

第5期介護保険事業計画の策定に当たっての ポイント等について

平成23年7月

厚生労働省老健局介護保険計画課

目次

《総論》

	(頁)
I 計画策定にあたって	1
第1節 計画策定の背景	1
第2節 計画の課題	1
第3節 計画の理念・目的・基本方針	2
第4節 法令等の根拠	3
第5節 計画策定に向けた取組及び体制	3
第6節 計画の期間	4
第7節 他制度による計画等の整合調和（地域包括ケア計画のイメージ）	4

《各論》

II 高齢者・要介護（要支援）認定者の現状	5
第1節 高齢者の現状	5
第2節 要介護（要支援）認定者の現状	5
第3節 日常生活圏域ニーズ調査（詳細な高齢者生活実態調査）	5
III 介護保険事業の現状	11
第1節 給付実績（分析含む）の現状	11
第2節 サービス資源（基盤）の現状（計画基盤整備実績含む）	11
IV 介護保険事業計画の概要	12
第1節 人口及び被保険者数の推計	12
第2節 要介護（要支援）認定者数の推計	12
第3節 サービス利用者数及び利用量の見込みの推計	12
V 介護給付費等対象サービスの計画	13
第1節 居宅サービス（介護給付）	13
第2節 地域密着型サービス	13
第3節 介護予防サービス	13
第4節 施設サービス	13
第5節 各サービス別給付費の推移	14
VI 地域支援事業	14
第1節 地域支援事業の現状（地域包括支援センター及び各事業別記載）	14
第2節 地域支援事業の展開（推計：各事業別「地域生活支援サービス」）	14
VII 重点的に取り組む事が望ましい事項（別冊の事例集）	
第1節 高齢者の居住に係る施策との連携（別添 資料1）	
第2節 医療との連携（別添 資料2）	
第3節 認知症支援策の充実（別添 資料3）	
第4節 生活支援サービス（別添 資料4）	
VIII 第1号被保険者保険料の見込み	15
IX サービス基盤整備（広域分・地域密着分）	15
X 互助・インフォーマルな支援計画	15

【参考資料一覧】

（参考資料1）日常生活圏域ニーズ調査の調査票及び調査項目の考え方

（参考資料2）各サービスニーズ試算例

（参考資料3）第5期計画への介護予防・日常生活支援総合事業の実施の位置づけの検討について

- ◆ 平成24年度から平成26年度に渡る第5期介護保険事業計画の策定にあたって、前頁に掲げる目次項目に対し、その作成手法及び明記する事項等について、そのポイントとなる事項並びに各自治体で工夫された計画策定事例等を解説する。

《総論》

I 計画策定にあたって

第1節 計画策定の背景

【基本的な考え方】

介護保険事業計画の策定に当たっては、高齢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、①介護、②予防、③医療、④生活支援、⑤住まいの5つのサービスを一体化して提供していくという「地域包括ケア」の考え方を念頭に置きつつ、高齢者や高齢者を取り巻く地域の事情、特性等を反映させることにより、その地域に相応しいサービス提供体制の実現につなげるものとする。

また、平成27年（2015年）を見据え、平成17年に介護保険の持続可能性等の観点から介護保険法の大規模な改正を行い、予防重視、地域密着型サービスの導入や地域包括支援センターの創設など新たなサービス体系を導入して以来、中期的な視点で各種取り組みを行ってきたところであり、平成26年度末を一つの目標時期としてきているところである。したがって、第5期介護保険事業計画にあたっては、この考え方を基本としつつ、計画内容が自らの地域における高齢化のピーク時に目指すべきケアシステムの達成に至るよう適宜吟味の上、当該計画の策定にあたっていただきたい。

第2節 計画の課題

【主な記載内容】

上述のとおり、第5期介護保険事業計画の策定にあたっては、高齢者が要介護状態になっても、可能な限り住み慣れた地域において継続して生活できるよう、①介護、②予防、③医療、④生活支援、⑤住まいの5つのサービスを一体化して提供していくという「地域包括ケア」の考え方に基づき、取り組むことが重要である。

まず、第4期計画を検証評価し、目下の課題を明確にした上で、その課題に対応すべく第5期計画に必要な事項を盛り込むこととする。

【記載にあたっての留意事項】

- 第5期計画においては、高齢化の進展に伴い、とりわけ今後特に地域で体制を整えることが必要と考えられる以下の4事項について、地域の実情に応じた取り組みが進むよ

う計画の記載事項に追加（任意）することとしており、この点も考慮して計画を策定する必要がある。

- 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

※保険者の地域実情を踏まえる視点からの留意事項としては、以下の事項も勘案されたい。

- ・人口動向の視点（各地域で異なる高齢化の進展具合を踏まえた高齢化率と高齢者人口の地域別・将来推計）
- ・市町村合併の影響（合併前の個々の構成市町村単位で見れば、一定程度適切な介護保険事業の運営体制、介護基盤整備状況であったとしても、合併によって、①職員状況（数、資質の向上等）、②財政状況、③効率的な基盤整備の地域区分、④これまで培ってきた合併構成市町村単位での行政と住民相互の連帯状況等に変動が見込まれることから、必ずしも合併前の単純な各サービス量の総和で適切な基盤整備状況等とは言い難く、優先度の高い基盤整備の内容等に変化が生じ得ることに留意が必要。）
- ・単純なサービス総量だけでなく、人口比率等から見た場合の現在のサービス基盤と今後の基盤整備
- ・地域の実情に応じた最も望ましいと判断される日常生活圏域設定の視点（面積や人口だけでなく、住民の生活形態、地域づくり活動の単位などそれぞれの地域の特性を踏まえた範囲・移動時間（例・中学校区を基本とした圏域設定等））

第3節 計画の理念・目的・基本方針

【主な記載内容】

介護が必要な人の尊厳を保持し、能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援するという制度の基本理念を踏まえることが重要である。

また、介護保険サービスだけでなく、介護保険外の必要なサービスや地域の特性を踏まえた各種サービスとがあいまって適切に提供されてこそ、高齢者の自立・QOL 向上を効果的に支援することができることから、地域の介護力や住民同士の共助の仕組み等、地方自治体・住民・企業等の協働による「地域力」で高齢者の生活を支援することの重要性に配慮した計画を作成することが望ましい。

○ポイントとしては、次のとおり

- ・計画の目標は、住民の理解を得て円滑な介護保険事業運営を図る等の観点から、住民にとって分かり易いものとなるような文章にすることが望ましい。

第4節 法令等の根拠

【主な記載内容】

介護保険事業計画は、介護保険法第117条に規定された計画で、今回が第5期計画であること。また、介護保険の給付対象となるサービスの種類ごとの量の見込み等を定めるなど、介護保険事業運営の基礎となる事業計画である旨の記載を行う。なお、高齢者全体の保健・医療・福祉の施策全般を一体的に策定する場合も、各根拠法令等を記載する。

第5節 計画策定に向けた取組及び体制

【主な記載内容】

《実態把握と策定体制について》

計画の策定に当たっては、要介護者等の現状把握が不可欠であることから、日常生活圏域ニーズ調査等により、地域の課題等を的確に把握する。また、利用者や被保険者の意見を計画に適切に反映するとともに、住民に自らが深く関わる制度であるとの意識をもってもらえるよう、学識経験者や保健医療関係者、福祉関係者及び住民代表等で構成する計画作成委員会等を開催する。その際、地域包括支援センター運営協議会や地域密着型サービス運営協議会も計画策定に参画することが望ましい。また、計画策定委員会については、地域ごとのそれぞれの課題に適切に対応するため、管内の日常生活圏域毎に複数設置することも考えられる(策定委員会(中央型・日常生活圏域合議型))。さらに、計画策定委員会等における審議の公開や、計画策定内容等のパブリックコメント等により周知等を図る。

《計画策定に向けた取組について》

高齢化のピーク時にあっても高齢者の誰もが可能な限り安心して地域で生活できるよう地域包括ケアシステムの整備を図っていく以上、介護拠点等の基盤の拡充に伴う一定程度の負担の上昇は避けられない。

他方、高齢者を中心に負担の上昇にも自ずと制約がある中では、給付と負担の充実のバランスにも配慮することが重要である。介護保険制度や保険者への信頼に裏打ちされた保険料負担への納得感を、保険者が広く住民に対して醸成していくことは重要である。

今般、日常生活圏域ニーズ調査の新たな実施により、過不足の無いより精緻な必要サービス量の設定等を行うのも、こうした考えが背景にある。

住民の介護保険制度への信頼と保険料負担への納得があれば様々な形での制度への「参加」意欲の高まりにも大きく寄与することが期待されることから、こうした考えを念頭に計画策定に向けた取組を行うことも重要である。

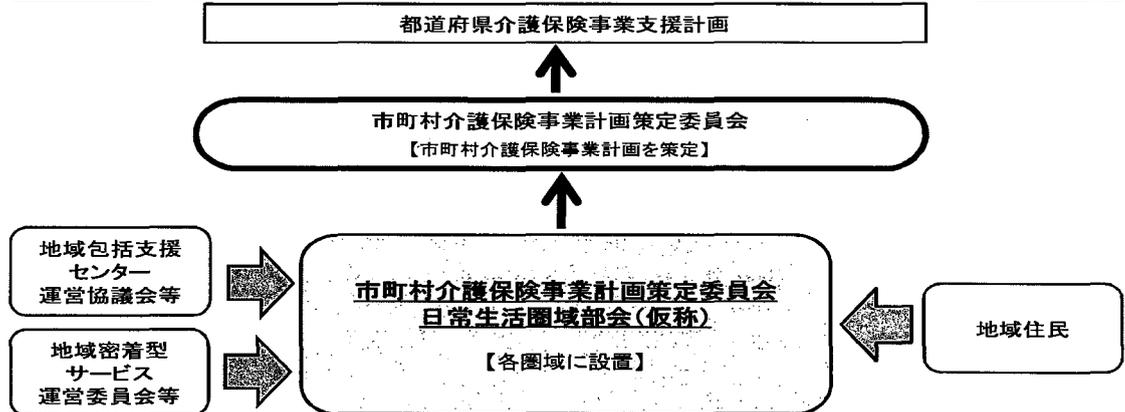
【記載にあたっての留意事項】

- 計画の策定に当たっては、その手法は地域ごとに異なると思われるが、地域の高齢者の現状を可能な限り正確に把握することが何より重要である。
- 日常生活圏域ニーズ調査の活用に加え、日常生活圏域毎の介護保険事業計画策定部会の開催や、地域包括支援センターで把握している地域情報の収集等により、地域ごとのニーズを分析し、ニーズに即したサービス整備を図る必要がある。
- より幅広く住民の意見を反映させる等、住民総意の計画として策定することは重要な意味があることから、その手法として、例えば、ニーズ調査分析結果等を整理し、公開のワークショップの場で地域住民等の参加の機会を設けることも考えられる。

※策定委員会と圏域部会の例

第5期介護保険事業計画策定体制の例

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



第6節 計画の期間

【主な記載内容】

計画期間は、平成24年度から平成26年度までの3年間の計画である。なお、本計画は第4期計画までの取組を踏まえ、また第6期計画以降、高齢化のピーク時の目指すべきケアシステムを念頭において、各自治体が目指す方向性と齟齬をきたさないよう配慮することも重要である。

第7節 他制度による計画等の整合調和（地域包括ケア計画のイメージ）

【主な記載内容】

住まい、介護、予防、医療、生活支援の5つのサービスを一体的に提供していく「地域包括ケア」の考え方に基づくことが重要であるため、計画は、老人福祉計画と一体のものとして作成され、また、医療計画、健康増進計画、高齢者居住安定確保計画、地域福祉計画等、要介護者等の保健、医療又は福祉に関する事項を定める各種計画と調和が保たれたものとする。

Ⅱ 高齢者・要介護（要支援）認定者の現状

第1節 高齢者の現状

【主な記載内容】

計画作成時における人口の構造（年齢別人口）、被保険者の数（圏域別）等を記載する。

【記載にあたっての留意事項】

- 圏域ごとの高齢化率、ひとり暮らし割合、持ち家割合、所得階層、活用可能な地域資源等の違いに着目して、当該圏域に必要な対策（認知症支援策の充実、高齢者に相応しい住まいの計画的な整備、生活支援サービス等を含む）を検討する視点が必要である。
- 地域の健康度を図る指標として、市町村別平均寿命、疾病別年齢調整死亡率、特定健康診査の有所見率・要指導率・要医療率等などを活用することも考えられる。その際は、近隣市町村や規模等が類似した他市町村との比較、管轄保健所内平均・都道府県平均・全国平均との比較の観点も重要である。
- 各自治体の高齢化のピーク時までには目指すべきケアシステムの達成に至るよう、その時点における、高齢化率や年齢階層別（5歳刻み）の高齢者人口等を念頭において、適宜吟味の上、課題を分析する視点も重要である。

第2節 要介護（要支援）認定者の現状

【主な記載内容】

要介護（要支援）認定者数・率の推移、日常生活圏域別にみた要介護（要支援）認定者数、要介護度別にみた認定率の推移等を記載する。

第3節 日常生活圏域ニーズ調査（詳細な高齢者生活実態調査）

【主な記載内容】

日常生活圏域ニーズ調査の必要性や、調査結果の活用方法（介護保険事業計画策定における活用方法および地域支援事業における活用方法等）を記載する。

また、日常生活圏域ニーズ調査や、地域包括支援センター等で把握している情報等が示す圏域ごとの課題・ニーズと、認定率の推移等の関連を分析する視点も重要である。

【記載にあたっての留意事項】

（1）日常生活圏域ニーズ調査の目的・意義

- 介護保険法は介護保険サービスを規定するが、介護保険サービスだけでなく、介護保険外の必要なサービスや地域の特性を踏まえた各種サービスとがあいまって適切に提供されてこそ、高齢者の自立・QOL向上を効果的に支援することができる。

- また、少子高齢化と人口減少に対応した社会システムを地域で構築していくことが重要であるが、その社会システムにおいては、医療・介護・福祉・住宅の各領域のサービスが、日常生活圏域において、適切に組み合わせられて提供されることにより生活上の安全・安心・健康が確保されることを実現していくことが求められる。したがって、地域基盤の強化を図りつつ、自助・互助・共助・公助の適切な組み合わせを住民とともに探る必要がある。
- 各自治体の高齢化のピークを迎える時期までに上記のような社会システム（地域包括ケアシステム）を構築することを念頭に、着実に各種取組を行っていくことが重要である。当然、直ちに地域包括ケアシステムの全てを構築することは困難であるため、例えば、最初から全ての領域の均等な整備を目指すのではなく、まずは各地域の地域資源の状況をはじめとした地域特性等の実情に応じた基盤整備を優先的に進めていくことも考えられる。
- 各保険者におかれては、第5期計画の策定に当たって、この調査を積極的に活用して地域の課題や高齢者のニーズ等をよりの確に把握し、①不足している施策やサービス等を分析して必要な介護サービスの基盤整備を構築する等、精度の高い第5期計画の策定を図っていただくとともに、②個々の高齢者の状態にあった個別ケアの推進に繋げていくことも重要である。

（2）調査結果の活用 ～介護保険事業計画策定における活用～

①日常生活圏域の課題の明確化

- 有効な介護保険事業計画を立てるためには、まず地域のニーズを客観的に把握する必要がある。日常生活圏域ニーズ調査は、日常生活圏域ごとに高齢者の要介護リスク等の指標を把握・集計することにより、日常生活圏域ごとに必要なサービスの種類・量を見込み、居宅介護・施設介護・地域密着型介護サービス等の基盤整備や地域支援事業・市町村特別給付・保健福祉事業等の構築をどのように進めていくかを政策決定するために行う。したがって、ここでいうニーズとは、日常生活圏域ニーズ調査の結果等をもとに判断した支援の必要性ということを意味する。

②介護保険事業計画の客観的基礎データの整備

- 日常生活圏域ニーズ調査により、例えば、認知症の方が多い地域や閉じこもりの傾向の見られる方が多い地域が明らかになれば、認知症デイサービスやグループホーム等の必要量、閉じこもり等の課題に対応した介護予防訪問介護の必要量、介護保険サービス以外の配食や送迎サービスの必要性などが明らかになる。
- 地域のニーズを推測による定性的なものではなく、根拠をもってある程度客観的に必要なサービスや事業メニュー、また、その数量を把握することにより、限られた財政のなかで無駄のない介護保険事業を実施することが可能になるとともに、合理的な人員配置や予算配分も可能になるものと考えられる。

- なお調査結果はニーズの数量的な把握の根拠を与えるものであるが、例えば、食事面での生活支援ニーズに対して「配食」で対応するのか、「共食」で対応するのか、あるいは認知症の増加に対して、「デイサービス」で対応するのか、「グループホーム」で対応するのかなど、ニーズへの対応策については、住民の意向も考慮しつつ政策的に決断していく必要がある。

(3) 調査結果の活用 ～地域支援事業等における活用～

①個人への結果アドバイス表の送付による健康への意識を高める効果

- 日常生活圏域ニーズ調査モデル事業では、記名式で行い回答のあった個人ごとに健康に関するアドバイス等を掲載した個人結果表を作成して返送することで、個人が自身の生活習慣を振り返り、健康への意識を高めるきっかけとなった。個人結果表を郵送するのではなく、地区ごとの説明会等を開催して、説明をしながら返却することも考えられる。
- こうした活用を意図するのであれば、日常生活圏域ニーズ調査は「記名式」で行う必要がある。これまでのモデル事業の実績においても、記名式だから回収率が低くなるとはいえず、むしろ記名式としたうえで、個人ごとのアドバイス表を送付することが、回収率を高める一要因（インセンティブ）として機能するものと考えられる。
- なお、個人結果表を返送する際に各個人の状態に適した介護予防教室の案内を同封するといった工夫も考えられる。
- 個人結果表の郵送、あるいは説明会等の開催にかかる費用については、二次予防事業対象者把握事業の一環として、地域支援事業交付金の対象となる。
- なお、第5期計画のサービス量の見込みや支援の必要性等を検討しやすくするための「生活支援ソフト」を先般配布したところであり、「生活支援ソフト」を活用して日常生活圏域ニーズ調査の対象となった高齢者の状況について様々に分析していただきたい。

〔参考：生活支援ソフトの計画策定面での活用イメージ（例）〕

自立に近い認定者の数と、逆に要支援・介護状態に近い一般高齢者・二次予防事業対象者数を比較しながら、将来的な認定率を検討することで、より精度の高い認定者数推計を行う。

②介護予防事業の対象者の同時把握

- 日常生活圏域ニーズ調査は、介護予防事業の対象者を把握する基本チェックリストの項目も包含しているため、計画策定のための地域の課題等の把握とあわせて、介護予防事業の対象者の把握や、その対象者の介護予防に係るニーズの把握も同時に行うことが可能。
- また、本調査は、閉じこもり、うつ、孤立・孤独や一人暮らしの認知症高齢者等の早期発見を行い、介護予防事業等による対応を図る上でも有効な一つのツールになり得る。
- 日常生活圏域ニーズ調査は、一義的には、より精度の高い介護保険事業計画を策定するための調査であるが、計画策定だけの活用に留まらず、介護予防事業の対象者および生活支援ニーズ等を把握することができる。

- たとえば、地域ごとの介護予防事業のニーズの把握を行うことにより、地域のニーズに合った介護予防プログラムの提供を計画、あるいは、介護予防事業の対象者の中でもハイリスクな特性を持ったグループを抽出し、優先順位をつけて介護予防事業を行うことで、より効率的に介護予防を実施し、効果を挙げていくことが可能となる。あるいは、必要な訪問・見守り等につなげたり、不足しているサービス（インフォーマルサービスを含む）を創出するなど、その後の活用を図ることにも有用であり、積極的に2次活用の検討をお願いしたい。
- また介護保険事業計画策定担当と、介護保険事業、地域支援事業、その他保健福祉事業の実施担当が、調査の趣旨について理解を共有するとともに、連携を図ることが重要である。

③市町村と委託先地域包括の高齢者データの共有

- 委託の地域包括支援センターの場合、市町村と高齢者台帳等を共有していない場合もあるが（紙ベースでしか共有していない場合を含む）、日常生活圏域ニーズ調査の結果を、市町村と委託先地域包括が共有することを前提に、個人情報保護条例等に則り調査を実施することで、その結果として得られる高齢者台帳を、市町村と委託先地域包括支援センターが共有することができる。
- なお、圏域ごとの課題・ニーズを分析した結果として、特定の圏域、あるいは特定の団地等に、特に重要な課題（例えば、特に一人暮らし高齢者の率が高い等）が存在することが明らかになった場合には、個別ケアの推進等を図る観点から、当該エリアの高齢者について、再度、日常生活圏域ニーズ調査を地域の実情に応じて悉皆でかつ記名式により行うことも意味があるものと考えられる。

④調査分析結果の住民との共有および活用

- 日常生活圏域ニーズ調査の結果等を圏域ごとに分析することで、当該地域の課題が明らかになってくる。それらの情報を、行政と住民が共有することは、自助・互助・共助・公助の適切な組み合わせを住民とともに探るために、きわめて重要である。また分析により得られた情報を、見守り活動や福祉マップづくりに生かしたり、災害時の安否確認や避難支援、あるいは転倒予防、認知症予防、地域包括支援センター等の広報に活用していく視点も必要である。
- なお、個人情報の取扱いにあたっては、適切な保護策を講じる等、配慮が必要である（平成22年9月3日事務連絡「地域包括支援センター等において地域の見守り活動等を構築していく際の支援を必要とする者に関する個人情報の取扱いについて」参照）。

(4) 事業の費用・効果

- 平成21年度に先行したモデル事業の実績によれば、日常生活圏域ニーズ調査費用を算定すると、調査対象1,000人・回収率95%とした場合、1人当たりの調査費用は1,900円前後（個人結果の結果アドバイス表の作成や、生活支援ソフトの作成等（付加）の経費を含む。）と見込まれた。

- 日常生活圏域ニーズ調査の実施効果としては、「①日常生活圏域の課題の明確化」「②介護保険事業計画の客観的基礎データの整備」「③個人への結果アドバイス表の送付による健康への意識を高める効果」、さらには④介護予防事業の対象者の同時把握等がある。

◎参考「日常生活圏域ニーズ調査の実施の流れ等」

①調査票の作成（準備）

- 厚生労働省で示す調査項目に、これまで実施してきた各自治体の実態調査の項目等を適宜追加する、若しくは一部組み替える等、地域の実情に応じた調査項目の工夫を行って差し支えない。
- なお、調査票は、調査結果を集計・解析することで、例えば、この地域は一人暮らしで目づ認知症の方が多いので認知症高齢者グループホームが最低1カ所は必要といった、地域の課題の内容及び量的な状況を明らかにし、計画に反映できるような質問項目を設定することが重要。

※参考：別添 参考資料1（日常生活圏域ニーズ調査の調査票及び調査項目の考え方）

②調査票の発送・回収

〈実施地域〉

- 市町村が設定している日常生活圏域の中から選定した圏域を実施地域とする。
- なお、全圏域の悉皆調査ではなく、選定した一部の圏域における抽出による調査でも差し支えない。
- なお、広域連合などの場合において、数多くの圏域から少人数の抽出を行うと、圏域ごとの分析結果にしたときに、個人が特定または想定されることも考えられる。そのような場合には、個人が特定されないよう、抽出方法または集計方法に一定の注意を要する。
- 高齢者の個別ニーズ（リスク）に的確に対応するためには、サンプル調査として行う場合であっても、3年程度かけて高齢者の全数を調査対象とするなど、第6期介護保険事業計画策定に向けて、計画的に実態把握およびデータ化を進めることが重要である。

〈調査対象者〉

- 65歳以上で、要支援・要介護認定を受けていない方および要支援・要介護者の全数または一部（無作為抽出）を対象とする。

なお、要支援・要介護者については、①要介護2までの人数が多いこと、②要介護3以上は給付分析（国保連が提供する10月分の要介護認定の新規・更新実績に、主治医意見書の傷病名を組み合わせる）またはケアマネジャー経由にて別途抽出調査を行うこと等により一定の把握・予測が可能なこと等の理由により、要介護2までの方を選定することも考えられる。

〈調査票の配布・回収方法〉

- 調査対象者への郵送・返信方式による調査票の配布・回収（参考：平成21年度に先行的に実施したモデル事業の実施結果では、調査の実施期間は1カ月程度であった。）により行

う（直接、民生委員や職員等が持参する方法も有り。）。

- 期日迄に回答がなされない高齢者については、実情に応じて各地区の民生委員等の協力を得て訪問調査（未回収者へは訪問予定通知の配布等を実施）により調査票を回収する。到着後、調査票以外の物（手紙等）が同封されていないかも確認する。
- 調査票の回収率が低いと、その日常生活圏域の実態把握が十分に行えないため、回収率を高めることが重要。そのためには、広報誌などによる事前の周知や上記のように民生委員等が訪問回収（督促）を行うことが有効。民生委員やその他の地域の人材の協力を仰ぐことは、課題を住民と共有して、地域づくりを強化することにつながり、また訪問することで未回答者の実態（そこに住んでいない、入院している等）の把握にもつながる。民生委員等の協力を得ることが困難な場合には、未回答者に督促ハガキを出すなどの回収率向上策を行うことが重要。この民生委員等の協力を得る際には、事前に調査の趣旨等を十分に説明しておく必要がある。平成22年度モデル事業の結果では、回収率は約9割となっている。

③調査結果の集計・分析

- 生活機能低下者割合、閉じこもりの状況、転倒のおそれ、低栄養状態の傾向、その他のニーズ等の集計・分析を行うことにより、調査実施地域の現状・課題と必要な施策等の検討事項を明らかにすることが可能。同時に、それが介護保険事業計画策定の基礎資料となる。

※参考：別添 参考資料2（各サービスニーズ試算例）

④調査結果の個人返却

- 本調査により把握した結果について、モデル事業においては、調査に回答していただいた方について、個別の調査結果に基づき結果アドバイス表を作成し、各人に個別返送したり、一部では、結果説明会を開催し、参加者に対してはその場で返却する等により、高齢者の今後の生活の指針のひとつとして活用を図った。このように、調査結果の個人返却は個人が自身の生活習慣を振り返り、健康への意識を高めるきっかけとなる等、個人にとってのメリットであり、回収率を高めるためのインセンティブとなる。

⑤調査結果の二次活用

- 得られたデータをデータベース化することにより、計画策定のためのツールにとどまらない、例えば、地域包括支援センター等による訪問の優先度の高い人のリストを作成したり、介護予防事業の対象者に対する施策の誘いかけ対象者リストを作成したりすることも可能。ニーズ調査データを2次活用することにより、地域支援事業で展開される介護予防事業や総合相談支援事業の高齢者実態把握の基礎データが準備されるものとなる。
- また、日常生活圏域ニーズ調査を行うことで、その結果として得られる高齢者台帳を、市町村と委託先地域包括支援センターが共有することができる。

(参考) モデル事業における日常生活圏域ニーズ調査のおよその流れ

No.	項目	備考
1	調査票確定・封筒作成	
2	宛名シール作成	
3	調査票送付	・職員等が直接持参するケースも有り。
4	調査票返送受付・チェック	
5	回収督促（訪問）	
6	データ入力・分析	・分析および台帳出力等を行うための「生活支援ソフト」を提供予定。
7	結果アドバイス表作成	・「個人結果表出力システム」（仮称）を、今後、提供予定。
8	結果アドバイス表送付用封筒作成	
9	結果アドバイス表送付	・結果説明会の場で返却するケースも有り。
10	結果報告書作成	

Ⅲ 介護保険事業の現状

第1節 給付実績及（分析含む）の現状

【主な記載内容】

居宅サービスの利用状況（利用者数、給付費、一人当たりの給付費）、施設サービスの利用状況（利用者数、給付費、一人当たりの給付費）、地域密着型サービスの利用状況（利用者数、給付費、一人当たりの給付費）等を記載する。

【記載にあたっての留意事項】

- 各自治体の高齢化のピーク時における年齢階層別（5歳毎）の高齢者人口、市町村ごとの年齢階層別（5歳毎）給付分析（現状または推移）等を活用して、中長期的な視野において、課題を分析する視点も重要である。

第2節 サービス資源（基盤）の現状（計画基盤整備実績含む）

【主な記載内容】

計画上の配置計画等の観点から、主体別の介護事業者のサービス提供状況の現状分析（①管内管外別の件数、②件数構成比の推移、③サービス別の件数の管内管外比較、④1件当たりの費用額の管内管外比較）を記載する。

IV 介護保険事業計画の概要

第1節 人口及び被保険者数の推計

【主な記載内容】

保険者の総合計画等の人口推計を使用する、或いは、住民基本台帳の人口に基づきコーホート変化率法により推計する等、適宜の方法により、計画期間中の人口推計（性・年齢階級別）を行う。

第2節 要介護（要支援）認定者数の推計

【主な記載内容】

直近の性別・年齢階級別の認定率をベースにするとともに、予防給付、介護予防事業等による効果や、日常生活圏域ニーズ調査によって把握した結果（生活機能レベルの状況）を勘案し、性別・年齢階級別の要介護（要支援）認定者数を推計する。

第3節 サービス利用者数及び利用量の見込みの推計

【主な記載内容】

①施設・居住系サービス利用者数

- 利用実績、日常生活圏域ニーズ調査の結果等を勘案し、計画期間における1か月当たりの利用者数を推計する。

②標準的居宅サービス・標準的地域密着型サービス受給対象者数

- 介護予防事業等の効果を勘案した後の認定者数から施設・居住系サービスの利用者数を減じ、標準的居宅サービス等受給対象者数を算出。さらに、標準的居宅サービス等受給対象者数に実績、日常生活圏域ニーズ調査結果等から推計した受給率を乗じることにより標準的居宅サービス等受給者数を算出。

③介護給付等に係る居宅サービス等の年間必要量の推計

- 要介護度別の標準的居宅サービス受給者数に、実績や日常生活圏域ニーズ調査結果等から推計したサービス・要介護度別の利用率を乗じて、サービス・要介護度別の月当たりのサービス利用者数を算出。さらに、サービス・要介護度別の月当たりの利用者数に、推計した利用回数に乗じて、サービス・要介護度別の月当たりサービス必要量を算出。そして、算出したサービス・要介護度別の月当たりの必要量に12を乗じたものが、年間のサービス・要介護度別の必要量（回数・日数）となる。なお、居宅療養管理指導、福祉用具貸与等については、推計した月当たりのサービス利用者数に12を乗じたものが年間サービス・要介護度別の必要量（人数）となる。
- 地域密着型サービス、介護予防給付に係る年間必要量についても、これまでの実績や日常生活圏域ニーズ調査結果等を勘案し、居宅サービスと同様な方法で算出。

※ 具体的な第5期の介護給付等対象サービスの見込量の推計については、本年7月中を目途に配布予定の「介護給付等対象サービスの見込量の推計手順（ワークシート）」の中で情報提供を行う予定。

【記載にあたっての留意事項】

- 施設・居住系サービスの量の見込みを定めるにあたって参酌すべき標準（いわゆる37%の参酌標準）は撤廃されたが、介護保険制度の基本的考えとして在宅サービスと施設等サービスとのバランスの取れた整備を進めるという方針を変更するものではない。
- 住みなれた地域または自宅で生活を続けたいと希望する高齢者に対し、在宅生活の維持を可能にするためのサービス等を提供することは重要であり、24時間対応の定期巡回・随時対応サービス等の新設サービスも活用しつつ、またサービス付き高齢者向け住宅等の住まいの環境整備を図りつつ、在宅介護の可能性を拡げるという視点も重要である。

V 介護給付費等対象サービスの計画

第1節 居宅サービス（介護給付）

【主な記載内容】

日常生活圏域ニーズ調査結果等により把握した、ひとり暮らし高齢者世帯、認知症の者（リスクのある者含む）、低所得世帯等の状況を勘案し、各サービス別に、①現状評価、②サービス推計必要量（回、人、日／年）について記載する。

また、多様な住まいの普及促進が図られていく中で、サービス付き高齢者向け住宅等に関連するサービスの見込みについては、特定施設の指定を取る場合と取らない場合があるので、事業所調査等を勘案し、的確に見込むことに留意が必要。

第2節 地域密着型サービス

第3節 介護予防サービス

第4節 施設サービス

【記載にあたっての留意事項】

- 第1節～第4節に共通していえることとして、例えば、仮にこれまで認知症グループホームが存在しない市町村の場合、過去の給付実績の延長（トレンド）から当該サービスの将来の利用見込みを推計することに、あまり意味はない。したがって給付実績だけから将来の利用見込みを推計するのではなく、日常生活圏域ニーズ調査結果等の分析によって必要なサービスについて検討し、政策的にサービス整備を行っていくことが重要であり、それを前提とした介護保険事業計画としていく必要がある。
- また課題等に対応して市町村が独自に行う特別給付事業についても、同様に、政策的に必要な事業を実施するとともに、サービス計画を作成していく必要がある。

第5節 各サービス別給付費の推移

【主な記載内容】

計画期間内において、どのように全体の総給付費が推移する見込みなのかを記載する。

VI 地域支援事業

第1節 地域支援事業の現状（地域包括支援センター及び各事業別記載）

【主な記載内容】

地域支援事業の概要（介護予防事業の対象者の把握状況等）について、各事業別に記載する。

【記載にあたっての留意事項】

- 複数の地域包括支援センターがある場合は、地域包括支援センター別の分析を行うことも重要である。

第2節 地域支援事業の展開（推計：各事業別「地域生活支援サービス」）

【主な記載内容】

- 地域支援事業の事業量の算出、地域支援事業交付金またはその他の財源による地域支援事業の各事業の内容（事業名、費用額等）について記載する。

特に、高齢者の在宅生活上の安全・安心・健康を確保するために必要不可欠な介護予防ヘルプ、緊急通報等の地域生活支援サービスの的確な必要量の見込みに留意する。

また、地域包括支援センターの運営方針等についても記載することが望ましい。

- 去る平成23年6月15日に可決成立し、同年6月22日に平成23年法律第72号として公布された「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」では、市町村の判断により、地域支援事業において、要支援者・2次予防事業対象者に対して、介護予防や配食・見守り等の生活支援サービスを総合的に提供する介護予防・日常生活支援総合事業（財源構成は、予防給付や介護予防事業と同様）を導入できることとしている。（介護予防・日常生活支援総合事業の詳細は、別添参考資料3参照）

【記載にあたっての留意事項】

- 日常生活圏域ニーズ調査結果、給付分析、年齢階級別高齢者人口の将来推計等によって明らかになった地域ごとの課題をふまえて、介護予防・日常生活支援総合事業も含め、実施すべき地域支援事業を検討していく視点が必要である。
- 日常生活圏域ニーズ調査に基づき、介護予防事業の対象者（候補者）を把握したことをふまえて、そのフォロー等を含めた地域包括支援センターの役割を明確に示すと同時に、必要に応じて、委託先の地域包括支援センターに対する支援措置を委託元として講じることも重要である。

○地域包括支援センターに対する運営方針については、日常生活圏域ごとの個別方針を書き込める市町村は書き込む。

Ⅶ 重点的に取り組む事が望ましい事項（別冊の事例集）

第1節 高齢者の居住に係る施策との連携 ※別添 資料1

第2節 医療との連携 ※別添 資料2

第3節 認知症支援策の充実 ※別添 資料3

第4節 生活支援サービス ※別添 資料4

Ⅷ 第1号被保険者保険料の見込み

【主な記載内容】

標準給付見込額の推計、介護保険料の算定、所得段階別の保険料について記載する。

【記載にあたっての留意事項】

○ 所得に応じた適切な費用負担を実現するために、所得段階の区分設定の変更など、必要に応じて所要の見直しを行う視点も必要である。

Ⅸ サービス基盤整備（広域分・地域密着分）

【主な記載内容】

日常生活圏域ニーズ調査等により把握された地域毎の課題を踏まえ、地域毎の優先順位をつけながら、公有地の活用等の工夫を図る等、サービスの供給体制、すなわちサービス拠点を整備していく内容を記載する。

【記載にあたっての留意事項】

○ 高齢者に相応しい住まいの計画的な整備の観点から、必要に応じて、サービス付き高齢者向け住宅等の誘致についても検討する。また公営住宅等について、バリアフリー化・改修を含めて住民ニーズに対応していくことも重要である。

X 互助・インフォーマルな支援計画

【主な記載内容】

介護保険関連サービス（共助）や医療保険関連サービス（共助）だけでなく、住民主体のサービスやボランティア活動（互助）等を有機的に連携して提供していくことができるような体制を整備していく内容を記載する。

【記載にあたっての留意事項】

○ 住民主体のサービスやボランティア活動（互助）の健全な育成を図るためには、ホームヘルプやデイサービス等の介護保険サービスと、住民主体のサービスやボランティア活動を適切に組み合わせて、軽度要介護・要支援者の生活支援や居場所づくりを行っていく視点も重要である。

- 社会福祉協議会が行う各種事業（日常生活自立支援事業、配食事業など）との連携を考慮し、その利用者数などの推計も織り込んでいく必要がある。さらに NPO の育成、介護ボランティア制度など、地域の実情に応じた多様な展開を検討して、自助・互助・共助・公助の適切な組み合わせを住民とともに探る視点が必要である。また、それら各種の地域資源全体をコーディネートしたり、民間事業者や NPO 等に対する必要な支援を行ったりすることが、市町村の重要な役割である。
- 住民ボランティアの育成等については、市町村の保健衛生部門や教育委員会関係等でも行っていることがあるため、住民の立場にたって必要な連携・調整を図ることも重要である。

VII 重点的に取り組むことが望ましい事項
第1節 高齢者の居住に係る施策との連携

はじめに

- 高齢化が進展し、認知症高齢者や一人暮らし高齢者が増加する中では、介護を必要とする高齢者ができる限り住み慣れた地域で生活が継続できるよう、支援の充実が必要です。
- このため、厚生労働省としては、高齢者のニーズに応じて、介護サービス、予防サービス、医療サービス、見守りといった様々な生活支援サービス、住まいを適切に組み合わせて提供し、24時間365日を通じて対応が可能な「地域包括ケアシステム」の構築を目指しています。
- この「地域包括ケアシステム」は、全国一律の画一的なものではなく、各地域ごとの地域特性や住民特性等の実情に応じたシステムですが、この「地域包括ケアシステム」を推進するに当たっては、①地域課題、②地域資源の状況、③高齢化の進展状況等、地方自治体によって、それぞれ状況が異なることから、地方自治体の実情に応じて優先的に取り組むべき以下の重点事項を、地方自治体が判断のうえ選択して第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ることが重要です。
 - ① 高齢者の居住に係る施策との連携
(例：高齢者の住まいに関する計画との調和、サービス付高齢者住宅の供給目標の記載等)
 - ② 医療との連携
(例：市町村における医療との連携の工夫等)
 - ③ 認知症支援策の充実
(例：認知症者数やニーズの把握と対応、サポート体制の整備等)
 - ④ 生活支援サービス
(例：見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保等)
- この事例集は、各自治体が地域包括ケアシステムの構築に向けて取り組む際の一助となることを目的として作成しました。
- 広く関係者の皆様にこの事例集を参考にさせていただくことによって、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組が前進していくことが期待されます。

目次

	(頁)
事例1 「高齢者住宅の整備を計画的に推進」(埼玉県和光市)	1
事例2 「既存ストックの活用」(東京都品川区)	8
事例3 「高齢者のすまいの情報提供」 (神戸市、神戸市すまいの安心支援センター(すまいるネット))	13
事例4 「バリアフリー化に向けた連携」(かながわ住まい・まちづくり協会)	19
事例5 「様々な関係者との連携によるまちづくり」(千葉県柏市)	25
事例6 「「地域の縁がわ」熊本モデル事業」(熊本県)	30

事例 1 「高齢者住宅の整備を計画的に推進」(埼玉県和光市)

和光市は交通の便にも恵まれた人口7万人台の東京圏のベッドタウンで、平成17年国勢調査によると、5年前に比べた人口増加率は9.3%と埼玉県では第1位、全国でも第5位に位置している。世帯規模(1世帯当たりの人員)は2.58人で、減少傾向が続いており、核家族化が進んでいる。65歳以上人口は、平成20年4月では9,921人と、高齢化率は13.4%と、全国平均の数値と比較するとかなり低くなっているが、上昇傾向は続いている。これは、東京都内に通う働き盛りの世代が利便性に優れた和光市に流入しているものの、かつてに比べると流入ペースが鈍っており、平成27年までに高齢者になる団塊の世代が和光市でもかなり多いことを考えると、今後高齢化は加速度的に進むことが想定される。

このような背景のもと、和光市では個々の高齢者の抱える様々な問題、課題に行政が適切に対応するために、既に定着している介護保険などの既存のサービスを提供するだけでなく、市独自の施策や、まだあまり前例のない新しい制度を積極的に取り入れた施策を展開している。地域における介護保障及び自立支援の確立を目指して、①介護予防及び要介護度の重症化予防の一層の推進、②居宅介護と在宅医療の効果的連携の構築、③地域密着型サービス基盤整備の充実、④地域包括支援センターの機能強化による地域包括ケアの推進の4つの基本方針に即して、先駆的・独自施策に取り組んでいる。

1. スクリーニング事業について

主に介護予防対象者の把握のため、平成15年度から基礎資料として高齢者の生活機能を中心とした調査(スクリーニング事業)を実施している(図1)。対象は一般高齢者及び一部の要支援・要介護認定者で、回答者には生活機能の維持、向上に向けたアドバイスを送り、介護予防の普及啓発を兼ねて調査の実施を行っている。

また、このスクリーニング事業は、生活機能のレベルや閉じこもりの状況、転倒リスクや低栄養状態リスクなどに関して統計分析を行い、地域や高齢者全体の生活機能レベルを把握して、高齢者のニーズをくみ上げることを目的としており、生活圈域のリスクの実態に適したエビデンスとして、地域支援事業等を企画・実施をする際の参考資料として活用されている。

2. 日常生活圏域ごとにみた高齢者の生活機能について

地域別高齢者数(図2)、地域別ひとり暮らし・2人暮らし高齢者世帯数(図3)の状況をみると、いずれも中央エリアが最も高くなっている。また、認知症リスク等の状況(図4)では、全体的に中央エリアでリスク者の割合が高い結果となっているが、北エリア、南エリアでは足のトラブル、中央エリアでは尿失禁で相対的に高くなっており、

地域によって異なった傾向がみられる。

中央エリアでは、居住形態において公社・公団の賃貸住宅が占める割合が高く(図5)、このエリア内のUR賃貸住宅の西大和団地では、高齢化率が32.8%となっており、こうした住宅に居住する高齢者にどのように対応するか対策が求められており、地域密着型サービスを中心とした必要な機能を整備していくこととしている(図6)。

3. 地域密着型サービス基盤整備の充実について

スクリーニング事業によりエリア内の高齢化率や独居率、要介護等の地区ごとの分析をすることにより、地区の状況に医療を付加すべき地域に整備を行い、安心感がベースにある生活を支援する医療・福祉サービスを提供していくことが可能になる(図6)。

和光市では、従来から地域密着型サービスに重点を置いた施策を展開しており、3つの日常生活圏域に、建物の1階に24時間対応の在宅療養診療所、訪問介護、調剤薬局、デイサービス等を配置し、2階以上に29戸以下の適合高齢者専用賃貸住宅に基づく地域密着型特定施設入居者生活介護、さらに適合高齢者専用賃貸住宅に基づく市の高齢者支援住宅(新型ケアハウス)の整備を予定している。また、1階の在宅療養支援診療所や訪問介護等は入居者だけではなく地域住民にもサービスの提供を行うこととしている(図7)。事業内容については以下のとおりである。

《事業内容》

本事業は、お元気な一般高齢者から介護度5迄の方への連続性、一貫性のある地域ケアを官民協働で取り組み実践し、地域社会への貢献を目指すものである。

また、「長寿」ではなく「元気で長生き」の実現のため、高齢者の生活習慣病予防に加えて、自立した生活を妨げる要因に着目した生活機能低下の予防、または生活機能向上に取り組み、介護予防を推進する。

さらに、自助・互助・共助・公助の役割分担を明確にし、高齢者に対する支援を地域で支える地域包括ケアを実現するとともに、24時間対応の在宅療養支援診療所と訪問看護事業所を併設することで、高齢者の緊急時はもとより様々な医療ニーズに対応できる体制を整備する。

①医療連携として、調剤薬局における在宅輸液療法・訪問看護・在宅療養支援診療所等の連携構築を図り中重度者対応を行う。

②介護療養型医療施設利用者の受け皿を「住宅」として整備する。

③和光市の家賃助成制度に基づき、適合高齢者専用賃貸住宅を核とした和光市高齢者支援住宅を整備し、低所得者の住まいの確保を行う。

④住宅室内では解消できない支援をLSA(ライフサポートアドバイザー)及び建物内サポーターが担う。(買い物・趣味娯楽・お墓参り等外出を伴う付添支援)

⑤緊急通報システムによる見守り支援をオプションで整備する。(市の助成金事業)

4. 高齢者住宅に関する支援

①住宅改修支援事業

居宅の一部を使いやすく改修しようとする要介護認定者等に対して、改修費用の一部（50万円限度）を介護保険の法定給付に加え助成することにより、高齢者の自立支援を図る（利用者1割負担）。

②高齢者住み替え住宅家賃の助成

民間アパートなどに住み、立ち退きを求められ市内で転居した世帯、及び昇降機のない3階以上から1階へ転居をした要介護認定者の世帯に対して、転居前と転居後の家賃の差額の一部を助成する。

〔対象〕

- ・65歳以上の一人暮らし世帯又は65歳以上の人で構成されている世帯
- ・市内に引き続き2年以上住所を有していること
- ・市民税の所得税が非課税世帯であること

③高齢者住宅

退去を迫られ、住宅に困っている一人暮らしの高齢者に共同住宅を高齢者に共同住宅1棟10室を市が借り上げて提供する。

〔対象〕

- ・65歳以上の一人暮らしであること
- ・市内に引き続き2年以上住所を有していること

〔使用料〕

- ・入居者の収入に応じて月額30,000円～65,000円

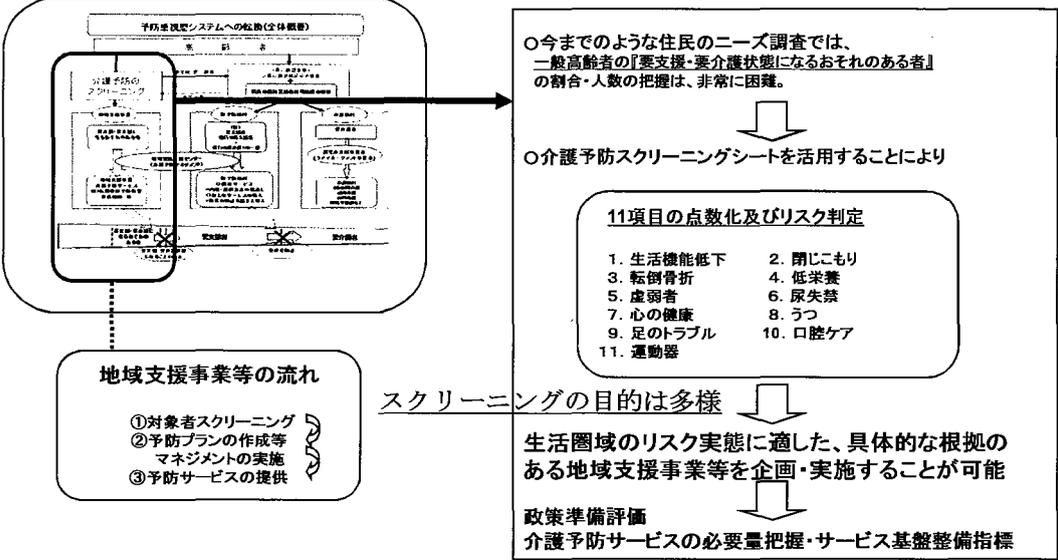
④高齢者支援住宅家賃助成

市内に3年以上住所を有し、かつ、市が定める基準に該当する方で市が指定した高齢者支援住宅に入居している者に対し、所得段階に応じて一定率（8割～10割）を助成する（家賃に対しての1か月の上限は100,000円）。

和光市では、こうした取り組みの効果として、要介護（要支援）認定者数の減少や第1号被保険者保険料の低減などの様々な成果が出てきている。スクリーニング事業や地域のネットワークを構築することで、高齢者のニーズにあったサービスを提供することができ、居宅介護の限界点を高める効果が期待できるものといえる。

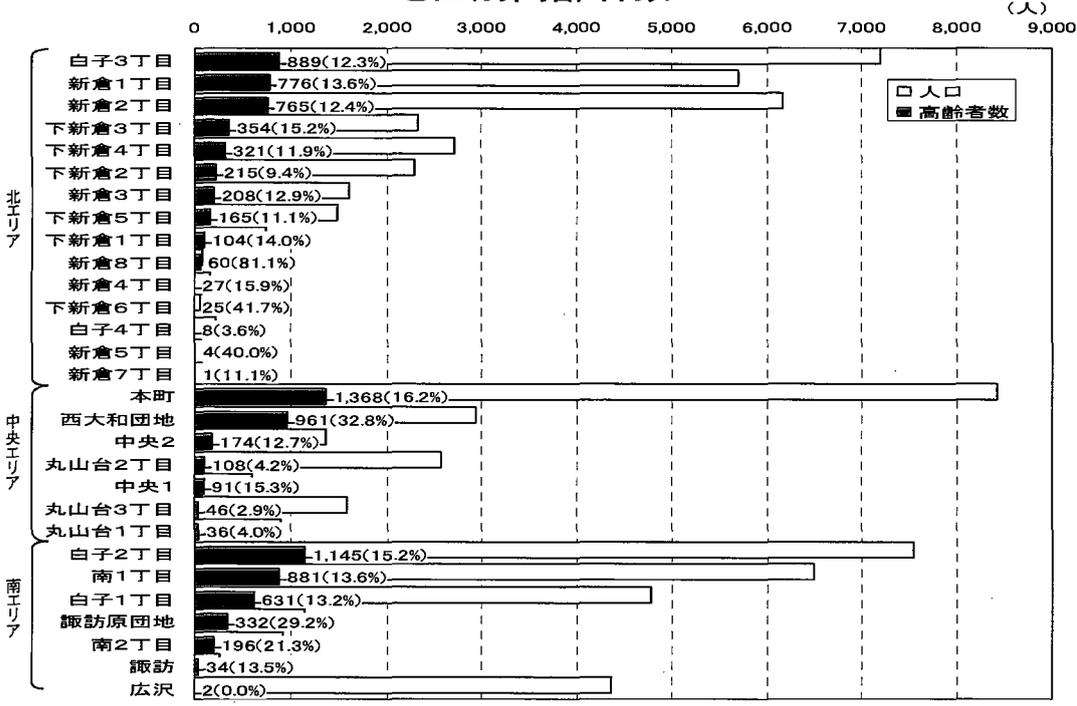
スクリーニングシートの活用 保健福祉事業による的確な対象者の選定 (国の基本チェックリストも包含した)

和光市の手法
 ※ 保険料納付還元事業をアピール
 ※ ハイリスク者の把握
 特定高齢者・要支援1,2等



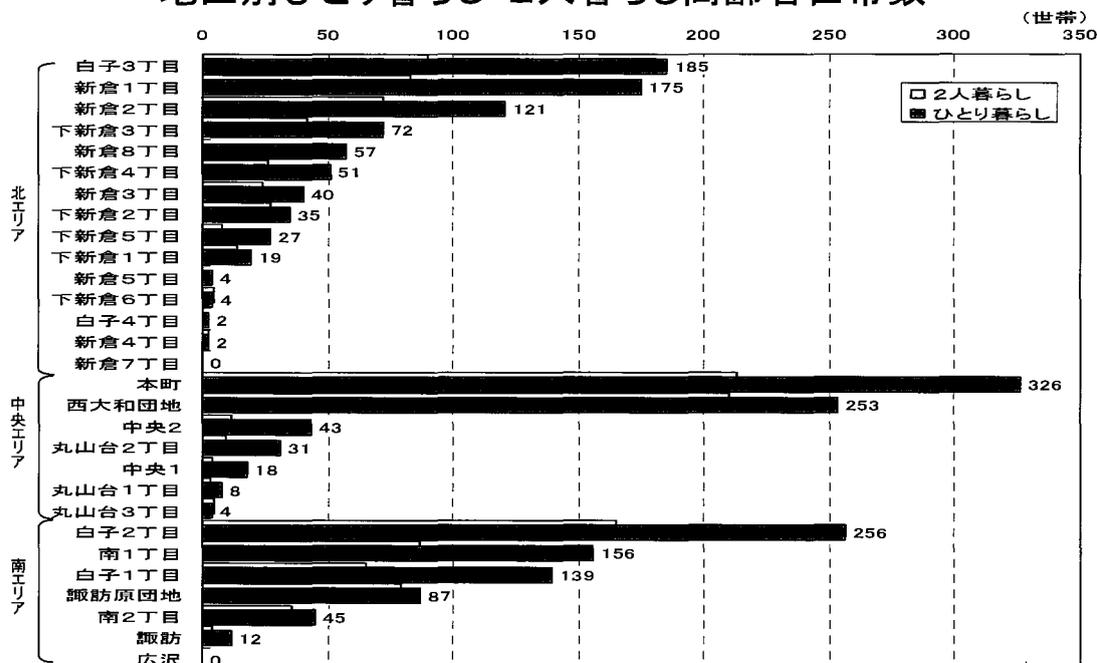
(図1) スクリーニング事業について

地区別高齢者数



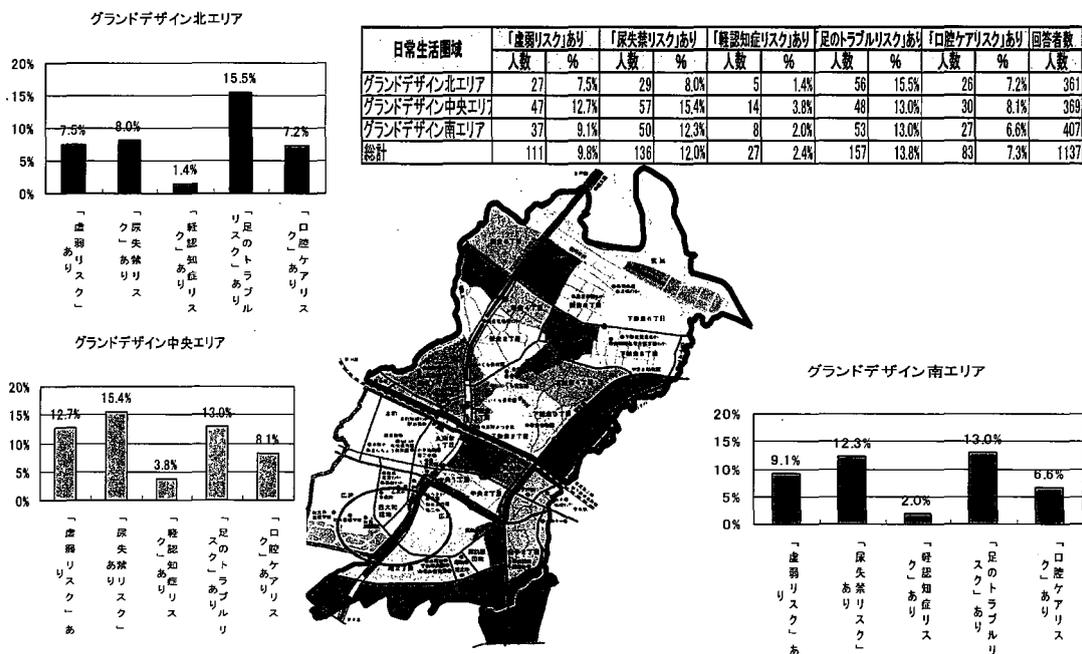
(図2) 地区別高齢者数

地区別ひとり暮らし・2人暮らし高齢者世帯数



(図3) 地区別ひとり暮らし・2人暮らし高齢者世帯数

認知症リスク等の状況(W市)



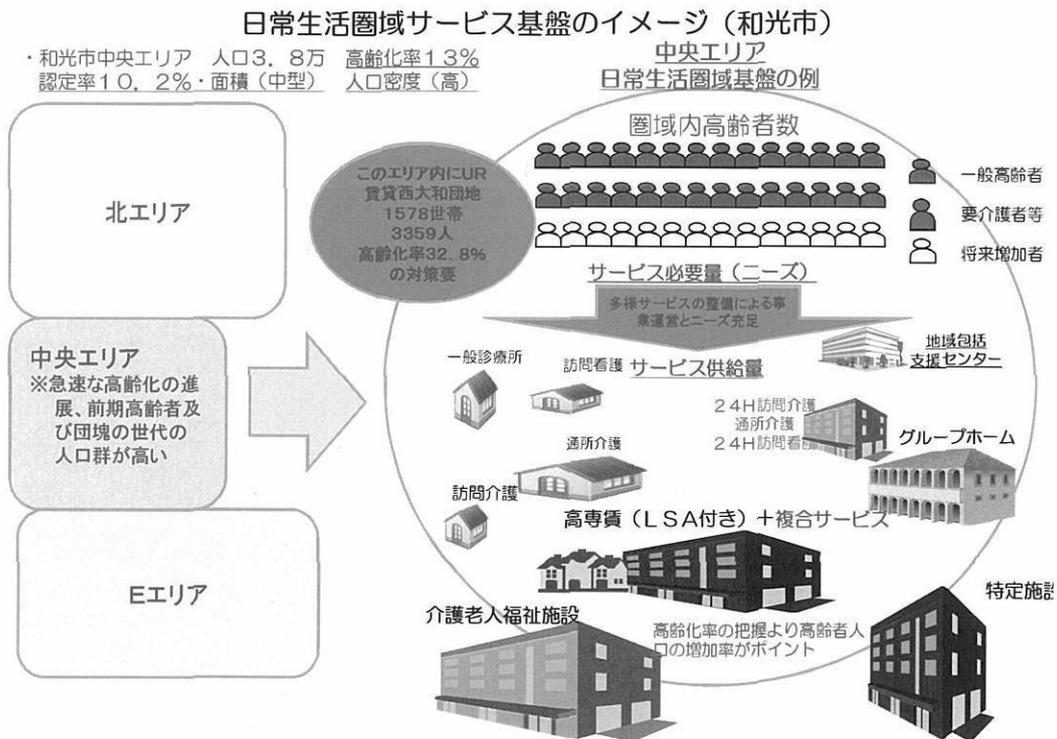
(図4) 認知症リスク等の状況

問45 現在の住まい(住居形態)

(%)

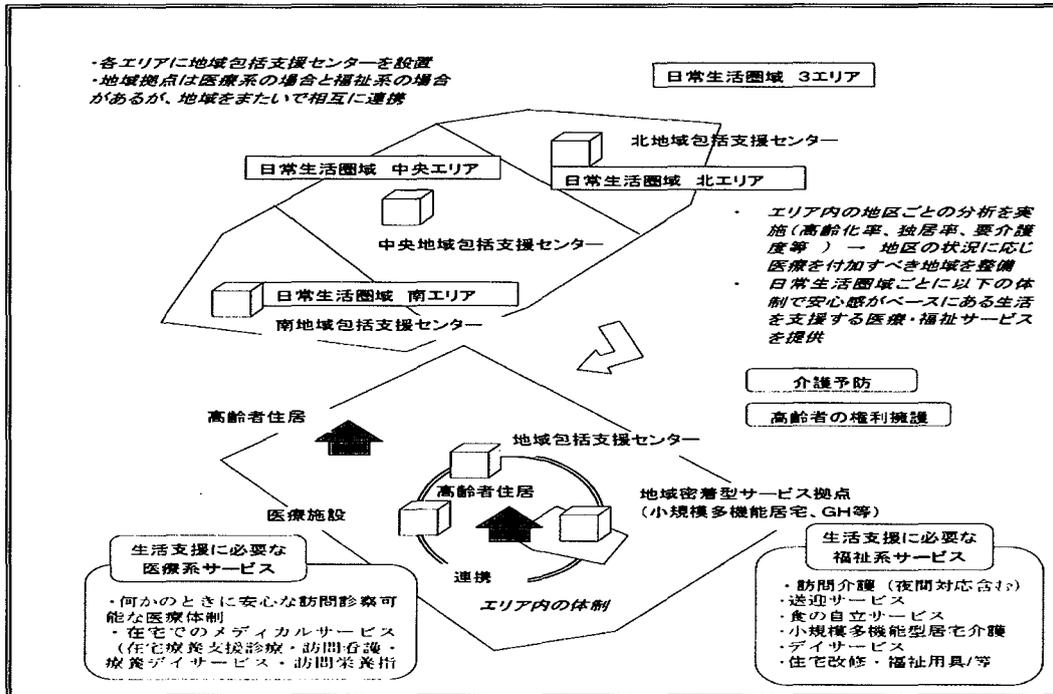
		回答者数 (人)	一戸建て 持ち家	一戸建て 借家	分譲マンショ ン	賃貸マンショ ン・アパート	公営住宅 (賃貸)	公社・公団 (賃貸)	社宅、寮、 官舎	その他	無回答
一般調査	全体	1,773	53.1	3.8	23.3	5.5	0.8	9.4	0.3	0.8	2.9
	北	320	79.1	4.7	7.8	5.6	0.0	0.0	0.0	0.6	2.2
	北第2	351	67.8	5.7	14.0	7.1	0.0	0.3	0.9	0.3	4.0
	中央	496	28.4	3.2	25.4	5.0	2.6	32.1	0.2	0.4	2.6
	南	606	51.2	2.6	35.1	5.0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

(図5) 現在の住まい(居住形態)



(図6) 日常生活圏域サービス基盤のイメージ

【 和光市のサービス提供体制の概念図 】



(図7) 和光市のサービス提供体制のイメージ図

■ サービス配置計画

4F	高齢者支援住宅(11戸)・高齢者向け優良賃貸住宅(5戸) (高専賃に変更手続中)
3F	地域密着型特定施設入居者生活介護(14戸)
2F	自費 地域密着型特定施設入居者生活介護(15戸)・ショートステイ(2室)
1F	通所介護・訪問介護・訪問看護・居宅介護支援 高齢者交流施設・在宅療養支援診療所・調剤薬局 配食サービス

■ 利用対象者

種別	戸数	利用対象者		
		自立	要支援	要介護
適合高齢者専用賃貸住宅に基づく 地域密着型特定施設入居者生活介護	(2F・3F) 29戸	-	-	0
適合高齢者専用賃貸住宅に基づく高齢者支援住宅 および 高齢者向け優良賃貸住宅(高専賃に変更手続中)	(4F) 16戸	0	0	0
ショートステイ	(2F) 2室	-	0	0
介護予防を含めた通所介護・訪問介護・訪問看護・居宅介護支援 配食サービス	(1F)	-	0	0
高齢者交流施設	(1F)	地域住民対象		
在宅療養支援診療所	(1F)	地域住民対象		
調剤薬局	(1F)	地域住民対象		

(図8) 高齢者専用賃貸住宅をベースとした在宅医療の提供について

事例2「既存ストックの活用」(東京都品川区)

品川区の人口構成は、団塊世代と団塊ジュニア世代の居住者が多く、平成23年4月に19.9%の高齢者人口比率は、団塊ジュニア世代が高齢期に入る平成42年には24.2%になると見込まれており、今後ますます高齢者に対する施策が重要な課題となる。

こうした中、平成19年4月に小中一貫校「伊藤学園」の開設に伴い、品川区立原小学校が品川区立小中一貫校伊藤学園となり移転をしたことを受け、品川区では愛着のある学校校舎を残してほしいという住民の声も踏まえて、小学校の移転に伴い空いた旧校舎施設を高齢者向け優良賃貸住宅(ケアホーム西大井)、保育園、シルバーセンター、地域住民の活動・交流の場等を目指した複合施設に整備することとした。

整備された施設は、「高齢者向け優良賃貸住宅制度」と介護保険サービスの「特定施設入居者生活介護」を併用した全国最初の事例で、要介護高齢者が住み慣れた場所で、必要に応じて介護などのサービスを受け、地域社会とのかかわりを持ちながら生活を送れる施設を目指している。加えて保育園や地域住民の活動・交流の場等が同じ敷地内にあることにより、高齢者や子どもさらに地域住民が相互に交流が図られ、地域振興の拠点として期待されている。

1. 事業内容について

移転した小学校の校舎を、特定施設の指定を受けた高齢者向け優良賃貸住宅42戸と、保育園(定員100名)、シルバーセンター、介護予防拠点及び地域交流拠点の複合施設として改修し運営する。

ケアホーム・シルバーセンター・保育園は社会福祉法人こうほうえんが「ヘルスケアタウンにしおおい」(図1)として運営し、地域活動・交流拠点は地域住民等が自主運営を行い、「ウエルカムセンター原」の愛称を使っている。

①ケアホーム西大井(図2)について

[整備内容]

校舎の2・3階部分を「高齢者向け優良賃貸住宅」にして、介護保険サービスの「特定施設入居者生活介護」を組み合わせた高齢者福祉施設として整備を行った。

住戸数は42戸で、Aタイプ10戸(20㎡)、Bタイプ26戸(32㎡)、Cタイプ6戸(38㎡)の3タイプあり、各住戸には浴室こそないがキッチン、洗面台、トイレ、ナースコールを設置している。また、耐震補強フレーム兼避難バルコニーとしてベランダを設置し、住宅らしさを高めた。住戸配置もユニット型とし、ユニット毎に共同生活室、個浴室、機械浴室、医務室を設けるなど、入居者である要介護高齢者を意識した設備等を随所に取り入れた。

〔事業内容〕

60歳以上の要介護高齢者を対象に、募集時には145名の応募があった。現在入居者の平均要介護度は3程度で、主なサービス内容は、安否確認等の基本サービス、手続代行等の生活支援サービスや介護サービスなどを提供し、少人数でゆとりある生活を目指している。

〔入居者像〕

想定する対象者は「厚生年金受給者（月額17万円～18万円）」とし、例えば、Aタイプで、家賃・食費・共益費・基本サービス費の合計額を14万円強に設定している。本来家賃はAタイプで8万円であるが、高齢者向け優良賃貸住宅家賃助成（25,600円）に、品川区独自の家賃助成制度（5万円）を加え、5,000円弱と低廉な金額で提供している。

②西大井いきいきセンターについて（図3）

〔整備内容〕

1階部分には、近くにあった元気な高齢者のための交流施設である「西大井シルバークセンター」に、介護予防拠点やコミュニティレストラン事業、浴場、カラオケルーム、交流室、ミニダイニングや畳の大広間等の新たな機能を備えた、高齢者の地域での生活拠点となる新しいタイプの高齢者施設を整備した。

〔事業内容〕

60歳以上の元気な高齢者を対象に、自主的な活動・交流の促進と、介護予防事業や閉じこもり事業を展開し、地域で元気に生活が送れるような高齢者施設を目指している。

現在では体操やダンス、健康マージャン、グランドゴルフなど多数のプログラムを用意し、毎日100名強に利用されている。

③認可保育園「キッズタウンにしおおい」（図4）

〔整備内容〕

1階部分に、100名定員の認可保育園を整備した。

〔事業内容〕

0～5歳児までの就学前乳幼児に教育・保育を行い、地域の子育てを支援する。また、建物の中心に「ふれあい広場」を設置し、入居者、園児との交流と地域の交流活動を行っている。

④地域活動・交流拠点施設

〔整備内容〕

別棟校舎・屋内運動場及び校庭を改修し、「地域活動・交流拠点施設」として整備した。

〔事業内容〕

運営は、地域住民の組織である「ウェルカムセンター原・交流施設運営協議会」

に区が財産を貸し付け、自主運営を行っている。講習室や防音の多目的室のほか、地域住民が気軽に立ち寄れる交流サロンも設けている。また、グラウンドにはフェンスを設置し、少年野球やサッカー等様々なスポーツやイベントにも利用できるようにした。

2. 事業の特徴・工夫

[整備にあたっての特徴・特色]

整備にあたっては、地域に親しまれた学校を壊すのではなく、建物を残しつつ、学校であった時代からの地域住民の思いが途切れることなく、今後も小学校に変わる施設が「地域住民の施設」であり続けたいために、「大規模改修」という手法を採用した。

建物は旧耐震基準の建物であることや教室や長い廊下を居住空間らしく仕立てることに配慮し、バルコニーを設け、クッション性の高い絨毯敷きとした廊下を小学校当時の床より 30 cm 高くし、その下に水まわりなどの配管を通すなど、内装はすべて変更しながらも、外観等は学校の雰囲気を残すよう創意工夫しつつ整備を行った。

[ケアホーム西大井]

入居者の家賃の補助制度を取り入れた「新しい高齢者住宅」とし、整備にあたっては、法人主体のものと国や東京都・品川区の補助金を活用し、法人の初期投資の負担軽減を図った。

また、運営にあたっては、区財産を民間に無償で貸し付け、創意工夫のある良質なサービスを担保するため、公募プロポーザル方式により、運営事業者として鳥取県米子市の社会福祉法人こうほうえんを選定した。

[地域交流・活動拠点施設]

本計画周辺は、品川区でも密集住宅市街地の一つであり、周辺道路は幅員が 4m 未満などのため、耐震補強や歩道上空地、防災備蓄倉庫・地下防火水槽を設置するなど、地域の防災拠点施設としての機能強化を図った。

3. 事業の実績・効果・評価

ケアホーム西大井入居者にとって、1階の保育園児の元気な声や、グラウンドでの少年野球、少年サッカー等は心が和むものである。保育園や西大井いきいきセンターの各種行事の参加・ふれあい・交流なども生まれ、要介護高齢者が住み慣れた場所で、必要に応じて介護などのサービスを受け、地域社会との関わりを持ちながら、生活が送れるよう支援を行っている。

ヘルスケアタウンにしおおい(旧 品川区立 原小学校跡地)

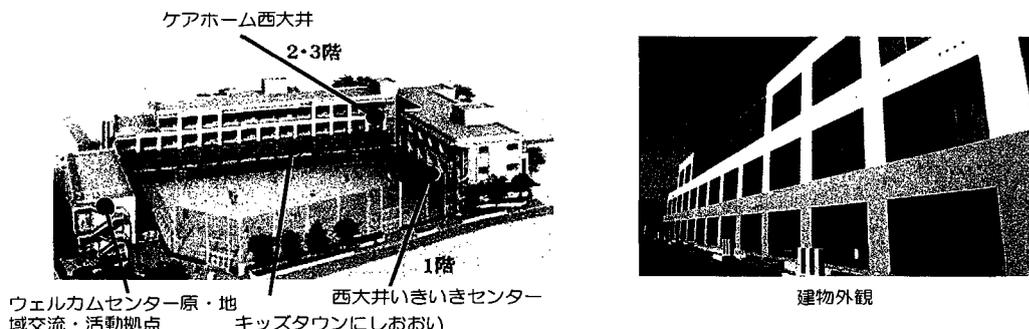
■平成19年4月に、品川区立原小学校が品川区立小中一貫校伊藤学園となり、移転したことを受け、空いた旧校舎施設を高齢者向け優良賃貸住宅(ケアホーム西大井)、認可保育園(キッズタウンにしおおい)、シルバーセンター(西大井いきいきセンター)、地域住民の活動・交流施設等の複合施設にコンバージョンしたものの。

【施設概要】 運営主体 社会福祉法人こうほうえん(土地・建物所有者:品川区、20年間の無償貸与)

施設	規模	運営者
・ケアホーム西大井(42戸) ・キッズタウンにしおおい ・西大井いきいきセンター	3,225.94㎡ 691.78㎡ 1,016.86㎡	社会福祉法人 こうほうえん
・ウェルカムセンター原・地域交流・活動拠点施設	1,122㎡	ウェルカムセンター原・交流施設運営協議会(地域住民組織)

敷地面積:約7,950㎡
建物敷地:約4,900㎡
延床面積:約5,300㎡
構造階数:RC造3階建て
開設:平成21年3月
事業費:約6.5億円

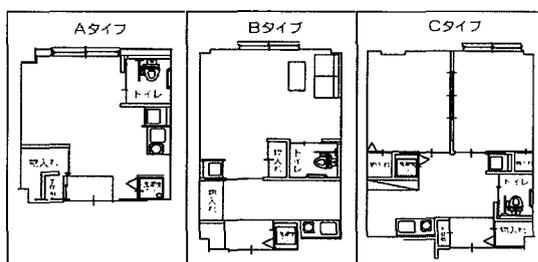
上記施設の整備にあたっては、地域住宅交付金(高優賃:基幹事業、その他:提案事業)等を活用



(図1) ヘルスケアタウンにしおおいについて

ケアホーム西大井(ヘルスケアタウンにしおおい)

○高齢者向け優良賃貸住宅 42戸:定員1~2名



●提供されるサービス

- ①基本サービス(安否確認、緊急通報、フロント、生活相談等のサービス。全入居者に提供。)
- ②食事サービス(入居者の希望に応じて提供)
- ③介護サービス(特定施設入居者生活介護の事業所の指定を受け、要介護者に対し、介護サービスを提供)

●賃料

規模	戸数	家賃
Aタイプ 20㎡	10戸	8万円
Bタイプ 32㎡	26戸	9万円
Cタイプ 38㎡	6戸	10万円

●入居時費用 敷金3ヶ月分



(図2) ケアホーム西大井について

西大井いきいきセンター(ヘルスケアタウンにしおおい)

◎概要

施設：西大井シルバーセンターの移転とあわせて介護予防拠点として整備。コミュニティレストラン、大浴場等を整備。

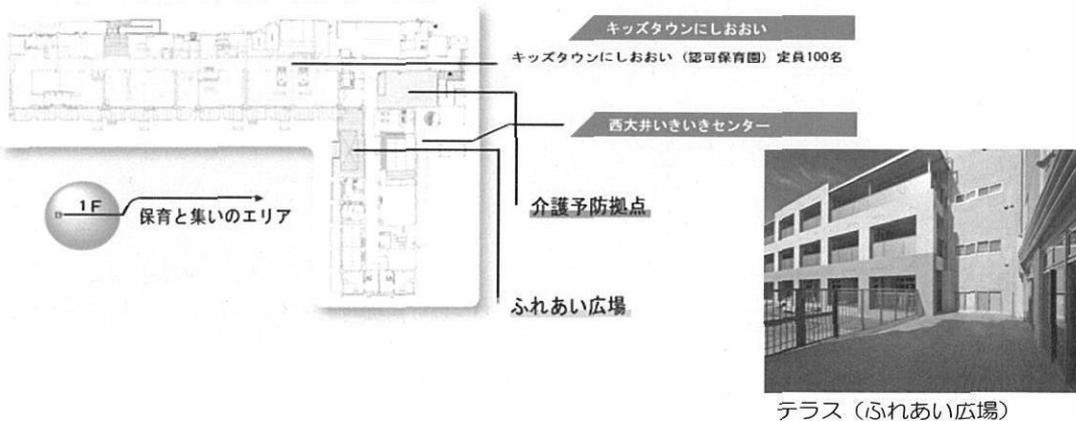
延床：692㎡

建物：RC3階建ての1階部分（旧主校舎）

運営：社会福祉法人こうほうえん

対象：60歳以上の元気な高齢者

事業：自主的な活動・交流の促進と介護予防事業等



(図3) 西大井いきいきセンターについて

キッズタウンにしおおい(ヘルスケアタウンにしおおい)

◆認可保育園

◎概要

名称：キッズタウンにしおおい

運営：社会福祉法人こうほうえん

延床：1,017㎡

建物：RC3階建ての1階部分

定員：100名（0歳児～就学前）

開所時間

平日7:00～20:00

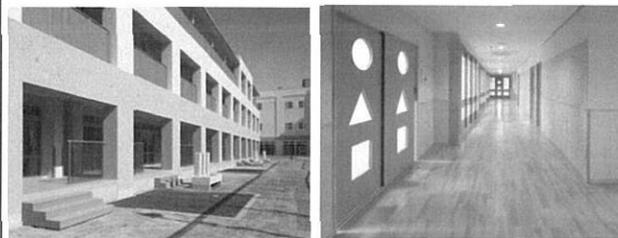
（延長保育7:00～7:30、18:30～20:00）

土曜7:00～18:00

（延長保育7:00～7:30）

◎施設導入の目的

品川区の就学前乳幼児教育プログラムを取り入れた教育・保育を総合的に実施していくと同時に、地域の子育ての拠点としての役割を担う。



園庭

廊下



保育室（乳児）

保育室（幼児）

社会福祉法人こうほうえんホームページより

(図4) キッズタウンにしおおいについて

事例3「高齢者のすまいの情報提供」 神戸市、神戸市すまいの安心支援センター（すまいるネット）

神戸市すまいの安心支援センター（愛称：「すまいるネット」）は、阪神・淡路大震災の教訓から、住宅の安全性の向上と維持管理の適正化の重要性が再認識されるとともに、住宅の品質や機能に対する市民意識が高まったことなどを背景に、神戸市すまい審議会住生活部会の提言「すまいに関する消費者（市民）支援のあり方」を受けて、平成12年10月に設置された。

他の機関と連携しながら、市民の視点に立った情報の提供、相談対応、市民や専門家・事業者の活動の場やネットワークの核としての機能を持つことを目的として、住宅に関する情報をわかりやすく提供し、消費者（市民）が良好な住宅を得るための判断ができるようサポートするための拠点となっている。神戸市住宅供給公社に属しており、神戸市の委託事業として運営されている。

1. 事業概要（図1）

市民のすまいに関するワンストップ型の総合拠点として、関連機関との密接な連携・協力体制を構築しつつ、各種相談の受付やすまいに関する情報の収集・発信、普及啓発活動等を実施している。また、高齢者向け住宅・施設について、住宅部局の持つ高齢者向け住宅情報と福祉部局の持つ福祉施設情報を一元化し、すまいるネットの相談窓口及びホームページ（神戸・すまいるナビ）等で情報提供を行っているほか、高齢者の住み替えを中心に高齢者や家族の立場から様々な相談に応じている。

【相談業務】

- ①窓口相談員（建築士等）による住宅相談
- ②専門家（弁護士等）による高度な専門相談
- ③現地アドバイスをを行う専門家の派遣
- ④高齢者の住み替え相談

【情報提供】

- ①公的・民間住宅の物件情報の提供
- ②行政情報の提供
- ③建設業者等の選定支援
- ④高齢者向け住宅・施設に関する情報提供

【普及啓発】

- ①セミナー、イベントの開催
- ②住教育の企画、実践
- ③冊子等の作成、発行

④出前講座の実施

【関連業務】

- ①住まいに関する補助事業・耐震診断等の受付
- ②マンション管理組合の活動支援

2. 高齢者の住み替え相談について（図2）

相談窓口では、常時4名の相談員（建築士2、ファイナンシャルプランナー1、消費生活相談員1）が、工事の不具合、訪問販売、リフォーム、売買契約、賃貸の入退居、資金計画、マンション管理など、すまいに関するあらゆる相談に応じている。また、相談業務の一環として、高齢者向けの住宅や施設に関する情報を一元化したホームページ「神戸・すまいるナビ（高齢者向けすまいを探す）」（以下、高齢者向けすまいるナビ）を開設し、高齢者向けの住宅や施設探しの支援を行っている。

高齢者の住み替え相談については、平成17年2月のサービス開始時に、各種制度、住み替え先を選ぶ際の留意点など一元化した情報についての研修（相談員養成講座）を高齢福祉課、介護保険課と合同で実施した（図3）。また神戸市生活情報センターと相談内容の情報交換（連絡カードの活用）を行っている。

神戸市内の高齢者向け住宅・施設で対象としているものは以下のとおりである。

住宅系	高優賃(8)、高専賃(13)、高円賃(86)、あんしん賃貸住宅(26)、シルバーハウジング(40)、インナーシティ高齢者特別住宅(14)
施設系	有料老人ホーム(52)、ケアハウス(16)、軽費老人ホームA型(1)、生活支援ハウス(1)、養護老人ホーム(9)、認知症高齢者グループホーム(71)、特別養護老人ホーム(74)、介護老人保健施設(47)、療養病床(20)

() は件数 <2010年1月現在>

3. ホームページ「神戸・すまいるナビ」による情報提供について（図4）

相談者一人一人の事情に応じて住み替え先をアドバイスする相談業務とともに、ホームページにより、高齢者向け住宅や選び方のポイントなどを情報提供している。高齢者向けすまいるナビでは高齢者向け住宅・施設探しをサポートするため、主に以下の内容を掲載している。

①選び方のポイント

住み替える際の資料収集や比較検討、施設見学、契約など、それぞれの注意点をチェック方式で確認できる。

②神戸市内の各住宅・施設の概要

介護が必要かどうかによって、「元気型」と「介護型」に区分し、両者の種類ごとの制度説明と、神戸市内の各住宅・施設の概要を掲載している（一部リンク先での掲載を含む）。

③すまい探しチャート

介護の必要性や費用面など二者択一で答えると、自らのニーズに合う住宅・施設の分類ができる。

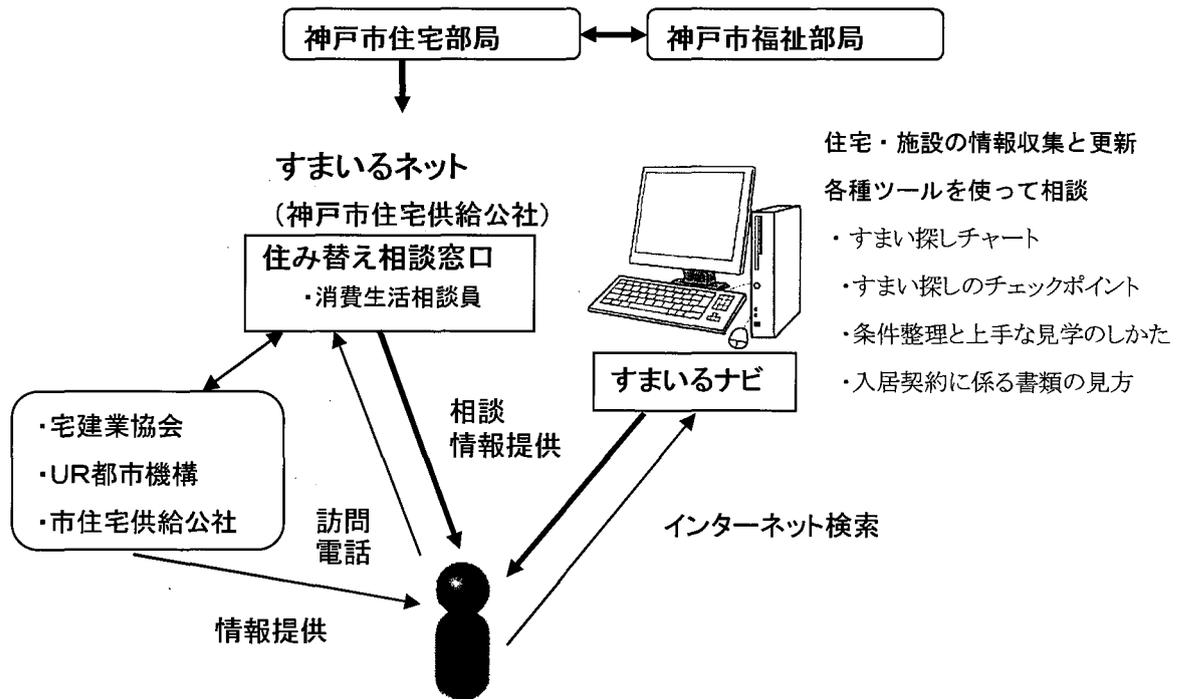
④介護支援情報

介護保険サービスを受けるための指定居宅介護支援事業者や地域包括支援センター、住宅改修助成などの情報を案内している。

4. セミナーや出前講座による普及啓発

自治会や老人会、婦人会、給食会などの場で市民向けのセミナーを開催し、専門家を招いて高齢者向け住宅の種類や福祉施設の探し方、選択のポイントなどのテーマで住み替え支援の情報提供を行っている。

現在、高齢者の住まいとして提供されているものは、多種多様な形態のものが提供されており、情報開示の程度も表示の仕方も個別性が高いことから、高齢者が住み替えを考えた場合、比較判断材料となりうる情報が得にくく、また情報の内容について理解がしにくいものもあり選択が困難な状況にある。このような状況のなかで、市民のすまいに関するあらゆる相談に応えるワンストップ型の総合拠点として、高齢者のニーズを的確に対応した住まいの選択が可能となるような情報提供、相談事業として担う役割として、今後ますます必要性が高くなるものと考えられる。



(図1)すまいるネットのしくみ(概略)

すまいるネット神戸



写真1 入り口 (EVホールより)



写真2 入り口 (エスカレータホールより)



写真3 内観全景



写真4 相談カウンター

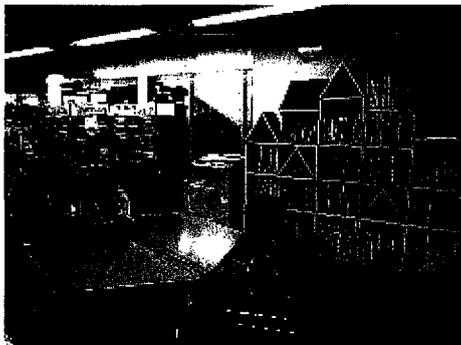


写真5 ライブラリー



写真6 構造模型

(図2)すまいるネットの様子

	テーマ	講師
第1回	・高齢者向け施設に関する法的な仕組み・体系の概要、介護保険や他の法令の概要や趣旨・方向性等 ・高齢者福祉施策の取り組みの概要と窓口 ・あんすこセンター・えがおの業務・役割	神戸市保健福祉局高齢福祉課
第2回	・神戸市における介護保険施策 ・介護保険に関する相談苦情の窓口	神戸市保健福祉局介護保険課
第3回	自立者を対象とした住み替え先の種類・特徴・費用、メリット・デメリット	シニアライフ情報センター
第4回	要介護者を対象とした住み替え先の種類・特徴・費用、メリット・デメリット	
第5回	住まい方の選択の手順と費用	
第6回	住み替え先のチェック方法、書類の見方	
第7回	施設見学	
第8回	神戸市内の高齢者向け住宅(自立者対象)の種類と選択方法	神戸市
第9回	相談実習、シュミレーション	シニアライフ情報センター
第10回	・相談開始にあたっての心構え、役割 ・高齢者向けすまいに関する情報提供について(内容等)	シニアライフ情報センター 神戸市

(図3)高齢者向けすまいに関する情報提供・相談業務に関する研修内容について

すまいと暮らしの総合案内
すまいのネット **神戸・すまいるナビ**
 (高齢者向けすまいを探す)

すまいるネットへの行き方 | お問い合わせ

KOBE
 House and Life Navigation

サイト内検索 | 検索

Last Update 2011 04 14



神戸・すまいと暮らしの総合情報サイトによるこそ、このホームページは、市内の高齢者向け住宅や高齢者向け施設を探されている方、これから探そうとされている方のためのお手伝いをさせていただきます。

高齢者向け住宅・施設の情報はもちろん、周辺の地図情報をご提供するとともに、住宅・施設の選び方や注意点、介護についての情報、その他高齢者向けの情報を集めています。

ご希望に合った素敵なすまいをお探してください。

高齢者向け住宅・施設新着情報

- 神戸市営住宅●●
 平成23年5月定時募集は、5月2日(月)～5月11日(水)郵送受付。詳しくは、神戸市営住宅募集係(078-251-6548)まで。
- 兵庫県営住宅●●
 平成23年4月募集は、4月22日(金)～4月28日(木)郵送受付。詳しくは、兵庫県住宅供給公社神戸事務所(078-232-9557)まで。
- 10/07/26 高齢者向け住宅・施設の地図情報・データを更新しました。
- すまいるネットでは住替の情報提供と相談を行っています。(※斡旋・仲介を行うものではありません。)

掲載されている高齢者向け住宅・施設は・・・

- インナーシティ高齢者特別賃貸住宅
- 高齢者向け優良賃貸住宅
- 高齢者円滑入居賃貸住宅
- 高齢者専用賃貸住宅
- あんしん賃貸住宅
- シルバーハウジング
- 有料老人ホーム
- 軽費老人ホームA型
- ケアハウス
- 生活支援ハウス
- 養護老人ホーム
- 認知症高齢者グループホーム
- 特別養護老人ホーム
- 介護老人保健施設
- 療養病床

神戸・すまいるナビ サービスメニュー

① 高齢者向けすまいを探す

高齢者向け住宅・施設の選び方
 高齢者向け住宅・施設の選び方のポイントをご紹介します。

高齢者向け住宅・施設を探す

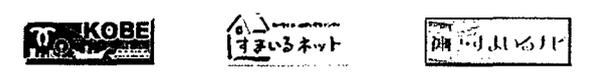
【元氣型】
身のまわりのことを自分でできる方

【介護型】
介護が必要な方

介護相談・介護支援
 高齢者の介護についての情報をご案内します。

高齢者向け住宅・施設情報を調べる
 様々な高齢者向け住宅・施設についての情報を提供しているサイトをご紹介します。

国	兵庫県	神戸市
公益法人	福祉施設団体	その他



●このサイトについて ●リンクの注意

(図4)神戸・すまいるナビ(高齢者向けすまいを探す)

事例4「バリアフリー化に向けた連携」(かながわ住まい・まちづくり協会)

神奈川県においては、急速に高齢化が進行しており、独居や夫婦のみ世帯が急増することと相まって、高齢者が住みやすい福祉住環境を整備することが緊急の課題となっている。そこで、高齢者や障害者が、住み慣れた地域や住宅で生活ができるよう、また、介護の負担軽減という観点からも住宅のバリアフリー化が重要である。

社団法人かながわ住まい・まちづくり協会(以下、協会という。)では、平成4年度より全国に先駆け、住宅のバリアフリーリフォームにおける建築と医療・福祉分野との連携(チームアプローチ)による相談体制を整備し、相談者の身体状況及び生活環境に則した助言や改造プランの提案を行ってきた。併せて、平成14年度より、「高齢者向けの住宅改造施工業者登録制度」を創設して、改修事業者の技術力の向上も図ってきた。

しかし、今後はケアの専門家との連携を強化して、良質なバリアフリー住宅改修や福祉用具の適切な活用など福祉住環境を整備するための支援を行うとともに、こうした情報を総合的に提供することが課題となっている。平成22年度に創設された国土交通省の高齢者等居住安定化推進事業(図1)を活用した協会の取り組みについて紹介する。

1. 事業の概要について

高度経済成長期に建設された住宅ストックを、今後の超高齢社会に適合できるよう、ケアの専門家と連携し、神奈川県内において良質なバリアフリー改修工事等が推進できる体制を構築することを目的として、以下の事業を実施している。

- 1 住宅に関わる改修事業者を対象とした研修
- 2 ケアの専門家による福祉住環境整備に関する訪問相談
- 3 改修プランの作成・実施設計・工事監理
- 4 事業成果の情報提供

チームアプローチによる相談体制、並びに、高齢者向け住宅改造施工業者登録制度に基づく登録施工業者の活用によるケア連携体制を強化するとともに、神奈川県理学療法士会や作業療法士会との連携と協力をはじめ、研修交流、情報提供、普及啓発の面において、県内の建築及び福祉関連団体等との連携を図っている(図2)。

2. 住宅に関わる改修業者を対象とした研修について

協会では、従来から神奈川県内の住宅改造施工業者を対象とする「高齢者向け住宅改造施工業者登録制度」に基づく研修事業を行っており、協会に所属する建築士に加え、医療・福祉分野の専門職等を講師として、事業者の新規登録、登録更新、スキルアップのためのセミナーを開催しており、現在462事業者の登録がある。

研修目的として、要介護高齢者や障害者向けの住宅改修について、利用者のニーズを

的確に把握(アセスメント)したうえで住宅改修の目標をケアの専門家と一緒に設定し、改修工事を実施する一連のプロセスが重要であるとの観点から、リハビリの視点を活かし、利用者の自立支援につながる福祉住環境を整備できることを目的とした施工業者の人材育成及び改修工事等の質の向上を目的とした研修を1年に2～3回実施をしている。

3. ケアの専門家による福祉住環境整備に関する訪問相談について

社会福祉協議会等福祉関係団体又は住宅所有者からの要請があった場合、協会所属の建築士が相談内容を把握し、担当のケアの専門家(看護師、理学療法士、作業療法士をいう。以下同じ。)を日程調整のうえ現地へ派遣し、住宅所有者等からの要望を踏まえ、相談に応じ必要な助言を行なう。また、ケアの専門家は、現地に立ち会った建築士が作成した改修プランの概要に必要な助言を行うこととする。なお、ケアの専門家による現地における訪問相談、助言は1件につき最大2回とし、それぞれの所要時間は最大2～3時間としている。

4. 改修プランの作成・実施設計・工事監理について

改修プランの作成に関しては、①協会一級建築士事務所、②協会に登録する建築士事務所のうちいずれかの事務所が依頼者(住宅所有者)と設計若しくは工事監理に関する契約を締結し、契約金額のうち1/3の額を依頼者の負担とする。但し、契約金額が30万円を超える場合は、30万円を超える額に10万円を加えた額を依頼者の負担とする。改修プランの作成方法は建物の現況調査、既存設計図書との照合を行い、訪問調査を基に改修イメージを作成する。また担当のケアの専門家により検討案に対する助言をもらい、検討案につき依頼者(住宅所有者)と合意に至ったら、実施設計・工事監理契約を締結する。

実施予定戸数については平成22～24年度の3年間で150戸を整備予定としている。改修内容については以下のとおりである。

対象者の日常生活動線が確保されるところを旨とし、居室から浴室及び便所等への移動を可能とし、自立もしくは介助により入浴及び排泄を容易に行うことができるよう次の改修工事を対象とする。

《A 基本工事》

- 1 介助用の車いすで容易に移動するために通路又は出入口の幅を拡張する工事
- 2 階段の設置(既存の階段の撤去を伴うものに限る)又は改良によりその勾配を緩和する工事
- 3 浴室を改良する工事
- 4 便所を改良する工事
- 5 便所、浴室、脱衣室その他の居室及び玄関並びにこれらを結ぶ経路に手すりを取り付ける工事

6 便所、浴室、脱衣室その他の居室及び玄関並びにこれらを結ぶ経路の段差を解消する工事

7 出入口の戸を改良する工事

8 便所、浴室、脱衣室その他の居室及び玄関並びにこれらを結ぶ経路の床の材料を滑りにくいものに取り替える工事

《B その他移動又は利用の円滑化、高齢者等の安全の確保に資する工事》

1 敷地が接する道路から住宅入口まで容易に移動するために、スロープを設置する等の段差解消のための工事

2 エレベーター又は段差解消機を設置する工事

3 リフトの設置等移動の円滑化のために設ける機器を設置するために必要となる住宅の構造を補強するための工事

4 車いすで容易に利用するために洗面台、流し台を取り替える工事

5 ヒートショック対策として、便所、浴室又は脱衣室について、床、壁、天井の断熱性能を向上させるための工事

5. 事業成果の情報公表について

インターネットや紙面媒体等により、広く情報提供を行うほか、様々なイベント等と通じて、普及啓発を行うこととしている。

具体的には、Web上に「かながわバリアフリー情報館（仮称）」を開設（HPの基本設計、DB設計、ウェブページの作成及び検証）し、要介護高齢者の自立支援に向けた住まいづくりの考え方や事例、質の高い施工業者等の照会を行う。主な中身として、①自立支援に向けた住宅改修の基本的な考え方及び手続き、②写真や動画を活用した事例紹介、③良質な住宅改修・福祉用具貸与事業者の紹介を盛り込むこととしている。

また、本事業の内容を簡単にまとめたチラシを作成し、県内市町村、関係団体及び施工業者等に配布するとともに事業の告知を行う（図3）。また、本事業で取り扱った事例等を掲載した報告書を作成し、ケアの専門家との連携を推進し、良質な住宅改修が行われるよう普及啓発を行うこととしている。

高齢者等居住安定化推進事業の部門

一般部門

ハード・ソフトにおいて先導性の高い取組

(例)

- ・先導性の高い高齢者等の住まいの新築・改築
- ・高齢者等の住まいに関する情報提供・相談業務
- ・協働型居住の試み
- ・高齢者への安心・見守りサービスの提供
- ・障害者世帯・子育て世帯の居住の安定確保に資する取り組み

特定部門

生活支援サービス付高齢者専用賃貸住宅部門

生活支援サービス付きの高齢者専用賃貸住宅の整備

ケア連携型バリアフリー改修体制整備部門

ケアの専門家と設計者・施工者の連携体制により行われるバリアフリー改修及び体制整備

公的賃貸住宅団地地域福祉拠点化部門

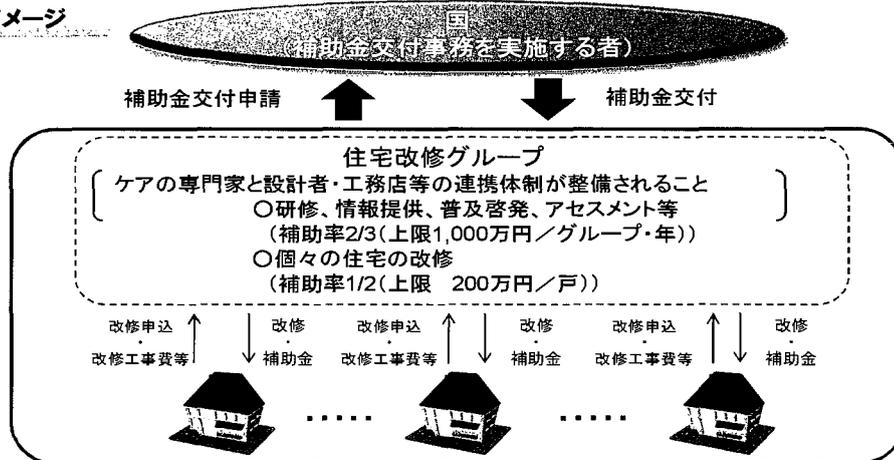
公的賃貸住宅団地の福祉拠点化に資する高齢者生活支援・障害者支援・子育て支援施設の整備

※選定された事業の助成期間は3年間

平成22年度予算案:160億円

ケア連携型バリアフリー改修体制整備部門

事業イメージ



住宅改修グループのイメージ

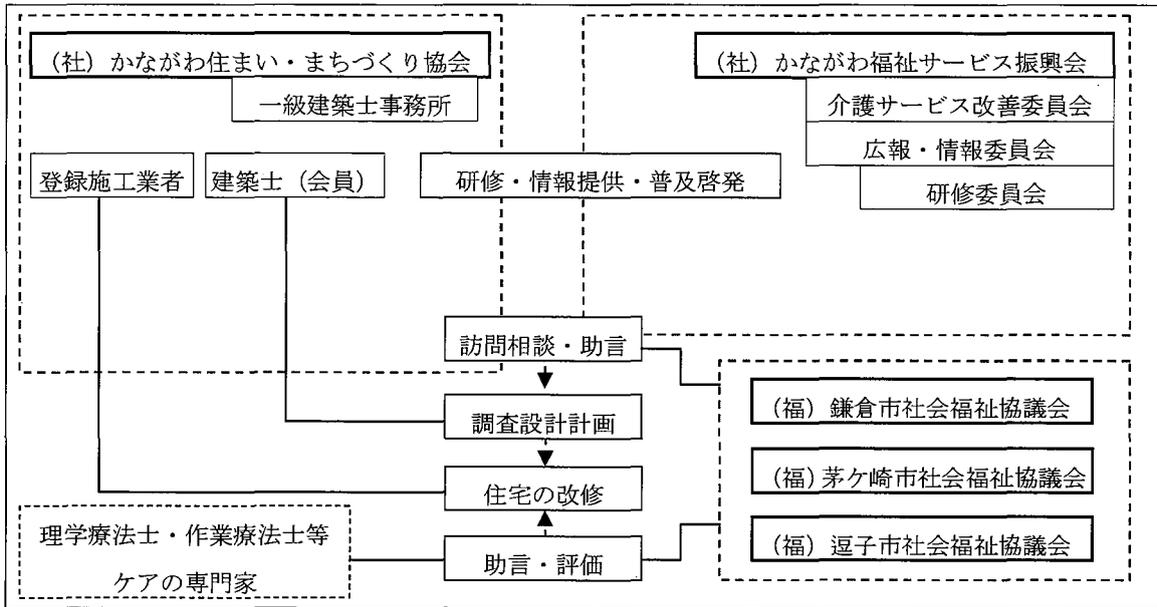
- [1] リハビリテーション機能を有する医療機関、介護保険施設等と地域の設計者・工務店等により構成されるもの
- [2] 地方公共団体の関与のもとに設置された協議会等でケアの専門家や設計者、工務店等で構成されるもの
- [3] その他、ケアに係わる福祉等の関係者及び地域の設計者又は工務店等の建築関係者により構成されるもの

住宅改修の対象となる住宅

次に掲げる者が居住する住宅

- [1] 要介護認定又は障害等級認定を受けている者
- [2] [1]に準ずる者であって、身体に機能障害や機能低下があり、継続して移動等に困難を伴うと医師が認める者

(図1) 高齢者等居住安定化推進事業について



(図2) 事業実施体制について

ご利用ください。

【国庫補助事業】

神奈川県住まいのバリアフリーリフォーム支援事業



- この事業は神奈川県内の5つの公益法人が共同して実施します。
- 医療や福祉の専門家と連携して、高齢者等の依頼者の状況に応じたバリアフリー改修工事を応援します。
- 住宅のバリアフリー改修工事などに国の補助金が出ます。



【事業の要件】

次に掲げる方が居住する住宅を対象として、居住者の状況に応じた住宅改修を行い、その効果を検証するものであることが求められます。

要介護認定、要支援認定又は障害者等級認定（障害者手帳の交付を受けている方に限られます。）を受けている方。



左記に準ずる方であって、身体に機能障害や機能低下があり、継続して移動等に困難を伴うと医師が認める方。



【事業の流れ】

1 バリアフリーリフォーム工事に関するご相談

○バリアフリーリフォーム改修工事をお考えの方（依頼者）は、（社）かながわ住まい・まちづくり協会（以下「まち協」と略します。）など事業実施主体または裏面記載の工務店などにお電話でご相談ください。その際に、この事業の内容等を詳しくご説明します。

2 ケアの専門家の派遣

○ご相談の内容に応じ、まち協からケアの専門家と建築士をご自宅に派遣します。
○ケアの専門家は、依頼者からのご相談に応じるとともに、依頼者の身体特性などに適した改修内容についてアドバイスします。



3 改修プランの作成

○ケアの専門家の助言をもとに、ご希望に応じ建築士が具体的な改修プランを作成します。
○建築確認が必要な場合や、詳細な設計が必要な場合な



どでは、まち協やまち協が委託する一級建築士事務所に設計を依頼することができます。この作成費用には20万円を限度として2/3の補助があります。

4 バリアフリー改修工事の実施

○具体的な改修工事については、まち協の共同事業者として登録している改修業者の中から、まち協が適当と思われる施工業者を選びます。
○この改修工事に要する費用の合計額の1/2（上限200万円）の補助があります。
○まち協は、改修工事の期間中、工事が国に申請したとおりの内容で施工されているかどうか現地で確認します。



5 補助金の受け取り

○工事完了後、国への報告等の手続きはまち協が行いますが、予め補助金の受け取りや業務報酬に関して依頼者、施工業者、まち協の三者で規約を結んでおきます。

【事業実施主体】

社団法人 かながわ住まい・まちづくり協会（代表提案者）
社団法人 かながわ福祉サービス振興会

社会福祉法人 鎌倉市社会福祉協議会
社会福祉法人 茅ヶ崎市社会福祉協議会
社会福祉法人 逗子市社会福祉協議会

（図3）チラシについて

事例5 「様々な関係者との連携によるまちづくり」(千葉県柏市)

人口約40万人、東京圏のベッドタウンである千葉県柏市にある豊四季台団地は、昭和39年に特殊法人日本住宅公団(現在の独立行政法人都市再生機構)が建設した団地で、平成22年10月時点で約6,000人が住んでいるが、団地の高齢化率は約40%と全国平均を大きく上回り、住民の高齢化と建物の老朽化が進み、いわゆる都市部における限界集落への対策が求められているところである。

こうした背景のもと、都市再生機構の豊四季台団地の建て替え事業を契機として、平成21年6月に、柏市、東京大学、都市再生機構で構成する「柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会」が発足した。発足以降、市民向けのシンポジウムを3回開催し、平成22年5月には三者で協定を締結し、「高齢社会の安心で豊かな暮らし方、まちのあり方」について産・学・官が一体となって検討を進めているところである。

1. 基本方針について

今後の超高齢化社会におけるまちづくりの観点から、「いつまでも在宅で安心した生活を送れるまち、いつまでも元気で活躍できるまち」を目指し、以下の2つの方針を実現することとしている。

- ① いつまでも在宅で安心した生活を送ることを可能とするため、医療・看護・介護・住まいが連携して、在宅介護を要する高齢者を支える新たな在宅医療の推進システムを構築する→地域包括ケアの具体化への取り組み
- ② 住み慣れた地域で、人と人がつながり、支えあう地域社会を構築するとともに、多方面にわたる地域課題を解決するため、高齢者が様々な分野で就労する場を創設する→高齢者の生きがい就労への取り組み

2. 地域包括ケアの具体化への取り組みについて

現在の柏市における医療を取り囲む状況は、病院数・診療所数ともに全国と比較して少なく(対人口10万人比)、非常に厳しい状況にある。

病院においては在院日数の短期化を図っているが、病床利用率は高く、今後の高齢化に伴い入院患者が増加する中では、在宅での療養が必要となる。一方で、一般診療所は外来の対応で多忙な状況にあり、訪問診療へのニーズに応じることは厳しい状況にある。今後の超高齢化社会における市民、診療所、病院が置かれる状況に鑑みると、迅速に在宅療養を推進する政策が必要とされる。

在宅医療推進にあたり、診療所が抱える24時間在宅医療体制による肉体的・精神的不安や通常の外来診療への支障、在宅医療のやり方や効率的経営の可能性といった課題や不安を解消することが必要である。具体的な方針として、主治医の訪問診療を補完する訪問診

療を行う診療所を設けて、主治医・副主治医が相互に協力して訪問診療を提供する。また、医師のグループ化を図り、相互に訪問診療をサポートすることで、地域全体を支える体制を構築する。これに加え、急性増悪時の対応として、病院の短期受け入れのベッドの確保、24時間対応できる訪問看護と訪問介護の充実、多職種が連携したサービスの提供といった、在宅医療に対する負担を軽減するバックアップシステムの構築を図る（図1）。

併せて在宅医療に携わる医師の増加及び質の向上を図るための在宅医療の研修プログラムの開発、多職種連携を円滑に行うための患者情報を共有する情報システムの構築、市民を対象とした在宅医療に係る周知・啓発についても展開する。

これらを実現するため、在宅医療、がん対策を含めた柏市の地域医療全体を支える拠点を整備する。この拠点は、柏市全域の医師に対する診療支援、医療全般の情報拠点、多職種の連携拠点といった性格を有する。（図2）。

また、住み慣れた地域で在宅の生活を可能とするためには、在宅医療の推進とあわせて、医療・看護・介護のサービスが連携した上で一体的に提供することが望ましく、更には、高齢者の居住環境整備も重要な要素となる。

具体的な対応として、診療所や訪問看護ステーション、24時間対応の訪問介護事業所や小規模多機能型居宅介護事業所等が併設された、医療・看護・介護を包括的に提供するサービス付き高齢者向け住宅の整備について検討を行っている。

3. 高齢者の生きがい就労について

団塊の世代の大量退職により、2015年までに、毎年約4,000人の退職者が地域に戻ってくることが推計されている。これらの高齢者が、社会とのつながりを保ち、地域で孤立することがないように、地域における就労の場を確保し、そこに参画することで、コミュニティ構築を促す高齢者の生きがい就労を実現する。具体的には、(1)農業、(2)生活支援、(3)育児、(4)地域の食の4分野で高齢者の就労の場を創生する。（図3）。

(1) 農業について

農業者が集まって出資して、組合組織を創設することにより、組合が土地の確保、人の確保、経営の安定について支援を行う。また農業者は組合組織に雇用される高齢者を活用し、自らの事業規模拡大に伴う農業を実施する。休耕地を活用した「都市型農園事業」やLED照明を利用した「ミニ野菜工場事業」、建替後リニューアル団地における「屋上農園事業」といった事業に取り組む。

(2) 生活支援について

生活支援サービスは、今後増加が見込まれる要支援・要介護高齢者や高齢者単身世帯、共働き世帯や母子父子家庭等の増加により、今後ニーズが一層増加することが見込まれる一方で、柏市内では生活支援サービスの担い手であるボランティアが不足している。このため、生活支援の人手不足を補うために、高齢者の生きがい就労により、要支援・要介護高齢者に対する介護保険対象外の生活支援サービス（掃除・洗濯・外出支援・御用聞き等）

や子育て世帯を対象に、子どもの送迎等の家事のサポートサービスを実施する。

(3) 育児について

放課後の居場所の確保や保育士の不足、少子化対策としての子育てサービスの充実を図るために、高齢者の知識・経験を活用し、育児サービスの課題を解決する。具体的には、小学校1年生～中学校3年生までの子どもを対象に学習機会の提供する居場所を整備し学習支援を行うとともに、保育・学童保育・教育の充実のための出前講座に講師として派遣を行う。また、子育て支援センターを創設し、一時保育や子育て世代の相談サロンなど子育て支援の提供を行うこととしている。

(4) 地域の食について

現在高齢者世帯の食生活は欠食や偏食、食の煩わしさから食の外部依存が進んでいることから、高齢者のニーズに沿った食サービスを提供するレストランを設置し、栄養管理の行き届いた食の提供を確保する。また、多世代のコミュニティ構築が可能となるよう、このレストランは地域コミュニティの土台となることが期待されるものである。

4. 今後の方針について

柏市第四次総合計画後期基本計画において、地域医療体制の充実のための拠点整備及び高齢者が求める多様な働き方の受け皿としての就業機会に関する内容が盛り込まれた。なお、平成23年度予算では、高齢者の生きがい就労における子育て支援センターや高齢者による生活支援の立ち上げの支援補助と高齢者のケア付住宅の需要と供給のニーズ調査に総額1,890万円を充てる。

なお、国の「地域医療再生臨時特例交付金」を活用して地域医療が抱える課題を解決するために「千葉県地域医療再生プログラム」（平成21～25年度）を策定し、交付金の対象として採択された。このプログラムの中で、全県的な医療提供体制の整備に資する事業として、在宅医療従事者の確保育成や在宅医療提供システムの構築が計画されている。実施主体としては東京大学が寄附講座を設置し、医師の研修などを実施する予定となっている。また、独立行政法人科学技術振興機構（JST）の「コミュニティで創る新しい高齢社会のデザイン」の研究領域において、「セカンドライフの就労モデル開発研究」として採択され、高齢者のいきがい就労に対する補助を受けている。

柏市では、地域包括ケアシステムの具体化及び高齢者の生きがい就労の実現により、医療・看護・介護に住まいが一体となって住み慣れた地域で生活が送れる環境を整備するとともに、高齢者の就労やその他の活動によるコミュニティの構築といった長寿社会に対応可能なまちづくりに向けて取り組みが図られている。

在宅医療に係る負担軽減システム案

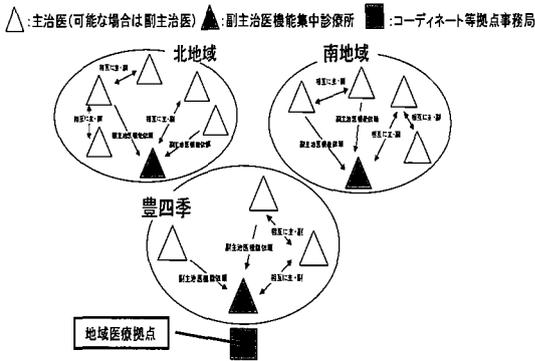
○ 共同で地域全体を支える体制の構築

→ 1つの診療所が数多くの患者を支えるだけでなく、多くの診療所が少しずつ支える事で多くの患者を支えるシステムを構築。

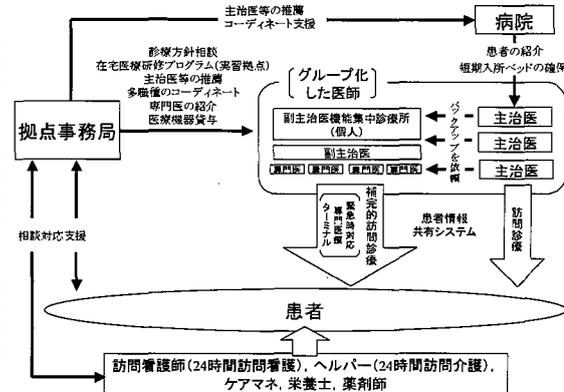
○ 主治医・副主治医の仕組みの構築

→ 主治医(患者を主に訪問診療する医師)と副主治医(主治医が訪問診療できない時の訪問診療を補完する医師)とが相互に協力して患者に訪問診療を提供。

<柏市全域での動き>



<システムの具体的な動き>



(図1) 在宅医療に係る負担軽減システム案

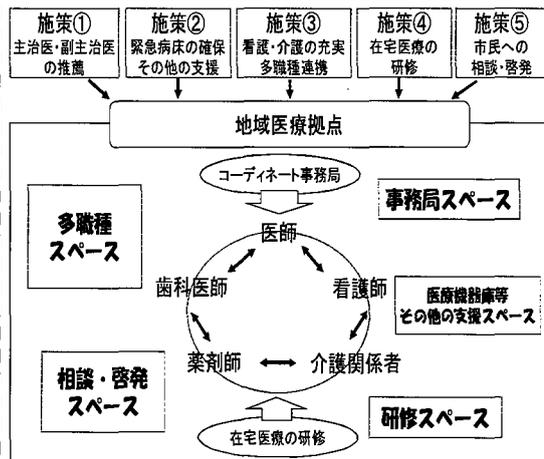
地域医療拠点の趣旨と機能について

- 地域医療拠点は、地域医療機関をサポートする中核になる。
- 柏市における連携の拠点。
 - ・ 地域医療、がん対策を含めた医療・看護・介護関係職種の連携
 - ・ 市民との医療・看護・介護に関する連携
- 医療・看護・介護の全情報の集積地。
- 平成25年度中に運営開始を予定。

地域医療拠点の機能

1. 市民からの相談の支援
2. 市民の医療に対する啓発・教育機能
3. 医師からの相談の支援(診療方針の相談)
4. 在宅医療に係る主治医及び副主治医の研修機能
5. 主治医の訪問診療を補完するバックアップ機能
 - ① 医師・コメディカルによる在宅医療・看護・介護の管制機能
 - ② 医療機器の貸与や専門医の紹介といった支援
6. 患者が病院から在宅に戻る際の退院調整の支援機能等
 - ① 主治医・副主治医の推薦
 - ※ コメディカルから主治医推薦の依頼があった場合にも対応
 - ② コメディカルの推薦(多職種のコーディネーターを可能にする)

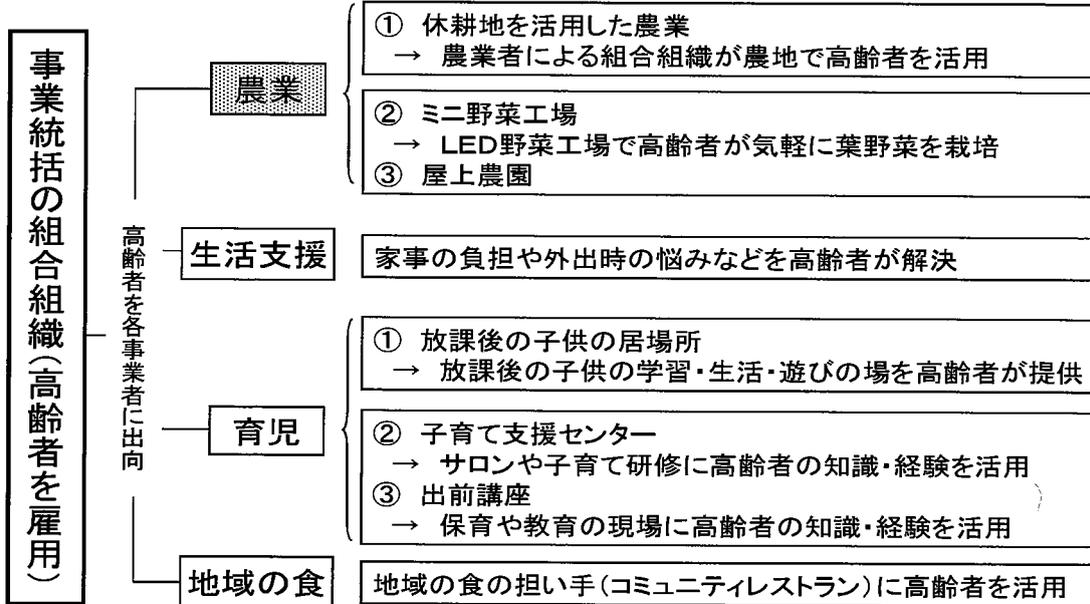
地域医療拠点の役割とスペースのイメージ



(図2) 地域医療拠点の趣旨と機能について

高齢者の生きがい就労の全体像について

高齢者の生きがい就労は、4分野8事業(6~7事業者)



(図3) 高齢者の生きがい就労の全体像について

豊四季台地域の再構築イメージ(案)



(図4) 豊四季台地域の再構築イメージ(案)

事例6 「地域の縁がわ」熊本モデル事業（熊本県）

熊本県における平成22年の高齢化率は25.7%、総人口の4人に1人が高齢者となっており、その半数以上が75歳以上の高齢者となっている。熊本県では平成14年度に、福祉とまちづくりの融合、新しい福祉のあり方を目指し、福祉施策と住宅施策を連携させ、ひと（当事者）を中心においた地域福祉推進のための福祉サービス拠点施設を併設（合築）したモデル団地の建て替えプロジェクトをスタートさせた。また、平成16年3月に策定した熊本県地域福祉支援計画「地域ささえ愛プラン」の第1番目の柱として、子ども、高齢者、障がい者など誰もが気軽に集い、支え合う地域の拠点「地域の縁がわづくり」を掲げ、そのモデルとして県営住宅（健軍団地）の1階に福祉機能（健軍くらしささえ愛工房）を整備した。この健軍くらしささえ愛工房の運営は、公募して選ばれたNPO法人が担うこととなり、県内の高齢者福祉、障害者福祉等に取り組む社会福祉法人やNPO、生協法人等5団体が連携したチームでサービス提供がされている。また、熊本県ではユニバーサルデザインを推進しており、健軍団地も全住戸がユニバーサルデザイン対応となっている。

プロジェクトの概要（県単独施行）

- 公営住宅とまちづくり型の福祉施設の併設による先駆的な取り組み
- 高齢者・障がい者・子ども等の地域共生を目指した取り組み
- 構想段階から地域住民や地元商店街と連携
- ユニバーサルデザインを取り入れたプロセス重視の整備

1. 地域の縁がわづくり事業について

地域の縁がわは、コミュニティカフェや、小規模多機能型居宅介護事業所に併設された交流スペースなど、誰もが気軽に集い、交流や福祉サービスをうみだしていく地域支え合い活動の拠点の整備に支援を行うものである（図1）。

また、「地域の縁がわ」の機能を持ち、必要な時には日中活動利用や宿泊にも対応する「地域ふれあいホーム」の整備を進めていくこととしている（図2）。

地域の縁がわづくり推進事業による整備数は、平成22年度末で85カ所となっており、地域の縁がわづくり推進事業の取り組みを含めると、221カ所となっている。「地域の縁がわ」の目標数は、第2期県福祉支援計画で平成27年度まで500カ所とされている。

平成23年度の補助対象となる事業については、以下の通りである。

	対象事業	対象経費	補助率・補助金額
施設整備事業	<p>交付決定日から平成24年2月29日までに実施される事業で以下の項目に該当するもの</p> <p>① 子ども、高齢者、障がい者など対象者を限定することなく、誰もが集い支え合う地域の拠点「地域の縁がわ」の施設整備等</p> <p>② 地域の縁がわの機能を持ち、デイサービスやお泊まりのサービスなど日中や夜間にも利用できる共生型の施設「地域ふれあいホーム」の施設整備等</p>	<p>新築・改修・増築等 工事費及び設備整備費</p>	<p>2/3 以内で、100万円まで (千円未満の端数は切り捨て)</p>
先駆的交流事業	<p>平成23年4月1日から平成24年2月29日までの期間に実施される事業で、熊本県内に設置された「地域の縁がわ」における地域住民との先駆的な交流事業</p>	<p>事業の開始に伴う経費のうち事業着手に必要な直接経費で、事業遂行上必要と認めたもの</p>	<p>2/3 以内で、80万円まで (千円未満の端数は切り捨て)</p>

2. 健軍団地（健軍くらしささえ愛工房）の概要について

健軍団地は、熊本市電健軍町駅から商店街を抜けて徒歩約5分のところにあり、周囲には市営住宅や自衛隊官舎、公務員住宅などがある住宅地となっている。

昭和36～37年にかけて建設された健軍引揚者住宅の建て替え再整備を行う際、国土交通省住宅局の「公営住宅団地建て替えにおける社会福祉施設の併設に関する指針」を参考に、併設する福祉施設についての検討を行った。健軍地区は熊本市の中でも高齢化が進んでおり、交通の利便性が高く、商店街等の地域資源が豊富な地区であり、地域住民へのアンケート調査や座談会を行い、地域住民のニーズを調査したところ、福祉ニーズは高いという調査結果が得られた。このため県では、健軍地区が地域共生型の福祉モデル事業を行う地区として最適と判断し、平成16年3月に策定した県地域福祉支援計画「地域ささえ愛プラン」に基づき、県が重点的に進める「地域の縁がわづくり」のモデル事業として整備を行った。

健軍くらしささえ愛工房は、企画提案公募により決定したNPO法人が県から建物を賃借し運営している施設で、高齢者介護や、子育て支援、障害者支援、喫茶等、多機能な福祉施設を併設している（図3）。

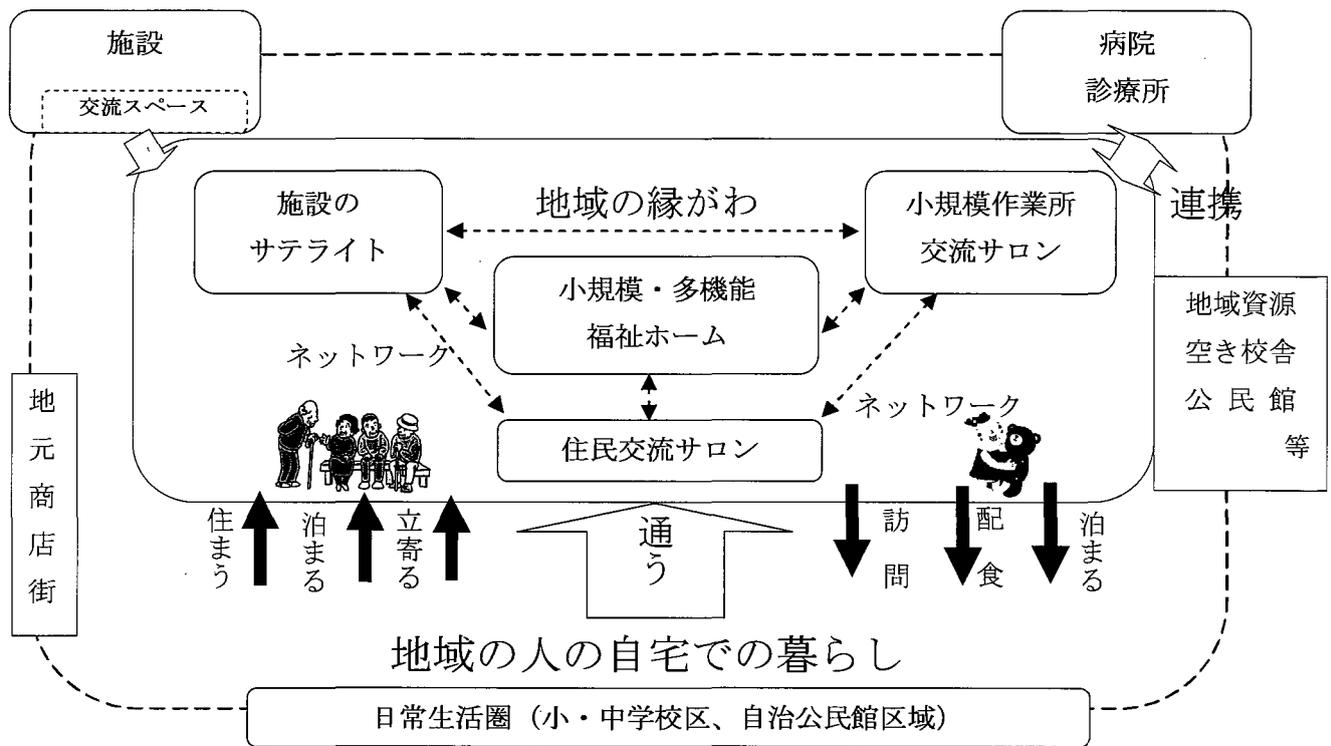
また、商店街と近接していることから、運営法人の理事に、商店街の代表も入っており、商店街振興組合で発行されている「健軍カード」（満点になったら、商店街内でお得な特典を受けることができる）が、健軍くらしささえ愛工房でも利用ができるなど、商店街との連携を図っている。子育てサービスは幅広いエリアから利用者が集まってい

る。

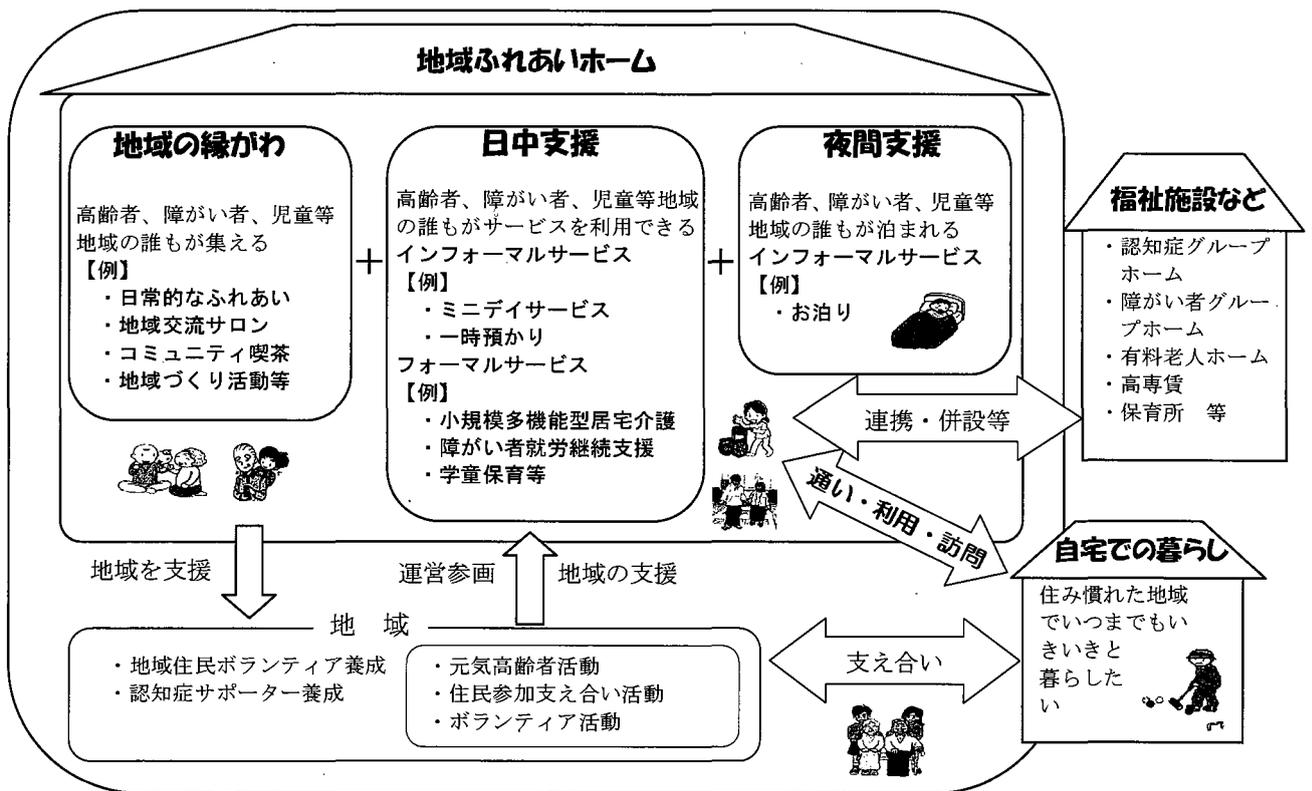
サービス拠点施設の概要については、以下の通りである。

整備内容	基本設備
①くらし安心処（約650㎡） 先駆的な在宅福祉サービスを 開発・普及するための複合在宅 福祉サービスセンター	・小規模多機能型居宅介護（通い15人、泊まり9人） ・小規模型通所介護（15人／日） ・配食サービス
②地域の縁がわ（約350㎡） 誰もが気軽にサービスを利用 したり、参加できる多機能地域 福祉スペース	・子育てルーム（親子の広場、一時預かり、子育て相談） ・喫茶コーナー（障害のある当事者による喫茶・軽食サー ビス等）
③その他	・ボランティアの養成講座 ・健軍商店街にて若者の就職を支援する「若者サポートステーション」を開設・運営

このように、地域福祉の拠点として整備した県有施設を、企画提案公募により選定したNPO法人に有償で貸し付け、創意工夫を活かすとともに、地域住民や他団体等の参画も得ながら、人材育成も含め、先駆的な地域福祉サービスを行い、これをモデルとして、他地域への普及を図っている。



(図1) 地域の縁がわ概念図

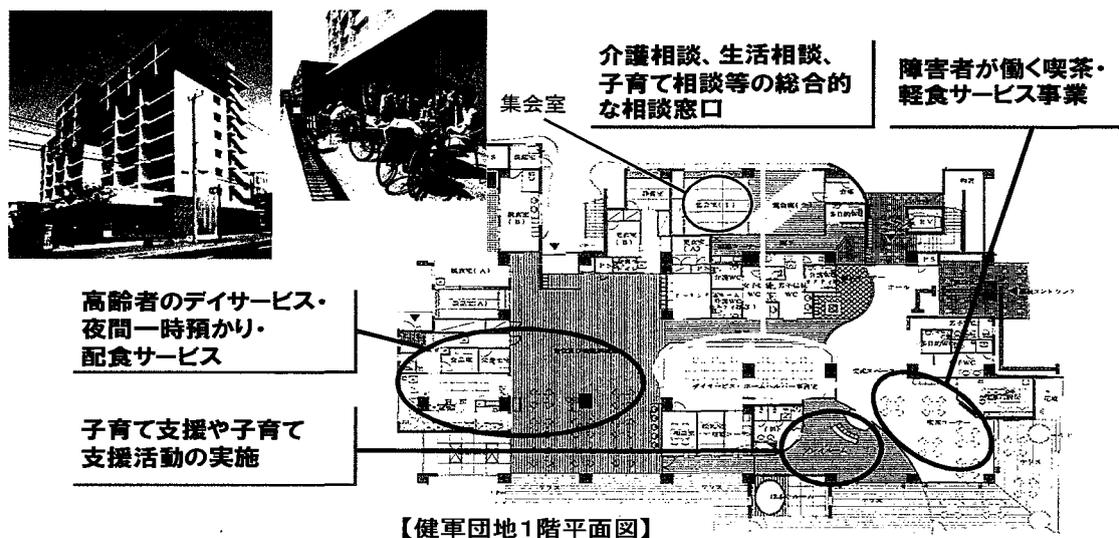


(図2) 地域ふれあいホームイメージ

公的賃貸住宅団地地域福祉拠点化の事例

●健軍くらしささえ愛工房〈熊本県営住宅：健軍団地〉（熊本県熊本市）

- 建替えとあわせて県営住宅1階に地域の福祉・交流拠点を整備。
NPOによる地域居住支援など、地域住民とのパートナーシップにより運営。



(図3) 健軍くらしささえ愛工房イメージ

VII 重点的に取り組むことが望ましい事項

第2節 医療との連携

目次

(頁)

- ・「多職種連携による地域ケアネットワークづくり」(京都府乙訓地域) 1
- ・「遠野方式在宅ケアシステム」(岩手県遠野市) 5
- ・「地域力を活かした在宅医療の試み」(栃木県栃木市) 10
- ・「区局の連携による、全市的な在宅療養連携推進の展開」(神奈川県横浜市) 14
- ・「地域ケア会議を中心とした在宅療養支援の取り組み」(埼玉県和光市) 18

(目次①)

「多職種連携による地域ケアネットワークづくり」(京都府乙訓地域)

乙訓地域は、京都市の南西に位置する長岡京市と向日市、大山崎町の二市一町から構成され、人口は合わせて約 15 万人である。人口に対して比較的病院数が少なく、交通の便が良いため、地域外に出て専門的治療を受ける住民も多く、地元で在宅医療を行う医師は近隣医療機関に加えて、周辺地域の病院等とも連携を図っていく必要がある。

地域に 105 ある診療所のうち、在宅療養支援診療所は 15 に過ぎず、在宅医療を積極的に行っている医師の数は未だに多いとは言えない。

このような乙訓地域において、在宅医療の推進に中心的な機能を果たしているのが「在宅療養手帳」である。ここでは在宅療養手帳を中心とした乙訓地域のネットワークづくり等について示す。

1. 在宅療養手帳

昭和 57 年から開設している乙訓休日応急診療所の管理者・医師派遣業務や、昭和 58 年から行っている老人保健法による基本健康診査実施を医師会委託にするなど、古くから行政と医師会が協力してきた乙訓地域であるが、関係者の話し合いの中で、より良い在宅介護の実現には情報共有が重要であるとの共通認識を持つようになり、平成 7 年から行政と医師会が共同で在宅療養手帳(図 1、図 2)の作成・配布を始めた。

在宅療養手帳には、本人の治療や介護に関する情報以外にも、介護者や事業所に関する情報(表 1)が記載されており、医療・介護・福祉など様々な立場から在宅療養を支える関係者間の情報共有を図り、円滑なチーム支援を実現する上で貴重なツールとなっている。

在宅療養手帳の作成・更新・活用に当たっては、関係する専門家が定期的集まって「在宅療養手帳委員会」(図 3)を開催し、在宅療養手帳の使い勝手に関する情報を集め、必要に応じて手帳の記載内容や活用方法に改良を加えている。在宅療養手帳委員会の場に関係者が定期的集まることで、互いに顔の見える関係が強化され、在宅療養手帳が様々な形で、在宅療養における連携の要として機能している。

名前・住所等の本人の基本情報／主介護者の基本情報／要介護度・利用事業所等の介護保険に関する情報／病名・与薬・治療等の入院経過サマリーなど主治医提供の医療に関する情報／日常生活自立度／意思伝達に関する留意点／精神状態および NM スケール／ADL・IADL／口腔ケアを意識した歯科情報(口腔の状態および指導・治療内容など)／薬剤師による現在および過去の与薬内容やアレルギー・副作用歴まで含めた服薬情報／月ごとの予定および生活経過表／在宅療養経過に関して記載できるフリースペース

表 1: 在宅療養手帳に記載されている情報

この他にも乙訓地域では、乙訓二市一町と乙訓医師会保健・医療・福祉(介護)協議会、介護保険担当者交流会、介護施設間連絡協議会、難病ネットワーク連携調整会議、障害者保険担当者交流会など、行政と医師会が顔を合わせる公式な機会が数多く設けられており、お互いに顔なじみの関係になることが、行政と医師会との間の垣根を取り払うのに役立っている。

2. 在宅かかりつけ医

乙訓医師会では平成 19 年頃から在宅かかりつけ医制度を開始した。人口に対して比較的病院数が少ない乙訓地域では、地域外に出て専門的治療を受ける住民も多く、その後在宅に戻ってきた際にかかりつけ医を確保することが在宅医療を進める上で重要な課題であった。そこで、乙訓医師会が中心となり、まずアンケート調査によって地域内の医師配置の現状を把握した。その情報をもとにして、病院やケアマネジャーから要請があると、症状や住所を考慮して最も適切な医師が医師会から紹介される。(図 4) 病状が安定した後、在宅療養を支える介護・福祉サービス等が決まった後も、最後まで在宅かかりつけ医が決まらず退院が遅れてしまうケースも見られる中、このようなスムーズな退院を支援するしくみの意義は大きいと言える。

3. 二市一町の独自の地域ネットワークづくり

乙訓地域の二市一町は共同して乙訓医師会との協議にあたっており、在宅療養手帳の取り組み以外にも、介護保険法施行前年の平成 11 年に「'99 乙訓介護保険フォーラム」を開催するなど、地域が一体となった取り組みを実践しているが、一方で独自の地域ネットワークづくりにも取り組んでいる。

○長岡京市

長岡京市では、介護保険制度が実施される以前から地域包括ケア会議を設けており、在宅での療養に向けたプランを関係者の協議で組み立ててきた。介護保険制度が導入され、ケアプラン作成がケアマネジャーの役割となってから、特に地域全体での困難ケース(例えば認知介護など)に対してどのような対応を地域として実施できるのかを話し合っている。この地域包括ケア会議は、日常生活圏域ごとに月に 1 回、定期的実施しており、ケアマネジャーや民生委員などからの情報を元に、地域での困難事例に絶えず注意を払っている。他にも、長岡京市高齢者虐待防止ネットワークを構築し、民生委員などを巻き込んだ形で、高齢者虐待の早期発見・早期介入を目指している。

○向日市

向日市では、特に認知症高齢者への支援に力をいれており、認知症になっても安心して暮らせる街づくりを目指している。一般市民を巻き込んで認知症サポーターを地域で育成

し、地域全体として認知症への理解が根付くように力を入れている。また、地域資源マップを作成し、地域で利用可能な社会資源がどこにあるのか一目で分かるような工夫を行っている。更に、徘徊 SOS 模擬訓練なども実施し、日頃から地域での認知症高齢者の見守りを意識づけるような取り組みも実施している。

○大山崎町

大山崎町では、高齢者虐待防止ネットワークと認知症高齢者見守りネットワークを同時につくり上げることが出来るように心がけている。認知症と高齢者虐待は決して切り離せない問題であるとの認識のもと、民生委員の協力も得ながら、問題ケースの掘り起こしに積極的に取り組んでいる。特に家族の壁を超えるためにどうすればよいのかを、個別ケースごとに模索し、介入していこうと試みている。地域ネットワークがやはり基盤にあり、その充実のためにも、行政の地道な努力が必要であると考えている。

このように、それぞれが地域の特性にあったネットワークづくりを実施しており、モデル事業等を通じてより良い地域づくりに取り組もうとしている。安心して在宅医療を続けることの出来るコミュニティづくりが、在宅医療推進に向けた行政の大きな役割の一つであり、乙訓地域における二市一町の取り組みは行政の強みを最も活かすことが可能な切り口であるとも言える。

指定居宅介護支援事業所

事業所名		TEL () -
		FAX () -
介護支援専門員名 (ケアマネジャー)	担 当 期 間	
	平成 年 月 日	平成 年 月 日
介護支援専門員名 (ケアマネジャー)	担 当 期 間	
	平成 年 月 日	平成 年 月 日
介護支援専門員名 (ケアマネジャー)	担 当 期 間	
	平成 年 月 日	平成 年 月 日

事業所名		TEL () -
		FAX () -
介護支援専門員名 (ケアマネジャー)	担 当 期 間	
	平成 年 月 日	平成 年 月 日
介護支援専門員名 (ケアマネジャー)	担 当 期 間	
	平成 年 月 日	平成 年 月 日
介護支援専門員名 (ケアマネジャー)	担 当 期 間	
	平成 年 月 日	平成 年 月 日

経過用紙

日付	本人の状態・訴え・指示・メッセージ・処置等	サイン
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		

図 1、図 2: 在宅療養手帳(乙訓医師会)

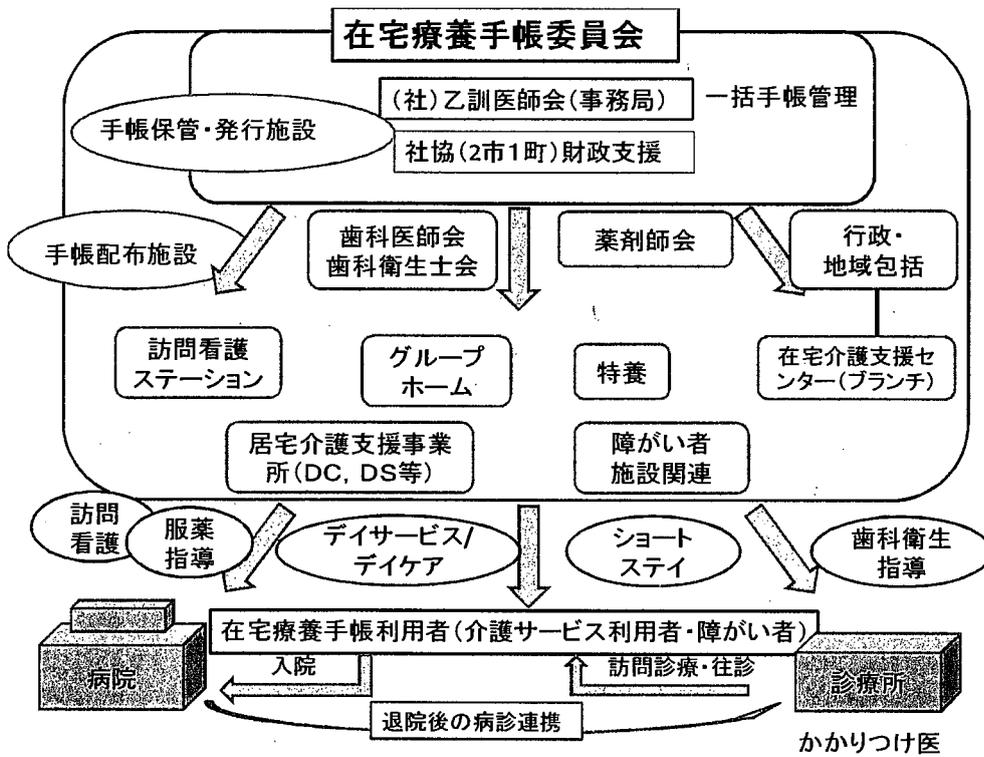


図 3: 在宅療養手帳委員会

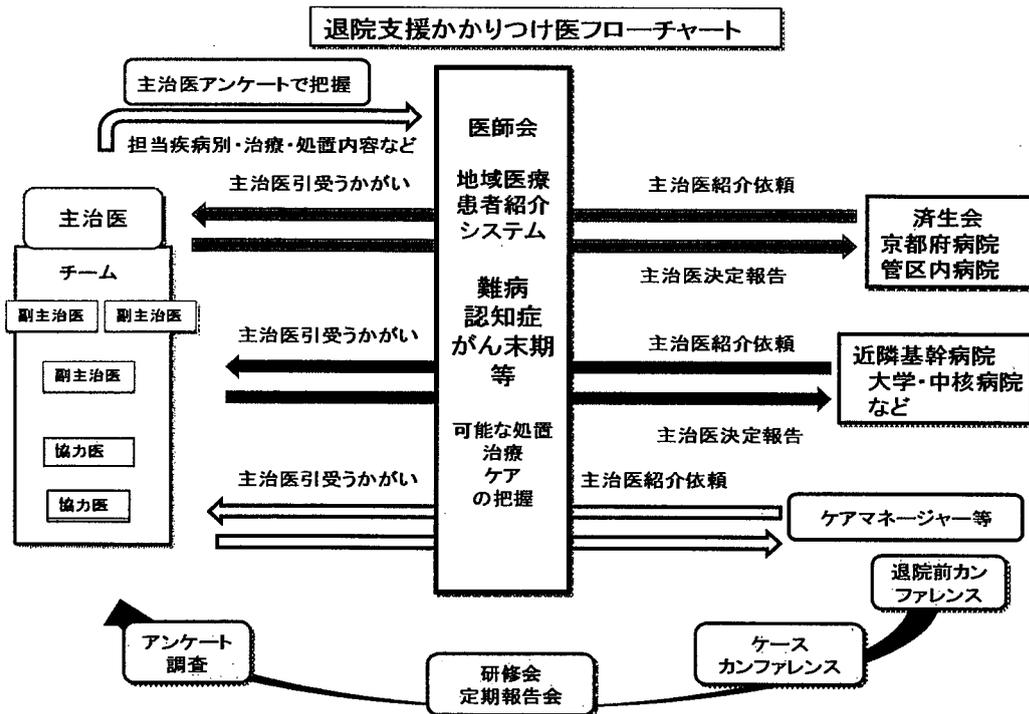


図 4: 在宅かかりつけ医

「遠野方式在宅ケアシステム」 (岩手県遠野市)

四方を山に囲まれた盆地に位置する遠野市は、昭和 45 年に 4 万人を超えていた人口が現在は約 3 万人にまで減少し、そのうち 65 歳以上の高齢者が約 1 万人(高齢化率 33.5%)を占めている。

在宅で家族介護を行いたいという価値観が比較的強いと言われる遠野では、岩手県立遠野病院と遠野市の強い連携の下に在宅医療を 26 年前から実施しており、「遠野方式在宅ケアシステム」と呼ばれる在宅ケアの体制が定着している。

更に近年では、ICT(情報通信技術)を活用した地域住民の健康増進、介護・疾病予防の取り組みを試みており、今後の在宅医療や医療介護連携の新たなモデルを示すことが期待されている。

1. 県立遠野病院と共同での取り組み

○ 訪問診療の歴史

遠野市では古くから地域の中核となる病院が県立遠野病院のみであった。そのため、1980 年代当時からすでに、農繁期に家族が十分な介護を行うことが出来ずに寝たきりになってしまったり、地理的な関係で退院後の通院がままならず状態悪化して再入院してしまったりする高齢者の多さが目立っていた。このことを問題視した県立遠野病院の貴田岡医師(現院長)は、退院後の患者の適切な健康管理を在宅で行うには医療関係者の適切、かつ継続的なフォローアップが必須であると考え、昭和 60 年に自らが高齢者宅に出向くという在宅寝たきり老人訪問診療を開始した。

試行錯誤で訪問診療を実施していく中で、在宅療養を支援するには保健や福祉を含めた包括的な支援を行うことが必要であると強く感じた貴田岡医師は、遠野市に対して福祉系の職種も含めた多職種連携チームをつくって在宅ケアを行うことを提案した。その後、遠野市の協力と遠野市医師会の理解を得て、遠野市と県立遠野病院を中心とした保健・医療・福祉の連携を核としたチームの在宅ケアシステムの構築が始まった。

○ 現状

県立遠野病院が訪問診療を行うようになって 26 年が経ち、地域の医療・保健・福祉等の関係者が一体となって在宅患者をバックアップする「遠野方式在宅ケアシステム」(図 1)が定着している。現在は貴田岡院長を含めて医師 2 名体制で、医療機関への受診が困難な高齢者を対象にして訪問診療を行っている。県立遠野病院だけでなく近隣開業医の受け持ち患者も対象としており、主に隔週火曜日の午後に 5~8 名程度の訪問診療を実施している。また、訪問診療終了後、地域ケア会議を開催、在宅療養中の患者の情報やその診療方針等を関係者で共有している。又、家族や本人に訪問診療結果を報告している

遠野市としても安心安全な市民医療に向けた医療環境整備に力を入れており、県立遠野病

院での訪問診療を含む在宅ケアの実施に全面的に協力している。市では訪問診療を希望する人に対して事前訪問を行って予診録を作成、ケア会議に訪問診療の方針を決定するための情報を提供することで、その後の診療がスムーズに行えるようにしている。また、患者の退院の際には医師、県立遠野病院の訪問診療担当看護師、ケアマネジャー、訪問看護ステーションの訪問看護師、患者家族等が参加して退院時カンファレンスを実施し、入院治療と在宅療養を結び付ける重要な調整役の役割を果たしている。また、遠野市は訪問診療で使用する X 線撮影機器を購入したり、訪問診療車(写真 1)の運転手を市職員が務めたりするなど、組織の垣根を超えたきめの細かい連携が遠野市と県立遠野病院の間では行われている。

遠野市の訪問診療では、医師による診察の他、血液・尿検査、心電図検査等を行い、在宅に、機材を持ち込んで X 線検査も実施している(写真 2)。訪問診療チームに参加する職種としては、直接に診療に携わる医師、技師、看護師の他に、県立遠野病院のソーシャルワーカー、在宅療養を支える訪問看護師やケアマネジャーなど、多職種に渡っている。遠野市の保健師が訪問診療の日程や各スタッフのスケジュールの調整、家族との連絡の役割を担ったりするなど、遠野市で活用可能な社会資源を総動員しての訪問診療を行っている。

在宅ケアで提供されるサービスも患者や家族の必要に応じて、柔軟に提供されてきた。たとえば、以前は診療費の支払いのために家族が病院に出向く必要があり、公共交通機関が余り発達していない中で家庭にとっては負担となるものであった。これに対して県立遠野病院では会計担当者を訪問診療に同行させることで、診療時にその場で会計を済ませられるようにした(写真 3)。

このような多職種共同での在宅ケアを行うことで、複眼的に多岐にわたる情報を得て病院スタッフが在宅療養に関する具体的なイメージを持つことができるようになった。実際に、在宅診療を経験した職員はその後の院内での退院支援の取り組み方が変わるとの声が県立遠野病院では多く聞かれる。また、遠野での在宅医療では治療のみではなく生活の面にも重きを置いており、診療というよりも生活全般を視野に入れた在宅ケアの提供を意識している。その点でソーシャルワーカーや保健師が参加することの意義は大きいといえる。遠野方式在宅ケアシステムは、医療と介護の連携から更に進歩して、医療と介護の一体化のレベルに達しつつある。

2. 健康な地域づくり、および ICT の活用

遠野市は、高齢者等の生活弱者を家族・地域でどこまで支え合うことができるのかを意識した社会システムづくりを進めており、様々なサービスありきで物事を考えるのではなく、家族・地域を中心とした地域の人的ネットワークを再構築させていくことが重要であると考えている。県立遠野病院と強力に連携しつつも、病院のみに頼るのではなく地域単位での健康づくりを行っていくことを目指している。

そのような取り組みの中で、遠野市では ICT を活用した地域住民の健康増進、介護・疾

病予防を目指した施策を実施中である。施策の一つである「すこやかネットワーク」構想（図 2）では、「ゆりかごから天国まで」を合い言葉に、「電子手帳」「福祉票」といったシステム構築により、生涯を通じた健康や生活環境に関する情報を電子情報としてサーバーに蓄積し、本人や家族のみならず、医療機関や行政、自治会、民生委員といった多様な関係者が情報を活用出来るようにすることを目標としている。ここでは、検査データや入院の記録、その他必要に応じて個別に加えられたデータなど多岐にわたる情報を保存することが出来る。

他にも、サーバーに蓄積された健康データをもとにテレビ電話を通じて遠野の地域住民に対して遠隔健康相談を行う試みも行われている。

このように地域住民の健康増進、介護・疾病予防を目指した施策を進めていくことは、地域医療の負担軽減につながると考えられ、活用できる社会資源が少ない中でも、工夫の余地はまだあることを示す好例であるといえる。

遠野市の地域づくりや ICT を用いた試みは、全国から注目されており、今後の健康づくりの新たなモデルを示すことが期待されている。

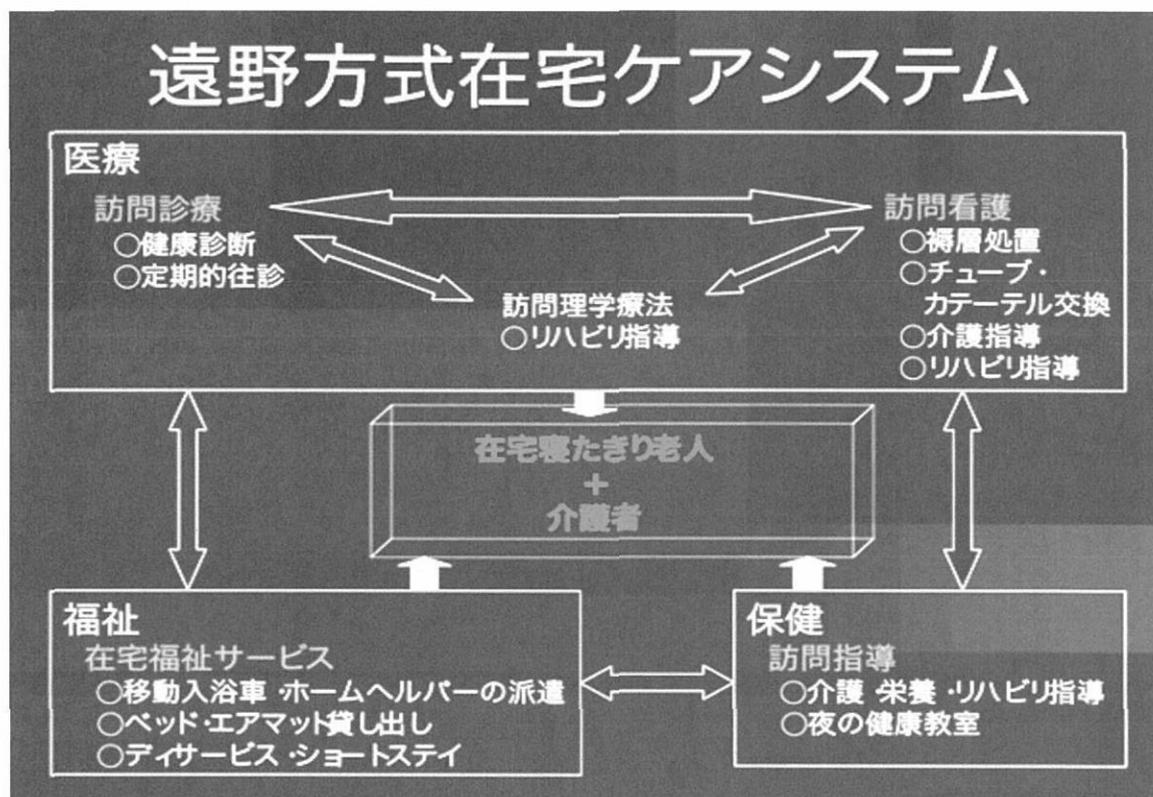


図 1: 遠野方式在宅ケアシステム(岩手県立遠野病院ホームページより)



写真 1: 10 人乗りワゴンで移動



写真 2: 放射線技師によるポータブル機器での胸部レントゲン撮影



写真 3: 会計担当者が利用者家族から自宅で料金を徴収

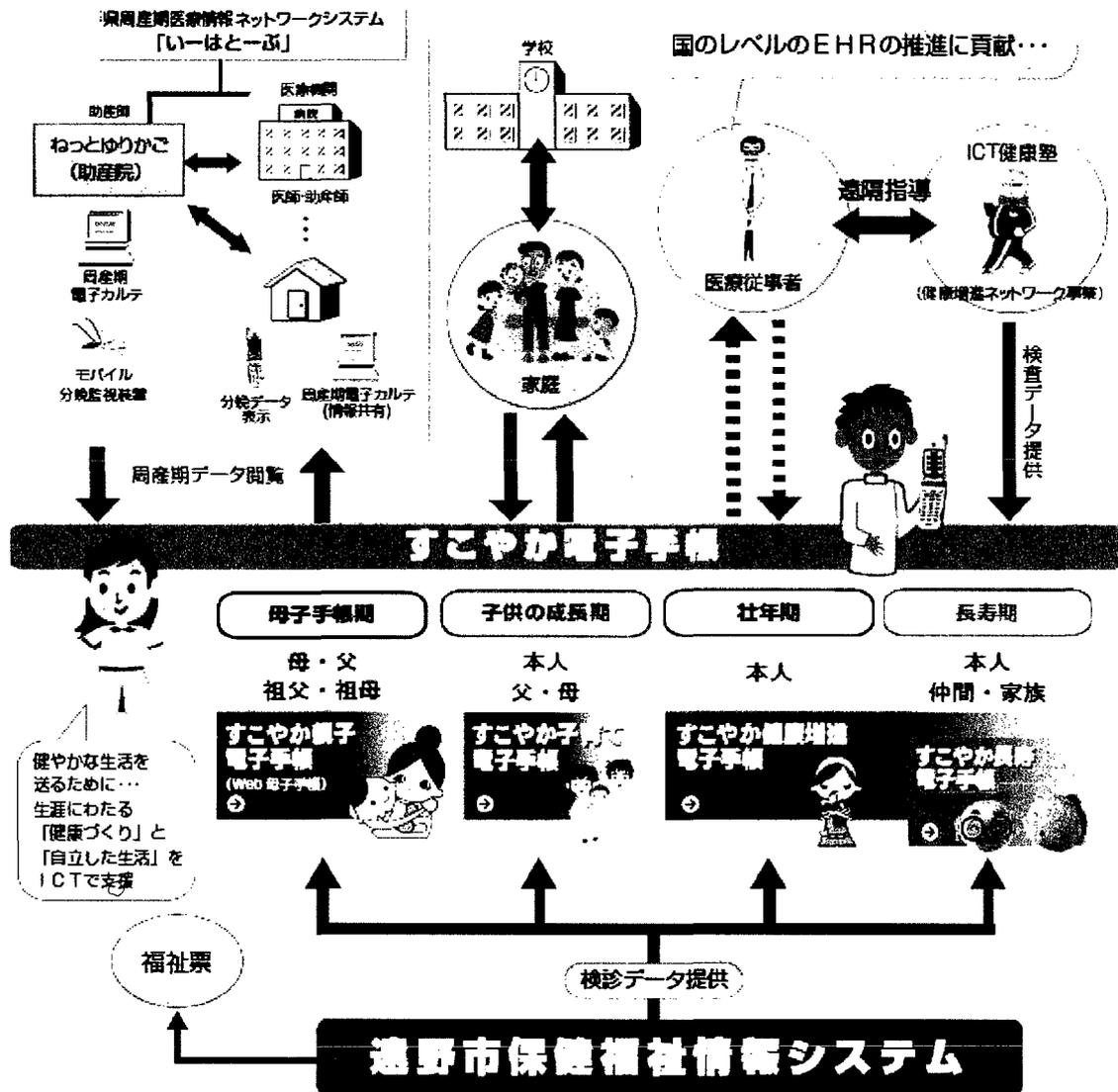


図 2: すこやか電子手帳(遠野市資料より)

「地域力を活かした在宅医療の試み」(栃木県栃木市)

江戸時代から宿場町、商都として栄えた栃木市は、平成22年3月の合併を経て、現在では人口約14万人を数える。高齢者人口は約34,000人(高齢化率23.9%、後期高齢化率11.8%)であるが、高齢化率が地域により20%ほどから30%近くまで大きく異なり、地域の状況は多様である。

歴史豊かな栃木市には助け合いの土壌が培われてきており、互助システムがしっかりした昔からのコミュニティとしてのつながりが残っている地域も多いと言われている。その様な特徴を活かして、地域の総合力を基礎とした在宅医療の取り組みが栃木市では始められている。

1. 栃木市の取り組み

○ 栃木市における高齢者福祉政策の歴史と現状

昭和60年代から高齢者福祉に力を入れてきた栃木市では、介護保険制度導入に先だって平成8年からIT企業と共同での介護保険システム研究会の開催、介護保険出前講座の実施、ケーブルテレビを通じた広報活動などにより、市民の間に介護保険制度の理解を拡げられるように、積極的な取り組みを行ってきた。また行政のみで全てを担うことは不可能であるという認識から、十分なサービス提供の確保を目指して民間サービス事業者の誘致にも積極的に取り組んできた。

平成17年には、組織横断的に市民を支えていくことを目的として「トータルサポートセンター」を設立した。この組織では、基本的には2つの視点、①総合的な視点(現在の生活上の課題を複合的に考える)、②長期的なライフプランニングを意識した視点(将来の展望を長期的に考える)で利用者に寄り添う福祉を進めようとしている。現在は学齢期を対象としたワンストップサービスの提供を行っているが、今後この制度を発展させて、ゆりかごから墓場までの生涯を通じて市民を支える体制を整えていきたいと考えている。

一方で高齢者福祉の担当者の間では、介護保険導入後に現場感覚が足りず、住民の実態が見えなくなってきたとの問題意識が出てきた。そこで、地域包括センターを直営化して現場の実態に肌で触れながら、自分たちの街に適したサービス制度づくりを目指している。さらに、このような体制作りは住民の行政への窓口の多様化につながり、住民にとっての相談のしやすさにつながっているとみえる。

栃木市としては、他にも高齢者の在宅生活を支援するために、さまざまな事業が展開されている(高齢者の生きがいと健康づくり推進事業、介護予防・生活支援事業、緊急通報装置設置事業等)。そのほか、介護保険制度に基づいた事業も幅広く展開しており、在宅で安心して暮らせるための健康づくり、および地域作りにも力を入れている。これらは、高齢者とその家族が地域でも安心して暮らせるような安心作りに力を入れている政策であるといえる。

○ 地域医療再生の取り組み

栃木市には 3 つの基幹病院があるが、必ずしも機能分担が出来ていないとの危機感が持たれている。現在、「栃木地区地域医療確保対策会議」などで今後の地域医療のあり方について議論が行われている。計画中的新下都賀総合病院に二次医療圏の中核病院としての機能に加えて、保健・看護・介護・福祉の総合調整機能を持たせられないかとの意見もあり、退院後の患者の医療・生活を在宅でどう支えていくかとの問題意識が入院時から共有され、在宅を意識した取り組みが実施できるような態勢構築を目指し始めている。(図 1)

手始めに新下都賀総合病院内部に、市役所と共同で退院センターの機能強化・市民の医療相談機能・関係機関との連携体制の確立等を担う部門を作成し、退院後まで視野に入れた支援を入院時から実施できるような体制を取れるように検討している。このように栃木市をめぐる医療系ネットワークの再編とともに、福祉ネットワークまで視野に入れた施策が試みられようとしている。

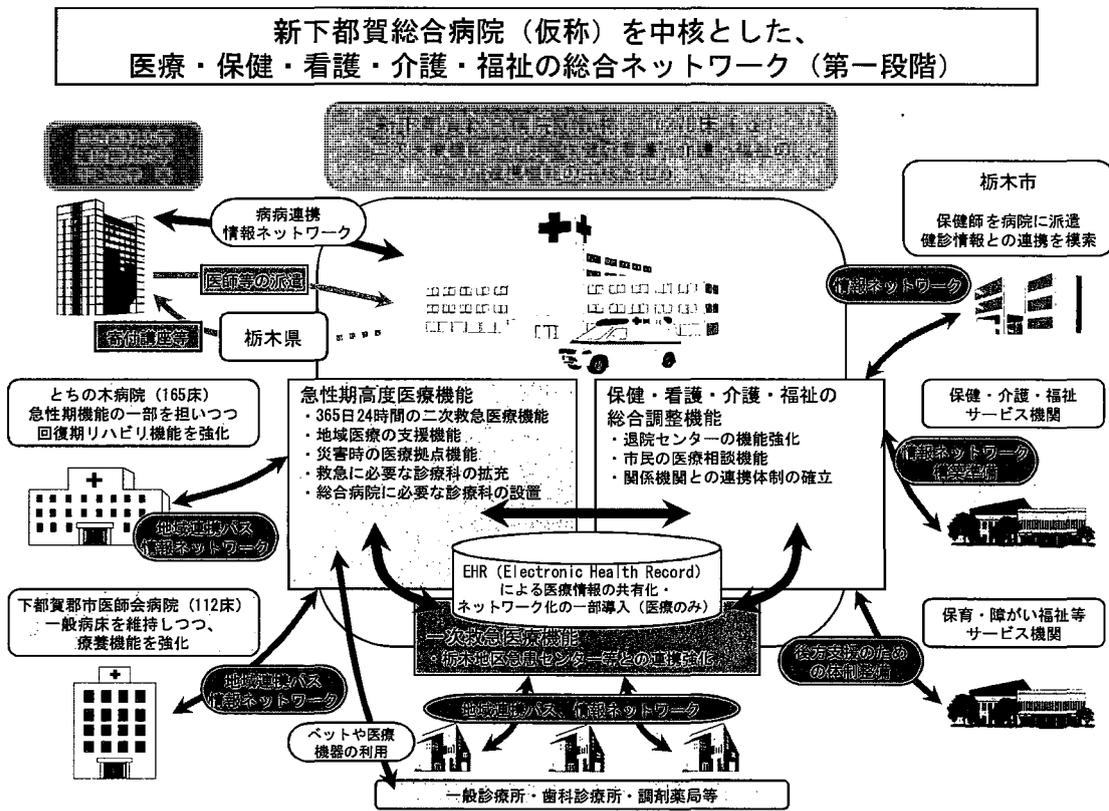


図 1: 第 3 回栃木地区地域医療確保対策会議資料

○ 蔵の街コミュニティケア研究会

在宅医療を積極的に行っている太田秀樹医師の「街全体でコミュニティケアを考えよう」との呼びかけに市の担当者が応じる形で、平成 12 年に「蔵の街コミュニティケア研究会」が設置された。研究会では、定期的に市民も参加して「生活の一部としての医療」についての勉強を続けており、地域全体の意識を向上させる事に役立っている。市の担当としても、この様な場を活用することにより市民の考えを知り、行政政策に反映させる事が可能となり、また様々な社会資源を掘り起こす場としての機能も期待している。この様な研究会が活発な活動を続けてくることが出来た背景として、研究会の事務局(民間介護サービス事業者)が着実な働きをしている事は見逃せない。市民活動の成否は、事務局の働きと言っても過言ではない。市は、この研究会のように市民が医療や福祉を自ら考え、学ぶ場づくりを側面から支援していきたいと考えている。現時点では、市民活動推進センターを活用する等、住民主体の様々な取り組みを積極的に支援している。

2. 下都賀郡市医師会の取り組み

－ 栃木地区の在宅医療・介護ネットワークの構築を目指して－

平成 18 年 7 月より、栃木市医師会は下都賀郡市医師会と連動して、「在宅医療推進協議会」を立ち上げた。議論を重ね、平成 19 年 8 月には在宅療養支援診療所を中心に、市内 15 の医療機関を 4 つにグループ化し、3 つの基幹病院の後方支援の協力も得て、在宅医療連携体制を構築したが、結局のところ診療所間の連携や他職種との連携がうまく機能せず、多くの課題を残し、成果を挙げることはできなかった。

この反省を踏まえて、平成 22 年 4 月より、下都賀郡市医師会の「在宅医療ネットワーク推進委員会」を新たに再編し、下都賀郡市 1 市 2 町の代表委員 10 名から構成される多職種の委員構成とし、多職種協働で議論していくこととした。また、委員会を公開とし、在宅医療に関心のある医師会員および医師会員以外の方々にも参加を呼びかけ、勉強会・ミニレクチャー等を行いながら、在宅医療に参画してくれる医師会員および医師会員以外の方々の人の輪を地道に広げていく活動方針とした。「在宅医療ネットワーク推進委員会」には、これまで栃木市の担当課や地域包括支援センター、下都賀総合病院地域医療連携室、訪問看護ステーション、栃木市介護支援専門員連絡協議会などがオブザーバーとして参加している。委員会は回を重ねるごとに、参加者が徐々に増え、少しずつ人の輪が広がっている。

また、かかりつけ医と訪問看護師とケアマネジャーの 3 者の連携強化とケアカンファレンスの活発な開催が在宅医療連携の要であり、その中で、主導的立場の医師（「かかりつけ医」）である医師会員一人ひとりが在宅医療の問題点・課題を共有し、いっしょに考え、そして行動・実践していくことがなによりも大切であると医師会では考えている。最終的には、主導的・中心的役割を担う「かかりつけ医」である医師会員一人ひとりの理解と協力と実践なしに在宅医療は推進されない。

3. 栃木市における取り組みの特徴と今後の課題

栃木市における在宅医療の取り組みの特徴として、「蔵の街コミュニティケア研究会」などで市民の声を把握し、市民の理解を得ながら、地域の実情に合った医療体制とはどのようなものを時間をかけて共に考えていったことが挙げられる。このような行政と市民の地道な動きが、地域の医療問題に関する市民の意識を高め、「医療は生活の上位概念ではない」という考えが共有されるに至り、在宅医療が行われやすい素地が形作られたとも言える。

また、高齢者が自宅で暮らすのを地域住民自身の力で支えようとする「ふれあい相談員制度」という家庭訪問サービスが栃木市では定着しており、高齢者の安否確認や相談対応など、高齢者が自宅で療養生活を送るのに必要な支援を提供している。

これまで市職員と医師会医師の長年にわたる関係などを軸にして進めてきた地域医療や在宅医療に関する社会資源を結び付ける役割を、いかに組織として継続性をもって行っていくかという点、また専門的協力者をさらに増やしていくにはどうすればよいのかという点が、栃木市における今後の課題となっている。

「区局の連携による、全市的な在宅療養連携推進の展開」(神奈川県横浜市)

人口 360 万人余りの横浜市では、高齢者人口が 70 万人を超え、その 15%以上が要介護認定者である。自宅での療養を希望する市民が大半を占めているが、18 の区ごとに人口や高齢化率など置かれた状況に違いがあるためか、在宅医療推進への取り組み方も地域によって温度差が見られる。

横浜市西部地区を中心に始まった在宅医同士の連携の会である「在宅医ネットよこはま」は設立後会員を徐々に増やし市全体に拡がり活動をしており、在宅医療推進に積極的な区がその活動を支援する様になった。更に現在では在宅療養連携を市全体に拡げようとする動きが始まってきている。

以下に、在宅医、区、横浜市のそれぞれの取り組みの概要を示す。

1. 「在宅医ネットよこはま」の設立・活動と行政との関わり

平成 15 年、旭区を中心とした市西部地区に「在宅医ネットよこはま」が設立された。以前より在宅医療を積極的に行ってきた医師が、夜間や休日の往診の対応、病状変化に対応できる診療技術の修得、専門診療を要する時の専門診療医バックアップなど、患者と家族が安心して在宅療養できるため地域の在宅医が協力する事が必要であるとの問題意識を持ったことがそのきっかけとなった。「在宅医ネットよこはま」では、在宅医に限らず、‘みんなで行う在宅医療’を目指し関係する様々な職種の人々と一緒に勉強会を行っている。地域での問題点を話合う研究会や、胃ろう管理法、病診連携、緩和ケアなどをテーマとした定期的な勉強会を通じて、ケアマネジャーや訪問看護師など在宅医療に従事する様々な専門家グループとの連携が築かれ、互いに顔の見える関係が構築されていった。この繋がりの中で在宅医は、不在時の対応や専門外診療の対応の場合に、積極的に地域の他の在宅医に協力を頼めるような意識を持てるようになっていった。

このような市西部地区を中心とした在宅医連携の動きは、その後市内の他地区にも拡がり、平成 21 年に北部、平成 22 年に南部在宅医ネットが設立された。平成 23 年には東部在宅医ネットを立ち上げた後、横浜市内の東西南北の在宅医ネットを統合し、在宅医療を進めやすい環境づくりに向けた取り組みを市全体で更に進める予定である。

「在宅医ネットよこはま」代表世話人の岡田孝弘医師によると、「区役所など行政には、様々な立場の人々が連携する際の調整役としての役割を期待している。特に、認知症者に対する社会的支援など福祉分野等との連携を図る際には、行政の力が大きな助けになる。」とのことである。さらに岡田医師は、「一般を対象とした広報や、地域サービスに行政は強い。行政の人たちにも現場に触れてもらい、在宅医療を取り巻く問題をぜひ一緒に実感してもらいたい」と、在宅医療推進における住民とのコネクション役としての行政の役割に期待している。

2. 区の取り組み

横浜市では先進的な区が独自の在宅医療に関する取り組みを進めている。旭区では医師会と区が共同で「医療と介護の地域連携しくみづくり検討会」を設立、戸塚区ではケアマネジャーの集まりである「ケアマネット戸塚」が中心となって医師とケアマネジャーのコミュニケーションを促進する医療機関名簿を作成、瀬谷区では区が主体となって「在宅高齢者サポートネットワーク連絡会」が設立されている。

この他にも、旭区では在宅医療に積極的な医師が中心となり、スタッフのための訪問看護ステーション連絡会、訪問リハビリテーション連絡会、医師会とケアマネ連携の会など多職種の連絡会が置かれ、提供するサービスの質の向上・均質化や専門職種間の連携促進に力を入れている。他にも、区医師会と地域ケアプラザ(地域包括支援センター)の合同研究会を実施し、地域の医師が介護保険制度等の福祉制度についての理解をより深めることが出来るようにしており、これらの取り組みはいずれも、それぞれの地域で在宅医療に関心を持つ人同士が顔の見える関係を構築することに役立っている。

3. 横浜市の取り組み

介護療養病床の廃止方針、施設重視から地域重視へという声の高まり、在宅療養支援事業開始の流れなどを受けて、横浜市では幹部が問題意識を共有する様になり、医療担当部局と福祉担当部局が積極的に連携を図り、在宅医療の推進に力を入れるようになった。

平成 19 年に行われた在宅療養支援診療所へのアンケートでは、今後も在宅医療を継続可能と回答した診療所が 37.4%に留まったため市は今後の在宅医療の推進に危機感を持つようになり、平成 20 年度には理解のある医師の参加・協力を得て、「在宅療養連携推進検討会」を開催した。その後、在宅医療に関連する様々なモデル事業、在宅医療を実施している診療所を対象としたアンケート調査等を実施した結果、夜間対応等による医師の過剰な負担、後方支援病院等の地域医療機関の確保など多岐にわたる問題点が明らかとなった。

平成 22 年からは検討会を協議会に発展的に改組し、問題点の検討のみならず、より行政施策に直結した実践的な話し合いを行っており、次頁に示した方針に沿って在宅療養の取り組みを進め、区局の連携による、全市的な在宅療養連携推進を図ることを目指している。更に、「在宅療養ネットワーク強化に向けた提案型委託支援事業」(図 1)として、提案型委託事業も開始している。

市役所としては複数の職員が在宅医療を担当しており、今のところ、在宅医療関係の業務が余りに属人的になり、担当者の異動等によりそれまでの施策が滞るといった問題等は起こっていない。在宅医療推進協議会には大勢の市職員が参加し、現場に触れる絶好の機会となっている。

平成 22 年度 在宅療養連携推進の取り組み予定

○ 体制整備

中小病院の後方支援機能確保に向けた取り組み

- ・現状を把握するためのアンケート調査と、今後の取り組み案の作成
- ・緊急ショートステイ床の活用促進
- ・市内介護保険施設におけるショートステイ床の確保と活用の促進

○ ネットワーク強化

公募方式での在宅医ネットワーク強化等支援

区局連絡会の開催

各区の在宅療養連携推進に向けた支援(連絡会の発足支援等)

- ・先行モデル区等の取り組みを参考にした、連携方法の検討および支援の実施

○ 人材育成（在宅療養に関する各専門職種に対する研修会を実施）

かかりつけ医の認知症対応力向上支援（図 2）

訪問看護ステーションに対するネットワーク強化・人材確保支援

介護支援専門員の医療連携対応力向上支援

訪問介護事業所のサービス提供責任者向け医療対応向上支援

○ その他

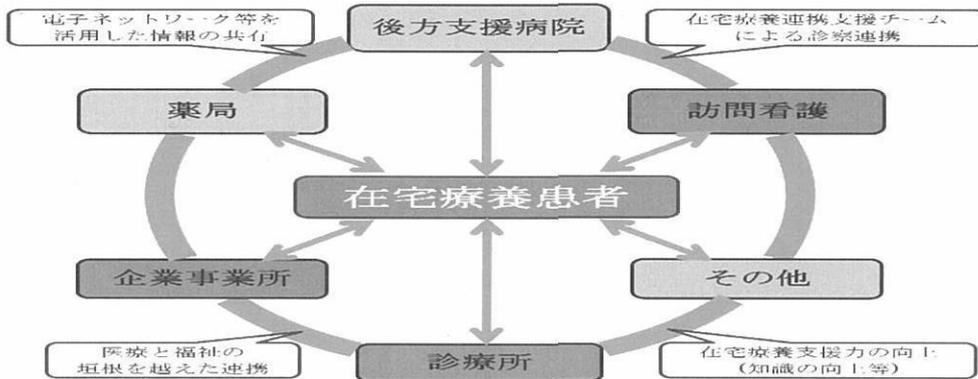
全国在宅療養支援診療所連絡会を踏まえた取り組み

- ・全国在宅療養支援診療所連絡会支部の立ち上げに向けての情報収集
- ・他都市の状況を把握し、事務局設置に際しての働きかけと支援を実施

診療所、訪問看護・介護事業所などが連携し 在宅患者を支えます!!

横浜市では、超高齢社会の到来を目前に控え、医療・介護双方のニーズをもつ在宅患者の皆様が、住み慣れた自宅で安心して医療・看護・介護サービスを受けられるようネットワークづくりに取り組んでいます。
今回、医療・介護・看護それぞれの分野が中心となった事業者と委託契約を結び、様々な取り組みを進めていきます。

＜ネットワーク＞



＜事業の委託先と委託内容＞

在宅医ネットよこはま（医療）

- 在宅患者に往診している医師の集まりです。今回連携ツールづくりを受託することとなり、かかりつけ医が急用の時にも連携医が往診できるなどのネットワークづくりに取り組みます

戸塚区在宅療養連絡会実行委員会（介護）

- 戸塚区のケアマネジャーが中心となっている集まりです。今回、連携ノートの改良などを受託することとなり、介護と医療の壁を無くし、個々の在宅患者が関わる医療関係者が協力しながら統一した支援に結び付くための連携ツール作りに取り組みます

つるみ在宅ケアネットワーク（看護）

- 鶴見メディカルセンターが中心となり、医師、看護、ケアマネジャーが連携し、活動している集まりです。今回は、病診、病病連携などの連携強化の仕組みづくりを受託することとなり、病院から在宅へ、在宅から病院へ患者がスムーズに移行するためのネットワーク作りに取り組みます

図 1: 在宅療養ネットワーク強化に向けた提案型委託支援事業(横浜市資料より)

かかりつけ医が参画した早期からの認知症高齢者支援体制のイメージ

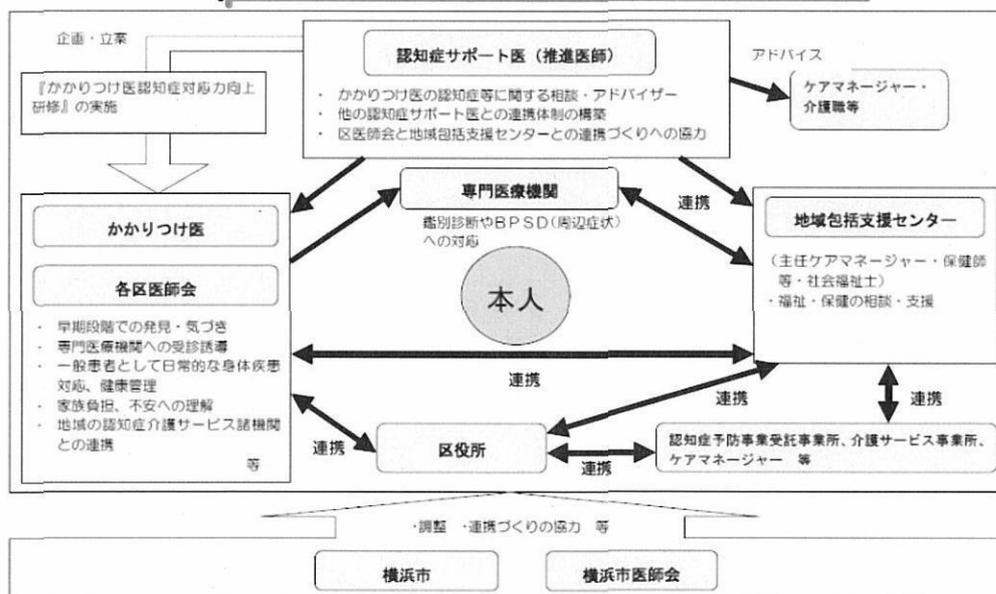


図 2: かかりつけ医が参画した早期認知症高齢者支援体制のイメージ(横浜市資料より)

「地域ケア会議を中心とした在宅療養支援の取り組み」(埼玉県和光市)

埼玉県南部に位置し、東京のベッドタウンとして発展を続けてきた和光市は、高齢化率が13.8%（平成21年9月現在）と、全国平均と比べれば10%程度低いレベルに留まっている。しかしながら、今後団塊世代の高齢化に伴って急激な高齢化が進むことが予想されており、将来を見据えた在宅療養の体制づくりが急務となっている。

ここでは、高齢者の包括的な情報を集めたデータベースの構築と、その情報に基づいて実施されている充実した地域ケア会議を中心に和光市の在宅療養支援の取り組みを紹介する。

1. データベースの構築と個別アセスメント

和光市における在宅療養支援の基礎となっているのが、高齢者の個人データベースとそれを元にした個別アセスメントである。和光市では郵送と戸別訪問により、3年間かけて高齢者の個人データベースを構築した。このデータベースには高齢者の既往歴や治療中の疾患、要介護度、家族構成や関係者の連絡先など様々な情報が蓄積されている。特にADL・IADL低下の原因に関する記載は重点的に行っており、高齢者にただ生活援助を行うのみでなく、常に改善可能性についての評価も行うようにしている。また、ケアプランやその実施状況に関する情報もデータベースに記載することが可能で、介入前後の状態変化などを随時把握し、更なるその情報をフィードバックすることで、ケアプランの修正を行うことも可能にしている。

このデータベースには市内4カ所の地域包括支援センターの端末からアクセス可能であり、緊急時に利用されるとともに、地域ケア会議に基本情報として提供され、会議のメンバーが各ケースに対して共通の認識を持つことに役だっている。

2. 地域ケア会議

和光市の高齢者行政を特徴づけるものの一つが、その充実した地域ケア会議である。和光市では、地域ケア会議を、特に重度リスク高齢者が在宅療養を行うにあたって支援チーム編成を行う会議と位置づけている。会議に常に参加するのは市職員、地域包括支援センター職員、看護師、理学療法士、管理栄養士であるが、その他にも、それぞれのケースを検討するのに必要な専門職を集め、具体的な支援内容に関して話し合いと調整を行っている。

ケアプラン作成は本来的にはケアマネジャーの役目ではある。しかし、様々な専門家が関与する在宅ケアの全体に目を配り調整を行うことは、専門知識の面からも対人関係の面からも、一人のケアマネジャーに任せきってしまうことは現実的には難しく、地域包括支援センターを通じて行政が支援する必要性が高いと和光市では考えている。地域ケア会議では、基本的にはケアマネジャーが作成したケアプランをもとにして会議のメンバーが議

論を行い、必要があればケアプランの修正を行っている。

地域ケア会議で検討されるケースは、現段階では要介護1や要介護2の高齢者が多く、生活援助に偏った在宅ケアとすることなく、介護予防・リハビリの視点を取り入れていくことに力をいれている。

多様なバックグラウンドを持った専門家が参加する地域ケア会議を、うまく機能させるには、共通言語（例えばADLという言葉に対しても立場により想起する意味が異なる）を持ち、それぞれの役割を明確にし、検討するケースの目標点の共有を徹底的に行うことが重要であると和光市では考えている。

一方で、地域ケア会議を継続的に円滑に開催するための方策も和光市では続けている。会議を開催する際に、和光市では担当課である長寿あんしん課に他課の職員を招集できる権限を与え、会議をより円滑に運営できるようにしている。また、地域ケア会議への理解を深めてもらうべく、担当課の職員が市役所内各部署や地域の医師等に対して繰り返し説明を行ってきた。更に、会議の調整役を、属人的にではなく組織として継続していくために、人材育成も重要な課題であると考えた和光市では、新人職員や関係者を地域ケア会議に参加させることで、現場に触れる機会を増やすようにしている。

3. 高専賃(高齢者専門賃貸住宅)をベースとした在宅医療の提供

近い将来の在宅療養の姿として、診療所や調剤薬局、各種居宅サービスを併設し、24時間体制で看護・介護サービスが行われる、高専賃(図1)をベースにしたサービス提供を行うことを考えている。第5期介護保険事業計画では、3つの日常生活圏域それぞれに、常に医療サービスが提供可能な高専賃を設置して、圏域における在宅ケア提供の拠点にしたいと考えている。

4階	高齢者支援住宅(16戸)
3階	地域密着型特定施設入居者生活介護(14戸)
2階	地域密着型特定施設入居者生活介護(15戸)・自費ショートステイ(2室)
1階	通所介護・訪問介護・訪問看護・居宅介護支援・高齢者交流施設 在宅療養支援診療所・調剤薬局・配食サービス

図1:和光市における高専賃の例

4. 医師との連携

在宅医療を推進するにあたり、医師は中心的役割を果たすことが期待されているが、一方で、医療はあくまで在宅ケアの一側面であり、在宅医療の方針決定に当たっては、看護・

介護・福祉など様々なサービスとの情報交換と調整を十分に図ることが医師には期待されている。

和光市では、在宅ケアチーム全体で検討を行う予定のケースに対して、医師が独断で治療方針を立てて実施してしまうケースも見られた。そのような際には、市職員が医師と粘り強く話し合い、少しでも相互理解を深められるように努力を続けた。

在宅療養においては、ケアマネジャー個人の努力では医師や医師会との連携を十分に図ることが困難な場合も多く、行政が中立的に介入することが重要であると考えている。

現状では、必ずしも多くの医師が在宅医療に理解を示している訳ではないが、在宅医療に関心の強い医師と個別に協力関係を築き上げる努力を続けている。

5. 今後の課題

これまで様々な取り組みを実施してきた和光市であるが、今後高齢化が加速度的に進むことが予想されるなか、在宅療養を支える環境整備を一層進める必要がある。例えば、終末期を自宅で過ごしたいと希望する独居高齢者を支えるには、頻回な訪問体制が必要であり、民生委員、訪問介護、訪問看護などを含めた地域の見守り体制づくりなどを進めている。

VII 重点的に取り組むことが望ましい事項
第3節 認知症支援策の充実

第3節 認知症支援策の充実について

市町村介護保険事業計画においては、「認知症である被保険者の地域における自立した日常生活の支援に関する事項」について定めるよう努めるものとされたところである。

認知症の人は一般に環境の変化に弱いという特性があるため、住み慣れた地域で暮らし続けられるような配慮が必要である。このため、地域の実情に応じて認知症の人やその家族等に対する支援を効果的に行い、医療・介護・地域（生活支援）の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」の実現を図っていくことが重要である。

地域における認知症支援の具体的な取組としては、

- ① 認知症の疑いのある者を早期に発見し専門医療機関への結びつけや認知症の進行予防の取組に結びつけること（認知症の早期発見と認知症の進行予防）
- ② 適切な診断に基づき、それに応じた生活支援サービスや介護保険サービスを提供すること（医療と介護の連携）
- ③ 認知症の人本人や家族に対する支援（権利擁護や若年性認知症患者への支援を含む）を充実させること（本人・家族支援）
- ④ 身近な地域において認知症者に対して声掛けや見守りが行われるよう地域の認知症理解の促進を図ること（認知症理解の促進）

などが重点項目と考えられる。

ここでは、上記重点項目の①から④の取組事例について紹介するので、各自治体においても重点項目の視点を踏まえた計画策定の検討にご活用いただきたい。なお、この他にも各自治体の実情によりさらに必要な取組もあると考えられるところであり、地域のニーズや実情を勘案のうえ、より地域の実態に適した計画策定に努めていただきたい。

目次

【全体的に取組を実施している事例の紹介】

- 【事例1】「認知症地域資源ネットワークの構築」（大阪府岸和田市）・・・・・・・・・・ 1
○ 認知症支援事業の企画調整を行う「認知症支援ネットワーク会議」設置し、多方面から認知症者の支援に向けての取組を実施
（資料） 図1：「岸和田市の認知症支援の取り組み」、
図2：「徘徊高齢者見守りネットワークの図」
- 【事例2】「認知症の見守りネットワーク」（静岡県富士宮市）・・・・・・・・・・ 4
○ 地域福祉ネットワークに認知症見守り機能を付加する取組みとして、ニーズの把握や地域資源のネットワークの構築を図りながら5つのステップで段階的に取組を実施
（資料） 図3：「富士宮市での認知症等に関する取り組み」、
図4：「富士宮市認知症見守りネットワーク（5つのステップ）」
- 【事例3】「認知症リスクの把握」（埼玉県和光市）・・・・・・・・・・ 7
○ 介護保険被保険者全員へのニーズ調査（健康寿命100）を実施し、的確な認知症リスク者を把握し、認知症の状態に応じた継続的な支援を実施
（資料） 図5：「認知症リスク等の状況」
図6：「和光市の認知症者等に対する取り組み」

【個別の取組事例の紹介】

① 認知症の早期発見と認知症の進行予防

- 【事例4】「認知症予防でまちづくり」（鳥取県琴浦町）・・・・・・・・・・ 10

【事例5】「なごや認知症安心安全プロジェクト」(愛知県名古屋市)	13
②医療と介護の連携	
【事例6】「認知症の医療と介護の切れ目のない連携」(大阪府大阪市)	16
③本人・家族支援	
(家族支援)	
【事例7】「ネットワーク形式(杉並方式)で「介護者の会」を運営する試み」(東京都杉並区)	21
(若年性認知症支援)	
【事例8】「堺市認知症連携担当者の若年性認知症支援の取り組み」(大阪府堺市)	32
(成年後見関係)	
「市民後見推進の取組」(東京都品川区)	} 第4節 生活支援サービスに別掲
「市民後見推進の取組」(東京都世田谷区)	
「市民後見推進の取組」(大阪府大阪市)	
④認知症の理解促進	
【事例9】「オレンジメイト(認知症サポーター)が認知症高齢者の見守り・支援」 (北海道室蘭市)	37
○ その他参考資料	
・平成23年度認知症対策等総合支援事業について	47
(老発0606第1号平成23年6月6日付け老健局長通知)	
・その他参考となる事業	51

【事例1】「認知症地域資源ネットワーク構築」(大阪府岸和田市)

岸和田市は、大阪府南部に位置し、人口約 20 万人、高齢化率 21.5%、要介護・要支援認定 8,804 人のうち認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上が 3,250 人(平成 23 年 1 月現在)となっている。市の将来人口推計では平成 26 年には高齢化率 23.8%(4.2 人に一人は高齢者)になると推計している。

こうしたなか、岸和田市では認知症支援事業の企画調整を行う「認知症支援ネットワーク会議」を実施するなど、多方面から認知症者の支援に向けての取り組みを行っている。

1. 岸和田市の取り組み

「認知症支援ネットワーク会議」では、認知症支援事業の企画調整(市・地域包括支援センター・保健所・社会福祉協議会・事業所等)の実施、企画を実行するワーキング部会を設置することで、「認知症予防(重点項目①)」、「医療と介護の連携(重点項目②)」、「本人・家族への支援(重点項目③)」、「認知症理解(重点項目④)」、「専門職の研修(重点項目④)」などの取り組みにおける連携を図っている(図1)。

2. 岸和田市の認知症支援にかかる取組について(重点項目別分類)

① 認知症の早期発見と認知症の進行予防

○かかりつけ医認知症対応力向上研修の実施(早期発見・受診)

→市、医師会、保健所との連携(平成 21、22 年度で 72 名の医師が受講)

○認知症予防(脳リフレッシュ)教室

○町会館等を使っての介護予防教室(運動を含む)の展開

→認知症予防に対して住民ニーズも高く、「自分たちで予防できる地域づくり」を目指している。

② 医療と介護の連携

○医療と介護の連携会議(年3~4回)

・ 医師会(認知症サポート医等)、市福祉政策課・介護保険課、地域包括支援センター等

○医療と介護の研修会の実施

→上記の取組により連携ツールの検討を行っている。

③ 本人・家族支援(権利擁護・若年性認知症者の支援なども含む)

○徘徊高齢者等見守りネットワーク(図2)

・ 平成 23 年4月開始

・ 協力機関(介護事業所、医療機関、薬局、タクシー、鉄道、ラヂオ岸和田等)

○家族のつどい開催

・ 平成 21 年度より年2回開催。介護者家族の会「みずの輪」との連携

○若年認知症の人と家族の交流会

・ 平成 23 年度より開催(毎月)

→各協力機関等と連携・支援を行っている。

④ 認知症の理解促進

●地域住民等への認知症理解の促進

○認知症サポーター養成講座

- ・ 認知症キャラバン・メイト(約 100 人)を 11 班に分けて講座の実施
- ・ 講座回数 141 回、認知症サポーター数 5,359 人(平成 23 年3月末)

○認知症サポーター・ステップアップ研修

- ・ 認知症サポーターとなった人へのさらなる理解の促進と地域への取り組み
- ・ 4回シリーズで医学的理解・グループワーク・現場体験・振り返りを行う

○地域資源マップ(「認知症かもしれない」と思ったら)の作成

- ・ 市内8ヵ所で住民と協働で作成。作成後に説明会の実施

○介護セミナー及び認知症フォーラム

- ・ 市民向け毎年実施

○高齢者虐待防止に関する市民向け出前講座

●専門職に対する認知症理解の促進

○認知症介護に関する出張研修

- ・ 出張研修を行う講師(民間介護事業所の専門職)の養成
- ・ 専門職対象の認知症サポーター講座(各事業者へ出前講座)

○全体(集合)研修

○高齢者虐待防止に関する出前講座(各施設へ)

→出前講座を行うことで研修会に参加できない専門職も参加できる仕組みを作っている。

図 1

岸和田市の認知症支援の取り組み

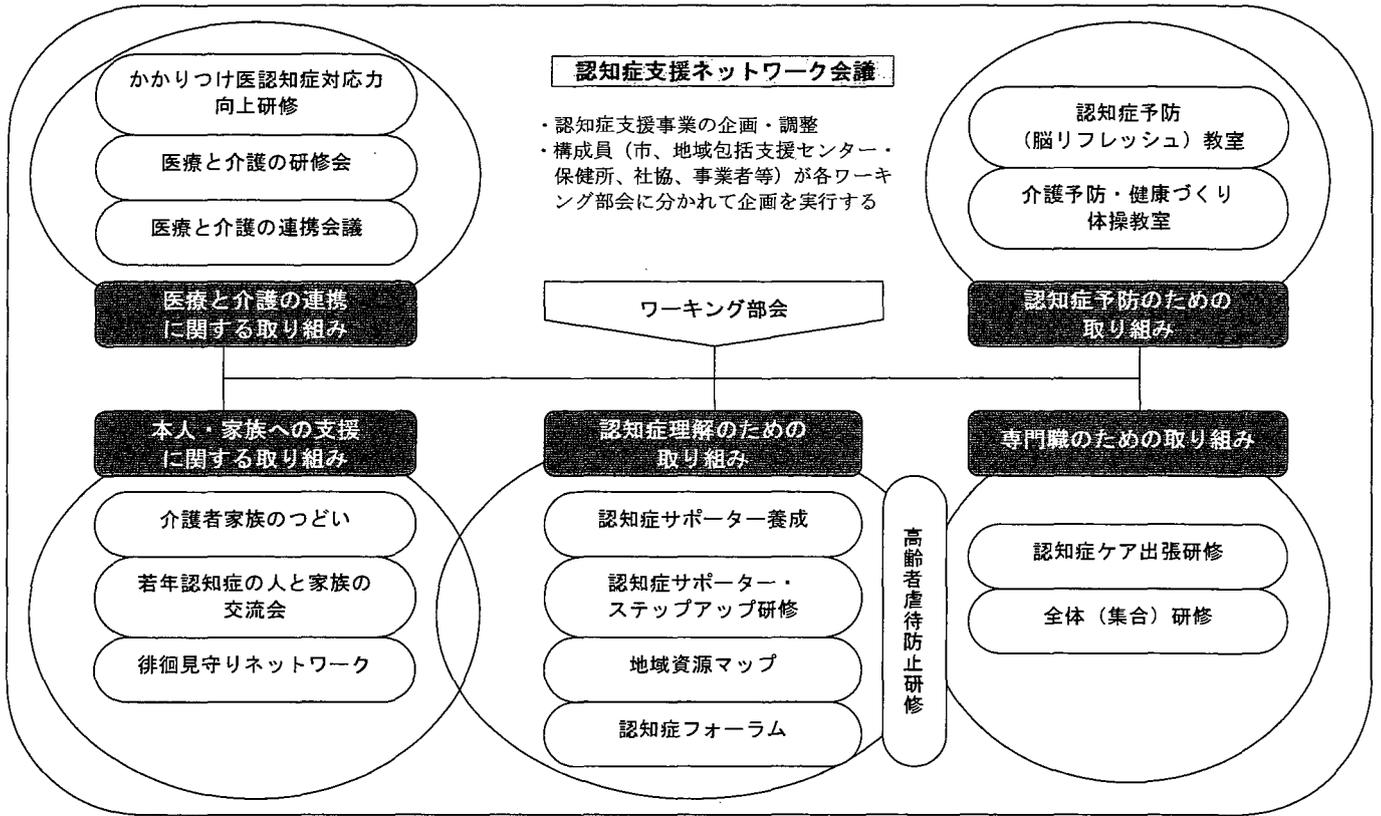
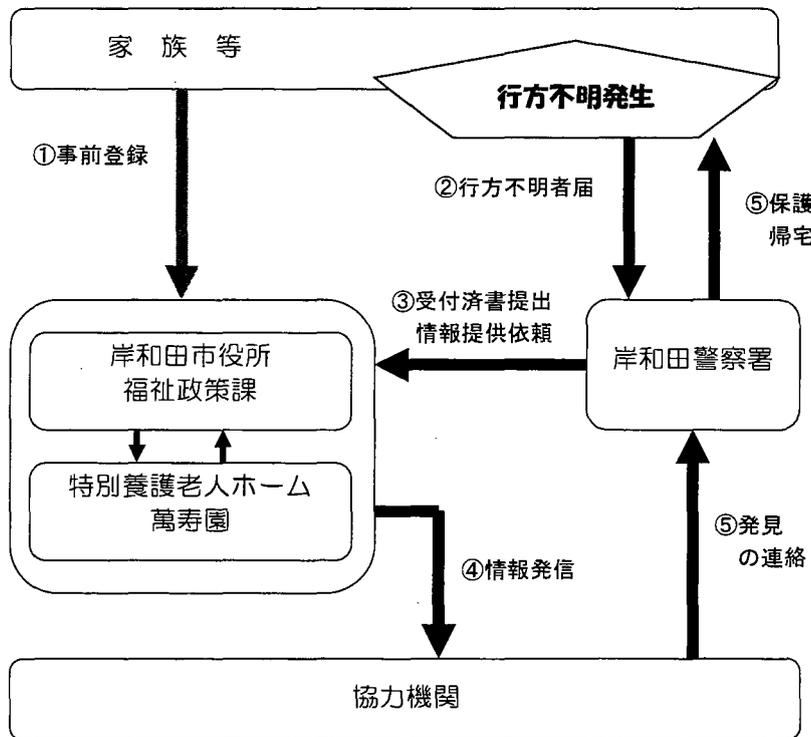


図 2

徘徊高齢者見守りネットワークの図



【事例2】「認知症の見守りネットワーク」(静岡県富士宮市)

富士宮市は富士山の西南麓に位置し、人口約13.5万人、高齢化率約21.97%、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の方が2,530人(平成22年10月現在)となっている。平成19年に厚生労働省の認知症地域支援体制構築等推進事業のモデル地区として指定された。その中で、独自の視点で必要な機能を洗い出し、「認知症の見守りネットワーク」を考え、「地域全体を把握できるのは行政でしかない」という責任を持って取り組んできた。

平成18年から富士宮市が取り組んできた地域福祉ネットワーク(福祉総合相談)をベースに、「認知症見守りネットワーク」を、地域包括ケアシステムの一部の機能として位置付けている(図3)。

1. 富士宮市の取り組み

「見守りネットワーク構築における計画づくり」では、以下の取組を実施している。

○地域の事例調査

普及啓発活動の重要性から、社会福祉協議会及び地区社協と共同で実施し、他市へ視察等を実施

○家族会とのワークショップ

家族介護の負担感などの聞き取り等を行い、家族介護者支援策を検討

○地域包括支援センターに寄せられた相談事例の分析

○地域資源調査研究

地域福祉ネットワークに認知症見守り機能を付加する取組みとして、5つのステップを実施(富士宮市認知症見守りネットワーク(5つのステップ))(図4)。

これらの取組みにより、ニーズ把握をするとともに、関係機関・協力機関・地域とのネットワーク構築を図っている。

「見守りネットワーク構築事業(見守りネットワーク構築への取組み)」では、下記の第1ステップから第5ステップの取組を実施することで、地域全体で取り組む形となっている。

○第1ステップ ① シンポジウム・セミナーの開催(セミナーでのリレー発表等)

② パンフレットの全戸配布(市の取組みや認知症のチェックリスト等)

③ 介護予防教室(地域型支援センター(在宅介護支援センター))

④ 高齢者学級(出前講座)

⑤ 寸劇による認知症予防教室(認知症についての学習等)

○第2ステップ ① キャラバン・メイト養成研修

② キャラバン・メイト活動支援(フォローアップ研修、キャラバン隊結成)

③ 認知症サポーター養成講座(学校、小売店、消防団等へ講座開催)

④ 介護保険事業者連絡協議会の活動(事業所ヒアリング、介護職スキルアップ事業等)

○第3ステップ ① 認知症者支援医療機関ネットワーク研究会(専門医・認知症かかりつけ医・かかりつけ医による研究会の開催)

- ② 地域型支援センター・民生委員・保健委員との連絡会議及び研修会の開催
- 第4ステップ
 - ① 認知症高齢者の外出支援(見守り支援のマニュアル等)
 - ② 警察との連携(警察と地域包括支援センターと連携)
 - ③ 高齢者虐待対応のシェルター機能
 - ④ 地域型支援センターとの連携強化
- 第5ステップ
 - ① 家族会とのワークショップ定例報告会の実施(家族介護者支援策について報告書を作成)
 - ② 家族会とケアマネジャーとの連携(家族会と同行訪問等)
 - ③ 家族介護教室(地域型支援センターにて開催)
 - ④ 若年性認知症の実態把握(DVD作成、講演等)

2. 富士宮市「見守りネットワーク構築事業」の重点項目別分類

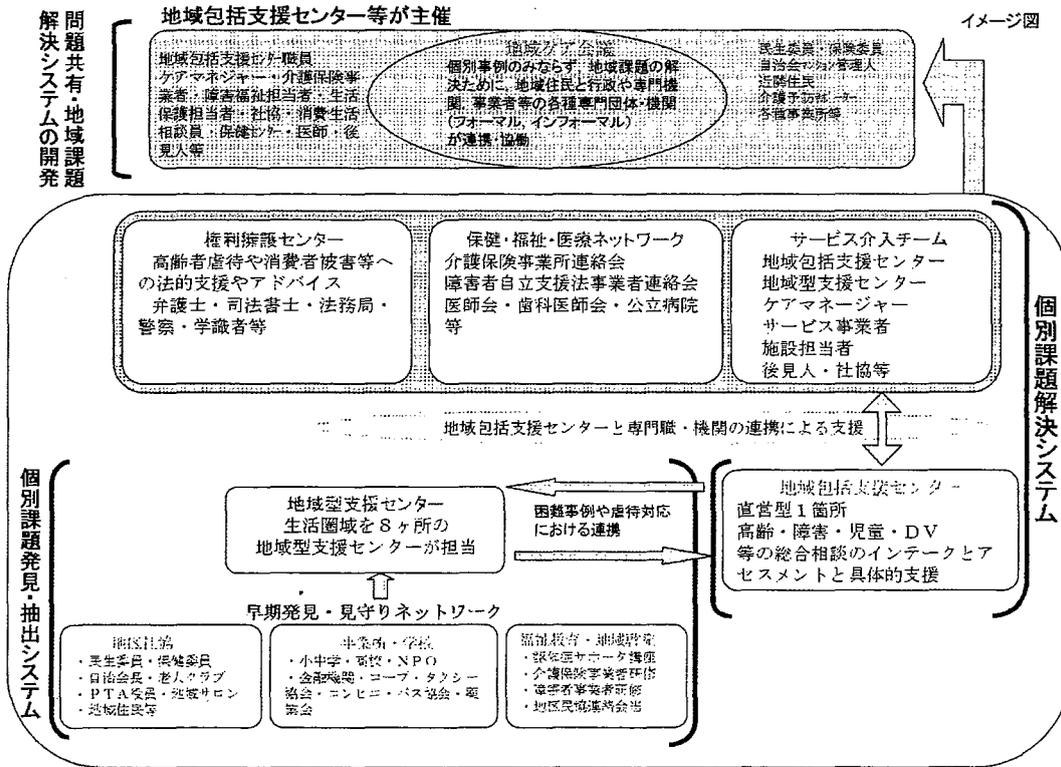
重点項目	ステップ	取組の内容
①認知症の認知症の早期発見と進行予防の取組	第1ステップ	② パンフレットの全戸配布(取組みや認知症のチェックリスト等)(※) ③ 介護予防教室(地域型支援センター)
	第3ステップ	① 認知症者支援医療機関ネットワーク研究会(専門医・認知症かかりつけ医・かかりつけ医による研究会の開催)(※)
②医療と介護の連携	第3ステップ	① 認知症者支援医療機関ネットワーク研究会(専門医・認知症かかりつけ医・かかりつけ医による研究会の開催) ② 地域型支援センター・民生委員・保健委員との連絡会議及び研修会の開催
③本人・家族支援(権利擁護・若年性認知症対策など)	第4ステップ	① 認知症高齢者の外出支援(見守り支援のマニュアル等) ② 警察との連携(警察と地域包括支援センターと連携) ③ 高齢者虐待対応のシェルター機能 ④ 地域型支援センターとの連携強化
	第5ステップ	① 家族会とのワークショップ定例報告会の実施(家族介護者支援策について報告書を作成) ② 家族会とケアマネジャーとの連携(家族会と同行訪問等) ③ 家族介護教室(地域型支援センターにて開催) ④ 若年性認知症の実態把握(DVD作成、講演等)
④認知症理解のための取組	第1ステップ	① シンポジウム・セミナーの開催(セミナーでのリレー発表等) ② パンフレットの全戸配布(取組みや認知症のチェックリスト等)(※) ④ 高齢者学級(出前講座) ⑤ 寸劇による認知症予防教室(認知症についての学習等)
	第2ステップ	① キャラバン・メイト養成研修 ② キャラバン・メイト活動支援(フォローアップ研修、キャラバン隊結成) ③ 認知症サポーター養成講座(学校、小売店、消防団等へ講座開催) ④ 介護保険事業者連絡協議会の活動(事業所ヒアリング、介護職スキルアップ事業等)

(※) 取組の内容について該当する重点項目に重複有り

富士宮市での認知症等に関する取り組み

◎認知症見守りネットワークを地域包括ケアシステムの一部の機能として位置付け

地域包括ケアシステムを支える課題の発見・解決機能(富士宮市)



富士宮市認知症見守りネットワーク(5つのステップ)

<h3>第1ステップ：自助力を高める</h3>	シンポジウムの開催 パンフレットの全戸配布 介護予防教室、高齢者学級 保健委員活動支援
<h3>第2ステップ：互助・共助力を高める</h3>	キャラバンメイト養成・活動支援 認知症サポーター養成講座 介護保険事業者のケアの向上支援
<h3>第3ステップ 本人・家族への相談窓口の紹介</h3> <p>本人・家族からの相談を受入れ、受容、治療へとつなげるためのネットワーク</p>	認知症者支援医療機関ネットワーク研究会 地域型支援センター・民生委員・保健委員との連絡会議及び研修会の開催
<h3>第4ステップ 相談窓口の紹介、相談体制の確保</h3> <p>リスクの高い(虐待・消費者被害・徘徊等)高齢者の発見から専門機関へつなぐネットワーク</p>	認知症高齢者の外出支援 警察との連携 高齢者虐待対応のシェルター機能 地域型支援センターとの連携強化
<h3>第5ステップ 介護者支援ネットワーク</h3>	家族会とのワークショップ及び定例報告会の実施 家族会とケアマネとの連携 家族介護教室 若年性認知症の実態把握

【事例3】「認知症リスクの把握」(埼玉県和光市)

和光市は、埼玉県の南端にあり、南側は東京都と隣接し、市域は都心から 15～20km 圏内におさまる。人口は約 7.4 万人、高齢化率 13.4%、要介護・要支援認定者 1,083 人(平成 22 年4月現在)になっている。平成 27 年までに高齢者になる団塊の世代が和光市ではかなり多く、高齢化は加速度的に進むことが想定されている。

和光市では、国に先駆けて平成 15 年以降介護予防事業を開始している。介護保険被保険者全員へのニーズ調査(健康寿命 100)を実施し、個人台帳を作成することでリスク度を把握している。

1. ニーズ調査

和光市では、ニーズ調査を郵送方式で実施し、未回答者には訪問調査を実施することで、被保険者全員の個人台帳を作成している。介護予防スクリーニングシート(国の基本チェックリストも包含)を活用し、的確な対象者の把握に努めている。

また、地域包括支援センターごとの日常生活圏域をグランドデザイン北エリア・中央エリア・南エリアと定め、各エリアでの認知症等リスクも把握している(図5)。

2. 和光市介護予防におけるマネジメントライン

- ① 対象者選定(スクリーニング等、要支援者・二次予防対象高齢者等)
- ② 基本審査(ADL、IADLの機能レベルを基本視点にした体力測定・疾病状態・要介護認定1次審査)
- ③ エントリー判定(除外条件・主治医意見書総合判定)
- ④ アセスメント(個別的)
- ⑤ 各介護予防プログラム振り分け(包括プランの検討)
- ⑥ 個別プラン作成(コミュニティケア会議運用)
※地域包括支援センターの支援計画書とサービス事業者の個別計画書の指導がポイント
- ⑦ プログラム実施
- ⑧ 効果測定(基本審査項目(ADL、IADLの状況)・体力測定・生活行為・自己効力感)
- ⑨ 評価(個人評価・総合評価・意欲向上・介護度改善)
- ⑩ 終了後の支援等(フォロープランの作成実施)
 - ◇ 事業所サービス担当者会議を月 2 回市庁舎で1日をかけて 30 分単位で個別開催する(介護予防部会)。
 - ◇ 地域支援事業も予防給付も同じスタンスで取り組みをする。
 - ◇ 6か月の認定有効期間の中で、前評価洞察期間・プログラム実施期間・後評価フォロープラン考察期間の考えを有効に使う。

3. 認知症リスクのある対象者への訪問

ハイリスク者には、「認知症に対する個別アセスメント」を行い、ローリスク者には、介護予防アク

ティビティ事業・閉じこもり予防事業・介護予防ヘルパーの導入などを地域包括支援センター職員によるマネジメントを行い、地域ケア会議による認知症の状態に応じた継続的な支援（「物忘れ外来通院支援」、「声かけ・見守り支援」等）を実施している（図6）。

4. 和光市の認知症者支援にかかる取組について（重点項目別分類）

① 認知症の早期発見と認知症の進行予防の取組

- 和光市日常生活圏域スクリーニング事業（「健康寿命100」による認知症リスクの把握）
- 介護予防アクティビティ事業
- 閉じこもり予防事業
- 介護予防ヘルプサービス事業
- 介護予防事業の継続支援

② 医療と介護の連携

- 認知症専門医受診勧奨への支援
- もの忘れ外来受診及び通院同行支援
- 主治医及び関係機関との連携調整

③ 本人・家族支援

- 声掛け・見守り支援
- 関係機関への連携支援（地域（自治会や民生委員等）への働き掛け）
- 権利擁護支援

④ 認知症理解のための取組

- 認知症サポーターの養成
- 出前講座の開催
- 自治会等への周知・啓蒙活動

図 5

認知症リスク等の状況

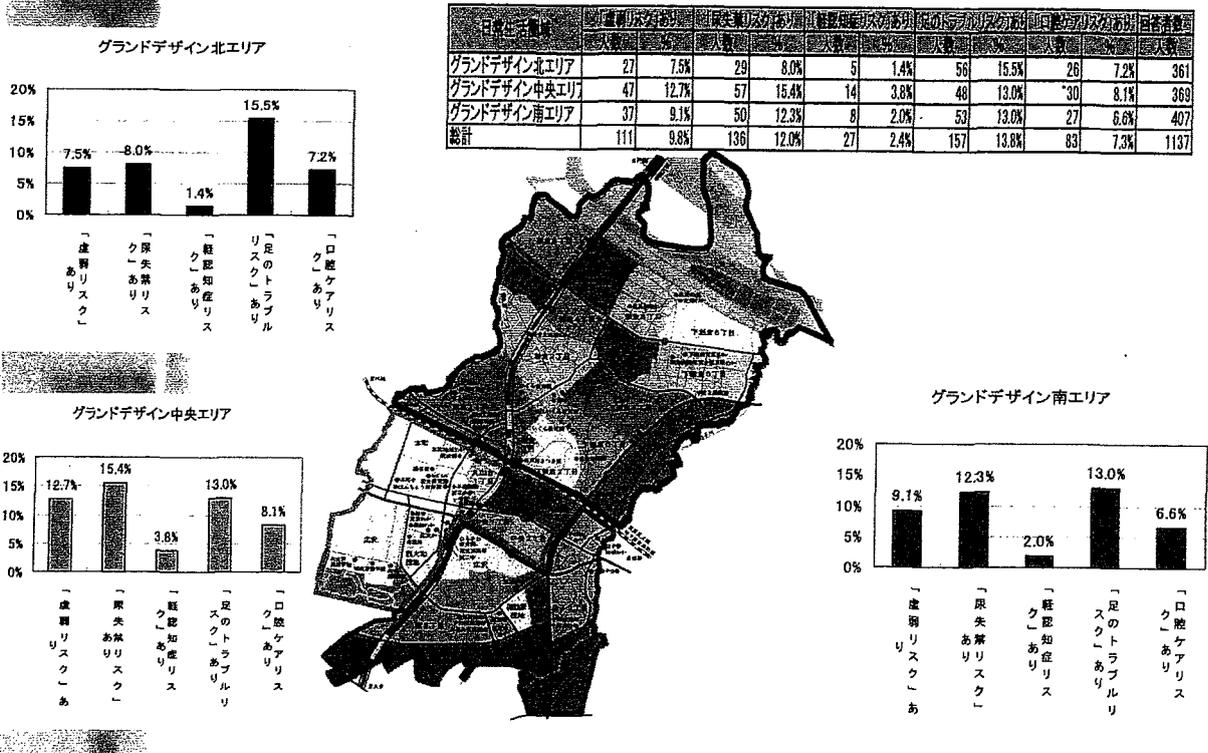


図 6

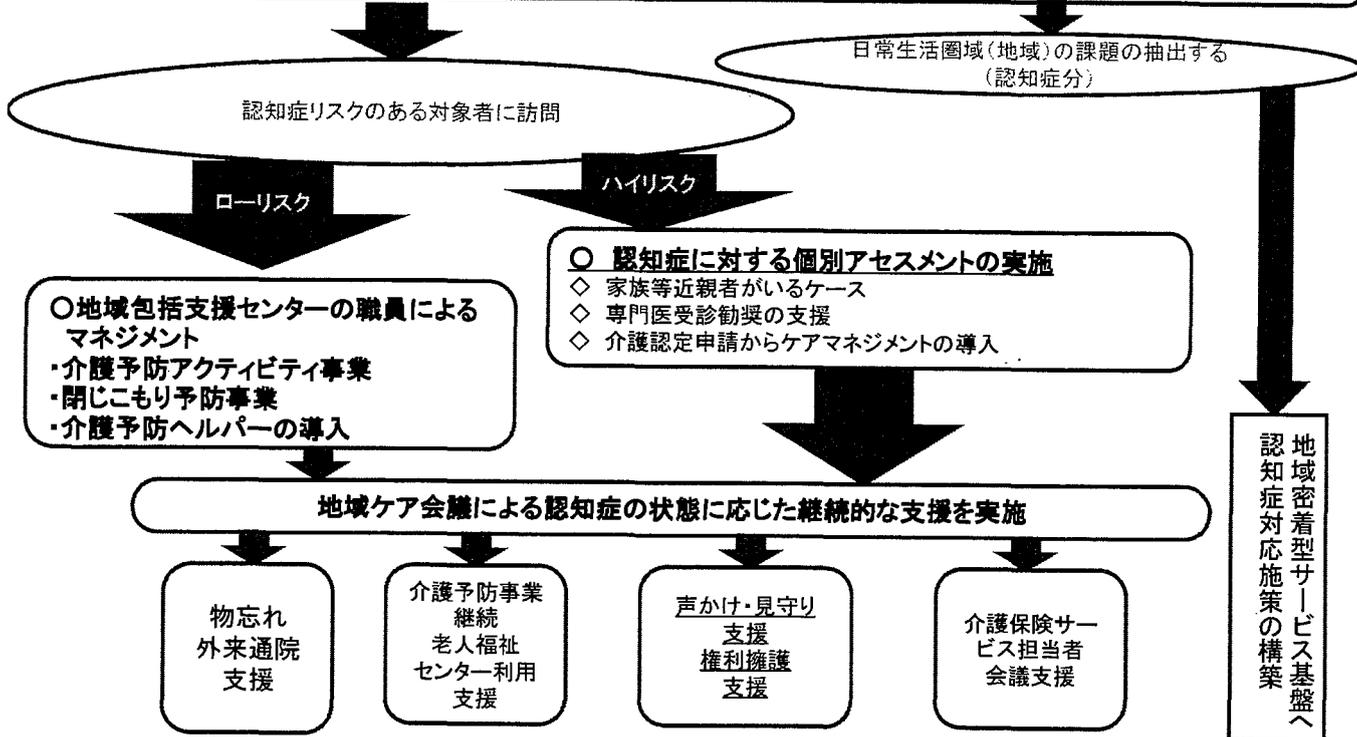
和光市の認知症者等に対する取り組み

○ 和光市では、高齢者のニーズを的確に把握し、介護保険事業計画で地域密着型サービス基盤整備に関し認知症者等に対する的確なサービス必要量に対する供給量の確保を念頭においていた取り組みとなっている。

◎ 一歩調査(健康寿命100)

◇ 被保険者全員

◇ 郵送方式⇒回収⇒未回収者訪問調査⇒回収⇒データ分析⇒個人台帳作成(リスク度把握)



【事例4】「認知症予防でまちづくり」(鳥取県琴浦町)

※平成22年度の活動状況(自治体作成資料より抜粋)

認知症予防でまちづくり —鳥取県琴浦町の取り組み—



琴浦町役場健康福祉課
地域包括支援センター

認知症予防対策事業

目的

地域住民の認知症に対する偏見を取り除き、正しい理解を促すための普及・啓発を行い、認知症高齢者とその家族が、住み慣れた地域で安心して暮らしていけるよう支援する。



認知症対策委員会

認知症対策を町最重要課題と考え、その方向性を決定する会です

平成15年度から年2回開催

メンバーは

認知症専門医師	町内医師会
鳥取県認知症の人と家族の会	
県長寿社会課	中部福祉保健局福祉保健課
公民館長	社会福祉協議会会長
民生児童委員	老人クラブ
商工会	女性団体連絡協議会
介護予防委託事業所	生活安全刑事課
教育委員会	副町長

琴浦町の認知症の取り組み

- その1 認知症の普及啓発と早期発見
(ひらめきはつらつ教室)
- その2 介護予防教室
(はればれ)
- その3 もの忘れ相談
- その4 普及啓発
(認知症をささえるまちづくりフォーラム)
(ことうら家族の集い)
(小・中学生との交流)



ひらめきはつらつ教室

目的は認知症の理解と早期発見

対象 65歳以上で介護保険の認定をうけていない方

内容 講演とタッチパネルを使った頭の健康チェック

2年間かけて町を一巡 22年度は4巡目に入ります

東伯地区—平成16、18、20、22年度

赤碕地区—平成17、19、21年度

平成16年度から延べ2,777人が参加

22年度は東伯地区36会場で実施予定

ひらめきはつらつ教室のご案内

—いつまでもいきいき暮らすために参加されませんか—

最近、もの忘れがふえたと感じられたことはありませんか、いまや「認知症」は誰にも起こっても不思議でない状態にあり、地味なことで考えつかないかもしれない問題となっています。自分の健康状態を知り、認知症予防の対応を習得することによって、いざという時に生活を送ることが出来ます。今回鳥取大学医学部のご支援をいただき、以下のような会を開催します。二度とないこの会にぜひご参加してください。

日時 2006年 月 日(火曜日)

場所 進捗環境改善センター

日程 午後1時15分～3時30分

①講演 「認知症予防とお話」

講師 鳥取大学医学部保健学科 教授 浦上克哉 氏
浦上先生は、認知症に関して世界的に著名な先生です。

②頭の健康チェック

コンピューターを使った、1人5分程度の簡単な頭の健康チェックです

③頭の体操ゲーム

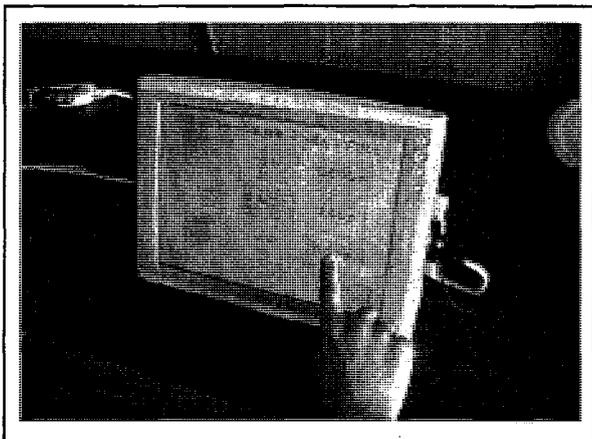
ビデオをみたり、簡単なゲームをします

問い合わせ先
琴浦町 地域包括支援センター
(保健センター内)
担当 柳原 52-1525

当日は、このチラシを持ってきてください

来られた日

(月 日 番)



これから3つの言葉を言います。

ひとつずつ、後に続いて、声に出して、
言ってみてください。

後でまたたずねますので、覚えていて下さい。

今日は、何月でしょうか？

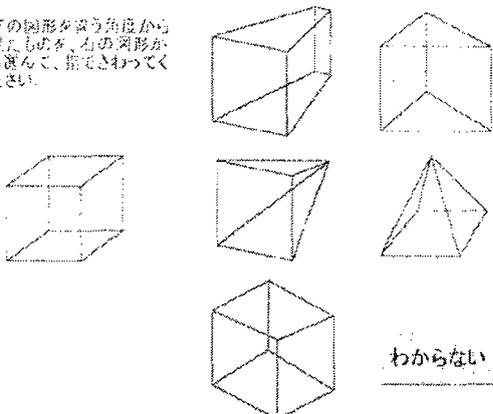
1月	2月	3月
4月	5月	6月
7月	8月	9月
10月	11月	12月

わからない

今日は、何曜日でしょうか？

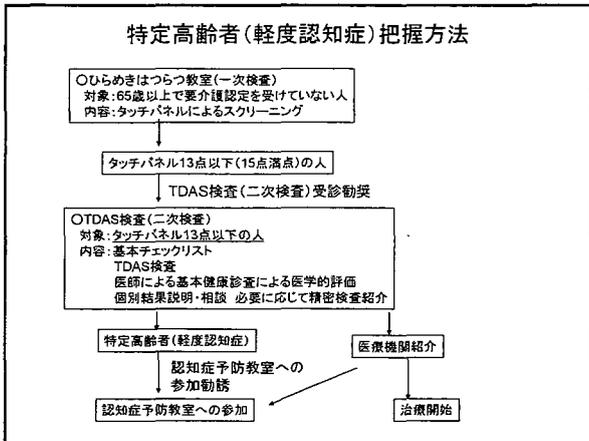
日曜日	月曜日	火曜日
水曜日	木曜日	金曜日
土曜日	わからない	

下の図形を違う角度から
見たものを、右の図形か
ら選んで、指でさわって
ください。



先ほど覚えてもらった、言葉を3つ選んで下さい

うめ	ねこ	でんしゃ
きく	うし	ひこうき
さくら	いぬ	じどうしゃ
	わからない	



二次検査 TDAS検査

- ・ 一次検査で15点満点中13点以下をハイリスク者として二次検査に案内。
- ・ タッチパネルと同様、コンピューターが掲示する質問に対して回答し、不正解の場合点数が加算される。
- ・ タッチパネル式評価検査終了後、専門医による診察を受け、認知症予防教室(ほほえみの会)の勧奨とハイリスク者に対し専門医療機関への紹介状を交付した。

認知症予防教室の変遷

○平成16、17年度は週1回、3ヶ月コースで評価
在宅介護支援センター職員が実施

○平成18～21年度は月2回、6ヶ月コースで評価
介護予防事業所に委託

そして、22年度教室をリニューアルしました
教室の名前は、はればれ(介護予防教室)

合体 ほほえみの会(認知症予防教室)
町単独ミニデイサービス
ほほえみの会卒業生(悠遊クラブ)
週1回参加、4ヵ月毎にTDAS検査を実施



はればれ(介護予防教室)

○対象: 認知症の予防や筋力低下、閉じこもり予防の必要な方

○内容: 毎週1回実施
血圧測定、健康チェック
体の体操
レクリエーション
頭の体操など

○登録者193人、17会場で実施中

○4ヶ月ごとにTDAS検査、7点以上の方は専門医の診察



もの忘れ相談

○対象: 物忘れの気になる方とその家族

○内容: 認知症専門医による診察と相談を行っています。



認知症の専門医師鳥大
医学部教授浦上医師に
診察していただけます。



普及啓発について

- ・ ことろら家族の集い 毎月
- ・ 民生児童委員研修・老人クラブ等
- ・ 小・中学生の学習と交流
(いのちの教育参観日や予防教室との交流)
- ・ 認知症をささえるまちづくりフォーラム 平成16年～
体験発表 ほほえみの会参加者、介護家族
ミニ講演 予防検診からみえてきたもの
トークと癒しコンサート 職員の寸劇

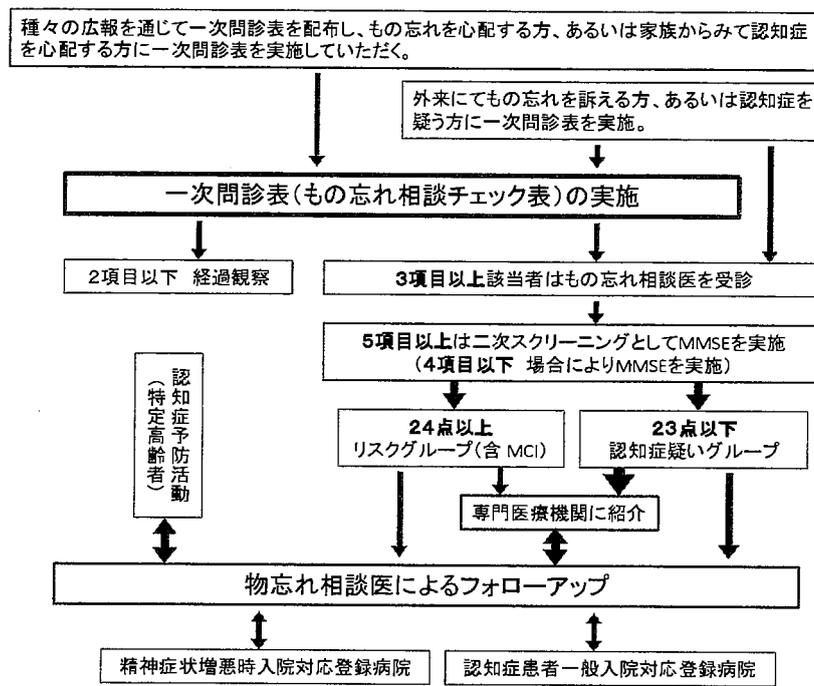


【事例5】「なごや認知症安心安全プロジェクト」(愛知県名古屋市)
出典: 認知症サポート医養成研修テキストより抜粋

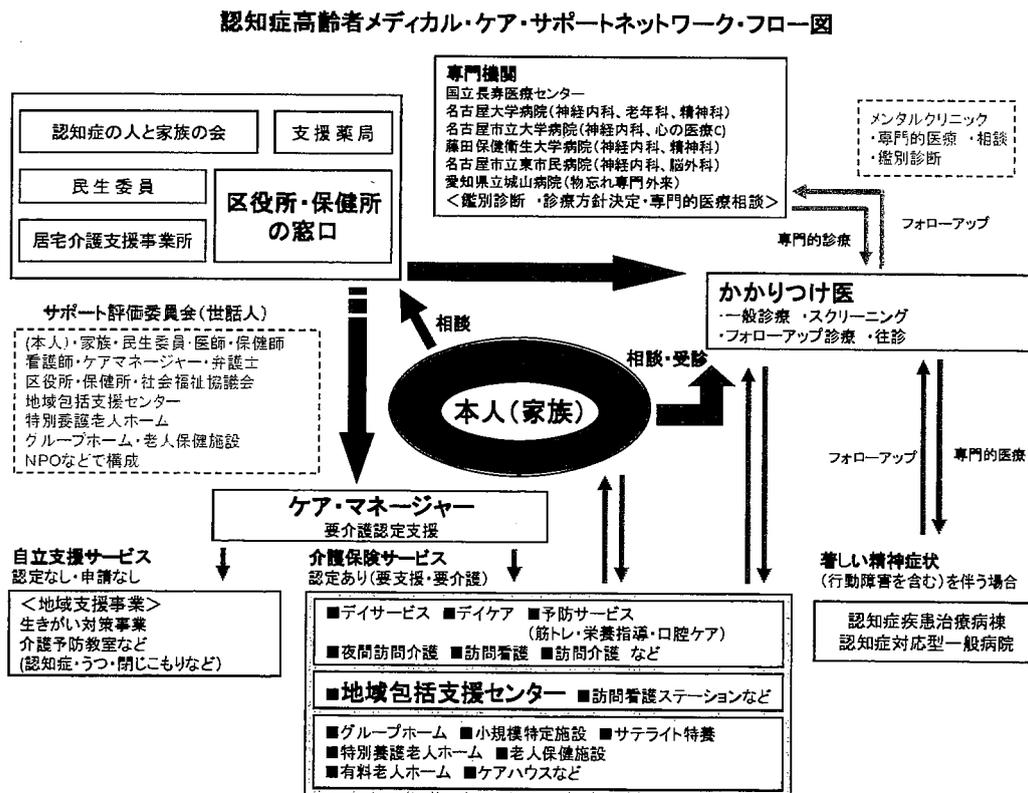
名古屋市医師会では年々増加する認知症患者さんに対応するため、数少ない専門医だけではなく実際に相談を受けることの多いかかりつけ医において認知症患者さんを治療管理する認知症ケアシステムを構築しました。これは「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を受講した中から協力していただける医師を物忘れ相談医(登録かかりつけ医)とし、そのリストを行政・保健所・地域包括支援センター・介護保険事業者・一般市民に公開するとともに認知症チェックリスト(20項目)を配布しました。チェックリストで3項目以上あてはまる人に物忘れ相談医への受診を促すことをねらったものであります。物忘れ相談医は、受診した患者さんにMMSEの検査を行い、その結果により認知症予防のため地域包括支援センターへ紹介するか、認知症として治療するかを選択します。認知症として治療する場合は確定診断のため認知症診断専門医療機関(MRIとSPECT検査が可能であることを登録条件とするリストを物忘れ相談医へ配布してある)へ紹介し、確定診断の後、自院で治療を開始します。認知症の経過中には精神症状が増悪し自宅療養ができなくなることもあるため、認知症専用病棟を持つ入院協力病院リストを、骨折・肺炎等の身体疾患にて入院治療が必要な時のために一般入院協力病院リストを用意し、登録医に配布することによりかかりつけ医をバックアップしています。(システム保全のため、各リストは登録かかりつけ医のみに配布)

また認知症の経過中には介護保険・福祉制度等の利用が必要となるため、地区医師会が主体となり地域での資源や情報を共有し有効利用する(医療機関をはじめ家族会・行政・保健所・地域包括支援センター・介護保険事業者・地域住民等が参加する)認知症地域連携を構築し、認知症患者さんの地元での生活を援助しています。(千種区ではすでに認知症地域連携が稼働しており、啓発活動としての認知症市民講座、専門職講演会、市民シンポジウムや認知症相談会などを行っています)これにより早期発見、早期治療から終末期の看取りまでを切れ目なく行うことが可能になると考えられます。

【名古屋市医師会認知症ケアシステムフロー図】



【千種区認知症地域連携フロー図】

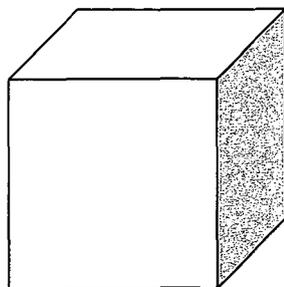


一次アンケート検査 (もの忘れ相談チェック表)

A. 次の質問のなかから当てはまるものに、丸をつけてください。

- ①一日に一回以上、置き忘れがある。
- ②今日が何月何日なのか、思い出せない。
- ③一日に一回以上、ど忘れがある。
- ④朝食の内容が思い出せないことがある。
- ⑤漢字が書けないことがよくある。
- ⑥物の名前が出てこない。
- ⑦以前に比べて新聞やテレビを見なくなった。
- ⑧知り合いの人の名前が出てこない。
- ⑨元気で働けない、または仕事をやる気がしない。
- ⑩火の不始末がある。
- ⑪この一ヶ月間一度も電話をかけていない。
- ⑫計算間違いが多い、また勘定をよく間違える。
- ⑬いつも孤独感や寂しい気持ちがある。
- ⑭よく知っている道で迷ったことがある。
- ⑮会合や社会奉仕活動に全く参加していない。
- ⑯一日に一回以上物をどこにしまったか忘れることがある。
- ⑰この一年間旅行を全くしていない。
- ⑱野菜の名前を10個以上言えない。
- ⑲話している言葉がよく聞こえない。
- ⑳現在の総理大臣の名前を知らない。

B. 同じ絵を右側に描いてください。



【事例6】「認知症の医療と介護の切れ目のない連携」(大阪府大阪市)

認知症の医療と介護の切れ目のない連携のために

—認知症対策連携強化事業のご案内—



社会福祉法人

大阪市社会福祉協議会

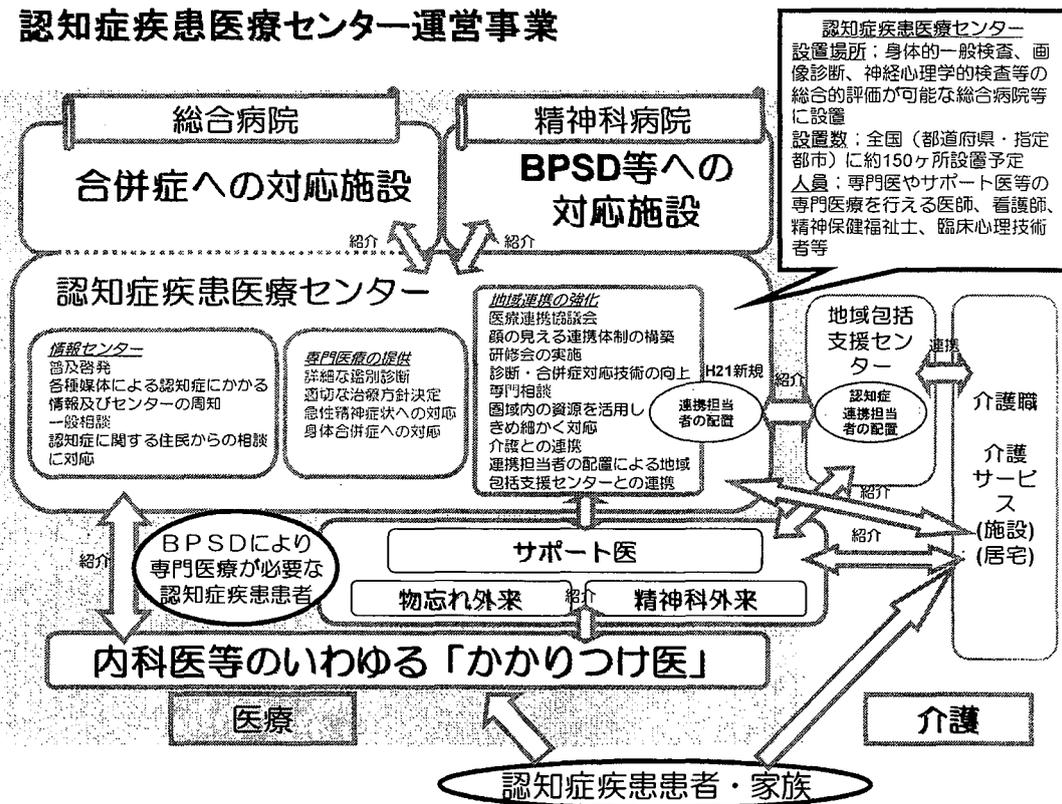
大阪市の認知症対策連携強化事業

本事業では、認知症の方が住みなれた地域で安心して暮らせるよう、医療と介護のスムーズな連携に向けて次のような取り組みを行っています。

認知症対策連携強化事業とは

認知症疾患医療センターとの連携を緊密にするため、3ヶ所の地域包括支援センターに認知症連携担当者および「囑託医」を配置することにより、地域における認知症ケア及び医療との連携体制を強化し、認知症の医療と介護の切れ目のない提供を行い、地域における認知症高齢者等への総合的・継続的支援体制の構築を推進することを目的としています。

認知症疾患医療センター運営事業



厚生労働省老健局高齢支援課資料より

認知症連携担当の役割

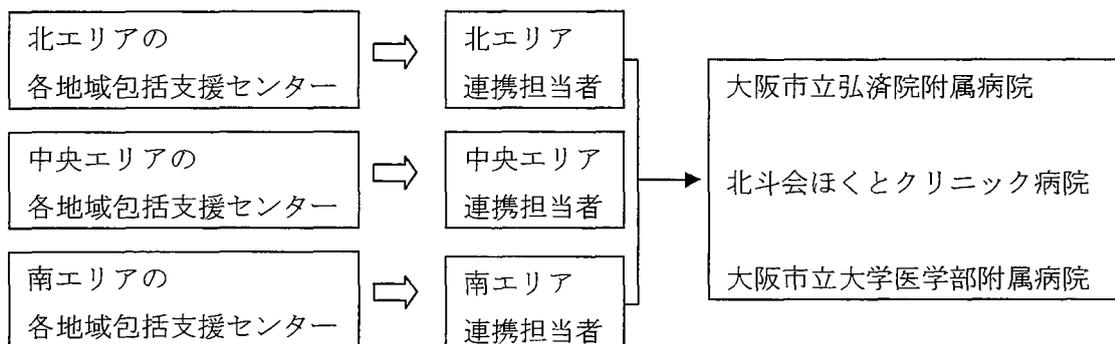
- (1) 地域におけるネットワーク体制の構築
- (2) 認知症疾患医療センターにおいて認知症の確定診断を受けた者に対する支援
- (3) 地域包括支援センターへの認知症介護に関する専門的な助言・支援
- (4) 若年認知症者への支援

囑託医の役割

3地域包括支援センターに「認知症サポート医」を「囑託医」として各1名ずつ配置しています。

※囑託医は主に連携担当者に対しての「かかりつけ医」及び認知症疾患医療センター等との連携に向けた助言・支援を行っています。

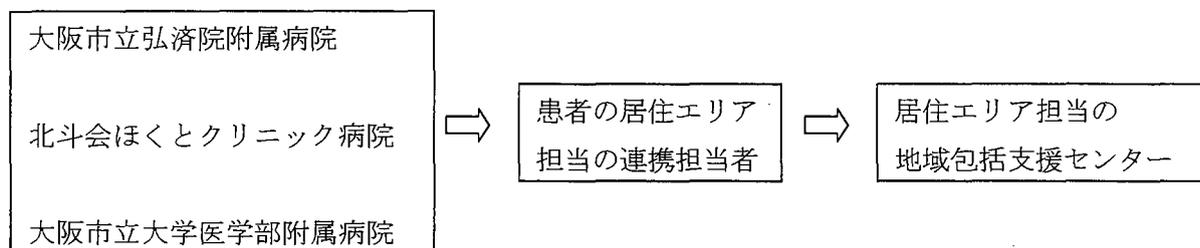
地域包括支援センターからの鑑別診断・治療等の依頼の流れ



- * 地域包括支援センターは地域の保健・医療・福祉サービスの総合相談窓口です。
- * 認知症連携担当者は認知症介護の支援がスムーズに行われるよう、地域包括支援センターの後方支援を行っています。

- ◇ 基本的には、医療機関の受診はフリーアクセスです。
 - ◇ 医療連携（病診連携、病病連携）の流れを基本としています。
 - ・ クライアントにかかりつけ医がいる場合には、かかりつけ医の連携先の医療機関のご紹介をお願いします。
 - ・ かかりつけ医より認知症疾患医療センターへの受診をすすめられる場合につきましても、紹介状の記載等、通常の医療連携を基本とした流れでのご紹介をお願いします。
- ※クライアントの状況により、連携方法等をご相談させていただく場合があります。

認知症疾患医療センターからの地域で支援するために必要な患者様に関する情報提供



- ◇ 緊急の対応を要する場合には、連携方法が前後する場合があります。

「連携担当者」の配置場所および地域包括支援センターの担当区

エリア	配置場所	担当地域包括支援センター
北	東淀川区地域包括支援センター内 TEL 06-6195-2000 ✉ t.fukugawa@shakyo-osaka.jp	北区、都島区、福島区、此花区 西淀川区、淀川区、淀川区東部 東淀川区、東淀川区北部、旭区
中央	城東区地域包括支援センター内 TEL 06-6936-1173 ✉ m.noda@shakyo-osaka.jp	中央区、西区、港区、大正区 天王寺区、浪速区、東成区 生野区、東生野、鶴橋 城東区、城東・放出、鶴見区
南	阿倍野区地域包括支援センター内 TEL:06-6628-8600 ✉ t.morioka@shakyo-osaka.jp	阿倍野区、住之江区、さきしま 住吉区、住吉区北、住吉区東 東住吉区、中野、矢田、平野区 加美、長吉、西成区、玉出 西成区北西部

※ 業務時間 : 平日(月)~(金) 9時~17時30分

※ その他連絡先 : 社会福祉法人 大阪市社会福祉協議会 福祉部地域福祉課
(電話)06-6765-5606
(FAX)06-6765-5607
✉ fukusi@osaka-sishakyo.jp

大阪市の指定する認知症疾患医療センター

保健医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療機関等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者への研修等を行うことにより、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図ります。

- ◇ 北 エリア— 大阪市立弘済院附属病院
〒565-0874 吹田市古江台 6-2-1 TEL06-6871-8073
- ◇ 中央エリア— 北斗会 ほくとクリニック病院
〒551-0001 大阪市大正区三軒家西 1-18-7 TEL06-6554-9707
- ◇ 南 エリア— 公立大学法人
大阪市立大学医学部附属病院
〒545-8586 大阪市阿倍野区旭町 1-5-7 TEL06-6645-2896

【事例7】「ネットワーク形式(杉並方式)で「介護者の会」を運営する試み」(東京都杉並区)

出典:「認知症でもだいじょうぶ」町づくりキャンペーン

I、概要

平成17年秋、杉並区が家族介護者を支援するボランティアを養成するための「介護者サポーター養成講座」を開催。講座修了生が、18年3月に杉並介護者応援団(以下「応援団」という。)を結成した。同時期に、主に認知症の方の家族介護者を支援するために、区が地域包括支援センターを基軸に開いた介護者教室から「介護者の会」が3ヶ所立ち上がった。これら介護者の会の運営の応援のため、応援団の介護者サポーター(以下「サポーター」という。)が活動を始めた。並行して、既存の介護者家族会についても賛同を得られた会については、サポーターが参加し、家族会を地域に開く方向で、広報、啓発活動などを開始した。それまで「家族会」と呼ばれていた会は、「介護者の会」と呼ばれることとなった。

応援団は、平成18年度から3年間、杉並区社会福祉協議会の地域活動助成金を取得し、介護者向けの講演会、交流会、介護相談会及び、サポーターのスキルアップのための研修を行った。同時に介護者の会の情報交換、事例検討会を毎月1回行い、サポーターが、介護者同士、介護者の会相互のネットワークを築くためのコーディネイターとして活動することとした。

この間に行政からの支援も進み、応援団のNPO法人化を契機として、21年度からは、区の委託事業として介護者の会の継続を支援することとなった。

現在、応援団からサポーターを派遣している会は10ヶ所。介護者の会の立ち上げやサポーターの派遣を希望する地域包括支援センター(杉並区の呼称は、ケア24)が増えて来ている。

このため、行政の協力を得て毎年サポーター養成講座を開き、増員を行ってきた。21年度は、区の事業である「すぎなみ地域大学」のボランティア養成講座で、「介護者応援ボランティア」(介護者サポーターと同意)の養成を行う講座の運営を受託し、修了生は応援団に入会し、サポーターとして活動することとなった。

介護者の会では、サポーターは、会の準備、進行に気を配り、参加者が十分に話しが出来るよう、気持ちが軽くなってまた介護に向き合えるよう、ピアサポートを進める。

介護者の会には、介護経験者、OBの参加もあり、介護や地域の情報も提供されている。必要な場合は、サポーターが専門職やケア24など専門機関へ繋ぐこととしている。

参加者に傾聴し、リアルに聴いてもらえたと感じる場を提供する一方、要介護者の方が共に参加した際にも楽しんでもらえるようなプログラムと、サポートする人材を準備している。

これを発展させ、「メリーゴーランド浜田山」というミニデイサロンを20年秋より開始。認知症の方本人や家族、地域住民や支援者が参加し、互いに交流を行っている。毎月1回、舞踊体操、歌唱、お茶会などのプログラムを介護者、要介護者がともに楽しみ、リフレッシュする機会を提供することで、地域の中の居場所としてのサロンが、地域資源として定着するよう、模索している。

介護者の会とミニデイサロンの運営や、サポーターのスキルアップについては、研究者や専門職による研修やコンサルテーションなどを得て、これを区内の支援者や介護者の会のリーダーが集まる「介護者の会連絡会」で共有している。区内全域の介護者が自ら、介護者の会やサロンを選んで参加できるように、数と質を向上させ、行政、地域、各支援機関等との連携を図りながら、要介護者と介護者の地域支援を継続している。

杉並介護者応援団の事業概要

介護者の会、ミニデイサービスを開催し、介護者や「介護者の会」のネットワークをもって介護者・要介護者の地域生活を支援することを目標としています。

- * 現在杉並区には、右記表内の「介護者の会」の他に5ヶ所の会があります。これらの会の交流、情報交換のため、「連絡会」を開いて
- * 地域包括支援センター（ケア24）を基軸に各地区の「介護者の会」が、地域で介護を支える社会資源として機能し、定着していくための働きかけをします。
- * 地域の介護保険事業所や高齢者を支える活動を行っている諸団体、専門職、地域の方々とともにネットワークを築きます。
- * 区との連携・協働により、介護者支援の人材の養成、レベルアップ研修を行っています。
- * 介護に関する講習会、施設見学会などを行い
- * 区外の介護者の会や支援団体とつながり、広く介護について学び、情報を交換しています。

これら「介護者の会」を継続支援するための事業は、杉並区から運営を委託され実施しています。

杉並介護者応援団から以下の介護者の会にサポーターを派遣しています。

会名・場所	開催日・時間	連絡先TEL
浜田山かしの会 浜田山会館	毎月第2金曜日 13:30~15:30	〒724浜田山 5357-4944
荻窪ソックスの会 ゆうゆう荻窪東館	毎月第2水曜日 13:30~15:30	〒724荻窪 3391-0888
阿佐谷介護者の会 ゆうゆう阿佐谷館	毎月第4金曜日 13:00~15:30	杉並区介護予防課 3312-2111
上井草ふれあいの会 上井草ふれあいの家	奇数月第3金曜日 13:30~15:30	上井草ふれあいの家 3394-9831
下井草さくら会 ケア24下井草	毎月第2金曜日 13:30~15:30	〒724下井草 5303-5341
桐の会 勤労福祉会館	毎月第3木曜日 13:30~15:00	〒724上荻5303-6851 〒724善福寺5311-1024
高井戸カモミールの会 都営アパート12号棟	毎月第4水曜日 13:30~15:30	〒724高井戸 3334-2495
和泉ワイワイクラブ 和泉ふれあいの家	毎月第2木曜日 13:30~15:30	和泉ふれあいの家 3321-4808
成田うぐいすの会 成田会議室	毎月第3金曜日 13:00~15:00	〒724成田 5307-3822
久我山さくらの会 さんじゅ久我山	毎月第4木曜日 13:30~15:00	〒724久我山 5346-3348

介護者の会では、

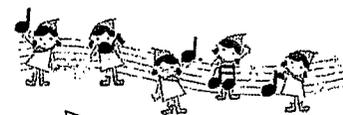
- * 主に在宅で介護をされている家族が集い、介護に付随する悩みや不安を語り、聴き合い、仲間同士支えあう気持ちで、交流や情報交換を行っています。
- * 会で話された個人情報、他所で洩らさないルールがあります。
- * 少し離れた会へ、また複数の会へもご都合にあわせてお気軽にご参加ください。茶菓子代程度の参

ミニデイサービス（サロン）

介護が必要な方や介護者が集い、仲間やボランティアとおしゃべりしたり、歌や健康舞踊体操などを楽しんでいま

♪メリーゴーランド浜田山♪
毎月第3金曜日10:00から12:00

♪メリーゴーランド荻窪東♪
毎月第3月曜日13:30から15:30
ゆうゆう荻窪東館にて開催中



どなたでも お気軽に
ご参加ください！

介護者の会でのお茶タイム



II、地域の紹介

(1) 杉並区は、人口 52 万 8857 人、29 万 3540 世帯を抱え、城西地区と呼ばれる 23 区の西側に位置している。JR 中央線が区中央部を、北部に西武新宿線、南部に京王線が走り、東西への移動は比較的容易であり、南北の移動は、バス路線が中心となり、コミュニティバスがこれを補完している。約 34k m²と、区部では比較的面積の広い区であるため、地域包括支援センターは 20ヶ所ある。所轄地域の住まいの特性や地域性も少しずつ異なっている。高齢者人口（65 歳以上の対人口比）は 18%程度であるが、高齢者の一人暮らし、2人暮らし、日中独居も少なくない。

(2) 杉並区の取り組みと応援団設立の経緯

平成 17 年当初、区内には、保健センターが支援する認知症の方を介護する家族会が数ヶ所あり、通所介護事業者主催の通所者家族の会も存在していたが、継続に不安を持つ会も出てきていた。

①介護保険制度の施行等により、要介護者支援の施策が示されたものの、介護者に対する支援は不足。行政（区の高齢者施策課）としても、家族に介護が必要になった時、介護を受ける要介護者と共に介護者も支援してこそ介護家族支援だとの認識を持っていた。そこで、当時杉並区在宅支援センター（現在の地域包括支援センター）に対し、介護者支援対策として「介護者の会」設立を呼びかけた。

②平成 17 年秋、賛同したケア 24 荻窪、方南、浜田山が地域住民に対して、家族介護者教室を開催し、介護中の悩みや苦しみを話し合える会の設立（場づくり）を呼びかけ、設立後の会が継続できるように支援協力をする。（介護者の会の誕生：荻窪ソックスの会、方南ふらっと会、浜田山かしの会）

③同時期に行政が、地域で家族介護者を支援するボランティア養成のため、第 1 回の「介護者サポーター養成講座」を開催。介護者サポーターが誕生する。

平成 18 年 3 月、サポーター養成講座を修了した 12 名が「杉並介護者応援団」を設立。介護者の会、及びサポーター相互の協力を図り、ネットワークをもって区内の介護者の会を支援することとした。同時に会の継続のため、賛同を得られた既存の家族会へもサポーターが世話人として入り、通所者の家族会を地域に開く方向で応援を行うなどの活動を始めた。

④平成 18 年 4 月より介護者の会支援のバックアップを介護予防課が継承する。

当初は、主に介護者の会の開催場所についての支援を行う。

⑤平成 21 年 2 月、応援団が法人格を取得。平成 21 年度より、杉並区から、介護者の会の継続支援事業及び、介護者サポーターの養成事業を受託する。

Ⅲ、活動の内容

1、区内介護者の会の継続支援活動（杉並区保健福祉部介護予防課よりの委託事業）

（1）介護経験者と共に語り合い、気持ちを分かち合うことにより心の支え合いの場となる

「介護者の会」

平成 21 年 8 月現在、応援団から区内 9 ヶ所の介護者の会へ、介護者サポーターが運営の
応援者として参加

①介護者の会では：基本の活動として、毎月 1 回同じ曜日・時間に同じ場所に集まり、介護状
況や心の内を話し、聴き合い、情報交換を行っている。

②サポーターの役割：会場の設定、茶菓の準備、情報提供等のための事前準備。参加者の話を
傾聴し、参加者同士のピアサポートを促す、ファシリテーターの役割を行なう。

（旧メンバーのストーリーを繋げる支援、新メンバーへの配慮・導入の支援、時間配分、遅
刻、早退者への配慮なども含む。）会の振り返りを行い、必要な際には、専門職へつなげる。

（2）ネットワーク形式による「介護者の会」支援の利点

① 介護者が自分の都合に合わせて参加する会を選択できる。複数の会へも参加できる。

[自宅周辺の会で近所の方に会うのを避けたい、要介護者が不在のデイサービスの曜日に合
わせて参加したい、会の特色に合わせて選びたい、など。（連携をとっている機関や立ち上
げ時の背景、会の構成員の状況などにより、介護者の会は特徴を持つ。施設入所された方の
多い会、男性の参加者が多い会、臨床心理の専門家が継続して参加している会もある。)]

② 会運営の基本ルールや活動のレベルを維持するよう、組織的に取り組むことができる。

③ 介護者サポーターが継続して出席し、会を見ていくことで運営が安定する。

④ 介護者は、参加している会以外の情報もサポーターから得ることができる。

⑤ 区内全域に会が存在することで、行政、各ケア 24、専門諸機関等と連携して介護者の支援
に取り組める。

⑥ サポーター自身も活動についての疑問や課題を分かち合い、学びあうことができる。

など、ネットワーク形式の利点を活かした活動を行っている。

（3）「介護者の会」参加者の状況

① 現状

ア、認知症になった方を介護されている家族が増えている。

イ、男性介護者の増加が見られる。

ウ、介護に対する身内の理解・支持不足で主介護者は孤立感を味わっている事が多い。

エ、今までしてきた普通の生活ができないことがある。

オ、困難事例：仕事と介護の両立の難しさ、シングル介護の困難さ、経済的負担の重さ、遠距
離介護の大変さ、男性介護者の戸惑い、嫁の立場の辛さ、実父実母介護のやり難さ

② 介護者の会の必要性と役割が見えてきた。

ア、駆け込み寺的な役割・専門職と話すとき、要介護者だけでなく介護者も格好をつけてし
まう。自分と同じ介護経験者同士の集まりであることに意味がある。（今の自分の気持ち
を素直に出せ、聴いてもらえたと感じる場）

- イ、背負った荷物を一時降ろす場所として・・・介護者が自分の悩みや不安を話すことでストレスを発散し、苦しいのは自分だけでないとの思いを仲間と共有できる。再び、新たな気持ちで介護に向き合う力を得る。
- ウ、自身の状況の理解と方向性を見出す場・・・語ることで自分や状況への理解が進む。自分が何に苦しんでいるのか、どうしたいのかが見えてきて、自己表現や周囲に対する働きかけをするようになったり、新しい方向を探すこともある。
- エ、虐待防止のセイフティーネットとして・・・介護者自身も気づいていない要介護者に対する虐待かもしれない行為を、会の中で他のメンバーやサポーターが気付き、専門職に繋げることで最悪の事態を回避できることがある。
- オ、社会とつながる場・・・孤立しがちな介護者にとっては、唯一の社会とのつながりの「場」となることがある。自分だけの問題ではないと感じ、社会に対して視野が開ける。
- カ、介護保険制度体制における、セカンドオピニオンとしての意義をもつ

(4) 介護者の会に対する新たなニーズ

- ①参加者の介護状況の変化・・・自身の介護予防で参加し本格的な介護が始まった方、施設介護に移行した方や看取りを終える方も増えて来た。会の状況や参加者のニーズは変化していくため、柔軟な対応が必要になっている。
- ②独自のプログラム・・・会の原則はくずさないよう努めるものの、参加者の希望を聞きながら、会独自でリフレッシュのためのプログラムを企画したり、近くの会とともに新規参加者を募る催しを計画したりすることもある。20年秋には、江戸東京建物館へ要介護者、介護者が出かけ、リフレッシュしてきた。21年7月には、3つの介護者の会合同で、「杉並落語会」を開催し、介護者、要介護者20名が笑って交流を行った。施設見学なども希望に応じて行っている。介護関係の講演会、相談会、介護者の交流会も行ってきた。
- ③介護者の会の増設・・・地域包括支援センターや認知症対応型通所施設、既存の家族会などで応援団からのサポーター派遣を希望するところが増えており、今後「介護者の会」の増設が見込まれる。

2、ミニデイサロン活動 ～メリーゴーランド浜田山～

現在、浜田山地区において、介護者と要介護者が共に参加し、お茶を飲みながらおしゃべりをし、日舞を基本にした健康舞踊体操、歌唱などでリフレッシュしようというサロンを開催している。
(毎月1回 第3金曜日 10時から12時)

開催場所のゆうゆう館(旧、区の敬老会館)の管理受託団体(シルバー人材センター)の協力も得、地域の方がボランティア講師を務める。地域の支援者(民生委員、町内会長など)へ参加呼びかけも行っており、これら支援者にとっても、支援対象者の把握、支援のきっかけづくりとしての機能をもつ場として、連携の気運が高まっている。

応援団としては、地域の支援者との情報交換や連携を図り、介護者や要介護者が地域で自分らしく暮らし続けるためのきめ細かな有形、無形の支援が住民から提供されるためのコーディネート

模索しているところである。

要介護者・介護者がともに安心して参加できる、地域の居場所とリフレッシュの機会を提供するとともに、地域の方々との交流の場となり、地域資源として定着することを期待している。

7月には、キャラバンメイト(応援団では5名が登録)が講師となり、認知症サポーター養成講座を開催。メリーゴーランド浜田山参加者、地域の方など16名がオレンジリングを取得した。

3、介護者の会連絡会の開催（杉並区保健福祉部介護予防課よりの委託事業）

20年5月より、応援団代表と区の担当職員が、介護者の会を後方支援するケア24や事業所、保健センター所轄の認知症家族会などへ現状の把握と挨拶のために回り、区内介護者の会の連携を訴えた。8月、21年2月に、介護予防課の声かけにより区内15ヶ所の介護者の会のリーダー、ケア24の担当職員・事業所の担当者、応援団サポーターが集まり、介護者の会連絡会を開催。各支援者たちが、区内の介護者の会の現状と問題点を共有し、今後連携をとっていくことを確認した。

21年度は、応援団が区の委託を受け、2回の連絡会開催を予定している。セルフヘルプグループ・家族会の研究者による、支援者向け講演や事例検討会も引き続き行なっていく。

4、サポーター（介護者応援ボランティア）の養成（杉並区区民生活部地域課よりの委託事業）

21年5月から6月にかけて、区の主催する「すぎなみ地域大学」の講座として、「介護者応援ボランティア講座」が開講。この講座のカリキュラム作成から運営までを応援団が受託し、講座修了後に応援団のサポーターとして活動を行う人材を養成した。36名が受講し、10名の修了生が実地研修の後、各介護者の会などに配属される。

この地域大学は、講座修了後の活動の受け皿を明確にし、各種のボランティアを養成するという区の方針の下行われている。活動がすぐには難しいという方にも、今後、介護者支援の重要性や介護者の会の存在を職場や地域などで語ること、認知症についてもよき理解者となることをお願いし、啓発、広報活動に一役かかって頂いている。

5、介護者サポーターの研修（介護予防課委託事業）

サポーターのレベルアップを目的とする研修は、講座としては、毎年2～3回行っている。他に随時、事例検討会や、専門職や家族会研究者よりのスーパービジョンやコンサルテーションを受けている。20年度は、傾聴のスキルを身につけるため、東京女子大学教授（臨床心理士）無藤清子氏を講師として、ロールプレイによる研修を行なった。

また、活動のルールを明確にし、信頼性を高めるために、「サポーター規約」を作成して研修を行っている。特に個人情報の保護に関しては、法人化後の重点項目として徹底させている。

6、啓発活動、ネットワークづくり

応援団の活動は、NPOと地縁団体や専門機関及び行政との新たな関係づくりと、協働により、誰もが安心して暮らしを継続できる地域をつくることをめざしている。

介護者の会やミニデイサロンには、民生委員、あんしん協力員（高齢者などを見守るボランテ

ィア)、町内会長などの参加もあり、地域の支援者たちが横のつながりを持って地域の中で介護者、要介護者をきめ細かく支える体制をつくる必要があると考えている。

又、介護者・要介護者の声を専門機関や行政に届け、専門的なサポートや利用者本位の支援が行えるよう、橋渡しを行うことも可能となる。

21年6月「すぎなみ介護保険サービス事業者の会」にてオブザーバーとしての医師会も加え、参加6団体に介護者の会の広報を行った。各団体の会合等への出席、パンフレットの配布を行っている。

本年度は、社会福祉士会との連携も深めている。社会福祉士会が授業のプログラムを任された区内の高校の「奉仕の時間」に、応援団のキャラバンメイトが認知症サポーター養成講座を行うことになっている。

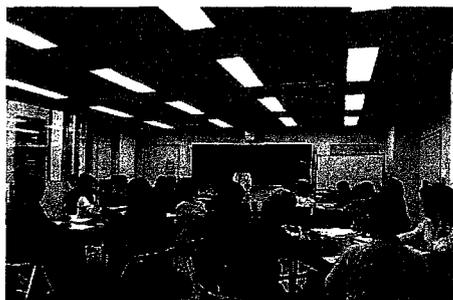
又、首都圏の介護者支援のネットワークに参加し、介護者支援についての学習や情報収集を行うとともに、啓発事業等への協力を行っている。



落語で笑ってリフレッシュ



ミニデイ クリスマス会



介護者応援ボランティア講座

わたしたちは、
こんな活動をしています



IV、活動の成果と今後の展望

1、介護者の会やサロン活動における成果

- (1) 認知症初期の方を介護する家族は、病の受容が難しく、迷いや辛さを感じている一方、要介護者の抱え込みもみられる。会への参加をきっかけに介護保険サービスや地域資源の利用につながった例が多く見られる。

中期、後期の介護にあつては、在宅から施設介護に移行する際など、「会の仲間に背中を押してもらった」と表現する介護者も多い。会では、経験者からの情報提供や同じ目線にたったアドバイスにより、介護者が自身の選択や介護の方法に罪悪感を抱かないよう、自身の生活も大切にす姿勢を自然な形でサポートしている。多様な社会資源を活用し、介護を抱え込まない地域生活の実現に効果が期待できる。

- (2) ウツ状態であったり、虐待の危険のある参加者が、本音で話せる場、楽しめる場を見出し、危険を回避している。
- (3) 会において話しをする中で考え方の整理がついたり、問題との付き合い方を学ぶことにより、次のステップへ踏み出せることもある。
- (4) 地域の支援者と専門職、専門機関、行政との連携により、一人一人の介護者へのトータルかつきめ細かなサポート体制が可能となり、介護者の介護力を高め、介護家族や要介護者の支援にもつながる。
- (5) 介護者の会やサロンには、在宅介護から施設介護に移行した方、介護 OB の参加があり、これらの方が会の活動を支えたり、地域活動へのデビューを果たす例が出てきている。
- (6) これらの人材が、施設との橋渡し役として施設を地域に開くきっかけとなったり、会やサロンが、看取られた方のグリーフケアの役目を果たす場ともなるなど、会や地域がより豊かに発展する可能性を持っている。
- (7) サロンは地域の支えあいの核として、介護者、支援者の交流、連携を創出し、潜在する孤立した介護者の掘り起こしを可能にし、地域の力を高める。
- (8) サロン活動をきっかけに、児童委員（民生委員）など地域支援者との連携がとれ、小・中学校生徒や PTA との交流を計画している。また、高校での認知症サポーター講座の開催により、ボランティア活動や介護について学ぶ機会を提供している。

こうした活動により、世代を超えた参加、啓発、交流が期待できる。特に、子供たちには、介護や家族間の協力について学ぶ機会を提供し、教育効果も期待できる。

2、介護者の会のこれから ～介護家族を応援するために～

- (1) 介護者の会の存在や意義を一人でも多くの方に知って頂くための広報・啓発活動を継続する。

認知症になった方の介護においては、特に初期段階で介護者が介護者の会に参加し、他の介護者の体験を聞く事で、病の受け入れがスムーズになるケースが多い。

まず、会に足を運んでもらえるよう、あらゆる場を利用し、呼びかけを一層強化して

いく。(各専門職連絡会、町内会長、民生委員、ケア 24、地域のボランティア、地域の会合、介護保険事業者、ホームページ、社会福祉士会、区施設など)

一方で、連携が進み、地域情報が共有されてくる中、地域ごとに効果的な方法を工夫することも必要であることが分かってきた。

回覧板が有効な地域、町内会への働きかけが有効な地域、商店街や他の団体との連携が必要な地域など、地域の状況に即した効果的な方法をとることとした。

(2) 区内全ケア 24 (20ヶ所) に介護者の会設立の呼びかけを継続する。

ケア 24 などの主催する介護者教室に応援団サポーターが講師として招かれ、介護者の会の立ち上げ、その後のサポーター派遣に協力する形が増えている。

区内全域のケア 24 には介護者の会の存在意義は理解されているが、現実には会の立ち上げを希望しても今までは、サポーターが不足していたため要望に応えられなかった。サポーター養成講座の開講により、人材の供給に目途が立ってきた。

**【要介護者には、介護保険等の支援、介護者には、介護者の会参加
が当たり前の社会になって欲しい。**

3、杉並介護者応援団のこれから

(1) 行政との協働事業の継続

応援団の法人化により、行政等と対等な立場で委託契約を結ぶことが可能となり、介護者の会の継続支援についても責任を明確にし、信頼性を高めることができた。今後もこの体制を継続することにより、介護者及び介護家族、介護者の会から出る生の声を今以上に行政や社会に伝えながら、応援・支援を行っていくことができると考えている。

(2) ボランティア活動の展望

杉並区では、10月より、シニア世代のボランティア活動を推進するための「長寿応援ポイント制度」を開始する。応援団の活動は、地域貢献活動として登録され、これに参加した60歳以上のサポーター及びボランティアは、ポイントを獲得することになる。これによって、活動のPRと活動参加者の増員を期待している。

(3) NPO 法人としての体制整備

法人として、組織体制を整え、法令遵守により信頼性を高めるよう努める。

この点については、区の協力により、組織運営の専門家を招き整備を行っている。

(4) ピアサポートの理念

設立当初の地域に根ざしたボランティア活動時の気持ちを大切に、介護者の現状から乖離しないよう、共に地域で生活する者としての立場や感覚を大切に、あくまで地域の仲間として、ピアサポートの精神を堅持する。

(5) 世代間の交流と連携

介護者同士、介護者の会相互、サポーター、地域住民、専門職・機関、研究者や大

学、教育機関（小、中、高校）などとの連携強化を視野に入れて活動を行ってきた。連携が具体化している部分もあるが、世代を超えた連携については始動したばかりである。しかし、ミニデイサロンには、地域の青年講師の協力を得ており、地域の各支援者との連携も深まっていることで、今後の展望が持てる状況である。

(6) 活動成果の検証と蓄積

平成 18 年度より、「サポーターの活動が何故介護者の会に必要なのか」、また「介護者の会における現状と課題」についての研究（研究代表者 埼玉県立大学 小川孔美氏）に協力してきた。本報告書の介護者の会の必要性と役割などについては、この調査によって明らかにされた部分も多い。これらの研究成果を行政も参加している介護者の会連絡会などで、小川氏が発表することによって、行政が介護者の会と連携して介護者を支援する重要性を改めて提示することにつながり、また、会のリーダー等にとっては、展望が広がり連絡会に期待する声が聞かれる結果となっている。これからも継続してサポーター活動の検証を行い、資料として蓄積し、経験の積み上げだけに頼らず、活動に客観性を持たせていきたい。

また、介護者の会に 3 年以上参加していて昨年度より傾聴の研修を依頼した無藤清子氏（東京女子大学教授）とは、介護者の会支援についての共同研究を始めている。現時点では、その介護者の会でのサポートのふりかえりと、“介護者サポーターがめざしているもの・抱えている困難”についての面接調査に協力中である。これらの結果を踏まえ、多様な介護者の会でのピアサポートに一層役立つサポーターのコミュニケーション・傾聴のあり方を明確化して、サポーターの研修プログラムを共同で開発していく予定である。

両氏の協力を得て、介護者の会支援のためのマニュアルづくりも計画している。

又、東京女子大学は区内にキャンパスを持つため、今後、大学の地域貢献についても地域の求めるものを、行政との協力も視野に入れ、提言していきたいと考えている。

(7) ネットワークの広がり介護者の会の改変

区内には、介護保険施行以前からの認知症の家族を抱える方の家族会があり、それぞれに重要な役割を果たし、多くの家族の支持を得ていた。これら、既存の家族会とそのリーダーの方々から、応援団は多くのことを学ばせて頂いた。

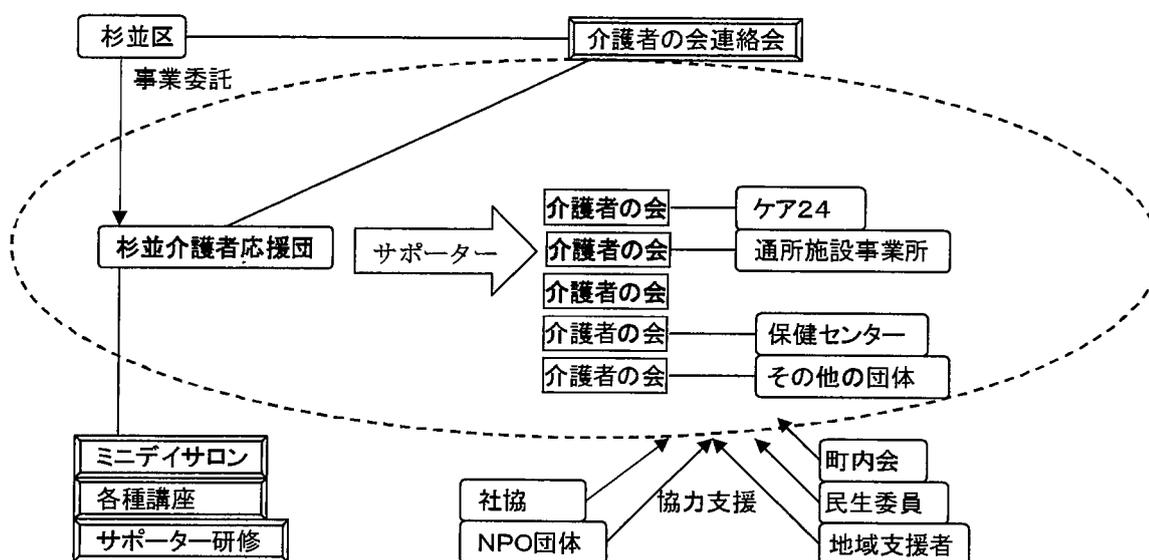
しかし、高齢者支援の中心が、これらの会のバックアップを行っていた保健センターからケア 24 に移行するに従い、閉じる会、継続のためにサポーター派遣を希望する会なども出てきた。

「介護者の会連絡会」では、それぞれの会を大切にし、ミッションを同じくする者として、お互い協力できることは協力し、連携して区内の介護者の会を盛り立てようという合意ができたと考えている。

(8) 区外のネットワーク

介護者の会の地域ネットワークを NPO がコーディネートし、行政との協働で支援するという方式は、一部では、杉並方式とも言われるようである。区外・近県からもこ

の方式について、講演などを依頼されることも出てきた。区外から、介護者の会への見学者も増えている。これらの団体や支援者との協力、学びも大切にしていきたい。首都圏の介護者の会ネットワークにも参加して、介護者支援のNPOや、他地域の介護者の会からも学び、協力しあっている。地域を大切にする一方で、広い視野に立っての介護者の支援を考え、提言していくことも必要と考えている。



絆

円滑なコミュニケーションの流れを創ろう。

私たち「杉並介護者応援団」は、

- 介護者の方たちと、絆を持ちたい。
- 介護者家族の皆さんと、絆を持ちたい。
 - 行政の方たちと、絆を持ちたい。
- 各専門機関の方たちと、絆を持ちたい。
- 地域住民の方たちと、絆を持ちたい。

堺市認知症連携担当者の 若年性認知症支援の取り組み

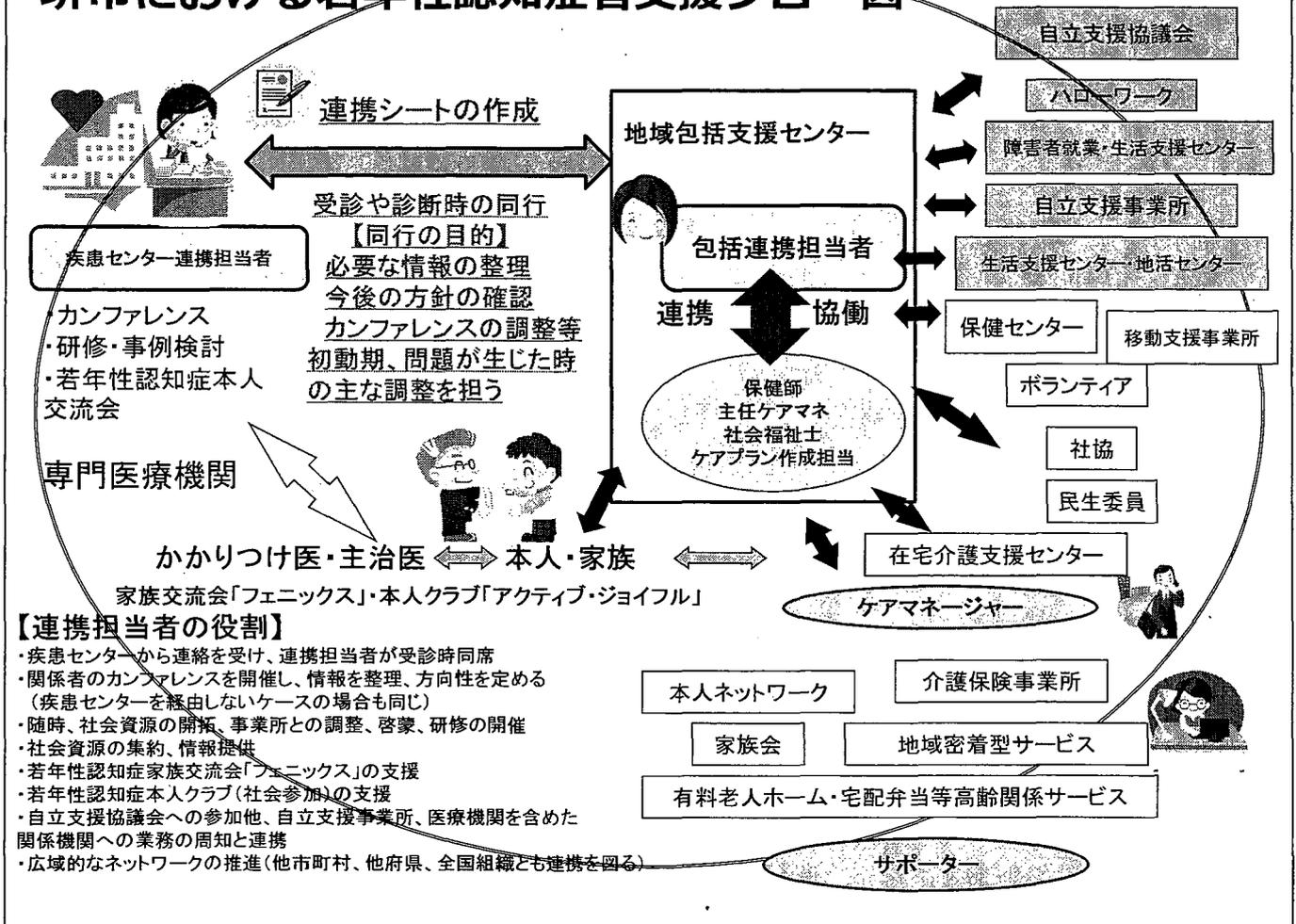
(財) 堺市福祉サービス公社

平成21年7月～

堺市の連携担当者の活動（若年支援）

- 個別支援・・・（実人員）35件（平成23.1現在）
- 集団支援・・・若年性認知症家族交流会支援
（H22年1月～）
若年性認知症本人クラブ支援
（H22年12月～）
- 関係機関との連携
- 行政との情報交換
- 啓蒙活動
- サポーターの養成
- 全国本人交流会（富山県）、愛都の会等参加、学習

堺市における若年性認知症者支援フロー図



若年性認知症家族交流会（H22）

	内 容	参 加
4月	定例会(福祉会館)	本人2、家族6、関係者7
5月	定例会(中区民プラザ)	本人3、家族9、関係者1
6月	松本一生先生を囲んで	本人6、家族12、関係者23
7月	定例会(中区民プラザ)	本人3、家族8、関係者3
8月	アートワーク研修会 ・定例会(福祉サービス公社)	本人9、家族7、支援者13
9月	定例会(中区民プラザ)	本人2、家族10、支援者5
10月	拡大交流会 「若年性認知症の支援を考える会」	総勢200人
11月	岸和田城で交流会、お食事会	本人4、家族8、支援者13
12月	クリスマス会(福祉会館)	本人8、家族13、支援者12

堺市の若年性認知症家族交流会 「フェニックス」

☆連携担当者は、場所の確保、新規メンバーのつなぎ、欠席者への連絡、会での助言、関係機関へのPR、研修会、交流会の開催を担う。

時には、交流会の場にとどまらず、家庭訪問し、時間をかけて個別相談、家族の思いなどの傾聴を行い、いろいろな相談をしあえる関係づくりを行っている。

ボランティアする本人クラブ ゆったり楽しむ本人クラブ

- 「ケアを受けるより、働きたい」「居場所がない」という本人、家族の声に押され、ボランティアを通して社会参加を希望されるご本人がサポーターとともに活動する「ACTIVE（アクティブ）」
- 本人とサポーターが交流し、本人が楽しめること、やりたいことを実現する「JOYFUL（ジョイフル）」

☆連携担当者の役割は、ご本人やご家族が、社会参加、病気を受け入れていく過程に寄り添う。

仲間づくり。

人間関係を大切に支援者、理解者を増やし、継続した活動へ。

個別支援

- ・ 疾患センターで鑑別診断を受けたケースの支援
(全数)
- ・ 包括に本人や家族、ケアマネ、関係機関から相談
のあったケースの支援 (必要時)
- ・ 他機関、家族からの直接相談への対応

☆ 具体的な役割・・・鑑別診断や面接に同席、担当者
会議、カンファレンスに参加、支援
の助言 (他例や情報提供)、社会
資源開発

多機関との連携支援例

[62歳女性単身、他府県から病気のため実家の近くの有料へ転入]

- 1、鑑別診断のための準備を包括、ケアマネジャーと協働
- 2、検査時、告知時同席し、今後の方針を検討 (本人、家族、DR、
PSW、ケアマネジャー、包括、ホームヘルパーでミニカンファレンス)
- 3、本人の望む生活を把握⇒「音読ボランティアをしてみたい」
- 4、社協・ボランティアサークルに相談し、体験に結ぶ (今後、移動支援を利用
し継続予定、保健センターのPSW、事業所が「ホームヘルパー」と連携)
- 5、初動時カンファレンス開催

参加—本人、家族、PSW、ケアマネジャー、包括、ホームヘルパー、福祉用具相
談員、司法書士、連携担当

目的—本人の声を聞き、望む暮らしの支援を検討、関係者の学び

今後の課題—音読ボランティアメンバーへの理解、金銭管理、意思
決定の支援、生活の充実へ向けて継続した関わりが必要

堺市の若年性認知症者支援（連携担当者の関わり）

☆疾患センターで鑑別診断を受けた若年性認知症者は、告知から同席するよう努めている。（受診・診断直後の支援が大切）

↓
ご本人、家族の希望を確認

↓
他科受診が必要な
場合の相談、同行等

↓
かかりつけ医
関係機関との連携

家庭訪問による家族支援・家族会の紹介、諸制度、関係機関の紹介、カンファレンスの開催等医療機関、関係機関と連携しながらタイムリーな支援を継続し、動いていく
※年齢にもよるが、基本は今の生活の継続、生きがい重視、家族の負担軽減、困難ごとの支援なので、認知症だからといって安易に介護に丸投げしない

優先

就労・経済相談

ゆるやかに退職

（ソフトランディング）

自立支援医療・手帳取得

就労移行・継続等

自立支援サービス

ボランティアなど

趣味の継続

移動支援(ガイドヘルパー)

地域活動、スポーツ

生きがい支援、居場所

家族会・本人交流会

生活上困難があれば

介護保険サービス

訪問看護(介護・医療)

通所リハビリ

通所介護

訪問介護

小規模多機能等

ご本人の症状、ニーズに合わせて連携する機関(例)

就労・経済相談

ゆるやかに退職

（ソフトランディング）

自立支援医療・手帳取得

自立支援サービス

就労移行・継続等

ボランティアなど

趣味の継続

移動支援(ガイドヘルパー)

地域活動、スポーツ

生きがい、居場所

家族会・本人交流会

介護保険サービス

訪問看護

通所リハビリ

通所介護

訪問介護

小規模多機能等

高齢者サービス



障害者就業・生活支援センター

障害者職業センター

ハローワーク

（障害者自立支援ネットワーク）

保健センター(PSW)・障害福祉課

医療機関・地域活動支援センター

自立支援事業所・作業所

障害者生活支援センター

社会福祉協議会等

華道・囲碁・習字等

保健センター

移動支援事業所

社会福祉協議会

生き生きサロン

老人会・見守り隊

民生・校区委員

家族会(堺、大阪、全国)

本人ネットワーク等

地域包括支援センター

在宅介護支援センター

介護保険事業所

高齢者関係サービス

宅配弁当

有料老人ホーム

高専賃等

サポーターが欠か
せない！

オレンジメイト(認知症サポーター)が 認知症高齢者を見守り・支援

平成21年度までの認知症サポーター養成講座の開催回数132回、養成されたキャラバン・メイト数132人、認知症サポーター数は4,377人にのぼり、総人口10,000人当たりの講座開催回数約14回と、その回数と養成数の多さにも驚かされるが、とりわけ目をひくのは、認知症サポーター養成講座の開催団体の幅広さである。サポーター養成講座の受講者を対象に2回目の講座も実施し、受講者のなかから見守り活動をする「オレンジメイト」への登録者を募り、市の認知症高齢者見守り事業(オレンジネット)を構築している。また、オレンジメイトを高齢者たすけ隊・見守り隊による地域たすけあいネットワークに組み込んで地域の支え合いの活性化をめざす。

【室蘭市 認知症サポーター100万人キャラバンDATA】

認知症サポーター数:4,509人 (うちキャラバン・メイト数:132人)

サポーター+メイトの総人口に占める割合:4.694%

サポーター+メイトの1人あたり担当高齢者人口:6人 (平成22年3月31日現在)

事務局:室蘭市 保健福祉部 介護福祉課 認定予防課

◆室蘭市のプロフィール

人口:96,050人 高齢者人口:27,882人 高齢化率:29.0% 面積:80.65km²

(平成21年3月31日現在)

サポーター養成事業を認知症対策の核に

北海道を代表する工業都市、「ものづくりのまち」として発展してきた室蘭市。最盛期には人口18万人を超えた(昭和44年)が、平成22年3月31日現在は人口95,000人、高齢化率29.6%。高齢化の進行が目立ち、高齢者の4分の1が一人暮らしである。沢沿いに形成された集落ごとに172の自治会・町会組織が活動し、地域の特性を生かしたまちづくりの取り組みが広がっている。

市では、第3期の室蘭市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画に、認知症対策を設けた。そのなかで、認知症サポーター(以下、サポーター)養成を、地域支援事業のなかの任意事業として位置づけ、現在も地域づくりの核として取り組んでいる。

サポーターに「オレンジメイト」という独自の愛称をつけ、その根拠まで計画に盛り込むこ

とで、認知症とは何か、なぜ行政として取り組みが必要か、認知症対策への明確な根拠づけがなされた。認知症サポーター養成講座（以下、サポーター講座）は、近隣の市町村でも前例がない事業であるため、この根拠づけがなされたことで、担当職員も、室蘭市としてこの事業に取り組んでいくという共通認識をもつことができたという。

迫られる認知症対策

介護保険が始まり、要介護認定をするなかで、多くの認知症高齢者の存在が明らかになった。軽度で、まだ在宅で暮らせると思う人でも、家族が「無理だから」と施設入所を希望するケース、認知症を正しく理解していない家族や地域の人による不適切なかかわりによる抑鬱状態を呈しているケース、また、通帳をなくしたと何度も銀行に行き、銀行で対応に困るケースなど、市としても、認知症の人に対する何らかの対応が求められていた。

平成16年に京都で国際アルツハイマー世界大会が行われ、介護保険課の職員が参加したことがひとつの契機になった。発症して10年たったいまも在宅に暮らしている57歳の男性が壇上でいきいきと話す姿を見て、8年前に発症した室蘭市に住む同年齢の女性が、介護施設でも対応できず、精神科病棟に入院している現状に、愕然とする思いだったという。認知症になっても、周囲の正しい理解と適切な対応があれば、地域で暮らせる。市の第3期介護保険事業計画への位置づけは、そんなまちづくりへの決意といえる。

保健師と家族の会のメンバーがキャラバン・メイトに

認知症100万人キャラバン事業は、費用をほとんどかけずに認知症の啓発ができるということも魅力的であった。新規事業として予算をつけることは厳しい事情もあった。

平成17年度末に保健福祉部介護福祉課認定係（現、認定予防係）に配属された保健師5人全員が、同18年3月に豊浦町で行われたキャラバン・メイト養成研修を受講した。勤務時間外での受講であった。その後すぐに「いが栗の会」（家族の会）の会員4～5人が江別市での養成研修を受講したが、これも市から交通費も日当もなく、自費での受講であった。一刻も早く認知症の啓発を行っていかねばという、関係者らの強い意気込みが感じられる。

多方面へのアプローチでサポーターを増やす

こうして合わせて10人のキャラバン・メイト（以下、メイト）が養成され、6月に、まず市の窓口の職員対象の講座を皮切りに講座を行い、それから各方面にサポーター講座の実施の依頼を始める。

具体的には、介護福祉課介護予防係（現、認定予防係）より、「認知症サポーター養成講座の開催について（お願い）」の文書と、サポーター講座の開催についての回答書を配布した。依頼書を配布しっぱなしにはせず、開催についての希望の有無、さらには開催希望日や時間帯、希望場所なども記入し、指定の期日までに返送してもらうようにした。

室蘭市が、サポーター講座の対象として働きかけた団体は多方面にわたる。地域の自治会や老人会はもちろん、高齢者が出向いてくるであろう事業所、高齢者のもとに訪問するであろう事業所を洗い出し、依頼の文書を配布する。

新聞社がサポーター養成事業の記事を取り上げたこともあり、郵便局、ヤクルト販売、水道部はじめ、多くの企業が、大きな関心を示した返事が返されている。特に、個別配達の実業や水道の検針など高齢者宅を訪問する事業所からは、これまで少なからず心配な家があるうえに、自分自身にもかかわる問題でもあることから一市民として「認知症について知りたい」という声が多かった。

まだ講座の開催に至っていない事業所もあるが、人数がまとまらないところは、すでに地域で行われるサポーター講座に出てもらったりしているという。さらには、市内の看護学校2校、福祉専門学校1校、介護科をもつ高校1校に授業の一環として入らせてもらい、毎年継続している。

認知症サポーター養成講座の多彩な団体へのアプローチ

(1) 町会関係

- ①室蘭市連合町会協議会
- ②加入地区連合組織(15地区)

(2) 民児協関係

- ①民生委員・児童委員協議会
- ②地区民協(12地区)
- ③社会福祉員・社会福祉協議会

(3) 民間企業(職種:居宅訪問型)

- ①新聞社:民報・朝日・聖教・日経・道新・毎日・読売
- ②郵便局:室蘭・東室蘭
- ③郵送会社:赤帽室蘭軽自動車協同組合・クロネコヤマト・佐川急便(株)・日本通運(株)・室蘭支店室蘭ペリカンセンター・ヤマト運輸(株)
- ④飲料会社:(株)ハシモト・ミルクコミュニケーション(室蘭メグミルク会)・ヤクルト室蘭ヤクルト販売(株)・明治乳業高砂販売所・森永カルダス蘭西販売店
- ⑤ガス会社:(株)室蘭ガス(株)・プロパン販売店・エアウオータ(株)

⑥北海道電力(株)

- ⑦水道部

(4) 民間企業(職種:一般)

- ①金融機関:銀行(北洋銀行)・信金・信組・労金
- ②ハイヤー協会:法人・個人
- ③道南バス(株)本社
- ④JR北海道:東室蘭駅・室蘭駅
- ⑤量販店:長崎屋・ポスフル・丸井今井室蘭店

(5) 公官庁

- ①北海道札幌方面室蘭警察署
- ②北海道室蘭保健所
- ③胆振地区地域福祉生活支援センター
- ④札幌家庭裁判所室蘭支部

(6) 学校関係

- ①小中学校
- ②看護学校
- ③福祉系学校

住民向け講座に向けてメイトを大量養成

平成18年11月に、市でメイトの養成研修を行った。99人の新しいメイトは、地域包括支援センター、グループホーム、施設などに勤務する専門職である。学校や企業、団体への講座は市の保健師であるメイトが担当するが、新しいメイトは、地域包括支援センターの地区活動の一環として開催する町会など住民への講座を担う。

18年度下半期に一般市民向けに4回の講座を実施したが、毎回、想定を上回る100名以上の市民が来場し、講座のあとに「身近な会場でやってほしい」という要望が多く出された。これを受けて19年度以降は、とくに地域包括支援センターが行う町会などでの講座が回数多く開催されている。



町会や老人会でのサポーター講座に力を入れた

児童・生徒向けサポーター講座に取り組む

看護学校や福祉系の専門学校や高校では、授業の一環としてサポーター講座を継続できることになったが、小中学校に向けては教育委員会にアプローチをした。室蘭市には、小学校20校、中学校10校がある。教育委員会では、思いやりの心を育て、いじめの防止にもつながると好意的に受けとめてもらえ、小中学校の校長会へは、サポーター講座の事業内容についての説明と依頼を行った。その結果、19年9月に小学校1校で5年生への講座を皮切りに、少しずつ取り組みが進んでいる。平成22年3月には、はじめて中学校で実施、1年生を対象に、PTAや地域の人にも来てもらったの講座を行った。教師も協力的で、自ら寸劇を企画し、上演した。

児童生徒を対象にサポーター講座を実施するねらい

- ①高齢社会に向けて、子どもたちに認知症について正しく理解させ、高齢者の尊厳を大切にしようとする意識を育てる必要がある。
- ②認知症について先入観のない小中学生へ実施することは、効果的な正しい理解が期待できる。
- ③子どもたちの認知症に対する正しい理解は、認知症の人たちを地域全体で見守り支えていく意識を育て、家庭や地域への波及が期待できる。

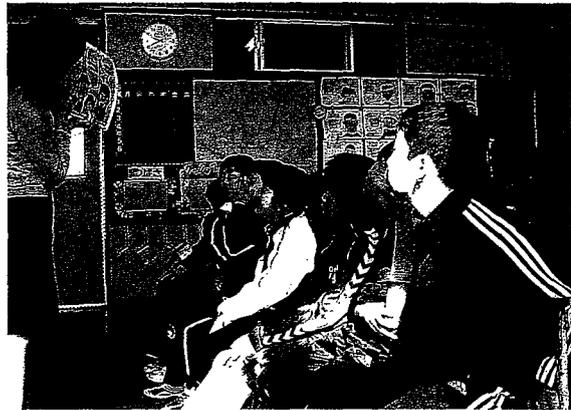
(19年度小中学校校長会に提出した資料より)

テキストをわかりやすい紙芝居にして

小学生向けの授業は60分。ふだんはパワーポイントを使うが、子どもたちが近寄って話を聞けるように、内容を紙芝居にして手持ちで行った。

授業終了後に行ったアンケートの結果をみると、授業内容についてはよくわかった38%、わかった62%、わからなかった0%と、ほとんどの児童に理解されたと思われる。

以下は、授業の感想やお年寄りにしてあげたいことについての質問への回答の一部であるが、サポーターとして正しい理解を得られたことがわかる。



身を乗り出して聞き入る児童

- 今までおばあちゃんが何か忘れてたら「また忘れたの？ だから……」とひどいことばかり言っていたけど、今日の授業で、これからはやさしく接しようと思いました。
- おじいちゃんおばあちゃんは物忘れもするけど、生活の知恵をいっぱいもっているんだな—と思った。
- お年寄りにはきつく言ったり、無理に教えようとしないう方がいい。お年寄りは不安があったりするから、やさしく接してあげるといいことがわかった。
- 話すときにはゆっくりしゃべろうと思いました。
- おばあちゃんももの忘れが多いので、やさしく「ここにあるよ」などと教えてあげたり、自分もわからなかったら一緒に探してあげるといいとわかりました。
- 何度も同じ話をしていたら、笑顔で聞いてあげたいです。
- 認知症でもそうじゃない人でもやさしく接してあげて安心させれば、その人も楽になれることがわかりました。

室蘭市小学校高学年向けサポーター講座の流れ

【1】高齢者への理解をはかる

日本は世界一平均寿命が長い
市内の高齢者の状況
年をとるってどんなこと？

【2】認知症について正しく理解する

紙芝居の読み聞かせ
物忘れと認知症の物忘れの違い
認知症の人の苦手なこと
認知症のお年寄りはこんな気持ち

【3】地域の高齢者への関わり方について考える

「こころ」はちゃんと生きている
ぼくたち・わたしたちにできること

低学年向けの授業でも認知症ロールプレイ

サポーター講座とは別に、小学校3年生向けの「やさしさの授業」においても、市のメイトが、認知症のロールプレイを実施。高齢者との同居率が低く、加齢現象について実感がわかない子どもたちへの体験的プログラムとして、高齢者疑似体験、車いす操作の実習などともに行ったものである。ロールプレイの結果、児童からは「無理やりさせようとしてはダメで、やさしく接してあげたらよい」などの意見が出され、認知症の人への接し方について考える機会になった。



認知症ロールプレイのひとつ

キャラバン・メイトの活性化のために

現在、市に登録されているメイトは132人だが、うち6～7割がまだ活動に結びついていない状況があり、今後の活動に結びつけていくことが課題となっている。原因は、現場のシフトの関係で活動できないこと、講師をすることへの不安があることが考えられる。

勉強会で認知症の事例検討も

そこで、これまで随時行ってきたメイトの懇親会を、20年2月より年3回勉強会として定例化し、フォローアップをはかることにした。

勉強会のテーマは2つで、ひとつは認知症の人の対応事例の検討である。ケアマネジャー、施設の職員がそれぞれ自分の現場でうまくいった対応事例をもち寄ることで、お互いの仕事を理解し、自分の仕事のスキルアップにつなげるとともに、メイトとして自信をもって講師役をする一助にと考えている。

他県、市町村においても、事業所勤務のメイトの事例検討会が認知症サポーター100万人キャラバン事業を契機に活発に行われるようになってきている。これが現場のケアの質の向上に役立っている。

もうひとつのテーマは、講師としてのスキルアップである。そのためには講師役を務めたメイトの講座でのネタ本やパワーポイントの資料、市の保健師が使っている資料等を提供し合い、講義内容を検討している。

平成20年秋には、全国キャラバン・メイト連絡協議会の「キャラバン・メイト スキルアッ

研修」を実施し、MC Iを含めた認知症の早期発見、早期対応、さらには医療との連携に向けて取り組んでいる。

認知症になっても支え合う地域に向けて

一般高齢者を対象にした介護予防教室（愛称：えみなメイト）は、公共施設や支所などで毎月行っているが、そのほかに各地域での教室を平成18年度から始めた。当初は12拠点で取り組みを始め、20年度は20拠点でスタートさせている。

顔なじみの関係のなかでサポートする体制づくり

この教室は、3年を1クールとし、1年目は毎月市が出向いて開催し、2年目は6回出向き、残りの6回は町会の自主運営とし、3年目は市が年に2回出向くが、あとの10回は自主運営とし、最終的には年間を通して自主運営につなげていく考えだ。スケジュールづくりはその自治会の実情に合わせて職員と一緒に考える。参加者に今年健康目標を出してもらい、1年後にその成果を振り返ってもらうため、「えみなメイト手帳」を配布、出席簿なども用意して活動結果を集約し、年に1度、全市のなかから「えみな大賞」1人、「お元気達人」2人を選んで市長表彰を行う。

平成20年度から介護予防教室の1コマにはサポーター講座を盛り込む。将来、認知症の症状が出た人に対しても閉じこもらせることなく、顔なじみの関係のなかでサポートができるよう、講座の開催を位置づけている。

いまは、どこに認知症の人がいるかわからないし、何をしたいかわからず、支援の手を差し出せない人も少なくない。さまざまな機会を設けて求める人と、手を差し出す人をつなげ、点と点を結ぶ線にし、さらに広がりのある面にしていくことが求められている。

認知症の早期相談が増加

サポーター講座を実施後、地域包括支援センターに寄せられる認知症の相談が増えたという。これまでも「早めに相談を」と呼びかけてはいたが、市民にとってはどの時点が早めなのかわからず、認知症はこわい病気、治らない病気というイメージがあり、相談すら敬遠されがちであった。

サポーター講座で「対応をきちんとすれば、元気で暮らせる」とわかり、勇気づけられ、「何かあったら相談に行くね」と笑顔で帰っていく人が多かった。「まわりで明るく見守ろう」という意識が芽生え、市民の行動変容につながったといえる。

サポーター講座受講者からボランティア登録

受講者の環境や経験にもよるが、90分のサポーター講座を1回受講しただけでは、よくわからないという人もいます。認知症を十分に理解してもらうために、継続的なかわりの必要性を感じ、町会単位のサポーター講座の受講者を対象に、第2弾の「もっと知ろう認知症」をスタートさせた。

平成19年秋に、これまで受講した町会32団体に案内を出し、9団体から実施の要請があり、年度末までに4回実施した。講座はメイトが行い、受講者からの希望や対象者の状況に合わせて、予防や相談、体操やゲームなどを盛り込んだ内容が多い。

認知症の見守りやお手伝いをできる人材をリスト化

当初、市としては一般市民のサポーター講座受講者をリスト化していなかったが、2回目以降は、「認知症の人の見守りや介護のお手伝いなどをするオレンジメイト（市独自のサポーターの愛称）の登録をしませんか」とチラシで呼びかけた。その結果、参加者は高齢者が多いが、「私にできることであれば」「お世話になるほうが多いかもしれませんが」と、かなりの人数の人が登録してくれた。これにより、見守りが必要な人と、お手伝いできる人をつなげるしくみづくりに取り組み、平成20年7月、室蘭市認知症高齢者見守り事業（以下、オレンジネット）を稼働させることになった。

認知症の人を見守るオレンジメイト

具体的には、オレンジメイトのリストを地域包括支援センターに提供し、ケアマネジャーや家族から見守りのお手伝いの要請があったとき、近所にオレンジメイトがいればお願いするというものだ。認知症の人の情報を第三者に提供するため、市の情報公開・個人情報保護審査会の答申を受け、オレンジメイトが認知症の人の見守りに必要な最小限の情報提供を受けられ、地域の見守り活動が活性化できるシステム（通称：オレンジネット）を構築し、平成20年7月から稼働している。同22年3月現在783人の

「オレンジネット」

あなたも安心して暮らせる町づくりに参加しよう！



今、認知症はとても身近な病気です。
周囲の人の適切な対応により病状の悪化を緩やかにし、
住みなれた地域で元気に暮らす事ができると言われています。
あなたも、「オレンジネット」に登録して、認知症になっても安心して暮らせる街づくりに
参加しませんか。

オレンジメイトは、どんなことをするの？

あなたのご近所で認知症の方のお手伝いが必要になったときに

例えば、

- ・カーテンの開け閉めを見守る
- ・散歩などの姿を見かけた時に、挨拶の声をかける
- ・買い物時に「元気ですか？」と声をかける

など貴方ができることを協力してください

登録された貴方の情報は、認知症高齢者見守り事業（オレンジネット）の実施のために利用いたします。

オレンジネットは、市が地域包括支援センターに依頼して実施する事業で、オレンジメイト、ケアマネジャー等が連携しながら認知症高齢者の見守り体制を構築していくものです。

また、認知症対策のため市や地域包括支援センター等の事業で利用させていただいております。

サポーター講座で配布する呼びかけのチラシ

オレンジメイトが登録しているが、地域のなかでオレンジメイトと見守りを希望する人をマッチングさせるには、もっと多くのオレンジメイトが必要となることがわかった。市では、平成23年度末までにサポーター6,000人、オレンジメイト2,000人を養成すると目標を立てている。

高齢者支援組織「高齢者たすけ隊・見守り隊」の創設

高齢者を孤独や孤立から守り、生活面での困り事をサポートすることで、地域で安心して暮らせるように、すでに地域で行われている取り組みに加え、民間事業者の協力を得ながら高齢者を支援していく行動組織として平成19年12月に創設されたのが、「高齢者たすけ隊・見守り隊」である。

気になる高齢者に気づいたら連絡する見守り隊

高齢者見守り隊は、自治会、民生委員、福祉委員（地区社協）、老人クラブなどの地域住民と、新聞配達、郵便事業、乳飲料配達、電気水道、JR、バスなどの事業所で構成され、高齢者の異変に気づいたら速やかに規定のフォーマットである「高齢者見守り隊 異変連絡用メモ」に記入し、地域包括支援センターに連絡してもらい、当センターが早期に対応しようというものである。高齢者の活動範囲に着目し、地域の商店やタクシー会社などにも呼びかけ、平成23年度までに50事業所に増やす目標を掲げている。

<異変連絡用メモの記入例>

高齢者見守り隊 異変連絡用メモ	
① 異変確認日時 平成 <u>19</u> 年 <u>11</u> 月 <u>11</u> 日 午前 <u>6</u> 時 <u>0</u> 分	⑤ 異変の状況 A ポストに <u>新聞</u> が <u>3</u> 日間分滞まっている。 B _____ のメーターが異常に _____ している。 C チャイムを鳴らしても住人が出てこない。 D 電話をかけても住人が出ない。 E _____ 日間姿が見えない。 F 家の周囲が異常に散らかっている。 G 言動・服装などその他気がついたこと
② 連絡者の氏名 <u>室蘭 太郎</u>	旅行など長期不在時には、 かならず連絡してくれていた。 _____ _____ _____
③ 対象者の氏名 <u>白鳥 橋子</u>	
④ 住所・電話番号 住所 <u>幸</u> 町 <u>1-2</u> TEL <u>25</u> か <u>2872</u>	
連絡先の地域包括支援センターは裏面で確認して下さい。	
○お願い 報告後、このメモは廃棄してください。	

声かけ、支え合いで生活面をサポートするたすけ隊

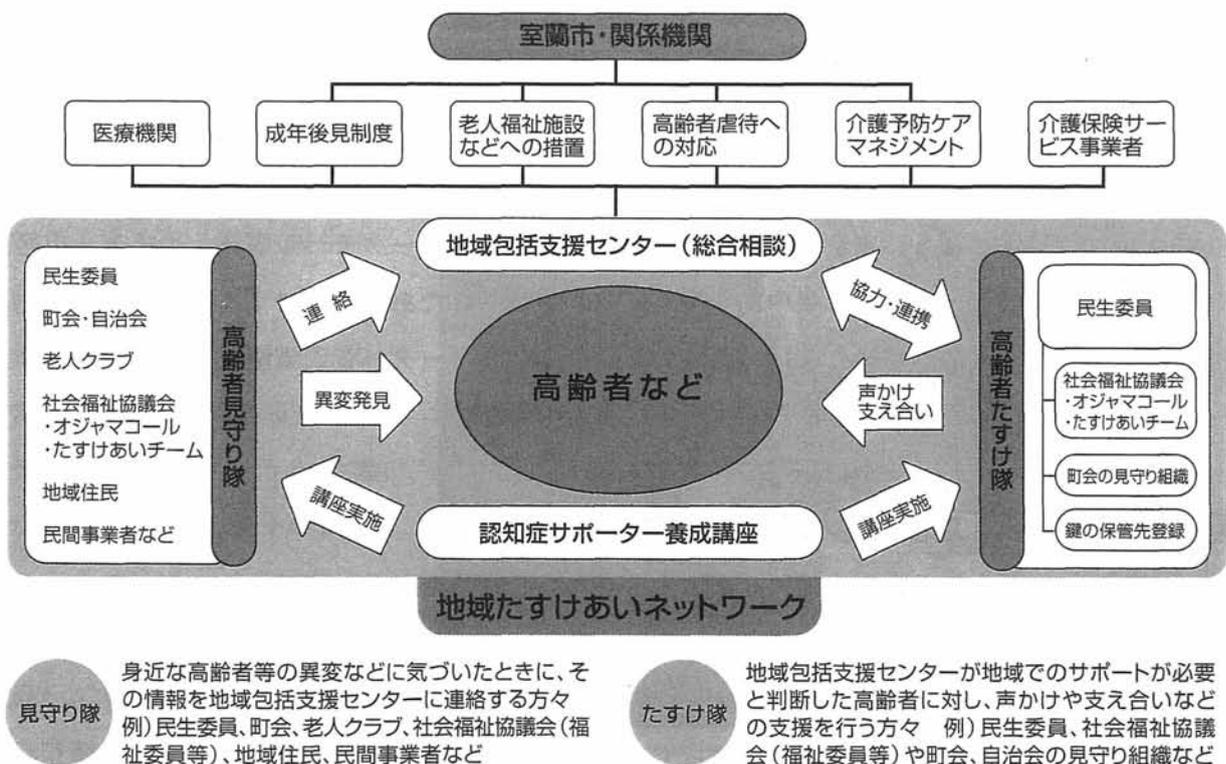
高齢者たすけ隊は、地域包括支援センターで地域でのサポートが必要と判断された高齢者に、たすけあいチーム（小地域ネットワーク活動事業）や町会の見守り組織による見守り、社会福祉協議会と協力し合いながら、生活面でのサポートを行う。

地域包括支援センターは、高齢者の総合相談窓口として、見守り隊から連絡を受けた場合、専門職員が高齢者の状況を把握し、地域における見守りや支え合いでの対応が必要か、福祉制度による措置か、あるいは介護サービスか、必要な支援が何かを判断する。

ネットワークにもサポーター講座を

この見守り隊とたすけ隊の構成メンバーにもサポーター講座を実施するように位置づけられている。オレンジメイトとして登録してくれた住民も、見守り隊、たすけ隊のなかに組み込み、見守り活動などを担ってもらうことで、お助け隊の層を厚くしていきたいと考えている。さらに、新たな企業や事業者、金融機関などにサポーター講座を行い、ネットワークへの登録者を増やそうと意気込む。

高齢者たすけ隊、見守り隊イメージ図



出典：NPO法人地域ケア政策ネットワーク

全国キャラバン・メイト連絡協議会 認知症サポーター地域づくり事例集

平成 23 年度認知症対策等総合支援事業について

(老発 0606 第1号平成 23 年6月6日付け老健局長通知)

(1) 認知症対応型サービス事業管理者等養成事業(都道府県、指定都市)

認知症介護の質の向上を図るため、認知症高齢者グループホームの管理者や開設者、小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者等に対する研修を行う事業

(2) 認知症地域医療支援事業(都道府県、指定都市)

認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる認知症サポート医(推進医師)を養成することにより、各地域において、認知症の発症初期から状況に応じて、医療と介護が一体となった認知症の人への支援体制の構築を図ることを目的とする

○ 認知症サポート医養成研修事業

認知症サポート医養成研修、認知症サポート医フォローアップ研修、普及啓発推進事業

○ かかりつけ医認知症対応力向上研修

(3) 認知症介護研究・研修センター運営事業(東京都、愛知県、仙台市が所管する社会福祉法人)

認知症介護の質の向上を図るための研究や研修を行う「認知症介護研究・研修センター」の運営を行う事業であり、認知症介護研究・研究センターを設置する都県市(東京都・愛知県・仙台市)において実施する

○ 認知症介護の専門技術に関する実践的な研究の実施

○ 認知症介護の専門技術に関する指導・普及を行う専門職員に対する養成研修等の実施

○ 認知症介護の専門技術に関する国内外の人材交流や各種情報の収集・提供

○ 高齢者虐待の防止及び養護者支援に関する調査・研究 等

(4) 認知症対策普及・相談・支援事業(都道府県・指定都市)

認知症の人や家族に対しては、認知症の各ステージにおいて、認知症の知識や介護技術の面だけではなく、精神面の含めた様々な支援が重要であることから、各都道府県及び指定都市単位で認知症介護の専門家や経験者等が対応するコールセンター(電話相談)の設置等により、認知症の人や家族が気軽に相談できる体制を構築するとともに、研修等を実施し、地域における認知症の理解の促進を図ることにより、地域の実情に応じた効果的な支援を行うことを目的とする

○ コールセンターの設置や相談会の開催により、認知症の人やその家族等からの各種の相談に応じる

○ 相談内容により、地域包括支援センター、介護サービス事業者、医療機関、市町村等適切な関係機関が行う支援へ適切につなぐ

- 地域包括支援センター、市町村等の相談体制の支援に資するため、定期的な情報提供などにより連携を図る
- 地域の実情に応じた取組を行う

(5) 市町村認知症施策総合推進事業(市町村(特別区を含む。以下同じ。))

認知症になっても住み慣れた地域で生活を継続するためには、医療、介護及び生活支援を行うサービスが有機的に連携したネットワークを形成し、認知症の人への効果的な支援を行うことが重要である。

このため、市町村において医療機関や介護サービス及び地域の支援機関をつなぐコーディネーターとしての役割を担う認知症地域支援推進員を配置し、当該推進員を中心として、医療と介護の連携強化や、地域における支援体制の構築を図る

- 認知症地域支援推進員の配置・嘱託医の配置

<事業内容>

- ◇ 認知症の人に対し、状態に応じた適切なサービスが提供されるよう、地域包括支援センター、認知症疾患医療センター等の認知症専門医療機関、介護サービス従業者や認知症サポーターなど、地域において支援関係者の連携を図る

(取組例) 認知症の人やその家族が、状況に応じて必要な医療や介護等のサービスが受けられるよう関係機関へのつなぎや連絡調整の支援

- ◇ 認知症地域支援推進員を中心に地域の実情に応じて認知症の人やその家族を支援する事業を実施

(取組例) 在宅介護サービス従業者に対する認知症研修の実施

(6) 都道府県認知症施策推進事業(都道府県)

都道府県において管内市町村の認知症地域支援体制及び認知症ケアに関する先進事例等を収集し、普及させることにより、先進的な取組を行っている自治体だけでなく、都道府県内における認知症施策の全体的な水準の向上を図ることを目的とする

- 都道府県認知症施策推進会議の設置

都道府県内の認知症施策に係る医療・介護・福祉等の関係者等が参加し、管内市町村における認知症施策全般の推進について検討する

- 市町村認知症連絡会の開催

都道府県認知症施策推進会議において収集した先進的な地域支援体制の構築にかかる事例や認知症対応型サービスに関する事業所等の取組について管内市町村との情報共有を図るとともに、管内市町村における認知症施策の取組の促進を図る

(7) 認知症地域資源連携検討事業(東京都が所管する社会福祉法人)

認知症地域支援の取組の先進事例等を収集し、その効果、課題等の整理・分析を行う。そのうえで、地域資源の連携のあり方を自治体に提示し、効果的な認知症地域支援体制の構築の取組について普及を進めるとともに、自治体の認知症地域支援体制の環境整備を図ること

を目的とする。

- 認知症地域支援体制構築に係る事例調査検討委員会
認知症の医療・介護・福祉の有識者等による委員会を設置し、都道府県認知症施策推進会議等を通じて全国から認知症地域支援体制構築に関する先進事例・好事例を収集し、その効果や課題の整理・分析を行う
- 全国認知症地域支援体制推進会議
市町村認知症施策総合推進事業を実施する市町村が参加し、都道府県認知症施策推進会議を通じて認知症地域支援体制構築に係る情報共有やその普及を図ることを目的とし、情報共有やその普及を図るための会議を設置する
- 認知症地域支援体制普及セミナーの開催
支援体制構築に携わる医療・介護・福祉関係者等を対象に認知症地域支援体制の先進事例、好事例について広く普及させるためのセミナーを開催する

(8) 高齢者権利擁護等推進事業(都道府県)

介護施設従事者に対する研修を実施し、身体拘束の廃止に向けた取組など介護現場での権利擁護のための取組を支援するとともに、各都道府県による地域の実情に応じた専門的な相談体制等の整備、虐待を受けた高齢者の緊急時における一時保護を行うための施設の確保及び市民後見人養成研修の実施など、各都道府県における高齢者の権利擁護のための取組を推進することを目的とする

- 身体拘束ゼロ作成推進会議の開催
介護保険施設関係者、居宅介護サービス事業者、関係団体、行政関係者、利用者代表等で構成される身体拘束ゼロ作戦推進会議を開催する
- 介護施設・サービス事業従事者の権利擁護推進事業
権利擁護推進員養成研修、介護職員研修を実施し、人材育成をする
- 権利擁護相談支援事業
各都道府県において、高齢者虐待を中心とした権利擁護に関する専門的相談体制を構築し、権利擁護の取組を推進することを目的とし、権利擁護相談窓口の設置・権利擁護に関する普及啓発等事業を実施する
- 権利擁護強化事業
市町村における高齢者虐待の防止等に関する取組の支援を目的として、単独の市町村では対応が困難な広域的な課題や専門的な知識を要する事案等に適切に対応できる職員を配置するなどにより、都道府県の体制強化等を図るもので、被虐待高齢者を保護するための措置を行う居室の広域的確保のための調整や、病院など関係機関等との連携による広域的調整を行う
- 高齢者虐待防止シェルター確保事業
高齢者虐待に係る措置等を講ずる際に、当該措置がなされるまでの間、都道府県が広域的な観点から、民間宿泊施設や介護保険施設等の借り上げを行うなど、緊急一時的に高齢者を避難させるための場所を確保するための事業

○ 都道府県市民後見人養成事業

市町村が単独では市民後見人の養成が困難な場合などに、都道府県が広域的な支援の観点から、市民後見人の養成を行うための事業

(9) 市民後見推進事業(市町村)

認知症の人の福祉を増進する観点から、市町村において市民後見人を確保できる体制を整備・強化し、地域における市民後見人の活動を推進する事業であって、全国的な波及効果が見込まれる取組を支援するもの

○ 市民後見人養成のための研修の実施

地域の実情に応じて、市民後見人の業務を適正に行うために必要な知識・技能・倫理が習得できる内容である研修カリキュラムを作成し研修を実施

○ 市民後見人の活動を安定的に実施するための組織体制の構築

地域の実態把握、推進のための検討会等の実施

○ 市民後見人の適正な活動のための支援

弁護士、司法書士、社会福祉士等の専門職による支援体制の構築
家庭裁判所への後見候補者の推薦のための枠組みを構築

(10) 若年性認知症対策総合推進事業(都道府県)

若年性認知症は、いわゆる現役世代が発症するが、若年性認知症に対する認識が不足し、診断される前に症状が進行し社会生活が事実上困難となるケースや、本人やその家族、企業及び医療機関が若年性認知症を知っていても、活用が可能な福祉や雇用の施策があまり知られていないことなどから、経済的な面も含めて本人とその家族の生活が困難になりやすいことが指摘されている。

本事業は、これらの問題点を解消し、若年性認知症の人一人ひとりが、その状態に応じた適切な支援を受けられるようにすることを目的とする

○ 若年性認知症自立支援ネットワーク構築事業

本人の状態に合わせた適切な支援が図られるよう、医療・介護・福祉・雇用の関係者が連携するネットワークを構築するための会議を設置

○ 若年性認知症自立支援ネットワーク研修事業

若年性認知症自立支援ネットワークを構成する関係者及び障害福祉サービス従事者や企業関係者等、若年性認知症に対する支援に携わる者に対して研修を実施し、理解促進を図る

○ 若年性認知症実態調査及び意見交換会等の開催によるニーズの把握

実態やニーズは地域の社会資源等の状況によって、それぞれ異なることから、各都道府県において若年性認知症施策を進める上で基礎的なデータを収集するために、若年性認知症者の実態調査、意見交換会等の開催に取り組む

○ 若年性認知症ケア・モデル事業

若年性認知症の特性に応じた事業を実施する事業所に対して支援し、若年性認知症の人

やその家族の支援に資する適切なサービスを研究するとともに、当該サービスを広く普及させるためのモデル事業を実施する

その他参考となる事業

□ 地域支え合い体制づくり事業

自治体、住民組織、NPO、福祉サービス事業者等との協働(新しい公共)により、見守り活動チーム等の人材育成、地域資源を活用したネットワークの整備、先進的・パイロット的事業の立ち上げ支援など、日常的な支え合い活動の体制づくりの立ち上げに対するモデル的な助成を行う事業

例) 徘徊・見守り SOS ネットワークの構築

警察などの公的機関、交通関係機関や生活に身近な事業者等が参加するネットワーク構築のための推進会議の設置、幅広く市民を対象とした徘徊・見守り協力員の育成

□ 成年後見制度利用支援事業

介護保険の地域支援事業中の任意事業のひとつとして、成年後見制度利用促進のための活動、成年後見制度の利用に係る経費に対する助成を行う事業

□ 認知症疾患医療センター運営事業

都道府県及び指定都市が、認知症疾患医療センターを設置し、保健医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者への研修等を行うことにより地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図ることを目的とする

VII 重点的に取り組むことが望ましい事項

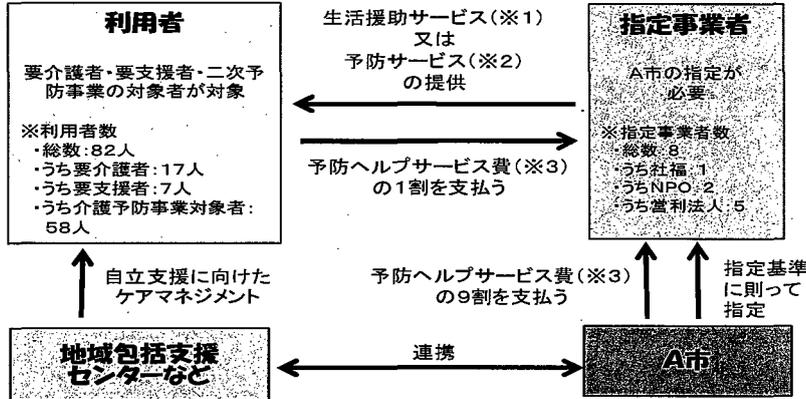
第4節 生活支援サービス

目次

	(頁)
・ 和光市における予防ヘルプサービス費助成事業	1
・ (財)武蔵野市福祉公社による総合的利用者支援	5
・ 品川区における介護保険外サービス	18
・ 品川区の取組(法人後見活動の事例)	37
・ 世田谷区の取組(市民後見推進の取組事例①)	43
・ 大阪市の取組(市民後見活動の推進の事例②)	56
・ 経済産業省における取組事例 (過疎地域における買い物等支援サービス等)	59

和光市における予防ヘルプサービス費助成事業

A市では、要介護者・要支援者・介護予防事業対象者に対して、生活援助サービス・予防サービスを一体的に提供するための「予防ヘルプサービス費助成事業」(介護予防事業対象者分については、地域支援事業の任意事業で実施)を展開している。



※1 生活援助サービス: 日常生活における掃除、洗濯、調理、買物その他の家事

※2 予防サービス: 運動器機能、口腔機能その他生活機能の低下の予防支援

※3 予防ヘルプサービス費
 以下の表の通り算定。ただし、26,100円が上限。

		日中		夜間・早朝	
		生活援助サービス	予防サービス	生活援助サービス	予防サービス
生活援助サービス	30分～1時間	2,200円	2,760円		
	1時間～1時間30分	3,080円	3,860円		
	1時間30分～2時間	3,960円	4,960円		
	2時間～2時間30分	4,840円	6,050円		
	2時間30分～3時間	5,720円	7,160円		
	～30分	2,450円	3,060円		
予防サービス	30分～1時間	4,260円	5,330円		
	1時間～1時間30分	6,190円	7,730円		
	1時間30分～2時間	7,070円	8,840円		
	2時間～2時間30分	7,950円	9,940円		
	2時間30分～3時間	9,360円	11,030円		

※ 状態が改善し、非該当になった場合でも、必要な生活援助サービスが受けられるよう、NPOによる家事援助サービス等(全額利用者負担)の普及等を図っている。

【施策の効果】

- ◎ 利用者は、要介護状態・要支援状態・介護予防事業対象状態・非該当状態を通じて、生活援助サービス・予防サービスの提供を受けることが可能。このため、利用者は、安心して在宅生活を送ることが可能。
- ◎ 要介護者・要支援者から介護予防事業対象者・非該当に移行しても、ニーズに応じた生活援助サービス・予防サービスの提供を受けることが可能。このため、自立支援型のケアマネジメントの実施とあいまって、利用者は要介護状態・要支援状態の軽減を志向するようになり、介護予防に向けた取組を推進できる。
- ◎ 事業費化するとともに、予防の取組が推進されることにより、費用の適正化が図られる。

和光市ふれあい家事サービス費助成要綱(平成14年告示第36号)の全部を改正する。

(目的)

第1条 この告示は、加齢に伴って生じる心身の機能低下に起因して、自ら日常生活における家事を行うことが困難な高齢者に対し、その状況に応じて、家事の支援(以下「生活援助サービス」という。)又は生活機能の低下の予防支援(以下「予防サービス」という。)の利用に要する費用の一部を助成することにより、高齢者の自立した生活を支援することを目的とする。

(助成の対象者)

第2条 生活援助サービス又は予防サービス(以下「予防ヘルプサービス」という。)の利用に要する費用(以下「予防ヘルプサービス費」という。)の助成の対象となる者(以下「対象者」という。)は、次に掲げる者とする。

(1) 介護保険法(平成9年法律第123号。以下「法」という。)第9条に規定する被保険者で、同法第19条に規定する要介護認定又は要支援認定を受けた者

(2) 法第9条第1項に規定する被保険者で、「地域支援事業の実施について」(平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知。以下「実施通知」という。)に基づき、法第7条第1項に規定する要介護状態又は法第7条第2項に規定する要支援状態となるおそれがある者として市長が認めた者

(予防ヘルプサービスの内容)

第3条 生活援助サービスの内容は、日常生活における掃除、洗濯、調理、買物その他の家事(当該行為に必要な一連の行為を含む。)の支援を行うものとする。

2 予防サービスの内容は、運動器機能、口腔機能その他生活機能の低下の予防支援を行うものとする。

(予防ヘルプサービス費の額)

第4条 予防ヘルプサービス費の額は、別表に定める。

(事業者の指定)

第5条 市長は、別に定める基準により、予防ヘルプサービスを行う事業者を指定するものとする。

(助成額及び助成限度額)

第6条 予防ヘルプサービス費の助成の額は、第4条の規定による予防ヘルプサービス費の額に100分の90を乗じて得た額とし、1人当たり1月につき26,100円を限度とする。

(利用の申込み)

第7条 予防ヘルプサービスを利用しようとする対象者は、和光市介護予防ヘルプサービス利用申込書(様式第1号)により、第5条の規定による指定を受けた事業者(以下「指定事業者」という。)に申し込まなければならない。この場合において、第2条第1号に規定する対象者にあつては介護保険法施行規則(平成11年厚生省令第36号)第26条に規定する介護保険被保険者証を、第2条第2号に規定する対象者にあつては実施通知に基づく介護予防サービス・支援計画書を提示しなければならない。

(自己負担額)

第8条 前条の規定により予防ヘルプサービスを利用した対象者(以下「利用対象者」という。)は、第4条の規定による予防ヘルプサービス費の額から第6条の規定による助成額を控除した額を当該予防ヘルプサービスを利用した指定事業者に支払わなければならない。

(助成の方法)

第9条 市長は、利用対象者に代わり、当該利用対象者に係る助成額に相当する額を指定事業者に支払うものとする。

2 前項の規定による支払があつたときは、当該利用対象者に対し助成があつたものとみなす。

(請求)

第10条 指定事業者は、和光市介護予防ヘルプサービス費助成額請求書(様式第2号)に当該請求に係る和光市介護予防ヘルプサービス利用申込書を添えて市長に請求しなければならない。

2 前項の規定による請求は、当該請求に係る予防ヘルプサービスを行った月の翌月の10日までに行わなければならない。

(報告)

第11条 市長は、助成に関して必要があると認めるときは、指定事業者又は利用対象者に対して報告を求めることができる。

(不正利得の徴収等)

第12条 市長は、指定事業者又は利用対象者が、偽りその他の不正の手段によって助成を受けたとき又は関係法令等の規定に違反したときは、当該助成額の全部又は一部の返還を求めることができる。

(関係帳簿等の保存)

第13条 指定事業者は、助成に係る帳簿及び関係書類をその完結の日から2年間保存しなければならない。

(その他)

第14条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この告示は、公布の日から施行し、平成19年4月1日から適用する。

(経過措置)

2 この告示の施行前にした改正前の和光市ふれあい家事サービス費助成要綱の規定による手続は、改正後の和光市介護予防ヘルプサービス費助成要綱(以下「新告示」という。)に相当する規定がある場合には、新告示によってしたものとみなす。

別表(第4条関係)

予防ヘルプサービス費

内容	時間	日中	夜間・早朝
生活援助サービス	30分以上1時間未満	2,200円	2,760円
	1時間以上1時間30分未満	3,080円	3,860円
	1時間30分以上2時間未満	3,960円	4,960円
	2時間以上2時間30分未満	4,840円	6,050円
	2時間30分以上3時間未満	5,720円	7,160円
予防サービス	30分未満	2,450円	3,060円
	30分以上1時間未満	4,260円	5,330円
	1時間以上1時間30分未満	6,190円	7,730円
	1時間30分以上2時間未満	7,070円	8,840円
	2時間以上2時間30分未満	7,950円	9,940円
	2時間30分以上3時間未満	9,360円	11,030円

備考

- 1 日中とは、午前8時から午後6時までの時間をいう。
- 2 夜間とは、午後6時から午後10時までの時間をいう。
- 3 早朝とは、午前6時から午前8時までの時間をいう。

様式第1号(第7条関係)

和光市介護予防ヘルプサービス利用申込書

年 月 日

和光市指定事業者

様

申込者 住所

氏名

電話番号

予防ヘルプサービスを利用したいので、和光市介護予防ヘルプサービス費助成要綱第7条の規定に基づき、次のとおり申し込みます。

ふりがな		生年月日	年 月 日
利用者氏名		電話番号	

住所			号	
被保険者番号		認定区分	要介護1・2・3・4・5	
			要支援1・2	その他
		認定有効期限	年	月 日まで
担当介護支援専門員	所属事業所			
	氏名	電話番号		
備考				

注1 該当事項を○で囲ってください。

注2 認定区分がその他に該当する方は、介護予防サービス・支援計画書を指定事業者に提示してください。

様式第2号(第10条関係)

和光市介護予防ヘルプサービス費助成額請求書

年 月 日

和光市長 様

請求者 所在地

名称

代表者

印

和光市介護予防ヘルプサービス費助成要綱第10条の規定により、下記のとおり請求します。

記

1 請求金額 円

2 請求の内訳

(財) 武蔵野市福祉公社による総合的利用者支援

武蔵野市では、財団法人武蔵野市福祉公社による有償在宅福祉サービスがあり、要介護者・要支援者・要介護認定非該当者が、一定の費用を支払うことにより、身上配慮サービス、住民参加型在宅サービス等についての介護保険外サービスを受けられる体制が整備されている。

1. 対象者 次の要件を満たす者

- ①市内居住 ②おおむね65歳以上又は中度以上の障害のある者(要介護者・要支援者・非該当の者のいずれでも可)
- ③利用料金の支払いが可能である者 ④B市福祉公社と家事援助等給付契約を締結した者

2. サービス・利用料

①基本サービス(必ず利用するサービス) → 利用料:月額1万円

区分	内容
ア. ソーシャルワーカー・看護師による訪問・連絡	①面接、電話等による心身及び生活状況の把握。日常生活に関する相談、援助。 ②介護保険等の社会資源の紹介や利用援助。 ③アドボカシー機能の発揮(「老い」を迎えるための備えとして「相談会」や「講座」を実施)。 ④主治医等との連携による健康管理の相談、援助及び心理的支援。
イ. 緊急時対応	夜間、休日等の緊急時の可能な限りの対応

②個別サービス(利用者の選択により受けることが可能なサービス)

区分	内容
ア. 家事援助・介護サービス	協力員による家事援助(炊事、洗たく、掃除、買物など)・介護援助(利用料:1時間850円以上) ※ 協力員:武蔵野市福祉公社に登録された市内居住の主婦が主流の有償ボランティア。
イ. その他サービス	法律相談(顧問弁護士)等

3. 実績

- ・利用者数 267人(221世帯) 平成22年7月31日現在
- ・予算(平成22年度事業計画):約1億2,000万円(武蔵野市から武蔵野市福祉公社への補助金 約1,900万円)

在宅福祉サービスのご案内

- 1 基本サービス
- 2 家事援助・介助サービス
- 3 福祉資金貸付サービス
- 4 権利擁護事業

福祉公社とは

福祉公社は、昭和 55 年に武蔵野市により設立されました。

当時、介護保険制度は存在せず、市による公的サービスが唯一の在宅サービスでした。そのサービスを補充補完し、市民を終生支援し続けることを目的とするサービス提供機関が福祉公社です。そして、その公社サービスの中心となるものが、基本サービスです。

これは、成年後見制度における身上配慮と同じ意味内容を持っています。親族がいない、又は親族に頼らず自己完結的に老後生活を送りたいとお考えの皆様のご生活、人生を、福祉公社は四半世紀以上にわたり社会的・包括的に支援して来ました。

ご利用者の在宅生活のみならず、長期入院、施設入所の場合にも継続して、サービス提供いたします。更にご希望により、葬儀、納骨、没後の処理まで担います。

ご利用者に常に寄り添い、その生活の柱になることが、武蔵野市における福祉公社の役割です。

基本サービス

福祉公社のご利用者には、一人ひとりにソーシャルワーカーと看護師が専任で配置されます。その二人が、ご利用者に対する社会的支援の担い手として、その生活の水先案内を行い、代弁者として社会にかかわります。担当者は、ご利用者に寄り添いつつ、安心な生活関係の構築のために活動いたします。このサービスの利用料金は月額一万円で、すべてのご利用者に必須のサービスです。

1 ソーシャルワーカーによる包括的生活支援サービス

担当のソーシャルワーカーは、定例訪問を基本として信頼関係の構築、ご利用者の人生設計のご希望、生活関係の把握等に努めます。そして、生活全般の相談援助、介護保険をはじめとする他のサービス機関、社会資源利用のための仲介・代弁機能等を果たします。

福祉公社ご利用の皆様が、「あんしんのささえられ感」に満ち、心おだやかに生活できることが、福祉公社の願いです。

2 看護師による健康長寿生活の支援サービス

ソーシャルワーカーと連携しつつ、定例訪問を基本とし、健康・医療相談等を承ります。その上で、主治医との連絡・連携、在宅医療体制整備、医療処置に関する意思表示等に、仲介・代弁機能を果たし、医療コーディネーター的サービスを提供いたします。

財団法人 武蔵野市福祉公社

3 緊急時対応

在宅、施設、入院等それぞれの生活において、緊急事態はつきものです。これに
応えるため、可能な限りの緊急対応をいたします。

緊急事態とは、ご利用者の身体的な急変やすみやかな対応を要する重大な事態が
発生した時と考えます。

福祉公社創設時と異なり、現在は、24 時間の介護サービスや民間の警備会社等
の社会資源が整備されています。公社は、これらの社会資源と連携しつつ対応いた
します。現在、社会的に、より重視されていることは緊急対応後の支援です。例え
ば、緊急入院後の手続き、入院生活のフォロー、施設利用の場合の緊急時キーパー
ソンなどです。そのような、役割を担う親族をもたないご利用者に対して、権利擁
護部門と連携して対応します。これは、今後、ますます必要とされる公社の重要な
役割です。

家事援助・介助サービス

住民参加型在宅サービスです。主に市内または近隣に住む主婦の方々が協力員と
して福祉公社に登録し、ご利用者の家事援助・介助等のサービスを行います。同じ
地域社会に住む市民が、相互扶助の精神に根ざして活動しています。サービス内容
は、一般的に主婦が担う家事等です。

1 サービス内容と料金

家事援助中心（掃除、靴磨き等）……1時間 850円

介助中心（移動介助等）……………1時間 950円以上

- * このサービスは最低1時間からのご利用をお願いします。
- * 協力員がご利用者宅に伺うとき、公共交通機関（バスまたは電車）の交
通費がかかった場合、実費をご利用者に負担していただきます。
- * 活動時間は、原則的には平日の9時から17時までです。土日、祝日、
年末年始および早朝・夜間は、サービス料金が25%増しとなります。

2 料金の支払方法

協力員の活動記録を基に計算した料金を他のサービス料金と一括して翌月

に請求いたします。（口座振替の手続きをお願いします。）

3 ご利用に際してのお願い

- * ご利用の変更、中止などは事前に担当者までお知らせください。
- * 協力員はプロのヘルパーや家政婦ではなく、福祉公社に登録された市内
居住の主婦が主体の有償ボランティアです。ご利用者の皆様との温かい
人間関係作りをモットーに活動しています。
- * 協力員活動は、自立支援を目指しています。活動内容も、ご利用者の身
の回りに関わる範囲とさせていただきます。ご家族などにかかわるこ
とは、出来ません。

福祉資金貸付サービス

土地やマンションを持ちながらも年金や預貯金が少ないため、生活に不安を感じ
ている高齢者は少なくありません。武蔵野市では、このような高齢者に、長年住み
慣れた家で安心して老後生活を送っていただくために、現在お住まいの土地・家屋
やマンションを担保に、生活に必要な資金を融資する制度を実施しています。

この制度は「武蔵野市福祉資金貸付条例」に基づくものです。

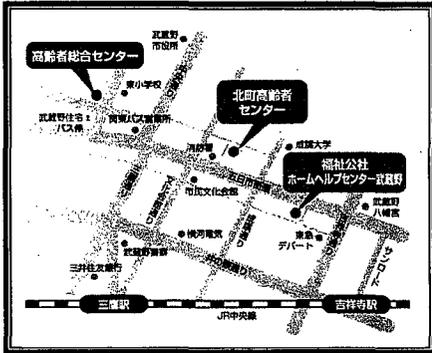
権利擁護事業

日ごろから生活に不安を感じている高齢者・身体障がい者等や、判断能力が十分
でないために権利侵害を受けやすい認知症高齢者、知的障がい者および精神障がい
者の方々の権利を守り、安心して自立した地域生活を送ることができるよう支援す
る事業です。また、成年後見制度の相談・利用支援事業も実施しています。

成年後見に関しては、福祉公社自ら法人後見人に就任して、「顔の見える後見事
務」を展開し、ご利用者の尊厳確保に努めています。

権利擁護事業には、福祉公社独自のもの、東京都社会福祉協議会が実施主体と
なっている地域福祉権利擁護事業の二種類があります。

それぞれ、金銭管理事務と財産保管事務を内容としています。



利用の申込

ご利用を希望される方は

(財)武蔵野市福祉公社

☎0422-23-1165

へお電話ください。

Fax.0422-23-1164

E-Mail : honbu@fukushikoshi.jp

●吉祥寺駅より徒歩 12 分

●吉祥寺駅から関東バス

吉祥寺駅北口より 1 番または 2 番乗り場から乗車、「北町 1 丁目」下車徒歩 2 分

〒180-0004 武蔵野市吉祥寺本町 4 丁目 10 番 10 号大東京信用組合ビル 4 階

(目的)

第1条 この規則は、財団法人武蔵野市福祉公社（以下「公社」という。）が高齢者、心身障害者等に対し、家事援助等の給付事業（以下「事業」という。）を実施するにあたり、その適正な運営を確保し、もって事業によるサービスを利用する者（以下「利用者」という。）の福祉を増進することを目的として定める。

(事業運営の基本方針)

第2条 事業の運営は、利用者の身上を配慮し、その尊厳を確保するとともに、利用者が安心できる日常生活の遂行を支援するにふさわしい方法でこれを行なわなければならない。

(事業の内容)

第3条 事業は、利用者と公社との間の信頼関係を基礎とし、公社は、利用者の心身状況、生活状況、財産状況等を総合的に勘案し、その意思を尊重しつつ、利用者の多様な生活ニーズを充足する社会資源を、仲介、調整又は提供することによって、利用者の安定した日常生活を支援するサービスを給付することを内容とする。

(利用手続)

第4条 事業を利用しようとする者は、公社に利用の申込みをしなければならない。

2 公社は前項の申込みを受けたときは、事業を利用しようとする者に対し、給付の適否を判断し、その旨を通知する。

3 公社は前項により給付が適当とされた者との間に、契約の締結をするものとする。

(サービスの給付)

第5条 公社は利用者に、別表中（1）及び（2）に定める範囲のサービスを給付するものとする。

2 武蔵野市福祉資金貸付条例（昭和56年3月武蔵野市条例第14号。以下「条例」という。）の適用により事業を利用する者（以下「条例適用者」という。）は、前項に掲げる給付のほか、別表中（3）に定める範囲のサービスを受けることができる。

第6条 公社の仲介によりサービスの給付に従事した者（財団法人武蔵野市福祉公社協力員派遣規則（平成元年3月規則第7号）に規定する協力員をいう。）は、その活動を記録し、公社に報告するものとする。

(利用料金の決定)

第7条 サービスの給付に関する利用料金は、公社が定める。

2 契約締結後、物価の変動等事情の変更等により公社が利用料金を改訂したときは、利用者へ通知し、その周知をはからなければならない。

(利用料金の支払い)

第8条 第5条によるサービスの給付の利用料金は、給付の内容、程度に応じて、別表中利用料金欄の範囲内において公社が計算し、利用者へ請求する。

2 利用者が、公社より利用料金の請求を受けたときは、自動振替又はすみやかに送金若しくは持参により支払わなければならない。ただし、公社が次条による受領の委任を受け、武蔵野市より条例による貸付金の交付を受けたときは、それをもって利用料金が支払われたものとする。

3 利用者が利用料金の支払いを遅延した場合は、遅延損害金を支払うものとする。ただし、理事長が正当な理由があると認めるときは支払わないことができる。

(条例適用者の利用料金の支払い)

第9条 条例適用者は、公社に対し、条例による貸付金の請求及び受領の権限を委任しなければならない。

(契約の解約)

第10条 利用者は、この規則によるサービス利用を必要としなくなったときは、利用料金の全額を支払い、契約を解約することができる。

(契約の解除)

第11条 公社は、次の各号に該当する事由が発生したときは、契約を解除することができる。

- (1) 利用料金の滞納があったとき。
- (2) 条例適用者が条例による貸付を受けられなくなったとき。
- (3) 公社と利用者との間の信頼関係が毀損されるなど円滑なサービス給付が困難になったとき。
- (4) 前各号のほか、契約を継続し難い事情が発生したとき。

(規則の変更)

第12条 この規則の変更は、理事会の議を経て理事長が行う。

(委 任)

第13条 この規則の施行について必要な事項は、理事長が別に定める。

付 則

この規則は、平成元年3月31日から施行する。

付 則

この規則は、平成4年4月1日から施行する。

付 則

この規則は、平成5年4月1日から施行する。

付 則

この規則は、平成6年6月1日から施行する。

付 則

この規則は、平成7年4月1日から施行する。

付 則

この規則は、平成9年4月1日から施行する。

付 則

この規則は、平成10年6月1日から施行する。ただし、第8号様式は平成9年5月1日から施行する。

付 則

この規則は、平成22年4月1日から施行する。

別 表 家事援助等給付一覧表

(1) 基本サービス	回 数	利 用 料 金	内 容
身上配慮サービス		月 額 10,000 円	担当者（ソーシャルワーカー、看護師）による身上配慮サービス 適宜の面接、電話連絡等による利用者の心身状況、生活状況の把握、それを基礎にした日常生活に関する相談・援助、福祉サービス、医療機関、公的サービス、成年後見制度等社会資源の仲介・調整等利用援助、アドボカシー機能の発揮、主治医等との連携による健康管理の相談及び援助、その他心理的支援・支えられ感を伴う安心できる利用者の日常生活の遂行支援
その他サービス	必要に応じて		公社主催の行事等への参加

(2) 個別サービス	回 数	利 用 料 金	内 容
家事・介助サービス	依頼に応じて	家事援助 1 時間 850 円。但し、その程度により 850 円以上 家事援助以外の介助サービス 1 時間 950 円。但し、その程度により 950 円以上	公社に登録する協力員（住民参加による在宅福祉サービスの担い手）による日常家事、介助サービス
その他サービス	各サービス毎に決定		上記以外の希望に応じたサービス

(3) 福祉資金サービス	金 額	内 容
生 活 費	月 額 8 万円限度	生活費として利用者名義の銀行へ3ヶ月毎に振込む。(金額については、理事長が認めたものはこの限りでない)
医 療 費	月 額 70 万円限度	利用者が高額な医療費支出を必要とする際に1ヶ月毎に銀行に振込む。(金額については、理事長が認めたものはこの限りでない)
住 宅 改 良 等 資 金	月 額 100 万円程度	住宅の補修、改良に必要な資金を給付する。(金額については、理事長が認めたものはこの限りでない)
そ の 他	実 費	条例上の手続きに要する費用等必要経費及び当該建物、土地の保全に必要な経費等で理事長が特に必要と認めたもの。

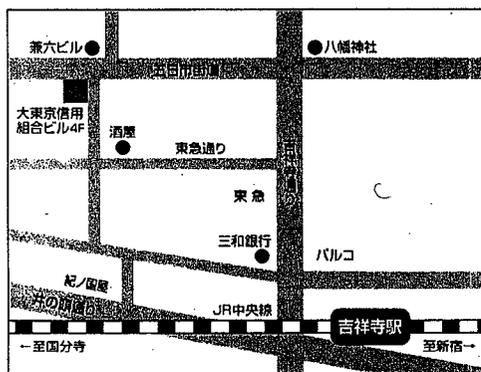
契約締結審査会・運営監視委員会の設置

公社とご利用者の間の金銭管理サービス、財産管理サービスの契約およびサービス提供プランが適正に行われているかどうかを確認するために、契約締結審査会、運営監視委員会を設置しています。

こんな方は

お気軽にご相談ください

- 福祉サービスの利用方法が分からない。
 - 預貯金や年金が自分で出し入れ出来なくなりました。
 - 物忘れがひどくなり、預金通帳や大切な証書類を家に置いておくのは不安である。
 - 知り合いに援助の必要な人がいるが、どこに相談してよいか分からない。
成年後見制度では、本人や親族が申立てできないとき市長が代わって申立てる制度があります。
- 東京都の制度である「地域福祉権利擁護事業」についてもご相談ください。



吉祥寺駅北口より徒歩10分

利用の申し込み

利用を希望される方は

(財)武蔵野市福祉公社

☎0422-23-1165

へお電話ください

FAX:0422-23-1164

〒180-0004 武蔵野市吉祥寺本町4-10-10 大東京信用組合ビル4F

権利擁護事業 のご案内

地域に根ざし、安心して自立した生活を営むことが出来るように
高齢者や障害のある方々を応援します。



財団法人 **武蔵野市福祉公社**

サービス内容

日頃から生活に不安を感じている高齢者や判断能力が十分でないために権利侵害を受けやすい認知症高齢者、知的障害者及び精神障害者の方々の権利を擁護し、安心して自立した地域生活を送ることができるよう支援させていただくとともに、成年後見制度の相談に応ずるための事業です。

「相談」から「金銭管理」まで支援します!

1
2
3

利用者からの相談及び調整

福祉サービスの利用援助

金銭管理サービス

- 預貯金の出納代行
- 公共料金、保険料、生活諸費等の支払の代行
- 入退院に関する手続及び支払の代行
- 高価な物の購入に関する手続の代行
- 福祉サービスや保険及び年金の受給等に係る手続の代行
- 福祉サービス、保険等の提供状況の確認 など



4

財産保管サービス

- 金融機関の貸金庫にて、次のような大切な書類をお預かりします。

- ・現金(現金、小切手、印紙及び郵便切手など)
- ・預貯金の通帳
- ・有価証券(手形、株券、及び債権など)
- ・証書(保険証書、不動産の権利証、遺言書及び契約書など)
- ・実印、銀行印、印鑑登録カード など

5

成年後見制度の利用の援助

- 成年後見制度 民法の一部改正により、判断能力が低下した方のために新たに制度化されたもので、法定後見と任意後見に分けられます。
- 手続 本人の住所地の家庭裁判所に「申立て(請求)」をします。申立てができる人は、本人、配偶者、四親等内の親族、検察官、任意後見人、任意後見監督人、区市町村長などです。
- 費用 申立ては1万円位ですが、他に鑑定料が5万~15万円位かかります。なお、後見人等への報酬は家庭裁判所が決定します。
- 成年後見人等 選任は本人の意見などを考慮し、家庭裁判所の判断により適任者を選任します。複数人、法人も選任可能です。

サービス概要

ご利用いただける方
高齢者・障害者で市内在住の方

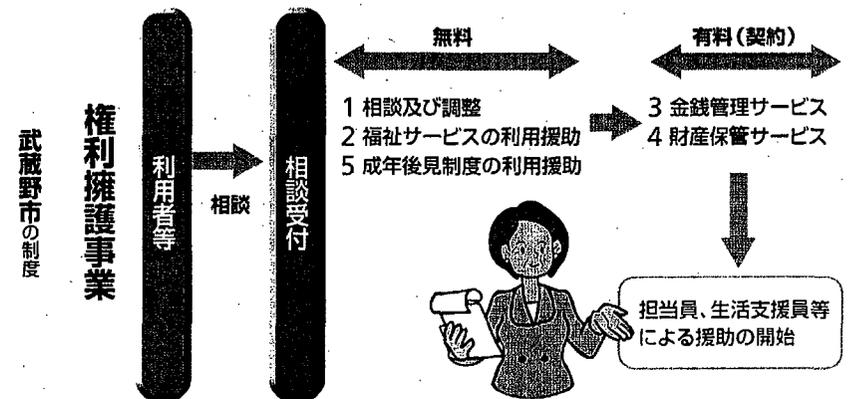


3 金銭管理サービス

4 財産保管サービスのご利用については

- 契約の締結に際して、内容を理解できる方に限ります
- 利用料…月額7,000円
ただし、援助回数が週に1回を超えた分については、1回につき500円加算されます。
- 契約の終了
(1) 利用者が、利用対象者の要件を備えなくなったとき
(2) 契約中止の申し出があったとき
(3) 利用者が死亡したとき

相談・契約・援助までの流れ



(目的)

第1条 この規則は、財団法人武蔵野市福祉公社（以下「公社」という。）が生活不安を感じている高齢者、身体障害者並びに判断能力が不十分なため権利侵害を受けやすい認知症高齢者、知的障害者及び精神障害者（以下「高齢者等」という。）の権利を擁護し、安心して自立した地域生活を送れるよう支援するとともに、成年後見制度利用の相談に応ずるために行う財団法人武蔵野市福祉公社権利擁護事業（以下「事業」という。）の円滑な実施を図るために必要な事項を定めることを目的とする。

(事業内容)

第2条 事業は、次のとおりとする。

- (1) 高齢者等からの相談及び調整に関すること。
- (2) 福祉サービスの利用援助に関すること。
- (3) 金銭管理サービスに関すること。
- (4) 財産保管サービスに関すること。
- (5) 成年後見制度の利用の援助に関すること。
- (6) 広報、啓発、研修及び研究に関すること。
- (7) 前各号のほか財団法人武蔵野市福祉公社理事長（以下「理事長」という。）が特に必要と認めるもの。

(相談調整に関すること)

第3条 前条第1号に規定する高齢者等からの相談及び調整は、高齢者等の権利擁護にかかわる相談及び関連機関等との調整を行う。

(福祉サービスの利用援助に関すること)

第4条 第2条第2号に規定する福祉サービスの利用援助は、介護保険サービス等の利用についての情報提供及び利用援助を行う。

(金銭管理サービスに関すること)

第5条 第2条第3号に規定する金銭管理サービスの内容は、次のとおりとする。

- (1) 預貯金の出納等金融機関の手続代行
- (2) 福祉サービス利用料、公共料金、保険料、生活諸費用等の支払の代行
- (3) 入院及び退院に関する手続及び入院諸費用に係る支払の代行
- (4) 生活物資の購入に関する手続の代行
- (5) 福祉サービス並びに保険及び年金の受給等に係る手続の代行
- (6) 福祉サービス、保険等の提供状況の確認
- (7) その他利用者の日常生活を支援するための金銭管理事務
- (8) 前各号のほか理事長が特に必要と認める諸手続の代行

(財産保管サービスに関すること)

第6条 第2条第4号に規定する財産保管サービスは、次に掲げる財産を、公社事務局内金庫、理事長が契約する金融機関の貸金庫に保管することにより実施する。

- (1) 現金
- (2) 預貯金の通帳、キャッシュカード
- (3) 有価証券
- (4) 証書等（保険証書、不動産の権利証・登記識別情報、遺言書及び契約書をいう。）

- (5) 実印、銀行印
- (6) 印鑑登録カード
- (7) 前各号のほか理事長が特に必要と認めるもの。

2 会社が、前項に規定する財産を保管財産として引き受けた場合は、保管財産引受書を発行する。

(対象者)

第7条 金銭管理サービス及び財産保管サービスを利用することができる者は、契約締結能力がある高齢者等で、武蔵野市内に在住する者又はそれに準ずると理事長が特に認める者とする。

(利用手続)

第8条 金銭管理サービス及び財産保管サービスを利用しようとする者（以下「申込者」という。）は、公社に利用の申込みをしなければならない。

2 公社は前項の申込みを受けたときは、申込者に対し、利用の適否を判断し、その旨を通知する。

3 公社は前項により利用が適当とされた申込者との間に、契約の締結をするものとする。

(サービス提供上の手続)

第9条 前条第3項の契約によりサービスを提供するに際しての、サービス提供プラン作成、保管財産の引き受け、事業終了時の事務処理等の手続については、別にこれを定める。

(職員の配置)

第10条 公社は、専門員、生活支援員等の職員を配置する。

(利用料)

第11条 金銭管理サービス及び財産保管サービスの利用料は別表1のとおりとする。

2 前項に定めるもののほか、サービスの実施に際し必要経費が生じたときは、これを利用者の負担とする。

(利用料の免除)

第12条 理事長が必要と認めた利用者には、減免措置をとることができる。

(台帳の整備)

第13条 公社は、利用者のサービスの利用状況を記録するため、必要な台帳を整備しなければならない。

(運営監視委員会の設置)

第14条 理事長は、事業の適正な運営を行うために、運営監視委員会を設置する。

(異議申立て)

第15条 利用者は、公社の事業の実施に関し、運営監視委員会に直接異議申立てを行うことができる。

(個人情報の保護)

第16条 公社は、利用者の個人情報の保護について細心の注意を払い、公社の事業を実施しなければならない。

2 利用者に関する個人情報が記載された書類等を適切な方法により保管し、当該情報が他に漏れないように留意しなければならない。

3 利用者の同意なく、前項の書類等又はその写しを他人に閲覧させ、又は提供してはならない。

(委任)

第17条 この規則に定めるもののほか事業の実施に関し、必要な事項は、理事長が別に定める。

付 則

(施行期日)

1 この規則は、平成12年9月1日から施行する。

(財団法人武蔵野市福祉公社ひとり暮らし老人等財産保全等サービス事業実施規則を廃止する規則)

- 2 財団法人武蔵野市福祉公社ひとり暮らし老人等財産保全等サービス事業実施規則(平成元年3月規則第6号)を廃止する。
- 3 前項の規則により廃止された財団法人武蔵野市福祉公社ひとり暮らし老人等財産保全等サービス事業実施規則の規定により行っている、ひとり暮らし老人等に対する財産保全等サービス事業については、なお従前のおりとする。

付 則

この規則は、平成15年4月1日から施行する。

付 則

この規則は、平成22年4月1日から施行する。

別表1 (第15条関係)

利 用 料 金 表

1. 利用料の内訳

利 用 料	サ ー ビ ス 内 容
月額 7,000円	金銭管理サービス及び財産保管サービスに係る場合
*ただし、援助回数が、週に1回を超えた分については、1回につき500円加算するものとする。公社の身上配慮サービス利用者については、利用料を免除する。	

2. 上記以外のサービスは無料とする。

3. 第2条に規定する各項の事業に伴い必要となった諸費用については、利用者の実費負担とする。

品川区における介護保険外サービス

C区では、要介護者・要支援者・要介護認定非該当者に対する配食サービス・家事援助サービス・見守りサービスが介護保険外サービスを受けられる体制が整備されている。

1. 配食サービス

サービス内容・利用者負担	昼食	①学校給食：区内の小学校で調理した、あたたかい学校給食をボランティアが届ける(火・木曜日)。 → 利用者負担：1食につき350円
		②ボランティア給食：ボランティアの自宅で調理した食事を届ける。 → 利用者負担：1食につき350円
		③在宅サービスセンター：センターで調理した食事を届ける。 → 利用者負担：1食につき600円
	夕食	地域の商店から、弁当を届ける(火・木曜日) → 利用者負担：1食につき450円
利用対象者	在宅の虚弱な高齢者、介護が必要な高齢者(要介護者・要支援者・要介護認定非該当者のいずれでも可)	
実績	422人	
行政負担	18,570,757円(①、②は一般財源、③は介護保険の地域支援事業)	

2. ホームヘルパー(訪問介護員)の派遣

サービス内容	介護予防の視点から、ホームヘルパーを派遣し、家事援助(掃除・洗濯・調理・買い物)を行う。【週1回又は週2回程度】
利用対象者	おおむね65歳以上のひとり暮らし高齢者又は高齢者のみの世帯で、日常生活を営むのに支障がある方(要介護認定非該当者が利用対象者となり得る)
利用者負担	週1回程度：月1,200円 週2回程度：月2,500円
実績	124人
実施主体	C区
行政負担	21,284,820円(一般財源)

3. ここに訪問(乳酸菌飲料の配達)～見守りサービス

内容	安否確認と孤独感解消のため、毎日乳酸菌飲料を配達する(日曜・休日を除く)
利用対象者	70歳以上の一人暮らしの者で、他に安否確認のサービスを利用していない者(要介護者・要支援者・要介護認定非該当者のいずれでも可)
利用者負担	なし
実績	2,444人
実施主体	社会福祉協議会
行政負担	2,041,472円(C区からの補助金)

4. 徘徊探知機利用料助成～見守りサービス

内容	GPS端末機を利用して徘徊高齢者の居場所を探し出すシステムの費用の一部を助成する。
利用対象者	区内に在住するおおむね65歳以上の徘徊高齢者と介護する家族(要介護者・要支援者・要介護認定非該当者のいずれでも可)
利用者負担	月500円、探索等別途費用あり
実績	15人(うち、要介護者：15人)
行政負担	44,100円(一般財源。初期費用のみ)

生活機能向上支援訪問事業

【目的】

介護予防の視点から、支援が必要と認められる方に、訪問介護員を派遣して、日常生活における意欲の向上を喚起し、本人のできることはできる限り本人が行うように働きかける。

【対象】

ケアマネージャーによる介護予防のスクリーニングにより生活機能向上の支援が必要と認められる、おおむね65歳以上の者のいる家庭であって、高齢者またはその家族が障害等により日常生活を営むのに支障がある者

【内容】

生活援助サービス

- ・住居等の掃除
- ・衣類の洗濯
- ・生活必需品の買い物
- ・調理
- ・その他必要な家事援助

【予算額】 20,701千円(平成22年度)

【決算額】 21,309,162円(平成21年度)

【利用料金】

- ・週1回程度 月1,200円
- ・週2回程度 月2,500円

【派遣回数】

該当高齢者の身体状況等を調査したうえで決定する。

【実績】(3月分)

区分	平成19年度	平成20年度	平成21年度
利用者数	153世帯	146世帯	124世帯
派遣延回数	8,848回	8,328回	6,828回
派遣延時間	13,272時間	12,492時間	10,242時間

* 平成18年度から事業開始(生活支援訪問家事援助事業を平成17年度で廃止)

品川区生活機能向上支援訪問事業実施要領

制定 平成18年3月3日

(趣旨)

- 1 この要領は、品川区介護予防事業実施要綱（平成18年3月区長決定要綱第19号。以下「要綱」という。）に定めるもののほか、介護予防事業における生活機能向上支援訪問事業（以下「事業」という。）の実施に関し必要な事項を定める。

(実施主体)

- 2 事業の実施主体は、品川区とする。ただし、派遣の要否、1週間の派遣回数・サービス内容および利用者負担基準の決定を除き、この事業を「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」等に定める内容を満たす訪問介護事業者（以下「事業者」という。）に委託できる。

(対象者)

- 3 (1) 訪問介護員の派遣対象は、介護予防の視点から生活機能向上の支援が必要と認められる、在宅のひとり暮らし等の高齢者または高齢者のいる家庭であって、高齢者またはその家族が障害、疾病等の理由で日常生活を営むのに支障があり、生活援助サービスを必要とする者。
(2) 生活機能向上の必要性の判断は、在宅介護支援センターのケアマネジャーが家庭訪問をして、品川区アセスメントおよび基本チェックリスト等を実施し、その結果を基にして対象者の状況を把握して行う。

(サービスの内容)

- 4 訪問介護員の行うサービスは、利用者の意欲と主体的な取り組みを引き出すとともに、生活機能向上の観点から効果的と考えられる生活援助サービス(調理、洗濯、掃除等の家事の援助)を提供する。

(派遣の決定)

- 5 (1) 訪問介護員の派遣を受けようとする者（以下「派遣申請者」という。）は、別に定める「生活機能向上支援訪問事業申請書」（以下「申請書」という。）を区長に提出する。
(2) 区長は、申請があった場合は、本サービスの必要性を調査・検討等を行った上で、できる限り速やかに派遣の要否を決定する。
(3) 区長は、利用者の利便を図るため在宅介護支援センターを経由して申請書を受理する。
(4) 区長は、申請者の心身状況、世帯の状況等を調査し検討した上で、支援計画を策定し、これに基づき当該申請に対する訪問介護員派遣回数、およびサービス内容を決定し、その内容等利用者に説明する。
なお、支援計画を策定するにあたっては、必要に応じ地区ケア会議等を活用する。
(5) 区長は、訪問介護員の派遣の対象者（以下「サービス利用者」という。）について、在宅介護支援センターのケアマネジャーの報告に基づいて必要に応じて支援計画の見直しを行う。
(6) 区長は、在宅介護支援センターからの報告などを基に、一定期間経過後に利用者

の状態を確認し、支援計画で設定した目標とする生活の達成状況を評価し、派遣回数およびサービス内容の見直しを行う。

(費用の負担)

- 6 (1) サービス利用者は、別表の利用者負担基準の利用者負担額(月額)を負担する。
- (2) サービス利用者は、前号の負担額を、サービスの提供を確認した後に事業者を支払う。
- (3) 区長は、事業者に対し、別表の利用者負担基準の委託金額(月額)を負担する。

(事業者の責務)

- 7 事業者は、品川区介護保険制度に関する条例第4条に規定する、介護サービス事業者の責務をふまえ、以下各号の事項を遵守する。
 - (1) 事業者は、訪問介護員に対し、採用時および採用後において定期的に、高齢者の心身の特性およびサービス内容等について研修を行い、資質の向上を図る。
 - (2) 事業者は、提供するサービスに対し自己評価を実施する等、サービス改善に努める。
 - (3) 事業者は、苦情に対し迅速かつ適切な対応に努める等、「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」等の内容を遵守する。

(個人情報の保護)

- 8 事業者は、品川区情報公開・個人情報保護条例第24条の2に規定する受託事業者の責務および区が指示する事項について遵守し、サービス提供にあたっては、個人情報の保護およびプライバシーの尊重に努める。

(連携)

- 9 区長は、本事業の実施運営にあたり、地区ケア会議および在宅介護支援センター等を活用し、介護予防事業等との連携を図る。
また、常に在宅介護支援センター、保健所、民生委員等との連携を密にするとともに、本事業を委託している事業者との連絡・調整を十分行い、事業を円滑に実施する。

(その他)

- 10 区長は、業務の適正な実施を図るため、委託先が行う業務の内容を定期的に調査し、必要な措置を講ずる。

(委任)

- 11 この要領の実施について必要な事項は、生活機能向上支援訪問事業取扱要項に定める。

付 則

この要領は、平成18年4月1日から適用する。

品川区生活機能向上支援訪問事業取扱要項

制定 平成18年3月3日

1. この取扱要項は、事業実施要領（平成18年3月3日部長決定。以下「要領」という。）に基づく事業の円滑な運営を図るため、必要な事項を定める。
2. 業務の委託について（要領2）

要領2における事業を委託する事業者については、当分の間、地元事業者で組織する品川ケア協議会に所属する指定介護予防サービス事業者とする。

なお、社会福祉法人福栄会に対しても行うことができる。
3. 派遣対象について（要領3）

要領3に規定する派遣対象に係わる用語の意義、対象の範囲および取扱いについては、次によるものとする。

 - (1) 「日常生活を営むのに支障がある」とは、自力で家事等を行うことが困難であり、生活援助サービスを必要とする状況にあることをいう。
 - (2) 「生活援助サービスを必要とする者」とは、家族や地域による支え合いや他の福祉施策などの代替サービスが利用できないため生活援助サービスを提供しなければ、その高齢者が、地域の中で安心して自立した生活を営むことができない者をいう。
 - (3) 次のいずれかに該当する場合は、派遣対象としないことができる。
 - ア 当該高齢者が入院治療を要するとき、または伝染性の疾患を有しているとき。
 - イ 訪問介護員に対し暴行脅迫等の非行のあったとき、またはそのおそれがあるとき。
 - ウ その他、訪問介護員が正常なサービスを行うのに支障があると認められるとき。
4. サービスの内容について（要領4）

訪問介護員の行うサービスの範囲は、生活機能を向上させるために必要な援助であり、次のサービスは行わない。

 - (1) 当該世帯の生産的活動に係る業務
 - (2) 日常的でないと判断される業務
 - (3) 直接身の回りの世話に属しないと判断される外出業務
 - (4) その他、専門的知識・技術が必要な看護
5. 派遣の決定について（要領5）
 - (1) 派遣申請者は、生活機能向上支援訪問事業申請書（第1号様式）を区長に提出する。

- (2) 区長は、事業の申請があった場合において利用を適当と認めたときは生活機能向上支援訪問事業決定通知書（第2号様式）により、また、利用ができないときは生活機能向上支援訪問事業不承認通知書（第3号様式）により通知する。
 - (3) 訪問介護員の派遣回数は、原則として週当たり1回程度とする。
但し、真にやむを得ない事情がある場合は、週当たり2回程度とする。
 - (4) 派遣の時間帯は、原則午前9時～午後5時までの間とする。
 - (5) 区長は、派遣対象者毎に、派遣内容を記載した生活機能向上支援訪問事業対象者台帳（第4号様式）を作成する。
6. 費用負担額の決定について（要領6）
- (1) 区長は、費用負担額の算定について、介護保険サービスの介護予防訪問介護費の介護報酬を参考に定める。
 - (2) 利用者負担額は、利用者が事業者に直接支払う。
7. 派遣内容の変更および派遣資格の喪失について
- (1) 区長は、申請者または利用者から援助内容等の変更の申請があり、調査・検討した上で、状態の悪化を予防するため必要と認めたときは、生活機能向上支援訪問事業変更通知書（第5号様式）により通知する。
また、利用者が介護保険制度の該当者と認定された場合等、要件を備えなくなったと認めるときは廃止する。
8. その他
- (1) 区長は、本事業を実施するため、生活機能向上支援訪問事業対象者台帳および利用者名簿等を日頃より整備する。

付 則

この要項は、平成18年4月1日から適用する。

品川区生活機能向上支援訪問事業申請書

平成 年 月 日

品川区長 へ

申請者

住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 () _____

派遣を受ける者

住 所	品川区		電 話		
	丁目 番 号		()		
フリガナ	氏 名	男 女	生年	明治・大正・昭和	年 齡
			月 日	年 月 日	歳

申請理由

〔日常生活の状態〕 _____ _____ _____ _____	
〔家族の状況〕 1. ひとり暮らし 2. 家族が障害・疾病等 3. 家族が日中不在 4. その他	〔希望する曜日〕 (曜日)
	〔希望する開始時間〕 午前 ・ 午後 (時 分から)

品川区生活機能向上支援訪問事業決定通知書

第 号
平成 年 月 日

様

品川区長

年 月 日付けで申請のあった生活機能向上支援訪問事業について、
下記のとおり決定しましたので通知します。

記

1. 派遣対象者氏名

2. 派遣期間 平成 年 月 日から

3. サービスの内容

1. 1週間あたりの派遣回数 回

2. 主な援助内容

掃	洗	買	調	整理
除	濯	物	理	整頓

4. 利用料金(月負担額) 円

利用料は、提供事業者にご直接お支払い下さい。

5. 提供事業者

第3号様式

品川区生活機能向上支援訪問事業不承認通知書

平成 年 月 日

様

品川区長

平成 年 月 日付けで申請のあった生活機能向上支援訪問事業について

下記の理由により承認できないので通知いたします。

記

- 理 由
1. 障害・疾病等の身体要件に欠けるため
 2. 家族等の生活支援要件に欠けるため
 3. その他 ()

生活機能向上支援訪問事業派遣対象者台帳（兼支援計画）

決定	高齢福祉課長	高齢者支援係長	担当者C W	庶務係長	担当者	利用料区分		
						週回派遣	¥ /月	
						生計中心者	続柄	
フリガナ氏名		明治・大正・昭和 年 月 日生(歳)				派遣番号		
住所		品川区 丁目 番 号				電話 ー		
世帯類型		単身		高齢者世帯		その他世帯		
決定年月日		平成 年 月 日		新規・変更・再開・廃止				
派遣開始		平成 年 月 日		事業者名				
援助内容および留意事項							曜日	
掃除【寝室・居室・台所・トイレ・浴室・その他()】								
衣類の洗濯等【洗濯・アイロン・縫物・補修】								
生活必需品の買物【買物・その他()】								
調理【調理・配膳・後片付け・その他()】								
整理整頓【ゴミ出し・衣類の入替え・その他()】								
その他()								
利用回数		週 1 ・ 2 回 程度					午前	:
派遣期間		月 日		～ 月 日		午後	:	
(派遣理由)								
(目標とする生活)								
							達成 ・ 未達成	
調査	平成 月 月 日		調査員		(在宅介護支援センター)			

品川区生活機能向上支援訪問事業変更通知書

平成 年 月 日

様

品川区長

平成 年 月 日付、第 号により通知した 生活機能向上支援訪問事業の内
容について、下記のとおり変更します。

記

1. 変更の時期

平成 年 月から

2. 変更の内容

	変更前	変更後
利用回数	回/週	回/週
その他		

3. 変更の理由

4. 利用料金(月負担額)

..... 円

にこにこ訪問事業 概要

1 目的

ひとり暮らし高齢者宅へ毎日乳酸菌飲料を届け、安否確認と孤独感の解消を図る。

2 対象者

在宅でひとり暮らしの70歳以上の者で、にこにこ訪問を希望する者。

ただし、高齢者福祉電話設置事業の利用者を除く

3 事業開始日

平成2年8月10日

4 実施方法

(1) ひとり暮らし高齢者の家庭に毎日(月～土)乳酸菌飲料を配達し安否を確認する。

(2) 平成2年11月より開始

(3) 平成10年度より社会福祉協議会の補助事業とする。

5 実績

	名簿登録者数	延受給者数	延配達本数
平成17年度	313	3,106	74,576
18年度	325	2,800	66,806
19年度	310	2,634	62,843
20年度	324	2,569	61,217
21年度	339	2,444	58,047
22年度	360	960	22,872

にこにこ訪問サービス事業実施要綱

平成10年 4月 1日制 定
平成16年 5月28日一部改正

(目的)

第1条 この要綱は、在宅でひとり暮らしの高齢者を毎日訪問すること（以下「にこにこ訪問」という）により、安否の確認と孤独感の解消をはかるとともにひとり暮らし高齢者の福祉に資することを目的とする。

(対象者)

第2条 にこにこ訪問の対象者は、区内に住所を有し、在宅でひとり暮らしの70歳以上の者で、次の各号の一つに該当する者とする。

- (1) 品川区でひとり暮らし台帳に登録されている者で、にこにこ訪問を希望する者。
ただし、品川区高齢者福祉電話貸与事業実施要綱により助成を受けている者を除く
- (2) その他品川区社会福祉協議会会長（以下「会長」という）が必要と認める者。

(申請)

第3条 にこにこ訪問を希望する者は、にこにこ訪問申請書（第1号様式）により担当民生委員の確認を経て会長に申請をしなければならない。

(決定等)

第4条 会長は、前条の申請があったときは、第2条に規定する資格要件を調査し、にこにこ訪問実施の可否を決定する。

(訪問員)

第5条 訪問員は、別に契約する乳酸菌飲料等販売業者（以下「受託者」という）に所属する販売員とする。

(事業内容)

第6条 にこにこ訪問は、前条に定める訪問員が品川区社会福祉協議会（以下「会」という）の指定する乳酸菌飲料を受給者に直接手渡す方法により実施するものとする。

- 2 訪問は、毎日（日曜日、国民の祝日および会長が別に定める日を除く）行う。
- 3 訪問員は、乳酸菌飲料を直接手渡すことにより、受給者の安否を確認するものとする。

(通報)

第7条 訪問員は、受給者の急病等緊急事態を発見し、または事故が発生するおそれがあると認めるときは、直ちに本会および担当民生委員へ通報するものとする。

(届出)

第8条 受給者は、次の各号に該当する場合は、速やかに、にこにこ訪問変更・廃止届（第2号様式）を会長へ提出しなければならない。

- (1) 第2条の資格要件に変更が生じたとき
- (2) 入院または施設入所したとき
- (3) 第3条に規定するにこにこ訪問申請書の記載事項に変更が生じたとき

(通知)

第9条 会長は、第4条及び第8条により、決定・廃止がおこなわれた場合は、品川区長及び担当民生委員へ通知する。

付 則

1. この要綱は、平成10年4月1日から適用する。
2. にこにこ訪問サービス事業実施要綱により、受給していた者は、本要綱により決定したものとみなす。

付 則

一部改正された要綱は、平成16年4月1日から適用する。

徘徊高齢者探索システム事業実施要綱

制定	平成12年7月26日	区長決定
		要綱第124号
改訂	平成13年4月1日	
		要綱第124号
改訂	平成19年4月1日	
		要綱第22号
改訂	平成21年3月31日	
		要綱第220号

(目的)

第1条 この要綱は、認知症による徘徊のある高齢者（以下「徘徊高齢者」という。）を在宅で介護する者（以下「介護者」という。）に対し、探索システム利用料の加入料金・付属品代金の初回費用の助成を行うことにより、徘徊高齢者の早期発見と安全の確保に役立て、介護者の精神的・経済的負担の軽減を図ることを目的とする。

(対象者)

第2条 この事業の助成を受けることができるものは、次の要件に該当するものとする。

- (1) 区内に居住するおおむね65歳以上の徘徊高齢者を介護している家族で、高齢者が徘徊した際に位置の確認後、迎えにいける者
- (2) その他区長が特に必要と認めたる者

(申請)

第3条 助成金の交付を受けようとする介護者は、探索システム利用助成申請書（第1号様式）により区長に申請しなければならない。

- 2 区長は前項の申請があったときには、資格要件に該当するか否かを審査し、助成の可否を決定する。
- 3 区長は前項の決定をしたときは、探索システム助成決定通知書（第2号様式）または探索システム助成却下通知書（第3号様式）により申請者に通知する。

(助成の内容と費用負担)

第4条 区は、初回費用の加入料金・付属品代金を負担する。なお区は探索システム提供民間事業者（以下事業者）との契約に基づき料金等を事業者へ直接支払うものとする。

- 2 利用者の費用負担は、基本料金・位置情報提供料金・現場急行料金・バッテリー交換代金とし、料金等を事業者へ直接支払うものとする。

(助成資格の消滅等)

第5条 助成資格は、次のいずれかに該当したときは消滅する。

- (1) 第2条に定める要件に該当しなくなったとき。
- (2) 徘徊高齢者が介護保険施設等の施設に入所したとき。

- (3) 介護者から利用取り消しの申し出があったとき。
- (4) 虚偽の申請によって探索システムの利用を受けたとき。
- (5) 前各号に掲げる物のほか、区長が助成の必要がないと認めたとき。

(助成金の返還)

第6条 区長は第5条4項に該当したものがあるときは、その者から助成を受けた額の全部または一部を返還させることができる。

(探索システム利用契約)

第7条 利用者は、探索システムの利用について、事業者と契約を締結し、当該契約に基づいて、当該事業者から探索システムの提供をうけるものとする。

(利用状況の報告)

第8条 事業者は翌月までに、前月分の探索システムの利用状況その他区長の指定する事項を区長に報告しなければならない。

- 2 前項に定めるもののほか、区長は、必要があると認めたときは、探索システムの利用状況その他必要事項の報告を求めることができる。

(委任)

第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は健康福祉事業部長が別に定める。

付 則

この要綱は、平成12年9月1日から適用する。

付 則

この要綱は、平成13年4月1日から適用する。

付 則

この要綱は、平成19年4月1日から適用する。

付 則

この要綱は、平成21年4月1日から適用する。

徘徊高齢者探索システム利用助成申請書

品川区長 へ

下記のとおり申請いたします。

申請年月日		年	月	日			
申請者	住所	品川区 丁目 番 号					
	フリガナ						
	氏名				本人との関係		
対象者	住所	品川区 丁目 番 号					
	フリガナ						
	氏名				男 女	明・大・昭 年 月 日生 (歳)	
	要介護度	要支援 1 要支援 2 要介護 1 要介護 2 要介護 3 要介護 4 要介護 5 未申請					

品川区徘徊高齢者探索システム利用にあたり、区が委託事業者から利用状況報告等の情報提供を受けることに同意します。

申請者署名 _____

受付	担当者	収受日	
_____ 支援センター 高齢者福祉課			

徘徊高齢者探索システム助成決定通知書

様

品川区長

平成 年 月 日付で申請のありました徘徊高齢者探索システムの利用助成について下記のとおり決定しましたので、通知いたします。

記

探索対象者	氏名		明・大・昭 年 月 日 歳
	住所	品川区	
区助成金額	探索システム初期費用	利用者 負担金額	基本料金：半年毎に 円
	加入料金 円		位置情報提供料金：電話1回 円
	付属品Aセット 円		インターネット経由1回 円
			現場急行料金：1回 円

サービス提供者	住所 電話
探索に際しての ご注意 !	<p>① 探索依頼には<u>暗証番号が必ず必要</u>です。</p> <p>② 必要な時に探索できるよう<u>暗証番号は忘れない</u>ようにしてください。</p> <p>③ 探索依頼の方法によって<u>料金が異</u>なります。</p> <p>④ 機器の盗難、紛失時や破損した場合は所定の料金をご負担いただきます。</p>

以下の事項に該当した時は、必ず区役所へ連絡をして下さい。

1. 探索システムの利用をやめるとき。
2. 探索対象者又は申請者が死亡したとき。
3. 探索対象者又は申請者が区外に転居したとき。
4. 探索対象者が特別養護老人ホーム等の施設に入所または病院に入院したとき。

第3号様式（第3条関係）

平成 年 月 日

徘徊高齢者探索システム利用助成申請却下通知書

様

品川区長

平成 年 月 日付で申請のありました徘徊高齢者探索システム利用につきましては、下記の理由により却下しましたので通知いたします。

記

1. 理由

品川区の取り組み

(法人後見活動の事例)

品川成年後見センター

事業概要

(相談、利用支援等の業務)

- ・ 相談・手続き支援
成年後見制度について手続きの案内など必要な支援を実施。
- ・ 法人後見活動
任意後見、区長申立案件も含めた法人後見活動を実施。
- ・ 医師、法律、行政等の関係者からなる成年後見センター運営委員会により後見受任の適否や事業の監査等を実施し、適正な運営を確保

研修修了者は法人後見活動に参加

(市民後見に関する人材育成等の業務)

- ・ 市民後見に関する人材の育成
一般区民を対象として成年後見人を受任できる区民後見人を育成
(参考)
養成研修21時間、フォローアップ研修21時間
↓
研修修了者によるNPO法人市民後見人の会を設立
↓
研修修了者が市民後見業務を行う場合に区社協が後見監督人に選任され、後見活動に関する相談など支援を実施。
※ 後見活動は、区長申立案件には限定しない。

品川成年後見センターの運営

予算 : 43,990 千円

目的 利用者本人の意向や判断能力・生活状況等に応じて、必要な支援を行えるよう、成年後見制度、福祉サービス利用援助事業、公正証書遺言等を重層的かつ柔軟に組み合わせた総合的なサービス提供を行う。

事業内容

(1) 相談・手続き支援

後見人になる親族がいる場合には、成年後見制度やその利用の手続きを案内し必要な支援を行う。また、後見人になる親族がいない場合には、次の手続きや成年後見制度によるサービスを提供する。

○すぐに支援が必要＝法定後見

区と連携し、区长申立権を活用する。社協が「法人後見人」となる。

○将来の不安に備える＝任意後見

「任意後見契約」を希望する場合には、「あんしんサービス契約」と「公正証書遺言」を組み合わせてサービスを提供する。

(2) 成年後見制度によるサービス

身近に親族がいない高齢者や障害者に、日常生活の維持に必要な金銭管理や各種手続きの代行等の支援を行う。

(3) 成年後見申立の代理申請

本人に対する成年後見の親族申立を希望しているが、当該委任者が高齢や病弱など様々な理由で、かつ、弁護士や他の親族に頼むことができ用負担が困難であると社協会長が認める区民および成年後見人等を対象として、後見等開始申立費用、後見人等の報酬費用および後見活動経費の一部助成を行う。

(5) 成年後見センター運営委員会の開催

成年後見センターの適正かつ円滑な運営のため、学識経験者、法律・医療・福祉関係者からなる運営委員会を開催している。

(6) 地域のネットワークを活かしたサービス提供

成年後見センターのサービスを提供するにあたっては、区、地域（在宅介護支援センター、民生委員、特別養護老人ホーム等）、関係団体（医師会、弁護士会、リーガルサポート、社会福祉士会、民事法務協会、NPOライフサポート東京、NPO市民後見人の会等）や協力団体・企業等と連携し、必要な支援を行う。

(7) スタッフ体制の充実

支援員、協力専門家（弁護士、司法書士、社会福祉士、税理士等）によるサービス提供体制を充実させるため研修・交流会等を実施する。

(8) 広報・普及体制

広報誌の掲載や説明会の積極的な実施により、区民、関係機関等に対して成年後見制度や関係制度の広報・周知を図る。

(9) 市民後見人の育成・活用と監督業務の充実

社会貢献型後見人や市民後見人の会等の市民後見人を積極的に育成・活用するとともに後見監督人となることによって、地域における成年後見制度の利用拡大を目指す。

(10) 品川区の重点施策との連携

品川区の重点施策である「新しいタイプの高齢者住宅」の建設に伴い、成年後見制度の活用によって1人暮らしの高齢者の相談や支援態勢をとり、地域で安心して暮らし続けられるよう品川区と連携する。

(11) 2010 成年後見法世界会議への出席

10 月初旬に横浜で開催される成年後見法世界会議において、成年後見制度の諸課題及び成年後見法のあり方を世界の研究者や実務家と議論し、我国の制度の改正やさらなる普及拡大を図る。

品川区における市民後見人の現状と課題

1 現状

(1) 市民後見人と区社協の後見監督人との組み合わせ（東京家裁本庁裁判官による提案）

区長申立て及び区社協による代理申立てにおいて、市民後見人を候補者とする場合には、区社協が後見監督人候補として家裁に申立てている

①市民後見人の養成講座

イ 社会貢献型後見人（都）

H17:養成講座開始

ロ 市民後見人の会（品川区独自）

H18:養成講座開始（区社協と共催）

H20:NPO 法人化 *養成講座修了者:200名

②区社協による実務研修（支援員）

後見人候補者として申立する為の必須課程 上記イは19名、上記ロは31名が研修中

③市民後見人の受任件数等

・既選任 30件（社会貢献型後見人20件・市民後見人の会10件）

・申立手続き中 4件（社会貢献型後見人3件・市民後見人の会1件）

(2) 財産管理面での具体的支援策

区民・関係者から、市民後見人による財産管理の安全性や補償能力に対する不安や疑問が示されていることから、次の支援策を行なう。

①市民後見人の管理する通帳等の安全確保のために（区社協契約の）貸金庫の利用提供

②市民後見人（社会貢献型後見人）への後見保険の加入助成（平成21年度から全額）

③市民後見人（市民後見人の会）に対して、制度啓発普及委託費として5万円を支給

(3) 身上監護事務での定期訪問の徹底

本人の意思や状況を確認するためには、定期的面談がもっとも有効な方法があるので、本人及び関係者との定期的な面談が後見人等としての基本姿勢であることを認識・理解してもらい、実践してもらっている。

(4) 市民後見人の不在時の連携強化

市民後見人が旅行、入院、体調不良等で一時的に後見活動ができない時には、区社協（後見監督人）に、滞在場所、時期等を必ず連絡することにし、急迫の事情時の必要な期間中の応急処分が円滑にできる体制をとっている。

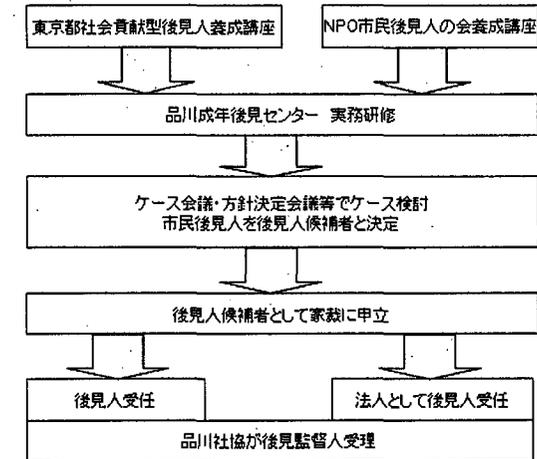
2 事業構成

増大する区内の後見ニーズに対応するために、区社協が市民後見人を自ら養成する。

(1) 養成講座開催（基礎・フォローアップ講座：計50時間、受講生各50名）

(2) NPO市民後見人の会（現在の会員：100名）の運営助成費

(3) 後見監督業務に関する事務経費



品川区 市民後見人養成事業 概要イメージ

品川成年後見センターでは、平成 18 年 4 月から、市民後見人の養成事業に取り組み、NPO 法人市民後見人の会とともに成年後見制度の普及と安定的な活用を推進しています。

認知症高齢者の急増に伴って、今後、成年後見制度に対する期待が一層高まっており、後見人業務を適正に遂行できる人的資源の開拓が求められています。

本事業は、申立て需要に対し供給が不足しがちな「第三者後見人¹」の受け皿として一般区民を「市民後見人」として養成し、認知症高齢者や障害者等の権利擁護を地域主体で支援するものです。

市民後見人には、一定の倫理観を有し、社会貢献に意欲を持った区内在住者を対象として、毎年 50 名程度を養成します。弁護士、司法書士、社会福祉士、看護師、品川成年後見センター職員を講師として、「市民後見人養成・研修講座」3 日間（21 時間）並びに「フォローアップ研修」3 日間（21 時間）の研修を通じ、制度概要、認知症高齢者・障害者の特性、関連福祉制度、法律等の知識、事例研究、後見実務、市民後見人の役割と心構え等を身に付けていきます。

研修修了者 40 名が、平成 20 年 1 月に NPO 法人を設立、認証され、既に 2 件の申立て事例について、後見業務に当たっています。（この事例については、品川区社会福祉協議会が後見監督人となっています。）

今後も、区社協と NPO が協力しながら、市民後見人の積極的な養成を図り、認知症高齢者や障害者を地域主体で支え合う仕組みを通じて、住民参加型の地域福祉を推進していきます。

<市民後見人養成・研修講座の様子>



¹ 第三者後見人
親族以外の第三者が後見人として選任されたもの

(1) 養成課程研修

専門職(弁護士・司法書士・公証人・社会福祉士・医師・看護師)による養成研修講座の実施

○開催頻度 前期・後期の二期制による研修を実施 各1回(年2回)開催 1回(3日間 5時間/日)

○研修講座内容

①前期 : 基礎講座	A 成年後見制度の概要 後見人の社会的責任と使命、責任 法学基礎知識と応用 『民法(総則・物権・債権・親族)・社会福祉法・老人福祉法等』	講師 弁護士 司法書士・公証人	2日間
	B 認知症高齢者・知的障害者・精神障害者の特性 認知症のメカニズムと症例検証	講師 医師・看護師 社会福祉士	1日間
②後期 : フォローアップ	A 事例研究シュミレート(法学知識を活用した後見事例検証)	講師 弁護士 司法書士・公証人	1日間
	B 後見実務 実際の後見事例ケースへのインターン研修	講師 医師・看護師 社会福祉士	2日間

(2) 後見活動に対する謝礼

市民後見人として研修修了し、後見活動に当たる際の活動報償費

(3) NPO法人市民後見人の会への活動助成

市民後見人として研修課程を修了した市民後見人がNPO法人を立上げ、社協と協働にて養成研修企画を支援している。

(4) 成年後見センターの後見監督業務

市民後見人の後見事例にかかる後見監督業務の事務経費
(社協後見の法人後見とは別の市民後見人の後見監督業務が生じるため)

世田谷区の取り組み

(市民後見推進の取組事例①)

市民後見活動を首長申立に限定するケース

世田谷区成年後見支援センター(区社協に委託)

事業概要

(相談、利用支援等の業務)

- ・ 法律相談
弁護士等による成年後見制度に関する相談
窓口の設置(月2回)
- ・ 成年後見制度利用支援
加齢等により成年後見等の手続きが困難な
方への必要書類の確認等の支援
- ・ 専門職後見人に関する情報提供

(市民後見に関する人材育成等の業務)

- ・ 市民後見に関する人材の育成
個人で成年後見人を受任できる区民後見人を育
成
(参考) 研修時間(50時間)
- ・ 後見活動が可能と見込まれる案件について家庭
裁判所に区民後見人候補者を推薦
- ・ 区民後見人が選任された場合に、後見活動に関
する相談などの支援を行う。
区社協が後見監督人に選任
後見活動は区長申立案件に限定

(参考)

受任者累計 27人(平成18年度～22年度)

世田谷区成年後見支援センターの取り組み

平成23年3月

1. 世田谷区成年後見支援センター設立の経緯

(1) 世田谷区の取り組み

- 判断能力が不十分であっても地域の中で安心して暮らすことが出来る仕組みづくりを目指して、平成17年度から世田谷区実施計画（平成17～19年度）事業として、「成年後見制度の推進」を掲げた。
- 平成17年5月に、世田谷区成年後見支援センター設立準備会を発足し、事業内容等について検討した。
- 平成17年10月3日 世田谷区成年後見支援センターを開設。
運営は、世田谷区社会福祉協議会に委託。

(2) 世田谷区社会福祉協議会の取り組み

- 平成12年度から専門員1名（常勤）を置き、地域福祉権利擁護事業を実施。
- 平成12年夏ごろより、成年後見制度に関する学習会を職場内で立ち上げ、社会福祉協議会の成年後見制度への取り組みについて検討し、弁護士と社協の複数後見によるモデル事業を平成13年10月から開始。
- 平成13年度に、地域福祉権利擁護事業、財産保全サービス、法律相談の実施機関として権利擁護センター「あんしん世田谷」を設置。併せて弁護士、司法書士、社会福祉士等の専門家による「成年後見連絡会」を組織し、成年後見制度に関する事例検討、事業体制を強化。
- 平成16年に、法人後見のモデル事業を検証し、法人後見を社会福祉協議会が実施する意義を確認しつつも、増加するであろう受任依頼に限界も感じ、区民成年後見人の養成を模索。
- 以上の活動実績に基づき、平成17年10月に区から世田谷区成年後見支援センターの運営を受託。
- 平成19年に区民成年後見人の第1号の後見監督人を受任し、一貫した支援体制が整う。

2. 世田谷区成年後見支援センターの業務内容

(1) 事業概要

①法律相談

弁護士による、法定成年後見制度の利用や申立て、任意後見制度など、成年後見制度に関する相談（月2回）

②成年後見制度利用支援

加齢・障害・疾病などのため、法定後見の申立てや任意後見契約をすることが困難な本人または親族を対象に、必要書類の確認や書類の記入などの相談及び手続きの支援

③成年後見人等候補者の情報提供

成年後見人等候補者に関する情報提供（専門職後見人の相談窓口等を紹介）

④世田谷区区民成年後見人養成研修の実施

個人で成年後見人等を受任できる区民成年後見人の養成

⑤世田谷区区民成年後見人養成研修修了生（区民成年後見支援員）の活動支援

連絡会の開催、活動の場の提供・調整

(2) 実施体制

所長（弁護士）	1名	（嘱託・週1回・4時間）
相談員	2名	（嘱託・月16日勤務）
職員	2名	（常勤・権利擁護センター兼務）

(3) 予算（22年度）

委託費	20,087,000円
《内訳》人件費	10,962,000円（所長・嘱託職員）
事務費	961,000円
事業費	8,164,000円（各種委員会、区民後見人養成研修等費用）

3. 区民成年後見人養成研修の概要

(1) 研修内容

別紙 「世田谷区区民成年後見人養成研修 日程予定表」による

(2) 役割

①区民成年後見支援員

- ・ 専門職後見人のサポート活動
- ・ 成年後見制度の普及啓発活動
- ・ 成年後見人等申立て説明会における説明員
- ・ 成年後見人等の受任

②区民成年後見人

区長申立て案件の中から、区民成年後見支援員が活動可能と見込まれるケースについて、後見人候補者として家庭裁判所に推薦をし、家庭裁判所が成年後見人等に選任した者。

(3) 受講生状況

別紙 「世田谷区区民成年後見人養成研修受講生状況」による

4. 区民成年後見人の受任状況

(1) 家庭裁判所から成年後見人に選任された者

平成23年3月現在

	修了生	受任者累計	終了	現在受任件数	申立中
18年度生	19	20	6	14	0
19年度生	11	8	1	7	0
20年度生	12	6	1	5	0
21年度生	9	1	0	1	0
22年度生	13	0	0	0	0
計	64	35	8	27	0

* 2件受任している人数 5名

* 同時に全ケース世田谷区社会福祉協議会が後見監督人として選任されている

(2) 区民成年後見人受任基準

区長申立案件で以下の項目を満たす事例。

<属性>

- ・世田谷区民、または世田谷区が措置権者であるもの
- ・推定相続人がいない者、または推定相続人がいるが、親族と財産等をめぐる紛争・トラブルがない者

<居所>

- ・施設に入所している、または入所目前(区長申立時から4ヶ月程度で入所)である者

<財産管理>

- ・区長申立時において、管理すべき財産が多額(預貯金額:500万円程度)でない者
- ・預貯金額が500万円を超えているが、無年金等で収入の見込みがない者

<身上監護>

- ・身上監護が困難(施設等でのトラブルがない、または起こす見込みがない)でない者

(3) 候補者選定基準

- ① 区民成年後見支援員として活動実績がある、
- ② 区民成年後見人養成研修の実習評価が良好である
- ③ 成年被後見人の居住地への交通の便が良い
- ④ 社会生活上経済の安定性がある
- ⑤ その他特筆すべき事項がある

世田谷区区民成年後見人養成研修受講生状況

単位：人

	18年度				19年度				20年度				21年度				22年度			
	全体	男性	女性	平均年齢	全体	男性	女性	平均年齢	全体	男性	女性	平均年齢	全体	男性	女性	平均年齢	全体	男性	女性	平均年齢
説明会申込者	162	53	109	53.6	66	34	32	57.7	37	14	23	56.8	38	17	21	58.3	53	22	31	57.5
受講希望者	68	30	38	55.2	31	19	12	59.3	20	7	13	55.6	20	8	12	61.9	29	13	16	59.3
区民成年後見支援員養成研修					/				/				/							
受講者	22	12	10	57.1	/				/				/							
修了者	22	11			/				/				/							
区民成年後見人養成研修																				
受講者	19	8	11	57.0	11	7	4	58.0	12	3	9	51.9	9	2	7	56.7	13	6	7	56.3
修了者	19	8	11	57.0	11	7	4	58.0	12	3	9	51.9	9	2	7	56.7	13	6	7	56.3

※ 区民成年後見人養成研修受講生のうち、東京都社会貢献型後見人養成研修修了者の人数 5名
 18年度3名（男性1名、女性2名）、
 19年度2名（男性0、女性2名）

平成22年度

世田谷区 区民成年後見人養成研修の募集案内

成年後見制度は、認知症や障害などにより判断能力が不十分なため、自分一人では契約や財産の管理などをすることが難しい方を支援する制度です。

現在、成年後見人は親族のほかにも専門職後見人といわれる弁護士・司法書士・社会福祉士などが担っています。今後、成年後見制度の利用が増えるのに伴い、専門職以外にも成年後見制度の趣旨を理解し、熱意をもって後見業務にかかわる人材が広く求められるようになると考えられます。

そこで、世田谷区成年後見支援センターでは、地域支えあいの考えに基づき、区民が親族以外の近隣住民の成年後見人となる「区民成年後見人」を平成18年度から養成しています。

養成課程は、研修と活動実績をふまえたプログラムとなっています。区民成年後見人養成研修を修了後、「区民成年後見人」として活動をしていただくためには、家庭裁判所の審判により、選任されることが必要です。まずは、「区民成年後見支援員」として専門職成年後見人の活動をサポートしていただきます。

世田谷区成年後見支援センター

157-0066 世田谷成城6-3-10

電話 5429-2212



世田谷区 社会福祉協議会

◎ 支えあいの心をつなぐ ◎ 合い言葉 ◎

「区民成年後見人」養成研修について

1. 具体的活動内容

「区民成年後見人」は、家庭裁判所の選任を受け、成年後見人として、世田谷区成年後見支援センターと協力し、被後見人（原則として世田谷区民）に必要な後見業務を行ないます。

2. 応募資格

(1) 年齢 25 歳以上（平成 22 年 4 月 1 日現在）

(2) 世田谷区内にお住まいの方

(3) 成年後見制度及び高齢者や障害者に対する福祉活動に理解と熱意があり、心身ともに健康な方

(4) 研修修了後、「区民後見人」として活動できる見込みのある方

(5) 原則としてすべての研修に参加できる方

※後見業務の養成研修を有する団体の資格（弁護士、司法書士、社会福祉士等）のある方は応募できません。

※以下の事由に該当する方は応募できません。

成年被後見人又は被保佐人又は被補助人、破産者、禁治産者、準禁治産者

3. 定員

若干名

4. 応募方法

下記日時の説明会にご参加ください。申し込みは電話かファックス（住所、氏名、年齢、電話番号、参加希望日を明記）で受付けます。

申込締切：平成 22 年 3 月 16 日（火） 電話受付時間：9：00～17：00

電話とファックス番号は右頁下をご参照ください。

5. 選考方法

(1) 説明会

下記日程のいずれかにご参加ください。

日時：第 1 回 平成 22 年 3 月 13 日（土）午前 11 時～正午

第 2 回 平成 22 年 3 月 17 日（水）午後 3 時～4 時

会場：第 1 回、第 2 回ともに世田谷区社会福祉協議会内会議室にて実施。

※参加された方に研修受講申込書を配布します。

(2) 選考

① 第一次選考

上記申込書と作文を提出していただき、書類選考を行ないます。

※×切：平成 22 年 3 月 30 日（火）17 時必着（持込み可）

② 第二次選考

書類選考後、面接による選考を実施します。

日時：平成 22 年 4 月 14 日（水）

場所：世田谷区社会福祉協議会内会議室

6. 研修

内容及び日程については、別紙の「区民成年後見人」養成研修日程表を参照ください。

(1) 対象者：第二次選考により選考された方

- (2) 実施期間：平成22年4月～10月（全50時間・延研修日数12日間）
(3) 研修会場：世田谷区社会福祉協議会 3階研修室
(4) 受講料：2,000円（テキストその他資料代として）
※なお、実習にかかわる費用の実費（交通費等）は別途負担していただきます。

7. 登録から活動の開始まで

(1) 登録

研修を修了された方には修了証書を発行し、「区民成年後見支援員」として登録していただきます。

(2) 「区民成年後見支援員」活動の開始

①成年後見人の活動のサポート（*注1）

専門職成年後見人の指導監督のもと、専門職成年後見人が行なう身上監護や財産管理などの後見業務をサポートします。たとえば、被後見人を訪問し、日常生活上のさまざまな要望の聞き取りや生活費の受け渡しなどを行ないます。

②成年後見制度の普及啓発活動

「成年後見制度申立手続き説明会」や社会福祉協議会主催の研修等で、成年後見制度に関する普及啓発を行います。

③サポート活動の報告及び研修会への参加

(3) 「区民成年後見人」活動の開始

世田谷区成年後見支援センターに相談のあった案件の中で、「区民成年後見人」が適任と思われる案件について、「区民成年後見支援員」として実績を積まれた方のなかから、見識と社会貢献への熱意をもち、適任と思われる方を成年後見人候補者として、申し立て時に家庭裁判所に推薦します。

家庭裁判所の審判で、成年後見人として選任された場合に、「区民成年後見人」としての活動が始まります。

なお、後見人候補者となる際には、ご自身の資産及び負債状況等を家庭裁判所に提出することになります。就任時には、傷害保険等に参加していただきます。

(4) 活動場所

世田谷区内及び近郊

(*注1) ①成年後見人の活動のサポートについて

成年後見支援センターに専門職成年後見人から派遣依頼のあった事例をご紹介します。なお、本事業の利用状況により、活動開始が数か月以上先になることがありますので、この点はご了承ください。また、被後見人への支援にかかわる活動に対し、交通費（実費）は支払われます。活動開始にあたっては、傷害保険等に参加していただきます。なお、費用は別途負担していただく場合があります。

「区民後見支援員」がサポートするのは、以下の成年後見人の方々です。

- ・ 職業後見人（弁護士・司法書士・社会福祉士など）
- ・ 法人後見人（社会福祉法人世田谷区社会福祉協議会など）

申込及び問合せ先

住所：〒157-0066 世田谷成城6-3-10 成城6丁目事務所棟3階

名称：世田谷区成年後見支援センター TEL：5429-2212 Fax：5429-2214

世田谷区 区民成年後見人養成課程

区民成年後見人養成研修

12日間・50時間
(演習・実習を含む)

21年度

3月

受講生募集
説明会
受講申込受付

22年度

4月

書類選考・面接・受講生決定

9月

開講 講義

実習

10月

閉講 修了・登録

後見支援員活動継続

23年度

4月

成年後見人就任

区民成年後見人養成研修 日程予定表

講義及び演習 全50時間

延べ研修日数 12日間

月	日	回	科目	内容	講師名	時間 (含む 休憩)
4月	24日	1	成年後見人の役割	成年後見制度の理念と成年後見人としての役割及び業務を事例から学ぶ	弁護士	2.5時間
		2	成年後見人としての身上監護	成年後見人の身上監護、特に区民成年後見人に求められる役割と業務を学ぶ	社会福祉士	2.5時間
5月	15日	3	区民後見人のための法律知識(家族法)	成年後見人の業務上、必要な相続や扶養に関する法律知識を学ぶ	弁護士	2.5時間
		4	知的障害者の理解	知的障害者の理解及び、生活を支えるための各種サービス資源の活用や、ネットワークについて学ぶ	福祉関係者	2.5時間
	29日	5	区民後見人のための法律知識(財産法)	成年後見人の業務上、必要な消費者被害への対応などに関する法律知識を学ぶ	弁護士	2.5時間
		6	精神障害者の理解	精神障害者の理解及び、生活を支えるための各種サービスの活用や、ネットワークについて学ぶ	精神保健福祉士	2.5時間
6月	12日	7	認知症高齢者の理解	認知症高齢者の理解とコミュニケーションを図るために、症状から背景を見極め、適切な対応を学ぶ	行政	2.5時間
		8	世田谷区の福祉制度①	世田谷区の福祉制度と福祉サービスを学ぶ(知的障害、精神障害について)	地域包括支援センター・行政	2.5時間
	26日	9	世田谷区の福祉制度②	身上監護を行うために、必要な高齢者福祉制度・介護保険制度の仕組みと内容を学ぶ	行政	2.5時間
		10	成年後見人のための介護保険活用法	身上監護をおこなうために必要な介護保険活用法(ケアプラン作成等)	地域包括支援センター・行政	2.5時間
7月	10日	11	後見業務① 申立手続きと財産目録の作成	申立の事務及び流れを理解し、財産目録作成の実務や関係機関との調整方法などを学ぶ	弁護士	2.5時間
		12	後見業務② 報告書の作成	財産管理の方法と事務、家庭裁判所への報告書作成の実務を学ぶ	弁護士	2.5時間
	24日	13	<演習> 受任後の後見事務	グループワークにより、研修用事例を通じて、受任後の後見事務、後見計画を検討する。	弁護士	2.5時間
		14	医学一般	高齢者に多い医療の治療法や状態を学ぶ	調整中	2.5時間
8月	7日	15	<演習>コミュニケーション技術	模擬面接等を行い、対人コミュニケーションのスキルアップを図る	調整中	2.5時間
		16	活動のオリエンテーション	区民成年後見支援員及び区民成年後見人の活動の流れ	区職員、所長、社協職員	2.5時間
調整中 8月 日程調整	調整中	17~18	<実習>	後見業務に同行	事例検討委員会委員・社協	2件
9月	調整中	19	<演習> 家庭裁判所の見学	家庭裁判所後見センターの見学と専門職後見人との模擬事例検討会	弁護士、司法書士、弁護士	2.5時間
10月	9日	20	修了式、懇談会			

隔週土曜日 午前10:00~12:30、午後1:30~4:00

※日程等は、余儀なく変更することがあります。

1 事業目的

成年後見制度利用支援事業は、成年後見制度の利用を促進するための体制整備及び事業の実施を支援することにより、判断能力が不十分な認知症高齢者、知的障害者等が自らの財産管理や日常生活を営むことが困難となった場合に、地域で安心して生活を継続できるよう、成年後見制度の積極的な活用を図ることを目的とする。

2 実施主体

本事業の実施主体は、区とする。

ただし、区は、事業の運営を、適切な団体等に委託又は助成して、実施することができるものとする。

3 事業内容

区は、成年後見制度利用支援事業の内容として、次に掲げる事項を行うものとする。

(1) 成年後見制度推進機関の設置及び運営

下記のアからコまでの事業等を実施するため、成年後見制度推進機関（以下「推進機関」という。）を設置・運営する。

ア 成年後見制度利用支援に関する相談

イ 成年後見制度に関する専門法律相談

ウ 成年後見制度の利用手続支援

エ 成年後見人の候補者に関する情報提供

オ 成年後見制度に関わる人材の育成

カ 成年後見人等の支援

キ 地域ネットワークの活用

ク 運営委員会等の設置

ケ 成年後見制度に関する普及・啓発活動

コ その他

(2) 法人による成年後見

(3) その他独自の取組

4 関係機関等との連絡・調整

区及び事業の運営について委託又は助成を受けた団体は、本事業の実施に当たっては、必要に応じ、次に掲げる機関、団体、専門職等と連携・調整を行い、円滑な事業の運営を図る。

(1) 地域包括支援センター、障害者相談支援事業所、区社会福祉協議会、特定非営利活動法人、消費生活センター、医療機関、福祉サービス提供事業者、居宅介護支援事業者等地域の関係機関及びその他関係団体

(2) 弁護士、司法書士、社会福祉士及びその他専門職団体

(3) 保健所及び福祉事務所等都区市町村の関係部署

(4) 民生委員、児童委員

5 その他

この要綱に定めるもののほか、この要綱の実施に関して必要な事項は、地域福祉部長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成17年7月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成18年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

世田谷区成年後見人制度の利用促進に関する要綱

平成19年5月1日

19世地福支第21号

(目的)

第1条 この要綱は、成年後見人を必要とする世田谷区民が自分らしく安心して暮らすことができるようその財産や権利を守るため、成年後見人制度の利用を促進するために設置する「世田谷区区民成年後見人制度」(以下「区民後見人制度」という。)について、必要な事項を定めることを目的とする。

(制度の内容)

第2条 区民後見人制度は、区が養成した者の中から当該区民の成年後見人としてふさわしい者を、成年後見人を必要とする区民の成年後見人の候補者として家庭裁判所に推薦し、当該選任された成年後見人を支援することを内容とする。

(区民成年後見支援員)

第3条 区長は、世田谷区成年後見人養成研修(世田谷区後見人等養成事業実施要綱(17世在サ管第143—1号)に基づき実施する研修をいう。)の修了者を、世田谷区成年後見支援センター(以下「支援センター」という。)に「区民成年後見支援員」として登録させるものとする。

(後見開始の審判申立)

第4条 区長は、老人福祉法(昭和38年法律第133号)第32条、知的障害者福祉法(昭和25年法律第37号)第28条及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123条)第51条の11の2の規定に基づく後見開始の審判の申立て(以下「申立て」という。)を行うに当たっては、区民後見人制度の活用を検討するものとする。

2 区長は、申立てを必要とする案件の中から、区民後見人制度を活用することが相当と思われるものについて、区民後見支援員の中から、成年後見人候補者として家庭裁判所に推薦する。ただし、推薦に当たっては、専門職等(弁護士、司法書士、社会福祉士、法人等)との複数後見人となること又は社会福祉法人世田谷区社会福祉協議会が後見監督人となることを条件とする。

(区民成年後見人)

第5条 前条の規定により区長が推薦した者で家庭裁判所の審判を受けて成年後見人に就任した者は、世田谷区区民成年後見人(以下「区民後見人」という。)と称する。

(支援)

第6条 区長は、支援センターに区民後見人の支援を行わせる。

2 支援センターが支援する区民後見人の活動地域は、世田谷区内のほか、都内及び近隣の区市町村とする。

(遵守事項)

第7条 区民後見人は、次に掲げる事項を遵守しなければならない。

(1) 区民後見人は、成年後見人としての役割等を自覚し、成年後見支援センター等が実施する研修を受講する等、知識の向上に努めること。

(2) 区民後見人として活動するに当たっては、損害賠償保険に加入すること。

(3) 区長の推薦を受けて選任された成年被後見人以外の成年後見人及び任意後見人に就任しないこと。ただし、成年被後見人が親族の場合及び区長が特に認めた場合は、この限りでない。

(登録の取消し)

第8条 区長は、次に掲げる者について、区民後見支援員の登録を取り消すことができる。

(1) 故意又は過失により、支援センター又は成年被後見人に損害を与えた者

(2) 成年後見人として業務を怠った者

(3) 区民後見支援員として業務を怠った者

(4) 前3号に掲げるもののほか、法令又は本要綱等に違反した者

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、この要綱に関し必要な事項は、世田谷区と支援センターが協議して別に定める。

附 則

本要綱は、平成19年5月1日から施行する。

大阪市の取り組み

(市民後見活動の推進の事例②)

市民後見活動を首長申立に限定しないケース

大阪市成年後見支援センター(市社協に委託)

事業概要

(相談、利用支援等の業務)

- ・ 相談・申立支援
成年後見制度に関する専門相談、
手続き方法の説明やアドバイス等。
- ・ 広報・啓発
成年後見制度に関する講演会等の
イベントの開催など
- ・ 関係団体との連携
成年後見制度に関わるさまざまな機
関や団体等と連携し、円滑な業務遂行
につとめる。

(市民後見に関する人材育成等の業務)

- ・ 市民後見に関する人材の育成
個人で成年後見人を受任できる市民後見人を育成
(参考)基礎講習 20H、実務講習45H+実習
- ・ 市民後見人の人材バンクの設置・運営
養成講座の修了者を登録し、市民後見人候補者とし
て確保
- ・ 家庭裁判所からの後見人等の推薦依頼への対応
- ・ 市民後見人が選任された場合に、後見活動に関する
相談などの支援を行う。
※ 市社協は後見監督人に選任されていない(家庭
裁判所との調整を重ねて、センターのバックアップ体制が
充実している状況であれば特に選任する必要はない
との見解を得ている。)
※後見活動は市長申立案件に限定せず。

大阪市成年後見支援センター事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、大阪市成年後見支援センター事業（以下、「事業」という。）の実施について必要な事項を定める。

(目的)

第2条 この事業は、誰もが住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らせる地域づくりをめざすため、認知症、知的障害、精神障害等により判断能力が不十分な人が成年後見制度を的確に利用できるしくみづくりを進めるとともに、地域福祉の視点から、市民が後見業務の新たな担い手として適切に活動できるよう支援し、成年後見制度の一層の利用促進を図ることを目的とする。

(実施方法)

第3条 この事業は、大阪市を実施主体として、地域福祉及び権利擁護等に関する専門知識や実績を有する適切な団体に委託し、実施するものとする。

(事業内容)

第4条 この事業の内容は、次のとおりとする。

(1) 成年後見制度に関する専門相談・申立支援

成年後見制度に関する専門相談を実施するとともに、制度の利用が必要な場合については適切に利用できるよう、手続きの説明や助言等の申立支援を行う。

(2) 成年後見制度に関する広報・啓発

各種メディアを活用した情報発信、講演会等のイベントの開催など、市民等を対象として、成年後見制度に関する幅広い広報・啓発を行う。

(3) 後見人等養成事業

第三者後見人の担い手の裾野を広げ、地域福祉の視点から身近な「市民」という立場で後見活動を行えるよう、一般市民を後見人等（以下、一般市民による第三者後見人を「市民後見人」という。）として養成する講座を実施する。

(4) 市民後見人バンクの設置・運営

前号の養成講座の修了者を登録し、市民後見人候補者として確保するとともに、活動の質の向上を図るため、研修会や交流会等、登録者へのフォローアップを継続的に実施する。

(5) 受任調整

家庭裁判所からの依頼に基づき、前号のバンクの登録者を対象として受任調整を行う。

(6) 市民後見人の後見活動への支援

第5号の受任調整の結果、第4号のバンクの登録者が市民後見人として後見活動を始めるときや活動中に、相談支援や事例検討、現任研修等を行うとともに、定期的に報告を求め、活動内容のチェックや助言などの支援を行う。

(7) 成年後見制度に関わる機関・団体等との連携

成年後見制度や権利擁護、地域福祉に関する他の事業との連携に努め、必要に応じ関係機関、団体等との調整を行う。

(事業の実施体制)

第5条 この事業を受託した団体は、事業の実施に当たり、責任者を定めるとともに、常設の事務局を設置し、事務局を担う常勤スタッフを配置することとする。

2 この事業を受託した団体は、専門相談や市民後見人に対する専門的な支援等が的確に行えるよう、継続的に事業に関わる弁護士、司法書士、社会福祉士等の専門職を確保することとする。

3 この事業を受託した団体は、事業を適切かつ効果的に実施するため、運営委員会を設置し、運営や事業に関する審議を行うこととする。

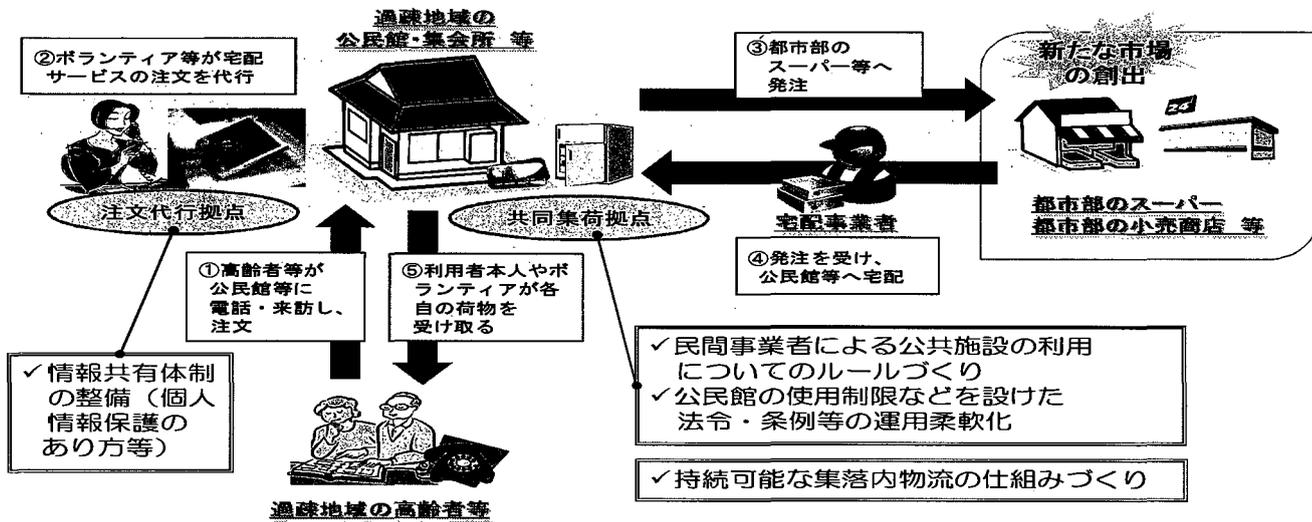
(その他)

第6条 この要綱及び委託契約書に定めるもののほか、この要綱の実施について必要な事項は、別途定める。

附 則 この要綱は、平成19年4月1日から施行する。

■ 以下は経済産業省における取組事例である。

(過疎地域における買い物等支援サービス)



【出典】 経済産業省産業構造審議会産業競争力部会資料 (抜粋)

(参考) 経済産業省「買い物弱者支援マニュアル」

(<http://www.meti.go.jp/press/20101210002/20101210002-2.pdf>)

日常生活圏域ニーズ調査の調査票及び調査項目の考え方

<調査目的>

このニーズ調査は、主に生活機能の面から地域に在住する高齢者の生活状況を把握し、高齢者の生活状態に合った介護(予防)サービスや権利擁護などの各種福祉サービスを提供するために行うものです。

具体的には、調査結果を日常生活圏域ごとにまとめることによって、地域の高齢者の生活状態からみた課題、各サービスニーズを把握し、これを計画に反映していきます。

計画の実行段階では、個別に対応・アプローチするための基礎資料として、本調査の結果(回答内容及び生活機能ごとの評価結果)を有効に活用することができます。

以下は、少しでも多くの高齢者に回答していただくため、質問の趣旨などを簡潔に説明したものです。

<共通的事項>

- ①宛名ラベルは、個人を正確に特定するため、必ず連番を記載してください。
- ②本人が回答・記入していただくのが原則ですが、高齢で本人の記入が難しかったり、本人の判断が困難な場合は、ご家族などが本人に代わって回答していただいて結構です。
- ③対象者には、あまり深く考え過ぎず、主観に基づき回答してもらって下さい。それが適当な回答であるかどうかの判断は、評価する側が行って下さい。
- ④期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらって下さい。
- ⑤習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断(それができない場合は記入者の判断)に基づき回答してもらって下さい。
- ⑥各質問項目の趣旨及び回答方法は次ページ以下のとおりです。各地域の実情に応じて適宜解釈していただいて結構ですが、基本チェックリストの各項目など、質問によっては評価結果に影響しますので、評価の基礎になっている各質問項目の表現は変えないで下さい。
- ⑦追加設問を設けることも可能ですが、個人が特定できる調査のため、個人の考えをたずねるような設問はさける必要があります。

問1 あなたのご家族や生活状況について

番号	質問項目	質問の趣旨及び回答方法
Q1	家族構成をお教えてください	一人暮らしか家族と同居かなど、対象者の家族構成を問う質問です。家族関係も複雑化していますが、この調査では二世帯住宅の場合も実態としては同居に近いということで選択肢を設けています。
Q1-1	(家族などと同居されている方のみ)ご自分を含めて何人で暮らしていますか。また、同居されている方はどなたですか	家族の人数をきくとともに、誰と暮らしているかなどを問う質問です。家族構成で「一人暮らし」と回答していても人数を「2人」と回答する場合がありますので「 <u>ご自分を含めて</u> 」を強調しています。
Q1-2	(家族などと同居されている方のみ)日中、一人になることがありますか	生活支援サービスの対象になりにくい日中独居の高齢者を把握するための質問です。
Q2	あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか	介護の必要性とともに実際に要介護状態にあるかどうかを問う質問です。介護認定を受けていなくても本人は介護が必要と考えているケース、また認定を受けていても介護が必要でないとするケースも明らかになります。
Q2-1	(介護・介助が必要な方のみ)介護・介助が必要になった主な原因はなんですか	介護が必要になった原因を問う質問です。要介護(支援)認定者のこの質問に対する回答によって地域ごとの要介護原因別の認定者数が推計できます。
Q2-2	(介護・介助を受けている方のみ)主にどなたの介護・介助を受けていますか	要介護者の介護者が誰かを問う質問です。
Q2-3	(介護・介助を受けている方のみ)主に介護・介助している方の年齢は、次のどれですか	介護者の年齢を問うことにより、いわゆる老・老介護状態にあるかがわかる質問です。
Q3	年金の種類は次のどれですか	対象者の経済状態と関連する年金の種類を問う質問です。
Q4	現在、収入のある仕事をしていますか	経済状態、社会活動と関連する有償の仕事の有無を問う質問です。
Q5	現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか	経済状態と関連する経済的な生活感を問う質問です。
Q6	お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか	住宅の形態を問う質問です。
Q7	お住まいは、次のどれにあたりますか	住宅の所有形態を問う質問です。高齢者向け賃貸住宅のニーズを把握するための参考になります。
Q8	お住まい(主に生活する部屋)は2階以上にありますか	居室が2階以上にあるかを問うことにより、転倒リスクの有無や外出機会の多寡の参考になります。
Q8-1	(2階以上の方)お住まいにエレベーターは設置されていますか	居室が2階以上にある場合にエレベーターがあるかを問うことにより、転倒リスクの有無や外出機会の多寡の参考になります。

問2 運動・閉じこもりについて

番号	質問項目	質問の趣旨及び回答方法
Q1 ㊦	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを問う質問です。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
Q2 ㊦	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを問う質問です。時々つかまっている程度であれば「はい」とします。
Q3 ㊦	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを問う質問です。屋内、屋外等の場所は問いません。
Q4	5m以上歩けますか	5m以上歩けるかによって、居室の外に移動できるかを問う質問です。閉じこもりに関連して、身体的要因による閉じこもりか、それ以外の要因によるかの判断材料になります。
Q5 ㊦	週に1回以上は外出していますか	閉じこもり状態にあるかを外出頻度によって判断します。頻度が異なる場合は、過去1カ月の状態を平均して下さい。
Q6 ㊦	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の実績が減少傾向にある場合は「はい」となります。
Q7	外出を控えていますか	閉じこもりリスクとして、外出を意識して控えているかを問う質問です。
Q7-1	(外出を控えている方のみ) 外出を控えている理由は、次のどれですか	外出を控えている理由を問う質問です。この質問により対象者がどういう要因で閉じこもりになっているかが具体的に明らかになります。
Q8	買物、散歩で外出する頻度はどのくらいですか	外出機会が比較的多い買物、散歩での外出頻度を問う質問です。
Q9	外出する際の移動手段は何ですか	外出の際の移動手段を問う質問です。

㊦…基本チェックリストの設問(以下同じ)

問3 転倒予防について

番号	質問項目	質問の趣旨及び回答方法
Q1 ㊦㊧	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを問う質問です。
Q2 ㊦	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。
Q3 ㊦	背中が丸くなってきましたか	高齢になって背中が丸くなってきたかを問う質問です。本人の主観や周囲からの指摘の有無などでお答えください。
Q4 ㊦	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	以前との比較で、歩く速度が遅くなってきたかを問う質問です。本人の主観に基づき回答して下さい。
Q5 ㊦	杖を使っていますか	杖の使用の有無について、事実として使っているかを回答して下さい。

㊦…転倒リスク評価の設問(以下同じ)

問4 口腔・栄養について

番号	質問項目	質問の趣旨及び回答方法
Q1 ㊦	6カ月間で2～3kg 以上の体重減少がありましたか	6カ月間で2～3Kg以上の体重減少があったかどうかを問う質問です。6カ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
Q2 ㊦	身長、体重	身長、体重は、整数で記載して下さい。体重は1カ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
Q3 ㊦	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを問う質問です。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
Q4 ㊦	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。
Q5 ㊦	口の渇きが気になりますか	口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。
Q6	歯磨き(人にやってもらう場合も含む)を毎日していますか	口腔機能に関連して、歯磨きを毎日しているかを問う質問です。
Q7	定期的に歯科受診(健診を含む)をしていますか	口腔機能に関連して、定期的に歯科を受診しているかを問う質問です。
Q8	入れ歯を使用していますか	口腔機能に関連して、入れ歯使用の有無を問う質問です。部分入れ歯の場合も「入れ歯」に含めてください。
Q8-1	(入れ歯のある方のみ) 噛み合わせは良いですか	入れ歯がある場合、そのかみ合わせが良いかどうかを問う質問です。
Q8-2	(入れ歯のある方のみ) 毎日入れ歯の手入れをしていますか	入れ歯がある場合、毎日手入れをしているかを問う質問です。

問5 物忘れについて

番号	質問項目	質問の趣旨及び回答方法
Q1 ㊦	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
Q2 ㊦	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを問う質問です。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
Q3 ㊦	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。
Q4 ㊦	5分前のことが思い出せますか	短期記憶に関する質問です。本人の主観に基づき回答して下さい。
Q5 ㊦	その日の活動(食事をする、衣服を選ぶなど)を自分で判断できますか	日常の意思決定を行うための認知能力を問う質問です。「いくら困難であるが、できる」は、新しい事態に直面したときのみ、にいくら困難な場合です。
Q6 ㊦	人に自分の考えをうまく伝えられますか	意思の伝達能力を問う質問です。「いくら困難であるが、できる」は、通常は伝えることができるが、言葉を思い出したり考えをまとめるのが困難な場合です。

㊦…認知機能障害程度評価に準じた設問(以下同じ)

問6 日常生活について

番号	質問項目	質問の趣旨及び回答方法
Q1 ㊸㊸	バスや電車で一人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているか、またできるかどうかを問う質問です。バスや電車のないところではそれに準じた公共交通機関に置き換えて回答して下さい。なお1人で自家用車を運転して外出している(できる)場合も含まれます。
Q2 ㊸㊸	日用品の買物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか、またできるかどうか(例えば、必要な物品を間違いなく購入しているか、できるか)を問う質問です。電話での注文のみの場合は含まれません。
Q3 ㊸	自分で食事の用意をしていますか	普段自分で調理もしくは配膳などの食事の用意をしているか、またできるかを問う質問です。
Q4 ㊸	請求書の支払いをしていますか	普段自分で請求書の支払をしているか、またできるかを問う質問です。
Q5 ㊸㊸	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうか、またできるかどうかを問う質問です。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行なっているか、またできるかどうかです。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は含めません。
Q6 ㊸	食事は自分で食べられますか	食事動作が自分でできるかどうかを問う質問です。道具を使うことを含め、標準的な時間内に食べ終わられれば「できる」とします。
Q7 ㊸	寝床に入るとき、何らかの介助を受けますか	ベッドや寝床に移動できるかを問う質問です。車椅子での移動も含んで一人でできるかについて回答してください。
Q8 ㊸	座っていることができますか	座位の保持が可能かを問う質問です。
Q9 ㊸	自分で洗面や歯磨きができますか	整容(洗面、整髪、歯磨き、髭剃り等)が一人で可能かを問う質問です。
Q10 ㊸	自分でトイレができますか	トイレ動作に関して、一人で可能かを問う質問です。
Q11 ㊸	自分で入浴ができますか	自分で入浴ができるかについての質問です。
Q12 ㊸	50m以上歩けますか	歩行能力について、補装具(車椅子、歩行器を除く)の利用を含めて一人で可能かを問う質問です。
Q13 ㊸	階段を昇り降りできますか	階段の昇り降りに関して、一人で可能かを問う質問です。手すりを使用してもかまいません。
Q14 ㊸	自分で着替えができますか	着替えについて、一人で可能かを問う質問です。
Q15 ㊸	大便の失敗がありますか	大便の失敗(失禁)があるかどうかを問う質問です。
Q16 ㊸	尿もれや尿失禁がありますか	小便の失敗(失禁)があるかどうかを問う質問です。
Q17	家事全般ができていますか	日常の家事全般ができていないかを問う質問です。

㊸…老研式活動能力指標に準じた設問(以下同じ)

㊸…パーセルインデックスに準じた設問(以下同じ)

問7 社会参加について

番号	質問項目	質問の趣旨及び回答方法
Q1 ㊦	年金などの書類(役所や病院などに出す書類)が書けますか	年金などの書類を書けるかを問う質問です。最近では年金に関して提出する書類は少なくなっているため、同様の書類として役所や病院などに出す書類を例示しています。
Q2 ㊦	新聞を読んでいますか	新聞を読んでいるかを問う質問です。
Q3 ㊦	本や雑誌を読んでいますか	本や雑誌を読んでいるかを問う設問です。
Q4 ㊦	健康についての記事や番組に関心がありますか	健康についての記事や番組に関心があるか、本人の主観に基づいて回答して下さい。
Q5 ㊦㊧	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを問う質問です。電話による交流は含みません。また、家族や親戚の家への訪問は含みません。
Q6 ㊦㊧	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを問う質問です。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。
Q7	何かあったときに、家族や友人・知人などに相談をしていますか	何かあったときに本人が家族や友人に相談をしているかどうかを問う質問です。面談せずに電話のみで相談をしている場合も「はい」とします。
Q7-1	(相談している方のみ) 相談相手を教えてください	何かあったときの相談相手が誰かを問う質問です。
Q8 ㊦	病人を見舞うことができますか	病人を見舞うことができるかを問う質問です。できるかどうかはこれまでの経験などから、本人の主観に基づいて回答して下さい。
Q9 ㊦	若い人に自分から話しかけることがありますか	若い人に自分から話しかけることがあるかを問う質問です。
Q10	趣味はありますか	趣味があるかを問う設問です。「趣味」かどうかは本人の主観に基づいて回答して下さい。
Q11	生きがいがありますか	生きがいがあるかを問う設問です。「生きがい」かどうかは本人の主観に基づいて回答して下さい。
Q12	地域活動等に参加していますか	具体的にどういった地域活動に参加しているかを問う質問です。

問8 健康について

番号	質問項目	質問の趣旨及び回答方法
Q1	普段、ご自分で健康だと思えますか	主観的な健康感を問う質問です。実際には病気で通院していても、本人がとても健康だと思えば「とても健康」と回答してください。
Q2	現在治療中、または後遺症のある病気はありますか	治療中または後遺症のある病気を問う設問です。
Q3 ⑤	現在、医師の処方した薬を何種類飲んでありますか	医師の処方した薬を何種類飲んでいるかを問う設問です。転倒リスクや低栄養に関連する多剤服用の有無を確認するための質問です。
Q4	現在、病院・医院(診療所、クリニック)に通院していますか	現在の通院状況を問う質問です。
Q4-1	(通院している方のみ) その頻度は次のどれですか	通院の頻度を問う質問です。
Q4-2	(通院している方のみ) 通院に介助が必要ですか	通院の際に介助が必要かを問う質問です。
Q5	以下の在宅サービスを利用していますか	現在利用している在宅サービスを問う質問です。
Q6	お酒は飲みますか	飲酒習慣について、どの程度の頻度で飲酒するかを問う質問です。「ほぼ毎日」かは、おおむね週5日以上かどうかを目安に回答してください。
Q7	タバコは吸っていますか	タバコについて、どの程度の頻度で吸うかを問う質問です。「ほぼ毎日」かは、おおむね週5日以上かどうかを目安に回答してください。
Q8 ⑤	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づいて回答して下さい。
Q9 ⑤	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	
Q10 ⑤	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが、今ではおっくうに感じられる	
Q11 ⑤	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	
Q12 ⑤	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	

(宛名ラベル)

★日常生活圏域ニーズ調査★

【調査票】

調査票記入後は、3つ折りにし同封の返信用封筒に入れて、〇月〇〇日(△)までに投函してください。

記入日	平成 年 月 日
調査票を記入されたのはどなたですか。○をつけてください。	
1. あて名のご本人が記入	
2. ご家族が記入 (あて名のご本人からみた続柄 _____)	
3. その他	

※以下はあて名のご本人の情報を記入してください。

電話番号	—
年齢・性別	() 歳 男・女
生年月日	大正・昭和 年 月 日

〇〇市介護保険課

〇〇係

質問の該当する答えの番号に○をつけ、数字記入欄は数字を記入してください。

問1 あなたのご家族や生活状況について

Q1. 家族構成をお教えてください

1. 一人暮らし 2. 家族などと同居（二世帯住宅を含む） 3. その他（施設入居など）
 ⇒ Q2△ ⇒ Q1-1、2△ ⇒ Q2△

（家族などと同居されている方のみ）

Q1-1. ご自分を含めて何人で暮らしていますか。また、同居されている方はどなたですか（いくつでも）

人

1. 配偶者(夫・妻) 2. 息子 3. 娘 4. 子の配偶者 5. 孫 6. 兄弟・姉妹 7. その他

Q1-2. (家族などと同居されている方のみ) 日中、一人になることがありますか

1. よくある 2. たまにある 3. ない

Q2. あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか

1. 介護・介助は必要ない ⇒ Q3△
 2. 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない ⇒ Q2-1△
 3. 現在、何らかの介護を受けている（介護認定を受けずに家族などの介護を受けている場合も含む）
 ⇒ Q2-1～3△

Q2-1. (介護・介助が必要な方のみ) 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか（いくつでも）

1. 脳卒中（脳出血・脳梗塞等） 2. 心臓病 3. がん（悪性新生物）
 4. 呼吸器の病気(肺気腫・肺炎等) 5. 関節の病気(リウマチ等) 6. 認知症(アルツハイマー病等)
 7. パーキンソン病 8. 糖尿病 9. 視覚・聴覚障害 10. 骨折・転倒 11. 脊椎損傷
 12. 高齢による衰弱 13. その他（ ） 14. 不明

Q2-2. (介護・介助を受けている方のみ) 主にどなたの介護・介助を受けていますか

1. 配偶者(夫・妻) 2. 息子 3. 娘 4. 子の配偶者 5. 孫 6. 兄弟・姉妹
 7. 介護サービスのヘルパー 8. その他（ ）

Q2-3. (介護・介助を受けている方のみ) 主に介護・介助している方の年齢は、次のどれですか

1. 65歳未満 2. 65～74歳 3. 75～84歳 4. 85歳以上

Q3. 年金の種類は次のどれですか

1. 国民年金 2. 厚生年金（企業年金あり） 3. 厚生年金（企業年金なし）
 4. 共済年金 5. 無年金 6. その他

Q4. 現在、収入のある仕事をしていますか

1. はい 2. いいえ

Q5. 現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか

1. 苦しい 2. やや苦しい 3. ややゆとりがある 4. ゆとりがある

Q6. お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか

1. 一戸建て 2. 集合住宅

Q7. お住まいは、次のどれにあたりますか

1. 持家 2. 民間賃貸住宅 3. 公営賃貸住宅(市・県営、都市機構、公社等) 4. 借間 5. その他

Q8. お住まい(主に生活する部屋)は2階以上にありますか

1. はい 2. いいえ
 ⇒ Q8-1△ ⇒ 問2△

Q8-1. (2階以上の方)お住まいにエレベーターは設置されていますか

1. はい 2. いいえ

問2 運動・閉じこもりについて		
Q1. 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	1. はい	2. いいえ
Q2. 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	1. はい	2. いいえ
Q3. 15分位続けて歩いていますか	1. はい	2. いいえ
Q4. 5m以上歩けますか	1. はい	2. いいえ
Q5. 週に1回以上は外出していますか	1. はい	2. いいえ
Q6. 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	2. いいえ
Q7. 外出を控えていますか	1. はい	2. いいえ ⇒ Q7-1△ ⇒ Q8△
Q7-1. (外出を控えている方のみ) 外出を控えている理由は、次のどれですか (いくつでも)		
1. 病気 2. 障害(脳卒中の後遺症など) 3. 足腰などの痛み 4. トイレの心配(失禁など)		
5. 耳の障害(聞こえの問題など) 6. 目の障害 7. 外での楽しみがない		
8. 経済的に出られない 9. その他()		
Q8. 買物、散歩で外出する頻度はどのくらいですか (それぞれ1つ)		
A. 買物…1. ほぼ毎日 2. 週4,5日 3. 週2,3日 4. 週1日 5. 週1日未満		
B. 散歩…1. ほぼ毎日 2. 週4,5日 3. 週2,3日 4. 週1日 5. 週1日未満		
Q9. 外出する際の移動手段は何ですか (いくつでも)		
1. 徒歩 2. 自転車 3. バイク 4. 自動車(自分で運転) 5. 自動車(人に乗せてもらう)		
6. 電車 7. 路線バス 8. 病院や施設のバス 9. 車いす 10. 電動車いす(カート)		
11. 歩行器・シルバーカー 12. タクシー 13. その他()		

問3 転倒予防について		
Q1. この1年間に転んだことがありますか	1. はい	2. いいえ
Q2. 転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	2. いいえ
Q3. 背中が丸くなってきましたか	1. はい	2. いいえ
Q4. 以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	1. はい	2. いいえ
Q5. 杖を使っていますか	1. はい	2. いいえ

問4 口腔・栄養について

Q1. 6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	2. いいえ
Q2. 身長 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg		
Q3. 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	2. いいえ
Q4. お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	2. いいえ
Q5. 口の渇きが気になりますか	1. はい	2. いいえ
Q6. 歯磨き（人にやってもらう場合も含む）を毎日していますか	1. はい	2. いいえ
Q7. 定期的に歯科受診（健診を含む）をしていますか	1. はい	2. いいえ
Q8. 入れ歯を使用していますか	1. はい ⇒ Q8-1, 2へ	2. いいえ ⇒ 問5へ
Q8-1. （入れ歯のある方のみ）噛み合わせは良いですか	1. はい	2. いいえ
Q8-2. （入れ歯のある方のみ）毎日入れ歯の手入れをしていますか	1. はい	2. いいえ

問5 物忘れについて

Q1. 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると 言われますか	1. はい	2. いいえ
Q2. 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	1. はい	2. いいえ
Q3. 今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	2. いいえ
Q4. 5分前のことが思い出せますか	1. はい	2. いいえ
Q5. その日の活動（食事をする、衣服を選ぶなど）を自分で判断できますか 1. 困難なくできる 2. いくらか困難であるが、できる 3. 判断するときに、他人からの合図や見守りが必要 4. ほとんど判断できない		
Q6. 人に自分の考えをうまく伝えられますか 1. 伝えられる 2. いくらか困難であるが、伝えられる 3. あまり伝えられない 4. ほとんど伝えられない		

問6 日常生活について

Q1. バスや電車で一人で外出していますか（自家用車でも可）	1. できるし、している	2. できるけどしていない	3. できない
Q2. 日用品の買物をしていますか	1. できるし、している	2. できるけどしていない	3. できない
Q3. 自分で食事の用意をしていますか	1. できるし、している	2. できるけどしていない	3. できない
Q4. 請求書の支払いをしていますか	1. できるし、している	2. できるけどしていない	3. できない
Q5. 預貯金の出し入れをしていますか	1. できるし、している	2. できるけどしていない	3. できない
Q6. 食事は自分で食べられますか	1. できる	2. 一部介助（おかずを切ってもらうなど）があればできる	3. できない
Q7. 寝床に入るとき、何らかの介助を受けますか	1. 受けない	2. 一部介助があればできる	3. 全面的な介助が必要
Q8. 座っていることができますか	1. できる	2. 支えが必要	3. できない
Q9. 自分で洗面や歯磨きができますか	1. できる	2. 一部介助があればできる	3. できない
Q10. 自分でトイレができますか	1. できる	2. 一部介助（他人に支えてもらう）があればできる	3. できない
Q11. 自分で入浴ができますか	1. できる	2. 一部介助（他人に支えてもらう）があればできる	3. できない
Q12. 50m以上歩けますか	1. できる	2. 一部介助（他人に支えてもらう）があればできる	3. できない
Q13. 階段を昇り降りできますか	1. できる	2. 介助があればできる	3. できない
Q14. 自分で着替えができますか	1. できる	2. 介助があればできる	3. できない
Q15. 大便の失敗がありますか	1. ない	2. ときどきある	3. よくある
Q16. 尿もれや尿失禁がありますか	1. ない	2. ときどきある	3. よくある
Q17. 家事全般ができていますか	1. できている	2. できていない	

問7 社会参加について

Q1. 年金などの書類（役所や病院などに出す書類）が書けますか	1. はい	2. いいえ
Q2. 新聞を読んでいますか	1. はい	2. いいえ
Q3. 本や雑誌を読んでいますか	1. はい	2. いいえ
Q4. 健康についての記事や番組に関心がありますか	1. はい	2. いいえ
Q5. 友人の家を訪ねていますか	1. はい	2. いいえ
Q6. 家族や友人の相談にのっていますか	1. はい	2. いいえ
Q7. 何かあったときに、家族や友人・知人などに相談をしていますか	1. はい ⇒ Q7-1へ	2. いいえ ⇒ Q8へ
Q7-1. (相談している方のみ) 相談相手を教えてください (いくつでも) 1. 配偶者(夫・妻) 2. 息子 3. 娘 4. 子の配偶者 5. 兄弟・姉妹 6. 友人・知人 7. 医師・歯科医師・看護師 8. 民生委員 9. 自治会・町内会 10. 老人クラブ 11. 社会福祉協議会 12. 地域包括支援センター 13. ケアマネジャー 14. 役所・役場 15. その他 ()		
Q8. 病人を見舞うことができますか	1. はい	2. いいえ
Q9. 若い人に自分から話しかけることがありますか	1. はい	2. いいえ
Q10. 趣味はありますか	1. はい	2. いいえ
Q11. 生きがいはありますか	1. はい	2. いいえ
Q12. 地域活動等に参加していますか (いくつでも) 1. 祭り・行事 2. 自治会・町内会 3. サークル・自主グループ (住民グループ) 4. 老人クラブ 5. ボランティア活動 6. その他 () 7. 参加していない		

問8 健康について

Q1. 普段、ご自分で健康だと思いますか

1. とても健康 2. まあまあ健康 3. あまり健康でない 4. 健康でない

Q2. 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか (いくつでも)

1. 高血圧 2. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 3. 心臓病 4. 糖尿病 5. 高脂血症(脂質異常)
6. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気
9. 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等) 10. 外傷(転倒・骨折等) 11. がん(新生物)
12. 血液・免疫の病気 13. うつ病 14. 認知症(アルツハイマー病等) 15. パーキンソン病
16. 目の病気 17. 耳の病気 18. その他() 19. ない

Q3. 現在、医師の処方した薬を何種類飲んでいますか

1. 1種類 2. 2種類 3. 3種類 4. 4種類 5. 5種類以上 6. 飲んでいない

Q4. 現在、病院・医院(診療所、クリニック)に通院していますか 1. はい 2. いいえ
⇒ Q4-1, 2へ ⇒ Q5へ

Q4-1. (通院している方のみ) その頻度は次のどれですか。

1. 週1回以上 2. 月2~3回 3. 月1回程度 4. 2ヶ月に1回程度 5. 3ヶ月に1回程度

Q4-2. (通院している方のみ) 通院に介助が必要ですか 1. はい 2. いいえ

Q5. 以下の在宅サービスを利用していますか (いくつでも)

1. 訪問診療(医師の訪問) 2. 訪問介護 3. 夜間対応型訪問介護 4. 訪問入浴介護
5. 訪問看護 6. 訪問リハビリテーション 7. 通所介護(デイサービス)
8. 認知症対応型通所介護 9. 通所リハビリテーション(デイケア)
10. 小規模多機能型居宅介護 11. 短期入所(ショートステイ)
12. 医師や薬剤師などによる療養上の指導(居宅療養管理指導) 13. その他()

Q6. お酒は飲みますか

1. ほぼ毎日飲む 2. 時々飲む 3. ほとんど飲まない 4. もともと飲まない

Q7. タバコは吸っていますか

1. ほぼ毎日吸っている 2. 時々吸っている 3. 吸っていたがやめた 4. もともと吸っていない

Q8. (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない 1. はい 2. いいえ

Q9. (ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった 1. はい 2. いいえ

Q10. (ここ2週間) 以前は楽にできていたことが、今ではおっくうに感じられる 1. はい 2. いいえ

Q11. (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない 1. はい 2. いいえ

Q12. (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする 1. はい 2. いいえ

ご協力ありがとうございました。

記入もれがないか、今一度お確かめください。

記入した調査票を切り離すことなく、送付されたもの全て(表紙も含みます)を3つ折りにして同封した返信用封筒に切手を貼らずに投函してください。

参考資料2

<参考：各サービスニーズ試算例>

・高齢者数(第1号被保険者数)

単位：人

一般高齢者 二次予防対象者	要介護(要支援)認定者				高齢者数 (1号被保険者)
	要支援	要介護1・2	要介護3～5	小計	
16,000	800	1,600	1,600	4,000	20,000

・認定者利用サービス分類別内訳

認定者	要支援	要介護1・2	要介護3～5	小計
施設・居住系	-	150	750	900
居宅・未利用者	800	1,450	850	3,100

※高齢者数2万人の保険者を想定。

○ 介護サービス(軽度認定者)

- 介護サービスのニーズ推計では、前提として認定者数の推計が必要となるが、ニーズ調査の結果から、現状で生活機能が高いと考えられる認定者や機能が低下している一般高齢者・二次予防対象者がわかるため、こうした高齢者の状態を確認し、今後の認定者数推計に反映できる。
- また、ニーズ調査の対象となる認定者は、在宅の認定者が主となるが、在宅の認定者の中には介護の必要性が高い認定者がおり、特に一人暮らしや介護者が高齢の場合には、施設入所が適当と考えられる高齢者もいる(施設・居住系サービス利用待機者と想定)。そこで、こうした高齢者の生活状況を確認し、今後の施設入所者数等の推計に反映することができる。
- 在宅の介護保険サービスのニーズについては、認定者の介護が必要になった原因(調査結果)から原因(タイプ)別の認定者数の推計値が算出可能で、これにそれぞれのタイプ別の各サービス利用率を乗じることによって、この調査結果からの各サービスニーズの一応の推計値が算出可能となる。これと実際の事業実績によるサービス利用状況を比較し、計画期間中の各サービスの必要量・供給量を決定する際の参考にすることができる。
- 認知症対応型サービスについては、要介護の原因として「認知症」と回答した場合だけでなく認知機能の障害程度区分の結果なども参考にすることができる。

①認定者数

OADLの高い認定者(ADL得点100点)

区分	ニーズ調査結果	改善可能な認定者
要支援	16.4%	131人
要介護1・2	8.2%	131人

※ニーズ調査結果は全国(以下同じ。)

OADLが低い一般高齢者・二次予防対象者(ADL得点60点以下)

区分	ニーズ調査結果	認定者相当
一般・二次予防	1.1%	169人

状態確認

状態確認

<ワークシート>

	被保険者	要介護(要支援)			要介護1	
		計	要支援1	要支援2		
平成24年度	第1号被保険者	5,057	779	48	76	19
	65～69歳	1,612	29	1	3	
	70～74歳	1,391	70	7	9	2
	75～79歳	902	138	18	17	3
	80～84歳	586	204	10	26	6
	85歳以上	566	338	12	21	6
	第2号被保険者	10,542	19	-	-	
	総数	15,599	788	48	76	20
	第1号被保険者	5,308	681	34	39	12

○ 介護予防事業(地域支援事業)

- 介護予防事業(地域支援事業)については、今回の調査によって二次予防事業対象者選定のための評価項目ごとに二次予防対象者の割合が算出可能で、これに認定を受けていない高齢者数を乗じることによって、事業の対象者数が算出できる。
- 各教室などへの参加率をこれまでの実績等を勘案して設定し、それぞれの対象者数にこの参加率を乗じることにより計画期間中のサービス見込み量とすることができる。

①二次予防事業対象者出現率(ニーズ調査結果)

単位: %

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

②二次予防事業対象者数推計

単位: 人

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

※この推計は、保険者全体で試算しているが、実際には圏域単位で行うことが望ましい。

③各プログラムニーズ推計

参加希望率 20.0%(想定)

単位: 人

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

○ 生活支援サービス

(1) 権利擁護(見守り)

- 今回の調査結果から、高齢者の世帯構成割合がわかっているため(実績数値がある場合は実績を使用)、これに全体の高齢者数を乗じることによって世帯類型別の高齢者数の推計値が算出可能で、この推計値にそれぞれの世帯類型別の認知症リスク者の割合(ニーズ調査結果)を乗じることにより、権利擁護や見守りの対象者数が算出可能となる。
- これまでの事業実績などにより、それぞれの世帯類型別の利用率などを設定し、それぞれの事業やサービス計画等に反映することが可能となる。

①世帯構成(ニーズ調査結果)

単位: %

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

②世帯類型別高齢者数推計

単位: 人

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

③認知症リスク者割合(ニーズ調査結果)

単位: %

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

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

④権利擁護(見守り)の対象となりうる高齢者数

単位: 人

一人暮らし	配偶者と二人暮らし	配偶者以外と二人暮らし	その他	計
83	173	85	820	1,161

(2) 配食サービス

- 今回の調査結果から、高齢者の世帯類型別に「自分で食事の用意」ができない高齢者の割合が把握可能なため、世帯類型別の高齢者数にその割合を乗じることにより、配食サービスの対象となる高齢者数が算出できる。
- これまでのサービスの利用実績などにより、それぞれの世帯類型別に配食サービスの利用率を設定し、計画期間中の配食サービスの見込み量に反映させることが可能となる。

① 食事の用意ができない者の割合(ニーズ調査結果)

一人暮らし	配偶者と二人暮らし	配偶者以外と二人暮らし	単位: %
6.5	12.0	13.7	

※サービス対象者の所得要件などがある場合は、生活支援ソフトでその条件を加えてその割合を求める。

② 配食サービスの対象となりうる高齢者数 単位: 人

一人暮らし	配偶者と二人暮らし	配偶者以外と二人暮らし	計
183	626	201	1,010

③ 配食サービス利用者数推計 単位: 人

項目	一人暮らし	配偶者と二人暮らし	配偶者以外と二人暮らし	計
希望率(想定)	50%	10%	10%	—
利用者数	92	63	20	175

(3) 家事援助サービス

- 今回の調査結果から、高齢者の世帯類型別に「日用品の買物」ができない高齢者の割合が把握可能なため、世帯類型別の高齢者数にそれぞれの割合を乗じることにより、買物代行などの家事援助サービスの対象となる高齢者数が算出可能となる。
- これまでのサービスの利用実績などにより、それぞれの世帯類型別にサービス利用率を設定し、計画期間中の家事援助サービスの見込み量に反映させることができる。

① 日用品の買物ができない者の割合(ニーズ調査結果)

一人暮らし	配偶者と二人暮らし	配偶者以外と二人暮らし	単位: %
9.8	6.9	14.7	

② 家事援助サービスの対象となりうる高齢者 単位: 人

一人暮らし	配偶者と二人暮らし	配偶者以外と二人暮らし	計
275	361	214	850

③ 家事援助サービス利用者数推計 単位: 人

項目	一人暮らし	配偶者と二人暮らし	配偶者以外と二人暮らし	計
希望率(想定)	50%	10%	10%	—
利用者数	138	36	21	195

(4) 緊急通報サービス

- 今回の調査結果から、高齢者の世帯類型別に緊急通報サービスのニーズを推計すると、ひとり暮らしの高齢者は特にサービス提供の必要性が高いため全員を対象者とし、一方二人暮らし世帯の高齢者は、日常生活の大部分に介助が必要な高齢者（ADL得点で40点以下）をサービス対象と想定できる。
- それぞれにサービス利用希望率を設定し、緊急通報サービスの見込み量に反映させることができる。

① 緊急通報サービスが必要な者の割合（ニーズ調査結果）

一人暮らし	配偶者と二人暮らし	配偶者以外と二人暮らし	単位：%
100.0	1.3	2.0	

※一人暮らし以外についてはADL得点で40点以下の者の割合

② 緊急通報サービスの対象となりうる高齢者

一人暮らし	配偶者と二人暮らし	配偶者以外と二人暮らし	計	単位：人
2,798	70	30	2,898	

③ 緊急通報サービス利用者数推計

項目	一人暮らし	配偶者と二人暮らし	配偶者以外と二人暮らし	計	単位：人
希望率(想定)	10%	5%	2%	—	
利用者数	280	4	1	285	

(5) 移送サービス

- 移送サービスについては、日常生活で大部分介助が必要な高齢者で、自力では公共交通機関の利用が困難な高齢者がサービス利用の対象者として想定できる。
- 具体的には、認定状況別にADL得点が40点以下の者の割合を求め、さらにそのうちで公共交通機関を利用していない者の割合を求め、サービスの対象者とする。
- それぞれの対象者数に、過去の実績等から想定される一定の利用希望率を設定し、サービス利用者数に反映させることが可能となる。

① 大部分介助(ADL40点以下)の割合（ニーズ調査結果）

二次予防	要支援	要介護	単位：%
0.8	1.4	24.3	

② うち公共交通機関などで外出しない割合（ニーズ調査結果）

二次予防	要支援	要介護	単位：%
83.8	58.6	88.7	

※外出手段として、徒歩、自転車、バイク、自動車(自分で運転)、電車、路線バス、タクシーのいずれもあげなかった者の割合

③ 移送サービス対象者数

二次予防	要支援	要介護	計	単位：人
41	7	495	543	

④ 移送サービス利用者数推計

項目	二次予防	要支援	要介護	計	単位：人
希望率(想定)	5%	10%	20%	—	
利用者数	2	1	99	102	

(6) 紙おむつ支給サービス

- 今回の調査結果から、高齢者の認定状況別に紙おむつ支給サービスのニーズを推計すると、小便の失敗がよくある者をサービス対象者と想定し、ニーズ調査結果からそれぞれの認定状況別に該当する者の割合を求め、サービス対象者数を算出できる。
- それぞれに過去の実績等から想定されるサービス利用希望率を設定し、全体のサービス利用者数の一応の推計が可能となる。

①小便の失敗がよくある者の割合(ニーズ調査結果)

二次予防	要支援	要介護	単位: %
2.4	6.7	24.0	

②紙おむつ支給サービス対象者数 単位:人

二次予防	要支援	要介護	計
143	53	551	747

③紙おむつ支給サービス利用者数推計 単位:人

項目	二次予防	要支援	要介護	計
希望率(想定)	10%	20%	30%	—
利用者数	14	11	165	190

○ 高齢者向け賃貸住宅

- 今回の調査結果から、高齢者の世帯類型別の借家率がわかっているため、世帯類型別の高齢者数にそれぞれの借家率を乗じることにより、賃貸住宅が必要な高齢者数が算出できる。
- 周辺地域を含むこれまでの供給・入居実績などにより、それぞれの世帯類型別に高齢者向け賃貸住宅の利用率を設定し、計画期間中の高齢者向け賃貸住宅の必要・供給量に反映させることが可能。

①借家率(ニーズ調査結果) 単位: %

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

※借家には借間を含む。

②高齢者賃貸住宅が必要な高齢者数 単位:人

一人暮らし	配偶者と二人暮らし	計
469	296	765

③必要高齢者専用賃貸住宅戸数 単位:戸

項目	一人暮らし	配偶者と二人暮らし	計
希望率(想定)	10%	5%	—
利用戸数	47	7	54

(参考) 計画策定業務にかかる生活支援ソフトの活用例 (イメージ)

1 介護保険サービス

(1) 認定者数の推計

介護サービスのニーズ推計では、前提として認定者数の推計が必要となるが、ニーズ調査の結果から、現状で明らかに生活機能が高いと考えられる認定者や逆に機能がかなり低下していると考えられる二次予防事業対象者がわかる。

そこで、こうした者を生活支援ソフトで抽出し、可能な限りその生活実態を把握することで、今後の認定者数推計に反映することが可能となる。具体的には、自立に近い認定者の数と、逆に要支援・介護状態に近い一般高齢者・二次予防事業対象者数を比較しながら、将来的な認定率を調整することで、より実態に近い認定者数推計が可能となると考えられる。

生活支援ソフトでの該当者の抽出例は、以下のとおり。

①生活支援ソフトのメニューで「表示項目設定」をクリックして選択する。

The screenshot shows a software menu with the following items: 表示項目設定 (circled in red), 帳票出力, 印刷設定, SEO値底, 経年履歴. There are also arrows labeled 'メデータ' and '娘データ' pointing to the right.

SEQ	個人CD	調査日	地区CD	地区名称	生年月日	性別	年齢	郵便番号	住所1	住所2	カナ氏名	漢字氏名	要介護区分	所得区分	特別KEY	電話1
4	1	0000000001	H22/07/13	1	神宮前	T12/08/23	女	86	XXX-XXXX	情報市大橋三-10-1	XXXX シズ	XX シズエ	要支援1	第1段階	365	XX-XX
5	2	0000000004	H22/06/30	1	神宮前	T14/01/20	女	85	XXX-XXXX	情報市大橋三-10-3	XXXX ヨシ	XX ヨシエ	要支援2	第2段階	205	XX-XX
6	3	0000000006	H22/07/06	1	神宮前	T14/12/06	女	84	XXX-XXXX	情報市大橋二-10-5	XXXX サコ	XX サコ	要支援1	第5段階	568	XXXX
7	4	0000000008	H22/07/07	1	神宮前	T08/01/17	男	83	XXX-XXXX	情報市大橋二-4-36	XXXX ケズオ	XX 泰生	要支援1	第6段階	541	XXXX
8	5	0000000009	H22/07/06	1	神宮前	T12/02/11	女	87	XXX-XXXX	情報市大橋二-8-6	XXXX ヨシ	XX ヨシ子	要支援1	第2段階	251	XXXX
9	6	0000000011	H22/07/01	1	神宮前	S14/11/28	女	70	XXX-XXXX	情報市大橋二-13-2	XXXX 321	XX 洋子	要支援2	特別第4段	89	XX-XX
10	7	0000000014	H22/07/06	1	神宮前	S14/07/08	女	71	XXX-XXXX	情報市大橋二-4-34	XXXX 321	XX スガコ	要支援2	第2段階	375	XXXX
11	8	0000000016	H22/07/26	1	神宮前	S06/04/01	女	79	XXX-XXXX	情報市大橋二-8-8	XXXX 321	XX 孝子	要支援2	第6段階	139	XXXX
12	9	0000000017	H22/07/15	1	神宮前	T11/11/28	女	87	XXX-XXXX	情報市大橋二-7-12	XXXX 321	XX 子鶴	要支援1	第1段階	683	XX-XX
13	10	0000000018	H22/07/01	1	神宮前	S17/03/14	女	68	XXX-XXXX	情報市東大橋五-1-1	XXXX トヨ	XX トヨ	要支援1	第1段階	109	XX-XX
14	11	0000000020	H22/07/03	1	神宮前	T04/05/10	女	85	XXX-XXXX	情報市東大橋三-10-1	XXXX マツ	XX マツエ	要支援1	特別第4段	224	XXXX
15	12	0000000023	H22/07/01	1	神宮前	S07/03/30	女	78	XXX-XXXX	情報市東大橋六-7-1	XXXX テル	XX テル子	要支援1	第1段階	455	XXXX
16	13	0000000025	H22/07/01	1	神宮前	S06/01/04	女	79	XXX-XXXX	情報市東大橋五-1-1	XXXX ルイ	XX ルイザ	要支援2	第1段階	263	XX-XX
17	14	0000000026	H22/07/27	1	神宮前	T14/08/26	男	84	XXX-XXXX	情報市東大橋三-7-1	XXXX 321	XX 福雄	要支援2	第3段階	320	XX-XX
18	15	0000000029	H22/07/07	1	神宮前	S09/06/20	女	76	XXX-XXXX	情報市東大橋二-13-1	XXXX アツ	XX 信子	要支援2	第3段階	62	XX-XX
19	16	0000000031	H22/07/26	1	神宮前	S11/01/10	女	74	XXX-XXXX	情報市宮市町11-5	XXXX アツ	XX 文子	要支援1	特別第4段	321	XXXX
20	17	0000000033	H22/07/05	1	神宮前	S05/03/01	女	80	XXX-XXXX	情報市宮市町5-24	XXXX アツ	XX 昭子	要支援1	第5段階	286	XXXX
21	18	0000000034	H22/07/06	1	神宮前	T12/03/28	女	87	XXX-XXXX	情報市宮市町9-8	XXXX シゲ	XX シゲ子	要支援1	第2段階	203	XXXX
22	19	0000000036	H22/07/01	1	神宮前	S11/06/24	女	74	XXX-XXXX	情報市宮市町10-11	XXXX カズ	XX 和代	要支援2	第1段階	172	XX-XX
23	20	0000000038	H22/07/06	1	神宮前	T09/11/07	女	88	XXX-XXXX	情報市宮市町9-13	XXXX ケズ	XX 保子	要支援2	第2段階	503	XX-XX
24	21	0000000041	H22/06/30	1	神宮前	S14/02/03	女	71	XXX-XXXX	情報市大橋三-5-30	XXXX トシ	XX トシ子	要支援2	第2段階	629	XX-XX
25	22	0000000043	H22/07/13	1	神宮前	T13/01/05	女	86	XXX-XXXX	情報市南大橋二-11-1	XXXX 321	XX 美代子	要支援1	特別第4段	92	XXXX
26	23	0000000045	H22/06/30	1	神宮前	S04/08/08	女	80	XXX-XXXX	情報市中央三-3-11	XXXX ケズ	XX 鈴子	要支援1	第2段階	175	XXXX
27	24	0000000046	H22/07/06	1	神宮前	S07/02/20	女	79	XXX-XXXX	情報市中央三-4-32	XXXX ケズ	XX 貞子	要支援1	第2段階	653	XXXX
28	25	0000000047	H22/07/06	1	神宮前	T14/03/06	女	85	XXX-XXXX	情報市中央三-5-6	XXXX ケズ	XX アヤ子	要支援1	第1段階	357	XXXX
29	26	0000000049	H22/07/06	1	神宮前	T07/10/16	男	81	XXX-XXXX	情報市中央三-4-32	XXXX ケズ	XX 三次	要支援2	第3段階	604	XXXX
30	27	0000000050	H22/07/01	1	神宮前	T14/01/11	女	85	XXX-XXXX	情報市大橋三-14-1	XXXX ケズ	XX 幸	要支援1	第2段階	29	XXXX

④ ADL得点が100点の認定者が表示されるので、メニューの**SEQ振直**をクリックすると、一覧表の左端のSEQ欄の数字が連番にカウントし直され、該当者数がわかる。

SEQ	個人CD	地区名称	性別	年齢	住所1	漢字氏名	要介護区分	所得区分	電話番号	ADL得点	ADL判定
1	000000041	神宮前	女	71	情報市大橋	トシ子	要支援2	第6段階	XX-XXXX	100	0
2	000000050	神宮前	女	85	情報市大橋	幸	要支援1	第2段階	XXXX-XX-	100	0
3	000000057	神宮前	女	70	情報市行幸	秋子	要支援2	特例第4段	XXXX-XX-	100	0
4	000000096	神宮前	男	68	情報市西宮	豊	要支援1	第5段階	XXXX-XX-	100	0
5	000000141	神宮前	男	84	情報市南大	史朗	要支援1	第5段階	XXXX-XX-	100	0
6	000000142	神宮前	男	67	情報市南大	洋	要支援1	第6段階	XXXX-XX-	100	0
7	000000151	神宮前	女	87	情報市門橋	キヨ	要支援2	第2段階	XXXX-XX-	100	0
8	000000153	神宮前	女	93	情報市神田	和	要支援1	第2段階	XX-XXXX	100	0
9	000000167	神宮前	女	70	情報市南大	キヨ子	要支援1	第2段階	XX-XXXX	100	0
10	000000177	神宮前	男	74	情報市中央	鶴夫	要支援1	第5段階	XX-XXXX	100	0
11	000000179	神宮前	男	76	情報市南大	昌義	要支援1	第5段階	XXXX-XXXX	100	0
12	000000182	神宮前	女	84	情報市南大	ユキエ	要支援1	第2段階	XXXX-XX-	100	0
13	000000213	神宮前	男	83	情報市大橋	忠信	要支援1	第3段階	XX-XXXX	100	0
14	000000236	神宮前	女	73	情報市大橋	節子	要支援1	特例第4段	XXXX-XX-	100	0
15	000000252	神宮前	女	80	情報市大橋	ヒサ子	要支援1	特例第4段	XXXX-XX-	100	0
16	000000269	神宮前	男	87	情報市大橋	義明	要支援1	第3段階	XXXX-XX-	100	0
17	000000272	神宮前	女	84	情報市大橋	薫子	要支援1	第1段階	XXXX-XX-	100	0
18	000000313	神宮前	女	82	情報市大橋	千恵子	要支援1	特例第4段	XX-XXXX	100	0
19	000000342	神宮前	女	81	情報市大橋	良子	要支援1	特例第4段	XX-XXXX	100	0
20	000000381	神宮前	女	83	情報市大橋	シズ子	要支援2	第2段階	XXXX-XX-	100	0
21	000000389	神宮前	女	79	情報市大橋	ヨウ子	要支援1	特例第4段	XXXX-XX-	100	0
22	000000391	神宮前	女	82	情報市大橋	スエ	要支援1	第5段階	XXXX-XX-	100	0
23	000000399	神宮前	女	69	情報市大橋	アツ子	要支援1	特例第4段	XX-XXXX	100	0
24	000000400	神宮前	女	92	情報市大橋	マユ	要支援1	特例第4段	XX-XXXX	100	0
25	000000402	神宮前	女	85	情報市大橋	輝子	要支援1	特例第4段	XXXX-XX-	100	0
26	000000435	神宮前	男	83	情報市南大	昭和	要支援1	第6段階	XX-XXXX	100	0
27	000000475	神宮前	男	87	情報市南大	秋夫	要支援2	第3段階	XXXX-XX-	100	0
28	000000482	神宮前	女	86	情報市南大	三枝	要支援1	第2段階	XX-XXXX	100	0
29	000000498	神宮前	女	77	情報市西宮	ヒロ子	要支援2	第5段階	XXXX-XX-	100	0
30	000000535	神宮前	女	65	情報市大橋	マユ子	要支援1	第5段階	XXXX-XX-	100	0
31	000000543	神宮前	女	81	情報市大橋	信子	要支援2	特例第4段	XXXX-XX-	100	0
32	000000575	神宮前	女	75	情報市大橋	百合子	要支援1	第2段階	XX-XXXX	100	0
33	000000586	神宮前	女	87	情報市大橋	マユ子	要支援1	特例第4段	XXXX-XX-	100	0
34	000000656	神宮前	女	79	情報市大橋	ミチ子	要支援1	第2段階	XX-XXXX	100	0
35	000000666	神宮前	女	77	情報市大橋	ミチ子	要支援2	特例第4段	XX-XXXX	100	0
36	000000673	神宮前	男	91	情報市大橋	真理	要支援1	第6段階	XXXX-XX-	100	0
37	000000704	神宮前	女	70	情報市大橋	薫子	要支援2	第3段階	XX-XXXX	100	0
38	000000720	神宮前	女	77	情報市大橋	アキ子	要支援1	第3段階	XXXX-XX-	100	0
39	000000721	神宮前	男	86	情報市大橋	正	要支援1	第6段階	XX-XXXX	100	0

⑤メニューで **帳票出力** (↑上図参照) をクリックして選択すると、以下のようなメッセージが出るので、そのまま **OK** をクリック。

出力選択 ✕

帳票名：

表示中のデータを出力
 マウスで選択したデータのみ出力
 グラフ表示あり

(2) 介護の必要性の高い在宅の高齢者の生活実態の把握

日常生活で大部分介助が必要と考えられる高齢者で、一人暮らしまたは介護者が高齢（例えば 75 歳以上）の高齢者について、生活支援ソフトを活用した該当者の抽出例は、以下のとおり。

- ①生活支援ソフトのメニューで表示項目設定をクリックし、必要な基本情報（地区、性別、年齢、住所、漢字氏名、要介護区分など）、回答（問1-Q1、Q2-3）、得点・評価（ADL得点、ADL判定不能者）の各項目をクリックして選択する。

表示項目設定

表示したい項目をマウスで選び、OKボタンを押してください。（最大254項目）

基本情報	回答	得点・評価
調査日	Q1-1. <家族などと同居されている方のみ> 二次	二次予防:運動器判定不能者
地区CD	Q1-1. また、同居されている方はどなたですか(二次予防:栄養改善判定不能者
地区名称	Q1-1. また、同居されている方はどなたですか(二次予防:口腔機能判定不能者
生年月日	Q1-1. また、同居されている方はどなたですか(二次予防:閉じこもり予防判定不能者
性別	Q1-1. また、同居されている方はどなたですか(二次予防:認知症予防判定不能者
年齢	Q1-1. また、同居されている方はどなたですか(二次予防:うつ予防判定不能者
郵便番号	Q1-1. また、同居されている方はどなたですか(転倒リスク判定
住所1	Q1-1. また、同居されている方はどなたですか(認知機能判定
住所2	Q1-2. <家族など同居されている方のみ> 日中	老研指標:IADL判定
力ナ氏名	Q2-1. あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介	老研指標:知的能動性判定
漢字氏名	Q2-1. <介護・介助が必要な方のみ> 介護・介	老研指標:社会的役割判定
要介護区分	Q2-1. <介護・介助が必要な方のみ> 介護・介	老研指標:総合判定
所待区分	Q2-1. <介護・介助が必要な方のみ> 介護・介	転倒リスク点数
特別KEY	Q2-1. <介護・介助が必要な方のみ> 介護・介	ADL得点
電話番号	Q2-1. <介護・介助が必要な方のみ> 介護・介	老研指標:IADL得点
地区2CD	Q2-1. <介護・介助が必要な方のみ> 介護・介	老研指標:知的能動性得点
地区区分	Q2-1. <介護・介助が必要な方のみ> 介護・介	老研指標:社会的役割得点
予備2CD	Q2-1. <介護・介助が必要な方のみ> 介護・介	老研指標:総合得点
予備3CD	Q2-1. <介護・介助が必要な方のみ> 介護・介	老研指標:総合判定不能者
	Q2-1. <介護・介助が必要な方のみ> 介護・介	認知機能判定不能者
	Q2-1. <介護・介助が必要な方のみ> 介護・介	ADL判定不能者
	Q2-1. <介護・介助が必要な方のみ> 介護・介	老研指標:IADL判定不能者
	Q2-1. <介護・介助が必要な方のみ> 介護・介	老研指標:知的能動性判定不能者
	Q2-1. <介護・介助が必要な方のみ> 介護・介	老研指標:社会的役割判定不能者
	Q2-1. <介護・介助が必要な方のみ> 介護・介	老研指標:総合判定不能者
	Q2-2. <介護・介助を受けている方のみ> 主にと	個人基本得点
	Q2-2. <介護・介助を受けている方のみ> 主にと	個人老研指標
	Q3. 年金の種類は次のどれですか	団体基本得点
	Q4. 現在、収入のある仕事をしてますか	団体老研指標

全て表示 OK キャンセル

②データが表示されたら、同様にフィルター機能で、要介護区分は「空白以外」(認定者)を
 家族構成は「一人暮らし」を、ADL判定不能者は「0」(有効回答のあった者)を、またADL得
 点はオートフィルターで「40」以下を指定する。

The screenshot shows a software window titled "平成22年度版" (Heisei 22 Edition). It displays a table with columns for SEQ, 個人CD, 地区名称, 性別, 年齢, 住所1, 漢字氏名, 要介護区分, 所得区分, 電話番号, Q1 (Family composition), Q2-Q3 (ADL), and ADL判定不能者. A pop-up dialog box is open, showing a search criteria window with "ADL得点" set to "40" and "ADL判定不能者" set to "0".

SEQ	個人CD	地区名称	性別	年齢	住所1	漢字氏名	要介護区分	所得区分	電話番号	Q1. 家族構成をお教えください	ADL得点	ADL判定不能者
1	0000000001	国城1	女	86	情報市大橋	シズ	要支援1	第1段階	XX-XXXX	一人暮らし	80	0
5	0000000004	国城1	女	85	情報市大橋	ヨシコ	要支援2	第2段階	XX-XXXX	一人暮らし	75	0
6	0000000006	国城2	女	64	情報市大橋	定子	要支援1	第3段階	XXXX-XX	一人暮らし	65	0
7	0000000009	国城3	男	93	情報市大橋	孝生	要支援1	第2段階	XXXX-XX	一人暮らし	90	0
8	0000000009	国城3	女	87	情報市大橋	ヨシ子	要支援1	第2段階	XXXX-XX	一人暮らし	75	0
9	0000000011	国城2	女	70	情報市大橋	洋子	要支援2	特例第4段	XX-XXXX	一人暮らし	75	0
10	0000000014	国城3	女	71	情報市大橋	スガコ	要支援2	第2段階	XXXX-XX	一人暮らし	80	0
11	0000000016	国城1	女	79	情報市大橋	幸子	要支援2	第3段階	XX-XXXX	一人暮らし	55	0
12	0000000017	国城2	女	87	情報市大橋	千鶴	要支援1	第2段階	XX-XXXX	一人暮らし	65	0
13	0000000018	国城3	女	68	情報市大橋	トヨコ	要支援1	第1段階	XX-XXXX	一人暮らし	95	0
14	0000000020	国城3	女	85	情報市大橋	マツコ	要支援1	特例第4段	XXXX-XX	一人暮らし	90	0
16	0000000025	国城3	女	79	情報市大橋	ルイ	要支援2	第1段階	XX-XXXX	一人暮らし	70	0
17	0000000026	国城3	男	84	情報市大橋	福雄	要支援2	第3段階	XX-XXXX	一人暮らし	85	0
18	0000000029	国城2	女	76	情報市大橋	信子	要支援2	第3段階	XX-XXXX	一人暮らし	90	0
19	0000000031	国城3	女	74	情報市宮市	文子	要支援1	特例第4段	XXXX-XX	一人暮らし	85	0
20	0000000031	国城1	女	80	情報市宮市	昭子	要支援1	第5段階	XXXX-XX	一人暮らし	90	0
21	0000000034	国城2	女	87	情報市宮市	シズ	要支援1	第5段階	XXXX-XX	一人暮らし	85	0
22	0000000036	国城3	女	74	情報市宮市	和代	要支援2	第1段階	XX-XXXX	一人暮らし	65	0
23	0000000038	国城3	女	89	情報市宮市	保子	要支援2	第2段階	XX-XXXX	一人暮らし	75	0
24	0000000041	国城2	女	71	情報市大橋	トシ子	要支援2	第5段階	XX-XXXX	一人暮らし	100	0
25	0000000043	国城3	女	86	情報市南大	美代	要支援1	特例第4段	XXXX-XX	一人暮らし	85	0
27	0000000046	国城2	女	78	情報市中央	貞子	要支援1	第2段階	XXXX-XX	一人暮らし	90	0
28	0000000047	国城3	女	85	情報市中央	アヤ子	要支援1	第2段階	XXXX-XX	一人暮らし	75	0
29	0000000049	国城1	男	81	情報市中央	三子	要支援2	第3段階	XXXX-XX	一人暮らし	80	0
30	0000000050	国城2	女	85	情報市大橋	幸子	要支援1	第3段階	XXXX-XX	一人暮らし	100	0
31	0000000051	国城3	女	90	情報市大橋	フミ	要支援1	第3段階	XXXX-XX	一人暮らし	80	0
32	0000000052	国城3	女	75	情報市大橋	幸子	要支援1	第2段階	XX-XXXX	一人暮らし	80	0
35	0000000056	神宮前	男	89	情報市行事	賢祐	要支援1	第5段階	XXXX-XX	一人暮らし	85	0
37	0000000058	神宮前	男	81	情報市行事	勝徳	要支援1	第3段階	XXXX-XX	一人暮らし	75	0
40	0000000064	神宮前	女	88	情報市行事	フミ子	要支援1	特例第4段	XXXX-XX	一人暮らし	85	0

④ADL得点が40点以下の認定者が表示されるので、メニューの「SEQ振直」をクリックすると、一覧表の左端のSEQ欄の数字が連番にカウントし直され、該当者数がわかる。2人暮らしで、介護者が75歳以上の認定者についても同様に抽出する。

The screenshot shows the same software window, but with the "SEQ振直" menu option highlighted in the top navigation bar. The table below shows the data after the reset operation, with the SEQ column now containing sequential numbers starting from 23.

SEQ	個人CD	地区名称	性別	年齢	住所1	漢字氏名	要介護区分	所得区分	電話番号	Q1. 家族構成をお教えください	ADL得点	ADL判定不能者		
23	0000000039	国城3	女	88	情報市宮市	保子	要支援2	第2段階	XX-XXXX	一人暮らし	4	65歳未満	25	0
82	0000000120	神宮前	女	90	情報市門崎	キヨ	要支援2	第2段階	XX-XXXX	一人暮らし	4	65~74歳	40	0
102	0000000152	神宮前	女	87	情報市門崎	久子	要支援2	特例第4段	XXXX-XX	一人暮らし	0		35	0
144	0000000211	神宮前	女	85	情報市南大	クミ子	要支援2	特例第4段	XXXX-XX	一人暮らし	3	65歳未満	25	0
145	0000000212	神宮前	女	92	情報市南大	フミ子	要支援2	第2段階	XXXX-XX	一人暮らし	2	65~74歳	40	0
203	0000000285	神宮前	男	85	情報市大宇	カシ	要支援2	第6段階	XXXX-XX	一人暮らし	2	75~84歳	25	0
213	0000000308	神宮前	女	97	情報市大宇	文子	要支援1	特例第4段	XXXX-XX	一人暮らし	3	65~74歳	30	0
264	0000000378	神宮前	女	84	情報市大宇	和恵	要支援2	特例第4段	XXXX-XX	一人暮らし	2	65歳未満	30	0
284	0000000424	神宮前	男	70	情報市大宇	隆夫	要支援2	特例第4段	XXXX-XX	一人暮らし	2	65~74歳	30	0
373	0000000530	神宮前	男	89	情報市南大	真次	要支援2	第5段階	XXXX-XX	一人暮らし	3		0	0
432	0000000613	神宮前	女	85	情報市大宇	ユキエ	要支援1	特例第4段	XXXX-XX	一人暮らし	3	65歳未満	35	0
460	0000000652	神宮前	男	89	情報市大宇	マスコ	要支援1	第6段階	XXXX-XX	一人暮らし	0	75~84歳	40	0
464	0000000657	神宮前	男	85	情報市大宇	文生	要支援2	第5段階	XXXX-XX	一人暮らし	4		35	0
466	0000000663	神宮前	男	90	情報市大宇	ハチロ	要支援2	第5段階	XXXX-XX	一人暮らし	2	65歳未満	30	0
485	0000000691	神宮前	女	88	情報市大宇	タイ	要支援2	第2段階	XXXX-XX	一人暮らし	2	65歳未満	40	0
538	0000000780	神宮前	男	76	情報市行事	政信	要支援2	第3段階	XXXX-XX	一人暮らし	2	65~74歳	25	0
540	0000000782	神宮前	女	77	情報市行事	保子	要支援1	特例第4段	XXXX-XX	一人暮らし	2	75~84歳	20	0
560	0000000806	神宮前	女	78	情報市行事	繁子	要支援2	特例第4段	XXXX-XX	一人暮らし	2	65歳未満	35	0
898	0000001243	神宮前	女	88	情報市南大	マツ子	要支援1	特例第4段	XXXX-XX	一人暮らし	0	65~74歳	40	0
220	0000002881	神宮前	男	76	情報市大宇	カオル	要支援2	第2段階	XXXX-XX	一人暮らし	0	65~74歳	30	0

②データが表示されたら、フィルターオプションで、要介護区分は「要支援1」または「要支援2」、問1-Q2-1脳卒中（脳出血・脳梗塞等）は「○」を選択する。

Microsoft Excel - 要介護者名簿(TAB1-01)

項目選択中

- 平成22年度版 -

表示項目設定 | 検索出力 | フィルター | **SEQ振直** | 経年履歴

SEQ	個人CD	地区名称	性別	年齢	住所1	漢字氏名	要介護区分	電話番号	Q2-1. (介護・介助が必要な方のみ) 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか(脳出血・脳梗塞等)	Q2-1. (介護・介助が必要な方のみ) 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか(心臓病)	Q2-1. (介護・介助が必要な方のみ) 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか(がん(悪性新生物))	Q2-1. (介護・介助が必要な方のみ) 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか(呼吸器の病気(肺炎・肺炎等))	Q2-1. (介護・介助が必要な方のみ) 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか(関節の病気(リウマチ等))	Q2-1. (介護・介助が必要な方のみ) 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか(認知症(アルツハイマー病等))	Q2-1. (介護・介助が必要な方のみ) 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか(パーキンソン病)	Q2-1. (介護・介助が必要な方のみ) 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか(糖尿病)
4	1	0000000001	神宮前	女	86	情報市大橋	要支援1	XX-XXXX	○							
5	2	0000000004	神宮前	女	85	情報市大橋	要支援2	XX-XXXX								
6	3	0000000009	神宮前	女	84	情報市大橋	要支援1	0000-XX-XXXX								
7	4	0000000008	神宮前	男	93	情報市大橋	要支援1	0000-XX-XXXX								
8	5	0000000009	神宮前	女	87	情報市大橋	要支援1	0000-XX-XXXX								
9	6	0000000011	神宮前	女	70	情報市大橋	要支援2	0000-XXXX								
10	7	0000000014	神宮前	女	71	情報市大橋	要支援2	0000-XX-XXXX								
11	8	0000000016	神宮前	女	79	情報市大橋	要支援2	00-XXXX								
12	9	0000000017	神宮前	女	87	情報市大橋	要支援1	00-XXXX								
13	10	0000000019	神宮前	女	68	情報市東大	要支援1	00-XXXX								
14	11	0000000020	神宮前	女	95	情報市東大	要支援1	0000-XX-XXXX								
15	12	0000000023	神宮前	女	78	情報市東大	要支援1	0000-XX-XXXX								
16	13	0000000025	神宮前	女	79	情報市東大	要支援2	00-XXXX								
17	14	0000000026	神宮前	男	84	情報市東大	要支援2	00-XXXX								
18	15	0000000029	神宮前	女	76	情報市東大	要支援2	00-XXXX								
19	16	0000000031	神宮前	女	74	情報市宮市	要支援1	0000-XX-XXXX								
20	17	0000000033	神宮前	女	80	情報市宮市	要支援1	0000-XX-XXXX								
21	18	0000000034	神宮前	女	87	情報市宮市	要支援1	0000-XX-XXXX								
22	19	0000000038	神宮前	女	74	情報市宮市	要支援2	00-XXXX								
23	20	0000000039	神宮前	女	89	情報市宮市	要支援1	00-XXXX								
24	21	0000000041	神宮前	女	71	情報市大橋	要支援2	00-XXXX								
25	22	0000000043	神宮前	女	86	情報市南大	要支援1	0000-XX-XXXX								
26	23	0000000045	神宮前	女	80	情報市中央	要支援1	0000-XX-XXXX								
27	24	0000000046	神宮前	女	78	情報市中央	要支援1	0000-XX-XXXX								
28	25	0000000047	神宮前	女	85	情報市中央	要支援1	0000-XX-XXXX								
29	26	0000000049	神宮前	男	91	情報市中央	要支援2	0000-XX-XXXX								
30	27	0000000050	神宮前	女	85	情報市大橋	要支援1	0000-XX-XXXX								

コマンド

NUM

③脳卒中が主な介護原因と回答した対象者の一覧が表示されるので、メニューの「SEQ振直」をクリックして該当者数を確認する。同様に他の介護原因についても確認する。要介護区分で「要介護」を選択すれば要介護者が原因別に抽出ができる。

Microsoft Excel - 要介護者名簿(TAB1-01)

項目選択中

- 平成22年度版 -

表示項目設定 | 検索出力 | フィルター | **SEQ振直** | 経年履歴

SEQ	個人CD	地区名称	性別	年齢	住所1	漢字氏名	要介護区分	電話番号	Q2-1. (介護・介助が必要な方のみ) 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか(脳出血・脳梗塞等)	Q2-1. (介護・介助が必要な方のみ) 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか(心臓病)	Q2-1. (介護・介助が必要な方のみ) 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか(がん(悪性新生物))	Q2-1. (介護・介助が必要な方のみ) 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか(呼吸器の病気(肺炎・肺炎等))	Q2-1. (介護・介助が必要な方のみ) 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか(関節の病気(リウマチ等))	Q2-1. (介護・介助が必要な方のみ) 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか(認知症(アルツハイマー病等))	Q2-1. (介護・介助が必要な方のみ) 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか(パーキンソン病)	Q2-1. (介護・介助が必要な方のみ) 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか(糖尿病)
8	1	0000000011	神宮前	女	70	情報市大橋	要支援2	XX-XXXX								
11	2	0000000014	神宮前	女	71	情報市大橋	要支援2	0000-XX-XXXX								
22	3	0000000039	神宮前	女	89	情報市宮市	要支援2	00-XXXX								
34	4	0000000050	神宮前	女	85	情報市大橋	要支援1	0000-XX-XXXX								
37	5	0000000058	神宮前	男	81	情報市行幸	要支援1	0000-XX-XXXX								
41	6	0000000078	神宮前	女	81	情報市西宮	要支援1	00-XXXX								
63	7	0000000094	神宮前	女	73	情報市西宮	要支援2	0000-XXXX								
71	8	0000000107	神宮前	女	79	情報市大橋	要支援1	0000-XX-XXXX								
77	9	0000000113	神宮前	女	66	情報市大橋	要支援2	0000-XX-XXXX								
81	10	0000000118	神宮前	男	84	情報市門橋	要支援1	00-XXXX								
86	11	0000000135	神宮前	男	77	情報市南大	要支援2	0000-XX-XXXX								
111	12	0000000170	神宮前	女	74	情報市南大	要支援1	00-XXXX								
113	13	0000000172	神宮前	女	85	情報市南大	要支援1	0000-XX-XXXX								
123	14	0000000186	神宮前	男	79	情報市南大	要支援2	0000-XX-XXXX								
131	15	0000000189	神宮前	女	82	情報市門橋	要支援1	00-XXXX								
141	16	0000000206	神宮前	女	83	情報市中央	要支援2	0000-XX-XXXX								
143	17	0000000219	神宮前	女	76	情報市北野	要支援2	0000-XX-XXXX								
151	18	0000000228	神宮前	女	76	情報市大宇	要支援2	00-XXXX								
161	19	0000000233	神宮前	男	66	情報市大宇	要支援2	00-XXXX								

③該当者の一覧表が表示されたら、メニューのSEQ振直をクリックして該当者数及び該当者を確認する。

Microsoft Excel 平成22年度版 STAFF 2010

100% 閉じる

L17 4レベル

項目選択中

-平成22年度版-

前ページ 後ページ

SEQ	個人CD	地区名称	性別	年齢	住所1	漢字氏名	要介護区分	Q1-1. 家族構成をお教えください	Q1-1. (家族など同居されている方のみ)ご自分を含めて何人で暮らしていますか	Q1-1. また、同居されている方はどなたですか(配偶者(夫・妻))	認知機能判定
23	1	0000000026	神宮前	男	84	情報市栗大	×× 福雄	要支援2	一人暮らし		4レベル
23	2	0000000038	神宮前	女	89	情報市宮市	×× 保子	要支援2	一人暮らし		3レベル
24	3	0000000041	神宮前	女	71	情報市大橋	×× トシ子	要支援2	一人暮らし		4レベル
29	4	0000000498	神宮前	男	91	情報市中央	×× 三次	要支援2	一人暮らし		3レベル
3	5	0000000051	神宮前	女	90	情報市大橋	×× フミ	要支援1	一人暮らし		3レベル
40	6	0000000064	神宮前	女	88	情報市行善	×× フミ子	要支援1	一人暮らし		3レベル
47	7	0000000075	神宮前	女	85	情報市西宮	×× サトエ	要支援1	一人暮らし		3レベル
59	8	0000000080	神宮前	女	78	情報市西宮	×× ミツ子	要支援1	一人暮らし		3レベル
6	9	0000000082	神宮前	女	79	情報市西宮	×× イツ	要支援1	一人暮らし		4レベル
72	10	0000000106	神宮前	女	89	情報市大橋	×× ステコ	要支援1	一人暮らし		3レベル
75	11	0000000112	神宮前	女	87	情報市大橋	×× 照子	要支援2	一人暮らし		3レベル
84	12	0000000124	神宮前	女	79	情報市中央	×× 芳子	要支援2	一人暮らし		3レベル
112	13	0000000152	神宮前	女	87	情報市大橋	×× 久子	要支援2	一人暮らし		3レベル
113	14	0000000167	神宮前	女	70	情報市南大	×× キヨ子	要支援1	一人暮らし		3レベル
110	15	0000000177	神宮前	男	74	情報市中央	×× 親夫	要支援1	一人暮らし		4レベル
115	16	0000000194	神宮前	女	86	情報市中央	×× サチヨ	要支援2	一人暮らし		3レベル
119	17	0000000210	神宮前	女	91	情報市南大	×× ハル子	要支援2	一人暮らし		4レベル
114	18	0000000211	神宮前	女	85	情報市南大	×× クミ子	要支援2	一人暮らし		4レベル
115	19	0000000212	神宮前	女	92	情報市南大	×× フミエ	要支援2	一人暮らし		3レベル
112	20	0000000222	神宮前	男	85	情報市大字	×× 清	要支援2	一人暮らし		3レベル
115	21	0000000236	神宮前	女	83	情報市大字	×× ハツミ	要支援1	一人暮らし		4レベル
114	22	0000000260	神宮前	男	79	情報市大字	×× 亨	要支援1	一人暮らし		3レベル
118	23	0000000265	神宮前	女	80	情報市大字	×× 穂子	要支援1	一人暮らし		3レベル
118	24	0000000280	神宮前	男	83	情報市大字	×× 薫	要支援1	一人暮らし		4レベル
213	25	0000000308	神宮前	女	97	情報市大字	×× 文子	要支援1	一人暮らし		4レベル
211	26	0000000320	神宮前	男	81	情報市大字	×× 守貴	要支援2	一人暮らし		3レベル
216	27	0000000325	神宮前	女	78	情報市大字	×× サチヨ	要支援1	一人暮らし		4レベル
219	28	0000000328	神宮前	女	73	情報市大字	×× 香代子	要支援1	一人暮らし		3レベル
216	29	0000000343	神宮前	女	79	情報市大字	×× 静枝	要支援1	一人暮らし		4レベル
218	30	0000000360	神宮前	女	71	情報市大字	×× シツ子	要支援1	一人暮らし		3レベル
215	31	0000000369	神宮前	男	83	情報市大字	×× 勇夫	要支援1	一人暮らし		3レベル
217	32	0000000372	神宮前	女	76	情報市大字	×× 幸二	要支援1	一人暮らし		4レベル

フルタイムモード

④配偶者と二人暮らしについても、同様に抽出する。

Microsoft Excel 平成22年度版 STAFF 2010

100% 閉じる

L17 4レベル

項目選択中

-平成22年度版-

前ページ 後ページ

SEQ	個人CD	地区名称	性別	年齢	住所1	漢字氏名	要介護区分	電話番号	Q1-1. (家族など同居されている方のみ)ご自分を含めて何人で暮らしていますか	Q1-1. また、同居されている方はどなたですか(配偶者(夫・妻))	認知機能判定
28	4	0000000049	神宮前	男	91	情報市中央	×× 三次	要支援2	配偶者と同居		3レベル
40	6	0000000064	神宮前	女	88	情報市行善	×× フミ子	要支援1	配偶者と同居		3レベル
72	10	0000000106	神宮前	女	89	情報市大橋	×× ステコ	要支援1	配偶者と同居		3レベル
84	12	0000000124	神宮前	女	79	情報市中央	×× 芳子	要支援2	配偶者と同居		3レベル
145	19	0000000212	神宮前	女	92	情報市南大	×× フミエ	要支援2	配偶者と同居		3レベル
152	20	0000000222	神宮前	男	85	情報市大字	×× 清	要支援2	配偶者と同居		3レベル
189	24	0000000280	神宮前	男	83	情報市大字	×× 薫	要支援1	配偶者と同居		4レベル
221	26	0000000320	神宮前	男	81	情報市大字	×× 守貴	要支援2	配偶者と同居		3レベル
248	30	0000000360	神宮前	女	71	情報市大字	×× シツ子	要支援1	配偶者と同居		3レベル
272	34	0000000393	神宮前	女	84	情報市大字	×× 穂子	要支援2	配偶者と同居		3レベル
278	36	0000000401	神宮前	男	93	情報市大字	×× 忠彦	要支援1	配偶者と同居		3レベル
284	37	0000000407	神宮前	男	77	情報市大字	×× 大祐	要支援2	配偶者と同居		3レベル
284	39	0000000424	神宮前	男	70	情報市大字	×× 隆夫	要支援2	配偶者と同居		4レベル
307	41	0000000438	神宮前	女	82	情報市西宮	×× 昌子	要支援2	配偶者と同居		3レベル
318	44	0000000453	神宮前	女	79	情報市中央	×× カツ子	要支援2	配偶者と同居		5レベル
349	49	0000000495	神宮前	女	85	情報市西宮	×× 孝三	要支援2	配偶者と同居		4レベル
376	56	0000000533	神宮前	女	81	情報市大字	×× シハ子	要支援2	配偶者と同居		3レベル
399	59	0000000585	神宮前	女	77	情報市大字	×× 富士子	要支援1	配偶者と同居		4レベル
488	69	0000000683	神宮前	男	90	情報市大字	×× ハチロ	要支援2	配偶者と同居		4レベル
486	71	0000000692	神宮前	女	84	情報市大字	×× トヲ	要支援2	配偶者と同居		3レベル
517	75	0000000736	神宮前	男	81	情報市大字	×× 裕俊	要支援2	配偶者と同居		3レベル
539	77	0000000780	神宮前	男	76	情報市行善	×× 政信	要支援2	配偶者と同居		5レベル
547	80	0000000789	神宮前	女	85	情報市行善	×× 房江	要支援2	配偶者と同居		3レベル
550	81	0000000792	神宮前	男	81	情報市行善	×× イフオ	要支援1	配偶者と同居		3レベル
580	84	0000000806	神宮前	女	78	情報市行善	×× 繁子	要支援2	配偶者と同居		4レベル
602	88	0000000872	神宮前	男	78	情報市宮市	×× 邦輔	要支援2	配偶者と同居		3レベル
707	91	0000000897	神宮前	男	80	情報市大字	×× シズマサ	要支援2	配偶者と同居		3レベル
820	86	00000001144	神宮前	男	82	情報市行善	×× 義彦	要支援2	配偶者と同居		5レベル
824	103	00000001272	神宮前	男	72	情報市西宮	×× 肇	要支援2	配偶者と同居		3レベル
1184	114	00000001607	神宮前	女	76	情報市大字	×× 光子	要支援2	配偶者と同居		3レベル
1280	116	00000001771	神宮前	男	88	情報市大字	×× 篤康	要支援2	配偶者と同居		3レベル
1281	117	00000001772	神宮前	女	75	情報市大字	×× 西香	要支援2	配偶者と同居		3レベル

フルタイムモード

(2) 配食サービス

表示項目設定で、必要な基本情報のほか、回答欄の問1-Q1、Q1-1、Q1-2、問6-Q3を選択し、同様にそれぞれの世帯類型ごとに自分で食事の用意ができない者を抽出してサービス利用の実績や必要性を確認する。

Microsoft Excel - 平成22年度版 -

項目選択中

- 平成22年度版 -

表示項目設定	帳票出力	フィルター	SEO補償	経年履歴	問データ	答データ					
SEQ	個人CD	地区名称	性別	年齢	住所1	漢字氏名	要介護区分	Q1. 家族構成をお教えください	Q1-1. 家族など同居されている方のご自身を含めて何人で暮らしていますか	Q1-1. また、同居されている方はどなたですか(配偶者(夫・妻))	Q3. 自分で食事の用意をしていますか
4	1	000000001	神宮前	女	86	情報市大橋	×シズエ	要支援1	一人暮らし		できない
6	2	000000008	神宮前	女	84	情報市大橋	×定子	要支援1	二人暮らし		できない
8	3	000000009	神宮前	女	87	情報市大橋	×ヨシ子	要支援1	二人暮らし		できない
9	4	000000011	神宮前	女	70	情報市大橋	×洋子	要支援2	一人暮らし		できない
11	5	000000016	神宮前	女	79	情報市大橋	×孝子	要支援2	一人暮らし		できない
13	6	000000019	神宮前	女	68	情報市東大	×トヨコ	要支援1	一人暮らし		できない
16	7	000000025	神宮前	女	79	情報市東大	×ルイゾ	要支援2	一人暮らし		できない
17	8	000000028	神宮前	男	84	情報市東大	×福雄	要支援2	一人暮らし	○	できない
22	9	000000036	神宮前	女	74	情報市宮市	×和代	要支援2	一人暮らし		できない
23	10	000000038	神宮前	女	89	情報市宮市	×保子	要支援2	一人暮らし		できない
24	11	000000041	神宮前	女	71	情報市大橋	×トシ子	要支援2	一人暮らし		できない
25	12	000000043	神宮前	女	86	情報市南大	×美代子	要支援1	一人暮らし		できない
27	13	000000046	神宮前	女	78	情報市中央	×貞子	要支援1	一人暮らし	○	できない
31	14	000000051	神宮前	女	80	情報市大橋	×フミ	要支援1	一人暮らし		できない
37	15	000000058	神宮前	男	81	情報市行幸	×勝徳	要支援1	一人暮らし		できない
38	16	000000061	神宮前	女	66	情報市行幸	×淳子	要支援2	一人暮らし		できない
42	17	000000067	神宮前	女	70	情報市行幸	×秋子	要支援2	一人暮らし	○	できない
43	18	000000068	神宮前	女	84	情報市行幸	×多香子	要支援2	一人暮らし		できない
44	19	000000070	神宮前	男	86	情報市行幸	×善去	要支援2	一人暮らし	○	できない
45	20	000000071	神宮前	女	81	情報市行幸	×善恵	要支援2	一人暮らし		できない
46	21	000000073	神宮前	女	87	情報市行幸	×クニカ	要支援2	一人暮らし		できない
47	22	000000075	神宮前	女	85	情報市西宮	×サトエ	要支援1	一人暮らし		できない
49	23	000000078	神宮前	女	81	情報市西宮	×薫子	要支援1	一人暮らし		できない
50	24	000000079	神宮前	女	73	情報市西宮	×ヒロコ	要支援2	一人暮らし	○	できない
58	25	000000080	神宮前	女	78	情報市西宮	×ミツ子	要支援1	一人暮らし		できない
60	26	000000081	神宮前	女	80	情報市西宮	×トキ	要支援1	一人暮らし		できない
63	27	000000084	神宮前	男	73	情報市西宮	×善春	要支援2	一人暮らし	○	できない
64	28	000000085	神宮前	女	72	情報市西宮	×真信	要支援1	一人暮らし		できない
65	29	000000086	神宮前	男	68	情報市西宮	×黒	要支援1	一人暮らし	○	できない
67	30	0000000101	神宮前	男	76	情報市西宮	×昭男	要支援2	一人暮らし	○	できない
69	31	0000000103	神宮前	女	74	情報市大橋	×初子	要支援1	二人暮らし		できない
71	32	0000000104	神宮前	女	67	情報市大橋	×フミ	要支援1	二人暮らし		できない

(3) 家事援助サービス

表示項目設定で、必要な基本情報のほか、回答欄の問1-Q1、Q1-1、Q1-2、問6-Q2を選択し、それぞれの世帯類型ごとの該当者を抽出してサービス利用の実績や必要性を確認する。

Microsoft Excel - 平成22年度版 -

項目選択中

- 平成22年度版 -

表示項目設定	帳票出力	フィルター	SEO補償	経年履歴	問データ	答データ					
SEQ	個人CD	地区名称	性別	年齢	住所1	漢字氏名	要介護区分	Q1. 家族構成をお教えください	Q1-1. 家族など同居されている方のご自身を含めて何人で暮らしていますか	Q1-1. また、同居されている方はどなたですか(配偶者(夫・妻))	Q2. 日用品の買物をしていますか
4	1	000000001	神宮前	女	86	情報市大橋	×シズエ	要支援1	一人暮らし		できない
6	2	000000008	神宮前	女	84	情報市大橋	×定子	要支援1	二人暮らし		できない
8	3	000000009	神宮前	女	87	情報市大橋	×ヨシ子	要支援1	二人暮らし		できない
9	4	000000011	神宮前	女	70	情報市大橋	×洋子	要支援2	一人暮らし		できない
10	5	000000014	神宮前	女	71	情報市大橋	×スガコ	要支援2	一人暮らし		できない
11	6	000000016	神宮前	女	79	情報市大橋	×孝子	要支援2	一人暮らし		できない
12	7	000000017	神宮前	女	87	情報市大橋	×千鶴	要支援1	一人暮らし		できない
13	8	000000018	神宮前	女	68	情報市東大	×トヨコ	要支援1	一人暮らし		できない
16	9	000000025	神宮前	女	79	情報市東大	×ルイゾ	要支援2	一人暮らし		できない
22	10	000000036	神宮前	女	74	情報市宮市	×和代	要支援2	一人暮らし		できない
23	11	000000038	神宮前	女	89	情報市宮市	×保子	要支援2	一人暮らし		できない
25	12	000000043	神宮前	女	86	情報市南大	×美代子	要支援1	一人暮らし		できない
27	13	000000046	神宮前	女	78	情報市中央	×貞子	要支援1	一人暮らし		できない
28	14	000000048	神宮前	男	81	情報市中央	×三次	要支援2	一人暮らし		できない
29	15	000000051	神宮前	女	90	情報市大橋	×フミ	要支援1	一人暮らし		できない

(4) 緊急通報サービス

表示項目設定で、必要な基本情報のほか、回答欄の間1-Q1、Q1-1、Q1-2、得点・評価欄のADL得点、ADL判定不能を選択し、一人暮らし以外の世帯は、ADL得点が40点以下の者を抽出してサービス利用の実績や必要性を確認する。

Microsoft Excel 2003 2003年10月27日 10:11

表示項目設定 100% 開く

項目選択中

-平成22年度版-

表示項目設定 帳票出力 フィルタリング SEO推進 経年履歴

←データ →データ

SEQ	個人CD	地区CD	性別	年齢	住所1	漢字氏名	要介護区分	Q1. 家族構成をお教えください	Q1-1. 家族など同居または、同居されている方はどなたですか(配偶者(夫妻)を含みますか)	ADL得点	ADL判定不能者
1	0000000001		1	女	86	情報市大橋	要支援1	一人暮らし	0	90	0
2	0000000004		1	女	85	情報市大橋	要支援2	一人暮らし	6	75	0
3	0000000006		1	女	84	情報市大橋	要支援1	一人暮らし	3	65	0
4	0000000008		1	男	93	情報市大橋	要支援1	一人暮らし	0	80	0
5	0000000009		1	女	87	情報市大橋	要支援1	一人暮らし	2	75	0
6	0000000011		1	女	70	情報市大橋	要支援2	一人暮らし	5	75	0
7	0000000016		1	女	79	情報市大橋	要支援2	一人暮らし	0	55	0
8	0000000017		1	女	87	情報市大橋	要支援1	一人暮らし	0	85	0
9	0000000018		1	女	68	情報市東大	要支援1	一人暮らし	0	95	0
10	0000000020		1	女	85	情報市東大	要支援1	一人暮らし	3	90	0
11	0000000023		1	女	78	情報市東大	要支援1	一人暮らし	0	70	1
12	0000000025		1	女	79	情報市東大	要支援2	一人暮らし	0	70	0
13	0000000028		1	女	76	情報市東大	要支援2	一人暮らし	0	90	0
14	0000000033		1	女	80	情報市富市	要支援1	一人暮らし	1	90	0
15	0000000034		1	女	87	情報市富市	要支援1	一人暮らし	0	85	0
16	0000000036		1	女	74	情報市富市	要支援2	一人暮らし	0	65	0
17	0000000038		1	女	89	情報市富市	要支援2	一人暮らし	4	25	0
18	0000000041		1	女	71	情報市大橋	要支援2	一人暮らし	3	100	0
19	0000000043		1	女	86	情報市南大	要支援1	一人暮らし	3	85	0
20	0000000045		1	女	80	情報市中央	要支援1	一人暮らし	1	100	1
21	0000000047		1	女	85	情報市中央	要支援1	一人暮らし	0	75	0
22	0000000050		1	女	85	情報市大橋	要支援1	一人暮らし	0	100	0
23	0000000051		1	女	80	情報市大橋	要支援1	一人暮らし	3	90	0
24	0000000052		1	女	75	情報市大橋	要支援1	一人暮らし	0	90	0
25	0000000053		1	女	84	情報市大橋	要支援1	一人暮らし	0	80	1
26	0000000055		1	女	80	情報市大橋	要支援1	一人暮らし	1	100	1
27	0000000056		1	男	89	情報市行幸	要支援1	一人暮らし	0	85	0
28	0000000058		1	男	81	情報市行幸	要支援1	一人暮らし	2	75	0
29	0000000061		1	女	86	情報市行幸	要支援2	一人暮らし	4	80	1
30	0000000064		1	女	88	情報市行幸	要支援1	一人暮らし	2	95	0
31	0000000066		1	女	92	情報市行幸	要支援2	一人暮らし	4	85	0
32	0000000067		1	女	84	情報市行幸	要支援2	一人暮らし	0	75	0

2693 レコード中 1366 個が見つかりました。

NUM

(5) 移送サービス

表示項目設定で、必要な基本情報のほか、回答欄の問2-Q9の外出手段（徒歩、自転車、バイク、自動車（自分で運転）、電車、バス、タクシー）、得点・評価欄のADL得点、ADL判定不能を選択し、それぞれの要介護区分ごとのADL得点が40点以下の者で外出手段のない高齢者を抽出し、サービス利用の実績、必要性を確認する。

Microsoft Excel - 平成22年度版 -

100%

項目選択中

- 平成22年度版 -

←前データ 後データ→

2	表示項目設定	標準出力	フィルター	SEQ検索	経年履歴	ADL											
3	SEQ	個人CD	地区CD	性別	年齢	住所1	漢字氏名	要介護区分	電話番号	Q9. 外出する際の移動手段は何ですか(徒歩)	Q9. 外出する際の移動手段は何ですか(自転車)	Q9. 外出する際の移動手段は何ですか(バイク)	Q9. 外出する際の移動手段は何ですか(自動車(自分で運転))	Q9. 外出する際の移動手段は何ですか(電車)	Q9. 外出する際の移動手段は何ですか(路線バス)	Q9. 外出する際の移動手段は何ですか(タクシー)	ADL
207	1	0000000284		1	女	70	情報市大字××ミエ子	要支援2	××××-××-××××								
216	2	0000000314		1	女	92	情報市大字××フシノ	要支援1	××-××××								
288	3	0000000387		1	男	75	情報市大字××ミツタ	要支援2	××-××××								
302	4	0000000432		1	男	85	情報市大字××年春	要支援2	××××-××-××××								
586	5	0000000945		1	女	84	情報市大字××美佐子	要支援1	××××-××-××××								
859	6	0000001313		1	男	81	情報市東六××正		××××-××-××××								
878	7	0000001394		1	男	91	情報市西宮××悦次		××××-××-××××								
1213	8	0000001659		1	女	90	情報市大字××キヌエ		××××-××-××××								
1286	9	0000001780		1	女	66	情報市大字××律子		××××-××-××××								
1513	10	0000002068		1	男	73	情報市大字××元香		××-××××								
1580	11	0000002169		1	女	74	情報市大字××加代子		××-××××								
1787	12	0000002410		1	男	74	情報市東中××一二三		××××-××-××××								
1870	13	0000002512		1	女	78	情報市大字××スミ子		××××-××-××××								
1971	14	0000002633		1	男	84	情報市大字××喜久生	要介護4	××××-××-××××								
2124	15	0000002789		1	女	84	情報市大字××スナ子		××-××××								
2160	16	0000002843		1	男	69	情報市大字××紀雄		××-××××								
2197	17	0000002880		1	男	74	情報市大字××要										
2451	18	0000003226		1	女	74	情報市行事××千佐子		××-××××								
2474	19	0000003250		1	女	81	情報市行事××イツ子		××××-××-××××								
2587																	
2588																	
2598																	
2600																	
2601																	
2602																	
2603																	
2604																	
2605																	
2606																	
2607																	
2608																	
2609																	
2610																	
2611																	
2612																	
41																	

フィルタモード

NUM

(6) 紙おむつ支給サービス

表示項目設定で、必要な基本情報のほか、回答欄の間6-Q15を選択し、それぞれの要介護区分ごとに「尿もれや尿失禁」が「よくある」者を抽出し、サービス利用の実績、必要性を確認する。

Microsoft Excel 2003 表示 (2/26/2007 10:11)

項目選択中

-平成22年度版-

表示項目設定 検索出力 フィルタクリア SEO検索 経年履歴

前データ 後データ

3	SEG	個人CD	地区CD	性別	年齢	住所1	漢字氏名	要介護区分	電話番号	16.尿もれや尿失禁があります
8	1	0000000011		1 女	70	情報市大橋	洋子	要支援2	XX-XXXX	ある
23	2	0000000038		1 女	89	情報市宮内	保子	要支援2	XX-XXXX	ある
62	3	0000000093		1 女	84	情報市西宮	雪子	要支援1	XX-XXXX	ある
67	4	0000000101		1 男	76	情報市西宮	昭男	要支援2	XX-XXXX	ある
68	5	0000000102		1 女	78	情報市西宮	タマエ	要支援2	XX-XXXX	ある
76	6	0000000112		1 女	87	情報市大橋	照子	要支援2	XX-XXXX	ある
102	7	0000000152		1 女	87	情報市門橋	久子	要支援2	XX-XXXX	ある
115	8	0000000169		1 女	80	情報市南大	シリ	要支援1	XX-XXXX	ある
131	9	0000000190		1 女	91	情報市中央	ヨシ子	要支援1	XX-XXXX	ある
144	10	0000000211		1 女	85	情報市南大	カミ子	要支援2	XX-XXXX	ある
181	11	0000000234		1 女	71	情報市大字	イツコ	要支援1	XX-XXXX	ある
175	12	0000000251		1 女	84	情報市大字	ハナコ	要支援1	XX-XXXX	ある
184	13	0000000260		1 男	79	情報市大字	亨	要支援1	XX-XXXX	ある
188	14	0000000285		1 女	80	情報市大字	雪子	要支援1	XX-XXXX	ある
201	15	0000000289		1 女	88	情報市大字	厚枝	要支援2	XX-XXXX	ある
213	16	0000000309		1 女	97	情報市大字	文子	要介護1	XX-XXXX	ある
241	17	0000000350		1 女	65	情報市大字	カヨコ	要支援2	XX-XXXX	ある
243	18	0000000353		1 男	88	情報市大字	敏	要支援1	XX-XXXX	ある
246	19	0000000357		1 男	79	情報市大字	嘉幸	要支援2	XX-XXXX	ある
282	20	0000000376		1 男	79	情報市大字	政一	要支援1	XX-XXXX	ある
284	21	0000000378		1 女	84	情報市大字	和恵	要支援2	XX-XXXX	ある
271	22	0000000392		1 女	82	情報市大字	陽子	要支援2	XX-XXXX	ある
272	23	0000000393		1 女	84	情報市大字	真子	要支援2	XX-XXXX	ある
273	24	0000000394		1 女	88	情報市大字	茂子	要支援2	XX-XXXX	ある
274	25	0000000397		1 女	79	情報市西舞	ムツ子	要支援2	XX-XXXX	ある
284	26	0000000424		1 男	70	情報市大字	隆夫	要支援2	XX-XXXX	ある
285	27	0000000425		1 女	81	情報市大字	八重子	要支援2	XX-XXXX	ある
286	28	0000000426		1 女	82	情報市大字	キヨ子	要支援1	XX-XXXX	ある
301	29	0000000431		1 女	87	情報市大字	マサ子	要支援2	XX-XXXX	ある
314	30	0000000446		1 女	78	情報市南舞	フコ	要支援2	XX-XXXX	ある
318	31	0000000453		1 女	79	情報市中央	カツ子	要支援2	XX-XXXX	ある
351	32	0000000497		1 女	83	情報市泉中	アキ	要支援1	XX-XXXX	ある
361	33	0000000511		1 男	85	情報市東舞	孝	要支援1	XX-XXXX	ある
373	34	0000000530		1 男	89	情報市南舞	豊次	要支援2	XX-XXXX	ある
374	35	0000000531		1 女	88	情報市南舞	ユキ子	要支援2	XX-XXXX	ある
380	36	0000000552		1 女	76	情報市大字	八重子	要支援2	XX-XXXX	ある
393	37	0000000555		1 女	84	情報市大字	久子	要支援1	XX-XXXX	ある
41	38	0000000556		1 女	70	情報市大字	カズ子	要支援2	XX-XXXX	ある

2593 レコード中 66 個が見つかりました。

NUM

4 高齢者向け賃貸住宅

表示項目設定で、必要な「基本情報」のほか、「回答」欄の問1-Q1、Q1-1、Q1-2、問1-Q7を選択し、同様にそれぞれの世帯類型ごとに「2. 民間賃貸住宅」「3. 公営賃貸住宅借家」「借間」の対象者を抽出して高齢者向け賃貸住宅の必要性を確認する。

Microsoft Excel - 平成22年度版 (A4) 印刷

100% 開いている

M4 民間賃貸住宅

項目選択中

- 平成22年度版 -

表示項目設定 帳票出力 フォントサイズ SEO指定 経年履歴

← 前ページ 次ページ →

1	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
2	SEQ	個人CD	地区CD	性別	年齢	住所1	漢字氏名	要介護区分	Q1. 家族構成をお教えください	Q1-1. (家族など同居されている方のみ)ご自分を含めて何人で暮らしていますか	Q1-1. また、同居されている方はどなたですか(配偶者(夫・妻))	Q6. お住まいは一戸建てですか	Q7. お住まいは、次のどれにあたりますか	
94	1	0000000001		1	女	86	情報市大橋	シズエ	要支援1	一人暮らし			民間賃貸住宅	
11	2	0000000016		1	女	79	情報市大橋	孝子	要支援2	一人暮らし			民間賃貸住宅	
13	3	0000000018		1	女	68	情報市大橋	トヨコ	要支援1	一人暮らし			集合住宅	
15	4	0000000023		1	女	78	情報市東大	テル子	要支援1	一人暮らし			公営賃貸住宅(市・県営、都市機構、公社等)	
16	5	0000000025		1	女	79	情報市東大	ルイザ	要支援2	一人暮らし			公営賃貸住宅(市・県営、都市機構、公社等)	
20	6	0000000033		1	女	80	情報市高市	昭子	要支援1	一人暮らし			民間賃貸住宅	
22	7	0000000036		1	女	74	情報市高市	和代	要支援2	一人暮らし			民間賃貸住宅	
28	8	0000000047		1	女	65	情報市中央	アヤ子	要支援1	一人暮らし			民間賃貸住宅	
41	9	0000000066		1	女	92	情報市行幸	吉子	要支援2	一人暮らし			民間賃貸住宅	
44	10	0000000070		1	男	86	情報市行幸	晋夫	要支援2	一人暮らし			民間賃貸住宅	
48	11	0000000078		1	女	81	情報市西宮	富美子	要支援1	一人暮らし			民間賃貸住宅	
50	12	0000000079		1	女	73	情報市西宮	ヒロコ	要支援2	一人暮らし			民間賃貸住宅	
52	13	0000000081		1	男	77	情報市西宮	嗣夫	要支援2	一人暮らし			民間賃貸住宅	
53	14	0000000082		1	女	73	情報市西宮	英子	要支援2	一人暮らし			民間賃貸住宅	
56	15	0000000087		1	女	75	情報市神田	イツ子	要支援2	一人暮らし			民間賃貸住宅	
63	16	0000000094		1	男	73	情報市西宮	晋吾	要支援2	一人暮らし			民間賃貸住宅	
68	17	0000000103		1	女	74	情報市大橋	初子	要支援1	一人暮らし			公営賃貸住宅(市・県営、都市機構、公社等)	
73	18	0000000107		1	女	78	情報市大橋	チツコ	要支援1	一人暮らし			民間賃貸住宅	
84	19	0000000124		1	女	79	情報市中央	秀子	要支援2	一人暮らし			民間賃貸住宅	
86	20	0000000143		1	女	70	情報市南大	初美	要支援1	一人暮らし			公営賃貸住宅(市・県営、都市機構、公社等)	
87	21	0000000144		1	男	73	情報市南大	マコト	要支援1	一人暮らし			公営賃貸住宅(市・県営、都市機構、公社等)	
103	22	0000000153		1	女	93	情報市神田	和	要支援1	一人暮らし			二戸建て	
105	23	0000000155		1	女	85	情報市神田	チツエ	要支援1	一人暮らし			民間賃貸住宅	
106	24	0000000156		1	女	73	情報市神田	ヨシ子	要支援1	一人暮らし			民間賃貸住宅	
106	25	0000000158		1	女	76	情報市神田	ミチコ	要支援2	一人暮らし			一戸建て	
112	26	0000000167		1	女	77	情報市南大	マユコ	要支援1	一人暮らし			公営賃貸住宅(市・県営、都市機構、公社等)	
113	27	0000000179		1	女	70	情報市南大	キヨ子	要支援1	一人暮らし			公営賃貸住宅(市・県営、都市機構、公社等)	
122	28	0000000179		1	男	76	情報市南大	昌義	要支援1	一人暮らし			公営賃貸住宅(市・県営、都市機構、公社等)	
126	29	0000000184		1	女	74	情報市南大	貞子	要支援2	一人暮らし			公営賃貸住宅(市・県営、都市機構、公社等)	
127	30	0000000186		1	女	82	情報市南大	澄江	要支援2	一人暮らし			公営賃貸住宅(市・県営、都市機構、公社等)	
128	31	0000000187		1	男	84	情報市南大	重之	要支援2	一人暮らし			公営賃貸住宅(市・県営、都市機構、公社等)	
129	32	0000000191		1	女	80	情報市南大	清之	要支援1	一人暮らし			民間賃貸住宅	

2593 レコード中 160 個が見つかりました。

NUM

第5期計画への介護予防・日常生活支援総合事業の実施の位置づけの検討について

○ 去る平成23年6月15日に可決成立し、同年6月22日に平成23年法律第72号として公布された「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」に基づいて創設された介護予防・日常生活支援総合事業の詳細は、2～4ページの通りである。

○ この総合事業の導入により、

- ・ 要介護認定において「要支援」と「非該当」と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の提供
- ・ 虚弱・ひきこもりなど要介護認定されない高齢者に対する円滑なサービスの導入
- ・ 自立や社会参加の意欲の高い者に対する、ボランティアによるこの事業への参加や活動の場の提供

などが可能になると考えられるところであり、高齢者に対する介護予防・日常生活支援の推進及び互助・インフォーマルな支援の推進の観点から、介護保険事業計画に介護予防・日常生活支援総合事業の実施を位置付けることについても検討されたい。

介護予防・日常生活支援総合事業について(イメージ)

- 市町村の判断により、要支援者・介護予防事業対象者向けの介護予防・日常生活支援のためのサービスを総合的に実施できる制度を創設。事業を導入した市町村においては、市町村・地域包括支援センターが、利用者の状態像や意向に応じて、予防給付で対応するのか、新たな総合サービスを利用するのかを判断。
- 利用者の状態像や意向に応じて、介護予防、生活支援(配食、見守り等)、権利擁護、社会参加も含めて、市町村が主体となって総合的で多様なサービスを提供。

【財源構成(予防給付と同じ)】 国庫負担：25% 都道府県負担：12.5% 市町村負担：12.5% 1号保険料：20% 2号保険料：30%
 【サービス提供事業者、利用者負担】 市町村において、地域の実情に応じて決定。

利用者像

- ・要支援と非該当とを行き来するような高齢者に対し、総合的で切れ目のないサービスを提供
- ・虚弱、ひきこもりなど介護保険利用に結びつかない高齢者に対し、円滑にサービスを導入
- ・自立や社会参加意欲の高い者に対し、社会参加や活動の場を提供

地域包括支援センター
 包括的なケアマネジメントを実施

※ ケアマネジメント・介護予防・生活支援は、介護予防・日常生活支援総合事業において必ず実施。

介護予防
 (訪問・通所)

生活支援
 (配食、見守り等)

権利擁護

社会参加

地域全体で高齢者の生活を支える総合的で多様なサービス

多様なマンパワーの活用

介護保険事業者・NPO・ボランティア・民生委員など

地域の多様な社会資源の活用

公民館、自治会館、保健センターなど

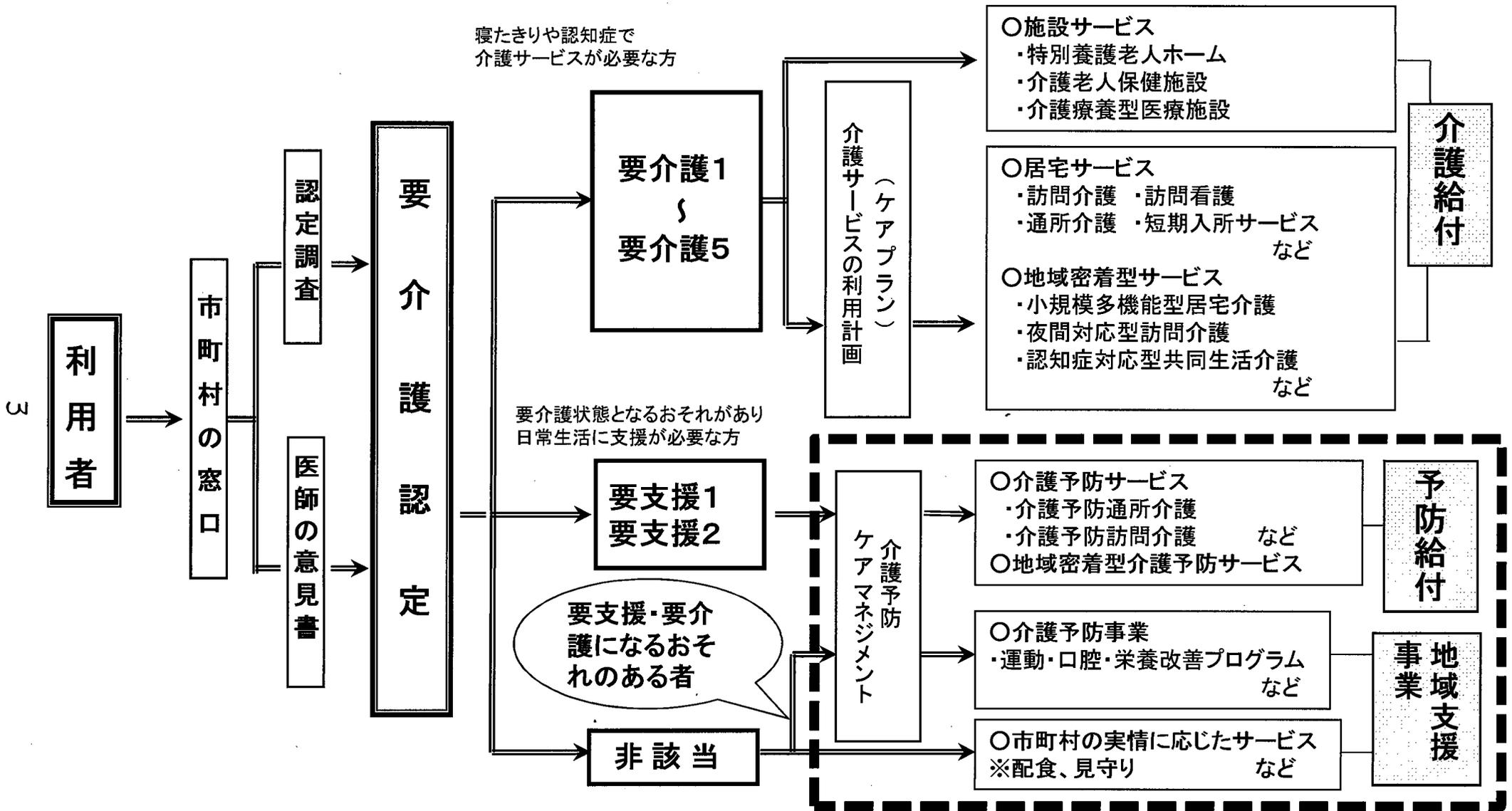
地域の創意工夫を活かした取組の推進

「ボランティアポイント制」の活用など

介護保険外サービスの推進

配食・見守りなどの生活支援サービスの推進

介護予防・日常生活支援総合事業のイメージについて



⇒介護予防・日常生活支援総合事業

地域支援事業における介護予防・日常生活支援総合事業の位置付け

要支援者・2次予防事業対象者に対する介護予防・日常生活支援のための総合的なサービス提供を可能とするため、市町村の判断により、地域支援事業において「介護予防・日常生活支援総合事業」を実施できるようにする。

◎地域支援事業の事業内容

※介護予防・日常生活支援総合事業は、[]内の全てを総合的に実施する事業

(1)介護予防事業

ア 2次予防事業：2次予防事業の対象者（要介護・要支援になるおそれのある者）に対する事業

2次予防事業の対象者把握事業、通所型介護予防事業、訪問型介護予防事業、2次予防事業評価事業

イ 1次予防事業：各市町村における全ての第1号被保険者を対象とする事業
介護予防普及啓発事業、地域介護予防活動支援事業（ボランティア等の人材育成、地域活動組織の育成・支援等）、1次予防事業評価事業

(2)包括的支援事業(地域包括支援センターで実施)

ア 介護予防ケアマネジメント業務

イ 総合相談支援業務（地域の高齢者の実態把握、介護以外の生活支援サービスとの調整等）

ウ 虐待の防止、虐待の早期発見等

エ 包括的・継続的マネジメント支援業務（支援困難事例に関するケアマネジャーへの助言、地域のケアマネジャーのネットワークづくり等）

(3)市町村の判断により実施する事業

ア 要支援者に対して介護予防サービス（訪問介護、通所介護等）を実施する事業

イ 要支援者・2次予防事業対象者に対する自立した日常生活の支援のための事業（配食、見守り等）

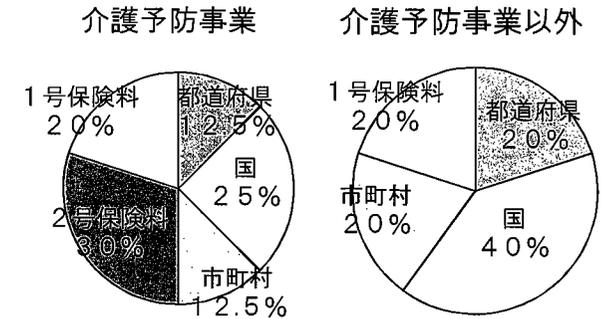
ウ 要支援者（予防給付の対象とならない要支援者）に対するケアマネジメントの事業

(4)任意事業

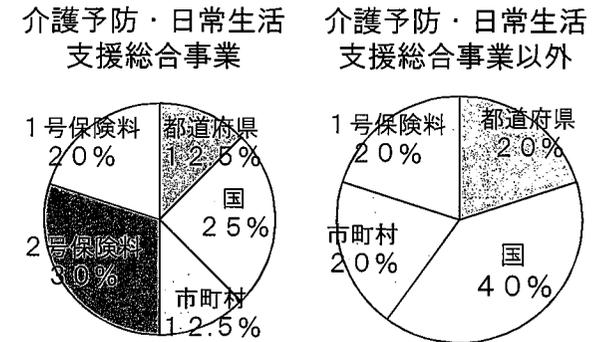
介護給付等費用適正化事業、家族介護支援事業 等

◎地域支援事業の財源構成

①介護予防・日常生活支援総合事業を実施しない市町村



②介護予防・日常生活支援総合事業を実施する市町村



※ 介護給付（居宅・地域密着）、予防給付と同じ。