老振発第０７２３００１号
老老発第０７２３００１号
平成１９年７月２３日

各 (都道府県 / 指定都市 / 中核市) 介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局振興課長

老人保健課長

介護予防支援業務の実施に当たり重点化・効率化が可能な事項について

厚生労働省においては、平成１８年１２月、地域包括支援センター（介護保険法（平成９年法律第１２３号。以下「法」という。）第１１５条の３９第１項に規定する地域包括支援センターをいう。以下同じ。）の体制整備促進策として、地域包括支援センター体制整備計画のフォローアップについて（平成１８年１２月２０日付け老振発第１２２０００１号厚生労働省老健局振興課長通知）により、各都道府県に対し各市町村が策定した地域包括支援センター体制整備計画のフォローアップの実施をお願いするとともに、地域支援事業交付金の人件費の算定について（平成１８年１２月１１日付け厚生労働省老健局介護保険課・振興課事務連絡）により、地域支援事業交付金に関する運用改善等の具体的な支援策を講じたところであるが、これらと併せて、「介護予防支援業務に係る業務の重点化・効率化」の方策をできる限り早急に取りまとめる旨の方針をお示ししていたところである。

今般、介護予防支援業務を実施するに当たり重点化・効率化することが可能な事項について下記のとおり示すこととしたので、御了知の上、管内市町村、関係事業者等に周知されたい。

なお、下記事項は介護予防支援業務を効果的、効率的に実施するために重点化・効率化が可能な事項についての例を示したものである。そのため、下記事項を参考としつつ、さらに創意工夫を行うことにより介護予防支援業務の効果的、効率的な実施に資する取組の推進に努められたい。

19.7.27

記

1　指定介護予防サービス等の利用申込受付及び介護予防サービス・支援計画書作成の契約締結について

(1)　平成１８年４月に施行されている介護保険法等の一部を改正する法律（平成１７年法律第７７号）により介護予防サービス（法第８条の２第１項に規定する介護予防サービスをいう。以下同じ。）の創設等がなされたところであるが、利用者に対する介護予防の趣旨、介護予防サービス及び介護予防事業（法第１１５条の３８第１項第１号に掲げる事業をいう。以下同じ。）の仕組み、利用の方法、利用者負担等の説明は、市町村の責任において実施することが基本であると考えるので留意されたい。

利用者に対する説明については、利用者の理解に資するよう効率的かつ効果的に行うという観点から、要介護・要支援認定申請が市町村に提出された時点で介護予防サービスの対象者となる可能性が高いと想定される者に対し、当該申請時又は法第２７条第２項（法第３２条第２項において準用する場合を含む。）に規定する調査（要介護認定調査・要支援認定調査）に際し、申請者に対し、介護予防の趣旨、介護予防サービス及び介護予防事業の仕組み、利用の方法、利用者負担等の説明を行うことが望ましい。

(2)　市町村は、地域包括支援センターにおける介護予防支援業務を円滑に進める観点から、医療機関等地域の関係機関等への協力要請又は調整を行うことが望ましい。

(3)　介護予防サービス・支援計画書（「地域支援事業の実施について」（平成１８年６月９日付け老発第０６０９００１号厚生労働省老健局長通知。以下「局長通知」という。）の別添５様式２の介護予防サービス・支援計画書をいう。以下同じ。）の作成契約は、利用者及び地域包括支援センターとの間で締結するものであり、地域包括支援センターが介護予防サービス・支援計画書作成を指定居宅介護支援事業者（法第４６条第１項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。）に委託している場合であっても、利用者と委託先の指定居宅介護支援事業者との間で改めて契約を締結する必要はない。

(4)　介護予防サービス・支援計画書の作成契約を締結する際に個人情報使用同意書（地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会（法第１４条に規定する介護認定審査会をいう。以下同じ。）による判定結果及び意見並びに主治医意見書に加え、利用者基本情報（局長通知別添５様式１の利用者基本情報をいう。以下同じ。）等の個人に関する記録を指定居宅介護支援事業者、指定介護予防サービス事業者（法第５３条第１項に規定する指定介護予防サービス事業者をいう。以下同じ。）、主治医その他の関係者に提示することに利用者が同意することを記載した文書をいう。以下同じ。）を利用者から徴することにより、利用者基本情報中の利用者本人の署名及び捺印を不要とすることが可能となる。

(5) 介護予防サービス・支援計画書の作成契約書において、利用者の要支援認定が更新された際も当該契約を自動更新することができる旨の規定を設けることが可能である。この場合、利用者の要支援認定が更新された場合であっても、介護予防サービス計画作成依頼届出書の提出を不要とすること、並びに契約書、重要事項説明書及び個人情報使用同意書の内容に変更がない場合は契約更新の際にこれらの書類の作成を不要とすることが可能である。

2 利用者の情報の収集について

(1) 利用者の要介護・要支援認定申請の際に、要介護・要支援認定申請書に市町村が申請者の認定調査内容、介護認定審査会による判定結果及び意見並びに主治医意見書を地域包括支援センター等に情報提供することについての本人同意欄を設け、本人からの同意を得ている場合は、介護予防サービス・支援計画書作成の際に改めて本人からこれらの情報を利用することの同意を得ることは必要ない。

(2) なお、主治医意見書の入手を容易にする観点から、市町村は医療機関等への協力要請及び調整を行うことが望ましい。

3 利用者宅の訪問及び面接について

(1) 利用者が介護給付から予防給付に移行することに伴い、新たに介護予防サービス・支援計画書を作成する場合には、

① 利用者の同意を得た上で、利用者の居宅サービス計画を作成した指定居宅介護支援事業者が保有する利用者に関する情報を地域包括支援センターに引き継ぐこと

② 指定居宅介護支援事業者と十分連携を図ること

③ 家族からの情報を活用すること

等により、利用者に関する情報の収集、利用者のニーズ、課題の把握及び分析を効果的かつ効率的に行うことが可能となる。

4 介護予防サービス・支援計画書案の作成について

(1) 介護予防サービス・支援計画書案の作成に当たっては、アセスメント（指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援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（平成１８年厚生労働省令第３７号。以下「指定基準」という。）第３０条第７号に規定するアセスメントをいう。以下同じ。）領域毎の現在の状況及び本人の意欲等にかんがみ、利用者のニーズ及び課題の分析が必要で、かつ取り組むべき優先度が高いと考えられる領域について課題を「有」とし、当該課題についての当面の改善目標並びに当該目標を達成するために必要な利用者の行動及び支援内容を具体的に検討することにより、業務の効率化を図ることが可能となる。

(2) 目標の設定に当たっては、評価を効率的に行うことが可能となるよう、具体的で分かりやすくその達成の判断が容易であり、利用者の実際の行動として確認することが可能な指標を目標として設定することが望ましい。

(3) なお、この場合であってもアセスメントは十分に行う必要があることに留意する必要がある。

5 サービス担当者会議の開催について

サービス担当者会議は、当該計画書が利用者にとって適切なものであることを確認するとともに、利用者の目標を達成するために本人、家族、指定介護予防サービス事業者等のそれぞれの役割分担の確認等を行う場である。会議の日時については、例えば利用者宅の訪問の際に併せて実施できるように設定をする等会議の構成員が出席しやすいような工夫を行うことが望ましい。また、必要に応じて関係者間で事前に調整を行うなど、会議出席者の負担を軽減するために効率的な会議運営に努めることが望ましい。

6 介護予防サービス・支援計画書の決定について

利用者が利用する介護予防サービス内容を決定するに当たり、指定介護予防サービス事業者との調整を円滑に進める観点から、市町村は指定介護予防サービス事業者に対し、例えば、介護予防の理念及び趣旨、介護予防サービス及び介護予防事業の仕組み、介護予防サービスの提供方法等についての研修及び指導を実施することが望ましい。

7 モニタリングについて

モニタリング（指定基準第３０条第１５号に規定するモニタリングをいう。以下同じ。）については、指定基準第３０条第１５号イに規定する３月に１回の利用者宅への訪問以外にも、当該訪問を効果的、効率的に行うことを可能とする観点から、介護予防サービス・支援計画書で設定された介護予防サービス等の利用期間内に、利用者の日常生活に急激な変化が生じていないか、計画内容が利用者に適合しているか等についてモニタリングを行うことが望ましい。その際、利用者の状況を効率的に把握する観点から、指定介護予防サービス事業者の事業所での利用者との面談の実施や、指定介護予防サービス事業者、利用者又は家族からの情報等を適宜整理又は活用することにより、利用者宅の訪問回数を必要最小限とすることが可能となる。

8 評価について

(1) 介護予防サービス・支援計画書に定めた支援計画の期間（以下「計画期間」という。）の中途における評価（以下「中間的な評価」という。）に関しては、介護予防支援業務の担当職員は、介護予防サービス・支援計画書で定めた各事項について支援の実施状況及びその結果等を介護予防支援経過記録（局長通知様式３の介護予防支援経過記録をいう。以下同じ。）に記載

することにより中間的な評価とすることが可能であり、必ずしも介護予防サービス・支援評価表（局長通知様式４の介護予防サービス・支援評価表をいう。以下同じ。）を使用する必要はない。なお、介護予防支援経過記録への支援の実施状況の記載は１月に１回は行うこととし、計画期間内における中間的な評価を容易に行うことができるようにすることが望ましい。

(2) 介護予防支援業務の担当職員は、計画期間内に介護予防サービス・支援評価表を作成することにより評価を行うこととし、これにより、介護予防サービス・支援計画書で定めたサービス利用期間後のサービス利用等についての判定を行う。

平成 18 年度老人保健事業推進費等補助金
（老人保健健康増進等事業分）

介護予防事業の円滑実施・地域包括支援センター支援等に関する調査研究報告書

介護予防支援業務の重点化・効率化
及び
地域包括支援センターの体制整備に向けて

2007 年3月

社団法人 全国保健センター連合会

はじめに

平成 18 年 4 月から、全国の市町村に地域包括支援センターが設置され、地域支援事業における介護予防事業がスタートしました。

しかし、この新たな制度の浸透・定着には、まだ多くの課題があるようです。全国各地の地域包括支援センターからは、「介護予防ケアマネジメントに時間がとられてしまい他の本来業務に十分な時間を割り当てることができない」「地域包括支援センターに配置が義務付けられている専門職を確保することが困難である」等、多くの声が寄せられています。

このため、本研究事業では、学識者、地域包括支援センター職員、地方公共団体の介護保険担当者等の有識者で構成される検討委員会を設置して、全国の地域包括支援センター及び地方公共団体における事業実施状況、先進的な実施事例等を踏まえて、予防重視型システムと地域包括ケアの円滑な推進のための「介護予防事業等の効果的な実施方策と地域包括支援センターの体制強化策」を中心に検討を重ねました。

まず、介護予防支援業務の重点化・効率化のための具体的な対策案を検討するために、「効率化」について、先進的な地域包括支援センターが実践している具体的な事例を収集、次に、多くの地域包括支援センターが抱えている「人材確保」「職員の資質向上」「効果的なネットワーク構築」「市町村との役割分担の明確化」といった課題への取組み事例について検討して、具体例を取りまとめました。これらの地域での工夫、アイディアからヒントを得て、全国の地域包括支援センターが、地域に適した効果的な事業展開や体制強化を図っていただくことが、本報告書作成の目的です。

新たな制度は器に過ぎません。現場の創意工夫によって息吹が与えられ、生きた制度となっていきます。まだまだ課題は山積みかもしれませんが、各地の地域包括支援センターでの経験が次の展開につながり、よりよい方策が生まれています。

本報告書が、全国の地域包括支援センター、また責任主体である市町村、さらには都道府県の担当者の業務に資するものとなれば幸いです。末筆になりましたが、本報告書作成あたり意見をお寄せいただいた都道府県及び市町村、地域包括支援センター担当者のみなさま、検討委員会委員各位ならびに多大なご支援をいただいた厚生労働省老健局振興課および老人保健課のみなさまに、心からの感謝の意を表します。

平成 19 年 3 月

社団法人　全国保健センター連合会

目　次

序章　地域包括支援センターについて 1

１．新たな制度の基盤としての重要性 1

２．「経過措置期間」の延長とその終了までの確実な体制整備 1

３．体制整備の促進に向けて講じられた措置 1

４．本研究事業について 2

第１章　調査の概要 12

１．目的 12

２．検討のポイント 12

３．調査研究の主な課題 12

第２章　介護予防支援業務に係る業務の重点化・効率化について 14

１．検討内容 14

２．検討結果 17

（１）介護予防支援業務に係る業務の重点化・効率化に向けた対応策 17

（２）介護予防支援業務に係る重点化・効率化に関する事例 24

第３章　地域包括支援センターの人材確保等に関する事例　. 44

序章　地域包括支援センターについて

１．新たな制度の基盤としての重要性

改正介護保険法においては、①高齢者が住み慣れた地域で、安心してその人らしい生活を継続するため、高齢者のニーズや状態の変化に応じて、切れ目なく必要なサービスが提供される「地域包括ケア」、②軽度者の状態像を踏まえ、できる限り、要支援・要介護状態とならない、あるいは重度化をしないようにする「予防重視型システム」の確立といった方向性が提起された。

地域包括支援センターは、こうした「地域包括ケア」や「予防重視型システム」を支える基盤として重要な役割を果たす中核的な機関であり、地域包括支援センターがその機能を十分に果たせるよう確実な体制整備を図ることが喫緊の課題とされている。(【参考 1】参照)

２．「経過措置期間」の延長とその終了までの確実な体制整備

地域包括支援センターの体制整備の推進に関しては、平成 18 年 6 月の社会保障審議会介護給付費分科会において新制度への円滑な移行を図る観点から、介護予防支援に関する 8 件の委託件数上限等に係る経過措置期間を平成 19 年 3 月末まで延長することとされた。その際、都道府県・市町村等が協力し、平成 19 年 3 月末までに地域包括支援センターの万全の体制整備を図ることができるよう計画の策定等を通じた対応が求められている。

各都道府県・市町村においては、地域包括支援センターの体制整備に向けた十分な検討を行い、市町村や関係機関等と緊密な連携の上、平成 19 年 3 月末の経過措置期間終了までに、すべての地域包括支援センターにおいて確実に体制整備を完了することが求められたところである。そのため、平成 18 年 12 月 20 日付け老健局振興課長通知「地域包括支援センター体制整備計画のフォローアップについて」が発出された。

３．体制整備の促進に向けて講じられた措置

地域包括支援センター及び指定介護予防支援事業所の人員配置基準については、その人材確保に配慮した柔軟な配置基準や運用が認められており、また、【参考 2】のとおり、平成 18 年 12 月に、体制整備の支援策が公表され、各都道府県・市町村における地域包括支援センターの体制整備の促進支援にあたって、こうした種々の措置が活用されている。

なお、地域包括支援センターの運営財源の 1 つである地域支援事業交付金に

ついては、その運用の改善や地域支援事業の対象拡大などの措置が講じられたところであり、こうした措置に配慮した上で、地域包括支援センターに関する市町村の予算・人員が着実な確保が図れている。

こうした様々な支援措置が講じられた結果、おおむね経過措置期間が終了する平成 19 年 3 月末までに、体制整備が完了したところである。

４．本研究事業について

本件研究事業により今般検討された「介護予防支援業務に係る業務の重点化・効率化」については、こうした体制整備の促進に向けた措置の一環として位置付けられたものである。今般の検討結果については、すでに全国の自治体に公表したところであるが、その結果、有益な、更なる改善意見等を多数いただいているところであり、平成 19 年度以降、こうした御意見を、引き続き、調査分析し、更なる業務の効率化に向けた検討を進めていくこととしている。

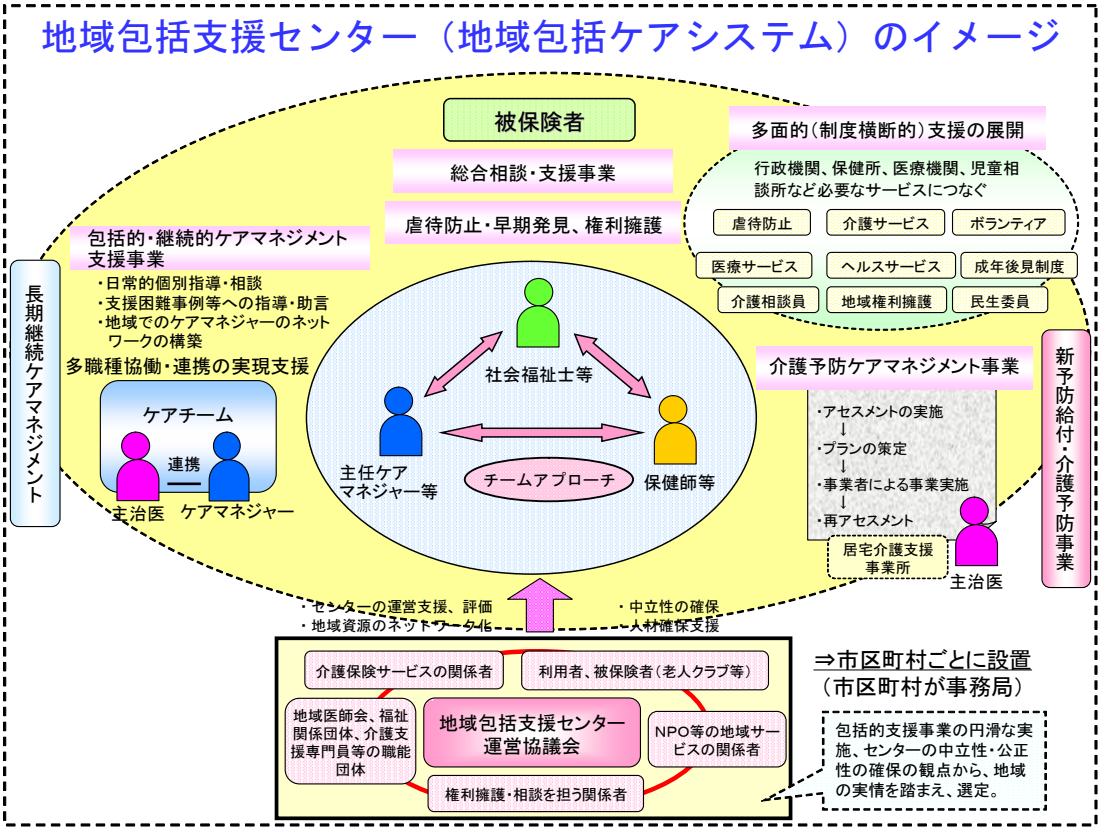
【参考１】　地域包括支援センターについて

■地域包括支援センターとは？

（１）地域包括支援センターとは何か

○　高齢者が住み慣れた地域で、安心してその人らしい生活を継続することができるようにするためには、介護サービスをはじめ、さまざまなサービスが高齢者のニーズや状態の変化に応じて、切れ目なく提供される必要があります（「地域包括ケア」の実現）。

○　こうした高齢者の生活を支える役割を果たす総合機関として「地域包括支援センター」が設置されました。



（２）地域包括支援センターの特色

①チームアプローチ

・保健師、社会福祉士や主任介護支援専門員など専門職が配置されますが、これらの専門職が連携し、それぞれの専門性を活かしながらチームで業務を実施します。

②地域包括支援ネットワーク構築による支援

・地域包括ケアを実現するためには、地域の利用者やサービス事業者、関係団体、民生委員、ボランティアやNPOなどインフォーマルサービス関係者、一般住民などによって構成される人的なネットワークを構築し、こうした社会資源を有機的に連携する必要があります。こうした総合的かつ重層的なネットワークを活用することによって、高齢者のニーズに応じた適切なサービスを提供することが可能となります。

③ワンストップ相談窓口

・どのようなサービスを利用すべきかわからない住民に対して、そのニーズに適切に対応できるサービスにつなぐワンストップ相談窓口としての役割を果たします。

④地域包括支援センター運営協議会による支援

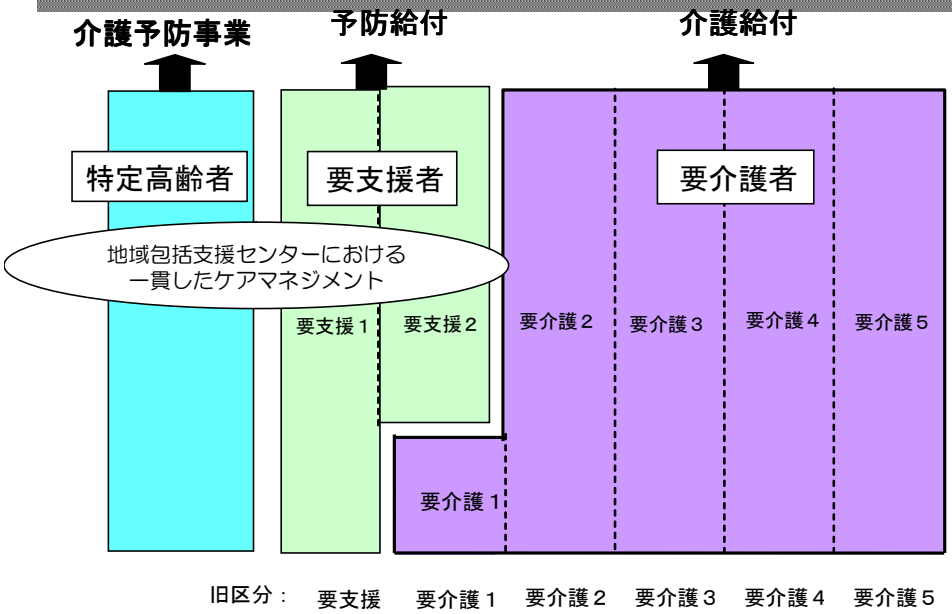
・地域包括支援センターの責任主体は市町村であり、市町村が地域包括支援センターを活用しながら地域包括ケアを実現することになります。そのため、市町村は、介護保険サービスの関係者、利用者や被保険者、NPO等地域サービスの関係者、職能団体などの関係団体を含めた地域のさまざまな関係者から成る「地域包括支援センター運営協議会」を設置し、地域包括支援センターの運営を支援します。

・運営協議会においては、センターの公正・中立性の確保や評価のみではなく、人材確保支援や地域資源のネットワーク化など、関係者による意見交換や情報交換の場として幅広く活用されることが求められます。

（３）地域包括支援センターの業務

①予防給付・介護予防事業のケアマネジメント業務

・要支援者（予防給付）・特定高齢者（介護予防事業）の双方を対象に、ケアプランの作成・サービス利用の評価等を行います。



②総合相談支援業務

・個々の高齢者がどのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービス、関係機関や制度の利用につなげる等の支援を行います。

③権利擁護業務

・高齢者の人権や財産を守る権利擁護事業や成年後見制度など権利擁護を目的とするサービスや制度を活用しながら、高齢者のニーズに即したサービスや機関につなぎ、高齢者の虐待の防止や権利擁護を図ります。

④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

・地域包括支援ネットワークを活用しながら、介護支援専門員、主治医をはじめ地域のさまざまな関係者が連携・協働することで、保健・医療・福祉、その他の生活支援サービスなどを含め、地域におけるさまざまな資源を活用し（「包括的」）、途切れることなく（「継続的」）、施設・在宅を通じた地域における生活を支援します。

※具体的な取組：ネットワークの構築や医療機関を含めた関係機関との連携・協力体制の構築、地域のケアマネジャー支援など

■地域包括支援センターの人員基準はどうなっていますか？

○　地域包括支援センターは、介護予防支援事業所としての指定を受けており、いわば、包括的支援事業と介護予防支援業務（予防給付のケアマネジメント）の「２枚看板」となっております。人員基準についても、包括的支援事業に係る基準と介護予防支援に係る基準の２本立てとなっており、双方を満たす必要があります。

○　したがって、通常は単に３職種を置くのみだけでは不十分であり、介護予防支援を実施するための職員を置くことが必要となります。

■包括的支援事業に係る人員基準

◎第１号被保険者（６５歳以上の高齢者）３０００人～６０００人ごとに、保健師、社会福祉士及び主任介護支援専門員（準ずる者を含む）を最低限それぞれ各１人

※小規模市町村の場合の例外措置あり

※この基準は最低基準であり、上記基準を満たしておれば、上記資格以外の者であっても担当する専門知識を有すれば、包括的支援事業に従事することは可能

＋

■介護予防支援の人員基準

◎次に掲げる職種のうちから「必要な数」

〔要件〕

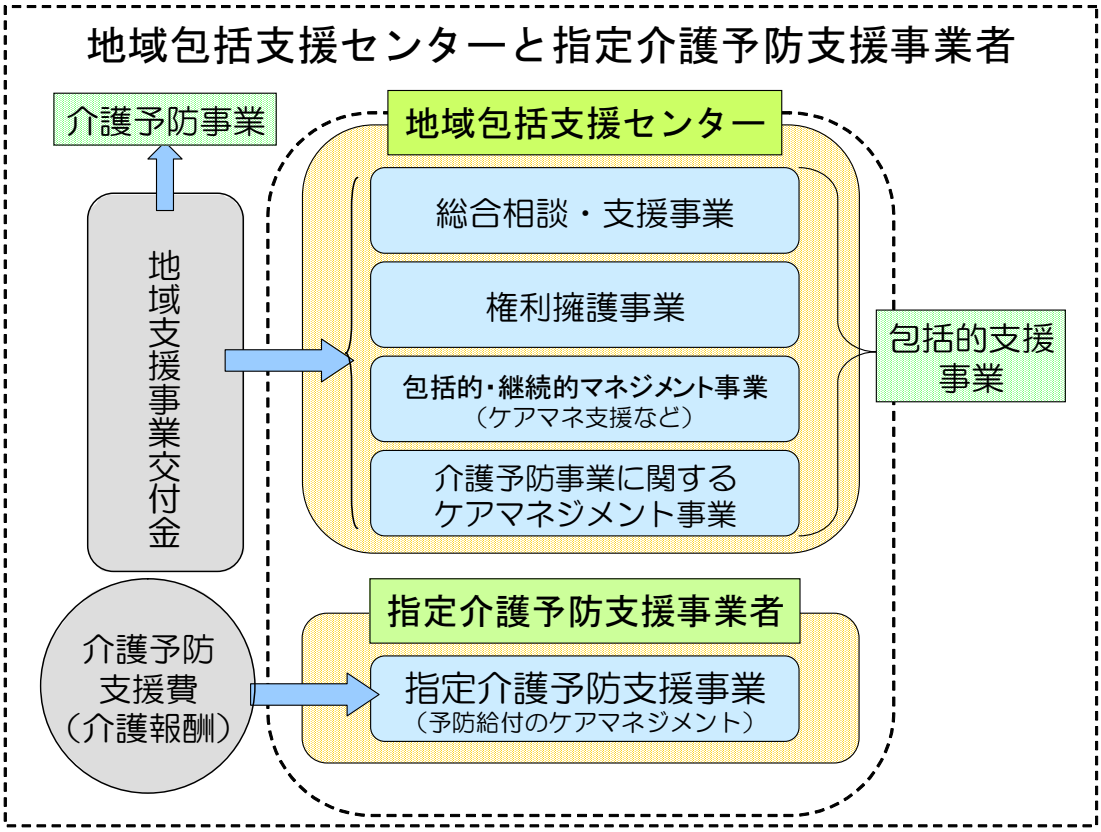
・保健師
・介護支援専門員
・社会福祉士
・経験ある看護師
・３年以上経験の社会福祉主事

※介護予防支援業務に従事するためには、上記のいずれかの資格を有することが必要。

※書類整理や報酬請求事務などの事務処理作業については、専門職種でなくとも実施することができる。

■運営の財源はどうなっていますか？

○　地域包括支援センターの運営財源についても、２枚看板それぞれに対応し、包括的支援事業に要する経費である「地域支援事業交付金」と介護予防支援業務（予防給付のケアマネジメント）に対する「介護報酬」の２つがあります。



〔　財　源　〕

◎　地域支援事業交付金

※包括的支援事業及び任意事業の上限

・介護給付費の２％以内

（ただし、１８年度・１９年度については、１．５％以内。）

＋

◎　介護報酬

・予防給付のケアプラン経費

・４０００円×件数。

・初回については、さらに２５００円加算。

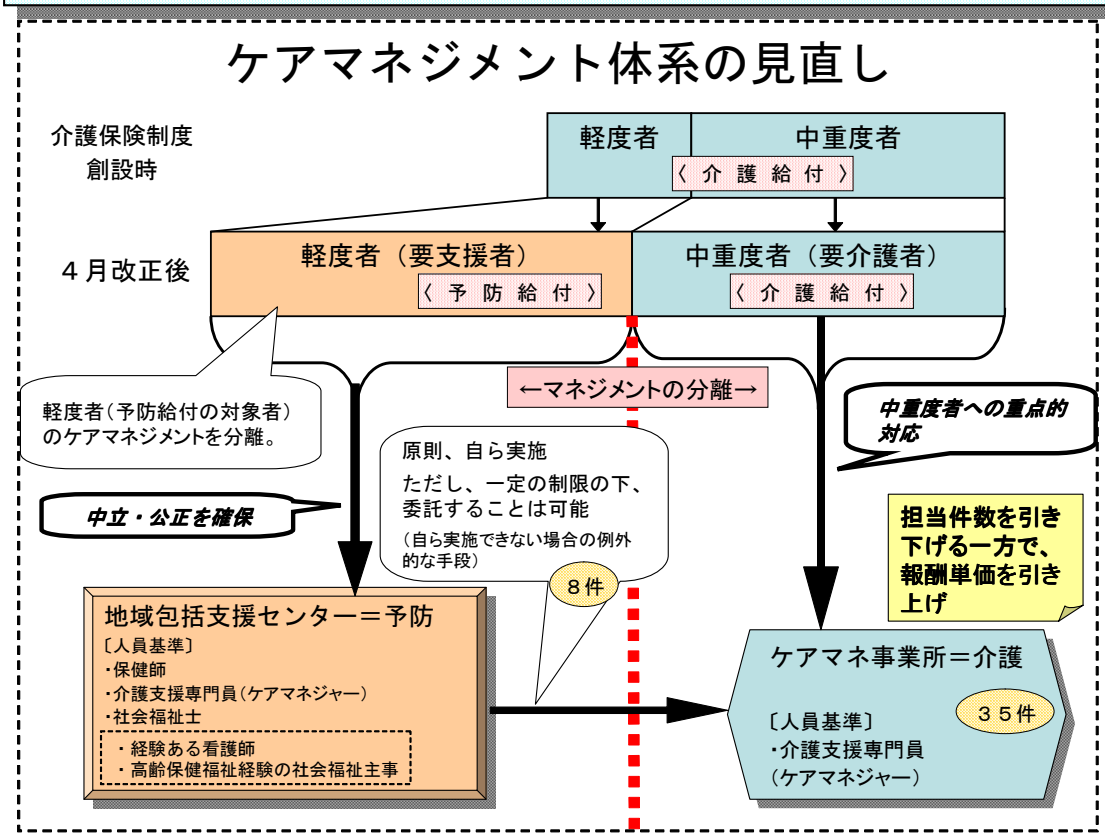
■いわゆる委託件数の「８件上限規制」は、なぜ設けられたのですか？

○　今般の介護保険制度改正においては、ケアマネジメントに関し、**介護予防サービスを効果的に実施するとともに、中重度者への支援を強化する観点から、ケアマネジメントを行う機関を分離**し、

①　要支援者に対する予防ケアプランについては、新たに創設される地域包括支援センターの責任により作成することとするとともに、

②　要介護者に対するケアプランの作成については、これまでのケアマネジメント機関が、引き続きケアプラン作成を担うこととするほか、ケアマネジメントの質の向上の観点から、取扱件数を引き下げる

こととされました。



○地域包括支援センターは、居宅介護支援事業所（ケアマネ事業所）に介護予防支援（予防給付のケアマネジメント）を委託するとしても、<u>ケアマネジメント機関を分離した趣旨からすれば、一定の範囲に限定すべき</u>ということになります。委託に関する「８件の上限」はこうした制度改正の趣旨を徹底する観点から設けられたものです。

■地域包括支援センターの円滑な体制整備のために、これまでどのような措置が講じられたのですか？

（１）体制整備への支援策

○　厚生労働省としては、より円滑な新制度への移行が行われ、制度改正に伴う不利益ができる限り生じないよう、次のような様々な方策を講じており、引き続き、地域包括支援センターの体制整備の促進を図ってまいります。

①　地域包括支援センターの８件の委託件数の上限規制の適用を来年３月まで猶予し、その間、ケアマネジャーの報酬上の経過措置を講じることで、外部のケアマネジャーが対応できるよう措置したこと
②　離島へき地については、委託件数の上限規制の適用除外としたこと（恒久措置）
③　市町村に地域包括支援センターの体制整備計画策定を指導するとともに、その実施状況を全国会議などを通じてフォローアップすること
④　都道府県や一部市町村を対象とした意見交換会を開催し、先進事例の紹介や地域包括支援センターの実態や課題の把握を行うこと

（２）人員配置基準の弾力的な運用

○　介護予防支援業務の人員要件について、保健師、経験ある看護師、社会福祉士、介護支援専門員（ケアマネジャー）のほか、３年以上経験の社会福祉主事についても認められます。
○　介護予防支援業務の従事者については、居宅介護支援事業所（ケアマネ事業所）との併任勤務を認め、ケアマネ事業所に勤めながら、地域包括支援センターに籍を置き、介護予防支援業務に従事することも認められています。
○　なお、例えば、書類整理や報酬請求事務などの事務処理作業については、専門職種でなくとも実施可能であり、事務職と適切な役割分担を行い、専門職種には専門的な業務に専念させる等により効率化を図ることも可能です。

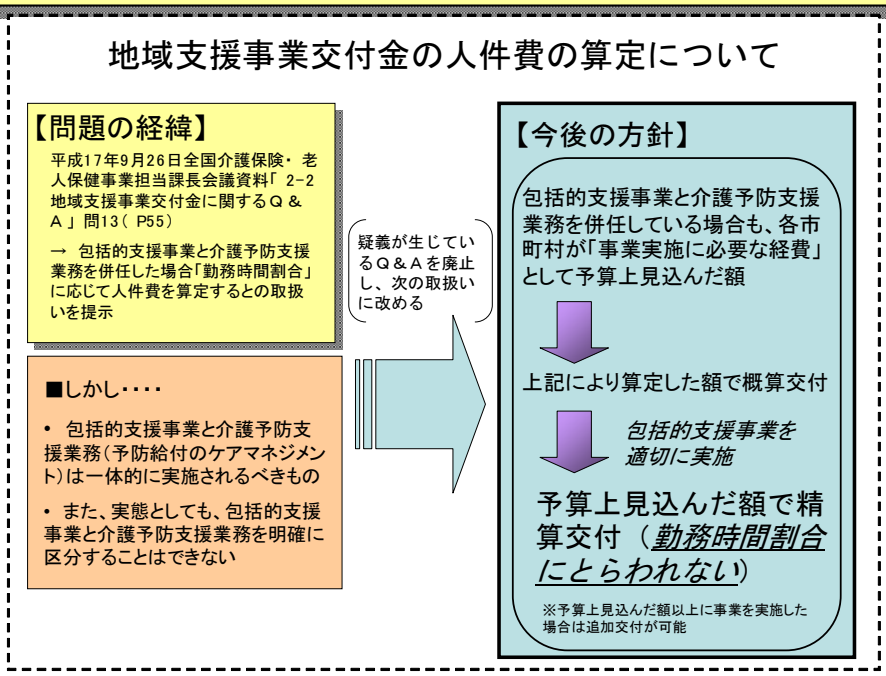
【参考２】　体制整備の支援策について

■今後、更なる体制整備の支援のため、どのような措置が講じられるのですか？

（１）地域支援事業の運用改善

①地域支援事業交付金の運用を弾力化します

・地域支援事業交付金の算定方法について、地域包括支援センターの活動の実態を踏まえて介護予防支援業務との関係を整理し、実際の地域包括支援センターの運営に支障がでないよう運用を弾力化。地域包括支援センターの活動のための財政を安定化させます【平成１８年１２月１１日付け事務連絡「地域支援事業交付金の人件費の算定について」】。



②地域包括支援センターにおいて介護予防事業に係る普及啓発などを受託することを可能にします

・地域包括支援センターに関する業務規制を緩和し、地域包括支援センターが介護予防事業に係る普及啓発事業、介護予防に関する地域活動を支援する事業などを受託することができるようにします【介護保険法施行規則第１４０条の５０の改正】。

・その結果、これらの業務をセンターの包括的支援事業と一体的に行うことにより、効率的かつ効果的な業務実施が可能となります。

・また、こうした業務に要する費用ついて地域支援事業交付金の交付対象となることから、結果的に地域包括支援センターの財政を安定させることも可能となるといった副次的な効果も期待できます。

（２）体制整備計画のフォローアップ

■　平成１９年３月末の委託上限規制の経過措置期間終了に向け、平成１８年７月に都道府県等が取りまとめた体制整備計画をフォローアップし、地域包括支援センターの確実な体制整備を図ります。【平成18年12月20日老健局振興課長通知「地域包括支援センター体制整備計画のフォローアップについて」】。

（３）主任介護支援専門員に準ずる者に係る経過措置の延長

■　地域包括支援センターの人員基準のうち「主任介護支援専門員に準ずる者」について、平成１８年度限りとしていたケアマネジメントリーダー研修未修了者に関する経過措置を、平成１９年度まで延長することとします。

■具体的には・・・　主任介護支援専門員研修又はケアマネジメントリーダー研修の未修者であっても、平成１９年度中に主任介護支援専門員研修を受講することを条件として、すでに地域包括支援センター職員研修又は介護支援専門員現任研修（基礎研修課程及び専門研修課程）若しくは介護支援専門員専門研修（専門研修課程Ⅰ及び専門研修課程Ⅱ）を修了し、かつ、介護支援専門員としての実務経験を有する者であれば、「主任介護支援専門員に準ずる者」として認めることとする【平成１８年１０月１８日老健局計画・振興・老健課長通知「地域包括支援センターの設置運営について」６(1)の改正】。

（４）介護予防支援業務に係る業務の重点化・効率化

■　介護予防支援の業務プロセスを見直し、重点的な対応をすべき部分と効率化すべき部分を明確化することによって、マネジメントの質を確保しつつ業務負担の軽減を図ります。

・有識者による調査研究を実施。
・年度内の可能な限り早急に、具体的な内容を取りまとめ。

（５）円滑な運営に資する取組事例の情報提供

■　人員の確保など体制の整備や効率的な業務の実施など地域包括支援センターの円滑な運営に資する取組事例を収集し、全国の自治体に情報提供します。

【参考】
・都道府県等自治体に参加を求め、地域包括支援センターに係る全国会議を開催し、すでに、ネットワークの構築方策、特定高齢者の把握などについて、先進的な自　治体による事例報告を実施。
・今後とも、国において事例等に係る情報を収集し、全国に提供する等の支援策を講ずる予定。

第１章　調査の概要

１．目的

平成 18 年 4 月より地域包括支援センターが設置され、地域支援事業における介護予防事業も開始された。本研究事業では、予防重視型システム及び地域包括ケアの円滑な推進に向け、全国の地域包括支援センター及び自治体における事業実施状況及び先進的な実施事例等を踏まえ、地域包括支援センターの体制の強化を図る方策の検討及び介護予防事業等の効果的な実施方策の検討等を行うことを目的とする。

２．検討のポイント

① 可能な限り、自治体における直近の実情を踏まえたニーズを把握し、それを踏まえた検討を行う。
② 恵まれた職員・環境を有する自治体ではなく、標準的な自治体において実施可能な普遍性のある成果物を目指す。

３．調査研究の主な課題

（１）介護予防ケアマネジメント（介護予防支援）の適正実施

○　介護予防ケアマネジメントについて、質の向上及び効率性の両面を踏まえた具体的な実施方策について、全国の地域包括支援センターでの取り組み等をもとに検討し、効率的で質の高い介護予防ケアマネジメントプロセスの全国的な普及・促進を図る。

（２）人材確保を中心とした体制整備

○　都道府県における体制整備計画の状況をフォローし、2007 年 3 月の経過措置期間終了に向けた体制整備に関する検討課題を検討する。
○　その際、関係団体による人材派遣協力や事務処理の共同化といった先進的な取組を調査するなどの方法により、人材や財政的な体制整備に資する効果的な具体策を検討する。

［調査研究事業実施］
（社）全国保健センター連合会

介護予防事業の円滑実施・地域包括支援センター支援等に関する調査研究委員会

委　員　名　簿

五十音順・敬称略

氏　　名	所　　属
秋山　由美子	世田谷区保健福祉部　部長
安藤　智子	銚子市民生部高齢福祉課　銚子市地域包括支援センター　主任保健師
石田　光広	稲城市福祉部　高齢福祉課長
泉　潤一	大阪府健康福祉部高齢介護室　介護支援課長
井谷　哲也	三重県健康福祉部長寿社会室介護・福祉グループ　主査
今川　洋子	北海道保健福祉部福祉局介護保険課保険運営グループ　主査（研修）
岡本　玲子	神戸大学医学部保健学科看護学専攻地域看護学講座　助教授
川井　太加子	桃山学院大学社会学部社会福祉学科　助教授
清田　啓子	北九州市小倉北区役所生活支援課　主査
柴山　志穂美	ぷらん館千代田　所長
田中　明美	生駒市福祉健康部福祉支援課　保健師
松崎　順子	市川市保健部　保健センター　主幹
山崎　初美	神戸市保健福祉局高齢福祉部介護保健課　主査
山本　美喜子	高浜市福祉部保健福祉グループ　副主幹
米　芳久	練馬区健康福祉事業本部福祉部介護保険課　管理係長（課長補佐）
（オブザーバー） 杉谷　和教	大阪府健康福祉高齢介護室介護支援課　主査

第２章　介護予防支援業務に係る業務の重点化・効率化について

１．検討内容

（１）検討の経緯

○　2006 年 12 月、厚生労働省より地域包括支援センターの体制整備促進策として、体制整備計画のフォローアップの実施とともに、地域支援事業交付金に関する運用改善等の具体的な支援策が講じられたところであるが、これらと併せて、「介護予防支援業務に係る業務の重点化・効率化」の方策を、できる限り早急に取りまとめる旨の方針が公表されたところである。

○　この方針を受け、本研究では地方公共団体職員等を含めた有識者から成る研究班を開催して検討を行い、介護予防支援業務の重点化・効率化のための具体的な対策を第 2 章 2. のとおり取りまとめた。

（２）調査研究結果

（ア）調査研究の目的

○　介護予防支援業務について、その業務プロセスの改善を図る観点から各業務プロセスごとにその実施方法等の見直しを行い、業務負担となっている原因を洗い出すとともに、その改善を図るための具体的な対策を検討することによって、ケアマネジメントの質を確保しつつ、介護予防支援業務の業務負担の軽減を図ることを目的とする。

（イ）具体的な検討内容

○　介護予防支援業務に係る「利用申込受付・契約締結」「情報収集」「アセスメント（利用者宅訪問・面接）」「介護予防サービス・支援計画原案の作成」「サービス担当者会議の開催」「介護予防サービス・支援計画の決定」「介護予防サービス提供」「モニタリング」「評価」等の各プロセスごとに、

① 業務処理に時間・コストを要することとなる原因

② 改善を図るための具体的な対策

について検討した。

○　また、具体的な改善を図るための対策の形態としては、次の 5 つに類型化して提示した。

① 介護予防支援業務処理に関する「参考指針」の提示

介護予防支援業務の実施にあたって、業務プロセスにおいて実施する

必要がない事務・業務等を明示するなど、その疑義に関する対応方針を明示し、もって業務の効率化を図るために厚生労働省から示すべき指針を提示した。

② 介護予防支援様式の記載要領の改正

介護予防サービス・支援計画書に関して、厚生労働省が示している記載要領について、記入負担の軽減、義務の効率化を図るために改正すべき点を指示した。

③ 参考様式の作成

介護予防支援業務の実施にあたって、統一的な書式フォームを作成することにより、業務の円滑実施が可能になると考えられるものについて、厚生労働省から示すべき参考様式の種類・内容を提示した。

④ 参考となる具体的な事例の提示

介護予防支援業務の実施にあたって、全国の各自治体で取り組んでいる業務の重点化・効率化のための様々な事例を集め、全国に発信すべき事例の内容を提示した。

⑤ 広報による周知及び研修内容への反映

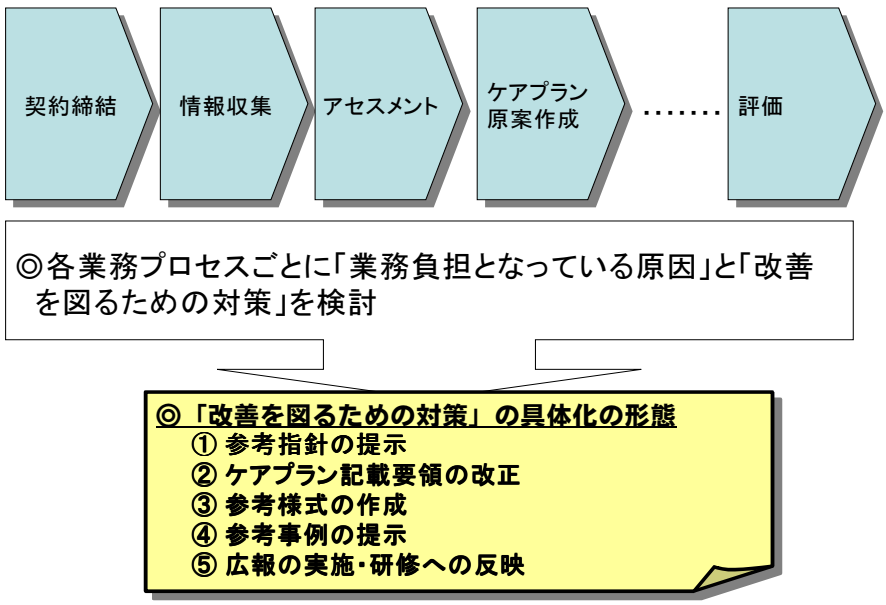
介護予防業務の重点化・効率化に向けて厚生労働省及び各自治体で取り組むべき広報・研修の内容について提示した。

（ウ）検討の結果

○　研究班におけるこうした検討の結果である「介護予防支援業務に係る業務の重点化・効率化に向けた対応策」は、第 2 章 2.(1)のとおりである。

○　また、④の具体的な事例については、第 2 章 2.(2)のとおりである。

図表　1　介護予防支援業務のプロセス



（３）都道府県からの意見募集

○　これらの検討の結果である「介護予防支援業務に係る業務の重点化・効率化に向けた対策案」について、各都道府県の意見を募集した。

○　その結果、28 都道府県から多数の有益な回答が得られ、それらの内容を踏まえて内容の一部修正を行った。その結果が、第 2 章 2. である。

○　今後、これらの各都道府県の意見の分析及びとりまとめを行い、更なる業務の効率化に向けて検討する必要がある。

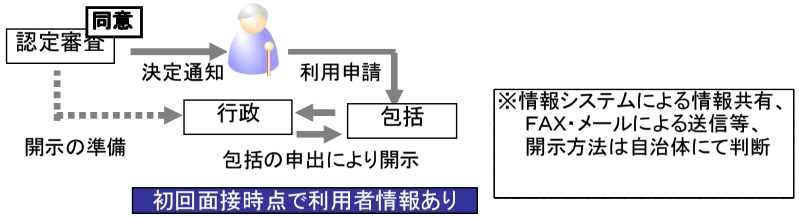
２．検討結果

（１）介護予防支援業務に係る業務の重点化・効率化に向けた対応策

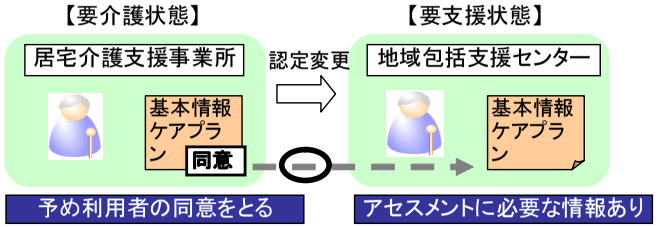
図表　２　介護予防支援業務に係る業務の重点化・効率化に向けた対応策

	業務処理に時間・コストを要することとなる原因	対応策の種類：参考指針	記載要領改訂	参考様式作成	事例の提示	広報研修	改善を図るための具体的な対策
サービス利用前月							
1．利用申込受付・契約締結	利用者に対して、介護予防の理念や制度改正の趣旨、サービス利用料の定額制化、これまでの担当ケアマネジャーからの変更の必要性などについて、地域包括支援センターから説明するのに時間を要している。	●			●	●	【参考指針】 ○制度改正の趣旨説明は、原則市町村の責任で行うものであることを参考指針で明示する。 ○認定調査との密な連携を図り、予防給付となる可能性の高い人には、申請時や訪問調査員から介護予防の説明をすると利用者の理解につながりやすいことを参考指針で示す。 【事例の提示】（第2章2.(2)　事例１） ○利用者の理解を促すため、要介護認定申請の受付窓口での説明を十分に行っている事例を示す。 【広報】 ○介護予防キャンペーン、パンフレット作成、テレビ等を通じて介護予防の理念の周知を図る。 ○「制度改正の趣旨」「介護予防の意味・効果」「１月あたり定額報酬」など、利用者が理解しにくい事項に絞った説明用ツールによって説明する。 ○要支援認定結果が出た場合、結果の通知に周知用パンフレット等を同封する。 【研修】 ○ケアマネジャー研修において、介護予防の必要性、利用者が要支援に変更になった場合の介護予防の説明方法等を周知する。
	要支援認定更新の度に利用者と契約締結を行っており、その度に契約書説明・捺印等の事務の負担が大きい。	●			●		【参考指針】 ○要支援認定更新の都度、契約書、重要事項説明書、個人情報使用同意書、介護予防サービス計画書作成依頼届出書は不要（自動更新可）とすることが可能であることを参考指針で明示する。 【事例の提示】（第2章2.(2)　事例２） ○要支援認定更新ごとに契約締結していない市町村の契約書の記載例を示す。
	利用者の基本情報の聴取及びアセスメントを行い、介護予防サービス計画書を作成するまでの間に何度も利用者の訪問が必要となり、時間がかかっている。	●					【参考指針】 ○契約締結の際に「個人情報使用同意書」をとっている場合は、利用者基本情報の最下欄の「署名押印」は省略可能であることを参考指針で示す。

図表 2 （つづき）

	業務処理に時間・コストを要することとなる原因	対応策の種類 参考指針	記載要領改訂	参考様式作成	事例の提示	広報研修	改善を図るための具体的な対策
サービス利用前月							
	契約書は地域包括支援センターと利用者で締結するが、委託の場合、委託先と利用者が再度書類を交わしている場合もある。	●		●			【参考指針】 ○契約書は地域包括支援センターと利用者で締結するものであり、委託先と利用者との間の契約や覚書等は必須ではないことを参考指針で示す。 【参考様式】 ○地域包括支援センターから介護予防支援業務の一部を委託している場合、「ただし、指定居宅支援事業者に委託する場合は、○○の一部を受託指定居宅介護支援事業者が行います」と記載しておけばよいことを契約書の参考様式として示す。
2. 情報収集	認定調査票や主治医意見書について、利用者からの利用申込があった時点で行政に情報開示請求を行い、情報を入手するため、利用申込から情報入手までに時間と手間がかかり、業務負担が大きいとともにタイムリーな介入に支障をきたしている。	●			●		【事例の提示】（第2章2.(2) 事例3） ○要介護認定申請書上で、地域包括支援センター等への情報提供の同意を利用者からとっている事例を示す。  【参考指針】 ○主治医意見書の入手を容易にするため、医療機関等への協力要請や調整は市町村が行う必要があることを参考指針で示す。

図表　2　（つづき）

	業務処理に時間・コストを要することとなる原因	対応策の種類 参考指針	記載要領改訂	参考様式作成	事例の提示	広報研修	改善を図るための具体的な対策
サービス利用前月							
3. アセスメント（利用者宅訪問・面接）	アセスメントに必要な様々な情報を聞き取る必要があり、面接時間が長くなる	●		●		●	【参考指針】 ○利用者が介護給付からの移行の場合、居宅介護支援事業所が利用者の同意を得て、地域包括支援センターに利用者情報を引き継ぐことで情報収集を効率的に行うことが出来ることを参考指針で示す。併せて、初回訪問の際、居宅介護支援事業所のケアマネジャーが同行訪問すると、スムーズに移行することができることも示す。 【参考様式】 ○居宅介護支援事業所が利用者の同意を得る際の文面、書式等を示す。  【研修】 ○都道府県主催の地域包括支援センター職員研修の中で、アセスメント技術、コミュニケーション技術向上のための演習やロールプレイ等の研修を行う。
4. 介護予防サービス・支援計画原案の作成	介護予防サービス計画書は、左から右に順を追って作成していくことにより、思考展開に役立つように作成されているが、各欄を詳細に記載するのに時間がかかり、業務負担が大きい。	●			●		【参考指針】 ○介護予防サービス・支援計画において、「領域における課題」は、その時点において優先度の高いものに絞って「有」とし、その課題について目標と具体策の提案～支援計画の立案へと展開することにより、達成可能な目標設定がしやすく、利用者本人の合意も得やすく、利用者が取り組みやすいという利点が考えられ、また業務の効率化を図ることもできる。ただし、この場合においても、アセスメントは十分にきちんと行うことが必要である。これらを参考指針で示す。 【事例の提示】（第2章2.(2)　事例4） ・利用者の生活の全体像を理解した上で、優先すべき課題に絞って作成した介護予防ケアプランの事例を提示する。
	利用者が「介護予防」の理念を理解できず、目標や計画について利用者の合意を得るのに時間がかかる					●	【研修】 ○利用者に合わせて優先順位をかえる、利用者に合わせながら少しずつ目標を広げていくなどの対人援助技術を都道府県主催の地域包括職員研修で習得できるようにする。 ○行動変容のモデルなど、利用者に合わせた関わり方について、研修に取り入れる。

図表 2 （つづき）

	業務処理に時間・コストを要することとなる原因	対応策の種類 参考指針	記載要領改訂	参考様式作成	事例の提示	広報研修	改善を図るための具体的な対策
サービス利用前月							
	記載内容が細かく、重複している事項も多いため、記載に時間がかかる		●		●		【記載要領改訂】 〇介護予防サービス計画書の課題の「有無」は、その時点において優先すべき課題の有無を書くよう記載要領を改訂する。 【事例の提示】（第2章2.(2) 事例4） 〇優先すべき課題に絞って目標を掲げた介護予防サービス計画書の事例を提示する。
	目標や支援計画について利用者の合意を得るのに時間がかかる				●		【事例の提示】（第2章2.(2) 事例4） 〇優先すべき課題に絞って課題を記載し、評価しやすく、本人の合意を得られやすい、さらには本人が取り組もうという意欲を持つことが出来るような事例を提示する。
5. サービス担当者会議の開催	サービス担当者会議は、原則として「ケアプラン作成時・変更時」とされているが、実際には関係者の日程調整が困難で開催できていない、あるいは、開催した場合でも、時間が長引き、参加者の負担が大きい。	●			●	●	【参考指針】 〇サービス担当者会議は、目標や方向性を共有し、目標達成のために本人・家族を含めて何をすべきかを話し合う場であることを参考指針として明示する。 【事例の提示】（第2章2.(2) 事例5） 〇サービス事業所の面談日に開催する、サービス見学の際に開催する、通所サービスで複数利用者まとめて開催するなど、柔軟な開催を行えることを事例として提示する。 【研修】 〇都道府県主催の地域包括職員研修の中で、サービス担当者会議の進め方について、資料の準備、会の進め方のロールプレイなどを取り入れる。

図表 2 （つづき）

	業務処理に時間・コストを要することとなる原因	対応策の種類 参考指針	記載要領改訂	参考様式作成	事例の提示	広報研修	改善を図るための具体的な対策
サービス利用前月							
6. 介護予防サービス・支援計画の決定	サービス提供事業者がサービス内容を理解していないため、調整に時間がかかる	●		●		●	【参考指針】 ○サービス提供事業者への研修・指導の必要性について都道府県・市町村に参考指針で周知する。 【参考様式】【研修】 ○サービス提供事業者への研修課題としては以下が重要と考えられる。 ・介護予防の理念 ・介護予防サービスの提供 ・個別援助計画の作成・書式(ケアプラン目標からのつながり) ・モニタリングの方法・書式(サービス提供票に記載する方法も検討) ・サービス提供実績の報告内容・書式 ・事後アセスメントの方法・書式 ・効果の評価の方法・書式
サービス利用月							
7. 介護予防サービス提供【事業者側】	事業者が介護予防サービス提供について理解していない						【研修】 ○事業者への研修を通じて、介護予防サービスの理念、提供上の留意点等を伝える。
8. モニタリング【事業者側】	事業者側がどのようにモニタリングを行うか理解していない					●	【研修】 ○ケアプラン～事業所のサービス計画書～評価　など一連の流れを示して、事業所にモニタリングの方法を伝える。
9. サービス提供事業者からの報告書確認	事業者側がどのように報告するか理解していない					●	【研修】 ○事業者への研修を通じて、どのような内容を報告をいつまでにすればよいか伝える。
	個別計画書を提出しない事業所への催促に時間がかかる					●	【研修】 ○どのような個別計画を提出すればよいか、事業者への研修で習得できるようにする。

図表 2 （つづき）

	業務処理に時間・コストを要することとなる原因	対応策の種類 参考指針	記載要領改訂	参考様式作成	事例の提示	広報研修	改善を図るための具体的な対策
サービス利用月							
10. 利用者の状況把握	利用者の状況把握のために、利用者宅に訪問するのに時間がかかる	●					【参考指針】 ○サービス事業所での利用者との面談、サービス事業所からの情報、利用者・家族からの情報等を活用することにより、効果的・効率的なモニタリングが可能であり、利用者宅訪問の回数を減らすことが可能なケースもある。事業所からの情報収集を行う必要性について参考指針で明示する。
11. サービス提供実績の報告【事業者側】	事業者側がどのような項目を報告するか理解していない					●	○【研修】 事業者への研修を通じて、サービス提供実績はどのタイミングでどのような内容を報告すればよいか伝える。
評価月							
12. 介護予防サービス提供【事業者側】	サービス提供事業者が予防給付と介護給付の違いを理解していない					●	【研修】 ○事業者への研修を通じて、予防給付と介護給付の違いについて伝える。
	サービス提供の方法や目標のあげ方が分かっていない。					●	【研修】 ○事業者への研修を通じて、ケアプランの目標を元に、サービス事業者がサービス提供上の目標を作成する方法を伝える。
13. 事後アセスメント【事業者側】	事業者側がどのような事後アセスメントをすればよいか理解していない					●	【研修】 ○事業者への研修を通じて、事後アセスメントの方法・内容について伝える。
	事業者側が評価の時期を理解していない					●	【研修】 ○事業者への研修を通じて、最終月の中旬頃までにサービス提供の評価を行い、計画作成者に提供することを伝える。
14. 効果の評価【事業者側】	事業者側がどのような項目について評価したらよいか理解していない					●	【研修】 ○事業者への研修を通じて、評価の方法・内容について伝える。
	事業者側の評価結果が期日に間に合わないことが多い					●	【研修】 ○事業者への研修を通じて、評価結果の報告の時期について伝える。

図表 2 （つづき）

	業務処理に時間・コストを要することとなる原因	対応策の種類 参考指針	記載要領改訂	参考様式作成	事例の提示	広報研修	改善を図るための具体的な対策
評価月							
15. 評価	どのような項目について評価したらよいか分からない					●	【研修】 ○都道府県主催の地域包括支援センター職員への研修において、評価に関する内容を強化する。
	中間評価はケアプランの評価でないので、実施方法について混乱が起きている	●	●				【参考指針】 ○評価は各サービス・支援の評価期間ごとに行う（中間評価）こととなっているが、中間評価の際には評価表を使用せず、支援経過記録表に記録すればよいことを参考指針で示す。 【記載要領改訂】 ○「評価時に評価期間が終わっていないサービスについても一旦評価を行い、介護予防サービス計画を見直す」の記載要領部分を改訂する。
	最初に設定した目標があいまいであるために、評価の時期を越えても、目標達成の有無を判断できない。				●	●	【事例の提示】（第2章2.(2) 事例6） ○評価しやすい目標をたてた事例を紹介する。 【研修】 ○都道府県主催の地域包括職員への研修において、目標設定について研修内容を強化する。
16. 給付管理業務	地域包括支援センターから居宅介護支援事業所に委託している場合、委託先の事業所が作成した給付管理票の情報をもとに、地域包括支援センターが給付管理票を作成するなど、二度手間となっている。また、委託先の居宅介護支援事業所に原案作成にかかる委託費を支払う事務手続きも煩雑である。				●		【事例の提示】（第2章2.(2) 事例7） ○地域包括と居宅介護支援事業所で電子データを共同処理している市町村の事例を示す。 ○国保連において、介護報酬を地域包括直接作成分と委託分に分けて直接振り込む事例を提示する。

（２）介護予防支援業務に係る重点化・効率化に関する事例

事 例 一 覧

要介護認定
利用申込受付
契約締結

事例１．要介護認定申請窓口で介護予防の説明をしている事例 25

事例２．要支援認定更新の場合に契約を自動更新している事例 26

情報収集・アセスメント

事例３．要介護認定申請時に認定調査票、主治医意見書等を地域包括支援センター、居宅介護支援事業者に開示する同意を得ている事例 27

介護予防サービス計画書作成

事例４．介護予防サービス・支援計画において、優先すべき「課題」に絞って計画作成した事例 29

サービス担当者会議

事例５．サービス担当者会議の開催上の工夫事例 35

評価

事例６．評価しやすい目標の事例 36

給付管理

事例７．共同事務処理システムにより事務負担を軽減している事例 38

事例１．要介護認定申請窓口で介護予防の説明をしている事例

課題：利用者に対して、介護予防の理念や制度改正の趣旨、サービス利用料の定額制化、これまでの担当ケアマネジャーからの変更の必要性などについて、地域包括支援センターから説明するのに時間を要している。

○ 要介護認定の申請受付窓口にて、介護予防の理念や制度改正の趣旨、サービス利用料が定額であることなどについて、行政職員から説明している。

○ 特に、軽度と思われる利用者については、申請時点から介護予防の理念を説明することにより、実際に要支援認定がおりた場合、地域包括支援センターからの説明への理解が得られやすくなっている。

事例２．要支援認定更新の場合に契約を自動更新している事例

課題：要支援認定更新の度に利用者と契約締結を行っており、その度に契約書説明・捺印等の事務の負担が大きい。

○ 利用者との契約締結において、要支援認定更新の場合には、契約を自動更新できる文面を用いている。

（契約期間）

第２条　この契約の契約期間は、平成　　年　　月　　日から利用者の要支援認定の有効期間満了日までとします。

２　契約期間満了日の３０日前までに、利用者から更新しないという申し出が無い場合は、契約は更新されるものとします。

事例３．要介護認定申請時に認定調査票、主治医意見書等を地域包括支援センター、居宅介護支援事業者に開示する同意を得ている事例

課題：認定調査票や主治医意見書について、利用者からの利用申込があった時点で行政に情報開示請求を行い、情報を入手するため、利用申込から情報入手までに時間と手間がかかり、業務負担が大きいとともにタイムリーな支援に支障をきたしている。

（自治体Ａ）

○ 要介護認定申請において、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、主治医等に提示することについての包括的な同意を得るため、要介護認定申請書に本人同意欄を設けて同意を得ている。

○ これにより、地域包括支援センターに利用者からの利用申込があった場合に、地域包括支援センター（直営）担当者は個人設定のパスワードなどの安全管理の下で必要な情報を閲覧できる仕組みとなっている。

「要介護認定･要支援認定 申請書」上の記載例

介護（介護予防）サービス計画の計画および介護（介護予防）サービス利用時（健康状態の把握）に必要があるときは、要介護認定･要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を〇〇市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、ほか介護サービス事業者の関係人、主治医意見書を作成した医師に提示することに同意します。

□　同意する　　□　同意しない

署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（自治体Ｂ）

○ 上記（自治体 A）と同様に、要介護認定・要支援認定申請書に本人同意欄を設けて同意を得ている。

「要介護認定･要支援認定 申請書」上の記載例

> 介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するため必要があるときは、要介護認定･要支援認定にかかわる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、○○市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設、入居型の居宅サービス事業者、主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。
>
> 本人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

○ さらに、地域包括支援センター（委託）が、地域の高齢者及びその家族等を総合的に支援する身近な窓口として総合相談業務や介護保険業務等を円滑に行えるよう、高齢者の情報を閲覧可能にするため、市の情報公開・個人情報保護審議会にこれに係る個人情報の保護措置を諮問し、認められた上で実施している。

事例４．介護予防サービス・支援計画において、優先すべき「課題」に絞って計画作成した事例

課題：・介護予防サービス計画書は、左から右に順を追って作成していくことにより、思考展開に役立つように作成されているが、各欄を詳細に記載するのに時間がかかり、業務負担が大きい。

・利用者が「介護予防」の理念を理解できず、目標や計画について利用者の合意を得るのに時間がかかる。

○ 介護予防サービス・支援計画は、当然のことながら計画表を埋めることが目的ではない。

○ 計画表の様式例は必要最低限の内容を示しているものであり、いずれの項目も重要である。計画表の様式を左から順に書き進めることによって、介護予防ケアマネジメントをステップバイステップで展開できるようになっており、また後からその思考過程を追うことができる様式となっている。

○ こうした基本的事項を踏まえつつ、十分なアセスメントを行った上で、3ヶ月や6ヶ月といった短期間で優先すべき課題は何かを厳選し、その優先すべき課題に絞って目標設定し（1つの場合もある）、支援計画を作成する。

○ 課題を厳選し、目標を絞ることによって、提案された本人も納得し、合意が得られやすく、取り組む意欲にもつながっている。また、業務の効率化も図られる。

○ 以下に優先すべき課題に絞って作成された介護予防サービス・支援計画の事例を2つ紹介する。なおこれらの事例は、どのような視点で課題や目標を絞り込み、計画を作成すればよいかを解説するためにお示しするものであり、事例検討を意図したものではないことをご留意いただきたい。

事例Ａの概要；初回計画　介護予防通所リハビリにて「運動プログラム」を３ヶ月間実施

パーキンソン病を患っており、歩行障害があり、布団からの立ち上がり・衣類の着脱等に妻の介助を受けている。最近、妻や友人の励ましにより勇気をもらい、絵画教室等に通い始め、生活を楽しみ始めたことで、今までの生活を振り返る余裕が生まれた。そこで自分にあったリハビリ等を始めることで、衣類の着脱等時間がかかってもできることがあるのではないかと意欲を持ち、リハビリ目的で今回初めて介護保険の申請を行った。計画作成者は、７年間の病歴において、特有の症状を有しているものの病態が安定していることをポジティブに捉え、３ヶ月の中で達成可能と考えられる目標を建てて、支援をおこなっている。

事例Ｂの概要；継続利用者　介護予防通所リハビリにて「運動プログラム」を３ヶ月間実施

３ヶ月間で状態の改善が見られ、認定有効期間を２ヶ月残した中で、認定を更新する手続きを行なう一方で、一旦サービスを終了し、次は利用者本人が支援する立場としてボランティア等でデイケアサービスに参加できるかを検討する期間として、１ヶ月間の評価期間を設定し、事業所の協力を得ながら実現できるかどうかを考えている。

計画作成者は、ボランティア等での参加を断念した場合の支援方針等についても考えているが、この段階ではあえてそのことをご本人にはっきりとは伝えていない。しばらく本人の様子をサービス提供事業所のスタッフや家族と共に見守りながら、状況の変化に合わせて、ご本人とまた今後のことを含めて話をし、例えば更新手続きを勧める、あるいは地域支援事業等を勧める等、状況変化に対応できるよう、モニタリングを適切に行なっていく。

（注）この事例は、どのような視点で課題や目標を絞り込み、計画を作成すればよいかを解説するためにお示しするものであり、事例検討を意図したものではない。

事例A

介護予防サービス・支援計画書（1）

No.　　利用者名　　様

初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援・要介護	地域支援事業

計画作成者氏名　　委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

計画作成（変更）日　年　月　日　（初回作成日）　年　月　日

担当地域包括支援センター：　　認定年月日　平成　年　月　日　　認定有効期間　年　月　日～　年　月　日

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族
運動・移動について 歩行時つんのめる感じがあり、スムーズに足が前にでないことが増えているが、頑張って歩くようにしている。布団からの立ち上がりも困難で妻が手伝ってくれている。	本人：妻や友人の励まして勇気をもらい、リハビリを始めてみようかと考えています。	■有　□無 病気の状態から、歩き始めの一歩がスムーズにでないこともあるが、意識して外に出るようにしている。自分にあったリハビリの方法があれば、やってみたいという意欲を持っている。	1．よくなりたいという意欲を大切にしながら、無理のない範囲で体を動かし、１つでもできることを増やしていく	1．時間がかかっても洋服の着替えを行えるようになる。	1.（本人） ①②提案どおり
日常生活（家庭生活）について 衣服の着替えは時間がかかるので、妻が手伝ってくれている。家事はほとんど妻が担ってくれているので助かっている。	本人：洋服の着替えを手伝ってもらうことを当たり前のように思っていましたが、最近時間がかかっても自分でやりたいと思えるようになりました。	■有　□無 自分にあったリハビリを行うことで、洋服の脱ぎ着など、できることが増えるのではないかと考えている		本人 ①介護予防通所リハビリ「運動器の機能向上」に参加する。 ②脱ぎ着しやすい洋服を選ぶ	
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 転んだりしないかと不安に思うこともあるが、月に２回絵画教室に通うようになったことで楽しみが増えた。	本人:教室で出会う人々との会話も楽しいし、家にいて絵を描いている時も心が穏やかになれるので、毎日が楽しめるようになりました。	□有　■無			
健康管理について パーキンソン病（平成１１年～）があり、遠方の〇病院に月に１回、定期的に通い、薬を飲んでいる。先生からも病気の状態が落ち着いていると言われている。	本人：病院に行くときは、Ｔ付近までは妹が車で送ってくれるため、とても助かっています。	□有　■無			

パーキンソン病特有の歩行のしずらさをとりあげ、今取り組む優先的な課題として課題「有り」としている。布団からの立ち上がりができない現況もあるが、本人の意欲を高めるためにも外出と関連性の高い歩行のみを優先的にとりあげた。

改善したいという意欲を保つには、取組に対する動機付けや小さな成功体験が次のステップにつながる。表現は少し抽象的ではあるが、疾病の特徴から日内変動等も考えられるため、無理のない範囲で体を動かしていきながら、動作性の改善を図り、1つでもできることを増やしていくことを意識してもらうよう、総合的課題とした。

面接の場面で本人の身体状況を確認したところ、衣服の着脱は少しリハビリを行うことで可能になるのではないかと考えた。3ヶ月間という評価期間を想定していたこともあり、その中で優先的に取り組むこととして、小さな成功体験を次のステップとするためにも、自分で行いたいという思いを大切にし、目標にあげた。

目標が達成しやすいように、着脱しやすい衣類の選定等、家庭内においてできる工夫を提案した。

社会参加に関しては、転倒に対する不安があるものの、趣味を見出し外出を図っている本人の気持ちをプラスととらえ、領域における課題は「無」とした。

絵画教室に通うようになり、外に目が向くようになった本人が、絵を描き続けたいという思いが強まるにつれ、妻の手を借りずに、できることを増やしていきたいと考えるようになったことをとらえている。

健康管理の部分は、定期通院・内服加療が行えており、病態としては安定していることから、課題は「無」とした。病気の特徴を踏まえると、病状悪化の危険性が有るということを課題に挙げておきたくなるが、長く病態が安定していることをプラスに捉えている。

医師連絡済みの内容等の添付や医療面での確認事項を記載した。

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	5/5	0/2	1/3	2/2	2/3	3/5

健康状態について

□主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

セルフケアで体調管理しながら、リハビリができる介護予防通所リハビリを選定。運動量や留意事項等別紙参照（医師連絡済み）

介護予防サービス・支援計画書(2)

No.　　利用者氏名

体調を整えるためにも薬の飲み忘れがないようにすることを本人が目標にあげたため、そのことを大切にした。

1年後の目標に関して、「友人と共に電車に乗って美術館に行く」とか「絵画教室に継続して通い、風景画を仕上げる」など具体的な提案もしてみたが、ご本人にとっては「普通に寝起きができて歩くことができる」ということができれば、絵画以外にも楽しみを見出すことができるのではないかという想いが強く、以下の目標（1年後の目標）となった。1年後の目標は、支援経過の中で変わっていくことも考えられるため、本人の気持ちを優先した。

目標とする生活

1日	薬を飲み忘れないようにする	1年	普通に寝起きができて歩くことができる

目標	支援計画					
	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
提案どおり	・洋服の着替えという行為も、生活の中における「リハビリ」になっているということを伝えていく。	本人：①介護予防通所介護が継続できるよう体調を整える ②デイサービスで習った体操等を自宅でも行う 家族：①自分でやってみたいという本人の気持ちを支えていく	運動器のプログラムを選択し、下肢筋力・バランス能力の向上を図ることや自宅で行える運動等を紹介する	1．介護予防通所リハビリ「運動器の機能向上」	k事業所	①3ヶ月 平成　年　月　日 ～　年　月　日

衣類の着脱そのものが、バランス能力や柔軟性等の身体機能が関連していること。すなわちこの行為自体が、実は生活リハビリの1つなのだということをしっかりと伝えていくことで、更なる意識付けができるものと考え支援のポイントにあげた

現在、病態が安定しているものの、病気の特性から状態変化が起こる可能性は否定できない。症状の現れ方によっては、計画通りに進まないことも考えられるため、そのあたりの理解を促しながら、取り組んでいくことができるよう支援していくことを考えた。

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

病気の特徴から計画通りにリハビリが進んでいかないことがあったとしても、焦らずに1つ1つ丁寧に取り組んでいきましょう。

計画に関する同意

上記について、同意いたします。

平成　年　月　日　氏名　　印

【本来行うべき支援が実施できない場合】

妥当な支援の実施に向けた方針

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

（注）この事例は、どのような視点で課題や目標を絞り込み、計画を作成すればよいかを解説するためにお示しするものであり、事例検討を意図したものではない。

事例B

介護予防サービス・支援計画書(1)

No.　　利用者名　B　様

初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要介護2	地域支援事業

計画作成者氏名　　委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

計画作成（変更）日　年　月　日　（初回作成日）　年　月　日

担当地域包括支援センター　　認定年月日　平成　年　月　日　　認定有効期間　年　月　日～　年　月　日

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族
運動・移動について 布団からの立ち上がりができるようになった。また、歩く時の前につんのめる感じがなくなり、転ばないかと不安だった外出にも自信がもてるようになってきた。	本人：デイサービスに３ヶ月通い運動を行ったおかげで、布団からの立ち上がりが一人でできるようになったことは成果です。 家族：こんなによくなるなんて思わなかったので驚いています。	□有　■無 プログラムに参加しながら、ボランティア等の動きを観察し、自分自身で何ができるかをスタッフと共に考えていくことが大切であることをあげ、自分自身の中に起きている様々な葛藤を整理することが必要だという理解を促した。	1．運動器のプログラムに参加する中で、今後「ボランティア」として参加できる部分があるのかどうかをスタッフと共に考えていくことが必要である。	1.（目標） ボランティアとしてデイケアサービスに参加できるかを考え、自分で決断することができる ①介護予防通所介護「運動器機能向上」を利用し、バランス能力の向上とあわせ、今後ボランティア活動について現実化できるかをデイに参加しながら考える ②調子が良いときは、散歩や体操・運動量を増すことを実践する	1.①については、この１ヶ月間でしっかりと考えたいので、有効にこの期間を活用したいと思います。　②については、提案どおり 自分自身での気持ちの整理ができれば、自己決定もできるだろうと考え、左記のような目標を提案した。 一見目標とは、無関係のように見えるが、本人が社会参加を考える上で、体力があることや安定した歩行ができることは大きな自信につながるため、日々の努力を惜しまないようにするよう提案した。
日常生活（家庭生活）について 衣類の着替えは時間をかけ、自分で行なえるようになり、長年、妻任せだった家事も一部（掃除・洗濯干し）を担うようになった。	本人：洗濯物を干したり、掃除をすることもバランス能力の向上など、体にいいことを知り、やる気になった。 家族：本人が洗濯や掃除を手伝ってくれるようになったことがとても嬉しい	□有　■無			
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて デイケアでのボランティアスタッフと親しくなり、障害者でボランティアをしている人に刺激を受け頑張れた。現在、スタッフからボランティアを目標に頑張ろうと励まされている。	本人：デイサービスを終了し、次はデイでのボランティア活動にとスタッフやボランティアの方々に誘ってもらっているけれど、不安である。 家族：本人の意志に任せます。	■有　□無 ボランティアをやってみたいという気持ちとまだサービス利用する立場でいたい思いの中で揺れ動いている。 誘ってもらってはいるものの、ボランティアとして具体的に何ができるかもわからないため、足手まといになるのではという不安と、何かできるのではないかという期待とや、もう少し受け身でいたいと考えるなど、様々な葛藤がある部分をとりあげた。自分自身の気持ちを整理することが大切だという本人自身のメッセージでもある			
健康管理について ○病院には、妹に送ってもらい続けて通っている。薬の種類も変わらず、先生も調子が良いといっている。	本人：このままの状態が続いてほしい	□有　■無			

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	1/5	0/2	0/ 3	1/2	0/3	0/5

健康状態について

□主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

病状が安定していることから、内服薬の変更もありません。引き続き、焦らず生活の中で取り組めるリハビリを続けていってほしいと思います。

介護予防サービス・支援計画書(2)

No.　　利用者氏名　　B　　様

目標とする生活

1日	掃除や洗濯物干しを日課にする	1年	友人と電車に乗って美術館に行く

目標	支援計画					
	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービス又は地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
1．１ヶ月間で、「ボランティア活動を始める」かについての方向性を出すことができる	・デイサービス等の協力を得て、本人が出来る範囲でのボランティア活動を具体的に提案してもらえるように伝える	本人： ・体の調子に合わせて、デイケアで学んだ体操や散歩を行なう。地域で開催している体操教室に週に２回通う 家族：ご主人と共に体操や散歩を行う	①バランス能力アップを更に図る。また、１ヶ月間の間に利用者から支援者（ボランティア）への移行を目指し、その役割を共に見出していく ②地域支援事業（一般高齢者施策）	①介護予防通所リハビリ（運動器の機能向上プログラム） ②〇〇体操教室	①Ｋ事業所 ②市	①1ヶ月 ②6か月（月に２回）

本人が最終的にボランティア活動を始めるかについて、自己決定できるように、具体的に取り組めそうな内容をB氏の状況をよく知っているスタッフからいくつか提案をしてもらえるよう依頼してみた結果→合意が得られたため、そのことを記載した。

若く元気なボランティアと同様のことができなければ、ボランティアではないという考えではなく、病気を抱えながらもできることをお手伝いいただくことが、他の利用者への励みになると言う事業所側の考えをありがたく受け止め、利用者側～支援者側へと移行できるかどうかを本人と共に見出していくことをあげた。

インフォーマルな資源のサロン等には、関心を示されなかったため、市が実施している一般高齢者向けの体操教室を紹介。坐ったまま行う体操なので、十分参加ができると判断。本人も見学して参加意欲を高めている

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

意識して外を歩く、エレベーターを使わずに階段を上る等の日々の取り組みを今までどおり大切にしていきましょう。また家事などへの新しい挑戦も始まっており、活動量がかなり増えています。今後はデイケアサービス等で支援者側に回るボランティアでの参加等を目指すなど、新たな活動の場を見出していけるよう、共に頑張っていきましょう。

計画に関する同意

上記について、同意いたします。

平成　　年　　月　　日　　氏名　　A　　印

【本来行うべき支援が実施できない場合】

妥当な支援の実施に向けた方針

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

事例５．サービス担当者会議の開催上の工夫事例

課題：サービス担当者会議は、原則として「ケアプラン作成時・変更時」とされているが、実際には関係者の日程調整が困難で開催できていない、あるいは、開催した場合でも、時間が長引き、参加者の負担が大きい。

○ サービス担当者会議の開催場所は、本人や提供サービス事業者と日程を合わせやすい場所で開催している。例えば、介護予防通所介護の利用者の場合は介護予防通所介護事業所で、介護予防訪問介護利用者は自宅で、主治医が出席できる場合は主治医の医療機関で開催するなど工夫している。

○ サービス担当者会議では、目標や支援内容を共有することが大切であり、単にサービスの日程調整をする場ではない。サービス担当者会議を効率的に進める工夫のひとつとして、事例に応じて検討内容を事前に整理し、計画作成者やサービス提供事業者からのモニタリングや実績報告を用いて、事前に評価表と修正後の介護予防計画書案を作成し、会議に臨んでいる。会議の場での意見により計画の修正が必要な場合は、後日郵送し確認している。

事例６．評価しやすい目標の事例

課題：最初に設定した目標があいまいであるために、評価の時期を越えても、目標達成の有無を判断できない。

○ 実際に、介護予防サービス計画書の「目標」欄に書かれていた項目を分析すると、目標達成の判断がしやすいものと、判断がしにくいものがある。目標達成の有無を判断できる「目標」とは、より具体的で分かりやすく、実際の行動として確認できるものがよい。

	介護予防ケアプランの目標　　抜粋	目標達成の有無を判断できる状況
達成の判断がしやすい	自宅内で転倒しないように安全にすごせる。	転倒せず生活できた。
	転倒のないように気をつけて外出する	外出時、転倒しなかった。
	体調に合わせて散歩する回数を週２回以上に増やす	おおよそ週３回、散歩した。
	1 日一回外出を心がけ、食事がおいしくたべられようにする。	毎日少しでも外出することができ、食欲も少しだが出てきた。
	体調に合わせてヘルパーと一緒に掃除を行う	体調がいい時は、腰を曲げないで出来る範囲の掃除機をかけている。

	介護予防ケアプランの目標　　抜粋	目標達成の有無を判断しにくい理由
達成の判断が難しい	体調管理。身体状況の安定。健康維持。	どのように体調管理するのか、何を目指しているのか具体的にわからないので、評価ができない。
	身体に負担にならない程度の家事は自分でする。腰に負担のない家事。	身体に負担にならない程度とはどんな程度か不明。そのため評価ができない。
	体力低下、下肢筋力低下の予防。	具体的にどんな身体状況、活動状況ができていれば予防になるのか、目指すものが不明。
	他者と交流する。地域と交流する。地域への参加。	他者とは、家族、地域の人、サービス提供者など、具体的に誰とどのような交流であればいいのか不明。
	バランスのとれた食事をする。栄養バランスのよい食事摂取。バランスのよい食生活を送る。	バランスの取れた食事とは？具体的にどのような状況になれば評価できるのか？

＜達成の判断がしやすい目標の具体例＞

○ 実際に、介護予防サービス計画書の「目標」欄に書かれていた目標の中から、達成の判断がしやすい目標の具体例を以下に示す。

○ ただし、これらの目標については、個別の利用者に対する課題分析を十分に行った上で設定するものであり、これらの目標例が他の利用者の介護予防サービス・支援計画書にそのまま記載されることは望ましくない。

＜目標の具体例＞

- 自宅内で転倒しないように安全にすごせる。
- 一人で外出が出来る。
- 転倒のないように気をつけて外出する。
- 毎日散歩や買物等の外出をする。
- 足腰を強化,体力向上のためホームヘルパーと買物同行。散歩をする。
- ふれあい給食に参加できるようになる。
- シルバーカーを押して買物に行けるようになる。
- 近隣の知人宅にいけるようになる。
- １日一回外出を心がけ、食事がおいしくたべられようにする。
- 杖による歩行に自信をつけ、近所の外出が１人でできるようになる。
- 体力をつけ、○○温泉へ行く。
- 買物、掃除が自分でできる。
- 自分で週に１回以上、調理して食事する。
- 体調に合わせてヘルパーと一緒に掃除を行う。
- 日中は離床して過ごす。
- 杖を持たずに歩く。
- デイ利用時に施設内を歩く。柄のついたモップで床を拭く。
- 車椅子を使用しないで、近所を歩行することができる。
- 膝に負担がかからないように掃除する。
- 毎日１品は、減塩に考慮しながら食べる。
- 昔の登山仲間と連絡をとり、会って話すことができる。
- 畑まで歩いていくことができるようになる。
- 浴室・トイレ以外の掃除ができるようになる。
- 近隣の○○さん宅までシルバーカーを押して行けるようになる。
- 週に３回は入浴する。

事例７．共同事務処理システムにより事務負担を軽減している事例

課題：地域包括支援センターから居宅介護支援事業所に委託している場合、委託先の事業所が作成した給付管理票の情報をもとに、地域包括支援センターが給付管理票を作成するなど、二度手間となっている。また、委託先の居宅介護支援事業所に原案作成にかかる委託費を支払う事務手続きも煩雑である。

○ 地域包括支援センターが居宅介護支援事業所から受け取る給付管理票については、データを収集、集約する仕組みを「新予防給付関連情報集約システム」として取り入れ、また、委託先の居宅介護支援事業所に支払う原案作成委託料について、「原案作成料支払システム」として共同処理するシステムを開発して対応している。

○ このシステムは、大きく３つの部分から構成されている。

① 原案作成を行う居宅介護支援事業所から給付管理票情報（ＣＳＶファイル）を記録した磁気媒体を地域包括支援センターに提出する処理の部分

② 地域包括支援センターがどの居宅介護支援事業所に委託を行っているかという委託に関する情報を保険者に引渡し、保険者がその委託情報を集約して国保連に送る処理の部分

③ 各地域包括支援センターから出された介護給付費請求明細書と各保険者から提出された委託に関する情報をもとに、原案作成を行った居宅介護支援事業所に原案作成料を国保連から直接支払う部分

（参考）

全国介護保険担当課長ブロック会議資料

地域包括支援センター・介護予防支援関係Q&Aより

問２

　地域包括支援センターが介護予防支援業務を居宅介護支援事業所に委託した場合の委託費を、国民健康保険団体連合会から直接、当該居宅介護支援事業所に支払うこととしてもよいか。

（答）

○　介護報酬である「介護予防支援費」の請求者は、指定介護予防支援事業者である地域包括支援センターである。ただし、地域包括支援センターの事務処理の合理化の観点から、地域包括支援センター、国保連、委託先の居宅介護支援事業所の 3 者が合意の上、地域包括支援センターによる適切な関与の下に介護予防支援業務に影響がないのであれば、委託費の支払いについて直接、国保連から委託先の居宅介護支援事業所に支払うことも差し支えない。

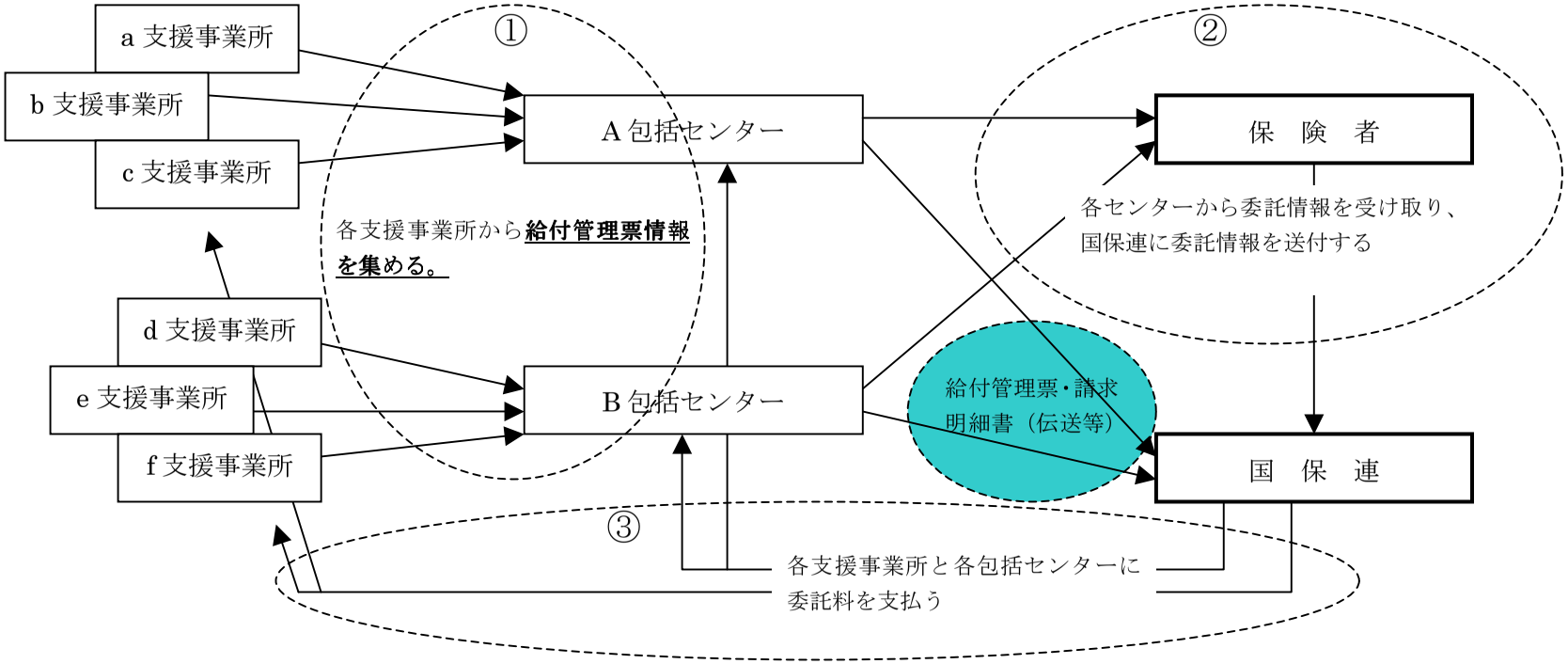
新予防給付に関する介護報酬請求事務改善業務の概要について（大阪府の事例）

地域包括支援センター（以下、「包括センター」という。）が居宅介護支援事業所（以下、「支援事業所」という。）に支払う原案作成委託料については、「原案作成料支払処理システム」として共同処理システムとしての運用を行っている。

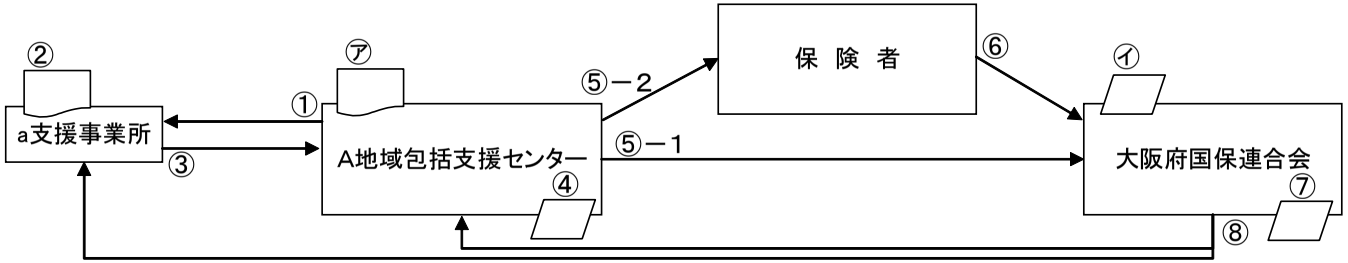
この国保連に委託して行う業務の範囲は、各包括センターから出された介護給付費請求明細書と各保険者から出された委託に関する情報をもとに、原案作成を行った支援事業所に原案作成料の支払を行うという部分（③の部分）となっている。そのため、この処理の前提となる、原案作成を行う支援事業所からの給付管理票情報を包括センターが受け取る処理の部分（①の部分）と包括センターがどの支援事業所に委託を行っているかという委託に関する情報を保険者へ引き渡し、保険者はその委託情報を集約して国保連に送るという処理の部分（②の部分）については、府内各保険者（または包括センター）において、「地域包括支援センター新予防給付関連情報集約システム」を導入している。（「地域包括支援センター新予防給付関連情報集約システム」についての概要は別添資料のとおり）

なお、センターが介護予防支援事業所として、国保連に請求をするための報酬請求システムは共同処理を行わない場合にも当然必要となる。（図の網掛け部分）

図表 3　新予防給付に関する介護報酬請求事務改善業務の概要（大阪府の事例）



図表 4　地域包括支援センター新予防給付関連情報集約システムの概要（※地域包括支援センターを委託設置する場合）



㋐: **A地域包括支援センター**において、新予防給付ケアプラン作成（原案作成委託をしない被保険者対象）

①: 原案作成を**支援事業所**に委託する場合、作成依頼及び「委託先管理データ」送付

②: ①の委託契約に基づき、新予防給付ケアプラン原案作成

③: ②のケアプランについて、サービス利用実績確認後、サービス利用票、利用票別表及び「給付管理票」情報(CSVファイル)を記録した磁気媒体を委託元**地域包括支援センター**に提出（「委託先管理データ」を使用して、委託元地域包括支援センター単位に作成）

④: ③の提出内容をチェックするとともに、「給付管理票」データから請求明細書を含む請求データを作成し、他の委託先**支援事業所**から提出された全ての請求データや、㋐のケアプランから作成される請求データとマージ

⑤-1: ④でマージした給付管理票、請求明細書等の請求データを**国保連合会**に提出（伝送等による請求）

⑤-2: **支援事業所**に原案作成委託した全ての「委託対象者情報」（対象被保険者、委託先支援事業所、委託料等)を、**保険者**に提出

⑥: ⑤-2で各**地域包括支援センター**から提出を受けた「委託対象者情報」を確認後、**国保連合会**に提出（総合窓口システム使用等）

㋑: ⑤-1で提出された介護予防ケアプラン報酬請求に対する審査

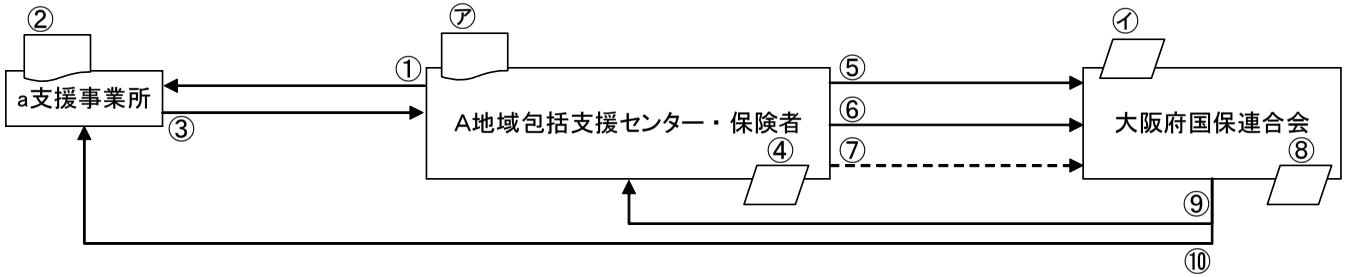
⑦: ㋑の審査結果による報酬支払額の内、⑥の「委託対象者情報」の委託料相当額を委託元**地域包括支援センター**支払額から減算し、委託先**支援事業者**の介護報酬に加算して集計

⑧: 報酬の支払い（委託先**支援事業所**が資金受領時点で委託料支払い済となり、残額が委託元**地域包括支援センター**への支払額）

- **①、③、④、⑤－2の処理が、地域包括支援センター新予防給付関連情報集約システムの対象範囲**
- **⑥、⑦、⑧の処理が、原案作成料支払共同処理（国保連合会へ委託）**
- **⑦の処理を行うには、委託元地域包括支援センターから委託先支援事業所に受領委任する書類を国保連合会に提出することが前提**
- **㋐の処理は、地域包括支援センター予防ケアマネジメントソフトまたは国保中央会の介護伝送ソフト等を使用して作成**
- **③の「給付管理票」情報(CSVファイル)は、委託先支援事業所の新予防給付ケアプラン作成ソフトまたは介護伝送ソフト等を使用して作成**
  また、作成不可の支援事業所及び紙媒体による提出の場合は、④の処理前に地域包括支援センター予防ケアマネジメントソフト等で対応

※ 地域包括支援センター新予防給付関連情報集約システムは、原案作成委託料を国保連に共同処理委託するためのシステムであり、請求業務以外のケアプランの管理等は処理対象外

図表　５　地域包括支援センター新予防給付関連情報集約システムの概要（※地域包括支援センターを保険者が直営設置する場合）



㋐: **A地域包括支援センター**において、新予防給付ケアプラン作成（原案作成委託をしない被保険者対象）
①: 原案作成を**支援事業所**に委託する場合、作成依頼及び「委託先管理データ」送付
②: ①の委託契約に基づき、新予防給付ケアプラン原案作成
③: ②のケアプランについて、サービス利用実績確認後、サービス利用票、利用票別表及び「給付管理票」情報(CSVファイル)を記録した磁気媒体を委託元**地域包括支援センター**に提出（「委託先管理データ」を使用して、委託元地域包括支援センター単位に作成）
④: ③の提出内容をチェックするとともに、「給付管理票」データから請求明細書を含む請求データを作成し、他の委託先**支援事業所**から提出された全ての請求データや、㋐のケアプランから作成される請求データとマージ
⑤: ④でマージした給付管理票、請求明細書等の請求データを**国保連合会**に提出（伝送等による請求）
⑥: **支援事業所**に原案作成委託した全ての「委託対象者情報」（対象被保険者、委託先支援事業所、委託料等)を、**国保連合会**に提出（総合窓口システム使用等）
㋑: ⑤で提出された介護予防ケアプラン報酬請求に対する審査
⑦: ⑥の委託先**支援事業者**に支払う委託料の資金を、**国保連合会**に支払う
⑧: ⑥の「委託対象者情報」に基づき、⑦で受け取った資金を委託先**支援事業者**の介護報酬に加算して集計
⑨: 報酬全額を、委託元**地域包括支援センター**へ支払う
⑩: 委託先**支援事業所**に、介護報酬及び委託料を支払う

- **①、③、④、⑤、⑥の処理が、地域包括支援センター新予防給付関連情報集約システムの対象範囲**
- **⑦、⑧、⑩の処理が、原案作成料支払共同処理（国保連合会へ委託）**
- **㋐の処理は、地域包括支援センター予防ケアマネジメントソフトまたは国保中央会の介護伝送ソフト等を使用して作成**
- **③の「給付管理票」情報(CSVファイル)は、委託先支援事業所の新予防給付ケアプラン作成ソフトまたは介護伝送ソフト等を使用して作成**
  また、作成不可の支援事業所及び紙媒体による提出の場合は、④の処理前に地域包括支援センター予防ケアマネジメントソフト等で対応

※ 地域包括支援センター新予防給付関連情報集約システムは、原案作成委託料を国保連に共同処理委託するためのシステムであり、請求業務以外のケアプランの管理等は処理対象外

第３章　地域包括支援センターの人材確保等に関する事例

検討委員会では、まず地域包括支援センターの体制整備面での課題を抽出することとした。メーリングリストでの議論を通じて、1）専門職の確保が困難である、2）職員の資質向上が強く求められている、3）ネットワーク構築が困難である、4）市町村との役割分担が不明確である、といった課題が浮き彫りになった。

次に、検討委員会では、こうした課題に積極的に取り組んでいる事例を委員がとりまとめることとした（注）。とりまとめにあたっては、他の市町村や地域包括支援センターが活用することを念頭に置いて、なぜそうした取組みを行うに到ったのかという背景・経緯を最初に説明したうえで、具体的な取組み内容をできるだけ詳細に記述した。ここで取り上げた地域包括支援センターや市町村、県がいかにして地域の関係機関等との「関係性」を強化したかが参考になると考えられる。また、地域包括支援センターが日常業務で用いる様式の開発等については、これらの様式等も参考資料として掲載することとした。ただし、これらの様式等は各地域包括支援センターが依拠すべき標準様式というものではなく、地域の実情に応じて各地域包括支援センターが知恵を絞って開発することが望ましいものであることに留意が必要である。

さらに、こうした取組みの結果、成果が見え始めているものについては、それらの成果についても紹介した。

（注）門真市、和泉市の事例については、検討委員を通じて市職員に事例をとりまとめていただいた。記して感謝したい。

事例一覧

I.　人材確保の事例 46
■ 社会福祉協議会・職能団体等との連携により、社会福祉士・主任介護支援専門員を採用 46
事例 1 北九州市 46
事例 2 神戸市 51
■ 大学との連携により保健師を採用 53
事例 3 銚子市 53
II.　職員の資質向上への取組みの好事例 55
■ 自発的な研修を通じて職員のモチベーションを向上 55
事例 4 生駒市 55
■ 行政が種々の情報交換会・合同研修会等を開催し、職員のモチベーションを向上 66
事例 5 世田谷区 66
■ 行政が三職種別に活動の方向性を助言・指導 74
事例 6 和泉市 74
■ 行政区の統括センターでＯＪＴを通じて職員の資質向上を図り、市が活動成果の発表の場を設けモチベーションを向上 82
事例 7 北九州市 82
III.　ネットワーク構築の事例 89
■ 保険者が中心となってネットワークを構築 89
事例 8 くすのき広域連合 89
■ 保険者の負担軽減のために県がネットワーク構築を支援 104
事例 9 三重県 104
IV.　市と地域包括支援センターの役割分担が明確な事例 108
■ 事業計画にネットワーク作りを織り込むよう指導 108
事例 10 生駒市 108

Ⅰ．人材確保の事例

■社会福祉協議会・職能団体等との連携により、社会福祉士・主任介護支援専門員を採用

事例 1 北九州市

【概況】

人口：984,760 人　高齢化率：23.1 %　　（平成 19 年 3 月末現在）

日常生活圏域数： 24

地域包括支援センター：

（設置数）平成 18 年度　31

高齢者人口 1 万人に 1 箇所の割合で設置された地域包括支援センター24 箇所と、その後方支援機能を担う 7 つの行政区別に設置された統括支援センター7 箇所の計 31 箇所。

（直営・委託別）すべて市の直営

（職員構成）

1 センターあたり保健師、主任介護支援専門員、社会福祉士各 1 名

なお、保健師は行政保健師を配置。主任介護支援専門員と社会福祉士は、民間からの出向者である。

（背景・経緯）

北九州市は本州との玄関口にあたる九州の東北端に位置する、人口約 99 万人の政令指定都市で、7 つの行政区で構成されています。官営八幡製鉄所とともに鉄の都として反映してきたまちです。産業構造の変化と生産拠点の市外転出にともない、労働者とその家族の転出が続き、平成 19 年 3 月 31 日現在の高齢化率は 23.1%と政令指定都市の中で最も高い水準です。

こうしたなか、住民要望においても高齢者福祉の充実は常にトップにあり、他都市に先駆けた高齢化対策が必要でした。平成 5 年 4 月に「北九州市高齢化社会対策総合計画（計画期間：平成 5 年～17 年度）」を策定し、市民と協働で行うまちづくりをコンセプトに、全ての市民が安心して暮らせる「まちづくり」に取り組んできました。

具体的には、市全域を「小学校区レベル」を中心とし、「行政区レベル」「市レベル」の三層構造に構築し、各レベルでの拠点整備を図りました。特に、行政区ごとに設置された「保健・医療・福祉・地域連携推進協議会」が地域で支え合うネットワークづくりの根幹としての役割を果してきました。

こうした市の取組みの方向性の下で、地域包括支援センターの設置については市の直営とし、行政が積極的に関わりながら、地域包括ケアの基盤づくりを行うこととなりました。

全センターを直営とするねらいは地域福祉ネットワークの再構築にありました。具体的には平成 5 年に開設した「年長者相談コーナー」の再現や、形骸化の兆しもあった「保健・医療・福祉・地域連携推進協議会」の活性化にありました。「年長者相談コーナー」は、当時市民から「相談すれば何とかなる」と高い評価を得、市民の中に「困ったら行政に相談すれば何とかなるのだから、住民相互でまずはがんばろう」と言い合えるようなインフォーマルサービスを育む力がありました。今回の直営の選択は、介護保険制度の始まりとともに、行政が高齢者ケアマネジメントから離れたことを反省し、積極的に関与することを意味しています。

北九州市では、運営協議会としての機能を、公正・中立な仕組みづくりを目的として平成 17 年 12 月に設置された「北九州市高齢者介護の質の向上委員会」（図表 6 参照）が担っています。同委員会は、地域包括支援センター運営協議会と地域密着型サービス運営委員会を一体化したものであり、3 つの専門委員会を内部に設置しています。委員会の 25 名の委員は、被保険者・利用者代表、市民代表、学識経験者、関係団体、職能団体、事業関係者で構成されています。市と運営協議会は、地域包括支援センターによる地域ケアネットワーク作りおよびそのための人材確保について、官民協働で行う必要があるとの認識の下で検討を重ねました。

（取組み・工夫）

こうした検討の結果、高齢者人口 1 万人に 1 センターの割合で 24 箇所の地域包括支援センターを設置するとともに、その後方支援を行う行政区単位での統括支援センターを 7 箇所、計 31 の地域包括支援センターを設置しました（図表 7 参照）。

これら 31 の地域包括支援センターの職員構成は、1 センターあたり保健師、主任介護支援専門員、社会福祉士が各 1 名です。人材確保にあたっては、保健師は行政保健師を配置転換することとし、主任介護支援専門員および社会福祉士は民間からの出向によることとしました。実際に、主任介護支援専門員と社会福祉士は、社会福祉協議会や福祉事業団、医師会、介護サービス事業所で雇用された職員・従業員が出向形態で市の嘱託職員として配置されています。

こうした形態での職員の出向は、出向元団体で経験を蓄えた職員が一時欠員

となったり、団体で就業しない職員を雇用することになったりするため、民間団体にとって簡単に協力できる内容ではないと市としては認識しています。しかし、その一方で、市としては、出向元団体に地域包括支援センターの運営を理解してもらい、公平、公正な活動を期待せざるを得ません。

そのため、地域包括支援センターの人材確保について協議を重ねてきた「質の向上委員会」の構成委員の団体に依頼し、主任介護支援専門員と社会福祉士の出向が実現しました。

（効果）

出向形態によって市の嘱託職員として配置された職員の中には、社会福祉協議会、福祉事業団、民間事業者において地域包括支援センターへの出向を前提に新たに採用された職員が含まれています。これらの団体の理解と協力を得ることで、市の職員数を急増させることができない状況の下であっても、地域包括支援センターにおいて専門職を確保し、市直営での運営を可能にすることができました。

図表 6

新たな公正・中立な仕組みの構築に向けて　～「北九州市高齢者介護の質の向上委員会」の設置 ～

「地域包括支援センター運営協議会」と「地域密着型サービス運営委員会」を一体化

【目的】公正・中立な仕組みづくり

◆　本市では、これまで介護保険制度を市民が安心して利用できるよう、「標準契約書の作成」「第三者評価」「平準化委員会」「苦情相談・調整委員会」と、公正・中立な仕組みを構築してきた。

◆　今回の介護保険制度改正に伴う新しい「地域ケアシステムの構築」に向けて、新たな公平・中立な仕組みとして、行政と関係団体とが一体となり、「地域包括支援センターの運営」（直営）と、「北九州市高齢者介護の質の向上委員会」の設置を行うもの。

◆　地域包括支援センター（介護予防を含む）の評価と地域密着型サービスの指定について、専門委員会を設け、第三者による客観的な評価を行う。

事務局：介護保険課

北九州市高齢者介護の質の向上委員会　（H17.12.22 設置）

【委員構成】

●被保険者・利用者代表：　老人クラブ連合会　・老いを支える北九州家族の会
●市民代表：　高齢社会をよくする北九州女性の会　・民生・児童委員協議会
●学識経験者：県弁護士会北九州部会高齢者委員会　・　北九州市保健福祉政策アドバイザー
産業医科大学　・九州リハビリ大学校　・福岡教育大学教育学部　・西南女学院大学

→ 地域密着型指定専門委員会
→ 介護予防評価専門委員会

●関係団体：市医師会・歯科医師会・薬剤師会・高福協・北九州ブロック老健協・社会福祉協議会・福祉事業団
●職能団体等：社会福祉士会・県介護支援専門員連絡協議会・介護福祉士会・県看護協会・理学療法士・作業療法士・県栄養士会
●事業者関係：事業者連絡会・県高齢者グループホーム連絡協議会

【役　割】

地域包括支援センター運営協議会の機能

役割

①センターの設置等に関すること
②センターの運営に関すること
③センターの評価・介護予防に関すること　⇒　介護予防評価専門委員会

一体化して運営

地域密着型サービス運営委員会の機

役割

①指定基準及び介護報酬設定に関すること
②質の確保・運営評価に関すること
③指定(拒否)に関すること　⇒⇒⇒⇒　地域密着型指定専門委員会

※　尊厳擁護（苦情や虐待）や従事者の人材育成、市民への情報開示など、介護サービスの質の向上に関すること

【専門委員会の設置】

介護予防評価専門委員会

地域包括支援センターの第三者評価
介護予防（地域支援事業・新予防給付）
指定介護予防ケアマネジメント業務委託事業者
に関すること

地域密着型指定専門委員会

地域密着型サービス事業者の指定（拒否）等
に関すること

※公平・公正な運営を行うため、介護保険事業を
行っていない委員で構成　（学識経験者・市民代表など）

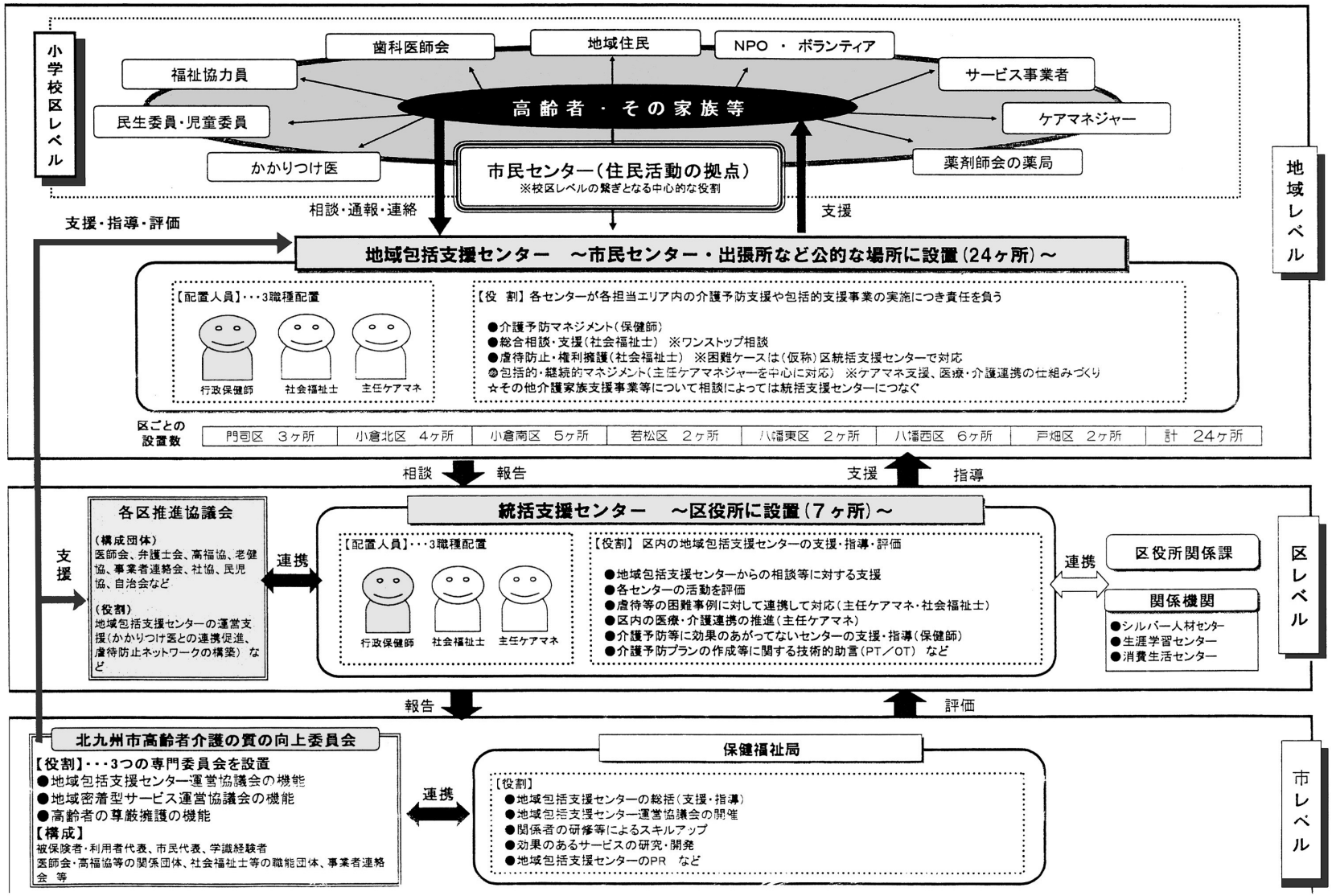
尊厳擁護専門委員会

介護サービス事業所・施設での
苦情・虐待案件等に関すること

※事業所・施設での苦情や虐待対応等に精通した委員で構成
※在宅での虐待予防･防止について検討をする「市権利擁護推進会議」との連携

図表 7

北九州市における地域包括支援センター　（イメージ図）



事例 2 神戸市

【概況】
人口：1,546,933 人（平成 18 年 9 月現在）　高齢化率：20.2　%
日常生活圏域数：　77
地域包括支援センター：
（設置数）平成 18 年度　75　平成 19 年度　74
（直営・委託別）すべて委託
（職員構成）
１センターあたり保健師、主任介護支援専門員、社会福祉士、
見守り推進員　　各１名

（経緯・取組み）

職能団体である兵庫社会福祉士会は、地域包括支援センターを支援するための委員会を平成 17 年 6 月に発足させ、地域包括支援センターに配置される予定の社会福祉士を支援するための活動を展開しています。

その主要な支援活動としては、平成 17 年 7 月に開始した「社会福祉士人材登録（バンク）制度」があります。これは、県下約 1000 名の会員の中から、地域包括支援センターへの就労を希望する者を登録する制度であり、約 100 名の登録者がありました。

こうした取組みの下で、委託方式によって運営している地域包括支援センターから神戸市に対して、社会福祉士の配置や、年度途中の退職等により人材確保が必要となった場合の相談があったものについては、神戸市は兵庫社会福祉士会を紹介し、兵庫社会福祉士会から委託先の地域包括支援センターに対して、社会福祉士会の人材登録制度を紹介しています。

この結果、地域包括支援センターでは、兵庫社会福祉士会の人材登録制度を活用して、社会福祉士の採用を行うことができるようになりました。

また、平成 18 年 11 月から各専門職種どうしのチームアプローチを図るために、兵庫県内地域包括支援センター関連職能団体（看護協会、介護支援専門員協会、社会福祉士会）連絡会の発足に向けた準備を行い、19 年 4 月から正式な連絡会を発足させることとなりました。この連絡会での検討を、今後、人材育成のための専門研修やチームアプローチに向けた支援を行う予定です。

（今後の課題）

委託方式による地域包括支援センターが、社会福祉士以外の保健師、主任介護支援専門員についても優秀な職員を確保できるような、人材登録システムが

構築できるよう、看護協会、介護支援専門員協会とも連携を深めていく必要があります。さらに、人材の確保およびチームアプローチの具現化のため、職能団体同士が連携を図り、人材育成のための活動が円滑にできるよう、市としても必要な支援を行っていく必要があると考えています。

■大学との連携により保健師を採用

事例 3 銚子市

【概況】
人口：77,000 人（平成 19 年 3 月現在）　高齢化率：26%
日常生活圏域数：3
地域包括支援センター：
（設置数）平成 18 年度　1　※ブランチ 7 箇所
平成 19 年度　1　※ブランチ廃止
（直営・委託別）直営
（職員構成）
平成 19 年度　1 センター　保健師 3 名、主任介護支援専門員 1 名、社会福祉士 2 名、社会福祉主事 1 名

（経緯と取り組み）
平成 18 年度の市の直営地域包括支援センター職員の配置計画は、17 年度の時点で 4 名（内訳は、保健師 2 名、社会福祉士 1 名、主任介護支援専門員 1 名）を予定していました。このうち、保健師 1 名と社会福祉士 1 名については増員要求の結果、市の方針（18 年度は正規職員を採用しない）から正規職員採用が困難だったため、嘱託員での枠を確保しました。この嘱託員の募集については、平成 17 年 12 月に広報したものの、保健師の応募者がいなかったため、新規採用が危ぶまれました。

一方、大学等の教育機関においては、保健師としての就職を希望する学生の相談にいつでも応じており、採用時期が迫った場合であっても就職が決まっていない学生の状況を把握していると考えられます。また採用する立場の市としても、大学から学生の希望等を事前に確認できれば、安心して採用試験受験を勧める事ができると考えられます。

銚子市ではこうしたことを勘案し、千葉県内の保健師養成教育機関（医療技術大学校および 4 年制大学）に相談した結果、卒業まで間もない時期であったにもかかわらず 1 名の保健師を嘱託員として採用することができました。

なお、平成 19 年度は、こうした 18 年度の活動実績から新規職員採用枠を確保することができました。なお、平成 19 年度は通常の職員募集での応募者のな

かから採用を決定しました。現在は、地域包括支援センターの職員全員（保健師 3 名・社会福祉士 2 名・社会福祉主事 1 名・主任介護支援専門員 1 名）が正規職員の体制になっています。

（大学を有効な採用ルートとするための連携）
地域包括支援センターが市町村直営の場合には、市の保健部門が一括で保健師の新規採用を行うため、保健部門からの異動によって保健師を配置する例が多いと思われます。他方、委託で設置している地域包括支援センターの場合には、その地域包括支援センターが独自に保健師を採用する必要に迫られることが多いと思われます。

このため、地域包括支援センターにとっては、学生や既卒者の認知度が必ずしも高くはない新しい職場に対する不安を解消し、安定した計画的な保健師採用を行うために、

・学生が地域包括支援センターにおける保健師業務のイメージが描きやすいよう実習先として協力をする。
・就職ガイダンスや、卒業生との交流の場に、積極的に地域包括支援センターの保健師が出向いて、ＰＲする。

など、教育機関との連携を検討することが一層重要になると思われます。

【参考】
某大学における学生への就職に向けた支援内容
3 年次　7～8 月　地域看護分野で、卒業生の体験談を聞く講義を実施
卒後 1～2 年目で、市町村保健分野に就職した卒業生に就職活動の様子や業務について話をしてもらう。
3 年次　1 月　　就職ガイダンスを実施
この時期に設定しているのは、保健師の場合、自治体の採用試験が 4 年生夏に行われるので、早期に就職活動を開始できるためである。
3～4 年次　地域看護実習終了時
実習グループごとに、担当教官が将来の進路について（保健師分野等）の意見交換や相談に応じている。

II. 職員の資質向上への取組みの好事例

■自発的な研修を通じて職員のモチベーションを向上

事例 4 生駒市

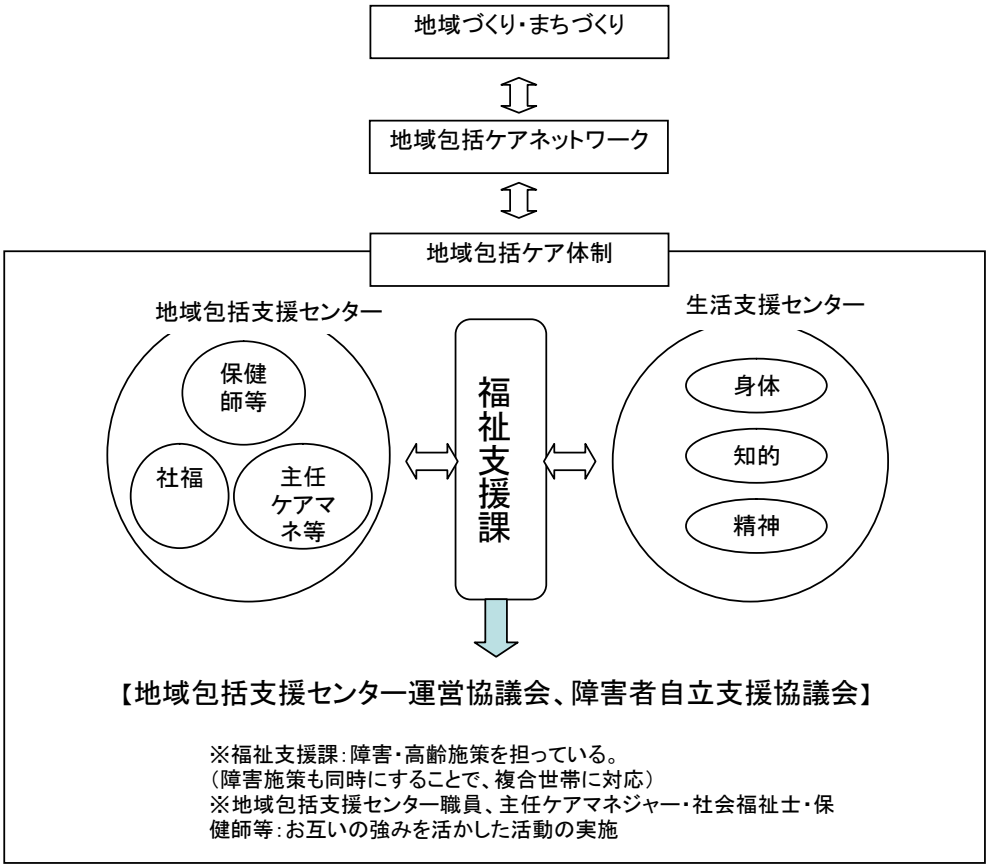
【概況】
人口： 116,665 人　高齢化率：17.2 %　　（平成 18 年 9 月現在）
日常生活圏域数： 10
地域包括支援センター：
（設置数）平成 18 年度　6
（直営・委託別）すべて委託
6 法人（社会福祉法人 2、医療法人 2、財団法人 1、社会福祉協議会 1）
委託の選定条件
①相談実績があること、②地域とのネットワークがあること、③公正・中立な運営が見込めること、④相談窓口が長時間可能であること、⑤迅速な対応が見込めること
（職員構成）
生活圏域の人口割り等により、3 センターは 3 職種、3 センターは 2 職種

（背景・経緯）

生駒市は､京阪奈に囲まれた近畿のほぼ中央に位置する人口約 12 万人の市で、高齢化率は 17.3%です。在宅介護支援センター時代から､「介護予防の推進、地域のネットワークづくり」を柱に活動を続けてきた民間法人に地域包括支援センターを委託しています。一方、生駒市の福祉支援課は､「委託先の地域包括支援センターと市とは車の両輪」の関係にあるという考えの下に､「介護予防の推進地域とネットワークづくり」を地域包括支援センターと共に実践しています（図表 ８）。

このように、生駒市は、地域包括支援センターを委託方式で運営する方針を平成 16 年 12 月に決定し、平成 17 年度は、地域包括支援センター委託に向けての体制整備を推進しました。具体な取組として『介護予防モデル試行事業』の実施・『新予防給付の選択的メニューのマニュアル』・『新予防給付のケアマネジメントマニュアル』等の作成および研修会等を実施しました。

図表 8　福祉支援課の体制



※高齢者・障害者施策を共に実施しながら、地域包括ケアを目指す体制整備（福祉支援課）

（上半期の取組み）

生駒市では、平成 18 年度上半期は、地域包括支援センターの『月例会議（3職種合同）』を市が主体となって開催してきました。会議開催の目的は、委託先の地域包括支援センター業務の平準化を図ることです。

会議開催の主な内容は以下のとおりです。

○介護予防支援についてのケアプラン指導

（1）プラン作成のポイント→目標の立て方、表現方法、チェックリストの活用方法等

（2）簡易プランの提示→プラン数の伸びに対してプランの効率化（平成 18 年 8 月）

（３）特定高齢者への対応→特定高齢者の決定からプラン作成にいたるまでの流れ

○毎月の『月例報告①～③（①介護予防支援の件数（新規・継続件数とサービス内容）②総合相談件数（新規・継続件数とその内容）③介護予防教室や出前講座、地域ケア会議等の開催日・その内容等)』を受け、課題を整理することで、それぞれのセンターが抱えている問題や課題について意見交換するとともに、各センターの問題や課題をすべてのセンターで共有し、改善策を共に探ることとしました。

○特に福祉用具貸与の問題等、時期的に集中しやすい議論については、市側から「○○の取り扱いに関しては、△△のような形で各センター共通で取組んでいただきたい」というように伝え、齟齬のないようにつとめました。

なお、委託先の地域包括支援センターは、上半期は特にきめ細やかな対応を重視し、要支援認定者の全数訪問を実施し、制度説明や地域包括支援センターの紹介等をするなど、改正介護保険制度の浸透を図りました。

平成 18 年 9 月には、市の包括担当職員が各センターを巡回し、各センターの事業計画書をもとに活動状況のヒアリングを実施しました。この結果、『月例会議』の当初目的（委託先包括の平準化）が達成されたと判断しました。この結果、下半期は必要時の会議開催に変更しました。その後、地域包括支援センターが都度の疑問や不安・困難事例等での対応に苦慮するときは、従前どおり市の包括担当職員や高齢者担当の保健師等に相談してもらうこととし、月例報告に関しては、センターから市の担当部局に直接報告するようにしました。また、要支援認定者全ての方の全数訪問に関しても半年を経て、制度の浸透もできたことからサービス利用希望者等からの連絡を待って訪問を開始する従来の形に変更しました。

（上半期の効果）

※直営ではなく、委託という形だからこそ・・・互いの横の連携を大切にした。

→包括の担当エリアは決まっているが、利用するサービスにエリアは関係しないため、サービス提供事業所は様々な包括支援センターからケースを紹介されることになる。

→センターごとに解釈のずれがないように、共通認識を図る場をもつことは、自分たちの業務を遂行していく上ではとても大切なことだという想いが、各センター職員共通にあった。

→その結果、下半期については必要に応じて自発的に会議や連絡会を開催した。
→話し合った内容については、市の担当者にフィードバックした。

※こうした背景から、各センター間の連携もさらに強化され、当初の事業計画等に基づいた、様々な研修会企画等も互いの知恵や強みを出し合い、より充実した内容が生まれている。

（下半期の取組み）

生駒市では、市と地域包括支援センター代表者との協議を踏まえた上で、下半期の運営については地域包括支援センターが自主的に「連絡会」や「会議」を開催し、以下のような内容を検討してきました。

１．介護予防支援について

（１）『モニタリング表』の作成

各センターとも「効率的・効果的なモニタリング」を行いたいが、実際には事業所からのモニタリング結果がなかなかもらえないという共通の課題がありました。他方で、「どのような書式に何を記載すればよいのかが具体的にわからず、報告が遅れている」という事業所の声も多く聞かれました。こうしたことから、事業所になるべく負担をかけず、利用者の状況を報告してもらえるような簡易な「モニタリング表」を作成していたある包括支援センターのもの（図表 ９）を参考に、担当者等で更に簡素化したものを作成し、活用したいという事業所に参考資料として配布することとしました（図表 １０及び図表１１）。

（これは、モニタリング表として生駒市が統一したものではなく、また事業所にもこの紙面をもっての報告を強制するものではありません。）

２．包括的・継続的ケアマネジメントについて

『介護支援専門員』に向けての研修企画

居宅介護支援事業所に向けた研修会の企画を 1 センターで企画するのではなく、センター合同で企画しました。ここでの工夫は、

○「介護予防の基本的な考え方・介護予防プランの全体説明・ケアプラン指導」等を指導するにあたり、実際の訪問場面をリアルに伝えるために、ロールプレイ等を盛り込んだ。

○意欲を高めるための面接技法について実践するなど、事例作成からシナリオづくりまで 2 センターが協働し、盛りだくさんの内容を企画することができた。

※研修内容をつめる際には、市の担当者にも相談し、当日もアドバイザーと

して市の担当職員等を交え実践した。

この結果、各地域包括支援センター同士が、チームを組んで共同企画を行うことによって、互いの連携が深まり、研修の内容も深まりました。さらに、互いのモチベーションも高まり、次回の研修企画にも意欲的になれるという好循環が生まれました。

３．介護予防教室の展開について

（１）効果的な介護予防教室を展開するためにセンター単独実施と他のセンターとの合同企画等、目的やねらいによって変化をもたせました。ここでの工夫は、

○単独のセンターで行う介護予防教室は、主にセンターの啓発やエリア内でのネットワークづくりに重点をおいて実施する一方で、合同開催での介護予防教室では、広く介護予防を啓発することや講座の中身をより充実させることを目的に実施したことです。

合同企画・実施のメリット

特に認知症等の理解を深めるためには、「寸劇」等を行なうことで認知症という病気の理解や家族の支援等への理解が深まりました。また、消費者問題等「寸劇」等を通して実際の場面を再現する等を行うことで、いとも簡単に高齢者がだまされてしまう心理をリアルに伝えることがき、効果的でした。

他にも、介護予防の実践に関心を高めていただくために、体力測定の実施などを行うことで、改めて自分の体力等に関心を深めてもらうことができました。

センター共同企画は、互いの情報交換ができるため、自らのセンターで実践していない内容や今後取組んでいこうと考えている内容等に照らし合わせ、「次回の出前講座等に○○を盛り込もう」と、モチベーションアップにつながりました。

４．市と包括支援センターとの関係

平成 18 年度下半期は、定期的に会議等で集まることはありませんでしたが、支援困難ケース等や地域づくり等に関する相談等については、随時担当課である福祉支援課の包括担当職員や高齢担当保健師が対応しました。

なお、事例事象によっては、共に地域に出向き地域ケア会議への参加や支援困難ケースの訪問等も状況に応じて行うなど、市と地域包括支援センターとの協働体制を一層強化しています。

モニタリング表（生駒市フォレスト地域包括支援センター用）　図表 9

利用者名　○○　△△△　記入例

月	介護予防支援計画表の目標	サービス事業所の目標	実施方法・内容	実施状況	利用者満足度	サービス適正度	目標の達成度	事業所からの意見や利用者の様子他	記入担当者印
4月	無理の無い範囲で散歩を30分間行う	下肢筋力向上の働きかけを行い、少しでも散歩できる距離や時間を延ばせるように援助する	・立位訓練○○回 ・エアロバイク○○分 ・ ・ ・	実施　一部実施　実施なし 一部実施・実施なしの理由 4月15日のご利用日に右膝痛の訴えがあり、訓練は中止しました	満足 ほぼ満足 不満	適正 検討を要する 適正とはえいない	達成　一部達成　未達成 現状況 ご利用当初と比べると、歩行時のふらつきが減少したように感じます	本人の強い意欲が感じられます。次月はさらに負荷を増やすことを検討しています。	長命
月	介護予防支援計画表の目標	サービス事業所の目標	実施方法・内容	実施状況	利用者満足度	サービス適正度	目標の達成度	事業所からの意見や利用者の様子他	記入担当者印
				実施　一部実施　実施なし 一部実施・実施なしの理由	満足 ほぼ満足	適正 検討を要する	達成　一部達成　未達成 現状況		
月	介護予防支援計画表の目標	サービス事業所の目標					成度	事業所からの意見や利用者の様子他	記入担当者印
							未達成		
月	介護予防支援計画表の目標	サービス事業所の目標					成度	事業所からの意見や利用者の様子他	記入担当者印
				一部実施・実施なしの理由	ほぼ満足 不満	検討を要する 適正とはえいない	一部達成　未達成 現状況		
月	介護予防支援計画表の目標	サービス事業所の目標	実施方法・内容	実施状況	利用者満足度	サービス適正度	目標の達成度	事業所からの意見や利用者の様子他	記入担当者印
				実施　一部実施　実施なし 一部実施・実施なしの理由	満足 ほぼ満足 不満	適正 検討を要する 適正とはえいない	達成　一部達成　未達成 現状況		
月	介護予防支援計画表の目標	サービス事業所の目標	実施方法・内容	実施状況	利用者満足度	サービス適正度	目標の達成度	事業所からの意見や利用者の様子他	記入担当者印
				実施　一部実施　実施なし 一部実施・実施なしの理由	満足 ほぼ満足 不満	適正 検討を要する 適正とはえいない	達成　一部達成　未達成 現状況		

【このモニタリング表は、生駒市フォレストフォーム地域包括支援センターが独自で作成しているモニタリング表になります。
※このシートを元に地域包括支援センター合同でより簡素化したものを作成（図表１０・図表１１）することになりました。
（この様式の活用を事業所に強制しているわけではありませんので、ご留意下さい。）

事業所名　◇◇◇◇◇サービスステーション

図表　１０

介護予防の流れ（介護予防サービス提供事業者用）

介護予防支援事業者よりサービス提供依頼
↓
サービス提供可能か検討
↓
サービス提供受託
↓
サービス担当者会議に参加
↓
利用者と契約
※契約書及び重要事項説明書の交付・説明・同意が必要
↓
個別サービス計画書を作成
※介護予防サービス計画書に基づいて、各サービス提供事業者毎に具体的な個別サービス計画書を作成
↓
個別サービス計画書を利用者に交付
↓
サービス提供開始
↓
モニタリング（１ヶ月に１回）
※介護予防支援等の運営基準（平成１８年厚生労働省令第３７号）において、「介護予防サービス提供事業者によるサービス提供状況や利用者の状態等に関する地域包括支援センターへの月に１度の報告」と規定されています
↓
評価（介護予防サービス計画書に記載されている期間）

独自のものがなければ、通所系に関しては、生駒市の新予防給付選択メニュー実施マニュアルを参考ください。

介護予防サービス計画においては、目標や方針が定められます。それらを踏まえたうえで、利用者及び家族と共に、各サービス提供事業者において、個別サービス計画書を立てる必要があります。

モニタリング表・評価表に規定の様式はありません。独自のものをご使用下さい。
参考に生駒市地域包括支援センターにて用意した様式をお渡しいたします。

※ サービス提供事業所にお渡ししている文章です。
これも自発的な地域包括支援センター連絡会で「モニタリング表や評価表（案）」を考えた時に、同時に作成し、様式等と共に必要だという事業所にお渡ししています。（強制しているものではありませんので、ご留意ください。）

図表　１１

生駒市＿＿＿＿＿＿＿地域包括支援センターへの報告　（　　月分）

サービス提供事業所名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

平成　　年　　月　　日

利用者名	利用時のご様子(目標に向けての取り組み)	意見・その他

※　自発的な地域包括支援センターの連絡会で、色々な形を検討後、自由に記載できる形が望ましいだろうということで、このモニタリング表が生まれました。
　→あくまでもこの書式での提出を事業所に強制するものではありません。

参考資料１

介護予防訪問介護　　評価（例）

〇〇事業所：担当　△△△

Ａ氏　３ヶ月間の目標：（1）自室の掃除ができる
（2）食事に関する興味を持ち、ヘルパーと一緒に買物に出かけ、自分の目で見て食材を選ぶことができる。

結果：（1）に対して
運動器の機能向上に参加し、体力の向上もみられお体にも自信を徐々に持たれたことにより、自室の掃除は週に１回程度、ご自身でなされるようになりました。

（2）に対して
体力には自信がつき、歩行能力にも改善がみられているようにお見受けしますが、歩いて 10 分ほどのコンビニはヘルパーと共に出かけることは週に１回程度可能になりましたが、ご本人の希望のスーパーまでは、片道 25 分かかるため、まだ自信がないとのことです。

評価：（1）に関しては、達成できたものと思われます。引き続き徐々に掃除の場所の拡大を目指したいとご本人さんからの言動も聞かれ、目標は達成できたと思います。

（2）に関しては、３ヶ月目に入ってからは急に体力に自信をもつことができるようになったということで、歩いて 10 分のコンビニはヘルパーと共に出かけ、好きなデザートを購入されることが出来るようになられています。途中に気分が悪くなることもないので、ご本人の希望のスーパーまでお誘いしますが、片道 25 分の距離はまだ自信がないとのことで食材を選ぶところまでは到達しておりません。

今後の方向性：以上のことをふまえ介護予防訪問介護としては、掃除においても引き続きご本人の力を伸ばしていくことや買い物等への同行を考えるとプランの継続が必要ではないかと考えています。

報告者　△△△

※これは、訪問介護を利用している場合の評価見本です。各地域包括支援センターの職員が集まり作成したのです。訪問介護事業所の方々から、参考事例の提示を求められることもあり、参考例としてお示しているものです。（あくまでもこの記載法を強制しているものではないことをご理解願います。）

参考資料２

平成 18 年度　生駒市〇〇地域包括支援センター事業計画

１センターの例です。

通年事業計画

「総合相談・支援」「権利擁護」

〇　担当エリアの地域住民に、地域包括支援センターの存在を知っていただき、介護相談窓口としての信頼を得られるよう努力する。
また、各関係機関及び関係者等のネットワークづくりを行い、担当エリアの高齢者の把握を行う
- 担当エリア内の民生児童委員・自治会・老人会等へ訪問し、地域包括支援センターの役割を説明する。
- 地域に出向いて介護者教室や介護予防教室を開催する
- 地域の医院やスーパー等を訪問し、地域包括支援センターのチラシを置いて頂けるようお願いする。

〇　インフォーマルサービス等の把握を行う
- 知り得た情報を可能な限り各関係機関及び関係者で共有する

〇　地域福祉権利擁護、成年後見制度、及び虐待等の不足している知識を身につける
- 上記の相談があった場合、各関係機関及び関係者等と連携を取りながら共に取り組む

〇　一人暮らし高齢者の定期的な状況把握
- 民生児童委員との連携を密にする
- 配食サービスや緊急通報システムを利用している高齢者の情報を把握する

〇　処遇困難事例への支援の為の他機関との連携を図る
- 関係機関との信頼関係を築くためのネットワーク作りに取り組む

「包括的・継続的マネジメントの支援」

〇　ケアマネジャーとの信頼関係作りを行う
- ケアマネジャーと交流する場を作る
- ケアマネジャーへ情報提供を行う
- 処遇困難事例を共に考える

〇　サービス担当者会議へ参加する
- 配食・緊急通報システム担当者としての高齢者の状態把握を図る

〇　担当エリア内に所在する事業所のケアマネジャーへの指導を行う
- ケアマネジャーの資質向上の為の勉強会を開催する

〇　担当エリア内の妖艶後高齢者等の把握及びコーディネートを行う
- 配食、および緊急通報システム利用者の状態把握に努める
- 各関係機関及び関係者等と連携し、情報収集に努める

「介護予防ケアマネジメント」

○　要支援認定者や特定高齢者等に対する介護予防ケアプランの作成

- 自立に向けたケアプラン作成に努め、在宅での生活が継続できるように支援する
- 生きがいをもって生活できるように支援する
- 個々のニーズに対応したケアプラン作りに努める
- 定期的なモニタリング・評価を行い、必要に応じてプラン修正等を行う

○　生活機能の向上が図れる、実現可能な目標と具体策を立てる

○　各関係機関及び関係者等と連携を図る

- サービス事業所用のモニタリング表を作成し、1ヶ月に1回、サービス事業所から情報を得る
- サービス担当者会議を開催し、ケアプランの意思統一を図る

○委託先のケアマネジャーへの介護予防プランの作成指導を行う

■行政が種々の情報交換会・合同研修会等を開催し、職員のモチベーションを向上

事例 5 世田谷区

【概況】
人口： 820,920 人　高齢化率：17.5 %　　（平成 19 年 1 月現在）
日常生活圏域数： 27
地域包括支援センター：
（設置数）平成 18 年度　27
（直営・委託別）すべて委託
委託の選定基準
①法人の基本理念、事業計画、過去 3 年間の収支状況、事業収支見込、②職員の職種、員数および勤務条件、職員育成方法、③在宅介護支援センターでの実績、地域への貢献、行政との協力、他機関との連携、④地域包括支援センターとしての事業計画、総合相談支援、指定介護予防支援事業、将来の展望、⑤個人情報の保護、苦情・事故等の対応方法、災害時の対応、夜間休日対応、介護予防事業、⑥開設準備の内容、事業開始までのスケジュール
（職員構成）
1 センターあたり、社会福祉士、保健師又は地域福祉の経験のある看護師及び主任介護支援専門員の 3 職種を配置する。

（背景・経緯）
平成 18 年 4 月介護保険法が改正され、介護予防事業への取り組みが強化されました。世田谷区では介護予防の課題に重点的に取り組むために新たに介護予防担当部を設置しました。この中のひとつの課である介護予防課に、新たに保健師 10 人を配置し、地域包括支援センターの総括や介護予防ケアマネジメントの支援を行い、介護予防事業に取り組んでいます。
介護予防の要となる地域包括支援センター（あんしんすこやかセンター）を、区民に身近な行政区域（出張所）と同様の生活圏域ごとに 27 箇所設置し、社会福祉法人等への委託によって事業を実施しています。
委託にあたっては、各地域包括支援センターの適正な事業運営を確保するため、区組織の役割を整理しました。①5 つの地域にある総合支所保健福祉課は、新予防給付マネジメントや困難ケースについての指導・監督を担い、②本庁の組織（介護予防課等）は、介護予防を推進し、委託事業者への指導・監督や事

業の管理・調整など事業統括の役割を担うこととしました（図表 １２）。
介護予防課では、①介護予防の普及啓発　②特定高齢者の把握・スクリーニング　③地域包括支援センターへの支援　④地域支援事業の展開を 4 つの柱とし、地域包括支援センターが地域支援、地域づくりに取り組めるよう、保健師による月 1 回の巡回指導や定例会の開催等による職員のスキルや資質の向上に向けた取り組みを行っています。

（工夫）
連絡事項を伝達するだけの事務連絡会とは別に、地域支援事業における介護予防ケアマネジメントの質の向上に向けて、「地域包括支援センター介護予防ケアマネジメント定例会」を区主催で毎月開催し、運営してきました。保健師は介護予防への取り組み、社会福祉士は民生委員・高齢者クラブとの連携や高齢者虐待対応への取り組み、主任介護支援専門人は居宅介護支援事業所とのネットワークなどを中心にすえて、研修会や連絡会を実施しました。
（１）1 年間のプログラム（図表 １３～図表 １７）
介護予防に関する基礎知識の習得を今年度の目標とし、介護予防サービス事業所との定例会も実施しました。地域包括支援センターの中心的な機能である地域づくりについては、地域を見るという原点に焦点をあて、グループワークや「あんすこのポケット」と言う介護予防マップの作成などを通じ、「手法」や「学び」を深めました。
（２）運営上の工夫
単なる事務連絡や情報交換のみで開催するのではなく、知識・技術を高めていくための研修の機会になるよう、「あんしんすこやかセンター」の職員からの意見も聞き、講師の選定などの工夫をし、企画しました。また、一方的な講義形式だけでなく、グループワークやロールプレイ等を取り入れた講義など、交流・連携がしやすくなるような運営を行いました。
（３）介護予防サービス実施事業者との連携
定期的に介護予防サービス実施事業者の定例会と合同で開催することにより、基礎知識の共有に努めました。また、合同開催の際にグループワークも取入れ、事業者と顔の見える関係をつくれるように工夫しました。
（４）社会福祉士の連絡会
地域包括支援センターと世田谷区成年後見支援センターが権利擁護、特に成年後見制度に関する利用支援を連携して行うため、社会福祉士を対象に連絡会を設置しました。この連絡会をきっかけとして社会福祉士の横の連携をとりたいとの希望もあり、平成 19 年度は、各職種別の研修等を充実していく計画です。
（５）主任介護支援専門員研修会

居宅介護支援事業者の介護支援専門員と「あんしんすこやかセンター」の介護支援専門員を対象に研修会を実施しました。研修会の企画運営は、「あんしんすこやかセンター」の職員がかかわり、技術や知識の習得とともに地域の介護支援専門員と顔見知りになり、支援やネットワークができることも目指しています。

（６）職員研修会

区民が満足を得られるサービスを提供するために、接遇研修を実施しました。同一内容で 3 日間の日程を設定することにより、地域包括支援センター、三職種の全職員が受講できるよう工夫しました。職員からは、「3 名全員が同じ研修を受講することで、全体のレベルアップが期待できる」など、研修の重要性が確認されました。

また、対人援助技術のスキル向上に向け、平成 18 年度は「相談面接の基本」の研修を行い、平成 19 年度もこの研修を継続・発展させて、主任介護支援専門員を対象に、対人援助者監督指導（スーパービジョン）の習得に向けた研修を計画しています。

（効果）

（１）あんすこのポケット（介護予防マップ）

あんすこのポケットを作成するに当たり、「講義を聴くだけではなく、実際の作業を通して地域を見る視点が変わった」「地域の方々との最初のきっかけがなかなかつかめなかったがあんすこのポケットの作成を通し、地域に出向き、顔見知りが広がり連携が取れるようになり地域からの期待も伝わってくるようになった」「最初は区職員が一緒に出向いてくれることもあって心強かった」との、あんすこ職員からの声も聞かれました。マップは完成版ではないので、今後も積極的に地域に出向いてもらい内容の充実を図っていく予定です。

（２）保健師の巡回

保健師が月に 1 回必ず巡回するので、「簡単なことでも気軽に相談でき、区との連携がとれ、孤独にならないですんだ」との声があり、あんすこ職員に安心感を与えることができました。

（３）研修

平成 18 年度の研修は区主導で、介護予防ケアマネジメントを中心に行ってきました。この結果、あんすこの保健師等に介護予防の考え方などが定着しつつあることを踏まえ、平成 19 年度の研修体制についてはさらなる充実を図る予定です。

介護予防ケアマネジメント定例会は新たに「あんしんすこやかセンタースキルアップ会議」として保健師以外の職種も入れてバージョンアップします。こ

のスキルアップ会議のプログラム内容の検討や運営に協力いただける世話人をあんしんすこやかセンター職員から募集します。ゆくゆくは運営の中心をあんしんすこやかセンター職員が担うことを視野に入れていきます。

また、接遇やコミュニケーション、相談面接の基本などの研修は改めてコミュニケーションの大切さを学ぶ良い機会になったとの感想が多く寄せられており、平成 19 年度はスーパービジョン研修と位置づけて実施します。

以下は接遇研修などの具体的感想です。

・コミュニケーションをとることは思った以上に難しく奥が深いことを改めて学んだ。

・「これだけは聞いておきたい情報」の聞き出し方は参考になった。

・相手の立場に立つことの大切さを改めて学んだ。

・「鍵をしっかり閉めてくださいね」と訪問の最後は笑顔で挨拶をし、そっとドアを閉めることは今後も続けたい。

・ロールプレイでは「初めにプランあり、用意されたプログラムへの参加勧奨を前提にケアプランを勧めるセールスマン」になりかねないことに気付かされた。等など。

図表　１２　地域包括支援センターと区の組織関係図

地区	地域	区
地域包括支援センターの主な役割	総合支所保健福祉課の主な役割	本庁の主な組織と役割
・包括的継続的ケアマネジメント支援業務 ・介護予防ケアマネジメント ・総合相談支援業務 ・権利擁護業務 ・区の委託業務	・地域包括支援センターへの日常・個別的支援 ・新予防給付に関するケアマネジメント支援 ・処遇困難ケース・虐待ケースの対応（地域包括との協働で対応） ・福祉緊急対応等措置の決定 ・緊急時における事務管理 ・老健入所者、入院患者の個別相談 ・介護保険者業務	保健福祉部 ○介護保険課 ・新予防給付 ○高齢施策推進課 ・高齢者虐待対応施策 介護予防担当部 ○地域福祉支援課 ・成年後見制度 ○介護予防課 ・地域包括支援センター統括 ・介護予防マネジメント支援、スキル向上 ・介護予防のまちづくり

図表　１３　平成 18 年度　地域包括支援センター介護予防ケアマネジメント定例会

（対象：保健師）

開催日	テーマ	内　　容	講　　師
4 月 27 日※	顔合わせ・意見交換	・区新組織の説明 ・介護予防事業利用の流れ	区職員
5 月 25 日	地域包括支援センターにおける地区診断	・地域を知るということ ・社会資源について	大学教授 地域看護学
6 月 28 日※	高齢期の心理と自己実現	・高齢者を知る ・意欲を高める行動変容	看護大学助教授
7 月 25 日	排泄ケアのアセスメント	・排泄ケアの基礎知識 ・アセスメントからケアプラン	株式会社理事 保健師
8 月 21 日※	地域支援事業における連携（事例を通して考える）	・事例検討 ・グループ討議	研究所研究員 理学療法士
9 月 25 日※	低栄養改善プログラム	・低栄養に関する基礎知識 ・低栄養改善プログラム	研究所 栄養士
10 月 30 日	対人援助におけるコミュニケーションスキル	・ヘルスコミュニケーションの考え方と基本技術	人材育成機関 スペシャリスト
11 月 27 日	あんすこのポケット（介護予防マップ）発表会	・地区診断の意義と活用 ・健康課題の整理	大学教授 地域看護学
12 月 12 日※	介護予防マネジメントの評価	・医療保険サービスの質・有効性評価	大学 研究者・医師
1 月 22 日	高齢期の閉じこもりと意欲低下	・閉じこもりケースへの対応 ・意欲低下と活動性の低下	研究所 ヘルスプロモーション医師
3 月 13 日※	平成 18 年度介護予防事業報告会	・介護予防課、地域包括支援センター、事業所からの報告	区職員

※は、介護予防サービス事業所定例会と合同開催

図表　１４　平成 18 年度　介護予防サービス事業所定例会（対象：介護予防事業者）

開催日	テーマ	内　　容	講　　師
4 月 27 日※	地域包括支援センター介護予防ケアマネジメント定例会と合同開催・同内容		
5 月 16 日	運動プログラムの実際と評価	・個別プランの立て方 ・体力テスト実技指導	研究所研究員 理学療法士
6 月 28 日※	地域包括支援センター介護予防ケアマネジメント定例会と合同開催・同内容		
7 月 11 日	認知症予防の基礎知識	・認知症の基礎知識と対応 ・予防プログラムについて	研究所客員研究員 心理
8 月 21 日※	地域包括支援センター介護予防ケアマネジメント定例会と合同開催・同内容		
9 月 25 日※	地域包括支援センター介護予防ケアマネジメント定例会と合同開催・同内容		
10 月 16 日	高齢者の行動変容 意欲を高めるアプローチ	・サービス利用者への行動変容を促す関わり方	大学助教授 スポーツ科学
11 月 14 日	口腔機能向上の基礎知識	・口腔機能および口腔機能向上の基礎知識	歯科医師
開催日	テーマ	内　　容	講　　師
12 月 12 日※	地域包括支援センター介護予防ケアマネジメント定例会と合同開催・同内容		
1 月 9 日	高齢者のフットケア	・介護予防における高齢者のフットケア	研究所研究員 形質人類学
2 月 15 日	H18 運動プログラム実施の振り返りと次年度の説明	・プログラム実施のまとめ ・次年度事業の説明	区職員
3 月 13 日※	地域包括支援センター介護予防ケアマネジメント定例会と合同開催・同内容		

※は、地域包括支援センター介護予防ケアマネジメント定例会と合同開催

図表　１５　平成 18 年度　地域包括支援センター、成年後見支援センター連絡会
（対象：社会福祉士）

開催日	テーマ	内　　容	講　師
11 月 20 日	世田谷区成年後見支援センターとの情報交換会	・情報交換 ・専門職のアドバイスを受けられる事例検討 ・成年後見制度の活用	社会福祉協議会職員

図表　１６　平成 18 年度　地域包括支援センターケアマネジメント研修会
（対象：主任介護支援専門員）

目的：ケアマネジメント技術の向上を図る
対象：地域包括支援センター職員（主任ケアマネジャーなど）、居宅介護支援事業所の介護支援専門員
主催：世田谷区（企画運営に地域包括支援センター職員が参加）

開催日	テーマ	内　　容	講　師
1 月 18 日	高齢者のケアとコミュニケーションを考える	砧・烏山地域合同開催約 80 人参加	保健福祉大学教授
1 月 22 日	嚥下と口腔ケアについて	世田谷・北沢地域合同開催約 150 人参加	歯科衛生師
19 年 3 月 20 日	ケアマネジャーの燃え尽き症候群について	玉川地域開催約 100 人参加予定	大学講師 人文社会学

図表　１７　平成 18 年度　地域包括支援センター職員研修会（対象：全職種）

開催日	テーマ	内　　容	講　師
8 月 7 日、 8 月 18 日、 9 月 7 日	接遇研修	・接遇の基本について、ロールプレイングを通して学ぶ ・事例検討	民間研修機関 インストラクター
19 年 3 月 9 日	相談面接の基礎	・面接相談の基本技術 ・相手の気持ちに立って考え、行動する。 ・自分を客観的に見る	大学教授 人間社会学部

■行政が三職種別に活動の方向性を助言・指導

事例 6 和泉市

【概況】
人口： 182,554 人　高齢化率：16.13 %　　（平成 19 年 3 月末現在）
日常生活圏域数： 4
地域包括支援センター：
（設置数）平成 18 年度　4
（直営・委託別）すべて委託
・委託の選定条件
在宅介護支援センターの実績がある法人で、介護予防サービス事業者を兼ねないこと。
（職員構成）
1 センターあたり　保健師等職種・社会福祉士・主任介護支援専門員をそれぞれ 1 名以上配置し、適宜必要に応じて介護支援専門員・事務職等を加配している。

（背景）
和泉市は人口約 18 万人、高齢化率は 16.1%（平成 19 年 3 月末現在）の自治体です。地域包括支援センターを設置するにあたり、中学校区ごとの人口や高齢化率などを勘案して 4 つの生活圏域を設定しました。計画当初から地域包括支援センターを民間法人へ委託することが決定していたため、実践的な活動支援の取り組みとして地域包括支援センター適正化事業（※）を予算化しました。
※和泉市における地域包括支援センター「適正化事業」とは、「介護給付適正化プログラム」とは趣旨が異なり、あくまで地域包括支援センターとしての機能を十分に発揮して円滑に事業展開できるように専門職を支援するという目的で実施しているものです。

（経緯）
和泉市では地域包括支援センターを設置するにあたり、設置責任者として地域包括支援センターが本来の機能を果たせるように、制度改正前に体制整備を検討しました。その結果、三職種の有資格専門家による指導事業（適正化事業）を位置づけ、地域包括支援センターの役割を示唆するとともに、各職種の専門性を発揮できるよう後方支援する体制をつくることになりました。（図表 １８）

（工夫）

・地域包括支援センターに配置する三職種がそれぞれに求められる役割を果たせるように、毎月 1 回、市の職員と専門家（適正化事業委託機関）が直接地域包括支援センターに出向き、提出書類を基にヒアリングを実施して助言・指導を実施しています。（図表 １９）

・適正化事業委託機関（ＮＰＯ法人）には、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員それぞれの資格のある専門家が在籍しています。

・地域包括支援センター職員は、6 ヶ月を長期目標とした月々の業務目標を作成しています。（図表 ２０）

・業務目標や活動内容について行政がトップダウンで指示するのではなく、各専門職個人の得意な分野や積極的に取り組みたいと思っている課題を目標に挙げ、これについて毎月ヒアリングで確認し、助言を行なっています。

（指導内容の例）

〇保健師等：居宅介護支援事業所への指導に悩むような予防プランについて、実際のプランを囲んで指導のポイントや助言方法を具体的にアドバイスする。

〇社会福祉士：地域住民や組織へ積極的に出向き、地域課題を把握して必要なサポートができるよう助言・指導する。また、住民相互に見守り活動や健康増進に向けての取り組みを支援できるよう助言・指導する。

〇主任介護支援専門員：居宅介護支援事業所の介護支援専門員と同行訪問を行い、ケアマネジメント過程における個人のスキルアップ課題を把握して、能力に応じた助言・指導ができるようにサポートする。

・ヒアリングで明らかになった行政としての検討課題に関しては、市職員が持ち帰って業務手順の見直しや書類等の整備、他機関との調整等を行っています。

（見直し等の例）

〇介護予防支援業務に係る書類や事務手続きの簡素化

〇認定調査の精度を高めるために、調査員研修を実施

・市内の居宅介護支援事業者に対して地域包括支援センターに関するアンケートを実施して、介護支援専門員のニーズを把握しました。

・活動からでてきた課題を地域包括支援センターエリア会議（圏域毎に実施）で検討・整理の後、解決に向けて具体的に取り組んでいます。

（効果）

・毎月指導者や市職員が直接話し合う機会をもつことで、地域包括支援センターのスタッフ一人ひとりの個性や力量を把握することができ、個別性のある助言や指導が出来ています。また、業務や対人関係など様々な苦悩や葛藤を抱えるスタッフの精神的な支援にもつながっていると考えます。

・三職種の専門性を活かした活動が少しずつ実を結んできています。

下記に活動の一部を紹介します。

〇保健師等職種

保健師等職種と社会福祉士が連携して地域組織に出向き、地域包括支援センターのＰＲや介護予防の啓発活動を行い、特定高齢者の把握に努めています。また、介護予防支援業務を委託している居宅介護支援事業所の介護支援専門員に対して、介護予防の視点や介護予防プランの作成方法を助言し、介護予防ケアマネジメントの質の向上に向けて支援しています。

例）・予防効果があった（改善）事例の要因分析と効果的なアプローチ方法の検討

・サービス事業所連絡会の運営と事業所に対する介護予防の啓発　など

〇社会福祉士

社会福祉士は高齢者虐待や特定高齢者把握に向けてのネットワークシステムを企画し、その調整を行っています。

例）・いきいきサロン（校区社協）などの高齢者組織に参加し、地域のニーズを把握

・一般高齢者施策の一環で保健センターと協働して、校区ボランティアや自治会、老人会などの地区組織に働きかけて介護予防教室を開催

・地域包括支援センター独自で介護予防啓発事業を実施

〇主任介護支援専門員

圏域ごとに主任介護支援専門員が中心となって居宅介護支援事業所連絡会やサービス事業者連絡会を開催し、業務課題の集約やスキルアップ支援を実施しています。

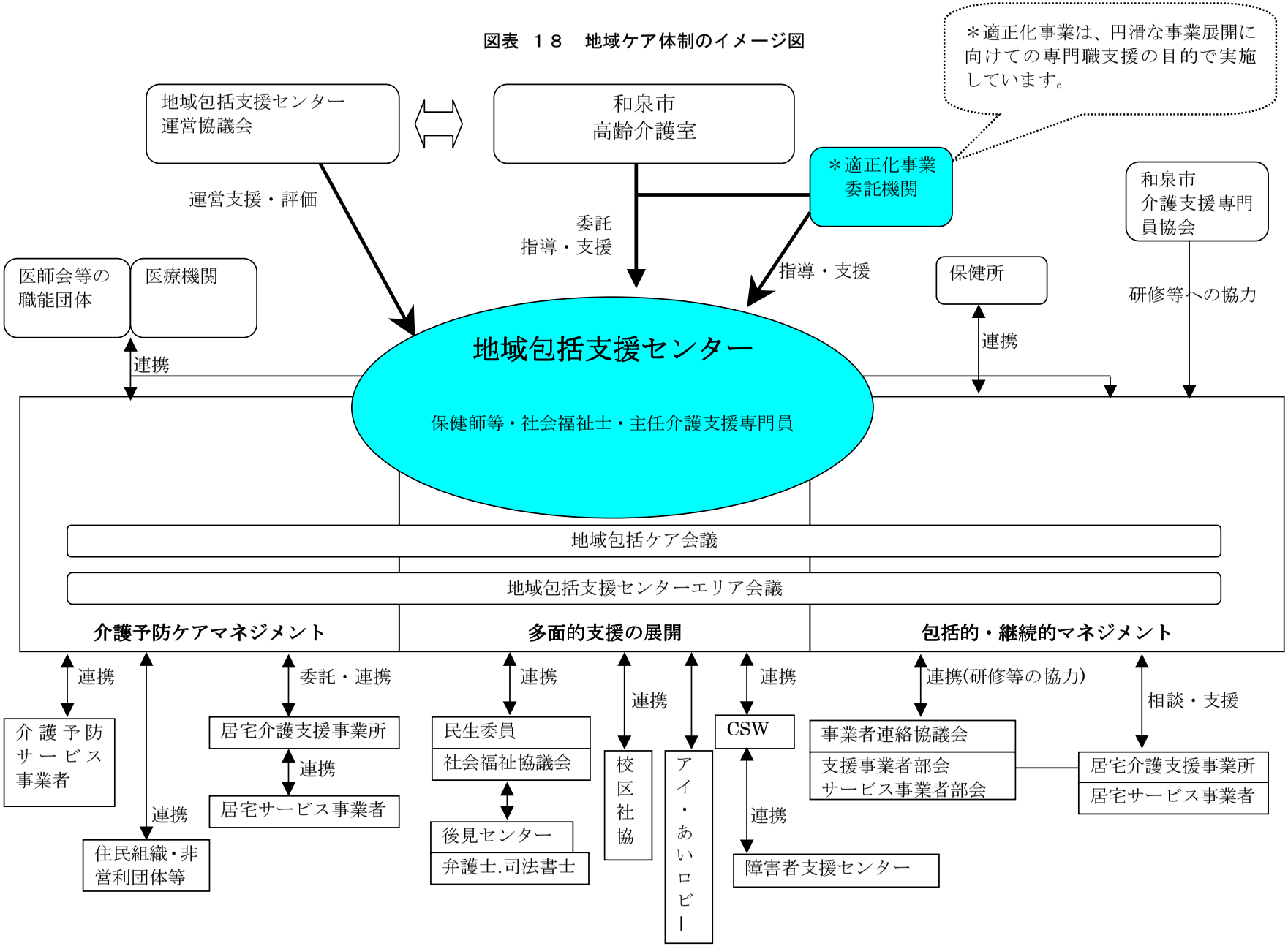
例）・課題分析やケアプラン作成等の質の検証を行い、個々の介護支援専門員に対して具体的なアドバイスを実施

・介護支援専門員の協力を得て一人暮らし高齢者の実態把握を行い、入退院時の医療機関との連携に関する課題整理を行なった

・初年度は自分たちの仕事の意義や地域包括支援センターの役割が十分理解できないまま、「業務をこなす」ことで精一杯でしたが、2 年目に入ると各スタッフが自分の活動にテーマをもって具体的に取り組んでいくという意識が定着してきました。

・個別にヒアリングを行なうことで、一人ひとりが自分の業務に対して責任感をもつことができ、スタッフが異動や退職した場合でも自主的に申し送りや引継ぎを行なっています。また、指導者や市職員も「つなぐ活動」を意識して働きかけることで、発展性のある活動が展開できています。

図表　１８　地域ケア体制のイメージ図



会議構成

＜地域包括ケア会議＞

○年１回開催

○内容：年間の包括支援センター活動報告及び実務者レベルでの課題について審議・決定を行う。また必要に応じ、協議会意見を報告する。（臨時開催可）

○召集・進行：高齢介護室

○参加者：高齢介護室高齢支援担当課長、健康課課長、地域包括支援センター代表者、運営協議会代表、学識経験者、地域住民代表、地域リハビリテーションネットワーク代表、保健所代表、社会福祉協議会代表、民生・児童委員代表、適正化事業委託機関代表、その他

＜地域包括支援センターエリア会議(実務レベル)＞

○月１回、地域包括支援センター毎に開催する。

○内容：介護予防ケアマネジメントにおける課題の検討・特定高齢者把握システムの検討（保健師等）、困難事例の検討・専門職支援について（主任介護支援専門員）、地域ネットワークシステムの検討・社会資源の開発・地域活動の支援方策の検討・高齢者虐待対応システムの検討（社会福祉士）

○召集・進行：地域包括支援センター

○参加者：高齢介護室（保健師・社会福祉士・ケースワーカー）、健康課（保健師）、地域包括支援センター職員（三職種）、事例提供を行う居宅介護支援事業所（介護予防・支援困難ケース）、介護予防サービス機関、校区社協または民生児童委員、保健所（難病・地域リハビリテーションネットワーク担当）、適正化事業委託機関（スーパーバイザー）、コミュニティソーシャルワーカー（ＣＳＷ）、その他

図表　１９　和泉市地域包括支援センター適正化事業の流れ

包括職員が市への活動報告書を作成（日報、業務目標及び評価、その他様式記入）

↓

施設長(事務局長)による提出書類の確認

↓

市へ提出(毎月５日まで)市・提出書類確認

↓

毎月第２週目

包括別、職種別にヒアリングを実施（市・適正化事業委託機関）

※　提出書類をもとに、４包括３職種に対して実施（1 回／月）

↓

適正化事業委託機関よりヒアリング報告書を市へ提出

↓

毎月第３週目

地域包括支援センターエリア会議実施

※　圏域毎に課題の整理・検討等を行う（１回／月）

図表　２０

記載例（一部抜粋）

地域包括支援センター職員業務目標（　　社会福祉士，主任介護支援専門員）平成１９年４月１日から平成１９年９月３０日迄

半年後の目標	介護予防ケアマネジメントにおける情報収集・アセスメントマニュアルの作成			
	具体的な業務目標	取組み・方法	結果	結果の原因及び要因、今後の方向性
４月	１．自分自身の情報収集やアセスメントの方法について分析して傾向や課題を把握する。	１．過去に自分が担当した１０ケースを抽出して、基本情報・チェックリスト・予防プランを客観的に分析する。アセスメントの視点、情報収集方法について整理をして、自分自身の課題を明らかにする。	１．達成	１０ケースを振り返って分析した結果、基本情報の「介護予防に関する事項」や予防プランの「意欲・意向」が十分聞き取りできていないことが分かった。限られた面接のなかで、効果的に情報収集できるマニュアルが作成できるよう取り組みたい。また、アセスメントではリスク予測が主になっていて、ストレングスや改善の可能性を導く視点が不足していることにも気づいたので、自身のアセスメント技術を磨いていきたい。
５月	１．委託先の介護支援専門員が行う情報収集やアセスメント方法について分析して傾向や課題を把握する。	１．委託先毎に２ケース程度選出し、アセスメントの視点、情報収集方法について分析を行い、課題を整理する。	１．一部達成	５事業所の分析を行った。事業所によって情報収集やアセスメントのレベルに格差があることが明らかになった。プランを作成する上で重要なプロセスであるため、実践的なマニュアルの必要性を感じた。主任介護支援専門員とも連携して、居宅介護支援事業所連絡会で学習を深めていきたい。 残りの３事業所については来月に分析を行う。
６月	１．利用者基本情報・基本チェックリストの情報収集におけるポイントを抽出する。	１．情報収集において深く聞き取りが必要な箇所や、初回面接で最低限収集しなければいけない内容などを抽出する。		
７月	１．根拠に基づいたプラン作成のためのアセスメント技術を整理する。	１．生活機能低下の要因分析、 ストレングスに着目する視点、可能性を意識した予後予測など、介護予防を実現するためのアセスメントの要点を整理する。		
８月	１．情報収集・アセスメントマニュアル（案）の作成を行い、内容を検証する。	１．６月・７月でまとめた内容をもとにマニュアル（案）を作成して、包括スタッフが実際に面接場面やアセスメントに使用することで検証を行う。		
９月	１．委託先の介護支援専門員にもマニュアルの検証に協力してもらい、修正を加えて完成させる。	１．居宅介護支援事業所連絡会でマニュアル（案）を紹介して、内容検証の協力を依頼する。意見を集約して、マニュアルに修正を加える。		

地域包括支援センター名　　Ａ　地域包括支援センター　　担当職員氏名　　Ｙ．Ｍ　　㊞

上記内容を確認致しました　　平成１９年３月２０日（火）　施設長（事務局長）氏名　　Ｈ．Ｆ　　㊞

■行政区の統括センターでＯＪＴを通じて職員の資質向上を図り、市が活動成果の発表の場を設けモチベーションを向上

事例 7 北九州市

（背景・経緯）

北九州市の地域ケアネットワークは、地域レベル、行政区レベル、市レベルの三層構造です。住民に身近な相談窓口である地域包括支援センターは地域レベルの窓口として設置され、地域包括支援センターを後方支援する統括支援センターは行政区レベルの区役所に設置されています。

北九州市の地域包括支援センターの特徴の１つに、「ワンストップ」と「出前主義」の相談対応があります。これは、事例 1 で紹介した、区役所に設置された「年長者相談コーナー」が、たらい回しと言われる行政の縦割り対応でなく、高齢者の相談であれば何でも受けるワンストップであったため、住民から好評だったことや、申請を受けてからしか行動しないのではなく、必要時に行動する出前主義で相談対応したため住民の信頼を得ることができたことを受け継ぐものです。

北九州市の地域包括支援センターは、保健師以外は親元が異なる民間からの出向に依存しています。また、包括支援センターは異なる職種の職員によって構成されています。このため、各包括支援センターにおいては、三職種間で安定した関係を構築するとともに、各専門職がセンターにおける役割意識を明確に持って、その機能を十分に発揮できるようにするために、職員間での情報を活発化させることが大切でした。

民間から職員を受け入れている市としては、その職員と出向元団体に地域包括支援センターでの経験を有効なものと評価してもらいことが重要であり、そのためにも人材定着への配慮は欠かせないものです。

（取組み）

１　行政区の統括支援センターによるＯＪＴ

地域包括支援センターがワンストップや出前主義で相談対応を行い、住民から信頼を得られるよう、統括支援センターは地域包括支援センターの後方支援を行っています。後方支援の内容は以下のとおりです。

（１）地域包括支援センターからの相談への対応や情報提供

統括支援センターは、地域包括支援センターから介護保険法や事例に関して様々な相談や問い合わせを受けます。また、行政区で把握しやすい情報の提供

や、必要時には保険者としての情報提供を行います。

（２）地域包括支援センターとの合同訪問や困難事例の対応

地域包括支援センターが困難と感じる様々な場面には、いっしょに行動し、ともに支援方法を検討します。また、虐待や訪問販売の被害など困難事例については統括センターが区役所、市庁舎所管課や弁護士会、警察署等と調整し、行政判断を加えながら、地域包括支援センターとともに対応します。

（３）情報交換や事業検討の場の開催

毎月、統括支援センターが行政区での地域包括支援センターの職種別の定例会を開催し、情報交換や事例検討を行います。

（４）事例集作成や研修会開催の支援

統括支援センターが先導しながら、地域包括支援センターとともに権利擁護・虐待事例集（図表　２１はその１ページ）の作成やケアマネジメントやネットワーク研修会開催を行います。

（５）業務全体の調整

業務手順の検討や見直し、業務量の増加時に統括支援センターが変わりに担当するなど、業務全体の調整を行います。

２　市によるモチベーションを高める取り組み

北九州市では、地域包括支援センターの職員のモチベーションを高めるためにいくつかの取組みを行いました。

（１）情報交換や自主的取組みを検討する場の開催

・全市職種別連絡会と代表者会（図表　２２は開催方法や活動状況）

（２）活動成果を発表する場の開催

・シンポジウムと合わせて、地域包括支援センターの取組みを報告
（図表　２３は開催の概要）

（工夫）

こうした取組みにおいて、統括支援センターは以下のような工夫を凝らしました。

１　相談しやすい統括支援センターの存在でＯＪＴ

統括支援センターは地域包括支援センターが活動しやすいよう、相談しやすいよう、受けた相談にはできるだけ迅速に答えるようにしています。また、必要時にはいつでも同伴訪問することを意思表示しています。困ったらいつでも統括支援センターの後方支援があるとの安心感によって、地域包括支援センターは住民の相談に迅速に柔軟に、そして積極的に対応し、ワンストップと出前

主義を実践しやすくなると考えています。住民の１つ１つの相談対応した積み重ねが、職員の資質向上に繋がります。

また、統括支援センターは地域包括支援センターとともにいっしょに考え、行動しながら、また、統括支援センターの考えや判断根拠を伝え、資質向上の支援となるよう努めています。

２　市としての見解を明らかにしながら活動成果を具体化する

モチベーション向上のために、職員の自発的な取組みを形にしていくことが有効です。しかし、その一方で、自発的で独自性であるために個性や経験則に偏る場合があることを念頭に置く必要がありました。

職員が適切に表現し評価を得るために、統括支援センターは市としての下記のような見解を明らかにしながら、活動成果をともに具体化しました。

（１）個人情報を保護できる事例提示内容のあり方

・事例集等を作成する際、提示内容をともに検討し、個人情報保護について理解を深めました。

（２）市における地域包括支援センターの位置付けと各団体への働きかけのあり方

・保健、医療、福祉、地域関係機関との会議での発言や、活動方法をともに検討し、連携の核として位置付けられた地域包括支援センターの理解と、連携推進役を果すための働きかけ方について理解を深めました。

（３）既存の地域ケアネットワークと融合し推進する方法

・既存の地域ケアネットワークとの協働的な活動方法をともに検討し、融合し、さらに推進することについて理解を深めました。

３　他のセンターの情報を得難いために生ずる職員の不安を解消する情報交換

地域包括支援センターは 3 人だけの出先機関であり、また、多忙な業務の中で、他のセンター等と情報交換を行う時間がなく、周りが見えない不安を感じる傾向にありました。職員が業務に慣れない中で、取り残されてないか、行うべきことを行っているのかなど、その不安は当然だと思えました。

そのため、不安を解消するだけでも、モチベーション向上に繋がると考え、定例会等での情報交換を欠かしませんでした。

４　自主的に資質向上を目指したくなる雰囲気づくり

情報交換や事業検討の場の開催や、職員の意向の尊重、また、住民や関係者からの反応を伝えるなど、職員が自主的に資質向上にしたくなる雰囲気づくりを大切にしています。

５　日々の活動への住民や団体からの反応を伝える

活動発表の場をとおして住民や関係者の反応を直接感じることは有効ですが、日々の活動においても反応を感じることがモチベーション向上に繋がると考えています。そのため、日頃から、住民や団体から統括支援センターや市に寄せられた声は地域包括支援センターに伝えることに努めています。

（効果）

１　地域包括支援センターを統括支援センターが後方支援し、事例検討やＯＪＴを実施した効果を以下のように考えています。

・明確な後方支援があることで、地域包括支援センターはワンストップと出前主義のもと、積極的に相談業務に対応している。様々な相談に対応する中で、職員の資質向上につながっている。

・地域包括支援センターが支援困難事例に対応する場合、統括支援センターの後方支援の中で、情報を有効に活用し行政判断を適切に行いながら支援している。支援困難事例を重ねることが、職員の資質向上につながっている。

２　市が実施したモチベーションを高める取り組みについての効果を以下のように考えています。

・地域包括支援センター職員が住民や関係者に注目されていることを自覚でき、モチベーションをより高めることに繋がった。

・モチベーションが高まった職員間で、さらなる事例集作成やケアマネ研修の企画、地域支援事業の検討が行われている。

・地域包括支援センター職員の人材定着に繋がった。

図表 ２１

事例. １　訪問販売の被害により多額の借金を背負う認知症高齢者　Ａ氏（女性、認知症）

～担当ケアマネジャーからの相談～

「認知症の高齢者。食材程度の買物は自分で行っているが財布をよく無くすなど金銭管理が困難になってきた。頼まれると嫌と言わないので訪問販売業者にもすぐ契約してしまい、家には浄水器や布団など複数ある。また預金通帳は知人が管理しているが年金搾取の影がある。」

～実態把握によって理解できたこと～

独居高齢者。婚姻歴無く、子どももいない。兄弟とは不仲で何年も顔を合わせていない。

ADL：食事・排泄・整容・入浴・移動　全て自立

IADL：掃除・洗濯・買物（自立しており、清潔に保てている）

調理（自立しているが独居ということもあり、惣菜料理が多い）

意思疎通：多弁、明るい表情で日常生活程度の話はできるが物忘れが激しい

金銭管理：財布を置いた場所が分からない。通帳の置き場なども分からない。

通帳管理：近所に住む知人（生活保護受給者）が預金通帳を管理している。

本人から何度もお金を借りているようだが、貸したことを忘れてしまう。

訪問販売による領収書が何枚か見つかるが契約内容は忘れている。

～対応方法の検討～　（ケアマネジャー・包括支援センター・統括支援センター・権利擁護センター）

１．　訪問販売について

「本人が契約したことを忘れているので、どのくらいクレジットしているか把握する。今後も訪問販売を利用する可能性があるので対処が必要。」

２．　預金通帳管理について

「知人には年金搾取の影が濃く感じるところがある。本人も安心できる方に頼みたいと思っており、あまり使わない年金証書などと一緒に管理する必要性がある。」

～支援方針とポイント～

１．　訪問販売について

《支援方針》

訪問販売によるクレジット利用金額の確認と、今後のクレジット利用を予防する手続きを行う

《対応》

まず、購入の意思があったのか？業者から脅されるようなことはなかったか？契約を結ぶための理解力があったのか？その時の状況を把握することが大切である。

また、重複していくつも契約している可能性があるので、その金額を正しく把握する必要がある。

さらに、今後も訪問販売を利用してしまう可能性があるので、再度利用しないように対策を立てる必要がある。当事例では、訪問販売に対してＣＩＣ（次ページ）の活用をおこなった。

図表 ２２

（３）開催方法等

① 職種別連絡会（定例開催）

各職種とも３ヶ月に１回（年間４回）の開催。連絡会は３ヶ月に１度のため、間に勉強会等を行い、連絡会を効率的に進めていく。

＜定例開催日程＞

職　種	開催月	曜日・時間
保健師	５・８・１１・２	第２水曜日　１５：３０～１７：１５
主任介護支援専門員	６・９・１２・３	第２水曜日　１５：００～１７：００
社会福祉士	４・７・１０・１	第３火曜日　１５：００～１７：００

※各職種とも、第１回目は平成１８年１０月に開催した。

② 職員連絡会（随時開催）　年に数回、職種別連絡会の開催状況等にあわせて開催。

２　各連絡会の活動状況

（１）開催状況

	開催日	主な内容
保健師	(第１回) 10/12 (第２回) 11/8	・業務量調査についての検討 ・各区の特定高齢者の選定・介護予防事業の実施状況の確認、課題の整理、今後の取り組みについて ・介護予防ケアマネジメントの事務の現状・課題の確認、効率化、平準化必要性とその方法についての検討
主任介護支援専門員	(第１回) 10/20	・介護予防ケアマネジメントの事務の現状・課題の確認、効率化、平準化の必要性とその方法についての検討
社会福祉士	(第１回) 10/23 (第２回) 11/17	・困難事例、虐待事例などの事例検討、事例集作成の必要性の確認 ・社会資源の活用方法の検討・社会資源名簿の作成などの必要性の確認 ・社会福祉士の役割、支援の現状とその確立のための方策の検討
代表者会	(第１回) 11/15	・各職種別連絡会の開催報告 ・連絡会で検討していく課題等の確認

（２）　今後の方向性　（各連絡会として、１９年度に向け取り組んでいく内容）

① 保健師連絡会

特定高齢者施策（介護予防事業）の効果的な実施に向け、検討を行う。

② 主任介護支援専門員連絡会

介護予防ケアマネジメント業務の平準化・効率化を図るため、ケアプラン作成事務の簡素化についてワーキングにより検討する。

③ 社会福祉士連絡会

技能の向上と質の平準化を目指し、研修会の開催、事例検討（事例集作成）を行う。

※テーマ（精神障害について、個人情報の取り扱いについて、障害者福祉施策について）

④ 職員連絡会

他の職種からの意見を集約・整理する役を担っていく。

図表 ２３

地域包括支援センターシンポジウムの開催について

１ 目的

区ごと（センターごと）の活動状況を自ら分析、評価し、今後のあるべき姿を模索する機会として、互いに発表・報告する場を設けるために開催するもの。

また、地域包括支援センターの活動状況や取り組み報告することで、地域包括支援センターの活動を広く周知し、また、関係機関との連携強化や市民への普及・啓発を図るほか、各区の取り組み状況を知ることでセンター職員の技能及び意欲の向上を図る。

また、各区の発表をうけ、日ごろ連携を行う関係者や学識経験者を交え、今後の北九州市における地域包括支援センターの取り組みや展望を考えるシンポジウムを行う。

２ 開催概要

（１）開催日　平成１９年１月２８日（日）
（２）会　場　北九州芸術劇場　大ホール　（１階席　８６３席）
（３）内　容
①報告　「各区における地域包括支援センターの取り組み」
各区から、「虐待」「権利擁護」「介護予防事業」など、各区における取り組みについて発表する。（各区２０分）
②基調講演　詳細未定
③シンポジウム　地域包括支援センターの取り組み状況と今後の展望について
④介護予防事業ＰＲブース設置
（会場ロビー内に介護予防ＰＲのためのパネル等を展示）

＜プログラム　＞

時　間	内　容
9:00	開会・あいさつ
9:20~12:00	第１部　発表 ※７区×２０分の報告　（途中１０分の休憩）
13:00~14:30	第２部　基調講演
14:50~15:00	休　憩
15:00~16:30	第３部　シンポジウム
16:30~16:45	閉　会

III. ネットワーク構築の事例

■保険者が中心となってネットワークを構築

事例 8 くすのき広域連合

【くすのき広域連合の概況】

人口および高齢化率（平成 19 年 3 月現在）

くすのき広域連合（本部）339,660 人　19.3%

・守口市　（守口支所）　148,012 人　20.9%
・門真市　（門真支所）　134,103 人　18.6%
・四條畷市（四條畷支所）　57,545 人　16.7%

日常生活圏域数： 14

地域包括支援センター：（設置数）

くすのき広域連合平成 18 年度 14 箇所

・守口市　（守口支所）平成 18 年度 6 箇所
・門真市　（門真支所）平成 18 年度 5 箇所
・四條畷市（四條畷支所）平成 18 年度 3 箇所

（直営・委託別）委託（社会福祉法人 9、医療法人 4、社団法人 1）

（職員構成）1 センターあたり 4 人（保健師等 1 人、社会福祉士等 1 人、主任介護支援専門員 1 人、その他の職員 1 人）

（備考）H18 年 1 月に生活圏域を 14 ヶ所とし、生活圏域に一つの包括センターを民間委託型で設置し、公募することに決定（公募に関する説明会を開催）

（経緯：くすのき広域連合の概況及び地域包括支援センター設置方針）

大阪府守口市、門真市、四條畷市の 3 市は、平成 11 年 5 月に、介護保険に関する事務等を共同処理することを目的として、「くすのき広域連合」を設置しており、各市の介護保険・高齢福祉担当課は、広域連合の支所として位置づけられています。

平成 18 年 4 月からの制度改正に伴い、くすのき広域連合では、地域をきめ細やかにみることを目的として、地域包括支援センターを民間委託型で 14 箇所設置しました。包括的支援事業をはじめとして、特定高齢者把握事業や一般高齢者施策普及事業などを委託し、包括センターが地域で活動できる体制をとっています。（図表 ２４）

図表 ２４　地域包括支援センター委託契約仕様書

事業内容	委託金額
１）介護予防ケアマネジメント ・介護予防事業に関するケアマネジメント 対象把握、一次アセスメント、介護予防ケアプラン作成、事業管理 ・予防給付に関するケアマネジメント業務 利用申込み受付、契約締結、アセスメント、介護予防サービス計画原案作成 サービス担当者会議の開催、介護予防サービス計画書交付、モニタリング 給付管理業務、介護保険請求 ２）総合相談支援事業 ・総合相談 初期段階での相談対応、継続的・専門的支援 ・地域におけるネットワーク構築 ・実態把握 ３）権利擁護事業 ・成年後見制度活用促進 ・老人福祉施設等への措置の支援 ・高齢者虐待への対応 ・困難事例への対応 ・消費者被害の防止 ４）包括的・継続的マネジメント支援事業 ・包括的・継続的ケア体制の構築 ・地域における介護支援専門員のネットワーク構築・活用 ・介護支援専門員に対する日常的個別指導、相談 ・介護支援専門員が抱える支援困難事例等への指導助言	年額 １５,０００,０００円
１）特定高齢者把握事業 すべての高齢者（65歳以上）を対象とし、特定高齢者を把握する。 （把握経路） ① 生活機能評価 ー老人保健事業の基本健診にあわせて実施　　ー抽出・把握 ② 要介護認定非該当者 ③ 関係機関からの連絡 ④ 訪問活動等による実態把握　｝生活機能評価を実施ー把握 ⑤ 本人・家族からの連絡	年額 １,０８０,０００円
１）一般高齢者施策普及事業 ・健康体操（くすのきカラコロ体操）普及事業 住民組織を活用し、地域に健康体操を中心とした運動習慣の動機付けと 介護予防の啓発事業 ・健康体操（くすのきカラコロ体操）管理事業 老人会・自治会等の住民組織からの開催要請の調整 健康体操ビデオの管理	年額 ４８０,０００円
１）地域活動支援事業 ・ボランティア等の人材育成・支援 ・地域活動組織の育成・支援	年額 １,３２０,０００円
１）　地域におけるネットワーク構築事業に伴う連絡調整 ２）　地域おけるケアマネジャーのネットワーク構築に伴う連絡調整	年額 １００,０００円
１）住宅改修支援事業 介護サービス未利用者の住宅改修の申請に係わる理由書を作成委託した場合の単価	１件あたり ２,０００円
２．介護予防のための基本的な知識の普及啓発を行う。 介護予防教室・講演会の開催	１回あたり ３０,０００円
３）家族介護支援事業 ①　家族介護教室 要介護高齢者を介護する家族に対し、適切な介護知識・技術を習得すること を内容とした教室を開催する。	１回あたり ３０,０００円
②　家族介護継続支援事業 介護による家族の負担を軽減するための事業。 介護者に対する健康相談の実施	１件あたり ２,０００円
４）認知症高齢者見守り事業 地域における認知症高齢者の見守り体制の構築を図る。 認知症に関する教室・講演会の開催.	１回あたり ３０,０００円
５）訪問型介護予防事業 特定高齢者把握事業により把握された閉じこもり、認知症、うつ等のおそれの ある高齢者を対象に、居宅を訪問して、必要な相談・指導を実施する。	１人月額 ２,７００円

（注）くすのき広域連合の主な事務は、「介護保険法および同施行令に基づく以下の事務である。被保険者資格管理に関すること、要介護認定及び要支援認定に関すること、保険給付に関すること、保険料の賦課及び徴収に関すること、保健福祉事業の実施に関すること、介護保険事業計画の策定に関すること、国民健康保険事業広域化の調査研究に関する事務」です。

（工夫）

◆*どういう理由（問題意識）から、なぜ、三層構造のネットワークにしたのか？*

広域連合においては、ひとつの保険者であることから、各市域が同様の実施体制をつくることが必要となります。

広域連合では、

・三市域における統一的な地域支援事業の実施
・包括支援センターの連携と質の向上
・ 各市域の特色と既存のネットワークを生かした包括ケアシステム体制づくり

を目指して三層構造のネットワークとしました。

◆*三層構造の説明*

・14 箇所のセンター間の連携を深めるために設置された『地域包括支援センター会議』、
・地域包括支援センターと居宅介護支援事業所、介護サービス事業所、関係団体等との連携を図るために各市域に設置された『各市域包括ケア会議』、
・地域包括支援センターとその直轄地域内の関係機関、住民団体等との連携を図るために生活圏域毎に設置された『各生活圏域包括ケア会議』の三層構造のネットワークを創り上げました（図表 ２５）。

◆*三層ネットワーク構築の過程において、広域連合及び各支所（市町村）はどのような役割を果たしたのか。*

各市域においては介護保険制度発足時より基幹型在宅介護支援センターが中心となり、地域ケア会議を開催し、職種ごとの連絡会をたちあげるなど、市域の関係機関や介護支援専門員、介護サービス事業所とのネットワークが構築されていました。また介護保険と関連の深い高齢者福祉サービスについても、3 市が同様のサービスを実施できるよう広域連合本部と各支所の担当者が会議を開催し、統一的な実施体制の実現をはかってきました。

平成 18 年度からの地域支援事業の実施をふまえ、包括センターの運営について検討を行い、既存のサービス体制やネットワークを生かした実施体制とすることとし、市域に差が生じないように配慮しました。

平成 18 年度には、地域支援事業や包括センターのパンフレットを作成し各市域の行政内外に包括センターの役割について広報を行い、困難事例の対応においては関係機関との橋渡し役をつとめたりするなど、包括センターが活動しやすい環境を整えるようなかかわりをもってきました。また包括センターの活動方針の設定を行い、包括センターは介護予防のマネジメントの機能を担うこととし、介護予防プランの原案委託と介護予防事業の実施主体と位置づけました。

また各支所には各市域の包括センターを支援するために、保健師、社会福祉士、介護支援専門員などの専門職を配置しています。

本部においては各市域の活動状況の把握と業務内容の決定を行うなど取りまとめの役割を果たしています。

門真市を例にとると、第二層の『市域包括ケア会議』は目的別に二つの部会を設けています。『介護サービス部会』は市域の関係者が顔を合わせる場づくりを目指し、『地域包括支援センター連絡部会』市域の課題を検討する場とし、行政、住民、事業者とさまざまな連携を図る場となっています（図表　２６）。また、市内の事業者が主催する「ケアマネジャー連絡会」、「通所サービス連絡会」、「ヘルパー連絡会」に対しては、連絡会毎に市内の地域包括支援センターが分担して世話役を務めるなど、明確な役割分担のもとで、事業者との連携を深めています。（図表　２７）

（効果）

◆*統一的な地域支援事業の実施と包括センター同士の連携*

各市域において介護予防教室や認知症予防教室、介護教室の開催など介護予防事業に関する取り組みを行っていますが、保健担当課や小地域ネットワーク事業、自治会、民生委員をはじめさまざまな関係機関・団体と連携して活動しています。（図表　２８）

くすのき広域連合地域包括支援センター連絡会において、他センターの取り組み、教室内容や講師を紹介しあうことで、ノウハウを享受することができ幅の広い教室展開や地域関係団体とネットワークをひろげることができてきました。市域内でセンター同士が日頃相談しあったり、協力して「市民まつり」に相談コーナーを設置するなど連携がはかられています。

またＬＡＮで情報ネットワークを組んでいることにより、くすのき広域連合全体で情報交換できるシステムも活用されています。

◆*支援困難事例への対応　　包括センターとくすのき広域連合との連携*

くすのき広域連合では、支援が必要な高齢者の相談が早い段階で民生委員や校区福祉委員、医療機関からまず各包括センターにもちこまれます。包括センター職員がタイムリーに訪問し、現状を把握したうえでサービスの調整を行います。

介護支援専門員からの相談も多く、サービス担当者会議の支援や同行訪問の実施も行われ、包括センターが介護支援専門員の支援に困った場合や高齢者虐待が疑われる事例については、各支所の専門職にもちこまれ随時ケース会議を行っています。各市域包括ケア会議でも事例検討を行うことにより、出された課題がくすのき広域連合に集約され、次期の事業計画など施策展開に反映することができます。

また、高齢者虐待対応についても、各市が対応機関として地域包括支援センターをバックアップする体制を整えています（図表　２９、図表　３０）。

◆*高齢者虐待事例の場合*

高齢者虐待においては、各市高齢福祉担当課が責任をもって対応することとしています。

包括センターと各市担当者は、事例に応じて、慎重に対応することとし、市が主に担当するほうがよいのか、センターが主になるほうがよいのか常に連絡調整を行いながら対応しています。成年後見申立てや立入調査が必要な事例は市が中心となったり、ケアマネ支援を中心とした事例においては、センターが中心となったりしていますが、市（支所）においては常に事例のマネジメントを行う姿勢をもち、各関係機関の協力を得ながら対応しています。緊急に保護が必要な事例においても、市域ならびに広域連合内の介護保険施設や養護老人ホームの協力のもとタイムリーな保護が可能となっています。

こうした重層的なネットワークがうまく機能している理由としては、

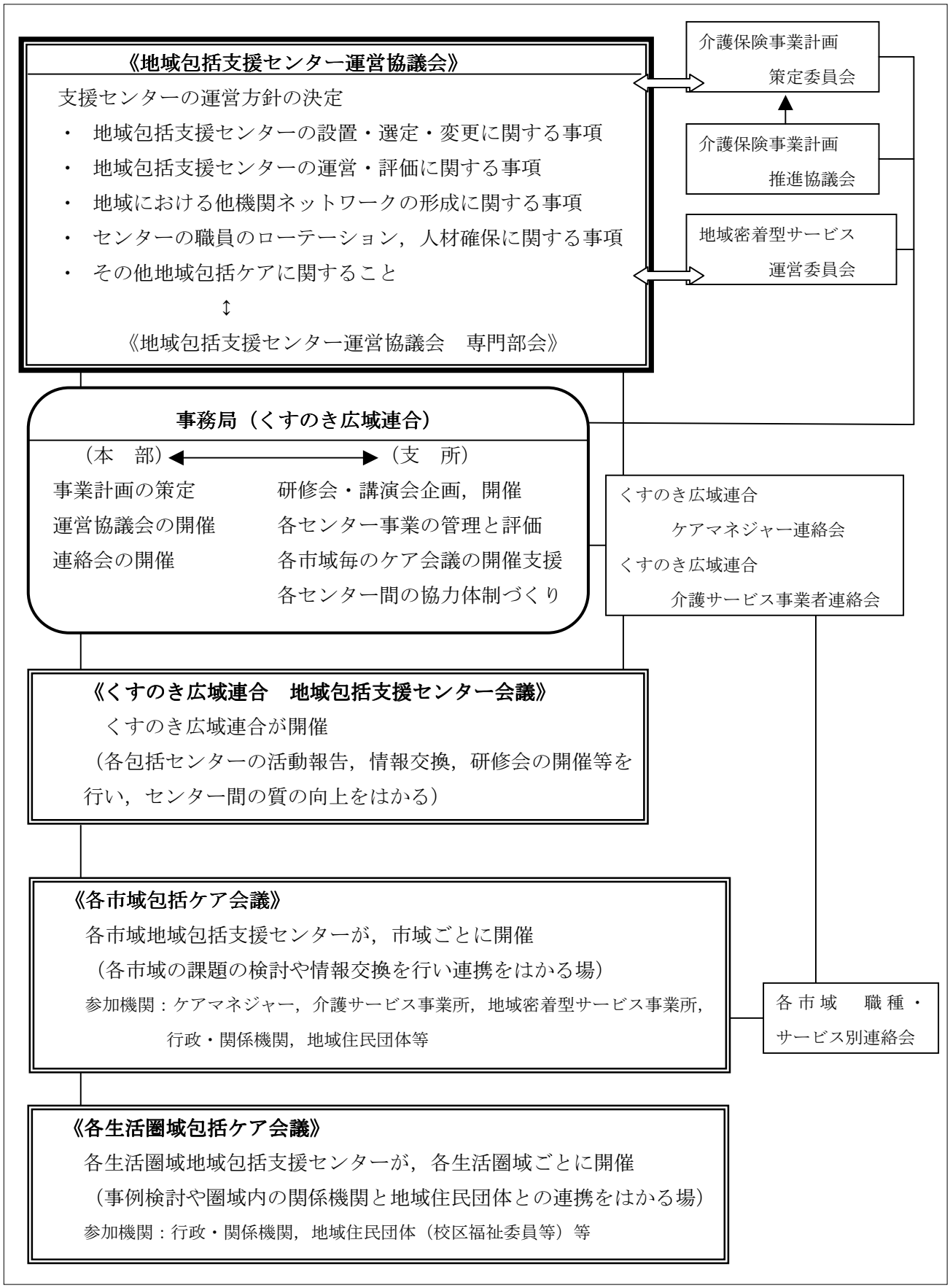
①介護予防支援業務の委託によって創り出したリソースを介護予防事業やネットワーク構築ならびに介護支援専門員の支援に振り向けることができたこと

②保険者である「くすのき広域連合」と各市（支所）のバックアップ体制を整えることができたこと

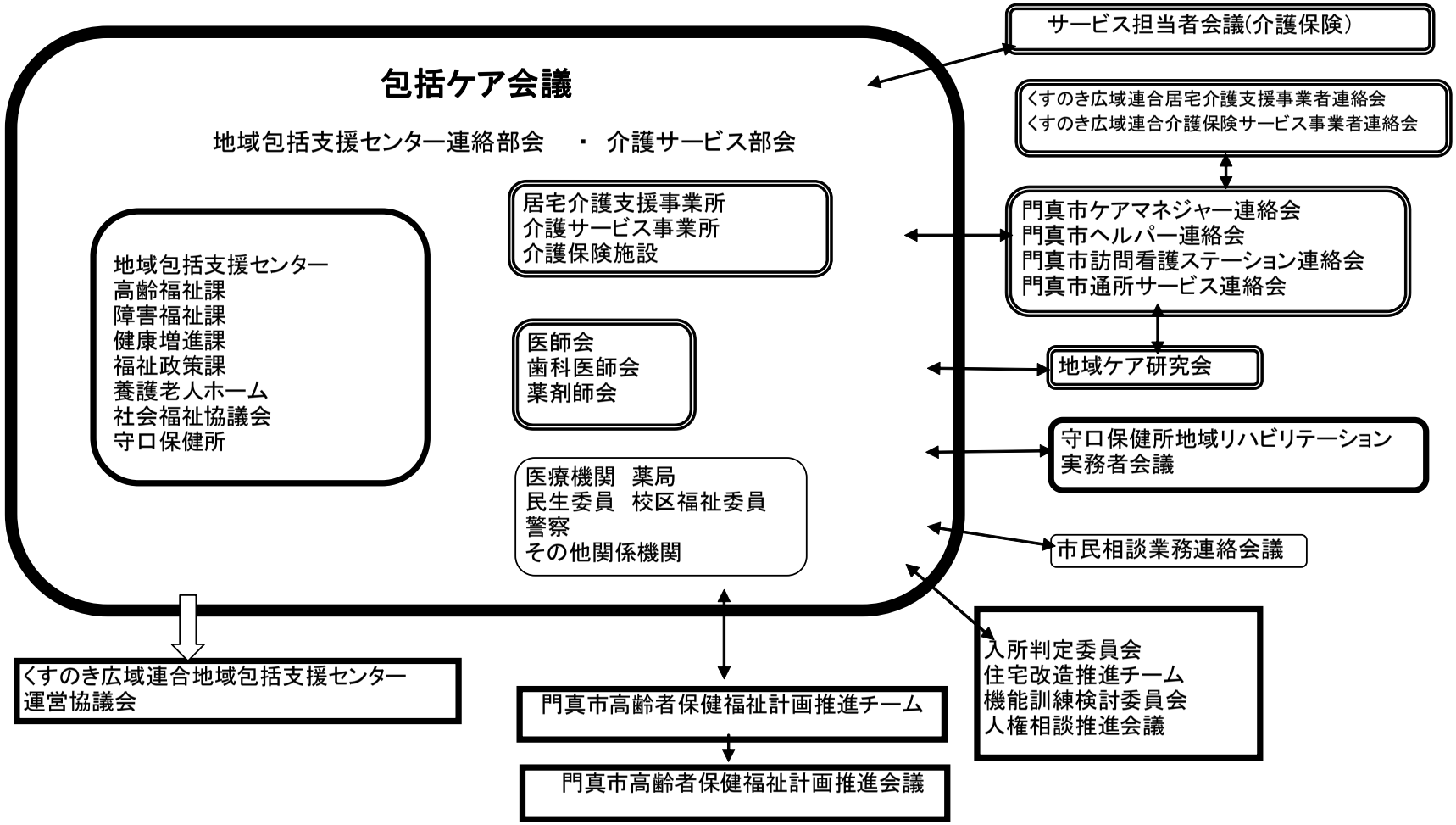
③各層のすべての部会および連絡会が、組織運営目標（例：「顔の見えるネットワークづくり」（介護サービス部会）、「地域包括支援センター活動の評価と介護予防事業の調整」（地域包括支援センター連絡部会））を持つとともに、連絡会であれば世話人が中心となって意見交換会、セミナー、学習会、グル

ープワークなどの開催を積極的に行っていること
が重要なポイントとして挙げられます。
②については、各市の高齢福祉担当課、健康増進担当課、障害福祉担当課が、各種会議に分担して参画しています。

図表 ２５　くすのき広域連合　地域包括支援センター体系図



図表 ２６　門真市域地域包括ケア会議とネットワーク図



図表 ２７　平成 18 年度　門真市域地域包括支援センター活動報告

Ⅰ 地域包括支援センターの活動

1　門真市域包括ケア会議の開催

●介護サービス部会

市域の関係機関と介護サービス事業者が顔をあわせる機会をもつことにより、顔のみえるネットワークづくりをめざす。

月日 参加人数	内　容	講師
7月11日 参加人数 ９７人	「門真市域における保健福祉事業の紹介」	市健康増進課保健師 市障害福祉課、市高齢福祉課 市環境センター、社会福祉協議会 守口保健所　　くすのき広域連合
10月12日 参加人数 ７０人	研修会　高齢者虐待セミナー（基礎編） 「高齢者虐待の定義と理解」 ＊各センター主任ケアマネジャーが担当	市高齢福祉課（門真支所） 保健師　曽我部ゆかり
11月22日 参加人数 ４５人	研修会　高齢者虐待セミナー（応用編） グループワーク「事例検討」 ＊各センター主任ケアマネジャーが担当	市高齢福祉課（門真支所） 保健師　曽我部ゆかり

●地域包括支援センター連絡部会

地域包括支援センター活動の評価と介護予防事業の調整をはかる

月日 参加人数	内　容
7月18日 参加人数 １８人	○介護予防事業（ポピュレーチョンアプローチ）への取り組みについて検討 介護予防教室の取り組み状況報告（各センター） 機能訓練事業、元気アップ教室について（健康増進課）
8月22日 参加人数 １７人	○介護予防事業（ポピュレーチョンアプローチ）への取り組みについて検討 小地域ネットワーク事業活動状況について報告（社会福祉協議会） 街かどデイハウス事業について報告（高齢福祉課） ○「福祉用具貸与費及び介護予防福祉用具貸与費の取扱い等について」（高齢福祉課）
9月19日 参加人数 １８人	○大阪府指定居宅介護支援事業者集団指導からの報告（高齢福祉課） 介護保険指定事業者に対する指導監査の実施方法について 実地指導において見受けられる不備事項について 訪問介護におけるサービス内容について
1月24日 参加人数 １９人	○大阪府介護予防ケアマネジメント伝達研修からの報告（高齢福祉課） ○地域包括支援センターの体制整備の促進について（高齢福祉課）
3月23日 参加人数 １２人	○包括支援センター活動のまとめと来年度の計画について

図表 ２７　（つづき）

２　介護支援専門員・介護サービス事業者のネットワーク形成

●門真市ケアマネジャー連絡会

市内事業所に勤務する介護支援専門員のための連絡会。世話人が中心となって企画・運営。
センター主任ケアマネジャー２名が世話人として連絡会を支援（門真第１・第５）
保険者はオブザーバーとして企画・運営について助言（毎月世話人会を開催）

（毎月第３木曜日　午前１０時～１２時　保健福祉センターにて開催）

月日	参加者数	内　容	講　師
4月20日	６７人	・介護予防プラン・マネジメント作成について ・地域支援事業と高齢福祉施策について	門真支所職員
5月18日	６６人	・介護報酬改定について　パートⅠ 通所サービスについて ・グループワーク ＊通所サービス連絡会と合同開催	門真支所職員 保健師
6月15日	６９人 ＋１２ 人	・介護報酬改定について　パートⅡ 福祉用具貸与について 福祉用具貸与事業所によるプレゼンテーション	門真支所職員 保健師
7月13日	５７人	・介護報酬改定について　パートⅢ 居宅サービス計画と訪問介護計画との関係 ・グループワーク ＊ヘルパー連絡会と合同開催	門真支所職員 保健師
9月21日	６５人	・主治医との連携について 講演「知ってほしい医学の知識 ～誤った知識は悲劇のもと～」	門真市医師会 医師　外山学氏
10月19日	５５人	・講演 「コミュニケーションが困難な利用者さんとの接し方」 ・グループワーク	市健康増進課 言語聴覚士
11月16日	４９人	・ビデオ学習 「面接技法（電話対応編）」 ・グループワーク	門真支所職員 保健師
12月14日	３６人	・ビデオ学習 「面接Ⅰ（訪問編）」「アセスメントについて」 ・グループワーク	門真支所職員 保健師
1月19日	５０人	・ビデオ学習 「面接Ⅱ・自己決定（訪問編）」 ・グループワーク	門真支所職員 保健師
2月15日	６０人	・小規模多機能型居宅介護施設について ３施設よりプレゼンテーション ・「ケアマネ連絡会運営に関するアンケート」実施	施設職員 連絡会世話人
3月3日	８４人	・主治医との連携についてケアマネジャーとの連携研修会 「地域医療との連携について一緒に考えてみませんか」 基調報告　「ケアマネージャーと医師双方のアンケート結果から」 事例報告　医療機関のアドバイスにより、よりよい支援につながった事例 ALSの利用者との関わりから思うこと うつ、閉じこもり傾向のある患者さんに関する相談事例	
1月11日	５５人	交流会（新年会）の開催	

図表 ２７　（つづき）

●門真市通所サービス連絡会

市内通所介護・リハビリ事業所対象、世話人が中心となって企画・運営。
センター社会福祉士、主任ケアマネジャー２名が世話人として連絡会を支援（門真第２・第３）
保険者はオブザーバーとして企画・運営について助言

（２ヶ月おきに開催、第３木曜　１３時３０分～１５時３０分）（場所は各事業所にて開催）

月日	参加者数	内　容	講師
5月18日	２７人	・介護報酬の改定について 意見交換会 ＊ケアマネジャー連絡会と合同開催	門真支所職員 保健師
7月13日	２０人	・通所サービス計画について　—各事業所から様式紹介 ・道路交通法の一部改正について ・施設見学　通所リハビリテーション　牧リハビリテーション病院	
8月31日	２１人	・介護サービス情報の公表について学習会	
11月16日	２３人	・指導監査項目に関する学習会	
1月18日	２０人	・「口腔機能・言語訓練について」	市健康増進課 言語聴覚士
12月15日	４０人	交流会（忘年会）の開催	

●門真市ヘルパー連絡会

市内訪問介護事業所サービス提供責任者対象、世話人が中心となって企画・運営。
センター社会福祉士、主任ケアマネジャー２名が世話人として連絡会を支援（門真第３・第４）
保険者はオブザーバーとして企画・運営について助言（毎月世話人会を開催）

（２ヶ月おきに開催、第２木曜　１０時～１２時）

月日	参加者数	内　容	講師
5月25日	３０人	・年間計画の検討 ・介護報酬の改定について ・意見交換会	門真支所職員 保健師
7月13日	３０人	・「居宅サービス計画と訪問介護計画との関係」 ・グループワーク ＊ケアマネジャー連絡会と合同開催	門真支所職員 保健師
9月21日	２５人	・「介護保険制度改正におけるサービス提供責任者のあり方」 ・グループワーク	門真支所職員 保健師
11月17日	２４人	・「よりよい訪問介護計画の作成にむけて」 - 受付票、アセスメントの位置づけについて ・グループワーク	門真支所職員 保健師
1月26日	２２人	交流会（新年会）の開催	

図表 ２７　（つづき）

３　介護予防教室・認知症予防関する講演会・家族介護教室の開催　（図表 ２８）

４　支援困難事例への対応　（門真支所と連携した事例）

包括センター職員が対応に困ったときは、随時相談を受付け、支所職員が相談支援実施

	事例数	会議開催（延回数）	同行訪問（延回数）	相談のみ
・認知症で行動障害がみられる事例	３事例	2	1	
・サービス不適応事例	４事例	4	4	
・経済問題を抱えている事例	１事例			1
・高齢者虐待が疑われる事例	９事例	13	8	2
＊門真支所で受付けた事例数　１４事例 緊急ショート利用　６事例 （うち養護老人ホーム入所１ 特養人ホーム入所１）				

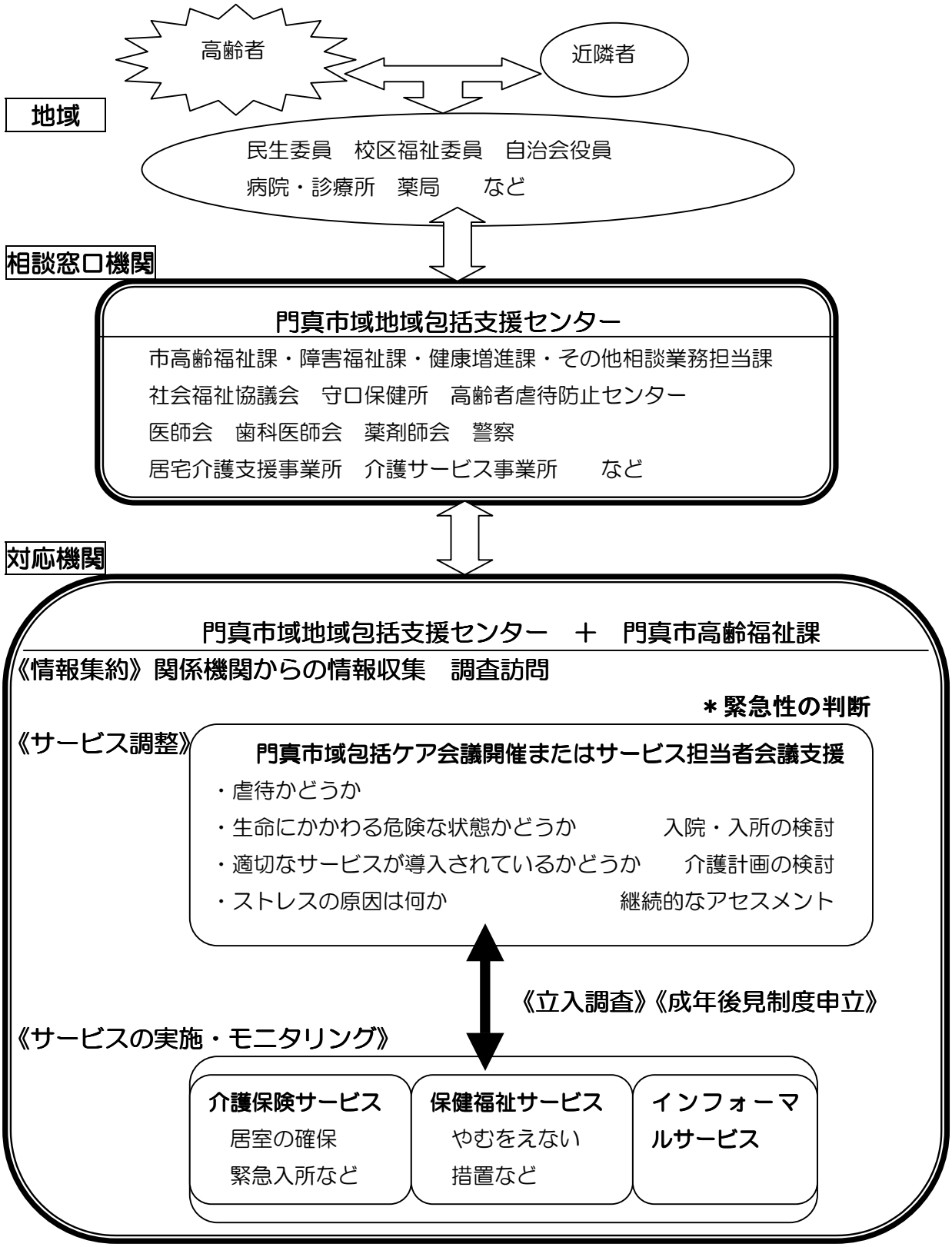
Ⅱ　くすのき広域連合地域包括支援センター会議の開催状況

月日	内　　容
4月17日	介護予防ケアプラン作成に関する説明会
6月5日	地域支援事業に関する説明会（配食サービス） 活動報告様式・相談記録の書き方について
1月31日	介護予防ケアマネジメントについて 特定高齢者（通所型介護予防事業）
2月16日	通所型介護予防事業者と包括センターとの意見交換会
3月16日	講演会「成年後見制度について」　（北河内７市合同で開催）

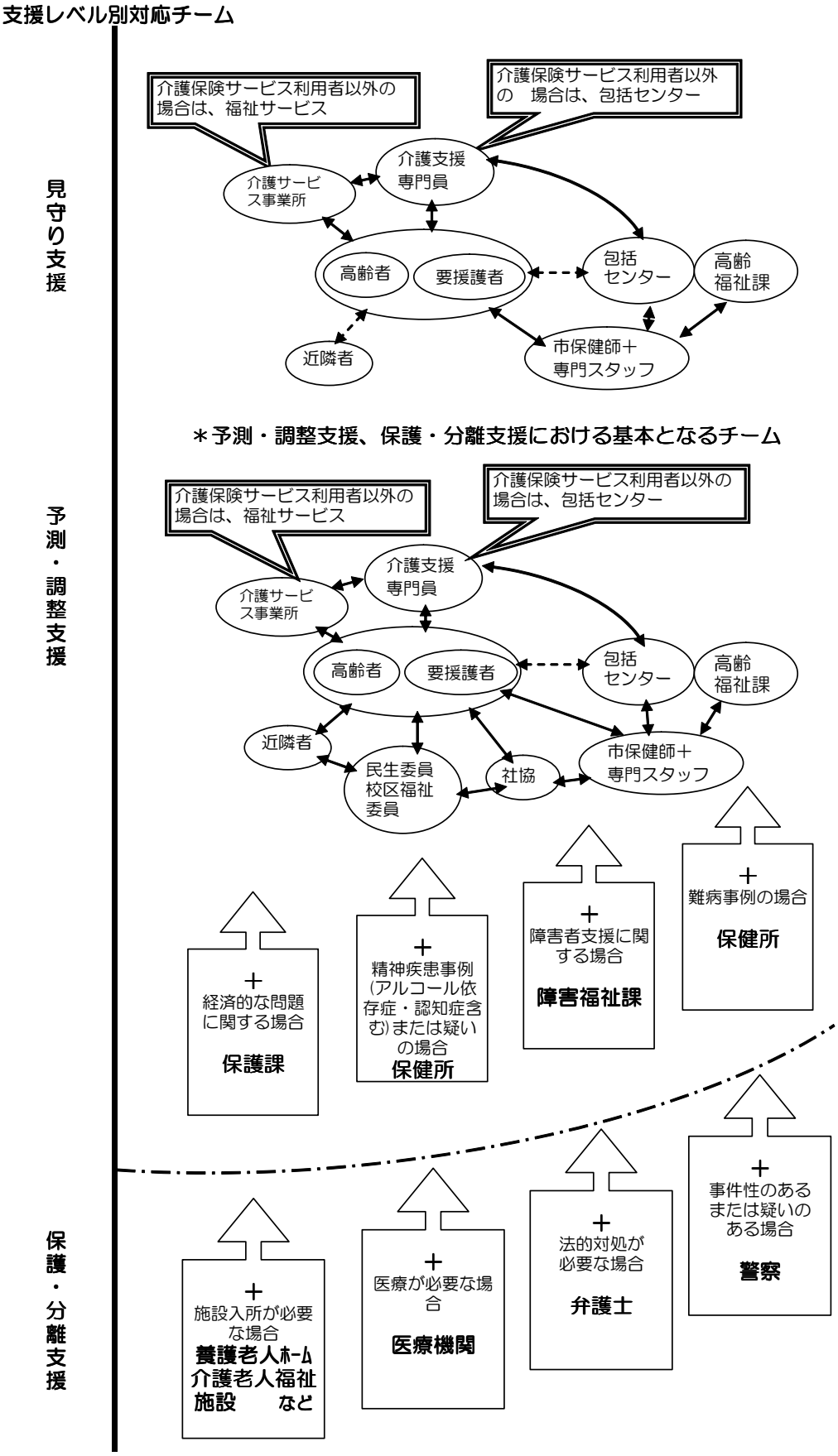
図表 ２８　地域活動状況

	介護予防教室の開催	認知症に関する教室・講演会	家族介護教室	地域住民への啓発活動	関係機関会議の開催状況	地域包括ケアネットワークに関する活動
守口　第1	7回	1回	1回	6回	・守口市域包括ケア会議 ・社会福祉士交流会　・保健職交流会 ・守口市内病院・老人保健施設相談担当者連絡会 ・守口ケアマネジャー連絡会 ・福祉用具貸与・住宅改修事業者連絡会 ・守口訪問看護ステーション連絡会 ・通所サービス事業所連絡会 ・訪問介護事業者連絡会	民生委員、校区福祉委員、自治会役員との連携 エイフボランタリーネットワークとの連携
守口　第2	2回	1回	2回	3回		
守口　第3	3回	2回	1回	2回		
守口　第4	4回	1回	1回	1回		
守口　第5	6回	1回	2回	6回		
守口　第6	7回	2回	1回	4回		
門真　第1	3回	2回	1回	2回	・門真市域包括ケア会議 包括支援センター部会 ・地域包括支援センター連絡会 ・門真市ケアマネジャー連絡会 ・門真市ヘルパー連絡会 ・門真市通所サービス連絡会	民生委員、校区福祉委員、自治会役員との連携 ボランティア団体との連携
門真　第2	3回	2回	1回	4回		
門真　第3	4回	1回	1回	4回		
門真　第4	3回	3回	1回	1回		
門真　第5	4回	2回	1回	11回		
四條畷　第1	3回	1回		5回	・四條畷市地域包括ケア会議 介護予防部会　生活支援部会　施設部会 介護支援専門員連絡会　事業所連絡会 地域包括支援センター連絡会　社会福祉士連絡会	民生委員、校区福祉委員、自治会役員との連携 ボランティア団体との連携
四條畷　第2	3回	2回	1回	7回		
四條畷　第3	2回	2回	1回	14回		
計	52回	23回	15回	70回		

図表　２９　門真市における支援困難事例への対応



図表 ３０


支援レベル別対応チーム
見守り支援
介護保険サービス利用者以外の場合は、福祉サービス
介護保険サービス利用者以外の　場合は、包括センター
介護支援専門員
介護サービス事業所
高齢者
要援護者
包括センター
高齢福祉課
近隣者
市保健師＋専門スタッフ
＊予測・調整支援、保護・分離支援における基本となるチーム
予測・調整支援
介護保険サービス利用者以外の場合は、福祉サービス
介護保険サービス利用者以外の場合は、包括センター
介護支援専門員
介護サービス事業所
高齢者
要援護者
包括センター
高齢福祉課
近隣者
民生委員校区福祉委員
社協
市保健師＋専門スタッフ
＋ 経済的な問題に関する場合 保護課
＋ 精神疾患事例(アルコール依存症・認知症含む)または疑いの場合 保健所
＋ 障害者支援に関する場合 障害福祉課
＋ 難病事例の場合 保健所
保護・分離支援
＋ 施設入所が必要な場合 養護老人ﾎｰﾑ 介護老人福祉施設 など
＋ 医療が必要な場合 医療機関
＋ 法的対処が必要な場合 弁護士
＋ 事件性のあるまたは疑いのある場合 警察

■保険者の負担軽減のために県がネットワーク構築を支援

事例 9 三重県

（背景・経緯）

平成 18 年 4 月の介護保険制度改正に伴い、保険者機能が強化され、保険者業務が増加する中、改正の目玉の一つである地域包括支援センターの円滑な運営については、保険者にとって大きな負担となりました。

地域包括支援センターの円滑な運営を、地域包括支援センター及び保険者だけに任せるのではなく、県も一緒になって、より円滑な運営を確保することを目指しました。

三重県では、地域包括支援センターの業務が円滑に推進できるように支援するために、県内の地域包括支援センター職員が意見交換を行う場として、「地域包括支援センター連絡会議」を設置し、意見交換を行ってきました。

また、各地域包括支援センター職員が、円滑に業務を行えるように、この連絡会議等を通じて、各地域包括支援センターの意見を聞きつつ県独自の研修を次のように実施してきました。

（１）準備会議の開催

5 月 30 日に、地域包括支援センターと市町・広域連合を対象として開催し、地域包括支援センター連絡会議への参加意向を確認すると共に、意見交換を行いました。

（２）地域包括支援センター連絡会議の設置

準備会議において、地域包括支援センター連絡会議の設置に係る同意を得たことを受け､6 月 2 日付けにて､地域包括支援センター連絡会議を設置しました。

地域包括支援センター連絡会議の構成は､県内の全地域包括支援センター（36 団体)、市町（29 団体)、広域連合（3 団体)、県です。

（３）会議の開催

地域包括支援センター連絡会議は、次のとおり 3 回開催し、県から情報提供を行うと共に、意見交換を行いました。

①第 1 回地域包括支援センター連絡会議（開催日：6 月 20 日）

②第 2 回地域包括支援センター連絡会議（開催日：10 月 31 日）

③第 3 回地域包括支援センター連絡会議（開催日：3 月 1 日）

※第 3 回の会議においては、平成 19 年度の地域包括支援センター設置予定法人等も参加しました。

（４）ブロック別意見交換会の開催

地域包括支援センター職員及び市町・広域連合職員並び県職員の意見交換をより図るため、ブロック単位での意見交換会を次のとおり、延べ 8 回開催しました。

①第 1 回ブロック別意見交換会（開催日：9 月 4 日・5 日・6 日・8 日）

※ブロックは、県北部直営型包括、県北部委託型包括、県南部直営型包括、県南部委託型包括の 4 つに分けました。

②第 2 回ブロック別意見交換会（開催日：1 月 9 日・10 日・12 日・18 日）

※ブロックは、市直営型包括、市委託型包括、町直営型包括、町委託型包括の 4 つに分けました。

（５）研修にかかる意見把握

効果的な研修を実施するため、地域包括支援センター職員に対して、どのような研修を必要としているかを把握しました。

①平成 18 年 4 月～5 月に、県内 10 箇所の地域包括支援センターへ訪問し、意見交換を実施。

②地域包括支援センター連絡会議において、地域包括支援センターの意見を集約。

（６）研修に対する意見等を踏まえての研修会の開催

研修日	研修名
6 月 20 日	介護予防サービス計画作成担当者研修
8 月 19 日	介護予防及び地域包括支援センター研修
9 月 15･16 日	総合相談･権利擁護担当者研修
10 月 23 日	介護予防ケアマネジメント研修
10 月 24 日	地域のケアマネジメント力向上研修
11 月 23･24 日	介護予防事業研修
12 月 15 日	介護予防評価研修

（７）メールによる情報交換・情報提供

全地域包括支援センター及び市町・広域連合のメールアドレス等を一覧にした名簿を作成・配布し、情報交換に活用しています。

県では、メールを活用して、現場の第一線で活躍する地域包括支援センター

へ、「介護制度改革インフォメーション」、「介護保険最新情報」及び「改正通知等」について、市町・広域連合への周知と同時に、直接、情報提供を行っています。

（県の役割）

県内全域の地域包括支援センター及び市町・広域連合との広域的なネットワーク構築については、市町等による自主的な取り組みを期待するより、県も協力して取り組むことで、早期にネットワークづくりの基礎部分が出来ました。

県が、地域包括支援センター連絡会議の事務局となり、地域包括支援センター及び保険者の事務負担を軽減し、連絡会議の円滑な開催を確保しています。

県が、この連絡会議を主催することで、直営及び委託様々な形態の地域包括支援センター及び市町・広域連合が参加しやすく、地域包括支援センター及び市町・広域連合と県の間にネットワークが構築され、県に直接、いろいろな情報や意見が寄せられるようになりました。

この連絡会議等の議論を踏まえ、県は、地域包括支援センターの課題等を把握し、県で対応出来ることは、県が研修会等の実施し、地域包括支援センター及び市町・広域連合を支援しています。また、国に対応をお願いすべきことは、県が意見集約し、国への要望等を行っています。

（効果）

次のような効果がありました。

県内の地域包括支援センター及び市町・広域連合並びに県のネットワークの基礎部分が構築され、いろいろな情報交換が、各関係職員間で行われるようになりました。

地域包括支援センターの円滑な運営を図るための課題等を共有化することで、地域包括支援センター及び市町・広域連合並び県の連携が強まりました。

（課題）

地域包括支援センター連絡会議については、県内の地域包括支援センター及び市町・広域連合並び県のネットワーク構築という点で一応の成果が上がりました。また、県が行った研修等についても、地域包括支援センター職員のニーズを踏まえて実施したことから、一応の効果があったものと考えております。

他方、次のような課題が残されています。

（１）地域包括ケアを推進していくためのネットワークを発展させるため、各関係団体（例えば医療関係団体、権利擁護関係団体など）とのネットワークづくりができるようにしていく必要があります。

（２）地域包括支援センター連絡会議における意見交換会は、地域包括支援センターから県への質問が一番多くなってしまい、地域包括支援センター間の意見交換が少なくなります。
他方、ブロック別意見交換会では、参加人数が少ないことから、地域包括支援センター間の意見交換が活発に行われている。このため、ブロック別意見交換会の充実や、連絡会議における少人数での意見交換を行う場を確保していく必要があります。

（３）平成 19 年度も、引き続き県独自の研修を実施する予定でありますが、地域包括支援センター職員の業務が多忙なため、研修に参加したくても参加できないという課題が生じています。

（４）研修に対するニーズが多様化してきていますので、いかにこのニーズに答えていくかが今後の課題です。

（５）県外の地域包括支援センターとの意見交換会の開催要望もあることから、県外の地域包括支援センターとの意見交換会の場を設けることも検討事項であります。

（６）メールアドレス一覧表などを活用して、それぞれの地域包括支援センターの持つ情報、研修会の開催予定などを相互に情報交換します。

Ⅳ．市と地域包括支援センターの役割分担が明確な事例

■事業計画にネットワーク作りを織り込むよう指導

事例 10 生駒市

（背景）

生駒市においては、介護保険制度が発足する以前より①介護予防の推進②地域のネットワーク作りを在宅介護支援センターと役割分担をしながら推進してきた背景があります。このため、地域包括支援センターを委託するにあたっても、引き続き①介護予防の推進②「地域のネットワークづくり」を 2 本柱として、継続して推進するよう、①②を重点課題として事業計画に盛り込むことを指導しました。

市と地域包括支援センターとの役割分担については、次のように考えています。

まず、『市』の役割は、

（1）全市的に介護予防の必要性を広く啓発すること

（2）全市的に地域のネットワーク形成の必要性を啓発すること

（3）様々な仕掛けづくりを行い、地域での担い手を増やすこと。

すなわち、住民自らが「健康づくり」や「介護予防」に関心を抱き、健康を維持するためにセルフケアが行える人々を増やしていくことや地域の中に虚弱高齢者が集える受け皿づくりを自発的に作っていくような人材の養成・育成を市の役割としています。

次に、『地域包括支援センター』の役割は、

（1）エリア内の市民に介護予防の啓発すること

（2）小地域のネットワークづくりの必要性を啓発すること

（3）①②に関心のある人材を発掘すること

すなわち、介護予防教室や出前講座等を通して、気軽に相談できるセンターが身近にあることを知ってもらい、信頼関係を構築していく中で、小地域のネットワークづくりの大切さを伝えていきながら、地域にない資源を共に作り上げていくことを地域包括支援センターの役割としています。

（主な内容）

市の包括担当部局（福祉支援課）の主な活動は以下の通りです。

１．介護予防の推進

（１）地域支援事業等の特定・一般高齢者施策を担いながら、セルフケアの推進を行い、健康を維持する人々の増加を目指す。

（２）小地域内で歩いて通える場で介護予防の実践ができるような受け皿づくりを行なう支援者を養成・育成。

特にボランティアの養成や育成等については、若手のボランティアのみならず、高齢者ボランティア等の育成も行い、支援者を広げています。

２．地域のネットワーク作りの推進

（１）『地域ねっとのつどい』の開催

住民主体のサロンや介護予防教室等のボランティアスタッフが連携し、互いに協働していけるようにとお互いが知り合い、互いの活動を理解しあう機会を設けるために開催しています。

これは、共に地域で高齢者を支えるという同じ目的をもった活動だということで地域に「**ね**」を張った活動を互いに「**つながり**」をもって「**ともに**」歩んで行こうという思いをこめて、年に１回の交流会と年に３回程度の連絡会を開催しているものです。

（２）『地域ボランティア講座』の開催（図表　３１）

新たにボランティア活動を始める人材発掘のために、平成 15 度年から一般市民向けに連続講座（8～10 回の連続講座）を開催しています。

これは、一人でも多くの方に地域でのボランティア活動に関心をもってもらい、「今何ができるか？」を個々に考えてもらいながら、何かを始めるきっかけ作りを実施するものです。

（３）『介護予防講演会』の開催

広い世代に「健康づくり」や「介護予防」の大切さを伝えながら、予防の大切さを伝えている。

※こうした市が推進している事業についても実際に地域住民（ボランティア等）に対して、後方的・側面的支援を地域包括支援センターも実施しています。

図表　３１

地域ボランティア講座

生きいきセンターでは、生駒市の地域特性に合わせたボランティア活動について、考えたり体験していただけるような講座を開催します。ボランティアについて楽しく学んでみませんか?

回	日程	内容	講師
1	7月13日(木)	開講式・生駒市の現在 ボランティアって？	市職員
2	7月20日(木)	高齢者のこころとからだ コミュニケーションのとり方	市保健師
3	7月27日(木)	今、求められる地域ボランティア	○○大学非常勤講師 (元△△社会福祉協議会課長) ○○○さん
4	8月3日(木)	感じてみよう、やってみよう疑似体験	市職員等
5	8月10日(木)	最近の消費者問題	消費生活センター専門相談員
6	8月24日(木)	生駒市の福祉制度 地域とかかわって	市・地域包括支援センター職員 民生児童委員
7	8月31日(木)	音楽療法講座	○○研究会
8	9月7日(木)	先輩ボランティアの地域活動	ボランティアグループ
9	9月21日(木)	みつけよう私にも出来ること 閉講式	市職員

○対　象＝ボランティア活動に興味がある人、活動中の人
○ところ＝コミュニティセンター　生駒セイセイビル内
○時　間＝午後1時30分～午後3時30分
○費　用＝無料

お問い合わせ・申し込みは
生きいきセンター
生駒セイセイビル
73-0558

（具体例）
以下では、具体的な取組みを紹介します。
市の取組み
１．介護予防の推進
（１）一般高齢者施策『体操教室（のびのび教室)』が生まれた背景
　地域ねっとマップ（参考資料３）に掲載されている住民主体のサロンやわくわく教室では、閉じこもりがちな高齢者が集える場所として、大きな役割を担っています。ただし、これらのサロン等は、他者との交流が主であり、もっと体を動かして健康を維持したいと考える高齢者が集える場所を増やし、介護予防の実践者を増やしていくことが必要でした。このため、平成 18 年より 3 年計画で「体操教室（のびのび教室)」を開始しました。
（２）教室の特徴
○高齢者のボランティアと高齢者の参加者とを同時に募集
身軽に気軽にできる体操を健康運動士が紹介し、保健師が体調管理やその都度「介護予防」に必要な知識を伝えていきます。
○目指すところは、地域展開
参加者自らが地域に働きかけを行い、自分たちが学んだものを自らの地域で展開をしていくことにあります。
○ボランティアに年齢や障害は無関係（発想の展開）
ボランティア=「若くて何でもできる人」ではなく、障害をもっていても高齢者であってもできることは多々あります。元気に受付で声をかけてくれるだけでもありがたい。逆に老化を意識し元気をなくしかけていた人にとっては、高齢のボランティアや障害を持った方のボランティア活動から、勇気をもらい「がんばらないとあかんな・・・」と思えるようになります。
２．地域のネットワークづくり
（１）地域ボランティア講座のねらい
　平成 15 年より「地域ボランティア講座」という連続講座（図表　３１参照）を実施してきました。『講座のねらい』は以下のとおりです。
○生駒市の現状を知ってもらう
○個々で今できること、グループならできそうなこと、いずれはやってみたいことなど、各自が色々と思い描けるような仕掛けを講座の中で組み込む。
（２）具体例：講座の一例
○『疑似体験』では、高齢者の装具を装着し、脚力や握力が弱ってきている高齢者自身の体験を行ってもらいます。
○ゴミ出し体験では、坂道の多い生駒市内で、ゴミ出しを行なうことがどんなに大変かを体験してもらいます。

○荷物の上げ下げでは、荷物を上げる作業やおろす作業が難しくなることを体験してもらいます。
○字を書いてもらいながら、年を重ねたときに書きやすい「適切なスペース」とはどの程度なのかを考えてもらいます。
○椅子からの立ち上がり動作では、高さの違う椅子を使って実生活の中での「ちょっとした工夫」を考えてもらいます。
○その他、実生活にそった様々な疑似体験を体験してもらうことで、高齢者に対する見方が変わります。これによってその日からの実践につながる工夫を盛り込んでいます。

（３）講座修了後の同期会結成や自発的な地域活動を目指して

受講生同士が、最終日には必ず、「このままみんなとさよならするのは、もったいない」と感じ、自発的に「同期会」を結成しようという気運が生まれるようにカリキュラムの内容を凝っています。たとえば、グループワークを意識的に盛り込みながら、グループの編成に気を配る。住所地でわけたり、男性・女性でわけたり、くじ引きにしたり・・・とその時々の内容を工夫し、一人でも多くの方々との交流を図ります。

また、講座の中で、グループ分けを行ない、実際のボランティア活動場面を見学してもらう場合には、講座期間内の受講生の受け入れ先等は主催者側で確保はするが、見学等における予約や当日の段取り等は全て受講生に任せます。

この講座では、後日内容をまとめ発表をしてもらうため、講座以外の時間に発表作品をまとめる時間の確保が必要になり、さらに受講生同士の交流が深まるという副次的な効果もあります。講座が盛り上がって受講生は市側から「○○の活動をしてほしい」とか「○○のボランティア団体が不足しているので助けてあげて欲しい」等の言葉を待つが、一切そこには触れず各自で今後どうするかを考えて欲しいということで、修了証として「オアシス奨」の授与を行い、講座を終えます。しかし、「何かを始めたいが何を始めていいかが具体的になっていない」という受講生が多く、このまま終わりたくないという想いがかきたてられ、同期会が結成され、先輩の１期･2 期生等に活動内容を聞きにいったり、ボランティアセンター等に活動場所を紹介してもらったり、新たに何かを作ろうとしたり・・・という自発性が生まれています。

（効果）

○受講生の中から、喫茶サロンや施設ボランティア、介護予防教室等の開催のみならず、環境美化に関することや小学校の美化活動を世代間交流として子どもたちと共に行なう人々等、まさに地域ボランティアという形で輝きながら活動を実践している人々が生まれました。

○介護予防ケアプランの中でも、近くに集う場所があればプランから外れていく人々がたくさんいるのに受け皿が少ないという課題があり、市としてはそうした受け皿づくりを市が率先して作っていくのではなく、地域の人材を発掘しながら住民が地域を変えていくことができるような仕掛け作りを目指しています。

○講座開設当初は、有名な大学教授や弁護士・医師等も講師として招きましたが、現在はほぼ担当課の職員等が中心になって実施しています。伝えたいこと・想いが明確ならば著名人でなくても結果は大きく変わらないことがわかりました。この結果、予算の確保が難しくなっても継続していける事業だと確信できるようになりました。

○平成 18 年度は､地域包括支援センター職員に寸劇をしてもらったりしながら、協働で開催しています。

地域包括支援センターの取組み

１．介護予防の推進

地域包括支援センターを一人でも多くの方々に知ってもらうために、エリア内の老人会・サロンや人暮らし高齢者の方々への催し物に参加しました。ここでは、「介護予防」がなぜ大切なのかを啓発しました。たとえば、介護予防教室等の開催を広報等にてお知らせするとともに、簡易な体力測定後に運動の実践や口腔体操等を紹介しました。なお、専門職が必要なときは、市から歯科衛生士や健康運動指導士・管理栄養士等の派遣もしてもらいました。

２．地域のネットワークづくり

包括主催の研修会・交流会・サービス担当者会議・困難事例等の支援を通して、市内の居宅介護支援事業所等との関係・連携づくりを行いました。

研修会や交流会の内容によっては、2～3 センターが合同で企画することにより、より充実した内容が生まれ、ネットワーク作りの推進にもつながりました。

エリア内の地域でサロン等、高齢者が集う場所がないところにおいては、介護予防教室等での出前教室を通じて、そうした教室やサロン等が定期的に地域で開催できるよう側面的支援を包括支援センターが実施し、住民主体の新たなサロンがうまれた地域もあります。

大きな枠組みのしかけ作りは市が行い、地域包括支援センターはエリア内の状況に応じた取組を進め、市と地域包括支援センターは、車の両輪のごとく、役割分担を行いながら効果的・効率的に「介護予防の推進」や「地域のネットワークづくり」を推進していくことが大切だという考えで互いが機能しあうことを目指しています。

参考資料３

地域ねっとマップ

生駒市福祉支援課
生きいきセンター
生駒市社会福祉協議会

生駒市では、高齢社会を迎えても、誰もが安心して住み慣れた地域で暮らすことができる、そんな地域となるように、地域のネットワークづくりを支援しています。

下の表は、小地域（小学校区程度のエリア）の高齢者を対象として、身近な場所で交流を図るなどの福祉活動を行っているグループです。（H18年10月末現在）

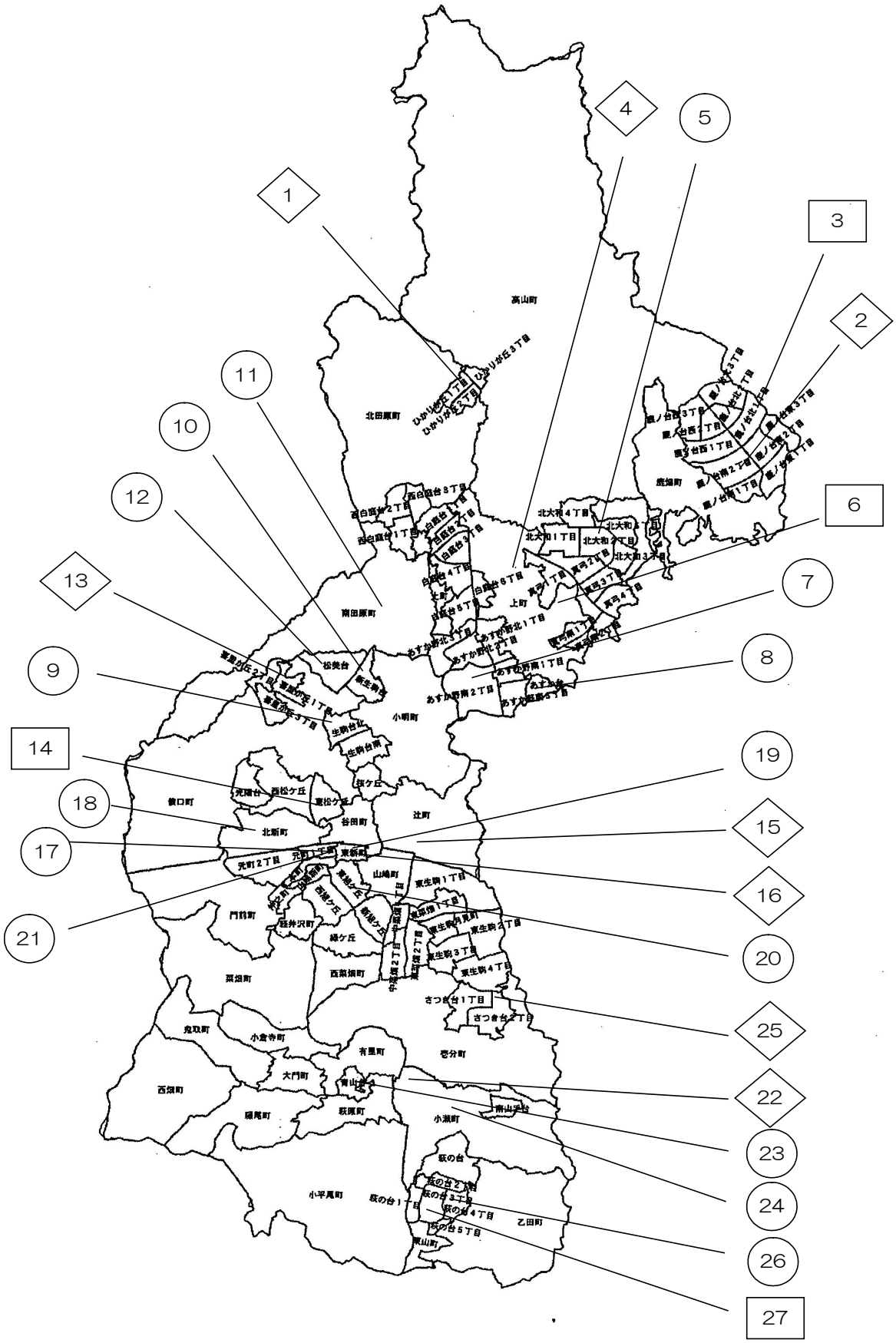
生駒北小	◇1	わくわく教室ひかりが丘集会所
鹿ノ台小	◇2	わくわく教室鹿ノ台地区公民館
	□3	鹿ノ台そよかぜの町
真弓小	◇4	わくわく教室北コミュニティセンター
	○5	北大和うきうきサロン
	□6	長弓寺薬師院サロン
あすか野小	○7	あすか野あいあいサロン
	○8	あすか台ふれあいサロン
生駒台小	○9	生駒台サロン
	○10	新生駒台ふれあいワクワクサロン
	○11	南田原ふたばサロン
	○12	松美台サロン
俵口小	◇13	わくわく教室公民館喜里が丘分館
	□14	地域ボランティア「オアシス」 東松ヶ丘ふれあい喫茶
桜ヶ丘小	◇15	わくわく教室図書会館
生駒小	◇16	わくわく教室セラビーいこま
	○17	本町・元町サロン
	○18	北新町ふれあいサロン
	○19	東新町ふれあいサロン
	○20	東旭ヶ丘いきいきサロン
	○21	介護者の会やすらぎサロン
南小	◇22	わくわく教室南コミュニティセンター
	○23	青山台サロンつくし
	○24	みなみ野台いきいきサロン
壱分小	◇25	わくわく教室福祉センター
南第二小	○26	萩の台ふれあいサロン
	□27	月曜さろん

(連絡先)

◇：わくわく教室は生駒市福祉支援課（☎74-1111内線793）

○：ふれあいいきいきサロン等は生駒市社会福祉協議会（☎75-0234）

□：住民の自主的な活動は生きいきセンター（☎73-0558）


1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
高山町
北田原町
南田原町
鹿畑町
上町
小明町
松美台
新生町
北大和1丁目
北大和4丁目
北大和3丁目
白鳥台4丁目
白鳥台5丁目
白鳥台6丁目
西白鳥台1丁目
西白鳥台2丁目
西白鳥台3丁目
ひかりが丘1丁目
ひかりが丘2丁目
ひかりが丘3丁目
豊ノ台西1丁目
豊ノ台西2丁目
豊ノ台西3丁目
豊ノ台南1丁目
豊ノ台南2丁目
豊ノ台南3丁目
豊ノ台北1丁目
豊ノ台北2丁目
豊ノ台北3丁目
東丘1丁目
東丘2丁目
東丘3丁目
東丘4丁目
あすかが野北1丁目
あすかが野北2丁目
あすかが野南1丁目
あすかが野南2丁目
あすかが野南5丁目
あすか台
東鳥が丘2丁目
東鳥が丘3丁目
東鳥の丘1丁目
生駒台北
生駒台南
桜ケ丘
元町
西松ケ丘
東松ケ丘
谷田町
辻町
北新町
元町1丁目
元町2丁目
東新町
山崎町
東生駒1丁目
東生駒2丁目
東生駒3丁目
東生駒4丁目
東生駒5丁目
東生駒6丁目
東生駒7丁目
東生駒8丁目
東生駒9丁目
西緑ケ丘
緑ケ丘
門前町
荻井沢町
西菜畑町
菜畑町
さつき台1丁目
さつき台2丁目
鬼取町
小倉寺町
有里町
壱分町
大門町
西畑町
青山台
南山手台
小瀬町
萩原町
萩の台
萩の台1丁目
萩の台2丁目
萩の台3丁目
萩の台4丁目
萩の台5丁目
小平尾町
乙田町
東山町

わくわく教室

連絡先：生駒市福祉支援課
（☎74-1111内線793）

高齢者を対象に閉じこもりを防ぎ、生きいきとした生活が送れるよう１ヶ月に１回程度開催しています。健康体操や、手工芸、歌、ゲーム等をしたり、ボランティアと共に楽しいひとときを過ごします。

ふれあいいきいきサロン

連絡先：生駒市社会福祉協議会
（☎75-0234）

集会所などで、誰もが気軽に自由に参加できる“場”として開催しています。地域の住民同士がお茶を飲み、おしゃべりやレクリエーション等をしたりそれぞれの特色を生かしてみんなで企画・運営し楽しむ活動です。

住民の自主的な活動

連絡先：生駒市生きいきセンター
（☎73-0558）

住民同士が共に支え合えるやさしいまちづくりを目指して、自宅などでサロンを開催しています。お茶を飲み、おしゃべりや季節の行事等、みんなでゆっくりなごやかに楽しんでいます。

小学校区別高齢化率

※高齢化率＝$\frac{\text{65歳以上人口}}{\text{人口}}$ ×100

		人口	65歳以上	高齢化率※
1	生駒北小学校区	6,244	1,155	18.50%
2	鹿ノ台小学校区	8,528	1,865	21.87%
3	真弓小学校区	9,445	1,470	15.56%
4	あすか野小学校区	8,064	1,600	19.84%
5	生駒台小学校区	12,998	2,330	17.93%
6	俵口小学校区	13,851	2,075	14.98%
7	桜ケ丘小学校区	7,241	1,118	15.44%
8	生駒小学校区	13,277	2,655	20.00%
9	生駒東小学校区	11,494	1,970	17.14%
10	生駒南小学校区	7,305	1,370	18.75%
11	壱分小学校区	10,124	1,301	12.85%
12	生駒南第二小学校区	7,169	1,172	16.35%
合計		115,740	20,081	17.35%

（平成18年10月１日現在）

社団法人　全国保健センター連合会

〒162-0842
東京都新宿区市ヶ谷砂土原町１－１　保健会館別館
TEL(03)3269-4748　　Fax(03)3269-4759
URL　http://www. zenporen.or.jp
E-mail:mhc@zenporen.or.jp