

# 平成23年度地域包括ケア 推進指導者養成研修 (中央研修)

## テキスト

1日目 9月12日(月) 13時00分～18時00分  
2日目 9月13日(火) 9時30分～16時20分  
会場：新大宗ビル フォーラムエイト 700ホール  
(東京都渋谷区道玄坂2-10-7)

## 地域包括ケア推進指導者養成研修（中央研修） 次第

### ○研修全体の目的・ねらい

各種マネジメントや、地域において果たすべきセンターの役割（自立支援の推進）を理解し、保険者と協働してセンターの方向性や目標を設定し、また、制度改正の方向性を理解した上で、地域の課題、ニーズを第5期介護保険事業計画に反映し、保険者の施策につなげるための提言ができる人材を養成する。

### ○研修日程・会場

平成23年9月12日（火）・13日（水） 新大宗ビル フォーラムエイト

### ○研修スケジュール

#### 【1日目】

	時間	項目	内容及び目的・ねらい	講師・説明者
1	13:00-13:05	開催挨拶		厚生労働省老健局振興課 課長 川又竹男
2	13:05-13:15	オリエンテーション	各研修項目の目的とねらい及び 中央研修受講者の役割について	厚生労働省老健局振興課 人材研修係長 山本明彦
3	13:15-14:50	講義	介護保険制度改正の概要 及び地域包括ケアの理念 ＜目的・ねらい＞ 介護保険制度改正の概要を知り、また、地域 包括支援センターの役割、地域包括ケアの理 念を理解し、どのように自治体と協働しなが ら地域包括ケアを推進するかを考えるための 参考とする。	厚生労働省老健局総務課 課長補佐 東内京一  厚生労働省老健局 老人保健課課長補佐 日野原友佳子
	14:50-15:00	休憩		
4	15:00-18:00	講義・演習	地域ケア会議（自立支援型マネジメント）の 概要・講義・演習① ＜目的・ねらい＞ 地域包括ケアを実現する手法としての地域ケ ア会議の概要を知り、1日目は個別の課題把 握についての内容の講義・演習を通して、地 域ケア会議の具体的な進め方や、地域ケア会 議に至る前までプロセスについて知る。	地域包括ケア推進指導者 養成研修企画委員 （一般財団法人長寿社会 開発センター常務理事 石黒秀喜、 青梅市地域包括支援セン ターすえひろ センター 長 水村美穂子）

【2日目】

	時間	項目	内容及び目的・ねらい	講師・説明者
1	9:30-9:35	朝インフォ	研修項目の説明	厚生労働省老健局振興課 課長補佐 井上宏
2	9:35-11:30	講義・演習	地域ケア会議（自立支援型マネジメント）の 講義・演習② ＜目的・ねらい＞ 2日目は、1日目の内容を踏まえた上で地域 全体の課題に展開した内容の講義・演習を行 い、地域ケア会議の具体的な進め方等を知る。	地域包括ケア推進指導者 養成研修企画委員 （青梅市地域包括支援セ ンターすえひろ センタ ー長 水村美穂子）
3	11:30-12:00	講義	地域包括ケア推進事業取組報告 ＜目的・ねらい＞ H22 年度地域包括ケア推進事業を実施した 市町村の中から、先進的な取組を行った地域 包括支援センターについて、1～2箇所から、 事例発表を行い、今後のセンターの方向性や 目標を設定する上での参考とする。	H22 年度地域包括ケア推 進事業実施自治体 （北九州市保健福祉局 地域支援部 いのちをつ なぐネットワーク推進課 花井さくら）
	12:00-13:00	昼休憩		
4	13:00-15:30	講義・演習	センター長の各種マネジメント能力の向上 ＜目的・ねらい＞ センター長としての各種マネジメント能力を 向上させ、保険者とも協働しつつ、地域にお ける今後のセンターの方向性や目標を設定す る能力を養成する。	地域包括ケア推進指導者 養成研修企画委員 （富士宮市保健福祉部 福祉総合相談課 参事・ 地域包括支援センター長 土屋幸己、公益社団法人日 本看護協会 村中峯子）
	15:30-15:40	休憩		
5	15:40-16:10	講義	研修の振り返りと全体総括 ＜目的・ねらい＞ センター長としての役割を再確認し、研修で 学んだことをどのように実践に活かすか検討 する。	地域包括ケア推進指導者 養成研修企画委員会委員 （琴浦町 健康福祉課 地域包括支援センター 主査 藤原静香）
6	16:10-16:20	説明	受講後の実践、ブロック研修会での役割、振 り返り研修会の開催予定、実践後レポートの 提出等の説明	厚生労働省老健局振興課 人材研修係長 山本明彦
			閉会	

# 開催挨拶

---

memo

各研修項目の目的とねらい 及び  
中央研修受講者の役割について

---

memo

# 地域包括ケア推進指導者養成研修事業

地域包括ケアの考え方を踏まえ、地域包括支援センターの一体的な運営や地域のネットワーク構築の中心を担う職員を養成するため、地域包括支援センター職員等を対象に中央研修及びブロック研修（全国7ブロック）を実施する。

	中央研修	ブロック研修
内容	地域において果たすべきセンターの役割（自立支援の推進）を理解し、保険者と協働してセンターの方向性や目標を設定し、保険者の施策につなげるための提言ができる人材を養成する研修（講義・グループワーク）を行う。 ※修了後振り返り研修を実施	全国を7のブロックに分割し各ブロックにおいて、地域において果たすべきセンターの役割（自立支援の推進）を理解する等、地域包括ケア推進の中核となる人材を養成する研修（講義・グループワーク）を行う。
対象	都道府県が推薦する、地域包括支援センターの業務について幅広い知見と経験を有する者 100名程度	各ブロックに含まれる都道府県内の地域包括支援センター長及びそれに準ずる者、市町村の地域包括・事業計画担当職員 1, 200名程度（原則先着順）
時期・日程等	平成23年9月12・13日	平成23年10月～平成24年1月 2日間・全国で合計12回
会場	東京都内	各ブロック内

## 研修のねらい（センター長等の役割）

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

○ PDCAで磨きをかける（まずは実践、その後のブラッシュアップ）

組織で広める、地域で広める（伝道師）

## 中央研修のねらい

- 皆さんは指導者でもあり、指導者の指導者でもある（中央研修とブロック研修）
- ブロック研修での指導者役（地域ケア会議の模擬実践（ロールプレイ）における指導者）
- 家に着くまでが遠足です（スキルの定着、振り返り研修）

## 実践レポートの提出

- 研修を受講して、スキルとして、あるいは仕組みとして定着させることが最終的な目標です。
- 研修修了後、実際の業務にどう生かしたか、その中で課題として感じたことや課題を解消していくための今後の方向性についてレポートとしてご提出いただきます。
- 様式や提出方法等については後日送付いたしますが、研修修了者は必ず提出いただく予定です。

## 振り返り研修

- 中央研修修了者を対象に、現場での実践を踏まえた振り返り研修を行います。（今年度の2月ごろに実施する予定です。）
- 中央研修で習得したことを、実際に業務の中で活用してみて、改めてこういった“壁”があるのかなど参加者で共有し、その“壁”の乗り越えるにはどうしていけばいいかを考える場とする予定です。
- カリキュラムや応募方法など詳細については別途ご案内いたしますので、積極的にご参加ください。

# 介護保険制度改正の概要 及び地域包括ケアの理念

---

memo

# 地域包括ケアの推進

厚生労働省 老健局

# 介護保険制度を巡るこれまでの経緯

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

<今後の動向>平成24年4月～

: 診療報酬・介護報酬同時改定

# 介護保険制度の実施状況

## ① 65歳以上被保険者数の推移

・65歳以上の被保険者数は、10年で約730万人（34%）増加。

	2000年4月末	2003年4月末	2010年4月末
被保険者数	2,165万人	2,398万人	2,895万人

## ② 要介護（要支援）認定者数の推移

・要介護認定を受けている者は、10年で約269万人（123%）増加。

	2000年4月末	2003年4月末	2010年4月末
認定者数	218万人	348万人	487万人

## ③ 要介護（要支援）認定の申請件数

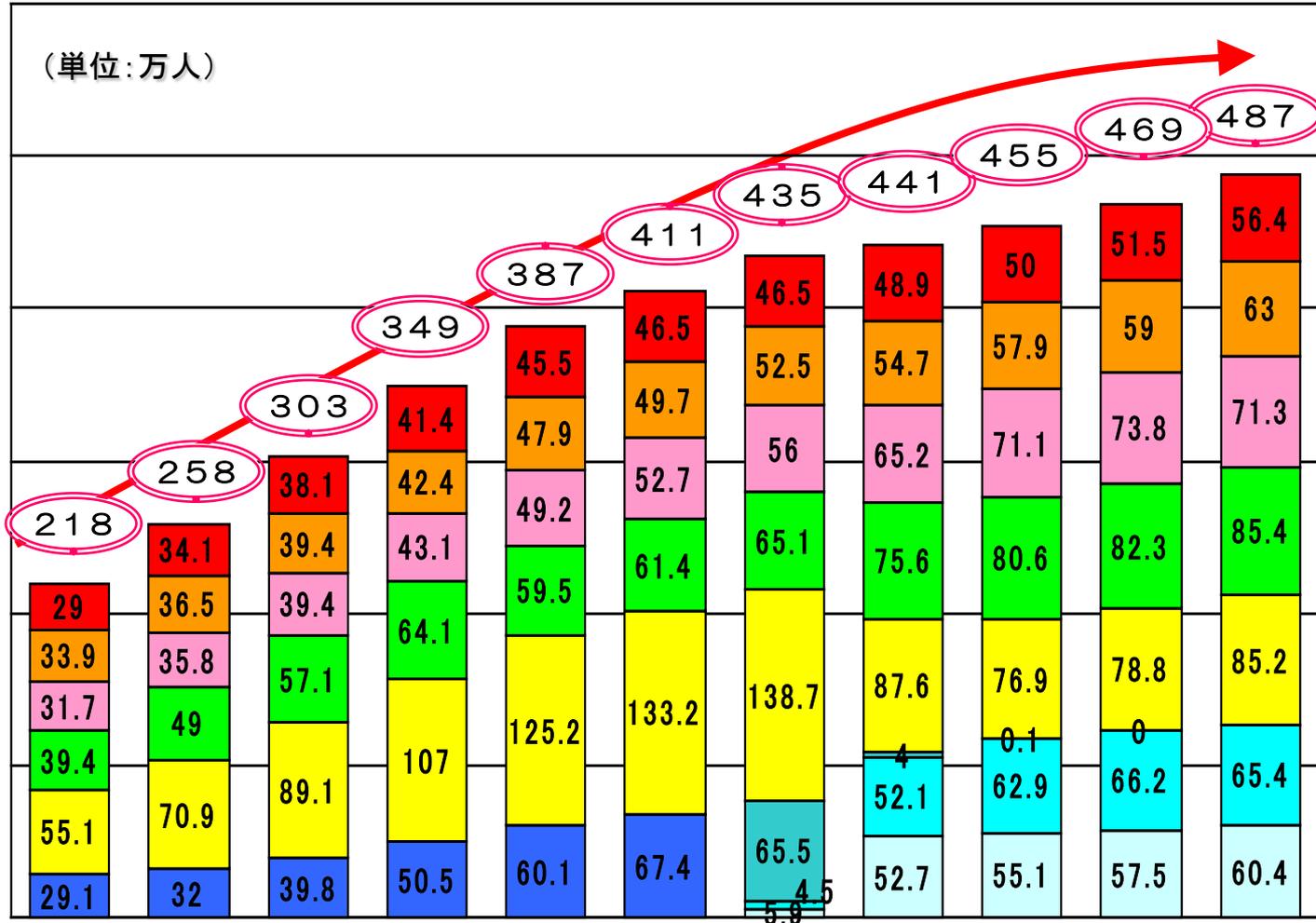
・要介護認定の申請件数は、9年で約231万件（86%）増加。

〔注：2004年から要介護更新認定の有効期間を最大2年としたため、2008年の一年間の申請件数は2003年より少なくなっている。〕

	2000年度	2003年度	2008年度
申請件数	269万件	547万件	500万件

# 要介護度別認定者数の推移

(単位:万人)



要介護度	人数	割合
計	487	123%
要介護5	5	94%
要介護4	4	86%
要介護3	3	125%
要介護2	2	117%
要介護1	1	151%
経過的要介護	1	
要支援	2	151%
要支援1	1	

H12.4とH22.4の比較



(出典:介護保険事業状況報告 他)

# 年齢階級別要介護度の分布

(人)

年齢階級が上がるほど重度者が増えるが、  
90歳以上を除く階級で最も人数が多いのは要介護1, 2の者である。

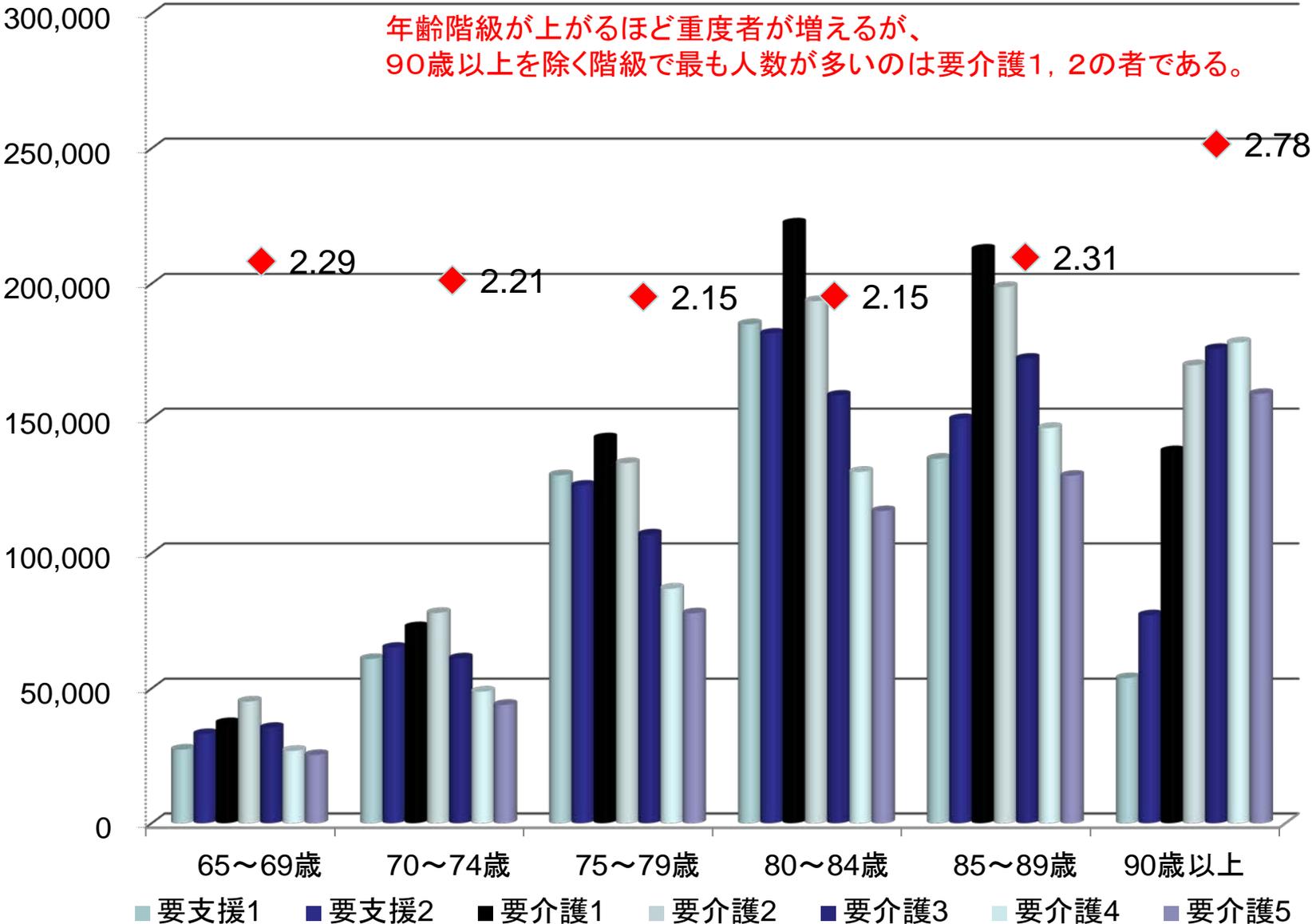
平均要介護度

3

2

1

0

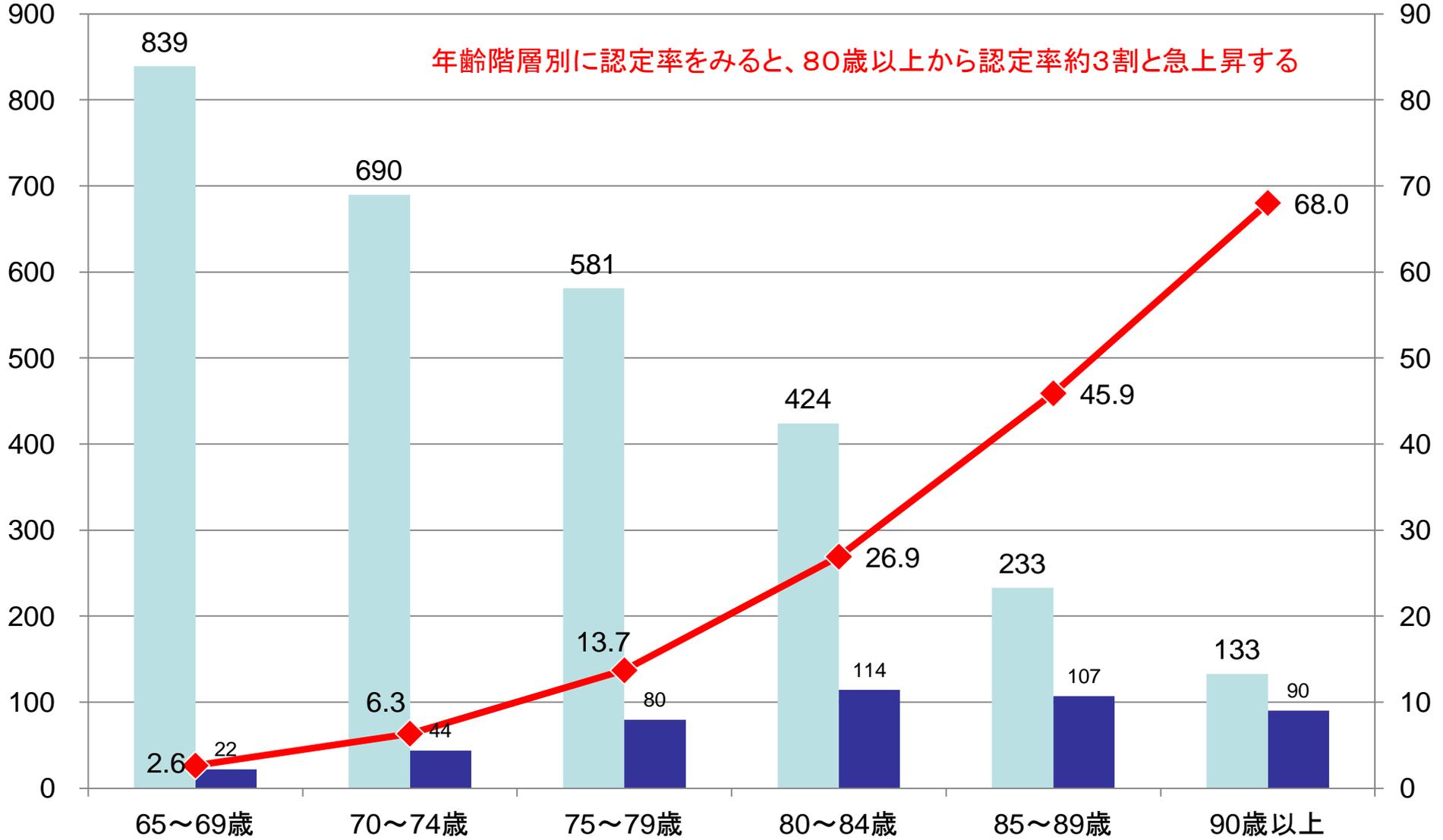


【出典】介護給付費実態調査(平成21年12月審査分)

# 高齢者人口と要介護認定率

万人

%



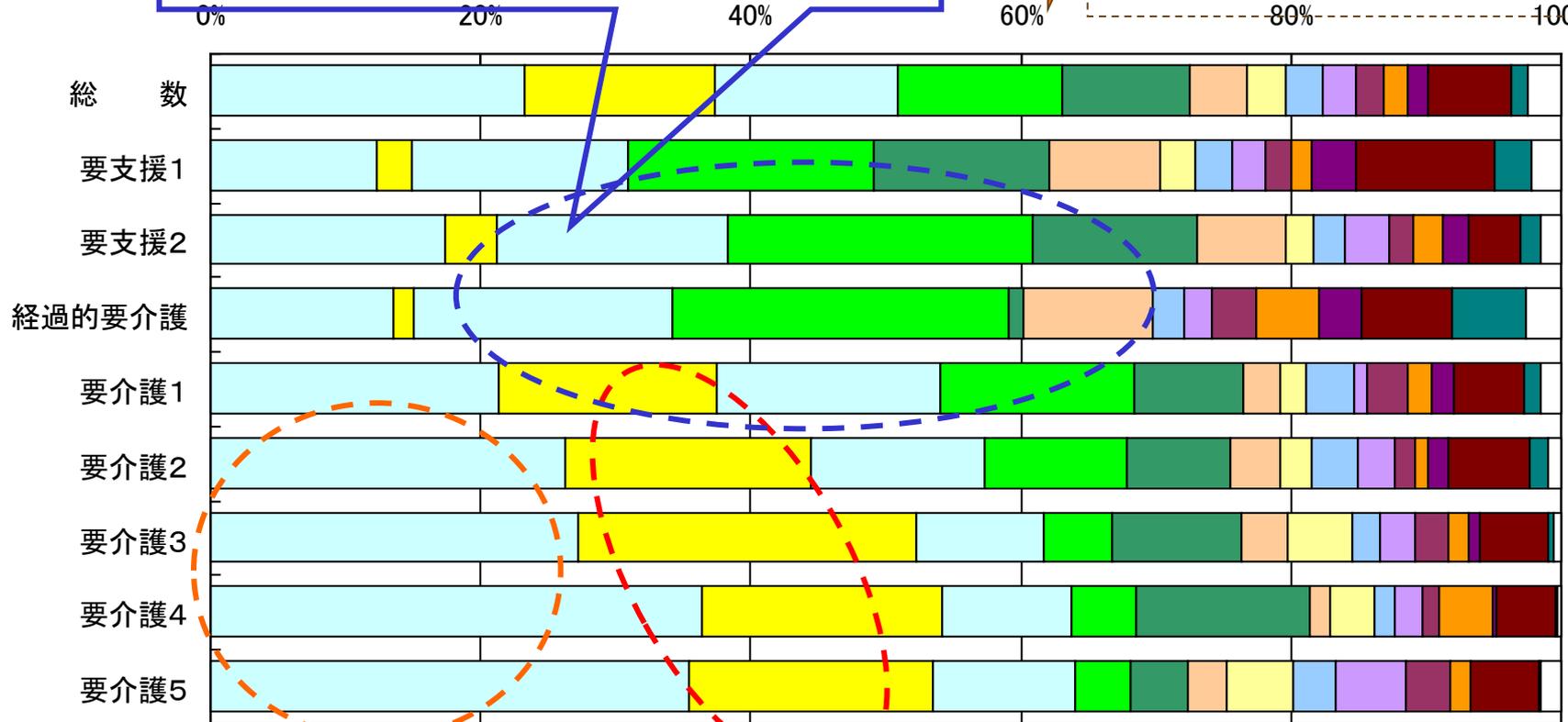
【出典】介護保険事業状況報告

人口  
認定者数  
認定率(右軸)

# 要介護度別の原因割合

いわゆる「廃用症候群」については、  
要支援1・2、要介護1等の軽度者に多い

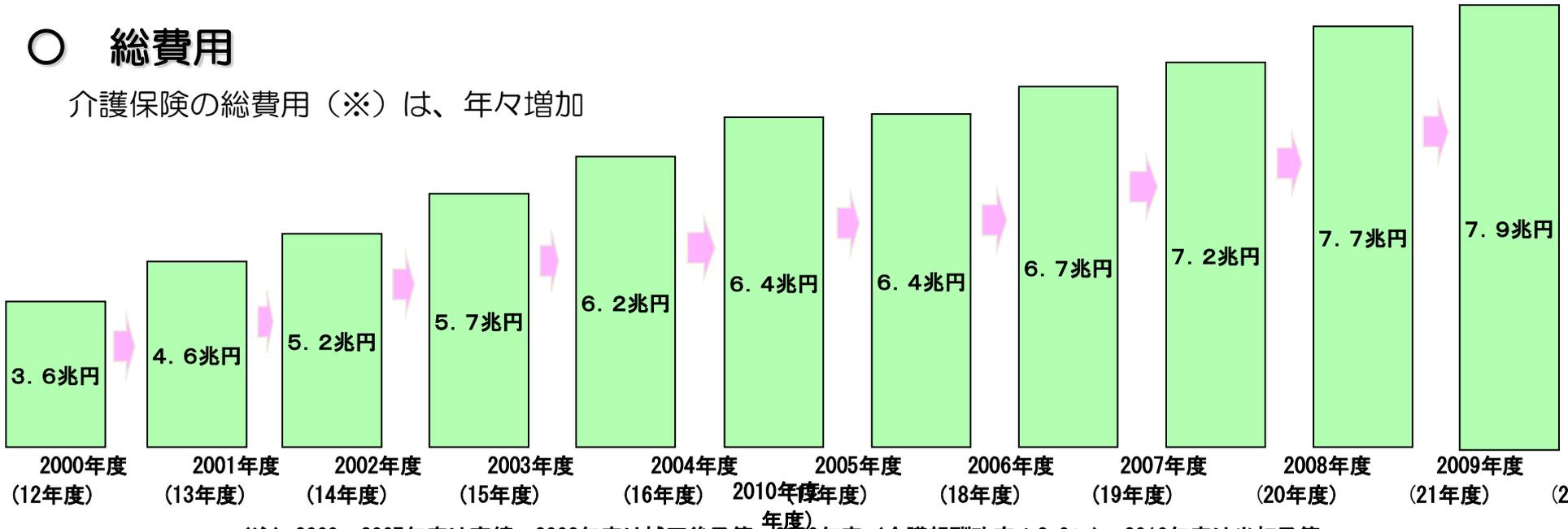
軽度者に対するサービスを、廃用症候群の予防、改善を図る観点から見直す



# 介護費用・保険料の動向

## ○ 総費用

介護保険の総費用（※）は、年々増加



(注) 2000～2007年度は実績、2008年度は補正後予算、2009年度（介護報酬改定+3.0%）、2010年度は当初予算。

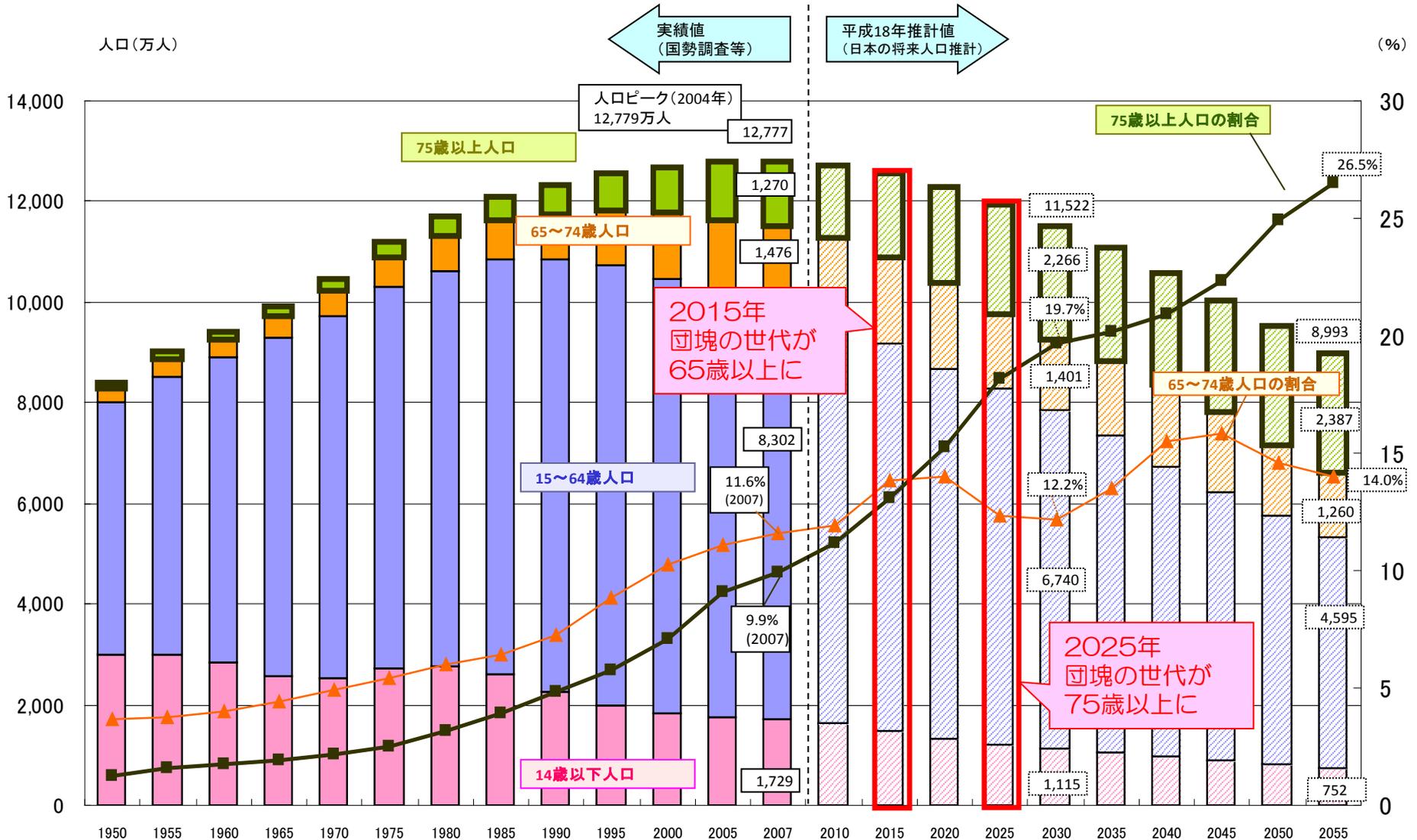
※介護保険に係る事務コストや人件費などは含まない（地方交付税により措置されている）。

## ○ 65歳以上が支払う保険料〔全国平均(月額・加重平均)〕



# 75歳以上高齢者の増大

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



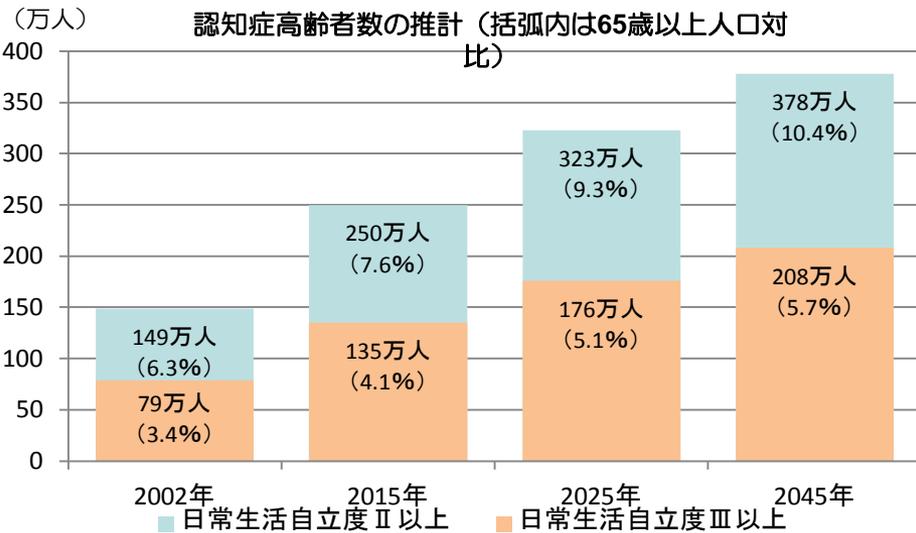
資料: 2005年までは総務省統計局「国勢調査」、2007年は総務省統計局「推計人口(年報)」、2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)中位推計」

# 今後の介護保険を取り巻く状況について

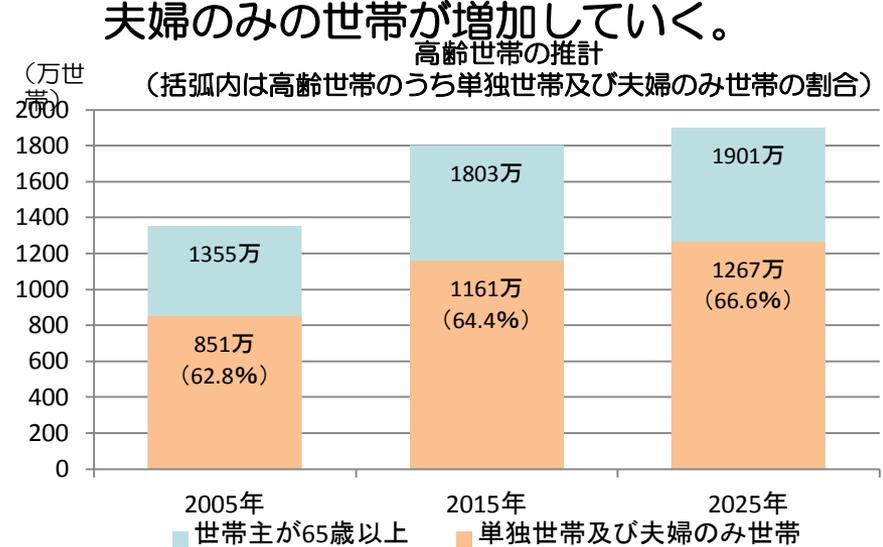
① 75以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2008年	2015年	2025年	2055年
75歳以上高齢者の割合	10.4%	13.1%	18.2%	26.5%

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



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



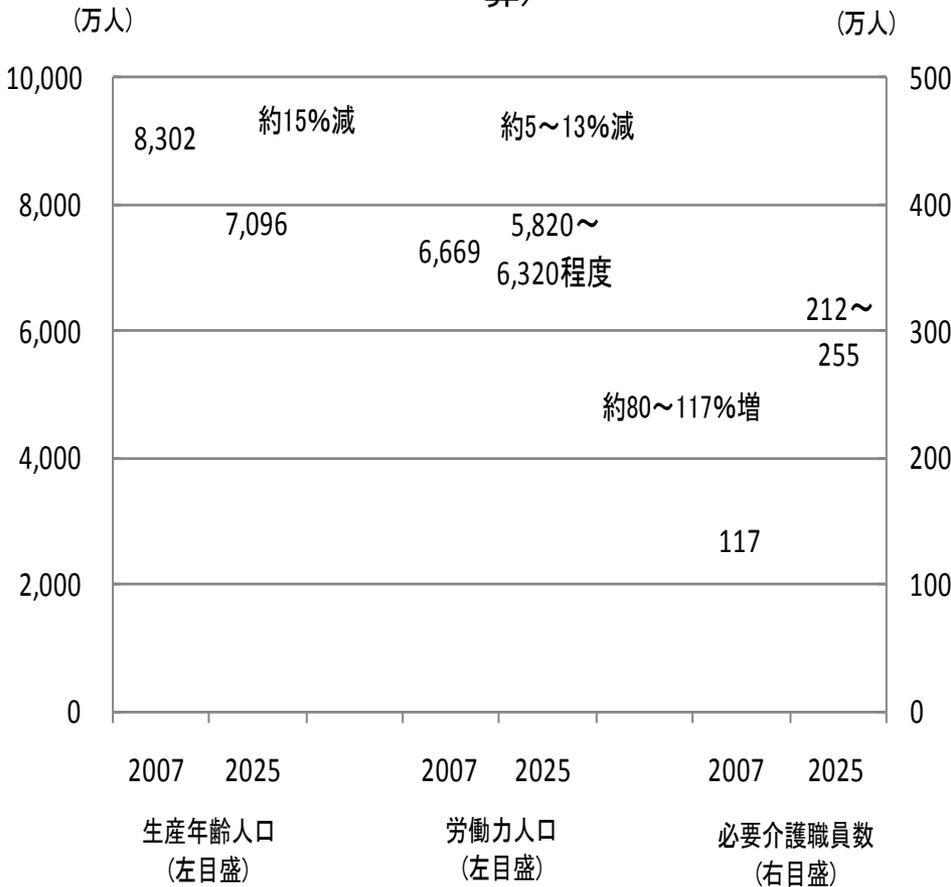
④ 首都圏をはじめとする都市部において、今後急速に高齢化が進む。

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

# 介護の担い手と介護職員の見通し

- 2007年から2025年にかけて、生産年齢(15～64歳)人口は約15%減少し、労働力人口も約5～13%程度減少すると見込まれる。一方、必要となる介護職員数は倍増すると推計される。
- この結果、現行のサービス水準を維持・改善しようとする場合、労働力人口に占める介護職員数の割合は、2007年から2025年にかけて、倍以上になる必要があると見込まれる。

生産年齢人口、労働力人口、必要介護職員数の見通し(試算)



労働力人口に占める介護職員の割合

	2007年	2025年
介護職員数	117.2万人	212～255万人
労働力人口	6,669万人	5,820～6,320万人
割合	1.8%	3.4～4.4%

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

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

# 医療・介護サービス費用の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度				平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ		改革シナリオ		現状投影シナリオ		改革シナリオ	
		医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②
医療＋介護 対GDP比 (％程度) 対NI比 (％程度) 名目額 (兆円程度)	9.8 13.6 48	10.8 14.9 55	10.7 14.8 55	11.1 15.3 57	11.0 15.1 56	12.8 17.7 78	12.9 17.8 78	13.6 18.7 83	13.7 18.8 83
医療 対GDP比 (％程度) 対NI比 (％程度) 名目額 (兆円程度)	8.1 11.1 39	8.7 12.0 45	8.6 11.9 44	8.8 12.2 45	8.7 12.0 45	9.9 13.7 60	10.0 13.8 61	10.1 13.9 61	10.1 14.0 62
介護 対GDP比 (％程度) 対NI比 (％程度) 名目額 (兆円程度)	1.8 2.4 <u>9</u>	2.1 2.9 <u>11</u>		2.2 3.1 <u>11</u>		2.9 4.0 <u>17</u>		3.5 4.8 <u>21</u>	
(参考) GDP (兆円程度) NI (兆円程度)	484 351		511 371			607 441			

(注1) 年度ベースの数値である。

(注2)「医療」は、国民医療費ベースの費用である。なお、2008年度の国民医療費は34.8兆円(対GDP比7.0%、対NI比9.9%)、2007年度のOECDベースの総保健医療支出は対GDP比8.1%程度となっている。

(注3)2015、2025年の「現状投影シナリオ」は現状のサービス利用状況や単価をそのまま将来に投影(将来の人口構成に適用)した場合、「改革シナリオ」はサービス提供体制等について機能強化や効率化等の改革を行った場合である。

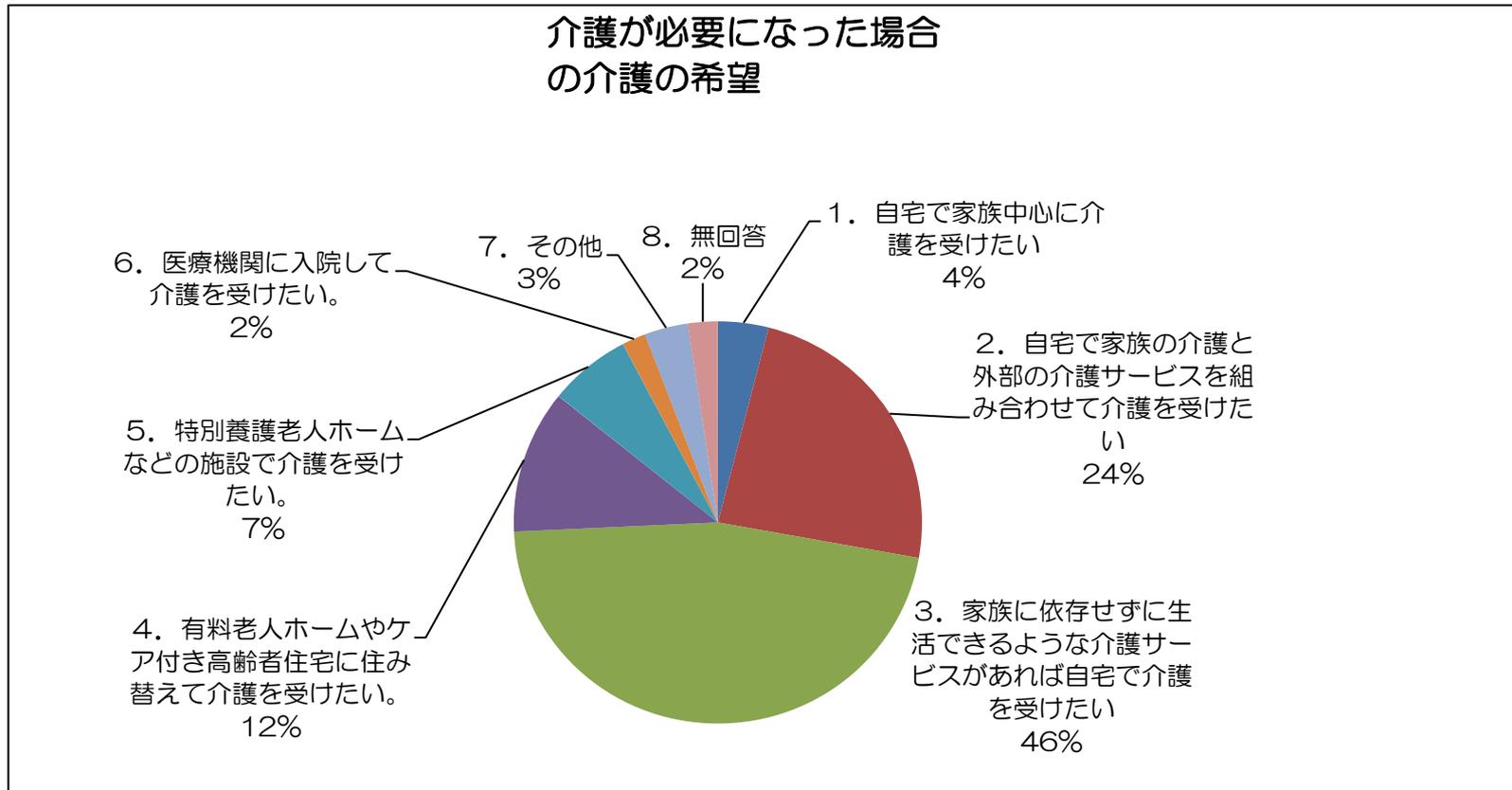
(注4)2015、2025年の「ケース①」は医療の伸び率(人口増減や高齢化除く)について伸びの要素を積み上げて仮定した場合、「ケース②」は賃金と物価の伸びの平均に一定率を加えて仮定した場合である。

「社会保障改革に関する集中検討会議(第十回)  
配布資料(参考資料1-2)医療・介護に係る長期推計」

# 介護の希望（本人の希望）

## 【自分が介護が必要になった場合】

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

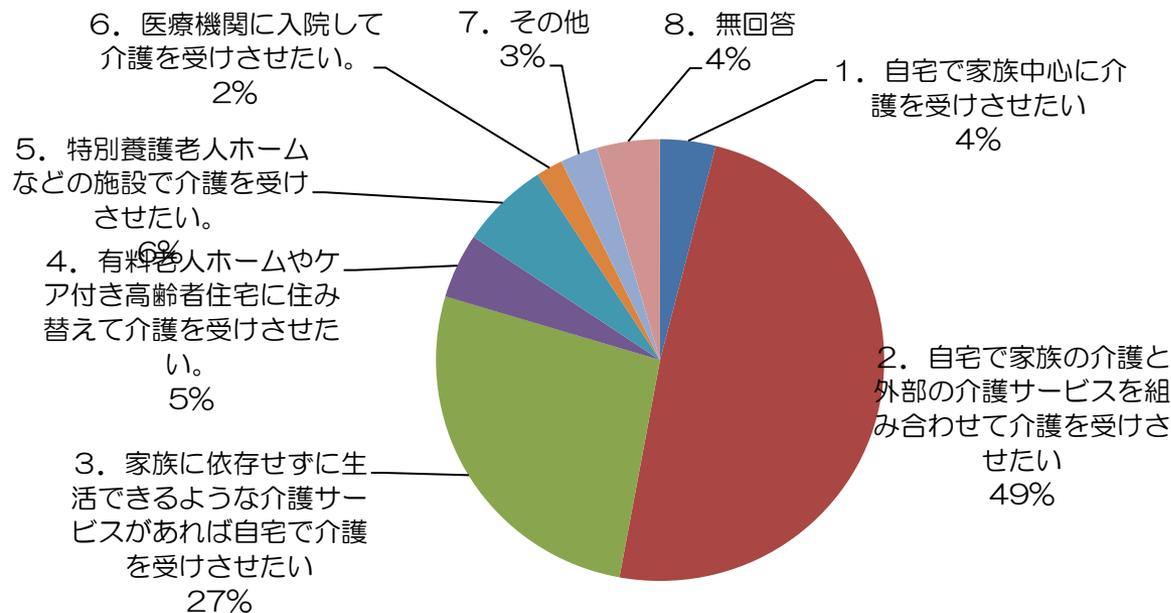


# 介護の希望（家族の希望）

## 【両親が介護が必要になった場合】

- 最も多かったのは「自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けさせたい」で49%、2位は「家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けさせたい」で27%となっており、前記自分の場合と1位と2位が逆転している。
- いずれの場合も、在宅希望が上位を占めており、施設や医療機関への入院・入所希望は1割弱にとどまった。

ご両親が介護が必要となった場合  
の介護の希望



# 地域包括ケアシステムが求められる理由

2025年の高齢社会を踏まえると、

①高齢者ケアのニーズの増大、②単独世帯の増大、③認知症を有する者の増加が想定される。

そのためには、

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

だが……

現状では、

各々の提供システムは分断され、有機的な連携がみられない。

そこで、地域において包括的、継続的につないでいく仕組み「地域包括ケアシステム」が必要

# 地域包括ケアに関する保険者評価項目

(1) 介護保険事業計画の進捗管理等の状況 6項目

(2) 地域連携の仕組みづくり 8項目

(3) 自治体としての地域包括支援センター職員への支援 4項目

(4) 介護支援専門員への支援 5項目

(5) 介護サービス事業者への支援 7項目

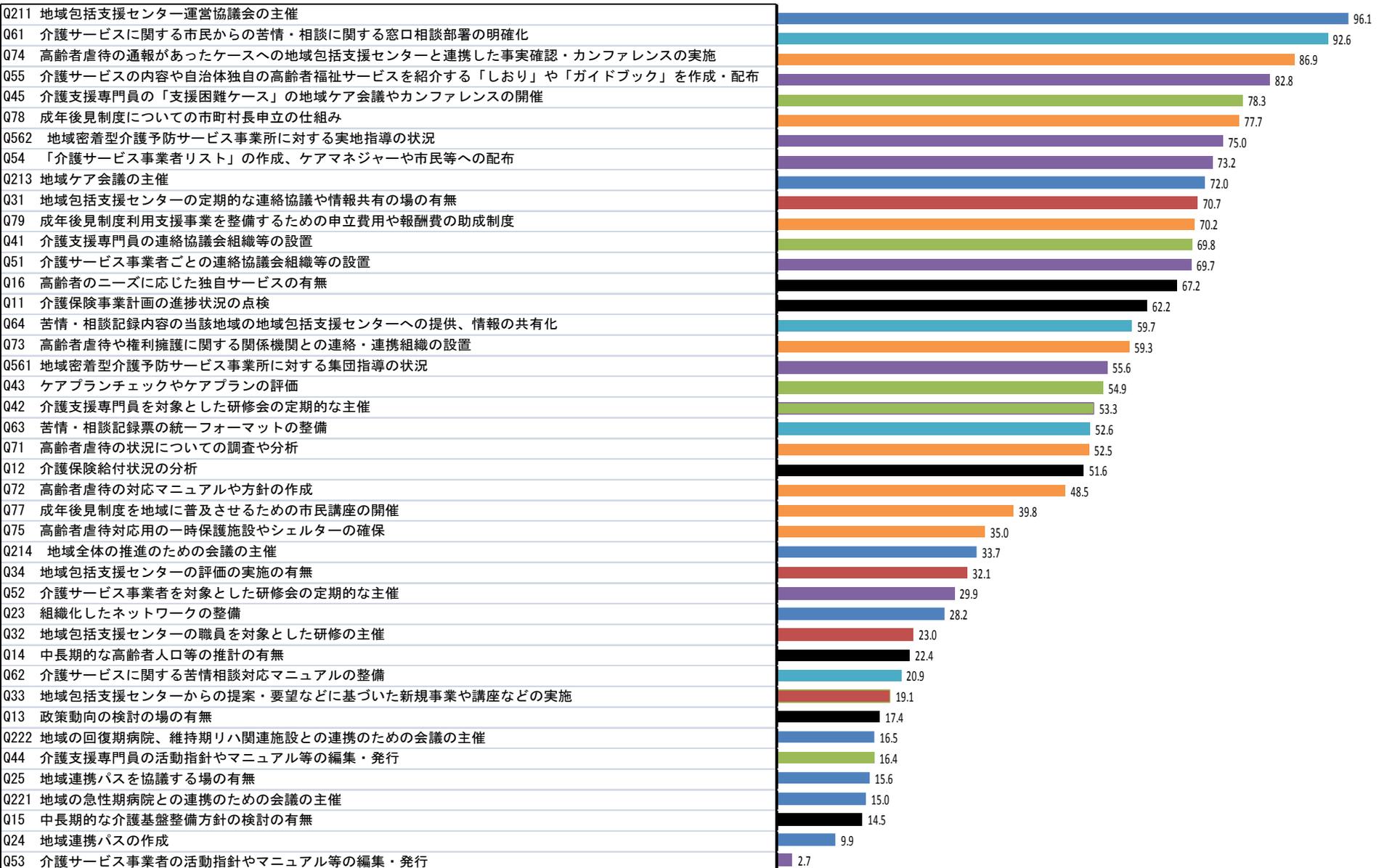
(6) サービスの苦情・相談体制 4項目

(7) 高齢者虐待対応・権利擁護対応等 8項目

.....計 42項目

# 7カテゴリ42項目の回答状況(実施率降順)※

※すべてあり無しとして回答のダミー化を行った。

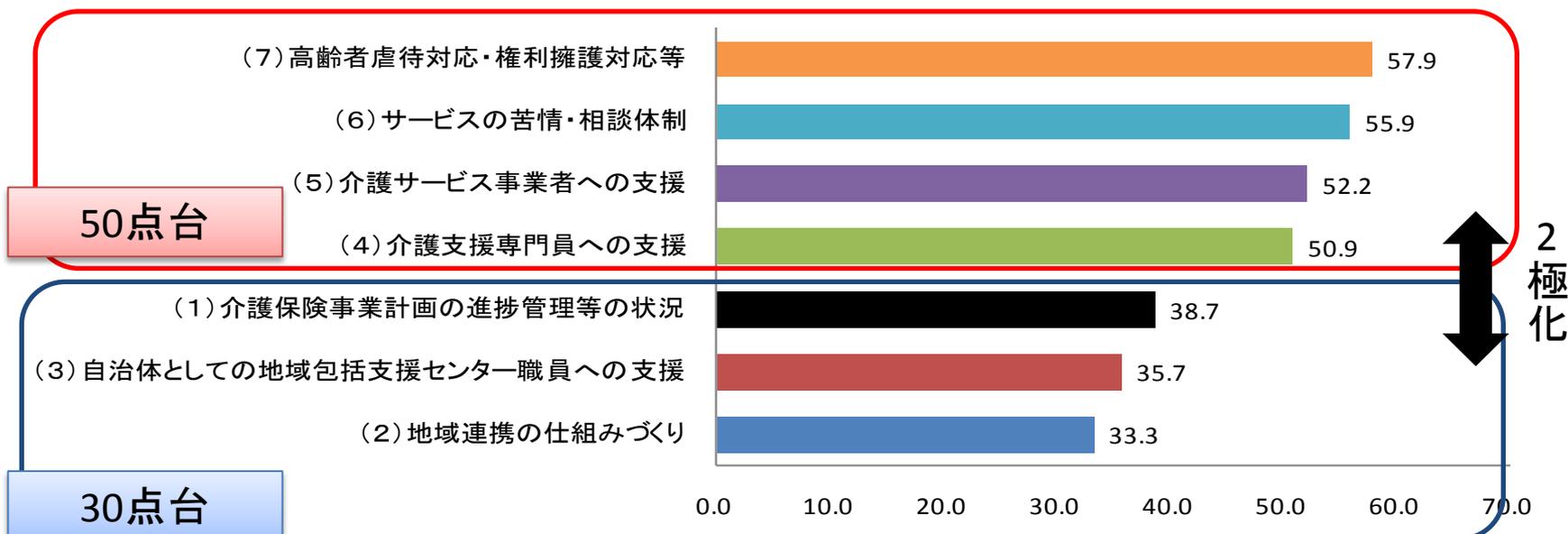


資料出所:「地域包括支援センターの機能強化および業務の検証並びに改善に関する調査研究事業報告書」(平成22年度厚生労働省老人保健健康増進等事業)

0.0 10.0 20.0 30.0 40.0 50.0 60.0 70.0 80.0 90.0 100.0

# 7カテゴリ別の基準化得点の記述統計

	N	最小値	最大値	平均値	標準偏差
(1) 介護保険事業計画の進捗管理等の状況	647	0.0	100.0	38.7	24.3
(2) 地域連携の仕組みづくり	648	0.0	100.0	33.3	19.7
(3) 自治体としての地域包括支援センター職員への支援	646	0.0	100.0	35.7	28.0
(4) 介護支援専門員への支援	649	0.0	100.0	50.9	24.8
(5) 介護サービス事業者への支援	650	0.0	100.0	52.2	23.5
(6) サービスの苦情・相談体制	645	0.0	100.0	55.9	24.5
(7) 高齢者虐待対応・権利擁護対応等	647	0.0	100.0	57.9	25.7
7カテゴリの基準化スコア計	650	14.3	685.7	323.2	108.9

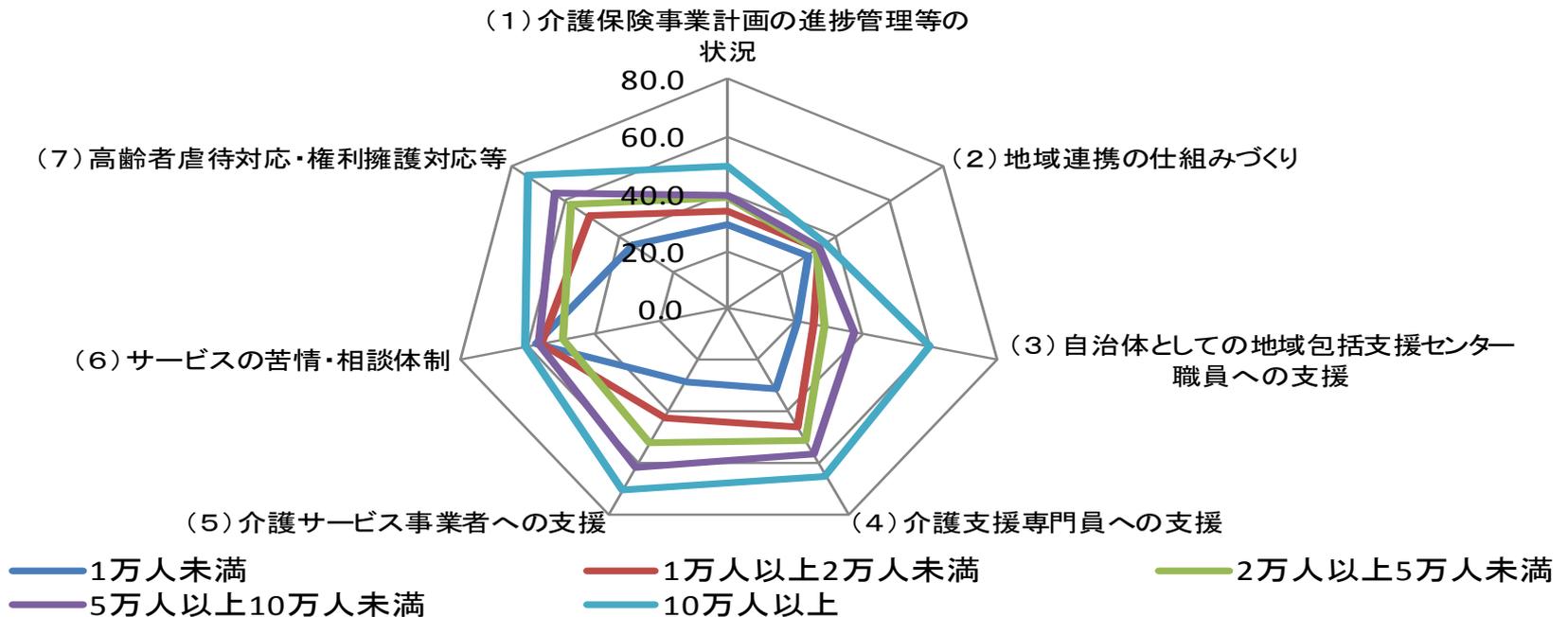


資料出所:「地域包括支援センターの機能強化および業務の検証並びに改善に関する調査研究事業報告書」(平成22年度厚生労働省老人保健健康増進等事業)

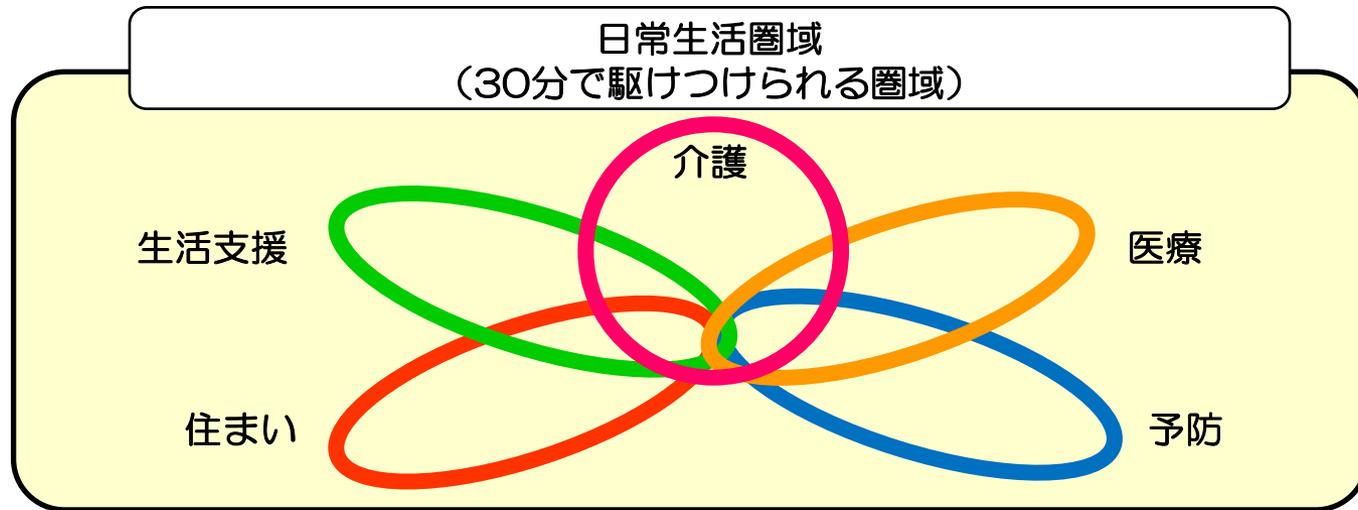
# 人口規模別・保険者機能スコアの比較

	1万人未満	1万人以上 2万人未満	2万人以上 5万人未満	5万人以上 10万人未 満	10万人以 上
N	126	95	155	113	156
(1) 介護保険事業計画の進捗管理等の状況	29.2	33.5	38.3	39.7	49.1
(2) 地域連携の仕組みづくり	29.6	33.3	32.9	34.0	36.2
(3) 自治体としての地域包括支援センター職員への支援	20.5	25.5	28.3	37.7	60.4
(4) 介護支援専門員への支援	31.4	46.0	51.5	56.6	65.0
(5) 介護サービス事業者への支援	28.1	42.7	52.1	61.9	70.5
(6) サービスの苦情・相談体制	57.5	55.5	49.5	56.7	60.6
(7) 高齢者虐待対応・権利擁護対応等	35.5	51.7	58.5	64.3	74.4
7カテゴリの基準化スコア計	230.2	287.0	309.8	349.0	416.3

P<0.05



# 地域包括ケアシステムについて



## 【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

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

### ①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

### ②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

### ③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

### ④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

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

### ⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

# 多様な市民生活(地域包括ケアを念頭に)

支援

## 公共的な支え

国

県

民間企業の  
社会貢献

- ・企業の社会的「責務」公共的「責任」(ヒト、モノ、カネ、ノウハウ、システム)

行政(地方政府)

- ・マニフェスト(政治)

A団体自治 B住民自治

- ・自治基本条例の設定
- ・基本構想・計画の策定
- ・各種まちづくり施策の展開

自助(互助)による  
地区内の相互扶助

- ・社会福祉法人
- ・NPO等
- ・民生委員制度
- ・校区支合い活動
- ・公民館活動

自助(互助)による  
地区内の相互扶助

- ・向こう三軒両隣
- ・隣組制度
- ・地縁・血縁
- ・民生委員制度
- ・校区支合い活動
- ・公民館活動

人と人の地域連帯

- ・社会福祉協議会(ヘルパー、ふれあいまちづくり活動等)
- ・医療・介護施設
- ・公民館活動
- ・介護保険制度

ケアマネジャー等  
ソーシャルワーカー

社会福祉協議会

医療・  
介護施設

保険者

地域包括支援センター  
地域密着型サービス

サービス  
提供者

地域福祉コーディネーター  
(見守り、買い物等)

インフォーマルな活動

# 地域包括ケアのまちづくり

市町村

姿勢  
やる気

・洞察力   ・協調性  
・企画力   ・協働性  
・実行力 ※・宥和性

○地域や高齢者像を把握する  
(アセスメント→課題分析)

○説明責任を果たし、合意  
形成を図る

○非営利団体、事業者からの  
意見(提案)を聞く耳を持つ

まちづくり構想  
〇〇市「らしさ」ある

自治計画の策定

多様な市民生活・市民意識・ニーズ

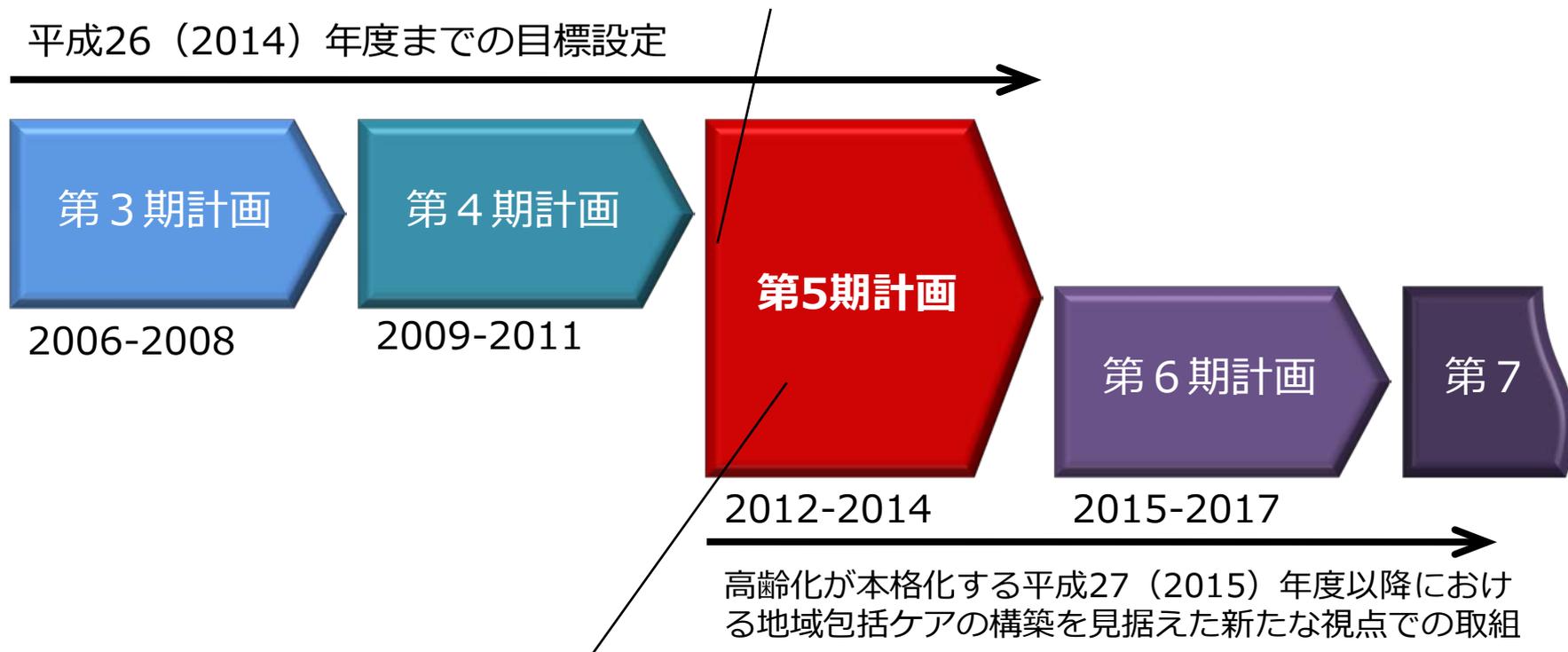
介護保険事業計画、障害者・次世代育成計画等

地域福祉計画(福祉の総合計画)

地方自治法に基づくまちづくり構想(マスタープラン)

# 第5期介護保険事業計画の位置づけ（イメージ）

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



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

# 医療や住まいとの連携も視野に入れた 介護保険事業（支援）計画の策定

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

## 日常生活圏域ニーズ調査

（郵送＋未回収者への訪問による調査）

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

地域の課題や  
必要となるサービスを  
把握・分析

調査項目（例）

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

## 介護保険事業（支援）計画

これまでの主な記載事項

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

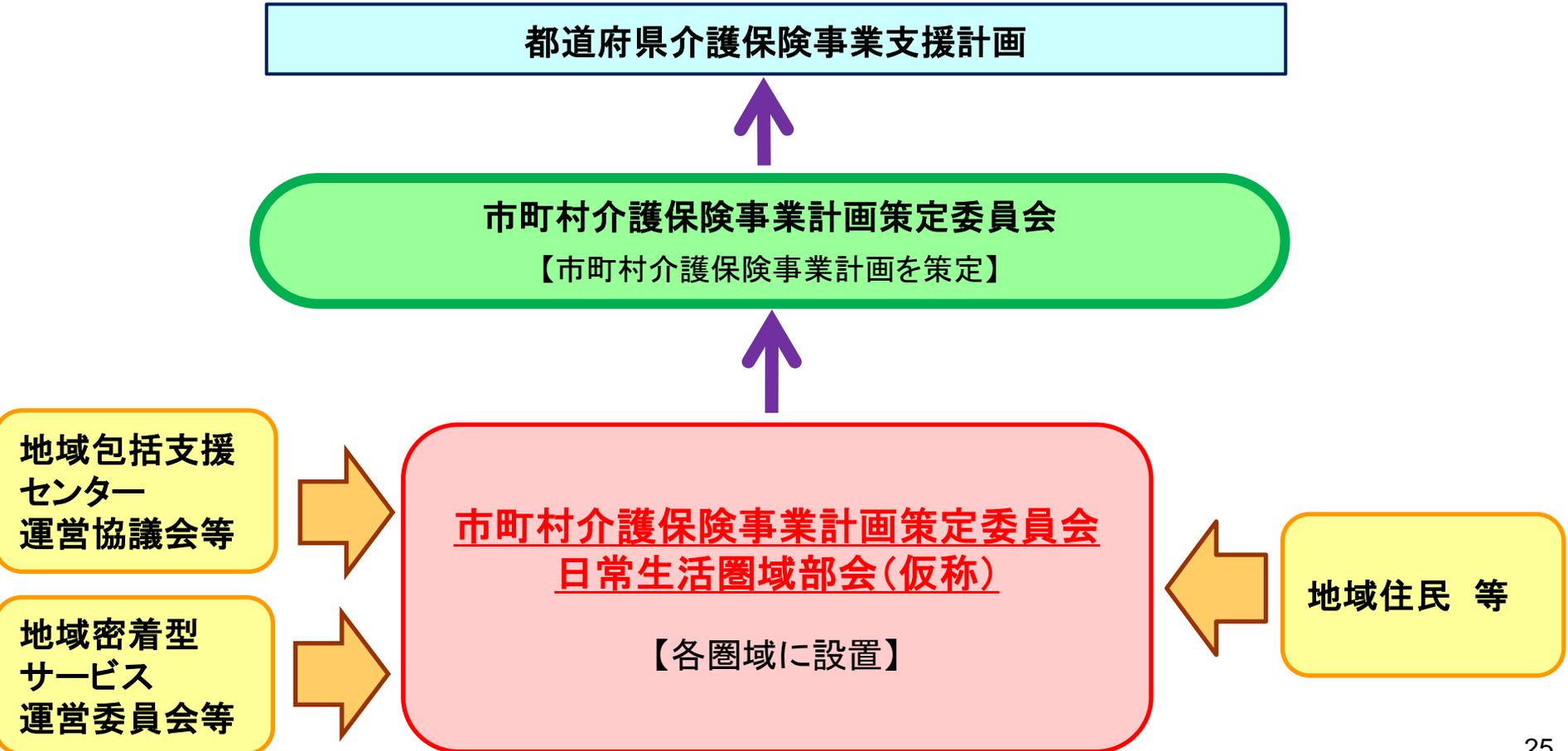


地域の実情を踏まえて記載する新たな内容

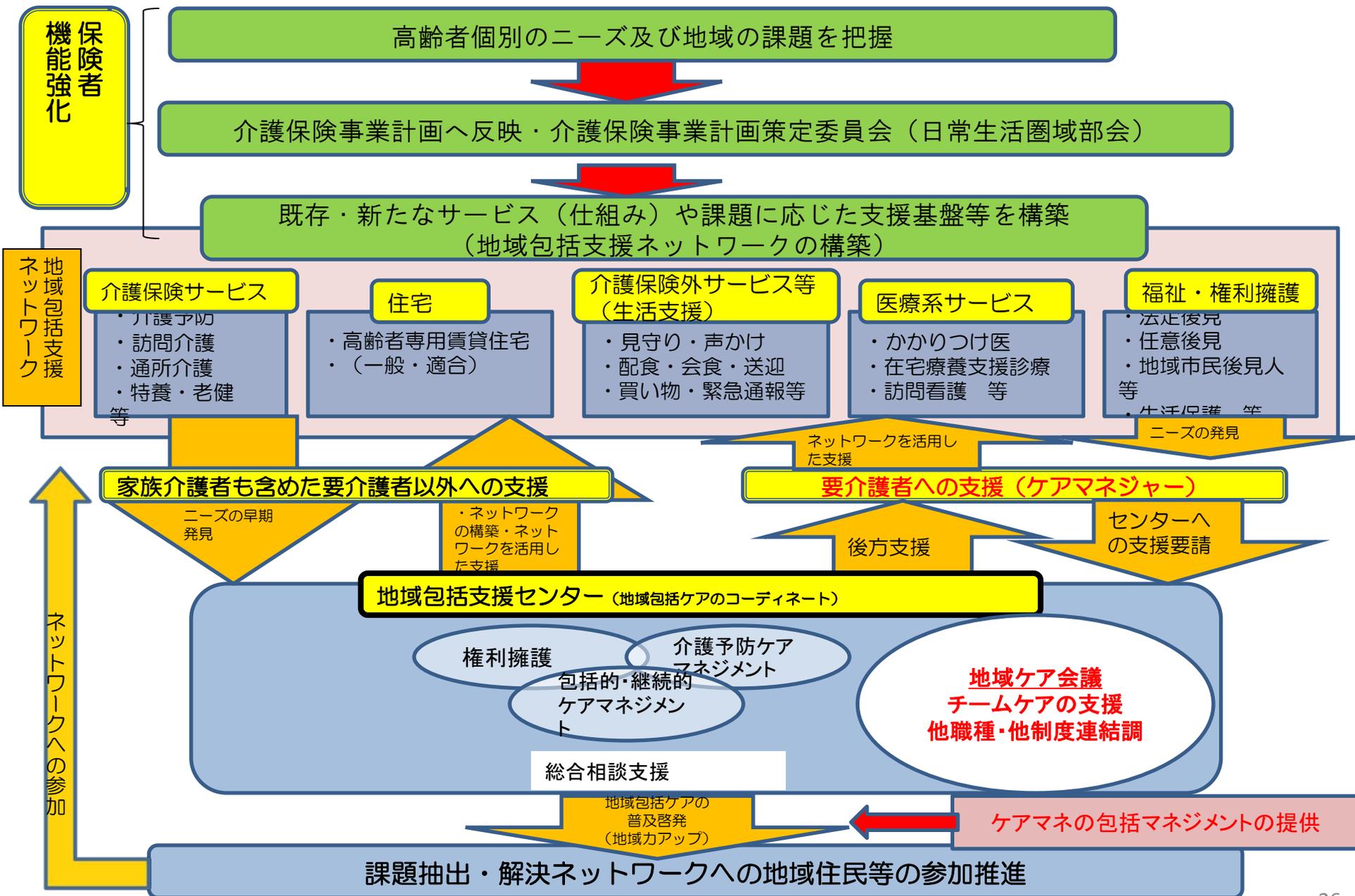
- 認知症支援策の充実
- 在宅医療の推進
- 高齢者に相応しい住まいの計画的な整備
- 見守りや配食などの多様な生活支援サービス

# 第5期介護保険事業計画策定体制の例

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



# 地域包括ケアシステムの構築



# 改正法関連

# 介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の概要

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

## 1 医療と介護の連携の強化等

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

## 2 介護人材の確保とサービスの質の向上

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

## 3 高齢者の住まいの整備等

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

## 4 認知症対策の推進

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

## 5 保険者による主体的な取組の推進

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

## 6 保険料の上昇の緩和

- 各都道府県の財政安定化基金を取り崩し、介護保険料の軽減等に活用。

### 【施行日】

1⑤、2②については公布日施行。その他は平成24年4月1日施行。

# 保険者による主体的な取組の推進

## ○地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービスにおける市町村の独自報酬設定権の拡大

地域包括ケア実現のため、保険者が主体となって地域密着型サービス等を整備していく必要があることから、以下のとおり改正する。

### 【現行の仕組み】

- ・ 地域密着型サービス等の介護報酬については、市町村は、全国一律の介護報酬額を超えない額を独自に設定可能
- ・ 全国一律の介護報酬額を上回る額とするためには、厚生労働大臣の認可が必要であり、その額も厚生労働大臣が定める。(小規模多機能型居宅介護等に限り)



### 【改正内容】

- ・ 地域密着型サービス等の介護報酬については、厚生労働大臣の認可によらず、市町村独自の判断で、全国一律の介護報酬額を上回る報酬を設定可能。
- ・ 介護報酬額の上限については、厚生労働大臣が定める。

## ○地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービスの指定事務の簡素化

地域密着型サービス等の事業所の指定は市町村ごとに行うが、市町村の判断により、当該事業所が所在地以外の市町村からも指定を受ける際の事務手続きの簡素化を行う。

### 【現行の仕組み】

- ・ 地域密着型サービス等について、所在地以外の市町村が事業所の指定を行う場合には、所在地の市町村長の同意が必要。



### 【改正内容】

- ・ 地域密着型サービス等について、両方の市町村長の合意がある場合には、所在地の市町村長の同意を不要とする。
- ・ 上記の場合、所在地の市町村の指定を受けた事業所が所在地以外の市町村に申請を行った際は、所在地以外の市町村は事業所の指定を行ったものとみなす。

## ○地域包括支援センターの機能強化

地域包括支援センターにおいて、関係者間のネットワークが十分に構築できていないのではないか、市町村が委託型の地域包括支援センターに対して業務を丸投げしているのではないか、との指摘があることから、以下の規定を新設する。

- ① 地域包括支援センターは、介護サービス事業者、医療機関、民生委員、ボランティア等の関係者との連携に努めなければならない。
- ② 市町村は、委託型の地域包括支援センター等に対して、包括的支援事業の実施に当たっての運営方針を明示する。

# 医療や住まいとの連携も視野に入れた 介護保険事業(支援)計画の策定

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

## 日常生活圏域ニーズ調査

(郵送+未回収者への訪問による調査)

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

地域の課題や  
必要となるサービス  
を把握・分析

調査項目(例)

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

## 介護保険事業(支援)計画

これまでの主な記載事項

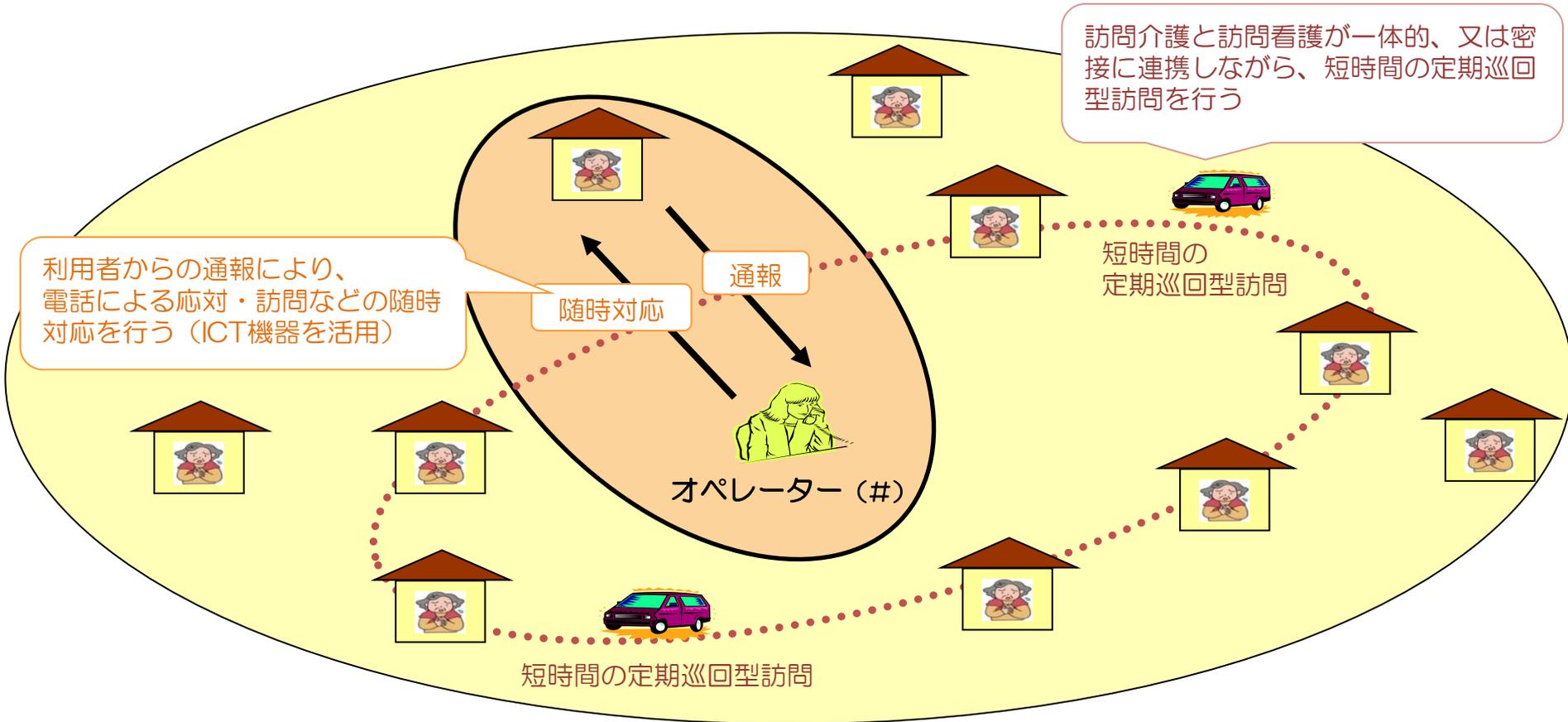
- 日常生活圏域の設定
- 介護サービスの種類ごとの見込み
- 施設の必要利用定員
- 地域支援事業(市町村)
- 介護人材の確保策(都道府県)など

地域の実情を踏まえて記載する新たな内容

- 認知症支援策の充実
- 在宅医療の推進
- 高齢者に相応しい住まいの計画的な整備
- 見守りや配食などの多様な生活支援サービス

# 24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設(イメージ)

重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応サービス」を創設する。



※ 1つの事業所から訪問介護・訪問看護を一体的に提供する、又は、外部の訪問看護事業所と緊密な連携を図って訪問介護を実施するなど、訪問介護と訪問看護の密接な連携を図りつつ実施する。

※ 在宅療養支援診療所等、地域の医療機関との連携も重要となる。

※ 地域密着型サービスとして位置づけ、市町村(保険者)が主体となって、圏域ごとにサービスを整備できるようにする。

＃ オペレーターについては、単独事業所に駐在している場合のほか、複数の事業所について一括で対応する場合、24時間体制の既存施設と兼務する場合、単独事業所で携帯電話等を所持した職員が対応する場合等が考えられるが、具体的な配置の在り方については、今後検討

## 24時間地域巡回型訪問サービスの基本的な考え方

### 【最終的な目標】

「**単身・重度の要介護者**」であっても、**在宅を中心とする住み慣れた地域で、尊厳と個別性が尊重された生活を継続することができるような社会環境の整備。**

- 本サービスは、在宅の要介護高齢者の日常生活を支えるために必要な介護・看護サービスを、包括的かつ継続的に提供するものであり、「地域包括ケア」の仕組みを支える基礎的なサービスとして位置付けられるものである。
- 本サービスは、適切なアセスメントとマネジメントに基づいて、介護サービスと看護サービスが連携を図りつつ、「短時間の定期訪問」、「随時の対応」といった手段を適宜・適切に組み合わせて、1日複数回、「必要なタイミング」で「必要な量と内容」のケアを一体的に提供する「まったく新しいサービス類型」である。

### < 24時間地域巡回型訪問サービスの基本コンセプト >

#### ①一日複数回の定期訪問と継続的アセスメントを前提としたサービス

- 一日複数回の定期訪問によるサービス提供を行い、在宅生活を包括的に支えるとともに、利用者の心身の状況について介護・看護の視点から継続的にアセスメントを行う。

#### ②短時間ケア等、時間に制約されない柔軟なサービス提供

- 継続的なアセスメントに基づき、施設におけるケアと同様、利用者の心身の状況に応じて、提供時間の長さやタイミングを柔軟に変更しながら必要なサービスを提供する。

#### ③「随時の対応」を加えた「安心」サービス

- 一日複数回の定期訪問に加え、利用者からのコールを受けた場合に、利用者の心身の状況等を踏まえコール内容を総合的かつ的確に判断し、必要な対応を行うことにより在宅生活の安心感を提供する。

#### ④24時間の対応

- 日中帯を中心に定期訪問サービス提供を行い、起床から就寝までの在宅生活を包括的に支えるとともに、発生頻度は少ないながらも確実に存在する深夜帯のニーズに対応するため、24時間の対応体制を確保する。

#### ⑤介護サービスと看護サービスの一体的提供

- 在宅生活を包括的かつ継続的に支える観点から、利用者の看護ニーズに対応するため、介護・看護サービスを一体的に提供する。

## < 24時間地域巡回型訪問サービスのあり方のポイント① >

### ○ サービスの対象者像

- 本サービスは、要介護3以上の要介護者の在宅生活の限界点を引き上げることが前提としているが、要介護1・2といった軽度の要介護者であっても、一日複数回の定期訪問ニーズや随時の対応による安心感の提供の効果は認められることから、本サービスの対象者は要介護者全般とすべきである。
- 継続的アセスメントに基づく一日複数回の訪問により、適切な食事内容の確保や、服薬の確認、排泄時の清潔保持、心身の状況の変化の定期的な確認等が可能であることから、認知症高齢者の在宅生活を支える上でも有効性が期待されるが、サービス提供に当たっては認知症高齢者の心身の状況に応じた配慮も必要である。

### ○ ケアマネジメント及び24時間地域巡回型訪問サービスが行うマネジメントのあり方

- 24時間地域巡回型訪問介護サービス事業者は、実際に訪問を行っている介護職員や看護職員によるチームが行う継続的アセスメントに基づき、一日のサービス提供のタイミング等を決定する。
- こうしたマネジメントを行うことにより、より効率的な移動ルートの設定や介護従事者の効果的な投入が可能となる。
- ケアマネジャーは、24時間地域巡回型訪問サービス事業所と「共同マネジメント」の形で緊密に連携を図り、他のサービス提供事業者との情報共有を進めつつ、利用者のニーズに即したケアプランを作成することが必要となる。

## < 24時間地域巡回型訪問サービスのあり方のポイント② >

### ○ 介護サービスと看護サービスの一体的提供

- 在宅生活の継続には介護サービスに加え看護サービスの安定的な提供が重要であり、介護職員と看護職員が情報を共有しながら一体的にサービスを提供することが重要であり、具体的には看護職員は、①利用者に対する定期的なモニタリング・アセスメント、②訪問看護指示書に基づくサービス提供、③体調急変時の判断や医師との連携、④介護職員に対する療養上の助言等を行う。
- このため、24時間地域巡回型訪問サービス事業所には、介護職員と看護職員を配置し、介護・看護サービスを一体的に提供できる体制とし、効果的かつ柔軟なサービス提供を行うべきである。  
なお、事業所に看護職員を配置することが困難な場合においても、外部の事業所との緊密な連携により、こうした機能を確保する必要がある。

### ○ 職員配置のあり方

- 利用者の心身の状態の変化に応じて柔軟なサービス提供を行う必要があるため、常勤職員の雇用を進め勤務ローテーションを安定化することが基本となるが、モーニングケア、食事、ナイトケアなど特定の時間帯において利用の集中が予想されることから、短時間勤務職員も組み合わせたシフト対応が必要になる。
- 人材の安定的確保及び有効活用の観点から、兼務等について柔軟に対応できる仕組みが必要である。特に、夜間(深夜)は、サービス提供の頻度も相当程度低下することが想定されるため、他の24時間対応を行っている介護サービス事業所、または施設等との兼務も検討すべきである。

### ○ 随時の対応のための職員配置

- 利用者からのコールに対応する職員(オペレーター)は一定の知見と実務経験を有する者を配置することが望ましい。また、利用者の看護ニーズに適切に対応するため、必要に応じて看護の専門知識を有する職員からの助言が常に得られるような体制を確保すべきである。
- こうした随時の対応体制については、人的資源の効果的活用の観点から、事業所間の連携・委託方式や多様な地域資源・インフラの活用等も重要である。また、双方向通信が可能なICT(情報通信技術)を活用した機器の利活用の推進も有効である。

## < 24時間地域巡回型訪問サービスのあり方のポイント③ >

### ○ 事業者のサービス提供圏域のあり方

- 利用者のニーズに即応する必要性があり、また移動時間の短縮が効率的な運営をおこなう上で重要になることから、30分程度の範囲が適当である。
- 在宅高齢者の日常生活圏域内で、各地域及び住民の特性に応じたきめ細かなニーズ把握とサービスのマネジメントを行うことが求められることから、市町村が事業者指定を行う「地域密着型サービス」とすることが適当である。
- 事業所の指定については、個々の日常生活圏域におけるニーズや地域特性等に応じて、安定的なサービス提供が確保されるよう、市区町村が一定の裁量のもと、利用者の事業者選択の自由の確保の視点も踏まえながら計画的に行うことが重要である。

### ○ 報酬体系のあり方

- 高齢者の生活においては、心身の状態が日々変化しそれにともない必要なサービスの量やタイミングも変化することから、施設と同様、包括定額払い方式の介護報酬を基本とすべきである。
- 包括定額払いを導入する際、「事業者によるサービス提供控え」が生じる可能性があるが、これについては、保険者の責任において利用者の在宅生活が、包括的かつ継続的に支えられているかを把握する必要がある。

### ○ 本サービスの事業者、従業員に与える効果

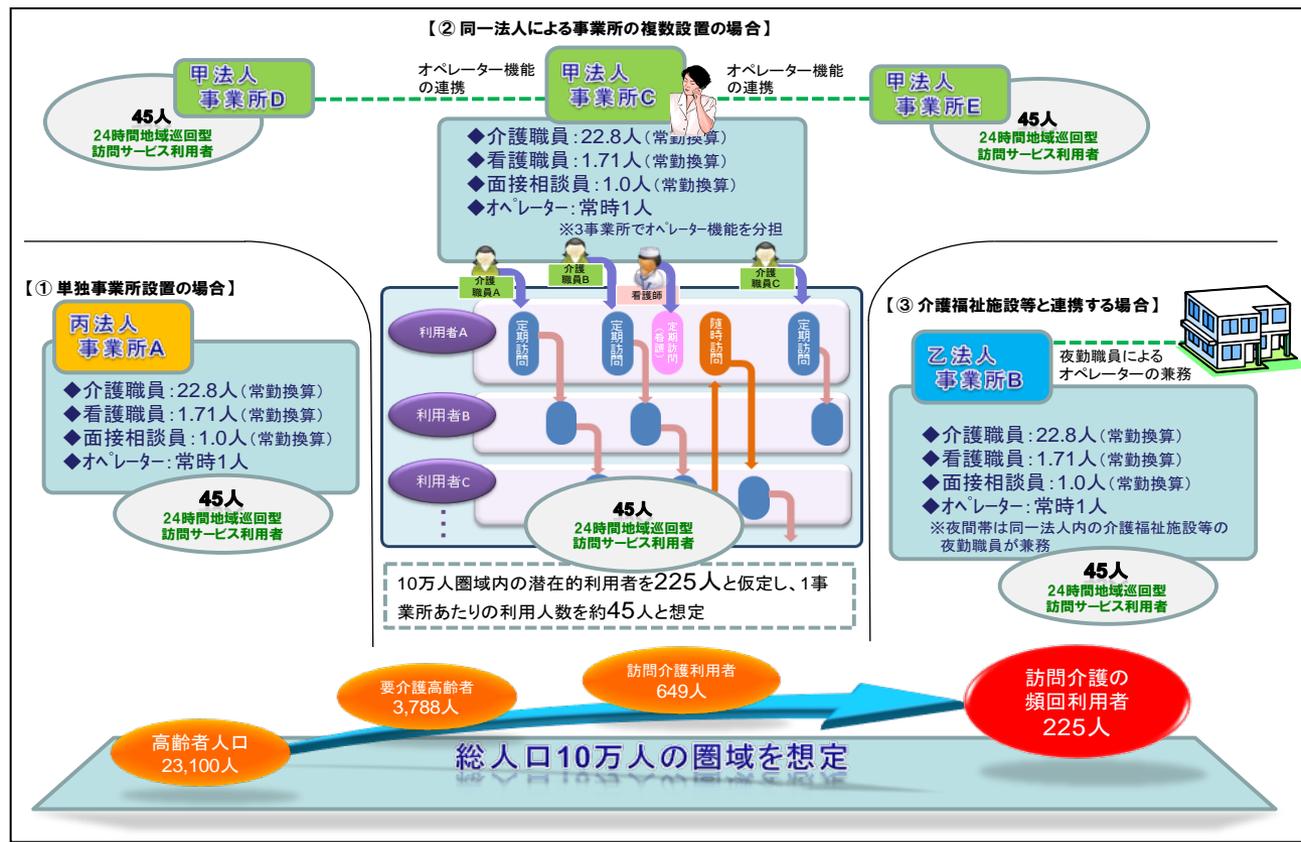
- 従来の訪問介護に比べ事業者側のサービス提供の密度が高まることにより、職員の稼働率の向上が図られ、より効率的なサービス提供が可能となり、事業者の経営の安定性が増すほか、常勤職員の雇用機会の増加等、介護職員の処遇改善が期待される。
- 利用者の一日の生活を包括的かつ継続的に支えることにより、利用者のニーズを総合的・継続的に把握することが可能となり、介護従事者の専門性の向上、やりがいの醸成につながる。
- これまでの一対一の関係性に比較してチームケアの概念がより強化される。

## (参考資料)事業モデルのシミュレーション

以上整理した本サービスの基本的なイメージに基づき、一定の仮定の下に試算した、利用者の居住圏域規模や利用対象者規模を前提とした場合に、想定される必要な職員体制等を検討。

### 本事業実施イメージの一例

※本サービスにおける最低配置人数や報酬単価、事業費規模等を提案するものではない。



※ オペレーターについては、複数のサテライト事業所を一括で対応する場合(甲法人)や24時間体制の既存施設との兼務を行う場合(乙法人)、単独型で例えば携帯電話等を所持した職員が対応する場合(丙法人)等が想定され、地域の実情や事業所の事業規模等に応じて多様な配置が想定される。

※ 看護職員については地域の訪問看護ステーションと連携する方法も想定される。

※ なお、高齢者向け住宅の活用・連携により移動時間・距離を平均化することが可能であり、事業展開に有効と考えられる。

## 24時間地域巡回型訪問サービス導入時の訪問例 1

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
早期	6:00 (就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)
	7:00 (就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)
朝食時	8:00 ○モーニングケア・配下膳・デイ準備	○モーニングケア・配下膳	○モーニングケア・配下膳・デイ準備	○モーニングケア・配下膳	○モーニングケア・配下膳	○モーニングケア・配下膳	○モーニングケア・配下膳
	9:00						
昼食時	10:00						
	11:00						
午後	12:00 デイサービス利用	○配下膳・排泄 ◎清掃等	デイサービス利用			○外出(家族)	
	13:00			○配下膳・排泄	○配下膳・排泄		○配下膳・排泄
夕食時	14:00						●【随時】コールのみ
	15:00			★【看護】 定期モニタリング・アセスメント			●【随時】 不安解消・水分補給
就寝時	16:00						●【随時】コールのみ
	17:00						
深夜帯	18:00 ○配下膳・排泄	○配下膳・排泄	○配下膳・排泄	○配下膳・排泄	○配下膳・排泄	○配下膳・排泄	○配下膳・排泄
	19:00						
深夜帯	20:00						○ナイトケア
	21:00 ○ナイトケア	○ナイトケア	○ナイトケア	○ナイトケア	○ナイトケア	○ナイトケア	(就寝)
深夜帯	22:00 ○ナイトケア						●【随時】コールのみ
	23:00						
深夜帯	0:00 (就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)
	1:00 (就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)
深夜帯	2:00 (就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)
	3:00 (就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)
深夜帯	4:00 (就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)
	5:00 (就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)

**【家族によるケア】**  
午前中から外出。昼食は外出時に家族と食べ、服薬、排泄介助は家族がおこなう。

**【現在の状態にあわせて定期訪問を実施】**

- ・起床、就寝時ケア＋排泄
- ・朝、昼、夕の配下膳＋排泄
- ・昼食時、身体介護とあわせて生活援助を実施。

※細かな生活援助(洗濯物の片付け、身の回りの整理など)は、各身体介護と一体的に提供されている。

**【オペレーターによる対応と状況にあわせた柔軟な対応】**

昼食後に利用者からコールがあるが特に身体介助の必要なし。数分会話して落ち着いた様子なので訪問はおこなわず。午後に見守りも兼ね水分補給のため訪問。再度コールがあるが夕方の定期訪問を早めに行くことを伝え対応。

**【看護師による定期的なモニタリング・アセスメント】**

定期的なモニタリングとアセスメントをおこなう。

## 24時間地域巡回型訪問サービス導入時の訪問例 2

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
早朝	6:00 (就寝)	●【随時】コールのみ	(就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)
	7:00 ○モーニングケア	○モーニングケア	○モーニングケア	○モーニングケア	○モーニングケア	○モーニングケア	○モーニングケア
朝食時	8:00 ○食事・排泄 ・デイ準備	○食事・排泄	○食事・排泄	○食事・排泄 ・デイ準備	○食事・排泄	○食事・排泄	○食事・排泄
	9:00						
昼食時	10:00						
	11:00						
午後	12:00 デイサービス利用	○食事・排泄 ○清掃等	○食事・排泄	デイサービス利用	●【随時】排泄・水分補給		
	13:00				○食事・排泄	○食事・排泄	○食事・排泄
夕食時	14:00				○水分補給		
	15:00				○水分補給		
就寝時	16:00 ○水分補給	○水分補給	○水分補給	○水分補給	●【随時】排泄・水分補給	○水分補給	○水分補給
	17:00				●【随時】排泄・水分補給	★【看護】 褥瘡処置 定期モニタリング・アセスメント	
深夜帯	18:00 ○食事・排泄	○食事・排泄	○食事・排泄	○食事・排泄	★【看護】		
	19:00						
深夜帯	20:00						
	21:00 ○ナイトケア	○ナイトケア	○ナイトケア	○ナイトケア	○食事・排泄 ・ナイトケア	○食事・排泄	○食事・排泄
深夜帯	22:00				(就寝)		
	23:00				●【随時】排泄・水分補給		
深夜帯	0:00						
	1:00 (就寝)	(就寝)	●【随時】排泄	(就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)
深夜帯	2:00						●【随時】コールのみ
	3:00						
深夜帯	4:00						(就寝)
	5:00						

**【現在の状態にあわせて  
定期訪問を実施】**

- ・起床、就寝時ケア＋排泄
  - ・朝、昼、夕の食事＋排泄
  - ・午後水分補給
  - ・昼食時、身体介護とあわせて生活援助を実施。
- ※細かな生活援助(洗濯物の片付け、身の回りの整理など)は、各身体介護と一体的に提供されている。

**【体調変化時の柔軟な対応】**

昼頃から下痢症状がみられ、昼食は少量摂取のみ。随時による排泄介助と水分補給を実施し、午後に急遽、訪問看護対応。いつもより早めのナイトケアをおこない就寝。見守りも兼ね夜間に随時訪問をおこなう。

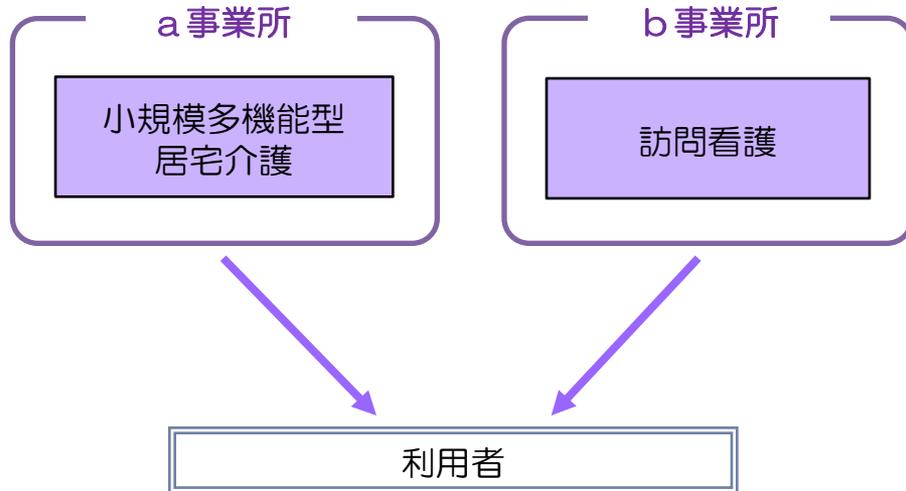
**【訪問看護指示書に  
基づく訪問看護】**

仙骨部の褥瘡処置を実施。必要に応じ、あわせて、定期的なモニタリングとアセスメントを実施。

# 複合型サービスの創設

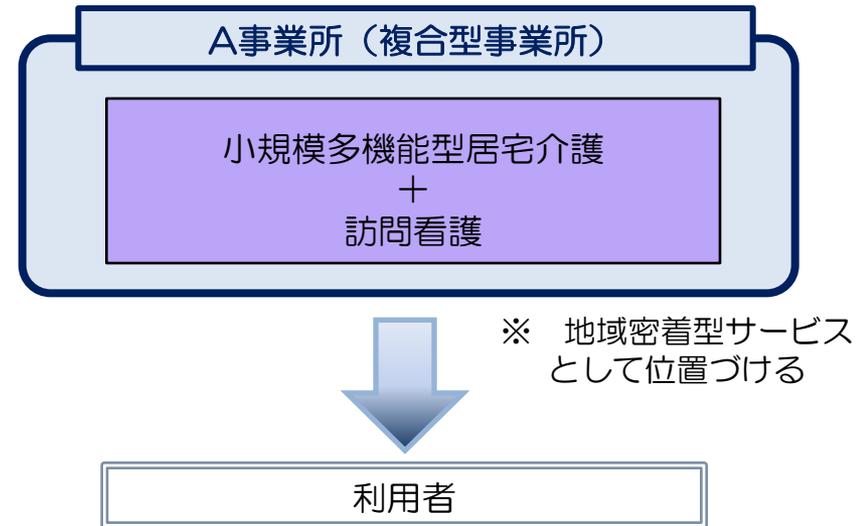
- 小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数の居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせ提供する複合型サービスを創設する。
- これにより、利用者は、ニーズに応じて柔軟に、医療ニーズに対応した小規模多機能型サービスなどの提供を受けられるようになる。また、事業者にとっても、柔軟な人員配置が可能になる、ケアの体制が構築しやすくなるという利点がある。

## 現行制度



- それぞれのサービスごとに別々の事業所からサービスを受けるため、サービス間の調整が行いにくく、柔軟なサービス提供が行いにくい。
- 小規模多機能型居宅介護は、地域包括ケアを支える重要なサービスだが、現行の小規模多機能型居宅介護は、医療ニーズの高い要介護者に十分対応できていない。

## 創設後

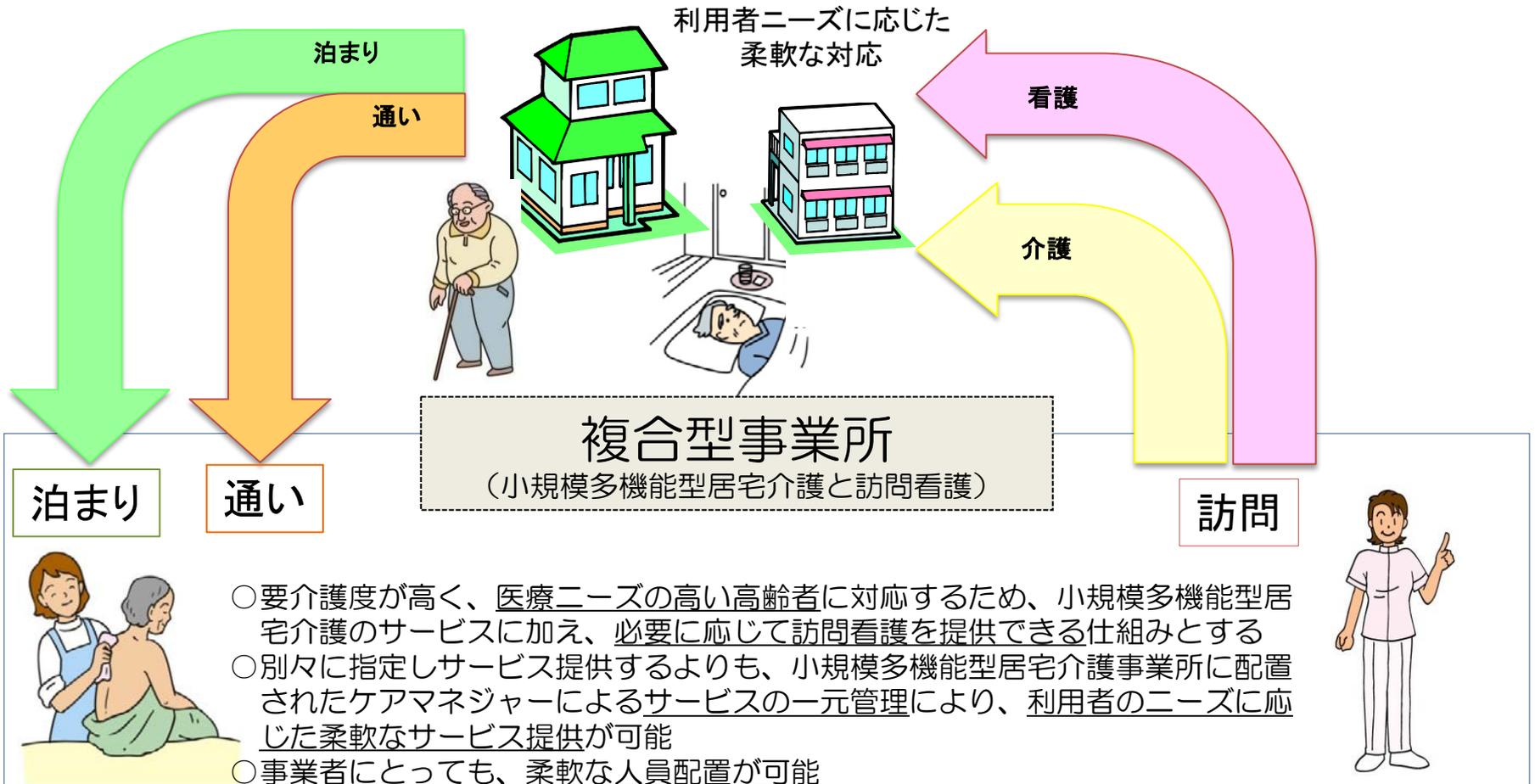


- 1つの事業所から、サービスが組み合わせられて提供されるため、サービス間の調整が行いやすく、柔軟なサービス提供が可能。
- 小規模多機能型居宅介護と訪問看護を一体的に提供する複合型事業所の創設により、医療ニーズの高い要介護者への支援を充実することが可能。

# 小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスの概要 (イメージ図)

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

※ 地域密着型サービスとして位置づけ



# 介護予防・日常生活支援総合事業について(イメージ)

- 市町村の判断により、要支援者・介護予防事業対象者向けの介護予防・日常生活支援のためのサービスを総合的に実施できる制度を創設。事業を導入した市町村においては、市町村・地域包括支援センターが、利用者の状態像や意向に応じて、予防給付で対応するのか、新たな総合サービスを利用するのかを判断。
- 利用者の状態像や意向に応じて、介護予防、生活支援(配食、見守り等)、権利擁護、社会参加も含めて、市町村が主体となって総合的で多様なサービスを提供。

【財源構成(予防給付と同じ)】 国庫負担：25% 都道府県負担：12.5%  
 市町村負担：12.5% 1号保険料：20% 2号保険料：30%

【サービス提供事業者、利用者負担】 市町村において、地域の实情に応じて決定。

利用者像

- ・要支援と非該当とを行き来するような高齢者に対し、総合的で切れ目のないサービスを提供
- ・虚弱、ひきこもりなど介護保険利用に結びつかない高齢者に対し、円滑にサービスを導入
- ・自立や社会参加意欲の高い者に対し、社会参加や活動の場を提供

地域包括支援センター  
 包括的なケアマネジメントを実施

※ ケアマネジメント・介護予防・生活支援は、介護予防・日常生活支援総合事業において必ず実施。

介護予防  
 (訪問・通所)

生活支援  
 (配食、見守り)

権利擁護

社会参加

地域全体で高齢者の生活を支える総合的で多様なサービス

多様なマンパワーの活用  
 介護保険事業者・NPO・ボランティア・民生委員など

地域の多様な社会資源の活用  
 公民館、自治会館、保健センターなど

地域の創意工夫を活かした取組の推進  
 「ボランティアポイント制」の活用など

介護保険外サービスの推進  
 配食・見守りなどの生活支援サービスの推進

# 介護療養病床の取扱いについて

## 【現行規定】

○介護療養病床については、平成24年3月31日までに、老人保健施設や特別養護老人ホームなどの介護施設等に転換し、制度は廃止されることとなっている。

## 【現状】

○平成18年で約12万床であったが、平成22年6月時点で約8.6万床であり、介護療養病床からの転換が進んでいない現状。

## 【方針】（法改正（介護保険法の附則）による対応）

1. これまでの政策方針を維持しつつ、現在存在するものについては、6年間転換期限を延長する。
2. 平成24年度以降、介護療養病床の新設は認めないこととする。
3. なお、引き続き、介護療養病床から老人保健施設等への転換を円滑に進めるための必要な追加的支援策を講じる。

# 介護職員等によるたんの吸引等の実施について

○規制・制度改革に関する閣議決定、総理指示を踏まえ、たんの吸引等の医行為が必要な者に対してより安全に提供されるよう、介護福祉士などの介護職員等によるたんの吸引等の実施のための所要の法整備を行う。

※ 介護人材の活用のため、在宅、介護保険施設、学校等において、介護福祉士等の介護職員が、たんの吸引や経管栄養等といった日常の「医療的ケア」を実施できるよう、法整備の検討を早急に進めること。  
(平成22年9月26日総理指示)

## 【現 状】

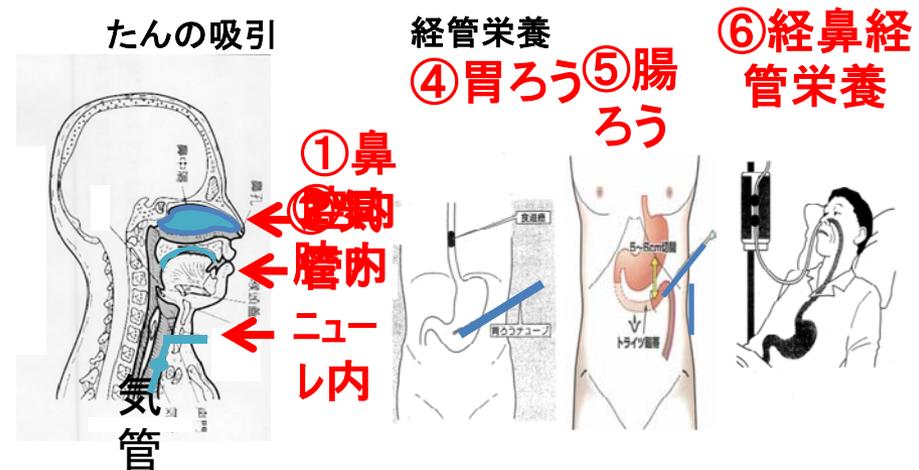
- たんの吸引・経管栄養は、医行為に該当し、医師法等により、医師、看護職員のみが実施可能。  
例外として、一定の条件下（本人の文書による同意、適切な医学的管理等）でヘルパー等による実施を容認。

## 【課 題】

- 「当面のやむを得ず必要な措置」であるため、  
① 法的に不安定であり、行為の実施に当たって不安  
② グループホームや有料老人ホームで対応できていない 等の指摘。

## 【制度のイメージ】

- 介護福祉士及び一定の追加的な研修を修了した介護職員等が実施可能となるよう社会福祉士及び介護福祉士法を改正



# 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度について

(「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正案)

## 趣旨

- 介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等は、一定の条件の下にたんの吸引等の行為を実施できることとする。
- ☆たんの吸引や経管栄養は「医行為」と整理されており、現在は、一定の条件の下に実質的違法性阻却論により容認されている状況。

## 実施可能な行為

- たんの吸引その他の日常生活を営むのに必要な行為であって、医師の指示の下に行われるもの
- ※ 保健師助産師看護師法の規定にかかわらず、診療の補助として、たんの吸引等を行うことを業とすることができる。
- ☆具体的な行為については省令で定める
  - ・たんの吸引(口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部)
  - ・経管栄養(胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養)

## 介護職員等の範囲

- 介護福祉士
  - ☆具体的な養成カリキュラムは省令で定める
- 介護福祉士以外の介護職員等
  - ☆一定の研修を修了した者を都道府県知事が認定
  - ☆認定証の交付事務は都道府県が登録研修機関に委託可能

## 登録研修機関

- たんの吸引等の研修を行う機関を都道府県知事に登録(全ての要件に適合している場合は登録)
- 登録の要件
  - ☆基本研修、実地研修を行うこと
  - ☆医師・看護師その他の者を講師として研修業務に従事
  - ☆研修業務を適正・確実に実施するための基準に適合
  - ☆具体的な要件については省令で定める
  - ※ 登録研修機関の指導監督に必要な登録の更新制、届出、改善命令等の規定を整備。

## 登録事業者

- 自らの事業の一環として、たんの吸引等の業務を行う者は、事業所ごとに都道府県知事に登録(全ての要件に適合している場合は登録)
- 登録の要件
  - ☆医師、看護職員等の医療関係者との連携の確保
  - ☆記録の整備その他安全かつ適正に実施するための措置
  - ☆具体的な要件については省令で定める
  - ※ 登録事業者の指導監督に必要な届出、報告徴収等の規定を整備。

### <対象となる施設・事業所等の例>

- ・ 介護関係施設(特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム、通所介護、短期入所生活介護等)
- ・ 障害者支援施設等(通所施設及びケアホーム等)
- ・ 在宅(訪問介護、重度訪問介護(移動中や外出先を含む)等)
- ・ 特別支援学校
- ※医療機関は対象外

出典:介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会「中間まとめ」

## 実施時期及び経過措置

- 平成24年4月1日施行(介護福祉士については平成27年4月1日施行。ただし、それ以前であっても、一定の研修を受ければ実施可能。)
- 現在、一定の条件の下にたんの吸引等を実施している者が新たな制度の下でも実施できるように必要な経過措置<sup>44</sup>

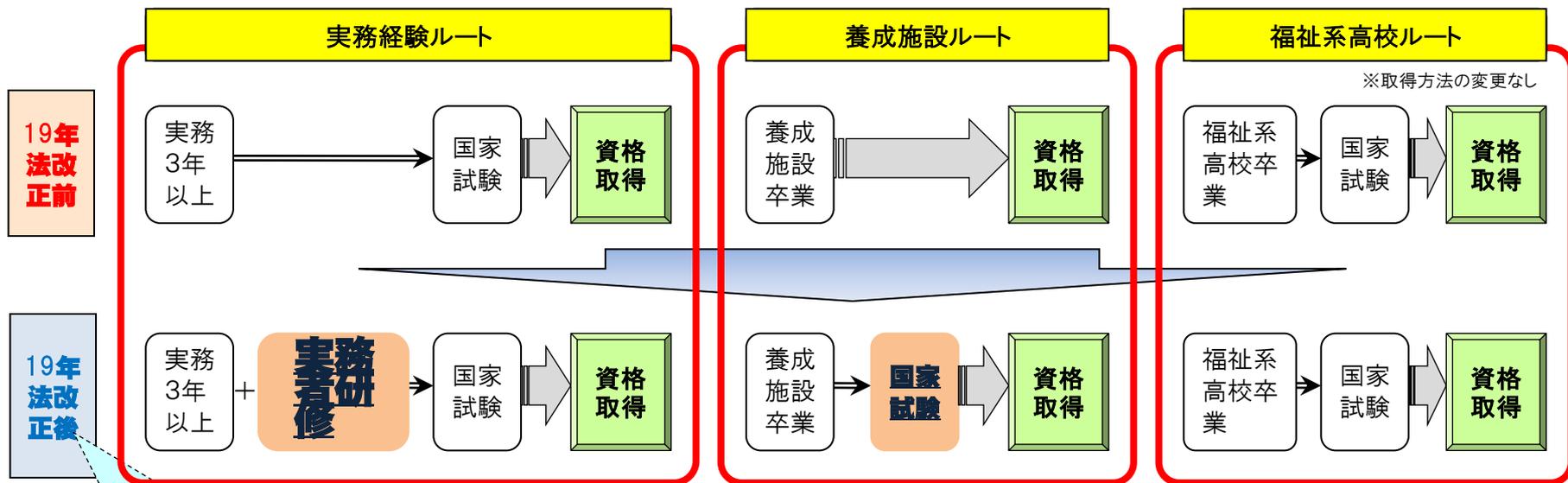
# 介護福祉士の資格取得方法の見直しの延期について

## 【平成19年の法律改正】

- 介護福祉士の資質向上を図る観点から、一定の教育過程を経た後に国家試験を受験する形に資格取得方法を一元化（平成24年度から施行予定であった）
  - ① 実務経験者 … 3年以上の実務経験に加えて、実務者研修（6ヶ月研修）を義務付け
  - ② 養成施設卒業者 … 国家試験受験を義務付け

## 【今後の対応】

- 介護分野の人材不足等の中で、現場職員にとって実務者研修を受講しやすいものに再構成する。  
働きながらも研修を受講できるよう、受講支援策の具体化や現場職員への十分な広報をしていくため、また、介護福祉士によるたんの吸引等の円滑な施行に向けて、一定の準備期間が必要。
- そのため、介護福祉士の資格取得方法の見直しについて、施行を3年間延期（24→27年度）。



本法案により  
3年延期

# 事業者に対する労働法規の遵守の徹底

介護人材の確保を図るためには、事業者による労働環境整備の取組を推進することが重要だが、介護事業を含む社会福祉関係の事業は、全産業と比較して労働基準法等の違反の割合が高い。

→事業者による労働環境整備の取組を推進するため、新たに、労働基準法等に違反して罰金刑を受けている者等について、指定拒否等を行うこととする。

○労働基準法違反による送検事件状況(社会福祉施設)

平成18年	平成19年	平成20年
11件	15件	11件

(注) 送検された事件のうち、起訴される件数は毎年50%前後で推移している(全産業)

○労働基準法等違反事業場比率(平成20年)

	社会福祉施設	全産業
違反事業場比率	77.5%	68.5%
労基法24条 (賃金不払)	5.8%	3.2%
労基法37条 (割増賃金不払)	35.8%	18.1%
最賃法4条 (最賃不払)	4.7%	2.8%

定期監督等実施事業場数 社会福祉施設：3,920 全産業：115,993

※ 社会福祉施設には、特養、老健、老人デイサービスセンター、老人短期入所施設・訪問介護事業所等の居宅サービス事業所、グループホーム、有料老人ホーム等のほか、保育所や障害福祉関係施設・事業所等が含まれている。

資料出所：平成20年労働基準監督年報 労働基準法等違反が事由となる罰金刑の受罰者は、賃金の不払いのほか、労働条件の明示違反

# 情報公表制度の見直し

介護サービス情報公表制度について、①事業者の負担を軽減する、②利用者にとって分かりやすくする、という観点から、見直しを行う。

## 【現行の仕組み】

利用者の選択に資する情報について、都道府県知事への報告を事業者に義務付け、その情報について調査し、定期的に公表する仕組み。



## 【見直しの内容】

事業者の負担を軽減するという観点から、運営方法を整理する。

- 1年に1回の調査の義務づけを廃止し、都道府県が必要があると認める場合に調査を行えることとする。
- 手数料によらずに運営できる仕組みとする。

公表に係る事務等の効率化を図る。

- 現在、各都道府県に設置されている情報公表サーバーを、国で一元的に管理することにより、効率化を図る。

分かりやすくなるよう、公表方法を工夫する。

- 検索機能や画面表示などを工夫する。

公表される情報の充実を図る。

- 都道府県は、介護事業者の希望に応じて、介護サービスの質・介護従業者に関する情報を公表するよう配慮するものとする旨の規定を設ける。

# 有料老人ホームの利用者保護規定

## 短期間での契約解除の場合の返還ルール

### 【現状】

○有料老人ホームは、設置運営標準指導指針において、90日以内の契約解除の場合に、実費相当額を除いて前払金を全額返還することを規定しているものの、老人福祉法には位置づけられていないため、この制度を設けていない事業者が存在している。

### 【対応】

○利用者保護の観点から、有料老人ホーム及びグループホームへの入居後一定期間の契約解除の場合に、家賃、サービス費用などの実費相当額を除いて、前払金を全額返還する契約を締結することを義務づける。

※有料老人ホームにおける入居一時金問題の改善については、消費者委員会において検討議題とされ、平成22年12月17日に建議書が出されたところ。

## 権利金等の受領禁止

### 【現状】

○前払金については、現在においても算定の基礎を書面で明示することとなっているが、家賃やサービス費用などとは異なり、権利金等は利用者にとって何に対する対価であるのかが不明確であるため、トラブルの原因の一つとなっている。

### 【対応】

○利用者保護の観点から、家賃、介護等のサービス費用、敷金のみを受領可能とし、権利金等を受領しないことを事業者に義務づける。

有料老人ホームの利用者保護規定に違反したと都道府県が認めるときは、事業者に対して改善命令を行うことが可能。また、改善命令に違反した場合は、六月以下の懲役又は五十万円以下の罰金に処することとする。

# サービス付き高齢者住宅と介護保険の連携イメージ

日常生活や介護に不安を抱く「高齢単身・夫婦のみ世帯」が、特別養護老人ホームなどの施設への入所ではなく、住み慣れた地域で安心して暮らすことを可能とするよう、新たに創設される「サービス付き高齢者住宅」（高齢者住まい法：国土交通省・厚生労働省共管）に、24時間対応の「定期巡回・随時対応サービス」（介護保険法：厚生労働省）などの介護サービスを組み合わせ合わせた仕組みの普及を図る。

24時間対応の訪問介護・看護

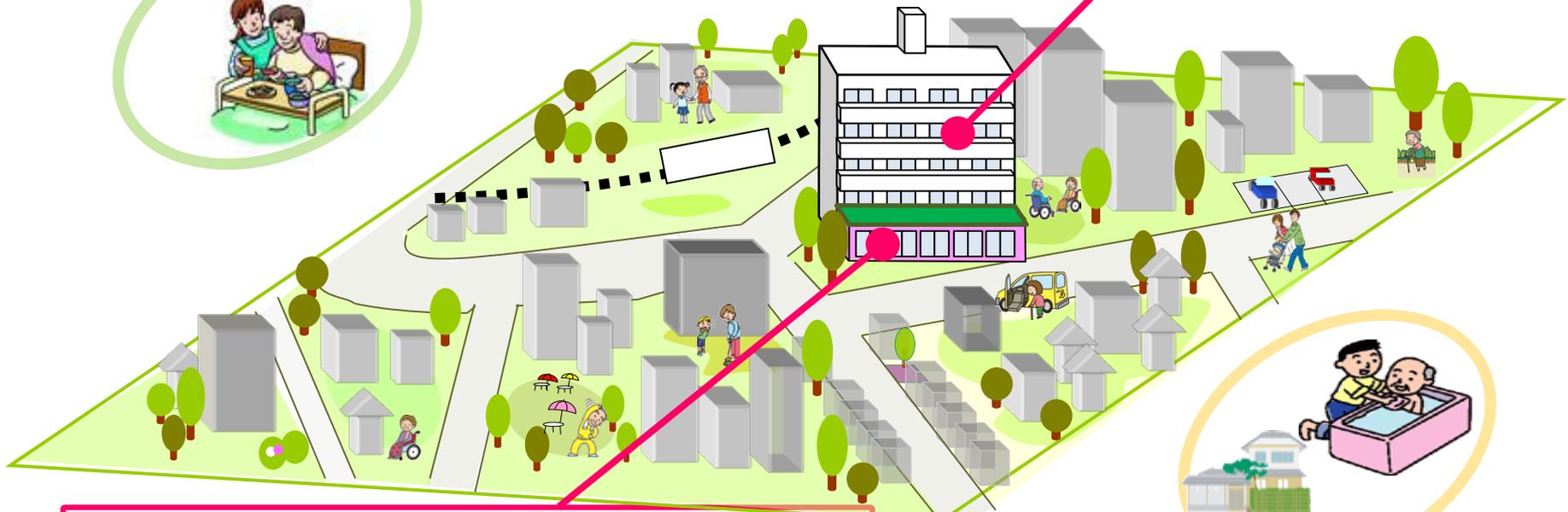
「定期巡回・随時対応サービス」

→介護保険法改正により創設



サービス付き高齢者住宅  
（国土交通省・厚生労働省共管）

→高齢者住まい法改正により創設



診療所、訪問看護ステーション、  
ヘルプステーション、  
デイサービスセンター、  
定期巡回・随時対応サービス（新設）

住み慣れた環境で必要なサービスを受けながら暮らし続ける

# 認知症対策の推進について

## ○ 市民後見人の活用

今後、親族等による成年後見の困難な者が増加するものと見込まれ、介護サービス利用契約の支援などを中心に、成年後見の担い手として市民の役割が強まると考えられることから、市町村は、市民後見人を育成し、その活用を図ることなどによって権利擁護を推進することとする。

※1 「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上」の高齢者の推計  
208万人（平成22年）→ 323万人（平成37年）

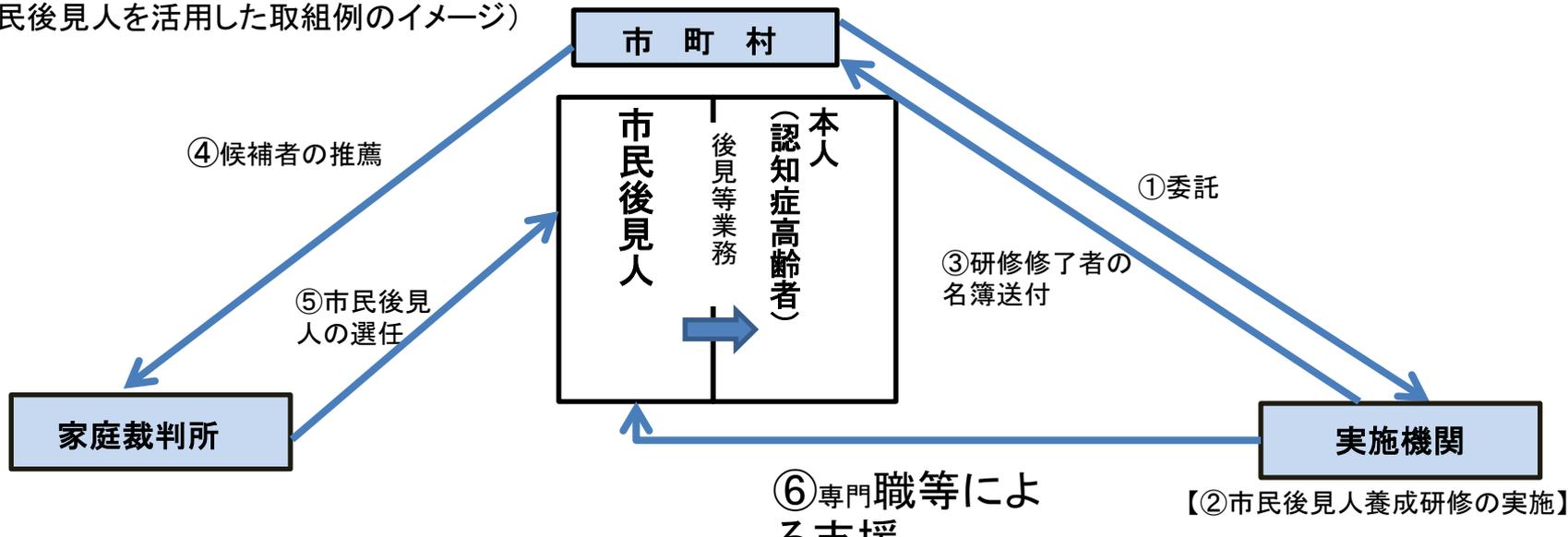
※2 成年後見関係事件の申立件数は年々増加傾向（平成22年 30,079件）

そのうち首長申立の件数 1,876件（平成20年）→  
2,471件（平成21年）→ 3,108件（平成22年）

## ○ 認知症に関する調査研究の推進

国、地方公共団体は、認知症の予防、診断及び治療並びに認知症である者の心身の特性に応じた介護方法に関する調査研究の推進等に努めることとする。

（市民後見人を活用した取組例のイメージ）

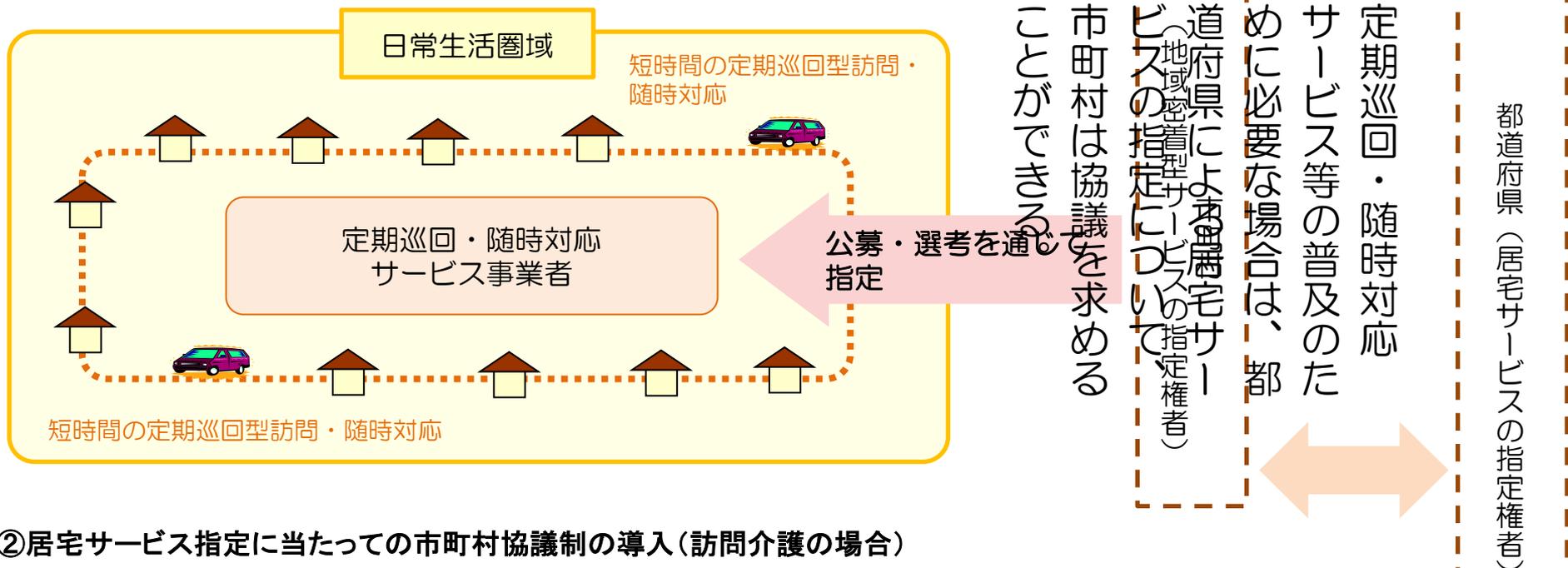


# 地域ニーズに応じた事業者の指定(イメージ)

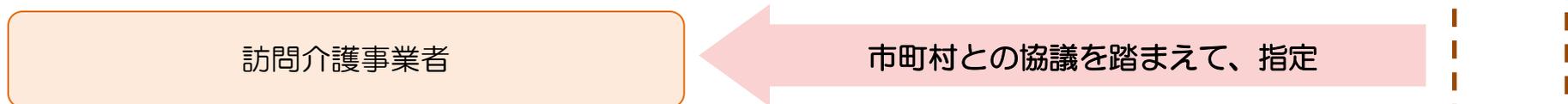
定期巡回・随時対応サービス、小規模多機能等の普及のためには、事業者が日常生活圏域内で一体的にサービスを提供し、移動コストの縮減や圏域内での利用者の確実な確保を図ることが必要。

- ① 市町村の判断により、公募を通じた選考によって、定期巡回・随時対応サービス等(在宅の地域密着型サービス)についての事業者指定を行えるようにする。【公募制の導入】
- ② 定期巡回・随時対応サービス等の普及のために必要がある場合は、市町村と協議をして、都道府県が居宅サービスの指定を行えるようにする。【居宅サービス指定に当たっての市町村協議制の導入】

## ①公募制の導入(定期巡回・随時対応サービスの場合)



## ②居宅サービス指定に当たっての市町村協議制の導入(訪問介護の場合)



# 「介護保険制度の見直しに関する意見」(抄)

(平成22年11月30日・社会保障審議会介護保険部会)

## Ⅲ 介護保険制度の見直しについて

### 1 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制の整備

#### (8) 地域包括支援センターの運営の円滑化

- 地域包括支援センターは、4056箇所設置され、ランチ等を合わせると7003箇所が整備されているが、今後、全中学校区（1万箇所）を目指して拠点整備を進めていくことが必要である。
- 地域包括支援センターの総合相談、包括的・継続的ケアマネジメント、虐待防止、権利擁護等の機能が最大限に発揮できるような機能強化が求められている。
- 地域包括支援センターは、介護保険サービスのみならず、インフォーマルサービスとの連携や、介護サービス担当者、医療関係者、民生委員など地域資源や人材をコーディネートする役割を担っていく必要がある。しかしながら、地域での役割が不明確であったり、介護予防事業に忙殺されているため、十分その役割を果たせていないとの指摘がある。
- このため、当該市町村(保険者)が地域包括支援センターに期待する役割が明確となるよう、委託型のセンターについては、市町村が包括的支援事業の実施に係る方針を示すこととすべきである。また、関係者間のネットワークの構築について、地域包括支援センターが責任をもって進めていくことを改めて徹底すべきである。

# 保険料の上昇の緩和

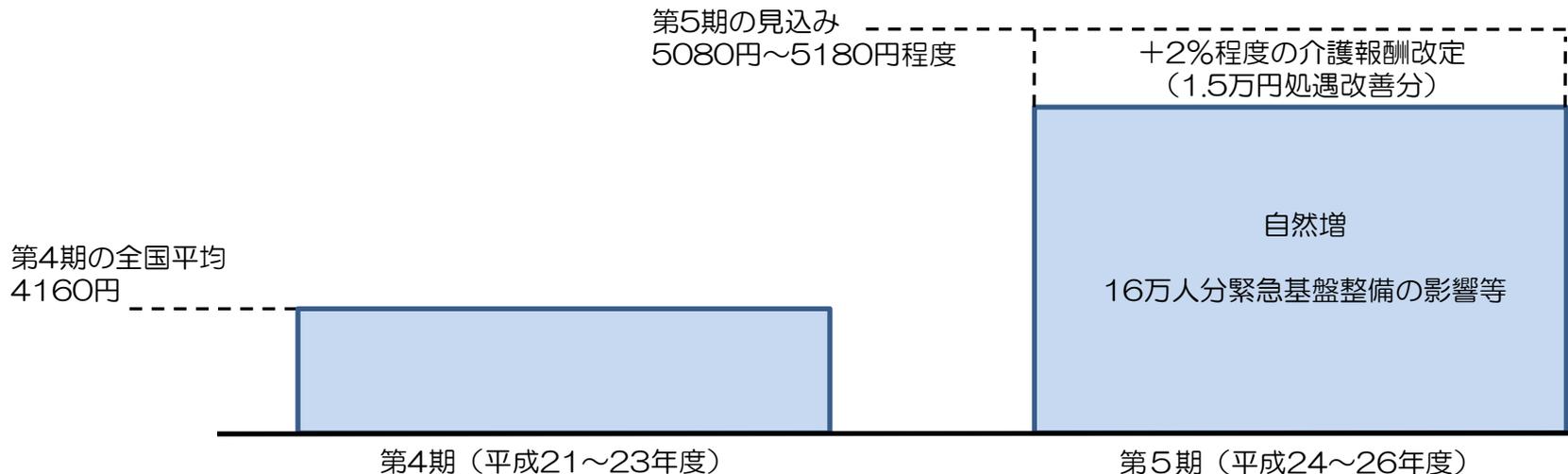
## ○財政安定化基金の取り崩し

- ・財政安定化基金は都道府県に設置されており(国、都道府県、市町村で3分の1ずつ拠出。)、介護保険財政に不足が生じることとなった場合に、市町村に貸付・交付される仕組み。
- ・第3期以降、貸付率は大きく低下しており、第4期末の残高は約2,850億円となる見込み。会計検査院からも余裕分を拠出者に返還できる制度とすることを指摘されている。
- ・本来の目的に支障をきたさないための必要な見込額を残して、財政安定化基金の余裕分を第1号保険料の上昇の緩和等に活用する。

## ○市町村準備基金の取り崩し

- ・第4期中の積立見込額の一部を取り崩すことにより保険料軽減に活用する。

## 【第5期(H24~26年度)の介護保険料の見込み】



# 指定法人制度の廃止

## 【福祉医療機構交付金の廃止】

平成21年度の事業仕分けにより、独立行政法人福祉医療機構交付金が廃止された



## 【指定法人制度の廃止】

上記交付金を原資として下記の指定法人が行う業務の規定を廃止する

- ・（財）テクノエイド協会が行う福祉用具の研究開発を行う者及び普及の促進に資する事業を行う者に対する助成の業務
- ・（財）長寿社会開発センターが行う老人健康保持事業（ねんりんピックの開催、介護関係職員の研修、介護関係教材の提供等）の助成の業務

# 地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための改正

○平成22年6月に閣議決定された「地域主権戦略大綱」に基づき、地域の自主性及び自立性を高めるための見直しを行う。

## 【指定事務等の権限移譲】

○指定居宅サービス事業者等について、指定等、報告命令、立入検査等の事務を都道府県から指定都市及び中核市に移譲すること等

## 【介護保険事業計画策定及びその手続き】

○介護保険事業(支援)計画の記載事項の一部(サービスの確保方策や事業者の連携方策など)を努力義務とすること等

## 【条例への委任】

○サービス事業者の法人格要件や地域密着型サービス等の入所定員に係る基準を条例に委任すること等

# 地域包括ケアシステムにおける 介護予防

# そもそも、介護予防とは？

生涯にわたる、生きがいのある生活・自己実現 の支援

病気の発症・悪化予防

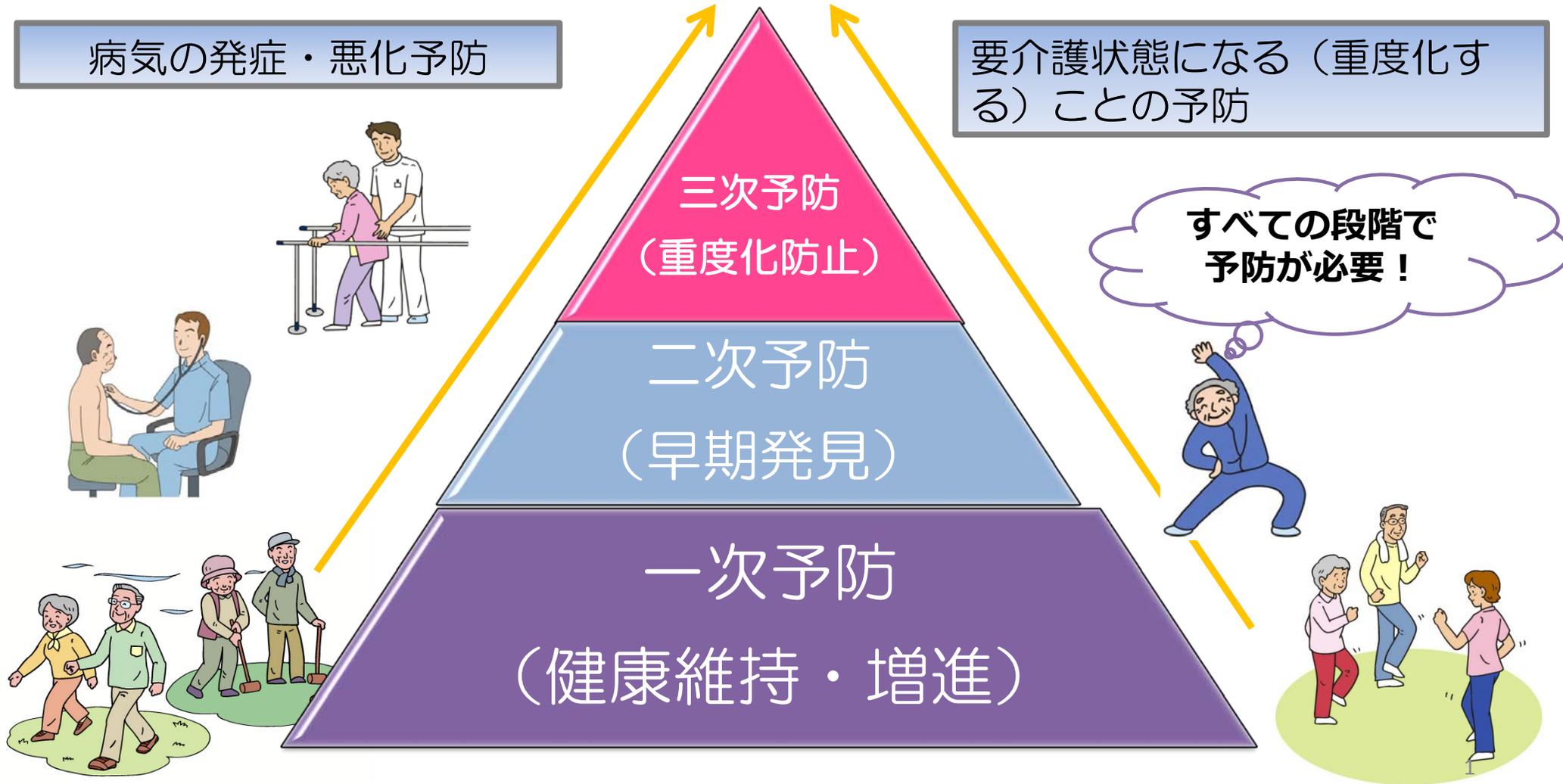
要介護状態になる（重度化する）ことの予防

三次予防  
(重度化防止)

二次予防  
(早期発見)

一次予防  
(健康維持・増進)

すべての段階で  
予防が必要！



# これまでの介護予防事業

※アンケート結果より

地域包括支援センターにとって・・・

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

高齢者にとって・・・

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

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

## 効果的な介護予防を目指すために

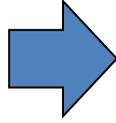


平成22年8月に介護予防事業の見直しを実施

# 平成22年8月の介護予防事業の見直し内容

## 課題

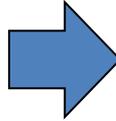
- ハイリスク者の把握が不十分
- 健診による把握に要する費用負担大



対象者の選定方法を健診に代えて、高齢者のニーズを把握するための調査を活用する方法に見直すなど、事業の効率化を図る。

基本チェックリストの全数配布を行う等により、ハイリスク者の把握や事業参加者の増加を図る<sup>(\*)</sup>。

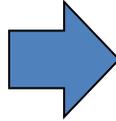
- ケアプランに係る業務負担大
- 地域包括支援センターの本来業務が不十分



介護予防事業におけるケアプランについては、必要と認められる場合に作成できるものとし、事業の効率化を図ることとする。

ケアマネジメントの重要性は変わらないものとする。

- 魅力あるプログラムの不足
- 特定高齢者施策への参加率が低い



○ より高齢者のニーズに合ったものに見直し、事業の充実を図ることとする。

例) 複合型プログラムの実施、二次予防事業を一次予防と連携して実施。

(\*) : 介護予防実態調査分析支援事業(平成21~23年)により、以下の結果が得られている。

○ 基本チェックリストの全数配布・回収を行うことにより、二次予防事業の対象者は**2.3倍**に増加

○ 一次予防事業における介護予防教室等の参加者に対し、基本チェックリストの配布を行うと、二次予防事業の対象者は**1.8倍**に増加

## 特定高齢者の名称を変更

特定高齢者 → 二次予防事業の対象者

各市町村で使いやすい(高齢者が事業に参加しやすい)通称の使用を推奨

# 現在の地域包括支援センター

- 直営型と委託型で、介護予防事業における業務が異なる
- 日々の仕事もいそがしく、つつい目先の業務を片付けることで頭がいっぱい・・・
- 対象者の把握、事業参加勧奨、ケアプランの作成で手一杯・・・

委託型  
(約7割)

直営型  
(約3割)

実施主体は市町村

共通する地域包括支援センターの役割は・・・？

# 地域包括に求められる役割

日頃から地域住民と密接に関わる地域包括支援センターだからできること！

地域包括ケアシステムを構築し  
地域包括ケアシステムにおける継続的な介護予防支援を実施！

ここで食い止める！

- 二次予防事業対象者把握事業
- 基本チェックリストの全対象者への配布・実施

三次予防  
(重度化防止)

二次予防  
(早期発見)

一次予防  
(健康維持・増進)

キーワードは？

- 住民参加
- 自発的な取組を広げる
- 地域づくり
- 個人のエンパワメント

# 二次予防事業の流れ①

## 生活機能低下の早期把握の経路

全対象者への基本チェックリストの  
配布・回収  
(日常生活圏域ニーズ調査等の活用)

要介護認定  
非該当者

地域包括ケアシステムにおける  
地域の高齢者の把握

住民・民間組織からの情報提供

本人・家族からの相談

関係機関からの情報提供

他部局との連携

(新規申請者)

要介護認定等の情報・  
基本チェックリストなどに  
基づき判断

生活機能の低下が疑われる者

基本チェックリストの実施

二次予防事業対象者の決定

ここが大事！

介護予防ケアマネジメント

適切なアセスメントに基づくケアマネジメントの実施

# 二次予防事業の流れ②

地域包括支援センターにおける介護予防ケアマネジメント

課題分析(アセスメント)

介護予防ケアプラン作成の要否の判断

作成必要

作成不要

介護予防ケアプラン作成

介護予防ケアプラン作成に代えて  
事前・事後の情報共有

事業の実施等  
積極的支援

事前アセスメント

個別計画作成

プログラムの実施

事後アセスメント

モニタリング

一定期間後に効果を評価 (基本チェックリスト他)

続かなければ  
意味がない !

地域包括ケアシステムにおけるモニタリングの継続

# 介護予防ケアマネジメント

- 予防の観点から地域の高齢者の状況やニーズを把握し、必要な支援を行うこと -

高齢者の状態把握(情報収集)

日常生活の状況、健康状態、地域活動の参加状況、家族機能、人とのつながり  
高齢者の持つ力(強み) など

高齢者の顕在化・潜在化する  
ニーズ等のアセスメント  
地域のアセスメント

- 問題は？問題を引き起こす要因は？
  - ・高齢者本人に要因がある場合
  - ・本人を取り巻く家族に要因がある場合
  - ・社会的な要因がある場合（例：ニーズに即したサービスや資源がない等）
- 今後どんな問題が起こり得る？

介入方法についての  
アセスメント

高齢者の個別性や準備性を考えたアプローチ  
プログラム終了後の目標達成に向けたアプローチ  
例) 高齢者はどんな生活を継続することを望んでいるか？(高齢者のビジョン)

必要な支援等の実施

- 問題を引き起こす要因が複数あれば、複合的なプログラムを実施
- 一次予防事業や地域の資源も活用

- ニーズに対応した「地域づくり」  
(住民組織、インフォーマルサービス、ネットワークの構築など)

# 一発想の転換 - 地域包括ケアシステムにおける介護予防 ①

地域包括ケアシステムのなかで、介護予防（支援）を推進！



地域包括支援センター

二次予防事業対象者

一次予防事業対象者

二次予防事業のプログラム

一次予防事業のプログラム

健康づくり事業（保健所等）、住民組織（町会・民生委員等）、インフォーマルの資源など活用

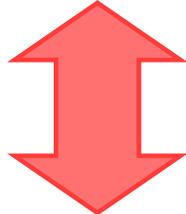
地域ケア会議等を利用した継続的なフォロー

地域包括ケアシステムのなかで高齢者を経年的に把握

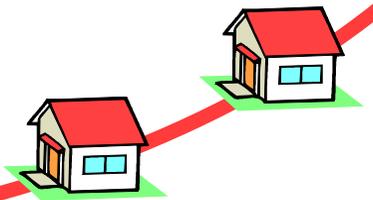


- 必要な地域資源をつくる
  - 住民 同士のつながりを築く
- 例) ボランティア・ポイント制度を活用した見守り訪問員、自主活動組織化 など

情報共有 連携



- 市町村の役割—
- 地域アセスメント
  - 事業評価
- 介護予防事業計画立案



# 地域包括ケアシステムにおける介護予防 ②

- 高齢者は、加齢や基礎疾患の進行などにより、再び体の機能が低下することが考えられるため、介護予防は継続的に取り組む必要がある
- 市町村や地域包括支援センターの職員が、すべての人に(介護予防事業参加後も)ずっと関わり続けるのは困難
- 住民同士の関わりの中で予防の効果を発揮できるような、地域包括ケアシステムの実現が求められる

## そこで…

- 地域にある住民主体の活動のなかに介護予防に資するものはないか？
- 住民主体の既存の活動を介護予防の推進に活用できないか？
- 地域のボランティアを活用できないか？



- 住民主体の活動や地域の健康づくりなどの場を利用して、二次予防事業対象者を把握
- 二次予防事業対象者を、他の二次予防事業対象者や地域の人、参加できる場所につなぐ
- 住民主体の活動の中で、二次予防事業のプログラムを実施
- ボランティア等の力を活用して、住民主体の活動の中で介護予防につながる取組を実施

# 地域包括ケアの実現のための介護予防事業

介護予防は事業の実施に限ったことではありません。  
高齢者支援のなかで、地域包括職員自らも介護予防を行っていませんか？

認知機能が低下していて十分な水分や栄養を摂取できていない単身高齢者

基礎疾患があり、外出が億劫になっている高齢者

妻(夫)の介護に一生懸命取り組んでおり、外出もせず家にいることが多い高齢者

民生委員に見守りを依頼。水分や栄養の摂取を促してもらっている。

主治医との連携を図り、定期的に高齢者へ受診を促すとともに、症状の悪化を防ぐ指導を行っている

ケアマネジャーと連携を図り、妻(夫)の健康維持を図っている。  
(例)介護者の会などにつなげ精神面の健康維持を図るとともに様子を見守っている

介護予防は特別なことでなく、日常的に行われている！

介護予防事業は地域包括ケアの実現のために、活用できる資源の1つ！



介護予防事業を活用して…

介護予防事業を活用して、地域の高齢者が健康を維持し、要介護の状態になったり、要介護の状態が悪化するのを防ぐ **しくみ** をつくる

－ 地域包括ケアシステムの構築 －



# 介護予防事業の効果的な取組事例

一次予防事業、二次予防事業の魅力的なプログラムや効率的な事業の取り組みを広く周知するため、都道府県を通じて市町村における好事例を収集した。(平成22年3月)

事例数: 47都道府県123事例

＜収集事例の高齢化率、高齢者人口等の状況＞

	市区町村数	高齢化率	高齢者人口(平均)	高齢者人口(最小値)	高齢者人口(最大値)
市区	77	21.5%	37,152人	6,265人	699,284人
町	38	24.8%	4,135人	1,548人	9,790人
村	6	31.4%	1,266人	631人	2,300人
広域組合等	2	30.0%	36,450人	28,741人	44,159人
総計	123	21.8%	25,190人	631人	699,284人

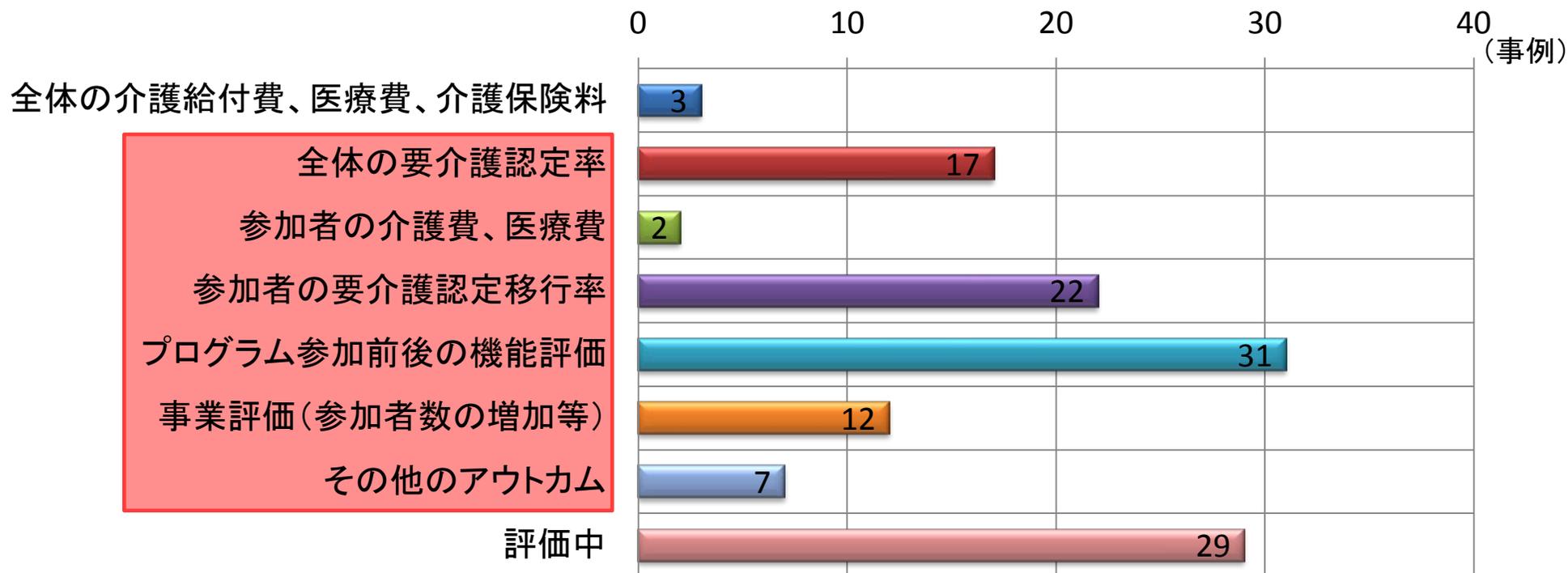
参考) 厚生労働省 老健局 HP

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/yobou/torikumi.html>

# 介護予防事業の効果的な取組事例

123事例について、効果の評価指標として用いているもので分類した。複数の指標で評価を行っている事例については、上位の政策目標を評価する指標に分類した。

＜評価指標別の事例数＞



効果を感じていることはありませんか？

介護予防事業の効果をあげていくためにも、もう1歩踏み込んで客観的なアウトカムを出してみてください。

# 大阪府 大東市

総人口：128,376人

高齢者人口：24,652人

高齢化率： %

## 一次予防施策

### 地域住民主体の介護予防事業

- オリジナル健康体操「元気でまっせ体操」の普及  
地域住民が主体となり介護予防活動を推進するためのシステム
- 月3回以上継続開催している市民団体 79団体  
元気高齢者が虚弱高齢者(二次予防事業対象者)をサポート
- 半年毎に体力測定、基本チェックリストなどを実施している。
- 二次予防施策として行っている派遣型介護予防講座にも、一緒に参加してもらっている。
- 「元気でまっせ体操」の団体の参加者同士の交流会を年1回実施。  
市で養成した介護予防サポーターが実行委員会形式で運営。

## 二次予防施策

### 住民同士の関わりを重視したプログラム

- 「元気でまっせ体操」への参加者に基本チェックリストを実施することで、二次予防事業対象者の把握数は増加。
- 「元気でまっせ体操」の継続団体に対し、年1回3ヶ月間の派遣型介護予防講座(運動機能向上、口腔機能向上、認知症予防の複合型プログラム)を実施。二次予防事業対象者以外の高齢者にも、一緒に参加してもらっている。

## 取組の工夫と効果

【取組の工夫】市職員や専門職は動機付け・コーディネーターの役割に徹している。地域住民からの「やりたい」の声を待ち、地域のニーズ(困っていること、望んでいること)に応える姿勢。地域への声かけや回覧板での周知、会場確保を会長が担い、介護予防サポーターが運営を担うようにして、それぞれの得意分野で力を発揮してもらうようにしている。活動のマンネリ化を防ぐために、年1回全グループ集まり情報交換し、地域活動に取り入れてもらうようにしている。

【取組の効果】二次予防事業対象者にとって、元気高齢者や介護予防サポーターが目標となっており、活動を継続することで体力が向上し、地域住民同士の交流が深まることで精神面の活力も向上している。

「元気でまっせ体操」参加者が自分の健康だけでなく、地域住民のことを気にかけるようになり、小学校の登下校の見守り隊としても参加するなど、地域貢献活動へ広がっている。地域のことは自分たちで見守るという地域福祉の視点が生まれ、認知症や虐待の早期発見・対応にもつながっている。

# 和歌山県 和歌山市

総人口：381,022人

高齢者人口：92,275人

高齢化率：24.2%

## 一次予防施策

### 修了生の会が発足！

- 平成18年度から「わかやまシニアエクササイズ」介護予防ボランティアリーダーを育成。現在までの和歌山市市民ボランティア養成講座修了者 242名
- 平成21年9月 修了生が一つにまとまり「わかやまシニアエクササイズの会」が発足。和歌山市が推進する介護予防対策に支援・協力してもらっている。

## 二次予防施策

### 運動と認知症予防の複合プログラム！

- 運動器の機能向上訓練(シニアエクササイズ)にて、運動とともに歌を歌うことで認知症の予防に取り組んでいる。特にステップ運動をしながら馴染みのある童謡・唱歌、演歌などを歌う、つまり2つのことを同時に行うことにより、側頭葉・前頭葉を刺激し、脳を活性化させるトレーニングを実施。
- 上記のトレーニングの合間に、音楽担当者による、音楽を使った脳トレ計算、ジェスチャーゲームなども行い、ゲーム感覚での脳トレも実施。

#### 【訪問型介護予防事業】

平成19年度～

心身の状況により通所形態の事業への参加が困難な方を対象に、訪問看護ステーションの保健師等が居宅を訪問して、個別に必要な相談、指導を実施。

## 取組の効果

介護認定率の推移：

平成18年7月から平成20年7月までの2年間に運動器機能向上(シニアトレーニング方式)の参加者140名を対象に介護認定率を調査。その結果、140名中134名はトレーニング前の状態を維持(96.4%)。また、運動教室参加前に特定高齢者であった26名のうち、2名が一般高齢者となり、改善率は1.4%。運動教室参加前に一般高齢者であった114名のうち、3名が要介護の認定を受けており、悪化率は2.2%。和歌山県内介護保険新規認定率が6.37%(平成15年度から19年度の平均)。

→ トレーニングを継続することで介護認定への移行が抑制できている。

# 熊本県 宇土市

総人口: 38,299人

高齢者人口: 9,129人

高齢化率: 23.8%

## 一次予防施策

### 継続参加のモチベーションを高める工夫！

- 現在23か所の地域公民館等で月に1度、自主的に介護予防に取り組む教室「お元気クラブ」を開催。約350人が参加。
- 市内介護サービス事業所(旧在介)の専門スタッフや有償住民ボランティアの介護予防サポーターが、筋力トレーニング、口腔体操、認知症予防体操などの実技指導を実施。
- 高齢者が自宅に帰ってからも介護予防に取り組み易いよう、介護予防ファイルを配布。介護予防の生活化を図っている。
- 「お元気クラブ」では年2回基本チェックリストと体力測定(5メートル歩行、開眼片足立ち、握力)を実施。
- 介護予防の大切さ効果を実感してもらえよう、前回の測定結果と比較し評価(向上・維持・悪化)したものを参加者にお返ししています。

## 二次予防施策

### 準特定高齢者へのアプローチ！

- 通所型介護予防事業に参加したい人が医療機関の生活機能評価において特定高齢者非該当になることが多く、通所型介護予防事業への参加者確保が困難で少人数開催では参加者のモチベーションを維持出来ない状況が続いた。
- 事業を活性化させるための取組として、  
特定高齢者非該当になった方でも準特定高齢者として同様のプログラムに参加できるよう、平成21年度から一般高齢者(準特定高齢者)と特定高齢者の両者が参加で出来る通所型介護予防事業(複合プログラム)を始めました。

## 取組の効果

【一次予防施策】参加者への体力測定において、膝や腰の痛みも改善傾向にある。民間研究所の試算で、お元気クラブによる平成20年度の介護給付費の抑制効果は6,156,290円だった。

【二次予防施策】参加者の主観的健康観、生活機能関連指数に改善が見られ、特に運動機能リスク、生活機能リスク、うつリスクの改善傾向は顕著だった。通所型介護予防事業による平成20年度の介護給付費の抑制効果は、1,787,310円だった。

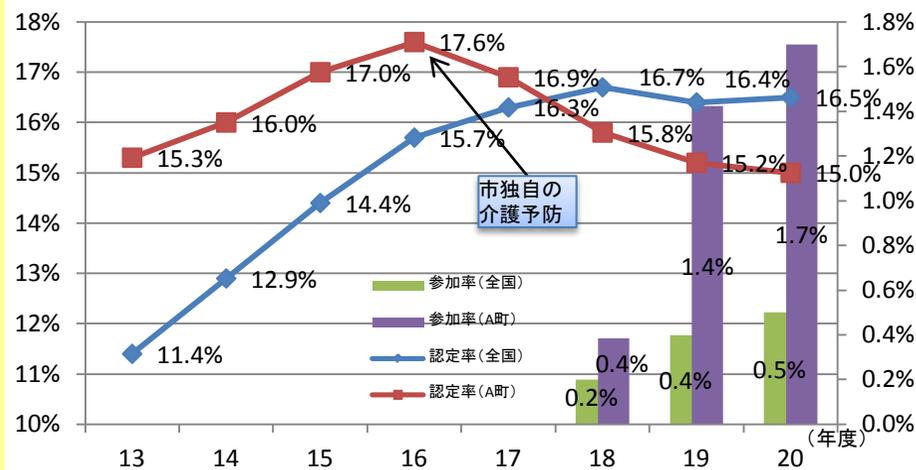
# 介護予防事業の効果

いくつかの自治体において事業の効果（認定率や医療費の低下）が検証され始めた。

## 例1：A町

二次予防事業を自治会に委託することにより、地域住民が気軽に参加できる事業となって参加率が上がる等により、**要介護認定率が減少**している。

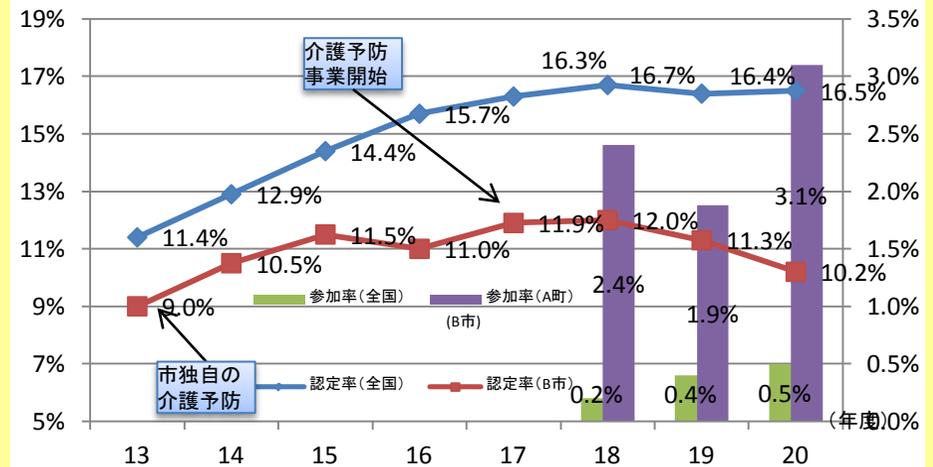
（人口：32,156人、高齢者数：6,592人、高齢者率：20.5%）



## 例2：B市

平成13年度から市独自で介護予防事業に取り組んだ結果、二次予防事業対象者の把握率や改善率が高くなり、効果的な介護予防事業を展開することで、**要介護認定率が減少**している。

（人口：74,204人、高齢者数：9943人、高齢者率：13.4%）



## 例3：C市

介護予防事業の参加者では、**医療費が減少**している。  
（年間1人あたり78,246円）

（人口：45,378人、高齢者数：10,351人、高齢者率：22.8%）

平成20年度一人当たり年間医療費（市国保）

参加者	213,272円（588名）
非参加者	291,518円（4,956名）

## 例4：D市

平成18年度の参加者、非参加者の状況を3年6ヶ月後に調査したところ、参加者で**介護給付費が減少**している。

（人口：49,774人、高齢者数：10,639人、高齢者率：21.4%）

	要介護認定移行率	3年6ヶ月にかかった1人あたり介護給付費等
参加者	2.7%	11,063円 (H18年度事業費+介護給付費)
非参加者	12.2%	153,729円

地域ケア会議(自立支援型マネジメント)  
の概要・講義・演習

---

memo

# 「地域ケア会議と自立支援型マネジメント」

～事例を通して考える地域ケア会議の活用方法～

## ■ 研修のポイント

- ① 今回の法改正と地域ケア会議の関連
- ② 自立支援型マネジメントに関する制度上の位置づけ
- ③ 事例を用いて地域ケア会議の流れの講義と会議用資料の作成に関する演習
- ④ 事例に関する地域ケア会議の実際とその経過報告
- ⑤ 振り返りの意見交換

# 「介護保険制度の見直しに関する意見」(抄)

(平成22年11月30日・社会保障審議会介護保険部会)

## Ⅲ 介護保険制度の見直しについて

### 1 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制の整備

#### (8) 地域包括支援センターの運営の円滑化

○ 地域包括支援センターは、4056箇所設置され、ランチ等を合わせると7003箇所が整備されているが、今後、全中学校区（1万箇所）を目指して拠点整備を進めていくことが必要である。

○ 地域包括支援センターの総合相談、包括的・継続的ケアマネジメント、虐待防止、権利擁護等の機能が最大限に発揮できるような機能強化が求められている。

○ 地域包括支援センターは、介護保険サービスのみならず、インフォーマルサービスとの連携や、介護サービス担当者、医療関係者、民生委員など地域資源や人材をコーディネートする役割を担っていく必要がある。しかしながら、地域での役割が不明確であったり、介護予防事業に忙殺されているため、十分その役割を果たせていないとの指摘がある。

○ このため、当該市町村(保険者)が地域包括支援センターに期待する役割が明確となるよう、委託型のセンターについては、市町村が包括的支援事業の実施に係る方針を示すこととすべきである。また、関係者間のネットワークの構築について、地域包括支援センターが責任をもって進めていくことを改めて徹底すべきである。

## 【参考】

# 介護保険法第115条の46第5項の新設

(地域包括支援センター)

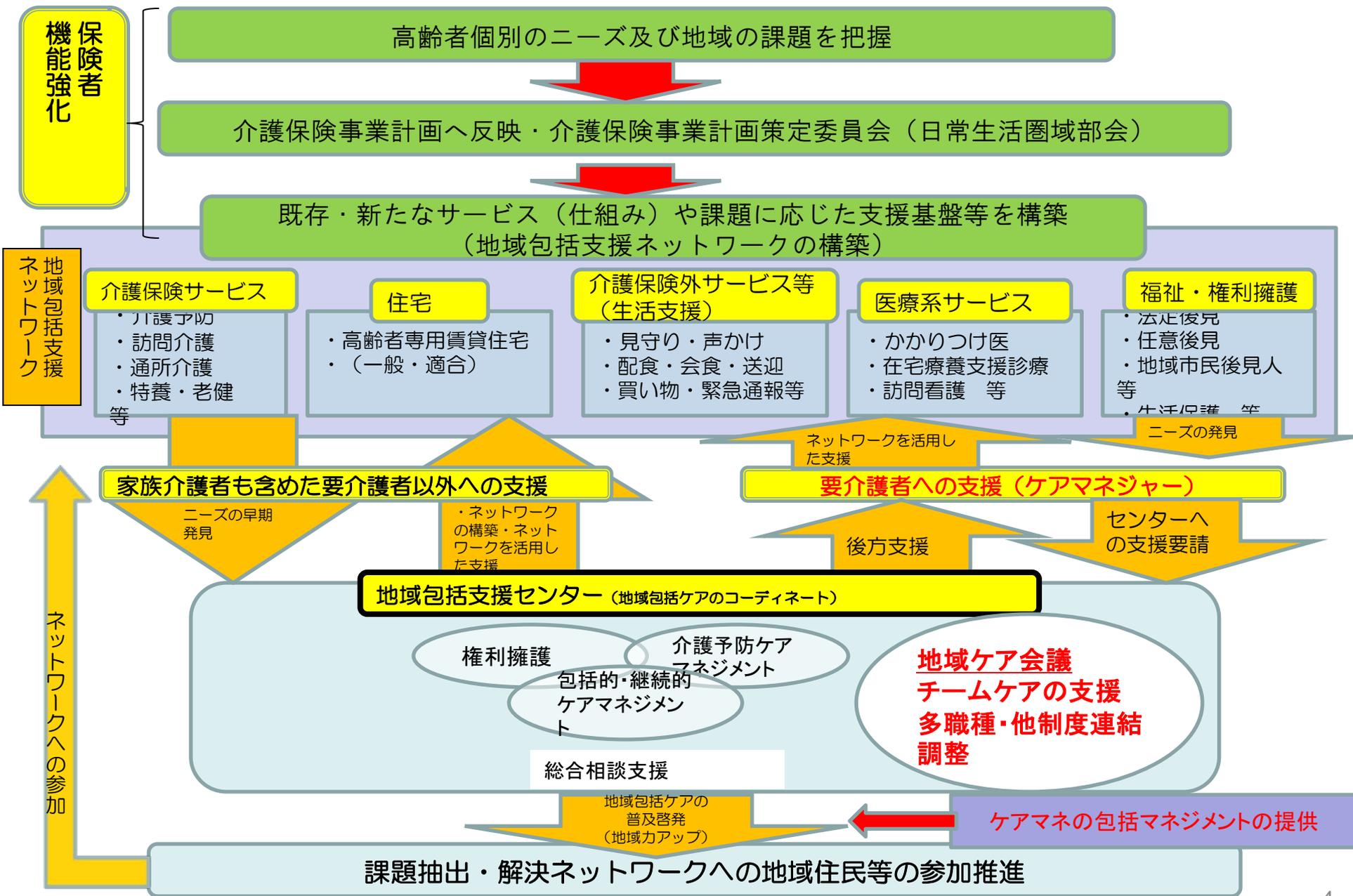
第115条の46(略)

2～4 (略)

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

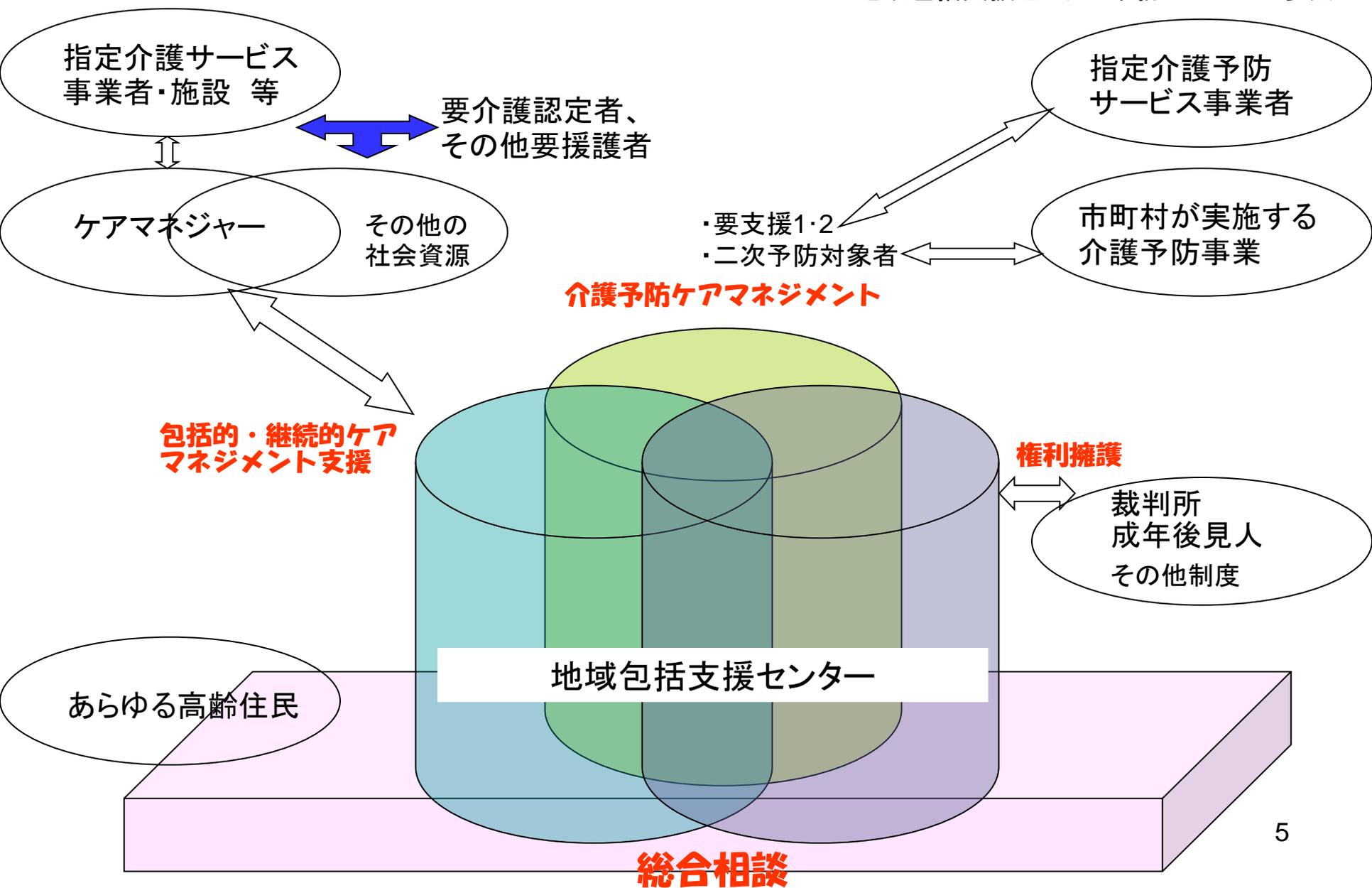
■ この条項の新設の趣旨は、単にネットワークを形成することを目標とするのではなく、地域ケア会議などの場を活用して、迅速に関係者の共通認識と合意形成を図るための前提条件の重要性を意識して規定したことに留意する必要がある。

# 地域包括ケアシステムの構築（行政説明資料再掲）



# 地域包括支援センター業務の関連イメージ

地域包括支援センター業務マニュアル参照



# 「自立支援」と介護給付の目的及び国民への期待

## 【第2条第2項】（介護保険）

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

## 【第4条】（国民の努力及び義務）

国民は、自ら要介護状態となることを ○○ するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態になった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の ○○○○ に努めるものとする。

# 自立支援とアセスメント(専門職に必要な思考過程)

## ■アセスメントとは

利用者について、その有する能力、置かれてい

**個人因子**

(注:この研修での本用語はCFの定義とは別のものと理解してください。)

る環境の等の評価を通じて、自立した日常生活

**環境因子**

**因子分解・分析**

が営めることができるように支援する上で解決

**状態の軽減又は悪化の防止・遅延化**

すべき課題の把握

そのための知識が必要になる

**出来ない状態だけではなく、悪化させる原因・背景を探る**

## 介護給付費分科会における議論について(主な論点)抄

### 7. 区分支給限度基準額について

区分支給限度基準額については、まず、ケアマネジメントの実態を踏まえた上で、議論をするべきではないか。

### 8. ケアマネジメントについて

自立支援型のケアマネジメントへの転換を図るため、ケアマネジメントの実態を踏まえ、介護支援専門員の質の向上やあり方について検討すべきではないか。

# 自立支援型マネジメントに必要な視点①

- 自立した日常生活を阻む真の課題の解消を目指した支援方策  
プロの能力を駆使して本人の最善の利益をめざす

個人因子	身体機能
	精神機能
	経済状況等



身体機能・知的機能、障害、疾病の状態(ADL、IADL)は？  
性格や暮らしぶり、ストレスの状況は？  
普段の体調管理(水・食・運動・排泄)は？  
状態回復できるものか、できないものか、維持できるのか？  
経済的状況(収入、預貯金、不動産)は？  
価値観(人生で大事にしてきたこと)特技、趣味、生きがいは？  
過去の人脈、現在の人脈(本人が作ったネットワーク)は？

## 的確なアセスメント

- 相談者と本人の関係は？
- 家族構成員の状況と家族システムの現状(決定や権威等)、経済状況は？
- 居住地域がどんな地域か、どんな文化を持っているか本人家族と近隣住民との関係性は？ 地域での役割は？(時系列で変化をとらえる)
- 在宅や地域の日常生活導線は？ 社会資源の状況は？
- かかりつけ医や民生委員との関係は？
- 取り巻く人のストレスは？(障害、疾病への理解度、偏見の有無)

環境因子	家族・経済
	近親者・近隣
	住まい・バリア
	社会資源
	その他



性格、人生歴、身体機能・生活機能に支障をきたす高齢者の個人的な要因

高齢者を取りまく人や物など周囲のあらゆる状況

## 自立支援型マネジメントに必要な視点②

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

(22年度は、ファシリテーション技術に焦点を当てた研修とした。<sup>10)</sup>

## 自立支援型マネジメントに必要な視点③

- 本人や家族が地域とともに築いてきた強みにも着目し、出来ていたことや出来ることを把握し、意欲喪失をくい止め、QOLの維持向上を目指した暮らしぶりの再構築に向けた「自己決定」を上手にサポートすることにより、強制的なやらされ感ではなく、主体的な意欲を引き出す実践応用力が求められる。
- 予後予測をするという視点も求められる。
- 目標が明確に設定されており、モニタリング時に適切に分析・評価が可能であること。

# 事例の紹介

- これから、地域ケア会議の段取りについて説明しますが、具体的な相談事例のイメージがあった方が理解しやすいと思います。
- 相談事例を読み上げた後に、具体的な資料作りの解説やワークをしていただく予定にしております。
- ケアマネジャーからの相談受付資料を読み上げますので、状況を頭に思い浮かべてください。

相談者 ●●居宅介護支援事業所 ▲▲

(・年・月・日受付)

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

4. **デイサービスの利用**：買い物以外に興味や周りの人との交流を楽しんでもらうことを期待して、デイサービスを月・水・金の週3回利用のケアプランを作成。

しかし、デイサービス利用後も同様の行為があり、日中家族が不在のため、警察署からケアマネジャーに相談が入った。

5. **他の困りごと**：ゴミ出し日を間違えて近所から苦情を本人が言われることも時々あるようだ。

6. **主治医の所見**：アリセプトが処方されている。2週間に一度の受診と言われているようだが、定期的な受診はできていない様子。確定診断名は聞いていない。

家での服薬は確認が難しいので、明確に把握していない。週末は三男が飲ませていると聞いている。

この辺も課題だと思っている。

7. **スーパーでのトラブルについて**：食料品売り場の品物が殆どだと聞いている。いつも支払わないということではなく、実際は、お金を払うときが多い。次男が通帳の管理をして、1週間に1万円程度を適宜Aさんの財布に補充していると聞いている。息子さん達はお金に困っていない。

本人の体格は中肉中背で特別痩せているという印象はない。調理はある程度はできている。ただ、最近失敗が多くなり落ち込んでいる。

8. **トラブルの背景を探る**：認知症になって社会のルールを忘れ、欲しい物を直感的に手にしてそのまま帰るのではないかと考えている。本人に『万引き』という意識はないと思う。

そうは思うのですが、日中独居ですので、なかなかAさんの行動の状況把握は難しいと思っている。

・現在のサービス利用状況を教えてください。

・ほかにお困りのことはありますか？

・それも課題ですね。  
・認知症についてはどういう診断で、どういう治療を受けていますか？  
・薬はきちんと飲んでいますか？

・スーパーでお金を支払わずに持ち帰る品物の特徴は何かありますか？

・お腹が空いたときに食料品売り場に行くのかな？体格はどんな感じですか？

・それでは、お金を払わず品物を持ち帰るわけを探りましょう。

・いつ、どのようなときに起きるのか観察し、背景を分析する必要があります。

・ところで普段の体調と認知

脱水と便秘を予防することは大切なことだと知ってはいるが、日中独居のため事実確認が出来ないので困っている。どうしたらよいのか方法はありますか？ 運動は公園の散歩をよくしている。

10. 近隣の反応：スーパーからは店に来ないようにしてくれと強い抗議がきている。近隣の住民、町内会や民生委員は、ゴミ出し日の間違いの件などがあり不快感を持ってはいるが、これまでのAさんとの交流もあり、苦労して息子さんたちを育ててきたことも知っている人たちがいるので、最近サークル活動に参加しなくなったAさんを心配していると思う。

11. 関係者が一堂に会した話し合いに向けて：包括センターがそのような場作りをしていただけると大変心強いです。

ベテランのケアマネジャーなら、包括センターを

症との関係を聞いたことがありますか？

・具体的には、脱水や低栄養、運動不足、便秘だとぼんやりすることが多く、認知力が下がりがり失敗が多くなります。水分摂取量や摂取カロリー、排便状況などを把握しておりますか？

・普段の体調に影響する4要素を把握するためのチーム編成と把握方法を検討する必要がありますか？

・ところで、近隣の反応はいかがですか？

・ご家族の心配は分かりますが、あなたがおっしゃるように、今の地域での生活の継続念頭に、いろいろ試行錯誤してみましよう。

・そのために、ご家族への認知症の基礎知識を改めて説明しながら、併せて近隣の方々や民生委員と家族など関係者が一堂に会して、今後のAさんの方針に関する話し合いの場を設けましよう。

・それでは、包括センターが地域ケア会議を開催する方向で検討します。内部の合意が得られたら、関係者に声をかけます。

頼らなくても自分で関係者に集まってもらって、ケア会議を主催するのも知れませんが、私はまだそのような経験がなく、包括センターの援助は助かります。よろしくお願いします。

今後、本件に関して私が包括センターにどのように協力すればよいのか教えてください。

Aさん担当のケアマネジャーは私ですから、責任を持って準備に協力します。

・今後、内部で下記のようなことを検討しながら、地域ケア会議のケース検討会のための資料を一緒に作成していただきます。

また、地域ケア会議では、あなたから課題を説明していただきますので、そのつもりで協力をお願いします。

●Aさんの地域生活支援に関する地域ケア会議開催に向けた準備

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

## 利用者基本情報（表面）

作成担当者：

《基本情報》

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

《相談内容と対応》

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

## 利用者基本情報（裏面）

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

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

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

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス
通所介護サービス 月・水・金	

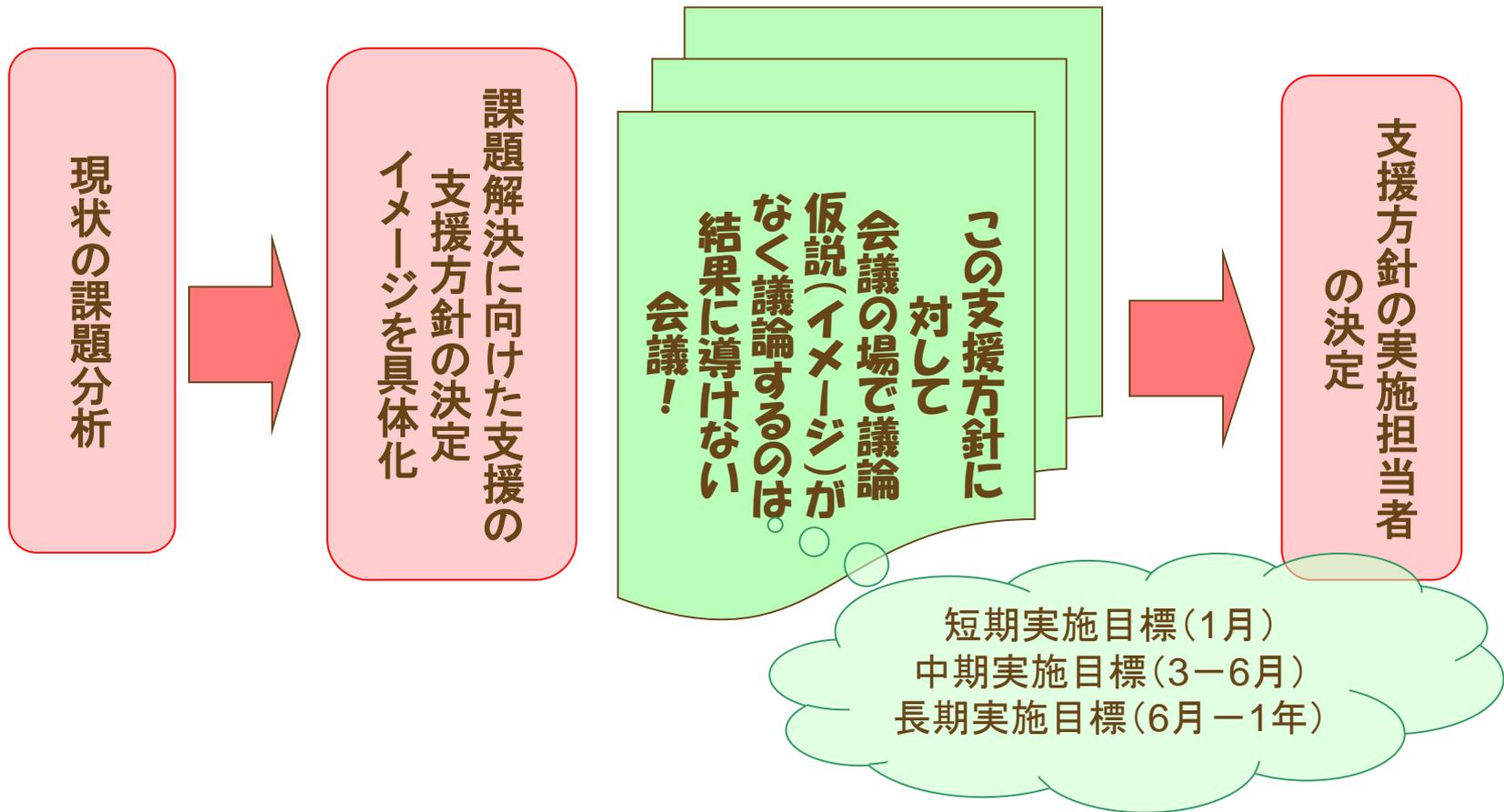


【参考情報】

## この事例を地域ケア会議の対象とする理由

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

# 会議の有効活用 課題解決のフロー



# 地域ケア会議の流れ

## 標準的な段取り I ~ IV

事前に包括内  
での合意形成  
は必要

I

会議前: 担当者による課題の提出準備  
(必要な資料は当日会議参加者に配布)



課題の明確化と優先順位の整理  
課題解決に向けた仮説(イメージ)の構築

II

会議当日: 担当者による事例ポイント説明



関係者に集まってもらい合議

III

会議当日②: 司会者による進行(事例の掘り下げ・検討・プラン決定)



情報の共有と役割の決定・確認

IV

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

実行してみて仮説及び実施方法の妥当性の  
検証と今後の対応を協議

# 第 I 段階 地域ケア会議の事前準備

生活に支障を抱えている人

その人の  
家族

支援が必要  
と教えてくれ  
る近隣の人  
など

排除すべき  
と言ってくる  
近隣の人な  
ど

本人・家族からの相談、近隣等からの相談、通報、苦情

包括支援センターが支援対象の存在を知ることになる。

相談等の受付（スクリーニング）から課題の明確化へ

（詳細は地域包括支援センター業務マニュアル参照ください。）

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

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

※ その過程において、必要に応じて根回しなども行うことも考えられます。 4

# 地域ケア会議(ケース検討会)アセスメントシート(例)

				独	高	他
氏名	Aさん (80歳)		女	住所		
要介護度	要介護1	有効期限		(検討テーマ) スーパーでお金を支払わずに品物を持ち帰る認知症高齢者への対応		
<b>個人因子</b> 健康状態やADL・IADL、のポイント  (生活支障をきたす要因に対する因子及び本人の持つ強み＝ストレングス)		普段の体調管理(水・栄養・運動・排便):  疾患・服薬、通院: 認知症  その他				
		ADL・IADL:スーパーで何回かお金を支払わずに帰ってしまい警察沙汰になっている。 その他:				
<b>環境因子</b> (生活支障をきたす要因に対する因子及びサポート因子)		家族環境:三男同居であるが週末のみ帰宅、三男不在のときは次男が泊まる。 デイサービスの無い日は、日中独居になる。  住環境  近隣環境等:スーパーからは店に来ないようにしてくれと強い講義がある。				
		<b>経済的環境</b> (本人及び家族)  本人の状況:厚生年金、訪問販売のローンが残っている。 家族の状況:息子たちは経済的に困っていることはない。				

(注:後の演習でこのシートで因子分解をしていただきます。)

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

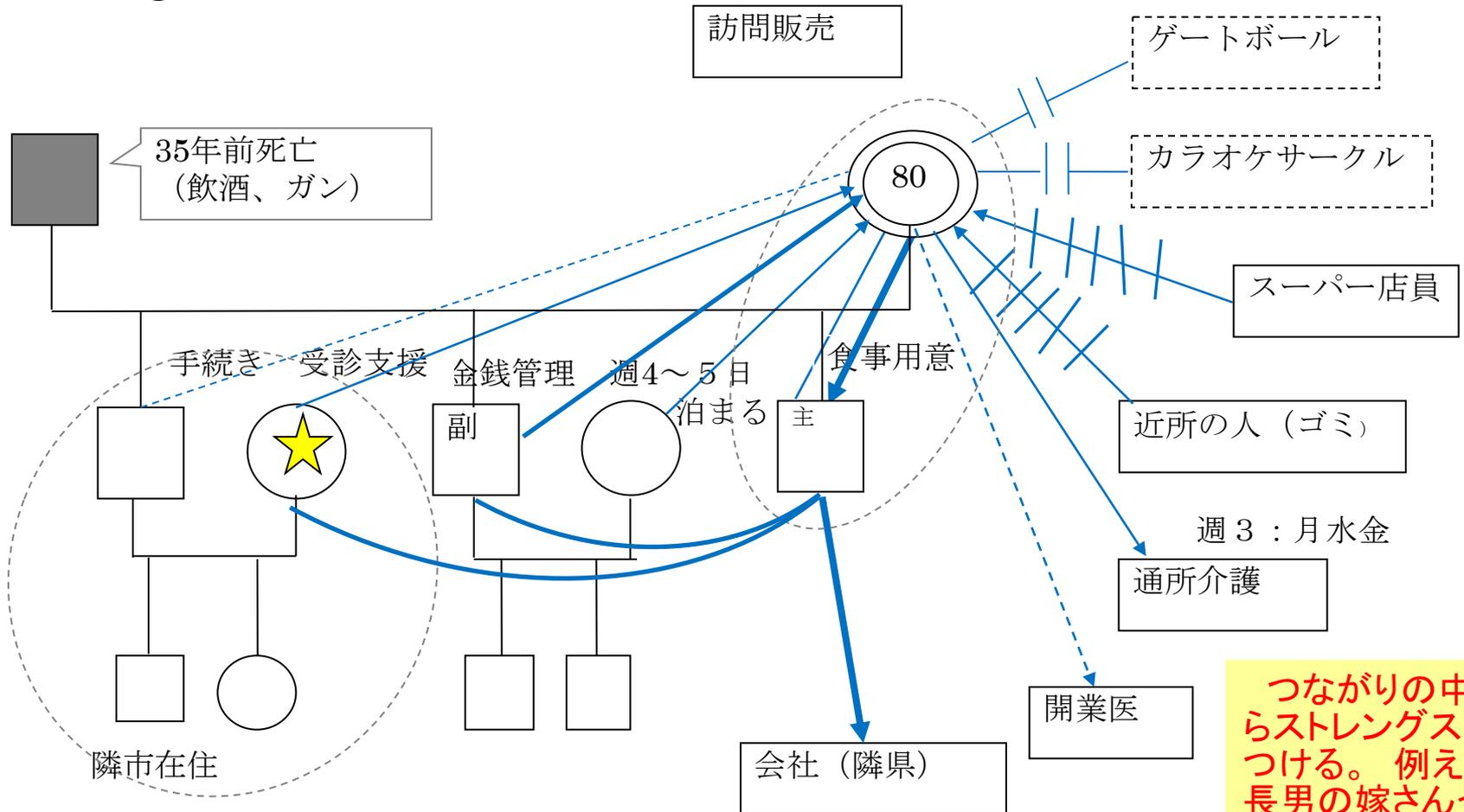
# 課題をひも解いて、明確化していくための 補助シートの紹介

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

# ジェノグラム・エコマップによる関係性の整理

散歩：道に迷う

## 分析手法例①



つながりの中から  
ストレングスを見  
つける。例えば  
長男の嫁さんや二  
男三男はAさんを  
気にかけている。

★ ケアマネジャーがとらえるキーパーソン

# 【見えてきたストレングス】

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

# 分析手法例②

## Aさんとその家族の時系列整理

S50年

H3年 H8年 H19年 H20年



床屋経営

がんで  
死亡

A

紡績  
工場  
で働く

35歳 結婚  
38歳 長男  
40歳 次男  
41歳 三男  
出産

母子  
寮で  
生活、  
パート  
勤務

老人  
ホーム  
介護員  
職

自宅  
を購  
入

定年・  
パート  
勤め

年金  
生活  
カラオケ  
ゲート  
ボール

次男  
の孫  
の世  
話

認知  
症出  
現サ  
ーク  
ルや  
める

道に迷  
う、ス  
ーパー  
でのト  
ラブル

長男

☆人生歴、家族の  
変化を見るための  
図

7歳

母子寮で暮らす

高卒で  
就職家  
を出る

結婚

孫  
誕生

世話

妻が  
時々世  
話にくる

次男

Aさんが、何年  
とか何歳とか基準  
を決めて家族の  
変化をエピソード  
として記入するこ  
とでみていく。

5歳

高卒で  
就職家  
を出る

結婚

孫  
誕生

平日は  
母親宅  
に泊ま  
る

三男

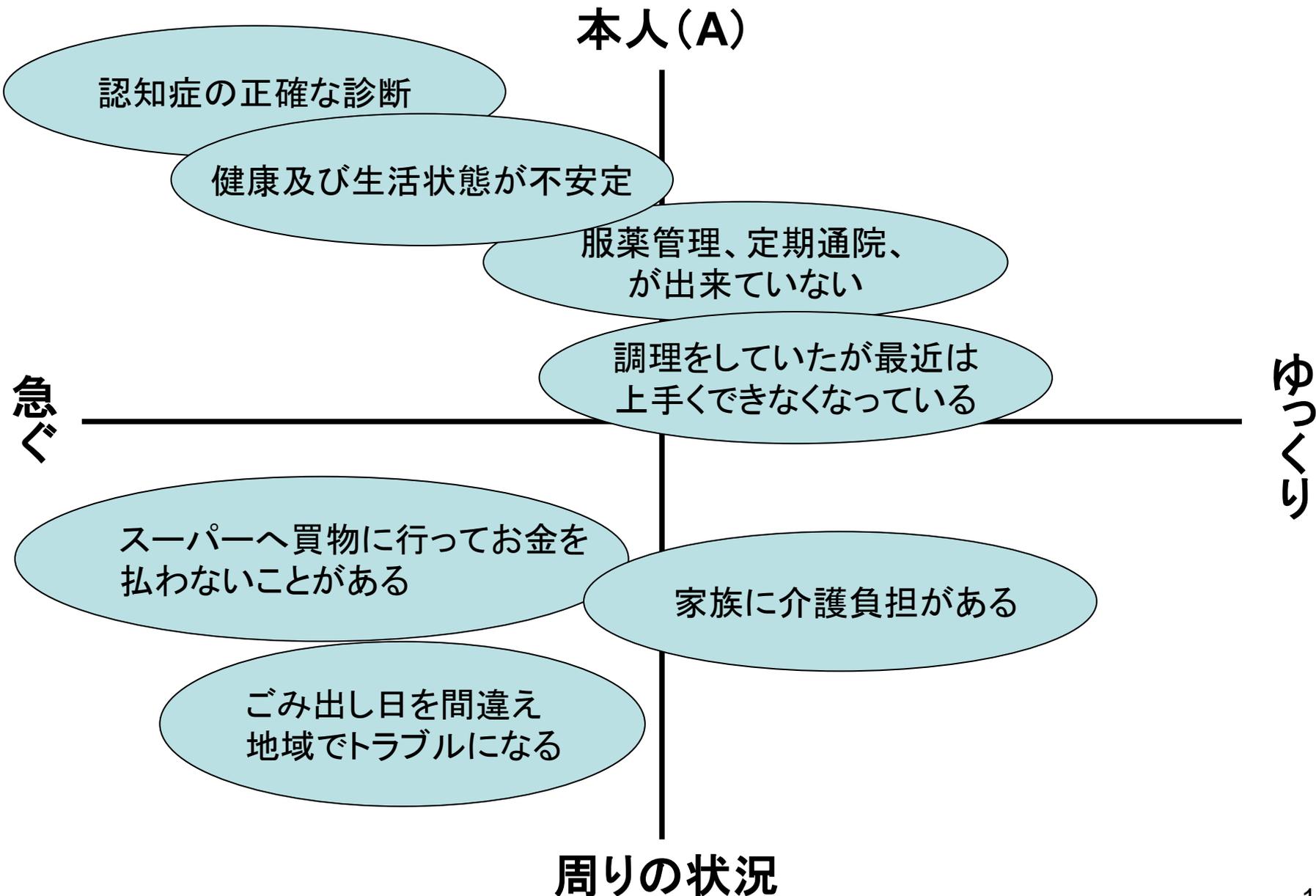
4歳

高卒で就  
職 自宅  
通勤

隣県で  
会社を  
興す

週末の  
み帰宅

# Aさんとその家族の課題整理



## 分析手法例④

## 「生活行為評価票」による現状評価と予後予測の整理表

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

	生活機能	事前	予後予測	備考
A D L	室内歩行	○1	→ ○1	
	屋外歩行	○1	→ ○1	
	外出頻度	○1	→ ○1	デイサービスと近くの公園散歩
	排泄	○2	→	失禁はない。便秘の有無の確認がとれない
	食事	○2	→	自分で調理をしているが、簡単な調理に偏っている
	入浴	○2	→	自宅でシャワー浴をしているが、洗えているかは不明
	着脱衣	○2	→	

I  
A  
D  
L

掃 除	△1 →	三男がしている。
洗 濯	△1 →	三男が洗濯をし、取り込みは自分でしている
買 物	△1 →	簡単なものは自分で。他は家族
調 理	△1 →	簡単な煮物は作っている。息子が帰って来るところ食事の支度をする。
整 理	△1 →	
ごみ出し	△1 →	曜日を間違えてゴミ出しをする
通 院	△2 →	通院を拒否し、通院日に嫁が迎えに行くところどこかに逃げている
服 薬	△2 →	
金銭管理	△1 →	財布を持たないで買い物に行く。財布を持っている時は支払いをする
電 話	△2 →	
社会参加	△1 →	近所の人と話しかけると嬉しそうに世間話をする

## 第Ⅱ段階 担当者による事例ポイント説明

地域包括支援センター業務マニュアル(平成22年3月長寿社会開発センター p246)

### 【留意事項】

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

## 第Ⅲ段階 司会者による進行・掘り下げ

### ●鍵を握るのは、司会者の能力

司会者は法的な理解はもちろんのこと、個々の事例の課題を把握するとともに、漏れている視点はないか？

他にもっとよい解決策はないか？ほかに誰の意見を聴取すべきか？など、会議を進行しながらもアセスメントや課題の整理を参加者と共有化していく。

- すべての参加者から発言を引き出すように留意する。
- ケア会議が終了する際に、次回のケア会議までの支援方針等の決定事項を確認。支援計画を実施する際の留意点や役割分担、等を確認しながら合意形成を行う。
- 緊急時の連絡先等の確認を行う。

# 第Ⅳ段階 役割認識・実施～モニタリング

## Ⅳ-①支援計画と役割分担の整理確認

	課題	目標	何を・どのように	担当者	期日
1					
2					

## Ⅳ-②モニタリングの設定と留意事項

- \* 事例の動向予測を勘案して、モニタリングの会議開催時期を決めて合意を得る。
- \* その間に、各役割分担に取り組み、緊急対応が必要な場合は包括支援センターで情報を集約する。
- \* ?ヵ月後のモニタリング時に、実施内容・状況の確認を行い、各課題の充足度を評価する。
- \* 課題や状況に変化が生じている場合は、それに応じた新たな支援計画を策定する。

# IV-③モニタリング（方針の評価と見直し）

	目標	実施状況	目的達成状況	今後の対応方針
1	.....	.....	達成した。	
2	.....	.....	達成できていない。	引き続き.....
3	—	—	—	新たに..... .....が必要

【参考】モニタリング結果と、モニタリング後の支援計画と役割分担の関係性

	課題	目標	何を・どのように	担当者	期日
1	○				
2	○				17

# 演習の準備をお願いします。

- 関係者が一堂に会して、情報の共有と、それぞれの役割の認識、実行及びモニタリングに関して合意形成する地域ケア会議の開催をすることになりました。

地域ケア会議(ケース検討会)アセスメントシートをグループ内で意見交換しながら、作成していただきますので、その進行役と記録役を決めてください。

# 地域ケア会議(ケース検討会) アセスメントシートの作成

## ワーク① アセスメント(因子分析) 25分

先ほど読み上げた相談事例と利用者基本情報、居宅サービス計画書をもとに、アセスメントシートに「個人的因子」、「環境的因子」、「経済的因子」に分類して情報の整理をしてみましょう。課題のみではなく、本人と家族、本人と地域、家族と地域の関係性にも着目しつつ強み(ストレングス)についても把握していきましょう。

- ・個人ワーク10分、グループ内意見交換15分

※単にどのサービスを当てはめるかという短絡的な発想ではなく、状況を分析的にとらえた上で、具体的な支援策を検討するという視点と思考経過が求められるので、このようなワークを設定したことをご理解願いたい。

**【演習】 地域ケア会議(ケース検討会)アセスメントシート(例)**

				独	高	他
氏名	Aさん (80歳)		女	住所		
要介護度	要介護1	有効期限		(検討テーマ) スーパーでお金を支払わずに品物を持ち帰る認知症高齢者への対応		
<b>個人因子</b> 健康状態やADL・IADL、のポイント  (生活支障をきたす要因に対する因子及び本人の持つ強み＝ストレングス)			普段の体調(水・栄養・運動・排便):  疾患・服薬、通院: 認知症  その他			
			ADL・IADL: 金銭管理が難しい、買物には行くがお金の支払を忘れることあり。  その他:			
<b>環境因子</b> (生活支障をきたす要因に対する因子及びサポート因子)			家族環境: 火曜と木曜は日中独居  住環境  近隣との関係その他: スーパーからは出入り禁止と言われている。			
<b>経済的環境</b> (本人及び家族)			本人の状況: 厚生年金、訪問販売のローンが残っている。通帳管理は次男が行い、適宜Aさんの財布に補充。 家族の状況			

# 作成したシートについて情報交換 してみましよう

- さて、地域ケア会議ケース検討会アセスメントシートを作成できました。
- ここで、となり近所のグループがどのようなシートを作ったのか、お互いにみてみましょう。
- 進行役と記録役になっている方が、隣のチームに作成したシートを持って移動し、介入チームの編成部分と支援計画部分を5分程度説明した後、意見交換を5分程度してもらいます。
- 感想をインタビューしますのでご協力ください。

## 地域ケア会議(ケース検討会)

### 支援計画と役割分担の想定

#### ワーク② 支援計画と役割分担の作成 25分

整理された課題をもとに地域ケア会議の準備に入ります。介入チームのメンバーを検討し、支援計画原案を包括支援センター内で組織合意を図りながら作成します。

# 支援計画と役割分担の想定

	課題	目標	何を・どのように	担当者	期日

作成したシートについて  
情報交換してみましよう

# 地域包括ケア推進事業取組報告

---

memo



地域包括ケア推進事業取組報告

---

# 「北九州市における 地域包括ケア推進事業の取り組み」

北九州市保健福祉局地域支援部  
いのちをつなぐネットワーク推進課 花井さくら

平成23年9月13日（火）

# 北九州市とは...

---



## <概要>

- 人口 97万4780人 (H23.8.1)
- 世帯 42万3776世帯 (H23.8.1)
- 高齢化率 24.9% (H23.3.31)
- 介護認定率 21.4% (H23.3.31)
- 介護サービス利用者 3万9286人  
(H23.3.31)
- 介護保険料 4,450円 (H21~H23)

# - 報告 -

---

- 1 地域包括支援センター等機能強化事業  
「地域包括支援  
ネットワーク強化推進事業」
- 2 地域の実情に応じた事業  
「介護予防ケアプランとホーム  
ヘルプサービスの生活機能  
向上促進モデル推進事業」

# 1 地域包括支援センター等機能強化事業

---

## 「地域包括支援

## ネットワーク強化推進事業」

- |        |        |        |
|--------|--------|--------|
| ・ 事業目的 | ・ 事業概要 | ・ 実施内容 |
| ・ 工夫点  | ・ 事業効果 | ・ 課題   |

# 1 地域包括支援センター等機能強化事業 「地域包括支援ネットワーク強化推進事業」

---

## (1) 事業目的

- 地域包括支援センターがNPO法人等の地域の市民団体と意見交換を行い、高齢者を包括的に支援する社会資源の情報を収集、整理、データ化することで、地域包括ネットワークの強化を図る。

# 1 地域包括支援センター等機能強化事業 「地域包括支援ネットワーク強化推進事業」

---

## (2) 事業概要

- ア 地域包括支援センターとNPO法人等の市民団体と地域包括ケアに関する意見交換や情報交換を行う。
- イ 高齢者を包括的に支援する社会資源を集約した冊子を作成する。
- ウ 地域の関係機関に作成した冊子を周知し、社会資源として活用する。

- 1 地域包括支援センター等機能強化事業  
「地域包括支援ネットワーク強化推進事業」
- 

### (3) 実施内容

#### ア スケジュール

市民団体等との意見交換会① (10/8)

NPO法人等の意見交換会 (11/16)

市民団体等との意見交換会② (12/24)

市民団体等との意見交換会③ (1/26)

冊子作成 (3月末)

イ 経費：24万円

- 1 地域包括支援センター等機能強化事業  
「地域包括支援ネットワーク強化推進事業」
- 

### (3) 実施内容

- ウ 意見交換会メンバー
- ・学識経験者
  - ・障害者団体の代表
  - ・NPO法人の代表
  - ・市民団体の代表
  - ・民間企業の代表
  - ・地域包括支援センター職員 他

# 1 地域包括支援センター等機能強化事業 「地域包括支援ネットワーク強化推進事業」

## (3) 実施内容

### 工 作成した冊子

#### 1 福祉有償運送の特徴

ご利用の際は、『特約』をよく知っておいてください。

- 公共交通機関の利用が難しく一人での外出が困難ななどの支援を目的としています。そのため、以下のような場合、申し込みを断りすることがあります。
  - 公共交通機関やタクシー等の交通手段の利用が可能な場合
  - 理由が「安い」だけの申し込みの場合
  - その他、実施団体の利用要件に該当しない場合  
(事業者別に利用要件があります)
- 利用申込者の状況に合わせて支援するため、原則、回数までとの取り決めはありません。まずは、『困っている』状況をご相談ください。
- 基本的にボランティア活動の一環としての送迎であるため、営利には当たらない実費程度の費用をいただいています。そのため、利用する団体によっては「回数料金」や「待機料金」「その他(介助料、添乗料、ストレッチャー、重い使用料等)」の費用をいただく場合があります。
- 運転手は基本的にボランティアであるため、団体や依頼した日時によっては、運転手が確保できず対応できないことがあります。

#### 2 他の輸送事業との比較

対象の条件	福祉有償運送	介護タクシー	一般タクシー
利用目的 (依頼者)	単独では公共交通機関を利用することが困難な身体障害者、要介護者、要支援者、その他(手帳等の有無に関わらず、肢体不自由、内臓障害、知的障害、精神障害その他の障害を有する者)	要介護認定者(要介護1以上)の方で、乗降に介助を必要とする方) *要支援の方は、利用できません *ケアマネジャーへの相談が必要です	条件なし
利用料の手続き (依頼者)	実施団体の会員登録が必要 *会員登録が必要なお金が必要などから、緊急利用への対応はできません。	ケアプラン上の位置づけが必要	なし
乗車料	一部を除いてあり(実施団体によって金額が異なります)	なし	なし
乗車時間	距離制、時間制など 実施団体によって金額が異なります	介護保険制度の規程による自己負担及び事業者による送迎運賃	国土交通大臣の認可運賃でのメーター制によるもの
実施団体	ボランティアや非営利活動の実施団体	運送事業の許可を持つ介護保険事業者	タクシー事業者

< 高齢者相談窓口：地域包括支援センター >

窓口	担当地域の自治体(小中学校)	電話番号	窓口	担当地域の自治体(小中学校)	電話番号
門野1	伊川、大塚、白根、柳井田、野上(小中学校)	0120-049233	若狭1	野崎、小池、徳多保、深沢、大野、野上(小中学校)	0120-192133
門野2	田原清、湯が丘、小倉江東、大塚、野上(小中学校)	0120-268233	若狭2	藤巻、豆川、梅生田、真流、大野、野上(小中学校)	0120-259133
門野3	大塚江田、大塚西郷、大塚東郷、大塚東、野上(小中学校)	0120-309233	小倉南1	野崎、梅沢、藤巻、藤巻(小中学校)	0120-719133
小倉北1	大塚、野上(小中学校)	0120-073633	小倉南2	大塚、野上、藤巻、野上(小中学校)	0120-895133
小倉北2	大塚、野上(小中学校)	0120-127033	小倉南3	野崎、藤巻、藤巻、野上(小中学校)	0120-379733
小倉北3	大塚、野上(小中学校)	0120-259033	小倉南4	大塚、大塚西、大塚東、大塚(小中学校)	0120-512733
小倉北4	大塚、野上(小中学校)	0120-863033	小倉南5	野山、大塚、野上、大塚、大塚(小中学校)	0120-618733
小倉南1	大塚、野上(小中学校)	0120-349433	小倉南6	野崎、藤巻(小中学校)	0120-729733
小倉南2	大塚、野上(小中学校)	0120-794433	小倉南7	大塚、野上、藤巻、野上(小中学校)	0120-059833
小倉南3	大塚、野上(小中学校)	0120-863433	小倉南8	野崎、藤巻、藤巻、野上(小中学校)	0120-139833
小倉南4	大塚、野上(小中学校)	0120-086533	戸塚	野崎、藤巻(小中学校)	0120-209833
小倉南5	大塚、野上(小中学校)	0120-189633	戸塚2	野崎、藤巻(小中学校)	0120-189633

\* 高齢者相談窓口及び障害者相談窓口では、情報の状況に応じて、事業者の実施団体を紹介いたします。緊急時の利用可否の情報は、実施団体が行います。

## 福祉有償運送のご案内

福祉有償運送は、非営利活動法人(NPO)や社会福祉法人等が、心身の状態により一人では移動及び公共交通機関の利用が難しい方を対象に行う、非営利の送迎サービスです。

### 必要な方に

必要なサービスを提供するために  
福祉有償運送の特徴を十分に知っていただくなど  
皆様のご理解とご協力が必要です。

北九州市 保健福祉局

# 1 地域包括支援センター等機能強化事業 「地域包括支援ネットワーク強化推進事業」

---

## (4) 工夫点

- ・ 市民ボランティアやNPO法人等の活動から得られた社会資源の情報を基に意見交換を行った。
- ・ 地域包括支援センターが日常業務から感じている問題点について、NPO法人や市民団体等と一緒に検討する場とした。

# 1 地域包括支援センター等機能強化事業 「地域包括支援ネットワーク強化推進事業」

---

## (5) 事業効果

- ・ NPO法人、市民団体等や地域包括支援センターがそれぞれの立場で同じ問題について現状と課題を共有する必要性を再確認することができた。
- ・ これまで使用していた冊子に加え、一般市民にも広く周知できる冊子を作成し、地域包括支援センターや区役所で、より情報提供できるようになった。

●市民団体、  
NPO法人等の意向

- ・提供するサービスについて、紹介窓口となる地域包括支援センター等の関係機関に正しい情報を把握してもらいたい。
- ・市民に正しい情報を周知したい。

●地域包括支援センターの意向

- ・市民からの移動に関する相談に対応する際に必要な市内の市民団体やNPO法人の活動状況を把握しきれていない。
- ・市民が選択しやすい情報紙を希望。

意見交換  
課題の共有

既存の「福祉有償運送」事業の更なる活用、  
相談窓口対応及び市民周知用の冊子の作成を行う

# 1 地域包括支援センター等機能強化事業 「地域包括支援ネットワーク強化推進事業」

---

## (6) 課題

- ・今回作成した冊子について、より市民に周知する為の設置場所等について、NPO法人や市民団体、医療機関等、窓口を増やし、地域包括支援ネットワークを強化していく必要がある。

## 2 地域の実情に応じた事業

---

# 「介護予防ケアプランとホームヘルプサービスの生活機能向上促進モデル推進事業」

- ・ 事業目的
- ・ 事業概要
- ・ 事業効果
- ・ 課題

## 2 地域の実情に応じた事業 「介護予防ケアプランとホームヘルプサービスの 生活機能向上促進モデル推進事業」

---

### (1) 事業目的

- ・ 介護予防の推進をめざし、要支援レベルの在宅高齢者に生活機能向上プログラムを提供し、その効果を検証する。

2 地域の実情に応じた事業  
「介護予防ケアプランとホームヘルプサービスの  
生活機能向上促進モデル推進事業」

---

## (2) 生活機能向上プログラムとは

- ・生活機能の向上をめざし、高齢者自身が取り組むためのプログラム

媒体＞ア ヘルパーの介護予防活動記録  
イ 私の介護記録  
ウ 介護予防体操  
エ ヘルパー介入時のエクササイズ 等

◆木村（京都府立医科大学保健看護研究科 教授）、  
村井（石川県立高松病院作業療法科 主任専門員）、  
田中（NPO法人地域保健研究会会長）による検討会で作成された

# ア ヘルパーの介護予防活動記録

ヘルパーの介護予防活動記録（週1回記録）

介入	回目	ID番号:	名前:	(日付: 月 日)
活動内容	実行 ※1	おもな支援内容 (※2)		実施しなかった 場合の理由・備考
体調確認		<input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 気がかり 有 ( )・無 ( )		
本人記録チェック・回収		<input type="checkbox"/> 未記入 有 ( )・無 ( )		
導入 エクササイズ (したものに✓)		<input type="checkbox"/> 握手 <input type="checkbox"/> 肩さわり <input type="checkbox"/> 体ほぐし (両手脱力) <input type="checkbox"/> 指回し合わせ <input type="checkbox"/> あっち向いてホイ <input type="checkbox"/> タオル引き合い <input type="checkbox"/> 紙ボール当て <input type="checkbox"/> その他 ( )		
持久力の体操		<input type="checkbox"/> その場歩き <input type="checkbox"/> 膝上げ <input type="checkbox"/> 上体ひねり <input type="checkbox"/> 片足グーパー <input type="checkbox"/> アキレス伸ばし <input type="checkbox"/> その他 ( )		
体操 筋力トレーニングの体操 (したものに✓)		<input type="checkbox"/> 膝のばし <input type="checkbox"/> 立ち上り <input type="checkbox"/> 膝上げタッチ <input type="checkbox"/> お尻浮かせ <input type="checkbox"/> 後ろ足上げ <input type="checkbox"/> 手・足上げ <input type="checkbox"/> つま先立ち <input type="checkbox"/> 片足斜め上げ		
セルフケア体操の確認指導 (本人記録または聞き取りから)		<input type="checkbox"/> お目覚め体操 実施回数 ( ) 回/指導 有・無 <input type="checkbox"/> 元気度アップ体操 実施回数 ( ) 回/指導 有・無 <input type="checkbox"/> おやすみ体操 実施回数 ( ) 回/指導 有・無		
生活能力向上 心身機能改善の レクリエーション (本人記録または聞き取りから)		<input type="checkbox"/> スリッパリレー <input type="checkbox"/> キャッチボール <input type="checkbox"/> ゴム輪くぐり <input type="checkbox"/> 指・指合わせ <input type="checkbox"/> タオル取り <input type="checkbox"/> 割り箸つかみ <input type="checkbox"/> リボン引き <input type="checkbox"/> その他 ( )		
生活行為向上の工夫		<input type="checkbox"/> 道具の活用 ( ) <input type="checkbox"/> 作業の工夫 ( )		
手作業 (巧緻性・協調性) (したものに✓)		<input type="checkbox"/> 写経 <input type="checkbox"/> 塗り絵 <input type="checkbox"/> 編みもの <input type="checkbox"/> スティック工作 <input type="checkbox"/> 刺し子 <input type="checkbox"/> ネット手芸 <input type="checkbox"/> アンデルセン <input type="checkbox"/> その他 ( )		
染出しテスト (初回・最終回)		初回 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> やや悪い / 最終回 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> やや悪化		
歯磨き確認 (本人記録または聞き取りから)		実施回数 ( ) 回/週 (そのうち夜 ( ) 回/週)		
ことばの体操・健口体操		<input type="checkbox"/> ことば体操 <input type="checkbox"/> 健口体操 <input type="checkbox"/> 舌体操		
唾液腺マッサージ (本人記録または聞き取りから)		実施回数 週 回 / 唾液分泌 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> やや <input type="checkbox"/> 悪		
むせ・咳・摂食の状況確認		むせ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / 咳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / 摂食 <input type="checkbox"/> 3食 <input type="checkbox"/> 2食		
服薬確認・受診の確認		受診 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / 服薬忘れ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
睡眠・排泄状況確認		眠剤 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 無 / 便秘 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
前回からの変化・総合判断 (専門職の同行指導やアドバイスの要否など)				

※1 実行した:○ 実行しない:×

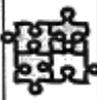
※2 支援内容は該当するものに✓

ヘルパー氏名 ( )

# イ 私の活動記録

私の活動記録(実施したら○をつけましょう)

氏名:

日付 	朝				昼						夜						外出・用件 (デイ・受診・旅行・その他)												
	お目覚め体操		口腔		元気度アップ体操 (ポスター参照)			エクササイズ		手工芸	おやすみ体操																		
	布団の中										起きてから		お風呂で		椅子で			布団で											
	背のび	足首曲げ伸ばし	膝曲げ伸ばし	手首ブラブラ・グツパー	首曲げ	歯磨き・歯ぐきや 口の中洗い・舌洗い	舌体操	唾液腺マッサージ	言葉の体操	足首・足踏みメニュー	膝・脚メニュー	手・腕・肩メニュー	腰・背中メニュー	五円玉打ち	指折り・指ゆび合わせ	その他		( ) 	正座・あぐら	足指もみ・足伸ばし	手のグツパ	足首(かかとつま先)	タオルギャザー	飛行機(腹ばいで手足広げ)	自転車こぎ	膝かかえ			
月/日					朝・夜	朝・夜	朝・夜	朝・夜																					有・無
月/日					朝・夜	朝・夜	朝・夜	朝・夜																					有・無
月/日					朝・夜	朝・夜	朝・夜	朝・夜																					有・無
月/日					朝・夜	朝・夜	朝・夜	朝・夜																					有・無
月/日					朝・夜	朝・夜	朝・夜	朝・夜																					有・無
月/日					朝・夜	朝・夜	朝・夜	朝・夜																					有・無
月/日					朝・夜	朝・夜	朝・夜	朝・夜																					有・無

手工芸：写経・塗り絵・アンデルセン・編み物・刺し子・ステック工作・ネット手芸・その他

※外出・用件は半日以上の場合に記入して下さい。

# 介護予防：錆をとって動けるからだづくり

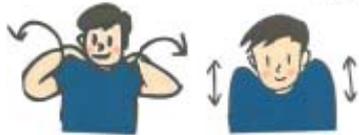
まず最初に

## 上肢機能

肩・首・腕・手首・指

肩回し

肩の上下



肩のストレッチ



首のレジスタンストレーニング



タオル体操



虫さん運動



指合わせ



ペットボトルで肘曲げ/腕伸ばし



グーパー・指・指・バー



## 下肢機能

膝・股関節・腰・大腿・下腿

膝の曲げ伸ばし・膝倒し



膝回し



膝伸ばし



膝をあげて足首運動



股わりと腰伸ばし



脚上げ



足指を掴んでアキレス伸ばし



スクワット



## 転倒予防

転ばない姿勢づくり・からだづくり

大殿筋の引き締め・お腹のへこまし

片脚バランス



足指でタオルギャザー



その他：大腿部の運動や各種バランス運動  
(スクワット・膝伸ばし・脚上げ・フラミンゴ体操)

## 持久力

足踏み体操



## 2 地域の実情に応じた事業 「介護予防ケアプランとホームヘルプサービスの 生活機能向上促進モデル推進事業」

---

### (3) 事業概要

- ア 対象者の選定
- イ ケアプラン会議の開始
- ウ ヘルパーによる  
生活機能向上プログラムの提供
- エ 事前・事後評価
- オ 分析
- カ 準備作業  
生活機能向上学習会、説明会、  
対象者への説明・同意確認

## 2 地域の実情に応じた事業 「介護予防ケアプランとホームヘルプサービスの 生活機能向上促進モデル推進事業」

---

### ア 対象者の選定

介入群：25名、非介入群25名 計50名

- ・ 要支援1もしくは要支援2
- ・ 地域包括支援センター受持ちケース
- ・ モデル事業委託先の受持ちケース

\*平成21年度の「厚生労働省老人保健健康増進等研究」の基礎データを基に委託、選定

## 2 地域の実情に応じた事業 「介護予防ケアプランとホームヘルプサービスの 生活機能向上促進モデル推進事業」

---

### イ ケアプラン会議の開催

- ・ 参加者：介入群の受持ちケアマネジャー  
介入群の受持ちサービス提供責任者  
事前体力測定の測定者  
司会者、記録者
- ・ 会議内容：①介護予防ケアプランへの「生活機能向上プログラム」の導入  
②目標の設定  
③運動プログラムの提案

2 地域の実情に応じた事業  
「介護予防ケアプランとホームヘルプサービスの  
生活機能向上促進モデル推進事業」

---

ウ ヘルパーによる  
生活機能向上プログラムの提供

- ・ 期間：3ヶ月間
- ・ 回数：週1回/30分間
- ・ 内容：①訪問介護時にヘルパーと一緒に行う  
機能向上運動プログラムの実施  
②利用者がセルフケアとして実施した  
運動プログラムの聞き取り

## 2 地域の実情に応じた事業 「介護予防ケアプランとホームヘルプサービスの 生活機能向上促進モデル推進事業」

---

### Ⅰ 事前・事後評価

- ・ 対象者：介入群 23名、非介入群 26名
- ・ 内容：身体計測、体力測定（握力、脚筋力、  
関節可動域、10m歩行、垂直跳び）、  
日常生活状況の確認、痛み等
- ・ 測定者：理学療法士、作業療法士等
  - \*受け持ちケアマネジャー及びサービス提供責任  
者が立会って実施

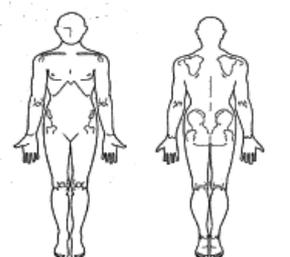
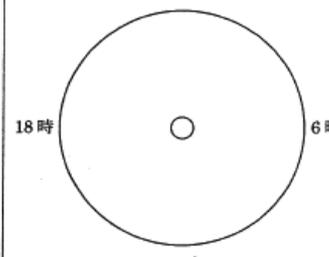
# ・ 体力測定結果記録票（事前・事後）

資料 9

平成 22 年 8 月 日

## 体力測定結果記録票

### 事前

氏名				性別	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭 年 月 日			ID	
形態測定	身長 cm	体重 kg	BMI	★ 筋厚 (後日出力)	
	血圧 / mmHg	脈拍 /分	不整脈 有 ・ 無	★ 筋量 (後日出力)	
	関節可動域			★ 身体活動量 (後日出力)	
運動機能	★ 握力 (村井班から転記) (右 kg) (左 kg)		★ ピンチ力 (村井班から転記) (右 kg) (左 kg)		
	関節可動域 cm		垂直跳び cm		
	ファンクショナルリーチ 前 cm		開眼片足立ち 1回目 ( 秒) 2回目 ( 秒)		
	長座位体前屈 ( cm)		ステッピング ( 回/20 秒)		
	10m歩行 (普通歩き 秒) (早歩き 秒)				
	脚筋力 (右 kg) (左 kg)		舌圧		
その他	痛みの箇所と程度 痛いところに印をつけ、該当の数字を記入 (①非常に痛い ②痛い ③少し痛い)			平均的な1日の過ごし方 24時	
					

★印の項目は多項目につき、後日パソコンより出力した表を添える。

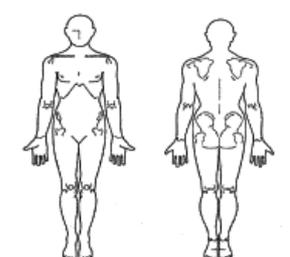
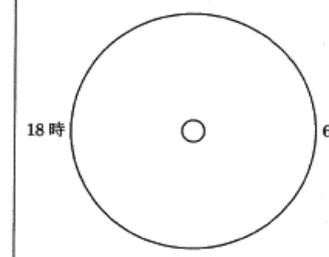
測定が済んだら★印に✓を付けてください。

★印の項目は村井班測定時に転記してください。

平成 22 年 月 日

## 体力測定結果記録票

### 事後

氏名				性別	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭 年 月 日			ID	
形態測定	身長 cm	体重 kg	BMI	★ 筋厚 (後日出力)	
	血圧 / mmHg	脈拍 /分	不整脈 有 ・ 無	★ 筋量 (後日出力)	
	関節可動域			★ 身体活動量 (後日出力)	
運動機能	★ 握力 (村井班から転記) (右 kg) (左 kg)		★ ピンチ力 (村井班から転記) (右 kg) (左 kg)		
	関節可動域 cm		垂直跳び cm		
	ファンクショナルリーチ 前 cm		開眼片足立ち 1回目 ( 秒) 2回目 ( 秒)		
	長座位体前屈 ( cm)		ステッピング ( 回/20 秒)		
	10m歩行 (普通歩き 秒) (早歩き 秒)				
	脚筋力 (右 kg) (左 kg)		舌圧		
その他	痛みの箇所と程度 痛いところに印をつけ、該当の数字を記入 (①非常に痛い ②痛い ③少し痛い)			平均的な1日の過ごし方 24時	
					

★印の項目は多項目につき、後日パソコンより出力した表を添える。

測定が済んだら★印に✓を付けてください。

★印の項目は村井班測定時に転記してください。

## 2 地域の実情に応じた事業 「介護予防ケアプランとホームヘルプサービスの 生活機能向上促進モデル推進事業」

---

### オ 分析（NPO法人 地域保健研究会に協力依頼）

平成21年度老人保健健康増進等事業補助金による研究事業として、北九州市において、要支援者の家事遂行能力調査や介護度悪化者の要因調査等を行ったが、対象者のうち同社の訪問介護サービス利用者が大半を占めていたため、今回その既存データが活用できること、およびこのモデル事業が当研究会の介護予防推進活動の重点課題と一致していることから、会員研究職有志等のボランティア参加の協力を得て、当NPOの自主研究事業として分析。

## 2 地域の実情に応じた事業 「介護予防ケアプランとホームヘルプサービスの 生活機能向上促進モデル推進事業」

---

### カ 準備作業

- ・ 生活機能向上学習会  
サービス提供責任者を対象とした事前研修の開催
- ・ 説明会  
ケアマネジャーを対象とした事業説明の開催
- ・ 対象者への説明、同意確認  
ヘルパーもしくはケアマネジャーによる説明

## 2 地域の実情に応じた事業 「介護予防ケアプランとホームヘルプサービスの 生活機能向上促進モデル推進事業」

---

### (4) 事業効果

- ア 身体機能、体力及び活動意欲が改善した
- イ 一定の身体活動量を維持できた
- ウ 高齢者が自ら実践することができた
- エ 対象者自身が改善を実感できた
- オ 提供者が介護予防の実務を習得でき、  
介護予防に関わる意義を再認識できた

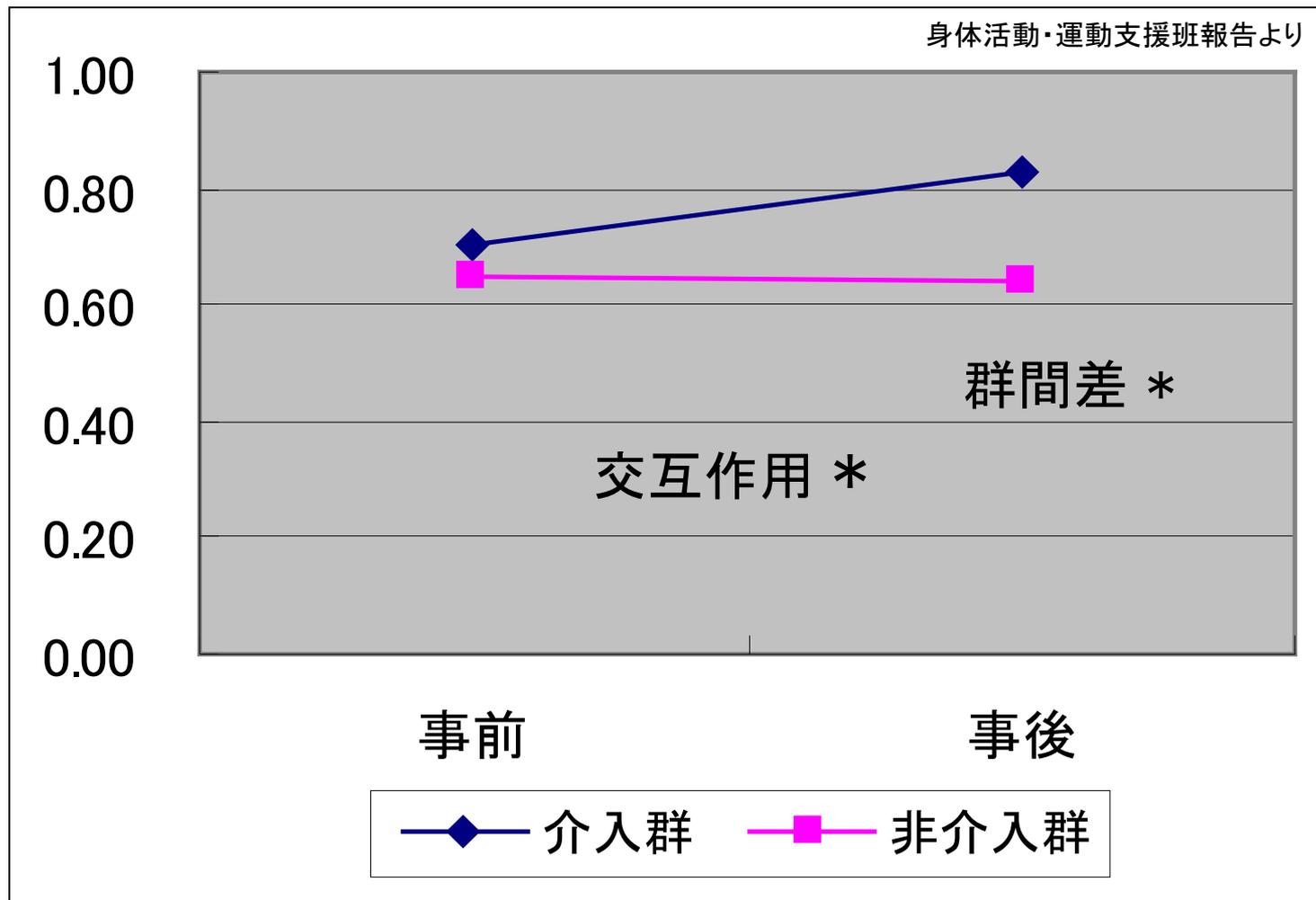
## 2 地域の実情に応じた事業 「介護予防ケアプランとホームヘルプサービスの 生活機能向上促進モデル推進事業」

---

### ア 身体機能、体力及び活動意欲が改善

- ・ 週1回、3ヶ月間の生活機能向上プログラムの導入により、介入群対象者の身体機能、体力及び活動意欲などが改善し、家事遂行能力が向上した。
- ・ 非介入群対象者の身体機能、体力、家事遂行能力は、維持、低下が多かった。

## ■ 10m通常歩行速度 (m/秒) による効果測定



- ・ 3ヶ月後に介入群は有意な改善を示したのに対し、非介入群は変化を示さなかった。

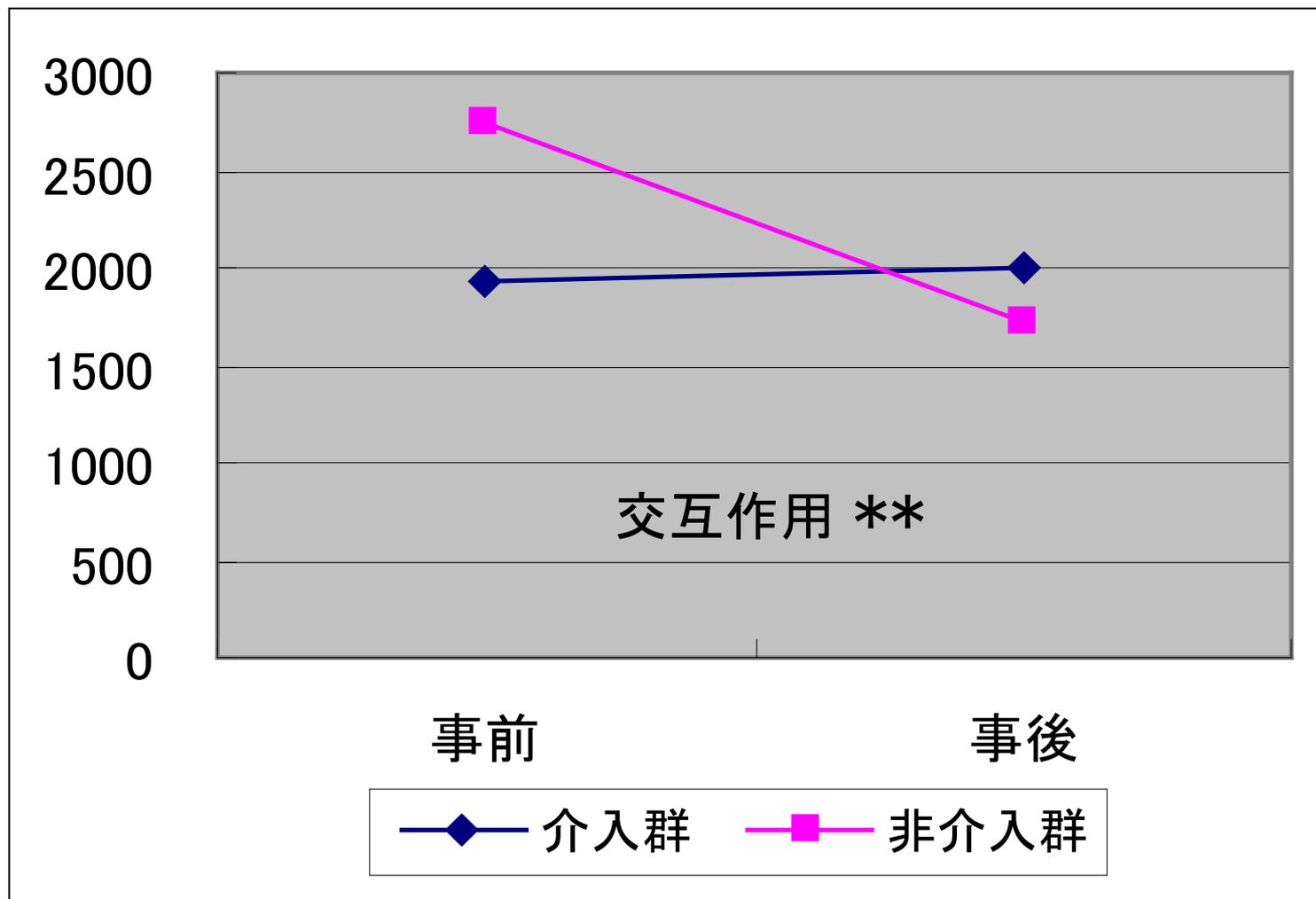
## 2 地域の実情に応じた事業 「介護予防ケアプランとホームヘルプサービスの 生活機能向上促進モデル推進事業」

---

### イ 一定の身体活動量を維持できた

- ・生活機能向上プログラムの介入時期は、例年より気温が低かったが、介入群対象者では、一定の身体活動量を維持することができていた。
- ・非介入群対象者には、運動量の低下が見られた。

## ■加速度計による身体活動量〔歩数(歩/日)〕測定



- ・ 介入群では殆ど変化しなかったのに対し、非介入群では有意な低下(約1000歩)を示した

## 2 地域の実情に応じた事業 「介護予防ケアプランとホームヘルプサービスの 生活機能向上促進モデル推進事業」

---

### ウ 高齢者が自ら実践することができた

- ・生活機能向上プログラム自体が、訪問介護サービスの際に実施する介護予防メニューとして安全（低強度）であり、高齢者の日常生活に取り入れやすいものであった。
- ・高齢者自身が日常生活の一部として、継続して実践することができた。

## 2 地域の実情に応じた事業

「介護予防ケアプランとホームヘルプサービスの生活機能向上促進モデル推進事業」

---

### エ 対象者自身が改善を実感できた

- ・ 介入群対象者の多くが、歩行時の行動が早くなったことなどを自覚することができた。
- ・ 事前測定時には消極的な言動のあった対象者が、事後測定時には「ええ検査してもらって良かった」「自分のことが良く分かった」などの発言もあり、表情も明るくなった。

## 2 地域の実情に応じた事業

「介護予防ケアプランとホームヘルプサービスの  
生活機能向上促進モデル推進事業」

---

オ 提供者が介護予防の実務を習得でき、  
介護予防に関わる意義を再認識できた

- ・ 介入群対象者へ生活機能向上プログラムを提供したヘルパーやケアマネジャーが、本来の自立支援のあり方や具体的な知識、実務を習得でき、介護予防に関わる意義を再確認することができた。

## 2 地域の実情に応じた事業 「介護予防ケアプランとホームヘルプサービスの 生活機能向上促進モデル推進事業」

---

### (5) 課題

- ・モデル事業終了後、ケアマネジャーやヘルパーによる声かけは継続して実施されているが、高齢者の主体的な生活機能向上プログラムの実践継続ができるかが課題となる。

センター長の  
各種マネジメント能力の向上

---

memo

# 地域包括支援センターにおける 各種マネジメント

# I マネジメントとは

## ○マネジメントとは

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

**\* 目的(ビジョン) = 顧客ニーズに応えること**

- ・効率的・確実的に組織を運営する機能

## ○マネジメントを機能させるには

### 1、目的&目標を決める

- ・長期ビジョンの提示
- ・短期・中期計画・長期計画や予算の立案

### 2、目的を達成するための人的ネットワークを築く

- ・ビジョンの伝達によるメンバーの統合
- ・組織構造の設計と人員配置

### 3、築いたネットワークが目的を達成出来るように手を打つ

- ・メンバーの動機づけ
- ・予算や実績管理を行い、問題解決を図る

# Ⅱ 地域包括支援センターにおける マネジメントとは

# 1. 地域包括支援センターの目的

地域包括支援センターの目的＝地域包括ケアの実現

## 地域包括ケアとは

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

地域包括ケアを支える中核拠点としての役割

# 地域包括支援センターにおけるマネジメント

## ①組織内のマネジメント

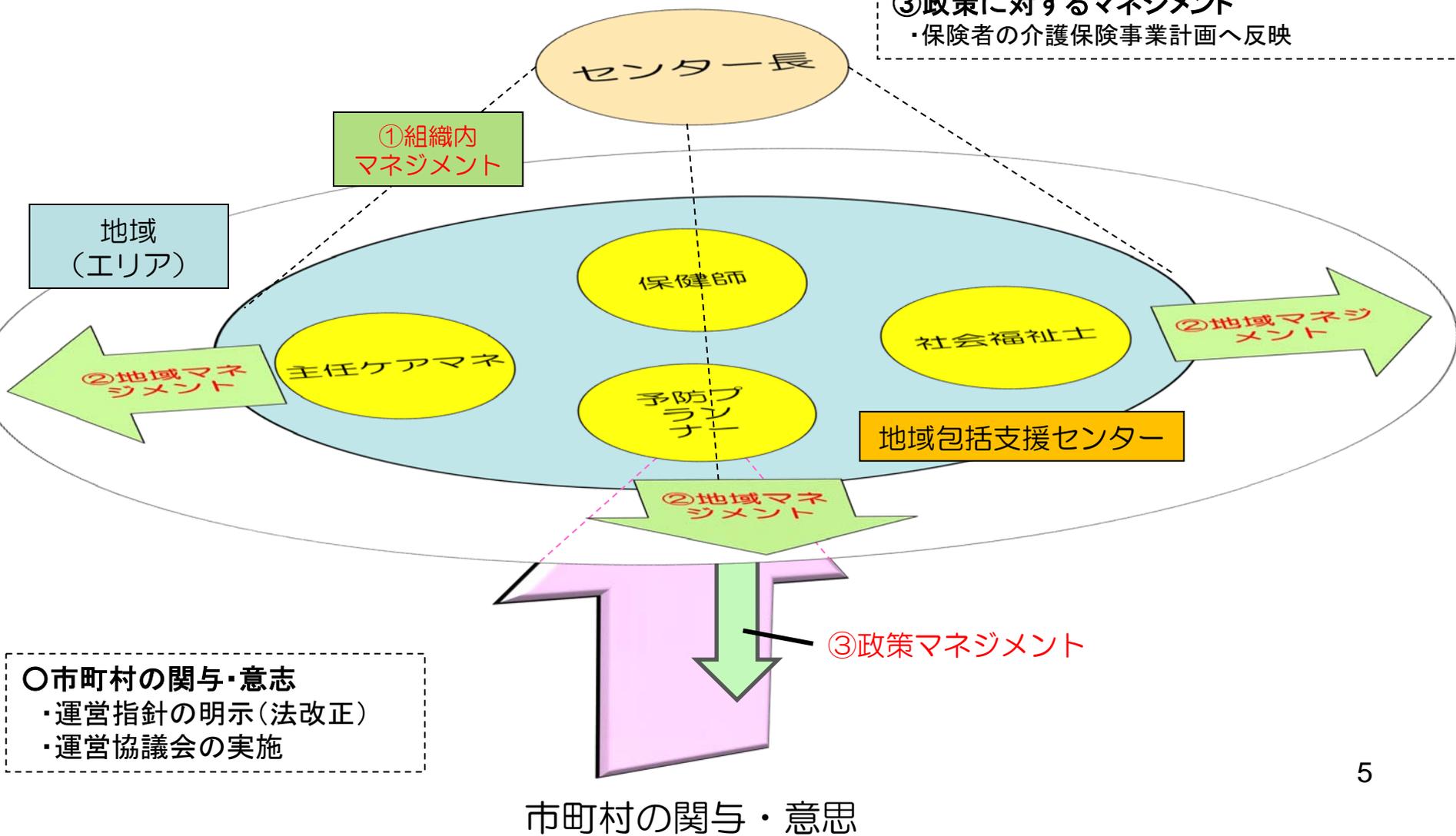
- ・具体的な業務の決定、人材育成等

## ②地域に対するマネジメント

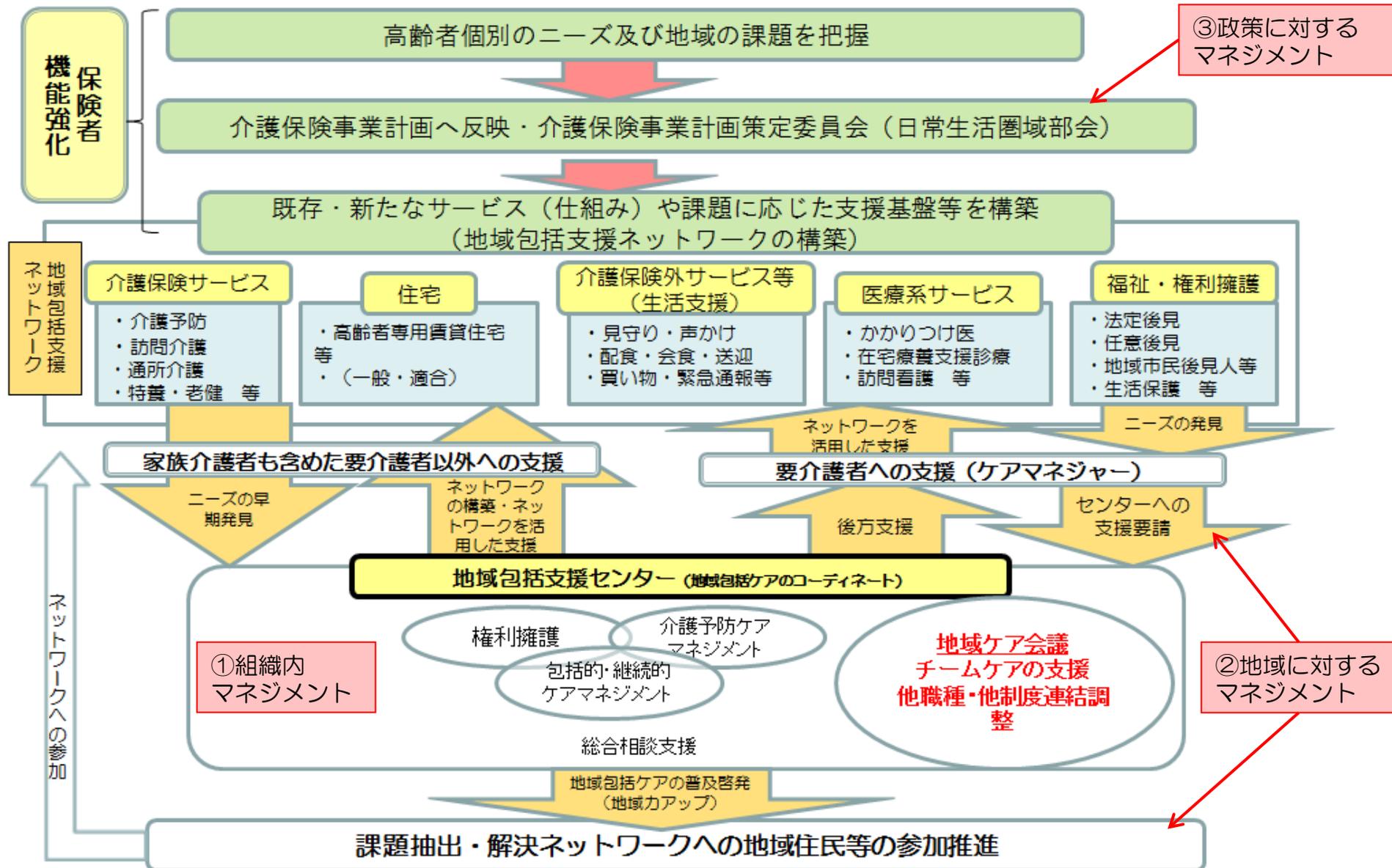
- ・自立支援の推進と地域資源のネットワークの構築（チームマネジメント）  
→そのためのメソッドとして、地域ケア会議

## ③政策に対するマネジメント

- ・保険者の介護保険事業計画へ反映



# 地域包括ケアシステムの構築



円滑に進めていくためには、マネジメントが必要！

# 1 (ニーズ)の把握 生活圏域の課題①

## ニーズ調査項目(必須事項)

- ・世帯構成(独居高齢者、高齢者のみの世帯)
- ・認知症関係
- ・所得レベル
- ・住まい関係
- ・予防
- ・早期対応(ADL・IADLの状況)(孤立者等の早期発見)  
(生活援助と生活行為の向上)
- ・疾病状況等

## 2 (ニーズ)の把握 生活圏域の課題②

### 声にならない生活課題(ニーズ)の把握

- ・地域アセスメントにより、潜在的ニーズを持つ世帯を確認し地域包括支援センターの専門職がアウトリーチを実施
- ・地域住民からの情報を集約し、地域包括支援センターの専門職がアウトリーチを実施
- ・近隣住民等による見守りや声掛けからの情報を入手し地域包括支援センターの専門職がアウトリーチを実施
- ・総合相談からの課題やニーズの分析

### 3 (ニーズ)把握 フォーマルな関係機関

- ・行政的ニーズの把握
  - ・専門職、機関のニーズ把握  
民生委員、介護支援専門員、PSW、MSW、  
かかりつけ医、司法関係者
- 介護サービス事業者、  
医療機関(医師会、歯科医師会、薬剤師会)  
社会福祉協議会、警察署、消防署など、

## ニーズ把握について(まとめ)

- ・行政的ニーズ把握
- ・専門職によるニーズ把握
- ・地域住民によるニーズ把握

これら3つを独立・分断して考えないことが大事。

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

## 生活圏域の課題(ニーズ)への対応



### ○組織内部に対するマネジメント

(地域包括支援センター内部)

### ○地域に対するマネジメント

(地域の介護サービス事業所、医療サービス、警察、民生委員、  
インフォーマルサービス等)

### ○政策に対するマネジメント

保険者(市町村)の介護保険事業計画に反映

マネジメントを通じて、地域の課題に対する共通認識を持ち、目的を共有化する。

## 2. 目的を達成させるためのマネジメント

### ①組織（職場）内部に対するマネジメント

- 1 センターの目的と基本視点について職員間で共通認識を持てるようにする。
- 2 所属法人にセンターの取り組みを理解してもらえるように働きかける。
- 3 業務内容に関して職員間で共通理解ができるようにする。
- 4 チームアプローチができるように業務を進める。
- 5 係わる事例のスクリーニングをチームとして行えるようにする。
- 6 スクリーニングの段階で緊急対応の必要性を判断する。
- 7 本人等についての情報を職員間で共有する。
- 8 情報の取り扱いルールを確立する。
- 9 チームで担当しているケースの検討を行う。
- 10 地域の現状と課題についてチームとして検討する。
- 11 必要に応じてスーパービジョンを行う。
- 12 必要に応じて専門職によるコンサルテーションの場を設ける。
- 13 必要に応じて外部の研修に参加できるようにする。
- 14 働きやすい職場環境づくりに取り組む。
- 15 リスクの周知とリスク管理に取り組む。
- 16 年間事業計画を立てて、センター業務を計画的に進める。
- 17 定期的もしくは随時、組織の取り組みについて評価を行う。
- 18 職員の人材育成を行う。

## ①組織（職場）内部に対するマネジメント 事例1

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

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

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

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

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

## ①組織（職場）内部に対するマネジメント 事例2

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

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

## ①組織（職場）内部に対するマネジメント事例3

**9 チームで担当しているケースの検討を行なう。**

**10 地域の現状と課題についてチームとして検討する。**

**13 必要に応じて外部の研修に参加できるようにする。**

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

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

## 2. 目的を達成させるためのマネジメント

### ②地域に対するマネジメント

- 1 地域住民のニーズを把握する。
- 2 地域の課題について、地域住民とともに理解を深めるための取り組みを行う。
- 3 ネットワークの必要性について共通理解をもてるように、地域住民や専門職を含めた関係者に働きかける。
- 4 地域住民同士の支えあいの活動ができるよう働きかける。
- 5 当事者組織、家族会などの組織化や活動を支援する。
- 6 高齢者虐待防止ネットワーク等、支援に必要となるネットワークを構築(改善・活用)する。
- 7 必要に応じて社会資源の開発(活用、改善、開発)を行う。
- 8 警察署や医療サービス、インフォーマルサービス等との円滑な連携体制を構築する。
- 9 地域の課題に対して、目標を立てて取り組む。
- 10 定期的もしくは随時、地域での取り組みについて評価を行う。
- 11 地域住民に対し、介護保険制度の理念についての説明、周知を行う。

## ②地域に対するマネジメント事例1

### 1 地域住民のニーズを把握する

### 2 地域の課題について、地域住民とともに理解を深めるための取り組みを行う。

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

保健師は、センター長に相談し、区長さんをキーマンにして、チラシを作成し、個別配布による周知徹底を図ることにしました。回覧板で回すだけではないこの作戦が功を奏し、20人以上の人が集まりました。教室終了後その場で振り返り兼相談会を実施し、介護予防ニーズからこの地区の課題の見える議論ができ、次回の活動へつなげることができました。

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

## ②地域に対するマネジメント事例2

### 1 地域住民のニーズを把握する

### 2 地域の課題について地域住民と共に理解を深めるための取り組みを行なう

### 5 当事者組織、家族会などの組織化や活動を支援する。

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

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

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

## ②地域に対するマネジメント事例3

**2 地域の課題について地域住民と共に理解を深めるための取り組みを行なう**

**4 地域住民同士の支え合いの活動ができるよう働きかける**

**7 必要に応じて社会資源の開発(活用、改善、開発)を行なう**

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

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

## ②地域に対するマネジメント事例4

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

#### 10 定期的もしくは随時、地域での取り組みについて評価をおこなう

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

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

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

## 2. 目的を達成させるためのマネジメント

### ③政策に対するマネジメント

- 1 保険者(市町村)に対して、センターの取り組みと課題について理解が深まるように働きかける。
- 2 センター運営協議会や地域の関係者、関係機関に対して、センターの取り組みと課題について理解が深まるように反映させる。
- 3 制度、施策の課題等について、地域の関係者・関係機関とともに、行政に対しその解決に向けた働きかけを行う。
- 4 保険者の介護保険事業計画へ反映させる。

### ③政策に対するマネジメント事例1

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

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

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

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

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

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

### 3. プランPlan(事業計画)

#### ①事業計画とは

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

### 3. プランPlan(事業計画)

#### ②事業計画の作成

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

## 4. プランPlan(行動計画)

### ①行動計画の策定

目標達成のために 取り組む具体策を盛り込み、それぞれの具体策ごとに担当者、評価項目と目標数値、実行計画(工程)表を作成する。工程表がないと実行段階でPDCAサイクルをまわすことができない。

### ②行動計画の実行(PDCAサイクルをまわす。)

具体策を実行(D)

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

事業計画を改善する(A)工程にずれが生じた場合など、計画の修正を行う。

## 5. 評価(事業計画)

### 事業計画の評価

- ・目標は理念、目的に沿って明確なものであったか
- ・目標実現の手段としての具体策は適切だったか
- ・目標は実現可能で全員が共有できるものであったか
- ・ゴールは明確だったか
- ・実行中のマネジメントは適切に行われていたか

## 6. 効果(事業計画)

### 事業計画の効果

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

# まとめ

## 地域包括支援センターの目的・社会的使命は→地域包括ケアの実現

そのためにはマネジメント(組織運営)が必要不可欠

3つの要素

1 組織が有する社会的使命を果たすこと

2 仕事で人を生かすこと

3 使命を果たすためのネットワーク構築(他機関・専門職・地域住民等)

### 事業計画

組織の理念に基づき設定された目的を達成するための計画

### 行動計画の策定

目標達成のために 取り組む具体策

行動計画の実行(PDCAサイクルをまわす。)

### 事業計画の評価

## Ⅲ ケースメソッド(演習)

# 1. ケースメソッド

## ケースメソッド演習とは

多様な実践事例をもとに作成したケース教材を用い、多様な背景を持つ参加者が討論をする演習です。

その中で受講者は、ケース教材の中から解決すべき問題を見出し、問題解決のために問題を分析した自らの意見を述べるとともに、多職種の意見を聞き、まとめあげる経験を通じ、互いの専門性や共同作業によるシナジー(相乗)効果を体験的に学べる演習です。

## 2. ケースの教材

### 教材とは

討論の題材となるように仕立てられたもので、次の条件を満たしているものです。

- (1) 事実の記述のみで、分析、考察、結論は書かれていない
- (2) 教育主題が埋め込まれている
- (3) 意思決定課題が入っている
- (4) 読み手が登場人物の立場に立って考えられる
- (5) 議論を醸し出す内容である

### ケース事例の構成例

タイトル（抽象的でなく、内容を的確に表すタイトル）

導入部（惹きつけられるような始まり）

背景となるケースの位置づけ（潜在的な問題の所在）

主要な事件（事件が起こる 起承転結の転）

### 3. 演習の進め方①

ケースメソッド演習とは

ケースメソッド演習では、ディスカッションを次のように進めます。



状況によってはグループ討議またはクラス討議のみの場合もあります。

## 3. 演習の進め方②

### グループ討議

- ・手段に振り回されたり、悪い人探しをするのではなく、目的を明確にする、共有することを心掛ける
- ・研修参加者が同じ方向を目指していることへの共感を得るための話し合いに努める
- ・共通の理念(地域包括ケアの推進)をもって、事例を通じて話し合いの中で目的を共有する。

### クラス討議

討論をリードするファシリテーターを置きます。ファシリテーターは、参加者の主体性を引き出しながら、意図的かつ計画的に討論をリードします。

- ・目的に変える議論を参加者全員で心がける。
- ・「何のために？」の投げかけ
- ・目的の明確化・共有化のプロセスを重視する
- ・議論は論点の整理からスタート(ファシリテーターが重要)

## 3. 演習の進め方③

### (1) 個別学習による事実の確認と問題点の発見

ケースを通じて、どんな状況なのかを、「事実」によって理解する。さらに、大小さまざまな問題点をすべて洗い出して、メモします。開始の際に予め準備しておいた設問を板書するのも良いでしょう。

### (2) 集団による問題抽出

グループごとに、個人学習をもとに相互に意見交換を行い問題点は何かを話し合います。

多くの問題点のなかで、何が中心の問題(背景や根にある真の問題)なのかを探し出す。

### (3) 解決案の検討

中心的な問題は、多くの関連事項が絡まって起こる場合が多いので、いろいろな解決案を皆で出し合ってみます。この際、ブレインストーミングの要領が望ましい。

## 3. 演習の進め方④

### (4) 最終解決策の決定

出された様々な解決案を比較検討し、最終結論を出す。それを模造紙に書き写して発表が出来るようにする。

### (5) グループ別の発表

全員が集まって、グループ別にまとめた結論を発表します。

### (6) 振り返り

トレーナーは各グループの討議で結論を出すまでの検討不足の箇所や結論で抜けたところ、また、結論を現場で実施する際の問題などをまとめる。まとめる前に、数人に質問して感想を聞く。

## 地域包括ケア推進のマネジメント (地域包括支援センター長事例検討)

これからの時間は、各グループごとに、次の「事例」のAさんの立場で、話し合ってください。  
確認事項と事例の情報をよく読んで、企画委員（講師）の指示に従って、グループワークを進めてください。

### ■ 話し合いの時間とこれから行っていただくこと

#### 1) 事例の読み込み

各自、休憩時間などに、熟読しておいてください。

話し合いの時間配分、進行役の割り振り、発表の方法については、当日の講師の指示に従ってください。

各自、Aさんの立場になって、Aさんとしてどうしたらよいかを、率直に話し合ってください。

#### 2) 話合う項目

5ページ以降の、話し合いシートなどを参考にしながら、話し合いを進めてください。

#### 3) グループの結果発表について

グループワークの最後には、グループでの話し合いの結果を発表していただきます。

話し合った内容すべてを発表するのではなく、目の前に委託元である市の課長さん(資料参照)がいるようなつもりで、どのような圏域部会を開催するのか、発表してください。

また、話し合われた、開催するためのアイデア、知恵、コツなどを中心に発表してください。

### ■ 話し合うときのルール

I 1人で長々と話さない（要点をまとめて話す）

II 参加者の意見を、否定・批判したりしない

III とにかく話し合いに、自ら「参加」する

### ■ 確認事項

○次の事例の中に出てこない記述（例えば、医療機関との連携の詳細や圏域内の社会資源の状況）などの前提条件は、各グループの中で自由に設定して構いません。各グループで設定した前提条件の中で解決策を検討してください。

○この時間の中で行う事例に、正解はありません。グループの中で、「この方法がよいのではないか」、「こうした取り組みが上手くいきそう」、「地域包括の役割は、ここにある」という経験知、アイデア、理念を交わすことに大切な意義があります。

○ご自分たちのグループの提案が、「最適である」という自信を持って、発表にチャレンジしてください。

## 「事例（ケースメソッド）：日常生活圏域部会の展開を考える」

あなたは、<sup>これから</sup>是殻市の東地区地域包括支援センター長の A さんです。地域包括立ち上げのときから関わっていた A さんは、役所の介護保険担当部署からの信頼も厚く、普段から何かと頼まれることが多くなっています。

時々、面倒に感じることもありますが、そのかわり、改善案を提案すれば検討してもらえないことも少なくないので、つかず離れずの関係を保っています。

このたび、市から市介護保険事業計画策定にあたり、「国が言っている日常生活圏域部会を市内に3箇所立ち上げたい。ひいては、試みに A さんの圏域内で開催して欲しい。期間は明日から2週間以内に開催して欲しいが、どんなメンバーで、何回開催するのかは全面的にお任せする。会議の開催に関する費用は役所で持つ。日程が決まれば、会議室は役所で準備する。A さんのところで上手くいけば、他の2か所でも開催したいと考えている。」ということでした。

市(国)が提示した日常生活圏域部会の目的は、次の2つです

○ 日常生活圏域ごとに「日常生活圏域部会（仮称）」を設置し、すでにあるニーズ調査結果や給付分析等を通じて把握した地域の諸課題を踏まえて、サービスの整備方針を検討する。

○ 「日常生活圏域部会」に、既存の地域包括支援センター運営協議会・地域密着型サービス運営委員会等の地域団体や地域住民が参加することにより、ニーズに即したサービス整備を図りやすくする。

ただし、「圏域内」のことを話し合っただけで欲しいので、必ずしも全市的な集まりでなくても構わない。

なお、上記の項目以外に気づいた点があれば、聞かせて欲しいと、市は付け足しています。

### 【条件】

#### ■東地区地域包括支援センター（受託型）の状況

※市内には、他に2箇所の地域包括（別法人）がある。

※他の包括との情報交換

1年に3回、市主催の合同勉強会があるが、医療法人と他の社会福祉法人が経営しており、頻回に情報交換をする機会はない。

常勤職員 3名

・社会福祉士←Aさん（48歳・男性） センター長兼務 包括立ち上げのときからの職員

・主任ケアマネージャー Nさん（38歳・女性） 勤務3年目 以前は老健に勤務

・保健師 Mさん（27歳・女性） 勤務2年目 以前は内科の病院で看護師

※ 事務職はおらず、他にスタッフはいない

経営母体 社会福祉法人が経営の母体

地域包括支援センター単独では、なかなか経営が難しく、運営母体の一角を事務所にするなどしているが、法人の理事長が地域包括は「地域への社会貢献の一環」として位地づけて

いるので、Aさんらは比較的よい環境で仕事ができる環境にあると思っている。

## ■圏域の状況

### ○人口や高齢者の状況

圏域人口は、16,000人。高齢者人口は35%であり、A市全体の高齢者平均24%よりも高い。

公営住宅があり、独居高齢者と低所得者層が多く、市内他の2か所の地域包括よりも、虐待対応数や相談数が多い。

### ○圏域内自治会の様子

このところ、圏域内の公営住宅で孤独死が2件続けて発生した。自治会長も問題を感じているようだが、これといった動きにはつながっていない。地域包括支援センターにも、何度か来てもらったことはあるが、地域包括のことをどの程度、自治会として意識してもらえているかは不明。

### ○圏域の様子

高齢者支援のNPOやボランティア、認知症キャラバンなどはない。民生委員のうち、数名の委員が独居高齢者に個別に声かけを行っているらしいと聞いており、今度、詳しく聞いてみたいと思っている。

このところ、老人クラブの集まりには、時々参加しているが、人集めに苦勞しているようだ。

### ○市社会福祉協議会

独居高齢者が多くなってきていることは把握しているようだが、既存の事業の実施で手一杯ということで、包括と新たな取り組みをしたいというようなことは考えていないようだ。

### ○商店街の様子

圏域内にJRの駅があり、昔からの商店街がある。一部の商店で高齢者への配達をしている商店もあるが、全体の取り組みにはなっていない。商店街会長さんは、高齢者への支援に興味があるらしい。

### ○医療機関

圏域内には総合病院はなく、古くからの内科の開業医と整形外科がそれぞれ1か所ある。内科の先生は、昔からの患者さんには往診もしていると聞いたことがある。

### ○警察

警察署は別のところにあるが、圏域内に駐在所が包括の近くに1か所ある。年に数回、高齢者の詐欺被害や認知症高齢者の関係で連絡を取り合っている。

### ○他の職員の反応

「今でも忙しいのに、また部会だなんて・・・」とやや後ろ向きの発言がある。Aさんは内心、できれば、これを機会に、地域包括のあり方や、職員の人材育成にもはすみをつけたいと思っている。保健師は、研修がなかなか受けられず、仕事にやや迷っているようであり、そのことも気になっている。

#### ■市担当課の様子

○市の担当課(者)は、無関心ではないものの、今年、人事異動で就任したばかりの課長、係長であり、今回の日常生活圏域部会の立ち上げも、「県に言われたので、Aさん、よろしくね。Aさんは、地区のことも地域包括のことも詳しいと前任者からの引継ぎを受けているので頼りにしています」と、お任せの姿勢。

○Aさんは、市に対して、東地区包括が忙しい状況の改善をして欲しいと訴えたいが、そうした実態までは分からないようである。この際だから、市の人の意識も変えてみたいとも思う。

#### ■Aさんの思い

○「役所が会議の段取りをしてくれればよいのに」という思いもあるが、そうはいつでも、協力することで、この地域の実態に見あった事業計画になってくれればよいと考えている。

○目の前の相談対応に終始することが多く、なかなか地域の課題をまとめられていない。せつかなので、これを機会に、地域の人や、職員と共に地域の課題を明確にし、ニーズをまとめてみることで、職員の人材育成につなげると共に、新しい社会資源の開発やネットワークを形成できればと思う。

○地域の課題が明確になれば、地域包括の人員を増やすための要求の基礎になるかも知れない。

○様々な人に参加してもらえればよいが、そうなったらそうなったで、いろんな要望が出る可能性もある。そうしたことは、どのように考えていけばよいだろうと、少し不安もある。

○日常生活圏域の部会は、今回限りではなく、本当は今後も必要なのではないかという気もする。だとしたら、何か提案をまとめておけば、市側も聞いてくれるかも知れない。

#### ■あなたのグループで独自に設定した条件や、気づいた点■

※例えば、都市部の圏域なのかそうでないのかといった点は、ご自由に設定して構いません。

## 話し合いメモシート

※下記の項目は、グループワーク進行の例です。この順番に話し合う必要はありませんが、最終的な発表に向けて、話し合い開始のきっかけづくりや、より深めるために活用してください。

項 目	メ モ
<p><b>■目的</b> 何を主な目的にすれば、より圏域の課題が見えてくるのだろうか。 (Aさんとしては、顔を会わせて話合うのも大切だけど、ただ、漫然と集まって意見を言うだけで、いいのか迷っている。効果的にやりたい。)</p>	(事例に掲載されていない点は、自由に設定してください)
<p><b>■メンバー</b> 部会に必要と考えられるメンバー構成をどうしたらいいだろうか？ (決定権は、Aさんにあります)</p>	
<p><b>■資料</b> どんな資料を用意したら、話し合いが深まるだろう。それは、誰につくってもらうのがいいのだろうか(Aさんは迷っている。)</p>	
<p><b>■人材育成</b> この会議を、人材育成につなげるには、どのような工夫があればいいのだろうか。どう活かせばよいのだろうか。</p>	
<p><b>■情報発信・要望</b> 会議の結果を、地域や役所に発信していくには、どんな工夫をしていけばよいだろう。 市に要望していくことは、何か、あるだろうか。</p>	
<p><b>■今後の展開</b> この部会の開催の意義を、今後につなげるには、どのように考えていけばよいだろうか。</p>	

■あなたのグループの発表内容■

「A(さん)として、私(たち)はこのような圏域部会を開催いたします」

開催の案(会議名・だれと・いつ・どのように 等)

理由(ねらい)

そのために予定している準備

市への要望

今 後(含:人材育成)

(あなたのグループの独自項目→ )

■あなたご自身のメモ欄■

# 研修の振り返りと全体総括

---

memo

# 研修の振り返りと全体総括

15:40－16:10

<目的・ねらい>

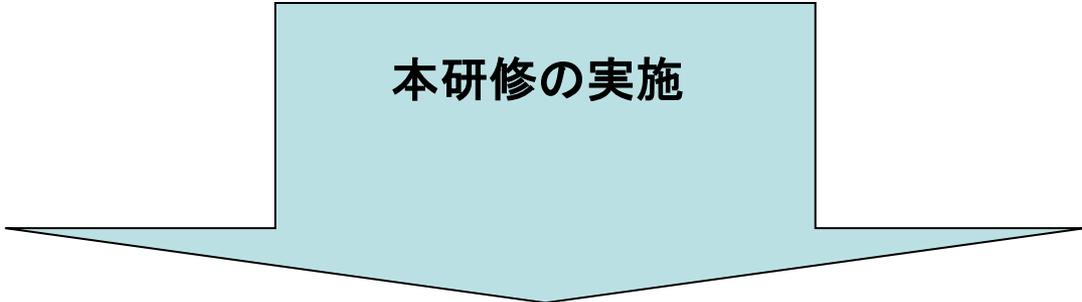
- ①センター長としての役割を再確認し、
- ②研修で学んだことをどのように実践に活かすか  
検討する。

1分

## 1-1: センター長としての役割を再確認

▼地域包括支援センター長は、行政機関を担う一員として、超高齢社会と財源も含めた行政の方向性について、全体を見渡す力を持つことが大切です。

※「地域法包括支援センター業務マニュアル」P16～17 平成22年3月  
(財)長寿社会開発センター)



本研修の実施

## 1-2: センター長としての役割を再確認

- ①地域包括支援センターの究極の目的は、「地域住民が、住み慣れた地域で安心して尊厳あるその人らしい生活を続けられるように支援」することです。（「地域包括ケアの実現」）  
⇒このためには、「自立支援型のケアマネジメント」が必要です。
- ②地域包括支援センターの究極の目的（「地域包括ケアの実現」）を達成するため、センター長のマネジメント能力が求められます。  
⇒センター長は、3つのマネジメント（①組織内 ②地域 ③政策）を通じて、地域の課題に対する共通認識を得て、目的を共有化していくことが大切です。
- ③マネジメントの実践領域として、「地域ケア会議」を活用します。  
⇒このことが、「介護保険法第2条第2項と第4条」を具現化し、新設された「介護保険法第115条の46第5項」につながります。

## 2-1: 地元に戻って実践すること!

(研修で学んだことをどのように実践に活かしていくか。)

- ①センター長として、地域包括支援センターのためにプレゼントできること
- ②センター長として、地域住民のためにプレゼントできること

15分

ワーク

## 2-2: 地元に戻って実践すること！

(研修で学んだことをどのように実践に活かしていくか。)

▼①~②について、

⇒まず、一人で考えてみてください。

(3分)

⇒グループで意見を出し合い、整理してください。

(9分)

⇒●「これだけは、全員実践する」をひとつ決めて  
ください。(3分)

9分

# 皆さんに期待しています！

▼まとめ

- ・各担当者から、皆さんへのメッセージなど

## 參考資料

---

memo

# 地域包括支援センター業務マニュアル

平成 23 年 6 月

一般財団法人 長寿社会開発センター

## 參考資料 ②

## 要支援 1・2 の 改善率が高い自治体の取組み例について

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

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

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

### 1 和光市における地域包括支援センターの設置状況

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

### 2 要支援 1・2 の介護予防ケアマネジメントで 6 割の方が「改善」

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

（単位：件、人）

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

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

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

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

### 3 成果を導き出す創意工夫

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

#### (1) 評価も見据えた独自のシートの開発・使用

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

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

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

コミュニティケア会議の提出にあたっては、

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

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

な資料ともなっています。

## (2) 「因子分解」手法による洞察分析

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

ケアプラン作成の際は、まずアセスメント時に情報を収集する段階から「個人因子」と「環境因子」という2つの概念をベースに因子を探求し、その個人にとって解決すべき課題を明確にしています。

例えば、「自分で買い物にいけない」状況が、近隣に商店がなかったり、買い物に行く交通手段がないといった「環境因子」によるものなのか、それとも「(廃用症候群で) 買い物に行く体力が減退している」「認知機能の低下により買い物ができない」といった個人因子によるものなのかを、徹底的に検証するのです。

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

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

- ◆ IADL（手段的生活行為）を重視して、個人（身体・心理）、環境の視点からの影響因子を探求し、予防プランを作成する前提となる解決すべき課題を明確に把握することを徹底している。

・個人因子

- ・身体機能・認知機能等について
- ・廃用系、疾病等及び性格について
- ・状態回復はできるものか、できないものか

的確なアセスメント

・環境因子

- ・家族や近隣の知人の背景は？
- ・在宅や地域の日常生活動線は？
- ・かかりつけ医や民生委員等の関係は？
- ・生涯生活暦は？

※接遇・洞察能力を身に付ける

※関連制度を知る・チームの力を生かす

※経済的因子にも注意を！

## (3) 目標設定の思考プロセスを明確化

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

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



【生活課題・目標設定の例】

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

\*\* 何とかひとりでできるようになりたい項目

\* 楽にひとりでできるようになりたい項目

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

【生活機能評価】

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

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

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

【判定基準】

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

(4) 方針・結果の確実な共有によりさらなる効果を生み出す

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

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

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

### 3 地域ケア会議の開催



参加メンバー例

#### ●地域ケア会議の目的

和光市では、

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

#### (1) 地域ケア会議の参加者

##### ○ 恒常的なメンバー

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

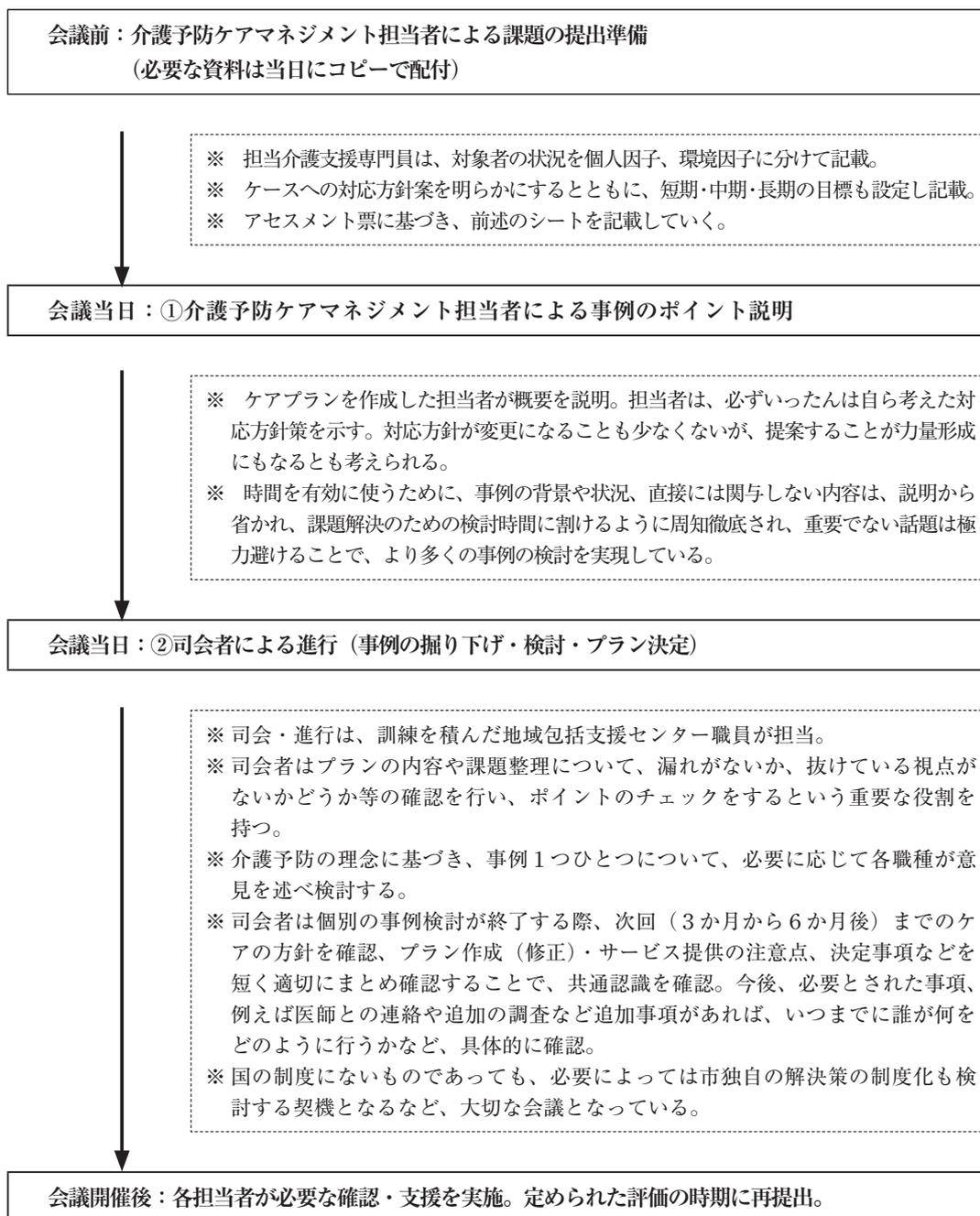
##### ○ 個別のプランに関係するときのみ参加するメンバー（例）

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

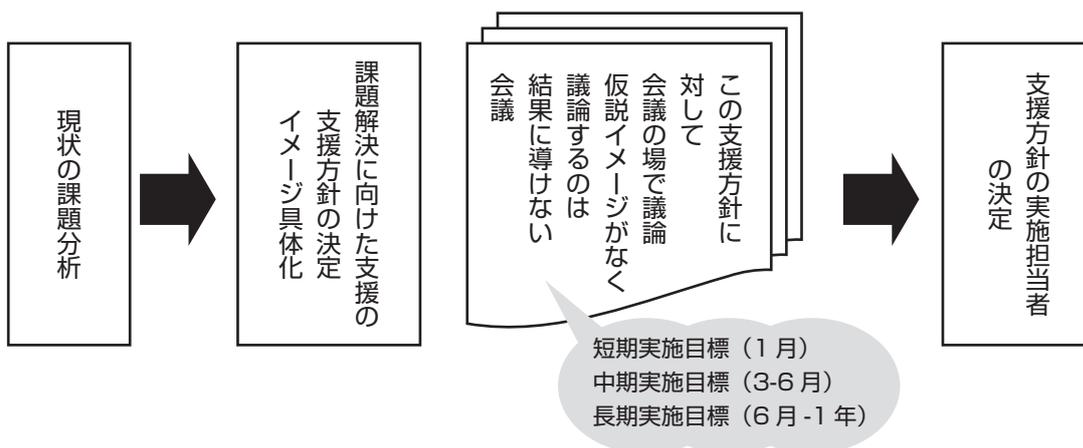
#### (2) 地域ケア会議開催までの流れ

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

○ 地域ケア会議の流れ



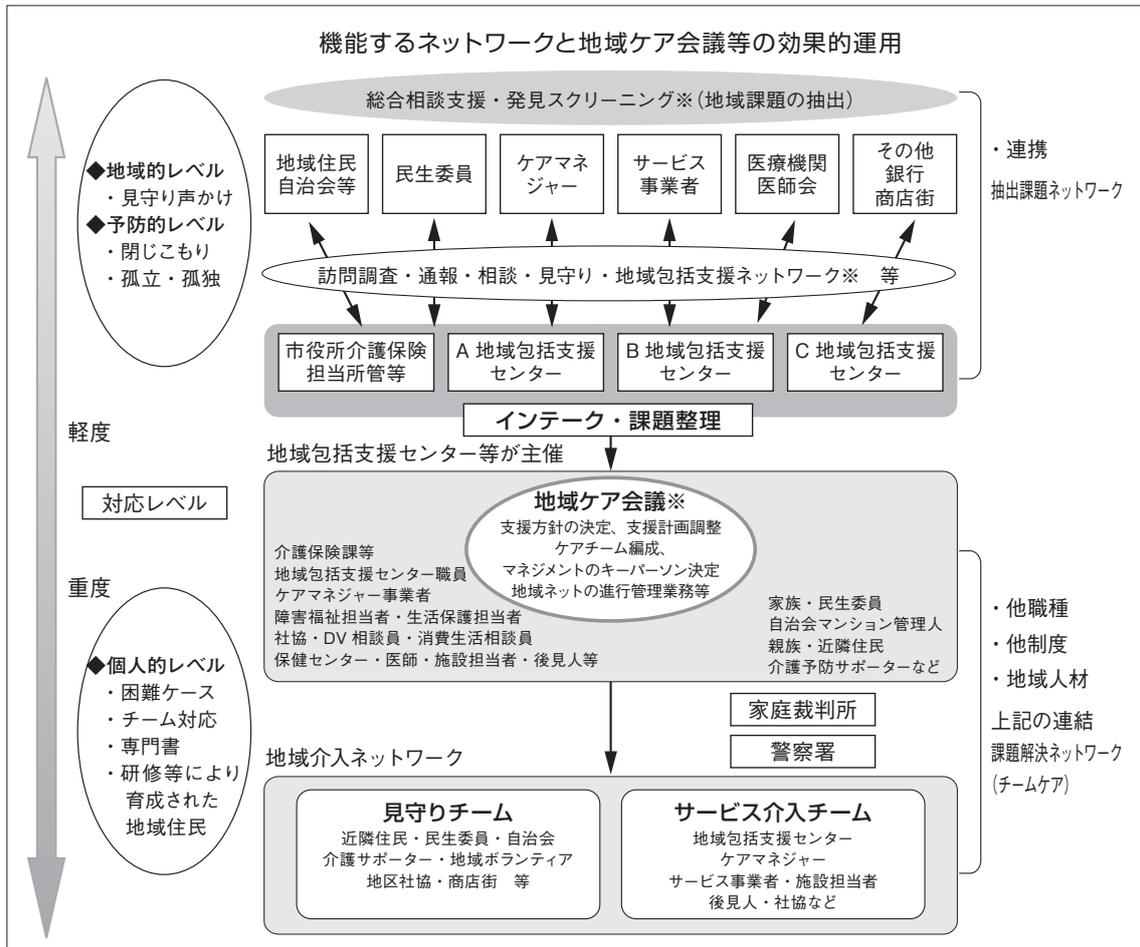
課題解決のフロー



### (3) 地域ケア会議の意義

#### i) ネットワークがしっかり機能

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



#### ii) チームケアの確立と包括的・継続的支援の実施

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

#### iii) 鍵を握るのは、司会者の能力

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

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

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

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

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

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

**表●検討・司会進行に役立つことば（例）**

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

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

### 【参考】

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

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

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

ます。

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

#### 4 介護予防も尊厳の保持の手段であるという信念

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

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

#### 5 和光市は特区ではない

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

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

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

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

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

取材協力：社団法人全国保健センター連合会 企画部長 村中峯子

地域包括支援ケア推進指導者養成研修 企画委員会 名簿

所属及び役職	氏名
全国地域包括・在宅介護支援センター協議会 (社会福祉法人 青山里会)	西元 幸雄
公益社団法人 日本看護協会	村中 峯子
財団法人 長寿社会開発センター 常務理事	石黒 秀喜
社団法人 日本介護支援専門員協会 副会長	森上 淑美
社団法人 日本社会福祉士会 (大府市ふれ愛サポートセンター)	塚本 鋭裕
東京都多摩市 健康福祉部介護保険担当課長	伊藤 重夫
東京都青梅市 地域包括支援センターすえひろ センター長	水村 美穂子
石川県津幡町 地域包括支援センター	寺本 紀子
静岡県富士宮市 保健福祉部福祉総合相談課 参事・地域包括支援センター長	土屋 幸己
鳥取県琴浦町 地域包括支援センター主査	藤原 静香
厚生労働省老健局総務課 課長補佐	東内 京一
厚生労働省老健局老人保健課 課長補佐	日野原 友佳子
厚生労働省老健局振興課 課長補佐	山本 亨
厚生労働省老健局振興課 課長補佐	井上 宏