

# 地域包括ケアの推進に向けて



三重大学医学系研究科地域包括ケア・老年医学  
准教授 大西 丈二

[j-onishi@clin.medic.mie-u.ac.jp](mailto:j-onishi@clin.medic.mie-u.ac.jp)

[www.facebook.com/mie.geriatrics](http://www.facebook.com/mie.geriatrics)

2013.7.1作成

## 本日の研修が背景とする資料

1. 第15回社会保障制度改革国民会議資料(H25.6.13)
2. 平成 24 年度地域包括ケア推進指導者養成中央研修(H24.10)、ブロック研修(H25.1). 厚生労働省
3. 地域ケア会議に関するQ&A. 厚生労働省老健局事務連絡(H25.2)
4. 認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン). 厚生労働省 (H24.9)
5. 持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」三菱UFJリサーチ&コンサルティング(H25.3)
6. 地域ケア会議運営マニュアル 長寿社会開発センター (H25.3)
7. 地域包括ケア推進のための地域診断の方法と活用事例. 日本福祉大学 (H23.3)
8. 地域包括ケアに関する指標の検討. 医療経済研究機構 (H25.3)
9. 地域包括ケア推進にあたっての個人情報共有のあり方に関する調査研究事業報告書. シルバーサービス振興会(H25.3)
10. 地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業報告書. 三菱総合研究所 (H24.3)

# 地域包括ケアの推進

地域包括ケアの基本的な考え方が共有されていない

地域包括ケアの良い事例が共有されていない

課題整理、プロジェクト・マネジメントが行えていない

ステーク・ホルダーの集合、チームづくりができていない

市町の中で事業化が難しい

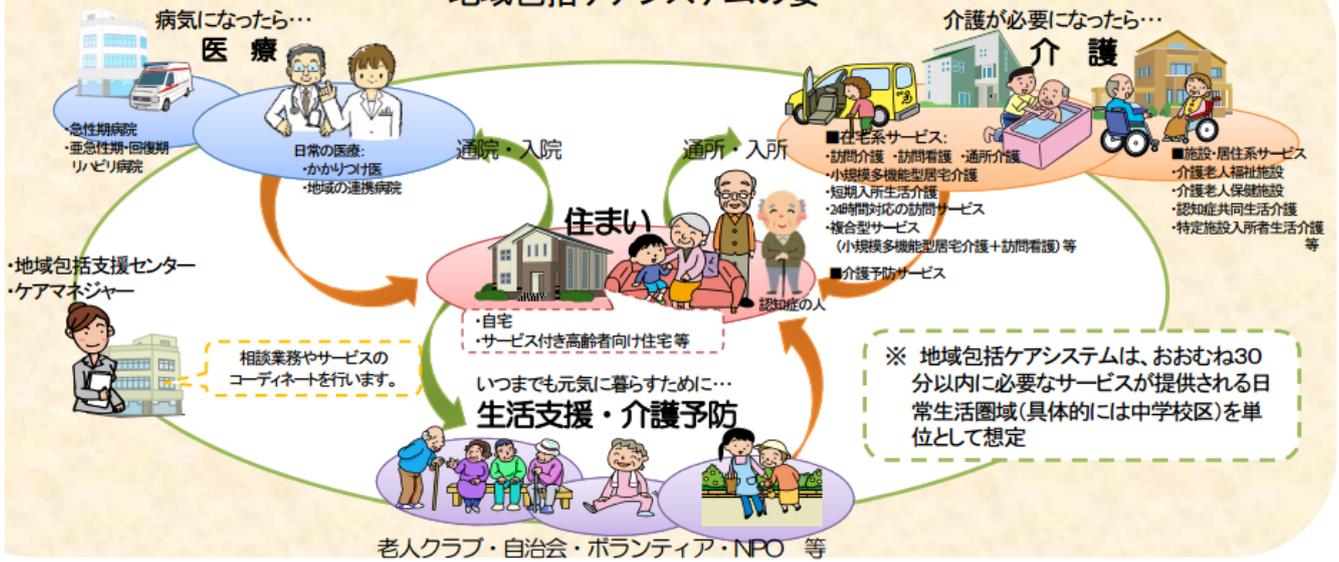
事業化された内容の運用が難しい

事業の評価ができていない

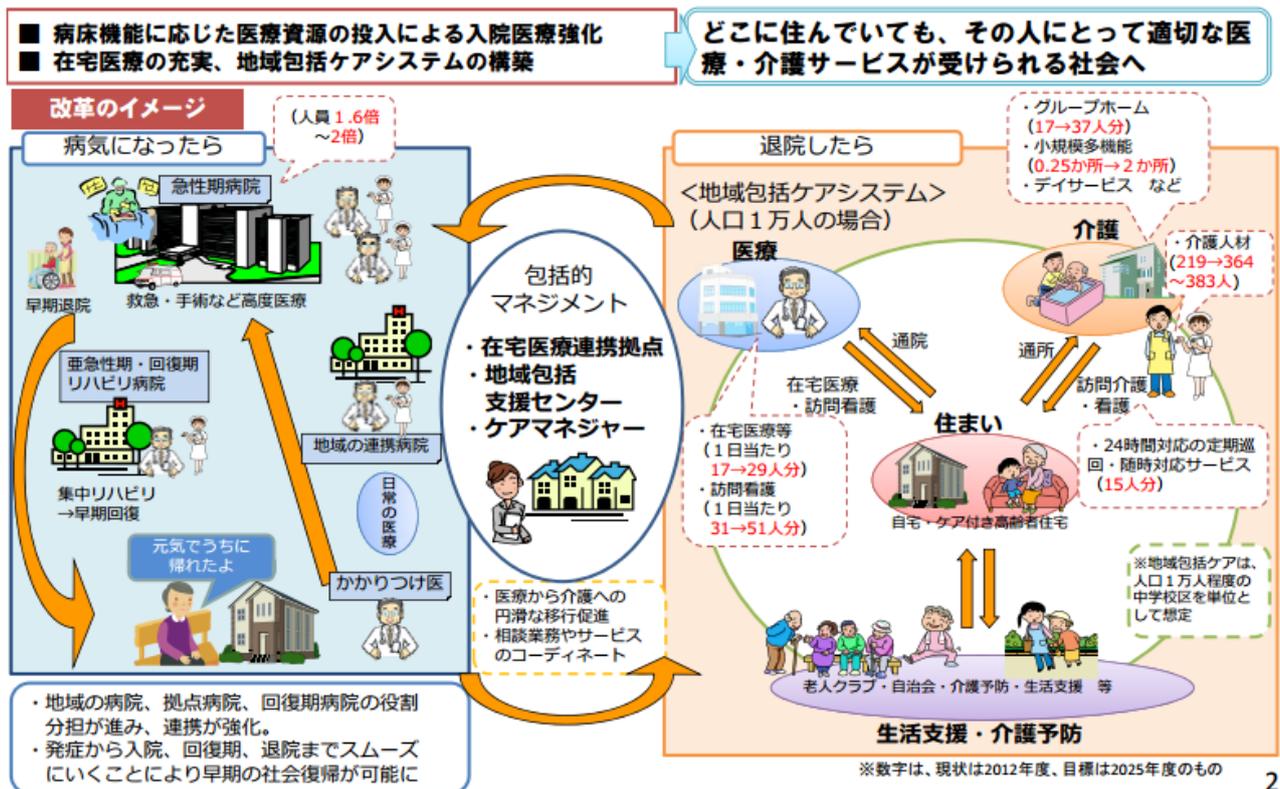
## 介護保険法 第5条第3項

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

## 地域包括ケアシステムの姿



第15回社会保障制度改革国民会議資料(H25.6.13)



第15回社会保障制度改革国民会議資料(H25.6.13)

# 当初からの地域包括ケアイメージ



## 【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

厚生労働省、平成24年度地域包括ケア推進指導者養成研修(中央研修)資料

## 地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」

○高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指す「地域包括ケアシステム」。

### 地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」



「介護」、「医療」、「予防」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」と「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えている。

#### 【すまいとすまい方】

●生活の基盤として必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力に合った住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステムの前提。高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境が必要。

#### 【生活支援・福祉サービス】

●心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続できるよう生活支援を行う。  
●生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、担い手も多様。生活困窮者などには、福祉サービスとしての提供も。

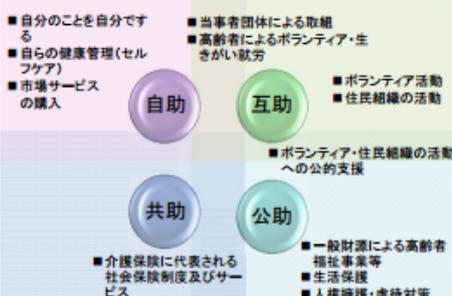
#### 【介護・医療・予防】

●個々人の抱える課題にあわせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される(有機的に連携し、一体的に提供)。ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供。

#### 【本人・家族の選択と心構え】

●単身・高齢者のみ世帯が生流になる中で、在宅生活を選択することの意味を、本人家族が理解し、そのための心構えを持つことが重要。

### 「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム



#### 【費用負担による区分】

●「公助」は税による公の負担、「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間(被保険者)の負担であり、「自助」には「自分のことを自分でする」ことに加え、市場サービスの購入も含まれる。

●これに対し、「互助」は相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの。

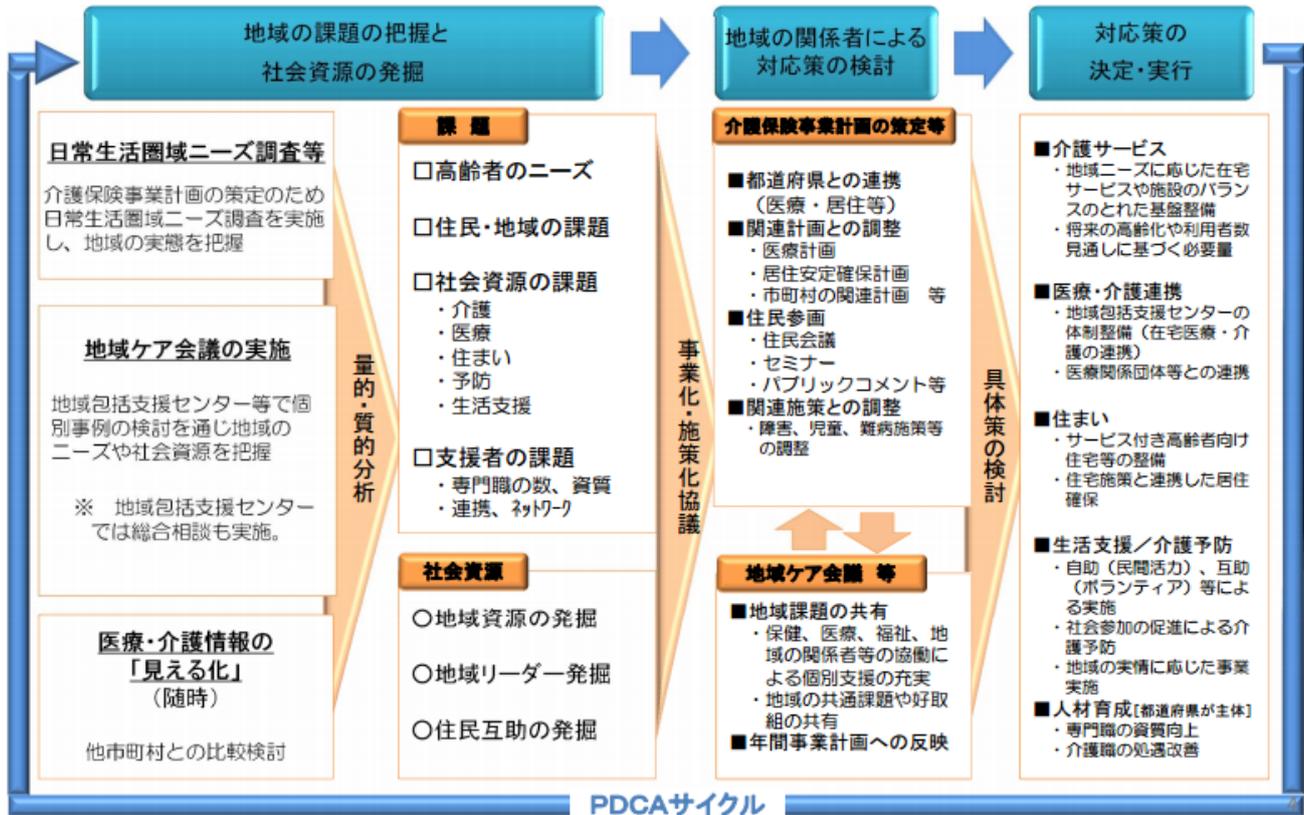
#### 【時代や地域による違い】

●2025年までは、高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加。「自助」「互助」の概念や求められる範囲、役割が新しい形に。

●都市部では、強い「互助」を期待することが難しい一方、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能。都市部以外の地域は、民間市場が限定的だが「互助」の役割が大。

●少子高齢化や財政状況から、「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取組が必要。

## 市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス(概念図)

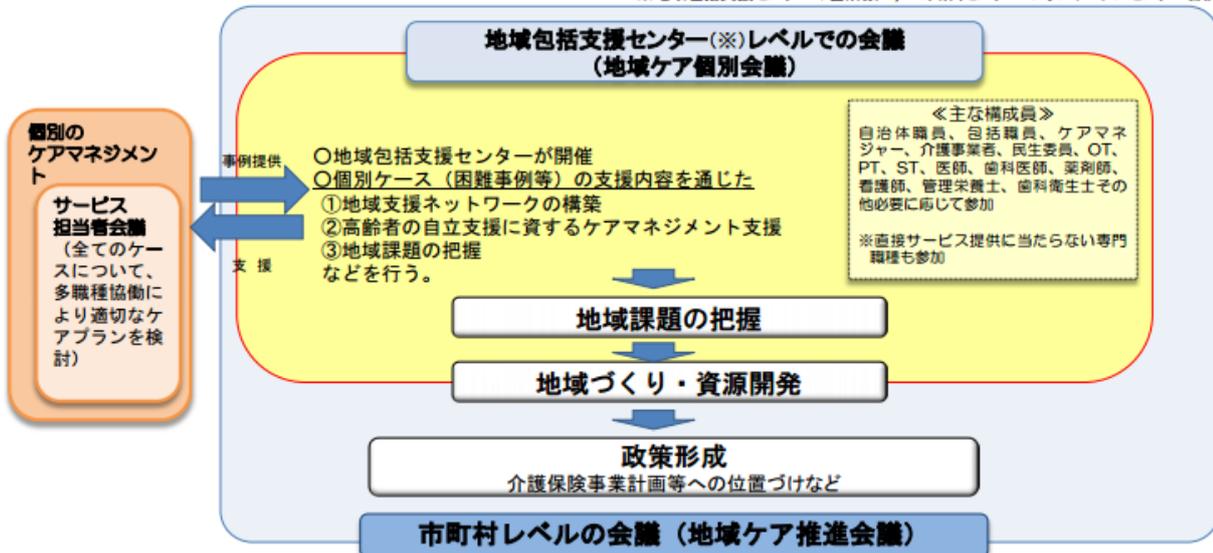


第15回社会保障制度改革国民会議資料(H25.6.13)

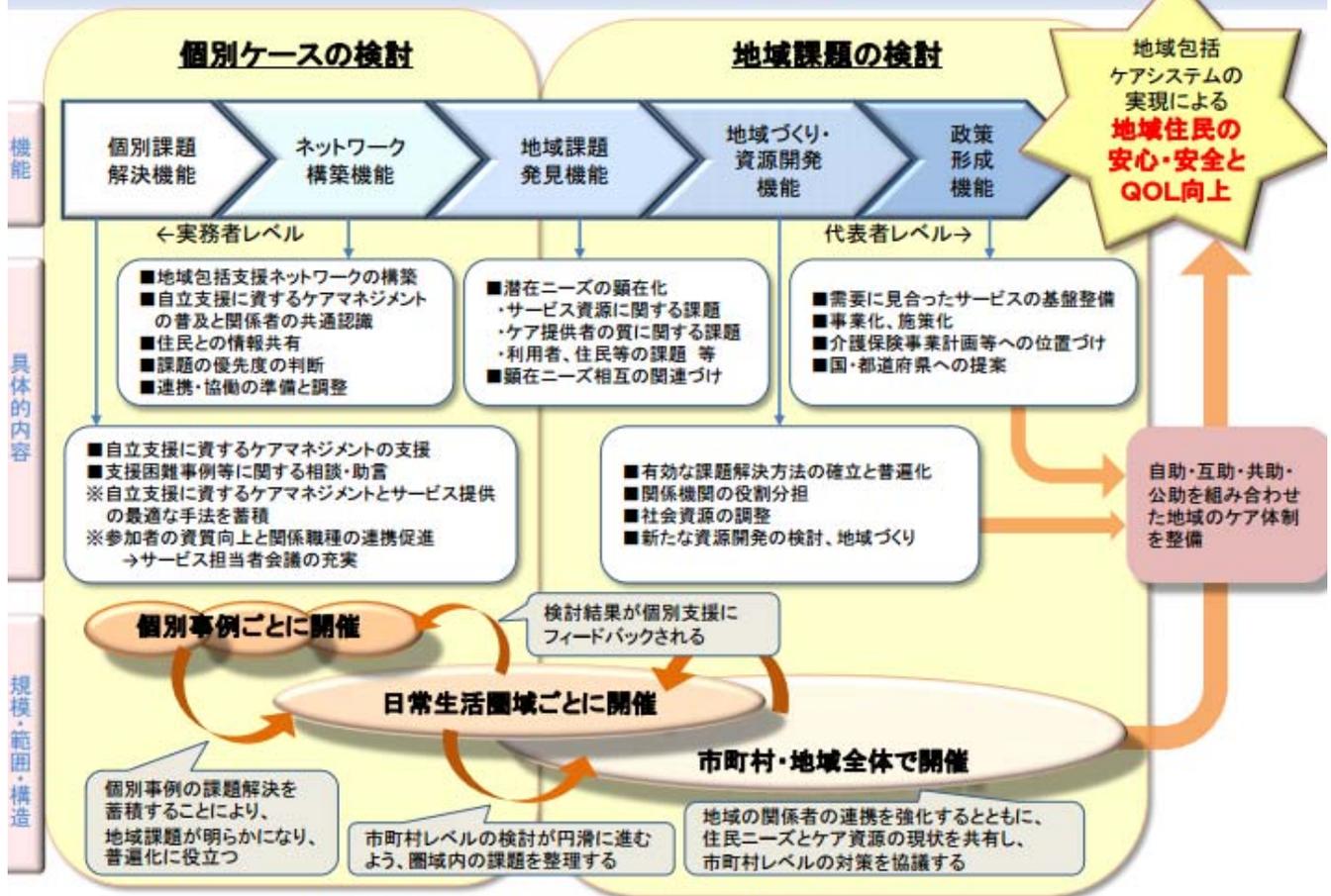
## 「地域ケア会議」について

- 地域ケア会議は、
  - ・多職種<sup>1</sup>の第三者による専門的視点を交えて、ケアマネジメントの質の向上を図り、
  - ・また、個別ケースの課題分析等の積み重ねにより、地域課題を把握し、
  - ・地域に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる、地域包括ケアシステムの実現に向けたツール。
- 個別ケースを検討する「地域ケア個別会議」は、市町村内の圏域単位での地域包括支援センターが開催。一方、地域づくりや政策形成等につなげる「地域ケア推進会議」は市町村レベルで開催。
- 平成24年度から本格的に推進を開始。
- 平成24年6月現在、1,202保険者で実施されているが、その主催者、会議の内容、参加者等は様々であり、個別ケースの検討を基本としている会議は多くない現状にある。

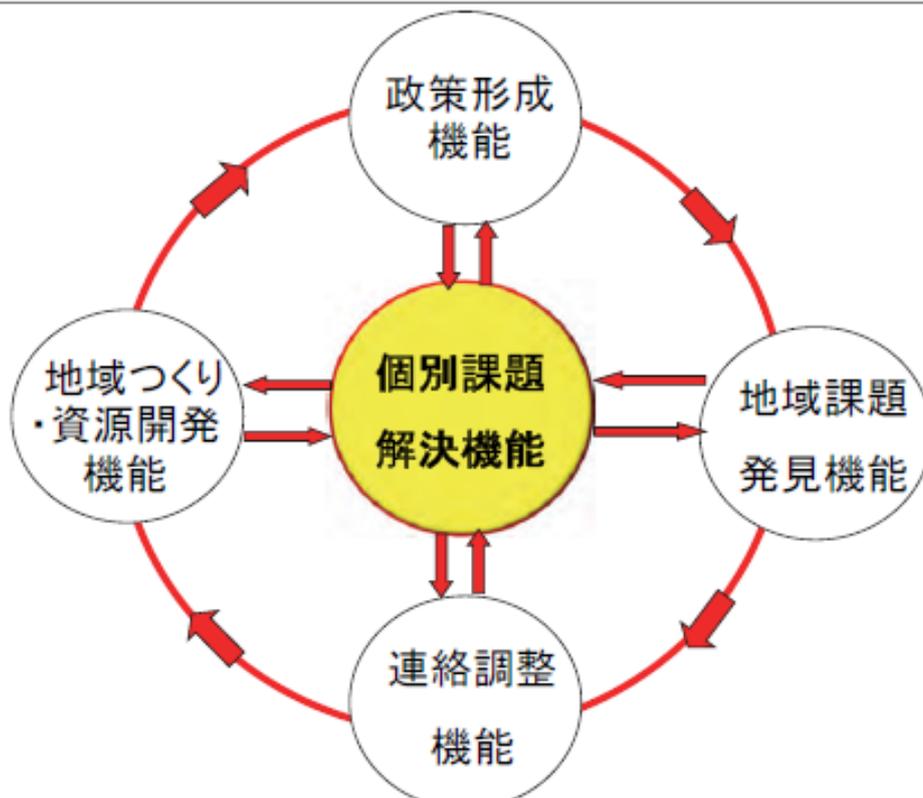
※地域包括支援センターの箇所数:4,224ヶ所(センター・ランチ・サブセンター合計7,173ヶ所)



## 「地域ケア会議」の5つの機能



## 地域ケア会議の主な機能



# 地域包括ケア推進会議、地域ケア会議

市町村

地域包括ケア推進会議

- ・ 認知症早期受診
- ・ 経済的困窮
- ・ 老老介護
- ・ . . .

地域ケア会議



## 地域包括ケアシステムにおいて諸主体が取り組むべき方向

■地域の諸主体が、地域に固有の資源を活用して、地域の特性にあった仕組みを構築。

### 地域のすべての住民

- 地域包括ケアシステムは、元来、高齢者に限定されるものではなく、障害者や子どもを含む、地域のすべての住民のための仕組みであり、すべての住民の関わりにより実現。
- 市町村が、地域住民の意識付けや個人の意欲の組織化を施策として積極的に取り組み、社会全体の運動につなげていくことが重要。

- 介護の社会化がさらに進展しても、介護者支援は不可欠。
- 介護者の位置づけと支援の考え方を改めて整理し、具体的な取組の推進について十分な議論を行うべき。

- 異業種も含め、地域の事業者も地域包括ケアシステムの重要な主体として活動に参加していただくことが重要(NPO、社協、老人クラブ、自治会、民生委員に加え、商店、コンビニ、郵便局、銀行なども)。
- とりわけ都市部では、企業・団体の組織力や機動力も重要。

- 高齢者はサービスの利用者である前に、自らの生活を自ら支える自助の主体。
- 自ら能動的に地域で活躍する主体として捉える考え方、「高齢者の社会参加」が重要。地域の支援の担い手となり、高齢者自身の生活意欲向上と介護予防の効果もある。
- 今後は、いかにして本人の生活に対する意欲を高めるかということにより重点をおいたサービス提供や予防事業を検討すべき。

- 地域包括ケアシステムの構築・運営で中心的な役割。介護保険だけではカバーしきれない部分についても、様々な財源、方法で問題解決を図ることが重要。
- 潜在的な地域資源を発見し、互助を含めて地域包括ケアシステムに組み込んでいくことが重要。
- 介護保険事業計画は、都道府県の策定する高齢者居住安定確保計画や医療計画などとの整合性の確保が必要。
- 在宅医療・介護連携の促進を市町村が主体となって取り組めるような制度的・財政的なあり方の検討が必要。
- 専門知識を有する職員の育成・人事ローテーションの検討が必要。

- 多職種が提供するサービスをいかに切れ目なく統合的に提供するかが重要。
- 事業者間の業務提携や法人間の連携などによる複数サービスのネットワーク化を国の政策として積極的に推進すべき。
- 介護保険施設はその人材やノウハウの活用により在宅生活の継続や拡大を具体的に支援し、地域の拠点機能を発揮すべき。
- 一定水準以上の品質でサービス提供されていることが必須であり、職業能力評価を介護現場に普及させていくことが必要。



- 人的・物的資源や、構築に向けた取組の進捗状況など、地域差を意識した自治体支援が重要(工程表などのプロセス提示や、全国の様々な優良事例の発掘、提示)。

- 市町村間のデータの比較分析による相対的な位置付けの把握など、市町村に対する後方支援を行う役割を期待。
- 広域のかつ中長期的な視点で介護人材確保・育成の取組を主導(介護人材の需給予測と中長期的な介護人材戦略)することを期待。
- 専門知識を有する職員の育成・人事ローテーションの検討が必要。

# 共通言語のための高齢者包括評価（CGA）

1. 社会的環境（家族構成、経済状況等）
2. 疾患
3. 認知機能
4. うつ
5. 日常生活動作（歩行や食事等）
6. 視力・聴力・コミュニケーション能力
7. 栄養状態
8. QOL（生活の質）
9. 介護負担 など

④介護予防・日常生活支援総合事業に参加した二次予防事業対象者からの新規認定者数	年度末に年間の介護予防・日常生活支援総合事業に参加した二次予防事業対象者からの新規認定者数を集計し、その率（新規認定者数÷介護予防・日常生活支援総合事業に参加した二次予防事業対象者数）により、介護予防・日常生活支援総合事業の効果を評価する。
⑤主観的健康感（※）	年度末に年間の介護予防・日常生活支援総合事業参加者について、事業参加前後の主観的健康感の変化を集計し、維持・改善割合（事業参加者のうち参加後に主観的健康感が維持・改善された者の割合）により介護予防・日常生活支援総合事業の効果を評価する。
⑥基本チェックリストの点数	年度末に年間の介護予防・日常生活支援総合事業に参加した二次予防事業対象者について、事業参加前後の基本チェックリ

## 地域包括ケアシステムにおける「住まい・生活支援」「医療・介護の連携」「サービス」のあり方

### 住まい・生活支援のあり方

**【住まいの確保】**

- 住まいは、地域包括ケアシステムの最も基本的な基盤。今後、単身高齢者の急増が予想される都市部においては、住まいの確保は急務。
- 市町村と都道府県の間で住宅整備に関する計画の内容に齟齬をきたすことがないよう、介護及び住まいに関するニーズを的確に把握し、それぞれの目標が整合するように計画を策定すべき。
- 低所得・低資産高齢者を対象とした住まいの場の確保に向けて、既存ストックを活用しつつ、民間事業者の協力を求めることが必要。
- 単身高齢者を想定し、既存ストックの改修費用に対する新たな補助に加え、一定の生活支援を行うことも視野に入れることが必要（社会福祉法人やNPO等による支援や連携も）。
- 居住支援と生活支援を組み合わせて実現する事業の構築や養護老人ホーム・ケアハウスの活用を検討。

**【生活支援のあり方】**

- 在宅生活の継続には、住まいの確保を前提に、医療・介護に先立ち、「生活支援」の基盤が必要。
- 「見守り」や「交流の機会」なども重要。
- 生活支援のニーズと需要は多様かつ地域差も大きい。ため、「自助」「互助」を基本とし、多様な主体が多様なサービス提供を実現すべき。
- 市町村による地域診断とボランティアの発掘などの地域資源の確保が重要（ニーズ調査、地域ケア会議、見える化）。
- 市町村や地域包括支援センターはニーズと資源をマッチングさせ、コーディネーターの役割を果たすべき。地域づくりのための中間組織の立ち上げも検討すべき。
- 社会資源の立ち上げ支援は地域支援事業や一般財源により実施。
- 「都市部」と「都市部以外の地域」でのアプローチは異なることに留意。

### サービスのあり方

**【要支援者向けのサービスのあり方】**

- 残されている心身の能力が高いほど、従来の生活スタイルや嗜好性を重視する人が多いことから、生活支援や介護予防については、多様な需要に対応することが必要。
- 全国一律の単価や基準で定型的なサービスを提供する保険給付という形態ではなく、地域の実情に合わせて、市町村が創意工夫する中で住民主体の生活支援の取組などを積極的に活用すべき。

**【要介護者向けのサービスのあり方】**

**<訪問介護>**

- 在宅サービスの強化の観点から、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護は、今後も普及・拡大していくべき。
- 在宅限界の引き上げの観点から、一日複数回の短時間巡回型ケアの効果について検証し、普及啓発を進めるべき。それも踏まえ、短時間ケアの介護報酬のあり方について再検討が必要ではないか。

**<通所介護>**

- ①預かり機能（レスパイト）、②機能訓練、③認知症ケア、④ナーシング機能等、機能面から整理。預かり機能部分を薄く評価し、専門性の高い機能についてより高く評価する介護報酬の仕組みを検討すべき。
- 団塊世代の増加に伴い、メニューやアクティビティの多様化や有料サービスの組み合わせも必要。
- 通所介護において認知症者の介護者に対するサポートを組み合わせたような取組も必要。
- 外出支援を強化することで、通所系サービス以外の地域の集い場への参加が可能になる高齢者も多い。
- お泊りデイサービスは、一義的には介護保険サービスの充実を優先しつつ、サービスの実態把握等のため、届出制などの仕組みも検討すべき。

**<ショートステイ>**

- 1か月以上にわたるような長期利用は、心身の状態の維持改善という観点からも不適切な利用ではないか。
- 在宅での生活や介護の状況について、日頃サービスを提供している在宅サービス事業者とショートステイ事業者が十分に情報連携することが必要。

### 医療・介護の連携のあり方

**【医療・介護の連携の必要性】**

- 複合的な支援で生活を支える地域包括ケアシステムは、様々な主体間・職種間の連携が重要。
- 連携は、「リンケージ（連絡）」のレベルから、定期的な情報共有を行う「コーディネーション」のレベルに、さらには、情報の一元化による「インテグレーション（統合）」の水準に引き上げていくべき。
- 連携のためには、顔の見える関係づくりを基盤に、多職種の相互理解が不可欠。また、看護職は、医療と介護の間にあり、多主体・多職種の連携・協働を促す中心的な役割を担うことが期待される。

**【在宅医療の担い手を増やす方策】**

- 在宅医療を担う医師に、多職種協働（IPW: Inter-Professional Work）の成功事例を体感してもらうことが重要。
- 在宅医療連携拠点の整備のため、市町村が地区医師会等の専門職団体等を巻き込むことも重要。

● さらに多職種がともに学び実践を共有する多職種教育（IPE: Inter Professional Education）の実施が有効ではないか。

**【医療・介護の連携による予防的ケア】**

- 可能な限り医療依存度を高めないための予防的な視点に立った介護と、ケアマネジャーや介護職等へのリハ職・看護職からの早期の適切な助言が重要。
- 連携に基づく継続的アセスメントにより心身の状態の変化を早期に把握し、先を見越した予防的なケアを期待。

**【制度面での連携】**

- 居宅での医療系サービスや施設系サービスの役割について、他の在宅サービスとの役割の明確化や連携の在り方も含めて、地域包括ケアシステムにおける位置づけを引き続き検討すべき。
- 様々な地域の実情と介護・医療ニーズの実態を踏まえ、各サービス提供主体の機能の最善の組み合わせによる体制構築の視点が重要。

# 地域包括ケアシステムにおける「住まい・生活支援」「医療・介護の連携」「サービス」のあり方

住まい・生活支援のあり方	サービス
<p><b>【住まいの確保】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 住まいは、地域包括ケアシステムの最も基本的な基盤。今後、単身高齢者の急増が予想される都市部においては、住まいの確保は急務。</li> <li>● 市町村と都道府県の間で住宅整備に関する計画の内容に齟齬をきたすことがないよう、介護及び住まいに関するニーズを的確に把握し、それぞれの目標が整合するように計画を策定すべき。</li> <li>● 低所得・低資産高齢者を対象とした住まいの確保に向けて、既存ストックを活用しつつ、民間事業者の協力を求めることが必要。</li> <li>● 単身高齢者を想定し、既存ストックの改修費用に対する新たな補助に加え、一定の生活支援を行うことも視野に入れることが必要(社会福祉法人やNPO等による支援や連携も)。</li> <li>● 居住支援と生活支援を組み合わせる事業の構築や養護老人ホーム・ケアハウスの活用を検討。</li> </ul>	<p><b>【生活支援のあり方】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 在宅生活の継続には、住まいの確保を前提に、医療・介護に先立ち、「生活支援」の基盤が必要。</li> <li>● 「見守り」や「交流の機会」なども重要。</li> <li>● 生活支援のニーズと需要は多様かつ地域差も大きいので、「自助」「互助」を基本とし、多様な主体が多様なサービス提供を実現すべき。</li> <li>● 市町村による地域診断とボランティアの発掘などの地域資源の確保が重要(ニーズ調査、地域ケア会議、見える化)。</li> <li>● 市町村や地域包括支援センターはニーズと資源をマッチングさせ、コーディネーターの役割を果たすべき。地域づくりのための中間組織の立ち上げも検討すべき。</li> <li>● 社会資源の立ち上げ支援は地域支援事業や一般財源により実施。</li> <li>● 「都市部」と「都市部以外の地域」でのアプローチは異なることに留意。</li> </ul>
<p><b>【医療・介護の連携の必要性】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 複合的な支援で生活を支える地域包括ケアシステムは、様々な主体間・職種間の連携が重要。</li> <li>● 連携は、「リンケージ(連絡)」のレベルから、定期的な情報共有を行う「コーディネーション」のレベルに、さらには、情報の一元化による「連携」のレベルに引き上げていくべき。</li> <li>● 連携のためには、顔の相互理解が不可欠であり、多主体・多職種を担うことが期待される。</li> </ul> <p><b>【在宅医療の担い手を増やす方策】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 在宅医療を担う医師に、多職種協働(IPW: Inter-Professional Work)の成功事例を体感してもらうことが重要。</li> <li>● 在宅医療連携拠点の整備のため、市町村が地区医師会等の専門職団体等を巻き込むことも重要。</li> </ul>	<p><b>【要支援者向けのサービスのあり方】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 残されている心身の能力が高いほど、従来の生活スタイルや嗜好性を重視する人が多いことから、生活支援や介護予防については、多様な需要に対応することが必要。</li> <li>● 全国一律の単価や基準で定型的なサービスを提供する保険給付という形態ではなく、地域の実情に合わせ、市町村が創意工夫する中で住民主体の生活支援の取組などを積極的に活用すべき。</li> </ul> <p><b>【要介護者向けのサービスのあり方】</b></p> <p><b>&lt;訪問介護&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 在宅サービスの強化の観点から、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護は、今後も普及・拡大していくべき。</li> <li>● 在宅界点の引き上げの観点から、一日複数回の短時間巡回型ケアの効果について検証し、普及啓発を進めるべき。それも踏まえて再検討すること。</li> </ul> <p><b>&lt;通所介護&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ①預かり型サービス、②グループホーム、③評価し、④連携の仕組みを検討すべき。</li> <li>● 団塊世代の増加に伴い、メニューやアクティビティの多様化や有料サービスとの組み合わせも必要。</li> <li>● 通所介護において認知症者の介護者に対するサポートを組み合わせるといった取組も必要。</li> <li>● 外出支援を強化することで、通所系サービス以外の地域の集い場への参加が可能になる高齢者も多い。</li> <li>● お泊りデイサービスは、一義的には介護保険サービスの充実を優先しつつ、サービスの実態把握等のため、届出制などの仕組みも検討すべき。</li> </ul> <p><b>&lt;ショートステイ&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 1か月以上にわたるような長期利用は、心身の状態の維持改善という観点からも適切な利用ではないか。</li> <li>● 在宅での生活や介護の状況について、日頃サービスを提供している在宅サービス事業者とショートステイ事業者が十分に情報連携することが必要。</li> </ul>

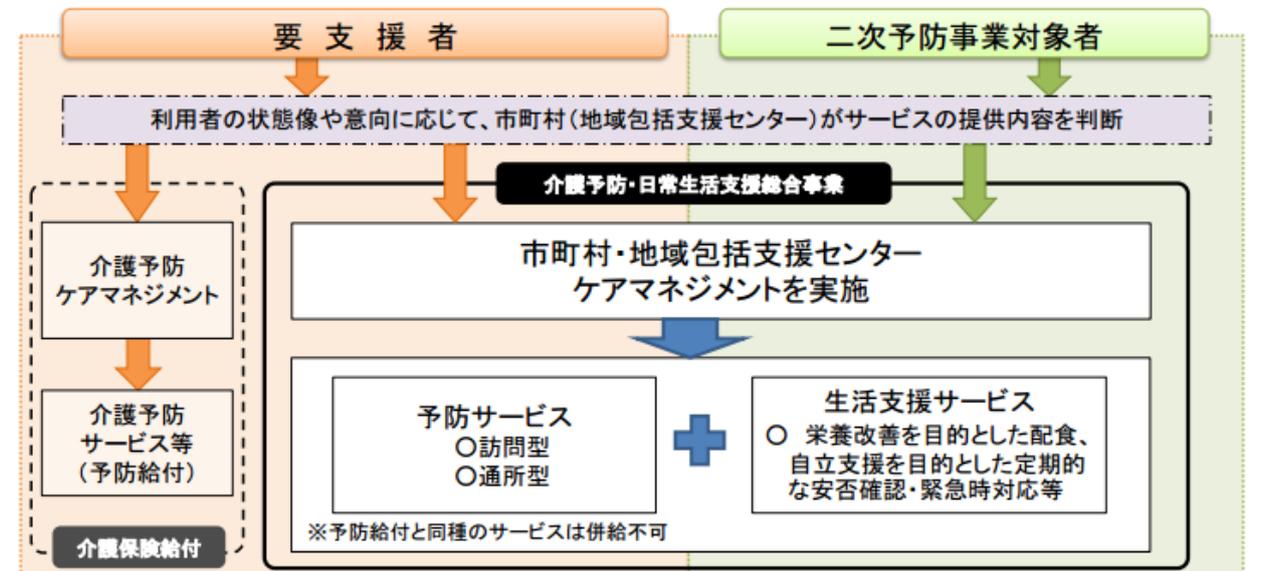
## 医療 + 介護

## 介護

第15回社会保障制度改革国民会議資料(H25.6.13)

### 介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)

- 市町村の選択により、地域支援事業において要支援者・2次予防事業対象者(要介護状態等となるおそれのある高齢者)向けの介護予防・日常生活支援に資するサービスを総合的に実施できる事業を創設(平成24年4月～)
- 同事業の導入により、多様なマンパワーや社会資源の活用等が図られ、地域の創意工夫を活かした取組の推進が期待される。
- (例)
  - ・ 要支援と自立を行き来するような高齢者には、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つながらない高齢者には、円滑にサービスを導入
  - ・ 自立や社会参加意欲の高い人には、社会参加や活動の場を提供
- 平成24年度では、27保険者(市町村等)が実施。



## 「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」から

### ◆市町村

- 客観的評価とシミュレーション
- 地域資源の確保と開発

### ◆介護事業者

- 効果的・効率的なサービスの提供
- 地域内の施設資源の有効活用
- 介護サービスの質の評価

「地域包括ケアを主導するのは誰が行っていい、例えば尾道では医師会が主導しているが、他の地域では他の人がやっている。主導するのは誰がやるというのは決まっておらず、主導する人がやればいい。だけど**最終的に責任を持つのは地方自治体**」(慶応大・田中滋教授)

私見として  
地域包括ケアのキモは . . .

真のアウトカムを含めた包括評価

と 情報

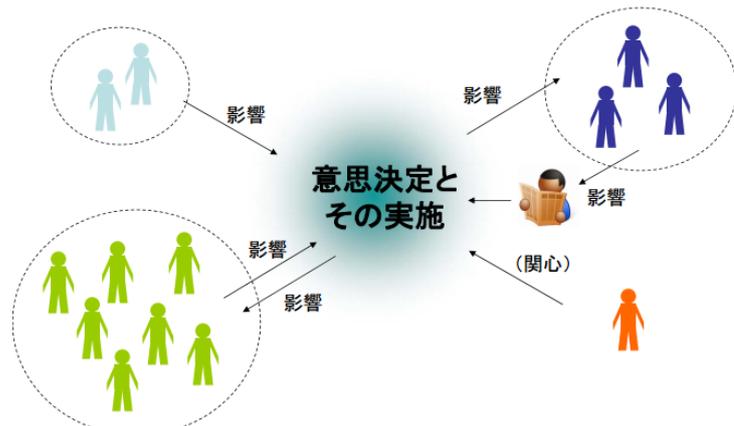
と スピード

① 計画内容を設定する		② 取り組み結果を振り返る	
<b>現状分析</b> ①対象地域の現状、数値的データ等 <ul style="list-style-type: none"> <li>・F小学校区は、人口8,000人、高齢化率22%・古からの分譲住宅や賃貸住宅があり、高齢者のみの世帯が多い。・高齢者のみの世帯450世帯 一人暮らし高齢者200人・地区内に小規模多機能M-1箇所、デイサービス3箇所・高齢者や子育て支援のNPO法人が存在する。</li> <li>・民生委員は、15人 自治会は地域づくりのため学習への防犯パトロール（青パト隊を結成）や自主防災訓練に取り組み始めている。</li> </ul>	<b>取り組み(事業)内容[予定]</b> ①計画内容 <ol style="list-style-type: none"> <li>①介護支援専門員、民生委員、ヘルパー、地域包括支援センターによる定期的な情報交換会の開催と要支援者等の把握(緊急時やごみ出し等の生活課題)の実施</li> <li>②地域懇談会にて地域課題の意見交換会、地域包括支援センターへの連絡等のPR</li> <li>③自治会、民生委員、地域包括支援センターによる支えあいマップづくり</li> <li>④要支援者を中心とした避難訓練(モデル地区1箇所)</li> </ol>	<b>取り組み(事業)内容[実際]</b> ②実施した内容 <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域懇談会における地域課題の意見交換会(班単位で7月に延べ4回)</li> <li>・高齢者世帯への生活課題への実態調査と情報交換会(行政、民生委員、地域包括、介護支援専門員等にて実施 8月話し合い、9月実施、10月集計・まとめ、12月情報交換会)</li> <li>・自治会、民生委員等との支えあいマップづくり(10月延べ4回)</li> <li>・地域懇談会で実態把握の結果と今後の自治会活動率の報告(1月)</li> <li>・モデル地区による要支援者避難訓練の実施(1月延べ84名)</li> </ul>	
<b>個別課題</b> ①地域における個別課題 <ul style="list-style-type: none"> <li>・自治会としては、自治会活動に参加しない高齢者や、近所つき合いのない住民が増えつつあり、災害時の要支援者(要支援高齢者や障がい者)の把握が困難となっている。いざという時に周りの協力が得られにくい心配している。</li> <li>・高齢者の中には、ごみ出しルールが不十分で当番の住民とトラブルが発生している。知りからは、「火事も心配だ。施設に入れたほうがいいのでは」といった声が出ている人もいる。民生委員が見かねて協力している高齢者もいる。・高齢者の孤独死が、この半年で4件続いている。今年夏には熱中症で5人の高齢者が救急搬送された。発見者は配達員・士業者やヘルパーが主であった。</li> </ul>	<b>ネットワークの内容[予定]</b> <p><b>メンバー</b> ①予定しているメンバー</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・行政機関(高齢福祉課、障がい福祉課、防災課)</li> <li>・自治会(会長、役員等)、地区民生児童委員協議会</li> <li>・介護支援専門員連絡会、介護サービス事業所、NPO</li> <li>・社会福祉協議会(地域担当)、婦人会、ふれあいサロン代表 等</li> </ul> <p><b>スケジュール・手順</b> ①予想スケジュール・手順</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①第1回地域懇談会で高齢者の地域課題を共有する。②高齢者世帯の実態把握、情報交換会(民生委員、地域包括等)</li> <li>③自治会、民生委員等との支えあいマップづくり(4回程度)④第2回地域懇談会で実態把握結果の報告、PRチラシの配布をモデル地区による要支援者避難訓練(援助方法の課題確認)</li> </ol> <p><b>活用ツール(モノ、カネ)</b> ①計画時に予定しているツール</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①地域懇談会(会場、運営費) 2回分 14,000円</li> <li>②要支援高齢者実態把握、情報交換会 30,000円</li> <li>③福祉マップづくり 4回分 16,000円</li> <li>④モデル地区要支援者防災訓練 20,000円</li> <li>④地域支えあいPRチラシ 20,000円 計100,000円</li> </ol>	<b>ネットワークの内容[実際]</b> <p><b>メンバー</b> ②実際に関わったメンバー</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・行政(高齢福祉課、障がい福祉課、防災課、保健推進課、消防署、警察)</li> <li>・自治会(会長、役員等)、地区民生児童委員協議会、老人クラブ</li> <li>・介護支援専門員連絡会、介護サービス事業所、NPO</li> <li>・社会福祉協議会(地域担当)、婦人会、子ども会、ふれあいサロン代表</li> </ul> <p><b>スケジュール・手順</b> ②実際のスケジュール・手順</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①地域住民を含めた第1回地域懇談会を実施</li> <li>②要支援高齢者世帯の実態把握、自治会役員の協力も仰ぐ</li> <li>③支えあいマップで要支援者と協力者の把握を行なう</li> <li>④第2回地域懇談会で実態把握結果の報告と地域課題の共有</li> <li>⑤モデル地区による要支援者避難訓練の実施、関係者の協力体制の確認</li> </ol> <p><b>活用ツール(モノ、カネ)</b> ②実際に活用したツール</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①地域懇談会(会場、運営費) 自治会の協力により 4,000円</li> <li>②要支援高齢者実態把握、情報交換会 28,000円</li> <li>③福祉マップづくり 自治会の協力により 8,000円</li> <li>④モデル地区要支援者防災訓練 自治会の協力により 10,000円</li> <li>④地域支えあいPRチラシ 20,000円 計60,000円</li> </ol>	
<b>ねらい</b> ①ネットワーク構築の取り組み(事業)のコンセプト <ol style="list-style-type: none"> <li>①生活課題のある世帯を把握し、関係者と共有化し、連携を図る。</li> <li>②地域の見守り支援体制を整え、いざという時や問題が生じたときに地域住民の中で少しでも支えられるよう、日頃から声が掛け合えるようにする。</li> <li>・生活上の問題が起きている、心配な世帯をできるだけ早めに地域包括支援センターにつないでもらう。</li> <li>・自治会活動(ごみ出しや避難訓練、サロン等)を通して声掛け、話ができる環境を作っていく。・認知症による徘徊等により行方不明になった場合や同じく高齢者に対して、自治会を通じた地域全体での支えあい見守り体制を整えてもらう。</li> </ol>	<b>成果と課題</b> ②実施後の成果と課題 <ul style="list-style-type: none"> <li>・実態把握と支えあいマップを作成する中で、認知症の疑いのある一人暮らし高齢者等地域と関りの薄い世帯の把握ができ、声かけ、見守り協力者を募ることにした。今まで支援を拒否していた高齢者世帯もふれあいサロン等への参加にもつながった。</li> <li>・自治会や民生委員等関係者との顔の見える関係ができ、地域包括支援センターへ認知症や一人暮らし高齢者の情報が少しずつ入るようになってきた。</li> <li>・避難訓練に参加した住民同士の連帯感が高まり、災害等の支えあいの重要性が共有できた。</li> </ul>		
<b>効果</b> ①期待する効果 <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域での見守りや支援が必要な高齢者世帯の実態把握ができ、地域包括支援センターや民生委員を中心とした早期の対応が図れる。</li> </ul>			

作成：(社)日本社会福祉士会

## 求められるスピードとStudy

合意形成のためには  
ステークホルダーがそ  
ろわなくてははいけない。  
しかし問題や環境の変  
化がある時、ステーク  
ホルダーの思いも変  
化する。



マルチステークホルダー合意形成と移行マネジメント  
東京大学 城山英明教授講義資料より  
[http://www2.ir3s.u-tokyo.ac.jp/esf/images/activity/symposium\\_20120206\\_shiroyama.pdf](http://www2.ir3s.u-tokyo.ac.jp/esf/images/activity/symposium_20120206_shiroyama.pdf)



Wikipedia「PDCA」より

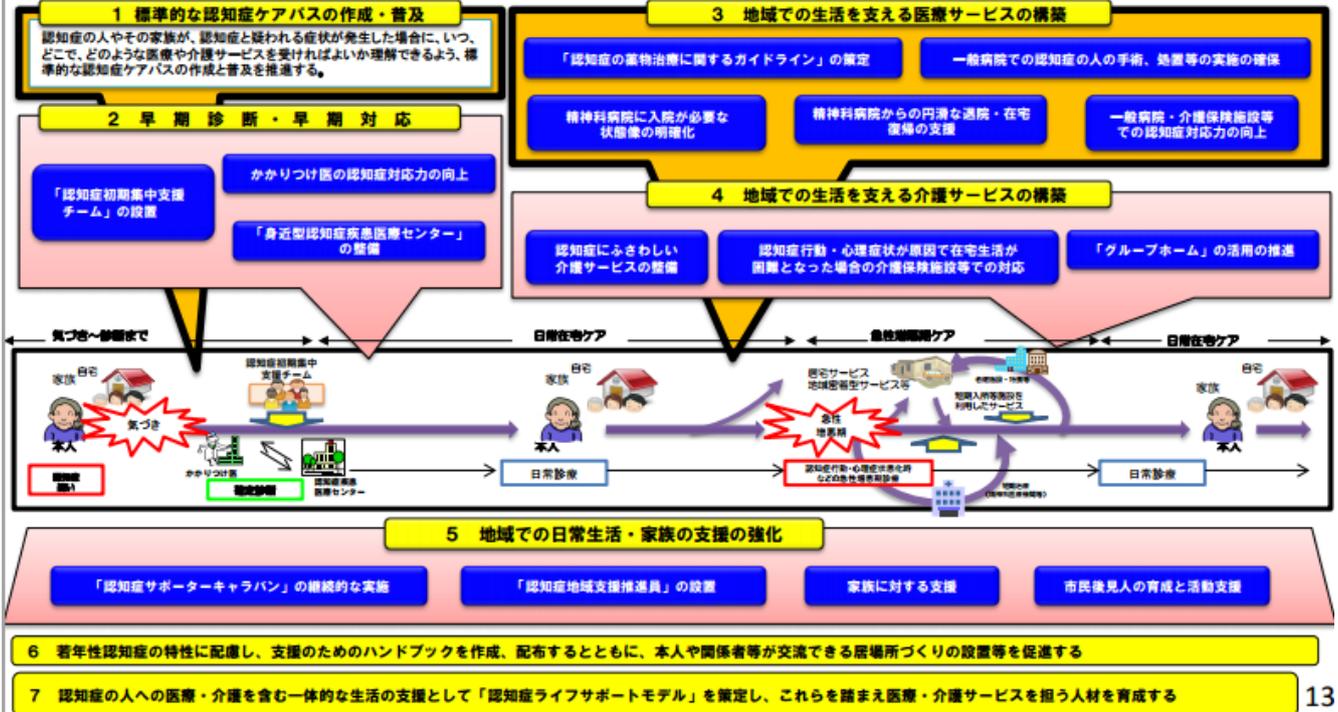
PDCAサイクルを提唱したE.デミングは  
後に、入念な評価を行う必要性を強調し  
てCheckをStudyに置き換えた。

厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム「今後の認知症施策の方向性について」の概要

(平成24年6月18日公表)

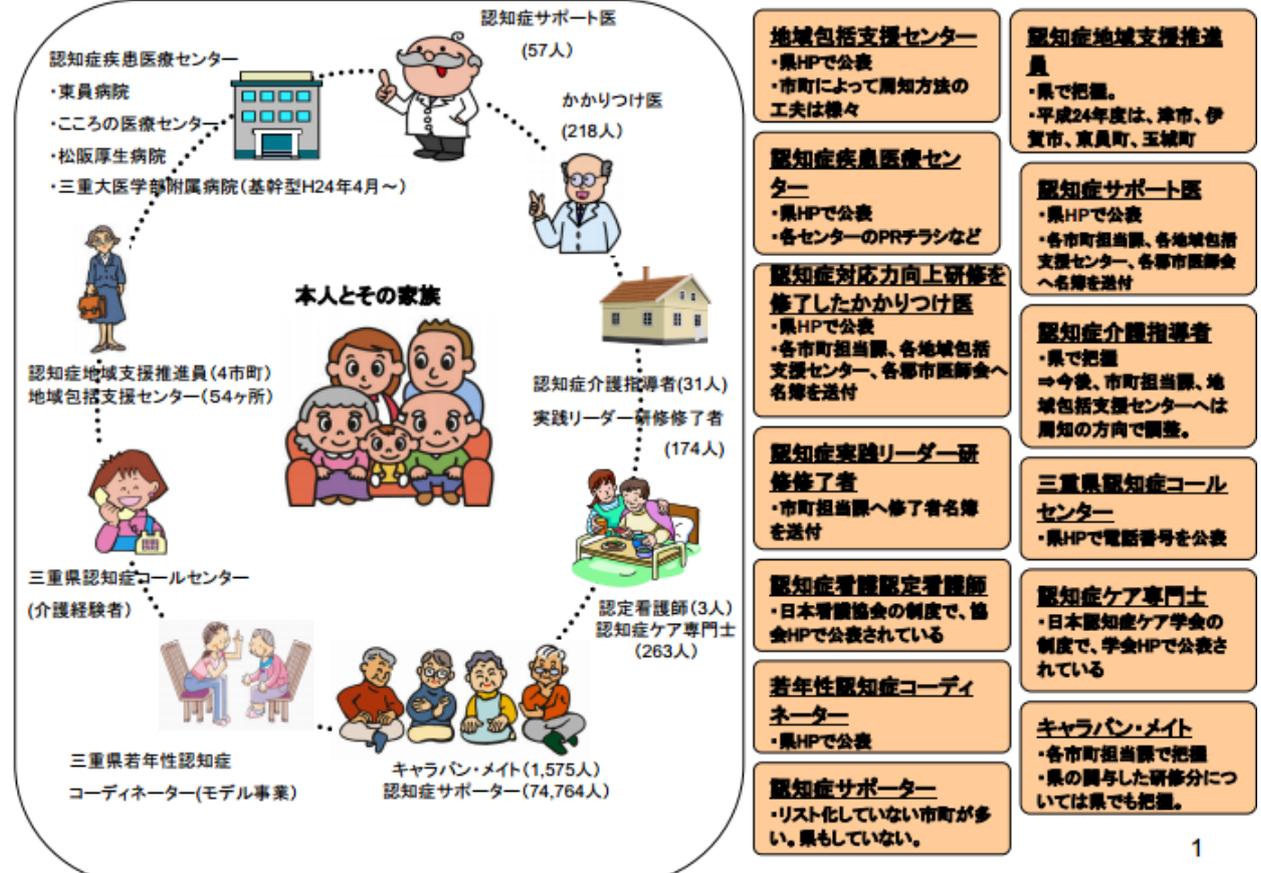
今後目指すべき基本目標—ケアの流れを変える—

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



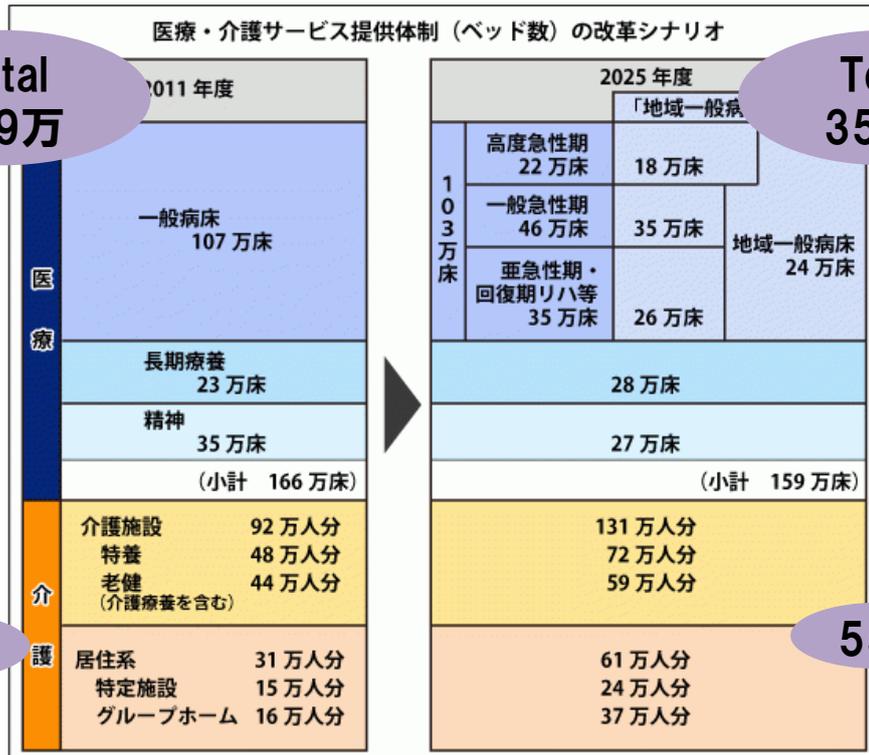
13

認知症の人とその家族をとりまく関係者リストと周知方法



1

# あなたの地域の場合は？



社会保障改革の政府案を基に作成。改革シナリオはパターン1に基づく

キャリアブレイン 2011年06月06日

## 住をどう考えるか

- 「本研究では、新しい参酌標準として「地域ケア率」という指標を提案している。これは、「在宅介護で複数機能（訪問系サービスと通所系サービス、もしくは、短期入所など）のサービスを併用し、かつ、その費用が在宅介護支給限度額比率が8割以上である利用者の割合」を指している」（地域包括ケア推進のための地域診断の方法と活用事例）
- 「サービス付き高齢者向け住宅という住まいの問題が非常に強調されていますが、そこへ高齢者を集めて定期巡回訪問をするというのは、考えようによっては人間のブローラー化だと心配する人もいる」（認知症を生きる人たちから見た地域包括ケア. 高見国生認知症の人と家族の会代表理事「京都式認知症ケアを考えるつどい」実行委員会. 2012.10）

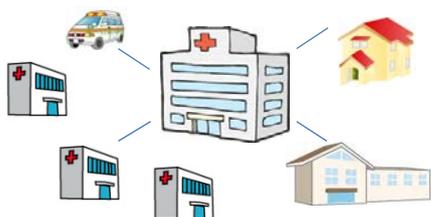
## まとめ

地域包括ケアはアウトカムのQOL化。  
共通言語とコミュニケーション方法を  
地域で持ち合う必要がある。地域包括  
ケアのキモは包括評価と情報共有と、  
スピードではないか。

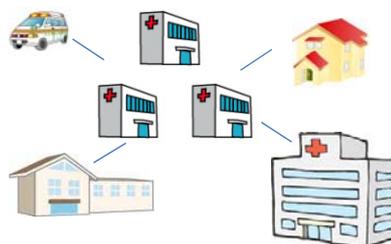
27

## 地域包括ケアを進めるのいくつかのモデル

モデル1. 病院中心



モデル2. 診療所中心



モデル3. 地域包括支援C中心



モデル4. 行政主導型

