週	H23年2月～H23年7月
					水分摂取を促がす。	○	訪問介護、通所介護		3回/週・2回/週	
					定期的に受診を続ける		本人、家族		1回/2週	
					服薬確認	○	訪問介護・通所介護		3回/週・2回/週	H23年2月～
							家族			
			②献立を決めて必要な物を買うことができる。	H23年2月～H23年7月	献立が単調にならないように一緒に考える。	○	訪問介護		2回/週	H23年7月
			③お金のやりくりができるようになる。	H23年2月～H23年7月	財布を持っているかの声賭けをしてもらう。		スーパーの店員		買い物時	H23年2月～H23年7月
						○	訪問介護		2回/週	
					買い物の金額をノートに一緒に記録をし、残高を確認する。		家族		買い物時	
						○	訪問介護		2回/週	
					悪徳商法の被害にあわないように注意を払う。		権利擁護センター			

※1「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第2表　　居宅サービス計画書(2)　　作成線月日　年　月　日

利用者名　Aさん　殿

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	目標				援助内容					
	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
			④息子に「美味しい」	H23年2月	調理を一緒に行い、	○	訪問介護		2回/週	H23年2月
			と言ってもらえる一品	～	手順を助言する。					～
			を作ることが出来る。	H23年7月						H23年7月
			⑤ゴミ出しの曜日等	H23年2月	玄関口のゴミ袋に		次男		ゴミの日	H23年2月
			地域のルールを守る	～	「ゴミの日です」と					～
			ことができる。	H23年7月	張り紙をする。					H23年7月
					声賭けをしてもらう		隣隣		ゴミの日	H23年2月
										～
										H23年7月
地域の方に認知症を理解しても	②近所の人との付	H23年1月	①隣組・町内会・スー	H23年2月	認知症サポーター研修		地域包括支援センター			H23年2月
らうことにより地域での役割を果	き合いを続けて	～	パーの方に、認知症	～	の開催を依頼し実行					～
たしていける可能性がある。	いくことができる。	H23年12月	の理解をしてもらうこ	H23年7月						H23年4月
			とが出来る。							
			②近所の人と一緒に	H23年2月	サポーター研修を受けた町内会		近所に方			H23年2月
			散歩が出来る。	H23年7月	の人と一緒に散歩をする。					H23年7月

※1「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

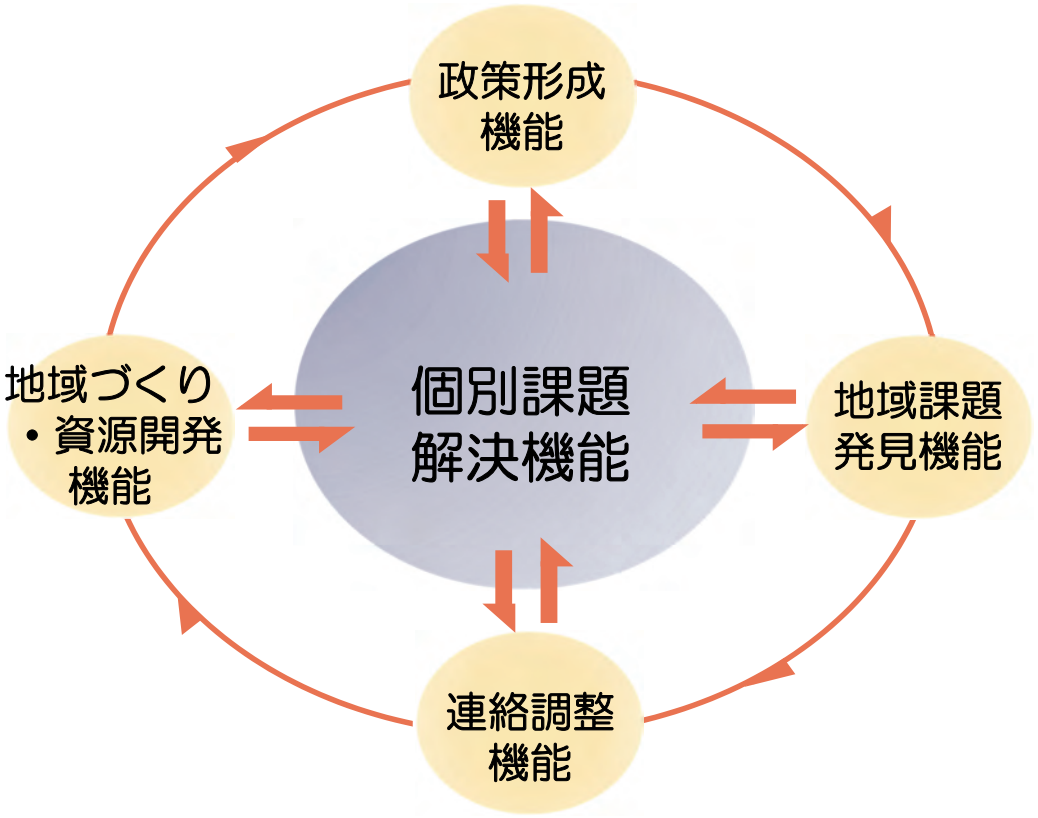
モニタリングから見えた地域課題

- 医療機関と連携をとりながら、介護サービスの導入等にて体調（水分摂取・食事・運動・排便等）を整えていくことで、ぼんやりしていた意識が、はっきりしてきた。（ゴミ出しの失敗が減る、周りが理解を示し始める）
- **普段の体調が整うまでの一定期間は、頻回な関わりが必要**

①集中して関わる時期を見極めて対応できる専門機関、事業所の連携体制が必要

②もともと地域との関係性がある人などは、家族や取り巻く人たちが認知症を理解できるようになると、家族などみんなの関わり方が変わり、良い方向に向かう

地域ケア会議の主な機能



地域包括支援センター業務マニュアル2012（平成24年3月長寿社会開発センター　p27）

【演習４】の手順

① この事例が「自立」になった場合、自分の担当地域で想定される課題は何か、グループ内で検討を行う。一つの事例の課題解決方法は、他の同じような課題を持つ人たちにも役に立つという視点で行う。（15分）

② グループ発表（15分）

【解説】地域課題から見えてきた新たな取組み例

認知症の人の日常生活を支えられる地域へ

・ご近所の人からのちょっとした手助け
・町内会ぐるみの見守り
・地域の認知症予防の取組み
・社会資源マップの作成
・安心してお出かけできる地域へ声掛け訓練
・介護保険事業所や専門機関との連携会議
など

【解説】本事例を活用して地域啓発へ

- 地域包括支援センター運営協議会
- 認知症の人と家族の会
- 民生委員の研修会
- 職域認知症サポーター養成
（警察、スーパー、金融機関など）
- 老人クラブ、シルバー人材センターの会合
- 町内会の集い
- PTAの集い

協力していただいた方々の所属先に、成果を報告しつつお礼を申し上げることにより、地道に理解者を増やす努力を継続することが、ネットワーク構築への第一歩であると考えている。

【まとめ】 講義・演習のまとめ

・・・ 修正されたプランとモニタリング結果、事例の顛末の紹介

【解説】 講義・演習のまとめ

・担当ケアマネは良いプランを作って自立につなげたこと。

・個別課題を蓄積することにより、地域の資源やインフォーマルサービスの不足等の地域課題が明確になり、次のステップの地域ケア会議に発展していくこと。

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

15:40－16:10

＜目的・ねらい＞

Ⅰ：センター長としての役割を再確認し、

Ⅱ：研修で学んだことをどのように実践に活かすか

検討し、決意を新たに職場に戻る。

Ⅰ　センター長としての役割を再確認

▼　地域包括支援センター長は、行政機能の一翼を担う一員として、我がまちの第6期介護保険事業計画の方向性に関心を持って、管内の全体を見渡す視点を持つことが大切です。

※「地域包括支援センター運営マニュアル」（平成23年3月（財）長寿社会開発センター）　P48参照

本研修の実施

（続き）

①地域包括支援センターの究極の目的は、「地域住民が、住み慣れた地域で安心して尊厳あるその人らしい生活を続けられるように支援」することです。（「地域包括ケアの実現」）

⇒課題を抱える個人への支援を、成果あるものとするためには、「自立支援に資するケアマネジメント」と、その支援が必要です。

②地域包括支援センターの究極の目的（「地域包括ケアの実現」）を達成するため、センター長のマネジメント能力が求められます。

⇒センター長は、3つのマネジメント（①組織内　②地域　③政策）を通じて、地域の課題に対する共通認識を得て、目的を共有化していくことが大切です。

③マネジメントの一つの実践手法として、「地域ケア会議」を活用することが通知に明記されました。

⇒このことが、「介護保険法第2条第2項と第4条」を具現化し、新設された「介護保険法第5条第３項、第115条の46第5項」につながります。

演習の説明

Ⅱ　地元に戻って実践すること！

（研修で学んだことをどのように実践に活かしていくか。）

【ワークのテーマ】

①センター長として、地域包括支援センターのためにプレゼントできること

②センター長として、地域住民のためにプレゼントできること

（続き）　　演習の進め方

▼①（センター内）~②（地域住民） について、
⇒まず、一人で考えてみてください。
（3分）

⇒グループで意見を出し合い、整理してください。
（9分）

⇒●「これだけは、全員実践する」をひとつ決めてください。（3分）

Ⅲ　各グループの決意表明の発表

▼来年の振り返り研修でまたお会いしましょう。皆様のご活躍を期待しております。

実践レポートの提出、
振り返り研修の開催等

---

memo

実践レポートの提出について

○　研修受講後、現場での実践を積み重ねることにより、実践力を向上させることが重要です。

○　このため、今年度末に、以下の点について、実践レポートをご提出いただきます。

- 具体的な実践内容
- 実践していく中で発生した課題
- 上記課題を解消していくための今後の方策　等

※様式や提出方法等詳細については、研修終了後にお知らせします。

振り返り研修について

○　中央研修受講者を対象に、現場での実践を踏まえた振り返り研修を行うことを予定しています。

○　詳細については、別途お知らせします。

（参考）

平成24年度地域包括ケア推進指導者養成研修　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　副会長	西元　幸雄
公益社団法人　日本看護協会　事業開発部長	村中　峯子
一般財団法人　長寿社会開発センター　事務局長	石黒　秀喜
一般社団法人　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　権利擁護事業委員会　委員 （社会福祉法人　長福会　デイパーク大府　施設長）	塚本　鋭裕
東京都多摩市　健康福祉部　高齢支援課長	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　社会福祉士	寺本　紀子
埼玉県和光市　保健福祉部　次長　兼　長寿あんしん課長	東内　京一
静岡県富士宮市　保健福祉部福祉総合相談課 参事・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　主査	藤原　静香
厚生労働省老健局老人保健課　介護技術係長	川崎　千恵
厚生労働省老健局振興課　課長補佐	山本　　亨
厚生労働省老健局振興課　課長補佐	品川　文男
厚生労働省老健局振興課　地域包括ケア推進官	岡島さおり