

資料編

研究会において、委員及びゲストスピーカーから提供された資料を掲載する。

[平成28年度第2回地域包括ケア研究会]

介護サービス市場の動向と事業者経営

1

2016(平成28)年9月29日(木)

立命館大学経営学部教授

肥塚浩

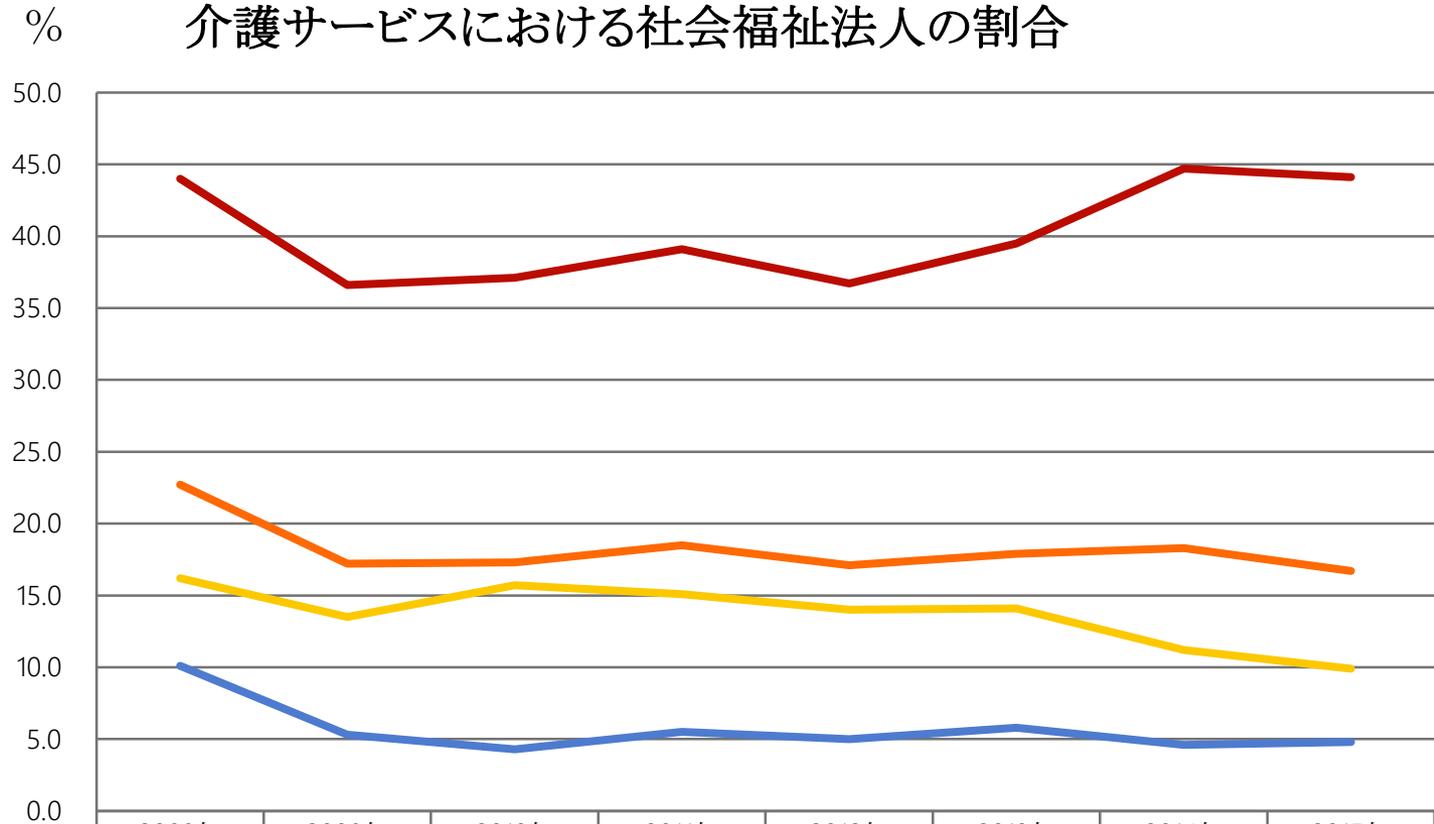
目次

1. 介護サービス市場における法人形態別提供比率と特徴
2. 介護サービス市場の競争環境について
3. 小規模社会福祉法人の連携・経営強化
4. 地域経営に関して

介護サービス市場における法人形態別提供比率

- 社会福祉法人
 - 全体比率の低下 2008年:22.7%→2015年:16.7%
 - 施設系(入所型)では40%台を維持
- 社会福祉協議会
 - 全体比率の急速な低下 2008年:9.7%→2015年:4.7%
 - とりわけ、訪問系と施設系(通所型)で低下
- 医療法人
 - 全体は若干低下 2008年:14.5%→2015年11.0%
- 株式会社
 - 全体として上昇 2008年:38.6%→2015年:55.5%
 - とりわけ、訪問系と施設系(通所型)で上昇
- ◆ 介護サービス市場＝市場的側面が強くなっている
- ✓ 規制緩和の進展によっては、準市場の準の水準が低くなる

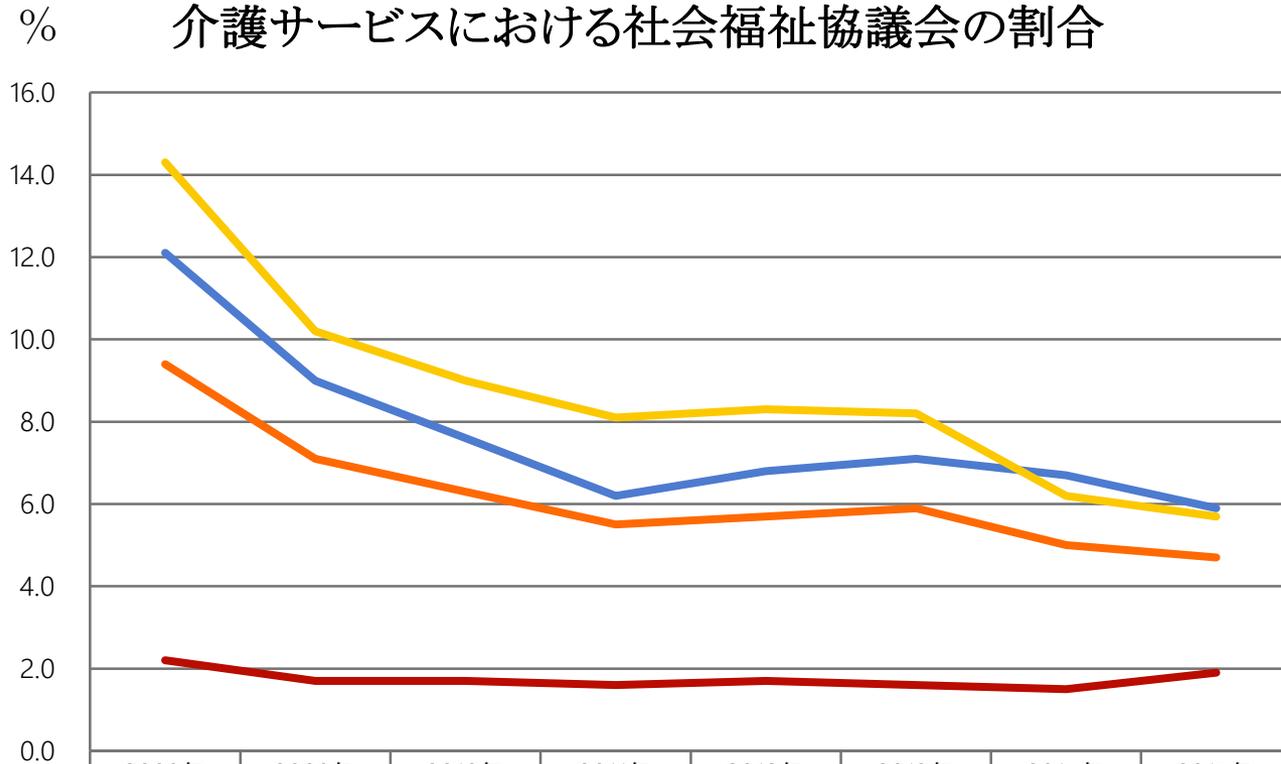
介護サービスにおける社会福祉法人の割合



	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
全体	22.7	17.2	17.3	18.5	17.1	17.9	18.3	16.7
訪問系	10.1	5.3	4.3	5.5	5.0	5.8	4.6	4.8
施設系(入所型)	44.0	36.6	37.1	39.1	36.7	39.5	44.7	44.1
施設系(通所型)	16.2	13.5	15.7	15.1	14.0	14.1	11.2	9.9

出所)介護労働安定センター編[2009～2016]『介護労働の現状について』より作成

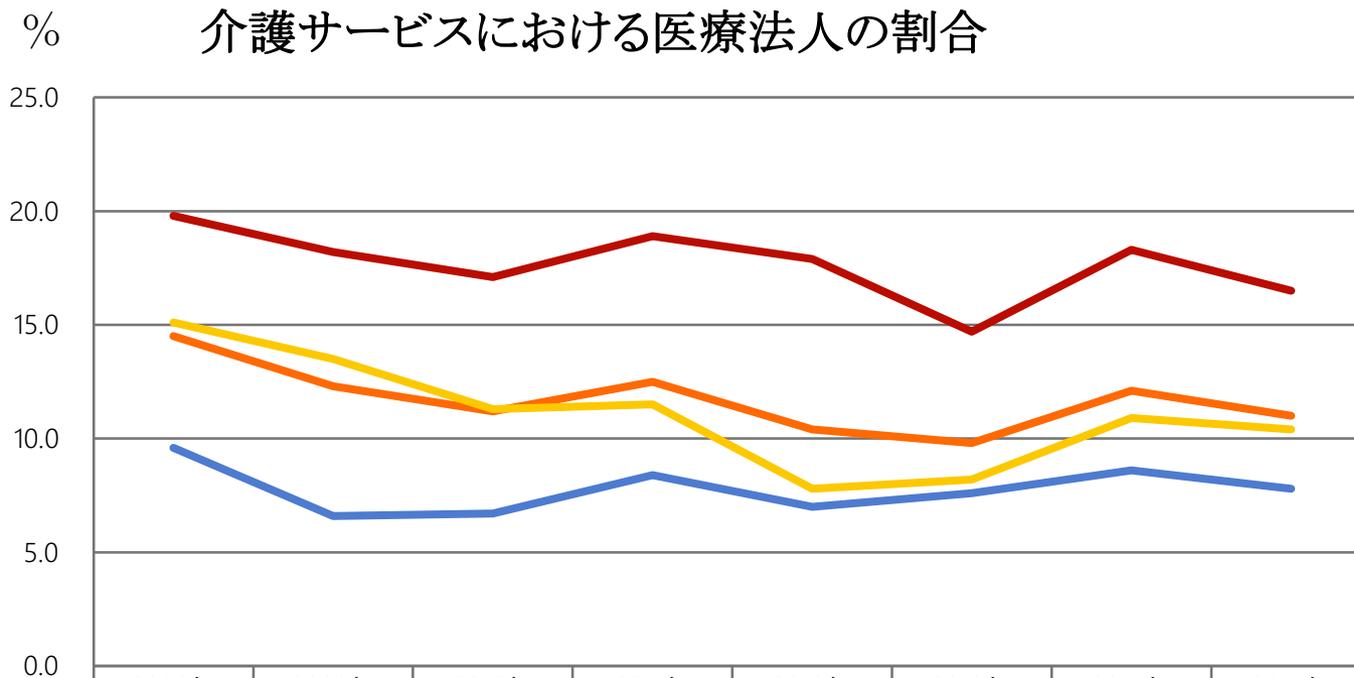
介護サービスにおける社会福祉協議会の割合



	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
全体	9.4	7.1	6.3	5.5	5.7	5.9	5.0	4.7
訪問系	12.1	9.0	7.6	6.2	6.8	7.1	6.7	5.9
施設系(入所型)	2.2	1.7	1.7	1.6	1.7	1.6	1.5	1.9
施設系(通所型)	14.3	10.2	9.0	8.1	8.3	8.2	6.2	5.7

出所)介護労働安定センター編[2009～2016]『介護労働の現状について』より作成

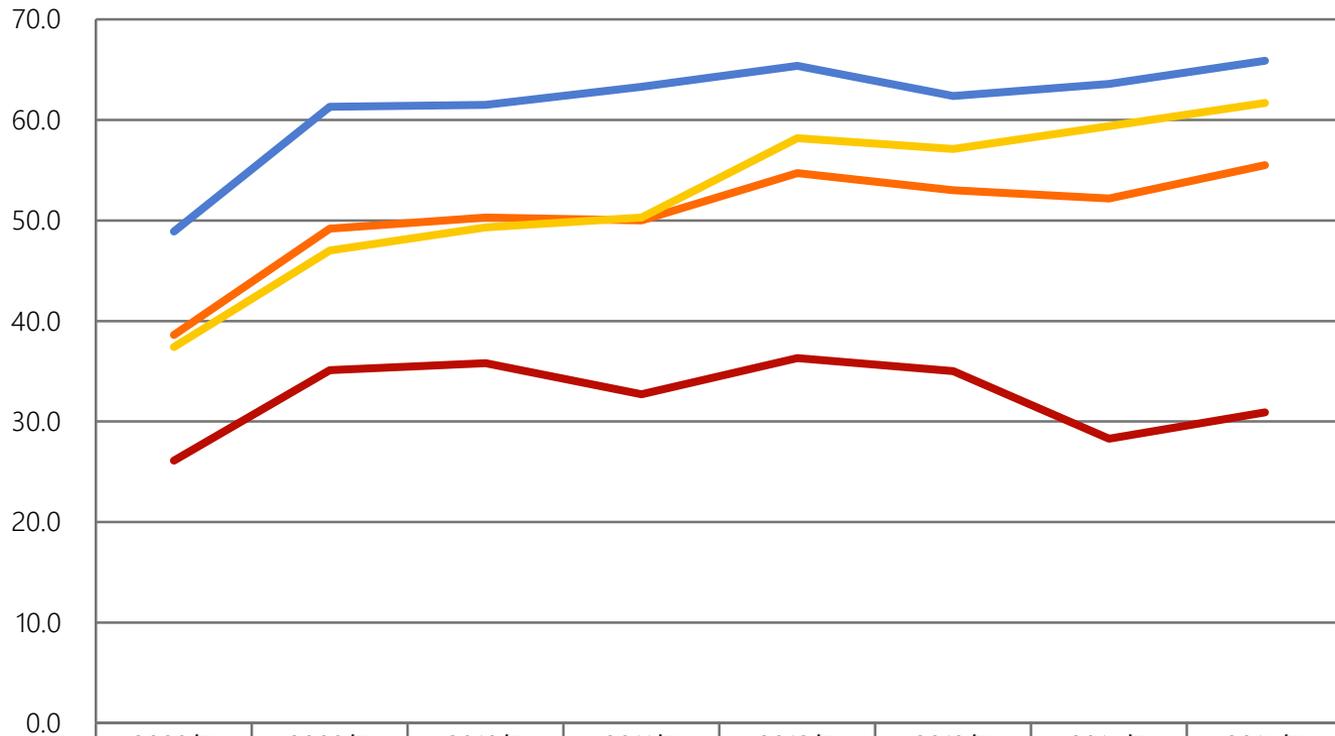
介護サービスにおける医療法人の割合



	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
全体	14.5	12.3	11.2	12.5	10.4	9.8	12.1	11.0
訪問系	9.6	6.6	6.7	8.4	7.0	7.6	8.6	7.8
施設系(入所型)	19.8	18.2	17.1	18.9	17.9	14.7	18.3	16.5
施設系(通所型)	15.1	13.5	11.3	11.5	7.8	8.2	10.9	10.4

出所)介護労働安定センター編[2009～2016]『介護労働の現状について』より作成

介護サービスにおける民間企業の割合



	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
全体	38.6	49.2	50.3	50.0	54.7	53.0	52.2	55.5
訪問系	48.9	61.3	61.5	63.3	65.4	62.4	63.6	65.9
施設系(入所型)	26.1	35.1	35.8	32.7	36.3	35.0	28.3	30.9
施設系(通所型)	37.4	47.0	49.3	50.3	58.2	57.1	59.4	61.7

出所) 介護労働安定センター編[2009～2016]『介護労働の現状について』より作成

介護分野における諸問題への対応は喫緊の政策課題

- ◆施設等の介護サービスの不足(年間約10万人の介護離職者、要介護3以上の特別養護老人ホーム待機者は約15万人)
- ◆低賃金等を原因とする介護人材の不足 → 2025年には約38万人の介護人材の不足
- ◆少子高齢化の進展による超高齢社会の到来 → 2025年には日本人の5.5人に1人が75歳以上
- ◆要介護者等に伴う介護給付費の急増(2015年度:約10兆円) ⇒ 2025年度に約20兆円

本報告書の基本的考え方

検討の視点

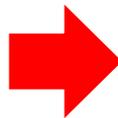
多様な事業者の新規参入

公平な競争条件

事業者による創意工夫の発揮

利用者による適切な選択

介護分野における
活発な競争を促進



期待される効果

介護サービスの供給量の増加

介護サービスの質・
利用者の利便性の向上

事業者の採算性の向上と介護労働
者の賃金増(人手不足の解消)

公正取引委員会の 対応

引き続き介護分野における制度改革や運用の動向を注視するとともに、必要に応じてフォローアップ調査を実施するなど、競争環境の整備に向けた競争唱導活動を行っていく方針。

参入規制 ①多様な事業者の新規参入が可能となる環境の整備

調査結果等

多様な事業者の参入促進

競争政策上の考え方

提供主体等による規制

特別養護老人ホームの開設主体となるのは社会福祉法人等のみ
・株式会社等の倒産による撤退の懸念
・制度改正による特別養護老人ホームの公的性格の強化
・株式会社等の参入希望がない
➡上記を理由に、株式会社等であることをもって参入を排除する
合理性・必要性は乏しく、参入意欲のある株式会社等も一定
程度存在

株式会社等が特別養護老人ホーム(自治体設置)の
指定管理者になることが制度上可能
➡一部の自治体において、株式会社等が指定管理
者になることを認めないなどの運用

需給調整を目的とした規制

介護サービス事業者の指定等に当たって、サービスの
提供が過剰とみなされた場合に指定を拒否することが
できる、いわゆる「総量規制」と呼ばれる規制があるが、
総量規制それ自体は、介護給付費が過剰となることを抑制
するため、やむを得ない面がある。
➡一部の自治体において、総量規制の根拠となる介護
保険事業計画等の策定に当たり、適正な介護サービス
量が見込まれていないといった事例や、具体的な事業
者の選定にあたり不適切な事例があるとの指摘。

提供主体等による規制

〈特別養護老人ホームの開設主体に係る参入規制〉
➡医療法人、株式会社等が社会福祉法人と対等の
立場で参入できるようにすることが望ましい(あわせて、
補助制度・税制等に関するイコールフットイングについても要検討)
【段階的な緩和も考えられる】
例： ①社会医療法人等の医療法人
➡②社会福祉法人と株式会社の協働出資会社
➡③株式会社等

〈指定管理者制度〉
➡自治体は、自らが設置する特別養護老人ホームに
おいて、株式会社等を指定管理者とするように、指定
管理者制度を積極的に活用していくべき。

需給調整を目的とした規制

〈総量規制〉
➡自治体は、総量規制を適切に運用すべき。あわ
せて、具体的な事業者の選定に当たっては、選定
基準を明確化し、客観的な指標に基づいて選定を
行うなど、恣意性の排除を図るとともに、選定の透明
性を図るべき。

注) 破線枠内は自治体に対する提言である。以下も同様。

出所) 公正取引委員会[2016]「介護分野に関する調査報告書(概要)」(平成28年9月5日)

補助制度・税務等 ②事業者が公平な条件の下で競争できる環境の整備

補助制度・税制等におけるイコルフットイングの確保

調査結果等

競争政策上の考え方

提供主体等による規制

自治体独自の補助制度

➡一部の自治体において、補助対象を社会福祉法人に限定しているなど法人形態を理由とした不明な取り扱いがあるものが存在。

以前は、特別養護老人ホームの施設整備に対して、高額な補助。

➡現在は、自治体によっては、補助率は下がってきている。

税制

社会福祉法人は、原則として、法人税、住民税及び事業税が免税。

➡株式会社等から税制上のイコルフットイングが強く求められている

社福軽減事業

社会福祉法人による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業（社福軽減事業）

➡実施を社会福祉法人等に限定する理由は見当たらない

提供主体等による規制

〈自治体独自の補助制度〉

➡法人形態を問わず公平な補助制度とすべき。

〈特別養護老人ホームに対する補助〉

➡公益的な役割を果たすために必要な範囲で行われるべきであり、それを超える過剰な補助は好ましくない。

税制

〈税制上の優遇措置等〉

➡制度の基本的枠組みは維持するとしても、優遇の差を狭める方向で見直しを検討することが望ましい。

社福軽減事業

〈実施対象〉

➡自治体は、法人形態を問わず利用できるようにすることが望ましい。

介護サービス・価格の弾力化(混合介護の弾力化)

③事業者の創意工夫が発揮され得る環境の整備

調査結果等

「混合介護の弾力化」の実現

競争政策上の考え方

現行制度の状況

原則として、保険内サービスと保険外サービスを同時一体的に提供することはできない

介護報酬を下回る料金での介護サービスの提供はほとんど行われていない(介護報酬を上回る料金での介護サービスの提供はできないとされている)

➡介護サービスの提供に当たって、多様なサービスの提供が可能となり、価格競争が有効に機能する環境は必ずしも整っていない。

混合介護の弾力化

「混合介護の弾力化」とは

保険内サービスと保険外サービスを組み合わせた同時一体的な提供を可能とすることや、質の高いサービスを提供するとともに、利用料金を自由化すること。

「混合介護の弾力化」により期待される効果

➡利用者の利便性が向上するとともに、事業者が提供するサービスに応じた料金を徴収できる。

➡事業者の収入の増加をもたらし、介護職員の処遇改善等につながる可能性もある

解決すべき課題

➡自治体ごとのローカルルールが存在に起因する効率性の欠如、不適切な保険給付の増加。

混合介護の弾力化

「混合介護の弾力化」を認めることにより事業者の創意工夫を促し、サービスの多様化を図ることが望ましい。

混合介護の弾力化

〈保険内外のサービスの同時一体的な提供〉
保険内サービスの提供時間内に利用者の食事の支援に併せて、帰宅が遅くなる家族の食事の支援も行うことで、低料金かつ効率的にサービスを提供できるようになる可能性がある

〈サービスの質に応じた料金徴収〉
利用者が特定の訪問介護者によるサービスを希望する場合に、指名料を徴収したうえで派遣することが可能になる。

解釈・運用の明確化、予見可能性の確保

国は、自治体により事業者の創意工夫を妨げるような運用が行われないよう、制度の解釈を明確化し、事業者の予見可能性や透明性を高めるべき。

情報公開・第三者評価

④利用者の選択が適切に行われ得る環境の整備

調査結果等

情報公開・第三者評価の充実

競争政策上の考え方

情報公開

情報公開の実態

→実際に事業者等から公開されている情報では利用者等が必要としている情報としては必ずしも十分ではない

自治体の状況

→利用者がどのような情報を必要としているのかを把握する取組を実施していない自治体が多い

介護サービス情報公表制度(平成18年4月運用開始)

→現状では、更なる改善や廃止を求める声も多いなど、その役割を果たしているとはいえない。

情報公開

〈事業者に対して〉

→利用者が入手しやすい方法により、さらに積極的な情報公開を期待。

〈自治体に対して〉

→利用者が求める情報を把握し、公開されている情報とのギャップをなくす仕組みの構築や、苦情等の対応機関との一層の連携を期待。

〈国に対して〉

→介護サービス情報公開制度の基本的な見直しを含め、その在り方について検討すべき。

第三者評価

第三者評価に対する考え方

→専門の見地から行われ、定期的な受信とその結果の公表を推進することは介護サービスの質の改善・向上の有効な手段であり、利用者等の比較検討にも資する。

第三者評価の現状

→自治体ごとに第三者評価の対象となるサービスが限られており、評価対象となっている場合でも、広く受信されているとは言い難い。利用者等の認知度や利用率も低く、介護サービスの選択にいかされていない。

第三者評価

〈自治体に対して〉

→対象サービスをできるだけ拡大し、事業者が受信できる体制を整えるとともに、受信を促進するための積極的な施策を講じるべき。

〈事業者に対して〉

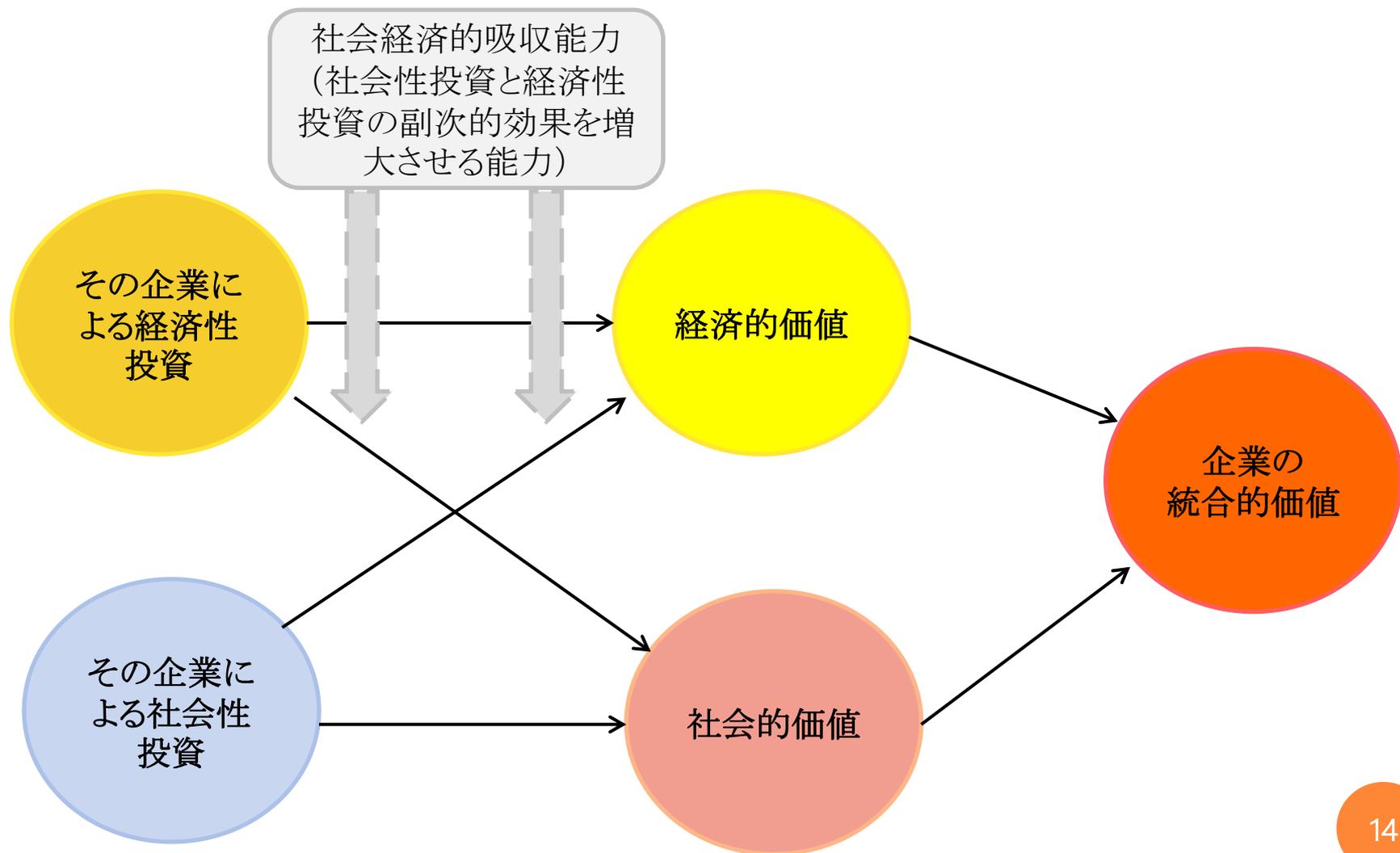
→必要性を十分に認識し、積極的な受信や結果の公表に努めるべき。

加えて、信頼性を確保するために、評価機関の資質向上や評価の公表性の確保等が図られる仕組みが構築されるべき。

介護分野における競争促進に関して

- 全体として、介護に関する「公益性」(例えば、社会的価値(M. E.Porter)の重視)や「地域的な資源偏在」(競争環境が成立する地域とそうでない地域)の視点が不足しているのではないか
- 事業者選定における恣意性の排除、透明性は重要
- 税制の幅を縮めるには、民間企業が簡単に退出しないようにするため、何らかの制度的制約が必要(意見にある保証金積立など)ではないか
- 社福軽減事業については、法人形態を問わず利用が適切
- 混合介護の弾力化については、サービスの多様化を促進するとともに、事業者の創意工夫を妨げない予見可能性や透明性が重要
- 情報公開の指摘は適切だが、第三者評価は経営・運営上の支援ともなることが重要

企業の社会性を包含する新たな因果関係



準市場の特徴と営利企業の参入

○ 準市場と一般市場の相違

- 需要側: 消費者の財サービス利用支援策として、特定の目的と目的に対して割り当てられた公的な性格をもつ資金
- ✓ 購入に当たっての選択過程に加わる主体が直接の利用者だけではなく、第三者(行政機関、ケアマネジャー、主治医等)による意思決定支援が求められる
- 供給側: 独立した供給主体間に顧客獲得競争が存在する点は一般市場と同様だが、上位の政策目標を果たすために、営利法人以外の経営主体の参加も歓迎され、それらが存続可能となるような仕掛け

○ 営利企業の参入

- 同じ条件を満たした事業者であれば、在宅については公私・営利非営利の主体の種別を問わず市場に参入できる
- さらには、「介護サービスの供給主体は基本的に営利企業を含む民間主体とし、公的部門は介護サービスの供給に関するルールや基準の設定、介護費用の徴収やその配分に徹するべきだという考え方もあり得る」(小塩隆士、1998)ことになる

介護サービス経営の成果

- 医療法人、社会福祉法人等＝非営利組織
 - 営利を目的としない
 - 公益性の高い介護サービスを安定的に提供(理念)
 - 規律—情報開示、役員報酬等
- 非営利・営利を問わず、介護サービス事業者における成果
 - 顧客(介護サービス利用者、介護サービス家族・親族等、地域、自治体、政府)の満足
 - 介護の質の高度化
 - スタッフの能力向上と成長

小規模社会福祉法人の連携・経営力量強化

「きたおおじ」2012年8月に開設 ～ 二つの目的

◆1点目は、誰もが住み慣れた地域で住み続けることを支えることを可能にするための地域密着型高齢者介護拠点づくりであり、併せて、その拠点到住民が支え合う等の様々な機能を付加することである。

◆2点目は、グループ化を目指す7つの中小法人の本部として設立したものである。

グループ本部(地域密着型総合ケアセンターきたおおじ)

運営部門

○地域密着型特養 29名

○短期入所事業 10名

○小規模多機能事業 25名

○サービス付き高齢者住宅 6戸

○地域交流サロン

開発部門

○人材・開発研究センター
(公益事業)

グループ化による経営機能強化・人材育成の試み

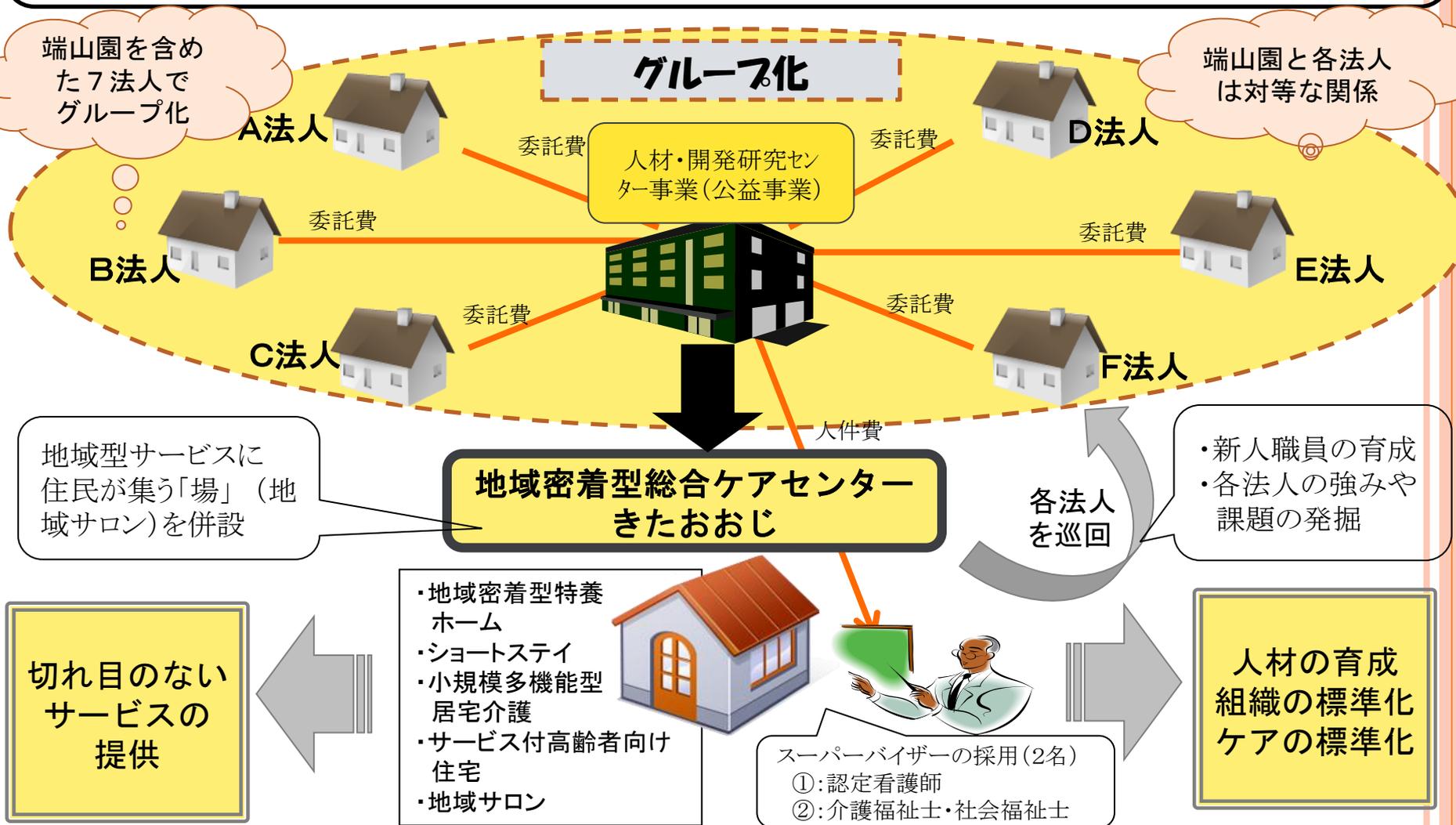
地域包括ケアを推進するためには、生活圏域ごとの介護サービス資源や、住民が集える場を用意し、住み慣れた地域で、馴染みの人間関係と、切れ目のないサービス、さらにそれらと他の地域資源を文字通り包括的にコーディネートできる人材を育成・配置することなくしては難しい。



- ・研修体系・組織風土・ケアチーム育成
- ・地域展開支援・次世代の経営者育成
- ・人材の共同募集・キャリアパス共有
- ・給与表共有・人事異動等々を視野に！

複数の法人からの拠出金による人材育成の取組事例(リガーレ暮らしの架け橋)

- 複数の社会福祉法人が連携し、「地域密着型総合ケアセンターきたおおじ」を開設。
- きたおおじでは地域密着型特養ホームなどとともに、地域の人々が集う「場」である地域サロン併設
- 共同でスーパーバイザーを確保し、人材育成や組織の標準化を図る。



リガーレ本部(きたおおじ人材開発・研究センター)

- 給与・キャリアパスの考え方検討会
- 若手経営者のための介護・福祉経営を考える会
- 各法人の地域展開個別支援(山田代表)
- 職員共同募集の試み(リガーレ新卒向け求人用パンフレット制作・就活フェア)
- 代表者会議(今後の方向性、課題協議・・・本部機能強化・各法人組織風土・給与・キャリアパス・異動・労務管理などいわゆる総務機能共有・・・)
- 研修実施

各法人SV巡回(第1ステージ)

● 24年度

- 1) 研修・人材育成
- 2) 会議・記録・情報共有
- 3) 組織性・組織機能(風土)
- 4) 設備環境
- 5) 職員配置
- 6) 暮らしの支援

● 25年度

行動計画策定

行動計画実践

(ICTの活用)

FS研修を修了した役職者の各部門配置

● 26年度

自転する組織

組織文化の標準化

異動と職員共同募集

社会福祉法人の戦略的展開

- 1) 老朽施設の改修と個室化
- 2) 施設機能の地域展開
- 3) 地域包括ケアへのコミット

第2ステージ(平成27年度～)のグループ化計画

★人材育成・ケアの質(ケアチームの質)

- ・リガーレ統一研修の実施
- ・グループ研修委員会発足
- ・グループの輪の拡大＝統一研修参加法人の加入
- ・サービス統括責任者会議発足
- ・SV巡回の継続

★戦略・経営・地域包括ケアに向けた事業展開など

- ・給与・キャリアパス一元の達成
- ・職員の共同募集本格化
- ・若手経営者のための福祉・介護経営を考える会の再編成
- ・経営戦略会議発足
- ・研究会の継続(平成27年5月に第21回開催)
- ・老朽施設改修支援継続
- ・地域展開支援継続

地域経営について

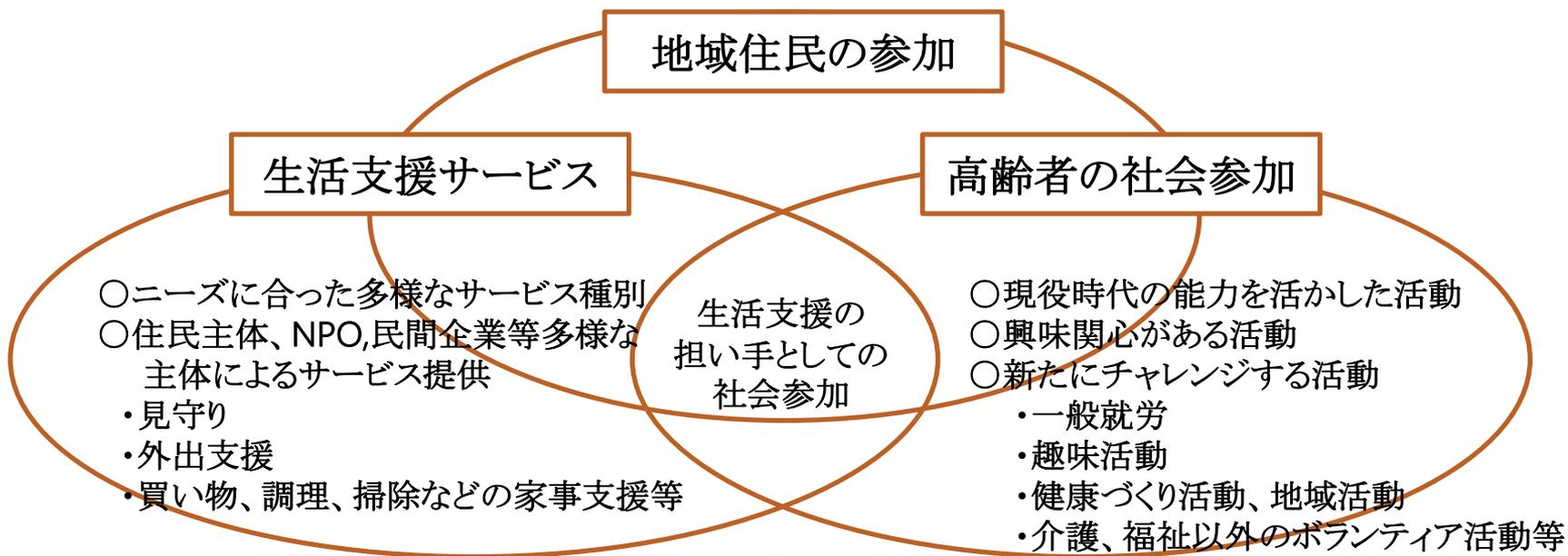
- 地域経営学の研究と教育の課題：地域を経営主体として、地域内の営利企業、非営利企業、自治体、学校、病院、NPO、NGO、家庭などの各経営主体の役割及び各経営主体の協働、連携のあり方
 - 日本学術会議「地域経営学の研究・教育のあり方検討分科会」
- NPM(市場メカニズムの導入、顧客主義への転換、業績/評価による統制、ヒエラルキー組織の簡素化)とPPP(官民パートナーシップ)による公共サービス提供
 - 石井春夫他[2008]p.7～9
- ◆ 地域経営：①自治体による地域の経営
 - ②官民パートナーシップ
 - ③地域経営主体間の協働と連携

地域包括ケアシステムの構築と地域経営の役割

- 自治体による地域経営
- 地域経営の主体間協働・連携
 - 自治体と介護事業者による協働・連携
 - 介護事業者による地域経営主体との協働・連携
 - 介護事業者による地域主体との協働・連携
 - 地域主体同士の協働・連携
- 地域における役割分担(例えば)
 - 地域の中心的拠点:時間消費型含む商業施設、総合的医療サービス(病院)、地域包括支援センター、子育て総合支援センター等
 - 地域・生活拠点:生鮮品・日用品等購入可能商業施設、診療所、介護施設・介護サービス拠点、幼稚園・保育園等
 - 居住地:日常的な文化・福祉・教育等のコミュニティ機能(コミュニティセンター等)と生活

生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加

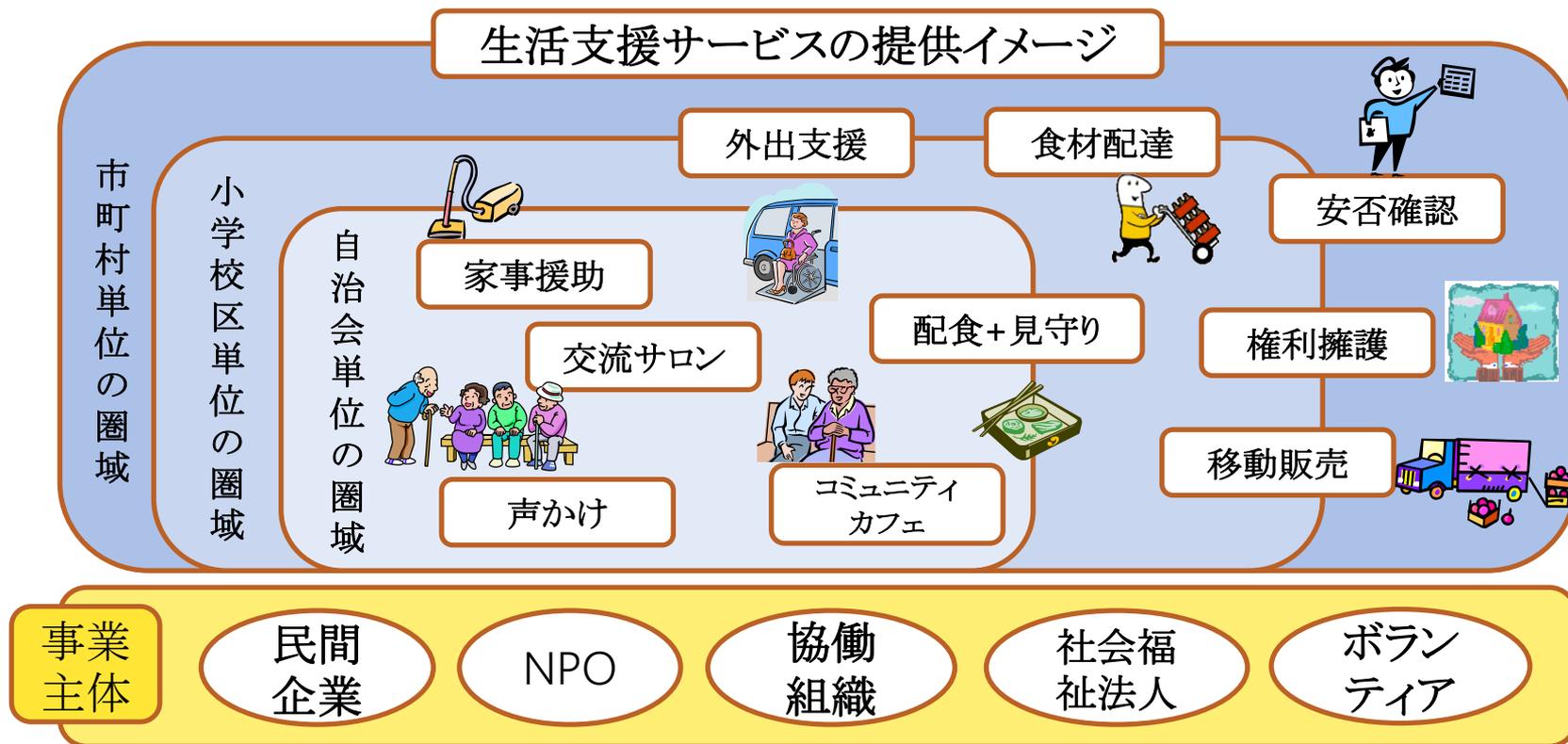
- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供することが必要。
- 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。
- 多様な生活支援・介護予防サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。具体的には、生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)」の配置などについて、介護保険法の地域支援事業に位置づける。



バックアップ

市町村を核とした支援体制の充実・強化・都道府県等による後方支援体制の充実

多様な主体による生活支援サービスの重層的な提供



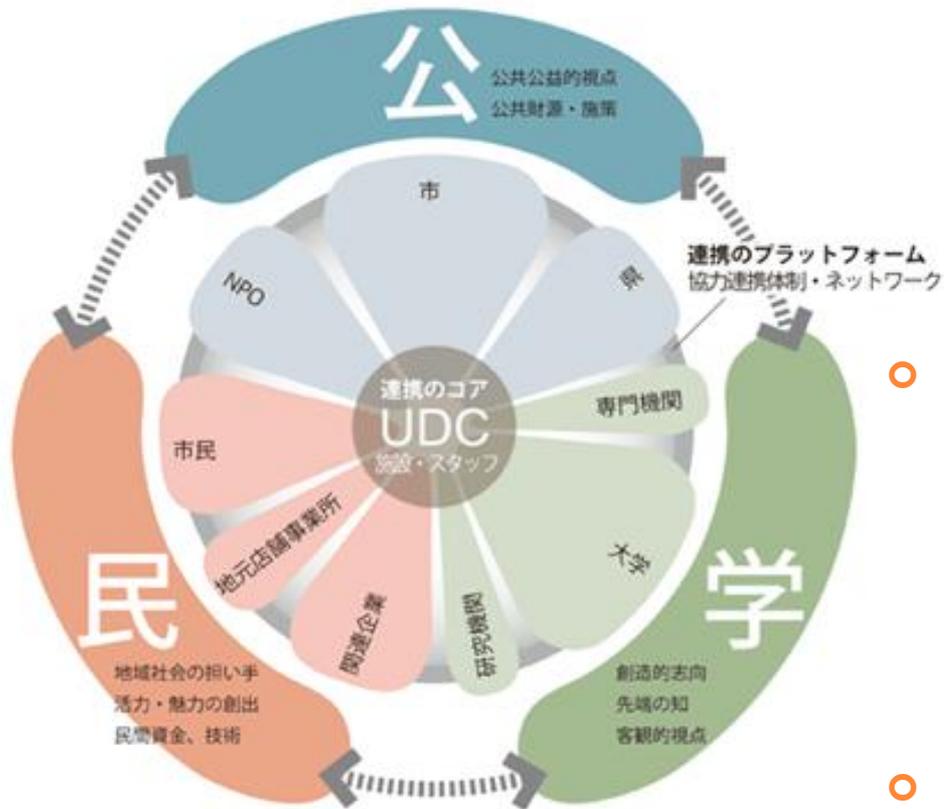
バックアップ

市町村を核とした支援体制の充実・強化(コーディネーター)の配置、協議体の設置等を通じた住民ニーズとサービス資源のマッチング、情報集約等)

→ 民間とも協働して支援体制を構築

- ・介護支援ボランティアポイント等を組み込んだ地域の自助・互助の好取組を全国展開
- ・「生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)」の配置や協議体の設置などに対する支援

アーバンデザインセンターとは



- 複合化した地域の課題に対して、公・民・学のそれぞれの立場で活動する様々な個人や組織が、様々な場面で臨機応変につながり、協働して解決に取り組むコラボレーションを進めるためのオープンなプラットフォーム
- 「大学」や専門家は、新たな技術や理論を積極的にまちに応用すると共に、長期的・客観的視点から見たコラボレーションの方向づけをする上で、重要な役割を担う。
- 公・民・学のコラボレーションを地域主体で実践し、まちを創造する拠点

各地のアーバンデザインセンターの特徴

	UDCK (柏の葉アーバンデザインセンター)	UDCM (松山アーバンデザインセンター)	UDCIC (アイランドシティ・アーバンデザインセンター)
所有	東京大学フューチャーセンター施設利用(無償で賃貸)	空き店舗改修・賃貸(期間限定)	福岡市港湾局より無償貸与(民間ビルを市が賃貸)
立地	柏の葉キャンパス駅西口駅前	松山市駅から徒歩8分 松山を代表する商店街近く	ニュータウン玄関 バス停前
建物概要	東京大学フューチャーセンター1階部分(公開空地隣接)	1階及び2階(広場前)	福岡ビジネス創造センター1階ギャラリー部分(公園前)
面積	部屋面積 150m ² 事務スペース等 70m ² ホールスペース 85m ² トイレは館内施設利用	1階 交流スペース100m ² 2階 事務スペース80m ² 多目的トイレ含まず	ミーティングスペース 約50m ² まちの本棚 約60m ² 情報コーナー 約40 事務局 約20m ²
開館時間	月曜～土曜 10:00～19:00 休館日:日・祝・年末年始	月曜～金曜 10:00～20:00 土・日・祝 10:00～18:00 休館日:年末年始	月曜～金曜 10:00～17:00 休館日:土・日・祝・年末年始
備考	<ul style="list-style-type: none"> ・3代目施設 ・周辺に関連施設多数あり ・施設内は飲食自由 	<ul style="list-style-type: none"> ・施設前に「みんなのひろば」 ・施設内は飲食自由 	<ul style="list-style-type: none"> ・まちの本棚に図書約2,000冊 ・情報コーナーに模型(3m×2m) ・施設内のホールとUDCICは可動壁で仕切られているため、2室繋げて大きく使用可能。 ・目の前は公園 ・施設内は飲食自由

各地のUDCの組織形態

	UDCK (柏の葉アーバンデザインセンター)	UDCM (松山アーバンデザインセンター)	UDCIC (アイランドシティ・アーバンデザインセンター)
地域	千葉県柏市柏の葉地域	愛媛県松山市	福岡市香椎照葉アイランドシティ
設立年月	2006年10月	2012年10月	2014年4月
組織形態	任意団体 柏の葉アーバンデザインセンター + 一般社団法人 柏の葉アーバンデザインセンター	松山市都市再生協議会 (任意団体) (事務局:松山市都市デザイン課)	アーバンデザイン協議会 (任意団体) (事務局:福岡市港湾局)
公	柏市 (協力:千葉県他)	松山市	福岡市
民	三井不動産(株) 首都圏新都市鉄道(株) 田中地域ふるさと協議会	松山商工会議所 伊予鉄道(株) (株)まちづくり松山	照葉校区各種団体協議会 立地企業等連絡協議会
学	東京大学 千葉大学	愛媛大学、松山大学、聖カタリナ大学 松山東雲女子大学、(東京大学)	九州大学、九州産業大学 福岡女子大学、福岡工業大学
スタッフ	常駐スタッフ8名 受付1名、事務1名	常駐3名 非常駐6名	常駐4名
施設	東京大学社会連携拠点内 (事務所スペース分負担)	空き店舗を市が賃貸 改修費、家賃等は市が負担	市契約の民間企業本社ビル 1階にテナント入居

UDCBK (びわこ・くさつアーバンデザインセンター)の目的と役割

- 地域を知り、お互いを知る
 - 過去の庶民の暮らしの工夫や知恵を再発見
 - 地域の現在の状況及び課題を可能な限り把握
 - 個別の課題群を構造化し、複合化した課題として認識
 - 活動を通じてお互いを知り合う
- 未来のまちのイメージを共有する
 - 中長期的な視点を獲得
 - バックキャストイングにより将来へのインパクトが大きい課題を明確化
 - ステークホルダー間の利害を調整
- 新たな活動を創出する
 - 新たな活動の可能性を見出す
 - 未来のまちを創造する萌芽的活動を支援
 - 指標等を参照しながら、互いの活動を適宜調整

UDCの役割

地域を知り、お互いを知り、みんなで話し合っ、未来のイメージから現在の課題を見つけ、その課題を解決する活動を産みだすことを支援する。

地域を知る
互いを知る

(学習・交流)

地域を知るためのワークショップやまちあるき

(調査研究)

- ・各種統計データ等の収集
- ・市政等の説明、解説、市民意識調査
- ・課題の抽出・構造化

未来の
イメージ
の共有

(学習・交流)

- ・未来のまちを考えるワークショップ
- ・ワールド・カフェ、シナリオ・ワークショップ、コンセンサス会議 等

(調査研究)

- ・合意形成プロセスの研究など

新たな
活動の
創出

(社会実験)

- ・ワークショップ等の提案を実施

(調査研究)

- ・市民活動に関する調査研究など

参考文献・資料

- 石井春夫・金井昭典・石田直美[2008]『官民連携の経営学』中央経済社
- 岡田正大[2015]「CSVは企業の競争優位につながるか」『DIAMONDO ハーバード・ビジネス・レビュー』2015年1月号
- 介護労働安定センター編[2009～2016]『介護労働の現状について』
- 柏の葉アーバンデザインセンター編[2015]『柏の葉アーバンデザインセンターの概要と活動』
- 草津未来研究所編[2015]「第2回草津市大学地域連携強化プラン懇話会資料」
- 草津未来研究所編[2016]「第4回草津市大学地域連携強化プラン懇話会資料」
- 公正取引委員会[2016]「介護分野に関する調査報告書(概要)」(平成28年9月5日)
- 田中滋・栃本一三郎編[2011]『介護イノベーションー介護ビジネスをつくる、つなげる、創造するー』第一法規

ご清聴ありがとうございました

1 ミリでも進める「介護予防・生活支援」
～「全力応援」と「つかずはなれず支援」～

医療経済研究機構 研究部研究員兼研究総務部次長
さわやか福祉財団 研究アドバイザー

服部 真治

総合事業・生活支援体制整備事業に関する自治体からの声・疑問

- ◆ 多様な主体と言われても受け皿がない。ボランティアをしてくれる元気な高齢者など見当たらない。地域包括ケアという考え方自体が理念先行（or 机上の空論 or 絵空事）で、この町には当てはまらない。（地方：資源がない、人がいない。都市部：近隣関係が希薄）
- ◆ 既に地域にはたくさんの仕事をお願いしており、これ以上頼めない。市民からは「予算削減のために公的責任を押し付けるな」と反発を受けている。
- ◆ 介護をボランティアに任せて大丈夫か。事故があったら誰が責任を取るのか。（「介護」の定義、「ボランティア」の定義、新しい互助の必要性）
- ◆ 似たような会議ばかりで協議体を作る必要があるとは思えない。地域ケア会議との違いがわからない。何を議論してよいかもわからない。
- ◆ 生活支援コーディネーターも必要か。本来、社協の仕事。
- ◆ そもそも少人数（たった一人の場合も）で業務をこなしており、地域支援事業に取り組む時間などない・・・（このことは紛れもない事実）

⇒これらの声・疑問に答えられなくては、高齢者が不利益を被る。

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、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、短時間ケアの介護報酬のあり方について再検討することが必要ではないか。

<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と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るといった取組も必要。
- 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、「リケンテージ(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。

出典：地域包括ケア研究会報告書「地域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点（平成25年3月）」

- ◆ 地域包括ケアシステムを進める社会的雰囲気醸成
- ◆ 自立の合意形成
- ◆ 新しい互助
- ◆ 自治体にも「全力応援」と「つかずはなれず支援」

地域包括ケアシステムを進める 社会的雰囲気醸成

高齢者のケアは地域包括ケアシステムの牽引車

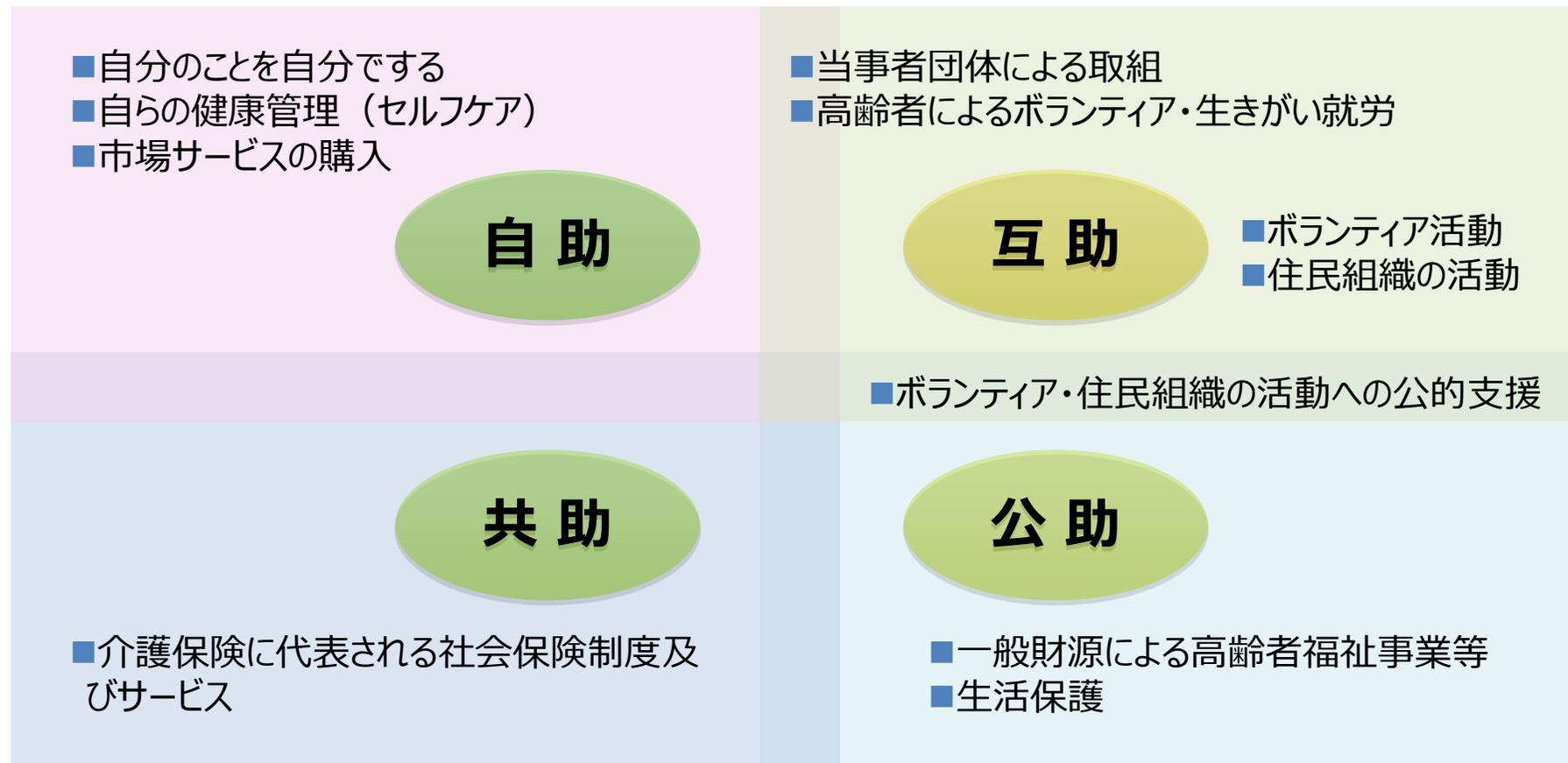
- ◆ 地域包括ケアシステムの構築は高齢者にとどまらない（⇒地域共生社会）。ただし、高齢者のケアは目の前の問題であり、当事者も多く、わかりやすい（はず）。
- ◆ しかし、実際には「言葉も知らない」「内容を知らない」「自分が何をすれば良いのか知らない」「具体的に行動していない」人が多い（川崎市「自分が何をすればよいのか知っている」1割。2025年の目標4割）。
- ◆ 『丁寧に疑問に答える』 『目線を合わせて阻害要因を取り除く』 が必要。
- ◆ 『「世の中の雰囲気を最終的に決めていくカギを握るのは「ふつうの人たち」。この問題に特に親近感もないけど、特に嫌悪感もない。そういう人たちだと思っています。この人たちが社会的な雰囲気を決める。その人たちの目に触れておくこと、耳に届いておくこと。耳を傾けてみようかなという気持ちになっていただいていること。一度でもいいから、そうしたことに共感したという体験をその人自身の中に持ってもらっていること。その積み重ねが、最悪のときに抵抗線のラインを決めるんだというふうに思って、いまやっております。』』

引用元：

『』部は湯浅誠氏（社会活動家・法政大学現代福祉学部教授）
「Yahoo!ニュース 個人」2016ベストオーサー受賞スピーチより
(<http://media.hateblo.jp/entry/2016/12/08/110530>)

「自助・互助・共助・公助」から見た地域包括ケアシステム

- ◆ 自助、互助、共助、公助を担う全ての人たちに「具体的に行動してもらおう」必要がある。



出典：地域包括ケア研究会報告書「地域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点（平成25年3月）」

例：井上信宏教授によるQ&A①

◆ 地域包括ケアシステム とは 何ですか？

⇒地域包括ケアシステムとは、誰もが、住み慣れた家で、地域で、安心して暮らし続けることができるしくみのことです。

⇒住み慣れた家で、地域で、安心して暮らし続けることは、私たちの多くが望んでいる「**ふつうの幸せ**」に過ぎません。

◆ 地域包括ケアシステム を考えなくてはならないのはなぜですか？

⇒「ふつうの幸せ」を手にするのが難しい時代になり、誰もが「**生きづらさ**」を抱えた生活を余儀なくされているからです。

⇒「生きづらさ」の根っこにあるのは〈**ケア＝世話**〉の問題です。

◆ ケア＝世話〉の問題とは どのような問題ですか？

⇒〈ケア＝世話〉の問題とは、

第1に、これまで以上に〈**ケア＝世話**〉が求められる場面が増えてくるという問題です。

第2に、にもかかわらず〈**ケア＝世話**〉の提供が減ってくるという問題です。

⇒〈ケア＝世話〉の問題を浮き彫りにしたのは、急激に進展する「**少子高齢化**」です。

⇒地域包括ケアシステムを考えるというのは、**少子高齢化のなかで、〈ケア＝世話〉が求められる場面が増えることに対して、どうやって対応するか**を考えることに他ならないのです。

出典：信州大学経法学部 井上信宏教授 作成資料
(松本市地域包括ケア協議会 市民啓発講演会 2016年7月16日)

例：井上信宏教授によるQ&A②

◆ 増大する〈ケア＝世話〉の必要に対して、どうすればいいのですか？

⇒ 少子高齢化のなかで、〈ケア＝世話〉が求められる場面が増えることに対応する方法は4つ。

第1に、〈ケア＝世話〉を必要とする状態をむやみに増やさないようにすること。

第2に、〈ケア〉に関わる人を増やして、数多くの〈ケア＝世話〉を寄せ集める方法を考えること。

第3に、寄せ集めた〈ケア＝世話〉を、必要としている人に対して効果的に割り当てること。

第4に、〈ケア＝世話〉の問題を家族の内部に留め置かないで、地域や社会で引き受けること。

◆ どうしてここまで〈ケア＝世話〉にこだわるのですか？

⇒ 〈ケア＝世話〉というのは、すぐに解決できるものから専門的なものまで一続きのものだからです。

⇒ この事実を踏まえると、ゴミ屋敷、高齢者虐待、介護殺人は「すぐ隣にある問題」なのです。

◆ 地域包括ケアシステムをどうやって作るのですか？

⇒ 〈ケア＝世話〉が求められる場面が増えることに対応する4つの方法に合わせた地域をつくるのです。・・・

出典：信州大学経法学部 井上信宏教授 作成資料
(松本市地域包括ケア協議会 市民啓発講演会 2016年7月16日)

地域包括ケアシステムの一般的な説明

- ◆ 地域包括ケアシステムとは何か。今、なぜ地域包括ケアシステムなのか。
(平成28年版厚生労働白書 P.147~)

(1) 背景

疾病構造の変化や高齢化により「治し、支える医療」への転換と医療、介護、生活支援等の各種の多様なサービスにより、住み慣れた地域で尊厳ある暮らしの継続を図ることが求められている。

(2) 定義

医療、介護、介護予防、住まい、生活支援の5つの要素が連携しながら在宅生活を支える仕組み。

(3) 社会保障改革プログラム法制定の経緯

急速な少子高齢化の中、社会保障制度を持続可能なものとするための改革の方向性を示すもの。

(4) 地域医療介護総合確保基金

基金により地域包括ケアシステムの構築に向けた地域での事業を支援。

(5) 「地域包括ケアシステム」の実現に向けた道のり

団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年を見据えて、2018（平成30）年度に一定の完成形となるよう改革を実施。

地域包括ケアシステムの一般的な誤解

◆ 国にお金がないから①（病院、施設はコストが高いから）

⇒（反論）過疎地域、豪雪地帯では在宅サービスは成り立たない。むしろ1か所に集めてサービスをした方が移動コストは安い。病院、施設が高いから在宅というのは安易。まず、病院、施設のケアを効率化すべき。

◆ 国にお金がないから②（軽度者の給付を削らなくてはならないから。海外は要介護3以上）

⇒（反論）介護予防を重視するのではなかったのか。嘘つき。軽度の段階で手当てした方が安い。お金がないからボランティアにやらせようとは、厚労省はボランティアを蔑視し、安上がりの道具だと思っている。

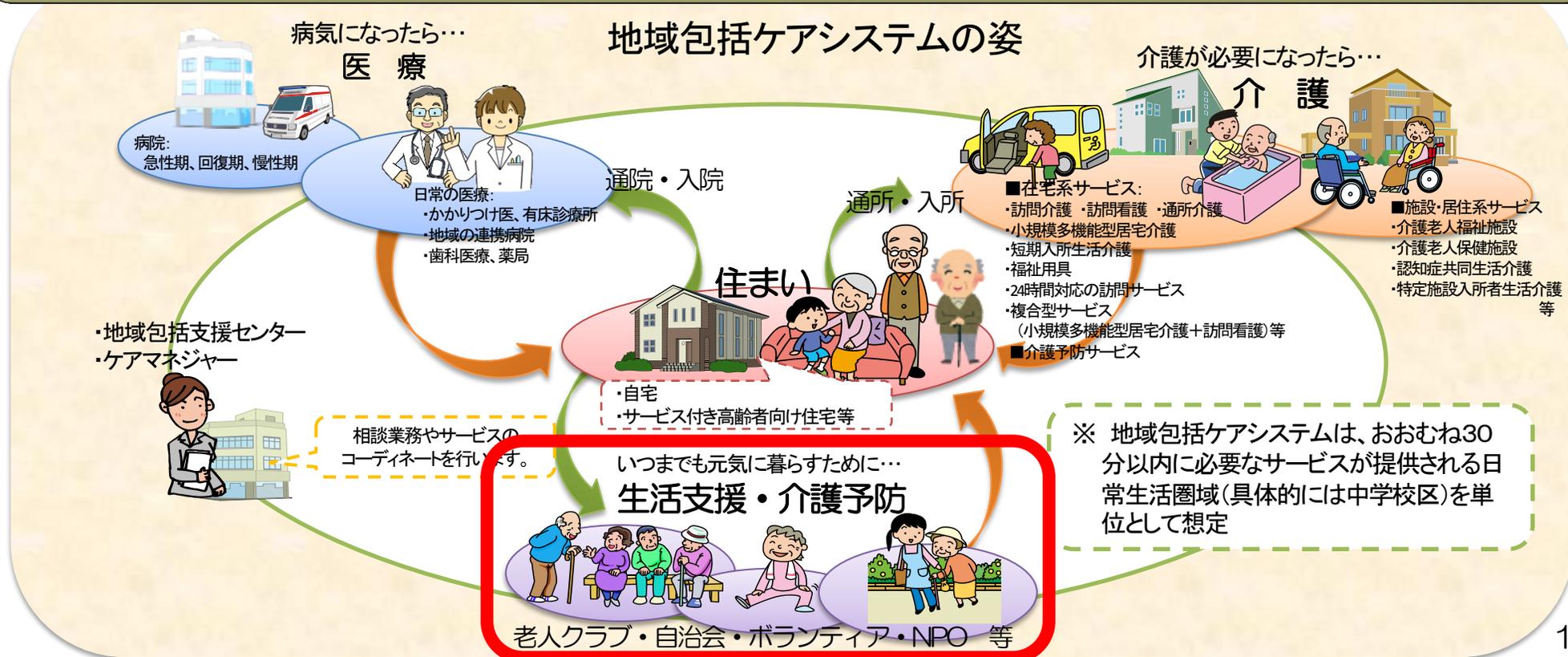
◆ 本人は施設を望んでいないから。

⇒（反論）理想的とは思いますが非現実的。家族に負担を押し付けるのか（介護離職）。どのような状態像なら施設が許されるのか。独居の認知症は不可能ではないか。サービス付高齢者向け住宅に移り住んで在宅サービスを利用することと施設は何が違うのか。（私は有料老人ホームに入るから大丈夫（某市某部長））。

◆ 2025年に医療介護の需要が爆発的に増えるから。

⇒（反論）地方では既に高齢者数はピークで当てはまらない。施設も足りている。地域包括ケアシステムは都市部モデルで私たちのまちには関係ない。

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

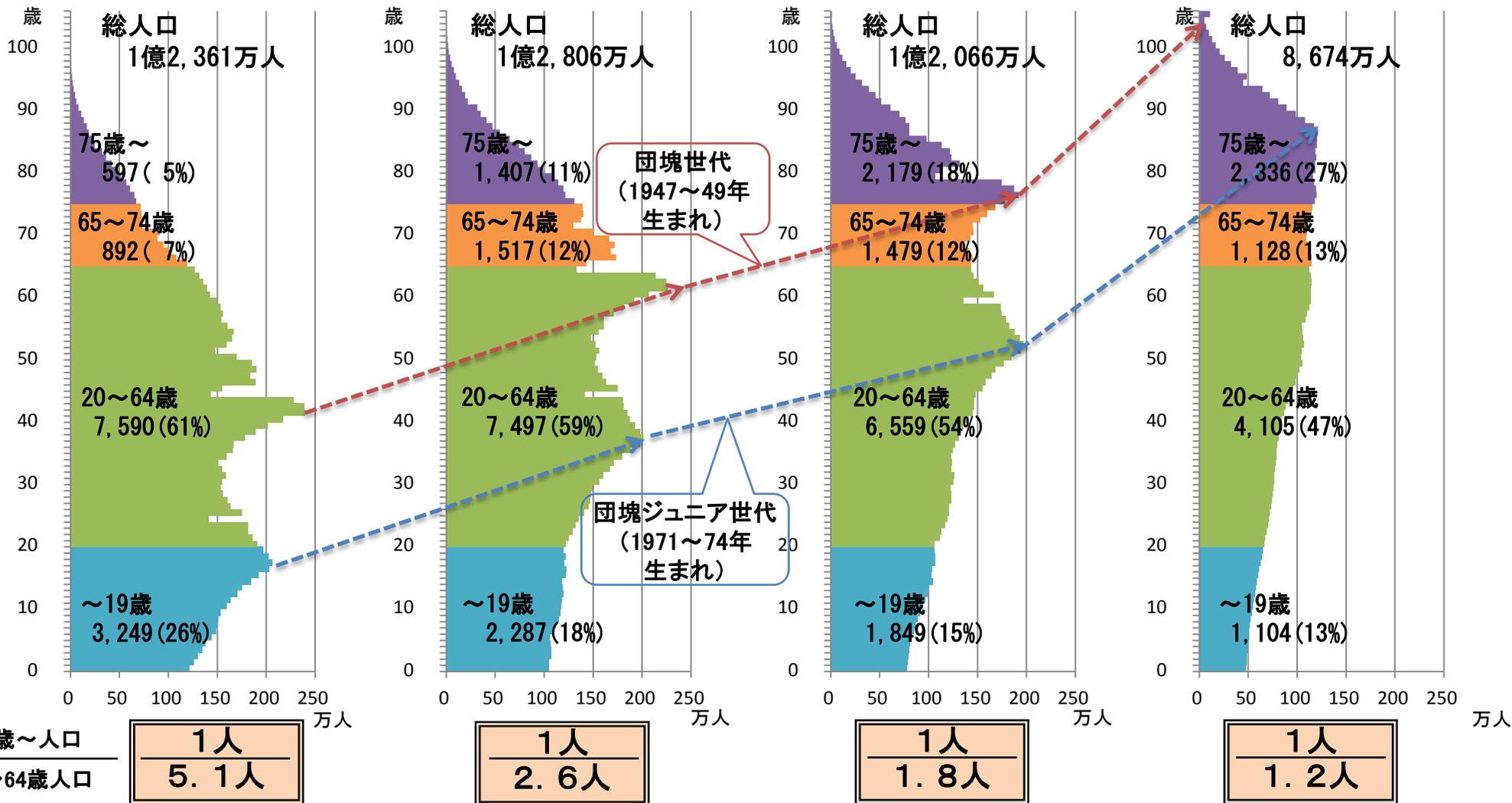
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

1990年(実績)

2010年(実績)

2025年

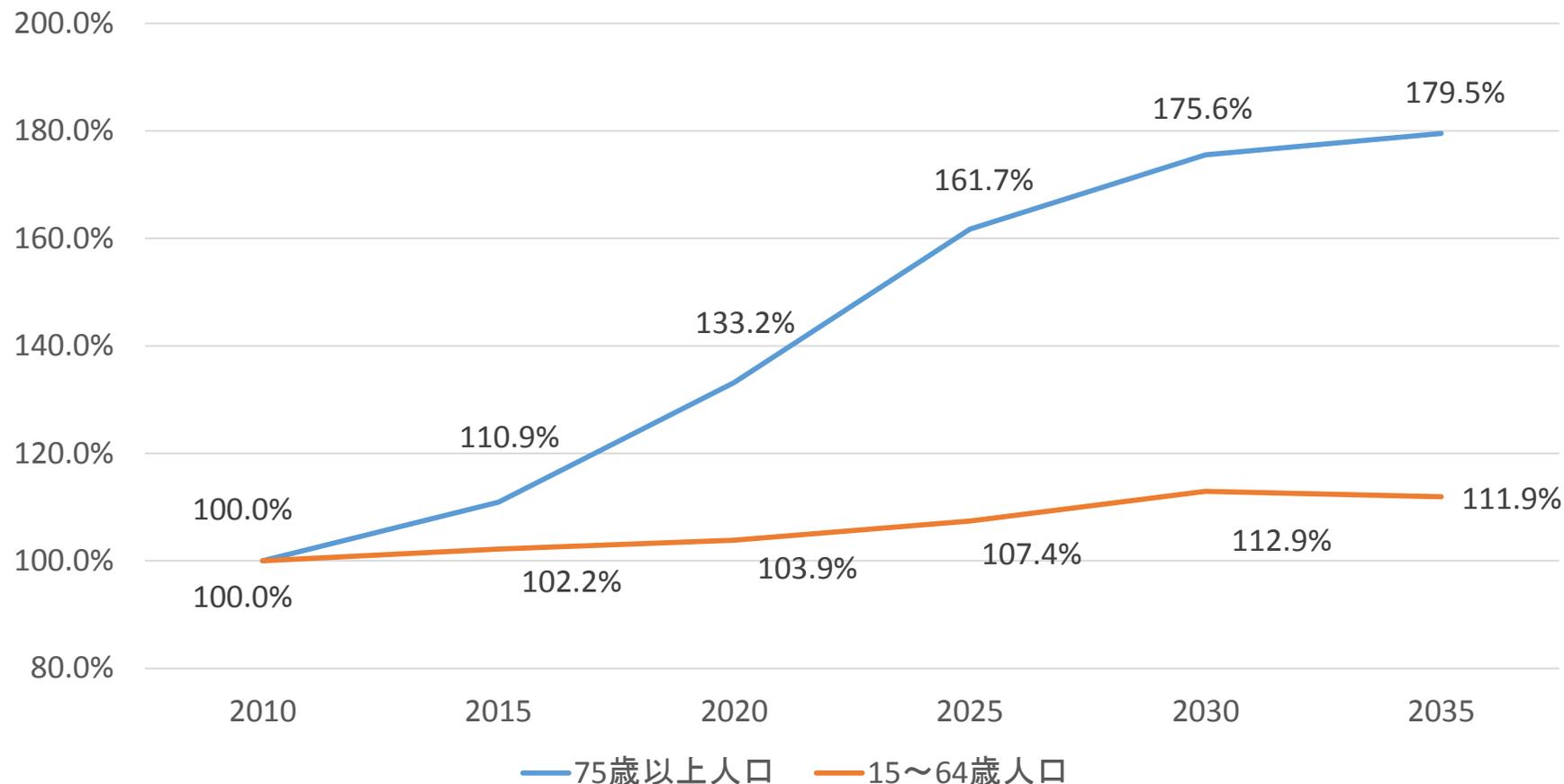
2060年



(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

福岡県福津市の人口推移

- 要介護リスクが高くなる後期高齢者（75歳以上）人口は、2035年まで急上昇。
- 生産年齢（15-64歳）人口は2030年まで微増するが、後期高齢者人口とのギャップは大幅に拡大。
- それに加え、単身世帯・高齢者のみ世帯が増加すれば、生活支援ニーズは増加。

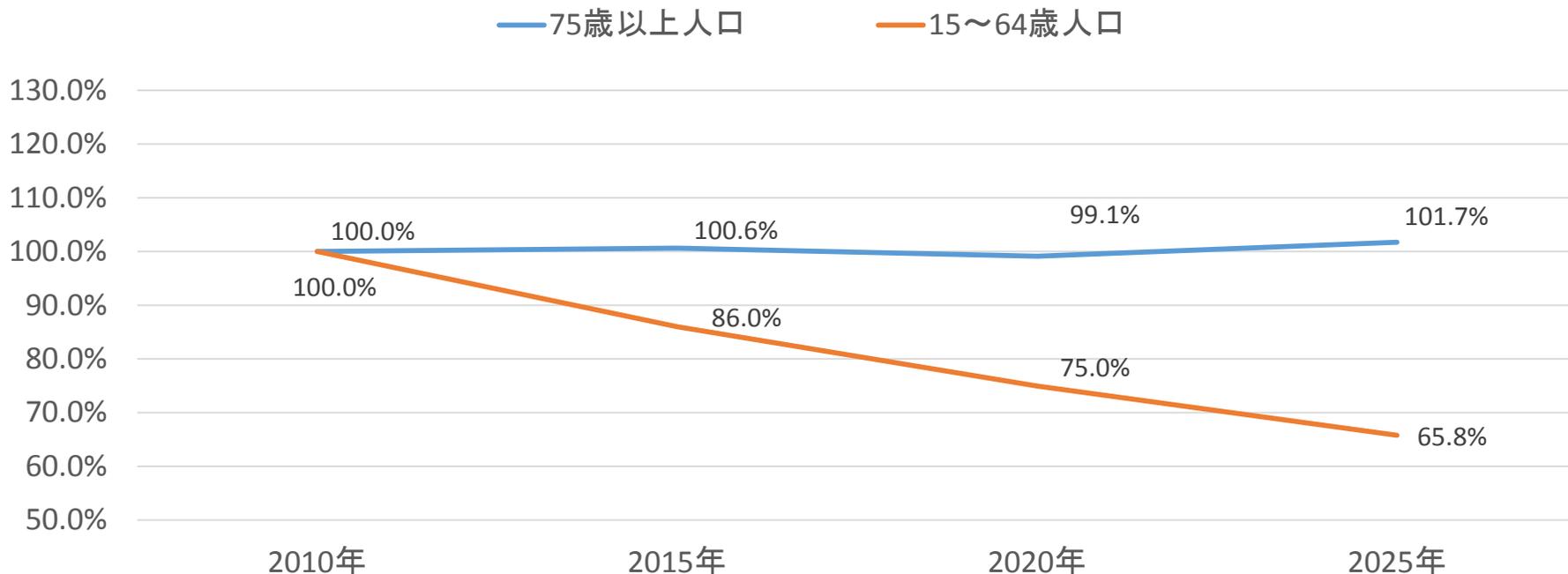


(出典) 2010年：総務省「国勢調査」、2015年：住民基本台帳、2020年以降：福津市人口ビジョン（案）
※2010年を100とした場合の2035年までの推計値

三重県紀南介護保険広域連合の人口推移

- 要介護リスクが高くなる後期高齢者（75歳以上）人口は、ほぼ横ばい。
- 生産年齢（15-64歳）人口は継続的に減少し、後期高齢者人口とのギャップは拡大。
- それに加え、単身世帯・高齢者のみ世帯が増加すれば、生活支援ニーズは増加。

＜紀南介護保険広域連合の生産年齢人口と後期高齢者人口の推移＞

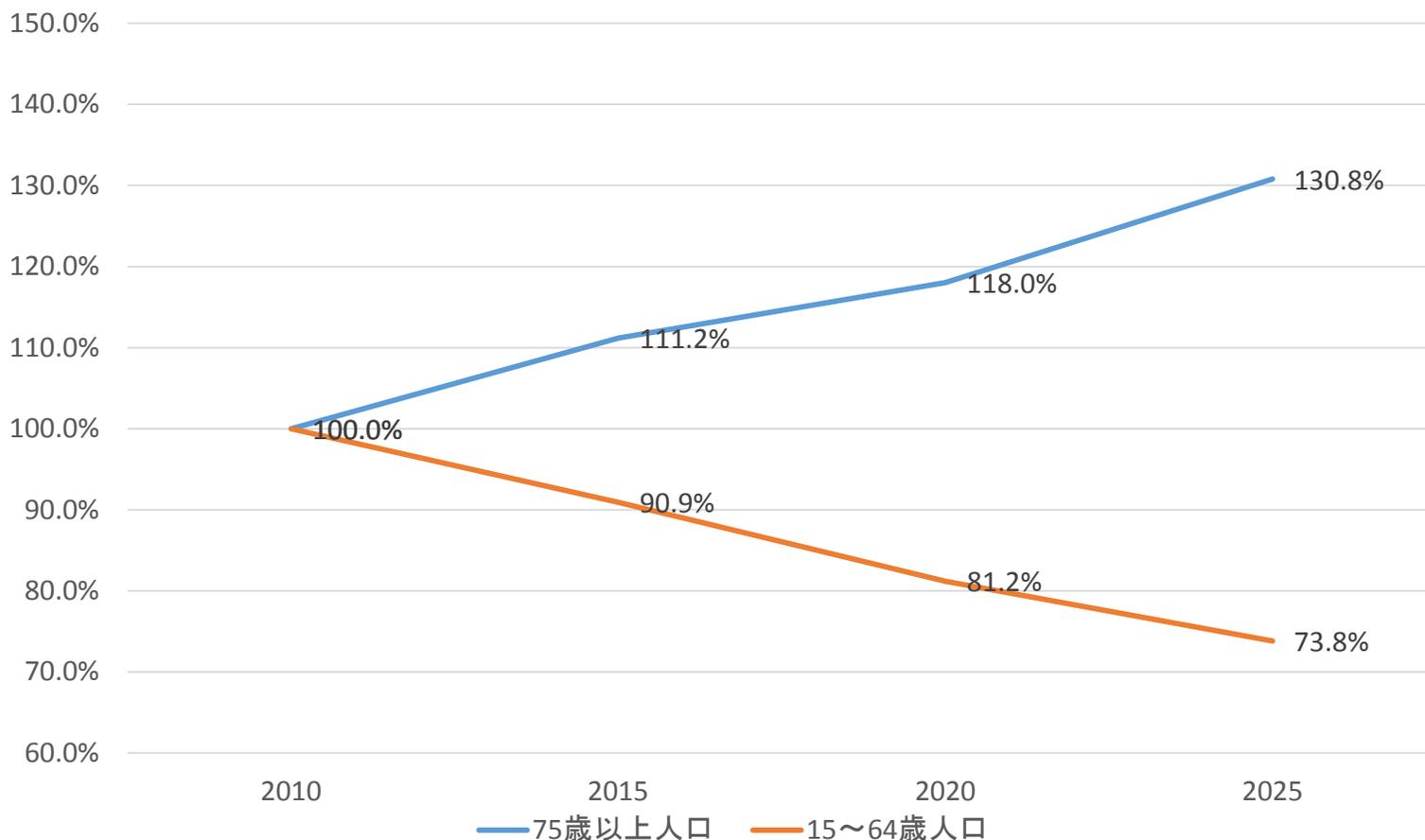


	2010年	2015年	2020年	2025年
人口総数	42,116	38,654	35,162	31,704
75歳以上人口	7,835	7,884	7,765	7,970
15～64歳人口	23,255	19,997	17,433	15,297

出所：2014年まで住民基本台帳数値 10月1日現在
2015年以降推計数値(紀南介護保険広域連合第6期介護保険事業計画より)
※2010年を100とした場合の2025年までの推計値

北海道函館市の人口推移

- 要介護リスクが高くなる後期高齢者（75歳以上）人口は、2025年まで急上昇。
- 生産年齢（15-64歳）人口は2025年まで急減し、後期高齢者人口とのギャップは大幅に拡大。
- それに加え、単身世帯・高齢者のみ世帯が増加すれば、生活支援ニーズは増加。

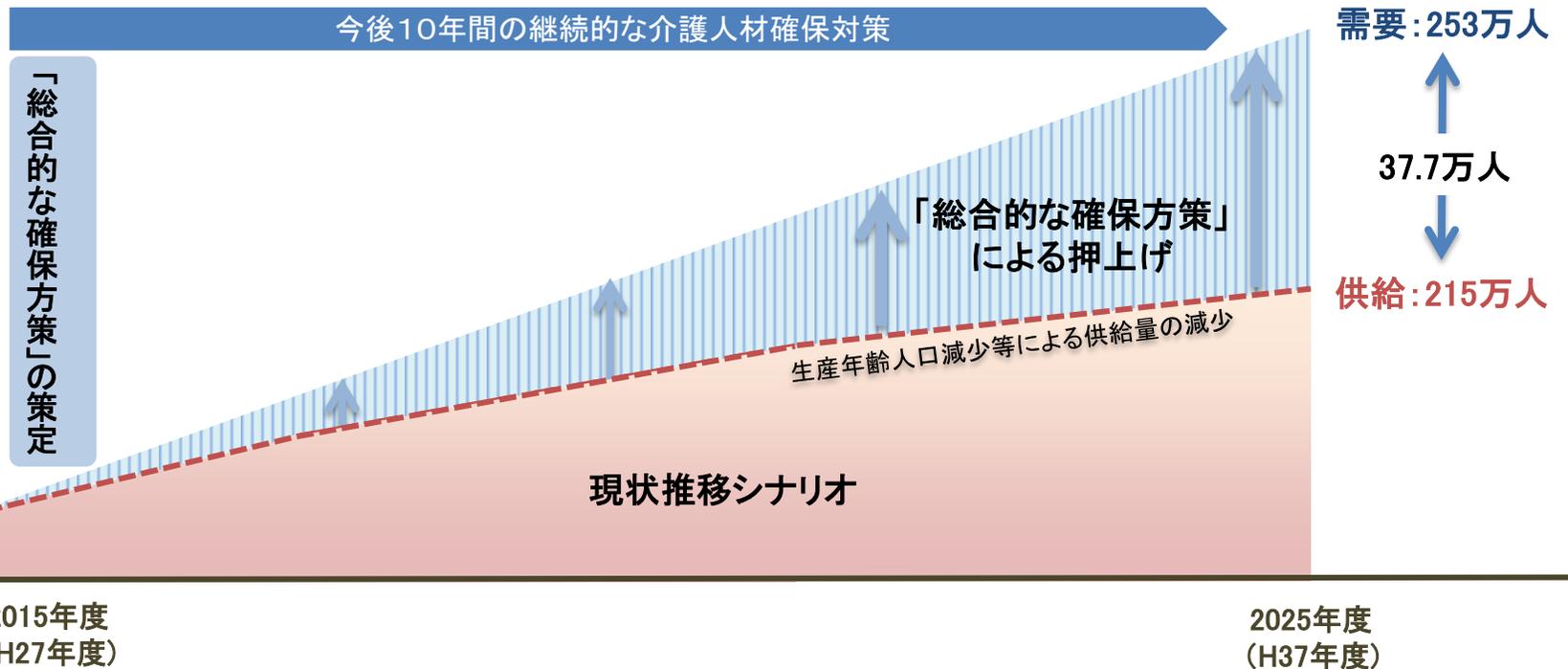


(出典) 第7次函館市高齢者保健福祉計画・第6期函館市介護保険事業計画（平成27年度～平成29年度）より

2025年に向けた介護人材にかかる需給推計

- 都道府県推計に基づく介護人材の需給推計における需給ギャップは37.7万人(需要約253万人、供給約215万人)
- 都道府県においては、第6期介護保険事業支援計画に需給推計結果に基づく需給ギャップを埋める方策を位置付け、2025(平成37)年に向けた取組を実施。
- 国においては、国会に提出中の「社会福祉法等の一部を改正する法律案」による制度的対応や、都道府県が地域医療介護総合確保基金を活用して実施する具体的な取組などを含めた施策の全体像(「総合的な確保方策」)を取りまとめ、2025(平成37)年に向けた取組を総合的・計画的に推進。
- 3年1期の介護保険事業計画と併せたPDCAサイクルを確立し、必要に応じて施策を充実・改善。

介護人材にかかる需給推計結果と「総合的な確保方策」(イメージ)



注1) 需要見込み(約253万人)については、市町村により第6期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み量等に基づく推計

注2) 供給見込み(約215万人)については、現状推移シナリオ(近年の入職・離職等の動向に将来の生産年齢人口の減少等の人口動態を反映)による推計(平成27年度以降に追加的に取り組む新たな施策の効果は含んでいない)

注3) 「医療・介護に係る長期推計(平成24年3月)」における2025年の介護職員の需要数は237万人～249万人(社会保障・税一体改革におけるサービス提供体制改革を前提とした改革シナリオによる。現状をそのまま将来に当てはめた現状投影シナリオによると218万～229万人。推計値に幅があるのは、非常勤比率の変動を見込んでいることによるもの。同推計及び上記の推計結果のいずれの数値にも通所リハビリテーションの介護職員数は含んでいない。)

介護関係職種別の年齢階級別構成割合及び平均年齢の比較

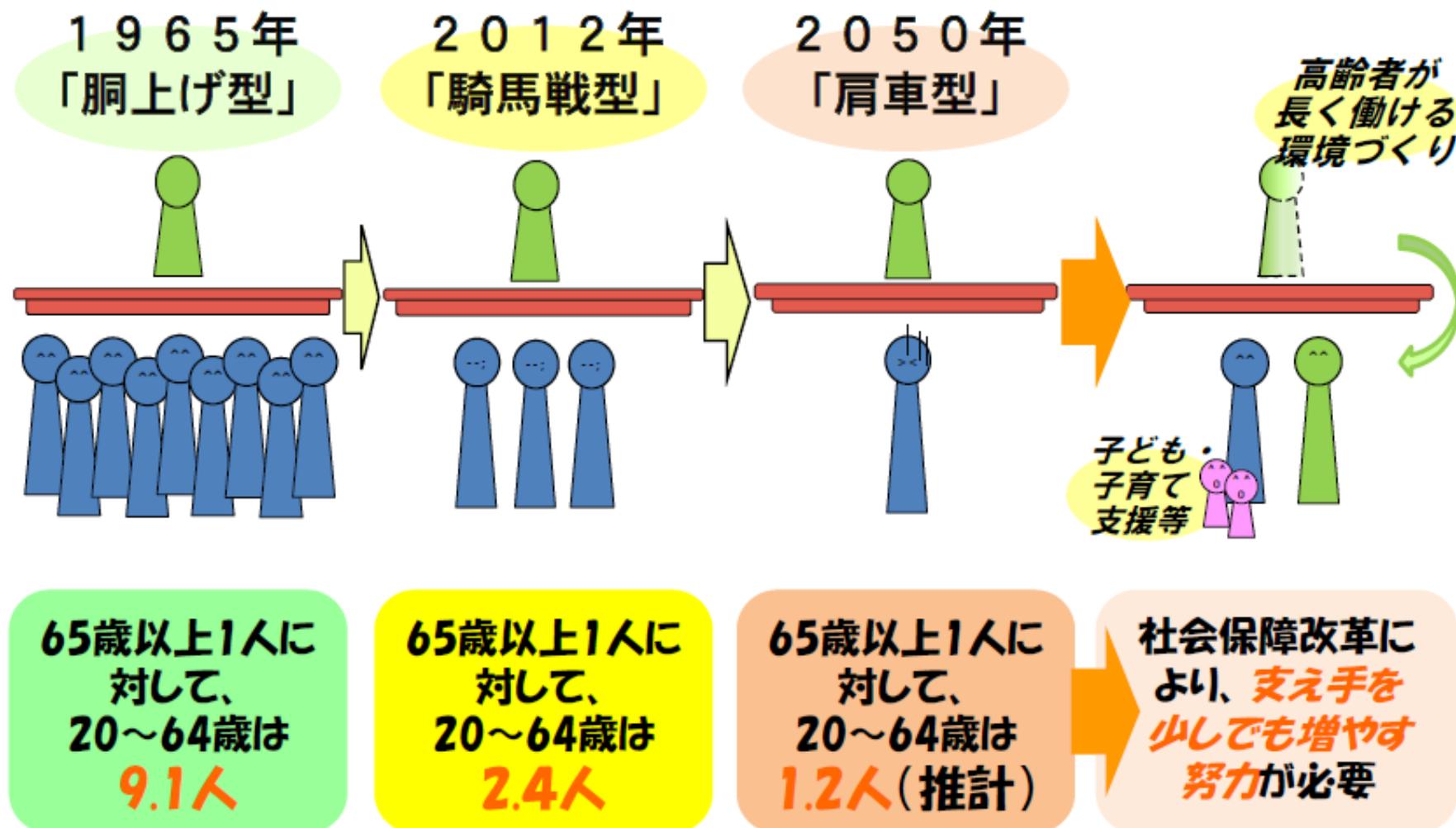
厚生労働省資料

○ 訪問介護員の平均年齢は52.7歳、60歳以上の構成割合が3割を超えている。（平成26年10月1日時点）



【出典】平成26年度介護労働実態調査

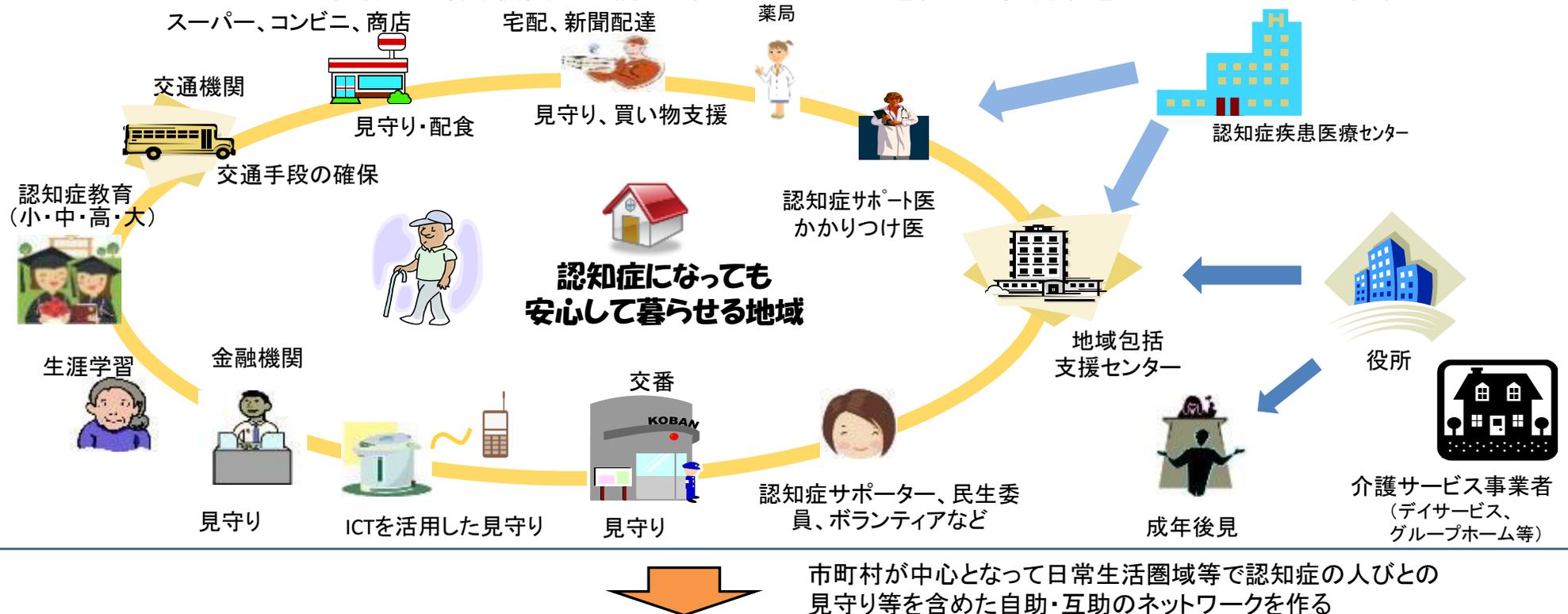
「肩車型」社会へ



社会全体で認知症の人びとを支える

○社会全体で認知症の人びとを支えるため、介護サービスだけでなく、地域の自助・互助を最大限活用することが必要。

(イメージ) 地域では多様な主体、機関が連携して認知症の人びとを含めた高齢者を支えていくことが必要。



関係府省と連携し、地域の取組を最大限支援

関係団体や民間企業などの協力も得て、社会全体で認知症の人びとを支える取組を展開

第一章 総則

(目的)

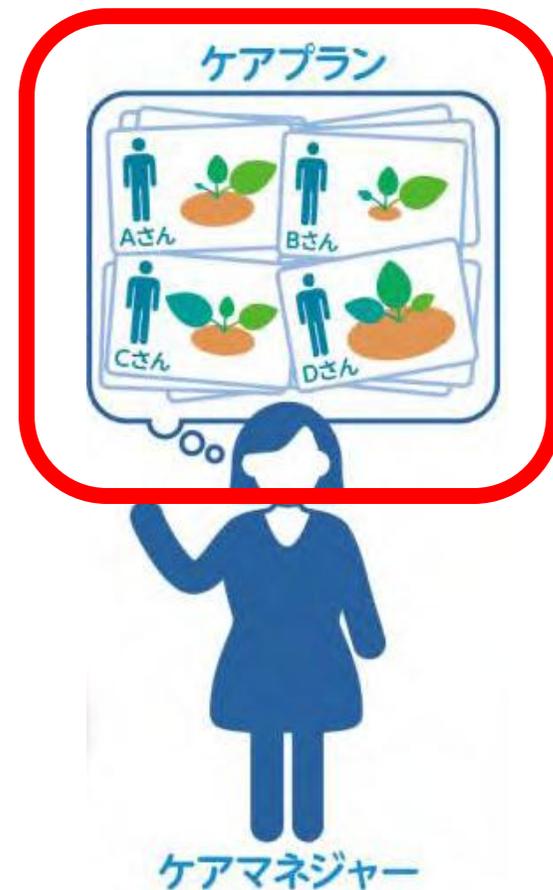
第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(国民の努力及び義務)

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生じる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする

地域包括ケアシステムの植木鉢



出典：地域包括ケア研究会報告書

左図 「地域包括ケアシステムと地域マネジメント（平成28年3月）」

右図 「地域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点（平成25年3月）」

地域包括ケアシステム構築はマクロとミクロから

- ◆ 地域包括ケアシステムは、量的・質的調査等により地域の課題・ニーズを把握し、計画的に構築していくことが重要。（＝マクロの視点）
- ◆ なぜ「施設から在宅へ」が進まないのか。施設介護にあって、在宅介護にないものがあるからではないか。施設との比較で、地域に何が足りないのかを把握することも必要（＝小山剛さん）。
- ◆ 一方で、目の前の人の幸せを追求し、今、使える資源をフル活用してできる限りの支援をしつつ、不断の改善を重ねた結果としてもたらされるものが地域包括ケアシステムとも言えるのではないか（地域包括ケアシステムの植木鉢は一人一人異なる）。（＝ミクロの視点）
- ◆ そのように考えると、一人一人に対する「より良いケア」の集合体が地域包括ケアシステムの姿とも言えるのではないか。良いとされる地域の地域包括ケアシステムのモデルを模倣したところで、それが望ましいシステムであるとは限らない。（＝好事例の限界）
- ◆ その人を見つめて、その人が今より少しでも幸せになることを追求すれば、例えば、在宅か施設かも状態像などで決まるわけではなく、その人によって異なり、施設の方が良いことも当然あり得る。
- ◆ 施設整備もミクロの視点が必要ではないか。特養の待機者とは、つまり在宅での生活の継続が難しくなっている人。この人たちを徹底的に分析し、定期巡回や小規模多機能などで可能なことがわかれば、その整備量も決めることができる。
- ◆ 「2025年を目途」は反論を生む。2025年をなんとか乗り越えられるシステムを構築すれば良いのか。2030年、2040年の方がもっと厳しい環境なのではないか。より良いケアは、限りなく追求されるべきことを強調すべきではないか。

さらに、メゾを焦点に

◆ 地域福祉の分類軸

- ・ マクロ…制度、政策
- ・ メゾ…計画化、事業化
- ・ ミクロ…実践（現場、相談など）

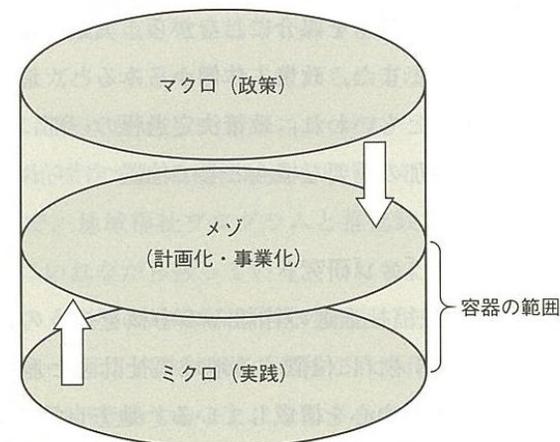
◆ 「地域マネジメント」はメゾの議論が不十分。今後、地域共生を目指す上で大きな不安材料

◆ ケアマネジメントに類似しているとするなら、特に「プラン原案の作成」「サービス担当者会議」などにあたるプロセスを具体的に示す必要がある。実態についての分析、既存の仕組みの整理・体系化、改善案の提示が必要

⇒例えば、以下のような装置はあるが、それらが市町村の計画化、事業化にどのように寄与しているのかが見えていない（和光市はそれを明示）。

- ・ 介護保険運営協議会
- ・ 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推進会議
- ・ 地域ケア推進会議
- ・ 第1層の協議体
- ・ 在宅医療介護連携推進会議 など

図3-5 メゾ研究と容器の範囲



出典：平野隆之「地域福祉推進の理論と方法」有斐閣

地域の課題の把握と 社会資源の発掘

日常生活圏域ニーズ調査等

介護保険事業計画の策定のため
日常生活圏域ニーズ調査を実施し、
地域の実態を把握

地域ケア会議の実施

地域包括支援センター等で個別事例の検討を通じ地域の
ニーズや社会資源を把握

※ 地域包括支援センター
では総合相談も実施。

医療・介護情報の 「見える化」 (随時)

他市町村との比較検討

量的・質的分析

課題

- 高齢者のニーズ
- 住民・地域の課題
- 社会資源の課題
 - ・ 介護
 - ・ 医療
 - ・ 住まい
 - ・ 予防
 - ・ 生活支援
- 支援者の課題
 - ・ 専門職の数、資質
 - ・ 連携、ネットワーク

社会資源

- 地域資源の発掘
- 地域リーダー発掘
- 住民互助の発掘

地域の関係者による 対応策の検討

介護保険事業計画の策定等

- 都道府県との連携
(医療・居住等)
- 関連計画との調整
 - ・ 医療計画
 - ・ 居住安定確保計画
 - ・ 市町村の関連計画 等
- 住民参画
 - ・ 住民会議
 - ・ セミナー
 - ・ パブリックコメント等
- 関連施策との調整
 - ・ 障害、児童、難病施策等の調整

事業化・施策化協議

地域ケア会議 等

- 地域課題の共有
 - ・ 保健、医療、福祉、地域の関係者等の協働による個別支援の充実
 - ・ 地域の共通課題や好取組の共有
- 年間事業計画への反映

具体策の検討

対応策の 決定・実行

- 介護サービス
 - ・ 地域ニーズに応じた在宅サービスや施設のバランスのとれた基盤整備
 - ・ 将来の高齢化や利用者数見通しに基づく必要量
- 医療・介護連携
 - ・ 地域包括支援センターの体制整備
 - ・ 医療関係団体等との連携
- 住まい
 - ・ サービス付き高齢者向け住宅等の整備
 - ・ 住宅施策と連携した居住確保
- 生活支援／介護予防
 - ・ 自助（民間活力）、互助（ボランティア）等による実施
 - ・ 社会参加の促進による介護予防
 - ・ 地域の実情に応じた事業実施
- 人材育成[都道府県が主体]
 - ・ 専門職の資質向上
 - ・ 介護職の処遇改善

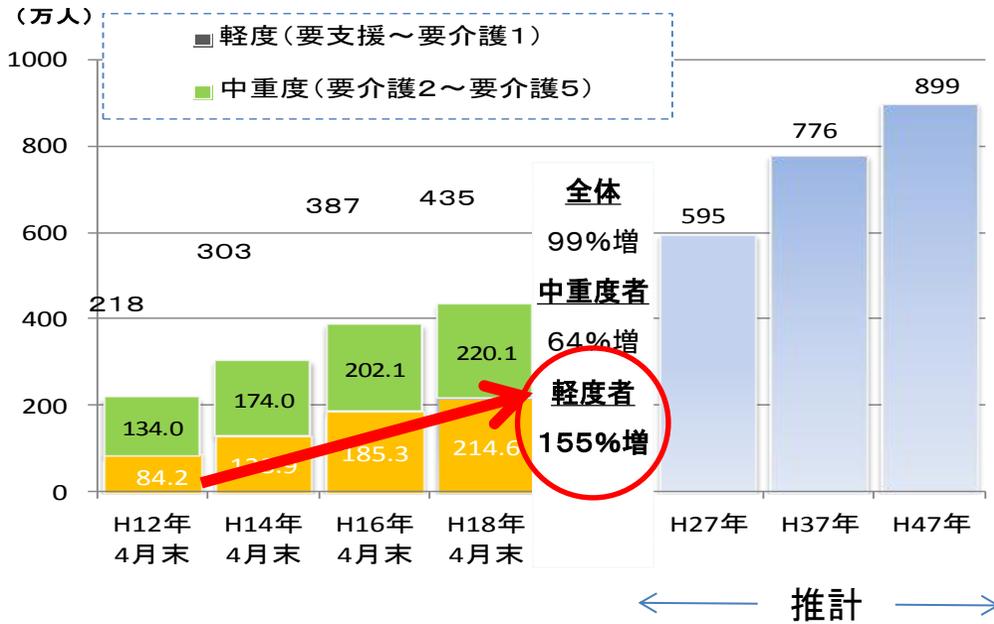
自立の合意形成

介護予防導入の経緯（平成18年度創設）

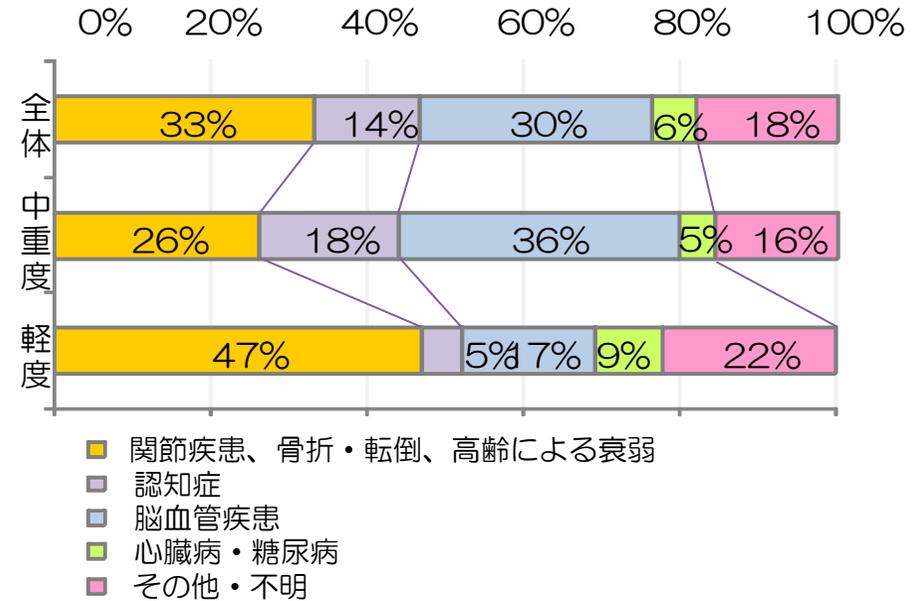
- 要支援・要介護1の認定者（軽度者）の大幅な増加。
- 軽度者の原因疾患の約半数は、体を動かさないことによる心身の機能低下。

定期的に体を動かすことなどにより予防が可能！ → 予防重視型システムの確立へ

要介護度別認定者数の推移



要介護度別の原因疾患



介護予防事業
(地域支援事業)

非該当者



重度化防止



改善促進

予防給付

要支援者



重度化防止



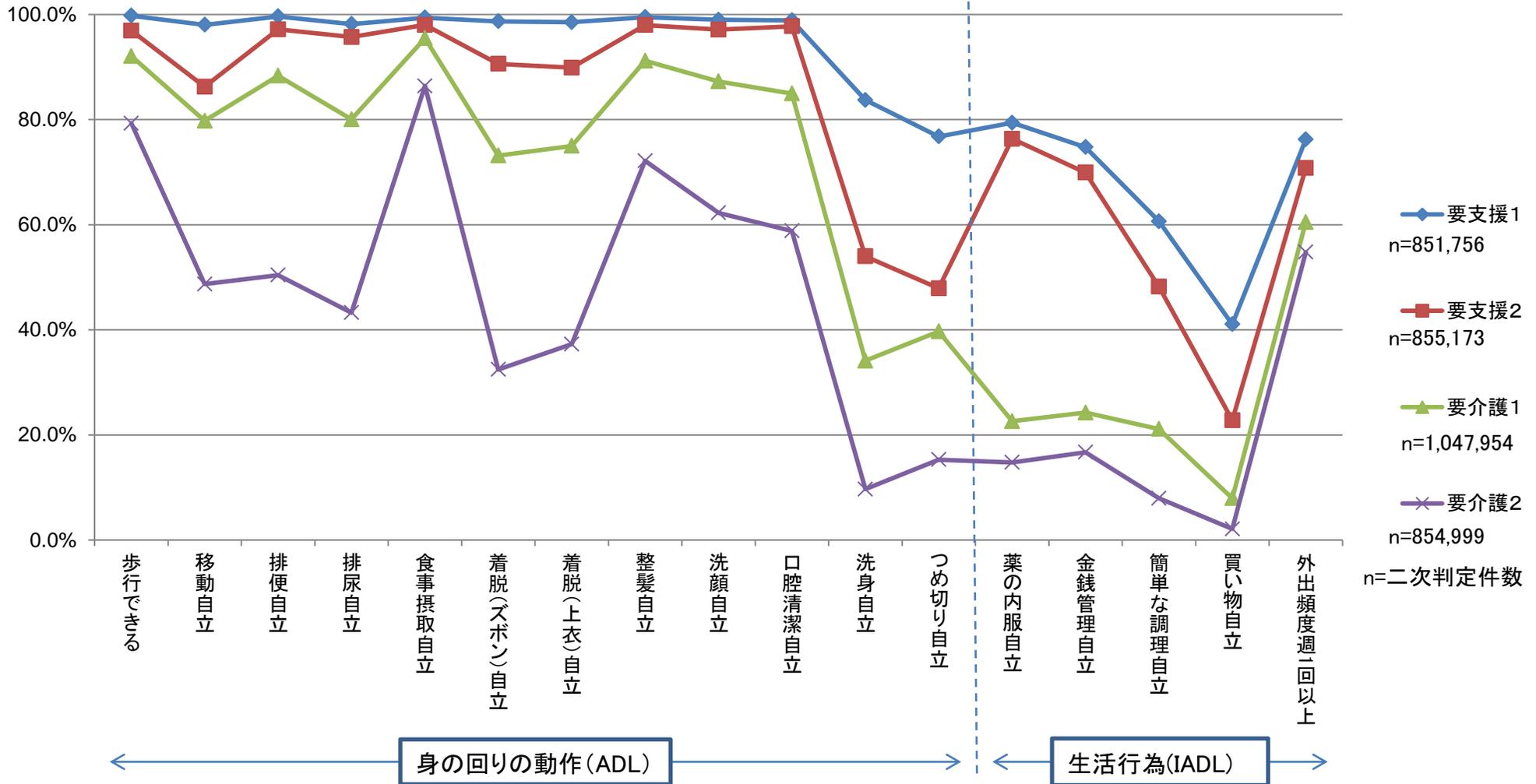
改善促進

介護給付

要介護者

(参考)要支援1～要介護2の認定調査結果

要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。

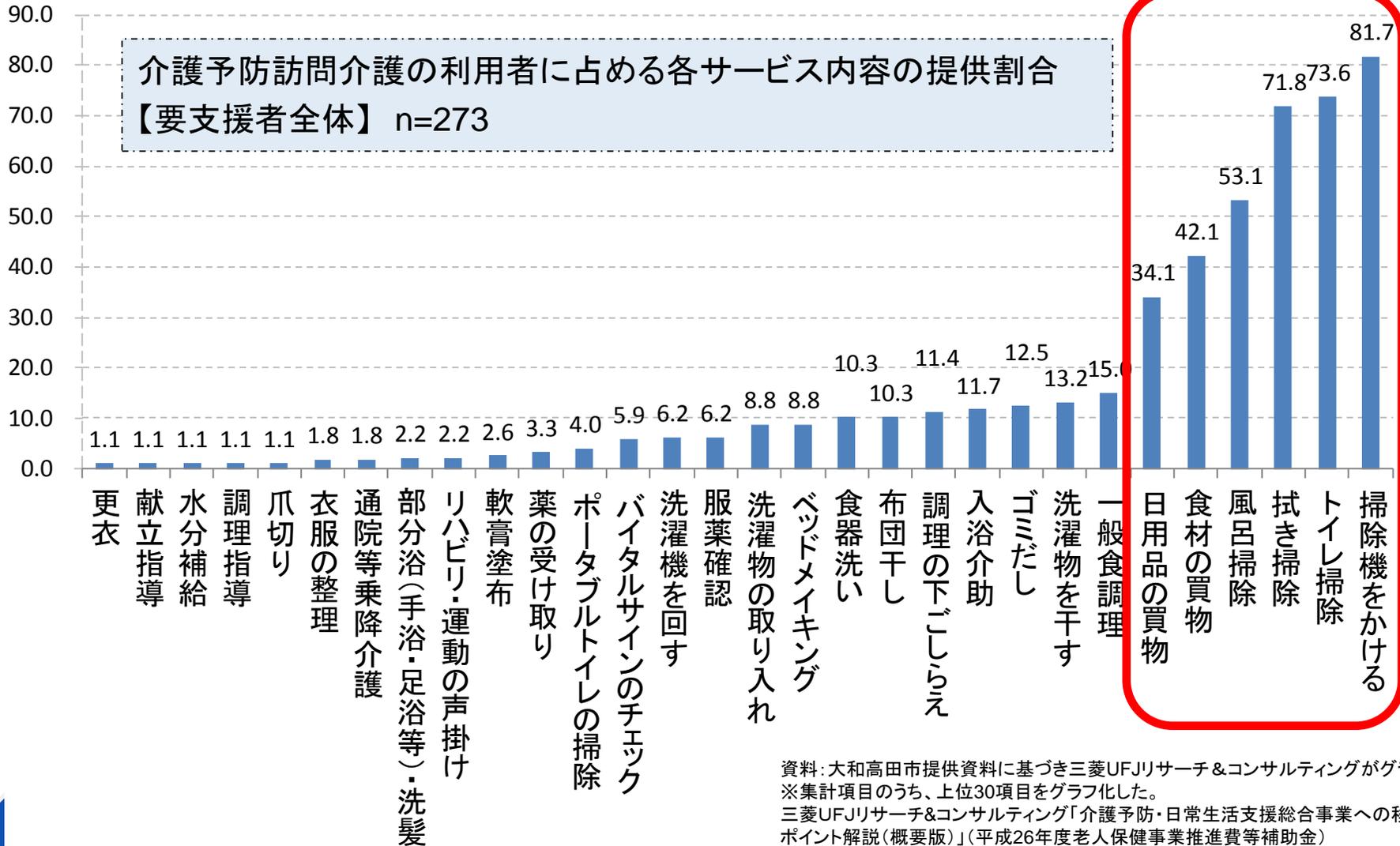


※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果(出典:認定支援ネットワーク(平成24年2月15日集計時点))

要支援者は、IADLの一部に援助を要する人が多い

(参考)大和高田市のケアプラン分析の例



利用者の状態 : 生活の不活発により**下肢機能の低下**が顕著（要支援2）
 利用者の課題 : 入浴ができない（入浴できるようになる余地あり）
 認定期間 : 6ヶ月

ケアマネが立てた目標

あいまいな目標
 デイに行けば即達成
 ※代表的な目標例

清潔の保持に努める
 （安全に入浴する）

サービス内容

6ヶ月後評価困難

デイサービスで週2回風呂に入る

お世話なしには生活できない

問題点

デイサービスでは入浴できても
 自宅では入浴ができない

見落とし多数！！

× お世話型のケアマネジメント

- ・根本的な課題解決になっていない。
- ・介護サービスが生活の不活発を助長 → 重度化の恐れ

ケア会議で修正した目標

具体的
 6ヶ月後評価可能

6ヶ月後
自分で入浴することができる

ケア会議でのアドバイス（PT・OT・ST・歯科・栄養 等）

- デイサービスで下肢筋力の強化と入浴動作の訓練を行ってみては？
- 浴室の住宅改修や入浴補助用具の購入を検討しては？
- **低栄養では？ BMIは？ 食生活は？**
- **歯・口腔・嚥下の状態は？**
- 薬の服用状況は？

サービス内容の見直し

再アセスメント

○ 自立支援型のケアマネジメント

根本的な原因に対するアプローチと、残存機能の維持・向上・悪化の防止

◆要介護度の改善 ◆自立した生活

「介護予防支援」とは何なのか

- ◆ 「介護予防支援」なのに「介護予防」を「支援」しない地域包括支援センターやケアマネジャーと、それを容認する保険者

(これまでに耳にした生の声 ※もちろん全て実話です)

- ・「自立支援」の定義をいつまでも示さない国が悪い。
- ・日々、歳を取っていくのに良くなるはずがない。状態を維持できているだけでも御の字。
- ・保険料を払っているのだから、給付は権利。「ご利用者様」の望み（掃除をしてほしい）を叶えて喜んでいただいているのに、なぜ非難されるのか。
- ・本人はともかく家族の要求がすさまじい。そんなに言うなら自分でやってみれば良い。
- ・デイサービスでお友達もできて、生き生きと暮らされている。急にデイサービスを辞めたら、閉じこもりになってしまう。
- ・人材も予算も乏しく、地域包括支援センターは地域の法人に委託するしかないが実態は赤字。母体法人に利益を上げてもらう必要があり、自立支援は諦めている。（首都圏の某自治体担当者）

⇒ 「自立支援」 = 「自己決定」ではない。力のないケアマネジャーは「本人や家族が希望したから」を根拠にする。自己決定への依存は危うい。

自立の合意形成

利用者、支援者のそれぞれが、“自立”の合意形成のプロセスを踏む。
地域ケア個別会議で到達目標とサービスの具体的検討を行う。

利用者への説明と同意

“自立”の合意形成(対象者)

開始にあたって、自分でできることを増やしていくことが目標であり、利用する支援メニューは少しずつ少なくなることを予め知ってもらう。

地域ケア個別会議

“自立”の合意形成(支援者)

多機関(保険者、地域包括支援センター等)、多職種(看護職、リハ職、栄養士等)で、各利用者についての到達目標、支援メニューを検討

予防サービス

生活支援サービス

- ・予防サービスは、対象者の身体機能、認知機能だけでなく、**意欲(その気にさせる)の向上**を図る。
- ・生活支援サービスは、地域包括支援センターが、利用者の**自立を損なわないように配慮しつつ、段階的に必要量を見直す。**(必要に応じて、地域ケア個別会議で検討)

地域ケア個別会議

サービス提供から概ね3月後に、目標到達状況を確認し、**終結するサービス、継続するサービスを決定。**

通いの場

生活支援サービス

住民運営による通いの場と必要最小限の生活支援サービスにより、**活動的な生活を維持**

出典：株式会社日本総合研究所（2014）：平成25年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）介護サービス事業所による生活支援サービスの推進に関する調査研究事業「要支援者の自立支援のためのケアマネジメント事例集」

基本的な考え方

- ケアマネジメントが、生活を継続するために利用者の課題を解決するプロセスであるとするれば、「ケアマネジメント支援」とは、このプロセスが適切に機能するよう支援することであると言える。
- したがって、ケアマネジメント支援とは、介護支援専門員に対する直接的支援のみならず、事業者や市民など、地域を対象として介護予防・自立支援の認識を深めることによって、地域におけるケアマネジメントに対する理解を推進し、介護支援専門員がより専門性を発揮できる土壌を整備し、介護支援専門員の実践力を高めることを基本的な考え方とする。

ケアマネジメント支援の取組の全体像

地域のケアマネの現状把握

ケアマネジメント支援の取組を検討するための基礎的情報として、市町村内の居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員の状況を把握する。

【具体例】

- ・ 介護支援専門員数
- ・ 主任介護支援専門員数
- ・ 新任の介護支援専門員数
- ・ 新たに市町村内で勤め始めた介護支援専門員数

地域における共通課題の把握

関係機関との連携等において介護支援専門員が共通して抱えている課題(ニーズ)を把握する。
具体的には、連携等が難しいと関している機関や人々、その原因を明らかにする。

【具体例①】

主治医との連携が出来ていない。

【具体例②】

終末期に対応したケアが出来る事業者が少ない。

【具体例③】

利用者の意向が強く、意向のみに基づくサービス提供となっている。

地域における意識の共有化

介護支援専門員と、サービス事業所、医療機関等との間で、専門職連携の体制を構築することにより、意識の共有化を行う。
また、地域住民の介護予防・自立支援に関する認識を高める。

【具体例①】

医療機関や事業所と、居宅介護支援事業所の間において、「顔の見える関係」を作る場を設け、利用者の支援のための課題について、共有化を図る。

【具体例②】

利用者を対象とした介護予防・自立支援に関する出前講座を企画。

実践力の養成

介護支援専門員に対する研修の実施等を通じて、地域における介護予防・自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める。

【具体例】

- ・ 研修会の開催。
- ・ 地域ケア会議における多職種連携によるケース検討を実施。
- ・ 支援困難事例の個別相談会を開催。

大阪府大東市の「自立支援」の定義

- 総合事業を開始するにあたって、約半年間かけて保険者と地域包括支援センター、ケアマネジャー等で「自立支援」の定義を議論、決定。
- そのプロセスこそが大東市の総合事業が順調に実施されている基盤になっている。

個人因子と環境因子の双方から個人を知り、それを本人だけでなく、

- ・膝が痛い
- ・認知症

- ・坂の上に家がある
- ・親族が遠い

家族、近隣住民を含めた支援者で共有し、本人の能力・意欲を最大

- ・友人、隣人
- ・民生委員
- ・老人クラブ

- ・残存能力（まだできること）
- ・目標に向けたやる気
- ・できそうな可能性

限に引き出し、その人らしいいきいきとした生活を送ることができる環境

- ・諦めてきたやりたいことを再びできる生活（お店に行き、自分の好きなものを買う）

- ・物理的環境（座ったまま掃除）
- ・人的環境（ほめる、応援する）

を整えること。

○生駒市は、複数の地域包括支援センターが事例を持ち寄り、多職種協働でケース検討を実施。会議で方向付けられた支援内容を実際に行い、その結果を次の会議で報告し、支援の妥当性を検討。これを繰り返すことで地域包括支援センター全体で自立支援のプロセスが共有され、成功体験の蓄積がケアマネジメントのレベルアップにつながっている。

【ここがポイント！】

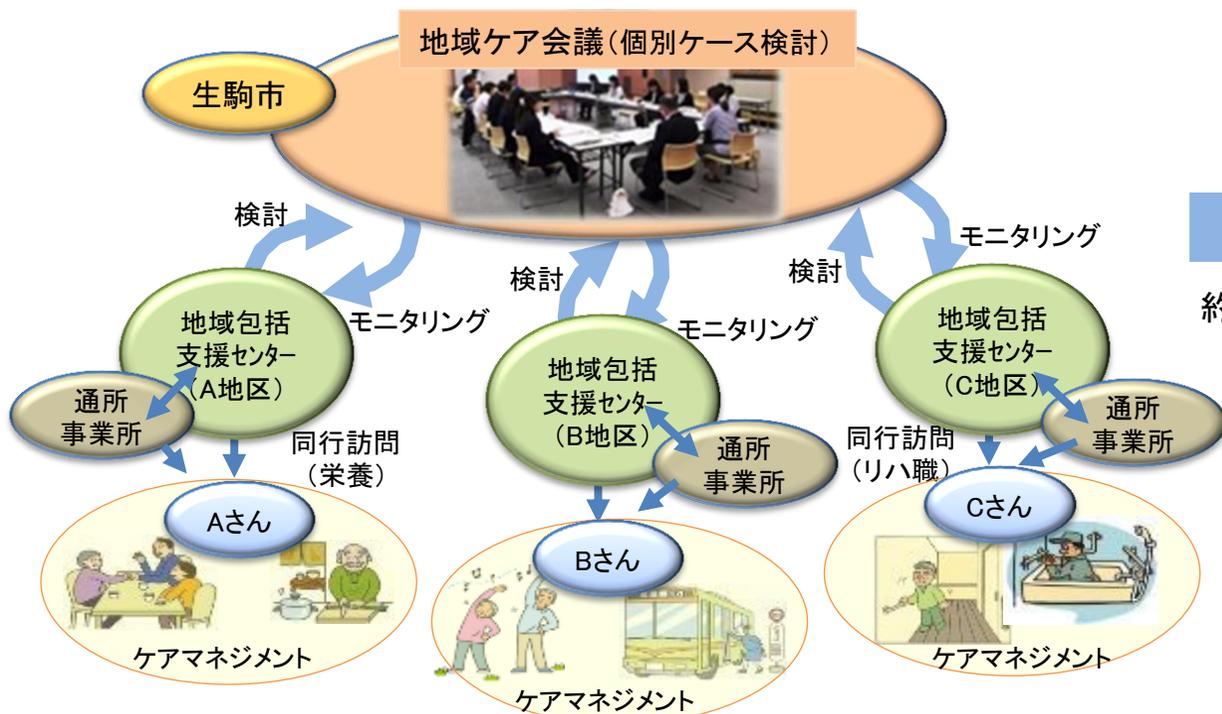
- ①ケース検討は、要点を押さえる。漫然と行わない。（1事例15分以内）
- ②1事例につき、初回、中間、最終の最低3回検討。（モニタリングが重要）
- ③疾患別等に体系化して集中議論で効率化
- ④継続（毎月1回）

- ・ 保険者主催で毎回、25～30事例を検討。
- ・ 検討会は180分以内に収める。（初回事例は1件15分、モニタリングは5分程度）
- ・ 効率化を工夫（アセスメント様式の統一、初回・中間・終了の経過が一覧できる記録様式、疾患別属性別に事例の類型化等）
- ・ 多職種で検討（通所スタッフ、リハ、栄養、歯科）



地域包括支援センター	委託 6カ所
総人口	121,031人
65歳以上高齢者人口	27,491人(22.7%)
75歳以上高齢者人口	11,496人(9.5%)
要介護認定率	15.6%
第5期1号保険料	4,570円

平成25年4月1日現在



○地域包括支援センター

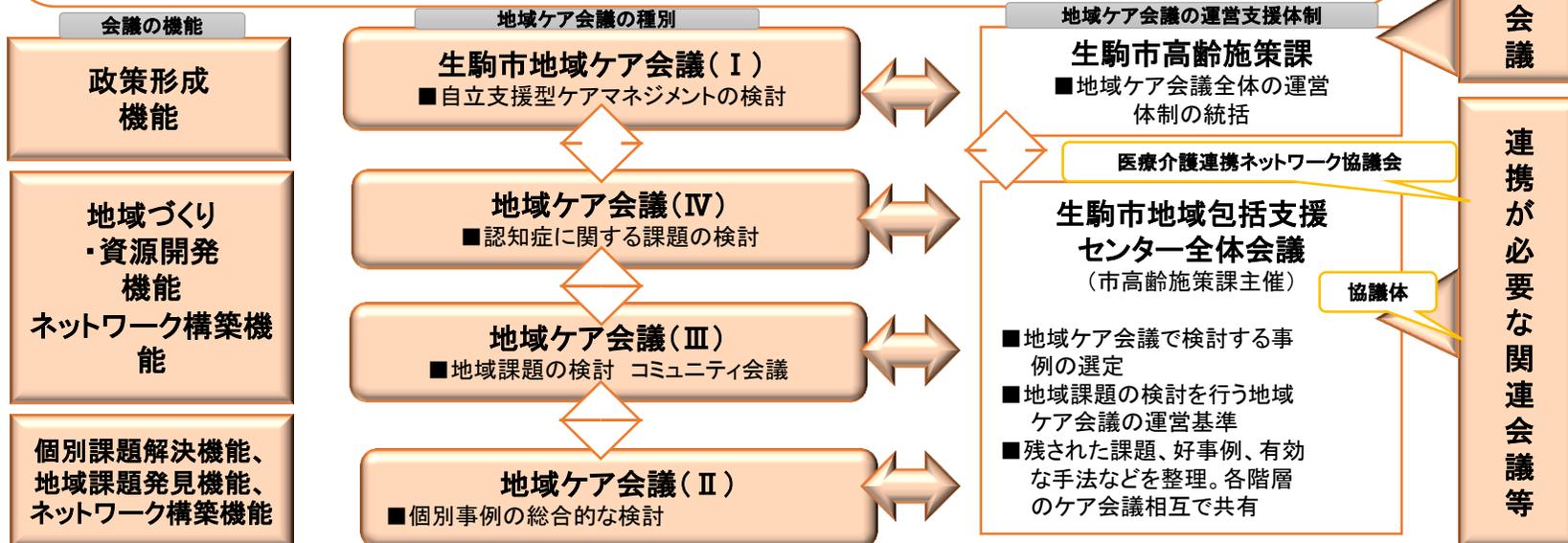
- ・ 自立支援の視点が定着
- ・ アセスメント力が向上
- ・ 個を視る目と地域を視る目の両方がバランスよく備わった
- ・ 高齢者自身の自立の意識を高める関わり方が向上
- ・ 家族の負担軽減策を具体的に立てられる
- ・ 地域の資源や人材を活かすアイデアが豊富に

○通所事業所

- ・ 自立支援の視点が定着
- ・ アセスメント力が向上
- ・ 的確な個別プログラムが立てられる
- ・ 通所の“卒業”の意識が定着
- ・ 通所卒業を念頭に置いて居場所と役割づくりを並行して行うようになり、“卒業”を達成できる

生駒市の地域ケア会議について

- 地域ケア会議は、多職種連携によりケアマネジメントの質の向上を図るとともに、個別ケースの課題分析等の積み重ねにより、地域に必要な社会資源の開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画や市の総合計画への反映などの政策形成につなげるものであり、地域包括ケアの実現に向けた重要なツールの一つである。
- 生駒市では、平成24年度から、既存の会議を市・生活圏域・個別レベルに再編し再スタート。
- 検討する課題に応じて、医療・介護・福祉の専門職や法律の専門家、民生委員、地域関係者などにより、課題の解決を図っている。



地域ケア会議の種類（強引な分類）

◆ 地域ケア個別会議

- ① 困難事例検討
- ② ケアマネジメント支援（要支援者対象、徐々に要介護2程度まで）
※和光市型を独立した場合。ただし包括ごとには開催されていない。
- ③ ケアマネジメント支援（要介護度を限定しない）
- ④ 圏域レベルの地域課題の検討（その時々でテーマは様々）
※④は一般的に包括で行われており、老健局は個別会議に分類
しかし、対象が「個人」か「地域」かで「個別」と「推進」を分ける
なら、⑤と結合し、推進会議に分類すべき。

◆ 地域ケア推進会議

- ⑤ 市レベルの地域課題（テーマ別）の検討（例：在宅医療介護連携）
- ⑥ 施策検討、市町村への政策提言
- ⑦ 社会資源の創出
※ただし、⑦「社会資源の創出」は新たに生活支援体制整備事業で
「協議体」が設けられている。⑤も在宅医療介護連携推進事業や認
知症総合支援事業での会議もある。

⇒地域ケア会議は標準化するかどうかは別としても整理、体系化が必要。（メソ）

「地域ケア会議」の5つの機能

機能

具体的内容

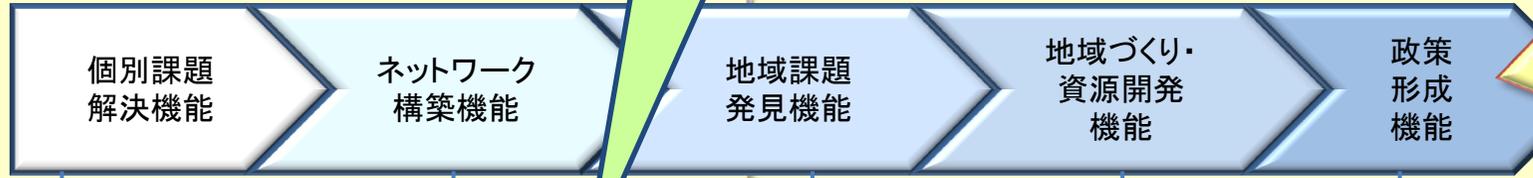
規模・範囲・構造

個別ケースの検討

規範的統合機能

地域課題の検討

地域包括
ケアシステムの実
現による
**地域住民の
安心・安全と
QOL向上**



- 地域包括支援ネットワークの構築
- **自立支援に資するケアマネジメントの普及と関係者の共通認識**
- 住民との情報共有
- 課題の優先度の判断
- 連携・協働の準備と調整

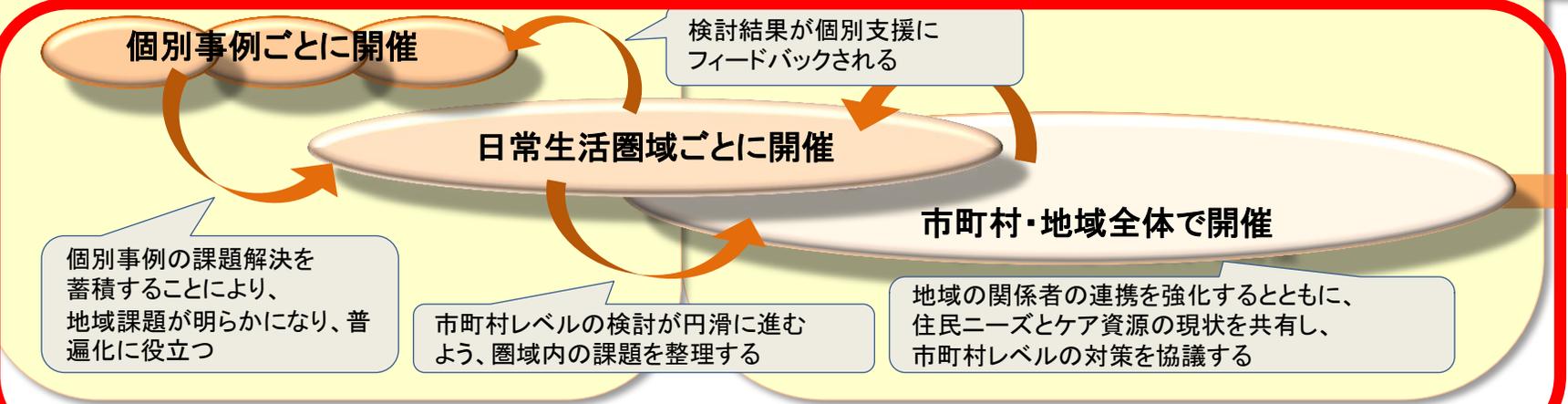
- 潜在ニーズの顕在化
 - ・サービス資源に関する課題
 - ・ケア提供者の質に関する課題
 - ・利用者、住民等の課題 等
- 顕在ニーズ相互の関連づけ

- 需要に見合ったサービスの基盤整備
- 事業化、施策化
- 介護保険事業計画等への位置づけ
- 国・都道府県への提案

- **自立支援に資するケアマネジメントの支援**
- 支援困難事例等に関する相談・助言
- ※ **自立支援に資するケアマネジメントとサービス提供の最適手法を蓄積**
- ※ 参加者の資質向上と関係職種の連携促進
→ サービス担当者会議の充実

- 有効な課題解決方法の確立と普遍化
- 関係機関の役割分担
- 社会資源の調整
- 新たな資源開発の検討、地域づくり

自助・互助・共助・公助を組み合わせた地域のケア体制を整備



個別事例の課題解決を蓄積することにより、地域課題が明らかになり、普遍化に役立つ

市町村レベルの検討が円滑に進むよう、圏域内の課題を整理する

地域の関係者の連携を強化するとともに、住民ニーズとケア資源の現状を共有し、市町村レベルの対策を協議する

※地域ケア会議の参加者や規模は、検討内容によって異なる。

地域ケア個別会議は繰り返し、頻回に

9. 地域ケア会議の実施状況

○ 地域ケア会議の活動状況は、事例検討は比較的多くの市町村で行われていたが、地域課題の検討や、施策検討などは未だ低調であった。

(1) 地域ケア会議の活動状況

① 地域ケア個別会議

(日常生活圏域レベルにおいて地域包括支援センターが主催し、個別課題の解決等を行う。) (自治体)

事例検討	ネットワーク構築	ケアマネジメント支援	地域課題の把握	地域課題の検討
70	56	59	60	30

② 地域ケア推進会議

※ 複数回答

(市町村レベルにおいて地域包括支援センター又は市町村が主催し、地域づくり・資源開発等を行う。) (自治体)

ネットワーク構築	地域課題の把握	地域課題の検討	施策検討	市町村への政策提言	社会資源の創出
38	43	38	17	11	12

(2) 地域ケア会議の1自治体当たり開催回数等(平成27年度)

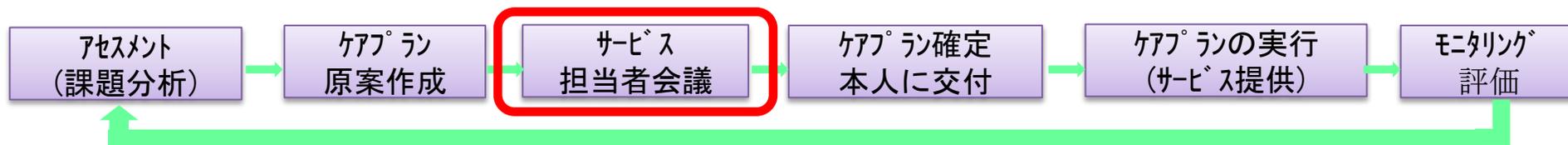
※ 複数回答

	開催回数	取扱ったケアプラン数
地域ケア個別会議	36.0回	79.7件
地域ケア推進会議	5.7回	

出典：第65回社会保障審議会介護保険部会資料 参考資料2より抜粋

アセスメントを多職種で

- ◆ 日本のケアマネジメントはケアプラン原案作成までを一人で行う仕組み（サービス担当者会議はケアマネジャーが作成する原案に基づき、関係する担当者が召集される）。



- ◆ 制度としては、「認定審査会の意見」という補完機能が組み込まれていたが、残念ながら機能していない。
- ◆ 地域ケア会議はこの弊害を是正しつつ、会議形式にすることで規範的統合を図る機能も果たしているが、一方でケアマネジャーの負担も大きく（精神的にも時間的にも）、全てのアセスメントを地域ケア会議で行うことも疑問。
- ◆ アセスメントのために入所するかどうかはともかく、地域にアセスメントチームを設置することを推奨すべきか。地域包括支援センターの3職種と地域リハビリテーション活動支援事業によるリハ職等の派遣を組み合わせれば、今からでも始められる。初回のみチームで行うなど運用上の工夫も検討できる。

総合事業の介護予防ケアマネジメント

◆ 給付のケアマネジメント（居宅介護支援、介護予防支援）

- ・ 「必ず給付管理」 「プロセス固定」 「決算主義」
- ・ インフォーマルサービスだけでは評価されない。まず給付（「共助」）。足りなければ「自助」「互助」「公助」となりやすい。
- ・ 「プロセス固定」なので、「杖一本」でも毎月、介護報酬発生
- ・ ケアプランを作れば作るほど利益（⇒プラン数制限）

◆ 総合事業の介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）

- ・ 「給付管理不要」 「プロセス柔軟」 「予算主義」
- ・ インフォーマルサービスのみの利用でも評価。まずは自助から。
- ・ その人に合わせて柔軟に支援
- ・ 予算の中で工夫

対象者	要支援者等(※1)	要介護者
ケアマネジメントの実施主体(※2)	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所
ケアマネジメントの類型		
給付のみ利用する場合	保険給付 (介護予防支援) (※3、※4)	保険給付 (居宅介護支援)
給付と事業併用する場合		/
事業のみ利用する場合	総合事業による実施 (介護予防ケアマネジメント)	

※1 要支援者及び基本チェックリストに該当した総合事業対象者。

※2 介護保険施設、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、特定施設入居者生活介護に関しては、その施設等に従事する介護支援専門員等がケアプラン作成を実施。

※3 地域包括支援センターが指定介護予防支援事業所として実施

※4 介護予防支援については、居宅介護支援事業所に委託も可

総合的かつ効率的に提供されるよう…①

介護保険法（平成9年法律第123号） 抜粋

（介護保険）

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

総合的かつ効率的に提供されるよう…②

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営等に関する基準について（平成11年7月29日老企第22号） 抜粋

第2 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準

1 基本方針

介護保険制度においては、要介護者である利用者に対し、個々の解決すべき課題、その心身の状況や置かれている環境等に応じて**保健・医療・福祉にわたる指定居宅サービス等が、多様なサービス提供主体により総合的かつ効率的に提供されるよう、居宅介護支援を保険給付の対象として位置付けたものであり、その重要性に鑑み、保険給付率についても特に10割としているところである。**

基準第1条第1項は、「在宅介護の重視」という介護保険制度の基本理念を実現するため、指定居宅介護支援の事業を行うに当たってのもっとも重要な基本方針として、利用者からの相談、依頼があった場合には、利用者自身の立場に立ち、常にまず、その居宅において日常生活を営むことができるように支援することができるかどうかという視点から検討を行い支援を行うべきことを定めたものである。

このほか、指定居宅介護支援の事業の基本方針として、介護保険制度の基本理念である、高齢者自身によるサービスの選択、保健・医療・福祉サービスの総合的、効率的な提供、利用者本位、公正中立等を掲げている。介護保険の基本理念を実現する上で、指定居宅介護支援事業者が極めて重要な役割を果たすことを求めたものであり、指定居宅介護支援事業者は、常にこの基本方針を踏まえた事業運営を図らなければならない。

新しい互助

サービスの類型

- 要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、総合事業で多様なサービスを提供していくため、市町村は、サービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要。そこで、地域における好事例を踏まえ、以下のとおり、多様化するサービスの典型的な例を参考として示す。

①訪問型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

- 訪問型サービスは旧介護予防訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
○ 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。

基準	従前の訪問介護相当	多様なサービス			
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例) ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら「多様なサービス」の利用を促進	住民主体による支援等を促進	・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6ヶ月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託	
基準	旧予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

②通所型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

- 通所型サービスは、旧介護予防通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
- 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスを想定。

基準	従前の通所介護相当	多様なサービス		
サービス種別	① 通所介護	② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 通所型サービスB (住民主体による支援)	④ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託
基準	旧予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 +ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村)

③その他の生活支援サービス

- その他の生活支援サービスは、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援(訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等)からなる。

住民主体の生活支援に関する論点

- ◆ 他人の掃除や洗濯を継続的に無償で行うボランティアは想定できるか
⇒シルバー人材センターなら許されるのか
⇒有償ボランティアをどのように扱うのか
- ◆ 昔の日本に戻ることか①（近隣）
⇒今さら、五人組、向こう三軒両隣を復活できるか
- ◆ 昔の日本に戻ることか②（家族）
⇒やはり、同居家族がいることを前提にするのか（日本式在宅介護）
- ◆ 「システム化された互助」の意味
⇒やらされる互助ではないはず（市民提案型補助金の可能性）
- ◆ 都市部で互助の推進は可能か。
⇒むしろ地方の人手不足の方が深刻（「村納め」も視野）
都市部には様々な技能を持った元気な高齢者が多数、存在
- ◆ 「公平性」のシフト。「互助」に、既存の「公平」の概念は当てはまらない。
⇒どこでも誰でも同じサービスが受けられることは「公平」ではない。
支援の姿勢（マネジメント）を「公平」にする。
- ◆ 住民主体の生活支援を広げるための条件
⇒キーワードは「危機感、課題の共有」「方針の明示」「自由」
「適切かつ多様な中間支援」「広報」「デザイン（見た目の訴求力）」

補論：生活援助は給付であるべきか

- ◆ 生活援助は在宅の要介護高齢者にとって必要不可欠な支援。
- ◆ 要介護 1、2 と 3 以上の生活援助の扱いを変える根拠は乏しい。
- ◆ 一方で、要支援者だけ助けるボランティアはいない（B型D型普及の阻害要因）
- ◆ 介護人材の不足は特に地方で非常に深刻になっている。
- ◆ 介護保険の生活援助は他の資源で代替可能になってきている。

買い物	宅配サービス、移動販売、近所で連れ合っでの買い物 等
調理	冷凍食品、スマイルケア食、コンビニ等の惣菜、配食サービス、会食会、おかずのおすそわけ 等
掃除	便利屋、シルバー人材センターのワンコインサービス、ご近所のお手伝い 等
洗濯	リネン会社等によるランドリーサービス 等

- ◆ 将来は地域支援事業に移行して枠を確保し、地域で創意工夫すべきか。
- ◆ せめて、掃除や洗濯が 1 割負担であることを見直すべきではないか。

各国の身体介護、家事援助、生活支援一覧表（抜粋）

身体介護（在宅）	訪問型	食事介助
	入浴介助	
	排泄介助	
	清拭	
	身体整容	
	衣服着脱	
	体位変換	
	服薬介助（準備と確認）	
	起床・就寝介助	
	リラックス・ストレッチ	
家事援助	訪問型	掃除
	洗濯	
	買物	
	調理（あたためのみも含む）	
	配下膳（片づけ）	
	ベッドメイク	

生活支援	訪問型	安否確認	見守り・安否確認 電話による安否確認
		外出支援	移動支援（その場所まで連れて行く） 病院・市役所への付添（説明）
		日常生活支援 （日常的な困りごと支援）	ゴミ出し 一時的な家事支援 手紙や電話の音読・代筆（異文化交流・通訳・翻訳含む） 簡単な修理・手入れ（家・道具） 犬の散歩 認知症者の見守り
	生活型	精神的支援	話し相手（友愛訪問） 散歩同行 家族支援 臨終の付添い グリーンケア
		孤立防止 （自立支援）	引っぱり出し支援（孤立防止） ネットワーク・コーチング 家計自己管理支援 自助グループ（クライアントグループ含む）
		社会的交流	活動センター（公共が場を提供） 趣味、教養アクティビティ 屋外アクティビティ（体操、ガーデニング、遠足） 認知症カフェ 各種カフェ（PCカフェも） 起業・就労支援
	福祉サービス型	福祉サービス	アラーム及び緊急時対応
			配食サービス
			予防訪問
			住宅改修
			補助器具
			移動支援（タクシー券付与） 移動支援（マイクロバス同乗、運転。路線バス同乗） 各種相談 預貯金管理・契約代理（権利擁護）

出典：東京家政大学人文学部准教授 松岡洋子氏作成資料を一部抜粋（国際長寿センター（2016）平成27年度老人保健健康増進等事業「地域のインフォーマルセクターによる高齢者の生活支援、認知症高齢者支援に関する国際比較研究」p.109-110）

介護事業所によるA型サービスの現状

【メリット】

- ・ 比較的短期間で創出可能（主に介護事業所との調整のみ）
- ・ 新たな担い手（例：資格を持たない者）を活用可能
- ・ 事故時の対応、質の確保等は従前相当と同等
- ・ 単価を引き下げることで事業費を抑制可能

【デメリット】

- ・ 従前相当と類似したサービスであるため、利用者像の違いも曖昧
- ・ 老計10号の範囲内のサービスに限定されるため、範囲を超えた多様なニーズへの対応は不可
- ・ 担い手の確保に時間を要する
- ・ 事業費の抑制効果はごく限定的
- ・ 単価設定によっては、住民主体の活動を抑制

1. 直面している危機的状況が、分かりやすく可視化されていること (→**共有**)
2. 解決すべき課題が、具体的に示されていること (→**目標**)
3. 何をするか、多様な価値観・多様な主体の当事者に任されていること (→**自由**)

出典：信州大学経法学部 井上信宏教授 作成資料
(松本市地域づくり関係職員研修会 2016年8月20日)

総合事業における補助の考え方①

○介護保険法施行規則

第百四十条の六十二の三 法第百十五条の四十五第一項 本文の厚生労働省令で定める基準は、次のとおりとする。

一 法第百十五条の四十五第一項第一号 に規定する第一号 事業（以下「第一号事業」という。）を提供する際には、市町村又は地域包括支援センターが、同号に規定する居宅要支援被保険者等（以下「居宅要支援被保険者等」という。）の意思を最大限に尊重しつつ、当該居宅要支援被保険者等の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、適切な介護予防支援又は同号二に規定する第一号介護予防支援事業（以下「第一号介護予防支援事業」という。）による援助を行うこと。

二 市町村が、法第百十五条の四十五第一項 に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「介護予防・日常生活支援総合事業」という。）を実施する際には、補助その他の支援を通じて、地域の人材や社会資源の活用を図るよう努めるものとする。

総合事業における補助の考え方②

地域支援事業実施要綱（老発第0609001号 平成18年6月9日）

- ・ (d)について

補助（助成）の方法で事業を実施する場合について、当該補助（助成）の対象経費や額等については、立ち上げ支援や活動場所の借り上げの費用、間接経費（光熱水費、サービスの利用調整等を行う人件費等）等、様々な経費について、市町村がその裁量により対象とすることを可能とするが、ボランティアがサービス提供する場合には、その人件費等は補助の対象とすることはできない。また、施設整備の費用（軽微な改修は除く。）、直接要支援者等に対する支援等と関係ない従業員の募集・雇用に要する費用、広告・宣伝に要する費用等も対象とすることはできない。運営費の一部を補助するものであるが、例えば補助率を設定せずに年定額での補助を行うことも可能である。

なお、住民主体の自主的な取組や活動を阻害しないよう、実施主体の活動内容については、過去に国庫補助金等から一般財源化された事業も含めて実施を妨げるものではない。

必要な支援は、お金とは限らない

場所・備品の手配

空き教室や商店街の空きスペースなど、活用できる場所が地域にあっても、場所によっては利用のルールが柔軟でない場合もある。また、体操教室の道具やDVDプレーヤー、配食のための調理器具など、備品の費用の捻出に苦労するケースもある。

広報支援

広報のノウハウがないために、活動が地域に広がっていないケースも多い。団体に対し広報ツールを提供する、行政側でリスト化してPRする、広報誌等で活動を取りあげる等の方法がある。特に、活動が評価されるような取組は担い手の動機づけにもつながる。

専門職の派遣

リハビリ職等を体操教室に派遣し体操の仕方を指導する、配食団体に対し栄養士が助言するといったこと等が考えられる。ただし、専門職は貴重な資源であることに留意が必要。広くうすく張り付ける方法を検討する必要がある。

資源同士をつなぐ

NPO・ボランティアなどの機能的団体は、地縁団体や行政との関わりが少ないことが多い。地域の中で活動する団体・事業者等が交流する機会をもつことで、新たな活動のアイデアが生まれることも。第2層協議体の重要な役割でもある。

出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング副主任研究員 齋木由利氏作成資料

「全力応援」とは

ただで借りられる調理場所は見つかったけど、道具代の捻出が難しい。

道具代の補助

助け合いの仲間を増やしたいけど、どうやって募集すればいいの？

広報の支援



活動の中で起きる困り事は、“住民任せ”にせず協力して対応

住民主体の活動では対応が難しい困難ケースが生じることも多い。こういう時に全面的にバックアップすることで、「何かあれば助けてもらえる」という安心感が活動を継続させる。また、**活動の中の困りごとは、新たな活動の種になる**こともある。

(例)最近、認知症症状のある人がサロンに来るようになり対応に困っている。



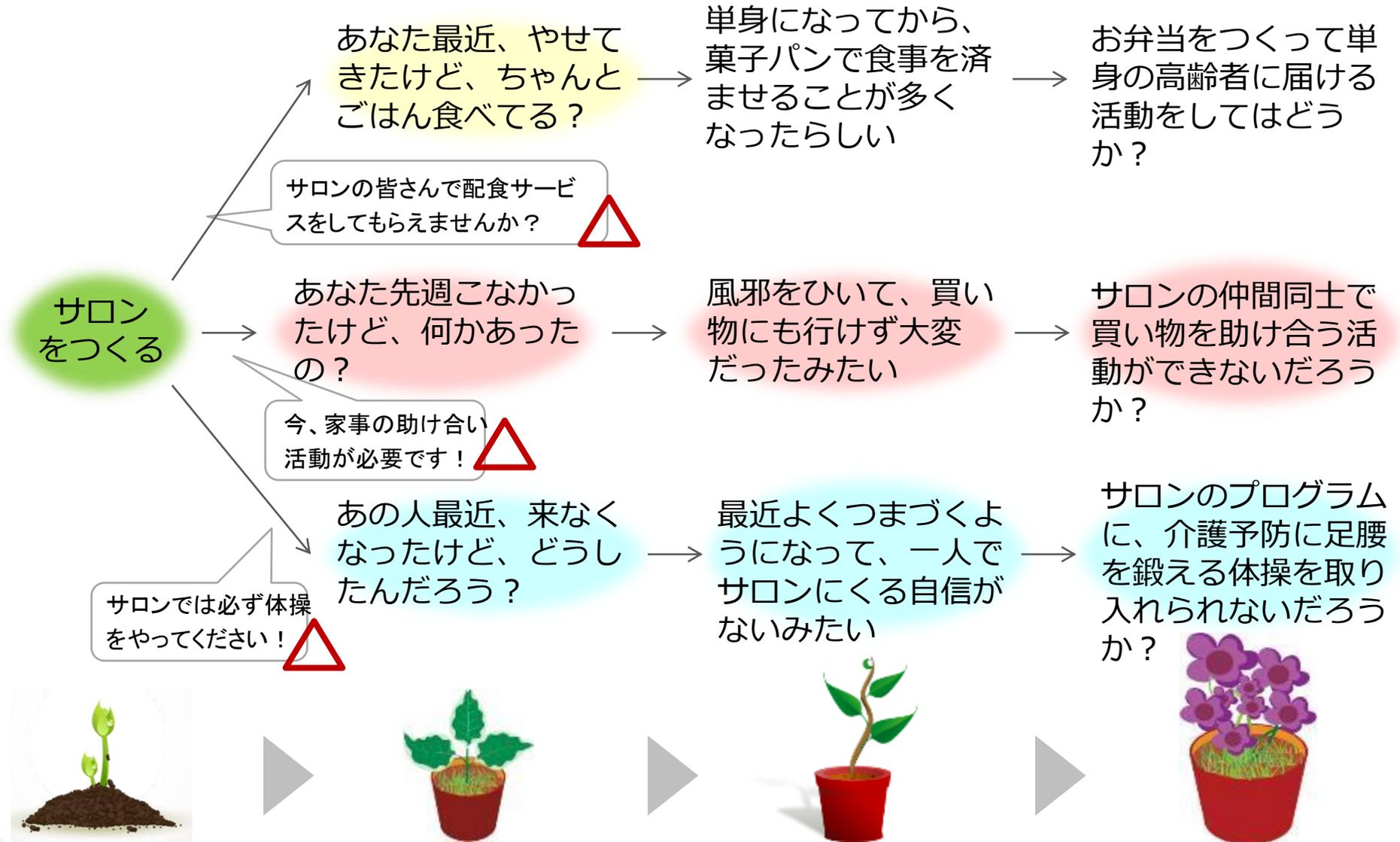
困ったことがあれば、包括等で対応し、必要なサービスにつなげる仕組みを構築。



サロンで認知症サポーター講座を開催し、軽度なら受け入れられるよう体制を強化。

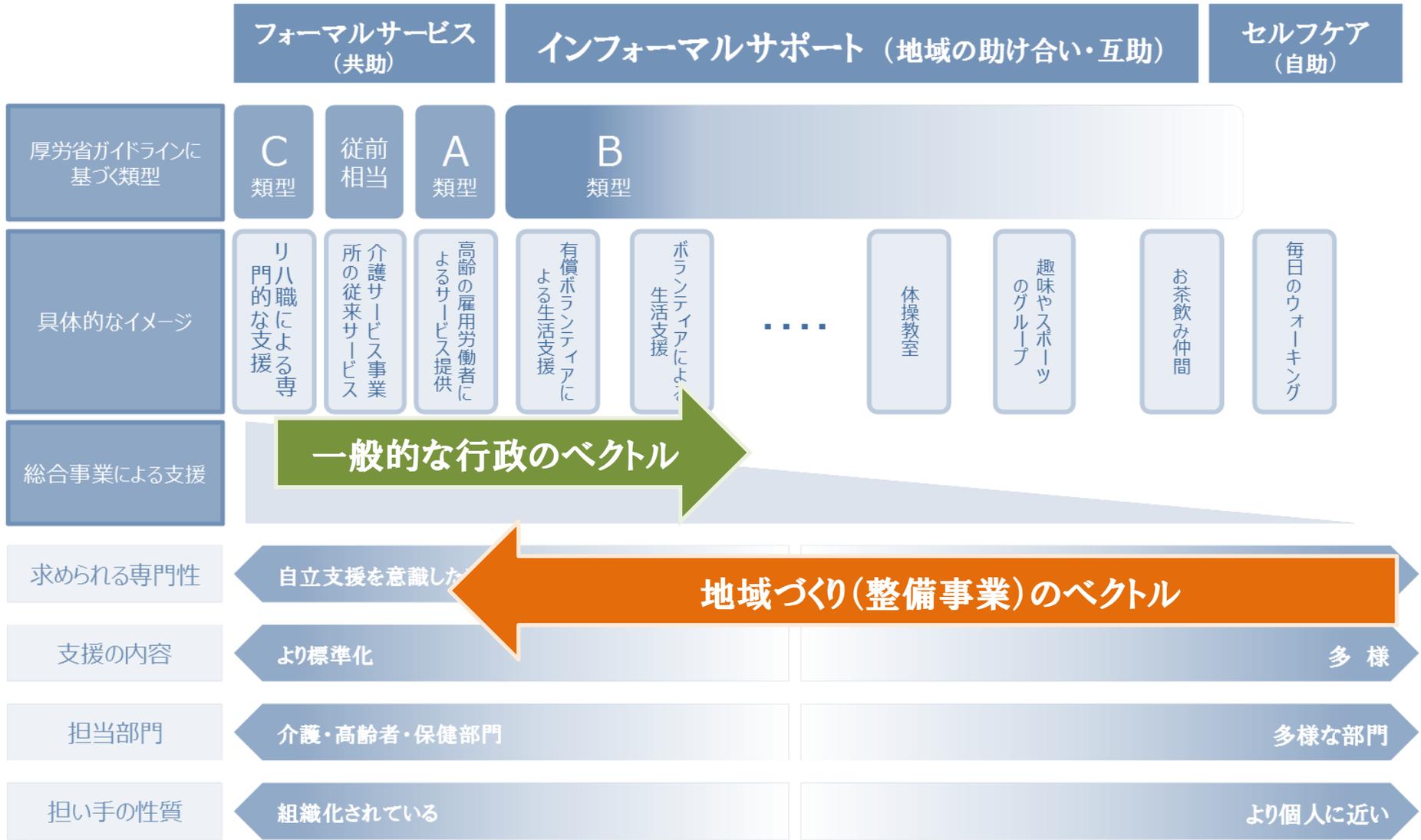
出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング副主任研究員 齋木由利氏作成資料

「住民主体の原則」を貫き、“つかずはなれず”支援



出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング副主任研究員 齋木由利氏作成資料

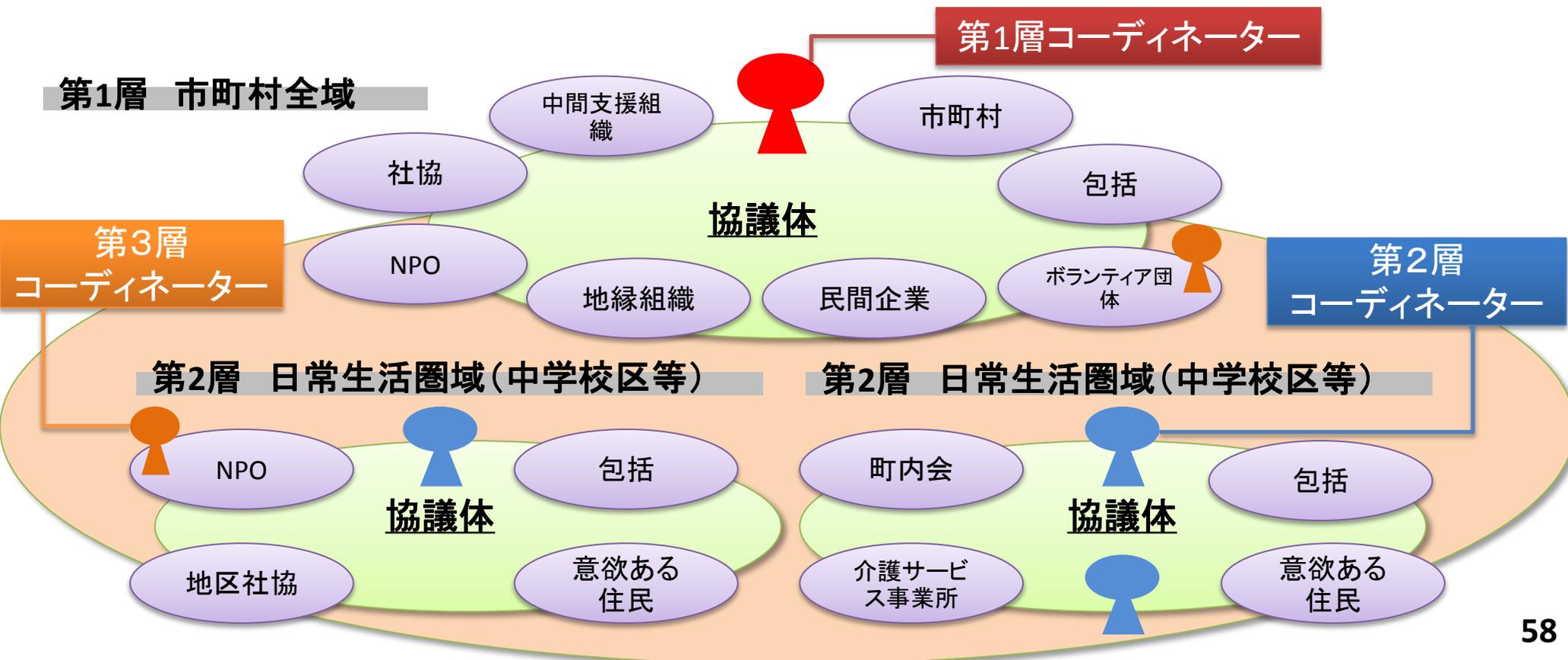
地域づくりのベクトル



出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成資料

コーディネーター・協議体の配置・構成のイメージ

- コーディネーターとして適切な者を選出するには、「特定の団体における特定の役職の者」のような充て職による任用ではなく、例えば、先に協議体を設置し、サービス創出に係る議論を行う中で、コーディネーターにふさわしい者を協議体から選出するような方法で人物像を見極めたうえで選出することが望ましい。
- 協議体は必ずしも当初から全ての構成メンバーを揃える必要はなく、まずは最低限必要なメンバーで協議体を立ち上げ、徐々にメンバーを増やす方法も有効。
- 住民主体の活動を広める観点から、特に第2層の協議体には、地区社協、町内会、地域協議会等地域で活動する地縁組織や意欲ある住民が構成メンバーとして加わることが望ましい。
- 第3層のコーディネーターは、サービス提供主体に置かれるため、その提供主体の活動圏域によっては、第2層の圏域を複数にまたがって活動が行われたり、時には第1層の圏域を超えた活動が行われたりすることも想定される。



第2層生活支援コーディネーターは、こんな人？

いつのまにか溶け込んでいる

地域の組織や団体に仲間入りするところから、地域づくりは始まる

ノリがいい

楽しくないと地域づくりは続けられない。地域のムードメーカーとしての期待も大きい。

放っておけない

組織や団体の困りごとに共感し、共に対応する姿勢が関係を構築するカギ

縁の下の力持ち

主役は、あくまで地域で活動している人たち。一步下がって支える姿勢が重要

人をその気にさせる

新規活動の立ち上げや既存の活動の充実には、担い手の動機づけが不可欠



出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング副主任研究員 齋木由利氏作成資料

例えば、こんな風に「はぐくむ」プロセス

であう

どんな活動も一人ではできません。まずは、地域の人たちが集まる場所を仕掛けてみましょう。協議体をそうした場にするのもあり。



つながる

地域の人々が地域について話しているうちに、「これは問題だ」「なんとかしなきゃ」がでてくる。ここは焦らず、ゆっくり時間をかける。



つたえる

生まれた活動は、積極的に外部に発信。活動している人の魅力を伝えることは、新たな担い手の確保や本人の活動の継続にもつながる。



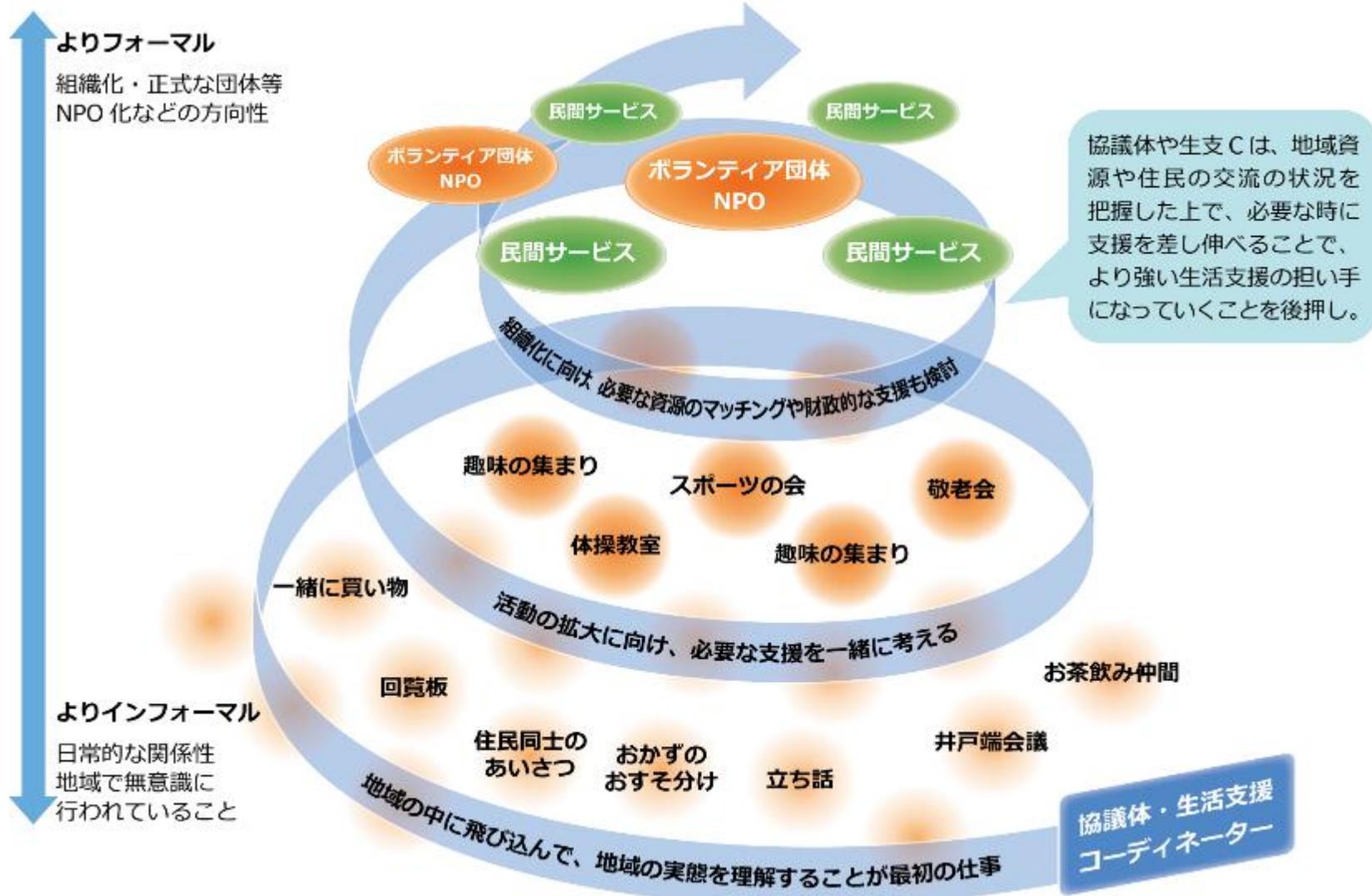
うまれる

活動のアイデアが出てきたら、活動に必要な支援を洗い出して、生活支援コーディネーターや行政と相談。総合事業も積極的に活用しましょう。



出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング副主任研究員 齋木由利氏作成資料

多様な資源をはぐくむイメージ



資料：三菱UFJリサーチ&コンサルティング「新しい総合事業における移行戦略のポイント解説(概要版)」
 (平成27年度老人保健事業推進費等補助金)

協議体で目標を共有する

放っておくと・・・

みんなで目標を共有

自治体

地域づくりの基本方針を示さず、介護保険外の支援・サービスの整備が進まない

地域

行政からの“押しつけ”の負担で疲弊し、自主的な地域づくりが進まない

自治体

地域づくりの基本方針を明示し、ニーズに応じて住民・専門職の取組を支援する

地域

“お互いさまの助け合い”の輪を時間をかけて広げていく

地域のつながりが喪失、人材不足が進む
負の循環

地域のつながりが再生し、専門職も活かされる
正の循環

包括・ケアマネ

介護保険外の支援・サービスが不足し、介護保険への依存が高まる

専門職

専門職でなくても提供できる支援・サービスに従事しなくてはならず、人材が不足する

包括・ケアマネ

住民の支援と専門職サービスを利用に結びつける

専門職

専門職にしか提供できないサービスに特化する

出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング副主任研究員 齋木由利氏作成資料

自治体にも「全力応援」と「つかずはなれず支援」

例：生活支援コーディネーター養成

- ◆ 行政から丸投げ。孤独。何をすれば良いか、どこから手をつけてよいかわからない。
- ◆ 生活支援コーディネーターのテキストを読んでも、よくわからない。
(理念や方針、要点など伝えたいことが簡潔に書かれていない。体裁にメリハリがない。)
- ◆ コーディネーターの行動が標準化されていない。例えば、ヒアリング調査など具体的な行動に移さなければならないことについて、ステップで示されていない。
- ◆ サービス開発など難易度が高いことについてさえ、ベースとなるサービスメニューやプログラムが用意されていない。
- ◆ コミュニティソーシャルワーク、ファシリテーション、ボランティアコーディネーションなどの基礎知識や手法を学びたい。

⇒ 誰かが生活支援コーディネーターを支える必要がある

⇒ 自治体にも「全力応援」と「つかずはなれず支援」が必要 (⇒厚生局地域包括ケア推進課、都道府県、中間支援組織、地方大学等に期待)

新地域支援構想会議

【構成団体】（50音順）

- ・ 公益財団法人さわやか福祉財団
 - ・ 認定特定非営利活動法人市民福祉団体全国協議会
 - ・ 住民参加型在宅福祉サービス団体全国連絡会
 - ・ 特定非営利活動法人全国移動サービスネットワーク
 - ・ 社会福祉法人全国社会福祉協議会
 - ・ 全国農業協同組合中央会
 - ・ 一般社団法人全国老人給食協力会
 - ・ 公益財団法人全国老人クラブ連合会
 - ・ 宅老所・グループホーム全国ネットワーク
 - ・ 特定非営利活動法人地域ケア政策ネットワーク
 - ・ 一般財団法人長寿社会開発センター
 - ・ 認定特定非営利活動法人日本NPOセンター
 - ・ 日本生活協同組合連合会
 - ・ 一般社団法人シルバーサービス振興会（オブザーバー）
- ※他にオブザーバーとして厚労省、学識者らが参加

特別養護老人ホームを核とした ノテ地域包括ケア



つしま医療福祉グループ

代表 対馬 徳昭

[1] 社会福祉法人 ノテ福祉会

- 各種高齢者施設の設置運営
- 障がい者就労継続支援A型事業所「なかま」真栄

[2] 学校法人 日本医療大学

- 専門学校 日本福祉学院 介護福祉学科
- 専門学校 日本福祉リハビリテーション学院
理学療法学科 作業療法学科 言語聴覚学科
- 専門学校 日本福祉看護・診療放射線学院
看護学科 診療放射線学科
- 専門学校 日本福祉学院 通信科
- 日本医療大学 保健医療学部
看護学科
リハビリテーション学科
診療放射線学科

[3] 一般財団法人 つしま医療福祉研究財団

○高齢者の介護を主とした研究助成、啓発普及などの事業

[4] NPO法人 シニアアクティブ

○高齢者雇用、介護タクシー、利用者の送迎、施設管理

[5] 農業生産法人 株式会社 つしまファーム

○野菜の生産、加工、販売 ○トラフグの養殖、販売

[6] 一般社団法人 日本・アジア介護事業者協議会

○アジア圏への研修事業、介護ビジネスのコーディネート

[7] 株式会社 つしまマネージメント

○つしま医療福祉グループの資産管理

【1】社会福祉法人ノテ福祉会

□本部 札幌市清田区真栄434番地6
アンデルセン福祉村内

□設立 昭和58年5月

□職員数 1107名（平成28年7月1日）

□エリア 札幌市(7区)、乙部町、東京都(2区)、仙台市

□事業所数 69ヶ所(H28.7.1現在)

特別養護老人ホーム	5	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	3
介護老人保健施設	1	訪問介護	4
介護付有料老人ホーム	3	訪問看護	3
サービス付き高齢者向け住宅	4	通所介護	5
ケアハウス	1	通所リハビリテーション	1
認知症対応型グループホーム	5	地域包括支援センター	2
小規模多機能型居宅介護	23	介護予防センター	1
居宅介護支援事業所	5	就労継続支援A型事業所	2
セントラルキッチン	1	合計	69

高齢者の約65%は
住み慣れた家での生活を望んでいる



その願いを実現するために
1994年（平成6）年2月札幌で
「24時間在宅ワープケア事業」開発・実践



2006（平成18）年「夜間対応型訪問介護」
2012（平成24）年「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」

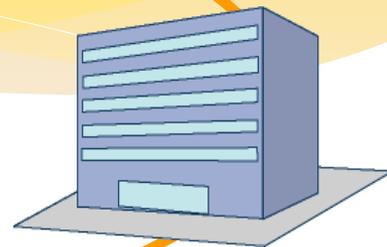


国の制度に

夜間対応型訪問介護(22:00~7:00)

オペレーションセンター

専門職が利用者情報を参照しながら利用者と会話し、サービス担当者の出動の必要性を判断



コールボタンで
センターへ連絡

会 話

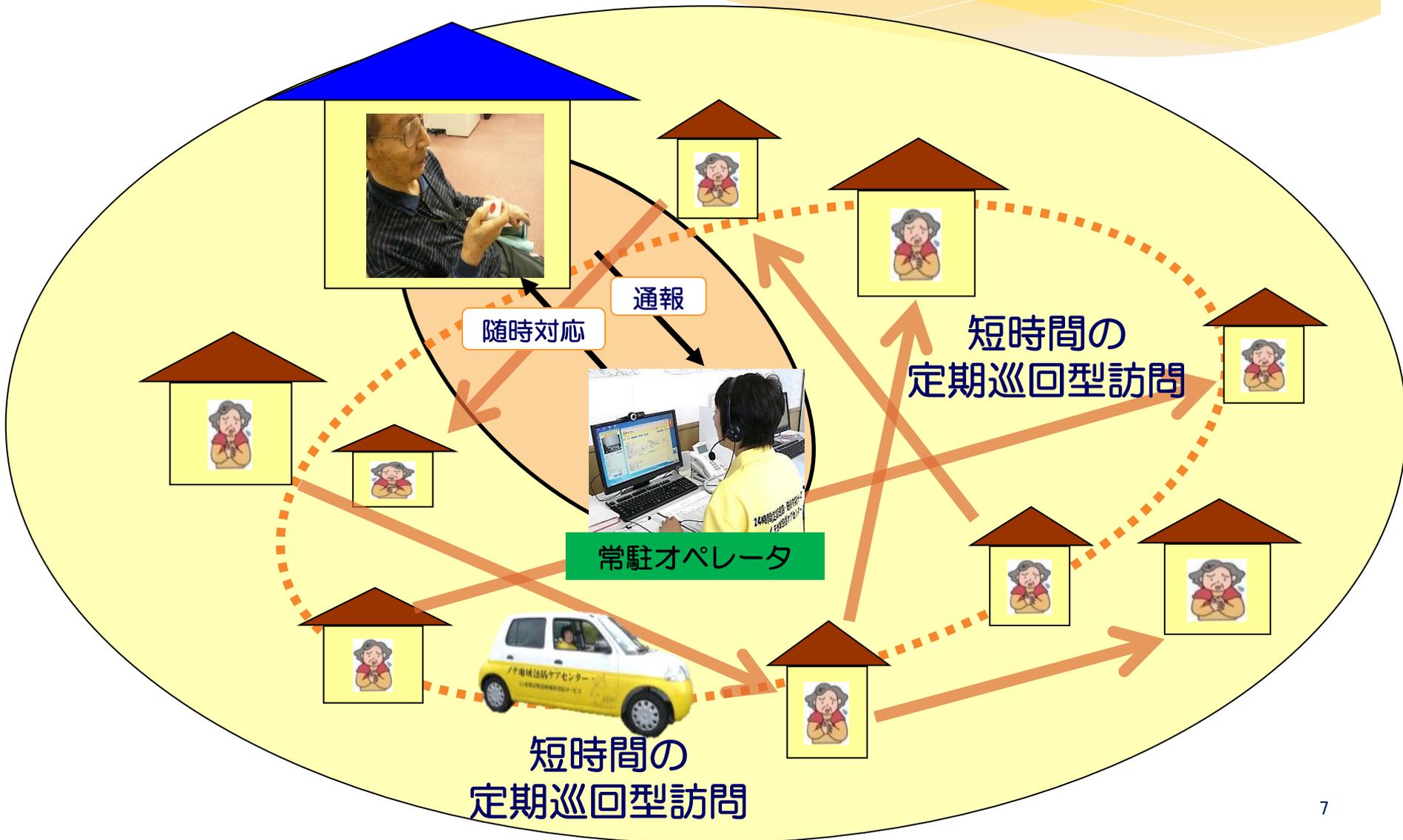
サービス担当者
に出動を要請

必要な
介護を行う



介護職 1 名 + 看護師 1 名

「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」サービス



**「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」で
在宅の中・重度の高齢者を支えるには**

**サービスの根拠になる
ケアプランが重要！！**

「アセスメント入所」

**多様化している
高齢者のニーズ把握**



**ーケアマネジャーに
ニーズを把握させることに無理がある**



多職種協働でのアセスメントが重要



**そこで開発したのが
『アセスメント入所』**

病 院
退 院



ノテ地域包括ケア総合相談センター



介護老人保健施設げんきのふる里
アセスメント入所



在 宅

アセスメント入所

要介護3～5の
高齢者を中心に

アセスメント施設

「介護老人保健施設 げんきのでる里」

病院

自宅

居宅介護
支援
事業所



在宅に戻る
ために支障
となる要因
の明確化

退所時
カンファレンス
＋
居宅ケアプラン作成

在宅
復帰

《アセスメントチーム》

- ① 医師
 - ② 理学療法士 or 作業療法士
 - ③ 看護師
 - ④ 介護福祉士
 - ⑤ 社会福祉士
- ＋

必要に応じて
栄養士・言語聴覚士

要因の減少
または解消
(リハビリ)

参加

利用者家族

居宅ケアマネジャー
＋
アセスメントチーム

開発中の「アセスメントシート」

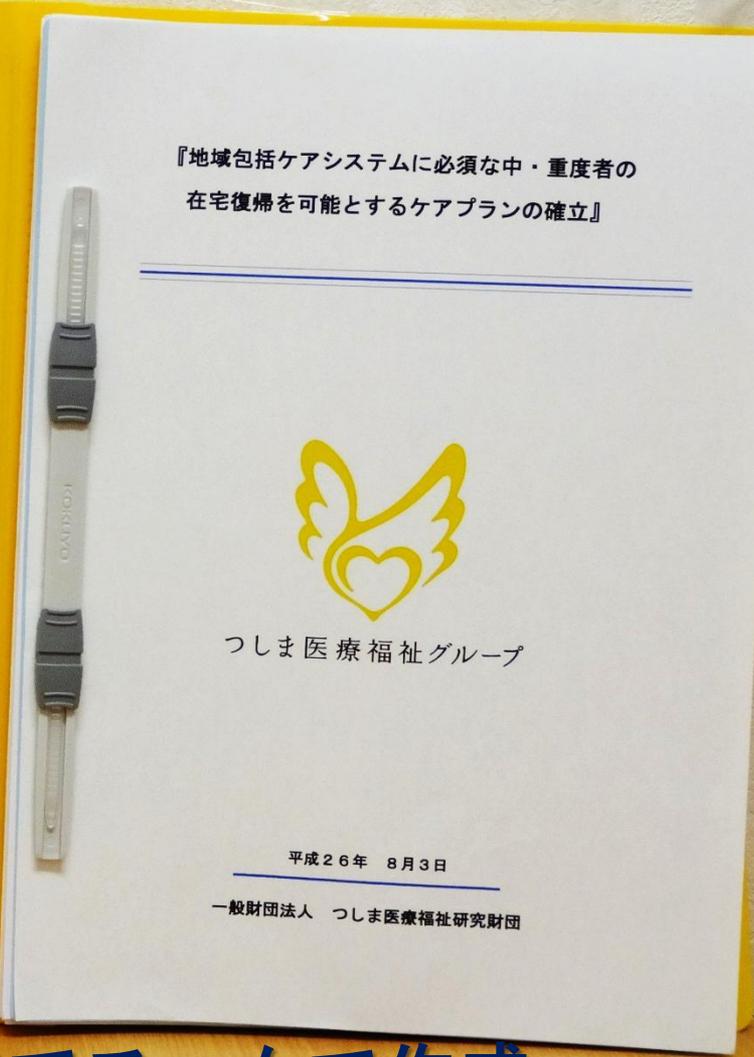
アセスメント総括表 1

利用者氏名 _____ 様 (要介護 _____) 作成

<p><傷病名></p> <p>1. _____ 発症年月日()</p> <p>2. _____ 発症年月日()</p> <p>3. _____ 発症年月日()</p> <p>その他 _____</p> <p>特別な医療</p> <p>点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストマの管理 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスビレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 痔瘻の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (栄養補助)</p> <p>特別な対応</p> <p>モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置</p> <p>失禁への対応</p> <p>カテーテル(コドムカテーテル、留置カテーテル等)</p>	<p>利き腕(□右 □左) 身長=_____cm、体重=_____kg</p> <p>(過去6ヶ月の体重変化: □増加 □維持 □減少)</p> <p>□四肢欠損(部位: _____)</p> <p>□麻痺</p> <p>□右上肢(程度: □軽 □中 □重) □左上肢(程度: □軽 □中 □重)</p> <p>□右下肢(程度: □軽 □中 □重) □左下肢(程度: □軽 □中 □重)</p> <p>□その他(部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)</p> <p>□筋力の低下(部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)</p> <p>□関節の拘縮(部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)</p> <p>□関節の痛み(部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)</p> <p>□失調・不随意運動(上肢 □右 □左、下肢 □右 □左、体幹 □右 □左)</p> <p>□疼痛(部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)</p> <p>□その他の皮膚疾患(部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)</p>	<p>本人の意向</p> <p><暮らしへの意向、介護が必要かどうかの希望、亡妻の葬儀・宗教、経歴></p> <p>健康管理上の病気の特性上なのか、その</p>
<p>日常生活自立度</p> <p>障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)</p> <p>□自立 □J1 □J2 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2</p> <p>認知症高齢者の日常生活自立度</p> <p>□自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M</p> <p>●このスペースは、全てを表示するとこのイメージだが入力画面でボックスから選択できるように設定すると</p> <p>障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) □A2 □IIIa</p> <p>認知症高齢者の日常生活自立度 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M</p> <p>と表記される。</p>	<p>中核機能</p> <p>記憶障害 □問題なし □問題あり()</p> <p>見当識障害 □問題なし □問題あり()</p> <p>理解・判断力障害 □問題なし □問題あり()</p> <p>実行機能障害 □問題なし □問題あり()</p> <p>症</p>	<p>医療・栄養</p> <p><認知症のタイプ傾向の対策、></p> <p><症状の見直し現在の重症度></p>
<p>室内手段: ()</p> <p>移動: ()</p> <p>角隅認知の低下: ()</p> <p>入浴 □好む □好まない</p> <p>浴槽までの移動: ()</p> <p>入浴状況(場所: _____)</p> <p><その他特記事項></p>	<p>排泄</p> <p>尿意(□有 □無) 便意(□有 □無) □トイレ以外</p> <p>排泄動作: ()</p> <p>排泄回数: 尿()回/日 便()回/週</p> <p>オムツ等の使用: _____</p> <p><その他特記事項></p>	<p>排泄・排便</p> <p>入浴方法や好みの整髪剤、毎日みだし</p> <p>入浴方法や好みの整髪剤、毎日みだし</p>
<p>調理: ()</p> <p>洗濯: ()</p> <p>掃除: ()</p> <p>電話: ()</p> <p>安全管理: ()</p>	<p>コミュニケーション</p> <p>意思伝達: □問題なし □問題あり</p> <p>視力: □問題なし □問題あり</p> <p>聴力: □問題なし □問題あり</p> <p><その他特記事項></p>	<p>排泄・排便</p> <p>排泄時の上排泄・排便</p> <p>排泄・排便</p> <p>使用する紙</p>
<p>摂食動作: ()</p> <p>食事用具: ()</p> <p>主食形態: □常食 □粥 □その他()</p> <p>副食形態: □常食 □その他()</p> <p>食事内容(kcal) 水分摂取(c c/日)</p> <p>食事摂取量: 状況(□良 □不良) 食べ残し(□有 □無)</p> <p>食事療法や指導の必要性(□不要 □要)</p> <p>体重の増減(□有 □無) BMI()</p> <p>好きな物: ()</p> <p>嫌いな物: ()</p> <p>アレルギー: □無 □有り 具体的に: _____</p>	<p>口腔衛生</p> <p>口臭(□有 □無) 噛み合わせ(□適 □不適) 虫歯(□有 □無)</p> <p>義歯使用状況: □総義歯 □一部義歯 □義歯なし</p> <p>歯茎の状況: □問題なし □問題あり</p> <p>口腔内の状態: □問題なし □問題あり</p> <p>食事摂取への影響(□無 □有): _____</p>	<p>排泄・排便</p> <p>排泄時の上排泄・排便</p> <p>排泄・排便</p> <p>使用する紙</p>
<p>キーパーソン: ()</p> <p>主介護者: ()</p> <p>主介護者の状況 健康状態(□良好 □不良) 負担感(□高い □普通 □低い)</p> <p>代替者: (□無 □有) _____</p> <p>仕事: (□有 □無) 意欲: (□有 □無) 介護知識・技術: (□有 □無)</p> <p><介護に関わる時間・内容等></p>	<p>居住環境</p> <p>持家 □借家 □階段(□有 □無) 本人の居室: (間)</p> <p>エレベーター(□有 □無)</p> <p>通常の移動、移動及び生活行為でバリアとなる箇所</p> <p>□玄関までのアプローチ □玄関の上り幅等 □廊下 □居室</p> <p>□トイレ □洗面所 □キッチン □浴室 □トイレ □食卓</p> <p>□浴室 □脱衣所 □洗い場 □浴槽 □洗面所 □廊先</p> <p><住宅に係る特記事項></p>	<p>本人・性</p> <p>本人: 性 _____ 家族: 家 _____ 経済: 介 _____</p> <p><特別な状</p>

自立度評価基準: FIM 1~7点

評価者: 医師() 看護師() リハビリ() 介護福祉士() 社会福祉士() 管理栄養士()



ケアプラン (原案) までチームで作成

多職種協働(7職種)でカンファレンス



【要介護3 アセスメント入所前のケアプラン】

週間サービス計画表

	月	火	水	木	金	土	日
4:00							
6:00							
8:00							
10:00	訪問介護	訪問介護	通所リハビリ	訪問介護	訪問介護		
12:00							
14:00							
16:00	~~~~~						
22:00							
0:00							
2:00							
4:00							

不定期:短期入所

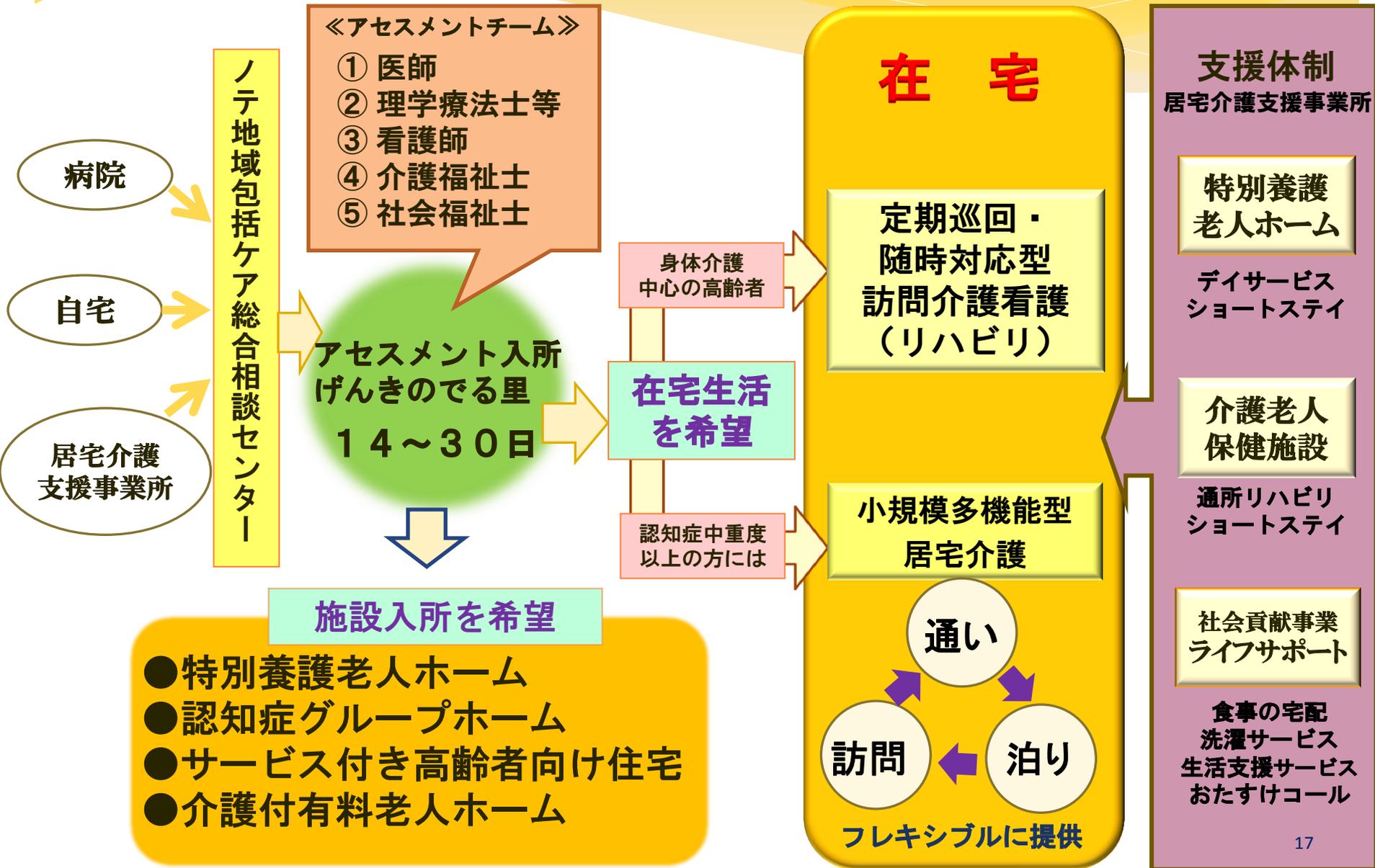
【要介護3 アセスメント入所後のケアプラン】

週間サービス計画表

	月	火	水	木	金	土	日
4:00							
6:00	定期巡回						
8:00		通所 リハビリ				通所 リハビリ	
10:00	訪問看護		定期巡回	訪問看護	定期巡回		訪問看護
12:00	20分		20分				20分
14:00	訪問リハビリ				訪問リハビリ		
16:00	20分				20分		
18:00	定期巡回						
20:00							
22:00	定期巡回						

福祉用具貸与: 介護用ベッド
このほかにサービスが必要な時はケアコールによる随時サービス

ノテ地域包括ケア体制

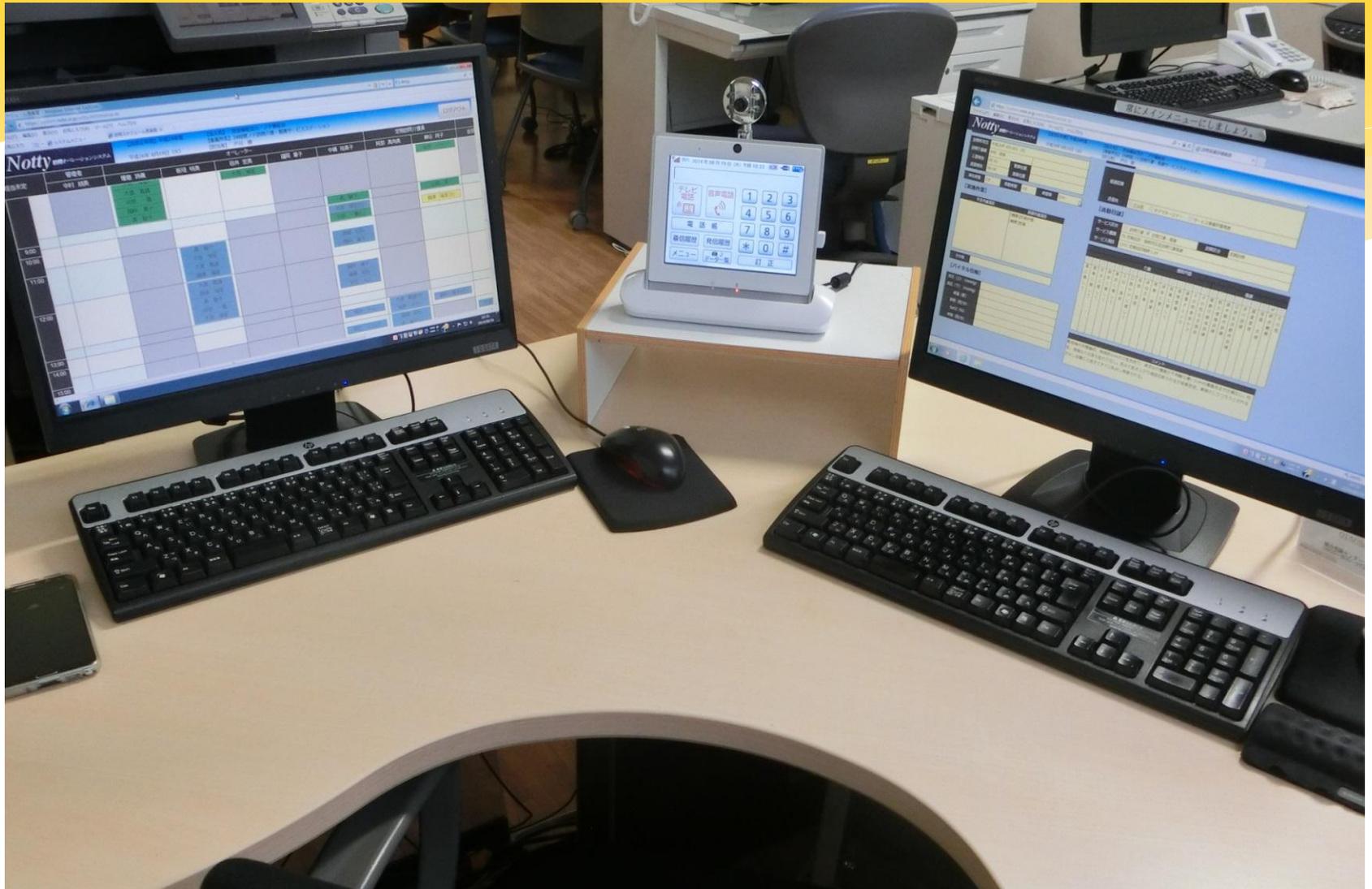


介護が必要な障がい高齢者には

定期巡回・随時対応型
訪問介護看護の一体型

サービスシステム
(自社開発)

動画の再生

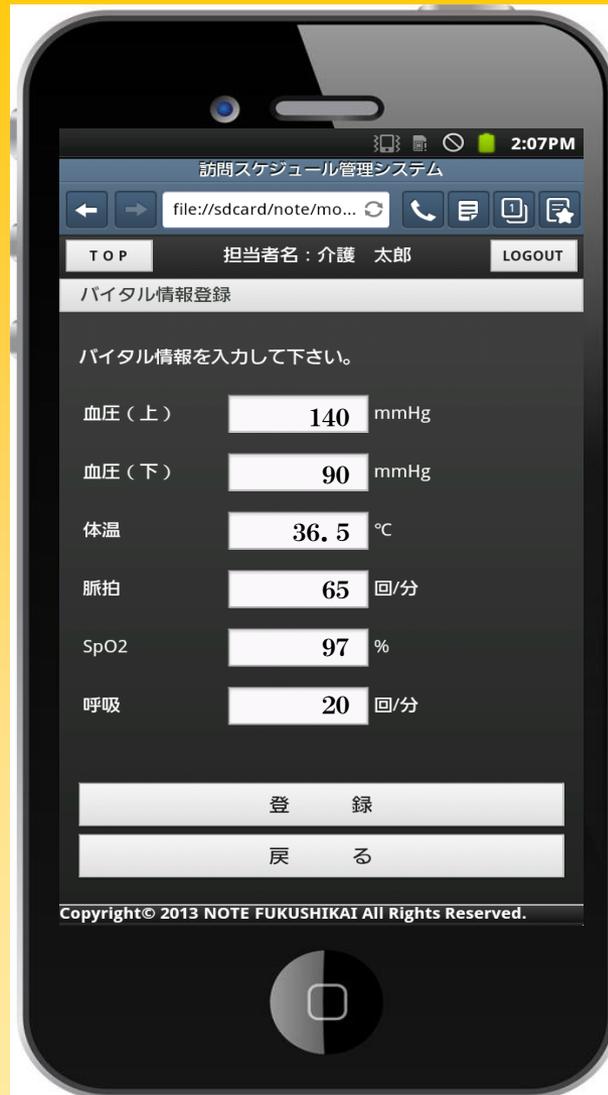




介護日誌



スケジュール



バイタル入力

中・重度の高齢者を支えるには

その利用者を支えている

全ての社会資源がネットワークを構築し

情報を共有してサービスに当たることが

重 要

**それができなければ
在宅生活の限界点を
引き上げることができない！**

認知症の方には 小規模多機能型居宅介護 地域のサービス拠点

認知症介護中心の
高齢者

小規模多機能型居宅介護

登録者	29名
通い	18名（1日定員）
泊り	5～9名
訪問	定期訪問・随時対応

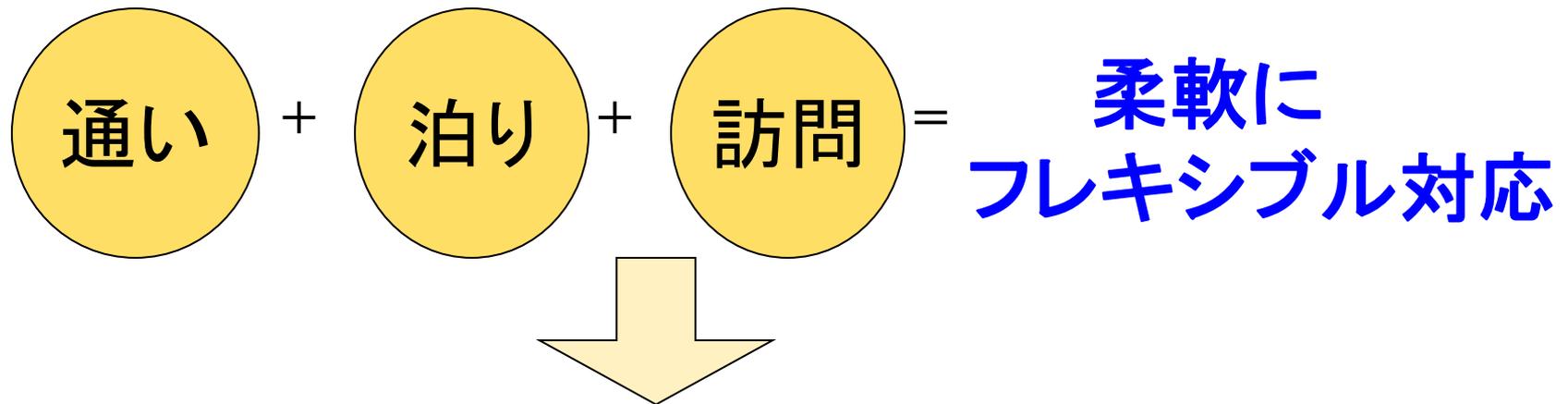


認知症高齢者サービスシステム

認知症ケアの切り札

「小規模多機能型居宅介護」

基本：安定している時は家で生活



認知症高齢者の在宅生活をしっかり支えるには「訪問」サービスが重要

ノテ地域包括ケア

「地域包括ケア」とは？



中・重度の高齢者が
住み慣れた家で住み続ける仕組み



高齢者が住む地域のサービスと資源を活用して生活



地域全体で高齢者の生活を支える仕組み

＜第二地域本部＞

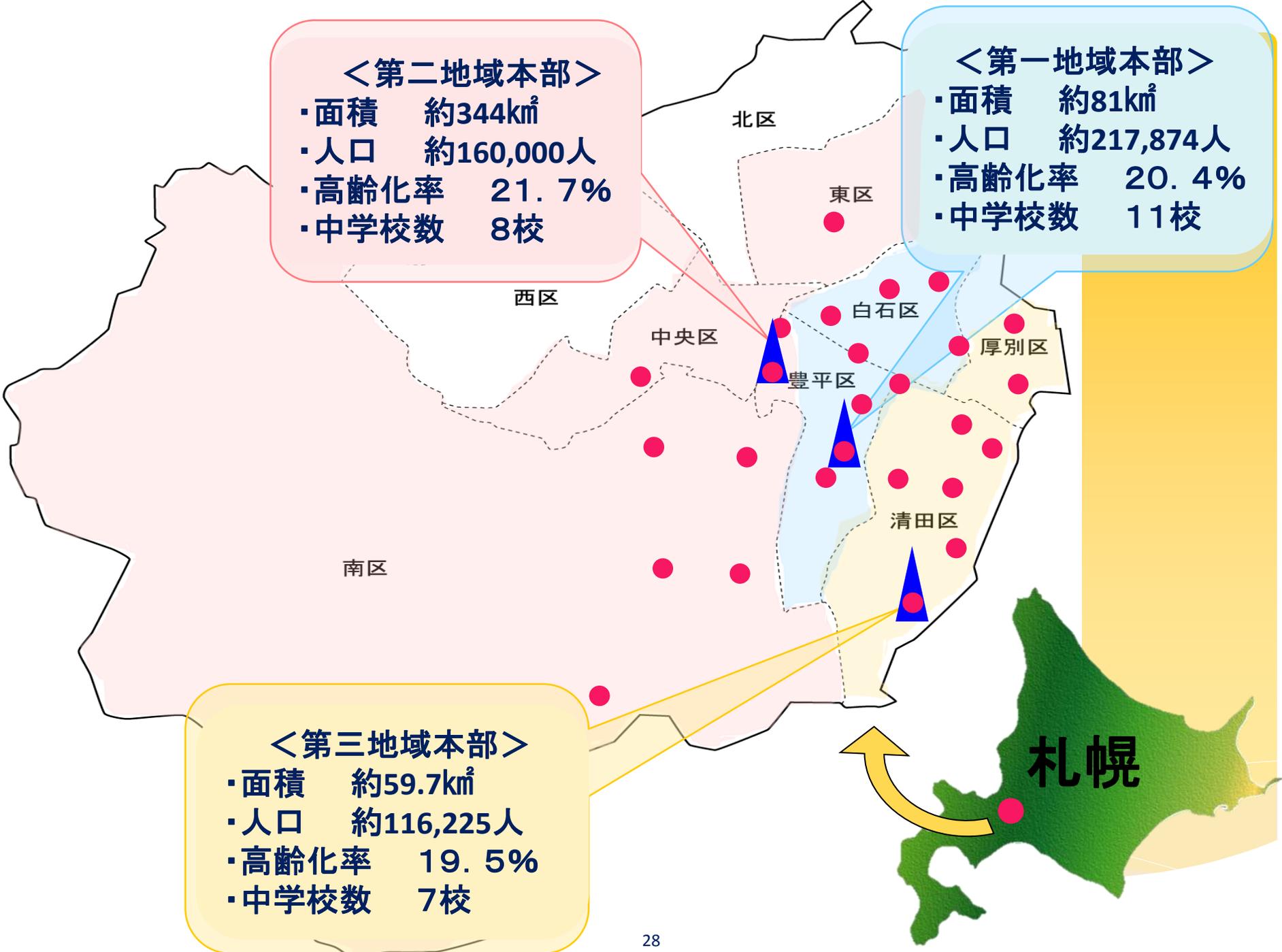
- ・面積 約344km²
- ・人口 約160,000人
- ・高齢化率 21.7%
- ・中学校数 8校

＜第一地域本部＞

- ・面積 約81km²
- ・人口 約217,874人
- ・高齢化率 20.4%
- ・中学校数 11校

＜第三地域本部＞

- ・面積 約59.7km²
- ・人口 約116,225人
- ・高齢化率 19.5%
- ・中学校数 7校



**特別養護老人ホームを
「核」とした**

“ノテ地域包括ケア体制”

特別養護老人ホームを「核」としたノテ地域包括ケア体制



ノテ地域包括ケア 総合相談センター
介護老人保健施設げんきのでる里
アセスメント入所

第一地域本部

豊平区・白石区
(一部)

定期巡回・随時対応型訪問介護看護
小規模多機能型居宅介護事業所
訪問看護（訪問リハビリ）
居宅介護支援事業所

バックアップ



特別養護老人ホーム **幸栄の里**

第二地域本部

豊平区・南区・中央区・東区
(一部) (一部) (一部)

定期巡回・随時対応型訪問介護看護
小規模多機能型居宅介護事業所
訪問看護（訪問リハビリ）
居宅介護支援事業所

バックアップ



特別養護老人ホーム **とよひらの里**

第三地域本部

清田区・厚別区
(一部)

定期巡回・随時対応型訪問介護看護
小規模多機能型居宅介護事業所
訪問看護（訪問リハビリ）
居宅介護支援事業所

バックアップ



特別養護老人ホーム **ふるさと**

在宅系

施設・居住系

ノテ地域包括ケア 第一地域本部

<住宅地>



「ごきげん」月寒西

特別養護老人ホーム 幸栄の里



「ごきげん」月寒東



「ごきげん」福住



「ごきげん」西岡



「ごきげん」北郷



「ごきげん」菊水元町



「ごきげん」菊水

ノテ地域包括ケア 第二地域本部

＜商業地域＞

特別養護老人ホーム
とよひらの里



「ごきげん」山鼻



「ごきげん」川沿



「ごきげん」定山溪



「ごきげん」元町



「ごきげん」豊平



「ごきげん」平岸



「ごきげん」真駒内

ノテ地域包括ケア 第三地域本部

<市街地>



「ごきげん」清田

特別養護老人ホーム ふるさと



「ごきげん」平岡北



「ごきげん」北野



「ごきげん」平岡東



「ごきげん」真栄



「ごきげん」厚別中央



「ごきげん」厚別もみじ台



「ごきげん」北郷



「ごきげん」
菊水元町



「ごきげん」月寒西



「ごきげん」
厚別もみじ台



「ごきげん」清田

ノテ地域包括ケア体制 の全体図

第三地域本部

第一地域本部



「ごきげん」西岡



特別養護老人ホーム
幸栄の里

- ・定期巡回随時対応型訪問介護・看護
- ・小規模多機能型居宅介護

アセスメント入所



介護老人保健施設
げんきのでる里



特別養護老人ホーム
ふるさと

- ・定期巡回随時対応型訪問介護・看護
- ・小規模多機能型居宅介護



「ごきげん」真栄



「ごきげん」平岡北



「ごきげん」月寒東



「ごきげん」菊水



「ごきげん」福住



「ごきげん」厚別中央



「ごきげん」平岡東



「ごきげん」北野

第二地域本部



「ごきげん」川沿



特別養護老人ホーム
とよひらの里

- ・定期巡回随時対応型訪問介護・看護
- ・小規模多機能型居宅介護



「ごきげん」豊平



「ごきげん」平岸



「ごきげん」定山溪



「ごきげん」真駒内



「ごきげん」山皇



「ごきげん」元町

〈社会貢献事業〉 (地域に利益を還元)

- [1] アンデルセングルメ祭り
- [2] ボランティアスクール事業
- [3] 就労継続支援A型事業所「なかま」
- [4] ライフサポート事業

職員の研修体制

〔1〕 採用時研修

心身の仕組みを活かした介護技術の基本研修

〔2〕 介護技術インストラクターの資格取得

〔3〕 認知症実践者研修の受講

〔4〕 その他の研修

2016年度（平成28年度）社会福祉法人ノテ福祉会 研修日程表

平成28年3月23日

(2016年度) 平成28年度 社会福祉法人ノテ福祉会 研修日程表

★ 法人共通研修 18:30～20:00		☆ 全職員研修 4、5、7、9、11、1月開演		● 全職員研修 心身の健康を高める全職員研修		● 全職員研修 ストップアップ研修		● コアファシリテーション		● 全職員研修 テキスト研修		● 全職員研修 研修会 実践者 実践者リーダー		● 全職員研修 ための研修 実践者研修		● 全職員研修 土曜研修会	
月	日	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月				
1	金			木 研修者2①		月 心身1-① 実践者1①	本 ナーメ第1-②										
2	土		月 研修1 研修①	本		火 心身1-② 実践者1②	金 研修2 研修②										
3	日		火 研修2 研修②	金		水 研修3 研修③	土 ナーメ第3-④										
4	月	★5月採用研修1日目	水 みどりの日	土		月 心身1-⑤	木 ナーメ第1-⑤										
5	火	★5月採用研修2日目	木 こどもの日	日		火 心身1-⑥	金 ナーメ第2-⑥										
6	水	★5月採用研修3日目	金	月 研修1 研修①		水 心身1-⑦	土 ナーメ第3-⑦										
7	木	★5月採用研修4日目	土	火		木 心身1-⑧	金 ナーメ第4-⑧										
8	金		日	水		金 心身1-⑨	土 ナーメ第5-⑨										
9	土		月	木		土 心身1-⑩	日 ナーメ第6-⑩										
10	日		火	金		月 心身1-⑪	月 ナーメ第7-⑪										
11	月	★フェロ-6月 27(18)	水	★フェロ-6月 28(19)		火 心身1-⑫	火	★フェロ-6月 29(20)									
12	火		木	木 高野寺参拝1		水 心身1-⑬	水										
13	水		金	金		木 心身1-⑭	木										
14	木	心身7-①	土	土		金 心身1-⑮	金										
15	金	心身7-②	日	日		土 心身1-⑯	土										
16	土		月	月		日 心身1-⑰	日										
17	日		火	火		月 心身1-⑱	月										
18	月		水	水		火 心身1-⑲	火										
19	火		木	木		水 心身1-⑳	水										
20	水		金	金		木 心身1-㉑	木										
21	木		土	土		金 心身1-㉒	金										
22	金		日	日		土 心身1-㉓	土										
23	土		月	月		日 心身1-㉔	日										
24	日		火	火		月 心身1-㉕	月										
25	月		水	水		火 心身1-㉖	火										
26	火		木	木		水 心身1-㉗	水										
27	水		金	金		木 心身1-㉘	木										
28	木		土	土		金 心身1-㉙	金										
29	金		日	日		土 心身1-㉚	土										
30	土		月	月		日 心身1-㉛	日										
31	日		火	火		月 心身1-㉜	月										

地域包括ケア推進研究会

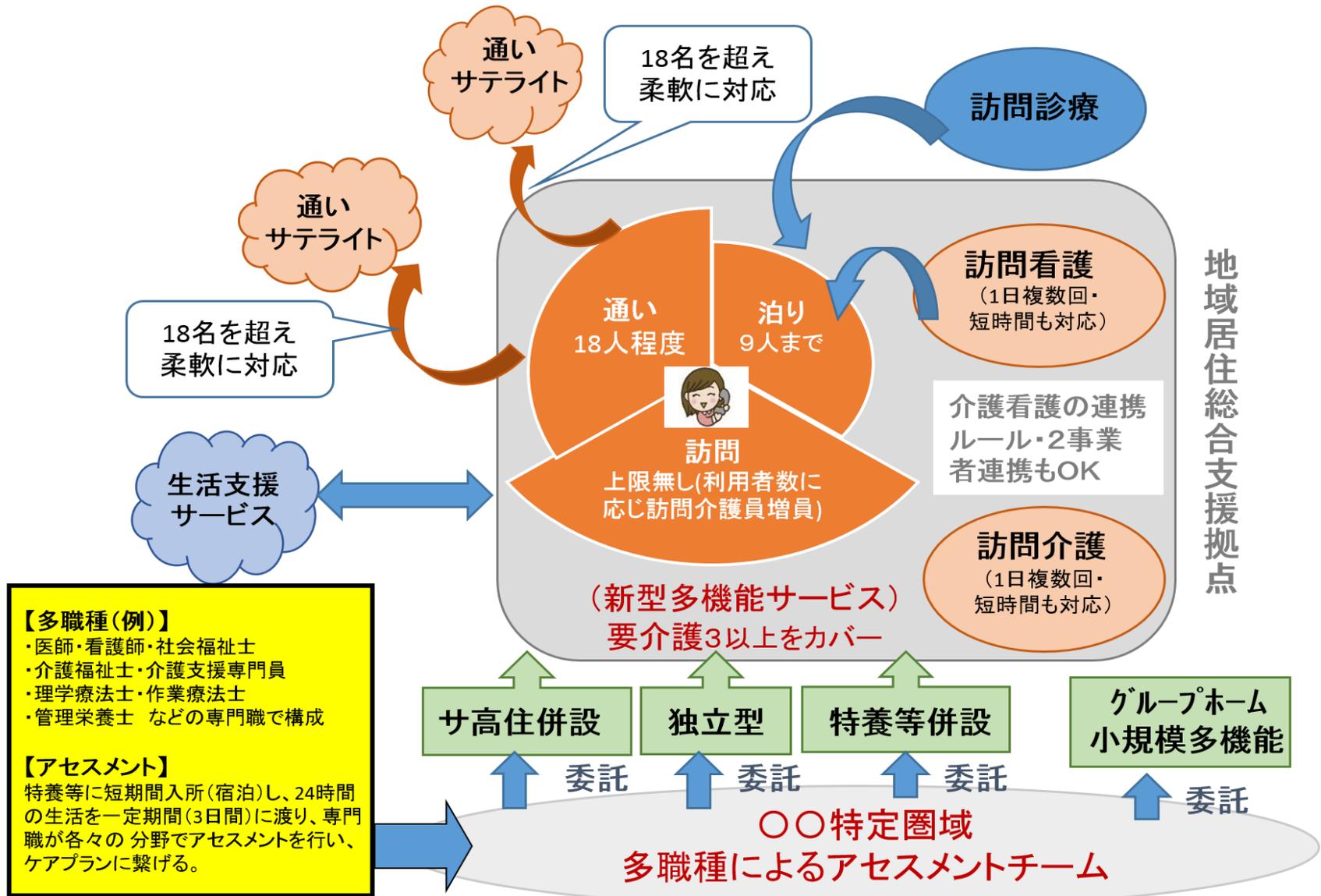
『提 言』

—地域包括ケアを実現するために—

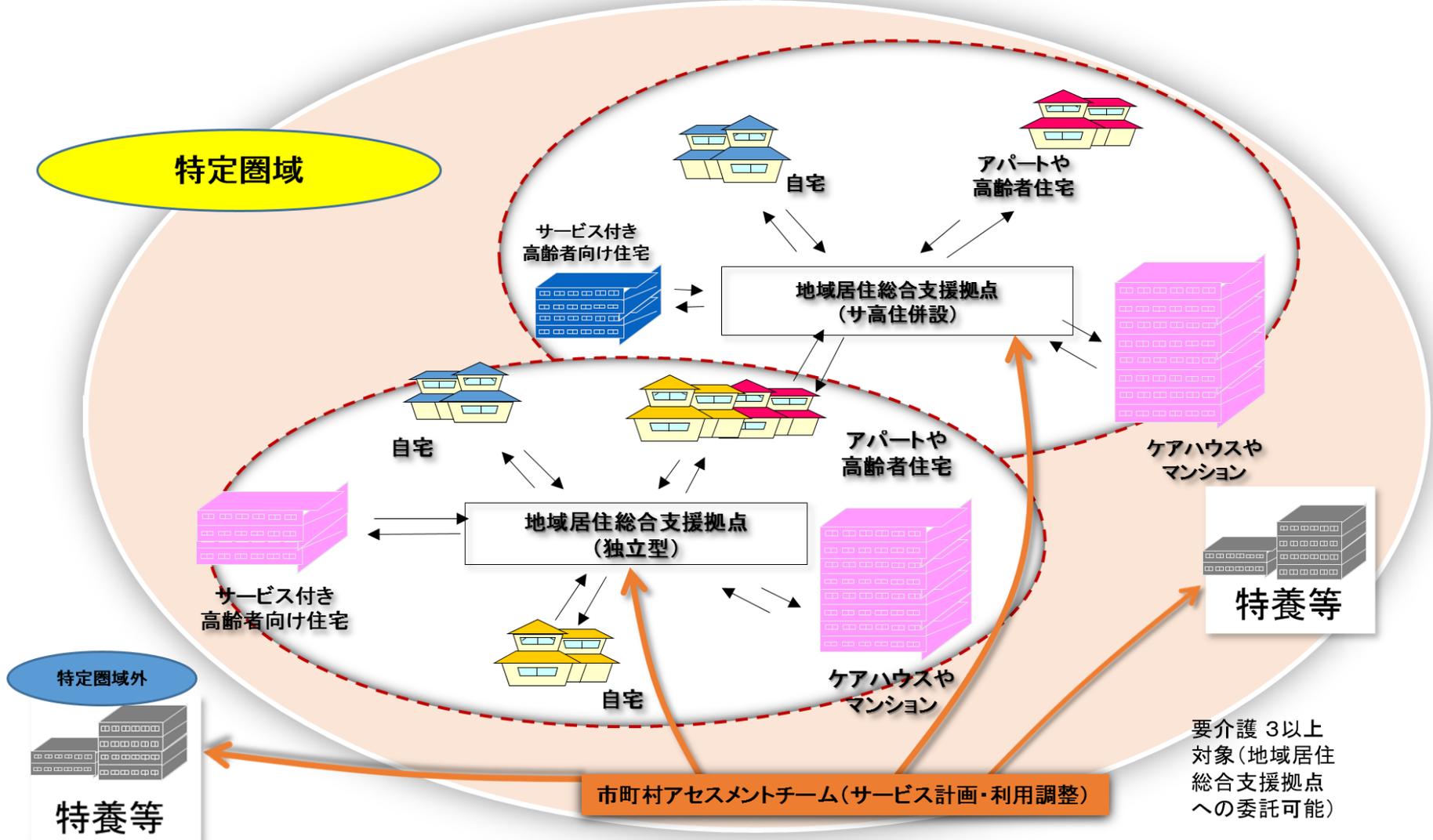
提言の主要旨

- [1] 新型多機能サービスの制度化
- [2] 特定圏域(日常生活圏単位)の指定制度
- [3] アセスメント入所の制度化
- [4] 介護職員の処遇改善の上乗せ
- [5] 特別養護老人ホームの医療の外出し

「地域居住総合支援拠点」と「新型多機能サービス」のイメージ



市町村による特定圏域(日常生活圏域単位)の指定制度のイメージ



1. 特定圏域(ピンク色)の指定 → ニーズ調査・在宅総合支援拠点を一定数公募・市町村アセスメントチームの設置 → 地域居住総合支援拠点サービスの適切な普及
2. 市町村ごとに、必要に応じ順次、特定圏域を増加させる

ご清聴ありがとうございました



アンデルセン福祉村

「地域包括ケアシステム」の構築に向けた 取り組みと今後の課題

(更に推進していくために何が大切か・・・) 2016年9月29日



協同福祉会(あすなら苑)について

●ならコープ(生協)を母体として設立された法人

●ならコープにおける特養「あすなら苑」の取り組み

○1995年「福祉政策答申」・・・「あすなら塾」をスタート！

※「あすなら」は、「明日の奈良」

○1996年から本格的な取り組みをスタート。

○足かけ4年間の取り組み。5万人を超える市民の参加と

3億7千万円の募金

⇒「地元での反対決議」「認知症への偏見」「迷惑施設」等乗り越えて

●1999年秋 特別養護老人ホーム「あすなら苑」を開設。事業開始。

●2005年から、在宅での介護を支え「地域福祉の向上」をめざす方向に方向に力を入れる

●「地域福祉拠点政策」(2005年)を策定

●地域に信頼を築き「地域包括ケアシステム」の構築をめざす取り組み

●24時間365日の安心を届ける仕組みづくりへの挑戦

協同福祉会の沿革

- 1999年 9月 特別養護老人ホームあすなら苑を設立
- 思考錯誤の5年間。2005年度の制度改定を機に、在宅を支える（地域福祉の拠点）「あすならホーム」を地域に広げることを掲げる（第一次中計）
- 2005年11月 あすならホーム菜畑を開設（デイサービス）
- 2007年 1月 あすならホーム二階堂を開設（小規模多機能、デイサービス）
- 2007年11月 あすならホーム郡山を開設（小規模多機能、デイ）
- 2008年 4月 郡山市より「かんざん園」（養護老人ホーム）の業務を移譲
- 2008年 7月 あすならホーム筒井を開設（デイサービス）
- 2010年 2月 あすならホーム東生駒開設（小規模多機能）
- 2010年 4月 あすならホーム富雄開設（デイサービス、ショートステイ）
- 2011年 4月 あすなら保育園開設
- 2011年 7月 あすならホーム天理開設（小規模多機能、グループホーム）
- 2012年 2月 あすならホーム西の京開設（小規模多機能）（デイサービス）
- 2012年 7月 あすならホーム榎本開設（小規模多機能、デイサービス、ショート）
- 2014年 2月 あすならハイツあやめ池開設
（サービス付き高齢者向け住宅、グループホーム、ショート、デイサービス）
- 2014年 5月 あすならホーム柳本開設
（小規模、グループホーム、デイサービス）
- 2014年 7月 あすならホーム今小路開設
（小規模、ショート、デイサービス）
- 2016年 4月 あすならハイツ恋の窪を開設（サ高住、ショート、デイサービス）
- 2016年 9月 あすならホーム畝傍を開設（小規模多機能、デイサービス、グループホーム）
- 2017年 4月 あすならホーム高畑開設予定（小規模多機能、グループホーム）
- 2017年 5月 あすならホーム桜井開設予定（グループホーム）

社会福祉法人 協同福祉 事業概要

- ・事業開設 1999年9月1日
- ・理事長 村城正
- ・事業収入高約29.4億円(2015年度)
- ・職員数965人(うち正規職員292人)

2016年8月現在

1. 居宅介護支援事業所(ケアプランセンター)13事業所 745件
2. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護(安心ケアシステム)9事業所 登録315人
3. デイサービス 11事業所 1日利用者平均210人
4. ショートステイ 6事業所1日利用者平均98.1人
5. 小規模多機能型居宅介護 9事業所 登録人数210人
6. グループホーム 4事業所入居者55人
7. 特別養護老人ホーム 1事業所 入居者54人
8. サービス付高齢者向け住宅(サポートハウス)2事業所 入居者62人
9. 養護老人ホーム 1事業所入居者50人
10. あすなら保育園 園児103人

		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
事業所とサービス一覧		ケアプランセンター	訪問巡回・随時対応型	デイサービス	ショートステイ	小規模多機能型ケア	グループホーム	特別養護老人ホーム	サポートハウス	養護老人ホーム	保育園
2016.7.1 現在											
○=運営中											
★=準備中											
大和郡山市	あすなら苑	○	○	○	○			○			
	かんざん園									○	
	あすならホーム郡山	○	○	○	○	○					
	あすならホーム筒井			○							
	あすなら保育園										○
奈良市	あすならホーム富雄	○	○	○	○						
	あすならホーム西の京	○	○	○		○					
	あすならハイツあやめ池	○	○	○	○		○		○		
	あすならホーム今小路	○	○	○	○	○					
	あすならハイツ恋の窪	○	○	★	★				○		
	あすならホーム高畑	★	★			★	★				
生駒市	あすならホーム菜畑	○	○	○							
	あすならホーム東生駒					○					
天理市	あすならホーム二階堂	○		○		○					
	あすならホーム天理	○				○	○				
	あすならホーム櫛本	○		○	○	○					
	あすならホーム柳本	○		○		○	○				
桜井原市	あすならホーム畝傍	○	○			○	○				
	あすならホーム桜井	★					★				

第一部

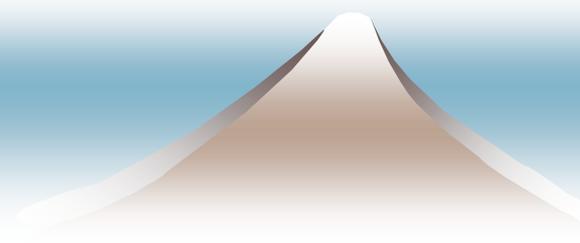
地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組み事例

■基本的な考え方

■「あすなら安心システム」について

■「ケアシステム」と「支援システム」の取り組み

■定期巡回型サービスの取り組み



基本的な考え方

- 「**地域包括ケア**」とは、「**地域コミュニティケア(市町村日常生活圏域ケア)**」であること
と（**地方自治がポイント**）
- 地域における壮大なコミュニティネットワーク**であること
- 介護だけでなく、障害者や子育て世代等、すべての人たちが含まれる**
→「**日常生活圏域**」が**基本**(お年寄りが歩いていける地域)小～中学校区



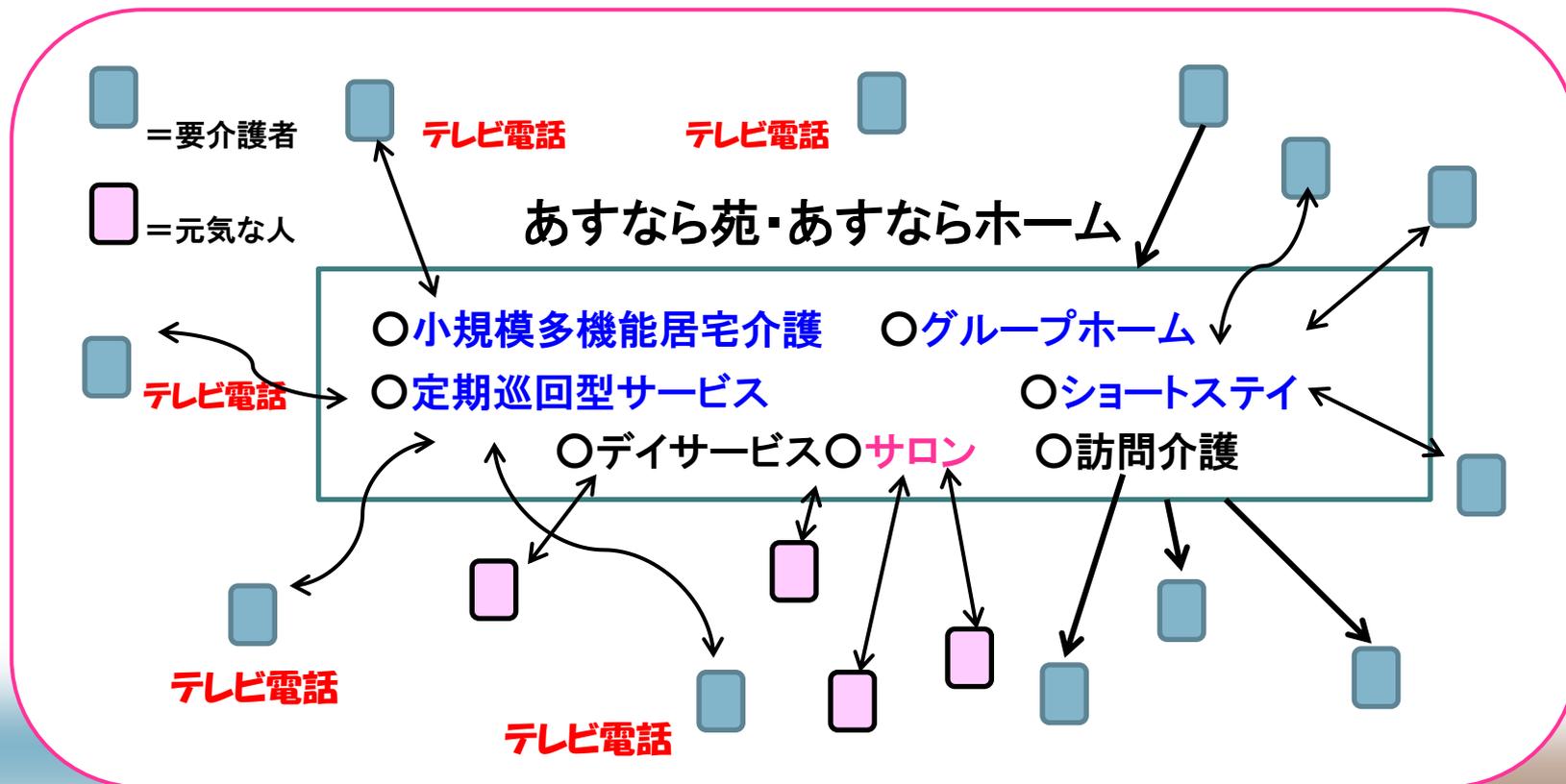
「**住み慣れた地域で安心して暮らし続ける**」ための
町づくりであること



従って、それは「**元気な人から要介護(重度)の人**」までが**対象**であること
高齢者だけでなく、「**障害者**」「**生活困窮者**」等、**地域の様々な人たちが含まれること(全世代型)**

地域福祉拠点(あすならホーム)中心とした 介護と生活支援のイメージ図

日常生活圏域



「訪問」「通い」「泊まり」のサービスを整備する

これから重要になる「地域密着型サービス」

●どのようにして地域で支えて行くのか

「住みなれた地域で暮らし続けるための仕組み」をどう作るか…

(1) 大切になる地域密着型サービス(地域包括ケアシステムのかなめ)

(サービスの種類:例)

- ・小規模多機能型居宅介護(2005年創設)
- ・認知症対応型共同生活介護(高齢者グループホーム)
- ・認知症対応型通所介護(認知症デイサービス)
- ・夜間対応型訪問介護 ・地域密着型特定施設入居者生活介護
- ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(ミニ特養:29名以下)
- ・定期巡回随時対応型訪問介護看護(2012年創設:24時間365日サービス)

(2) 「定期巡回随時対応型訪問介護看護」の大切さ

- 在宅でのケアを支えるには「訪問」に加えて「通い」「泊まり」のサービスが必要になること
- 「小規模多機能型居宅介護」「定期巡回型サービス」が大きな意味を持つこと ⇒ **大切な欠かせないサービスであること**

「地域包括ケアシステム」を支える 「あすなら安心システム」について

● 「あすなら安心システム」とは何か

「地域包括ケアシステム」の中で、地域の高齢者を支える仕組み
であること

● 「安心ケアシステム」と「安心支援システム」の二つがある

①「安心ケアシステム」とは、介護保険制度事業(要介護者が対象)

②「安心支援システム」とは、介護保険制度外事業の取り組み

(元気な高齢者が対象)



● 地域の人たちと丸ごと関わる仕組みであること

○ 大切なのは、「元気な人から重度の人まで」関わること

⇒ これから「地域支援事業」(社会貢献事業)が大切になること

(「行き場のない高齢者」「孤立した高齢者」や「介護難民」を生み出さない)

最後まで“ほっとけない” “ほっとかない” が基本

あすなら安心システムの2本柱



■ 安心支援システム

●元気な人～要支援者が対象となります。

- ①あすならサロン
- ②つながり連絡員制度
- ③買い物バス

■ 安心ケアシステム

●要介護者が対象となります。
(介護保険制度事業)

※中核サービスとしての定期巡回型サービス

- ①定期巡回・随時対応型 訪問
介護看護
- ②1日3回以上のテレビ
電話安否確認
- ③退院調整の訪問看護

1. 「あすなら安心ケアシステム」について

(要介護1～5の利用者が自宅で暮らせるシステム)

■「小規模多機能型居宅介護」によるサポート

■「大規模多機能型ケアシステム」(仮称)の構築

⇒ 「訪問」「通い」「泊まり」のサービスの充実

※ 「定期巡回型サービス」「デイサービス」「ショートステイ」
「ケアプランセンター」でサポートしていく

(特徴)

●元気な時から看取りまでサポートするシステムの中核として

「定期巡回・随時対応型訪問看護介護」「小規模多機能型居宅介護」
サービスを位置付けていること

●看護師、理学療法士、言語聴覚士、管理栄養士、介護福祉士等のプロ集団を在宅介護のために配置し、75歳以上の方の「生活・暮らし」の支援を通して、自立支援をおこなっていること

小規模多機能型居宅介護の実績

(事業の中核として位置付けていること)

● あすならホーム二階堂(天理市)2007年1月事業開始	27人登録
● あすならホーム郡山(郡山市)2007年11月事業開始	27人登録
● あすならホーム東生駒(生駒市)2010年2月事業開始	27人登録
● あすならホーム天理(天理市)2011年7月事業開始	28人登録
● あすならホーム西の京(奈良市)2012年2月事業開始	27人登録
● あすならホーム櫛本(天理市)2012年7月事業開始	26人登録
● あすならホーム柳本(天理市)2014年5月事業開始	27人登録
● あすならホーム今小路(奈良市)2014年7月事業開始	19人登録
● あすならホーム畝傍(橿原市)2016年7月事業開始	2人登録

合計 212人登録

(2016年8月31日現在)

● あすならホーム高畑(奈良市)2017年4月開設予定

※ 最近は、病院からの中重度の受け入れ者が増えている

グループホームの実績(利用者数)

● あすならホーム天理(天理市)2011年7月事業開始	17人
● あすならハイツあやめ池(奈良市)2014年2月事業開始	18人
● あすならホーム柳本(天理市)2014年5月事業開始	18人
● あすならホーム畝傍(橿原市)2016年7月事業開始	3人
合計	56人

(2016年8月22日現在)

- あすならホーム高畑(奈良市) 2017年4月開設予定
- あすならホーム桜井(桜井市) 2017年5月開設予定

定期巡回随時対応型訪問介護看護の実績

(2018年度末までに利用者1000人が目標)

- あすなら苑(大和郡山市)2012年9月事業開始 107人登録
- あすならホーム富雄(奈良市)2012年11月事業開始 50人登録
- あすならハイツあやめ池(奈良市)2014年2月事業開始 34人登録
- あすならホーム今小路(奈良市)2014年8月事業開始 8人登録
- あすならホーム西の京(奈良市)2015年4月事業開始 20人登録
- あすならホーム菜畑(生駒市)2015年12月事業開始 14人登録
- あすならホーム郡山(大和郡山市)2015年12月事業開始 57人登録
- あすならハイツ恋の窪(奈良市)2016年4月事業開始 25人登録
- あすならホーム畝傍(橿原市)2016年7月事業開始 0人登録

合計 315人

(2016年8月22日現在)

定期巡回型訪問介護・看護の取り組み(例)

大和郡山市(あすなら苑)での取り組み (2016年7月末現在)

■ 自宅での定期巡回・随時対応型訪問介護看護で

全国初100人の登録を突破!(2014年11月)2年3ヶ月

● 大和郡山市人口 87,802人

・ 65歳以上 26,231人(高齢化率29.9%)・75歳以上 10,729人(後期高齢化率12.0%)

● 大和郡山市の要介護認定者数 3,325人(12.66%)

● 2012年9月事業開始 ● 介護・看護一体型

● 併設サービス:居宅介護支援、訪問介護、通所介護・短期入所生活介護



(あすなら苑周辺)

● 昭和・筒井・治道小学校区)11,632人・65歳以上 3,428人(高齢化率29.5%)

● 昭和・筒井・治道小学校区の要介護認定者434人(12.7%)

⇒あすなら苑から車で10分以内の高齢者 約6500人

⇒現在登録者数 107人(開始1年後 59人)・・・定期巡回占有率(要介護者の25.3%)、地域全体の占有率は、高齢者の約10%弱、要介護者の30%程度であること

(資料) 定期巡回随時対応型訪問介護看護

(訪問回数) 7事業所265人:2016年1月～3月

▼ 訪問回数

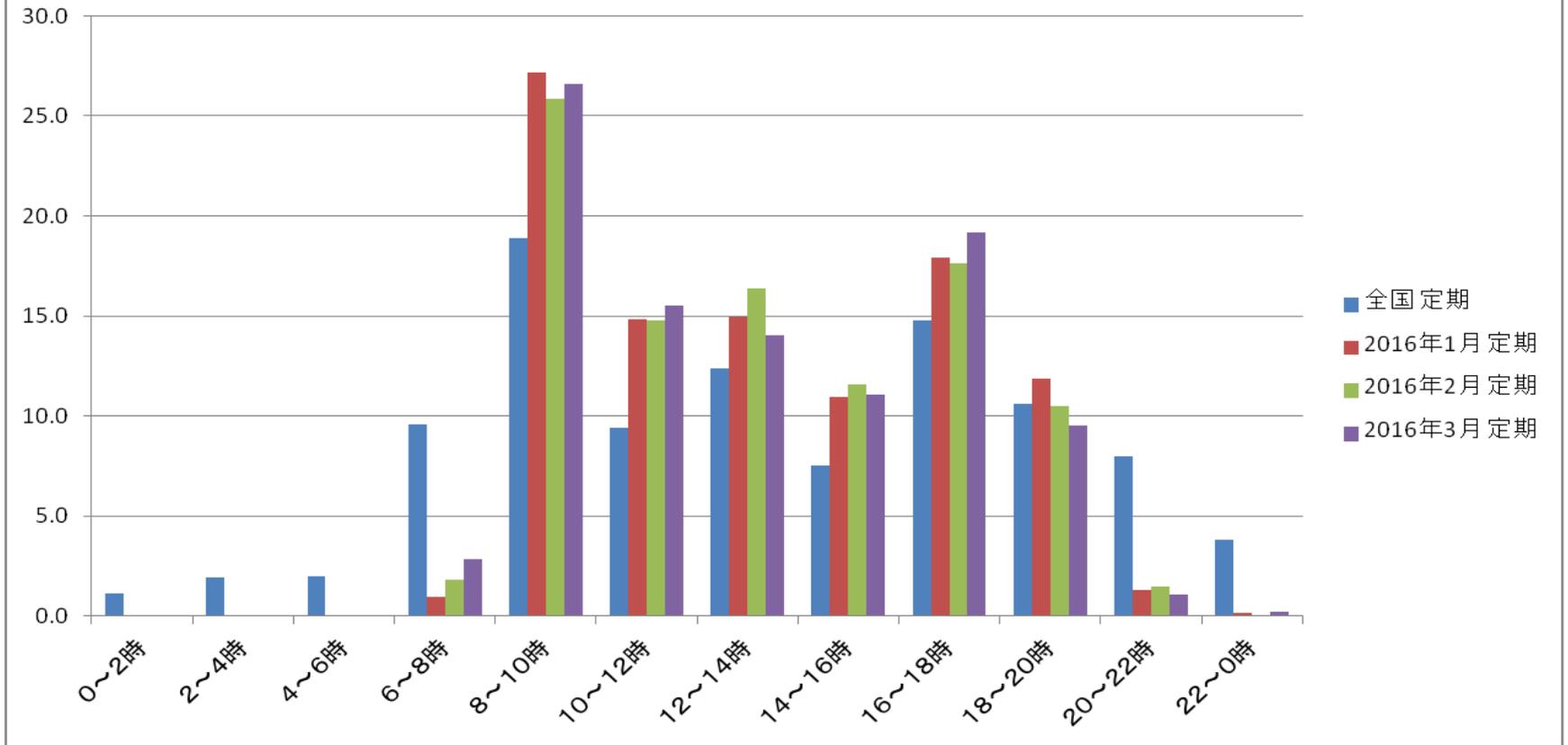
	2016年1月		2016年2月		2016年3月	
	定期	随時	定期	随時	定期	随時
0～2時	0	13	0	23	0	27
2～4時	0	58	0	73	0	108
4～6時	0	45	1	96	0	85
6～8時	50	78	93	45	174	84
8～10時	1,431	168	1,343	209	1,642	206
10～12時	780	258	768	261	958	326
12～14時	786	154	852	161	866	205
14～16時	576	180	601	181	682	146
16～18時	942	139	918	189	1,182	198
18～20時	623	93	545	111	588	155
20～22時	67	47	75	73	66	72
22～0時	9	68	3	102	12	121

	定期	随時	定期	随時	定期	随時
合計	5,264	1,301	5,199	1,524	6,170	1,733

▼ ケア時間(分)

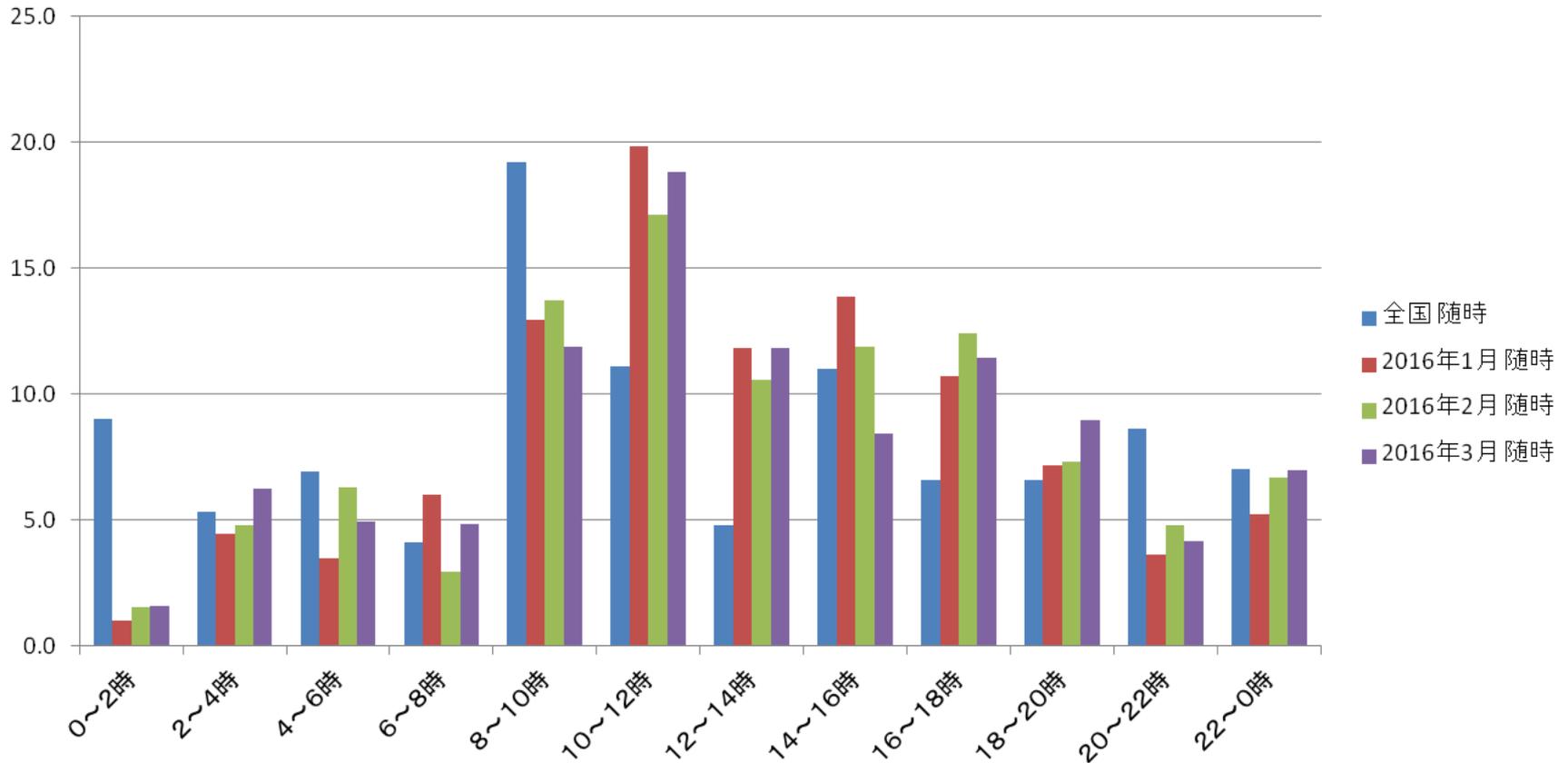
	2016年1月		2016年2月		2016年3月	
	定期	随時	定期	随時	定期	随時
合計	95,078	12,140	113,671	14,886	119,439	16,865

全国比較(定期巡回)



- 全国と比較して、定期巡回では深夜～早朝(22時以降～6時まで)がないこと(プランとしてない)

全国比較(随時対応)



- 随時対応についても、深夜(0時~2時)の対応は少ないことが分かる
(テレビ電話による対応も訪問回数の低下につながっていること)

定期巡回・随時対応型訪問介護看護 時間帯別ケア

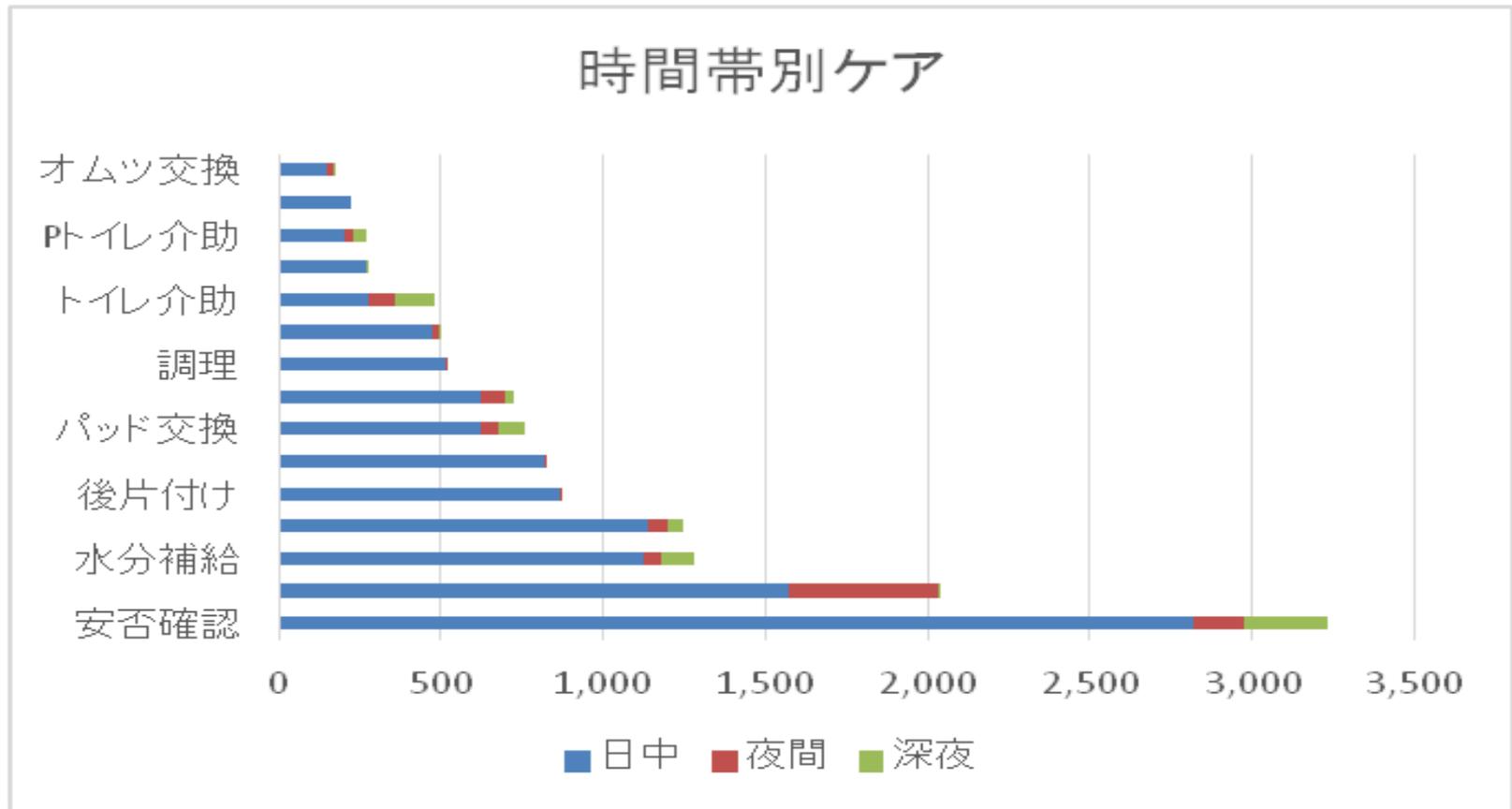
(2016年3月実績)

項目	日中		夜間		深夜	
	総件数	事業所平均	総件数	事業所平均	総件数	事業所平均
安否確認	2,817	402	156	22	256	37
服薬介助・確認	1,573	225	462	66	3	0
水分補給	1,123	160	56	8	101	14
見守り	1,141	163	60	9	48	7
後片付け	864	123	4	1	-	-
配下膳	817	117	3	0	-	-
パッド交換	623	89	56	8	77	11
移動・移乗介助	624	89	71	10	27	4
調理	517	74	1	0	-	-
洗濯	477	68	16	2	5	1
トイレ介助	279	40	80	11	125	18
相談・助言	271	39	3	0	3	0
Pトイレ介助	203	29	24	3	42	6
外出介助	222	32	-	-	-	-
オムツ交換	147	21	19	3	7	1

* 事業別平均は7事業所の平均値です。

1ヶ月の数値であり、1事業所当たりで考えると、排せつ介助は日中を含めてほとんどないこと

定期巡回型サービス(ケアの中身と時間帯別割合)



夜間帯(深夜)のケアでは、(トイレ介助等)ほとんどないこと

定期巡回・随時対応型訪問介護看護 支援システムの導入

(株)ホームネット



定期巡回型サービス(要介護度分布)

定期巡回随時対応型訪問介護看護サービスの要介護度

あすなら苑

(2016年4月末)

要介護度	人数	比率
5	3	3%
4	11	11%
3	16	16%
2	43	43%
1	27	27%
合計	100	100%

平均介護度 2.2

●あすなら苑(100人)の平均介護度

※今後、中重度者が増えていくものと思われるが、基本は軽度であっても「在宅での暮らし」を支えていくことで考えている

2. 「あすなら安心支援システム」について

(元気な75歳以上の方を対象としたシステム)

“ほっとけない” “ほっとかない” (誰一人孤立しない)

- 地域をコーディネートする 市民活動の構築を視野に入れながら、全職員が地域を見守る取り組み (サロン・ランチ企画、カフェ、買い物バス等)

- つながり連絡員制度……(5日に1回自宅訪問)

- 登録人数 964人……(14事業所:8月末)

- 友の会 登録人数 2300人……(市民参加型福祉の実現)

あすなら安心支援システムの現状(2016年8月末現在)

(単位:人)																
	友の会				つながり				ランチ				買い物バス			
	実績	期首	差	期首比%	実績	期首	差	期首比%	実績	期首	差	期首比%	実績	期首	差	期首比%
あすならハイツあやめ池	111	148	-37	75.0	93	93	-	100.0	118	121	-3	97.5	22	14	8	157.1
あすならホーム富雄	114	112	2	101.8	67	67	-	100.0	34	36	-2	94.4	20	49	-29	40.8
あすならホーム菜畑	213	212	1	100.5	112	101	11	110.9	41	40	1	102.5	28	20	8	140.0
あすならホーム西の京	72	114	-42	63.2	114	114	-	100.0	40	42	-2	95.2	21	18	3	116.7
あすならホーム今小路	62	74	-12	83.8	81	81	-	100.0	36	27	9	133.3	7	9	-2	77.8
あすならハイツ恋の窪	18	-	18	#DIV/0!	30	-	30	#DIV/0!	37	-	37	#DIV/0!	48	-	48	#DIV/0!
奈良・生駒エリア 計	572	660	-88	86.7	467	456	11	102.4	269	266	3	101.1	98	110	-12	89.1
あすなら苑	150	147	3	102.0	133	112	21	118.8	163	183	-20	89.1	36	47	-11	76.6
あすならホーム郡山	103	103	-	100.0	50	50	-	100.0	34	38	-4	89.5	48	39	9	123.1
かんざん園	106	106	-	100.0	63	63	-	100.0	37	32	5	115.6	4	6	-2	66.7
あすならホーム筒井	36	32	4	112.5	26	28	-2	92.9	15	33	-18	45.5	22	49	-27	44.9
郡山エリア 計	395	388	7	101.8	272	253	19	107.5	249	286	-37	87.1	110	141	-31	78.0
あすならホーム天理	99	61	38	162.3	65	61	4	106.6	35	47	-12	74.5	18	23	-5	78.3
あすならホーム樺本	43	60	-17	71.7	39	39	-	100.0	24	27	-3	88.9	13	9	4	144.4
あすならホーム二階堂	38	95	-57	40.0	65	60	5	108.3	42	24	18	175.0	36	34	2	105.9
あすならホーム柳本	114	137	-23	83.2	56	56	-	100.0	75	80	-5	93.8	46	51	-5	90.2
天理エリア 計	294	353	-59	83.3	225	216	9	104.2	176	178	-2	98.9	113	117	-4	96.6
合計	1,261	1,401	-140	90.0	964	925	39	104.2	694	730	-36	95.1	321	368	-47	87.2

第二部

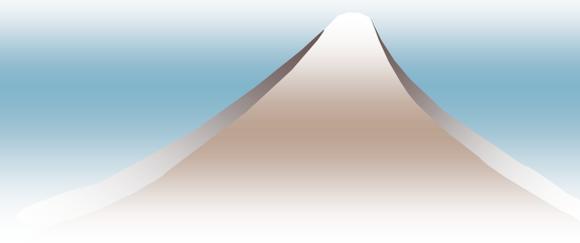
今後の課題について(何が求められているか)

(いくつかの論点)

■何故「地域包括ケアシステム」が進まないのか

■何故、人は在宅に戻ることができないのか

■私たちの経験から分かってきたこと



なぜ地域包括ケアシステムが進まないのか

(基本的な問題)

●利用者、自己決定権がないこと(家族の問題)

⇒ 「住みなれた地域で暮らしたいのに・・・」できない

※ 家族は、現実のサービス状況と想いとの狭間で揺れている。

●ケアマネジャー(看護師、相談員)の力量問題

⇒ 「地域密着型サービス」への理解不足。在宅で暮らすための「自立支援のプラン」が作れるか

●在宅サービスの不足(市町村の消極性)

⇒ まだまだ「施設＝箱もの」とする発想が多いところも。

そもそも「在宅で介護する」という考えがない?! 市町村も

(論点1) 生活全体をサポートすることは、「囲い込み」?

●「地域包括ケアシステム」は、地域(生活圏域)で暮らす人と全て関わる中で、生活をトータルにサポートすること

⇒ **それが地域の人たちの「安心」「信頼」につながっていること**

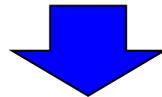
●協同福祉会の特徴は、「元気な間から関わり、最後までサポートしている」ところにある(一体的サービスの提供)

⇒ **それが、暮らしを支え、重度化対策(予防)につながっていること**

●また、「一体型」を基本に進めていることが成功の大きな要因

⇒ **連携型を否定しないが、「考え方やケアの方法」が一致していないと上手くいかない。**

「サービスの寄せ集め(部分的な介護)」「分担するだけの介護」では上手くいかない



地域(生活圏域)にきちんと責任を持ち、一貫したサービスを提供するところに信頼や希望が集中するのは、自然であり(地域包括ケア) 寡占化は必然。

⇒ **それは「トータルサポート」であっても「囲い込み」ではない**

(論点2) なぜ「病院」から「自宅」に戻れないのか (在宅で暮らせる仕組みをどう作るか)

- 病院から帰ってくる時は、カテーテル状態で、鼻腔やバルーン、胃ろう状態であり、「寝たきり(歩けない)」「オムツ」で帰ってくるケースが大半であること
⇒ 「手術、治療は成功した」が・・・歩けない、生活できない。
- 従って、病院から「在宅復帰」させることに確信を持っている人は少ない
⇒ ほとんどの医者、介護事業者は「寝たきり」「オムツ状態」(要介護度4・5程度)の人たちが、自宅で生活できるという見通し(確信)を持っていないのが現状
 - ※ 「訪問看護」によるスポット対応だけでも生活は支えられない
 - 無理に自宅へ戻しても「病院のベッドを自宅に移しただけ」(生活がない！)



※ 再び「病院」へ? 「特養」「サ高住」へと移すだけ?!

- なぜ、病院から歩けなくなって帰ってくるのか。オムツして帰ってくるのか。
 - ※ なぜ病院のPT・OT・STは、歩けないままで病院から帰すのか
- 「急性期リハビリ」でなく、ADLを高める「慢性期リハビリ」(生活リハビリ)が必要

(論点3) 在宅を支える仕組みとして何が必要か (どういうサービスメニューが必要か)

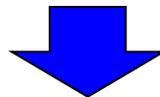
●在宅での生活を支えるには、「定期巡回型訪問介護看護」サービスだけでは不足。

●ましてや「訪問看護サービス」だけでも無理

⇒「生活」を支えられない。寝たきり(病院のベット)を自宅に移しただけ？

・本人の自立支援のサポート、家族の負担軽減、定期巡回型サービスの効率化等を考えると(自宅だけで過ごすのではなく)「訪問」「通い」「泊まり」等を地域に整備する必要があること

・「小規模多機能型居宅介護」はその役割を担うが不足。制度的制限(登録人数等)がある



●「訪問」(定期巡回型サービス)、「通い」(デイサービス)、「泊まり」(ショートステイ) + 「ケアプランセンター」を組み合わせた大規模多機能型居宅介護サービスが必要

※包括報酬・限度額の範囲(定額負担) + 自費負担による柔軟なサービスとして整理する必要があること

在宅での生活(介護)を可能にするために大切なこと

在宅でケアしていくために大切なこと

(1) 家族の介護負担をどう軽減するのか

(家族は、何故「施設」を望むのか)

- 「ケアラーの会」による、旅行。レスパイトのための集まり。
「泊まりサービス」の充実 ⇒ 「家族にも週休2日制を」

(2) 在宅での介護を支えられるサービスを備えているか

- 在宅介護をささえるには「泊まり」のサービスがどうしても必要になること
- 「訪問」「通い」「泊まり」の充実が必要に

(3) 在宅生活を可能にする「高い質のケア」ができるか

- オムツをしたまま。寝たきりの介護では、在宅で24時間365日は無理
- ADL(生活リハビリ)、IADLを可能とするケアが出来ること

在宅での生活を可能にする「ケア」について

協同福祉社会が実践しているケア

【5つのゼロの実践】

- ①オムツゼロ ②機械浴ゼロ ③胃ろう、褥そうゼロ
- ④身体拘束ゼロ（抑制もダメ） ⑤車いす生活ゼロ

「あすなら10の基本ケア」

- 1. 換気をする 2. 床に足を付けて椅子に座る
- 3. トイレに座る 4. あたたかい食事をする
- 5. 家庭浴に入る 6. 座って話をする
- 7. 町内にお出かけをする 8. 夢中になれることをする
- 9. ケア会議をする 10. ターミナルケアをする

【生活リハビリによって自立をサポート】

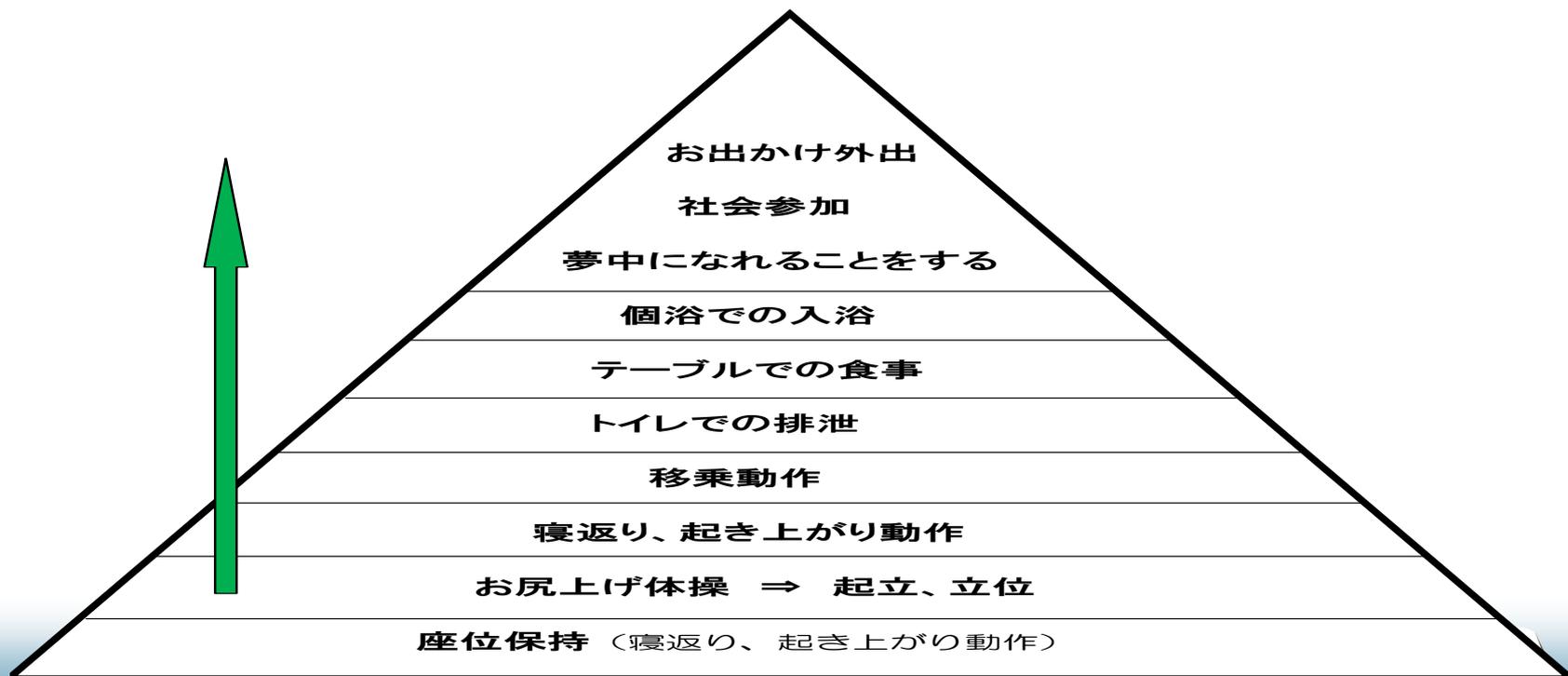
- 尊厳を守るため、紙おむつはせず、布パンツで生活
- 施設だけでなく、在宅で暮すことができるよう、トイレに自力でいくことができる機能訓練をおこなう
- 食事は車イスから降り、自分の体型に合ったイスに座って食べます。



在宅での生活を可能にする「生活リハビリ」

リハビリ ピラミッド

- 第一段階から初めて、できたら次の段階に進む



機能訓練リハビリ + 生活リハビリ (ADL & IADL)
(慢性期リハビリが、大切であること)

ベッドからポータブルトイレに移動

- 自分で排せつが出来れば、在宅で暮らせる



病院から・・・在宅での生活が可能に

- 糖尿病(合併症)で6ヶ月入院生活、病院からはチューブでつながったまま帰ってこられた。寝たきり生活(要介護度5)。口から食べられるようにリハビリ。お寿司、ビールをたしなみ在宅で生活



2018年度報酬改定（制度見直し）に向けた 要望事項

（地域包括ケアシステムの構築推進のために）

1) 大規模規模減算についての見直し

- 自立支援のプランは、ケアに対する考え方や内容と不可分であり生活全体に責任を持つ視点からも自前で持つことが基本
- 少なくとも「小規模多機能」と同様に「定期巡回型サービス登録者プラン」は、大規模減算の対象から外すことが望ましい



⇒なぜ「小規模多機能」は、プランを移行させるのか・・・

・これまでの「サービスの組み合わせプラン」では対応できないから

（24時間365日の生活を把握し、利用者や家族とのコーディネートが求められる）

・定期巡回型サービスも「包括報酬」「包括ケアで」あり、自前で行うことが大切（他人のケアプランでは上手くいかない）

2) 生活改善（自立支援）に結びつくリハビリについて （ADLの改善に結びつかないサービスは不要）

- 単に「軽度者を市町村事業へ移行」するのではなく、**デイサービス等も「予防」という点から必要**であること
⇒かつての「特定高齢者への対応」同様、市町村での事業は実効性に乏しい
- 但し、「ADLの向上（要介護の軽度化）」「**予防（重度化への防止）**」ならないサービスは不要



- 専門家集団（PT・OT・ST・管理栄養士等）の在宅に入れることが重要**
- 要介護度が改善された場合の評価を取り入れることが望ましい**
⇒何もしないで、寝たきり介護の方が収入が多い？
- ADLの向上のためにどのような生活リハビリやケアが行われているかをチェックし、報告させることが大切（×書類上の監査のみ）**
⇒ **病院の中だけのPT・OT等のあり方を見直す必要**

3) 在宅での介護を支える仕組みの検討

(「小規模多機能」に加えて「大規模多機能」の考え方が大切)

- 「小規模多機能」(訪問、通い、泊まり)の機能を拡大する必要がある
⇒ 小規模多機能だけでは不足
- 「小規模多機能」は、29人登録。夜勤一人体制では夜の在宅対応までは困難。



- 「定期巡回型サービス」をベースに、在宅のための通い(デイフロアー)、泊まり(ショートステイ)の機能を充実させること
⇒ 「特養待ち」のショートステイではなく、在宅への「リハビリの場」「レスパイト」としての機能

(そのために)

- i) 定期巡回型サービスの報酬を引き上げる(「小規模多機能」と同様にすることが大切) ⇒ 介護度1~3の収益率が悪い(資料別紙)
- ii) 在宅での生活を可能とする専門家集団(P.T・O.T、S.T、栄養士)を配置することが必要(加算の検討)
- iii) ショートステイを病院からの一時的リハビリ、レスパイトの場として位置づける ⇒ 「自主費用」で泊まれる場として

ご静聴、有り難うございました。

(あすならあっちゃん)



川崎市における地域包括ケアシステムの構築

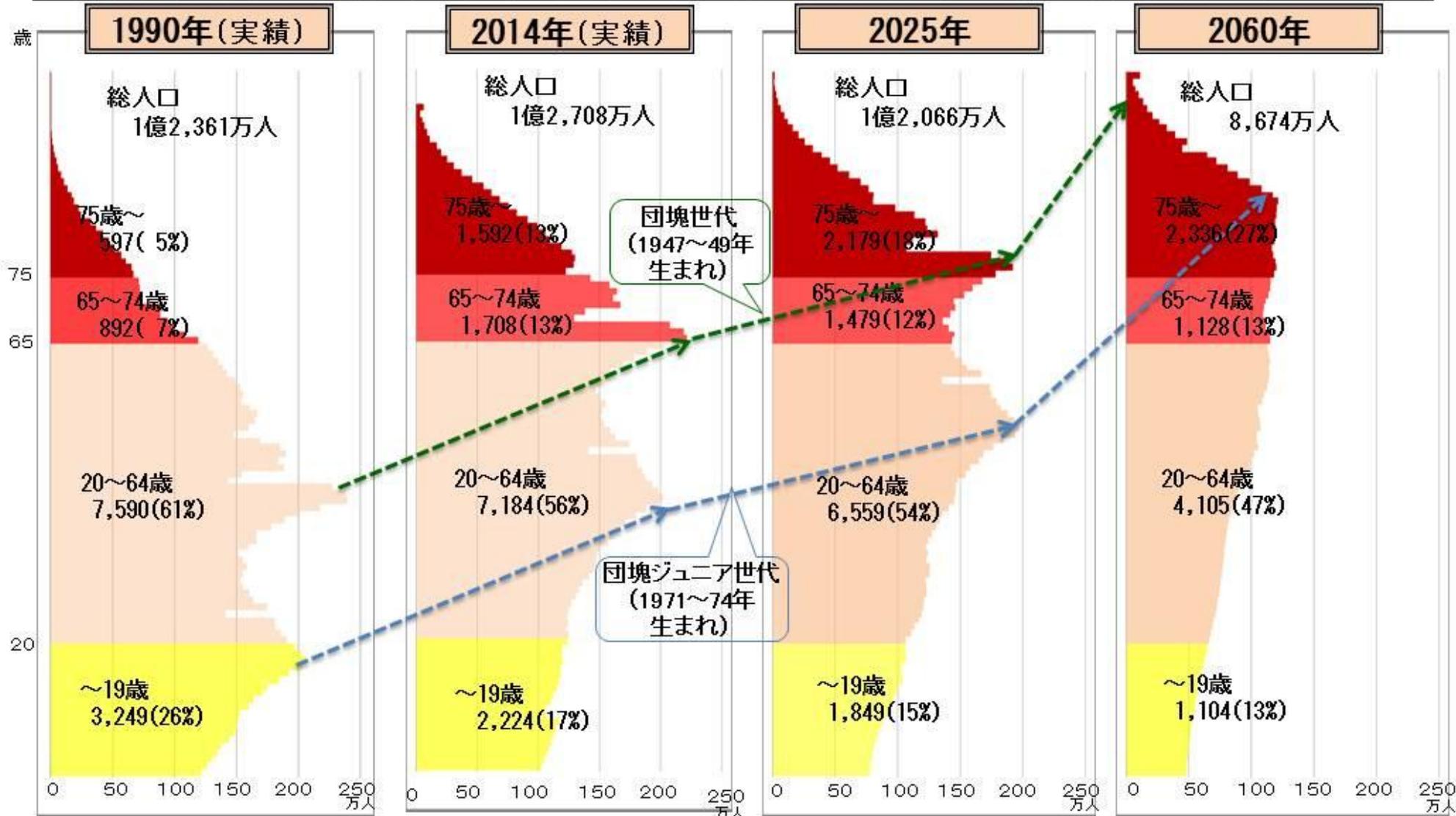


平成28年10月31日

川崎市健康福祉局 地域包括ケア推進室

2 全国の人口ピラミッドの推移 (参考)

○団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の18%となる。
 ○2060年には、人口は8,674万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約40%となる。

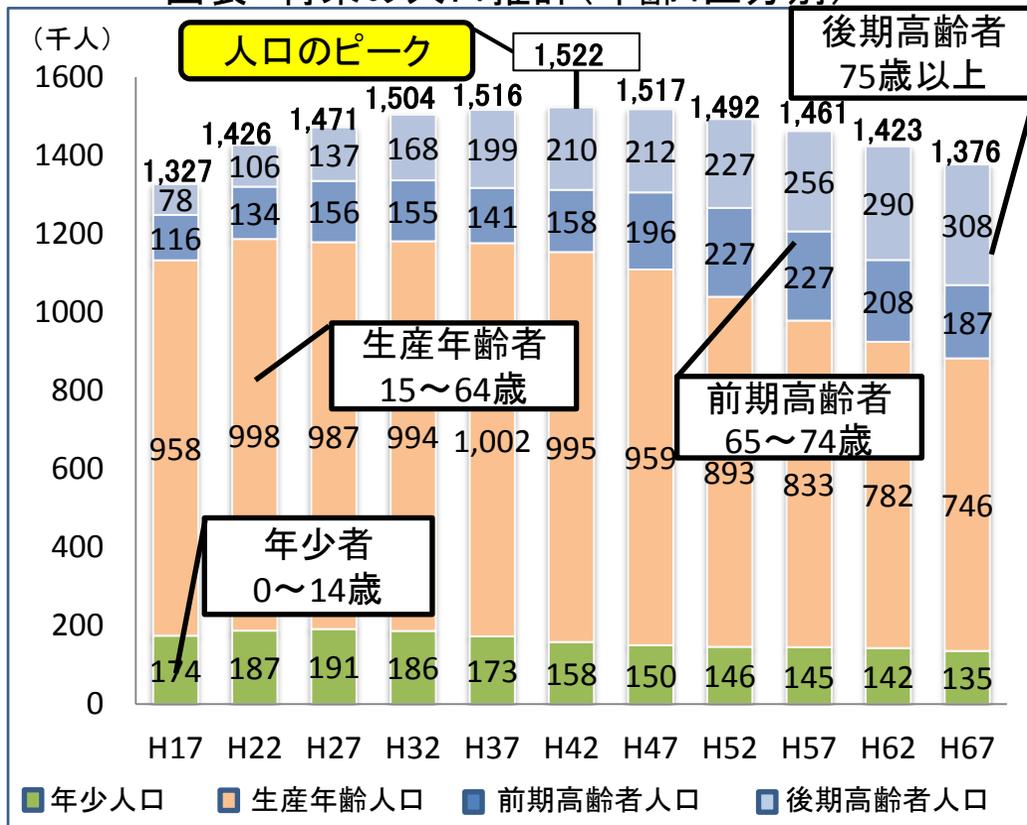


(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

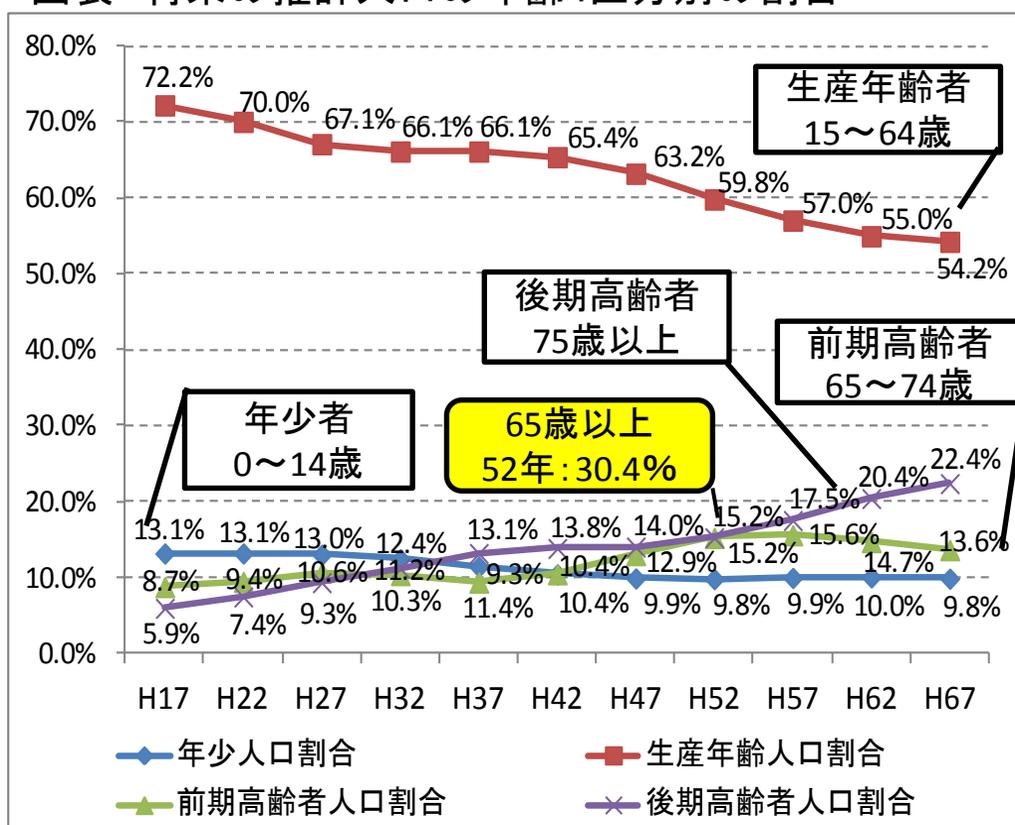
3 川崎市の少子高齢化の状況

- 今後、急速な高齢化が進み、2040年（平成52年）の高齢者人口は約45万人となり、総人口の30.4%になることが予測されている。
- 一方で、生産年齢人口と0歳から14歳までの年少人口は、減少の一途を辿っている。

図表 将来の人口推計(年齢4区分別)

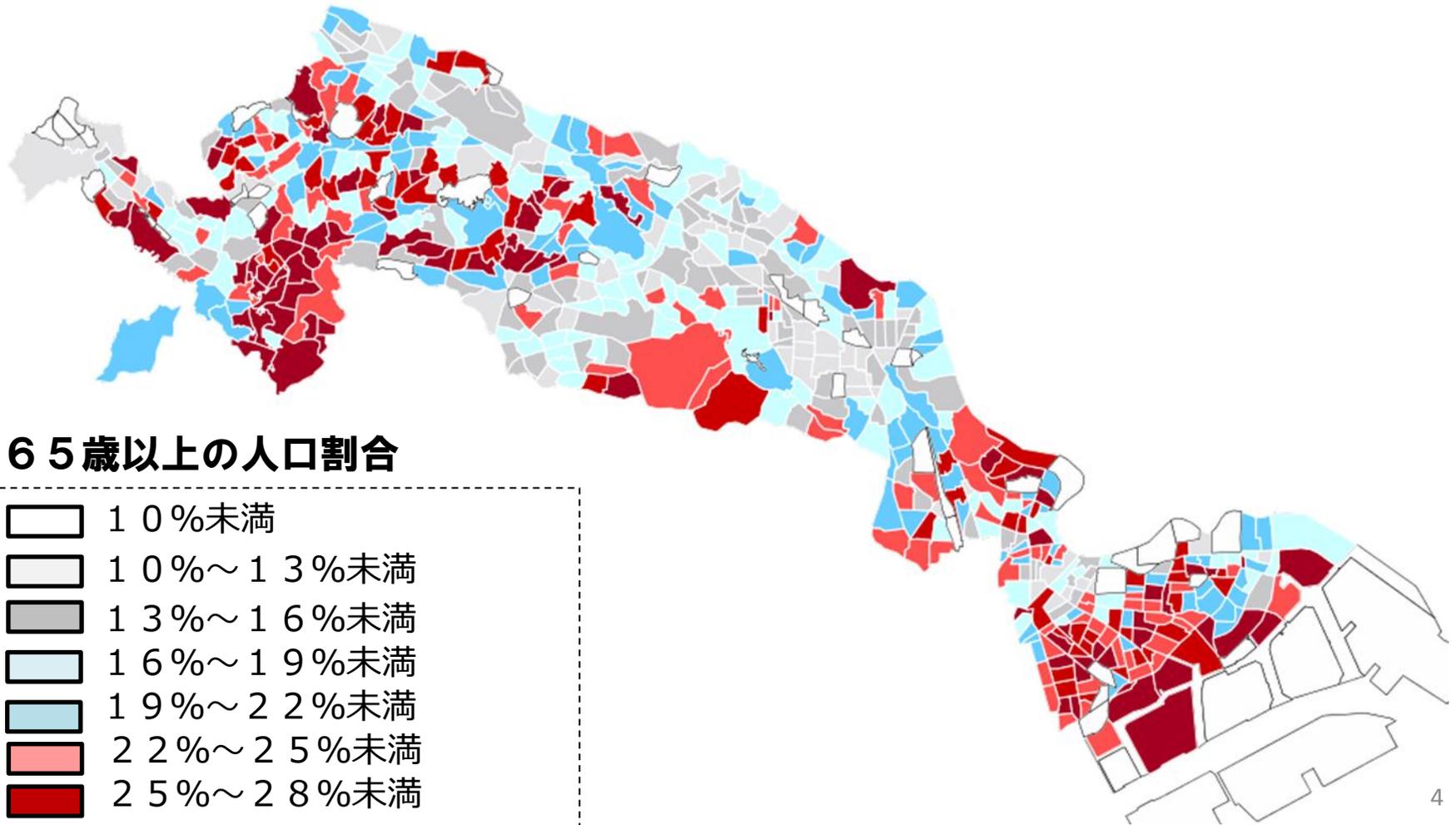


図表 将来の推計人口の年齢4区分別の割合



4 川崎市の高齢化率の分布状況

各地域によって高齢化率に違いがあるなど、地域性が大きく異なっている



5 川崎市の特徴

20政令市と東京都区部から構成される21大都市間比較

「平成26年版 大都市比較統計年表から見た川崎市」から

・人口密度	10,122人/km ²	※東京都区部及び大阪市に次ぐ過密都市	
・人口増加比率	0.81%	※第2位	} (元気な都市)
・出生率	0.99(平均0.85)	※最高位	
・自然増加率	0.29(平均△0.04)	※最高位	
・死亡率	0.70(平均0.89)	※最低位	
・平均年齢	41.5歳(平均43.9歳)	※最低位	} (若い都市)
・生産年齢人口割合	70.0(平均65.7)	※最高位	
・老年人口割合	16.8(平均21.2)	※最低位	
・刑法犯認知件数	7.3(平均11.5)/1,000人	※第19位	} (安全な都市)
・交通事故発生件数	257.8(平均522.4)/10万人	※最低位	

6 川崎市の特徴

活発に活動をしているボランティア団体が多い。



【「プロボノ」企画打合せの様子】



【多摩川美化活動の様子】

7 川崎市の特徴

高い技術力を持つ産業・研究機関などの 多様な社会資源



リサーチコンプレックス



ウェルフェアイノベーション

8 地域包括ケアシステムの構築に向けた川崎市の取組

平成26年4月 「地域包括ケア推進室」の設置

子どもから高齢者まで部局横断的な取組が可能となるように、健康福祉局の中に設置。平成28年4月に組織再編。

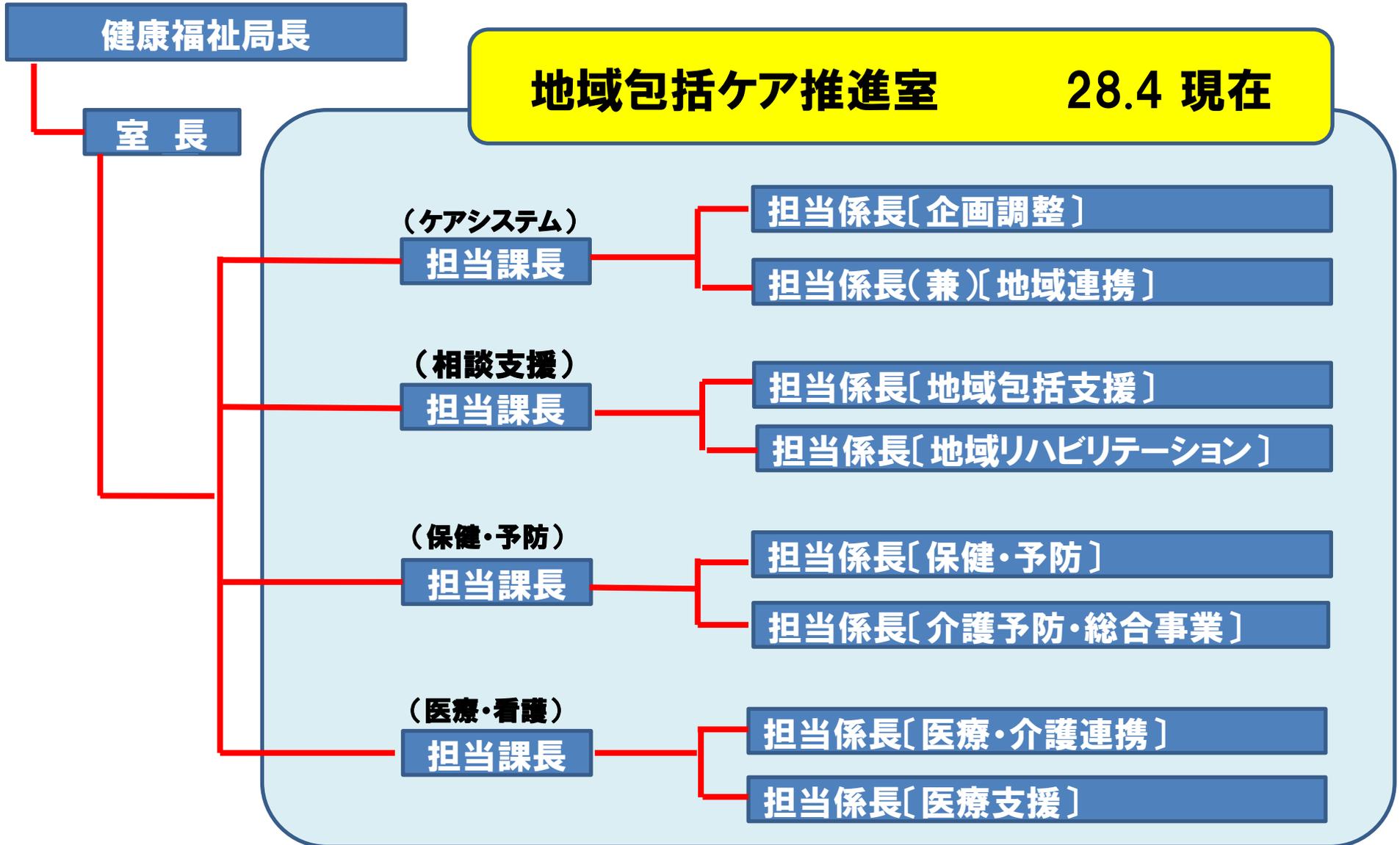
平成27年3月 「地域包括ケアシステム推進ビジョン」の策定

川崎市の実情に応じた「ご当地システム」として、本市としての基本的な考え方を示した「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン」を地域全体で共有し、具体的な行動につなげていく

平成28年4月 「地域みまもり支援センター」の設置

全ての地域住民を対象として、住民に身近な区役所で「個別支援の強化」と「地域力の向上」を図るために設置。

9 地域包括ケア推進室の組織概要



10 地域包括ケアシステム推進ビジョン

一生住み続けたい最幸のまち・川崎をめざして

【基本理念】

川崎らしい都市型の地域包括ケアシステムの構築による誰もが住み慣れた地域や自らが望む場で安心して暮らし続けることができる地域の実現

基本的な5つの視点

1 【意識の醸成と参加・活動の促進】

地域における「ケア」への理解の共有とセルフケア意識の醸成

2 【住まいと住まい方】

安心して暮らせる「住まいと住まい方」の実現

3 【多様な主体の活躍】

多様な主体の活躍による、よりよいケアの実現

4 【一体的なケアの提供】

多職種が連携した一体的なケアの提供による、自立した生活と尊厳の保持の実現

5 【地域マネジメント】

地域全体における目標の共有と地域包括ケアをマネジメントするための仕組みの構築

1 1 推進ビジョンのテーマ

地域包括ケアシステムは、「**安心して暮らし続けることができる地域**を実現」していくこと

「安心した暮らし」を送るための要素

衣食住

保健
医療
福祉

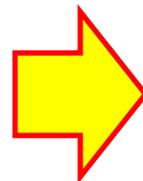
地域での交流
(あいさつ・支え
合い等)

いきがい
(趣味・娯楽・
社会貢献等)

防犯
防災など

地域包括ケアシステムとは
「個人の生活」を守る取組であり、個人が安心して生活
できる「地域づくり」であるといえる

推進ビジョンのテーマ



「生活」と「地域づくり」

1 2 推進ビジョンの対象者

・「地域」においては、誰もが個人として年齢を重ねながら「生活」を続けていくことや、こどもから高齢者まで多様な住民が生活していることに着目

○児童期から高齢期までライフステージにおける切れ目ない継続的な取組が重要

○多様な住民が生活する地域社会においては、「個人の生活の質」を上げていくとともに、住民同士も互いに支え合う関係であるという認識を共有しながら、「地域づくり」を進めていくことが必要不可欠

推進ビジョンの対象者は、《すべての地域住民》

本推進ビジョンでは、高齢者をはじめ、障害者やこども、子育て中の親などに加え、現時点で他者からのケアを必要としない方々を含めた「すべての地域住民」を対象

1 3 推進ビジョンの基本的な考え方

「生活」と「地域づくり」

をテーマとし、

「すべての地域住民」

を対象としていることから、

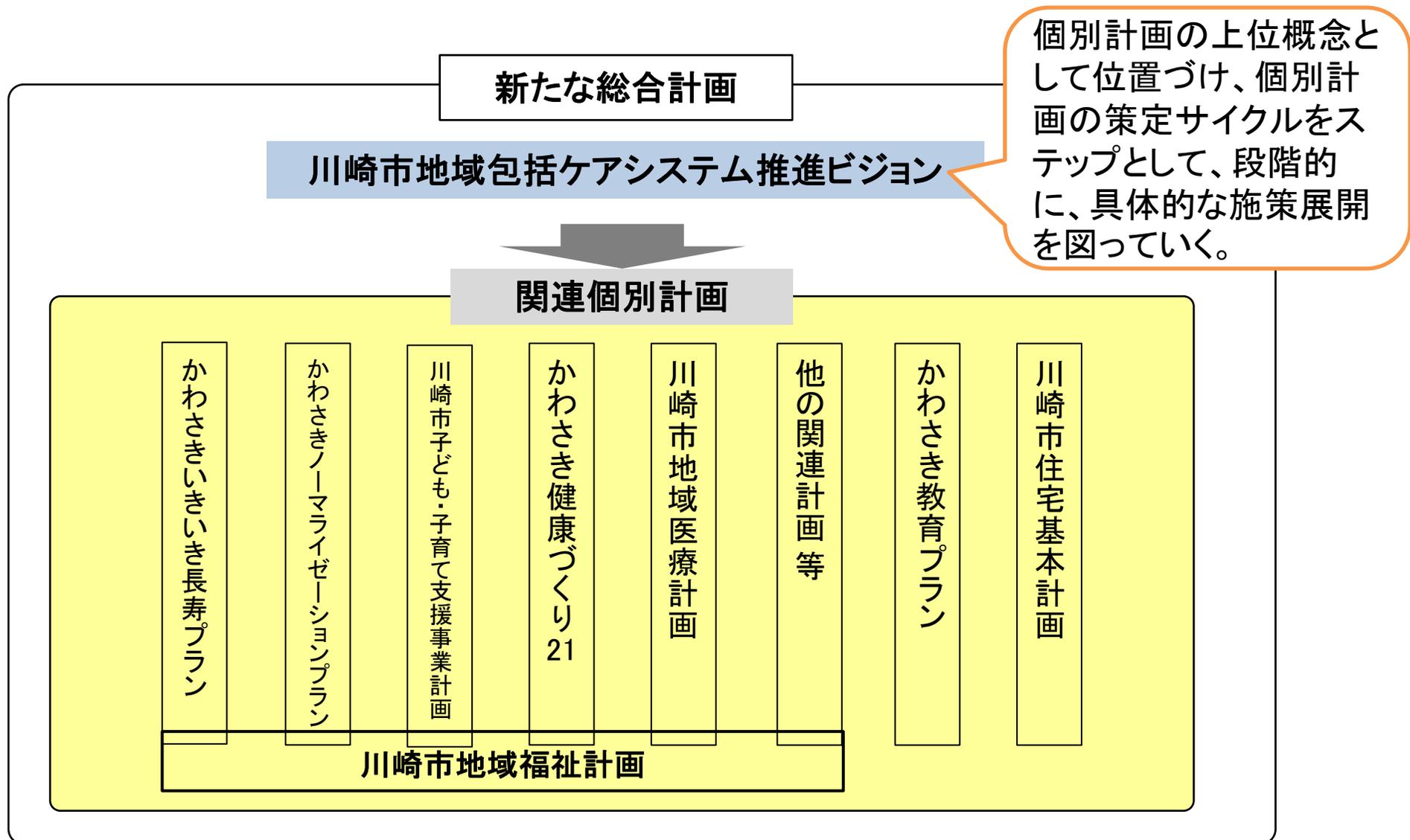
行政においては、

高齢者や障害者、こどもに関わる施策をはじめとする保健医療福祉分野に限らず、まちづくりや教育、経済分野などあらゆる行政施策に関わりがある。

また、

行政だけではなく、市民をはじめ地域の団体や関係機関、事業者など、地域内の多様な主体の取組が重要。

1 4 推進ビジョンの位置づけ



1 5 区役所に求められる3つの機能

【総合調整機能】

○地域マネジメントを行うにあたり、専門的支援機能や地域支援機能との有機的な連携を図るとともに、地域包括ケアシステム推進の企画・調整を行うための機能

【地域支援機能】

○自助・互助の促進やコーディネートを図るため、エリアを受け持つ地区担当が、多様な主体と協働し、「地域づくり」を支援するとともに、庁内の関係部署や多様な主体と連携し、地域課題を組織的に対応するほか、個別支援の強化に向けた対応を図っていくための機能

【専門的支援機能】

○高齢、障害、児童、保健・医療、生活困窮など、保健医療福祉における専門的な支援を必要とする個別的なニーズに対して、法制度等に基づく対応を図るため、主に、医療保険・介護保険などの共助や、行政処分などの公助に関わる機能

1 6 地域みまもり支援センターの組織概要

各区保健福祉センター

地域みまもり支援センター

地域ケア推進担当

地域支援担当

保育所等・地域連携

学校・地域連携

児童家庭課、高齢・障害課、保護課、衛生課

“3つの機能”の連携強化を図り、「自助・互助」の促進と「共助・公助」の適切な実施を図る！

市内を40の地域に分け、それぞれ複数名の保健師を配置し、地域課題を把握するとともに、「個別支援の強化」と「地域力の向上」に取り組む。

積極的に地域に出向きます！



17 多職種連携による重層的な相談支援

地区担当の
「保健師」をはじめ、
専門多職種が連携
して対応する

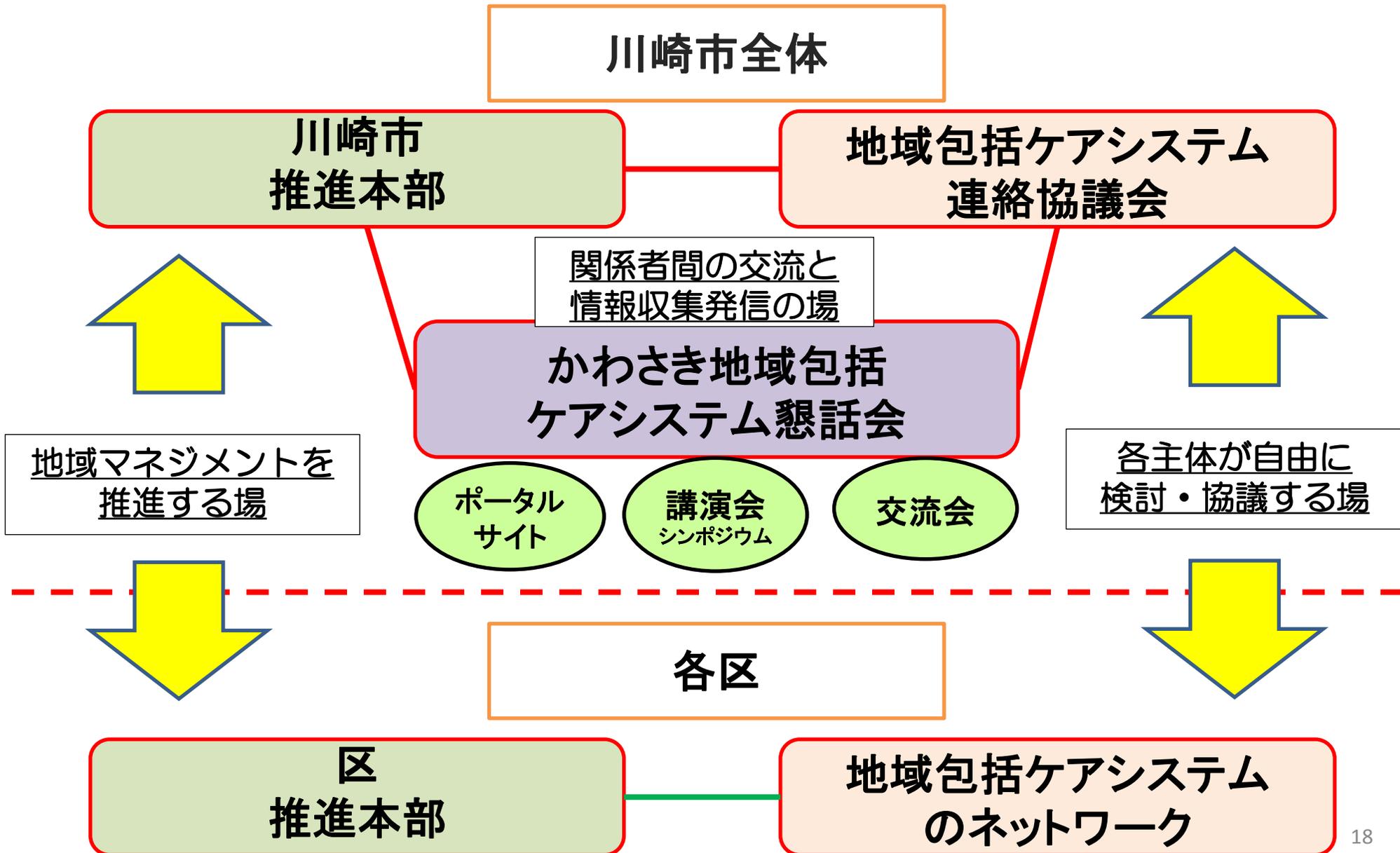
- ・医師、歯科医師
- ・歯科衛生士、栄養士
- ・保健師、助産師
- ・社会福祉職、心理職



専門多職種による連携
支援

すべての地域住民

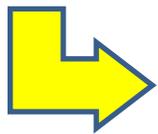
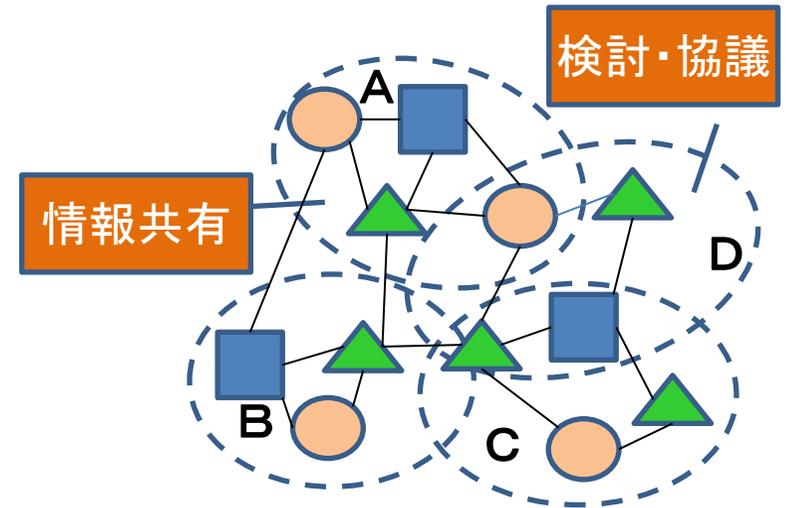
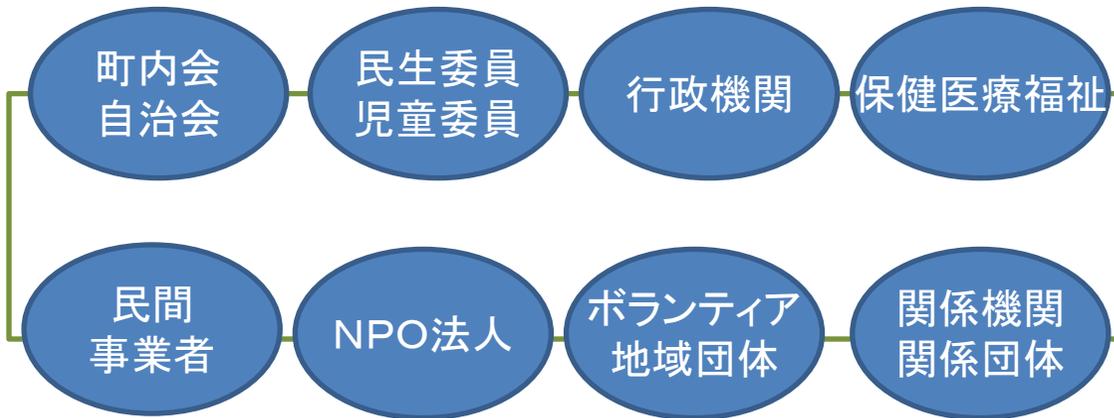
18 地域包括ケアシステムの推進体制



19 地域包括ケアシステムのネットワーク

区における地域包括ケアシステムのネットワーク組織化

《全ての地域住民を対象に様々な分野・組織のネットワーク化》



○情報共有
○検討・協議

⇒既存の様々な協議体を活用してネットワーク化を図り、それぞれの特性・特色を活かして、「情報共有」や「検討・協議」を行う

20 現在の取組状況と施策効果

今年度の取組状況

- ・市政広報紙の活用(地域包括ケアシステム特集、まんがの掲載)
- ・地域への出前説明(町内会・自治会、民生委員児童委員、関係団体等)
- ・職員の意識改革(研修会の開催、手引きの作成、eラーニングの実施)

施策の効果－保健医療福祉分野以外への取組の波及

- ・まちづくり分野(居住支援協議会の設立、市営住宅の活用、空家対策)
- ・経済分野(新たな福祉機器の創出、民間事業者との連携)
- ・教育分野(小学生向け副読本、小中学生向け認知症サポーター養成講座)

地域みまもり支援センターが目指すものと現状・課題について

2 1 今後の取組の方向性（参考）

○町内会・自治会、社協区、民児協区、地域包括支援センター、地域みまもり支援センター、学区など既存エリアの見える化（町名別の整理）

○小エリアでの地区カルテの作成

○地区カルテを参考とした「区地域福祉計画の策定」および「社会福祉協議会が策定する地域福祉活動計画との具体的な連携」

○平成29年度に策定する市総合計画および主な個別計画との一体的な策定（地域医療計画・高齢計画・障害計画・地域福祉計画）

○地域包括ケアシステムの市民理解度の向上（市総合計画上の指標）

2015年（平成27年）：10.1%⇒2025年（平成37年）：42%

- ※・自分が何をすれば良いか知っていて、具体的に行動している
- ・自分が何をすれば良いか知っているが、具体的に行動していない
- ・地域包括ケアシステムの内容は知っているが、そのために自分が何をすれば良いかわからない
- ・地域包括ケアシステムの言葉は知っているが、内容は知らない
- ・地域包括ケアシステムを聞いたことがない

理解をしている

22 市民への最重要メッセージ

市民一人ひとりができることとして、

まず、生きがいと健康を意識して

自分の周りを、「もうちょっとだけ」気にすると…

自分がしてほしいこと、隣近所だからできること…

支え合いの「参加」、「活動」による生きがいと健康の獲得

現在…

10年後…

30年後、50年後…

私たちのこれから…
親は？
子どもたちは？

23 川崎市地域包括ケアシステムポータルサイト

- 川崎市における地域包括ケアシステムに関する様々な情報を掲載
- 医療・介護・福祉に関するイベント情報発信

ポータルサイト トップページイメージ

<https://www.kawasaki-chikea.jp>

川崎市地域包括ケアシステムポータルサイト

川崎市における地域包括ケアシステムに関する情報を広く発信するとともに、保健医療・介護・福祉等に係わる多様な主体の方々情報が情報の共有や意見交換を行いながら、地域包括ケアシステムの構築をしていくことを目的としています。

ログインID
パスワード
 次回から自動でログイン
[ID・パスワードを忘れた方はこちら](#)
ログイン
ご登録がまだの方はこちら
新規会員登録

一般用 会員用 協議会用

HOME 地域包括ケアシステムポータルサイトとは 地域包括ケアシステムの取り組み お知らせ イベント情報 お役立ち情報

地域包括ケア ポータル 検索





いくつになっても、いきいきと暮らせるまちをつくる

東京ホームタウン

プロジェクト TOKYO=HOMETOWN PROJECT

プロボノによる地域包括ケア推進の可能性について



東京ホームタウンプロジェクト 事務局



東京ホームタウンプロジェクトの支援対象

地域包括ケアシステムの姿

病気になったら…

医療



- 病院
急性期、回復期、慢性期
- 日常の医療
 - ・かかりつけ医
 - ・有床診療所
 - ・地域の連携病院
 - ・歯科医療、薬局

相談業務やサービスの
コーディネートを行います。



- ・地域包括支援センター
- ・ケアマネージャー



住まい



入院
通院

- ・自宅
- ・サービス付き高齢者向け住宅など

通所
入所



- ・老人クラブ・自治会
- ・ボランティア・NPO など

いつまでも元気に暮らすために…

生活支援・介護予防

介護が必要になったら…

介護



- 在宅系サービス
 - ・訪問介護
 - ・訪問看護
 - ・通所介護
 - ・小規模多機能型居宅介護
 - ・短期入所生活介護
 - ・福祉用具
 - ・24時間対応の訪問サービス
(小規模多機能型居宅介護
+訪問介護)など
- 介護予防サービス
- 施設・居住系サービス
 - ・介護老人福祉施設
 - ・介護老人保健施設
 - ・認知症共同生活介護
 - ・特定施設入所者生活介護など

地域包括ケアシステムは、
おおむね30分以内に
必要なサービスが提供される
日常生活圏域（中学校区）
を単位として想定

地域包括ケアの担い手となる地域団体・NPO等の基盤強化を支援します

「互助」を強化するための「公助」の在り方とは？

介護保険制度 = 「共助」

本人負担 1割 or 2割

原則として 9割は公費50% + 保険料50%

予防給付の自然増予測 (伸び率約5~6%/年)

抑制

共助の互助化

共助

介護保険に代表される
社会保険制度及びサービス

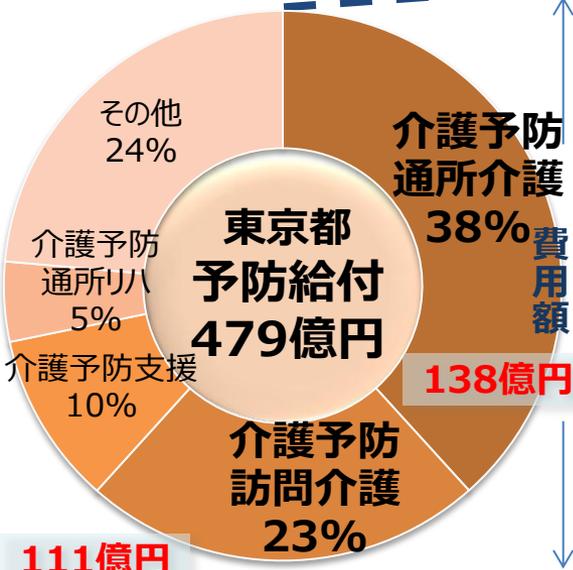
互助

費用負担が制度的に保障され
ていないボランティアなどの
支援、地域住民の取組み

予防給付

介護予防事業 (総合事業含む)

ボランティアや
住民活動を支える
公助のあり方は？



H26年度

H27年度

H30年度

- ・ 予防給付として提供されてきた通所介護・訪問介護が総合事業に移行 (H29年度末まで)
- ・ 既存の介護事業所による既存のサービスに加え、**住民等が参画する多様なサービスを提供**

東京ホームタウンプロジェクト事業概要

目的

東京の強みである活発な企業活動、豊富な経験と知識を持った多くの人たちの力を活用し、地域包括ケアシステムの構築に資する「地域貢献活動」を活性化

取組

1 地域福祉団体の運営基盤強化

ビジネススキルや専門知識を活かしたボランティア活動である「プロボノ」により、地域貢献活動を展開している団体に対し、運営活動面からの支援を提供

- ・長期プロジェクト（3～6か月）
- ・短期プロジェクト（1日）

2 新たな担い手・活動の創出に向けた支援

地域福祉の担い手や新たな活動を創出するため、各地域において中間支援を行う区市町村、社会福祉協議会、地域包括支援センター等の取組を支援

- ・セミナーの開催
- ・伴走支援（地域課題に応じて個別に支援）の実施 5地区

3 Webサイトによる情報発信

NPO法人や元気な高齢者など多様な主体による地域貢献活動の情報を発信

- ▶進捗状況をリアルタイムに更新、課題解決のモデルケースを提示
- ▶幅広い世代や多様な分野の人が興味を持てるコンテンツ

4 総括イベントの開催

東京ホームタウンプロジェクトの取組のうち、特に優れた事例を紹介するなど、本事業の成果を発信

企業人や元気な高齢者に対し、広く地域貢献活動への参加のきっかけを提供

高齢者・家族・地域住民



日常的な活動の推進

地域の支援ニーズに対応したサービスを提供

地域福祉の担い手団体



運営基盤の強化

活動の質・量を拡充していくための運営基盤を構築

区市町村

- 広報誌等での紹介
- 活動場所の提供
- 活動費補助 等

東京ホームタウンプロジェクト

区市町村等を対象としたセミナー・伴走支援

地域活動団体や新たな担い手を地域課題解決のためにコーディネートする取組を支援



運営活動面からの支援（「プロボノ」の活用）



- <例>
- 情報発信基盤の強化
 - 資金調達力の強化
 - 業務改善・効率化
 - 事業戦略の策定
 - ウェブサイト作成
 - 営業資料作成
 - 運営マニュアル作成
 - マーケティング基礎調査

東京ホームタウンプロジェクトの「DOs & DON'Ts」



いくつになっても、いきいきと暮らせるまちをつくる

東京ホームタウン

プロジェクト TOKYO=HOMETOWN PROJECT



いくつになっても、いきいきと暮らせるまちをつくる

東京ホームタウン
プロジェクト TOKYO=HOMETOWN PROJECT

東京ホームタウンプロジェクトでは取り組まないこと

「互助」の強化
地域貢献活動の活性化

目的

新しい総合事業への直接的対応
制度的枠組みづくり

地域福祉の多様な担い手
当事者団体・NPO・企業など

取り組みの 主体

従来型の利用者を中心とした
医療・介護分野等の専門職

地域福祉団体の活動活性化に
一緒に取り組む
地域資源の発掘・コーディネート

支援内容

地域福祉団体への
財政的援助・相談対応

地域コミュニティの活性化
住民のQOL、参加意欲の向上

成果指標

介護保険等制度の維持
必要なサービスの確保

キーワードは「プロボノ」



東京ホームタウンプロジェクトの正式名称は「多様な主体の地域貢献活動による地域包括ケアの推進事業」です。これまで福祉分野に関わる機会が少なかった、企業人等の「プロボノ」で、地域づくりに新しい風を吹かせます。

「プロボノ」とは？

プロボノとは、**専門的なスキル・経験等をボランティアとして提供し、社会課題の解決に成果をもたらすこと**を意味します。

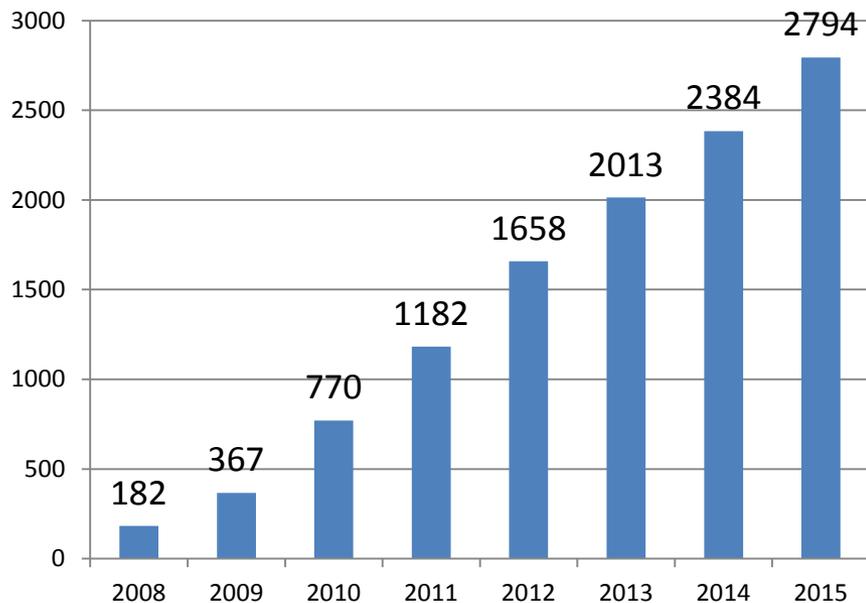
Pro	For	～のために
Bono	Good	善・いいこと
Publico	Public	公共的な

語源はラテン語のPro Bono Publico
(公共善のために) という言葉です

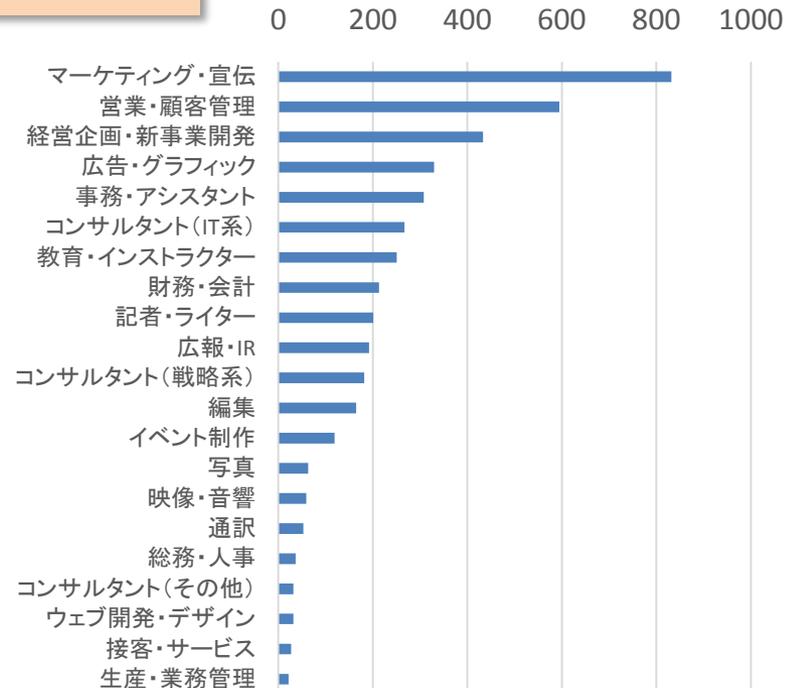
数字で見る「プロボノワーカー」

登録プロボノワーカー数：**3,145名**

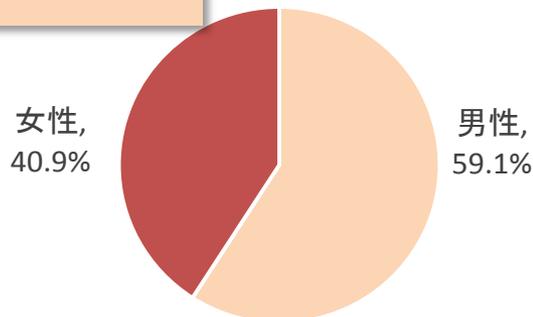
2016年10月25日現在



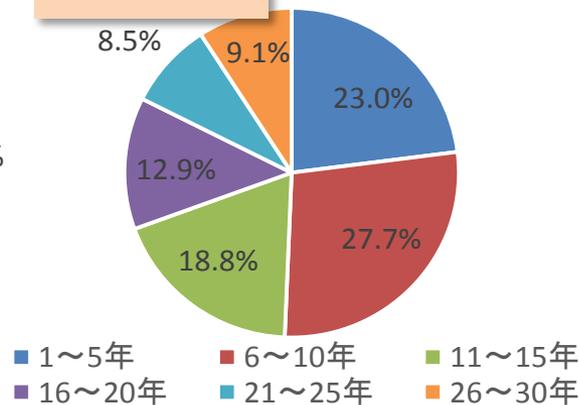
登録者の内訳



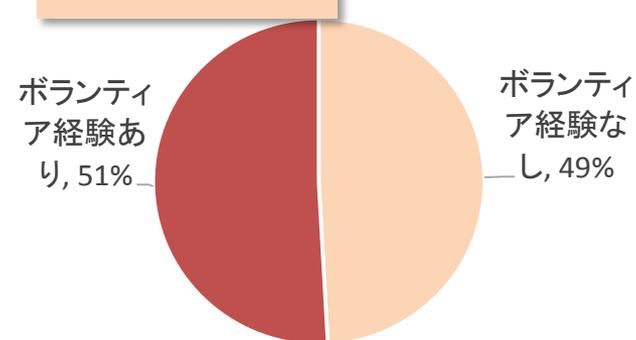
男女比



社会人年数



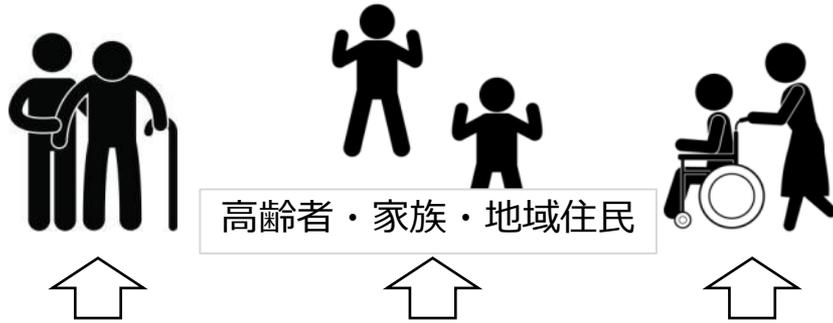
ボランティア経験



プロボノによる支援の位置づけ

身近な各地域における既存の支援策と連携しながら、地域包括ケアの担い手となる様々な団体等に対して「**運営基盤の強化**」につながる支援を提供していきます。

地域団体・NPO等



日常的な活動の推進

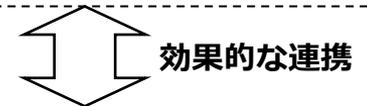
配食／見守り／体操・レクリエーション／身の回りの世話等
サービス提供を通じて、高齢者とその家族を日常的に支援

運営基盤の強化

より多くの受益者を支援するために、あるいは、
より質の高いケアを提供していくために、運営基盤を構築

各地域における支援

- 広報誌等での紹介
- イベントの開催
- 活動場所の提供
- ボランティアの仲介
- 活動費補助
- 情報共有・ネットワーキング等



プロボノによる支援

- 情報発信基盤の強化
- 資金調達力の強化
- 業務改善・運営効率化
- ボランティアのマニュアル作成
- 事業戦略の策定
- 事業評価等

「プロジェクト型支援」で具体的な成果物を提供

プロボノによる支援が、地域福祉の現場において効果的に活用されるために、具体的かつ実用性の高い成果物の提供を目標とする「プロジェクト型支援」を行っていきます。

地域包括ケアの
担い手団体

事務局

プロボノワーカー
(企業人等ボランティア)

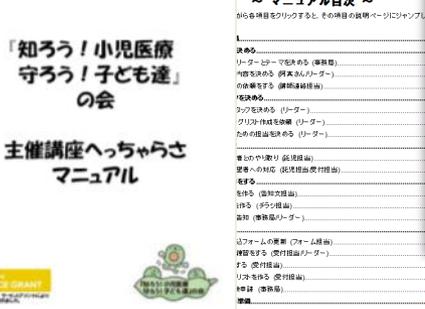
長期プロジェクト 「ホームタウンプロボノ」

約3～6カ月の期間をかけて、支援先が必要とする運営基盤強化につながる成果物を提供します。

短期プロジェクト 「プロボノ1DAYチャレンジ」

1カ月の準備期間+本番1日に限定したプロボノ体験型企画。短期間で実現可能な成果物の提供にチャレンジします。

支援先の運営基盤強化に役立つ具体的な成果物を提供



2015年度支援事例の紹介 ホームタウンプロボノ（長期）

①印刷物（パンフレット等）制作 NPO法人 風のやすみば（文京区）



「行政や町会と住民との間を埋めて、具体的に個人に対する支援ができるような存在になれたら」と、2013年6月にコミュニティカフェをオープン。さらに、ちょっとした困りごとを支援する「何でも屋さん」、居住者の事情により更地や空き家となっている不動産の管理など、さまざまな事業を展開をしている。プロボノでは、多岐にわたる団体の活動を、近隣住民に理解していただくため、活動内容を分かりやすく整理したパンフレットを制作した。



②ウェブサイト制作 太きみまもりネットワーク（墨田区）



東日本大震災後、墨田区・太平一丁目地域の見守り活動を開始。地域内に住む300人以上の高齢者を年3回、15人の有志メンバーが手分けして定期訪問をしており、高齢者の状況を一人ひとり把握している。プロボノプロジェクトでは、近隣の町会でも見守りをはじめられることを目的として、同団体がこれまで蓄積してきたノウハウを、分かりやすくまとめ、広く発信するためのウェブサイトを作成した。



③事業計画立案 たまりば・とうしん（板橋区）



地域の居場所として、運営メンバーの特技や個性を大事にしたサロンや勉強会を数多く実施している。現在よりもさらに幅広い世代の交流を目指して多様な活動をしているが、必要な人に届いていないという課題も感じている中、もっとスピード感を持って先駆的な挑戦をしていくためにどんな仕組み作りができるか、プロボノワーカーとともに事業計画を検討した。



2015年度支援事例の紹介

プロボノ 1 DAYチャレンジ (短期)

【チラシ制作】



NPO法人 プラチナ美容塾
団体主催イベントの告知
チラシを作成



みたか・みんなの広場
複数の団体から成るネットワ
ークの活動紹介チラシを作成

【課題整理ワークショップ】



新井の介護を考える会

団体の4年間の活動をすっきり整理して短中期の課題を抽出し、次に必要な行動を提案



NPO法人むべの会

団体の活動を外部視点で見直し、利用者との関係などについて新たなアイデア・気づきを提案

開催日時

- 毎月第1木曜日と市の「出前子育てひろば」が開催されていない週末の日
- 午前11時～午後3時
- ※参加費は無料です。お申し込みは必ず必要です。事前申し込みは、子育てひろばのチラシをご覧ください。
- ※開催期間内に入場無料です。

場所

集会所 1階 (臨時保育所となり)
所在地 立川市集会所 1-16-3
電話 042-529-1081
※開催期間中は、必ず事前連絡、申込連絡帳にてご確認ください。

バス
臨時保育所前バス停 徒歩約4分
集会所三丁目バス停 徒歩約5分

ボランティア募集

～あなたの子育て経験を生かして地域交流してみませんか～

- <子育て交流ひろばボランティア>
- ・子どもが好きな方
- ・当日のおもちゃの準備・片づけをお手伝いしてくれる方
- ・ひろばの飾り付けに興味のある方

<運営ボランティア>

- ・パソコンの操作の方
- ・(We r d) など、文章作成が得意な方
- ・団体運営に関わってくださる方

お待ちしております！

問い合わせ先 090-4600-4900

子育て交流ひろば

立川おもちゃ図書館

ぱれっと

地域のみんなで子育てしましょう！

子育て交流ひろば立川おもちゃ図書館ぱれっとは、誰かがある子育てひろばおもちゃ図書館、ほっとできる空間です。

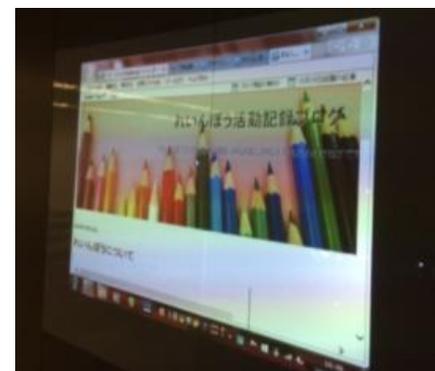
運営：子育て交流ひろば 立川おもちゃ図書館ぱれっと

子育て交流ひろば立川おもちゃ図書館ぱれっと
「一度行ってみよう」と思える、施設利用者目線の携帯サイズパンフレットを制作

【SNS活用】



要町あさやけ子ども食堂
Facebookページと、わかりやすい使い方資料を制作

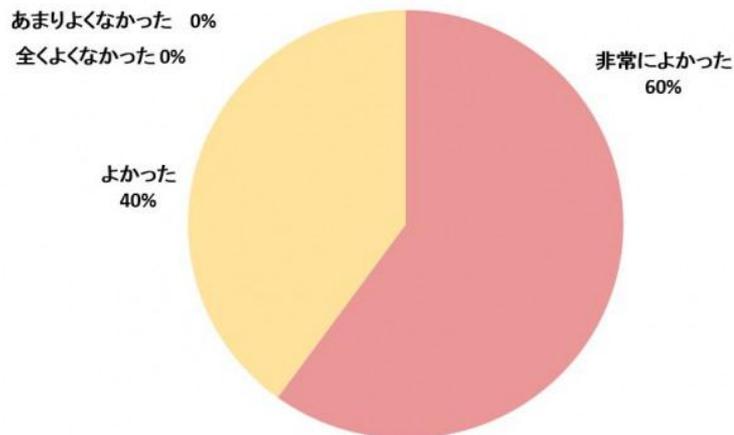


大洋社 ひまわり苑
さまざまな種類があるSNSのうちどれが団体に適しているかを提案し、その場でブログを制作

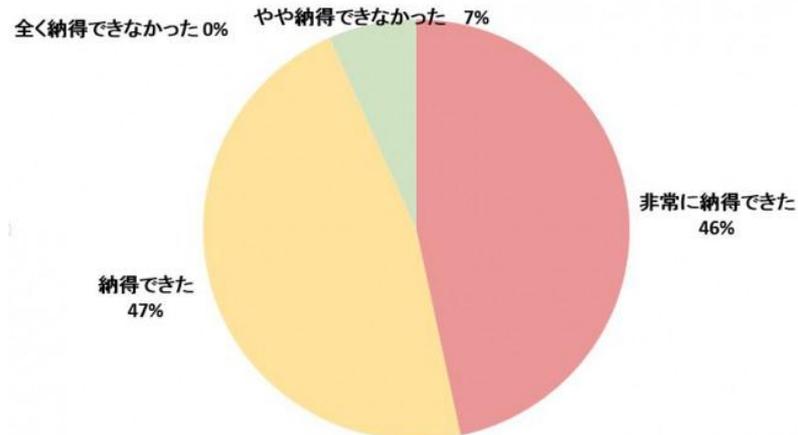


支援先団体の声

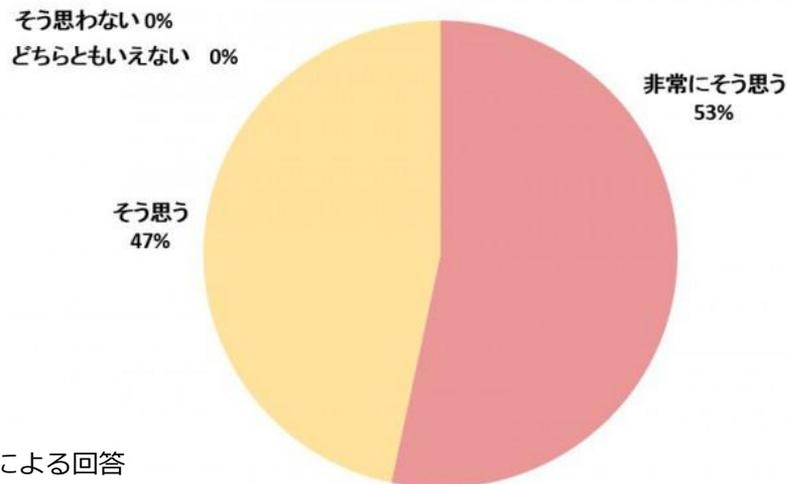
プロボノに参加して、全体としてよかったですか？



チームが制作した成果物や提案内容は、納得のいくものでしたか？



プロボノのような多様な主体が地域活動に参加することが地域包括ケアの推進に効果的だと思いますか？



※ プロボノ 1 DAYチャレンジ2015
参加団体 15団体（回答率100%）による回答

支援先一覧 (2015年度)

長期プロジェクト (3~6か月)

地域名	団体名	支援内容
墨田区	太きみまもりネットワーク	ウェブサイト
立川市	見守りネット・結サポートセンター	マーケティング基礎調査
板橋区	たまりば・とうしん	事業計画立案
文京区	NPO法人 風のやすみば	印刷物
荒川区	NPO法人 荒川区高年者クラブ連合会	マーケティング基礎調査
足立区	梅島うたの会	映像
多摩市	社会福祉法人 楽友会	マーケティング基礎調査
稲城市	矢野口地区介護予防ラジオ体操会	事業評価
豊島区	楽の会リーラ	マーケティング基礎調査

短期プロジェクト (1日)

地域名	団体名	支援内容
狛江市	NPO法人 むべの会	課題整理ワークショップ
立川市	中高年ミュージカルパフォーマンスグループ たつきい	Facebook活用法提案
立川市	NPO法人 トモニ	チラシ制作
立川市	子育て交流ひろば立川おもちゃ図書館 ぱれっと	チラシ制作
日野市	NPO法人 ひの市民活動団体連絡会	チラシ制作
八王子市	八王子高齢者活動コーディネーター会	課題整理ワークショップ
中野区	新井の介護を考える会	課題整理ワークショップ
北区	NPO法人 北区精神障害者を守る家族会 飛鳥会	課題整理ワークショップ
港区	NPO法人 プラチナ美容塾	チラシ制作
大田区	社会福祉法人 大洋社 ひまわり苑	SNS活用法提案
江戸川区	NPO法人 江戸川・地域・共生を考える会	チラシ制作
品川区	街のお助け隊コンセルジュ	課題整理ワークショップ
豊島区	要町あさやけ子ども食堂	Facebook活用法提案
渋谷区	初台生活学校	プレゼンテーション資料作成
三鷹市	みたか・みんなの広場	パンフレット制作

長期プロジェクト **9団体**
短期プロジェクト **15団体**

計 **24団体**

プロボノプロジェクト運営のポイント

東京ホームタウンプロジェクトでは、「目標」「役割」「進め方」を明確にしたプロボノプロジェクト運営を心がけています。

「目標」を明確にした「プロジェクト型支援」を提供

プロボノプロジェクトの立ち上げに当たって、支援内容をあらかじめ支援先と合意し、目標を明確化します。具体的な目標を共有しているからこそ、支援先団体とプロボノワーカーとの協働を円滑に進めることができます。

「役割」を明確にした「チーム」を編成

「プロジェクトマネジャー」をはじめ、プロボノワーカーの役割を明確化してチームを編成します。それぞれの立ち位置が明確になることによって、高いモチベーションでプロジェクトに臨むことができます。

「進め方」を明確にした「ツール」「進捗管理体制」の整備

作業内容・工程などを記載した「進行ガイド」のほか、各種テンプレートや過去事例を参照できる「ライブラリー」、ウェブサイト上での進捗状況の共有などを通じて、効果的なプロジェクト運営をサポートしています。

プロジェクト型支援による支援分野

プロジェクト型支援を通じて、以下の3分野を中心に、地域包括ケアの担い手となる地域団体・NPO等のニーズに応えます。

より多くの市民・企業・団体等の共感を集めたり、連携を深めたりしながら、活動を広げていきたい

組織運営のあり方や会計・経理の流れを見直し、団体としてよりスムーズな体制を築きたい

現状の活動を客観的な視点で捉え直し、今後取り組むべき課題・目標・事業内容を明確にしたい

分野① 情報発信・支援者開拓

広報や情報発信の重要性は感じていながら、日々の活動に忙しく、十分な労力を割けないでいる団体を対象に、ウェブサイトをはじめとする広報ツールの制作をサポートします。

分野② 組織運営・会計経理

一部の人に作業が偏る、代表のノウハウが全体に共有されない、会計や経理の流れが整っていないといった組織運営上の課題解決を通じて、団体の可能性を高めることをサポートします。

分野③ 事業戦略・評価

組織の目標を見直したい、中長期的な計画を構築したい、現在の取り組みに対する評価や改善点を把握したい、など、今後に向けた検討材料を提供することで、活動の展開を応援します。

【ご案内】原則として、1つのプロジェクトで目標とする成果物は、1点に限らせていただきます。
また、1つの団体が同時に複数のプロジェクトによる支援を受けることはできません。

支援メニュー詳細 ～ 分野①「情報発信・支援者開拓」

広報や情報発信の重要性は感じていながら、日々の活動に忙しく、十分な労力を割けな
いでいる団体を対象に、広報に役立つ具体的な成果物を提供します。

例えば、こんなニーズはありませんか？

ボランティアを
たくさん集めたい！

もっと多くの人に
この活動を知ってほしい！

企業等と
連携・協働したい！

こんなことを応援します ～ 支援メニュー（一覧）

ホームタウンプロボノ（長期プロジェクト）

ウェブサイト

団体の情報発信の要となるウェブサイトを一新することで、重
要なターゲットに、必要な情報が伝わるようにしていきます。

印刷物（パンフレット）

団体の活動を一目で理解してもらうような効果的なパンフレッ
トで、利用者・支援者等の活動に対する理解を早めます。

映像

言葉で説明するよりも、映像を見てもらえばあっという間に伝
わることも。数分程度の団体紹介VTRを制作します。

営業資料

企業等を訪問して協働事業を提案する際に使用する、説得力・
訴求力のある資料を作成。資金調達のための重要ツールに！

プロボノ 1 DAYチャレンジ（短期プロジェクト）

Facebook・SNS活用

FacebookをはじめとするSNSが急速に拡大中。Facebookペー
ジを立ち上げて「いいね！」を集める一歩目を踏み出します。

イベントチラシ・ポスター

手に取ってもらえるチラシ、目に留まるポスターはどのように
作るか？ 現状のチラシ・ポスターをレベルアップ！

クラウドファンディング企画

インターネットを使って寄付等を集めるクラウドファンディン
グに挑戦。人々の興味を引くようなプロジェクトを企画しま
す。

外国語翻訳

外国人の住民・利用者に向けて、外国語での情報発信を通じ
て、活動の国際化を、そして、多様な人々が共生する地域づく
りを。

支援メニュー詳細 ～ 分野②「組織運営・会計経理」

日々忙しすぎて、本来やるべきことに手が回らない。そんな状況を解消するため、組織運営上の課題解決を通じて、団体の可能性を高めることをサポートします。

例えば、こんなニーズはありませんか？

一部の人に作業が偏りがち！

マニュアルを作ってノウハウを共有したい！

会計・経理などの処理がスムーズに進まない！

こんなことを応援します ～ 支援メニュー（一覧）

ホームタウンプロボノ（長期プロジェクト）

運営マニュアル

一部スタッフのノウハウを「明文化」することで、多くのボランティアが活動を担うことができる体制づくりを応援します。

業務効率改善

現状の業務内容を精査し、無理・無駄がないかを検証。あるべき業務の流れを提案し、運営改善につなげていきます。

寄付管理

寄付者に税制優遇が適用される認定NPO法人の取得に向けて、寄付金や寄付者の管理体制強化を応援します。

プロボノ 1 DAYチャレンジ（短期プロジェクト）

クラウドツール活用

Google、SkyDrive、Dropboxなどのクラウドツールを効果的に活用しながら、組織内の円滑な情報共有をサポート。

会計・経理診断

会計・経理実務の現状を把握し、課題点・改善点の抽出を行うとともに、最も優先順位が高い課題点について改善提案を行います。

法務診断

利用者等に対する参加規約や同意書など、法務上の対応が必要な場面において、法務文書のひな型作成などを支援します。

支援メニュー詳細 ～ 分野③「事業戦略・評価」

組織の目標を見直したい、中長期的な計画を構築したい、現在の取り組みに対する評価や改善点を把握したい、など、今後の活動展開を展望するためのサポートを行います。

例えば、こんなニーズはありませんか？

次の5年・10年先に向けて
方向性を定めたい！

現状の取り組み・商品・
サービス等を見直したい！

団体の何が課題か？
まずは棚卸をしたい！

こんなことを応援します ～ 支援メニュー（一覧）

ホームタウンプロボノ（長期プロジェクト）

事業計画立案

内部課題の抽出、外部環境の整理をもとに、中長期の目標を設定。そこから、今後のアクションプログラムを策定します。

マーケティング基礎調査

現状の商品・サービスの利用者・支援者等に対する調査をもとに、さまざまな側面から改善点を整理・提案します。

事業評価

団体の活動の成果についての第三者的・客観的な視点から調査、数値的な評価を通じて、団体の活動意義や価値を外部に伝えやすくなるよう可視化します。

プロボノ1 DAYチャレンジ（短期プロジェクト）

課題整理ワークショップ

組織として課題と感じられていることを棚卸するとともに、それらの優先順位を整理し、次のアクションへとつなげます。

スペース活用ワークショップ

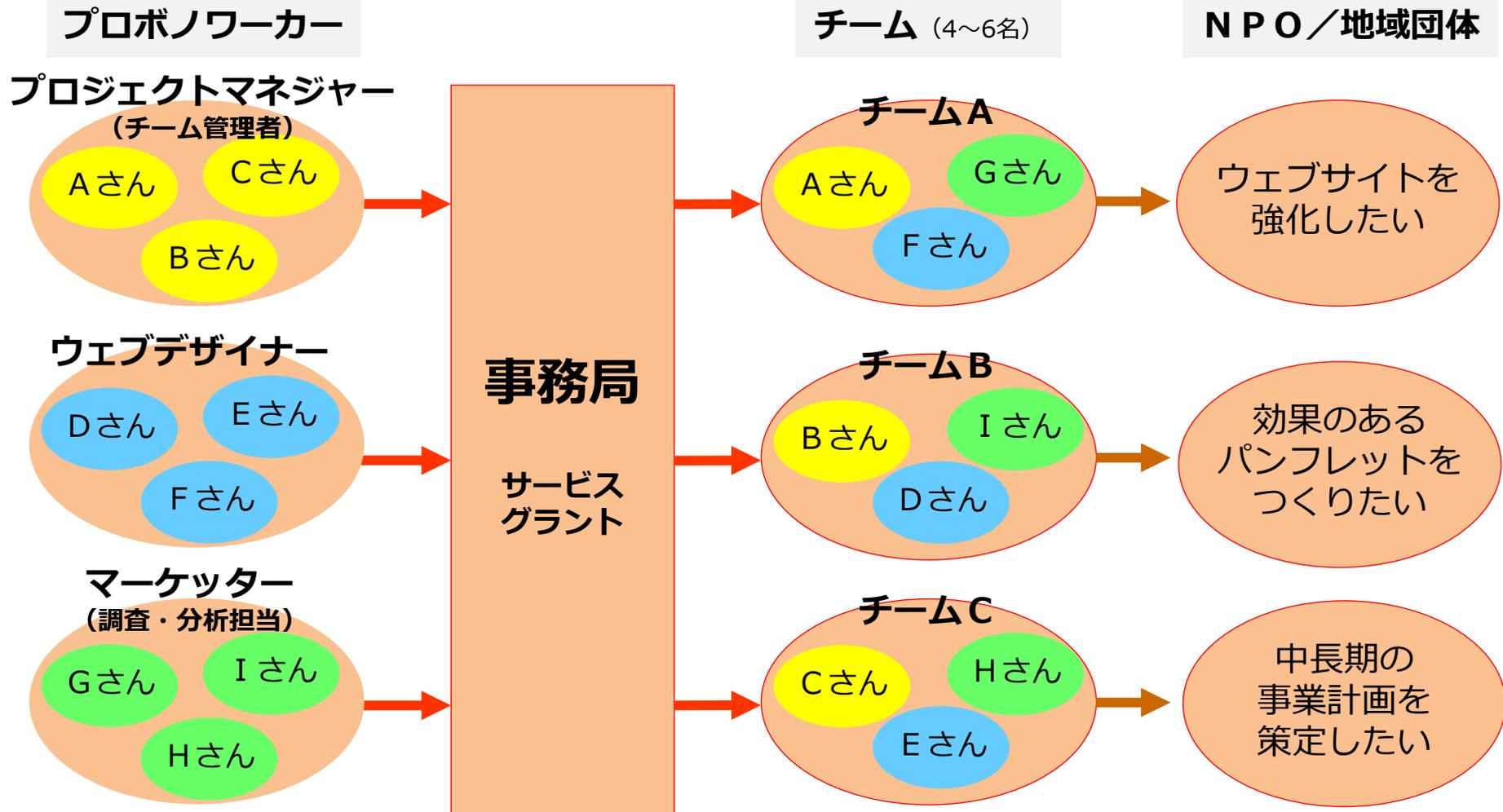
施設、店舗、サロンなどを運営している団体を対象に、既存スペースや空き家等を有効活用するための施策案を検討します。

アンケート活用入門

サービスの利用者に対してなど、実施したものの活用できていないアンケート結果のデータ活用法や、より効果的なアンケートの作成方法などをご提案します。

「チーム編成」のイメージ

多様な経験・スキルを持つプロボノワーカーを組み合わせ「チーム」を編成することで、個々人の負荷を軽減しながら、支援先のニーズに応える質の高い成果物を提供できます。



プロボノワーカーの役割とプロジェクトの運営体制

AD

アカウントディレクター（プロジェクト統括者）

- スコープ（成果目標）設定、チーム編成等のプロジェクト立ち上げ準備
- プロジェクト進行中の全体統括

チーム編成・全体統括

スコープ（成果目標）設定・相談対応

プロジェクトチーム

PM

プロジェクトマネジャー（チーム管理者）

- 進行管理・品質管理
- チーム側の窓口

MK

マーケッター（調査・ヒアリング担当）

- 関係者ニーズの把握
- マーケティング戦略の提案

BA

ビジネスアナリスト（業務分析担当）

- 組織課題の把握・分析
- 課題解決策の提案

IA

情報アーキテクト（ウェブサイト設計担当）

- ウェブサイトの構造設計

WD
GD

ウェブデザイナー／グラフィックデザイナー

- ウェブサイト・印刷物等のデザイン制作

CW

コピーライター

- キャッチコピー・テキスト等の制作

NPO／地域団体



団体代表者

- 団体の代表者として意思決定者・窓口担当者の任命



意思決定者

- プロボノプロジェクトの成果物に関する最終的な判断



窓口担当者

- 団体側の窓口
- 情報提供、ヒアリング調整等、プロジェクト運営への各種協力



現場担当者

- 個別テーマに関する情報提供等プロジェクト運営への協力

事務局（サービスグラント）

プロジェクトの進行サポート・課題発生時の対応等

プロジェクト運営を支えるツール（例）

プロジェクトの進め方を「フェーズ」「ステップ」に分けて詳細に記載した「進行ガイド」を支援先とチームが共有することで、プロセスが明確になります。

1

マーケティングフェーズ

支援先に関する基本的な理解を深め、支援先のスタッフやステークホルダーに対する個別ヒアリングや競合分析等を通して、プロボノによって提供する成果物が、誰をターゲットに、どのような行動変容を生み出すために制作するか、といった大きな方向性を協議します。

このフェーズにおける主な活動

キックオフミーティング

支援先とプロボノチームとの初顔合わせ、新たなコラボレーションの始まり！



個別ヒアリング

これぞ「大人のための社会科見学」！
ニュースの見え方が変わるような経験も。



マーケティング戦略提案

成果物のターゲットとコンセプトを協議、
プロジェクトの方向性を決める重要マイルストーン。



1-1. キックオフミーティング

目的

キックオフミーティングは、支援先とチーム全員で行う初めての会合です。支援先とチームとの親交の基の構築であり、また、チームが支援先に関する基礎知識を得て、プロジェクトの進め方に関する方向性を明確に把握することが目的です。

概要

誰が？	チーム側・・・チームメンバー全員 支援先側・・・常務決定者/窓口担当者
いつ？	事務局により調整します
どこで？	原則として支援先側の事務所で行います
所要時間	2時間

プロボノワーカーの準備

- 支援先の既存資料（ウェブサイト、パンフレット、新聞記事、ブログ・Facebook等）を事前に熟読する
- キックオフプレゼンテーション資料を作成する
- 支援先に対する質問項目を洗い出しておく

支援先の準備

- 団体概要、その他、活動の内容が分かる資料等を用意する
- ヒアリング協力者候補リスト（基本賛助リストから追加があれば）を用意する

成果物および達成要件

	成果物	達成要件
1	合意事項メモ	<input type="checkbox"/> 支援先の活動に関する基本的な理解ができています <input type="checkbox"/> 支援先の現状の課題を把握しています <input type="checkbox"/> 支援先からプロボノチームに対するニーズを把握しています
2	全体スケジュール	<input type="checkbox"/> 納品までの主要なマイルストーンについて合意ができています
3	ヒアリング対象者一覧 (合意済み)	<input type="checkbox"/> ヒアリング先が抽出ができています（または抽出方法に関して合意している） <input type="checkbox"/> ヒアリング先へのアポイント調整手帳を共有している

プロジェクト運営を支えるツール（例）

プロジェクトの進捗状況は、逐次モニタリングし、早期の課題発見に努めています。また、進捗状況および成果はウェブサイト上で共有・発信しています。

板橋区 事業計画立案

たまりば・とうしん

新たな視点と斬新な知恵からユニークな仕掛けを生み出したい。
小さな「たまりば」の大目標。

概要 進捗 成果



一人ひとりの担当者がホストになって、サロンを企画している板橋区とうしん)

東武東上線ときわ台駅から路地を歩きながら10分ちょっと暑い夏下がり、涼しげな浴衣を着た、赤ん坊ほどの大きさ人形がガラス越しに顔をのぞかせていました。中に入ると加齢が作った小さなアート作品が棚に並んでいます。川越号線から少し入った住宅地、板橋区東新町にある「たまりん」は、12坪の裏地で温かみのある場所です。

この場所を運営するNPO法人健やかネットワークは、200年の介護保険法施行を機に、板橋区からの委託を受け、木の養成や、認知症予防のための教室の運営と若い世代向けに備えた講座など、数多くの事業や学びの場を手掛けてき

- ◀ 支援先とプロジェクトを「物語」風に紹介。
- ▼ 時間軸に沿って、進捗状況を共有・発信。

- ▼ プロジェクト終了後の成果を紹介。

概要 進捗 成果

進捗状況

最終更新 2016.03.12

進捗率完了!

2015.06.11

「たまりば・とうしん」を訪問し、事務局によるヒアリングを実施しました。

2015.07.09

「たまりば・とうしん」の佐々木さんに事務局にお越しいただき、プロジェクト準備説明会を開催しました。

2015.09.05

本日、チームとして初めての会議（キックオフ事前ミーティング）を実施しました。まずは楽しく、みんな揃ってプロジェクトを終了しようというゴールを共有できました。



概要 進捗 成果

成果

「たまりば とうしん」の事業計画立案 企画書を納品！！

単なる企画書納品で終わらせないために、最終納品日には参加者全員によるWorkshopを実施しました。その中のメインイベントとして、主要団体メンバー3名による、それぞれ個人に役割を与えられた案件に対する「事業計画プレゼンテーション大会」を行いました。「過去にプレゼンテーションを人前でやったことがない」とおっしゃっていましたが、いままで団体を支えてこられた強いお気持ちや使命感、そして豊富なご経験がそんな一抹の不安を一瞬にして吹き飛ばしました。



最後に代表の佐々木さんが「6ヶ月という短い期間で、団体メンバーが変化・成長してくれました。この年になって変化・成長もないかもしれないけどね。」とおっしゃった茶目っ気を含むコメントからも、プロボノワーカーと団体の両者が変化・成長できた実感で、共に寄り添った提案ができたのだと思います。ここでも団体が求める“互助の精神”に触れることができました。

▼ 内容に関心のある団体様等は、下記にお問い合わせください。
TEL：03-3958-0970

ホームページはこちら 

地域団体・NPOにとってのメリット

組織運営上の課題解決につながる、具体的な成果物が得られます

活動を広げたり、強化することに役立つ具体的な成果物の提供を通じて、団体の活動展開を応援します。

外部の視点を取り入れることで、組織の活性化につながります

日ごろ企業等で活躍する人材との交流を通じて、スタッフやボランティアの活性化のきっかけをつくります。

他地域の地域包括ケアの担い手団体の活動を知るきっかけになります

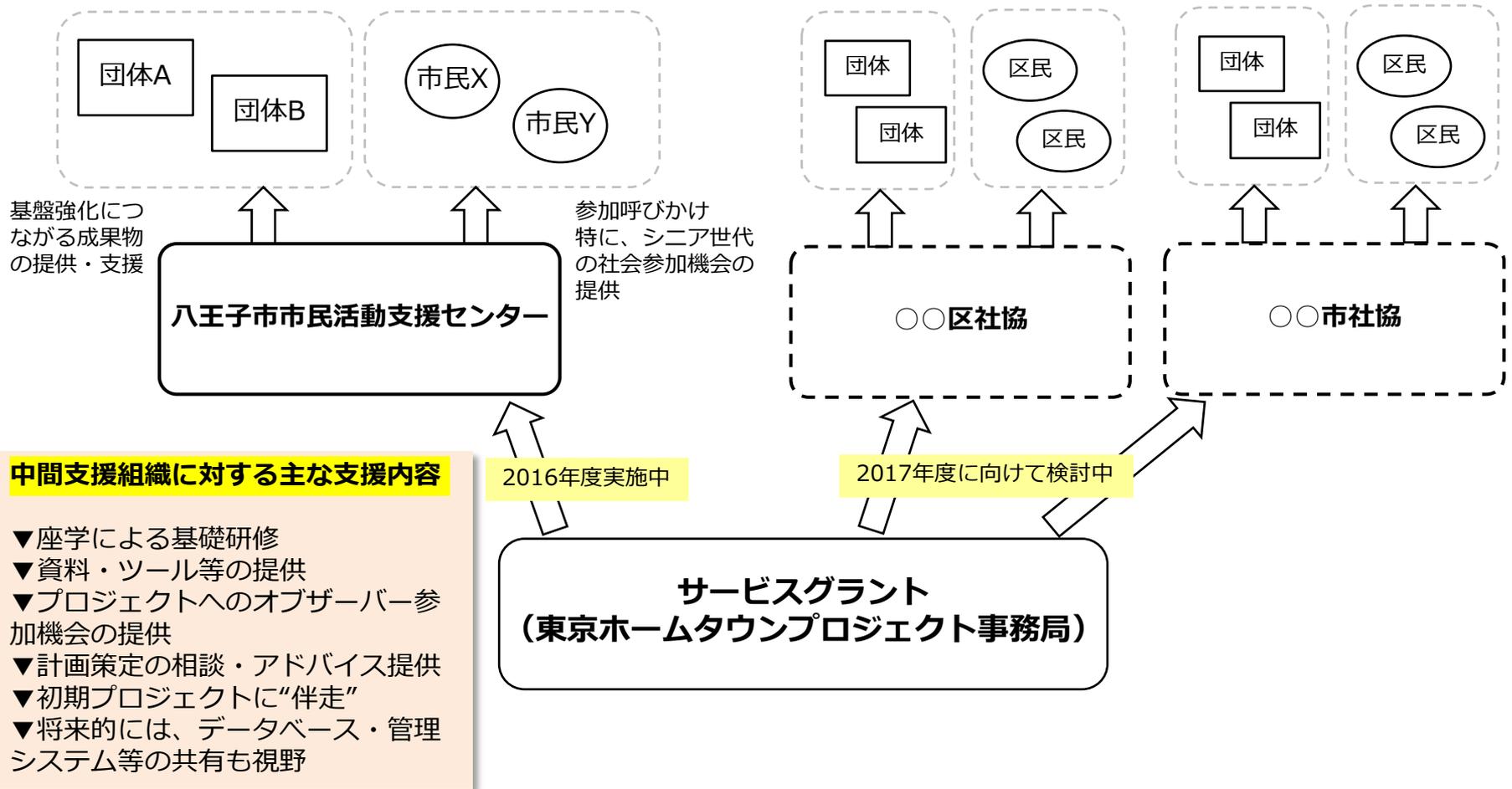
多数の団体が同時に参加することで、地域包括ケアを担う他地域の多様な団体の活動を知る機会にもなります。

専門的で質の高いサポートを、無償で受けることができます

ただし、ウェブサイトのサーバー費用、印刷物の印刷経費などの実費経費は、団体側の負担となります。

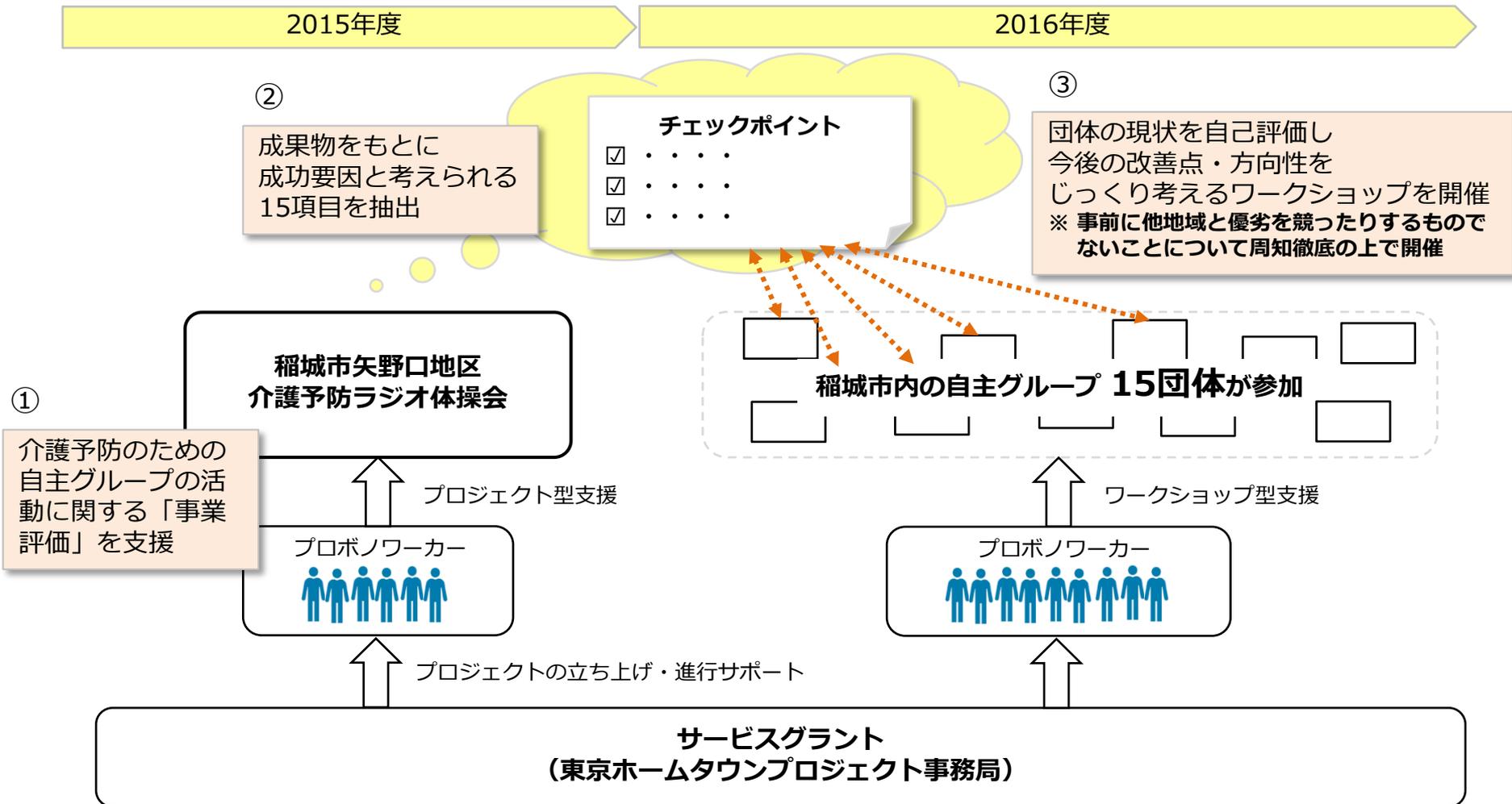
今後の発展可能性① “伴走支援”によるプロボノ事務局の展開

地域に無数に存在すると考えられるプロボノ支援ニーズに応えるため、東京ホームタウンプロジェクトでは、都内の中間支援組織を対象に、プロボノ・コーディネート研修を実施し、区市町村単位でプロボノプロジェクトの運営ができる仕組みづくりに挑戦しています。



今後の発展可能性② “水平展開”によるノウハウの共有

個別の地域課題への支援から得られた知見から、地域づくりの成功につながる要点を抽出してチェックポイントを作成。他地域で同様の活動をしている団体を対象にワークショップを通じて、1つの地域で得られた成果を他地域へと波及させるプログラムを開発しています。



お問い合わせ

特定非営利活動法人 サービスグラント

代表理事 嵯峨 生馬

〒150-0002

東京都渋谷区渋谷1-6-3-502

電話 03-6419-4021

FAX 03-6419-3885

<http://servicegrant.or.jp/>

<https://www.facebook.com/servicegrant/>

▼東京ホームタウンプロジェクト ウェブサイトを、ぜひご覧ください

<http://hometown.metro.tokyo.jp/>

稲城市医療計画等の策定について

【内容】

- 1 医療計画策定の考え方
- 2 「稲城市医療計画」及び「あるべき医療提供体制の実現に向けた取組」概要
- 3 第7期介護保険事業計画策定に向けての提案

平成28年11月28日

稲城市副市長 石田光広

(現状)

- 2025年に向けて、人口・高齢者数の増加等から医療・在宅療養ニーズが高まっている。

(課題)

- ニーズに応える医療資源の地域偏在・不足、在宅医療連携もまだ不十分であり、今後のニーズ増加に対応できないこと。

(解決策)

- 医療資源の確保、最適化を計画的に誘導し、在宅医療・介護連携等を推進するため、現状を分析し、関連の協議会等に諮りながら、稲城市の地域医療政策を策定する。

(具体的な方向性)

- (1) 医療資源の現状評価
(医療資源調査・ヒアリング調査等)
- (2) 在宅医療ニーズの把握・評価
(市民医療ニーズ調査・将来推計等)
- (3) 在宅医療・介護連携推進の検討 (介護保険の在宅医療・介護連携を医療政策の観点から推進することについて検討)
- (4) 医療資源の基盤整備に向けた施策検討
(必要に応じた支援施策の検討)
- (5) 稲城市医療計画等の策定
(2025年を見据えた稲城市の医療提供体制のあるべき姿、医療・介護の関係機関等が共有すべきビジョンを示す。)

稲城市医療計画等策定の背景・方法等

- 1 2015年人口約87,000人 → 2025年人口約99,000人へ増加
- 2 急速な高齢化 → 市内在宅医療提供体制の見直しが必要
- 3 東京都が策定する地域医療構想は二次医療圏を単位
→ 稲城市の医療提供体制や市民ニーズの実情が反映されない懸念
- 4 その他の医療課題
 - ①市内地域医療の偏在化（駅前集中、まちなかに医療機関が不足）
 - ②災害時医療体制の構築（都防災計画・市地域防災計画に沿って）
 - ③産科、小児医療の市内の提供体制の不足

「①国保・後期高齢者のレセプトデータ分析」「②救急データの分析」
「③市民への医療ニーズ調査」「④医療機関へのアンケート調査」を実施

上記を踏まえ、市独自の医療計画等を策定し、在宅医療基盤の構築を推進する。

稲城市医療計画の位置づけ

- 稲城市より提言（市町村として在宅医療基盤の現状分析、あるべき姿を描き、推進する）

東京都保健医療計画（地域医療構想）
（医療法30条の4第1項）

さまざまな
取り組みを
実施中

【地域包括ケア】
医療と介護の連携体制の構築

稲城市医療計画
（市独自のもの）

稲城市介護保険事業計画
（介護保険法第117条第1項）

東京都区市町村在宅療
養推進事業補助金を活
用し策定済み

第6期計画推進中

○稲城市医療計画

- 1 本医療計画の構成
- 2 背景と目的
- 3 市の日常生活圏域別の人口予測
- 4 市の国民健康保険及び後期高齢者医療の将来需要推計
- 5 市の国民健康保険及び後期高齢者医療のレセプト分析
- 6 市の救急医療
- 7 市内の医療機関の状況
- 8 地域における在宅医療等の現状と課題
- 9 市の医療施策の推進
- 10 参考資料

○あるべき医療提供体制 の実現に向けた取組

- 1 あるべき医療提供体制の実現に向けた取組の体系図
- 2 各論
 - 1.初期救急の充実
 - 2.二次救急の充実
 - 3.回復期・慢性期病床の確保・充実
 - 4.診療科の充実
 - 5.在宅医療の充実
 - 6.認知症への対応
 - 7.市内における地域医療連携機能の強化

市内の医療機関の現況

■ 市内10地区 病院3カ所 診療所47（内、在宅療養支援診療所3） 2015年11月1日時点



病院名	地区	病床数
稲城市立病院	大丸	290(一般)
よみうりランド慶友病院	矢野口	240(療養)
稲城市立病院	若葉台	418(精神339、療養79)

在宅療養支援診療所名	地区	病床数
稲城市立病院	百村	19(一般)
新百合ヶ丘あゆみクリニック	平尾	—
あいクリニック平尾	平尾	—



① 国保及び後期高齢者レセプト分析(H26年1月から12月分)

- 市内入院で受診率高い順に皮膚・呼吸器系、市外入院では眼、循環器系疾患、市内入院外で受診率高い順に呼吸器系、眼、市外入院外は精神及び行動障害、新生物。
- 年齢階層別の受診件数多い順に、入院は75～79歳、次に70～74歳、入院外は70～74歳、次に75～79歳。
- 受診診療科別で、受診件数が多い順に、入院は内科34.4%、次いで外科15.1%、整形外科・リハビリテーション科が12.6%。入院外は、内科40.7%、次いで整形外科・リハビリテーション科9.3%。
- 将来患者推計は、2015年対比、2025年に入院39.3%、入院外24.5%増加、2040年に入院83.9%、入院外52.3%増加見込み。
- 特に、入院では新生物・循環器系疾患、精神及び行動障害が増加見込み。入院外では循環器系、筋骨格系及び結合組織、内分泌・栄養代謝、眼及び付属器の疾患が増加見込み。

② 稲城消防署 救急搬送データ(H26年4月からH27年3月)の分析

平成26年度の市消防本部の救急搬送件数は3,192件

- 搬送先については、市立病院に次いで、隣接市にも搬送されている。(市立病院1,412件、市内診療所等12件、近隣1,768件)
- 市内、近隣の内訳を比較すると、軽症は市内、市外ともほぼ同数で、重症、中等症以上は市外が多い傾向がある。977件(65%)



③ 医療に関する市民意識調査(配布5,657件、回収率34%)

- 回答者の70%以上が、かかりつけ医を決めている。所在地区は市内71.7%
- 外来受診先が市内の方は55.2%
- 今後、充実を望む診療科は「耳鼻科」、次に「内科」
- 今後、充実して欲しい診療機能は「救急医療」39.8%、次いで「認知症への対応」29.6%、「往診への対応」20.8%(乳幼児を持つ親以外の調査結果)
- 今後の行政への期待は、「身近な地域で安心して医療・介護が受けられるまちづくり」「医療の確保されている高齢者向け住宅の整備」「看取りの医療機関増」「訪問看護ステーション増」

④ 市内医療機関へのアンケート調査(市内全医療機関へ配布、回収37機関)

- 一日平均外来患者数は「60～80人未満」9機関、「40～60人未満」8機関。
- 往診のみ実施が5機関、訪問診療のみ3機関、両方実施が3機関。
- 市内の在宅医療の充足状況については、「わからない」が27機関、不足が6機関。
- 在宅医療を行うための課題は、「患者容態が急変した時の他病院の受入態勢の問題」23機関、「マンパワーが確保できない」22機関。
- 在宅医療のために必要な支援は、「介護や周辺医療機関との連携」が24機関

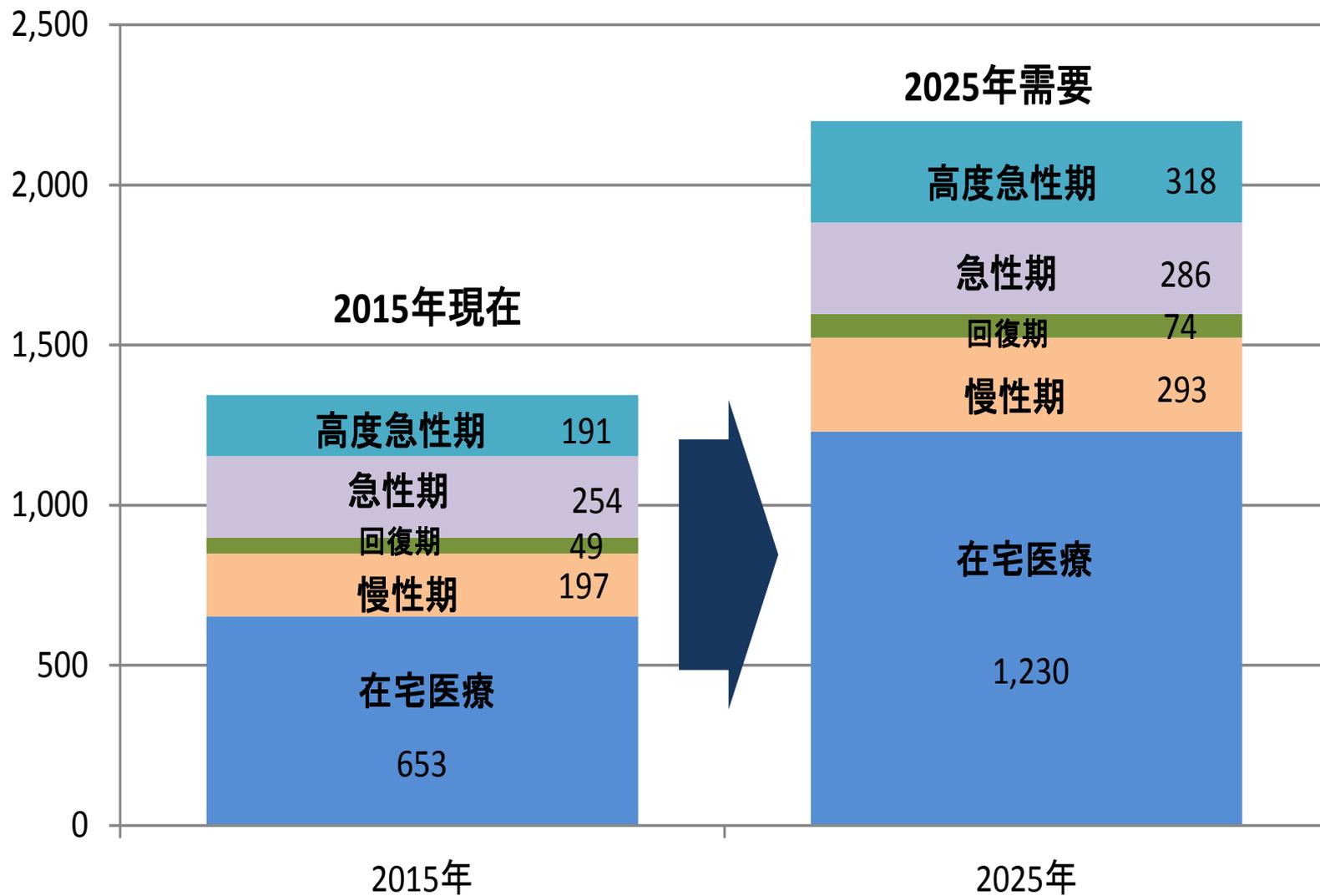
稲城市の10年後の医療需給

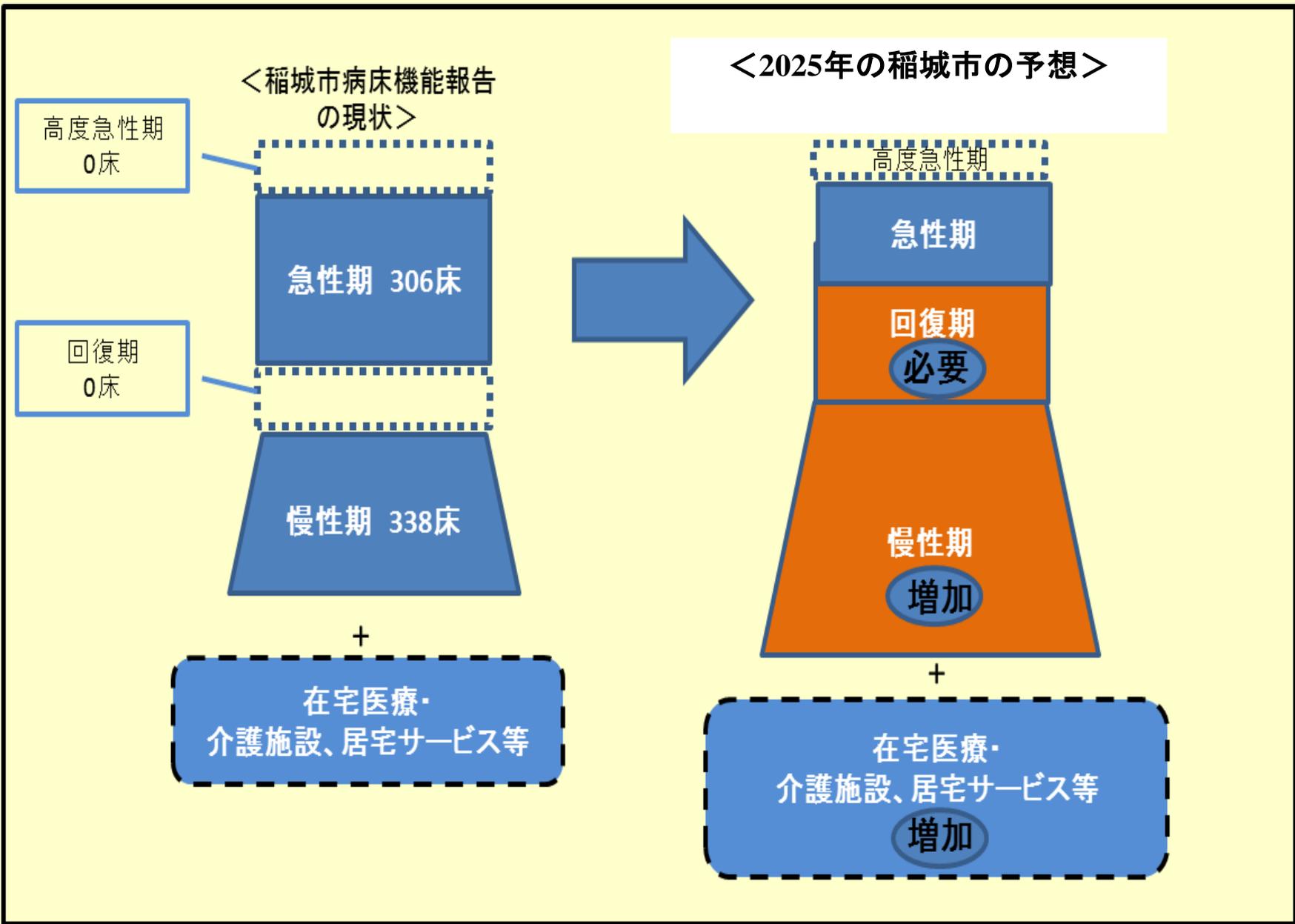


■急速に増加する高齢者とその医療需要に対して、市内の医療提供体制が量及び質ともに不足することが懸念

区 分	2015年	2025年	増減率
稲城市人口(外国人含む)	87,732人	99,284人	113.2%
(内、65歳以上人口)	17,261人	20,814人	120.6%
(内、75歳以上人口)	7,370人	12,006人	162.9%
市内の入院患者数 (国保+後期高齢者のレセプト件数)	8,836件/年	12,291件/年	139.3%
市内の外来患者数 (国保+後期高齢者のレセプト件数)	261,683件/年	325,575件/年	124.5%
市内医療機関(診療所)の意識(有効回答数 37)	<ul style="list-style-type: none"> ● 訪問診療、往診を今後検討(2医療機関) ● 今後も実施する予定はない(23医療機関) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 10年後は閉院が予定される。(4医療機関) ● 10年後は診療所の運営を親族や知人に承継したいと考えている。(6医療機関) 	

稲城市 国保・後期高齢者の入院・在宅需要推計(月当たり患者数)





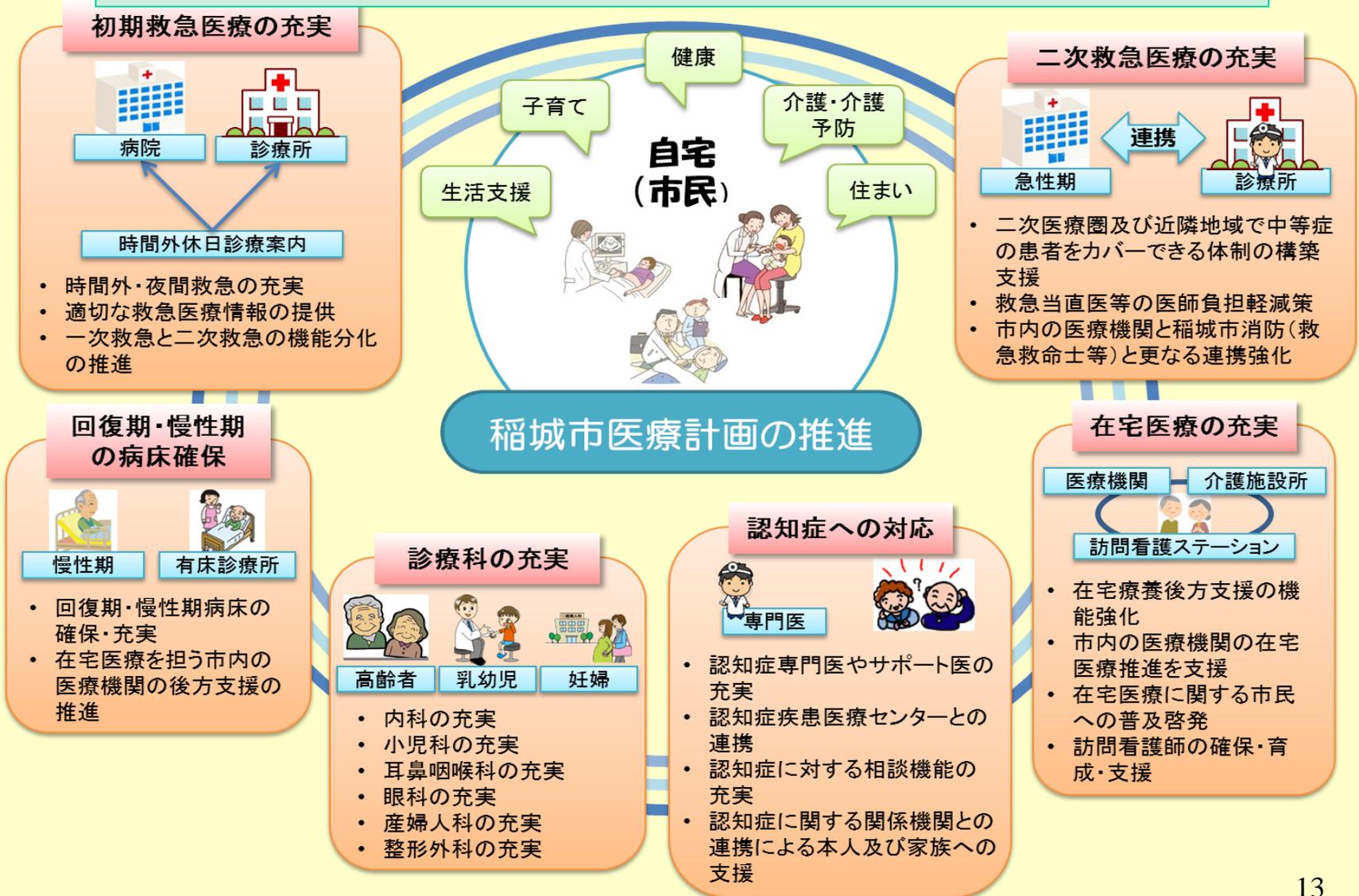
医療需要・市民ニーズに対する施策の方向性

- 今後、市内で高齢化率が急速に高まり、市外で入院/入院外を受診してきた方（健康で自力で市外の医療機関を受診された方、社保の被保険者で勤め先近くで通院されていた方）が、より身近な稲城市内での受診を求める。
- こうした医療需要の増加や市民ニーズに対して、市内の診療所への支援、市内在宅医療提供機能の強化が必要となる。

市民ニーズを踏まえ、今後、需要が想定される医療機能

- 三次医療圏（都内全域または広域 救命救急 高度急性期、周産期医療等）
- 二次医療圏（南多摩保健医療圏）
- 一次医療圏（地域包括ケアを含む）稲城市
 - 初期救急、（夜間休日診療含む）、二次救急（中等症対応）
 - 外来のプライマリーケア機能（市内診療所、かかりつけ医機能）
 - 在宅医療（訪問診療、往診）
 - 訪問看護（医療保険適用）
 - 緩和ケア、在宅療養支援、在宅看取り
 - 地域包括支援センターとの更なる連携（医療、介護連携）
 - 認知症の初期対応（介護との連携を含む）

2025年の稲城市の医療提供体制のあるべき姿



あるべき医療提供体制の実現に向けた取組の体系

基本目標	主な分析結果	今後の課題、方向性	平成28～29年度（前期）	平成30～32年度（中期）	平成33～37年度（後期）
I. 初期救急の充実、プライマリーケアの充実	<ul style="list-style-type: none"> 時間外受診をした患者の約50%は市外で受診している。 平尾地区においては、軽症患者の市外（他府県）への搬送割合が約50%と高くなっている。 夜間・休日対応なしの医療機関が約90%となっている。 市内の地域医療の課題として「休日・夜間に対応可能な医療機関が不足している」と回答したのは48.6%であった。 	<ul style="list-style-type: none"> 時間外・夜間救急の充実 適切な救急医療情報の提供 一次救急と二次救急の機能分化の推進 	<ul style="list-style-type: none"> 電子母子手帳サービスでの啓発 子を持つ親への講演会、研修会の開催 「ひまわり」（東京都）を活用した医療機関、診療科の案内及び「ひまわり」の普及啓発 	<ul style="list-style-type: none"> 市内の医療機関への夕方以降の外来診療に対する支援 基幹型の夜間診療所設置等の検討 市内に住居を構える医師を市として支援 	<ul style="list-style-type: none"> 家庭医・総合診療専門医の確保・支援等
II. 二次救急の充実	<ul style="list-style-type: none"> 救急搬送時に中等症の60%が市外の医療機関を受診している。 中等症の脳疾患においては90%以上が市外の医療機関を受診している。 	<ul style="list-style-type: none"> 二次医療圏及び近隣地域で中等症の患者をカバーできる体制の構築支援 救急当直医等の医師負担軽減策 市内の医療機関と稲城市消防（救急救命士等）と更なる連携強化 	<ul style="list-style-type: none"> 市立病院への不要不急な時間外夜間の軽症者の受診について市民への啓発 市立病院救急外来で市内小児科医協力による夜間診療の継続実施 内科、整形外科、脳神経外科の機能充実の検討 他県・他市自治体との包括連携協定等の締結による二次救急に対応する体制の構築 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関に対する医師、看護師確保の支援 人材の「質」確保に向けたコメディカルの研修等 市立病院の夜間勤務、救急対応医師・看護師等への支援等 内科、整形外科、脳神経外科の機能強化・充実の検討 	<ul style="list-style-type: none"> 他県・他市自治体との包括連携協定等の締結による二次救急に対応する体制の構築
III. 回復期・慢性期病床の確保・充実	<ul style="list-style-type: none"> 病床機能報告では市立病院（急性期病床）、慶友病院（慢性期病床）であり、回復期がなく、慢性期病床が今後さらに不足 療養病床に入院している患者の約70%（532件/781件）が市外に入院している。 	<ul style="list-style-type: none"> 回復期・慢性期病床の確保・充実 在宅医療を担う市内の医療機関の後方支援の推進 	<ul style="list-style-type: none"> 市内の医療関係者と市内の回復期・慢性期病床の今後のあり方についての協議を実施 	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病床の確保等 	<ul style="list-style-type: none"> 療養病床を有する有床診療所の開設支援等
IV. 診療科の充実（外来）	<ul style="list-style-type: none"> 年齢別の今後充実してほしい診療科は「耳鼻咽喉科（29.3%）」、「内科（26.4%）」であった。 乳幼児の保護者の今後充実してほしい診療科は「小児科（37.9%）」、「産婦人科系（33.2%）」が高くなっている。 	<ul style="list-style-type: none"> 内科の充実 小児科の充実 耳鼻咽喉科の充実 眼科の充実 産婦人科の充実 整形外科の充実 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所の開設支援等（内科、小児科、耳鼻咽喉科、眼科、産婦人科、整形外科等） 		
V. 在宅医療の充実	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療需要が2025年には現在の約2倍（188.5%）、2040年には約3倍（302.1%）と大幅に増加する。 往診又は訪問診療を実施している医療機関は37医療機関のうち11医療機関である。 往診、訪問診療について、37医療機関のうち23の医療機関が今後も実施する予定はないと回答している。 在宅にて「がん」に対応できる医療機関が37医療機関のうち3医療機関のみである。 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養後方支援の機能強化 市内の医療機関の在宅医療推進を支援 在宅医療に関する市民への普及啓発 訪問看護師の確保・育成・支援 	<ul style="list-style-type: none"> ICT等を活用した情報共有ツールの導入検討 在宅医療支援病床確保事業の実施 市民対象講演会等の実施 	<ul style="list-style-type: none"> 市内医療機関におけるがん患者への対応強化 治療・療養期までの切れ目ない体制構築の支援 訪問看護ステーションに対する支援策（東京都事業）等の活用検討 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護ステーション等の設立や誘致の支援等 訪問看護人材の確保・育成・支援
VI. 認知症への対応	<ul style="list-style-type: none"> 認知症に関連すると思われる疾患が2025年に向けて126.1%、2040年に向けて158.3%と大幅に増加する。 入院、入院外ともに半数程度の認知症患者が市外の医療機関を受診している。 2025年に向けて120.6%、2040年に向けて166.0%と市全体で高齢者の人口が大幅に増加する。 市内の認知症サポート医は全体の13.5%、認知症専門医は2.7%となっている。 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症専門医やサポート医の充実 認知症疾患医療センターとの連携 認知症に対する相談機能の充実 認知症に関する関係機関との連携による本人及び家族への支援 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症初期集中支援チームの設置 身体的に合併症の有する認知症患者への対応強化 認知症疾患医療センターと共催の講演会の実施等 認知症家族への相談会や家族会の実施 認知症疾患医療センター、認知症地域支援推進員（認知症支援コーディネーター）及び関係機関との連携、認知症ケアパスの活用 	<ul style="list-style-type: none"> 市内の医療機関での認知症対応の強化・充実（身体疾患を併発されている患者等への治療充実等） 認知症疾患医療センター、認知症地域支援推進員（認知症支援コーディネーター）及び関係機関との連携、認知症ケアパスの活用 	<ul style="list-style-type: none"> 専門医確保、サポート医育成等の支援
VII. 市内における地域医療連携機能の強化	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療を行う上で必要と思われるものとして「介護や周辺医療の関係機関との連携（相談窓口・同行訪問等）」が64.9%となっている。 	<ul style="list-style-type: none"> 病診連携及び在宅医療介護連携の推進 稲城市在宅医療・介護連携支援センター（いなぎ在宅医療・介護相談室）の活用 	<ul style="list-style-type: none"> 市立病院の地域医療連携室の更なる機能充実 稲城市在宅医療・介護連携支援センター（いなぎ在宅医療・介護相談室）及び地域包括ケアセンターの周知 医療・介護関係者の研修実施 	<ul style="list-style-type: none"> 稲城市在宅医療・介護連携支援センター（いなぎ在宅医療・介護相談室）の活用 	<ul style="list-style-type: none"> 多職種連携・医療機関連携・施設間連携・事業所間連携の推進 稲城市在宅医療・介護連携支援センター（いなぎ在宅医療・介護相談室）の機能強化

第7期介護保険事業計画策定に向けての提案

- 在宅医療基盤を整えることは市町村にとって欠かせない施策である。
- 介護保険制度は、地域医療基盤（診療所等）が充実してこそ成り立つものと考えている。
- 稲城市が策定する医療計画は、診療所等を支えるための計画である。
- 2025年を見据えて、介護保険事業計画と市町村医療計画は一体として策定することを提案する。
- 少なくとも、市町村として、在宅医療ニーズの把握と在宅医療提供の現状把握、診療所等における地域医療基盤の充実対策は、不可欠であると考える。
- 稲城市は、地域住民が安心して暮らし続けることができる“まちづくり”として、介護・医療の連携事業を着実に進めていきたい。

（稲城市）



■ 稲城市医療計画 本編 (PDF: 5,150KB)

https://www.city.inagi.tokyo.jp/shisei/keikaku_hokoku/keikaku/inagishi_iryokeikaku.files/inagisi_iryokeikaku_honpen.pdf

■ あるべき医療提供体制の実現に向けた取組 (PDF: 4,326KB)

https://www.city.inagi.tokyo.jp/shisei/keikaku_hokoku/keikaku/inagishi_iryokeikaku.files/houkoku_bessatu.pdf

■ 医療に関する市民意識調査 本編 (PDF: 1,776KB)

https://www.city.inagi.tokyo.jp/shisei/keikaku_hokoku/keikaku/inagishi_iryokeikaku.files/ishikichousa_honpen.pdf

武蔵野市における 医療介護連携の取り組み

第5回「地域包括ケア研究会」

平成28年12月26日
武蔵野市健康福祉部地域支援課

本日のお話

**1 武蔵野市における在宅医療・介護連携
推進事業について**

**2 入退院時の切れ目のない支援
セルフマネジメントモデル事業への協力から**

3 武蔵野市地域医療構想(ビジョン)2017(案)

武蔵野市の高齢者人口

- 75歳以上の高齢者が65歳以上の約51%を占めています。
- 今後、10年間で団塊の世代が75歳を迎え、平成37年（2025年）には65歳以上の60.0%を占めることが見込まれます。

	人口	65歳以上	75歳以上 (被保険者)	高齢化率 (%)
平成25年	140,598	29,635	15,544	21.1%
平成26年	142,108	30,444	15,661	21.4%
平成27年	143,251	31,093	15,982	21.7%
平成28年	143,864	31,597	16,187	22.0%
平成29年	142,615	32,144	16,925	22.5%
平成32年	143,791	33,040	17,974	23.0%
平成37年 (2025年)	145,192	34,846	20,915	24.0%

基準日：10月1日 ※平成29年以降は推計

2025年に向けて

武蔵野市が目指す高齢者の姿

武蔵野市
介護保険
事業計画

6th

いつまでもいきいきと健康に

ひとり暮らしでも

認知症になっても

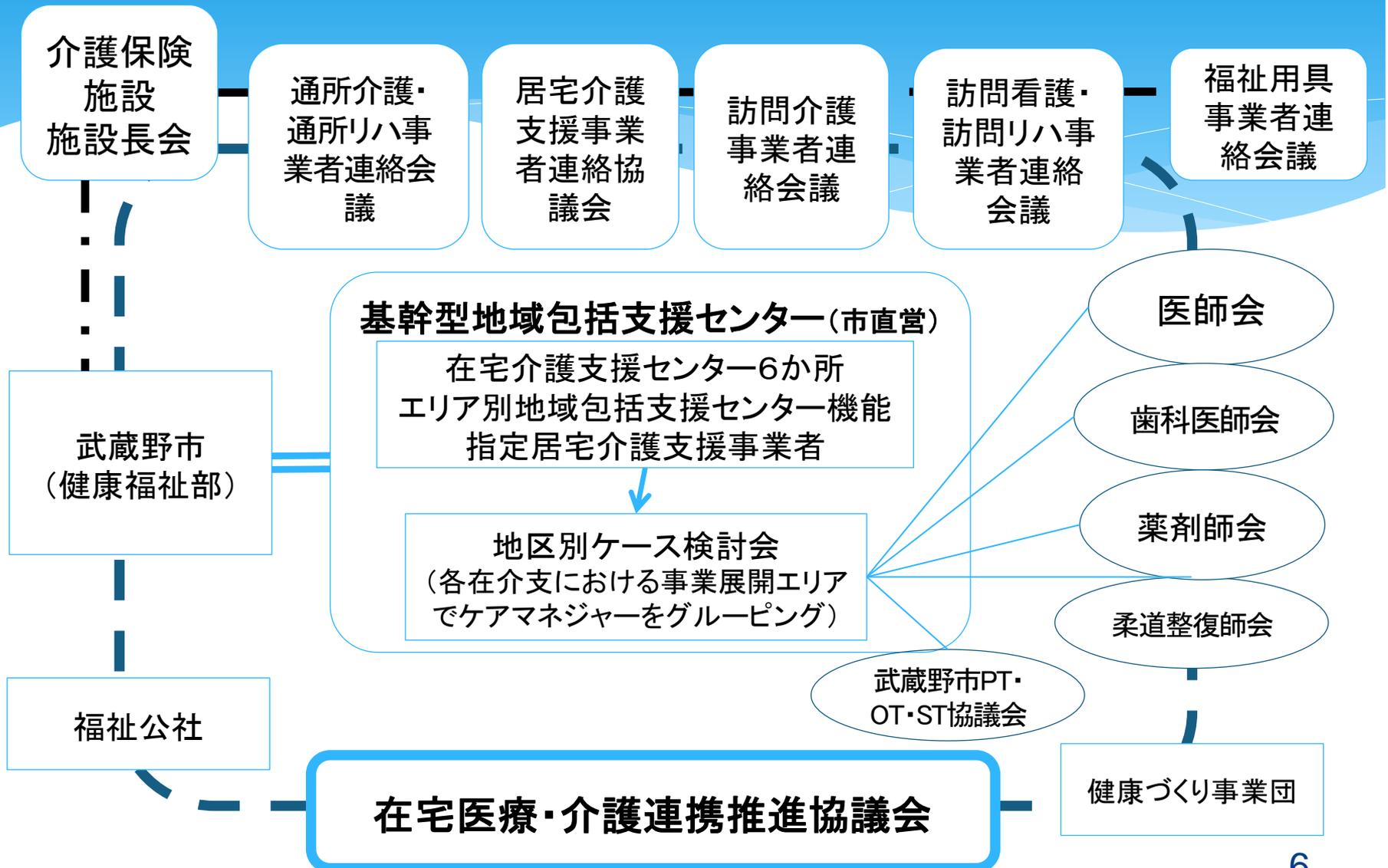
中・重度の要介護状態になっても

住み慣れた地域で
生活を継続できる

武蔵野市における医療介護連携の取り組み

- 1984 医師会による勉強会（毎月1回）
- 2000 介護保険制度開始
（各種事業者連絡会の設置）
- 2008 脳卒中地域連携パスの作成
急性期・回復期病院から在宅までの医療介護連携
- 2011 認知症もの忘れ相談シートの作成
在宅支援機関・もの忘れ相談医・専門病院・主治医
- 2012 在宅支援連絡会の開催（毎月1回）
（医師会による勉強会をリニューアル）
- 2015 **在宅医療・介護連携推進事業**開始
在宅医療・介護連携推進協議会を設置
（在宅支援連絡会をリニューアル）
ICT活用による医療・介護関係者の連携

武蔵野市介護保険事業者支援・連携図



武蔵野市第五期長期計画重点施策「地域リハビリテーションの推進」に基づく地域連携・地域ケア会議の“重層的な仕組み”

【主な目的・機能】

高齢、障害など、分野を超えた総合調整
健康福祉総合計画・地域リハビリテーション推進会議

○高齢者・障害者等の分野を超えた健康福祉施策の総合調整機能の総合調整
(武蔵野市、地域包括支援センター運営協議会、地域自立支援協議会、赤十字病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、市民社会福祉協議会の代表者)

全市的レベル
**在宅医療・介護連携推進協議会
全市地域ケア会議**

○全市的な課題の把握と対応を検討
○新たな社会資源の開発・課題解決の仕組みづくりと多職種連携
(武蔵野市、福祉公社、赤十字病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、保健所、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、ホームヘルパー etc.の実務担当者)

日常生活圏域レベル
**地区別ケース検討会
エリア別地域ケア会議**

○個別のケース検討を通じた専門職による課題の把握、対応策の検討
○在宅介護支援センター（地域包括プラチ）エリアごとの地域課題の把握、対応策の検討

個別レベル
個別地域ケア会議

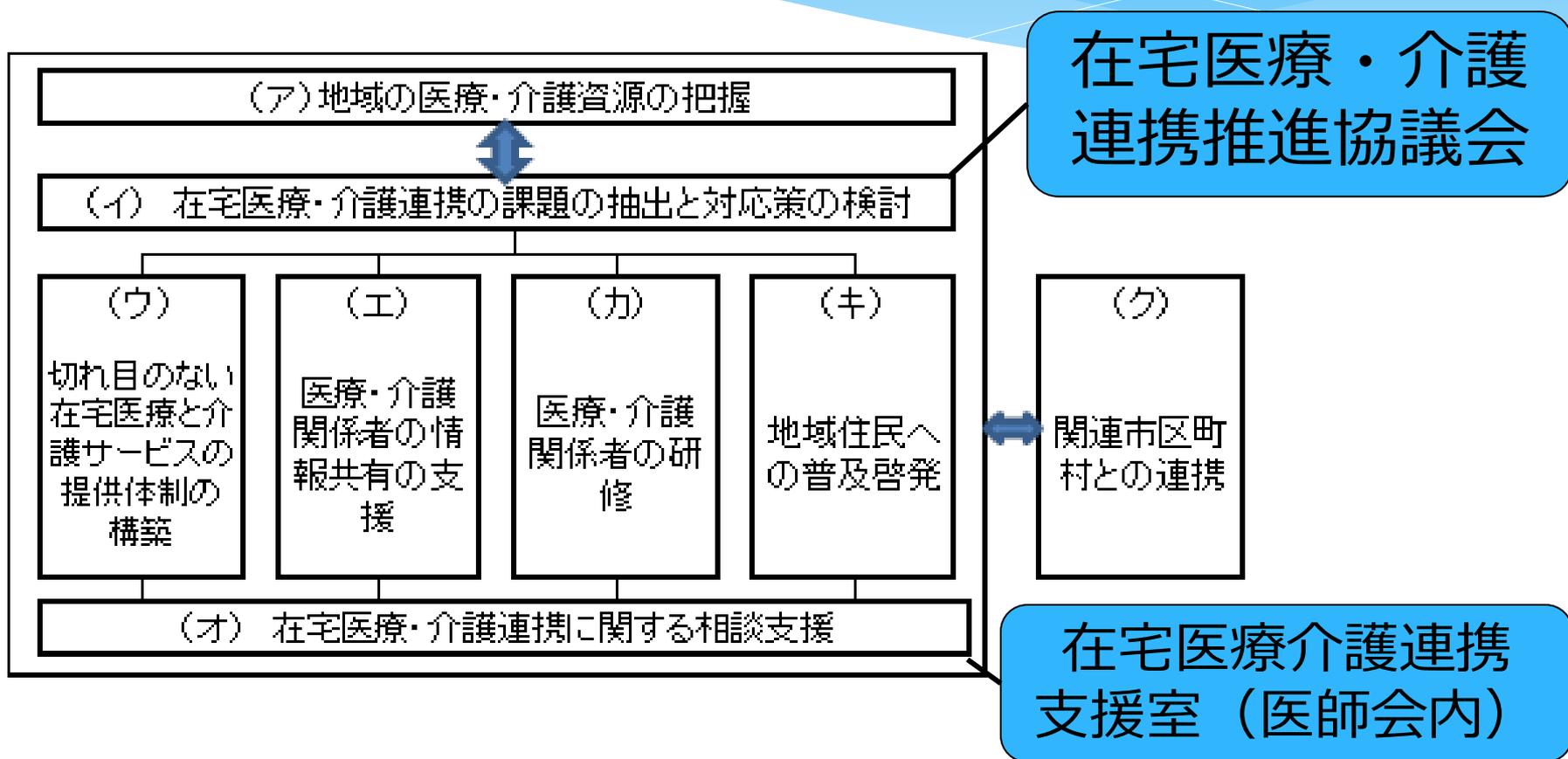
○個別ケース検討を通じた介護支援専門員（ケアマネジャー）による自立支援に資するケアマネジメントの支援など

在宅医療・介護連携推進事業の事業項目と取組方針

	在宅医療・介護連携推進事業の事業項目	武蔵野市の取組み方針
ア	地域医療・介護サービス資源の把握	<ul style="list-style-type: none"> ・武蔵野市医師会作成の医療機関総合案内の活用 ・武蔵野赤十字病院作成のリハビリ資源マップの活用 ・武蔵野市介護サービス事業者リストの活用
イ	在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種連携のための全市的組織「在宅支援連絡会」を「在宅医療・介護連携推進協議会」へ改組
ウ	切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進	<ul style="list-style-type: none"> ・入退院時支援の協議 ・多職種連携ツールの検討 ・訪問看護ステーションとケアマネジャーとの連携強化のための訪問看護ステーションへの補助金の新設（平成27年度～）
エ	在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援	<ul style="list-style-type: none"> ・脳卒中地域連携パス、もの忘れ相談シート等の活用 ・ICT活用による多職種連携の推進
オ	在宅医療・介護連携に関する相談支援	<ul style="list-style-type: none"> ・武蔵野市医師会と市の協議により、平成27年4月に武蔵野市医師会に「在宅医療介護連携支援室」を設置
カ	在宅医療・介護関係者の研修	<ul style="list-style-type: none"> ・地区別ケース検討会、テーマ別研修会、地域ケア会議の活用 ・多職種合同研修会、全体研修会の活用
キ	地域住民への普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> ・健康づくり事業団による情報提供・普及啓発 ・講演会・シンポジウム等の実施 ・啓発用リーフレット等の作成
ク	二次医療圏・関係市区町村の連携	<ul style="list-style-type: none"> ・東京都多摩府中保健所等との連携による圏域のネットワーク強化

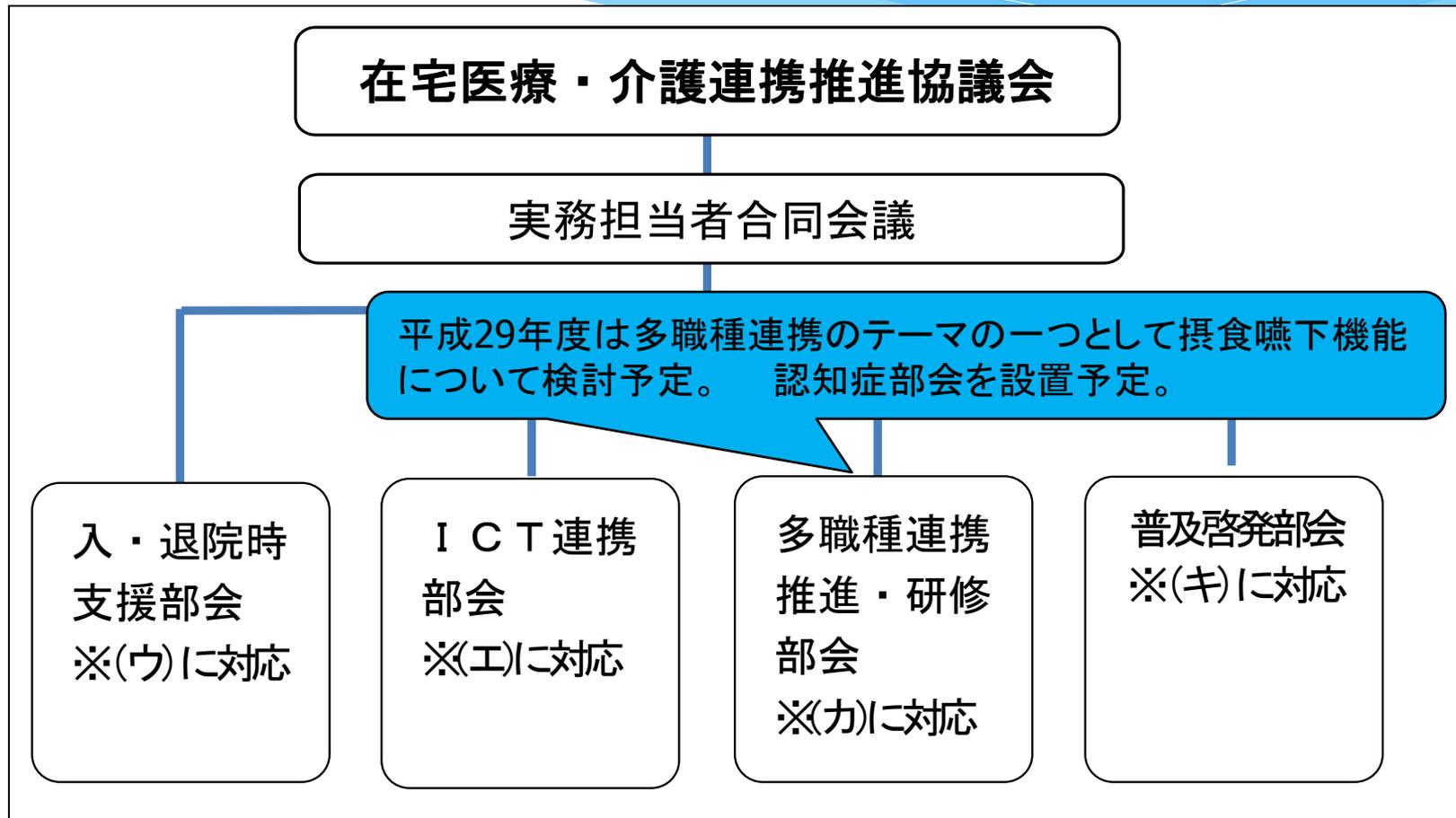
在宅医療・介護連携推進事業の関連図

(ウ)(エ)(カ)(キ)は具体的検討をする部会を設置



専門部会の設置

27年度以降、4つの専門部会を設置して、相互に連携しながら具体的検討を行っている。



切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

実務担当者から提出された意見・課題 (平成27年4・6月 在宅医療・介護連携推進協議会準備会)

退院前カンファレンスに呼ばれたことがない。
カンファレンスの申込をしても断られる。

退院前カンファレンスは病院によって差がある。
開催があたりまえになってほしい。

医療依存度の高いケースでも病院の退院前カンファレンスが終わってから支援依頼がくる。

病状の理解や予防的な視点、支援が必要。

支援する様々な職種の役割について理解できていない。
お互いに理解することが重要
理解のための勉強会が必要。

病・病連携、病・診連携に加えて、看・看連携も必須
病院、クリニック、施設の看護師との連携を進めたい。



在宅の支援体制が整う前に退院が決定してしまう

医療従事者が対象者の生活を理解する必要がある。

入院の際、在宅支援者からの情報提供があると良い

医療との円滑なコミュニケーションのために、医療に関する研修が必要である。

切れ目のない在宅医療と介護の提供 体制の構築推進

入退院時支援部会

《現状の課題》

- 入退院時等、医療と介護関係者の連携が特に重要となる場面での情報共有や多職種連携のルールが必要である。
- 対象者の状況が変化する時や支援者が変更する時などは、ポイントを押さえた連携が特に求められる。
- 支援者がお互いの役割を理解した上で、支援計画や目標の共有が必要である。

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進 脳卒中のセルフマネジメント支援モデル事業への協力 (平成27年度)

(正式名):厚生労働省老健局 老人保健健康増進等事業「要支援・要介護者に対する入退院時等における継続的な支援を実現するための介護支援専門員支援ツール開発及び効果検証のための調査研究事業」

《目的》

脳血管疾患罹患高齢者の再発予防・介護(重度化)予防を目的に、脳血管疾患 高齢者自らがセルフマネジメントに取り組むとともに、医療機関、市区町村、地域包括支援センター、介護支援専門員等が支援者となって連携しつつ、セルフマネジメントを支援するための、介護支援専門員支援ツールの開発とその効果を検証する。

モデル事業への協力にあたり、在宅医療・介護連携推進事業(8事業)の(ウ)(エ)(オ)(カ)と関連させて事業を実施

(ウ)切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援

(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援 (かかりつけ医との調整、医師会相談窓口)

(カ)医療・介護関係者の研修

平成27年度は研修テーマを脳卒中とし、講演会、多職種グループワークを実施

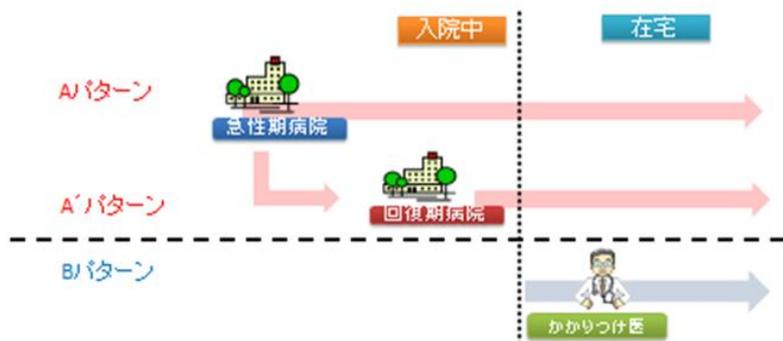
グループワークでは、モデル事業ケースを事例として再発・重症化予防について検討

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進 脳卒中のセルフマネジメント支援モデル事業への協力 (平成27年度)

モデル事業の取組パターン・対象者

◎取組パターン

- Aパターン：急性期の入院からの情報連携+退院後のセルフマネジメント支援
- Bパターン：すでに退院している患者のセルフマネジメント支援

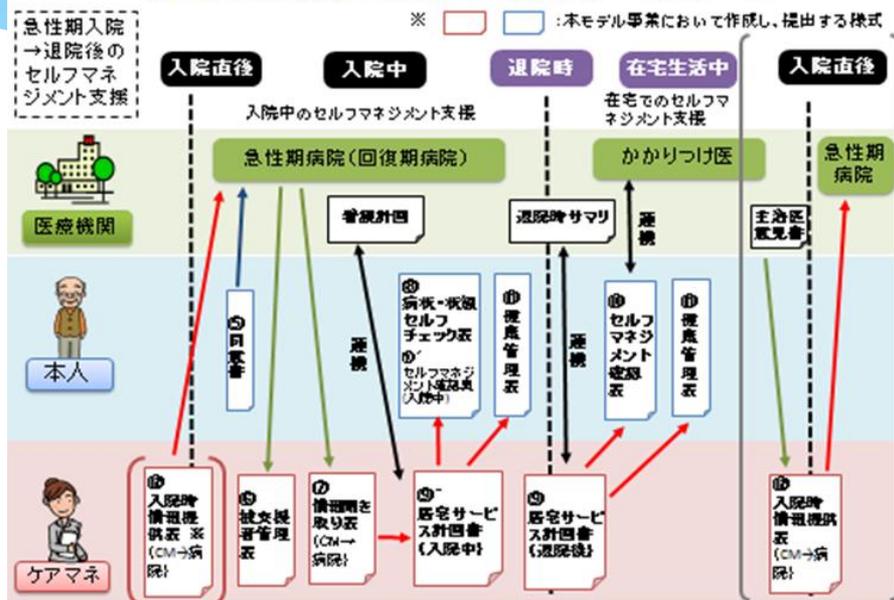


◎対象者

- Aパターン：脳血管疾患で急性期病院に入院しており、急性期病院退院後、在宅復帰の可能性の高い高齢者
- Bパターン：脳血管疾患罹患患者で、現在、在宅生活を送っている高齢者

3

モデル事業の流れ（循環型連携パス）・Aパターン



※モデル事業スタート後入院した場合のみ ※モデル事業期間中(半年弱)に、再入院となることは少ないと予想される。

急性期病院である 武蔵野赤十字病院に脳卒中で入院、自宅退院する市民で、かかりつけ医が武蔵野市医師会の医師である者を対象とした。

ケアマネがいない場合、モデル事業終了後の相談体制がとれるよう、地区を担当する在宅介護支援センターから選定することとした。

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進 脳卒中のセルフマネジメント支援モデル事業への協力 (平成27年度)

* モデル事業の協力から見えてきた入退院時支援の課題

1 支援者について

- 支援者には、疾患理解、再発・重症化予防に関する知識が必要
- ケアマネジャーの基礎資格によっては、医療情報の活用に支援が必要

2 病院について(退院後を見据えた支援の重要性)

- 医師、病棟看護師との連携が重要
- 退院時指導との連携
- 急性期病院から在宅への退院パスの必要性

3 退院後に利用する各種制度との調整

- 介護保険等利用するサービス、関係者との調整 (支援者の選出)

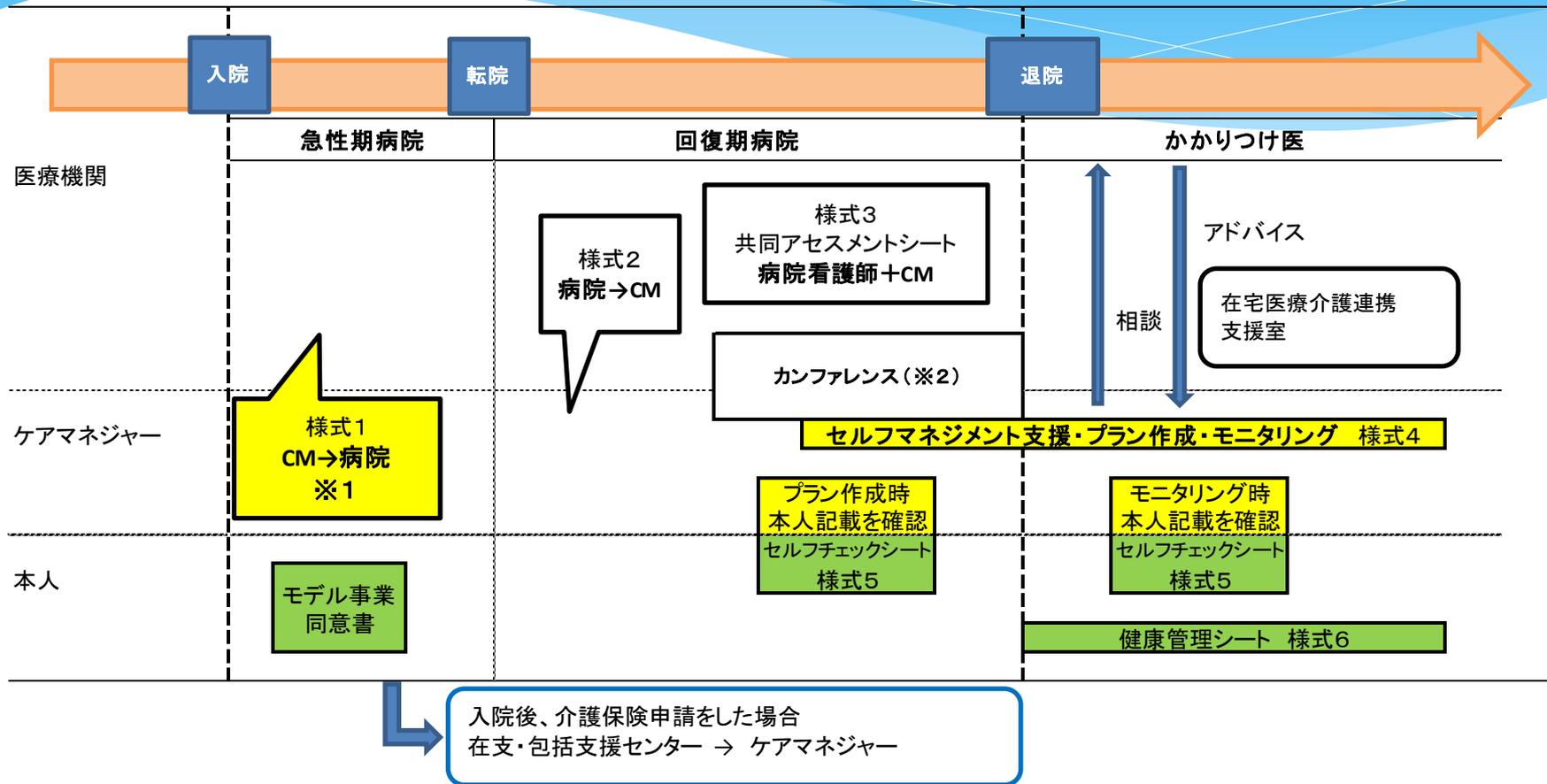
4 長期にわたるセルフマネジメント

- かかりつけ医との調整(本人・家族・支援者)
- 薬局・薬剤師による支援

5 患者本人・家族の理解

- 予防も含めた市民への普及・啓発
- 動機づけ、行動変容への支援、モニタリングの重要性

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進 セルフマネジメント支援モデル事業への協力 (平成28年度)



切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進 セルフマネジメント支援モデル事業への協力 (平成28年度)

在宅生活を見据えた入退院時支援

病院

- 入院前の情報が入り、入院中の治療・看護に活かせる。
- 在宅での生活が理解でき、早期から退院に向けて支援ができる。(在宅療養の選択)
- 地域の情報が入るため、具体的な支援ができるようになる。
- 再発・重症化による再入院が減る

病院とケアマネジャーの連携

病院とケアマネジャーの共同アセスメント

ご本人の再発予防の支援

ケアマネジャー

- 入院の情報が入り、早期対応ができる。(退院直前の引継ぎが減る)
- 共同アセスメントにより、医療情報が理解しやすい。
- 切れ目のない支援により、利用者本人・家族の不安が解消できる
- 再発・重症化予防の視点

ご本人・家族のQOLの向上

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進 セルフマネジメント支援モデル事業への協力 (平成28年度)

平成27年度

- 1 支援者について
疾患理解、再発・重症化予防に関する知識
医療情報の活用への支援
- 2 病院について
病棟看護師との連携
退院時指導との連携
- 3 退院後に利用する各種制度との調整
関係者との調整 (支援者の選出)
- 4 長期にわたるセルフマネジメント
かかりつけ医との調整(本人・家族・支援者)
薬局・薬剤師による支援
- 5 患者本人・家族の理解
予防も含めた市民への普及・啓発
動機づけ、行動変容への支援、モニタリングの
重要性

平成28年度

- 病院とケアマネの連携
- 病院とケアマネの共同
アセスメント

(サービスが入らない場合
支援者の選出)

- 再発予防の支援
本人・家族
医療・介護関係者

◎地域での活動支援

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

実務担当者から提出された意見・課題 (平成27年4・6月 在宅医療・介護連携推進協議会準備会)

モデル事業への協力から

入院時・転院・退院時・退院後の在宅生活も含めた継続的な支援が必要

⇒ 下記の課題解決策の一つ ⇒ 継続的にケアマネジャーが関わる仕組み

退院前カンファレンスに呼ばれたことがない。カンファレンスの申込をしても断られる。

退院前カンファレンスは病院によって差がある。開催があたりまえになってほしい。

医療依存度の高いケースでも病院の退院前カンファレンスが終わってから支援依頼がくる。

病状の理解や予防的な視点、支援が必要。

支援する様々な職種の役割について理解できていない。お互いに理解することが重要理解のための勉強会が必要。

病・病連携、病・診連携に加えて、看・看連携も必須病院、クリニック、施設の看護師との連携を進めたい。

在宅の支援体制が整う前に退院が決定してしまう

医療従事者が対象者の生活を理解する必要がある。

入院の際、在宅支援者からの情報提供があると良い

医療との円滑なコミュニケーションのために、医療に関する研修が必要である。



武蔵野市地域医療構想(ビジョン) 2017(案)

地域医療構想(ビジョン)2017(案) 策定の背景

平成25年度 「災害時医療対策検討委員会」

平成26年度 「武蔵野市地域医療の在り方検討委員会」

- ・初期救急医療体制の充実による医療の機能分化の促進
- ・安心して在宅療養生活を選択できる医療と介護の連携強化

市内病院の休床、老朽化、建替え等の問題

平成28年度 「武蔵野市地域医療構想(ビジョン)」

- ・2025年の医療需要と目指すべき医療提供体制
- ・目指すべき医療提供体制を実現するための施策

武蔵野市地域医療構想(ビジョン)2017(案)

地域医療充実に向けての今後の方向性

1 市民の生命と健康を守る病院機能の充実

- ①病院機能の確保と充実 ②救急医療体制の維持・整備
- ③吉祥寺地区の病院機能の維持・充実 ④武蔵野赤十字病院の建替え
- ⑤初期救急医療体制の充実による医療の機能分化

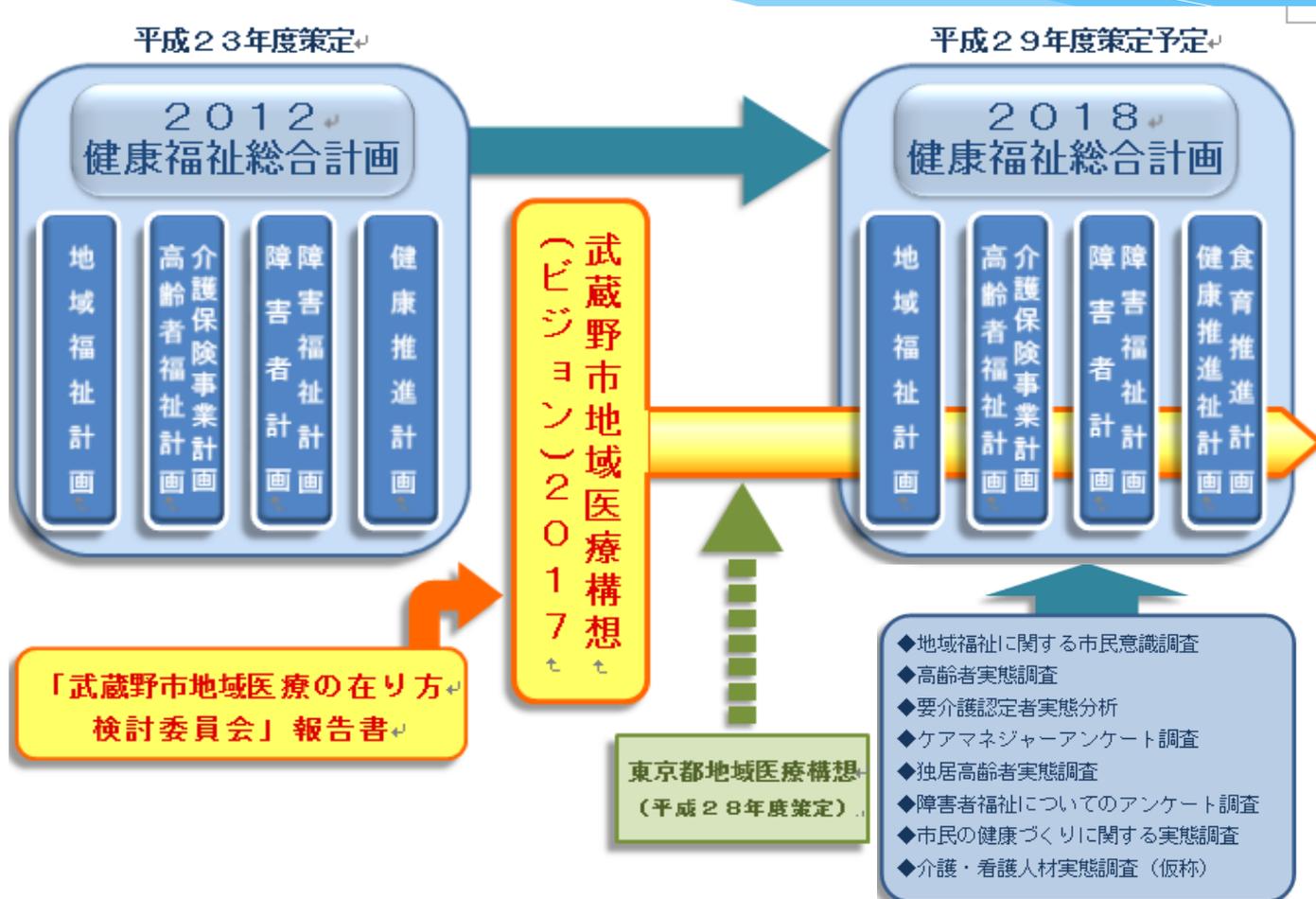
2 市民の在宅療養生活を支える仕組みづくり

- ①医療と介護の連携強化 ②認知症への対応の充実
- ③在宅療養生活を支えるための入院医療の受け皿の確保
- ④看取りまでの支援

3 地域包括ケアと在宅医療の推進のための人材確保及び育成

- ①地域医療・在宅医療を担う人材の確保・育成
- ②本市における医療・介護人材の確保・育成策

武蔵野市健康福祉総合計画の改定に伴う、 武蔵野市地域医療構想(ビジョン)の位置づけ



医療・介護連携は、健康福祉総合計画を策定する上で各計画を貫くもの

高齢者のみならず、障害者・乳幼児も含めた地域の医療ニーズへの対応が求められている。